



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

משרד הבריאות

לשכת שרת הבריאות תל אביב

פרוטוקול ישיבת הוועדה

מיום שלישי, ה' סיון, ה'תשע"ד – 3.6.2014

היו"ר יעל גרמן

משתתפים:

יוג'ין קנדל, לאה אחדות, שולי, ארנון, קובי, דורון קמפלר, עזיז, יוליה, משה בר סימן טוב, עדי, אורי שמרת,
פנינה, מיכל, שלומי פריזט, ניר, יאיר, לאה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר
דוברות:

בוקר טוב לכולם. הנושא שאנחנו דנים בו הבוקר הוא בחירת בית חולים. כרגע לדיון אני מבקש להקריא לכם שלוש פניות קצרות של שלושה מנהלי בתי חולים.

ד"ר ארז און, מנהל המרכז הרפואי בפוריה – הוא מבקש להתייחס לסיכון האפשרי מביטול הסכמי הבחירה לבתי החולים בפריפריה. "הביטול", להבנתו, "יביא בהכרח לתחרות בין בתי החולים כולל בתי חולים במרכז מול בתי החולים בפריפריה. תחרות שלעצמה היא בריאה אבל בכשלי השוק הקיימים בתי החולים בפריפריה לא יוכלו לקיים תחרות הוגנת ושווה מול בתי החולים במרכז. בתי החולים במרכז עם משאבים גדולים יותר, יכולים להפנות אותם לשיפור התחרות, אם זה בתנאי מלונאות ואם זה בשיווק אגרסיבי ביותר. בתי החולים במרכז מחזיקים את הרופאים הטובים יותר, בעלי שם, שמושכים יותר מטופלים, וכיום בעידן בו בחירת הרופא תהפוך לאפשרית, הם יהוו אבן שואבת למטופלים. הם יכולים להציע מגוון שירותים רחב יותר. להבנתו, מה שעלול לקרות מהתהליך לאורך זמן, הוא שהאוכלוסיה החזקה שיכולה לנסוע למרכז תעדיף לקבל שירות בבתי החולים הגדולים. בתי החולים בפריפריה ישרתו יותר את האוכלוסיה החלשה יותר, דבר שיביא להרחבת הפער בין שירותי הרפואה בין המרכז לפריפריה. הדעה שתושב תמיד יעדיף לקבל שירות רפואי קרוב לביתו, לדעתו אינה בהכרח נכונה. המבטחים יעדיפו לקבל שירות היכן שהוא טוב יותר, גם אם המשמעות היא נסיעה למקום רחוק יותר אם יש לו את האפשרות לכך. התורים הקיימים היום בבתי החולים בפריפריה הם תוצר של המצב הקיים. שינוי הכללים, עלול לשנות זאת. אין לי ספק שבתי החולים בפריפריה יכולים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

להתחזק ולתת שירות לא פחות טוב מבתי החולים במרכז, ולכך מספר דוגמאות, אולם לשם כך, משאבים. אם בהחלטה לגבי ביטול הסכמי הבחירה לא תהיה הקצאה מאסיבית של משאבים לתעדוף הפריפריה, יהיה קשה מאוד לעמוד בתחרות. נושא נוסף שיש לקחת בחשבון הוא הכללית, שיש לה את בתי החולים שלה וגם בתנאי ביטול הסכמי הבחירה תוכל למצוא את הדרכים לתעדף את בתי החולים שלה. בפעילות בתוך הרפואה בקהילה, המשמעות בפריפריה בדרום ובצפון, שיש נוכחות משמעות של בתי החולים שלה והיא תהיה יותר חזקה ועוד יותר משמעותית". עד כאן ארז מפוריה.

עוד מכתב מהקצה הצפוני של הארץ, ד"ר ברהום מנהריה. "מבקש לחזור ולהדגיש שנושא הסדרי הבחירה החופשית של המטופל, שיאפשר בחירת המרכז הרפואי בו יקבל את הטיפול הרפואי, הינו חיובי ביותר. אין המרכז הרפואי לגליל, קרי בית החולים נהריה, חושש מאובדן מעמדו או מבריחת מטופלים למרכזים רפואיים גדולים יותר כגון רמב"ם או בתי חולים במרכז. נהפוך הוא, חולים רבים מתחננים בפני קופות החולים, בעיקר הכללית שהיא הגדולה ביותר בפריפריה, לקבל התחייבות למרכז הרפואי שלנו, אך נדחים שוב ושוב. שירותים רבים, כירורגים ואחרים שניתנים במרכז הרפואי לגליל מהווים מוקד משיכה לחולים שנזקקים להם". הוא מציין את המחלקה הנירורכיורגיה, את אף אוזן גרון ואת יחידת ה-IVF ואת האורתופדיה ילדים.

מכתב שלישי של ד"ר חזי לוי מברזיל.

השרה יעל גרמן: גם פריפריה.

דוברת: זה שלושה מכתבים פריפריה ואחרי זה אני אעביר לכם את עיקרי הדברים של מכתבו של אלי דפס. "למהלך הזה יש סיכוי ויש סיכון. באשר לחולים, זה נותן להם סיכוי לקבל שירות במקומות מועדפים עליהם הן מבחינת איכות לתפיסתם והן מבחינה גיאוגרפית. לא אחת אנו רואים הסתה של חולים ממקומות מרוחקים למקום מגוריהם בשל שיקולים תקציביים והסכמיים של הקופות. הדבר אינו נוח ופוגם בחוויית השירות. לא בכדי בחר משרד הבריאות לפני מספר שנים להסיר את אזורי הבחירה לגבי טיפולים וניתוחים אונקולוגיים. באשר לבתי החולים הפריפריים יש בהחלט סיכון לא פשוט. העדפת יתר של החולים בבתי החולים הגדולים במרכז עלולה להקטין את מספר המתרפאים בבתי החולים הפריפריים ולהקטין גם את הכנסותיהם בהתאם. זה גם עלול לגרום להגירת רופאים מסוימים ואחיות לעבר בתי החולים הגדולים. הדבר יכול להתאזן אולי במידה מסוימת בשל ירידה בזמינות ותורים ארוכים בבתי החולים הגדולים בשל ביקוש יתר והעדפות גיאוגרפיות של החולים לשירותים באזור מגוריהם, אבל הסכנה קיימת. צריך גם להתאים מחדש את נושא ההסכמים עם הקופות, יעדי ההכנסות והנחות של בתי החולים והקאפ בבתי החולים. המהלך אולי יביא לשיפור בתי החולים הקטנים יותר בשל תחרות, אבל תצטרך להיות גישה שונה וסיוע של המשרד לבתי החולים הקטנים יותר בפריפריה. כמו כן אסור יהיה לפגוע בשכר בפריפריה או בתמריצים להגעה לפריפריה. צריך להתאים גם מחדש את נושא ההסכמים עם הקופות, יעדי ההכנסות וההנחות של בתי החולים והקאפ בבתי החולים. המהלך אולי יביא לשיפור בתי החולים הקטנים יותר בשל תחרות, אבל תצטרך להיות גישה שונה בסיועו של המשרד, לבתי החולים הקטנים ואסור יהיה לפגוע בשכר בפריפריה או בתמריצים להגעה לפריפריה". בקיצור, הוא אומר, יש סיכוי ויש סיכון.

אלי דפס שלח מכתב בתפוצה כפי שאתם רואים, מכובדת, מעבר לשרת הבריאות גם לאנשים נוספים, שכותרתו – "ביטול צמצום הסדרי בחירה ללא תאום עם הקופה, פופוליזם חברתי שיוביל לנזק לאומי-כלכלי ללא כל ערך רפואי". כמובן ההערה הראשונה שלו, ש"היות והכללית אינה חברה בוועדה ודיוני הוועדה חסויים בפניה, כאילו היא אויבת הנושאים. אנו ניזונים מתקשורת ומגיבים למה שפורסם". הוא פותח את המסמך, אני לא רוצה להקריא את כולו אבל אני חושב שהנקודות החשובות, אני אדגיש אותן ואתם תשאירו לכם את המסמך בידכם. אני אפיץ אותו גם במייל אחרי הישיבה. "לנושא יש השלכות כבדות משקל על יכולתן של קופות החולים לתכנן את רכש השירותים שלהן בצורה מושכלת ולווסת אותו, ובפרט לפקח עליו בהתאם למגבלות התקציב העומד לרשותו. הקופה אחראית לספק את השירותים", ובעצם מה שהוא אומר, אתם אומרים לנו, אתם אחראים אבל לא נותנים לנו את



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

הכלים. הוא רואה בכך נזקים כלכליים ורפואיים. "זה ישבש את כל התכנון הלאומי ארוך הטווח לתשתיות רפואיות. כיום הסדרי הבחירה מאפשרים תכנון ומשרד הבריאות בודק ומאשר והתכנון עכשיו בשינוי הסדרי הבחירה, התכנון יהיה תוצר של מו"טין ותדמית של בית חולים ולא תכנון לאומי. פתיחת הסדרי בחירה תגרום לכך ששירותים קהילתיים יסגרו על מנת לחסוך או להימנע מכפל שירות. מכל האמור לעיל עולה כי פגיעה בהסדרי הבחירה או עודף ההסדרה לפרמטרים של מרחק, זמינות ואיכות לא יביאו לערך מוסף כלשהו לבריאות הציבור או לשיפור השירות למבוטח. כוח רפואי ינדוד למרכז הארץ. תהיה פגיעה חמורה בשוויון, עלויות כבדות למערכת, פגיעה חמורה בשוויון באוכלוסיה החלשה ממעמד הסוציו אקונומי נמוך, פגיעה ביעול רכש השירותים". הוא שואל את השאלה, "עד כמה מבקשים הסדרי בחירה ללקוחות? האם זו הבעיה המרכזית?" האם אנחנו מטפלים באמת במה שצריך?

אם לוקחים את שלושת המסמכים של מנהלי בתי החולים ומסמך האחד של הכללית, ביקשתי מעדי שבעצם ישים לנו רגע על הלוח. זה בתור רקע לדיון, את הסדרי הבחירה, את האפשרויות שעומדות בפנינו.

דוברות: לפי המסמך של קברט?

דוברות: לפי גם ההיגיון, איזה אפשרויות יש.

דוברות: באופן כללי למפות אפשרויות.

דוברות: שנוכל לקיים דיון מסודר על אפשרויות שקיימות. חסרה כאן לדעת יעל האפשרות, אני ניסיתי למצוא אותה בפרוטוקול, יעל, ולא מצאתי.

השרה יעל גרמן: לא, לא, היא לא היתה בפרוטוקול, היא הועלתה בפניי בשיחות שאני עכשיו מקיימת עם מנהלי בתי חולים ועם רופאים, וזה הועלה בפניי דווקא על ידי רופא שביקש לדבר איתי. הוא העלה את האפשרות לפתוח את הסדרי הבחירה לא גיאוגרפית אלא פונקציונלית, זאת אומרת אם היום אנחנו מאפשרים בחירה רק למקרים אונקולוגיים, מחר נאפשר בחירה למקרים של ניתוחי לב, ניתוחי מוח, בהתאם למרכזי מצוינות. אם אנחנו הולכים לכיוון הזה, זו כבר אפשרות אחרת שצריך ללכת אליה.

דוברות: אני חושב שהתפקיד שלנו זה להבטיח סטנדרט איכות ואם אנחנו יודעים שיש מרכז מצוינות שבו מטופל יכול לקבל טיפול יותר טוב, יש היגיון לאפשר את זה.

השרה יעל גרמן: אני רק רוצה ללכת עוד צעד אחד. פעמים רבות אנחנו משווים את המערכת הזו, או מנסים להשוות אותה למערכת החינוך. במערכת החינוך יש מושג כזה שנקרא "בתי ספר על אזוריים". בתי ספר על אזוריים, כולם יכולים להירשם אליהם. בדרך כלל יש אזורי רישום בבתי הספר וכל אחד צריך לרשום את עצמו באזור הרישום, אבל אם מכריזים על בית ספר לאומניות בגלל ההתמחות שלו באומנויות כבית ספר על אזורי, כולם יכולים להירשם לאותו בית ספר. זה נקרא "פתיחה מבוקרת" וכמובן שמי שקובע שזה באמת כך, זו ועדה מאוד מאוד מקצועית, היא זו שקובעת שמרכז מסוים ראוי להיקרא מרכז על אזורי או כלל אזורי או מרכז מצוינות.

דוברות: זו מחלקה.

השרה יעל גרמן: אבל זה בתוך בית חולים.

דוברות: זו בדיוק הסכנה לדעתי וצריך לראות איך עושים. החלק הראשון, אני חושבת שהוא מאוד מאוד נכון. מה שיקרה מהר מאוד, זה שמרכזי העל אצלנו יהיו ששת בתי החולים - - -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
השרה יעל גרמן:

ממש לא.

דוברת:

אז אולי פשוט לא נקרא. זה מה שרציתי רק לחדד.

השרה יעל גרמן:

במשרד הבריאות יצטרכו לשקול גם את השיקולים הפריפריאליים, זאת אומרת צריך יהיה לתת איזושהי נקודה. תשימו את זה כאפשרות. אנחנו פותחים את הדיון ואני מתנצלת, כי פנו אלי אז אני ניצלתי את זה. זה רעיון שלא דנו בו ויש לנו כעת כמה רעיונות.

עדי:

כדי להיכנס לדיון הזה מתוך תשתית נורמטיבית, תשתית יש מידע, יש ממש מספר מאוד מצומצם של שקפים רק כדי להסביר מהם הסדרי הבחירה, באיזה עקרונות הם חייבים לעמוד, ואז הנקודות לדיון על בסיס האופציות שניצבות לנו על השולחן.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי כמו שאנחנו יודעים, אומר, שירותי בריאות כלולים בסל שירותי הבריאות ינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, איכות סבירה, תוך זמן סביר ומרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח, כמובן שהכל במסגרת המימון הקיים לרשות הקופות.

שני הסעיפים שמכוחם ישנם הסדרי הבחירה היום הם סעיפים 12 ו-23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי – מתן שירות בריאות על בסיס ארצי ואזורי. שירותי הבריאות כולם או חלקם ינתנו על בסיס ארצי, אזורי או בין אזורי, הכול כפי שיקבע שר הבריאות. בהמשך, סעיף 23 בא ואומר שקופת החולים תקבע את הסדרי הבחירה והקופה במידה והיא קשורה עם יותר מנותן שירותים אחד, וזה מובא לידיעת שר או שרת הבריאות. תיכף אנחנו נראה שיש משמעות לנקודה הזאת. ההסדרים חייבים להיות פומביים וגלויים, שקופים וזמינים. לבית המשפט היום יש ביקורת, שהם לא פומביים ולא גלויים לכלל האזרחים ולכן אנחנו צריכים לשים לב לנקודה הזאת. בית המשפט חוזר על זה מספר פעמים.

העקרונות שמנחים להסדרי בחירה, בין אם אנחנו נקבע מודל כזה או אחר. אלה הם העקרונות שעל פי החוק אנחנו צריכים לעמוד בהם: שמירה על רצף טיפולי כך שמבוטח לא יידרש ככל שניתן להחליף מוסד רפואי אחד במשנהו במהלכה של אותה מחלה או מצב רפואי והטיפול בהם. סיטואציה של רמה מיוחדת של ידע וניסיון מקצועי כאשר השירות רפואי מתמחה, והנושא של מחלות קשות.

דוברת:

זה לדעתך היום?

עדי:

לא לדעתי. זה מה שהיום קיים.

דוברת:

יש את זה כבר היום.

עדי:

זה היום חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע. במקרה של מחלה או מצב רפואי המחייבים טיפולים אינטנסיביים, יקבע הסדר בחירה כך שהטיפול ירוכז במרכז רפואי אחד ככל שניתן. ישנה אפשרות לסתות מהסדרי הבחירה לפי שיקול דעת רפואי.

דוברת:

מי קובע את זה ומי מחייב את זה?

עדי:

החוק בא ואמר אמירה שהיא כללית, שיש אפשרות לסתות מהסדרי הבחירה לפי שיקול דעת רפואי. הוא לא קבע שיקול דעת של מי. על פניו ניתן לפרש את זה כשיקול דעת של הרופא המטפל, ואנחנו יכולים לבוא ולהגיד שאנחנו הולכים על הפרשנות המרחיבה. להבדיל, אנחנו יכולים ללכת לפרשנות מצמצמת, ששיקול דעת רפואי זה של איזושהי אסטרטגיה בתוך הקופה, ואז השאלה לאיזו פרשנות אנחנו הולכים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פניה דחופה של מבטח למחלקה לרפואה דחופה, חדר מיון בבית חולים כללי לא תוגבל לגבי בית החולים בכלל.

בריאות זכות או מצרך – יש על זה הרבה דיון גם ברמה הלאומית וגם ברמה הבין לאומית. רק נקודות – על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי יש זכויות אוניברסאליות לשירותי בריאות ויש חובה להבטיח נגישות שאינה תלויה ביכולת לשלם. אמנות בין לאומיות גם מתייחסות לזה בהיבטים השונים ביחס לבחירה, לא בהכרח בחירה מוחלטת בתוך מערכות בריאות, אבל בהחלט לעניין של בחירה.

דוברת: לא הבנתי.

עדי: יש דיון תמיד האם בריאות היא זכות הוא מצרך. ככל שמתנים איזשהו רכיב כלכלי במימוש הזכות לבריאות, אז זה יותר למאפיינים של מצרך. בהיבט שלנו של הסדרי בחירה יש באמנות הבין לאומיות אמירה שצריכים לאפשר נגישות לשירותי בריאות, וזה בעיקר במדינות מאוד גדולות שיש מרכזים רפואיים שנמצאים מרוחקים ממקום מגורים, ארצות הברית או ברית המועצות, ואנחנו רואים שבאמנות נאמר שצריכים לאפשר נגישות לפי מה שהאזרח רוצה, מה שנוח לו ומה שמאפשר לו, אבל לא בהכרח בכל המדינות יש בחירה מוחלטת, זאת אומרת לא פותחים את זה באופן גורף.

פסק דין שניתן לפני חודש וחצי, העברתי לכם אותו, בית הדין לעבודה, אומרת השופטת: "מבלי שיהיה בכך כדי לקבוע מסמרות, אנו סבורים כי פגיעה בשוויון בין מבטחי קופות החולים מתבטאת בכך שכאשר מדובר בתושבי הפריפריה במדינת ישראל, אפשרויות הבחירה שלהם מצומצמות יותר הן מבחינת כמות נותני השירותים ולעיתים גם מבחינת איכותם". השופטת אישרה לחולה מפוריה לקבל מימון על צנתור שהיא עברה בבית חולים שיבא, וזו אמירה שאני מעריך שאנחנו נראה אותה יותר ויותר בתוך הפסיקה הישראלית.

דוברת: אבל אמרו, אני שמעתי ראיון. הם הולכים לערער.

דוברת: איזו קופה זו?

עדי: קופת חולים כללית. למעשה זה פסק דין ראשון שפורץ את הסדרי הבחירה ואומר שניתן ללכת - - -

דוברת: אגב, ברור לכם שמיום שאנחנו נפרסם את חוק השירותים הרפואיים, אנחנו מפרסמים אותם על פי - - - זה גם כן יכול להוות עילה. אגב, זה לא בהכרח לטובת הפריפריה. יכול להיות שדווקא במרכז הנתונים יהיו פחות טובים. למשל אנחנו יודעים שבאיכות השירות שניתן במלר"דים, פוריה כיכב כמקום ראשון בארץ, אבל יש כאן גם כן תהליכים שבהחלט מביאים לצמצום.

דוברת: צנתור זה נחשב היום משהו - - - ?

דוברת: לא, היום לא. היום צנתור לא נחשב בתוך המחלות לבחירה.

דוברת: אונקולוגיה זה כי הקופות החליטו או כי המשרד החליט?

עדי: לדעתי המשרד. החלטה משרדית.

דוברת: הפתיחה של אונקולוגיה זה החלטה שלכם של כללית?

דוברת: אני לא זוכר.

דוברת: המחלות הקשות פתוחות בכל הקופות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השרה יעל גרמן:

זה רק סרטן, זה רק אונקולוגי.

דוברת:

זה התחיל מזה שהקופות קיבלו החלטה שחייבים לפתוח את זה בין כולם. זה היה החלטת הקופות. זה דבר אחד. דבר שני שבטח ארנון יגיד, על המרכזים שהמשרד כבר היום קובע, שהם מרכזי מצוינות.

דוברת:

מחלקות.

דוברת:

מחלקות, ואז זה אומר שהקופות חייבות לתת הפניה, בין אם הן בתוך ההסדר ובין אם הן לא בתוך ההסדר. על זה היה עכשיו ויכוח גדול.

דוברת:

אבל זה רק ברמה האינפורמטיבית. יש כללים מאוד ברורים למרכזי מצוינות כאלה, בראש ובראשונה מספר מאוד מאוד מצומצם של חולים, לא רק במרכז. אמנם ALS יש באיכילוב אבל למשל ישנם כל מיני תסמונות שמעטים שמעו עליהם, שיש מעט מאוד חולים וזה נמצא במקום אחד, למשל דיסאטונומיה - - - , מחלה שבה אדם לא מרגיש פגיעה, שפוגעים בו. זה יש מרכז אחד בהדסה ומרכז אחד בשיבא. טיפול בסרטן של העין – דוגמא נדירה מאוד, שיש מעט מאוד חולים, הדסה ושיבא.

עדי:

כדי להמחיש את המצב בין מרכז לפריפריה, ופה גם תודה לניר על העזרה עם השקופית, יש פה את הפריסה של בתי החולים ממשלתיים, בתי חולים ציבוריים כמו הדסה, מעייני הישועה וכן הלאה, וקופת חולים כללית. אני חושב שאנחנו יכולים לראות שעיקר הבעיה היא הפריפריה הדרומית ולא בהכרח בפריפריה הצפונית מבחינת נגישות למוסדות בריאות.

דוברת:

למה אתה אומר את זה על סמך השקף?

השרה יעל גרמן:

בכל פרמטר זה נכון.

דוברת:

צריך להיות איזושהי קורלציה עם כמות האוכלוסיה.

השרה יעל גרמן:

מספר המיטות לנפש הנמוך ביותר פר 1,000 איש הוא בדרום. זה 1.4 משהו לעומת 2.2-2.4 במרכז, וגם בצפון זה 1.7 נדמה לי או 1.8, זאת אומרת זה הכי נמוך בכלל, אין על מה לדבר. הכי נמוך זה בדרום.

