



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת גרמן – 5/12/13

דוברות: אנחנו ננסה היום בשעות הקרובות לסכם את רשימת הבעיות שאנחנו מזהים במערכת, כדי שמשם נוכל להמשיך הלאה, איזה דברים הוועדה מטפלת בהם ואיך מבחינה מתודולוגית. ננסה לעשות את זה בצורה של סיעור מוחות.

יעל: מאוד חשוב שנרשום את כל הבעיות, ואז נמפה את המשותפות.

דוברות: אני אומר את מה שכתבתי במסמך פחות או יותר. אני יכול לפרט יותר וחשוב לנמק למה אני חושב שזה בעיות. מה שאני רואה כארבע בעיות מרכזיות שאנחנו נצטרך להתמודד איתן, ויש יותר – הבעיה הראשונה והכי חשובה של המערכת זה המנגנון שבעזרתו מעבירים משאבים למערכת הציבורית. כמות הכסף שמועברת למימון סל הבריאות. יש מנגנון בחוק, שזה מנגנון אוטומטי של עדכון הסל, ויש מנגנון שמחליטים כל שנה כמה כסף לתת. עד היום כמות המשאבים שעברה לא הייתה מספיקה. כשאני מסתכל קדימה לאן המערכת והעולם הולך, וכשאני רואה את הצפי, הוצאות הבריאות ברוב העולם המערבי עלו יותר מהתל"ג. אני צופה שהביקושים למשאבים של המערכת הציבורית יגדלו מאוד כדי לתת רפואה ברמה סבירה. אני חושב שהמנגנון שעובד היום, הרשמי והלא האוטומטי, צריך לחשוב על מנגנון אחר שיבטיח משאבים למערכת. אני חושב שצריך לבנות מנגנון אחר מזה הקיים בחוק, שכמות המשאבים לא תישחק.

יעל: לא רק לבנות אלא גם להבטיח אותו.

דוברות: שיבטיח שלא יקרה מה שקרה ב - 15 שנה האחרונות, שכמות המשאבים שניתנה לא הספיקה. אני מקווה שיתנו לי מספק זמן לדבר על זה, אבל אני חושב שזאת הבעיה של המערכת. לכל מערכת מתוקצבת חסרים משאבים, אבל אם אין כסף ברמה סבירה, אין ספק שהחוק עשה יפה מאוד, אבל לא הפעילו אותו נכון. מה שיפה בחוק זה לא רק מה שאני רוצה שתתנו, אלא הנה המנגנון. המדינה הבינה שחייבים מנגנון של נאה דורש ונאה מקיים, אבל אותו מנגנון הוא לא קיים, ולדעתי חייבים להפעיל כמה מנגנונים במקביל, אבל לא אכנס לפתרונות.

יעל: האם כשאתה מדבר על מקורות המימון, אתה נכנס להעברת הכספים לבתי"ח? CAP? תמחור?

דוברות: לא, זה הנושא השלישי. אנחנו צריכים להסתכל אחורה, לראות מה קרה, להבין שיש בעיה עם המנגנון של היום. פה יש צורך להבטיח את המשאבים, לא הועברו מספיק עד היום.

בעיה שנייה שתוכל ליצור דיונים כי היא לא פשוטה – 60% מהמימון הוא ציבורי ו - 40% הוא פרטי. פה צריך להתבצע שינוי, וחלק ממנו יהיה אם הממשלה תעביר יותר תקציב. למה זו בעיה? אני טוען שזה גם בעיה וגם תוצאה. זו בעיה כי זה יצר חוסר שוויוניות במימון של המערכת, זה תוצאה כי זה מצביע על שחיקת הסל במערכת הציבורית, ואולי זה משפיע על זה. אני יכול לדבר על זה שעה. אני רוצה לפרק את זה – זה מורכב מביטוחים מסחריים והשני זה הוצאה מן הכיס. אנחנו אחת מהמדינות הכי גבוהות של הוצאה מהכיס לא על הביטוחים אלא על רכישת שירותים. בתוך ה - 40%, חלק מזה זה רכישת ביטוחים וחלק אחר זה רכישת שירותים בכסף. בעיה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ראשונה בעיניי זה השתתפויות עצמיות בתוך הסל, מעל 2 מיליארד ש"ח היום. זו בעיה לדעתי, אנחנו לא צריכים להיות עם השתתפויות עצמיות כל כך גבוהות. אם המדינה תעביר יותר כסף, הפרופורציות האלה ישתנו, 30-70 למשל. יותר מזה, הפתרון צריך להיות לא רק הגדלת השתתפות המדינה אלא גם הקטנת השתתפויות עצמיות, והקטנת ביטוחים כפולים או מיותרים, ואז הפרופורציה תשתנה.

בעיה שלישית – לי לקח זמן להבין, והיום אני חושב שאני מבין יותר נכון, זה מה שאני קורא הכשל במערכת היחסים בין הקופות לבתי"ח. הנתונים מראים מה שקורה. אנחנו רואים מערכת בישראל שאני קורה לה דו-קוטבית. מצד אחד הנתונים מראים מערכת מאוד טובה, רפואת הקהילה, רפואת המשפחה, הרפואה השניונית של הקופות וכו', שם לפי מה שאני מצליח לראות זו רפואה מצוינת. לעומת זאת, בבתי"ח המצב מאוד לא טוב. יש פחות נתונים, אבל אני חושב שזה המצב היום. רפואת קופות מצוינת - רפואת בתי"ח לא טובה. חלק מהסיבה היא שהקופות מקבלות את רוב הכסף, אבל הרוב צריך להיות בבתי"ח כי שם מתאשפזים. חלק מהתחרות של הקופות זה על הרפואה שהן נותנות בקהילה, על בדיקות - בהיבט הזה התחרות בין הקופות עשתה פה רפואה מצוינת. אין להשוות את רפואת הקהילה פה לאנגליה ולאמריקה, ושם התחרות. הקופות, ובצדק, מבחינתן לא מתחרות בכלל על השירות שהמבוטחים שלהן מקבלים בבתי"ח. לא ראיתי מנהל קופה נכנס לשיבא ואומר בוא נעשה פעולה משותפת יחד כדי לשפר את האיכות למבוטחי הקופה שלי. התחרות מנקזת הכל לטובת הקהילה. הדרך היחידה שהקופות יוצרות תחרות בבתי"ח זה על ההנחות. הן בדיעבד דואגות שהרפואה בבתי"ח תהיה פחות טובה, ושישאר להם יותר כסף לשירות שהן נותנות. הקופות מתחרות בצד אחד, וכשהמבוטח מגיע לבית"ח הקופה מתנערת ממנו – "אתה לא שלי, אתה של איכילוב". זה כשל שצריך לטפל בו והוא לא פשוט, ומשליך על רפואת בתי"ח לא טובה. רואים שכמות המשאבים שמקבלים בתי"ח מהקופות היא לא מספיקה. כל הכסף שהמערכת מקבלת הוא מעט, אבל אם משווים קהילה לבתי"ח, הפרופורציה היא לרעת בתי"ח ולטובת קהילה, והיא מהקיצוניות שאני ראיתי. אני כמנהל קופה, זה ברור שאין לי תמריץ להשקיע במשאבים שמבוטחי מכבי יקבלו גם כן.

דוברות: ואם אתה מנהל כללית?

דוברות: אני לא מכיר אדם אחד שעבר מכללית למכבי בגלל ביי"ח כרמל. כל התחרות בין הקופות לא מגיעה לבתי"ח. חלק גדול מהתחרות זה על ההנחות כי זו הדרך היחידה שלהם לקבל. אני לא אתפלא אם זה חלק מהסיפור של הדסה ומהסיפור של הידרדרות האשפוז בישראל. יש לי מחשבות על פתרונות כי הדרך הנכונה היא שבתיה"ח יקבלו משאבים מספקים ויהיו להם תמריצים לתת רפואה איכותית, היום אין תחרות על האיכות כמו שיש בין הקופות. זה נושא ששווה המון מחשבה. זה נושא מעניין כלכלית, והשאלה היא איך מתמודדים עם הכשל הזה. אני לא חושב שהעברת בתי"ח לקופות לא תיצור את התחרות הנכונה על איכות הטיפול בבתי"ח, זה לא הפתרון לזה. אנחנו יכולים להתמודד עם זה עם מנגנון אחר של פיקוח על בתי"ח, סל בתי"ח וכו'.

פתרון אחרון זה נושא הביטוחים – משלימים ומסחריים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: זה לא נכנס בתמהיל ציבורי-פרטי?

דוברות: חד משמעית יש פה כשל, זה משליך על ביטוחים ועל הכל. אני חושב שהרעיון של ביטוחים משלימים כמו שאני רואה אותו, שהקופות נותנות מעבר לסל במחירי כמעט עלות הוא רעיון נפלא, זו שכבה סוציאלית חשובה. למדינה יש כמות מסוימת של כסף, אבל יש דברים שלא שם, בואו ונדאג להם.

נושאים אחרים שכתבתי עליהם, ואני חושב שאין לנו את הזמן או הידע לעסוק בהם – עדכון נוסחת הקפיטציה או איך לתגמל את הקופות כך שנמנע את אי השוויון של אספקת השירותים וניתן תמריץ להתחרות על הרפואה. זה נושא מעניין שלא ניתן לפתור אותו, ויש עוד כאלה.

יעל: אפשר לקחת את ארבעת הנושאים, לנסות לזקק ולהמשיך הלאה, או להמשיך לזרוק.

דוברות: בהתייחס לדברים שהוא מעלה – משהו אחד שאנחנו לא יכולים להתעלם ממנו זה הכלים השלובים במערכת. אני לא רואה איך אנחנו משפרים בתי"ח בלי לפגוע בקהילה. יש הרבה דברים שצריך לטפל בהם שהלואי שנוכל להתייחס אליהם בוועדה. בריאות אנחנו עושים עם רופאים ואחיות וזה משאב מוגבל, ולבוא ולומר שאנחנו רוצים לחזק את הדבר הזה, זה להחליש את הדבר השני. הציר המרכזי, ולא חשבתי כך לפני הוועדה, אבל המציאות והוועדה, וזה התחורר לי, שכל מערכת יחסי הגומלין בין המערכת הציבורית והפרטית זה לב הכשל בעיניי. שאלת הכלים השלובים הזאת היא קיימת. יחסי הגומלין וההשפעות ההדדיות בין המערכת הפרטית לציבורית – אספקה, מימון ומחירים, ביקושים, ויש להן אספקטים חיוביים ושליילים, וכל השחקנים משחקים בשתי המערכות – הרופאים, קופות החולים, בתי"ח, וזה יוצר ניגודי עניינים לצד התועלות. אני חושב שעברנו את הסף בעניין הזה.

