



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד הבריאות

ועדת גרמן

פרוטוקול ישיבת הוועדה

מיום חמישי, כ"ט איר, ה'תשע"ד – 29.5.2014

משתתפים-כל חברי הוועדה

דובר/ת: עמוד ראשון, הערות, למי יש?

דובר/ת: לי. אני רוצה לדבר על סעיף 2.

השרה יעל גרמן: דקה, לפני זה. אני רוצה להתחיל קודם קודם כל-m-technicalities. אנחנו כאן חמישי-ישי ואני יוצאים מפה עם מודל שאנו מקסימום מסכימים עליו. לשם כך אנחנו צריכים להיות מאוד מושמעים. אין לדבר בלי גבול. כל אחד מקבל שלוש דקות דיבור.

דובר/ת: באיזה תחום המודל שאתה מדברת עליו עכשו?

השרה יעל גרמן: המודל שאיתו אנחנו יוצאים.

דובר/ת: מהל של העבודה היא מדברת.

השרה יעל גרמן: מודל אספקה ומימון. אני אומרת שאנו נצא מפה חמישי-ישי, זה לא אומר שהזה מה שמנוח. עד אז יש לנו סדר יום שתיכף דורון-פרט אותו. זה חלק מסדר היום וזה עדין לא ציללה לתרט המים הסוערים. אני מקווה שייהי הרבה פחות סוערים. לפני שניכנס למם הסוערים אני גם עוד אומרים כמה מיל'ם. אני כאן מדברת על כמה דברים מאוד טכניים. אם אנחנו מעדן, כל אחד מאייתנו, להגביל את זמן הדיבור, אנחנו לא נסימן את זה בזמן, לכן אני מראה מתנצלת על כך שאנו פשוט נפoxic' אנשים אחרי שלוש דקות. כל מי שרצה להגיד את עצמו, שיחשוב קודם עשר דקות ויביע את עצמו בשלוש דקות. עד שלוש דקות. רק כך אנחנו נצליח לסייע בחמישי-ישי, כי בעצם כבר כולנו נמצאים על הסף שמתחנו את הזמן שאנו יכולים להקדיש לגופם של עניינים. אני אפרט לאחר מכן. כאן פשוט רציתי לשים את הדברים.

דובר/ת: הדבר הראשון, אני חשבתי שסעיף 2 כמו שהוא כתוב, הוא יכול להיות פוגע מאוד ברופאים הראשונים ואני חשבתי שהוא גם מיותר. אני חשבתי שהזה ברור שיצטרכו להרחיב או לא להרחיב את המידע. רופאי המשפחה משוכנעים שיש להם את המידע בכל הדבר הזה. אני לא הייתי חשבתי שמישה פה עשה עבודה כדי להחליט שחיברים להרחיב



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

לهم את הידע, אז אני מציע פשט להסביר את סעיף 2. הוא לא תורם בכללם. פשוט צריך לנתח אותו בצורה אחרת. זה סעיף 2.

עכשו אני רוצה לדבר על סעיף 5. סעיף 5, יש לי שתי העורות: אחת, עלול להיראות מאי שזה כתוב, 5-הבולט הראשון, אבל שמתוך זה אנחנו לא יכולים אם קופות ירצו הפניה ישירה ליותר מאשר רשות הפניות האלה. אני חושבת שזה לא רק עניין של איות, זה גם עניין של רצון האנשים. אם הכוונה ממשרד הבריאות יבטיח שלמקצועות אלה חיבטים לתת הפניה ישירה אבל לא שלולים הפניה ישירה לאחרים, זה משחו אחר. כמו שזה מנוסח פה, לדעתך זה עלול לצמצם ולא להגביר את הפניה הישירה, ואני לא היית רוצה לצמצם את האפשרות.

דובר/ת: את הזכות המשפטית לפנות למי שרצו?

דובר/ת: נכון.

דובר/ת: לקיים את החוקיקה.

דובר/ת/ת: נכון. אז זה לגבי הבולט הראשון. לגבי הבולט השני בתוך חמוץ, מה שאני חושבת זה שאנחנו צריכים להיזהר בנושא זהה של איך שכתבנו את זה, את הפניה המקדימה של הפטור. זה דבר אחד. הכוונה היא שבעצם הרופא הראשוני יכול להזכיר את הדחיפות וכטוואה מהזה יכול להיות הקדמה תור, לא שתור הופך להיות פרט بعد או נגד אלא זה פשוט אם הרופא הראשוני הפנה, אז יש היגיון שיש לו יותר דחיפות וככה זה צריך להיות מנוסח. הדבר הנוסף זה שאני לא הבנתי את הנושא של מערכת ההשתתפות העצמיות. זה בסדר, אבל גם פה צריך לראות איך זה יהיה כתוב, כי זה יכול להיראות בעיטה.

דובר/ת: מישו רוצה להציג על שלושת הבולטים להערה של לאה?

דובר/ת: אני מסכימה.

דובר/ת: גם אני מסכימה.

דובר/ת: הבולט הראשון, הנושא של רשימת ההתמכחות.

דובר/ת: מה המצב היום?

דובר/ת: המצב היום, הם לומדים הכל.

השרה על גרמן: אני מציע שכל אחד יאמר את ההוראות שלו ואנחנו נverb, אחרת אם אנחנו עכשו פותחים דיון אחרינו על זה כבר שנה, אנחנו לא מסיימים היום את זה. אני מצטערת שאני חסרת סבלנות ואתם לא ראייתם אותי הרבה כהה, אבל *time is about time's*. כל אחד מתבטה שלוש דקודות בדברים שהכי חשובים לו, ויתר משלוש דקודות זה לא ניתן אלא אם כן נעשה עוד סיבוב, וכל אחד עיר. בסוף אנחנו נראה, יכול להיות שאנחנו נעשה איזושהי וועדה מצומצמת שתגיע להסכמה.

דובר/ת: הדבר הנוסף, כתוב שצריך להעיר את כל המידע לרופא המתפל. זה כמובן מאד חשוב, אבל ח"ב להיות כתוב שיאפשרו לו כל הכלים כדי לקרוא ולהבין את זה. זה גם בנוגע של מסכת אלרטים וגם בזמן לקרוא. צריך מערך תומך לרופא המתפל.

דובר/ת: אבל זה מה שכתב שם, לאה, הבנית מערכות המידע.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: סליחה, אני רוצה להגיד עוד פעם. מערכות מידע שיזרקו עליו מידע ובלי כלום, לא יעזר, צריך שייהי לו את הזמן לקרוא וצריך מערכת אולרטים. אם לא, לא עשינו כלום, לקחנו וזרקנו עליו עוד מידע.

השרה יעל גרטמן: מה שאת אומרת, להאריך את הזמן.

דובר/ת: נכון, כי בלי זמן - - - -

השרה יעל גרטמן: שלא יהיה לו 8-7 דקות.

דובר/ת: נכון מאד, בסדר גמור. בbullet האחרון, ב-6, הוא יכול להיכנס לפרטים. הוא לא יכול לשנות את הפרטים. זה לא סתום, כי הדיון הזה זה דיון מאד רחב שמתנהל, האם מותר למוטופל לשנות את הפרטים בתיק, אז הוא לא יכול לשנות אותם.

דובר/ת: הערה נconaה מאד. בוודאי.

דובר/ת: הערות לעמוד הראשון.

דובר/ת: את סעיף 2 אני מציע לבטל. סעיף 5 – אני חשב שצרייך לקבוע בו את העיקרון שאנו רוצים לעודד הגעה לרופא מומחה דרך רופא המשפחה, אבל לא להיכנספה יותר מדי לפרטים, בטוח לא להשתמש בהשתתפות העצמית כלפי בנושא זהה, זאת אומרת לקבוע את העיקרון לעודד פניה לרופא הריאוני בדרך לרופא המקצוע, כמובן שאנו מסכים גם עם - - - . האחרון של 6.

דובר/ת: בנוסף, הבולט השלישי שלסעיף 5, אני לא חשבתי שהמנגנון של השתתפות עצמית בכלל מתאים לעניין. אפשר לעשות עדיפות, אבל לא הייתי עושה דיפרנציאציה לפי העניין. לא הייתי משתמש בזה. לבטל.

דובר/ת: בהחלט רק על הנקודת הזאת – שה碼יניות תהיה שמדובר/ת: במשחק אפס, זאת אומרת שלא מעלים את הרשותות העצמיות מעבר למאה שזה קיים היום. מחייבים למי שהולך דרך הרופא הריאוני ומעלהם למי שמחליט לפנוט בצוורה ישירה, אבל במשחק אפס.

השרה יעל גרטמן: זה היה נדמה לי גם המודל שלכם.

דובר/ת: נכון.

דובר/ת: גם עם ההערה הזאת, הערתני נשארת.

דובר/ת: גם שלי.

דובר/ת: עכשו אני מצטרפת אליהם.

השרה יעל גרטמן: אז צריך לרשום את זה כנקודות מחלוקת. נקודת מחלוקת, לשים בצד כדי שנוכל לברר.

דובר/ת: אני רוצה להתייחס ל-5.1 להערה של לאה ואולי ערן אחרי זה ימשיך אותנו. אנחנו הכנסנו את זה מתוך זה שהבנו שהיומם הרשמי שבסירה, היא נבחרת על ידי הקופות ומה שהשיקול המרכזי לבחור את חמישת המקצועות שאליהם אפשר לפנות באופן ישיר, איך שהבנו את זה, הבנו זהה נבחר על ידי הקופות והשיקול המרכזי היה שיווק. לדעתנו זה לא צריך להיות. לא הקופות צריכה להחליט על זה אלא משרד הבריאות. זאת הייתה המטרה של הסעיף הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יש הערה לנך? לא. לא הייתה גם בעיה עם הנושא זהה.

השתה יעל גרמן:

אבל אסור להגביל. את לא יכולה להגביל ל-5.

דובר/ת:

ברגע שקופה אחת נתנת הפניה ישירה, אחרות לא יכולות להגיד שהן לא נתנות, לא בגל שזה נכון.

דובר/ת:

ערן, מותר לאנשים להחליט מה נכון להם.

דובר/ת:

אוקי', הגענו להחלטה. מינימום, משרד הבריאות.

השתה יעל גרמן:

אם מינימום זה בסדר, אי אפשר להגיד שלכפות את זה על אנשים. מה שיקרה, אני אומרת לכם, רופאי המשפחה ייפכו להיות - - זה גם אנחנו לא רוצים.

דובר/ת:

אפשר לדעת מה המצב היום?

דובר/ת:

יש 5 מקצועות שאלייהם אנשים מוכנים לפנות.

דובר/ת:

דפקטו זה המצב, 5 מקצועות?

דובר/ת:

כן, ומה שקרה זה הפור דזוקא קרה, זה שהקופות התכנסו דזוקא לפחות ולא יותר. מוקדם במכבי הכל היה פתוח ובכליית בכלל לא. אחר כך כללית התышירה למכבי, נתנה רק 5 ועוד מכבי ירידת מוכלים רק ל-5. אם אני מסתכלת על מכבי, מכבי עשתה פעולה הפוכה. מכבי, הכל היה פתוח ובסוף הלכו רק ל-5, אז מה שקרה זה שני הצדדים התכנסו לאמצע. לא כל קרה רע בעניין זהה.

השתה יעל גרמן: על מה יש כרגע מחלוקת?

דובר/ת: יעל, אנחנו חשבים שצריך יותר מחמשת המקצועות האלה. השאלה אם יש פה משהו שהוא משנה את המיצאות או שאנחנו אמורים, אוקי', אנחנו עושים רצים שלא יהיה בין 5 ל-4.

השתה יעל גרמן: אנחנו לא רצים להגיד את זה ל-5. אנחנו רצים לפתוח את זה לכמה שיזור.

דובר/ת: אני רוצה להגיד כמה דברים. קודם כל, לא עשינו פה את כל הרקע. - - - הייתה מזגת שלמה על הנושא, שהציגנו את החשיבות של חיזוק הרפואה המשפחתייה וההמלצות האלה נכתבו אחרי שגם עם האיגוד המקצועי הרלוונטי ועד רופאים, שהרעין היה, זה כל החלק הזה, איך אנחנו מחזקים את הרפואה הראשונית. זאת הייתה המטרה.

השתה יעל גרמן: חברים יקרים, עוד הערה שלא אמרתי. אנחנו לא נצא עם מסקנות מפורטות. לא נוכל להגיד, לא להסכים, וזה גם לא יהיה נכון. בואו נקבע שאנחנו רצים לחזק את הרפואה הראשונית. זה צריך להיות, לחזק את הרפואה הראשונית. זה הבולט. תהיה לנו עדות ישות. אם אנחנו עושים ניכנס לפרטים האלה, באמת אנחנו לא נצא עם שום דבר. הבולט צריך להיות חיזוק הרפואה הראשונית ואחר כך נראה איך אנחנו עושים את זה.

דובר/ת: אז אם ככה, למה לעבור על פרטיים? למה לא לעBOR רק על כתורת?

השתה יעל גרמן: שאלה טובה. הערה טוביה. להערכתי כל אחד מאיתנו צריך לחשב על היעד שלנו אנחנו רצים הגיעו ולהשוו עליו בצורה המתומצת ביותר ובניסוח של כתורת, לא של פרטיים.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: הפרטת הבולטים בעצם. יש לך פה את הכותרת "רפואה ראשונית". מתחת לה יש את הדברים הממוספרים, הכותרות הממוספרות.

דובר/ת: אפשר הצעה לסדר? על כל עמוד, רק למי שיש מהו מहותי להגיד שחשוב מאד, שרים את היד ותשאל אותו ונעבור לעמוד השני.

דובר/ת: לא, אנחנו הולכים עכשו אחד, אחד.

