



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

### פרוטוקול וועדת גרמן – 31.10.13

**\*\* מציגה ראשונה בפני הוועדה: דר' שולי ברמלי, סקירה בינלאומית ציבורי-פרטי.רותי-חברה בצוות המחקר.**

#### **מציגה מצגת.**

שולי: אני מתרגשת להציג את הממצאים של העבודה שלנו, שהייתה מאוד מאתגרת. התחלנו עם פעילות הוועדה והתמקדנו בבתי"ח שבשילוב המודבר. יש עדיין הערות ותיקונים שצריכים להכניס. מתייחסת למצגת – מטרות, שיטה. סוכם מאמרים בכלכלת בריאות ומדיניות בריאות בעיקר, לא מתחום המשפטים. רותי היא חוקרת אצלי בצוות, דוברת שפות, עלתה מברזיל ואין לה משפחה תומכת בארץ. גילינו בעיה שכמעט ואין ספרות אמפירית שחוקרת את ההשלכות של השילוב פרטי-ציבורי. התמקדנו ב-8 מדינות שמיישמות את השילוב הזה, וניצלנו קשרים עם חוקרים מרכזיים, אחרי זה ביצענו את הניתוח בעצמנו. לא כל החוקרים ענו לנו.

הנחה בסיסית של המערכת – השילוב הוא לא מטרה בפני עצמה אלא אמצעי לחיזוק המערכת הציבורית, ואם הוא לא משיג את זה, לא כדאי להשתמש בזה. "סביר" זה מונח שנתון לפרשנות בכל מדינה. זה עניין של ערכים, אידיאולוגיה, של קובעי מדיניות. הרעיון הוא שכשאתה שם דגש על יעילות, אתה בהכרח פוגע בשוויוניות, ולהיפך.

אחדות: לא תמיד זה הולך יחד, ברוב המקרים לא.

שולי: המערכות התחילו כמערכות שוויוניות, ואז נוצרה מגבלת מקורות והבריאות נהייתה יותר ויותר יקרה, והכניסו, או דיברו על אלמנט היעילות במערכות והכניסו גם מימון והספקה פרטיים. זיהינו ארבעה מודלים בסיסיים לשילוב – במצגת. ארה"ב לא מאוד ניתחנו בגלל אובמה-קר. המודל המרכזי – מודל 4. רוב המדינות נמצאות שם. אם אני רוצה ניתוח, אני יכול ללכת לבי"ח ציבורי ולבחור האם אני משלם עליו ציבורי או פרטי, ולהיפך בבי"ח פרטי. פירוט קיום המודל לפי מדינות – ממשיכה במצגת. באנגליה אנשים מעדיפים עדיין לנצל את המערכת הציבורית, ורק 11 אחוז מפעילים את השוק הפרטי. ברוב המקרים זה לא מנוצל.

יוגין: אם השירות הוא בסדר, אז לא צריך.

שולי: באוסטרליה – יש אסותא, אין לה מימון ציבורי, אין טופס 17.

רוני: אתה לא יכול בטופס 17 ללכת לאסותא. אמבולטורי כן, אבל לא בחירת מנתח.

גבי: לאסותא מופנים היום מבוטחים של מכבי לביצוע ניתוחים רגילים.

רוני: יש רופאי הסדר, זה שב"ן בכל מקרה. אין מצב באסותא של ניתוחים שמתבצעים במסגרת טופס 17. שוקי מדבר על המערך האמבולטורי שלו.

משה: המחזור של אסותא הוא בקרוב חצי-חצי. הוא מספק שירותים לקופות, בעיקר למכבי, וחצי פרטי. מעבר לזה יש את הכסף שהולך לרופא, חלקו בתוך המיליארד, בתוך ההסדר. מעבר לזה יכול להיות שאני לוקח רופא באסותא, משלם לאסותא שכירות, ומשלם לרופא 50 אלף ש"ח מהכיס או דרך השב"ן.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רוני: שולי אומרת שיכול להיות שאסותא מבצעת פעילות ניתוחית אשפוזית, לכאורה ציבורית, עם הצוות שלה ללא השתתפות עצמית במימון לא שבני אלא מימון סל.

שולי: נחזור לאוסטרליה – מאז שחל האיסור הזה, היקף הביטוחים בפרטי הלך וירד למרות שהמדינה מעודדת רכישת ביטוחים פרטיים. ביטוחים פרטיים הכוונה לוולונטריים, גם משלימים. בניו זילנד השוק הפרטי מאוד מצומצם, אין כמעט. המודל הצרפתי לעומת זאת מאוד מסובסד – במצגת.

קובי: בארה"ב זה היה מקובל, זה נקרא בלאנסד בילינג.

שלומי: זה כמו וואצ'ר.

שולי: איטליה – יש אתר השוואה של שרת הבריאות. במצגת.

משה: נראה איזה פרמטרים הם משווים באתר שלהם.

רוני: בארה"ב יש אתר שנקרא הוספיטל קומפייר, שזה במתכונת דומה.

שולי: אנחנו עושים יותר בירור על איטליה, אבל הם לא מפרסמים באנגלית. בגלל המשבר הכלכלי הם מצמצמים את הפעילות הפרטית בגלל שהביקוש ירד. הביטוח לא מכסה את זה, אתה צריך לשלם את זה מהכיס, ואין לך, אז אתה לא משלם.

איפה הייתם שמים את ישראל במטריצה?

עזיז: קצת מהכל.

שולי: מתייחסת לישראל במצגת. אצלנו יש תקרות והנחות.

יוגין: יש לנו אוכלוסייה משמעותית של מהגרים, חשוב לזכור.

שולי: ממשיכה במצגת.

אחדות: באמצעות התאגיד אתה לא נותן שירותים פרטיים?

רוני: השאלה מה זה שירות פרטי? ממומן פרטי? אתה יכול לשלם על אקו לב כסף מהכיס. היום אתה יכול ללכת, האיסור שלנו זה על שירות אשפוזי. זו הייתה ההבחנה של היועמ"ש בגלל התלותיות, במצב אשפוזי אתה שבוי, אתה לא עושה את זה מרצון כנראה. זה התחיל מהסטנטים, בתקופת הסטנטים.

גבי: לדעתי זה עדיין חלוק רוני.

שולי: שמענו בעדות שיש ניתוחים קוסמטיים שאפשר לעשות באופן פרטי.

משה: כי זה לא בסל.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עזיז : אולמן מרמב"ם דיבר על זה.

רוני : קליניקה פרטית היא גם אמירה בעיתית, כי גם מרפאה בבי"ח יכולה להיות לכאורה פרטית. המרוכבות היא שנכנס חולה של הקופה והשני בתור זה חברו שיושב לידו שבא במימון השב"ן. הקליניקה משנה את פרטיותה וציבוריותה בהתאם לכניסה של האדם, וכולם עומדים באותו תור.

משה : הסל הציבורי הוא לכאורה לא ואוצ'ר לפרטי. אתה לא יודע מה קורה בקליניקות הנחמדות האלה...

רוני : ההיסטוריה נכתבת ברגעים אלו... אנחנו דנים איך אנחנו מתמודדים עם זה. האם באמצעות חוזה ביטוח אפשר לעקוף את הסדרי הבחירה.

משה : קוראים לזה שר"פ...

רוני : המושג שר"פ די התחבר למושג של בחירת מנתח. חוות דעתו של רובינשטיין אסרה על בחירת מנתח, לא על תשלום אאוט אוף פוקט.

עדי : איסור על הפרוצדורה כפי שנעשתה עד אותו יום.

גבי : תשנה את החוק.

שולי : חוזרת למצגת - מה יושם כדי להתמודד עם ההשלכות בהצלחה. מאוד קל לפקח על הפרטי או על הציבורי, אבל על התפר ביניהם, זה מאוד קשה.

משה : מה זה הצלחה?

שולי : אני אגיע לזה.

רוני : אם הכל פתוח וגמיש, האם הצלחת או לא.

שולי : לא רק הכלים, אלא גם מידת שקיפות המידע למפקח ואמצעי הענשה שעומדים לרשותו. פיקוח ובקרה נחשב לכלי מאוד יקר. קשור לשאלה שלך מה זה הצלחה – במצגת. הצלחה מוגדרת כאיזון בין שוויון ליעילות. יש כלים לקידום שוויון ויעילות – במצגת. לסיכום – במצגת. לפעמים זה עולה המון כסף וצריך לחשוב כמה זה יעלה לנו לעשות פיקוח, בקרה ומדידה מסוימת.

יוגין : אני מציע שנמדוד ונבקר גם לא בתפר.

יעל : זה ברור, רק בתפר זה יותר קשה.

שולי : שאלות על האמון שכולכם מכירים. ישראל - אנחנו מקום אחד לפני אחרון .

רוני : זה מתחבר לשאלה עד כמה אתה מאמין במנהיגים שלך.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משה: 30 אחוז מהאוכלוסיה הם חרדים וערבים שיש להם פער אמון בסיסי במנהיגים. וזה לא מספר זניח.

יעל: זו תשובה קלה מדי, זה להסתתר מאחורי משהו.

שירה: זה משתנה בקרה, זה גם בתחומים אחרים.

ניר: מהפילוח שהצגת במקום אחר, מראה שלמי שיש ביטוח פרטי, פחות מאמין שתהיה לו היכולת לממן. גם מי שיש לו ביטוח, מאמין שגם איתו הוא לא יוכל לממן.

יעל: השאלה היא איפה הסיבה ואיפה המסובב. דבר אחד בטוח, בכל המדינות האחרות, אחוז הביטוח הפרטי נמוך יותר מבישראל, בטוח שיש קורלציה.

שולי: או להעלות את ההוצאה הציבורית, מופיע בכתום בגרף.

שירה: עכשיו השאלה היא האם זה תרבות ואופי של האנשים או קשור להוצאה ציבורית מהתמ"ג.