עדי:

רק לשאלה למה המגוון לא בהכרח תלוי באוכלוסיה, כי בצפון ובמרכז יש לך אפשרות לבחור בין ספקים שונים של שירות, זאת אומרת בית חולים ממשלתי או בית חולים של הקופה. בדרום אין לך את המגוון הזה, לא משנה מי האוכלוסיה ומה הגודל שלה. אתה מוכון לקופת חולים מסוימת וזה משפיע גם אגב, יכול להיות, על אפשרות הניידות בין קופות חולים או מוטיבציה לעבור.

דוברת:

אני רוצה שתי נקודות להעלות, אינפורמטיביות, בלי להביע עמדה. אחת, גם אם יש הסדרי בחירה באזור מסוים, תואמת, ואני מקווה שאני לא מטעה, קופת החולים, זכותה לתעדף קודם כל את המוסדות שלה בתוך הנחה שבתי החולים הם חלק ממה שנקרא אותה קופת חולים, ולכן גם אם אתה אמרת שבאזור מסוים יש לך בלינסון, שיבא ואיכילוב, יש דירוג ביניהן. תפיסת העולם המקצועית של משרד הבריאות אמרה שאין. ברגע שפתחת הסדרי בחירה, כל בתי החולים ואין הבדל בין איכילוב לבין בלינסון. זו נקודה אחת שמאוד חשוב לשים לב, כי כללית זה 33% מהמיטות ויש כאן דבר מאוד מאוד משמעותי בקשר להסדרי הבחירה. בנוסף לזה, כמובן אנחנו מתנגדים לתעדוף של קופה אחת בתוך בית חולים ציבורי, אז נכון שבית החולים שייך לקופה אבל אסור לה לתעדף את המבוטחים. אסור שיהיו קצ"תים למשל רק לטובת חברי קופת חולים. גם אם היא מממנת אותם הם צריכים להיות פתוחים לכולם. בוועדה שמינית אותי לעמוד בראשה, ועדת הנגב, וגם אורי חבר בה, עלתה טענה לפחות של שתי קופות בדרום, שבסורוקה הם מרגישים אפליה. הם ציינו גם שד"ר דודזון עושה מאמצים לעזור להם ולסייע להם



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כדי להקטין את התופעה, אבל זו היתה הטענה וזה גם עלה אחר כך בכנס מצפה. בקיצור, יש לנו כאן בעיות מאוד קשות גם במצב הקיים.

דוברת:

לשיטתך, מאוחדת בתל אביב רוצים לעשות הסכם עם איכילוב, הציבורי, לא שב"ן ולא שום דבר אחר כמובן, שהמבוטחים שלהם, הם אומרים, אני עכשיו סוגר את המרפאות שבהן עשיתי דיאליזה, ואתם, תנו לי עדיפות בדיאליזה, לא בהשתלות, לא בדברים שאין להם אלטרנטיבות אלא בדברים מסוימים. זה פסול בעיניך? העדיפות בטיפולים מסוימים שניתנים בבית החולים. הוא קונה בנק של פעילות מסוימת.

השרה יעל גרמן:

בעיניי זה פסול ביותר. כל קיצור תורים זה פסול.

דוברת:

ציבורי.

השרה יעל גרמן:

מה זה ציבורי? זה יבוא על חשבון משהו. הרי זה בא על חשבון מבוטחים. אתה יוצר פה אפליה בין מבוטח למבוטח.

דוברת:

אני אומר משהו אחר, אם אני לדוגמא אומר לבית החולים, תשמע, אני מוכן לעבוד אחר הצהריים ולתת לך יותר תורים.

השרה יעל גרמן:

אז אם אתה מוכן לעבוד אחר הצהריים, תן לכולם ותקצר את התורים של כולם. אתה מוכן שרשות שיש לה כסף תיתן עוד שעות ותפתח כיתות לא תקניות? זה נאסר עכשיו על ידי המשפט. זה בדיוק אותו דבר. אין דבר כזה מי שיש לו ויכול, ייתן, ומי שאין לו, לא ייתן. אנחנו חוזרים לנושא השוויון.

עדי:

היום יש לנו כמה אופציות מרכזיות שאליהם ניתן לכנס את כל מה ששמענו. אופציה ראשונה זה להשאיר את הסדרי הבחירה כפי שהם היום. ההסדרים יקבעו בהתאם להסכמים של קופות החולים ובתי החולים וזה נשאר בידיעת השרה. אופציה אחרת זה להרחיב את הסדרי הבחירה, בין אם אשכולות או מה שדיברנו על זה בדיון קודם, ולאישור השרה.

השרה יעל גרמן:

אתם זוכרים את המודל של האשכולות? גיאוגרפית זה יכול להיות גם אשכול שחופף אחד את השני.

עדי:

אופציה שלישית זה ביטול הסדרי הבחירה. כל הארץ מוגדרת כאזור בחירה אחד. אישור השרה למקרים חריגים, זאת אומרת זה יוצא הפוך.

המודל שאותו אנחנו הצענו, מודל קברט, זה המודל הזה, לצמצם את הפער בין ציבורי לפרטי. היום הפער הוא מאוד גדול. אנחנו באים ואומרים שאפשר לצמצם. אפשר לצמצם בשני המימדים, מבחינת בית חולים או רופא מתוך אשכול של פול טיימר עם נוכחות של הרופא בחדר ניתוח. יש את המודל שהציג האוצר והוא מעלה שם דברים שבהחלט צריכים לתת עליהם את הדעת. אם אנחנו פותחים את הסדרי הבחירה, זה חוסר היכולת לתכנן את תקציב - - - בתי החולים והקופות, עלות תקציבית גבוהה וביטול - - - קאפ, החלשת בית החולים בפריפריה ובתי חולים בינוניים, בחירה לא יעילה של הציבור, הקצאה לא יעילה של משאבים, מערכת יותר יקרה מבלי לתת ערך בריאותי אמיתי לפרט, וחיזוק מערכת אשפוזית על חשבון הקהילה. אם חטאתי למשהו, אז תקנו אותי. פה העליתי פשוט נקודות שאנחנו צריכים לדון עליהן ומפה אפשר לפתוח את זה גם לדיון עצמו, מה הנקודות המרכזיות, אני מניח שיש נקודות נוספות, שאנחנו צריכים לדון כשאנחנו מדברים על הסדרי בחירה בין אם זה פתיחה, בין אם זה אשכולות ובין אם זה השר"פ.

השרה יעל גרמן:

האם סיימת?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עדי:

כן. אלה הן הנקודות שצריכים לדון עליהן.

השרה יעל גרמן:

אוקיי, אז אני רק נותנת את מסגרת הדיון. מסגרת הדיון היא כזו: אנחנו מדברים על הסדרי בחירה. זה מתחיל מכך שמשאירים את המצב כפי שהוא ואנחנו אומרים, לא משנים. בקצה השני נמצא, אחד, כל הסדרי הבחירה על כל המשמעויות, ואני רוצה להזכיר לכם שאנחנו דיברנו על כך שאם אנחנו פותחים את כל הסדרי הבחירה אנחנו צריכים גם לדבר על העניין של התמחור האחד, קאפ וכל ההסתייגויות של האוצר. בהחלט צריך לקחת את זה בחשבון, ובין לבין ישנן האפשרויות השונות, לרבות האשכול ולרבות האפשרויות שהעליתי עכשיו, שאחד הרופאים העלה בפניי. זהו, זה נושא הדיון. כל אחד יביע את דעתו.

דוברת:

אני יכול לראות שלושה יתרונות עיקריים למה זה נכון לתת לקופה את היכולת ואת הכוח להגדיל את הבחירה, ואני חושב שזה גם מה שעמד מאחורי החוק. הסיבה הראשונה היא סיבה רפואית, כלומר אתה כקופה או את כקופה אחראית על הטיפול בבן אדם. זה לא משנה אם את מספקת בעצמך או רוכשת שירותים. זו האחריות שלך ובמסגרת האחריות שלך זה בהחלט לגיטימי שאת תחליט עם מי את עובדת, וזו גם אחריות שלך כי אם במקרה מישהו שעבדת איתו נותן טיפול לא טוב, זה נופל עליך, אז יש פה גם השלכות רבות אחרות, כי אם אתה אחראי על הטיפול, זה גם מאפשר לך ליצור רצף טיפולי עם אותם מטפלים, שגם אם הם לא עובדים שלך או לא שייכים אליך כמו בבתי חולים, זה נראה נכון מאוד ואני חושב שזה בהחלט ארגומנט מאוד מאוד חזק, מדוע זה הגיוני לאפשר לקופה לבחור עם מי היא עובדת במסגרת האחריות שלה על בריאות החברים שלה או המטפלים בה, וזה דבר חשוב מאוד. ההיבט השני מדוע זה הגיוני לתת לקופה לבחור ולהחליט, ובעולם אידיאלי זה בהחלט הגיוני, זה היבט כלכלי, כלומר אני יכול במשא ומתן אם יש לי איזשהו כוח שוק, לבוא ולהגיד, אם אתה לא נותן לי מחירים טובים או מחירים נכונים ואם אתה לא מתייעל ומוריד את העלויות שלך ונותן לי הנחות בהתאם, אני אבחר מישהו אחר. היכולת שלי לבחור בין כל המטפלים נותנת לי את הכוח להוציא הנחות או מחירים נכונים, ואני עכשיו לא מציג את זה בצורה השלילית. אני חושב שזה לגיטימי לחלוטין, כי אני כקופה שמייצג את המבוטחים ורוצה לשמור על המשאבים שלי, שיהיה לי את הכוח לעשות את זה. אבל צריך לזכור שהכוח הזה ניתן לי לא רק בגלל זכות הבחירה שיש לי, אלא גם בגלל שאני יכול לקבוע מחירים, כלומר אם המחירים נקבעים חיצוני, אז הכוח הזה הוא כבר לא אותו דבר. אני עדיין יכול להגיד למישהו, תשמע, אני לא אשלח מבוטחים אליך ואשלח למישהו אחר, אבל אני לא יכול להגיד, אם לא תיתן לי הנחה, אני אשלח מבוטחים למישהו אחר. פה הכוח הוא כפול, הוא לא רק לבחור איזה ספק שירות אלא גם את הכוח לנצל את הבחירה לטובת הנחות. זה לגיטימי וזה בעולם מסוים יכול להיות מאוד מאוד נכון. האלמנט השלישי שנאמר פה זה כמובן יכולת התכנון. אם אני יודע עם מי אני עובד, אז אני יכול לתכנן. גם פה צריך לשים לב שאם המחירים נקבעים חיצוני, אז האלמנט הטיפולי הוא הרבה פחות חשוב. האלמנט התכנוני יותר חשוב מפני שאני יכול לתכנן עם מי אני עובד ולקבוע איתו הסדרים ואז באמת אני יכול לתכנן בדיוק כמה אנשים יהיו בכל מקום, אבל אם המחירים הם חיצוניים, אז התכנוני כבר הוא פחות חשוב כי זה לא משנה לי אם אתה הולך ל-א' או ב' אם זה עולה לי אותו דבר, לכן האלמנט הזה של היציבות או היכולת לתכנן הוא פחות משמעותי בעולם שבו המחירים נקבעים בחוץ. בעולם שבו הוא נקבע בתוך המערכת, זה בהחלט שחקן חשוב.

דוברת:

אבל מה קודם למה?

דוברת:

אני אומר, אלה שלושת היתרונות. יש גם חסרונות. חסרון ראשון, זה קצת נאמר פה, זה שאנחנו לוקחים לאדם זכות מסוימת וזה הזכות לבחור. יש כאלה שיגידו שזה חשוב. יש כאלה שיגידו שזה לא חשוב. יש מדינות שבהן זה חשוב, מי שמכיר את היכולת במדינות מסוימות. יש כאלה שאומרים, אתה כבן אדם, זכותך לבחור את בית החולים שלך, ולוקחים לך את הזכות הזאת. כמה זה חשוב או לא חשוב, זה עניין שאפשר להתווכח עליו. החיסרון האחר, ואותו אני אומר בפירוש כי אני חושב שהוא הבעיה החמורה ביותר היום במדינת ישראל, זה שהקופות, יש להן תמריץ, ואני לא מאשים אותן ברוע או במשהו,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ובוודאי שהתמריץ הזה מתחזק בעולם של אילוצים תקציביים אדירים כמו שהם נמצאים היום, לנצל את הכוח לבחור כדי להוציא הנחות ובעצם לא לבחור את אותם מטפלים לפי איכות הטיפול או לפי רציפות הטיפול. אני טוען ואני חושב שזה לא רק אני, שהיום הסיטואציה של מדינת ישראל, אבל גם בסיטואציות אחרות לקופות יש תמריץ חזק מאוד להשתמש בכוח הבחירה לא כמו שנאמר, כדי לבחור את המטפלים הטובים ביותר ולא כדי ליצור רצף טיפולי, אלא כדי לקבל הנחות מאוד מאוד חזקות. מישור יכול להגיד, זה לא לגמרי נכון כי הקופות מתחרות עם קופות אחרות ואם אני כקופה אצור הסכמים לא טובים עם בתי חולים ובגלל זה בתי חולים לא יתנו טיפול טוב למבוטחים שלי, יעזבו אותי לקופה אחרת, אני חושב שזה לא המצב היום בארץ. היום מבוטחים לא בוחרים קופה לפי בית החולים שאיתו הקופה יצרה קשר. אני חושב שהיום התחרות בין הקופות היא בעיקר על הקהילה, על הדברים שאתה מחבר לקופה, שזה רופא המשפחה, השירות הקהילתי, אפילו הדברים האחרים. אמרתי את זה כבר הרבה פעמים בוועדה. אני חושב שזה אחד הדברים שאצלי מאוד התחדדו. עיקר התחרות היא על הרפואה הקהילתית. אין היום לקופה תמריץ להגיע להסכם עם בית חולים מסוים שבו בית החולים יתן טיפול נהדר והקופה תבוא. אין היום לקופה תמריץ ללכת לברבש ולהגיד, בוא קח 100 מיליון שקל, תקים יחידה מסוימת ותטפל נהדר בחולים, בין היתר בגלל שזה לא ישתלם לה כמו להשקיע את אותה כסף ברופא משפחה שהוא ממש שלה וגם בין היתר בגלל שבית החולים משרת חולים אחרים של קופות אחרות. אם אני אתן לבית החולים כסף, אז לא יגידו רגע, אבל זה רק לחולה כללי. לפחות היום זה לא אפשרי.

השרה יעל גרמן: אבל אם כל הקופות היו ביחד עושות את זה?

דוברת: יכול להיות אבל עדיין אם כל הקופות עושות את זה, אז אסור להן, ומאחר ואסור לי אז הייתי אומר שאת תעשי את זה ולא אני.

דוברת: אבל זה נשמע טיעונים של אינטגרציה אנכית.

דוברת: אנחנו לא מדברים היום על אינטגרציה אנכית. אני יכול להסביר למה אינטגרציה אנכית זה גם לא נכון, כי אני עדיין חושב שגם באינטגרציה אנכית לקופה היה תמריץ לא להשקיע בבית החולים שלה אלא ברפואת הקהילה שלה ובדברים אחרים שממש מתחברים אליה, בטח ובטח באינטגרציה אנכית שבו בית החולים שלי עדיין יצטרך לשרת חולים אחרים. כלומר בלינסון משרת עדיין חולים אחרים, לכן עדיין גם כללית יש תמריץ להשקיע במרפאה ולא בבית החולים.

אני אגיד עוד דבר. אם אני שואל את עצמי איפה להשקיע באוכלוסייה בריאה שהיא הגדולה והיא הרווחית, האוכלוסייה הצעירה, האוכלוסייה שהיא לא עולה לי הרבה כסף או באוכלוסייה החולה שמגיעה מבתי חולים, התמריץ שלי הוא עדיין להשקיע באוכלוסייה היותר בריאה. אולי ביולדות, כן, כי זו האוכלוסייה הבריאה, אז באמת ביולדות היה לי אולי תמריץ להשקיע בבית חולים, אבל בטח לא במחלקות פנימיות ודברים כאלה. זה אוכלוסייה שלא בדיוק היא מביאה לי את הרווחים והיא גם לא זו שתברח ממני מהר, לכן לדעתי מה שקרה היום בארץ, וזה לא מפתיע אותי, שהקופות לוקחות את הכוח הזה שניתן להן, ואני הפעם מציג את זה כאילו קצת בצורה שלילית, של כוח, אבל את הדבר הזה שניתן, את הזכות הזו לבחור מטפלים או לבחור בתי חולים, לא כדי ליצור רצף טיפולי ולא כדי ליצור אינטגרציה בטיפול בין בית החולים לקהילה. אני לא מכיר הרבה רופאי משפחה שיוצרים קשר עם בית החולים כאשר החולה שלהם מגיע לבית חולים, מבררים מה קורה, משתפים את בית החולים בטיפול. יש נתק מוחלט. ברגע שאדם מגיע לבית חולים, אין לו שום קשר יותר לקופה. הלוואי וזה היה. הלוואי והיה לנו פה את האינטגרציה היפה הזו שאולי אלי דפס מתאר אותה. היא לא קורת כמעט ואני חושב שאין היום את התמריצים שזה יקרה. לכן מה שקרה לדעתי זה שהקופות ניצלו את הכוח הזה בעיקר לקבל הנחות, מה שבעיניי הוא אחת הסיבות למצב שבתי החולים הגיעו אליהם. בעיניי מצב רע. אני חושב שהיום אם אנחנו מסתכלים על הרפואה במדינת ישראל, הרפואה הקהילתית היא מצוינת ובטח בין המובילות בעולם. אני לא חושב שבתי החולים נמצאים במצב שהוא בין המובילים בעולם, לפי מה שאני מבין.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אנחנו שמענו פה לא מעט אנשים בוועדה מדברים הרבה מאוד על תמריצים בלי לדבר רק על תוצאות. אני ככלכלן מאוד מאמין שהרבה פעמים כדי לראות לאן מערכת הולכת או איפה היא נמצאת, לא צריכים לבדוק תוצאות, מספיק לבדוק תמריצים. אני חושב שזו התרומה הגדולה של הכלכלנים, להגיד, לא תמיד צריך לרוץ לראות מספרים, אלא בואו נראה תמריצים, והתמריצים היום לדעתי של הקופות הם בהחלט ברורים ואם אנחנו מאמינים בתמריצים, אני חושב שזה להשקיע בקהילה ולא להשקיע בבתי החולים. אני חושב שהתוצאה היא בין היתר פגיעה באיכות הטיפול בבתי חולים. מבחינת תוצאות, אני בזמנו הראיתי טבלה אחת שאולי מראה את זה. שוב, אני מאוד זהיר, שאם אנחנו מסתכלים על רוב המדינות, אין לי את זה פה, ורואים את הפרופורציה בין ההשקעה בקהילה להשקעה בבתי חולים, בישראל ההשקעה בקהילה היא מאוד גדולה לעומת בתי החולים. אני אומר, כל ההשקעה בבריאות היא קטנה, אבל בתוך החלוקה הפנימית היא בולטת, שישראל הכי בולטת בפרופורציה של רפואת קהילה לעומת רפואת בתי חולים.

השרה יעל גרמן: את/ה מציין את זה כדבר חיובי?

דוברת: לא, אני מציין את זה קודם כל כעובדה. לדעתי עובדה שמראה על משהו שלילי, מדוע? משום שאני חושב שבדרך כלל אם תראו לי את ישראל כקיצונית בכיוון אחד או אחר, אני אגיד, רגע, משהו פה לא טוב. אני לא אומר/ת שהממוצע הוא הנכון. אני חושב שבאמת כל מי שמכיר ומי ששמע פה את האנשים שהופיעו פה מבתי החולים, ואתם יודעים מה, אני גם מדבר עם אנשי הקופות והם אומרים לי את זה, קובי, זה חד משמעי. היתה לי לפני כמה ימים שיחה עם בכירה מאוד בקופת חולים כללית. היא אומרת, זה ברור. עיקר האנרגיה שלנו ועיקר המשאבים שלנו, עיקר החשיבה שלנו היא להשקיע איפה שבאמת אנחנו מתחרים בעיקר, וזה בקהילה. למה שאני אשקיע בבית חולים שאותו בית חולים משרת גם חולים אחרים? אז נכון, יש לי אחריות ויש לי דאגה. אני אומר שוב, אלה התמריצים ואני חושב שגם אלה התוצאות.

אני אומר/ת, השאלה איך מתמודדים, איך כן מנצלים את היתרונות הטובים שיש בבחירה ומקטינים את הדבר הרע שיש - - - איך מחזקים את היתרונות שיש בזה שנותנים לקופת החולים את הכוח לבחור את המטפלים שאיתם היא עובדת ולאפשר לה ליצור את הרצף הטיפולי וכדומה. איך מקדמים את זה בלי לתת לה את הכוח לנצל לרעה את זכות הבחירה ואת ההנחות, לכן אחד המודלים שאפשר לחשוב עליו, וזה לא חייב להיות גורף לכל הפרוצדורות, הוא שהמחירים או ההתקשרות הכלכלית תיקבע לא במשא ומתן אלא בצורה אחרת, על ידי אותו גוף מקצועי שדיברנו עליו, שיקבע מחירים למערכת או גוף אחר ואז עיקר המשא ומתן - - -

דוברת: ולא קאפ.

דוברת: אני אגיד עוד רגע מילה על הקאפ. אבל אז אם המחירים הם מחוץ למשחק או הרבה פחות במשחק אם אתם רוצים, אז בעצם בהחלט כל הכיוונים שאלי דפס העלה פה ואחרים העלו פה, נשארים, כלומר עדיין אני יכול להחליט שאני עובד עם בית חולים א' ולא עם ב', אבל אז כולנו נדע שהוא בחר את א' לעומת ב' לא בגלל המחיר אלא בגלל שהוא רוצה לעבוד איתו על איכות הטיפול ועל הרצף הטיפולי. אני יכול לחיות עם הגבלה מסוימת של הסדר הבחירה שנגזר מאיכות ולא ממחירים.

שיהיה ברור, אני לא מתלהב מזה. אני חושב שעדיין לתת לאדם לבחור זה דבר נכון, ואני עדיין חושב שהכלל צריך להיות שאדם יכול לבחור כל בית חולים, אבל אני בהחלט מוכן ללכת למקרים שבהם תבוא קופה לשרת הבריאות ותגיד, תראו, אני רוצה בפרוצדורה הזו ולא דווקא לתת ליצור התקשרות רק עם 5 בתי חולים, והנה הסיבה, הם יותר טובים או הם עשו איתי הסכם מסוים שהוא לא פוגע כמובן במבוטחים של קופות אחרות. אני לא סוגר את הדלת. אני אומר, כלל הוא חד משמעי, אבל אני חושב שהדבר הראשון שחייב להיות זה שהמחירים לא הופכים לפקטור בהתקשרות.

