



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ישיבה מיום 25.5.2014

משתתפים: יעל גרמן – שרת הבריאות

יוליה איתן-מציגה

חברי הוועדה-

פרופ' גלזר

פרופ' קנדל

פרופ' אחדות

פרופ' אפק



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' בן נון

ניר קידר

אור שמרת

שלמה פשקוס

פנינה קורן

ליאור גילה

לאה וופנר

ערן פוליצר

טלי שטיין

אסף מנדלוביץ

יובל דגן

שרה אמסלם

הצטרפו בהמשך הצוות של יאיר אסרף (יאיר, וואדים ושלומית)



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

יוליה :

תכף המצגת תעלה, אבל אנחנו נתחיל. בעצם מדובר בפרק 3 של ההצגה של וועדת משנה לתיירות רפואית, מה שהיה זה שעד עכשיו פעמיים הצגנו את הרציונל, את הקשיים, את התרומה ואת תחומי הענף. ובעצם אנחנו פה כדי להציג את ההמלצות שבינתיים, מעבר לדיוני הוועדה שהופסקו בנקודת זמן מסוימת, כשראינו את עיקרי ההמלצות מתגבשים, אנחנו בצענו בזמן הזה סקר בקרב תיירי מרפא עצמם, כי כל הזמן הרגשנו שבתוך החדר בדיוני הוועדה אנחנו שומעים הרבה קולות של סוכנים, רופאים, מנהלי בתי חולים, אבל את קולם של התיירים עצמם אנחנו לא מצליחים להגיש. חיפשנו דרך, בסיוע אדיב של משרד הבריאות ויושב פה ספי מאחורה, ככה בשקט, אבל לולא העזרה המוצלחת, לא היינו מצליחים להרים את זה בלוחות זמנים מאד מאד קצרים. בעצם היה סקר בשטח, סקר כ-60 תיירים ובפועל כל סוג של בתי"ח אפשריים, והיו ממצאים מעניינים מאד וחשובים, שאת חלקם אנחנו גם הטמענו בתוך ההמלצות של הוועדה, ואנחנו נתייחס לזה. זה לא שינה מהותית לא את הלך הרוח ולא את התפישה, אבל זה בוודאי חידד נקודות מסוימות שאנחנו גם נתייחס לזה ואנחנו ניתן לזה את ההדגשות בתוך ההצגה.

בואו נתחיל. מה היתה מטרת הוועדה? הוועדה יצאה לדרך כאחת מוועדות המשנה של וועדת גרמן, שהמטרה שלה זה לגבש מדיניות ממשלתית בנושא תיירות רפואית בישראל. בעצם אנחנו התחלנו מהמקום שבו היה רב הנסתר



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

על הגלוי, בעצם לכולנו היתה הבנה שיש פה פעילות רבה וענפה. לא היה ברור כיצד היא מוסדרת, איך היא פועלת ומה הנתונים האמיתיים. בדרך אספנו הרבה מידע, נפגשנו וקיבלנו גם דתא קשיח. להגיד לכם שהיום אנחנו יודעים את הכל ובאמת יודעים לאמת כל נתון ונתון: לא. אבל מצבנו הרבה הרבה יותר טוב, ואנחנו בהחלט מבינים הרבה יותר טוב מה קורה בענף הזה ולאן אנחנו חושבים שכדאי לקדם אותו.

עקרונות לעבודת הוועדה, אגב, זו הזדמנות, אני חושבת שכולם מכירים את החברים, ובכל זאת שתי מילים. בעצם חברי הוועדה ניר היה אתנו, גבי, אורי, שלמה בחלק מהזמן החליף אותו, פנינה, קובי, ליאור, שהשתתפה בוועדה ועזרה מאד גם בקשר הבלתי אמצעי עם בתי"ח כדי באמת לוודא שהנתונים מגיעים אלינו בזמן לגבי איכות וגם להבין מה אנחנו מקבלים. לאה, לאה, טלי שטיין, שהיא ממשרד המשפטים וגם הציג את עמדתו וגם עשה ניתוח של הסביבה המשפטית שבה הענף הזה פועל. שרה ממשרד התיירות שאף הם תרמו לעבודת הוועדה והביאו את הנתונים והממצאים שהיו קיימים באמתחתם. יובל דגן שבעצם בפועל ריכז את הוועדה ועשה הרבה מאד עבודה גם בריכוז וגם בעיבוד הנתונים. ארנון אפק בתפקידו הקודם, ולא אחת שתכף תצטרף לדיונים, גם היו חברי הוועדה, סה"כ היתה עבודה פוריה והעקרונות שלאורם גיבשנו את ההמלצות שאני תכף מציגה אותן, היו: אחד, לשפר את מצבו של המטופל הישראלי. שתיים לחזק את מערכת הבריאות הציבורית, ולהבטיח טיפול אתי לתיירי מרפא. כלומר, כל שלושת המטרות האלה אנחנו רצינו להשיג. ולאור עקרונות אלה, אנחנו גיבשנו מסגרת להסדרה, פיקוח וניהול של התיירות הרפואית בישראל, לאורך זמן. ופה מופיעה כוכבית שאתם תכף תראו אותה, גם במסך שיעלה, שבעצם ההמלצות שאני מציגה פה לא התקבלו פה אחד. יש מחלוקות גם בתוך הוועדה, ואנחנו בהחלט שומרים לכל אחד מחברי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הוועדה את האפשרות להביע את עמדתם ולהשמיע הסתייגויות, אם לכלל ההמלצות ואם להמלצה פרטנית זו או אחרת.

אני אשמח מאד להציג את הדברים ברצף. לאחר מכן תהיינה התייחסויות. אני גם אתעכב במקומות שאני חושבת שיש מקום להאיר את המחלוקת, אבל תנו לי להציג ואז נכנס, אחרת אנחנו נתבדר וכל פעם נצלול לנקודה מסוימת.

בעצם כלי המדיניות שאנחנו פיתחנו זה קביעת כללי רגולציה לפעילות של בתי"ח, סוכנים ורופאים. כלים לפיקוח על הפעילות באמצעות נתונים שוטפים וביקורות, אלו היו עקרונות הוועדה כפי שאמרתי. ובעצם מה שיצרנו זה מסגרת להסדרת הפיקוח וניהול התיירות הרפואית בישראל לאורך זמן, והערת הסתייגות שאמרתי בע"פ.

בעצם אנחנו כן רוצים להתייחס בהצגה שלי עכשיו, אני אתייחס לכל אחד מהרכיבים שמופיעים פה. הן רגולציה, הן פיקוח, הן אכיפה, זה לא מספיק לקבוע רגולציה, צריך לקבוע כלים אפקטיביים לפיקוח ואכיפה במקרה שאנחנו מוצאים חריגה מכללי הרגולציה. כיצד מגלים את הפעילות הזאת, לא משנה מה ההיקף שלה שנקבע, וההסברה שנדרשת במהלך משלים ואנחנו נתייחס לכל אחד מהם.

בעצם תזכורת מאד מאד קצרה: תיירות רפואית בעצם על מנת למצות את הפוטנציאל של הפעילות של תיירות רפואית צריך להתייחס בפועל לכל הממדים המופיעים פה, ההכנסות למערכת הבריאות הציבורית, תרומה כלכלית למדינה, כלומר יש פה לא רק מערכת בריאות, אלא גם ענף תיירות חשוב. והפעילות הנלווית לעצם השהייה של קבוצה גדולה של אנשים שצורכים וחיים בישראל לעתים תקופות ארוכות. אנחנו כן רוצים לדבר על המוניטין הבינלאומי שהוא חשוב וניהול נכון והסדרה נכונה לשימור של מוניטין בינלאומי, ואם לא נעשה כן, יכול להיות שאנחנו אפילו נפגע



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

במוניטין כפי שהדברים נראים כרגע, אנחנו לא משפרים את מצבנו, אלא אם כן נפעל בצורה אקטיבית כדי להסדיר. ותועלת רפואית לחולה הישראלי ואני מתעכבת דקה על הנקודה הזאת. זאת נקודה לא טריוויאלית. אנחנו משוכנעים שפעילות של תיירות רפואית יש ביכולתה, במידה והיא מנוהלת נכון, לתרום גם לחולה הישראלי הן בצד של המקורות והן בצד של מומחיות שלפעמים אם זה יהיה טיפול שיינתן רק לישראלים במקומות המרוחקים, לאו דווקא תתפתח. שמענו על דוגמאות של רופאים מומחים גם לסרטן מסוג מאד נדיר, שבהנתן מסה קריטית של חולים שמגיעים מחו"ל, מאפשר לשמר פה את היכולת ולתת מענה במקרה הצורך לחולים ישראלים, וגם בהקשר של capacity של הקיבולת, של היכולת להחזיק איזושהי קיבולת עודפת בשביל לתת מענה לתורים הארוכים. אני הצגתי בפעם הקודמת את הסימולציה שמראה מדוע אנחנו זקוקים לעודף capacity ואת העובדה שמישהו צריך לממן את העודף capacity הזה, אני מניחה שאתם זוכרים את הסימולציה עם האקסל. והדבר הזה ממשיך להיות נכון.

מנגד, לצד ההזדמנות יש פה כמה מניעים וצריך פה להתמודד גם אתם. והממדים שאליהם צריך להתייחס, זה קודם כל שימוש בתשתיות הפיזיות שבחלקן מוגבלות ואנחנו בראש ובראשונה רואים את מערכת הבריאות הישראלית כמיועדת לישראלים. אנחנו רוצים להיות בטוחים שהם מקבלים את המענה הראוי והנכון, כוח אדם רפואי והמחירים במערכת, וסוגיות אתיות שנחשפנו אליהן גם במהלך עבודת הוועדה, לא מעט בזכות הסיפור התקשורתי שהיה סביב התחום הזה, ועצם הקמתה של הוועדה עוררה גם איזושהו שיח והתעסקות בנושא שמבחינתנו לפחות, היו מאד תורמים וגרמו לנו כן להעמיק בסוגיות מסוימות שיכול להיות שאחרת היו חומקים מעינינו. רק להתייחס, ציינתי בתחילת דברי, שבצענו סקר. יש שם כל מיני נושאים. זה הנתון הכי מעניין מבחינתנו לפחות, שעלה שם. בעצם מה מפריע לתיירים, או איך התיירים תופשים את המערכת. שימו לב לפער



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

האדיר בין ההנאה והמענה והעתודה ואין גבול לסופרלטיבים שקיבלנו על האיכות של הטיפול הרפואי במערכת הבריאות. אנשים ממש רואים במערכת הבריאות כגורם מושיע. יש פה באמת, זה היה מרגש לשמוע, לעומת דברים שקשורים לשרות, גם תהליך התשלום שבעצם נכון להיום התיירים לא פעם מרגישים סוג של פרה חולבת גם בשלב שבו הם מגיעים, גם הצעות המחיר שהם מקבלים שהולכת ומשתנה, וכשהם כבר פה לחלוטין המהלך יכול להשתנות, והם לא יכולים לצפות. אנשים מוכרים בתיים, המשפחות שלהם פשוט מרוקנות את כל הנכסים שיש להם על מנת לטפל פה את הטיפול, וגם העובדה שעל כל פעולה ופעולה הם נדרשים לשלם מחדש, על כל פעולה ופעולה הם נדרשים לגשת לקופות של תיירות רפואית. הסיפור של הביורוקרטיה, השפה ואנשים שלא יודעים את השפה העברית, רובם גם לא שולטים באנגלית והיכולת שלהם לתקשר ולהבין מה קורה סביבם ועל מה בעצם הם נדרשים לשלם ומדוע קורה מה שקורה. היא היתה אחת הנקודות הקשות, השילוט, היכולת להתמצא בביה"ח, בסדר? אפילו ברמה הכי בסיסית, דברים שאנחנו חשבנו עליהם, אבל זה משהו שעלה, התסכול האין סופי מלא להבין לא את המערכת לא את השיטה, לא את ההנחיות שניתנות ולא בטח לא את המהלך הרפואי שקורה בהן, משהו שהדליק לנו נורה אדומה, זה היה הדיווח על זה היה ברמה קיצונית.

דוברות: גם אנחנו לא מבינים את השילוט.

יוליה: כן, בחלק ניכר מבתי"ח זה גם לא מופיע באנגלית זה מופיע רק בעברית וגם שם זה קיצור ומאד קשה להבין בעצם לאן הולכים ומה עושים, מה קורה. היו אירועים של אזעקה שפשוט לא הבינו מה קורה אתם. הם ממש מרגישים אבודים וזה גם אנשים שמלכתחילה לא מצופה מהם לשלוט בשפה העברית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

מה שיוליה אמרה זה פשוט נכון. יש בעיה בבתי"ח בעיקר בגדולים, ויש תופעה בבעיה של מטופלים שהולכים להיות במקום, והאמת שהרבה צריך לחשוב על זה. זה נכון.

יוליה:

זו נקודה שעלתה בצורה מאד חריפה, תחושה של חוסר הבנה של מה קורה לנו, פשוט גם התקשורת היא מאד מאד קשה, זו נקודה שעלתה ושימו לב, הרכיב שאותנו הפתיע, אבל כנראה שלא היה צריך להפתיע, זה התלונות על הסוכנים. התחושה הקשה שהם מנוצלים, והדברים שנאמרו שם, וגם במהלך ביצוע הסקר, פשוט סיטואציות מחפירות של סוכנת שמגיעה ורוצה לשוחח עם המטופל והמטופל מביע את הסכמתו, והסוכן אומר: בשום פנים ואופן, אני רוצה לדבר אתו לבד. מה פתאום, הוא שלי. אז הכבילה הזאת שהיום דה פקטו קיימת בין החולה לסוכן, זה משהו שצריך לקחת אותו בחשבון וזה לא לטובת העניין.

דוברות:

את תגידי לנו מי מן התיירים שראיינתם?

יוליה:

כן, יש את כל הממצאים, אני בכוונה לא הבאתי לפה את כל הניירת,

דוברות:

רק כדי שנדע, כולם דוברי רוסית?

יוליה:

לא, אנחנו ראינו בששה בתי"ח, כולל אסותא, כולל שערי צדק, חלק מהתיירים היו דוברי אנגלית, לא הרבה, הרוב המוחלט של התיירים עצמם שנמצאים הם דוברי רוסית. ויש את הממצאים של הסקר. היה חיזוק לתובנות, נקודה נוספת שעלתה, כשמישהו שקל לנסוע ולקבל טיפול רפואי לא בישראל, שאלנו איפה שקלתם וכמעט כולם ציינו את גרמניה. נתון שהיה לנו אבל פה הוא בא לידי ביטוי בצורה מאד חזקה.

דוברות:

היתה הטרוגניות בסוכנים? לא ראייתם רק מסוכן אחד?

יוליה:

לא לא, ממש לא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

- דוברות: זה חשוב, זה מעצים את הממצא.
- דוברות: ביה"ח נתן את השרות.
- דוברות: כן, לא, אבל לא הגעתם לאנשים מסוכן אחד. היתה הטרוגניות.
- יוליה: לא לא, זה היה ממש סקר אקראי שנבנה בצורה,
- דוברות: אפשר לדעת כמה?
- יוליה: 60.
- דוברות: אפשר להגיד שעולה באופן ברור מהגרף, זה שבנתון היחיד שהמטופל לא יכול לדעת, זה האיכות הרפואית, אנחנו מגיעים לאפס וכל התלונות של זה, הנתונים המדידים היחידים שלמעשה הוא יכול כן לבקר, כי את איכות הטיפול הרפואי הוא לא בהכרח יכול לבקר, כי הוא לא מקבל מידע והוא לא באמת יודע אם הטיפול טוב או לא טוב, אבל כשאנחנו רואים במדדים שהוא כן יכול לתת עליהם ביקורת, אנחנו רואים את זה גם בתורים ובמלונות וכו'.
- דוברות: הוא יודע להשוות אבל. לעומת מה שיש לו בבית.
- דוברות: כן. אבל גם זו השאלה מה,
- דוברות: מרגישים תמיד שמה שבחרת זה הכי טוב באמת.
- דוברות: ובייחוד אם שילמת על זה הרבה.
- דוברות: אתה יודע להשוות סוסיתא מ-1978 ל,
- יוליה: תנו לי לרוץ. הערה מעניינת, רק לציין שלפחות מחצית מהתיירים, זה לא פעם ראשונה שהם עוברים טיפול. לרוב באים לפה לתקן. לרוב מגיעים אחרי שמשו הסתבך, במקרים יותר מורכבים, לכן כן יש להם איזושהי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

השוואה של איכות רפואית, אבל אני מקבלת את ההערה, כלומר, יש בזה משהו נוסף.

יאללה ההמלצות עצמן. אנחנו מתחילים עם הרגולציה. השקף הזה מתייחס לרגולציה על הסוכנים. היום אין שום רגולציה בהקשר של הסוכנים. כל אחד, כל אחד, גם פנינה, מחר בבוקר יכולה להחליט שהיא סוכנת תיירות רפואית ולצוד תיירים. סליחה שאני משתמשת בביטוי לצוד תיירים, אבל זה גם ביטוי ששמענו אותו על נהגי מוניות שפוגשים תייר שהגיע בשדה התעופה ומסיעים אותו, יודעים שיש לו סרטן, אז הם אומרים: וואי, יש לנו ביי"ח מצוין להציע לך ומסיעים אותו לאלישע, מקבלים את הסכום שלהם, אלישע בחיפה, עם סרטן מורכב וחוזרים ונעלמים מחייו של התייר.

דוברות:

מישהו סיפר לי שמישהו בא לשאול אותי, תגיד לי מה הבחינה להיות נהג מונית, נדמה לי, אז הוא אמר: לא, זה נשמע לי מסובך. אני הולך להיות סוכן תיירות רפואית.

יוליה:

בעצם ההמלצה המרכזית שלנו זה הקמה של מאגר רישום מרכזי של הסוכנים, שהמאגר הזה יהיה באחריות משרד הבריאות, תנאי הסף יירשמו במאגר ואם אין עבר פלילי, אם ניהול תיקים תקין במס הכנסה וחתימה על הקוד האתי, חלק מזה כמובן נועד גם להתמודד עם סוגיות של כסף שחור כן או לא בתוך המערכת. אנחנו רוצים שהנהלות בתיה"ח ידווחו על הסוכנים עמם התקשרו, כדי שבמאגר יהיה ברור איזה סוכן מורשה לפעול באיזה ביי"ח, כי לצד זה אנחנו גם מכניסים אחריות של מנהלי בתיה"ח, ביחס לפעילות של הסוכנים בשטחם. נכון להיום, ביי"ח פשוט מתעלם ממה שהסוכנים עושים, הסוכנים יכולים להסתובב בשטח ביה"ח ולחפש הזדמנויות מול רופאים בודדים. חלק מזה גם ראינו בלי כיסוי תקשורתי, אבל זה מעבר לאנקדוטות של הכיסוי התקשורתי. היום זה לא מוסדר ואנחנו כן חושבים שלהנהלת ביה"ח יש אחריות למה שקורה בשטח. אנחנו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רוצים שרשימת הסוכנים תפורסם בשער מידע ממשלתי, כדי שלתיירים תהיה אפשרות שהם באים במגע עם מישהו לדעת האם מדובר בגורם מורשה כן או לא. ואנחנו רוצים להציע שיהיה כיסוי עבור אותם סוכנים למקרה של רשלנות מקצועית. זה יכול לבוא לידי ביטוי בסוג של ביטוח, סליחה, זה טעות, זה צריך להיות ערבות או קו אשראי שבעצם במידה ואנחנו,

דוברות: לסוכן עצמו?

יוליה: על הסוכן עצמו, כן, כדי שאם הוא מתרשל בביצוע תפקידו, תהיה אפשרות לבוא ולתבוע את,

דוברות: משהו שאתה יודע שיכול לעלות.

דוברות: הבאתם בחשבון את הרישום במס הכנסה? למה זה היה? זה הפך להיות דבר חשוב.

יוליה: כן. לא כתבנו, זו המלצה שדנו בה ארוכות, וזה עניין של דיווח לרשויות המס. אתה לא חייב להיות תאגיד, אתה יכול להיות עוסק מורשה או פטור, אבל אתה חייב להיות,

דוברות: לא זה מה שמפריע לי, מפריע לי למה הוועדה הזאת,

יוליה: זה לא מובן מאליו,

דוברות: אני רציתי להבין למה הוועדה שעיקרה קשורה בנושא הרפואי, והתיירות מרפא וכל ההשלכות הרפואיות והבריאות, למה אנחנו כרגע מתעסקים בשאלה של מס הכנסה.

דוברות: אני אסביר.

יוליה: אולי נשמור את זה לסוף? עם כל ההערות?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

לא, רגע, חכי, אבל זאת נקודה, כי אנחנו דורשים שכל התגמול של סוכן חייב להיות כעמלה של ביי"ח. מביי"ח. ז"א שאין יותר סוכני מחיר. כי סוכני המחיר יש יותר מדי מקרים של סוכני מחיר מכפילים ומשלישים את המחירים. ולכן ברגע שהסוכן, זה כמעט מחויב מציאות ולכן, אם הוא סוכן עמלה, הוא חייב להיות ספק של ביי"ח, ספק של ביי"ח ממילא יהיה אסור. אבל זה חשוב לומר, שלא מאפשרים לו להיות סוכן אם הוא לא ספק של איזשהו,

יוליה:

רק בקשה, מעכשיו, כל ההערות תרשמו, כדי שאנחנו נוכל להגיע לדיון מהותי בכל. אנחנו ממליצים על גיבוש קוד אתי לפעילות של הסוכנים. אנחנו חושבים שמי שצריך להוביל את התהליך זה משרד הבריאות, אבל בהחלט מציעים שזה יעשה בשיתוף פעולה בארגוני הסוכנים בשיח עם אנשי רוח. אפשר ליצור פה מהלך אפקטיבי יחסית מהיר, שחלק מהרכיבים של הקוד האתי שהסוכנים יצטרכו לחתום עליו תהיה התחייבות לפעול לטובת התייר הרפואי ולשמור על זכויותיו. עבודה מול מחלקת תיירות רפואית בלבד, וזה מתייחס לזה שאנחנו לא רוצים שהסוכנים יפנו ישירות ויעבדו ישירות מול הרופאים בתוך המערכת, אלא אנחנו חושבים שכל האירוע שנקרא תיירות רפואית צריך לעבור דרך ההנהלה. זה יחזור על עצמו פעם אחר פעם. איסור התניית השרות הרפואי בשרותים נוספים וחובת הזדהות הסוכן מול התייר. זה אחד הדברים שעלו. יש לא מעט סוכנים שמציגים את עצמם כאילו הם ביי"ח. יש המון אתרי אינטרנט מזויפים שמתחזים לבתי"ח האחרים, והרבה פעמים התייר פשוט לא מבין עם מי הוא מדבר, באיזה שלב, האם הוא יכול בכלל לעבוד, יש פה לא מעט עדויות להטעיות בהקשר הזה. זה הרכיבים שהם מינימום. כמובן שזה צריך להיות רחב יותר מזה. המשך לסוכנים. אנחנו חושבים שאדם שעובד כסוכן, לא יכול להיות מועסק בתוך ביה"ח, לעבוד כסוכן. הוא יקבל תגמול מסוכן, שמענו סיפורים. אנחנו חושבים שצריך להיות ניתוק. מי שעבד כסוכן,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעבוד מחוץ לכתלי ביה"ח, מזכירה לא יכולה להיות סוכנת, או להמציא בקשר עם סוכנים נוספים. יש פה הרבה מאד אלמנטים שקשורים לדברים שאנחנו רוצים למזער, ולכן אנחנו גם מתייחסים לזה בצורה מפורשת מאד.

אנחנו רוצים להבטיח שרותי case manager עבור תיירים וזה חוזר למודל ההספקה. בעצם עבור החולה הישראלי המטופל הישראלי, יש לנו את שרותי הקופה שמעניקים לו את השרות של הרופא המלווה שרואה את המקרה הרפואי בכללותו ללא פרוצדורה ספציפית נקודתית שהוא צריך לעבור אותה. במקרה של התיירים נכון להיום אין את הדבר הזה. אנחנו כן מבקשים שהסוכנים יהיו אחראים לספק את השרות הזה של

case manager. זה לא חייב להיות מסופק ע"י הסוכנות עצמה, הם יכולים כן להתקשר עם בתי"ח כדי שהם יעניקו. זה יבוא לידי ביטוי בעמלה. כלומר, השרות הזה, אבל בהחלט להעניק לתייר, כי לא פעם יש צורך לפצל את הפרוצדורות. יש צורך לנהל מהלך רפואי, ואנחנו רוצים שזה ייעשה תוך הסתכלות כוללת על טובת המטופל בהיבט הרפואי.

המלצה שהיא המלצה דרמתית, זו המלצה שהתשלום יתבצע רק באמצעות עמלה לסוכנים ולא תהיה תופעה של סוכני מחיר מהעדויות שהיו בפני הוועדה, אנחנו משוכנעים שהמהלך שבו יש סוכני מחיר מזמין התנהגויות לא אתיות, פעם אחת. ופעם שניה מתדלק, בקיצור, אנחנו חושבים שזה הדבר שיתרום בצורה מיטבית לריסון וניהול של תיירות רפואית. אנחנו רוצים שהעמלה תשולם ע"י ביה"ח ולא ע"י התייר, כדי שיהיה מאד ברור מי נותן את השרות למי. אנחנו ממליצים שתהיה דיפרנציאציה בעמלות בין פריפריה למרכז, נדבר על זה בהמשך. וכן אולי איזושהי עמלת מינימום על פרוצדורות קטנות, כדי לע להפוך את השוק שהוא כל כולו מרוכז בפרוצדורת מאד יקרות, אם זה רק עמלה. וכמובן את הפירוט המלא של הדברים, הלא יצטרכו לבנות בהמשך מי שיישם את ההמלצות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רגולציה בהקשר של בתי"ח. אנחנו חושבים שהזכות לטפל בתיירים היא לא זכות מוקנית, היא צריכה להיות מלווה ברשיון שיינתן לבי"ח. הרשיון יינתן אחת לשלוש שנים.

יעל גרמן : מי ייתן את הרשיון?

יוליה : משרד הבריאות. משרד הבריאות על בסיס תוכנית שתוצג ותובא לאישור משרד הבריאות, בתקווה שיחד עם רשות אשפוז.

יעל גרמן : השאלה שלי היתה משרד הבריאות המיניסטרי?

יוליה : המיניסטרי.

דוברות : את קצת מערבבת, כי האישור של תוכנית, זה צריך להיות לבתי"ח ציבוריים.

יוליה : אני לא מערבבת. יש פה כמה דברים. הרשיון צריך להנתן גם לבתי"ח של הקופה וגם לבתי"ח פרטיים. זה לא קשור לזה שזה ממשלתי, ולכן רשות אשפוז תהיה נציגת הבעלים בדיון מול הרגולטור, היא תגיע יחד עם הבי"ח,

דוברות : נכון. נגיד ככה : משרד הבריאות יעניק רשיון לאותם בתי"ח שהרשות תאשר להם לעסוק בתיירות מרפא.

יעל גרמן : אנחנו לא המיניסטרי?

יוליה : אנחנו לא רואים מצב שבי"ח מגיע ומבקש רשיון. אם הרשות לא חושבת שהוא יכול לעשות את זה. יהיו נציגי הבעלים, כמו שבילינסון לא מגיע לבקש רשיון לבד, או לנהל מו"מ מול המשרד מבלי שהקופה מעורבת. אנחנו חושבים שהרשות צריכה למלא את אותו הדבר.

דוברות : ומי שעוקף את הרשות יביא לפסילת הבקשה על הסף.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לא, אנחנו לא נאשר.

דוברות: זה עניין פנימי של משרד הבריאות.

דוברות: לא נאשר, נקודה.

יוליה:

אבל העיקרון והמהות של הרשיון, זה פעם אחת לבוא ולהגיד שמי שמבקש את הרשיון, מוביל את האחריות הגדולה שהוא מקבל על עצמו ואחראי על כל מה שקורה בשטח ביה"ח, לא יכול להיות מצב כמו שאני נענית ע"י אחד מבתי"ח על זמן ביצוע הסקר, "כן, יש פה פערים, אנחנו לא יודעים, אנחנו בכלל לא מודעים, לכמה, איפה, למה, מה הם עושים. אנחנו לא יודעים." תחפשו אותם, פחות או יותר זו היתה התשובה. אני לא חושבת שזה מצב סביר. אנחנו חושבים שבתי"ח צריכים להתחייב לקבל רק חולים שניתן לשפר את מצבם. חלק מההתחייבות האתית ואנחנו מקווים שכולם יעמדו בה. להציג הסבר של סוכנים שבהם יש תשלום רב באמצעות טבלה, והעברה של הצעת מחיר מחייבת וחשבונית מפורטת בגמר הטיפול בשפה שהחולה מבין. העניין של הצעת מחיר מחייבת. תראו, יש, ההבדל בין תייר למטופל ישראלי, זה לרוב במורכבות המקרה והעובדה שלא פעם הדיאגנוזה החלק של האבחון הוא לא מדויק. כלומר, אנחנו שמענו הרבה פעמים שהתיירים מגיעים לפה בשביל לקבל את החלק של הדיאגנוזה, כי יודעים שלא פעם יש טעויות. אנחנו מבינים את המורכבות ויודעים שתהיה סטייה, ובכל זאת אנחנו מבקשים שבתי"ח יעשו מאמץ לתת הצעת מחיר כמה שיותר מחייבת ביחס לאותה דיאגנוזה של התייר. במידה ורואים במשך הזמן שהטיפול הנדרש והאבחון הם מאד מאד שונים, אז ברור שתהיה פה סטייה. אבל בפועל צריך להיות שמנסים להציג לתייר את מלוא העלויות בזמן קבלת ההחלטה, כשהוא עוד בארץ המוצא ולא מגיעים למצב שהבן אדם מגיע, מתחיל טיפול ואז לאט לאט מוסיפים ומוסיפים לו עלויות ואנשים נמצאים בחרדה מתמדת לא רק למצבם הבריאותי, אלא גם לעצם היכולת שלהם



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לשאת בעלויות ולממן את הטיפול. אנחנו ממליצים על הטלת אגרה יעודית על כלל ההכנסות מתיירות רפואית, האגרה צריכה לשקף את העלות של השימוש בתשתיות המדינה, ועלויות הכשרת כוח האדם. ההמלצה הזאת מה גובה האגרה ואיך היא תגבה? יש צורך להשלים את הדיון. אנחנו חושבים שיש פה משהו שהוא מתבסס על תשתיות המדינה, ויש מקום לשלם על כך ולהעביר את זה לפיתוח והמשך התחזוקה של אותן התשתיות.

רגולציה שנוגעת לבתי"ח ציבוריים. יהיה גם חלק של זה.

החלק הראשון יהיה בתי"ח באופן כללי:

דוברות:

יוליה:

כן. זה כלל בתי"ח במערכת. ועכשיו אני אתייחס לציבוריים, פרטיים, רופאים ואיכות. זה פשוט משהו מערכתי. כאן אנחנו חושבים שבנוסף לתנאי הרשיון שמשרד הבריאות הנפיק, יש כמה דברים שהם צריכים להיות ברורים ומובנים. אחד, הצגת תוכנית פיתוח בהתאם לתוספת העומס מתיירים. צריך להיות ברור, ומתוכנן ומוצג גם לרגולטור, כיצד אותו ספק הולך לפצות על השימוש בתשתיות בתוך ביה"ח. אנחנו מחייבים פעילות ציבורית נוספת בתמורה לרשיון ולעיסוק בתיירות מרפא. בהכרח הפעילות שתקרה אחה"צ, תגרור בצדה הגדלה של פעילות ציבורית. זה בעצם win win זה הכפלת זמן. אנחנו רוצים שלפחות 20 אחוז מההכנסות מתיירות רפואית, יופנו לתשתיות וטכנולוגיות חדשות בתוך ביה"ח. אנחנו כן חלק מההכנסות תיירות רפואית רוצים לצבוע ולייעד אותם לדברים שהם תשתיתיים ולא סעיפים אחרים. אנחנו רוצים שבתי"ח ידווחו באופן שוטף על הפעילות, על התורים, על המחירים לרגולטור, ואני אתייחס לזה שוב בהמשך. הפרדה חשבונאית מלאה של פעילות תיירות רפואית. ראינו בתי"ח מנוהלים כך וראינו בתי"ח מנוהלים אחרת, אנחנו חושבים שצריכה להיות אחידות וצריך להיות מאד ברור כמה כסף נכנס, כמה כסף יצא, גם בשביל



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פיקוח ובקרה וגם בשביל להיות שלמים שאנחנו באמת תורמים לחולה הישראלי ולא הכסף בגדול ישנו ואנחנו לא יודעים בדיוק איפה הוא נמצא.

ושיבוץ הרופאים לטיפול בתיירים, ייעשה ע"י הנהלת ביה"ח וזה חוזר לעיקרון, שביה"ח אחראי על פעילות תיירות רפואית והנהלה מחליטה מי מטפל באיזה חולה לפי שיקולים רפואיים בשטחה.

בהמשך, אנחנו חושבים שצריכה להיות מגבלה על היקף הפעילות בתחום של תיירות רפואית. המגבלה חריפה. חלה גם על ביה"ח עצמו, גם על המחלקה והיא כן יורדת גם ברמה של רופא בודד, כי אנחנו לא רוצים למנוע מומחיות מסוימת של רופא מסוים מהמטופל הישראלי. אנחנו חושבים שיש צורך לעבור דרך כל השרשרת כשאנחנו בעצם מתייחסים פה לסוגי הפעילות השונים, אבל ההגבלה היא בשלושת הממדים.

דוברות: ההגבלה היא על הנהלת ביה"ח. לא הגבלה לרופא, הגבלה על ביה"ח. כי הוא עושה את השימוש.

יוליה: בוודאי. מי שאחראי לעמוד במגבלה זה ביה"ח, אבל ההגבלה חלה על כל שלושת הרבדים. כשבעצם אנחנו אומרים שטיפולים אמבולטוריים למנותחים ייעשו בשעות אחה"צ בלבד. חלק מהזמן של אחה"צ מוקדש לקיצור תורים. ואם מסיבות רפואיות מתבצע טיפול בבוקר, ביה"ח יגדיל את הפעילות הציבורית אחה"צ בהתאם? יש ניתוחים מורכבים שאנחנו לא עוצמים עיניים שיקרו בבוקר. במיוחד כשאנחנו יודעים שמדובר במקרים קשים שמגיעים לישראל, ההחלטה איזו פעילות אפשר לעשות בבוקר צריכה להיות נתונה בידי הרגולטור. יש מנהל הרפואה, הוא צריך לפרסם רשימת ניתוחים שעבורם מאושרת פעילות וניתוח בשעות המתאימות, שברור שלצד זה ביה"ח מתחייב לפצות את המערכת הציבורית בשעות אחה"צ. זה לא כל ביה"ח מחליט לעצמו עכשיו, נראה לי שזה בסדר לעבוד בבוקר, רק אל מול הרשימה המותרת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מיגבלות לאשפוז. אני מבחינה, לאשפוז. אנחנו עשינו עבודה משלימה גם במשרד הבריאות, כדי לראות בעצם איזה סוגי אשפוז קיימים, כי אין אשפוז במחלקה עמוסה מאד, בדומה למחלקה שהיא חצי ריקה, וחיפשנו את הדרך הנכונה להבהיר את הדברים, ובעצם אנחנו מציעים לקבוע שלוש קטגוריות של מחלקות שבהן אנחנו קודם כל רוצים שיהיה עודף קיבולת במחלקות האשפוז, של 5 אחוז לפחות אנחנו רוצים, שלא משנה מה, יהיה לפחות 5 אחוז נוספים למקרה שפתאום מגיע ישראלי למקרה שפתאום יש איזושהי תאונה לא עלינו, או איזושהו אירוע גדול, שיהיה עודף קיבולת, לא יהיה מצב שבו מחלקה מלאה קולטת תיירים לתוכה. מנגד יהיו מחלקות שיוגדרו כמחלקות,

דוברות: יהיו שתי מיטות כנגד מחלקה של 30 מיטות, שיהיו 2 מיטות ב-5 אחוז או 10 אחוז, שעורי תפוסה נמוכה, שעורי תפוסה של פחות מ-95 אחוז.

יוליה: שוב, הערות בסוף, זה מפריע לי. עודף קיבולת זה אומר שבמחלקה אין תפוסה מלאה ואנחנו רואים שיש לה קיבולת, לקבל עוד תיירי מרפא.

דוברות: מסוגלת לקלוט עוד 5%. ז"א 95 אחוז אפשר.

יוליה: עד 95 אחוז אפשר. לא יהיה מצב של 100. אם יש לך 90,

דוברות: לא, אם יש 100 וזה תיירי מרפא זה בסדר.

יוליה: לא. לא יהיה מצב של 100.

דוברות: 95 כולל תיירי מרפא.

דוברות: 95 אחוז.

יוליה: כן. כולל תיירי מרפא.

דוברות: 95 אחוז. ז"א לא לעבור את הרף של 95 אחוז תפוסה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

- יוליה : נכון. בדיוק. זה העניין של עודף קיבולת.
- דוברות : בקונטקסט של תיירי מרפא. אתה לא מקבל אותו, אלא אם כן יש לך 5% עודף.
- דוברות : לא, זה לא אותו דבר.
- דוברות : זה אותו דבר. אולי אנחנו לא מובנים,
- דוברות : זה באמת ברמה של הבנה, לא ברמה של הסכמה. אני רוצה להבין.
- דוברות : יש 100 מיטות נניח, לי יש 94 מיטות פנויות,
- יוליה : הערות בסוף. זו נקודה שאני אתייחס אליה בתשובות.
- יעל גרמן : עכשיו יתחילו רק שאלות, שמישהו ירשום את השאלות. דורון, אתה מוכן לרשום את השאלות? שמישהו ירשום את השאלות כדי שמחר נוכל להיות מוכנים ויוכלו לענות. הלאה.
- יוליה : מחלקות בעומס גבוה שגם יש לנו את הנתונים של התפוסה. אנחנו גם הסתכלנו על המספרים בסדר המספרים אחרי שקיבלנו ממשרד הבריאות נתונים לגבי עומסים ותפוסה של בתי"ח, אנחנו כן יודעים שיש מחלקות ספציפיות שבהן יש תפוסה מאד גבוהה. אנחנו אומרים שבהן צריך להיות עודף קיבולת גבוה יותר, אם בכלל הוספנו את זה, ויהיו מחלקות שיהיו חסומות בפני תיירי מרפא וזה בסדר. אגב, אני גם פה אומרת, זה המלצות עקרוניות. אנחנו חושבים שאת המספרים הפרטניים גם לגבי כל ביי"ח וכל מחלקה, משרד הבריאות יצטרך לקבוע. כלומר, אנחנו שמים פה עקרונות מנחים אנחנו לא חושבים שיש הבדלים בין בתי"ח ובין מאפייני האשפוז. אנחנו שוב, שמים עקרונות מנחים ויקבעו כללים פרטניים שיוכנסו לתוך הרשיון. כן, יש לנו כלי קיבולת לאותם כללים פרטניים, שצריכים להיות קבועים ובגלל זה אנחנו כן רוצים להתייחס לתשתית ייחודית. יש מקומות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שבהם לא מספיק להגיד תפוסה כזאת או אחרת, אנחנו גם יודעים שמאד קשה לפצות על תשתיות מסוימות, כמו בידוד, כמו חדרי בידוד, שאנחנו רוצים להבטיח שיש מספיק לישראלים ושם אנחנו אומרים שזה יתאפשר רק אם אנחנו יודעים שיש קיבולת נוספת, אם יש תוספת של כוח אדם מהכנסות נוספות, אנחנו כן שמים אותם בקטגוריה נפרדת, גם אם אין שם עומס גדול אבל אנחנו יודעים שאם יש לנו שניים אנחנו בכוונה לא הולכים פה על אחוזים. לפעמים התשתית הייחודית החשובה הזאת, היא בכמות מאד קטנה, ואז האחוזים שם לא רלוונטיים. ואז אפשר להגיד רק 50 אחוז תפוש, אבל זה בעצם חדר אחד מתוך שניים, אז אנחנו לא חושבים שיש מקום להקצות אותם לתיירי מרפא, אלא אם כן יש איזושהי דרך שבה מבינים שבי"ח יודע להביא תוספת משאבים כדי לפצות בדיוק בנקודה הזאת. יהיה צורך של משרד הבריאות, להתייחס לנקודה ה ספציפית הזאת במתן הרשיון.

בתי"ח ציבוריים, אני ממשיכה, הטיפוליים בתיירים יתומחרו לפי מחיר המינימום על מנת למנוע סבסוד צולב בתחרות על המחירים, אנחנו בעצם באים ואומרים: חברים, אי אפשר להניף, גם אם אתם מאד רוצים להכנס עכשיו לנישה הזאת שנקראת תיירת רפואית ולמשוך אליכם את התיירים, אי אפשר להוריד מחיר ולעשת הצפה, כדי למשוך את התיירים ואנחנו גם יודעים שזה לא פשוט הם מפסידים את הכסף, אלא זה בא על חשבון הקופה הציבורית, או סבסוד צולב במכונים הציבוריים ולכן יש מחירון מינימום. אנחנו רוצים שהתמחור יביא בחשבון את כל העלויות הצפויות, בסדר? כמה שיותר לדעת מראש, גם אם זה אולי ירתיע תיירים. אנחנו חושבים שזו הדרך ההוגנת להגיד את המחיר המלא ולעשות תמחור נכון ולהעביר אותה לתייר בטרם בואו לארץ. אנחנו מדגישים את הנקודה הזאת, כי הסקר העלה לנו שזאת נקודה מאד כואבת אצל התיירים. הסטאטוס שהם מגיעים לפה והמחיר פתאום מכפיל את עצמו ומשליש את עצמו והם כבר פה,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ולפעמים מדובר בהצלחת חיי ילדים וסיפורים קורעי לב. אז נכון שאנחנו בצד של מערכת הבריאות הציבורית ורוצים לראות כמה שיותר הכנסות, אבל אנחנו בכל זאת מחויבים לאתיקה ולהתנהלות אנושית וזו נקודה חשובה.

דוברות: אנחנו יכולים להשפיע ע"י הוועדה. זה אחד משלושת היעדים של הוועדה.

יוליה: נכון. והסקר מאד חידד שלא בכדי אנחנו מודאגים.

דוברות: סליחה, נקודה, זה שהופכים את זה לעמלה בלבד, זה הופך את זה להרבה יותר, או הרבה פחות בעייתי. אבל גם בזה שעמלה, בי"ח צריך להיות מודע שהוא צריך לתת איזושהי וודאות לחולה ולא למשוך אותם. כי עושים גם כל מיני בדיקות מיותרות.

יוליה: אנחנו ממליצים שלא תנתן עדיפות לתיירים בתנאי אשפוז או מלונאות, פרט לשרותי תרגום שהם צריכים להיות באחריות ביה"ח. ביה"ח לא חייב בעצמו לעשות את התרגום. אבל הוא כן צריך להבטיח שהחולה שמטופל בשטחו מבין מה קורה לו ומה הוא עושה ולאן הוא הולך ומה סוג הטיפול שהוא מקבל ולדעתנו זה גם עומד בחפיפה לחוק זכויות החולה שחל גם על התיירים למיטב הבנתנו.

דוברות: הם ניתנים בטיפול הרפואי או בכלל?

יוליה: גם וגם.

דוברות: לא, זה בקונטקסט של טיפול רפואי.

יעל גרמן: טיפול רפואי אתה לא יכול לתת אלא אם כן החולה מבין.

דוברות: ואם הוא מדבר סינית?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: כן. אם אתה לא יכול להביא מתורגמן לסינית, או שהוא לא מביא בעצמו, אל תיקח את זה.

דוברות: שיתמחרו לו,

יוליה: בסדר, אבל משהו צריך להבטיח שזה קורה. ז"א זה בסדר שישלמו על זה, אנחנו לא חושבים שמי שצריך לשאת בעלויות של התרגום זה המערכת הציבורית, אבל בהחלט היא צריכה להבטיח שזה קורה בשטחה.

דוברות: כן. הוא חייב להבין, אחרת אי אפשר לתת טיפול רפואי הולם.

יוליה: קדימה. מערכת פרטית. רגולציה במערכת פרטית,

(מדברים יחד)

יוליה: מערכת פרטית אנחנו ממליצים לבטל את הפטור ממע"מ שניתן היום לספקים פרטיים, קיימת אנומליה היום. בתי"ח פרטיים לא משלמים מע"מ למדינת ישראל תחת הסעיף של טיפול בתיירים. האומדן הראשוני של רשות המסים מדבר על עשרות מליונים ואנחנו מחכים למספר מדויק, אבל זה לא משנה, בכל מקרה אין שום סיבה לסבסד את הפעילות הזאת עבור ספקים פרטיים. אנחנו חושבים שזה צריך לקרות במייד, הביטול פטור ממע"מ, מעבר למקרים שבהם החולה מסתבך, התייר מסתבך ונדרש לטיפול במערכת ציבורית, אנחנו חושבים שמערכת פרטית צריכה לפצות את המערכת הציבורית על פי תעריף תייר בתוך בתי"ח פרטי. שמענו גם שעל זה יש וויכוחים לפי איזה סעיף ואיך בדיוק מפצים. אנחנו רוצים למנוע מצבים שבהם מערכת פרטית מתחייבת לטפל במקרים שהיא לא בטוחה שהיא יכולה, מתוך הנחה שיש לה מערכת ציבורית שתספוג במקרה של עלויות. ואנחנו ממליצים חיזוק של מנגנוני ביקורת עמיתים למניעת בדיקות וטיפולים מיותרים. ההמלצה הזאת אגב, תקפה לא רק לתיירות הרפואית, אבל אנחנו מדגישים אותה פה במיוחד, כיוון שמטופל שהוא תייר מגיע ללא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

איזושהי מערכת בקרה של קופה שיכולה בחלק מהמקרים לבוא ולבלום, נכון שאנחנו ממליצים על case manager אבל ברור לנו שלא מדובר באותה עצמה של בקרה ופיקוח.

יעל גרמן: יוליה, ביקורת עמיתים ז"א שזה לא יכול לקבל אינפורמציה לגבי הפורום ומה שקרה שם?

דוברות: ביקורות עמיתים הכוונה של רופאים אחרים.

יוליה: זה לא שולל את האינפורמציה מהחולה עצמו. פשוט יש עוד עיניים שרואות את הדיאגנוזה. זה משהו שהוא בכלל בעייתי במערכת הפרטית, שאתה מטופל במחלקה, אז רואים אותך מתמחים, המומחים, הביקור מחלקה. כשאתה בבי"ח פרטי אתה בא ויש לך רופא אחד. רצינו את זה גם לישראלים, לכן אחד החוזרים שהוצאנו דרש שיהיה ממונה תחום. אבל תמיד צריך להבין שיש כאן פער בהשוואה למערכת הציבורית.

יוליה: הרופאים. רופא לא יבחר באיזה תייר לטפל בביה"ח הציבוריים והנהלת ביה"ח תשבץ את המטופלים. הרופא לא יטפל באותו תייר במערכת ציבורית ופרטית בו זמנית. כלומר, לא יהיה מצב שבו נותנים ומפצלים את הטיפול. אגב, לסעיף הראשון, אני אסתייג ואומר שהרופא בוודאי יכול להחליט שהוא לא מעוניין לטפל באיזושהו חולה. אני ראיתי פשוט גם בלי לדבר, זה משהו שהגדרנו ואני חושבת שזה ברור שאי אפשר להכריח רופא לטפל במישהו. אבל אנחנו בהחלט חושבים שהרופא לא יכול ליזום מהלך רפואי בתייר. הרופא לא יטפל באותו תייר במערכת ציבורית ופרטית בו זמנית. אנחנו לא רוצים את ההעברות, שתי חתונות במקביל.