ניר: זה נראה שיש להם אמון מאוד גבוה, אבל אולי המערכת הציבורית שלהם לא שווה כלום.

שולי: זו שאלה שלקחנו לשם השוואה.

ערן: מעניין אם החלוקה פרטי ציבורי היא שיוצרת את האמון ואולי התמהיל פה בארץ עושה את זה אחרת.

גבי: בסיפור של אסותא צפה בעיה אבל יש בעיות בהגדרות אחרות. נורא חשוב לעשות הבחנה בין תמהילי ציבורי פרטי בין הספקה למימון כי זה שני סוגים שונים של בעיה. יש על זה ספרות רבה, ואלו 2 כיוונים שונים. לא תמצאו בעולם מקום שבו זה או ציבורי או פרטי, התמהיל קיים בכל מקום. מה שמעניין זה המינון של הציבורי בפרטי ולהיפך, האם זה 2 אחוזים או 50 אחוזים. יש מדינות בהם המינון הרבה יותר נמוך. הערה אחרונה – הייתה תקופה שבה עודדו את ההליכה לכיוון הספקה במימון פרטי, מתוך מחשבה שתחרות תוביל ליעילות. היום יש נסיגה מהנושא הזה, ומבינים שחצינו את הקווים ומנסים לצמצם ולמזער. וזה רק מהדוגמאות שהביאה שולי. אם תשימו לב לנושא של עוצמת התמהיל, כל המדינות נמצאות הרחק מנושא המימון הפרטי במדינת ישראל. הטווח בארץ הוא 60 אחוז. כל המדינות הולכות לפרופיל ציבורי גם של אספקה וגם של מימון. צריך לדעת שבהקשר של ישראל, אנחנו נמצאים במקום אחר.

אחדות: ההנחה היא שהביטוחים היו מניע.

רוני: מה שהיה חסר, מדינה אחת – יפן. הדבר המיוחד שהיא מדינה מבוגרת עם הספקה פרטית מאוד רבה, הרוב זה פרטי, ולעומת זאת הוצאה לאומית לבריאות לא ענקית, ואני מתחבט איך זה קורה ביפן?? בביקורים שלי ב OECD ורגולציה מאוד קשה.

מיכל: זה מושפע מתרבות.

רוני: הם נותנים פטיש על כל דבר שזז, פשוט חותך אותו בחצי.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**גבי : יש להם כוח וכסף.**

רוני : ההספקה הפרטית בעיני היא דשן למימון פרטי. יש גם פרטי, אבל באמת כתוצאה מהעובדה שהרגולציה מאוד חזקה שם, שיעור ה – MRI שם הוא הגדול ביותר. בהרבה מאד פרמטרים הם מאוד גבוהים. לכן יש פה בנושא התמהיל, הרגולציה היא מאוד קריטית. ככל שאתה יכול, אתה יודע לשלוט, וזה נכנס לחקיקת היסוד שלך. האם אדם יכול בכספו הפרטי להיכנס לבי"ח ציבורי ולרכוש, זו זכות בסיסית. אני לא יודע כשמישהו יתקוף את זה, האם המדינה יכולה לעמוד בזה. הערה אחרונה- מדוע ישראל כל כך גבוהה במימון הפרטי שלה? התשובה בעיני בעיקר בגלל שנמוכה במימון הציבורי שלה. אם אני אקח את ההוצאה הפרטית פר- נפש בישראל, אני לא יודע כמה היא שונה מהוצאה פרטית במדינות אחרות.

**גבי : אני אראה שקף, הרבה יותר גבוהה.**

**רוני : הכל נובע מהשקעה ציבורית יותר נמוכה.**

**יעל : נשמע הגיוני.**

**גבי : כשאני לא מקבל מהמדינה...**

רוני : מול ההוצאה הציבורית, אתה מקבל את השיעור הגבוה הזה. בטח הפערים מתקנים ברגע שאתה עושה השוואה כזאת.

אחדות : אני רק מבקשת מאוד שלא נכניס את הנושא של ערבים וחרדים לדיון הזה, כי אי אפשר לנהל דיון אלא על בעיות אוניברסליות. הם חלק מהחברה.

**יעל : למה לא? זה בעיה, למה שלא ניכנס לזה?**

אחדות : החרדים מאוד שבעי רצון מחייהם, ויכול להיות שהם שבעי רצון מהמערכת הציבורית. אני לא יכולה לעשות הבחנה כזאת בין הקבוצות, ובגדול, למעט, כלי מדיניות בהם צריך את ההבחנה הזאת, אני לא חושבת שהוועדה צריכה אותה. אני חושבת שהבעיות של מערכת הבריאות זה לא חרדים וערבים. הפתרונות של המערכת לא יתייחסו לזה.

**יעל : הבעיות של הערבים והחרדים זה המערכת. טוב, אוקיי, בסדר.**

**אחדות : לדעתי אפשר להתנתק מהעניין הזה והם אגב אוכלוסיות שונות לחלוטין.**

שולי : גילינו שיש גוף שנותן, בחינם ייעוץ של מומחים, הם מוכנים לממן, מוכנים להזמין אותם למדינות שמתחבטות בשאלה מסוימת, והם מממנים את המומחים שיגיעו לארץ ויתנו ייעוץ.

**גבי : ויש שם פיגורות שאוהדות את ישראל, והם פה כל הזמן, אין כמעט שעה שהם לא מגיעים.**

יוגין : אני לא חושב שיעילות לעומת שוויון זה טרייד אוף. משהו על אסטוניה – מימון ציבורי 100 אחוז, אספקה פרטית 100 אחוז, זה מערכת עם 5.5 אחוז הוצאה. זה פונקציה, לא של יכולת שליטה כמו ביפן, אלא על יכולת



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**מדידה ונגישות של הנתונים לכולם, יש מערכת החלפת נתונים וכל רגולטור יכול לראות מה קורה בכל תחום פעולה רלוונטי.**

**שולי: וזה רק מיליון וחצי אנשים.**

**יוגין: זה לא עשרה אנשים, זה מדגם מייצג. יש גם מערכת בפינלנד, שם יש מערכת בביטוח ציבורי, ביטוח של מעסיק במסחריים ויש ביטוח פרטי. יש כל מיני מודלים.**

**משה: הן גובלות אחת בשנייה.**

**יוגין: כן. הם הביאו את האסטונים למפגש בפינלנד. לגבי המדידה וחלוקת הנתונים, אני חושב שאתה לא יכול לעשות בקרה בלי לדעת מה המטרות שלך ומה אתה מודד. אנחנו לא יודעים לפקח זה עובר כחוט השני בוועדה, וצריך ללכת לבדוק את זה.**

**יעל: מי שאומר שאי אפשר לפקח, משתמש בזה לצורך אג'נדה.**

**יוגין: יש מקומות שמפקחים, ואם אתה יודע לפקח ולמדוד, כך אתה יכול יותר לשחרר את המערכת שתתנהל לבד. לא רק מערכת איסורים.**

**רונית: השאלה היא האם יש לך סמכויות בחוק לפקח על מה שהגדרת.**

**משה: רוני דיבר על יפן, ואני חושב שגם את גרמניה שווה ללמוד. הם נותנים לאנשים לצאת מהמערכת בכלל, וזה מעניין לראות גם אם ראשוני. אין טרייד אוף במוצר כמו חינוך או בריאות, שוויון מקדם יעילות, ואני מסכים עם יוגין.**

**יוגין: זה לא מה שאמרתי...**

**משה: אחת הסיבות ליעילות של המערכת שלנו, זה הפן השוויוני שלה. בגלל זה יש לנו מערכת יעילה.**

**קובי: יש דוגמאות קלאסיות לניגוד ביניהם – השתתפויות עצמיות – מקדם יעילות, פוגע בשוויוניות.**

**יוגין: זה לא מקדם יעילות, אלא קידום מקורות למערכת.**

**קובי: המטרה העיקרית של השתתפות עצמית היא מניעת מורל- הזארד. ברגע שיש השתתפות עצמית, זה קודם פגיעה בשוויוניות. לא אומר שזה הכרחי, אלא שיש מתח ויש מודלים נוספים שהרפובליקנים בארה"ב מנסים לקדם למשל, הרעיון הוא מדיקל סיבינגס אקאונט. אתה מפריש וקונה שירותים או מקבל בשלב מאוחר יותר. זה קיים גם בסינגפור. אתה לא משלם על זה מס וזה נכנס לביטוח מיוחד. אפשר לשמור לפנסיה ולעשות עם זה מה שאתה רוצה. משפט אחד על רגולציה – בבריאות קשה לפקח. אני רוצה לעשות הבחנה נכונה לפי מה שאני יודע – האם לפקח על האכילות? על מרכיבים כספיים? בהרבה היבטים של איכות רפואית קשה מאוד לפקח. המוצר הזה קשה מאוד לפקח. 2 אנשים הלכו לרופא, אחד קיבל טיפול א ואחר ב, מי קיבל את הטיפול הנכון? מה זה טיפול נכון? האם אפשר היה לעשות אחרת? איך מביאים מערכות ליעילות כאשר קשה לפקח על יעילות? אנשים מתבלבלים כששואלים האם לפקח על הכסף. האם באמת קשה לפקח על זה שאתה בא לבי"ח ואומר לו שיותר מ10 אחוז**





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מההכנסות יהיו תיירות מרפא. צריך להיזהר מהאמירה שכל דבר קשה לפקח. אנשים מנסים להעלים מס הכנסה ומנסים לפרוץ בנקים, זה לא אומר שנבטל מס הכנסה ואת הבנקים. יש מרכיבים שקשה לפקח עליהם וכאלה שפחות – כמה ניתוחים עשה במסגר כזו או אחרת? בתפר – יש היבטים שקשה לפקח עליהם, אבל לא להגיד את זה על כל דבר, יש דברים שקשה ויש כאלה שקל. אני לא חושב שלפקח על אחוז ההוצאה או ההכנסה של ביה"ח, כל הדברים הכמותיים והמספריים לא קשה בכלל לפקח או קשה לפקח כמו בכל מקום אחר. אנשים עושים טריקים ודברים וצריך לרצות לעשות את זה. האם היה צריך לעשות צנתור או לא, על זה קשה לפקח, למרות שגם יש סטטיסטיקות. אני מאוד אוהב דוגמאות מהעולם, אבל כל מערכת היא שונה, בתרבות שונה, ומאוד קל להסתכל על מערכת כלכלית-תרבותית של מדינה, אבל זה לא אומר שצריך לרוץ להעתיק.

