



## הכנסת העשרים וחמש מושב שלישי

פרוטוקול מס' 263  
מישיבת ועדת הבריאות  
יום ראשון, ט"ז בחשון התשפ"ה (17 בנובמבר 2024), שעה 11:00

### סדר היום:

הצעת תקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים) (תיקון), התשפ"ד–2024

### נכחו:

#### חברי הוועדה:

יונתן מישרקי – היו"ר  
טטיאנה מזרסקי  
אושר שקלים

#### חברי הכנסת:

אברהם בצלאל

### מוזמנים:

- |   |                     |
|---|---------------------|
| – רכזת בריאות, אגף תקציבים, משרד האוצר                    | גאיה עופר           |
| – רופאת נשים, ראש אגף רישוי מוסדות, משרד הבריאות          | ד"ר ורד אייזנברג    |
| – לשכה משפטית, משרד הבריאות                               | אור אלדר            |
| – מנהלת חטיבה טכנולוגית, מידע ומחקר, משרד הבריאות         | ד"ר אסנת לוקסמבורג  |
| – ראש חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, משרד הבריאות          | רן רידניק           |
| – התוכנית הלאומית לשבץ מוחי ומנהל המחלקה לנהלים וסטנדרטים | ד"ר יקיר קאופמן     |
| – חטיבת הרפואה, משרד הבריאות                              |                     |
| – ראש צוות בכירה, מרכז המחקר והמידע, הכנסת                | שלי לוי             |
| – מנכ"ל, קופת חולים לאומית שירותי בריאות                  | חיים פרנגדס         |
| – סמנכ"לית ממשל ותקשורת, מכבי שירותי בריאות               | שיר כהן             |
| – מנהל רגולציה, קופת חולים מאוחדת                         | חן לוי              |
| – מנהל המחלקה להערכת טכנולוגיות רפואיות, קופת חולים כללית | ד"ר בנימין זאב סנדר |
| – מנכ"לית, דמנציה ואלצהיימר, עמותת עמדא                   | ד"ר נתי בלוס        |
| – אורולוגית, "אסותא" באר שבע                              | ד"ר עדית דובי סובול |

### ייעוץ משפטי:

נעה בן שבת

### מנהלת הוועדה:

מיכל דיבנר כרמל

### רכזת פרלמנטרית:

שירה טחן

### רישום פרלמנטרי:

מעיינן שבתאי – איטייפ

רשימת הנוכחים על תואריהם מבוססת על המידע שהוזן במערכת המוזמנים הממוחשבת. ייתכנו אי-דיוקים והשמטות.

**הצעת תקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים) (תיקון), התשפ"ד-2024****היו"ר יונתן מישרק:**

שלום לכולם, אני מתכבד לפתוח את ישיבת ועדת הבריאות הבוקר, שתעסוק בנושא הצעת תקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים) (תיקון), התשפ"ד-2024. אני מבקש לפתוח את הישיבה הזו אם הידיעה הנוראה שקיבלנו הבוקר, על נפילתו של עידן קינן בין 21 מרמת גן, שנפל בקרב בצפון רצועת עזה, יהיה זכרו ברוך. אני מבקש לשלוח מכאן תנחומים למשפחה. כמובן, אני מבקש לפתוח את הישיבה כפי שאנחנו נוהגים תמיד, בתפילה לרפואתם השלמה של כלל הפצועים במלחמה הקשה הזו. בתפילה לחזרתם הביתה במהרה של כלל החטופים והחטופות, בעזרת השם גם בבריאות.

נושא הדיון היום כבר עלה כאן בוועדה לפני מספר חודשים, קיבלנו סקירה ממשד הבריאות על חסרים. אנחנו מבינים שיש חסרים בעיקר במערך הדימות ובשאר הנושאים שקשורים למכשירים המיוחדים, החובה שלנו לספק מענה הולם לכלל הציבור. אנחנו יודעים שיש תורי המתנה ארוכים לבדיקות. לא אאריך בדברי הפתיחה, כן אבקש ממשד הבריאות להציג בפנינו את המצב היום ומה הבקשה המונחת על שולחן הוועדה. בבקשה.

**ורד אייזנברג:**

(הצגת מצגת)

בוקר טוב לכולם ותודה. ד"ר ורד אייזנברג, רופאת נשים בהכשרתי. ראש אגף רישוי מוסדות במשרד הבריאות. למי שלא מכיר, אנחנו מתחילים תמיד עם החלק הזה כדי להזכיר עד כמה מכשירי הדימות חשובים. התקנות הן תקנות שבאות להגביל אותם מבחינה כמותית בהיבט כלכלי, שהכניסו אותו כמו לפני עשר שנים בערך. יש התקדמות טכנולוגית כל הזמן ואנחנו צריכים להדביק את ההתקדמות הטכנולוגית, לעמוד בצרכים של המדינה וגם לוודא שאנחנו מאפשרים לעצמנו לפזר את זה בפריסה ארצית טובה ורחבה עם דגש על הפריפריה. הצלחנו בפעם הקודמת שעשינו תיקון, נראה לכם את זה עכשיו, איך הצלחנו לעמוד באתגרים האלה.

זה רק ציטוט מהתקנות, אני לא אתעכב עליו. אלה המכשירים שמוגדרים כמכשירים רפואיים מיוחדים. היום נדבר על קבוצה של מכשירי צנתור. השיח על MRI ו-CT אתם מכירים אותו היטב, נדבר גם על המערכת הרבובטית לביצוע ניתוחים בשלט רחוק. אני רוצה להזכיר למי שלא מכיר את זה, אם אנחנו משווים לשאר מדינות OECD אז שיעור המכשירים אצלנו הוא בין הנמוכים ביותר בעולם.

השימוש של המכשיר, הוא מגיע כמעט לממוצע של OECD. זאת אומרת שאנחנו כן עושים ניצולת טובה על המכשירים הקיימים וזה גם מראה על צורך. אפשר לפתור את הצורך הזה על ידי הוספה של מכשירים נוספים כי עדיין לא הגענו לפלאטו שמעבר לו, לא כדאי יותר להוסיף. זה התיקון שהיה בפעם הקודמת. שונה השיעור לגבי MRI ל-161,000:1 שאפשר להוסיף תשעה מכשירים, ושונה ל-CT ל-103,000:1, 13 מכשירים. הוספנו תאי לחץ רב מדוריים והוספנו שני רובוטים לניתוחים בשלט רחוק.

**היו"ר יונתן מישרק:**

נסה להבין רגע. למה משמש היחס הזה, למה הוא נמדד לפי יחס ומה עומד בבסיס ההחלטות של המשרד כשהוא מקבל להוסיף מכשיר, לפי מה?

**ורד אייזנברג:**

מה הן אמות המידה?

**היו"ר יונתן מישרק:**

כן.

**ורד אייזנברג:**

יש לנו את זה בהמשך, כדי שתבינו את השיקולים. השינוי בשיעור הוא כל פעם בדיונים מאוד ארוכים וממושכים עם משרד האוצר, כי מאז 2016 משרד האוצר הוא שותף לתיקון של התקנות. קודם זה

היה שיקול מקצועי בלבד של משרד הבריאות והיו שם שיקולים מקצועיים ולא שיקולים כלכליים, מרגע שהאוצר נכנס לתמונה, אלה שיקולים כלכליים וכל דבר שאנחנו מביאים אתו לוועדה זה אחרי הרבה דיונים והסכמות עם משרד האוצר.

מה שהצגנו אז וגם היום, זה לאחר הסכמה של משרד האוצר וחתימה של שני השרים. בתוך זה אנחנו אחר כך יושבים במשרד ועם הגורמים הרלוונטיים שהגישו בקשות ובודקים איך אנחנו מקצים על פי אמות המידה שלנו. נגיע לזה, בואו נתחיל עם MRI.

נתי בלום:

יש רק תשעה מכשירים של MRI בכל הארץ?

ורד אייזנברג:

לא. זו התוספת.

היו"ר יונתן מישרק:

תוספת בעקבות התיקון.

נתי בלום:

כמה סך הכול יש?

ורד אייזנברג:

כרגע 63 מכשירי MRI.

היו"ר יונתן מישרק:

יש שקופית שמציגה בהמשך, לא?

ורד אייזנברג:

כן. תראו את ההזדמנויות שבהן בוצעו התיקונים. זה התיקון של 2022, וזה התיקון שמוצע היום. שינוי ל-156:000:1.

היו"ר יונתן מישרק:

כמה מכשירים הוא מוסיף? ל-MRI שני מכשירים?

ורד אייזנברג:

שני מכשירי MRI. תסתכלו בפריסה, יש פה סדרה של מפות, אדגיש מה התוסף בפעם האחרונה. יש פה שלושה מכשירים, בעבר ההחלטה הייתה שהמכשירים הולכים לקהילה לקופות חולים כאשר החלוקה הייתה לפי גודל הקופות. יש פה מכשיר של לאומית שממוקם בעכו, הוא עובד.

יש מכשיר של שיתוף פעולה בין יזם פרטי, כי זו הייתה אחת הדרישות של הוועדה, עם בית החולים שמיר. המכשיר הזה התחיל לעבוד כבר לפני שנה, הוא פעיל. ניתנה ניידת לקופת חולים כללית שתופעל באמצעות מור שהייתה אמורה להתחיל לעבוד אך המלחמה טרפה את הקלפים ואלמלא המלחמה היא הייתה עובדת. כשאנחנו מוסיפים אנחנו מצליחים לממש.

גם בדרום הוספנו שלושה מכשירים ואני שמחה לבשר שהמכשיר שמיועד ליוספטל השתחרר מהמכס בשבוע שעבר, הכלוב כבר בנוי ובקרוב הוא יתחיל לעבוד. זו הייתה לידה הכי ארוכה שהשתתפתי בה ולהזכירכם אני גניקולוגית. יש מכשיר של מכבי שיושב באשדוד במתחם כלניות. יש מכשיר שניתן בהחלטת הוועדה לנתיבות והוא עדיין לא פעיל, גם בגלל המלחמה. אמור להיות בשיתוף פעולה יחד עם הדסה.

היו"ר יונתן מישרקי:

מה ההבדל בין מכשיר נייד למכשיר נייד?

ורד אייזנברג:

מכשיר נייד יכול להיות מכשיר 1.5 טסלה או מכשיר 3 טסלה. מכשיר 3 טסלה בגלל היכולת המוגברת שלו כי הוא מייצר שדה מגנטי יותר גדול אז יש לו התוויות מורחבות יותר. יש דברים שלא ניתן לעשות על מכשיר 1.5 טסלה. כשבתי החולים מגישים לנו את הבקשה, הם בוחרים איזה סוג של מכשיר הם צריכים בהתאם להתוויות שלהם. בניידות יכול להיות רק 1.5 טסלה. ניידת לא מסוגלת לשאת 3 טסלה, לכן בניידות יש מגבלה לסוג הבדיקות שניתן לבצע ובדיקות שמורכבות יותר צריכות ללכת למכשיר של 3 טסלה שהם תמיד בבתי חולים.

היו"ר יונתן מישרקי:

העדיפות שלכם, תמיד לאפשר או לתת רישיון למכשיר נייד?

ורד אייזנברג:

כן. הניידות שנתנו לאורך השנים, היו אחת משתי סיבות – לדאוג למקומות מאוד מרוחקים שבהם לא היה ריאלי לשים מכשיר נייד כי האוכלוסייה שהייתה מגיעה אליו היא מוגבלת, למשל ברמת הגולן, נגב העמוק שמרוחק מסורוקה, באזורים אלה פועלות ניידות, כרגע בגליל לא פועלות הניידות, הסברתי קודם.

הסיבה השכיחה ביותר שהיו ניידות לאורך השנים זה כגישור, מהרגע שניתן אישור עקרוני ועד שהמכשיר בפועל, מסתיימת הבניה שלו והרכש וההבאה שלו מחו"ל כי מכשירים אלה מגיעים מחו"ל. זה יכול לקחת לפחות שנתיים ולעתים אף יותר. בפרק זמן זה בינתיים היו ניידות שפעלו בשטח. ברגע שנכנס מכשיר הקבע אנחנו מאפשרים חפיפה של חצי שנה ואז הניידת יוצאת ועוברת להיות שוב גישור זמני במקום אחר.

עדי דובי סובול:

ד"ר דובי, אורולוגית מבאר שבע. הבנתי שהדרוס יקר ללבך.

היו"ר יונתן מישרקי:

מאוד.

עדי דובי סובול:

מכיוון שאני אורולוגית, אני רוצה להגיד משהו על ניידות MRI. כשאני מקבלת תשובה של MRI ערמונית מניידת בשאלה של האם יש גידול בערמונית, אני לא יכולה לסמוך עליה. אני יכולה לקבל תשובה של חשד לגידול ואני לא יודעת מה לעשות עם זה כי לא בטוח שיש גידול, או הפוך ואז המטופל המתין כמה חודשים וגם אין לי איך להתקדם. לפעמים אם יש להם ביטוחים אני שולחת אותם לחוות דעת שנייה על ה-MRI, אך האכיזות שלו היא מעליבה כשצריך להחליט אם מטופל צריך טיפול לסרטן ערמונית. יש לנו ניידת של MRI באסותא באר שבע.

ורד אייזנברג:

תודה שאת מעלה את זה. פנינו לקופת חולים כללית שתייצר קווי עמדה וזה בעבודה, יכול להגיע לכם ד"ר סנדר. שתהיה רשימה של דברים שהולכים 3 טסלה, ורשימה של דברים שהולכים לניידות, כדי שדברים כמו שאת מתארת לא יקרו. שמנו לב לזה. ד"ר סנדר רוצה לומר משהו.

בנימין זאב סנדר:

אתייחס בהמשך.

ורד אייזנברג:

זה בעבודה.

היו"ר יונתן מישרקי:

זאת אומרת שגם ההבנה שלכם היא שניידת היא פחות אפקטיבית, לפחות להתוויות מסוימות. אתם כן מבינים שצריך לתת מכשיר נייד. כשעומד בשיקולים שלכם איפה לתת מכשיר נייד אתם לוקחים בחשבון שבאזור שיש בו ניידות אתם רוצים להשקיע במכשיר נייד, נכון?

ורד אייזנברג:

אני רוצה לחדד שוב. גם בעולם פועלים באותה צורה, במקומות שלא ניתן לשים מכשיר נייד כי הוא ממילא מאוד מרוחק. נניח שהייתי רוצה לשים MRI בירוס, לא יבואו אליו מספיק אנשים שיצדיקו מכשיר. במקום זה ניקח ניידת, לחלק מההתוויות וברוב ההתוויות היא תהיה מספיק טובה, והיא תכסה את הדרום בכל האזורים שאנחנו רוצים, ויוגדר לה שיש לה כך וכך ימים פה וכך וכך ימים שם. מי שצריך בדיקה לפרוסטטה – יצא ל-3 סטלה, ייצא לסורוקה פעם אחת בכמה זמן שהוא צריך לנסוע לעשות את הבדיקה, זה לא נורא.

יש בדיקות שבהחלט אפשר לעשות אותן בניידות – בדיקות שד, בדיקות שלד פשוטות. יש הרבה מאוד דברים שאפשר לעשות בניידת ולא צריך להטריח את המטופלים ואלה הבדיקות השכיחות. בעולמות הנייר, לא יודעת עד כמה את מכירה, את זה יקיר יכול לומר. זה מתחלק לסוגים – מוח ועמוד שדרה, מערכת העצבים המרכזית, יש דברים שאפשר לעשות בניידת וזה מספיק טוב ויש דברים שמראש צריך לבוא ולשלוח למכשיר 3 סטלה בבית חולים.

אנחנו עובדים עכשיו יחד עם הכללית כי הם מחזיקים את רוב הניידות, כדי להגדיר מה ילך לאן כדי למנוע את הטרטור מהמטופלים ולוודא שמתבצעת הבדיקה הנכונה למטופל הנכון.

ורד אייזנברג:

זה מעבר לטרטור, אנחנו מדברים פה על אבחנה של סרטן, הם מתעכבים עם אבחנה של סרטן, זה הדבר הכי חשוב.

אסנת לוקסנבורג:

ד"ר לוקסמבורג, חטיבה טכנולוגית במשרד הבריאות. ההיסטוריה אצלנו של ניידות התחילה כשלא היו מספיק מכשירי MRI והניידות היו מכסות כמה בתי חולים. ככלל, העמדה שלנו היא שיש לתת העדפה למכשירים שהם מכשירים ניידים קבועים שצריכים להיות בפריסה ארצית, כולל הפריפריה, שאנשים יוכלו לקבל זמינות טובה. כראיה, את רוב המכשירים שקיבלנו לפני שנתיים כדי להשוות את כל הפערים האלה – שמנו בפריפריה.