דוברת: שהמחירים לא הופכים לפקטור, אתה אומר, לא גורף.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני בזמנו שלחתי מסמך לוועדה ואני כתבתי בפירוש. אני חושב שהכלל צריך להיות מחירים ובחירה. אם יבוא מחר מנכ"ל קופה ויגיד תראו, הגעתי עם שיבא לאיזה הסכם מאוד מעניין גם על מחיר וגם על זה והוא משכנע והוא טוב, אני לא נגד זה. אני חושב שזה היה צריך להיות היוצא מן הכלל, לא הכלל.

השרה יעל גרמן: אבל מה שחסר לי, את/ה מדברת כל הזמן על הקופה ומה שחסר לי, איפה המבוטח? איפה הבחירה של המבוטח?

דוברות: אז בואו נגיד ככה, אפשר לטעון את הדבר הבא. אני עכשיו הולך ממש לרוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שאני בוחר קופה והצורה שאני בוחר קופה זה את אותה קופה שנותנת לי. היא ה-agent שלי, בדיוק שאמורה לתת לי את השירות הטוב ביותר.

השרה יעל גרמן: אבל זה ידוע שכמעט ואין מעברים בין הקופות.

דוברות: אני חושב שזה לא מעיד על כלום.

השרה יעל גרמן: המבוטחים הם במידה רבה קאפטיב כי הם יכולים לעבור.

דוברות: יעל, זה ה-א-ב בכלכלה. בשיווי משקל הם לא אמורים לעבור. יכול להיות שתי סיבות מדוע היום לא עוברים: כי כל הקופות גרועות ואין לי לאן לעבור או כי כולן מצוינות. למה כולן מצוינות? כי כולן מתחרות. אני חושב שאם מחר היית אומרת לכללית שלא עוזבים אותה, אז האיכות הייתה מתדרדרת. אני חושב שהשיווי משקל זה ה-א-ב שלי.

השרה יעל גרמן: אני לא קיבלתי תשובה. איפה הבחירה של מבוטח?

דוברות: יש פה שתי גישות. גישה אחת שאומרת, אתה בוחר קופה והיא אחראית לתת לך את הרופאים הטובים ביותר, את המעבדות הטובות ביותר ואת בתי החולים הטובים ביותר. הבחירה שלי כמבוטח היא בקופה שמייצגת אותי מול כל ספקי השירות. יש גישה אחרת שאומרת, בחלק מהדברים אתה בוחר קופה והיא אחראית, אבל בחלק בוא ניתן לפרט את הזכות לבחור כי הוא מכל מיני סיבות. הסיבה שהצעתי בזמנו ואני עדיין דבק בזה, לתת לאדם לבחור את בתי החולים, כי חשבתי שבזה הקופה לא מייצגת אותי כמו שצריך, וזה אני חושב עדיין. הקופה לא מייצגת אותי בבתי חולים כמו שהיא מייצגת אותי בבחירת רופא המשפחה שלה, לכן אני כן בעד לתת לאדם לבחור בתי חולים. כנגד זה אני שם חלק מהארגומנטים שהעלה פה אלי דפס ואחרים, שאומר חבר'ה, אתם מפילים עלי אחריות גם כשהוא בבית חולים. זה לא שאתם הסרתם. זה לא שאתם אומרים שבתי החולים הם מחוץ לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אם אתם מפילים עלי אחריות, תנו לי גם סמכות. זו טענה לגיטימית, אי אפשר להתעלם ממנה. אז יש פה באמת דילמה בין שני ארגומנטים, אחד – לתת לאדם לבחור כי הקופה לא מייצגת אותי. ב', הטענה של אלי דפס. אני חושב שהרעיון שאני עכשיו הצעתי, פחות מפריע לי שהקופה תבחר ולא האדם. פחות מפריע לי משום שאני הוצאתי מהקופה את התמריץ הכי חזק להתקשרות, וזה המחיר, ואז אני אומר, אם אני נותן לקופה את המחיר כקבוע ורק היא מתחרה על איכות, אז אני מקווה שאז היא תעשה מספיק טוב כדי לבחור את בתי החולים השונים. בניגוד אולי לדברים אחרים שבהם הדעה שלי היא נחרצת, אני אומר, אני עדיין בעד חופש בחירה בכל בתי החולים עם מחירים נקבעים, אבל אני יכול לראות סטואציזיות שבהן באה הקופה ואומרת, בזה אני רוצה להגביל את הבחירה כי הנה הסיבות לכך. אני דאגתי פה למטופלים.

השרה יעל גרמן: אוקיי, אני אסכם כל פעם אחרי כדי שיהיה ברור שזה ברור. כשאנחנו מדברים על בחירה, למעשה

אתה אומר, בהנחה שהמחירים הם קבועים והם לא נתונים למקח וממכר או ללחץ כזה או אחר, לא אכפת לך להשאיר את הבחירה בידי קופת החולים, כאשר קופת החולים היא זו שצריכה להרחיב את אפשרות הבחירה של האדם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות:

ובאמת למה היא מגבילה.

השרה יעל גרמן:

בדיוק, אבל הבחירה היא לא אצלי. לא מה שאנחנו דיברנו פעם, שאני תמיד יכולה לבחור עוד בית חולים מחוץ להסדרי הבחירה כמו שאמרנו. הבחירה עוברת לבית החולים ולא למבוטח.

דוברות:

אני רוצה להגיד את זה אחרת. אני אמרתי, הבחירה היא של המבוטח בכל בתי החולים אבל אני מאפשר בהחלט לקופה להגביל את הבחירה תחת אישור של שרת הבריאות. דרך אגב, זה מה שגם כתב גבי בן נון בהקשר הזה, לא ליידע אלא לקבל אישור.

דוברות:

זאת אומרת שהקופה תרחיב את הסדרי הבחירה.

השרה יעל גרמן:

כן. היא צריכה גם לנמק מדוע היא לא נותנת בחירה.

דוברות:

אני אומר, בהינתן שהמחירים הם קבועים בצורה זו או אחרת, כלומר הם מחוץ למשחק, אני פחות נחרץ. אם הייתם אומרים לי, תשמעו, המחירים הם לא קבועים, הייתי אומר, אני לא יודע. ברגע שהמחירים הם קבועים, אני פחות נחרץ בזה שאני חייב לתת בחירה מוחלטת, משום שאני אומר, אני יכול לראות מצב שהקופה תגביל.

השרה יעל גרמן: הדובר הבא.

דוברות:

אני חושב שצריך לדעת שיש תזה מסוימת מאחורי החוק, דיבר עליה קובי, וזו תזה של תחרות מנוהלת, והתחרות היא מנוהלת באמצעות הקופות, שלהן כמו שנאמר, יש את הסמכות ויש את האחריות. נוצר איזשהו מבנה במערכת. מכבי, אחד היתרונות היחסיים שלה זה שהיא פותחת את הסדרי הבחירה. היתרון של כללית זה שהיא אומרת, יש לנו בתי חולים ויש לנו רצף טיפולי, כלומר כל קופה יצרה לעצמה איזשהו יתרון תחרותי. הצורך של המבוטח לבחור או הרצון של המבוטח לבחור עם כוח השוק שמניע את זה, זה דרך הבחירה בקופות חולים, ואני חושב שהאחריות הראשונה שלנו היא להסיר חסמי מעבר שיש בין קופות חולים. עשינו כמה דברים בעבר כמו מעברים, אתר באינטרנט, רצף בשב"ן ודברים מהסוג הזה, אבל יש עוד הרבה מה לעשות. יש את הסיעוד שצריך לעשות אותו כי סיעוד היום יוצר איזושהי כבילה. יש את סוגיית התיק הרפואי שצריך לעבור בצורה יותר פשוטה. יש את סוגיית השקיפות בשב"נים, סוגיית המידע באופן כללי, דברים מהסוג הזה שיועדים שיכולים, ואני מניח שכבר נעשו הרבה מחקרים למה אנשים לא עוברים וכמה אנשים עוברים וכו'. יש מתח תחרותי במערכת. אי אפשר להתעלם מזה. יש מתח תחרותי ואנחנו יודעים שזה מביא גם לדברים פסולים, בקצה, של קניית מבוטחים ודברים אחרים

השרה יעל גרמן:

אני עוצרת אותך שנייה. אני חושבת שעל כך יש הסכמה סביב השולחן. אני מבקשת להכניס את כל מה שכרגע נאמר. הרחבת הגמישות של המעבר בכל המובנים האלה, כי אני בטוחה שיש כאן קונצנזוס, אני אפילו לא שואלת, וזה צריך להיות במסקנות שלנו.

דוברות:

מתח תחרותי, אתה מתכוון בקהילה או באשפוז?

דוברות: יש מתח תחרותי בין קופות החולים. אני חושב שחלק מהדברים שיוצרים את המתח התחרותי זה הספקים של הקופות.

אם אני יודע שבמכבי אני יכול ללכת לאיכילוב ולשיבא מצד אחד, אבל בכללית אני יכול ללכת לבלינסון - -

דוברות:

אתה באמת חושב שאנשים בוחרים קופה לפי איזה בית חולים הקופה הזו מקושרת?

השרה יעל גרמן:

לא, אבל הם יכולים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני חושב שאם מישהו אומר, אני צריך לעשות צנתור ואומרים לו, אתה יכול לעשות את זה רק בבלינסון ולא בשיבא, יכול להיות שזה ישפיע עליו.

דוברות: ויחכה 6 חודשים לצנתור?

דוברות: לא מחכים 6 חודשים. היה אפשר בשב"ן ואת זה אמרנו. אם צברת אפשר בקופה אחת, אתה גורר אותה לקופה האחרת.

השרה יעל גרמן: אוקיי. אתה טוען שהתחרות היום מאפשרת את המעבר.

דוברות: אני לא בא לומר שיש תחרות מושלמת ומידע מושלם ואנשים יודעים. אני אומר שאנחנו צריכים לראות כמו שהחוק קבע, שהתחרות היא דרך קופות החולים והתפקיד שלנו זה לראות שהתחרות שם מבוצעת כמו שצריך. יש הרבה מה לעשות וצריך לעשות את זה. אגב, לפרסם את הסדרי הבחירה, דע לך מבטח כללית שלך יש ככה וככה. מבטח לאומית, לך יש ככה וככה.

השרה יעל גרמן: נכון, כי אף אחד לא חושב שהוא הולך להיות מאושפז כשהוא נרשם לבית חולים.

דוברות: אני חושב שהחוסן הקהילתי הוא נקודת מפתח. יש לנו מערכת בריאות שהיא בסך הכול טובה ואנחנו חושבים שהיא בסך הכול טובה, וברור לי שדבר ראשון צריך לא לקלקל את הדבר הזה, אבל ברור שדברים באים אחד על חשבון השני. אין שאלה.

דוברות: אבל אתה לא מוסיף משאבים.

דוברות: לא, גם אם אתה מוסיף משאבים, המשאבים יכולים ללכת או לקהילה או לבית החולים.

דוברות: נכון, אבל זה לא אחד על חשבון השני.

דוברות: כוח האדם עובד במערכת. אם אנחנו יוצאים מתוך נקודת הנחה שכל הרופאים עובדים וכל האחיות עובדות, אז שוב דבר אחד בא על חשבון השני, לכן אני חושב - - - צריך להיות מהפרכי לציבורי ולא מהקהילה לבית חולים. המטרה שלנו במהות, בעיניי היא להבטיח סטנדרט איכות ולראות שהמבטחים מקבלים איכות טובה, בין אם הם הולכים לפוריה או בין אם הולכים לרמב"ם, ואנחנו יודעים שבחלק מהמקרים זה שאתה הולך לשיבא זה לא אומר שאתה מקבל את הטיפול הכי טוב, כי גם את זה אנחנו יודעים. אנחנו צריכים לקחת בחשבון את המבנה של המערכת. יש מערכת בריאות, היא פועלת כבר 100 שנה ויש לה איזשהו מבנה מסוים. אני לא אומר שלא צריך לבצע תיקונים ושיפורים. את כל הדברים האלה צריך לבצע. זאת נקודת המוצא. שום דבר בוועדה לא אמרתי, אנחנו נמצאים בנקודת האופטימום, אל תזוזו, אז גם בנושא הזה אני חושב שצריך כן לקחת בחשבון שיש איזשהו מבנה של מערכת שבקופה אחת, יש לה 55% מהמבטחים, שליש ממערכת האשפוז, פריסה גיאוגרפית מסוימת שבחלקים מסוימים הם 70% מהאוכלוסיה, וחצי ממערכת האשפוז שהיא - - - אי אפשר להתעלם מהדברים האלה. המדינה, עם כל זה שאנחנו מדברים על ניגוד האינטרסים של הקופה, ואנחנו מדברים על ניגוד האינטרסים הפוטנציאלי של הקופה, יש גם ניגוד אינטרסים של המדינה. בסוף כשאנשים יושבים וקובעים הנחיות רגולטוריות להסדרי בחירה, אי אפשר להתעלם.

השרה יעל גרמן: טוב, את זה התחלנו לפתור.

דוברות: אנחנו מקווים שעשינו צעד בכיוון הנכון. נטל ההכחה עוד טרם הורם. הלואי והלואי. מכיוון שתמכתי במהלך אז אני מעלה תקווה.

דוברות: משה, נטל ההכחה גם עליכם. גם אתם בניגוד אינטרסים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

השרה יעל גרמן: זה נכון. הערה נכונה,

דוברת: אז אמרנו, יש איזשהו מבנה של המערכת עם קופה שהיא חצי מהאוכלוסייה, עם מדינה שהיא גם רגולטור. עדיין השארנו ברמה המבנית, השארנו את ניגוד העניינים. לא הוצאנו את זה מחוץ למדינה, כי יש שרת בריאות, זה נכון, שהיא צריכה לשקול את כל השיקולים, אבל עדיין בסוף יש ניגוד עניינים מובנה באשר לדבר הזה שצריך לאזן.

אני חושב שיש פה כן קונצנזוס שלא צריך, שזו שאלה של איזונים. מהי נקודת האיזון שאנחנו עושים, ואני חושב לצד האיזונים יש גם משמעותיות כלכליות שאנחנו צריכים לשקול, ואני אומר, בואו נעשה רגע את המשוואה כי בסוף אנחנו נצטרך לראות מה אנחנו נותנים לציבור. האם אנחנו יכולים לתת לציבור את מה שאנחנו רוצים לתת בדרך אחרת? מה העלות של מה שאנחנו נותנים לציבור? בעיניי, שוב, אנחנו צריכים להבטיח איכות ולא בחירה. זה הדבר הנכון.

הדבר האחרון זה שאני חושב שאנחנו צריכים באמת מעורבות גם של הקופות, ואולי לא רק של הקופות, גם של בתי החולים בדיון כזה. זה דיון שיש בו מורכבות נורא גדולה ואני חושב שגם אם בסוף נשמע אותם ואחרי זה נחליט את מי, לא משנה, ואחרי זה - - . הם לא צריכים להיות חלק מקבלת ההחלטות, אבל חלק מהדיון, כי הדיון הוא נורא נורא מרכזי. אנחנו לא נכנסים לסיטואציה שבה אנחנו אומרים שבתי חולים יפגעו.

השרה יעל גרמן: אתה ממליץ שבנושא הזה אנחנו נוציא מסקנות ביניים? נערוך שימוע ואז נוציא מסקנות סופיות?

דוברת: אני לא יודע. אני יודע לגבי סוגיית מחירים. אני חושב שזו סוגיה שאנחנו לא במקום של לקבל בה החלטה. אני לפחות לא מרגיש שאני במקום של לקבל בה החלטה, אבל לגבי הסדרי הבחירה, יכול להיות שיש נקודות איזון שאפשר להגיע אליהן, כמו מחלקות או כל מחלות. אני לא יודע. אני מרגיש שאני צריך לשמוע את הקופות ולשמוע בתי חולים כדי לדעת אם הדבר הזה - - -

השרה יעל גרמן: ואיפה אתה עומד? מה אתה חושב שצריך לעשות? איך צריך להרחיב את הסדרי הבחירה, אם בכלל?

דוברת: א', אני חושב שצריך לעשות הסכמי מעבר בין הקופות. זה הדבר הבסיסי. דבר שני, שקיפות, מידע לציבור - זה שני הדברים בעיניי המרכזיים. אחרי זה צריך לבוא ולראות אם מבחינת איכות, שזה בא מהאוריינטציה של איכות ואנחנו מרגישים שאנחנו יודעים לעשות את זה, לבוא ולומר שבמחלות מסוימות במחלקות מסוימות יהיה יותר בחירה כדי להבטיח שמבטוח, שוב, זה יוצא מהמקום של להבטיח שמבטוח מקבל את הטיפול הרפואי הטוב ולא מממש איזושהי זכות בחירה, כי אז זה יוצר לנו התנגשות עם דברים אחרים במבנה הבסיסי של המערכת.

השרה יעל גרמן: שאלות הבהרה.

דוברת: שאלת הבהרה, ומה באשר לסוגיה שכללית בתוך כללית? אנחנו מדברים על 33% מהמיטות. בדרום אנחנו מדברים על 100% מהמיטות. מה באשר לנושא הזה? ב', מה באשר לעובדה שבאזורים מסוימים שוב כללית מהווה ממש מונופסון ואין באמת מערכת אמיתית של יכולות התמודדות.

דוברת: כללית גם מתמודדת מול מונופולים. כללית שהיא מתמודדת מול איכילוב בתל אביב, היא מתמודדת מול מונופול. גם את זה צריך לאמור. עכשיו כשההסכמים נערכים במעורבות ישירה של משרד הבריאות, צריך את זה לומר, היא לא מתמודדת מול מונופול. זה משהו הרבה יותר משמעותי ממונופול. זה מונופול שהוא רגולטור.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

בוא נניח שהקמנו את הרשות, כי אני באמת מאמין בה, האם אתה מוכן באותה התנהלות של כללית באשר לבתי החולים, שלהסדרי הבחירה לא יהיה תעודף פנימי אלא כל בית חולים שיקבע הוא בית חולים - - - מטופל למשל יוכל לקבוע באשכול שניתן לו את האפשרות לבחור באיכילוב ולא דווקא בבלינסון.

דוברות: אם אנחנו יודעים להבטיח שבסורוקה הם מקבלים טיפול נאות, בעיניי אפשר להסתפק בדבר הזה, כי יש לזה משמעויות כלכליות שאני חושב שהתועלת מהן - - - . אמרתי את זה גם כשהצגתי על סוגיית השר"פ. אמרתי, אנחנו צריכים להבטיח למבוטח סטנדרט איכות אם זה בתורים ואם זה בזה שיש רופא מומחה כשצריך.

השרה יעל גרמן: אוקיי, שאלות הבהרה.

דוברות:

למרות שאומרים את זה וחוזרים על זה שהסדרי בחירה פתוחים למעשה באים אחרי - - - , זה לא דווקא נכון. אתה יכול לפתוח את הבחירה והיות שאתה קובע מחירים - - - הם יהיו מחירים אחידים. בעניין של מחירים אחידים, לדעתי מחירים אחידים מייצרים חוסר יעילות במערכת. להשקפת עולמי, המערכת הזאת צריכה להיות ממומנת במימון ציבורי. לדעתי מימון פרטי מביא לנזקים. זה לא הדיון עכשיו, אבל יש המון נזקים כתוצאה ממימון פרטי. המערכת לדעתי יכולה להיות במימון ציבורי ולתת לאזרח שירות טוב ולהמשיך להיות מערכת טובה ולהשתפר, אבל היא כן צריכה להיות יעילה. אני חושב שברגע שאנחנו שמים את כספי משלמי המיסים אנחנו צריכים להבטיח שהכספים האלה מגיעים למקומות הנכונים. מחירים אחידים בבתי חולים שיש להם פונקציות יצור שונות, בסופו של דבר מביא לכך שבית חולים שיכול לייצר בעלות יותר נמוכה, לא עושה את זה. אני לא מתמרץ אותו להיות יעיל, אני לא מתמרץ אותו לחסוך בעלויות. יש לו את המחיר ואז יכולים להיווצר שני דברים, וזה כנראה בסוף יהיה גם וגם. אחד, שהוא לא ירצה להתייעל. הוא לא ינסה להתייעל והכספים ילכו למקומות הלא נכונים, קרי שכן או טכנולוגיות מיותרות כמו רובוטים כאלה ואחרים. בסופו של דבר מדברים פה על הנחות, הנחות, לא ראינו איזה דרמטי כתוצאה מאיזה כוח שירותי קופות חולים. ללאומית ולמאוחדת ולמכבי ברוב אזורי הארץ אין כזה כוח, שוב, בטח שמשרד הבריאות מנהל את המשא ומתן בצורה מרוכזת, וראינו שבתי חולים שיפרו את מצבם. בהסכמים האחרונים בתי חולים שיפרו את מצבם. אנחנו ראינו שמילך עבאדי הציגה גידול מאסיבי בתאגידים. התאגיד של שיבא הוא כבר 35% מהפעילות שלו. אנחנו רואים שבתי חולים משפרים את מצבם. אני לא רוצה הנחות כאלה דרמטיות ואם הקופה לוחצת את בית החולים להפחית את המחיר ובית החולים מתייעל ואף אחד לא כופה עליו שום הסכם והוא חותם על הסכמים ובסופו של דבר אנחנו מצליחים לייצר בריאות בפחות כסף והכסף הזה לא נעלם. אין פה איזה יאיר המבורגר או נוחי דנקנר ברשות קופות החולים.

השרה יעל גרמן: מה זאת אומרת הוא מתייעל? הוא נכנס לגרעון שאתה משלם אותו.

דוברות:

זו בדיוק תפיסה שלדעתי היא לא נכונה. בתי החולים לא נכנסו לגרעון, להיפך, הסבסוד פחת בשנים האחרונות. אני מחפש את הנתונים ואני לא רואה אותם. אני לא רואה את ההנחות הדרמטיות. להיפך, אני רואה שהתאגידים גדלים. אני כן חושב בסופו של דבר, כן, שקופת החולים רוצה ולוחצת את בית החולים להפחית מחיר, כי יש לה גם עוד אפשרויות. יש לה אפשרות בקהילה ואנחנו רואים את זה ב-MRI, שבתי חולים - - -

דוברות: תזכרו שהעלות של בית החולים הולכת ופוחתת ככל שהוא מייצר יותר. אי אפשר להתעלם מהדבר הזה.

