



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

### פרוטוקול וועדת גרמן – 13/2/14

#### **\*\* מציגים ראשונים בפני הוועדה: צוות מודל האספקה. מציגים נייר עבודה (מצורף בקובץ WORD).**

**דוברות:** אני רצה על החלק הראשון משבוע שעבר.

**ד"ר עזיז דראושה:** לבקשתך, נפגשנו עם ארבעה מובילים מרפואת המשפחה בשבוע שעבר, יו"ר האיגוד, דר' חגי קדם שיש לו ניסיון עצום ברפואת הקהילה, איל יעקבסון, פרופסור אמנון להט ועוד אחרים. הייתה פגישה נהדרת יחד איתם ועם הצוות, ושיפרנו גם את גזרת הרפואה הקהילתית, והם היו מוכנים לעזור לנו בכל מה שנצטרך, אבל אני חושב שיצא לנו מוצר משופר.

**דוברות:** גם מכויל למצב בשטח.

**ד"ר עזיז דראושה:** גם יצרתי קשר עם מוטי קליין והבאתי נתונים על טיפול נמרץ.

**דוברות:** השורה התחתונה היא שלא מקוימת החלטת בג"צ מ - 2011 להגדיל את מספר המיטות כל שנה כפי שהתחייבו. כפול ממה שיש ולא מקיימים החלטה כתובה. בסוף צריך להגיד כמה עולה כזאת מיטה, להכפיל במספר הנדרש ולהפסיק עם המשחקים.

**ד"ר עזיז דראושה:** יש 30 מיטות קיימות ולא מופעלות בגלל מחסור בכ"א.

**דוברות:** מודל רצף טיפולי, כדאי להגיד שהוא קצר, אבל רצינו להסיר את ערפל המילים, והמשפטים מאוד מדויקים אחרי הרבה מחשבה. התחלנו מהרפואה הראשונית, ולגבי הרפואה המונעת נתנו המלצה כללית – בנייר. החבר'ה ביום שישי הוסיפו גם נפרולוג וקרדיולוג שיכולים להיות case manager. אם הרופא שלך מפנה אותך לרופא יועץ, ה - case manager רוצה לראות סיכום אירוע. gate keeper רוצה להפנות במידה וצריך ל - CT ולבדיקות אחרות, וזה יעבור דרכו.

**יעל:** למה צריך את הכפילות?

**דוברות:** case manager זה משהו רחב, ו - gate keeper זה בתוכו.

**דוברות:** זה אותו אדם שעושה את שני התפקידים.

**ד"ר עזיז דראושה:** עד עכשיו ה - gate keeper הצטייר כמשהו שלילי שמונע מהחולה את מה שהוא צריך, מסרב את התהליך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** עד היום היה gate keeper כלכלי, והם רוצים להיות רפואיים. נשאלנו לגבי ההפנייה המקדימה ל - 5 מקצועות, שהיום יש אליהם פנייה ישירה. אחרי דיון גם עם הצוות, וזה השינוי, שמשרד הבריאות יקבע את רשימת ההתמחויות הרפואיות שהמטופל יוכל לפנות אליהם ישירות. זה משהו מקצועי. מה שהם הציעו זה שכדאי למבוטחים שיופנו על ידי רופא ראשוני כדי לתת להם העדפה בתור. היום יש מצב אבסורדי שהם באותו תור עם מישהו שפנה על דעת עצמו. ההמלצה בצהוב אומרת תמריץ נוסף – יש לבחון עידוד פנייה מקדימה באמצעות שינוי מערך ההשתתפויות העצמיות.

**דוברות:** אפשר לשנות את ההשתתפות העצמית אם אתה הולך דרך רופא מפנה או באופן עצמאי.

**דוברות:** בן אדם שיפנה דרך הרופא הראשוני בעצם ימתין פעמיים, ואז הם גם צריכים להפסיד עבודה פעמיים, אבל זה לדיון. נקודה נוספת זה שיוך המבוטח לרופא ראשוני, כדי לעזור לו להיות case manager. זה מגיע ממנגנון הפיצוי של הקופה, שמפצה את הרופא לפי רשימת החולים המשוויכים אליו.

**יעל:** זה לא היה קיים.

**דוברות:** זה קיים במכבי.

**דוברות:** המטרה היא לייצר חסם של הקופות שמאפשרות כחלק מהשירות ללכת כל יום לרופא אחר, ואנחנו לא רוצים נדידה.

**דוברות:** היום זה מנקודת מבט כספית, אסור לך לעבור כי שילמת רבעוני. הרופא יודע איזה חולים שייכים לו, אני מתוגמל על זה ואני מרים יותר טלפונים עבור אותם חולים, ואני רוצה שיהיו בריאים.

**יעל:** לכן כשאני מבקשת הארכת מרשם אני לא צריכה להגיע.

**דר' עזיז דראושה:** זה בנפשו.

**יעל:** האם אתה מדברים על רגולציה וחוק מחייב או המלצה?

**דוברות:** אנחנו חושבים שזה נכון לחייב.

**יעל:** רגולציה של משרד הבריאות על קופות החולים ושנגזרים מזה גם התמריצים.

**דוברות:** זה למטרת שמירה על הבטיחות הרפואית מול המטופל.

**יעל:** צריך להציג את זה לקופות החולים ולראות מה המשמעות של זה.

**דוברות:** יש מספיק מקרים שהולכים לרופא אחר, ויש תמיד 10% נודדים. המשמעות בפועל היא ענקית גם מבחינה שיווקית.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** לפעמים אין תור לרופא עיניים שלי ואני הולך לבא אחריו הפנוי.

**דוברות:** אנחנו מדברים על רופא ראשוני.

**דוברות:** אנחנו מדברים על אחריות שמית של רופא למטופל, גם כשאתה לא מגיע אליו. אולי גם שתהיה אחות או מזכירה רפואית שאחראית עליך, וכשאתה מגיע שתדע לאן לפנות. האחות במרפאה תדע שהיא אחראית על אנשים מסוימים.

**יעל:** אני הייתי עוזרת כאן כי אנחנו נכנסים לניהול של הקופות ובואו לא נגזים.

**דוברות:** גם הצענו שהקופה הנעזבת תעביר את התיק של המטופל אלקטרונית לקופה החדשה.

**יעל:** זה לא קורה כבר היום?

**דוברות:** היום זה מבוצע לרוב כנגד תשלום. אנחנו רוצים שזה לא יהיה מותנה בתשלום.

**יעל:** היום המערכת היא ב"אופק", והיא כבר מדברת בין קופה לבי"ח ובין בי"ח לבי"ח. צריך שזה יהיה גם בין קופה לקופה. כדי שהתיק הרפואי יהיה שקוף, צריך לבקש כי יש פה פרטיות.

**דוברות:** הוא יחתום על טופס. יש אנשים שהולכים לרופא פרטי ולא רוצים שזה יהיה מתועד בשום מקום, גם בתוך הקופה הוא לא רוצה את כל המטען, כמו פסיכיאטר פרטי.

**יעל:** או רופא מין. אני אחראית על עצמי ואני לא רוצה שידעו שהייתה לי מחלת מין בגיל 25, ואני לא רוצה שבקופה השנייה ידעו את זה. או מחלת נפש או הפרעת קשב וריכוז.

**דוברות:** נתקדם – הבניית מערכות מידע כך שכלל המידע יהיה אצל הרופא ה – case manager, כולל מידע מידי אודות אשפוז ופעולות אחרות שבוצעו במסגרת הקופה.

**יעל:** זה קיים, הרופאים לא מודעים לזה שהמערכת מדברת. אלה דברים קיימים שצריך לשפצר אותם. אדם השתחרר מבי"ח, שהמידע יעבור אוטומטית ל – case manager עם אישורו, ולא לקופה באופן ערטילאי אלא ל – case manager ספציפית.

**דוברות:** ברגע שאושפז, שהרופא ידע.

**דוברות:** זה בבסיס הרעיון, אבל מדובר גם ברופאים מקצועיים אחרים. כן היה דיון אם זה כולל רופא פרטי או רופא הסדר, אם הוא צריך לראות את התיק.

**דוברות:** סיכום ביקור הוא מקבל כנראה, אבל השאלה היא האם כשכללית שולחת ליעוץ במאה ש"ח, הוא יכול לראות את התיק, או כיוון שהוא ממומן פרטי הוא לא יראה את התיק. השאלה היא אם רופא פרטי רואה את התיק או לא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** השאלה היא אם אופן המימון קובע אם התיק יראה או לא.

**יעל:** בוודאי. הלך אם הלך לרופא פרטי, הוא לא צריך לדעת את הרקע הרפואי?

**דוברות:** יש מרחב שבו אדם מרגיש מספיק בטוח שמידע עליו לא יחשף.

**יעל:** הכל תחת הסכמה.

**דוברות:** שלא יצא מצב שהוא צריך לסרב או להסכים.

**יעל:** אנחנו מביאים את זה לידיעתו ב"אופק".

**דוברות:** לגבי היוקרה המקצועית, צריך לעשות על זה ממש עבודה ולא הספקנו, למרות שבפגישות האחרונות עלו כמה תמריצים כמו מחקר, הכשרה בקהילה, עבודה בצוות וכו'. הוספנו נקודה של רופא ראשוני שיהיה מומחה ברפואת משפחה או ילדים, ורופאים אחרים יעברו הכשרה ברפואה קהילתית.

**יעל:** אני ממליצה שרופא המשפחה יהיה לו ידע במספר מחלות ספציפיות כדי שיוכל לטפל בהן. מחלות יתומות כמו סיסטיק פיברוזיס, שרופא ילדים מטפל בהן עד גיל מסוים בילדים, ואחרי זה לא מטופל. לדעתי יש עוד כמה תחומים שהייתי רוצה שרופא משפחה ידע אותם, כלומר להרחיב את תחומי הידע.

**דוברות:** כמו דיכאון, גריאטריה.

**יעל:** יופי של דוגמאות.

**ד"ר עזיז דראושה:** הם עוברים הכשרה לזה בהתמחות.

**דוברות:** ליצור אוריינטציה קהילתית שהיא שונה מזו בבתי"ח.

**יעל:** מצוין, יופי.

**דוברות:** נקודה הבאה - רפואה שניונית בקהילה. אנחנו טוענים להרחבתה באמצעות משרד הבריאות, מתן דגש להקצאה מושכלת של מקצועות הייעוץ בקהילה, השכלה בין בתי"ח לקהילה. הוצגו במליאה 3 פתרונות אפשריים – שימוש יעיל בתשתיות, לשלב נציגי קופות בבתי"ח, ומתן העדפה למודל משולב ב"ח-קהילה, כלומר הפול טיימרים יוכלו לעבוד בקהילה כנציגים בבתי"ח. הסדרי בחירה - בצהוב זו הערה שלה, רובנו הסכמנו עם מה שלמטה. אנחנו לא פותחים את האפשרות לגמרי לבחור בכל ב"ח, אלא חוזה סלקטיבי. יש לקופה מספר בתי"ח שהם בהסכם, מתוכם החולה יכול לבחור באופן הבא. זה יכול לשמור על ריסון הוצאות, ישמר את כוח המיקוח. הבחירה תהיה בשני ממדים – באזור מגוריו של המבוטח וגם בספק שאינו שייך לקופה של המבוטח. באופן אקטיבי אמרנו, קביעת זמני המתנה אמרנו. הוספנו הרחבת הסדרי בחירה, והיא מחייבת חיזוק הפיקוח על מערך המחירים של המשרד. ראינו לנכון להוסיף את זה. קו התפר בין הקהילה לבתי"ח, פה אנחנו מציינים את וועדת אור.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**ד"ר עזיז דראושה:** יש לי גם תמצית של 3 עמודים שמצורפים לכאן חוץ מהדו"ח, אבל רק נתנו הקדמה שאנחנו מדברים על 3 מיליון ביקורים בשנה בבתי"ח, 36% מהם זה ביקורים במיון. אנחנו מדברים על העומס, שהופך לאירוע רב נפגעים מתמשך, וחילקנו לגזרות הפעילות שלנו ברפואה דחופה ל - 3. 30% מתאשפזים בלבד, חלקם לאשפוז קצר מאוד, 70% משתחררים הביתה, 30% מגיעים ללא הפניה. יש הרבה מה לעבוד בנושא של פרה-הוספיטל. יש קובץ על זה. ב - in-house כתבנו את זה לפי האחוזים שצינתי, רק 30% מתאשפזים וחלקם לזמן קצר. אנחנו יכולים להמליץ שתהיה רגולציה ולא כל אחד יגיע, ויש כמה אמצעים שאפשר לנקוט בביקוח והגבלה על זה, כי לפעמים ההפניה היא דרך פקס או טלפון לחדרי מיון שזה לא רציני. אפשר לפתח מוקדים כמו מר"מים ו"טרם" עם כ"א איכותי, ולרתום לנושא הזה את הפרמדיקים או את עוזרי הרופא. עיקר העשייה שלנו היא באמת ב - in-house. גלשנו לנושא העומס והמצוקה של כ"א, דיברנו על התקינה, שגם בהדרגה נתחיל לאייש את המחלקה לרפואה דחופה בכ"א אורגני, וזה תהליך הדרגתי עד שנצליח לכסות אותה בכמה שיותר צוות אורגני על חשבון מתמחים מהתחומים השונים. גם דיברנו על זה שיצא חוזר מנכ"ל ביולי לגבי תורנות בכיר במחלקה לרפואה דחופה עד שעה 23:00 בכל בתי"ח בארץ, ובבתי"ח רמה 1 שיהיה בכיר 24/7 וזה מוצדק. אנחנו ננסה ליישם את זה בהדרגה ונקווה שנעמוד בזה. המומחה לרפואה דחופה או המתמחה לא יכול לבנות מיון מול הבית שלו והוא חייב להיות פול טיימר, וצריך לדאוג לו לפיצוי לשם כך. מאוד חשוב שנעודד אותם שיבואו לרפואה דחופה, זה מוצר במצוקה וניתן אופק לתת התמחות שמשתלבת לה טוב עם הרפואה הדחופה. פנינו למועצה המדעית שתאשר את זה יחד עם תת התמחות כדי לשדרג את השירות הרפואי. זה העשרה וזה מצוין. גם מאוד חשוב שהמשרד יתן את הדעת על הסיפור הזה, למרות שזה תחת השיפוט של הר"י והמועצה המדעית. הוא צריך לדעת איפה זה המיון, וזה בסיסי שישתפשף שם במשך מספר שבועות. יש בתי"ח שמחייבים רוטציה במחלקה לרפואה דחופה ויש כאלה שלא, וזה חשוב שידעו מה קורה שם. גם דיברנו על מפתח רוטציה, אנחנו שואפים גם להוסיף עמדות בדיקה, שיהיה מפתח של עמדה לכל מאה פניות. התמהיל יהיה בחלק קטן לטיפול נמרץ, חלקם מנוטר וחלקם לא, וחלק זה כורסאות כי לא צריך עמדה ממש. מאוד חשוב הנושא של הפעלת טריאז', שזה מיון ראשוני שמחייב את כל המחלקות לרפואה דחופה לאמץ את הגישה הזאת, שיתנו אומדן ראשוני מהר ככל האפשר כדי שלא נפספס חלילה מקרה מסובך, לפחות 2 משמרות בוקר וערב, כי בלילה התנועה נמוכה יותר. מזה נתחיל, חיוב כל המלר"דים להפעלה ולהכשרה ייעודית להפעלת טריאז'.

**דוברות:** זה לא קיים היום?

**ד"ר עזיז דראושה:** אצלי זה קיים, אבל יש כאלה מקומות שזה לא קיים בכלל. אדם יכול להתייבש ולהתמוטט בהמתנה והיו מקרים. צריך למדוד דברים מדידים, זמן השהייה עד החלטה על אשפוז ושחרור, זמן המתנה מהחלטה על אשפוז ועד עלייה למחלקה.

**דוברות:** מה זה 4 שעות?

**ד"ר עזיז דראושה:** מרגע קבלת ההחלטה ועד הגעה למיטת אשפוז.

**דוברות:** מה קורה? יש החלטה ואז מה קורה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**ד"ר עזיז דראושה:** יכולים לעבור יומיים-שלושה עד שהוא מקבל מיטת אשפוז. פרופ' ארנון אפק שלח מכתב שהוא רוצה את הנתונים לגבי פברואר לגבי כל המלר"דים בארץ. יותר מכך, שלחו שמ - 1.8 רוצים למדוד קשר לתמרוץ מלר"דים וזה מבורך. לאשפוז קצר במקום שימתין, שיעלה למחלקה פנימית ואחר כך שישתחרר. זה מקובל בעולם להילחם או לפתור חלק מהעומסים על ידי פתיחה של יחידת השהייה בתוך ביה"ח, בתוך המיון לאשפוז קצר, וזה יוריד עומסים. ננסה לרתום את הפרמדיקים בחוק שיצא, קשה לנו לרתום אותם כרגע. האחיות מערימות קשיים אז פנו אליי בנושא הזה, תהיה מלחמה. נקודה הבאה היא מחשוב המלר"דים, זה מאוד חשוב שידברו אחד עם השני.

**דוברות:** למה אחד עם השני?

**ד"ר עזיז דראושה:** הוא יכול להתאשפז יום קודם במקום אחר. זה מאוד חשוב המחשוב. הבטיחו לנו תקציב לזה. שחרור מטופלים זו סוגיה כאובה. יש שחרור הביתה ויש שחרור לפנימית. לא כולם יפים ובריאים, חלקם מסכנים ולפעמים יש קושי רב בלשחרר את החולה הביתה, וצריך לחזק את הרפואה והתיאום עם הקהילה. אם נצליח כל יום לחסוך 2-3 אשפוזים ביממה, זה משמעותי. רוב החבר'ה יוצאים אחרי שבועיים-שלושה וחוזרים.

**דוברות:** זה גם המקום לחבר ל – case manager.

**ד"ר עזיז דראושה:** בדיוק, חיבור לקהילה. הקושי הרב והעיקרי באמת זה הקושי לשחרר אותו למיטת אשפוז, ויש לנו מצוקה. החולים ממתינים יומיים-שלושה עד עלייה למחלקה, במקרה הטוב כמה שעות טובות אחרי ההחלטה על אשפוז. הוא תופס את המיטה של ההוא שיכול להגיע עם דום לב.