שירה: מחזקת את דבריו של גבי שצריך לחדד את נושא המימון ואספקה בשילוב ציבורי-פרטי. בהנחה שמה שאני יודעת שחלק מהאנשים מוטרדים על מההספקה, והבעייתי יותר זה המימון, זה יותר רלוונטי לשילוב פרטי ציבורי. ההפרדה למודלים השונים, מדינות מערביות בין מודלים. אין הרבה מדינות שיש בהן מודל אחד. יש שילוב של הדברים. מאוד הטריד אותי ששולי כתבה בשקף שמדינות שהצליחו, השתמשו בכלים כאלה וכאלה.

שולי: לא מדדנו הצלחה.

שירה: שאלו ודיברו כאן על זה. כל עוד לא מציגים ואין מחקרים ברורים שנוכל להתייחס אליהם בנושא ההצלחה, זה ערטילאי האיוון בין יעילות לשוויוניות ותלוי איך אנחנו מגדירים הצלחה. כדי לעבור למינוחים של הצלחה, צריך להגדיר מה זה הצלחה, איך מודדים אותה, האם מקובל על כולם.

לגבי כלי מדיניות – יש לי ויכוח עם קובי. מה שהוא אומר לגבי נושא הרגולציה – זה נכון שיש דברים שאפשר לעשות עליהם רגולציה, ויש דברים שיותר קל או יותר קשה. אי אפשר להתעלם מהמציאות. תיאורטית, נראה יותר קל לעשות א' או יותר קשה לעשות ב'. צריך לייצר תמריצים נכונים במערכת כדי שתוכל לבצע את הרגולציה בהינתן זה שאתה מכיר שלמערכת מגבלות מסוימות, כדי שתהיה ישימה. וגם פה יש שונות בין מדינות ותרבויות, הרבה שונות. אני לא אומרת שיש דברים שאי אפשר לעשות עליהם רגולציה, אבל הוועדה צריכה לתת את הדעת לגבי רגולציה ישימה שתייצר את מה שאנחנו רוצים. לא בטוח שרק מה שאפשר לייצר עליו רגולציה, יוביל לתוצאה שאתה מעוניין בה.

### **\*\* מציג שני בפני הוועדה: גבי בן נון, מתווים להמשך עבודת הוועדה. מציג מצגת.**

גבי: אנחנו בוועדה עוברים שלב חשוב וזה מהשלב הראשון של למידה ושמיעה של עדויות שיפסקו בקרוב, ומגיעים לשלב שבו צריך לדון ולהתלבט בסוגיות. אתייחס לחלק השני של עבודת הוועדה – מתייחס למצגת. אנחנו חייבים להגדיר לעצמנו עמדה ברמה הערכית, מה אנחנו חושבים שזה בריאות – זכות או מוצר, כפי שכינה זאת מור יוסף. אני מציע לאמץ עמדת יסוד בסיסית לגבי מה זה בריאות וזה ינחה ויתווה את הכיוונים אליהם נלך בהמשך.

דוברת: אתה לא חושב שנכון לקרוא למטופלים לקוחות?

גבי: לא הלכתי כל כך רחוק..



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

הסתכלתי שוב על הסקירה של הוועדות עד היום, לכל וועדה הייתה ליבה – במצגת. כשאני לוקח את מטרת הליבה שלנו – הוועדה המייעצת לחיזוק הרפואה הציבורית – השלב הבא זה לנסות להגדיר למה אנחנו מתכוונים במערכת ציבורית ובחיזוק שלה. הדיון המקדים היה מצוין, והראה עד כמה הסוגיה הזו בעייתית. יש פה הרבה שאלות חשובות שחייבים לשים אותן על השולחן ולדון מה מחליש ומה מחזק את המערכת אחרי שהגדרנו אותה. אחרת באמת נתפצל ונתפזר לכיוונים שונים והמערכת נורא מורכבת ומסובכת. מתוך כתב המינוי, צריך לבחון ולשקול אחרי את ההגדרות. צריך לעשות תחנות בסיסיות בתהליך הניתוח – מתייחס למצגת, מגמות, תמונת מצב נוכחית. זה חשוב כי במיפוי של השינויים האלה, אפשר לראות אם היינו בכיוון הנכון עד היום או לא. בעיות עיקריות במערכת – אנחנו לא רוצים להיות עוד וועדה שלא תהיה רלוונטית למה שקורה בשטח והמלצותיה ילכו למגירה. אחרי זה אפשר לבוא ולחשוב לאן אנחנו הולכים, איך אנחנו רוצים לעצב מערכת בריאות חזקה. איך ההמלצות שלנו מקרבות אותנו להשגת היעדים. זה ניתוח נורא חיוני לדעתי. אלה תהליכים אפשריים ולא מסובכים.

פרספקטיבה של זמן – מגמות על פני זמן משמעותיות מבחינת התפתחות מערכת הבריאות הישראלית – במצגת. ההוצאה הלאומית לבריאות מאז 95 לא השתנתה. אני מציג את זה במקביל למגמה שקורית בחציון OECD. ישראל היא חריגה בכך שלא עלתה ההוצאה מאז 95. בהשוואות בינלאומיות, בשקף הבא, אנחנו בצד השמאלי הנמוך של הסקאלה. אנחנו לא עולים לפי המגמה הכלל עולמית, אנחנו נמצאים יחסית מצד שמאל בהוצאה לאומית לבריאות. מה שיותר מעניין זה הוצאה ציבורית לבריאות כאחוז מהתוצר בשקף הבא. מימון ציבורי זה תקציב מדינה פלוס דמי ביטוח בריאות. אנחנו נמצאים באחד המקומות הנמוכים ביותר בעולם המערבי, גם פר קפיטה. תמיד אנחנו מושווים באופן יחסי לשאר המדינות וראו את המיקום שלה, וזה נתון תשתיתי שצריך לדעת אותו. וזה עוד סיפור – הסיפור של המימון הציבורי על רצף של זמן ובמצב נתון – מי שרוצה לספר את הסיפור של 2009-2012 אז אין סיפור, היא לא השתנתה. מי שמסתכל בפרספקטיבה לש זמן, יש פה נקודת ציון מעניינת – כשפתחתנו את החוק והתפרשנו איתנו ב-2005 זה התוצאה ברצף של זמן של 17 שנים. חלק מהתוצאה הזאת זה מדיניות מכוונת ולא משהו מקרי, הקצאה בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הפער הזה בין מדד יוקר הבריאות למדד תשומות זה פער שהולך ומצטבר, והתיקונים שנעשו בשנתיים האחרונות הם טובים, אבל זה לא הכל. האוכלוסייה הישראלית כל הזמן גדלה ומזדקנת. אנשים מחו' לא מבינים את הסיבה של שחיקה על בסיס דמוגרפיה. האלמנט הזה של גידול דמוגרפי שמנגנון של פיצוי, המשקל בחו' לא גדול, אבל בארץ זה 2 אחוז לשנה. הנקודה החשובה היא שזה מצטבר, ולא שנה-שנתיים. יש ברוב המקומות מנגנון של פיצוי חלקי כחלק ממדיניות. יש פער מצטבר של 20 אחוז וזה 300 מיליון ש"ח כל אחוז, שחסרים היום כדי לתת סל שירותים נתון. והנה עוד נתון חשוב – מימון ציבורי-פרטי – איפה אנחנו? מתחבר למה ששולי הראתה. אנחנו אחת המדינות הכי גבוהות במימון הפרטי שלנו. זה שיקוף של מה שקורה, תתעלמו מעמדתי ותתכנסו לעובדות. הוצאת משקי הבית – מדד שמספר כמה משקי הבית מוציאים במדינה על תצרוכת, וזה כל מיני סוגי הוצאות. שלשום התפרסם נתון של הלמ"ס, ואנחנו רואים שאנחנו במגמת עלייה על רצף של זמן.

יעל: זה נורא.

גבי: משקי הבית משלמים יותר ויותר כסף, ואנחנו צריכים לדעת את זה. על מה הוא מוציא ומהם מנועי הצמיחה? זה לא השערה או עמדה, יש נתונים. רוב העלייה של ההוצאות של משקי הבית זה ביטוחי הבריאות, מסחריים





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ופרטיים, שניהם עלו באופן דרמטי, והייתה גם עליה בתרופות אבל נעזוב את זה. קפצנו, כמרכיב סך הוצאות משקי הבית מ-3.8 ל-5.3 אחוז, שזו קפיצה גדולה. מה עוד קרה?

דובר/ת: אתה אומר שזה נפתח בשני מקומות. משקי הבית מממנים יותר מתוך סך ההוצאה וההוצאה כהוצאה לא עולה.

גבי: הלאומית לא עולה.

דובר/ת: יש שפיל בתוכו.