דוברות: זה בעלות ממוצעת. זה בדיוק ההבדל.

השרה יעל גרמן: חברים, לא נרד עכשיו לעומקו של הדיון על זה. אתה בא ואומר מדוע לא מחיר קבוע.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה מייצר עוד מצבים. זה יוצר מערכת יעילה והכסף הזה לא הולך לאיזה בעל הון. הכסף הזה חוזר לאזרחים. הכסף הזה מביא אותו למערכת יעילה ואנחנו עושים באותו כסף יותר. זה נכון לעשות באותו כסף יותר. אנחנו רוצים מערכת יעילה. אנחנו לא רוצים מערכת בזבזנית. אנחנו לא רוצים שבית חולים שיכול לייצר ב-1,000 ייצר ב-1,500.

השרה יעל גרמן: אוקיי, זה ויכוח קונספטואלי, אפילו לא כלכלי אלא ממש קונספטואלי.

דוברות: הוא גם כלכלי.

השרה יעל גרמן: יש פה גם עניין של תפיסה. אני ממש מבקשת להתמקד כרגע בשני נושאים: אחד, טווח הבחירה, דרך הבחירה. שנית, חסרונות ויתרונות בהקשר לזה. מה שכרגע אתה העלית זה באמת הנושא של מחירים אחידים, כן או לא. העלית כרגע נימוקים למה לא. בקצרה יבואו ויאמרו למה לא, למה כן.

דוברות: כשאנחנו אומרים בחירה, אנחנו לדעתי מפחיתים את יכולת הניהול של קופות החולים להקצות את ההוצאות שלהם. בסופו של דבר הדבר היחיד שאנחנו משאירים לקופה זה אם לתת טופס 17 או לא לתת טופס 17, ובמקרה של בחירה שהקופה תחשוב שההוצאה היא לא יעילה בבית חולים, היא פשוט תצמצם את טופס 17, אז נראה אנשים יותר מתאמצים לקבל הפניות, כי ברגע שהמבוטח נכנס לבית החולים, היא לא יודעת באיזה עלויות הוא יצא. אין לה מושג ואנחנו נייצר לה תמריץ לא להפנות לבתי חולים, כי לא יהיה לה הסכמים איתם והיא תרצה בכל זאת כן לנהל את ההוצאה, וזה תמריץ לא נכון. אנחנו נייצר תמריצים לא נכונים.

השרה יעל גרמן: אוקיי, בסדר. הבא בבקשה,

דוברות: סדרה של הערות. תראו, מה שלמדנו מכלכלה התנהגותית בעשרים שנה האחרונות, זה - - - ש אנרציה, ומעברים בתחרות לא עובדת כפי שאנחנו חושבים. מעבר, מאוד לא ממוקד בהסדרי בחירה. הוא ממוקד בנוחות, ביחסים עם הרופא וכן הלאה, וזה שאתה תצטרך לחכות עוד חודשיים לצנתור, זה לא דווקא יעביר אותך קופה.

משהו שרציתי להגיד לקובי, אנחנו באנו מאותה נקודה שאני חושב שהבחירה צריכה להיות כתפיסה. אם אנחנו מאפשרים בחירה בכל תחום אחר, בתחום הכי חשוב לנו, במיוחד בזמן הכי רגיש לנו, אנחנו פתאום לא מאפשרים בחירה. לא דיברתי עם קובי על הנושא הזה ואני גם הגעתי לאיזושהי מסקנה די דומה למה שהוא אומר. תראו, יש לי רק כמה נקודות. אם אנחנו עושים בחירה חופשית ומחירים אחידים, זה מפוצץ את המערכת בעלויות. זה בלתי אפשרי. פה אני מאוד מסכים עם האוצר, שהקומבינציה הזאת לא אפשרית מבחינת המערכות.

דוברות: שמה?

דוברות: שהייתה בחירה חופשית, שכן אדם מחליט לאן הוא הולך ואין קאפ והמחיר אחיד. מה שאורי אמר פה, אני מסכים עם אורי שאומר, אז היכולת פעולה היחידה של קופת חולים זה לתת או לא לתת טופס 17 ויהיה בעצם הצטמצמות ויתחילו שיהיו 8 דרגים של אישורים וכן הלאה. אני לא חושב שזה כיוון נכון, לכן בגדול יש לנו שתי אופציות: אופציה אחת זה בחירה חופשית, אבל אז קאפ ושליטה הרבה יותר גדולה על סך העלויות או בחירה מוגבלת ואז אפשר ללכת למחיר שולי. כשאני מדבר על שולי, זה שהקופה תשלם את המחיר שזה באמת עולה למשק לבצע את הפעולה הנוספת הזו, ולא עלות ממוצעת שהיא לוקחת בחשבון את חדר מיון בפעולה הזאת וגם את ההוראה של סטודנטים וגם את המחקר.

השרה יעל גרמן: ואז את הקבוע, הממשלה מעבירה ישירות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: יש שיטה שקובי הציע, מאוד מוצאת חן בעיניי, שהקופה רואה את השולי, הממשלה מביאה את זה לממוצע ויש קאפ על התשלומים של הממשלה, או שבא מאיזשהו מקום לפי נוסחה מאוד פשוטה ואז אפשר דרך אגב לתת קצת יותר לבתי חולים בפרופריה שיש להם עלויות קבועות יותר גדולות פר פעילות שלהם, אז אתה יכול לתת להם קצת יותר ולא להם במרכז קצת פחות. אפשר לעשות את זה. אורי, אני מצטער, אתה חוזר על הנקודה הזאת. אתה עושה משוואה בין מחירים אחידים לחוסר יעילות. אין שום קשר ביניהם. אתה יכול לקבל חוסר יעילות עם מחירים אחידים, בלי מחירים אחידים.

דוברות: אני לא מסכים איתך.

דוברות: זה בדיוק מה שאני אומר. פונקציות יצור שונות הן שונות בעיקר בעלויות קבועות. אם אתה משלם עלויות קבועות שלא קשורות לקופת חולים, אתה יכול לעשות ויסות בנושאים האלה. בפרופריה יותר יקר, אתה יכול לתת את זה. זה לא אומר שקופת חולים צריכה לראות מחירים שונים.

דוברות: אם בית חולים ממשלתי רוכש בזול יותר - - -

השרה יעל גרמן: לא, לא, אתם לא תגיעו להסכמה. זו דעתך, זו דעתו. לא נכנסים לוויכוח.

דוברות: אני מוכן לשבת ואני מתאר לעצמי שקובי ואני יכולים להראות לכל טיעון איך אתה קושר את החוסר יעילות למחירים אחידים. אני יכול לתת פתרון שהוא פותר את זה, ואני גם יכול להראות לך חוסר יעילות בשיטה של היום, באותה מידה, כי נכון להיום המחירים לא נקבעים בשום דרך שהיא התייעלות של פעילות מסוימת.

מה שאני בעצם רציתי להגיד, אני גם לא אוהב מה שמשה אמר. אני לא בטוח שאני מאוד שמח שהסדרי בחירה יהיו באישור השר, כי יש שרים ויש שרים.

השרה יעל גרמן: אני חושבת שזה צריך להיות באישור המנכ"ל.

דוברות: השר לא יתערב באישור המנכ"ל.

השרה יעל גרמן: תמיד יתערב. עדיין יש לך שיקול דעת מקצועי.

דוברות: בסופו של דבר יהיו שרים סקטוריאליים ולאורך זמן יהיו שרים סקטוריאליים. יהיו הסדרי בחירה מסוימים בקופות חולים מסוימות ויהיו אחרים בקופות חולים אחרות. אני הייתי הרבה יותר מעדיף קריטריונים שנקבעים מראש, שהם מאושרים על ידי שרה ושמים אותם בהנחיות, ואז לשנות אותם לפי גחמות של זה, אתה צריך לשנות אותם לכולם ולא לבית חולים כזה או אחר. אז מה שאני בעצם אומר די מתקרב למה שקובי הציע למרות שלא תאמנו. אני חושב שקודם כל אנחנו צריכים לשאול את השאלה, אם אנחנו הולכים על מחיר אחיד ואין קאפ, אז כל הסוגיה שקופת חולים רואה בבית חולים הזה טיפול יותר זול מאשר בית חולים הזה בגלל שיש לה כוח פה יותר גדול, אז את זה אתה מוריד. ברגע שהורדת את זה, הורדת 70% מהבעיות. מה אתה צריך אז לתת? אז פחות חשוב לי שתהיה בחירה מאוד רחבה, למה? מה אתה צריך להוסיף? אחד, היעדר אפליה. כמו שאני אומר, שאם זה בית חולים שלי לעומת לא בית חולים שלי, זה חייב להיות. אנחנו לא עושים רגולציה על פרט. אנחנו עושים רגולציה על הסדרים לחצי אוכלוסייה. דבר שני, אנחנו צריכים לתת כמו שכתוב בחוק, זמן סביר ומרחק סביר, זאת אומרת יש לך מגבלה על אזור בחירה או על ספקי בחירה. אם אתה בא לאותו ספק שנתנו לך ללכת אליו ואתה רואה שהתור הוא יותר מדי גדול יחסית לאיזה שהם סטנדרטים, אז אתה אומר, אני מצטער, אני פותח לי משהו יותר רחב. אם התור שם יותר רחב, אני פותח לעצמי עוד משהו. דבר שני זה כמובן מרחק. לא יכול להיות שיהיה לי הסדר בחירה אם אני גר בנהריה ויש לי בית חולים לידי, לא יכול להיות שישלחו אותי לפוריה או לרמב"ם. דבר אחרון, שאנחנו כל הזמן חוזרים לסוגיה הזאת של היעדר יכולת בחירה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מצד המטופל. יש שתי אופציות. נניח שמטופל לא יודע לבחור. נניח ניקח את זה ב-70% נכון, אז יש שתי אופציות: אחת, לאסור עליו בחירה. ממילא אתה לא יודע לבחור. בשביל מה אתה צריך את זה? שזה אני לא אוהב. אני גרתי במדינה שאמרה לי מה לעשות וזה לא מוצא חן בעיני רוב התושבים. דבר שני זה לעזור לו עם הבחירה. תן לו איזשהו call center שישבו שם רופאים בדימוס ויגידו לך, תשמע, אם אתה צריך את זה אז תלך לשם ולפי הנחיות של משרד הבריאות, או אחיות בדימוס או לא יודע מי, זאת אומרת שאתה יכול לנצל כוח אדם.

דוברת: אני רוצה שאלת הבהרה אם אפשר. קודם אמרת שיש חשש ממה שאורי אומר ואז יש שתי אופציות. אופציה אחת של בחירה חופשית, אבל אז אתה איכשהו צריך לשלוט במחירים ואולי קאפ. אחר כך יש בחירה מוגבלת ואז אם הולכים על הבחירה המוגבלת אז זה צריך מחירים אחידים כי מה שחשוב זה ההוצאה השולית.

דוברת: לא, לא, זו לא הסיבה שאתה צריך. אם יש לך בחירה מוגבלת אני רוצה להוציא מהשיקול של קופת חולים את השיקול הכספי. אם אני שם מחירים אחידים ומוריד את הקאפ ואז זה אומר שאני צריך לתמחר את זה אחרת, ויש שיטה איך לתמחר את זה, אז אני מוריד את העוקץ מהבחירה המוגבלת והבחירה המוגבלת הופכת לבחירה לפי איכות.

דוברת: בסדר, אבל אז אתה צריך שהפיצוי יהיה לפי ההוצאה השולית. זה מה שאמרת.

דוברת: כן. זו דרך איך ליישם את זה. זה לא בגלל זה. זו לא הסיבה, זה הכלי.

דוברת: כן, ואז אתה אמרת, אחר כך אני בעצם מתקרב לקובי, אבל אני לא ראיתי איך אתה מתקרב לקובי באחת משתי האופציות, כי קובי אומר, בעצם נקודת המוצא שלו זה בחירה חופשית עם אולי פה ושם מגבלות, וכדי גם ליישם את הבחירה החופשית אני צריך מחירים אחידים, שזה לא נופל באחת משתי האופציות האלה.

דוברת: לא, הוא לא מדבר על בחירה חופשית. הוא אמר שיהיה צמצום של הבחירה.

אני אומר שאני מתקרב לקובי במובן הבא: אני התחלתי מזה שצריכה להיות בחירה חופשית ואני רציתי גם מחירים יותר הגיוניים. מה שאני הבנתי בשבוע האחרון, ששני הדברים ביחד לא יכולים לחיות, כי זה מביא לפריצה תקציבית, לכן האופציות שעומדות בפנינו זה בחירה מוגבלת עם הוצאת עוקץ של ניצול של הבחירה לרעה על ידי קופות חולים או בחירה חופשית, שאז אין לקופות חולים יכולת. אני מעדיף כמו שקובי מעדיף, משהו יותר מוגבל עם מחירים אחידים שמוציאים את העוקץ, אבל מה שצריך זה ארבעה דברים נוספים: אחד, שלא תהיה אפליה מוסדית בתוך הבעלות. דבר שני, יהיו סטנדרטים על התורים, זאת אומרת שאם בית החולים לא עומד בסטנדרט של - - -, אז אני יכול לפרוס אותו כפרט ואז זה נותן לי איזושהי גמישות.

השרה יעל גרמן: אני הייתי רוצה להבין, האם אתה מאפשר את הבחירה, או אתה סומך על הבחירה של הקופה שהיא פתוחה?

דוברת: אני מאפשר לקופה להיכנס להסדרי בחירה תחת שבהסדרי בחירה יש להם קריטריונים. הם לא יכולים למשל להגיד, אני נותן לך בחירה בין נהריה לפוריה. זה הסדר הבחירה שלי. אם אתה רוצה, תיקח. לא רוצה, אל תיקח. אתה יכול לעשות או לא יכול. יש כמה שלבים. שלב אחד - שיהיו קריטריונים מה מותר בהסדרי בחירה, שהקריטריונים יבואו ממך, שאומר, אתה צריך להבטיח זמן סביר ומרחק סביר, זאת אומרת צריכה להיות בחירה. פה דווקא הרעיון הזה של לפתוח איזושהי בחירה מצומצמת שהצוות הביא, היא בסדר. יש שם קריטריונים שאומרים שיש בחירה מצומצמת וקופת חולים יכולה לשחק עם זה אבל עדיין קיימת בחירה. אני לא אוהב את האישור הפרטני של שרת הבריאות או שר הבריאות שיבוא אחריה. אני חושב שהם קבועים ואם הם חלים על קופה אחת, על בית חולים אחד, הם חלים על כל השאר. זאת נקודה אחת. נקודה שנייה, בבחירה הזאת, כדי שהבחירה לא תנוצל לרעה, היא צריכה להיות מלווה דרך מחירים אחידים ודרך קאפ, ושינוי של שיטת פרייסינג, כי אז את הוצאת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

את המינוס מצמצום בחירה, מהמשוואה. דבר שלישי, זה צריך להיות אין אפליה. בעלות בתי חולים לא צריכה להיות. זה דרך אגב חוזר לקריטריונים. זה יפתר בקריטריונים, ואז בתוך הסדר בחירה יש הסדר פריצת הבחירה. דרך אגב תשימו לב שבקנדה, שאין שם שום בחירה, כולם מחויבים לזה. בית המשפט העליון פסק שהבן אדם שהיה צריך לחכות יותר מדי זמן והלך למישהו פרטי, שילמו לו. זה די דומה למה שהיה פה, רק שפה היא לא חיכתה, היא פשוט החליטה שהיא הולכת למקום אחר, לכן זה יתפרץ על ידי בתי משפט ממילא. כדאי לשים את הפריצה הזאת בתוך המערכת מראש, שהיא אומרת את הדבר הבא: שים איזה שהם סטנדרטים, שהסטנדרטים הם רפואיים. האם יש פה סכנת חיים או אין פה סכנת חיים? אין פה סכנה לבריאות או יש פה סכנה לבריאות? ואז זה לא אי נוחות שיש לך בעיה לחכות עוד חודשיים. ואז אם אתה לא נמצא, אם קופת חולים לא אפשרה לך בהסדרי בחירה תור בסדר גודל של - - - , אבל דרך אגב, הוא נפתח. הוא לא חייב לכל. הוא יכול להיפתח הדרגתי.

השרה יעל גרמן: הוא נפתח. לא ניכנס לזה.

דוברת: אני אגיד לך למה זה חשוב, כי אז לא יהיה תמריץ לאנשים. למשל, אם אני רוצה להגיע לשיבא, אני לא סתם פורץ את התור והולך לשיבא, נניח אם אני נמצא בירושלים. יכול להיות שאני יכול ללכת לאסף הרופא. זה יכול להיות הסדר. את לא צריכה להסדיר את זה. מי שיכול לעשות את זה זה הקופה. לקופה יש בעצם שלבים של פריצה. האכיפה של המערכת הזאת היא מאוד פשוטה כי הכול ידוע מראש ולכן מי שאוכף את המערכת זה הפרט וזה לא הרגולטור. אתה אוכף את ההסדרים שהם לא חורגים מהקריטריונים. דבר שני, אנחנו צריכים לעזור לפרט עם call center שהוא עוזר לו בבחירה, ובידיעה של הזכויות שלו.

השרה יעל גרמן: זה כבר יש. אוקיי, מאה אחוז, תודה רבה. ממשיכים בבקשה.

דוברת: בעניין נושא הסבסוד הערה אחת. דוח החשבות לשנת 2012 שנחתם על ידי חשב המשרד קובע בתוך הדוח: "סבסוד בתי החולים יותר מהכפיל עצמו בשנים 2006-2012". מי שרוצה גם לקרוא בפנים הוא יכול להיכנס לעמוד 10 ולראות את זה. אז זו הערה אחת.

ההתייחסות שלי – כמה נקודות: נקודה ראשונה, אפשר להסתכל על ההתנהלות של הקופות וממנה ללמוד, כלומר לוקחים את ההסכם האחרון שהיה עם קופת חולים לאומית - 2011-2013. זה רצפות של 5 בתי חולים מאוחדות, זאת אומרת אדישות מוחלטת לאן לשלוח, אלפיות אחידות בהיבט של מחירים אחידים, זאת אומרת הקופה היתה אדישה לאן לשלוח וגם אם חלילה היא שלחה למקום אחד יותר, אז זה התקזז עם המקום האחר ביחס לרצפה, אז זה כבר קיים. הדבר הזה כבר קיים דה פקטו. לאומית לגבי הסכם 2011-2013 יצרה מנגנון כזה של חופש בחירה בין 5 בתי חולים שהיו בהסכם במסגרת הסכם אחד עם רצפות מחוברות. זה קרה. מכבי 2014-2016 יצרה הסכמים לפי מחוזות כשהיא יצרה בעצם אלפיות זהות. אלפיות זהות רצפה מעליה אלפיות זהות. גם זה מייצר סוג של אדישות מבחינת ההפניה, לא לגמרי, ברוב המקומות.

השרה יעל גרמן: למאוחדת אין בעיה גם עם פתיחת הסדרי הבחירה. הוא אמר את זה במפורש.

דוברת: הבעיה המרכזית היא בעצם כללית. בואו נשים את זה רגע על השולחן.

השרה יעל גרמן: אז הבעיה זה הכללית. ממש כך.

דוברת: עכשיו כמה מילים על המערכת. אנחנו צריכים לזכור שכמחצית מהכנסות בתי החולים מהקופות מגיע בעצם ממערך האשפוז.

השרה יעל גרמן: מאיפה מגיעה המחצית השנייה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברת: המחצית השנייה מגיעה מ-DRG ומניתוחים אלקטיביים, מאמבולטוריקה. למה אני בעצם אומר את זה? כשהולכים דווקא למקומות שמהם יש הסתה פריפריה, אז דווקא שם האחוז הוא יותר גבוה. במרכזי העל האחוז הוא יותר נמוך מאשפוז. יותר DRG. אני אומר את זה בהקשר שצריך להבין, שמחברים את זה לאחוזי התפוסה באשפוז במערכת, אין מקומות עם תפוסה נמוכה. כל המערכת נמצאת בתפוסה מאוד מאוד גבוהה וזה אגב גם יהווה אמירה שלי לגבי פתיחת הסדרי הבחירה לפחות באזור גיאוגרפי, לא כמשהו דרמטי. זה אחד. שניים, גורמי הייצור שמוגבלים. שלוש, כושר הייצור שיש עליו הגבלה, בין אם זה קצ"ת עם קיצורי תורים בכללית שנקצבים מהמקורות וקוצבים אותם, בין אם זה בתי חולים ממשלתיים באמצעות התאגידים, שיש תקרה על ההכנסה של התאגידים ועל יכולת התאגידים לצמוח, אז גם זה בעצם מוגבל. צריך לזכור שכמובן אנחנו מדברים על פתיחת הסדרי בחירה אחרי שהמבוטח קיבל טופס 17. זה בהקשר הזה. מה שאני בעצם אומר, אחרי הדברים שאמרתי, אם אנחנו פותחים את זה ברמה הגיאוגרפית, לא ברמה הארצית, להבנתי זה לא ייצר שינוי דרמטי מבחינת פעם אחת בתי החולים כמו שנכתב פה באחד השקפים, שעלולים פתאום להיסגר. זה ממש לא שם. פעם שנייה, מבחינת היכולת של בתי חולים בכל אזור גיאוגרפי ובמרכז על, שעל בתי החולים להגביר בצורה משמעותית את כושר הייצור שלהם, כי זה מותנה במקורות וזה מותנה ברגולציה בנושא אחר שנדון פה, לכן אני חושב שפתיחת הסדרי הבחירה ברמה הגיאוגרפית בסופו של דבר תייצר משחק כסאות כשזה שבסוף לא ייצר שינוי דרמטי. כמובן זה צריך להיות נדבך אחד כמו שאמרו יוג'ין וקובי, על גבי נדבך אחר של קביעת מחירים, של הגישוש של הקופה בפן של בחירת המבוטח, זאת אומרת שלא יהיו מחירים אחרים, כי אם יהיו מחירים אחרים אז הקופה בדרכים מאוד יצירתיות תדאג שיכולת הבחירה לא תהיה באמת יכולת בחירה אמיתית. די אם רק נחשוב על יכולת של קופה להגיד למבוטח, אם אתה רוצה לנסוע לבית חולים הזה, אז אנחנו מממנים לך גם מונית שתסיע אותך לשם, כאנקדוטה. לסיכום, אני חושב שפתיחה גיאוגרפית שבכל אזור גיאוגרפי יש מרכז על, לא יביא לשינוי מאוד משמעותי בצד של בתי החולים וגם בצד של הקופות, כי דיברנו ששלושת הקופות עצמן כבר מאפשרות את זה דה פקטו במציאות.