**יעל:** והוא גם לא מטופל.

**דוברות:** המרכז להוראות מקדימות מחובר אליכם? אנשים שלא רוצים החייאה או לא להיות מחוברים למכשירים?

**ד"ר עזיז דראושה:** יש data וצריך לקבוע נאמנים.

**דוברות:** זה לא נמצא במלר"ד.

**ד"ר עזיז דראושה:** איל יעקבסון עובד על זה.

**יעל:** זה נכון, חייבים להתייחס לזה. היום עם המחשוב זה אמור להיות פשוט.

**ד"ר עזיז דראושה:** יש הרבה פתרונות ויישום של רעיונות ברמת המשרד ובהנהלת בתי"ח. זהו פחות או יותר.

**דוברות:** לגבי השחרור – יש כאלה שממתינים לאשפוז בתוך בתי"ח ויש כאלה שממתינים לאשפוז בבתי"ח שיקומיים או גריאטריים. גם לזה יש לך זמן המתנה?





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דר' עזיז דראושה:** יש דו"ח שהפיץ איל יעקבסון לגבי ההמתנה לאשפוז במחלקה, אבל לגבי המתנה ליציאה החוצה אין לנו, אבל זה קיים. יש לנו קושי רב בלשחרר חולים למערכת הגריאטרית כי התיאום מתרחש בגובה מחלקה מאשפוז, ולא דווקא במיון, ואנחנו רוצים שהתיאום יהיה ברמה הבסיסית ביותר, ולנסות לשחרר חולים מהמלר"ד למחלקה הגריאטרית. בדרך כלל מאשפוזים ליום-יומיים להערכה ושם זה נתקע.

**יעל:** הורדת את המסקנות לגבי התקינה ואני מאוד מודה לך. זה נכון ואתה מתחשב. מה שכן הייתי רוצה זה להוסיף את המסקנות של הפיילוט של בועז. אתם יודעים שתוך כדי כך שישבנו הצוות של בועז הפעיל פיילוט בוולפסון, וחשוב לדבר על הסנכרון, שצריכה להיות מזכירה שמתאמת שחרור. מתקיים כרגע פיילוט של מזכירה מתאמת בשתי מחלקות, שגורמת לכך שהשחרורים יהיו מהבוקר ולא אחרי 15:00, והיא לא רק דואגת לשחרור אלא שיהיה מי שיקח את החולה, קרוב משפחה או מר"ג או מרכז שיקומי, והיא משחררת את הפקק שנמצא בפנימיות והחולים משתחררים יותר מהר. זה יופי של פיילוט.

**דוברות:** זה הצליח?

**יעל:** זה התחיל בחודש האחרון, אבל ברמב"ם עושים את זה כבר כמה חודשים ויש לזה הצלחה אדירה. מרגישים את ההקלה במלר"ד, את מרוקנת מחסנית וכשהיא מלאה אי אפשר להעביר למעלה.

**דוברות:** בעצם ביי"ח הוא רצפת ייצור ענקית, וחלק גדול מהשאלות של ייעול תהליכים זה עניין של תעשייה וניהול כמו שתיארת עכשיו, של תקיעה במחלקה. על פניו נראה שיכול להיות מעניין להפגיש איתם את המקצועות של תעשייה וניהול בשביל פיילוט או ניסיון להציע למחלקה פתרונות כאלה.

**יעל:** לדעתי בועז הוא כזה, הוא לא רופא. הוא מהנדס מהסוג הזה או משהו אחר.

**דוברות:** לקחת מחלקה מהטכניון שיציעו כאלה פתרונות.

**דוברות:** מרכז השליטה ברמב"ם זה ממש תעשייה וניהול.

**יעל:** ורטהיימר תרם כספים לרמב"ם ורצה לראות למה הוא תורם. הוא ישב שם שלוש שנים ואסף את המידע.

**דוברות:** יש כל כך הרבה ידע אקדמי. באים מחו"ל ללמוד מאיתנו מערכות שלמות, אז לנסות להכניס את זה ברמה מערכתית זה טוב.

**דוברות:** גם היום התקינה נקבעת פר ביקור?

**דר' עזיז דראושה:** יש על זה דו"ח שהכנו לשרה.

**דוברות:** על שיתופי הפעולה דיברנו פעם קודמת, נמשיך הלאה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** היה שיתוף פעולה בבתי"ח אפילו בנושא הפיגמות, צבעי הקירות..

**דוברות:** מפה המשכנו לעבוד – מערכת האשפוז, אנחנו אומרים שהתפוסה של המיטות גבוהה מאוד, שיעור המיטות לאלף נפש נמוך, וחשבנו שדרושים הצעדים הבאים – קביעת מנגנון עדכון למספר המיטות בפועל, גידול בהתאם לדמוגרפיה, ונתנו הערכה של מספר מיטות וזה לדיון. תינתן תוספת מיטות, כולל למחלקה לרפואה דחופה, וזו הצעה עד לשנת 2020.

**דוברות:** מעבר ל - 300 מיטות שיתווספו עד 2017?

**דוברות:** הכוונה פה היא לקבוע מטרה ולשאוף אליה.

**דר' עזיז דראושה:** 300 מיטות פר שנה.

**דוברות:** הוא אומר 250 בסיסי, ותן לי פיצוי של עוד 100 כל שנה על מה שלא ניתן עד כה.

**דר' עזיז דראושה:** ה - data מצביעה על מחסור של 4,000 מיטות מה שהוצג לנו, והתווכחנו על המספרים האלה. לא רצינו לזרוק סתם מספרים, אז התפשרנו.

**יעל:** הייתי מתחילה עם פעולות ההתייעלות שצריך לעשות לפני שאנחנו מבקשים עוד, בואו נראה איך מתייעלים. בואו נראה איך אנחנו יכולים לייעל את המערכת והיא לא 100% יעילה. יכול להיות אז שהמספר הזה ישתנה.

**דוברות:** ברור לכם שזה יהיה על חשבון הקהילה. כשאתה פותח מיטות..

**יעל:** בואו נראה את זה עד הסוף.

**דוברות:** אנחנו מציעים קביעת מנגנון עדכון למספר המיטות. במהות אין היום מנגנון כזה שלוקח בחשבון את כל המדינה, כל המערך הלאומי למספר המיטות. הוא צריך להתחשב ביכולת הקהילה מחוץ לבתי"ח, למנוע אשפוזים מיותרים, החל מהתפתחויות טכנולוגיות וכו'. המנגנון יסביר הפחתה או תוספת של מיטות.

**דוברות:** אפשר גם להוסיף פחות מיטות, אבל צריך להסביר את זה.

**יעל:** אם מוציאים פתרונות לאשפוז בית למשל. יש לנו יכולת לכמת את זה? אחרת אי אפשר לעשות את זה. הייתי רוצה להראות שבעקבות התייעלות כזאת או אחרת אפשר להוסיף, ואם לא נתייעל צריך יותר, אבל זה התמריץ למערכת.

**דוברות:** זה דורש גם הקצאת משאבים לקהילה.

**יעל:** זו בדיוק הייתה ההערה שלו, על שיווי המשקל. צריך אולי להשקיע בקהילה כדי למצוא שם פתרונות אשפוז ואז יהיה פחות עומס בבתי"ח.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

**דוברות:** הרוב מסכימים שאין עוד הרבה מקום להוריד את שיעור המיטות, ואנחנו לא באים לשפר דרמטית, אלא לפחות לשמור על הרמה הזאת ובמקביל לשפר את הקהילה.

**יעל:** אוקיי, לפני כן אנחנו צריכים להראות איך אנחנו מתייעלים.

**דוברות:** נשנה את סדר הסעיף.

**דוברות:** נראה כמה אשפוזים היה אפשר לפנות את המיטה שלהם.

**יעל:** או לתת תמריץ לא לאשפז, ואם אין אשפוזים חוזרים צריך פחות מיטות.

**דוברות:** לפעמים בשביל למנוע אשפוז חוזר צריך לאשפז ליותר זמן מלכתחילה, ולכן הפתרון יהיה כלים שלובים.

**דר' עזיז דראושה:** האמת היא באמצע. לפי הדו"ח של 2011, איפה שהאשפוז יותר ארוך, שיעור האשפוז החוזר יותר נמוך.

**דוברות:** יש מונשמים כרוניים בבתי"ח ואפשר למצוא להם מסגרת חלופית, וככה גם היינו מורידים גם את שיעור הזיהומים.

**יעל:** אז אם אפשר לכמת את זה, מה טוב. אם נפתח עוד מסגרות של אשפוזי יום, עוד מסגרות אחרות לשיקום...

**דוברות:** נציג מהר"י דיבר על זה שאם היינו מייצרים מצב שחולה יוצא מבי"ח ומתחיל קשר מיד בין הקופה לביתו, היינו מונעים אשפוזים חוזרים.

**דוברות:** אולי היום לקופות יותר זול לאשפז חולה בפנימית מאשר במוסד סיעודי, ולכן הקופה מעדיפה להשאיר אותו בבי"ח יותר זמן. החולה רוצה להשתחרר, ביה"ח רוצה לשחרר והקופה רוצה להשאיר.

**דוברות:** בנקודת השחרור מביה"ח, כאן תפקיד הקופה הוא לא חד משמעי. צריך לראות מה תפקיד הפונקציה הזאת. לקופה יש שיקולים בכתובת או ביעד אליו החולה משתחרר. בסוף אנחנו מדברים על מערכת שלמה שהיא קולטת, מטפלת ופולטת. אנחנו נמצאים בשלב של איך יוצאים מביה"ח, ולהניח שהקופה תהיה הכתובת הניטרלית, לא בטוח שהיא מלאה וצריך לחשוב על פונקציה נוספת שדואגת לטובת החולה ולא רק שיקולי קופה.

**יעל:** אני לא מאמינה שנוכל לעשות את זה.

**דוברות:** אולי הגברת תיאום עם מערכות סוציאליות.

**דר' עזיז דראושה:** העלינו את זה בשמך והתווכחנו על זה.

**יעל:** את מציבה רף מאוד גבוה שיהיה קשה מאוד להגיע אליו. בואו נחשוב על הקרקע.

**דוברות:** 2,3,4 הן נקודות התייעלות שאנחנו מציעים, וכמו שאמרת נעלה אותן למעלה – מתייחסת לנייר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**ד"ר עזיז דראושה:** תכניות טיפול משולבות – צריך לערב פה גם רופא משפחה, רופא קהילתי או ראשוני, לפעמים צריך גם את הנפרולוג שלו כי הוא עושה דיאליזה. הכוונה לטיפול המשך חוצה התמחויות או תחומים. יש המשך טיפול היום שמכיל בתוכו פיזיותרפיסט, עו"ס ואחות למשל. הכוונה לחולים מורכבים ולשילוב של סט תחומים.

**דוברות:** אנחנו בתוך סעיף שנקרא מערכת האשפוז. יש את הצד השני של ההתייעלות שזה בתוך ביה"ח. אנחנו מחכים לעבודה שתשלח מהמשרד ואנחנו נמשיך לעבוד על זה. פה עצרנו.

**דוברות:** נקבע מדדי שירות לביה"ח ונכניס את זה לסט ההמלצות.

**יעל:** נפלא, יופי.

**דוברות:** אני חושב שצריך לזכור משהו שחייב להדהד אצלנו – זו מערכת של כלים שלובים, אתה מחזק את הקהילה ומחליש את האשפוז בהגדרה. אם אתה מגדיל את הקהילה מ - 40 ש"ח ל - 45 ש"ח, בהגדרה האשפוז ירד מ - 60 ש"ח ל - 55 ש"ח. כשמעבירים כ"א מהקהילה לאשפוז, זה אותו דבר כי אין יש מאין, וכנ"ל לגבי האחיות. דעה לגיטימית היא להגיד שמספר המיטות נמוך ושם אני רוצה לחזק, אבל צריך לזכור את זה. אני לא שותף לדעה שמספר המיטות נמוך יחסית לעולם. אנחנו יותר צעירים, יותר טובים מאנגליה. לדעתי זה כתוצאה מתהליך ההתחשבות בישראל. כשיש לך מיטה ריקה וההתחשבות מבוססת על מחיר יום אשפוז, זה תמריץ לבי"ח למלא את המיטה. יש הרבה אשפוזים ליום אחד. צריך לנטרל את הנתונים ואז לבדוק את העיוותים. הנתון הזה של מספר מיטות נמוך יושב לכם בראש, אבל זו המגמה הנכונה לעבור לקהילה, והגידול שאתם רוצים יכול לפגוע במערכת הקהילתית שהיא מצוינת, וצריך לראות שלא נעשה נזק.

**יעל:** אנחנו לוקחים את הנתונים מה – OECD. 1.8 זה נמוך ואפשר לתקן את הנתונים. בוא תציג מסמך שמערער על הקביעה של ה – OECD.

**דוברות:** אני לא מערער, אלא מציג אותם באור אחר לפי גילאים.

**יעל:** אוקיי, תציגו ונראה אם נקבל את הצעתכם או שנכניס את זה בדו"ח.

**ד"ר עזיז דראושה:** אני רוצה לחזק את מה שאמרה יעל. 1.8 זה הכי נמוך כמעט ב – OECD, תפוסה של 99% ואורך אשפוז הכי קצר ב – OECD. רק שלושת העובדות הללו, מצביעות על כך שאנחנו במצב לא טוב. אני לא יכול להשתכנע שלא חסרות 2,000-3,000 מיטות אשפוז. אם אתה רוצה להסיט לקהילה, מה טוב, אבל כל כך הרבה מיטות זה בלתי אפשרי. אנחנו לא ערוכים. אתה כן יכול להוסיף מיטות למערך ממוסד, מתוקן ומופעל טוב. אין לי בעיה אם תגיד להוסיף 300 מיטות בשנה הבאה, זה מצוין, אבל אתה לא יכול להתווכח עם העובדות.



**יעל:** עדיין נבקש את הניתוח של האוצר כדי לשמוע דעה אחרת.

**דוברות:** הכלים השלובים האלה, ברגע שאני מוריד מהקהילה אני מוסיף לאשפוז ולהיפך, אנחנו יוצרים אינטראקציה הרבה יותר טובה ביניהם. גם ל – 98% מישהו יגיד שהמערכת יעילה ואחר יגיד איזה קטסטרופה. עצם העובדה שאנחנו אומרים שצריך תוספת מיטות, זה לא אומר חיזוק האשפוז על חשבון הקהילה, כי אנחנו מפתחים גם שירותים שיקלו על בתי"ח. המודל הזה מציג רופאים בבתי"ח שישרתו גם את הקהילה ואנחנו לא יוצרים הפרדה מובנית שכ"א נמצא פה או פה, הוא גם וגם.

**דוברות:** בטווח הקצר אין לך את האפשרות הזאת.

**דוברות:** אני מייעל את האינטראקציה בין המערכות.

**דוברות:** מהיום למחר אתה לא יכול להגדיל את מספר הרופאים שלך, ואם אתה מוסיף מיטות אתה מוסיף כ"א בהגדרה לאשפוז, והוא לא בא מהודו, הוא בא מהקהילה, תזכרו את זה.

**דוברות:** הסיפור של ניצול כ"א וההנחה שאי אפשר להגדיל, יש לך יכולת להוסיף כ"א רפואי ויש לך ניצול לא יעיל של כ"א. בזמן המוקדש במערכת ציבורית לעומת הפרטית, ואת הזמן שהם כבר נמצאים צריך ליעל מאוד באמצעות טכנולוגיה וכח עזר. אי אפשר לפסול את זה שיש פוטנציאל של רופאים שאפשר למשוך אותם מחו"ל. עצם ההנחה של משחק סכום אפס אני חולקת עליה. אני מציעה לא לתקן אחורה בחשיבה.

**דוברות:** זה נכון ומצוין, אבל צריך לראות שזה קורה. זה שתגידי להביא רופאים מחו"ל זה מצוין, אבל יכול להיות שזה יצליח ואולי לא. להביא רופאים מהמערכת הפרטית לציבורית גם כן ככה. אם תגדיל את מספר המיטות זה כן סכום אפס, זה בטוח. זה פעולות שיכול להיות שהן יצליחו ואולי גם לא.

**יעל:** נעצור את הוויכוח. אתה מדבר על סכום אפס, היא פותחת קצת את המסגרות ואומרת בואו נחשוב מחוץ למסגרת, על אפשרות שזה לא דווקא סכום אפס ואיך אנחנו מביאים עוד רופאים, ולא חושבים שמה שיש לנו זה מה שיש.

**דוברות:** אני לא חולק עליה, אבל אני רק אומר שאני לא קובע מדיניות על הנחות שאולי יתממשו ואולי לא.

**יעל:** כל מטרת הוועדה הזאת היא לעשות שינוי, אחרת בשביל מה ישבנו? גם שינוי ממשי וגם חשיבתי. נצטרך בסוף להיכנס לכסף, בנוסף לשינוי האידיאלי שאנחנו מחפשים. מה שהיא אומרת זה נכון מאוד, זה היום סכום אפס, אבל אם אתה מתחיל לחשוב ומדבר על אפשרויות, יש עוזרי רופא, פרמדיקים, ניצול יעיל של זמן הרופא שלא עושה דברים שהוא לא אמור לעשות, ואז מתווספות לך שעות רפואה לקהילה אולי. חייבים לחשוב על זה, ולא יכולים להישאר במה שהיה הוא שיהיה. אנחנו רוצים לשנות.

**דוברות:** שימו לב שאתם אומרים ביד אחת בואו נייעל את עבודת הרופא, וביד שנייה להגדיל את מספר המיטות. בסופו של דבר תצטרכו יותר אחיות לאותה מיטה, כמו שאמרתם, להוסיף סטנדרט אחיות לאותן מיטות. זה לא עובד ביחד, אז תחליטו - או שאותו אדם יפעל על יותר עמדות או הפוך, אבל אי אפשר ליעל עבודה ולהגדיל את הסטנדרט. זה חייב להיות קוהרנטי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** הערתך נכונה, אי אפשר לאחוז את המקל בשתי קצותיו. זה דומה למה שהערנו מקודם על ייעול. בואו נראה איך אנחנו מייעלים קודם את עבודת הרופא, ולאחר מכן נראה אם צריך בכלל להוסיף מיטות. אני כן מקבלת שנתרכז קודם בנושא ההתייעלות ונכמת אותו, לפני שנבוא לדרוש עוד. זה נכון לגבי כ"א ומיטות.