טיפול בתיירים מורכבים, אנחנו טוענים שטיפול בתיירים מכל מה ששמענו ולמדנו הוא מורכב יותר ודורש תשומות מעבר לרגיל. סטטיסטית מדובר בקבוצה שדורשת מאמץ גדול יותר מאשר האוכלוסיה הרגילה. אנחנו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חושבים שהתגמול לרופאים צריך להיות ללא מתן מאמץ. יש שתי שיטות. אנחנו ממליצים על שיטה של שכר גלובלי עם תפוקות מוגדרות, שבהקשר הזה התיירים יחשבו כתפוקה עם מקדם מסוים. יש דרך אחרת, שזה ללכת, אם נשארים בשיטה של תמחור פר פעולה for service כפי שזה נהוג היום, שזה תגמול על ססיה, אז כן לבוא ולהבין שיהיה תמחור מוגבל פר פעולה בכמה מוגדל ואיך בדיוק זה יעבוד, זה משהו שצריך לדון בו. אנחנו חושבים שהסיפור של שכר גלובלי עם תפוקות מוגדרות, הרבה יותר בריא למערכת. הוא הרבה יותר נכון גם לתפישה של מקום העבודה, להבנה של מי יוזם הפעילות, יש בו הרבה פחות פרצות. זה הרבה פחות קושר ומונע את החשש מזה שאולי יהיו פעולות מיותרות כי זה מביא יותר כסף. התמריץ הכספי שכל כך חוששים ממנו,

יעל גרמן: את מדברת על התגמול של הרופאים לא איך שהתייר משלם לביה"ח.

יוליה: לא לא, הרופאים עצמם. אנחנו חושבים שיש ערך, התשובה היא כן ואנחנו חושבים שיש ערך בללכת על שכר גלובלי עם תפוקות מוגדרות במקום for FEE service כפי שזה נהוג היום, שתי השיטות לגיטימיות, אני באופן אישי מעדיפה את הראשונה, וזה בהחלט מותנה בשינוי שיטה. אבל זה דומה מבחינה משפטית, מבחינת היתכנות, בדקנו, זה משהו שאפשרי, בהחלט אפשר ללכת על האופציה הזאת.

תיירים עצמם. התיירים יצטרכו להרשם ולקבל מספר זיהוי כתייר מרפא במאגר משרד הבריאות, באמצעות סוכן או ספק. הרישום יאפשר מעקב ובקרה מצד המפקח לצד תיעוד מסמך עבור התייר. אני אסביר את הנקודה הזאת. אם אתם זוכרים, אחת הנקודות שישנן, שאנחנו לא באמת יודעים כמה תיירי מרפא ישנם בישראל. יש אומדנים, יש ניחושים, לא באמת, אנחנו מכירים את המספר של 25 אלף, מספר שאף אחד לא יודע לאמת אותו. אין לנו היום רישום מסודר. בחנו ובדקנו מכל מיני כיוונים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אפשריים, איך אפשר לקבל את הרישום ה מסודר, כדי להבין בעצם מה העומס, אם אנחנו רוצים להגדיל כמויות, אנחנו צריכים להבין על מה אנחנו מדברים. הדרך לרשום ובאמת לייצר איזשהו מאגר מסודר, אנחנו חושבים שהדרך הנכונה היא בעצם דיווח של אותם סוכנים ואותם ספקים שגם רוצים לקבל את הרשיון ממשרד הבריאות, על היקפי הפעילות תוך יצירה של מספר מוגדר, אם תרצו נרחיב על זה, וחשבנו בזמנו שאנחנו נעשה איזשהו רישום בכניסה לגבולות ישראל, שהתייר נכנס כדי לעשות את הרישום, אחרי בדיקת התכנות מעשית, אנחנו מאד חשוב לנו שהמלצות הוועדה לא יהיו אות מתה, אלא שבאמת נקבל את הנתונים. סביר להניח שלהעמיד מאגר רישום עם העברת נתונים בצורה מסודרת בזמן כניסה לארץ סביר להניח שזה שאיפה נכונה, לאו דווקא ישימה. בסדר, אנחנו צריכים תמיד לזהות מי מעוניין שבאמת ההמלצה תיושם. אנחנו כמשרד הבריאות רוצים שלתיירים יוגש מידע אודות זכויות וחובות באמצעות שער מידע ופעילות יזומה של משרד הבריאות. היום המודעות שלהם לזכויות שלהם למה הם יכולים ולמה הם לא יכולים אפסית. פשוט אפסית. כולל העובדה, יש היום במשרד הבריאות, אגב, אפשרות להתלונן, שלא נתבלבל, יש באתר אופציה לגשת, יש מוקד תלונות. אפילו ברוסית וגם באנגלית. בשנתיים האחרונות ביקשנו פלטים של כמה תלונות באמת התקבלו, תלונה וחצי. אנחנו יודעים שמדובר באוכלוסיה הכי פגיעה והכי פחות, אגב, גם בסקר עלה מאד חזק שהם מפחדים. הם נורא מפחדים. מפחדים להתלונן, מפחדים להרגיז, הם מפחדים כי הם מרגישים שהם לגמרי תלויים במה שקורה להם, כי החיים שלהם על המאזניים והם לא מבינים בדיוק מי נגד מי.

דוברות: זה משהו תרבותי, מאיפה שהם מגיעים הממסד לא מציג,

דוברות: הם מרגישים זרים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יוליה :

גם וגם. אני מתקדמת.

דובר

יש עוד נקודה אחת לגבי רישום. כל הרעיון הוא שיהיה ,

כמו ת.ז. ישראלית היום אתה יכול, אם יש איזושהי בעיה, אתה יכול מכל מאגרי הנתונים להוציא כל הפעולות שנעשו לאותה ת.ז. אין לנו כזה דבר היום לגבי תייר. הוא יכול היה לקבל טיפולים בארבעה מקומות שונים ואנחנו אף פעם לא נדע את זה.

דוברות :

גם לפליטים, שקוראים להם מחפשי עבודה. אין מספר כזה.

דוברות :

מחפשי מעמד.

יעל גרמן :

המסתננים.

דוברות :

אולי צריך גם להם לחשוב .

יוליה :

נחזור לנושא של הוועדה. פיקוח. דיברנו עד עכשיו על הרגולציה, כפי שהיא חלה על כל אחד מהשחקנים. אנחנו אומרים שעל הרגולציה צריך להתווכח. אנחנו חושבים שמשרד הבריאות יפקח על פעילות גם בהיבט הרצוי וגם בהיבט הכספי מול המוסדות. הפיקוח יתבסס גם על דיווחים שוטפים שבתייה"ח יעבירו, או הספקים יעבירו, וגם ביקורות יזומות שמשרד הבריאות צריך להגביר את הפעילות הזאת, נגיד להיות הרבה יותר נוכח ואקטיבי בשטח. הנתונים השוטפים שאנחנו רוצים שבתייה"ח יעבירו, מופיעים פה. בעצם בגדול הכל. אנחנו רוצים לדעת מה עושים עם תיירים בתוך בתייה"ח כדי שאנחנו נוכל באמת לעשות את הרגולציה כפי שצריך. זה הנתונים, שזה אגב, זה סביר בהחלט לבקש את זה, כי יש את כל הנתונים בתוך המערכות. לא המצאנו פה שום נתון שהוא איננו. אנחנו מציעים שיוגדרו דגלים אדומים שבמידה והנתונים שזורמים פתאום מצביעים על משהו שהוא חריג ברמת הפעילות שלו מהשגרה, נקרא לזה, הדבר הזה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יחייב את משרד הבריאות לפנות לבעלים של כל אחד מהספקים ולבקש מהם לעשות גם בדיקה ולחזור עם תשובות על מה בדיוק מדובר ומדוע יש חריגה, כדי שתהיה גם אפשרות להגיד במידת הצורך ואנחנו מוסיפים בהקשר של הפיקוח, שיהיה גם פיקוח לא רק של הממשלה, אלא גם של הלקוחות so cold של התיירים עצמם לפני שהם באים, לפני שהם מתקשרים, הם יוכלו לראות האם מדובר בספקים מורשים בסוכנים מורשים או לא. היום אין להם מושג מי מתמחה במה, מי מורשה לפעול איפה. וזה יעודד גם תלונות מתיירים עצמם שזה ייתן לנו עוד איזושהי אינדיקציה לפעילות שהיא חריגה, אגב, אני מניחה שזה יהיה לא רק מתיירים אלא גם מישראלים שיזהו שיש בעיות ויוכלו גם לפנות ולהצביע על ליקויים במידה ויש.

אכיפה. אנחנו מציעים פה מדרג של כלים שיאפשרו התמודדות במידה והפיקוח מזהה חריגות. אנחנו חושבים שיש דרך לפעול והמדרג הוא בעצם אזהרה ועד הטלת קנסות, עד שלילת רשיון לפעילות במחלקה מסוימת, עד שלילת רשיון במלואו. כלומר, יש פה סט כלים אפשרי בהתאם לחומרת החריגה, שלדעתנו אפשר להפעיל. העניין של קנסות זה תוספת שהגיעה גם בהערות והתייחסויות להמלצות, יגוון את כלי האכיפה בידי משרד הבריאות.

עכשיו היקף. היקף הפעילות. תראו, יש בעצם מצב שאולי חלק מחברי הוועדה היו רוצים לראות וזה איסור פעילות. לאסור פשוט על תיירות רפואית לבוא ולהגיד זו לא פעילות שהיינו רוצים לראות אותה בתחומי מדינת ישראל. לעומת מצב נוכחי אגב, שהוא אומר שאין מגבלה. אפשר היום, כמות התיירים שיכולים להגיע היום לבתיה"ח היא בהתאם לכישוריו העסקיים הניהוליים וכושר השיווק של מנהל ביי"ח, היום אין שום מגבלה לא דה פקטו ולא דה יורה, על בתיה"ח בתחום של תיירת רפואית. אנחנו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חושבים שצריך לייצר איזשהו מתווה הדרגתי בנושא של תיירות רפואית, שבעצם מעביר איזשהו מסר ברור של איך אנחנו רוצים לנהל את התחום הזה שנקרא תיירות רפואית. איזה היקפים אנחנו היינו רוצים לראות, להעמיד איזשהן אבני דרך שהם כפופים לעמידה בכללי הרגולציה, ברור לנו שזאת הזדמנות שצריך למצות את היתרונות, ולכן צריך לקבוע את התוואי שבו אפשר ללכת, על מנת לפעול בתחום. אנחנו חושבים שיש ערך גדול בלהיות שקופים ולהצביע לאן אנחנו רוצים ללכת במידה והדברים עובדים, וגם להסביר מה המשמעויות במידה ולא מצליחים לעמוד באבני הדרך. מדובר בפעילות עסקית, מעורבים פה הרבה שחקנים שצריכים להבין, לקבל איזשהו איתות ברור מהממשלה. עד היום האיתותים מאד עמומים, יש הרבה אמירות, יש הרבה התייחסויות בתקשורת

אבל אין איזה מדיניות ברורה, וזה משפיע. זה משפיע על היכולת ליזום ולקדם מהלכים. זה לא דבר מובן מאליה. יש הרבה מאד מדינות שמתקנאות בפעילות תיירות רפואית בישראל, גם בהיקפים שלה, אפילו אותה גרמניה משוועת, ממש רוצים ללמוד מהיכולת והיזומה העסקית שיש לישראלים, כי להם יש הרבה יתרונות ביחס לישראל כלפי אותה אוכלוסיה והם לא מצליחים להתחרות בנו, נכון להיום. חלק מהעניין זה לאפשר, איזושהי וודאות לשחקנים שזה גם בתיה"ח וגם היזמים הסוכנים, הפעילים בתחום. לכן אנחנו ממליצים על מתווה הדרגתי. ניהול.

דוברות: מה ההמלצה של הוועדה?

יוליה: קודם כל יש התייחסות. אני פתחתי ואמרתי, את לא היית בחלק הזה,

דוברות: אני חשבתי שאת עכשיו משקפת את המלצות הוועדה.

דוברות: היא אמרה שלא לכל דבר יש הסכמה.

דוברות: אין הסכמות על הכל.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יוליה : אני לא עכשיו אומרת, ויש שקף שלם, אני מציעה שתעברי עליו.

(מדברים יחד)

לאה : אני רוצה להבין אם זה מתווה הוועדה או שיש דברים שיש בהם שינויים וזה לגיטימי, רק אני רוצה לדעת.

יוליה : אני אסביר את זה שוב. חזרתי ואמרתי שלא כל ההמלצות מקובלות על כולם, ותהיה אפשרות להתייחס, ואנחנו גם ריכזנו את ההתנגדויות.

יעל גרמן : אני חושבת שהיא אמרה את זה עכשיו פעמיים. שאת לא היית כאן, ואם היה איזשהו טון קצת מחודד, זה היה בגלל הרצון שלה להמשיך ולרוץ, לא מפני ח"ו מתוך זלזול. זה אני יכולה לומר לך.

חברים, אמרתי, אנחנו כבר הגענו לשלב שהשורשים חשופים, אז בואו ננסה,

יוליה : אנחנו רוצים לעודד שיתופי פעולה בין מרכז ופריפריה, אם אתם זוכרים בזמנו כשהצגנו את הפעילות של תיירות רפואית, אמרנו שיש אפשרות להפנות אותם, ואין להם תלות באיזשהו מיקום ביתי מסוים, אפילו רואים יתרונות בזה שהם הגיעו לפריפריה. גם מבחינת עלויות, גם מבחינת היכולת לפתח את המרכזים. אנחנו רוצים ברמת הניהול לעודד שיתופי פעולה של מומחים בין פריפריה למרכז, ולא להשאיר את זה רק לרצונם הטוב אלא גם לעודד את הפעילות הזאת, גם באמצעות ההיקפים וגם באמצעות העמלות. אנחנו מציעים להקים גוף משותף שילווה את הפעילות הזאת של תיירות רפואית, שהוא לא יהיה מאמץ חד פעמי שעכשיו היינו צריכים לנבור ובעצם למפות את הפעילות, אלא שיהיה איזשהו גוף קבוע שילווה את הפעילות ויקבע את המדיניות שבעיקר ימקד את המאמצים ויאפשר איזשהו מיקוד של השקעה בתחומים בהם לישראלים יתרון יחסי מה שחשוב בהקשר הזה, זה שההמלצות לא יהיו חד פעמיות. שתהיה כן אפשרות לחזור ולבדוק האם ההמלצות משיגות את היעדים, או שיש צורך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לתקן. אנחנו לא יודעים. אנחנו מנסים, כולנו מנסים ועושים כמיטב יכולתם ואנחנו מקווים שמה שגיבשנו הולם.

הסברה. אנחנו רואים חשיבות מאד גדולה בהקמת שער מידע ממשלתי, היום אין מקור מוסמך שמגיש מידע בנושא של תיירות רפואית. זה שונה במידה רבה מאד מהמדינות האחרות. אנחנו רוצים ששער המידע ישמש פלטפורמה שבה אפשר להציג מידע אמין, נאמן וישרת מטרות נוספת כפי שדיברתי קודם של בקרה ופיקוח, ויפרסם את הרשימות של בתי"ח המורשים, כולל זכויות של התיירים, יכולת שלהם לבדוק לפני שהם מגיעים, הם באמת ביי"ח הוא חלק או לא, לא הכנסתי פה קישור, מי שזה מעניין אותו, יש אתר מאד מאד יפה בתאילנד, וגם בסינגפור, שבעצם מראה את טווח האפשרויות של בן אדם שמקבל וחושב להגיע, הם לא התחרות המרכזית שלנו היום, אבל עדיין יפה לראות סטנדרטים של איך אפשר כן לנהל את האירוע הזה בצורה חיובית. אנחנו חושבים שבמקביל, מעבר ליצירת אותו שער מידע, חשוב לעשות איזשהו מהלך של הנגשת אינפורמציה והסבר גם לציבור הישראלי. הציבור הישראלי צריך להבין מה הוא מקבל מהסיפור של תיירות רפואית, זה לא טריוויאלי, זה לא פשוט, וכן יש צורך להידבר אתו על האירוע הזה שנקרא תיירות רפואית, כי הוא רואה בעיניים אנשים לצדו והוא לא תמיד מבין למה הם שם ומה הם תורמים לו. או כיצד זה עובד.

מחלוקות עיקריות. יש בעצם המלצות של הוועדה כפי שצינתי בהתחלה. הן לא פה אחד, והיו הסתייגויות מההמלצות זה עיקרי ההסתייגויות. יש אנשים שהביעו עמדות מפורטות ויש כאלה שהשמיעו בוועדה. ניסינו לרכז את עיקרי ההתנגדויות או התלבטויות שיש בין חברי הוועדה. הסעיף הראשון זה בעצם התנגדות של חלק מחברי הוועדה לעצם הרעיון של הכנסת מימון פרטי לתוך מערכת ציבורית. וזה לא משנה כיצד הוא מגיע, עצם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

העובדה שיש פה כסף פרטי שנכנס למערכת ציבורית, יש חברים בוועדה שצינו את זה כמשהו שהם רואים בו בעיה. יש החלטה באמת חד משמעית, מה באמת, האם המגבלות שיצרנו מספקות וכיצד בדיוק זה צריך לעבוד בטווח הזה של המתווה ההדרגתי. אני בטוחה שחברים פה יתייחסו לזה בעצמם בסיום ההצגה. אופן תגמול הרופאים בפרטי ובציבורי, היו הערות לעניין הרופאים. יש כאלה שבקשו לקבוע תעריפים גם במערכת הפרטית ולאסור התקשרות ישירה מול הרופא במערכת הפרטית. גם בציבורי היו קולות שאמרו שזה צריך להיות תשלום זהה לחלוטין, בלי קשר למורכבות של המקרה. וזה עוד בסוגיה שהיא במחלוקת. והיקף ההשקעה הנדרש בפיתוח תשתיות חדשות מכספי תיירות רפואית, יש כאלה שסברו ש-20 אחוז זה לא מספיק, אלא צריך להיות הרבה יותר גבוה. זה עיקרי המחלוקות.

דוברות: שני דברים. אני לא זוכר אם יוליה אמרה את זה, אבל מכל חברי הוועדה היתה לנו עזרה מאד מאד גדולה מדורון וממור. לא זכרתי אם אמרת את זה או לא.

דוברות: לא, היא לא אמרה את זה.

דוברות: אז תודה על זה. דבר שני, תראו, בגדול, זה מאד מאד פשוט. אנחנו יכולים לחשוב על תיירות מרפא בקונטקסט של משאבים קבועים. אם אנחנו חושבים על תיירות מרפא בקונטקסט של המשאבים הקיימים וזהו, אנחנו מהר מאד נמצא את עצמנו שאין מקום לתיירות מרפא. כי עם גידול האוכלוסיה, אנחנו פשוט נדחוף אותם החוצה. לכן, אם זאת הראיה, אנחנו צריכים לאסור תיירות מרפא, הראיה שאנחנו הלכנו עליה, רוב הוועדה הלכה עליה, ובחלק מהוועדה לא השתכנע שזאת הראיה היותר ריאליסטית, היא להרחיב את המערכת ולחשוב עליה כמשרתת שתי אוכלוסיות מראש. ז"א שזה יתרון יחסי שלנו, ולכן להגדיל את המשאבים במערכת בין פיזיים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לבין הון אנושי, ככה שהיא תגדיל את כושר הייצור במדינה, ואז גם הפוטנציאל. אנחנו לא נגיע לשם, אבל כפוטנציאלית גם 50 אחוז ממערכת הבריאות, יכולה להיות מופנית החוצה, אם אנחנו החלטנו את זה והתאמנו את המשאבים לכך. זה לא משהו שהוא בלתי סביר, אם יש פה אפשרות להביא רופאים גם מחו"ל וגם לבנות תשתיות. לכן אני חושב שבmind set אם אנחנו חושבים הנה המערכת ומה אנחנו ניתן עכשיו, חלק מהמערכת קיימת לתיירים, זאת לא ראייה נכונה, כי בראיה הזאת אנחנו צריכים לסתור את זה בכלל. בראיה של הנה אנחנו עכשיו על בסיס תיירים נרחיב את המערכת, וזה ישפר את הנגישות לישראלים, זאת הגישה שאנחנו ניסינו ללכת עליה.

יעל גרמן: אנחנו נפתח את זה כרגע לשאלות. רק שאלות הבהרה שהיו וכולם התאפקו ואחרי זה נתחיל את הדיון.

דוברות: אמרה יוליה וצדקה, שיש פה איזושהי הצגת עמדה שחלק גדול, לדעתי, מחברי הוועדה, אכן תומך בה. ישנה גם עמדה אחרת שהיא כמעט הפוכה לעמדה הזאת,

יעל גרמן: או.קי. אז הדיון יתחיל עם העמדה ההפוכה, מיד אחרי השאלות, הדיון יתחיל עם הצגת עמדת המיעוט או העמדה ההפוכה.

דוברות: עמדה אחרת.

יעל גרמן: עמדה שונה. קודם כל שאלות, פשוט נתחיל מפה, שאלות הבהרה.

דוברות: כן, שאלת הבהרה, היה דיון בוועדה שיוג'ין הוביל אותו, עם הרעיון שבעצם ברגע שיש לנו רישום, ז"א שהתשתית ההכרחית, הרי אם אני לא מדייקת, תתקן אותי, מהזכרון אני מדברת, שהתשתית ההכרחית לניהול של תיירת מרפא, יהיה בעצם שמפת התורים תעמוד לנגד עינינו, בכל בתי החולים ושנחנו ניצור איזושהו מנגנון שבו בעצם נוכל לנתב את חולי המרפא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

למקום שבו תנאים טובים יותר. זה הוצג בעצם כתנאי הכרחי. ז"א שאם אין דבר כזה, אנחנו לא מקיימים את תיירות המרפא, או לפחות לא ממליצים על ההמלצות של הוועדה. הכוונה היתה גם שעד שהיא לא קיימת, גם אנחנו לא מיישמים שום המלצה. כלומר, אני לפחות בחלק שהייתי, לפני

דוברות:

אני לא שמעתי את זה. אני שאלתי את יוג'ין אבל לא קיבלתי תשובה, גם לא יכולתי לקבל, כדי לא להפריע תשובה מלאה לעניין. שאלה שניה שיש, זה לגבי אני חושבת שגם אמרנו בוועדה ובהערות ששלחנו, שצריכה להיות הגדרה מה זה תייר. ז"א גם כשאת עושה מסמך, את משתמשת במונחים, את צריכה להגדיר מה זה תייר. למשל, עלתה השאלה אם אדם שיש לו שני דרכונים, אחד ישראלי ואחד אחר, והוא משתמש, אמרנו שצריך שתהיה הגדרה. הנושא של תגמול גלובלי עבור תפוקות מוגדרות, אני לא מבינה את המהות. הלא בעצם התפוקות לא ידועות. כי הביקוש לתיירות מרפא לא ידוע, אז אני אתבע מראש איזשהו תגמול גלובלי על משהו שאולי אני לא יכולה בעצם להשלים לרופא. אין לי לתת לו תפוקות, כי אני לא יודעת מה הביקושים. אז איך מתמודדים עם הנקודה הזאת. אני חושבת שנשתמש במונחים לא של עודף קיבולת, אלא תפוסה, וגם נגיד למה אנחנו מתכוונים. והשאר יהיה במסגרת של עמדה, לא של שאלות.

יעל גרמן: מאה אחוז. שאלות.

דוברות:

רק רציתי לשאול האם יש בסקר התייחסות לנושא השרותים התיירותיים שניתנו לחולים. לא שאלתם אותם?

יוליה: לא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות : רק שאלות בנושא של הקוד האתי, אני בטוחה שעברתם אותו. שתי שאלות. אחת זה על כולם, גם פרטי וגם ציבורי. עצם היותך סוכן. זאת הבהרה אחת. דבר שני, האם אתם מכירים,

דוברות : לא הבנתי את השאלה הראשונה.

דוברות : לא, אני רק חידדתי. לא שאלתי. ז"א שאלתי רק כדי להיות בטוחה בחידוד.

יוליה : ה קוד האתי חל על כל המערכת.

דוברות : אני יודעת. אני פשוט לא הייתי בטוחה שאולי אצלי זה רק, אבל הדבר השני, אם אתם מקימים עוד סוג כזה של גוף, איך אני אגיד את זה, דיסציפלינה או משהו שבאופן עצמאי חותם על קוד אתי כדי לפעול, אני פשוט קצת,

דוברות : כל הסוכנים, סוכני ביטוח,

דוברות : סליחה רבותי, כל מה שיש את זה, זאת לא שאלה טריוויאלית. אני אסביר. עורכי הדין בחוק כתוב להם, סוכני ביטוח לא חותמים על קוד אתי, המדינה לא אומרת כדי להיות סוכן ביטוח הרי צריך לחתום על קוד אתי. יש פה מהלך משפטי, בסדר, לא בדקנו, אבל צריך פשוט להתייחס לזה. זה לא דבר טריוויאלי. לא דבר טריוויאלי הדבר הזה. צריך לחשוב איך מתגברים עליו, היות ואני חושבת שזה רעיון נכון, צריך לראות מה עושים. יכול להיות שחלק מהדברים יהיו כתובים, בקיצור, נדבר על זה בדיבור, רק שאלתי את השאלה. אני כן רוצה להבין משהו בשקף שכתוב לכם רגולציה ביי"ח. אתם יכולים רק לחזור לזה, אני לא מבינה את הכתב יד שלי, שטח ביי"ח, האם תסבירו לי מה זה שטח ביי"ח?

דוברות : פעולות שנעשות באותו ביי"ח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: לא, אני מבינה, אני רוצה להבין אם יש לנו בתי"ח עם הרבה קמפוסים, כמה קמפוסים, אז צריך להגדיר. לא צריך כרגע לענות על זה, צריך להגדיר מה זה המילה שטח ביי"ח, אם אין לכם משהו שעשיתם אותו מקודם. עוד שאלה, כשאמרתם שבתיה"ח צריך, הטלת האגרה הייעודית, עלויות השימוש בתשתיות בביי"ח פרטי איזה תשתיות מדינה הכוונה? הם באו מחו"ל, הם עלו אתמול,

דוברות: אם הם כולם מחול, זה יתמוך בהגדרה?

יוליה: אני אענה לך בדיוק.

דוברת: זו היתה שאלת הבהרה. אני לא התווכחתי, רק כדי להבין.

יוג'ין קנדל: זה לא תשלום פר תשתית. זה עיקרון.

דוברות: לא, רק אמרתי שיש מקומות שאין לנו שום תשתיות. אבל לא משנה.

יוג'ין קנדל: לא, תשתיות של המדינה, פיקוח על אותו ביי"ח.

יעל גרמן: השאלה היתה ברורה והתשובה אח"כ תנתן. או יוג'ין או אין לי בעיה, מי שירצה. יש לך שאלות?

דוברות: ההגבלה ברמת הרופא, בהתחלה רשמתם שהפעילות תהיה בהתאם לשיקול הדעת של ההנהלה, ובשיקולים היותר מאוחרים רשמתם שתהיה מגבלה ברמת הרופא. קודם כל רציתי להגיד שעשיתם עבודה מאד מקיפה ומאד לעומק ואני ממש מפרגן לעבודת העומק. אני לא תמיד רואה עין בעין את הנושא הזה, אבל בהחלט רואים שזו עבודה מאד מאד מושקעת.

(מדברים יחד)

דוברות: יוליה, דיברתם על עודף של 5 אחוז. אז קודם כל יש היום, בגלל שעניין המיטות לא מוזכר, יש היום מחלקות שהקיבולת 130 או 120 אחוז. זה יכול



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לגרום להרבה בעיות, כי יכול להיות שיש בהן מקום, אבל בגלל אי ההסדרה של המיטות, זה בעייתי. אני גם חושב שיכול להיות שזה לא ריאלי. כלומר, יכול להיות שדבר כזה יגיד לך את לא עושה את התהליך כמו שצריך. אם תקבעי זה יותר מדי. אלה השאלות.

דוברות:

שאלות הבהרה, האגרה הייעודית, אני לא הבנתי אם זה הכל יגיע למשרד, או חלק מזה יישאר בבית"ח ואיך זה, האם זה כלול ב-20 אחוז, או לא כלול. לגבי המגבלות על היקף הפעילות, בהמשך למה שאורי אמר, זה לפי התקן, בפועל, האם זה בהחלטת ביה"ח? האם אני יכול להעסיק למשל, ליצור עומס במחלקה שאין בה תיירי מרפא ולהעביר משאבים למחלקה שיש בה תיירי מרפא כי אני מודד ברמת המחלקה או משהו כזה? אמרתם שהרופא לא יכול לבחור באיזה תייר לטפל. אז האם התייר לא יכול לבחור גם ברופא או שזה חלק מהשרות שמציעים? תיירים צריכים להרשם ולקבל זיהוי, משהו מונע מהם להגיע לחדר מיון? האם המחירים של המיון יותר נמוכים, יותר גבוהים? אם תייר מגיע עצמאית, לארץ, ולגבי המשאבים הקבועים, האם בעיניכם עכשיו, המשאבים שקיימים מאפשרים תיירות מרפא, או לא, זה לא לגמרי הבנתי, ואם לא, אז מה משך הזמן שייקח להגדיל אותם, כי למשל, אם מדובר במשאבי אנוש, אז אנחנו יודעים שהכשרה של רופאים לוקחת הרבה זמן. אז אם אתם חושבים שצריך לדחות חלק מהיישום של המסקנות לתקופה ההיא, או שזה כבר עכשיו.

דוברות:

עוד שתי שאלות. אם הבנתי נכון, התייר משלם לבי"ח והבי"ח מעביר את העמלה לסוכן. כל מה שהצגתם, כל מה שסוכן בעצם עושה, הוא רושם את התייר במאגר של משרד הבריאות. אולי לא הבנתי נכון, אבל השאלה שלי, אולי אפשר לוותר על הסוכנים בכלל. ז"א למה לא לעבור לביטוח ישיר כזה. מתוך כל המצגת שלך זה הדבר היחיד שהוא עושה, הוא רושם את התייר במאגר אני חושבת שבתיה"ח יכולים לעשות את זה. שאלה שניה,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

- דוברות :** ומי יעשה בחו"ל?
- דוברות :** לא יודעת, אני שואלת. אם התשלום לרופא גבוה יותר על פי המורכבות, אז האם גם לחולה ישראלי מורכב הוא יקבל את זה? יקבל יותר כסף? אלה שתי השאלות.
- דוברות :** שאלה אחת, ההגבלות בהתחלה על הנושא של ביה"ח, האם מדובר פה על מגבלות ממספר פרוצדורות שהוא עושה, או מגבלות בהיקף הכספי ובשווי של הפעילות? במצגת פה זה לא היה ברור למה ההתייחסות.
- דוברות :** הוא רצה לשאול אם ההפעלה ברמת הרופא היא ברמת פרוצדורה ספציפית או סה"כ הפרוצדורות או בעלות הכספית של הפרוצדורות? שעות, כמות, זו הכוונה,
- דוברות :** רופא מחלקה?
- דוברות :** כן כן. זו נקודה חשובה והרעיון הוא ליצור סל שהוא יהיה מחויב, תמורת אם הוא יהיה באמת כמו שדיברנו על פונקציה והוא ייתן, ואם לא יהיה מספיק תיירות מרפא, תמיד יש מספיק ישראלים, לא חסרים.
- יוליה :** עוד שאלות? אני אחלק את התשובות.
- יעל גרמן :** יש לי כמה הערות, אבל אני מעדיפה שכולם ידברו.
- יוליה :** בואו נתחיל מהקל אל הכבד, אני אתחיל לענות ואז אבקש מכם להתייחס. א. להגדרה מה זה תיירים. כי זה משהו שדנו בו בתוך הוועדה ובכל זאת אני אחזור. לא כל הנקודות סגורות. לאה צודקת בנקודה הזאת, ובכלל באופן כללי, ההגדרות המשפטיות לא נכנס פה לחידודים המשפטיים, המצגת לא נכתבה בשפה המשפטית מטבע הדברים. לעניין התיירים, הגדרנו שלא מדובר על אנשים, תיירי מרפא זה אלו שהגיעו במטרה לקבל טיפול רפואי. לא אנשים מזדמנים, לא אנשים שטיילו עכשיו סביב כנרת ונפלו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מאופניים ומגיעים למיון. זה מקרי בוחן אחר. אנחנו מדברים על פעילות יזומה של אנשים שמביאים את עצמם לארץ, מגיעים לארץ בשביל לבצע פה פעילות, ולשם כך נדרשת ההסדרה, לא לאנשים שקרה להם משהו.

יעל גרמן: אנשים כאלה יכולים להגיע דרך המיון?

יוליה: מהתיירים, נכון להיום, מי שמגיע דרך המיון לא מוגדר כתייר, כלומר, לצורך העניין.

דוברות: חולה סרטן,

(מדברים יחד)

יוליה: ההבדל המהותי,

דוברות: אני רופא מצוי בחדר מיון, החולה יכול להגיע בשתי צורות ולמה? הגיוני שיגיעו, כשיש לו זימון לניתוח מעקפים בתחום כזה או אחר, אז הוא מגיע בתאריך XY והוא עולה למחלקה. אז הוא גם מותר לו איכשהו לפעמים, הוא עובר דרך המיון. ולפעמים החולה מגיע ישר משדה התעופה לחדר מיון, כי הוא מגיע במצב קשה, לא היה צריך להגיע. רק שתבינו, רוב הפעילות בתיירות מרפא זה לא תייר ששבר את הרגל על החוף או משהו, הוא יגיע למיון. זה לא קשור לתיירות מרפא, אגב, זה בכלל לא קשור. אבל החולה המורכב שמגיע כתייר מרפא, הוא בדרך כלל אם מצבו מאפשר, ישר עולה למחלקה המאשפזת, כי ממתנינים לו. אבל הוא יכול גם לעבור דרך המיון אבל זה לא משנה את הסטאטוס שלו. זה פשוט מאד עוד תחנה בדרך, זה הכל.

יוג'ין קנדל: אבל זאת הסיבה שאנחנו רוצים בכוונה מוצע לתת לבן אדם, זאת גם סיבה, גם למעקב אבל גם לתת בן אדם מצהיר מראש, מגיע דרך או סוכן, או דרך סוכנות עצמית של הספק, ונותנים לו כרטיס וזאת ההצהרה שלו, שהוא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רוצה להגיע לפה בתור תייר מרפא. זאת המטרה שלו. בן אדם שמגיע, וכמובן שמשרד הבריאות יצטרך לטפל בסיטואציות שסוכן מביא בן אדם על אלונקה, מביא אותו למיון, שם אותו שם ואומר: תטפלו בו. א. לא כל כך, אנחנו לא שמענו תלונות שזה קורה היום, ודבר שני, אנחנו, צריכה להיות רגולציה שמאפשרת כזה דבר, אבל מצד שני, צריכה להיות גם רגולציה שקונסת סוכן שבלי לתאם, הרי אם הוא תאם את הכל ומביאים את הבן אדם הזה, זה בסדר. הוא זומן.

דוברות: חולים מאוקראינה מתו,

יוליה: לכן יש סעיף שאומר שלא מקבלים בן אדם שלא בטוחים שאפשר לסייע לו. זה חלק מהעניין, חלק מהאחריות.

יוג'ין קנדל: כן, זה שהוא לא מתואם מראש. עכשיו, אם אתה עושה דווקא ומביא בן אדם כזה, אז א. זו בעיה של ביקורת גבולות. ב. גם בעליה למטוס, ז"א אפשר גם שם למנוע את זה. מעלים את הבן אדם ואין לו שום מסמכים אז יכולים להגיד לו: אנחנו מצטערים, אין לך מה לעשות. בן אדם לא הופך להיות תייר כשהוא על ערש דווי.

יעל גרמן: בואו נמשיך. אני רוצה רק לראות מה לוח הזמנים.

דורון: עד ארבע וחצי.

יוליה: אין לי מגבלה.

יעל גרמן: כי צריך לפחות גם חצי שעה שעה להסתייגויות. מה שאני מבקשת, היו שאלות קצרות, תשובות קצרות.

יוליה: תיירים רק לעניין ההגדרה, יש גם סוגיה של פלשתינאים שהוועדה לא טיפלה בזה בהרחבה, אנחנו עשינו מהלך משלים בזמן שהמתנו לתוצאות הסקר. הכלל אומר מבחינתנו, שצריך להפעיל עליהם רגולציה כי הם בסופו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

של דבר נכנסים לאותה קטגוריה של תיירים, כמובן כשעורכים תשתיות יחד עם הישראלים וגם מכניסים משאבים למדינת ישראל. נכון להיום אין שם הסדרה, אבל זה מהלך שדורש תאום ברמה המדינית, ואנחנו נמליץ למשרד הבריאות לפעול, להמשיך לפעול להסדרה של הנושא בהתאם לאותם עקרונות שנקבע לתיירים אל מול הגורמים הרלוונטיים.

לעניין ההגבלה ברמת רופא או בכלל סוגי ההגבלות, ארנון, אתה רוצה להתייחס לשכר לפי תפוקות?

דוברות:

אחד הדברים ששוב חשבנו עליהם, זה לא לייצר מצב שבו אדם נכנס לחדר הניתוח, לדוגמא, או למרפאה לחולה, מקבל חולה ומשנה לו את מי הוא מקבל. ישראלי או זר, ומקבל סכום גבוה יותר בעבור החולה הזר התייר. זה איזשהו בעינינו דבר לא תקין. וזה גורם להעדפה. ולכן המודל שחשבנו עליו וראינו אותו או כמו שאנחנו במשרד הגדרנו בעצם שכר, כאילו עלות שווה ושכר שווה למנתח, שזו אופציה אחת, והאופציה השניה היא באמת לבוא ולסגור אתו על תפוקות: אתה עובד אחה"צ, עושה איקס ניתוחים, מקבל שכר גלובלי. אם יש תיירים מצוין, ואם אין תיירים, ניתן לך ישראלים, מה הבעיה. חסר? ולכן בדרך כלל אפשר להגיע למודל כזה, הוא מודל קצת יותר מורכב, יכול להיות שהוא לא יתאים גם לכל הרופאים, הוא ישתלב יותר מאוחר, בטח נדון בו כשנדבר על עולם שר"פ או תחליף שר"פ כי הוא ייסגר באותה רמה, אבל לזה התכוונו בנושא התשלום הגלובלי. אם לא, אם לא, אזי הרופא מקבל סכום כסף, אבל הוא חייב להיות זהה, אלא אם כן, אתה נותן איזו דלתא מסוימת כמו שאמרה יוליה, אם אתה חושב שזה קצת יותר מורכב, טיפול קצת יותר מרופא משפחה, אז תנתן איזושהי דלתא.

אבל סכום אותו דבר לישראלים?

יוליה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

לא. כאן אתה יכול להגיד שזה קצת שונה, אני אגיד למה אני מתכוון. אני אסביר. בא אזורי ישראל לעבור ניתוח, אתה מקבל אותו מרופא המשפחה, מעביר אותו לרופא המשפחה או לאונקולוג. כאן בא מישהו מבחוץ, אתה צריך לעשות לו את כל העיבוד מחדש. אתה צריך להמשיך לעקוב ולטפל בו. חשבנו שהתשומות, או שאתה כרופא צריך להשקיע בתייר הן יותר גבוהות. אז אתה יכול לבוא ולהגיד, שאם אני מקבל תייר זר, אני מקבל עוד איזה דלתא, עוד איזו תוספת כסף מסוימת גלובלית בגין כך שטיפלתי בתייר. זו האופציה השניה לעומת אופציית,

יעל גרמן:

אני נורא מצטערת, אני פשוט רוצה לעמוד בלוח הזמנים, אני רוצה בסוף אתן לך לומר, גם לו. אני פשוט שמה את זה במחלוקות. במחלוקות יש אופן תגמול לרופאים בפרטי ובציבורי, ואין ספק שאחת המחלוקות תהיה תשלום זהה כן או לא. הלאה, יוליה.

יוליה:

הסוגיה של ההגבלה ברמה של הרופא ביה"ח, והמחלקה, וזה גם יחזור לשאלת ההסטות, האם היא אפשרית או לא אפשרית. איזו מהאמירה באה ואומרת: בואו נבחין, יש שמורת טבע שנקראת בוקר, ובשעות הבוקר עוסקים רק בפעילות ציבורית. ובזה אנחנו לא נוגעים וזה לא רלוונטי לדיון. עכשיו אנחנו מדברים על התוספת. על מה שביה"ח עושה אחה"צ. בשעות אחה"צ אנחנו באים ואומרים: אם ביה"ח קיבל ועמד בכל הכללים, הוא יוכל ברמת ביה"ח, לעשות פעילות מסוימת בתחום של תיירות רפואית. כבי"ח אתה צריך להבטיח שאתה עמדת בתפוקות הציבוריות, בבוקר ומשלים של התפוקות אחה"צ, כי אמרנו שבהכרח עבור כל פעולה שאתה עושה עבור התיירים, אתה תעשה פעולה ציבורית, כדי להגדיל את הזמינות של הרופאים גם לציבורי. אבל זה לא מספיק שכבי"ח באיזשהו מספר כולל תעשה את ההשלמות, אנחנו רוצים שכל מחלקה תספק את זה, ולכן נכנסנו לרמה, היתה התלבטות ואנחנו חושבים שזה כן נכון לבוא ולהבטיח, שגם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אם במחלקה יש לך רופאים צעירים או וותיקים, שלא יהיה מצב שבשעות אחה"צ, שוב, אנחנו מדברים רק על אחה"צ, יהיה רופא שכל כולו יוקדש רק לתיירים ורופא אחר יוקדש לישראלים, בחלוקה הזאת בין ציבורי לתיירים, ולכן המגבלה היא גם כל הרופא, למרות שהאחריות היא של ההנהלה. אני ברורה בנקודה הזאת?

(מדברים יחד)

יוליה: אני אסביר את זה שוב פעם.

יעל גרמן: אתה תאמר את זה אח"כ, בדיון. אבל תזכור, תרשום לך בדיון לדבר.

יוליה: המודל עובד בצורה כזאת, שבסוף ההגבלה היא זמן. ההגבלה נגזרת וזה חוזר גם לשאלה אם זה פעולות אם זה כסף, בסוף יש זמן שנוסף למערכת כתוצאה מהפעילות אחה"צ. בחלק הזה של הזמן שנוצר אחה"צ אנחנו רוצים לוודא שחלק מהזמן רופא שמוקדש לתיירים. לצדו מגיע הזמן שהוא מקדיש לחולים ציבוריים. ההקדשה הזאת של הזמן היא כן ברמת רופא ספציפי, שלא יהיה רופא שיטפל רק בתיירים בשעות אחה"צ, גם ברמת מחלקה שצריכה לתת תפוקה ציבורית אל מול הטיפוליים בתיירים, וגם ברמת ביה"ח, אנחנו רוצים לראות איזה מספר כולל של השעות שהוקדשו לציבור אל מול התיירים.

יעל גרמן: מי שלא מוכן או לא מסכים או חושב שזה לא נכון, זה ייפתח לדיון אח"כ.

יוליה: שאלה קצרה ותשובה פשוטה לגבי בחירה של התיירים בתוך ביה"ח, אנחנו חושבים שזה לא המקום לקבוע. אנחנו חושבים שברגע שייקבעו כללים לגבי כלל הציבור, יהיה מקום להחליט לגבי התיירים לא ננעל את הוועדה דרך הוועדה הזאת. השאלה לגבי הסוכנים, תראו, סוכנים הם מחוללי התיירות. הם בסופו של דבר מחוללי התיירות לטוב ולרע. כלומר, בסופו של דבר,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

אחד הדברים שקורים בגרמניה לדוגמא, שבה אין סוכנים, זה שהם מתקשים להביא תיירים לשטחה.

יעל גרמן : את אומרת, הם עושים את העבודה בחו"ל.

יוליה : כן. הם עושים שיווק. הם יוזמים. תראו, אנחנו מאד מתייחסים לזה כמשהו שאנחנו צריכים להתמודד אתו, כי זה כבר ישנו, וצריך לראות. זה לא מובן מאליו הפעילות של תיירות רפואית. מאד בקלות, אם אנחנו נפעל בצורה לא נכונה ומושכלת, אנחנו יכולים למצוא את עצמנו ללא משהו שצריך להסדיר אותו. כלומר, העובדה שיש פה תיירות רפואית היא פועל יוצא של יוזמה ושל יתרונות מובנים שקיימים במערכת הישראלית שגם דיברנו עליהם בהצגות הקודמות. אבל זה לא דבר שהוא מובטח. זה לא דבר שהוא מובן מאליו. לסוכנים יש חלק גדול בזה שזה מתקיים. בזה שזה ישנו, בזה ששמה של ישראל מופיע בין הראשונים שמתלבטים איפה הם מקבלים טיפול רפואי, בפעילות הזאת כיוון שלא היתה מוסדרת עדיין ולא נקבעו בה כללים, ולא היו איזשהם קודים אתים, אז היו דברים שאנחנו חושבים שצריך להתייחס אליהם ולטפל בהם, ולכן מופיע פרק שלם של הרגולציה עם סוכנים. אבל אנחנו ראינו גם שרוב ההגעות לבתי"ח ולטיפולים היו באמצעות סוכנים וכשמגיעים באמצעות סוכנים, וגם בארץ יש להם,

יוג'ין קנדל : פעילות בארץ צריך לוגיסטיקה וכו'.

יעל גרמן : כן, אבל צמצמתם אותה, ככה היה נראה לי.

יוג'ין קנדל : למה?

יוליה : זה רק פעילות כמה שצריך, לעשות בהם רגולציה, לא כל מה שהם עושים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יוג'ין קנדל: אנחנו לא נכנסים בהם, אנחנו רק מגבילים את מה שאנחנו חושבים שצריך להגביל. כל השאר, הם יעשו את הדברים כפי שצריך לעשות. שיווק ולוגיסטיקה. גם בפנים.

יוליה: יש להם תפקיד מאד חשוב. עכשיו, לגבי האגרה הייעודית. הכוונה, ההמלצה שלנו, לכן זה נקרא גם אגרה ייעודית, ולא מס כללי, ושהכסף יגיע למערכת הבריאות. בסופו של דבר זה שיח שהוא שיח על כלל התקציבים והתנהלות של המערכת, ההמלצה שלנו שזה יגיע למערכת הבריאות, האם אנחנו יכולים להבטיח את זה? זה תלוי בשיח. ובהבנות ובהסכמות שיושגו סביב הוועדה. זה לא בלתי אפשרי. יש כלים, בוא נגיד ככה, ברמת התשתית האם אפשר? אפשר. האם מסכימים זו שאלה אחרת.

יעל גרמן: כמו קרן לנקיון,

יוליה: זה אפשרי בהחלט. גם קיימות אגרות ייעודיות מהסוג הזה,

יעל גרמן: תבקש מרפרנט לאיכות הסביבה, הוא יסביר לך איך קרן הנקיון עוברת ישירות לרשויות המקומיות.

(מדברים יחד)

יוליה: לעניין התורים.

דוברות: רק מעבר ל-20 אחוז.

יוליה: כן. ה-20 אחוז זה התחשבנות בפועל. התאגיד שמשלם לביה"ח צריך להבטיח שחלק מהכסף יהיה צמוד אליך לחידוש תשתיות, ולא יתפזר על מיזמים מגלומנים או מה שזה לא יהיה, אלא נבטיח שזה הולך למשהו מאד ספציפי, שזה חידוש תשתיות, כי תשתיות ישמשו גם ישראלים בוודאות. כל היתר אנחנו משאירים גמישות ואנחנו סומכים על ההנהלה שתעשה את עבודתה נאמנה בסוף באים לנהל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות:

שאלת הבהרה. האם עשית קצת מידע על טווח הרווחים כדי שבסופו של דבר מה שיקרה זה שהכל טוב נהדר ואנחנו פשוט ניקר את המחירים בצורה כזאת שממילא לא נקבל את התיירים, אם עשיתם את זה זה בסדר.

יוליה:

ה-20 אחוז זה לא בנוסף. זה הקצאה מתוך הרווחים. כלומר, היום לצורך העניין זה לא מייקר, זה פשוט מייעד, זה צובע את הכסף לכיוון מסוים. אנחנו גם הצגנו את זה בוועדה. בעצם ההכנסות, חברים, תאגיד היה מעביר כסף לבי"ח, חלק מזה זה תקורה קלאסית, חלק מזה זה רווחים. אנחנו באים ואומרים שבחלק של הרווחים אנחנו רוצים שחלק מהכסף תהיה לו כתובת. אנחנו לא רוצים עכשיו להפעיל את כל הכסף, חלק מהכסף צריכה להיות לו כתובת ברורה, שתשמש בוודאות את החולה הישראלי שזה התשתיות והטכנולוגיות.

יוג'ין קנדל: אני רוצה לחדד. נכון להיום, חלק מתיירות המרפא שהולכת לפי מחיר, המחירים יחסית למה שבתיה"ח גובים הם פי שניים ופי שלושה. ז"א אנחנו קודם כל בזה שמכניסים פה רק עמלות, אנחנו חוסכים לאותם אנשים שבאים ממילא עם כמויות כסף מאד משמעותיות. לכן אנחנו לא פוחדים להעלות גם את האגרה וגם את המע"מ כי אנחנו חושבים שאת הרווחים האלה, לא צריכים ללכת לסוכנים בכמויות כאלה, ו-60 אחוז רווח, אלא צריכים ב-15 או 20 אחוז עמלות, אם אתה סוכן נורמאלי, ועובד כמו שצריך, אתה יכול לחיות טוב מאד. לכן יש פה כאילו שני כיוונים.

