



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

### פרוטוקול וועדת משנה תאגוד בתי"ח – 23/10/13

נוכחים - מיכל טביביאן-מזרחי, עו"ד לאה ופנר, ברוך לוי (הר"י), רונית קן, דורון קמפלר, מור סגל.

**\*\* מציג ראשון בפני הוועדה: ברוך לוי, הר"י, ניהול בתי חולים בעולם. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

**ברוך לוי:** מדובר בצורת שליטה, בעלות וארגון של מערכות בריאות, בעיקר אשפוזיות בעולם. מתייחס למצגת. הולנד יוצאת דופן – רוב המיטות הן פרטיות, אך לא למיטת רווח.

**עו"ד לאה ופנר:** המחקרים שאנו מסתמכים עליהם הם לפי ההגדרה הקודמת של בעלות על בתי חולים.

**רונית קן:** כשאתם סופרים בשקף את המיטות, אתם סופרים אחרת?

**עו"ד לאה ופנר:** בתרגום שאנחנו הסתמכנו עליו, הלכו לפי החלוקה הזאת שזה לא זהה לחלוקה בישראל. ציבורי זה ממשלה או תאגיד משלתי או רשות מקומית.

**רונית קן:** המיטות של הדסה נכנסות לקטגוריה הפרטית לפי ההגדרה הזו?

**עו"ד לאה ופנר:** כן, ולפי כל ההמשך.

**ברוך לוי:** בהדסה הן מיטות פרטיות, ולכן הולנד נחשבת כמעט כולה לפרטית.

**רונית קן:** מאיפה החריגה הזאת? מה שאני יודעת ששם הרפואה בקהילה היא מאוד גדולה והיא מסננת צפופה למערכת בתי"ח.

**עו"ד לאה ופנר:** זה לא כמות, זה שיעור פרטי.

**רונית קן:** השיעור הפרטי לא מייצג מפני שהרוב פרטי.

**ברוך לוי:** נכון, הם חייבים במתן שירותים ציבוריים, אך הם לא למטרת רווח.

יש גם עניין של צורות שליטה, תלוי גם מהאופן שבו בנויה המדינה – בשקף הבא.

**רונית קן:** יש מקומות בהן השלטון המקומי נשלט אחרת?

**עו"ד לאה ופנר:** כן, בעיקר בסקנדינביה.

**פרופ' ארנון אפק:** המדינה מקימה בתי"ח ואחר כך הם עוברים לעיריות, כי התפיסה היא שלא ראוי למדינה לנהל בתי"ח. בתי"ח הופכים עירוניים ממשלתיים. בארץ, אפילו עירייה גדולה כמו ר"ג לא הייתה יכולה להחזיק את שיבא. רוטשטיין פנה לבקש הכרה כמועצה מקומית, ולהכיר בכך שהעירייה לא נותנת לו שירותים בכלל. שיבא אוכל את ר"ג לארוחת בוקר, העירייה נותנת לו שירותים מינימליים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**עו"ד לאה ופנר:** על ישראל לא עשינו סקירה בכלל. יש לנו מצגת ארוכה.

**ברוך לוי:** בתקופה מסוימת העיריות פחדו לנהל בתי"ח, לא רצו.

**פרופ' ארנון אפק:** זה תיק.

**ברוך לוי:** החלוקה בין המדינות היא כזו שניתן לראות מערכות שונות על פני כל יבשת אירופה. המערכת הריכוזית היא זו שהממשלה שולטת ונותנת את התקציבים על ידי משרד הבריאות.

**עו"ד לאה ופנר:** היא קובעת את התקציבים, תדגיש שזה משרד הבריאות. אצלנו זה לא בדיוק המצב.

**מיכל טביביאן-מזרחי:** זו מגמה?

**רונית קן:** זה בא לחזק יעילויות? שליטה מרכזית?

**ברוך לוי:** אנחנו רואים שבאירלנד היו וועדות שונות, וחזרו לריכוזיות שמסדירה את מערכת הבריאות.

**רונית קן:** נצטרך להבין אם יש מגמה בעולם, אם כמה מאומות העולם עושות משהו ששווה להסתכל ולהבין איך זה רלוונטי לנו. באירלנד, מדינה יותר קטנה מישראל, הייתה לה מערכת בריאות של 8 מערכות אזוריות שאוגדו למערכת מרכזית HSE, והם רשות נפרדת?

**ברוך לוי:** הוא קשור למשרד הבריאות.

**עו"ד לאה ופנר:** אפשר לבדוק יותר מקרוב, בעיקרון זה ARMS LAND.

**ברוך לוי:** בתי"ח שלהם הם ישויות פרטיות, ומי שמנהל אותם זה המדינה ולא הרשות המקומית.

**רונית קן:** בתי"ח הם תאגידים נפרדים מבחינת המבנה? חל"צים כאלה, חברה לתועלת הציבור אבל מתוקצבים על ידי הממשלה?

**ברוך לוי:** כן.

**עו"ד לאה ופנר:** הם HIGHLY REGULATED.

**ברוך לוי:** ככל שהאוטונומיה חזקה יותר, כך גם הדרישה לשקיפות והרגולציה עצמה. זה נוח והגיוני יותר שהן יהיו יותר ריכוזיות. במערכת מפוצלת זה נעשה באמצעות סמכויות, לא באמצעות השלטון המקומי אלא באמצעות שמות ותפקידים שונים. בצרפת יש רשויות אשפוז מחוזיות שקובעות סל שירותים או סטנדרטים במחוז. זה עובד באשפוז, בואו נעשה את זה בקהילה, ברפואה מונעת וכו'.

**פרופ' ארנון אפק:** זו אותה מערכת כמו שלנו, ביסמרקית, אבל השיטה היא אחרת.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**רונית קן:** בכל דיון ב-OECD צרפת היא אחרת.

**מיכל טביביאן-מזרחי:** זה מבוזר רעיונית מבחינת סמכויות? איך זה מאורגן שם? עדיין בתי"ח כפופים למחוז? מחוז זה כמו משרד הבריאות רק קטן יותר?

**ברוך לוי:** השינוי היותר מהותי הוא במבוצרת.

**רונית קן:** כמה מחוזות כאלה יש? אני תוהה בגלל הגודל, אני מנסה להשוות בין 60 מיליון צרפתים.

**ברוך לוי:** אני אנסה למצוא אחר כך אם יש לנו מספר מחוזות.

**עו"ד לאה ופנר:** אחת הבעיות שנתקלנו בהן היא שיש פה 2 סוגיות – איך בתי"ח מתנהלים ועד כמה הם מפקחים, השנייה היא משרד הבריאות וניגוד העניינים שלו בניהול היומיומי. צרפת ברמה הראשונה זה דומה למשרד הבריאות, ברמה שיש בינה לבין ביה"ח עוד דרג באמצע. אם אני רוצה להשליך את זה, זה רשות אשפוז ארצית כרשות סטטוטורית נפרדת, וזה היה ממלא את זה, מרחיק ממשרד הבריאות ועדיין משאיר אצלו את הבעלות. זה לא היה משנה את העובדה מבחינת ביה"ח, אבל כן את מעמדו של משרד הבריאות.