**דוברות:** את מדייקת.

**דוברות:** נעבור על הנושא בסוף. עדכון וגיוון מפתחות התקינה – שם אנחנו מדברים על התייעלות בתוך בתי"ח, מחלקות שהפכו להיות יותר אמבולטוריות באופיין.

**דוברות:** גם שיטת התמחור שתשתנה תשפיע על ההתייעלות.

**דוברות:** אחת הסיבות להקמת הוועדה ומה שמצפים מאיתנו בסוף, אי אפשר לפתור אותו בלי יותר משאבים בסופו של דבר. אם נאמר שאנחנו לא מוסיפים תקציבים זה באמת משחק סכום אפס. הרעיון שתגדיל את כלל המשאבים, ואז לקהילה יהיה את החלק שלה ולבתי"ח את שלהם... מספר המיטות קצוב ומפוקח באופן מרכזי אבל הוא לא מתעדכן לפי הצריכה, ואז תמיד יש הסטה במספר המיטות, בזמני ההמתנה וכו'. כמובן שנצטרך להביא יותר תקציב לבתי"ח, וברור שאם לא, זה יבוא על חשבון הקהילה וחלק מההגדלה יגיע לבתי"ח כדי לטפל בבעיות. זה נכון שצריך לשמור על איזון אבל נמצא מנגנון שעוקב אחרי הגידול הזה. אם האוכלוסייה מזדקנת אז צריך יותר מיטות אשפוז, ומה שהיא אמרה מאוד נכון, אנחנו בעוד כמה שנים נהיה עם שיעור זקנים הרבה יותר גבוה. כלומר, צריך להוסיף מיטות אשפוז. צריך להיזהר שזה באמת לא יפגע בקהילה. פה יש מנגנון שאומר ניקח base line ונתחשב ביכולת של הקהילה לטפל בחלק מהאשפוזים, ואז צריך פחות מיטות מהסיבה הזאת. גישה אחרת אומרת שאני מוסיף מיטות וחלקן הולך לבתי"ח, וחלקן הולכות לטיפול חלופי ספציפי בקהילה. אני נותן מיטה לבתי"ח ומיטה אחרת מממנת לי 2 מיטות באשפוז בית, וזה תחת אותה הקצאה של כסף. צריך לעדכן את הקיצוב הזה. זה לא שבת"ח יושבים יחד ומחליטים מה צריך אלא הממשלה קובעת, צריך לעדכן את זה שלא ישאר מאחורה. אפשר לחשוב על מנגנון שיתן תמריץ לצמצם אשפוזים מיותרים בבתי"ח, ואז אני לא אתן לו יותר מיטות כדי להוריד את העומס, אלא פחות כדי לתמרץ. צריך להאיץ את זה כדי לטפל בבעיות אחרות וכדי לדאוג שהאיזון בין בתי"ח והקהילה לא יופר יותר מדי.

**יעל:** בדבריו מקודם הוא מבטא דעה שונה ממרבית הסובבים סביב השולחן, והוא עושה את זה באומץ.

**דוברות:** בנוגע למיטות אשמח אם יש data על מיטות בפועל. זה הוצג בפעם הקודמת לא נכון, ואני יודע את זה. בנוגע למה שהיא אמרה – גם במודל שלי אנחנו מדברים על להוסיף לאשפוז, קיצור תורים, לנתח אחרי 16:00, אבל זה בלי להעביר כ"א מהקהילה לאשפוז.

**יעל:** איך זה קשור למיטות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** היא אמרה תביא אנשים מחו"ל ואני רוצה לקצר תורים, אבל אני רואה את זה בלי תוספת מיטות. בבוקר אני מעביר רופאים מהקהילה לאשפוז, ואני חושב שזה לא נכון.

**יעל:** אז תציגו את זה במודל שלכם.

**דוברות:** אנחנו רוצים פתרונות שיחזקו וייעלו את המערכת בלי לפגוע בקהילה.

**יעל:** תביאו פתרון אחר וזה יהיה נהדר.

**דוברות:** יש למערכת כושר ייצור עם מרכיבים מאוד דומיננטיים, אלה הבסיסים שלו, כושר ייצור מרכזי. אבל אם יש בעיות כאלה וכאלה ורק נבוא מכושר הייצור הזה, רק מיטות או כמות מוגבלת של רופאים שיכולה לעבוד כאן או כאן, זה לא מספיק. אני חושבת שהיום כשנרפואה מגוון כל כך גדול של כלים חלופיים, יש באמת סל רחב של פתרונות שמכניסים הרבה גורמים אחרים למערכת, ויודעים לעבוד על כושר הייצור הקיים ולהגביל אותו מבחוץ. לבוא ולהגיד בואו נמדוד הכל במיטות ואנחנו נמוכים וזה לא טוב, על כושר הייצור הזה של מיטות צריך לתת דברים נוספים שיוצרים חלופות.

**דוברות:** זה גם אני מסכימה.

**יעל:** זה מה שהוא אמר בעצם.

**דוברות:** ברור לכולנו שיש פה פונקציית ייצור מתקדמת ודינמית.

**דוברות:** זה גם משהו עתידי, כי היום ההצעות שלך לא עובדות באופן מספיק רחב.

**דוברות:** בראייה צופת פני עתיד אתה חייב לשקלל פנימה דברים נוספים. אם מסתכלים על טובת המטופל, יש על זה המון מחקרים, האם טוב לו להיות מאושפז או במקום אחר, כמו בהוספיס בית שזה סוף הדרך עבורו. כל הדברים האלה מוציאים החוצה את הצורך באשפוז, וזה לא שטובת המטופל היא להיות מאושפז דווקא בבי"ח.

**דוברות:** אני מסכים איתך שהתיאור הזה משמש כדי למנוע תוספת משאבים, ואז נוצר מצב שיש לנו את העומסים האלה כי אפשר לפתור את זה בדרכים אחרות. הם גם לא מוסיפים מיטות כי יש דרכים אחרות. זה בדרך כלל משמש כדי למנוע תוספת. במנגנון שלנו צריך תוספת מיטות, אחרת אין תוספת בכלל.

**דוברות:** יש גם כמה כלים יותר מורכבים.

**דוברות:** יש כלים נוספים שדיברנו עליהם במסגרת ההתייעלות.

**יעל:** צריך למצוא את הגישור בין הגישות.

**דוברות:** פול טיימר – המודל שבנינו הוא ממש אבני הבניין.

**דוברות:** יש גם תחרות על מציאת שם עברי לפול טיימר...



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** הסעיף הראשון שעליו דיברנו הרבה זה שהנהלת ביה"ח, מנהלי מחלקות וסגניהם, כולם יהיו פול טיימרים ויועסקו רק בביה"ח. על זה הסכמנו.

**דוברות:** אחרים מחוץ לחדר הזה לא יסכימו איתך.

**דוברות:** בנוסף לכל ביי"ח, מה שאיפשרנו בעצם זה טווח של פול טיימרים בין X ל- Y אחוזים שיועסקו במסגרת הזאת – מתייחסת לנייר. זה משהו רפואי שנכון שיהיה, ובגלל לזה אמרנו אחוז רצפה. הגדרנו את התקרה שזה X%. בתוך זה למנהל ביי"ח יש טווח ניהולי. הוא יכול לשלם לרופאים אחרים גם עבודה נוספת ולא פול טיימרים, כמו בקצ"תים. ממשיכה בנייר - את הסעיף הבא לקחנו מהמודל האיטלקי. שכר פול טיימרים הוא גלובלי. (ממשיכה על השכר בנייר). חשבנו שצריך לתת העדפה לפריפריה ולמקצועות במצוקה, ותיתן להם עדיפות בתקציבי מחקר, וזה לדעתנו עוד תמריץ. עבודה נוספת של פול טיימרים – או שכל רופאי ביה"ח שלא יוכלו לעסוק בעבודה פרטית אבל שיוכלו לעשות עבודה נוספת בקהילה, והאפשרות השנייה היא שרק כל הפול טיימרים לא יוכלו לעבוד בפרטית אלא בקהילה דרך ביה"ח.

**יעל:** צריך את הר"י כדי לדון בנושא השכר.

**דוברות:** תגדירו מה זה פול טיימר. מה המשמעות שלו?

**ד"ר עזיז דראושה:** אם הוא פול טיימר אז הוא לא צריך לעבוד במקום אחר.

**דוברות:** אם פול טיימר לא יכול לעשות ייעוץ פרטי וקבענו שמנהלי מחלקות הם פול טיימרים, חלק מהדילמה הוא שחלק גדול מחוות דעת שנייה מבוססת על מנהלי מחלקות. אם ברגע שהם פול טיימרים ואין אפשרות לייעוץ פרטי בקהילה, אז אין יעוץ פרטי בקהילה, ולכן לא הגענו להסכמות בנושאים האלה.

**דוברות:** הגדרנו שכל המנהלים יועסקו כפול טיימרים, מה זה ממש עוד לא הגדרנו. אתה צודק.

**ד"ר עזיז דראושה:** היה וויכוח סוער והייתי במיעוט מזהיר. אני פול טיימר – פרנסתי היא בתלוש אחד ורק במחלקה. זו בשבילי המשמעות.

**דוברות:** במקצוע שלך אין צורך אמיתי בייעוץ בקהילה, פשוט רוצים שתהיה שם כל הזמן, אבל במקרים אחרים יש צורך בחוות דעת שנייה. אם חושבים שחוות דעת שנייה היא מיותרת, אני איתך.

**דוברות:** שתהיה במערכת הפרטית.

**ד"ר עזיז דראושה:** כשנשאלת אותה שאלה, אמרתי בגלל זה את הניסוח הזה בסעיף 4. רוצים מד"ר X חוות דעת, יש לנו פול טיימר מצנרת, הוא עושה 3 ימים צנתורים. יש פנימאי שהוא פול טיימר ורוצה לעבוד באופן משולב. הוא יכול לתת לי תפוקות בייעוץ בקהילה או לתת חוות דעת. אם תפרקי את זה, הוא יהיה פול טיימר וימשיך להשתולל בשכר.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני מופתעת מזה שהוא לא מעיר שלהכניס בחירת רופא וחוות דעת שנייה בסל זה...

**דוברות:** הגיוני שבן אדם יחשוב שצריך להכניס חוות דעת שניה בסל. לא פסלתי את זה.

**דוברות:** יש חוות דעת שנייה בסל, לא?

**דוברות:** מהותית כן. אין לי בעיה שזה יכנס לסל, יש את זה כבר.

**דוברות:** ממילא את יכולה ללכת פעמיים לרופא עור ולרופא נשים.

**דוברות:** כשאתם אומרים שמנהלי מחלקות יהיו פול טיימרים, ואין בחוץ דבר כמו המודל של עזיז, אני חושבת שזה משהו שצריך לקחת בחשבון.

**דוברות:** אין על זה הסכמה עדיין.

**דוברות:** נשאלת השאלה מה זה עושה מבחינת תמריצים למערכת למי שאנחנו רוצים שיהיו מנהלי מחלקות. לפי מה שאני יודעת יש כבר היום קושי לאיים מנהלי מחלקות.

**דוברות:** נכון.

**דוברות:** זה חשוב לדעת. אם זה נכון, ואני לא מכיר את זה, צריך שפרופ' ארנון אפק יגיד את זה. צריך להבין את התמריצים פה.

**דוברות:** יש משרות של מנהלי מחלקות בכמות גדולה, שנשארות ריקות זמן רב.

**דוברות:** באיזה מקצועות? מה הסיבה? צריך לנתח את זה. השאלה מה התמריץ, למה זה ככה.

**דוברות:** אם זה מחרף את הבעיה, צריך לדעת את זה.

**ד"ר עזיז דראושה:** אם אני ממשיך בשלנו, מנהל מחלקה בוותק כזה או כזה והוא מקבל 60 אלף ש"ח ברוטו והוא משתולל והולך ועובד פרטי ומרוויח בחוץ פי 3, אני אומר לו תשמע אתה מקבל 60 אלף ש"ח אצלי והרבה יותר בחוץ, ואני מציע לך 120 אלף ש"ח ברוטו ואתה שלי, במובן שאני רוצה שתהיה לרשותי כל כולך, אתה מסכים?? הוא אומר לא, אני מרוויח עוד 60 אלף ש"ח ואני רוצה 180 אלף ש"ח. אני אומר שזה לא משתלם, אבל יש כאלה שירצו את זה, 90 אלף ש"ח ולא יחצו את הכביש, אחרת לא עשינו שום דבר. אכפיל לו את המשכורת והוא ימשיך להרוויח. הוא יתן אולי יומיים יעוץ בקהילה, אבל אם אני מכפיל לו את המשכורת והוא ממשיך לנתח או לצנתר באסותא או לתת חוות דעת שנייה, יצאתי פראייר. שיחליט מה הוא רוצה.

**דוברות:** אני רוצה לדעת מה התמריצים ומה המצב היום.

**ד"ר עזיז דראושה:** כוכבים יש רק בשמיים. הוא יעשה את זה באסותא וירוויח יותר, אבל אם הוא עושה פול טיימר בלי זה, הפסדנו.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** פול טיימרים יועסקו רק בביה"ח, לא מאפשרים להם עבודה אחרת. אנחנו מאפשרים תקרה ורצפה של אנשים שיהיו פול טיימרים בבתי"ח. לא החלטנו איך השכר יינתן, או שכר גלובלי שמכיל תפוקות מינימליות או שכר בסיס ותוספות לפי תפוקות. התמריץ שניתן זה תקציבי מחקר. מה שכן התלבטנו, ואני מדגישה את ההבדל בין יעוץ פרטי לניתוח פרטי זה בשאלה האם יוכל הפול טיימר לעבוד בייעוץ פרטי בקהילה וזה רק לחוות דעת שניה, ועל זה היה הוויכוח.

**דוברות:** זה לא מגביל את התעסוקה בקופות.

**דוברות:** זה לא משנה, זה נראה לי מאוד בעייתי איך שזה לא יהיה.

**דוברות:** הוספנו עוד שני סעיפים. לדעתנו צריך להבטיח תנאי העסקת צוותים רפואיים תומכים אחר הצהריים, ועלול להיווצר מצב שלא יהיה להם עם מי לעבוד. דנו ולא הסכמנו על צוות רפואי אחר, כמו האם אחיות יכולות לעבוד בבתי"ח פרטיים במקביל לעבודה בבי"ח ציבורי.

**דוברות:** כמה הערות – קודם כל אני רוצה לדעת על מה שנאמר – אני תוהה האם ברור לכולם שהצעתם את זה ל – 50% מהרופאים בבתי"ח. מנהלי מחלקות ויחידות זה 30% מכח העבודה, כ – 50% מהמומחים הם מנהלי מחלקות ויחידות. המשמעות היא ש - 7,000 רופאים יהיו פול טיימרים בכל בתי"ח. רק שתבינו על מה אתם מדברים..

**דוברות:** לדעתי יש בעיה גדולה מאוד להכליל מנהלי שירות ויחידות שלא יעבדו מחוץ לבית החולים. אלה אנשים עם מומחיות מאוד מסוימת. מצב כזה יגרום לכך שהם יעבדו כמה שנים בבית חולים, ואחר כך יצאו לשוק הפרטי.

**דוברות:** 50% מהרופאים הם מנהלים?

**דוברות:** כן, ואני זוקפת את זה לזכותי.

**דוברות:** אנחנו רוצים לחסל עבודה פרטית ואולי לזה התכוונתם. אתם לא רוצים עבודה בחוץ, ואני מדברת מבחינת המטופל ולא הרופא. מבחינת המטופלים אדם שרוצה לקבל ניתוח... הרבה פעמים מנהל היחידה הוא הכי טוב באותו תחום. האם אנחנו רוצים להגיד שכל המומחים ברשתית לא יוכלו לעבוד בחוץ? אנחנו מכריחים את כל המטופלים שאין להם יותר אופציות, ללכת לרפואה הפרטית. זה מה שכתבתם.

**יעל:** אנחנו משאירים לשוק לעשות את שלו, אדם יצטרך לקבל החלטה. תמיד יהיו כאלה שיעדיפו לקבל את המאות אלפים ברפואה הפרטית, ותמיד תהיה אפשרות לקבל את הייעוץ שם.

**דוברות:** אני אומרת שהחלטה מראש שקבעתם אותה כרגע, שאתה לא יכול להיות מנהל מחלקה והורדת מנהל שירות, הם יצברו את הניסיון בציבורי ואז יעזבו לפרטי. זה לא דבר שרצוי.

**יעל:** אז לא אתן להם פול טיימר, זה אמור להשאיר אותם.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אם אנחנו חושבים שפול טיימר זה נכון, אין לי ספק שזה נכון ללכת על מנהלי מחלקות, אבל צריך ליצור שימויות בעניין הזה. זה צריך להיות בטווח ביניים עתידי, ואפילו אם אחנו אומרים שלמנהל ביי"ח יש עדיפות, זה בסדר שהוא יבוא להיות פול טיימר, אז זה לא נכתב פה וזה כמו גרזן. עדיפות זה שונה כשהוא מחוייב.

**דוברות:** היא רוצה את זה כפתיון לבוא להיות מנהל מחלקה.

**דוברות:** נכון. אני דואגת מהפריפריה וממקצועות מסוימים, שאנשים לא יבחרו את המערכת הציבורית אלא את זאת ששיש בה יותר כסף בחוץ, כמו עיניים, כירורגיה פלסטית ואולי אפילו נשים.