דובר/ת: אני בכל זאת הייתי מבקשת שהיא משפט אחד שייכנס, שהUberot מידע רפואי יהי כפוף לבדיקה משפטית. שהיא כתוב במפורש.

דובר/ת: אגב, אני מקווה שבעמוד הראשון המשפט האחרון זה לא אומר שימושו יכול לחשב שחשיבות על המידע אינפורמציה. זה כמו שבחוק זכויות החולה אין חובה. אנחנו לא מטילים שם חובה.

השרה יעל גרמן: עברנו לעמוד שני. אנחנו מתחלים מפה.

דובר/ת: בנושא של 7 – הרחבת שירותי רפואי --- בקהליה, אין פה שום מסFOR של העליות של זה. אני מקווה שאנו רוצים לעשות את זה מתי שזה הגיוני ולא באופן כללי, כי אנחנו החלטנו שזה טוב.

דובר/ת: כל מה שכתב פה זה שאנו רוצים לדוחף כמה שייתור דברים לקהליה. יכול להיות שיש דברים שכדי לעשות אותם, שייתור זול יותר יעיל לעשות אותם בבית החולים, אז لكن צריך להיות שהוא מażן.

השרה יעל גרמן: טוב, אז צריך יהיה למצוא ולראות איך. אוקי', הערות נוספת לעמוד השני.

דובר/ת: קודם כל למלטה למלטה - באחריות משרד הבריאות וקופות החולים ובתי החולים להרחב לא את השירות הרפואי אלא את זמינות השירות הרפואי, כי הדגש שלנו והבעיה זה הזמינות.

דובר/ת: לא נכנסים לבולט הזה.

דובר/ת: הדבר השני שאנו חשוב שצריך, להגיד דגש על הפריפריה, כי לדעתי שם הבעיה יותר חריפה. הזמינות, ובמיוחד בפריפריה.

דובר/ת: בדיק. יש לי עוד שתי העות. אחת, יש מהו שאנו ממש מתנגדת. אני חשבת שהיא על זה דין בעיתי מאד, לשלב את נציגי קופות החולים בבתי החולים. אני לא רוצה להרחב כרגע את הדיון. לא נכנסו לזה. אני יכולה להגיד שדבר זה לא נכון לעשות את זה.

השרה יעל גרמן: זה סעיף 7, בולט שלישי, 2. תראו, יש דברים שאנו דנו בהם באמת הרבה מאד שעות. בין השאר מה שקבענו, ואני לא חשבתי שיש פה בכלל יוכח, זה הצורך בחיזוק הרצף שבין קופות החולים לבתי החולים. לצורך כך היה הצעה ולהערכתי היה גם קונצנזוס, אבל תיכף נראה, שהיא נציג של קופות החולים בתוך בית החולים כדי שהוא יוכל להוות את הקשר, ואני חשבת שזה חיוני. דיברנו על זה.

דובר/ת: בסדר, דיברנו, אני מתנצלת. נראה שלא היה בדיון, אבל אין מה לעשות. אני רוצה להסביר שלושה דברים, למה זה ברור, למה קיים היום ולמה יש בעיה. אם מדובר/ת: בעובדה שנציג קופות רפואיים נמצא בתוך בית החולים, זה נמצא. כל קופת שולחת לבתי החולים את הנציגים שלה. זה נכון שזה בגלל ההתחשבנות ובגלל בקרה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאות ו יותר

דובר/ת: **עמ' 28.**

דובר/ת: אני לא ראייתי. אני רק רוצה להגיד לכם למה יש בעיה, כי זה לא כל כך פשוט. היה פעם רצון ורעיון שנציג קופות החולים יחולבו במה שפעם היה דירקטוריון והיום קוראים לזה צוות - - - .

השרה יעל גרטן: זאת לא הכוונה. את מרחיקת לכת. זאת לא הכוונה. אף אחד לא חשב על זה. הכוונה היא בבדיקה מה שאני אמרתי, שהיא נציג קופות החולים שהוא אוריינט-למטופלים ולמבוטחים כדי שהוא יכול - - -

דובר/ת: ולא בהיבט הכלכלי.

השרה יעל גרטן: בסדר. עוד הערות?

דובר/ת: אני מתנגדת לנחירות לסעיף 13. אני חושבת שהධין בנושא הפרמדיקים והסמכויות שלהם זה נושא ענק. אני לא חושבת שפרמדיקים הולכים להחליף רופאים, ופה זה מאד מדאיג אותי. גם הבדיקה, כן צריך לקבוע את הכללים שלהם. בואו לא נקבע עכשווי. אם רוצים לעשות בולט כללי שאומר שיבחן מה צריך לעשות עם פרמדיקים ואיזה תפקידים הם יכולים ליטול, זה בסדר. בואו לא ניכנס לפירוט על הפרמדיקים, מה כן ומה לא.

השרה יעל גרטן: אוקי', זאת נקודת מחלוקת עם ה"ר. ה"ר ביל בחינה פרופסיאונאלית לא מוכנה להעביר סמכויות.

דובר/ת: אני לא מוכנה להגיד שהזה פרופסיאונאל.

השרה יעל גרטן: אוקי', מבחינה איצטטית.

דובר/ת: כי אנחנו לא אמרנו שאנחנו מתנגדים להעביר סמכויות. אני רוצה שהזה יהיה ברור מה אני אומרת. אני אומרת שעល מנת להחליט איזה סמכויות יעביר ומה אפשר ומה אי אפשר לעשות, צריך צוות מקצועי. בוודאי שבמשרד הבריאות כדי להחליט את זה, ופה אפשר לקבוע הערה כללית.

השרה יעל גרטן: אני מנסה באמת לкрат.

דובר/ת: זה משפט ואני מצטרפת.

השרה יעל גרטן: אוקי'. מכיוון שאנחנו כן רוצים להקל וליעיל את כל עבודות הרופא, וחזרנו ואמרנו ודיברנו והdagשנו, אני מבקשת לשפט ולנסח עם עזיז ועם ניר או ערן, לשפט באחת ההפסקות, לחזור אלינו ולנסח, כאשר הרעיון הוא שאנחנו רוצים ליעיל עבודות הרופא ולנסות ולהעביר את המטלות שיש לו היום והן לא נחוצות ולא נמצאות בדיק - - -, להעביר את זה לכוח עצם זה או אחר, שהזה ייתאים כמובן.

דובר/ת: בסדר גמור.

השרה יעל גרטן: הלאה.

דובר/ת: אני חולש שהמטרה היא פה לעשות ארגון יותר יעל ויתר מקצוע של הרפואה המקצועית, חיזוק שיתוף הפעולה שבין מה שנקרה הקהילה בבתי החולים. זה הרעיון. בואו נתרכז ברגע הזה ונציג אותו, כי אנחנו לא מקדשים, הכלל שם או הכלל שם, אבל שיתוף פעולה, מצויים כפליות, עליות ואיכות זה המטרות שלנו, אז בואו נשמר ברמה של מטרות.

השרה יעל גרטן:יפה מאוד, בסדר גמור. אלה יהיו המטרות. הלאה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: הבולט הראשון – באחריות משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים להרחבת שירות הרפואה השנוונית, אני לא חושבת שזאת אחריות של בתי החולים. זה רק אחריות של משרד הבריאות והקופות להרחבת השירותים בקהילה. אני מטילה אחריות על מישחו שזה לא התפקיד שלו.

השורה יעל גרמן: כן, זה נכון.

דובר/ת: הוא חלק מהרכף, אבל זה לא אחריות.

דובר/ת: לגבי הארגון ייעיל של הרפואה והפתרונות האפשריים, באמת רק פתרונות אפשריים שיש לשקלות אותן ואנחנו לא פוסלים עכשו שום דבר.

השורה יעל גרמן: נכון מאוד הלאה

דובר/ת: 9 – יישום מסקנות ועדת אור. אני לא יודעת מה המסקנות. אני בספק אם רוב האנשים כאן יודעים מה המסקנות של ועדת אור.

דובר/ת: שמענו סקירה של עוזי בוועדה על זה.

דובר/ת: כל העמודים הבאים זה המסקנות.

דובר/ת: בסעיף 14 – תקינות עדותות בדיקה. אני אמרתني גם בוועדה, אני לא חשב שאנחנו צריכים להתעמת בתקינה ב민ון. חז' מלחהיז', אין לנו באמת את הכלים לכך. אנחנו לא יודעים מה ההשלכות לכך. לדעתך לא בחרנו את זה לעומק. אז יש ועדת. אנחנו ועדת שהאנשים בה באים מרכיבים שונים. אין לנו את הכלים להגיד אם אני צריך בדיקה ל-1,000 פניות, 1,200 או 800.

דובר/ת: לא נגענו בשום מספר. אנחנו אמרנו בבדיקה.

דובר/ת: אין לנו את הכלים להכריע בכך. לא ראיינו את כל ההשלכות, לא דיברנו עם נציגי קופות החולים, להבין מה ההשלכות.

דובר/ת: אבל ברגע שאתה לא נקבע בשום מספר, אולי אנחנו נהייה בעודף.

השורה יעל גרמן: תראו, ועדת אור ישבה על הנושא. אתה צודק שלונו כאן היושבים סביב השולחן למעט כמובן עוזי, אין את היכולת המקצועית להבחין, אבל להם יש. זאת הייתה ועדת. אני קיבלתי את המסקנות שלהם. יכולת הוועדה לבוא ולומר, אנחנו לא מקבלים את המסקנות, אבל אני כן קיבלתי את המסקנות. אני תיכף את'יחס' ישירות לממה שמטריד אותך, ובצדק. אתה בא ואני אומר, רגע, אז עכשו אני צריך להוסיף עוד 20,30,100? הם מדברים גם על 200 ומהו. כל מה שאנחנו נקבע שיש לו באמת משמעות תקציבית, היר ברור שזה בהתאם לתקציב קיימן. זה לא שאנחנו קובעים כאן ואחר כך נקבע מה שנוינו צרכי. הכל יהיה אחר כך בהתאם ובכפוף לזמןנות תקציבית, אבל יש ועדת מאוד מקצועית. יכול להיות שאנחנו נבוא ונאמר, את המטרה הזאת אנחנו רוצים להשיג אבל במשא ומתן עם האוצר אנחנו נבוא ונגיד, אוקיי, בואו נעשה את זה בתוך 5 שנים, בתוך 6 שנים. זה לא יהיה לשנה אחת, אבל הוועדה הזאת ישבה ושכנעה מודיע לנו וזה נכון שנקבע צמצם את התורים ולא יוכל ליעיל את כל מה שקרה, אלא אם כן אנחנו נעשה את זה, אבל גם יכול להיות שאנחנו נשב ואנחנו נאמר שזה לא - 1,000, שזה ל-1,200 ולא ל-1,200, ל-1,500.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: בואו ננסה רגע לחשב אם אנחנו יודעים לעשות משהו. יש שאלות באמת מהותיות שגם רצות פה

לאורך הדרך, גם על בחינת כוח אדם וגם על מיטות אשפוז, שהן ברמה של השלכות מקרו על מערכת הבריאות, שאני חשב שהמן צריך להימנע. אני כן חשב שראוי שתיעשה עבודה של תמחור של הדברים האלה, כי לקבל המלצות באופן כללי, הכל פה ראוי. אני חשב שרוב הדברים פה הם לא דברים שבאייזושי' מחולקת מהותית. יש פה אולי דברים שכן, יש פה דברים שלא, אבל יש פה בסופו שאלות של תקציב שציריך בסופו להבין מה המשמעות התקציבית של הדבר הזה, כי בסופו גם הוועדה הזאת לא צריכה כל ריק. זה דבר אחד. لكن יכול להיות שאולי בדברים מסווג הזה יהיה צורך לומר לבחון את מספר העמדות ולפעול לשיפור מספר העמדות ולמצטום היחס פניות/עמדות, מהו מסווג הזה ואז להסביר את זה לאיזשו' באמת --- שני של עבודה מקצועית של המשרד ושל הממשלה, של סדרי עדיפויות. נראה לי שהזה יהיה קצת יותר נכון.

דובר/ת: אל תשכח שההסכם קיבוצי.

דובר/ת: אם זה מעוגן בהסכם קיבוצי, אז גם צריך לתת להזה את ההתייחסות.

השרה יעל גרטמן: כשנגיע למקור של התקציבים, אין ספק שאנו נצטרך לשבת ולראות על מה מדובר/ת/ת. כאן יש עודה שהיתה דרכ אגב אקסוגנית לוועדה שלמן החיצונית. היא ישבה במשרר הרבה חדשם וקיבלה מסקנות. אנחנו יכולים לבוא ולומר שאנו מקבלים את המסקנות, וזה מה שאנו קבענו דרך אגב, שאנו מקבלים את המסקנות, וזה היה לאחר שעזיז הציג אותן. אנחנו יכולים גם לבוא ולומר, אני קיבלת אוותם, אז זאת אומרת, את הוויכוח הזה עם האוצר במילא אני אצטרך לקיים, בין אם בנפרד מהוועדה הזה ובין אם כחלק מהוועדה הזאת.

דובר/ת: אז אולי אמרה כללית של – הוצגו בפני הוועדה מסקנות ועדת או. בכוונת שרת הבריאות לפעול לשישמן ככל הניתן, והיא תבוא על כך בדברים עם משרד האוצר, הממשלה.

השרה יעל גרטמן: לא. אי אפשר לבוא ולומר, היא תבוא על כך בדברים. אלה המלצות. זה ברור ומובן מליין שלא יהיה התקציב, אז לא יוכל להמליץ, וזה גם ברור ומובן מליין שגם בסך הכל המלצות יהיה תקציב מסוים וצריך היה לעשות בו تعدוף, אז זה ברור שבסוטו של דבר זה מה שנעשה, אבל אנחנו לא יכולים לקוץ את הנקודות של הוועדה על ידי זה שאנו באים ואומרים, אנחנו רוצים אבל לא בטוח שטוכן. זה מה שאנו רוצים.