**ברוך לוי:** המחוז מחליט לאן ילך התקציב והמשאבים. זה דבר שלא נעשה בינתיים בפורטוגל למשל. בבולגריה – מערכת מפוצלת – במצגת. מערכת מבוצרת – במצגת.

**רונית קן:** הביזור באנגליה נובע מהחלטות פוליטיות של העברת סמכויות של חיזוק ההקמה של הפרלמנטים בסקוטלנד ובוויילס, הוא תוצאה של תהליכים יותר גדולים. בשנים האלה חייתי באנגליה והיה ויכוח אינטנסיבי האם לפצל את ה-NHS או לא, יעילויות ובזבוז, וזה היה מאוד מאוד חזק.

**ברוך לוי:** זה קשור באופן ישיר לאיך המדינה רואה עצמה ברמה הלאומית, ללא קשר למערכות הבריאות. המערכות בתוך בריטניה שונות אחת מהשנייה. דוגמא על גרמניה – במצגת.

**עו"ד לאה ופנר:** ההסכמים עם הרופאים נקבעים גם ברשות המקומית, וגם בשליטה מרכזית. יש את ארגון או הסתדרות הרופאים, יש גם לשכה וגם הסתדרות ארצית פדרלית, וזה באמת מתנהל מאוד מרכזי אבל גם מקומי ויש קשר בין הדברים האלה. הרופאים שם זה הסכמים קיבוציים כמו אצלנו. גם באנגליה זה ככה.

**ברוך לוי:** פינלנד – שם הפיצול מאוד גדול – במצגת.

**עו"ד לאה ופנר:** לכל 50 איש יש שם רשות מקומית..

**ברוך לוי:** שינויים נעשים שם כל הזמן. דוגמא מאנגליה – במצגת.

**עו"ד לאה ופנר:** הם קרסו, גם את זה צריך להגיד. היה צריך לאחד מספר בתי"ח כי הם קרסו כשהיה רק HOSPITAL TRUST.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**ברוך לוי:** בטבלה – היבטים שונים לא עולים בקנה אחד. מבחינת מיסוי יכולה להיות קטגוריזציה מסוימת, אבל היא לא תואמת את הארגון. הרבה פעמים אנחנו קוראים לזה "ביסמרקי" ולזה לא. אוטו פון-ביסמרק, אותו קנצלר גרמני, מיוחסת לו הקמה ראשונית של מערכות פנסיה שמבוססות על כך שהן מממונות על חלק מהמעסיקים וחלק מהמועסקים. יש מימון על ידי המדינה, ואנחנו משתמשים בהבחנה הזו כדי להבחין בין מערכות.

**פרופ' ארנון אפק:** יש 3 תפיסות מרכזיות לניהול מערכות בריאות – ביסמרקית – חוק שכלל את הפנסיה, את האבטלה ואת הבריאות. זה נולד מהתפיסה הגילדאית של הרפואה, שבה הר"י של אז הייתה אחראית על כל הדברים האלה. שם היו בין 20 ל- 30 אלף קופות חולים, ומאז יש צמצום. מי שמבטח זה קופות החולים והן משלמות ורוכשות את השירותים ואת חלקן הן מספקות. גרמניה זה המודל הקלאסי, גם ישראל וצרפת ביסודן הן כאלה.

**עו"ד לאה ופנר:** אנגליה זו הדוגמה השנייה.

**רונית קן:** אני הבנתי שקונספציית הסל התקציבי זה מה שחשוב במודל הביסמרקי. תקציב הבריאות, ההפרשה לבריאות, היא מיועדת לבריאות בלבד ולא סל כולל של מיסים שחלק מתוכו מוקצה לבריאות.

**פרופ' ארנון אפק:** זה נכון, הם מקבלים סל וממנו מוקצה תשלום לבריאות. לפני הרפורמה שילמו למנגנוני גבייה משותפים. במקומות אחרים באמת משלמים ועושים רפורמות שמביאות את המצב ליותר קרוב אלינו. הקשר בין תפקיד המעסיק לבין בריאות – בעבר היה גם כאן תשלום מס מעסיקים שהלך לבריאות ונקרא מס מקביל. האוצר ביטל את המס הזה ועל זה דיבר חיים רמון. המעסיקים המשיכו לשלם מיסים, וזה העלה את התקציב, לשיטת האוצר, בכסף של מערכת הבריאות, וניתק את הקשר בין ביצועי המשק למערכת הבריאות. מערכת הבריאות לא נהנתה מצמיחה אדירה שהייתה באותן שנים. זו אחת הרעות החולות של התרגיל של האוצר. זה קיים באירופה וגם באובמה CARE. מערכת הבריאות נאלצת לשלם ולבצע בלי שיהיה את הקשר הזה. המודל השני נקרא "בוורידג" – שירותים מרכזיים אותם מספקת המדינה דרך גופים מחוזיים, כך בנוי NHS. המודל הקלאסי של זה הוא אנגלי, אבל זה קיים בעוד מקומות. המודל הרוסי הקלאסי – המדינה אחראית על הכל ונותנת הכל, זהו המודל הסובייטי שלא קיים כבר אפילו שם. קובה עדיין נותרה כדינוזאור במודל הזה. הממשלה משלמת באמצעות כספי המיסים.

**רונית קן:** אין קופה נפרדת?

**פרופ' ארנון אפק:** אין כסף צבוע. זה כמו בהרצאה שלי שמראה איך האוצר יצר שליטה על המערכת. זה פחות שוויוני מהמס הלאומי. לכן זה יותר שלילי מאשר חיובי.

**ברוך לוי:** ההבחנה בין מערכת ביסמרקית לבוורידג' היא תקציבית. יש גם היבט ארגוני – המדינות שלא נמצאות באותו מקום. גרמניה והולנד בדרך כלל באותו צד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**עו"ד לאה ופנר:** דווקא מדינה שהולכת לקופות צריכה להיות אחרת. הסימנים המובהקים כבר קצת היטשטשו בכל מערכת.

**פרופ' ארנון אפק:** הכל הפך להיות מעורב. המימון הפך להיות מרכזי עם חלוקה קפיטציונית, שלזה גם גרמניה הגיעה לפני כמה שנים.

**רונית קן:** היא MIXED בגלל המימון.

**פרופ' ארנון אפק:** ישראל היא מודל. בגרמניה עברו למודל שלנו של המימון. אנחנו לא כל כך גרועים, אפילו הגרמנים מחקים אותנו.

**עו"ד לאה ופנר:** קצת צניעות - לומדים מאיתנו....

**ברוך לוי:** יש מגמה של ריכוז מחדש. ראיתי שיש שתי סיבות עיקריות - במצגת. עניין של מגמות - כשאתה מסתכל אתה רואה כל מיני מגמות, וקשה לשים את האצבע ולהדגיש שזה מה ששולט כרגע. כל מדינה שונה מהשנייה, והמגמות מתרחשות יחד, קשה להצביע על מגמה מובהקת. כל התהליכים קורים במקביל. מגמה שכן ניתן להצביע עליה - מתן אוטונומיה לבתי"ח - במצגת. בליל של רעיונות שקשורים לכל תחום של המערכת הציבורית, החדרה של נורמות מהמגזר הפרטי לציבורי - בואו ניתן לו עצמאות כלכלית, ונראה איך ביה"ח מתפקד כיחידה עסקית במקום מה שנתפס כשליטה של מערכת ביורוקרטית לא יעילה ומסורבלת. ממשיך במצגת.