דוברות: אפשר לפרוט את זה להמון נושאים.

דוברות: אשמח לומר משהו על המקורות...

יעל: אנחנו מתכנסים ליומיים מרוכזים כדי לדון בזה. את הצלילה נעשה ב - 24 שעות מרוכזות יחד.

דוברות: הנושאים שהעברתי חופפים את מה שצוין עכשיו. ציינתי בסדר עדיפות את הנושא של מקורות מימון, והתייחסתי לגידול בהוצאה הפרטית. האינטראקציה היא הגורם המרכזי לגידול בהוצאה הפרטית, אני שמה יחד את הבעיה הראשונה והשנייה שלו. אם מסתכלים על ביטוחים, חלק גדול נובע ממה שקורה במערכת הציבורית. אני לא יודעת מה זה אומר הוצאה פרטית מיותרת. אני מניחה שחלק לא מבוטל מהגידול בהוצאה הפרטית נובע מגורמים אחרים כמו עלייה ברמת החיים וכו', אבל אין ספק שחלק ממה שקורה במערכת הציבורית משליך על הפרטית.

אני מוכרח לומר את חששוני, אני לא יצאתי משוכנעת עדיין שהנתונים שהציגו על חוסר מקורות למערכת הם משכנעים. אנחנו צריכים להסתמך על מערכת הנתונים שיש לנו ולא על אידיאולוגיה. מבחינת אידיאולוגיה ברור איפה אני נמצאת, אבל צריך להתייחס למקורות המימון. אני צריכה לתת תשובה למה ששואלים אותי – המערכת מתפקדת מצוין, למה את חושבת שחסרים לה מקורות? אם אנחנו מדברים על אינדיקטורים לתשומות, האם הם באמת משקפים את המחסור או אי המחסור במערכת הבריאות? פה אני חושבת שאנחנו צריכים להגיע למכנה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

משותף, כי ניתן להגיע להסכמה של אנשי מקצוע לגביהם. הייתי מנסחת את מה שהוא אמר לא כמערכת יחסים בין הקופות לבתי"ח אלא כמצוקה של המערכת האשפוזית, כי המצוקה של הרפואה הקהילתית באה לידי ביטוי בילדים ובמחלות נפש, ושם אני לא יודעת כמה מקורות צריך, אבל הייתה שם מצוקה נקודתית ולא אמרו שזה לא מתפקד. הרושם היה שהמערכת היא בסדר.

יעל: הרושם שלנו היה שזה קטסטרופה...

דוברות: למעט ילדים ובריאות הנפש לא שמענו על מצוקה במערכת הקהילתית, אם כי לדעתי הגירעונות משנים את התמונה. כשאני מדברת על הצורך במקורות, הייתה לי תחושה של משהו לא עקבי במסרים שמשרד הבריאות מעביר – אין מיטות ואין מקום, ואחר כך מצד שני תומכים בתיירות מרפא או מתן שירותים אחרים, שלא עולים בקנה אחד עם הבעיות שמערכת הבריאות אומרת שחסר לה-חסר לה. צריך להתייחס לנקודה זו.

יעל: את תומכת בבעיות כפי שכתבו, רק בפרשנות אחרת?

דוברות: בהחלט, אני מרגישה עצמי בתור נציגת ציבור פה. אני חושבת שכן חסרים מקורות, וצריך להתעמק ולדעת, ולשכנע את הקורא שאכן חסרים מקורות. על המצוקה הייתי מתמקדת בזו האשפוזית שזו לא בעיה של חוסר מקורות כללים, התמחור, ה – CAPING וההנחות, הייתי אומרת שיש גם בעיה של אמביציה של רופאים במערכת האשפוזית. יש להם INCOME TARGET, ואי אפשר להתעלם מהבעיה הזאת כדבר שמביא את המערכת לכיוונים ששמענו עליהם ממנהלי בתי"ח. זה חלק מהמצוקה האשפוזית, מהן שאיפות השכר של הרופאים במערכת. זה נכנס לתוך המצוקה האשפוזית ולמה שנאמר מקודם.

יעל: אני מוסיפה את זה כנקודה נפרדת.

דוברות: לגבי תמהיל ציבורי-פרטי, אני מסכימה לניסוח של מרבית הסעיפים, גם בצד המימון וגם בצד האספקה של השירותים. הייתי מתמקדת בנושא נחיצות השב"ן. הוא היה מאוד נחרץ בעמדתו העקרונית התומכת בתפקיד השב"ן שהיא יותר אוניברסלית, עממית, סוציאלית. אני חושבת שהיא יוצרת 2 בעיות – 1. את התמריץ בבחירת המנתח - הלחץ שקיים בבתי"ח מהבחינה הזאת שיש ביקושים למערכת הפרטית. 2. אנחנו נמצאים תחת מגבלה של רופאים ואחיות. אפשר לחשוב שאם לא הייתה בחירת מנתח, היינו יכולים להוריד את הלחץ.

דוברות: אני אמרתי על העיקרון של השב"ן ולא מה צריך להיות בתוכו. העיקרון נכון בעיניי.

דוברות: אז ראשית זה הנחיצות שלו. היו דעות שונות שהושמעו בוועדה ולא גיבשתי דעה בעצמי. נחיצותו לאור העובדה שהוא מחליש את המערכת הציבורית להגדיל את המקורות שלה, ושהגבולות של הביטוח הם לא ברורים. יש זחילה לתוך כל מיני שירותים אחרים. כמובן שבצד האספקה אנחנו צריכים להתייחס לסוגיה של עד כמה בתי"ח יכולים לתת שירותים פרטיים במערכת הציבורית, אם זה מסוג השר"פ או מסוג חברות הביטוח הפרטיות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: רציתי לחדד נקודה שלי לא מספיק ברורה אצל שניכם – יכול להיות שתחליטי שזה נושא לאחר כך ואני מקבלת. אני מחדדת ברמת שאלה – מה שאמרת, ואני מסכימה עם האמירה הזאת, שצריך לדבר על המערכת כמערכת ואיפה הבעיות. יכול להיות שיש לנו מערכת קהילתית מצוינת. ואז באת ואמרת יכול להיות שעל פניו זו לא בעיה, צריך להגיד לעצמנו האם זו בעיה או לא. אני חושבת שמה שהוא עשה זה יצר קשר בין בעיה לתופעה. מנגנון שיבטיח משאבים זה סוג של פתרון. לא מספיק חד לי מה הבעיה במערכת, הנקודה הראשונה שהצפת בסימן שאלה ואחר כך חזרת בה, זה איזושהו אמצעי כדי להבטיח משהו. השאלה למה רוצים לתת את הכסף, איפה בדיוק הבעיות. יכול להיות שאתה מציין תופעה בלתי רצויה, אבל השאלה אם יש כאן בעיה.

יעל: כמו שהוא ניסח את זה, הוא טוען שזה שאין מנגנון שבאמת מבטיח את המימון זו בעיה - או שיש כשל במנגנון או שאין מנגנון מספיק טוב. את רוצה להוסיף בעיות?

דוברות: בעיניי הבעיה הכי מהותית, זה נושא התמהיל פרטי-ציבורי, זה בצד הביקוש, ההיצע והאספקה, וזה מכיל הרבה נושאים שזה הליבה של הבעיה.

דוברות: שניהם דיברו על זה באיזושהי דרך.

דוברות: אפשר גם על זה להתווכח אם זה סימפטום או בעיה מבחינה מתודולוגית.

דוברות: 2 הערות קצרות – כמובן שההתייחסות שלנו חייבת להיות אינטגרטיבית. כל הבעיות האלה קשורות אחת לשנייה. הערה משלימה – בגלל העובדה שזה משולב, לא נצליח להתחמק מהגדרת הצפון. לי יש צפון, אבל אני חושב שכוועדה, המנדט הוא חיזוק הרפואה הציבורית וזה החזון שלאורו יוצא כל השאר.

יעל: אני חושבת שאתה צודק. יש לנו מנדט חזק, ואמרנו לאור חזון של שוויון, צדק וערכות הדדיות.

דוברות: יש מידה די גדולה של חפיפה, ואשתמש ככל הנראה במילים שונות לאותו דבר. אתחיל בנושא הראשון שאני מגדיר כבעיה כשאני מנתח את סדרת הבעיות, אני קורא לזה היקף מקורות המימון של המערכת, מנגנון העדכון שלהם ועיגונם בחקיקה בנושא, שזה נושא ההבטחה שלהם לעתיד. כל הדברים האלה הייתי רוצה שיהיו שם, ויש דרכים להתמודד עם זה. אני מוכן להתנדב לשכנע אותך שיש כאן בעיה.

דוברות: אתה צריך לשכנע את קורא הדו"ח, אותי כבר שכנעת.

דוברות: שנית זה הנושא של הביטוחים הפרטיים, המסחריים והמשלימים. קורה פה משהו – מקומם בתוך מערכת הבריאות הישראלית. הכל קיים, לא אגיד שום דבר חדש. ברגע שאני מגדיר את זה כך, מכאן יגזרו בעיות נוספות. אני קורא לזה ענף ביטוחי הבריאות – האם זה אידיאלי או לא? מהן ההשפעות החיצוניות שלהם על המערכת הציבורית? זו אותה מערכת, אותם רופאים - קשרי הגומלין זה הסיפור וזה חוזר לתמהיל ציבורי-פרטי. נרצה או לא, אנחנו שם. הנושא השלישי חוזר לתמהיל שכתוב שם, והייתי מגדיר את זה באספקה של השירותים ולא במימון.

דוברות: זה גם וגם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אמרתי שהכל שזור, וכשנגיע להמלצות שלנו נצטרך לתת פתרונות מגוונים ואינטגרטיביים כשיש לנו מטרה ביד של חיזוק הרפואה הציבורית. שם נכנס תיירות מרפא ואסותא אשדוד, בעלות על בתי"ח, ושעטנו בלתי רגיל של נושאים. בגלל זה אמרתי תמהיל ציבורי-פרטי באספקה של השירותים. אם אנחנו הולכים להקים את אשדוד – 25% שר"פ כן או לא? תיירות מרפא כן או לא? צריך לראות מה אנחנו רוצים שם. סיבת הדיון היא שזה שזור, כי רופא שעובד באיכילוב ועובד גם באסותא. מה שקורה כרגע זה אסדרה של השטח ולא השרה. והנושא האחרון, ואני לא מזלזל בו, ברמה מערכתית הרבה מאוד מהבעיות של המערכת נובעות מריבוי התפקידים של משרד הבריאות. זו בעיה אדירה, מקור לחוסר אמון וניגודי אינטרסים.