דוברת: אמרת שזה לא ישפיע.

דוברת: אני אומר שבמצב המערכת היום כשמסתכלים פעם אחת על גורמי הייצור, על אחוזי התפוסות ועל דפוס השירותים של בתי החולים מצד אחד, מצד שני כשמסתכלים על הקופות ועל ההסכמים שמחכים, הדבר הזה מתכוון לשם. זה מה שאני אומר.

השרה יעל גרמן: למעט קופת חולים כללית.

דוברת: אמרת שבחירה ברמה הגיאוגרפית לא תייצר שינוי דרמטי.

דוברת: נכון.

דוברת: אז גם אתה ממליץ עליו?

דוברת: לא, אני מדבר מהמצב הכלכלי של המערכת.

השרה יעל גרמן: הוא אמר דברים מאוד ברורים. הוא אמר, צריך מודל כלכלי שיתמוך בהשערות שלך. בבקשה.

דוברת: טוב, אני מוכרחה לומר שבאמת הנושא הוא מאוד מאוד מורכב ואני אגיד מה מנחה אותי באופן כללי, מה הייתי רוצה לשמר ומה הייתי רוצה לקדם ואיזה כלים, בגדול, נראים לי. בסך הכול גם יש הרבה דברים שנאמרים ולמעשה יש לנו יכולת מאוד מצומצמת באמת לחזות את ההשלכות של הדברים. לדעתי יש בזה שינויים מבניים מאוד גדולים, ואני שוב חוזרת על המשפט הזה, שדווקא בעניין הזה צריכים להיעשות בהירות מאוד גדולה. אז ראשית אני רוצה לשמר את הקהילה הטובה. אני



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חוששת מאוד שבמגוון של המלצות של הוועדה שהן לא רק בהסדרי הבחירה והמחירים ותמחור ההרחבה, אני קצת הולכת להפר איזון בין הקהילה לבין בתי החולים ואני גם קצת יכולה לפגוע בקהילה מבחינת ההוצאות שכרוכות. זה יכול להיות הוצאות של שיפוט ואם זה יכול להיות העובדה שאני לא מאפשרת לנהל משא ומתן על מחירים ובאמת לשלוט בהוצאה, כי אני רוצה לומר שאנחנו תמיד מסתכלים על ההוצאה הלאומית כאחוז מהתוצר ואנחנו אומרים, ההוצאה שלנו נמוכה מה-OECD רק בגלל ששכחנו את המערכת הציבורית. אז אני חושבת שראשית כל יש עוד כמה סיבות. אנחנו כן הצלחנו למשל ליצור רפואה קהילתית טובה ולשלוט בהוצאה, ויכול להיות, אני לא ראיתי אף ניתוח, אבל יכול להיות שחלק מהעובדה שאנחנו גם לא מתפזרים בהוצאה הלאומית כמו בהרבה מדינות אחרות בעיקר בארצות הברית, גם יש לו תרומה לעובדה שאנחנו מצליחים להישאר ברמת הוצאה יחסית נמוכה ובו זמנית לתת רפואה שהיא טובה. נכון שיש לנו בעיה במערכת האשפוז. אני פחות דרמטית בפער הזה שקובי תמיד מנסה לתאר, בין המערכת הקהילתית שהיא מצוינת ומערכת האשפוז שהיא לוקה מאוד מאוד בחסר, רק בגלל ההתחשבות בין בתי החולים לבין הקופות. אני לא ראיתי שמישהו מדבר בצורה מאוד ברורה האם ההקצאה של המשאבים בתוך בתי החולים היא - - - מישוה בדק את זה, אמר את זה. יכול להיות שיש מספיק משאבים, אבל לא עושים מספיק עבודה טובה או לא מקצים - - -

דוברת: בין בתי החולים.

דוברת: לא מקצים את המשאבים.

דוברת: לא אמרתי שזה רק בענייני התחשבות. אמרתי שזה מסיבות אחרות.

דוברת: בסדר, אז אני חוזרת ב'. זו אחת מהסיבות, לכן בכל בחינה של דברים אני רוצה קודם כל במה שטוב לא לפגוע. אני רוצה לשפר את מצבם של בתי החולים. אני לא רוצה להרע את מצבה של הקהילה, ואני בהשוואה הבינלאומית הזאת, שאני רואה שההוצאה שלנו לקהילה היא גדולה יותר לאשפוז, אני רואה נקודת זכות מאוד גדולה, כי אנחנו בעצם שומרי סף. במערכת הקהילתית אנחנו מצליחים להיות שומרי סף ויכול להיות שאנחנו מצמצמים את הצורך באשפוזים, כי המערכת הקהילתית היא טובה, לכן בעצם הרבה פעמים אנחנו מתנגדים לכל מיני מהלכים שבתוך המערכת הקהילתית, כמו השתתפויות עצמיות ודברים אחרים שאנחנו רוצים כן לאפשר את הנגישות הזאת כדי שאדם יקבל את הטיפול ולא יזדקק לאשפוז בגלל שהוא נמנע מטיפול. אז זאת נקודה אחת. לכן מהבחינה הזאת, אם אני עכשיו מחברת את זה להסדרי הבחירה, אז א', אני גם שמעתי סביב השולחן הזה הרבה פעמים אנשים אומרים, ולדעתי גם יש צדק גדול, שבמערכת הציבורית הזכות של בחירה היא מוגבלת. יש אנשים שאמרו, זה לא ערך עליון לבחור, לא חשוב אם זה בחירה של רופא או בחירה של בית חולים אחרי שבחרת קופה. מהבחינה הזאת אני יכולה לבוא ולקדם את הסדרי הבחירה בכל דרך שנראית, אבל בצורה מאוד מוגבלת. אם זה מרכזי על, אם זה איזה שהם אשכולות, פריסה גיאוגרפית או פריסה אחרת שאני לא זוכרת מה אמרנו בישיבה הקודמת.

השרה יעל גרמן: פריסה גיאוגרפית או פריסת אשכולות שהם חופפים גיאוגרפית.

דוברת: כן, כן. ברור שבמחלות מסוימות המערכת היום כבר כוללת את זה, אז כן באיזושהי הרחבה מסוימת. אני לא חושבת שאני יכולה עכשיו כאשר אני יודעת שחסרים כל כך הרבה מקומות ציבוריים, לבוא ולהשית על הקופה את הסיכון שההוצאות שלה יגדלו רק בשל העובדה שאני רוצה לאפשר עכשיו בחירה חופשית, ואני לא יודעת כמה בריאות טובה יותר הדבר יתן. אז דווקא באילוצים האלה התקציביים של המערכת הציבורית, אני רוצה להכניס אלמנטים שיש בהם סכנה של פריצה של ההוצאה ושל חוסר יכולת לשלוט, אז זה לא נראה לי, אבל אם עושים את הדברים קצת בצורה זהירה, קצת בצורה הדרגתית, איזשהו מתווה ארוך טווח שאתה קצת מרחיב, בוחן את הדברים, וכמובן לעשות את זה בשיתוף פעולה עם גורמים, אני לא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חושבת שאנחנו יכולים - - - . שמענו הרבה בתי חולים. לדעתי בזבזנו המון לשמוע בתי חולים בפרספקטיבה של השנה האחרונה. שמענו פחות את הקופות, בעיקר כשהקופות חשבו שכל הסיפור שלנו זה שר"פ.

השרה יעל גרמן: שמענו את כל הקופות ורק חלק מבתי החולים.

דוברות: כי כולם באו עם השר"פ. בדינמיקה של העבודה של הוועדה אנחנו התרחקנו מהנושאים שלדעתי, ככה אני תוספת את זה, בהתחלה לא חשבנו שנתמקד בהם ולכן גם לא ביקשנו מאנשים שבאו ודיברו, להראות, מה דעתם על הנושאים האלה. זאת היתה בדינמיקה של הוועדה.

לגבי הבחירה, אני חושבת שאפשר להרחיב כדי באמת לשפר את מצבם - - -

השרה יעל גרמן: אבל לא על חשבון המצב הכלכלי של הקופה.

דוברות: אבל צריך לעשות את זה בהירות. אני חושבת שמה שאלי דפס אמר, שאתה לא יכול לתכנן ואתה לא יכול לדעת איך אתה תאבד את השליטה על ההוצאה. זה מאוד חשוב ואנחנו צריכים לשים לב לזה. בהסדרים האלה שאנחנו מרחיבים בהדרגה באיזשהו הסדר שאני חושבת שעלו פה כמה רעיונות, לא ניתחנו אף אחד לעומקו, אבל הם נראים סבירים לצורך התקדמות. בהסדרים האלה השאלה שנשאלת, האם אני יכולה ליצור איזה שהם מנגנונים של התחשבות שהם לא מחירים אחידים. האם אני יכולה לומר, יש הסדרי בחירה מוגבלים, אבל בהסדרי הבחירה המוגבלים האלה אני רוצה באמת לוודא שהקופה מאפשרת את ההסדרים האלה והמבוטח יכול לבחור אותם, ואני יכולה ליצור איזשהו מנגנון שאני מפצה את בתי החולים בצורה כזאת שהקופות יכולות לראות איכשהו פחות או יותר מחירים שווים. הוא אמר עכשיו כמה הצעות.

השרה יעל גרמן: אבל זה הוא הציע, שולי וקבוע.

דוברות: לא, לא, לא, אבל אני לא רוצה מחירים אחידים. הוא למשל אמר מה מכבי עשתה, כי יש רצפה ואלפות קבועות. אני מוכרחה לומר שאני לא מתמצאת בנושא ההתחשבות. אני גם חושבת שבאמת לא היה לנו איזה דיון שיכולנו ללכת הביתה, לפתוח איזה ספר וללמוד. הרבה דברים שנידונו פה, הלכתי, פתחתי ספר וראיתי קצת מה שאני לא יודעת, כן לדעת יותר. בעניין הזה לא היה דיון. זה עניין מאוד מאוד מורכב. מה שאני חושבת, שצריך למצוא איזה שהם דרכים שבהן אני יכולה לייעל את הבחירה המוגבלת הזאת במובן שהקופה לא יכולה להסית לבית חולים מסוים, לכבד את הבחירה הזאת, וזה לא בהכרח צריך להיות מחירים אחידים. פה אני חושבת שיש אנשי מקצוע, ואם לא, צריך לפנות לאנשי מקצוע. אני חוזרת על מה שאני חשה די הרבה פעמים, שהדברים צריכים להיות בהירות וגם המינון צריך להיות לא כזה שאני עכשיו עושה את כל מה שאני חושבת, כאשר אחד הדברים שאני מרגישה בוועדה שחסר לי, שאנחנו לא מנתחים את ההשלכות של ההצעות שלנו. לפעמים אני מרגישה שכל אחד מאמין שהוא אומר את הדבר הכי טוב בלי לנתח את ההשלכות. אני חושבת שמאחר ואין לנו את זה בוועדה, שכל הצעה מנותחת עם תג מחיר ועם השלכות ועם סיכונים ועם סיכונים, הזהירות מחויבת כפליים.

השרה יעל גרמן: שזה את אומרת תמיד. בבקשה.

דוברות: אני שואל שאלת הבהרה, האם את ניתחת את הסיכונים של סטטוס קוו?

השרה יעל גרמן: התשובה לדעתי היא לא. לא ניתחנו גם את זה.

דוברות: אוקיי, אז בואו לא נשנה.

השרה יעל גרמן: השאלה הייתה נכונה. זה רק מחזק את מה שאתה/אומר/ת, שאין לנו באמת איזשהו מנגנון תחקירי

שבא ונותן לנו תשובות לגבי המודלים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות:

אני רוצה להגיד כמה דברים. קודם כל אני אתחיל בזה שאני לא מאמינה גדולה בניתוחים ובתוצאות של מה שיקרה. הכול זה הנחות. אנחנו לא יודעים. אני מאמינה שהחיים יותר חזקים. זה בסדר שעושים את זה. גם בנושא תמריצים אנחנו לא מספיק מבינים את ההתנהגויות ואת מה שיש ולכן אני פשוט אומרת, אנחנו לא צריכים לפחד, מצד אחד. מצד שני, הפעם אני רוצה להגיד שבנושא הזה אני מתחברת למה שלא אומרת לגבי הזהירות ואני כן מתחברת לעניין בגלל שאני רואה פה הרבה סכנות, שאנחנו צריכים בשביל זה להחליט שמשנים את השינוי משקל, אחד, לאט, ושניים, לדעתי זה צריך להיות לאחר דין ודברים עם השחקנים היותר משמעותיים במערכת, ואני גם רוצה להגיד למה. אני מאמינה שאם זה לא יהיה קופות החולים ובתי חולים פריפריאליים, תיכף אני רוצה להגיד כמה דברים על זה. אחד, אני מאמינה שאם אנחנו לא נעשה את זה מתוך הבנה וסוג של הסכמה, לא אומרת הסכמה בהכרח שכולם, יש להם הטלת וטו, אבל סוג מסוים של הסכמה או הבנה, אני חושבת שהם ימצאו את הדרך לעשות לנו הפוך בדיוק. אני תיכף אסביר כמה דוגמאות שיכולות להיות עם כל המגבלות ששמו אותן פה. אז זאת סיבה אחת. הסיבה השנייה שאני רוצה להגיד, עם כל הכבוד לכל המכתבים ולכל מה שאנשים אומרים, אני חושבת שבשיחות אחד על אחד הדברים נשמעים אחרת. אני יכולה להגיד לכם שאני עשיתי פה בדיקה עצומה. בדקתי, דיברתי עם כל בתי החולים הפריפריאליים, עם כל הקופות, ובוא נניח שווה לשבת ולדבר ולא רק לסמוך על הנושא הזה.

חלק ביקשו והתחננו שאני לא אחסוך. התחושה שלי שבתי החולים הפריפריים מאוד מאוד חוששים ושבאופן כללי מאוד מפחדים, ועל זה אני דווקא רוצה לדבר. לגבי הקופות, לדעתי הן פחות מפחדות מה להגיד ומה לא להגיד. פשוט שם זה בגלל סיבה אחרת, אבל ההערה שלי שצריך לשמוע ולא רק כמה מכתבים, זה בתי חולים הפריפריים, לכן אני גם אמרתי שבדיון, אני חושבת שהם בעיניי מרכיב מאוד חשוב.

בואו נתחיל בפריפריה, כי על זה אני רוצה להרחיב טיפה את הדיבור. אחד, לא היה ברור לי פה, ואני כן רוצה להדגיש שיש פריפריה גיאוגרפית ויש לנו גם פריפריה חברתית ואי אפשר לזנוח אותם. אי אפשר לזנוח את וולפסון ואי אפשר לזנוח בתי חולים יותר קטנים. צריך לזכור גם פריפריה חברתית כשאנחנו מדברים על בתי חולים פריפריים, בעיקר בנושא הזה. צריך לזכור שבתחרות, וזה בסדר, וולפסון יעמוד מול איכילוב ומול בלינסון ומול שיבא וצריך למצוא לזה פתרון. אז זה דבר אחד שצריך לזכור. דבר שני שלא נאמר פה כלום ואנחנו נגענו בזה בחלק מהפעמים, האם כשאנחנו מדברים על בחירה, אנחנו גם מדברים על הנושא של בחירה של הפרטי, אם הקופה מוכנה לממן. אנחנו צריכים לחשוב על זה. אני מדברת כרגע פה על אסותא. אני לא יודעת מה יהיה בציבורי. האם כשאת אומרת שאת פותחת את הסדרי הבחירה, את פותחת גם את זה. עכשיו אני רוצה לדבר על הפריפריה רבתי, אני חושבת ששמירה על בתי החולים הפריפריים, בעיניי זו משימה מספר 1 ואני רוצה להסביר למה. אחד, כי בעיניי שמירה על בתי החולים זה לא בשביל בתי החולים הפריפריים, זה בשביל האוכלוסיה שנמצאת בפריפריה. זה דבר אחד. שאף אחד לא יחשוב שיש לי באמירה הזאת משהו שחייבים לשמר את בית החולים הזה. דבר שני, אני חושבת ששמירה וחזקת בתי החולים הפריפריים יוצרים תחרות יותר טובה למרכז. אני חושבת שאם אנחנו רוצים ללמוד ממה שקרה בנושא כוח האדם הרפואי, היה תקופה של לפני ההסכם האחרון, שבתי החולים הגדולים ידעו שהם לא צריכים להתאמץ או לא צריכים לעשות שום דבר מול הרופאים או מול מה שיש, כי כולם יבואו אליהם. ברגע שידעו שיכולה להיות נהירה של רופאים גם לפריפריה בגלל שהיה לזה תחרות שווה, אני חושבת שגם בתי החולים במרכז השתפרו בעניין הזה וגם הם היו צריכים להציע הצעות יותר נכונות, ולכן, אני אומרת לכם, צריכים להסתכל על העובדה של שמירה וחזקת בתי חולים הפריפריים בצורה שהיא משרתת את כולם. זה לא רק מה שאנחנו מרגישים נכון אתית, זה גם נכון עניינית.

דוברות: - - - שכר לרופאים.

דוברות: לא דיברתי על שכר.

דוברות: אבל זאת התחרות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לא, לא. חלק פיתחו מנגנונים יותר טובים של מחקר. אמרו, אנחנו נותנים לכם אפשרויות מחקר יותר טובות, לאו דווקא שכר, כי בשכר, לא יכלו כל כך לגעת בזה.

השרה יעל גרמן: אוקיי, בסדר, קיבלנו תשובה.

דוברות: אוקיי. צריך לזכור שבתי החולים הפריפריים וגם קטנים במרכז הארץ, הם לעולם בנחיתות בנושא התחרות, אלא אם כן אנחנו נעשה משהו בעניין הזה. יש להם בעיה של תרומות. הם לא יכולים לגייס כסף באותה מידה. יש מצב של איפה שהם נמצאים. יכול להיות שבית חולים מסוים, אנחנו, מדינת ישראל מיקמה אותו במקום שסך הכול האוכלוסיה שממנו הוא יכול לקבל כסף ולעמוד בתחרות הוא מוגבל. צפת, לא יעזור מה שנעשה, אזור אגן הניקוז שלו גורם למה שהוא יכול להביא. הוא לא יכול להביא יותר מזה. אז אני אומרת שצריך להבין שמלכתחילה, אם אנחנו נפתח אזורי בחירה לחלוטין, אנחנו מכניסים שחקנים למערכת במצב שמתחילים בצורה לא שווה וזה בעיניי בלתי אפשרי ולכן מדינת ישראל. בעיניי זאת ההחלטה – אם אנחנו הולכים להסדיר בחירה פתוחים לחלוטין, מדינת ישראל צריכה להגיד באותו רגע שני דברים: אחד, שהיא הולכת להשקיע ולהשוות תשתיות. זה חייב להיות בקטע הזה. דבר שני, שמדינת ישראל נותנת להם רשת ביטחון, כי ישנם בתי חולים שאין מה לעשות, לא יעזור, מה שהם לא יעשו, הם לא יוכלו לעמוד בזה. לכן צריך להחליט. אם לא, אז אנחנו לא יכולים לעשות להם את זה. אנחנו לא יכולים להשאיר אותם במצב הזה. זאת ההחלטה הראשונה. הדבר השני שאני רוצה לומר, שזאת עוד החלטה שצריכים להבין. לדעתי אנחנו מתחמקים ממנה באיזשהו מקום, זה באמת איך אנחנו מסתכלים על בתי החולים. האם אנחנו מסתכלים על כל בתי החולים בצורה שהיא שווה, בצורה שהיא משאב לאומי ואנחנו לא מחלקים בין הבעלויות או שאנחנו כן רואים שזה בתי חולים של הקופה, זה בתי חולים של המדינה, כי כרגע המציאות היא שגם מדינת ישראל נהנית מהעובדה שהיא מתייחסת אחרת ושיש הסתכלות אחרת.

השרה יעל גרמן: איך זה מתקשר לבחירה?

דוברות: אם בשלב מסוים הרשות של האשפוז או בתי החולים יכלול את כל בתי החולים, אנחנו נהיה בעולם אחר של הנושא של הבחירה.

השרה יעל גרמן: זה לא מדובר כרגע.

דוברות: אני יודעת.

השרה יעל גרמן: רגולציה זה קיים בבעלות.

דוברות: הסיבה שאני אומרת את זה, כי דווקא מוביל אותי למסקנה שאפשר לעשות דברים בהדרגתיות. אנחנו יכולים לקבל החלטה מסוימת עכשיו וכשהדברים ישתנו, אנחנו יכולים להרחיב אותה. זאת היתה המסקנה שלי.

על הפול טיימר כבר אמרתי לכם אז, אני לא רוצה להרחיב. לגבי מרכזי מצוינות, אני שמה נקודה למחשבה. צריך לזכור שזה מאוד טוב מצד אחד, אבל זה גם יוצר בעיות. ברגע שיצרת מרכז מצוינות ואמרת אותו, אתה בעצם תורם לזה שכל השאר מתחילים להיות הרבה פחות או אתה אומר שהם לא יהיו בכלל, וגם אז אנחנו יכולים להקשות גם על בתי חולים. בתי החולים, השם שלהם והמשיכה אליהם היא גם בגלל מרכזי מצוינות שאצלם עוד פרוצדורות שנעשות, גם אם זה לא אתה באופן אישי, זאת אומרת שבית החולים עצמו, יש לו מרכז כזה ומרכז כזה וכל המרכזים האלה, זה מעלה בסך הכול את הרצון להגיע לאותו בית חולים ולכן כשאנחנו מצמצמים את האפשרויות, אנחנו עלולים להגיע למצב הכי קיצוני שיש אותו בארצות הברית, של בתי חולים אקדמאיים ובתי חולים שאף אחד לא רוצה ללכת לשם, אז גם בזה, אני לא שוללת את זה אבל גם זה צריך לעשות אותו בזהירות רבה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עוד שלוש הערות. אם אנחנו גם נפתח הסדרי בחירה, אם אנחנו לא עושים את זה, עוד סכנה שאף אחד לא דיבר עליה, שהקופות יוכלו לעשות גם משהו אחר. הם יכולים לפתח הרבה יותר שירותים אצלם בקהילה ואולי אפילו כפולים ומכופלים כדי לא להגיע למצב שבכלל מפנים.