כפי שאמרה ד"ר אייזנברג, לניידות כן יש מקום. יש להן מקום באזורים שהם מרוחקים ושאינן בדיקות דחופות לדוגמה ואז יש אפשרות לעשות כמו רוטציה – שבועיים בחודש הניידת נמצאת פה, ועוד שבוע כאן ואז את הבדיקות הלא דחופות, הבדיקות היותר פשוטות, ניתן לבצע לפחות בחלקן בצורה זו.

זאת עוד דרך לתת שירות יותר זמין ויותר נגיש. לפעמים יש מקומות מסוימים שיש קושי תחבורתי לצאת מהם ויש קשיים אחרים, זה יכול לתת את הפתרונות האלה. ככלל, המדיניות שלנו ללכת למכשירים קבועים אך בפריסה ארצית שנגישה לכל האוכלוסייה.

היו"ר יונתן מישרקי:

אמירה משמעותית.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

התהליך דורש מיומנות של נציגות שירות שקובעות את התורים. שלא יקבעו תור לניידת כשיש אבחנה מסוימת או הפניה לבדיקה, שידעו לאן להפנות. אם אדם מתקשר, הוא לא יודע אם זה סטלה 2 או

מכשיר אחר. אם לא יהיה פיקוח ומיומנות של נציגי קשרי לקוחות – האדם ימתין זמן רב וגם יעשה בדיקות פעמיים ויפספס את האבחנה.

#### ורד אייזנברג:

כחלק מהתהליך שאנחנו כרגע מובילים, זה שגם מי שקובע בקצה את הבדיקות ולאן הן הולכות, תהיה לו רשימה של איזה בדיקות הוא שולח לכל מקום.

#### נתי בלום:

למה לא למכון עצמו, למה לא לניידת שתגיד אני לא עושה את הבדיקות הזו כי היא לא נותנת את המענה הדרוש?

#### אסנת לוקסנבורג:

יש מרכזי אישורים בקופות החולים, יש תהליכים שלמים. כשרופא משפחה חושב שהוא צריך לבצע בדיקת MRI, זה הולך למרכזי האישורים קודם של קופות החולים שבדקות אם בדיקת הדימות הכי מדויקת והכי טובה. כי יכול להיות שזה CT, אולטרסאונד, יכול להיות שזה משהו אחר.

אחרי שמקבלים את ה-justification, זאת אומרת האמירה שזו הבדיקה המתאימה, בתוך כל קופה יש תהליך של הפניה למקומות שיש איתם הסדרי בחירה. אנחנו לא נותנים העדפה, לא מכתבים לקופה לכו לגורם X או לגורם Y. יכול להיות שהקופה מעדיפה להתקשר עם גורם אחר. הניידת היא לא הבחירה הראשונה, היא אחת מהאפשרויות שעומדת לרשות כל אחת ואחת מהקופות בהתאם להסדרי הבחירה שלה.

#### עדית דובי סובול:

בשורה תחתונה, בבאר שבע יש מכונת MRI אחת בבית החולים סורוקה. באסותא יש ניידת שמדי פעם מגיעה, זו השורה התחתונה. המטופלים שלי הרבה פעמים לא מטופלים ניידים, אתה יודע מה זו אוכלוסיית הדרום. שולחים אותם ב-01:00 לנהריה. אני שולחת אדם לבדיקת MRI ערמונית, הוא חוזר אלי אחרי שמונה חודשים עם סרטן מפושט. אנחנו מוכרחים מכשיר אמיתי נוסף.

#### היו"ר יונתן מישרקי:

אנחנו נדבר על החלוקה ועל אמות המידה וכולי, אז ניכנס גם לעניין הזה.

#### ורד אייזנברג:

בתקנות האחרונות לא הוספנו לאזור חיפה, לא לאזור ירושלים. אני מדברת על התקנות, שלחתי לכם את המצגת מראש, אפשר לראות איפה היו מכשירים. במחוז מרכז הוספנו מכשירים למה שאנחנו קוראים הפריפריה של המרכז, כדי לחזק לכל מיני צרכים מיוחדים. היות וזה גם היה במסגרת של בקשות מול הקהילה – זה הלך לפי הצרכים של הקופות.

מכשיר אחד הלך לרחובות למתחם של מאוחדת שהוא פעיל. בראשון לציון, מכשיר של מכבי שבמקור היה מיועד למודיעין אך המכרז על המתחם הזה הלך לכללית, אז הסטנו אותו לאסותא ראשון, גם זה כבר פעיל.

אוניברסיטת אריאל, נבנה שם מתחם מאוד גדול ויפה שיתחיל לפעול במהלך חצי השנה הקרובה שלשם ניתן גם CT וגם MRI. זה משהו שאמור גם לתת מענה לכל האזור הזה שלא היה מכוסה טוב. זה כביכול שייך למחוז מרכז אך זה לגמרי פריפריה. שם יהיה CT, אתם תראו את זה כשאני אראה את המפות של ה-CT.

בית חולים שניידר, בית חולים לילדים שעד אותו השלב לא היה להם מכשיר MRI וזה ניתן במסגרת ההקצעה של קופת חולים כללית. אלה המכשירים שהלכו למרכז. מחוז תל אביב לא קיבל מכשיר ובזה כיסינו את מכשירי MRI. לגבי CT, אלה השינויים שהיו, התיקון המוצע עכשיו הוא להעלות את השיעור או להוריד את השיעור ל-1:100,000.

היו"ר יונתן מישרק:

שכמה מכשירים זה נותן?

ורד אייזנברג:

זה יאפשר הוספה של שני מכשירים. זאת הפריסה של המכשירים שהוספנו בפעם הקודמת. אתם יכולים לראות, מכשיר CT אחד הלך לבית חולים נהריה.

היו"ר יונתן מישרק:

כמה מכשירים סך הכול?

ורד אייזנברג:

סך הכול 13, כאשר אני מראה את השלושה שהלכו לצפון. מכשיר אחד לנהריה. מכשיר לקריית שמונה שהיה עליו מכרז וזכתה בו קופת חולים כללית באמצעות חברת מור. גם הוא כרגע לא פעיל בגלל המלחמה, כן הייתה כוונה שהוא יהיה שם. מכשיר שהלך לסחנין, שזה במסגרת ההנחיה שקיבלנו.

היו"ר יונתן מישרק:

לפני המלחמה, הפעילו שם ניידת?

ורד אייזנברג:

לא. CT אין ניידות. הניידות קיימות רק לגבי MRI.

היו"ר יונתן מישרק:

כן. הייתה טעות שלי.

ורד אייזנברג:

גם בדרום התווספו שלושה מכשירים. מכשיר אחד הלך לבית חולים אסותא אשדוד. מכשיר לנתיבות במסגרת השילוב של המכשירים במתחם שמשולב עם הדסה, ומכשיר אחד שכללית קיבלה לקהילה בבאר שבע. ליוספטל יש שני מכשירי CT.

היו"ר יונתן מישרק:

כל אלה שאנחנו מדברים שקיבלו, הם מפעילים כבר? מה הסטטוס שלהם?

ורד אייזנברג:

היחיד שכרגע עדיין לא פעיל זה נתיבות. גם פה, העיכוב של המלחמה היה מאוד משמעותי. אמור להיות מתחם רפואי בשילוב של העיריה והדסה, ששם יהיו CT ו-MRI. על MRI דיברתי קודם.

היו"ר יונתן מישרק:

אני חוזר אתך לקריית שמונה. מכשיר ה-CT, זה גם כללית שם, נכון?

ורד אייזנברג:

זה כללית באמצעות מור.

היו"ר יונתן מישרק:

נרכש המכשיר ולא הביאו אותו? איפה זה?

ורד אייזנברג:

המכשיר כבר נרכש ואחר כך היה צריך להעביר אותו כדי לתת מענה לאוכלוסייה של המפונים. היום, בגלל שהאוכלוסייה הזו מפונה – אי אפשר לשים מכשיר שם. התכנית היא שברגע שאפשר יהיה, אז המכשיר שכרגע נותן מענה במקום אחר, יעלה לצפון וייתן את המענה בקריית שמונה.

דבר נוסף שמתעכב, זה אמור היה להיות בתוך מבנה שעדיין לא סיימו את הבנייה שלו, זה התעכב בגלל המלחמה. זה מבנה רפואי שמתוכנן שם – דימות, חדרי ניתוח, מרפאות קהילה, גסטרו ועוד דברים רבים אחרים.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

ד"ר ורד. מה שציננת עכשיו בהמשך למצב בצפון. גם דו"ח מבקר מדינה מתייחס לכך שמספר המכשירים ביחס למספר התושבים אינו עומד בתקן. מה הצפי, מתי כן אתם תגיעו למצב של עמידה בתקנים שכבר קיימים עוד לפני התוספות?

ורד אייזנברג:

התוספת האחרונה של יולי 2022, סידרה את הפערים בין המרכז לפריפריה והגענו למספר המומלץ בהתאם לתקנות שהיו אז. עכשיו השינוי המוצע שהוסיף לנו שני מכשירים, עוד לא החלטנו לאן הם ילכו. ההעדפה שלנו היא תמיד לתת מענה טוב יותר לפריפריה.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

מתי כן תגיעו לתקן?

ורד אייזנברג:

הגענו מספרית, כן. אני ציינתי כאן איזה מכשירים אינם פעילים והסברים גם למה.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

מתי כן כבר יהיו פעילים?

ורד אייזנברג:

כשתסתיים המלחמה.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

אם מלחמה תימשך 20 שנים?

היו"ר יונתן מישרק:

טטיאנה, לאן אנחנו רוצים להגיע? אנחנו רוצים להגיע למצב שבן-אדם לא צריך להמתין כל כך הרבה זמן עבור בדיקה.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

לא צריך לחכות לסיום המלחמה.

היו"ר יונתן מישרק:

אני פחות מתייחס למספרים. אני יותר מתייחס לזמני ההמתנה שמבחינתי זה הנושא שעל השולחן. עוד מעט נרצה לשמוע כמובן מה המשרד יודע על זמני ההמתנה. אם יש לוח זמנים שמראה זמני המתנה. אם לא, אז מה נעשה בעניין ולפי זה לקבל את ההחלטה. המספרים הם יפים מאוד על הנייר, אנחנו רוצים להבין.



טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

אתה מבין שכמה שפחות מכשירים – האזרחים יחכו יותר לבדיקות.

היו"ר יונתן מישרסקי:

נכון. זה מה שאני רוצה לדעת.

ורד אייזנברג:

אם תרצו שנסביר לגבי זמני המתנה, אפשר להסביר.

היו"ר יונתן מישרסקי:

זמני ההמתנה, זה הנושא.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

אם תכננתם להתייחס לזה בהמשך.

ורד אייזנברג:

תכננו להתייחס לזה בהמשך.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

אז נמתיין.

ורד אייזנברג:

זה לגבי דרום. בטח אתם שואלים בלבכם מה עם יוספטל? ביוספטל יש שני מכשירי CT שהם פעילים ונתנו מענה טוב למפונים שהיו שם. תוספות למחוז חיפה, הוספנו שני מכשירי CT לחיפה. אחד לבית החולים בני ציון ואחד לבית החולים הילל יפה. שניהם פעילים. מחוז ירושלים, תוספת של כללית בבית שמש. בית חולים הרצוג. בית שמש פעיל מזה חצי שנה, הרצוג מתחיל לעבוד בימים אלה ויש שם גם מרכז מאוד חדש ויפה. זה המענה למי שצריך בירושלים.

היו"ר יונתן מישרסקי:

ההחלטה לתת לבית חולים הרצוג, זה תחת קופה? לפי מה בחרתם?

ורד אייזנברג:

זיהינו צורך לתת מענה לאוכלוסיות מיוחדות. גם לאוכלוסיות שמאושפזות שם. זה בית חולים שאמור להגיע ל-600 מיטות אשפוז בהדרגה, והם נותנים מענה גריאטריה, גם שיקום. הרבה מאוד מונשמים, יש להם ארבע מחלקות מונשמים, חלקם ילדים מונשמים שישארו מונשמים ומוגבלים כל חייהם. לנייד מטופל כזה להדסה או לשערי צדק בשביל בדיקת CT זה גם לחכות הרבה זמן בתור וגם בלגאן גדול, כי צריך צוות שינשים, אמבולנס מיוחד, זה מורכב מאוד.

חשבנו שיהיה נכון לתת שם מכשיר CT שיעמוד שם באופן קבוע, הנחנו אותם במסגרת ההנחיות שהם צריכים לתת מענה לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים מכל רחבי הארץ, שירצו להגיע לשם. יש לזה יתרון גדול שלא צריך לנסוע לבית חולים. אדם כזה שבדרך כלל המערכת החיסונית שלו ירודה, עדיף שלא לחשוף אותו לתלואים שמסתובבים בבתי חולים. במסגרת כזו שהם מנותקים כי יש כניסה נפרדת, הם לא פוגשים את החולים האחרים – זה מענה שהוא גם יותר בטיחותי למטופלים האלה.

אסנת לוקסנבורג:

זה גם היה בשיח עם משרד הרווחה, מיפינו צרכים של אוכלוסיות עם צרכים מיוחדים, שיש קושי מאוד גדול להשיג עבורם בדיקות דימות במקומות. אם זה בניידות או במרכזים הרגילים, לכן אחת ההנחיות הן שתהיה עדיפות לאוכלוסיות כאלה עם צרכים מיוחדים, שיוכלו להגיע לשם ולקבל את המענה.

היו"ר יונתן מישרקי:

אני מבין שעדיין יש קושי גדול עבור אותן אוכלוסיות.

אסנת לוקסנבורג:

נכון.

היו"ר יונתן מישרקי:

גם אחרי שזה פעיל.

ורד אייזנברג:

זה התחיל השבוע.

אסנת לוקסנבורג:

זה רק עכשיו מתחיל. אנחנו שוקלים ומיפינו משהו בצפון שגם הוא יוכל לתת. הכוונה היא לשים את הצרכים של האוכלוסייה הזו שהיא פחות נשמעת, אך עדיין מחכה הרבה פעמים בתור.

היו"ר יונתן מישרקי:

זה לא מונח בבקשה שלכם כרגע, נכון?

אסנת לוקסנבורג:

זה במסגרת מה שאנחנו חילקנו לאורך השנים.

היו"ר יונתן מישרקי:

נטפל בזה עוד מעט. בבקשה.

ורד אייזנברג:

אלה המכשירים שהתווספו בתקנות האחרונות למחוז מרכז. מאיר – למיון חדש כפר פעיל. אוניברסיטת אריאל – דיברתי קודם, ומכשיר של כללית – למרכז בריאות החדש שהולך ונבנה שם במודיעין. מחוז תל אביב, הוספנו מכשיר אחד למיון ילדים בשיבא, על פי אותו עיקרון שזיהינו בשניידר, מה שסיפרתי קודם. התברר לנו שאין מכשיר CT במיון ילדים וצריך לנייד ילדים, להיחשף למבוגרים חולים, וחשבנו שנכון להפריד את זה כי בתוך שיבא המרחק בין בית החולים לילדים לבין הדימות, הוא מרחק מאוד משמעותי. זה המכשיר היחיד במחוז מרכז.

היו"ר יונתן מישרקי:

שמתי לב שהרבה מאוד חוזר על עצמו. בחלוקה הקודמת שקופת חולים כללית קיבלה בכל מיני מקומות, זה בגלל גודל מספר המבוטחים שלה? שאר הקופות באותה חלוקה, איפה הן באו לידי ביטוי?

ורד אייזנברג:

החלוקה הייתה 50% לכללית, 25% למכבי, השאר יוצא שמינית ושמינית לשתי הקופות האחרות. תמיד יצא ביחס לגודל הקופה. זה היה מאוד שוויוני ומאוד הקפדנו שאף אחד לא ייפגע. יעידו הנציגים של לאומית שיושבים פה בחדר אתנו.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

יש דור ישן של המכשירים. מכשירי CT גם נכללים בסטטיסטיקה שיש מכשיר, מענה. יש דור חדש שפחות מזיק בקרינה. כמה בקשות יש לכם על השולחן, להחליף מכשיר CT ישן לחדש, וכמה מהם לא אושרו?

ורד אייזנברג:

בכל המכשירים החדשים יש היום אפשרות להוריד את עוצמת הקרינה בהתאם לצורך. אם האינדיקציה היא לדוגמה בדיקת לריאות, מה שנכנס למדדים, אנשים שמעשנים וכדומה – אפשר לשלוח אותם למכשירים שנמצאים בבתי חולים מאוד גדולים שמחזיקים מכשיר למטרה הזו בכל מיני מקומות. המכשירים החדשים יודעים לעשות את זה. מכשיר ישן ממילא מגיע בשלב כזה או אחר לסוף חייו ובמכשיר החדש מתקינים את התוכנות האלה כדי שאפשר יהיה לעשות גם וגם.