דוברות: אני התכוונתי לכשל השוק בין הקופות לבתי"ח, וזה נכנס לשם.

דוברות: הוא הציג את זה במצגת.

דוברות: דווקא במילים לא כלכליות, צריך לראות איך אנחנו שומרים את הרמה הרפואית הקיימת כיום, שלא תישחק. יש הרבה בעיות בבריאות הנפש, ופה צריך לחזק את המערכת.

יעל: את יכולה לומר שמערכת בריאות הנפש במדינה היא בעיה?

דוברות: כן, זו אוכלוסייה שקשה לה לבטא במילים את המצוקה שלה.

דוברות: זו בעיה לדיון בוועדה?

דוברות: אנחנו רוצים להבטיח את הרמה הרפואית אם לא לחזק אותה, לפחות לשמור אותה.

דוברות: אני רוצה לרדת ברזולוציה מרמת כותרות. אני מסכימה עם הנושא הראשון של היקף המימון ומנגנון העדכון. הייתי יורדת למצוקה של המערכת האשפוזית שהיא דיברה עליה. הייתי יורדת עוד לרזולוציה של נוכחות חסרה של רופאים. זה משפיע לא רק על ניצול תשתיות, אלא גם על הכשרה, בקרת עמיתים, יש ניתוחים שמתמחים לא יודעים לעשות.

יעל: כי זה יצא לאסותא.

דוברות: אני מדברת על מוצר ציבורי כמו הכשרה, דברים שיוצאים מהציבורית לפרטית. הייתי יורדת עוד יותר ואומרת שמתחזק הקשר בין התשלום לרופא וההחלטה הקלינית, זה פוגע לנו במערכת. אנחנו מקבלים רופאים מוטי שכר, וזה משפיע על ההחלטה לאיזה התמחות ללכת ולאיזה אזור. הבעיה היא שחיקת הנתק. סימפטום נוסף זה הפגיעה באמון הציבור. אני יודעת שאפשר לראות את זה כתוצאה, אבל זה משפיע על התמהיל.

יעל: זה ללא ספק בעיה.

דוברות: אני חושבת שכיסוי השירותים המשפרים הוא הבעיה בביטוחים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: את מדברת על הדברים המיותרים.

דוברות: בביטוחים הפרטיים הבעיה היא כיסוי שירותים של מה שניתן במערכת הציבורית. למשל בחירת מנתח שיש לנו במערכת הציבורית.

יעל: את רואה את זה כבעיה?

דוברות: כן.

דוברות: רק בשב"ן או גם בביטוחים מסחריים?

דוברות: אפשר לדבר על גבולות השב"ן.

דוברות: פשוט רציתי לרדת ברזולוציה. הבעיה היא הכללת שירותים כחלק ממה שניתן במערכת המסחרית.

דוברות: אני רוצה להתחבר למה שהוא אמר – הכותרת מחייבת. אני רוצה לגעת בנושא שאף אחד לא נגע בו עד עכשיו, נושא התקינה. העדכון האחרון שלה התרחש לפני כ- 4 עשורים, היה מפתח גולדברג, ומה לעשות, החולים נעשו הרבה יותר מבוגרים, הרפואה יותר מסובכת, תנאי הרופאים יותר טובים עכשיו, והגיע הזמן לתת את הדעת לנושא התקינה. אם לא ניגע בתפוח האדמה הלוהט הזה, אז נשבור שיא של 50-60 שנה שלא נגעו בנושא הזה.

יעל: חוסר התאמת התקינה למצב הקיים?

דוברות: כן. היסטורית, פעם התקינה הייתה לפי מיטות אשפוז במחלקות מסוימות. מאז הרבה שירותים נעשו אמבולטוריים, אבל התקינה לא השתנתה. אני רוצה כן לגעת בסוגיה שכולם נגעו בה על קצה המזלג. המערכת מצליחה איכשהו, יש לנו בעיות קשות בעידן ההסכם האחרון של לצ'פר מקצועות מסוימים, רפואת משפחה נשארה מאחור, ילדים ומשפחה במצוקה אמיתית. זה יכול להעמיס ולהכביד עוד יותר על המערכת האשפוזית כך שחיזוק הרפואה הקהילתית יכול להקל עלינו. חיזוק הקשר יכול להקל על המערכת האשפוזית.

יעל: כל הקהילה?

דוברות: לא, רפואת משפחה. הם מקצוע במצוקה, והרבה מהמתמחים בפוטנציה הלכו לקבל את המענק במקומות אחרים.

יעל: הדרדרות מעמדה של רפואת המשפחה.

דוברות: כשהם הגיעו לפה, הציגו מחסור עצום ברופאים.

דוברות: בשנות ה- 90 המוקדמות היה לנו שפע של רופאים בגלל העלייה. גם אז משרד הבריאות לא השפיע על ההכוונה. עכשיו זה חשוב עוד יותר. התחרות היא לא בין הציבורי לפרטי, גם בציבורי יש תחרות קשה על הרופאים. אם אפשר לשפר את הבקרה והתכנון, לא יזיק לי אם חסר לי רופא עור אבל כן אם חסר מרדים או כירורג. יש סדר עדיפויות ואני חושב שיש צורך בהכוונה ובעידוד, המענקים עזרו קצת אבל אז הם הפסיקו.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: זה למקצועות נוספים, כמו לפרמדיקים ופיזיותרפיסטים.

דוברות: נקודה אחרונה – שווה לבדוק את הסוגיה של תורים וזמני המתנה, וזה מתחבר למה שנאמר פה. יש לנו הרבה ציוד מובטל אחרי השעה 14:00 ברוב בתי"ח הציבוריים, אחרי כמה שעות זורקים אותו. יש הרבה רופאים שיוצאים לרעות בשדות זרים. יש לבדוק את המודלים של ססיות, פול-טיימרים, ניצול משאבים אנושיים וטכנולוגיות. חשוב גם לבדוק את ההפיכות – כל החלטה שנעשה אותה, מאוד חשוב ההדרגתיות, שלא נקפוץ למים עמוקים, וגם שנוכל להתחרט אחרי שנה או שנתיים.

דוברות: אם היית מציג את זה כבעיה היית אומר חוסר גמישות?

דוברות: כן.

דוברות: הייתה עוד נקודה שזה חיבור בין הקהילה למערכת האשפוז. חיזוק הקשר, כולל העברת מידע.

יעל: זה נכתב, אבל אפשר לרשום את זה ולעשות חיבור בהמשך.

דוברות: מרבית הדברים שכתבתי לעצמי מתכנסים פה. אני אוסיף בעיה של תשתית נתונים במערכת הבריאות, שקיפות ורגולציה. תכנית בריאות ארוכת טווח עם יישום שלה, ולא מצב שהשטח מכתוב מדיניות לרגולציה. זה נאמר בוועדות קודמות. כותרת – היעדר תשתית נתונים ובעיה של שקיפות, וזה משפיע גם על בעיות אחרות. התרחקות מהזכות והפיכת שירותי בריאות למצרך, ופחות כזכות לבריאות כמו במודלים קיימים כולל חוק בריאות ממלכתי. אני לא יודע אם זו בעיה או תוצאה, אבל שחיקה או התפוררות של החומות הסיניות וגם שחקנים שמשחקים מחוץ לכללי המשחק, ואני מדבר על בתי"ח וקופות חולים. זו אחת הבעיות הקשות של המערכת.

יעל: זה סימפטום של בעיה כשאין רגולציה.

דוברות: אני מסכים להרבה ממה שנאמר. אני מתחיל ממה שאפשר לקרוא לו סימפטום, אבל אני מדבר על איכות של מערכת בתי"ח, לא רק אשפוז אלא גם ניתוחים. יש עומסים וזקנה במסדרון, ויש בעיה של תורים וזמינות וניתוחים אלקטיביים, וזה סימפטום שממנו צריך להתחיל לפתור את הבעיות ומשם להגיע לשירות טוב יותר מבחינת הנושאים האלה.

יעל: זה חלק מהרגולציה של הכשל במערכת האשפוז.

דוברות: לא רק אשפוז במחלקות פנימיות אלא גם ניתוחים אלקטיביים.

דוברות: שמירה על איכות רפואית בכל המערכת.

דוברות: אין תחרות על איכות, אני מחדד את זה יותר.

יעל: זה מתחבר למחירים ולהסכמים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: יש תכנית מדידה לאומית לקופות.

דוברות: זה מוגדר כחוסר תחרות, אבל יש מנגנונים שונים מזה ואני נוטה להסכים עם התיאור שלו, אבל זה לא הפתרון היחיד. עומסים וזמינות, צריך להתייחס בזה גם לרפואת הקהילה, שזה דחף לבתיה"ח. אם אין מספיק תמריצים זה משפיע על העומס בבתי"ח, וצריך לחזק את רפואת הקהילה שהיא נקודת החוזק ולא להתמקד רק בבתי"ח. מעבר לדברים האבסולוטיים של עומסים ותורים ארוכים, יש את העניין של מה המבוטחים או האזרחים מצפים מהמערכת, שאנחנו לא חושבים שזה חשוב כמו בחירה אבל הם כן, ואנחנו צריכים לחשוב איך נענים לציפיות האזרחים.

דוברות: תגדיר את זה כבעיה.

דוברות: אני חושב שיש פה משהו אחר. יש פערי אינפורמציה בין המטופל לבין המערכת, ועליהם אנשים מנסים לייצר מנגנוני התמודדות. כשבן אדם לא יודע מי יטפל בו, מתמחה צעיר או מומחה בכיר, זה יוצר כשלים שמתבטאים ברצון לבחור רופא ופוגע באמון. הנגזרת של זה זה אמון, אבל הבסיס הוא התמודדות עם פערי אינפורמציה שמייצרים נחיתות מצד המטופל.

דוברות: אני קורא לזה איכות השירות במערכת הציבורית.

יעל: נתונים ושקיפות.