אני חושבת שאנחנו צריכים לעשות את זה לאט, לעשות את זה בצורה הדרגתית. אני חושבת שכמה דברים צריכים להנחות אותנו כבר היום. אחד, כמו שיוג'ין אמר, תור צריך להיות גורם מוביל לפתיחת הסדר, זאת אומרת אם מטופל כלשהו אומר שהוא רוצה את הטיפול ויש תור יותר קצר במקום כלשהו, אני לא מדברת על מצב של שבוע אלא אנחנו מדברים על בתוך טווח מסוים, חד משמעית שאנחנו חייבים לאפשר לו את זה. דבר שני, אני חושבת שצריך לבדוק את אותן מחלות שכרגע יש ביניהן פתיחה ולפתוח גם אותן. חד משמעית. הדבר השלישי שאני גם חושבת שצריך לעשות, זה כן אפשר לבחון האם נכון או לא נכון ואפשר להרחיב עוד מרכזים שאנחנו מרחיבים בהם את מרכזי המצוינות ולהגיד שלגביהם חייבים לאפשר את ההליכה לכולם, ואני גם חושבת עוד משהו שצריך אולי להנחות את הקופות וזה דבר שגם בעיניי חשוב, שלא יכולה להיות הפניה לבית חולים אחד, כי גם זה יעזור למטופל שהוא יודע לפחות שיש לו מספר בחירות.

השרה יעל גרמן: עוברים אליך, בבקשה.

דוברת: קודם כל אני מסכים. יש לנו קהילה מצוינת וצריך לשמר אותה. לא צריך דווקא למשוך אותה לכיוון המערכת האשפוזית שהיא קצת יותר חלשה, אלא לשאוף שהמערכת האשפוזית תבוא לקראת המערכת הקהילתית וצריך משנה זהירות, לא לפגוע בה. אני רוצה להתחבר לכלית, כי כל הדיון הזה נסוב סביב פגיעה אפשרית בקופות החולים אם אנחנו פותחים את הסדרי הבחירה, אבל בעיקר כללית. כללית מבטחת בין 55% ל-58% מהאוכלוסייה. אנחנו מדברים על 4.5 מיליון תושבים. יש לה 40% מבתי החולים, 33% ממיטות האשפוז, אז היא תהיה הנפגעת העיקרית אם וכאשר נגביל אותה. זה מאוד חשוב. אני לא יודע, או להיות חכם או להיות צודק, אבל אפשר גם לקחת אותם בחשבון. מה ההצעות שלנו? מה שהיה לנו במודל. אני חושב שאנחנו היינו באמצע. לא רוצים להשאיר את הסטטוס קוו, מה שקיים עכשיו. מאידך, לא רצינו לפתוח עד אין סוף. אנחנו הצענו כזה דבר, הקברט. הצענו קודם כל לתת לאזרח בית חולים אחד, הכי קרוב אליו גיאוגרפית לפחות ובית חולים נוסף מחוץ לאזור הגיאוגרפי. הצענו שיהיה לו בית חולים שלא שייך לקופה שלו. זה דבר מאוד חשוב, שתהיה לו אפשרות תמרון. לגבי אזורים גיאוגרפיים, אנחנו כתבנו את זה במודל, שמשרד הבריאות צריך יחד עם קופות החולים ובתי החולים לשבת ולקבוע אזורים גיאוגרפיים. זה מאוד לא מסובך במדינה הקטנה שלנו. הצענו בנוסף שנקבע לנו מספר מינימאלי של אפשרויות בחירה. מספר בתי חולים מינימאלי. נקבע שזה יהיה שניים, יהיו שלושה, יהיו ארבעה בתי חולים. ניסחנו את זה ככה. וכמובן בחירה חופשית למחלות מסוימות, כמובן שיקבעו. אם אפשר להרחיב אותם אז כן נרחיב אותם וכמובן שרת הבריאות, ככה ניסחנו, תחייב/תאשר חריגות לגבי תורים ארוכים וכו' וכו'. עכשיו גם ניסחנו משפט by the way, שמאוד חשוב לעודד את רופא המשפחה והרופא המטפל המקצועי שמעורב יותר, לאן לשלוח את החולה, על פי שיקולים מקצועיים פרופר. התנינו שאם אנחנו קבענו מספר מינימאלי של בתי חולים, שזה שלושה, שלא תהיה התניה ולא יהיה דירוג. שלא יגיד שהוא אופציה ראשונה בלינסון, אופציה שנייה איכילוב.

השרה יעל גרמן: תודה. הבא אחריו.

דוברת: אחד, רוב השיח פה מתייחס בשם האינטרס הכלכלי של קופות חולים, של בתי חולים ואנחנו קצת זונחים מה המטופל רוצה, אז אני רוצה להחזיר אותו למרכז השיח ולא רק לדבר בשם האינטרסים של גורמים בתוך המערכת, ולבוא ולראות האם המטופל היה רוצה שתהיה לו יותר בחירה ממה שיש לו היום. אני חושב שהתשובה היא שכן. לא בהכרח בחירה בלתי מוגבלת, אבל יותר בחירה ממה שיש היום. אנחנו מנהלים פה איזשהו שיח במשק סגור, אבל ככל שלמשל אנחנו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אומרים שאין בחירה בבתי חולים אבל יש בחירה בתשלום, השאלה מה אנחנו עושים בהיבט הזה. אם אנחנו אומרים למשל שיש בחירה בתשלום, מצד אחד, שר"פ נגיד

השרה יעל גרמן: שר"פ של בית חולים יש בחירה?

דוברות: של רופא. זה למעשה גם בחירה בבית חולים, כי אתה בוחר רופא שנמצא בבית חולים. אם אנחנו מאפשרים בחירה בתשלום ולא מרחיבים את ההסדר, אנחנו יוצרים פה עוד פעם איזושהי הפרה של האיזון, עוד איזושהי עיוות ואנחנו חייבים לשים לזה לב ולכן אנחנו חייבים להסתכל על זה בסוף בקונטקסט ולא רק שיח במשק סגור.

השרה יעל גרמן: מאה אחוז, בבקשה.

דוברות: הדבר הראשון שאני חושבת זה שצריך לייצר יותר בחירה ממה שקיים היום. מצד שני, וזה באמת בהמשך למה שעדי אמר, לייצר את הבחירה בשר"פ ולא לתת קודם כל בציבורי איזושהי אופציה, היא באמת איזושהי קפיצה שהיא גדולה מדי לפחות לעניות דעתי. אני חושבת שצריך לייצר יותר בחירה. אם אגף תקציבים אומר שהוא מוכן להגיע לפחות בצעדים הראשונים לבחירה במחלקות ובמחלות מיוחדות, אני חושבת שזה כבר איזושהי צעד שאפשר להסכים עליו וממנו להמשיך הלאה. אני חושבת שכן זה מצריך דיון עם כל קופות החולים ועם בתי החולים הפריפריאליים לפני שהוועדה מקבלת איזושהי החלטה, וזה אולי לצורך הקמת איזושהי צוות עבודה שלנו.

השרה יעל גרמן: מאה אחוז. אליך, בבקשה,

דוברות: אני חושבת שזכות בסיסית של כל מבוסח, אני חוזרת בדיוק לעמדה של עדי, שאני שמה את המבוסח במרכז, זה לבחור. אני בעד בחירה אבל אני מודעת למציאות שבה אנחנו נמצאים, שאי אפשר להפוך את הכול. צריכים לעשות את הדברים בצורה הדרגתית, אז אני מקבלת את ההצעה של מודל קברט בקשר לבחירה. בשלב זה אני מקבלת את הבחירה של בית חולים. אני לא בטוחה שהבחירה של רופא ובחירת בית חולים זה תמיד ביחד. אני מוכנה לקבל שבתוך המתחם בחירה שלי יש מספר בתי חולים ויש שם מספר רופאים טובים, אז זה לא שיש לי איזה רופא אחד שהוא הרופא אליל שלי שאני אלך אליו. אם באמת המצב כזה, אני אלך לפרטי בכלל, אבל יש גם רופאים טובים שאני מוכנה ללכת אבל אני רוצה אותם, זאת אומרת שאם בתוך המתחם שלך, אני רוצה את הרופא הספציפי הזה שנמצא בבית חולים הזה, ולכן אני עדיין כן בבחירה של הרופא. שר"פ – שוב, אני לא יודעת עוד כמה זמן אני אשאר עם זה, אבל זה מה שאני חושבת. בקשר לבית חולים אני באמת חושבת שאפשר בתחום מסוים. יש הרבה בתי חולים. תמיד יש רופאים טובים בתוך בתי החולים האלה וזה לא שיש רק אחד.

השרה יעל גרמן: זאת אומרת את/ה בעד בחירה מדורגת, לאו דווקא בחירה טוטאלית ופתוחה לכל.

דוברות: כן.

השרה יעל גרמן: אתה רצית לומר משהו?

דוברות: אנחנו רוצים לצמצם בין היתר את הפער בין הפרטי לציבורי באפשרויות הבחירה.

השרה יעל גרמן: אוקיי.

דוברות: אבל למשל היא העלתה שאלה מאוד נכונה שאף אחד לא נתן עליה את הדעת, אם בוחרים גם פרטי.

השרה יעל גרמן: כן, כן, אנחנו שמענו את השאלה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברת: יש לי שלוש הערות. הראשונה, אני לא יודעת ואני חושבת לפחות לפי מה ששמענו מהקופות שיש הרבה מאוד אנרגיה שמושקעת על ידי הצוות האדמיניסטרטיבי בקופה לקיים את כל ההסכמים האלה, לחתום על ההסכמים, ואולי זה משהו שאפשר לחסוך במערכת. דבר שני, יש שירותים שבית חולים נותן שהם תחליפיים למה שניתן בקהילה והם שירותים שהם משלימים למה שנמצא בקהילה. אני יוצאת מתוך הנחה שכל השירותים התחליפיים, כדאי לעשות אותם בקהילה, לכן אני חושבת שאם המחירים יהיו כאלה שישקפו את העלות האמיתית, אם אכן הקהילה, המחיר שם הוא יותר נמוך, אז יעשו אותם בקהילה, את התחליפים. אני חושבת שכן חשוב לעודד לפחות מבחינת התמחור, שאת השירותים התחליפיים יעשו בקהילה ושאת המשלימים יעשו בבתי חולים שכל בית חולים מתמחה, אתם קוראים לזה מרכזי מצוינות, מחלקות. טיפול בבית חולים זה לא רק בחירת מנתח. אתה בוחר גם צוות ואחיות ואת זה שיש לך גם טיפול נמרץ וכו'. אני חושבת שלפעמים בחירת בית חולים היא יותר חשובה מהבחירה של המנתח. אתה מגיע למחלקה שאתה יודע שהיא טובה. אתה יודע שהיא מחלקה טובה ואותה אתה בוחר. שמענו הרבה עדויות על זה שיש בתי חולים שהמחלקה מתמחה ואז אתה בוחר את הבית חולים וזה לפעמים לבן אדם יכול להיות לדעתי יותר חשוב מהבחירה של המנתח שינתח אותך, ואחרי זה אתה יוצא החוצה.

השרה יעל גרמן: אוקיי, תודה רבה.

דוברת: מילה על הפריפריה. אני חושב שיש שתי צורות לחזק את בתי החולים בפריפריה. אחד, זה לתת להם את הכלים, את המשאבים ואת התמריצים להיות טובים, כלומר לתת להם כסף, לתת להם את האנשים ולגרום להם להתחרות על מבטחים כדי שבאמת יהיה להם תמריץ להיות טובים יותר. זו דרך אחת לחזק את בתי החולים. הדרך השנייה זה להכריח את המבטחים להגיע לשם. זו הדרך של הסדרי בחירה. אם אתם אומרים שאתם רוצים לחזק את בתי החולים בפריפריה על ידי זה שתכריחו מבטחים, אני חושב שזו בעצם הדרך הלא נכונה. הדרך שלא אמרה ושנחנו אמרנו, כמו בהרבה היבטים אחרים זה לא רק הפריפריה. אני מדבר גם על בתי החולים במרכז שהם יותר חלשים. אני חושב שאם באמת המבטח הוא במרכז, אז הדרך הנכונה היא לא להכריח אנשים להגיע לבית חולים מסוים כדי לחזק אותו, אלא באמת לדאוג שלבית החולים יהיו את כל המשאבים, את התמריצים, ואז אני מקווה שהוא יהיה טוב. לכן העמדה שלי היא בגדול, לא בגלל זה הייתי מגביל את הבחירה אלא הייתי בכל זאת מחזק את בתי החולים בדרכים האחרות וזה משתלב עם מה שיוג'ין ואני ואחרים הציעו, של לתת לבתי החולים לא מעט משאבים לפי כל מיני קריטריונים לא דרך מחיר היום אשפוז או מחיר הדיאגנוזה, שזה צריך להיות פחות או יותר המחיר השולי. זו נקודה אחת. נקודה שנייה, היא נראית קצת כללית אבל היא כן חשובה מאוד. משה אמר ואני מסכים איתו, יש היום תחרות בין קופות החולים. אין לי ספק שיש היום תחרות בין קופות החולים. מה שאני אולי לא מסכים, זה על מי התחרות ואני חושב שעיקר התחרות, זו לא המצאה שלי, הרבה מאוד ספרות יש על זה, עיקר התחרות היא על אלה שהם יותר רווחיים או פחות הפסדיים. עיקר התחרות היא על המבטחים הבריאים, הצעירים. אפשר לראות את זה בפרסומות, אפשר לראות את זה דרך השב"נים. אפשר לראות את זה גם בהתפתחות היפה של הקהילה. אני חושב שיש הרבה פחות תחרות על החולים הקשים, המבוגרים, וזה משליך על התמריץ שלי להשקיע בבתי חולים. אני חושב שחסר כסף למערכת, חסר כסף לקופות, אבל אני עדיין חושב שבתוך המערכת אם היו היום לוקחים כך וכך מיליונים ומעבירים מהקהילה לטיפול האשפוזי, אני לא אומר לתת את זה לבתי החולים, אבל אם משקיעים את זה נכון בבתי החולים, אני חושב שההפסד בקהילה היה קטן הרבה יותר מאשר הרווח לחולים הקשים שמגיעים לבתי חולים. במובן הזה אני חושב שההקצאה היא לא נכונה, מעבר לעובדה שצריך יותר כסף, לכן כן חשוב בעיניי לחזק מאוד את הטיפול בבתי החולים ואני חושב שהיום הוא לא מספיק טוב. נקודה אחת שאני חייב להגיד לגבי יעילות ומחירים אחידים כי זה באמת חשוב לבחירה, אחרת לא הייתי אומר את זה. אני חושב שבדיוק הטיעון הוא הפוך, שדווקא מחירים אחידים מקדמים יעילות בכיוון שאנחנו רוצים, ואני אומר את זה בכמה צורות. היום כשאין מחירים אחידים, לבתי החולים יש תמריץ לא להתייעל. יש להם תמריץ להוריד עלויות. זה דבר שונה לחלוטין. היום לבתי החולים יש תמריץ לפגוע באיכות, תסלחו לי, כי ממילא המבטח לא בוחר בו, כי מי שבחר בו זה הקופה ששמחה לקבל את ההנחות, לכן דווקא במחירים לא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אחידים יש תמריץ לא להתייעל אלא להוריד עלויות על ידי שחיקת איכות. שוב, מה שעוזר לבתי החולים לשחוק את האיכות כדי להוריד מחיר זו העובדה שהמבוטח לא בוחר בהם אלא הקופה בוחרת בהם. מצד שני, במחירים אחידים עם בחירה של המבוטחים, לבתי החולים יש תמריץ להתייעל על ידי זה שהם מורידים עלויות לא על ידי פגיעה באיכות אלא על ידי התייעלות אמיתית, מה שנקרא התייעלות בייצור. אתה מנסה לייצר את הדברים הכי יעיל ולתת איכות יותר טובה. שוב, מבחינת הספרות יש לא מעט ספרות שמראה שתחרות מחירים ותחרות איכות זה שני דברים שעובדים. אנחנו פה רוצים להוציא את תחרות המחירים וליצור תחרות איכות. אני טוען שבתחרות במחירים אחידים עם בחירה של מבוטחים את בתי החולים ועם פרסום נתונים על תורים, על איכות, על דברים אחרים כך שהמבוטח באמת יראה איזה בית חולים התור יותר קצר, איזה בית חולים השירות יותר טוב, איזה בית חולים הטיפול יותר איכותי, ואז אני אומר, דווקא בעולם כזה של מחירים אחידים יש תמריץ יותר חזק להתייעל מתוך כוונה לשפר איכות ולא תמריץ להוריד מחיר על ידי שחיקת האיכות. זו נקודה שהיא חשובה מאוד בעיניי. כמו שאמרתי, אני חושב שהיום הכיוון הוא אחר. אנחנו צריכים גם להיות זהירים בשימוש במילה זהירות. עודף זהירות זה גם כן דבר מוגזם. אני חושב שלהגיד כל הזמן לנהוג בזהירות, לנהוג בזהירות, אני לא נגד. אני לא בעד משהו שהוא חסר אחריות, אבל מי שנוהג לאט מדי בכביש, זה גם לא נעים. אני אומר, תראי לאה, אני לא באתי לייצר לעצמי קובעים ומחמאות. יש אנשים ואני אחד מהם, שאת הנושא של התחשבות למד במשך שלושים שנה. אני לא באתי, קמתי בבוקר ואמרתי את זה. יש ספרות, יש ידע ואני חושב שמה שנאמר פה זה לא שיש איזו אמת אחת. זה ברור שגם יכול להיות שאני טועה או אתם טועים או משהו טועה, אבל זה קצת מוגזם להגיד שבגלל שאנחנו לא יודעים מספיק אז צריך להיזהר מאוד במה שעושים. יש ידע, יש ספרות. אפשר לדבר על זה שעות ואני חושב שמה שהצענו, בכל מודל הוא יחסית זהיר, בייחוד גם שצריך לזכור שמחירים אחידים זה לא המצאה שלנו. זה קיים בעולם והעולם הולך יותר ויותר לזה. היתה פה הרצאה מדהימה שהראתה לנו איך ברוב המדינות היום הולכים לכיוון מודל ה-DRG ומודל של מחירים אחידים. זו לא המצאה שלנו. יש מקסימליים ויש מינימאליים ויש אחידים, וחלק גדול זה אחידים.

עוד נקודה שצריך לזכור, כשמדובר על מחיר אחיד שהקופה משלמת, זה לא חייב להיות מחיר אחיד שבית החולים מקבל, כי אנחנו אמרנו שבהחלט אפשר לעשות משהו שהקופה רואה, היא אדישה בין כל בתי החולים אבל עדיין בית חולים יקבל יותר או פחות לפי כל מיני היבטים אחרים. אני אעצור פה.

השרה יעל גרמן: בבקשה.

דוברות: תראו, החלק של הסדרי בחירה בעצם לאחר הדיון פה נוגע לאותם 20% שכנראה אין להם את - - - ושם הדגש. ההכרעות שלנו לעניין בחירה או אי בחירה ישפיעו מאוד מאוד על החלק הזה, שפה נאמר בפירוש שלאחרים אולי יהיו אופציות אחרות. כבר היום יש להם אופציות. אגב, כבר היום מי שנמצא ויש לו ביטוח פרטי, יכול להגיע לאסותא. אותה גברת מטבירה או פוריה שהגיעה לשיבא, בחרה ללכת במסלול הציבורי. לכן אני אומרת שההכרעה לעניין הסדרי בחירה במסלול הציבורי היא הרבה יותר חשובה בעיניי מהרבה מאוד דיונים אחרים לגבי מה קורה בשוליים לאלו שיש להם את האופציה הפרטית, כי האופציה הפרטית קיימת היום ותהיה קיימת תמיד גם אם זה לא יהיה בארץ. זה הרבה פחות מטריד אותי הבחירה באזור הפרטי מאשר הבחירה באזור הציבורי, כי אם מדברים על חיזוק מערכת הבריאות הציבורית וחיזוק האמון במערכת הבריאות הציבורית, האפשרות של הפרטי לקבל טיפול ולסמוך על זה שהם יקבלו את הטיפול המיטבי, היא אחת המטרות שאנחנו רוצים לשאוף אליהן.

את מי אנחנו מגבילים? אנחנו מגבילים את אלו שאין להם אופציות אחרות, אז אם כבר הייתי חושבת על הגרפים והייתי שמה איפשהו את הצירים, בעיניי הציר הציבורי הוא הרבה יותר קריטי מכל ציר אחר בבחירת בית חולים, עם כל המשמעויות של בית חולים וצוות מטפל וכל הטיעונים שהועלו פה. אני מאוד מתחברת אליהם אבל אני באה ואומרת הפוך. חברים, בעיניי בתי חולים זה הרבה יותר חשוב מכל אזור אחר, כי זה נותן מענה לכל האוכלוסייה. עמדתי היא שהחלק של בתי החולים, האפשרות של



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

המבוטח הציבורי, כי אני רוצה לחזק את האמון של המבוטח הציבורי, שתהיה לו אפשרות ניידות ולא יגבילו אותו ולא יקצו לו בית חולים כזה או אחר, היא אפשרות קריטית לחיזוק האמון במערכת הבריאות הציבורית, והתחושה שלי, תחושת המחויבות שלי היא לרכוש איזושהי מעטפת הגנה, מטריית הגנה ליום סגריר בדמות הביטוחים. בעיניי, מי שרוצה לצמצם את תופעת כפל הביטוחים ואת הביטוחים ממש, צריך לתת כמה שיותר איכות בתוך המערכת הציבורית ולכן פתיחת הסדרי בחירה היא חשובה מאוד. אני תומכת בפתיחה מלאה של הסדרי הבחירה ואני מנמקת את זה בנימוק של שוויון ובנימוק של ציבוריות. אני לא מתעלמת מסוגיית הפריפריה ואני רגע מתעכבת בנקודה הזאת. הפריפריה בנתוני הפתיחה שלה נמצאת במקום בעייתי, זה מה שלא דיברה קודם, לכן ללא ספק אנחנו צריכים לחשוב על כלים יחודיים שיחזקו את הפריפריה. היא צריכה לקבל עדיפות והשיטה המוצעת שבה ומבחינה בין העלויות השוליות לעלויות הקבועות והיכולת לתת בונוסים או לעודד פעילות לאומית מסוימת שהיא לא רק באמצעות פעולות קונקרטיות של אשפוז, אלא כי יש לנו צורך בקו קידמי של פעילות מסוימת. יש אזורים שהם לא מאוכלסים בצורה מאוד הדוקה או צפופה, כי בחרנו שתהיה לנו התיישבות גם בצפון, לכן את הפעילות שם אנחנו רוצים לממן גם לא באמצעות מימון פרוצדורה או יום אשפוז, לכן ההבחנה הזאת בין השוליות לקבועות יכולה לתת לנו את האפקט שאנחנו רוצים, ולכן גם דיברנו על סוגיית פריפריה בהקשר של תיירות רפואית. צריכה לקבל מקורות מימון נוספים מעבר לכל המהלך הרגיל שנעשה. אני לא מתעלמת מסוגיית הפריפריה. אני מתחברת מאוד לתפיסה ששולי ועדי אמרו, שהמטופל הוא במרכז. בעיניי הדיון להסדרי בחירה הוא להעמיד את המטופל הציבורי במרכז, כי אנחנו מדברים בעיקר על שעות הבוקר, ושם אני רוצה לתת את המקסימום כדי להגביר את האמון, לצמצם את הצורך ברכישת ביטוחים פרטיים ולא לחפש פתרונות עוקפים. שהבן אדם יחפש את הבחירה שהוא מחפש בכל מקרה, ולראיה, המקרה המשפטי שאנחנו דיברנו עליו. בסוף זה יהיה פונקציה של עלות או יכולת לממן. אני חוזרת חזרה לעקרונות ולבסיס. בעיניי היכולת לבחור בית חולים היא קודמת לכל יכולת אחרת. הבעיה היא בפריפריה ומי שמכיר את מה שקורה בדרום וידוע שמי שלא מבוטח כללית, השירות שהוא מקבל הוא בעייתי. משפחתי גרה בפריפריה וראיתי תופעות, כלומר אני לא שומעת פה עדויות. אגב, גם אנשי הקופה שהופיעו בפני הוועדה דיברו בפירוש שההחלטה של הכללית האם להשקיע בבלינסון או בסורוקה, "תסבך בלינסון", מה שהם קוראים לו בקופה, נובע גם מתוך זה שבדרום יש מונופול לקופת חולים כללית. עזיז, אתה מאוד צודק, הדיון בסופו של דבר על מצבם של מבוטחים שלא בכללית, בפריפריה, וזה החולים הציבוריים וזה החולים שלהם אני רוצה לדאוג הכי הרבה בוועדה הזאת.