יוליה:

לעניין התורים, היו לנו הרבה מאד התלבטויות. כי תור הוא אינדיקטור להרבה דברים שקורים במערכת. מצד אחד יכול להיות אינדיקציה לזה שהבי"ח לא עובד מספיק טוב. מצד שני יכול להיות שהוא מאד מאד פופולרי ומפנים אליו הרבה מאד חולים, והקופה יכולה להחליט שהיא מיבשת או עושה run על בי"ח מסוים. היה לנו קושי להגדיר איך התורים צריכים לעבוד. ברור שצריך לאסוף מידע, וצריך לעשות איזשהו מעקב



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ולראות האם ואיפה אנחנו עומדים עם הסוגיה הזאת של התורים. אנחנו בהכרח טיפלנו בתורים, בעצם זה שאמרנו שחלק מהזמן התוספתי הזה שאנחנו מדברים עליו, יוקדש לקיצורי תורים. ז"א מייצרים מסגרת שבה התור צריך להתקצר. בהחלט, משרד הבריאות צריך לבדוק בחידוש הרשיון, האם הפעולות האלה כן גרמו לתורים להתקצר. כשהוא רואה מולו נתונים נוספים, אי אפשר ללכת רק על התורים, הם צריכים לראות גם את מספר ההפניות שהיו מקופ"ח, לשקלל את זה עם פרמטרים נוספים. אנחנו לא יכולים, אני לא חושבת שזה אחראי לבוא ולהגיד שרק התור as is יהווה עבורנו את האינדיקציה למה קורה בתוך המחלקה. אנחנו בהחלט מסתכלים על העומסים באשפוזים, כי זה חד משמעי ואין לנו שם התלבטות. אנחנו כן רואים ובהחלט אפשר להחליט, משרד הבריאות יכול לבוא ולהגיד במקום מסוים שבו הם חושבים שהתורים חורגים מהמקובל, מהממוצע בתחום, שהם עוצרים את הפעילות. זכותו של משרד הבריאות כרגולטור. לא את הכל ננעל מלכתחילה, ולכן אני מחפשת פשוט את השקף, אנחנו ביקשנו גם בחלק של הפיקוח, אנחנו באנו ואמרנו שאחד הדברים שבי"ח צריך לקבל זה אורכי תור. זה מופיע פה בין הדברים הראשונים שהרגולטור צריך לקבל וביה"ח חייב להעביר, זה אורכי תור. בדיוק בשביל כך, זה היה הבסיס להחלטה ובגלל זה גם קיים המנגנון של דגלים אדומים. שאם רואים איזו חריגה שיש בי"ח מסוים שבו יש תור ארוך במיוחד, בהחלט צריך להכנס להגדרה של דגל אדום, כדי לבדוק מה קורה שם. אני לא יודעת להגיד מה המשמעות. יש את המדדים שהם רציפים ואת יודעת בוודאות שאם זה מתארך אז יש בעיה, ויש מקומות שבהם יש לך עוד, זו אינדיקציה לעוד כמה דברים, ולכן אמרנו, את זה אנחנו משאירים בשיקול דעת של המשרד. אגב, פה אני מתחברת לאמירה של משה, שאנחנו לא מסיימים את המלאכה כאן. אנחנו קובעים עקרונות, אנחנו קובעים עקרונות מנחים, אבל בסופו של דבר יצטרכו לחזור ולבחון ולהבין וללמוד



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ולהפיק מהנתונים שסוף סוף הגיעו למשרד, את המדיניות בהקשר של איפה כן ואיפה לא ולכן קיים גם הרשיון. נכנסים גם ספציפית למחלקות. אנחנו באנו ואמרנו ניתן יהיה להגיד שבי"ח מסוים מקבל רשיון להפעיל במחלקה מסוימת כן ובמחלקה אחרת לא. כי יש שם תור. לגיטימי.

- דובר** קודם כל ההערה על כסף,
- יוליה:** שוב. זה חוזר לאיך זה עובד, אנחנו לא מודדים את זה ככסף, אלא אנחנו מודדים את זה כתפוקות של הרופאים, של המחלקות ושל ביה"ח. סך התפוקה, סך הפעולות, זה חוזר לפעולות, לא לכסף, אנחנו לא רוצים להגביל כסף.
- דוברות:** רק כדי להבין, כלומר, יכול להיות במודל הזה שיהיה 40% תאורטית, הם מאד יעילים בתפוקות, מקבלים על זה הרבה כסף, ש-40% מההכנסה של ביה"ח יהיה מתיירות מרפא. עקרונית.
- דוברות:** נכון. למרות שאם תסתכלו היום על אחוזי הפעילות, תראו שאחוזי הפעילות הם נמוכים,
- יעל גרמן:** 2-3.
- דוברות:** כן. יש מקרים שזה קצת יותר, אבל זה האזורים, אבל אחוז ההכנסה הוא מאד מאד גבוה.
- יוג'ין קנדל:** לא מאד גבוה, פי שניים. פי שניים מהפעילות.
- דוברות:** זה הרבה מאד. לפעמים ביה"ח גם מפסיד כסף, אז זה יפה מאד.
- יוליה:** זה מאד יפה.
- יוג'ין קנדל:** אני חושב שכדאי קצת להבין משהו. יש שאלות שלא קיבלו מענה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל גרמן : או.קי. אבל כמה שיותר בקיצור. כי אני רוצה לתת את זכות הדיבור גם להם.

יוג'ין קנדל : אחד, בנושא של למה האגרה ייעודית. מדובר על תשתיות שעליהן אזורי ישראלי צריך לשלם מסים. כשבא משהו ומנצל את התשתיות האלה, בין אם זה תשתיות של פיקוח ובין אם תשתיות של הכשרת כוח אדם וכו', אז תייר צריך לשלם על זה. זה בעצם חלק מתמחור. אבל אנחנו לא רוצים להכניס את זה לתמחור לכל פעילות, אז אתה פשוט עושה את זה ברמת אגרה. זה הכל. וזה לא צריך ללכת על תשתית של אותו ב"ח. כי זה כבר יש בתוך התמחור. לכן זה הולך לאיזושהי קרן ומתפזר על תשתיות כלליות. לכן זה מאד הגיוני.

יעל גרמן : אני אפילו אוסיף. יש דבר כזה שנקרא תשתיות- על. ישנם היטלים כאשר מטילים היטלים לצורך העניין, היטלי פיתוח, אז יש על הדבר הממשי, על השרות המידי ויש תשתיות -על שהיו צריכים לפתח אותן כדי שבכלל תוכלו לתת את השרות. אין ספק שבתוך ב"ח יש תשתיות על, שהושקעו ע"י המדינה כדי שבכלל אפשר יהיה לתת טיפול ולכן יש פה הצדקה.

דוברות : יש לי בקשה קטנה, לדעתי צריך אולי לשנות את המינוח. שזה יהיה ברור, כדי שזה יהיה מאד ברור.

יעל גרמן : תשתיות- על, אולי.

יוג'ין קנדל : עכשיו, המושג של עודף קיבולת, אני חושב שהוא מושג בכוונה, כי אנחנו צריכים. מה אנחנו צריכים לוודא? שכשאתה מכניס בקונטקסט של האשפוז, כשאתה מכניס תייר, שיש לך קיבולת שנשארת אחרי התייר הזה, להכניס גם ישראלי, אם יש לך צורך, נניח מחרתיים, אתה מכניס תייר לארבעה ימים, אז בארבעה ימים יש סיכוי סביר או סיכוי קטן שלא יהיה לך מקום. לכן, בגלל שתפוסה היא לא מוגדרת היום, בגלל שלא ברור מה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

נמצא במכנה, בתוך הנושא, וגם דרך אגב מה נמצא במונה בגלל הסטה בין מחלקות, אנחנו מדברים על קיבולת מי שיצטרך לעשות את זה זה בעצם משרד הבריאות, יצטרך להגדיר מה הקיבולת במובן הזה שהוא דורש במחלקות שונות. דרך אגב, קיבולת אם אתה דוחה אלקטיבי של ישראלי בשבוע שהוא לא דחוף, יש לזה משמעות אחת, אם אתה דוחה ישראלי שלא יכול להכנס לטיפול נמרץ זה שונה לגמרי. לכן החלוקה למחלקות.

דוברות: זה לא רק בעד להכניס למחלקה, אלא גם להכניס לחדר ולא למסדרון.

יוג'ין קנדל: זה ברור. אבל בשביל זה אנחנו לא, הרי לא מחליפים את משרד הבריאות, נותנים איזשהם עקרונות. ודבר אחרון, מבחינת משאבי אנוש עוד פעם, משאבי אנוש אנחנו מכניסים לתוך הבי"ח משאבי אנוש שהיום נמצאים מחוץ לבי"ח. או הם היום נמצאים במערכת אחרת. קודם כל תזכור שמשאבי אנוש היום מטפלים בסדרי גודל של 30 אלף תיירים, אז אנחנו מעדיפים שיטפלו בהם בתוך מערכת ציבורית ולא במערכת פרטית. זה דבר ראשון. ואתה צריך לקנות את הזמן של הרופאים שהם היום הולכים למקום אחר. לכן בדרך אנחנו מעדיפים תוספת, לכן אני לא צריך משאבים נוספים. הוא שואל אם זה גדל במערכת ציבורית, אני יכול להגדיל אותם ע"י זה שאני,

דוברות: לכלל המערכת גם הציבורית וגם הפרטית.

דוברות: חלקם של הישראלים יכולים להיות בבתי"ח הפרטיים, אז אני לא מבין. השאלה אם תגדיל את מספר התיירים.

יוג'ין קנדל: קודם כל אני לא, גם אם אני יכול להגדיל את מספר התיירים, יש להם מגבלות על זה שהם צריכים לרצות לבוא. ודבר שני, שיש לי יכולות של אשפוז. באמבולטורי, אם אני יכול להגדיל את מספר האנשים שבאים ומקבלים דיאגנוזה, ואח"כ יושבים בפוריה או בזיו ומקבלים עירוי פעם



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ביום, או פעם בשבוע, אין לי שום בעיה להגדיל. יש פה קיבולת בהרבה מאד מקרים. אנחנו כל הזמן חושבים על מנתח מוח שהוא עושה ניתוח אחד ביום וזהו. רוב התיירים לא שם. רוב התיירים בכלל נמצאים במקומות אחרים שבהם לרוב, דרך אגב, אין לנו בכלל מגבלות של כוח אדם. יש לנו מגבלות אולי של ארגון של הדבר הזה, יש לנו מגבלות אולי פיזית שזה די קל, אבל זה לא מנתח מוח. ולגבי מורכבות, אני יכול להתייחס בדקה לגבי נושא של התקשרות?

יעל גרמן: אם אתה שואל אני אומר לך לא. אני מודה לך, כי אני מאד רוצה שגבי ולאה יציגו. אותו כלל, גבי, ולאה מדברים, כולנו רושמים הערות ולאחר מכן, אנחנו שומעים, רושמים שאלות ואחרי זה דיון פתוח.

דוברות: אולי אקדים ואומר כמה מילים לגבי ההסכמות. יש פה, ואני מצטרף לדברי הברכה של מישוהו פה, יש פה הרבה מאד מנגנונים של פיקוח, בקרה, הסדרה של כל הענף הזה, וזה לא משנה איזה מודל אנחנו נבחר ומה תהיה המטרה, הם צריכים להיות שם. אם אני לוקח את הדוגמא של סוכנים, אין פה אחד שלא יסכים שהמצב היום קטסטרופאלי. וכולנו מסכימים שצריך להסדיר אותו. סט ההסדרה שהוצג פה ע"י הסוכנים, אתם יודעים מה? אני חותם כמעט על כולו, אין לי שום בעיה אתו. ז"א זה לא הכל לא והכל אחרת. לא, יש פה נתח שוק, ואנחנו חוזרים לעניין הזה, יש פה חפיפה די גדולה עם הרבה מאד נושאים ולעומת זאת יש איזו מחלוקת. אני הייתי קורא למחלוקת הזאת מחלוקת אסטרטגית לגבי פונקציית המטרה של הסדרת הנושא. אני אציג אותה אסטרטגית ואסטרטגיה זה גם אידיאולוגיה. אני באמת אנסה לדלג, כי יש לי פה שקף של יתרונות ויש לי שקף של חסרונות. התמונה איננה שחור לבן, ואני ער ליתרונות כמו שאני ער לחסרונות.

יעל גרמן: חילוקי דעות....



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

אני חושב שכדי ללכת ולנסות להתמודד עם הסוגיה הזאת של תיירות מרפא, אנחנו צריכים קודם כל לעשות מה שנקרא הבהרה מושגית לגבי המצב הנתון. השאלה של המצב הנתון נורא חשובה. האם ישנן תשתיות אשפוז עודפות בישראל, שבהן ניתן לטפל בתיירות מרפא. כי בהכנה הזו, אם ההכנה נעשית נכון, אז נגזרת ממנה גם המלצה. כי אם יש, אתם יודעים, אני הראשון שאתמוך בהגדלת תיירות המרפא. וודאי, אם יש תשתיות עודפות ויש בזבוז של משאבים? זה חוסר יעילות של המערכת. אז למה לא? לכן השאלה הזאת היא שאלת מפתח, האם ישנן תשתיות עודפות ואם אין תשתיות עודפות, אז מה צריך לעשות. והשאלה השניה, מכיוון שיש גם לתיירות מרפא חסרונות ויתרונות, השאלה אם אנחנו מדברים פה על איזשהו מנגנון שבו היתרונות עולים על החסרונות או החסרונות עולים על היתרונות ואני רוצה להתמודד עם שתי הסוגיות האלה, כל אחת בנפרד, וזה להגיע לסט ההמלצות שאם יש איזשהו מכנה משותף ביניהן לבין כל ההמלצות שעוד מעט תראו אותן, זה שלסט ההסדרה שאני מציג, יש מימד כמותי מאד מאד מוגדר. לסט ההסדרה שאני שמעתי כרגע, אני לא נותן לזה ציון, אבל יש איזושהי הצהרת כוונות מבלי לתמחר, מבלי לכמת את זה באופן כמותי ואני תכף אבהיר את הדברים.

שאלה ראשונה תשתיות עודפות. האם יש תשתיות עודפות במדינת ישראל. אני לא אדבר אתכם על שהיה ממוצעת שהיא אחת הנמוכות בעולם המערבי, אמרנו את זה כבר אלף פעם, אני לא אדבר אתכם על תפוסה ממוצעת בישראל שהיא הכי גבוהה בין ארצות ה-oecd הכי גבוהה. כן. יש את הסוגיה של מיטות בתקן אל מול מיטות בפועל, ואנחנו מנסים לכמת את זה, ונדמה לי שסדרי הגודל של הכמות הזאת זה 400-500 מיטות, ותקנו גם את הנושא הזה, גם אחרי תיקון של מה שנקרא מיטות בפועל, ולא מיטות בתקן, התפוסה הממוצעת בישראל היא הגבוהה ביותר בעולם המערבי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

זה שקף לא שלי. ז"א זה שקף שהציג פרופ' ארנון אפק, כאשר הוא הציג את מצוקת מערכת הבריאות הישראלית והוא הציג אותה, אני לא צריך לחזור ולתת ציונים, אבל הציג אותה באופן מאד מאד הוגן ואמיתי. יש פה בעיה אדירה של מה שנקרא תשתיות. גם שיהיו מיטות, גם רזרבות, מחסור בכוח אדם רפואי, רופאים, אחיות, מחסור בתקנים, שחיקה של הצוות, זיהומים, תורים ארוכים, זו הבחנה שנדמה לי שמסביב לשולחן הזה יש קונצנזוס לגביו בשביל מה הקמנו את וועדת גרמן אם לא בשביל הבעיות האלה והטיפול בבעיות האלה. אז אם אתה לוקח באופן קונקרטי לא את סה"כ התמונה הכוללת, אלא מסתכל באופן ספציפי מהם תחומי הפעילות שמאפיינים את תיירות המרפא, אז אתה רואה שבכל תחומי הפעילות הספציפיים, והם מתרכזים ונדמה לי שביום רביעי בכנס שהיה של המכון הלאומי, אמרו חלק מהאנשים: רבותי, יש ארבעה סוגים מרכזיים של פעילויות, ושם זה הכל. אבל גם הפעילויות האלה כן יש מחסור. יש מחסור שבא לידי ביטוי גם בנושא של תשתיות, תשתיות אבחון וטיפול רפואי, וגם ובעיקר מחסור בכוח אדם. כמות כוח האדם שזמינה כיום למערכת הישראלית באופן כללי, נמצאת בחוסר. רבותי, אני אומר לכם, אחיות יותר גרוע מאשר רופאים, אבל זה בהערת אגב.

הנה לכם דוגמא, תפוסה במחלקות שהן מחלקות עתירות מה שנקרא תיירות מרפא, אז אונקולוגיה 95% אורתופדיה 98 אחוזים, קרדיולוגיה 130 אחוז, אם אני מעגל את המספרים וכו'. אלה תשתיות, מערכת הבריאות הישראלית, נתונים מ-2012. ואני לא רוצה להכנס יותר מדי לעניינים של דו"ח מבקר המדינה, דו"ח מבקר המדינה ישב ודיבר על מצוקת אשפוז, דיבר על תפוסה של 150 אחוז, דיבר על ההשוואה שזה 75 אחוז שקיים ב-OECD, ודיבר על הנתון הזה, כשהנתון הזה הוא כמובן הכי גבוה בעולם המערבי, אבל הוא גם תרגם את זה למונחים של האזרח. אנחנו כל הזמן, גם בהמלצות שלנו בתחומים אחרים, ננסה כל הזמן לעשות את



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

החיבור איך זה משפיע על החולה. איך זה משפיע על האזרח. שם זה המבחן האמיתי של ההמלצות שלנו, והוא מדבר שם על חדרים צפופים, ואשפוז במסדרון, והעדר תקנים וגברים ונשים, והוא לא מדבר דרך אגב רק על הנושא של המלונאות, כי יש את המרכיב המלונאי, ולפעמים אנחנו יותר סלחנים מהמרכיב המלונאי. אבל הוא אומר, רבותי, המרכיב המלונאי לא נגמר שם, יש פגיעה בבריאות. ולאשפוז בצפיפות גדולה שני חולים במסדרון ליד השרותים, זה פגיעה, זה זיהומים צולבים. ויש גם עומס עבודה, עומס העבודה הזה, הרי לא מתורגם לתקינה, כי התקינה נגזרת מאיזשהם משתני פעילות אחרים, ואני אקצר את הקטע הזה, כי השאלה הראשונה שכל אחד ואחד מכם צריך לשאול את עצמו לפני שהוא מחווה דעה לגבי לאן הולכים, זה האם יש תשתיות אשפוז עודפות בישראל, ואני חושב שהתשובה שניתנה לוועדה הזאת לאורך כל השנה, ע"י משרד הבריאות, מנהלי בתי"ח, מבקר המדינה, וגם הציבור – אין תשתיות עודפות.

האם הציבור מקבל היום שרותי אבחון וטיפול רפואי בבתי"ח באיכות ובזמינות הראויה? התשובה שניתנה ע"י כל העדים שהופיעו בוועדה הזאת, וכנראה שלא. ודו"ח מבקר המדינה רק עגן את זה במלל, לא מלל, אבל באמירות מאד מאד קשות. אז אל מול התורים ואל מול כל התמונה הזאת שאנחנו ראינו ואל מול העובדה, אני לא יודע איך לא, אבל מבחינתי צצה ועלתה לגבי עודפי הביקושים שיש במדינת ישראל שאינם מקבלים תשובה, זה לא ביקושים עודפים, זה עודפי ביקושים, ושמטבטאים בסופו של יום בתורי המתנה מאד מאד ארוכים של החולה הישראלי, אנחנו רואים לאורך השנים תופעה מאד מאד מעניינת, וזה שהתיירות הרפואית צומחת כל הזמן. ומדובר על סדר גודל של 500-850 מליון, אני לא רוצה להכנס יותר מדי למספר הזה, על הטווח דיברנו בין 30 ל-40 אלף, יוליה גם כן הזכירה את הנושא הזה, ואפילו דיברו על פוטנציאל של תיירות רפואית, בעתיד,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

והיא הוערכה, אני לקחתי את זה מאחד הדיונים שהיו, ב-2.5 מיליארד שקל. ז"א מבחינת פוטנציאל אם אנחנו רוצים את זה כיעד אסטרטגי, the sky is the limit

יוג'ין קנדל: זה כולל את התיירות ואת עלויות התיירות. זה לא אותו מספר.

דוברות: הנה לכם הרצף של הנתונים שיש לנו, דרך אגב יש בעיה של נתונים אדירה במערכת, דיברה על זה גם יוליה, יש איזושהי תשתית של נתונים שיש לנו במערכת הממשלתית ויש סיפור של המערכת הממשלתית. ז"א התחלנו ב-34 מליון, אנחנו היום נמצאים ב-290 מליון, זה פי עשר תוך שבע שנים. ודרך אגב, 80 אחוז מהפעילות הזאת, זה לא צפת ופוריה, 80 אחוז מהפעילות הזאת זה תל השומר ואיכילוב. בתל השומר גדלה הפעילות 870% במהלך שבע השנים האחרונות. ולנפח מהמחזור, נדמה לי שארנון התייחס לנושא הזה יש נתונים בנושא הזה, אני לא ממציא.

יוליה: הם גם הוצגו למליאה.

דוברות: כן כן. כל הנתונים פה דרך אגב הוצגו, אני לא ממציא שום נתון חדש. סדרי הגודל של הכנסות מתיירות רפואית, כאחוז ממחזור הפעילות של המרכזים הרפואיים נמצאים כל הזמן במגמת עלייה. התחיל בחצי אחוז, ונמצא היום בסדר גודל של 3.2 אחוז. ברור שיש שונות גדולה מאד, ז"א נדמה לי שביה"ח הגבוה ביותר מבחינת מחזור ההכנסות מתיירות מרפא כאחוז מההכנסה שלו בתל השומר,

יוליה: כשמדברים על כך זו כמות פעילויות או זה נפח,

דוברות: הכנסות. רק הכנסות.

יוג'ין קנדל: אחוז,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: לא לא, אני מדבר על כסף. אני מדבר כרגע על כסף. כתוב פה הכנסות
מתיירות מרפא.

(מדברים יחד)

דוברות: עיקר המטרה של השקף הזה זה רק להציג את מה שהצגתי קודם. ז"א יש
פה גידול אדיר בפעילות, והגידול האדיר הזה בפעילות בא על רקע ההבחנה
שאני עשיתי אותה, ותסכימו או לא תסכימו, זה תלוי בכם, על רקע
ההבחנה שיש תורים במערכת הבריאות הישראלית ויש מצוקה אדירה של
תשתיות. ז"א אני כבר יוצר את הקשר החסר הגיון שבין הגדלת נפח
פעילות של סוג מסוים של פעילות שהולך לתיירות רפואית, אל מול מצוקה
ותורים ואי מתן מענה לחולה הישראלי. מעבר לסיפור הזה של המפגש שבין
נפח הפעילות של התיירות הרפואית שעולה, אל מול מה שנקרא מצוקה של
החולה הישראלי שהצגתי אותו. למה באופן כללי יש בעיה בכללי המשחק
הנוכחים, ולדעתי גם בכללי המשחק שמוצגים פה ע"י יוליה, יוג'ין והצוות
שלהם, עם הנושא של התייר הרפואי.

אחת הבעיות הגדולות ביותר שיש היום ולא נפתר ע"י מה שהוצג כרגע ע"י
מנגנון ההסדרה ותכף אני אתייחס לזה, זה העניין הזה של ההעדפה. יש
העדפות מובנות או תמריצים מובנים בתוך כללי המשחק הקיימים היום,
שבהגדרה יוצרים מצב שמעדיפים את התייר על החולה הישראלי. תייר לא
יהיה במסדרון. והתייר יקבל יחס מועדף באשפוז, בזמן, בחדר הפרטי,
במלונאות, בקיצור התור, בבדיקות ההדמיה, בהבחנה, בחדרי הניתוח. ז"א
כל השרשרת הזאת של הטיפול הרפואי, החל מהמרכיב המלונאי שלה ועד
מה שנקרא המרכיב הקליני שלה, לכל האורך, בכל תחנה, אתם תמצאו
העדפה. והשאלה היא למה. למה מעדיפים תייר אירופאי על החולה
הישראלי?.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

התשובה הזו היא מאד פשוטה. ואם לא יהיה, ולמה אני מדגיש את זה, כי אם לא נגיע לשלב שבו נגדיר במפורש כללים, אני לא אקרא להם דרקונים, אבל כללים שינטרלו לחלוטין את ההעדפה הזאת, לא השגתי שום דבר בנושא של תיירות רפואית. חייבים לטפל בנושא של ההעדפה ובתמריצים של ההעדפה. דרך אגב, היה מישהו שאמר: רבותי, ההעדפה היא ליבת העשייה של תיירות מרפא. אם לא תתן העדפה, לא יבואו. הוזה אומר, אני מעדיף חוסר העדפה ושלא יבואו. אבל אם מחיר הגדלת תיירות המרפא זה בהעדפה של תייר המרפא, לא רוצה את ההעדפה הזאת. למה יש העדפה? למה מעדיפים תייר רפואי על חולה ישראלי? אז קודם כל ברמת ביה"ח. אמר את זה יוג'ין, שבהרבה מאד מקרים, דרך אגב, אני הצגתי את זה גם לפני שבועיים בנושא של התעריפים. התעריפים שגובה ביה"ח בעבור טיפול בתייר המרפא, עשויים להגיע כמעט לפי שלוש, ז"א יש מה שנקרא,

יוג'ין קנדל: לא ביה"ח. זה מה שתייר משלם.

דוברות: אז אני לא מייחס את זה לך. אני אומר את זה. אייחס את זה אלי. ישנם תעריפי תיירות רפואית שהם מפורסמים ע"י משרד הבריאות, והתעריפים האלה, ישנם מי שלא יודע, תעריפים ספציפיים לנושא של תיירות מרפא. והתעריפים האלה בגדול אני אומר, הם כמעט פי שניים מהתעריפים של חולה ישראלי. נכון? בסדר גודל. ז"א כבר ברמה הפורמאלית בהסדרה של תעריפי הטיפול בתיירות מרפא, בחלק מזה דרך אגב בהגיון, יש פי שניים של הכנסה מחולי תיירות מרפא, מאשר חולה ישראלי, אז ביה"ח מיד רואה את ההעדפה. רק זה לא מסתיים פה. אם אנחנו בודקים היום את הגבייה בפועל שביה"ח גובה בעבור טיפול בתייר המרפא, אז זה הרבה הרבה יותר גבוה מאשר הפי שניים הזה. זה לא פי שניים. זה לפעמים פי שלוש ולפעמים זה פי ארבע. ז"א יש פה מצב כמעט הייתי מגדיר אותו כבוננזה, שבו ביה"ח רואה דרך לגבות יותר כסף ולהגדיל את ההכנסות שלו באמצעות טיפול



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בתיירי מרפא. כי אפשר לעשות את זה, אז ברמת ביה"ח מה שאני מנסה להדגיש פה זה בעיקר את הקטע,

יוג'ין קנדל: על אותו חולה הוא גובה פחות?

דוברות: אני לא רוצה שתווצר העדפה של תייר מרפא על חולה ישראלי, ואני מנסה להסביר, עזבי תפישת עולם, לא, זה לא תפישת עולם. תנו לי שנייה אחת לסכם, אני מנסה לאשש, לתאר את המצב הקיים היום, שיוצר העדפה מובנית בתוך מה שנקרא המערך של הטיפול הרפואי, תייר מרפא אל מול חולה ישראלי, ואני אומר העדפה ראשונה זה של ביה"ח שנגזר מנושא של מחירים שאינם מגיעים לידי ביטוי רק במחירים הפורמאליים, כבר שם יש העדפה, אבל מעבר לזה גם יש מחירים הרבה יותר גבוהים שביה"ח גובה. ולכן כאשר ביה"ח מציג לדוגמא את האלטרנטיבה לטפל בתייר מרפא או לטפל בחולה ישראלי, הוא יגיד: סליחה, פה אני אקבל פי ארבע, ועוד עם הCAPPING בכלל, והגלובלי עוד יותר בכלל. היום התעריפים הפורמאליים של משרד הבריאות לחולה הישראלי כמעט אין בית חולים שמקבל אותם. ז"א נוצר פה פער אדיר בין ההכנסה והמטופל. נגדיר את זה ככה, של תייר מרפא וההכנסה פר מטופל שהוא החולה הישראלי, ורבותי, אני מנהל ביה"ח וזה משפיע. זה משפיע.

דוברות: זה ברור.

דוברות: חכי, עוד מעט נגיע למשהו שלא תגידי כל כך ברור.

דוברות: בשביל זה שמו הגבלות.

דוברות: שניה, יש פה העדפה ויש פה כמובן גם העדפה ברמה של הרופא ולא רק ברמה של ביה"ח. כי כאשר אתה מטפל בחולה תייר מרפא, ההכנסה שלך כרופא גדלה מאוד, והיא גדולה מאוד, אני אומר, הרבה הרבה יותר גדולה, אני בכלל לא משווה את זה למה שנקרא לבוקר, זה בכלל, שם זה סיפור



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אחר. אני משווה את זה למחירים לביצוע פרוצדורות רפואיות אחה"צ. במסגרת ססיות שמנסות ליצור תמריץ לקיצור תורים לחולה הישראלי, ואז אנחנו לוקחים את ההשוואה של הססיה והתגמול בעבור הססיה, ואנחנו לוקחים את ההשוואה של מה שמקבל הרופא, והרופא מקבל הרבה הרבה הרבה יותר מאשר בעבור הססיה.

יעל גרמן: קיבל. עכשיו יש את המגבלה שרוני העביר לפני חודשיים.

דוברות: נכון. אני מדבר כאילו בעולם שלפני החוזר של רוני גמזו ותכף נדבר על החוזר של רוני.

דוברות: אבל במערכת הפרטית הוא מקבל הרבה יותר כסף. זו האלטרנטיבה שלו.

דוברות: נכון.

דוברות: גם אותה צריך להסביר. יש פה שוב, ברמה של הרופא שהוא כתובת מאד מאד מרכזית בתהליך הטיפול הרפואי ובקביעה במי לטפל ואיך לטפל, ז"א אם אני מקבל פה פי חמש או פי שש לפעמים מאשר אני מקבל בחולה ישראלי, אז גם כאן נרצה או לא נרצה, יש העדפה של הרופא המטפל לטפל בתייר המרפא, ותרואו, זה שני מוקדי העדפה מרכזיים בתהליך הטיפול. ז"א ברמה של ביה"ח שמסדר מסר לרופאים שלו "תביאו כמה שיותר תיירי מרפא כי אני מרוויח מזה יותר", וברמה של הרופא המטפל, שמקבל יותר כאשר הוא מטפל בתיירי מרפא ושניהם בכיוון של יחס מועדף. ז"א זה שיוצר את ההעדפה. כי אחרת לא היתה העדפה. כי אחרת לכאורה, המצב האידיאלי היה, נניח גם במצב שבו יש תשתיות עודפות, תזכרו, גם במצב שיש תשתיות עודפות, היית רוצה להגיע למצב שישנה אדישות בין טיפול בתייר מרפא וחולה ישראלי. אני אמרתי קודם שאין תשתיות עודפות וב. אני אומר, יש פה יחס מועדף שנגזר ממה שאנחנו יצרנו. דו"ח מבקר המדינה מדבר על זה, אני לא רוצה להכנס לזה, עומס וכו'.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עכשיו נעשה את החיבור של שניהם. כאשר יש מה שנקרא משאבים מוגבלים, במערכת, ומצד שני תמריצים לטפל יותר מוקדם, יותר טוב, יותר איכותי בתייר המרפא, אז כמובן שאתה עושה את ההעדפה הזאת, וההעדפה פה היא לא העדפה ניטרלית, השיפור והקידום והזמינות היותר טובה לחולה התייר מרפא, זה על חשבון פגיעה בחולה הישראלי. זה לא רק איזשהו משחק, יש פה משאבי כוח אדם במערכת הבריאות הישראלית שמוגבלים. מה עוד יש פה בעיה? יש פה בעיה של לחץ לשכר במחירים. ז"א אנחנו יצרנו פה איזשהו מנגנון ציבורי שמצד אחד מבוקר, מפוקח, יש פה מפקח על השכר במשרד האוצר וכו', הסכמי שכר, שרותים וכו', ומצד שני איזשהו נתח של פעילות שכמעט נעדר בקרה. מבחינת ההליכים. וכמובן שיש לזה השפעות חיצוניות. ז"א בסוף בסוף הרופא שמקבל את מה שהוא מקבל, כאשר הוא עוד מטופל בידי המומחה, יוצר לחץ על השכר בכל המערכת, גם על מחירים בכל המערכת וזה בעיה. ויש גם בעיה שאפשר להציג אותה אחרת וגם הוצגה קצת אחרת, שיש נורמות מוסריות. ואני אסביר למה אני חושב שיש פה בעיה. הבעיה היא פה שהתמריץ לעשות יותר כסף לפעמים, יוצר מצב, ורבותי, מי שלא יודע, אני מניח שבנוסף לנושא הרפואה, זה גם מדע, אבל זה גם אמנות, ובפרקטיקה לעשות או לא לעשות לפעמים מוטה בכיוון של תמריץ כלכלי, והתמריץ הכלכלי, במקרה של תייר מרפא, עשוי ליצור מצבים של טיפולים לא נחוצים. חולה שמגיע לחדר המיון כתייר מרפא, ומת בחדר מיון, רבותי, זה אומר משהו. אם זה מקרה אחד מילא, אבל קרו יותר. טיפולים במחלות ממאירות שאין להן ריפוי בכלל, גם זה ראינו ואני לא רוצה להכנס לתוכנית "עובדה", תגידו שזו תוכנית שהציגה רק מקרה חד פעמי, אבל יש פה בעיה.

ועכשיו אני עובר למסקנות. אני אומר, במציאות הנוכחית של מערכת הבריאות הישראלית שבה אין משאבים עודפים, אין תשתיות עודפות מכל סוג שהוא: מיטות, אמצעי אבחון, אמצעי טיפול,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל גרמן : זה לא ישנם, זה אין. אז זה בסדר. רק תתקן. במצבים בהם אין.

דוברות :

לא, אני אומר, אם יש משאבים עודפים אז אני הראשון שאבוא ואגיד בואו נסדיר ובואו נשתמש בהם כדי, אבל אני אומר אין. ולכן בדפוס הפעילות של המערכת הישראלית, משכי המתנה, חדרי מיון, קבלות למחלקה, לא נחזור על זה, הרי הכל עלה בתהליך עבודת הוועדה, מצוקת האשפוז במדינת ישראל מחריפה כל הזמן ואני אומר, מצוקת האשפוז במדינת ישראל תחריף עוד יותר, עם התרחבות תופעת התיירות הרפואית. ואנחנו נמצאים פה בפני צומת דרכים. ז"א המצב כיום הוא כזה שסדר הגודל של נתח ההכנסה מתיירות רפואית הוא 3.2. ואנחנו נמצאים עכשיו ב-2012. ואנחנו כוועדה צריכים להחליט בהמלצות שלנו לאן אנחנו הולכים. האם אנחנו הולכים ברמה האסטרטגית, לכיוון של 10 אחוז? שבעצם מי שאומר ללכת בעשרה אחוז, אומר: רבותי, כן יש חסרונות אבל היתרונות הרבה יותר גדולים, ולכן כיעד אסטרטגי בואו נציג גידול, דרך אגב, חלק מהאנשים אומרים אפילו לא נגדיר את הגידול כמותית. אני לא שמעתי ממד כמותי בהגדלת הגידול של תיירות רפואית שבכלל נמצאת בחלק הראשון. ויהיו כאלה שיבואו ויגידו יש יתרונות וחסרונות, סה"כ החסרונות עולים על היתרונות, לעשות מהפכה גדולה זה לבטל את תיירות הרפואית במדינת ישראל. אבל ישנה מציאות ובמציאות הזאת יש גם איזשהו מקור הכנסה, ולכן הפשרה זה לנסות ולשמר את נפח הפעילות הקיים היום, תוך הסדרה מאד אגרסיבית של כללי הפעילות, כדי שלא תיווצר העדפה וכדי שזה לא יבלוט ויגיע באמת ל-10 אחוז, כפי שהיה באמת קצב הגידול עד היום.

אז מה ההמלצות. בסוכנים אני בכלל לא אדבר. אני חותם על ההמלצות שלכם. שלנו. כן. כן. נכון. מסכים. שלנו. אני הייתי רק מוסיף כשיקול למליאה, האם לא ללכת לא רק במה שנקרא רישום של סוכנים, אלא רשיון



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

של סוכנים. ממש לתת רשיון כל סוכן שיבוא ויקבל רשיון שאומר א.ב.ג.ד.
ולא סתם,

יעל גרמן : שאפשר גם לשלול את זה.

אבל בסה"כ כחלק מהוועדה, אני מצטרף לכל מה שכתוב בנושא של פעילות הסוכנים.
אני חושב שהגיע הזמן להסדיר אותם. אבל צריך גם להכנס באופן הרבה
יותר אגרסיבי לנושא של נפח הפעילות ולהגדיר אותה, ולהגדיר אותה בכמה
ממדים, כי כל ממד פה הוא חשוב, גם בממד של סה"כ האשפוזים, גם
הממד של הפעילות האמבולטורית, שלא דיברנו עליו שם, אבל הוא קיים,
ז"א הפעילות האמבולטורית זאת פעילות של מרפאות חוץ, בעיקר
שנמצאות בתוך ביה"ח, וגם ברמת המחלקה ברופא, כדי למנוע כל מיני
מניפולציות והסתות ואשפוז של מישהו במחלקה מסוימת שבה התפוסה
נמוכה וכו'. מגבלה על היקף הפעילות.

המגבלה השניה זה נפח הכנסות. ומה שנאמר פה בנושא של נפח ההכנסות,
זה בעצם לצלם תמונת מצב נוכחית. עכשיו, 3.2 אחוז, ישנם בתי"ח היום
שעושים יותר. אני כבר אומר לכם. ז"א ההגדרה הזאת מכסה 80 אחוז
מהפעילות נעשית בתל השומר ואיכילוב. אני מציע איזשהו מנגנון של כל
המערכת ל-3 אחוז האלה, דרך אגב, תוך גידול פעילות רפואית בפריפריה
אם אנחנו רוצים להשתמש בה כמנוף לפריפריה, וצמצום התיירות הרפואית
במרכז הארץ. ובהגדלת ההיתר על חריגה מהכנסות. ז"א גם פה צריך
איזשהו מנגנון שינטרל לחלוטין את התמריץ לעשות יותר. והמנגנון שאני
חושב שיהיה הכי אפקטיבי בנושא הזה, זה כל שקל נוסף מעבר לזה למשרד
הבריאות. לא לביה"ח.

מחירי טיפול בתיירי מרפא. אמרנו שישנם הכנסות שנגזרות, היו אמורות
להגזר מתעריף משרד הבריאות. התעריף היום מדבר על פי שניים. אמרתי
שבפועל גובים הרבה יותר, ואני חושב שצריך לאמץ את המודל המחייב של



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

תעריפי תיירות רפואית לפי תעריפון משרד הבריאות ויש קייז לאיזושהי דלתא, קרא לזה ארנון דלתא, שאני מעריך אותה בטווח של 10-15 אחוזים שנובעים מהעובדה שפרוצדורות מסוימות, הטיפול בתייר המרפא טיפה יותר מורכב וטיפה יותר קשה מהחולה הישראלי. קשיי שפה, תלאות הדרך, כל מה שאתם לא רוצים, תקשורת, אבל בגדול, כקו מנחה, במפורש, מה שנקרא תעריפי משרד הבריאות ואין חריגה מהם. זה לא המצב היום שיש פי שלוש ופי ארבע.

התקורות לביה"ח ייגבו כאחוז מההכנסות בפועל של ביה"ח מתיירות רפואית. רבותי, היום התקורות מוגדרות דרך אגב, בחקיקה של תאגידים, 20 אחוז נדמה לי, בסדר גודל. אבל התקורות שנגבות היום, נגבות מהתעריפים הפורמאליים ולא מהכנסות בפועל, יש פה סיבוב שעושים עלינו בתייה"ח, ואנחנו נותנים לסיבוב הזה לקרות, מבלי שאנחנו מגיבים. 20 אחוז מההכנסות בפועל זה משהו אחר, ו-20 אחוז ממה שנקרא המחירים הדיפרנציאליים הפורמאליים זה משהו אחר, ואני אמרתי כבר שיש פער גדול שבין הפורמאלי ובין בפועל.

בנושא של תגמול עובדים. שוב, כל המטרה של הדברים האלה, זה פשוט למנוע את ההעדפה. אני רוצה שגם ביה"ח וגם הרופא יהיו אדישים לגבי במי הם מטפלים. ובנושא הזה, אותו הגיון שהנחה אותי בנושא של הנחיות לטיפול בתיירות מרפא, יש תעריפים של ססיות. ומדובר על פרוצדורות אחה"צ שהן גבוהות. הן עשויות לפעמים להגיע לפי ארבע מאשר בבוקר. על הפרוצדורות האלה, תעריפי הססיות האלה אני חושב שכדי לתת ביטוי לעובדה שהתייר מרפא הוא טיפה יותר מורכב, לתת איזושהו מקדם של 10 אחוזים מעבר למה שנקרא מסגרת המחירים של הססיות של החולה הישראלי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

רק לסכם עד לכאן, כל המטרה של המהלכים האלה זה באמת להביא למצב שבו ביה"ח והרופא המטפל והמחלקה המטפלת יהיו אדישים להבחנה במי הם מטפלים. ודברים משלימים חלק מהם דרך אגב יוליה הציגה ואני חותם עליהם, איסור קבלת תשלום ישיר מהסוכן לרופא בוודאי, היטל על בתי"ח פרטיים וודאי, פעילות אלקטיבית, אני לא יודע אם אתם אמרתם את זה, אבל וודאי, אנחנו מדברים רק על פעילות אלקטיבית, מחוץ לשעות העבודה הרגילות בוודאי, הגבלת השכר בכמויות גם בבתי"ח הפרטיים, אנחנו נגיע באיזושהו שלב, יעל, להגדרת הפעילות של בתי"ח הפרטיים. ז"א מילת המפתח פה פרטי לא אומרת אנרכיה. יש גם צורך בהסדרה של מגזר פרטי למרות העובדה שזה מגזר פרטי, ולמה מבחינת תאוריה כלכלית היא לא שאר השוק ואני לא אכנס כרגע שוב לתאוריה כלכלית. ואני מדבר על איסור של בחירת מטופל ע"י הרופא, אבל גם בחירת רופא ע"י המטופל, זה לא הופיע בהמלצות פה ואני חושב שאחת מהשתיים, ז"א אם נחליט שאנחנו מאפשרים בחירת רופא בתשלום במערכת הציבורית לכל מדינת ישראל, צריך להכיל את הכלל הזה. גם לגבי הרופא, אבל אם נחליט שאנחנו לא עושים את זה, ואנחנו לא מחילים את זה על כל תושבי מדינת ישראל, אז כמובן גם לא לתייר המרפא, שוב, כדי למנוע העדפה.

והקשר של הרופא המטפל בתייר בבתי"ח לא יוכל במקביל לקבל אותו בקליניקה הפרטית וכו', וזה דבר נורא חשוב, רבותי, ניהול דוחות כספיים. היום אני מודה, אני לא יודע, אני לא יודע מה יוליה תגיד, אבל אני באמת לא יודע את המאזן הכספי של הפעילות הזאת, עד כמה היא תורמת ועד כמה היא לא תורמת. והקטע הזה של דוחות כספיים נפרדים, שיעשו מערך רווח והפסד של תיירות מרפא אמיתית, זה איזושהי המלצה גורפת, דרך אגב, לא משנה מי ממליץ ואיך תמליצו – זה צריך להיות שם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לסכם, שקף אחרון. יש בעיה של תשתיות. ולכן כאשר אתה מגדיל את נפח הפעילות על מצב של תשתיות, על מצב של תורים, והתורים מבטאים צורך, רבותי, זה לא איזשהם תורים מלאכותיים שנוצרים ע"י היצע שרותים כדי להעלות מחירים. יש צורך אמיתי שלא מקבל מענה במערכת הבריאות הישראלית היום. ולכן כאשר אתה מגדיל את נפח הפעילות של תיירות המרפא במצב הזה, אתה פשוט מזיק לחולה הציבורי. אחד בא על חשבון השני. היום אני לא יודע, דרך אגב, שראו את זה, ראו את השורה הראשונה, אבל כיעד אסטרטגי כלכלי, הציבו את הסיפור של הכנסות מתייר המרפא כיחס מועדף. ז"א מבחינתם שימות החולה המקומי. אני מגזים,

דוברות: באמת, אני לא מאמין שיש מישהו במדינה עלי אדמות שיגיד ימות החולה המקומי.

דוברות: שייפגע.

דוברות: המדינות האלה הציבו יעד.

דוברות: כן. בשביל תייר המרפא.

דוברות: ולא חשוב איך תעבוד המערכת הרפואית שלהם. אני לא יודעת.

דוברות: כמו למשל הודו, ועוד כמה מדינות בדרום אמריקה, הן עושות את זה מדיעה.

(מדברים יחד)

דוברות: אבל יש עודפים של תשתיות בגרמניה.

יעל גרמן: תעבור הלאה.

דוברות: אני ממשיך. אני חושב שהשורה התחתונה, משפט אחרון שלי. אני חושב שהרפואה הציבורית במדינת ישראל צריכה להיות קודם כל זמינה לחולה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הציבורי. ולכן יש לרסן ולצמצם את היקפה של התיירות הרפואית, ובעיקר למנוע את כל ההשלכות השליליות על החולה במערכת הבריאות.

יעל גרמן : תודה רבה.

דוברות : טוב, האמת היא, הרבה אין לי מה להוסיף, אבל אני רוצה ממש רק שלושה ארבעה משפטים. נקודת המוצא באמת שאין לנו תשתיות.

הבעיה המרכזית זה אינה בתשתיות פיזיות, שניתן לומר שאם יהיו תקבולים, מתיירות מרפא או איזה מקור אחר, אפשר להגדיל אותה גם יחסית בזמן מקוצר. הבעיה המרכזית היא כוח אדם רפואי, רופאים ואחיות שנמצאים בחוסר מאד גדול, בתוך המערכת ואין מה להרבות במילים, דיברנו על זה במשך שנה שלמה. והיכולת שלנו בטווח של עשר השנים הבאות להגדיל אותה כך שהיא גם תענה על הצרכים של האוכלוסיה הישראלית הם קלושים. ז"א אנחנו נהיה בחוסר של כוח אדם גם כאשר נגדיל, גם כאשר נלך לפי התוכנית שמשרד הבריאות הראה לנו, ולכן אני חושבת שאנחנו לא יכולים להרשות לעצמנו ליצור איזושהי אשליה, לדעתי, שאנחנו יכולים להציב בפנינו איזושהו תוואי של הפיכת תיירות מרפא לאיזושהו ענף יצוא משתלם בענף היצוא הישראלי, ודווקא בנושא של תעסוקה שזה בדרך כלל אחד המניעים לפיתוחו של ענף יצוא, אנחנו לא רוצים תעסוקה כי יש לנו בעיה של תעסוקה, ז"א אין לנו מספיק היצע של רופאים ואחיות.

נקודה שניה היא, שאם אני מסתכלת על ההמלצות האחרות של הוועדה, יש לנו שימושים מתחרים לתשתיות שבאמצעותן אמרנו, יש לנו תשתיות זמינות, אנחנו יכולים לנצל אותן, אבל יש לנו שימושים מתחרים. ראשית כל, כדי לקצר תורים, לישראלים, אנחנו צריכים את התשתיות האלה ל full timer שיעבדו אחה"צ. זה היה כל הקונצפט. לאלה שסוברים שיש להם פשרה, רוצים את התשתיות האלה גם לאחצה"צ, בשביל הישראלים. לתת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

להם שרות פרטי ולא לתת את השרות הפרטי לאנשי חו"ל. ז"א ועכשיו יש את אנשי חו"ל שהם גם איזשהם מתחרים בתוך המערכת, והשאלה היא באמת בסדרי עדיפויות מה אנחנו חושבים שאנחנו רוצים לעשות, למי לתת את הבכורה, ואני חושבת שכל אחד פה עם דעותיו, ואני חושבת שקודם כל אנחנו אם יש לנו איזשהן תשתיות שהן לא כוח אדם, כי זה אין, אבל פיזיות ואפשר בתשתיות האלה להשתמש גם ברופאים אחה"צ, אזי יש קודם כל לתת לקיצור תורים, אח"כ לישראלים, ואח"כ לאנשים מבחוץ.