דוברות: זה כלי. מבחינת מקורות המימון הייתה שחיקה במיוחד ב- 5 שנים האחרונות, עם עליות השכר שהפיצו עליהן היה חסר ויש פיצוי דמוגרפי, רוצים אולי לצמצם את הסל אבל זה בניגוד למה שאנחנו רוצים לעשות. יש בעיה בפער הזה, ואם נצמצם זה פוגע בשירותים בסל אבל יוצר מערכת יציבה יותר. צריך לדון בזה לפחות. יש אפשרות להכניס מקורות מימון פרטיים למערכת הציבורית.

יעל: אתה אומר להגדיל את מקורות המערכת, ציבורית ופרטית.

דוברות: אולי שווה לכתוב במפורש ציבורי פלוס פרטי. ברקע לתוספת מקורות, נושא שעלה פה בסוף - בעיית כ"א במערכת. אם נוסיף מקורות ועדיין תהיה מגבלה חמורה של כ"א, אז חלק גדול מהמקורות ילך לעליית שכר ולא לאן שהיינו רוצים, לשימושים. לכן צריך לדון במפורש במצוקת כ"א הנוכחית והעתיידית במערכת.

יעל: מתקשר למה שנאמר על תקנון.

דוברות: לא רק תקנון אלא גם הכוונה ותמריץ. בלי לדון בנקודה הזו, לא ברור אם המשאבים ילכו לאן שאנחנו רוצים, אולי לעליית שכר או למקור אחר. אני מדבר על תכנון ומצוקת כ"א, גם בקהילה ולא רק בבתי"ח.

דוברות: לא רק מספר מאקרו אלא גם חלוקה פנימית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אי אפשר להתעלם מהנושא הזה שהוא תשתיתי וקריטי. חוץ מזה, זה הפיקוח ומבנה התפקידים במערכת. אם אנחנו רוצים לשפר את מערכת האשפוז, צריך לדבר על הדרך של ניהול בתי"ח, שזה קדנציות וכו'.

יעל: זה נושא לוועדה של רונית. עוד?

דוברות: הכל כבר נאמר, רק עוד דבר אחד – שינוי בכיוון המשפטי ביחסים רופא-מטופל. יחסוך את כל הנושא של פיצויים, תביעות, כסת"חים.

יעל: רפואה מתגוננת באמת לא נמצא פה.

דוברות: זה סימפטום, השאלה מה הבעיה.

יעל: ברגע שיש אותה, זה בעיה. חוסר ביטוח מספיק או החשש מפני תביעות של הרופאים שגורם לכך שתהיה רפואה מתגוננת. אני מסכימה אתך, אני לוקחת מה שאמרת כסימפטום או פונקציה של בעיה אחרת והיא חוסר ביטחון מספק בתוך המערכת שגורם לרפואה מתגוננת.

דוברות: הבעיה זה חוסר אמון.

דוברות: אני לא מבינה מה חוד החנית של הבעיה פה.

דוברות: הקצאה לא יעילה של משאבים של רפואה מתגוננת.

יעל: נגיד את מבקשת MRI, והרופא אומר שאת לא צריכה בכלל, אבל במקביל הוא אומר אם חס וחלילה יש משהו, הוא חושש, ואז ישלח אותך בכל זאת.

דוברות: הבעיה היא הפוכה כשאתה בא לרופא בקופ"ח, והוא לא רוצה לשלוח אותך לבדיקה שאתה באמת צריך.

יעל: זו בעיה אחרת. היום הרופאים שולחים לפרוצדורות מיותרות. את לא צריכה והם שולחים בכל זאת.

דוברות: רפואה מתגוננת עובדת מתוך פחד ולא מתוך משהו רציונלי. יש מאמר שפורסם לפני 30 שנה ברפואה שנעשה על 17 תינוקות, מתוכם לאחד היה תסמונת דאון, ומאז בודקים אקו לב כאינדיקטור.

יעל: ראו מקרה אריק איינשטיין.

דוברות: הפחד מהתביעה גובר על השיקול הרפואי. זאת הבעיה.

דוברות: האמת היא שהקדשתי לזה הרבה מחשבה. ניסיתי להסתכל על זה קצת אחרת. אני רוצה לדבר יותר על סוגיות שאנחנו צריכים לדבר עליהם ולא דווקא בתור בעיה.

יעל: נסי בכל זאת לנסח את זה כבעיה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני אגיע לאותו דבר. אני הסתכלתי מנקודת מבט של המטופל במערכת ומה הוא רוצה לראות. ההסתכלות שלי בסוף היום היא מנקודת המבט של המטופל.

הדבר הראשון שחשבתי שאנחנו צריכים להגדיר לעצמנו זה מה הייתי רוצה לראות את מערכת הבריאות מעמידה לרשות האזרחים, הפרטית והציבורית. בהסתכלות מלמעלה אני רוצה להבין מה יש פה, וזו סוגיה מספר אחת לפני כל מה שאמרנו. אם אנחנו מחליטים ואומרים שאנחנו רוצים שכל שירותי הבריאות המוכחים צריכים להיות זמינים לאזרחים, זה בעיניי מה שהייתי רוצה לראות שקיים במדינה. כל מה שמכוח חוק קיים במדינה ולא צריך לצאת לחו"ל בשביל זה.

הסוגיה הראשונה זה מה מערכת הבריאות צריכה להעמיד לרשות האזרחים, שכל מה שאני צריכה כטיפול מוכח ולא אזוטרי, ואני לא צריכה לנסוע לחו"ל כדי לקבלו. צריך לראות אם יש על זה הבנה בהסכמה. סוגיה שנייה זה מה צריך להיות ממומן, על מה יש אחריות קולקטיבית המדינה צריכה לממן, וזו סוגיה אחרת בעיניי. כשהיה את הסוגיה של הלב החשמלי – האם זה משהו שהמדינה חייבת לממן או שאפשר להגיד שלא, ומה קורה אם לא. כן הייתי רוצה לדעת שניתן לקבלו במדינה. מימון זה מה צריך להיות ממומן על ידי המדינה. אני לא יודעת אם יש מספיק מקורות או אין, אני רוצה להבין קודם כל מה צריך להיות ממומן על ידי המדינה, ואם יש לה מספיק מקורות לממן את מה שהיא צריכה. במסגרת כך אני חושבת שאנחנו צריכים לראות האם אנחנו מאפשרים הגדלות או מהם הכללים שבהם אנחנו מאפשרים מקורות נוספים לטובת המערכת הציבורית, תיירות מרפא למשל.

הדבר השני זה כשאנחנו הולכים לבחון מה המדינה צריכה לממן, נכנסת לכאן שאלה של בחירה שעולה כסף, והאם המדינה צריכה לממן את זה. זה יכול להיות בחירת רופא וגם בחירת אזור, ונשאיר את זה פה בלי לרדת לפרטי פרטים. אני חושבת שיש לנו סוגיות רלוונטיות גם כשאומרים שהשאר יהיה בפרטי. האם זה יהיה בפרטי בצורת ביטוח? הוצאה מהכיס? איך אנחנו רואים את זה? והאחרון – האם אנחנו יכולים להשתמש בסוגיית המימון לקידום ערכים שלנו? אם אנחנו רוצים לקדם בריאות, המימון יכול להיות כלי, כמו השתתפות עצמית, מקדם או לא.

סוגיה מספר שלוש – סוגיית האספקה, בה נכנסים הרבה שאלות. שאלה ראשונה שלא ברורה לי, האם החלוקה היא הפרטי-ציבורי, והאם אפשר לערבב. האם החלק הפרטי צריך להיות מסופק על ידי הציבורי. קופ"ח שולחים למערכת פרטית עם טופס 17 ששייך לציבורי. האם יש אינטרס מובהק לכאן או לכאן או לערוב יחד. בתוך זה אני חושבת שנכנסות שאלות של יעילות רפואית, ובכוונה אני לא אומרת כלכלית, וזה כל הקשר בין הקהילה למערכת האשפוז. בעיניי זה סוגיית האספקה כשמשו לא קורה טוב. אם הוא מימן את זה מכיסו, האם הוא יודע שהוא יכול לקבל את זה בדרך אחרת והאם קיבל בכלל. קידום איכות, וזו השאלה איך עוסקים בזה, כי זה קשור לאיכות האספקה והשירות. כאן תיכנס השאלה של בעלויות על בתי"ח. צריך לדון בעבודה שיכול להיות שהמדינה נותנת כסף וזה לא מספיק.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הסוגיה הרביעית היא הרגולציה – אני חושבת שאנחנו צריכים להחליט איך אפשר לבצע רגולציה, על מה ניתן ועל מה לא, על ידי מי היא צריכה להיעשות, וזה מאוד חשוב בעיניי.

הסוגיה החמישית – הנושא של העצמת המטופל. אני חושבת בנושא מרכזי, בכוונה שמתי בסוף כדי שתראו אני מתייחסת לכל השאר, איך אנחנו מעצימים את המטופל ושמים אותו במרכז. בכל הדיונים אנחנו יוצאים מתוך הנחה שכולם יודעים מה טוב למטופל.

דוברות: חוק זכויות החולה זו מטרתו העיקרית. אני מסכימה. יכול להיות שצריך לחזק את הפתרון שכבר נמצא.

דוברות: אני חושבת שהעצמת המטופל היא לא רק ערך, יש לה השפעה גם כלכלית ומשפטית. אם יהיה לנו מטופל מיודע, משכיל, הוא יוכל לעשות בחירות יותר טובות ולא נהיה במצב שאנחנו אומרים שהיצע יוצר ביקוש כי יש פערי מידע. לכל אחד מהשחקנים יש אינטרסים, והוא צריך לדעת להתמודד בזירה. אני חושבת שצריך לשים את המרכז על המטופל. ברמת הוועדה זה משהו שעוד לא באו מנקודת המבט של זה, וכל מה שמדברים זה אם אפשר לפתור את כשלי השוק ואיך עושים את זה.

אני חושבת שיש 4 נקודות שהייתי רוצה לדון בהם לא כבעיה, אבל הן משליכות על כל. אני הייתי רוצה להתחיל בתפקידי השחקנים השונים במערכת. לא כל שחקן מבין את זה ולא אנחנו, וכל הזמן אנחנו קופצים מנושא לנושא. לי עוד לא ברור עד הסוף מה התפקיד של קופת חולים? האם היא מבטח? האם היא עוסקת בניהול בתי"ח? משהו בדבר הזה זקוק לזיכוכ.