דובר/ת: אז אולי אמרות יותר כלליות בלי מספרים. לפעול לשיפור מספר הפניות, מספר עמדות הבדיקה לפניות.

דובר/ת: המספר הזה, 1,000, מיטה. אני חשב שהניסיוח שלו היה לא הכי מוצלח. לא באמנו ואמרנו, לעומת הכל 1,000. אמרנו לבדוק. הדוח שלנו אמר, תבדקו, כי אנחנו בדקנו. תבדקו כמה מגע ל-1,000 פניות. לא נקבעו.

דובר/ת: זה לא מה שכתבו.

דובר/ת: זה מדו.

השרה יעל גרטמן: תיבדק התקינה הנחוצה ל-1,000 - - -

דובר/ת: בדיק.

השרה יעל גרטמן: אני חשבת שהגענו להסכמה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
 הבריאות**
לחיים בריאות יוטר

דובר/ת: אני רק רוצה העירה אתכ כללית לגבי העניין של בamat עליות. למיטב הבנתי כל הוועדה בהרבה תחומים שגובשו המלצות, גם אם הן לא מוסכמו על הכל, לא נעשה ניסיון וגם أولי נמנענו מלעתאות אותן, אני לא יודעת איך לנוכח את זה, לתמוך בדברים. אפילו בדברים גדולים שאנחנו יודעים שהם כורכים בעליות, לא תמחרנו. זה יוצא דופן, אני מוכרכה לומר. זה יוצא דופן שאין הצד המלצות איזשהו-tag של מחיר להמלצת, וגם זה מעורר קושי אחר כך למי שרוצה לישם, לעשות איזשהו تعدוף של דברים.

השרה יעל גרטמן: אני אענה לך. קודם כל יש מחיר ואין בעיה. ניר יכול לתמוך לנו כל דבר. האם את רוצה עכשו שאנחנו ניכנס לויוכוח?

דובר/ת: לא, לא, אני רק רוצה העירה כללית.

השרה יעל גרטמן: אז זו הסיבה.

דובר/ת: העירה כללית – שאם אנחנו יוצאים במסר שאנחנו לא עושים עליות, אנחנו עושים רק Ciונים.

השרה יעל גרטמן: לוועדה הזאת תהיה ועדת ישום שתצטרכן לבדוק את העליות, שתצטרכן גם לראות בסופו של דבר עליות בamat בלתי אפשריות, אז יכול להיות שחלק מהמלצות אי אפשר. בוועדת ישום לא מיישמים אף פעם את כל המלצות של הוועדה. זאת ועדת ישום. ועדת ישום לוחחת את כל המלצות, מorigה אותן לkrakע, רואה מה ניתן קודם כל מבחינה לוגיסטית, מה ניתן מבחינה תקציבית, אבל אנחנו כוועדה חיבבים להמליץ על כל מה שאנחנו ממשינים.

דובר/ת: לפעמים אפילו אם אנחנו ממשינים במשהו והמחיר הוזי, אנחנו לא ממליצים.

השרה יעל גרטמן: אז כל דבר שתרצי Tamhor, תבקש ותקבל, ואם בגלל tamhor את תבואי ותגיד, בעיני זה לא שווה את המחיר, אז אנחנו נקיים פה דין ואולי בamat נוריד את זה. אני מבינה מה שאת אומרת. אני לא חושבת שאנחנו נמצאים במקומות הזה. אני חושבת שככל המלצות עד כה הן יושבות על הkrakע.

דובר/ת: כדי לחזק את המלצות ועדת אור אני חשב שיש חשיבות שוועדת גרטמן תבוא ותאמץ או תמליך על ועדת אור ולא רק אמרה כלית שהשרה קיבלה את הדוח ותפעל לישום, אלא אנחנו כוועדה גם נוותנים גושפנקא.

השרה יעל גרטמן: זה מה שאנחנו עושים כרגע וזה מה שעשינו.

דובר/ת: הוא מדבר על הניסות.

דובר/ת: שהוועדה שלנו גם מאמצת כדי לחזק את היישום.

השרה יעל גרטמן: יפה מאד, זהה, וזה בהחלט מספיק ולדעתי אפשר לעבורי עכשו על הכל כי במליא נצטרך לעשות ועדת ישום, אז תעבורו על כל העמודים של ועדת אור.

דובר/ת: גם ב-18 זה אותו דבר. יש לי רק העירה, אני חשב שבחלק מהדברים אנחנו בשבייל ועדת שעלה לרמה כל קר גובהה, לרדת לרמות של פירוט של אם לרדת מ-7 שעות ל-6 שעות זה עולה מיליארד שקל - - -

דובר/ת: אני מציע לחבר את זה לפרק של זמן המתנה.

השרה יעל גרטמן: כן מאמצים את ועדת אור. ועדת אור, היא ירצה לטור הרחולזיה הזאת.

דובר/ת: אם אפשר את שלושת העמודים האלה לעשות בסעיף אחד - - -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השרה יעל גרטמן:

יש לי הערה. סעיף 17, אנחנו מדברים על דין על - - ? אי אפשר לדרוש את זה לחילו של עולם שיש את עדת אפק, כשייש הצעת חוק פרטית של חבר הכנסת שהלך, שנדון ביום אלה בוועדת השירותים. מה היחס בין ההליכים האלה? זה צריך להוריד.

השרה יעל גרטמן: אני דרך אגב מסכימה. אני לא יודעת למה זה נמצא פה בכלל. להוריד את זה.

דובר/ת: זה לא רלוונטי, הדיון עכשווי על ועדת או.

השרה יעל גרטמן: בדיק. אנחנו מאמצים את ועדת או. אני לא זוכרת שבועדת אור הנושא הזה ישם. תודה, אז להוריד. זה לא קיים בוועדת או. אתן שתיכן צודקות.

דובר/ת: אנחנו מישמים את ועדת או או שאנחנו מפרשים את כל המלצות?

השרה יעל גרטמן: אנחנו ועדה שלנו, הוועדה לחיזוק מערכת הרפואה הציבורית, מאמצת את מסקנות ועדת או. אני אומר את זה גם לפורטוקול. כל המלצות תctrוכה להיבחן במציאות תקציבית וזה ברור.

דובר/ת: זו הערה של שרת הבריאות לנושא קבלת המלצות ויישום ועדת או בהיבטים לוגיסטיים, רפואיים ותקציבים. למי שהוא יש הערה מסעיף 27 ואילך? להלאה בקשה.

דובר/ת: פה יש פשוט ממשו שאמור, צוות רפואי ורופא משפחה ישמרו על קשר שוטף ויעדכו זה את זה. רופא משפחה, יכול קופת החולים להחליט שהוא כן עשו את זה או לא עשו את זה. בית החולים, הרि אף אחד לא יתקצב את הפעולות. זה פשוט עוד יותר העמוקת גירעון של בית חולים. אם אנחנו רוצים להטיל על בית חולים פעילות - - -

דובר/ת: ובקשר של החולה הספציפי.

דובר/ת: כל חולה הוא ספציפי. זה אומר בסך הכל שלזמן רפואי בבית חולים מתווסף עוד פעילות שהיא לא מתוקצבת. כל הזמן ההורה לא מתוקצבת, המחקר לא מתוקצב, הקשר עם החולים לא מתוקצב, אז אנחנו צריכים איכשהו להכניס פה איזשהו תקציב של הזמן של הרופא, כי כל הזמן להעמיס על הרופא הזה חובות בלי שיש להה ביטוי בתוך בית חולים של הענקת זמן רפואי לדברים האלה, ומצד שני תקציב.

דובר/ת: זה ברור, אבל אמרנו את זה.

דובר/ת: אני אגיד לך למה זה שונה. אם את שמה חובה על הרופא, זה לא חובה על בית חולים שיכל להגיד, תשמע, את המחלקה הזאת אני לא מתפעל. אני לא נגד הדברה. זה מתקשר אפרומו לעולמות של התהשבות. זה צריך להיות, אם אתה מעmis רפואי, זה צריך לבוא לידי ביטוי בתקציב של בית חולים.

השרה יעל גרטמן: גם בקהילה.

דובר/ת: דרך אגב, גם לקופת החולים זה מעmis, אבל היא לפחות מחייבת - - -

דובר/ת: אז בואו נגיד שה-sha-case manager הוא בקהילה ואני רצים ליצור רפואי המשפחה יהיה יותר בדמות של case manager. זה היה כל הרוח של המלצות האלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

הקשר יכול להיות גם לא בשיחת טלפון, יכול להיות גם מחייב. מכיוון שלכל סעיף יש שימושות תקציבית, אנחנו צריכים להחליט האם אנחנו חשובים שזה חשוב שזה חשוב שזה חשוב.

דובר/ת:

היה או לא חשוב שזה יהיה.

דובר/ת: אני מנסה להסביר שזה לא עניין של חשיבות תקציבית ש קופת החולים תדונן עם משרד האוצר ומשרד הבריאות האם כן חשוב או לא חשוב. אתה שם פה חובה על הרופא. רופא, אין לו יכולת להגיד, תשמע, בוא - - -

השרה יעל גרטן: אנחנו נכנסים לפרטים שלא רצינו להיכנס. אנחנו לא נכנסים לפרטים אלה. אתה צודק, זה יהיה נכון לגבי כל פרט ואם אנחנו נכנסים לכל פרט וננסח לראות מה המשמעות, זה שונה והוא שונה. אני מבקשת מך להסביר את הכוונה..

דובר/ת: אנחנו מדברים על המטופל במרכז. כשהאנחנו מסתכלים על המטופל במרכז מרכיב המערכת ש关心 הוא מושך, והמשק של בית חולים-קהילה, אנחנו צריכים שקרים להדק אותו. אנחנו רואים שיש את הנושא הזה של משק, והמשק של בית חולים-קהילה או אחריו. יש שימושות תקציבית לכל דבר ודבר, אבל בעינינו רוצחים שתהיה איזושהי זרימת מידע כזו או אחרת או איזשהו קשר זה או אחר. אנחנו גם לא מטילים פה אחריות. ה策ות הרפואי בتوزיר בית החולים והרופא משפה ישמרו על קשר. אנחנו לא אומרים איך ישמרו על קשר, לא אומרים כמה זה עולה ולא אומרים מי חייב לעשות את זה. אנחנו רק אומרים, צריך שייהי קשר.

השרה יעל גרטן: תודה.

דובר/ת: המודל הזה הוא קברט. המילה רצף טיפול היא באמת אבן הפינה אנחנו אמרנו מלכתחילה, אנחנו לא נכנסנו לנעלים של משרד האוצר ולא לנעלים של משרד הבריאות ולא לנעלים של הקהילה ולא לנעלים של האשפוז. נכנסנו לנעלים של הלוקוח, של המטופל. אם אני מטופל או בן משפחה של מטופל, אני רוצה שככה זה יLOUR, מרגע ההתערבות עד ליציאה לשיקום, לא מעבר לשיקום. ככה רצינו, הוא יכול להיות מאושפז שבוע והרופא שלו לא יודע. אני بعد הסעיף.

השרה יעל גרטן: תודה.

דובר/ת/ת: אני רוצה להסביר את הבעיה. הסעיף הזה, ככלנו מסכימים כי זה בעצם כמו להגיד את כל הדברים הטובים שכולנו אומרים. זה כמו להגיד בעיה. הבעיה, שאי אפשר כמו שאנו רואה את זה, לישם את זה בשטח ולכן אני אומרת שצריך לנסח את זה אחרת. אני אסביר למה אי אפשר? כי רופא המשפחה ב-7 דקוטן שלו לא ישמר על קשר. אם לא יקצו לו עוד זמן כדי שהוא יתקשר, כדי שייכנס - - -. אני חשבתי ככה, בת' החולים ו��ופות החולים יפעלו להקמת מודל להגברת זרימת המידע בין ה策ות הרפואי בתי החולים ורופא המשפחה ולאפשרות לשמור על קשר שוטף. אני תיכף אנסח את זה. אחריות ובנית מודל זהה על בת' החולים וקופות החולים, הם צריכים לבנות את המודל שבו נוצר הקשר. אם לא, זה סתם אמירה באוויר.

דובר/ת: אין בעיה.

השרה יעל גרטן: אין בעיה?

דובר/ת: אין עם זה בעיה.

השרה יעל גרטן:, לנסח את זה ולהחזיר אליו.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

רק הערכה כללית. הסעיף זהה המחייב משחו שהוא באופן כללי, אנחנו הולכים לקבל את העקרונות

דובר/ת:

לדעתנו של הממלצות.

השרה יעל גרטמן: נכון.

אבל זה בבדיקה עכשווי החשש למשחו שלא - - -, ולאחר מכן גם להבין שמה שכותב פה יעבור איזשהו

דובר/ת:

- - -

, אנחנו דיברנו על זה. את הגעת באיחור. דיברנו על זה. דיברנו על זה שאנו מדברים על מסגרת ושיהיה לאחר מכן ועדת ישום שהיא תיכנס לרחוקציה של הלוגיסטיקה, רפואייה.

לא, אבל אנחנו ועדת ישום. צריך יהיה לנוסח את הדברים בצורה נcona, בבדיקה מה שלאה עשתה עכשווי.

דובר/ת:

השרה יעל גרטמן: אוקיי.

בסעיף 28/ד פשוט למחוק. מה, דואקה הקופות? לבתי החולים אין שיקולים כלכליים?