**רונית קן:** מה נכלל בעצמאיות למחצה? באיזה מובן עצמאיות? יש להם תקציב נתון והם קובעים, מגדילים/מקטינים מיטות?

**ברוך לוי:** כן, תיכף תראי בשקף הבא. יש הרבה מונחים שמשתמשים בהם במדינות שונות, אבל המהות מאוד שונה - במצגת.

**רונית קן:** מבחינה משפטית אני לא חושבת שיש להם מקבילה ישראלית ל - TRUST ולא ל - FOUNDATION. זה שימוש שנעשה בארץ לקרנות כשיש לך תקציב מסוים להשקעה ולחלוקה, אבל לא למערכת תפעולית.

**עו"ד לאה ופנר:** FOUNDATION זה מילה שיותר מקובלת בעולם למונח קרן. נניח ניקח חברות תרופות - רובן הגדולות עושות שירותים חברתיים, כי הן חושבות שזה חשוב. "פיזר" יש קרן כזו לקידום הבריאות והניהול שלה הוא נפרד לחלוטין, לפחות בעולם הרפואה זה כך. זה מקור לגיוס כספים פעם אחת, שלשם את מכוונת לדעתי. בעולם שאנחנו מכירים זה נועד כדי להעביר פעילות שבדרך כלל לא למטרת רווח, ולכן זה מתאים למה שנעשה פה. פעם ראשונה שנתקלתי ב - TRUST, זה היה באנגליה כשהם התחילו לעשות את זה. אני לא נתקלתי במילה TRUST לצורך הפעלת ביי"ח.

**רונית קן:** TRUST פועלים הרבה פעמים כעמותה או כמלכ"ר, פעילות ציבורית.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**עו"ד לאה ופנר:** אולי זה נקרא הקדש, יותר מתאים.

**רונית קן:** אין לנו קונסטרוקציה משפטית דומה. זה בסגנון מלכ"ר, מחויב בדוחות כספיים. כמו שאצלנו יש רשם עמותות, יש לבריטים רשם TRUSTS.

**עו"ד לאה ופנר:** יש לנו רשם הקדשים.

**רונית קן:** והוא יותר ממקומות של עשייה חברתית.

**פרופ' ארנון אפק:** אוקיי, בסדר.

**רונית קן:** זה נותן לי רעיון ונדבר על זה מאוחר יותר – יעזור לנו לקבל פורמטים של התאגדות אפשרית בארץ. ביקשתי מקולגה שלי לשעבר לתת פרספקטיבה אחרת של איזה צורות התאגדות נשקלו ומה אפשרי, וגם ממשיהו מהסקטור הפרטי, שיכתבו - זה מה שעשינו ומה שאנחנו יודעים לעשות, ומה החלופות.

**פרופ' ארנון אפק:** אם אנחנו לא מגיעים למודל ביניים או חברה ממשלתית, אז איך אפשר לחשוב על זה אחרת.

**עו"ד לאה ופנר:** היה דיון בכנס ים המלח לגבי הנושא של המשטר התאגידי של הקופות. אפשר ללמוד מזה דברים כי יש התייחסות לאיך תיראה מערכת בריאות. אפשר לקחת את זה כחומר רקע, שהוביל אותו פרופ' קובי גלזר.

**ברוך לוי:** לגבי המינוחים - בעיה קשה כי אין לזה מינוח מקביל בעברית. ולכן באמת אולי קרן מתאים יותר להקדש.

**רונית קן:** נתייחס לתוכן ופחות לשם.

**ברוך לוי:** אמשיך במצגת על אנגליה.

**עו"ד לאה ופנר:** ענית משהו מהר מדי – באנגליה יש הסכמים קיבוציים, אבל ה- TRUST יכול להגיע לבד להסכם. ההסתדרות הרפואית הבריטית מנהלת את ההסכמים הקיבוציים, אבל יש חופש עצמאות מול TRUST מסוים.

**מיכל טביביאן-מזרחי:** יש אפשרות לשפר את ההסכם?

**עו"ד לאה ופנר:** כן, ולעשות גם פחות. זה לא הסכם פרטי בין הרופא לביה"ח, אלא מנוהל עבור כל הרופאים ויש פיקוח של ההסתדרות הרפואית האנגלית שמחליטה על מידת החופש שהיא נותנת, הרמה הארצית שנותנת חופש פעולה. יש לנו בישראל הסכם קיבוצי מרכזי, אבל יש לנו התאמות בהדסה ושערי צדק. למשל נושא השעון, זה עניין של עצמאות בשני בתי"ח הללו. יש הסכמים שונים, וגם בעוד נושאים יש משהו אחר. ביי"ח מסוים יכול להגיע לסיכום אחר עם המקום.

**דורון:** היום שערי צדק מרוח בעיתון...





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' ארנון אפק:** במיוחד אם הסיכום אינטליגנטי. אני מאוד מעריך את זה שהוא בא וחזר בו. אני מעריך מאוד את יונתן הלוי דוקא בגלל שאמר "טעינו".

**עו"ד לאה ופנר:** יש מסלול מהיר לשר"פ לבדיקות ולכל מיני דברים כאלה. זה מחזק את העובדה שצריך רגולציה לדבר הזה.

**פרופ' ארנון אפק:** חד וחלק.

**ברוך לוי:** העברת בעלות – יש ארגונים עצמאיים ששייכים לקהילה באמצעות חבר מנהלים - חוזר למצגת.

**פרופ' ארנון אפק:** זו התחלה של קואופרטיבות שבעתיד יתגלגלו לקופות חולים. זה מודל אחר, לא חזרה אחורה.

**ברוך לוי:** זה מזכיר מאוד את ה - MUTUAL FUNDS - התאגדות של קהילה שאומרת אנחנו אחראים לבריאות שלנו, ונעשה אצלנו ביטוח.

**רונית קן:** מודל קהילתי שאומר תהיה לי מנייה ב - TRUST הזה.

**עו"ד לאה ופנר:** והם ידאגו לכל צרכי.

**רונית קן:** אבל זה רק אשפוז, יש עוד מערך שלם שלא כלול.

**פרופ' ארנון אפק:** ברמה הקהילתית, יצירת אחריות. כל הזמן המערכת הזו כל כך דינאמית ואין מודל שאפשר להגיד שהוא ה-מודל.

**עו"ד לאה ופנר:** באו לרופא הראשוני ואמרו לו אתה תהיה אחראי על האשפוז של החולים שלך, מתוך רעיון שיש לך אחריות לא רק כשהם בקהילה, אלא גם כשהם מאושפזים - אתה עושה את הקשר. צריך לזכור שבראייה הכללית אין שם כזה סוג של תחרות כמו אצלנו בין בתי"ח באזור. זה לא כמו אצלנו שבמרכז יש את כל בתי"ח. שם הרופא מחליט לאיזה בתי"ח הוא מאשפז.