גבי: אני קופץ לסיפור של תכניות השב"ן, אפשר להגיע לכמות המבוטחים אם כי זה הגיע לפלטו. עוברים מרובד ראשון לרובד שני. אני לא רוצה להיכנס להשערות עתידיות, אבל אני מניח שזה יגיע לרוויה ולמיצוי, אנחנו נמצאים ב-75 אחוז כבר כמעט ארבע שנים. בנושא של מס' מבוטחים הגענו לרוויה. מה שקורה שם, זה שאנחנו משדרגים בנושא הרבדים, וזוים מרובד אחד ליקר יותר. יש פה גידול בנפח הכספי, מ-99 אנחנו נמצאים כמעט בפי 5, וזה נומינלי. אני מראה את אותו סיפור בכיוונים שונים. אקדים ואומר שמעבר לסיפור של הגדלת הנפח של הביטוח המשלים, יש לכך השלכות אדירות, על יעילות התפקוד ועל השוויוניות. המחזור הכספי של הביטוחים הפרטיים, המסחריים, כולל הקבוצתיים גם הולך וגדל, תראו בשקף, כמעט פי 2.5. כלומר, ענף הביטוח המסחרי-פרטי ומשלים נמצא במגמה מאוד גדולה של גידול.

יעל: רואים את זה במפורש. מ-2 ל-8 ומ-2 ל-5.

גבי: זה גם מידע מתוך ספקי הביטוח.

דובר/ת: הגידול בשב"ן השאלה אם זה מהצטרפות אנשים או מעלייה בפרמיות.

יעל: זה לא רק עלייה בפרמיה, גם כל אדם קונה יותר. בגדול ההוצאה גדלה אם אתה רוצה מזה או מזה. ההוצאה לנפש גדלה.

דובר/ת: היה 2, נהיה 8. אם אתה רוצה לענות על השאלה מה גדל? ה-Q גדל, יש התפלגות, וזה אחרת.

דובר/ת: זה די ברור שאחד מניע את השני.

דובר/ת: צריך לראות את זה בקרב משקי בית שקנו ביטוחים.

גבי: אנסה לחדד. השאלה היתה האם הגידול בהוצאה, הסיבה לכך היא שיותר אנשים הצטרפו למערכת או שכל אדם משלם יותר. במשלים אין גידול במספר המבוטחים, וכל הגידול הוא בפרמיות.

דובר/ת: ב-3 שנים האחרונות יש זחילה של אנשים בתוך רבדי הפרמיה. עוברים מפרמיה לפרמיה כי זה זז בין רבדים. ביטוחים משלימים לא עובדים על בסיס אקטואריה, וזה משמעותי למדינה שבה שיעור הזקנים גדול. הן לא עובדות על הבסיס הזה במשלים, גם אם הביקושים יהיו אותו דבר פר גידול, נראה עליית פרמיות בעשור הקרוב. עצם העובדה שהאוכלוסיה הולכת ומזדקת בשיעורים גדולים, הסבסוד הפנימי של דורות לא יספיק.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**גבי :** עוד נתון ללא עמדה ערכית – תיירות מרפא מרכיב שנמצא במנדט של הוועדה, גם אלמנט בגידול, כמעט פי 8 או 9 מ-2005, ואני מדבר על המערכת הממשלתית. אומדן בכלל המערכת – חצי מיליארד בשנה.

**יעל :** אני מדברת גם על אסותא והדסה ושע"צ. הדסה לא נתנו נתונים.

**דובר/ת :** ממתינים לנתונים.

**דובר/ת :** לעיתון הם נתנו.

**גבי :** המספר המוכר הוא 290 מיליון, אבל המגמה היא אותה מגמה של צמיחה מדהימה בכמות ההכנסות מתיירות מרפא. אפשר לשאול מה היה מתוכנן ומה לא, וזה ניתוח שלי ואני מודה. אני חושב שחלק היה מתוכנן על ידי המדינה, הרגולטור, משרד הבריאות, מקבלי החלטות במדינה. זה לא מקרי, ישנה נוסחה והסכם חד שנתי, כמה אני נותן פיצוי לנושא הדמוגרפיה. אבל חלק מהמגמות שקרו התפתחו למטה ולא מלמעלה. מי שקבע את המגמות האחרונות זה השטח שהתווה אותן. השטח מנסה שוב לעשות משהו.

**דובר/ת :** מה זה השטח?

**גבי :** אגדיר את השטח – בתי"ח, קופות החולים, חברות ביטוח, אולי גם הציבור. כל אחד שייקח את זה לאן שהוא רוצה ויכול להגיד שהמדינה זה באופן עקיף. אפשר להתווכח על השוליים של זה. אומר אחרת, אני לא בטוחה שמדינה שחוקקה את חוק הבריאות הממלכתי, התכוונה שיהיו 70 אחוז.

**דובר/ת :** כמה היה שיעור המבוטחים אז?

**גבי :** פחות מ-50 אחוז.

**דובר/ת :** מה שאתה רוצה להגיד שם תמיד קורה.

**דובר/ת :** במערכת בריאות צריך פחות שהשטח יקבע, צריך יותר רגולציה.

**דובר/ת :** 99 זה היה 46 אחוז.

**דובר/ת :** מי שאישר את סעיף 10 ב-98 והיו אומרים לו שב-2013 זה יהיה 70 אחוז, ימרוט שערוניו! לא! רק 75 אחוז? מה??

**גבי :** היום זה 75.

**יעל :** הוא היה מאוד מודאג אם היה רואה את המגמה של ההוצאה הציבורית.

**גבי :** אם היה חושב שזה יגיע לכדי זה עם ההוצאות האחרות של המערכת, היה מודאג.

**דובר/ת :** ההנחה הסמויה שלך היא שכל הגידול לא היה רצוי?

**גבי :** אני לא רוצה להיכנס לזה. אני מנסה להימנע ממה אני רוצה או מה אני חושב. תמונת המצב הנוכחית – במצגת, אחרי שלמדנו מה קרה בעבר. מה שניסיתי לעשות, לקחתי את כל העדויות שנשמעו בשולחן זה, וניסיתי



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

לרכז, אלה היו העדויות של אלה שהיו כאן – במצגת. הייתה פה תמונה אחידה לגבי כל השחקנים במערכת, כמעט כולם אמרו שהם בגרעון. חוץ מאסותא. זה מחייב בחינה והערה מחודשת, כולל תמחור.

יעל: למה כולל? בראש ובראשונה תמחור.

גבי: בעיית ריבוי הכובעים מחוברת לכל הבעיות האחרות, אבל גם היא עלתה. סיכום במגמות ובעיות המערכת – במצגת. קהילה אני שם בצד כי קיבלה הרבה ציוני שבח מאיתנו ומהשירות הציבורי. אני מסתכל עלינו ועל משאב הזמן והיכולת, לא נוכל לדון בכל הבעיות והמגמות. אנחנו חייבים לעבור מהלך של סינון של הדברים שנעסוק בוועדה ובמה לא נעסוק. נצטרך לדון בדברים העקרים שמעסיקים אותנו ב-2013, מה אנחנו עושים עכשיו כשיש את הבעיה – עבודת הוועדה במצגת. אין לי תחושה כשאני מתסכל על מנדט הוועדה שפספסתי בגדול. אנחנו נוגעים בגדול, אבל חסר לי משהו אחד, וזה זה – אי אפשר לדון בסך כל המקורות הציבוריים של המערכת. מרכיב שהוא נקודת המוצא וממנו נגזרים כל השאר. אני ממליץ לוועדה לאמץ גם את הנושא הזה, בלעדיו ארגיש שפספסנו.

דוברת: גם אם זה לא נכתב באופן רשמי כמנדט הוועדה, כל הדיונים הללו משליכים ומתחברים לזה בדרך זו אחרת.

גבי: הכל מתחבר, אבל חייבים להיות ברורים. הוועדה הזו צריכה להתייחס לסך המנדט שלה, ולא יכולים להתעלם מהנקודה הזאת. הערות משלימות – במצגת. 3 מקורות יש לנו – תקציב מדינה, משקי בית והתייעלות כמו שאמר גל הרשקוביץ. נצטרך להסתכל על זה. יש תמהיל ציבורי-פרטי, בעיקר בהקשר של מימון אבל גם בהספקה. עמדתי היא שהתמהיל נכון להיום לא יעיל ולא שוויוני, ואנחנו צריכים להחליט מה התמהיל הנכון, וזו הדילמה שלנו, כשיש לנו את תשתית העבר ומידע זמין. שר"פ ותיירות מרפא זה לא מטרת מערכת הבריאות, זה אמצעי להשגת מטרות, ואפשר לשאול האם אנחנו תומכים בהם, ולהסביר איך זה משרת את המערכת, ואם אנחנו מתנגדים, צריך להציג אלטרנטיבה. אנחנו לא נלך להשתזף אחרי שנחליט כן שר"פ או לא שר"פ, נצטרך להסביר למה כן או להביא אלטרנטיבה אם לא. אנחנו צריכים להיות ערים לסביבת העבודה בה אנחנו חיים, שינויים דמוגרפיים, טכנולוגיים, התנהגות צרכנית משתנה. הערות אחרונות – במצגת. יש צפיות מהוועדה, זה מעודד מצד אחד ומצד שני זה נטל של ואחריות מאוד גדולה. חשוב לעשות מבחן יישום. סוג כזה של מהפכה שתתנער מההיסטוריה ותעשה שינוי תיאורטי נכון אולי, אבל שלא יעמוד בפרקטיקה, זה לא ילך. מגבלת הזמן - יש לנו לחץ של זמן, 2014 זה אוטוטו, זה מגביל מבחינת הנושאים שנעסוק בהם ורמת הרזולוציה שנרד אליה ביצור הזה שנקרא בריאות. ישנה בעיה של תשתיות נתונים ויהיו מצבים שנקלע למצב שאין לנו נתונים וצריך להיות גם ככה, ונצטרך לעשות תחזיות והנחות יסוד. היינו רוצים לדעת מה ההשלכות של שינוי, ולכן נצטרך לעשות הערכות כמה שיותר מבוססות, אבל אי אפשר להגיד שלא נעשה תחזיות. נורא חשוב שנהיה עקביים עם מטרה אחרי שהגדרנו אותה. יש פה הרבה דילמות באשר להחלטות שנרצה לקבל, וחשוב שנסתכל על הפרספקטיבה של היעד הסופי כמה שיותר קונסיסטנטי. אנחנו עושים משהו שמשפיע על הביטוחים המשלימים, מיד זה משפיע על בתיה"ח. אנחנו נציגים של רפורמה במערכת הבריאות ואנחנו צריכים להרים את הדגל ולהגיד שיש סדרי עדיפויות וזה ברור. אנחנו צריכים להציג את הדרישה, וזה דגל מאד כבד.

