



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

### פרוטוקול וועדת גרמן – 26/12/13

**יעל:** אני סקרנית לדעת מה התרשמותכם מאסותא.

**דוברות:** הייתי שם פעם ראשונה, מאוד מרשים. רמה מאוד גבוהה של תשתיות, זה מה שיכולנו ממש להתרשם.

**יעל:** אני הרגשתי קנאה ממש כשהייתי באסותא.

**דוברות:** התשתיות של המערכת הציבורית לא נראות ככה.

**דוברות:** לכי להדסה עין כרם למבנה החדש...

**דוברות:** אין את הקשישים של ביי"ח ציבורי. השירות גם משפיע על האיכות. בשירות הם נותנים משהו שהוא מעבר, בתפאורה, בשירותיות... במודל גדול יותר עם אוכלוסיות נוספות בפנים, זה היה נראה אחרת.

**דוברות:** אני הקדמתי ונפגשתי עם פרופ' שוקי שמר. לא ראינו אף חולה שבץ, אף פצע לחץ, אף עובד זר... זה נכון. מה שהספקנו להתרשם זה מהבחינה השירותית. החלום שלי הוא שבעוד עשור יהיה לנו 50% מאיכות השירות או מודעות השירות שקיימת שם. אני אסתפק ב - 50% שירותיות, שהחולה יגיע והכורסא תמתין לו. מבחינה שירותית צריך קצת תקנים ומשאבים. גם שוקי הודה שאפשר לעשות קצת יותר כדי להתקרב שירותית בביי"ח אחרים. צריך תקנים, צריך משאבים, לגבי מודעות שירות לא צריך הרבה, אבל אם יש לך 40 חולים ממתינים לאשפוז ואין לך מקום בפנימית - אתה מוגבל. אני מקנא בהם, אהבתי את מה שראיתי, אבל קשה ליישם דבר כזה ברמה ארצית ציבורית. הם ניסו לשכנע אותנו שהם גם ביי"ח ציבורי.

**דוברות:** הוא סופר את הפעילות שלו במסגרת השב"ן כציבורית, אבל טופס 17 הוא חלק מהשב"ן.

**דוברות:** אני לא בטוח. הטריק הוא אחר.

**דוברות:** אני מציעה שעל כל ההצהרות שלנו בביטוחים נתענג עד שנגיע לפה...

**דוברות:** ראינו מנהל שרץ מהר ומתקתק דברים, גם ברמת הרופאים. שרת הקליטה מדברת על זה שיש רופאים שמשלמים כדי להגיע לארץ. הרופא ראה את הצורך ורץ מהר. אלה רופאים עולים.

**דוברות:** הם עובדים עם תכנית ארוכת טווח בגלל אסותא אשדוד, המבנה התאגידי מאפשר להם את זה ולא להתעסק בכיבוי שריפות.

**יעל:** וזה שאין לו תקציב שנתי שהוא לא יודע מה יהיה איתו. הם מבינים שיש אנומליה בשכר, הם מרגישים.

**דוברות:** זה היה חידוש ומאוד מעניין. 33% מהרופאים שם עובדים רק שם, על PAYROLL של אסותא, משרה מלאה שם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** זה לא הרבה..

**דוברות:** זו מדיניות חדשה.

**דוברות:** הוא אמר שהוא צמוד להסכמים של הר"י ועובד לפי המשכורת בבי"ח.

**דוברות:** הוא משתמש בהם בשביל הסל לדעת, הפרטי זה כן השכרת חדרים.

**דוברות:** הוא אמר שברשת יש להם 1,700 רופאים, 33% רק באסותא. זה רק אומר כמה עזבו את הציבורי רק לטובת הפרטי.

**דוברות:** 70% מהרופאים שלהם עובדים גם בציבורי.

**דוברות:** זה המשלים. הוא אמר שהוא לא יפול מהכיסא אם לא יהיה שר"פ באסותא אשדוד. זה די הפתיע אותי.

**יעל:** זה לא נראה לי רציני. אסותא אשדוד 50% מהחדרים זה מיטה אחת בחדר מתוך 300.

**דוברות:** זה מותר לו?

**יעל:** אני שמעתי שזה באישור של המשרד.

**דוברות:** זה עניין של הפרוגרמה.

**יעל:** זה מה שהציגו לי והייתי בשוק כשמעתי את הנתון הזה כי זה ביי"ח פרטי.

**דוברות:** לפי התשובה שלו הוא אולי לא חושב על זה בכלל. הוא לא יתפלא אם לא יהיה, וזה לא מסתדר עם הפרוגרמה הזאת.

**יעל:** אם הוא מתכנן 150 חדרים פרטיים זה לא הגיוני.

**דוברות:** גם את מגדל האשפוז של הדסה בנו בסטנדרטים גבוהים מאוד. גם שם יש חדרים של אחד או שניים, ברמה שאתה מרגיש לבד לגמרי. איך זה מאושר? יש לזה המון עלויות תחזוקה. את זה כדאי לחלחל יותר במשרד, ההיבט של אישור פרוגרמות. אולי זה לא קשור לוועדה.

**דוברות:** עוד נקודה – העניין של מספר רופאים. צריך להגדיל את מספרם באופן אבסולוטי, כך נאמר שם. הם פורשים, ואז ממשיכים להעסיק אותם במסגרת התאגיד. הייתה לו אמירה נחרצת בנושא רופאים שהתחברה לסוגיית השכר. הוא אמר שהיכולת שלו לנהל מו"מ זה כ"א עתידי, הכשרות.

**יעל:** צריך עוד תקינה בבי"ח.

**דוברות:** להגדיל את היצע הרופאים יוריד את רמות השכר.

**יעל:** יצנן את השוק.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**דוברות:** הסכנה של הגדלת ביקושים על ידי היצע, המחיר של מה שאנחנו משלמים הוא הרבה יותר גבוה לטווח ארוך. אפילו אם אתה מקבל את התפיסה הזאת, אני חושבת שצריך להקריב את זה.

