



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

### פרוטוקול וועדת גרמן – 9-10/1/14

**9/1/14 – יום 1:**

**דוברות:** מעבר לעניין הציבורי ולפלורליזם הרב שהיה עד היום, ננסה ביומיים האלה לתת התייחסות. זו ישיבת המליאה ה- 25, תעשו אתם את החשבון. התחלנו במחצית יוני לשלושה חודשים. 30 ישיבות יחד של וועדות משנה. זאת השקעה אדירה שאני פשוט לא יודע לבטא אותה במילים, ומלוא ההערכה לכם. לכולנו יש ציפייה להתקדם באופן משמעותי, גמרנו לשמוע את המופיעים בפנינו. יש מאחוריהם את כל החומר של הוועדה, נמצא כאן. יש סדר יום. נתמקד במה שנשים על הלוח. אנחנו מבינים אחרי כל מה ששמענו במשך למעלה מחצי שנה, כל מי שהייתה לו דעה בעניין מיפה את חולשות המערכת, ובזה נפתח את הדיון. הכל מתוך נקודת מבט של היבט האספקה ולא היבט אחר, זה הנושא המרכזי של המפגש. נסיים אותו ונחליט מה אנחנו צריכים כדי להגיע לשם. אם נצליח בזה ביום הראשון, התקדמנו מאוד. אם מחר יהיו לכם מחשבות על מה שקרה היום, נמשיך, אבל המטרה היא להתקדם בדיון של הנושאים שהתחלנו מקודם. נחלק אותם לשלוש קטגוריות, נושאי ליבה, נושאים שמחוץ לוועדה ונושאים לטיפול בציר מקביל ללא תלות בוועדה. תוצאות היום השני זה מפת דרכים להמשך העבודה.

**דוברות:** בקשה – אני יודעת שמה שאני אומרת לא בטוח שיש בו משהו. לי מאוד חשוב שלא יצאו דברים מהיומיים האלה לעיתונות. השבועיים הבאים מאוד קשים לי. אני מאוד מבקשת שתשתדלו שמה שיהיה כאן לא יצא החוצה.

**דוברות:** חלק גדול מעניין המימון זה בוועדת משנה ביטוחים ואפשר יהיה לדון בזה שם, זה לא בליבה של המליאה.

**דוברות:** מתוך מחשבה שכמעט כל וועדות המשנה גמרו לשמוע מציגים, מצאנו לנכון שחבל על הזמן של כולנו לשמוע דיווח ביניים שלהם ואחרי זה דיווח מורחב. הדברים קשורים, אבל לא נצלול אליהם. אני אומר גם ליו"ר הוועדות, חבל לבזבז את הזמן של כולם על זה. אם אתם מרגישים שיש משהו ספציפי - תגידו. הטכניקה היא שכולם ידברו על החולשות, וכל נקודה שתעלה ותהיה מוסכמת תהיה מול העיניים של כולנו ולא צריך לחזור עליה. זהו, מתחילים, אספקה, מי רוצה לפתוח?

**דוברות:** בואו נגדיר קודם מה נכנס במושג הזה אספקה.

**דוברות:** מה זה לא, אספקה זה לא מימון, לא מי מממן ומאיפה בא הכסף, אלא בתי"ח הפרטיים והציבוריים, קופות חולים כמספקות שירותים. אני אומר את דעתי. כל הגורמים שנותנים את השירות לאזרח בסוף היום בנקודת הקצה, איפה החולשות בנקודות האלה. ברור שחלק מהדברים יתקשרו בסוף למימון. בואו ננסה לא להתייחס למימון, אלא מה הבעיות במערכת האספקה הנוכחית ואיך אפשר לחזק אותה, ואולי זה יתקשר למימון.

**דוברות:** זה לא רק במפגש בין הפרטי לציבורי, אלא גם בתוך כל אחד מהם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** מה הבעיות של האזרח כשהוא בא לקבל שירות.

**דוברות:** גם במובן המבני.

**דוברות:** תשומות ומבנה המערכת.

**דוברות:** ספקי השירותים במדינת ישראל. אם אפשר לחתוך לציבורי ופרטי, מדברים על מי מספק את שירותי הביאות במדינת ישראל, וזה לא רק שירותי אשפוז כללי. התנדבתי, אבל זו רשימת מבזקים ואפשר לסדר את זה אחרת. הייתי מתחיל בתורים, יצירת תשתית נתונים כדי לכמת אותם, ואם ישנם זו בעיה רצינית. שנית, וזה הפרדוקס הכי גדול של המערכת, זה תשתיות לא מנוצלות. אם יש תורים ותשתיות לא מנוצלות זו בעיה של מימון ותקצוב. אחר כך בריחת כ"א אחר הצהריים שזה קשור, ואני זורק כותרות. מידה מסוימת של אובדן אמון של הציבור במערכת הציבורית, תקצוב חסר של מערך האשפוז הכללי, היעדרם של מנגנוני עדכון טכנולוגי. הכל גם מתקשר למימון.

**יעל:** תתרכז באספקה.

**דוברות:** נניח שמדדי התשומות מעידים על תשומות נמוכות. איפה תשים את זה? במימון או בתשומות לאספקה?

**דוברות:** שימוש מאוד אינטנסיבי בתשומות קיימות שמעיד על מחסור בכ"א, מיטות וטכנולוגיות.

**דוברות:** איכות שירות נמוכה.

**דוברות:** זה מגיע לשירות. תשתיות חסרות, מיטות, כ"א וטכנולוגיה במערך האשפוז. אני לא רוצה להיכנס למברק. אני נכנס לנושא של המעטפת – בעיית נגישות לשירותים באופן כללי. יכול להיות מצב שבו אין רופא או מיטה בדרום, זה יכול להיות גיאוגרפי וגם חסם כלכלי.

**דוברות:** חסמים בנגישות.

**דוברות:** אני לא רוצה להיכנס לעומק, זה ברמת הכותרות כרגע. קודם כל נזרוק כותרות, ואחרי זה נפרט.

**דוברות:** בעיית משילות, קביעת גורמים בשטח בלי להיכנס לאינטרס מערכתי. נושא הרגולציה שמשפיע על אספקה. איכות השירות כן הייתי מכניס כבעיה באספקה של שירות לציבור. סרבול, בירוקרטיה שמובילה לסוגיה בהיבט של אספקה.

**יעל:** אני רוצה לתת משהו יותר גדול – פערים באספקה שמובילים לפערים בבריאות האוכלוסיה.

**דוברות:** נגישות וזמינות.

**יעל:** זה חלק מזה.

**דוברות:** אני רוצה להתסכל ברמה מערכתית. היבט פרטי-ציבורי זה יחסי הגומלין בין 2 המערכות באופן הדדי. זה שתי מערכות שמשתמשות בסוף באותו משאב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** חוזקה של האחת זה חולשה של השנייה.

**דוברות:** בדיוק, משחק סכום אפס.

**דוברות:** זה יכול להיות גם חיובי, תגדיר יותר טוב.

**דוברות:** משחק סכום אפס בטח שלא.

**דוברות:** כמות הרופאים והאחיות במדינה היא נתונה.

**דוברות:** אבל היא לא גזירה.

**דוברות:** צריך גם לדבר על זה, תכנון התמחויות. בואו נשים בצד את שאלת כ"א, אבל תחת הנחה סבירה שהיקף כ"א הוא נתון ואין רופאים ואחיות מובטלים. כולם עובדים בסה"כ די הרבה, אין רופאים שעובדים בשליש משרה ורובם עובדים ביותר ממקום אחד, ואנחנו קרובים ל - capacity מבחינת ייצור. בגדול, אותם גורמי ייצור עובדים בשתי המערכות, יש פה משאבים משותפים והאינטרסים והתמריצים של כל מערכת משפיעים על האחרת. גם בחינוך, שם יש קווי דמיון, בבריאות זה אחרת. אם זה בתי"ח ואם זה קופות, כולם משחקים בשתי המערכות וזה יוצר מערכת אינטרסים שכל שחקן רואה, ואנחנו צריכים לראות איך זה מביא למערכת ציבורית חזקה. אני מתחבר לחזון של השרה, צדק, שוויון וערכות הדדית.

**דוברות:** אתה מדבר על משאבים משותפים וגורמים ממריצים אותם.

**דוברות:** כן, אפשר לפתח את זה עוד.

**דוברות:** תמריצים להסטה מציבורי לפרטי.

**דוברות:** מערכת התמריצים משפיעה מאוד על איך נראה החלק הציבורי.

**דוברות:** יש גם בעיית הגדרה מה נמצא איפה.

**דוברות:** היו אצלנו אסותא והתעקשו שהם ביי"ח ציבורי.

**דוברות:** לכל קופ"ח יש שב"ן, יש מכונים פרטיים. לבתי"ח יש תיירות מרפא והם ציבוריים, יש את הדסה. חברות הביטוח הן פרטיות אבל הן משתמשות בתשתית ציבורית.

**דוברות:** יש מכונים, מעבדות...

**דוברות:** אסותא ו - HMC ושחקנים משמעותיים אחרים.

**דוברות:** יש כסף שנכנס מהפרטי, ובנקודות מסוימות הם יושבים על אותה תשתית. הוא כן נותן תשתית נוספת של טכנולוגיה והיצע.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני חושבת שהבעיה הראשונה של האספקה זה מה שיעל אמרה, שזה היעדר תקצוב מספיק כמדיניות. גם חסר עכשיו כסף ואין מנגנון שדואג שיהיה כסף. זה לא מימון, לא דיברתי על מקורות, יש היעדר תקצוב מספיק לאספקה ואי אפשר להתעלם ממנו. מדיניות התקצוב גורמת לכך שבאספקה מלכתחילה יש פחות כסף. אם אין מספיק מוצרים לעוגה...

**יעל:** זה לא מה שאמרתי מקודם.

**דוברות:** אני מתנצלת, אני אומרת. שנית זה היעדר תשתיות שוויוניות.

**דוברות:** זה מה שהיא אמרה.

**דוברות:** בין מי למי?

**דוברות:** בין כולם, זה יכול להיות פעם גיאוגרפי ופעם לא, אבל זה לאורך הכל. אין אותן תשתיות בין אזורים שונים, גם לא בבתי"ח, בהכל, זה פשוט לא שוויוני. השלישי בעיניי זה שהציבור או האזרחים אינם מעורבים מספיק במערכת הבריאות, יש היעדר של היכולת שלהם להשפיע על המערכת. זו בעיניי הבעיה ואומר ממה זה נובע – היעדר שקיפות ומידע, וזה גורם להיעדר אוטונומיה על המערכת, מתבטא בבחירה למשל. החולשה זה היעדר מעורבות והיא נובעת בגלל מערכת לא מספיק שקופה ואין מספיק נתונים. הדבר הבא – היעדר שיח מספק על ערכי המערכת. השיח הזה צריך להוביל את המדיניות. אם יש לנו ערכים של שוויון, שקיפות, אוטונומיה, צריך שהשיח והמדיניות תקבע לפי סולם הערכים ולא רק חשבונאית. אנחנו לא מוצאים בתוך המערכת מספיק שיח שמבטא לאזרחים את מה שהם רוצים לשמוע במובן של הערכים שלהם. אנחנו לא יכולים לתת תרופה בגלל שזה יותר זול. הם רוצים לדעת שכשהם יהיו בני 95 הם עדיין יקבלו את זה. צריך להיות שיח שיחזיר את אמון הציבור. הדבר הבא - אין מספיק הלימה בין המדיניות שאנחנו רוצים לבין התמריצים הקיימים במערכת, והפיקוח על איך הם מתנהגים בקרב השחקנים ואיך זה משפיע עליהם. אנחנו צריכים לחבר יותר בין המדיניות לתמריצים. לי מפריע שהתמריצים אינם חזות הכל, הם משפיעים אבל לא קובעים את ההתנהגות במערכת.

**דוברות:** מה עוד קובע?

**דוברות:** ערכים, פסיכולוגיה, אם אנשים מרגישים טוב או לא במערכת, משחקי שליטה, אגו.

**יעל:** כשאת מדברת על תמריצים את מדברת רק על כלכליים? מה שאמרת זה גם תמריץ.

**דוברות:** כשמסתכלים היום, זה לא העניין הכלכלי בלבד.

**דוברות:** יכול להיות שזה נכנס לסעיפים שכבר קיימים, אבל אפילו תחת רמה מסוימת של מקורות הייתי אומרת שהקצאת המקורות בין הצרכים השונים. למשל יש תחומים שראינו, שיכול להיות שבריאות הנפש מקבלת תקצוב חסר. המנגנונים לחלוקת המקורות או הפערים בין אנשים עם צרכים שונים. חלק זה בהתמחויות שאפשר לחלק לאן שצריך, אבל חלק זה מדיניות מכוונת שצריכה לשים דגש מסוים על חלק שהיה מקופח לאורך שנים. אני לא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

יודעת אם זו חולשת המערכת בכללותה, אבל ברור שיש מוקדים שסובלים מבעיה של נורמות מוסריות ואתיקה. זה לא מאפיין את כל המערכת, אבל גם אם הם מוקדים קטנים, הם דורשים תשומת לב. חלק מהם נובע מתמריצים רעים שאפשר לטפל בהם, ולחלק צריך לתת את תשומת הלב. דיברנו קצת על כללי התנהגות. ועוד משהו שאולי יכנס למערכת התמריצים – יותר מאשר בעבר, הדיונים בוועדה וגם השיח הציבורי, מדגישים את העובדה שגם אם קראנו בספרות שיש השפעה של המטפל על המטופל בגלל הסימטריה במידע, תחושתה היא שהבעיה הזאת מאוד חזקה. יש חוסר איזון בין הכוחות האלה, בין המטפל למטופל, שנראית לי הרבה יותר חריפה אבל יותר ממה שאנחנו מכירים בספרות, וחלק זה בתמריצים להסטה.

**דוברות:** זה בין המטפל למטופל או בין המטופל למערכת?

**דוברות:** גם יכול להיות, אני לא יודעת. אני חושבת שהדיונים בוועדה הדגישו מאוד את הבעייתיות של הא-סימטריה במידע והבעייתיות של זה.

**דוברות:** זה חשוב להבנה – אם זה בין הרופא למטופל, אנחנו נמצאים בעולם של מידע של המטופל כלפי עצמו. אם זה המטופל והמערכת אני חושבת שזו בעיה אחרת, לדוגמא שאלה של אורך תורים, שקיפות במערכת. זו לא בעיה ספציפית, לגבי המערכת זה רחב יותר – מה מגיע לי? אני יכול לקבל טופס 17 או לא? חלק מהמידע הזה לוקח לכיוון הביטוחים הפרטיים – אני לא יודע מה מגיע לי בדיוק, ולכן אקנה מטרחה מאוד רחבה ליום גשום. אז זה המערכת ולא הרופא הספציפי.

**דוברות:** זה גם וגם.

**דוברות:** התכוונתי לצד הזה שהוא מכוסה מבחינת השקיפות. התכוונתי ליחסים בין המטפל למטופל, ולא רק בבתי"ח זה קיים גם במערכת הקהילתית, גם מדוגמאות ששמענו וגם מחיי היומיום שלנו. התרשמתי שיש בעיה חריפה ובכלל במערכת הבריאות. נקודה להוסיף – אני לא יודעת אם זה תחת ריבוי הכובעים, אבל גם ביחסי הגומלין ובתוך ריבוי הכובעים של מערכות האחרות מחוץ למשרד. הוא דיבר על זה כבר.

**דוברות:** גם בכללית עצמה יש 2 מערכות של חטיבת הקהילה וחטיבת בתי"ח. יש לנו לא רק אובדן אמון במערכת אלא גם של רופאים במערכת, והייתי רוצה להעלות את זה כשאלה.

**דוברות:** אני קצת מתפלאת, כשחוקקנו את חוק זכויות החולה רצינו לטפל בדיוק בא-סימטריה ובהעצמה של החולה. זה טופל ברמה החקיקתית וברמה החינוכית במשרד וגם בקופות החולים. אולי זה לא בא למענה מלא, אבל יש חוק שמטפל בזה, ויש נהלים ותקנים וניסינו לטפל בזה.

**דוברות:** לא אמרתי שלא ניסיתם, אמרתי שהדיונים בוועדה העלו את זה.

**דוברות:** אנחנו לא יודעים בוודאות, זה רק שמועות שאנחנו שומעים פה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** חוק זכויות החולה הוא לא חוק יסוד, אבל במשרד המשפטים אנחנו מתייחסים אליו כאל חוק יסוד, נותן זכויות למטופל במידע ובכל מה שקשור לזה.

**דוברות:** סטודנטית שלי עשתה עבודה במחלקה אונקולוגית בבי"ח כלשהו, לראות האם הרופאים לפני שהם נותנים המלצה לטיפול, האם הם שואלים איזה ביטוח יש לך. היא מצאה שהרופאים שידועים שהסל הוא מצומצם, הם כן מבררים איזה ביטוח יש למטופל. לפי חוק זכויות החולה הם חייבים לתת את מגוון המידע.

**דוברות:** אבל לא את מגוון הביטוחים.

**דוברות:** זו סוגייה אתית.

**דוברות:** יש לזה אספקט משפטי, כלכלי, מוסרי ורפואי. לא כל העולם הוא כלכלה.

**דוברות:** לגבי עבודת הוועדה והנקודה הספציפית – הרבה פעמים אנחנו אומרים על המערכת הבריאות שהיא נפלאה, ומדברים על תוחלת חיים ותמותת תינוקות. משפט אחר זה שאנשים לא רוצים להיות שר הבריאות. איך זה מתחבר? תקחו אדם ישראלי ממוצע, למרות שאין אדם כזה, רוב האנשים המגע שלהם עם המערכת הבריאות הוא מאוד מצומצם ושטחי. מה הם צריכים? אנטיביוטיקה, מדי פעם חיסון ובדיקות דם, זה רוב האוכלוסייה. יש נשים שילדות אבל הן לא חולות וגם התינוק לא חולה, זה אינטנסיבי אבל זה מתוך בריאות וחלק מהאוכלוסייה. כמעט 85% מהאוכלוסייה, לא מדויק, הצורך שלהם במערכת הוא שטחי ופשוט. אם הייתי צריך לשפוט לפי זה, יש לנו מערכת נפלאה, קל מאוד להיות טוב לאוכלוסייה הזאת, לתת לה את מה שצריך. רוב העולם עושה עבודה טובה על 85% מהאוכלוסייה, ובישראל עוד יותר טוב כי יש תמריץ לקופות להתמקד באוכלוסיות האלה, ולא במה שקורה בבתי"ח כי לא שם התחרות, ולכן אנחנו מקבלים טיפול טוב מאוד ב- 85% מהאוכלוסייה וזה משפיע על תוחלת החיים, שמושפעת גם מתזונה, גנים וכו'. זה נכון גם לאנשים בגילי, שצריכים מדי פעם כדור לכולסטרול, וזה עוד 5% מהאוכלוסייה. אני חושב שמערכת בריאות נשפטת לא לפי מה שהיא עושה לאוכלוסייה הזאת, אלא לפי מה שהיא עושה ליתר. כשאנחנו מסתכלים על ה- 15% האלה, מי זה? אנשים צעירים או מבוגרים שסוחבים איתם מחלה, או מבוגרים שמתחילים להזדקק מאוד למערכת בשלב מסוים, ופה אנחנו לא עושים עבודה טובה מספיק, אולי הכי טובה בעולם, אבל יש מה לשפר ועל הדברים האלה אני מדבר. אנשים לא רוצים להיות שר הבריאות כי הם מבינים שעל האנשים האלה הם אחראים, ופה הולך עיקר הכסף והמשאבים. לפני שבוע ראינו 3 דוגמאות לעל מי המערכת צריכה לחשוב – המאושפזים ברמב"ם, חולי הנפש שראינו בערב, אלה שראיתי בלילה שלא קיבלו את התרופות בסל. מוקדי האוכלוסיות הם המאושפזים בבתי"ח, החולים הקשים, הקשישים לעומת הילדים – כל אלה לא מקבלים שירות מספיק טוב. חולי נפש זה יוצאים מן הכלל שמצביע על היוצאים מן הכלל האחרים. זה מספר קטן, פרומיל מהאוכלוסייה ולא נכנס במוקדים האחרים. המוקדים האלה הם החשובים, בואו נשים אותם אל מול עינינו, ה- 15% עליהם אנחנו אחראיים.

**דוברות:** רוב הדברים שרשמנו מתייחסים ל- 15% האלה.

**דוברות:** היית מוסיף כחולשה היעדר תחרות?





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני חושב שזה כתוב פה – היעדר מספיק תמריצים כדי להשקיע באותם דברים שהם לא ה – 85% הגדולים.

**יעל:** מה שאתה מדבר זה בדיוק מה שאני דיברתי, זה הפערים שקיימים, לא דווקא בין פריפריה למרכז, אלא גם בין בתיה"ח. לא ביקרנו בבתי"ח הגריאטריים, שם זה כבר לא פרומיל אלא הרבה יותר. 2,800,000 אנשים מבקרים מדי שנה במלר"דים, בחדרי המיון, זה לא 15%, זה 35%, והם נפגשים במערכת רפואה בעייתית במצוקה כי המלר"דים במצוקה. זה 35% של אנשים שנפגשים כל שנה עם המערכת.

**דוברות:** אלו אנשים שונים? זה לא אנשים שונים, זה המבוגרים, זה החולים ולא רובנו.

**יעל:** זה חלק, אתה כמלווה גם נפגש. זו טעות לשבת ולחשוב שרק חלק קטן מהאוכלוסיה נפגש עם הבעיות, ולכן להערכתי כולם נפגשים עם הבעיות או מרביתנו.

**דוברות:** זה לא כמו מערכת החינוך שם כולנו מעורבים בה בצורה כזו או אחרת. זה שונה.

**יעל:** יש תאונות דרכים, אנשים שיש להם חוס גבוה...

**דוברות:** יש מלווים, קרובים..

**דוברות:** שתי נקודות שקשורות גם לסוג המטופל – חולשה שקשורה ל – 85% ולא רק ליתר זה היעדר רופא משפחה. החולשות בתחום הזה בכמות וגם בתפקיד שמטילים עליהם כמנהלי תיקים של החולים, שיקח את הפציינט לא רק כשנכנס לחדר אלא שגם ינהל את הטיפול בו. יש תחזית של ירידה ברופאי משפחה, צריך להכשיר מדי שנה 200-300 רופאי משפחה חדשים ואנחנו רחוקים מהמספר הזה. הבעיה ברופא משפחה זה ירידה גם באיכות הטיפול וגם עלייה בהוצאות, כי כשאין רופא משפחה הולכים לרופאים אחרים, הוא מפנה לרופאים מקצועיים, לבתי"ח, זה יותר יקר והטיפול פחות טוב.

**דוברות:** גם רופאי ילדים.

**דוברות:** כן כן. במקרה של רופא משפחה זה מעבר לתכנון.

**דוברות:** יש דברים מעניינים על איך הכסף במערכת מוקצה כך ש – 80% מהכסף הולך לאיקס אחוז מהאוכלוסייה. מעניין לראות את הסטטיסטיקות על איך הכסף מתפלג במערכת, צריך לחשוב אם זה תכנון אופטימלי של משאבים ואפשר להסיק מזה מסקנות, זה מאיר עיניים. הדבר האחרון שמתקשר למה שהוא אמר על המשאבים המוגבלים זה שגורמי ייצור כ"א זה מעבר לצורך להגדיל או לא, וכן צריך לתכנן, אבל כל דבר שנחזק - נחליש משהו אחר.

**דוברות:** לא בהכרח.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** לא הכל זה משחק סכום אפס. אני מנתק את זה משאלת כמה משאבים יש במערכת, נשים בצד כרגע. אם נחזק את בתי"ח ונתמרץ רופאים להגיע לשם, נראה פחות רופאי משפחה. אם נחזק רופאי משפחה בקהילה ורופאי ילדים, נראה פחות רופאים בבתי"ח. בואו נתחיל מה כושר הייצור בשנים הקרובות בתחום כ"א קדימה, כי זה בסוף מגדיר את היקף כ"א שיש לנו לפני שאנחנו מחלקים אותו.

**דוברות:** אני רציתי להגיד נקודה אחת שמאוד עצובה לי, משהו שהוא הגיון פשוט. מאה אחוז מהאוכלוסיה מבטחת את המכוניות נגד תאונות דרכים. הכסף הולך לאלה שהיו בתאונות דרכים, ולכולנו יש אותו סיכוי להיות בתאונת דרכים, ואלה שהיו זה חסרי מזל. זה לא סיבה להתפלא מזה.

**יעל:** דוגמא נפלאה.

**דוברות:** אני מסכים מאוד איתו שיש פה כלים שלובים, ואלך רחוק יותר – יש לנו מערכת אחת ולא שתיים, מבחינת בעלויות עליה, תזוזה של רופאים וחולים, טופס 17 וכו'. כולה מלאה באילוצים ששמו עליה שמייצרים מערכת תמריצים מאוד בעייתית בכל כיוון שהוא, והתוצאות יבואו באותה מערכת. התמריצים עובדים, אנחנו רק לא מבינים עד הסוף את ההשלכות הנוספות שלהם.

**דוברות:** זה לא חזות הכל.

**דוברות:** תמריצים זה חזות הכל, כסף זה לא.

**דוברות:** מקבלת את זה.

**דוברות:** היה מעניין לראות את האווירה ברמב"ם שהיא לא סטארים, ובמרכז זה תמריצים. מייצרים את זה מההתחלה, ואז כבר מתפלאים למה מנהל במקום אחד רוצה לדכא את האנשים סביבו.

**דוברות:** אתה חי במדינה שעושה תכניות ריאליטי שעושה את הכוכבים. עולם הרפואה הוא פה ולא במקום אחר.

**דוברות:** אני לא מסכים איתו שיש לנו מגבלת מקורות פיזית. אם אנחנו מסתכלים על היכולת שלנו בטווח הקצר, יש לנו מערכת רופאים גבוהה, חוסר יעילות בניצול שלהם, הם עוסקים בהמון דברים שהם לא צריכים לעסוק בהם. יש לנו יכולת כמדינה להביא הרבה רופאים מחו"ל. המגבלה היא לא פיזית, זה לא עובדה או חוק טבע שיש מחסור של רופאים, ובטח שלא בטווח של 5-10 שנים. יש פה מדיניות שהייתה הרבה מאוד שנים, ואם לא נשלוט על מגבלות המשאבים המערכת תתפרק, וחלק מזה זה נכון. אפשר לשלוט על המערכת ולתת תמריצים כדי שהיא לא תתפרק. לא ניתן לבנות מדיניות על בסיס תבונה כזאת. אנחנו כבר 15 שנים מטפלים בזה קודם ובדברים אחרים לא וזה יוצר מחסור בוודאות, ובגלל שהמערכת היא לא אחידה, זה טבעי שכשאתה שם מגבלות אתה יוצר מחסור במקום אחד ויש תשתית עודפת במקום אחר, כי שמת מחסומים. אמרנו בואו ניתן מיקור חוץ לקופות החולים, ושהן ישחקו בזה. זה לא עובד בפנסיה ולכן גם לא בבריאות. יש הנחה שלא מתקיימת באף אחד מהשווקים, הנחה שהמטופל יודע מה טוב עבורו. אנשים מגיעים לרופא המשפחה שלהם ולא עוזבים אותו. אני גר בשכונה שבה יש מנהל מרפאה מצוין, אחות מצוינת ורופא מצוין, אין סיכוי שאעבור לקופה אחרת. יש שופטי בימ"ש עליון שחיו פעם בשכונה ובאים אליה למרות שעברו דירה. ברגע שהמערכת הזאת בנויה ככה, הוא צודק במה שאמר. זה מטפל





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ברוב הדברים שהם בשוטף אבל לא במי שבאמת צריך את זה. אם אתה חי בקרית שמונה וצריך טיפול מסוים, אומרים לך תיסע לטבריה ל- MRI, לרמב"ם בשביל משהו אחר וכו', כי שם זה נוח לי. לכן אין באמת תמריץ. אנחנו יודעים שהקופות מייצרות תורים במקומות שונים כי זה נוח להן מבחינת תקציב. אנחנו מחזיקים אותן בגרעונות, התמריצים בקופות בכלל לא כל כך ברורים לי. זה גוף ללא מטרות רווח.

**דוברות:** פונקציית המטרה שלו היא לא מתן בריאות או שירותי רפואה?

**דוברות:** כן, אבל אחר כך אתה מוריד הנחיות וחוזרים והגבלות לפקידים שלהם, ומה פונקציית המטרה שלהם? אין לך יכולת לשלוח לביה"ח הזה, אז הוא לא שולח. הם רוצים בטובת החולים, אבל כשאתה מנסה לנהל את המערכת הזאת, אתה עושה זאת במגבלות. אנחנו צריכים לבדוק איך המערכת מטפלת בתאונות דרכים ולא בגביה או בשיחה שנתית לסוכן ביטוח אם הוא נחמד בטלפון. אני מסכים על זה איתך, אבל לא כשהילדים רואים את זה מסביב למבוגר והם מאבדים את האמון עבור עצמם, ולכן ההשפעה של הטיפול הרבה יותר גבוהה. היום אתה צריך לחכות שנה כדי לעשות ניתוח שקדים או כפתורים, והמערכת הפרטית מצילה אנשים כאלה, וזה יותר מורכב מזה כי גם ל- 85% אני לא חושב שאנחנו מקבלים... אנחנו חושבים שאנחנו במהירות מאבדים אמון במערכת, ולעומת זאת אני לא חושב שזה חוק טבע. לעומת זה רציתי לשאול – אם יש בחירת רופא ברמב"ם, ורק 50% בוחרים, זה דווקא סימן לאמון, לא?

**יעל:** באיכילוב יש רק 20% בחירה.

**דוברות:** לאו דווקא, זה יכול להיות גם חוסר במידע. אין היום מדדי איכות אמינים וטובים, בכל העולם אגב. אתה לא יודע במי לבחור גם אם יש לך את הזכות לבחור.

**דוברות:** האמון הוא באפשרות הבחירה ולאו דווקא בבחירה עצמה.

**דוברות:** כשהם הורידו את ההמתנה ל- 18 שבועות לכולם, היום יש להם גם בחירת רופא, מתוך 500 ניתוחים יש להם 2-3 בחודש שהם פרטיים. אם כולם בסדר, אז למה לי לחכות חודש? זה מראה לי על מערכת של אמון. בעולם שבו כולם יכולים לעשות מה שהם רוצים, זה לא סוף העולם. אני חושב שעובדה שברמב"ם ובשתי מחלקות עושים בחירת רופא והם לא מקבלים שום דבר תמורת זה, זה משהו שכנראה לא נוח להם, הכי נוח להגיד לך לשם. חלק מזה זה תחרות וחלק מזה זה לתת לאנשים הרגשה טובה, אם הרגשת בנוח עם הרופא הזה או לא. לזה יש ערך, כמו שאנחנו רוצים להרגיש נוח עם הבחירה שלנו בבחירת נעליים ומכונית. להביא לארץ מכונית בדגם אחד וצבע אחד, לא נרגיש עם זה נוח. אני לא מבין את הטענה שבבריאות הבחירה היא לא חשובה. זה נכון שאם נביא סטארים ויעשו יחסי ציבור לעצמם זה לא נכון, אבל בחירה נותנת הרגשה של ביטחון, שזאת בפני עצמה משפרת את ההחלמה. אנחנו יודעים שנימוסים ליד המיטה מורידים תביעות של רשלנות רפואית. עשית אותו דבר והיית לא נחמד - הוא תובע אותך כי הוא מרגיש שמהו לא בסדר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** בשלב הזה כבר הרוב חופף, אבל כמה דגשים – בעיניי יש בעיה שיש היעדר של הגדרות או סטנדרטים לאיכות השירות במערכת הציבורית. זה קשור גם להיעדר אחריות על קיום של סטנדרטים כאלה. אין מנגנונים שתהיה אחריות. אני חושב שזה חשוב.

**יעל:** הגדרה של בקרת איכות?

**דוברות:** הגדרה שלה ובקרה עליה.

**דוברות:** הגדרה ויצירת מנגנונים שיעמדו בפיקוח. צריכה להיות הבנה מה אנחנו מצפים מהמערכת שתיתן. מאוד קל שיש מחסור במשאבים או תקציבים אחרים, לפגוע במקומות שהם לא מדידים מעבר לרשימה. יותר קל להכניס כשנשאר כסף במערכת להפלות, ולא אגיד מה דעתי על זה, מאשר לקחת את הכסף לקיצור תור לניתוח מסוים. שזה יעמוד אחד מול השני, הרשימה והעומק של האיכות בסל. לגבי התורים – מתייחסים לרוב לניתוחים אלקטיביים, אבל יש תורים במחלקות אחרות וגם עומסים אחרים, בחדרי המיון למשל. כשאני מדבר על תורים אז גם הוא התייחס לזה, אחת הסיבות לרופאים בקהילה שהם לא יכולים לשמש קייס מנג'ר, זה העומסים עליהם. כשאין קהילה חזקה אז יותר קל לפנות למיון ולא תמיד יש שם עם מי לדבר. זה קשור אחד לשני ולהתדרדרות בבריאות שמובילה לאשפוזים. בקהילה צריך שתהיה חזקה, במקבילה צבאית מונעת כהתרעה בפני מלחמה.

**דוברות:** ברשימת החולשות עומסים זה לא ברור.

**דוברות:** אתייחס לתורים, עומסים ותשתיות – הייתה אצל כולם שאלת המחסור במידע. האמנם יש מידע?

**דוברות:** הכל זה בסימן שאלה.

**דוברות:** על זה יש רובד שני. להבנתי הקושי היותר גדול הוא לא אל מול המטפל אלא אל מול המערכת, המידע שיש לי על המערכת, הא-סימטריה במידע על המערכת - הזכויות, הזמינות - וזה הולך לתורים, לעומסים ולתשתיות, המידע שיש למערכת הבריאות על השאלות האלה. זה קצת נוגע לשאלות הרגולציה, הבניה שלה יכולה לייצר את הכלים האלה שהם קריטיים לקבלת החלטות. הייתי מוסיפה בעיית רוחב היעדר מידע.

**דוברות:** 2 נקודות – חוסר סטנדרטיזציה - אחנו לא מגדירים מה אנחנו רוצים שיהיה במיון. השונות הזאת מעלה סימני שאלה מה האחוז הנכון שאנחנו רוצים מבחינת המערכת. שנית זה תכנון לא מספק ברמת המאקרו. אתה רואה מגדלים, יחידות צנתורים לעומת יחידות שלא משקיעים בהן מספיק כי הן לא רווחיות. בתי"ח לא משתפים פעולה כי הם לא רוצים שיורידו להם או לא יעלו להם את המחיר של הצנתורים. הרגולטור לא עומד דום לרצון בתי"ח.