**פרופ' ארנון אפק:** זה נכון, אין את המשלוח הזה לבתי"ח לעומת המודל הקודם. אתה יכול ללכת לאיכילוב ולא לשיבא.

**עו"ד לאה ופנר:** אנחנו מפנים את כולם לאיכילוב, אבל את בעיות העיניים אנו מפנים לבלינסון ולרופא עצמו אין חופש בחירה.

**רונית קן:** גם באנגליה אין חופש בחירה, אני זוכרת מהתקופה שגרת שם.

**עו"ד לאה ופנר:** "אני חושב שזה המענה הכי טוב לבעיה שלך", כך יגיד הרופא שלך. הרופא יקבל טלפון ממנהל המחוז ישר אחרי זה אם יעשה משהו אחר. "אני מאמין שאת הדבר הזה הכי טוב לעשות במקום הזה", הרופא חייב להגיד את זה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' ארנון אפק:** או "יש עוד תרופה למקרה שלך, והיא לא בסל".

**עו"ד לאה ופנר:** הוא יקבל טלפון – "למה הלכת ועשית ככה?" אחרי זה מתחילים להפעיל לחץ, אז הכי טוב שלא ידעו.

**פרופ' ארנון אפק:** אם תחשבו על האיש המסכן שאין לו כסף, מה תגיד לו? "לא בהישג ידך", אולי "הקופה לא מוכנה לשלוח אותך?". הבעיה היא שהיום הציבור לא יודע מה טוב, מה אורכי התורים. נאמר ששולחים אותו לעשות טיפול בשני בתי"ח, הפציינט לא יודע מה האיכות ואורך התור בשני בתי"ח. יש על שולחני מכתב שבתי"ח לא מוכנים שהאינפורמציה הזו תתפרסם, לא מוכנים לתת לי את המידע. אני בסבירות גבוהה מניח שבניהול האיכותי בכללית הם יודעים מה אורכי התורים במחוזות ובבתי"ח שהשוני, זו קופה איכותית ביותר.

**דורון:** זה באמת מה שענו לנו בקופה - תפנו לבתי"ח.

**פרופ' ארנון אפק:** לכן משרד הבריאות הגדיר מה הוא רוצה למדוד, והם יצטרכו למדוד בבתי"ח ובקהילה.

**ברוך לוי:** מצד אחד זה נראה כמו נסיגה, ומצד שני תראו איזה עודף פיקוח ובקרה יש שם.

**רונית קן:** עודף או עוצמה?

**ברוך לוי:** עוצמה.

**רונית קן:** יש חקיקה.

**מיכל טביביאן-מזרחי:** למה שאני כאזרח אתאגד כדי לספק לעצמי את שירותי הבריאות שלי?

**פרופ' ארנון אפק:** זה תפיסת עולם. אני רוצה להשפיע, אני רוצה לשלוט.

**דורון:** עכשיו יש קואופרציה של מכולות למשל.

**עו"ד לאה ופנר:** היום זה מתחיל להיות תנועה.

**מיכל טביביאן-מזרחי:** את מנהלת משהו שאת מקווה לא להגיע אליו בכלל...

**ברוך לוי:** כמו שהממשלה אומרת לכו להצביע.

**עו"ד לאה ופנר:** אם זה מעניין אתכם, אפשר בהתכתבות איתם לעשות עוד.

**ברוך לוי:** באנגליה יש 55 מיליון איש, ברור שלא כולם ילכו להיות חלק מההנהלות של בתי"ח. שינויי חקיקה בחוק הזה, ובסניפים קובעים עצמאות מוחלטת בקביעת המבנה הניהולי. מצד שני פיקוח חיצוני הדוק על ידי מספר גופים שיש ביניהם גם לרוב חפיפה – חוזר למצגת.





לשכת שרת הבריאות  
Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**עו"ד לאה ופנר:** ארנון, חלום חייך, תסתכל. הם באמת קובעים זמני המתנה. הציבור לא מקבל את זה, הוא פשוט מיואש. מי שלא מכיר רופאים או את המערכת הוא חסר אונים לחלוטין – המתנה, בצפיפות, אתה נכנס למערכת האשפוזית ואתה פשוט חסר אונים.

**ברוך לוי:** גופים מנהלים – במצגת.

**רונית קן:** זה הנהלה בדירקטוריון.

**עו"ד לאה ופנר:** מה שמעניין פה זה נציגי ציבור. זה יותר מעניין.

**פרופ' ארנון אפק:** כל הדברים האלה נורא יפים בתיאוריה, אבל יש אינטרסים.

**רונית קן:** יש מקומות שזה עובד יותר ויש שזה עובד פחות.

**פרופ' ארנון אפק:** אני חושב שזה יפה לשמוע נציגי ציבור אבל אין תחליף לאדם מסור שבא ממקומות מקצועיים. הם לא אנשים לא טובים, השאלה אם יש להם את הידע כדי לתת מענה.

**רונית קן:** גם לנציג ציבור תהיה מומחיות בתחום, כמו בדירקטוריון. בוא נדבר על הקונספט - בתרבות ניהולית מסוימת אפשר לגדר את זה. אני חושב שנציגי ציבור זה דבר חשוב ואני לא רוצה רק נציגי ממשלה, קופות או אחרים, אני רוצה מטעם הציבור שיהיו בעלי מומחיות, שיהיו בעלי השכלה רלוונטית, רפואית או לא. אתה רוצה גם ידע משפטי, חשבונאי, ניהולי, כלכלי, לקבוע את עולמות התוכן האלה בתוך הגדרת חברי הדירקטוריון.

**פרופ' ארנון אפק:** אני מסכים.

**עו"ד לאה ופנר:** קח את מה שאמרת על קיפוח. ברור שאיש ציבור יכול לתרום לעניין הזה הרבה יותר מכל איש מקצוע. הוא יכול לדעת יותר מאיתנו מה המשמעות למי שלא מבין כלום במערכת, היה יכול לייצג לביה"ח מה צריך לפרסם ומה לא.

**פרופ' ארנון אפק:** בסדר. יכול להיות נציג ציבור שמבין, אבל הוא בא מתחום ידע אחר משיק לעולם הבריאות.

**ברוך לוי:** באמת נאמר שאנחנו סומכים על זה, ואם נציגי ציבור יהיו בעלי הידע המתאים כדי לשבת שם. סומכים על הקהילה שתעשה את הבחירות הנכונות במי שישב שם.

**עו"ד לאה ופנר:** 39 מנהלים זה מאוד גדול.

**ברוך לוי:** מדובר בחברים.

**עו"ד לאה ופנר:** איזה אפקטיביות יכול להיות לזה?

**רונית קן:** באמת BOARD מאוד גדול...



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**ברוך לוי:** הם כפופים ישירות לפרלמנט שהוא מנפיק את הרישיונות, והוא קובע את תנאי התחרות בין הספקים.

**עו"ד לאה ופנר:** זה בהחלט משהו מעניין שזה לא כפוף למשרד הבריאות שם, זה כמו בקרה חיצונית לרשות. שנית – מעניינת התחרות בין הספקים. יש מישהו, שאין לנו בארץ, שמסתכל על השוק ועל התחרות בין הגופים. במטרות שלהם הם צריכים לקדם תחרות.