תפישתי היא שאני לא רוצה לראות את זה, לפחות לא בתוך העשור הקרוב כאיזשהו יעד של מדינת ישראל, אני חושבת, שאני מסכימה עם גבי, שצריך לצמצם את התופעה ככל האפשר. האמת היא,

לצמצם או להשאיר אותה כמו שהיא, כי גבי אומר,

יעל גרמן

להשאיר אותה כמות שהיא. אני לפעמים שואלת את עצמי שתי שאלות: למה צריך אותה בכלל, האחת, התשובה שאני נותנת לעצמי היא, שהתופעה הזאת קיימת כבר, ואלמלא קיומה לא הייתי ממליצה בכלל על הנהגתה. ברור שאם אני נותנת שר"פ לאנשים מבחוץ, למה לא לתת שר"פ לאנשים מבפנים? זאת גם שאלה שבה סה"כ שאני מציגה או קובעת את העמדות שלי לגבי מכלול הסוגיות שעולות בוועדה, אז אני לפחות צריכה לענות מדוע. והפתרון שהוא לא מושלם מבחינתי, הוא באמת לשמר אותה פחות או יותר במערכת הזאת, להגיד כמה שיותר מגבלות על היקף התעסוקה, ולצמצם כמה שיותר תמריצים לקיים אותה. וזאת היתה פחות או יותר, הייתי אומרת, תפישתי מהתחלה, כאשר התחלנו בעבודה של הוועדה, ידענו שיש איזשהן, הייתי אומרת, שני כיוונים, אבל החלטנו שאנחנו בוועדה,

דוברות:

גם כשסיימנו היו שני כיוונים.

דוברות:



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

כן. אבל כן הובלנו את הדברים, כך אני מאמינה, לכיוון שבו באמת נוכל להשיג את המשותף, בעיקר בתחום של ההסדרה, ובתחום של ההיקפים, אני חושבת שנתנו חילוקי הדעות. זהו. לא אתחיל, אין לי מצגת שראינו אותה, שאנחנו רואים את הדברים, את הנתונים הרבה פעמים, הכל כבר ידוע לנו ואני חושבת שאני מעדיפה, אם מישהו חושב שיש משאבים, בעיקר של רופאים שניתן לנצל אותם בצורה יעילה יותר ממה שהיום, הייתי רוצה לראות את החולים הישראלים נהנים מכך. אני רוצה שאלת הבהרה על הקונצפט. כי אני חושבת, אח"כ כשנגיע לדיון, אני חושבת ששמתם את השאלות בצורה מסוימת ולדעתי אלה לא השאלות הנוגעות לתיירות מרפא ויש פה המון המון דילמות אמיתיות. אבל כקונצפט אני רוצה להבין. אם כולם משפרים מצב, ועדיין יש העדפה גבי, אולי אליך אני אעשה את זה, כי אתה דיברת המון על העדפה. ואני לא חושבת שיש פה מישהו שחושב לשניה שאין לנו את בעיית ההעדפה. אבל אני רוצה להבין כקונצפט, האם כתפישת עולם, אם כולם משפרים מצב ועדיין יש העדפה, האם יש לך בעיה. ואני רוצה להגיד לך את מה ששאלתי את קובי, אני פשוט רוצה להבין: אם היום במקום ה... שאני נוסעת נותנים לי מרצדס, האם צריך להיות איכפת לי שקובי ייסע במזדא? אני פשוט רוצה להבין את זה. במשהו שהוא עוד יותר. כקונצפט אני באמת רוצה להבין את זה. כי אני כן חושבת שאין מציאות שתהיה תיירות מרפא בלי שתהיה העדפה. אז פשוט בגלל זה.

דוברות:

אני שמח שאת אומרת את זה את כנה?

דוברות:

אני משתדלת להיות כנה. לא תמיד זה מצליח לי, אני משתדלת. אבל באמת, אני רוצה כאילו להבין, אם כולנו משפרים את המצב בצורה מאד משמעותית, האם עדיין, לטובת השרה אני רוצה להגיד, אני רציתי להבין משהו ברמת הקונצפט של גבי. אני רציתי להבין, האם כולנו משפרים בצורה משמעותית את המצב, ועדיין ישנה העדפה, האם זה משהו שלגבי



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כתפישת עולם מפריע? פשוט התפישת הזו שהוא מייצג, האם זה משהו שהוא מפריע?

דוברות: איך נערכים.

דוברות: כן. אמרתי, רק אם, לא לא, אני לא אמרתי, זאת שאלה אחרת. אני רציתי להבין פשוט בתור תפישת, האם גם אז הוא אומר.

יעל גרמן: אני יכולה להוסיף? אם אנחנו פותחים את הסדרי הבחירה בכל המערכת, ועושים מחירים אחידים, האם אתם אז חושבים, מה מידת ההעדפה? אתם חושבים שהיא תרד או תעלה? הבנת את השאלה? אם התיירים מתחרים גם על השוק הישראלי ועכשיו הישראלים לא הופכים להיות

אם באמצעות הכסף של תיירות מרפא, אני מציע לך לקצר את התורים של הישראלים ולשפר את הנגישות, האם עדיין קונצפטואלית אתה נגד בגלל ההעדפה של התייר?

דוברות: או אני אתן משהו לא על תור, פשוט כדי לחדד. האם בגלל העובדה שביה"ח יודע שצריך להיות אטרקטיבי גם לתייר, הוא באמת יעשה תשתית יותר טובה. כי הוא יודע שהוא לא יכול בצריף להביא תייר. אני פשוט רוצה להבין אם גם אז.

דוברות: אני אומר בעיקרון, לדעתי, ללא שום קשר לעמדה שלך להרחיב או לא להרחיב תיירות מרפא, אני בניגוד אליך חושב שאסור שתהיה העדפה. וכאשר אנחנו נדבר על ההסדרים של הבחירה ונאמץ איזשהו הסדר בחירה והסדרי מחירים והסדרי התחשבנות, אני רוצה להחיל את אותם הסדרים גם על תייר המרפא, כדי למנוע העדפה ולתת מקדם של מה שנקרא מקדם הקושי שכרוך בטיפול בתייר המרפא, לבוא לחולה הישראלי. זה הכל. אבל בהגדרה, ההעדפה לא מקובלת עלי במערכת הציבורית. תסעי במרצדס, תסעי במציבושי, את מחזירה אותי עכשיו לדיון הבסיסי, האם בריאות זה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

זכות או מוצר? אם זה היה מוצר, אנחנו מדינה חופשית, כל אחד בהתאם ליכולתו, סעי במה שאת רוצה, בחיים לא תהיה שוויוניות. אבל אם את מגדירה בריאות כזכות והיית רוצה במידת האפשר, שיהיה זמין לכל אחד, לא לפי היכולת הכלכלית שלו כמו מרצדס, אלא לפי הצורך הרפואי האמיתי שלו, אז אסור לך לאפשר ההעדפה.

דוברות: מתחילים דיון?

יעל גרמן: אני רק רוצה קצת יותר למקד את הדיון. מה שאני מבקשת, זה שכל אחד יביע את דעתו. אם אנחנו נצליח גם לשכנע, אז זה בסדר. את כאילו מנסה לקחת,

דוברות: רציתי להבין, כיוון שגבי שם את הכל על ההעדפה, רציתי רק להבין האם הוא יאסור העדפה וקיבלתי תשובה.

יעל גרמן: שוויוניות מעל הכל, זאת התשובה. כל מי שצריך ללכת קודם יתבטא ואנחנו נשאר אח"כ לדון. אבל זה מאד מאד חשוב. מאד חשוב לי שלפחות אחד מכם יישאר. אם לא, אנחנו נפסיק את הדיון, כי זה לא אפשרי שאחד הצדדים לא יהיה.

יוליה: אני מרגישה קצת שאנחנו נמצאים בשני סוגים של שיח. כי ההמלצות שאני הצגתי אל מול אופן ההסדרה, בהנתן הניתוח שחלקו עכשיו גבי הציג, אבל אני גם פתחתי את דברי ואמרתי שהצגנו בפני הוועדה סוגיית העדפה לא נסתרה בידי חברי הוועדה. זה היה על השולחן מהרגע הראשון, והכללים שנקבעו נקבעו בהנתן התמריץ הייחודי שקיים בתחום של התיירות הרפואית וזה גם מופיע בעיגולים הראשונים שהצגתי של מחירים. גם הנתונים שהופיעו פה עכשיו בהצגה, חלקם הגדול הצגנו, התייחסנו. אני רוצה כן להזכיר רק לעניין התפוסות והנתונים הנוספים. מדובר בנתונים ממוצעים. אחד הדברים שבאנו ואמרנו, נכון שיש נתונים, אבל יש גם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

נתונים פרטניים פר מחלקה ויש לנו בתי"ח שאנחנו רואים שבקרדיו יש לנו 45 ו-50 אחוז תפוסה אל מול בתי"ח שיש בו מעל 100. יש שונות גדולה בין בתי"ח, ויש שונות גדולה, אגב, אני לא אומרת שאין עומס. יש עומס גדול בתוך המערכת, ועדיין יש שונות בין המחלקות ואנחנו ראינו את זה בנתונים. זה לטבוע בים בעומק של 1.5 מטר. אפשר, כי יש אזורים שבהם זה מאד עמוק ויש אזורים שזה מאד מאד רדוד.

אותו דבר לגבי המערכת הישראלית, להסתכל על ממוצעים זה מטעה. ולכן כן הלכנו והסתכלנו על נתוני אמת. לקחנו חמש שנים אחורה ופה תודה גם למשרד הבריאות שיודע להפיק את הנתונים האלו. הסתכלנו על הנתונים עצמם. יש מחלקות מאד מאד עמוסות ולכן גם ההסדרה שבנינו מתייחסת לנתונים כפי שהם. אנחנו לא מתעלמים ואומרים שיש מחלקות שלא תהיה בהן תיירות רפואית. סביר להניח, ואגב, זה גם לא הביקוש הגדול של התיירים, רובם לא מגיעים בשביל להתאשפז בפנימית. כלומר, זה משהו שאנחנו יודעים ומבינים, וזה מופיע בתוך ההמלצות.

גם עניין ההעדפה. תראו, יש העדפה, יש העדפה ברמת התמריצים, השאלה מה עושים עם זה. ואנחנו כל הזמן ניסינו בהמלצות שגיבשנו, לא ללכת לדיון התיאורטי והאידיאולוגי והפילוסופי סביב ההעדפה, ללכת למקום האם בתי"ח/רופא יכולים לעשות עם זה משהו שעשוי לפגוע בישראלים. ולכן גם בנינו מערכת שאני אומרת: או.קי. הרי הרופא גם אם יש לו לצורך העניין, נניח ואני מסכימה עם גבי שלרופא יש איזשהו תמריץ ייחודי לטפל במי שמשלם לו יותר. היום בהצעה שאנחנו הצגנו, הרופא בכלל לא בוחר במי הוא מטפל. הרופא יכול לסרב לטפל במישהו. אבל מי שמקצה את התורים זה ההנהלה. כלומר, היכולת של הרופא ליזום מהלך כתוצאה מהתמריץ הקיים, כתוצאה מההעדפה הקיימת, איננו במערכת. כלומר, כן הוצאנו את העוקץ מתוך התבוננות לתוך הסוגיה של האם זה יכול לקרות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ומה יכול להיות. ניתחנו את הקשר הכספי בין תייר לבין רופא. לא רק בין תייר, גם בין הסוכן לרופא אנחנו הרחקנו ובאנו ואמרנו: לא רק זה, גם להרחיק את זה ממעגל שלישי של עובדים בתוך ביי"ח, כדי להבטיח שלא תהיה פה איזושהי הטעיה. כלומר, אנחנו לא עצמנו עיניים ואמרנו כן אולי, אמרנו, מה החשש. אז סביר שאולי מתקיימת העדפה, בואו נמזער כל יכולת של ההעדפה הזאת להשפיע על המהלך הטיפולי בישראלים. באנו ואמרנו: נכון, לבתי"ח יש תמריץ לקבל כמה שיותר כסף. אגב, הם עושים את זה בשביל לשפר את התשתיות ולטפל בחולים. הם לא עושים את זה בשביל להתעשר ולהפוך לטייקונים. זה הבסיס של התפישה, שבסופו של דבר מנהלי בתי"ח הם אנשים שאנחנו סומכים עליהם שינהלו את מערכת הבריאות בחלקים שאמונים עליהם הם יעשו את זה בצורה הטובה ביותר עבור החולים הישראלים ואני רואה בהם שותפים ולא אנשים שאני צריכה להלחם בהם. עכשיו, כשותפים אני רוצה להבין מה אתם רוצים ולפעול בהתאם לתמריצים.

אני רואה בהעדפה הזאת, גבי, תמריץ מאד גדול. אתם רוצים לטפל בתיירים ואנחנו הבנו ממנהלי בתי"ח שהם רוצים, על אף הקושי מול הסגל ואני אחזור לנקודה הזאת, רוצים? מצוין, אז תנו בתמורה לזה בציבורי משהו שהרבה יותר קשה לכם. בדיוק בגלל זה בנינו את המשוואה הזאת שאומרת שאם אתם מטפלים בתיירים, אתם צריכים לתת עוד טיפולים ציבוריים, בשביל למנוע מצב שבו מטפלים רק בתיירים.

למה אמרתי את הקושי מול הסגל? שמענו בוועדה, לא פעם שעבור הרופאים הישראלים, שהם צריכים להתגייס למשימות נוספות, וזאת משימה נוספת טיפול בתיירים, כי בהגדרה בשעת אחה"צ, הם מעדיפים לטפל בישראלים מסיבות מובנות לחלוטין. כלומר, אף אחד מאתנו לא צריך להיות מופתע מזה. אבל בואו גם טיפה ננמיך את התחושה שכל רופא רודף אחרי תייר.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לא. באו ודיווחו לנו שלהנהלות קשה לגייס צוותים רפואיים לטיפול בתיירים, כי הם רואים בזה באמת משימה נוספת. אגב, השיח על הכסף שנלווה לטיפול הזה, גורם גם לרופאים לבוא ולהגיד: רגע רגע, אני עובד פה מאד קשה, משהו שהוא לא בליבת האחריות המרכזית הראשונית שלי, מי שמקבל את התקבולים, אני כמעט ולא רואה מזה משהו נוסף, אפשר להתווכח על זה, לא רוצה. יש צוותים שסרבו לטפל, לא סתם התייחסו לזה, ולא סתם לאה גם כל כך ערנית לנקודה הזאת, סליחה שאני שמה אותך מהצד השני של המתרס, אבל יש פה סוגיה של רופאים ישראלים שלא רוצים לטפל בתיירים, ולא משנה כמה כסף בייח יראה מזה, כי הרופא לא יראה מזה משהו ייחודי.

אני לוקחת את המקום הזה של ההעדפה למקום שבו נהפוך את האיום להזדמנות, נבין שזאת המערכת, שכנראה קיים תמריץ וננסה לנטרל את ההשפעה השלילית של התמריץ הזה, וננסה להפוך את זה למשהו שמבטיח לנו את התמורה שאנחנו מחפשים והתמורה היא טיפול בחולים ציבוריים, שיפור תשתיות, הפניית מקורות נוספים וסגל. חברים לא חזרתי למצגת הראשונית, אבל ראינו שמכספי התאגיד, מהכספים שמגיעים מאותה תיירות רפואית, היום יש צוותים רפואיים שבבקרים, בבקרים התאגיד מעסיק אותם בשביל לתת מענה לחולים הישראלים. אז אם זה לא משהו שהוא תורם לחולים הישראלים, אני לא יודעת מה כן. אנחנו גם ראינו את המספרים. כלומר, גבי, אני מסכימה אתך פה שיש נתונים חסרים. אבל הנתונים שראינו, מבחינתי לפחות, הוכיחו שיש פה כסף שמופנה לצרכים נוספים כמו רכישת מכונות שמשמשות לא רק את הזרים ואנחנו גם באנו והתייחסנו לזה שיהיו תשתיות שיופנו לישראלים. כלומר, תראו,

דוברות: אנחנו דיברנו על זה שבתועלת החברתית הכוללת, אנחנו יודעים לשנות את תוספת המשאבים שתהיה למערכת, אנחנו לא יודעים לכמת את הנזק



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שייגרם. אי אפשר להמנע שייגרם ברגע שישראל יהיה יכול לקבל את הטיפול ובמקומו מטפלים עכשיו בחולה מתיירות מרפא. יש נזק שאנחנו את הנזק הזה לא יודעים לכמת, אבל אסור לנו להתעלם ממנו. אז תמיד מול הכסף הזה שאנחנו כן איכשהו מצליחים לכמת אותו, אתה תמיד צריך לדעת שהוא פחות ממה שהוא.

יוג'ין קנדל: תראי מה שאת אמרת עכשיו. יש פה בנפיט שאותו אני יודע. אני לא כל כך מסכים, כי יש עוד בנפיט שאנחנו לא מכמתים. יש פה דבר שני, את אומרת: הבנפיט אני יודעת שהוא טוב, נניח בערך, הcost אני לא יודעת, אבל על סמך זה אני אומרת שהcost שאני לא יודעת, הוא יותר גדול מהבנפיט. את אמרת שאת לא רוצה להתחיל. זה אומר שה cost הוא יותר גדול מהבנפיט.

דוברות: כן. בהנתן שאני לא יודעת, אני לא רוצה להסתכן. לא במצב של מערכת הבריאות הציבורית.

יוג'ין קנדל: את לא יודעת. אני בדיוק אומר את זה.

דוברות: בסדר, אני מסכימה אתך במילה.

יעל גרמן: אני רוצה לעשות פה סדר. יוליה, אולי תוותר, יוג'ין רוצה. אני רוצה פשוט שיוג'ין יאמר.

יוליה: הסוגיה של כוח אדם. יש פה איזושהי אמירה שחוזרת על עצמה, שיש לנו משאב מוגבל, גורם ייצור במחסור שזה כוח אדם. א. אנחנו בהחלט חושבים שצריך להגדיל את מספר הרופאים והאחיות במערכת, חד משמעית זה ההמלצות. להגדיל את מספר הרופאים במערכת וגם של הצוות המטפל, זה לא רק הרופאים, וזה נכון. יש פרק, התחלנו לעבוד על זה, זה נעצר באיזושהי נקודה, זה מגיע לדיון במליאה כולה, מה קורה עם מדיניות כוח האדם. אני חושבת שזה נושא קריטי, כי זה המרכיב המרכזי בפונקציה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הייצור של מערכת הבריאות כולה. בואו נשים בצד אפילו, לא אפילו, אמנם הדיון הוא על תיירות רפואית, אבל חד משמעית זה נושא מהותי שגם נעשתה בו איזושהי עבודת תשתית מכינה, ואני לא יודעת איפה זה עומד. אני חושבת שזה דבר ראוי מאד שאנחנו כוועדה נשלים את הדיון בזה. אבל מעבר לזה, תזכרו שהיום חלק מהזמן של הרופאים מבוזבז. אנחנו כן צריכים להבין שהגורם ייצור הזה, נקרא לו הרופאים היום א. חלק ניכר מזמנם עובדים במערכת הפרטית, גם יש לנו פה נתונים של רופאים מומחים. עם היתרי עבודה במערכת הפרטית, שלא עובדים במשרה מלאה בתוך מערכת ציבורית וזה ברור לנו שיש פה גם את המשרה וגם הזמן שמוקדש למערכת הפרטית, זמן של המעברים, הזמן הלא יעיל בתוך זמן העבודה הציבורי שלהם בבוקר. כלומר, נכון, יש מחסור, נכון צריך להגדיל, אבל בטח ביחס להיום אנחנו יכולים להגדיל את תפוקות גורם הייצור הזה שנקרא כוח אדם, ואנחנו יש כלים מאד פשוטים להגיע לשם. לכן אני לא מקבלת את ההנחה הבסיסית שאנחנו הגענו למיצוי של כוח האדם במערכת, כי זה משהו שעובר כחוט השני בין דיון לדיון וכדאי לזכור. היינו ברמב"ם כולנו בסיוור, שמענו כמה מזמנם מתבזבז על פעולות אדמיניסטרטיביות. הם העריכו את זה ב-30 אחוז. אפילו אם זה חצי מזה, זה עדיין משמעותי. הנסיעות והמעברים אפילו מרמב"ם לאסותא או מאיכילוב לאסותא, זה לפחות שעה ביום בשני הכיוונים. זה זמן מאד יקר להחליף בגדים, לצאת ולהכנס לשגרה. כלומר, עצם המעברים האלו בין המערכות היום, יש הרבה זמן שמבוזבז, למיטב ידיעתי, חלקם גם קופצים בבוקר, לבקר ולוודא, כי יש להם גם אחריות כלפי החולה שניתחו ערב קודם. אז אני לא בטוחה שכל הזמן של הרופאים במערכת הציבורית אנחנו מנצלים אחותו במלוא היעילות, ולכן אני לא הייתי רוצה לראות בזה את המגבלה הכובלת המרכזית שלנו בתוך המערכת, ובהחלט כדאי להדגיש אותה כמה שיותר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל גרמן : תודה רבה יוליה.

יוג'ין קנדל : תראו, אני חושב שגבי סיכם את זה מאד יפה, כשהוא אמר שזה זירו ואני חוזר למה שאני אמרתי. אם אנחנו מסתכלים על זה כ zero sum game אז אין לנו שום סיבה, הטענה שבואו נעצור את זה איפה שזה עכשיו היא לא הגיונית. אם זה zero sum game בואו נבטל את זה. כי אני לא רוצה להיות זה שאומר שהאזרח הישראלי הממוצע נפגע מעצם תיירות המרפא. אבל אנחנו טוענים שזה לא zero sum game ומסיבה מאד פשוטה: הרי גבי שואל שאלה בראשית דבריו הוא שאל שאלה: האם יש תשתיות עודפות באשפוז. ופה קודם כל צריך לשאול ויוליה כבר דיברה, האם אנחנו מדברים על תוחלת, על ממוצע או על שונות. בוודאות אנחנו יודעים את זה מנתונים, שיש תשתיות עודפות בישראל, כי תפוסת מחלקות יש הרבה זמן במחלקות שונות בבת"ח שונים בתקופות זמן שונות, יש הרבה כושר ייצור עודף. זו עובדה. לא צריך ללכת. וזה לא סותר את העובדה שבממוצע זה אשפוז של 90 ופלוס אחוז ממספר שכרגע במספרים אצלנו זה הרי אין מערכת כזאת שיש בה תקנון שלא השתנה משנת 70', לכן ההשוואה של 98' בממוצע של OECD הוא לא הגיוני, כי אנחנו צריכים לעשות את זה בפועל.

דרך אגב, עובדה הכי פשוטה, האם מישהו שמע מנהל בי"ח שאמר לו תשמע, יש לי ססיות, אני לא יכול להגדיל ססיות כי אין לי כוח אדם. כולם ליד השולחן הזה אמרו, שאם יתנו להם יותר כסף קופות החולים, הם יעשו יותר ססיות. זה לפחות מה שנאמר. רוטשטיין אמר את זה ליד שולחן הוועדה, גם בוועדה של תיירות מרפא. לכן אני חושב שהמגבלות של ססיות הן ל מגבלות שלא עושים ססיות כי עושים תיירי מרפא, ולא עושים ססיות כי קופ"ח לא נותנות כסף עודף לססיות. ועובדתית, יש הרבה מאד חדרי ניתוח פתוחים שבהם אפשר היה לעשת ססיות וגם לצד תיירות מרפא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אני חוזר לנקודה של יוליה לגבי כך שכוח אדם אנחנו לא מתקרבים בכלל לניצול מלא של כוח אדם. אני כבר לא מדבר שחלק ניכר מהאנשים עוזבים את הרפואה ומתחילים לעבוד בדברים אחרים, במיוחד אצל אחיות, כי אין להם מספיק מקורות פרנסה. יש ישראלים שאפשר להחזיר אותם מחו"ל בכמויות גדולות, רק לתת להם דוגמא, בכנס אחרון בניו יורק, היו 400 רופאים ישראלים שבאו להתעניין לבוא לישראל. 400. וזה סתם אף אחד לא עשה שום קמפיין ושום דבר. סתם היה כנס שאנשים ארגנו. ויש גם הרבה מדינות נוספת וכמובן צריך להגדיל את המערכת הזאת. לכן אני לא מקבל. נניח שאנחנו באיזשהו שלב מקבלים,

דוברות: החזרה שלהם לארץ היא פונקציה של?

יוג'ין קנדל: האם הם יוכלו להשתלב פה או לא יוכלו?

יעל גרמן: קודם כל שיהיו מקומות פנויים.

יוג'ין קנדל: בוודאי. כי יש פה הרגשה שזה מגבלה פיזית. זה לא מגבלה פיזית. זו מגבלה של מדיניות. מדיניות זה פונקציה של משאבים. אז אתה יכול להגיד: משאבים קבועים ולכן אני צריך לזוז בתוך הארון הזה בלי שיש לי, או שבוא נגדיל את הארון. אם המשאבים קבועים, אז אופציה אחת זה להגיד: תשמעו רבותי, בואו נאסור את זה, במסגרת המשאבים ולא נתעסק בזה. ואופציה אחרת היא להגיד בואו נגדיל משאבים. ומשאבים אפשר להגדיל. אין שום בעיה להגדיל את המשאבים גם במיידית ובטח לאורך זמן. ופה אף אחד לא מתכוון לקפוץ מעבר ליכולות האמיתיות של מערכת ישראלית, בהעדפה לישראלים.

עכשיו, על ההעדפה, תראו, אנחנו שמנו את ההעדפה בתור אלוהים. ההעדפה זה לא אלוהים. גם תשאלו את האנשים שעוסקים באתיקה ואנשים שעוסקים במשפט, זה עניין של מדתיות. ואם העדפה מסוימת נותנת, אני



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שאלתי את אסא כשר, שאלתי אותו את השאלה הזאת, האם זה אתי שאתה מכניס חוסר שוויון מסוים, כאשר אתה משפר את כולם כולם היו קודם ככה ועכשיו ככה. האם זה בסדר? הוא אומר אתית זה בסדר. לכן אנחנו משום מה, יש פה איזשהו קידוש של שוויון בלי שום מחיר. אם לא משנה מה המחיר של תוספת של שוויון, אנחנו מוכנים לשלם אותו. זה אומר, ופה זה בדיוק נכנס לעולם של מה שגבי מציע. למשל, אתן לכם סיטואציה שיכולה לקרות, יש עוד כל מיני דברים שמונעים את זה, אבל גבי היה מונע את זה. מחר באים מאה מיליארדרים אמריקאים יהודים ורוצים לבוא לארץ. כי הם רוצים לבוא לחיות בארץ. אבל אומרים: תשמע, מערכת הבריאות שלכם, אנחנו לא בדיוק רוצים מערכת בריאות, אנחנו נעתיק לכם את בתי"ח הטובים של ניו יורק, עם כל הרופאים היהודים, אנחנו נבחר את הטובים, נעביר אותם לפה ואנחנו נשלם על כל הטיפולים שלנו חצי מהמשכורת שלנו. או אפילו את כל המשכורת שלנו. אתם תשתמשו בהם בחינם. אבל כשאנחנו מגיעים לשם, אנחנו נכנסים, מטפלים בנו ראשונים וכו'. מאה אנשים ביי"ח מקבל, לא יודע, 20 אלף איש בשנה.

יעל גרמן: גבי היה אומר לא.

יוג'ין קנדל: גבי היה אומר לא. ז"א לא רק שהוא היה אומר לא, מה שהוא הראה פה במערכת, בכללים זה אוטומטית היה אומר לא. כי אז בביה"ח הזה מאה אחוז מההכנסות שלו היו מפרטי, כי כל השאר היו באים בחינם והיו מטופלים פה 20 אלף איש לעומת 100. אני חושב שזה לא הגיוני. אבל אם אתה שם את העובדה שאני רוצה את השוויון כמשהו אבסולוטי ואין לו שום מחיר אפילו בקצת. אז זה מה שאתה מקבל. זה מה שאתה מקבל, וזה אני חושב שזה לא מערכת הגיונית, כי אנחנו ולא צריכים להתחיל בשוויון. שוויון צריך להיות מגבלה, שוויון מלא הוא אף פעם לא ניתן להשגה, ולכן להפוך אותו לפונקציה מטרה ללא שום תמורה, היא לא הגיונית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דבר נוסף, עליה בתיירות מרפא היא חלק מהפתרון של המערכת שמשוועת למשאבים. ואף אחד לא בדיוק קם בבוקר ואמר אני הולך עכשיו לסיים את ביה"ס לרפואה כדי לטפל באנשים שבאים מסיביר. זה לא משהו שם. לכן אני חושב שאנחנו, ואנחנו שוכחים שתיירות המרפא מביאה את הכסף לתוך המערכת. היא זאת שאפשרה לבתיה"ח לשכור את האחיות ואת הרופאים ואת הצוות המתמחה ולבנות תשתיות ולבנות מכונות שהיום משתמשים בהן, ותקחו את כל הכסף הזה שהוכנס למערכת, תוציאו אותו החוצה, את כל מה שנקנה בכסף הזה, תפנו ובואו נראה מה זה יעשה לטיפול באנשים שהיום מטופלים במערכת ציבורית. אני חושב וזה די ברור מתוך זה, שמצבם יורע. כמובן שזה יבוא על חשבון שכולם שווים לגמרי.

אני לא מבין את האובססיה הזאת של מחיר גבוה. הרי אם אנחנו מדברים על עומסים על מערכת, המחיר לא מעמיס על המערכת, הבן אדם מעמיס על המערכת. האשפוז מעמיס על המערכת. הפרוצדורה מעמיסה. מה ההגיון לשים מגבלה, אני כבר לא אומר שאני לא מסכים למגבלות האלה, אם אתה שם מגבלה על כמות הפרוצדורות, מה ההגיון לשים מגבלה על כמות הכסף? תעזבי טקטי, אני אומר שבואו נבין. אנחנו מעדיפים את אותו כסף בחצי מהאנשים. ז"א אם אותם אנשים יכולים להביא לי פי חמש כסף, אז זה טוב. זה לא משהו רע. זה הולך למערכת ציבורית ומחזק אותה. הוא לא פוגע. יש פה איזשהו קשר לוגי שאני לא מבין אותו.

לגבי המגבלות של העדפות. מה שמפריע לנו זה הסטות. מה זה הסטות? שאני לא אטפל בחולה ישראלי ובמקום זה אני אלך לטפל בחולה זר. זאת הבעיה. אז עכשיו צריך להסתכל על ההסטות. האם בהסטות היום, כפי שאני כבר אמרתי, לפחות מה שנטען ע"י מנהלי בתיה"ח, שהיום המגבלה שלהם על ססיות, לא מגבלה של מישהו שהרופאים שלהם מנתחים או מטפלים בזרים, אלא מה שמגביל אותם זה חוסר טופסי 17 לססיות. לכן



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אני חושב שאם אנחנו נכניס עוד, ואנחנו בתוך ההצעה, אנחנו מראש כל בן אדם שאני שוכר אותו לאחה"צ חלק מהזמן הולך לקיצור תורים של ציבורי. לכן בבנייה של המודל מובנית, יש שיפור של המערכת הציבורית.

דבר שני, אנחנו ממליצים על שכר רופא גלובלי, אני עוד פעם חוזר לזה. שאז התמריצים של הרופא לא כל כך רלוונטיים ואנחנו כל הזמן מדברים על מגבלה של זמן. אם אנחנו הבאנו את הבן אדם לתוך מערכת ציבורית, יש לו מגבלת זמן, הוא לא יכול, אנחנו לא יכולים להעלות את זה מעבר לכמה זמן שהוא יכול לבלות בבי"ח. אנחנו לקחנו את הבוקר של הבן אדם הזה, הוספנו לו חלק מאחה"צ, כמה נשאר שם? זה מה שמגביל, באותה מידה כמו שדיברנו במודל המשולב, שהצגנו לישראלים, זה אותו דבר. אין פה איזושהי הצפה של כמות, הרי מישו צריך לטפל בהם. ויש פה מגבלות. המגבלות האלה שחלות על בי"ח הן אלה שיעשו את הויסות של ציבורי אם ייכנס נניח ישראלי בתשלום אז יהיה אח"כ ישראלי בתשלום, אתה יכול גם להגיד שחלק מהזמן שלך חייב להיות לישראלים בתשלום. אם אתה מכניס את זה ואתה עושה אותו דבר, אותך לא מעניין מהם האחוזים. אותך מעניין מה הם עושים לאותן אוכלוסיות שמעניינות אותך. והמודל הזה פותר את זה. ולכן אני חושב, אבל מצד שני, אם אתה מקדש לחלוטין את העדר ההעדפה, המודל של גבי הוא לחלוטין הגיוני. הוא פשוט מתחיל מנקודת מבט שלפי דעתי, היא לא קיימת אצלנו בשום מערכת, גם ציבורית וגם לא הגיונית, כי זה אומר שאתה על מנת להשיג עוד קצת שוויון, מוכן לעלויות, להשית עלויות על הציבור שהן הרבה יותר גדולות ממה שהציבור, אם היית שואל אותו, לפי דעתי, היה מוכן לשלם.

דוברות: זכות הקיום של תיירות מרפא, לדעתי לפחות, היא יותר מאשר לא לפגוע, היא לשפר את איכות הטיפול באזרחי מדינת ישראל. עכשיו, בואו נראה מה קורה בבי"ח. כל מה שגבי אמר הוא נכון. עומס, גם לאה אמרה, המיטות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מלאות, אין מספיק רופאים, אין מספיק אחיות, הכל עמוס. עמוס, עמוס והנה אנחנו באים אחה"צ והשממה במסדרונות. ביי"ח מאד יעיל כמו תל השומר, מצליח בעשרה חדרים לנתח אחה"צ. זה המון, אני אגיד לכם ואולי גם כשנדבר אח"כ על פעילות בתי"ח, אני אגיד לכם באיזה טריקים ותרגילים עושים כדי להפעיל אותו. אבל ביי"ח רגיל כמו איכילוב, הדסה, כולל השר"פ אגב, חי על בערך 5-6 חדרים מתוך האתר המרכזי, ואני מדבר רק על חדרי האתר המרכזי ויש עוד הרבה חדרי ניתוח אחרים. ואנחנו הולכים לאסותא והנה תמונת ראי, ערב לילה, full action, למה?

דוברות: ובבוקר אין כלום.

דוברות: ובבוקר הרבה הרבה יותר ריק, לצערנו, הבוקר הולך וגדל, אם אתם רוצים לראות את היחלשות המערכת הציבורית במשפט אחד, זה הבוקר ההולך ומתמלא בבתי"ח הפרטיים. הם כבר הרבה פחות תמונת ראי של בתי"ח הציבוריים. גם הבוקר שלהם נצמד לזה, זו החולשה הנוראה שהמערכת הזו מתפתחת אליה. אני לא רוצה לדבר על הבזבוז, MRI יש משך חיים מוגדר, ולכל אחד מהמכשירים וזה פעיל בבוקר וזה פעיל בערב, וזה בזבוז נוראי והתשתיות, מישהו חושב שהתשתיות בבתי"ח הפרטיים הציבור לא משלם בעבורם? זה חלק מהמחירים. אנחנו מבזבזים ומבזבזים וזה בסדר. בשביל ערכים אפשר לבזבז כסף. זה בסדר. אבל אתה צריך לפחות להבין שזה מה שאתה עושה. זה מעבר לזכות הבחירה בסוסיתא או במרצדס. זה מעצם העובדה שבשם השוויוניות אני הולך להוציא הרבה כסף, כשאין לי אותו. אין אותו. באמת אין אותו.

עכשיו השאלה מה עושים. אתה יכול לבוא והכי קל בעולם זה להגיד את הדבר הזה אני לא רוצה. והאמת היא, ממש קשה אתו. אני מדבר כמי שהיה צריך איכשהו לחיות עם הדבר הזה וזה אחד הדברים הפחות אהובים על מנהלי בתי"ח בישראל, כי זה מציק ואתה רוצה לראות שלא ייפגעו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הישראלים ושלא תהיה העדפה ושהעדפה תהיה הכי קטנה שאפשר, ושלא יידחו תורים, ואם עשית את זה בבוקר, מיד לראות ברשימה שמופיע תור לניתוח אחה"צ, כדי שאתה תוכל לישון בלילה גם עם המצפון שלך, ומאד מאד קשה עם הדבר הזה. אבל בסוף יש לזה רק זכות קיום אחת, אני חוזר, אם זה מחזק את הטיפול בישראלים.

נורא נורא קשה להסביר את זה, כי לאזרח הישראלי שיושב בתור ורואה את התייר שנכנס לפניו, הוא מבין שזה על חשבוננו. הוא רק לא מבין שבלי התייר הזה התור שלו היה ארוך פי שתיים. מדוע? כי אנחנו עושים כל מאמץ עלי אדמות כדי לדכא את בתי"ח הציבוריים ושמם להם אלפא וCAP ויוצרים אינדיקציות לרופאים לצאת החוצה וללכת לעבוד במערכת הפרטית. זו עובדה. וגם יצרנו במשך שנים רבות את המחסור הזה, את המחסור ברופאים ובאחיות אנחנו יצרנו. לא השמים. אנחנו יצרנו. אם היה ב-2002 המלצות לפתוח ביי"ס לרפואה והוא נפתח רק ב-2012, עשר שנים מישהו חיכה, כי צריך היה לפתוח אותו ב-2002 ואת המחירים אנחנו משלמים היום כולנו. אבל בעובדה, שרוצים יחד אורי, לתקן דברים, אפשר לתקן מהר מאד, פתאום כבר יש תוך כמה, שלוש ארבע שנים יש לנו כבר 1030 סטאג'רים זה אומר שבשנה הבאה כבר יהיו לנו צעקות, כי לאנשים לא יהיו מקומות להתמחות אז אפשר לקדם ופתאום, גם זה יהיה, לראות את הטבלה ולהבין שאם נפתחים כנתוני המועצה המדעית 860 פנקסים חדשים כל שנה, ויש 1030 סטאג'רים אז once תמלא את המחסור שקיים, אז יהיה לך מחסור במקומות התמחות, שמומחים אגב יוצאים החוצה. יוצאים לפנסיה. זה לא שאח"כ יגמרו את ההתמחות ויחפשו את עצמם. כי יהיה להם מה לעשות.

אז מה עושים? < מנסים לעשות משהו שהוא קשה. והוא לא תמיד מצליח. אני בוודאי לא חושב שבמודל הזה שהציגו, הצגנו בתת הוועדה שלנו, הוא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מושלם. הוא רחוק מלהיות מושלם, ולכן שימו לב, יש פה המון המון אלמנטים של רגולציה ובדיקה וכמעט בכל רמה קיימת וזה לא יהיה פשוט, אבל יש בו יתרון אם הוא מביא משאבים. למה אני מתכוון משאבים? אורי צודק, בבי"ח תל השומר כדי לעבוד אחה"צ, פרט לתשלום הנורמאלי, שביה"ח לא יפסיד כסף שהוא עובד יותר ויותר קשה, חסרים מרדימים. חסרות אחיות. אז ביה"ח הלך והביא מרדימים מגיאורגיה. למה זה נראה כל כך מוזר? החמישה או ששה מרדימים שהגיעו מגיאורגיה, אולי 20% מזמנם נתנו לתיירי מרפא, ושאר הניתוחים היו לטובת הישראלים. ואם נפתח עוד קורסים של אחיות חדר ניתוח, אז יהיו עוד אחיות. חלק גדול היום מהאחיות לא עובדות, עובדתית, לא כל משק האחיות עובד, וכבר היום אנחנו ב-2500 אחיות, עוד כמה שנים יגמרו 2500 אחיות. אגב, גם להן לא יהיו תקנים בתוך המערכת, כי המערכת למדה להיות מאד מאד צפופה בתקנים, ואם תשאלו בתל השומר, כמה תקנים פנויים יש לכם לאחיות, יגידו לך אין לי, חסרות לי 300 לתקן לעומת החשבונות של האחיות. אבל תקנים פתוחים? אין כמעט בבתי"ח.

אז אם ככה, הבעיה האמיתית היא לא המחסור במשאבים, הבעיה האמיתית היא שאנחנו חנקנו את המשאבים בבתי"ח, במטרה ובכוונה שאתה יכול להתווכח כן או לא, הגיעה להצלחה, זה שאנחנו מ-1995 ועד היום נמצאים בהוצאה של 7.7 או באזור הזה לבריאות, זה רק מהמקום הזה. שיהיה לכם ברור, זה מה שהוביל אליו.

יעל גרמן: מ-1995 גם ירדנו.

דוברות: אני לא מבינה, אנחנו חנקנו או משהו? בפועל,

דוברות: אנחנו, אנחנו חנקנו, כמדינה חנקנו את המערכת, כדי להקטין את ההוצאה הלאומית לבריאות. מאד פשוט. ונתנו out דרך המערכת הפרטית. אני לא רוצה עכשיו להכנס לזה. אבל זהו. עכשיו אפשר לשנות. עכשיו אפשר



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשנות ואני חי במדינת ישראל, ואני יודע שעם כל המשאבים שנצליח להגיע, עדיין זה לא יהיה מספיק לצרכים הבאמת מאד מאד גדולים שאנחנו צריכים במערכת, ולטובת הישראלים, אני עוד פעם אומר את זה, אני עוד פעם אומר לטובת הישראלים והשאלה היא האם אנחנו וזו שאלת השאלות, א. אפשר לבוא מהמקום של גבי, מורי ורבי, ואני מכבד אותו, אפשר להגיד שבשם השוויוניות אני לא רוצה אפילו לגעת בדבר הזה, או לפחות לא לתת לו לגדול, נקודה, עם זה כבר השלמתי, אין מה לעשות, מזה אני לא אתן לגדול.

שתיים, הדרך השניה באה ואומרת, אני כן מאמין ביכולת שלי לבצע רגולציה למערכת הזו, אני מאמין, גם אם לא תהיה מלאה, תהיה חלקית, אבל אז יתרונותיה גדלים על חסרונותיה, וזה בסדר. אני כן מאמין, כמו שהוצג קודם, שכן אפשר לבצע רגולציה ואני לא רוצה לחזור על כל האלמנטים של הרגולציה. אגב, יש עוד נקודה שתשימו לב, שאנחנו מאד הופתענו, שביחד עם יוליה וספי עשינו את הסקר. כולם כל הזמן דברים על אשפוז, אשפוז, אבל אתם יודעים איזה אחוז גדול מעל 50 אחוז בכלל מכל התיירות מרפא, זה בכלל לא נוגעת לאשפוז. היא אמבולטורית בכלל. ושם באמת אין הגבלה למערכת שלנו. אז בואו, נשים גם את הדברים האמיתיים, ועם האשפוזים,

יעל גרמן: אין לך בעיה במרפאות חוץ?

דוברות: במרפאות חוץ יש לי בעיה קשה מאד, שהקופות מרוקנות אותן. זו הבעיה במרפאות חוץ. הפעילות במרפאות החוץ בבתי"ח, אם אתם רוצים, אפשר לבקש מיאיר להציג לנו את הנתונים, יורדים כל השנים בכל בתי"ח. יש ירידה כי הקופות מוציאות החוצה לקהילה, לאסותא, לשלום ולזמנהוף החדשה ולכל המקומות החדשים.

דוברות: ארנון, זה גם שוק שמטבעו הוא יותר תחרותי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר :

נכון. עכשיו השאלה היא, האם העסקת הרופאים שלנו יש עוד פוטנציאל או אין פוטנציאל. וכאן אגב יש בעיה, ואני כן מסכים שיש כאן בעיה בהעלאת המחירים. אם יש בעיה אחת שאני כן רואה בדבר הזה, שהמחירים הולכים וזה אכן מחיש העלאת מחירים של הרופאים. אבל שוב, זה עניין של רגולציה ומגבלות. אחד הדברים ששמנו בזמנו וגם היום, זה שלא תהיה בחירת רופא בתיירות המרפא. לא תהיה בחירת רופא בתיירות מרפא. או לא תהיה בחירת רופא לפחות בתשלום ישיר או כל מודל שנדבר עליו בהמשך. ובסוף השבוע הזה, אני מעריך. אפשר לדעתי, בקיצור, אני לא רוצה להאריך, אפשר לעשות רגולציה, חלק גדול בכלל לא קשור לתשתיות, למעט כמובן נושא הרופאים. אפשר לחשוב בראיה פתוחה ולייבא ולטפל בכל אותם דברים שסוגרים לנו את היכולות, מקטינים לנו את היכולות ואפשר בסופו של דבר להשתמש באמצעים האלה לטובת האזרח הישראלי, אפשר לבנות מודלים שלא יהיה איכפת למנתח לאיזה חדר הוא נכנס ואם יש שם ישראלים או תייר זר, או כל חולה אחר שהוא מטפל בו. אפשר לעשות את הדבר הזה. והיתרון, זו תוספת משאבים. החסרונות גם קיימים, גבי דיבר עליהם, אורי רמז להם, אני מניח שנוכל לפחות על חלקם להתגבר.

דוברות :

יש שתי סיבות שאני חושב שאני תומך בתיירות מרפא, שתיהן עלו, אבל השניה קצת פחת אולי אצל ארנון. אני אגיד את הראשונה שהיא די ברוח הוויכוח שישנו פה. אני חושב שאם אתם מסתכלים היום על חברות ישראליות, יש הרבה חברות שכמעט כל מה שהן עושות הולך לייצוא. החברות האלה מעסיקות מהנדסים, חוקרים מתמטיקאים, אם אנחנו מחר נסגור את החברות האלה, הרי האזרח הישראלי באופן ישיר לא נהנה מהן בכלל. כל המוצר הולך לייצוא. אם אנחנו נסגור, אם אנחנו נסגור את החברות האלה, אז המהנדסים המצוינים שעובדים שם יעבדו בצה"ל, אולי חלקם אפילו יהיו מורים למתמטיקה שמאד חסרים לנו, אולי חלק



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מהעובדות והעובדים שם גם ילכו להיות אחים ואחיות שמאד חסרים במערכת הבריאות, ואם אתם חושבים שאני צוחק, אז אולי תסתכלו ותראו שבמשך שנים רבות, חלק גדול מהאחיות והאחים במערכת הבריאות היו ערבים שמשום מה לא הצליחו להגיע לבתייה"ס לרפואה, קיבלנו מאגר נהדר של אנשים אינטליגנטים שעבדו בתור אחים ואחיות. אף אחד, יותר מזה, החברות האלה מעלות את הביקוש למהנדסים, לאנשים מוכשרים בכל הסוגים, מה שמעלה את השכר שלהם, מה שמקשה על מערכת הבריאות, מה שמקשה על מערכת הבטחון, מה שמקשה על מערכת החינוך להביא את האנשים האלה, כי יש תחרות מאד יקרה. אני חושב שאף אחד לא מציע לסגור את היצוא של מדינת ישראל בגלל הנזק שהם עושים. מה שכולם מציעים ואני חושב שגם אני, זה לנצל את היתרון הזה שיש לנו, את הביקוש הזה לכשרון הישראלי הגדול, להביא את ההכנסות לפה ורק לדאוג שמחלק מהם יהנה גם האזרח הישראלי ולא הכל יגיע לאותה אוכלוסיה קטנה שהיא הבעלים של הדברים האלה. ולצורך כך מטילים מסים, ולצורך כך עושים הרבה דברים אחרים, ודואגים שגם אחרים ייהנו מהדבר הזה.