**דוברות:** רק להאיר את עיני האנשים – במה שאני מנתחת, עזבו את הכמות הכוללת של הרופאים, אני חושבת שאסור לפספס משהו - אם אנחנו מסתכלים היום על עצמנו ביחס ל - OECD, אנחנו נמצאים היום מעל הממוצע של מדינות ה - OECD, והדברים האלה שמחללים הם בכמה שנים. אני חושבת שיש לנו בעיה של מיון התמחויות. עם אותה כמות רופאים בחו"ל, זה מרגיש שהמיון שם יותר נכון בהיבטים מסוימים.

**יעל:** לא רק רופאים אלא גם עוזרי רופא, אחיות.

**דוברות:** לתכנן נכון את הכמות שיש מבחינת מקצועות.

**יעל:** רופא עושה כאן הרבה יותר פעולות מרופא בחו"ל, פעולות שיכלו לעשות עוזרים.

**דוברות:** היום הסמכות של התמחויות נמצאת אצל הר"י ובכלל לא במשרד הבריאות, וכולם הולכים לאותם מקצועות שיש בהם רפואה פרטית. הנושא של מיון ההתמחויות, תכנון כ"א על ידי הרגולטור, חייבים להתייחס גם לזה. הפתרון הקל זה להוסיף אבל צריך גם לגעת בנושא המיון עצמו.

### **דיון פנימי:**

**דוברות:** בישיבה האחרונה הצלחנו לסכם 28 בעיות, מולכם במצגת בארבעה שקפים. המשימה שלנו היום היא לצמצם את הרשימה למשהו שהוועדה יכולה לטפל בו מבחינת ההיקף.

**דוברות:** מה נסגר עם בריאות הנפש? כן דנים או לא?

**יעל:** לא נסגר. נראה את מזרע ונקבל החלטה אחרי זה.

**דוברות:** אפשר להחליט ברוב קולות או בדרך אחרת מהם הנושאים שממשיכים איתנו. מאוד חשוב שנגיע ל - 9 לחודש עם רשימה מצומצמת יותר כדי לעשות את הדיון שם ליעיל יותר.

**דוברות:** נדמה לי שהיו ארבעה נושאים מרכזיים.

**דוברות:** לא היה קונצנזוס על זה.

**דוברות:** אני מציע להכין מושבים ליומיים האלה של הסדנא, כדי שנוכל לעשות את זה יעיל יותר.

**דוברות:** לפחות שתהיה מתודה דיונית.

**יעל:** חשבתי על חברה חיצונית שתעשה את זה, אבל אז הבנתי שמי שלא מבין וליווה אותנו עד עכשיו - זה בלתי אפשרי. חשבתי על כמה מחברי הוועדה..



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** (מקריא את רשימת הבעיות מהמצגת).

**דוברות:** יש מידה מסוימת של חפיפה בין הדברים.

**דוברות:** אני חושב שהנושא של הכשל מאוד חשוב, צריך להתחבר למצוקת מערכת האשפוז. חלק מהסיבה למצוקה זה הכשל במערכת היחסים בין בתי"ח לקופות, זה קשור אחד לשני, גם מבחינת הסיבה לכשל. הסיבה למצוקה היא שהקופות מקבלות את כל הכסף כמעט ולא מעבירות את הסכום הנכון או לדברים הנכונים לבתי"ח. לכן צריך לחבר את 3 ו- 6 יחד.

**דוברות:** זה גם קשור ל- 1.

**דוברות:** הוא חושב שבהינתן 1, 6 הוא בעיה.

**דוברות:** זה בסדר, זה קשור מאוד. אמרתי שהמצוקה קשורה גם ל- 1 ולא רק ל- 3.

**דוברות:** 1 זה תנאי הכרחי אבל לא מספיק.

**דוברות:** 5 קשור גם לכשל לדעתי.

**יעל:** אני רוצה לתת טיזר כדי לפתוח את הראש. עד כמה שאנחנו מנסים להיות פתוחים, אנחנו די נכנסים לשבלונות. למשל לפי מה שהוא אמר, המצוקה של האשפוז נובעת מהיחס בין הקהילה לבתי"ח. אני הייתי רוצה לשים אפילו סימן שאלה על מצוקת האשפוז, להעמיד את זה בסימן שאלה – האם אכן יש מצוקת אשפוז? האם אי אפשר לטפל בה על ידי זה שנראה שניתן לקצר את ימי האשפוז מעבר למה שהיום?

**דוברות:** כל אמירה פה היא סימן שאלה.

**יעל:** בנהרייה ממוצע אשפוז זה 7.8 ימים, בתל השומר זה 3.4 ימים. בואו נראה אם אני צודקת או לא.

**דוברות:** אין ספק שאני בתור איש אקדמיה יהיה הראשון שיקפוץ להסתכל אחרת על הנתונים. אני אומר שאם נתחיל לחפש הוכחות לכל מה שאנחנו רואים, לעולם לא נצא מזה. קשה להוכיח חוסר יעילות במערכות בריאות, מעבר למה שאנחנו רואים ושומעים. היום שמענו על מונשמים במחלקות שהם לא צריכים להיות בהן. אני משוכנע שיש מצוקה אמיתית במערכת האשפוז בישראל. תגידי לי תוכיח, אני מניח שנמצא הוכחות.

**יעל:** בלי הוכחות לא נוכל לגשת לאוצר.

**דוברות:** בעיני זה משך אשפוז ממוצע, מספר מיטות/מיתות, שיעור ההשקעה בבתי"ח בישראל במכונות ומכשירים לעומת כל העולם - אנחנו אחת המדינות היחידות שנמצאות במינוס בשיעור ההשקעה. זה נתון שפרופ' ארנון אפק הראה בזמנו. (מוציא ניירת בנושא). ישראל במינוס משהו. אני חושב שאנחנו ראינו הרבה נתונים שמראים שמערכת האשפוז בישראל נמצאת במצב מאוד קשה. אני ככלכלן לא צריך לראות תוצאות כדי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

להשתכנע, ומספיק לי לראות תמריצים. כשהם מעוותים, אני מבין שהתוצאות גרועות. אני חושב שמערכת התמריצים בישראל מאוד

גרועה לרעת בתי"ח, וזה לא אומר על הקופות, יכול להיות שגם שם. התמונה היא שמערכת האשפוז נמצאת במצוקה, וזה לא אומר שאי אפשר לתקן. אני חושב שכמות המשאבים שמועברת לבתי"ח היא לא מספיקה, ואין מספיק תמריצים לאיכות דרך הקופות.