יעל: החוק אומר ברור, הוא לא טוב?

דוברות: הוא לא מספיק. היום קראתי בדה-מרקר ולא הבנתי במאה אחוז, האם ביי"ח צריך להיות בקופה, האם זה צריך להיות בגלל שזה התפקיד שלו או בגלל שהקופה יכולה לעשות זאת יותר טוב מאחרים. אני חושבת שלא כולם יודעים. זה שווה דיון לדעתי. אין לי דעה על זה ממש, אלא יותר משהו שלדעתי צריך לחשוב עליו.

נושא נוסף – התחרות ברפואה, מאוד משמעותי בעיניי. אני חושבת שאנחנו לא יודעים להגדיר לעצמנו אם זה טוב או לא, רצוי או לא. גבולות התחרות וניהול שלה – האם אנחנו חושבים שצריכה להיות תחרות במערכת הציבורית בין בתי"ח? אולי לא? אני לא בטוחה, אני מעלה את זה כסוגיה. לדעתי אין תשובות ברורות בעניין הזה. האם הסוגיה של תחרות בין הפרטי לציבורי היא הבעיה? אני לא חושבת שזו הבעיה. הבעיה שאני מזהה שם היא שהמערכת הפרטית לא נמצאת בתחרות הוגנת מול המערכת הציבורית. הפרטי שואב מהציבור. אתן לכם דוגמא – יכול להיות שהיינו אומרים שאם הפרטית הייתה צריכה לשלם על מה שהיא מקבלת מהציבורית, היינו פותרים את הבעיה, היינו מיישרים את מגרש המשחקים ולא היינו אומרים שזה נגד התחרות. כולם אומרים שתחרות ביניהם זה נורא, אבל אולי זה בסדר. הפרטי יכול להיות שאוב מהציבורי ולא מחזיר לו.

סוגיה אחרונה – אני חושבת שאנחנו מדברים על בחירה וניגודי עניינים, וכן היה שווה שנבין מהו ניגוד העניינים. ההסתכלות שלנו כוועדה ציבורית, ומשרד הבריאות הוא אך ורק לטובת המטופל וכשאנחנו רוצים להסתכל על



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ניגוד העניינים צריך להבין מה קיים שמשפיע על המטופל. אני לא חושבת שרופא או אחות לצורך העניין, אם הוא עובד בשביל 2 קומות מתחרים הוא בניגוד עניינים. אני כן יכולה לחשוב על בעיה שזה משאב שמתחלק. הסוגיה שמעניינת אותנו היא האם המטופלים מקבלים את השירות הרפואי שהם צריכים לקבל.

יעל: לא הזכרת מצב שבו חולה מטופל על ידי רופא שעובד כאן וכאן, ופה יש ניגוד עניינים מערכתי ולא פרטי אולי.

דוברות: אנחנו חייבים לדון במתח הזה, מה מול מה ואיפה נקודת האיזון בין הבודד לבין כולם. רציתי להגיד שבכל מקרה, אם אנחנו רוצים אספקת שירות שהיא כזאת במערכת ציבורית, יכול להיות, ואני באמת לא יודעת, שאין לנו דווקא מטרה כשמסתכלים מלמעלה, שהאספקה חייבת להיות במערכת הציבורית, ולכן העליתי את זה כשאלה.

יעל: הזכירו את זה מקודם.

דוברות: כשאומרים רק תמהיל פרטי-ציבורי זה לא יורד לשורש הסוגיות שאני מכוונת אליהם.

יעל: אנחנו ממשיכים הלאה בסבב.

דוברות: בסך הכל יש בכל רשימת הנושאים הארוכה הזאת כמה נושאים שכולם התייחסו אליהם והם עוברים כחוט השני ביסוד. אני בראייה שלי חושבת שיש ארבעה נושאים עיקריים ואקס טריטוריאליים שקשורים ולא קשורים, ואפשר להסתכל עליהם בנפרד. אחד האתגרים הכי גדולים של וועדות מהסוג הזה, שאתה לוקח מערכת ומסתכל עליה, אתה מול עולם תוכן כמעט בלתי נגמר, ואתה בתחושה שכל מה שאתה מוותר עליו - איך אפשר? איך אפשר לוותר על בריאות הנפש? הוועדה התכנסה לנושאים מסוימים והמנדט מאוד רחב. ככל שנרחיב את הנושאים שנרצה לדון בהם, הזמן יתארך. יש משהו שמומנטום ועוצמת הזמן אומרים בואו נצא עם המלצות גם בשביל שלמשרד תהיה היכולת ליישם אותו ולא כל זמננו עומד לרשותנו, והדמוקרטיה חייבת וודאיות ולו"ז, צריך לכן להסתכל איפה האדנים שלנו. עבודת המשרד לא מסתכמת בוועדה, הוא עובד כל הזמן ויש וועדות נוספות. אם נרצה את כל הרשימה הזאת, אני חושבת שלא נצא מזה ונאבד את תנופת הקטר הזה בדרך. זה דורש המון זמן ומשאבים. אני חושבת שחשוב להתכנס לנושאי הליבה.

אני אתחיל בנושא אחד שהוועדה שלנו אמונה עליו ואסביר איפה אנחנו נמצאים. אחרי שאנחנו מפרקים את הקובייה ההונגרית מכל הכיוונים, הייתי מגדירה אותה כהסדרת הרגולציה. אנחנו מנסים למצוא פתרון מובנה לא לניגוד העניינים, אלא המשרד אחראי על שורה של נושאים שלעתים מתנגשים ביניהם, שיש להם השלכות רוחב על נושאים אחרים.

דוברות: תבורכי עם האינפוט הלוגי הזה...

דוברות: אני לא חושבת שלמשרד יש ניגוד עניינים, אלא משימות רבות עם פנים שונות. יש משהו נכון בזה שיש גורם בין אם פקידותי או משרת ציבור או נבחר ציבור שלוקח את מכלול הדברים ומקבל החלטות שקולות, וזו מהות עבודתה של הממשלה. אני חושבת שראיית האינטרס הרחב לגבי צרכי המערכת והמשמעויות של ההחלטות,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אני שומעת את האמירה מתוך המשרד, זה שאנחנו לא יכולים להיות במקום שבו האמירה שלנו, לא פרופ' ארנון אפק כאדם פרטי, אלא כגורם המקצועי אומר אני לא רוצה להיות במצב שבו לי יש אמירה שקולה, מדודה, אחראית ומקצועית, שהביקורת שאקבל עליה בגלל מצב העניינים שבו אני מצוי, שיש לי אחריות כלפי בתי"ח ואני מחויב להם ולשם אנחנו מכוונים, להציע למשרד פתרון שמאפשר את ההפרדה הזאת. זה לא אומר שמהמשרד תצא האחריות, היא אולי תעלה רמה אחת למעלה לרמת מנכ"ל או רמת שר, היא תישאר במגרש כי הוא צריך לשכלל את הדברים מתוך הבנת משמעותיות של מה שאתה עושה. אנחנו מנסים להציע בתת הוועדה מנגנונים שיכולים לפתור את המשיכות האלה, את ריבוי הכובעים, לפנות להם את הזמן למהות העבודה שלה ושאלת משאבים, מבחינת עוד מנכ"ל ועוד סמנכ"ל וריבוי המשימות. הבניית הרגולציה זה נושא אחד. יש סיכוי שהכלי או הצורך יהיה באמצעות הסדרת חקיקה, ואנחנו עוד לא בטוחים בנושא הזה. ואז נשאלת השאלה שנקראה תאגוד, שהוא כבר תשובה לשאלה. מהם הכלים שעומדים לרשותנו? אולי צריך להמציא כלי חדש? שיסדירו את הממשל התאגידי בתוך בתי"ח. שמענו דברים מכיוונים שונים, ועולות שאלות של קדנציות וחופש פעולה.

יעל: אז הקדנציה כן עולה.

דוברות: לא בפני עצמה, אלא איך מבנים ממשל תאגידי נכון. מצד אחד יש כאן שחרור לניהול היומיומי הבית חולימי, ומצד שני מערכת מפקחת שלא בורחת מחוץ למסגרת. זה עולמה של הוועדה. אני חוזרת לנושאים – 1. התניית הרגולציה, 2. מקורות המימון – פרטי, ציבורי, מחסור או לא מחסור.

יעל: אתם נוגעים בנושא מנגנון התמחור?

דוברות: אני קוראת לתת הוועדה הבניית הרגולציה. הנושא השני נמצא ברובו בוועדת ביטוחים. הנושא השלישי שנוגע לכל דבר אבל אני חושבת שלגביו אין תת וועדה, הוא שאלת האספקה, אם נקרא לו שר"פ ועולם התוכן הזה. הנושא הרביעי שיש לו השפעות רחב עצומות, ואני לא חושבת שהוועדה תשקוט על שמריה בנושא הזה, הוא נושא התמחור. זה נושא כבד המחייב מומחיות והתייחסות. חלק גדול מהנושאים האלה יושב כתתי נושאים.

דוברות: תמחור של מה?

דוברות: של כל המערכת בכל הרבדים. כל מה שנמצא בעולם התוכן הזה, אתה לא יכול לטפל באחד בלי לטפל בשני. נושא תיירות המרפא הוא שולי בהשפעות שלו, הוא סוגיה נקודתית מצומצמת לדעתי האישית. ככל שאנחנו יודעים שלמערכת יש capacity, זה מקרה פרטי של המין שנקרא שר"פ.

יעל: זה יכול לגדול ולגדול מתחת לאף שלנו עד שיתפוצץ.

דוברות: זה לא מקרה פרטי של שר"פ, יש לו היבטים של שר"פ, אבל לשר"פ יש היבטים אחרים של המגע של הכסף בין המטפל למטופל.

דוברות: יש חיתוך אבל לא הכלה, זו הצורה הלוגית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: ברגע שהוועדה תתכנס לעובדות ולמסקנות לגבי נושאי הליבה, ואני את השר"פ משאירה בחוץ, צריך אולי לבנות לו וועדה ייחודית, יסודות לרפואה ציבורית חזקה יותר, ואחרי שהאדנים האלה קיימים וזו עבודה עצומה, זה כמויות גדולות מאוד של עבודה שיורדות לרמת המשרד, יצרנו מסגרת שאפשר לעבוד בה. בואו נחזיר את השר"פ על משמעותו ונעבוד איתו.