אסנת לוקסנבורג:

אנחנו דאגנו למכשירים ותיקים יותר, שיתקינו תוכנות להורדת קרינה. גם אם הם לא מחליפים אותם, רצוי שהם יתקינו תוכנות להפחתת קרינה ולעשות את הבדיקות במינימום קרינה מייננת שנדרשת. הנושא הזה מבחינת הקרינה מטופל.

כפי שאמרה ד"ר אייזנברג, החדשים כבר עם זה, בנויים כחלק בלתי נפרד מהם ואנחנו לא מאפשרים כניסה של מכשירים חדשים כמכשירים ישנים אלא רק מכשירים חדשים עם הכול. גם הישנים טופלו והותקנו בהם תוכנות מיוחדות.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

ואין כאלה שממתינים לאישור שלכם לחידוש?

אסנת לוקסנבורג:

כל הזמן יש, היות וזה מכשיר תמורת מכשיר – זה מתבצע כל הזמן באופן שוטף, אנחנו לא מביאים את זה לפה. אם יש לבית חולים מכשיר ישן - - -

היו"ר יונתן מישרק:

בית חולים שרוצה לשדרג מכשיר - - -

אסנת לוקסנבורג:

אין שום בעיה.

היו"ר יונתן מישרק:

הוא לא צריך אישור תקנות מחדש או משהו?

אסנת לוקסנבורג:

הוא צריך לעבור, לוודא שהמכשיר עבר את הרגולציה של הקרינה.

היו"ר יונתן מישרק:

כמובן. מלבד התקינה.

אסנת לוקסנבורג:

הם פונים אלינו לאישור.

היו"ר יונתן מירסקי:

זה לא נוגע בתקנות, זו הכוונה טטיאנה.

אסנת לוקסנבורג:

זה לא נוגע בתקנות.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

אני יודעת, זה לא נוגע לתקנות. עד כמה אנחנו עומדים בקצב להחליף ולשמור על הבריאות של הציבור, כמה שפחות להוריד בכלל מהשימוש.

היו"ר יונתן מירסקי:

יש לך המתנה כרגע בצנרת, לבקשות שדרוג מכשירים?

ורד אייזנברג:

זה לא מתעכב מכיוון שמי שכבר יש לו רישיון, על אותו הרישיון הוא יכול לשדרג את המכשיר. בדרך כלל הבקשות מגיעות מהשטח לבד. בשלב מסוים החברה שנותנת להם תמיכה, מפסיקה לתמוך, הם מבינים שאין להם ברירה אלא לשדרג.

מי שיש לו גם תשתית מאוד גדולה – זה בא ביוזמתו. לכל היותר ייקח בין שמונה לעשר שנים עד שמכשיר – גם אם הוא ישן – יוחלף. מכשירים ישנים, כמעט ולא נשארו כאלה שמסתובבים שם. כל הזמן אנחנו עוקבים וגם כשיש בקשה לשדרוג זה עובר דרך המשרד, אנחנו בודקים מה המכשיר החדש, שהוא עומד בקריטריונים ואז מאשרים אותו. גם בשביל לשדרג הם צריכים לעבור אותנו ולקבל אישור.

אסנת לוקסנבורג:

זה מהר. זה תהליך שוטף.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

עושים על חשבונם. כל מוסד עושה את זה על חשבונם. אין שיפוי ועידוד של משרד הבריאות להחליף ולהוציא מהשימוש.

ורד אייזנברג:

יש עידוד. ד"ר לוקסנבורג אמרה את זה קודם. אנחנו מעודדים לגבי CT, שהם ישתמשו במכשירים שיש להם פחות קרינה ודוחפים לכיוון.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

מעודדים תקציבית?

אסנת לוקסנבורג:

לא. אין לנו תקציבים לצורך הדברים האלה.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

זה לא טוב. תודה.

ורד אייזנברג:

לגבי ניתוחים, רובוט לניתוחים בשלט רחוק. מי שזוכר את הדיון שהיה כאן לפני שנתיים, היה דיון מאוד סוער, היום בתיקון המוצע לגבי הרובוטים האלה זה שיורד מההגבלה הכמותית, נגיע לזה בהמשך.

מה שעוד התווספו, אלה עוד ארבעה תאי לחץ עם הגדרה מאוד ברורה מה זה תא לחץ, כל מכשיר שהוא מעלה אחד אטמוספירה, הם צריכים להיות רב מדוריים בתוך בתי חולים שיכולים לתת מענה גם למצבים דחופים וגם למצבים כרוניים. זה צריך להיות מקום שיש לו – חדר מיון וכירורגיה פלסטית, כירורגיה כלי דם וכדומה.

בתי החולים שקיבלו את האישורים האלה הם שיבא, רבין שזה בלינסון, סורוקה וזיו בצפת. מכשירים אלה עדיין בשלבי הקמה. צריך להסביר שבבנייה של תא לחץ נדרש שטח מאוד גדול, הכנה של השטח. אישורים מהמועצות הרלוונטיות. הוא תופס בדרך כלל לפחות 400 מטר רבוע ולעתים יותר, כי לזה מצמידים גם את התשתית של הטיפול בכך רגל סוכרתית ועוד כל מיני דברים.

הרכש הוא מאוד יקר כי המכשירים האלה מאוד יקרים. גם ההבאה שלהם, בגלל שזה משהו שתופס פחות או יותר את כל החדר של הוועדה, וזה עוד בלי מנגנון החמצן שמגיע ממקום אחר – זה גם צריך להגיע על אנייה מאוד גדולה. התהליך הזה לוקח זמן. מה שהולך להיות הכי מהיר, זה המכשיר של רבין שהולך להיות ממוקם בחניון הממוגן של בית חולים שניידר שנמצא בסמוך, משרד הבריאות מאוד עזר לקדם אותו. הוא הולך להיות מופעל ראשון מבין ארבעת מכשירים אלה.

#### אסנת לוקסנבורג:

מיד אחרי כן שיבא וזיו.

#### ורד אייזנברג:

שיבא וזיו שכבר רכשו את המכשירים שלהם. אנחנו בקשר עם הקופות כל הזמן, כל שלושה חודשים אני דורשת גאנט עדכני. איפה שהמכשירים עדיין לא פעילים זה לגבי כל המכשור. זה שאנחנו מאוד מעורבים בתהליך אז הקופות גם אתנו בקשר, משתפות פעולה. יש שיח מתמיד והדברים מתקדמים.

#### היו"ר יונתן מירסקי:

יש עוד בקשות שמונחות על השולחן שלכם?

#### ורד אייזנברג:

לתאי לחץ יש בקשות כל הזמן. רוב הבקשות לא עונות על קריטריוני הבסיס שמוגדרים בתקנות – לכן אנחנו נאלצים לסרב להם, מכיוון שתא לחץ שעובד נכון צריך להיות לפחות אחד אטמוספירה, לתת מענה. צריך תשתית שלמה של – חדר מיון, מערכת של כירורג פלסטי, מנגנון של טיפול בסוכרת ועוד הרבה מאוד דברים שהגדרנו כדי שזה יהיה באמת יעיל.

דוגמאות, טיפול דחוף יכול להיות שאיפת עשן. מישהו שמגיע עם שאיפת עשן יגיע לחדר מיון, לא יגיע למסגרת פרטית אלא לחדר מיון. בחדר מיון יעשו לו הערכה ראשונית וישלחו לתא לחץ וזו פעולה מצילת חיים.

תאי לחץ צריכים להיות בבתי חולים שיכולים לתת את המענה הזה. הגדרנו כתפיסת עולם. יש הרבה מאוד מתיימרים להיות תאי לחץ וממציאים כל מיני מונחים של לחץ מתון שלא קיימים בשום מקום בעולם.

אלה המצאות, הם גם לא אפקטיביים כי לא מגיעים ללחץ המינימלי שנדרש לטיפול. הם מוכרים, סבתא שלי הייתה קוראת לזה לוקשים. כולם מבינים למה אני מתכוונת? זו הונאה של הציבור והציבור חייב לדעת את זה. אנחנו במשרד יוצאים אחת לכמה זמן עם הודעות בדברות, כל מי שמפעיל "תא לחץ", אנחנו עושים תהליך של אכיפה מנהלית. מאוד עסוקים בזה, ושימועים והרבה מאוד עיסוק משפטי עם הגורמים האלה.

#### היו"ר יונתן מירסקי:

ישנם היום בתי חולים שמוכנים לעמוד בתנאי סף שרוצים לקבל רישיון ולא מאשרים כי התקנות חוסמות אותם?

ורד אייזנברג:

כמו שהתקנות כתובות היום וזה בדיון שהיה בפעם הקודמת, אין בקשה שיכולה לענות על ההגדרה שכתובה בתקנות. יש מקומות קטנים יותר שהם ביקשו, אך הם לא עונים על המינימום שהוגדר. התקנות אומרות מעל 900 מיטות, בצפון בגלל שהיחיד שיכול היה לענות היה רמב"ם וברמב"ם כבר היה מענה, בחיפה היה מענה, דווקא של אלישע אבל גם של מרי, שזה למקרים דחופים.

היו"ר יונתן מישרקי:

השאלה אם הקריטריון הזה של 900 מיטות הוא קריטריון, מדי דרקוני או קיצוני?

ורד אייזנברג:

אם הן דרקוניות? תא לחץ צריך להיות מסוגל לתת מענה למצבים דחופים וגם למצבים כרוניים. אין היום המתנה לתורים לתא לחץ. מי שמקבל המלצה מהרופא זה בדרך כלל כירורג כלי דם עבור פצעים קשיי ריפוי. בטיפול בפצעים קשיי ריפוי יש הרבה מאוד כלים שהם רלוונטיים לטיפול, תא לחץ הוא רק אחד מהם ולא מתאים לכולם. כדי שהטיפול בתא לחץ יהיה אפקטיבי, החמצן צריך להיות מסוגל להגיע לקצה של הרגל.

כשיש חסימות מאוד משמעותיות – יש טיפולים אחרים כמו צנתור של הרגל הזאת, זה נעשה בחלק מהמרכזים בארץ שזה יותר רלוונטי מאשר תא לחץ. צריך לבחור את המטופל, שיתאים להתוויה. כאשר מטופל מתאים להתוויה – באחריות הקופות להפנות אותו לבית החולים שבו יש את תא הלחץ.

יש היום פריסה שתהיה סבירה אחרי שכל אלה יפעלו, תהיה מספיק טובה. אין היום המתנה. אם משיהו בירושלים צריך להגיע לתא לחץ – יש בהדסה את היכולת לתת לו מענה בטווח מאוד קצר, שבוע, שבועיים לכל היותר.

אנחנו מכירים בקשה של שערי צדק שהוא לכאורה עונה על הקריטריונים האלה. במצב הנוכחי לא חשבנו שיש היגיון תפעולי וגם כלכלי, לשים מכשיר נוסף כל עוד אין זמני המתנה בירושלים. מי שהיום בירושלים מצליח לקבל התחייבות להגיע לתא לחץ – לא צריך לחכות. אם נוכל בזמן כזה או אחר לשים עוד מכשיר, נשים אותו בפריפריה לפני שנשים עוד מכשיר בירושלים.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

העתירה יכולה לתת מענה להרבה מחלות והשימוש והמודעות בשימוש בתאי לחץ היא לא מספיק גבוהה בקרב רופאים בגלל שיש מלכתחילה תפיסה של פחות היצע אומר פחות ביקוש. השימוש בתרפיה היפרברית יכול להציל ולחסוך הרבה כסף למדינה. אפשר לטפל במחלות בשלבים מוקדמים יותר ולא להגיע למצב שיש כבר חסימה והטיפול לא יעזור. זה יחסוך כספים רבים למדינה ויציל חיים של בני אדם רבים ולא נגיע לקטיעות גפיים ובעיות אחרות.

אסנת לוקסנבורג:

אנחנו במהלך השנה הקרובה מתכננים לעשות שני דברים – להתחיל לראות שיש הפעלה של המכשירים שנתנו ולעשות הערכת צרכים לאומית ולראות אם הדברים נותנים מענה מספק או לא וכולי. הדבר השני, לפרסם חוזר של משרד הבריאות שמבהיר באיזה מקרים צריך להגיע לתא לחץ. באיזה מקרים זה ניסיוני ובאיזה מקרים זה לא.

היום משתמשים בתא לחץ ו"מוכרים" את תא הלחץ כעוזר מאוד בהרבה מאוד מקרים שהם עדיין ניסיוניים או אפילו לענייני קוסמטיקה ואנטי-אייג'ינג. הכול קורה מבחינת הצורך שמתבטא. עבודה של כמה גורמים בתוך המשרד זה למפות את כל העדויות המדעיות ולשים פעם אחת בצורה מסודרת בחוזר שיבוא ויגיד שאלה המצבים שמוכח רפואית שצריכים להגיע אליהם.

אני מצטרפת לקריאה של ד"ר אייזנברג, אני מניחה שצופים בדיון הזה הרבה אנשים. להיזהר מהשרלטנות של תאי לחץ פרטיים בקהילה וכולי. התאים היחידים שמאושרים על ידי משרד הבריאות הם התאים שקיימים בבתי החולים. אנא תחסכו לעצמם גם סכנה, גם עוגמת נפש, טיפול לא נכון על ידי הליכה לגורמים שהם לא מוסדרים ולא אמורים לתת את הטיפול הזה.

היו"ר יונתן מישרקי:

לגבי הבקשה של שערי צדק שמונחת לפניכם ויכולה לכאורה לעמוד בקריטריונים. אני מסכים שנכון, אנחנו מאוד דואגים לפריפריה וזה חשוב. אני מזכיר שירושלים משרתת הרבה מאוד גם בפריפריה של ירושלים, שאלה הרבה מאוד יישובים מיהודה ושומרון, דרך בית שמש והסביבה, לכן אני מעוניין לבקש לבחון את הבקשה הזו.

ורד אייזנברג:

אנחנו נבחן את זה.

אסנת לוקסנבורג:

אנחנו נבחן את זה שוב.

ורד אייזנברג:

זה התיקון שמוצע כעת, השינוי לגבי MRI הוסיף שני מכשירים, שני מכשירי CT, שני מכשירי צנתור לב. הורדה של ההגבלה הכמותית על מכשירי רובוט לניתוחים בשלט רחוק, בשעה טובה ומוצלחת שזה עולה. הורדה של המגבלה הכמותית למערכת רנטגנית לצילום וצנתור ראש שאנחנו הגדרנו. בשני אלה שבהם אנחנו מגישים את הבקשה להורדת ההגבלה הכמותית, הגדרנו מהן ההנחיות הקליניות שרשומות בתקנות ומופיע בהצעה, שמי שיגיש מועמדות לקבל מכשיר – יהיה חייב לעמוד בהגדרות אלה ואני אפרט אותן.

היו"ר יונתן מישרקי:

לפני ההגדרות. ישאל השואל למה הורדתם את ההגבלה הכמותית דווקא מהשניים האלה ולא משאר המכשירים המיוחדים?

ורד אייזנברג:

מכשיר לניתוחים רובוטים בשלט רחוק, הוא מכשיר שהוא היום חלק מסטנדרט של טיפול בכל מחלקה כירורגית כללית שעושה ניתוחים גדולים. כל בית חולים שעושה ניתוחים גדולים זה הפך להיות סטנדרטי אצלו. זה גם כלי שמאפשר להביא מתמחים מכיוון שהיום אין דבר כזה להכשיר מתמחים מבלי ללמד אותם לעשות ניתוחים ברובוטיקה. זה רלוונטי באורולוגיה לד"ר דובי וזה רלוונטי גם לגניקולוגיה, בעולמות שלי, ולכירורגיה כללית והיום זה כלי קבוע.

אתם בוודאי יודעים מהדיונים שהיו לפני שנתיים שחוץ מהמכשירים שפנו אל משרד הבריאות ונתנו רישיון בהתאם למה שיכולנו במסגרת התקנות, יש הרבה מאוד מכשירים שפועלים שם ורכשו והצליחו להכניס את זה ארצה דרך המכס ללא רישיון. הם יוסדרו מן הסתם במהלך הזה. אנחנו מאמינים שכל בית חולים כללי שיש לו כירורגיה כללית והוא מכשיר מתמתחים – צריך שיהיה לו רובוט.

אמר כאן פיקרסקי לפני שנתיים, שאפשר גם יותר מאחד ואם לא תהיה כאן מגבלה ובית חולים שעושה הרבה מאוד ניתוחים, אין מניעה שיהיה לו עוד רובוט. יהיה רובוט – לכירורגיה כללית ולאורולוגיה ולגניקולוגיה ולא יצטרכו לריב על אותו מכשיר בבתי חולים גדולים שיש להם הרבה מאוד ניתוחים. האוצר תמיד פחד.