**דוברות:** אתה נותן להם תמריץ ואז הם בונים. כדאי לעשות את זה מההתחלה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** תשתיות חסרות – טיפול בית. אם בעבר חשבתי שיש בעיה של שדות קליניים, היום אני מבין שזה חוסר ניצול של שדות קליניים. שמענו ברמב"ם שהוא יכול לקלוט עוד 100% יותר ממה שיש לו במחלקה.

**דוברות:** יש גם תלמידי חו"ל ואפשר לקלוט אותם לפרק זמן מסוים. צריך לשקול את זה.

**דוברות:** זה כבר אחד הפתרונות.

**יעל:** מה שמעסיק אותי זה חוסר השוויון ביכולת האספקה, שנובע בין השאר כמובן גם מתקצוב. יש הר של כסף שלא עומד לרשות בתיה"ח הציבוריים, ולכן הם לא יכולים לספק דברים מסוימים בגלל שזה לא עומד לרשותם.

**דוברות:** איזה הר של כסף?

**יעל:** השב"נים. נכון שאנחנו מדברים על מקורות המימון, אבל אי אפשר להתעלם שזה נוגע לקושי באספקה.

**דוברות:** מימון של בתי"ח דרך הקופות בלבד הוא לא מאוד הגיוני. אי אפשר לקחת חדר מיון ולממנו דרך DRG של הקופות לפי אם יגיע בן אדם. שוב, זה תאונות מי שמגיע לשם. גם בניין ואחזקה, אין שום סיבה לממן עלויות קבועות שאנחנו דרושים מהם דרך מחיר משתנה, כי זה גורם לעומסים. הרבה יותר פשוט זה לממן את זה ישירות. קופ"ח יכולה לממן בצורה אחרת. זה משפר תמריצים במערכת.

**דוברות:** אם אנחנו רוצים לדבר על הבעיות, זה בעיה במערכת האשפוז, ותמריצים זה עולם ומלואו.

**דוברות:** זה בעיה כי מימון של בתי"ח דרך הקופות בלבד יוצר תמריצים לא טובים.

**דוברות:** דברים שעלו בעדויות ששמענו מהשטח ומהמערכת – תקנון נכון ושחיקה של כ"א במערכת הרפואית. גם הפסיכיאטרים דיברו על זה וגם האחיות. הנקודה של גריאטרים ושילובם בצורה יותר רחבה בתוך המערכות, קליטה של חולים וצוות. צריך לראות איפה אנחנו נותנים את המענה.

**דוברות:** זה לא נכנס תחת תכנון?

**דוברות:** זה תקנון ושחיקה של כ"א שדרכה דברים מגיעים. סוגיה נוספת זה הכשרת הדור הבא ומקצוע שולייתי, שמחייב צפייה וליווי של רופאים בזמן אמת. רפואה מונעת – עלה כמשהו שהיום כמעט ולא מגיעים אליו וברור שכדאי לעסוק בזה. באמצעות הדיווחים ששמענו על זה ואנחנו יודעים שהמשרד נותן לזה תקציב, זה חלק שפשוט מתפספס.

**דוברות:** 2 הערות קצרות והשלמה – המחלקות של גודל העוגה ומשחק פתוח או סכום אפס ילווה אותנו לאורך כל הדיונים. אני לא יכול שלא להתייחס לנושא של תקשורת, היא מגיבה ללא שום קשר למה שאומרת הוועדה וזה מחמיא לי שהיא מגיבה למה שנאמר. אין שום קשר בין העיסוק בוועדה לדליפה או סגירת או פתיחת דלת. הקשירה לכאן היא בעייתית. אני חוזר לדיון – האינטגרציה בין הטיפול הקהילתי ובתי"ח. הקשר והעובדה שאני מגיע לביה"ח, לא רואים שום קשר לקופ"ח. זה הקשר כולל שיכול להתייחס לדפוסי ההתחשבות ביניהם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** והעברת האחריות על החולה.

**דוברות:** אני הייתי שם ככותרת דפוסי התחשבות בין בתי"ח לקופות חולים ומערך התמחור. אני רק משלים כי יש בזה הרבה מאוד אלמנטים. נקודה נוספת עם חשיבות עליונה – היעדר תשתית חקיקתית להסדרת הפעילות בבתי"ח, הם פועלים כמעט ללא תשתית חקיקתית. זה נושא גדול, אני יודע.

**דוברות:** אנחנו עוסקים בזה בוועדת משנה ריבוי הכובעים של משרד הבריאות.

**דוברות:** זה אולי נושא שחשוב לדעת באיזה נושאים עוסקות וועדות אחרות. יש וועדה של שכר רופאים, חקיקה. האם יש נושאים נוספים שכדאי שנוריד מסדר היום?

**יעל:** זה לא מופיע כאן.

**דוברות:** לא שמנו פה משהו נוסף, אני חושבת שמערכת התמריצים והמבנה יוצר תרבות של קונפירנטציה ואדברסריות בין השחקנים. היא לאומתית בין השחקנים כך שבסופו של דבר זה פוגע כלכלית ובשירות. הדוגמא הכי טובה לדבר הזה, אם אתה מסתכל בין מנהל מחוז למנהל ב"ח, כולם מפסידים במלחמה הזאת. זה מבנה שמכתיב לקונפירנטציה ולאומתיות.

**יעל:** כשאת אומרת תמריצים, את אומרת מערכת השכר? כל אחד רואה את זה אחרת.

**דוברות:** לא, צורת ההחשבות והכסף שעובר יוצרים מצב שכולם מבינים שזו שמיכה קצרה או משחק סכום אפס. שנית, ההסתכלות שלנו על מערכת האשפוז כשייך לגוף מסוים. אנחנו נוטים להסתכל על בתי"ח כשייכים ל-ואנחנו לא מסתכלים על מערכת האשפוז כמשאב לאומי של כולם, ואם היינו מסתכלים על זה לא בגלל שזה שייך להוא ולהוא, אז היינו מסתכלים אחרת. האזרחים לא בוחרים בב"ח בגלל שהוא שייך לקופה מסוימת, וצריך להסתכל על זה אחרת.

שתי הערות נוספות – אם נלך לסיפור של הצבא, אנחנו לא עושים צבא חזק כדי שיתריע, כדי שפעם ב - 15 שנה נצטרך להשתמש בו. אתה משקיע את הכסף כל החיים, ואנחנו כן רוצים מערכת בריאות שתהיה בשבילי עבור אותה שנה אחרונה של הזדקקות, אז נצטרך את הכסף. כשמסתכלים על שונות במערכת היא צריכה לבוא כדי לשאול שאלות ולא כדי לקבוע סטנדרטיזציה. יש תשובות שונות, תמהיל שונה, אבל לא לקבוע נורמות. לי מאוד ברור שבחוק כתוב זמן סביר, מרחק סביר, ויותר קשה לי להגיד איכות סבירה כמשפטנית. אנחנו יודעים להגיד בדיוק מה עומד מאחורי זה. אם ישאלו אותי אני אדע להגיד.

**דוברות:** את יכולה לתת לי דוגמא מה זה סביר?

**דוברות:** זה גמיש, כי אם תיתן לי מקרה ספציפי, אוכל להגיד לך מה התור. תלוי למה.

**דוברות:** להחלפת פרק ירך, שנתיים זה סביר?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** לפי הספרות, כנראה שהחלפת ירך זו פרוצדורה לא נכונה.

**דוברות:** יש מנגנון שמאפשר לעקוף את הקייס הזה?

**דוברות:** אני עוצר את הדיון הזה.

**דוברות:** תוספות – ראשית, הנושא של השתתפויות עצמיות, וזה לא המימון, שכנראה גורם לצריכה לא נכונה של שירותים וויתור עליהם, זה לא שצריכים לשלם ויש אי שוויון, אלא שלא צורכים בגלל המחיר שלהם. הנושא השני שמדברים עליו ואני לא יודע כמה זה אמיתי - רפואה מתגוננת. אני לא יודע אם נפתור אותו, אבל טוענים שזה קיים בין היתר בגלל המשפטנים. הערות – את מיהרת להסכים איתו מהר מדי, לא הכל תמריצים. בכל התחום של כלכלת התנהגות, הבנו שאנשים לא כל כך רציונליים, לא כולם מגיבים לתמריצים. הנושא של פחד, קנאה, בושה... כאשר אחת הסיבות להתנגד לשר"פ היא שאתה לא רוצה שחדר לידך ישכב מטופל אחר ששילם יותר...

**דוברות:** אני חושב שהצלחנו לזקק מתוך מה ששמענו במשך חצי שנה לרשימה יפה של נקודות. היה דיון טוב לדעתי מבחינת התוצר, ומה אנחנו רוצים ללכת הלאה. מה שאני הייתי מציע לכולנו לנסות לנתב את הדיון ולהיכנס לנעליו של האזרח וציפיותיו ממערכת הבריאות, כי זו השליחות של כולנו ובה אנחנו משקיעים מזמננו. דקה לפי שאנחנו מדברים עליו ובשמו, ננסה להגיע למסקנה מהם הדברים החשובים ביותר עבורו. אני רוצה לבקש ממך שתחזיר אותנו בכמה דקות לעולם המאוד לא תיאורטי של שוויון/שוויוניות, כדי שזה יהיה לנו טרי בראש.

**דוברות:** אנסה להעביר מסר – שוויון הוא לא חד ממדי, ניתן לקחת אותו ולפרוש אותו על ספקטרום. צריך להבחין גם בין שוויון כזכות לבין שוויון כערך. כל אחד מדבר על משהו אחר, שוויון בתוצאה שהוא מהותי, יחס שווה לשונים ולשווים, אך בבריאות התוצאה היא שלא כולם יהיו בריאים אלא שלכולם תהיה נגישות לשירותים בצורה שווה. שוויון הזדמנויות זה שוויון פרוצדורלי, לכולם יש שוויון לקנות ביטוחים, ורק למי שיש כסף יש אפשרות לקנות את זה. יש מנגנונים שמכירים בפגיעה באותה זכות לשוויון, והמנגנונים האלה הם מבחני מידתיות בגדול. כשאני בודק שוויון, אני צריך לבדוק אותו מקבוצת הייחוס שאלה אני מתכוון. מדינת ישראל היא קבוצה אחת לעומת מי שמגיע מחו"ל. אי אפשר להשוות אזרח מחו"ל לתושב הארץ כי הם קבוצת איכות אחרת. ככל שאנחנו יוצרים הסדר מיטיב שעומד בקריטריונים של מידתיות, השוויון הוא לא חד ממדי ואני יכול לייצר פגיעה בשוויון תוך הכרה בספקטרום שבו אנחנו אומרים שאנחנו מקיימים את השוויון.

**דוברות:** אבל תייר מרפא ואזרח מדינה?

**דוברות:** צריך לדעת מהי קבוצת הייחוס אליה אנחנו מתכוונים. מעבר לעובדה שנתנו את האפשרות לקנות ביטוח פרטי, זה לא אומר שאנחנו לא מקיימים שוויון אם יצרנו קריטריונים מסוימים. אפשר לעשות זאת על ידי יצירת קריטריונים, רגולציה ואכיפה תוך שלא ניצור אי שוויון בתוך קבוצת הייחוס.

**דוברות:** אני לא מצליח להבין, מופשט לי נורא.

**דוברות:** הסתכלות שונה של משפטנים וכלכלנים..



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אתה אומר שמידתיות זה בעצם שאם אתה לוקח שוויוניות אבסולוטית וכן משנה אותה תחת רגולציה ברמה ידועה, ובתמורה אתה מקבל שיפור לכל האוכלוסייה אז אתה קורה לזה מידתיות.

**דוברות:** עצם ההעדפה לאחת שבה אתה מיטיב עם קבוצת הייחוס, אתה מיטיב עם השוויון.

**דוברות:** תמורת שיפור של השאר.

**דוברות:** אם אתה מיטיב את המצב של כולם תוך העדפה למישהו מסוים תחת רגולציה ואכיפה, זה שוויון.

**דוברות:** תאר לי מצב אפשרי כזה.

**דוברות:** שר"פ שכביכול יטיב עם העניים.

**דוברות:** פטור ממס לאוכלוסיות מסוימות.

**דוברות:** פגיעה מידתית ולתכלית ראויה. יש לזה ארבעה קריטריונים, אלה שניים מהם.

**דוברות:** מנקודת מבטו של האזרח שמקבל שירות ממערכת הבריאות – איך הוא תופס את השוויון? תיארנו לנו מה אנחנו עושים כמערכת.

**דוברות:** הוא תופס את השוויון בשורה התחתונה, ביכולת שלו לקבל את השירות בהיבטים של נגישות, איכות וזמינות כאשר הוא מגיע לאחד השחקנים שאנחנו מדברים עליהם.

**דוברות:** אנשים שמסתכלים על אחרים, אם הם מקבלים את השירות בפרמטרים האלה, זה מספיק להם ולא איכפת להם שאנשים אחרים מקבלים יותר?

**דוברות:** עדיין זה יהיה חוסר שוויוני גם לתפיסתם. ככל שהפער הזה מצטמצם, גם אם ישנו פער, עדיין זה יתפס שוויוני.

**דוברות:** ואם אותו אזרח נתקל במצב של חוסר שוויון בינו לבין מישהו אחר, אבל זה מצב טוב ביחס לדברים שהמערכת עושה?

**דוברות:** מבחינתו זה חוסר.

**דוברות:** יש הסתכלות שונה של פרט ושל מערכת.

**דוברות:** אם הוא בריא הוא ישקול אם זה מידתי או לא, אם הוא חולה זה חוסר שוויון כי הוא צריך את השירות.

**דוברות:** יש קונספט בפילוסופיה של לפני ואחרי, בחינת המצב שלו. האזרח מסתכל כרגע, זו הסתכלות שונה.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**דוברות:** הפרט לא תמיד מודע, בעיקר ברפואה, לכלל השיקולים. בעינינו זה משתקף כחוסר שוויוניות, למרות שיש שיקולים אחרים שמייצרים חוסר שוויוניות דומה. למשל וועדת הסל – הכנסת תרופה אחת ולא אחרת זה לא שוויוני לדעת מישו אחד, למרות שאנחנו יודעים שזה מאוד שוויוני.

**דוברות:** אם מישו במיון נכנס לפני.. זה כל יום קורה.

**דוברות:** הסבירה של החולה היא שהטיפול יגזר מחומרת הבעיה. זה הדבר הכי בסיסי. לא תמיד יש לי כלים למדוד את זה, אבל זה מה שהייתי רוצה לדעת לגבי המערכת.

**דוברות:** החלפת מפרק ירך לא דינה כהמתנה בחדר מיון.

**דוברות:** אם יש לך שניים במיון ושניים ממתינים להחלפת מפרק ירך, אתה יכול להשוות ביניהם.

**דוברות:** ההשוואה היא שונה. במיון אתה לא רוצה שיכנס שום שיקול חוץ מדחיפות רפואית, טריאז'.

**דוברות:** הוא חשד לאוטם והוא כפתורים..

**דוברות:** אני לא הבנתי למה וועדת הסל זה שוויוני. נכון שיש וועדה שדנה..

**דוברות:** הם צריכים בוועדה לעשות תעדוף מסוים, ובסוף מישו יהיה בפנים ומישו בחוץ. אי אפשר לתת הכל, אבל בתוך המערכת מתעדפים את מי שצריך יותר.

**דוברות:** אלה שמחליטים מה כן ומה לא זה דעות שונות, מערכת דיסציפלינרית שונה.

**דוברות:** הוועדה היא מכניזם לקבוע.

**יעל:** זה מכניזם מקצועי, הקריטריונים ברורים.

**דוברות:** זה עדיין נשמע לבן אדם לא שוויוני.

**יעל:** אני חושבת שמה שהיא שאלה מאוד רלוונטי. יש קריטריונים ברורים ומקצועיים ושקופים לכל.

**דוברות:** ויותר קל ככה לחוש בשוויוניות.

**דוברות:** עדיין זה שהתרופה שלו לא נכנסה לסל, הוא חושב שזה לא פייר.

**דוברות:** אז גם כשהקריטריונים שקופים הוא לא ירגיש אחרת.

**דוברות:** הוא חושב שיש פער בהסתכלות של הפרט ובהסתכלות חברתית.

**דוברות:** גם כשהכל מפורסם וכתוב על הלוח.

**דוברות:** אני חושבת שמה שאנחנו רוצים לומר ששוויון זה לא ערך מוחלט. אם זה היה כך, לא היינו יכולים להסתכל על הערכים האחרים. מה שמתחרה בו זה שיפור או קידום המערכת, אלה דברים שיכולים להתחרות.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

במצבים מסוימים אתה יכול להעלות קבוצה, אתה פוגע קצת בשוויוניות ואז יש את כל הכללים שדיברנו עליהם. רציתי להוסיף שלאזרח חשוב לדעת שגם אם כרגע יש קבוצה שעולה, יש לו הזדמנות וגם הוא יעלה, המצב לא ישאר לעולם דפוק, והאם גם הוא משפר את עצמו. גם לו יש הזדמנות. שנית, אני רוצה לשים דגש על הפער, והוא אמר מידעיות וזה מאוד חשוב. אם הפער כל כך גדול ובעייתי, הוא לא יוכל להכיל את זה.

**דוברות:** אם אני לוקח את הדברים שלו זה יכול להיות פתיח לדיון מנקודת מבטו של האזרח, והכוונה הייתה כשערך השוויון רוען. בהמשך היום נרצה להגדיר יחד, לשים טיוטה של 5-6 קבוצות של טיפול בחולשות. נקיים דיון שיביא אותנו להסכמה של דרכי טיפול, שכסף הוא אחד מהם. התקצוב יהיה אחד מהם ובוודאי לא היחיד שנעסוק בו. ננסה להגדיר 5-6 כלים שיתנו מענה לבעיות/חולשות שפירטנו כאן. לשם אנו שואפים להגיע בחצי השני של היום. דקה לפני ננסה לזקק מתוך הרשימה הזו. לא נתעסק ברשימה של ארבעים, ובוודאי שלא כולם באותה עוצמה וסדר חשיבות. נקודת המבט של הדיון עכשיו היא נקודת מבטו של האזרח – מחר בבוקר מה אני מצפה שהמערכת תעשה בשבילי. תקחו מפה את הנושאים שהאזרח מצפה להם מחר בבוקר. ודאי שמה שהוא אמר על נגישות, איכות וזמינות זה משהו שאנחנו מרגישים שצריך לתת לו, זו דעתי שלי. בואו נפתח את הדיון.

**דוברות:** תזכור מה קובי אמר, רוב האזרחים לא מעניין אותם מה יהיה מחר בבוקר. האם מערכת הבריאות נותנת פתרונות לדברים שיצוצו ב - 15 שנה הבאות זה יותר נכון.

**דוברות:** אני אנסה לתת כיוון – אני אומר, וזה לא תקף רק לחולה אלא גם לאזרח בריא, פונקציית המטרה שלו זה אמונה או ידיעה שכשאר הוא זקוק לשירות בריאותי, הוא יקבל אותו באיכות סבירה. הוא צריך לדעת שהוא לא שילם הרבה, שהאיכות תהיה טובה. כשאני מסתכל פה ואני שואל מה הייתה חושבת הסבתא שלי, אני חושב שהייתה מדברת על התורים והעומסים, היא לא יודעת מה זה תשיתות לא מנוצלות אלא שאחר הצהריים לא היה לה עם מי לדבר, שהיא צריכה לחכות לרופא המקצועי הרבה זמן. אלה מרכיבים בסיסיים - איכות, המתנה, זמינות, נגישות, מרחק - כל אלה דברים שמטרידים את האזרח ובוזה צריך לטפל. צריך לראות מה נגזר מזה.

**דוברות:** גם אי הוודאות מה יהיה כשהיא תצטרך.

**דוברות:** אם היא תיתקל בזה.

**דוברות:** מבחינת הפתרונות הייתי מבחינה בין שני סוגים – אחד, ברור שיש לנו מערכת שסובלת מהצורך לתקן תמריצים, אנחנו לא בהכרח זקוקים למקורות רבים, אלא יכולים לעשות עבודה בתוך המערכת כדי לטפל בחולשות האלה. שנית, סוג אחר - צריך מקורות נוספים, צריך לטפל בחלק מהבעיות כך. אם יש לנו בעיה של תמריצים לקויים או תמחור לא טוב או תשיתות לא מנוצלות, בואו נבנה את המערכת כך שבמעט משאבים או בכלל בלי הרבה, נוכל לתת פתרון לדברים האלה. יש תחומים אחרים שבוודאי זקוקים למקורות. אם אני רוצה לטפל בכ"א, להגדיל היצע, שמחירים של ספקי שירותים לא יעלו, ברור לי שפה אני צריכה להקצות משאבים לתשתיות חדשות. אני חושבת שאלה הן שתי הבחנות שצריכות להיעשות, וזה לא שאין חפיפה ביניהן.

**דוברות:** את עושה חלוקה של מי הגורם המטפל או דרך הטיפול.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**דוברות:** לשנות מגננונים קיימים שאני רואה בהם חולשה כך שאני יכולה לתת שירות טוב במה שיש, אלא שהמערכת עובדת אחרת. יש את הצד השני שצריך מקורות, וזו לדעתי עוד הבחנה.

**דוברות:** את מציעה צורת חשיבה אחרת איך לטפל בבעיות.

**דוברות:** האזרח מתעניין בתוצאה ולא בסיבה. התוצאות החשובות זה מה שהוא אמר – תורים, עומסים, איכות השירות, נגישות לשירות, רופא ראשוני, הסדרי בחירה, השתתפות עצמית ונורמות מוסריות.

**דוברות:** רק אם הוא לא מקבל, אם הוא הדפוק. אם הוא מקבל - לא מעניין אותו.

**דוברות:** לכן הציפיות שלו נקבעות לפי זה.

**דוברות:** אנחנו כרגע חושבים אזרח ולא וועדת גרמן. אנחנו האזרח, החולה, הנכד או הסב. אני רוצה להתחבר עם סבתא שלו – מה שמעניין אותה זה הזמינות. אם היא מופנית למיון ותצטרך להתאשפז היא תתגעגע לפרוזדור מנהריה ב - 99', תעמולת הבחירות של ברק, הזקנה במסדרון. היא צריכה מיטת אשפוז ולא להיות במסדרון של המיון שלושה ימים, זה כבר זועק. מי שיש לו כסף לא שוהה על אלונקה במיון, לא ראיתי כזה דבר בכל שנות העבודה שלי. אז זמינות ונגישות במערכת הציבורית.

**דוברות:** קוראים לזה קשרים...

**דוברות:** לא, זה כסף. גם לאדם עני יש קשרים.

**דוברות:** אדם שיש לו כסף לא שוכב במסדרון.

**דוברות:** היא לא צריכה לנסוע הרבה כדי להגיע למיון, וכשהיא מגיעה היא לא צריכה להיות זרוקה. אף בן אדם עשיר לא שכב על אלונקה במיון יומיים-שלושה. זה חלק מהשר"פ גם אם זה לא שר"פ. הם מסתדרים בויטמין P, פרוטקציה. אני רוצה להתחבר לנכד של הסבתא הזאת - אם יש לו שקדים, הוא לא צריך לחכות שנתיים במערכת הציבורית. דבר שלישי – הוא צריך ניתוח באשפוז יום. לא צריך לחכות שנתיים, באסותא יתחו אותו אתמול. אם חלילה יש לו ממאירות, הוא לא צריך לנסוע 50 ק"מ במשך 30 יום לבי"ח המטפל בו. הכל זה תקציבים. לפי פרטו זה לא רק תקציבים, יש 80% על 20%. בואו נהיה לארגיים גם בקטנות. החולה הולך לאיבוד, אין תקשורת בין חוליות הטיפול השונות קהילה-בי"ח-אשפוז. השמיכה קצרה אבל פה אנחנו חייבים לשפר תהליכים, והסבתא הזו שבאה עם רשימה, יכולה להשתפר על ידי שיפור הקשר בלי הרבה תקציבים.

**דוברות:** זה הכל טכנולוגיה.

**דוברות:** גם רצון לשיתוף פעולה.

**דוברות:** זה לא רק טכנולוגיה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** הדבר שקשה לי להכיר אותו זה השתתפויות עצמיות. אנחנו חיים בתוך העם שלנו. אני מאמין שאם אצטרך אני יכול לשלם, אבל יש נתח מסוים באוכלוסיה, ואני לא נוקב באחוזים, אבל יש עשרות אחוזים שמוותרים על תרופות ומדלגים על מימונים בגלל הדבר הזה שנקרא השתתפות עצמית. זה דבר שאפשר למצוא לו פתרון יצירתי וההשפעה שלו נדרשת בציבור שזקוק לנו. רק תחשבו על זה.

**דוברות:** דברים מהלב, כדורבנות.

**דוברות:** אני רוצה להצטרף בחידוד מסוים לנושא הראשון, זמינות ונגישות. האזרח רוצה לדעת שיהיה לו את המכשיר שהוא צריך בשביל הבדיקה, המיטה, התרופה והמטפל. הוא רוצה בגדול לדעת שיהיה לו את זה. שנית, הוא רוצה לדעת שיקלו עבורו את השיקול הרפואי ולא הכלכלי, זה מה שנותן לו את הביטחון. שלישית, המערכת מחויבת אליו ולא נלחמת במאבקים פנימיים. הוא לא יכול להבין למה עכשיו בגלל הסכם כלכלי כזה או אחר בין קופה למכון או לבי"ח אז שולחים אותו למקום אחר. הוא רוצה להיות במרכז ולדעת שכל המערכת עובדת בשבילו. בהקשר הזה הוא לא מרגיש את זה היום, שהאינטרסים אחרים. הדבר האחרון שאני חושבת שהוא רוצה זה לדעת שיש לו כמה שיותר בחירה ושליטה על גורלו. בהקשר הזה אפשר להחליט על הכל. הוא רוצה לדעת שיש לו שליטה, והמצב הכי קשה זה אובדן שליטה. השליטה הזאת מתבטאת בכך שלא דווקא הוא בוחר אבל שיש לו יכולת לבחור.

**דוברות:** איפה זה מתחבר לך הכי חזק בחולשות? חופש בחירה?

**דוברות:** זה מתחבר להעצמת המטופל, למערכת התמריצים לאומתית. חלק מחוסר העברת המידע זה לא רק טכנולוגיה, אלא גם מלחמה ולאומתיות. לא כולם תופסים שאנחנו עובדים בשביל המטופל וזה לא נכס פרטי. כל הדברים האלה מונעים גם את השיתוף.

**דוברות:** מה ראית ברמב"ם?

**דוברות:** מערכת שליטה בזמן אמיתי, הם יודעים מה קורה במחלקות, יש להם סטטיסטיקות והם מעריכים סטיות. אתה יודע כמה חולים באורתופדיה מחכים למומחה בפלסטיקה. הוא אומר תורידו שני רופאים ותשחררו לי אנשים. יש מערכות ניהול. שנית, יש להם מערכת במיון של טיפול נמרץ, הוא מעלה את כל ההיסטוריה של החולה והם מצילים חולים בגלל זה. ראינו חולה כזאת עם חשד להרעלה.

**יעל:** כרגע זה רק בכללית.

**דוברות:** זה לא ב - 2014, זה כבר עכשיו. אף על פי שלא פרסמנו את זה עדיין, ארבעת הקופות מחוברות למערכת אופק, כל 8 מיליון אזרחי המדינה מחוברים למערכת ב - 26 בתי"ח הכלליים במדינה שמחוברים גם הם למערכת אופק. זו השלמה שעשינו ב - 3 השנים האחרונות ללא תקציב ייעודי מהאוצר, ולקחנו את זה על עצמנו. זה עולה לאוויר ב - 29 לינואר. עוד לא פרסמנו את זה, יש לזה קמפיין מסוים בהכנה שיוכן תוך מספר ימים והשרה עוד לא ראתה את זה. יש אפשרות לעשות OPT-OUT מתוך המערכת שמשרת מידע בכניסה ויציאה מביה"ח. במקום



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לקבל טופס הפנייה עם תרופות מקופלות בנייר מקומט, הכל תקבל בצורה ברורה באופן דיגיטלי. כשתצא מביה"ח, אותו טופס שחרור שמגיע יחד עם החשבון לקופ"ח, זה יגיע בנקודת היציאה עצמה.

**דוברות:** אנחנו לא צפויים לבג"צ בזכויות האזרח?

**דוברות:** זה לא רשומה רפואית לאומית. כל מה שאנחנו עושים זה תהליכי העברת המידע במקום שהאדם יסתובב עם ניירות. צריך לדעת שזה יגיע, מכתב השחרור זורם. במערכת אופק המידע זורם בין 5-6 בתי"ח מעבר לכללית. יש אנשים שמגיעים לחדר מיון בלי שאנחנו יודעים, וזה לא יקרה.

**דוברות:** ניתן לזה תקציב מהאוצר, הוא הראה לי כרגע. זה ממשלם המיסים.

**דוברות:** זה חשוב כי צריך להיות דור ב' לזה, ולזה צריך את התקציב שלך.

**דוברות:** לא משנה, זה הכל משלמי המיסים.

**דוברות:** אלה החסמים להרים דבר שכזה. אתה אומר כמנכ"ל מאיפה אביא לזה 20 מיליון ש"ח? אמרו באוצר לא. אז אתה אומר, אתה יודע מה.... בדברים כאלה שמשנים מערכת... ברור שהיום יש בתי"ח שמעבירים את זה בפקס ביום השחרור, במיוחד במקרים מסוימים, וברור שאז הקופה צריכה לעשות מה שמתבקש ממנה, להזמין את החולה, לבדוק את התרופות וכו'. זה הפתרון.

**יעל:** זו דוגמא למערכת מחשוב שרצה. אני חושבת שאנחנו דיברנו על מערכת מחשוב יותר מתקדמת. אני רוצה לדבר על התחושה של האזרח המטופל כשהוא מגיע לביה"ח. בין אם הוא יודע או לא, אין שוויון. בוא נתחיל מזה שהפרוטקציונרים, כל אחד מהם מקבל טיפול שונה, מהיר יותר ויותר טוב, ואם הוא מכיר את רוטשטיין, קפלן, הלפרין או יעל גרמן ואני רק ארים טלפון לפה או לשם, ברור שהוא יקבל טיפול אחר. בואו נתחיל בהגדרה שאין טיפול שווה. רוטשטיין דיבר על זה, בואו נשים את זה כדי שנבין - מטופלים לא מקבלים טיפול שווה. לאחר מכן אומרים להם שאם אתם רוצים תוך 3 ימים כמו בהדסה, בואו למקום פרטי, בוודאי אם הולכים לאסותא. אם אנחנו רוצים לתת תחושה ולאפשר שוויון, יש דבר ראשון לדבר על שקיפות במידע. צריכה להיות שקיפות שכל אחד ידע למה הוא התקבל, למה קיבל את התור בתאריך הזה, שיוכל לדעת. אני לא מאמינה שנוכל לעשות את זה בשלב הראשון, זה ידרוש שינוי נורמות. כל אחד, יעל גרמן או יוליה או סבטלנה משדרות או מאשדוד, שהיא תבוא יחד עם מישוה, שתהיה לה את ההזדמנות השווה. אני יודעת שאני מעמידה רף גבוה ולא יודעת אם הוא אפשרי, אבל אני רוצה שנשאף לשם שלכל אחד תהיה הזדמנות שווה לקבל טיפול שווה.

**דוברות:** אפשר לשאוף.

**יעל:** אני יודעת שזה קשה מאוד. אני שוב רוצה לחזור ולדבר על פתרונות. אנחנו נזדקק למערכות מידע משוכללות, ולדעתי אפילו ברמב"ם זה לא כל כך משוכלל, והן צריכות להיות שקופות, וצריכה להיות בקרה ופיקוח מצד משרד הבריאות או מערכת שמעבר, שתפקח, תבקר ותראה האם אנחנו עומדים באותם מדדים או קריטריונים שדיברנו עליהם.



**דוברות:** אני חושב שאין ויכוח עם זה.

**יעל:** אני מדברת קודם כל על מחשוב, שקיפות, בקרה ופיקוח.

**דוברות:** רצוי שנשאף לשוויון. כרגולטורים, אני חושב שצריך לפקח על זה שיש באמת שוויון. אם יש חוק בשירות הציבורי, האם יש שוויון בכל המועמדים שנכנסים למערכת.

**יעל:** זה שזה קשה זה ברור.

**דוברות:** כלי שמשלים והולך רחוק מאוד לקראת המטרה הזאת אומר שמינימום רמת שירות צריכה להיות גבוהה. סבטלנה תגיד בחוק כתוב. פה יש שוויון ואנשים שמכירים אנשים, ובסוף לא נשיג שוויון או שירות. על רמת שירות מינימלית כן אפשר לפקח, כזאת שאנחנו דורשים שכל אחד יקבל. בלי זה אנחנו פוגעים באותם חלשים.

**דוברות:** 2 הערות – ישנם מרכיבים שאני חושב שיש לגביהם קונצנזוס. כולנו רוצים שקיפות, בקרה ופיקוח, לא משנה מה נחליט. כדאי שנצהיר על זה ולא נשכח את זה. אני מתחבר למה שהוא אמר מכיוון הפוך – יש ערך למושג הזה שנקרא שוויוניות, אבל הוא היה מגביל אותנו למינימום סביר של שירותים ולגביו זה בסדר שנשאף לזה, ומה שמחוץ לזה..

**דוברות:** אתה רוצה לשאף לזה כערך, אבל לעשות שוויון ורגולציה על שוויון זה מאוד קשה. אם אתה רק משאיר את זה ולא אומר תשמע המינימום זה שכולם צריכים לקבל, שוויון לא שוויון. קודם תן את זה לכולם, אחר כך חפש שוויון.

**דוברות:** הוא אומר להבטיח רמה מסוימת של שירות, הוא אמר את זה גם במליאה.

**דוברות:** אני מציע שהוועדה לא תגדיר כרגע מה אותה רמה כי הוא הוגדרה בחוק בריאות ממלכתי, יצרה סל אחיד, וקבעה מנגנון עדכון טכנולוגי. זו אותה רמה שהוסכם שהיא צריכה להיות מובטחת לכל אזרח.

**דוברות:** היא נשחקה מאז.

**דוברות:** אין שיניים לזה בכל האוכלוסייה. ליבת עבודת הוועדה היא אותו סל שכבר נקבע, להבטיח את אותם עקרונות של החוק שינתן באותה רמה של שוויון...

**דוברות:** אם כולם יקבלו בעוד שנתיים זה סביר?

**דוברות:** סבירה אמרנו.

**דוברות:** אני לא מדבר על מה לכלול בסל, אלא מה איכות הטיפול.

**דוברות:** בא החוק ואמר שהממדים האלה בזמן המתנה, איכות וכו', גם שם ייושם השוויון.

**דוברות:** אני לא בטוחה שאני מבינה לאן אנחנו הולכים.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אולי אנחנו עוד לא יודעים.

**דוברות:** או ממה אנחנו בורחים...

**דוברות:** אנחנו בפתיח של הדיון על דרכי טיפול.

**דוברות:** רצית קודם במה לטפל.

**דוברות:** בואו נעשה חלוקה לכמה קטגוריות שאנחנו חושבים שיש בהן הגיון, שדרך הטיפול בהן תהיה פחות או יותר דומה או על ידי אותם כלים או משהו כזה.

**יעל:** הוא שאל שאלה קונקרטית, לדמות לעצמנו למטופל ומה הוא מצפה מהמערכת.

**דוברות:** נתנו תשובה.

**דוברות:** לא כולם גמרו להתייחס והמשכנו הלאה. הוא אמר שבהתאם לצרכים הרפואיים. שמת את זה על האדמה, אפשר לגעת בזה.

**דוברות:** זה לא נכון שאתה לא רוצה את הזקנה במסדרון, זה מתוך תפיסת עולמו.

**דוברות:** אל תתקני אותו, אולי כל עוד הוא לא רואה זה בסדר.

**דוברות:** אני ממשיכה אותו, בהינתן מה שכתוב פה. בסקרים שלנו אני מדברת עם המון אנשים. אמרנו את זה גם מקודם, המטופל פוגש את המטפל. כל מה שקשור לכ"א לרופאים, לשחיקה, לעומס, כל זה קשור לכ"א וצריך להיות ב - ג', כדי שהמטפל אכן יעשה את עבודתו.

**דוברות:** המטופל מצפה למצוא מטפלים מוכשרים ומקצועיים וגם מרוצים.

**דוברות:** אנחנו כל הזמן מתייחסים למערכת כמקשה אחת ואני חושב שזו טעות, כי במערכת זה שונה אם אדם בא עם משהו אקוטי שדורש משהו אקוטי ויש סכנה לבריאות, לבין מה שאדם מצפה כשהוא בא עם בעיה של אי נוחות. באחד הוא צריך לקבל טיפול מיידי. כשאני מתעלף והולך למיון, לא צריך להיות מקצוען כדי לדעת שיש לי בעיה אקוטית לעומת כאבים בברך. קצת כאבים בברך לעומת התקף לב זה שני דברים שונים לרוב, לפעמים אחד גורם לשני אבל הציפיות של פרט לקבל טיפול, למה כולם מביאים דוגמאות לחדר מיון? זו סיטואציה של משבר. אני לא מוכן לשבת שם כמה שעות. זה לא נוח, אבל אף אחד לא יאבד אמון במערכת בגלל זה. אני חושב שאנחנו שמים את כל הרפואה בסל אחד ומדברים במונחים דומים. אני חושב שיש הבדל משמעותי בין השוטף לאקוטי, ואני חושב שבתור פציינט הייתי מצפה לדבר אחר לגמרי. אני מוכן לחכות שבועיים לרופא מומחה, והרבה פעמים אנחנו דוחים תורים מנימוקים שלנו. לעומת זאת מה קורה אם הילד שלי צריך עכשיו משהו דחוף, שבר פתוח ברגל ואיך מטפלים בו. אלו שתי סוגיות שונות לגמרי, במובן כלכלי זה שני שווקים שונים לגמרי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אם הנושא הוא נקודת מבטו של האזרח, בשגרה ובחירום הוא מצפה לדברים שונים. זה לא רק העוצמה, זה גם דברים אחרים.

**דוברות:** אנחנו לא מפסיקים להשתמש במערכת הציבורית בגלל שהרופא איחר ברבע שעה.

**דוברות:** אני חושבת שיש למערכות מידע ושקיפות גם היבט נוסף של בין מי למי. יהיה ערך עצום לתחושת השוויוניות של מטופל כלפי המערכת כשאני רוצה לקבוע תור בקופ"ח. אני נכנסת לאינטרנט ורואה איזה תורים תפוסים ואין לי תחושה שמישהו סידר לעצמו משהו בטלפון. במערכת הישנה זה עבד כשהתקשרתי למזכירה בקופה והייתי נחמדה אליה בשביל לקבל את התור המוקדם ביותר. אין לי צורך בזה, תחושת האמון שלי הרבה יותר גדולה. אין לי צורך בויטמין P. השקיפות של הטכנולוגיה זה אני יודעת איפה אני נמצאת במערכת. אם יש שני slots פנויים לילד עם דלקת ריאות אין לי בעיה עם זה. אם יצאתי מבית"ח, והרופא התקשר ושאל אותי אם אני בסדר ורצה שאקבע תור, אם אני נוטלת תרופות וכו', יש הבדל בזה בתחושת השירות שאני מקבלת וזה מגביר ודאי את תחושת האיכות. יש הבדל בעבודה מול המטופל, המידע שיש למערכת... יש על זה מחקרים והיו ניסיונות בהיבט הזה. קראתי ב – OECD מחקר על זמינות ושקיפות על מערכת תורים מרכזית שהייתה בהולנד.

**יעל:** לא המצאנו את הגלגל.

**דוברות:** המערכת מאפשרת לשמור מקום לדחופים, ונותנת תחושה לאזרח שהוא לא צריך לייצר קשרים. הוא לא צריך להביא שוקולד ולהיות יותר נחמד.

**דוברות:** חשוב שיאמר - יחסי אנוש בתוך מערכת הבריאות, והאזרח מצפה לזה הכי הרבה. סעיף 5 לחוק הזכויות החולה זה בהיבט הקליני, אבל איכות רפואית ויחסי אנוש לעומת זאת, מושפעים מכ"א. אם לרופא יש רק 5 דקות לחולה וזה משפיע על התקינה ומספר המיטות, זה הדבר שהכי חסר לאזרח שבא לקבל טיפול במערכת. זה גם למטופל עצמו וגם לבני משפחתו המלווים.

**דוברות:** תנסח את זה מה מצפה האזרח.

**דוברות:** לטיפול רפואי נאות שמורכב מההיבט הרפואי, האיכות הקלינית ויחסי האנוש.

**דוברות:** המערכת הטכנולוגית לא רלוונטית באופן מלא לכל שכבות האוכלוסייה, וצריך לכן משהו יזום בתוך המערכת.

**דוברות:** אותו חלק באוכלוסייה שלא קובע תור באינטרנט.

**דוברות:** מה שהאזרח מצפה זה שחוק זכויות החולה ייושם. בכל קופ"ח הוא מפורסם. ובעברית – שכבודו ישמר, שהוא יקבל טיפול רפואי נאות, שהקשר עם המטפל ישמר. כשהוא נכנס לקופ"ח, לא יכול להיות שהרופא מבלה במריבות עם המחשב, ורק בחצי דקה האחרונה הוא מרים את הראש ולפעמים הוא לא עושה בדיקה קלינית בכלל.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אני לא מצפה שנחזור לימים של רופא כפרי של קפקא, אבל שיתייחסו בכבוד, שיסבירו את עצמם, שיתנו אינפורמציה.

**דוברות:** מה אני יודע שעומד לרשותי בכלל, מבחינת מידע של האזרח. היא אמרה שלא לכל אחד יש גישה לאינטרנט, אבל כשאני מגיע לקופה, מישוהו יודע מה מגיע לו? אני זוכר שיעל אמרה בכנס ים המלח שאנחנו שואפים להגיע למקום שאדם יודע מה מגיע לו בכלל.

**דוברות:** מה זה רפואה טובה? צריך קודם כל להסתכל על המטופל, לבדוק אותו קלינית וזה פחות נעשה כי יש לרופא פחות זמן, הוא לא נוגע בכלל במטופל, לא מקיים תקשורת.

**דוברות:** ובמקום זאת הוא שולח אותו ל - 800 בדיקות.

**דוברות:** זה לא מוציא וממצה, זה לא זה או זה.

**דוברות:** אנחנו שמים כותרות, לא הכל ככה, המערכת. אני חושב שנכון יותר יהיה שננסח את זה, שאנחנו רואים את המגמה. היינו פעם ב - 20 דקות למטופל, 15 ועכשיו זה 5 דקות למטופל.

**דוברות:** בואו נצא עם חוק זכויות הרופא...

**דוברות:** לפני כמה שנים קופה גדולה החליטה לשנות את השם מ"מטופל" ל"לקוח". אני הייתי בין המתנגדים למרות שצריך לתמוך בזה לכאורה. לקוח רוצה שהמוצר יהיה טוב, שירות טוב ושקיפות, אז למה להתנגד... אני לא נגד שקיפות, אבל צריך לחשוב על מה כי ברפואה זה יכול לגרום נזק. אותה שקיפות גרמה למדינת ניו יורק להכריז על שיעורי ההצלחה של כל מנתח לב במדינה, וזה גרם להפסקת ניתוחים קלים. פירסמו את שמו של כל שוטר שנהג בקשיחות כלפי עבריינים והתחילו לפרסם את זה, וכתוצאה מכך ירדה האלימות של השוטרים נגד העבריינים, אבל במקביל ירד שיעור הרציחות והאלימות גדלה. כשאנחנו מדברים על שקיפות ברפואה אני בעד, וצריך להיות זהירים ולחשוב על מה. אין לי בעיה עם שקיפות על תורים ומחירים, אבל אנחנו צריכים להיזהר לא לרוץ על זה לא נכון. אם מחר נפרסם שיעורי הצלחה בבתי"ח זו שקיפות, אבל היא לא בהכרח נכונה. אם יש דברים שאנחנו לא יודעים למדוד ומה שאפשר מפרסמים, לא בטוח שנעשה טוב אלא רק במקומות שהשקיפות היא אינפורמטיבית ולא מטה את פעילות השחקנים. אם אתה נותן הרבה תשומת לב לנחמדות, בייחוד בתחרות בין קופות, אני בעד זה, אבל צריך להיזהר לא להפוך את זה לערך חשוב יותר מדברים אחרים, ולתת בדיקות שלא צריך כי המטופל מבקש. עכשיו לגבי שאלתך על מה חשוב לפצינט – מפריע לו שהוא צריך לשלם השתתפות עצמית גבוהה, וזה מאוד כואב לחלק מהאנשים.

**דוברות:** זה נתמך בסקרים של ברוקדייל?

**דוברות:** אגרת ביקור לא, תרופות כן. אתה מרגיש אחרת?

**דוברות:** אני לא דוגמא. אני מדבר על הכל, לא על הביקור. השתתפות עצמית לא של ביקור אצל רופא, אלא גם של התרופה. שנית, מפריע לו שלרופא המשפחה אין את הזמן להקדיש לו ולהסתכל עליו, להרים טלפון להגיד לו מה קורה. אין לו מישוהו, ואני מדבר על החולים היותר קשים, אין לו מי שעוזר לו לנהל את הטיפול והוא צריך ללכת



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לייעוץ לרב פירר, אני חושב שזה מפריע לו. מפריע לו כשהוא מקבל תור שזה עוד הרבה זמן, ומפריע לו שאם הוא צריך להגיע למערכת האשפוז, מפריע לו מה שקורה שם, אם הוא מגיע למיון וצריך לקבל טיפול. זה גם חוסר שוויוניות במה שקורה שם, לאחות אין זמן אליו, הוא צריך להביא שמיכות מהבית כי קר לו, זה כל האינטראקציה עם מערכת האשפוז שמאוד מפריעה לו. בכוונה אמרתי את הרביעייה הזאת כי זה מפריע, ואני חושב שאנחנו יודעים ויכולים לטפל בה. יש דבר אחד משותף לכולם ואנחנו נצטרך להגיע לדיון הזה – האם וכמה כסף חסר ומאיפה הוא יבוא.

**דוברות:** עובדים על זה, מחפשים אותו עכשיו...

**דוברות:** אתחבר לסיפא – כל צעד ומהלך שנרצה לשאוף אליו יש לו גם חסרונות. כל דבר במתינות ולא צריך לקחת שביעות רצון לקצה. צריך להבטיח שקיפות, בקרה, פיקוח ושביעות רצון, בידיעה שיש לזה מחיר אם לוקחים את זה לקצה. אנחנו רוצים לא רק את האמונה של החולה אלא גם של הבריאה, היכולת לוודא שלאמונה הזאת יש תשתית עובדתית. אני נזהר, לא אגיד דרך האינטרנט, אלא כלי שבאמצעותו יוכל הצרכן לבדוק האם לאמונה הזאת יש כיסוי או לא, האם תור הוגן וסביר זה נכון או שזה בגדר הצהרה. ליצור את המנגנון שיאפשר לחולה או ללקוח או למבוטח לבחון מפעם לפעם האם זה נכון. אם אומרים לי שהתור שלי עוד שנתיים ובכל המדינה זה ככה, אז אבין שאין מה לעשות ויותר חשוב הבטחון היום, אבל אם השכן שלי קיבל לעוד יומיים זה לא בסדר. יכולת האבחנה צריכה להיות יותר זמינה. הערה אחרונה - כשאנחנו מדברים על ממדים של זמן, מרחק, השתתפות עצמית כחסם, פער תרבותי זה חסם גם כן. חסמים כספיים ותרבותיים שיש היינו רוצים לצמצם כמה שאפשר ולהגיע למשהו סביר, אבל לא כל ממד הוא אוניברסלי לכל סוג של שירות. 5 שעות להמתין לרופא במיון זה מצוקה, אבל 5 שעות להמתין לרופא משפחה זה סביר.

**יעל:** אני מתפלאת כי דיברנו הרבה על זה שהמטופל מצפה, ואף אחד לא הזכיר את הנושא של בחירה.

**דוברות:** זה עלה, היא העלתה את זה.

**יעל:** האם זה ברור?

**דוברות:** זה עלה בנושא.

**דוברות:** ברור שזה עלה.

**דוברות:** בואו נעשה סדר. זה עלה בבעיות, זה לא עלה בדיון שניהלנו עכשיו מה האזרח מצפה.

**דוברות:** כי זה אמצעי. אחבר את זה לדברים שהם העלו כאן – הבחירה נולדה כאיזשהו אמצעי לפתרון של חוסר אמון. כשקורה מקרה הביטוח זה כדי להבטיח שיתייחסו אלי יותר יפה, וכדי להשיג משאב טוב יותר עבורי. אם המערכת תדע להבטיח את הדברים האלה, הצורך הזה יפחת. על זה פורחת המערכת הפרטית. יש כל מיני נקודות חולשה במערכת הציבורית, והשירותיות של המערכת ויחסי האנוש שהיא נותנת למטופלים זה חלק מהקרקע עליה צומחת המערכת הפרטית. זה לא תחליף מושלם לצורך של אדם כשהוא צריך להחליט מי יפתח לו את המות, אבל אפשר להפחית את הצורך הזה באמצעים של כסף בחלקם, וכתודעה של מערכת בשאר. יש בתי"ח יותר



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מכוונים לזה ויש פחות, אבל אני חושב שכמערכת אנחנו צריכים יותר לכוון לשם. אולי הבחירה לא עלתה, אבל זה אמצעי לנסות לשלוט בגורל שלך במערכת כשאתה מרגיש שיש ממד של אקראיות. לא צריך לבדוק את מערכת ניהול התורים, מספיק שהוא יודע שיש מישהו שדואג לזה. אנחנו לא יודעים אם שני ה - slot שהוקצו ניתנו לפרוטקציה או למקרה דחוף, אבל אנחנו רוצים לדעת שלמערכת יש כללים להקצאת משאבים בצורה שוויונית לפי צורך רפואי באמת, ולא לפי יכולת כלכלית.

**דוברות:** אני רוצה לחזק את דבריך – קיבלנו חיזוק לכך מרמב"ם, פרופ' קלוגר ומזיו – הם לפי המחלות והממאיריות מחלקים למומחים שלהם, וזה עובד.

**דוברות:** זה דבר חריג.

**דוברות:** רק 40% בחרו שם, אבל האופציה קיימת.

**דוברות:** זה עובד, זה לא אוטופיה. אני יודע שזה עובד אצל פרופ' קלוגר.

**דוברות:** הוא מיוחד, לא תמצא כל כך הרבה מנהלי מחלקות כאלה.

**דוברות:** אני רוצה לעזור לו לשמור את הצוות פנימה כי הוא רוצה, "תעזרו לי לשמור על הסוסים שברחו". ברגע שהצוות שלו לא פוזל החוצה זה יכול לעבוד.

**דוברות:** שם.

**דוברות:** למה שלא יעבוד במקומות אחרים?

**דוברות:** אני רוצה לחדד את ההבדל בין זכות לבחירה ובחירה בפועל. זכות לבחירה זה להיות שותף מי יטפל בי וכן הלאה. אנחנו נותנים את זה כמעט בכל תחום, זה אפילו נפתח בבתי"ס. כמטופל פוטנציאלי, אני מצפה שכשיש לי צורך רפואי, לא פקיד במחוז יחליט אם אני הולך לרופא הזה או אחר. זה השינוי הכי גדול שהיה בצבא ב - 20 שנה האחרונות, כל המנילות וההתאמה, אתה שם אנשים במקום שהם לא מרוצים אז הם מרגישים פגועים, וצבא זה ארגון שמחליט לך. מצד שני, אני לא יודע את מי לבחור. אם המערכת מפתחת בי חשד בזה שהיא לא נותנת לי לבחור, ואז אם יש לי ביטוח וצצים לי סטארים כל מיני שיש להם יחסי ציבור, אז אני הולך לשם. זה לא עוזר לי, אבל זה נובע מזה שאני לא סומך על המערכת הכללית והיא נותנת לי פתרון לבעיה. 50% מהאוכלוסייה ברמב"ם לא בוחרים, הם לא יודעים, הם מרגישים נוח עם המערכת ולא משקיעים משאבים במציאת סטאר שהוא יותר טוב.

**דוברות:** השרה צודקת. כשאתה עושה סקירה על מה אנשים אמרו, זה לא נאמר.

**דוברות:** אני הייתי תחת הנחה שזה נאמר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** ביחס לדבריו, אני רוצה להבחין בין הזכות של המטופל להיות שותף – הזכות לדעת, לשאול, לקחת חלק – לזכות לבחור. גם אם אנחנו לא מגבילים את הזכות כזכות, אפשר להגביל את אופן המימוש שלה.

**דוברות:** זה כמו שוויון, גם פה יש מידתיות, השאלה היא מה המחיר של כל אחד.

**דוברות:** אני מציע שנקשיב למה שהוא רשם בסשן הזה.

**דוברות:** (מקריא את הרשימה עד כה).

**דוברות:** כל כלי שהוזכר נותן מענה לחלק מהבעיות. שמנו כלים ואנחנו צריכים לראות שזה נותן מענה לכמעט כל הבעיות שהעלנו.

**דוברות:** יש מגבלה בכלים שאנחנו יכולים להעלות?

**דוברות:** אנחנו נציע 5-6 כלים, נקיים על זה דיון כדי להגיע להסכמה. זו רשימת הכלים ואנחנו מפה ממשיכים. דיברנו על הבעיות, ריכזנו אותן מנקודת מבטו של האזרח. בשביל להתחיל את הדיון אני רוצה להציע את הכלי שמתחבר לבקרה ופיקוח – האם אפשר להחליף את המילים הללו ברגולציה?

**יעל:** לא, בקרה ופיקוח על רגולציה.

**דוברות:** כולם באים לעשות בקרה. אני אוסף נתונים ומפקח, ומוודא שאתם עושים בסדר.

**דוברות:** אז צריך להוסיף רגולציה.

**דוברות:** וסנקציות. יש את זה בתוך האכיפה.

**דוברות:** את השקיפות הגדרנו כמערכת מידע משוכללת. אם רוצים לתת לזה מקום מכובד יותר..

**דוברות:** הערה קטנה – הייתי מציע גם פה להשתמש בשפה פשוטה עם הבעיות שרואה אותן האזרח. אני רוצה בנושא של תורים, של זכויות, לדבר קונקרטי מעבר לסיסמא. אני רוצה לחבר את זה לדיון הקודם.

**דוברות:** שקיפות זה לא מספיק אם האזרח לא יכול לתרגם את המידע להבנתו.

**דוברות:** למה אנחנו לא יורדים כבר עכשיו לקונקרטי?

**דוברות:** אנחנו רוצים לפרוט את הכלים.

**דוברות:** אני רוצה לחבר פתרונות לבעיות במלל דומה. לדוגמא אני רוצה שקיפות של תורים, שהאזרח ידע מה זכויותיו.

**דוברות:** שקיפות זה מכניזם כדי להבטיח שמערכת התורים תהיה הוגנת. זו דרך של הציבור לעקוב אחרי זה.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני רוצה חיבור בין הפתרונות לבעיות, תוסיף "כגון".

**דוברות:** אני חושב שאין ברירה אלא להוסיף את ד' – תקציב.

**דוברות:** זה לא כלי.

**דוברות:** זה פתרון.

**דוברות:** כלים לפתרונות.

**דוברות:** זה כלים ופתרונות, ובתקציב אני מבקש שנגיע להסכמה שאנחנו מדברים על שחיקת התקציב ותוספת תקציב. צריך ליישר קו וללכת הלאה.

**דוברות:** אם אומרים שחיקת תקציב אז צריך להוסיף עליו.

**דוברות:** אתה מתכוון להגדלת המשאבים, מקורות המימון של המערכת.

**דוברות:** או להקטין.

**דוברות:** לא נגזים בוועדה ונצא עם הקטנה.

**דוברות:** נפתיע...

**דוברות:** אני רוצה רשימה של כלים ופתרונות ונפתח דיון על זה.

**דוברות:** אני אומר תגמול ותקצוב, אפשר בנפרד. תגמול זה כלי מרכזי, לא בהכרח לרופאים אלא גם נוסחת קפיטציה. תקצוב זה יכול להיות גם זירוז.

**דוברות:** תקצוב יותר מתקשר להוצאה, אני חושבת שצריך לרשום משאבים. תקצוב זה תהליך.

**דוברות:** אז מקורות.

**דוברות:** אני לא חושב שכמות המשאבים שמגיעה למערכת היום היא לא נכונה, אפשר משאבים מבחינתי. תגמול או תמרוץ.

**דוברות:** או מנגנונים.

**דוברות:** לגבי ג' – אי אפשר לא להשחיל כאן משאבים ותשתיות, תשתיות בעיקר. הגדלת היצע כ"א הולך יחד עם תשתיות פיזיות וטכנולוגיות. שיפור איכות השירות, הייתי מחפש לזה נישא אחרת, זה מטרה או תוצר.

**דוברות:** אתה לא מתחבר לזה שזה פתרון, אלא תוצאה.

**דוברות:** בטח לא כלי.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** זה יכול להיות כלי לפתרון בעיות אחרות.

**דוברות:** לדעתי הרשימה כמעט גמורה.

**דוברות:** לי יש עוד עשרה...

**דוברות:** טיפול בממשקים בין הקופות לבתי"ח.

**דוברות:** אנחנו צריכים ליצור מצב שבו לרופא, כשהוא רואה את החולה לא יהיה לו אינטרס כלכלי לאן הוא מפנה את החולה הזה, והאם הוא מבצע פעולה מסוימת או לא. שלא יהיה לו אינטרס אישי. הוא צריך לקחת בחשבון עלות כלכלית מול תועלת רפואית. זה over arching שקיים היום במערכת בכל הכיוונים. שנית, יש לנו מערכת אחת. אחד הסיבות למשבר הפיננסי ב - 2007-2008 זה שהייתה מערכת בנקאית שמפוקחת עד הקצה ולידה מערכת פיננסית שלא הייתה מפוקחת ומאוד מגוונת, אבל הן חיו יחד ועשו עסקאות. כביכול נפרדות, אבל הן עבדו יחד. כשלימן ברדרס קרסה, הבנו שכולם היו מחוברים. יש לנו מערכות מחוברות אבל הן מתנהלות בתוך זה, והערבוב זה בסופו של דבר מפיל את המערכת. אתה לא יכול לפקח במקום אחד ולתת לשאר לצאת החוצה. אנחנו צריכים הפרדה ברורה של שתי המערכות. מה ישאר בכל מערכת זה דיון נפרד.

**דוברות:** זה לא ברור, חוץ משכר קבוע... מה אתה רוצה, שלא יהיה?

**דוברות:** אמרתי דבר מאוד מדויק. כשרופא רואה את המטופל לא צריך להיווצר מצב שבו יש לו אינטרס כלכלי משמעותי אישי, ומתוך זה לאן הוא מפנה את החולה הזה ואיזה פעולה הוא עושה או לא עושה. מתוך זה אני הולך עכשיו לצד מערכתי – במערכת הזאת יש לנו שילוב של שתי המערכות ושלושה ממשקים – 1. בעלות, 2. מטופלים שזזים בין המערכות, 3. רופאים שעובדים בשתי המערכות. אני שם את זה על השולחן כי אנחנו צריכים לשאוף שכל אחד ידע באיזה מערכת הוא נמצא. זה לא אומר שבמערכת ציבורית אין FFS או שכר כלשהו על משהו בכלל, זה אומר שיש מערכת שמתנהלת בכלים מסוימים ונפרדת ממערכת עם כלים אחרים. חומות פיזיות במובן של לדוגמא, אני לא רואה היתכנות סבירה כלכלית שמערכת ציבורית היא בעלים של ביי"ח פרטי, לא נראה לי סביר. ביי"ח שאתה בעלים שלו צריך להיות גם ציבורי. אם ביי"ח רוצה להיות פרטי, לבריאות, אבל אז הוא לא מושקע בכסף ציבורי. אתה ישר הולך לחיבור של מי שמחליט מה אני עושה זה אני. יש תמריצים כלכליים לרופא וגם לקבל תשלומים מהחולה. להשיג את זה יש הרבה דרכים. יש לנו כל הזמן בראש חיבור מיידי של הכל יחד, ואפשר להפריד.

נושא נוסף שהוא כלול בזה שאחת הסוגיות היא שפתאום נפל לי האסימון, לפני כמה ימים הייתה אסותא. הבעיה שלנו איתה זה לא שזה ביי"ח פרטי או לא, אלא שהרופאים שעובדים בה לא באמת עובדים שם. שליש מהם זה אלה שעובדים שם. אני אשמח לראות את השכר שלהם, אני בטוח שאין להם בעיות שכר. יש לנו מצב מאוד מוזר, יש לנו מערכת פרטית, ציבורית ורופאים שלא בהסכם קיבוצי שהם מערכת נפרדת. אני שם משהו שנראה דרסטי. לא חשבתי על זה הרבה זמן, עברו 3 ימים מאז הפגישה עם אסותא. אם אדם מבצע משהו משמעותי, פרוצדורה על פצינט, הוא צריך להיות מועסק באותו מוסד שהוא עושה את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** שאסותא לא יהיה בורדל.

**דוברות:** לא יכול להיות מצב של ביי"ח שהכל בו מוסדר.

**יעל:** אתה אוסר מצב של רופא שעובד באיכילוב יעבוד גם באסותא?

**דוברות:** כן, כמו בהדסה.

**יעל:** אתה שם חייץ בין פרטי לציבורי ברופאים, במטופלים ובבעלות ואתה כן מוכן שיעבדו בקופ"ח.

**דוברות:** ברוך הבא למועדון.

**דוברות:** לא בטוח שאתם באותו מועדון.

**דוברות:** אני לא לגמרי מבין איפה הגבולות. רופא שעובד בביי"ח ציבורי, לצורך העניין בשיבא, לא יוכל לעשות רפואה פרטית?

**דוברות:** בביי"ח שלו אנחנו צריכים לאפשר לו גמישות תעסוקתית ולתגמל אותו על פעילות נוספת, לא בביי"ח אחר.

**דוברות:** בססיות.

**דוברות:** יש פה 2 מערכות שעובדות לפי שתי מערכות שעובדות בשיטות אחרות, ולא אמרתי איך צריך. אם יש 2 מערכות שעובדות תחת רגולציות שונות, הן צריכות להיות נפרדות.

**יעל:** האם מי שעובד באסותא יכול לעבוד במדיקל סנטר?

**דוברות:** אני חושב שלא, אני צריך להתייעץ. יש ביי"ח שיש לו ראייה כוללת, הוא מעסיק את המנתחים אצלו ולא כפירלאנס.

**דוברות:** זה פחות בעייתי.

**דוברות:** גם במערכת האשפוזית וגם בקהילה?

**דוברות:** זה לא אמרתי. בקהילה אתה לא רוצה שהמומחים יהיו רק בבתי"ח. הדסה זה דוגמא טובה, וצריך פה הקשחה. אורתופד עובד פעמיים בשבוע בביי"ח מסוים ועושה גם קהילה יומיים בשבוע.

**דוברות:** זו השאלה.

**דוברות:** רופא יכול לתת ייעוץ פרטי?

**דוברות:** דיברתי על פרוצדורות וניתוחים. אפשר לדבר על ייעוץ. אני לא יודע אם אני בעד או נגד, זו סוגיה משמעותית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** צריך לקבל החלטה הוא זרק אותנו למים. השאלה האם אנחנו קופצים כולנו למים? הוא שם פה מודל מסוים לרפואה, ויש בוודאי אחרים. השאלה האם אתם רוצה להיכנס לזה? אם כן, נכנסים לזה, מנתחים ומביאים אפשרויות שונות.

**דוברות:** לכל אחד יש משהו כזה בראש אני מניח. אני לא חושב שזה נכון לעשות את זה כלפיו ותהליכית בכלל.

**דוברות:** הכוונה הייתה לשים רשימה של כלים ולא מודלים.

**דוברות:** על כל נושא פה אפשר לקיים דיון לעומק. הוא מציע שינוי במודל ההעסקה של הרופאים. אני חושב שזה צריך להיות נושא מרכזי שלנו, אבל זה השני. אנחנו חייבים להתמודד קודם עם הסוגיה של היקף המקורות וזה ליבת הדיון. אם כל הזמן נרוץ וכל אחד יגיד משהו אחר לא נתקדם קדימה. אם לא נפתור את זה לא תוכל לתת מודל חלופי להעסקת רופאים, כי זה יעלה כסף. אני מציע להתחיל בנושא המקורות, דרכי עדכון, מה שהסכמנו עליו שהוא ליבת הדיון.

**דוברות:** אם התחלת בסדר הזה, לא כדאי לתת טיפה יותר זמן לרשימה הזאת?

**דוברות:** כל מה שראינו עד עכשיו היה כלים, ומה שהוא אמר זה דרך שימוש. על הגבולות נדון. אני חושב שזה כלי של הגדרה.

**דוברות:** העסקה זה לא אספקה בהכרח.

**דוברות:** אני מסכים. זה הכלי, איך נשתמש בו זה כבר כל אחד אחרת.

**דוברות:** סיכמנו שממשיכים את הרשימה.

**דוברות:** יש נושא של התחשבות בין אוצר המדינה מול קופות חולים ובתי"ח ויש כמה תתי סוגיות – תשלום ישיר לבתי"ח על עלויות קבועות שלהם שלא קשורות לקופות חולים, עניין של קביעת מחירים ו- DRG.

**דוברות:** זה לא מנגנוני התגמול?

**דוברות:** זה כבר פתרונות.

**דוברות:** זה כבר נמצא.

**דוברות:** אולי תשנה את הכותרת לכלים ולא פתרונות?

**דוברות:** בנושא של קביעת מחירים של DRG על ידי רשות כלשהי וכן הלאה, תמחור יותר מדויק של פעולות וצמצום של הנחות שהן פונקציה. רוטשטיין אמר שהוא נותן הנחות הכי גדולות ללאומית. אם אתה לא נותן להם הנחה, באותו יום כל החולים שלהם נעלמים, כי הם קופה קטנה. הוא אומר שהוא לא יכול איתם, יש להם ביקוש אינסופי.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** הסיבה האמיתית היא היסטורית. היה להם הסכם ארצי עם שיעור הנחה מאוד גבוה, שאז היה משבר בלאומית בשנים 2007-2008, משם זה התחיל.

**דוברות:** האם אנחנו רואים כהגייוני שיש בעלויות כל כך שונות של בתי"ח, זה בוועדה של ריבוי הכובעים וקשור להתחשבות. בנוסף זכויות בחירה של מטופלים של בתי"ח.

**יעל:** אתה מדבר על בחירת אזורי אשפוז.

**דוברות:** בסל הבסיסי, עם תשלום-בלי תשלום. גם דיאגנוסטיקה וזה פותר בעיה של נסיעה לייעוץ למקום רחוק. זה לא פותר את הבעיה של הדיון הציבורי על מה שכר הרופא במערכת ברמה יחסית אפילו. אפשרנו למערכת הזאת מכל מיני סיבות לברוח לנו לחלוטין, וצריך לעצור את ההתדרדרות וליצור מצב שאנשים מוכשרים..

**יעל:** על איזה בעיה זה עונה?

**דוברות:** לחצי שכר, עלויות שכר.

**יעל:** אתה לא רואה את זה מנקודת מבט של התמריץ הראוי לרופא כדי שישאר בבי"ח ציבורי, אלא מנקודת מבט של מקורות?

**דוברות:** זה יותר ממקורות כי זה יוצר אווירה לא טובה במערכת.

**דוברות:** תרבות-תרבות-תרבות.

**יעל:** בואו נמצא את השכר הראוי כתמריץ להשאיר את הרופא בביה"ח הציבורי.

**דוברות:** עדיין צריך להגדיר מה זה ראוי.

**דוברות:** זה פונקציה של הציפיות. אני רוצה לייצר גמול לציפייה. הצעתי פתרון לאלטרנטיבה. ברגע שאתה מייצר מערכת מוסדרת, ביה"ח משלם את השכר, ואז אתה סגור גם משם. אם יש דיון ציבורי שאומר שאנחנו מוכנים לתגמל את הרופאים שלנו 20-30% מעל רוח"מ, הסטארים 150% מעליו, זה בסדר.

**דוברות:** צריך התפלגות כלשהי.

**דוברות:** לא נדון על זה עכשיו.

**דוברות:** למה עליהם ולא על אנשי הקבע, השופטים, השוטרים, המורים?? השאלה היא למה דווקא אותם להכניס לשיח הציבורי.

**דוברות:** הם היחידים שיצרת להם במערכת הציבורית כזאת פריצה. אפשר להשתכר בתאגיד פי 4, וזה לא מגדיל את השכר במערכת הציבורית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** ראית כמה איש אוצר מרוויח אחרי שהוא יוצא מהתפקיד? בואו נעשה דיון כמה מרוויח איש ציבור לאורך כל חייו. למה לא אנשי הקבע?

**דוברות:** גם על זה יש דיון ציבורי כבר שנים.

**דוברות:** אתה מדבר על הנקודה שזה הגוף או הארגון היחידי במנהל הציבורי שיש לו את האופציה לעשות עבודה נוספת, ולאחרים אין.

**דוברות:** לאחרים יש אופציה לצאת לפנסיה בגיל 45 ולעשות עבודה נוספת. אני לא נגד, אבל לא להוציא אותם. דיון ציבורי צריך להיות.

**דוברות:** הגדרנו כבעיות את נטישת העובדים וזה יחייב אותנו לדון בשכר שלהם, אבל שזה לא יחייב אותנו לקביעת נורמה.

**דוברות:** מדברים על מנגנוני תמרוץ, והשכר הוא אחד מהם.

**דוברות:** האם אתה חי עם זה שהוספנו למנגנוני התגמול את הרופאים והורדנו את השיח הציבורי?

**דוברות:** אין בעיה, אבל לא נברח מזה, אני חושב שהשיח הזה יהיה במקום אחר. אני לפחות הופתעתי מאוד מהנתונים שקיבלתי. התפיסה שלי של שכר הרופאים הייתה שונה לגמרי מהנתונים שקיבלתי.

**דוברות:** ולא ראית הכל.

**יעל:** אני חייבת לשים את הדברים בפרופורציה. השכר הגבוה שאנחנו רואים והפי 4, מדובר על חצי אחוז מהרופאים באותו ביי"ח.

**דוברות:** היא שלחה מצגת על זה ואני רוצה להסתכל עליה.

**דוברות:** פי 4 זו בעיה של ציפיות ולא של עלות. פי 4 זה אומר שיש אנשים, ולא מעט, שזו הציפייה שלהם, והיא בלתי סבירה.

**דוברות:** אני מתחבר לדיון הציבורי על זה, רק לא רק על רופאים, אלא גם על תגמול אנשי אקדמיה, אנשי קבע ומנהלים וכו'. הרעיון של דיון ציבורי נשמע לי יפה מאוד, רק לא רק עליהם.

**דוברות:** על אנשי קבע כל יום קוראים בעיתון.

**דוברות:** אתם מדברים רק על הגבוהים ויש הרבה רופאים שלא יגיעו לגבוהים האלה, ואולי הם צריכים להרוויח יותר.

**דוברות:** הוא שאל באותה נשימה ומה עם המורים.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** תרשום את זה ונגיע לשם ונדבר על זה.

**דוברות:** האם מקובל עליך שנשאיר את ה' 6, ונמשיך הלאה?

**דוברות:** האם יש לך בעיה עם מגזר מסוים שגובה שכרם פוגע ביכולת שלהם לממש את מטרותיהם? רק אם הם מקבלים זו בעיה, או גם אם הם מצפים? הדיון הוא מנקודת מבט של המערכת הציבורית, ואז זה לא משנה אם זה מורים או טייסים.

**דוברות:** אני לא רואה אם זה ראוי או לא, אלא כמה אנחנו כמערכת ציבורית יכולים לשלם.

**דוברות:** אתה מציע להעלות את זה לדיון ציבורי.

**דוברות:** הורדנו את זה.

**דוברות:** אם זה לא יהיה דרך דיון ציבורי, אני לא חושב שיש פה משהו שיגיע לשיווי משקל.

**דוברות:** מי רוצה להוסיף עוד משהו?

**דוברות:** שנייה, תמחור מדויק זה תמחור ללא הנחות. צריך להסביר למה התכוונו.

**דוברות:** אני חושב שצריך דווקא כדי לצאת מה - benchmark שקבענו, לדבר על קשרי הגומלין בין המערכת הפרטית לציבורית ועל השחקנים השונים, איך הם פועלים בשתי המערכות. הוא אמר שתהיה הפרדה מוחלטת, שמי שעובד בפרטי לא יהיה בציבורי, שבי"ח פרטי יהיה סט שלם ולא להשכרה. אני חושב שיש קונפליקט באספקטים הפרטיים ברמת הבעלות וללא קשר לבעלות בפרטיים, כללי הרגולציה שחלים בשתי המערכות. יש לנו מערכת עם כללי רגולציה מסוימים, אבל אותם שחקנים עובדים גם תחת מערכת רגולציה אחרת. אם זה אבטחת איכות, כללי משחק שונים. הרופאים והיכולת שלהם לעבוד בשתי המערכות, האם מותר להם? ולא לעשות פעילות מקבילה במערכת הפרטית? יש פה הרבה דברים ואני יכול לפתוח את זה לדיון עם עצמי של כמה שעות, ואני לא יודע אם אנחנו רוצים לפתוח את זה עכשיו ולטפל בזה באיזושהי דרך. זה קשור מאוד לסוגיית התקציב מעבר למה שאני מייצג פה. חלק מהבעיות התקציביות שאנחנו רואים, חלק מהפתרון שלהן זה משאבים, חידוש שלהם, להוריד צורך עתידי, השתוללות של שכר שהוא הציג. דיון על התקציב צריך להיות בממשלה ולא בוועדה. אני חושב שגם אם עושים דיון על תקציב, הוא חייב להיות עם כללי משחק שגוזרים צורך תקציבי וזה בעיניי סדר הדברים הנכון. יש פה קופסה גדולה שצריך לחשוב איך קופצים לבריכה הזאת. לכל אחד יכולות שחייה אחרת, אבל קודם תבדקו אם יש מים.

**דוברות:** בהינתן שיש ועדות ייחודיות לנושאים האלה, אם לא נדון בתקציב כדי שנראה מה נדרש, אז במה נדון?

**דוברות:** אני חושב שצריך לדון בזה, אבל לא לקום מחר בבוקר ולראות שהוציאו בחירת רופא מהשב"נים.

**דוברות:** אנחנו לא מחליטים, נמליץ על אופציות. זה אחלה משל אבל אין נמשל..



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה תשובה למה שהיא אמרה. אנחנו לא יכולים לבוא ולומר בשלב הזה שיש נושא מסוים שמטופל ע"י ועדות המשנה. זה הכל ביחד. אי אפשר שלא לדון במארג הכולל, הקופסה של פרטי-ציבורי נכנסת מאליה לטריטוריה של ועדות המשנה.

**דוברות:** חשבתי שאלה היומיים בהם נפתח את הדיון על זה, כמו מנגנוני תגמול, הפרדה בין המערכות בנושא העסקה. חלק ממנו בא לידי ביטוי, חלק יחסית קטן, אם זה בציבורי או בפרטי. אם נקבל מה שאתה אומר אני לא מבינה איך נמשיך לדון.

**דוברות:** זה נראה לי קשור גם לחברות הביטוח.

**דוברות:** החלטנו שלא לגעת בצד המימון ולכן גם לא על התקצוב, אלא רק בצד האספקה. על המימון יהיה דיון ארוך יותר, כרגע בואו ננסה לסדר את הכלים רק בצד האספקה. כדאי שנתמקד.

**דוברות:** ברור שבסופו של יום כשנגיש המלצות הן יהיו אינטגרטיביות, כי לכל נושא יש נגיעה בשני. שנית, כל עבודות ועדות המשנה יגיעו למליאה ונצטרך להחליט.

**דוברות:** יגיעו עם חלופות.

**דוברות:** שלישית, אם היית אומר לי נשאיר את הדיון בנושא התקציב לסוף אז בסדר, אבל אתה פתחת שאני משחק משחק סכום אפס - יותר פול טיימר? אין בעיה קחו מבפנים, יותר מיטות? קחו מבפנים. רביעית, אין ברירה אחרת. אתה אומר בואו נדבר רק על האספקה, אבל מה תגיד אם אומר שחסר תשתיות של מיטות? האם זה תחת ההנחה שהתקציב של משרד הבריאות גדל או לא?

**דוברות:** תגיד שצריך יותר משאבים.

**דוברות:** אין לי שום בעיה.

**יעל:** בדיוק. מה שהוא אומר זה שאין לכם מנדט לבוא ולהוסיף תקציבים, המנדט לא נמצא בשולחן הזה אלא של הממשלה, וזה הוא אומר. בשולחן הממשלה מסתכלים על היבטים אחרים.

**דוברות:** ושרת הבריאות יושבת שם.

**יעל:** וכשיביאו לממשלה את מסקנות הוועדה הזאת, היא תצטרך להחליט אם היא מוסיפה עוד תקציבים. הוא אומר שאין לנו מנדט כזה להוסיף תקציבים, ויש עם עמדתו בעייתיות – אם אין לנו מנדט להוסיף תקציבים וזה לא תפקידנו ואנחנו לא יכולים להוסיף, אבל לפי מה שהוא אמר קודם צריך למצוא פתרונות ולשאול את עצמנו מאיפה נביא פתרונות. אם נקבל החלטה שנדרשת תוספת לתקציב לצורך הפתרונות שנגיע אליהם, זו תהיה המלצתנו לממשלה ויכול להיות שנאמר שאפשר להוסיף מהמערכת הפרטית, ויכול להיות ששניהם. זה לא שאנחנו מתיימרים לבוא ולקחת את מקום הממשלה ולקבוע את סדרי העדיפויות, אבל חובתנו להמליץ לממשלה את מה שאחרי השקעה של שעות לימוד רבות מאד, לטענתנו צריך לעשות. הממשלה תקבל את המלצתנו או שלא, אבל אי



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אפשר למנוע מהפורום להמליץ. הוא לא יקבע, אבל הוא יכול להמליץ, יש לנו חובה להמליץ בפני הממשלה על נקיטת צעדים כאלה ואחרים, בין השאר גם על פתרון המימון. זה יבוא בפני הממשלה והיא תחליט.

**דוברות:** הסכנה היא שאמרתם לבוא עם מה שאנחנו חושבים. אם המסקנה תהיה 4 מיליארד תוספת בשנה, והממשלה תגיד 2 מיליארד, פרקטית מה נעשה?

**יעל:** זה מאוד ריאלי, ויותר מזה, הממשלה יכולה לומר אני לא מוסיפה כלום. זו סמכותה ולא סמכותנו, ואני כמובן אילחם בכל המובנים כדי לעמוד ולקדם את ההמלצות, אבל אנחנו חייבים לדעת את גבולות המנדט שלנו והערתו הייתה במקום. נניח שנקבע 4 מיליארד ולממשלה אין, היא תיתן?

**דוברות:** השאלה מה כן נעשה. יכול להיות שההחלטה צריכה להיות עם חלופות, צריך להיזהר מהן גם כן.

**יעל:** אני לא בעד חלופות.

**דוברות:** אפשר להחליט שמה שהממשלה לא תיתן יגיע ממקום אחר.

**דוברות:** אני מתחבר לנקודה שלו שהמערכת היא כוללת. החלקים של המערכת צריכים להתאים אחד לשני בלי קשר לתקציב. אנחנו זורקים בעצם חלקים. יש לנו פאנל כזה ובורג כזה ולא ברור איך הם מתחברים. אנחנו לא מתחברים לבעיות ששמנו מקודם. יש לי הצעה – האם אנחנו יכולים לקחת חצי שעה כל אחד ולהסתדר עם קבוצות ולהציע פתרונות כוללים?

**דוברות:** זה לא חצי שעה.

**דוברות:** ואז נשים על השולחן מודל אחד ושני.

**דוברות:** אני לא חושב שצריך ללכת לכיוון של חלופות בפן התקציבי. הוועדה צריכה ללכת עם המציאות הכואבת של התקציב של השנים הבאות. אם הממשלה החליטה שהיא לא הולכת על הגדלת מיסים, ובבנק ישראל יכולים להגיד על זה, אנחנו חיים בחלל הזה, זו המציאות. הממשלה חוקקה משטר מסוים.

**דוברות:** אני לא מסכימה. יש פה הרבה צרכים ואני רוצה שתשקלי את הצרכים שלך מחדש, בתור מדינה.

**דוברות:** יש משהו מיוחד בכל זאת במערכת הבריאות שמאפשר לנו כן לדון בזה בניגוד למה שנאמר. בחוק ביטוח בריאות המדינה, כחלק מהחוק הוחלט שלמדינה אין אותו חופש כמו במערכות אחרות. חלק מהדיון הוא האם מנגנון העדכון שמופעל כבר איקס שנים הוא הנכון. המדינה החליטה שמישהו אחר יקבע, רק לא נכון לגבי עצם המנגנון. רעיון המנגנון הוא נפלא, אבל אם ניתן לממשלה לקבוע, לא יהיו לנו 30 אלא 20. אני חושב שהדיון הזה הוא לגיטימי, וכמו שדיברתי איתו, צריך לדון האם הוא המנגנון הנכון ואולי צריך להחליפו.

**יעל:** אני מסיכמה איתו לגבי החוק. כולנו שמענו את זה בכנס ים המלח. אני רוצה להתייחס – אנחנו לא מחליפים את הממשלה, אבל חובתנו להאיר את המצב הקיים לרבות מה שאמר בנק ישראל. השחיקה היא מתמדת ואנחנו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

צריכים להציב בפני הממשלה את המציאות הנוכחית, מה יקרה אם השחיקה תמשיך, מה יקרה למערכת הבריאות. זו האלטרנטיבה, אם אנחנו לא מוסיפים מקורות זה מה שיקרה למערכת, ואלה ההמלצות שלנו מה צריך להיות ומה צריך בשביל זה. יכול להיות שהממשלה תקבל החלטות שבגלל שאי אפשר לשנות את התקציב, ואת כל הכללים הפיננסיים, ותאמר הממשלה שהיא לוקחת על עצמה מתוך ידיעה ברורה לדרדר את מערכת הבריאות ולהביא לאיכות כזאת. הפרוגרטיבה היא שלה, אבל החובה היא שלנו להביא אלטרנטיבה, זו חובתנו.

**דוברות:** אני לא מסכים, אבל אני חושב שאנחנו יכולים להגיד שאנחנו לא מתכנסים בעניין הזה. יכולת הממשלה מסוימת ואם זה לא מתכתב איתן...

**יעל:** הממשלה תגיד "עשיתם עבודה נהדרת ואני לא מקבלת את ההמלצות שלכם. "יכול להיות שנבוא ונראה, ויש שרים בממשלה והם אנשים אחראיים, ואני רוצה להאמין שנצליח לשכנע אותם לשנות.

**דוברות:** זה קרה גם בחינוך, והממשלה החליטה שהיא מוסיפה לשם משאבים.

**יעל:** כל הבעיות היו ברורות כשהצביעו על התקציב, ובסוף הוסיפו 5 מיליארד למערכת הביטחון. זה פתח בפנינו מרחב של פתרונות וכולם יודעים עכשיו מה המגבלות שלנו.

**דוברות:** אני חושב שצריך לטפל בתכניות השב"ן, בהרכב שלהן. זה קשור לפרטי-ציבורי, זה לא מנותק ממימון.

**דוברות:** אם מימון לא מנותק, צריך לדבר על תקציב.

**דוברות:** אפשר לשנות הרבה דברים במערכת, באיך שהיא מממנת או מתממנת בלי לדבר על תקציב, כי זה לא קשור.

**דוברות:** מה זאת אומרת? זה אותם משאבים.

**דוברות:** בואו ננסה לבדוק מה צריך.

**דוברות:** יש נושא אחד שלא פשוט לטיפול אבל הוא חשוב – קידום אורח חיים בריא. טיפול בעישון, בהשמנה. יש מדינות שמנסות להתמודד עם זה בכל מיני צורות וזה לא פשוט. אני לא אומר שאין מנגנונים קיימים, אבל זה לא פשוט.

**דוברות:** הבעיה היא שאף משרד חוץ מהבריאות לא עושה עם זה הרבה.

**דוברות:** אף אחד, גם לא הקופות ובתיה"ח, הכל משאירים לנו.

**דוברות:** לא, אני מדבר על משרד החינוך למשל.

**דוברות:** קראתי מחקר על שיעורי העישון שעולים עם הגיוס לצבא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני רוצה להוסיף סטנדרטים על איכות ואורך תורים. זה יכול להיות רגולציה או מנגנוני תגמול, עצם הקביעה זה כלי. שיטות לאכוף את הקביעה, איך להפוך אותם למחייבים. הסטנדרטים הם כלי. הוא הזכיר פיקוח מחירים, ואני אומר גם מיסוי, שזה כלי שאפשר להשתמש בו במערכת.

**דוברות:** אני חושב שהשב"ן כגורם שיוצר אספקה, צריך לטפל בו. צריך לדבר על מסלולי החזר והסדר לצורך העניין.

**דוברות:** אני לא מבין מה זה צריך לדבר. אנחנו מדברים קונקרטי.

**דוברות:** הוצאת מסלולי החזר ושימוש רק במסלולי הסדר. אפשר לעבוד רק ברשימה. היום בשב"ן אתה יכול לבחור רופא ולשלם השתתפות עצמית, ובהחזר לשלם ולקבל החזר.

**דוברות:** זה מצמצם את הבחירה.

**דוברות:** לא בהכרח.

**דוברות:** זה נמצא בוועדת ביטוחים, זה בתוך סט הדברים.

**דוברות:** זה על הגבול בין אספקה לביטוחים.

**דוברות:** גם לנו היו דיונים לגבי העסקה בציבורי דרך השב"ן. צריך שיהיו גבולות לדיון.

**דוברות:** אמרת רק שב"ן. אתה לא רוצה להגביל את זה גם בפרטי?

**דוברות:** אני חושב שצריך גם בביטוחים הפרטיים.

**יעל:** ביטוחים וזהו.

**דוברות:** מה אתה אומר על מתן זכות בחירה לכולם?

**דוברות:** אני חושב שהיום לפרט אין את היכולת לבחור. זה מביא להקצאה לא יעילה של משאבים. שמעתי על רופא שהוא מנהל מחלקה, ויש לי פרוצדורה פשוטה ואני בוחר בו. זה מבזבז כסף וזמן.

**דוברות:** הגישה שלך פטרנליסטית. אדם יכול לבחור מכונאי רכב וכל דבר אחר, ופה לא.

**דוברות:** אני חושב שהאחריות שמערכת הבריאות צריכה לקחת על עצמה זה משהו שהיא עושה ממילא. זה להבטיח שבפרוצדורות מורכבות יטפלו בחולים רופאים מומחים. זה ראיונות במחקר שעשה פרופ' ברוך גור ב- 2011 ואז אתה מבטיח סטנדרט של איכות. בחירת רופא באה לטפל בזה שהוא לא יודע מי הרופא שיטפל בו, וחוסר השליטה במידע הזה מובילה אותו לבחירה. אם הוא יודע, הדבר הזה יופסק.

**דוברות:** אם הרמה תהיה בסדר, יהיה לו צורך בבחירה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני חושב שבחירה, גם אם היא בחינם, מביאה להקצאה לא יעילה של משאבים. גם אם ארצה לחכות הרבה זמן כדי לעשות פרוצדורה פשוטה אצל המומחה הכי בכיר, אנחנו רוצים שהוא יבצע רק פעולות יותר מסובכות מאפנדציט למשל.

**דוברות:** אנחנו נקצה לרופא איזה פעולות הוא יעשה.

**דוברות:** דיון על בחירה זה רעיון לא רע.

**דוברות:** לעניין אספקה פרטית אני חושב שצריך מדיניות ממשלתית ברורה בעניין הזה. עכשיו יש כל מיני יוזמות להרחבת אסותא בב"ש. יש את שרת הבריאות שמתנגדת לעניין הזה אז זה לא יקרה, אבל זה צריך להיות מתוך הקשר.

**יעל:** הוועדה הזאת תקבע את הגבולות, מה קורה כאשר הפרטי משתולל, מה קורה לציבורי...

**דוברות:** בואו נהיה קונקרטיים יותר לכיוון אספקה במערכת הציבורית. אני רוצה הגדלת תשיתות כ"א ופיזיות במערכת הציבורית.

**דוברות:** אבל כ"א זה בכל המערכת.

**דוברות:** אני רוצה ספציפית במערכת הציבורית ולא בפרטית.

**דוברות:** אתה מדבר על כמות או על ניצולת שלהם?

**דוברות:** גם וגם, שלא יהיו תמונות של חדר ניתוח ריק של רוטשטיין.

**דוברות:** הגדלה ותכנון – יש לרופא אופציה לבחור בהתמחות בפרקטיקה פרטית לעומת רק אספקה ציבורית. ברור שהתמריץ הוא ללכת לפרקטיקה פרטית, כדי שתמיד תוכל לקבל יותר.

**דוברות:** זה עניין של ניצול יעיל של זמן רופא – עוזרי רופא, אדמיניסטרציה שהם עושים וכו'. זה זמן נורא יקר שכ"א זול יותר יכול להחליף.

**דוברות:** יש גם טכנולוגיות רפואיות שיכולות לחסוך.

**דוברות:** יש טכנולוגיות שיכולות לחסוך כמו e-medicine.

**דוברות:** רפואה דיגיטלית.

**דוברות:** הכל נכנס לטכנולוגיות.

**דוברות:** זה בדיוק זה, אתם עובדים על זה במשרד הבריאות.

**יעל:** כל הנושא של רעיונות להתייעלות זה מקורות המימון. ישנם שלושה מקורות – ציבורי, פרטי והתייעלות.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** זה לא מקורות מימון לעכשיו.

**דוברות:** אם במרכז הארץ יש 3 מרכזי השתלות, יכול להיות שמספיק פחות. זו התייעלות.

**דוברות:** לא אמרתי שאין מקורות בהתייעלות. במדינה כל כך קטנה, לעשות מרכזי מצוינות ולעשות גופים שהם בתי"ח-על במקום שבכל ביח קטן יהיה משהו, ולא חייב שבכל ביי"ח יהיו כל התחומים האלה, זה יכול להיות מפוזר.

**יעל:** הסוסים ברחו מהאורוה...

**דוברות:** אם מחר צריך לפתוח מחלקה אחת ולבטל מחלקה אחרת שאלתי את מנהל ביי"ח ברזילי מה היה מעדיף...

**דוברות:** ראיתי מספיק שרי בריאות שחילקו יחידות, השם ישמור. צריך מדיניות לאומית ברורה ולומר לציבור שכמות יוצרת איכות.

**דוברות:** את הדיון הקודם סיימנו ברשימה של בעיות מנקודת מבטו של האזרח. יש נקודה שלא העלינו אותה, ואני אחזור למה שאמרנו כשיצאנו ממזרע. לא דיברנו על האזרח שלא יודע לדבר, וגם כשהוא מדבר אף אחד לא שומע אותו. דיברנו על זה הרבה אחרי הביקור, אבל תחת הכותרת של הדיון הקודם האזרח הזה, הגריאטרי, חולה הנפש, לא דיברנו בשמו. אין לי את הכותרת איך להכניס את זה פנימה, אבל זה חידד עוד יותר לכיוון הבעיות שמעלה האזרח.

**דוברות:** אני דיברתי על הבעיה הזאת, כי ישנם אנשים שלא יכולים לדבר. המשפחות שלהם לא דווקא תומכות, מגיעים מאוכלוסיות חלשות. אני מכירה את הנושא היטב, ישבתי 8 שנים בוועדה שעסקה בנושא. כמו שהוא אמר, אי אפשר פה להתייעל אבל צריך לדאוג שהרפורמה תהיה כמו שצריך וצריך תוספת תקציב, אבל אי אפשר לפתור את כל הבעיות של זה כמו שצריך. השאלה היא האם צריכה להיות וועדה אחרת לנושא הזה.

**יעל:** הוא מציב שאלה נוספת מעבר לזו של מה אנחנו כמטופלים רוצים לראות במערכת הציבורית כוועדה.

**דוברות:** בשם אלה שלא יכולים לדבר.

**יעל:** יש לנו חובה לייצג גם את אלה שאנחנו לא שומעים. השאלה היא האם אנחנו מרימים את הכפפה כוועדה, ורוצים להתייחס לפסיכיאטריה ולגריאטריה.

**דוברות:** המאפיין הוא שהמערכות לא מתחרות עליהם, פרטי-ציבורי שם לא רלוונטי. אלה שני תחומים שונים, אבל ברור שזה בטיפול ציבורי כי אין פה תחרות או יתרון יחסי לפרטי או ציבורי. אנחנו צריכים לקחת את זה לדיוני צד, לצוות מקצועי שעושה עבודה ומגיש המלצות, ולא להכניס את זה פה. הכלים לפתרון יהיו אחרים.

**דוברות:** פרטי-ציבורי במובן של מוסדות והפרטת השירותים האלה, לפחות בגריאטריה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אני רוצה לחזק את זה. זה בעיניים שלנו כאזרחים והצרכים שלנו משתנים, ולא ידוע איפה נהיה מחר. הנושא הכי חשוב בתחומים האלה זה תנאי אשפוז, התנאים הסביבתיים הם הטענה המרכזית.

**דוברות:** התקינה שלהם מאוד נמוכה.

**דוברות:** זה נובע מהתקציב. זה צועק בבריאות הנפש.

**דוברות:** זה חוזר לתקצוב של אותן מערכות.

**דוברות:** תעדוף בהקצאת המשאבים.

**דוברות:** אני חושב ששני התחומים האלה מתחברים לכל אותם תחומים, וגם לחולי סרטן ואלצהיימר. המנגנונים במערכת כיום לא מתמרצים לשיפור איכות. אני הייתי בזמנו מהיחידים שהתנגדו להכנסת בריאות הנפש לסל, כי הקופות יקחו את הכסף ויתנו אותו לצעירים. אנחנו צריכים לחשוב על מנגנונים אחרים שיתנו כסף לקופות וייצרו אצלן את התמרצים להשקיע גם בחולים האלה. לא מספיק להעביר את בריאות הנפש לסל - קחו כסף ותטפלו. צריך לתת תמריץ לרופא המשפחה לאבחן הפרעה נפשית, וזה יכול להיעשות בקלות. זה נכון לחולי נפש, גריאטריה ומחלות אחרות, זה בעיקר תחרות וקצת קפיטציה. צריך לאבחן את אותן אוכלוסיות, ואיזה מנגנונים במקום תחרות או איך התחרות תפעל במקום שהם יקבלו. אם הקופות היו מקבלות תגמול גבוה על חולי נפש הן היו מתחרות ביניהן, אבל זה בחלום היה קורה.

**דוברות:** אז צוות מקצועי נפרד או חלק מהוועדה?

**דוברות:** כשאני לוקח את נקודת המוצא שלך, אלו אותן אוכלוסיות חלשות או שקולן לא נשמע. חלק מהפתרונות שלנו ישפרו את מצבה של הזקנה במסדרון, חלק מהפתרונות מכוונים גם לשם. פסיכיאטריה ואשפוז סיעודי, הקביעה שלנו לגבי העובדה שאנחנו לא דנים בהם זה שיש גבולות גזרה, אי אפשר להתפרש על כל מערכת הבריאות. ישנו יעד של רפורמה אדירה ביולי 2015.

**יעל:** לא הייתי אומרת פסיכיאטריה אלא בריאות הנפש.

**דוברות:** יש וועדה לנושא הזה במשרד הבריאות, ונצטרך לומר שהמשרד יצטרך להמשיך ולדון בכך ולא שזה לא בעייתי, ונזכיר את זה גם בדו"ח שלנו.

**דוברות:** כשאנחנו דנים בפתרונות נצטרך לזכור שאנחנו דנים גם בהם. הוצאות כאלה ואחרות יגיעו גם לשם.

**דוברות:** נגיד שזה כבר מתווה שאנחנו מקוצר זמן מעבירים לשם.

**יעל:** אופציה אחת זה דיון אינהרנטי, ושנייה זה להתייחס לזה בדו"ח שלנו.

**דוברות:** אופציה שלישית זה להקים וועדה ייעודית.

**דוברות:** אפשר להחליט שמוקם צוות, אבל אנחנו לא שם.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** לא על הכל צריך להקים וועדות, יש דברים שכבר ישנם. במזרע אמרו שיש להם דו"חות, ציינו סכום, ב - 160 מיליון ש"ח הם פותרים בעיות של איוש משרות, יחס ושירות בכל מערך הפסיכיאטריה בארץ. זה מה שהם אמרו!!

**דוברות:** זה לא מעט.

**יעל:** לכל הפסיכיאטריה?? לבתי"ח שלנו אנחנו נותנים 600-700 מיליון בשנה. יש את כל הנתונים בשטח, צריך רק לקבוע אם אנחנו דנים בזה.

**דוברות:** יש לנו דיון על זה מחר בבוקר, ברשימה של ה - 13 נושאים.

**דוברות:** אנחנו כבר שם.

**דוברות:** אני מציעה שנעשה את שני הדברים. אני חושבת שאנחנו צריכים לציין את בריאות הנפש שיוצאת רפורמה ב - 2015.

**יעל:** לבריאות הנפש יש פתרון, הבעיה היא בפסיכיאטריה.

**דוברות:** אני חושבת שהיה כדאי ליצור פרק ולהגיד את התחלואים שראינו לנגד עינינו, ולצורך העניין כדאי לעשות 1,2,3. לפעמים האינטרסים שלהם ושל המשפחה שלהם לא זהים.

**יעל:** בואו נעלה את זה ונקבל החלטה.

**דוברות:** זה לא רק נושא התקציבים, זה גם היעדר פרטיות והיעדר כבוד. זה מדבר בעד עצמו.

**דוברות:** אני חושבת שחלק מהעניין של הדיון בבריאות הנפש זה שזה מערך בלתי נפרד ממערכת הבריאות בכלל. אם הוועדה תבוא ותאמר שאנחנו לא דנים בזה, אנחנו משאירים אותם בחוץ, זה אומר שהם יצטרכו לעבוד עם הכלים הישנים ולא החדשים שיצאו מהוועדה. גם אם במדיה מסוימת ולא באופן מלא ועמוק, צריך להתייחס לזה.

**דוברות:** את לא מוציאה את זה, אפשר להתייחס לאשפוז הפסיכיאטרי.

**דוברות:** יש עוד בעיות. שיקום בקהילה למשל, ואני לא יודעת אם אתם רוצים להתייחס לזה.

**דוברות:** זו רפורמה שעוד לא יצאה.

**דוברות:** אני חושבת בניגוד למיכל שזה נושא מאוד מקצועי, ואני חושבת שצריך להעביר את זה לתת וועדה שתיתן לנו המלצותיה ואז נכניס את זה להמלצות שלנו. אין לנו את הכלים לשם כך. כשראיתי את זה במזרע, זה נראה לי מעבר ל - 160 מיליון, נראה לי שהכל שם לא בסדר.

**דוברות:** אני נוטה להסכים עם פנינה. במובן של וועדה שתקים וועדה זה דבר בעייתי בעין הציבורית. תיזכר מאיתנו אמירה כללית – יש רפורמה בבריאות הנפש. יש נושאים שנדון בהם במערך האשפוז הפסיכיאטרי, ולגמרי להוציא את זה מהנושאים שלנו, זה נושא בפני עצמו ונפתח יותר מדי ולא נצא מזה. נושאי הוועדה נמצאים כל כך בעין הציבורית שאמירת הלוואי של ההחלטה שלנו שזה לא נמצא בדיון, נצטרך להקדיש לזה אמירה מצומצמת



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ולא שנוטשים את זה בכלל. זו בעיניי פשרת אמצע, לא אולטימטיבית, אבל לייחד את זה לוועדה שכנראה היה נכון לעשות, יעשה עם הוועדה חוסר צדק. אני אומרת שצריך דיון מוגבל בתוך הוועדה הזאת, לראות איך חלק גדול מבריאות הנפש ברפורמה נפרדת וכבר מטופל. יש צעדים שנתייחס אליהם שיהיו רלוונטיים גם למערכת האשפוז הפסיכיאטרי. אפשר להגיד שזה דורש עיון נוסף, אבל לא להתעלם לגמרי.

**דוברות:** פשוט מאוד לא יהיה לנו נעים להתעלם ולהבליג מנושא כאוב כזה. מספיק שהם נמצאים בשולי החברה, וחבל שיהיו גם בשולי הוועדה. אפילו המנהלת האדמיניסטרטיבית שם שולפת נתונים מדויקים. אלו אנשים רציניים, והם יצגו לא רק את מזרע אלא את שירות האשפוז הפסיכיאטרי כולו. הם עשו עבודה יסודית, אולי קצת הגזימו אבל נראה לי שלא. אפשר לבקש מהאיגוד שיגישו לנו את זה אד הוק תוך מספר שבועות. אפשר לפגוש אותם שוב, אבל אי אפשר לא להתייחס ולהעביר את הנושא הזה לתת וועדה. בגלל שמדובר בחסרי ישע, אני אומר להרחיב את היריעה לאלמות נגד קשישים והתעמרות. לזה לא צריך תקציבים אלא רק לחנך, וזה נושא כאוב.

**דוברות:** משרד הרווחה לא מטפל בזה?

**דוברות:** אנחנו במשרד הבריאות.

**דוברות:** בשם המיקוד והצורך לעשות עבודה טובה, לא צריך לפחד להציף את הבעיה ולהגיד שצריך להעביר את זה לצוות אחר. הלו"ז לא יתכנס, השינוי הגדול לא יקרה בגלל זה. יש מאסה גדולה של כמה מיליארדים ברפואה הבסיסית ולא צריך להגיד שאין בעיה, אבל בגלל שאני מטפל בנושא יותר גדול אפשר להעביר את זה לוועדה אחרת שתיקח את זה כנושא מרכזי. לא צריך לדווח לוועדה הזאת אלא ישירות לשרה. עשינו את זה בטרקטנברג וקמו וועדות ספציפיות שהגישו דיווח ולגיד ולשר האוצר וזה בסדר, אחרת העבודה לא הייתה נגמרת.

**דוברות:** זה הפגועים של הפגועים.

**דוברות:** אפשר לציין את זה בכמה עמודים.

**דוברות:** הסיפור של מזרע מורכב מהרבה בחינות. מזרע היה צריך לעבור לנהריה וראש העיר שם לא הסכים. היו לזה תקציבים. בשנים האחרונות נעשו דברים לטובת העניין הזה, הוקצו משאבים לשיפוצים בבתי"ח פסיכיאטריים כמו שלא הוקצו מעולם. יש הרבה אנשים שחושבים שבתיה"ח הפסיכיאטריים הקיימים צריכים להיעלם בכלל. בעיניי זה מגה פרויקט ברמה לאומית, וזה הכיוון שאליו צריך לשאוף ולא לחזק את זה שהוא נפרד. זה שהוא שם, הקשב אליו הרבה יותר רחוק מהעין. קשה להעביר את הדברים לבתי"ח כלליים או להעבירם ליחידות משמעותיות. אלה בתי"ח קטנים נורא ולכן התנאים הכלכליים שם מורכבים. צריך להיות מודעים למורכבות הפתרונות שם. מזרע הוא בקשב של המערכת וצריך למצוא לזה פתרונות. אריק שרון דיבר עם ראש עיריית נהריה בזמנו ואמר לו תסגור את הסיפור, והוא עשה מה שרצה. הוקצו משאבים למיטות נוספות, בינוי, מיגון, שיפוצים, ואני באמת מאמין שבסוף בגלל שהמיינסטרים של המערכת הוא הקופות, אני חושב שהרפורמה היא חשובה וזה כסף שנבחר לעשות איתו את הדבר הזה. בריאות הנפש לא בקשב הציבורי והממשלה בחרה להשקיע בזה בכל זאת, ועל זה יהיו קידומים כל שנה.

**יעל:** הוא אמר שהכסף יברח לצעירים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** שילמת את זה ישירות או לקופות החולים?

**דוברות:** ישירות לקופות החולים.

**דוברות:** למה לקופות החולים?

**דוברות:** אתן לך את ה - highlights – כשנקבע חוק בריאות ממלכתי הוחלט שזה יצטרף תוך 3 שנים לסל, ואז זה נדחה הרבה שנים. אנחנו מדברים על העברת האחריות הביטוחית של בריאות הנפש לקופות החולים. נעשו דברים אחרים – חוק שיקום נכי נפש בקהילה, צמצום אשפוז פסיכיאטרי, ואני חושב שאלה בשורות חשובות, זה משדר מסר שהחולים האלה הם ככל החולים וזה חשוב.

**דוברות:** אני מרגיש שבשם השוויון והערבות ההדדית אנחנו לא יכולים לפתור עצמנו באמירה כללית, ואנחנו חייבים כן לתת התייחסות לאשפוז הפסיכיאטרי כחלק ממה שאנחנו חושבים על מערכת האשפוז בכלל, ולא כאח החורג. זו אמירה נורמטיבית להעביר את זה לוועדה אחרת. אולי כדאי פרקטית לייחד את אחת הישיבות לנושא בריאות הנפש ולקשור את זה לנושאי הוועדה.

**דוברות:** זה לא משהו שאתה עושה בישיבה.

**דוברות:** אין ספק שהנושא הזה חשוב ודרמטי. מה שנחליט כאן לא אומר שום דבר לגבי החשיבות שלו. אנחנו עומדים באילוץ של זמן ואתה צריך להתעסק בנושאי הליבה שהשקענו בהם הרבה מאוד זמן, ולא השקענו בפסיכיאטריה. יש אין סוף של אופציות וצריך לתת את הכבוד הראוי לזה בוועדה. תהיה אמירה נחרצת מה צריך לעשות. יש גם מדינה ומשרד הבריאות וועדות נוספות, אבל אנחנו תחת מגבלות.

**דוברות:** זה ברור, אבל לא תוכל להגיד משהו על המצב בלי לדון בו.

**דוברות:** לא נכון, אפשר להגיד זיהיתי קשיים. ניהולית לא תספיק לטפל בזה עכשיו.

**דוברות:** אתה לא נבהל מזה שזה יועבר לפעילות וועדה אחרת לפרק זמן, וזה בסדר.

**דוברות:** אני חושבת ששהצעה שלו היא הטובה, ואם זה לא מתחבר לוועדה לא להפוך את זה למשהו לא בעייתי.

**דוברות:** זה לא יגמר בפגישה אחת אף פעם.

**דוברות:** ההצעה שלו חשובה, תמיד יש דברים חשובים ודחופים יותר. אני חושבת שצריך להשקיע זמן מליאה לזה ולאפשר לצוות מקצועי לעשות עבודה, וצריך להתחשב בלוח הזמנים הפרקטי של הוועדה. אם מספיקים לעשות עבודה, מצוין, ואם לא, זה ימשיך לעבוד וזה יהיה יותר מאוחר. אם אנחנו יכולים להביא משהו מציאותי מבלי שיגזול זמן מליאה..



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** יש לי הצעה, משהו מצומצם יותר בלוי"ז קצר יותר. קבוצה קטנה יותר בתוך הוועדה תנסח החלטה לוועדה איך להתקדם.

**דוברות:** אני חושבת שיש כאן כמה אנשים שחושבים שצריכים לעשות כמו שהוא אמר וגם להגיד באופן החלטי שאין כסף, לא מטפלים נכון באנשים...

**דוברות:** אל תנסחי פתרון אלא את ההמלצה שנצא ממנה מפה.

**דוברות:** יש פה אינפורמציה חסרה לקבלת החלטה.

**יעל:** אף אחד לא עסק בפסיכיאטריה כאן.

**דוברות:** מי שהציגו בפנינו הביאו איתם דו"חות.

**יעל:** יש הרבה ויכוחים שלא הוכרעו והוא אמר את זה וגם היא.

**דוברות:** בזה לא נכריע.

**יעל:** אי אפשר להגיד משהו על האשפוז הפסיכיאטרי בלי לקבל החלטה.

**דוברות:** אם אנחנו מבינים שצריך לגעת בנושא ואי אפשר לגעת בו מבלי, זה הולך לפי מה שאנשים אמרו כאן, בואו נייחד לזה אמירה בדו"ח.

**יעל:** היא תשב עם החבורה שיש בה דעות לכאן ולכאן. כל החלטה היא החלטה.

**דוברות:** הם ינסחו המלצה ואנחנו יכולים להחליט שלא לקבל אותה.

**דוברות:** עכשיו נבקש מכם להתחלק לשלוש קבוצות, כדי ליצור דיונים ממוקדים על מודלים לפתרון החולשות.

**דוברות:** אני חושב שצריך חשיבה לטווח ארוך ועל התמונה האינטגרטיבית. אולי כדאי למצות את הדיון הכללי לפני שצוללים למים העמוקים.

**דוברות:** חצי שנה עבדנו על נושאים כלליים ועכשיו כדאי לצלול למים העמוקים. מיפינו חולשות והמטרה של כל קבוצה תהיה זהה והיא להגיע לפרקטיקה, להיבט המעשי ולא רק לעולם האידיאלי.

**דוברות:** רק אספקה?

**דוברות:** כן.

**דוברות:** חלופות למימון צריכות להתכנס לתוצר שאנחנו רוצים להציג.

**דוברות:** אם יש מערכת שבה אנחנו רוצים להגיע לתוצר, צריך לדבר על מימון.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** ציבורי או פרטי?

**דוברות:** אי אפשר להגיע לפתרון רק ציבורי או רק פרטי.

**דוברות:** אני חושב שצריך לתת לזה יותר זמן ולא רק שלושת רבעי שעה.

**יעל:** את הוויכוחים נעשה פה אחרי זה.

**דוברות:** הקבוצות צריכות להיות הומוגניות?

**דוברות:** לא אשים שני אנשים שחושבים אותו דבר באותה קבוצה.

**דוברות:** הרעיון הוא להציע את הנושא של מודל שלם בקבוצה, ולאחר מכן להציע אותו בפני כל המליאה.

**יעל:** הוא הציע מודל שהוא בעצמו לא חשב עליו עד הסוף ולכן אפשר לעבוד עליו בקבוצה קטנה.

**דוברות:** אני חושב שמה שאנשים פה שידרו זה שדרושה חשיבה יותר מעמיקה.

**דוברות:** אני ממליץ לא לדבר על רפורמה כדי לא להתבדר. אני מציע לחשוב איך המערכת האידיאלית לדעתנו

צריכה לתפקד.

**דוברות:** אני מציע לראות איך פותרים את סדרת הבעיות האלה שהצגנו עכשיו.

**דוברות:** אחלק לקבוצות.

**דוברות:** אני יודע שהוחלט מסביב לשולחן לא לדבר על מימון.

**דוברות:** הוחלט שכן.

**דוברות:** בעיניי, אני חושב שאם אנחנו מסכימים ש"עוברים את הרוביקון", אנחנו כולנו מסכימים שיש פה

משאבים חסרים. השאלה היא איך למלא את החוסר הזה והאם נכון שהחוסר הזה יתמלא ע"י כסף פרטי.

השאלה היא מה זה יעשה, כי המימון הפרטי ישפיע על הזרמים במערכת וישנה את המערכת הציבורית, וזו שאלת

השאלות בעיניי. אם עונים "לא" זה עונה על כיוונים לשר"פ ומה עושים עם רפואה פרטית. אם אומרים "כן" ניתן

להגיד שאפשר לשלוט על חלק מהבעיות העשויות להיווצר.

**דוברות:** יש הבדל בין לבוא ולומר זה לא בסדר לבין לבוא ולהגיד שאין ברירה ומה עושים עם זה.

**דוברות:** אני בכל הפגישות אמרתי שאנחנו הולכים הפוך. אנחנו לא יכולים להשוות שתי אופציות בלי שאנחנו

בודקים אופציה אחת. בואו כל אחד יביא את הפתרון לא של לאן לא ללכת אלא של לראות מה קורה בכל כיוון

שהולכים אליו, ולא נחליט על כיוון מראש.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

## **\*\* חלוקה לדיונים בקבוצות קטנות על הצעות למודלים לפתרונות לרשימת החולשות.**

### **\*\* דיון על העבודה בקבוצות:**

**דוברות:** אני חושב שכבר לכל אחד יש מה להציג, ואני מבקש שבואו ננסה לתת לפחות לצוות אחד להשמיע מה עשה, ואחרי זה נחליט אם להמשיך.

**דוברות:** בקבוצה שלנו התחלנו באיזשהו רצף שמתחיל בקהילה, ואמרנו שהדגשים שם זה רפואה מונעת ואורח חיים בריא. נקודה נוספת זה זמינות של רופא משפחה, של מנהל הטיפול וזרימת הטיפול. הנושא הבא זה הסדרי הבחירה בקופות החולים, שכדאי לייצר הסדרים רב ממדיים לא רק עם בתי"ח של הקופה ולא באזורים גיאוגרפיים ספציפיים, אלא מעבר לכך. הם חייבים להיות שקופים כך שכל מבוטח ידע על הסדרי הבחירה והאפשרויות שיש לו בבתי"ח השונים. יש לך אפשרות לבחור בין ביי"ח 1,2,3 ולא נכון לדרג ביניהם או לעשות סדר עדיפות מהרשימה. כל התהליך של הסדרי הבחירה צריך להיות מובא לאישור אקטיבי של השרה באישור עם מועצת הבריאות. מתוך הסדרי הבחירה הנושא השני זה הזמינות – איך מייצרים שבתוך ההסדרים זמינות השירותים תילקח בחשבון. אנחנו חושבים שצריך שקיפות של התורים, קריטריונים של זמינות, ואם הסדר הבחירה חורג ממה שנקבע, יש אפשרויות לפריצה שלו.

**דוברות:** רצינו למסד רפואה מקצועית חזקה בקהילה, ורצוי מאוד משלבת רופא מקצועי במשרה חלקית בבי"ח עם הקהילה.

**דוברות:** שילוב של עבודה בבי"ח ובקהילה.

**דוברות:** לא הבנתי מה זה אומר.

**דוברות:** בקופ"ח הבחירה היא לא פתוחה לגמרי, אבל היא חייבת להציע לך לבחור ממגוון בתי"ח באזור. היא לא תוכל להגיד לך "לך לבתי"ח שלה או רק באזור שלך". זה צריך להיות מוגבל מבחינה גיאוגרפית, אם אתה בחיפה היא לא תשלח אותך לולפסון. מתוך הרשימה הזאת שלא מוגבלת בממד הגיאוגרפי והבעלות שאנחנו מייצרים את הבחירה הזאת, אתה יכול לבחור באיזה ביי"ח לבצע את טיפול. מתוך ההסדרים האלה, תבחר לאיזה ביי"ח אתה הולך. במידה ויש חריגה בזמינות של ניתוחים ופרוצדורות, במידה ולא עומדים בכללים האלה, הסדרי הבחירה נפרצים ואפשר ללכת לכל ביי"ח אחר שלא דרך הסדרי הבחירה, ואפשר לעכב תורים. זה דורש אישור אקטיבי של שר הבריאות, ופה הכנסנו גם את וועדת הבריאות שתמליץ להרחיב את הסדרי הבחירה.

**דוברות:** מערך האשפוז – השאיפה לתנאים טובים יותר, הוספת מיטות אשפוז, שינוי מפתח התקינה, תקנון רופאים וכ"א בכלל ועדכון טיפולים שאינם קשורים במיטות אשפוז.

**דוברות:** תני דוגמא, אני רוצה שכולם יבינו למה את מתכוונת. תקנון מחלקת עיניים או עור או על מספר מיטות אשפוז. בשני העשורים האחרונים היתה מהפכה בשירות, הרבה תחומים הפכו לאמבולטוריים. אוי ואבוי אם תיגע



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לו ברגל של מתמחה. הכוונה היא לשנות את התקינה לסדר אחר. במערכות אשפוז כאלה ואחרות אפשר לתקן או להפחית את מנהל המחלקה בפעילות שלו.

**דוברות:** אתם לא רוצים לבטל את עקרון התקינה אלא לעדכן אותו.

**יעל:** לאפשר הסטה.

**דוברות:** צריך לייצר יותר אפשרויות של אשפוז יום בקהילה או אשפוז טיפולי, לאפשר יציאה וכניסה. חולים מבוגרים שנכנסים לטיפול של יומיים וחוטפים זיהומים, נשארים הרבה יותר. בהקשר זה חשוב מאוד הקשר בין הקופה לבתי"ח, שיכולים לתת פתרונות יצירתיים שלא ליצור אשפוז. שיקולים כלכליים עולים על מקצועיים בהקשר הזה, בדוגמת יחידות מיון קדמי בבתי"ח עם כ"א איכותי, בניגוד למה שקיים היום. נושא פול טיימרים – כהתמודדות עם כ"א במערכת הציבורית. התלבטנו בין שכר בסיס ללפי תפוקות או גלובלי שמחייב תפוקות מינימום. הפול טיימרים חייבים להיות אלה שיהיו עתודה ניהולית, הם חייבים לקבל עדיפות במה שקשור למחקר, והם מחויבים לקדנציות ורוטציות. כל שאר הצוות יהיו חייבים לעבוד משמרת שנייה, ומכאן הפנייה למאיפה יבוא המימון.

**דוברות:** כולם יהיו פול טיימרים?

**דוברות:** חלק, וחלק יעבוד במשמרות, הכ"א הנוסף.

**דוברות:** הפול טיימר יעבוד יותר שעות?

**דוברות:** משרה גלובלית.

**דוברות:** ומה יפריע לו ללכת בשעה 15:00?

**דוברות:** אם זה יהיה גלובלי הוא חייב להישאר מינימום שעות, מה שיגדירו לו.

**דוברות:** הוא מתחייב.

**דוברות:** נגיד רופא לא מנתח, מנהל מחלקה פנימית - אז כפול טיימר הוא צריך לתת לפי הסכם נגיד 12 שעות, ואם הוא מנתח הוא צריך לנתח אחר הצהריים במשמרת שנייה. אתה יכול להתחשבן עם המנתח או לפי משכורת גלובלית עם איקס ש"ח ומינימום תפוקות, או משכורת רגילה ומשמרת שנייה לקיצור תורים. אפשר לחשוב על הדברים הללו ולסכם איתו.

**דוברות:** גלובלי זה בעייתי. למשל בהולנד ברגע שעברו לזה, זה הוריד תפוקות משמעותי. זה היה בשנות ה-90.

**דוברות:** הצמדנו את זה לתפוקות.

**דוברות:** ואתה משלם את זה ממה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה עובר למימון.

**דוברות:** רופאים לא יכולים להיות מועסקים במערכת הפרטית, כן בקהילה. אנחנו מדברים על אלה שעובדים במערכת הציבורית.

**דוברות:** כל רופא שהוא לא פול טיימר, איך הוא יכול להתפרנס במסגרת בחוץ.

**דוברות:** האם זה הכלל?

**דוברות:** ניקח חלק יחסי מהרופאים, לא 400 פול טיימרים כמו שרצה רוטשטיין.

**דוברות:** מתוך הבכירים או המומחים?

**דוברות:** במחלקות מסוימות יותר ובאחרות פחות, תלוי.

**דוברות:** כמה בודדים במערכת או שהמאסה עוברת לצורת העסקה כזאת?

**דוברות:** זה פתוח.

**דוברות:** אנחנו מדברים על העקרון עכשיו.

**דוברות:** שכר הפול טיימרים ישתנה בין התמחויות, פריפריה למרכז ולפי תפוקות. בחירת רופא – הקבוצה דיברה על בחירה ללא תשלום. המודל שהוצע הוא של רמב"ם, group practice. ההתחייבות היא שהמנתח יהיה נוכח בחדר, אבל הוא לא בהכרח יבצע את הניתוח.

**דוברות:** מה זה group practice?

**דוברות:** אתה הולך לפרוצדורה מסוימת, ואומרים לך שיש 4 אפשרויות למבצע, מתוכן אתה בוחר.

**דוברות:** אומרים לך שכל הארבעה האלה מתאימים למצב שלך ותבחר ביניהם.

**דוברות:** כדי לצמצם קצת את הבחירה ושלא יהיו כאלה שבוחרים רק בהם.

**דוברות:** זה האדם המתאים לטפל בבעיה שלך.

**דוברות:** לפי התמחות וחומרת המצב הרפואי.

**דוברות:** 40% פול טיימרים והשאר יכולים לעשות מה שהם רוצים?

**דוברות:** זה לא יעבוד בבי"ח פרטי, אבל בייעוץ לא הסכמנו על ההפרדה.

**דוברות:** רופאים מתמחים לא בא בחשבון.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** הם פול טיימרים בהגדרה, אחרת לא יקבלו הסמכה.

**דוברות:** אפילו אם הוא פרטי בקהילה זה מצוין, אין ניגוד אינטרסים. היות ואנחנו מדברים על אספקה ושירות, אנחנו חייבים ליישם פיתוח מדדי איכות ושירות בכל תחנה ותחנה מהשלבים שמלווים את החולה, מהקהילה ועד לשחרור שלו בחזרה. יש מדד לאיזון סכרת, מתן אנטיביוטיקה, זיהומים נרכשים בבי"ח, שהות אשפוז, אורך אשפוז, אשפוזים חוזרים, יש הרבה מדדים שאפשר לבדוק. במערכות מידע מפותחת בארץ הקטנה שלנו מותר למשרד הבריאות שידע כמה ממאיריות במעי הגס יש לנו ברגע נתון וכמה ממתנים לניתוח, ומה אורך התור בכל בי"ח. נציע ללקוח זה המצב - או שבחרת בשיבא ותחכה 3 חודשים או שתוכל ללכת לכרמל שם זה פחות. זה ניתן לעשות בלחיצת כפתור.

**דוברות:** הייתה הצעה לעשות מוקד זימון תורים לכל הקופות יחד, ואם התור לא עומד בקריטריון שקבע משרד הבריאות, הם יציעו לך את התור הקצר ביותר בכל מקום.

**דוברות:** ברפואה דחופה לא צריכים להיות הסדרים.

**דוברות:** הכל מדבר על האלקטיבי.

**דוברות:** אם זה לא במובן של חדר מיון אבל זה חמור, אתה גם צריך את התור הכי קצר.

**דוברות:** נגיד כיס מרה, בוא עוד 3 חודשים לפה ופה חודשיים.

**דוברות:** זה יכול להתפוצץ..

**דוברות:** בחלק מהדברים אתה לא פורץ את ההסדרים ובחלק מהם לרופא יש מערכת שמאפשרת לו לדעת מה התורים, ואם אתה הולך לשם תדע שזה התור.

**דוברות:** לא נגענו במימון, רק באספקה.

**דוברות:** זה סט של המלצות שהחפיפה אומרת שאפשר יהיה להגיע עליהם להסכמה רחבה יותר בפורום הזה, וזה צעד גדול מהבחינה הזאת. קבוצה הבאה.

**דוברות:** אני מרגיש שהיינו צריכים הרבה יותר זמן, זה היה דיון פשטני מדי.

**דוברות:** בין חברי הקבוצה היו דעות אחרות, לא היו דברים סגורים עד הסוף.

**דוברות:** אבל יש שלד מסוים.

**דוברות:** אנחנו בקבוצה התמקדנו יותר במערכת התמריצים שאנחנו חושבים שהיא קלוקלת במידה רבה. בכמה רמות של ניגודי עניינים בהם התמקדנו ואותם ניסינו לפתור, אין לנו פתרון הוליסטי במערכת היחסים בין פרטי לציבורי. הפתרון הראשון זה רמת הרופא - הרופאים רוצים לצאת החוצה לעבוד וזה מייצר תמריץ ליצור תורים ארוכים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

במערכת הציבורית. לקופות יש תמריץ להסיט למערכת הפרטית כי היא משלמת את הטופס 17 החל מהשקל הראשון, והן חוסכות את זה לסל. יש תמריץ מובנה להעביר אותך למערכת הפרטית וגם לזה רצינו לתת פתרון. לקופות חולים שיש בבעלותן בתי"ח פרטיים יש תמריץ נוסף. גם התשלום לשקל הראשון הולך לבי"ח שבבעלותה. לבתי"ח אין תמריץ משמעותי להתחרות על איכות, הם כבולים להסדרי הבחירה ולא תמיד יש תמריץ לקצר תורים אצלם.

**דוברות:** בתי"ח בבעלות קופה?

**דוברות:** לא כל הבעיה היא בבעלות. הבעיה שהקופה מעבירה מטופל שלה מטיפול בסל הציבורי לפרטי, ופעם אחת נחסך ממנה תשלום על טופס 17. פעם שנייה היא משלמת את העלות של טופס 17, וכשביה"ח הוא שלי אני גם מרוויח מזה.

**דוברות:** אם זה בשב"ן, הוא שלה גם כן, זה לא קשור לבעלות על ביה"ח. זה שיש לך אינטרס להעביר לשב"ן כדי ליצור בשב"ן לחץ על משרד הבריאות זה הבנתי.

**דוברות:** לקופה כזאת וכזאת לשתייהן יש תמריץ להסיט לפרטי. אם יש לה ביה"ח והיא מעבירה את החולה, טופס 17 הולך לכיס שלה בנוסף.

**דוברות:** זה שני תמריצים.

**דוברות:** התחלנו מעיקרון אחד שמדבר, לא על הכל היתה הסכמה. איסור בחירת רופא בביטוח הפרטי בכלל, גם לא בסל הבסיסי. פחות היה אכפת לנו מבחירת מוסד, אבל שלא תהיה בחירת רופא בפרטי או בשב"ן. לא הייתה הסכמה ופה אנחנו מתחילים להתבדר. אתה יכול לבחור מוסד רפואי אבל לא מי ינתח אותך.

**דוברות:** אין בחירת מנתח בביטוחים.

**דוברות:** אם אתה משלם מהכיס מהשקל הראשון תבחר מה שאתה רוצה.

**דוברות:** לאף אחד במדינה?

**דוברות:** חוץ ממי שמשלם הכל מכיסו.

**דוברות:** מי שעשיר גם היום לא קונה את הביטוח ומשלם הכל מכיסו.

**דוברות:** אתה מרחיב את חופש הבחירה במערכת הציבורית, ואתה מבטל את זה בציבורית.

**דוברות:** אתה שם איסור על בחירת רופא בביטוחים, מאפשר בחירה במוסד ללא תשלום ואוסר על בחירת רופא.

**דוברות:** ההמלצות היו מפוזרות.

**דוברות:** הייתה חוסר הסכמה בצוות. הסכמנו על הכשלים.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** לא נכון, היה יותר.

**דוברות:** הסכמנו שאין מקום לרפואה פרטית בתוך המערכת הציבורית. הסכמנו על יצירת הפרדה בין פרטי לציבורי, הסכמה מזוירית.

**דוברות:** הסכמנו על פול טיימר. היו כמובן הסתייגויות פה ושם, אבל הרבה חופף למה שאתם אמרתם.

**דוברות:** יש לנו שאלות של כוונון עדין, אבל העקרון המנחה הוא הפרדה בין פרטי לציבורי.

**דוברות:** היו הסכמות על הקשחת מנגנון קביעת הפרמיות בשב"ן כך שאי אפשר להעלות סתם ככה. הסכמנו על בחירה ללא תשלום במערכת הציבורית.

**דוברות:** אני לא הסכמתי. אני לא אומר שלא היו הסכמות, אבל לא הסכמתי לזה.

**דוברות:** זה לא יגמר, לא היה דבר שהסכמנו עליו. הפרדה בין מי שעובד במערכת הציבורית למי שעובד במערכת הפרטית. מי שעושה את זה עושה רק את זה.

**דוברות:** היינו צריכים עוד כמה שעות...

**דוברות:** היו כמה רעיונות בסיסיים. המחלוקת הכי גדולה זה האם אנחנו משחקים משחק סכום אפס או מגדילים מקורות.

**דוברות:** על זה היתה הסכמה גורפת...

**דוברות:** מעבר לזה הסכמנו על מידה הרבה יותר גדולה של בחירה בחינם במערכת הציבורית, הפרדה ברורה בין מערכת ציבורית לפרטית, שכל אחד יבחר לגבי עצמו כרופא. מתן מנגנון של פיצוי כספי כן על בסיס פול טיימר, ולא החלטנו על בסיס מה. צמצום הסיפור של הביטוחים הפרטיים בהתאמת הפרמיות שלהם בהרחבת הסל הבסיסי.

**דוברות:** הפחתה של השב"ן והגדלת הסל.

**דוברות:** דרך מס נוסף במערכת.

**דוברות:** כן, לא רק, יש סדרי עדיפויות.

**דוברות:** הכסף שנחסך כתוצאה משב"ן, אתה רוצה להביא אותו למערכת בצורה אחרת, איך?

**דוברות:** הגדלת המקורות. אני אומר הגדלת המקורות הציבוריים, מה המקור שלהם זה יכול להיות מס, רזרבות, תעודף שונה במערכת.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אני מבין, אני לא מסכים. הורדנו מהשב"ן 2 מיליארד ש"ח ואתה רוצה להכניס את זה למערכת. איך הוא יכנס למערכת, אם לא דרך מס אלא איד?

**דוברות:** אני רוצה למצוא את הדרך.

**דוברות:** תזכור שהמערכת היום גרעונית. אתה בעצם מכניס את בחירת רופא ואתה מעלה עלויות. יחסית לגרעון של היום הוא כרגע גדל.

**דוברות:** אני רוצה במקביל גם מקורות. יש מתווה שהמשמעות שלו היא הגדלת המקורות.

**דוברות:** יצרנו סיטואציה שבה לכאורה המיסוי בישראל נמוך, אבל יש בנק של 2 ומשהו מיליארד ש"ח שהולך על הראש של האזרחים בגין פרוצדורות שלכאורה מתוקצבות בסל הציבורי, וכל ההבדל הוא שפה בוחרים מנתח. המיסוי פה נמוך ואם נכניס את הכסף הזה יצטרכו להעלות מיסים, ואוי ואבוי מה יקרה. המיסים כבר פה, יש מס גולגולת בסכום קצוב והוא פה.

**דוברות:** והוא רגרסיבי.

**דוברות:** מקורות המימון זו סוגיה טעונה.

**דוברות:** אם אתה חוסך חצי מיליארד בשב"ן, תעביר את זה לסל ואז יהיה יותר.

**דוברות:** זה יהיה פחות אבל לא משנה.

**דוברות:** לגבי קופות החולים ובתיה"ח והקשר ביניהם ישנן 2 אפשרויות - מקל וגזר כאשר המטרה היא לתמרץ את הקופות לחתום SLA עם בתיה"ח, ואז או שהקופה נענשת או שביה"ח נענש, או תן תמריץ לקופות לשפר את השירות שלהן או לבתיה"ח לשפר את השירות שלהם. צריך להגיד לקופה תחתמי על דבר כזה, את לא חייבת. אתה רוצה שהקופה תרצה להגדיר, להגדיל, לפתח ולשפר את איכות השירות. מבנה התמריצים של הקופות הוא כמה שפחות כסף לביה"ח גם על חשבון איכות. אני מוכן לכזה תור בכל מיני סוגים של ניתוחים או שתשים סטנדרט שאומר זה התורים במערכת, ואני רוצה שיפור על פני זמן בדברים האלה של כך וכך אחוזים, עכשיו תעשו. זה מקל וגזר.

**דוברות:** יש עוד 2 סעיפים שעלו – מנגנון ה - CAP, אם הוא מבוטל ובמקומו יש למשל תמריצים אחרים.

**דוברות:** זה היה רחוק מהסכמה או גיבוש הצעה ספציפית.

**דוברות:** נכון, שימוש יותר במנגנוני תמיכה ופחות ב - CAP.

**דוברות:** השאלה אם זה בא ממקל או מגזר. המטרה היא לגרום לקופ"ח להיות המנהלת של הטיפול בחולים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה יותר עמוק מזה. אתה רוצה לגרום בתוך מערכת הגזרים לקופ"ח לתמריץ לשפר את ביה"ח, הנה קח את התמריץ על מנת לשפר. האם אנחנו מוכנים לקבל הסכמים דיפרנציאליים בין הקופות? כללית תחתום הסכם X ולאומית הסכם Y. האם יש סטנדרט זהה או שיש ממד נוסף לתחרות בין הקופות.

**דוברות:** אני חשבתי שזה בסדר אם זה מהווה חסמי מעבר בין קופות. התחרות היא ככה על השירות.

**דוברות:** מי ינותח אצל פרופ' איקס באסותא?

**דוברות:** בעקבות זה אסותא תפנה יותר לסל כי את חוסמת לה שוק, מצמצמת לה אופציות מצד הביקוש והרופאים, והיא תצטרך לעבור לתמהיל ציבורי יותר.

**דוברות:** הצעה עם אידיאולוגיה.

**דוברות:** אם אתם לא הסכמתם, לא התחלנו לשאול אפילו אם אנחנו מסכימים. אציג מה שעלה בקבוצה שלנו. אני לא יכול להציג שום דבר כי אני לא יודע מה האחרים בקבוצה חושבים על זה, לא הספקנו לגבש. אני יכול להתחיל לדבר על מודל שהוא בהרבה דברים דומה למה שהוצג, אבל יש לו דגשים שונים והוא שונה בזה שהוא לא מניח שאנחנו נביא בהקוס פוקוס תקציב נוסף גדול. אנחנו נמצאים בעולם שאני מכיר את סדרי העדיפויות, ואם יעל תוסיף לבסיס מיליארד ש"ח באקט הירואי של התאבדות במובן הטוב של המילה, תצטרכי להתאבד על זה במובן הטוב של המילה, זה ירשים אותי מאוד. אנחנו יוצאים מנקודת הנחה שלא נוכל לעשות משהו דרסטי מבחינת מקורות ציבוריים, ולכן אמרתי שזה כמעט מדע בדיוני. אני מתכוון להוסיף כסף ולא להעביר במערכת. מאידך אני חושב שאנחנו כן צריכים לצייר מטרה ל - 5-10 שנים קדימה, איפה אנחנו רוצים להיות מבחינת מימון ציבורי, ואם נצליח לעשות את זה כמו שעשתה ההשכלה הגבוהה לפני כמה שנים, נבנתה תכנית 7 שנתית של עלייה שנתית בתקצוב אחרי שהורעבה במשך עשור והבינו שאי אפשר ככה, והתכנית אושרה ב - 2010 יחד עם התקציב והיא אכן מתקיימת. לא שזה מספיק, אבל זה דבר שכדאי לשאוף אליו ולא תיקון חד פעמי. אני חושב שאנחנו הדגש שאנחנו עשינו זה להתחיל ממערכת פיקוח שהיא רשות סטטוטורית. בצוות של התאגוד דנים בנושאים האלה, זה משהו מחוץ למשרד שיש לו עצמאות, יועץ משפטי וחשב וכו' כמו רשות החשמל והבנקים שהוא אמור לפקח על הנושא של התקשרויות כלכליות, ולא בתחום הרפואי שנשאר במשרד. אם היה אפשרי נניח תאגוד, זה יכול היה להישאר במשרד, אבל אם לא והמשרד נשאר בעלים, גם בתאגוד כדאי להעביר את זה החוצה כי השרים מתחלפים וזה לא צריך להיות תלוי מפלגה.

**יעל:** אם יש תאגוד אתה לא יכול להוציא את זה החוצה, פיקוח כן, לא תמחור. אתה אומר להוציא את נושא התמחור והפיקוח מחוץ למשרד.

**דוברות:** פיקוח לא רפואי.

**דוברות:** צריך להציג איך מתבצע התמחור, יש וועדה בשביל זה. יש אגף במשרד שמרכז את זה, וראש מנהל רפואה מפקח על זה.

**דוברות:** הוא רוצה להוציא את זה מהמשרד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** השאלה היא האם המודל הקיים לא טוב.

**דוברות:** אפשר להעביר את זה בתאגיד. אני לא מתכוון להחליף את זה.

**יעל:** כעיקרון אתה אומר בואו נוציא את זה מהמערכת.

**דוברות:** בכל התחומים האחרים אגף התקציבים מאוד דוחף להוציא את זה לרשויות אחרות.

**דוברות:** לא בשנים האחרונות, זה לא הוכיח את עצמו.

**דוברות:** אתם לא נותנים לשר האנרגיה את רשות המים ורשות החשמל?

**דוברות:** זה לא הופך את זה לחסין.

**דוברות:** חסין לא, אבל מוריד לחצים משמעותית. הוא יקבע את ה- DRG במודל דומה יותר לאוסטרלי, ויקבע אותם כעלות שולית של פעולות ולא של עלות ממוצעת. היום מה שיש זה שאנחנו לוקחים את כל ביה"ח, מעמיסים אותו על DRG ויש שם שולי רווח, נכסה עלויות גבוהות ואז יש CAP. בואו נוריד את ה- CAP, נשים DRG כעלות משתנה וזה יוריד בעיות למערכת. עלות קבועה תגיע ישירות לביה"ח מהמשרד.

**דוברות:** זה עלה אצלנו גם כן.

**דוברות:** לפי דעתי ודעתו, אנחנו חושבים שהדבר הזה עדיף מאשר CAP ועלות כי זה מעוות את התמריצים של בתי"ח. שנית, כל ההסדרים של קופות, בתי"ח וחולים נכנסים למנגנון בפקוח. ברגע ש- DRG נכנס לעלויות ממוצעות הוא לא ניתן להנחות. זה בעצם מקבע את המערכת. מי שלא יכול לעמוד ב- DRG הזה הוא יוצא מזה.

**דוברות:** יש פה כן שאלה של דיון. יש את המודל הזה ויש את האחרים. אנחנו הצענו בחירה חופשית לחלוטין וזה לא בדיוק השלמה.

**דוברות:** בואו נראה איפה זה מתחבר.

**יעל:** השלמה לגבי אפשרות לתחרות רק על בסיס של איכות.

**דוברות:** שכל אחד ינסה להיות יעיל יותר אבל הוא לא יוכל לעשות הנחה.

**דוברות:** הוא יכול לשפר את השירות, את היעילות.

**יעל:** יש פה חיבור של שתי חוליות.

**דוברות:** אתה נותן להם להכיר בעלות מסוימת, באחרים לא.

**דוברות:** העלויות הקבועות הן נורמטיביות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** כן, לאותו בי"ח. לכל בי"ח יהיו עלויות שונות.

**דוברות:** ברור, יש להם הוצאות קבועות שונות.

**דוברות:** יש כסף תחרותי ברשות הזאת, שנשאר בה כתקציב נפרד שהוא בא לקדם מדיניות של משרד הבריאות, למשל אם את רוצה לקדם אורח חיים בריא.

**יעל:** מאיפה הכסף?

**דוברות:** חלק ממנו נשאר במערכת, הוא לא גדול אבל מאפשר להתחרות.

**דוברות:** הכסף שיעבור לקופות בקפיטציה יעבור פחות, ה- DRG ישאר. חלק מהכסף יעבור לכיסוי הוצאות קבועות וחלק לתגמול ותמרוץ לעידוד פרויקטים של המדינה. אם המדינה רוצה לתת לפריפריה יותר, היא תוכל. מודל דומה הוא של ות"ת שמעביר תקציב לאוניברסיטאות לפי כמה סטודנטים יש בכל אוניברסיטה. החלק השני הוא לפי מחקר ומצוינות.

**דוברות:** יש תעריפים לסטודנטים בחוגים שונים ובדרגים שונים.

**דוברות:** בסדר, כאן יש DRG שונה.

**דוברות:** לקופות אין תמריץ להעביר אליהם, כי ממילא הכסף מגיע ישר לשם.

**דוברות:** זה לא שבעתיד תצטרך פחות בתי"ח. תזכור שהדברים האלה זה לא בנייה חדשה אלא דברים קיימים. היום אתה לוקח עלות קבועה ולא יודע אם אתה מכסה אותה, ואתה עושה כל דבר כדי לשלם אותה מפני שהיא נכפית עליך.

**דוברות:** אתה יודע שבתי"ח גרעוניים, אתה מניח שתצטרך פחות כסף.

**דוברות:** אני משחרר כסף כי יהיה תמריץ לעשות פחות פעולות.

**דוברות:** זה מודל אחד ולא מתמטיקה. הקופות היום לא מקבלות הרבה כסף, אבל הן רוצות להשאיר אצלן ולתת לבתי"ח כמה שפחות. אנחנו רוצים לפתור את זה על ידי הוספת כסף לכיסוי עלות משתנה, והקבועה תגיע ממקום אחר.

**דוברות:** בתי"ח הם גרעוניים היום. תוציא עלויות מהקפיטציה - יהיה פחות כסף.

**דוברות:** זה לא כזה פשוט, זה לא מתחלק כמו שאתה רוצה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אתה רוצה כל הזמן להביא כמה שיותר חולים בשביל ה - CAP, יש לך שם פרמיה. אם אומר לך שאין פרמיה, אתה כמעט אדיש כי היא מאוד קטנה. בשוליים אין לך סיבה לעשות OVER כי אתה לא מרוויח מזה. לכן מספר הפעולות המיותרות צריך לקטון.

**יעל:** אלה הנחות שצריך לבדוק אותן, לעשות סימולציות.

**דוברות:** אתה לא מכסה את העלויות הקבועות כולן.

**דוברות:** המערכת הזאת ברמת הפעילות שלה כרגע היא גרעונית. אתה מנסה למצוא מנגנון אחר של פיצוי לפתרון בעיות אחרות שאני מבין, אבל אתה רוצה לשפר את הזמינות של המערכת הקיימת מבלי לפגוע בקהילה, והיא בגרעון.

**דוברות:** אין ספק שצריך עוד כסף, אמרתי לך מאיפה להביא חלק ממנו.

**דוברות:** מה זה מערכת גרעונית? כל השכר משולם בסוף שנה?

**דוברות:** כמו בהדסה..

**דוברות:** בסוף שנה היא איכשהו מכסה את זה.

**דוברות:** אז המערכת לא גרעונית.

**דוברות:** לפי החשב"ל, המערכת גרעונית ועוד איך.

**דוברות:** זה לא מעלה את הגרעון. אם השאלה היא האם זה מעביר גרעון ממקום למקום, השאלה היא איפה אתה צריך לכסות אותו.

**דוברות:** זה כן משנה לממשלה איפה היא מכסה גרעון, אם זה גרעון שנשלט בממשלה או שהיא שולטת בו פחות בקופות.

**דוברות:** זה רק מחזק את זה. זה תלוי איזה ממשלה, יש כזאת שאוהבת יותר קופות וכזאת שאוהבת יותר בתי"ח.

**דוברות:** לא נכון, יש יכולת לספוג את זה, לא צריך לרדוף אחרי סגירה של הסכמי הבראות.

**דוברות:** בהינתן שהעלות היא ה - DRG, קרובה לעלויות שוליות, פחות חשוב לך מי הבעלים של בתי"ח ושולי הרווח יותר קטנים. היום מה שהוא דיבר עליו זה שלקופה כדאי להעביר את זה לשב"נים, ואחר כך לקופ"ח שיש לה גם ביי"ח כדאי לה גם כן בגלל הפרמיה הזאת שיש בתוך המחיר. אם אתה מביא DRG שווה לעלות שולית, שווה לכמה שאני מקבל, זה לא חשוב ואין שם רווח.

**דוברות:** אתה תמשיך להסיט.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה לא רווח, זה מכסה לי אחזקה.

**יעל:** הכדאיות נובעת מזה שיש שב"נים, זה לא בגלל ה- DRG שלא יהיה להם כדאי. אם אתה לא נוגע בשב"נים זה לא ילך.

**דוברות:** השב"ן לא קשור לבעלות, הוא תמיד כדאי, אז פחות חשוב לי מי הבעלים. אם יש תיירות מרפא ואם יש תשלומים פרטיים בתוך המערכת הציבורית, אותה רשות מפקחת גם עליהם.

**יעל:** זה לא אם, הרשות מפקחת גם על הפרטי.

**דוברות:** אם אנחנו מחליטים שאנחנו רוצים לפקח על הפרטיים, הרשות תפקח גם על זה בצד המחירים וההתקשרויות ולא מאיפה בא הכסף. כל המערכת הזאת באה במקום CAP. לגבי מערכת של אספקה, יש הסכמה שיש שתי מערכות – מפקחת לגמרי ומפקחת פחות – והן נפרדות. אני לא קורא לזה ציבורי-פרטי כי יש תערובות. יש פה על פיקוח בשתי רמות – אם הוא אותו דבר על שתי המערכות אז זו אותה מערכת, אין הבדל, יש אותן מגבלות.

**יעל:** באחת כסף ציבורי ובשנייה פרטי.

**דוברות:** למה לברוח מהבחנה ציבורי-פרטי?

**דוברות:** אני לא בורח, אני לא פוסל שבמערכת הציבורית יש כסף מפקח שבא מתשלומים ציבוריים. יש הפרדה ברורה בין בעלויות.

**דוברות:** אתה אומר שבאיכילוב אפשר יהיה לעשות מארבע אחר הצהריים שר"פ.

**דוברות:** באנגליה יש בתי"ח ששייכים ל- NHS, יש בהם בחירת רופא ויש אפשרות לתשלום פרטי. יש ליד זה בתי"ח פרטיים שיש עליהם פחות פיקוח כספי.

**דוברות:** איכילוב יכול לעשות פרקטיקה פרטית בשעות מסוימות.

**יעל:** וזה ללא פיקוח.

**דוברות:** פיקוח יותר חלש. אתה מאפשר לו לעשות פרקטיקה פרטית אחר הצהריים.

**דוברות:** אני מאפשר לו לעשות השלמות.

**יעל:** ובפרקטיקה הזאת הפיקוח יהיה פחות? אתה הפרדת בין מערכת מפקחת יותר לפחות.

**דוברות:** המערכת בנויה על שני ממדים. 1. בעלות, אני חושב שצריך שאם ביה"ח הוא פרטי, הוא צריך להיות בבעלות פרטית ולא של גוף ציבורי, וזה אומר שדבר אחד שמפריד בין שתי המערכות וזה הבעלות.

**דוברות:** מה זה ביי"ח פרטי?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** ביי"ח בבעלות פרטית.

**דוברות:** הדסה זה ביי"ח פרטי?

**דוברות:** הדסה הוא פרטי אלא אם כן הוא בוחר להיות ציבורי.

**דוברות:** זה נתון לבחירה?

**דוברות:** אין לי את כל התשובות עדיין. מה שיותר חשוב הוא שהמערכת הציבורית נמצאת בפיקוח יותר הדוק מהצד הכספי. מאפשרים למערכת הפרטית לעשות דברים שלא מאפשרים לציבורית.

**יעל:** דווקא בגלל שמאפשרים, יהיה שם פיקוח מאוד גדול.

**דוברות:** ישנה הפרדה מאוד ברורה בין רופאים. הרופא חייב להיות מועסק על ידי ביה"ח שבו הוא מבצע את הפעולות שלו, ולא יכולות להיות פריבילגיות. מי שמשלם על זה זה חברות ביטוח מאוד גדולות, ואי אפשר להלך עליהן אימים. אני מתכוון למערכת נפרדת מבחינת החולים. הרופא לא יכול בלי מערכת ציבורית, הוא לא יכול להפנות את החולה שלו למערכת הפרטית. מה שנמצא בביי"ח ציבורי זו מערכת ציבורית, זה שהיא יכולה לגבות כסף על שירותים זה לא הופך אותה לפרטית.

**דוברות:** הכסף שהוא גובה, יש לו עליו מרכיב רווח?

**דוברות:** מה שמוצע כרגע זה שהכסף מבחירת רופא לא יכנס אוטומטית לסל כי זה יצריך עליה במיסוי, ואני לא רואה עלייה הזאת.

**דוברות:** פשוט דילגת. זה אחד השירותים שאפשר לגבות עליו בפרטי?

**דוברות:** אנחנו מציעים שזה ישאר בשב"ן, יהיו שניים – 1. בחירת רופא וזהו, 2. כל הדברים שאתה רוצה לדחוף לשם. השב"ן הזה ישאר כתשלום, ומי שרוצה לקנות יקנה ומי שלא רוצה לא קונה, אבל לאנשים קשיי יום באבטחת הכנסה – ביטוח לאומי יכסה את זה. הפרוגרסיביות תישמר דרך זה.

**יעל:** מודל צרפת.

**דוברות:** אחרת זו סובסידיה מאוד גדולה, וזו החלטה שצריכה להתקבל בקונטקסט הרבה יותר רחב של כלל פרוגרסיביות של מערכת המס וכו'. מי שיש לו את השב"ן יכול לבוא לכל ביי"ח, בחירת ביי"ח היא אוטומטית בכל סל או בקבוצת בתי"ח. בחירת רופא תינתן בשב"ן עם מחיר קבוע מראש.

**דוברות:** סכום שמשלמים לרופא?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** לא לרופא, לרופא אין שום החלטה את מי הוא מנתח, אנחנו מתנקים את הקשר הזה בכלל. אני מציע לא לגרום למצב שרופא שרואה חולה יודע שאם יציע את זה יקבל 8,000 יורו ואם יציע אחרת זה יהיה פחות. הרופא ינתח את מי שאומרים לו לנתח.

**דוברות:** אבל יש בחירה, אני בוחר בו.

**דוברות:** אתה בוחר בו, אבל לא משלם על זה.

**דוברות:** כמו הדסה.

**דוברות:** לא כמו הדסה בכלל. אנחנו רוצים שיבחרו רופאים למה? לא רק בגלל שזה נותן הרגשה טובה, אלא זה גם נותן לרופא תמריץ שירצו אותו. אז אנחנו אומרים אני רוצה שכל החולים יהיו ציבוריים ולא פרטיים. אני אומר אותו דבר רק בוא נעשה שכולם יהיו פרטיים, באיזה מובן? אני רוצה שבתור רופא אתייחס לכל חולה כאילו זה החולה הפרטי שלי. אם כולם שווים, ציבוריים או פרטיים, זה לא משנה.

**דוברות:** בפרטי גם הרופא בוחר.

**יעל:** one way ולא two way.

**דוברות:** אני מבינה שזה לא מה שהוא רוצה.

**דוברות:** מה שאנחנו רוצים ליצור בתור קהילה, בעצם הרעיון הוא ליצור מערכת שבה יש בחירת רופא, יש תורים שונים ואם אתה נותן לרופא מינימום של תפוקה, רמה סבירה של תפוקה, אתה מתחיל לספור לו את התור בתור משהו חיובי. אני מקבל יותר שכר וזה אומר שאני עושה משהו טוב לביה"ח.

**דוברות:** שב"ן צרפתי.

**דוברות:** יש עוד 2 מקורות מימון – תיירות מרפא אם אתה עושה את זה נכון, ושנית, פוטנציאלית אתה יכול למכור קיצור תורים אם אתה שומר על תור ציבורי נמוך, וזה הורג את תרבות הסטארים.

**דוברות:** למי למכור?

**דוברות:** למי שרוצה לקנות.

**דוברות:** תיירות מרפא וקיצור תורים זה פעולות רווחיות לעומת DRG שהוא לא רווחי?

**דוברות:** כן.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אנחנו כל הזמן מכמתים את התועלת הכספית מתיירות מרפא, אבל יש מחירים ועלויות שעוד לא עשינו נסיונות לכמת אותם, לא היה עוד דיון בזה ויש לזה מחיר שהוא הוצאה בחולים הישראלים, ואי אפשר להתעלם מזה.

**דוברות:** ברגע שתיירות רפואית היא רווחית יש חשש להסטה לפעילות הרווחית מהציבורית.

**דוברות:** הסיבה שאנחנו רוצה את זה רווחי זה כי אתה רוצה מקורות למערכת. אם אתה מאפשר את זה, אתה רוצה שזה יהיה רווחי ולא יפגע. זה נותן הרבה כלי ביניים לאותה מערכת אכיפה על ביה"ח, כי אתה נותן לו רשיון לתיירות מרפא ומתנה את התורים ב - SLA לישראלים, ובמקרים של דחיפות אתה דורש עדיפות מוחלטת לישראלים.

**דוברות:** הרופא יודע מי שילם לביה"ח ומי לא? יש לו ידיעה כזאת?

**דוברות:** כעיקרון לא צריך לדעת וזה לא משנה. ביה"ח יודע, אבל זה אני אדבר מחר.

**דוברות:** החולים נמצאים במחלקה ואם פתאום מישוהו עוקף את התור... הרופא ידע מי מגיע מפרטי ומי מציבורי.

**דוברות:** אתה יוצא מתוך נקודת הנחה שאנחנו רוצה למנוע את התמריץ לרופא בהקשר הזה שהוא מקבל את הכסף, אבל במודל שאנחנו אומר זה ברור שהתמריץ ישאר להנהלת ביה"ח.

**דוברות:** כן, ויש לי פתרון לזה.

**דוברות:** האם בתוך הנהלת החשבונות שלך אין לך שום דרך בעולם לפקח על התמריץ שבשביל כסף רוב הרופאים, ולא משנה איזה כסף, יעשו את ההחלטה או את הדבר הלא נכון, ואתה לא יכול לפקח על זה בשום דרך אחרת, אלא על ידי הניתוק הזה?

**דוברות:** אנחנו צריכים לשים רופאים הגונים וכמה שיהיו הגונים, אם אדם יודע שיש לו פה ימינה אקבל פי שניים יותר מאשר פה שמאלה, בממוצע הוא ילך יותר ימינה. זה מעדויות מחקריות.

**דוברות:** כשיראו לנו כמה שהמצב מזעזע בהדסה ועל זה עשו לנו drill down, באותה מידה הראו לנו את שערי צדק וזה לא קרה שם. היה לך בדיוק אותו תמריץ ולא ראינו שום חריגות.

**דוברות:** אם יש פיקוח טוב של מנהל ביה"ח על המערכת, אפשר לעשות את זה אחרת.

**דוברות:** אני מציע שנעצור כאן.

**10/1/14 – יום 2:**

**דוברות:** אתמול אחרי השיחה עשיתי חושבים, וניסיתי להתמקד באמת במחלוקות העיקריות, באלה שאינן מקצועיות. הייתי מחלק אותן לאידיאולוגיות ולטכניות. הייתי רוצה להתחיל בנושא הסדר בחירה – ראיתי 3 קבוצות של רעיונות. המטרה היא חיזוק הרפואה הציבורית ושמירה על עקרונות. תמיד צריך להסתכל מה אני



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מציע ואיך זה פותר את הבעיות, והחולה הבודד בראש. אני לוקח את המחלוקת המרכזית, לא הסיפור של בקרה והתחשבנות אלא סיפור הבחירה. היה תסריט אחד של הסדרת בחירה באמצעות הביטוחים הפרטיים בכל מערכת האשפוז. יש בחירה, והמימון שלה הוא הביטוח המשלים. יש רובד אחד בחירת רופא, שני זה קיצור תור והשלישי זה כל השאר.

היה אלמנט נוסף – לבטל את הקשר הכספי בין הנבחר לבוחר וזה נאמר מפורשות. זו המשמעות של מה שהוצג אתמול בנייר "צעדים וכלים לפתרונות". זה מה שאני הבנתי, אם מישהו הבין אחרת שיגיד.

**דוברות:** הוא יגיד ששיעור המימון הפרטי במערכת צריך לעלות. זה לא הכיוון.

**דוברות:** אני אגיד שזו דעתי כשזה יגיע לדיון.

**דוברות:** לדעתך זה מה שיקרה.

**דוברות:** זה נגזר, אבל אם מישהו חושב שלא אפשר למחוק. זה נגזר, לא נגזר – תמחקו. העקרונות המעצבים הם למעלה וזה נגזר.

**דוברות:** הוא לא אמר שיעלו את המימון הציבורי. אז המימון הפרטי נשאר או עולה, אין אופציות אחרות.

**דוברות:** נעשה את הדיון הזה כשהוא יהיה כאן. בואו נדבר על התסריטים. אני מתכוון למנגנון של הסדר בחירה אבל לא מוחלט, שאני אבחר מנתח מוח לעשות לי ניתוח קטרקט. ברגע שאתה מכניס את זה לסל הבסיסי, אתה מוציא נתח של 50% מהשב"ן וזה נגזר. יש פרמיה שמבטאת הוצאה על הבחירה. הרבה הוצאות של משקי הבית על שב"ן אתה מוריד כי אין שם בחירה. יהיה הסדר העסקה של פול טיימר. הסדר בחירה בחינם יעלה כסף. אתמול היתה טעות שכל רופא בכל בי"ח הוא פול טיימר, אבל הכוונה למכסה מסוימת בכל בי"ח שכן תעלה יותר כסף אבל כן תיצור את מקורות המימון שלו. אנחנו מדברים על הפחתת הפרמיות ובאופן ברור על הגדלת המימון הציבורי והפחתת הפרטי, שם כתובה טעות במסמך, שזה עולה. סה"כ המקורות גדלים, בלי לגמגם, וגם להגדיל את סה"כ המקורות.

**יעל:** אתה מדבר על כסף פרטי כשאתה מדבר על השב"ן, זה קלאסי כסף פרטי, תוריד את זה. מאיפה הכסף יבוא?

**דוברות:** תקציב המדינה, העלאת מיסוי, שינוי תקרה, במקום מהכיס של האזרח באופן ישיר.

**יעל:** זה יהיה שחלוף, במקום שישלם לשב"ן הוא ישלם יותר מס. למעשה הוא לא ישלם יותר.

**דוברות:** וזה יותר פרוגרסיבי.

**דוברות:** העשירים ישלמו יותר.

**דוברות:** יש אינסוף של וריאציות. אני נשאר ברמת הניתוח הבסיסית ולא יורד יותר מדי לפרטים כרגע. שחלוף חלק גדול מהמימון הפרטי במימון ציבורי. היה תסריט שלישי שחשבתי שצריך לתת לו את המקום, וזה התסריט שנקרא לו "תסריט אוצר" - יש בעיות במערכת, צריך לפתור אותן נקודתית מבלי לזעזע את המערכת, בוא נפתור



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בעיה של תמריץ, של תורים וכו'. התוצאה הסופית שסה"כ המקורות לא משתנים. אם באמת תחשבו על זה, ולא אכפת לי למחוק את המגזר האחרון לצורך הדיון כרגע, אלה היו שלושת האלטרנטיבות שאנחנו צריכים להכריע בהן. נצטרך אחרי זה להיכנס פנימה לפרטים אופרטיביים. זו הצעה שלי.

**דוברות:** אנחנו לא פותחים את זה כרגע.

**דוברות:** התסריט הראשון הוא ממש לא מדויק, זה להבנתו.

**דוברות:** החלק הראשון בהצעה שלו זה שלושה תסריטים שנאמרו פה אתמול על ידי שלושה אנשים שונים.

**דוברות:** אנחנו לא דיברנו על השב"ן בכלל והכל פה זה השב"ן.

**דוברות:** יש פה התלבטות מהי הדרך לממן את זה ואיך מגיעים לשם. בעיניי זו פריצה גדולה של הסדנא שיש הסכמות על דברים מסוימים. חזרה למימון, ולהניח מההצעות מה המימון זה לא נכון.

**דוברות:** זה לא רק מימון, אלא גם אידיאולוגיה.

**דוברות:** זה לא ההצעה שלו, ככה נפתור את זה. הוא לעומתו רואה שלוש אופציות בלי לתת לזה שמות.

**דוברות:** אז יש אופציה רביעית.

**דוברות:** מה שעלה בכל הקבוצות זה שצריך להפריד את הפרטי מהציבורי לגמרי.

**דוברות:** אתם מדברים על הרופאים, הבנתי. אז זה בסדר.

**דוברות:** בואו נסכים, כמו שיעל אמרה, שיש 3 תסריטים שהוא רואה אותם.

**דוברות:** אני רוצה לומר דברים יותר כלליים בהקשר של השאלה שנשאלנו. הרבה פעמים אנחנו אומרים את זה, יש בלבול בין מטרות לאמצעים ולהיפך. לי יש תחושה שהיה בלבול בנושא הזה וזה התחדד לי אתמול מאוד והיום בוויכוח הזה. השאלה הראשונה שאני שואל את עצמי היא לא איך אני רוצה לראות את המערכת הציבורית, כי מהן אסותא ומכבי וכו', אלא איך אני רוצה לראות את המערכת הציבורית, שהיא הספקית של הרפואה הציבורית. מה אני רוצה שיהיה בה ואיך היא תסופק לי. אני חושב שזו השאלה שאני רוצה לשאול, איך אני רוצה שאנחנו נקבל ולא מי יתן, אלא מה אני רוצה לראות שאני מקבל ואיך אני מקבל כצרכן את הרפואה שמוצעת לי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שזה רפואה ציבורית. פה אני חושב שתהיה הסכמה חוץ מנושא אחד שמאוד קשור לבחירה. אנחנו נדבר על האמצעים לספק את הרפואה הציבורית, ופה זה ארגון המערכת, בתי"ח, קופות חולים, והפרדה בין ציבורי לפרטי זו השאלה לגבי ארגון המערכת ולא ארגון הרפואה.

אני רואה את הוועדה כנועדה לחזק את הרפואה הציבורית ולא את המערכת הציבורית. איך אני רוצה לראות את זה? ארוץ מהר. היא נותנת לי רפואת משפחה טובה, שרופא המשפחה מפנה אותי לקבל תרופות אני לא משלם השתתפות עצמית גבוהה, כשהוא מפנה אותי למומחה או לבדיקות אני לא מחכה הרבה זמן בתור, ובהפנייה לבי"ח יקרו דברים טובים. אני רוצה שהאפשרות שלי לבי"ח לא תהיה מוכתבת ע"י שיקולים כלכליים של הקופה





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

וזה נושא חשוב. חוק ביטוח בריאות ממלכתי אמר שכשאנשים בוחרים קופה הם בוחרים איזו הכי טובה לדעתם. התחרות לא תהיה גם על פרמיה, אמר המחוקק, היא יוצאת מהמשחק, התחרות היא רק על איכות. אני רוצה אותו דבר בבתי"ח. אם אני צריך ללכת ל - X או Y, אני אתיעץ עם הרופא, אסתכל על התורים ולא אבחר בגלל ההנחות שיש יותר או פחות. ה - CAP מקלקל את המצב שאני רואה מול עיניי כי הוא נכנס לשיקולים לאן אני יכול ללכת. הבעלות נכנסת לשיקולים ואני לא רוצה שזה יהיה, אני רוצה ללכת לאן שהכי מתאים לי. אני רוצה שכל הסל שיוצע לי יהיה באיכות טובה עם סל שירותים רחב ככל שניתן. זה החלום שלי לגבי המערכת.

לגבי בחירת מנתח - האם אני רוצה את זה בסל הציבורי? יש לי יותר נגד מאשר בעד, ופה גם עלה הבלבול בין מטרות לאמצעים. יש כמה סיבות מדוע בחירת מנתח זה בעייתי, ואני לא חד משמעי נגד זה. יש כמה סיבות שלא ברור שאני רוצה בחירת מנתח, ואני לא מדבר על פעולות חירום. אולי גם פה אתם רוצים בחירה ואפשר לפתוח את זה לדיון. נקודה ראשונה שהוא העלה אתמול וזה העלה קצת התנגדות, אולי זה ישמע קצת כמו פטרנליזם אבל אולי צריך את זה קצת ברפואה - השם "לקוח" אומר שאתה מעביר אליו את כל האחריות לבחור. כשאני חולה וכואב לי אני אימבציל מוחלט, ואני לא רוצה את כל ההחלטה עלי. למה? זה מה שהוא אמר, אם נותנים לאדם לבחור, יתחילו להיווצר יותר תורים במקומות מסוימים מאשר באחרים. אני רוצה שכל המשאבים ישפכו עלי ושהכל יהיה, ואני רוצה שיהיה ברור שכאשר אנחנו נותנים לו להחליט, אנחנו יוצרים תורים שהם לא הכי יעילים מבחינת הסתכלות על המערכת. אני ביקשתי קודם אז אני נכנס לתור קודם, ולא ברור שזה נכון מערכתית. כשפירסמו בניו יורק את ההצלחות של רופאים, נוצרו אצל הרופאים הטובים תורים גדולים. יש הסכמה בין לא מעט חוקרים שהתורים האלה לא היו נכונים, כי חלק מהפציינטים לא היו צריכים לעמוד שם כי הפרוצדורה שלהם לא הייתה מסובכת. בבחירה יש משהו חיובי, זה זכות יסוד, אבל יש לזה השפעות חיצוניות. כשזה משפיע על אחרים וזה לא בהכרח החלטה נכונה, צריך להסדיר את זה. אם אנחנו אומרים 'בחירה', שכל אדם יבחר את הפרופ' שלו, מה זה אומר לגבי הכשרה של מתמחים? האם הם לא יוכלו לעשות יותר את הפרוצדורות כי לא יבחרו בהם? האם זה ברור שאנחנו רוצים לאפשר בחירה שחוסמת את הדרך לרופאים להתמחות, כשלא ברור שהם לא יכולים לעשות את זה טוב לא פחות?

**יעל:** ברמב"ם הוא נתן לזה פתרון. המתמחים נמצאים בחדר.

**דוברות:** אם אני רוצה שפרופ' X ינתח אותי, השאלה אם אני רוצה את הידיים שלו או שהוא יהיה בחדר.

**דוברות:** אז יש ורסיות.

**דוברות:** יש לזה השלכות. אני עובר לנקודה יותר גדולה - כשאנחנו מחליטים על בחירת מנתח ואומרים בוא נוציא את הכסף מהשב"ן ונכניס את זה לפול טיימר שיאפשר בחירת מנתח, יש לזה מחיר. נשאר את הרופאים יותר שעות בביה"ח ונממן את זה מכספי שב"ן שיעברו למס. האם זו ההקצאה הנכונה של הכספים שאני רוצה להכניס למערכת? לא משנה כמה אנחנו רוצים עוד משאבים וכמה השרה תשכנע לזה, המשאבים מוגבלים. נקבל עוד מיליארד - האם זה צריך להיות כדי לממן את העובדה שכל אחד יבחר מנתח והוא ישאר עד מאוחר? או שהמיליארד הזה יממן תוספת תרופות שלא בסל או השתתפויות עצמיות שהיום מאוד גבוהות? או עוד רפואת משפחה עם יותר זמן ויותר מתקדמת? או את בריאות הנפש שנכנסת לסל? או חידוש התשתיות של הרפואה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

בפריפריה? או שיממן את החזקת הרופאים אחר הצהריים כדי ש - X יבחר מנתח? אם יהיה כסף להכל אני מאוד בעד בחירת מנתח בסל, ושזה יאפשר לי להחזיק רופאים כפול טיימרים. לקחתם 2 מיליארד והכנסתם לסל, קיבלתם עוד מיליארד מנדבות. השאלה היא למה אנחנו רוצים את זה, האם לאפשרות שהרופא ישאר יותר או ל - 10 דברים אחרים? זו שאלה שלי ברור מה התשובה עליה, שאני בהכרח רוצה את הכסף כדי להשאיר את הרופא יותר מאוחר בביה"ח. יש פה של שאלה לא רק של שוויוניות אלא גם של צדק. יהיה פה סבסוד צולב של הבריאים והעשירים של העניים. אני היום באמצעות מס הכנסה ובריאות מממן אנשים אחרים שמקבלים דברים שאני לא צריך אותם, ואני שמח על זה. אני שמח על זה שאני לא צריך ושאני מרוויח, ואני שמח להיות חלק ממדינה שעושה את זה, נותנת לחולים ולאחרים. על מה אני רוצה שהכסף שלי ילך? לא בטוח שעל בחירת מנתח אלא על עוד דברים בסל. אני רוצה שהכסף ילך לעוד טכנולוגיות, שאם אדם מבוגר מגיע לרופא משפחה שיהיה לו יותר זמן. לא ברור לי שדווקא בחירת מנתח זה הכי חשוב לי.

**יעל:** וקיצור תורים? פול טיימר מתייחס לזה.

**דוברות:** אני רוצה שהכסף שלי יאפשר תורים יותר קצרים, אני מסכים, אבל אני אומר גם זה צריך לשקול מול אלטרנטיבות לכסף. האם במקום חודש שיחכו שבועיים לניתוח? או שיחכו וזה ילך לתרופות או למניעה או להכנסת טכנולוגיות וכל אלה? ברור שאני רוצה הרבה מאוד דברים, יום אחד לניתוח שקדים, זה לא שהכי חשוב לי קיצור תורים או בחירת מנתח. כשהחוק נכנס לא נלחמו כל כך על בחירת מנתח, אז אני אומר אני מסתכל על המשאבים ועל העקרון של שוויון וצדק ואני שואל את עצמי איפה הוא נעצר בסל הציבורי. אני רוצה סל ציבורי מאוד טוב עם יחסית מעט תורים, אבל אם אני שואל את עצמי איפה אני צריך לשים את הכסף, לא ברור לי שקיצור התור זה הכי חשוב ולאפשר בחירת מנתח. זה הסל שאני רוצה, ואני כן רוצה שבסל הציבורי שיהיה לי, אם X מגיע לבי"ח בשעה 6:00 יהיה שם רופא, כמו בהדסה ככה גם בשיבא. כשהרופא רואה אותי, שישתכלו סביבו מס' סטודנטים שיבקרו אותו וילמדו ממנו. איך אני אממן את זה זה שאלה אחרת, אבל זה מה שאני רוצה לראות. אבל זה לא המימון, אלא מה אני רוצה לראות.

**דוברות:** גם בפנימית?

**דוברות:** איפה שצריך. אני רוצה סל טוב בביה"ח. היום הסל שמקבלים בבתי"ח הוא לא טוב. אין שם רופאים טובים בערב, גם לא בבוקר כי הם לא חייבים. היום הסל בתוך בתי"ח הוא לא טוב ואני רוצה סל יותר טוב, ופסיכיאטריה יותר טובה ועוד. איך אני מקבל את הסל הזה? יש כמה אמצעים שאיתם או בהם אני צריך לטפל כדי לקבל את הסל, ואחד מהם זה ארגון המערכת הציבורית. יש לי מטרות, ועכשיו איך אני משיג אותן וזה מה שתיארת ברפואה הציבורית. לפעמים לכלים יש תופעות לוואי, ואני צריך לשאול אם זה יותר כואב מהכלי אז לא אשתמש בכלי הזה, ואם היא שולית אז אתשמש בכלי, נשתמש בכלי ונשלוט בתופעות הלוואי. לגבי הכלים – הכלי הראשון כדי להשיג את הסל הזה זה חקיקה, רגולציה, וזה הכי חשוב בעיניי. אפשר לדבר על רשות או לא, חוק בתי"ח הוא מצוין וזה יעזור לאותם היבטים של בתי"ח. צריכה להיות אכיפה ורגולציה, שקיפות ומידע איפה שצריך, חינוך הפציניטים, זה חשוב מאוד. מעבר לזה, אחרי שאנחנו רואים את הרפואה הציבורית כמו שאני רוצה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ובלי לרמות את עצמי, אז אני שואל מאיפה יבוא הכסף. בין חלק מהאנשים בשולחן יש הסכמה שצריך להביא כסף. אני חושב שההחלטה שצריך להגדיל את המימון הציבורי דרך המנגנון שקיים היום, שזה מנגנון עדכון עלות הסל שצריך לפעול בצורה נכונה יותר, צריך לקחת בחשבון שינויים טכנולוגיים, דמוגרפיים, שינויי תשומות. עוד סעיף בנוסחה שמעדכנת את הסל עם פיצוי של שחיקת הסל בשנים האחרונות. אתם יכולים לשאול איך נדאג שבאמת נקבל את הסל הזה? מישהו יגיד בואו נמדוד אם הקופות נותנות תורים ובדיקות בזמן. אני מאמין במדידה מסוימת, ואני כלכלן ואני חושב שחלק מהדרכים להשיג את המטרות זה לא על ידי מדידה אלא על ידי האמצעים להשגתן וזה מתן מספיק משאבים. אם לא יהיו משאבים מספיקים לא יעזור כלום. התנאי ההכרחי לסל הזה זה מספיק משאבים וזה פשוט להגדיר, וזה עדכון נכון של הסל. אני מאמין שהסל, כמו שאני רואה אותו ברפואה הציבורית, המערכת הציבורית לא תיתן לנו מספיק כסף לעשות את זה, ולכן זה מצריך עוד המון בשביל גמישות במערכת. אפשר להסכים איתי ואפשר שלא. אנחנו חייבים לדאוג למשאבים בלי לרמות את עצמנו שהשגנו מספיק, ולהגיד קיבלנו 2 מיליארד וזה מספיק, ואם לא, אז עליכם לפעול כדי לקבל מספיק או למצוא מקורות אחרים כך שיהיה מספיק. תראו את נושא הטכנולוגיות, המדינה נותנת כל שנה בסביבות אחוז לזה.

**דוברות:** אחוז ממה? תספור מטכנולוגיות ולא מתרופות, לא הוצאות מטה.

**דוברות:** נותנת משהו, לא משנה ממה.

**דוברות:** ברוב מדינות העולם שהן נקודת ההתייחסות אלינו, עלו בשנים האחרונות ההוצאה לנפש ריאלי. בממוצע היא עלתה מדי שנה ב - 4%. יש מדינות שזה עלה ב - 6% או 2%, אבל סך הוצאות הבריאות עלו מדי שנה ב - 4%. כל מדינה הוציאה על נפש ממוצע של 4% יותר משנה שעברה. באותן מדינות התוצר עלה בממוצע ב - 2%. העוגה הלאומית גדלה ב - 2 ומתוך זה הבריאות גדלה ב - 4, וזה מסביר למה אנחנו מוציאים יותר ויותר על בריאות. בערך 2% מזה זה טכנולוגיות, וזה לא רק הכנסה של טכנולוגיה חדשה אלא שימוש בטכנולוגיות קיימות גם כן. המדינות הקדישו כל שנה 2%, ואני לא חושב שאנחנו צריכים להיות שונים, ואם כן אז אולי קצת. אני לא חושב שאנחנו נהיים יותר צעירים, אנחנו מזדקנים. זה מה שאני מתכוון ברמאות עצמית - אם אנחנו לא נותנים 2%, אז אנחנו לא נותנים כמו העולם ואני רוצה לקבל כמו רוב העולם. עוד 2% העולם נותן על מה? על שימור הסל הקיים שאתה תיתן אותו בצורה סבירה. האוכלוסיה מזדקנת ועדיין תרצה לתת אותו, המערכת תיתן לנו כל שנה את המשאבים כדי לתת את הסל הזה. לא מעניין למדוד ולפקח, תנו את הסל הזה. אם המערכת הציבורית לא תיתן את הכסף, ותיארת לי כסף את הסל הרצוי בעיניי, אנחנו חייבים את זה לחולים שזה יבוא מאיזשהו מקום ולא להתפשר על הסל, אלא שמנו לעצמנו יעד של רפואה ציבורית יפה ובואו נילחם על זה. מעבר לזה כמובן שצריך מתוך המערכת ליצור תמריצים נכונים. היה אדם גאון בשם אדם סמית' שאמר שאם אתה רוצה להשיג מטרות של מערכת אל תמדוד או תפקח, אלא תיצור תמריצים כמו שצריך. הרעיון הזה בעיניי הוא חשוב - כשאני אומר לעצמי שהמערכת תשיג יעדים, לא בהכרח חייבים להרוץ למדידה, קודם כל תיצור את התמריצים הנכונים ואפשר ליצור אותם כדי לקבל רפואה טובה. לכן חשוב לזכור איזה רפואה ציבורית אנחנו רוצים, ואיך זה הולך למערכת הציבורית. לא ברור לי מה ההגדרה של מערכת ציבורית - הדסה זה ציבורי? אסותא זה ציבורי? אפילו איכילוב עם שר"פ - לא אכפת לי איך המערכת נראית, כל עוד היא נותנת לי את הסל הזה. אם שר"פ בתיירות מרפא או בכל



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מודל אחר יתנו לי את הסל הזה ולא אוכל לקבלו דרך הכסף הציבורי, אני רוצה שהוא יהיה בסל המשלים. אני אנסה להביא למינימום את תופעות הלוואי ואפשר לעשות זאת במינימום רגולציה ולדאוג קודם כל שהסל הזה מסופק לנו. בואו נעשה הבחנה בין סל ציבורי למערכת הציבורית, ואחר כך נריב מאיפה יבוא הכסף.

**דוברות:** מבחינתי, סל ציבורי חייב להבטיח מקומות ציבוריים. גם לי יש מחלוקות בנושא הבחירה ואני לא חושב שזה הכי חשוב בעולם. אם זה לא חשוב, בואו נוציא את זה מהמשלים כי ההשפעות של זה כל כך אדירות, וזה משפיע על יעילות המערכת. הוא אומר שהוא חושב שזה צריך להיות במימון המשלים. אני עקבי ואומר שצריך לתת את זה לכולם כי זה פותר בעיות יעילות, תורים, מימון פול טיימר ושימוש בתשתיות אחר הצהריים, זו מקשה כוללת. לא צריכה להיות זכות טוטאלית ואני אתמודד עם הכשלים של זה אחרי זה. בהינתן האופציה של בחירה מוגבלת במשלים, היא הורסת לי את המערכת ואני צריך לבחור ימינה או שמאלה ולא להנציח את המצב הקיים. זה הכל בכל, חוסר יעילות וחוסר תשתיות וכו'. פול טיימר כ – by product זה בחירה. זה לא רק קונה את הבחירה, ואז אולי שווה את זה לפסיכיאטריה ואתה צודק, אבל זה קונה יעילות, שוויוניות, חוסר הסטה. מימון של זה במשלים זה גם לא שוויוני ולא רק לא יעיל. הבחירה שאתה צריך לעשות זה לא או זה או זה, אלא תמהיל לאן לתת – קצת תרופות, קצת טכנולוגיה, וכן גם קצת בחירה.

**יעל:** לדעתי התעלמת ממטרת המערכת של הצלת חיים, וקיצור תורים זה הצלת חיים. בחירת רופא אני שמה בצד, אבל רק קיצור תורים זה לא nice to have, זה הצלת חיים.

**דוברות:** אני מסכים, השאלה היא מאיפה יבוא הכסף לפול טיימר. אני לא מתנגד לזה, אני רוצה את זה, להגיע בערב לבי"ח ולראות שם רופא.

**יעל:** כל מה שאמרת זה טוב, אבל בראש ובראשונה צריך לדאוג להצלת חיים וזה לא עמד פה לסדר עדיפויות.

**דוברות:** אני, גם במערכת העדיפויות והערכים שלי, הבחירה אצלי היא לא בראש הסולם ואני חושבת שאתה באמת הצגת את זה מאוד יפה. נתת את הרציונל ואת התפתחות הדברים, אם כי אני חושבת כמוהו שראשית כל השב"ן, חלק מאוד גדול של האוכלוסיה מכוסה בו והמערכת הציבורית שולטת בו והוא נכנס בחקיקה, הוא ציבורי בעיניי רק לא מוצלח כל כך בעיניי. אם לא יהיו מקורות ציבוריים אפשר להיעזר במקורות פרטיים במסגרת הסל הציבורי. לא מקובל עלי ואני חוששת שזו עשויה להיות אסטרטגיה רעה. זה מוצא מאוד נוח, וגם אם אי אפשר להתעלם מהאידיאולוגיה הכלכלית החברתית השלטת היום שאומרת אני לא רוצה יותר מיסוי, לא רוצה ממשלה גדולה, אני רוצה להוציא פחות ואני נותנת מוצר נוח. גם בתור אסטרטגיה, לדעתי לבוא ולהגיש שני מודלים ואחד אומר לא תיתן לי אז אלך לפרטי זה לא נכון. זה עניין של תפיסת עולם, אני לא בצד הזה.

**דוברות:** לא אתייחס להכל, אבל אומר שההצעה שלי אומרת בפירוש שתנאי הכרחי וראשון הוא מנגנון עדכון ציבורי, ויש לי אותו בדיוק איך זה צריך להיראות. אני לא רואה את הממשלה מתחמקת, אבל אם בגלל החלק ההוא יקטן החלק האחר, אני לא רוצה שהציבורי יקטן אבל שמנגנון העדכון יעבוד כמו היום רק בצורה נכונה, והמדינה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מחויבת אליו. לכן הפחד שלך שאם נאפשר שר"פ יפסיקו דברים אחרים הוא לא נכון, כי בלי התחייבות למנגנון הציבורי אני לא חותם על שום דבר אחר, לא שר"פ ולא תיירות מרפא ושום דבר אחר.

**דוברות:** זה לא רק אידיאולוגיה לגבי כמות הכסף, יש 1.2 מיליארד בשב"נים שהם פעולות סל לכל דבר ועניין שמתווסף לזה בחירת רופא. להערכתי בחירת רופא היא קניית תור קצר בתשלום למעשה, שמייצר מערכת שרוצה לעשות תורים ארוכים.

**דוברות:** או שאדישה להם במקרה הטוב.

**דוברות:** ברמת הקופות ובתיה"ח. יש לי הרגשה שעשינו תעלול מרושע לאזרחים וזה לא אידיאולוגיה. אני מעביר חלק מהמימון על האזרחים תוך שאני יוצר בעיות קשות למערכת הציבורית, כך שחלק גדול מהמימון עובר מעל הראש לאזרחים. לא עדכנתי אותו כי לא הייתי צריך ונתתי אותו לדברים אחרים, ואז אין לי כסף שזה עובדתית נכון, אבל דע מנין באת ולאן אתה הולך. היום אנחנו במצב שיש מקורות פרטיים במערכת ואנחנו לא מתחילים להתווכח עליהם. דווקא אידיאולוגיה של הפרדת השב"ן מהקופות היא לא תיתן לכסף לברוח החוצה. לפני שאנחנו עוסקים במקורות שהפיקוח עליהם יצטרך להיות יותר גדול ממה שהיום, הייתי רוצה לראות את שלב 1 היום, בוא נכניס את זה פנימה ונראה איך אני אשתפר. היום הרופאים יוצאים מביח בשעה 15:00 ואף אחד לא עשה כלום עד שהשרה הקימה וועדה ואז כולם אומרים שזה אסון, אין פיקוח, אכיפה ורגולציה אפקטיבית. אומרים בואו נחמיר את ניגוד העניינים ואני אהיה מצוין. אני חושב שברגע שהמערכת או ברגע שיהיו שירותים פרטיים שניתנים במערכת ציבורית, על מנת להשאיר ברמה מסוימת או לשמור על איכות הסל, יהיה פיקוח ברמה גבוהה יותר על מנת לשמר את אותו דבר. היום אני לא מרגיש שהמפקח עושה את עבודתו עד הסוף, ואם נשים אתגרים רגולטוריים יותר חזקים, בואו נראה את המפקח עושה את שלב 1 לפני שהוא רץ לאולימפיאדה.

**דוברות:** אתה מוציא אותו ואומר תרוץ מרתון קטן ואני אקשור לך רגל. קודם תלמד לשחות ואחרי זה אמלא לך מים... אתה יכול לפקח עליו רק אם הוא נמצא במערכת ואז הפעילות שלו בציבורי, בשר"פ ובכל פורמולציה שהיא תיראה אחרת.

**דוברות:** אני מאוד אהבתי מה שהוא אמר, כי באמת תהליך הבחירה ובתשלום הוא לא בטוח והדעה שלי זה שזה לא ליעילות המערכת. כשאני מסתכל על המערכת אחרי כל השינויים שעברה בחמש שנים האחרונות או מאז '98, אישור השב"נים וכו', מה הנקודה שהכי מטרידה ומה הסימפטום שהכי מפריע כרגע או מה הדבר שיוצר את יתר התחלואים? בעיניי זה התורים במערכת. מישהו יגיד הקמנו וועדה בשביל התורים? כמובן שיש גורמים רבים מתחת לפני השטח, וכאן הם נאמרו ואני רואה את האדישות במערכת מכל כיוון שהוא, והוא תיאר את זה. הוא מגביר את הבעייתיות במערכת וללא טיפול זה ימשיך ויגדל לי מול העיניים. לפחות במדיניות שאני נקטתי בה ושקיבלה את ברכתה של יעל, זה שאני מגדיל את המערכת הפרטית, אני חונק אותה כך שאנשים סביבי אומרים שאתה לא יכול לעשות זה, אין לך סיבה, ויש לי בקשות לבתי"ח ולמרפאות וקשה לעמוד בפרץ. התורים מבטאים את חוסר היעילות בעיניי. יש מערכת ויש תשתיות, והשאלה היא איך מפעילים אותם בצורה הכי יעילה ואני לא





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בטוח שעל ידי הבחירה, זה לא הכי יעיל. בעיניי צריך למצוא את הדרך לפתור את הבעיה הזאת, גם במרפאות בקהילה ובבתי"ח, להפעיל אותם יותר, להוריד את הבעיה, להפעיל את המשאבים והמתקנים יותר. אני קורא לזה פול טיימר אבל זה לאו דווקא, שיעבוד מ – 14:00 אחר הצהריים בבי"ח פרטי, אבל להפעיל את המערכת יותר גם בקהילה וגם בבתי"ח. איך אעשה את זה? יותר כסף, הרבה פחות מכל דבר שיוחלט בהקשר של בחירה. בחירה תעלה את המחיר כי הרופא יגיד "בוחרים אותי אז תן לי יותר".

**דוברות:** אולי תאריך תורים מסוימים.

**דוברות:** הבריאות לא תהיה טובה, יבחרו באחד בלי צורך לבחור בו וזה יפגע בהכשרה באמת. אתה רוצה להוביל ניתוח בעצמך, בראשון אתה בחרה אמיתית, ב - 10 עוד יותר, וב - 150 אתה כבר רגוע. הם יודעים לפתור בעיות בתוך אותן פרוצדורות וזה לא יקרה לצעירים. צריך למצוא דרך להפעלה יותר יעילה וטובה של המערכת, ואיך אני מממן את זה? לא יודע. בחלק מהרהורי ליבי אמרתי אטיל מס על כל רפואה פרטית, בין שנעשית בתוך בתי"ח או בקליניקות, לא יודע, אולי זה מקור מימון לגיטימי.

**דוברות:** מחר תראה מרפאות שקיימות ברשות הפלסטינית.

**דוברות:** בלי להבין כלום במיסוי, ואני לא יודע אם אסותא מחויבת במע"מ כן או לא, אבל שיהיה מבחינתי מע"מ על בריאות.

**דוברות:** אם אתה מאמין שיש השפעה חיזונית שלילית מסוימת, אתה יכול למסות אותה. זה לא מנותק.

**דוברות:** יש עלויות שהמערכת הפרטית צריכה להפנים, של הכשרה, של מיון.

**דוברות:** ואת הנזק שהיא יוצרת למערכת הציבורית.

**דוברות:** היא העלתה בוועדה את מודל התמלוגים למערכת הציבורית.

**יעל:** המיסוי יכנס להוצאה והשאלה היא...

**דוברות:** חוק בתי"ח, אני חושב שהוועדה חייבת לצאת עם חוק כזה כי הבעתי בפניכם את הקושי הענק שלי. הוא צריך קודם כל להסדיר את המבנה התאגידי של בתי"ח, את המשילות, את האורגנים בבתי"ח. צריך להסדיר את היכולת של הרגולטור, מה הוא יכול לומר לבי"ח, כי היום נשאל על סעיף רעוע בפקודת בריאות העם ואני מדבר סינית, משם ועד אפילו מחירים בבתי"ח. אם יש כסף בסל, הייתי שם מיליארד ש"ח שהוא לטובת סל בתי"ח ולא סל טכנולוגיות, שנותן תקציב לבתי"ח על פי קריטריונים שקובעים שרי הבריאות והאוצר מעת לעת, וכל שלוש שנים הם אומרים זה וזה וניתוחים ואיכות, ואז אתה משיג את מה שאמרת, חוק ספציפי עם מקור מימון. אחרי זה כבר האוצר ורשות המיסוי יחשבו מאיפה יגיע מקור המימון הזה. זה מתקדם משנה לשנה והשרים מחלקים אותו לבתי"ח על פי הקריטריונים האלה והאלה.

**דוברות:** לא אמרת מה אתה חושב על שר"פ במערכת הציבורית.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אמרתי את זה בשנים האחרונות. אם לא יהיה אמצעי אחר מימוני אז אולי אין ברירה, אבל חייבים למצוא כזה כי בסוף תהיה קונסטלציה פוליטית, וזה לא יעשה את המערכת יותר טובה.

**דוברות:** לחשוב שזה לא טוב ולעשות את זה בליט ברירה...

**דוברות:** הוא גם כן אומר, אם לא תהיה ברירה אז אתה נותן רפואה גרועה לכולם, והמצב הולך להחמיר כי עומס המחלות עולה ושיעור המיטות לא גדל ולא יגדל. יכול להיות שזה בסדר להישאר ככה, אבל הלחצים למיטות פרטיות יכניעו אותנו בסוף. מנכ"ל אחר היה מוסיף 10 מרפאות פרטיות שהן חצי ב"ח.

**דוברות:** איפה תשים את הגבולות לתהליך הזה?

**דוברות:** הוא שם את הגבולות, אבל הוא לא עומד בלחץ.

**דוברות:** אם תיכנס לתהליך שבו המערכת הציבורית מתחילה להתנער כי היא מרסנת את ההוצאה, תלך יותר למקורות הפרטיים.

**דוברות:** זה מה שקרה בעשור האחרון.

**דוברות:** ראשית, אני את המערכת הזאת מכירה הרבה מאוד זמן, ויש הרבה מהדברים שנאמרו פה שכמעט לא ראיתי רעיון שלא שמעתי בעבר. זה המצב והכל נבדק מכל מיני כיוונים וזה לא תרופת פלא. פול טיימר זה נושא שמאוד אהבתי אותו וחשבתי שהוא מצוין, אבל בפרטים הקטנים זה מאוד מסובך. כל מי שחושב שהוא זורק פה רעיון, יש פה מיליוני בעיות ואני מציעה שהוועדה תיקח את הזמן כדי לדון עד הסוף בהשלכות והבנה שלהן. אנשים מתאהבים ברעיון וצריך לבחון אותו היטב.

סוגיית המימון היא קריטית לדעתי, המערכת תתנהל אחרת אם יהיה בה מספיק כסף או פחות כסף. אף אחד במערכת לא קם לעשות רע לדידי, אבל כשאין כסף זה מאלץ אנשים לעשות דברים וזה מתנהל אחרת וצריך לדון בזה. בעיניי, לב המערכת זה הרופאים. אני מרגישה שאנחנו מנסים להגיד שלב הבעיה זה הרופאים. הם מחוללי ההוצאה, הם כותבים את התרופות היקרות ושולחים לבדיקות, ויש להם 17 שנות הכשרה וכל דקה שלהם יקרה, ופתאום נוצר מצב שאין להם לא מסובבת את זה - זו בעיית הרופאים - החל מאמירות שיש בעיות בנורמות שלהם, והמשך בעובדה שזה לא הנורמות אבל הם כנראה כל כך רגישים שאנחנו צריכים למנוע מלשים אותם בבעיה. בתור קבוצה ולא קול בודד, מההיכרות שלי איתם זה בין הקבוצות היותר מוסריות ואתיות שאני מכירה, ושיותר אכפת להם והם מוכנים להקדיש מעצמם לאחרים, ולא סתם זו קבוצה שיכלו ללכת ללמוד כל דבר ובחרו לעשות משהו מעבר. כל אחד צריך לזכור את הרופא הבודד שהוא נתקל בו ואנחנו נהנים מהשירות שלו, זה רוב הרופאים. גם שם לא כולם מלאכים, ואני מבינה את זה.

למה חשוב לי להגיד את זה? חשוב שלא יצא מסר אחר. אם רוצים להחזיר אמון למערכת, הציבור צריך להאמין ברופאים שלו ולא שבשביל בצע כסף הוא יעשה כל דבר, ולא שהתמונה שהוא ראה ב"עובדה" אלה כל הרופאים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אני חושבת שזה קריטי הדבר הזה. הרופאים הם קבוצה שהיא באמת סגורה מצד אחד ומצד שני היא מגיבה למה שהציבור רוצה, ואם אנחנו נגיד להם שאנחנו צריכים לפקח ואתם הולכים ככה וככה ורק חושבים על כסף, אנחנו נמצא את הדור הבא ככה מדבר, "אז לא אתן דקה אחת יותר ואני לא נשאר דקה יותר אם זה מה שהם חושבים עליי". יש לי יותר מ- 5 דקות עם הרופאים וראיתי את השיח ביניהם ואת הנורמות, השיח השתנה ואין ספק בכך, של התרומה למערכת וההתנדבות הרבה יותר חלשה. הכסף הפך להיות שיח. אני יכולה לבוא ולהגיד שאלה תהליכים חברתיים כלכליים ורופאים מושפעים גם מכל מה שקורה, אבל זה סוג של ריאקציה על מה שמשדרים להם ואני לא הייתי רוצה שאנחנו לא מאמינים להם ושהכל שיקולי כסף. הייתי רוצה שיצא שאנחנו מחזקים אותם.

משהו חשוב נוסף – אני כן חושבת שחוק בתי"ח זה קריטי, דיברתי על זה גם בתת הוועדה, זה קריטי לדעת גבולות וכללי משחק כוללם. צריכים לקבוע מערכת התחשבות נאותה עם תמריצים נכונים ופיקוח. לא צריך מפקח, מספיק שיועדים שיש פיקוח. על הבחירה – אני רואה בנושא הבחירה כערך מכמה מובנים, קודם כל הערך החברתי.

**יעל:** כמה כסף את מוכנה לשים עליו?

**דוברות:** עוד לא אמרתי כבחירת רופא. בעיניי זה ערך ויש לו כמה מטרות: 1. אדם אדון לעצמו, וזה מתקשר גם לבחירת בתי"ח, 2. ערך נוסף בבחירה זה שאדם יודע שהוא עומד כל יום במבחן דווקא מצד המערכת, שצריך לבחור אותם. זה לא משהו שצריך להיות. עצם הבחירה היא רגולטור לא פחות גרוע מאחרים אם נדע לתת את הכלים. לא צריך לבחור, אלא מספיק שיש את האופציה לבחור. 3. בחירה תחייב את המערכת להיכנס ל – mode אחר של מידע, של שקיפות, ויש לו תוצאות לוואי אחרות. חלק מהבחירה צריך לבוא מהמימון הציבורי כי אין מה לעשות, זה קשור לזה. כל בחירה עולה כסף ויש לזה עלויות. אני כן יודעת שזה לא צריך להיות מהסל הציבורי דווקא. אני מסכימה שהכסף שישנו, ואני לא יודעת כמה יהיה, לא הייתי רוצה לראות שאת זה דווקא מפנים לבחירה. הייתי מעדיפה ששימו את זה לזמן לרופא, לתרופות נוספות, לפסיכיאטריה וכל זה.

**דוברות:** אנחנו נרצה לשחרר דברים שהסכמנו עליהם בסוף היום כדי שנוכל להתקדם איתם. הדבר השני זה מה נשאר במליאה ומה עובר לוועדות אחרות או לצוותים אחרים. אני מציע שכל אחת מהקבוצות, מי שמוכנה תעשה כבר ומי שלא בעוד שבועיים, כל אחת מהקבוצות מעלה על הכתב, גם עם אי הסכמות, את הכי טוב שהיא יכולה להגיע אליו.

**יעל:** הייתה הצעה שלו שיהיו קבוצות יותר הומוגניות. זה הגיוני כי המודלים צריכים להיות קוהרנטיים.

**דוברות:** שמענו אתמול הרבה דברים לא קשורים לאספקה. נתחיל משם ואז נעשה התאמות מסביב.

**דוברות:** ראיתי הבוקר מאמר שמדבר על מה שדיברנו אתמול. אני חושב שכדאי להזמין את הכתבים לתוך הישיבות...

**יעל:** זה השערות, ושימשיכו לשער.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** זה מתסכל, כי זה לא מידע ספציפי, אלא רכילות על רכילות. אני רוצה להתחבר לנקודה שלה – אנחנו מאפשרים בחירה ואנשים רוצים בחירה בכל תחום. אם אנחנו ניקח לדוגמא מכוניות ופקיד ממשלתי יחליט שכל עם ישראל יסע במכונית אחת, מאזדה 3, אנחנו נחסוך למדינה 8 מיליארד ש"ח בשנה. בוא ניקח את הכסף הזה ונעביר אותו לבריאות. מאזדה תיתן הנחה ענקית, כל הציוד של המוסכים יהיה אחיד, יהיו פחות מוסכים, זה מגביל את ההכשרה. אם אנחנו מדברים על יעילות של המערכת, זה דבר גדול. בוא נדבר על מערכת בתי הקולנוע.

**דוברות:** אתה משווה בתי קולנוע ומכוניות לבריאות?

**דוברות:** להיפך, שם זה פחות קריטי ואנחנו מאפשרים את זה. יעילות של המערכת זה לא הדבר היחיד, יש את הצד של המשתמש במערכת. זה לא מישוה שמממן את זה, אנחנו מממנים את זה לעצמנו ואנחנו רק מתווכחים. הציבור הזה, אתה אומר לו תן לי כסף ואני אבחר בשבילך מה טוב לך, והוא לא רוצה. יהיה הרבה יותר יעיל מבחינת בתי כנסת בירושלים, לך לשם במקום לבנות חדש. הכל יהיה יותר זול ויותר יעיל. כל דבר שמאפשר בחירה עולה יותר כסף. זו לא מערכת שלך ולא של הממשלה, היא של הציבור. אתה דורש את הבחירה בתור נציג של הציבור, הוא לא מאפשר לך את זה, אתה רוצה בכוח לקחת את זה ממנו וזה לדעתי דבר שהוא לא מוסרי. אני לא חושב שיש לנו זכות להגיד תשמע אתה לא צריך את זה, מי אתה בכלל. אנחנו מנסים בהרבה תחומים לא לעשות דברים שהוא בוחר לעשות. אנחנו צריכים למנוע מאנשים מלעשן חשיש? היום בקליפורניה הם וויתרו, זה שם מיליוני אנשים בבתי כלא. זה לא דבר טוב, הייתי מאוד שמח למנוע את זה, אבל זה בלתי אפשרי למנוע בחירה. גם בבריית המועצות כשניסו לדכא את השוק לא הצליחו. הוא היה מעוות, היה יקר ואנשים הלכו לכלא, אבל לא הצליחו. זה לא הגיוני ולא ניתן לביצוע. אנחנו נקבל כסף שחור, בחירה במקומות מרוחקים.

**דוברות:** אתה בעד זכות בחירה ואני מניח שכולם פה, אבל האם המדינה תאפשר לאנשים לבחור מנתח במערכת שבנית או אחרת? אנשים ירצו תמיד לבחור וימצאו דרך לאפשר את זה. כסף ציבורי יממן את זה או פרטי.

**דוברות:** אין סבסוד.

**דוברות:** בסל הציבורי יש סבסוד. אתה רוצה לאפשר בחירה ל - X או לאפשר ל - X לבחור.

**דוברות:** אתה נותן להם כסף כדי שתהיה רמת חיים סבירה ויותר שוויוניות. אני רוצה לסבסד את זה לאנשים שהם בהבטחת הכנסה.

**דוברות:** זה 140 אלף איש.

**דוברות:** קשישים זה עוד 200 אלף איש.

**דוברות:** פתאום שזה עולה כסף זה לא משפר בריאות? זה כן משפר בריאות. אנחנו כל הזמן נופלים לאותו פח. ברגע שאנחנו מעלים סוגיה שיש לאנשים בעיה אידיאולוגית איתה, אנחנו פוחדים לעשות אופטימיזציה של התהליך שאומרת שצריך לקחת מודל 1,2,3 ולעשות מהם הכי טובים שיש, כי אם הוא לא ייושם אנחנו לא רוצים שזה יעבוד לא טוב ורק אחר כך נגיד שזה לא טוב, אחרת אנחנו נלחמים בתחנות רוח. זה יפגע, זה לא יעבוד. יצרנו



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בקונספציה ברורה של הממשלה מערכת הכי גרועה שניתן. נכון להיום היא גרועה והיא תהיה יותר ויותר גרועה, והיא נוצרה בקונספציה של אגף התקציבים ביחד עם היועמ"ש, בואו נודה בזה. אתה יוצר מגבלות כל הזמן, והתמריצים מתפרצים לכל מיני כיוונים, והמערכת היום תמשיך להרוס את הרפואה הציבורית, לא משנה איזה עוד פלסטר נשים. כל עוד אנחנו לא מוכנים להודות בזה שלפחות לאותם אנשים שליוו את המערכת לאורך שנים יש חלק ביצירת הבעיה הזאת, ואולי הגיע הזמן שנבין שאם נעשה עוד מאותו דבר בלי לשנות משהו, נחריף את הבעיה. אתה אומר אני רוצה ללחוץ את הממשלה לכיוון שיוסיפו משאבים, וזה בסדר. היא נבחרה על ידי רוב העם בפלטפורמה מסוימת.

**דוברות:** אני רוצה לשכנע את ההמשלה ולא ללחוץ אותה, אני חברת וועדה.

**דוברות:** זה לגיטמי ללחוץ.

**דוברות:** אני רוצה עצמי נציגת ציבור לכל דבר, אני באה עם האמונה שלי עם תפיסת החיים שלי והידע הכלכלי שלי שצברתי במשך שנים רבות. שנית, גם אם אני לא חושבת שאני לא מערבת תפיסת חיים שאני מאמינה בה, וגם אתה בא עם תפיסת חיים, יחד עם הבנה של איך המערכת פועלת היום, מהכשלים, העיוותים והתמריצים ומיפיו אותם בתת הוועדה, וקשרי הגומלין בשוק הזה די ברורים לי. אני לא מתעלמת בהם, אני מכירה בהם, רוצה לתקנם וחלק מהפתרונות לא שייכים כלל לאידיאולוגיה אלא לאיך תמריצים צריכים לעבוד. חלק מהפתרונות נובעים מתפיסת עולם.

**דוברות:** לא התכוונתי לתקוף אותך אלא לדיון שהוא כל הזמן גולש מניסיון לשפר מודלים עד לאופטימום, לדיון שאני לא רוצה בכלל ללכת לשם. אתמול התחלנו לנסות לפתח משהו והיום בבוקר שמעתי שאנחנו מתכנסים הפוך. הפתרון הוא לא פתרון פיננסי. המערכת צריכה לקבל תוספת של משאבים לאורך זמן, באיזה קצב ובאיזה מהירות או היקף, זה לא נקבע רק פה, זה נקבע בעיקר לא פה. אנחנו יכולים וצריכים לטעון, לדרוש ולהציף את הסוגיה, כמו שיעל אמרה שהמערכת צריכה משאבים ציבוריים ולו מהשוואות עם העולם, ועם תיקונים של מה שצריך לתקן. אני מתוך זה שאני לא רואה את היכולת של המערכת הזאת לקבל את כל המשאבים שצריך לתקן אותם מהציבור, וגם מתוך נקודת מבט שאנחנו לא יכולים למנוע בחירה כי מניעה בכוח תיצור עיוותים בצד הרופאים ובצד החולים, כי זה יוצר שוב לחץ במערכת שיתפרץ לאן שאנחנו לא רוצים, אנחנו צריכים לשקול חבילה של מקורות מימון, שתוך כדי הקפדה מאוד חזקה על זה שהתמריצים שזה יוצר במערכת לא מעוותים את השיקולים הרפואיים של הרופא, ועל זה הייתי ברור אתמול לדעתי, וגם לא את השיקולים הכלכליים של מנהל המערכת, קופות חולים ובתי"ח.

דבר אחרון זה לחזור למה שהיא אמרה, היא צודקת לחלוטין לגבי הרופאים. כשאתה לוקח אדם הגון ושם אותו במצב לא סביר שהוא כל הזמן צריך לבחור בין מה שהוא חושב לנכון ובין להרוויח יותר, ראינו את דר' קונסטנטיני ושאלתי עליו והוא אחד המנתחים הדגולים בתחומי ואתה שם אותו במצב לא נוח, אנשים מועדים, ואי אפשר להגיד שהוא אדם לא מוסרי. זו סתם דוגמא. כשאתה עושה את זה באופן קבוע, שם אנשים במערכת



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מעוותת ואני לא רוצה לדבר על ביי"ח מסוים, אבל אם אתה מסתכל על השיטה הזאת, אם הוא היה מביא את הניתוח מאסות לאיכילוב, היה צריך להיות תגמול על זה. איך פתאום כל הניתוחים האלה מגיעים לאיכילוב? לא יכול להיות. זו רק דוגמא למערכות עם עיוותים וצריך לתקן את התרמיזם. צריך לעשות את זה עם הרופאים והאחיות, לכן אנחנו אומרים שהבעיה היא השכר המופרז של הרופאים. יצרנו לחצים על השכר, אנחנו ולא מישהו אחר, ממשלות ולא אנשים ספציפיים פה, דורות של אנשים ב - 10-12 שנים אחרונות, ולכן לבוא ולהגיד אתם לא בסדר זה יכניס אותנו למצב של עימות, שהם במצב שהם צריכים לבחור. אנחנו נהיה עם ראש פתוח שלא פה ולא פה, וכולנו רוצים אותו דבר, ואני לא טוען שיש לי את כל התשובות. אני לומד יחד איתכם את התחום הזה. כל מה שהצגתי אתמול זה מחשבות. אפשר לשפר את זה ולייעל את זה. אם נפעיל את המאמצים שלנו בשבועות הקרובים לנסות להביא כמה מודלים שמאמינים בהם, הרצון שלנו צריך להיות לא איך להפיל עליו אלא איך לשפר אותו ולא לקבל אותו כמו שהוא, ואז נשווה בין מודלים ונראה מה אנחנו ממליצים ויהיו אופציות, במקום לבזבז זמן על ויכוחים.

**דוברות:** אני מרגישה שאנחנו כמו מדברים על שלום ואף אחד לא מדבר על צדק. כפי שלשוויון יש מחיר, והוא ציין שהוא שמח לשלם אותו, גם לצדק, בחירה ופערים יש מחיר, וצריך לראות מה אנחנו מוכנים לשלם ואיזה לא. אני לא טוענת ששוויון וצדק צריכים להיות מושגים בכל מחיר, אבל לבטל את אחד מהם זה רפואה הרבה פחות טובה, ואנחנו עשויים לפגוע בסה"כ של המערכת וזה מפחיד אותי. בואו נדבר על החולה הציבורי, כמה הוא משיג יותר במערכת שאנחנו מעצבים אותה, וזה כלים שלובים ובר ביצוע.

**דוברות:** הרבה מתוך הבעיות שאנחנו מדברים עליהן זה לא גזירת גורל אלא פרי החלטה של שנים. יש צורך במשאבים נוספים וכל פתרון שלא יבוא הוא לא יהיה דיכטומי, אלא כזה שמגלם את שאר הדברים. זה לא כן או לא, אלא איפה זה יהיה. אם אנחנו עושים הפרדה בין פרטי לציבורי ויש בחירה במקום אחד ולא באחר, אני לא בטוח שבהקצאת המשאבים הייתי רוצה ללכת על פי עקרון ברפואה. אני רוצה שהרופא המומחה יטפל במקרה המסובך ביותר מאשר מימוש של משהו חשוב, אבל יש דברים חשובים יותר. אנחנו צריכים להסתכל על מערכת כמערכת. במערכת הפרטית אני לא אומר שאין בחירה, אבל אני מגביל את אופן המימוש שלה בשל עקרונות אחרים חשובים יותר. תורים יש לזה השלכות על תועלות, איכות ואימפקט של בריאות, כך שגם אם נשקיע כסף במקומות אחרים נקבל פחות.

**דוברות:** אני כן מסכים עם כל זה שמפת ההסכמות וההתרחקויות הולכת מסביב לכאן. הבחירה במערכת הציבורית היא דבר שלא שייך למערכת הציבורית ולא צריך להיות בה, גם לא בגלל העלויות האלטרנטיביות. המערכת הציבורית צריכה להבטיח איכות ולא בחירה כשאנחנו לא יודעים במה אנחנו בוחרים. בחירה ברופא אי לא תביא בהכרח תוצאה יותר טובה ותיווצר תרבות של כוכבים במערכת, ואני חושב שזה לא בריא מכל הסיבות האלה. היה את הסיפא שלו וגם הוא לקח את זה – אי אפשר להתעלם מההשפעות של הערוב של מערכת פרטית בציבורית. אני חושב שהרופאים הם קבוצה איכותית, מוסרית, מקצועית, עם שליחות, אף אחד לא הולך למסלול כזה בלי זה וזה המיינסטרים של המקצוע הזה. לשים אנשים במצב מסויים יוצר בסוף את הכשלים האלה, אין אפטרופוס של המערכות וזה במבנה של המערכת והפיקוח עליה. אם נלך ונעמיק את הדבר הזה במערכת





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הציבורית, רק נעשה את זה יותר גרוע. הכיוון שלי, ואני לא יודע לשרטט את זה, אתמול היו לי יותר סימני שאלה מסימני קריאה ואני לא יודע מאיזה שיווי משקל מגיעים הדברים - אם צריך פול טיימרים זה מאוד מסובך. אנחנו רוצים רק עוד תשומות שלא רואים במערכת, ואצלי זה לא פתור. זה בדיוק המקום והערך המוסף של הוועדה. אני לא חושב שהוועדה צריכה לבוא בסוף ולומר שיש מודל שר"פ או לא שר"פ. יש כאלה שרוצים שר"פ וכאלה שלא, ויש ניו אנסיס פה ופה ואפשר לעשות אופטימיזציה כזאת וכזאת. צריך כל אחד ללכת כמה צעדים אחרים באידיאולוגיות ובמטענים, ולנסות לייצר מודל שאנחנו חושבים שהוא הנכון ביותר ולא במובן של פשרות שכולם עושים, אלא באמת לייצר פה את המוצר. יש הרבה שאלות פתוחות גם לי, ואני לא יודע עדיין, יש לי הרבה רעיונות שאין ממהם עדיין מודל שלם עם שיווי משקל, יציב ועמיד לאורך זמן. אני רוצה להעמיק את ההפרדה כדי להחליש את שיקול הדעת של הרופא. אני לא יודע אם זה בר קיימא, הייתי שמח לעשות חומות סיניות מופרדות ואני לא יודע אם זה בר קיימא במערכת היום. אם בתוצאה של הוועדה הזאת יהיו שני מודלים, בעיניי חבל על כל הזמן, את זה אפשר היה לעשות מזמן.

**יעל:** אנחנו צריכים קודם לדון במודלים, כפי שלימד אותנו פרופ' אסא כשר.

**דוברות:** אני לא מדבר על התוצאה אלא על התהליך. גם אם נהיה 17 קבוצות, עדיין יהיו 2 מודלים.

**דוברות:** כשיש הרבה חפיפה, יש הסכמה שאלה הבעיות.

**דוברות:** בעולם האספקה זה ככה.

**דוברות:** בעולם האספקה לא תהיה הסכמה כזו גורפת כשנגיע להשלכות הכספיות.

**דוברות:** אם אני לא נותן בחירה מה אני עושה עם הכסף? היום הכסף הזה מגיע כי אנשים רוצים בחירה. בואו נראה כמה אנשים ילכו לקנות שיאצו ב - 200 ש"ח אם לא בשב"ן.

**דוברות:** אני חושב שאני מדבר בשם כולם. כשהתכנסנו בסוף יוני אני בטוח שלכל אחד הייתה עמדה מסוימת, וכולנו עברנו אבולוציה והשתנו. גם השיח של אתמול והיום מוכיח כמה עבדנו על עצמנו, שמענו, הסכמנו, ואף אחד לא נשאר באותה עמדה של יוני 2013. אני רוצה להסב את תשומת לבכם שהרפואה הציבורית זה לא רק סכין ותפר. אמנם לדבר על שר"פ וחדרי ניתוח ופעולות פולשניות זה מאד סקסי, אבל שירותי רפואה מסתכמים לא רק בחדר צינתורים. יש הרבה בעיות ואנחנו מקדישים לזה פחות ופחות תשומת לב, ומתמקדים אך ורק בניתוח המסוים. אני לא יודע מה נפח הפעילות הפולשנית, אולי פחות מ - 20% מכלל הפעילות הרפואית שמתבצעת בארץ. אנשים בציבור מצפים מאיתנו למסקנות מרחיקות לכת בכל התחומים, בין היתר גם במדיניות של חדר ניתוח ומרדים וכו' ובחירה ב - X או Y. יש לנו בעיות בבריאות הנפש, בפסיכיאטריה, בשירותי רפואה יועצת בקהילה ועל זה צריך לתת את הדעת, ובמקצועות מצוקה בבי"ח, שאין אפשרות שבמצב של בריאות קשה אי אפשר לחשוב על בחירה ואין זמן לזה, טיפול נמרץ, רפואה דחופה, ילדים. אנחנו מתרחקים מזה כמו תפוח אדמה לוחט, וצריך לשים את זה על השולחן.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לגבי פול טיימר, התחברתי למה שאת אומרת. אני לא אומר פול טיימר כאילו זה תרופת פלא, אבל שביתה שהתחרשה לה בתחילת 2011 עד 25 לאוגוסט שאז נחתם ההסכם באותה שנה, כל הזמן אמרנו להציל את הרפואה הציבורית, וכל הזמן דרשנו לנסות את העיקרון של פול טיימר. אני לא אומר שזה פתרון ממש מושלם, רק שצריך לנסות. אני רק זורק משהו מאתגר – אם הוועדה צריכה להציע פתרון, אפשר לבדוק פול טיימר, משמרת שנייה, קיצור תורים. ההרגשה שלי היא ששר"פ, הכשרה של זה רק תגביר תורים אצל הסופר סטארס במקומות מסוימים ויצור לנו הרבה בעיות. אם אני צריך לבחור בין אופציה אחת לשנייה, האם קל יותר אם אתחרט להפסיק או לא? מה הפיך יותר? אם אני בוחר באופציה כזאת ניסיונית, אני חושב קיצור תורים, משמרת שנייה, ולחזק את הרפואה בכל התחומים שלה ולא רק בחדר ניתוח, זה עדיף מאשר להכניס את השר"פ בכל בתי"ח הציבוריים. יהיה לך קשה אחרי שנתיים להתחרט ולהחזיר את זה, זה יהיה כדור שלג. אני רוצה שלא יהיו תורים, אני רוצה שהרופא הבכיר יהיה ב – 18:00 בערב, ואני רוצה להתחבר עם החוזר של המשרד, שאומר שצריך רופא בכיר 24/7 בבתי"ח level 1, ועד 23:00 בבתי"ח קטנים. את זה אפשר להשיג. אפשר לנסות שר"פ, אפשר לנסות גם בכיוונים אחרים, ואני לא מדבר על אידיאולוגיה אלא על פרקטיקה.

**דוברות:** אני מסכים איתך לגמרי.

**דוברות:** אנחנו מסכימים בהרבה תחומים, כולנו רוצים שהוועדה תצליח ושהרפואה הציבורית תתחזק.

**דוברות:** לגבי זכות הבחירה ולמה אנשים קונים שב"ן, יש פה 2 דברים אנליטיים - 1. הזכות לבחור רופא, 2. יכולת לקצר תור בכסף. לניתוח שקדים מחכים שנה וחצי, כמות ניתוחי השקדים בשב"ן היא עצומה. בואו נפריד בין הזכות לבחור רופא, אין בעיה תחכה שנה וחצי, אבל אתה לא מקצר תור, או שבעצם מה שהם קונים זה קיצור תור. אני אומר את דעתי. הגזירה שהוא עושה בין אנשים שקונים שב"ן לזכות לבחור רופא, היום לא ניתן לפרק את החבילה. תן להם לבחור רופא ואז לחכות שנה, ואז תראה לשם מה זה נועד. אם זה בחירה, היא תוביל אותנו לשימושים במערכת פרטית שבאים לעקוף את המרכת הציבורית וחוסר האיכות שלה, ואז הפסדנו פעמיים. אז אנשים משלמים כסף לא עבור הזכות, זה לא מה שקונים בשוק.

**דוברות:** אתה לא מבדיל בין למה קונים ולמה משתמשים.

**דוברות:** אנחנו כן. בחירת מנתח היא סיבה רביעית למה אנשים יש להם שב"ן. הראשונה היא תרופות. הנחות על טיפול שיניים זה שני, שלישי זה ייעוץ.

**דוברות:** אתה צודק במאה אחוז בניצול, אבל יש הבדל בין קנייה לניצול. בשלב הניצול אני יכולה להבין במאה אחוז כי החולה רוצה לקצר את התור, אבל אני לא חושבת שבעת הקנייה של השב"ן הוא עשה את זה בגלל שהוא רצה לקצר את התור.

**דוברות:** הסיבה העיקרית מה אנשים חושבים על בתי"ח בארה"ב זה איכות האוכל והחנייה. את מאמינה שאף אחד לא בוחר את ביה"ח לפי האוכל שלו?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** היא שואלת בסקרים שלה למה אתה מחזיק בשב"ן ולא מה הבחירה הראשונית לעשות את זה, שאנשים לא יודעים לענות על זה.

**דוברות:** אני רוצה שיהיו רופאים בבי"ח ציבורי כחלק מהסל הציבורי, ביום ובערב, גם מהסיבה שאם מגיע מקרה חירום יטפלו כמו שצריך. אני רוצה שיהיו רופאים כל הזמן בשביל זה, ושיהיו כפול טיימר או במשמרות כדי לקצר תורים. השאלה היא מאיפה יבוא הכסף לפעולה הזאת, ואני לא רוצה לדבר על זה. זאת השאלה אחרי שצילמתי מה אני רוצה. אם יבוא הכסף מאי יופי, אבל אם לא - אז ממקום אחר. אני חושב שהתורים צריכים להיות קצרים יותר בציבורי כמו שיהיו שם רופאים. נניח שדאגתי לזה ולא טיפלתי במקורות - האם אדם יכול לקנות תור בביטוח הפרטי, במקום לחכות חודשיים יחכה שבועיים? האם כשהאוטובוסים מצוינים ומגיעים בזמן ונוחים לי, מפריע לי שלידי עומדת מכונית פרטית? אני אומר לי אין בעיה שאם גם בזכות העובדה שהוא קיצר לשבועיים, לי יש כסף במערכת הציבורית לתת לו את זה תוך חודש, אין לי בעיה עם זה. אם בזכות העובדה שהמכוניות משלמות מס על דלק ומזה בונים כבישים שגם האוטובוסים נהנים מהם, לי זה פחות מפריע, ולכן הדיון על קיצור תורים בתוך המערכת הציבורית לא מפריע לי כאשר בשיבא זה תוך שבועיים, ובזכות הכסף הזה אנשים יקבלו תור קצר יותר. לי מפריע שהם מקצרים ובישיבא לא רואים את הכסף הזה. זה לא רק קיצור תורים, אלא איך אתה משיג אותו למערכת הציבורית. חלק מהרעות החולות ברפואה הפרטית בתוך הציבורית, אני לא מבין מה זה מערכת פרטית אם היא מממנת ציבורית והיא עשתה על זה עבודה. אם יודעים לשים גבולות ולעשות רגולציה כמו שצריך...

**דוברות:** השלמנו את הסקירה שהצגתי אותה בוועדה לפני כמה זמן, והוספנו בהמלצת הוועדה את יפן וגרמניה וגם את שווייץ ואוסטריה בהמלצת אנשים אחרים. בסה"כ סקרנו 12 מדינות OECD ודיברנו עם מומחים במדינות האלה וסקרנו מאמרים. הכל נמצא כולל טבלה מפורטת. ממצאים עיקריים - בנייר. הוספנו תרשים למסמך, תרשים 2. ישראל בתחתית וזה לא משנה מה המודל. המודל האנגלי הוא הקו הצהוב קצת לפני אוסטריה, וזה משלב אנשים שיכולים לשלם פרטי על אוכל בבי"ח, משלב הכל. הפרטי יכול לקנות רופא ציבורי. בי"ח יכול למכור שירותים לפרטי.

**דוברות:** בפועל השימוש בו מאוד נמוך.

**יעל:** 85% הוצאה ציבורית לעומת פחות מ- 60% אצלנו.

**דוברות:** אם נאפשר את זה, המקורות הציבוריים יעלו.

**דוברות:** הוספנו את אוסטריה כי היא מודל גבוה מצרפת בהוצאה הציבורית. מודל 4 - מערכות משולבות. יש לנו יותר מדינות שמשלבות מימון ציבורי במערכת ציבורית. תרשים 4 - אנחנו נמצאים בצד ימין.

**דוברות:** האמון זה על כל המערכת ולא רק על המערכת הציבורית?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** על כלל המערכת. אנחנו רואים שיש קשר, זה לא גרסיה, נראה שיש קשר שככל ששיעור ההוצאה הציבורית יותר נמוך, כך גם האמון יותר נמוך. ארה"ב היא יוצאת דופן כי הפרטי שם מעולה.

**דוברות:** האמון כולל בפרטי גם שם.

**דוברות:** מודל איטליה – בנייר. שם יש הרבה מאוד פיקוח על השילוב. מודל גרמניה – שכר הרופאים נקבע על ידי משרד הבריאות. לכל תחום יש 4 תעריפים שונים שנקבעים על ידי הממשלה.

**דוברות:** יש פיקוח על מחירים בפרטי.

**דוברות:** כן, בגלל זה אני מציינת את זה. עוד משהו מאוד מעניין שם – יש להם opt out של 10%, רק 10% יוצאים.

**דוברות:** זה בטח כולל יותר שירותים כי הסייעוד בטח בתוך המערכת.

**דוברות:** יש להם 20% אנשים שקונים ביטוח משלים שזה כלום לעומתנו. יש להם תיירות מרפא במודל שבתי"ח האוניברסיטאיים הגדולים הם אלה שמוכרים את השירות הזה.

**דוברות:** אנחנו כן נמצאים בקשר רציף עם גרמניה עם הגורם האחראי על תיירות מרפא. הם מאוד מעוניינים ללמוד מאיתנו ולנו יש ללמוד מהם, בטח בפרט האתי והסדר במערכת.

**דוברות:** מימון פרטי במערכת הציבורית יש בגרמניה – בנייר, אבל רק 20% בכל זאת החליטו לקנות ביטוח משלים ולממש את הזכויות שלהם.

**דוברות:** מה מכיל הביטוח המשלים שלהם?

**דוברות:** זה מופיע כאן – בנייר.

**דוברות:** אני מציע שלא נעשה דיון על העבודה שלה שנעשתה לבקשת הוועדה, קיבלנו את זה במתנה. זה לא דו"ח נורא ארוך, אבל אני חושב שזה יכול להיות חומר מצוין שסיכמנו שכל אחד מהצוותים מעלה על הכתב את הסיכומים שלהם. נקבע לו"ז וזה יוכל לשמש לחומר רקע טוב את מה לא לפספס בכותרות. זה עוד כלי נוח ומסודר שמישהו כבר מיפה. נעשה דיון על המודלים שהקבוצות יציגו.

**דוברות:** ניקח את אנגליה, שם יש שיעור נמוך של משתמשים בביטוחים הפרטיים, השאלה היא מה נקבע קודם? בהינתן שיש לך מספיק מקורות ציבוריים והאוכלוסייה שלך מרוצה מהמערכת הציבורית, כשאתה מכניס את הפרטית השאלה היא איזה משקל היא מקבלת. המצב בארץ הוא אחר – המערכת הציבורית נשחקה ואז הלכו למערכת הפרטית. היא לא האנגלית כי במקומות הציבוריים שם יש השוואה, היא נשארת שם גבוהה יחסית, שיעור חלקי עם אופציה, ולכן אלה השאלות שצריכים לשאול. אותו דבר בגרמניה. מקורות ציבוריים מספקים זה שימוש בפרטי של 15-20%.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אם יש ציבורי טוב, אז אפשר להכניס פרטי.

**דוברות:** גם המודלים שהציגו כאן מברוקדייל, שום דבר לא מתחיל מאפס, יש תמהיל שממנו מתחילים.

**דוברות:** המערכת הציבורית באנגליה לפני הרפורמה הייתה על הפנים, לא היה שום אמון בה. אם מסתכלים על סטקומים משנות ה - 70-80 רואים כל הזמן בדיחות על NHS, וזה השתפר ממקורות שונים. מה קרה בהולנד?

**דוברות:** בהולנד ראינו שב - 2006 הייתה רפורמה שעשתה שינוי משמעותי.

**דוברות:** מבחינתי, בשם הקבוצה שלי, אנחנו מקווים וחשוב לי לדעת כלפי המעסיקים שלי כמה זמן יקח לנו בוועדה, כי שואלים אותי. לא שהם בלחץ לגבי המסקנות אלא שאחזור לעבוד. מאוד חשוב להם מה הדד ליין. אנחנו נשב על המודל שלנו ונשפר אותו כל הזמן, ושוב - רק אספקה.

**דוברות:** אני חושבת שתהליך החשיבה בקבוצה קטנה מפתח דפוס של חשיבה קבוצתית, ואנשים עסוקים בלהגן על המודלים כי הם יצרו ובנו אותם, וזה מוריד מהפתיחות שהשרה התכוונה אליה. זה לגיטימי לעשות חשיבה ולאתגר אותה, וההומוגניות שהוא אמר תגרום להתחמקות מהשאלות הקשות. המשימה היא לקחת מודל של קבוצה אחרת ולנסות לשכלל אותו. הערך המוסף הוא בניסיון ליצור מודל משותף שהוועדה תצא איתו, החלופות הן בדיון ולא בתוצר הסופי. זה בסדר לחשוב עוד ולעשות שיעורי בית, אבל לא להביא מודל סגור.

**יעל:** אני מבינה, אבל אני חושבת שלא היה אתמול מספיק זמן בקבוצות כדי לשכלל. כדאי לשמור על הדיון פתוח, היא צודקת.

**דוברות:** הסיכום הוא שהקבוצות עושות עוד מקצה שיפורים של המודלים שלהן, ונתכנס ונדון בזה ביום חמישי בעוד שבועיים. נעבור לדיון על רשימת 13 הנושאים שנוצרה אתמול.

**יעל:** אנחנו צריכים לקבל גם את הניסוח שלה על פסיכיאטריה.

**דוברות:** גם תקבלו. השאלה אם אני צריכה להתייעץ עם אנשים אחרים כאן לפני כן.

**דוברות:** תרגישי חופשי גם אם יקח עוד יום. מטרת הסשן הזה זה לעבור נושא נושא מתוך ה - 13 ולחלק אותו לקטגוריות – וועדה/מליאה, צוות משנה או אחר/ציר מקביל. (מתחיל לעבור על הנושאים מתוך הנייר וחברי הוועדה מתייחסים).

**נושא 1 –**

**יעל:** מליאה, אין ויכוח.

**נושא 2 –**

**דוברות:** מליאה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר
**נושא 3 –****דוברות:** מליאה.**נושא 4 –****דוברות:** קשור מאוד לוועדת ריבוי הכובעים.**יעל:** אתם מתייחסים לזה? אני לא בטוחה.**דוברות:** אז זה מליאה.**דוברות:** זה נושא חשוב.

**דוברות:** אני חושבת שאנחנו מסתכלים עליו בהקשר של צופה פני עתיד, מה המשמעות של העברת בתי"ח נוספים לקופות החולים. באשר לסוגיות של המחרה מימון וכו', נגענו בסוגיות של כ"א ויעילות רפואית בשוליים, אגב יעילויות עתידיות שיכולות להיות ממעבר כזה. לב השאלה הוא בסוגיית ההמחרה והמימון. נושא נוסף שדנו בו בצוות אתמול זה שינוי תמריצים במערכת ויצירת התמריצים לקופות החולים להשקעה בבתי"ח. יצירת אינטרס לקופות בתוך בתי"ח בשביל לראות שה-שחקן במערכת יודע לטפל בהם. שאלנו את השאלות לגבי המשמעות ולב העניין הוא המחרה ועד היום לא הסתכלנו על זה, וזה נושא בפני עצמו.

**יעל:** למליאה.**דוברות:** הצוות שאמור לדון בתמחור?

**יעל:** הוא ישפיע גם על בתי"ח והקופות והוא צוות חיצוני. אחת הטענות שיש כלפינו זה שאנחנו מתרכזים במערכת האשפוזית ולא בקהילה וביחס ביניהן. זו טענה שנצטרך לדון בה בתוכנו, עד כמה אנחנו רוצים לדון בה, ואני מציעה שזה יהיה בטיפול המליאה. אולי לא נביא בשורה גדולה, אולי רק ברצף הטיפול.

**דוברות:** הסעיף הזה אומר הרבה דברים והמחרה הוא אחד מהם. בהחלט גם אם הוא רוצה לגעת, האמירות צריכות להיות עקרוניות, כמו להגדיל DRG. זה צוות שאמור לרדת לעומק הרבה יותר, סוגיית תמחור, שכר רופא בבוקר, שכר רופא אחר הצהריים ודברים אחרים.

**דוברות:** הנושא הזה נמצא גם במודלים של הקבוצות. נשאר את זה כרגע במליאה, אחרי שנשמע את המודלים נרגיש כמה כיסינו ממנו ואז נחליט.

**דוברות:** הצוות הזה צריך להיכנס פנימה ושנבין איפה הוא ממוקם.**יעל:** הוא יותר לבחינת המודל האוסטרלי של ה-DRG על כל הפרוצדורות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אם אתה בודק אותו יחד עם סך העלויות וחלק מהכסף הולך לעלויות אחרות, יש תמריצים שונים....

**יעל:** אני לא בטוחה שדיברנו על ההבדל בין העלויות הקבועות למשתנות.

**דוברות:** זה אני חושב שלא כדאי לתת לוועדה אלא להחליט פה ולתת הנחייה לוועדה.

**יעל:** זה נושא אדיר.

**דוברות:** תלוי ברזולוציה.

**יעל:** ואיזה כיוון לתת.

**דוברות:** המליאה לא יכולה לרדת לרזולוציה מאוד נמוכה, אבל הוועדה לא יכולה להעלות יותר.

**יעל:** שיהיה ברור שהוועדה מדברת על תמחור והמחרה ולא מעבר לזה.

**דוברות:** אני חייב להתייחס לתת הוועדה - היא עושה עבודה מאוד קשורה לנושא הזה וזה אחד החשובים בחיזוק הרפואה הציבורית. אנחנו מרגישים שיש פה בעיה במשחק השיקולים בין בתי"ח לקופות, והעבודה שלה מאוד חשובה. אם זה יהיה תאגוד כפתרון, מי קובע מחירים, משטר תאגידי וכו' ואני לא יודע איפה גבולות הוועדה, ולא להגיד ריבוי כובעים זה טוב אלא איך מתמודדים עם זה. להשאיר במשרד או לא, חוק בתי"ח הוא הכרחי ואני תוהה איך לעשות את זה.

**דוברות:** אני מסכימה איתך לגמרי שהוועדה תתייחס לכלים שמסדירים, אבל מה שנאמר בסעיף 4 מתייחס בצורה משמעותית לנושא שעלה כאן והוא קביעת המחירים ו- DRG לנוסחאות, ל- CAP, ואני אגיד שבעבודה עד עכשיו הסתכלנו על הבניית הרגולציה ואותן שאלות שהגדרנו לעצמנו בהתחלה - תאגוד כפתרון כן או לא, דרכים כן או לא, והבנייה של מערכת רגולטורית לשאלות מנגנון תמחור כאלה ואחרות לא נכנסו ונמשיך להסתכל על זה ככל שהכיוון הוא להקים רשות מפקחת. מי קובע את המחירים אבל לא איך. אנחנו נמצאים כאן בשאלות של מדיניות. אני מוכנה לקחת על עצמי את העניין, אני רק חושבת שבתוך הגדרת הזמן שהגדרנו עד עכשיו לא עשינו את זה, וזה נושא גדול ומעניין.

**יעל:** יש מגבלות זמן, ואי אפשר...

**דוברות:** כדי לדון בזה במליאה מישהו צריך לעשות עבודת הכנה על הנושא הזה.

**יעל:** תביאי את כל מה שדנתם בו. זה לא פשוט, זה משהו אדיר. אם ההמלצה שלנו תהיה ללכת לנושא הזה של תמחור, כמובן שבמסגרת ההמלצות נבוא ונאמר שיש וועדה שיושבת ואז תחזור למליאה.

**דוברות:** מישהו צריך להכין את הדיון כדי שלא נסתובב במעגלים.

**דוברות:** הם הציעו איזשהו מודל, ביטול ה- CAP, ודיברנו על זה בצוות, ומערכת של תגמול בין בתי"ח.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני מציעה שנושא 4 יכנס בקטגוריה השנייה.

**דוברות:** חלק מ - 4.

**יעל:** אין צוות משנה.

**דוברות:** המליאה דנה על בסיס חומרים שמכינים לה, גם אם זה לא בא לידי ביטוי בכותרת המשנה.

**יעל:** ברגע שנשב בדיון הזה אני אבקש ממך שתטיל על מישהו את הנושא ואנחנו נדון בו. אני לא רואה שום צוות משנה שדן בזה כרגע.

**דוברות:** אני מציעה שנקרא לזה מי מכין את דיוני המליאה.

**דוברות:** אפשר לתת אחריות. הנושא הראשון הם מוכנים להכין את המצע לדיון לסעיף 1. הוא כבר עשה חלק ניכר מהעבודה, תחליטו עד כמה אתם משתפים אותו.

**דוברות:** יש הרבה חומרים על זה.

**דוברות:** סעיף 2 יהיה במסגרת האחריות שלך וכשתציג את הממצאים שלכם זה בפנים?

**דוברות:** כן.

**יעל:** נושא 3 – יש לנו 3 קבוצות שצריכות להציג.

**דוברות:** גם ב - 4 נגענו במודל שלנו.

**דוברות:** מישהו צריך להכין את הדיון על זה.

**דוברות:** אנחנו נחשוב על מבנה.

**נושא 5 –**

**יעל:** זה אחד הנושאים שצריך לשים ב'אחר'. הוא חשוב מאוד, נמצא ברקע, ולא נוכל להקדיש לו את תשומת הלב המלאה. ברקע יש לנו נתונים, תביא לנו אותם?

**דוברות:** סוגיה של כ"א שם היא כן מרכזית, דווקא את זה כן הייתי מוציא לוועדה.

**דוברות:** תביא את זה לוועדה, כי זה מביא לנו נתונים.

**יעל:** זה לא ריאלי עוד צוות משנה.

**דוברות:** אז במליאה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אי אפשר לדבר על כ"א בלי לדבר תקינה.

**יעל:** אתה תעשה את ההכנה לנושא הזה.

**דוברות:** כל שאר 5 הוא ב'אחר'.

**נושא 6 –**

**דוברות:** זה שייך לתת וועדה של ריבוי הכובעים.

**נושא 7 -**

**יעל:** בואו נבחין בין בריאות הנפש לאשפוז פסיכיאטרי, ואין עדיין פתרונות בתחום האשפוז הזה. כרגע היא לקחה על עצמה לתת לנו הצעה בנושא הזה.

**נושא 8 –**

**דוברות:** צוות שכותב הנחיות.

**דוברות:** אני אשמח להצטרף.

**דוברות:** גם אני.

**דוברות:** גם אני.

**יעל:** כבר לנסח את ההמלצות והמסקנות לוועדה.

**דוברות:** חלק קשור ברגולציה, בבסיס הנתונים והקבלה שלהם.

**נושא 9 –**

**דוברות:** אני רוצה להיות בקבוצה.

**דוברות:** גם אני.

**דוברות:** גם היא הייתה רוצה להיות בצוות הזה.

**דוברות:** גם אני.

**דוברות:** עלה פה גם הדיון על חוק בתי"ח, אני חושב שאת צריכה להיות בצוות הזה גם כן.

**דוברות:** אוקיי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** יש חומר רב של עבודות שנעשו בעולם על זה.

**יעל:** תכינו טיוטת המלצה למליאה.

**דוברות:** אולי חומר רקע והוועדה תחליט מה ההמלצה?

**יעל:** אוקיי, ואנחנו נקבל את ההחלטה באותו דיון שהיא תביא את ההמלצות שלה.

**דוברות:** אני רוצה להבין לגבי הסדרה – ההבנה שלנו לגבי הוועדה שהמסמך שאנחנו מגישים זה חלופות ודיון בהן. אנחנו לא סוגרים את הוועדה להמלצה אחת, אלא נותנים כיוונים ונגיע להסכמה, אני מקווה, על מה הפתרון הרצוי ורצף פתרונות לאורך זמן, גמישות, ישימות וכו'. חלק גדול מהמנדט שלנו הוא לדון איך תראה האסדרה/רגולציה, מה תכלול, על מה תפקח, איפה ישבו בתי"ח במשרד או ברשות, בתי"ח ישארו בבעלות המשרד או לא, כן תאגוד או לא. בואו לפני שמקימים עוד צוות, תנו לנו להתכנס לזה אצלנו ולראות שיש מודל.

**דוברות:** אתם צריכים לראות אם יש צורך בחוק בתי"ח ולהתגבש לזה, זה צריך להיות בתת וועדה הזאת.

**דוברות:** בציבורי בתמהיל יש ביטוחים פרטיים, תמהיל שירותים ותיירות מרפא. יש את הנושא של השתתפות עצמית למשל.

**דוברות:** אז תצטרפי גם את כי דיברת גם על פרוגרסיביות.

**דוברות:** אז אני מצטרפת ל - 2.

**דוברות:** גם תיירות מרפא יצטרפו ל - 2.

**נושא 10 –**

**יעל:** זו תהיה אחת מנקודות הבירור, אבל כמובן שזה יהיה דיון פתוח וחופשי. הוא נמצא במודלים ויצא מתוכם לדיון נפרד. נצטרך לשבת ולומר על זה. היום הייתה נקודת מפנה על זה כשהוא עשה לנו סוויץ' והוא השלים אותו. הוא נתן עוד סיבוב וחייבים לדון בזה במליאה. זה דיון חופשי.

**דוברות:** כל מה שצריך זה להגיד לכם מתי נדון על זה וכולם מתכוננים לזה.

**דוברות:** אנחנו לא בעמדה שונה, היה ויכוח על ההשלכות של זה או איפה זה נעשה או באיזה מימון, מאיזה כסף זה בא.

**יעל:** אוקיי, נצטרך לדון על הערכיות גם כן.

**נושא 11 –**

**דוברות:** יש סוגיות של קופ"ח-בי"ח פרטי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה באספקה לא?

**נושא 12-**

**דוברות:** הצוות שלנו יציג.

**נושא 13 –**

**דוברות:** המערכת נוהלה בצורה כזאת שהיה קשר ישיר. לא היו גבולות.

**יעל:** האם יש מישהו בעד קשר כלכלי ישיר בין מטופל לרופא?

**דוברות:** כן, ואני יכולה להסביר.

**יעל:** אז אוקיי, אז זה יהיה לדיון.

**דוברות:** אני לא חושבת שהוא צריך לקבל הכל בהכרח, אבל הקשר צריך להיות.

**דוברות:** אני יכול שתהיה לי בחירה והיא בצד המטופל.

**דוברות:** אני חושבת שמה שהוא רוצה בבחירה זו בעיה. אני לוקחת את הנושא הזה.

**דוברות:** לגבי 10 – מישהו חייב להכין איזשהו מסמך שמראה בעד ונגד במערכת הציבורית ובפרטית. אולי אפילו הוא, שיראה את הדילמות.

**דוברות:** אני ואתה.

**דוברות:** אני אשמח לדבר עם מישהו על זה אבל שזה לא יהיה באחריותי.

**דוברות:** זה מתחבר לקשר הכלכלי.

**דוברות:** הייתה בוועדה קבוצה שהציגה את רפואת המשפחה, כדאי שמישהו יקח את זה כבסיס לדיון.

**דוברות:** בנושא נוסף? חדש?

**דוברות:** כן.

**דוברות:** כמו פסיכיאטריה.

**דוברות:** זה נכנס לכ"א ותשתיות.

**דוברות:** זה הוצג על ידי הר"י.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** רפואת משפחה זה לא תחרות, אנשים לא בוחרים בהתמחות הזאת מלכתחילה, למרות שבנות לפעמים כן. הבעיה היא תקנים, אין מי שישלם את זה.

**דוברות:** הציגו עבודה מאוד טובה בעיניי בנושא הזה.

**יעל:** אז שלושתכן תציגו את זה.

**דוברות:** זה כבר נושא 14.

**דוברות:** אני מציע להכין פרק שנקרא "תיאור המצב הקיים". אפשר כבר להתחיל לכתוב את זה.

**יעל:** תמונת מצב שאפשר לציין בה גם חולשות של המערכת.

**דוברות:** אפשר גם 15 שנה קדימה.

**דוברות:** אני לא רוצה שנציג רק חולשות.

**יעל:** יוצגו גם חוזקות, אפשרויות וסיכונים, לעשות מודל SWOT. זה מאוד חשוב להראות ולהכניס את הניתוח גם של בנק ישראל. אני מבקשת להכניס גם את הסקירה של ברוקדייל, השוואה לעומת מה שקורה בעולם.

**דוברות:** זה כבר פרק בפני עצמו.

**דוברות:** אני ביקשתי ממנו להראות את תמונת המצב של מערכת הבריאות לעומת מערכות אחרות.

**דוברות:** בתקצוב המדינה.

**דוברות:** זה יכול לעזור לי ולו למפות את צרכי המערכת, כשנגיד כמה כסף חסר.

**דוברות:** יש רשימה של 40 חולשות..

**דוברות:** לא תוכל לעבוד כך שכל חולשה תשיג כסף.

**יעל:** תודה רבה לכולכם!!