יעל: אנחנו צריכים להיות מערכת הביטחון...

גבי: תודה רבה!!



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: ברור שיש אנשים סביב השולחן שיש להם דעות מסוימות, וגבי אחד מהם. כל אחד יציג את עמדתו ונדון בהמשך.

### שאלות הבהרה:

דובר/ת: רציתי לשאול את גבי – לי לא הסתדר איך אתה מיישב את שני הדברים האלה. אמרת במצגת, הצגת את כל הבעיות, בקהילה יש לנו מספיק עדויות שהיא טובה ולכן אתמקד בא,ב,ג. איך זה מסתדר עם זה שאתה אומר שצריך להעלות לדיון את סך מקורות המימון ומתוכם הולך גם לקהילה. אני מדברת על המקורות בתוך המערכת, לא הממשלתיים באופן כללי. אני מרגישה שיש סתירה בין 2 הדברים שהצגת – פה יש לי חוזק מסוים ופחות חשוב בסדרי עדיפויות, זה לא הדעה שלי, אני מתייחסת לדברך, ומצד שני אני נותן מקורות לכל המערכת ללא סדרי עדיפויות.

גבי: אני אומר שצריך לתת לכל המערכת, אבל בהקצאה פנימית, רוב הבעיות הן במערך האשפוז הכללי. קיבלנו ציון מצוין בקהילה וציון נכשל באשפוז. בואו ננסה לשקול את הבעיות במערכת הבריאות, אם תשאלי כל אדם איפה הבעיה המרכזית הוא יגיד לך בבתי"ח – יש תורים, אין כ"א וכו'.

דובר/ת: הבעיה המרכזית שאתה צריך פה כוועדה להתבסס על אמירות שאין בצידן נתונים. זאת הבעיה, היא רצינית.

גבי: יש מקומות בהם יש נתונים, אחוז התפוסה באשפוז הוא הגבוה ביותר בעולם, שיעור מיטות נמוך ביותר בעולם, משך המתנה, חולים במסדרון, יש נתונים, במקביל למחסור. הגדלת המקורות תיועד למקומות שבהם יש בעיות, וזו תשובה לשירה.

יעל: הצביעה או לא לצבוע של מקורות מימון לבריאות זה דיון בפני עצמו. זה לא רק הגדלת המקורות אלא גם צביעה שלהם. זה שיש לנו ממשלה נוחה זה לא אומר הגדלה חד פעמית אלא מנגנון גם לעתיד הרחוק.

דובר/ת: מה שלי מאוד בולט – בנשוא טרמינולוגיה – אתה מדבר על ההוצאה הלאומית ואז לנפש. אני רוצה להבין למה אתה לא חושב שצריך לקרוא לזה השקעה בנפש? בעיני זה חשוב.

דובר/ת: אז זה יהיה נכון גם לחינוך, לרווחה...

גבי: סמנטי, אני חושב כמוך שזה השקעה.

דובר/ת: בעיני לא סמנטיקה. איך אתה מתייחס לסוגיות של פיילוטס במערכת? דיברת על יישום ועל חוסר באפשרויות לניבוי, לכל אחד מאיתנו יש הערכה. האם אתה חושב שזו דרך נכונה, ולא אמרתי איזה פיילוט או איזה נושא, אחד יכול לומר שלא הולכים על פיילוטס בבריאות. האם יש לך עמדה על זה?

יעל: זה שאלה לדיון.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**\*\* מציג שלישי בפני הוועדה: ערן פוליצר, בנק ישראל – הצעת מתווה לדו"ח הוועדה. מציג מצגת.**

ערן: אני רוצה להציג את עמדת חטיבת המחקר לגבי מה צריך להיות בדוח הוועדה שיצא בסוף. אני מתחיל כמו גבי במתווה העקרונות שהוועדה קיבלה בהתחלה ואיך לצמוח משם לדו"ח כתוב שיצא – מתייחס למצגת. אי אפשר להתעסק רק בנושאים האלה, אלא גם במקומות שאין ממשק ישיר בין הציבורית לפרטית. איך אני אגזור את המשימות – במצגת. המערכת הפרטית יש לה תפקידים והיא מציבה אתגרים לא קלים למערכת הציבורית וחלק מהם מופיעים כאן – בשקף. ככל שהפער בין הפרטית לציבורית גדול יותר, זה מקשה על המערכת הציבורית. חוסר שביעות רצון מהמערכת הוא חלק מהסיבה להקמת הוועדה.

דובר/ת: לשמור על הרמה – אנחנו מרוצים מאיך שהיא עכשיו?

ערן: אני לא חושב שצריך מהפכה גדולה כדי שתקפיץ את המערכת לאיכות גבוהה יותר. אין בעיה לשנות ל"לשפר".

דובר/ת: שמענו שיש מקומות טובים ויש מקומות שצריך לשפר. האם פונקציית המטרה היא לשמור על מה שיש עכשיו?

ערן: הרמה הנוכחית גבוהה לפי הפידבקים שאנחנו מקבלים על המערכת, ואפשר לשפר.

דובר/ת: גם בעיני זה ממש לא בטוח, תלוי מה מחפשים.

ערן: לשמור על רמה גבוהה אני לגמרי מסכים. יש אתגרים למערכת הציבורית ויש אתגרים במערכת הבריאות בכלל. יש הרבה הוצאות שלא משפרות את בריאות הציבור אלא כדי להגדיל את ההכנסות של חברות הביטוח. בנוסף סוגיות יוקר המחיה והכנסה פנויה של האזרחים גם נושאים שמדאיגים אותנו במערכת הבריאות. זו הצעתי לפרקים שיופיעו בדוח הסופי – במצגת. יהיה פרק בהתחלה שמציג את הצעותינו בכלל, ואז נבחן אותם בממדים האלה. אנחנו ועדה ציבורית ואני חושב שזה טוב שהאזרח שיקרא את הדוח יראה התייחסות ספציפית מהפרספקטיבה שלו. יש נושאים אחרים מסעיף 2 ואילך, סוגיות שהן מעבר לאזרח, כמו מקורות מימון, כ"א וכו'. אפרט לגבי כל אחד – במצגת. נצטרך לתקף את הבעיה של אורך התורים גם באמצעות המחקר שניר עושה. אנחנו יודעים שיש פער בין התורים, ובין פרטי לציבורי. חלק מהדיון זה לוודא שהבעיות קיימות ומה המשמעות שלהן. כבר יש היום ביטוחים שמציעים חלופות לרפואת הקהילה שנמצאת במצוקה. לדוגמא אבחון מהיר באסותא, מציע חלופה לאנשים שממתינים בתור לביה"ח. ככל שיהיו בעיות ברפואת הקהילה, חברות הביטוח יכנסו לשם כי אנשים יהיו מוכנים לשלם על זה. אולי בזכות רפואת הקהילה הטובה אנחנו מצליחים להוריד מחירים, ולכן צריך לחזק אותה. אני לא מנסה להוביל לפתרון מסוים, אלא רק לדון בנושאים שאני חושב שצריך להתייחס אליהם. ממשיך לנושאים יותר רוחביים, כמו כ"א – ממשיך במצגת. פרק מטריציוני נוסף – מקורות המימון – במצגת. שני ממדים – מאיפה נכניס כסף למערכת ומה נעשה עם הכסף שייכנס.

יעל: זה הכל עניינים שנוגעים לניהול.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: אולי שווה להוסיף את זה.

ערן: הנושא הבא – ביטוחים פרטיים – ממשיך במצגת.

דובר/ת: האם קיבלנו התייחסות לגבי השימוש בשבנים לפי פעולות ולפי אזורים ג'ג? נאמרו פה כמה אמירות, וביקשנו לראות טבלה שאומרת לפי אזור ולפי סוג פעילות רפואית, מה אחוז השימוש בשבנים?

יעל: ניר אומר שניתן והוא מטפל בזה.

ערן: יש נושאים שחשוב שנחליט אם הוועדה תעסוק בזה או הרגולטור החזק שיצא במסקנות הוועדה.

דובר/ת: יש פה רק נקודה אחת לגבי מערכת תמריצים.

משה: כוח קנייה זה תמריצים.

דובר/ת: כל המערכת צריכה להיות מנוהלת בתמריצים אחידים. משהו אחיד שיעשה את זה יותר קוהרנטי ממה שיש היום. אפשר לחשוב על זה כאיזשהו מודל אלטרנטיבי שהוא קוהרנטי מראש. אני לא יודע אם זה אפשרי או לא, אבל כדאי לחשוב על זה.

ערן: צריך לדון על התמריצים במסגרת כל אחד מהפרקים. איך אני יוצר תמריצים שיקטינו את העומס במערכת האשפוז? למניעת קרים סקימינג?

דובר/ת: אתה מעצב את המערכת דרך רגולציה. אכלתי עכשיו ארוחת צהריים עם שגריר קוריאה, ושאלתי איך הם עושים את זה. הוא אמר שהרופאים שם מתלוננים על זה.

ערן: הנושא החשוב האחרון הוא היכולת לאסוף מידע במערכת. אפשר להגיד משהו על הצורך של הרגולטור להיות מסוגל לקבל נתונים ולאסוף אותם.

דובר/ת: יש טענה היום שהמשרד יכול לבקש נתונים ולא לקבל?

דובר/ת: בטח, ראה המקרה כאן בוועדה.