דובר/ת:

לא, אני אגיד מה הייתה הכוונה כאן. היום צוות הבקרה מתעסק בעיקר, הרבה מאוד קופות חולמים מתעסקות בumno אשפוזים מיותרים, לערער וכדומה כדי להקטין את ההוצאות שלהן. פה המטרה של הצוות הזה זה רצף הטיפולים. אנחנו לא רוצים שמה שינייע את הצוות הזה זה אך ורק שיקולים כלכליים. אנחנו רוצים להציג פה שהdagש של הצוות הזה זה למתן למבוטח את הטיפול הטוב ביותר והרצוף ביותר.

השרה יעל גרטמן: דיברנו על זה. היא הובילה את הנושא הזה.

דובר/ת:

אבל לבוא ולומר שהשיעור הכלכלי הוא - - - ?

דובר/ת:

אבל זה של הצוות שמקשר מטעם קופות החולים.

דובר/ת:

השרה יעל גרטמן: היא הדגישה את זה כל הזמן. להוריד את המילה "קופות".

דובר/ת:

נייר, יש הסכמה שמורים את הקופות.

דובר/ת:

29 – הסכמים בין בתים חולמים לקופות יכולו מרכיב בנושא הרצף הטיפולי. אני לא חושב שאנו צריכים להתערב בהסכמים. אם רוצים את הרצף טיפול, נקבע סטנדרט.

השרה יעל גרטמן: לא מסכימה.

דובר/ת:

למה צריך להתערב בהסכמים?

השרה יעל גרטמן: אני אומר לך למה, כי זה leverage לנו. תראה, אני לא צריכה לומר לך שבהסכמים, גם בהסכמי הייצור ובכל ההסכמים, גם משרד הבריאות וגם משרד האוצר מכנים את אותם נושאים שחשובים להם, אם זה פריפריה ואם זה קשיים. נדרש לחשב על עוד הרבה דברים. אנחנו גילינו כאן מושא שהוא לוקה בחסר, וזה הנושא של הרצף. אנחנו נצטרך להשתמש בכל הכלים שעומדים לרשותנו כרגולטור כדי להביא לכך שהם יבינו שהם חייבים לעשות אותן, וכך, אנחנו נמצא



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

את הדריכים, דרך הסכמי הייצוב ודרך הסכמים אחרים ולבוא ולומר להם, חברים, אתם חייבים לפעול לחיזוק. אם צריך להעביר רופאים ייעודים שישבו בבית החולים וזה יעלה להם כסף, הם יצטרכו לדעת שזה מה שהם צריכים לעשות.

דובר/ת: לא, אבל זה כבר איך אני מבצע. צריך שהמשרד יקבע את הרצף הטיפול. אם אחר כך תעשי איזה מנגנון של הסכם יציב או במנגנון אחר, זה כבר שיקולים שהם זרים, איך הם רוצים לבצע את מה שהם חושבים שהוא הסטנדרט.

השרה יעל גרטמן: זה לא עקרוני, אנחנו נשים את זה כאן כי זה חשוב גם מפננו שאנו דיברנו על זה. אנחנו ממש דיברנו על כך שאנו ננצל את הנושא הזה. הלאה.

דובר/ת: עוד הערות לעמוד הזה?

דובר/ת: אני רוצה להזכיר תרופה למכה. זה מודגם בצהוב, זה סעיף 31. זה קשור להסדרי הבחירה באיזשהו אופן כי אמרנו שאם יהיו זמני המתנה והסדרי הבחירה נפתחים, זה כפוף למה שיוחלט על הסדרי הבחירה. בגלל זה זה פה מודגם. לדבר על זה אחר כך לאור זה גם כן.

דובר/ת: אוקיי, אז לא נעיר על זה.

השרה יעל גרטמן: צריך לשים את זה בצד.

דובר/ת: רק תזכיר לנו לחזור לשם.

השרה יעל גרטמן: להוציא את זה, לשים בצד.

דובר/ת: ב-30 אני חשב שם אנחנו שמים מישחו כמו ועדת שירות סל, צריך להיות תקציב איזשהו.

דובר/ת: אבל זה לא כל דבר.

דובר/ת: לא, אבל תבינו שאם אתה נותן סטנדרטים צריך להיות איזשהו מסגרת. לוועדת סל זה קל. אתה נותן לה תקציב והוא מחלקת אותו. בסטנדרטים אתה לא יכול לעשות את זה, אז لكن אני חשב שועדת סל או ועדת דומה, ציבורית, זה בעיתי לשים סטנדרטים, כי היא לא תיקח בחשבון את העליות. זה לא שऋיר לשים פה תקציב. אני אומר שऋיר ועדת אחרת שהיא תפנים את העליות.

דובר/ת: במוגרת של תקציב מוגדר מראש?

דובר/ת/ת: אתה לא יכול לסטנדרטים לשים תקציב מוגדר מראש. דבר שני, זה פשוט קצר עברית - - -. שימוש במומחיות בתחום תעשייה וניהול.

דובר/ת: איפה אתה?

דובר/ת: ב-38. אני חשב ש-כלים, אבל זה שטויות. ב-39 אני חשב שऋיר להיות איזשהו-DD לין, של לא - - מעבר. - - יכולת לקחת עדין 10 שנים. ב-40 – יש פה רגולציה. אנחנו מדברים על רגולציה סופית או רגולציה בריאוית ומ' עשה את הרגולציה.

דובר/ת: ולמה רק ציבורית.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: ולמה רק ציבורית. יש פה שאלה. אני חשב ששעיף רגולציה צריך להוציא מפה ולדעת בכל נושא הרגולציה בנפרד, כי או שזה מעט מדי או שזה רחוב מדי או שזה קצר מדי.

דובר/ת: גם את ה-DRG כדאי להוציא.

השרה יעל גרמן: דרך אגב, אני מקבלת להוציא את ה-DRG ואת הרגולציה מחוץ -- . אנחנו נדבר על זה. לא להוציא את זה מההחלטות, להוציא את זה כרגע. תראו, אנחנו מנסים לגמר את ההסכמות. כל הדברים שהם קצט יותר כבדים שמיים בכך כדי שאנחנו נדע בהם ונוכל גם להתבטא יותר.

דובר/ת: רגולציה זה משחו כבד.

השרה יעל גרמן: נכון, גם רגולציה וגם ה-DRG. שניהם יותר מדי כבדים כדי שנעשה בהזה ככה ב"ויש".

דובר/ת: זמן המתנה – 30. אני לא מבין על בסיס מה הוועדה תקבע. יש שם ועדת סל – – ויש אנשים שהם לא קשורים למערכת הבריאות. אני לא מבין איך ועדה ציבורית יכולה לקבוע זמן המתנה מksamילאים. מעבר לכך, מה יקרה אם לא יהיה זמין?

השרה יעל גרמן: איך אתה מציע לקבוע את זה?

דובר/ת: הזמין – זה שאין זמינים זה כתוצאה כי אין סוף? זה כתוצאה כי אין מרדים, זה כתוצאה כי בית החולים לא רוצה לעשות את זה? תכפו על בית החולים לעשות את זה? זה יותר מדי כללי והנושא הזה הרבה יותר מורכב בשבייל לזרוק המלצה באוויר, יקבעו זמן המתנה מksamיל. זה באמת נושא סופר מורכב. אני חשב שהזה רדייקלי. מעבר לזה אני חשב ש-33 זה למשה פтиחת אחורית בחירה. אני כן חשב שם יש משחו רדייקלי, הרגולטור צריך להתעורר, אבל מה זה תור ארוך מדי? מי קובע תור ארוך מדי?

דובר/ת: מעבר לסטנדרט.

דובר/ת: בסדר, מעבר לסטנדרט. לקבוע סטנדרט של המתנה זה דבר מאוד מורכב ואני לא יודע אם זה ישים. אני לא יודע מי יכול לקבוע את זה.

דובר/ת: זה ישים בהרבה מאוד מדיניות בעולם וזה עוזר לקצר זמן המתנה.

השרה יעל גרמן: אנחנו עושים סבב כי זה באמת נושא שאנחנו חייבים. אני כן רוצה לסיים אותן. אנחנו דיברנו עליו המונע. אני רק אזכיר לכלם, תראו, יש נושאים שאנחנו דיברנו, לא סיכמנו. יש נושאים שדיברנו והיה קונצנזוס ואפיו באנו ואמרנו, יש קונצנזוס. אני זוכרת ממש. לגבי הנושא הזה, אנחנו באנו ואמרנו שאחת הרעות החולות זה זמן המתנה, ואמרנו שאנחנו רוצים לשנות את הנושא הזה וכמוון לגרום לכך שייהיו זמינים המתנה יותר קצריים. באנו ואמרנו, מי יקבע? האם בתי החולים, האם משרד הבריאות לבד? ואז באנו ואמרנו, באו נקיים ועדה שהיא מחייבת שמורכבות מנצח קופות החולים, בתי החולים, משרד הבריאות ואולי אפילו אקדמיה לצורך העניין. זו תהיה ועדה מקצועית כמו הוועדה המקצועית של הסל, שיושבת בצוותה מקצועית ולא קובעת מתוך איזה מהם שיקולים כלכליים. היא תקבע מהם זמן המתנה. זה לא קשור לתקציב. במקרה אנחנו נctrar לבוא ולומר איזה תקציב אנחנו צריכים לשער ליעיד לקיצור הזמן. אם יהיה תקציב מתאים, אז אפשר יהיה לקצר את הזמן. אם לא יהיה תקציב מתאים, אז ברור שלא ניתן יהיה לעשות את זה.

דובר/ת: אבל לפחות תדע שאתה לא בסטנדרט.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: אני חשבת שזה לא רק תקציב. אני חשבת שיש כאן מהלך صحיביים לבנות תהליכי ממוסדים ששובילים לתהיליך של קיזור תורים, מהבחן הزاد את גם וUDA ציבורית וצריך לשבת באופן שוטף וקבוע על קיזור תורים. גם המהלך הزاد בשביל מעקב המידע. זה תהליכי קרייטיים כדי שזה יתמשך באופן שוטף ולא פרי של תהיליך קיזור תורים שהוא של 4-3 שנים כמו שהיה בעבר ואז נעלם. כן, זה קרייטי שהיה דברים ממוסדים ולא רק תקציב.

השרה יעל גרטן: האם הוועדה הزاد צריכה לקבוע באמת לוחות זמנים, לבוא ולומר, לניתוח זהה 100 ימים, לניתוח זהה 24.

דובר/ת: אני חשבת זמן מרבי.

השרה יעל גרטן: זאת אומרת את רוצה כן לקבוע, כי הבעיה היא, מה שהוא אמר, יש שהוא במה שהוא אומר. הוא אומר, ברגע שתאת קובעת זמן מסויים - - -

דובר/ת: הכוונה היא לעמוד בזמן זהה.

השרה יעל גרטן: אז הדיוון כרגע אם אנחנו קובעים זמן או לא.

דובר/ת: אני בהחלט חשבת שצריכה להיות וUDA שתקבע ש策ריך לתקן תור. זה גם המסר של הוועדה שלנו, כי הוועדה שלנו זה לחיזוק הרפואה הציבורית כשאחד הכללים זה התורים הארכוכים, אז בפירוש צריכה להיות וUDA שתדון בקיור התור, אבל אני לא חשבת שצריכים לקבוע את הזמן. אותה וUDA תשב ותקבע, לניתוח זהה צריך כך וכך זמן.

השרה יעל גרטן: זמן מקסימום כמו שהיא אומרת.

דובר/ת: קודם כל, לטעמי הבשורה שאנו רוצים למתו אותה פה זה העובה שאנו נקבע זמנים, כי יש הימים כתות. הימים כתוב זמן סביר. אגב, אם מסתכלים על זה לכל היכונים, כשהקובעים זמן זה לא רק בעיתוי, זה גם מגן. גם אי אפשר לבוא אז להגיד, כשהזה לא בתוך הזמן, אז המדינה יכולה לבוא ולהגיד, רגע, אז זה גם בסדר, כי אנשים יכולים היום לחוש שהם צריכים לקבל את הטיפול מחר בבוקר ויש לא מעט אנשים, אז זה עובד לשני היכונים. דבר שני, אני כן חשבת שזה לא שאנו נקבע את הזמן וגם זה צריך להיות going on חט, כי זה כן משתנה. אם אנחנו נתונים לוועדה לקבוע את הזמנים, אז יש את הגמישות שאורי מדבר עלייה, כי הוועדה בהחלט, מצד אחד יהיה לה את החלק הרפואי.

דובר/ת: שלוש הערות קצרות. אחת, אני חשב שזו צריכה להיות וUDA מקטועית ופחות ציבורית כי יש פה המונע סוגיות מקטועיות.

דובר/ת: הציבור החולים אין בה נציג?

דובר/ת: אנחנו נציג ציבור.

דובר/ת: אני חשב שחוק בריאות ממלכתי אמר זמן ומרקח סבירים. אני הייתי מכיל על הוועדה הزاد גם את הנושא של המרחק, לא רק את הזמן. שהוועדה המקטועית הزاد תבאו ותאמר לנו. תאمينו, זו עבודה קשה. שלוש, לגבי הפרסום, פרסום זה מרכיב מאוד ממרכזי, אבל גם בrama קופטית וגם בrama של בתים רפואיים יש פה רק רמה קופטית, סעיף 34. יפרנסמו את זמני הhamtana בrama של קופפה.

דובר/ת: הזמן הוא גם מאד תלוי במצב הרפואי. זה רצף כל כך גדול.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאות יוטר

השרה יעל גרטמן: זה רק לגבי האלקטיבי.

דובר/ת: גם אלקטיבי.

השרה יעל גרטמן: אתה לא יכול לקבוע זמן בדוחף.

דובר/ת: גם באלקטיבי אני לא חושב שאתה יודע לקבוע.

השרה יעל גרטמן: זה כבר לא דוחף.