**יעל:** היום אין להם פול טיימר.

**דוברות:** יש להם משהו אחר. אני אומרת שדרך המלך היא שתהיה פול טיימר מנהל מחלקה, ואני חושבת שלשם צריך לחתור. שנית, כל מי שמוכן לעשות את זה צריך לקחת אותו. אבל אם יש מקצועות שאי אפשר למצוא מנהלי מחלקות עם פול טיימר, אז באותם מקרים מיוחדים אפשר יהיה לקבל מישהו שהוא לא פול טיימר. זה חשוב למקצועות מסוימים בהם אנשים לא רוצים להיות מנהלי מחלקות, זה לא מספיק מפתה אותם. יש וועדות איתור שצריכות לפנות לאנשים כדי שיגישו מועמדות ולא מצליחות למצוא, למשל בכירורגיה כללית לא רוצים לעשות את זה, וזה מתחיל להיות גם בפנימית. אני בכוונה לוקחת מקצועות גדולים ומשמעותיים כי הם עובדים שם כמו חמורים, ואחרי שהם גומרים את העבודה הרפואית הם צריכים גם לנהל. היום כולם מעדיפים להיות מנהלי יחידות. השכר בניהול מחלקה לא כזה אטרקטיבי, וזה יותר אחריות להיות מנהל המחלקה. אין ספק שיש קשר לעובדה שיש אפשרויות בחוץ. אם מנהל יחידה יכול לעבוד בחוץ ומנהל מחלקה חייב להיות פול טיימר, הוא עוד יותר יעדיף לא להיות מנהל מחלקה. זה צריך להיות בעד מספיק כסף, להיות אטרקטיבי כדי לעשות את זה, אבל חייבים לאפשר או במקצוע או במקום מסוים, שהוא יגיד שאני כדי ללכת להיות בפריפריה ולא להיות במרכז, אני צריך משהו בשביל זה. בבאר שבע כשהתחילו את הפול טיימר, הדרישה הראשונית שם הייתה שיום אחד בשבוע הוא רוצה לנתח באסותא כי הוא לא מוכן לוותר על הכל לעומת מישהו שהוא לא. אם לא נאפשר גמישויות בעניין הזה, נמצא עצמנו בבעיה.

**ד"ר עזיז דראושה:** זה לא יעבור, אבל זה טיוטה. אבל אם היית יכולה לנסח משהו...

**דוברות:** זה הכל עניין של כסף, אבל אם תכתבו שהוא יקבל 5X כולם היו שמחים. אם אנחנו קובעים סכום מסוים... אפשר לעשות כמה מודלים בעיניים, למשל שמנהל מחלקה יהיה פול טיימר אלא ביוצא מן הכלל. אפשר להגיד שעדיפות תינתן למי שמוכן להיות פול טיימר וזה כן ישפיע. השאלה על מי סומכים, איפה אתה רוצה לתת את זה.

**דוברות:** נתנו גמישות ניהולית למנהל כדי להחליט.

**דוברות:** יש לו קופה של פול טיימרים שהוא יכול להציע.

**דוברות:** הוא יכול להעסיק הרבה אנשים בחצאי משרה עבור תפוקה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** fee for service.

**דוברות:** הדבר הבא זה מה עושה פול טיימר. יש נקודת מפגש בין הצורך בפול טיימר והרצון של האיש להיות כזה. דיברנו על זה בעבר, איך אתה מביא לנקודה שמנהל רוצה אותך וגם אתה רוצה, וזו סוגיה בעיניי מאוד מסובכת ולא פשוטה.

**דוברות:** איך אפשר להכריח מישהו להיות פול טיימר?

**יעל:** על ידי תמריצים.

**דוברות:** אם תמני מנהל מחלקה, וזה יהיה מאוד חשוב לו המינוי אבל הוא לא רוצה להיות פול טיימר תקבלי... קודם כל צריך לטפל בזה, השאלה אם יש לך תחליפים ואם יש לך משרה מלאה בכלל או לא. דבר אחרון, רציתי לומר שהמילה "תפוקות" היא בעייתית. יש בעיה גדולה ברפואה למדוד תפוקה. בפרוצדורות אפשר לדבר על תפוקה, אבל לא ברור למה הכוונה במקצועות לא פרוצדורליסטיים. יכול להיות שאנחנו מדברים על משך זמן.

**יעל:** זמן, שעות עבודה. היא מדברת מהניסיון שלה וגם מהפוזיציה שלה, היא שמה אותם סביב השולחן. אנחנו חייבים להסתכל גם על הציבור. יכול להיות שנאמר שזה נכון שהם באמת לא רוצים שיכריחו אותם, הם רוצים שיאפשרו להם ללכת לרפואה הפרטית, אבל השאלה מה טוב לציבור וזה יהיה הדיון. הכי טוב זה להגיע להסכמות חופפות, אבל אין ספק שמישהו צריך להציג עמדה נגדית. צריך לדאוג שהציבור יוכל לקבל כל ניתוח בזמן קצר ולהרבה פחות זמן המתנה בבי"ח ציבורי, וכדי להגיע למצב הזה צריך לקבוע מספר כללים לגבי הרופאים, וזה יהיה הדיון ונצטרך לשים את זה סביב השולחן.

**ד"ר עזיז דראושה:** אפרופו היא מדברת בשם ציבור הרופאים ואת בשם הציבור, ההרגשה שלי היא שחלק ניכר מציבור הרופאים מאמין בדברים האלה. עדיין הרבה רופאים מאמינים בקונספט הזה עם שיפורים אחרים. מלח הארץ אומר אני לא רוצה ב - 12 בצהריים להעביר כרטיס ולחצות את הכביש ולהשאיר חולה קשה שם. תן לי משכורת סבירה, הוא יקבל הרבה יותר מפנימאי מנהל מחלקה. אולי לא 100% אבל 50% מהם יסתפקו בקונספט הזה. עדיין עשרות כוכבים לא ירצו גם אם תתני להם 250 אלף ש"ח כי הוא מרוויח 500 ו - 600 אלף ש"ח אז זכותו, אבל רוב הציבור ירצה את זה בגדול. חלק ניכר מציבור הרופאים עדיין מאמינים בקטע הזה.

**יעל:** אין הבדלים רבים בין שניכם. היא מבקשת החרגה ולא לעשות כללים, היא מבקשת גמישות.

**ד"ר עזיז דראושה:** יש מאות רופאים עם פוטנציאל השתכרות של מיליונים, ובשבילם זה לא רלוונטי.

**דוברות:** אני ממש לא מרגישה שאני מייצגת קבוצה כמו שאמרת, ובטח לא קטנה בתוך זה, חשוב לי להבהיר את זה. אני כן מרגישה שכן צריך לדעת שזה לא העניין של קבוצה, אני מרגישה שאני צריכה להסביר את עמדת הרוב אם לא כל. ברור שכל רופא שתדבר איתו אומר תשלם לי כך וכך והוא לא רוצה לעבוד בחוץ. הם לא קמים בבוקר ומתים לעבוד באסותא, זה לא המצב. אני חושבת שצריך להבין שהרבה מאוד מהאנשים לא ירגישו טוב ב - X פלוס משהו, וזה מניסיוני.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דר' עזיז דראושה:** אני אומר לך מאות. למה בשביתת הרופאים כל מילה שנייה רצינו פול טיימר? צריך לתת צ'אנס לדבר הזה.

**דוברות:** זה לא רק כסף, זה עוד דברים.

**דוברות:** כל הנושא הזה של השכר של פול טיימרים זה יחסית סקטור מוגבל, אנחנו לא יכולים לכייל מערכת לפי השיח שהיא מייצרת. הדבר החשוב הוא לא לצאת עם אותם כללי משחק כמו היום אלא לייצר חדשים, להסיט את המערכת לאן שראוי ונכון למערכת הבריאות להיות, ולא להיסחף אחר שיח של קבוצה קטנה במערכת היום. שלא ייצרו את כללי המשחק של המודל שלנו.

**דוברות:** יש צד שני של הדבר הזה, צד מימון, והריצה אחרי X מסוים היא עניין של אלטרנטיבה. יש כאלה שיש להם אלטרנטיבה בחו"ל. אמרתי לעזיז לשם הוויכוח, אם מטילים פיקוח על כמה השב"ן או המסחרי יכול לשלם על ניתוח אז המחירים יורדים, ואז האלטרנטיבה יורדת בצד המימון.

**דוברות:** אין וויכוח סביב השולחן שרוצים שהרופאים יעבדו כמה שיותר במערכת הציבורית, רק השאלה היא מה הדרך המיטבית ומאיזה מקורות מימון לעשות זאת. כשדיברתם על פול טיימרים לא התכוונתם שהמימון הנוסף הוא פועל יוצא של הסכמי שכר. אתם מאפשרים גיוון במקורות המימון.

**יעל:** לא יהיו פה הנחות כאלה לא מוסתרות ולא גלויות.

**דוברות:** הסכם השכר של הפול טיימרים היה מקופת המדינה בעבר. אנחנו מדברים על מהות של הימצאות ושהות ארוכה ומשמעותית יותר בתוך כתלי ביה"ח.

**יעל:** דנתם בכלל בנושא המימון?

**דר' עזיז דראושה:** לא.

**דוברות:** רק רציתי להעלות את הנושא של הסכם שכר.

**דוברות:** אנחנו רוצים לעשות את המודל הזה כדי לשפר את מצב הרפואה הציבורית, ובשביל זה צריך מקורות. המטרה שבצד השני יהיה תקציב שיממן מספיק פעולות מצד הקופה כדי שיוכלו לשלם להם, ואם לא יהיו פעולות אז לא יוכלו לממן את זה. המימון הוא מחוץ למודל של הצוות, אבל זה מצריך תקציב לפעולות נוספות כדי שיעשו משהו.

**דר' עזיז דראושה:** זה היה המוטו.

**דוברות:** כי אנחנו כל הזמן אספקה.

**יעל:** ברגע שנגיע למימון נשב ונראה, וצריך לדבר גם על התמחור כי בלעדיו לא יהיה מימון. אם הפול טיימרים באמת יסגרו פערים ויעשו עוד פרוצדורות אבל יעשו את זה על אלפות, אני יוצרת תמריץ הכי שלילי בעולם



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לבתי"ח, למה שהם יבצעו את זה ויקבלו 30% מהסכום? לכן התמחור מאוד חשוב. לכן אמרנו שקודם נדבר על הקונספציה, ואז על המימון והתמחור שהם היינו הך.

**דוברות:** אני אציג את נושא הקדנציות והרוטציות. בצהוב זה דברים שלא הייתה עליהם הסכמה. לא ברור אם אנחנו מדברים רק על בתי"ח ממשלתיים או גם על סוגים אחרים של בתי"ח. מדובר על הגבלת כהונה ל - 6 שנים עם הארכה ל - 4, והיו פה דעות לכאן או לכאן וזה פחות או יותר סדרי הגודל. אפשר יהיה לתת להם להמשיך לעבוד בבי"ח לאחר מכן. אם ניהלת ביי"ח תוכל לנהל עוד אחד אבל לא יותר משניים, שלא תיווצר קבוצה שמחליפים אחד את השני לנצח נצחים.

**יעל:** אבל מקסימום 20 שנה?

**דוברות:** כן. לגבי מנהלי מחלקות וחטיבות לא הסכמנו על ההגבלה, 4+4 או 5+5. חלק אמרו שאתה יכול לעבור להיות מנהל מחלקה בבי"ח אחר ואחרים אמרו שלא, שאחרי 10 שנים אתה כבר לא יכול להמשיך לנהל את אותו סוג מחלקה בבי"ח אחר, כדי לאפשר לרופאים אחרים לצמוח מלמטה. ביי"ח מחויב להמשיך להעסיק את מנהל המחלקה כפול טיימר, ואז תנאי השכר שלו לא יפגעו משמעותית.

**דוברות:** אני לא מבינה אתכם. למה הדבר הזה בכלל מופיע בדו"ח? מה זה קשור לכל הבעיות שישנן? אפשר היה להיכנס לכל פינה אחרת, מה זה קשור לדברים שאנחנו עוסקים בהם? ולמה רק רופאים? מה עם אחיות ועובדי מנהל ומשק?

**דוברות:** זה עלה במיפוי הבעיות שעשינו.

**דוברות:** אני לא יכולה לחשוב שאם יש קדנציות למנהלי מחלקות... אני יכולה להבין את הקשר למנהלי בתי"ח, אבל למה לא קדנציות גם לאחיות? למה שלא נדבר על שכירים ועצמאיים??

**יעל:** שמענו את דעתך ואנחנו עוד לא קובעים שום דבר, אבל זו דעה לדיון - האם נדון בכולם או באמת רק על מנהלים ולא דווקא מנהלי מחלקות, אבל בהחלט שמענו וממשיכים הלאה.

**דוברות:** הנושא הבא - בחירת רופא. הוא הציג את ציר הבחירה - מאין בחירה בכלל, בחירת מנתח, בחירת רופא בחדר ועד בחירת קבוצת רופאים. פה אנחנו דנים בנושא בחירת רופא שזה נקודה ברצף. עשינו הפרדה בין ניתוחים לייעוצים. בחירת רופא היא בחירת רופא בכיר בניתוח, לא את המנתח אלא מי נמצא בחדר, ללא תשלום של המבוטח או מי מטעמו. צריך לקבוע רשימת ניתוחים ופעולות פולשניות בהם חובת נוכחות של רופא מומחה, כי יש פעולות פשוטות שבהן לא צריך וזה לא יעיל. ביה"ח יהיה מחויב לקבוע רשימה של לפחות 2 מומחים שמתאימים לביצוע הפרוצדורה, אבל ההתחייבות היחידה היא שהוא יהיה נוכח בחדר ולא שהוא ינתח. לכל רופא יהיו זמני המתנה לפי כמה שרוצים אותו, אבל אם אתה לא רוצה לבחור יציעו לך את התור המוקדם יותר האפשרי, ואם אתה רוצה לבחור יכול להיות שיהיה לך זמן המתנה ארוך יותר. אם אתה לא רוצה לבחור וזמן ההמתנה הוא ארוך מדי, כל הסדרי הבחירה נפרצים ואתה יכול לבחור גם בבי"ח אחר. זה לגבי הסדרי ניתוחים.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** זה בא לחזק בחירה, שקיפות וודאות. אנחנו לא פוגעים במתמחים, לא קובעים יכולת תשלום בקבלת טיפול רפואי, ולא פוגעים בהסכמים של בתי"ח, ולכן זה מקרב את הפער בין המערכת הציבורית לפרטית לנקודת האופטימום.

**יעל:** אתם זוכרים שביום שישי לקראת הצהריים הועלה הרעיון שלא צריך בכלל לתת את הדעת על בחירה או לשים אותה במרכז, מפני שזה לא הדבר החשוב, ולא מה שישנה את איכות המערכת. אתם זוכרים?

**דוברות:** הוא אמר שהוא לא בטוח שאת הבחירה הוא רוצה לממן מהסל הציבורי. הוא חזר וחידד את הנקודה הזאת.

**דוברות:** זה להעתיק את מה שיש היום למערכת הציבורית וזה יהיה בכסף כמו בסל. פה זה משנה לגמרי את סדרי העבודה כך שהמנותח יכול לדעת מי יהיה המנתח שלו והוא יוכל לבחור.

**יעל:** האם תהיה לזה משמעות כספית בתוך ביה"ח?

**דוברות:** הסיפור של הבחירה הספציפית, אין לו השלכה כספית ישירה, אבל אם זמני ההמתנה לא יהיו מנופחים מדי ולא יהיה תמריץ לקחת חולה לפרטי, הכל קשור אחד בשני. עצם זה שלחשוף בפני המנותח מי הרופא שמוקצה לניתוח שלו ושיהיה נוכח בחדר, וגם ככה זה קורה כי יש ניתוחים שדורשים את זה, צריך להגיד לו מי זה יהיה, וזה לא דורש תקציב נוסף אלא אם כן פיספסנו משהו. בשביל זה הבאנו את זה לפה.

**דוברות:** אמרו כאן בזמנו שנושא הבחירה הוא לא כצקתה.

**ד"ר עזיז דראושה:** כן, פרופ' ברבש.

**דוברות:** לגבי הבכיר בחדר אנחנו יודעים שרוב בתי"ח עושים את זה ולא משווקים את זה, אין פה בעצם תוספת של כסף.

**דוברות:** אתה מייצר תופעה של הרבה יותר בחירה שהיא מבוצעת בפועל. בנוגע לבחירה אנחנו צריכים להיזהר מלהפוך אותה לזכות שלצידה חובה. אנחנו מאפשרים את הגמישות הזאת כשאנחנו אומרים שזה בנוכחות קבוצה ולא מנתח, ואנחנו לא שוללים את הבחירה במנתח עצמו שתהיה רק בפרטית.

**ד"ר עזיז דראושה:** גם התייחסנו לקיצור תורים.

**דוברות:** זה אמצעי לחזק את האמון במערכת הציבורית כי רוב האנשים לא איכפת להם, אבל האפשרות הזאת תאפשר להם לא לחשוש שיפלו על המתמחה, זה המצב הקבוע, ואז אני לא מעדיף ללכת לפרטי. זה האדם שינתח אותך, ואם אתה רוצה אתה יכול לבחור מתוך רשימה של אנשים שמתאימים למקרה שלך, וזה יקטין את חוסר האמון שמוביל לריצה לפרטי.

**יעל:** יש נקודות לוויכוח ויש כאלה שנעלה לדיון מחדש כשנגיע להמלצות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** ברגע שהאמון במערכת הציבורית יתחזק, הוא פחות יצטרך את הבחירה ואז נוכל לחזק את זה בוודאות. הוא יקבל סמס יומיים לפני הניתוח.

**יעל:** זה דבר נהדר.

**דוברות:** לחזק את המערכת באמצעים שלא בהכרח יוצרים הוצאות למערכת.

**דוברות:** זה כולל וועדה ציבורית שתקבע זמני המתנה.

**דוברות:** זה כמו גלגלי שיניים שביחד יוצרים מערכת.

**דוברות:** אני חושבת שהדברים שרשמתם הם מצוינים ואין עליהם וויכוח, אך השאלה היא האם זה מספיק? לתת וודאות ולהדגיש את השירות ולנתק אותו, אז לא צריך וועדה בשביל זה, אבל אם זה לא קורה אז כן. אבל האם זה נותן מענה לצרכים, מהווה את האוטונומיה של הפרט על גופו או שאנחנו הולכים למסלול המסוכס, זה הפחות מעורר מחלוקת?

**דוברות:** מה חסר לך?

**דוברות:** אני חושבת שלאנשים יש צורך לבחור ויש לבחירה יתרון מסוים עד רמה מסוימת. יש אנשים שמי שינתח אותם זה מה שחשוב להם, ואני לא חושבת שצריך להימנע מזה כמו מאש ולכן ללכת לפתרונות פרווה. השאלה היא מה נקודת המוצא.