**יעל:** אם נצטרך להגיש את המסמך שלנו, נהיה חייבים להגיש עובדות.

**דוברות:** ההשקעה במערכת הבריאות זה עובדה, מס' מיטות זה עובדה... ההוצאה על אשפוז ביחס לסך ההוצאה בישראל היא מאוד נמוכה. יש הרבה עובדות. הבעיה העיקרית היא שחלק מהן זה תשומות ולא כל כך תוצאות, וזו בעיה שתמיד קיימת.

**דוברות:** קחי את נתוני התשומות של מערכת הבריאות – אנחנו אחד לפני אחרונים. תפוסה ממוצעת הכי גבוהה בעולם המערבי. שהייה ממוצעת מקום שני הכי נמוך בעולם המערבי. אלה שיעורים שלא קיימים בשום מקום.

**דוברות:** אם אתה מסתכל לפי מחלקות, יש שונות גדולה.

**דוברות:** אם תעשי תיקון, תראי שהיא לא גדולה. הייתה לאורך השנים טענה – האוכלוסייה הישראלית היא צעירה ולכן השיעורים הנמוכים האלה הם סבירים ובסדר. אז עשה מי שעשה במשרד את תקנון הנושא של גיל, גם אחרי זה אתה מגיע למסקנה ששיעור המיטות האשפוז הכלליות בישראל הוא נמוך. אנחנו גדלים כל שנה ב – 2% באוכלוסייה, וצריך להוסיף כל שנה 300 מיטות כדי לשמר את השיעור הנמוך, וזה לא קורה בעשור האחרון. כל נושא שלא ניקח פה בצורה זו או אחרת, יש לו נגיעה לנושא אחר, הכל מחובר. נצטרך לעשות תעדוף של הנושאים, אין ברירה אחרת. בואו ננסה לראות אם יש קונצנזוס לנושא הראשון שהוא חשוב בצורה בלתי רגילה – בלעדיו אין עבודה.

**יעל:** מי לא מסכים?

**דוברות:** אין פה עומק, רק הכסף.

**דוברות:** זו לא הדרך וזה לא הנושא הכי חשוב בעיניי. אני חושבת שצריך להגיד מה הבעיות, להבין שהדבר הזה עולה איקס כסף ולראות מאיפה מביאים את הכסף, מה מקורות המימון – ייעול המערכת, מקורות חיצוניים נוספים. כמובן ששתי האופציות לגיטימיות, אבל להגיד בואו נקבע מנגנון עדכון ונגדיל את הסל וכולי... היקף מקורות המימון של המערכת זה לא להגיד שאנחנו רוצים לשים בהקטנת השתתפויות עצמיות, בפול טיימרים, וזה עולה כך וכך ומאיפה מביאים כסף.

**יעל:** את אומרת בואו נגיע לזה בסוף.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** בואו ניקח עכשיו ונגדיר שמה שהממשלה מחליטה זה לעדכן את המחירים, נחליט מה זה צריך להיות, נעגן את זה ולהגיד שזה הקייס ללא התחשבות בסדרי עדיפויות במקורות ולשם נפעל. אני חושבת שזה לא הנושא הכי חשוב והוא מפסיד מסדרי העדיפויות. סתם להגיד עוד מקורות לא בהכרח יביא עוד תפוקות.

**יעל:** את צודקת, אנחנו צוללים למה שיהיה ה-דיון שלנו. היא אומרת שאנחנו מתחילים הפוך, אם זה לא מספיק אז מה הפתרונות. אנחנו לוקחים את התוצאה שכבר ידועה לנו ושמים אותה בתור בעיה.

**דוברות:** אני חושבת שזה לא חייב לסתור. אני מסכימה שחייבים להיות מאוד ברורים. בהחלט צריך להיות יסודיים ולנתח את המקורות ולא רק לתפוס מצב קיים, אלא לבוא ולומר מה הבעיות שיש היום ולהסתכל על הנתונים. כולנו מבינים שהבעיות כרוכות בצורך להיערך לזה, בזה שנצטרך עוד מקורות גם מבלי להצביע על בעיה ספציפית. לצורך העניין צריך לאתר את האתגרים ואז להסביר מה המקורות שהמערכת זקוקה להם, ואיך הם יתחלקו במערכת. אני מסכימה שצריך להבין מה האתגרים ועם מה צריך להתמודד. אני יכולה לגיד שבעוד שנתיים זה יתפוצץ לי כי כבר היום יש שחיקה באמון הציבורי. אותי זה מטריד שאסותא זוכים באמון הגבוה ביותר.

**דוברות:** השאלה אם להכניס עוד כסף לסל נותנת את המענה.

**דוברות:** איך לשפר את המערכת זה בהחלט חלק מהעניין. בואי נלך ונשאל מה גורם להם לתת אמון כל כך גבוה באסותא.

**דוברות:** אני מסכימה איתך שצריך להתמקד במה הבעיות.

**דוברות:** האמירה היא שבהחלט צריך לאתר מה האתגרים שאיתם אנחנו מתמודדים. לא ברמת שקל שולי אלא ברמת סדרי גודל, ואם כן, היא זקוקה לתוספת מקורות.

**דוברות:** אני מסכימה איתך שהדברים משולבים. אנחנו לא יכולים להתנתק מהמצוקות של המערכת בלי להבטיח את המקורות הנדרשים כדי לשמור על הרמה לאורך זמן. חלק מהדברים שאנחנו מאתרים היום נעוצים בכך שב-15 שנים האחרונות הונהגה מדיניות בצורה כזאת. אנחנו צריכים בנוסף ראייה עתידית שאם נמשיך ככה ניתקל בבעיות דומות עוד 10 שנים, לאור תמורות נוספות שמתרחשות. אנחנו כוועדה צריכים לתת דעתנו גם בראייה עתידית. היא משלבת את העובדה שכשאנחנו מאתרים מוקדים בצורך למקורות, אנחנו לא יכולים להתעלם ממה שהביא אותנו למצב היום ומה יקרה מעכשיו.