דובר/ת: למה? כאבת לי הברך, אני צריך לעשות איזושהי פרוצדורה בברך.

דובר/ת: יש ועדה מחייבת.

השרה יעל גרטמן: אנחנו עושים סיבוב אחר כך נחזיר אם מישחו ירצה סיבוב שני.

דובר/ת: אני חושב שאסור להתעלם ממסגרת תקציב, אבל מהתקציב אנחנו לא גוזרים את סדר היום או את הזכויות של האדם. התקציב הוא פרמטר חשוב וצריכים לחתוט אותו בחשבון, אבל אני לא לוקח את התקציב וממנו אני גוזר את הזכויות של זמן ומרתק. לעניין תביעות, אני ממש לא מפחד לקרוא סטנדרט גם אם המשמעות היא פניות לבג"ץ או לבית הדין לעבודה. לעיתים זה יכול לשנות את סדר העדיפויות ולהסיט תקציבים.

השרה יעל גרטמן: כן.

דובר/ת: אני רוצה להגידשתי הערות, קודם כל לגבי קיצור זמן המתנה. אני חושבת שדי הבנו שזמן המתנה הם סימפטום, ולבוא ולהגיד אנחנו רוצים להביאcosa לקיצור זמן המתנה, זו אמירה עצת שકצת בורחת מאחריות. צריך לבדוק מה הביעות שגורמות לדמי המתנה. לא רק דמי המתנה הם הביעות. זה סימפטום של הביעות במערכת. זה דבר אחד. דבר שני לגבי הסטנדרטים. קודם כל, תיכף בטח עורך. זה משווה שלא המצאננו אותו. זה קיים בעולם – עדות ציבוריות שקובעות סטנדרטים רפואיים, בריאותיים, הקשורות לטכנולוגיה. זה צריך להיותgoingحس כי השיפורים טכנולוגיים. תישמו לב שטנדרטים זה לא רק לצד מה צריך לתקן. יש נתוחים שעושים אותם מהר אולי מדי או מהר לא צורך ואז משאים מוסדים אליהם. סטנדרטים זה לא רק לצד למלعلا, זה יכול להיות גם לצד למלטה.

השרה יעל גרטמן: אוקיי.

דובר/ת: טוב, קודם כל בהקשר למה שברטי אמר, אז יש איזה ניסיון בין לאומי להתמודדות עם הזמן המתנה ארוכים, שאנו הסתמכנו עליו. קביעת זמן המתנה מקסימליים זה הפתרון שעבד ברוב המדינות שהצליחו לתקן זמן המתנה. לעומת זאת הפניה של תקציב יודי לתקן קיצור תורים לא עבד. זה מחזק לתקופה קצרה, ואחר כך, מכיוון שהזיה תקציב יודי ופתאום הבעיה קצת נפתרת או נחלשת, אז התקציב הזה נעלם והולך למקום אחר.

השרה יעל גרטמן: יש לי הצעה. אני פשוט רוצה לדבר. אני מאוד מဆדלה לאורך כל הדרך ובוואדי היום, שאנו נגייע להסכמות. כמה שאפשר שייהיו לנו הסכומות. אני מבקשת, עדי, גבי, אורו או משה, לצורך העניין אוצר, אוקיי? עדי, גבי – אוצר. עפי, אני רוצה גם אותך בפנים כרופא, לשבת ולהגיע להסכנות בנושא הזה, כאשר ברור שהקונצנזוס הוא קיצור תורים. עפści אנחנו צריכים לראות איך מנסחים את זה. תמשיך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: יש כל מיני סוגים של זמני המתנה מקסימליים שמקובלים. יש אלה שאומרים, זמן המתנה אחד, נניח באנגליה – 18 שבועות מרגע הפניה של הרופא עד הטיפול. זה כולל הכל, התיעצות עם הרופא, מרפאת חוץ, המתנה לניטוח. זה הכל אמור לעבוד ב-18 שבועות והם מדוחים כמו הם עומדים בזזה.

דובר/ת: זה לא המקסימום, זה 90% צריכים להיכנס.

דובר/ת: כן, הם בודקים את ה-90% ומדוחים. יש להם סנקציות נגד מנהלי בתים חולים. זה עבד, לפחות זמני המתנה. יש מדיניות שיורדות לרמה יותר מפורטת ומדוברות על סוג פרוצדרות ונותנות להם זמני המתנה מקסימליים, ויש מדיניות אפילו שמכניסות איזושהי וריאציה של דרגות חומרה או דחיפות לפ्रוצדרה מסוימת לאנשים שלא דוחף להם יותר או דוחף אותם. זה קצת פחות עובד, כי רופאים עושים משחקים בין הדרגות חומרה כדי לקדם חולים אלה או אחרים, אבל גם זה אפשרי לגבי דרגות חומרה ובכל מקרה זה זמני המתנה מקסימליים, ולא מחליפים את השיקול הרפואי. אם יש משהו שהוא חוללה במיוחד וצריך את הנитוח דוחוף, אז לא יגידו לו, שמע, זמן המתנה זה 90 ימים.

דובר/ת: הבנו. עוד הערות לעמוד הזה?

דובר/ת: אני רוצה לדבר דקה על 36,38 ו-41. ב-36 אני חושבת שאנחנו רוצים במצב פניו מיותרות על ידי כך ש קופות החולים יתנו מענה רפואי, תשתיות וכוח אדם איקוטי. אנחנו לא צריכים לקבוע להם אם זה יחידות ניהול קדומות או אם עושים משהו אחר. אני פשוט חושבת שאנחנו לא צריכים לקבוע.

דובר/ת: אין לנו בעיה, לגבי הניסוח אין לנו בעיה.

דובר/ת: 38, אם אתם לא רוצים, יש לי גם סוגית ניסוח שיפטור לך גם את הבעיה, וזה שיפור תהליכי העבודה ויעילותם בbatis החולים על ידי צוותים מולטי-דיסציפלינריים. ב-41 אני רוצה שהיא ברורה, גידול מספר מיטות מעבר למחייבות שקיימת היום על ידי החלטת הממשלה. יש החלטת ממשלה להוסיף את ה-1,200 מיטות. לא כל המיטות ניתנו.

דובר/ת: אנחנו מתנגדים.

דובר/ת: להתנגד זה בסדר, אין לי בעיה. לא התכוונתי להגיד, זה בסדר להתעלם. התכוונתי להגיד שההמלצת זאת לא צריכה להיות ביל' -- -- החלטת הממשלה. אני רק רוצה שהיא ברורה שאנחנו, לפחות לפני שמדוברים, שפה זה מעבר להחלטת הממשלה.

דובר/ת: אני מסכימה עמה.

השרה יעל גרטמן: יש לנו נושא שבודאי יעורר יוכח עם האוצר, זה ברור ומובן מאליו, וזה הנושא של ההצמדות, אותו נושא שציר גבי-קובי, יש הסכמה. בכל מקרה רוצה לומר, יש כאן כמעט קונצנזוס אבל זה רק קצת, על כך שאנחנו צריכים להציג את מערכת הבריאות במספר מגדלים, לרבות המدد הדמוגרפי וגם יוקר -- -- .

דובר/ת: אבל למה זה גם וגם? למה זה פה?

השרה יעל גרטמן: אז אני אומרת להוציא את זה מפה ולהעביר את זה לויוכח שהיא שם.

דובר/ת: כי אמרנו עד עכשיו שגם אם אנחנו יוצרים מגדלים לכל מיני דברים כמו שהיא בחדרי מין וכו', אנחנו לא נוקבים עכשווי במספר אלא אנחנו אמורים שצריך ליצור איזשהו מدد לכך.

השרה יעל גרטמן: בהתאם לגידול דמוגרפי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: כן, כן, באבל זה ברור לנו מה זה. אם אנחנו שמים מספרים אז אנחנו גם למשל בסעיף הראשי שאמरנו להגדיל מספר רופאים ראשוניים, הינו יכולם גם לומר בהתאם למה. אותו דבר. גם במקרה אחר כך, בסעיף الآخرן, אז גם צריך להתייחס לגידול מספר הרופאים.

השרה יעל גרטמן: אבל זה לא קשור. כאן אנחנו מצינים מدد דמוגרפי. אנחנו אומרים שאנו רוצים להגדיל את המיטות בהתאם לממד הדמוגרפיה.

דובר/ת: אבל זה לא רק מיטות, זה גם רופאים.

השרה יעל גרטמן: אז אדרבא ואדרבא שאנו צריכים להעביר את זה לדין.

דובר/ת: נכון, זה מה שאינו רוצה לומר.

דובר/ת: תראה, תהיה לנו סוגיה של תשתיות במערכת, שבגadol כוללות את הנושא של מיטות וכוח אדם. אנחנו בשנים הקרובות לומר אמירה שהיא יותר konkretiyת ולא איזושהי אמירה דקורטיבית. אנחנו הצגנו פה את המזקקה האדריכלית שיש במיטות האשפוז. הינה פה קונצנזוס לגבי המזקקה הזאת. הצגנו את העובדה שהמגמה הזאת יורדת. דרך אגב, שיעור המיטות ל-1,000 נפש ימשיך לרדת גם עם ה-1,200, זאת אומרת זה בכלל לא זה. אנחנו נגיע ל-1.6 תוך חמישה שנים ולא יעזור לנו שום דבר, אפילו אם נבנה עכšíו 20,000 מיטות. לוקח זמן לבנות מיטות, لكن בנושא זהה צריכה להיות לדעתינו אמירה מאוד מאוד ספציפית. דרך אגב, היא לא מופרצת, היא שומרת על השיעור הנמוך, אחד הנמוכים בעולם המערבי. אנחנו לא עולים פה איזשהו סטנדרט.

דובר/ת: לא, אבל אתה לא צריך לשכנע עכšíו.

דובר/ת: אני חשב שהה מיקום לבוא ולומר, כן, 250 מיטות לשנה זה רק גידול דמוגרפי. זה לא יותר מזה. מעבר לזה יש פיצוי של תיקון עבר. שני הדברים האלה הם נורא עקרוניים, הם נורא חשובים וצריך לומר אותם בנושא של מיטות, כמו שאתה אומר אותם בנושא של רופאים ואחותות.

דובר/ת: הלא אתה רוצה להתייחס לזה?

דובר/ת: התיחסות כללית בכמה מישורים. נתחיל מזה, אין היום רופאים מובלטים במדינת ישראל. את זה כולן יודעים. כל הרופאים עובדים. זה אומר שאנו פותחים מיטות אשפוז, ירידו רופאים איפשהו. תהיה לך השלכה כנראה על הרפואה הקהילתית או דברים אחרים, והרי המחסור ברופאים הולך להחמיר. אין לי מחלוקת על זה שצריך להוסיף סטודנטים ברפואה באופן כללי במדינת ישראל, גם אם זה גוזר איזשהו משווה על מספר המתמחים כשייה צריכה. אני אמרתי את זה גם כשאני דיברתי. لكن אני חשב שגם לא סוגיה כל כך פשוטה כמו להוסיף מיטות, כי אם אנחנו נוסיף מיטות, אין רופאים ואין אחיות. את זה אנחנו צריכים לדעת. הדבר השני, מבחינות הרבה מאוד פרמטרים, מספר המיטות במדינת ישראל, מעבר לזה שהוא נמצא ליד שבדיה ואנגליה, לא המדינות היכי מפגרות מבחינות מערכות בריאות, יש סוגיה של תמהיל מיטות. יש לנו יותר מיטות, אם אני זוכר נכון, בריאות ו אשפוז ממשר ופחות מיטות פנימית, ואם אנחנו מסתכלים על המכשול הכלול, אז התמונה היא אחרת. נכון,

השרה יעל גרטמן: המכשול הכלול הוא עדין הרבה מתחת לממוצע של OECD.

בוא תעלה לנו כדי שנדע על מה אנחנו מדברים.

דובר/ת: יעל, מיטות זה כוח אדם. מיטות זה לא ברצלים.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

השרה יעל גרמן: **לא ספק.**

דובר/ת: זה כוח אדם וזה תקינה. עכשו יש הרבה מיטות שהן לא בראשיון, אנחנו יודעים את זה.

השרה יעל גרמן: **אנחנו יודעים את זה?**

דובר/ת: אנחנו יודעים את זה. חלקם עם כוח אדם וחלקם בלי כוח אדם. יש מיטות מתוקנות. לצורך העניין אנחנו יודעים שבחדשה ובשערי צדק יש מיטות שבית החולים שם מעבר לרישון.

השרה יעל גרמן: **נו, אז אתה צריך לתפוס בשתי ידיים את מה שכאן אומרים, כיון שפשוט מה שצריך לעשות זה להלבין - - -, אתה מגיע לזה.**

דובר/ת: אתה לא מגיע לזה, אתה משפר את מצבך. הלבנו חלק מהmittot בשערי צדק. עכשו אני מניח שב Kapoor אנחנו נלבין אולי חלק מהmittot בהדסה. נראה מה נעשה לגבי זה. לא נARBב פה שמחה בשמחה. יש גם הרבה מיטות שהן מעבר לתקינה. התקינה זה שיש איזה שהן מפתחות תקינה מסוימים. זה לא אומר שההSTD בין לאומי בתקינה. יכול להיות מדינה שיש לפחות רופאים ואחיות בית חולים למחלקת האשפוז ועוד יש אולי יותר מיטות בראשון. יש פה הרבה השוואות שאנו נון לא יודעים לרדת לעומק שלתוכה. הדבר הכי חשוב הוא בסוף מאיפה יבואו הרופאים והאחיות? אין יש מאין. אנחנו רק נמצאים במגמת רידיה וזה יבוא מהקהילה.