**רונית קן:** קובי שלח תקציר למאמר מעניין בנושא. איזה אפקטים יש לתחרות, הורדת מחירים אל מול מי, איזה גופים והרבה סימני שאלה שקיימים מעט מאוד על שווקים לא מפוקחים. במפוקחים, האם אפשר לומר שככל שהשוק מפוקח יותר, כך התרומה התחרותית משפיעה יותר עד כדי שלילית? התחרות אל מול הצרכן היא חיובית כי היא מורידה את הפרמיה, אבל היא גם מעלה מחירים.

**פרופ' ארנון אפק:** מעניין, תשלחו לי גם.

**ברוך לוי:** ממשיך במצגת. יש פה איזושהי חפיפה בין הגופים. חוץ מזה, יש גם וועדות בדיקה חיצוניות שפועלות מטעם השלטון המקומי, whistle blowers, חושפים התנגדויות בממשלה. יש גם דיווח לציבור שזו ציפייה לגיטימית של הציבור שמתבטאת בדו"ח שנתי.

**רונית קן:** מוניטור מפקח על העמידה בסטנדרט?

**ברוך לוי:** לא בסטנדרט טיפולי אלא בקשר לתנאי התחרות.

**עו"ד לאה ופנר:** יש הרבה גופים למוניטור. הוא מדבר על ארגון וניהול המערכת ולא דווקא על הסטנדרט הרפואי. החלק השני, ה – care quality commission, אחראי על הפן הרפואי.

**מיכל טביבאן-מזרחי:** זה כבר רבדים שיש לנו ולא משתמשים בהם. יש דיווח לציבור של קופות החולים.

**פרופ' ארנון אפק:** יש דו"חות כספיים. הצד הכלכלי הרבה יותר טוב מהרפואי. זה מופיע באתרים שלנו, אבל אין טקס "מסירת הדו"ח".

**עו"ד לאה ופנר:** אולי פה צריך לעשות עוד קצת עבודה. האם כשהם כותבים דיווח לציבור, האם זה באתר או בעיתון? או אחת ל-? אני לא יודעת.

**דורון:** או בעיתון שאף אחד לא יודע עליו...

**פרופ' ארנון אפק:** תדעו לכם שיש SHIFT ואנשים לא מבינים את זה. כשאתה מלמד סטודנטים, השאלה היא מה לא לומר להם. יש כזו התפוצצות ידע ומידע, כך שמאוד קשה להגיד איזה חומר לא לגשת אליו. אני תמיד מתלבט למה לא לצלול, וזה מאוד קשה. עודף המידע מקשה. אני אומר להם "לכו תפרסמו הכל" – זו הדרך הנכונה.

**ברוך לוי:** נמשיך עם ספרד, כי היא ואנגליה הן הדוגמאות הטובות ביותר. ספרד במצגת. המינוחים בעברית אולי לא עושים חסד עם המינוח האנגלי והספרדי. חמשת המודלים במצגת. רב הדמיון על השונה ביניהם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**עו"ד לאה ופנר:** יש גם עקרונות שונים למשפט ציבורי ולפרטי. זה לא אומר שאלה יחולו עליו או אחרים, בכל מיני רמות. אני הבנתי שזה תחת העקרונות של המשפט הפרטי.

**ברוך לוי:** אין הרבה חומר כמו שיש התפוצצות מידע על אנגליה ועל מדינות דוברות אנגלית. לפעמים אין כל כך הבדלים כמו שאמרתי.

**עו"ד לאה ופנר:** זה TRADE OFF - ככל שאתה עצמאי יותר, כך אתה מבוקר יותר.

**פרופ' ארנון אפק:** יש בזה היגיון.

**ברוך לוי:** יש פה איגום משאבים של כמה רשויות, יותר מאשר גוף ממשלתי.

**מיכל טביביאן-מזרחי:** איך זה גוף ממשלתי ויש בו חופש?

**רונית קן:** הבחירה לפי איזה מודל לעבוד, הייתה החלטה של מי? של ביה"ח? מי מחליט? אני בתור ביה"ח? הממשל האזורי/המרכזי? מי החליט איזה גוף יהיה באיזה מודל?

**ברוך לוי:** אני אבדוק את זה. לא מצאתי איך גוף התגלגל לאיזה מודל. אין הרבה חומר על ספרד.

**עו"ד לאה ופנר:** איך זה מתנהל באשדוד?

**פרופ' ארנון אפק:** משרד הבריאות התנגד להקמת ביה"ח באשדוד!

**עו"ד לאה ופנר:** השאלה הייתה איך הרישיון התנהל.

**פרופ' ארנון אפק:** למיטב ידיעתי, הנושא הזה עדיין לא נידון, כמו הנושא של השפעת הקמת ביה"ח על שירותי הרפואה במרחב.

**עו"ד לאה ופנר:** רציתי להבין איך נראה הרישיון או הזיכיון.

**פרופ' ארנון אפק:** אני לא יודע. אני הייתי מאוד שמח שזה יתנהל תחת מכבי, רק שלא יעשה 25% שר"פ. כל השאר בסדר מבחינתי.

**ברוך לוי:** יותר עצמאות – יותר בקרה. דוגמאות נוספות – שבדיה, צרפת, אסטוניה.

**פרופ' ארנון אפק:** גם היום בשיבא משכירים שטחים. זה מיועד בעיקר לקניונים וכאלה, כמו באיכילוב שם יש את מרכז ויצמן.

**ברוך לוי:** מתייחס לשקף מידת האוטונומיה. הולנד היא יוצאת דופן, benchmark, סמן ימני לפיו נבדוק את מידת האוטונומיה של האחרות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**רונית קן:** ארה"ב תשב ב – full independent.

**ברוך לוי:** זה מקרה מעניין. אני משווה למערכות אירופאיות שניתן ללמוד מהשוואה משהו, ארה"ב היא OFF THE CHART. ראינו באנגליה שינויי בעלות, בספרד זיכיונות, חברות פרטיות שמכניסות רווח מסוים. בואו נשווה את שאר המדינות לעומת הולנד. בטבלה אחרת נבדוק איך זה משפיע על ההתנהלות ברמות אוטונומיה שונות. אם האוטונומיה נמוכה יותר, יש יותר מחויבות פוליטית למסור דו"חות. מדובר על רמת המחויבות שלך.

**עו"ד לאה ופנר:** זה לא political commitment, אלא accountability.

**ברוך לוי:** אני חושב שבחרו כותרת לא נכונה כששאלו מה רמת המחויבות שלך כלפי המדינה.

**רונית קן:** לא ברור לי במהות מה זה. זה עמידה שלך ברגולציה? בתקציב? מה נכנס בתוך זה?

**ברוך לוי:** המחויבות שלך למסור דין וחשבון, קשר הדוק בינך לבין הדרג הפוליטי.

**עו"ד לאה ופנר:** זה באמת מבלבל, למרות שזה כנראה שניהם בסוף.

**ברוך לוי:** ישראל יוצאת דופן, יש אוטונומיה דה-פקטו, שמתבטאת בתאגידי הבריאות.

**פרופ' ארנון אפק:** יש צדק במשפט זה.

**עו"ד לאה ופנר:** הם גרמו למידת עצמאות גדולה יותר בבתי"ח, הם עוקפים את כל הרגולציה לטוב ולרע. לא במובן השלילי. זה נולד בגלל זה, אגב.