היו"ר יונתן מישרקי:

בשונה משאר המכשירים שמה?

ורד אייזנברג:

אסביר עוד מעט לגבי המכשירים האחרים.

אסנת לוקסנבורג:

זה לא קשור לנפש, אתה צודק. ברגע שהורדנו את זה, אין פה שיעור לנפש ואפשר לתת כמה שנדרש מבחינה רפואית.

היו"ר יונתן מישרקי:

אני רוצה את הסיבה. למה הורדנו את השיעור לנפש?

ורד אייזנברג:

לא היה פה שיעור לנפש אף פעם. היה מספר כמותי בחלוקה למחוזות והרפואה התקדמה מאוד מאז שזה נכנס לתקנות בפעם הראשונה. האוצר תמיד חשש מכך שתהיה כאן עלות מאוד גדולה, בפועל העלות לניתוח לא משתנה מבחינת מה שהקופה משלמת עבור הניתוח. מה שמשתנה זו עלות התפעול לבית החולים.

לרובוטים הישנים, לא ישנים כי הם מתחדשים כל הזמן אך הוויקטים והמוכרים שקוראים להם בשפה העממית דה וינצ'י, עלות ההפעלה של כל אחד כזה בגלל המתכלים שלהם היא מאוד גבוהה. עכשיו נכנסים לשוק רובוטים אחרים שעלות ההפעלה שלהם אמורה להיות זולה יותר. העלות לניתוח עצמו לא משתנה בין אם הוא נעשה עם רובוט או בלי רובוט, לכן זה לא משפיע על התמחור של הפעולה.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

הציוד המתכלה של המכשירים הוא מאוד יקר.

ורד אייזנברג:

מה שקורה בפועל – המחירים סוף סוף מתחילים לרדת כי התחילה תחרות. בתי החולים עצמם היו מגבילים את מספר הניתוחים שאפשרו למנתחים לעשות בשנה בגלל השיקולים האלה. ברגע שייכנסו יותר מכשירים ותהיה יותר תחרות וייכנסו מכשירים אחרים שהמתכלים שלהם זולים יותר, הדבר הזה יגיע לאיזון והתמחור יהיה בהתאם. פה אנחנו חושבים שהמהלך הזה יעשה רק טוב.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

אין ספק שניתוח יוצא הפסדי בגלל העלות של הציוד המתכלה.

ורד אייזנברג:

נכון. זה אמור להשתנות ברגע שלכולם יהיה ואפשר יהיה לעשות יותר – החברה תהיה חייבת להוריד מחירים, החברה תבין את זה לבד, וייכנסו מכשירים אחרים שהמתכלים שלהם יותר זולים. למשל חברה בשם בטרוניק שמייצרת רובוט שנקרא הוגו שנמצא היום בהדסה בתור פיילוט והמתכלים שלו יותר זולים והניתוחים שלו באותה איכות, כך שיגיעו לאיזון שזה לא יעלה יותר לבית החולים ולשם אנחנו רוצים להגיע.

אסנת לוקסנבורג:

בכל מקרה התפיסה שלנו, שזה חלק בלתי נפרד מההכשרה היום של הכירורגים העתידיים במדינת ישראל. הם חייבים לדעת, להתמצא, לנתח, זה הכיוון שאליו הולכת הרפואה הכירורגית וצריך שתהיה מיומנות גבוהה, שצריכה להיות על ידי זה שיהיה פרוס בכל בתי החולים בארץ שמבצעים את הניתוחים המורכבים האלה.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

התחושה היא, תשתמשו שבתי החולים יקנו מכשירים זולים עם ציוד זול, אז למה בכל העולם משתמשים באותו רובוט דה וינצ'י? צריך לתת את החופש בבחירה. יוצא שמשרד הבריאות מחייב את בתי החולים להשתמש במכשיר זול יותר כדי לצמצם, מי אומר שזה יותר טוב ושאינן פגיעה באיכות ביצוע ניתוחים ואין השלכות והחלמה טובה יותר בדיוק כמו אחרי ניתוחים שבוצעו על ידי רובוט דה וינצ'י? שלא תהיה פה פגיעה באיכות הניתוחים ותהליך החלמה שאחרי ניתוחים.



ורד אייזנברג:

בתשובה לשאלתך, יש לנו צוות במשרד שבדק את הדברים האלה כל הזמן.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

צוות כלכלנים?

ורד אייזנברג:

לא. צוות שלנו בחטיבת הטכנולוגיות שבדקים. כל טכנולוגיה שאנחנו מביאים לדיון זה אחרי שעשינו להם בדיקות עומק. הצוות הזה עשה בדיקה והשוואה בין הרובוטים השונים שקיימים היום. המידע שקיים בינתיים, שהרובוט של הוגו לא פחות טוב מדה וינצ'י. דה וינצ'י שולט בשוק, הוא נמצא שם יותר זמן ויש שם סוג של מונופול אבל כמו בכל מונופול, הדברים האלה ישתנו וזה יגיע לידי איזון.

כדי שזה יגיע לידי איזון אנחנו חייבים לפתוח את האופציה לכולם, עד עכשיו לא הייתה אופציה כי נאלצנו להגביל את זה כמוותית. ברגע שתהיה אופציה וייכנסו יותר מכשירים. אני יודעת על מקומות שרוצים להכניס את המכשירים האחרים, הדברים האלה יתאזנו מכך שנאפשר להם לעשות את זה, מה שעד עכשיו לא יכולנו לעשות.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

אחר כך המחירון יתעדכן לפי - - -

היו"ר יונתן מירסקי:

ברשותכם, אני יוצא להפסקה של עשר דקות.

**(הישיבה נפסקה בשעה 11:46 ונתחדשה בשעה 11:56).**

היו"ר יונתן מירסקי:

אנחנו נמשיך.

ורד אייזנברג:

אם אין עוד שאלות לגבי הרובוט, אני יכולה להמשיך הלאה?

היו"ר יונתן מירסקי:

מישהו יש לו עוד שאלה לגבי הרובוט?

נעה בן שבת:

השאלה של חברת הכנסת מזרסקי הייתה, איך הדבר הזה ישפיע. התעריף ייקבע לפי הרובוטים החדשים עם החומרים המתכלים שלהם ובית חולים שיש לו רובוט דה וינצ'י יישא ביותר עלויות, היא אמרה שהיא לא בטוחה שהאיכויות הן אותן איכויות.

ורד אייזנברג:

אענה רק בהיבט הקליני קודם, ואחר כך אם תרצי להתייחס להיבט הכלכלי. התמחור היום לניתוחים אלה הוא תמחור על פי PRG, procedure related, שזה משהו היסטורי. התעריף לא משתנה כי הוא ניתן לפי הגדרת הפרוצדורה, הוא לא משתנה אם הוא נעשה עם או בלי רובוט. אחריות של בתי החולים ואחר כך נושאים במתכלים.

עוד מעט גאיה תתייחס לגבי התעריפים. בהיבט הקליני, בינתיים מהבדיקה שעשינו אצלנו בטכנולוגיות, נראה כי המכשירים החדשים אלה של הוגו למשל, התועלת הקלינית שלהם דומה. אנחנו עוקבים אחרי זה כל הזמן, מחכים לשמוע מהדסה עין כרם שעושים עכשיו פיילוט גם לגבי שביעות רצון, וגם לגבי התוצאים, יהיה לנו יותר מידע, יש לנו תשובה חלקית לשאלה הזו. לגבי התמחור, אתן לגאיה להתייחס.

#### גאיה עופר:

גאיה עופר מאגף תקציבים, משרד האוצר. יש פה שתי סוגיות – סוגיה אחת התעריפים, סוגיה שניה מחירים של המתכלים של רובוט דה וינצ'י. יש שני מהלכים שכרגע ועדת המחירים המשותפת של שני המשרדים וגורמי המקצוע שעובדים איתה, כרגע מקדמים.

לגבי המהלך הראשון שנוגע לעדכון המחירים. בניתוחים שבהם הרובוט כבר נהיה טיפול סטנדרטי ויש הרבה מידע קליני שתומך, משרד הבריאות בא ומבקש, מעלה לוועדת מחירים עדכון של המחיר. כמו שנועה אמרה, מכניסים למחיר את התמהיל שכולל נניח בניתוח מסוים 30% מהמקרים נכון לעשות ברובוט וזה המצב המומלץ, אז מחיר DRG, מחיר הניתוח הממוצע מתייקר לאור ההכנסה של הטכנולוגיה.

דבר זה כבר עבר ונכנס לתוקף בניתוחי בקע, כיום הוועדה בתהליך תמחור לגבי ניתוחים בגניקולוגיה של כריתת רחם, גם שם יש שימוש נרחב ברובוט. יש עדכון, זה מגיע לאור פניה גם של השטח ובתי חולים שאומרים שהם מבצעים היום את זה עם הרובוט וצריך לעדכן לאור זה את המחירים.

זה נעשה במשורה במקומות בהם יש מתאם בין הצורך והתועלת הקלינית של השימוש ברובוט. זה לעניין עדכון תעריפים. לעניין מה עושים עם מונופול או מחירים מאוד גבוהים, גורמי המקצוע מתכוונים לצאת להיוועצות אל מול השטח בנושא של החלת פיקוח מחירים על מחירי ציוד רפואי.

היום תרופות מפוקחות, מחירי ניתוח מפוקחים, אך הציוד הרפואי שבעיקר בתי חולים קונים מספקים, מחברות, יצרנים, לא מפוקח. זה הרבה יותר מורכב מתרופות, לכן אנחנו יוצאים להיוועצות. החלת פיקוח הוא לא דבר להקל בו ראש, יש לו כל מיני השלכות. אנחנו יוצאים להיוועצות על הנושא הזה כדי לשמוע מהשטח.

אחד הנושאים שהזכרנו ונבקש התייחסות אליו, זה נושא רובוט דה וינצ'י בפרט. אחת העילות והסוגיות שגרמו לנו להידרש לנושא ולהבין שאולי צריכה להיות פה עוד עזרה מעבר לכך שנחכה שתיכנס תחרות ורובוטים נוספים שיעמדו בסטנדרט, גם מהלך אקטיבי של הממשלה בנושא.

#### נעה בן שבת:

כשאת אומרת ציוד רפואי, את מתכוונת לאמ"ר?

#### אסנת לוקסנבורג:

כן, אביזרים וציוד.

#### נעה בן שבת:

גם דה וינצ'י נחשב?

#### אסנת לוקסנבורג:

גם נחשב מכשור רפואי, אז נמצא תחת ההגדרות האלה.

#### טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

שוב אנחנו חוזרים לפעילות של ועדת מחירים ותעריפים לפעולות ולציוד. מי שקובע זה כלכלנים שעושים בדיקה וסקירה, היא לא תמיד אמיתית, לא תואמת את המציאות. למשל, אפשר לקנות בסין סכין ב-193 דולר, בפועל בית חולים שקונה מחברת ישראל – עולה לו פי עשרה בארץ כי יש תוספת מיסים ומכס. זה יעלה הרבה יותר.

ורד אייזנברג:

אענה לך לפחות חלקית לגבי גניקולוגיה, כי תהליך התמחור בגניקולוגיה היה בשיתוף עם השטח. ישבתי בהתחלה ושידכתי אותם כדי שהקלינאים ואנשים הכספים ידברו. היה קשב גדול מאוד לצרכים של השטח. לא יודעת לאן הגיעו בסוף, הוצאתי את עצמי מהסיפור הזה כדי שלא יהיה ניגוד עניינים. יש הקשבה לצרכים של השטח ואני מקווה שזה ייתן מענה הולם.

נעה בן שבת:

אני לא רוצה לערב שמחה בשמחה, יש חוק ציוד רפואי שממתין הרבה שנים לתקנות בהן מותנה חוק, לא כל כך ברור מה הסטטוס שלו, אנחנו רואים שהדברים האלה חוזרים עכשיו כשאנחנו מסתכלים על זה. שאלה אחרת של תמחור ועלויות.

אסנת לוקסנבורג:

התמחור לא קשור לזה.

נעה בן שבת:

עדיין ישנה פעולה של רישוי המכשירים, החוק נשאר כאות מתה במידה רבה.

אור אלדר:

עו"ד אור אלדר, לשכה משפטית של משרד הבריאות. חוק ציוד רפואי נחקק בשנת 2012. קובע חובת רישום של ציוד רפואי למעט סוגים שונים שמנויים בתוספת לחוק. מכיוון שיש הוראת תחילה שמתנה את כניסתו לתוקף בהתקנת תקנות מסוימות שמאפשרות שימוש בציוד לא רשום או שלא בהתאם לתנאי הרישום שלו, החוק עדיין לא נכנס לתוקף.

משרד הבריאות פרסם לפני שנה את התקנות להערות הציבור והשלים את תהליך ההיוועצות עם הציבור בעניין תקנות אלה. אנחנו כרגע מצויים בסיום שלבי אישור נוסח במשרד המשפטים כדי שנוכל להביא כבר בשנה הקרובה את התקנות לאישור הכנסת ובכך גם להכניס את החוק לתוקף.

אסנת לוקסנבורג:

החוק עוסק ברגולציה, לא עוסק בפיקוח על מחירים. לדוגמה בתרופות, יש צו פיקוח על מחירי תרופות. בכל מקרה החוק לא ייתן מענה בנושא העלויות אלא על ידי צו פיקוח אחר במידה ויוחלט לעשות.

אור אלדר:

החוק יבטיח את האיכות והבטיחות של כל המוצרים הללו.

ורד אייזנברג:

הסוגיה האחרונה היא ההורדה של המגבלה הכמותית על מערכות רנטגניות לצילום וצנתור ראש, אך צורך בעמידה בדרישות קליניות. אקריא לכם מה כתבנו. "הדרישות הקליניות בתנאים הנוספים", מופיע בטבלה שבתוספת, "בבית חולים כללי שיש בו עמדות מיון, מכון רנטגן, מחלקה נוירולוגית ומחלקה או יחידה נוירוכירורגית ומרכז שבץ מוחי שהכיר בהם המנהל". מה ההיגיון שעומד מאחורי זה? אני רוצה להסביר כי אני יודעת שיהיו שאלות.

מרבית המקרים של שבץ מוחי שדורש התערבות מגיעים דרך חדר מיון, לכן התנאי הראשון של חדר מיון חייב להתקיים על מנת שיהיה מרכז שבץ מוחי. היום יש בפריסה ארצית מאוד יפה, 11 מרכזים לשבץ מוחי. סך הכול יש כ-18,000 מקרים של שבץ מוחי במדינת ישראל, כאשר רק 10% מהם דורשים את פעולת ההתערבות הזו.

כדי שתהיה מיומנות מספקת במרכז שבץ שבו נעשו צנתורים – הוא צריך לבצע לפחות 50 צנתורים בשנה, זה אומר לפחות פעולה אחת בשבוע. דברים אלה מתבססים על נירות עמדה גם של איגודים בן-לאומיים וגם של איגוד בארץ, אני יכולה להקריא לכם את הסעיפים הרלוונטיים, הבאתי את זה איתי.

אושר שקלים (הליכוד):

11 מרכזים בפריסה ארצית?

ורד אייזנברג:

כן. להגיד לכם איפה הם נמצאים?

אושר שקלים (הליכוד):

כן.

ורד אייזנברג:

בצפון – יש מרכז בנהריה, פוריה, רמב"ם. במרכז בבלינסון, שמיר, סוראסקי ושיבא. בירושלים – בעין כרם ושערי צדק. בדרום – בסורוקה וברזילי. סך הכול פריסה יפה. החסם העיקרי שלנו בעולמות אלה זה המצנתר. אותו מצנתר זה משהו שסיים התמחות נוירולוגיה, יצא ל-Fellowship, התמחות, השתלמות בחו"ל שנמשכת לפחות שנתיים, בדרך כלל שלוש, במרכז גדול שיש בו הרבה מאוד פעילות, רכש הרבה ניסיון וצריך לחזור ארצה. משרד הבריות מסבסד שניים כאלה כל שנה כי זה התקציב שהיה לנו, בעלות של 100,000 שקלים לאחד.

לצערנו הרב הם לא ממהרים לחזור, גם בגלל שמציעים להם שם הצעות מפליגות אז הם מאריכים את השהות שלהם, גם המצב הנוכחי תורם לעניין זה ואנחנו נשארים עם מחסור. בכל הארץ יש 21 מצנתרים שעברו את ההכשרה, שיש להם את היכולת לעשות צנתור ראש במיומנות גבוהה.

אם אנחנו נוריד את הסטנדרטים – זה אומר לפגוע במטופלים. מטופל יגיע למקום שלא עושה צנתור לפחות אחד בשבוע, ואותו אחד שעבר הכשרה בחו"ל, איבד את היכולת לבצע את הפעולה, עדיף היה שלא יגיע לשם כי הדבר יכול לומר שהטיפול יהיה לא טוב כולל אפילו מקרי מוות בעקבות תקלות.