השרה יעל גרמן: **עצוב רגע את הכווע שבו אתה נמצא וסתכל על הוועדה כועודה שרצה לחזק את הבריאות הציבורית. אני לא זוכרת את המספרים, אבל בהנחה שבאמת מספר המיטות שלו הוא מספר קטן, וזה מה שאנו כל הזמן מדברים. אנחנו מדברים על מספר מיטות קטן, על ימי אשפוז נמוכים ועל ציפויות מאוד מאד גבוהה, מה שאומר שבאמת יש מספר מיטות קטן. ברור שם אנחנו רצים לחזק את הרפואה הציבורית, אנחנו צריכים להגדיל את התשתיות.**

דובר/ת: אני לא מתוויח עם זה שבഗודל, צפוף פה בבתי חולים. אני לא בא פה עכשו לומר, יש פה איזה שפע אין סוף. זו לא השאלה. אני רק אומר שבסוף, אפילו בתוך המערכת, אני רגע יצא מתוך עוד משאבים, פחות משאבים. בתוך המערכת הבחירה של המערכת הישראלית היא מערכת קהילתית מאוד חזקה על חשבון מערכת אשפוז יותר הדוקה מבחינה היקף כוח האדם שיש בה באופן יחסיב בחישוס לטנדרט התקינה. אנחנו לא מדברים פה על תוספת משאבים למערכת. זה מה שאנו מנסה לומר. אנחנו מדברים פה על שני היחסים בין המשאבים של בתים החולים לבין המשאבים של הקהילה, כי מספר הרופאים בשנים הקרובות נתון ובירידה. אם אנחנו נוציא עד תקינה לבתי חולים, זה אומר שהוא לא יוכל רופאים בקהילה רצים? אני לא, בלי קשר לכобע הספציפי שלו.

השרה יעל גרמן: **הנושא הזה עלה פה ויגין' חזר ואומר את זה כל הזמן, אנחנו יכולים להביא רופאים מחו"ל, שנחננו לא יעלנו את עבודות הרופאים, אפרעפו הדיוון שהוא לנו בתחילת היום לגבי הפרמדיקים והאפשרות להוריד מהרופאים חלק מהמטלות שלהם כדי שיוכלו לעשות, כי עלות מצד אחד, תוספת של הורדת**

דובר/ת: אם יש מישחו שרצה להביא בחיים רפואיים מחו"ל, זה אני.

השרה יעל גרמן: **از למשה אתה אומר שאין, אבל אם יש?**

דובר/ת: בואו נביא אותם.

דובר/ת: יש לך נתונים?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: יש נתונים. ניסינו במעלה הדרכן לעשות כל כך הרבה פעולות, להכשיר את הרופאים שנמצאים בארץ שלמדו בכל מני מקומות, לעשות להם - - אם צריך, להביא רופאים מחו"ל. להביא רופאים מחו"ל צריך להביא בעלי קשר.

השרה יעל גרמן: ורקצר אולי את זמן ההכשרה ל-4 שנים.

דובר/ת: רקצר את זמן ההכשרה צריך לעשות. ליעל את חלוקת הפעולות בתוך מקצועות הבריאות בין אחיות זהה בסיעוד, בودאי שצורך לעשות. את כל הדברים האלה צריך לעשות. אני חשב שהדברים האלה הם בסוף יגמרו לנו קצת יותר להאט את המגמה שיש לנו מבחינת כוח אדם, מלבד מטה. בצוואר הבקבוק האמתי במערכת, אגב, הוא לא רופאים, הוא אחיות. הרבה יותר הדוק זה האחיות, והאחים הרבה יותר קרייטיות לתפקיד מערכת הבריאות.

השרה יעל גרמן: ברשותך באו נסתכל על המספרים ואז אנחנו ממשיר את הדיון.

דובר/ת: יש פה שתי סדרות של דברים שמדוברים עליהם: אחד, זה שיעור מיטות לאשפוז כלל, זהה בתי החולים. זה 15,000 מיטות בישראל, זה מיטות כלויות ופה הממוצע שלו ה-OCDE זה 3.5 מיטות לאלף נפש ואצלנו 1.85 היום. זה הנושא של מיטות לאשפוז כלל. אנחנו בתחום הרשייה.

דובר/ת: זה לא מתוקן לגיל.

דובר/ת: כשזה מתוקן לגיל אנחנו עולים שני מקומות למעלה, אתה צודק, אנחנו רק מקום חמישי.

דובר/ת: בבתי החולים נמצאים בעיקר קשיים. בישראל יש הרבה הרבה פחות קשיים מאשר בכל המדינות שאנו מושווים ביניהם.

דובר/ת: הנתון השני שהוא מתייחס אליו זה סך הכל מיטות האשפוז, זה כולל רפואיות הנפש, זה כולל את ה-20 ומ朔ו אלף מיטות של אשפוז סיעודי וזה כולל גם כן מיטות שיקום, כולל מיטות מחוץ לבתי החולים הכלליים, והממוצע של ה-OCDE זה 5 מיטות לאלף נפש ואצלנו אנחנו נמצאים באמת במקום יותר גבוה עם 3.3. לדברים על השוק צריכים להבין על מה אנחנו מדברים, על סך הכל המיטות או על מיטות בית החולים. צריך להבין על מה מדובר, זה הכלול.

השרה יעל גרמן: אז קודם כל טוב שמיידת אותנו אנחנו בהחלט מדברים על בית החולים הכלליים כמו שכח הוועדה הזאת התרכזה בבתי החולים הכלליים. בוא נטרץ בבתי החולים הכלליים. בבתי החולים הכלליים אנחנו רואים שיש פער רציני. מה לגבי רופאים?

דובר/ת: הרופאים, עד כמה שאני זוכרת, אנחנו בממוצע של ה-OCDE אבל אנחנו נהיה בכיוון ירידה. גם עם התוספת אנחנו נהיה בכיוון ירידה.

דובר/ת: רק לשים לב לסעיף 43 שחלק מMITOT האשפוז שנוסף יכולות להתוסיף גם בקהילה. זה לא חייב להיות רק בבית החולים. אם הקהילה מציעה חלופת אשפוז, בית או אשפוז يوم או משחו זהה, זה על חשבון התוספת בבית החולים.

השרה יעל גרמן: וזאת הערא מאד חשובה, כי יש לנו הימים פילוט של בית החולים ווירטואלי. בבית החולים הוירטואלי שהיום אנחנו מקיים פילוט, אני לא זוכרת ספר. אתה זוכר כמה מיטות אנחנו מדברים? נדמה לי על 60.

דובר/ת: אני זוכר שזה עולה מאשר מיטה בבית חולים.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

השרה יעל גרמן: בשלב ראשון, אבל לאחר מכן ככל שהיא לך יותר, וירטואלי, רופא אחד יכול לראות הרבה מאוד מיטות בשלב הראשון, כי זה פיזיוט, אבל הערכה היתה נcona מאוד.

דובר/ת: אנחנו מדברים על מיטות כלליות. יש הרבה מאוד מהלים שאני קורא להם תחת הכותרת של התיעילות מערכ האשפוז, שם אתה מחפש כירורגיה בקלה ושם אתה מחפש הסבה של מיטות. כל זה עברנו כבר. אנחנו מדברים על ודי ביצוע של תהליכי התיעילות. אנחנו היום בשיעור מיטות הכלליות במדינת ישראל, מחצית מהשיעור הממוצע של OECD. אנחנו נמצאים בשיעור מאוד נמוך ואני נרד למקום אחד לפני האחרון תוך חמיש שנים. אני אומר לכם, נרד, וזה למה? כי עד שאתה בונה מיטה לוקח 8-10 שנים. אנחנו לא מדברים עכשו על עכשו. אנחנו לא מדברים על עכשו לקחת את הרופא, לשים אותו במיטה הירטואלית שתיהה. לא. אנחנו מדברים על תכנון ארוך טווח ל-10 השנים הקרובות ואם נציג את היעד שאומר שימור היחס הקיים - - -

השרה יעל גרמן: זה מאוד ברור.

דובר/ת: במקביל לשימור היחס הקיים הזה בנושא של מיטות, ודי شيء צדים משלימים בשימור היחס הקיים בנושא של רופאים, ושימור אחיזות. כל זה יקח זמן וכל זה יהיה משלים, אבל אי אפשר לא לתת המלצה, אני חשב, מה שנקרה כמעט לנושא של מיטות האשפוז במדינת ישראל, כי לדעתי אחת הביעות הגדלות, כולל דרך אגב של תורים, לא רק, זה מצוקת תשויות, אז בווא נטפל במצבה הזאת באופן כמעט.

דובר/ת: מה שאני התקוננתי בהערכת הראשונה שלי, לומר שאי אפשר לתת את היעד רק של מיטות האשפוז מבלי לעשות את ההשלה ביעד לתשתיות של כוח אדם. אמרנו שבמסגר הזה, כך לפחות הבנתי את הפשרה שהתקבלה להערכת של יוגין, שאנחנו לא נתונים יעדים מסוימים, כי אם ככה, יכולנו לתת בעוד כמה מקומות יעדים מסוימים שיש הסכמה דרייפה גביהם ובכל זאת נמנענו, אז אני רק אומרת שם אנחנו אומרים מיטות, אנחנו גם צריכים לומר רופאים. באמת אי אפשר להגדיל מיטות אם אין רופאים.

דובר/ת: ברור, ברור.

השרה יעל גרמן: אוקיי.

דובר/ת: כמו שמשה אמר, אם אומרים מיטות, אז תמיד עם מיטות באים גם רופאים וכך זה באמת - - - .

דובר/ת: ואחיזות.

דובר/ת: ואחיזות.

דובר/ת: זה כל כך נכון שגם מחר מגדילים את מספר המיטות ב-10% צריך להגדיל לבדוק באותו מספר את הרופאים?

דובר/ת: קובי, זה לא אותו דבר.

דובר/ת: את אמרת זהה הולך אחד עם אחד.

דובר/ת: אמרתי, הולך ביחיד. לא אמרתי על היחס. יש בתוך ההסכם גם של האחיזות וגם של הרופאים יחס מסוים, אומר על כמה מיטות מגע רופא.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
 הבריאות**
לחיים בריאות יותר

דובר/ת: היחס הוא לינארו.

דובר/ת: אם אתה מגדיל ב-20% את המיטות, ברמת המקורו אתה צריך להגדיל את כוח האדם בערך ב-20%.

דובר/ת: לא נכון,Robotti, אני מציעה את הדבר הבא. יש בתוך העיקרון שהמערכת בונה, שיש יחס שהוא מוגדר וכמה אחותות צריך על כמה מיטות. זהה כרגע אנחנו לא נכנסים. זה לא אחד לאחד. אם רוצים, אפשר לעשות פה עדות תקינה חדשה שתגדיר את זה, זה לא מה שאנו עושים. אך משה צודק שזה לא מיטה, אלא זה כל מה הקשור לתשתיות של המיטה.

דובר/ת: אבל האם זה אחד לאחד?

דובר/ת/תבת: התשובה היא לא. חד משמעית לא.

דובר/ת: לא, זה יחס לינארו.

דובר/ת: לינארו אבל לא אחד לאחד.

דובר/ת: זה לא רופא על מיטה, אבל אם את מגדרה מספר יותר ב-20%, את מגדילה את כוח האדם שקיים היום.

דובר/ת: אם זה לא אחד לאחד אז זה לא 20-20.

דובר/ת: הסעיף הזה אומר שהוא אחר ועל זה צריך להחליט אם כן או לא הולכים. הסעיף הזה אומר דבר אחד, שיש פה קידום אוטומטי של מיטות. מה שפה זה אמר, שברגע שיש גידול אוכלוסייה יהיה גידול מיטות. לא אמרו שהזה יהיה אותו דבר. לא אמרו שהזה יהיה פחות. פה זה רק העצמאות של המערכת. זה מה שהסעיף הזה אומר.

דובר/ת: אני חושבת שהזה חייב להתחשב גם בטכנולוגיות, וכך שתשמצא את הטכנולוגיות מחליפות אשפוז, היחס הזה ירד. זה מה שהוא שנצחරן לראות את זה כחלק מהמכלול.

דובר/ת: זה לא קשור לסעיף הזה.

דובר/ת: לא, זה קשור לזה.

דובר/ת: הסעיף הזה לא אומר לינארו. תסתכלו מה הסעיף אומר.

דובר/ת: אנחנו, ראשית, נתיחס לגיל האוכלוסייה, הזדקנות האוכלוסייה, שיפורים טכנולוגיים, יצירה של טכנולוגיה שמאפשרת תקונה. כל זה יהיה בפנים, אבל בגודל ליצור מנגנון שיתן מענה לגידול בהזדקנות האוכלוסייה.

השרה על גרמן: אני רוצה לקרוא את הסעיפים כדי שאנחנו נראה על מה מסכימים ועל מה לא: מספר המיטות יגדל לפחות בהתאם לגידול הדמוגרפיה והזדקנות האוכלוסייה. אפשר למחוק את הערכה 250 מיטות בשנה, כי גם זה הערכה. מה שכאן כתוב עוד, זה שבנוסף, על מנת לשוב ולהעלות מעט את שיעור המיטות ל-1,000 נפש, תינתן בשנים הקרובות פיצוי של מיטות אשפוז, לרבות טיפול נמרץ. צוות מקצועי יקבע את מספר המיטות הנוספות. המנגנון יתחשב ביכולת הקהילה לתת טיפול אשפוזי מחוץ לבתי החולים, למנוע אשפוזים מיותרים וכן בהתקנת טכנולוגיות המשפיעות על מספר, ולדעתי צריך להוסיף, וכן במספר הרופאים היכולים להיענות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: במקביל יהיה לך שלב שבו תציגו להגדיל את מספר הרופאים. אנחנו רוצים את הנושא זהה כדי להגיע לכוח אדם. נרצה גם שם יעד.