**דוברות:** מה יעשו מתמחים? לא ינתחו?

**דוברות:** השאלה היא אם אני רוצה לתת מקסימום חופש בחירה וכשאין ברירה אני מגבילה, או מתחילה מהגבלה וכשיש אפשרות אז לפתוח ולאפשר. זה עובר כחוט השני במודל ואני חושבת שזו שאלה על איזה יסוד זה נבנה, ריסון או הענקה כמה שיותר, ואיפה שאי אפשר אנחנו מגבילים. בעיניי, ההבנייה צריכה להיות ממקום שונה. אין ספק שיש פה סעיפים טובים אבל אני טוענת שזה לא לוקח למקומות המלאים.

**דוברות:** אני אגיד מה להגביל ואת תגידי מה לא, בסוף נגיע לאותה נקודה.

**דוברות:** אני מקווה שנגיע לשם. אני אופטימית, אבל אני אומרת שהמטרה היא לא למצוא משהו שמשכנע בחדר, אלא שהציבור ידע לקבל אותו.

**ד"ר עזיז דראושה:** אם נשתכנע כאן, הציבור יקבל את זה כי אנחנו קבוצה הטרוגנית. אם יהיה רוב למה שננסח כאן - יהיה לו רוב גם בחוץ.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** בעיניי, השיטה שבה בחרתם לטפל בהסדרי הבחירה נראית לי שגויה. אני יכולה לראות מקומות בהם נצטרך לעשות כברת דרך כדי להגיע להסכמה בחפיפה. אני מעלה את זה כי אנחנו בשלב של הצגת פתרונות. יש חלקים מצוינים ויש נקודה מסוימת שנוגעת לבחירת רופא. אני תוהה האם זה מה שצריך או שנצטרך עוד תהליך של גישור.

**יעל:** את תציגי גישה אחרת.

**דוברות:** עשיתם עבודה מדהימה, ואני מצטרפת למה שהיא אמרה. חשוב לי מאוד בחירת רופא, מי יחתוך אותי ומי יטפל בי, ואני לא יודעת אם הפרשה הזאת תספק אותי ותגידו לי לכי לפרטי כדי לבחור. אני חושבת שהצעתם משהו במודל שכן יכול לכוון לאנשהו, אבל אני צריכה יותר בחירת רופא ובחירת בי"ח.

**יעל:** ובכך נתקדם לנושא הבא כשמדברים על בחירה, נצטרך לשים על השולחן את השר"פ.

**דוברות:** חשבנו על זה ברמה ממלכתית, וגם על המתמחים שצריכים ללמוד ודור העתיד.

**דוברות:** לא לכולם כל כך חשוב מי ינתח אותם.

**דוברות:** הציבור בעצם רוצה לבחור מחלקה ולדעת אם הוא סומך על המחלקה, ולא אכפת לו כל כך מי חותך אותו. כשנגביר את האמון יותר ויותר - לאנשים יהיה פחות אכפת. כשאת מאפשרת את זה, כולם יקחו את זה.

**דוברות:** עובדה שאיפשרו את המודל של איכילוב ולא כולם מימשו, עובדה שיש את זה בשב"ן ולא כולם רוצים.

**דוברות:** חוץ מהפעולות שאנחנו חושבים שהן פשוטות מאוד ואין צורך בבחירה שם, ונגיד את זה לציבור, אז לכל האחרים יש פה אפשרות בחירה, אולי זה לא ברור מהניסוח. זה נותן אפשרות בחירה במערכת הציבורית, ומי שלא רוצה לבחור מקבל את התור הכי קצר. מי שרוצה בוחר בקבוצת רופאים וזמני ההמתנה שלהם מפורסמים לו.

**דוברות:** עמדת הפרשה של האוצר זה נבטיח דרג רופא בכיר מבלי שנבטיח את זהותו.

**דוברות:** כתוב בחירת רופא בכיר ללא תשלום, שיהיה נוכח בחדר ולא שינתח.

**דוברות:** בחירה פרסונלית של רופא שיהיה נוכח בחדר ולא שיחתוך.

**דוברות:** הוא יהיה מנהל הניתוח.

**דוברות:** הוא גם יחתום על הניתוח גם אם הוא לא חותך.

**דוברות:** לא הבנתי למה את חייבת לדעת מי יחתוך? למה זה איכפת לאנשים?

**דוברות:** עכשיו יותר נוח לך?

**דוברות:** המחשבה היא שלא תהיה במערכת הציבורית בחירה בכל מה שהציבור רוצה, כולל מנתח בציפורן חודרנית, ואם הוא רוצה - שישלם על זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** לא צריך ללכת לקיצון, זו דוגמא קיצונית.

**דוברות:** יש ניתוחים שזה חשוב מי המנתח שיהיה בחדר, ואם יש בחירת מנתח אז בפועל הרופא שנבחר לא עושה הכל מא' עד ת', יש לו צוות מסוים.

**דוברות:** הניתוחים שבהם אנשים בוחרים מנתח הם כפתורים, שקדים, קטרקט..

**דוברות:** בגלל התורים.

**דוברות:** בשב"ן הוא בוחר והוא יכול לבחור כל דבר. אם עושים לו במוח ובציפורן חודרנית, מבחינת data הוא בוחר בכפתורים.

**דוברות:** זה אחוזים מתוך ניתוח רלוונטי.

**דוברות:** אגיד את הדברים שהם לא ניתוחים – במהלך אשפוז אתה לא יכול לבחור רופא יועץ של המרפאה, אבל כל שירות אמבולטורי אחר שהוא לא במהלך אשפוז, אתה יכול לבחור מתוך רשימה וזה קיים היום בהרבה בתי"ח ציבוריים, ובחלק אחר לא מציעים לך בחירה.

**דוברות:** אתה בוחר מחלקה ולא ניגש לרופא ספציפי.

**דוברות:** אתה לא רוצה לבחור בזמן המתנה ארוך, אז גם פה נפרצים הסדרי הבחירה, וזה גם קיים היום בבתי"ח ציבוריים.

**דוברות:** נפרצים הסדרי הבחירה?

**דוברות:** אם לא עומדים בזמני המתנה.

**דוברות:** שאינם נמצאים בהסדרי הבחירה.

**דוברות:** אוקיי, אז אינם נמצאים.

**יעל:** זה מרחיב את הבחירה.

**דוברות:** הסיפור של הגבלת זמני המתנה, מה המשמעות שלו ברמה משפטית למדינה ולמשרד ביחס לזמן סביר ולמרחק סביר? בשום שלב המדינה לא הגדירה מה זה סביר, ותמיד שמרה לעצמה את החופש לשנות. השאלה אם אנחנו מבינים את כל ההשלכות של זה ולא חושפים את המדינה לתביעות ענק.

**יעל:** המשמעות היא לקבוע SLA שם ובעוד כמה דברים, אבל חשוב להבין את המשמעות.

**דוברות:** בחוק ביטוח בריאות המקורי נקבע שתוך שנתיים וועדת מומחים תקבע זמני המתנה וכו', וחוק ההסדרים של 98 הוא זה שביטל את זה וקבע שזה יהיה סביר. במקור הייתה כוונה לקבוע את זה בחקיקה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** זו שאלה חשובה שצריך לתת עליה את הדעת, ומשפטנים יצטרכו להגיד מה המשמעות של זה.

**דוברות:** יש לזה יתרונות וחסרונות.

**דוברות:** יש לנו את זה ברפואת שיניים, קבענו שתוך 14 ימים יקבלו אותך לבדיקה ותוך עוד 10 ימים צריך להתחיל טיפול. בהתפתחות הילד נקבעה חצי שנה, ואם לא - תקבל ואוציר. יש נהלים שצריך לראות איך תהיה ההתנהלות לאורם ומה התגובה המשפטית לזה.

**דוברות:** חשיפות כאלה מאוד נועלות את המערכת, אפרופו מנגנון דינאמי בייצור מערכת אמידה לאורך זמן. אלה מנגנונים נועלים.

**דוברות:** קביעת זמני המתנה מקסימליים עוזרים בהורדת זמני המתנה.

**דוברות:** יש גם התכנסות סביב תור. ברגע שתקבע נקודה, אנשים ירקדו סביבה ולא ינסו להוריד.

**דוברות:** הנושא הבא הוא רוחבי, כהמשך לשבוע שעבר. הייתה אמירה שיש להתעסק במפתחות התקינה בלי שנעשה את זה בצוות הזה, אלא המלצה להקים צוות שיגיש המלצות, ויש פה עקרונות מנחים בנושא התקינה.

**דוברות:** כמו שאמרנו על כ"א, זה בסיס לעבודה של צוות.

**דוברות:** יש פה עקרונות לאותו צוות, למשל לקבוע תקינה לקהילה, לנתק תקינה מהמיטות ולהתכנס על נושאים נוספים.

**דוברות:** אמרנו עקרונות שחשובים לנו ושמתיאמים למודל שלנו.

**דוברות:** מעין מתווה.

**דוברות:** הם יצטרכו להתייחס לכל נקודה ואולי גם לשנות.

**יעל:** אתם נותנים מנדט לוועדה, ומתעלמים מהנושא שזה של הר"י.

**דר' עזיז דראושה:** הר"י מעורב מאוד, ולא ציינו את זה שהצוות צריך להיות מורכב מכל הגורמים הרלוונטיים כולל משרדים. לכן אמרנו שצריכה לקום וועדה שתשלב את כולם, כי בלי הר"י לא נוכל להזיז שום דבר. הגיע הזמן שאחרי 40 שנה ניתן את הדעת בנושא התקינה והתקנון. נמליץ שזה יהיה לפי נפח פעילות, כל מיני גורמים ולא רק מיטות. בעיניים ובא"ג לא צריך מיטות למשל.

**דוברות:** נקודה נוספת זה ניהול התמחויות שצריך להיות בוועדה הזאת, תכנון לאומי שלהן.

**יעל:** עשיתם masterpiece, עבודה מאוד יפה, מקיפה ומעמיקה. לא כולם הסכימו על הכל אבל נראה לי שזה בהחלט בסיס לדיון ואתם לא קיצוניים ומחכים לדעות האחרים. נשמע את הדעות של כולם ונשים הכל בתוך



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

הקדירה, אבל בינתיים כל הכבוד! אני מלאת התפעלות. צריך לעכל את מה שהצגתם, לעבד ולשקוע, ואז יעלו הדעות האחרות. אנחנו עוד נעבד.

אפרופו פיקוח ובקרה - אני ממנה וועדת בדיקה לנושא הדסה שמדברת רק על ההליכים ולא על האשמים, שיגידו מה היה חסר לנו בפיקוח על הדסה ועל בתי"ח הנצרכים למשל. אולי נגיע להחלטות כמו הוועדה של רונית, אבל זה ספציפי להדסה.

### **\*\* מציגה שנייה בפני הוועדה: יוליה איתן, צוות תיירות מרפא. מציגה מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

**יוליה איתן:** אני אציג את הרקע לקראת גיבוש ההמלצות של הוועדה. נדון ונלבן, ובהמשך נגיע להמלצות לגבי אסדרה. המטרות שהגדרנו לעצמנו – במצגת. לאור זה פעלנו ואלו היו ההנחיות של יעל. מטרות הממשלה או המדיניות – במצגת. אנחנו קראנו לזה "השפעות" או "השפעות תוספתיות", כמו יצירת משאבים, קשירת קשרים עם מדינות בחו"ל, אפשר ערוצי הידברות.

**דוברות:** המבחן הוא על דרך השלילה. כשאתה עושה משהו עקום נדרשת פגישת תיקון, אבל אנחנו רוצים להיות חיוביים.

**יעל:** הממשלה לא יושבה ולא קיבלה החלטות ולכן זה לא מדויק.

**יוליה איתן:** אני מקבלת את ההערה, נשנה ל"מטרות לאומיות" - ממשיכה במצגת. כאן התייחסנו בעיקר לענף התיירות, אבל לא רק. יש לזה פעולות משלימות והתפתחויות נוספות בהמשך. יש פה יעדים חדשים כי זה לא רק סחר במוצרים. זה גם למשל סיוע במקרים הומניטריים, יודעים לפנות ולהתייחס.

**יעל:** איפה התיירות עצמה?

**יוליה איתן:** אני מתייחסת לזה בסעיף השני מבחינתי - ממשיכה במצגת. נעשה פה מאמץ מאוד מסיבי לקבל נתונים כמעט מכל בתי"ח, אנחנו נמצאים ב - session השלמות אחרון מול הקופות, אנחנו מטייבים נתונים שכבר נמסרו. זה היה תהליך לא פשוט, התנינו הופעה בפני הוועדה במסירת נתונים. יש את כל הנתונים.

**יעל:** צריך רק לדרוש אותם.

**דוברות:** נותנים אותם כשכדאי או כשאין ברירה, התחייבו שהם לא יוצאים החוצה.

**יוליה איתן:** שמענו את המצדדים והמתנגדים, שמענו שחקנים שהם סוכנים בתור מקור הרווח המרכזי, השתדלנו לבחון את כל ההיבטים של העשייה, והיה פה תהליך עשייה מדהים כי התחלנו מרמת מידע נמוכה, אפילו ברמת הסיקור התקשורתי ורמת הפוקוס שנוצרה. את קול התיירים עצמם לא ידענו איך להביא לוועדה, על אף שמשרד הבריאות מטפל בתלונות, לא היו הרבה של תיירים. במדינת ישראל יש הרבה אזרחים זרים שמטופלים בפעילויות





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רפואיות מסוגים רבים, אבל הוועדה דנה רק בפעילות רפואית מתוכננת. גם הסוגייה של הפלסטינאים עלתה, והחלטנו לא לעסוק בזה. יש לא מעט עלויות נגזרות כתוצאה מהטיפול, והחלטנו לא לעסוק בזה. אנחנו מדברים על פעולות מתוכננות בזמן אמת.

**דוברות:** פרופ' ארנון אפק שם בכפיפה אחת את הפלסטינאים כתיירי מרפא.

**יוליה איתן:** ראינו שונות מאוד גדולה בהגדרות גם ברמה בינלאומית.

**דוברות:** מה לגבי תיירים שמגיעים למלר"דים?

**יוליה איתן:** לא נגענו בהם.

**דוברות:** יש לך כאלה? יש להם ביטוח?

**דוברות:** כן, שוברים יד, נחתכים. יש להם ביטוח לשבוע.

**יוליה איתן:** זה גם נפוץ באזור הצפון, יש הרבה מטיילים באזור. מה מניע את התופעה הזאת של תיירות מרפא והסיבה בבחירה במהלך הזה? לקוח מסקר שעשתה חברת "מקינזי" משנת 2008 – גרף עוגה במצגת. אנחנו מסתמכים על השיקולים בבחירה באקט הזה. זה מקביל למידע שמביאים הסוכנים ושותפים ממדינות אחרות, ויש דמיון להיום למרות שזה מלפני 6 שנים. מה שמניע ומגביר את התופעה ברמה הבינלאומית זה מה שרשום פה – במצגת. אנחנו רואים פחות תהליכי התיישרות בפערי המחירים ויותר הקצנה. תמונת מצב תיירות מרפא בעולם – במצגת. יש פערים עצומים בין נתוני חברת "דלויט" לאלה של "מקינזי", אבל כולם מסכימים שיש פוטנציאל גידול משמעותי בענף.

**יעל:** לא כולם, פרופ' רוטשטיין חושב אחרת.

**יוליה איתן:** נכון שקמים יותר מתחרים ואנחנו יודעים את זה, אבל 2 סיבות יכולות להאט את קצב הזרימה של התיירים – הקמת תשתיות איכותיות שם או שתהיה תחרות. מבחינת התחרות, ההנחה היא שיש שם ביקוש אינסופי כי המדינה היא עצומה עם מערכת בריאות גרועה. הנשיא פרס מנסה לקדם הקמת בי"ח ישראלי במוסקבה כסמל לאיכות, ולכן זו לא תופעה שאפשר למנוע אותה.

**יעל:** בחקיקה כן.

**יוליה איתן:** אנחנו רואים שזה משפיע בענף התיירות, וחד משמעית צריך לחפש גיוון במדינות היעד, יש יתרונות לגודל ולהתמקצעות ברוסיה. היינו רוצים לראות גיוון יותר גדול, ובהקשר הזה הסתכלנו על עדויות מומחים ועבודה ממשרד התיירות שעשה ניתוח "SWOT" לתיירות רפואית, ונעשתה עבודה מקיפה על עניין הפוטנציאל של שווקים.

**דוברות:** יש מדינות מועדפות עלינו כמדינה להביא מהן תיירים?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יוליה איתן:** יש לנו יתרונות על מדינות מסוימות, אנחנו דוברי כמעט כל השפות.

**יעל:** חוץ מסינית ויפנית.

**יוליה איתן:** למרות שיש להם יותר אפשרויות שם. בתחום הזה הזנב מקשקש בכלב, זה זורם משם ובגלל שאין לנו מדיניות לאומית בתחום אז אצל כל סוכן זה נראה אחרת. ככל שתלכי למדינות יותר מתקדמות, תראי שיש העדפה לסוג מסוים של אולכוסיה, כמו שמנהלי בתי"ח אמרו לנו שהם רוצים את הרוסים, מעדיפים אותם. יש הרבה מדינות שפיתחו מדיניות לאומית לפיתוח הענף. גרמניה היתה מודל שעניין אותנו ללמוד אותו כי הם מתחרים שלנו.

**דוברות:** זה גם עלה אצלנו בניתוח הבינלאומי.

**יוליה איתן:** בהקשר שלנו זה בהיבטי יזמות, מרחק וגיאופוליטיקה. יש להם התנהלות אתית ומסודרת בענף, והמערכת שם בנויה על ניהול מאוד מרכזי של התחום. יש רשות שעוסקת בנושא, ולבתי"ח יש קושי לגייס כי הם אסרו על פעילות סוכנים בשטחה, הלכו למקום קיצוני, אז הסוכנים יושבים בגבולות.

לועדה הזאת קמה וועדה שפרופ' רוני גמזו הקים בראשות פרופ' ארנון אפק ולקחנו משם תשתית. נעשתה עבודה מקיפה, רצינית ומעמיקה במשרד הבריאות, לא התחלנו מאפס.