דובר/ת: יש מידע שאנחנו יכולים לאסוף ולא אוספים, וגם מה אנחנו עושים עם המידע.

דובר/ת: זה גם וגם.

יעל: אנחנו נמצאים במצב אבסורדי שאנחנו דורשים ולא מקבלים.

ערן: אלה הנושאים שצריכים להיכלל בדוח. הוועדה צריכה להחליט במה תבחר להתעסק ובמה לא, האם המבנה הזה הגיוני. אני חושב שהבעיות העיקריות שמטרידות את האזרח קיימות בפרקים הראשונים, והוא ישמח לראות שמתייחסים אליהם כבר בפתיחה. הנושאים המערכתיים יופיעו בהמשך. נשמח לשמוע את עמדתכם.

יעל: תודה רבה!! זה היה השלמה לגבי.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**\*\* מציג רביעי בפני הוועדה: פרופ' יוג'ין קנדל.**

יוג'ין: "אני אתחבר לדבריו של ערן, ואני חושב שמבנה הדוח צריך להתחיל ממה אנחנו רוצים להשיג כפרק. ממבנה הפרק אנחנו צריכים לשאול עצמנו מה אנחנו רוצים להשיג.

אני רוצה להתחבר למה שדיברתי לפני שנתיים – עד כמה אנחנו מסכימים על עובדות בסיסיות והנחות של המודל לא משנה מהו. אחד – אני רוצה לשים את זה מאוד באמצע השולחן, פיל לבן בחדר, האם יש מישהו שחושב היום בחדר לאסור את הרפואה הפרטית באופן כליל לא משנה איפה ניתנת? אני לא שואל כדאי או לא, אלא האם זה ניתן? כשאנחנו מדברים על קנדה שם רפואה פרטית אסורה, הם נוסעים שעתיים ויש לה רפואה פרטית עד מעל הראש. אני גדלתי במדינה שבה שום דבר פרטי אסור. אני שואל שאלה עובדתית, יש מישהו כזה? מה נובע מזה? אני מנסה להגיע לקווים ברורים. אני שואל האם אמירה הבאה היא מוסכמת – נכון להיום יש אמון לא מאוד גבוה במערכת הציבורית במובן הבא – אם אני הולך למערכת הציבורית, היא מנתיבה בשבילי לאיזה רופא אלך. אין מספיק אמון בה כדי שאתן לה את הזכות לנהל לי את הבריאות מבלי לשאול שאלות.

דובר/ת: זה היגד.

יוג'ין: אני מגדיר את האמון במערכת בצורה הבאה – אני מאמין במערכת, אני בא אליה, היא אומרת לי מה לעשות ואני עושה. זה לא שאני פוחד שהרופאים לא טובים, אלא אני לא מוכן להפקיד את הבריאות שלי במערכת הציבורית מבלי לשאול שאלות. זה משהו שקורה בהרבה מדינות. למשל אני בוחר רופא או מתייעץ שוב. זה אומר שאני רוצה ללכת ולרכוש לי אפשרות בצורה פרטית או דרך ביטוח כן לקבל החלטות משלי. מסכימים או לא? שרוב הפרטיים במשק לא מוכנים לתת למערכת הציבורית עכורס, ולראייה ל80 אחוז מהמשתמשים יש שב"ן. שב"ן זה משהו שאני לא חייב, זה וולונטרי.

דובר/ת: לא מסכים.

דובר/ת: גם אני לא.

יעל: גם אני לא.

דובר/ת: מרבית השימושים בשבן זה על תרופות מחוץ לסל. אני רוצה הנחה על תרופה מחוץ לסל, וכשאני בא לביה"ח אני לא שואל שאלות.

יוג'ין: מה אחוז בחירת רופאים וחוו"ד שנייה?

דובר/ת: היקף כספי 40 אחוז, ויש גם מספר תביעות.

יוג'ין: מספר תביעות לא מעניין אותי.

דובר/ת: יש הרבה דברים בשבן שקשורים בהריון, בתרופות ולא רק בחירת מנתח או חוו"ד.

יוג'ין: לפחות 40 אחוז מהכסף לא סומך על הציבורית?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**דובר/ת: כולנו הסכמנו שאנשים רוכשים את השב"ן כי הם לא סומכים.**

**דובר/ת: זה שזה 40 אחוז מהתביעות זה לא מייצג את רמת האמון שלך במערכת. יש כל כך הרבה מה לומר על זה..**

**יוגין: אם אני היום מחלק לשבן א' ולשבן ב', א' נותן בחירת רופא וחוו"ד שנייה וב' נותן את כל השאר.**

**דובר/ת: אני הייתי מחלק גם את בחירת מנתח וחוו"ד שנייה.**

**יוגין: בוא נשאל כמה מכם חושבים שאחוז האנשים שיקנו את השב"ן הראשון יהיה מעל 50 אחוז?**

**דובר/ת: זה משנה כמה אנשים יקנו את הרובד שלמעלה.**

**יעל: יש לך הסכמה של למעלה מ-50 אחוז.**

**יוגין: המסקנה שלי היא לאו דווקא הסכמה גורפת. אם אנחנו לוקחים כנתון שיש הרבה אנשים שלא מוכנים לחיות בלי בחירת רופא, נכון להיום ישנה סיטואציה של גידול בהוצאות פרטיות. יש פה פוטנציאל של ספירלה של אמון. בפרטית יש קרים סקרימינג לא קטן מבחינת בחירת חולים למערכת, הפערים גדלים, האמון נפגע ואתה כל הזמן הולך סחור סחור. דבר נוסף שאני לא חושב שצריך להגיד שלכולנו ברור שהמערכת של מדידה, בקרה ואכיפה במערכת, צריכה להיות הרבה יותר משמעותית וברורה מבחינת התמריצים והכלים שיש לו וכו'.**

**דובר/ת: אני לא חושבת שזה בהכרח נכון, יש לזה מחיר גדול. אם למערכת יהיה יותר מדי רגולציה או תמריצים, יכול להיות יותר נזק מאשר תועלת.**

**יוגין: בדיוק כיוון הפוך, יותר מדידה, יותר בקרה על הדברים שקורים במקום. 2 חלקים – האם אתה מודד והאם אתה מעביר למישהו? טענתי הפוכה – בהינתן שאתה לא יודע מה קורה אתה תהיה יותר חזק רגולטורית.**

**דובר/ת: אתה צודק, מדידה חייבת להיות חד משמעית, וגם שקיפות, על זה אין ויכוח. אני לא מאמינה, וזה מסוכן מדי לחשוב שבמערכת בריאות יהיה מקום מרכזי שממנו יצאו הוראות. אם אתה יוצר תמריץ שהוא לא נכון, הוא מעוות, וראינו ושמענו על זה, מה שאתה אומר שניצור מערכת שתהיה יותר ממושמעת וברורה...**

**יוגין: המערכת מנוהלת היום במעט מדי מידע ויותר מדי כפייה. למערכת אין מספיק מידע, בקרה שהמידע מגיע, ואכיפה, ולכן צריכה יותר רגולציה.**

**דובר/ת: אסכם כדי שנבין על מה אנחנו מסכימים – יש לנו מידע וזה ברור, המערכת שקופה וזה חשוב, ומה שאתה אומר שהאכיפה מבחינתך, מה ההבדל בין זה לרגולציה?**

**יעל: זה חלק ממנה. רגולציה זה חל על כלל ונהול נכון, פיקוח ואכיפה.**

**יוגין: הכל מותר, חוץ מלהרוג אנשים, אם הרגת אני הורג אותך במקום. זה הרגולציה.**

**אני חושב שיש הסכמה די גורפת מסביב לשולחן שהמערכת צריכה יותר משאבים.**

**יעל: לא נתנגד לזה.**



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: בכלל המערכת או בציבורית?

יוגין: אתה טוען ששה"כ אנחנו מוציאים מספיק על הרפואה במערכת והאם כמדינה אנחנו מוציאים מספיק על הבריאות או לא? שתי שאלות ואני לא מביע דעה פה. יש פה תשובה די גורפת ראשונה ולשנייה יש גם הרגשה שאנחנו קצת... מבחינה זו אני לא חושב שיש משהו שחושב שצריך להקטין את זה. להקטין אף אחד מהם אף אחד מכם לא רוצה.

דובר/ת: יש קונצנזוס לגבי הגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות, כאשר הדריב המרכזי זה ההוצאה הציבורית לבריאות.

דובר/ת: אני לא מסכים גם לא כאגף תקציבים. אפשר לעשות שיפטינג בין הציבורי לפרטי.

דובר/ת: אז אל תחפש קונצנזוסים על התמהיל.

יוגין: אתה מנסה להכניס את הפתרון שאתה מעדיף לשאלות שלי, אני ממש לא שם. בואו נשתחרר. אני לא מנסה להפיל אף אחד בפח.

דובר/ת: תמיד אתה יכול לחזור בך.

דובר/ת: אני חושבת שיש הסכמה. הרוב היה מעדיף שההוצאה הלאומית לבריאות תהיה מעל 7.7 או 7.4 כאשר לא היה רוצה שהגידול ינבע מתוך החלק הפרטי.

יעל: בחיוב מהחלק הציבורי.

דובר/ת: או מירידה בתוצר, זו גם אפשרות.

יוגין: אבל האם יש קונצנזוס מסביב לשולחן שהוספת כסף הוא תנאי הכרחי אבל לא מספיק? אולי נוסיף כסף ולא נראה שום תפוקות.

יעל: ודאי, זה אוניברסלי.

יוגין: אני חושב שבסעיף אפס אנחנו צריכים לשים מה פונקציית המטרה. מתייחס למצגת. חיזוק מערכת הבריאות הציבורית כמה שאנחנו יכולים בשני ממדים – אבסולוטית אובייקטיבית, ושנית מבחינת אמון הציבור. מי שלא מסכים איתי שאמון הציבור הולך ויורד זה בסדר, אבל כולנו צריכים להסכים ששני הדברים האלה צריכים להיות מוסכמים. מקובל?