אחת הסיבות שאני בעד תיירות מרפא, זה שאני חושב שמדינת ישראל יש לה דבר מאד טוב להציע. היא יכולה להגדיל את ההכנסות, אם אנחנו נדע לנצל את ההכנסות האלה נכון, אז אנחנו נביא יותר כסף למדינה ולמערכת, מה שאני חושב שכולנו יכולים ליהנות, אני מבין את המחיר כמו שלמהנדסים המבוקשים האלה יש מחיר. צה"ל נאבק קשה מאד להביא מהנדסים יקרים ואין לו. שלא לדבר על המחסור אני חוזר על זה, במורים למתמטיקה היום. חלק מהם היו נהיים מורים למתמטיקה אם לא היו יכולים לעבוד בכל חברות ההייטק הנפלאות האלה, אם היו סוגרים אותן, או אם היו מטילים עליהן מס על יצוא, אז היו מקבלים אותן. זו לא הדרך, הדרך שהכלכלנים ולא רק כלכלנים, לימדו אותנו, יש לך יתרונות יחסיים, יש לך יכולות, נצל אותם להגדיל את ההכנסות, עכשיו תדאג שזה לא יפגע



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בישראלים, אלא להפך, שהם ייהנו מזה. אני חושב שמערכת הבריאות לא שונה, כמובן אני מלמד כלכלת בריאות, מכיר כשלי שוק, אבל אני חושב שאפשר לטפל בזה, כדי שאנחנו באמת נהנה מהיתרון הזה שיש לנו ואני מקווה שעדיין יש לנו. זו נקודה ראשונה שבגללה אני בעד תיירות מרפא יותר משאבים למדינה, מכאן גם למערכת. שתיים: יש עוד סיבה שאני בעד תיירות מרפא, שקצת נאמר בדיון חוץ מאשר ארנון אפק שעכשיו דיבר, ההרצאה של האוצר ביום חמישי מאד חזקה אצלי את התחושה שאני צודק בהקשר הזה, וגם גבי, אתה יודע גבי, אתה הצגת פה תפוסה ענקית, מחסור בזה, מחסור בזה, בשבילי זה לא אומר למה לא צריך תיירות מרפא, זה אומר למה כן צריך תיירות מרפא. אני אגיד לך למה, כי כל האילוצים שאתה הצגת, אם זה מיטות, אם זה רופאים, אם זה חדרי ניתוח, תפוסה שזה לא חוק טבע, זה לא מלמעלה, זה לא דבר שאין לנו משאבים כמו נפט. למה זה? כי המדינה בכסף הציבורי העדיפה לעשות דברים אחרים. ככה היה וככה יהיה. אנחנו לא נמצאים ברשימת העדיפויות של מדינת ישראל, בגלל כמות המשאבים שהמערכת הציבורית צריכה לקבל.

ואז אני אומר את מה שאמרתי הרבה פעמים: אם אנחנו רוצים יותר כסף למערכת הציבורית, ננסה לקבל מהמדינה כמה שאפשר, אבל בואו ננצל עוד יכולת שיש לנו להבטיח כסף צבוע למערכת הזאת וניתן לה למכור שרותים גם לתיירים כדי שאני אקבל עוד כסף שהביא אותנו לאן שהביא אותנו. אין פה בעיה של מיטות. זה לא שאין מקום לשים יותר מיטות וזה לא שאין בעיה להביא עוד אלף רופאים היום, להכשיר אותם, הסיבה שלא מכשירים רופאים זה כי אין שדות קליניים. אין שדות קליניים כי אין מיטות. ואין חדרים. אז רבותי, כל זה בסה"כ אנדוגני. זה דבר שאפשר לפתור אותו מה גרם לכל זה להוצר? המערכת הציבורית. לא העבירה מספיק כסף ולכן הגענו לזה. יש כאלה שיגידו: או.קי. אז בוא נבקש ונלחם על זה ונהיה אולי צודקים. אני איבדתי את האמון שנקבל את כל הכסף שצריך. אני מאד



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

רוצה ולכן אני מתעקש ואני חוזר על זה כמו תוכי שצריך מנגנון אוטומטי. שלא שמענו עליו שום דבר בשבוע שעבר, אבל האוצר כמנהגו או המדינה כמנהגה, לא תתן את כל מה שכנראה צריך, והנה פה יש לנו מקור הכנסה נהדר, בואו ננצל אותו, ולכן אני חושב שיש לנו פה שתי מטרות. א. להגדיל את ההכנסות של המדינה. ב. ישירות מנגנון שמבטיח מקורות למערכת בלתי תלוי באחריות פיסקאלית, בתקציבים ובדברים אחרים שאני מאד מאמין בהם. אני לא מזלזל בהם, אבל אם יש לנו פה עוד מקור הכנסה, אני חושב שכדאי מאד לנצל אותו. אני אומר לחברי הוועדה: רבותי, אפשר אולי להיות נאיבי ולחשוב שאנחנו נקבל את כל מה שצריך, אני חושב שהאחריות שלנו לחולים, היא כזו שאנחנו צריכים להשיג כל משאב שאפשר ותיירות מרפא זה משאב מצוין.

יש לזה מחיר. אבל אני חושב שהרגולציה היא לא מאד קשה, גם פה אני רוצה קצת להיעזר במה שהאוצר עשה ביום חמישי. הוא הציג לנו מודל של רגולציה של בתי"ח הפרטיים. לעשות מגבלה על כמויות, לעשות, מה היה המודל כמו שאני זוכר אותו? תקורה על המערכת הפרטית, אני בעד תקורה על תיירות מרפא. שתיים: הפרדה בין הרופא למטופל. זה היה החלק השני של המודל כלומר שהאינטראקציה של המטופל עם ביה"ח שקובע את התור. אנחנו בעד זה ותיירות מרפא. שלוש: מגבלה על כמויות ומחירים. אנחנו בעד זה על תיירות מרפא. אם באמת מאמינים שאפשר לעשות את זה באסותא ובהרצליה, לדעתי אפשר לעשות את זה גם בהדסה ובשערי צדק וגם באיכילוב ועוד יותר טוב, כי יש לנו יותר פיקוח, הקמנו עכשיו רשות, היא בטח תרגיש אחריות על זה, לכן אני חושב שהרגולציה שהוצעה פה היא בהחלט אפשרית.

דוברות: מה המחיר, אמרת, יש מחירים,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

אני אומר, המחיר, שניה אחת, בדיוק אני אגיד, נקודה אחת שאני בעצמי לא יודע עוד איך לחיות אתה ואני חושב שאני לא מרגיש רע עם זה, כי כל הספרות מתלבטת על זה, מהו מודל התגמול הנכון של הרופא במקרה הזה? יש סיבות לכאן ויש סיבות לכאן. אם אנחנו עושים שכר קבוע שהוא לא fEE for service והוא פשוט תשלום גלובלי, יש עם זה בעיות. קודם כל הרופא לא ירגיש שהוא מקבל תגמול על פעילות ישירה. במודל של שכר אנחנו מכירים שהוא בעייתי. מודל של fEE For service הוא בעייתי, מודל של fEE for service גורם תמריץ ליזום פעולות. אני אומר, זה קושי, אבל עם מגבלת הכמויות שאנחנו עושים להטיל על המערכת הזאת, עם מגבלת ההכנסות שהולכים להטיל, ועם כל המגבלות האחרות, אני לא מוטרד מזה, לכן אני חושב שאפשר להתמודד עם זה, למרות שאני עצמי לא סגור על המודל הנכון של תגמול הרופא, לא בתיירות מרפא ולא אפילו במודל של רפואה פרטית בבת"ח, אבל אני לא אומר שבגלל זה הייתי זורק את התינוק עם המים. צריך להתמודד עם זה.

נקודה אחרונה על ההעדפה, יוג'ין דיבר על זה, אני פה חייב להגיד משהו. אני לא צריך את אסא כשר, ואני לא צריך את יוג'ין ולא את גבי ולא אף אחד אחר. מה שאני עושה זה דבר מאד פשוט, שאני רוצה שכל הוועדה תעשה כל הזמן, אני מקווה שהיא עושה, תחשבו לרגע לא בתור מי שיושב פה ומחליט על זה, אלא בתור אדם שעכשיו יש לו בעיה רפואית קשה, או יכולה להיות לו בעיה רפואית קשה, לו או לבן משפחתו, ואני שואל את עצמי, האם אני מעדיף שישפרו את מצבי בצורה משמעותית ואולי למישהו ישפרו קצת יותר, או שלשנינו לא ישפרו. אבל אמיתי, מישהו שהוא חולה עכשיו, אומרים לו: תשמע אנחנו יכולים לתת לך טיפול אמיתי לשפר את מצבך, יש מישהו שאולי בגלל זה ישתפר קצת יותר, לא מעניין אותי, רבותי, אני רוצה את הטיפול הכי טוב שאני יכול היום לקבל ממה שאני יכול לקבל, ואני לא צריך נוסחאות אתיות וכלום, אני חושב שאנחנו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

צריכים לחשוב על החולה. זה מאד יפה וקל להגיד שאנחנו מאמינים בזה או מאמינים במשהו אחר. אני שם את עצמי במצב הזה אם ח"ו הייתי במצב כזה והיו אומרים לי: שמע, קובי, נשפר אותך במאה ואותו ב-150, אבל אתה רוצה את המאה? הייתי אומר תנו לי את המאה. ולהגיד לא, כל עוד הוא 150 אני לא רוצה ח"ו לקבל את התרופה שלי, זה לא המצב שאני רוצה לחשוב עליו. לכן אני בהחלטי משלים עם זה.

יותר מזה, המושג הזה רפואה זה זכות, זה נכון. אבל זה סל ציבורי. אף אחד במדינת ישראל לא אמר שבגלל זה אנחנו לא ניתן רפואה פרטית יותר טובה. אני לא חושב שזה הכלל, אם תגיד לי שבגלל הפרטי הציבורי נפגע, אז אני כמובן לא ארצה. אנחנו חושבים שבגלל הפרטי הציבורי נהנה אפרופו התפוסה ואפרופו הנזק שנגרם, היו אנשים שהופיעו בפני הוועדה כמו אנשי רמב"ם והראו איך הם בזכות תיירות מרפא הביאו כל מיני טכנולוגיות שאחרת אולי לא היה להם. ואני חושב שזה נכון לשיבא, זה נכון להדסה, כלומר, תיירות המרפא לא רק יצרה אולי עוד אפסילון תפוסה במיטות, שלא ברור שזה היה משנה משהו, אבל היא גם הביאה כנראה קצת טכנולוגיות שעזרו גם לחולה הציבורי. לכן להציג רק את הנזק שאולי נגרם בגלל שעורי תפוסה, זה נראה לי קצת קיצוני. השורה הכי משמעותית בעיני אני לא חושב שאף מגבלה היא מלמעלה, חוק טבע, לא מיטות. לא רופאים. הדרך שאנחנו צריכים לחשוב עליה היא איך להגדיל את המגבלה הזאת, איך לפרוץ את המגבלה הזאת ואני חושב שיש לנו פה משהו שעוזר לנו בזה. תודה.

דוברות: אני לא בא לעניין הזה מתוך שוויון. מבחינתי גם אם מצבם של כולם משתפר, מצוין, אני בעד. קודם כל שאובן, עכשיו, ברמת העיקרון תיירות מרפא כשלי הציגו את זה פעם ראשונה שהייתי רפרנט,

(מדברים יחד)



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל גרמן :

לא איכפת לך שאם מישהו לא יהיה אותו דבר,

דוברות :

אם מצבם של כולם משתפר, אם זה יעיל פרטו – יוצא מן הכלל. אני כן רוצה להגיד לענייניו של קובי, כנראה לא הקשבת למשה, כי אני ראיתי בשקפים שאנחנו הראינו, תוספת של 14 מיליארד שקל בחמש השנים האחרונות. מקום רביעי בעולם בתוספת, מקום רביעי בסדרי עדיפויות של הממשלה בתוספת, אני לא יודע איך אתה יכול לשבת כאן אחרי המצגת, ראית נתונים, ואתה אומר זה לא בסדרי עדיפויות של הממשלה. אותי זה מאד הפתיע. אבל אני אחזור שניה לקייס ולא לזה.

דוברות :

אני לא צריך את המסר ביד, במצגות שלנו, שאנחנו משיגים 20 מיליארד לעמדת ה-OECD אני לא ראיתי שום מנגנון אוטומטי.

דוברות :

40 מיליארד. לא 20.

מבחינת העיקרון, מבחינה השקפה אוצרית שיש פה כסף מהשמים, לכאורה, יש מאין, אני מתקציב המדינה לא נותן שקל, נכנס כאן כסף למערכת הבריאות, לא מהתקציב. להפך, אני עוד מגדיל את ההכנסות ממסים על הפעילות שמבוצעת,

יעל גרמן :

ואין לך עליה בהוצאה הלאומית.

דוברות :

מעולה, יוצא מן הכלל. אבל זה לא כזה פשוט. יש כאן שתי בעיות. מאד מאד גדולות. אחת זה אינפלציה שכל. לפני חצי שנה, לדעתי, הגיע לנו רופא בעילום שם, ישב אצלי ואצל שירה, עשינו אתו שיחה דיברנו קצת על המערכת, והוא אמר "תראו, אני מהמערכת הציבורית מרוויח שכר רעב, 25 אלף שקלים, אני באמת עובד בהתנדבות, אבל אל תדאגו לי, אני מגיע ל-100 אלף שקל בחודש. עושה תיירות מרפא באסותא, אני מסודר, אתם לא צריכים לדאוג לי. אני לא רעב ללחם. כלומר, התיירות מרפא היא באמת גורמת לנזק ברמת אם נסתכל על אינפלציה שכל. כי אני לא מסוגל



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

להעסיק רופאים או להשאיר אותם במערכת הציבורית כשהאלטרנטיבה שלי זה 100 אלף שקל באסותא מתיירות מרפא. אז אני חושב שברמת השכר צריך לטפל, צריך לטפל גם באופן ספציפי במערכת הפרטית בתיירות מרפא. כלומר, אם אני אסתכל על הדברים שאמרתי עכשיו על תיירות מרפא, אני מסתכל על אסותא, אז אני לא מקבל עוד כסף למערכת, אני מקבל עוד כסף ממסים, המערכת הציבורית לא נהנית מתיירות מרפא באסותא, להפך, תיירות מרפא באסותא מזיקה מאד למערכת הציבורית, היא לא מאפשרת לה להשאיר את הרופאים אחה"צ. את לא מסוגלת לשלם לרופא 75 אלף שקל בחודש על תשלום אחה"צ. אין לנו שום סיכוי להתמודד עם זה.

ולכן אנחנו צריכים לראות איך אנחנו מטפלים בתיירות מרפא במערכת הפרטית. כלומר, אני לא רואה הגבלת שכר, כי אני לא רואה את מדינת ישראל מגבילה שכר. אני כן רואה הגבלת מחיר. וצריך להגביל את המחיר ובאמצעות זה לוודא שהמערכת, שתיירות המרפא, המערכת הפרטית לא מביאה לאינפלציית שכר שמזיקה למערכת הציבורית. וזה חשוב, כי אם לא נטפל בזה, אנחנו נראה עוד פעם את השקף של הסחרור שכר שהראינו, וזה מאד מאד פוגע, ואני אדבר על זה בסוף דברי, איך אני רואה בסוף את המודל.

דבר שני שתיירות מרפא לדעתנו יוצרת, זה תורים.. וכאן אני חולק על החברים פה בוועדה. אני כן חושב שיש שם כוח אדם, על חלק מהחברים פה, שאני דיברתי, משה לא נכנס לכל הפרטים במצגת, אם שמתם לב, אני ניתחתי למה יש תורים במערכת. דיברתי עם סמנכ"ל כספים שיבא ועם מנהל שיבא, וסמנכ"ל כספים של איכילוב וסמנכ"ל כספים של שערי צדק ועם עוד אנשים רציתי להבין למה יש תורים במערכת. נאמר לי כמה סיבות. אחת, כסף. סיבה שניה זה כוח אדם במחסור. כלומר אחים מרדימים,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אחיות חדרי ניתוח, זה חסרים פיקטיביים וזה שאין לנו פעילות אחה"צ. וגם אם יהיה כסף, אי אפשר, יש מקומות שאי אפשר יהיה פשוט לקצר בהם את התורים בגלל הדברים האלה, ודבר שלישי זה הכנסה אלטרנטיבית. אמר לי רוטשטיין אין לי סיכוי, גם אם יש לי את הכסף, האנשים לא יישארו. באסותא פשוט מרוויחים הרבה הרבה יותר. לכן גם חלק מההרצאה של משה התמקדה בלהגביל את הפרטי, כי אם לא נגביל את זה שם, כולל בתיירות מרפא, לא נוכל לבצע ולנצל את המשאבים שלנו.

בעניין הזה אין לנו עוד מרדימים כרגע, אין לנו עוד אחיות חדר ניתוח, וגם המשאבים של הרופאים והאחיות הם כרגע משאבים במחסור. כלומר, יכול להיות שאני יכול להוסיף תקנים אבל אני אקח אותם מהקהילה. אנחנו לא במצב של עודף משאבים בעניין הזה, לפחות לא בטווח הקצר. ולכן לדעתי, אם נגדיל את תיירות המרפא, יתארכו התורים. ראינו גם בכמה השנים האחרונות גידול משמעותי בתיירות המרפא בשיבא ובאיכילוב בעיקר. אני לא ראיתי שהתורים שם התקצרו. אני לא יודע לאן הכסף הולך. אולי אני שמעתי על רופאים שמרוויחים גם שבע ספרות מתיירות מרפא בבי"ח ציבורי. כי אחרת הוא לא מנתח אבל ביה"ח אומר שווה לי עדיין. עדיין שווה לי. נכון, זה לא היה מוסדר, חייבים להסדיר, אבל אני לא בטוח שהכסף שעד היום הלך לתיירות מרפא, למעשה שיפר את מצב המערכת וקיצר את התורים.

יוג'ין קנדל: אז למה ביה"ח מאשר?

דוברות: כי עדיין הוא מרוויח מעט. אבל זה לא מספיק.

יוג'ין קנדל: זה שיפר את המערכת יכול להיות שלא מספיק, אבל זה שיפר את המערכת.

דוברות: זה שיפר בהסתכלות הצרה של הפעולה הספציפית הזאת, בהסתכלות הרחבה אם הוא מרוויח שבע ספרות, אז מחר תתן לו כסף לססיה רגילה,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הוא יגיד: אני לא רוצה. אי אפשר להסתכל רק על המיקרו, צריך להסתכל על המקרו. חברים, אני לא התפרצתי לאף אחד. שתקתי כאן יותר משעה.

יעל גרמן: בדיוק. תסיים ואח"כ כל אחד יגיב.

דוברות: לכן מה שאני חושש שבסופו של דבר אני אביא את התיירות מרפא, זה יגדיל את התורים. המטרה שלי זה לשפר את המערכת הציבורית ולקצר את התורים. כרגע איך שאנחנו רואים את זה, הבעיה הכי גדולה זה התורים, ואם להגדיל את תיירות המרפא, המשמעות של זה להגדיל את התורים, אז לא עשינו כלום. מה שאני רואה לנגד עיני, אגב, טוב, אני אגיד את זה בסוף. מה שאני רואה לנגד עיני, זה באמת להגדיל ברמת רופא, להגדיל ברמת מחלקה, להגדיל ברמת ביה"ח,

אני רואה מודל שבו אני קובע מחיר, כמו למשל המחיר היום של התיירות, של התיירים, שזה 1.9 לדעתי, הרופא מקבל, יש תעריפון ססיות, הרופא מקבל אולי 10 אחוז מעבר לתעריפון הססיה, ביה"ח מקבל גם הוא רווח מסוים, לא שיצור לו תמריץ יותר מדי גדול להגדיל את הפעילות הזאת על חשבון החולים הישראלים, אבל שזה כן יהיה רווחי. ובכל הדלתא, צריך לבדוק כמה המדינה באמת יכולה למקסם את התועלת שלה, כל הדלתא הולכת לשיפור המערכת הציבורית וקיצור תורים. בדגש על קיצור תורים. כי תיירות מרפא, החשש שלי זה שתאריך תורים. אני רוצה להבטיח שהכסף הולך לקיצור תורים, תוך כדי זה שאין אינפלציית שכר, ואין לבי"ח תמריץ משמעותי להגדיל את הפעילות הזאת, כי אם לכל הצדדים במערכת וזו עובדה שאני חוזר אליה ואני יודע שחלק לא מקבלים את הניתוח הזה, אבל זה פשוט ניתוח על בסיס המציאות שקרתה בשנים האחרונות, אם לכולם יהיה תמריץ, למנהל ביה"ח, לרופא יהיה תמריץ להגדיל את התיירות מרפא, אני מפחד שהרגולציה לא תצליח להיות מספיק אפקטיבית ברמת המיקרו, ולכן אני רוצה ליצור להם תמריץ לא יותר מדי, אני לא הייתי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מגדיל את הפעילות הזאת בשנים הקרובות, הייתי בוחן אותה, עושה רגולציה, מסדיר את הנושא הזה ואז בודק. אם אפשר, מגדיל. אי אפשר – לא מגדיל.

אבל אני כן חושב שכרגע אין לנו מספיק ידע בשביל להגיד אנחנו הולכים על זה והולכים לפתח את זה. ככל שידוע לי, בפריפריה אין זמינות. הזמינות פחות טובה אפילו מאשר במרכז. ולכן להגיד אני רוצה להגדיל, זה בפריפריה, זה בעייתי מבחינתי, אני בעד לפתח את הפריפריה, אני פשוט לא רוצה להאריך, שהדבר הזה יאריך תורים. כן. המגבלה זה רופאים. מרמת ה case manager אני חושב שהוא כן צריך להיות באותו ביי"ח. אין לי נתונים, זה על סמך שמועות ושיחות עם המערכת. אין לי נתונים.

דוברות: רק תבהיר למה הכוונה,

דוברות: שניה, תן לי לסיים. תרצה אח"כ לשאול אותי, בבקשה, אתה מוציא אותי מהריכוז. case manager אהבתי. אני חושב שצריך כן להיות באותו ביי"ח. אני לא חושב ש case manager מחוץ לביה"ח צריך להיות מעורב בפעילות שמבוצעת בתוך ביה"ח. בביה"ח יש מספיק רופאים. אני בטוח שאפשר יהיה להסדיר את זה.

יוג'ין קנדל: זה בגלל שהם עוברים ממקום למקום, מקבלים במקומות שונים את הטיפולים שלהם.

דוברות: אני חושב שזה צריך להיות באותו ביי"ח. אין סיבה שזה יהיה בביה"ח שונים. ככל האפשר. לגבי אגרה ייעודית, אני חושב שאנחנו באוצר נגד אגרות ייעודיות, אבל אני לא חושב שאתם התכוונתם לאגרה ייעודית. אני חושב שהתכוונתם להיטל. אני חושב שכולם מתכוונים בסופו של דבר, זה לא ילך למערכת המס, אלא משהו ספציפי לקיצור תורים ואז לטרמינולוגיה זה חשוב להגיד את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יוג'ין קנדל: לא לא, זה ילך למשרד בריאות.

יעל גרמן: בסדר, זה קיצור תורים, כך אנו סוגרים את המעגל. תיירות מרפא בתנאי של קיצור תורים.

דוברות: אנחנו מתכוונים לאותו דבר. הייתי בסיור, אגב, על המצב היום, הייתי בסיור בשיבא לפני כמה חודשים, במחלקת ההמטואונקולוגיה, היתה מפוצצת, לא היו הרבה ישראלים. מפוצצת בפלשתינאים ותיירים בעיקר, גם המון תיירים. ההמטואונקולוגיה, מחלקה מצוינת והרופאה אמרה לי שמאד מאד צפוף וקשה לה לטפל, וזו דוגמה לתיירות מרפא כמו שאני לא רוצה שהיא תראה. כי אם בסוף אין זכויות לישראלים מבחינתי לא עשיתי כלום. וצריך בסוף לזכור שמגיעים לכאן תיירות מרפא, כן, הדברים המורכבים. אף אחד לא מגיע לכאן בשביל לקבל טיפול פשוט. מקבלים בגלל המומחיות של הרופא הישראלי, ומשלמים הרבה הרבה כסף בשביל טיפולים מורכבים. צריך לראות באמת שיש לנו את capacity לקלוט אותם, ואם אין לנו אז לא לקלוט, ואם יש לנו וזה יכול לשפר את מצב כולם – מצוין. לדעתי זהו.

דוברות: אורי אמר שהוא לא בעד שוויון, אז אני גם בעד שוויון,

דוברות: אני לא בא מתוך השוויון.

דוברות: וגם בעד העדפה של החולה הישראלי ולכן אני יכול לחיות טוב מאד עם המודל שהוצג ע"י יוליה, ואני אסביר גם למה. היום יש בעיה של תיירות המרפא, אחד, האזרח לא נהנה בצורה מורגשת מהתועלת של תיירות המרפא, והדבר השני זה נראות. ואלה הם שני הדברים שמוציאים את השם הרע לתיירות המרפא. וגם במשפט וגם באתיקה, אין מוחלטות והשוויון נבחן בכל מיני ממדים. ואם אנחנו באים ואומרים שאנחנו מייצרים תמריצים לתיירות מרפא בפריפריה, אנחנו למעשה מחזקים את השוויון.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מחזקים את השוויון בין פריפריה ובין מרכז, בעצם זה שאנחנו יכולים למשוך רופאים שאנחנו רוצים לפריפריה, אנחנו יכולים לפתח מרכזי מצוינות דרך הכסף שייכנס מתוך תיירי המרפא, וכן כשמדברים על שוויון, אנחנו צריכים להסתכל על איזה ממד אנחנו מדברים עליו. אנחנו מדברים על כלל המדינה, אנחנו מדברים על האזורים השונים, על האזרח שנמצא בתוך הבי"ח? אני כן רואה איך באמצעות הכספים שמגיעים מתוך תיירות מרפא, אנחנו יכולים להגיע לשוויון. נכון, יש גם פגיעה מסוימת בממדים מסוימים, אבל היתרונות גם בהיבט של שוויון עולים על החסרונות, השוויון היתרון שלו זה שהוא בא לשפר את המצב ולא לפגוע. ופה אנחנו יכולים, אבל אנחנו צריכים לשאול את עצמנו מה עומד מנגד. מנגד זה שאנחנו באים ואומרים שאין תיירות מרפא, אז המשמעות של אין תיירות מרפא, היא בריחה של רופאים, ורפואה פרטית ויכול להיות שלקפריסין כי שם הם יוכלו לעשות ואולי כיוונים יותר לשר"פ, ככל שאנחנו מדברים על תיירות מרפא זה, אני לא יודע אם הרע במיעוטו, אבל זה בהחלט הפתרון במודל שהוצג במנגנוני האכיפה ופיקוח אפקטיביים, אנחנו מצליחים להגיע לנקודת האיזון בין היתרונות והחסרונות של פרטי בתוך מערכת ציבורית, וגם לקדם את השוויון, עוד פעם תלוי באיזה מימד אנחנו מסתכלים עליו, בעיקר שוויון בין פריפריה למרכז, אנחנו מצליחים להסיט את זה, כי גם שמענו את זה בתוך הוועדה, שתייר מגיע לישראל, הוא לא בא לרופא, הוא בא לישראל כמותג בריאות. הוא בא לבי"ח. אם אנחנו נפתח בתי"ח חזקים בפריפריה אנחנו למעשה מסיטים את זה לשם ומחזקים עוד פעם, את השוויון בין היתר.

יעל גרמן: תודה רבה.

דוברות: אני אתחיל מהוויכוח פה בין החברים אבל השאלה באמת האם תיירות מרפא יכולה לשפר את מצבו של הישראלי, ואני חושב שהיום בהרבה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מובנים, יש מקרים שזה כן, אבל יש מקרים שזה לא. הרבה פעמים התיירים תופשים מקום של אנשים ישראלים. לכן אנחנו צריכים, הבסיס בסופו של דבר יהיה לראות איך עושים תיירות מרפא באופן שמבטיח שהישראלי לא הנפגע, ואז אני אגיד כמה הערות שקשורות לנושא הזה, מכל מיני כיוונים.

אחד, יש פה כל מיני המלצות שלא הופיעו בניירות של הוועדה עד עכשיו, שהם היו פה פעם ראשונה, אבל אני רוצה גם קצת להתייחס לזה. זה לא היה בפני הוועדה. אחד, הסוגיה של שעורי התפוסה. שלמיטות פנויות. אם אני היום מנהל בי"ח, יכול להיות שכדאי לי להאריך תורים בפרוצדורה מסוימת, שיהיו לי מיטות פנויות, כדי שיהיה לי עוד מקום לתיירי מרפא, כי אם אני עושה תורים לישראלים ואני שומר על כמה מיטות ריקות, אני יכול בסופו של דבר לעשת עוד תיירי מרפא ולהרוויח, להכניס עוד כסף לביה"ח. אני חושב שהדגש צריך להיות תנאי בסיסי זה התורים הישראלים. בי"ח שיש לו רשימה של תורים, רמת התורים שלו של הישראלים, כעולה מעל גבול מסוים, הוא לא יכול לעשות תיירות מרפא. הוא לא יכול, זה גם יכול להיות בלי קשר למחלקה מסוימת, כי זה קשור לנושאים אחרים. לפני שאתה עושה תיירות מרפא, תוכיח שלישראלים אתה נותן את הזמינות הראויה.

יוג'ין קנדל: אבל גם יש לו את התור ולא נותנים לו ססיות, והוא מבטל את כל תיירות המרפא, הוא עדיין התור יישאר אותו דבר, זה גם אתה לא רוצה תיירות מרפא? המגבלה על תור זה שאין לו יותר רופאים ואין לו כסף לעשות את זה בססיות. אז התור הציבורי בזה שאתה תבטל את תיירות המרפא לא ישתנה. הרופאים פשוט ינתחו את אותם תיירי מרפא באסותא.

דוברות: לא אמרתי זה קודם לזה. תיירת מרפא מביא עוד משאבים אתה חייב להבטיח שיהיו תורים טובים לישראלים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יוג'ין קנדל: לא טובים. שיתקצרו.

דוברות: לא רק שיתקצרו. אני רוצה שיהיה רף מסוים. אני רוצה

יוג'ין קנדל: אבל זה לא הגיוני.

דוברות: אנחנו מדברים פה במודל האספקה דיברנו על זה שייקבעו לפרוצדורות מסוימות זמני המתנה. אנחנו רוצים להבטיח למבוטח הישראלי שתהיה לו יכולת לקבל בזמן מסוים.

יוג'ין קנדל: אני רק רוצה הבהרה. אם אני אומר לך שאם ע"י זה שאני אוסר עליו תיירות מרפא למחלקה זו, התור לא מתקצר,

דוברות: אז הוא יעשה צעדים על מנת שהתור יתקצר.

יוג'ין קנדל: אבל זה לא תלוי בו.

יעל גרמן: בסדר, הוא רוצה ליצור תמריץ יותר עמוק, יותר חזק, הוא אומר לא מספיק לי לקצר. אני רוצה להגיע לרף שאני קבעתי שהוא הסטנדרט. או.קי. חברים, כרגע הוא אומר מה שהוא חושב.

יוג'ין קנדל: אני רק רציתי להבין.

דוברות: אני אלך עוד יותר מזה, ואני אפילו יכול להגיד במקרה שיש לנו פרוצדורה או משהו, אפילו אנחנו מצליחים לראות שלא רק לא עוברים את הרף המכסימלי, שמה שנותנים שם זמינות של תורים לישראלים מהיום למחר, אפילו הרבה מעבר למה שנותנים, יכול להיות ששם אפילו צריכים לפתוח הרבה מגבלות לתיירות מרפא ולהשתמש כמה שיותר. כלומר, במקומות האלה ואולי אפילו צריך פחות מגבלות על הנושא הזה. אני חושב שהסטנדרט של מה שהחולה הישראלי מקבל ככלי לבוא ולראות אם אנחנו יכולים לבוא ולתת שם פחות תיירות מרפא או פחות, צריך להיות משהו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שילווה אותנו לאורך כל הדרך, וזה גם מאד יעזור לנו למכור את זה לישראלים.

הערות נוספות זה אמרנו משהו מאד בסיסי בוועדה, שלא יהיה בסטנדרט בין הישראלי לתייר המרפא, ופה נעשתה איזושהי חריגה בנושא שרותי תרגום כדי לא לפגוע בחוק זכויות החולה וכו', אז אני רוצה שגם שרותי תרגום לחולה ישראלי, שלא יודע עברית, יודע רוסית, יהיה לו בדיוק את אותו תרגום כמו שיהיה לתייר מרפא. אני רוצה, והיום משרד בבריאות גם כן יש לו מוקד תרגום טלפוני, כשאנחנו מדברים על חוסר אפליה בין הישראלי לתייר המרפא, זה צריך להיות בכל הכיוונים, גם בתרגום. אני לא רוצה שיהיה מיטה ליד מיטה חולה ישראלי רק דובר רוסית ולא תייר מרפא דובר רוסית והוא יקבל מתורגמן שיסביר לו הכל והחולה הישראלי שמדבר רוסית צריך למצוא איזה מישור שיבוא ויעזור לו. הסטנדרטים צריכים להיות אחידים באותה מידה גם תיירים וגם לישראלים, ההחרגה הזאת של התרגום כל השאר, לא היתה בעבר, ואני פחות אוהב אותה.

אמירה לגבי זה שיוקם פורום מלווה לכל הנושא של תיירות מרפא ע"י משרד הכלכלה, מועצה לאומית לכלכלה, משרד הבריאות וכו', צריך לבוא ולהגדיר בצורה מאד ברורה מה הסמכויות שלו. זה לא יכול להיות איזושהו פורום שיתערב בסמכות המקצועית של משרד הבריאות, איזה מחלקה לפתוח, ויראה, צריך בסוף ההחלטה של איזה תחומים בתיירות מרפא לפתח ולהקצות את משאבי כוח האדם המוגבלים וכו', צריך שזה יישאר במשרד הבריאות ולא איזושהו גוף על שיקבע למשרד הבריאות איזה מחלקות ועכשיו לבוא ולפתוח ולהם להקצות את כוח האדם שנמצא במצוקה.

עוד נקודות לגבי case manager הוצג שחייבים, חייב להיות case manager אבל פה יכול להיות שגם ביה"ח הוא זה שממן את ה case



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

manager והוא יהיה אצלו. זה משהו שנראה לי, וגם הערתי בוועדה, לא ראוי. צריך שהסוכן יהיה לו case manager שהוא יתאם את הטיפול. לא יכול להיות שביה"ח הוא גם case manager והוא גם קובע מה יהיה הטיפול, יכול להיות שגם חלק מהטיפולים זה בקהילה, ובטח גם הסוכן קונה מביה"ח את שרותי case manager שהוא גם נותן לקהילה וכו'. הסוכן הוא הגורם האחראי שמטפל בטיפול הרפואי, גם צריך לשים לו את case manager אני לא יכול לתת לביה"ח גם להיות ה case manager ומבחינה זאת יש איזשהו ניגוד עניינים שצריכים, אני חושב שצריכים לפתור אותם.

יוג'ין קנדל: , אתה הצעת הפוך, נכון?

דוברות: הצעתי הפוך ויכול להיות שניר רואה דברים שאני לא רואה

דוברות: תן לי להמשיך. בנוסף, אני חושב שחשוב להבהיר את זה גם למערכת הפרטית, שכל התשלום בנושא הזה, עובר בצורה מסודרת דרך ביה"ח. גם בביה"ח הפרטי למעשה אנחנו רוצים לתת לתייר המרפא טיפול כולל והסוכן לא קונה שרותים מהרופא ולא קונה שרותים אחרים מביה"ח כמו שקורה היום באסותא, בנושא הזה צריכים לבוא ולהסדיר את זה, מקום אחד ביה"ח הוא מתחשבן עם הרופאים הפרטיים וכו', אני חושב שזה משהו שגם כן צריכים לבוא ולהסדיר אותו. אני רק אראה אם לא פספסתי עוד משהו. אני חושב שעוד בדיון צריך בסוף לדבר גם על ההיקפים. אני חושב שההגבלות על הכמויות הן נכונות, כי אם באמת בא חולה שרוצה לשלם על MRI 3 מליון שקלים, למה לי לעצור אותו? מצד שני, אני לא רוצה שנפתח את המערכת בצורה כזאת שנגיע למצב של אותם 3-5-10 אחוז מטופלים, אבל 40 אחוז מההכנסות של ביה"ח. אני רוצה שמה שמנהל ביה"ח מתעסק בו יום וליל, זה איך אני מביא עוד ועוד תיירי מרפא, אני רוצה שיתעסק גם איך אני דואג כמה שיותר לחולה הישראלי. נכון שהתייר מרפא מביא אתו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עוד כסף, אבל אני משנה את הפוקוס לאט לאט, וביה"ח 40 אחוז מההכנסות שלו מתיירי מרפא, הוא בעיקר יתעסק באיך אני מיבא עוד תיירי מרפא ולא ניתן את הטיפול זו ההנחה שלי, איך אני מביא את הטיפול, זה צריך להיות משהו שמשולב. אני לא יכול לפתוח לגמרי ולהגיד אין שום הגבלה על ההכנסות של ביה"ח מהבחינה הזאת. אני חושב שהמגבלה הזאת היא מאד חשובה.

אני חייב להודות ליוליה, ליובל ולכל הצוות של המועצה הלאומית, אמרו את זה, הם באמת עשו עבודת נמלים, נכנסו לעומק של הדברים, קיבלו והתעקשו לקבל נתונים, קיבלו, חקרו אותם לעומק, הציגו את זה ולא קיבלו לא כתשובה, ואני חושב שהם עשו פה עבודה מאד יפה ואני חושב שכולו למדנו הרבה מאד מהתהליך הזה.

דוברות: לגבי התעריפים לא אמרת כלום?

דוברות: אמרתי שלא איכפת לי שעל MRI ייקחו 2 מליון שקלים מבן אדם, אני חושב שהשיטה הגלובלית כמו שהוצגה פה במודל זה השיטה הכי טובה, ולא להצמיד את זה למחירי הססיות שזה ייצור לחצי שכר להעלות את הססיות, וגם כן לא ליצור את הדיפרנציאציה בין הנושא של ישראלי ולא ישראלי, המודל של full time או שיקבל שכר גלובלי הוא מחויב לתפוקות מסוימות, נראה לי ראוי גם פה, ואז אני בעצם מוציא את הרופא מהמשוואה הזאת של השכר.

(מדברים יחד)

דוברות: אני אמרתי שבעצם אנחנו מדברים על העקרונות. ז"א לקחת ולמנוע מרופאים שיוצאים החוצה, להשאר בבי"ח ואז אם יש לנו תיירות מרפא אנחנו יכולים לשלם להם יותר, ואם יש לנו שר"פ אנחנו יכולים לשלם להם יותר, וכאילו להביא מהמערכת הפרטית חזרה כאלה שעזבו לחלוטין. וגם



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

full timern לא ניתן להם לצאת, אלא נשאר אותם יותר במערכת הציבורית והתחושה שלי היתה שבהנחן שאנחנו נמצאים באיזושהי מגבלה של כוח אדם, לפחות בטווח הקצר, הלא גם להכשיר רופא זה לא מהיום למחר, וגם להביא עולים או לייבא רופאים זה לא מהיום למחר. אז אין פה תחרות בין השימושים השונים, סליחה על הביטוי, ובהצעות השונות בסוגיות השונות שעולות, כי כולן בעצם מוטות לדבר הבא, להביא רופאים כדי לטפל בתוך המערכת הציבורית, להגדיל את ההכנסות של המערכת הציבורית או לגבי האוכלוסיה שהיא יחסית חלשה שלא תהיה שר"פ, לקצר תורים. אבל זה הכל בעצם באמצעות אותו מאגר כוח אדם. ולכן התחושה שלי שאתה לא יכול הכל לעשות ביחד. אין לך עכשיו כל כך הרבה רופאים להשאיר, כל רופא, הכל עובד על אותו פתרון,

דוברות: צריך להתחיל, הרי כל הזמן שאי אפשר, כי אין את זה, לקצר את ההוראה בפועל מ-90 ל-70 שבועות, כבר מדברים על זה הרבה זמן ואם היו עושים את זה, כבר היו לנו יותר רופאים כבר היום וזה לא קורה. אם זה היה גם יותר זול, עוד יותר טוב. אבל כל הזמן אומרים בגלל זה אנחנו לא עושים.

דוברות: ניתן להם קורס לשבוע, יהיה לנו הרבה יותר זול.

יעל גרמן: אבל היום אין תוכניות לקיצור.

דוברות: נכון ואני חושבת שיש עם זה בעיות קשות. אבל לא משנה.

דוברות: אני חושבת שיש בעיה.

(מדברים יחד ובמקביל)

יעל גרמן: חברים, אנחנו מדברים על חשבונה, בבקשה.

דוברות: כמה דברים אני רוצה להתחיל במה שכרגע אמרת. אני חושבת שבסוף היום את כל לאה אני רוצה להתחיל במה שכרגע אמרת. אני חושבת שבסוף היום את



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

צודקת. בסוף היום, איך שלא נעשה את זה, מספר הרופאים גם אם נגדיל וגם אם נעשה בקצה בקצה, זה עניין של בכל זאת יהיה מוגבל. ז"א אני לא חושבת שזה אין סופי. גם אם אנחנו נקצר וגם אם אנחנו נוסיף וגם אם אנחנו פה, ובעצם הנחת היסוד שלך אומרת שבזמן שהוא מטפל בתייר ולא משנה כרגע כמה נביא את זה, הוא היה יכול לטפל בישראלי, שזאת הנחת יסוד שאני לא יודעת לבדוק אותה ואני כן חושבת שאי אפשר להתעלם מהדבר הזה, רק לבדוק אותה כי אני לא יודעת להגיד האם הוא באותו זמן ילך לטפל בישראלי או לא. אז זה קודם כל, אבל זאת נקודה שצריכים לחשוב עליה.

אני בנושא תיירות מרפא באמת היה לי מאד קשה בהתחלה לעכל את זה, כי גם אני דווקא בקטע האחרון כמו לאה חושבת שכל כך מפריע לי שאני חושבת שמערכת הבריאות עצמה ובמצב של מחסור אמיתי, במצב של בעיות אדירות ופתאום פה אנחנו דואגים לאנשים מחו"ל. כתפישת עולם זה קשה מאד לקבל את זה. אני בעיקר אני שעוד חושבת שהמערכת שלנו בבעיות הרבה יותר גדולות ממה שחלק מהאנשים סביב לשולחן הזה חושבים. אבל אני רוצה להגיד כמה דברים שגורמים לי בסוף להחלטה שונה בנושא של תיירות מרפא.

הדבר הראשון, שאני חושבת שהמחסור הכספי הדרוש למערכת הוא עצום. אני חושבת ואני אמרתי את זה כמה פעמים, ואגיד את זה עוד כמה פעמים אני חושבת שמנסים לגמד את זה, כשאני ראיתי את הפערים של מה שעומד להיות מול ה-OECD ועוד כמה וכמה שנים, וכשאני שומעת את זה, כן, אני חושבת שארבעה וחמישה מיליארד שמדברים עליו זה כלום. אני בהחלט חושבת שאני מתקרבת ל-9 מיליארד, ולמספרים הרבה יותר עצומים ואין מה לעשות, זה לא יכול להגיע, גם אם כל מה שנרצה לעשות, אני לא רואה את מדינת ישראל שמה את הכסף הזה, בין אם זה בגלל שהיא לא יכולה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

ובין אם בגלל שהיא לא מאמינה. זה לא רלוונטי. המחסור שאני חושבת שקיים במערכת, הוא ענק.

הדבר השני שגם מטריד אותי, זה שאנחנו נקבע עקרונות של דברים ולא נשים את הכסף בצדס ולכן זה יישאר בפועל המערכת תיצור, תגיע לסוג מסוים של עיוותים שיותר חמורים. למה אני מתכוונת: אם מחר בבוקר, ואני מקווה שזה יקרה, אנחנו נקבע רף של תור, אנחנו נקב רף של מרחק, אנחנו נקבע דברים שבאים לשפר כמובן ואני מקווה שזה יהיה, כמה זמן רופא צריך לשבת מול מטופל ולדבר אתו, אפילו בקהילה, כל הדברים האלה שכולנו רוצים לדבר עליהם ובסוף אנחנו לא נשים כסף במערכת, אז אנחנו בסופו של דבר לא נצליח. או לא נצליח במה שאנחנו רוצים, או שנגרום עיוות במקום אחר. כי מה לעשות, אני לא מאמינה באין קמח אין תורה, לא יעזור שום דבר. פשוט לא יעזור.

ולכן, לצערי אני חושבת, שכן אנחנו חייבים לחשוב מאיפה אנחנו יכולים להביא בסוף עוד כסף לתוך המערכת. ומכל הדברים האלה, אני חושבת שיש לנו, אי אפשר להתעלם מהעובדה שיש פה איזושהי צורה של הכנסה, שבהסדר נכון ולזה אני כף רוצה להתייחס, יכול להביא מקור של כסף. אנחנו, איך אני אגיד את זה, לא מספיק עשירים כדי לוותר על זה. אין מה לעשות. זה המצב שאני רואה את זה. אם היינו מספיק עשירים, אפשר היה להיות בסדר ונחמדים ולרצות שהכל יהיה, זה לא המצב, אז חייבים להתפשר ואני חושבת שבהקשר הזה נראה לי שזה מאד חשוב.

הנושא השני, אני חושבת שזה פותח אפשרויות. וגם מזה אי אפשר להתעלם. זה פותח אפשרויות במובן הזה של כן דיברו על זה, טיפולים אחרים לפעמים, ידע נוסף שמגיע, אפשרויות עבודה, אי אפשר, אני לא יודעת אפילו להגדיר את זה, אבל אני רואה את זה כמשהו שפותח את המערכת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

אני לא רוצה להיות בדברים שמגבילים. אני אוהבת לראות דברים שפותחים ואני חושבת שזה משהו שפותח.

והדבר השלישי שבעיני מאד מאד חשוב, שאני מקווה שזה יגרום למערכת הציבורית להשתפר. ולמה אני חושבת שזה יגרום לה להשתפר, כי אני חושבת שהלחץ שיגיע, שבמערכת הציבורית תגיד ותגיד רגע, אבל לא יכול להיות שהתייר מקבל יותר, לא יכול להיות שאצל התייר הוא יותר קודם, זה יאלץ את המערכת הציבורית להשתפר וזה מה שאני חושבת שמאד מאד חשוב. אם אנחנו לא נהיה, אם אנחנו נהיה כמו שבאוצר רוצה, אגב, וזה לא מהיום האוצר כבר שנים רוצה, הגבלות למיניהן. אז זה המצב הכי טוב. אז לא נדע, הכל יהיה מוגבל, לא יהיה לחץ להשתפר, כי זה המצב, כולנו נחיה, סליחה אורי על ההשוואה, בתוך הביצה או בתוך המקום הלא הנעים ואף אחד בכלל לא ידע שיש עולם שלם בחוץ. אני חושבת שבעיני זה משהו שיכול להביא את זה.

הסיבה הרביעית שאני חושבת שזה מאד חשוב, זה מה שניר אמר ואני כן חושבת שזה גם מהווה תמריץ שזה סוג של רגולציה שבעיני תמיד עדיפה. תמיד עדיפה. ז"א במקום לבוא ולהגיד אתה חייב לקצר את התור ונקבע יעד ולא יעמדו ויסבירו לנו לא עומדים, זה מאד מאד ברור. אתה רוצה להגיע לזה, אז אתה צריך לתת את זה. פשוט מאד, אני חושבת שזה יגרום לכל המערכת להתנהל בהתאם ולכן בעיני זה יהיה יותר ישים מאשר שנקבע עשר פעמים בחוק מועדים ותאריכים וכל הדברים האלה.

יוג'ין קנדל: את מדברת עכשיו על כל המערכת, לא על תור.

דוברות: נכון. לא, אני רוצה להגיד גם תור, אבל אני גם רציתי להגיד, שניה, דיברתי על תפוקות. זה רציתי להגיד על תפוקות. עכשיו לגבי תור. אני בכלל חושבת שמכיוון שגם אני חושבת שתור זה אחת הבעיות הקשות, אני חושבת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

שאנחנו כן צריכים לתת יחס של תור. אולי לא חייב להיות אחד לאחד, כי גם אני כמוך אומרת שאם אנחנו משפרים את כולם,

יעל גרמן : מה הקשר בין התור בין תיירות רפואית לבין הישראלים?.

דוברות : קשר, קורלציה, אני אומרת, זה לא חייב להיות אותו דבר כי אני אמרתי מקודם ואני אומרת את זה גם פה, כמה שזה לא יפה, אני לא חושבת שכולנו צריכים להיות אותו דבר, העיקר שכולנו ושהפערים לא יותר מדי גדולים. אז לכן אני חושבת שצריך להיות יחס. ואני חושבת שכשהיה יעד יחס של תור, זה גם היה משהו שהאנשים היו מבינים וגם היה דבר שהציבור, אני חושבת שהוא היה מעריך את זה, שאתה בא ואתה אומר לו לא רק שאני מקצר את התור, אני קובע יעד מסוים.