יש ניתוח של מה מאפשר את צמיחת התחום במדינת ישראל – במצגת. שמענו את הנכונות לתת אמון במערכת עצמה שהיא לא מושחתת. למערכת עצמה מגיעים הרבה פעמים לאבחון מחדש כי קיבלו אחבון מוטא במדינה אחרת, ובארץ מקבלים אבחון מחדש. שידרו שם את הפרק מ"עובדה", ואכן הייתה ירידה לפי דיווחים שלהם. הסוכנים אומרים שזה עושה נזק בלתי הפיך, הניסיון לקעקע, אבל אנחנו לא יודעים להתייחס לזה, אבל יש בזה משהו. הידיעה שאם קורה משהו יש לאן לפנות, מדינה מוסדרת היא חלק מהסיבות שלכך זה מגיע.

קצת נתונים על תיירות רפואית – במצגת. לגבי מספר תיירי מרפא אין נתון, זו הערכה של משרד התיירות וגם הסוכנים מצטטים אותו. אנחנו לא באמת יודעים כמה יש. אפשר לעשות נתון אגרגטיבי אבל הוא חלקי מאוד. אני הייתי מוסיפה לזה עוד כמה אלפים, כאלה שלא עוברים דרך המערכות.

**יעל:** קיבלתם את כל הפרטים מבתי"ח, אז למה?

**יוליה איתן:** שני שליש מהפעילות מגיעים למערכות פרטיות, ולכן הנתון האגרגטיבי הוא לא מספיק טוב. זה באזור, זה מספר שמסמן כיוון, אבל לא הייתי מהמרת שהוא מדויק.

**דוברות:** זה כמעט 40 אלף ש"ח מכל תייר.

**יוליה איתן:** לא הייתי מחלקת כך, זה לא הסתדר לנו המספר הזה.

**דוברות:** אני גם מתאר לעצמי שזה יותר מ- 26 אלף ש"ח.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יוליה איתן:** הנתון כתרומה כלכלית לא מתייחס רק לבתייה"ח אלא גם לענף התיירות, אבל אני לא חותמת על המספר הזה, אבל הוא הגיע לפתחנו. אני כל הזמן מבחינה בין נתון שאנחנו עומדים מאחוריו לבין כזה שלא. זמן שהייה ממוצע בארץ הוא 25 יום, וההוצאות של תייר פרואי הן פי 10 מתייר רגיל, כי יש גם את המשפחה המלווה.

**דוברות:** למה כל כך הרבה?

**יוליה איתן:** עד שיש ניתוח, בדיקות, החלמה וכו'.

**יעל:** זה כולל את הטיפול הרפואי.

**יוליה איתן:** תייר ממוצע נמצא בארץ 3-4 ימים. מדינות המקור שמהם מגיעים לכאן – מזרח אירופה, קפריסין הייתה מקור משמעותי, אבל בירושלים יש מרכז גדול שמקורו בקפריסין וחברת "IMER" בנתה את התשתית שלה מול קפריסין.

**יעל:** למה זה דועך?

**יוליה איתן:** יש מגבלות בתוך קפריסין ומרוסיה מתרבים.

**דוברות:** יש רופאים שנוסעים לנתח שם.

**יוליה איתן:** גם כן. המתחרות העיקריות – גרמניה גם הולכת על השוק הרוסי, תורכיה, קפריסין ועוד. הם פנו ליזמים בשביל ליצור שיתופי פעולה. זה מאוד קרוב, והם פונים לא רק ליזמים אלא לרופאים ישראלים להזמין אותם לחו"ל.

**דוברות:** רופאים טסים לחו"ל ל - 3 ימים בשבוע כדי לנתח ולחזור.

**יוליה איתן:** יש גם את סיפור הרשות הפלסטינית שמאוד קרובה לישראל, וצריך לקחת את זה בחשבון. מחפשים שיתוף פעולה איתנו וצריך לנצל את זה, כי יש רכיבים שם שאנחנו לא מנצלים. אסביר איך זה עובד – במצגת. רופא מקומי הוא סוכן הפעילות בישראל. היום הפרסום באינטרנט הולך ותופס תאוצה. נועם לניר הוא חזק בתחום הזה, התחיל מפלטפורמת הימורים על בסיס מילות חיפוש. במדינות המתחרות ירוקים מקנאה על היכולת הזאת. הם לא פונים לרופא שיושב במוסקבה. מכרים בארץ זה גם עובד כי יש פה עלייה מרוסיה, וזה גם מענה לשאלת הלינה. יש גם אנטישמיות הפוכה - לרופאים יהודים מרוסיה יש שם של חכמים ופונים אליהם. מיצירת הקשר הראשוני הנתונים מועברים לבי"ח, והם בדרך כלל עושים beading בין בתי"ח, ומנסים לקבל הצעת מחיר או זמן טיפול יותר אטרקטיבי, לרוב באמצעות סוכן או הגעות עצמאיות לאסותא למשל.

**דוברות:** מה הם יודעים על זה מראש?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יוליה איתן:** משווקים להם ישראל, כולל המערכת הרפואית והמשפטית. לפי הסטטיסטיקה שראינו, בי"ח את רוב הבקשות דוחה בסינון ראשוני. השיקולים שלהם שהוצגו לנו זה זמינות, יכולת לתת שירות ראוי. שניידר דוחה 9 מתוך 10 פניות, מסיבות שאין לו מקום. אם אנחנו חוששים שלא יהיו מספיק פונים, אז אנחנו במצב אחר לחלוטין.

**דוברות:** הרוב אני מאמין זה אונקולוגיה ילדים.

**יעל:** אז יש פה בחירה.

**דוברות:** הם לא מוכנים לקחת מקרים בהם היכולת לעזור היא מאוד נמוכה.

**יעל:** חשבתי שהוא בוחר רק בפשוטים.

**דוברות:** מטעמי יוקרה או אחוזי כשלון?

**יעל:** זה גם שיקול.

**יוליה איתן:** העניין של איזה חולים דוחים, אז כמות הפניות גדולה כך שאפשר לבחור, והם חזרו ואמרו שזה ה - capacity, מעניין אותם לתת שירות טוב לחולים ישראלים קודם כל, ואז רק אם יוכלו לתת שירות איכותי לתייר אז הם יקבלו אותו. הם לא דורשים בחירת רופא אבל יש שונות, הם טוענים שהמידע נהיה זמין יותר וכך גם הצריכה נהיית מוכוונת שירות, וזה בעיקר בקצה של המתוחכמים מאוד ובעלי הנגישות לשירות. לא שמענו על מקרה שלא קיבלו רופא וויתרו על להגיע לארץ, זה רק מגביר את הרצון אבל לא מונע. יש ווריאציות שונות באופן התמחור לכל בי"ח - יש כאלה שאומרים תן לי מראש סכום הרבה יותר גדול למקרה של סיבוך, שלא אתקע בלי תשלום. אם ישאר לי אני מחזיר, אבל שלא אגיע למצב של דילמה מוסרית אם לטפל או לא בגלל העניין הכספי. יש כאלה שעושים תמחור ריאלי ומשאירים מקום לסטייה, ולוקחים כרטיס אשראי. יש מקרים קורעי לב של אמא שהמקרה של הבן שלה הסתבך ואז נוצרה דילמה, אבל הם יודעים לתמחר לבד. עשינו ניתוח של המחירים, מחירון משרד הבריאות יש בו א', ב', ג', כאשר ג' מתייחס לתיירים. לפעמים זה מחיר זהה, אבל הוא המלצה לבתי"ח.

**דוברות:** זה לא המלצה.

**יוליה איתן:** ככה הם מתייחסים לזה.

**דוברות:** זה צו פיקוח על מחירים ושירותים, זה לא המלצה.

**יוליה איתן:** ככה זה מתנהל בפועל ממה שאנחנו יודעים.

**יעל:** הם צריכים לעבוד לפי המחיר המפוקח שאנחנו נותנים להם.

**דוברות:** מסתכלים על החוק כאל המלצה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יוליה איתן:** כמעט תמיד הם הולכים על סכומים יותר גדולים ומצליחים לגבות את זה.

**דוברות:** זה מבוצע בתאגידי הבריאות?

**יוליה איתן:** כן, הכל.

**דוברות:** וזה מקור הכנסה עיקרי לתאגיד?

**יוליה איתן:** מקור הכנסה כן, עיקרי לא. אמרו שהטיפול משתנה תוך כדי התהליך בארץ, על סמך מה שנשלח מחו"ל. בהמשך יש טיפול, אשפוז ומה שנדרש. מספר המאושפזים הוא מאוד נמוך מתוך התיירים שמגיעים בפועל.

**דוברות:** מעט יחסית מנותחים ולכן גם מעט מאושפזים.

**יוליה איתן:** חלקם גם מטיילים בארץ תוך כדי, ועושים תיירות משלימה.

**דוברות:** יש גם כאלה שמגיעים לבדיקות סקר תוך כדי טיול.

**דוברות:** דילים כאלה של בדיקות סקר ו – check up כחלק מחבילה, ומוכרים את זה במחיר גבוה.

**יוליה איתן:** מעקב רפואי כמעט ולא קורה, יש בעיה עם הנקודה הזאת. רופאים בארץ אומרים שזה לא תפקידם לעשות את המעקב.

**דוברות:** מסבירים להם את זה בשלב הראשוני?

**יוליה איתן:** לא. זה פער שעולה הרבה מאוד, נקודה פתוחה.

**דוברות:** לעומת זאת, חולה סרטן שאופן הטיפול שלו הוא כימותרפיה, במקרים לא מעטים הוא ממשיך את הכימותרפיה שם במשך חצי שנה, מתקיימות שיחות טלפון עם הרופא בארץ, והוא מגיע לכאן לביקורת אחרי חצי שנה.

**יוליה איתן:** זאת העדות ששמענו מיזם בתחום הפסיכיאטריה.

**דוברות:** כולנו היינו בשוק. זו מרפאה פרטית, יש להם קשר עם רופאים פסיכיאטריים.

**יוליה איתן:** הם מקבלים פה אבחון, מתנסים בהליך טיפולי, מתייצבים וממשיכים את הטיפול בארץ המוצא, וחוזרים לכאן לביקורת.

**דוברות:** זה דבר מדהים, והוא רופא ולא פסיכיאטר.

**יוליה איתן:** יש עלייה גדולה בהכנסות לבתי"ח הממשלתיים ושל כללית. הדסה ואסותא לא בפנים, זה ב2011, לגבי 2012 אין לנו נתונים. אנחנו מרגישים בנוח עם 506 מיליון ש"ח. 850 מיליון ש"ח זה גם מפעילות תיירותית



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רגילה וגם משכר לרופא. מוציאים חשבונות לחוד ולא באמת יודעים כמה כסף היה שם. אחד הדברים שעלו בעדויות כרצף, זה החשש להימצאות של הרבה כסף לא מתועד/שחור.

**דוברות:** איך הגתעם לחצי מליארד ש"ח ב - 2011?

**יוליה איתן:** זה נתון ממשרד הבריאות.

**דוברות:** מי נתן אותו? אנחנו אומרים חצי מליארד ש"ח היום.

**יוליה איתן:** התבססנו על נתונים שלכם, בדקנו אותם ועשינו הצלבה, אשלח לך אקסלים. שני שליש מהפעילות של הסוכנים מתבצעת במערכת הפרטית. יש פה הרבה פעילות נוספת שלא מדווחת במערכת.

**דוברות:** אני חושב שזה היה פחות. אני מתאר לעצמי שזה מאסותא, הדסה ו - HMC עוד מאה מיליון ש"ח לפחות.

**יוליה איתן:** התפלגות ההכנסות מתיירות מרפא לבתי"ח - במצגת. אני מוכנה להעמיד את כל הנתונים לבדיקה. הפרטיים מאוד גדולים בתחום הזה, זו נקודה למחשבה.

**דוברות:** 82 מיליון ש"ח בהדסה זה בתוך חבילת השר"פ או מעבר לו? זה מעניין.

**יוליה איתן:** יש לי נתונים מפורטים על הדסה, אני לא רוצה לשלוף. זה עניין של יכולת רפואית וניהולית בתוך ביה"ח. זה דורש משאבים ויכולות כי זה לא קורה מעצמו, צריך להתאמץ. ביי"ח בנצרת מושפע מזה בוודאי, וגם ממוקם נמוך בעיקר רפואית. הכנסות בתי"ח באחוזים של תיירות מרפא מתוך סך ההכנסות של המרכז הרפואי - במצגת.

**דוברות:** זה ברוטו או נטו מתוך היקף הפעילות?

**יוליה איתן:** זה הכנסות המרכז הרפואי. מה התיירים עושים פה, מהן הפעולות הנפוצות? קיבלנו מבתי"ח רשימות מפורטות כולל פרוצדורה - במצגת. תייר זה black box. יש כאלה שמגיעים למשהו יותר פשוט וכאלה למשהו יותר מורכב, כאשר הפעילות הנפוצה ביותר היא כימותרפיה. כאן לקחתי ביי"ח מייצג.

**דוברות:** לקחת מה - billing, מכמות הפרוצדורות? כימותרפיה באשפוז זה קוד שנוסף לכל יום - הייתי 14 יום וקיבלתי 14 פעמים כימותרפיה, אז הקוד הזה יופיע 14 פעמים. ה - 60% צריך להיות מחולק.

**דוברות:** 60% משורות החיוב.

**יוליה איתן:** רצינו לראות כמה פעולות מבצע ביה"ח. אם הוא מתחרה על מכשור מול הישראלי, אני רוצה להבין על איזה מכשור.

**דוברות:** להגיד ש - 60% מהמטופלים מקבלים כימותרפיה...





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יוליה איתן:** זה לא מה שאמרנו.

**דוברות:** זו הבהרה נכונה.

**יוליה איתן:** כל חולה מקבל מספר פעולות בזמן השהייה, חלקם עושים גם וגם.

**דוברות:** אם הוא מקבל 14 מהשורה הראשונה, תהפכי את זה לאחד.

**דוברות:** אבל הוא תופס 14 פעם את המיטה או הכורסה.

**יעל:** אנחנו רוצים לדעת כמה אנשים מתוך כלל ה – 100% של התיירים משתמשים בכימותרפיה, אז זה לא 60%.

**דוברות:** תייר שבא ל – 7 ימים ותייר שבא ל – 20 יום זה לא אותו דבר מבחינת העומס, אבל הם בדקו מה הם עושים.

**יוליה איתן:** לכל תייר נבנה bundle, זה טיפולים.

**דוברות:** תחשוב שבא תייר אחד, אתה רוצה לבדוק כמה עומס הוא יוצר על המערכת, מה זה משנה כמה תיירים עשו את זה?

**יעל:** אני לא יודעת כמה ימים הוא תפס.

**יוליה איתן:** נראה כמה זה בחלוקה אחר כך.

**יעל:** הייתי רוצה לראות מה זה ה – 60%.

**דוברות:** זה כימותרפיה או טיפול קרינתי? יש טענה שהם תופסים מיטות.

**דוברות:** הם נתנו פה רק פרוצדורות אשפוזיות, billing אשפוזי בלבד ולא אמבולטורי. ברור שיש דברים נוספים שהם לא פה.

**יוליה איתן:** אנחנו ביקשנו להבין מה עושים עם תיירים בבתי"ח וכמה עומס זה מייצר על בתי"ח. יש זנב מאוד ארוך של מתחת ל – 2% שלא מופיע פה. מאוד יכול להיות שפעילות אמבולטורית לא מוצדקת כדי להיכנס לרשימה.

**דוברות:** צריך לראות האם העבירו מתוך קובץ האשפוזים בלבד או מתוך קובץ הפעילות האמבולטורית. אני רק מחדד, זה לא קריטי.

**דוברות:** זה מתוך כמויות? אם יש 2 ניתוחי לב ו – 2 צנתורים, ההתפלגות היא 50-50?

**דוברות:** כן.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** כדי לעשות מדד של עומס צריך לשקלל את זה.

**יוליה איתן:** זה נראה לנו העיבוד המתאים. אחוז ימי האשפוז של תיירים מכלל ימי האשפוז - במצגת. הופתעתי, כי אנחנו מדברים על פחות מ - 1.5%.

**דוברות:** זה סותר את הנתון של 25 ימי שהייה.

**דוברות:** האם על אותה פרוצדורה יש ימי אשפוז שונים של תייר ושל ישראלי? האם הישראלי יושב יותר ואת התייר דוחפים החוצה?

**דוברות:** יש בזה הגיון.

**יעל:** השהייה של ה - 25 יום אומרת המון. זה החלמה.

**יוליה איתן:** לבתייה"ח אין תמריץ להמשיך לאשפוז אותם. הם מעבירים אותם למלוניות וכו'.

**דוברות:** תשוו לאחוז מההכנסות על 0.2%.

**דוברות:** זה מראה שזה עסק טוב.

**יוליה איתן:** שערי צדק לא שלחו לנו נתונים, ביקשנו בעיקר מהדסה בגלל הגודל. תיירות רפואית מתחרה מול שר"פ מבחינת הרווח. פרופ' יונתן הלוי אמר שהוא מגביל את פעילות תיירות המרפא אצלו, כי הרבה פחות כסף נשאר בבי"ח ועובר לכיס הרופאים. זה מפתיע אותנו מדוע בהדסה זה כל כך גבוה, הייתי מצפה שזה יהיה אחרת. הוא דיבר על זה שיש שר"פ.

**דוברות:** מהשר"פ נשאר לו יותר.

**דוברות:** על השר"פ יש לו CAP ופה אין לו CAP, לא ברור.

**יעל:** תשאלו.

**דוברות:** יש דברים שזה בתמחור DRG?

**דוברות:** תייר רפואי ישלם לפי הכיס כשזה מגיע למקום שאין בו DRG.

**יוליה איתן:** שמים מחיר לרוב מאוד גבוה, והעובדה היא שהתייר משלם. מה שמגביל אותנו זה מחיר בינלאומי, וככל שהוא מעונין לשלם יותר - אני מעוניינת בו. אין סיבה אמיתית להגביל את היקף הכספים שמגיע מחו"ל, זה מקור חיצוני להשקיע במערכת.

**דוברות:** זה קצת סיבה אם זה אותו גורם ייצור.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יוליה איתן:** אם תייר בודד יתן לי את כל הכסף למערכת, הייתי רוצה על פניו לעשות את זה. ביקשנו מכל ביי"ח או תאגיד לנתח מה הם עושים עם הכסף, דוגמא מייצגת – במצגת. לא עשינו פה ממוצע ארצי כי זה לא נכון לדעתנו.