**דוברות:** שמענו עדויות שדיברו על המון מצוקות במערכת ואפשר לקחת אותן ולהתרכז באבנים הגדולות. רוב רובן של הבעיות הגדולות נבעו מהסיפור הזה של מספר אחד. תסתכלו ברצף של זמן מה קרה בעשור האחרון לתקציב המדינה - זה עובדות. אנחנו רואים שזה נשחק כל הזמן. ההיקף של הביטוחים המשלימים והפרטיים עולה כל הזמן. שמנו את זה על השולחן. אלה סדרה של נושאים שאותו כבעיות, ועם זה צריך להתמודד. לבוא ולומר שזה לא יהיה באחד הנושאים המרכזיים, אולי לא הראשון, אז אנחנו לא ממקמים את זה ברמת חשיבות. זה חייב להיות שם.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני חושב שיש פה שני נושאים על השולחן שצריך לחדד – אחד זה רמת המשאבים הקיימת, ואיך זה מתפתח על פני זמן, עולה או יורד. זה שני דיונים שונים. נניח שלא היו זמני הכשרה, צריך לראות איפה הבעיות – במיטות? ברופאים? צריך לסדר את הרמה המסוימת של איכות השירות בנקודה מסוימת. עדיין יש דיון איך מנגנון העדכון צריך להיראות. נניח שהיינו קובעים שזה קטן ב – 5% כל שנה, הכלל הזה לא סביר כי האוכלוסייה גדלה והעסק הולך להתפוצץ. אני חושב שהיא צודקת, אי אפשר לדבר על הרמה שאליה אנחנו רוצים להגיע. זה נמצא בחוסר וצריך לתת את זה. צריך לחשוב איך משמרים את הרמה והיא מתפתחת לאורך זמן. ההתפתחות זה רק המקורות.

**יעל:** האם המקור הוא רק ציבורי? מה החלוקה בין ציבורי לפרטי? האם אנחנו עושים הסטות?

**דוברות:** ברור שהגענו למסקנה רחבה שיש בעיות במערכת, גם בגלל המדיניות של היקף מקורות.

**דוברות:** אתה רוצה ליצור מקורות נוספים כדי להגביר את המערכת ולא כדי לזרוק כסף.

**דוברות:** אני לא כלכלנית. לפי דעתי כל הבעיות שאיתרנו ברמות רזולוציות גבוהות זה כתוצאה ממספר אחד שמקורות המימון נשחקו וזה גרם להמון בעיות. לכן אני חושבת שמספר אחד הוא אחד. לא יודעת למה אתה רוצה להוריד אותו לארבע.

**יעל:** רק מבחינת סדר הדיון.

**דוברות:** האם זה נכון שאת חוששת לשים את זה בחקיקה ישירה? זה החשש שלך? היא חוששת כבר לשים מסמרות בנושא שהיו עליו הרבה דיונים. למשל על עניין הדמוגרפיה. התווכחו במשך שנים מה צריכים להיות הפרמטרים שמעדכנים. היא חוששת, אם אני מבינה אותה נכון, שזה יהיה בחקיקה.

**דוברות:** אני גם דיברתי על זה שהנושא כנושא בעיניי, לא נכון לגשת אליו בצורה הזאת. זה שמפזרים עוד כסף למערכת לא אומר שנקבל מערכת יותר טובה.

**דוברות:** אם אנחנו מסתכלים על חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אז מקורות הכיסוי של שירותים ציבוריים נקבעו בחקיקה ואחד היסודות זה מנגנון עדכון. לכן אני חושבת שזה נושא מספר אחד.

**דוברות:** מבלי להפחית מכל מה שנאמר – אני לא שוכנעתי שכל בעיה שהוצגה על ידי כל המציגים לפנינו שזו באמת בעיה. כשאנחנו רואים מיטות ריקות וחצאי מחלקות, יש פה תמריץ לייצר מצוקה שהיא לא ממשית, שהיא מהווה מנוף לקבל עוד כסף. לכן אני חושב שכל מה שאנחנו קובעים כמצוקה, צריך להחליט האם זו באמת בעיה, ואם כן, איפה זה בתעדוף. שלא נצא מתוך נקודת הנחה שכל דבר שהוצג כאן זה באמת מצוקה. מדברים בסיסמאות ומנסים לייצר מצוקה, ואולי זה לפעמים אינטרס.

**דוברות:** צריכים להיות בטוחים במחסור של הדברים. לא שאני חושבת שאין מחסור, יש, אבל העדויות צריכות להיות מאוד ברורות. אנחנו כוועדה צריכים לשכנע שהמצוקות האלה קיימות במידע שעומד לרשותנו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** יש פה שאלה של כמה מהפכניים אנחנו רוצים להיות. יש מנגנון תקצוב של הקופות באמצעות קביעה של שירותים בסל, ואם הוא לא מספיק יש בעיה שאפשר לדון בה. היא מציגה מודל של מיקרו ניהול במערכת. ככל שהבעיות האלה מתרבות יהיו יותר כספים צבועים כאלה. כל מנגנון קביעת סל ותקצוב ריאלי לא עובד וצריך למצוא מנגנון אחר. מערכת הבריאות הראשונית שלנו עובדת טוב ומקבלת מחמאות וזה עובד כשיש כסף, והרעיון של לצבוע כספים...

**דוברות:** לא דיברתי על לצבוע כספים. מה שאתם מציגים בסעיף אחד זה בואו נקבע מנגנון ונוסיף עוד כסף, ולא בהכרח שזה יעל דברים. אולי אתה רוצה להעביר לאשפוז דברים, ואז להחליט לאן אתה רוצה את הכסף.

**יעל:** יש לי הצעה שכן ננסה להגיע להסכמות, חופפות או לא. אני מציעה לשים את המילה "האם" בהתחלה, האם הם עונים על צרכי המערכת.