יוג'ין קנדל : זה היה היעד ההתחלתי שלנו, רק שאנחנו בדוקומנטציה הבנו שזה בלתי אפשרי.

דוברות : יכול להיות אני לא יכולה להגיד את זה. אני לא יודעת. אני הרבה דברים, אגב, טוב, לא משה, אגיד אותם בסוף. אני כמעט מסיימת. אחד, אני כן רציתי להגיד משהו לגבי הקטע שקשור להגבלת שכר ואני לא רוצה להרחיב היום על השכר, אני ארחיב על זה אח"כ, כי אי אפשר להתעלם מזה שזה הופך להיות הנושא המרכזי והענייני וזה בסדר, כי יש לזה סיבה טובה. אבל בואו נתחיל ממה שאתה נתת דוגמא, אורי. את הדוגמא של ה-25 אלף ועוד ה-100 אלף בחוץ. קודם כל בהנחה שאני לא רוצה להתייחס, שכל אחד התייחס, מה כן שכר הנכון ולא הנכון, אני ממה שאתה אמרת, אני למדתי הפוך בדיוק. אני למדתי שבמקום שהוא יבוא אליך וכולם יבואו ויגידו: סליחה, עכשיו אתה מתוך הכסף הציבורי לא תתן לי 25, כי אני לא אגיע לעבוד בבוקר אם לא ייתנו לי איקס, אני בכוונה לא רוצה להגיד כרגע את האיקס, אתה קנית אותו על מה שהוא מעריך את עצמו במאה אלף ב-25 אלף שקל. אתה צריך להסתכל על זה. כי אתה אישרת לו ואתה נתת לו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

איפה להיות בחוץ. וגם משתמשים בזה במו"מ, אבל מעבר להשתמש, אני אומרת: אחד, שהוא אמר יש לי חלופות או אני מעריך את עצמי או לא משנה איך הגענו לזה, כמי שצריך לקבל 100 אלף בחודש, אתה קיבלת אותו ואפשר לדבר במשרה מלאה או לא, מה שאתה צריך לקבל את התפוקות ותהיה חייב לקבל אותו, ב-25 אלף ש"ח אז אני ממש לא חושבת שצריך להסתכל על זה כמשהו שבהכרח מעלה את הנושא של השכר. אני חושבת שזה חלק מהדרך שהמערכת הציבורית לא יכולה לעמוד במה שהרופאים רוצים, והרופאים רוצים לא רק בגלל האלטרנטיבה של אסותא. זה מה שאני גם רוצה לומר. רבותי, אנחנו צריכים לזכור, שאנחנו מדברים על קבוצה שמעריכה עצמה בגלל קושי להתקבל בבי"ס לרפואה, בגלל הפסיכומטרי, ובגלל איך שמדינת ישראל כרגע היום מתנהלת, כמי שיש לה הכנסת אלטרנטיביות בבחירת המקצוע גם. אז אני לא אומרת שמחר כולם ילכו רק לזה, ואנחנו גם לא רוצים מישהו, אני לפחות לא הייתי רוצה מישהו שבחר ברפואה בשביל הכסף, כי אני חושבת שזה לא נכון, מי שרוצה כסף שילך למצוא מקצוע אחר. אבל מצד שני אי אפשר להתעלם מזה. ולכן אני חושבת שמכל הדברים שאמרתי אותם, בצורה שהיא מאד מאד קלה לי בקטע הזה, אני חושבת שהיתרונות עולים על החסרונות. אני חושבת שהדבר הכי גרוע בעיני זה לגרום למגבלות שבאפקטיביות לא תהיה תיירות מרפא. אז עדיף להחליט בסוף שאנחנו לא רוצים. אני אומרת בואו נקבל החלטה אמיצה כן או לא, אבל אם אנחנו הולכים אז בואו נלך, ולא נגיד אנחנו מאד לא רוצים את זה. אנחנו חושבים שהחסרונות עולים על היתרונות וכו' וכו', ועכשיו נעשה שורה של מגבלות שבעצם כאילו אמרנו כן ועשינו לא. זהו. אז אם לא הבנתם, אני בסוף החלטתי.

יעל גרמן: אנחנו הבנו את זה מההתחלה, ותודה רבה. זה היה מאד יפה.

רגע, לפני שגבי באמת מסכם. אז מי שרוצה להביע דעה, בבקשה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אחרי כל מה שנאמר קשה לחדש.

אבל בעיני, אני מסתכל על זה מכמה זוויות שונות. ראשית, ברור שגורמי הייצור ומערכת גורמי הייצור מוגבלים, מיטות, כוח אדם, ונכון קובי שאפשר, זו ההנחה שאפשר לשנות אותה. זה נכון מאד, אבל בטח בטווח הקצר זה דברים שמוגבלים בטווח הקצר בהכרח תיירות מרפא תבוא על חשבון אזרחי ישראל, ואת זה צריך לומר. ז"א זה לגיטימי לבוא ולומר אנחנו רוצים תיירות מרפא, אבל צריך באותה מידה לומר אנחנו יודעים שזה יפגע באזרחי הישראלי. זה לפחות בטווח הקצר. זה הדבר הראשון.

הדבר השני, מנגד זה מזכיר לי במידה מסוימת וההשוואה אולי לא במקומה,

יעל גרמן: הכל מוקלט, כל מילה.

דוברות: זה מזכיר לי איך מדינת ישראל מתייחסת להכנסות למיסוי ממקור לא ראוי מוסרית. עדיין ממסים אותו. עדיין ממסים אותו. עכשיו, למה הדבר דומה? מצד אחד, באים מהאוצר ואומרים את העמדה ששוללת את הקיום של תיירות מרפא. מצד שני, לפחות בשיחות רבות שמתקיימות ובטח בהתאם להסכם בריאות אוצר שנחתם שההסכם בריאות אוצר יצר סוג של קנס של 30 אחוז על כל גידול בפעילות תיירות מרפא בבת"ח. מצד שני, זה פחות או יותר מה שמאזן את המערכת ונותן להם את היכולת טיפה להרים נחיר אחד מעל המים, בהיקף מאד משמעותי של כ-600-700 מליון שקלים ברמה הלאומית. כמובן שהמחיר הוא מחיר כפול, אפילו יותר ממחיר של ישראלי. אז זו גם נקודה שחשוב לזכור מצד שלישי, יש פה שכבה מסוימת של רופאים שמגיעים למשכורות שהן משכורת בלתי הגיונית בעליל, לא סביר, לאה, יהיה רופא הכי מוכשר שיהיה, לא סביר שירוויחו משכורות כל כך גדולות, ובטח אם זה ביורו או בדולר, זה כבר לא עושה הבדל, ולכן אם אפשר בסופו של יום לייצר מודל שמחד ייתן את היתרונות שגלומים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בתיירות מרפא, כלומר, יביא את המקורות האלה פנימה לתוך המערכת, מנגד, אני לא חושב ומניח שאפשר למנוע לגמרי ולצמצם במידה ניכרת את הפגיעה באזרחים ע"י זה שהוא ירחיב בהמשך, זה לא מחר בבוקר, אבל את ההיצע שיעמוד לרשותם, ולבטח גם ייקח את המקורות שנכנסים וישפיע על דברים שהם מחוללי בריאות לאזרחים.

והפן השלישי ייצר סטריליות של הרופא במטופל עצמו. ז"א הרופא כבר לא ייפגש עם אותם סוכנים, יקבל את ההחלטה והוא לא יקבע את התור, לא יקבע את הזמינות, אז בוודאי שיש מקום לקיים את זה. אבל באמת בשום שכל ובזהירות מרבית, כי הנושא הזה הוא נושא שיכול בשניה אחת להתפרץ גוף אחד לא יוכל לעצור את זה, ורק אותם 30 אחוז שאין להם שב"ן ירגישו את זה על הגוף שלהם היטב. 25 אחוז, תלוי איפה בכללית זה 30 אחוז, במכבי זה 12 אחוז. בסה"כ זה 25 אחוז.

יעל גרמן: בסה"כ מי שאין לו לא שב"ן ולא זה, זה משהו כמו 17 אחוז. אבל בסדר. זה לא משנה. אתה רוצה להתבטא?

דוברות: אני רק רוצה להגיד ששמענו את הדיון מהצד וזה היה נשמע ככה, כנראה חוץ מגבי כולם פלוס מינוס הסבירו איך כן,

ולאה, נכון. שדיברה על זה שזה יותר מבחינת מחוץ למגבלת, אבל דווקא היה מעניין לשמוע, אם יש הסכמה כזאת, ברור שמודלים כאלה בסוף הכוח שלהם הוא בפרטים הקטנים. ואני מקווה וככה גם שמעתי, שנעשתה עבודה מאד עמוקה על הפרמטרים, צריכים להיות מודלים דינאמיים שיודעים לבדוק את עצמם, לא שגר ושכח, שבעוד שלוש שנים יודעים להתאסף, יודעים מה היו היעדים, לאן רצו להגיע, מה יקרה, מה עושה הוועדה המפקחת, איך הגופים עובדים, וזה צריך להיות שקוף וברור, ובאמת הפרטים הקטנים פה יהיו מאד מאד מכריעים לגבי ההצלחה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: זו נקודה סופר חשובה בעיני, ומהיום שתקום מנהלת בתי"ח, אנחנו כולנו נצטרך במשרד לעשות עבודת מטה כשאנחנו מחזקים את הצד הרגולטורי לרבות הכלכלי שהנחתם כאן. זה ממש אתגר אמיתי מבחינתנו כמשרד, ואז זה בדיוק יהיו הדברים האלה.

דוברות: בגלל השיח בין לאה ולאח, אני מה שאני התכוונתי אני בעד, זו איזושהי מגבלה מסוימת, אבל זה לא פתוח בצורה.

(מדברים יחד)

דוברות: אין מגבלה, יש כל המגבלות עם מתי תיעשה התיירת מרפא וזה.

דוברות: לא הבנתי. אמרו מגבלות, על ביה"ח, על העבודה ועל הרופא. ועל זה בדיוק הוויכוח. יפה אתה שם את המספרים.

יעל גרמן: ומתי באיזה sequence

יוגין קנדל: היא אמרה שלא צריך מגבלה.

דוברות: אחרי כל מה שנאמר באמת אין הרבה מה להוסיף. אני בהחלט בעד המצגת ובעד תיירות רפואית, עם מגבלה. עוד לא סיימנו את כל המספרים והתאריכים והכל הכל.

יעל גרמן: כל הפרטים הקטנים שעליהם דיברו.

דוברות: בדיוק, כל מה שנאמר פה, ואז אני חושבת שאם אנחנו אומרים שהבריאות זה זכות ולא מצרך, בשביל שתהיה זכות צריך לדאוג שיהיו לה את כל התנאים שתהיה זכות. והתנאים והכסף, זה מוצר.

דוברות: אני שכחתי להגיד בשיחות שלי דיברתי עם אחד מבתי"ח במרכז, הוא אמר: דווקא בחודשים האחרונים יש לי ירידה משמעותית בתיירות מרפא, כי כולם עוברים לעשות את זה באסותא, הרופאים אומרים למה לי לעשות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

את זה ככה, יש תמיד בעיה, אני לא מדבר על רמת האשמה או לא אשמה.
זה בדיוק ממחיש עד יותר את מה שנאמר שחייבים להגביל את זה. חייבים.
זה יוצר אך ורק נזק. זה לעניין ושתיים, לא הובנתי,

דוברות: איפה להגביל באסותא ?

דוברות: בפרטי, לא הכללי, כולל מחירים ואם לא הובנתי, שבסוף אלוהים נמצא
בפרטים הקטנים בטח כאן, אמרתי צריך לבחון ולראות את הנתונים כל עוד
לנתח אותם ועד אז לא להגדיל. אני לא חושב שצריך להגדיל כל עוד אנחנו
לא סגורים לא צריך להגדיל.

דוברות: שלושה דברים. קודם כל לגבי מגבלה, איזה מגבלה בדיוק, יכול להיות
שבאמת הפרטים עוד לא נסגרו, אבל כמו שאני רואה את הדיון, הדיון הוא
אפשרות אחת כמובן לא לאפשר בכלל, ואפשרות אחרת זה פחות או יותר
מה שגבי הציע, להשאיר את זה במצב הקיים, ואפשרות אחרת מה שאחרים
אמרו, או מה אחרים מציעים, זה לא לקחת את המצב הקיים כנתון שעליו
אנחנו עובדים אלא להגדיל ובהתאם לכל הדברים שנאמרו פה. לאפשר
להגדיל תחת כל האילוצים והבקשות או הדברים האחרים שנאמרו פה.

רק עוד שתי הערות. א. לגבי העובדה שזה פוגע בישראלים בגלל שהיום
אנחנו במשאבים נתונים. אני א. לא מתווכח. היום באמת ברור ,

יעל גרמן: זה בתשובה?

דוברות: כן, צריך לזכור, לא רק פה תור היום זה הבעיה של מדינת ישראל. כלומר,
יכול להיות שבאמת בגלל זה הישראלי יחכה טיפה יותר. יכול להיות, אבל
אם בזכות זה, זה כמו שהציגו כמה בתי חולים, משיגים טכנולוגיות יותר
טובות שאחרת לא היו בכלל, או שהיה הרבה פחות, אז כבר יש trade off
אפילו היום. כלומר, אם כל הכסף הולך לבזבז טוטאלי, אז אתה צודק. או
אם הכל הולך לשכר של הרופא, אולי. אבל אם חלק מהכסף כמו שאני יודע



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שקורה, מאפשר כבר היום לרכוש טכנולוגיות, אז גם אם זה פוגע במובן מסוים זה עוזר במובן אחר לכן המסקנה החד משמעית שזה פוגע היום בישראלים אני בכלל לא קונה אותה. אני חושב שזה פוגע אולי בהיבט אחד, עוזר מאד בהיבט אחר, אני לא יודע מה קורה, אבל אני לא מקבל את הטענה הזאת.

טענה שניה שאני חייב להתחבר למה שלא אמרה ואני אמרתי את זה בשבוע שעבר, יש פה תזה שהולכת ע"י כמה אנשים שהאפשרות הזאת להשתכרות כספית מעלה את הביקושים לשכר, וכל המערכת בגלל זה חוגגת. אני חושב שיש פה תזה חיובית שאם לא היה לרופא אפשרות לעבוד בשני המקומות לא רק או פרטי או ציבורי, אז התחרות על הרופא היתה כזאת שהוא היה מעלה את השכר. ואז הציבורית כדי להתחרות אתו היה חייב גם להעלות את השכר, כי אחרת הוא לא היה מגיע לשם. היום המצב הוא לא כזה משתי סיבות. א. העובד יכול לעבוד בשני המקומות וזה שמאפשרים לו להרוויח בעוד מקום, לדעתי מרסן מאד ע"י זה שאם מחר לא נאפשר להם להרוויח בפרטי, אתם תראו תביעות שכר הרבה יותר גדולות, ולהזכיר לכם, היו שביתות במדינת ישראל, היו תביעות שכר כבר בשנים שלא היתה רפואה פרטית כזאת פורחת.

ויותר מזה, אני מסכים מאד עם מה שלא אמרה, הם לא חיים בבועה, הם רואים מה קורה מסביב, ואני לא בטוח שתביעות השכר הן בגלל אסותא, או בגלל הבנקים. או בגלל חברת חשמל או בגלל דברים אחרים,

דוברות: הסווארים בנמל.

דוברות: אז אני לא בטוח שמה שמגביר את הדרישות זה דווקא האפשרות אלא להפך, יכול להיות שזה מאד מאד ממתן. אם לא נאפשר להם את שני הדברים, אז יכול להיות שזה יהיה סיפור אחר.

יעל גרמן: ספי, בבקשה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: יכול להיות שזה רעיון שנאמר בעבר, אבל דיברתם על מקורות לצורך הגדלת תשתיות. כמובן יש פה שיתוף פעולה של הרבה גורמים, אבל אם מחרתיים המחלקה האונקולוגית בבית חולים מסוים עושה שימוש ניכר בתיירות מרפא, חלק מהתמורה שהיא מקבלת היא נצבעת ספציפית, לא במשהו מעורפל שלקנות מכשיר MRI או משהו כזה, אלא היא הולכת ספציפית למחלקה שנותנת את השרותים האלה. וככה אנחנו יוצרים איזה כדור שלג חיובי ולא כדור שלג שלילי.

יעל גרמן: כלומר, אתה רואה ישירות את היתרון. ויש תמריץ ישיר בין זה שאתה עושה את התיירות הרפואית.

דוברות: התמריץ צריך להיות כזה שכמובן שהמיטות האלה לא רק תמיד יהיה בשעור יותר גבוה לכלל האוכלוסיה מאשר לתיירות המרפא, שלא על כל מיטה שנעלה אנחנו נכניס תייר מרפא, אלא על כל שתי מיטות שנעלה, נכניס חצי תייר מרפא.

דוברות: זה המודל האנגלי לשר"פ דרך אגב.

יעל גרמן: אני רק רוצה להזכיר, גבי, אתה מסיים, ואני רק רוצה לבוא ולומר שאתם מקבלים ציון A פלוס. אנחנו יושבים במרוכז למעלה מארבע שעות בלי לקום מהכסא, אז מיד אחרי גבי אני משחררת את כולם מהתעמלות של המוח, ואז נחזור בחזרה.

דוברות: אני אקצר. נקודת המוצא שלי זה אם מישו טעה, זה לטובת החולה הישראלי, אוניברסאלי בעובדות שלו, מאד הומאני ואני חושב שגם אנשים אחרים מחוץ למערכת הישראלית, צריכים לקבל כל מיני שרותים וכו', אבל עניי עירך קודמים. מבחינתי אני שם את מדינת ישראל לטובת המערכת לאזרח הישראלי החשוב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שתיים, אי אפשר לנתק את העמדה של תיירות המרפא מהמכלול הכולל של ההמלצות שלנו ובהקשרים האחרים של המערכת מהתפקוד שלה, היעילות שלה והשוויוניות שלה. ז"א זה צריך להיות אינטגרטיבי וזה יהיה גם אינטגרטיבי בנושא של full timer כן או לא, ברמה של מחירים אחידים, לא מחירים אחידים, ברמה של הגדלת המקורות או לא הגדלת המקורות, זה חלק מהעסקה. אני לא ממליץ את ההמלצות שהצגתי לתיירות מרפא והולך לים ושוחה ויושב שם ומשתזף. לא. אני דואג לזה שכל ההמלצות שהצגתי אינטגרטיביות להמלצות אחרות. זה הערות כלליות ועכשיו באופן ספציפי.

נושא ההעדפה, מה אני הצגתי? אני הצגתי שהתעריפים הקיימים בשביל 100 יש תמריצים לקופה ויש תמריצים לרופא. עכשיו, בנושא הזה היו שתי עמדות. עמדה אחת אמרה לא איכפת לי שיש העדפה. שתהיה העדפה לחולה הישראלי. עם העמדה הזו אני לא מתווכח. אני חושב שאיכפת לי, ואם איכפת לי צריך לטפל בהעדפה הזאת וצריך לצמצם אותה, למנוע אותה במידת האפשר עד למצב שאין העדפה. זו העמדה שלי. ובנושא הזה, אני אומר, כמי שאומר שזה לא איכפת לו, אני לא מתווכח אתו לחלוטין. מי שאומר שאיכפת לו, צריך לוודא שאכן לא יבצעו את ההעדפה. ואז אני לוקח את הסצנריו שהציגה יוליה, ודרך אגב, יוליה אמרה: פוטנציאל ההעדפה קיים, כי אחרת לא צריך בכלל את הרגולציה. ואני מסתכל על מה הציגה כקריטריונים לצמצום ההעדפה ואני מצטט לכם, רבותי. בנושא של כמויות, דיברו על עודף קיבולת. לא דיברו על פער כמותי. קצת על זה. בנושא של מחירים אמרו מחירי המינימום. איזה מחירי מינימום? לא נאמר. בנושא של לב הפעילות, אני אפילו שמעתי, בכלל לא צריך לרסן את זה, שיהיה 40 אחוז.

יעל גרמן: זו היתה השאלה שלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: מה, פר מחלקה?

דוברות: פר שום דבר. ככלל, המגבלה של נפח הכנסה לא צריכה להיות רלוונטית בדיון.

יעל גרמן: על הכנסה.

דוברות: כן. כמויות, אמרתי אחד נושא של מחירים. שתיים, אמרתי נושא של כמויות, ושלוש נפח הכנסות. כל המרכיבים האלה שאני חושב שצריכים להיות במודל של ההסדרה, במודל של יוליה הוגדרו בצורה מאד מאד מעורפלת. צר לי לומר את זה. יוליה איננה פה, אבל תסתכלו על המודל שלה. הם אינם שם, יש פה איזה הצהרת כוונות מאד מאד רכה, שבעצם כמעט אומרת the sky is the limit. נושא של תשתיות. גם פה היה דבר נורא מעניין. היו פה שתי עמדות. עמדה אחת אמרה: סליחה, אין מחסור בתשתיות. היתה עמדה כזאת שנאמרה פה ועם העמדה הזאת אני בכלל לא מתווכח. לא רוצה להתווכח. אני חושב שיש מחסור בתשתיות. אני חושב רק שבמקביל לנושא של מחסור בתשתיות, יש גם שימוש לא יעיל בתשתיות הקיימות. ואני אומר, שהעובדה שיש גן נעול שעליה מציג רוטשטיין כל הזמן, זה קטסטרופה של ניהול. אבל זה לא ביטוי לעודף. זה לא שיש עודף. לא משתמשים בזה כי יש מגבלה של כסף, יש מגבלה של AP יש מגבלה של תמריצים, כי בורחים למערכת הפרטית, כי לא משתלם להפעיל את המערכת אפילו אחת צ. טפלו בזה. בואו נטפל בזה. ואנחנו במישורים אחרים נטפל בזה. ז"א המצב הזה שבו יש תשתיות עודפות הוא מלאכותי לחלוטין. כי לא יכול להיות שיש תשתיות עודפות ויש תורים. לא יכול להיות. לא מתקבל על דעתי שאנחנו ננהל מערכת שבה יש תשתיות עודפות ויש תורים.

דוברות: גבי, אתה התעלמת מעמדה שלישית שהיתה. שהמחסור בתשתיות שהוא קיים, הוא מלאכותי לחלוטין. אפשר לפתור את זה. זו לא עמדה שאין, מודים שיש, אני חושב שיש, אני לא חושב שזה מלאכותי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: צר לי, אני חושב שיש, וכמו כל דבר שיש אתו בעיה, אפשר לטפל בה. כן, תכשיר את הרופאים, תכשיר את האחיות, תביא יותר כסף ובסוף נטפל בזה. הכל ניתן לפתרון. וודאי שניתן לפתרון. אבל כרגע, במציאות הנוכחית כרגע, אנחנו נמצאים עכשיו, על מה אנחנו ממליצים מחר ומה אנחנו ממליצים לעשר השנים הבאות. אם תאמר לי שבעוד 10 שנים יהיו 20 אלף רופאים נוספים, אז אני אגיד לך אחרת. אבל אין, יהיה לך מחסור ובעוד עשר שנים יהיה לך מחסור. אתה את הבוגרים של ביי"ס צפת תראה עוד שבע שנים. ובינתיים לא הקמת עוד ביי"ס.

(מדברים יחד)

דוברות: כמה הם ישפיעו? אפס. צריך בשביל זה הרבה עבודה. אמרתי קודם תגדיל את המכסות הקיימות ואחרי זה נפתח ביי"ס. זו היתה העמדה שלי. אז אני אומר, יש מחסור בתשתיות, רבותי. זה לא כוח אדם, זה גם כוח אדם, אבל זה גם אמצעי טיפול, וקודם צריך לפתור אותם כדי לצמצם תור, לתת את הצורך האמיתי של החולה הישראלי, כי זו נקודת המוצא שלי, ורק אחרי זה להגיד: אה, הוא לא עובד אחה"צ? בוא נמלא לו את תיירי המרפא. תייר המרפא הוא לא בא לסגור חור,

הערה שלישית, אף אחד פה לא הציג את העמדה שצריך לבטל את תיירות המרפא. ואני חושב שזה כבר מתקדם לכיוון של יום חמישי שישי, מהן הסוגיות שצריך לפתור המנכ"ל.

יעל גרמן: או אחרי זה. סוגרים את הנושא של האספקה ושל התמחיר.

דוברות: אני חושב שאם אתם מסכימים ככה, אחד, שהמצב הוא שיש העדפה, ושתיים, שככל שהנפח של התיירות הרפואית יותר גדול, הפגיעה יותר גדולה. זה גם כן צריך להסכים.

דוברות: אני לא יודעת. אני שמתי סימן שאלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני אומר, כל אחד צריך להבהיר לגבי עצמו את הסוגיות הבאות. אחד, האם יש העדפה כן או לא, ואם יש כן, האם כדאי לצמצם אותה או לא כדאי לצמצם אותה, כי יש כאלה שלא. שתיים, האם כאשר אתה מגדיל את נפח הפעילות, ממתי שיש מחסור, כי אם מישהו לא חושב שיש מחסור האם אני מרחיב את הפגיעה בחולה הישראלי או מצמצם אותה?

דוברות: תלוי אם הגדלתי או לא הגדלתי תשתיות.

דוברות: להגדיל תשתיות אין בעיה. להגדיל תשתיות ואחרי זה נדבר. דקה, תנו לי.

יעל גרמן: כל אחד שיגבש את עמדתו בנושא. לי יש עמדה. כל אחד שיגבש את עמדתו בשני הנושאים האלה, ואז אפשר על הטווח הזה שבין, לא הפרש לבין אין סוף, כי אף אחד לא אמר אין סוף, ואף אחד לא אמר אפס. יש טווח שמדבר על שלושה אחוזים, המצב הנוכחי, ויש טווח אחר שהוצג באיזשהו מסמך של 10 אחוזים. זה הטווח. ולגבי הטווח הזה שכל אחד יחליט האם הגדלה לא תגדל, האם 3 אחוזים זה המכסימום האפשרי במגבלות כושר הייצור שיש למערכת הבריאות הישראלית, וכל אחד שיביע את עמדתו בנושא הזה. אבל כל אחד, ברגע שיקבע אותו, יהיה חייב גם לתת תשובה לנושא של ההעדפה ואיך מצמצמים אותה באופן דרמטי. ללא צמצום כמותי ממש, לדעתי אין סיכוי.

דוברות: אבל למה הם חייבים להחליט, לא הבנתי. כשוועדת נתניהו והחוק המליץ על נוסחת קפיטציה, לא כתבו את הנוסחה. אמרו אנחנו בעד העיקרון שנקרא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הנה הרעיונות העיקריים, אנחנו בעד שינוי המצב הקיים למצב חדש, עכשיו יקום צוות, במקרה הזה גבי בן נון עמד בראש הצוות שכתב את נוסחת הקפיטציה. נוסחת הקפיטציה לקחו וישבו וכתבנו אותה. לכן אני חושב שלבוא ולהגיד היום שהוועדה הזאת צריכה להחליט האם זה יהיה 2-3 או 2-4 אחוז, זה נראה לי לא נכון, זה גם לא נכון כי יכול להיות שבבית אחד זה יהיה 5% ובשני אפס. השאלה אם נאמץ



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

את העיקרון שלך שזה המצב הקיים או אולי אפילו את העיקרון שהוצע פה, עיקרון כן, אפשרות להגדיל כן, יישב גוף מקצועי ויחליט. אותה רשות אולי, שתחליט לכל בי"ח כמה הוא יכול לעשות.

דוברות: ההבדל בין שני המהלכים, האחד הלא כמותי של הקפיטציה לבין הממד הזה, זה כשדיברת על קפיטציה דיברת על איזושהי הסדרה של עקרונות הקצאה יותר יעילים בתוך המערכת, ועל זה כל אחד הסכים. ולא היה צריך להמשיך מעבר לזה, אחרי זה היתה תת הוועדה,

דוברות: היו הרבה שלא הסכימו לתפישה, כי זה לא נכון.

דוברות: אנחנו הסכמנו. אתה מפריע לי במחשבה. מה שניסיתי לבוא ולומר, זה את הדבר הבא: לממד הכמותי יש השפעה אדירה, יש הבדל ענק בין 3% שניתנים לספוג במה שנקרא עוד איכשהו אומרים הפגיעה של החולה הישראלי לא כל כך נוראית והיקף היתרונות עולה על החסרונות, אני באילוץ מוכן לקבל עמדה כזאת, לבין עמדה ששמה את הממד הכמותי מחוץ למשחק ואומרת the sky is the limit להציג את זה כיעד אסטרטגי של מדינת ישראל, יצוא שרותי בריאות לתושבי חו"ל. זה היעד האסטרטגי שמוצג פה, אם מישו אומר שאין מספרים. ואני אומר לא, ככל שאתה עולה במספרים, פוטנציאל הפגיעה שלך בחולה הישראלי גדל, ולכן אני חושב שאנחנו חייבים להציג מימד כמותי.

ועוד שתי הערות אחרונות בנושא של האמירה פה. חלק מהאמירות פה באו מהכיוון שאנחנו כל הזמן חוזרים עליו, של חוסר האמון שהמערכת הציבורית תתן את הכסף הנוסף שכולנו מסכימים שחסר, דרך אגב, כולל האוצר. אני קראתי שוב את מה שאמר האוצר וכתבתי לא ניתנה לי המצגת,

דוברות: נעביר את המצגת.

(מדברים יחד)



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

גבי : סליחה, אבל הוא אמר שם, יהיו לנו וויכוחים, יש שם אמירות,

דוברות : איפה זה, אני רוצה גם לקרוא. אפשר לדעת מה היו האמירות?

דוברות : היו שתי אמירות פה ואני לא מזלזל בהן.

יעל גרמן : אני מבקשת מכולם להיות בשקט.

דוברות : מה שנגזר מהאמירה הזאת, זה כאילו הודעה שהפתרון הזה הוא לא כל כך טוב. אבל בהעדר שפתרון ציבורי הולכים עליו. זה ההגיון שבו. אומרים תשמע, גם אני הייתי רוצה שהכל יהיה מקורות, אבל הם לא נותנים, ולכן עוברים לאופציה הזאת. אז אני אומר, זה תפקידנו, זה תפקידה של הוועדה הזאת, לשים את האופציה של הפתרון הציבורי על השולחן. קבלת ההחלטות היא לא שלנו. אנחנו וועדה מייעצת. אנחנו וועדה ממליצה. שימו את זה ביחד ואז נשב ונקבל החלטות בממשלה, וישימו את זה אל מול רוני, אל מול התנחלויות, אל מול בטחון, אל מול כל מה שאתה רוצה ובשביל לתעדף. אבל אם אנחנו ניקח עמדה נסוגה ואני קורא לה גם תבוסתנית, שאומרת מראש לא נקבל אז לא נבקש, אני חושב שזו טעות אסטרטגית ממדרגה ראשונה.

יעל גרמן : תודה. יוג'ין מסיים.

דוברות : אבל הוא שם דברים בשמנו, שזה לא נכון.

יוג'ין קנדל : יש לציין את העקביות התמידית שלו. הוא אף פעם לא משנה את דעתו, הוא מאד מאד עקבי. זה מאד מרשים.

יעל גרמן : אני מבקשת בלי הערות. תכף אנחנו יוצאים להפסקה ואז אפשר יהיה גם לדבר.

יוג'ין קנדל : גבי עוד פעם דיבר על מי שאוהב העדפות ומי שלא אוהב העדפות. אני לא חושב שמישהו פה בעד העדפה. רק שההבדל בין העמדות שלנו זה שאתה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מעריך לרמה של להעלות את ההעדפה מאפס לקצת מחיר אין סופי, ואני שם עליו מחיר סופי. זה הכל. זה ההבדל בינינו. ולכולנו ברור שההעדפה, אנחנו מעדיפים שלא יתעדפו, אבל החיים הם לא לפי בקשתך. היתה פה אמירה קודם כל, קודם תגדיר את התשתיות ואח"כ נדבר. זה כמו להגיד קודם תלמדו לשחות ואח"כ נמלא את הבריכה. זה בדיוק אותו דבר. אני לא מכיר אף תחום שבו אתה אומר: תשמע, קודם כל בואו תבנו בניין, אנחנו נראה את הבניין ואח"כ נחפש האם מישהו יודע לאכלס את הבניין. או נבנה מפעל שיודע לייצר איקס ואח"כ נבדוק האם אנחנו נפתח את זה. זה לא יקרה. לכן, בדרך כלל עושים את זה הפוך. בדרך כלל אתה מזהה ביקוש, אתה מזהה משאבים שאתה צריך, אתה בונה תוכנית עסקית, אתה מתחיל להשקיע, וכשאתה משקיע בתוכנית עסקית שיכולה להיות ממומנת בחלקה ע"י תיירות מרפא, ולכן אני כן חושב שיש פה לטווח ארוך, ל-15 שנה קדימה, יש פה תוכנית השקעה מסיבית, לפי דעתי, אנחנו יכולים להגיע גם ל-2000 רופאים וגם ל-3000 רופאים, תלוי בביקושים. זה הכל כמובן צריך להיות בהתמדה. ואנחנו כמובן אף פעם לא נוסיף 500 רופאים למערכת של הכשרת רופאים לעוד 15 שנה, ואז עוד 15 שנה נבדוק האם יש לנו ביקוש או אין לנו ביקוש. זה תהליך של השקעה. זה תהליך השקעה, ולכן מה שכתוב בתוכנית שהצגנו, שבכל מקרה של ב"ח ציבורי שהגיש בקשה, הוא הגיש גם תוכנית פיתוח כמו שמצופה מכל יזם. תראו, אנחנו כל הזמן, כשאנחנו מדברים על תחרות, אם אנחנו נצמצם את המערכת הפרטית ואני חייב לצמצם במידה מסוימת את המערכת הפרטית, רק לא בדברים דרקוניים שעלולים או לא לעמוד במבחן בג"ץ או לא לעמוד במבחן קפריסין. קפריסין. ואם אנחנו טוענים בנושא, אני אגיד לך מה זה מבחן קפריסין. אם אתה אומר שאנשים לא ילכו לקפריסין מפה, גם רופאים וגם פציינטים, אז אני מבטיח לך שאם פציינטים טסים לישראל, הם גם יטוסו לקפריסין,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ולרופאים זה לבוא, רופאים יכולים ללכת לעבודה, זה לוקח בערך אותו זמן להגיע לקפריסין כמו מירושלים לת"א.

דוברות: יש לך מסוק.

יוג'ין קנדל: אבל אם יהיו מספיק רופאים יהיו לא רק מסוקים, יהיו גם מטוסים. לכן אני חושב שיש לנו פה מגבלות שאנחנו צריכים פשוט לקחת אותן בחשבון, לפחות ברמת ניהול סיכונים. לכן אני לא חושב שהעולם כל כך פשוט שאנחנו עכשיו נלחץ על הרופאים ונמנע מהם אפשרויות. דרך אגב, פה אני מסכים לגמרי שאלה שיישארו, יעשו לך שביתה ואתה עם כל הברבדוס שלך, אתה תשלם להם 35 אלף שקל, 45 אלף שקל, כמה שהם יבקשו, כי אין לך באמת ברירה מה לעשות. אני יודע את ההתנהלות שלנו בשביתת הרופאים האחרונה.

דוברות: יכולים לעשות כל דבר ואתה אומר שאתה יכול כל דבר,

יוג'ין קנדל: לא בגלל האינטרפרטציה שזה שלא שמנו מספרים השמים הם הגבול, אפשר לעשות כזאת אינטרפרטציה, זה לא מה שהתכוון המשורר, במקרה הזה אנחנו, הכוונה היא שאנחנו לא עוצרים את המערכת הזאת. אין שום הגיון בעולם, שום הגיון בעולם להגיד: תשמע, איפה שהגענו, שם נעצור. אם היינו מגיעים ל-8% שם היינו עוצרים, אם היינו מגיעים לאחוז שם היינו עוצרים? מה ההגיון בלהגיד תשמע, אם הגענו אז נעצור. אם אנחנו אומרים שהיתרונות הם מעל החסרונות, אז אנחנו צריכים לתת לזה אופק. אם אנחנו אומרים שהחסרונות הם מעל היתרונות, אנחנו צריכים לצמצם את המערכת הזאת ולאסור אותה. לאסור אותה. אין שום סיבה לפגוע בנטו במערכת, אם הטענה היא שישנה כיום פגיעה נטו של תיירות מרפא במערכת ציבורית, לא במערכת של המערב הפרוע שקיימת עכשיו, אלא אם אנחנו נסדיר אותה אז צריך לסגור את זה. אני הראשון אם יש, וצריך להיות קונסנזוס. הטענה היא בדיוק כזאת. אני לא יכול להקטין את זה. ואם אתה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לא יכול להקטין את זה, אז תצא, אם אתה רוצה להיות אמין, ופה דווקא אתה מאד מאד היית קונסיסטנטי, ואתה אומר אני רוצה להרוג את זה. אז בואו נחליט שנהרוג את זה. אני לא מבין לוגית את הטענה,

דוברות: רק ללוגיקה בקצרה, הטענה שהוצגה זה שיש קשר בין נפח הפעילות לבין עומס העבודה, וככל שאתה מגדיל את נפח הפעילות, אתה מעלה את הסיכוי לפגיעה או מאזן התועלות אל מול מה שנקרא חסרונות,

יעל גרמן: כל עוד שהתשתיות לא מגבילות.

(מדברים יחד)

יוג'ין קנדל: לכן אני לא רואה שום אפשרות לוגית להגיד: תשמע, איפה שהגענו שם בוא נעצור. אם אנחנו רוצים לפתח את זה, אנחנו צריכים לפתח את זה, ואני חושב שאנחנו צריכים לשים איזשהו יעד בטווח הארוך הוא יכול להיות ברמות של 15 עד 20 אחוז של פעילות, אם אנחנו נקדים את זה, זה לא ייקח תשתיות קיימות, זה פשוט ייקח יותר ויותר. זה מה שגבי אומר. אני כל הזמן אומר, הפעילות יכולה להגיע ל-20 אחוז לא ע"י זה שהמכנה הוא אותו דבר. ע"י הרחבת המכנה והרחבת המונה. זאת הנקודה. ולכן המספרים והמגבלות אנחנו לא שמנו אותן, זה לא אומר שאין לנו אותן, אנחנו פשוט חושבים שצריכים לדון בזה בפורום הזה, כי הטווחים הם טווחים גדולים. הטווחים נעים מ-0 באוטופיה או מ-3 אחוז של עכשיו, עד לסדרי גודל של תוכנית עסקית ל-15 שנה, שמגיעה למספרים הרבה הרבה יותר גבוהים. 15 ו-20 אחוז בהתאמה של תשתיות.

דוברות: אני חושב שהמודל שהוצג פה יש בו הרבה מאד יתרונות והוא כשלעצמו מתווה דרך, כמו שאתה אמרת ואני לא חושב שהוא קם על ההחלטה,

יוג'ין קנדל: זה בדיוק מה שאני אומר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: כל מה שעשית עד היום היה אמירה כמעט דמגוגית, לבוא ולהגיד שבגלל שאין מספר, בעצם זו תוכנית אסטרטגית להגדלת הייצוא של מדינת ישראל, זה פשוט,

דוברות: וזה לא נכון?

דוברות: זה מה שאמרת. לדעתי זה לא נכון. התוכנית העסקית,

יוג'ין קנדל: אני פה רציתי באמת לסיים עם המשפט שקובי עכשיו אמר. אנחנו צריכים לתת הכוונה של הכיוון. יש הרבה מאד פרטים וזאת הסיבה שאנחנו בהתחלה רצינו לעשות את זה מאד מפורט ואנחנו הבנו שאנחנו לא יכולים לעשות עד כדי כך מפורט. אנחנו באמת נותנים קריאת כיוון מאד מעד ברורה, עם גבולות גזרה יחסית צרים. הטווחים צריכים להקבע גם פה, גבולות גזרה, אבל בטח ע"י המשרד מבחינה מקצועית.

יעל גרמן: מבחינה מקצועית. אני חושבת שזה מייתר להערכתך, נכון? ברגע שהוא תיקן את עצמו, תוך כדי כך הוא עשה לך תיקוני דרך.

דוברות: אני רוצה ממש משפט. אחרי שדיברתי אמרו לי: תראה, התשתיות, זה לא דבר מוגבל, אפשר להגדיל אותן, זו אמירה אנדוגנית. אנחנו באוצר נתנגד חד משמעית, נתנגד להגדלת תשתיות לטובת שימוש בהן לטובת תיירות מרפא. כי תיירות מרפא זה משהו אקסוגני. היום יש לך, עוד 10-20 שנה אין לך. אתה לא יכול לסמוך על זה. ואני לא אגדיל לך את התשתיות במדינת ישראל לטובת משהו שמחר יכול להשתנות. וחשוב להגיד את זה.

יעל גרמן: אנחנו יוצאים להפסקה ולאחר מכן אנחנו משנים נושא. אנחנו עוברים לנושא של התמחור ונתחיל לדון בו. אני מקווה שנצליח. אני רוצה לבוא ולומר לכם שלמרות הדיון המאד מאד ערני, אנחנו תמיד באים ואומרים על אחוזי ההסכמה החופפת יש כאן הסכמה חופפת אדירה. אני לא שמעתי שאף אחד דפק על השולחן ואמר לא. באו ואמרו מוגבל, באו ואמרו לא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

להגדיל, באו ואמרו תלוי בהתפתחות התשתיות. לא אמרו נייט וזו כבר החלטה בפני עצמה. ז"א קודם כל זה קוצנזוס אדיר, שבא ואומר כן לתיירות הרפואית. לתיירות המרפא. תלוי כיצד ובאילו תנאים, מה תהיה הרגולציה, איפה אנחנו נגביל גם אותה וגם את הרפואה הפרטית. אין לי ספק שיש לנו כאן בסיס אדיר להסכמות. אני לא יודעת, לא סתם אני אומרת שאני לא יודעת אם אנחנו נגיע לזה בחמישי שישי. אנחנו צריכים לזכור את הבסיס הרחב להסכמה שנוצר כאן. אנחנו נצטרך לשבת לסכם את הפרטים כדי לבוא ולראות באמת מה ניתן לקבל החלטה במידי, מה ניתן לקבל החלטה לטווח ארוך, מהם התנאים ואיזה רגולציה. לי יש גם כמה הערות, אני לא אומרת אותן כרגע, אני אומר אותן בדיון שיהיה לנו אחרי הנושא שבו אנחנו נסכם את האספקה ואת התמחור. הפסקה.

הפסקה

- יעל גרמן: דורון, בוא תאמר לנו מה לוח הזמנים, מה סדר הדברים.
- דורון: ליאיר הוקצבה חצי שעה. בשביל לתת לנו את המבוא, במילים פשוטות, המצב הקיים, כיצד מבוצע היום מנגנון התמחור, בתור פתיח לדיון שלנו על שינויים שאנחנו חושבים שצריך לעשות במדיניות התמחור.
- יעל גרמן: בהחלט, וגם שהצוות יכיר אותנו. (הצוות מציג את עצמו: ערן פוליצר מבנק ישראל, ספי מנדלוביץ עוזרו של ארנון, לאה ופנר ההסתדרות הרפואית, קובי גלזר מאוניברסיטת תל אביב, פנינה קורן נציגת ציבור. אורי שמרת אוצר, עדי ניב יגודה אוניברסיטת תל אביב, שלומית



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

תקציבים, אחראית על נושא הרגולציה, ויש לנו גם מקליט שניאור. גבי בן נון בן גוריון, דורון מרכז הוועדה, יעל גרמן יו"ר, ארנון אפק, לאה אחדות מהמרכז האקדמי רופין, ניר סמנכ"ל תכנון ותמחור משרד הבריאות. ואדים - מנהלת התמחור ואסף היועץ האישי.

יאיר:

אני אדבר בקצרה. כמה מילים על עולם התמחור במערכת הבריאות. מסתכלים על השוק, מראה קצת מעניין. הרגולציה הרפואית זה הרגולציה שמכוח פקודת בריאות העם, חלה על כל המערכת, חלה על המגזר הפרטי, על המגזר הציבורי, קופות, על כולם. כשמסתכלים על החלק שקשור לרגולציה הכלכלית, המקטע האדום, אז הוא חל רק על בתי"ח ממשלתיים, רק על בתי"ח ציבוריים, גם הכללית בממשק שבין כללית ליתר הקופות, לא בין כללית לבין כללית. עיקר הרגולציה הכלכלית היא על קופות חולים, גם ביטוח לאומי וגם סדרי הבטחון נכנסים לתוך הסביבה הזו, חברות ביטוח, תיירות מרפא שהיא מחוץ למערכת שלנו וביטוחים הם מחוץ לרגולציה הכלכלית שנדבר עליה תכף.

כשמדברים על שיטות תמחור שמוגבלות ומבוצעות הלכה למעשה בישראל, אנחנו מדברים על מספר סוגים. מדברים על תקציב גלובלי כדי להמחיש שיטת תקציב גלובלי, שבעצם מעניקה תקציב ב day one למסגרת מסוימת במנותק מהביצועים שלה, הדוגמא הכי מובהקת זה אולי משק האשפוז הפסיכיאטרי עד ליום הרפורמה, שזה יעבור לקופות החולים, כשלמעשה בתיה"ח היום מתחילים בתקציב סדור ביום הראשון שלהם, במנותק מהתפוקות שלהם, כשמדברים על יחידת עלות ממוצעת, הדוגמא הכי טובה שאפשר לתת זה מחיר יום אשפוז, מאז שנת '78 קבענו תחולה מסוימת, מחיר מסוים, הוא רץ קדימה, וזה מה שמייצר את אותה יחידת המדידה. תשלום על פעולות נבחרות זה משהו שמקודם בצורה מאד ניכרת בשנים האחרונות. אנחנו נוהגים לומר DRG אבל זה לא הבחנות אלא יותר ביצוע



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

פעולות, זה בעצם לקחת פרוצדורה מסוימת ולתת לה מחיר כולל, לנקות מעל השולחן את התמריצים של השחקנים ביום יום האתמול שבעולם הזה בעצם הם מתחשבים לפי משכי אשפוז, והדבר הזה יוצר וודאות שהולכת לקופה. מצד שני, ומצד שני בבתי"ח זה מסיר כל מיני תמריצים שליליים להרחבת היקף האשפוז. במערך אמבולטורי נהוג לראות בעיקר לפי for service אדם מגיע למסגרת ולפי צבר השרותים שהוא מקבל, כך צבר התשלומים שהוא צריך לשלם.

אם מסתכלים ככה ממעוף הציפור על פני העשור, 2003/2012 שני החלקים הראשונים ימי אשפוז והדיפרנציאליים, נהוג לבוא ולהסתכל עליהם כעל מוצרים משלימים. אנחנו רואים את התנועה של ימי אשפוז מ-47 אחוז ל-40 אחוז ומנגד את המחירים הדיפרנציאליים -16 אחוז, 23 אחוז,

דוברות: כנפח הכנסות בתי"ח הממשלתיים.

יאיר: כנפח הכנסות בתי"ח הממשלתיים, אפשר גם למצוא אותם ברמות של 35 אחוז, עם מרכזי על מסוימים.

יעל גרמן: יאיר, אני איבדתי אותך. תעבור לי מימי אשפוז. מה אנחנו רואים.

יאיר: כן. אנחנו בעצם רואים את התמונה שהיתה בשנת 2003, מה היה תמהיל ההכנסות של מרכזים רפואיים מהתחשבות על בסיס ימי אשפוז, זה היה 47 אחוז, 2012 אנחנו עומדים על 40 אחוז. ז"א בתי"ח נמנעים מהתחשבות בסוג אחר. הסוג האחר המשלים זה בעצם הדיפרנציאלי, המחיר כולל ביצוע פרוצדורה שעלה מ-16 אחוז ל-23 אחוז,

יעל גרמן: שזה DRG

דוברות: אבל ממה זה, מהכנסות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יאיר:

סך ההכנסות האמיתיות, נטו אמיתי, כסף על השולחן. אני אומר שגם בנושא של הדיפרנציאלי, לא, זה לא אומר שיש גם מתחת, out of pocket אמיתי, ודיפרנציאלי יש מספר מרכזי על בעיקר, שגם מגיעים לרמות של 35 אחוז יותר הכנסות, כי הם משתמשים ומרבים להשתמש בקודים דיפרנציאליים שלא נמצאים בשימוש בכל בתי"ח. בתחום האמבולטורי אנחנו רואים ירידה מסוימת, השוק האמבולטורי הוא שוק אחר לגמרי, הוא שוק שיש לו תחרות גיאוגרפית, הוא שוק שבו הקופה יודעת היטב למה היא נכנסת, היא יודעת לייצר חלופות, היא יודעת לצאת כשצריך, היא יודעת להשאר כשכדאי לה, ואנחנו רואים פה מערכת שגם מתכנסת כלפי מטה. המשלים, למי שסיכם זה לידות כ-8 אחוז, וזה מיון 6 אחוז ועוד אחר 2-3 אחוז.