**יעל:** עמלות זה לסוכן?

**יוליה איתן:** כן. זה משנתה מביי"ח לביי"ח, יש כאלה שמציעים מחיר ומעל זה את העמלה, ויש כאלה שהעמלה קבועה מראש.

**דוברות:** אנחנו יודעים שאין חיוב כפול של הסוכן?

**יוליה איתן:** לא.

**דוברות:** איך אתה יכול לדעת בוודאות...

**יוליה איתן:** הנתונים הם מה שבתיה"ח דיווחו. אפשר לבדוק את זה.

**דוברות:** מה ההבדל בין שכר עבודה לבין מימון כ"א בוקר?

**יוליה איתן:** איזה אחוז מהכסף משולם לרופא שעבד על התייר עצמו.

**יעל:** שכר העבודה זה שכר ישיר. לדעתי אין הבדל בין הוצאות תפעול לתקורה.

**דוברות:** תייר מגיע ומקבל את הניתוח. שכר העבודה זה לאלה שביצעו את הניתוח. הוא סיים את הניתוח והלך למחלקה. בבוקר מטפלת בו אחות רגילה, מחלקת אוכל ויתר הדברים. זה כבר שלב התקורות, זה 51%.

**יעל:** ומה זה ה – 12%? זה גם תקורה.

**דוברות:** זה בתוך התאגיד.

**יוליה איתן:** יש העמסה של התאגיד.

**דוברות:** אני מניח שזה הממשלתי אבל לא בטוח.

**יוליה איתן:** זה ממשלתי.

**דוברות:** הוא מעביר חצי מזה לביה"ח. הוא צריך להעביר יותר כי בוצעה כאן פעולת בוקר.

**יוליה איתן:** לכן זה 32%, כי יש פה ביטוח רשלנות רפואית. אותי מאוד עודד לראות כמה כסף עובר לביי"ח, ומדובר בביי"ח טוב שהעסק שם מנוהל. הם כן עושים הרבה העמסות. מימון כ"א בבוקר הוא לא רק לשימוש התיירים, האחות מטפלת בישראלים גם כן. בהיקפים אנחנו רואים שזה לא יכול להיות רק לזה, הם גם משובצים



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לרוב במחלקות אחרות. זה מממן פעילות נוספת בתוך ביה"ח. ביקשנו לקבל פירוט, דו"חות על מה זה ציוד קבוע. חלק מהדברים הלכו לדברים שלא משרתים את התיירים חד משמעית.

**דוברות:** את יכולה לצבוע את ההכנסות? שזה ממש הגיע מתיירות רפואית?

**דוברות:** הם טוענים שכן.

**יעל:** מה זה משנה אם זה הולך לתאגיד?

**דוברות:** כדי שאתה תרגיש צודק בתהליך, כדאי שתצבע את זה.

**יוליה איתן:** בתהליך האסדרה במדינה ונלך על זה, אחד הדברים שנצטרך לטפל בהם זה רישום חשונבאי ראוי, כי בחלק מבתי"ח זו הנשימה האחרונה לעומת בתי"ח שמנוהלים אחרת, ולו כדי להסביר לציבור למה הפעילות הזאת תורמת לו ולא כזאת ששוותה לו. רק 20% הולך לשכר עבודה וזה פחות מהכסף שהולך לססיות בשכר.

**דוברות:** זה השיעור.

**יוליה איתן:** נכון, גם שם זה באחוזים.

**דוברות:** כן חשוב לציין שצריך לקחת את המספרים האלה בערבון מוגבל. לבי"ח יש אינטרס מסוים, ואף אחד לא בדק אותו. אני מסתכל על הנתונים האלה ולוקח אותם בסופר ערבון מוגבל.

**יוליה איתן:** אתה יכול להגיד את זה על כל דבר. אני בעד ביקורת ממוקדת, יש לנו זמן. ראיתי פלטי מחשבים.

**דוברות:** אני לא חושב שיש ביי"ח גדול ומכובד שיש לו אינטרס להגיד שזה 6% מסך ההכנסות כשזה 3% בפועל.

**דוברות:** אנחנו עוסקים בהשערות.

**יוליה איתן:** אני דנה לכף הזכות כל עוד לא הוכח לי אחרת. בגדול המצב הוא שהשטח קובע את העובדות ואין לנו אסטרטגיה, לא בעניין התמחור, ההתנהלות וכו'.

**דוברות:** הייתה התנגדות בינינו לבין משרד התיירות. התנגשות רעיונית ברורה מאוד הייתה ששר התיירות רצה לקדם את זה יחד עם מנכ"ל הקודם ואנחנו לא שיתפנו פעולה והורדנו כל מיני אתרי אינטרנט שהם רצו לשים, ובסוף 2011 זה נעצר ועלה שוב ב - 2012. בהחלט היו חילוקי דעות בממשלה שמשרד רוח"מ רצה לקדם וגם סגן שר הבריאות, והדרג המקצועי במשרד הבריאות ואגף תקציבים רצו לרסן. זאת בערך היתה הסיטואציה בשולחן עגול אצל הראל לוקר ב - 2012 להערכת.

**יוליה איתן:** פחות חשוב מה היה אלא מה יהיה. בינתיים הדברים קורים בשטח וכל עוד אנחנו לא מסדירים את זה, התופעה מתעצמת ואולי גם נחלשת כי עובדים בצורה לא נכונה, וגודמים את הענף עליו אנחנו יושבים.

**דוברות:** יש תמריץ אחד שלא כתבתם שמושך את התיירות הרפואית למעלה, וזה שכר הרופאים שתורם לזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**יוליה איתן:** ההערכה היא שזה תורם להנהלות.

**יעל:** זו הערה שחייבים לקחת בחשבון. עוד לא נכנסנו לדיון עצמו.

**דוברות:** הוא אומר שהשטח כולל את הרופאים.

**יוליה איתן:** תחשוב על התהליך - מה קורה? התייר פונה לסוכן, הסוכן מחפש את התליך המיטבי עבורו במקום שאחננו כמערכת מחליטים איך לפעול, ולתת לסוכנים לעבוד עבורנו.

**דוברות:** היא תיארה לך בייח אחד שמתוך 10, 9 נדחו.

**דוברות:** לרוב זה בתחום ספציפי.

**יוליה איתן:** אנחנו כן יודעים שאין בייח שנותן מענה לכל מי שפונה אליו.

**יעל:** אין כאן תכנון, חברים.

**יוליה איתן:** ממצאים עיקריים של הוועדה – במצגת. המערכת בנויה בצורה הפוכה - במקום שהסוכנים עובדים עבורנו ויחשפו עבורנו, המערכת מתנהלת לפיהם. יש לנו עומסים כבדים ושירות ירוד מדי פעם לישראלים, וזה בהקשר של התיירים מאוד קופץ לעין.

**יעל:** יש פה גם בעיית ניצול של תשתיות, שהגן הנעול של פרופ' רוטשטיין הוא בגלל ה - CAP, וכאן אין לך CAP.

**יוליה איתן:** הם קוראים לזה כסף חי שעדיין אין בו מסגרת מגבילה.

**יעל:** אלא אם כן יש מגבלה של פעילות דרך הקרנות.

**דוברות:** היא יצאה ממגבלות מערכת הבריאות יחד עם רפואת שיניים ב - 2005.

**יעל:** אז בוודאי שתת ניצול תשתיות זועק לשמיים - חדרי הניתוח!

**דוברות:** המיטות מלאות. אם מחר אני רוצה לנתח זה נכון שיש לי תת ניצול שלהם. להגדיל ניצול חדרי ניתוח ולהגדיל ססיות ולנצל אותן יותר טוב, אתה עובר את המחסום הכלכלי ואת מגבלת ה - CAP, אז בוא נגיד שביה"ח אומר שאני אסתדר עם זה, ולהגדיל עוד ועוד חדרי ניתוח אני אקצר DRG, אתה מתחיל להוסיף מיטות בשלבים מסוימים בלי שמנכ"ל המשרד מאשר, מרחיב את המחלקה בעוד 4-5 מיטות פה ושם, ובסוף יש לך מגבלות מסוימות שחלק מהן הן תשתיות ריקות. אסור להתבלבל מהתמונות ששולח פרופ' רוטשטיין בגלל שלכל אחת יש הסברים מפה ועד אמריקה. המרפאות לא מלאות כי הקהילה מצאה פתרונות, טיפול נמרץ לא מלא כי אין לי לו תקנים למלא. אני לא מכיר תור בשיבא ל - CT, אז מה הבעיה שהוא ריק? אין צורך בו כנראה. ניתן אותו לתייר רפואי, אבל הוא לא מגיע בשביל זה לארץ. אם לדוגמא ביום ראשון הקרוב אני יושב עם בתיה"ח על רצף טיפולי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

בינם לקופות, הם יגידו איך אפשר? צריך עוד כ"א להפעיל עוד CT. זאת אומרת CT ריק, אבל יש אנשים שמחכים 72 שעות במהלך אשפוז ל - CT..

**יוליה איתן:** אם תוכל לקצר את התור על ידי טיפול בתיירים לממן את כ"א...

**יעל:** הנושא של תת ניצול בתשתיות אי אפשר להתעלם ממנו, בין השאר כי רופאים עוזבים בשעה מסוימת, וכאן יש לך הזדמנות לתת להם מחיר גבוה ואז הם לא עוזבים, ואולי כך יתקצרו תורים של ישראלים, אבל מוכרחים לשבת ולעבד את כל זה כדי לראות את זה.

**יוליה איתן:** אנחנו רואים מערכת שבה רופאים רוקדים על שתי החתונות. הם מביאים דברים פחות משתלמים למערכת הציבורית ו - cream skimming עושים יופי בפרטית. זאת השערה' ואנחנו יודעים שהנתונים יכולים לתמוך בה. העובדה שהיום מתאפשר המעבר הזה פוגע במערכת הציבורית. אנחנו נמצאים במצב שאנחנו לא ממצים את הפוטנציאל המסחרי שלנו לאור זה שאין אסטרטגיה, ולא עושים חלוקה כדי להבין מהן החוליות בשרשרת ואיפה אפשר לייצר שיתופי פעולה. אנחנו יכולים לאבחן אותם ולשלוח אותם חזרה אם נבנה אסטרטגיה עם יתרון לגודל. יש חוסר יעילות של מערכות מתחרות. שיבא מתחרה מול איכילוב ומבזבז על זה כסף, התחרות ביניהם לא תורמת לאיכות, ויש תחומים שהכלכלנים יגידו בעצמם שהיא לא נחוצה וזה לא מועיל שום דבר.

**דוברות:** הכסף הוא לא ישראלי, מה שלא ישראלי זה בסדר. זאת אמירה שהייתה.

**יוליה איתן:** אני מתקדמת במצגת - אין שער מידע אמין. סיפרו לנו על עשרות אתרים מזויפים. זה קשור לאסדרה. יש 10 "איכילוב" ברשת.

**דוברות:** זה כל מיני מתווכים, הוא מתחפש לאיכילוב וממשיך הלאה.

**יוליה איתן:** כיוון שנמנעו מלהסדיר, הצמחנו כל מיני תופעות שליליות שלא קשורות לכסף. יש פה גם חשש לכסף שחור ואני אומרת את זה בריש גלי. יש פגמים אתיים, כמו סוכן שלוקח חולה ומביא אותו לכתובת שלא יודעת לטפל בו כי שם העמלה גבוהה יותר. סיפר מנהל ב"ח שפנתה אליו משפחה עם ילד חולה והתחננה להנחה כי המחיר היה גבוה מדי, והוא פתח את הצעת המחיר וראה שהסוכן כתב יורו במקום ש"ח ליד הסכום שהוא נקב בו. זה מחייב אסדרה.

הנחות עבודה - במצגת. יש מחלוקת בתוך הוועדה האם לאשר המשך פעילות של תיירות רפואית בכלל. יש קול שאומר שלא משנה מה יקרה, אני אידיאולוגית מתנגד לזה, ואני מציפה את זה כאן. אנחנו כן אומרים איך נכון להתייחס לזה במידה ורוצים שזה יהיה. ברור שאפשר להחליט שאנחנו לא רוצים שזה יהיה בכלל. אפשרנו לחברים להציע הצעות אחרות אם זה לא מוצא חן בעיניהם.

**יעל:** ומה עם סעיף 3 של תשתיות ריקות?

**יוליה איתן:** אני לא מתווכחת עם אידיאולוגיה.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** המושג תשתיות ריקות או לא מלאות באשפוז הוא כמעט ולא קיים. אתה תמצא פה ושם חדרי ניתוח ריקים, אבל אם תרצה למקסם את זה אתה צריך להוסיף מיטות ולגלוש, ואני בא מבי"ח שעשינו את זה בלי לעשות חשבון. אבל זה לא פשוט לבי"ח שהוא תקוע בתקנים והוא בעל מיטות מוגבל, ואין לו את האומץ לעבוד בכללי האלפא.

**יעל:** זה נימוק סופר רציונלי ומשכנע. אם הוא אומר את זה, זה לא אידיאולוגי.

**דוברות:** הוא אומר אידיאולוגי, אבל מסביר שזה תלוי נתונים.

**יוליה איתן:** הוא יציג את עמדתו.

**יעל:** היה לנו מנהל קופ"ח שעשה לנו סטנד-אפ פה, והוא אמר שלמעשה אנחנו במערכת התמריצים שלנו גרמנו לכך שבתיה"ח יאשפזו ככל שהם יכולים וזה לא נכון, וניתן בשינוי המערכת להוריד את העומס מהאשפוז. אם אנחנו לא הולכים לאידיאולוגיה, צריך לראות האם יש תשתית מתאימה.

**דוברות:** אני לא חושב שיש לנו רופאים שלא עובדים בישראל ואחיות שלא עובדות. גם אם הם עוברים למערכת הפרטית, הם מטפלים בישראלים. בסופו של דבר הם יטפלו באזרח הזר, ואני רוצה שיטפלו בו במערכת הציבורית. על הרופא יש יותר עומס ולאחות יש יותר עומס, ואני לא אומר תוסיפו אחיות. בסופו של דבר התשתיות פה מוגבלות. אנחנו כאגף לא נגד תיירות מרפא אלא נגד הגידול של זה. אנחנו חושבים שזה צריך להיות מוסדר ומוגבל.

**יוליה איתן:** אתה מעלה פה נקודה שהיא מהות הפער התפיסתי לגבי מבנה מערכת בריאות. מה שאנחנו רואים היום במערכת זה פועל יוצא של מדיניות מכוונת שריסנה אותה מאוד חזק והביאה אותה לאן שהיא נמצאת, וההחלטה לשחרר צריכה להיות מושכלת. המחסור כפי שאנחנו מתארים אותו, הוא לא כורח מציאות ואפשר לקבל הצעות אחרות גם לעניין רופאים, מיטות ומכשור. נראה קצת נתונים לעניין הרופאים. בשום שלב לא אמרנו שרופא צריך להיות רק לתייר. צריך למקסם ערך תחת מגבלות.

**יעל:** זה קצה הקרחון, נמשיך הלאה.

**דוברות:** אל תגידי "מדיניות עבר" כמו בשקף הקודם, תורידי את ה"עבר". זה פועל יוצא של מדיניות.

**יוליה איתן:** אני רוצה להציג לכם משהו שלקח לנו הרבה זמן לחשוב איך להציג את זה. אחת התופעות והדגלים האדומים שמתנוססים מעל הוועדה זה התורים, איך זה נוצר ומה זה בדיוק. בהינתן capacity מסוים, בהכרח יהיה לנו תור. גם אם נלך על מוצג הצרכים - בהכרח יהיו לנו תורים - עוברת לסימולציה באקסל. אתם רואים לפניכם התלבטות. אנחנו צריכים להחליט כצוות, אנחנו הרגולטור שצריך להחליט כמה capacity אנחנו צריכים לייצר. יש לנו 20 מטופלים ביום כשההגעה היא לא רציפה, הזרמים משתנים. מעצם זה שמגיעים במקריות מה זה אומר? הממוצע הוא 10 והטווח הוא 0-20, אז בואו נראה כמה מיטות כדאי לשים. בנינו סימולציה במחשב, כמה מיטות היינו רוצים לשים. כמה מיטות אתה היית שם?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** את מתעלמת מכלכלת בריאות, היצע יוצר ביקוש.

**דוברות:** 12.

**דוברות:** 12-13.

**יוליה איתן:** הכנסנו פה 10 שנים של הגעה מקרית, במקרה של קטסטרופה ולא מגיפה. היה ואנחנו שמים capacity של 8 מיטות, נקבל אורך תור מקסימלי. זמן ההמתנה יורד ככל שנוסיף מיטות. עם 10 מיטות, גם אם שמים מספר ממוצע של תפוסה, יש תורים במערכת בגלל ההגעה הזמנית, וכל פעם נראה שהתורים יכולים להשתנות גם אם שמים capacity של 10.

**יעל:** מ - 10 זה יורד דרמטית.

**יוליה איתן:** רואים גם כמה זמן המיטה עומדת ריקה, וכמה אני מוכנה לשלם על מיטות ריקות. תשימו לב שמעבר מ - 10 מיטות ל - 11 מיטות מייצר לנו spare capacity אדיר, ואז נשאלת השאלה מה עושים איתו?

**דוברות:** זה לא הגיוני.

**יוליה איתן:** זה תוחלת של תצפיות על פני 10 שנים. הסיפור של התנודתיות משפיע על עצם זה שנוצר לך תור בהכרח. הסימולציה היא רנדומלית.