השרה יעל גרמן: באופן עקרוני יכולים סביבה השולחן מסוימים. לאוצר יש הסתייגויות. שוב כפי שאמרתי, קובי, גבי, משה, אתם צריכים לחלק ביניכם ולסמן אחד על השני שאתם מייצגים אחד את השני, כי לאחר מכן אנחנו ניקח שעה שבה הוצאותים שכרגע אנחנו קובעים, ישבו וישתדלו להגיע לאייזהו ניסוח מסוים עד כמה שאפשר כموון. קובי, גבי, משה, מתקבל? להגיע לניסוח. הלאה.

דובר/ת: במקורות מימון כשדנו זהה, אמרנו, מהיים והלאה, גבי אמר גם פיצוי על העבר, אבל אני חשבתי שהמודל של יוג'ין וקובי רק הסתכל קדימה. אתה לא יכול לקבל את כל העולם, אז אולי רק תסתכל קדימה קודם.

השרה יעל גרמן: את רצית להציגו, לאה? אני מבקשת שתציגו, כי ההערה שלך כבר הייתה לכיוון של התקירבות, אז תציגו. אנחנו ממשיכים הלאה. תראו, אני אומר את ההערה הזאת לאור הימים האלה. יכולים רצים את הדבר הטוב ביותר. יכולים רצים שבסתו של דבר נצא מפה באמת עם השינוי הדרמטי של מערכת הבריאות, אבל גם ככל מビルנים שנחנכו נמצאים במגבלות ריאליות, אז בואו ננסה לראות איך במסגרת המגבלות אנחנו יוצאים עם הדבר הטוב ביותר שאנו יכולים לצאת ולא עם מהهو שהוא נהדר וכולנו נרגיש, יופי, לא ויתרנו,عشינו את המקסימום, אמרנו את האמת שלנו, ובסוף כשזה יגיע לביצוע, אז זה יהיה דרדלה. זה לא יהיה כלום. אז בואו, אני מעדיפה שהזה יהיה יותר מדרדלה, שהזה יהיה ממש, אם כל אחד מאיינו יותר קצת על השאיות המקסימליות שיש לו ועל האמונה המאוד אידיאלית שלו, וזה מה שהוא מנסה לעשות כרגע בנסיבות האלה. הלאה. הערות.

דובר/ת: איפה אנחנו?

השרה יעל גרמן: אנחנו באיכות ושירות.

דובר/ת: יש לי הערה ניסוח. בסעיף 46 שמדובר/ת: על פיתוח סדנת תקשורת, אני חשבתי שצריך לשנות את המילה "תקשורת". יש בהירה שהיא גם تعالיב את האנשים, את הוצאות וגם זה שהוא כמו פיתוח סדנאות לעבודה - -. אני אמרתי שהזה צריך להיות פיתוח סדנאות לעבודה או לטיפוח קשר יחס מטפל-מטופל, עבודה בלחץ. זה עניין של ניסוח שיש לו משמעות.

השרה יעל גרמן: נכון את זה. את לוקחת את זה על עצמן.

עוד הערה לגבי העמוד הזה?

דובר/ת: אגב, אותה הערה מופיעה גם בסעיף 54.

השרה יעל גרמן: אוקיי, גם שם יש תקשורת. בסדר, נכון, אין בעיה.

דובר/ת: השלמה קטנה בנושא של איכות השירות. היתי אומר להוסיף שם ב-א', ב', ג', ד', ה', להוסיף ו' – צמצום פעירים בקרבת קבוצות שונות באוכלוסייה.

דובר/ת: באיזה סעיף, גבי? איזה מספר?

דובר/ת: ב-44 – א', ב', ג', ד', ה'.

דובר/ת: למה אתה מתכוון? זה לא ב' או ג' כאן?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: זה יכול להיות ייעודים, לא יעודים. אני לא רוצה לציין. אם יש פערים בקרבת קבוצות שונות באוכלוסייה, אז נציג זאת כדי שאנחנו רוצים לשפר איקויות שם.

השתה יעל גרמן: אני מאד מאד بعد. בסדר, אוקי, מקובל. הלאה.

דובר/ת: אין כמעט הערות למעט הניסוח. אני חשב שכדי שכוועדה נבוא ונכריז על זה כדי אסטרטגי' לקידום איקות השירות, לצד קיצור התורים. אנחנו חובבים שיש פה בשורה אמיתית לאזרחים.

השתה יעל גרמן: מאד חשוב.

דובר/ת: זה כתוב ב-44.

השתה יעל גרמן: לא. כאשר ננסח את המסקנות, זה לא יכול להופיע ב-44. זה צריך להופיע ב - - -, כאשר אנחנו באים ואנחנו אומרים, זה צריך היה לעלות מעלה כשה היה אחד היעדים שלנו.

דובר/ת: 44 – הייתה רצוח לראות איזושהי אמירה שתהיה גם מחויבות של משרד הבריאות לאמץ את מושא האיך והשירותיםCMD מרכז בפועלות.

השתה יעל גרמן: מקבלת, מקבלת. נכון, נכון. אנחנו הראשונים שצרכים לתת דוגמא אישית של שיפור האיכות ו贊imentiות

דובר/ת: זה היעד?

השתה יעל גרמן: לא, היא מתכוונת למשרד הבריאות כמיניסטריוון.

דובר/ת: אני מדובר כמיניסטריוון.

השתה יעל גרמן: לא, אנחנו מדברים על קופות חולים.

דובר/ת: לא, לא, גם אסטרטגי של ממשלה ישראל. רובוטי, זו מערכת הבריאות. לא לציין לא את קופות ולא זה. יעד אסטרטגי של מערכת הבריאות. אין יותר גדול מזה.

השתה יעל גרמן: היא מתכוונת שאנחנו יניחו ממשרד בתוך המשרד, כশמגעים למחלקה, כشمגעים למשרד איז יהיה ברור שנוננים יחס ויהיה ברור שאנחנו נתונים - - -

דובר/ת: סעיף 53, אני פשוט מציעה לבדוק את המילה "חויה". "מיינו מנהל שירות, חוות - - -"

דובר/ת: זה הגדרה של המשרד. הם מוגדרים ככה על ידי המשרד.

השתה יעל גרמן: נכון.

דובר/ת: אני יודעת, אבל יש לי בעיה גם איך שזה מוגדר היום, כי חוות זה נראה שהוא לא אמיתי. גם ב-45 – "חויה המתופל". אנחנו לא בענייני חוות.

השתה יעל גרמן: אין לי בעיה, כל עוד שזה ברור שזה לא שירות של שרת, אלא זה שירות לאזרחה. הלאה. יש למישחו עוד הערות לסעיפים 48 עד 63?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: 49 – פרסום הממצאים להנהלות בתי החולים ו קופות החולים הציבוריות -- . למה רק בתי החולים?

פרסום הממצאים גם של קופות החולים.

השרה יעל גרמן: נכון. ברגע זה לציבור הרחב זה לכלם, אבל בסדר גמור, אפשר להוסיף קופות רפואיים.

דובר/ת: רגע, 49 מתייחס לכל מה שמדובר קודם?

דובר/ת: אני מניח.

השרה יעל גרמן: מדידת זמני המתנה, ביטול תורמים, מספר מטופלים.

דובר/ת: האם כל מה שנמדד גם נפרסם או שייה פה שיקול דעת? אני לא יודעת אם אנחנופה בעולם שורצים את הכל לפרסם?

דובר/ת: היה איזשהו סעיף שדיברנו על פרסום.

דובר/ת: זה לא ברור. ברגע איך זה מנוסח, זה לא ברור. כדי שניתן על זה את הדעת, האם כל נתון שיש למשרד הבריאות, עכשו לפי זה אנחנו רוצים להתרשם לציבור הרחב?

דובר/ת: האמירה צריכה להיות, המדיניות היא של שקיפות ופרסום -- --

דובר/ת: משרד הבריאות יפרסם מדי שנה דוח על אורך התורמים -- -- לפי פרוצדורות. הנתונים יפורסמו לפי שירוק קופתי של המבוקחים ולפי בתי החולים וכן הלאה.

השרה יעל גרמן: אנחנו כבר עושים את זה.

דובר/ת: דיברנו על זה.

דובר/ת: האם ההחלטה העקרונית, שככל נתון משרד הבריאות עושה, הוא חייב לפרסם לציבור הרחב?

השרה יעל גרמן: אנחנו לא דיברנו על כל נתון, דיברנו על הנתונים האלה והנתונים האלה, כן. התשובה היא כן, ככל הרעיון.

דובר/ת: אולי, אני חשב שיש הבדל גם בין לפרסם את זה. יכול להיות שהפרסום יהיה ברמה לאומית, לא דווקא לפי בית החולים. בוגדול, הממצאים עצם, לשיקוף ציבור את איקות השירות שהוא מקבל. לגבי איזו רגולציה זה יינתן, אנחנו לא אומרים את זה פה, אבל כן את החשיבות שגם לשיקוף לציבור את הנתונים.

השרה יעל גרמן: אני מצטרפת, אני לא זוכרת מי אמר להעלות ברמה. זה חלק מהמטרה שלנו, שאנו אמרנו, זה גם מדידה וגם שקיפות, וזה גם אחד מהיעדים הבריאותיים והmobekim של הוועדה הזאת, מדידה ושקיפות של המידע.

דובר/ת: זה בשורה אמיתית לכולם. זה ממש משווה.

השרה יעל גרמן: כשהזאת את הודעה לעיתונות אמרתי זהה התוצר הראשון של הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, המדידה של התורים. היום אנחנו הוצאמו את מדידת התורים וזה תוצר שלנו. זה נולד כאן. אנחנו דרשו את זה. קיבלנו, והיום זה מפורסם.

דובר/ת: חשוב להראות שגם מבחינה תקציבית העלויות הן יחסית שלויות ביחס למועלות שמאפיקים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השרה יעל גרטמן: אוק", חברה, בואו לא נרבה דיבור על מה שאנו מוסכמים. בעבר הלאה. עד 63 עברנו. אנחנו בעמוד האחרון. יש הערות?

דובר/ת: שלוש הערות. הערה ראשונה – סעיף 67. אני לא יודעת מה זה בכירים ברפואה קהילתית. זה צריך להיות קופות החולים לפי דעתך. זה לא צריך להיות בכירים ברפואה קהילתית. אני לא יודעת מה זה.

השרה יעל גרטמן: אוק", בקופות החולים ובבתי החולים. זה בסדר, נכון, צריך גם להיות קונסיסטנטי.

דובר/ת: העירה השנייה ותראו למה זה חשוב, זה ניסוחי אבל לא רק. "אם ממליצים כי הצוות הנ"ל יוקם בהמירות האפשרית. הישום יעשה, איך שאתם רוצים, במהירות או לא משנה מה, וזה על פי המנגנונים הקיימים, כי צריך לזכור שיש הסכמים קיבוציים לכל הדברים האלה ולדעתי אין לנו דרך לישם את זה. אנחנו לא הולכים לפגוע בהן.

דובר/ת: בסוף זה עניין הסכמי. יש מישחו שמייצג את הרופא, מישחו שמייצג את האחוות, מעלה את הדרישות של מי שהוא מייצג.

השרה יעל גרטמן: כתוב פה, איגודים מקצועיים. כתוב פה במפורש.

דובר/ת: במסגרת של הסכמים במשא ומתן מול האיגודים המקצועיים לבין הממשלה שמקצתה את הדברים האלה. אני לא חשב שצורך ---

השרה יעל גרטמן: אני מקבלת את זה וזהvr. ינוטה.

דובר/ת: סעיף 68 – כתוב – על מנת להגדיל את היעד הרפואיים ואחוות, זה בסדר, אבל יש פשוט בעיה שאנו אתמול דיבר איתני עליה, של מקומות ההתמחות.

השרה יעל גרטמן: אנחנו לא יורדים לרזרולציה.

דובר/ת: אוק", בסדר.

השרה יעל גרטמן: אבל אני כן הוסיף נושא שלאrai, וזה תכנון התמחויות. אנחנו דיברנו על זה כלvr הרבה פעמים ולא מצאתי את זה.

דובר/ת: תכנון התמחויות ברמה לאומיות.

השרה יעל גרטמן: נכון, תכנון התמחויות --- מה שאני מבקשת להוסיף בסעיף 70 – תכנון התמחויות. זה הכל. לא יורדים לרזרולציה.

דובר/ת: זה בסדר גמור. הערה אחרונה שלי שאני רוצה להגיד, שהמסמך הזה נערך בצורה נהדרת, הקיף הרבה מאוד דברים וכל הכבוד למנשים.

השרה יעל גרטמן: זה יפה מאד. תמיד ISR כוח.

דובר/ת: אני לא מבין מה היה רשום ב-67. אני לא חשב שהזה עניין של ועדת כזו או אחרת. יש ארגון יציג שימושו מייצג את העובדים האלה והוא בא במשא ומתן מול הממשלה. הוא יודיע כי טוב אפילו הביעות שלו. הוא מייצג אותם.

השרה יעל גרטמן: "ממליצים כי הצוות הנ"ל יוקם בהמירות האפשרית".



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת:

הוא מייצג אותם. הוא אמר לו לדעת איפה שיש לו בעיות בתקינה. אילנה כהן יודעת מזמן גם לאה וופניר יודעת מזמן איפה הבעיה שלה ומה היא רוצה לדרשו ומה היא חושבת שצרכו לתקן. אני לא אומר שהזען של צוות זהה.

דובר/ת: בוא אני רק אגיד לך. לי לא היה אפשר איך זהה כתוב, רק שתדע. אני הבנתי שהוא שכחוב פה, שורצים שהיה עבדה ובסיום איך יהיה הישום, זה יהיה בחלוקת ההסכם. האם אמרו פעמיים יותר מדי למשל מיטות פנימיות, פחות מיטות פנימיות?