**רונית קן:** כלי למתן גמישות ניהולית.

**עו"ד לאה ופנר:** זה מה שקרה וזה נכון. אתה מסתכל על בתי"ח הגדולים וזה גורם להרגיש לא נוח, כי הם בתי"ח ממשלתיים ואתה אומר להם מה לעשות. מצד שני, יש להם מידת גמישות ענקית שבכלל לא מדברת לבעלים, וזה התאגידים.

**פרופ' ארנון אפק:** מכיוון שאי אפשר היה בכל הוועדות, כולל נתניהו, לא הצליחו לתאגד את בתי"ח, מכיוון שלא ניתן לנהל אותם לפי חוקרי הנש"מ, גם בזה צריך רפורמה. לך תנהל ביי"ח לפי חוקי נש"מ.

**רונית קן:** דין משרד הבריאות הוא לא כדין משרד התחבורה.

**פרופ' ארנון אפק:** צריך לייצר גמישות ניהולית מתאימה למערכת, זה מן תאגוד זוחל, ככה התחילו תאגידי הבריאות ממוחו הגאוני של מוטק'ה שני.

**דורון:** הם התחילו כקרנות מחקר.

**עו"ד לאה ופנר:** יש הבדל מהותי בין צורת ניהול של קופה לזה של בתי"ח. בקופה אין מצב שהיא לא יודעת מה קורה בבתי"ח שלה, והם מרגישים מחויבים אליה. מנהל ביי"ח של קופת חולים, אם יבוא לוועדה ויצגי עמדה,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

הוא קודם כל יבדוק עם המנהל שלו בקופה. לעומת זאת, הצד השני של המטוטלת, זה שכל ביי"ח ממשלתי מרגיש את עצמו לחלוטין עצמאי, לא מרגיש שום מחויבות לבעלות עליו. לא מרגישים צורך להרים טלפון. יש גם בעיה שבעל הבית לא יודע ואין לו נתונים על מה שקורה שם. אי אפשר להתכחש לזה. יש קצוות. הדבר הכי מוזר בייצור הכלאיים הזה, לא רק בהיבט כ"א, המשחק הזה נשמע מגוחך. יש לך עובדי תאגיד ועובדי מדינה. יש הפרדה ולכאורה זה אותו דבר.

**רונית קן:** כשבחנו את שאלת התאגוד, היה ברור שברגע שיש תאגוד נגמרים קרנות המחקר או תאגידי הבריאות?

**פרופ' ארנון אפק:** אז הם היו שברירים שרחוקים ממצבם היום? אפילו בשיבא זה לא יותר מ – 50% מגודל ביה"ח. הרעיון היה שלא היה צריך את זה, כי בכל ביי"ח היה תאגוד. זה נקרא עצמאות ניהולית, תאגוד זוחל, מיני תאגוד. ככה נולדה העצמאות, כי הבינו שזה לא כמו משרד ממשלתי. גם כללית עושה חלק מהפעילויות האלה, אבל יש לה פחות מגבלות – אתה לא עובד מדינה לעומת עובד תאגיד אצלה.

**עו"ד לאה ופנר:** אצלה זה יותר חד משמעי.

**ברוך לוי:** אוטונומיה היא כלי ניהולי שלא תמיד מעיד על שינוי במעמד או בבעלות. באנגליה היה שינוי רציני בבעלות. נעשו שינויים מאוד גדולים – במצגת. האם יש פה שינוי בקו? האם בתיה"ח עושים שימוש בעצמאות שניתנה להם? לא כל כך ברור, בעיקר כשהבקרה והפיקוח כל כך הדוקים. סיכום לגבי העניין הזה – במצגת. אנחנו לא בדיוק יודעים מה ה – BALANCE הרצוי, והאם באמת האוטונומיה מתקיימת. האם זה מוצלח? זאת עוד שאלה. גם פה אין לנו מספיק עדויות. יש דעות לכאן ולכאן – במצגת. סיפור הצלחה רפואי? פה זה בכלל בעייתי. אין לנו מדדי איכות וביצוע מספיק טובים בעולם.

**פרופ' ארנון אפק:** זה נושא אדיר ומורכב מעין כמוהו. זה סופר מורכב.

**עו"ד לאה ופנר:** בעיה עולמית.

**פרופ' ארנון אפק:** אנחנו עובדים על זה עכשיו. כשאתה מגדיר מדד, אתה דוחף את המערכת להתנהגות מסוימת וזה בעיה. ביי"ח יתחיל מראש לא לנתח חולים קשים לדוגמא. צריך לבחור מדד נכון ותקף מדעית, וזה משתנה. שנה שעברה קבענו 6 מדדים, רצינו להכניס את הראשון והיה עליו וויכוח, אז הורדנו אותו. אתה לא תמיד יודע אם זה באמת נכון. זה מקובל בעולם אבל זה מאוד לא פשוט.

**מיכל טביביאן-מזרחי:** בקופות יש מדדי איכות.

**פרופ' ארנון אפק:** בקהילה זה יותר פשוט, והקופות מפרסמות. בדרך כלל מודדים מדדי תהליך כי מאוד קשה למדוד מדדי תוצאה. למשל האם כל הילדים מדדו להם משקל וגובה כדי לבדוק השמנה, גם בקרב חולי סוכרת. יש מדדים קליניים שבעזרתם בודקים איך המערכת מתפקדת, אבל כשאתה מפנה פוקוס למקום אחד, אז אחרים נשכחים. צריך כל הזמן לבחור מדדים אחרים כדי לייצר דינמיקה. גם אם תהיה הרפורמה המושלמת, כולם יתרגלו אליה, ואז יצטרכו לשנותה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**רונית קן:** בהתלבטות שלנו בין תאגוד כן או לא ואיזה, אחד הדברים שעוברים כחוט השני במצגת זה המודלים השונים שכל הזמן משתנים. המערכת כל הזמן עובדת ויש דינמיקה כל הזמן, מה שאומר שלכל המלצה שנדון בה, צריכה להיות לנו ראייה של מידת הגמישות והדינמיות שהיא תשאיר במערכת - או שהמודל לא יקרה אם יהיה נוקשה, או שייצר כאלה קשיים במהלך הדרך שמישהו יצטרך לשנותו. הרעיון הוא דינמיקה מובנית.

**עו"ד לאה ופנר:** בעיני הבעיה העיקרית של מדדי איכות נובעת מהעובדה שאנחנו יודעים במערכת לבדוק תהליך, ויש הנחה שהתהליך בהכרח מביא לתוצאות טובות, אבל ברוב הדברים אין קשר חד-חד ערכי. קשה לראות את הקשר הישיר בין הדברים. הרבה דברים משתנים בפני עצמם גם כשנחשבו מדדים.