**דוברות:** אם תחליפי את הממוצע, כל מספר שתוסיפי יראה לך משהו אחר.

**יוליה איתן:** ברור, אבל ההנחה של המודל היא שיש מספר ממוצע.

**יעל:** תתייחסי לזה כאל ממוצע ולא כאל 10. מעבר אליו את רואה את המעבר הדרמטי.

**יוליה איתן:** חשוב להמחיש פה את הדילמה במשאבים. בשביל להוסיף עוד מיטה במערכת, המחיר של אי ניצול שלה הוא מאוד גדול.

**יעל:** אם לא היינו מנצלים, בשביל 32 ימי המתנה ממוצעים לא הייתי משקיעה עוד כסף, אלא אם כן יש לי מזה משהו.

**יוליה איתן:** אז מישו צריך לממן לי את זה. אם אני רוצה spare תורים, אני חייבת להחזיק spare capacity.

**דוברות:** האם עשיתם את זה גם על חציון ושכיח? כי זה מה שמתאים פה.

**יוליה איתן:** כן, את צריכה וודאי יותר מהחציון. הרעיון הוא שבואו נגיד שאם באמת רוצים לקצר תורים במערכת, צריך spare capacity.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אם את רוצה לחסל תורים השאלה היא גם איפה את נמצאת עכשיו. אם אנחנו ב - 4 מיטות אז גם 8 לא יספיקו. שנית, אם יש לך ממוצע ושונות סביבו, אם תגדילי את ה - 10 ועדיין תעשי את השונות סביבו אותו דבר, זה לא ישתנה. אבל אם תעגני משאבים, תנהלי את התור ביחד לכולם כמו במודל האספקה שהצענו, אם השונות שלך תשתנה מדי יום, את יכולה להפחית תורים בלי להוסיף תשתיות, אלא אם כן התנודתיות שלך גדלה עם הזמן וזה לא קורה.

**דוברות:** תלוי באיזה רמה אתה מודד את הממוצע, כל ביי"ח או ברמה הלאומית.

**יעל:** נכון, כי ברמה הלאומית תמיד תמצא מיטה.

**דוברות:** מה זה capacity? זה רופא ואחות. אפשר להגיד אני מכשיר עוד רופא ואחות בשביל לטפל בתיירות מרפא, השאלה היא אם את יכולה להגיד האם יהיה לך תיירות מרפא עוד עשור. במידה ולא תהיה, הם פשוט ייצרו לך פעילויות מיותרות. זה כלכלת בריאות. זה לא מיטות אלא גורמי ייצור.

**יעל:** אם ה - spare capacity קיים לך במערכת כי אתה מסתכל על המערכת כולה שיש בה 30 בתי"ח, הממוצע הוא 98%, אבל ישנו ביי"ח עם 80% וישנו גם עם פחות, ואז אתה יכול לנצל את הקיים מבלי להוסיף תשתיות.

**דוברות:** אנחנו לא בוחרים את החולים.

**יעל:** אתה מכוון את זה מלמעלה, למה לא?

**דוברות:** בתיירות מרפא אתה כן בוחר.

**יעל:** שאלתי את שלמה קונסטנטיני, מה איכפת לכם אם נביא אותם לראש פינה או לצפת, מה אכפת להם? הם מגיעים מחו"ל... אם בצפת יש לי spare capacity של 50%? אנחנו יורדים לא לאידיאולוגיה או לרעיונות, אלא לשכל.

**דוברות:** אם אנחנו בפחות מ - 10 אז אם נביא עוד אנשים שיגיעו, זה יפגע בקיימים. אם בראייה הלאומית יש לנו עודף של תשתיות לעומת צרכי הישראלים, אז הגיוני למלא את זה בתיירים כדי להרוויח. אם גם נוסיף תיירים נקצר חלק מהתור, אבל הם יתפסו מקום של ישראלים.

**דוברות:** לא נקצר, אתה לא יכול להעלות ל - 9.

**יוליה איתן:** הנקודה היא שבמערכת יש שונות, והסתכלנו על רמה בסיסית של תפוסה במחלקות שונות, ויש מקומות בהם אתה נמצא ב - 8 ויש מקומות של 12. תיירים משתבצים לך בתחומים אחרים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** תוכלי לנצל לטובת ישראלים אם יהיו לך תקציבים לזה. כשרואים את המערכת בפורטוגל רואים שרק זה שיצרו מערכת שמראה שיש בבי"ח אחד תור קצר ובאחר תור אחר, עדיין יש תור, אבל זה לא מחייב תיירות מרפא.

**יעל:** אם אחרי שקיצרנו את התורים לישראלים ברמה מסוימת, לא לאפס, אבל אם אחרי זה יש לנו עדיין spare capacity?

**דוברות:** אם כן, אז זה הגיוני.

**יוליה איתן:** צריך להבין שבסוף אתה רוצה למלא כל כיס פנוי.

**דוברות:** אז תמלאי בישראלים.

**יוליה איתן:** אני רוצה, אבל מישו צריך לממן את זה. במצב כזה אין לך מקום לתיירים ואני מסכימה איתך, אבל במחלקות מסוימות בעונות מסוימות אתה לא ממלא לגמרי, וזה מה שיפה בניהול מרכזי, שאפשר לראות אם יש spare או לא, אם לא - אל תביא. אם אתה לא שואף להגיע למקום יותר טוב, תישאר באותו מלכוד 22. מתוך הניתוח עולה שחייבים להחזיק spare capacity כדי לצמצם תורים, אם לא לחסל אותם.

**דוברות:** תיירות רפואית יכולה לממן לך תקציבית את התוספת הזאת.

**יוליה איתן:** יש מקומות שבהם אני רוצה לרסן תורים. הסיבה שיש תורים זה כדי לעמוד במגבלת תקציב כדי שההוצאה הלאומית לא תברח, וכדי לאזן בין המערכות.

**דוברות:** הסיבה העיקרית לתורים זה חוסר בתשתיות, מיטות וחדרי ניתוח.

**יוליה איתן:** אתה רואה ערך בתור? הוא רצוי ברמה מסוימת?

**דוברות:** תור כמושג שבועיים-שלושה אני לא רואה בזה בעיה, זה לא מוגדר כתור, אבל תור שנובע כי אין תשתיות אני לא רואה בו ערך.

**יוליה איתן:** יש מקרים דחופים בהם הדעת לא סובלת תור של שבועיים, ולעומתם יש תורים אחרים של מעל חודש. הנקודה היא ש – spare capacity עולה כסף, ותיירות רפואית היא גם מקור מימון מוצדק להחזיק בזה.

**דוברות:** הבעיה היא שהיא לא permanent, היא לא הכנסה forever.

**יוליה איתן:** זה היתרון האדיר של תיירות רפואית, אתה יכול להחליט אם לקחת את המקרה או לא. את לא חייבת לתת לו שירות אלא להחליט שעכשיו יש לך עומס ואת לא יכולה, את יכולה לקבוע וגם לא לקבוע.

**יעל:** הישראלים הם רנדומליים ואי אפשר לתכנן משהו על רנדומליות.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יוליה איתן:** זה היתרון של תיירים, בנוי על יכולת איתור ועל זמן, את יכולה לשחרר ברז לפי הישראלים.

**דוברות:** יש תקופות שבתיה"ח יותר מלאים ויש שפחות מלאים.

**דוברות:** סוכות ופסח פחות מלאים.

**יוליה איתן:** חלק מההתייחסות היא שתיירים משלימים לישראלים, ואם הכל משמש לישראלים אין סיבה להכניס תיירים. הם בני אדם ולא רק כסף והם ראויים לטיפול אתי, אבל אם אפשר להביא אותם אז מעולה, ואם לא - אז לא. זה דינאמי, והסיפור הזה של capacity הוא קריטי. מתי משתלם לך להחזיק MRI? מישו צריך לממן את זה, וזו דוגמא מצוינת לתיירים כמקור מימון למכשור ומיטות, ברגע שמתכננים את זה ומכניסים את זה לתהליך העבודה.

**יעל:** לפני שאנחנו מממנים מיטות נוספות על פי המודל הזה, בואו ננצל את המיטות הקיימות.

**יוליה איתן:** חד משמעית.

**דוברות:** בגלל זה מדברים על מרכז שיעשה את זה.

**יעל:** לפני שמשקיעים שקל אחד צריך לנהל את המערכת ולנהל את התורים.

**יוליה איתן:** ברגע שיש לנו הבנה איפה יש לנו כיסים, בואו נמלא אותם בישראלים.

**דוברות:** איפה יש כיסים?

**יוליה איתן:** יש לך מחלקות עם 30% תפוסה.

**דוברות:** חזי מבי"ח ברזילי אמר שאצלו יש מחלקות לא מלאות כי לא שולחים אליו. ניהול מרכזי היה פותר את זה.

**דוברות:** של מה?

**דוברות:** של היכולת לנתח את המקום שלך לאשפז.

**דוברות:** מי אמר שהיום יש ביי"ח משמעותי, שיש לך משהו שאתה אומר הייתי יכול לעשות העברות ולנהל את זה אחרת? איזה כיס יש פה? יש פה בתי"ח עם תופעה יומיומית של לווי, לא מעניין אותי מחיצות פנימיות. מגיע אליי חולה, אני אמצא לו מקום - יש יותר יעיל מזה?

**דוברות:** האחיות במחלקת עיניים לא מיומנות לטפל בחולים אחרים.

**דוברות:** מיומנות. לצאת מנקודת הנחה שיש כיס במערכת... אנחנו משנים בצורה מהותית את אורך התורים במערכת. אין לי דרך להוכיח לכם את זה, אבל יכול להיות שאני אצטרך לעשות את זה.



לשכת שרת הבריאות  
Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** אני לא אנייד את הישראלי לבי"ח בנהריה או בנצרת, והוא גם לא ירצה.

**דוברות:** אז זה בדיוק לתיירים.

**דוברות:** אתה צריך לפרסם את התורים, ולהתחיל לתת למערכת לפעול על פי זה.

**יעל:** זה נקרא לנהל ולידע. היו אצלנו אנשים שבאו ואמרו את זה.

**דוברות:** זה ברור לכולנו, אבל להזיז חולים... אם נפרסם את זה, זה קצת יפיל את הסדרי הבחירה, לא יתן לקופה את האפשרות להגיד אתה הולך רק שיבא ולא לאיכילוב. אבל פה התור הוא שבועיים ופה 10 שבועות, איך אתה יכול להגיד לי את זה?

**יוליה איתן:** האמירה היא שגם היום יש לך בועות, ומערכתית האמירה היא שיש אפשרות.

**דוברות:** לא מכיר את הדבר הזה, אין.

**יעל:** יש לנו תורים ארוכים ל - MRI או ל - CT שבמקומות אחרים לא היה קורה. אמרו לנו את זה.

**דוברות:** רמת השונות יותר גבוהה שם. במערך האשפוזי אני לא מכיר את זה.

**יעל:** תאר לך שאני צריכה MRI לברך ואמרו לי שיש תור 3 חודשים באיכילוב, ואני יודעת שבברזילי זה שבוע הבא. על זה אנחנו מדברים.

**יוליה איתן:** האמירה הייתה שבשביל להגיע למצב שבו תופעת התורים הופכת לדבר שולי, צריך לייצר תשתית עודפת ולא מספיק להישאר בממוצעת. לכן אני אומרת שזה מחזק את הצורך בתוספת תשתיות. זה נכון שאפשר לייעל את הקיים, אבל חד משמעית צריך להוסיף תשתיות ולא רק לנהל אותן אחרת.

**יעל:** כאן צריך לעשות עבודה כלכלית שמראה תוך כמה זמן זה מחזיר את ההשקעה, בהנחה שיש עליה וזה לא יכול לעצור.

**יוליה איתן:** תיירים יכולים למלא בועות ולממן את העודף.

**דוברות:** הערה – עד כמה שאני מכיר את מודל התמחור של בתי"ח, הוא בנוי על מיטות מלאות. אם אין בן אדם במיטה - אין כסף. אחת הבעיות במשק החשמל זה איך אני גורם לתחנת כוח שלא תעבוד כל היום. תחת האמירה שבמערכת אני משית תעריך כלל מערכתי על כל הצרכנים שהוא תעריך מימון קיבולת עודפת, אדוני בנה תחנה של 800 כשבועצם הוא מפעיל 400. התמריץ של ביה"ח הוא תנו לו עוד 100 מיטות, הוא ישים עוד 100 חולים, כי בלי זה לא מקבלים כסף. ביה"ח ירדוף אחרי הכסף בזה שהוא ישים חולים. אתה צריך לשים לו כסף עבור המיטה כדי לנטרל תמריץ לשים עליה אנשים.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יוליה איתן:** דיברנו קודם על התמריץ השלילי. יש יתרון למלא מיטות עודפות בתיירים. העניין של spare capacity צריך להתייחס אליו כשהתיירים הם מקור מימון חיצוני.

**דוברות:** כשאני שם מיטה אני שם את הרופא ואת האחות, וזה שונה מייצור החשמל כמו שהוא אמר.

**דוברות:** הוא אומר תן להם כסף לפי מספר המיטות שיש להם. הם יקלבו את הכסף הקבוע, מגיע חולה - יטפלו בו ולא מגיע - לא יטפלו.

**דוברות:** הקבוע והמשתנה זה אותו דבר.

**דוברות:** השאלה מה זה הגדרה של capacity.

**דוברות:** זה אלפא אפס. היה את הניסוי הזה, אתה נותן סכום קבוע לא תלוי תפוקה.

**דוברות:** אם פונקציית הייצור בחשמל זה מכונה ודלק, אם ברפואה זה מיטה, רופא ואחות, שלם לו על זה ולא על יכולת שלא מתממשת.

**דוברות:** בסדר, זה עכשיו לבנות עוד הרבה מאוד מיטות.

**דוברות:** כל מערכות החשמל זולגות.

**יוליה איתן:** בואו נראה איך אפשר לנצל את הבעות.

**דוברות:** אני מסכים שאם יש לך כיסים ריקים צריך למלא אותם, אבל להוסיף תשתיות זה לא מיטה אלא אחות ורופא, זו הכשרה שלוקחת 10 שנים את חלקם להכשיר, ואתה לא יודע אם זה יהיה עוד 10 נשים.

**יוליה איתן:** אתה לא יודע שיהיה לך מספר כפול של זקנים עוד עשר שנים? לא צריך לתת להם טיפול?

**יעל:** יהיה וויכוח פה על spare capacity.

**יוליה איתן:** זה משמש גם את הישראלים מהיום הראשון. קצת נתונים שהלכנו והסתכלנו עליהם בקשר לסוגיית כ"א שיכולה להיות צוואר הבקבוק במערכת. היה לנו חשוב להבין מה ניתן לעשות בשיקולי השכר ומעבר לזה. אנחנו חושבים שיש דרך להאיץ תהליכי הכשרה, ייעול זמן רופא, ונראה בשקף על רופאים שלא ממלאים את זמנם במערכת הציבורית. אלה נתונים של משרד הבריאות על כ"א. ביקשנו לראות כמה רופאים לא במלוא זמנם במערכת הציבורית - במצגת.

**דוברות:** זו עבודה פרטית או פרקטיקה פרטית? יש הבדל. עבודה פרטית זה הדבר השולי. פרקטיקה פרטית זה אותו רופא שעובד בקופ"ח.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יוליה איתן:** הם מצהירים לטובת מה משמש אותם ההיתר. רק בקופות החולים יש כ"א שעובדים כעצמאיים, ויש כאלה שהגדירו שהם לחלוטין חולכים לפרקטיקה פרטית ונותנים שם מענה. 43% עם היתר עבודה פרטית לא עובדים במערכת הציבורית, וזה מספר גדול.

**דוברות:** מה זה 9% ממשלתי?

**יוליה איתן:** זה כאלה שעובדים כנראה בשני מקומות ומפצלים.

**דוברות:** המושג הוא כנראה פרקטיקה פרטית, שם אתה יכול לעבוד בקופ"ח. כשאתה עובד פרטי אתה יכול לעבוד בקופ"ח בהחלט. אתה לא קורא לזה שאתה עובד כשכיר, אבל אתה עובד עבור הקופ"ח. כשהוא עצמאי אני לא בטוח שהוא מצהיר שהוא עובד עבור קופ"ח. הוא מקבל חולים פרטיים וחולים של מכבי, אז הוא ביקש היתר והוא לא עובד עבור הקופה. 43% לא מפתיע אותי, בהחלט יכול להיות שהם עובדים עבור המערכת הציבורית פר-סה.

**דוברות:** זה כולל את המנתחים אחר הצהריים באסותא?

**דוברות:** כן, זה רק ממשלתיים ורק אלה שדיווחו.

**דוברות:** ומתוכם זה רק אלה שדיווחו נכון.

**יוליה איתן:** גם אלה המועסקים זה חשוב להבין באיזה היקף משרה. יש אחוז לא מבוטל של כמעט 30% שעובדים פחות מחצי משרה בבי"ח ממשלתי.

**דוברות:** על זה האוצר יגיד לך שמחוץ למערכת הם מטפלים גם בחולים ישראלים.

**יוליה איתן:** אנחנו בהחלט רואים גם היום בנתונים המדווחים שיש רופאים שמחוץ למערכת, כמו שהיינו רוצים לראות. בהמשך עבודת הוועדה – אנחנו עובדים על הצעה לכללי אסדרה אפשריים לתחום במידה ונקבל החלטה שזה אכן מתקיים. נשארנו עם כמה סוגיות פתוחות ואנחנו מניחים שזה יקח עוד ישיבה אחת. המטרה היא להגיע להצעה כוללת.

**דוברות:** אם תהיה אסדרה בכללים מסוימים, אתם חושבים שזה יהיה גם על בתי"ח פרטיים?

**יוליה איתן:** חלק מהם כן. בהקשר הפרטי אנחנו חושבים ששם האסדרה צריכה להיות יותר מעמיקה.

**דוברות:** בהתחלה חשבנו לא לכלול אותם, ובסוף חשבנו שגם מיטות פרטיות נכלל משפטית. עו"ד נתן סמוך עשה עבודה על זה. החוזר יצא עם הגבלה של 10% והוא אמר שההגבלה הזו חלה גם בבי"ח פרטי, כי המיטות שלך ניתנו בשבילי, קודם כל לאזרח הישראלי.

**יוליה איתן:** כולל ההשפעות החיצוניות של המערכת הפרטית על המערכת הציבורית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** בשקף העקרונות – אני מציע לשים את 2 ראשון.

**דוברות:** צודק מאוד.

**יוליה איתן:** השלישי הוא השלישי וזה ברור. צריך להעביר לשטח מסר שהם חולים, ושיתייחסו אליהם כבני אדם.

**יעל:** למנוע פגיעה זאת לא מטרה, זה תנאי. המטרה היא להבטיח, לשפר.

**דוברות:** זה שלילי כזה..

**יעל:** נושא מעניין ומאתגר בצורה בלתי רגילה. כל הכבוד!