היו"ר יונתן מישרקי:

מה הפתרון?

ורד אייזנברג:

הפתרון כרגע, המכשירים שהתווספו, מטרתם קודם לעבות מרכזים קיימים שבהם יש מצנתרים. לדוגמה ניקח את בלינסון, יש שם חמישה מצנתרים ומכשיר אחד. אנחנו רוצים שיהיה להם מכשיר נוסף וייתן מענה טוב יותר למרכז.

בסורוקה יש לנו מצנתרת אחת, כשהיא איננה לא ניתן לעשות צנתור וצריך להתחיל להניע את המטופלים. יש שם שני מכשירים אך להביא לשם עוד מצנתרים. בצפון להוסיף מכשיר לרמב"ם, להוסיף מכשיר לנהריה. התקבלה החלטת ממשלה לתת לזיו וברזילי. בברזילי כבר יש מכשיר, יש מרכז שבץ.

אושר שקלים (הליכוד):

יש התכנות באילת?

ורד אייזנברג:

אין שם את התשתית הבסיסית המינימלית, אין שם נוירולוגיה.

אסנת לוקסנבורג:

אין שם נוירוכירורגיה.

ורד אייזנברג:

אין שם נירוכירורגיה. אתה בוודאי יודע שקשה להביא רופא פנימאי לאילת. אלה דברים מאוד בסיסיים. אין שם את היכולת הזו ואולי עדיף, מכיוון שהיום לעלות מי שצריך מאילת על מסוק, שזה מה שעושים, יכול לספר לנו ד"ר קאופמן, המשרד מעורב באופן מאוד פעיל בשינוע של המטופלים האלה בין המרכזים, והמצב האידאלי שאנחנו שואפים להגיע אליו, מטופל שמזהים מלכתחילה שאולי יצטרך צנתור, זה 10% מכלל אלה שיש להם חשד, יש סוגים שונים של שבץ מוחי שחלקם לא מתאים בכלל לצנתור ראש.

היו"ר יונתן מישרקי:

אלמנט הזמן הוא מאוד משמעותי.

ורד אייזנברג:

אלמנט הזמן הוא מאוד משמעותי, לכן השאיפה היא שניח מטופל שקרא לאמבולנס – אלה בערך 55% מהאנשים שמגיעים דרך האמבולנסים – האמבולנס מראש יידע לפנות את המטופל למרכז שבץ מוחי שגם יודע לצנתר ולא יתחיל לטייל אתו בכל מיני מקומות, כך יקבל את המענה הטוב ביותר. המדינה שלנו קטנה, המרחקים לא גדולים.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

240 קילומטרים מאילת לבאר שבע.

היו"ר יונתן מישרקי:

דווקא אילת, בשונה מהשאר.

ורד אייזנברג:

דווקא באילת היתרון הוא שיגיע לשם מסוק ולא אמבולנס. עם מסוק אפשר להגיע הרבה יותר מהר בפחות משעה, שזה הזמן שאנחנו רוצים להגיע לסורוקה ולעשות צנתור. דווקא הייתי מעדיפה לחטוף אירוע באילת מאשר לחטוף את האירוע במקום אחר.

אושר שקלים (הליכוד):

מה הזמן מהרגע שמזעיקים מסוק עד שהוא מגיע?

יקיר קאופמן:

יש שם מסוק בהמתנה, יש מסוקים.

אושר שקלים (הליכוד):

מה זה שם?

יקיר קאופמן:

באילת יש מסוק קבוע והזמנים באילת הם דווקא - - -

אושר שקלים (הליכוד):

זה לא שהמסוק מגיע מאותו מרכז רפואי?

יקיר קאופמן:

לא.

אושר שקלים (הליכוד):

אז מגיע מאילת?

יקיר קאופמן:

יש מסוק באילת מוכן, והזמנים הם בהחלט סבירים ועונים על הדרישות.

היו"ר יונתן מישרקי:

ורד, היה פה דיון לא מזמן לבקשת חבר הכנסת אופיר כץ לגבי הלל יפה, צנתור מוח בהלל יפה חדרה. מה חסר לבית החולים הזה כדי לעמוד בדרישות?

ורד אייזנברג:

להלל יפה אין נירוכירורגיה. יש להם נירולוגיה והמרכז שבץ שלהם מאוד קטן. כולל מיטות, יש לי את מספר המיטות של כל אחת מבתי החולים, כבר אגיד לכם. בהלל יפה יש חמש מיטות של שבץ מוחי, אין להם מרכז לצנתור. מטופל שמגיע עם שבץ מוחי שלא צריך צנתור יכול לקבל שם מענה טוב, אם זה מעקב ואם זה לקבל TPA – התרופה שניתנת דרך הוריד. בסך הכול הניקוז של האזור הזה, טוב. מי שצריך צנתור – בית החולים הקרוב ביותר יהיה מן הסתם רמב"ם. אם צריך לפנות באמצעות מסוק, אפשר. היום אין שם את התשתית הבסיסית שמאפשרת כי אין שם נירוכירורגיה.

בנירוכירורגיה יש לנו עולם שמאוד מוגבל מבחינת כמות הרופאים. כדי לפתוח מחלקה נירוכירורגיה נוספת צריך קודם כל כוח אדם רפואי שיהיה מסוגל לעשות את זה, גם פה יש לנו בעיה של מחסור. אתם בוודאי יודעים שיש תחומים ברפואה שיש בהם מחסור מאוד קשה. המדינה מנסה לנהל את זה מרכזית, אלה גורמים אחרים ולא יושב אצלנו, בטח תהיינה על כך שיחות אחרות. אני מקווה שנצליח לפתור את הסוגיה הזו של מחסור ברופאים, כרגע זה המצב. בשל כל המגבלות האלה, צריך תשתית טובה כדי לתת מענה לחירום צריך תשתית שיוצעת לתת מענה בבסיס.

אם התשתית הזו לא קיימת, מטופל שיגיע למקום שלא יודע לתת מענה – גורלו פחות טוב מאשר יעלה על אמבולנס שייסע מהר או על מסוק שיביא אותו למרכז שכן יודע לעשות צנתורי ראש וכלל המערך הנדרש – צוות חדר ניתוח, צוות סיעודי, אנשי דימות כי אלה מכשירי צנתור שנכנסים לחדרי דימות, טיפול נמרץ, אחיות של טיפול נמרץ, רופאים של טיפול נמרץ.

זו תשתית שלמה, לא רק המכשיר אלא מערכת שלמה שצריכה לתת את המענה. לכן קודם צריך לבנות את המערכת. אחרי שבונים את המערכת – המכשיר יאפשר את היום-יום. צריך קודם מרכז שבץ במקום מסוים. הילל יפה, אין להם את התשתית כרגע בשביל זה. זה משהו שאולי אפשר לתכנן אותו בטווח הרחוק, בטח לא אפשרי לעכשיו.

אושר שקלים (הליכוד):

וולפסון?

ורד אייזנברג:

אותו סיפור. וולפסון, המרחק לאיכילוב, לשמיר ולשיבא – עשר דקות נסיעה מקסימום, אין הצדקה.

היו"ר יונתן מישרקי:

אין הצדקה או אין תשתית?

ורד אייזנברג:

אין הצדקה, נתחיל בזה. אם אנחנו רוצים להביא מטופל למרכז שיש בו מיומנות, חבל לבנות מרכז אחר. אמרתי שיש מחסור בכוח אדם, זה בלתי אפשרי זו גניבת מוחות. מה הם עושים כדי להביא כוח אדם? גונבים מבית חולים, מביאים אליהם.

אנחנו לא רוצים לעודד את הקניבליזם הזה בתוך המערכת. אם יש למישהו שגר נניח בחולון, שמגיע לאיכילוב תוך עשר דקות, לשיבא ולשמיר תוך אותו פרק זמן, אין הצדקה לשים בוולפסון עוד. לכן לא נבנתה שם אף פעם תשתית כזו, לא הייתה לזה הצדקה.

שלי לוי:

שאלה לגבי העניין הזה. היום בתקנות, התנאי לקבלת מכשיר, הוא מחלקה נירוכירורגית ויש רק תשע מחלקות כאלה בישראל.

קריאה:

עשר.

אסנת לוקסנבורג:

רשום פה, או יחידה.

שלי לוי:

במקור זו רק מחלקה - - - אז בתוקף מה קיבלו פוריה וברזילי?

ורד אייזנברג:

ברזילי זו הייתה החלטת ממשלה, כדי לעבות.

היו"ר יונתן מישרק:

החלטה בניגוד לתקנות?

ורד אייזנברג:

לא בניגוד לתקנות. הייתה החלטת ממשלה שבתי חולים פריפריים זיו וברזילי, הם צריכים להיות ובגלל המלחמה, לעמוד ביכולת להיות אי ולתפקד לבד. לכן נתנו שם דברים שלא היו קודם כדי לעבות את זה וזו החלטת ממשלה. נבנתה שם תשתית שיכולה לתת מענה לחירום, אך שוב, אין להם כוח אדם ולכן עדיין מקרים שמגיעים לברזילי הם מועברים בדרך הכי מהירה שאפשר לסורוקה או - - -

היו"ר יונתן מישרק:

מה המשמעות שניתנה להם אם אין להם תשתית?

ורד אייזנברג:

יש להם מכשיר.

היו"ר יונתן מישרק:

שלא יכול להיות נפרד?

ורד אייזנברג:

אין להם כוח אדם שמסוגל לתת כוננות יום-יום.

שלי לוי:

בפוריה כן יש מכשיר ואין מחלקה נירוכירורגית, לא?

ורד אייזנברג:

בפוריה יש את התשתית והיא קיימת והיא היום נותנת מענה טוב. הם מצליחים לעשות 50 מקרים בשנה.

היו"ר יונתן מישרקי:

יש מכשיר שם?

ורד אייזנברג:

יש שם מכשיר כבר שנתיים והם עובדים מאוד יפה. יש שם מרכז - - -

אסנת לוקסנבורג:

המכשיר משרת לא רק לצנתורי מוח, הוא משרת גם לצנתורים רגילים, צנתורים נוספים.

אושר שקלים (הליכוד):

הם קיבלו את זה לא מזמן, לא?

ורד אייזנברג:

שנתיים בערך.

היו"ר יונתן מישרקי:

יש שם מחלקה נירוכירורגית?

אסנת לוקסנבורג:

אין שם מחלקה נירוכירורגית.

ורד אייזנברג:

לא, אין שם. יש שם יחידה. התקנות אומרות מחלקה או יחידה.

שלי לוי:

התקנות היום הן מחלקה נירוכירורגית.

אסנת לוקסנבורג:

נכון. המכשיר במקור של פוריה נרכש לטובת צנתורים נוספים. המכשירים המתוחכמים האלה יכולים לבצע גם צנתורים נוספים, גם צנתור מוח וגם צנתורים כלליים אחרים. המכשיר מראש נקנה כשיש לו יכולות לכאן ולכאן מבחינת הדברים, במצב שבו מתקיימות כל היכולות. מה הרעיון שלנו פה בהרחבה? כולנו ואני יודעת שגם אתם כי זה בא לידי ביטוי, אנחנו רוצים להרחיב את הזמינות של זה ואת הפיזור של הדברים האלה.

הדבר היחידי שאנחנו באים ואומרים, שזה מבוצע בצורה הדרגתית שתואמת את כוח האדם שצריך, גם בניית יכולות אחרות שנדרשות כדי להבטיח את איכות הטיפול וזו הכוונה פה. ברגע שיורד פה השיעור לנפש הכמותי – זה מתאפשר בהתאם לאבולוציה של מערכת הבריאות והיכולת לתת את כל התנאים האלה – נוכל לפזר את זה בעוד בתי חולים אך בצורה הדרגתית ואחראית כלפי המטופלים וכלפי איכות הטיפול בהם.



שלי לוי:

אנחנו מדברים על כך שגם בתנאי היום, יש בתי חולים שלא עומדים בהם ויש להם מכשיר. דבר שני, התנאי שהוספתם של יחידות לשבץ מוחי, יש בעיה שגם מבקר המדינה העלה אותה, שיש יחידות כאלה שלא מתוקנות ולא ברישיון. פה זה כן משהו שצריך לקחת אותו בחשבון.

ורד אייזנברג:

אני אתן את המענה, מכיוון שמאז שמבקר המדינה עשה את ההערכה עבר זמן ועשינו תהליך של אסדרה, שהמיטות שקיימות בשטח יופיעו גם ברישיון. התהליך עדיין לא הסתיים, בהחלט היום הרבה יותר מעודכן. יש לי פה את הרשימה של המיטות המעודכנות, כולל תוספות שנתנו לתכנית המיטות, עכשיו האחרונה, שניתנת לשנים הקרובות. התהליך עוד לא הסתיים, יהיו עוד ליטושים ודיוקים אך הדבר הזה בהחלט בטיפול. הפעם הבאה שמבקש המדינה החליט לבדוק את זה, יהיה מסודר.

שלי לוי:

נקווה שקודם.

ורד אייזנברג:

זה ברור שזה יהיה קודם, כשהוא יבוא לבדוק את זה, זה יהיה כבר מסודר.

היו"ר יונתן מירסקי:

במשמעות של נויורוכירורגיה, ברגע שאמרתם יחידה ולא מחלקה או מרכז המשמעות היא שירדתם בדרישה?

ורד אייזנברג:

לא, זה רק עניין של גודל. ניקח את שיבא כדוגמה, בשיבא הנוירוכירורגיה כוללת גם טיפול נמרץ מאוד גדול. יש טיפול נמרץ ביניים מאוד גדול. זה בלי הנוירולוגיה שזה גם יחידת שבץ וכולי. זה מערך שלם שהוא מערך נוירולוגי שנותן מענה לאורך כל הספקטרום.

זה משהו שרק בתי חולים גדולים שרואים היקף מטופלים עצום, יכול לעשות. בפריפריה אנחנו בהחלט יכולים לבוא ולהגיד, יחידה זה מספיק לנו, כי ברור לנו שלבנות תשתית כמו של שיבא לא נוכל לעשות בזיו או בנהריה. אלה דברים שמובנים כי גם אין מספיק כוח אדם וקשה מאוד להביא אנשים.

היו"ר יונתן מירסקי:

אני חוזר לשאלה של הלל יפה כי התבקשתי לתת תשובה ואני רוצה לתת תשובה מדויקת. אם הם יקימו יחידה נויורוכירורגית, מבחינתם יהיה ניתן לאפשר להם רישיון לצנתור?

ורד אייזנברג:

גם בשביל להקים יחידה נויורוכירורגית הם פונים אלינו לקבל אישור, כי זה מוגדר בתוספת החמישית לפקודת בריאות העם ומוגבל כמוותית וטיפול נמרץ ותשתיות שהיום לא קיימות להם. הם צריכים לבנות תשתית מאוד גדולה. יכול להיות שאפשר יהיה לשקול את זה בעתיד. הלל יפה כעת בתהליך של בניה והתרחבות, הונחה אבן הפינה לפני שבועיים, בואו נראה בעוד שנתיים, שלוש, אפשר יהיה לדון בזה מחדש, כרגע זה לא רלוונטי.

אסנת לוקסנבורג:

בואו נחזור ונזכיר שכרגע יש כוונות ארצית מעצם העובדה שחסרים רופאים שיודעים לעשות את זה. יש כוונות ארצית כדי להעביר את המטופלים. זה החסם המאוד משמעותי. בין השאר זו היכולת להעמיד כוח אדם מיומן לטובת הדבר הזה.

אושר שקלים (הליכוד):

הדבר המשמעותי שחסר עכשיו הכי הרבה – נשים רגע את המכשור בצד – זה הנושא של כוח אדם מיומן?

אסנת לוקסנבורג:

כוח אדם מיומן שעובר את ההתמחות לעשות את זה והם עושים את זה בחו"ל.

אושר שקלים (הליכוד):

מה אמור להקל?

ורד אייזנברג:

מה יקל? זה מסתכם בכסף. אנשים אלה יוצאים לחו"ל, עוברים השתלמות שנמשכת בין שנתיים לשלוש במרכז רפואי ענק. הם תופסים את הטעם הטוב וחלקם בוחרים להישאר. זה רלוונטי להרבה מאוד מקצועות רפואה, לא רק בעולמות האלה. אלה שחוזרים משתלבים בתוך המרכזים הקיימים.