**דוברות:** לאורך זמן.

**יעל:** אם כן, נלך לכיוון אחד, ואם לא - לכיוון אחר. אני חושבת שבכך אנחנו מגיעים להסכמות חופפות. זו כותרת לדיון.

**דוברות:** לא נקבע פה את העובדות.

**דוברות:** מספר אחת זה איפה הכסף.

**יעל:** ה-"האם" הזה עומד בפני עצמו. הדיון על כל זה נעשה בעוד שבועיים בסדנא.

**דוברות:** תמהיל מימון פרטי וציבורי ידון בנושא של ביטוחים משלימים ופרטיים, ולכן הייתי מאחד את 2,4,5. אני מדבר כרגע על המימון. האם התמהיל הזה נכון או לא, אנחנו לוקחים את המתודולוגיה שלך.

**דוברות:** התייחסת למימון ואספקה בנפרד? מימון זה מתקשר לביטוחים, אספקה זה כבר נושא אחר.

**דוברות:** היה נושא שעלה כאן המון. אתה קראת לזה המחרה או תמחור.

**יעל:** אצלי זה באחד.

**דוברות:** זה גם נושא ההתחשבות, המחירים שקיימים, התמחור... כל האלמנטים הלכאורה כלכליים טהורים, שווים דיון כמקשה ולא מפוזרים במקומות אחרים.

**יעל:** זה באחד.

**דוברות:** לא.

**יעל:** בוודאי שכן. החוסר נובע מזה שהתמחור לא נכון.

**דוברות:** אחד עוסק בגודל המקורות, שתיים באיך אתה משתמש בהם ביעילות.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** אין לי בעיה שיהיו שניים, בסוף זה יהיה אחד. זה שונה אבל תלוי אחד בשני.

**דוברות:** איך אתה מחשב? איך אתה משלם? איך אתה מייצר תמריצים הוגנים?

**יעל:** יכול להיות שרמת המקורות לא מספיקה כי התמחור הוא לא נכון.

**דוברות:** תמחור מדבר על איך כסף עובר מיד אחת לשנייה, הוא לא מייצר מקורות חדשים.

**דוברות:** זה כללים לחלוקה ולא תוספת.

**יעל:** אתה רוצה לעשות את זה לחוד.

**דוברות:** יש פה 3 רמות בעיניי – כמה כסף מגיע למערכת, ולהחליט כמה זה מספיק או לא. לא ברור שצריך לרדת למטה ולהסתכל על מחירים, אפשר ללמוד ממה שקורה בעולם וללמוד מה נכון למערכת הישראלית. שלישית זה איך זה מתחלק בין הקופות, מנגנון התגמול או הקפיטציה. לדעתי, וגם המלצתי היא שזה לא לוועדה הזאת. בהינתן שרוב הכסף יגיע לקופות, איך הן רוכשות שירותים. החלק הראשון זה מהרופאים שלהם ולא כדאי שניכנס לזה, והחלק השני זה איך הקופות רוכשים שירותים מבתי"ח וזה ההמחרה, וזה נושא חשוב מאוד בעיניי, מערכת היחסים הזאת.

**יעל:** בואו נתחיל להגדיר את זה. קדימה.

**דוברות:** 5 מכיל כביכול את הכל. צד המימון זה הביטוחים המשלימים והמסחריים, אספקה זה בתי"ח ציבוריים ופרטיים, מבחינת הגברת והגבלת היצע של ציבורי ופרטי בתמחורים שונים והכנסה לפיקוח. אני קצת מרגישה שזה נכון לפרוט את הנושאים שאנחנו רוצים לעסוק בהם ולא ככותרת כללית, שכל אחד לוקח את זה לאן שהוא רוצה.

**יעל:** נשים את זה בצד ונבטל את 5 אם יהיה מספיק פירוט.

**דוברות:** האם קיימת מצוקת אשפוז? מה הסיבות לכך? 3 זה הסיבה למצוקה ב - 6.

**יעל:** כדי שלא נגיע למסקנות לפני שהתחלנו לדון, שמתי "האם" כדי למנוע ויכוח גדול. אני חושבת שהכשל במערכת היחסים בין הקופות לבתי"ח, האם יש מישהו שמתנגד? באינטרס? בתמחור?

**דוברות:** למה זה כשל?

**דוברות:** אני טוען שחוק בריאות ממלכתי בנוי על העיקרון של תחרות באיכות השירות. התחרות היום בין הקופות לא באה לידי ביטוי במערכת האשפוז. כשאדם מתאשפז, הקופה לא דואגת לו יותר. אין שום תחרות במרפאת חוץ. הדבר היחיד שבתי"ח מתחרים עליו היום זה על ההנחות שהם נותנים לקופות.

**דוברות:** אז הכשל הוא במובן שאין תחרות מספקת? אין מנגנון תמריצים שמבטיח את התחרות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** המנגנון העיקרי היום שבעזרתו אנחנו מקווים לקבל שירות טוב זה התחרות בין הקופות, וזה לא בא לידי ביטוי ב – 40% מהפרוצדורות, שזה באשפוז.

**דוברות:** אני הייתי קורא לזה שיפור הכשל של היחסים בין הקופות לבתיה"ח.

**יעל:** אני הייתי לוקחת את התחרות ונכנסת יותר לרזולוציה – אני רואה את הכשל בהיבט הכספי, אנחנו רואים איך מתחילים להתחרות. מה שקורה בתל השומר זה "גן סגור" כמו שאמר רוטשטיין, זה כשל וממה הוא נובע? זה כשל.

**דוברות:** זה היה בתקופה שבי"ח היה צריך לסגור עם הקופה את ההסכם. לא נכון שהגופים האלה יגיעו להסכם ביניהם ויפעילו לחצים כדי להשיג הנחה.

**יעל:** זה בעיניי כשל מה שקורה היום. אם יש ויכוח, נמצא משהו שיתאים לכולם.

**דוברות:** אני מסכימה עם זה שאין מספיק תחרות בין בתיה"ח על רמת השירותיות, אבל להגדיר את זה ככשל בין בתיה"ח, ולומר שכל המערך הזה בעייתי...