דוברות:

גם באמבולטוריקה מראה שיש נפח פעילות כרגע לא מנוצל במערכת הציבורית.

דוברות:

לא הבנתי. תחזור עוד פעם בשבילי.

דוברות:

בגלל שהקופות מסיטות את הפעילות מבתי"ח, מרפאות החוץ מבתי"ח לקהילה, יש ירידה בפעילות,

דוברות:

הירידה היא של 2 אחוז.

(מדברים יחד)

יאיר:

האמירה היא שבתי"ח יכולים לייצר יותר אמבולטוריקה. מי שנכנס לבתי"ח גם רואה את זה. אבל התחרות שמתפתחת מחוץ לבתי"ח, אפשר להסתכל על הדיאליזה מטר משערי וולפסון,

דוברות:

כל זה אני יודעת, אבל רציתי להבין למה,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: יש לי שאלה, לגבי ה-1464, מבחינתו של החולה, של הצרכן, זה שקוף. הוא משלם כרגיל. הוא לא רואה את ההבדל.

יאיר: הוא לא רואה כלום.

(מדברים יחד)

יאיר: הוא אדיש לזה, אבל באמבולטוריקה אין דיפרנציאלי, באמבולטוריקה זה לא מחירון, הדיפרנציאלי הוא בעיקר בניתוחים, לצורך העניין ופחות בשרותים אמבולטוריים.

כמה מילים על תהליך התמחור, הוא עבר שינוי מאד משמעותי בשנה האחרונה, יחד עם משרד האוצר, יש את וועדת המחירים, וועדת המחירים שהנמצאת במשרד האוצר ומתחתיה היתה וועדת המחירים שבראשה עומד ראש מנהל רפואה. חילקנו בעצם את הדיון באותה וועדה לשני חלקים, לחלק הקליני הרפואי, באותו חלק אנחנו דנים על הנושא הרפואי. בא המומחה באותו תחום, באים מומחים, באים נציגים מכל הצדדים ומציגים את הנתונים המקצועיים שקשורים לפרוצדורה שאנחנו דנים בה. לאחר מכן, לאחר שאנחנו מגיעים לתובנות של מהי הפרוצדורה, מה עושים בה, משכי הזמן, מה היא דורשת, אילו מתקנים, כמה זמן ואני תכף אראה את זה, אנחנו הולכים ומתמחרים את זה בהיבט הכלכלי, אבל נותנים משקל מאד משמעותי להיבט הקליני.

דוברות: לפני שאתה עובר הלאה, שאלת הבהרה. כשאתה כותב בחלק הקליני, שותפים ונציגים משתתפים. למה אתה מתכוון? יש שם בתי"ח, יש שם קופות,

יאיר: אני מתכוון לשולחן עגול שיש בו נציגים מקופות החולים בתי"ח, משרד הבריאות, משרד האוצר



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: גם בחלק הקליני?

יאיר: וודאי, גורמי רפואה, הדיון הוא רפואי, הוא לא כלכלי.

(מדברים יחד)

דוברות: יאיר, אולי תתן עוד מילה על התהליך הזה. לא היינו תופשים את התהליך הזה, כי אני מכיר אותו, אבל הוא לא היה מובן. אני אגיד לך מה אני מכיר ואני נכנס לתהליך באמצע, אחרי שמשרד הבריאות עשה את תוכנית העבודה שלו.

יאיר: אני אגיע לזה תכף. הכשלים וזה, וודאי, זה רק הגוף עצמו. כשמסתכלים על תהליך התמחור, זה תהליך תמחור מאד מאד סייזיפי ומתיש, שכולל הליכה לאורך כל פס הייצור. למקטע הרפואי, לאותו רופא, לאה, לאותו מנתח יש חלק מאד משמעותי בשאלון הרפואי גם לרופא, בונים איזשהו קובץ תמחור ראשוני, מבררים את המחירים, ואז מתחיל להגיע בכלל לדיון בוועדה.

דוברות: אני אחזור עוד פעם, זה הרופא שבא מטעם הקופה, מטעם בי"ח, מטעם עצמו?

יאיר: לא לא, מטעמנו. אנחנו פונים לרופאים, בדרך כלל לרופאים לאיגודים המקצועיים או למועצות הלאומיות, ומבקשים מציגים והם באים כאנשי מקצוע. אני חייב להגיד שכן הם במלחמה נוראה גם עם בתי"ח וגם עם קופות החולים כשבתי"ח דורשים שיהיו נציגים שלהם שישבו או הקופות שישבו עם האנשים שלנו, עם הרופאים. אני מסרב לזה, כי הרופא מגיע כאיש מקצוע והוא לא צריך לראות את מנהל ביה"ח שלו או את האיש הכלכלי של ביה"ח, או את האיש הכלכלי של קופה"ח יושב אתו ומשפיע לו על התמחור, אני רוצה שהוא יהיה נקי נקי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

נתקלנו בסיטואציות שלא מכבדת בעיני את הרופאים, כשיש לנו רופא בכיר ורוצה לדבר ויושב לידו נציג כלכלי ופתאום הרופא לא זוכר מה הוא רצה לומר.

דוברות:

לא לא, יאיר, לא לזה היתה השאלה. רגע, אני רוצה להסביר לכם את השאלה מאיפה זה בא, אתם בטח לא חושבים שיש לי פה עניין בקטע הזה. אני פשוט רוצה להבין. כיוון שאם אני מבינה נכון נושא של מחיר בסוף היום זה לא 2 ועוד 2 שיוצא 4. לכן אני חשבת, פשוט רציתי להבין ואתה מקודם כן אמרת נציגים שזה של הקופות, עובדים של הקופות, רופאים של הקופות, לכן אני פשוט רוצה להבין, כי מה שאמרת עכשיו, ומה שהיה קודם זה לא אותו דבר. אני פשוט רוצה להבין. אתה זוכר את התמונה שהיה כתוב לך קליני ושאלתי אותך מי. האיגודים זה לא,

יאיר:

ברשותכם אני אסביר. מה שקורה, אתה מנתח את הניתוח, את כל העלויות, יושב עם הרופאים יותר מאחד וגם כדי לשאול אותם כמה צריך כזה, כמה זמן, איזה כלים, כמה תשתיות בחדר ניתוח אתה צריך, בונה לך מעין עץ מוצר כזה, ואח"כ אתה מתמחר אותו, ואת זה אנחנו מעבירים גם לקופות ולבתי"ח להעיר טעינו, לא טעינו, צדקנו לא צדקנו. מקבלים את כל הנתונים ובסוף דנים.

דוברות:

אבל הצהוב הזה שם שיש משתתפים, מי המשתתפים?

יאיר:

פה רשום במילה אחת נציגים משתתפים. הנציגים הללו אלה גופי רפואה מקרב קופות החולים, מקרב בתי"ח. מה שאת צריכה לקחת מהשקף הזה, בעבר היה דיון אחד שהרפואי והכלכלי היה מתערבב בו, וכרגע יש הפרדה מוחלטת, וonce ישבו הגופים הרפואיים אתנו ותקפנו את זה, תקפנו את זה ע"י כיתות רגליים של אנשים בוועדה ללכת, לראות מספר מקומות והגענו להבנה כמה זמן אורך הניתוח, כמה אנשים משתתפים בניתוח אילו מתקנים צריך לניתוח, איזה ציוד מיוחד מפעילים במסגרת הניתוח, שגם מחייב את



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ההפחתה שלו, מהו רצף הטיפול במעבר מחדר הניתוח לחדר התאוששות וטיפול נמרץ, מהו יום האשפוז של אותו מטופל צפוי להיות מאושפז והוא כמובן יום האשפוז בניכוי הרכיב של כוח אדם, אנחנו יודעים להגיע לתמחור, והתמחור בעצם כולל כמה חלקים. בחלק העליון אנחנו רואים את כוח האדם שמעורב בניתוח. כשאנחנו פה רושמים רופא, אנחנו מתכוונים ברוב המקרים לרופא מומחה ולמתמחה. הערך של הכשרת המומחים והערך של ההוראה, הוא ערך שמקבל ביטוי גם בתמחור. ז"א כשאתם חושבים על סקטור אחר, שם יש רק מומחה שמנתח, סביר להניח שזה גם ייקח לו יותר מהר, הוא לבד, וסביר להניח שגם לידו לא יעמוד מתמחה. אז זה דבר שחשוב מאד להבין ולזכור.

אם יש ציוד מסוים שהוא ציוד שמחויב במסגרת הניתוח, אנחנו גם יודעים להפחית אותו, יש פה איזשהו כלל של 6 ו-7 בכלל, אנחנו השנה בשלב זה מתקפים את כל הרכיבים הללו, עוברים סעיף סעיף, ובוחנים את עצמנו שוב פעם ושוב פעם. שבע שנות פחת זה משהו שהשתלב במערכת לפני הרבה מאד שנים, בעיני זה לא מייצג בהכרח את הציוד שנמצא בחדר הניתוח, ואת זה אנחנו מתקפים היום בצורה מאד מעמיקה. כמו גם שבעה אחוזי אחזקה על אותו ציוד, חומרים מתכלים אנחנו יודעים לקחת את מחירי השוק של אותם מחירים מתכלים בבסיס הניתוח, תקורה לפי 20 אחוז זו תקורה שהשתרשה מלפני הרבה מאד שנים, שנת 94' אם אני זוכר נכון, וזו תקורה שגם אותה אנחנו כרגע מתקפים בעבודה מאד מאד נרחבת. אגב, יש מקומות בעולם שהתקורה היא הרבה יותר גבוהה, יש מקומות אחרים שעושים חלק מהתקורה בתור הוצאה ישירה, זה מאד מאד משתנה, אבל את הנקודה הזאת אנחנו מתקפים וכשאנחנו מדברים על שעות חדר ניתוח, אנחנו בעצם מהחלק הקליני לוקחים מהרופאים מההבנה שלהם את המערכת, כמה זמן לוקח לנו לנתח, ואת זה אנחנו מכפילים במחיר של שעת חדר ניתוח, שבגדול זה כולל את המרדים והצוות שמתפעל את חדר הניתוח,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מוסיפים חצי שעה, כי בעצם רבע שעה נקיון לפני ורבע שעה נקיון אחרי, וזה מייצר את התמונה. כמו שאמרתי, הרכיב של יום אשפוז, הוא כולל את הרכיב מבלי השכר של הרופא, כי בשכר של הרופא למעלה, לקחנו בעצם את הממוצע, שכולל את כל הרכיבים שלו, גם כוננות וגם בעצם ההגעה של אותו רופא למיטת המטופל ביום למחרת, לוודא שהניתוח עבר בצורה תקינה.

מה כן אפשר לומר כאן שלא נמצא, זה בדיוק מה שאני בא לומר, מה כן אפשר לומר שלא רואים כאן? עולם התמחור במערכת, הוא עולם תמחור של פעם אחת ממוצע, אין תמחור לגיל צעיר, לגיל מבוגר, לחומרה כזו ולחומרה אחרת, מורכבות, פעם אחת. פעם שניה זה גם תמחור כמו שאמרת ערן, תמחור של בוקר. תמחור שמשקלל את השכר של הרופא במרכזים הרפואיים, זה לא תמחור שמבטא עלויות אחה"צ, ובוודאי שלא תמחור שמבטא עלויות של חלילה סקטור פרטי. צריך גם להבין שבסקטור הפרטי, עלות שעת חדר ניתוח באסותא הוא 3500 שקל.

כששואלים למה, יכולים בעצם להבין שבעצם התשומות בהפעלת חדר ניתוח הרבה יותר גבוהות מהמערכת הממשלתית, כי השכר שם, סה"כ לשעה.

יעל גרמן: כמה? אל תציין רק את שעת חדר הניתוח. בסה"כ.

יאיר: בסה"כ הם יודעים להתכנס לתמחורים שאנחנו מציגים, כי בסה"כ גם מחירים שנמצאים שם מתחת לממוצע, וגם היעילות היא יותר גבוהה, פעם אחת כי אין את המיון שדוחף לך את המחלקות שמביאים לך מקרים דחופים ופעם שניה, את המתמחה שצריך ללמוד. ויש שם את המומחה שמנתח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: ההבדל בין ניתוח של מתמחה ומומחה יכול ללכת על פי שלוש זמן. ז"א שאמנם עלות השעה שלהם הרבה יותר גבוהה, אבל זה יכול להיות 50 אחוז או אפילו שליש מהזמן שהולך בבי"ח, כי עד שמתמחה עושה,

יעל גרמן: שם זה מתקזז עם העלויות. בסה"כ הניתוח, אותו ניתוח, איפה הוא יעלה יותר בזול? באסותא או באיכילוב?

יאיר: בסה"כ הניתוח באסותא מתקרב ונמצא בערכים שלנו, יש כאלה שלמטה יש כאלה שלמעלה, אבל הם נמצאים באזור שלנו. הם לא באזור אחר.

דוברות: שכר מנתח זה לא נפרד באסותא?

יאיר: שכר מנתח הוא שכר שנגזר ישירות למנתח. וכאן הוא כלול. יעל גרמן: ז"א זה מתכנס ע"י זה שקודם כל זמן הניתוח מתקצר, וזמן המנתח נכלל. בצורה משמעותית.

אני מדבר מביקורים וראיית הנתונים שלהם. כמו שאמרתי, הוא שאל שאלה נכונה, כי כמו שאמרתי, אין לנו את הסמכות של הרגולציה הכלכלית. זה משהו שחסר. בהבנה שלי, זה חייב להיות כתנאי להבנה.

יעל גרמן: מה שאלת?

דוברות: שאלתי עשיתם בדיקה שזה מתכנס? אנחנו יודעים, לא יודעים?

יאיר: עניתי שאנחנו מתבססים על נתונים שקיבלנו מאסותא. גם בתקופת הCAP למרות ש cap לא קרה אתם, אבל קיבלנו נתונים בתקופה ההיא, וגם מפגישות שאנחנו עורכים גם באסותא ובמרכזים הפרטיים.

דוברות: לגבי הבדיקה, והבדיקה היתה דווקא מולך, טענה קופ"ח מכבי שתמחרנו ביטוח חולים ביתר, בכמעט 4500 ₪ כשהם קונים את זה במוסד פרטי ב-2300. הביאו גם את השם של המוסד, ואז נכנסנו קצת לפרטים וראינו ש-



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

2300 משלמת הקופה, עוד 900 שקל הקופה משלמת לרופא שמגיע, יש תוספות שהמבוטח משלם בהשתתפויות עצמיות,

יעל גרמן : כמה?

דוברות : אני לא זוכר, זה אחוזים, והגענו ל-200 שקל פחות, שבמקרים שהרופא בעצמו בחר לנתח בבי"ח צדדי. ולכן כשמשווים, ועשינו כמה בדיקות כאלה, וצריך להזהר, יש שם הרבה גורמים מממנים.

יאיר : אני עונה לך על השאלה. רק צריך לזכור, גם בהמשך להכנס לכלים שגם חלים על המערכת הציבורית, זה בעצם כלי ה-CAP שאותו CAP גם מייצר מרמת ייצור מסוימת גם תשלומים חלקיים מה שבעצם משנה את המחיר מקצה לקצה, את המחיר שאנחנו מתמחרים.

דוברות : אני לא יודע אם תצליחו לראות, אבל יש כאן גרף שמראה את הגיל. זה הגיל, נכון? יש שני גרפים שמסבירים בדיוק את ההבדל, אחד ההבדלים בין המערכת הפרטית לבין המערכת הציבורית.

יאיר : זו נקודה אחת שאני רוצה להגיד, כי היא ממשיכה להוביל אותנו גם בהמשך הדיון. מכיל מכפיל גדול במחיר שאנחנו קובעים, זה לכיסוי ההוצאה הקבועה. וזה מן הסתם בגלל שביה"ח יש לו הרבה מאד הוצאות קבועות. וזה מייצר בעיה מאד גדולה בתמריצים. אני לא אומר שזה ביקורת, כי זה לא פשוט לפתור את זה. אבל זה אומר שבעצם קופה"ח משלמת מחיר שחלקו הגדול מכסה את ההוצאה הקבועה של ביה"ח, מה שנותן לה תמריץ לנסות לעשות את זה לבד, כלומר, לא לעשות את זה במסגרת, ומצד שני, לביה"ח יש תמריץ מאד גדול לעשות הרבה מאד פעילויות, כי הוא מקבל מחיר שהוא גבוה מאד מההוצאה המשתלמת. לכן הכניסו את ה-CAP.

יעל גרמן : אבל אם תוריד את זה, יכול להיות,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

הרעיון שמדברים עליו לא מעט וגם אנחנו דיברנו שהמחיר יהיה קרוב מאד להוצאה השולית, כמה שאפשר, כמובן שאי אפשר להגיע, ואז לקופה כל הפרוצדורה נהיית מאד זולה, ולכן יש לה תמריץ לעשות את זה בביה"ח ולא לפתוח את התשתיות הכפולות שהיא עושה היום, כדי לחסוך את המחירים הגבוהים האלה, לקופה יש תמריץ לשלוח את הכמות הנכונה של האנשים, לביה"ח אין תמריץ להאריך או למשוך יותר מדי טיפולים, משום שהוא כבר מקבל רק בהוצאה השולית. אבל יש לזה גם כמובן,

יאיר:

חשוב רק שנדגיש שכשאנחנו מדברים על עולם התמחור אז באמת במחיר אשפוז, נכון יותר לראות כמו שאמרת, כי אז בשעתו כשתקנו את מחיר האשפוז, הפכו את הסך הוצאות של המערכת, סך ימי אשפוז, חילקו את זה בזה ואמרו זה מה שמייצג, אבל כמו שראית המערכת נעה מהתחשבויות של יום אשפוז,

דוברות:

עדיין כולם היו הוצאה קבועה. שעת רופא זה הוצאה קבועה. הוא לא מקבל יותר או פחות,

(מדברים יחד)

דוברות:

היחס בין המערכת הפרטית לבין המערכת הציבורית, לפי פרמטר אחד של גיל. הרעיון הוא שככל שהגיל מבוגר יותר, החולה חולה יותר. אבל זה הכי פשוט. יש מדדים הרבה יותר אינטליגנטים לעשות אבל כאן אי אפשר לזייף. ואז אתם רואים שככל שהחולה זקן יותר, הוא עושה יותר פעולות במערכת הציבורית ובצדק הוא עושה אותן, כי אנחנו רוצים שהחולים הקשים, עם הסרטן ועם האי ספיקת לב יעשו את זה במערכת הציבורית. מה הבעיה? שהמחיר של הניתוח בגיל 85 וביל 63 הוא אותו מחיר.

דוברות:

הוא לא אותו מחיר, זה מה שאתם קבעתם. אתם יכולים לשנות. התמחור אותו תמחור.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל גרמן : אבל זאת הסיבה למסות את המערכת הפרטית.

יאיר : זה בדיוק אותו דבר. עכשיו, תסתכלו, ספי תראה כאן, עוד פעם, זה אותו גרף מראה הפעם ניתוחי מעקפים במערכת הציבורית ובמערכת הפרטית, תראו, זה פשוט לא ייאמן. כל הניתוחים הקלים ברחו למערכת הפרטית, ולכן אני אומר,

דוברות : לא, החלפת מסתם זה ניתוח מאד יקר. ואין אותו במערכת הפרטית.

יאיר : הוא גם ניתוח קשה, ואז המערכת הפרטית לא לעושה אותו. למה היא לא עושה אותו והמערכת הציבורית כן עושה אותו? כי אני אמרתי את זה, ותבינו, זה לא שבתייה"ח הציבוריים בוחרים את הניתוחים הרווחיים, הם עושים ניתוחים קשים ואז את הניתוחים הקלים, כי אין להם זמן, בוחרים אתם החוצה.

(מדברים יחד)

דוברות : אבל יאיר, בעניין הזה, אם אתם פשוט מוסיפים רק אותו דבר לפי גיל, רק מכניסים את הגיל, כמו בקפיטציה, גיל ומין, כמה עבודה זה? אתם יכולים לעשות את זה?

יאיר : לא, זה לא עניין של עבודה, אנחנו גם יודעים לעשות,

דוברות : אז למה לא עושים?

יאיר : כי הוויכוח פה הוא וויכוח כנראה גם אידיאולוגי, פעם אחת יש לך סקטור פרטי שבכלל נמצא מחוץ לטווח של הרגולציה הכלכלית, בעיני צריך להכניס אותם. קודם כל נכניס אותם, כי הוא לא שם פעם אחת. פעם שניה, כשאתם מדברים פה בוועדה על עיצום של אותה מערכת פרטית, זה גם יכול להיות סוג של חזר של גריפת שמנת, פעם שלישית, כדי לייצר מערכת כזאת ואני גם נוגע בזה בקצה, זו מערכת חיה ונושמת כל הזמן, לא יכול



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

להיות פעם אחת משהו לרוץ אתו הלאה, כי תמיד יהיה מי שידאג לבצע את הדבר היותר נחזה להיות הרווחי וחשוב גם לומר שכשנקבע כזה דבר, גם בתוך המרכזים הרפואיים זה לא cut and clear. ברור לך שאי אפשר לקבוע משהו שהוא מאד מאד ברור. באמת גם בתוך מרכזים רפואיים יש מקרים יותר קשים ויש מקרים פחות קשים. זה נכון, זה נמצא, אם את מדברת על מערכת תמחורית שהיא מערכת תמחורית מאד מקצועית וראויה וצודקת, זה שם. אבל זה לא פשוט.

דוברות:

וצריך להגיד, ספי עובד כרגע ביחד עם מנהלי בתי"ח ומנהלי המחלקות, זו נקודה מאד מאד חשובה, בניתוחי לב, היום יש לנו DRG אחד. שכולל את הניתוחים הקשים והקלים ויש גם תמחורים, ועכשיו ספי עובד עם וועדה שכוללת את מנהלי המחלקות לניתוחי לב, לפרק ולעשות zero sum game כדי שאף אחד לא יבוא בטענות, לקחת את כלל משק הניתוחים ולחלק לקלים יותר וקשים יותר, וזה במטרה באמת לייצר מערכת הרבה יותר צודקת של ה-DRG. היתרון בניתוחי לב שיש לנו מדד לחומרה מאד מאד טוב שנקרא יורו סקור. גם הוא קצת בעייתי למי שכותב אותו. יש עם זה בעיות. זה לא מאה אחוז נקי, אבל יש לנו וועדה, אני חייב להגיד שכל בתי"ח, כולל אסותא שמבינים שהם יפסידו מהמהלך הזה, משתתפים בו, מי שהחליט כמובן לא להשתתף בו זה כללית, שהם לא משחקים והוציאו, אמרו למנהלי המחלקות שלהם לא להשתתף. למה? כי הם לא מוכנים.

דוברות: כי הם עושים את התמחור בעצמם.

(מדברים יחד)

דוברות:

בסוף השוק שלהם זה שוק של 80 אחוז ייצור עצמי לרכש עצמי. עדיף להם את הקופסה השחורה. אני לא רואה עוד פעם, בסוף השוק שלהם הוא 80 אחוז ייצור עצמי, צריכה עצמית של אותו ייצור. אז אני אומר את זה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

בצורה עדינה, בהכרח הם אמרו דברים שהם הפוכים, כדי שלהם יהיה יותר כדאי.

דוברות: יותר קופה מבתי"ח. זה הכל.

דוברות: גם אני לא הבנתי את זה.

דוברות: אני אומר עוד פעם, מחיר של מוצר נקבע אם אתה מוכר או קונה. אז הייצור שהם מייצרים זה ייצור עצמי. הוא ייצור שמי שנהנה ממנו שזה המוטבים של כללית. 80 אחוז ממנו. ולכן הם לא מוכר קלאסי.

דוברות: אני מבינה ולכן אנחנו כשמחליטים,

יאיר: אני גם אתן לך דוגמא,

דוברות: לא, יאיר זה ברור לי, לכן אני גם לא בטוחה, ואני לא יודעת,

(מדברים יחד)

דוברות: אבל השאלה אחרת אולי, אני רוצה להבין. אני לא יודעת, אין לי דעה על הדבר הזה. אבל השאלה היא בעצם, אני רוצה להבין, למה אתה חושב שאתה צריך את זה, חוץ מאשר בסורוקה וכל השאר, למי הם נותנים בעיקר את השרות? אם הם נותנים בעיקר למבוטחים שלהם, אז למה זה מעניין אותך?

יאיר: אני אגיד לך, כי בסוף הם גם שחקן במערך האשפוז וכשעולות סוגיות במערך האשפוז כמו מחיר יום אשפוז, ובאותו מחיר יום אשפוז אמור לחזות את קו הגידול בייצור של אותו מחיר אשפוז, אז תבוא הקופה ותגיד שמחיר האשפוז מצד אחד הוא שלילי, כי היא מבחינתה רואה את מה שהיא משלמת לבתי"ח האחרים עבור הלקוחות שלה.

דוברות: אני לא מבינה, אני אשאל את זה עוד יותר, היא תגיד לך בדיוק,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל גרמן : אני אתן לך רק דוגמא אחת. הרי קופ"ח כללית משחקת עם בתי"ח. היא משחקת, כדי לסחוט מהם מחירים יותר נמוכים. ברגע שיש לה כלי כזה שבו היא יודעת שהיא יכולה להעביר אליה והיא תרוויח על פרוצדורות מסוימות, זה עוד כלי של מו"מ מול בתי"ח שלה.

דוברות : את זה אני מבינה. אנחנו מנסים לראות למה זה מפריע. להפך, אני דווקא הייתי חושבת שהיינו כולנו מעוניינים שהם לא יהיו בקטע הזה בתוך הוועדה, כי באופן טבעי, יש להם בעיה, כשהם יושבים בוועדה, יש להם את שני הדברים גם יחד.

יעל גרמן : אבל אני רוצה שיהיה מחיר אחיד. מה ז"א שלא יהיו באותה הוועדה?

דוברות : להפך, אני מבינה את זה, אבל אם המחיר אחיד או לא אחיד, זה משנה בגלל שני דברים מה שאנחנו רוצים. זה אני מבינה בעתיד, כי אם את רוצה שיהיו מחירים אחידים בכל הארץ ואני חושבת שזה מאה אחוז נכון, אז הם יהיו חייבים להיות בפנים כי אז יש משמעות למחיר.

יעל גרמן : גם אם עכשיו זה צריך להיות. אם יש DRG הניתוח לב מעקפים זה צריך להיות אותו מחיר אצלם ובוולפסון.

דוברות : אבל לה זה לא משנה. למה זה משנה? הם יכולים, רק כדי להבין איך זה עובד, הרי הם יכולים להגיד ככה: כאשר בא מבוטח שלהם, זה בעיני משחק בנדמה לי, כי זה לא משנה. זה מהכיס הזה, לכיס הזה, הם משלמים לעצמם, עושים לעצמם. זה ממש לא יודעת אפילו מה זה, זה נראה לי כאילו זה משהו אחר.

דוברות : את צודקת לאה, שיש הרבה הגיון בזה שהמבטח מייצר הוצאה לעצמו ממילא, ולכן מה המשמעות, אבל עם זאת, יש המון משמעות. כי לדוגמא הכללית לא תפתח קצ"ת למרות שאולי הציבור שלו צריך את הקצ"ת הזה,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

כי היא צריכה לרסן את העלויות שלה. יש תמריצים מנוגדים גם למבטח ולנו כרגולטורים יש תמריצים מנוגדים.

דוברות: את זה אני מבינה, ולכן זה לא מצריך להיות רגולציה, כי לא הבנתי בוועדת המחירים, אני חושבת שהיה צריך להיות להם באמת בעיה להיות שם, וגם לכם יש בעיה, כי אנחנו לא יודעים בתור איזה שחקן.

דוברות: אם אנחנו מרחיבים את השדרה הבכירה, זה לא משנה למעשה את המוטיבציה, ואז יש לו את השאלה למה להרחיב.

יעל גרמן: זו אחת הסיבות שהם לא מוכנים להסדרי הבחירה.

דוברות: אבל בסדר, קודם כל צריך להגיד שלדעתי, וצריכים לחשוב על זה בקטע הזה. הרי אני רוצה את הסדרי הבחירה כי אני חושבת שזה ייטיב לנו כציבור. אבל להקשר הזה של הקופה צריך לעשות שני דברים. אחד ברור לי, ואנחנו צריכים להבין את זה, שהקופה בסוף יהיה מי שיצטרך להביא את הכסף אם באמת הם ככה מרסנים עת זה, זה לא יבוא מעצמו. זה לא שדפס בא לשם עוד כסף. הוא לא בא עכשיו לקחת את זה, אז זה קודם כל צריך להבין. לכן בקטע הזה, בעיני בסוף היום, אנחנו נהיה כאילו זה יהיה אותו דבר. אני לא רוצה לדבר על זה יותר מדי, כי אני לא רוצה לגזול את כל הזמן, אני פשוט חשבתי שאם הם נמצאים בוועדה, ממילא, לפי דעתי יאיר, זה לא היה מוסיף לוועדה. זה כל מה שאני חושבת.

יאיר: משפט אחרון, ואני אמשך הלאה. שלומית דיברה על התמריצים. יש גם עוד אספקט שגם מידע שהרגולטור צריך לקבל, והיום המידע הזה לא נמצא וכרגע יש איסור של קופסה שחורה בחלקה מבחינתנו, תראו, עד כמה הקטע הקליני הוא קטע קריטי, כי בעצם הקטע הקליני פה קבע 90 אחוז מהעלויות של אותו DRG, כי בעצם once קבענו כמה זמן לקח הניתוח, כמה זמן חדר ניתוח, כמה זמן ימי האשפוז, אז זה רק מכפלות בערכים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שכבר קבענו, והרי לך למה המתקנים שזה 10% הרי לך תמחור. אז יש משמעות מאד מאד גדולה למקטע הקליני במסגרת הוועדה. יש עוד משפט שהשתרש ואני מניח שגם עלה פה הרבה מאד פעמים, משחק סכום אפס. חשוב להדגיש שאני לא מחסידי zero sum game אני חושב שזה אילוץ שנכפה על המערכת, יש לו יתרונות ויש לו חסרונות. היתרון הגדול שלו זה שהוא שומר על מסגרת. העיקרון הוא שבעצם אנחנו מסתכלים על המערכת, ורואים את כל התמחורים. חלק מהתמחורים הם כנראה מוטים כלפי מעלה, צינתורים כרגע נמצאים בכותרות וגם ספגו אי עליה בשנתיים האחרונות, וזה בא בהסכמה והבנה מלאה. חלק מהתמחורים נמצאים בתמחור חסר ואנחנו מגיעים אליהם דרך כשלי השוק שאנחנו רואים תורי המתנה ארוכים כשאנחנו מזהים שמהו תקוע שם, אז אנחנו באים ובודקים, פותחים את אותה סתימה ע"י תמחור ריאלי, אבל מנגד מורידים תמחור אחר באותם ערכים ומביאים לאיזושהו משחק סכום אפס בראיה של כלל המשקים. פעם אחת מערך האשפוז ופעם אחת מערך הקופות שרוכש שרתי אשפוז. אז היתרון באמת שזה שומר על איזושהי הוצאה פיסקאלית. אנחנו לא מייצרים פה עוד הוצאה לקופות. אנחנו לא מייצרים פה עוד הוצאה לתקציב המדינה. זה משהו שמעודד התייעלות באופן שוטף. אם אתה חושב שיש פה איזושהו כשל, וצריך להיות מחיר מסוים, אז תמצא גם את המקום האחר שבו המחיר נמצא ביתר ותתקן אותו. והדבר המשמעותי ביותר שהוא בלי כסף מצליח לייצר שינוי, בלי כסף אתה מצליח לייצר תמחור למוצר בפרוצדורה כזו או אחרת.

בצד אותם יתרונות יש גם חסרונות מאד מאד משמעותיים. אולי החסרון הבולט ביותר המרכזי ביותר, כשאנחנו מסתכלים על תמחור של פרוצדורה מסוימת אנחנו לא מסתכלים ברמה הרוחבית של כלל המשק. אם חלילה אדם מסוים הולך לעבור איזושהי קטיעת רגל כי הוא חולה בסכרת, אבל יש לנו יכולת לתת לו איזושהו שרות מסוים שעולה יותר כסף משרות אחר,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

והדבר הזה ימנע את קטיעת הרגל שלו, ואז הוא לא יגיע לביטוח לאומי בתור נכה ולא יקבל את כל האקסטרויות הוצאות ביטוח לאומי וברמה של כלל המשק זה חוסך משמעותית, אבל הקופה לא רואה את החסכון, אז הדבר הזה מחוץ למשחק. אנחנו תמיד נספור את מה שאנחנו חוסכים לקופה במסגרת ההוצאה עכשיו, אפילו לא מה שאנחנו חוסכים לקופה בקהילה, אלא רק במשק האשפוז. הדבר הזה מהווה איזושהי ראייה מאד צרה שפוגעת ביכולות שלנו בעצם לעשות ראייה מתכללת ולהביא למקסום היעילות. מאד תלוי בתור ביי"ח איפה אתה נמצא. אם מוצר X עלה ומוצר Y ירד, ואותו ביי"ח מוטה מוצר Y אז בטווח הקצר לפחות, עד שיתאים את עצמו לתת את האספקה של מוצר X גם לצורך העניין, הוא בעצם יסבול מהפחתה. נכון שאנחנו שומרים על איזונים, אבל עדיין יש בתי"ח שהם פגיעים ולא מעט פעמים זה גם בתי"ח קטנים בפריפריה.

דוברות:

אני חייב להגיד משהו, המושג של משחק סכום אפס לתמחיר זה נשמע דבר לא הגיוני. יש הבדל בין תמחיר להמחרה, אם אתה רוצה לקבוע מחירים לסכום אפס תקבע, תבוא לרואה חשבון שלך ותגיד לו: תתמחר לי כמה עולה זה וכמה זה עולה לי, וכמה זה עולה לי, אבל זה חייב להתאזן. תמחיר זה תמחיר. צריך לבדוק את העלות האמיתית.

יאיר:

עדיין רואה חשבון שלך יכול לתמחר לך את כל המוצרים, ואתה תבחר סל מוצרים שמאזן לך את העסקה. עדיין זה אפשרי.

דוברות:

יכול להיות. אני לא עשיתי סכום אפס, אני רק אומר תמחיר משמעותי לתמחר כמה הפעולה עולה לך. אם אתה בא ואומר לי,

יאיר:

עזוב את המחיר של כל המערכת. הפרוצדורה שאנחנו בוחרים אותה, מתמחרים אותם,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אפילו מה שאמרת לי לפני רגע, כל הבעיות לב, ויש לך שלושה DRG שונים, נניח שהחלטת היום יש DRG אחד ומחר אני אעשה ככה, אבל זה חייב להיות סכום אפס. לא. בוא נראה כמה זה עולה, כמה זה עולה וכמה זה עולה.

יאיר: ככה עושים בדיוק. רק שבקצה, זה יכול להיות, אתה לא צודק מהסיבה הפשוטה אנחנו מתמחרים כמו שצריך, כמו שאתה מכיר את התמחור וגם בתוצאה מסוימת. אם ההפחתה וההעלאה לא היתה לצורך העניין, אז לא יהיה שינוי לצורך העניין. זו אמירה, אבל עדיין התמחור שלך הוא מאד מקצועי בשני הכיוונים.

יעל גרמן: אבל אז לא משנה.

יאיר: זה לא ישנה. התמחור יהיה אותו תמחור היסטורי לא נכון.

(מדברים יחד)

דוברות: תנו לי לסיים, בעלות של תקציב שאני הייתי עושה, הוא לקבוע את המחירים כמו שצריך, ואם יש לי בעיה שזה יוצר עודף או חוסר, הייתי מוריד את הכל, אבל הפרופורציות היו נשארות אותו דבר. זה הנראה לי תמחיר נכון.

(מדברים יחד)

דוברות: אנחנו רוצים בסופו של דבר להגיע לתמחיר נכון ואמיתי. יש אילוצים. אחד, אי אפשר לעשות דרמות יותר מדי גדולות במערכת בזמן הקצר וצריך שהשחקנים יתרגלו גם לשינוי התמחיר אני אתן דוגמא, אם יש בי"ח היום, בוא ניקח סתם בי"ח נקרא לו הדסה, הדוגמא היא סתם, אבל שתבינו. בהדסה בוא נגיד שהוא מאד מאד מסתמך על ניתוחי לב, ומחר אתה החלטת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ששעור המחיר של ניתוחי הלב גבוה ב-25 אחוז. מחר תוריד, הבי"ח קורס. באותו יום זה יקרה. תן לי לסיים..

יאיר: זה לא קשור, אני רק אומר, אם מחליטים על מחירים נכונים, זה לא משנה אם זה משתנה מהיום למחר.

גם פה עושים משהו הדרגתי כשאתה לא רוצה להעביר מקורות שהם באופן מסיבי ממשק של בתי"ח למשק של קופ"ח. מה שעושים פה הוא מהלך הדרגתי. היה מצב שמחירי הלב למשל, גבוהים מדי. אומרים לא נפחית את המחירים, יש בתי"ח שמאד מסתמכים על זה, לא נקדם אותם, יוצר לנו מקור תקציבי, נשתמש בו לתמחר ואז יש לך מקור, נתמחר את הפרוצדורות שאנחנו רוצים בצורה מאד מאד מסודרת, יש קול קורא, באמת עבודה סופר מקצועית, אגב, המחלקה של ואדים היא אחת המחלקות הכי מקצועיות שראיתי בממשלה. זה אמת. באמת סופר מקצועית. מתמחרים את הכל כמו שצריך, עושים עבודה יסודית במשך שנה שלמה ומגיעים למחירים ואז רואים כמה זה צריך לעלות, אם זה צריך לעלות. אתן לכם דוגמא, בפעם האחרונה שעשו את זה, מתברר שהשימושים היו נמוכים מהעלויות. כלומר, היו צריכים עוד 10 שקלים, אבל בשביל לא לקדם את הצנתורים היה לך מקור של 15 שקלים. בדיוק ההפך ממה שאתה חושב, קובי. במקרה הזה, יש לך מקור, לא קידמת. אני אסביר עוד פעם. ברגע שאתה לא מקדם מחיר ויוצר לך מקור תקציבי, לא קידמת אותו במחיר האשפוז. לקחת מחיר שלדעתנו הוא גבוה מדי, אנחנו לא רוצים להפחית. אנחנו לא רוצים לעשות שינויים יותר מדי דרסטיים במערכת, אז אתה לא מקדם אותו פשוט. לא מקדם אותו. יש לך 10 שקלים עכשיו מקור.

(מדברים יחד)

דוברות: אני לא הבנתי מה זה אומר לך יש מקור תקציבי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יאיר:

לרגולטור.

דוברות:

יש לך איזשהו סל?

דוברות:

כן, יצרנו יש מאין.

דוברות:

איזה פרוצדורות אתה רוצה לקדם. לא סתם, אלא כי אתה רואה את השטח, אתה עושה עבודה מקצועית על בסיס תורים, על בסיס מה שהצוות המקצועי חושב ומשרד הבריאות, מגיעים, לוקחים את הפרוצדורות ומתמחרים אותן לאפס. מגיעים למסקנה שאתה לא צריך 10 שקלים, אתה צריך 7 שקלים. זה מה שעולה לתמחר אותם, אז מתמחרים ב-7 שקלים, אתה לא רוצה להעביר כרגע כסף מקופות החולים לבתיה"ח או ההפך והולכים למהלך הבא. ככה זה הולך כרגע. אני יכול להסביר, אתה לא מקפיא, אתה כן מעלה את המחירים, רק לא בכל ה-10 שקלים אלא ב-3 שקלים. וזה קרה

דוברות:

תראו חברים, יצרנו לעצמנו וזה מה שקרה ב-2013, יצרנו לעצמנו רשימה מסודרת של נושאים שהיינו רוצים לטפל בהם. כ-180-200 תעריפים של DRG שזיהינו שיש בהם בעיה לצורך העניין. ב-2013 לקחנו 60 תמחורים, איך הגענו אליהם? הגענו אליהם או דרך זמני המתנה לא סבירים, או דרך בקשות של הצדדים, גם קופות, גם בתי"ח באנו ותמחרנו וגילינו תראו פה 221 זה בעצם ההיקף הכספי של אותם 90 תמחורים בשנה. גילינו שטרם התמחור זה בעצם היה אמור להיות 140 מליון שקל. תמחרנו מחדש, הגענו ל-220 מליון שקל, ואותם 80 מליון שקל קיזזנו ממקומות אחרים. כמו שאמר אורי, לא לקדם את הצנתור, שוק הצנתורים זה שוק של 600 מליון שקל,

דוברות:

זה מה שאמרת קודם משחק סכום אפס?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יאיר:

כן. זו המשמעות אבל עדיין קובי, התמחור של אותם 60 תמחורים, לאה אני גם מקצין את זה, שניה אחת, ברשותך ואז אני גם אענה לך על השאלה. אותם 60 תמחורים בדרך הוספנו 80 מליון שקל והורדנו את זה משוק שאנחנו יודעים שהוא נמצא בעודף. אם היום אנחנו ניקח את כל התמחורים של מערכת הבריאות, כל התמחורים ונניח נתמחר את זה בזמן שיא יחד עם כל השחקנים, ונגיע להסכמה עם האוצר ועם כולם ואז יכול ונגלה שחסר סכום מסוים שאתו כבר אי אפשר לעשות במשחק סכום אפס, אלא יצטרכו להביא אותו מחוץ למערכת.

יעל גרמן:

יאיר, יש לי שאלה, באיזו מידה התורים במערכת מושפעים בדיוק ממה שכרגע אמרת? מהיעילות שלנו של משחק סכום אפס.

יאיר:

משם התחלנו. חיפשנו את המקומות האלה,

יעל גרמן:

אבל האם מפני שאנחנו לא יודעים לקדם את המחירים בסה"כ מפני שיש לנו את,

יאיר:

התשובה היא כן. וודאי שכן.

יעל גרמן:

אתה יכול להצביע לנו?

דוברות:

אני אתן לך דוגמא, למשל קטרקט. אנחנו לא מצליחים להגיע בבתי"ח בטח בגדולים במרכז, למחיר כזה שאני יכול לשלם לרופא בססיות כדי להשאיר אותו אחה"צ בביה"ח.

יעל גרמן:

ואז יש לי תורים.

דוברות:

ואז הוא עף החוצה למערכת הפרטית.

יעל גרמן:

אז אורי וארנון, כל החברה שלנו, יכול להיות שחלק מהתורים שאנחנו מדברים על קיצור תורים, זה עניין של תמחור נכון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

- דוברות: וודאי שכן. וודאי. אבל אורי, שניה,
- יעל גרמן: אנחנו מדברים על תוספת של כסף לתת עוד למנתחים כדי שיהיו אחה"צ. ואני מדברת על כך שקודם, לפני שאתה מוצא,
- דוברות: גם full timer יפתרו את הבעיה הזאת.
- יעל גרמן: בסדר. אבל full timer ביה"ח עדיין לא יהיה מוכן לעשות פרוצדורות שהוא מפסיד עליהן. הוא ייקח את הfull timer וייתן להם בפרוצדורות שהוא מרוויח. ואז אני מאריכה את התורים. כשאנחנו מדברים על קיצור תורים, מצריך גם לראות את זה.
- דוברות: את הפרוצדורה של השקדים, תמחרנו אותה והגענו לתמחור מסוים. העלינו ב-2000 שקל מעבר לתמחור. אמרנו זה רווחי. ברמת העקרון וזה עדיין לא ירד. כי השכר האלטרנטיבי בשוק הפרטי,
- דוברות: לא רק זה, אורי, תכף אני אסביר לך.
- דוברות: גם בקטרקט לא שווה להם להשאר. הם מקבלים הרבה מאד כסף בחוץ. הם לא יישארו.
- יעל גרמן: אבל אם הם יישארו full timer ולא יוכלו לעבור לפרטי,
- דוברות: ברגע שאתה נמצא בעולם האלפות, אתה תקוע. לא יוצאים מזה.
- דוברות: אני רוצה שנראה את התמונה במרוכז. דיברנו על עולם התמחיר, דיברנו מה עשינו ב-2013, דיברנו איך אנחנו מתמחרים. גמרנו לתמחר נניח, וגם תמחרנו את כל המערכת בצורה מושלמת וגם נוספו מקורות והכל בסדר. עדיין יש לנו מנגנון רגולטורי מאד מאד משמעותי והמנגנון הזה, אנחנו בחרנו בו 14-16 שנים כדי לייצב את המערכת, ולהגיע לשחקנים קטנים, קופות קטנות, בתי"ח קטנים, וליצוק בו את כל סך ההכנסות של מערך האשפוז. זה הדברים המאד משמעותיים שעשינו, אבל לצד זה, המנגנון



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עצמו של הCAP הוא מנגנון שמרסן, מונע מהקופה להשאר בתוך ביי"ח, מונע מביה"ח להגדיל פעילות, כי כל הגדלת פעילות של ביי"ח משמעותה קבלת הכנסה בחלקיות, זה יכול להיות אלפא 70, כלומר 70 אגורות על כל שקל, זה יכול להיות אלפא 33, זה יכול להיות גם בהסכם בין ביה"ח לקופה"ח, גם אלפא 25. רבע מהתעריף שאנחנו תמחרנו. ולכן המערכת בעצם מתכנסת לסיטואציה שבה,

דובר תסביר לי את ההגיון של 25 אחוז של תעריף.

דוברות: אני מסביר לך, הרעיון, זה תורים. הרעיון של הCAP בבסיסו בשנת 95 ואילך,

דוברות: אבל אם אתה תמחרת את זה סביר, זה שולי,

יאיר: חברים זה יכול להגיע בחלק מהמחלקות לתעריף של 25 אחוז, אבל זה לא יכול להגיע, רק המתכלים הם יותר מ-25 אחוז.

(מדברים יחד)

דוברות: אתה יכול להגיד לחולה אני לא רוצה לקבל את השרות?

דוברות: התשובה היא כן. דוחים ודוחים. זה הדדי. זה משני הכיוונים.

דוברות: קופ"ח התעקשה להגיע לביי"ח כשהיא הגיעה לרף של ההוצאה שהיא בחרה להגיע, ביי"ח אם הוא יגיע לסיטואציות שהוא צריך למכור מוצר באלפא 25, זה DRG שרק המתכלים שלו זה יותר מאלפא 25, סביר להניח שהוא יתחיל לבלום. ואז ייווצרו גם תורים. חד משמעית כן. זה בעצם הCAP צריך להבין שאחרי הcap

דוברות: עוד לפני זה, אתם ראיתם שונות בהתנהלות של בלימה או לא בלימה בין פריפריה למרכז, ז"א לפריפריה יש גם אופציה להגיד לו עכשיו תחכה? או שזה איפה שיש יותר אופציות ויותר מקומות במרכז זה קורה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: זה יותר במרכז מאשר בפריפריה, בפריפריה גם עושים ניתוחים יותר פשוטים, אבל בפריפריה מתחילים להכנס פקטורים שאין למשל במרכז, כמו כמות חדרי ניתוח. במרכז זה לא בעיה, החדרים עצמם. בפריפריה יש גם בעיה של חדרי ניתוח.

דוברות: אבל אתה מבין שאז אנחנו מגדילים את הפערים. כי במרכז יש לו אופציה לבחור ולהגיד לו אתה תחכה, בפריפריה אין לו אז אנחנו נמצאים בבעיה.

דוברות: חשוב גם להבין שכשאנחנו מדברים על קיצורי תורים בבי"ח ממשלתיים, זה קיצורי תורים רק,

יעל גרמן: זה סבסד אותנו שלוש פעמים. גם בשב"ן אנחנו מכירים את זה. גם בשב"ן הפריפריה מסבסדת את זה.

דוברות: הם משלמים ולא מקבלים. לאה, רק בהמשך למה שאמרת שטוב לגור בתל אביב, חשוב להבין שקיצורי תורים אחה"צ, זה מפריע לכולם ולכן גם בהסכם היא קיבלה פקטורים ולכן גם בהסכם הרופאים הפריפריה קיבלה פקטורים, ובמענקים הפריפריה קיבלה מענק פריפריה, זה ברור, ובקפיטציה יש גם את הרכיב הגיאוגרפי וכשמדברים על פיתוח ובינוי בבתי"ח, אז בפריפריה היה להם את matching לתת, אז משתדלים לתת להם את הכל בלי matching וזה נכון. זה לגמרי בדמנו.