המקצוע הזה לא מאוד אטרקטיבי מכיוון שאף אחד לא רוצה לעבוד 24/7, 365. אלה שעושים את זה הם באמת צדיקים ואנחנו מצדיעים להם, קשה למצוא אנשים כאלה. בוודאי כאלה שיסכימו ללכת לפריפריה, כולם אוהבים להתרכז במרכז, אנחנו משקיעים בזה הרבה מאמצים. יכול להיות שצריך להגדיל את התקציב לסוגיה הזו כדי לייצר תמריץ כלכלי. לא בטוחה שזה יפתור את הבעיה, זה בהחלט שווה חשיבה.

היו"ר יונתן מישרקי:

הנושא הזה היה פה על השולחן מספר פעמים ונכון שצריך לתת עליו דגש ותנופה גדולה. אני מבין שסיימתם את ההצגה?

ורד אייזנברג:

שאלת לגבי אמות המידה והאתגרים, אמרנו שאחד הדברים שמאוד רלוונטיים להצעה של מכשירים מיוחדים נוספים זו הסוגיה של כוח אדם, דימותנים, שעבר חוק וכדומה. רדיולוגים שאלה רופאים שתפקידם לפענח את הבדיקות. בתחומים האלה יש מחסור.

אסנת לוקסנבורג:

אנחנו כחטיבה, תומכים ומבצעים קורסים כלל ארציים לכל בתי החולים וכל המקומות שמקבלים MRI או שהדימותנים שלהם לא מספיק מוכשרים, קורסים של איך להפעיל MRI, 16 שבועות או משהו כזה, כמה שבועות טובים כולל סימולציות.

גם לגבי פיענוח של בדיקות, אנחנו תומכים ב-Fellowshipping של רופאים במדינה כדי שלא נצטרך לשלוח אותם לחו"ל. אנחנו תומכים ב-Fellowshipping כל שנה, סדר גודל של בין 13-15 רופאים שיתמחו לדעת לבדוק בדיקות MRI בתחומים שונים – ילדים, שד, נירולוגיה וכולי. יש לנו למעלה מ-70 רופאים שהכשרנו בארץ על נושא זה.

נעה בן שבת:

התקנות בנושא הדימותנים לא יפגעו במאמץ הזה?

אסנת לוקסנבורג:

לא. זו הכשרה לאותם אנשים שיש להם תעודה של דימותן והם מקבלים את ההכשרות האלה.

שלי לוי:

הבטחתם לדבר על זמני המתנה.

אסנת לוקסנבורג:

אפשר לקפוץ לאחרון, אם היושב-ראש מרשה.

היו"ר יונתן מישרקי:

בבקשה.

אסנת לוקסנבורג:

נושא של זמני המתנה מאוד מעסיק את משרד הבריאות בשנים האחרונות. אנחנו מגלים שהנושא הזה מאוד מורכב ולכן יש לנו תכנית תלת שלבית בנושא של זמני המתנה. השלב הראשון היה לראות מה זמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה. כל מי שרוצה יכול להיכנס לאתר שלנו ולראות את עשרת המקצועות השכיחים ביותר ברפואה בפריסה ארצית, כמה זמן לוקח לחכות לרופא אף אוזן גרון, לרופא גסטרואנטרולוג וכולי, זה מופיע באתר המשרד ומתעדכן כל שלושה חודשים, אפשר לראות את הנתונים האלה.

השלב השני הוא שלב של ניתוחים, שהם יותר שכיחים או יותר מורכבים כמו לדוגמה כמה זמן לוקח לניתוח סרטן, גידול ודברים כאלה. זה מתבצע כרגע מול כל בתי החולים בארץ. בנתונים אלה יהיו זמינים עוד מספר חודשים לגבי הנתון הזה. השלב השלישי, הוא בדיקות דימות, כאשר התחלנו עם נושא MRI וימדדו עוד בדיקות דימות בהמשך.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

מה נקודת תחילת הספירה של זמן המתנה?

אסנת לוקסנבורג:

אנחנו מחזיקים צוות מומחים שיושב במכון גרטנר ויש לו צוות מומחים מהארץ ומעולם של תורת התורים. הוא פיתח עבור משרד הבריאות את כל המתודולוגיה לרפואה יועצת לניתוחים ועכשיו נכנס לנושא בדיקות דימות. הכוונה היא להסתכל על זה במספר נקודות זמן – הרגע שהרופא נותן את הבדיקה, מה פרק הזמן שעובר עד שמקבלים את האישור, כמה זמן לוקח לעשות את זה ואז תהיה מדידה של כל המרכזים השונים שמספקים בדיקות MRI ובדיקות CT ונוכל לתת את הנתונים.

היו"ר יונתן מישרקי:

התקנות שמונחות בפנינו, הן בעקבות אותה עבודה או העבודה שנעשתה על זמני המתנה?

אסנת לוקסנבורג:

התקנות שמונחות לפניכם באות להגיד שניים, שניים, מבחינת השינויים.

היו"ר יונתן מישרקי:

תוצר של זמני המתנה?

אסנת לוקסנבורג:

זה לא תוצר של זמני המתנה.

היו"ר יונתן מירסקי:

כבר אדבר על זה, בכוונה שאלתי. בנוסף, רצינו לשאול לגבי שאר המכשירים, בעיקר PET-CT. הייתי רוצה לדעת, כי מונחת לפני בקשה של בית חולים מאיר שמבקשים מאוד את ה-PET-CT, טוענים שזה חשוב להם. מה העבודה שנעשתה על זה ולמה זה לא מובא בפנינו בתקנות?

אסנת לוקסנבורג:

התוצאה של התקנות פה היא דיונים שהיו בין משרד הבריאות למשרד האוצר, לגבי הדברים שכרגע מוגשים על ידי שני המשרדים ביחד. לגבי הנושא של PET-CT, אנחנו גם מבצעים עבודה במשרד. מעבר לזה יש ועדה שלמה שעוסקת בכל הנושא של תשתיות אונקולוגיים והצרכים האונקולוגיים שבמסגרת זה אני מניחה שיינתן ביטוי לצרכים שיהיו.

הוועדה נמצאת, היא ברשותו של פרופסור יונתן הלוי, נשיא שערי צדק, ופרופסור עידו וולף, יושב-ראש המועצה הלאומית לאונקולוגיה. הוועדה מסתכלת באופן כוללני על כל השירותים שקיימים לתחום האונקולוגי ותיגע גם בנושאים - - -

היו"ר יונתן מירסקי:

כרגע אנחנו לא יודעים לומר בכמה מכונים אונקולוגים אין להם PET-CT:

אסנת לוקסנבורג:

אנחנו יודעים. יש לנו מספרים, אנחנו יכולים להגיד.

היו"ר יונתן מירסקי:

כמה כאלה יש?

ורד אייזנברג:

וולפסון, הלל יפה, ברזילי, קפלן, שמיר, בילינסון, נהריה ומאיר.

אושר שקלים (הליכוד):

וולפסון אין רישיון.

ורד אייזנברג:

וולפסון עושים אונקולוגיה. לנהריה.

אושר שקלים (הליכוד):

אין שם רישיון ל-PET-CT.

ורד אייזנברג:

לנהריה נתנו.

אושר שקלים (הליכוד):

בוולפסון אין עדיין את הרישיון ל-PET-CT.

ורד אייזנברג:

כמו שאמרתי, בתי חולים שיש להם אונקולוגיה ועדיין אין להם PET-CT.

היו"ר יונתן מירסקי:

מה עושים עם זה? זו סוגיה מאוד בוערת שיושבת לנו.

אסנת לוקסנבורג:

זה לא ברמה של החלטה של שתינו. זה דיון שצריך להיות בין מנכ"לי משרד הבריאות, אגף תקציבים באוצר. יש סיכומים מסוימים בין שני המשרדים שאנחנו יודעות ליישם אותם.

היו"ר יונתן מירסקי:

אני מבקש משני המשרדים להאיץ תהליכים בהקשר הזה. מכון אונקולוגי שאין לו את המכשיר – זו בעיה קשה.

טטיאנה מזרסקי (יש עתיד):

זה טרטור של המטופלים.

היו"ר יונתן מירסקי:

ביקשו ממני לדבר לגבי המאיץ הקווי, הפרוטונים.

אסנת לוקסנבורג:

הפרוטונים. מאיץ קווי אלה המאיצים שקיימים היום.

היו"ר יונתן מירסקי:

הפרוטונים בתוך המכשיר, איך אתם קוראים לזה?

אסנת לוקסנבורג:

המרכז הלאומי לפרוטונים, יש אחד כזה במדינה. הוא מרכז שאחרי שהיה קול קורא וועדה שבחנה את כל האפשרויות, הוחלט בקדנציה הקודמת של המנכ"ל הנוכחי, לתת ולבצע אותו שפזית יהיה ממוקם באיכילוב. הוא יהיה מרכז לאומי, יהיו שותפים לו כל המרכזים שיש להם רדיותרפיה וכל המטופלים שנדרשים לפרוטונים ונמצאים בטיפול של מרכזים אחרים – יוכלו לקבל את הטיפול שם, בשילוב הצוותים המקצועיים שלהם.

בגלל שמדובר בפרויקט מאוד גדול ויקר, ודורש מיומנות שעוד אין לנו פה בארץ. יצטרכו לשלוח אנשים ללמוד את המיומנות הזו. הפרויקט הזה אמור להיות פרויקט אחד כרגע לגבי כלל המטופלים בישראל.

נעה בן שבת:

הוא מופיע בתקנות, בתוספת?

אסנת לוקסנבורג:

הוא מופיע בתקנות כמכשיר אחד בכל הארץ, סעיף 5(א).

סעיף 5. (א) מערכת לטיפול רדיותרפיה מסוג פרוטון BIM יופעל רק במרכז להקרנות שאישר, אחד בכל הארץ

מאיצים קווים קיימים בכל מרכזי הרדיותרפיה הרגילים.

היו"ר יונתן מישרקי:

דיברו איתי משערי צדק הבוקר. זה נכון שבעבר כדי להקים את זה, היה נדרש הרבה מאוד שטח, מרחקים מסוימים, כל מיני דברים. היום הדרישות ירדו כי יש מכשירים מתקדמים.

אסנת לוקסנבורג:

יש במדינת ישראל חברה שמפתחת מכשיר שנקרא P-Cure שמבוסס על פרוטונים. מכשיר שנמצא בניסויים קליניים. יש גם בפייפליין העולמי, זאת אומרת צינור עיבוד נתונים, מכשירים שונים שמנסים לבוא ולקחת את המכשירים המאוד גדולים האלה ולהפוך אותם למכשירים יותר שמישים. המכשיר שאני מניחה ששערי צדק דיברו עליו הוא מכשיר שנמצא בניסוי קליני, הוא לא נמצא בשימוש, והמכשיר שיהיה בשימוש, יהיה מכשיר שגם היכולות שלו יהיו יותר רחבות מהיכולות שכרגע נמצאות בניסוי קליני במכשיר של P-Cure. הוא יהיה מכשיר שיוכל לשרת ילדים ולשרת כל מיני מקרים מאוד מורכבים. הוא מכשיר שמקובל בעולם.

היו"ר יונתן מישרקי:

אני אלמד את זה יותר לעומק וכמובן אדבר אתכם בהקשר הזה. יש לנו כאן כמה דברים שביקשנו.

ורד אייזנברג:

אסביר לגבי Justification, זאת אומרת בחירת הבדיקה המתאימה להתוויה המתאימה, זה עוד נושא שאנחנו עובדים עליו בחטיבת הטכנולוגיות. אנחנו רואים הסטה מבדיקות CT ל-MRI או בחזרה. זה דבר שמאוד חשוב והסברנו קודם איך ינותבו בדיקות MRI למכשירים הרלוונטיים, זה חלק מההתהליך הזה.

אסנת לוקסנבורג:

יש גם עבודות עם בינה מלאכותית, ניסיון להכניס בינה מלאכותית לתוך הדבר הזה בבתי החולים השונים. יש לנו פיילוט עם הדסה ועם כרמל וקופת חולים כללית.

ורד אייזנברג:

השורה הבאה לגבי התפתחות טכנולוגיות. אלה הדברים האלה שאנחנו כל הזמן רצים לפני העגלה כדי לאפשר ולהתקדם עם ההתקדמות הטכנולוגית ולבדוק אותה. את כל הדברים האלה אנחנו בודקים, יש צוות שבדק את זה. לכן כשמתקבלת החלטה במשרד לקדם נושא מסוים לאחר שנעשתה בדיקת עומק כולל בדיקה מה קורה בעולם, איפה זה נמצא מבחינת מחקרים קליניים כן או לא, הדברים נבדקים בצורה מאוד עמוקה ואנחנו עושים את זה בתדירות מאוד גבוהה.

נעה בן שבת:

אתם מקדימים גם את הבקשות שמגיעות? עוד לפני שמגישים בקשה אתם כבר?

אסנת לוקסנבורג:

אנחנו ממפים מגמות עולמיות בתחומים השונים ועושים חיזוי טכנולוגי גם בחלק מהמקרים.

עדית דובי סובול:

שמי עדי דובי, אני אורולוגית מבאר שבע ואני מרשה לעצמי לייצג את הדרום. אני עובדת מנתיבות עד אילת. כשאתם מדברים על אשדוד וקוראים לה דרום, זה קצת מגוחך. אי אפשר להתייחס לבאר שבע ולכל יתר הארץ באותה מקשה.

כשאנחנו מתמודדים עם מכשיר אחד של MRI בבאר שבע, זה דבר שהוא בלתי נסבל. הדבר הנוסף שלא הזכירו. אנחנו מדברים היום ברפואה על נזקי קרינה. הנזקים מ-CT ניתן למדוד אותם. זה תלוי איזה CT, כמה צילומים וכן הלאה. אנחנו יודעים שזה מעלה סיכוי לממאירות בעתיד, ולעשות CT לאנשים צעירים כי אין לנו זמינות ל-MRI, זו אחת הבעיות שאנחנו מתמודדים איתן.

ורד אייזנברג:

אשמח לענות לך. לסורוקה יש שלושה רישיונות ל-MRI.

עדית דובי סובול:

בפועל אנחנו לא מקבלים תורים.

ורד אייזנברג:

דברי עם קופת חולים הכללית.

עדית דובי סובול:

זה לא קשור לכללית. עזבי קופת חולים, אנחנו מתעסקים במטופלים.

אסנת לוקסנבורג:

יש ניידת של אסותא ויש שלושה מכשירים בסורוקה וכמו שראינו אמור להיות מכשיר שיתחיל לפעול ביוספטל, מכשיר שיתחיל לפעול בנתיבות. אנחנו נהיה בסיטואציה שהניידת שהיום עוברת דרך כמה מקומות ומבלה חלק גדול מהזמן שלה באילת, תוכל לתת מענה גם בישובים אחרים, בדימונה ומקומות אחרים בדרום.

עדית דובי סובול:

אני מרגישה שאתם לא שמים מספיק דגש על הדרום. אנחנו אוכלוסייה ענקית מאוד מוזנחת ומאוד מסכנה. אנשים לא ניידים, ללא יכולות כלכליות ואי אפשר לדבר על זה ביחד עם יתר הארץ.

היו"ר יונתן מישרק:

אולי המכשירים שעכשיו מובאים בפנינו הולכים לבאר שבע. לאיפה המשרד מתכוון לייעד אותם?

אסנת לוקסנבורג:

בתוספת הקודמת ב-2022, הוספנו אותם לדרום ולצפון והגענו למצב שהשיעור לנפש פר אוכלוסייה, מאוד דומה בכל רחבי הארץ. לכן על פניו לא אמורה להיות בעיה של חוסר. האוכלוסייה, אם תסתכלי על השיעורים לנפש, מאוד היה חשוב לנו לצמצם פערים, זו הייתה המטרה העיקרית בעינינו, שלא יקרה מצב כזה. אנחנו לדרום חושבים, שברגע שיינתנו עוד כמה עוגנים במסגרת מכשירים קבועים – זה יוכל לשחרר את הניידת בדיוק לאוכלוסייה שאת מדברת עליה, שיש לה קושי בניידות.

מצד שני, היא גם לא צריכה תמיד את המכשירים של 3 טסלה כמו שדיברנו קודם, אלא הרבה פעמים יכולה לקבל מענה כל ידי הניידות שיגיעו למקום המגורים ויהיו שבוע בדימונה, שבוע בירוחם, בכל מיני מקומות כאלה ואז יכסה את הדרום בצורה יותר נכונה. אותו הדבר לצפון, אזור רמת הגולן והאזורים האלה – הניידת תוכל לתת מענה יותר זמין לאוכלוסייה. מבחינת מספר המכשירים, על פניו - - -

עדית דובי סובול:

אני לא יודעת מה זה על פניו, אני יודעת מה השטח אומר.

אסנת לוקסנבורג:

מאוד חשוב מה שאת אומרת כי את מבטאה את השטח, את רואה את השטח.

עדית דובי סובול:

אני רואה יותר מ-100 מטופלים בשבוע.