יעל: אני לא בטוחה שבדרך שבה אתה מציג את זה, זה יהיה מקובל.

יוגין: אז אני לא אשאל, כי כל שאלה מעוררת פה אנטגוניזם. המגבלות הן 3 – במצגת. כל אחד מכם יכול לחשוב איפה אתם רוצים לראות את המספר הזה של ההוצאה הלאומית על בריאות. אנחנו לא רוצים למשוך את הגודל הזה מחוץ לתוואי כלשהו. דבר שני שאמרתם – אנחנו לא מרגישים נוח שאחוז ההוצאה הפרטית מגיע לאן שהוא



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

מגיע. הדבר השלישי – מה שאנחנו רוצים זה להבטיח מגבלה של שוויוניות. זה בצד מתן השירותים. ההבדל בין המערכת הפרטית לציבורית – אותו שירות, הפער ביניהם לא יכול להיות גדול.

דובר/ת: זה יחסי.

דובר/ת: זה מסוכן. לא מבינה את השלישית.

יוגין: זה לא מטרה אלא מגבלה. פונקציית המטרה היא לדחוף את כולם למעלה, אבל כשאתה דוחף אותם, המגבלה היא שאחד לא יברח מהשני. בעצם היחס בין 2 המערכות חייב להיות בהלימה אחד לשני. אם נברח מההלימה הזאת, נתחיל לראות מערכת שפוגעת חלקית באמון. מבחינתי והצוות, זו פונקציית מטרה. אני הייתי שמח אם נקיים דיון קטן על הנושא הזה.

דובר/ת: האילוץ מספר 3 אומר שאתה לא רוצה יותר מדי חוסר שוויוניות בין הפרטי לציבורי, אבל לא התייחסת לשוויוניות בתוך הציבורית. לי חשוב שהציבורית תהיה שוויונית לפני שתהיה שווה לפרטית.

יוגין: תוסיף לממדים האבסולוטיים את הממדים של הציבורית.

דובר/ת: אכפת לך שהציבורית תהיה יותר מהפרטי?

יוגין: לא, כי אז הפער הוא שלילי, הגדרתי את זה כשיווני.

דובר/ת: אבל זה לא יקרה.

יוגין: אם זה שלילי, זה בוודאות מתחת לסף מסוים, הגדרתי כיוון וזה לא ערך מוחלט. אני ממש אומר שבפרמטרים שאנחנו נקבע, יש בנושא הזה יעילות זה כלי. כתוב פה שהפער בין פרמטרים שאנחנו נחליט עליהם כמדינה, זמן המתנה, איכות הרופאים, בין מערכת פרטית לציבורית לא עובר איזשהו סף.

דובר/ת: האם אתה חושב שמרכיב נוסף במטרות, תחת אילוצים, זה שמירה על הערך של שוויוניות במערכת הבריאות הישראלית?

יוגין: ברגע ששמים את זה כמגבלה, זה לא יעד.

דובר/ת: הוא אומר שאחד מהם לא יכול לברוח מהשני.

דובר/ת: זה בסדר. בהנתן שאין אינסוף מקורות ומימון פרטי במידה מסוימת פוגע במערכת, ושיש מידה של סולידריות קיימת במערכת.

דובר/ת: אתם אומרים אותו דבר.

יוגין: אתה רוצה לאמץ את זה כפונקציית מטרה.

יעל: זה מהות הדיון שעליו ננהל עשרות רבות של דיונים. התובנות שהיו הן שלך ולא של גבי.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

יוגין: אני אומר שאנחנו צריכים לקבל את המטרה והאילוצים, לכתוב אותם, לסכם אותם, ולפני שנתקדם לכל דיון על ה'איד', צריך להחליט 'מה' ולא לברוח ממנו. זה יהיה די ברור אחרי שעתיים של דיון מה תרצו לראות כמטרת המערכת. אני לא אומר שצריך לקבל את מה שכתבתי וזהו.

אבסולוטית שהמערכת תהיה טובה מבחינת פרמטרים רפואיים, שתהיה שוויונית בתוכה ושיתפס כאמינה ושוויונית כך שתעורר אמון. מהמילה חיזוק אפשר לכלול סדרת דברים שצריך לפרט אותם.

דבר אחרון – בהינתן שסיכמנו איך אפשר למנוע מערכת פרטית, יש בגדול 2 מודלים – ציבורית ופרטית די נפרדים ואחד שהם די קרובים. בלי להיכנס מה יותר טוב, אני חושב שחשוב שנקיים את הדיון הזה. אני ממליץ על דרך של טיפול בסוגיה הזאת בצורה אחרת. בואו נניח שמודל שהם נפרדים הוא שבחרנו בו, בואו נתאסף וננסה לשפר את המודל כמה שנוכל, הכי טוב שנוכל. אם הלכנו על זה, מה המודל האופטימלי? זה ולא דיון ויכוחי.

יעל: זה לא למה לא, אלא איך כן.

יוגין: ברגע שנבנה את שני המודלים נוכל לשבת ולא להסכים על מי עדיף, אבל לא נסכים בצורה מושכלת.

יעל: אתה מציע מתודה. בואו נחשוב בכל מודל למה כן ולא למה לא. כולנו נגיד מה טוב במודל הזה או באחר, ואז נתחיל להתווכח, הווכוחים יגיעו, צריך לקבוע קודם חזון ויעדים.

יוגין: את זה עשינו, אני מסכים איתך. הרעיון הוא להשוות בין מודלים מוכנים שכל אחד מהם יכול לעמוד שם. צריך לבנות את המודלים השונים.

דובר/ת: מה שקצת מקשה זה שזה שני מודלים לא סימטריים – הפרדה מוחלטת או כל השאר, ולכן זה בעיה.

יעל: שים 6 מודלים, הוא מדבר על רצף.

יוגין: אין רצף, חלק מהדברים לא הולכים יחד.

דובר/ת: זה לא רצף, אתה צודק, אבל זה גם לא פתרונות קצה. יכול להיות שמה שאפשר לעשות, זה ללכת במודל שאולי אפילו יהיה יותר קל כי גם קשה לנו תרבותית. בואו נבחן מודל ולכל מודל יש מחירים. אתה יוצא מנקודת קצה אחד ולאן ללכת.

יוגין: על זה תהיה פה אידיאולוגיה שלמה. אני אומר לא. אני בטוח שאם נשב כמה שעות, יהיו בסופו של דבר 3 מודלים.

יעל: קובי מקובל עליך שיהיו 3 ולא רק קיצוניים?

יוגין: זה לא קיצוניים. אם זה המודל שאנחנו נמליץ, זו תהיה הקונפיגורציה שלו, ונוכל לעשות השוואה ביניהם.

דובר/ת: מדברים אך ורק על הנושא של בחירת הרופא או לא? איזה פרמטרים יש במודל?

יוגין: הכל. זאת הסיבה שבגללה צריך להשוות את הפרמטרים שבאמצעותם נשווה בין המודלים.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: הוא אומר בואו ננסה להגדיר לעצמנו מודלים. ברגע שהגדרנו מודלים בלי שיפוטיות ולומר זה מודל טוב או רע, בזה אני תומך ובוזה לא, אלא חלופות אפשריות, כל חלופה נציב ומבחינתנו, לצורך התרגיל האינטלקטואלי, נאמר שזו החלופה היחידה בעולם ואיך משפרים אותה. וכך נעבר חלופה חלופה, ואז נתחיל להשוות. זו כוונתך?

יוגין: כן.

יעל: זאת מתודה.

יוגין: כדי לעשות שיפורים וגם להשוות בניהם, אנחנו חייבים סדרת מדדים לשם השוואה שצריך לצקת תוכן אליהם, ומה המטרה כי יחסית אליה נצטרך להשוות אליה ולשפר אותה. הפירוט הוא של הכותרת חיזוק ומה שאנחנו רוצים שיקרה.

דובר/ת: אתה צריך רשימת פרמטרים ארוכה.

דובר/ת: תן לי דוגמא למודל.

יעל: זאת השאלה.

יוגין: קח מודל הולנדי או בריטי.

דובר/ת: יש 34 מדינות ב-OECD, לכל אחת מודל משלה. העניין הוא זה לא מודל א, ב, ג. 2 הערות – אנחנו לא מזמינים תכנית של ארכיטקט למערכת, יש מערכת היום ואי אפשר להתעלם ממה שכבר יש. זה לא מודל קומוניסטי למול הקפיטליסטי הטהור, אלא המינון והתמהיל שלהן ויש לכך וריאציות אין סופית. במגבלת הזמן אני אומר שחבל על זהמן.

יעל: אתה אומר בוא נבנה משלנו.

דובר/ת: לא, אני אומר בוא ניקח את המודל הישראלי ונראה מה לא בסדר בו ואיך משפרים.

יוגין: אני באופן קיצוני לא מסכים עם גבי בנושא הזה, בשביל זה יש משרד הבריאות. ייקח את המערכת ויחשוב איך לשפר אותה.

דובר/ת: איך הגיעה לאן שהגיעה?

יעל: מערכת מאוד מקצועית עם בעיות. ויותר טובה מהרבה אחרות.

יוגין: אנחנו לא באים לעשות תיקון של המערכת הזאת, אלא לחשוב על מערכת שתיתן פתרונות לשנים קדימה. יש פה דברים שהמערכת לא יודעת להתמודד איתם. לקחת את מה שיש היום ולעשות תיקונים בשוליים זה בזבוז זמן.

דובר/ת: זה לא בשוליים, הוא רוצה לשפר את המערכת.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יוגין: אנחנו צריכים לדעת איך אנחנו רוצים שמערכת הבריאות תיראה עוד 5-10 שנים. זה קונספט של תהליך שונה לגמרי מאשר בוא נראה מה יש ולשפר. זה מה שעושה אגף התקציבים.