**מיכל טביבאן-מזרחי:** מדדי תוצאה מושפעים גם מהסביבה ולא רק מהעשייה.

**עו"ד לאה ופנר:** זה חייב להיות במסגרת המגבלות. לדעתי צריך להיות תהליך שמלווה בקרה בכל שינוי והמלצה שיהיו. כן משהו שבוחן אותו בדרך ולא להגיד שזה מה שצריך להיות, תוך נכונות לגמישות ושינוי. הדבר האחרון זה הסוגיה האם הוועדה צריכה להמליץ על פתרונות או המלצות שהם ביישום מיד, או לעשות פיילוט, או אחד אחד?

**דורון:** זה כבר סוג של פתרון. חקיקה ודינמיות לא הולכים יחד.

**רונית קן:** למודלים של פיילוט יש מחיר של מי שנכנס לפיילוט ומי שנשאר בחוץ. רציתי לבקש מברלוביץ' להגיע מאוחר יותר. מה שהוא אמר זה אחד הפתרונות והוא פורש את הבעיות - אחד הדברים שעלו חזק, זה הסיכון שקורה בתהליך. מה קורה למי שנכנס לתהליך כשאין החלטה ארוכת טווח ומגבה מבחינת הכלים, כי לתהליך זה יש מחירים כבדים לאורך הדרך. היתרונות והחסרונות של חלקיות, של פיילוט, נצטרך לחשוב גם על זה.

**דורון:** כל סט השאלות ששאלנו יכול להשתנות.

**פרופ' ארנון אפק:** אינטגרציה ורטיקלית מבית היוצרים של אגף התקציבים. צריך לשאול האם זה אפקטיבי. יש 2 מודלים כאלה שפועלים בשטח, וחשוב לשאול את השאלה, ואני לא יודע אם נוכל לענות עליה, האם המודלים האלה הם מוצלחים בראייה כללית. זה לגיטימי ולא ניתן לשלול את זה מראש.

**רונית קן:** מודל יכול להיות מוצלח בתנאים מסוימים, בסביבה תחרותית או במבנה שוק מסוים. יכול להיות שהאינטגרציה עובדת טוב כשהיא חלקית, כי יש מה שמרסן אותה מהצדדים. יכול להיות שדווקא אינטגרציה מלאה, של כל הקופות מתחזקות בתי"ח, זה אותו דפוס שמייצר שכלולים פנימיים, וזה יכול להיות הרסני.

**פרופ' ארנון אפק:** אני לא יודע לבטא את מה ששמתי כאן על השולחן. זו שאלה מרכזית שחוצה את מערכת הבריאות. במבנה הזה בעת הזו, זה כן פתרון או לא פתרון. כל עוד העננה הזאת תהיה על המערכת, זה כל הזמן יצוץ. אגף התקציבים חשב אי' ושאר הוועדה חשבה ב'. בגלל זה ועדת לאון לא מומשה. לך יש יכולת להעריך את ההשפעה הזאת על המערכת, את מה שאנחנו לא מבינים. יכולת משרד הבריאות לשלוט על הקופות, זה בעייתי כפליים, כי מיד אתה מואשם שאתה נגוע בניגודי עניינים, זה כמעט no win situation. המערכת היא כל כך





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

סבוכה, ואנחנו כאלה שניגוד עניינים, שאנחנו מחפשים משהו מבחוץ שיגיד משהו אחר. אני נגד המודל של אינטגרציה אנכית, אבל אולי אני טועה, אולי זה מודל מצוין? אני חושב שהוא מוציא מאיזונים, אבל אולי אני טועה? מה עושים עם זה? איך לא הורסים לפני שאני משפר כדי לא לגרום נזק. יש חומה שגורמת נזק. אנחנו עכשיו עושים שיתוף אינפורמציה, זה היתרון של אינטגרציה, מערכת מאוד יפה, אתה רואה הכל. בגרמניה זו חומה בצורה וזה אחד החסרונות. אגב, בישראל זה חדש ואין דבר כזה.

**עו"ד לאה ופנר:** אנחנו לא עסקנו בסוגיה של ניגודים, זה לא קיים בסקירה שלנו.

**ברוך לוי:** רציתי לסיים במסקנה יותר חותכת – בשקף. המסקנה של המחקר היא שזה נשאר שאלה איך להביא ל- balance הראוי בין האוטונומיה לשליטה של המערכת הממשלתית. ראינו מודלים שונים ומגמות שונות, וראינו על אוטונומיה כניסיון לנהל, אבל שאלת האיזון נותרת עדיין פתוחה.

**רונית קן:** תודה רבה, זה היה מאוד מלמד.

אנשים שאנחנו רוצים לשמוע – מתוך הממשלה – ביקשתי שיבואו ממשרד המשפטים, אני מדברת עם החשבת הכללית שיושבת היום על המדוכה התקציבית של הדסה.

**עו"ד לאה ופנר:** והיא גם הגיעה ממשרד הבריאות.

**רונית קן:** גם יוני דוקן היה אמור להיות כאן.

**עו"ד לאה ופנר:** אני חושבת שתאגידי הבריאות זו סוגיה שנידרש לה כאן, והם חייבים להתייחס לזה.

**פרופ' ארנון אפק:** אף אחד לא מוכן לדבר על זה.

**דורון:** זו גם תשובה.

**רונית קן:** רשות החברות הממשלתיות אמר ארנון, והממונה על השכר.

**עו"ד לאה ופנר:** חד משמעית. המודלים שקיימים בנושא של השכלה גבוהה יכולים להתאים לנו להסתכלות? של ות"ת?

**מיכל טביביאן-מזרחי:** באיזה הקשר?

**עו"ד לאה ופנר:** יש תקצוב, התנהלות עצמאית של אוניברסיטאות. מערכת שנראית לי דומה.

**פרופ' ארנון אפק:** מערכת מסובכת שגם הם לא...

**רונית קן:** אני אתייעץ.



לשכת שרת הבריאות  
Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**עו"ד לאה ופנר:** חשבתי שזה משהו מורכב כזה, מימון פרטי וציבורי, מערכת שכדאי להסתכל עליה ושלא נעשה טעויות כמו ששם יש. מעניין לחשוב על זה.

**רונית קן:** אוקיי, יש עוד?

**עו"ד לאה ופנר:** שמענו את הדסה ושערי צדק, אבל אני לא יודעת כמה שמענו אותם כבי"ח ציבורי.

**רונית קן:** נראה את התשובות בהמשך, ונראה מה קורה. הדסה מציבה לנו המון קשיים, כי יש בה תאגיד ויש דירקטוריון ואת כל המרכיבים וטראו מה קרה, אז בוודאי שאי אפשר לעשות את זה במקום אחר, אבל את הדסה בהחלט שווה לשמוע.

**עו"ד לאה ופנר:** שמעתי שתהליך לא בהכרח מוביל לתוצאה, לא בהכרח הוביל למה שקרה בהדסה. יש לכולנו נטייה לשייך תוצאה טובה לתהליך טוב ותוצאה גרועה עם תהליך גרוע. אין מחלוקת שמה שקורה שם גרוע, אבל זה לא אומר שהתהליך והמבנה לא נכון. אחד הדברים שמאוד מפריעים בוועדה זה השיוך של התוצאה עם התהליך. מה שהיה מעניין זה איך אתה מתנהל בפרטי, כמה מידת גמישות יש לך או שלא.