אסנת לוקסנבורג:

צריך לתחקר איפה החסם שלכם בלהגיע לבדיקות. אם את רוצה, בשמחה רבה צרי קשר ונסה לראות כמה מקרים פרטניים ואיפה החסמים. חשוב לנו שזה יגיע לכל מי שצריך במידה שווה. היינו רוצים יותר אך לפחות במידה שווה.

נתי בלום:

ד"ר נתי בלום ואני מנכ"לית עמותת עמדא למען אנשים עם דמנציה ואלצהיימר. אני באה לייצג פן שונה ולא סרטן, הרבה פחות סקסי, הרבה פחות מדובר, סטיגמתי. כן, זקנים, מאכזב, אך אני מייצגת פה משהו. את דיברת על איך רואים תורים, כמה זמן מחכים לכל תור. אני מדברת מהפן של דמנציה, בעיקר אלצהיימר שהוא הנפוץ ביותר. אנשים מחכים לאבחון אחרי שהם מתחבטים האם זהו זה ולא זה ומקווים שזה לא זה. מעל חצי שנה לתור לנוירולוג ואז הוא עושה הרבה בדיקות וכדי לשים את החותמת שזה באמת זה, הרופאים מנסים לעשות כמה שיותר בדיקות, חלק מהם שולחים לבדיקות דימות.

במחלה הזו אנחנו לא יכולים להציל את האנשים. זה לא אבחון מוקדם מציל חיים. אבחון מוקדם אולי נותן איכות חיים, אולי נפנה אותם לקבל את התרופות החדשות שאושרו על ידי ה-FDA ולעכב את המחלה, זה לא מציל חיים. הם מחכים עוד חצי שנה לבדיקת דימות ועוד כמה חודשים לפיענוח. במקרה הזה, זה קריטי. זה כמעט לא מדובר.

במקרים של אבחון מוקדם מעבר לתרופות שזה דווקא הפן שפחות רציתי לדבר עליו, אנחנו יכולים לתת למשפחה, כי זו מחלה פרוגרסיבית, שנה ושנה וחצי זה זמן קריטי, שאולי המשפחה מאוד שחוקה.

יושב לידכם איש שאני מאוד מעריכה מקצועית, ד"ר יקיר קאופמן שעובד ועבד איתי ויודע על מה אני מדברת. זה משהו שלא שמים אותו על השולחן אבל הבדיקות האלה הן קריטיות בחלק מהמחלות, במיוחד במחלת האלצהיימר. נאבחון מוקדם, ניתן טיפים, איכות חיים ואולי נעכב את השלב הראשוני של המחלה, כי בשלבים המאוחרים אני לא בטוחה שאנחנו רוצים לעכב את זה.

נעה בן שבת:

בדיקת הדימות היא MRI במקרים אלה?

נתי בלום:

ברוב המקרים כן, לא הרבה. לא בכל מקרה של אלצהיימר עושים את זה. במקרה שאתה לא בטוח. לתת את האבחנה – צריך לבדוק מכל המקומות. כשנתת אבחנה, אתם יודעים בדיוק לאן זה הולך, למקום אחד. זה אדם שלא רק מאבד את הזיכרון, מאבד הרבה פעמים את האישיות והופך להיות סיעודי וזה נטל עצום על המשפחה.

זה משהו שחשוב מאוד להגיד. אם אנחנו מאבחנים מוקדם, מעבר לטיפול התרופתי החדש שקיים, זה לא הדבר הראשון שאני רוצה לשים. זה עוד פן אבל אנחנו יכולים לתת למשפחה הרבה דרכים די פשוטות כדי לטפל באדם ובעצמם כדי לתת איכות חיים לשני הצדדים ולעכב את התפתחות המחלה.

נעה בן שבת:

מה גורם להמתנה הכול כך ארוכה?

נתי בלום:

אין תורים לנוירולוגים בכל הארץ, בטח בפריפריה. יושבת פה ד"ר דובי. ככל שאת הולכת צפונה ודרומה, יש פחות נוירולוגים ופחות גריאטריים שעושים את האבחון. מחכים בין חצי שנה לשמונה חודשים ואז מגיעים, עושים הרבה מבחנים ומתלבטים אולי לעשות גם בדיקת דימות, מחכים עוד חצי שנה.

במחלות האלה זה קריטי. ממוצע כל שלב במחלה הוא כשלוש שנים. הדרכים לסייע למשפחות הן פשוטות. אני לא מדברת על צעירים. יש גם אנשים צעירים שחולים באלצהיימר. כשאני מדברת על צעירים, אנשים שואלים אותי מה זה צעירים? מתחת לגיל 65.



פגשתי עכשיו אדם בן 58 שאובחן עם אלצהיימר צעירים. עד שהגיע לאבחון, כי הרופאים שהגיע אליהם, הדבר האחרון שהם חשבו, שזה אלצהיימר. עד שהגיע לאבחון, לנוירולוג, לבדיקת דימות, לקח זמן. מדברים על הרבה זמן, בעיקר תזכרו שהראשון שיודע שהוא חולה זה האדם עצמו, אך כל מה שהוא עושה זה להדחיק את זה, להגיד לא, זה לא זה. זה עומס, מלחמה.

אני יודעת שדיברו פה על סרטן וסרטן הוא הרבה יותר סקסי מאשר אלצהיימר, אז אצלנו אבחון מוקדם לא מציל חיים, רק נותן איכות חיים. במחלה ארוכת שנים וחשוכת מרפא, יש בה 180,000 איש ויהיו יותר אנשים כי אנחנו חיים יותר.

ככל שחיים יותר מספר האנשים עם דמנציה, בעיקר דמנציה מסוג אלצהיימר, עולה. זו האמת. עד שלא תהיה לנו תרופה אנחנו רק יכולים לתת עזרה באיכות חיים, וזה נורא. אני מתחברת שוב לד"ר דובי, הפריפריה סובלת הרבה יותר. הדרום וככל שאנחנו הולכים יותר דרום, היא דיברה על באר שבע, אני אלך יותר דרומה – אופקים, נתיבות, ירוחם, ששם יש סטיגמה מאוד גדולה, הרבה יותר קשה לנו ואנחנו מתקשים לסייע להם ומשפחות קורסות. תזכרו, 180,000 חולים, חצי מיליון בני משפחה.

היו"ר יונתן מישרק:

ד"ר בלום, תודה רבה. מתבקשת השאלה, המכשירים האלה שאנחנו מתבקשים פה לאשר היום, הם מכשירים שהולכים לכיוון הפריפריה/דרום?

רן רידניק:

במקרה שכרגע תואר, המכשירים שכרגע בתקנות לא מגיעים ישירות לשם, מגיעים כמו שתיארו לסוגיות אחרות, סוגית MRI בדרום.

היו"ר יונתן מישרק:

תודה על התשובה.

בנימין זאב סנדר:

צהרים טובים, ד"ר בנימין זאב סנדר, אני מייצג כאן שירותי בריאות כללית. רציתי להתייחס לשתי נקודות. בהקשר למה שנאמר כאן אנחנו מזהים צורך ברישיונות נוספים למכשירים בקהילה, בעיקר בהקשר של מלחמת חרבות ברזל, נושא המפונים, לתת מענה, יש לנו תכנית מסודרת שנוכל להציג למשרד הבריאות. שוחחתי על כך עם נציג המשרד. נושא שני, כאשר מעלים את מספר הרישיונות באופן כללי וזה מבורך, ראוי להגדיל את השיפוי. זה נכון לכלל הקופות ובוודאי שירותי בריאות כללית. תודה.

היו"ר יונתן מישרק:

שיפוי עבור?

בנימין זאב סנדר:

שיפוי עבור ביצוע פעולות. לאו דווקא במוסדות של שירותי בריאות כללית אלא עבור מבוטחי הקופה, אנחנו נדרשים לשלם יותר – ראוי להביא את זה בחשבון בשיפוי.

היו"ר יונתן מישרק:

אתה גם מכניס מזה כסף.

בנימין זאב סנדר:

אני מדבר על בדיקות שמבוצעות לאו דווקא אצלנו, אז משם אין לי שום הכנסה אלא הוצאה. כמובן לעתים מוצדקת מאוד מבחינה קלינית אך נדרש מקור תקציבי.

היו"ר יונתן מישרק:

כבודכם.

אסנת לוקסנבורג:

המשרד נותן במסגרת מבחני תמיכה, עליה בהיקפים. אנחנו מעודדים את קיצור זמני ההמתנה על ידי זה שהקופות יתנו יותר הפניות וישתמשו גם במכשירים שהם לא מכשירים בבעלותם, והקופות מקבלות במסגרת מבחן תמיכה, שיפוי מסוים על העלייה במספר הבדיקות שהן מבצעות.

היו"ר יונתן מירסקי:

איך אפשר למדוד, האם אנחנו יודעים כמה, המכשירים שנתבקשו להוסיף, יקצרו את זמני ההמתנה? בכמה זמן, או האם יש מדד שאפשר למדוד את המשמעות של זה?

אסנת לוקסנבורג:

נדע בעוד כחצי שנה כשהיו לנו נתונים על זמני המתנה בפרויקט שאנחנו עושים, נוכל לדעת בצורה ברורה איפה אנחנו עומדים מבחינת זמני המתנה. קחו בחשבון שגם המכשירים שיאשרו עכשיו, לוקח להם פרק זמן עד שרוכשים אותם, שמציבים ומסיימים את הבינוי.

היו"ר יונתן מירסקי:

אם לא נעשה עכשיו אז לעולם לא נקצר את זה. תודה רבה. נציגי הקופות, לאומית אתם רוצים? בבקשה.

חיים פרננדס:

צהרים טובים לכולם, שמי חיים פרננדס, אני המנכ"ל של לאומית שירותי בריאות. מה שהוגש הוא מאוד משמעותי וחשוב לשיפור השירותים בתחום הדימות ותחומים אחרים, כפי שהתקנות מציעות. יש כאן שתי נקודות שחשוב לשים לב אליהן. ראשית, המכשירים הולכים לקהילה וזה חשוב מאוד שנחזק את הקהילה בתוך המערכת.

נעה בן שבת:

איזה מכשירים? כשאתה אומר מכשירים, ראינו שהרבה מאוד לבתי חולים דווקא.

חיים פרננדס:

אני בהצגה הבנתי שזה הולך לקהילה.

אסנת לוקסנבורג:

רובוט וצנתורים.

חיים פרננדס:

אני מדבר כרגע על הנושא של המכשירים של MRI ו-CT. ככל שאני מבין, ויש פה את הנציגות והנציגים של משרד הבריאות, הם תיכף יתייחסו, הם מכוונים לקהילה וזה מצוין שזה הולך לקהילה כי רוב הפעילות נעשית בקהילה וכל מה שיכול להיות בקהילה ראוי שישאר בקהילה.

נקודה נוספת שחשוב לשים לב אליה, ברגע שאנחנו מדברים על קופות החולים, מדברים על פעילות במימון ציבורי בטופס 17 וזה דבר מאוד חשוב. במתח שיש בתוך המערכת שלנו בין רפואה במימון ציבורי לבין רפואה במימון פרטי.

מצוין שהמכשירים האלה מגיעים למקום שבו אתה יכול לקבל אותם באמצעות טופס 17. המכשיר יכול להיות גם בבית שהוא פרטי, בבעלות פרטית, אך מימון הפעולה נעשית על ידי קופת החולים ולזה יש חשיבות גדולה מאוד בעיניי. לכן אנחנו מברכים על התקנות כאן וככל שיוספו מכשירים לקופות אני חושב שזה יהיה מצוין, תודה רבה.

נעה בן שבת:

יש פה אי בהירות אדונית, בתקנות. לגבי מכשירי CT אין הגבלה שזה יהיה בבתי חולים. לגבי מכשירי MRI יש אי בהירות כי כתוב שמכשיר קבוע יוצב רק בבית חולים, ואחרי כן כתוב שכן תחול או לא תחול, או מוסד רפואי. צריך לתקן שם את הנוסח או לפחות הבהרה במה מדובר.

היו"ר יונתן מישרקי:

נעשה את זה בשלב ההקראה אולי?

נעה בן שבת:

כן. אולי אפשר להבהיר האם אלה מכשירים שהולכים לקהילה והאם תוספת של שני מכשירים תיועד לקהילה? ראינו פה בתחילה, מצגת שמתארת לנו לאן יועדו המכשירים ב-2022 כשחלק מהמכשירים אמרו שהשבוע נכנסים. לכאורה קודם מקבלים צ'ק פתוח ורק לאחר מכן נקבע היעוד של כל המכשירים ורק עוד שנתיים יהיה אפשר לראות מה עלה בגורלם של המכשירים שהועדה אישרה עכשיו. השאלה אם זה סדר הדברים?

ורד אייזנברג:

פתחת לגבי ההקצעה. כאשר מתקבלת הקצעה, אנחנו קודם מחכים לדעת כמה מכשירים יהיו לנו לפני שאנחנו מתחילים לעבוד על איפה לשים אותם, כדי לא לרתום את הסוסים הפוך, וזו הדרך בה אנחנו עובדים.

אנחנו יושבים, כל הגורמים הרלוונטיים וההקצעה הקודמת גם הייתה לקהילה וישבנו עם הקופות, שמענו מהם איפה הם רוצים שזה יהיה. הראנו להם, רוב המכשירים הלכו לקהילה. כאשר נדרש להקים CT או MRI, לכל אחד מהם יש דרישות הפעלה, הכול כתוב היום בצורה מאוד מסודרת. מכשיר MRI דורש בינוי מאוד גדול כי צריך מקום למגנט. ל-CT צריך למגן כי זו קרינה.

התהליך מורכב מאוד. יש בינוי שלוקח זמן, צריך אישור של הרשויות ובניה שזה תקציב. צריך הזמנה של המכשיר ואז יש תהליכי רכש שבחלק גדול מהארגונים הרכש לוקח הרבה מאוד זמן. צריך לדאוג להכשיר כוח אדם שיבוא ויעבוד שם. הדברים האלה שלא שניתן רישיון ותוך חודש עובד מכשיר, זה לא ריאלי, זה לוקח זמן. הראינו להם, מרבית המכשירים שנתנו בתקנות של 2022 כבר פועלים.

איפה שזה עדיין לא פועל, על פי רוב זה בגלל המגבלות שהיו בעקבות המלחמה שערכה את התהליך בשנה שלמה פלוס. אנחנו לא רואים איך זה נגמר. המצבים האחרים שבהם זה התעכב מסיבות אחרות, זה בא ומתממש בימים אלה, זה בהלימה לגל שקיבלנו מהקופות בתחילת הדרך.

סך הכול הדברים מתקדמים בקצב הרצוי. צריך לזכור, זה תמיד יהיה כך. כשניתן אישור עקרוני למכשיר – אנחנו מבינים שההפעלה שלו תיקח זמן. לכן קדימה, אנחנו לוקחים את זה בחשבון והתכנון מתבסס על מה נצטרך בעוד שנתיים ולא על מה אנחנו צריכים היום.

היו"ר יונתן מישרקי:

בהתאם לבקשות של ד"ר דובי וגם ד"ר בלום, הפריפריה בעיקר בדרום, סובלת ממחסור גדול. אני מבין שהמכשירים הללו שאנחנו מתבקשים לאשר, לא יגיעו לשם. אז קודם אמירה עקרונית שלכם שיש צורך ושאתם מבינים את הצורך ונצא אולי להפסקה, ננסה לראות מה יכולים להוציא לטובת הדרום בעניין הזה.

רו ריזניק:

לגבי הצורך אמרנו, ואין מחלוקת כאן.

היו"ר יונתן מישרקי:

אני אסיים את הסיבוב של הקופות ונצא להפסקה קצרה. שיר כהן בבקשה. מכבי.

שיר כהן:

אני רוצה לברך אתכם, אותך, יו"ר הוועדה וחברי הכנסת הנכבדים על הדיון החשוב הזה שמקדם גם את בריאות הציבור ובטח מצמצם פער. כן ירבו דיונים כאלה חשובים. גם לאור הנתונים של ה-OECD, ברור שאין חולק שצריך להוסיף מכשירים. היום אנחנו בדיון כאן על חשיבות הוספת מכשירים לקהילה.

הקופות הן שמפנות, שמנהלות את ההפניות לביצוע הבדיקות החשובות האלה, גם מגדיל את הפריסה הגיאוגרפית כשנותנים את המכשירים לקופות, וכך זה גם מפנה את הזמן של בתי החולים לטיפול דחופים.