**דוברות:** יש לנו יעדים של המערכת בגלל כשלים בתמריצים שקיימים.

**דוברות:** אז הפתרון של בואו נגדיר מדדי איכות לא פותר את הכשל הזה.

**דוברות:** יכול להיות, אני מסכים שזה לא הפתרון.

**יעל:** הכשל היותר גדול בעיניי זה הדאגה לחולה.

**דוברות:** זה אותו דבר. נניח שהמחירים היו נקבעים חיצונית ולקופה לא הייתה שם אמירה בנושא מה שהיא משלמת בשיבא...

**דוברות:** הרפואה הראשונית תתמוטט או שנצטרך להגדיל את הכסף.

**יעל:** או לכתוב דיון על הכשל..

**דוברות:** אולי נשנה ל"קשר"?

**יעל:** אוקיי, מערך היחסים או הקשר שבין הקהילה לבתיה"ח. יופי, ככה אין שיפוטיות.

**דוברות:** הייתי מוסיף שם גם איכות. עוד נקודה לרצף.

**יעל:** נכון, איכות הטיפול והרצף קהילה-בתיה"ח. אנחנו יצרנו ניגוד עניינים פנימי בין הקהילה לבתיה"ח בנושא התמחור. זו דעתי, סליחה שאמרתי אותה לפני הדיון. אנחנו נדון על זה. הלאה, לצמצם. 2 יכול להתחבר בהחלט עם 5, אז לחבר את זה, קדימה.

**דוברות:** 2 זה כבר אספקה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות: 5** זה כוללני מדי, אין בו כלום.

**דוברות:** התמהיל הציבורי פרטי בנושא מימון מקורות המערכת – שם נכנס ביטוח מסחרי, משלים, השתתפויות עצמיות. זה כותרת לכל מקורות המימון. זה יהיה שתיים.

**יעל:** להוסיף השתתפויות עצמיות.

**דוברות:** אתה אומר להפריד בין מימון לאספקה?

**דוברות:** כן. ניסיתי בחלוקה שלי, וזה לא הלך לי כל כך. אני אומר נקי, לא יותר לזה או לזה.

**דוברות:** ריסון פרטי זה כבר עמדה.

**דוברות:** אפשר בחינת היצע המערכת הפרטית.

**יעל:** המילה תמהיל אומרת שיהיה גם זה וגם זה.

**דוברות:** תמהיל זה קומבינציה של גם זה וגם זה. אספקה ומימון זה שני דברים מרכזיים, וטראו שהכל יכנס לשם.

**דוברות:** זה כולל שהשוק הפרטי יממן וגם יספק?

**דוברות:** כן, אסותא זה ביי"ח פרטי שמספק לסל.

**דוברות:** ב - 2 צריך להכניס גם תיירות רפואית בתמהיל ציבורי-פרטי.

**דוברות:** אני עשיתי הפרדה. ברגע שנגדיר נושאים ותתי נושאים, אז נחליט.

**דוברות:** בסוף גם השר"פ נכנס שם.

**דוברות:** השאלה מה זה שר"פ.

**דוברות:** זה באספקה.

**דוברות:** כן, של הפרטי.

**דוברות:** עד 4 אין חפיפה ואת 5 אפשר להוריד.

**יעל:** אלה צריכים להיות משפטים ניטרליים שאין בהם שיפוטיות והבעת דעה. עוד הערות?

**דוברות:** אפשר להוריד את 5?

**דוברות:** כן.

**יעל:** במצוקה של המערכת האשפוזית - הכשרה, כ"א ותשתיות - כרגע נשאיר את זה. אני לא יודעת אם נכנס לזה או לא, אבל אין ספק שזו אחת הבעיות העיקריות שעלו ואי אפשר להתעלם מזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** מה עם 6?

**דוברות:** תהפוך את זה ל - 5.

**דוברות:** המערכת בנויה מתשתית פיזית ותשתית כ"א.

**יעל:** תשתיות המערכת האשפוזית.

**דוברות:** לא רק האשפוזית.

**יעל:** של המערכת בכלל? זה יותר ניטרלי.

**דוברות:** כ"א זה באשפוז.

**דוברות:** אני מדבר על סך כל תשתיות כ"א. אם אתה רוצה טכנולוגיה תוסיף את זה.

**דוברות:** אנחנו צריכים להגיע למכנה משותף רחב, ואנחנו מורידים פרטים שנרצה לון בהם בדרך. אם יש לו מחשבה מה גורם לבעיות במערכת האשפוז, שיכתוב ספציפית שאפשר יהיה להתכונן להצעה הזאת.

**יעל:** אני מסכימה. אם אנחנו מורידים את זה, לא נדון בזה.

**דוברות:** נשאיר את זה, ולא עם הכל כולם מסכימים.

**דוברות:** בואו נצמצם את הרשימה. בואו נסכים שאין הרבה עלים ובעיקר ענפים לעץ.

**יעל:** תשתיות מערכת הבריאות בקהילה ובבתי"ח - את כל השאר אפשר אולי בסוגריים. טכנולוגיה, כ"א, פיזי וכו'.

**דוברות:** תשאיר כדי שנזכור.

**דוברות:** מתי דיברנו על טכנולוגיה? באיזה היבט?

**יעל:** נכון שלא דיברנו על זה, אבל כשמדברים על מחסור זה עולה. כנראה שלא נגיע לטכנולוגיות.

**דוברות:** אני חושבת שאפשר לפלח את זה לנושא של כ"א ולנושא האשפוז.

**יעל:** בואו נשאיר את זה כרגע כך. אם יהיה למישהו משהו לומר, שיהיה לו מול העיניים ושיוכל להתייחס לזה. נעבור לשקף הבא.

**דוברות:** ל - 7 יש תת וועדה.

**דוברות:** רונית תציג את ההמלצות של הוועדה שלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** לגבי בריאות הנפש נקבע עמדה אחרי שנראה את מזרע. 9 - שחיקת אמון, צריך להיות ברקע.

**דוברות:** אני לא חושבת שצריך למחוק את זה.

**דוברות:** זה חייב להיות בדו"ח.

**יעל:** זה לא נושא לדיון.

**דוברות:** ברגע שנשפר את איכות השירות גם נגביר את האמון.

**דוברות:** הוא רוצה להתכונן למושבים לפי נושאים.

**דוברות:** זו הסבה פנימית, משחק פנימי.

**דוברות:** אנחנו לא נפתור את חוסר היעילות של הקצאת המשאבים בתוך מערכת האשפוז. זה נושא של תקינה, מיטות, ניהול.. אפשר להקים וועדה שתדון ביעילות מערכת האשפוז בישראל, ושעוד חצי שנה תיתן מסקנות. הדרך היחידה אולי להתמודד היא בקיום צוות רציני.