דובר/ת: למה אתה חושב שמשרד הבריאות לא עושה את זה? או שממשלה לא עושה את זה באופן רציף?

יוגין: ממשלה לא עושה את זה באופן רציף.

דובר/ת: שולי שאלה את השאלה על ביטוחים בשקף שלה, מפרט את האחוזים למה אנשים עושים שכן. אני חושב וגם ביקשתי להגיד בפני הוועדה מה הנושאים שאני חושב שכדאי לדון בהם, והרבה נובע ממה הבעיות המרכזיות במערכת. אם נסכים על הבעיות ומה גורם להם, יכול להיות שנוכל, מבלי לעצב את כל המערכת מחדש. זה בתי"ח, קהילה, מקורות מימון, כ"א, חותך מודלים ובכל מודל בצורות שונות ולא מוציא מהמודל האחר את הכל. במה שערך אמר יש הרבה נקודות שצריך לדבר עליהן ולקבל החלטות. אני הכנתי וגם אחרים הכינו על מה רוצים לדבר ועל מה צריך לקבל החלטות. ככל שנעשה זאת מוקדם יותר, זה יהיה יותר אפקטיבי.

דובר/ת: חייב להתייחס – אני חושב שמה שהצגת היה בעיני בלבול בין סימפטומים לבעיות ואני לא לחלוטין מסכים או לא מסכים. אתה מציג את הבעיות, חלקם סימפטומים וצריך לחשוב מה יוצר את מה שהצגת, תורים, נגישות. המטרה היא לאבחן את הבעיות שיצרו את הסימפטומים ואיך הטיפול בבעיה פותר את הסימפטומים. אני חושב שיש קצת ניתוק כי שכחו מה דיברו לפני כן. אני חושב שהבעיות העיקריות של המערכת – אחד זה מסחור במשאבים והיעדר קיום של מנגנון טוב לעדכון המשאבים, 2. היעדר פרוגרסיביות של מימון, 3. בעיית בתי"ח, יש כשל מבני בחוק בכל מה שקשור לאיך החוק מתייחס לבתי"ח. ואני מוכן לדבר על מבנה החוק והתחרות בין הקופות שפוגעת בבתי"ח, זו מערכת דו-קוטבית של רפואה גרועה בבתי"ח. כל הנושא של בתי"ח צריך טיפול אחר – הגדרת פיקוח, הגדרת סל ומשאבים, והאחרון זה הגדרת הנושא של ביטוחים, משלים ובסיסי. חשוב להגדיר את הבעיות העיקריות והסימפטומים שהצבעת עליהם עוזרים לנו להגדיר את הבעיות. קשה לי עם מה שהצגת – יש דרך לחשוב על הבעיות וללכת לגישתך. בואו ננסה את הפתרון הכי טוב ונבחן אותו. אני לא קורא לזה מודל אלא דרך התמודדות עם בעיה מסוימת, כמו בעיית חוסר המשאבים וננסה למצוא את המודל הנכון. הרושם שיוצא מהצעתך – בוא נציע ארבעה מודלים לכל הבעיות. בוא ניקח את כל הבעיות ונציע מודלים לפתור את כולם. אני חושב שזה קשה ובעייתי מדי, חייבים לפרק את הבעיות, להבין מה הן ואז לחבר אותן. אני מבין שיש בעיות בכל מיני תחומים, אבל אני לא חושב שניתן לקיים את הדיון על כל המודל א' מול ב' מול ג' מול ד' אלא לפרק את הבעיות והפתרונות.

יוגין: אני בדיוק מתחבר לזה רק יש לנו ויכוח. איך אתה מייצר את המודל של מערכת הבריאות? קח מודל שהוא נותן מענה. אתה יודע מה הבעיות, תיתן מודל שהמצב משתפר ביחס לבעיה הזו וביחס לבעיה שנייה ושלישית. ליצור בעיות בהפרדה עלול ליצור לנו מערכת שתהיה לא מתאימה.

דובר/ת: אני מדבר הרבה על קשרי הגומלין וכלים שלובים, מבחינת פרקטיות, אני לא מסכים איתך.

דובר/ת: אני מתחברת אליו. אני חושבת שהחלק הראשון חייב להיות הגדרת מספר הבעיות של המערכת. מה שהוא אמר שזה הרבה פרטים ואני צריכה תבניות יותר גדולות ולא רק סימפטומים. אותי זה בלבב לראות שלד



המערכת. זה יפתור וזה חשוב לבעיית האמון במערכת. אני חושבת שזה צריך לקבל משקל משמעותי כי זה בעיה וצריך לגעת בזה. לנו קשה, אולי אתה יכול, איך אפשר לבנות מערכת שלמה. אני חושבת שאפשר לדעת מה אנחנו רוצים ומתוך הבעיות להגיע לסוג של כמה מודלים. אני לא רואה מה יש לי שיכול לחבר הכל.

יוגין: זה יותר פשוט ממה שזה נראה.

דובר/ת: קשה לי לראות איך להרכיב מודלים. אני לא בטוחה אם הוועדה הזאת צריכה להגיע לפתרון הסופי בכל דבר.

יעל: את צריכה לתת מסקנות והמלצות.

דובר/ת: האם זה עד רמת הביצוע או שהוועדה יכולה להגיד שמפה צריכה לקום וועדה שתבחן איך מיישמים את ההמלצות?

יעל: הוועדה הזו צריכה לתת המלצות ולהגיע למסקנות לחזק את מערכת הבריאות כשווינונית ויעילה. קובי אמר שנצטרך משלל הבעיות להחליט עם מה נרצה להתמודד ויכול להיות שחלק מהבעיות נמנה או נבקש להעבירן לוועדות אחרות שידווחו לנו בשלב יותר מאוחר, אחרי שניתן להן לרוץ. נכון קובי?

דובר/ת: מאה אחוז.

דובר/ת: אם תסננו את הדברים, אם מישהו יכין ש.ב. נגיע לקונצנזוס אחד לגבי המטרה, הבעיות ואיך מתמודדים איתם. הפריע לי עניין המודל ואני שוחה הרבה במערכת הבריאות. אני לא מכיר מודל אופטימלי של מערכת הבריאות. לכל מערכת בריאות יש את המודל שלה, שהוא נגזרת של היסטוריה ופוליטיקה וערכים, ולנסות להכתיב למערכת הבריאות איך להתנהג ומגבלות, חבל על האנרגיה. הדרך היותר פרקטית זה לא לקחת מודל תיאורטי אלא להתייחס למציאות הישראלית של 2013 ולראות מה מטריד אותנו, והצגת יעדים לגבי יעילות, קידום בריאות האוכלוסייה, לגבי שוויוניות, לגבי איכות, וצריך ללכת לאורם.

יוגין: אתה אומר שב-2013 נפתור בעיות של 2013 וב-2014 נפתור בעיות של 2014?

דובר/ת: לא, ההסתכלות צריכה להיות קדימה ל-10 שנים לפחות.

יוגין: זה הכל תיאורטי. אני רוצה שאנשים יבינו למה הכוונה. אף אחד לא הציע לקחת מודל תלוש מהמציאות ולהמציא משהו טוב. זו לא הכוונה ולא הייתה הכוונה. עשיתי כמה דברים שהיו כמה הצלחות. אין ממילא מודל או סט של כלים שיחד משלימים אחד את השני ולזה הכוונה של מודל.

דובר/ת: אם תגדיר את המטרות, תבחן כלי, כלי ותראה אם זה מתאים.

יעל: תודה, יש ביניכם עכשיו הסכמה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: אנחנו צריכים לעשות הפרדה בין סימפטומים לבעיות. לדוגמא תורים ארוכים היא באופן יחסי סימפטום ולא בעיה. הגדרת בעיה מגדירה את הפתרון שלה. הבעיה יכולה להיות מחירים לא נכונים או רופאים בורחים למערכת הפרטית או שילוב שלהם. מתודולוגית צריך לחשוב איזה תופעות מטרידים אותנו במערכת ובהם נרצה

לטפל. ניצור קונצנזוס ונסה לגזור בעיות, משם יתחיל המרחק להיפתח. אפשר לתכנן טווח ארוך ועדיין לא מספיק ויהיו חילוקי דעות בינך לבין גבי לדעת.

יעל: 2 הצעות ל2 דרכי פעולה עתידיות: אנחנו בסך הכל מסכימים שצריך להחליט אם זה סימפטום או בעיה בנושא מסוים. ישנם כמה דרכים: 1. לעשות שילוב או סינתזה או קומפילציה של מה ששמענו היום. מספיק לשם כך למנות 2-3 חברים או 2. שנתרכז כולנו יחד ונשים נייר גדול ונרשם סימפטומים ובעיות וכל אחד מסמן את מה שלדעתו מרכזי, רואים מה הרוב סימן ואז דנים. אם יש שלישית תגידו.

דובר/ת: הייתי בכל זאת רוצה להקדיש לדיון של מה זה חיזוק המערכת הציבורית.

יעל: אין בעיה, תגובות: כולנו יחד או צוות מצומצם?

דובר/ת: צוות, חבל על הזמן.

דובר/ת: צריך להחליט על מסגרת של מה יהיה ומה לא יהיה, צריך רעיון מסודר איך לבחור.

יעל: מי מכין? אני מציעה ניר, ערן, שירה ומיכל ויוליה כמובן. לוי? שבוע. הכל מוכן, יש לנו את הכל. רוני הוא ראש הצוות, ואז זה יהיה תוך שבוע. אני קוראת לזה קומפילציה. הכוונה לריכוז כל מה ששמענו היום לכדי מצע כלשהו שעליו אפשר יהיה להתחיל את הדיון. קיבלתם שבועיים בגלל נסיעות.