זה אמנם לא הדיון על זה אך זמני ההמתנה במרכז, צריך להכיר שהם גם מאוד ארוכים היום והרבה פעמים נתקלים בכך שמפנים לעכו או למקומות אחרים בגלל שהזמן שם קצר יותר. צריך להוסיף כמה שיותר מכשירים. אם הקופות היו יכולות לנהל את האירוע הזה מבחינת זה שלא יהיה צריך רישיונות לדבר הזה. חד משמעית, החשיבות גדולה מאוד להעביר את המכשירים האלה בזמן הזה לרפואת הקהילה.

היו"ר יונתן מישרקי:

אני קצת חולק על הסיפה של הדברים שלך, על ניהול הקופה באופן עצמאי, כי בסופו של דבר הרגולטור מתכלל את כוח האדם בין היתר, וכשהוא מסתכל בראייה הוליסטית כללית, רוחבית, על כל המקצועות שקשורים לדימות – הוא גם יודע לקבל החלטות נכונות ומושכלות יותר.

כמובן שלקופות יש עדיפות באזורים גיאוגרפיים מסוימים לפי מספר מבטחים וכדומה. דווקא בנקודה זו חולק עליך. כן מסכים אתך לגבי השאר שנכון יהיה להוסיף כמה שיותר מכשירים כדי לצמצם זמני המתנה, זה מבחינתי היעד המרכזי ולכן כינסנו את הדיון מיד עם הגעת התקנות לשולחן הוועדה ולא המתנו עם זה. תודה לך. חן לי בבקשה.

חן לוי:

תודה. חן לוי, מנהל רגולציה, קופת חולים מאוחדת. קודם רוצה להצטרף לברכות על הדיון הזה ולקדם את הפריסה של המכשירים דווקא בקהילה. אם רוצים לקצר זמני המתנה ויש תכנית לאומית לקיצור זמני המתנה היום במאוחדת אין לי יכולת לשלוט על זמני המתנה. היום מאוחדת עם שני מכשירים, והיא הקופה עם היחס הכי קטן במכשירים לעומת האוכלוסייה.

לצורך העניין, בלאומית יש שני מכשירים ובמכבי יש עשרה מכשירים. מכבי גדולה מאתנו פי שתיים ובמכשירים גדולה פי חמש. לאומית קטנה מאתנו בחצי ועם אותה מספר מכשירים. צריך לשים לב שזה מתכתב עם הצורך בקהילה של הדברים האלה, שלא תהיה אפליה בין מבטחים של קופות החולים ותהיה לנו את היכולת לקצר זמני המתנה.

היו"ר יונתן מישרקי:

שאלתי מקודם, והתשובה שנתנה, שהחלוקה הקודמת נעשתה על בסיס חלוקה שוויונית לפי גודל הקופה – מספר המבטחים. לכן החלוקה הייתה בצורה כזו. איפה טעינו בחישוב?

חן לוי:

מצטבר יחד עם החלוקה הקודמת. המצב היום הוא שאנחנו בפער מול הקופות האחרות פר נפש מהבחינה הזו. חשוב לחזק ולהמשיך להביא את הדברים האלה לקהילה, את המכשירים האלה, במיוחד MRI, וגם לנו.

ורד אייזנברג:

כשאמרת שני מכשירים, התכוונת לשני מכשירי MRI?

חן לוי:

שני מכשירי MRI.

ורד אייזנברג:

יש לכם שני מכשירי MRI ושני מכשירי CT.

חן לוי:

שני מכשירי MRI. אני מדבר על MRI ביחס לקופות האחרות. זה פער משמעותי מבחינת מספר המבוטחים ואנחנו רוצים עוד, לחזק את הקהילה.

היו"ר יונתן מישרקי:

הרעיון הוא שיהיה להם מכשיר משלהם.

רו רידניק:

בדרך כלל חלוקה בין הקופות.

אסנת לוקסנבורג:

לא. זו חלוקה של משרד הבריאות, אחרי שיראה את כל הצרכים וכל הפעילות של כל המקומות.

היו"ר יונתן מישרקי:

לי חשוב שהחלוקה תהיה שוויונית. מבוטח זה מבוטח והוא לא צריך לסבול בגלל שהוא נמצא בקופה אחרת.

אסנת לוקסנבורג:

נכון. לכן הגורם המוביל זה הנושא של גודל הקופה ומספר המבוטחים שלו זה הגורם המוביל.

אושר שקלים (הליכוד):

המילה "קהילה" זה דבר מאוד יפה אך מאוד כללי, השאלה איך אנחנו מחלקים את המכשירים בתוך הקהילה?

ורד אייזנברג:

לראשונה בתקנות הקודמות נתנו מכשירים לקופות. זו הייתה פעם ראשונה. קופה מחויבת לתת התחייבות למטופל לבדיקה, אם הוא עונה על ההתוויה וכדומה ולא דווקא למתקן שלה, היא יכולה לשלוח אותו גם למתקנים אחרים והסכמים שיש לה. לא לשלוח מטופל לבדיקה כי אין לה מכשיר משלה, זו לא התנהגות תקינה של הקופה. אני מבקשת, צריך לזכור, קופה טובה - - - למבוטחים שלה.

חן לוי:

בוודאי שאנחנו נותנים התחייבות, אין לנו את היכולת לשלוט על הזמן בבית החולים או במוסד החיצוני שאנחנו שולחים אליו.

אסנת לוקסנבורג:

אנחנו נקיים דיון כמו שעשינו עם כל הקופות, נבין בדיוק מה הצרכים שלהם ונעשה את החלוקה כשהכיוון או הקריטריונים המובילים זה כמובן גודל הקופה והיקפים שלה, אבל עוד קריטריונים נוספים לפי הצורך של המשרד.

היו"ר יונתן מישרקי:

בבקשה חן, סיימת?

חן לוי:

כן. מברכים על זה שזה ילך לקהילה ומקווים שיתחזק השוויון בין קופות החולים.

היו"ר יונתן מישרקי:

אני רוצה לצאת להפסקה קצרה כדי לנסות לדבר עם משרד הבריאות באשר למכשירים נוספים. בהתאם לזה נחזור ונעשה את ההקראה בהתאם לסיכומים שיהיו כאן, ככל ויהיו. הפסקה של עשר דקות.

**(הישיבה נפסקה בשעה 13:03 ונתחדשה בשעה 13:13).**

היו"ר יונתן מישרקי:

אני מחדש את דיון הוועדה. לאחר דין ודברים והשיח בחוץ יחד עם משרד הבריאות ומשרד האוצר, הגענו להבנות וגם עם בשורות טובות. אנחנו בתקנות הללו כבר עכשיו נוסיף ארבעה מכשירי CT מעבר לשניים שרשומים בתקנות כרגע, ועוד שמונה מכשירי MRI מעבר למה שהובא בפנינו לאישור הוועדה. זו בשורה טובה, אנחנו מברכים את המשרדים. משרד הבריאות, את ההובלה שלו בהקשר הזה ואת התיקון כפי שיבוא לידי ביטוי עוד מעט בהקראה.

מדובר במספר מכשירים גדול שיקל על זמני ההמתנה שזו מטרת העל שלנו. כמובן יחד עם אחריות ובפרופורציה הנכונה בהתאם לכוח האדם הנדרש לטובת המכשירים הלאה. נבקש שהמשרד לאחר הבחינה שלהם, יציג בפנינו בפרק זמן של עוד ארבעה חודשים להיכן יוקצו המכשירים הללו, כאשר אנחנו מבקשים שיינתן דגש על הפריפריה בעיקר באזור הדרום כפי שעלה פה בוועדה. עד כאן הדברים שלי ואני מודה לכם על כך. גאיה, רצית להעיר משהו?

גאיה עופר:

כן. לחדד שההסכמות הן סביב זה שתוספות המכשירים שכרגע הזכיר כבוד היושב-ראש, יהיו כולן לקופות החולים וכך מבחינה תקציבית זה משהו שאפשר להחיל.

נעה בן שבת:

כשאת אומרת תוספות המכשירים, את אומרת רק המכשירים הנוספים שזה מוסיף?

גאיה עופר:

כן.

היו"ר יונתן מישרקי:

84 שהזכרנו.

רן רידניק:

לגבי הקצעה, אמשיך. איך זה מוקצה בדיוק, זה לא מעוגן כאן בתקנות. זה שיקול דעת מקצועי שיוצג בעוד ארבעה חודשים כמו שביקשתם. בהחלט ניקח בחשבון את סוגית הפריפריה שתיארתם אז במטה וזה יהיה המיקוד. זה לא נועד להגיע לאזורים שהם לא נותנים שירות ישיר לקהילה ולמקומות שצריכים. יהיה דגש לפריפריה. נגיע כאן להציג את זה מסודר בעוד ארבעה חודשים.

זו בשורה יפה מאוד מבחינת כמות מכשירי MRI ו-CT שמוסיפים לקהילה. נפעל לאיוש מהיר של זה, שלא יהיה מצב שייקחו שנתיים עד שמאיישים את המכשירים, ואם נראה שלוקח הרבה מאוד זמן אולי נסיט את זה. רק שזה יקרה בצורה מהירה וטובה. זה בוסט גדול של מכשירים, אמור לקצר זמני המתנה ובהחלט בשורה יפה מאוד שהמשרדים מביאים לכאן, והוועדה מביאה.

היו"ר יונתן מישרקי:

בהתאם לסיכומים נצטרך לתקן גם את מספר היחס, אני נותן לך את רשות הדיבור, היועצת המשפטית של הוועדה.

נעה בן שבת:

הנוסח הוא טיוטת תקנות בריאות העם.

**טיטות תקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים) (תיקון), התשפ"ד-2024**

בתוקף סמכותי לפי סעיף 65ב(3) ו-(5) לפקודת בריאות העם, 1940, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת הבריאות של הכנסת, אני מתקין תקנות אלה:

1. תיקון התוספת בתקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים), התשנ"ד-1994, בתוספת –

(1) בפרט 1(א), בטור "שיעור המכשירים לנפש", במקום האמור בו יבוא 97,000:1:

בפרט 1(א) שהוא עוסק ב-CT. בטור "שיעור המכשירים לנפש", במקום האמור בו, היום זה 103,000:1, אז במקום האמור בו, יבוא 97,000:1.

היו"ר יונתן מישרקי:

זה התיקון.

נעה בן שבת:

זה מוסיף עוד ארבעה מכשירים על השניים שהתכוונו - - -

אסנת לוקסנבורג:

סך הכול שישה.

נעה בן שבת:

בפרט 2- בפרט משנה א, שעוסק במערכת רנטגנית לצנתור לב וכלי דם כליליים. בטור "שיעור המכשירים", במקום האמור בו יבוא 192,000:1. היום מדובר ב-200,000:1, מורידים את זה ל-192,000:1. וזה מוסיף שני מכשירים כאלה.

(2) בפרט 2 –

(א) בפרט משנה א, בטור "שיעור המכשירים", במקום האמור בו יבוא 192:000

בפרט משנה ג, שהוא מערכת רנטגנית לצילום וצנתור מוח.

(ב) בפרט משנה ג –

(1) בטור "תנאים נוספים", במקום האמור בו יבוא:

"בבית חולים כללי שיש בו עמדות מיון, מכון רנטגן, מחלקה נירולוגית ומחלקה או יחידה נירוכירורגית ומרכז שבץ מוחי שהכיר בהם המנהל";

דרישה מצטברת כפי שהסברתי קודם, יותר גדולה.

(2) בטור "שיעור המכשירים לנפש", האמור בו-יימחק;

היום היה תנאי של 1:1,000,000 ואתם מורידים את תנאי של שיעור המכשירים.

(3) בפרט 3(א), בטור "שיעור המכשירים לנפש", במקום 1:161,000 "יבוא" 1:139,000 ;

היו"ר יונתן מישרק:

כמה זה מוסיף לנו, עוד שמונה נכון?

אסנת לוקסנבורג:

עשרה בסך הכול.

נעה בן שבת:

המכשירים האלה, אני רוצה לוודא, יש אי בהירות בנוסח. אני רוצה לוודא שמכשירי MRI אלה מיועדים לקהילה.

אור אלדר:

כן. התוספת כוללת תנאים מקצועיים שלפיהם אנחנו רשאים להקצות את הרישיונות. כאשר פרט 3(א) לתוספת – מאפשר לנו להקצות רישיונות גם למוסדות שאינם בתי חולים.

שלי לוי:

אמרתם שזה 97,000 נכון? זה יוצא 101 מכשירים, לא 102. 101.4.

ורד אייזנברג:

לפי כמה, מה גודל האוכלוסייה?

שלי לוי:

9.842 מיליון.

ורד אייזנברג:

אנחנו תמיד מחשבים לסוף שנה את האוכלוסייה. תעשי לפי סוף 2024. זה מעל 10 מיליון לדעתי. זה המספר שאנחנו לוקחים תמיד. 10.028 מיליון לפי הלשכה המרכזית, אם אני זוכרת נכון, צריך לבדוק את זה.

שלי לוי:

כל החישובים עשינו כרגע לגבי הנתון הסופי הניתוח של הלשכה לסטטיסטיקה של 2023, אלה גם החישובים שעשינו כרגע לגבי האוכלוסייה - - - . אם עושים לפי זה, אז החישוב לפי 97,000 יוצא 101.4.

היו"ר יונתן מישרק:

תמיד כך עושים לפי סוף?

אסנת לוקסנבורג:

אתה לוקח בחשבון שלוקח פרק זמן עד שזה ייושם, בשיעור לנפש זה בסדר. בדקנו את עצמנו. זה 1:97,000.

נעה בן שבת:

כל שנה בסוף שנה, אתם עושים את החישוב של שיעור לנפש ומאשרים מכשירים נוספים?



אסנת לוקסנבורג:

למשל, אם נמצאים בנקודת זמן זו, ויודעים את פרק הזמן שייקח, לוקחים את סוף השנה, סך כל האוכלוסייה, מה גודל האוכלוסייה שתהיה בסוף השנה.

ורד אייזנברג:

אנחנו מתבססים על הגידול הדמוגרפי לפי החישוב מדויק ולפי זה אנחנו יכולים כל פעם לחשב מה יהיה גודל האוכלוסייה במדינת ישראל בסוף כל שנה, כולל אם נחליט שאנחנו מחשבים את זה קדימה, אפשר לעשות את זה גם קדימה.

שלי לוי:

חשוב שכרגע, אם לוקחים בחשבון את אוכלוסיית סוף 2023 – זה 101 מכשירים.

ורד אייזנברג:

לא. 2024.

היו"ר יונתן מישרקי:

בסדר, תודה על ההערה הזו.

נעה בן שבת:

פסקה (4) וכן בפרט 12, עוסק במערכת רובוטית לביצוע ניתוחים בשלט רחוק.

(4) בפרט 12 –

(א) בטור "תנאים נוספים", במקום האמור בו יבוא:  
"בבית חולים כללי;"

יש פה הקלה בדרישות, היום הדרישה הייתה בבית חולים כללי של 900 מיטות ויותר.

(4)

(ב) בטור "שיעור המכשירים לנפש, האמור בו – יימחק.

קודם היה מספר של מכשירים בכל הארץ.

היו"ר יונתן מישרקי:

זה הרובוט. יש משהו בזום שביקש לדבר? אין. היה חשוב לי לשמוע אם ישנן הערות על התקנות. ברשותכם אעלה את **תקנות בריאות העם, (מכשירים רפואיים מיוחדים) (תיקון), התשפ"ה-2024** להצבעה כפי הנוסח שהקריאה היועצת המשפטית לוועדה, יחד עם הבשורות הטובות. מי בעד?

**הצבעה****אושרה**

התקנות אושרו פה אחד. אני רוצה לסיים בתודה. תודה למשרד על ההתחשבות וההבנה של הצורך. אנחנו מצפים מאוד לקבל עבודה על שאר המכשירים, כאשר אני שם דגש על PET-CT. אנחנו מבינים גם מתוך הדיו פה בוועדה, שישנם חסרים, מרכזים, מכונים, שאין להם בכלל. לכן אבקש מאוד מאנשי המשרד, שיעשו עבודה מהירה בהקשר הזה ויעבירו לנו. כמובן לגבי שאר המכשירים.

המטרה שלנו וגם שלכם, היא להקל על מי שסובל וצריך פיענוח, והזמן הזה, הקושי הגדול שיש לו עד שהוא מקבל את התשובה. שכולם יהיו בריאים, אבל מי שיזדקק יקבל את המענה כמה שיותר מהר.

מודה לכם על הבאת התקנות, הירידה לפרטים, עומק העניין, ההסכמות הרחבות שהגעתם גם עם הקופות, גם עם שאר הגורמים. מקווה מאוד שנשתמע בבשורות טובות. אם משהו רוצה לסכם משהו, זה הזמן.

אסנת לוקסנבורג:

תודה לך ולצוות של הוועדה.

היו"ר יונתן מישרקי:

תודה רבה לכולם, עד כאן. הישיבה נעולה.

**הישיבה ננעלה בשעה 13:23.**