**דוברות:** אני מסכים איתך.

**דוברות:** לקבוע אם יש יותר מדי מיטות במחלקת עיניים או עור למשל..

**דוברות:** אין סתירה בין 5 ל - 13? אנחנו מדברים על מצוקת תשתיות ופה חוסר ניצול שלהן?

**דוברות:** אין. אתה יכול להיות במצוקה וגם לא יעיל.

**דוברות:** נוסף "ניצולן".

**יעל:** הנושא של הצורך בשקיפות נתונים אני לא מוותרת עליו.

**דוברות:** זה כמו נושא האמון.

**יעל:** לא! אמרתי שמתוך הוועדה ניצור תשתית נתונים שקופה וזמינה שכל אחד יבין את מה שכתוב, ידידותית, ואין ספק שצריך זאפ לבריאות ואני לא מוכנה למחוק את זה. במקום "היעדר" תרשום "הצורך בתשתית נתונים מהימנה, שקופה, זמינה וידידותית". אני לא חושבת שיהיה פה ויכוח. צריך לראות איך עושים את זה וליצור ממש צוות ביצוע. הלאה - היעדר רגולציה.

**דוברות:** זה לא קשור לריבוי התפקידים?

**יעל:** אם לא ניתן שיניים למערכת ולא נחזק אותה.. הרי מה כולם קוראים בכל מקום? משרד הבריאות אומר ואף אחד לא שם עליו. זה לא סתם. רגולציה, פיקוח ואכיפה לרבות תחיקה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אכיפה זה שיניים לעשות משהו במקרה שזה לא קורה כמו שהורית.

**יעל:** אם מוציאים חוזר ומצפצפים עליו... זה לא קיים במשרדים אחרים, לא חינוך ולא פנים. זה לא קיים, ואני הייתי ראש עיר!! פעם שאלתי אם יש לזה תוקף של חוק, אמרו לי שלא אבל נהוג לקיים. יכול להיות שאצלנו צריך תחיקה, חקיקה. לפני שנבוא לעשות משהו, זה לדעתי הבסיס לקבלת ההחלטות.

**דוברות:** היום אין לנו נתונים, כמו בתיירות רפואית שלמשרד לא היו. לעשות אסדרה אפקטיבית זה חשוב.

**יעל:** צריך מערכת מתוקשבת, קווית, מחשובית. אוקיי, היעדר תחרות כבר דיברנו על זה.

**דוברות:** 17 כבר דיברנו.

**יעל:** אפשר למחוק את 16. על רפואה מתגוננת כבר דיברנו.

**דוברות:** אני מציע להכניס את הפרטים של 17 איפשהו.

**יעל:** נושא הקדנציות יהיה בוועדה של רונית. תאגוד זה גם קדנציות. חקיקה צריכה להיות אפקטיבית בהגדרה, תמחוק "אפקטיבית". האם יש קונצנזוס על הורדת הנושא של רפואה מתגוננת?

**דוברות:** זה תוצאה של משהו אחר, של חוק רשלנות רפואית. זה נושא שהר"י הגישו לנו כאחת הבקשות העיקריות שלהם. הנושא הוא לא הרפואה המתגוננת אלא חוק הרשלנות הרפואית, אם אנחנו רוצים FAULT OR NO FAULT. רק תזכרו שזו הייתה תביעה מרכזית שלהם. יכול להיות שנקבל החלטה שאנחנו מעבירים את זה לוועדה אחרת.

**דוברות:** נקודה נכונה, אבל לא מתקשר לנושאים העיקריים שלנו.

**דוברות:** אפשר להעביר את זה לוועדת ביטוחים אולי..

**יעל:** אני אעביר את זה לצוות כלכלנים ומשפטים במשרד.

**דוברות:** זה נושא נורא טכני ומקצועי.

**יעל:** קרוב לוודאי שזה לא יהיה אצלנו.

**דוברות:** 19 לא מדויק. שמענו דברים קשים על מה שקורה בקליניקות פרטיות.

**יעל:** להוסיף את זה ל - 15 ובזה גמרנו.

**דוברות:** מישהו חושב שפיקוח ובקרה זה לא במערכת הבריאות? זה כתוב ב - 15.

**יעל:** מה אנחנו עושים עם הבחירה במערכת הבריאות?





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** מה מידת הבחירה שיש להתיר במערכת הבריאות?

**יעל:** זכות הבחירה במערכת הבריאות בסימן שאלה, כן או לא.

**דוברות:** זה נושא מוכל.

**דוברות:** גבולות זכות הבחירה לדעתי. יכול להיות שנגיד שאנחנו מתירים את זה עד רמה מסוימת.

**דוברות:** זה מוכל כי יש הסדרי בחירה ושר"פ.

**דוברות:** שר"פ כשם קוד יש בו היבט מימוני שמכניס מקורות, ויש אלמנט נוסף של בחירה של אנשים. אפשר לדמיין בחירה כסטנדרט במערכת הציבורית, ואפשר להכניס כסף פרטי למערכת הציבורית.

**דוברות:** זכות הבחירה נזכרת בחוק ביטוח ממלכתי.

**דוברות:** זה אומר שזה שווה דיון.

**דוברות:** היא נזכרת, אך גבולותיה לא ברורים.

**יעל:** אני מקבלת, גבולות זכות הבחירה במערכת הבריאות. אני לא אוהבת את הניסוח הזה, אבל מקבלת וגמרנו. הבא - העצמת המטופל – It goes without saying.

**דוברות:** הסעיף הבא מדבר על סוגי בעלויות בתוך מערכת הבריאות. יש קופה שמחזיקה בעלות פרטית, ויש קופה שמחזיקה בתי"ח משלה. זה לדעתי וואחד דבר.

**יעל:** חייבים.

**דוברות:** זה עיצוב המערכת. זה דומה למה שקורה היום עם רפואת שיניים.

**דוברות:** שהכניסו את השיניים לסל, אבל זה לא האריך את התורים..

**דוברות:** הוועדה צריכה לדון מה עושים עם בתי"ח פרטיים.

**יעל:** הכותרת של וועדת המשנה שעוסקת בזה היא רק ריבוי הכובעים של המשרד, אם זה הורחב לריבוי הכובעים של הקופות.. האם אנחנו רוצים לדון בנושא של היחס בין הבעלויות? זה וואחד נושא.