יעל: אני חושבת שבכל אחד מהדברים שאמרת, יש משהו כתוב כבר שנאמר כאן, חוץ מתמחור. בואו נשים את זה שיהיה לנו מול העיניים.

דוברות: הכוונה היא בעיקר לבתיה"ח.

יעל: כל הנושא של ה - CAP והנחות. הבא בתור?

דוברות: הרבה דברים נכנסו ככותרות ויש הרבה תתי סעיפים שלא בטוח שנשכים עליהם. משהו שראוי לקבל מקום זה פערים באינפורמציה – פערים בביטוחים, הכפל ביניהם, האם אני צריך את זה או לא. אני חושב שזה נושא בפני עצמו. אם המבטוח היה יודע את מצבו, את ההבדלים באיכות בין פה לשם, אז הרבה דברים היו נפתרים. דיברו על רפואת משפחה וילדים, ויש עוד מקצועות שהם צווארי בקבוק. כל הנושא של כ"א גם מהבחינה הזאת, אולי כדאי לאחדו. פערי השכר בין הציבורי לפרטי – גם סימפטום וגם בעיה. זה גורם לנטישה של בתי"ח ציבוריים, לאינפלציה של מחירים. פערי השכר גם כדאי להתייחס אליהם. הניהול במערכת הבריאות זה עוד נושא, הוזכר קצת נושא הקדנציות. זו בעיה שקיימת מבחינת הרופאים והעתיד שהם רואים לעצמם. יחסי סל-שב"ן, גם ציבורי-פרטי וגם ציבורי-ציבורי, בין סל לשב"ן. גם נושא האחזקה זה משהו שלא נופל ספציפית בכל אחד מהנושאים שהועלו. יש פה סוגיות שהם תתים, ואני לא בטוח שזה נכנס או לא. כרגע זה מנוסח בצורה מאוד כוללת.

דוברות: אני אסתכל על הבעיות מהמקום של נגזרת הרצון של איפה אנחנו רוצים להיות עוד 10-15 שנה. האתגר הכי גדול בעיניי זה שהמערכת הציבורית היא אטרקטיבית וטובה שירצו להישאר בה. האתגרים שמזמנים לה גורמים לה לחץ, וסוגיות המקורות נצטרך להתייחס אליה. הפן הנוסף הוא איכות עבור המטופלים והיא התייחסה לזה. אנחנו שוכחים שמדובר פה בבני אדם, וכוונתנו אנשים ירצו להיות מטופלים במערכת הציבורית. סוגיות האיכות והתמריצים לא מעצבות את המערכת היום. כל ההבניה שנעשתה עד היום, מקום הפרט הלך לאיבוד ואיכות השירות שהוא מקבל. שיטת ההתחשבות היא אבן הראשה, וסביבו נעים פתרונות למקור המימון. לדעתי זה צריך להיות פה. כן יש פה צורך לגיבוי מקצועי מתוך המשרד, ולחשוב איך פותרים ומעצבים.

יעל: כבר ביקשתי מרוני להקים וועדה לצורך התמחור. המועצה הלאומית לכלכלה ביקשה להיות שותפים והם יהיו, האוצר בוודאי יהיה שותף, ובנק ישראל, להערכתך, גם כן צריך להיות שותף.

דוברות: זה לא רק תמחור, אלא גם פתרונות מובנים. לכן חזרתי ואמרתי שזה בעיניי אבן הראשה של הוועדה. אני מסכימה עם דברים נוספים שנאמרו. יש פה סוגיה של שימוש בתשתיות משותפות. יש אנשים שמטופלים ומגיעים למערכת הפרטית, ששם יש חוסר בקרת איכות, ואם הם לא מגיעים מבחירה או הטיה, נדרשת כאן בדיקה. בהסתכלות על כלל המערכות, הן שלובות שמשפיעות אחת על השנייה, זה נוגע לשירות ולשימוש בתשתיות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שאני קוראת לזה רופאים שמבנים את המערכת. אני מדברת על היחס בין המערכות. אנחנו חוזרים על כך שבת"ח של המדינה, צריכה להתבצע בהם בקרת איכות, מבלי שנתנו את דעתנו על מה קורה למטופלים במערכת. המטופלים הם ציבוריים גם אם הם בוחרים להיות במקום אחר. פעם שנייה זה סוגיית הרופאים.

יעל: האם את אומרת שאנחנו צריכים להיות מעורבים בבקרת האיכות של המערכת הפרטית?

דוברות: כן, אנחנו צריכים להיות מעורבים ואולי לא בוועדה. אין שם בקרת עמיתים, וזה תמיד נשמע כמחזק למה זה צריך לעבור למערכת הציבורית. הרופאים, המעבר החופשי שלהם והשגותינו בעניין הזה, וכמובן התחרות הלא הוגנת – המערכת הציבורית מתחרה בידים קשורות על המשאבים הפיננסיים והאנושיים. חלק מהזמן אנחנו מחפשים פתרונות לאילוצים שאנחנו בחרנו, כמו מי שמחליט על כמות האנשים שילמדו פה רפואה.

יעל: יש גם מיטות בעניין הזה. יהיו המון סטודנטים ומעט מיטות.

דוברות: זה משהו שהמדינה מחליטה עליו. יש פה החלטות שלנו כמדינה, שהחליטה כמה רופאים יהיו פה, כמה מיטות וכמה רופאים.

יעל: כל נושא התשתיות.

דוברות: בטוח שיש צוותים שיגידו שמגדילים את היחס, אבל יש מגבלות שיצרנו ורואים היום תהליך הפוך ואת הלחץ הגדול שזה מצמיח במעבר. מה כבר יכול להיות? הכשרנו יותר מדי רופאים??

יעל: לא יהיה להם איפה להיות. זה נכנס לנושא התכנון של כ"א ותשתיות.

דוברות: יש הנחה בחדר שחסרים רופאים. יש פה אמירות על השימוש בהם נכון להיום ולאן אנחנו רוצים להגיע, ויש מגוון דרכים להגיע לשם.

דוברות: יש פה הרבה מאוד פרטים, וצריך לראות שמה שיש לי בראש יש גם לאנשים אחרים בראש. יחסי הגומלין בין הפרטי לציבורי זה כותרת שיש תחתיה המון דברים, וזה הסיפור של השנים האחרונות. קרו 3 תופעות – העלייה של הביטוחים הפרטיים, התנפחות השב"נים ואסותא, צד התשתית והאספקה, והכל נעשה בסוף על רקע הכפילויות שיש לכל אחד מהשחקנים. הקופות הן הבעלים של הציבורי והפרטי, והרופאים שעובדים בשתי המערכות ויש עוד הרבה סיפורים שמרכיבים את הדבר הזה, וזה בעל פוטנציאל להוציא את המערכת משיווי משקל, ויש דוגמאות של זה בהדסה. ראינו רמות שכר גבוהות, הגענו שם לכל מיני אזורים מסוכנים. אני אומר אחרי כל זה שחסרים לנו קצת נתונים. אנחנו לא יודעים מה קורה באסותא רק מהמחזור שלה ואיך הוא מתחלק בין פרטי לציבורי. אנחנו לא יודעים מה קורה שם מבחינת הכסף. שמענו מנהלי בתי"ח שמדברים מדם ליבם על רופאים שעזבו אותם. אנחנו לא יודעים כמה רופאים עזבו, כמה אחיות, כמה הם מרוויחים שם.

יעל: האמנם?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: גם אסותא לא יודעים כמה הם מרוויחים שם, רק דרך מס הכנסה תוכלי לדעת. יש גם מנגנון של שיפוי חלקי או מהכיס, או שיש כמה מקורות מימון לכל דבר, אנחנו לא יודעים מה קורה בדבר הזה. אמרתי שיש בעיה של פרטי- ציבורי, יחסי הגומלין בין המערכות, ואמרתי שחסר לנו מידע כדי לתכנן את הפתרון.

דוברות: זה אבסורד! אסותא לא יודעת מה נכנס ומה יוצא?

יעל: מאיפה נמצא את המידע הזה?

דוברות: בהדסה יש משרד שר"פ וכל התשלומים עוברים דרך תלוש אחד. זה לא קורה באסותא. יש לנו בעיה שבדרך לתכנון הפתרון אין לנו את כל המידע.

דוברות: רציתי להבין מה הקטע שמפריע לך - אתה אומר אני רוצה לדעת, כי אם בסוף היום הרופא יכול להגיע ל - 5 מיליון ש"ח בחודש, אני צריך לדעת שזו בעיה למערכת הפרטית.

דוברות: שלושה מנועים התעצמו או עלו מדרגה בשנים האחרונות - הביטוחים הפרטיים, אסותא והשב"ן. זה הבסיס לניתוחים שנעשה. זה כלים שלובים, זה לא שנגיד אנחנו נטפל במערכת הציבורית וזה יפתור את הבעיה.

יעל: אפילו לצורך קביעת המחיר לפול טיימרים.

דוברות: את שיווי המשקל בין הפרטי לציבורי, עכשיו צריך לדעת להסדיר אותם. אני רוצה להבין את הבעיה.

דוברות: אני מציג את תפיסת העולם שלי, למרות שאשמח שתסכימו איתי. מערכת הבריאות היא מערכת שבה כל השחקנים משחקים בשתי המערכות.

דוברות: כל ביי"ח משחק, כל קופ"ח. כל בתי"ח עושים דברים מעבר לסל וזה פרטי, קופ"ח נותנת שב"ן, וגם זה פרטי.

דוברות: השאלה היא העוצמות.

דוברות: אנחנו רואים שלכולם יש אינטרסים פה ופה, והריבוי הזה יוצר כשלים שבסוף משפיעים על איכות המערכת הציבורית. אני לא אומר לגעת בפרטי אם לא נגיע בציבורי. בעולם של משאבים נתונים..

דוברות: אתה הולך לפתרונות ומדבר על פערים..

יעל: כל אחד ערבב לבעיות, סימפטומים ופתרונות. זה בסדר גמור.

דוברות: לא כולם צריכים להסכים איתי, יש מה לדבר על זה עוד ולחדד שוב את ההגדרה. אני חושב שהדבר הזה שחק את נקודת העוצמה המרכזית של מערכת. אני חושב שהמערכת שלנו היא טובה ויעילה כי ניתקנו את העברת הכסף, והעברנו את זה לגופים גדולים, קופות חולים ובתי"ח. זו שאלה של מידע ואיזון.