**רונית קן:** בהקשר של הדסה או אסותא?

**עו"ד לאה ופנר:** בהקשר של שערי צדק למשל. איזה גמישות הוא מרגיש שהוא צריך. זה ייתן אינדיקציה לגבי מקום ממשלתי. לטעמי יש סוגיה מאוד חשובה - האם תאגידי הבריאות יישארו או לא. אם לא, אולי בתי"ח לא יוכלו להתנהל בלעדיהם. אז אולי הפתרון להשאירם וזה יהיה תחת פיקוח, או להתעלם. אם הכל פתוח, מנהל ביי"ח שחי בעולם של ביי"ח האוטונומי או הסמי-פרטי שמסביר מה הוא עושה, יש המון החלטות. לשערי צדק יש הסכם איתנו, אבל אין לו תקנים או נציבות שירות המדינה שלא נותנים לו תקנים, חוץ מזה גם קניית ציוד ועוד הרבה דברים.

**רונית קן:** מנהל ביי"ח לא יכול הוסיף מיטות. אבל כן יותר תקנים על מיטות.

**פרופ' ארנון אפק:** יש מספר מועט של מכשירים שהוא לא יכול להחליט לקנות באופן עצמאי.

**עו"ד לאה ופנר:** ולפתח שירותים נוספים? נגיד בבי"ח שיבא - האם מחר בבוקר הוא זקוק לתאגיד כדי לעשות סקר מנהלים, כי הוא לא יכול לעשותו במערכת ממשלתית רגילה?

**מיכל טביביאן-מזרחי:** הוא כפוף לכל כך הרבה מגבלות ביורוקרטיות, שעדיף לעבוד דרך הקרן בצורה מהירה יותר.

**פרופ' ארנון אפק:** פעילות הקרן מוגבלת, בעיקר כלכלית. בצד הרפואי הם מתייעצים.

**עו"ד לאה ופנר:** מה מניע אותו לשים את זה בקרן ולא בממשלתי?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' ארנון אפק:** תקציב ההוצאות. לבי"ח יש תקציב הוצאות ותקציב הכנסות. זה לא שאם עכשיו יש צורך בשירות לאזרח אז הוא מעלה את הפעילות - הוא לא יכול כי יש תקציב הוצאות. עודף הכנסות ממילא הולך לאוצר. הוא מוגבל מכל מיני כיוונים, ולכן ה - outlet היחידי שלו זה הקרן.

**רונית קן:** לנהל משהו כזה, זה לא פשוט. זה לא רק מחשב, זה מיטות, זה פלסטר...

**פרופ' ארנון אפק:** על גבול הבלתי אפשרי! אין לי אפילו את הדרך לקנות את זה. אז אתה מגיע למצב שאתה לא יכול לנהל בי"ח במערכת שלא נבנתה לנהל בי"ח. מכאן נולדו התאגידים. היום אי אפשר לנהל אותם, וככל שהתאגיד קטן יותר, כך ביה"ח מסכן יותר. חלק מהפתרון זה הגדלת התאגידים כדי לשפר את מצבם של בתי"ח. אין במדינה כוכב, אתה צריך לשלם לכוכב כדי שיבוא מהמרכז לצפון. אתה מאוד מוגבל במדינה, ואתה במבוי סתום, אתה מוגבל. אי אפשר לנהל ככה בי"ח. וזה לא ביקורת, הנציבות משתדלת.

**רונית קן:** הכלים מוגבלים.

**מיכל טביביאן-מזרחי:** יש עוד עניין שזה המבנה הרגולטבי, ואז צריך להזמין עוד רגולטורים כדי לראות סוגי רגולטורים.

**רונית קן:** יש תחליפיות בין תאגוד להבניית מערכת רגולציה נפרדת. ככל שעושים יותר תאגוד, הצורך בהקמת רשות רפואה או רשות פיקוח על בתי"ח מצטמצמת משמעותית עד מתייגרת?

**פרופ' ארנון אפק:** זה ספקטרום בין גוף עצמאי דרך חברה ממשלתית. עכשיו כשאת מדברת על רגולציה ובקרה ופיקוח, השאלה היא מי הגוף האחראי. יצטרכו איזשהו מבנה ניהולי, ומה הוא צריך כדי לנהל, בעיקר בפן הכלכלי אני חושב. אנחנו נמשיך לעשות בקרה למערכת הזאת, אבל אם תשאלו במה שנבנה מה הוא צריך כדי לנהל אותו, זה פועל יוצא של מי הסטרוקטורה האחראית. אפשר לנצל מערכות קיימות במערכת. לשרת הבריאות יהיו 2 מנכ"לים - אחראי על המשרד ואחראי על בתי"ח. הם יצטרכו מנהלים רפואיים שיתוו תכניות. המערכת היום עם כל חסרונותיה, היא מאוד חסכונית. אני עושה את 2 התפקידים, וזה מאוד חסכוני..

**עו"ד לאה ופנר:** אם יצאו בתי"ח לחלוטין ממשרד הבריאות, יהיה יותר טוב גם במערכת הבקרה הרפואית על כל המערכת. חלק מהסיבות של אי מתן הנתונים הן כי יש הצדקה לאיזה מידע אנחנו נותנים. אפילו מידע על התורים - אני יכולה להבין שהקופה אומרת אני מחר בבוקר מאוד מפחדת שיאמרו תבואו עכשיו לשיבא, ויעשו בזה שימוש או פרסומת. הביקורת על קבלת הנתונים שאתה מקבל אותם, בקרה זה אומר שאתה לא תהיה הבעלים או המפעיל הישיר וכך תוכל לדרוש יותר את הנתונים.

**פרופ' ארנון אפק:** חד וחלק. אני לא תומך במודל המינימלי, באתי ואמרתי שיהיו משמעויות למודלים מרוחקים מהמשרד. יצטרכו לעשות מערכת בקרה כלכלית ורפואית חזקה, בלתי תלויה במערכת שלנו. זה אומר שאני לא יכול להיות בו זמנית ראש מנהל רפואה ואחראי על בתי"ח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**עו"ד לאה ופנר:** למשל המשאב האנושי, לוקחים רופאים טובים לבתי"ח הטובים, יש מאבק על הרופא עצמו. גם פה יש סוג של בעייתיות בקטע הזה - כשאתה מנהל מו"מ קיבוצי, אני חושבת שעדיף היה שמשרד הבריאות שרוצה להגיד מה התמריצים הנכונים, ולא גם כשאתה בעל הבית שחושב איזה תמריצים יביאו אנשים אליך. כן נראים שיקולים של המדינה ולא כאלה שאני יכול לקחת או לא. כולם ראו את הראייה הכללית, אבל אין מה להגיד כשמראים את זה. הם בעצם גם בעלים של בי"ח, ואיך זה ישפיע על לקיחת רופאים. הסיטואציה הזו כל כך בעייתית, בכל תחום.

**פרופ' ארנון אפק:** זה נכון, נראה לאן נלך. בכל הגופים המבקרים יש יתרון לקופת חולים כי כבר יש לה גוף, השאלה היא מה זה יעשה למערכת. יהיו לזה מחירים.