**דוברות:** זה לא נמצא יחד עם יחסי קופות-בתי"ח?

**יעל:** לא.

**דוברות:** ריבוי כובעים של משרד הבריאות ושל הכללית, והפונקציות השונות ומנגנוני הפעולה, גם פרטי וגם ציבורי. אנחנו חייבים ליתן את הדעת על זה. אנחנו לא יכולים לא להתייחס לזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה משמעותי. השאלה אם אנחנו מסוגלים לתת המלצות במסגרת הזמן שלנו.

**יעל:** אני רוצה להציע משהו – זה נושא מאוד מזוירי. כשאנחנו מדברים על הרצף בין הקהילה לבתי"ח, אין ספק שאנחנו מכניסים את הנושא הזה, הוא קריטי לרצף. אם אנחנו יוצאים מתוך נקודת הנחה שנתמחר וקופות יהיו אדישות, הן בחיים לא יהיו אדישות אם יש להן בתי"ח משלהן. הכללית תמיד תעדיף את בתי"ח שלה. אנחנו נצטרך לחשוב על זה, לדעתי זה מהפכה בוועדה בפני עצמה. לבוא ולומר שצריך להיות מנהל בתי"ח ושם לשים את כל בתי"ח הממשלתיים ושל הקופות... אנחנו ניטע את הרעיון ומישהו ייקח את זה הלאה. זה לא מנוסח טוב, נסחו את זה אחרת. צריך לראות מה עושים.

**דוברות:** יהיו המלצות להמשך טיפול, אבל זה חייב להיות על סדר היום.

**דוברות:** זה לא רק ניהודי עניינים, אלא גם סוגיית תמריצים שזה יוצר ברגע שיש בעלות. זה גם הסטת פעילות, שיבוב השירות, גם לטוב וגם לרע.

**דוברות:** ממה שאני מבינה זה נושא של בעלות. האם זה שקופה היא בעלים של ביי"ח פרטי או ציבורי זו בעיה? זה נושא שכן קשור לוועדה של רונית שכבאים לדון במה עושים עם בתי"ח ממשלתיים. זה אחד הפתרונות שנמצא שם על הפרק ומתקשר. מה שלא נמצא זה הנושא של הבעלות של מכבי על ביי"ח פרטי.

**יעל:** נכתוב בעלויות במערכת: קופה-ביי"ח ציבורי/פרטי, משרד הבריאות-בתי"ח ממשלתיים. בזה הכנסנו את וועדת המשנה והרחבנו אותה.

**דוברות:** תחרות ברפואה זה חלק מיחסי גומלין.

**דוברות:** תמחק את זה.

**דוברות:** 24 - הוא דיבר על זה שיש מחירים, אין FREE LUNCH במערכת. מה המחיר של הבחירה הזאת?

**דוברות:** טובת הכלל אל מול טובת הפרט.

**דוברות:** 26 אתה יכול למחוק, זה כ"א ודיברנו על זה.

**דוברות:** 25 - למה זה חלק מהוועדה? למה זה לא יכול להיות עצמאי ולרוץ בנפרד?

**דוברות:** זה מתקשר להרבה נושאים אחרים. הרבה דברים קשורים וצריך לחשוב על האינטגרציה. תיירות מרפא מתקשר למקורות מימון ולבתי"ח. זה נכון גם לנושא של ריבוי קובעים, הבעיה הזאת תמיד קיימת.

**דוברות:** ברור לך שאתה רוצה להגדיל את מקורות המימון כל עוד זה לא פוגע.

**דוברות:** זה גם אספקה וגם מימון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** בסדנא אף אחת מוועדות המשנה לא תציג המלצות או ממצאים, זה רק המקום לעדכן, אולי ממצאי ביניים.

**דוברות:** לגבי הסדנא – לקחת ולעשות מכל אחד מהנושאים האלה נושא לדיון זה הרבה, והדברים קשורים אחד בשני. צריך לחשוב איך לוקחים את המכלול הזה והופכים את זה לדיון לסדנא.

**יעל:** כל מי שרוצה שיצטרף לצוות ההצגה בסדנא. קבענו רביעייה של חברים מכאן. האם תהיה שם מליאה או שאנחנו נפרדים גם שם? טקטיקה...

**דוברות:** יש לנו מתכונת של דיון ויש רשימת נושאים. אנחנו דנים בנושא אחד, הראשון זה לדוגמא התמהיל הציבורי-פרטי. זה קשור לביטוחים ואנחנו באמצע העבודה. איך נעשה את ההפרדה? אילו היינו בסוף עבודת תתי הוועדות, היינו יכולים, אבל מה נעשה בדיוק? ננהל את הדיון שהיינו צריכים לנהל בתת הוועדה?

**יעל:** את צודקת. זה ישמש כקטליזטור, זרז לתהליכי הוועדות ונדחוף אותן למסקנות אולי על ידי זה. אם היה לנו אין סוף של זמן, וזה בלתי אפשרי, היינו מחכים לסוף תתי הוועדות. נראה ואז נעשה, אבל נעבוד במקביל ונתכנס. זה לא אנשים אחרים בסופו של דבר.

**דוברות:** אני חושבת שזה מאוד בריא.

**דוברות:** אפשר להתחיל בנושאים אחרים שהם בלב של הוועדות.

**דוברות:** מכיוון שיש לך ניסיון ואת מוכנה להביא אותנו למתכונת דיון אפקטיבי, אני מציע ומברך על ההתנדבות שלך לנהל את זה. אעזור לך.

**דוברות:** צריך להביא מישהו שמתכלל את הדיון.

**יעל:** יש פה צוות כבר די גדול.

**דוברות:** למה מישהו זר יהיה יותר טוב?

**יעל:** מישהו צריך לתמצת את הפרוטוקולים שנעשו, זה מסובך. בזמנו הצעתי גורם חיצוני. נעצור כאן עד למפגש הבא.