השרה יעל גרמן: תודה רבה. נשמע אותך.

דוברת: חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע תפיסת עולם מאוד מאוד מרכזית במערכת. מה הוא בא והוא אמר? הוא אמר, את הכסף אנחנו גובים מהקופות. הקופות רוכשות שירותים, הן מחליטות מה הן מפתחות בעצמן ומה הן מספקות דרך ספקי שירות. הוא יצר בתוך המערכת שיווי משקל. למה הוביל שיווי המשקל הזה? להתפתחות הרפואה הראשונית והרפואה בקופות, ובכלל כל הקונספט של קופות החולים שהגיעו להישגים אדירים ואני באמת באמת מברך על זה. אני חושב שזה דבר נפלא והחוק היה סופר חכם בנושא הזה. אבל הוא גם הביא לצמצום הולך וגובר בחלקם של בתי החולים בתוך המערכת. הצמצום הזה מבורך, זה קיים בכל העולם. למען הסר ספק, מקומו של האדם בבית חולים, וכל תהליך שבו אני יכול להוציא אותו החוצה, לעשות אותו באשפוז יום, לשחרר אותו, הוא תהליך מבורך. אבל אנחנו מתקרבים כבר למקום שהוא כבר מקום מסוכן, כשאנחנו מגיעים בבתי החולים לאחוזי תפוסה מאוד מאוד גבוהים וכך לזיהומים ולהרבה מאוד בעיות אחרות וצריכים לשאול את השאלה האם לא הלכנו רחוק מדי. זה בראיה הראשונה. גם תפיסת העולם של האינטגרציה האנכית שקיימת לגבי 50% מהמבוטחים ו-33% מהמיטות, צריך להבין מה היא עושה. היא פוגעת בחופש הבחירה. כאן אני צריך להכות על חטא. אני באתי ואמרתי לגבי שלא נמצא כאן היום, בוא נסתכל על זה לא בראיה אידיאולוגית. הוא אמר לי, אין דבר כזה, והנה אני חוטא בזה, כי בעיניי חופש הבחירה או בכלל הסתכלות על המטופל היא מאוד מאוד מרכזית. אני חייב לבוא ולומר ולשים את זה על השולחן, זה מתוך תפיסת עולם אידיאולוגית. אם תשאלו אותי מה הייתי רוצה, הייתי רוצה להגיע למצב שבו אנחנו מודדים תורים ומשקפים לציבור. אנחנו מודדים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

איכות, משקפים את זה לציבור ונותנים לציבור לבוא ולומר מה אני רוצה, ולבית חולים לבוא ולהילחם. כשקיבלתי את המכתבים משני הצדדים, אחד הכה על חטא שהוא נותן לנו תורים ארוכים מדי ומדד את זה ידנית והטעה אותנו, והשני אמר, לא קיבלתי את הנתונים למרות שהעבירו את הנתונים לכל אחד מבתי החולים. אומר לי מנהל אותו בית חולים, לא הגיע אלי, הייתי אומר להם, זה לא הגיוני מה שקרה. זה בעיניי שיח מאוד נכון ועכשיו אני בטוח שבתי החולים יתחילו להתנהל ואנחנו כמובן ניתן לזה מענה נוסף, לסוגיית התורים וגם נמדוד יותר טוב. כבר עכשיו בעזרתו של ניר אני ביקשתי שיתחיל לתת את המדד המאוד מקובל ב-OECD, אחוז ההמתנה מעל 3 חודשים לניתוחים, שזה מדד שניר לימד אותי, מדד מאוד מקובל ב-OECD, פרט כמובן למשקים ממוצעים, כי בישראל יש פער מאוד גדול בין הממוצע לבין החציון, שמעיד על המצוקות הגדולות בתוך המערכת. אני אומר עוד פעם, חייבים בעיניי לשים את המטופל במרכז. אני לא מוטרד ממה שיקרה לפריפריה. אני אגיד לכם למה אני לא מוטרד, כי אני חושב שאם הפריפריה רוצה להתקדם, אנחנו צריכים לחזק את שיתוף הפעולה בינה ובין המרכז, בתנאי אחד, ששיתוף הפעולה הזה הוא בא לפריפריה. למשל, אתה עזרת לנו, בנינו תקנים משותפים לשיבא ולפריה והייתי רוצה שזה יהיה עוד בתוך המערכת בין בלינסון ועפולה ובין רמב"ם ונהריה ובין איכילוב ואולי לצפת כדי שרופאים יצאו מהמרכז ויגיעו לפריפריה ויתנו שם את השירות הרפואי וזה יהיה חלק מהמטלות גם של בתי החולים במרכז.

דוברות: אתה רואה בעיניך מערכת של אינטגרציה מלאה בין בתי החולים האלה?

דוברות: המודל שעליו ישבנו והאוצר הוא שבאמת עזר לנו, הוא מודל מאוד לא פשוט. יש לו עלויות אדירות. ראינו מצב שפה מתמחה מתחיל את ההתמחות, התמחויות למשל משותפות, הוא מתחיל את ההתמחות שנה-שנתיים ראשונות בשיבא, רוכש ניסיון, הולך לעוד שנתיים או שנה בפריה, שם הוא עובד, וזה עולם אחר. אחר כך חוזר ומשלים. אני רוצה גם מצב אטרקטיבי שאנשים יסכימו לשלב במשרות שלהם, לעשות חלק מהזמן בשיבא, חלק מהזמן בפריה. זו דוגמה אחת. בואו ניקח למשל טיפול בסרטן, ניתוחי לב.

דוברות: הכול בסדר ובלבד שבעל הבית על כל הדבר הזה לא יהפוך להיות הבית חולים על והאלה יהפכו להיות תחתיו. מזה אנחנו צריכים להיזהר.

דוברות: צודקת, זה לא הנושא. אני חוזר חזרה. צריך גם להגיד את האמת. לדבר הזה יש איזשהו עלות מסוימת בתוך המערכת ולכן כשאני בא מתוך האידיאולוגיה הזאת, זה נורא נחמד היה להגיע לזה כתפיסת עולם כללית. יכול להיות שאין לנו את היכולת להשיג בסוף. נצטרך לבוא ולהגיד על מה אנחנו שמים את הכסף. האם אנחנו שמים את הכסף באמת על חופש בחירת בתי חולים או אנחנו שמים את זה על איזה חופש בחירה אחר בתוך המערכת, המודל האינטגרטיבי שאתם בניתם. אני לא יודע לבוא ולומר איפה אנחנו נשים את הכסף, אבל זה משהו שאני מסכים לחלוטין עם יוליה. אז מה אפשר לעשות? וכאן יש ספקטרום של מה אנחנו מממשים. במינימום שבמינימום האזרח חייב לדעת מה יש באזור שלו. אם באזור שלו יש שתי חטיבות ביניים או איקס מקומות. לאפשר לו את הבחירה בתוכם ולהוריד את הקטע הזה שבו הקופה, יש לה בתי חולים, וזה בעדיפות הראשונה ואני אגיד לכם למה, כי זה פוגע קודם כל במבוטחי הקופה שמכונים אותם לבית חולים מסוים. שניים, אם נתת כבר חופש בחירה, אז תן חופש בחירה באזור הזה לכולם. שלוש, זה פוגע במבוטחי הקופות האחרות. אז במרכז זה טיפה פחות בעייתי כי יש אלטרנטיבות, אבל מי שגר בדרום, זו פגיעה משמעותית ולא אני אמרתי אותה. אומרים אותה אנשים מהקופה.

דוברות: השאלה אם אנחנו צריכים לתכנן את כל המערכת בראי מה שקורה בדרום. יכול להיות שצריך לחשוב מה עושים עם הדרום.

השרה יעל גרמן: אותו דבר גם בצפון. אנחנו שומעים היום חולים שרוצים לבוא לפריה ומפנים אותם לעמק. לא נותנים להם לפריה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: תראו, חייבים לפתוח את המושג הזה של בית חולים וקופה, כי הוא פוגע גם במבוטחים וגם כמו שאני אומר עוד פעם, הוא פוגע גם במבוטחי הקופות האחרות, בוודאי כשה מדובר על הפריפריה גם בצפון וגם בדרום, ואני מסכים לחלוטין עם מה שנאמר פה. גם במרכז זה יוצר בעיה. זה יוצר בעיה למבוטחים בבתי החולים של כללית, והפוך, למול בתי החולים האחרים. אז אם אנחנו רוצים לייצר מגרש משחקים שבו אנחנו הולכים למינימום אבל באמת מאפשרים חופש בחירה בתוך הסדרי הבחירה המוגדרים, הם חייבים להיות במינימום שוויוניים. נתת לי את בלינסון, איכילוב, מאיר ולניאדו, אז בתוך הארבעה אני בוחר. זו תפיסת עולם אידיאולוגית. זה יוצר גם תחרות אמיתית בין בתי החולים. היום למעשה אין לבתי החולים כמעט סיבה להתחרות כי הם סוגרים את ההסכמים עם הקופות ומאוד קשה להם לייצר תחרות מתוך המערכת, לכן גם מתוך תפיסת עולם של תחרות וגם באזור המרכז מאוד חשוב לייצר את עולם התחרות ועלינו האחריות תהיה ליצור גם מדדי איכות ומדדי זמינות ושקיפות כדי גם ליצור איזשהו אלמנט של בחירה. זה בצד המינימאלי. אתה יכול להתקדם במסגרת מודלים, ואני לא כרגע דן בסוגיית המימון וספקטרום אמצעי של בחירת בית חולים, בחירת מחלקה, בחירת רופא בכיר. אני שם את כולם כמודל אחד על בסיס מימון שהוא גם מימון פרטי, דרך השיטה הקיצונית לצד השני שהיא באמת חופש בחירה חופשי כולל שר"פ בכל המערכת, אבל זה ספקטרום שלם שאני צריך לתת לו מענה.

השרה יעל גרמן: אז מה הצעתך הקונקרטית, גיאוגרפית לפתוח?

דוברות: אני לא יכול כרגע לתת הצעה מכיוון שאני לא יודע על איזה מודל נלך. אני אומר, הולכים על מודל זכות בחירת בית חולים או רופא בכיר ועליה אנחנו נשים את המשאבים.

דוברות: רופא בכיר, מה שאנחנו הצענו?

דוברות: מה שאתם הצעתם, מה שאלי דפס הציע. רעיון מאוד יפה, בחירה, אבל אם אנחנו מכניסים גם מימון פרטי, זה ישפיע, כי יהיה גם מענה, כי בסוף גם אלי בא ואומר שהדבר הזה, בחירה, יש לה רק תג מחיר וצריך לבוא ולשים את התג מחיר. גם לא ראיתי התנהגות אחרת למעט המשמעויות והנגזרות הכלכליות ליצירת הסדרה.

דוברות: מה זה מה שאלי דפס הציע, מה שיש ברמב"ם?

דוברות: לא, מה שבקברט הצענו. אני חושבת שהוא התכוון לזה.

דוברות: אין את זה ברמב"ם. אין את זה בתוך המערכת הציבורית.

דוברות: לא, רמב"ם דיבר על זה דווקא.

השרה יעל גרמן: ברמב"ם בוודאי, אבל לא בתשלום.

דוברות: לא, לא בתשלום.

דוברות: אז אמרתי, אם אנחנו חוזרים עכשיו למודל המינימום שבו אמרתי חופש בחירה בתוך כל בתי החולים כולל לא מבוטחי כללית גם בבתי חולים של כללית ומבוטחי כללית גם שווי ערך בבתי חולים אחרים, אפשר לייצר במקביל לזה על פי סיבות רפואיות גם מחלקות ומרכזי מצינות שנוציא אותם החוצה מתוך הדבר הזה, וזה בסדר, רק נצטרך לקבוע לזה כללים. היום לא קיים. היום זה קיים במחלות עם מעט מאוד חולים ואם אנחנו עושים את התהליך הזה, אז אנחנו נצטרך לפתוח את זה לעוד מחלקות, לעשות את זה מבוקר. אין בעיה גם להגיע לזה אם אנחנו נמצאים בתוך המודל המינימאלי. נצטרך לקבוע קריטריונים, לפרסם לכולם ואז מי שיעמוד בהם, יפתח אותם ונראה מה הנגזרות והמשמעויות לכל המערכת.

השרה יעל גרמן: אוקיי נשמע אותך כעת,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: ראשית כמה הערות. בנושא הסדרי הבחירה צריך לזכור שמי שחותם את הסדרי הבחירה, יש לו ניגוד עניינים קטן כי הוא מנהל בצד שני הסדרי בחירה של בית חולים, ומנתח בתשלום. כשהוא אומר לי, אין לך שום אפשרות לבחור אלא את בית החולים ההוא שנמצא במקום הזה או במקום ההוא ואני אסע שעתיים, לי כקופה אין אינטרס לחתום הסכמים שמספרים את האיכות שמקבל המטופל בבית החולים, אלא מפחיתים את העלות שלי. כי מקסימום מה יעשה המטופל? יקנה שב"ן ויבחר במנתח? בסדר, אז שיעשה את זה, לא נורא.

דוברות: אבל זה לא נכון לגבי מכבי.

דוברות: מכבי, יש לה פעמים ניגוד עניינים. הי גם תשמח שתבחר את בית החולים שלה.

דוברות: לא, אבל היא פתחה את הכול. דווקא מכבי פתחה.

דוברות: בוא נדבר קודם על ניהול התמריצים. אין ספק שיש לקופה היום ניגוד עניינים בקביעת האיכות שניתן למטופלים שלה בבתי החולים. בעניין הזה אני מסכים עם קובי לחלוטין. אני חושב שאם באיזשהו מובן נעמיד פנים שאנחנו יכולים להכניס את השד הזה בחזרה לבקבוק ולהגיד, לא, אנחנו ננהל את צד ההוצאות כמו שאנחנו מנהלים אותו, קופת החולים תיתן הסדרי בחירה מאוד נוקשים כי זה עוזר לה להפעיל את כוח המיקוח שלה, וזה ברור שזה עוזר לה להפעיל את כוח המיקוח שלה, אנחנו נקבל מערכת פרטית יותר גדולה כי אנשים לא יהיו מוכנים לשאת את מזעור העלויות הזה לנצח כמו שהם לא מוכנים לשאת את זה היום. הם אומרים, רבותי, הבנו, תודה רבה, אנחנו קונים ביטוח. שניים אם אפשר. במובן הזה כשהקופה עושה מינימום עלות לעצמה, היא לא רואה את העלויות שהיא מטילה על הפרטיים כתוצאה מאיזשהו רצון שלהם לעמוד במינימום סטנדרט איכות, קיצור תורים מבחינת לוחות זמנים וכן הלאה.

חשבתי להציע או לחשוב שהרעיון שהציע עזיז, כאשר אם לא נותנים לי סטנדרט מסוים של איכות אני יכול לפתוח את הסדרי הבחירה, פעם אחת, ופעם שנייה, להתחבר כן למודל של קובי ויוג'ין, להגיד תנו לקופה לנהל משא ומתן, אבל תנו לה לנהל משא ומתן על העלות השולית, שהעלות השולית תהיה באיזשהו משא ומתן בין בית החולים לקופה שתשלט על ההוצאות שלה, שמדינת ישראל תעביר את ה-FIX לבית החולים ואת כל הפיקס cost תקבל מהמדינה, עדיין הקופה מנהלת את הוצאותיה, עושה מינימום cost על העלות השולית, אבל אם לא תיתן לי כמבוטח מה שאני מרגיש, מה שהמדינה חושבת שמגיע לי, אז אני הולך לאן שאני רוצה והקופה תצטרך את ההבדלים בעלות השולית בין מי שהיא כן ניהלה איתו משא ומתן או מי שלא ניהלה איתו משא ומתן, שיהיה פה איזשהו - - - , תצטרך לשלם כחלק מזה שהיא לא נתנה שירות טוב בצד הציבור.

השרה יעל גרמן: אוקיי. אחרון ואנחנו מתרכזים להחלטות.

דוברות: הערה קצרה. לצד הסיבות המנויות בחוק לבחירה מלאה של האזרח את חדר המיון שהוא מגיע אליו בלי טופס 17, לצד הבחירה המוחלטת של היולדת לבית החולים שהיא רוצה ללדת בו, יש עוד משק מאוד משמעותי שמרכז בתוכו 15,000 מיטות, משק האשפוז הסייעודי שהמדינה היא מבטחת בו, שבו המשפחה מקבלת אחרי שיש הכרה רפואית במטופל שהוא סייעודי, את הקוד, ואומרים לה לך תבחרי איפה שאת רוצה ברחבי הארץ וזה מתנהל כך כבר שנים רבות. אין פה ארבעה מבטחים שאחד מהם הוא מאוד מאוד ריכוזי ויש לו גם בתי אבות בבעלותו, אלא יש פה בתי אבות בלי ריכוזיות אלא בפיזור מלא של שחקנים, - - - מבטח אחד ושם באמת המודל הזה עובד. לראיה, אנשים מוצאים את מקומם.

דוברות: הערה קטנה. כל הסיפור הזה של עלויות קבועות ומשתנות והפרדה בין השימושים ל - - - , הוא משנה את המחיר היחסי שרואה הקופה בין הקהילה לבין בתי חולים. זה מאוד מאוד חשוב. זה יכול ליצור סחף לבית חולים. אנחנו יודעים את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני מסכימה עם משה שנושא התמחור והדיון על שוליות וקבועות הוא נושא שאנחנו חייבים להשליך אותו לדיון של הסדרי בחירה. צריך לקבל החלטה עקרונית לאן רוצים ללכת והתמחור צריך להתאים את עצמו למדיניות שאנחנו רוצים לבחון אותה.

השרה יעל גרמן: אוקיי. מכאן זה מוביל אותי באמת להחלטות. תראו, אין ספק שסביב השולחן יש לנו את הקונצנזוס, שאנחנו כולנו חושבים שהמצב היום הוא פחות טוב ושצריך להרחיב את הסדרי הבחירה. אז זה נע בין באמת כמו שאמרתי גם קודם, בין הסדרי בחירה טוטאליים, שגם אלה שתמכו בזה קצת נסוגו, ודרך אפשרויות שונות מודולריות או אפילו קבועות שאנחנו יכולים לבוא ולומר, אנחנו רוצים הסדרי בחירה גיאוגרפיים פלוס מתן אפשרות להסדרי בחירה מעבר לגיאוגרפיה ומדד שלא עומדים בקריטריונים שונים לרבות קריטריון זמן המתנה, והרחבת הסדרי הבחירה הגיאוגרפיים גם להסדרי בחירה על אזוריים או מה שאנחנו קוראים, מרכזי מצוינות. אנחנו לא מסכימים למעשה להמשיך את האפליה הקיימת היום בעקבות מה שאנחנו קוראים, האינטגרציה האנכית שבין קופת חולים לבתי החולים שלה. זה דבר שאנחנו לא מסכימים. לא מסכימים שהיא תפלה את מבוטחי הקופות האחרים ולא מסכימים שהיא תגביל את מבוטחיה היא. פעמיים יש פה אפליה, גם למבוטחים שלה שרק יכולים ללכת אליה וגם למבוטחים האחרים שלא יכולים לקבל קצ"ת, למשל, כמו שאנחנו יודעים, שסיפרו לנו, בסורוקה. אני חושבת שיש כאן חוסר הסכמה, הוא העלה את זה, האם באמת מה שאתם שמתם במודל קברט, ההסדרים יצטרכו לקבל את אישור השרה או המנכ"ל או משרד הבריאות. בזה נצטרך לקבל החלטה. זה מאוד מאוד עקרוני מפני שכמו שאמרנו, המצב היום הוא לא טוב והוא לא מספק ויכול להיות שאם צריך יהיה לקבל אישור כלשהו, יכול להיות של ועדה בין משרדית, יכול להיות של ועדה ציבורית, יכול להיות רק של משרד הבריאות.

דוברות: או ראש הרשות.

דוברות: ראש הרשות יהיה בניגוד עניינים.

השרה יעל גרמן: ראש רשות בוודאי שלא, כי ראש רשות הוא רק אחראי על בתי החולים הממשלתיים.