דוברות: והשקענו אותם בבוץ יותר ויותר בשיטה הזו. כי מה קורה, העלויות שלהם גדלות. ההכנסות יותר נמוכות כי גם אל תשכח שהשכר מול המונופסון כי הם עובדים אל מול קופ"ח אחת גדולה מאד, ואנחנו מגיעים, ותתקנו אותי עם אני טועה, שבזיו כמעט 96 אחוז מההכנסות מוצאות לשכר. ואח"כ אומרים לו: תנהל בי"ח, זה כמעט 96 אחוז ומשהו אתה מוציא על שכר. יש לו סבסוד ואח"כ אומרים הם לא יודעים לנהל כי הם מסובסדים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר אם הממשלה רוצה לתת לפריפריה זה בסדר. אנחנו גם אומרים שהם לא יודעים לנהל.

יעל גרמן: זה לא אומר שהוא צריך לשבת על 96 אחוז שכר, זה אבסורד. זה לא בסדר. יש פה עיוות.

(מדברים יחד)

יעל גרמן: צריכה להיות ספציאליזציה. אחד בנהריה, אחד בפוריה, לעשות יחד איגום ולשתף את הנצרתים. אין סיבה שיהיה מחסור, כולם מדברים על פריפריה, בצפון יש 8-9 בתי"ח, בלי שאני, הרבה יותר אם אני מונה את הארבעה של חיפה. עם הארבעה של חיפה יש לי 10. אין סיבה, יש שם לדעתי חוסר ניהול מרכזי.

יאיר: אני רגע אנסה להמשיך. דיברנו על ההעלאה במחירים, הדרך של התמחור אותו משחק סכום אפס, עברנו למנגנון cap שהוא משפיע בעצם על המחירים שיצרנו, וזרקנו מבט על כדי לראות את המחיר, אנחנו מתמחרים את המחיר המלא. בסופו של יום הוא מגיע למחיר

(מדברים יחד)

יאיר: רק עוד נקודה אחת. דיברנו על הCAP אנחנו מתמחרים את המחיר המלא, מהמחיר המלא ועד המחיר הנטו יש פה סדרה שלמה של הנחות בגדול במערכת זה פער של 20 אחוז. ז"א קבענו את המחיר, ביה"ח ייפגש עם 80. הרוב זה CAP מזכיר לכם שגם אותם 100 כמו שדאג ערן להעיר, זה בעצם תמחור ממוצע של בוקר, לא לפי אקוטיות של המטופלים.

דוברות: 20 אחוז, לפעמים יותר, תלוי בקופה. קופות קטנות הנחה גדולה יותר, קופות גדולות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יאיר:

אם אתם רוצים לדעת בכמה מילים, הנחת מחזור זה הנחה של כ-2% שחלה על כל מחזור ההכנסות של בתי"ח, הנחת תעריף זה הנחה שבי"ח נותן לתעריף ספציפי כדי למשוך אליו כמרכז מומחיות או כמי שרוצה לייצר מהמוצר הזה. הנחת CAP זו אותה הנחה, עזוב את המערכת כרגע, יוג'ין, לא הייתי רוצה. והנחת הסכם זה אותו הסכם ובסוף כשמגיעים לסוף שנה, אז באה גם הקופה ואומרת חברים, את זה אתה צריך לשחרר ואת זה אתה צריך לשחרר ובסוף,

יעל גרמן:

זאת הנקודה שבה אנחנו, מה אנחנו באים ואומרים? במקום לתת את כל ההנחות האלה, בוא נוריד את המחירים ב-20 אחוז, ניצור מחיר אחיד, לא יהיו וויכוחים, לא יהיו הנחות, יהיה מחיר שהוא אמנם יבטא את כל ההנחות, אבל הוא מחיר שקוף

יאיר:

אבל למה להוריד 20 אחוז?

יעל גרמן:

לא משנה, בסכום שאנחנו נחליט עליו.

יאיר:

אבל אתה מנחה אותו מראש בערך מאד מאד ריאלי אם לא נמוך מריאלי. אני אגיד, אפילו גם משהו יותר מזה. בCAP האחרון שהוכחנו בכנסת, זה לראשונה בעצם לקחנו הסכם בין שני צדדים מ-2012 וקבענו שאותו הסכם מדעת, מרצון, יהיה עכשיו בחיפוף 14,15,16 ז"א לא זו בלבד שאמרנו תעצרו את ההנחות, הם אמרו מה שנתתם זה מה שנותנים מיד, ועכשיו יש מו"מ שכנראה מסתיים בעוד הנחה שמערך האשפוז נותן כי אחרת מי יחתום אתו, הרי את ההנחות כבר יש להם בכיס.

יעל גרמן:

אבל אתה מבטל את ההנחות. הרי אם אנחנו יוצאים מתוך הנחה שמה שהיה הוא מה שיהיה, אנחנו יכולים עכשיו ללכת הביתה. אנחנו רוצים לשנות. ואחד הדברים שאנחנו רוצים לשנות זה גם את כל שיטת התמחור הזאת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יאיר :

אם אתה מתמחר נכון זה פעם אחת.

דוברות :

אני יכול לעשות את הדיון הזה גם בהנחה שמערך התמחור הוא מעולה. ז"א ישבה המחלקה שלהם, עשו מערך תמחור,

יאיר :

ואז מגיע הCAP

דוברות :

בדיוק. היום יש עיוותים שהם חלק מהבעיה, אבל בוא נניח שאין עיוותים, העיוותים מתחילים בהסדרי ההתחשבות, כמה בסוף מקבל ביה"ח וכמה בסוף משלמת הקופה. זה הסיפור. עכשיו, בסיפור הזה יש הרבה מאד פרדוקסים כי לכאורה במוצע יש הנחה של 20 אחוז, אבל בשולי, בשולי מאד מאד חשוב, אני מסכים דרך אגב עם קובי, לעתים ההנחה היא 70 אחוז. ז"א חלק מהסיפור היום של יצירת התורים נובע מהעובדה שלא משתלם לעשות פרוצדורה מסוימת כי אתה יודע שתקבל עליה 30 שקל במקום 100 שקל. עוד פרדוקס אחד. אנחנו לכאורה במנגנון ההתחשבות מנסים להגן על צד ההוצאות של קופות החולים. אנחנו נותנים להם הנחות ואנחנו כאן מנציחים איזשהו מנגנון של סבסוד של בתי"ח שמנתק את הקשר בין הפעילות ובין ההכנסה. כל בתי"ח בגרעון, כל בתי"ח מסובסדים ע"י המדינה. עוד פרדוקס.

דוברות :

וכאן מתחילים בתי"ח הציבוריים שאין להם סבסוד ואותם בכלל

דוברות :

כלומר, אנחנו הלכנו לאיזשהו מהלך של הסדרה שכל מהלך לגבי קופות החולים ובתי"ח קצת מעוות במידה מסוימת, שבו יש סובסידיה לקופות, סובסידיה לבתי"ח, סובסידיה לכולם, והתוצאה הסופית זה הארכתו.

דובר

לא לכולם. לבתי"ח הציבוריים אין לא להדסה, לא לנצרתים, אין סבסוד. והם קורסים. לא ללניאדו,

יעל גרמן :

לאחר שניתחנו את זה, פתרון. מה הפתרון? בשביל זה התכנסנו פה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

אני אחזור על השאלה. התחושה שלי שאני היום בתור מנהל בי"ח או מנהל מחלקה, לפחות זה מה שאני שומע מכל האנשים שאני מדבר אתם, אין לי שמץ של מושג האם אני מרוויח על פעולה זאת או אני מפסיד עליה. וכמה. וזה תלוי, פר פעולה?

דובר

בהחלט. בהחלט.

(מדברים יחד)

יאיר:

פעם אחת מערכת תמחורית טובה, פעם שניה ספי לעתיד, ופעם שלישית איפה ששמו אותך ביחס לאותם מנגנון עם CAP אתה גוזר את כל המערכים האלה, כי גם הCAP יוג'ין, מחייב את הקופה לרכש בלפחות 95 אחוז מהנטו. אז המשחקים פה הם ההפך הוא נכון, אם היה מנהל בי"ח פועל בצורה בוטה, הוא היה יודע לתת זמינות דווקא במקומות שהם רווחיים בתוך ה-95 אחוז ואז אולי הוא גם לא היה הישגי.

דוברות:

אבל לא עובדים ככה. בי"ח קודם כל מספק רפואה. יש גבולות לכך ויש גם דברים שעושים מראש. יש גבולות. אתה לא יכול לשחק. אבל יש אבא ואמא.

יאיר:

יש עוד שני שקפים. ארנון ביקש ממני להוסיף פה כי זה מאד קשור לדיון כרגע,

דובר

ואז תתייחס לפער בין סכום הסובסידיה,

יאיר:

טוב, הוא ביקש ממני ואני אגיד את זה בעדינות רכה, רק אל תתעצבן, אני מדבר בצורה תרבותית. הוא שואל ערן על הקשר שבין הסובסידיה לבין התמחור לבין ההנחות. אם ניקח את המשק של בתיה"ח ממשלתיים והתאגידים זה כ-10 מיליארד שקל מחזור שנתי. כל בתיה"ח הממשלתיים. 8 בי"ח ועוד 2 זה התאגידים. 10 מיליארד. מסתכלים על הסבסוד 800-850



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

סדרי גודל לצורך העניין, אז זה פחות או יותר ענה לשאלה שלך. אם מסתכלים על ההנחות, פחות או יותר 2 מיליארד שקל. לכאורה הנחות גדולות מהסבסוד פי שתיים, אבל צריך להבין שכשמתמחרים את המערכת, יש כמה אלמנטים מאד חשובים שלא באים לידי ביטוי במסגרת התמחור. כל נושא הפיתוח הוא לא מתומחר. אתה רואה בתי"ח אתה רואה מבנים שנבנים, אחוז וחצי מההוצאה הלאומית לבריאות מגיע ממקורו בתרומות. אנחנו רואים מגדלים עם שמות של אנשים. אז זה דבר ראשון. דבר שני, כשאנחנו מתמחרים היום אנחנו לוקחים את העלויות הממוצעות של אנשים במערכת, כשמסתכלים על המערכת רואים שלפחות חצי מהמערכת נמצאת בפנסיה תקציבית, אז בעצם העלויות לא משקפות נכונה את העלות האמיתית, כי משהו בקצה משלם את הפנסיה התקציבית וזה לא הבי"ח. זה דבר שני.

דבר שלישי, זה גם נכון, גם פוליסה רפואית, אבל זה לא במחיר, בטח לא באקטואריה, באקטואריה אתה לא מוטה סיכונים, אתה לא משלם פוליסה לחברת ביטוח פרטית ויש לך ערבות מדינה שחוסכת לך את המרווח הזה, והדבר הנוסף, תראו, אני אומר את זה בזהירות, לא כל בתי"ח מקפידים על תקינה. לא כל בתי"ח מתנהלים בדרך שהיא לכאורה בעינינו דרך ראויה לכל נושא הרכש. אתה רואה בתי"ח שהם ב-overהתייעלות. אתה רואה בתי"ח שהם מתלבטים באיזה ציוד לצייד חדרים כאלה או אחרים ולכן אני חושב שאם אנחנו נתמחר את זה נכון, זה לא יהיה רחוק מההנחה הממוצעת שמדברים על מערכת הבריאות, מדברים על כמיליארד וחצי מחסור בקופות, לצורך העניין, זה משורשר 42 אחוז לרכש שרותי אשפוז, אפשר להעמיד את המספרים שמגיעים משם. זה ככה בגדול ניסיתי לענות, מקווה שהצלחתי לענות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רק את זה ואני אסיים, אורך זמני ההמתנה, צריך להבין יוג'ין, אולי זה גם מתקשר לנושא הקודם, אנחנו חיים בהרבה מאד מגבלות, מגבלות של כוח אדם, רפואי, מגבלות של חדרי ניתוח, מגבלות של תקנים ולכן כושר הייצור שלנו הוא מאד מוגבל. בבולט המרכזי יש גם סד תקציבי של מי שרוכש את השרותים מבתי"ח וזה קופות החולים. אבל גם אם לא היה סל תקציבי, גם אם לא היה סל תקציבי וזה מה שגבי אמר וקופ"ח היו רוצות לרכוש, אבל בהנתן המנגנון של הCAP שגוזר תשלום חלקי לבתי"ח, אז בתי"ח לא היו יכולים ברמת העיקרון, כי הם מפסידים.

דוברות: אבל זה לא פיזית, זה לא מחסור פיזי, זה הכל מדיניות.

יאיר: זה הכל מדיניות. זה נכון. הCAP זה מדיניות. ארנון דיבר על זה וזה שני הבולטים התחתונים, למה חלק מהפרוצדורות לא מבוצעות במערכת הכללית הציבורית והן מבוצעות בפרטית, כי בסוף אותו מנהל חדרי ניתוח, אותו מנהל בי"ח צריך לקבל החלטה מי הוא המנותח הבא, האם זה ניתוח קטרקט או זה מישחו שהגיע מהמיון וחייב עכשיו בצורה בהולה להתנתח. ולכן הוא ידחה את הקטרקט. ולכן הוא ידחה את השקדים. ואותם שקדים ילכו לסקטור הפרטי כי שם אין מיון וכי שם יש יכולת לייצר תכנון שווה ביצוע ואין את הוולת"מים הללו. ז"א גם אם המחירים בסדר, עדיין המנגנון של הCAP מייצר מציאות אחרת, הפרויקט הזה הוא מאד חשוב כי הוא מנסה לייצר פרויקט של מדידת זמן המתנה אלקטיביים בבתי"ח, מנסה לייצר שקיפות בכל מה שקשור, הוא מנסה לייצר שוק משוקלל שהנרשם לניתוח ידע מה זמן ההמתנה בבית"ח שהוא ממוצע בו, מה זמן ההמתנה באותו ניתוח בבתי"ח אחרים, יכול להפעיל לחץ על הקופה.

אנחנו כמשרד נוכל להתערב במה שקורה בבתי"ח, נוכל להסיט מאחד לשני. הקופה גם תוכל בעצמה להסיט כי זה מאד מאד רלוונטי, ואני יכול לומר לכם שזה לראשונה קיבלנו נתונים של הרבעון האחרון של 2013, אני



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לא מתחייב לגבי הנתונים כי זה התחלה, וצריך עוד לתאם אותו. אבל תראו כמה דברים. אחד, אין פה כמויות. מי שמחפש כמויות, אין פה כמויות ולכן, המספרים הם, מה שאפשר לראות זה שהחציון הוא רחוק מאד ממוצע ההמתנה. המשמעות היא מאד פשוטה, שכנראה מי שמנותח מהר זה הדחופים מאד מאד, אבל האחרים מחכים הרבה מאד זמן.

יעל גרמן: אני מבקשת לא להעביר את זה לאף אחד. זה ייצא לציבור מהמשרד, בצורה מסודרת ואחרי שנבדוק את הנתונים ולא מתוך הוועדה.

יאיר: יש פה כמה דברים. א. זה פרויקט באמת בינינו, זה פרויקט אחד החשובים שהמשרד עושה. אני ביקשתי להציג את זה לפניכם כי אני חושב שמאד חשוב שאתם תראו, זה משהו שהולך לעשות שינוי אמיתי. כי אם הציבור יתחיל לדעת, יהיה כאן השפעה על כל המערכת. השרה עזרה לנו לקבל את הנתונים גם מכללית שלא מאד רצו לתת אותם בהתחלה, ואני מודה להם באמת שהם הסכימו בסופו של דבר. זה המצב הקיים. ובסופו של דבר הפרסום יעשה שינוי. רק צריכים לדעת, זו פעם ראשונה אז יש הרבה רעשים במערכת, אנחנו עוד לא לגמרי סגורים על איכות כל הנתונים בתוך המערכת. זה דבר אחד. ואתם יכולים לראות, אבל באמת באמת הפערים ויש לנו גם את הנתונים פר ביי"ח, כך שאנחנו באמת יכולים להציג פעם ראשונה תמונת מצב שאף פעם לא היתה בתוך המערכת שלנו.

דוברות: אני בהלם. זה היה נורא קצר.

דוברות: ניתוח מעקפים 40 יום?

יעל גרמן: אתה לא ראית את הרזולוציות שיש 200 וגם 300 יום. זה עוד לא ראית.

(מדברים יחד)



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: יש כאן 102, הניתוח הזה הכסף שלו זה תקורת הכסף שביה"ח מקבל על הניתוח הזה. אני בשנה האחרונה הכרחתי בתי"ח לטפל באנשים. לפעמים אתה צריך להכניס פנימה, זה דברים שאפשר להוציא. זו רק דוגמא לאחד העיוותים שיש בתוך המערכת. לא פשוט.

דוברות: לארטוסקופיה לחכות זה הרבה מאד זמן. זה לא פשוט.

דוברות: אני רוצה להגיד לכם שההתחייבות הזו של ביה"ח באנגליה שסיפרתי לכם, זה 14 שבועות, יש לי איזושהי השוואה. הם מאד מאד יעילים, תביני, 14 שבועות זה מכסימום, אנחנו מדברים על סדרי גודל של 90 יום.

דוברות: ישראלים לא יחכו אותו זמן.

דוברות: יוג'ין אבל אמרת מכסימום.

דוברות: זה לא מכסימום. זה 90 אחוז.

(מדברים יחד)

דוברות: רק עוד הערה אחת שהיא חשובה, יוג'ין, זו הערה בשבילך. הכל אלקטיבי. זה רק אלקטיבי. אבל יוג'ין, יכול להיות שאתה מתבלבל כי יש פה הנתון חשוב שהוא לא כתוב פה. זה ממוצע של מי שלא נשבר ונשאר. יש הרבה שנשברו והלכו למקום אחר, לסקטור הפרטי. הם לא נמצאים כאן.

דוברות: אלה תעודות זהות שנכתבו והגיעו לניתוח. ונותחו.

דוברות: היצירה הזאת של תשתית נתונים של ניתוחים זה שלב ראשוני לטיפול בבעיה הזאת. קודם כל אם הגעתם לזה, תבורכו, עוד לפני שנכנסתי להרבה דברים, עד היום לא ידענו. אנחנו הרגשנו וקיבלנו פידבקים וכו',

יעל גרמן: זה אחד התוצרים של הוועדה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: בדיוק. יש לי שתי שאלות. אחת, ראשית, האם באיזה שלב של עבודת הוועדה הנתונים האלה יצאו החוצה כאיזשהו לקח לשינוי התנהגות, ארנון, כי אתה אמרת,

דוברת זה נתונים שרק עכשיו קיבלנו.

דוברות: הם מאד מאד טריים.

דוברות: או.קי. אבל יהיה איזשהו שלב שבו יוצאו א. ברמה לאומית וב. ברמה מקצועית,

דוברות: להציג את זה במועצת הבריאות בנוכחות השרה, להציג את זה פעם ראשונה בחשיפה, גם לפי בתי"ח.

דוברות: לפי בתי"ח? הכללית הסכימה?

דוברות: לפי בתי"ח. שיבא שכנעה כן.

יעל גרמן: אני לא יודעת אם הוא ישלח את זה לפי בילינסון, מאיר, סורוקה ב ו 1,2,3.

דוברות: אז יהיה כתוב שיבא, איכילוב, שערי צדק גם, הדסה יש להם בעיות אבל הם גם ישלחו לנו, אבל שערי צדק מופיעים. זה נתון להמון, אני אומר את זה מאד בזהירות. זה נתון להמון מניפולציות, אבל זה שלב ראשון. זה נתון מאד בעייתי.

דוברות: יש הגדרה מסודרת. אומרים שקופה גדולה עושה מה שאתה אומר, אבל זה תתקשר עוד חודש.

דוברות: השאלה שלי כרגע זה איך, תנסה לעשות חיבור בין מה שהשגת כדפוסית תמחור ודפוסית התחשבנות לבין קיצור תורים. ז"א לא חיברת ביניהם עדיין.

יאיר: אני אחבר לך, בטח. עד הערה אחת. תחשבו רגע, אני אחבר לך, תתקשר רגע לאישור מחיצות אף שלא למטרות קוסמטיות, ז"א מטרה רפואית. גבי,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אתה לא צריך, אבל אם מישהו אחר יחפש לעשות את הניתוח הזה למטרה קוסמטית בבי"ח פרטי, יעשה את זה תוך שבוע. צריך להבין את המשמעות. ולמטרה רפואית הוא יכול גם להתקע 122 יום. יש ביקוש מאד מאד גדול. זו בעיה מוכרת מכמה חלקים. פעם אחת הבעיה מוכרת מתמחור נכון של המערכת, כרגע השלמנו ב-2013 DRG 60 יש לנו עוד DRG 120 ברגע שישלימו אותם תהיה מסה קריטית של תמחירים שאנחנו יודעים שהפּרוּצדורות הללו תומחרו בצורה ראויה והנכונה. כדי שנוכל לתמחר את זה נצטרך לקבל את המידע מכל השחקנים. היום זה בלתי אפשרי לקבל מידע מכללית. שם צריכים כוח של סמכות סטטוטורית לקבל את הנתונים הללו. גם בבי"ח ממשלתיים קשה מאד לקבל מהם. המהלכים של DRG היו בשותפות מלאה עם האוצר כנגד כל השאר, נגד הקופות ונגד בתי"ח. אלה רצו להתבצר ולא רצו לתת את תמהיל הפעילות שלהם, ואלה רצו בצורה הגנתית חזקה לבלום כל עליה בהוצאה שלהם, ואנחנו בצורה אחראית פילסנו שביל להבנתנו זה צריך להיות מעודכן באופן דינמי כל הזמן. אי אפשר פעם אחת לקבוע מחירון ולחכות, זה צריך כל הזמן לעדכן אותו, כי היום זה לא קורה. וכשנחבר את זה לפורמט זה יחול על כל המשק, גם הפרטי וגם הציבורי. והמשפטי שיקשר לך את הכל: אחרי שיהיה לך תמחור ריאלי, אחרי שהסעד הרציני בקופות לא יקרה, אלא שיש שם מקור כספי לרכש שרותי אשפוז ואחרי שיש את מנגנון ה-CAP בצורה כזו שגם יאפשר לקצר תורים, כי אחרת אתה רק ממצע תורים. אם אתה מתקן מחירונים, אתה ממצע תורים. אתה פה טיפה יורד, אתה פה טיפה עולה, אתה לא יכול, אז ברגע שתעשה גם תמחור לחוד וגם תקציב שיהיה בידי הרוכשים וגם מנגנון CAP שיוכל לייצר קיצורי תורים ומדידה בלתי מתפשרת שלנו של כל התהליך הזה והצפה כלפי חוץ שגם האזרח ידע וגם הציבור ידע, הקופה תדע ואנחנו גם נוכל להתערב, כל זה ביחד יביא לך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יכולת לקצר תורים בתחום הזה. להבנתי, תקנו אותי, שלומית וואדים לגבי מה שהיא עושה.

דוברות: אני חושבת שהאלמנט היחיד שמדבריים עליו, אני מבינה שכל זה אולי בהסכמה, אבל צריך להגיד את זה שהמחירים צריכים להיות אותם המחירים בשוק הפרטי ובשוק הציבורי.

דוברות: אמרתי רגולציה לכל,

יעל גרמן כל המחירים אחידים את מדברת שלומית?.

(מדברים יחד)

דוברות: למה זה צריך להיות אותו דבר?

דוברות: אם אני רוצה שלא יהיה תמריץ להסטה למערכת והפרטית, אני צריכה לייצר את המנוע שיעשה את זה.

דוברות: אבל אולי אפשר לעשות את זה גם ע"י דברים אחרים.

יעל גרמן: תני לשלומית להשיב.

דוברות: השאלה היא שאלת תחולת המחיר. בוודאי שזה שאלה של תכולת המחיר, מה כלול במחיר, ברור, שבהתחלה שתכולת המחיר זהות, בוודאי שזה נכון, אבל המחיר שהמבטח רואה צריך להיות לפחות זהה כדי שהתמריץ שלו, כדי שלא יהיה לו תמריץ להסיט פעילות למערכת הפרטית. אם הקופה עכשיו כעומדת בפני מצב,

דוברות: את יכולה אבל לשלוח לפרטיים לשלם שם במסגרת השב"ן?

דוברות: בוודאי. אם אני כקופה אני עיוורת אם אני מעבירה את זה לשב"ן, אני עיוורת להוצאה שלי. נכון? כי העברתי את זה למבטח אחר. אם אני יכולה לראות,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אבל זה לא משנה לך כמה זה עולה שם אם העברת את זה, יותר זול מאשר לשלם. אני לא מבין למה המחיר בהשוואה הוא מה שחשוב.

דוברות: גם במערכת הפרטית הם מייצרים פעילת ציבורית אולי פחות, אבל הם גם מייצרים וגם במובן של משקל השכר.

יעל גרמן: זה יוריד את משקל השכר?

דוברות: אני רואה שיש לי את אותו מחיר בשתי מערכות, בתור קופה אני רואה, כמבטח, אם אני כקופה יכולה לבחור, למשל, אם אני מכבי אני יכולה לייצר שרות ציבורי באסותא ואי עושה את זה, אני מייצרת שרות ציבורי, כמכבי אני מייצרת שרות ציבורי באסותא, אני רוצה להיות אדישה אני כרגולטורית רוצה שמכבי תהיה אדישה,

דוברות: ואין ציבורי באיכילוב וציבורי באסותא או בתוך אסותא ציבורי?

דוברות: לזה היא מתכוונת.

דוברות: מה היתה השאלה?

דובר: אם בתוך אסותא אני עושה ציבורי או פרטי שיעלה לי אותו דבר כמכבי, זה מה שאת אומרת?

דוברות: גם. גם. אני רוצה שההסטה של פעילות ציבורית לפרטית למזער אותה ככל שאני יכולה.

דוברות: לא, אני לא הבנתי. מה שאני לא הבנתי לגבי הקופה, למה זה מפריע לך שמכבי רוצה ועושה שרות ציבורי באסותא, למה זה מפריע ?

יעל גרמן: זו שאלה שהיא כל הזמן שואלת, דרך אגב, למה זה מפריע לה שיש הסטה לאסותא, אם כמובן אין קיבולת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: פחות מפריע לי במובן, אם אתם שואלים את השאלה הזאת ממקום מה יותר מפריע לי, מפריע לי שהמימון הוא פרטי או האספקה היא פרטית, אז בוודאי שמפריע לי יותר שהמימון הוא פרטי.

דוברות: על המימון כולנו מבינים. אבל על האספקה למה זה מפריע?

דוברות: אם זה משנה לי את תמהיל הפעילות שלי בציבורי, ז"א שעכשיו כל הפעילות שלי בציבורי העלות שלה עולה לי, כי התמהיל שלי הוא יותר יקר ויותר מסובך, הממוצע, בוודאי ממוצע העלות שלי

דוברות: אבל העלות יורדת כי את מוציאה על דברים לפרטי,

דוברות: זה לא עובד ככה. הממוצע של השרות הספציפי,

דוברות: העלות של הקופה יורדת.

דוברות: הממוצע של העלות לביה"ח בשרות הציבורי עולה לי, נכון? כי יש לי תמהיל יותר יקר, היקרים נכנסים לי בתור, הם מקבלים את השרות והם עמדו בתור והם נכנסים פנימה, אז העלות שלי הממוצעת עולה, ואני לא מפוצה על זה במנגנון המחירים,

דוברות: אם את תפצי ב-DRG נכון אז גמרנו.

(מדברים יחד)

יעל גרמן: אני מבקשת לעשת קצת סדר, ניתן לכל אחד לדבר. כי אני חושבת שהחומר הוא מאד מאד קשה.

דוברות: אמר יאיר מקודם, שכשהם בודקים מול אסותא, המחירים הם בערך אותו דבר 200 שקלים פחות. עכשיו, זה לא סתם. הרי אסותא אין לה את כל, אתם עושים תמחור ומעמיסים את המחקר ואת ההוראה ואת המתמחים ואת המיון וכו' על המחיר. המחיר הזה, אסותא אין לה רוב הדברים האלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אז מה היא עושה? אם אתה יש לך מודל סטנדרטי של פירמה דומיננטית בענף, יש לך מחיר כזה, אתה מביא את המחירון שלה, אתה תוריד וזה ירד. ז"א זה לא עלויות שלה. זה תמחור שלה אסטרטגי. זה צריך להבין דווקא. לכן זה שאנחנו מעמיסים את זה את כל העלויות הקבועות, זה רק מה שאנחנו בעצם עושים, אנחנו מעשירים את אסותא. אנחנו בעצם במו ידינו מעלים את הערך של שעת הרופא באסותא כי אתה בעצם משלם לשעת הרופא באסותא את כל הדברים שאתה העמסת על המחיר.

יעל גרמן: זה בערך מה שאתה אומר.

דוברות: בדיוק, לגמרי.

דוברות: זה בדיוק אותו דבר.

יעל גרמן: לתמחר רק את המשתנה.

דוברות: זה לא רק זה, יש פה כל מיני סוגיות מה זה משנה וכו', אבל יש הרבה מאד דברים,

דוברות: למה לא להעמיס על מחיר הוצאה קבועה.

דוברות: אבל זאת לפחות, אני רציתי להגיד פשוט שזה סתם שאחד דומה לשני. זה אסטרטגית דומה לשני. הוא קצת מתחת.

דוברות: מתחת לזה פלוס הנחה. זה יותר קרוב,

יעל גרמן: אתה לא יודע איזה דילים עשו. גם באסותא.

דוברות: מה גם שזה לא אותם רוכשים. רוכשים שרוכשים בבית חולים פרטי לאו דווקא רוכשים בציבורי.

דוברות: זה נכון, לכן אתה עושה את זה בהתאמות. אני רק אומר שזה לא יכול להיות מאד שונה, כי שם אתה מתאים את עצמך למחיר בחוץ, במערכת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הציבורית, פלוס הקומפנסציה או הירידות או על מה שאתה נותן יותר אתה נותן רגישות מיידית, אתה לוקח את זה כפרמיה. וזה בסדר. אני רק אומר שהם קובעים מחירים בהנתן מה שאתה קובע. בהתאמות. אתה תוריד את המחיר, הוא יוריד את המחיר.

יעל גרמן : bottom linen?

דוברות : שצריך מה שאנחנו אומרים. אנחנו צריכים לתמחר את זה אחרת.

יעל גרמן : ואת הקבוע להעביר ישירות לבתיה"ח.

דוברות : בגדול. בגדול. יש עם זה, זה לא כל כך פשוט, אבל אפשר ללכת הרבה מאד צעדים לכיוון זה שישפרו את זה משמעותית בלי להגיע ממש לשולי, כי בשולי יש פה הגדרה של שולי היא לא פשוטה.

דוברות : אנחנו התפתלנו פה בסוגיה של איך לא ליצור העדפה של המגזר הפרטי כספק אל מול המגזר הציבורי. אני רוצה שנבהיר את הסוגיה הזאת, בחיבור שבין דפוס ההתחשבנות ותורים. כי כרגע איתרנו בעיה, בעיה של תורים, עכשיו יש לך ממד כמותי. אבל אנחנו רוצים להשתמש בכלי ההתחשבנות כדי לקצר תורים. זאת פונקציה המטרה המרכזית שלנו ואתה אומר את הדבר הבא, אחד, נעשה תמחור יותר ריאלי בתהליך של מה שנקרא כיוון של DRG כמה שיותר DRG פעילות דיפרנציאלית שלא יהיו ממוצעים שמישהו יעשה עליהם הסטה וירוויח על בסיס המחיר הממוצע וההפרש שבינו ובין החציוני. שתיים, אמרת, דרך אגב, הגדלת תקציב קופות כדי שיהיה מישהו שיהיה לו יותר כסף לשלם בעבור העלאת המחירים. שזה יש לך פה קונצנזוס פה אחד, אבל גם הוא מסכים קצת בנושא הזה.

יעל גרמן : כולם מסכימים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות:

אבל עם השלישי יש לי קצת בעיה. אתה אומר, הצד השלישי שלך היה תיקון, לא ביטול, תיקון מנגנון ה-CAP. עכשיו. התחושה שלי לפחות, אני מדבר בשמי כרגע, שאחד העיוותים הכי גדולים ב-CAP היה, שתרמו לתורים וזו הבעיה שבבי"ח לא משתלם לעשות את הניתוח הבא. לא משתלם לי. אם אני מקבל 25 אחוז על פרוצדורה מסוימת, לא עושה אותה. פשוט לא עושה אותה. ואז הקטרקט יוצאות ועל זה יוצא ועל זה יוצא, למה אתה לא טיפה יוצא מהקופסה ואולי כאתגר מנסה להציג לנו איזשהו מודל אלטרנטיבי עם כל הנסיון והידע שצברתם שאומר אין יותר משחק של-CAP. גמרנו. ה-CAP מיצה את עצמו. היתה לו מטרה ב-95' לרסן הוצאה. אנחנו כבר לא שם.

דוברות:

גבי אבל יש לך כלי יפה. אתה יכול לקחת את המאה אחוז של ה-CAP שהוא השנה משקף גם פעילות וגם כסף. שני הדברים יחד. אתה יכול לקחת ת ה-CAP הזה ולהגיד אני רוצה לקצר תורים ב-3% ולא צריך תקרה ל-103 אחוז, במחירים ממוצעים. כבר הרווחת עוד 3 אחוז קיצורי תורים. יש לך כלי שאתה יכול להשתמש בו. להעלות מחירים.

דוברות:

אתה תשאר עם אותם תורים.

יעל גרמן:

יאיר, מה שהוא בא ואומר, מה שאתה אומר זה פיתרון שהוא בא על איזושהי מערכת שמבחינתנו היא לא אידיאלית. אני לא רוצה לאמר מעוותת, אבל היא לא אידיאלית. והיא מיצתה את עצמה. עובדה שאנחנו באמת השנה אנחנו היינו צריכים באמת לבוא ולומר את זה על פי 2012.. מה שאנחנו מנסים לומר, אנחנו מנסים למצוא שיטה חדשה, שתמחק את כל מה שהיה, ותחשבו כמו שעושים תקציב אפס. בואו תנסו לחשוב מהבסיס, מה ואיזה שיטת התחשבות אנחנו צריכים במערכת כדי שקודם כל באמת תבטא בצורה נכונה את העלויות האמיתיות שלא תתן תמריצים להסטה מהציבורי לפרטי, ויחד עם זה, בבת אחת וכתוצאה מכך גם תקצר תורים. זהו. זה מה שאנחנו מבקשים מכם, אם אתם מסוגלים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: עד יום חמישי.

(מדברים יחד)

דוברות:

קודם כל הערה ראשונה, אינשטיין היה בודק הנחות פיסיקליות, אם זה מסובך מדי זה לא יכול להיות נכון. זה אותו דבר פה אם התמחיר הוא מסובך מדי וזה נראה לי מאד מסובך מה שהולך פה היום, אז כנראה שזה לא טוב. ננסה לפשט קודם כל. זה דבר ראשון. דבר שני, אני אמרתי אותו מקודם. אני עושה תמיד את האבחנה בין תמחיר להמחרה. תמחיר זה כמה זה עולה לך. המחרה זה איך אתה קובע מחירים וזה לא אותו דבר, זה לא חייב להיות אותו דבר. כשאני אמרתי שאני לא רוצה תמחיר, לא התכוונתי להמחרה. אמרתי בואו קודם כל נראה כמה כל דבר עולה ואז נחליט אם רוצים, אם לא רוצים ואם הבעיה היא, המחרה זה קביעת מחירים. תמחיר זה קביעת עלות. זה pricing וזה costing זה שני דברים שונים. אתם מדברים על costing והוא חייב להיות נכון. בלי סכום אפס, בלי כלום, לדעת כמה כל דבר עולה לביה"ח. אח"כ תחליט על מחירים. ואני חושב גם שבהקשר של סכום אפס כשקובעים מחירים אם אתם הגעתם למסקנה שבמקרה מסוים אם נעשה את השינוי בהתאם למה שהתמחיר אומר לנו, זה יכול לגרום למשבר בבי"ח או במשהו אחר, אז אני בהחלט חושב שצריכים לעשות את זה בצורה הדרגתית. אבל לדעת מה המחיר הנכון, או העלות הנכונה, לדעת לאן רוצים להגיע, נעשה את זה שלוש שנים, ארבע שנים לא בבת אחת. אבל לא להתחיל לשנות את המחירים רק בגלל שאתה לא רוצה ליצור זעזועים במערכת. תעשה את זה בצורה הדרגתית, זה כל מה שאני אומר. אין לי פה ביקורת. זה רק נקודה.

נקודה נוספת שמאד חשובה ואני אומר את זה שוב, הבחנה בין הוצאה קבועה להוצאה שנתית משתמע מזה שזה משמעותית, לתמחר פרוצדורות, זה שאתה אומר לקופה את צריכה לשלם עבור הפרוצדורה הזאת לא רק את



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

העלות של הפרוצדורה, אלא גם את המחקר שבתיה"ח עושה ואולי גם את החולים היותר וגם את הפריפריה, כי ביה"ח הזה הוא בפריפריה, אז את זה הקופ"ח צריכה לשלם לו יותר, למרות שאת מקבלת את אותה פרוצדורה, אז זה לא נכון. צריך לשים לב לעוד נקודה שהיא בעיקרון מאד ברורה במחירים. א. כמו שאמרתי מחיר צריך לשקף הוצאה שולית יותר מאשר הוצאה קבועה. שתיים, המחיר שביה"ח מקבל עבור פרוצדורה אפילו, או עבור פרוצדורות לא חייב להיות שווה למחיר שקופ"ח משלמת. יכול להיות שאני מקורות הכנסה. אחד מה שהקופה משלמת שזה בהוצאה השולית, עבור כבפרוצדורה ובנוסף לזה ביה"ח יקבל אם זה פר פרוצדורה אם אנחנו רוצים לעודד את הפרוצדורה הזאת ואם זה על דברים אחרים, אם זה פריפריה וכו', מהמדינה, משרד הבריאות, לא צריך להכביד על הקופה במחיר שולי את מה שהמערכת רוצה להשיג כיעדים אחרים שלה. זה כלל מאד חשוב. לכן בזמנו היה לי וויכוח בנושא הCAP. אני חשבתי על הCAP אחרת. אני חשבתי שמהשקל הראשון הקופה משלמת את ההוצאה השולית שלה, המדינה משלימה כל הזמן על כל פרוצדורה עוד כסף. ברגע שהגענו לCap של ביה"ח, לא של קופה מול ביה"ח, ברגע שהCAP הוא כזה שביה"ח קיבל מספיק כסף לכסות את הקבועות שלו, משם ממשיכים, ביה"ח ממשיך לקבל רק את השולי, כי הוא לא מקבל מהמדינה, אבל הקופה מאפס רואה את אותה עלות. היא לא רואה פתאום מחיר שמשנתנה לה שעד עכשיו הוא היה 100 אחוז ופתאום יורד ל-50 אחוז.

דוברות: אבל אם כבר, תעשה את זה פר פרוצדורה.

דוברות: את זה הצעתי לפני 15 שנה, מי שזרק אותי מכל המדרגות היה גבי בן נון, אני לא יודע אם אתה זוכר את זה. למה זה כאילו רעיון פר פרוצדורה, אני דרך אגב לא מציע את זה, אני רק אומר לצאת מהקופסה, למה פר פרוצדורה? אתה יכול להגיד היה איזה רעיון לבוא ולשלם את כל ההוצאה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הקבועה. זה לא הגיוני, לבוא עכשיו לבי"ח, מישוהו התחיל לעבוד ותשלם לו 300 מליון שקל. אז אתה אומר, לא, אני לא נותן לך את זה, לפחות נראה איזה פעילות, לפי פעילות תקבל את זה, אבל הוא מקבל משני מקורות בהתחלה.

דוברות: ואם אין שם פעילות? ואם יש שם 70 אחוז פעילות, מה קורה?

דוברות: אז עשית פה משהו לא נכון. אני לא אומר שזו הצעה, כל מה שאני רוצה לומר בגדול, אני מציע לחשוב על מודל שבו המחיר שהקופה משלמת לביה"ח משקף את העלות האמיתית של הפרוצדורה, ביה"ח מקבל מהמדינה עוד תשלומים עבור הוצאות קבועות, מחקר, וקיצור תורים. לא להפיל את זה, הוראה, קיצור תורים. אתה כמדינה רוצה שעכשיו ביה"ח מסוים יפעל לקיצור תורים בפרוצדורה מסוימת אתה אומר לו הנה אני נותן לך עכשיו תגמול מיוחד עבור הדבר הזה, עד אז אני רוצה שתקצר תורים. שוב פעם זה לא חייב להיות המחיר שהקופה משלמת זה המדינה משלמת לפי איזשהו מנגנון.

דוברות: והקופה לא מחפשת לעצמה כל מיני דברים.

יעל גרמן: אני חושבת שהתחלנו ולא סיימנו.

דוברות: אני רוצה לשאול את אורי, למה אמרתם שזה בלתי אפשרי להכניס למשל גיל. הוא אמר שאי אפשר.

דוברות: זה נורא מורכב. אחד, אני מסכים שצריך לייצר את המחירים הנכונים במערכת. עושים את זה בצורה הדרגתית אבל עושים מחירים נכונים. שתיים, כמו שמשה הציף ביום חמישי, אי אפשר, הסיבה שיש פה במערכת, זה לא CAP או לא כסף, זה לא סיבה אחת. זה הרבה סיבות. זה תמריץ לרופא, תמריץ לקופה, זה גם תמריץ לביה"ח ואפילו תמריץ למבוטח שרוצה לבחור. כלומר, צריך לטפל בכל התמריצים וצריך למצוא, ואם לטפל בכל



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

התמריצים, גם הכסף צריך לטפל בו. אנחנו לא אומרים שלא, אבל הוא צריך להיות ישירות לקיצור תורים. אני לא חושב שהוא צריך להחליף את מנגנון ה CAP. זה מנגנון חשוב, הוא מייצר את התמריצים הנכונים, אפשר לחשוב על מנגנון אחר, כמו שקובי המליץ, אני לא רואה כזה שוני, אדרבא, תסביר לי מה השוני הגדול בין מה שאמרת עכשיו על המנגנון הקיים

דוברות: כשלקופה אין תמריץ לדחוף.

דוברות: נכון, לקופה אין תמריץ לדחוף. אבל הוא לא כזה,

יעל גרמן: לא לדחוף ולא להסיט.

דוברות: השאלה כמה האנשים עברו מקופה לקופה איך לתקן את כל ה cap לפי המעבר בין קופות. עכשיו פתאום עברו ממכבי לכללית, איך אתה מתקן את ה CAP של כללית מול שיבא, מול איכילוב, בגלל שעברו כמה,

דוברות: מה שאמרת הוא בסדר, יש פה שינויים במיקרו. זה לא שינויים במקרו. גם במודל כזה אם משהו יודע לייצר יותר זול ולמכור ביותר זול, זה נכון וזה יעיל. זה לא נכון לבוא ולהגיד אתה מוכר במחיר מכסימלי. ואם משהו יש לו יתרונות לגודל ויכול כתוצאה מהיתרונות לגודל לייצר יותר זול, זה נכון, אנחנו לוקחים את זה ומעודדים יעילות במערכת. אנחנו לא מעודדים חוסר יעילות במערכת, אנחנו מעודדים יעילות. אנחנו רוצים יעילות עם תורים יותר קצרים ומעודדים יעילות.

יעל גרמן: אבל מכל מה שכרגע אתה אמרת, פלוס מה שאנחנו אמרנו וקובי, בהחלט צריך לשבת. אתה גם לא מציין את העובדה הזאת שבוודאי אתה רוצה גם לרסן את בתיה"ח.

דוברות: אמרתי לייצר את התמריצים הנכונים. היצע יוצר ביקוש.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

דוברות:

אני חייב להגיד, באמת, אני ביום יום בנושא הזה והיו תובנות לכאן ולכאן, ולגבי התורים, תורים זה מדע שלם ויש באמת ייחוד והסתכלות הזאת אנחנו מוכרחים להסתכל מאד שונה בטיפול במלאי ובזה. יכול להיות, קודם כל מלאי אני יכול להגיד שהכפלנו את מחירי השקדים וכנראה אנחנו מקבלים כרגע איתותים שבלי שינויים נוספים במערכת זה לא כל כך תפיש. למרות שהכפלנו את זה פי שתיים וציפינו מבתי"ח בינוניים להגדיל קווים. לעמת זאת יש את מבצע הקרנית, ששם היה משהו מטורף. באנו עם כסף מזומן לבתי"ח, הכסף היה במשרד הבריאות, הוא לא היה בקופות, סבסדנו חצי מעלות הקרנית. פשוט שמנו כסף והיה אחד המבצעים המוצלחים במערכת, כי שם לא שמנו כסף, הגדלנו מחיר וזו היתה גישה אחרת.

(מדברים יחד)

יעל גרמן: זה היה עוקף CAP

דוברות:

זה היה עוקף CAP לחלוטין. הכסף היה במשרד הבריאות. פשוט שמנו אותו. ולכן צריך לנתח את התור. יכול להיות רק בהיבט הזה אני באמת חושב שנושא התורים ולאור הנתונים שמתחילים להגיע, זה דורש ניתוח מסודר, הפרדה בין זה לזה, החלטה אם המערכת יודעת לעמוד בזרם בCAP הקיים או לא ב cap או בכל שיטה אחרת, יש קפים אחרים, דיבר פה אורח מגרמניה שדיבר על CAP של כמויות, של איכות, זה לא חייב להיות כל הזמן באותה מסגרת חשיבה. אנחנו מכירים גם הדברים האלה. לגבי פרטי וציבורי, המחירים גם כן, זה חלק מפתרון, אבל בטח במקום שבו רופא בוחר לעצמו את החולים היותר פשוטים, הולך אתם לאיזה מקום ומנתח אותם שם, אני לא פוסל שום דבר בשיטת המחירים שנחשוב עליה, לא, אנחנו יכולים להיות שם כחלק מפתרון כולל שכולל גם המון המון קטרקט. בהיבט הזה,



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות:

אני רק רוצה להגיד דבר אחד. כאן צריך קודם כל לתמחר לפי חומרה, כמה שזה רק אפשרי וזה מאד בעייתי, אבל כן ללכת. ואז אתה תתן בעצם את המחיר הנכון לבי"ח פרטי כמו אסותא לעומת בי"ח ציבורי שלוקח את המקרים היותר קשים וזה יהיה במחיר שונה לחלוטין. ונמנע את הסבסוד הצולב. וב. צריך לזכור שהיום אנחנו נמצאים במערכת שאין לנו מספיק כמויות. ז"א אני מאד חושש לאבד כמויות בתוך המערכת, כי אז התורים יהיו עוד יותר ארוכים. אנחנו עכשיו נבלום את המערכת הפרטית ולא נייצר למערכת הציבורית, נגרום לעוד יותר תורים.

יעל גרמן:

לא לא, בלי לטפל במערכת הציבורית אתה לא יכול להגביל את הפרטית. זה ברור שלא. חברים אנחנו מוכרחים לצאת מפה. עם action item שצריך להיות שאנחנו התחלנו פה משהו, אני חושבת שנתנו כיוון, אני מבקשת לעשות, אנחנו היום ישבנו, אני חושבת שזה היה יום טוב מפני שאנחנו באמת ישבנו מ-2 עד 9 שבע שעות והיה לו את השוונג והכנסנו למהלך שלישי, רביעי וכו' (כמעט עשינו תאונה). אני מבקשת שאתם תשבו, ואדים, יאיר עד כמה שאתה יכול, שלומית, מאד מאד חשוב. כמובן עם החברים שלנו שזה גבי וקובי ואני צריכה נציג ואני מבקשת גם את ערן וניר. חברים יקרים, אני מבקשת יום להתחיל אותו עם מה שאנחנו עכשיו סיימנו ולסיים אותו עם המלצה. אתם לא תוכלו לגבש את המודל, אין לי ספק, אבל תגישו לנו מתווה שעל פיו אנחנו נוכל להגיע להמלצות של הועדה שממנה נמשיך כמובן.

יוג'ין קנדל: לא חייבים להמציא גלגל. יש את זה באנגליה ובגרמניה ובצרפת.

יעל גרמן:

זה לא להשבוע. לא להגזים זה לא להשבוע, זה לשבוע הבא, אבל תמצאו לכם את היום שמהבוקר עד הערב, עד שיוצא עשן לבן.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר