



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

### פרוטוקול וועדת גרמן – 23/1/14

**דוברות:** סיימנו את הסדנא עם 3 צוותי עבודה שעבדו לא מעט שעות. הצוות הראשון שיציג זה הצוות של עזיז ושותפיו.

#### \*\* מציגים ראשונים בפני הוועדה: צוות עזיז – מודל האספקה.

**דוברות:** קודם כל חברים בצוות הזה ניר, מיכל, עזיז, ערן, עדי, יוליה ואני. אנחנו קראנו לו "מודל הרצף הטיפולי", כי באמת הנקודה המרכזית היא רצף הטיפול. לא המצאנו את הגלגל, לדעתנו קלענו לדעות גדולים מאיתנו, מדובר במודל האספקה, ואנחנו מדברים באמת על רצף טיפול ויש גם התייחסות לקהילה. יש גם חלקים ברצף שלא נגענו בהם – הריון ולידה, טיפות חלב, פסיכיאטריה וגריאטריה - וגם לא ניגע בהם, ולעומת זאת יש ממשקים ברצף הטיפול בין ספקי השירותים לנותניהם, שאנחנו חושבים שכן נרצה להרחיב בהם ועדיין לא הספקנו. עוד מאפיין מרכזי הוא הרחבת האלמנט המרכזי הקיים היום בין קופה לקופה ובין ביי"ח לביי"ח, והרחבת את מודל הבחירה. מצד שני בחרנו באלמנט ריסון ההוצאות.

**יעל:** בחרתם משהו שאתם מעדיפים? כי הרצף בלבד אותי.

**דוברות:** כן, היא תציג את זה. לא הוספנו למסמך את הדבר הזה, אבל כן שמרנו על אלמנט חשוב של ריסון ההוצאות. אלמנט נוסף זה היחס לרופאים כנותני שירות מרכזיים במערכת, בקהילה ובאשפוז כפול טיימר, הרופאים שיעשו יותר יקבלו יותר מהמערכת. עצרנו פה.

**יעל:** אספקה בלבד.

**דוברות:** נעבור פרק-פרק – מתייחסת לנייר של הצוות.

**יעל:** אתם מציעים להכניס את זה כהערות שוליים ולא כפרקים? התייחסות בעתיד?

**דוברות:** זה לא אומר שלא צריך לתת לזה התייחסות. יכול וצריך לתת המלצות אבל בלי לרדת לרזולוציות נמוכות. לא התייחסנו לזה כרגע.

**דוברות:** זה לפי סדר עדיפויות?

**דוברות:** לא, אבל זה בהחלט משתבץ ברצף הטיפולי הכרונולוגי, לא לפי סדר חשיבות.

**דוברות:** עד כאן פרק עקרונות כלליים.

**דוברות:** האם דיברתם על התמחויות בהקשר של תחרות בתחום? בתור צמצום עלויות?

**דוברות:** לא התייחסנו ברובד הזה. למה אתה מתכוון?

**דוברות:** אנחנו לא רוצים מחסור ברופאים ואז שכר הרופא יעלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** בתחומים מסוימים יש לנו מחסור.

**דוברות:** שם זה לצרכים.

**דוברות:** צריך לחלק את העוגה בצורה נכונה.

**דוברות:** אחרת אנחנו מנציחים את המצב של רדיפה אחרי עצמנו.

**ד"ר עזיז דראושה:** יש מקצועות אטרקטיביים יותר ופחות, היום אין יד מנחה ואין רגולציה בניווט רופאים צעירים להתמחויות, שלפי ההנחה שלנו יהיה במצוקה יותר גדולה בעשור הקרוב. זה תפקיד חשוב לדעתנו של משרד הבריאות, הר"י והקופות, שנמצא את המנגנון להפוך מקצועות מסוימים ליותר אטרקטיביים. בגריאטריה למשל אנחנו באי ספיקה. מישו צריך לתת את הדעת על זה ולנווט, ולא שכולם יהיו רופאי עור, עיניים ואוזניים. חייבים ליצוק תוכן חשוב למשרד שתהיה לו השפעה על מה שקורה, כי אז זה מין טאבו של הר"י, שהמשרד ישפיע יותר ויקבל יותר, ונוכל להתארגן לעשור הקרוב, כי אז נמצא עצמנו עם פחות פנימאים וטראומה.

**דוברות:** יש פה עולם ומלואו, דברים ענקיים, השאלה היא עד איזה רמת רזולוציה תרדו?

**יעל:** זה לא הם, זה אנחנו צריכים לקבל את ההחלטה הזאת.

**ד"ר עזיז דראושה:** הרוב המכריע של התקינה במערכת הבריאות הוא במפתח גולדברג, והוא מאמצע שנות ה-70. מאז הדמוגרפיה השתנתה פלאים והמערכת הרפואית השתנתה, והמפתח הוא אותו מפתח.

**יעל:** זה גם עלה בפגישות עם הר"י, לא רק מחוצה לה אלא גם בתוכה.

**דוברות:** אני מחזק את דבריו. בישראל היום ממוצע רופאים לנפש הוא גבוה מה - OECD, ולמרות זאת מרגישים במקצועות מסוימים חוסר אקוטי ברופאים, ולדעתי זה תכנון. הרגולטור צריך להחזיר לעצמו סמכות בתכנון מקורות.

**ד"ר עזיז דראושה:** יש לנו יחסית שיעור סביר של רופא פר 1,000 נפש, אבל צריך גם רופאים גריאטריים, פנימאים, רופאי משפחה ופסיכיאטרים.

**דוברות:** כשאתה מגביל את רופאי העור, אתה מקטין את ההיצע שלהם והם יוכלו לדרוש יותר כסף על השירות שלהם. אם תגדיל את העוגה הכוללת תוכל להוריד מחירים.

**ד"ר עזיז דראושה:** אין לי בעיה שירוויח טוב, רק שיהיו יותר בשאר המקצועות.

**יעל:** אני מזכירה את העמדה של פרופ' רבקה כרמי בנושא נשים רופאות, במיוחד כשרופאים שנשים בוחרות רק ב- 4-5 מסלולים, מה שיצור מחסור הרבה יותר גדול בשאר המסלולים, מה שמחזק את הצורך בתכנון והכוונה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה אומר שחלק מהאנשים יפסיקו לעסוק ברפואה כי הם לא יגיעו למקצועות האלה. הם יעזבו וילכו לעבוד בחו"ל.

**ד"ר עזיז דראושה:** בקשר לתכנון לאומי וגם התחשבות והתאמה של השינוי הדמוגרפי באוכלוסיית הרופאים עצמה.

**יעל:** להערכתי, אני חושבת שאנחנו יכולים להגיע למסקנה ולהמלצה, ולהעביר את זה לביצוע. גם תכנון לאומי של כ"א והתמחויות, והייתי מוסיפה גם שינויים מגדריים במקצוע והעדפות. אני חושבת שזו הסכמה חופפת ללא ספק.

**דוברות:** הגדלת מספר הרופאים היא פרמטר חשוב לעניין התחרות והורדת המחירים, למי שחושב שזה יעורר ביקושים. עדיין אני חושבת שעברנו את הנקודה שיש לנו סכנה בעניין הזה.

**יעל:** אנחנו נשב הרבה על ניסוח, אבל זו מסקנה והמלצה שאנחנו יכולים להוציא לדרך, ולחשוב איך אנחנו מביאים אותה לידי ביצוע. אני יכולה לקחת את זה למשרד הבריאות, להקים צוות בשיתוף של הר"י שאי אפשר בלעדיו, שישבו ויעשו חשיבה מחדש.

**דוברות:** יש אנשים במשרד שעוסקים בזה ביום-יום, יש כתובת לזה.

**יעל:** נכון, אבל אין הגדרה ברורה, כמה יש מכל דבר.

**דוברות:** בישיבה במעלה החמישה סגרנו שנושא כ"א צריך ללעוס אותו יותר. גם אם לא נכנס לכמה רופאים צריך בכל דבר, אלא להתייחס לאמירה של תכנון.

**יעל:** על בסיס מספרים ונתונים.

**דוברות:** יכולות להיות המלצה בלי להיכנס לפרטים הקטנים אלא ברמת הניהול של המערכת.

**דוברות:** אלו המלצות שכבר התקבלו לא פעם ולא פעמיים, השאלה היא אם אתה רוצה לקבוע עקרונות.

**יעל:** אין ספק, הוא התכוון לבסס את זה על נתונים. אין ספק שאם נגדיר יעד הוא צריך להיות נכון. אנחנו חוזרים על זה כל הזמן ומדברים על כך שלהוסיף זו חוכמה קטנה מאוד, היותר גדולה היא להתייעל, איך אנחנו מתייעלים ועושים shifting? אולי יש בבתי"ח יותר מדי רופאי עור במחלקה מסוימת ופחות מדי במחלקה אחרת? אולי אפשר בתוכם לעשות הסטות? שנית, צריך להגיד דברים על עוזרי רופא, כתבתם "פרמדיקים". עוזר רופא יכול להיות פרמדיק וגם M.D.

**דוברות:** גם מזכירה רפואית זה חשוב.

**דוברות:** מיצוי הפוטנציאל של השדות הקליניים, ראינו את זה ברמב"ם. ניצול יעיל ומיצוי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** אוקיי, נקים צוות שכותב את הפרק הזה?

**דוברות:** אם מישהו רוצה להצטרף אני אשמח.

**יעל:** שתף את הר"י.

**דר' עזיז דראושה:** אנחנו איתך כי זה בנפשנו, ועומדים לרשותך.

**יעל:** המועצה הלאומית לכלכלה תשלח נציג גם כן.

**דוברות:** זה תכנון לטווח ארוך או לעכשיו?

**יעל:** לטווח ארוך. זה הצוות לניסוח מסקנות והמלצות כפי שדיברנו כאן, וזה מאוד ברור. החוכמה הגדולה היא ייעול עבודת הרופאים ולא הוספה בהכרח.

**דוברות:** האם טכנולוגיות זה משהו ששקלתם ופסלתם? חלק ממנה צריך לשמש גם לייעול זמן רופא.

**דוברות:** כן. זה מופיע.

**יעל:** במקביל אני מבקשת להקים צוות שייקח את ההמלצה הזאת ויתרגם אותה לביצוע, איך מבצעים, מה המשמעות של זה, האם זה נכון לבצע הורדת מספר הרופאים על חשבון עוזרי רופא ומזכירות רפואיות? זה סיפור של שנה לפחות.

**דוברות:** נכתוב טיוטה ונביא לדיון פה.

**דוברות:** אנחנו ממשיכים לתחנה הראשונה – רפואה ראשונית - מתייחסת לנייר. ב"רופא ראשוני" התייחסנו לרופא משפחה, ילדים ונשים, שצריך להיות במתכונת של case manager. הוא זה שמנהל את הטיפול, שולח לרופאים מומחים ומקבל מהם חוות דעת, מסתכל על האדם כמכלול. צריך מישהו אחד שרואה את המכלול. גריאטר הוא גם תחת ההגדרה של רופא ראשוני. יש לפחות 5 סוגים של case manager. למטופל יש גישה ישירה לרופא בלי לפנות ל – case manager, כדי לא ליצור בירוקרטיה.

**דוברות:** למה? איך את רוצה שינהל את ה - case בלי פנייה דרכו?

**דוברות:** אנחנו רוצים איזון.

**דוברות:** זה לא gate keeper.

**דוברות:** הוא מנקז את המידע ורואה בצורה הוליסטית את הטיפול.

**דר' עזיז דראושה:** דיברנו על מקצועות העור, האורתופדיה והנשים, שלא צריך רופא משפחה כדי לקבל הפנייה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אתם מניחים שהרופא כל הזמן עובר על case באופן שוטף. אם אתה מגיע אליו, אתה מכריח אותו להסתכל על ה - case שלך, אחרת אתה חושב שזה אוטומטי. זה מונע מצב שאנשים מגיעים לאורתופד שאומר שזה לא אצלו בכלל.

**ד"ר עזיז דראושה:** אם הוא יגיד אני לא חושב שזה הגב אני חושב שזה מפרצת, הוא יחזיר אותו לרופא המשפחה. הקטע הזה הוא רק בכדי שלא יעדר שעתיים מהעבודה בכדי ללכת לרופא משפחה כדי לקבל הפנייה לרופא עור. מדובר על דברים נקודתיים, וזה עובד כבר 10 שנים ויותר.

**דוברות:** אם לא, זה לחזור אחורה.

**דוברות:** זה קיים, אבל אני לא יודע אם זה עובד.

**יעל:** בואו נמשיך הלאה. אני מציעה שכאשר תרדו לניסוח ואבקש את זה, אני אבקש לשתף רופאי משפחה. לקחת רופאי משפחה ראשוניים, שניים-שלושה, ולראות איתם, כי הם יודעים יותר טוב.

**ד"ר עזיז דראושה:** אנחנו רוצים לשתף רופאי משפחה בקהילה ורופאים ראשוניים אחרים, וגם רופאים מקצועיים, להקשיב להערות שלהם. אנחנו חייבים ליצוק תוכן עם כמה שיותר הערות מקדמות, ולהוריד את החולשות באותו מסך.

**דוברות:** אני והן אמורות לכתוב על רופא משפחה, זה נראה לי קשור.

**יעל:** אני רוצה לחזור להמלצה הראשונה - רפואה מונעת ואורח חיים בריא - זה נושא גדול שלא דיברנו עליו כמעט בוועדה. אני שואלת את החברים האם אנחנו רוצים לגעת בזה בהמלצות?

**ד"ר עזיז דראושה:** אני במקום לגעת ולפרט ולהשקיע באורח חיים בריא שלדעתי זה מאוד חשוב, הייתי יותר משמח אם היינו נוגעים בנקודות האחרות שציינו, הריון ולידה וטיפת חלב וכו', במקום לפרט על אורח חיים בריא. מאוד חשוב לי ה - impact כוועדה, כמו סיעוד בבתי"ס.

**יעל:** אתה אומר דעה אחת, בוא נשמע אחרים.

**דוברות:** זה קשור למערכת החינוך והרווחה, אני חושבת כמוהו. זה משהו יותר הוליסטי בהסתכלות.

**דוברות:** אפילו שמנו את הפרט, זה לא רק מה שהוועדה מתייחסת אלא אחריות משולבת של כמה גורמים.

**דוברות:** זה אחד מחמשת העמודים של המשרד שהוא עוסק בהם בשוטף, וזה רוח גבית לעשייה הזאת, משפיע גם על תגבור בתקציבים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** יש פה עולם ומלואו וצריך להתייחס לעבודת הוועדה. יש לזה תכנית טיפול אינטגרטיבית לא רק במשרד הבריאות. מצד אחד זה נורא חשוב וחייב להיות מצוין, ומצד שני יש גבול, וראוי לומר שמשרד הבריאות מטפל בזה.

**יעל:** אתה מחזק את מה שנאמר. נציין הערה כללית שיש תכניות שמקדמות אורח חיים בריא בשילוב עם משרדים אחרים. רציתי לעבור על כל המלצה, לגבש החלטה ולעבור הלאה. ב – case manager, בכלל בנושא של רפואה ראשונית, אני השתכנעתי שזה אחד הדברים החשובים לשים עליהם דגש. זה ללא ספק צץ ועלה.

**דוברות:** שמענו עדויות על המצוקה הקשה וחשוב להתייחס לזה, במיוחד לילדים.

**יעל:** עכשיו זה ב – zoom, חיזוק הרפואה הציבורית, חזקו את הרפואה הראשונית ורופאי המשפחה. תיצרו מהרופא case manager, ממנו יוצאות ההמלצות ואליו חוזרות ההחלטות מרופא מומחה וביה"ח, והוא מחליט מה הלאה.

**דוברות:** זה גם למתג את רופאי המשפחה ולהחזיר את האמון בהם, וזה לא רק כלי לפני מומחה או ביה"ח. המטרה היא לנסות להחזיר כמה שיותר למודל של שנים קודמות, עם שיפורים והתאמות לזמן שלנו.

**יעל:** אולי כדאי גם לחשוב על התמחויות שם, שזה לא קיים היום.

**דוברות:** הוא גם gate keeper לצמצום הוצאות. החשיבות היא בעיקר כמי שמזרים את החולים למערכת האשפוזית.

**יעל:** החלטה יכולה למנוע אשפוז, ובוודאי שזה יכול להוות גם המשך לטיפול.

**דוברות:** זה מחזק את הקשר בין הקהילה לבתיה"ח. באחד מהדיונים הקודמים ציינו את התפקיד של רופאים בקשר שבין בתי"ח לקהילה בהעברת המידע.

**דוברות:** המודל מתייחס לתפר הזה.

**יעל:** האם יש מישהו שלא שלם עם המסקנה הזאת?

**דוברות:** הערה אחת – אם זה יכול לא להישאר רק ברמה ההצהרתית, אלא לצרף לזה כלים...

**יעל:** זה לא יהיה כמו אורח חיים בריא.

**דוברות:** אנחנו מאוד אוהבים את המונח case manager, אבל הוא חייב לקבל תוכן.

**יעל:** צריך לשבת לכתוב את הפרק הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** ציינו שצריך 3 סוגי תמריצים כדי לנתב את האנשים למקצועות האלה – פיננסיים, חברתיים ומקצועיים. לא ירדנו למה זה ממש.

**יעל:** יש הסכמה גורפת ואנחנו מתחילים לכתבו את הפרק. יש לך את הצוות ואתה חייב רופאי משפחה מהר"י, שנציגיהם הופיעו פה. אני נפגשתי עם רופאי משפחה צעירים, והלשכה תיתן לך אנשי קשר. היא אומרת שיש גם מחקר בתחום הזה, וגם לבנק ישראל. הוא אומר שיש כנס ים המלח על הנושא הזה.

**ד'ר' עזיז דראושה:** אני חי עם זה, לא צריך להמציא את הגלגל...

**יעל:** להתחיל לשבת לכתוב את המסמך, כמה זמן אתה צריך?

**ד'ר' עזיז דראושה:** שבועיים.

**דוברות:** עם ההערה שלה על תמריצים.

**דוברות:** אנחנו בתחנה בין רצף קהילה לבתי"ח. יש את ההמלצה של טכנולוגיה. זה לא רק קשר בירוקרטי של הסדרת תשלומים, זה צריך להיות מעבר, אבל לא הצלחנו לפצח את זה עד הסוף.

**דוברות:** לקופות יש נציגים בבתי"ח שעושים בקרה.

**דוברות:** צריך זרוע ארוכה ל – case manager בבי"ח.

**דוברות:** זה מה שקורה היום.

**יעל:** באוריינטציה כספית, הם מדברים על זרוע טיפולית.

**דוברות:** מה שקורה היום זה שיכול להיות שזו הדרך הנוהגת בבתי"ח, אבל אנשים אומרים לו שאתה לא יכול לעבור את הדבר הזה בלי מישהו שילווה אותך. זה בעיקר בהדסה ממקרים ששמעתי לאחרונה.

**יעל:** זה נפלא.

**דוברות:** לא, כי שולחים לשר"פ שהוא המלווה, אבל לא רציתי להכניס את השר"פ לפה בכלל. עצם העובדה שצריך מישהו שילווה אותך במקרה הזה כי הוא קצת מורכב. אני חושבת שרופא המשפחה צריך להיות משולב במערכת הזאת ויכול להיות...

**יעל:** רופא משפחה צריך להיות אינטרדיסציפלינרי.

**דוברות:** אומרים לחולה אתה חייב מלווה בעניין שלך, וזה גם הסיפור של חברות הביטוח.

**ד'ר' עזיז דראושה:** זה נמצא פה במלל, התייחסנו לזה.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** הנקודה הראשונה בדף פה שייכת ל – case manager. אנחנו חושבים שצריך להרחיב את הטיפול ברפואה המקצועית בקהילה, ופחות דרך בתי"ח כדי לצמצם אשפוז. מודל משולב של בתי"ח וקהילה יעזור לטייב את הטיפול בהקשר הזה.

**יעל:** האם אנחנו יכולים להמליץ שאותו נציג שקיים היום בבתי"ח עם אוריינטציה כלכלית, להרחיבה לטיפולית?

**דוברות:** לא, זה ממש לא אותו דבר. התפקיד המרכזי של הפונקציה הזאת הוא הצדקה של ימי אשפוז ולכן זה לא זה. אני חוזר לסוגיה ואני מנסה להבינה – אתם אומרים שרפואה מקצועית ניתנת היום בשני מקומות, בבתי"ח ובקהילה. אתם הייתם רוצים שאותו רופא מקצועי בקהילה יהיה גם בבתי"ח?

**דוברות:** אתה שואל אם זה פר case? יש כבר עכשיו מודלים כאלה.

**דר' עזיז דראושה:** אני חי את זה 30 שנה והייתי כזה. הייתי קרדיולוג של כל הצפון מטעם בתי"ח. רפואה מקצועית מתבצעת בשני מקומות כרגע, יש שניוניות ושלישונית כרגע. זה יכול להתבצע בבתי"ח, במרפאות חוץ ובקהילה. אנחנו אומרים שכדאי מאוד שיהיה תיאום, שחלק מהרפואה השניונית והשלישונית יצא לקהילה באופן מושכל. אתה לא יכול לרוקן את ביה"ח מרפואה שניונית ושלישונית כי איפה ילמדו המתמחים? צריך לעשות תיאום בין מערך האשפוז לקהילה. הוא יכול להיות רק יועץ או רופא בקהילה במשרה מלאה ולא עובד בבתי"ח, והוא יכול להיות רופא שעובד בבתי"ח ויוצא לססיות בחוץ, בבתי"ח. אנחנו אומרים שזה טוב וזה טוב. בכללית במחוז דרום הגישה המרחבית הוא שילוב, זה WIN-WIN.

**דוברות:** מה אתה רוצה לומר מבחינת המלצות הוועדה בנושא?

**דוברות:** יש את הנציג של הקופה שנמצא בבתי"ח, שמטרתו לבדוק האם יש הצדקה לאשפוז מצד אחד... אנחנו מדברים לא על אותה פונקציה שעושה שיקולים כלכליים ובטיחותיים, אלא פונקציה אחרת.

**יעל:** זה לא יכול להיות אותה פונקציה.

**דוברות:** פונקציה אחרת זה נציג של הקופה שזה לא אותם רופאים, וזה כן יכול להיות אחות לפעמים.

**דוברות:** הוא הלך למקום יותר רחוק.

**דר' עזיז דראושה:** נכון, וזה עובד מצוין.

**דוברות:** זה אומר אמירה נורמטיבית של איפה המכשיר הבא יתמקם.

**דר' עזיז דראושה:** הקהילה נותנת להם הרבה תקנים, אני יכול לספר 15 בתי"ח בהם רופאים שלהם נותנים שירות בקהילה, אנחנו מעודדים את זה ולא כופים. חלק מהקרדיולוגיה והגסטרואנטרולוגיה יצאו החוצה. זה עובד מצוין ורק צריך לעודד את זה.

**דוברות:** הסוגיה הזאת של בקרה ופיקוח נשים את זה שניה הצד. אנחנו מדברים על רפואה מקצועית במיקום הנכון, היום זה בבתי"ח ובקהילה. יש עמדה שאומרת שזה צריך להיות בקהילה, כי ברגע שזה נעשה בבתי"ח זה עודף





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שימושים. עוד דבר שקורה שהפיתוח של שירותים הוא סלקטיבי לפי עלות. יש פה סוגיה וצריך להתמודד איתה, ואיך אנחנו מארגנים באופן יעיל את העבודה של הרפואה המקצועית בבתי"ח ובקהילה.

**דר' עזיז דראושה:** אתה צודק, צריך לעודד ולתאם. שמענו את פרופ' אמבון שאומר שאפשר לתאם שבצפת כל הקופות ישתמשו במכשיר מסוים...

**דוברות:** זו כבר המלצה שלישית, כדי למנוע תשתיות כפולות ומשולשות..

**יעל:** הוא נכנס לנושא הזה שאתה פירטת אותו כרגע, אבל שמעתי את הרצון שלכם ליצור קשר ברצף הטיפול של המטופל בין קופ"ח לבי"ח. לשם כך צריך בנוסף לאוריינטציה הכספית עוד איש קשר.

**דוברות:** זה לא ליצור פונקציה נוספת אלא מערך מידע טוב. פונקציה נוספת זה בירוקרטיה נוספת.

**דוברות:** אני לא מרגיש שאנחנו מבינים בנושא הזה מספיק כדי להחליט. הוא מכיר את המערכת פרפקט וחי אותה 30 שנה, אבל רובנו לא מכירים עד כדי כך את המיקרו. אני לא יודע אם צריך פונקציה כזאת לא כלכלית, ולכן זה מיקרו מדי לוועדה. יכול להיות שניתן המלצה והיא לא תהיה טובה, כי אנחנו לא מכירים הכל.

**יעל:** השאלה היא האם רצף זה עוד פונקציה או לא.

**דוברות:** השאלה היא האם הוא חוסך ימי אשפוז בגלל שהוא מייעל את לוי"ז הבדיקות, זה כן במאקרו. לפעמים יש אינטרסים שונים של הקופה לעומת ביה"ח בפן המקצועי.

**יעל:** אני לא רוצה לעבור על שורה בלי שנקבל החלטה. גם אם נאמר שאין בינינו תמימות דעים.

**דוברות:** אנחנו אמרנו שיש דברים שהוועדה מייחסת להם חשיבות. אני מציעה שאנחנו נמצא את התמהיל הנכון של הדברים. כאילו כדי לרצות כל מיני נושאים, אנחנו אומרים דברים ולא אמרנו כלום בעצם.

**יעל:** את צודקת במאה אחוז.

**דוברות:** עדיף לעסוק בפחות נושאים ולהיות מאוד רציניים.

**יעל:** כן, כמו פסיכיאטריה. זה מה שאנחנו עושים מתחילת הבוקר הזה.

**דוברות:** אם אתם יכולים לגעת בנקודות המעברים כשזה נוגע להתאמת גורם מטפל בבית. מצב שבו אדם יוצא אחרי ניתוח ואין מטפל זמין, זה דורש חיבור לרשויות רווחה, לביטוח לאומי ולמציאת עובד סיעוד.

**דוברות:** יש לנו את זה.

**דוברות:** אני מציפה את זה כי אנחנו יודעים שאנחנו הולכים למקום של הזדמנות מואצת, וצריך לתת מענה לזה. נקודה שאני לא יודעת אם אנחנו צריכים לצלול לזה, אבל שווה להזכיר את זה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** כל הנושא של הזקנה זו משימה לאומית. אני טוענת שצריך להקים כוח משימה לאומי לנושא הזה שמדבר על רווחה, חינוך, ביטוח לאומי, בריאות, המשרד לאזרחים ותיקים, ועוד ועוד, וודאי שלא נדון בזה. לא נוכל לדון בנושא ההזדקנות, ואני כבר אומרת שזה יהיה בחוץ. זה נושא רחב מאוד.

**דוברות:** לגבי הרצף – אנחנו רוצים צוות שירכז המלצות בנושא הזה ויגיש משהו?

**דר' עזיז דראושה:** התחלנו ונמשיך גם בזה, נרתום אנשים נוספים.

**יעל:** בתפר יש לך גם את מוקדי הרפואה הדחופה שלפני המלר"דים וגם אשפוז בית. אחרי שנגמור את הכל נגיע לתפר.

**דר' עזיז דראושה:** קו התפר – בנייר. יש וועדות שהשרה מינתה לעסוק בזה. הגשנו טיוטה לשרה של 23 עמודים תוך חודש. לא הכנסתי את הפרטים, אבל אנחנו מדברים על מקום מאוד רגיש, הן ברמה רפואית והן ברמה הביטחונית. אנחנו בודקים כ- 3 מיליון מקרים בשנה במחלקות לרפואה דחופה בארץ - 70% משתחררים הביתה, 35% מגיעים ללא הפנייה, הרוב הולכים הביתה אחרי יום אחד. הוועדה באופן גס הגישה מסקנותיה לשרה והתייחסה ל- 3 נקודות חשובות באשפוז – in-house, input ו- output. התייחסנו לתקינה, מיטות, סיעוד, כיסוי המחלקות 24/7 ומיטות אשפוז, וה- output הוא בשני כיוונים - לכיוון המחלקות זה 30% שמתאשפזים, דפוסי עבודה שטעונים שיפור, וכלפי חוץ זה משתחררים, בין אם זה אוכלוסייה מבוגרת או לא. המסקנות אצל השרה, ומשם ניצוק תוכן רב לתוך הרפואה הדחופה.

**יעל:** אין צורך לשבת על זה, כאן נפנה למסקנות וועדת אור.

**דוברות:** זה כולל מרכזים בחוץ כמו "טרם"?

**דר' עזיז דראושה:** כן, זה חלק מזה. הצענו כל מיני סוגיות של טיפול.

**דוברות:** 3 מיליון זה כולל את אלה שמגיעים ל"טרם"?

**דר' עזיז דראושה:** לא, רק לבתי"ח ציבוריים.

**דוברות:** יש התייחסות לפריסה?

**דר' עזיז דראושה:** כן, כחלק מהפתרונות.

**דוברות:** הסדרי בחירה בין ספקים – נקודת קצה אחת זה היעדר בחירה והשנייה זה בחירת רופא מנתח שקיים בבתי"ח פרטיים. אל תוך הספקטרום הזה ניתן להוסיף עוד 2 נקודות – בחירה בבי"ח ולא בתוך הצוות שבתוכו, ובחירה מתוך אשכול רופאים שעל פי המודל הזה זה פול טיימרים כמו ברמב"ם, ואתה לא בוחר ברופא מנתח אלא במי שנוכח בחדר. המטרה היא לא לפגוע ברפואה הפרטית אבל כן לחזק את הציבורית, ולצמצם את הפער בין סוגי בתי"ח, ולאפשר בחירה של נוכחות של רופא מתוך אשכול, כשלמערכת מטרה לתמרץ את הרופאים הללו להישאר במערכת הציבורית. אנחנו גם לא פוגעים במתמחים כי הם יכולים לעשות ניתוחים, מתמחים את הרופא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

בשכר וביוקרה. אז הפער בין הפרטי לציבורי מצטמצם משמעותית, וזה בחינם, ניתוק הקשר הכלכלי בטיפול הרפואי בין החולה לרופא המטפל.

**דוברות:** הסדרי הבחירה – (מקריאה מתוך הנייר).

**דר' עזיז דראושה:** הכוונה לבחירה בין בלינסון לשיבא למשל, כי בלינסון ומאיר שניהם של הכללית.

**דוברות:** יכול להיות שיהיה מטופל מבוגר שגר בטבריה והמשפחה שלו גרה במרכז, והוא יוכל ללכת לבי"ח שם.

**דוברות:** יהיה לך בי"ח באזור הגיאוגרפי שלך וגם מחוצה לו. הקופה חייבת לתת לך אפשרות לבי"ח שהוא מחוץ לקופה. זה הסדר בחירה מספק לפחות. זה אומר שיהיה לו בי"ח באזור של טבריה וגם בי"ח לבחירתו מחוץ לטבריה. לא בחירה בלתי מוגבלת.

**דוברות:** אני גרה בבי"ש, ועכשיו הסדרי הבחירה שלי הם מה?

**דוברות:** באיזה קופה את?

**דוברות:** כללית.

**דוברות:** הסדרי הבחירה אומרים שאתה צריך בחירה בבי"ח מחוץ לאזור הגיאוגרפי שלך. לא ירדנו לאיזה. בנוסף זה יוכל להיות בי"ח שלא של הכללית. אי אפשר שכל הסדרי הבחירה שלך יהיו של הכללית, תהיה חייב להציע בי"ח אחד שלא של הקופה. צריך לטייב את זה.

**דוברות:** ומה לגבי ההתחשבות בין בתי"ח?

**דוברות:** לא נגענו בזה.

**דוברות:** בחרנו לא לבטל את הסדרי הבחירה בכלל, כדי לא לעשות הפיכה מושלמת. אנחנו לא מבטלים את הסדרי הבחירה.

**דוברות:** המטרה היא למצוא את המודל הראוי והטוב לאספקה, ואת המימון להתאים אליו.

**דוברות:** אני לא מדבר על מימון אלא על התחשבות. אתם רואים בזה משהו חיובי?

**דוברות:** כן.

**דוברות:** אם זה מרסן הוצאות בואו נעשה את זה ברמת מדינה. רק רציתי להבין את העניין.

**דוברות:** (ממשיכה להקריא מהנייר).

**דוברות:** למשל למחלות ספציפיות אתה רשאי לבחור בבי"ח הזה ולא בזה. זה קיים גם היום.

**דוברות:** (ממשיכה בנייר).



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** בשביל זה לא צריך מרכז זימון אלא מרכז ידע.

**דר' עזיז דראושה:** נכון, מרכז מידע.

**דוברות:** לא צריך להקים עוד מרכז זימון תורים בכל בי"ח, כבר קיימים כאלה.

**דוברות:** בסדר, הרעיון הוא שזה יהיה מקום אחד, שקוף ונגיש.

**דוברות:** הוצג בסדנא רעיון של מרכז לרשות אשפוזית, ואפשר יהיה לחבר בין הדברים.

**דוברות:** עשו מרכז מידע אחד לתחבורה ציבורית למשל.

**דוברות:** זה מרכז מידע ולא תפעול.

**דוברות:** עוד הבהרה – במידה ובתיה"ח שהקופה עובדת איתם לא עומדים בסטנדרטים שקבע המשרד, הסדרי הבחירה נפרצים.

**יעל:** זו הסנקציה הטובה ביותר.

**דוברות:** זה משהו שמגיע ממערכת בפורטוגל ביחס לקיצור זמני המתנה לניתוחים. שם קבעו סטנדרטים, ורופא שקשה לקבוע אצלו זמני המתנה, התרכזו בכמה אנשים ממתנינים לניתוח במקום למדוד כמה זמן ממתנינים לרופא.

**יעל:** וזו מערכת ארצית לאומית? מי מנהל אותה?

**דוברות:** כן, רשות ארצית לבריאות.

**דוברות:** היכולת של מערכות ממשלתיות לתת שירות לאזרח היא לא מדהימה, לוקח להם הרבה זמן לקום, אני לא ממליץ על זה. על מידע כן. אם יש לך שביתה של עובדי ציבור מה אתה עושה? עיצומים?

**דוברות:** בגדול כשאני מסתכל על ההצעה שלכם, אתם ממליצים לאפשר יותר בחירה כאשר אתם מציגים אופציה אחת באזור, שנייה מחוץ לבעלות של קופה, ומרחיבים לחלוטין כאשר יש בעיה של תורים. 2 הערות – אני חושב שנושא של תורים כנושא שווה התייחסות ספציפית יותר עמוקה, שם יבואו תמריצים לקיצור תורים ובין השאר הסדרי הבחירה ופריצה שלהם. שנית, כמובן שבסוף אנחנו רוצים לעשות ממצאים אינטגרטיביים שמדברים אחד עם השני, וזה חייב לדבר אחד עם השני בקטע של התחשבות.

**דוברות:** הם לא רצו לדבר על התחשבות.

**דוברות:** הייתי שם פה פלטפורמה של תקנות של הסדרי הבחירה, ואז אם נאמץ את זה אני לוקח מה שהוא אמר, בוא נתאים את ההתחשבות להסדרי הבחירה שאנחנו רוצים, ולא הפוך. תדעו שנצטרך לדבר על זה בשלב מסוים ויש לזה עלות כלכלית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** גם הסעיף מקודם של case manager ותמריצים, זה חלק בלתי נפרד.

**דוברות:** גם יכולות להיות לזה השלכות שאנחנו לא צופים מראש, שיהיו בתי"ח שיהיו להם פחות ביקושים ונצטרך להתמודד עם זה. אם הסדרי הבחירה ירוקנו את פורייה...

**יעל:** יש לנו מספיק בתי"ח כדי שזה לא יקרה.

**דוברות:** אנחנו מדברים גם על איכות השירות ולא רק על התמחות של ביי"ח.

**דוברות:** אני רק אומרת שההמלצה על הסדרי בחירה צריכה להיות מלווה בחיזוק של כ"א בבי"ח.

**יעל:** אם אנחנו מתחילים מהסדרי בחירה התהליך יהיה תוך כדי. אומרים שאין הרבה בתי"ח בצפון, ובעצם יש הכי הרבה בתי"ח בצפון. יש את הנצרכיים שלא מגיעים אליהם בכלל. אם הם יתמחו במשהו, זה יהווה תמריץ לאחרים להתמחות במשהו אחר. זה לא הסוף, זו ההתחלה, וזה יתחיל מהלך. אני מתייחסת למה שאמר, ברור שנצטרך לדבר על המימון והתמחור, אבל אם אנחנו קובעים את זה כהתחלה וכבסיס, כאשר הקופות באות לתמחר ולתת הערכות הן יאלצו להתפשר על אחוזי הנחות הרבה יותר קטנים, כי הן יבינו שהן צריכות לתת מענה.

**דוברות:** השליטה שלהם בנושא השגת הנחות נחלשת.

**יעל:** בדיוק.

**דוברות:** זה מעצים את העזרה אל מול הקופה של המערכת.

**דוברות:** אני חושב ששקיפות זה מאוד חשוב, ואולי אפילו סקרי שביעות רצון. השרה אמרה שנוריד את כוח המיקוח של הקופה ויקבלו פחות הנחות. זה לא הולך ביחד עם case manager וטיפול בקהילה.

**דוברות:** זה איזון.

**דוברות:** אם הקופה תקבל פחות הנחות זה פחות כסף להעביר לבתי"ח.

**דוברות:** זה לא נגזר, יש אלטרנטיבה אחרת.

**דוברות:** התמהיל או העוגה יעבור יותר מהקהילה לאשפוז. לעניין הסדרי בחירה – מי שהיום במכבי ובמאוחדת יש הסדרי בחירה פתוחים. אתה יכול לעבור היום בין בתי"ח ותגידו שאין שקיפות. אני כן מאמין שברגע שיש יותר שקיפות, תבוא לקופ"ח שלך ותגיד אני רוצה את התור, ואם תרצה יעבור קופה. משרד הבריאות הקל מאוד את האפשרות של המעבר, אפשר היום לעשות את זה באינטרנט, אין כמעט חסמים, רק בסיעודי וגם בזה מטפלים.

**דוברות:** אם המנגנון שאתה מציע עובד, אתה אדיש למעברים.

**דוברות:** היום אין שקיפות והציבור לא יודע. הציבור בור היום במערכת. אנשים בטוחים שקופ"ח זה לא חינוך אלא גוף למטרות רווח. הוא משלם על פלטינוס, וכשאין שקיפות אז הוא לא יודע שהוא יכול לעבור קופ"ח. אני היום גר בירושלים ויכול לעבור בין שערי צדק להדסה, ואז אני מסרס את הקופה. השאלה מה זה אזור גיאוגרפי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** לפחות בי"ח אחד ולא כל מה שבאזור הגיאוגרפי.

**יעל:** אתה שואל מה זה אזור בחירה.

**דוברות:** כן, צריך להגדיר את זה. לעניין של זמן סביר - הייתי נוהר, יש חוסרים ברופאים והייתי נוהר בעניין הזה. לעניין של אישור הסדרי בחירה על ידי השרה – הכנסת קובעת היום CAP, וחוק ה - CAP הוא ברירת מחדל להתחשבות. אנחנו כן קובעים התוויה ורוח של ההסכם, אין הרבה גמישות ובטח שלא באחרון שנקבע. לתת לשוק לעשות את שלו זה לדעתי טעות. אל תשכחו שיש בתי"ח חלשים במרכז, וזה עלול לסגור את וולפסון.

**יעל:** אלא אם כן יהיו התמחויות והתמקצעות.

**דוברות:** בוולפסון יהיו תורים קצרים ואז יזרמו אליו ביקושים.

**דוברות:** תור אתה קובע לפי איכות ולא לפי אורך תור.

**דוברות:** זה כמו שאי אפשר להשוות בין בריאות לסלולר, אני חולק על ההשוואה הזאת. הקושי לעזוב רופא הוא פסיכולוגי, ואם אנחנו מחזקים זה לא מתחרה ב - case manager, אתה מחזק את הרופא בתפיסה שלו בחברה ואת הנציגים של הקופות בתוך בתי"ח. אתה מאזן בהעצמת האזרח במערכת ונותן לו כלים לפעול, הוא יכול לעבור קופ"ח.

**דוברות:** לגבי שקיפות אני גם חושב שזה חשוב. מערכת מרכזית שתרכז את המידע על אורכי התורים במערכת, תוכל לפרסם נתונים פר קופה. (נותן דוגמאות באחוזים על פריצה של הסדרי בחירה).

**דוברות:** אלא אם כן זה יהיה signal לרופאים טובים יותר.

**דוברות:** גם כשהם שולחים לבי"ח תהיה להם אחריות כמה זמן מטפלים בהם. סוגיה נוספת שהתלבטנו זו סנקציה בעניין תורים ארוכים, כי לא הכל בקביעת סנקציות לקופות זה על זמני המתנה, וצריך לדבר על זה.

**דוברות:** דיברנו על אבני בניין של מודל. אתה לא יכול לדבר על חיזוק הקהילה בלי לדבר על case manager. אתה מניח שהפנייה לאשפוז תהיה אותו דבר, כי אולי ימנעו חלק מהאשפוזים.

**דוברות:** אמרתי שהיא תשלם יותר כי ההנחה תקטן על אותו שירות.

**דוברות:** התמחור יהיה אחר.

**דוברות:** תחשוב שזה הכל יחד, רצף טיפול.

**דוברות:** כשאני מצלצל לחברת סלולר הוא יכול לתת לי הנחות לפי כמה שהוא רוצה לשמר אותי, אותו דבר גם בפנסיה, הוא יכול לתת לי אישית. השאלה אם לקופה יש אפשרות לתת לי ספציפית או שזה אחיד לכולם?





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** זה כבר נושא השוויון ואנחנו עוצרים את זה. הם מנסים לעשות את זה.

**דוברות:** אנשים עוברים בסלולר כי יש אפשרות להתמקח, אין הקבלה בין שני המקרים. כשפתחו את הפנסיה לתחרות הייתה הנחה שהתוכנו איתה, וצר לי להגיד שצדקנו. התחרות הביאה למצב בלתי אפשרי שכולם רצים להצעות קצרות טווח. אחרי הכל אין מעברים כל כך בפנסיה ובקופות חולים. גם אדם עם ילדים והורים שנמצא בסביבת רפואית מסוימת, אני לא מעלה על הדעת שאני יכול לעבור קופה אם אותו רופא לא מקבל בקופה האחרת. אני מעלה טיעון יותר כופר על כל ההנחה של selective contracting, שהמעבר תורם ליעילות המערכת. אנחנו למעשה משאירים מערכת גרעונית ואומרים עכשיו תריבו. איפה שיש לקופה יתרון שוק, היא לוחצת את בתייה"ח עד לקצה ואז צריך לכסות להם גירעונות, ואיפה שיש לביי"ח יתרון - הוא לוחץ את הקופות. אני אומר שיש פה שיטה שניתן מחירי DRG שהם מקסימום, ואז ניתן להם לריב. היא לא נותנת יותר יעילות אלא נותנת לכוח מונופוליסטי למשוך את הרווחים לעצמו. אם אנחנו רוצים לעשות שינוי זה במערכת ההתחשבנות, מתוך ראייה שקופי"ח כללית היא 90% מהשוק ואנחנו רואים שרוטשטיין אומר שלאומית יכולה להזיז בנק של חולים בהתראה קצרה וכללית לא יכולה למנוע את זה, והוא אומר שאפילו מישהו קטנציק יכול להזיז כי הוא מקבל הנחות והוא מאוד מאורגן. אני לא רוצה שכוח מונופוליסטי יקבע את העלויות.

**יעל:** זה כל היבט המימון וההתחשבנות. בוודאי שאלה דברים עקרוניים וצריך לדבר על זה.

**דוברות:** אני חושב שהטענה של selective contracting שהוא מביא ליעילות, לא בטוח.

**דוברות:** לגבי הכוח היחיד של קופות ובתי"ח באזור בארץ, זה באמת נטול הגיון, לא בגלל שמשוה השתנה בכושר הייצור אלא בגלל שיש כושר ייצור גדול יותר או פחות באיזה מקום. שנית, אם המעבר של הקופות עובד כמו שאתה מתאר את זה, גם אם זה היה שקוף אתה אומר שזה מעלה את העלויות של הקופות. אם המעברים היו עובדים, אתה אדיש לסוג ביה"ח והקופה. התוצאה היא אותה תוצאה, לכן אני לא מבין את הטיעון.

**דוברות:** אני רוצה לבחור ביי"ח אחר מאשר זה שהכללית נותנת לי, פיזית זה אותו דבר, אחרת אעבור למכבי והיא תיתן לי ללכת לשיבא, בהינתן שהמחירים זה אותו דבר.

**דוברות:** ההנחות ירדו ואתה מחזק את האשפוז על חשבון הקהילה.

**דוברות:** הוא צודק כשהוא אומר שהקופות ישלמו יותר, אבל זה לא יהיה על אותו מוצר. התמריצים שלהן זה לקנות את הדבר הזול ביותר, ואומרים התמריצים היום לקנות את הדבר האיכותי ביותר. אם אתה רוצה לקנות שעון יותר טוב שמחזיק הרבה זמן זה עולה יותר, וזה בסדר בניסיון לשפר איכות.

**יעל:** בזה אתה מצדיק אותו שהוא אומר שזה יעלה יותר. אתה אומר נשלים יותר על מוצר איכותי.

**דוברות:** האיכות והיעילות יעלו.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אתה מדבר על חופש בחירה מוחלט אבל לא בספק השירותים. מי שלא מרוצה שיעבור קופה, אבל שיעור המעברים הוא נמוך ואתה לא עושה את זה על שימוש בבי"ח.

**יעל:** כי אתה משתמש בבי"ח מעט מאוד וברופא הרבה יותר.

**דוברות:** אנחנו נמצאים במצב בו האזרח רוצה הרבה יותר חופש בחירה בכל תחום בחיים. למה אנחנו נותנים חופש בחירה בספק כאמצעי לקצר תור או לשפר איכות? אנחנו רוצים למנוע מצב שבו הקופה מטרטרת חולים כדי לחסוך בעלויות, והדרך היחידה היא חופש בחירה מוגבר לאזרח.

**דוברות:** זו דרך אחת, אולי יש עוד.

**דוברות:** אנחנו ערים לעלויות הכלכליות ולסיכונים של ביקושים שירוכזו במקומות מסוימים, ולכן אני מקווה שבהמלצותיכם, ואני מתחבר למשפט של בחירה לא כן או לא אלא ברצף רחב יותר, והמטרה היא לצאת כשמידת חופש הבחירה גדולה יותר אבל עדיין לא אינסופית ולא מוחלטת, ותמצאו את הדרך לעשות את זה.

**דוברות:** אמרת משהו שהדליק לי מנורה – במצב הקיים שהקופות מטרטרות את החולים ולוחצות את בתיה"ח, התשובה היא לא חוסכים עלויות אלא מחזקים את המערכת הפרטית.

**דוברות:** פוגעים בחולה ומסיטים אותו לבי"ח פרטי.

**דוברות:** ברמה הלאומית לא חוסכים עלויות, והמערכת נבחנת ברמה הלאומית.

**דוברות:** אני לא מקבל את דבריך – יש פרוצדורות ספציפיות שהקופות לא נותנות לך זמינות ודוחפות אותך לפרטי. צריך לבדוק באיזה פרוצדורות התמהיל פרטי-ציבורי הוא לא סביר, ולעשות בהם טיפול נקודתי. זה לא אומר שבגלל שהן קיימות, הקופות רוצות לדחוף אותך לפרטי.

**יעל:** זה קורה מבלי שהן רוצות.

**דוברות:** בסוף ה – DNA זה לתת לך שירות בריאותי טוב, אין לה שום אינטרס לתת שירות גרוע ולחסוך כסף ובתור עובדה הן בגירעונות.

**דוברות:** טוב, בעיניי זה לא טוב בעיני האזרח.

**יעל:** אנחנו קיבלנו את הרושם שמערכת התמריצים שלנו כלפי הקופות גורמת להן לתת רפואה פחות טובה. התמריצים מובילים אותן לשם, ועל ידי כך הקליינטים בורחים מהציבורי לפרטי. אף אחד לא אומר שיש כאן כוונה רעה, אבל אנחנו כמדינה הסטנו אותם לשם. אנחנו לא משלימים את מדד יוקר הבריאות, וזה חלק מהתמריצים.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** זה לא תמרצים. אנחנו נותנים להם מימון חסר ולכן הם נותנים רפואה לא טובה. זה לא שמתמרצים אותם לתת רפואה לא טובה.

**יעל:** לא, אנחנו מביאים אותם לתוצאה שאף אחד לא רוצה אותה, כתוצאה ממערכת התמרצים הנוכחית.

**דוברות:** אז בואו נדבר על מערכת התמרצים, כי חשבתי שמימון לא מספק זה העניין.

**דוברות:** אנחנו רוצים לסיים כאן את ההצגה למרות שעוד לא הצגנו את כל המודל, בעיקר כי עד לכאן אנחנו יחסית שלמים עם זה. בהמשך נציג את מערכת האשפוז והעקרונות שצריכים להחיל עליה, שחרור מאשפוז, חזרה לקהילה ושיקום, לסגור את המעגל של הרצף ואת הנושא של פול טיימר. כאן עוד יש לנו את בחירת הרופא ונרחיב על זה בהמשך. נתייחס גם להערות שלכם.

**דוברות:** דיברנו על הדברים העיקריים בסדנא, אבל עוד לא הספקנו להתעמק מאז.

**דוברות:** הם בנו ניתוח שהוא יציג אותו לנושא מקורות המימון, ואחר כך עבודה שהוא עשה על מיטות אשפוז.

### **\*\* מציג שני בפני הוועדה: פרופ' גבי בן נון. מיטות אשפוז. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

**פרופ' גבי בן נון:** תודה. אני מראש מתנצל, לסיפור הזה יש זקן מאוד ארוך, ולחלק זה יהיה לחזור על הסיפור. אנסה במיטב יכולותיי שלא תשתעממו. ב-95' הוגדר סל כזכאות בחוק, פירט את מה שפירט, והוגדרו זמן, מרחק ואיכות סבירים. למול הדבר הזה יש את סיפור של העלות של הסל – במצגת. המדינה אומרת לא משנה מה יקרה, את הכסף הזה אתן לקופה. במחויבות הזאת צריך גם מקורות כספיים כי כדי לתת את הסל הזה צריך כסף. כל זה כמובן היה מוגדר לאותה תקופה, ב-95' הייתה אוכלוסייה של 5.5 מיליון נפש. הקופות באותה תקופה הוציאו בערך את אותו סכום, הייתה חריגה של 100-200 מיליון. זה שידר לקופות זה מה שתקבלו, ואם תעשו יותר זה על חשבונכם. זה כולל את כל המקורות של החוק.

**דוברות:** זה לא מתאים 5.5, לדעתי היינו יותר.

**דוברות:** בממוצע 5.3, אפילו פחות.

**דוברות:** תוכל להסביר איך נקבע המספר הזה? מה היה ההיגיון המספר של המספר?

**דוברות:** המספר הזה לא בחוק.

**פרופ' גבי בן נון:** זה מספר ולא אפרט הרבה עליו, הוא לא נורמטיבי. זה היה מבוסס על הגודל של נפח של הוצאות בעבור סל נתון, וזה הגיע למספר קיים. כמובן שהקופות רצו הרבה יותר והאוצר כמה שפחות. זה היה הסכום ואני לא מתווכח עליו, הוא נקבע. הקופות עמדו בזה במידה רבה ורצו עם זה. האוכלוסייה גדלה עם השנים, והיום זה לא מספיק ל-8 מיליון איש, ויש צורך במנגנון עדכון דמוגרפי והמחירים משתנים כל שנה. המרכיב השלישי זה עדכון טכנולוגי. בדרך כלל כשאנחנו מדברים על שיפורים הם מוזילים תהליכי ייצור ובבריאות הם דווקא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

מייקרים, זה מרכיב שלא כולם ערים לו וזה חלק מכלכלת בריאות. יש פה דמוגרפיה וטכנולוגיה וזה מלווה אותנו מ – 95 ועד היום, ויש מחלוקת על המרכיבים האלה כולם. מהות המחלוקת מורכבת מ – 2 חלקים: מקדמי עדכון – כמה באחוזים אתה נותן פיצוי למקדמי מחירים לטכנולוגיה? הסוג השני של הוויכוח זה אופן העדכון – האם אתה מעדכן בחקיקה או שזה נתון למו"מ כל שנה. אלה סוגי המחלוקות מבחינת משפחות המחלוקות, היקף ואופי שלהן. נפרט מרכיב-מרכיב – מי שמסתכל על החוק ולא אכנס ללמה זה נקבע, נאמרה אמירה דקלרטיבית שעלות הסל מחייבת בעדכון דמוגרפי שייתן ביטוי לגידול באוכלוסייה ולהזדקנות שלה, אבל החוק לא אומר ממד כמותי. אם נסתכל על כמה גדלה האוכלוסייה והזדקנה וכמה המערכת קיבלה פיצוי על כך, ברמה העובדתית המערכת קיבלה כ – 60% מהשינוי הדמוגרפי. אם המדינה גדלה בשנה ב – 160 אלף איש, הפיצוי שניתן היה 0.6 כפול 160.

**דוברות:** אמרת שחייבים לעדכן דמוגרפיה, אבל לפי החוק אפשר להשאיר את זה 0 כל שנה.

**פרופ' גבי בן נון:** האופציה כוללת 0 לפי החוק.

**דוברות:** זה כפוף לפרשנות משפטית.

**פרופ' גבי בן נון:** בשלב זה העובדות אומרות את העובדות הללו. יש לנו את קובץ הביטוח הלאומי שסופר נשים מתוקננות לפי גיל, וזה לא אינטרסים אלא תשתית המידע שלנו. סופרים כמה המערכת קיבלה כסף, והתוצאה היא כ – 60% ולא אעמיק יותר מדי.

**דוברות:** זה לפי תיקון הזדקנות ולא עלויות.

**דוברות:** ב – 2013 ניתן פיצוי מדורג עולה כאשר ב – 2014 זה עולה ל – 1.5, 1.55 ב – 2017, ואנחנו מתקרבים לתקנון האמיתי, וזה מצמצם את הפער ולא מחסל אותו. מי שלא יודע, הגידול הוא 1.9 כל שנה.

**יעל:** אפילו 2.2.

**פרופ' גבי בן נון:** אני מנסה להיות מינימליסט ולומר שיש גידול אוכלוסייה, ויש פיצוי בפועל שהוא פחות מזה. בעבר זה היה 60%, היום טיפה יותר אבל עדיין פחות. הנקודה החשובה היא האפקט המצטבר של המנגנון החלקי הזה של עדכון דמוגרפי, ואנחנו 18 שנה אחרי החוק והפער הולך ומתרחב. המשמעות שלו כיום היא כמעט 17%. כדי לתת לכם היקפים כספיים של זה, זה שווה בערך 5.1 מיליארד ש"ח. לקופות יש היום 5 מיליארד ש"ח פחות כדי לתת את אותו היקף שירותים נתון, באיכות ובזמן סביר. זה הכי פשוט שיש, אפשר לעשות הרבה תיקונים ולשכלל, זו הרמה הכי בסיסית.

**יעל:** זו הנחה שאנחנו חושבים שצריך לעדכן את זה ביותר, יש כאלה שאומרים רק ב – 10%.

**פרופ' גבי בן נון:** אני לא אומר כמה, רק משקף לכם עובדות, אחרי זה עמדות.

**דוברות:** ככל שאתה יותר גדל, העלות הממוצעת שלך יורדת. ככה זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני ביקשתי להעביר לאוצר, לבנק ישראל ולמועצה הלאומית לכלכלה כל אחד הערותיו על הנתונים.

**פרופ' גבי בן נון:** בנק ישראל כתב על זה לפני חודש. השחיקה הזאת, מבלי להיכנס לקטע של שולי או לא, הטענה המרכזית היא האפקט המצטבר של השחיקה. אם זה נספג על ידי התייעלות זה סביר, אבל השאלה היא מה קורה ברצף של שנים והפער ימשיך וילך, נצמצם את הפער אבל לא את השיפוע (מהגרף). הקטע השני הוא עדכון מחירים והקטע הזה הרבה יותר ספציפי בחוק הזה, והוא יצא את מדד יוקר הבריאות בקטע הזה, שכולל את הנושאים בהם אתה מודד את עליית המחירים ואת משקלם היחסי של כל מרכיב. מה הבעיה כאן? שמי שמסתכל על הסל הזה של המרכיבים של המדד אל מול תשומות ההוצאה של בתי"ח, מגלה שזה לא אחד לאחד. הדוגמא הכי מוחשית והמרכזית לנושא הזה זה תעריפי האשפוז, שלקופות זה 42% מההוצאה כשהן מוציאות 58% על הקהילה, וזה מרכיב מרכזי והוא לא נמצא במדד, רק באופן עקיף וחלקי. בוצע כאן מהלך של תיקון לאט-לאט אבל לא מספיק. גם כאן השינויים האלה צמצמו את הפער ולא ביטלו אותו. לקחו את הקופות ואת הסל שלהן וממה מורכבת ההוצאה, והשוו את המדד הזה אל מול מדד תשומות הבריאות שהוא חלק מהתיקון, וגם כאן יש פער מתבדר, שהולך ומתרחב.

**דוברות:** ממה מורכב המדד הזה?

**פרופ' גבי בן נון:** אתן לכם נייר על זה.

**דוברות:** זה לא הולך ומתבדר כל כך, יש פה שינויים בכמה שנים.

**דוברות:** ב - 2008 יש חזרה להתבדרות.

**פרופ' גבי בן נון:** זה נכון, קצב ההתבדרות משתנה. אם אתה מסכם את ההיקף של זה, זה 13% שזה 300 מיליון ש"ח. יש פה היקף מצטבר של 4 מיליארד ש"ח.

**דוברות:** ומה אם אני שם פה מדד מחירים לצרכן?

**דוברות:** הוא מושך את יוקר הבריאות כלפי מטה. האם אחרי השינויים יש השפעה או שזה בעיות העבר?

**פרופ' גבי בן נון:** עצרתי ב - 2013, מעבר לזה אני לא יודע. הנושא הבא הוא טכנולוגיה ופה אני זהיר יותר. בנושא של עדכון טכנולוגי, אין מנגנון מובנה בחוק. בגלל הסיפור הזה של אין מנגנון מובנה..

**דוברות:** זה אותו סל?

**פרופ' גבי בן נון:** כן, בלי עדכונים. מה שקרה לאורך השנים, נהיה דיון תקציבי ובו היה יום אסל ויום בסל. הייתה שנה שקיבלנו 0, שנים של 300 ושל 700. עד '98 לא התווספו כספים בכלל. יש פה אלמנט לא סדיר וזו תכונה חשובה של עדכון טכנולוגי. האלמנט של ארוך טווח מאוד חשוב בתכנון, וזו עמדה שלי.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** זו הצגה לא נכונה. אתה תצטרך להסתכל על 300 מתוך סל התרופות ולא מתוך הסל. תבדוק את השיפור מאחוז הטכנולוגיות ולא מאחוז ההוצאה הכללית.

**פרופ' גבי בן נון:** מהכיוון שלך זה 4% ולא 1%, זה לא משנה את הטיעון. כשמסתכלים על סדרי גודל של הוצאה לאומית לבריאות בכל העולם, שואלים כמה גדלה ההוצאה לנפש במחירים קבועים. עד 2014 הגידול בהוצאה גדול יותר מהתוצר.

**דוברות:** לנפש או לתוצר?

**פרופ' גבי בן נון:** מי שמסתכל על ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר נראה שהוא במגמת עליה, יותר גבוה מהתוצר של המשק. כאשר בוחנים למה זה קורה מגלים שאחד המרכיבים או מנועי הצמיחה הגדול יותר של ההוצאה לבריאות מעבר לצמיחה זה טכנולוגיה. יש אינדיקציה להשוואה של ישראל מול מדינות אירופה, ומגלים שבשארל האחוז די נמוך.

**דוברות:** ב - 2003 היה משבר מאוד גדול, וגם ב - 2013 היה משבר תקציבי מאוד גדול והייתה החלטה לא לחזור על זה.

**דוברות:** ב - 2003 המשק היה קטן ביחס לנפש, וב - 2013 המשק צמח!

**דוברות:** אבל אז היה גרעון מובנה גדול מהצמיחה.

**פרופ' גבי בן נון:** יש כאן 2 אמירות - הראשונה והחשובה היא חוסר הסדר בעדכון הזה. אתה קופץ מ - 0 ל - 150, אחרי זה 255, אחרי זה סכומים גבוהים ונמוכים... הרצף של ידיעה מראש כמה עומד לרשות המערכת הוא בעיה בניהול של התהליך.

**דוברות:** הכסף הזה לא מיועד לשיפורים טכנולוגיים, הוא מתווסף למערכת.

**יעל:** לא לא לא, זה רק עבור סל התרופות.

**דוברות:** זה מתווסף למערכת ואתה מוסיף לה דרישות של מה היא צריכה לספק.

**פרופ' גבי בן נון:** יש סל, הוא הוגדר ב - '95 וכולל דברים כולל רשימת תרופות והוא מתומחר ב - 12.7, ויש כל הזמן התפתחויות בטכנולוגיה רפואית. המערכת נחשפת כל שנה להמון בקשות לתרופות חדשות, למערכת הבריאות יש 300 מיליון ש"ח והיא צריכה לתעדף במנגנון ציבורי מה נכנס לסל, וזה קורה כל שנה.

**יעל:** אתם רואים שעד 2007 יש די בלגן, מאז יש עלייה אבל מאז אנחנו גם עומדים די קבוע. הממשלה החליטה שבשב"ן אין תרופות מצילות חיים כי הן נכנסות לסל, לכן הממשלה לא יכולה לבוא ולומר 0, אין ברירה. ברגע



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שאי אפשר לרכוש אותן בפרטי, היא חייבת לתת אותן על ידי סל התרופות שכל שנה נכנסות לסל, ולא רק, יש גם הפלות וסידים לנכים, אבל תרופות מצילות חיים מגיעות לכל אחד מאיתנו בסל.

**דוברות:** רק אציין שכ – 40% מהתרופות שנכנסו לסל בשנים האחרונות הן אונקולוגיות.

**פרופ' גבי בן נון:** אז יש קפיצה, אז מה? מה קרה? אני עוזב את נושא הטכנולוגיה לרגע. שחיקה של מחירים אומר שלאותו סל נתון יש פחות כסף, וזה מסתכם בסביבות 9 מיליארד ש"ח.

**דוברות:** האוצר מוסיף לקופ"ח בסוף שנה כסף, אתה מחשיב את זה? השאלה היא לא מה שכתוב אלא מה מוציאים בפועל, לא מה שכתוב בספר התקציב.

**דוברות:** הוא מתעניין בכמה כסף הממשלה מעבירה לקופות החולים, ולא מעניין אותו מה נבצע ולמה.

**פרופ' גבי בן נון:** יש סכומים נוספים לא גדולים. בואו לא נכנס יותר מדי לעומק כי זה יבלבל. יש עוד סכום מסוים שהמדינה נותנת וגם עליו יש ביקורת גדולה. נחזור לעניין השחיקה – יש שחיקה גדולה מאוד והיא מצטברת וגדלה. קצב הגידול שלה מצטמצם אבל היא עדיין גדלה, וחלק ממנה נספג על ידי התייעלות. הטענה המרכזית היא שמעבר לסיפור התייעלות יש שחיקה שבאה לידי ביטוי בדברים שטווח הגמישות בהם הוא גדול. לא הגדרנו מה זה מרחק וזמן סביר. אנחנו רואים ירידה באיכות, ברכישת דברים על ידי הקופות... תוך כדי הוועדה נחשפנו לממדים רבים של פגיעה במושג הרחב של איכות הבריאות. ציינתי כל מקום שבו הוזכר תור חריג ויש הרבה מאוד כאלה. זו הדרך של הקופות לווסת את הפער בין הכסף שהיא מקבלת לבין חובתה לתת סל שירותים, הדרך שלה היא פגיעה באיכות ואין לה ברירה אחרת. כשאני מסתכל על המנגנון הזה של החוק, הוא מהווה 50% מההוצאה הלאומית לבריאות. אם את הדבר הזה אתה מצליח לרסן, אתה מצליח לצמצם את ההוצאה הציבורית, ולכן השיקוף של זה, וזו סיבה אחת, זה מקורות המימון של ההוצאה הלאומית על בריאות שמופיעים בגרף. אמרנו שהשחיקה הצטמצמה והיא עדיין קיימת. גם אפשר לומר שהפרופורציה השתנתה מ – 40-60, ולמה לא השתנתה ל – 30-70 כמו בכל העולם?

**יעל:** למה לא 15-85?

**פרופ' גבי בן נון:** זו אחת הסיבות, אמרתי.

**דוברות:** אתה טוען שבמינימום 25% נוספים שנשחקו ולא עוד 9 מיליארד, והטכנולוגיה זה עוד 2% הוא אמר לי, ואז אתה מקבל סדרי גודל של 50 מיליארד ש"ח.

**דוברות:** בשביל לשמור על אותו סל.

**דוברות:** המערכת הייתה צריכה עוד 50 מיליארד במקום 36 מיליארד כמו היום. אתה באמת חושב שעל ידי הגדלת תורים אנחנו יכולים לעשות את זה?





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גבי בן נון:** הייתה התייעלות. שנית, הייתה פגיעה באיכות השירות, זה לא משהו שאפשר לכמת אותו.

**דוברות:** אתה לא תראה את זה באיכות השירות מיד.

**פרופ' גבי בן נון:** אתן כמה כיוונים של תשובה – התייעלות, פגיעה במדדים שונים של איכות ושלישית הסטה של קופ"ח למערכת הפרטית.

**דוברות:** אם אתה כל שנה במערכת של נניח לפני 5 שנים היית ב - 7 ואחר כך 8 מיליארד ש"ח מחסור, היית צריך כל שנה להסיט יותר ויותר לפרטית, אבל זה קבוע, אתה לא רואה את זה.

**יעל:** ההפרש קבוע, אבל תסתכל על המגמה.

**דוברות:** יש לך את המימון הציבורי בלי החוק? אז המגמה היא אחרת.

**פרופ' גבי בן נון:** חלק מההתייחסות כאן סביב 40-60, חלק ממנו הושג בין השאר על ידי הסכמי ייצוב. נטשו את המנגנון של החוק שהיה מעוגן בחקיקה, והעבירו את זה למנגנון של התדיינות שנתית.

**דוברות:** אתה צריך להוסיף את כל הכסף שחור.

**פרופ' גבי בן נון:** הכסף השחור לא נספר פה.

**דוברות:** כמובן שלא, למה אתה רואה עלייה בכסף פרטי? זה כסף שחור שהולבן. אם שילמת לרופא מתחת לשולחן, והיום אתה עושה את זה דרך חברת ביטוח...

**דוברות:** תיירות מרפא נכנסת למערכת הפרטית, גם אם זה לא נראה כאן.

**דוברות:** בצד ההוצאות זו הוצאה לאומית.

**פרופ' גבי בן נון:** זה ציטוט מעניין – במצגת. היום יש קונצנזוס לגבי התשתית העובדתית שהצגתי. השופט ג'ובראן אומר את זה וזה נמצא על שולחן המערכת כבר 15 שנה. הוויכוח הזה מתמשך ומתמשך, הגיע לבג"צ שנתן פסיקה בנושא הזה כמה פעמים, שאמר שיש פה זכות למול התרוקנות של מקורות ובסוף זה פוגע באיכות השירותים. הוא לא חולק על זה, לא אמר איך אלא אומר למדינה לכי תפתרי את זה.

עד לכאן זה עובדות, מכאן זה עמדותי ועמדתו – אנחנו אומרים שכדי להישאר צמודים לרעיון של החוק שיש סל זכויות שמעוגן בחקיקה ולא ניתן לשנות סדרי עדיפויות בו אלא בחקיקה, אתה מחויב גם להבטיח את המקורות, ולכן חייבים לעשות איזון ביניהם. צריך לתת מענה על האחוז ועל עדכון סגור פתוח. המלצתנו במצב בו המערכת נמצאת כרגע אחרי צבירה של שחיקה של 18 שנה, שהיעד הזה נראה לנו סביר - המלצות במצגת. התווכחנו על 1% או 2%, אבל זה לא משנה. בוודאי שצריך גם תיקון עלות של הסל הבסיסי.

**יעל:** למה אתה קובע רק 1% לתרופות ובטכנולוגיות בכל העולם זה 2%?

**פרופ' גבי בן נון:** זו אמירה נורמטיבית. אפשר להסתמך על מידע מה - OECD, אני מסכים לתקן ל - 2%.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** עלויות התרופות פה יותר נמוכות לעומת מדינות אחרות.

**דוברות:** אנחנו יותר יעילים ברכש.

**דוברות:** יש יתרון לגודל.

**פרופ' גבי בן נון:** קופ"ח השנייה הגדולה בעולם היא בישראל.

**דוברות:** יחסית לנפש היא יותר גדולה.

**דוברות:** היא עושה הרבה יותר טוב ב - 300 מיליון ש"ח בגלל שהיא גדולה.

**פרופ' גבי בן נון:** אני מסכים, צריך לתת טפיחה על השכם כשצריך.

**יעל:** תשים 1.8% לפחות.

**פרופ' גבי בן נון:** הרעיון הכללי הוא לתקן את שתי הבעיות המרכזיות של החוק, הראשונה זה שלא הכל מעודכן בחקיקה והשנייה זה עדכון.

**יעל:** יש פה אפשרות שגבי שולח לחוד את החומרים לכל המקומות שדיברנו עליהם, ואפשרות אחרת שכולם ישבו בחדר אחד ויקבלו החלטה להמלצה לוועדה.

**פרופ' גבי בן נון:** הרעיון הראשוני שלך חשוב, חשוב שנקבל פידבק מכל משרד, שכל אחד ישב לחוד כי לכל אחד יש תפיסה אחרת.

**יעל:** מקובל, תודה. הלו"ז הוא שבועיים.

**דוברות:** נכון להיום ההוצאה הלאומית לבריאות היא 4.7%, והדבר הזה אחרי 5 שנים. למה זה מעלה?

**פרופ' גבי בן נון:** בשקף שתקבלו תראה את זה וגם את המשמעויות של זה מבחינת ההוצאה.

**דוברות:** נצטרך עוד נתונים כדי להתייחס לזה לעומק.

**יעל:** לדעתי גם במשרד יש נתונים.

**דוברות:** זה אומר שאחוז הבריאות של התוצר במסגרת הזאת עולה כל הזמן.

**דוברות:** בוודאי עולה.

**פרופ' גבי בן נון:** סליחה, מה קורה לצמיחה?

**דוברות:** נכון להיום זה בסדרי גודל של 3, 3.2.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** הבריאות עולה.

**דוברות:** השאלה, אני פשוט רוצה להזהיר אותנו, שאנחנו לא יכולים להכניס לתוך מערכת משהו שהוא צומח אינסופית, יותר מאשר המשק.

**יעל:** כל המדינות עושות את זה.

**דוברות:** לא בחקיקה אלא כי זה מה שקרה, ואז הן נלחצות. צריך לקחת משהו לא קשור ולומר מה האחוז של ההוצאה הלאומית שאנחנו מוכנים אליו, וממנו ללכת bottom-up. המערכת תדע לנצל גם 80 מיליארד ש"ח, ואז נגיד שהמערכת תדע לסבול עד סכום מסוים. זה שיקול לא פחות חשוב. אותו דבר צריך לעשות גם מתוך מנגנון של הוצאה ציבורית, שהיא פונקציה של מדיניות של הממשלה, מה זה עושה כאחוז מתקציב הממשלה. זה שתי סוגיות שאי אפשר לבוא לממשלה ולהגיד שזה לא מעניין אותנו שזה נוגס בתחומים אחרים.

**יעל:** נתון שלא קיבלתי זה לראות את ההתפתחות של הרווחה והחינוך.

**דוברות:** אנחנו עובדים על זה, ניתוח של כל משרדי הממשלה, זה קצת מורכב כי יש הרבה סעיפים.

**יעל:** אולי אפשר לעשות shifting - אם חינוך הגיעה לרווחה, אז לתת את זה לבריאות.

**דוברות:** סך ההוצאה האזרחית ירד מ - 50% ל - 40%.

**יעל:** בטחון לא, אתה בטוח שחינוך ירד?

**דוברות:** את צריכה להסתכל כאחוז מהתקציב, מה זה משנה אחוז מהתוצר?

**יעל:** יכול להיות שהחינוך ירד בפחות מהבריאות.

**פרופ' גבי בן נון:** אני לא רוצה להיכנס לדיון מהי המדיניות הראויה, בנושא הזה כל אחד וטענותיו. אני מבין שאני נמצא בישראל ובואו נתרכז בליבת הדיון - בריאות וסדר העדיפויות שלה ולא קבלת החלטות.

**דוברות:** אם אני שם את נושא הטכנולוגיה בצד, אז חלק מהדברים שהוא הציג זה עדכון ריאלי של העלויות לפי הדרישות שלנו מהקופות שצריכות לספק את זה. אם אנחנו נאמר שאנחנו מוכנים להקצות רק כך וכך כסף, ולא לדרוש מהקופות, ואם אנחנו כן רוצים לדרוש ומתקשים לעמוד בתשלומים, צריך לחשוב איך מפרנסים בפועל את ההתייקרויות. בתקציב שאנחנו מוכנים להקצות ניתן כמה שיותר, אבל במסגרת הפער לא נעדכן את העלויות כמו שצריך ונדרוש מכם את כל מה שנמצא בסל - זה לא בר קיימא.

**דוברות:** חשוב לי להעיר לגבי המצגת - הוצגו כאן נתונים מסוימים. צריך להזכיר כמה דברים - מערכת הבריאות בישראל מוגדרת כמאוד טובה בקהילה, סל התרופות פה מהרחבים בעולם, על אף שהעדכון הוא 1% ואני חושב שצריך לספור 4-5%. שנית, כששואלים את הקופות כמה כסף חסר להן הן יגידו מיליארד ש"ח, 2 מיליארד או



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יותר. אף אחד לא אומר 9 מיליארד ש"ח ביחד. המערכת טובה, על אף שנשחקה. אני כן חושב שיש יתרון לגודל ועלויות קבועות ואני לא נכנס לזה. בנוסף חשוב לשמור על גמישות ברמה הממשלתית והתקציבית. התקציב נבנה משיקולי מאקרו והמערכת צריכה את הגמישות שלה. התיקונים האחרונים אמורים להעלות את הבסיס של הקופות ב - 800 מיליון ש"ח. כלומר חלק גדול מהבעיה ניתן לו מענה. צריך לראות מה קרה למערכת – עד 2008 המערכת הציבורית נחשבה חזקה מאוד וטובה וקרה משהו מאז. בניתוח שלי – גידול באספקה הפרטית ובמקורות המימון הפרטיים שזה תיירות מרפא ומערכת פרטית וכו', ואני לא בטוח שזה מחסור במקורות.

**דוברות:** זה אומר שאם אתה הולך אחורה, 12.7 מיליארד ש"ח היה בזבוז של משאבים.

**דוברות:** אני אומר שעדכון טכנולוגי לא צריך לתת ב - 100%.

**דוברות:** אם המערכת הייתה יעילה מקודם וחסכת עליה 9 מיליארד ש"ח והיא יעילה היום, משהו קרה. היא לא מספקת את השירותים.

**דוברות:** היא התייעלה בפחות כסף פר מבוטח, ויש הוצאות קבועות. אמרתי שלא אכנס לזה. רואים את זה, המערכת הזאת נחשבת טובה והיא לא הייתה גרעונית בקופות ב - 2008, וצריך לראות מה קרה מ - 2008 ולא מה קרה מ - '95 שאז המערכת הייתה טובה.

**דוברות:** צריך להבין, אני לא מוכן לקנות את הסיפור הזה שאין פה ירידה באיכויות.

**יעל:** אבל ברור שזה נראה שיש עלייה בתורים. אני יודעת שאם יש עלייה בתורים יש זמני המתנה.

**דוברות:** אני מנסה להבין איפה אנחנו חסרים במערכת ולא 2%, אלא לפיו זה 25%.

**דוברות:** תורים במערכת זה גם כ"א.

**דוברות:** האם יש מקום בהמלצות שלך לנסות להחזיר עטרה ליושנה, לנסות להמליץ על 30-70 לפחות? בקצב הזה נראה לי 40-60 לא טוב, וזה יהיה 50-50, האם לא כדאי לנסות לחדד את העניין הזה, לנסות לחזור ל - '95 ל - 70-30?

**דוברות:** אתה לא יכול לשלוט על החלק הפרטי. אתה יכול להתחייב על כמות הכסף שתוציא.

**פרופ' גבי בן נון:** חלק מרכזי מהתשובה הוצג כאן כמנגנון עדכון נכון יותר של הסל. התשובה לזה תיגזר ממנגנון המימון של הסל הציבורי, תמריצים, דפוסי התחשבות, פול טיימרים והוספת מיטות ועוד הרבה דברים. בסוף נצטרך לעשות אינטגרל של כל ההנחות, לנסות לתרגם למקורות מימון וכיצד זה משפיע.

**דוברות:** בנושא שלו של איפה חסר כסף – התייעלות כן-לא - יש לי רק קצת דוגמאות. לפני יותר מעשור אף זקנה לא המתינה 3 ימים במסדרון של מיון. קרי, חסרות לדעתי אלפי מיטות אשפוז, חלקן false, שאפשר לנייד מכאן



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לכאן, אבל לפי שיעור או יחס מיטות אשפוז פר 10,000 איש אנחנו מהנמוכים בארץ, ובגלל זה צריך יותר תקציבים. אנחנו יעילים, אבל חסרים כ"א, רופאים באלפים, אלפי אחיות, וצריך תקציב בשביל זה. לעניות דעתי

אנחנו מהמערכות הכי יעילות ב - OECD, אולי הכי יעילה, אבל לא נסתפק בזה. איכות השירות נפגעה ובאמת לא בדקתי. ברגע שחולה ממתנה 24 שעות עם זיהום קשה או פצעי לחץ על אלונקה אז משהו לא בסדר. יש תקנים פנויים ואין רופאים במערכת.

**דוברות:** חסר כסף או רופאים?

דוברות: רופאים במחלקות מסוימות. לא רק זה, חסרות אלפי אחיות וזה עלה בדו"חות של המשרד, אני לא ממציא.

**דוברות:** אז אתה אומר שהאיכות והשירות כן נפגעים. אני מבין, אני מנסה לראות..

**דוברות:** כן. אין הוכחה לזה כי הוא אומר לנו שהמשרד צריך לדעת אם התור התארך בעשור האחרון.

**יעל:** אני לא חושבת שמדדו את זה או שנדע לתת על זה תשובה.

**דוברות:** אם זה לא השתנה, לפני עשור גם חיכו שנתיים לניתוח שקדים ואפילו זה התקצר במעט, זה לא צריך לספק אותנו.

**דוברות:** נגעת בנקודה הנכונה - חסר רופאים וחסר אחיות, ואם אני אוסיף לך 20 מיליארד ש"ח לא תשנה את זה.

**דוברות:** יש הרבה במערכת הפרטית. שאלה נכונה היא איך המערכת הציבורית יכולה לשנות את זה.

**יעל:** על ידי מתן התמריצים שדיברנו עליהם. זה היה דוגמיות לקראת הדיון המעמיק שלו עכשיו.

**פרופ' גבי בן נון:** הנושא השני שאציג זה מיטות האשפוז הכללי במדינת ישראל. הכל זה טיוטה, ואפשר להעיר ולשפר על זה. הנה הנתונים הכי מעודכנים שיש – במצגת. יש את הנתון שאתייחס אליו כרגע שזה התפלגות המיטות באזורים שונים בארץ. שיעור המיטות לאלף נפש נמצא במגמה כללית של ירידה. אני סופר מ - 2005 אבל אפשר לספור משנות ה - 70. אם שנת '95 זה נקודת ציון, אז הייתה יותר מחצי מיטה נוספת לכל אלף נפש. הנה התשובה – קצב הגידול במספר מיטות האשפוז היה נמוך מקצב גידול האוכלוסייה, וזו התשובה לאן הלכו המיטות. האוכלוסייה גדלה ב - 25% ומיטות האשפוז ב - 6% לא מתוקן. אני לא נכנס למחלוקות של איך מתקנים את האוכלוסייה. ניקח את הפרספקטיבה של הנתונים האלה, איך אנחנו ביחס לעולם לדעתכם?

**יעל:** זה הנתון הכי מדאיג במערכת.

**פרופ' גבי בן נון:** אנחנו בקצוות במקום מאוד נמוך בין מדינות ה - OECD.

**יעל:** אני מוכנה להיות שם בתנאי שיחס ההוצאה בין הציבורי לפרטי יהיה כמו בשבדיה ופינלנד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** צריך לומר גם את זה – מי שמסתכל על המגמות ברצף של זמן בכל העולם, ישנה ירידה במיטות בכל העולם בגלל שיפורים טכנולוגיים – מה שאפשר לעשות בקהילה תעשה שם. ישראל מתחילה נמוך וממשיכה לרדת. השתפרנו והפער עדיין גבוה.

תפוסת המיטות – סך הכל מספר ימי האשפוז בפועל לעומת פוטנציאלי. במיטות כלליות הוא כמעט 100%, בכל יום יש חולה על מיטה. יש פה עונתיות, "פיקים" של חורף, אבל זה הממוצע של כל בתי"ח וכל המחלקות בארץ. בשל אופיו כממוצע יש לו שונות בין מקומות – מתייחס לנתונים במצגת.

**דוברות:** תסביר לי למה אנחנו שומרים את התפוסה במחלקת יולדות 110%? זה הרי לא משהו שקשור להיצע מביא ביקוש. מה יקרה אם פשוט נוסיף עוד כמה מיטות מתוקננות?

**דוברות:** ב - 2010 או 2011 החליטה הממשלה להוסיף מיטות וקבעה לאיזה מחלקות הן ילכו. חצי מהמיטות הולכות לפגייה ולילודות. זה כמובן שאלה של כ"א, לא אומרים לילודת כשהיא מגיעה תלדי מחר. דווקא הסטנדרט שם גבוה בגלל המחירים.

**פרופ' גבי בן נון:** אם יש איזשהו שירות אטרקטיבי לבתי"ח זה יולדות. חלק מהסיפור של ההבדל בין שערי צדק להדסה זה שהוא לקחה את היולדות. בשערי צדק זה מספר הלידות הכי גדול בארץ.

**יעל:** אחרי סורוקה.

**דוברות:** מה שלא רואים כאן במדד תפוסת המיטות זה הצורך של ליווי החולה על ידי המשפחה שלו, זה לא רואים כאן. המשפחה חייבת ללוות את החולה.

**דוברות:** זה מיטות אקוטיות נכון?

**פרופ' גבי בן נון:** כלליות.

**דוברות:** אמרו לי שיש מדד שנקרא סך מיטות במדינה שם אנחנו בין הגבוהים בעולם. אמרו לי שבקנדה סופרים מיטות בבתי"ח גריאטריים ובגרמניה סופרים אחרת, יש בעיה עם הספירה הזאת. התייעצתי עם קודמים לי באגף.

**פרופ' גבי בן נון:** שהייה ממוצעת – במצגת. יש שונות בין מחלקות, בין בתי"ח, לפי בעלויות, לא אכנס לדיפרנציאליות, אחרת זה לא יגמר. השוואות בינלאומיות – תפוסה זה מדד של עומס שבא לידי ביטוי בין השאר בליווי משפחתי. אנחנו המקום הכי גבוה בעולם המערבי.

**דוברות:** אומרים שההתבססות על מחיר יום אשפוז בישראל היא מהגבוהה בעולם, וזה אני יודע מהחבר'ה של התמחור במשרד. אני אומר שלבתי"ח בישראל יש אינטרס, שלא כמו בעולם, להשאיר אותך יותר ימים בגלל שהוא מרוויח על זה.

**דוברות:** אבל אורך האשפוז קצר, 4 ימים זה קצר!



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** מה שהוא אומר הוא צודק וזאב וורמברנד דיבר על כך שזה יכול להיות תמריץ שלילי. צריך לבדוק את הנושא של תמריץ עלות יום אשפוז. זה שני דברים שונים – תפוסה ואשפוז.

**פרופ' גבי בן נון:** שהייה ממוצעת היא אחת הממושכות ביותר בעולם המערבי. זה מביא אותי לנושא טיוטה להמלצות. אנחנו נמצאים ברצף של זמן במגמת ירידה. הוספנו ב - 2010 1,000 מיטות שמתפזרות על פני האוכלוסייה, וזה עדיין לא לוקח בחשבון את הגידול.

**דוברות:** ב - 2017 צפוי להיפתח ביי"ח נוסף באשדוד וזה עוד 300 מיטות. זה הרבה.

**פרופ' גבי בן נון:** ברירת המחדל היא לא לעשות כלום. ב - 1.7 מיטות ל - 1,000 נפש אני מוסיף את ביה"ח באשדוד שמוסיף מעט מאוד בשנים הקרובות. זה מוציא אותי מהגרף... הסיפור של 1,000 מיטות כדוגמא לתוספת מכניס לפרופורציה. כדי לשמור על שיעור נתון של המדינה היום שהוא מאוד נמוך, צריך להוסיף כ - 300 מיטות בכל שנה. אם נוסיף פחות מזה, זה לא יעזור. תזכרו את המספר הזה. כל הסטטיסטיקה היא לפי תקן. אנחנו רואים תפוסה גבוהה וזה בא לידי ביטוי בתופעת החולים במסדרונות, וזה סלוגן שמעיד על מציאות באשפוז. תסתכלו על חולים מונשמים שלא נמצאים ביחידות לטיפול נמרץ וזה מחצית מהם. אמרת אז פחות מ - 9 מיליארד ש"ח מה קרה? אז זה מראה לך מה היה לפני כן.

**דוברות:** ביי"ח יכול להגדיל את מספר המיטות שלו בלי בעיה?

**פרופ' גבי בן נון:** כל מיטה חייבת רישיון מהמשרד.

**דוברות:** אז זה לא רק כסף..

**דוברות:** לפעולה קוראים "satellite", "מחלקות לוויין". הוא חולה קרדיולוגיה ישכב באורולוגיה, הוא אורולוגי ישכב בקרדיולוגיה, וזה לא בריא. 70% מהחולים שלי זה ככה.

**פרופ' גבי בן נון:** זו תופעה שכיחה. היכולת של הרופא לשלוט במחלה ככה היא בעייתית, זה סיפור שפוגע באיכות. לא הכנסתי ממד כמותי עדיין.

**דוברות:** יש אינפורמציה על אשפוזים חוזרים לאורך זמן?

**דוברות:** אפשר להוציא את שיעור החוזרים לאשפוז תוך 48 שעות ותוך שבוע.

**דוברות:** שלחתי את זה.

**פרופ' גבי בן נון:** קל למדוד את סיפור ההמתנה בחדר מיון. אתה נמצא בחדר מיון ומחכה, ואומרים לך שאין מקום במחלקה.

**יעל:** פרופ' רוני גמזו הוציא על זה חוזר, שמעבר ל - 24 שעות המחלקה אחראית על החולה גם אם אין לה מקום. יש אחוזים של מוות בגין של השהייה במלר"ד.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** המסר של השקף הזה זה בדיוק לומר שאסור לנו לשגות באשליה שהנתונים אומרים. טיפלנו בחולה 4 ימים והוא יצא בריא - זו לא אינדיקציה ליעילות.

**יעל:** כספית.

**פרופ' גבי בן נון:** אין דבר כזה. פה אני קונה פחות בריאות.

**דוברות:** אתה מדבר על אפקטיביות.

**פרופ' גבי בן נון:** שלחתי לכם מסמך שנקרא "אם כל כך טוב אז למה רע?" בדיוק על זה. אם אני מצרף את נתוני הפעילות, אנחנו רואים שיעור מיטות נמוך, תפוסה גבוהה, שהייה נמוכה וכו', אז כנראה שצריך יותר מיטות כי יש פעילות אינטנסיבית כל כך וזה לא רק יעילות. חלק מהסיבה למה האחיות לא באות למקצוע זה השחיקה. זה בא לידי ביטוי בתנאים הפיזיים וגם הם גרועים. יש בעיה אדירה של כבוד החולה וזה מרכיב חשוב, לראות חולה מעורטל במסדרון זה לא מראה מרנין, אלימות נגד רופאים... זה לא יעילות, זה התוצאה של זה.

**יעל:** אין סיבה בעולם שתהיה אלימות, גם אם יש פגיעה. אני לא רוצה לחפש לזה הסבר כי אין לזה הצדקה. אפס סובלנות לאלימות ואני לא רוצה להיכנס לזה בכלל.

**פרופ' גבי בן נון:** אז מה ההמלצות? קחו את זה וכל אחד לדעתו. בואו נסתכל על 2020, קדימה. אם אנחנו רוצים לשמר את השיעור הנמוך, 1.9 של מיטות, צריך להוסיף 2,000 מיטות וזה מבלי שעשינו שום דבר לשיפור האיכות.

**יעל:** מיטות זה לא ברזלים, מדובר על כ"א, צריך לזכור את זה.

**פרופ' גבי בן נון:** לא מדובר פה על רמת רווחה יותר גבוהה. זה מנציח זיהומים וזקנה במסדרון ואת כל הדברים האלה. כבר היום צריך לתכנן.

**דוברות:** 2,000 מיטות זה 60 מחלקות גדולות, זה 700 רופאים, 1,500 אחיות.

**פרופ' גבי בן נון:** עם הפנים שלנו קדימה השאלה היא מה אנחנו רוצים - האם אנחנו רוצים להנציח את רמת הרווחה הנוכחית שהיא בעייתית או לשפר אותה באיזושהי צורה? אני אומר כיעד 2.2 שזה נמוך, וזה עדיין ממקם אותנו בקבוצת 10 המדינות הנמוכות, אבל 90% תפוסה זה להוסיף 4,000 מיטות, והטווח של הוויכוח פה הוא 4,000-2,000 ולא לקחתי בחשבון את ההזדקנות. 9 מיליארד ש"ח זה הפער וצריך לצמצם אותו, לא אמרתי שצריך להוסיף 9 מיליארד ש"ח. אמרתי שכאשר נסכים על מתכונת של ארגון האספקה של השירותים נגיע לקטע של מקורות המימון, ונצטרך לכמת מאיפה בא הכסף וזה בסוף ישתלב. שורה תחתונה, הערות - במצגת. יש הרבה מאוד מהלכים שאינם בניית מיטות וצריך לומר אותם, זה אחרי הרבה מחשבה - במצגת.

**דוברות:** case manager גם יכול לצמצם.

**דוברות:** יכול להיות שבטווח קצר זה יוביל לעלייה בהוצאות ואחרי זה יצמצם.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** אלה הם מנגנונים שאינם ליבת הפתרון, אלא זאת – במצגת (שורה תחתונה). מיטות זה לא רק מיטות, מאחוריהן עומד כ"א. כדי לדבר על סצנריו סביר חייבים לדבר על מצב הרופאים והאחיות. אני שומע הרבה על אוכלוסייה צעירה מדי וזה נכון לעומת העולם המערבי, אפשר לשנות את התקנון. זה מעלה אותנו במדרג המיטות אבל עדיין שם אותנו ב - 10 המדינות הנמוכות ביותר, וזה גם לא ההסבר היחיד למצב. פער הזמן בין קבלת ההחלטה לביצוע קיים, ולכן צריך להתחיל לתכנן עכשיו כי מתכננים ל - 2020. הסיפור של הפער בין מיטות בתקן למיטות בפועל, יצא על זה דו"ח.

**יעל:** יש מיטות שחורות.

**פרופ' גבי בן נון:** אני אקשה ואומר שההפרש בין מיטות בפועל לתקן נטו הוא 37, אבל צריך לעשות עוד ניתוח אחד – למול המצב שבו יש מיטות בפועל גדולות מהתקן, יש מצבים של מיטות בתקן שיותר גדולות מבפועל. זה חמור והמצוקה אמיתית, לא הרישיון אלא מיטות לא מופעלות.

**דוברות:** אני מבקש שהמשרד יבדוק את זה. אני מכיר רק בירושלים 300 מיטות שלא בתקן. זה לא יכול להיות נתונים לא סבירים.

**דוברות:** יש מיטות אשפוז לא 37 אלא יותר, והן לא מתוקננות ופועלות בשטח בלי תוספת כ"א. יש מאות כאלה.

**דוברות:** חלק עם וחלק בלי. יש כ"א שמועסק בתאגידים.

**פרופ' גבי בן נון:** יש דו"ח שקיבלנו לפני שבועיים שמציג ב"ח-בי"ח מחלקה-מחלקה מיטות בפועל ומיטות בתקן.

**דוברות:** זה דו"ח של ציונה חקלאי.

**פרופ' גבי בן נון:** אם יש בעיה עם הנתונים אתקן אותם, אבל הם של המדינה ולא שלי. קח את הדו"ח ותסתכל עליו.

**דוברות:** יש מאות מיטות אשפוז שמופעלות שנים וחודשים, רק בלי תוספת תקנים.

**דוברות:** אני יודע שרק בבתי"ח בירושלים יש 300 מיטות שלא ברישיון. יש מיטות שפותחים את המיטה בלי כ"א. יחד עם זאת, יש בתי"ח שיש להם תאגידים ומעסיקים שם עובדים, ופותחים את המיטות עם כ"א, אז זה לא מסתדר עם המספרים חברים. זה לא מסתדר לי.

**פרופ' גבי בן נון:** קח את הדו"ח ותסתכל עליו. אם תראה נתון שלא תואם את השטח אז תגיד לנו.

**דוברות:** זה לא יכול להיות שכמות כזאת מיטות בפועל ובתקן. הראית ממוצע של 98% תפוסה כל השנה, ואנחנו יודעים שיש וריאציה של עונות. כדי שזה יהיה הממוצע זה אומר שחלק מהזמן זה 120% וחלק זה 80% תפוסה.

**דוברות:** אני חושב שצריך להסכים שהנתון ייבדק ונמשיך. זה וויכוח לא מקדם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** מיטה היא חסרת חשיבות, מה שחשוב זה כ"א שמתלווה אליה. לשים עוד ברזלים זה לא כסף, ולכן צריך לראות את כ"א לידה ולא אותה לבד. הערות חברים: חוץ מזה שסיכמתי איתו שיסרוק את הנתונים כי זה קריטי.

**דוברות:** תראו, יש חוסר אקוטי בכ"א במדינה, במיוחד באחיות, אין אחיות ובצפון יש עודף. הממשלה הגדילה את מספר הסטודנטים לסיעוד ל – 2,700. מהנתונים שקיבלתי אתמול מהמשרד, 25% נושרים כי זו עבודה קשה. זה לא מקצוע כמו הוראה או עבודה סוציאלית שהשכר בו נמוך, בממוצע הוא 16,000 ש"ח.

**יעל:** זה יותר גבוה משכר של מורה, נקודה.

**דוברות:** הן עובדות קשה, זה שכר מתגמל, אבל אין אחיות.

**יעל:** במרכז ובדרום יש מחסור, בצפון יש עודף.

**דוברות:** מספר האחיות לנפש בישראל הוא נמוך בהפרש עצום. בסוף צריך לזכור שזו מערכת של כלים שלובים. אם מחליטים להוסיף מיטות, זה אומר שלוקחים מהקהילה רופאים ואחיות ומעבירים לבי"ח.

**פרופ' גבי בן נון:** צריך מיטות, אבל לא נפתח כי אין כ"א. אתה כמערכת בריאות צריך לדאוג שיהיה למיטות האלה כ"א. אתה לא מדבר על תוספת מיטות של 2,000 מחר בבוקר, וזה המינימום. יש לך 10 או 8 שנים להיערך לזה, ותמצא דרך להגדיל את מספר האנשים שהולכים ללמוד רפואה וסיעוד. אם בדרך נושרים, אל תכשיר 400 תכשיר 800. צריך להתמודד עם זה בהגדלת ההכשרה.

**דוברות:** כן הוגדלה ההכשרה. בסוף זה כן מערכת של כלים שלובים, אתה לוקח את כ"א מהקהילה ומעביר לאשפוז, וזה לא נכון לעשות את זה.

**יעל:** צריך להגדיל את היצע האחיות, צריך לתכנן.

**דוברות:** אולי להוריד את הדרישות.

**יעל:** נושא כ"א והתקנים, תכנון והתמחויות – הכל מתקשר לזה.

**דוברות:** לגבי בתי"ס לרפואה – אם נגדיל את מספר התקנים תמיד נצליח למלא אותם, ובאחיות לא תמיד נצליח. צריך לחשוב איך מנצלים את עבודת האחות, להביא מקצוע נוסף כמו אחות מעשית שתעזור לה.

**יעל:** בשנים האחרונות יש מגמה של המשרד להפוך אחיות לאחות אקדמאית, הופכים את הלימודים משנתיים לשנתיים וחצי, כמעט כמו B.A. יש יותר אחיות במכללות, ואולי לא צריך 3 שנים של לימודים, אפשר להסתפק בפחות וגם אילנה כהן אמרה את זה.

**דוברות:** היא לא דורשת דווקא יותר אקדמיזציה?

**יעל:** לא, אבל כל זה דורש תכנון.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** המטרה היא גם לצמצם תקנים של אחות מעשית ולהפוך אותן לאחיות מוסמכות.

**דוברות:** את חושבת שצריך לשנות את הרמה האקדמית שלהן?

**יעל:** אני חושבת שצריך לשנות את התמהיל. אין הבדל בין אחות שגומרת B.A. לבין אחות שגומרת מכללה. היא יכולה לעבוד אותו דבר, אבל אף אחת לא רוצה ללכת למכללה. תיקחי גם אחיות פחות מוסמכות.

**דוברות:** המגמה היא להעביר חלק מהפעולות של רופאים לאחיות. צריך לחשוב גם על זה.

**יעל:** נכון, אבל צריך ליצור תמריץ ליצור מדרג מתחת למכללה, שילמדו רק שנה או 8 חודשים ושיהיו כוח עזר. זה אומר לשנות את תנאי הקבלה.

**דוברות:** אפילו כדי לחתל או לרחוץ לא צריך כוח אקדמי.

**דוברות:** בהרבה מקומות מבטלים כוח עזר יותר נמוך. יש כל הזמן התנדדות במגמות האלה.

**דוברות:** רצו לייצר פרופסיה כעמדת כוח מול הרופאים, וזה מה שיצר את הבעיה.

**יעל:** לסיכום - תכנון כ"א - התחלנו בזה ואנחנו מסיימים בזה.

**דוברות:** צריך לזכור שלא כל התקנון מגיע דרך הארץ. אולי אנחנו מוותרים על חיפוש אקטיבי של ישראלים יורדים ויהודים. יש ארגונים כמו "נפש בנפש" ומשרד הקליטה שיש להם רשימות של אנשים אמיתיים, מאות אנשים שרוצים לעלות חזרה והם לא מצליחים לקדם את הסוגיה.

**דוברות:** לא מזמן היה אירוע כזה.

**יעל:** יש פוטנציאל בחוץ, רק יש אבני נגף לזה, בין השאר במבחני הרישוי.

**דוברות:** יש רישוי של רופא ב - OECD במדינות שאנחנו סומכים עליהם, למה צריך עוד?

**יעל:** קיבלנו נתונים על רופאים שסיימו במדינות אחרות - בירדן עברו 100%, במולדביה רק 20% ובאמצע יש הרבה על 50% וכו'. אתה לא רוצה שרופאים כאלה יגיעו לעבוד כאן. צריך לעשות וועדה לתכנון כ"א גם בנושא האחיות ולא רק רופאים כמו שאמרנו מקודם. צריך לצרף את האחיות ומב"ס לסיעוד. חייבים לבחון את האחיות, זה חייב להיות יחד. גם הנושא של קליטת עלייה ומבחני רישוי.

**דוברות:** תודה רבה גבי, הצגת במקומה את השליש האחרון של עבודת הצוות שלנו. זה עובד, לא רק מחסור במיטות והזקנה המסדרון, והכתבה משבוע שעבר לא עשתה עמנו חסד. בכל רגע נתון יש חולים מונשמים במקומות לא ראויים. חולה מונשם צריך טיפול נמרץ ומקום אחר מסכן אותו עוד יותר. זה במגפה וזה בעלייה, ויש מחסור אדיר. מיטה בטיפול נמרץ שווה הרבה יותר. מאות מיטות שאני מכיר כי אני חי בתוך העם שלי, לפעמים אנחנו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

עומדים על 130% תפוסה ולפעמים 80% וזה מתנקז ל – 110%, והחולים שוכבים בחדר אוכל או במסדרונות המיון, בגלל אילנה כהן.

**יעל:** היא לא מרשה יותר מ – 115%. זה מתסכל.

**דוברות:** יש להם תנאים פיזיים מסוימים במחלקות. זה בגלל הסכמי עבודה. אחיות זה מכת מדינה, אם לא נתעשת נמצא עצמנו במצב קטסטרופלי תוך 5 שנים. לא צריך אחיות ביג דיל, אבל היום הן לא מסתפקות ורוצות B.A. כשהקימו את המדינה עשו הכשרה גם חודש וחודשיים, אבל אפשר להסתפק גם באחות מוסמכת בלי תואר.

**יעל:** ואז אפשר להכניס את הבדואיות והאתיופיות.

**דוברות:** גם הגברים הולכים לזה בגלל הפרנסה. יו"ר האיגוד של עוזרי רופא בארה"ב פנו אלי ורוצים לבוא בכיף. אם נקדם את הדבר הזה, זה יכול לקדם לנו עשרות תקנים ולעשות הרבה. אם ינחתו עכשיו מאה עוזרי רופא, זה משמעותי.

**יעל:** זה צריך להיות מעל התקנים הקיימים, וכל מה שדיברנו זה כסף ולא רק תקנים.

**דוברות:** חייבים ללמוד את החומר בתקינה וחייבים את הר"י בשביל הנושא הזה.

**יעל:** אתה תוך חודש מביא לנו תכנון ותקינה של רופאים ואחיות.

**דוברות:** לדעתי זה לא סביר ולא נקבל החלטות מושכלות. יש גם את העניין של הסכמים קיבוציים.

**דוברות:** בלי להיכנס לרזולוציה, ניכנס לעניין של רבדים וניצור מארג של תפקידים, ואחרי זה נדבר על יחסיות.

**דוברות:** צריך לעשות ניתוק בין תקינה למיטות, וזה קשה להביא תוך חודש.

**דוברות:** את העקרונות אפשר. נתחיל מהקהילה ונמשיך משם.

**דוברות:** עניין של תקינה נקבע בהסכמים קיבוציים והסכמי שכר.

**דוברות:** אנחנו יכולים להמליץ שרצוי שהתקינה תהיה אחרת.

**פרופ' גבי בן נון:** להיכנס לנושא של תקינה זה מורכב לאללה..

**דוברות:** נורא מורכב ויש לזה עלויות כספיות משמעותיות.

**פרופ' גבי בן נון:** צריך שתהיה וועדה של כ"א שתחשוב על הפרופורציה בין עוזר רופא לאחות מעשית. זו אמירה מאוד יפה של הוועדה.

**דוברות:** יש משהו בסיסי שאם לא נתקן את המנגנון ונשנה את ההסדר הזה...



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' גבי בן נון:** הקשר הזה היום בעייתי בצורה בלתי רגילה.

**דוברות:** זה גם תחום של שכר. תקינה תמיד נקבעת בהסכמי שכר.

**דוברות:** הר"י יודעים שתקנון מחלקת עור שונה ממחלקת עיניים.

**דוברות:** מי קובע את התקינה במחלקות? קובי אמסלם?

**דוברות:** מה זה קשור תקינה של הממשלה להסכמי שכר?

**דוברות:** זה עניין של הסכמי עבודה.

**פרופ' גבי בן נון:** להר"י יש גם אמירה ערכית על איכות הרפואה בישראל.

**דוברות:** יש גם עניין של איכות עבודה. זה רופאים למיטות ולא רופאים לנפש בנושא התקינה, אל תתבלבל. זה איכות העבודה שלהם ולא איכות לנפש.

**דוברות:** גם הר"י מפגימה שצריך להפריד בין מספר מיטות לתקינה במחלקות מסוימות. כשרוב העשייה היא אמבולטורית, צריך למצוא את הנוסחה ביחד עם משרד הבריאות.

**דוברות:** אני לא חושב שזה לשולחן הוועדה, בטח לא בשלב הזה.

**יעל:** הערות נוספות? לא? תודה רבה לכם!