דוברות: אני יכול להקריא לך את המודל שלנו, שורה אחת מהמודל? "התקנות הקיימות מחייבות את קופות החולים להביא את ההסדרים שקבעו לידיעת שרת הבריאות, אך אינן מחייבות את אישור השרה או את אישורו של כל בעל תפקיד אחר במשרד הבריאות". "הצוות ממליץ לשנות מצב זה ולקבוע כי שרת הבריאות תאשר באופן אקטיבי את הסדרי הבחירה". "בהתייעצות עם מועצת הבריאות".

השרה יעל גרמן: אני רק שמה כרגע את נקודות ההסכמה ואת נקודות המחלוקת. נקודת המחלוקת היא, חברים, אם אנחנו נותנים אישור לגורם פוליטי, היום זה גורם פוליטי כזה, מחר זה גורם פוליטי אחר ויכול להיות שיהיה גורם פוליטי שירצה לקדם סקטור מסוים ואז הוא יאשר או יסיק, והשאלה עד כמה. אני בתור הגורם הפוליטי, מה אפשר לומר, אני גם יכולה לבוא ולתת נימוק נגדי ולבוא ולומר, חברים, זאת הדמוקרטיה והדמוקרטיה בחרה והיא בחרה בהתאם גם לזה. כשאני הייתי ראש עיר אני לקחתי את התמיכות שלי, העברתי לתרבות ולמוסדות של אנשים נצרכים, בבני ברק נתנו את זה לכוללים וזה נראה היה לי מאוד לגיטימי שראש עיריית בני ברק ייתן את זה לכוללים ושאני אתן את זה לנצרכים.

חברים, אני מסכימה, אבל אני גם מעלה את הנימוק שזה המשחק הפוליטי במסגרת הדמוקרטית המוגבלת. את הנקודה הזאת נצטרך לסגור. אין ספק שצריך לאשר. אי אפשר להשאיר את זה ככה.

יש עוד נקודה אחת מאוד מאוד חשובה שעלתה כאן, וזה שאנחנו לא יכולים לקבוע נושאים כל כך כבדים בלי להתייעץ בשחקנים המרכזיים, והם קופות החולים ובתי החולים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

והחולים.

דוברות:השרה יעל גרמן:

והחולים, בהחלט. כזכור לכם, במודל של קברט אנחנו בהחלט אמרנו שאם אנחנו הולכים לאזורים גיאוגרפיים כאזורים או האשכולות הגיאוגרפיים, יקבעו על ידי ועדה משותפת של כל הגורמים. מבקשת כרגע, אנחנו יוצאים להפסקה של רבע שעה. תראו, צריך בזהירות המתאימה והכל נכון, אבל גם צריך לקבל החלטות ואנחנו צריכים גם לקחת סיכונים בהחלטות. זה טיבן של החלטות. כרגע אני חייבת לומר שבחירת בית חולים אינה תלויה בבחירת מנתח. בין אם תהיה בחירת מנתח או לא תהיה בחירת מנתח, בוודאי אם לא תהיה בחירת מנתח, בחירת בית חולים היא חיונית, היא חשובה. אם תהיה בחירת מנתח, אז יכול להיות שזה בכלל מתייטר. אם לא תהיה בחירת מנתח באופן פרטי ועל ידי כסף, מה שאנחנו אומרים, לא יהיה שר"פ, על אחת כמה וכמה, כפולה ומכופלת שצריך לבחור בית חולים. זה לא שזה יכול לפגוע. אני רוצה לומר דבר נוסף. אנחנו באמת מקבלים היום את הדברים במנותק, כאשר כל אחד, יש לו גם את האופציות השונות, בגדול, האם יהיה לנו בחירת מנתח בתוך המערכת הציבורית, מה שנקרא שר"פ או לא, אבל אני בהחלט חושבת שבסופו של דבר לאחר שנלקט את כל הנקודות, נצטרך להציג כאן את התמונה הכוללת ולקבל את אישורה. בהחלט זה יהיה לגיטימי שמישהו שיראה את התמונה בגדול ולא ישלים איתה מפני שכשהוא קיבל את ההחלטה על הפאזל הקטן הוא חשב על משהו מסוים וכשהוא עכשיו יראה את התמונה כולה, הפאזל הזה לא יסתדר לו, יוכל לבוא ולומר, לא מקובל עלי. אנחנו גם נשים את כל התמונה בסופו דבר.

אני מבקשת כרגע לצאת להפסקה. אנחנו נצא להפסקה של רבע שעה שבא יושב צוות שמייך אנחנו נקבע. יש דברים ללא עוררין. כל מה שהוא אמר, שאני באתי וביקשתי שאנחנו נשים את זה, כל הנושא של מדדי איכות ושקיפות שחייבים להיות בתוך המערכת, זה חייב להיות go's without say וכמובן צריך לקבוע באיזו מידה ובאיזה טווח אנחנו בוחרים את הבחירה. הצוות הוא בוודאי צוות קברט שהוביל את כל הנושא, עדי ועזיז, יוליה רוצה להיות בפנים, אורי, קובי וניר. הצוות הזה יושב ונותן לנו את טווח הבחירה. הצוות הזה יוצא בעוד רבע שעה עם טווח הבחירה שלנו והצעה כאן לקבלת החלטה. אתם יושבים ומנסחים.

הם ידברו גם על המחירים?

דוברות:השרה יעל גרמן:

לא. קודם כל נקבע את המדיניות, איך אנחנו רוצים לראות את הבחירה. לאחר מכן המליאה תבוא ותאמר שבהתאם להחלטה צריך לקום צוות נוסף. הוא לא יעבוד בשבוע ואני לא יודעת אפילו אם בחודש, שיתאים את התמחור למדיניות. לא נוכל לסגור את הנושא של התמחור. אנחנו נוכל לתת אולי גיידליינס, נוכל לתת אולי המלצות. עזבו את הנושא הזה, זה יהיה נלווה וזה יהיה כפונקציה של מה שאנחנו נקבל במסגרת של המליאה. בהחלט ניתן לקבל גם החלטה כמו שאתם אמרתם, שאם אנחנו קובעים גיאוגרפית, אז הגיאוגרפיה תיקבע על ידי כל השחקנים. ישנם דברים שלהערכתי לא צריך לקבוע לכל השחקנים. אם אנחנו באים היום, אנחנו אומרים שאנחנו רוצים להרחיב כרגע לפחות לעוד מחלות או עוד פרוצדורות כמו ניתוחי לב אקוטיים למשל, עוד שזה יעלה, זה לא דבר שצריך לשאול, זה דבר שבהחלט אפילו אם היינו היום קובעים לבדנו, זה גם היה בסדר. אז צריך לראות איזה דברים שאפשר לקבוע שלנו ואיזה דברים שאם אנחנו רוצים באמת לקבוע, אנחנו נבוא ונאמר, רגע, אנחנו ממליצים על זה אבל אנחנו נבקש שזה יעשה במסגרת. נתתי לכם גיידליינס לדעת כמעט סגורים לקבלת החלטה. בתוכה תקבלו גם החלטה לגבי זה, אני לא יכולה פשוט להיות מעורבת בזה, איזה אישור צריך לקבל להסדרים האלה. רבע שעה הפסקה.

(הפסקה)

חברים, מי קורא?

השרה יעל גרמן:

דוברות: תראו, כמו שהיא אמרה קודם ואני אחדד את זה כי זה חשוב. קשה מאוד להחליט כאן החלטות משמעותיות שיכולה להיות להן משמעות תקציבית משמעותית בלי לראות את כל העסקה הכוללת, בלי לדעת כמה כסף יש, מה העלות שיש



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ואיך אני עושה את זה לפי סדר העדיפויות. לכן בעניין של הסדרי בחירה, אני מסכים שצריך לקבוע מנגנון שמרחיב את הסדרי הבחירה, והמנגנון הזה צריך להיות מדוד. אם רוצים משהו שהוא עכשיו מאוד קיצוני, לשנות לגמרי את המצב הקיים, שיכול לעלות המון כסף, אני לא יודע להחליט את ההחלטה הזאת בלי שאני רואה את כל החבילה כולה. אני לא יודע לעבוד בשיטה של פה החלטנו ששמים המון, פה החלטנו ששמים המון ובסוף אנחנו מגיעים ואנחנו לא יודעים איך לממן את זה.

השרה יעל גרמן: איזה כסף אתה צריך לשים בשביל הסדרי בחירה?

דוברת: אם אני עכשיו פותח את הסדרי הבחירה, איך אני עכשיו פותח את אזור הבחירה מחוץ לאזור מגוריו? אני לתפיסתי מחליש את בתי החולים בפריפריה. בתי החולים במרכז יודעים למשוך את הרופאים היותר טובים וזה הולך לעלות כסף. זה יכול להיות המון כסף. יכול להיות שיהיו כאלה שיגידו, אנחנו שם רוצים לשים את הכסף, אבל בשביל זה אני צריך לראות את כל החבילה. אני לא יכול עכשיו להגיד, אוקיי, בואו נשים פה המון המון כסף.

השרה יעל גרמן: אני מבינה שבגלל זה לא ניתן היה להגיע להסכמה.

דוברת: נכון.

השרה יעל גרמן: אוקיי. אתה בדעת מיעוט?

דוברת: אני לא יודע.

השרה יעל גרמן: האם כל השאר חושבים אחרת?

דוברת: אנחנו כמעט הגענו לעמק השווה. הוא יציג את זה.

השרה יעל גרמן: בבקשה.

דוברת: אף אחד לא ראה את המסמך הזה, אז נעבור על זה. זה מופיע גם כן פה על הלוח. פה מדובר אגב על מרחב בחירה מינימאלי. הסדרי הבחירה יאפשרו לכל מבוטח לקבל שירות לפחות בשלושה בתי חולים הכוללים לפחות ספק אחד באזור מגוריו, ספק אחד מחוץ לאזור זה וספק אשר אינו נמצא בבעלות של אותה קופה. משרד הבריאות יחד עם קופות החולים ובתי החולים יקבעו את האזורים הגיאוגרפים המחייבים לשם מימוש כלל זה. הבחירה בין ספקים הכוללים בהסדר תהיה חופשית בלי דירוג מחייב מצד הקופה. יש פה את ההמשך שאמרנו בצוות קברט - - - שתי חלופות לגבי פריצת הסדרי הבחירה בנושא של תורים. חלופה אחת אומרת שמבוטח אשר הסדרי הבחירה בקופת החולים שלו אינם מאפשרים קביעת תור בזמן עומד במגבלות או בסטנדרטים רפואיים שיקבעו, יוכל לבחור ספק אחר עם תור קצר יותר. התשלום לספק החלופי יהיה לכל היותר במחיר המחירון בלי אפשרות לשדרוג. הדבר הזה דורש קביעה לכל פרוצדורה ופרוצדורה של זמני המתנה. האפשרות השנייה שקובי הציע זה בית חולים אשר זמן ההמתנה בו גבוה ביותר, לצורך העניין סטיית תקן מהמוצע הארצי, לא יחשב במניין בתי החולים, אלא המבוטח - יוכל לבחור בבית חולים אחר שלא נמצא בהסדרי הבחירה. ניסחנו את זה תוך כדי.

דוברת: זה מדבר על פרוצדורה ספציפית.

דוברת: כן.

דוברת: אז צריך להוסיף או לקבוע מספרים אבסולוטיים - - -

השרה יעל גרמן: אז מקבלים את האופציה השנייה. במקום הצעה חלופית תעלה את זה כהצעה. הוא ינסח את זה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: 4. הסדרי הבחירה יעזרו למבוטח לשמור על רצף טיפולי באותו מצב רפואי שבו התחיל טיפול. 5
מדבר על זה שהסדרי הבחירה לא יחולו על חולים במחלות קשות. זו רשימת פרוצדורות כפי שיקבע על ידי משרד הבריאות. 6
מדבר על כך שקופות החולים תגברנה את רמת השקיפות של הסדרי הבחירה - - - שמשד הבריאות ינקוט צעדים - - - את
המבוטחים לכלול גם את הסדרי הבחירה בין השיקולים המשפיעים על החלטה אפשרית לעבור בין קופות חולים. נשאר לנו הסעיף
של האישור האקטיבי, שעל זה לא הספקנו לדון, שגם בצוות קברט באנו ואמרנו שבמידה והשרה לא מאשרת לצורך העניין את - -

השרה יעל גרמן: אולי במקום שרת הבריאות נכתוב משרד הבריאות?

דוברות: אפשר משרד הבריאות.

השרה יעל גרמן: מקובל על כולם שזה יהיה משרד הבריאות?

דוברות: לא, לא, לא. על הרבה מאוד דברים פה אנחנו חושבים שהם נכונים, אבל בטח לדבר הזה לא.

דוברות: תקבעו כללים ששר - - - יאשר אותם.

דוברות: הכללים נקבעים פעם אחת וזהו. צריך לעמוד בכללים.

השרה יעל גרמן: זאת אומרת יקבעו כללים.

דוברות: נכון, נכון.

השרה יעל גרמן: מאבחנים, לא כללים. אין ספק שאנחנו לא יכולים לקבל החלטות שיש להן משמעויות דרמטיות
מבחינה תקציבית, כי זה לא יהיה ריאלי, אבל גם אין ספק שהוועדה הזו הוקמה על מנת לעשות שינוי לטובת המערכת הציבורית.
זה אחד הדברים הדרמטיים. זה ולהערכתי ההצמדה. הם שני הדברים הדרמטיים של הוועדה. קודם דרך אגב ההצמדה ואחר כך
זה. אלה שני דברים דרמטיים שאם אנחנו לא נקבע בהם, ויכול להיות שיהיה בינינו ויכוחים, וזה בסדר גמור, אבל אנחנו לא יכולים
שלא לקבוע בזה.

דוברות: להבין משהו, כי היינו באמצע. הרי סעיף 1 זה הבעיה, וסעיף 7. לדעתי על 2,3,4,5 אין חילוקי דעות.
אני רוצה לשאול על 1. האם אנחנו מתכוונים שזה אחד, אחד, אחד או שזה לא בהכרח אחד אחד?

דוברות: לפחות.

השרה יעל גרמן: אני לא הבנתי את השאלה.

דוברות: אני שואלת האם כשאנחנו רוצים שאחד יהיה מחוץ לאזור המגורים, אחד יהיה לא של הקופה, פשוט
אנחנו מדברים על מבוטח כללית במקרה, ואחד בתוך האזור, האם בית חולים אחד יכול למלא את שתי הדרישות?

דוברות: שניים בתוך האזור, אחד של הקופה ואחד שלא, ואחד מחוץ לאזור - - -

דוברות: אבל אחד מחוץ לאזור יכול להיות לא של הקופה.

דוברות: לצורך העניין משהו שגר בבאר שבע, כללית אומרת לו, יש לך את סורוקה ובמרכז אני שמה לך את
איכילוב שהוא גם בבעלות שלי, אז איכילוב עונה עקרונית - - -



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

נכון. זה מה שאני רוצה לשאול.

דוברות:

אבל עדיין את צריכה חוץ מסורוקה לתת לו עוד אחד. זה עדיין חייב להיות לפחות שלושה בתי חולים.

דוברות:

זה ברור לי. השאלה שלי היא אם היא אומרת, אני נותנת את סורוקה ואת קפלן ובנוסף לזה אני נותנת את הלל יפה. חוץ ממרכזי העל יש לנו עוד בתי חולים במדינת ישראל. היא נותנת את הלל יפה. זה אפשרי? זה עונה?

השרה יעל גרמן:

יש אזורים גיאוגרפים מחייבים לשינויים.

דוברות:

אני מסכימה, כפוף לאזור הגיאוגרפי. יכול להיות שזה יהיה ברזילי. יכול להיות סורוקה, ברזילי וקפלן. מכבי יכולה להגיד שמבחינתי יש לכם את שיבא, אסותא ומישהו שהוא מבחוץ. אסותא יכול להיות אחד מבתי החולים שמכבי יכולה להשוות אליהם.

דוברות:

היום כן, נכון?

דוברות:

היום כן, בפרוצדורות מסוימות בוודאי.

דוברות:

היום זה פרטי.

דוברות:

השאלה, אסותא מוגדר בית חולים ציבורי?

דוברות:

לא.

דוברות:

כי אנחנו פה קבענו ספקים בשירות הרפואה הציבורית.

דוברות:

אתם מבלבלים. מה אכפת לנו שאסותא יתן לו לעשות שם ניתוח - - - ? אין בעיה.

דוברות:

יש בעיה אחת, שאתה יכול לטעון שזה בית החולים היחיד בשביל כוונות רווח. השאלה אם אתה רוצה להכניס בסל בתי חולים עם כוונות רווח.

השרה יעל גרמן:

להערכתי זה בלתי אפשרי. אנחנו פה פורצים את הגבולות. אתה רוצה לאפשר לאסותא ולמדיקל

סנטר?

דוברות:

בציבורי.

השרה יעל גרמן:

אה, בציבורי. רגע, אין לך היום שב"ן.

דוברות:

אין שב"ן.

השרה יעל גרמן:

כל קופות החולים יצטרכו לממן את אסותא.

דוברות:

לא יצטרכו, אם הן ירצו.

דוברות:

אם הם ירצו.

השרה יעל גרמן:

כן בבקשה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

הנקודה של אסותא היא לא שולית. היא חשובה. זה עניין של מחירים. זה יחזיר אותנו חזרה למחירים, כי המחירים בציבורי גם שיקבלו מכבי לעומת אחרים. ניצול יתרונות של אינטגרציה אנכית בהקשר הזה יכולים להיות גם בעייתיות. אי אפשר להתעלם מזה. זו סוגיה חשובה. אנחנו צריכים לתת על זה את הדעת. אם אנחנו מגדירים את אסותא כבית חולים של קופה, אז אנחנו יכולים להמשיך לדון בזה.

השרה יעל גרמן:

אוקיי, החלטה: לא מציינים אם כן אסותא או לא אסותא. אנחנו אומרים, יש אפשרות לבחור. אני מאוד אשמח שזה יהיה אסותא. אנחנו סביב השולחן תמימי דעים שאנחנו רוצים לשלוח לאסותא.

דוברות:

אני לא חשבת על זה ואני לא מרגישה שעכשיו אני יכולה לחשוב על זה.

השרה יעל גרמן:

אז תחשבי על זה. אם תהיה לך הסתייגות, תוכלו להעלות אותה. כן,

דוברות:

זה עניין גם שאנחנו כרגע מדברים על מספרים ומתייחסים לבתי חולים כאילו זה black bols אחדים. יש שונות. אנחנו צריכים גם להבטיח בבחירה תמהיל של סדרי גודל של בתי חולים, כי אם גם יתנו בית חולים מחוץ לכללית, שהוא קטן ופריפריאלי, אני לא בטוחה שאנחנו השגנו את מה שרצינו, לכן אני מבקשת שיהיה צורך לאשר את שלושת בתי החולים כדי לראות שזה עומד באיזשהו סטנדרט.

דוברות:

בחיים לא. אנחנו רוצים רק איכילוב ושיבא? זו כל המטרה שלנו?

השרה יעל גרמן:

תסבירי למה את מתכוונת.

דוברות:

גם אני לא הבנתי.

דוברות:

אני לא מדברת על איכילוב. אני חושבת שלהגיד שלושה בתי חולים מבלי להתייחס לסדרי גודל או למשהו שנוגע למגוון השירותים שהם מציעים ומדדי איכות בתוך הבתי החולים, אנחנו יכולים פה בעצם, תפסת מרובה, לא תפסת. צריך לראות שתמהיל בתי החולים, אנחנו נותנים עליו את הדעת.

השרה יעל גרמן:

את מתעלמת מהסיפא. משרד הבריאות בשיתוף עם בתי החולים וקופות החולים יקבעו את האזורים הגיאוגרפיים המחייבים לשם מימוש.

דוברות:

אבל זה אזור גיאוגרפי ואני אומרת, תוסיפו לזה. אני מציעה שנוסיף לזה לא רק גיאוגרפיה אלא גם תמהיל השירותים. זה הכול. זה פותר לי את הבעיה.

השרה יעל גרמן:

אני לא מבינה.

דוברות:

אני אסביר שוב. יש הבדל בין להגיד שלושה בתי חולים, וכל שלושת בתי החולים יהיו פחות רלוונטיים לשירות - - - אני רוצה שנדגים. אנחנו מחליטים פה החלטה גורלית. אני מרגישה שאנחנו בלחץ כבר להכריע מבלי להבין את כל ההשלכות. ניקח מטופל מסורוקה. במתווה המוצע פה חייבים להציע לו או שירותים מחוץ לסורוקה, הוא מטופל מבאר שבע. האם אפשר יהיה להציע לו, אחד, מחוץ לאזור, אז זה יהיה יוספטל נניח, או לא משנה, ניקח בית חולים אחר של כללית ובנוסף בית חולים בנצרת. כרגע זה עומד בדרישות לכאורה.

השרה יעל גרמן:

הבעיה נפתרת בסעיף 7. זה לא יאושר, בין אם על ידי שרת הבריאות או משרד הבריאות ומשרד האוצר. זה לא יאושר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברת: יעל, יש לי שאלה שלא הבנתי אותה. ההגדרות האלה זה לכל שירות בנפרד או למכלול? יכול להיות שבניתוח לב יהיו לי את השלושה האלה כי זה הכי רלוונטי ובניתוח אחר זה יהיו שלושה אחרים. האם זה לכל השירותים?

השרה יעל גרמן: זה לכל השירותים. אני ציפיתי שאתם תבואו ותאמרו גם שאתם מרחיבים את הסדרי הבחירה בפרוצדורות מסוימות.

אני מבקשת כך, ניר, דורון, להעביר לכולנו את המסמך. כל אחד יעיר את הערותיו. ביום חמישי על הבוקר דבר ראשון שנעשה זה לעבור ולקבל החלטות. לא נוכל לעשות את זה עכשיו. זה לפחות עוד שעה. ביום חמישי אנחנו נעבור גם על הביטוחים וגם על תיירות מרפא. אנחנו צריכים להתכנס לקראת הסוף. אני מבקשת לפנות גם את יום שישי. חמישי, שישי ואנחנו נסכם את הכול בשבוע הבא. תראו, אני אומרת לכם את האמת, אני לא מרגישה נוח שאנחנו נסכים בחמישי או שישי ואני אראה את זה אחר כך בעיתונות לפני שאנחנו יצאנו בצורה מסודרת למסיבת עיתונאים, לכן אפילו אם ביום חמישי-שישי אנחנו נרגיש שאנחנו כבר לקראת הסוף, אנחנו בכל זאת נעשה יום שבו נקבל את ההחלטות הסופיות, נסתכל על התמונה כולה, נעשה את זה במרתון, נגמור את זה ונכניס את העיתונות כדי להודיע לה על ההחלטות שלנו.