יעל: זה רשום כבעיה, הקשר הישיר בין מטפל למטופל מבחינה כספית? זה הוזכר כאן מקודם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: ממד הכלים השלובים קשור גם לניתוח בקהילה, וגם לממד המשאבים המוגבלים. כולם מדברים על בתי"ח והקהילה, אנחנו לא יכולים לעשות בזה משהו בלי ליצור השפעת גומלין על הדבר האחר. עוד נקודת עוצמה של המערכת זה המערכת הקהילתית, ולא הייתי רוצה לשחוק אותה. בכל פתרון אנחנו צריכים לראות את זה. נקודות נוספות – הבעלות על בתי"ח זה לא ריבוי כובעים או תפקידים כמו שנאמר כאן. בשעה שאנחנו שחקן במערכת העסקית, אנחנו פוגעים ביכולת שלנו להיות רגולטור וזו מהות העניין, בין אם זה אני כרואה את הגירעונות של בתי"ח. זה בהחלט ניגוד עניינים ולא קשור לאיכות הפקידות.

יעל: לא ניגוד עניינים אישי אלא מבני.

דוברות: אני כאוצר מדינה שאחראי על הגירעונות בבתי"ח ממשלתיים, לא יכולים למלא את תפקידי ברגולציה בין התפקידים, ואני פוגע במדינה ויש לי כשל. יש לי פתרון מסוים. היה חשוב לחדד פה את האבחנה, שזה לא ריבוי תפקידים כרגולטור, זה זהויות ובעיה בזהות. רגולטור שגם יש לו זהות נוספת.

דוברות: זה ברור לגמרי.

דוברות: זה עניין מוסדי. אני כן מסכים שאנחנו צריכים לחשוב בצורה יותר רחבה על מה שדיברת כמשטר תאגידי. כשאני מדבר על קדנציות, לוקחים את זה לפרסוניפיקציה מול מנהלי מחלקות. אני מנסה להתמודד עם ריכוז כוח שאין לי ואת ה - balance שלו, כשאין משטר תאגידי. אחד המנהלים שאני מעריך מאוד במערכת נמצא בתפקידו הרבה שנים, 26 שנים ליונתן הלוי, ושם לא צריך קדנציות? אני נחשפתי למיזוג שלהם עם ביקור חולים, וראיתי איזה החלטות הוא קיבל, ויש לו דירקטוריון שמבקר בצורה אפקטיבית כל החלטה שעשה. צריך להסתכל על זה ברמה הזאת של ממשלת תאגידי, וזה מארג שלם. יש כלי רגולציה לא אפקטיבי ולדעתי זה המיטות. אני הגעתי לזה מתוך מסקנה שהמיטות זה כלי רגולציה שנשחק בצורה מאוד משמעותית כי אנחנו לא מפקחים על זה באמת. מגבלת מיטות זה כלי לא אפקטיבי וצריך לחשוב בעיקר בפרטי על משהו אלטרנטיבי, ואני חשבתי שזה צריך להיות פדיון, כמה כסף נעשה בכל מיטה.

דוברות: הגבלת הכנסות.

דוברות: לא ניסיתי להמציא חדש, אלא שיש כלי שהוא רגולציה וזה רישיונות למיטות, והוא הפסיק להיות אפקטיבי, זה לא אומדן להיקף הפעילות שמתבצע במערכת ולכן צריך להמציאו מחדש. אפרופו איכות ושקיפות, אני לא נגד שקיפות ומידע, אבל אני בספק אם הכלי הזה ידע להתמודד עם פערי האינפורמציה במערכת, ואני חושב שחלק מהם הם הבסיס עליו רוכבים חלק מהכשלים, ואין ניגשים אליהם. אם מטופל הולך לבי"ח שיש בו שר"פ, ואומרים לו שיכול לטפל בך הרופא הכי מומחה אם תשלם כמה שקלים נוספים או מתמחה או סטז'ר שלא סיים את התהליך שלו, ברור שהוא ייקח את הרופא המומחה. אם המידע הזה היה זמין לציבור, שבכל ניתוח מורכב נמצא רופא מומחה, זה יראה אחרת. זה מעבר למידע - אם כל מטופל שנכנס להדסה היה יודע את זה, והיה מוסר החשש שיטפל בו סטז'ר, לא בטוח שהוא היה הולך על שר"פ, וזה לא רק מידע.

דוברות: תבטיח שזה באמת קורה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני מאמינה באנשים, תן להם את המידע והם ידעו לפחות כמונו. כשל השוק שצריך לטפל בו זה המידע. אתה צודק, ואני מסכימה איתך שזה כשל שוק. אני חושבת שזה נוח למדינה לבוא ולהגיד אי אפשר להגיע לנושא של מידע, לא יוכלו לבחור ולא יוכלו לעשות ואנחנו נעשה את הבחירה של המטופלים, אנחנו חייבים לנסות להתמודד עם כשל השוק של פער המידע.

דוברות: כרגולטור אפשר להחליט שמשוהו נכון או לא, אבל הגישה פה היא לתת את המידע.

דוברות: למידע למטופל יש ערך בלי קשר לסוגיה הכללית. זה יהיה כלי בקרה על המערכת יותר טוב מכל מה שנקבע פה. ככל שיהיה יותר מידע, אני רואה בזה כלי בקרה ללא קשר לבקרה. סוגיה אחרת זו בחירה, ואי אפשר להגיע אליה בלי מידע. פרסום מידע יעשה פי אלף יותר עבודה.

דוברות: יש המון ספרות על מקומות שבהם עם שקיפות ועם מידע עדיין נוצרים כשלי שוק. בביטוח זה הדוגמאות הקלאסיות של כשלים תחרותיים. יש חוסר יכולת להשוות, ריבוי משתנים, ריבוי פרמטרים, מוצרים לא סימטריים.

דוברות: היא אומרת בוא נצמצם את הפערים.

דוברות: הרגולציה יכולה להחליט מהו סוג המידע ואיך צריך להנגיש ולעבד אותו, ולא להפציץ במידע.

דוברות: הנושא האחרון שאגע בו זה נושא המקורות. אני אומר איפה אני רואה את הבעיה, ואהיה יחסית בעמדת מיעוט. אנסה לומר מעבר לפרספקטיבה כאגף תקציבים, כי ברור שזה היה נאמר גם לא באגף. הוועדה הזאת חריגה לטובה בזה שיושבת בראשה שרה. יש עוד כמה וועדות שאני יושב בהן, ובסוף שאלת המקורות עולה בכל המקומות. אין לנו את היכולת להחליף בדבר הזה את הממשלה, ואסור לנו לכבול את ידי הממשלה בדבר הזה. בסוף, קביעה של היקף הוצאה ציבורית, נטל מס ותעודת משאבים זה נושא שבדמוקרטיה מסור לממשלה. אמנם יושבת שרה, שזה בוודאי משפר את הדבר הזה כי את היחידה שכן לוקחת חלק בפורום שמקבל החלטות לאומיות, אבל בוועדה אין לנו ראייה לאומית ולא לנו הסמכות להחליט מה יהיה נטל המס.

דוברות: להמליץ מותר?

דוברות: אני חושב שאתה לא רואה, בבנק ישראל אולי כן, במועצה הלאומית לכלכלה אולי כן והשרה בטח כן, אבל אנחנו לא רואים את הזווית המלאה. אבל אם כן נסתכל בסוף על מדיניות הממשלה הנוכחית מבחינת נטל הוצאה ונטל מיסוי, מה שלא נעשה, הדברים בסוף לא כל כך יתכנסו, ואני לא חושב שאנחנו הגוף שצריך להמליץ.

דוברות: אז למה התכנסנו אנחנו או וועדות אחרות?

דוברות: אני חושב שיש הרבה מאוד מה לעשות, גם מבחינת המקורות, גם במערכת הציבורית, במערכת הסביבתית באופן כללי. ביחסי הגומלין בין המערכת הציבורית לפרטית נוצרת הרבה בריחת מקורות. אנחנו צריכים לתכנן את הכלים ולהחזירם למערכת הציבורית. אני לא בעד שר"פ, אבל יש כלים אחרים ליצירת איזונים במערכת. אנחנו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כוועדה ציבורית יכולים למצוא לזה את ההצדקה, וזה משהו שיכול לייצר מקורות. כרגע פועלות כמה וכמה וועדות, חשובות יותר או פחות, שמתמודדות עם נושאים חשובים במדינה. יש את וועדת אללוף שנלחמת בעוני, שזה בטח בעיני רבים בעיה אסטרטגית מהמעלה הראשונה, ויש עוד רבות דומות לה בחשיבותן. הסיפור הזה מביא את הממשלה למצב שהיא לא תוכל לתעדף, וזה התפקיד שלה. יש הרבה מאוד מה לעשות בציר הפרטי-ציבורי שיכול לעשות מערכת ציבורית הרבה יותר טובה.

דוברות: אתייחס לסיפא של דברייך – אם הוועדה הזאת לא תצא באיזושהי אמירה נורמטיבית לגבי היקף המקורות הציבוריים במערכת, אנחנו מפספסים בגדול את הציפיות מאיתנו. יש ממשלה והיא קובעת סדרי עדיפויות, אבל כוועדה אנחנו יכולים להציב מראה לגבי מה קרה במערכת בשנים האחרונות, יש מגמות עובדתיות. אתה יכול לדבר על מיקום ישראל לעומת ה-OECD, וזה מהווה reference שלנו. גם שם נמצא שקורה פה משהו, וזה לא לטובת החולה הישראלי. זה לא רק לא שוויוני אלא לא יעיל. אוי ואבוי אם נשאר מסר שמה שהמערכת מקבלת מהמדינה זה בסדר. אתה חייב להגדיל את המקורות, ואנחנו כוועדה ממליצה צריכים לבוא ולומר איך אנחנו רואים את מערכת הבריאות הרצויה, ואם התעלמנו מהמקורות עשינו עבודה לא טובה. אין לנו תת וועדה לנושא הזה, וזה מאוחר מדי. עלינו לבוא בצורה לא סיסמאית, אלא תבוא ותאגד נתונים ואף אחד לא דן בזה, ואז אני ממליץ להקים וועדה נוספת וזה לא עסק מסובך, שתעסוק בנושא הזה – מקורות ומנגנוני העדכון שלהם, חקיקה כן או לא וכו'.

דוברות: חוק ביטוח בריאות כתפיסת עולם קבע סדר אחר - אנחנו קובעים מה צריך להיות מבחינה ממלכתית, והמדינה צריכה לממן את זה. לכן הכל יכול להיות, אבל איך שקבענו שזה מה צריך להיות, אז את זה צריך לממן. המדינה מחויבת בהקשר הזה, ואם המקורות שכרגע נמצאים אינם מספיקים בשביל לתת את מה שנחשוב, יצטרכו להביא מקורות נוספים. יכול להיות שתגידו שלפני שזה יגיע מהממשלה, תביאו את זה מתיירות מרפא. בסוף המדינה תצטרך להביא את המקורות הנוספים. את מה שחסר אתה חייב לדעת שכן יש משימה על הממשלה שאין את זה בנושא העוני, ואני לא מפחיתה מהנושאים שהזכרת. לגבי כולם לא קבעו בחוק שיקבעו מה נותנים, ואז המדינה תממן. הערה שניה, וזה מה שמשפיע בעיניי על הסוגיה של הפרטי, וגם למי שמרגיש חרדתי כמוני מהניסיון להגדיל את הפרטי - אחד הדברים שאותי מפחיד זה שהדרך להתמודד עם הפרטי זה לא בוא נשפר את הציבורי ואחר כך נראה אם יש איזון, אלא זה לגרום לכולם לקבל פחות. זה מה שמפחיד אותי.

דוברות: כן חשוב לי לחדד ולזקק ממה שאני שומעת מאנשים שונים מדברים, וזה די עולה כחוט השני – אמירה שהחוק מגדיר מה צריך לתת, ובוא נראה שיש מספיק מקורות כדי לתת את זה. לא ברור מה החוק אומר שצריך לתת, איכות סבירה, זמן סביר וכו'. יש לנו מערכת, האם היא נותנת את זה או לא? הוא אמר שאם אני נותן כסף, אני רוצה שזה ילך לאן שאנחנו רוצים. כשאתם מדברים בואו נעדין מחירים במערכת, מי אמר שיש בעיה? למה צריך לתת? הוא אמר שאני צודקת, אבל הבעיה היא שאני לא יודע מה כל השימושים שאני צריך, ולכן צריך להגביר באופן כללי את המקור. אני מרגישה שיש כאן בעיות שאנשים לא יכולים להתחמק מהן. תגידו מה חסר, כמה חסר, ולא להגיד סתם בואו נזרים מקורות. זה עלה כנושא ראשון ושני, שצריך לעדכן רמה כללית בלי שאנחנו נדע כמה, ואתה גורע מקורות ממערכות אחרות. חייבים לתת דין וחשבון וכמה כסף צריך, מה הפתרונות שמציעה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הוועדה, בכמה כסף מדובר, ואז מה האמצעים להביא את זה, האם ממערכת הפרטית או דרך התייעלות. מקורות זה אמירה כללית, בואו נזרים כסף.

דוברות: בשיחת מסדרון אומר לך איפה אני חושב שצריך לשים את הכסף.

דוברות: צריך להגיד למה חסר ולא שפשוט חסר כסף.

יעל: זו זווית אחת ויש זוויות אחרות להסתכל על זה.

דוברות: הדברים שהוא מציף חייבים להתמודד איתם. שולחן הוועדה מאוד חשוב ורואה זווית מסוימת אחת, וזה דורש מאתנו יצירתיות להביא מודלים לשולחן ולהראות איך הם פועלים. זה לא סתם שצריך עוד כסף וזה יסתדר, אלא איך משתמשים בכסף בצורה יעילה יותר, ואיך היא נותנת את הפתרון החיובי ביותר למערכת. זה חשוב למרקם ההתרחשות. הבעיות הן במערכת הבריאות והיא חיונית בתוך מרקם שלם של מערכות חיוניות, במקביל למערכת החינוך ותחומים נוספים.

דוברות: זה לא רק לכתוב דו"ח מאוד נכון, אלא גם להציע הצעות ישימות שבאמת ישפרו את המצב. אני אומרת שלא נפתור את עצמנו רק בזה. מעבר לזה זה אמירות שצריכות לקבוע מדיניות.

דוברות: כל הדברים שנכתבו כאן דומים למה שאנחנו כתבנו בדרך כזו או אחרת. קשה לי לכוון ולומר את זה תורידו וזה לא נדון. תקנים למשל זה סוג של תעריף מהצד השני. שני הדברים הראשונים שכתובים שם הם לב ליבו של העניין. אני אומר מה הבעיה שלי – היקף המימון של המערכת ברור שהוא בעיה. ברור שהיקף מימון גדול יותר של המערכת הציבורית ישפר אותה, וברור שהיום הוא לא מספיק. אז השאלה שאני שואל את עצמי, להגיד שמערכת הבריאות נשחקה בעשור האחרון בהיקף המימון הציבורי - חד משמעית כן, אין לי ספק בכך. איפה השחיקה היא יותר, בקופות החולים או בבתי"ח? אני לא שותף למה שהוא מתאר כעצם העובדה שבבתי"ח הם הבעיה הגדולה ביותר. הדילמה העיקרית שאני ניצב בה היא מסגרת המשאבים הנתונה, התמהיל ציבורי-פרטי, מה אני עושה במסגרת הזאת. החל מ- 2008 זה השינוי שקרה במערכת, קרו כמה דברים – פלטינום, הריבוד השני, פתיחת אסותא ותרופות מצילות חיים ועוד, זה קרה בבת אחת. אני זוכר איך השנה הזאת הייתה. גם הניהול של המשרד באותו פרק זמן לא היה טוב, הוא דיבר בשני קולות ולא היה מספיק חד משמעי. גם אז האוצר התחיל להבין את הבעיה שלו עם בעיית האספקה הפרטית והמימון הפרטי. מקורת המימון זו לא דילמה, כולם במדיניות של שחיקה. הדילמה האמיתית זה התמהיל הפרטי-ציבורי בהוצאה ובמימון, ואז השאלה מה אנחנו מוכנים לעשות, כמה אנחנו מוכנים להגביל את האזרח ואת המערכות העסקיות שרגילות לאי הגבלה, גם בנושא ביטוחים ושימושים ויצירת אספקה, וזה נכון ששר"פ צריכים את האישור שלנו, אבל ללא שרפ לא צריכים את האישור שלנו על כל דבר. בבתי"ח פרטיים אני היום חונק אותם למדיניות שלי, עד שבאים אלי ואומרים לי איך אתה עושה את זה?? אנשים קנו ביטוחים ואתה חונק אותם בשימושים, איך אתה עושה את זה?? אני לא יכול לחנוק בקנייה, אז אני חונק בשימושים. היום יש תורים ארוכים גם במערכת הפרטית, למה יש תורים? חונקים אותם בפועל באספקה, אפילו במקומות שבהם אין לי סמכות. שר"פ תל השומר רוצים להקים שם, ואנחנו לא נותנים להם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

אישור ללא סמכות. נעזרתי בוועדה הזאת, מה אתם רוצים שאעשה? רק צעד כזה כשיש וועדה שדנה בסוגיה הזאת.

דוברות: ריסנת וזה טוב, אבל יש תורים גם כאן וגם כאן, אז מה יצא טוב מזה?

דוברות: אני עדיין מאמין בכך שאם יש לי דילמה של חוסר משאבים ציבוריים, שם השליטה שלי היא רק בהסכמתו אז אני מעדיף עדיין למנוע את השירות, ליצור לחץ גדול יותר בפרטית, וזה ישאיר יותר את הרופאים במערכת הציבורית וזה מחיר שאני משלם בדילמות היומיומיות. תמהיל זה מימון ואספקה, ושני הדברים הראשונים הם הכי מרכזיים ואי אפשר להתעלם מהוועדה של רונית, ואם אני הייתי מתחיל מההתחלה הייתי עושה זאת אחרת.

יעל: זה הוקם בהמלצה של מבקר המדינה.

דוברות: הבקרה על שירותי הרפואה הפרטיים בבתי"ח הפרטיים לא מוצתה. כמות הבקרה שבסמכותי לעשות כאחראי על בתי"ח לא הגעתי למיצוי מלא שלה. רק לפני שנה פרסמנו חוזר על הנושאים האלה.

יעל: כל וועדה, המנדט שלה זה לשקף מציאות, לחקור את המצב ולהמליץ. אם הממשלה תקבל או לא זה החלטה שלה, אבל לא נעשה את חובתנו אם לא נציג מראה של המצב היום. וועדת טרכטנברג לא היה לה מנדט פחות אבל היא הציגה מצב, ובאה הממשלה והוסיפה מיליארדים רבים. תפקידנו כוועדה זה לגרום לכך שכשנגיע מול הממשלה, אנחנו נצליח בעזרת נתונים והחוק שקיים, החזון והמסקנות שלנו לשכנע את הממשלה שצריך להוסיף, למה? מהתחלת הוועדה בכל מה שהוצג לפנינו, אין בכלל וויכוח שההוצאה הציבורית נשחקה. יכולה לבוא הממשלה ולומר אני רוצה לשחוק, אני רוצה להוסיף לביטחון ולחינוך. אנחנו נגיד מה תהיה התוצאה, שזה הגדלת הפערים בחברה, חיזוק המערכת הפרטית והגדלת החיזוק לשר"פ, ונצטרך לעמוד בפני הדילמה הזאת. אף אחד לא רוצה שהמערכת תידרדר, ואם את לא רוצה שזה יקרה אז למערכת חסרים 4 מיליארד ש"ח, ואם לא, יגדלו הפערים החברתיים, ואחד הדברים שהממשלה הזאת שמה מול עיניה זה לצמצם את הפערים, ואני אומרת לכם. צמצום פערים זה סרטן בגוף כל חברה, במיוחד חברה כמו שלנו, שממילא יש בה כל כך הרבה שסעים. אם נגיע למסקנה שהיקף המימון לא מספיק ואכן נוכיח שהוא נשחק, וכדי שנשמור על מערכת הבריאות כמו שהיא היום, כדי שנהיה ברמה ממוצעת עם מדינות העולם, שווים בצורה הזאת או אחרת ל – OECD ואנחנו מייחסים לזה חשיבות רבה, אז הממשלה תצטרך לומר האם היא מוסיפה או לא. תפקידנו הוא לבוא ולהראות מה צריך לעשות כדי שהמערכת הציבורית תהיה חזקה ותישאר כזאת. בנקודה הזאת אני בוחרת לסיים את הדברים. נגענו ברובד הראשון של אוקיינוס הנושאים.