השרה יעל גרטמן: לעיתים אתה מסתכל על בית חולים ואתה אומר, בסך הכל יש שם 1.8 או 3 רופאים ל-1,000 איש באותו בית חולים. מה שאתה מסתכל, אתה רואה שבעור יש יותר מדי ואולי גם בפלסティיקה יש יותר מדי ולעומת זה במלר"ד יש פחות מדי מפני שנמצדים לתקינה ישנה, אנחנו חזרנו ואמרנו לאורך כל הדינומים שהגיע הזמן לפתח את כל נושא התקינה. אין ספק שהזען צריך להיות עם האיגודים, אבל לא רק האיגודים צריכים לשפט. גם בת' החולים צריכים לשפט. הם צריכים לבוא ולומר, פה יש לי יותר מדי ושם יש לי פחות מדי. התקינה היא מאוד ישנה, מ-76'.

דובר/ת: אני מציע קצט טכני וקצת מהותי. אני רוצה קודם כל מהבחן הטכנית להציג את 68 ו-69 כראויים, כולל ההתמחות. הסוגיה הראשונה שעומדת על סדר היום זה לא התקינה, זה קודם כל העובדה שצפוי להיות מחותסור ברופאים ומחותסור באחיזות אנחנו צריכים להגדיל את היעוץ הרופאים והאחים במדינת ישראל.

השרה יעל גרטמן: ולתcken את ההתמחויות.

דובר/ת: זה יבוא אחרי זה. אחרי זה בא הנושא של ההתמחויות.

השרה יעל גרטמן: ורק אחרי זה התקינה.

דובר/ת: בדיק, והתקינה צריך לבוא כהמשך הערכה מחודשת של התקינות בת' חולים.

השרה יעל גרטמן: בסדר גמור, וזה גם יכול להרגיע את כל הנוגעים בדבר.

דובר/ת: סוגית כוח אדם. במקרה מופיעה כסעיף אחרון בראשימה ואנחנו כבר רצימ והכל, אבל זאת הסוגיה המרכזית והחשובה במערכת. דיברתי על זה כמה פעמים ואני חוזרת על זה. מדובר בהמערכיים חיווניים בפונקציית האזרעזה שנקרו מערכות הבריאות. המשפט הקצר והלא מוצא שאומר, משרד הבריאות והאוצר ינקטו צעדים על מנת להגביר את היעוץ הרופאים והאחים, בעיני הוא חסר. יש פה עבודה שהזעגה בפני המילאה ודנו בה. למה אנחנו לא מביאים את הדברים במלואם? למה אנחנו מתמצאים את זה במשפט כל כך סתום? שמנמו שם מספרים ממשיים. ניר הציג את הניר. אני מניחה שיש לנו מה להוסיף. זה הציג. אני מציעה שנביא את זהשוב למילאה, נסתכל ונתבונן ונחליט החלטות עקרונית שעל בסיסן הוצאותם ייפעלו.

דובר/ת: לא היה על זה דיון, כי השרה אמרה שהזען הולך למשרד.

דובר/ת/ת: השאלה אם הדברים שנכתבו במסמך, שנבחנו, שדיברו על כל מיני אפיקים של פעילות עוד פעם קרייטיות, האם אנחנו מתעלמים מזה וממשיכים לכך משפט אחד שלא אומר יותר מדי, ואני מרגישה שהזען מאוד חסר זה דבר מאד חשוב, או שאנחנו כן מחזירים לשולחן את הניר.

השרה יעל גרטמן: תזכיר לנו מה הייתה ההחלטה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: אחרי המציג של ניר הסיכום היה שמכינים מסמך מסווג לטיפולו של משרד הבריאות, וכך עשינו. העברנו מסמך מאד מפורט. העברתי אותו למנכ"ל משרד הבריאות והוא אמר לו להיות מטופל שם.

דובר/ת/ת/ת: אז אוי רוצה להגיד שאני לא קיבלת את ההתנהלות שבה דבר כל כך קריטי, באמת אנחנו דנים בו -

השרה יעל גרמן: זאת הייתה ההחלטה כאן,

דובר/ת/ת/ת: אבל ההחלטה כאן דיברה על כך שאנו נקבל ערך לעצם لأن זה מתוקדם. עברו כמו חודשיים. האם קיבלנו את הנני? אם העקרונות של הנני התקבלו אז אין שום בעיה שהמשרד ימשיך לטפל בזה.

השרה יעל גרמן: המשרד יטפל בזה מ-א' עד ת'. עוד אין לי בכלל מושג אם הוא תחיל לטפל בזה.

דובר/ת: בתוך הרשימה הזאת יש הרבה מאוד דברים שכבר נמצא על השולחן, מטופלים משרד הבריאות ומה שביקשתי מרוני, זה שישים על יד זה לוח זמינים. יש חלק אחר של הרשימה, זה נושאים שהועודה אמרה, ייעיל משרד הבריאות לטפל, ועוד שם ביקשתי מרוני להתייחס.

דובר/ת: אני רוצה משפט אחד לומר ברוח הדברים. אני רוצה לחזק אותן. הר' אנחנו מיקדmo את הנושא של כוח אדם מסוימת מאוד מרכזית בעיות של המערכת. לכואור מה אומרת يولיה? והוא צודק. נתנו לזה איזשהו משפט אחד קצר, להגבר וכאן הלאה. אני חשב שצריך להיות פה טיפה יותר קונקרטי וטיפה יותר רחב לגבי מה הצדדים ומה היעדים, זה הכל, מבלי להיכנס. בסוף משרד הבריאות יעשה את זה. יש בנושא הזה איזה שם בדברים.

דובר/ת: אני מסכימה עם גבי שהוא צריך לקבל כתורת מעובה. המשפט יהיה שהוצאות מטופל בזה אבל הוא צריך לעמוד בפני עצמו כי לדעתי זה הבסיס לכל שינוי שאנו מוציאים.

השרה יעל גרמן: אוקי. אני חייבת לומר לכם, אני זוכרת, אבל יכול להיות שאין לא זכרת טוב, אנחנו באננו וכשעשינו את המינויים של כמה אנחנו כן רוצים לטפל ובמה לא, כשהגענו לפה אמרנו, אנחנו לא מטפלים בזה פה, אנחנו מעבירים את זה ממשרד הבריאות.

דובר/ת: את הצעת וקיבלנו את הצעתך.

השרה יעל גרמן: אין לי בעיה. בואו ננסה למצוא את המשפט שנותן את הדגש מבלי להיכנס לפרטים, ולבוא ולומר לנו מהעבירים את זה ממשרד הבריאות. מי מנוכח? يولיה, מיכל וניר. גמרנו. אחר כך אנחנו מביאים את זה לפה ואת הניסות אנחנו נאשר או לא נאשר.

אוקי, חברים סימנו בשעתיהם.

דובר/ת: אפשר משפט אחד? אני סrk הכל ניצלתי דקה ורביע.

השרה יעל גרמן: אתה צודק.

דובר/ת: אבל אני באמת חייב להגיד. קודם כל תודה לכל החברים בצוות הקברט. האמת, השקענו הרבה ימים, ערבים. אני לא ציפיתי למשהו יותר חלק מזה. המעבר על 70 סעיפים, הדיון היה נוקב, מפרה, באמת מחכים ומספר בסך הכל. המוצר, אני חשב שאם נ עבור עליו עוד פעם, נמצא עוד ליקויים. אין סוף לזה. אני סוף לזה. אם נרד לרמת המיקרו, כי אם נרד לרמת המיקרו, באמת ניתקע והטעויות יגבורו. באמת תודה רבה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
 הבריאות**
לחיים בריאות יותר

השרה יעל גרמן:

יש לי עוד הערה קטנה. אני כבר מתיחס לועודה כוועדה. היו דברים שלא הבאتم לשולחן, לדוגמא

דובר/ת:

פול טיימר.

זה הרגע שדורון יאמר לנו איך מתקדים בסדר היום.

השרה יעל גרמן:

נורא פשוט. חצי שעה לכל הניסוחים שביקשת כדי לגמור אותם.

דובר/ת:

40 דקות. הלאה.

השרה יעל גרמן:

10 דקות הפסקה והוא מציג את נושא פול טיימר.

דובר/ת:

חברים, מי שנשארומי שחווזר, עוסוק בניסוח. אנחנו בלילה מנסחים.

השרה יעל גרמן:

(המשך)

דובר/ת: בבקשתם. אנחנו פותחים במצבת קצרה, 10 דקות. בבקשתם בלי הפרעה. כולו 8 שקיים בהם בסיס לדין, لكن אין טעם להפריע לו באמצעות. נשמע את כל המציג ואחריו זה נעשה את הדין.

דובר/ת: אוקי, תודה. קודם כל אני רוצה רק בפתח לציין שישבו בתת הוועדה במצב קברט על הסוגיה

הזאת הרבה פעמים, באמת הרבה פעמים. הציגו את זה פעמים ואחרי שייעל שמעה, בבקשתם גם שנשבב עוד פעם וונעשה סיעור מוחות עם גורמים מחוץ לצוות שלנו, וזה ישיבו ביום שלא הייתה פעילות של ועדת גרמן. ישבו במשרד יחד עם אלה, גבי, וגם נציג של משרד המשפטים וגם דורון היה. האמת, גם אוריה היה, מהאוצר. שיפרמו את המוצר עוד יותר. דורון פנה אליו לפני יומיים ואמר, תוכיאו את זה מהמודול ותוציאו אותו. הכנתי 7-8 שקיים. פול טיימר מאד חשוב. זה לא גחמה של הוועדה שלנו ולא גחמה של מנהל זה או אחר. אני בדעה ש-פול טיימר זה כל'יז, זה אמצעי להשגת מטרות מסוימות. זה מאד חשוב. פול טיימר זה רופא שitousק אך ורק בית החולים. הוא מחויב לעבוד בשעות השגרתיות ולא שגרתיות. הלא שגרתיות, אני לא אוהב להגיד זאת אונן רק אחר הצהרים, כי מבחינתי אחר הצהרים זה שעיה 13:00. אמנם יש מנהלים שעובדים עד שעיה 12:00-13:00 ואז זה תופס לביהם. הכוונה גם בשעות הערב, משמרת שנייה וכו' וכו'. הוא יכול לעבוד עדין ברפואה ציבורית הקהילתית כموון לאחר הסכם ותיום בין בית החולים המ夷יך שלו לבין קופות החולים. הוא לא מורה לעבוד ברפואה פרטית. משכורת אمنה גבוהה יותר. הוא יכול להינות מעדייפות מסוימת במכרזים לתפקידים ניהוליים רחבים באותו בית חולים שהוא עובד או אפילו בבית חולים ציבורי אחר. אחרי דינום סוערים עם אלה -- -, החליטו בלי התניה, זאת אומרת מאד חשוב לא להתנו, קרי אם הוא לא פול טיימר, אז המצב שלו שונה. זה יהיה אולי עיקנון מסוים.

דובר/ת: זה מוסכם על אלה, מה שיש פה?

דובר/ת: תיכף נשמע.

דובר/ת: מה היתרונות של פול טיימר? בעצם הוא מגביר את הנוכחות הבכירה של הרופאים בשעות לא שגרתיות, בעיקר בשעות הערב. אין שום ספק שהוא מביא לשיפור איכות הרפואה הציבורית. זה מגננן של הפחתה או החילשת של איכות השירות הרפואי והביטחוני כלפי חוץ. פחות אנשים יצליחו מעבר לכਬיש, לחצות את הכביש. הוא אחד הכלים לעניות דעתך, החזקים ביותר למניעת מיזוג ועירוב בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית. הוא גם שיטה ייעילה מאוד לפתרון של אחת הבעיות הרכבות ביותר של תורמים הארכומים. כМОון בשיפור איכות הרפואה הציבורית זה מקנה לנו גם שדרוג של טיפול המתמחים שלנו עושים, אם הרופא הבכיר/המנהל שלו מנתה בערב ולא מנתה מעבר לכבדש. אני חושב ערך מוסף מאיין כמו זה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

שוב אני אומר, אוכלוסיית המטרה שנאנחנו לא נלך, יש לנו 23,000-24,00 רופאים, לאה יודעת יותר ממוני. הם לא פוטנציאלי לפולטיימר. אי אפשר לרטום אותם לרענון זהה. מי שאמור להיות פול טיימר בעצמו, הם מנהלי בתים חולים, מנהלי מחלקות, מנהלי יחידות נחוצים, בכירים נוספים לפי שיקול דעת של הנהלה המקומית של אותו בית חולים. כמובן מאוד חשוב מאוד להציגו בשתי נתונן עם האוטונומיה, גם הגישימות לכל הנהלה מקומית בכל בית חולים להחלטת מה המספר של ה-timers או foo שהוא רוצה להעסיק בתנאי שלא יخرج מהתקציב הנוכחי למטרה זו, מחד, וגם מאידך, שם יחסוך, גדי יעסיק פחות פול טיימר, שהכסף שהוא יחסוך או התקציב שהוא יחסוך ייר לסייע או מימוש משמרתו שנייה בעקבות הערב לבכירים שהם לא פול טיימרים, אז גם הם ירווחו, גם הרופא ירווח וגם בית החולים ירווח.

מאוד חשוב לציין מספר עובדות. לא כולם יתלהבו מה-פול טיימר. לא תהיה התלהבות גורפת לא של הרופאים, וגם אם יש מצלמים של איגודים מקצועיים כאלה ואחרים, יכול להיות שגם לא יתלהבו. זה לא יהיה בכפיה/התניה.

דוברות: לא לגבי מנהלים, ?

תודה: תהיה לנו בעיה עם מנהלים. תיכף נפתחה את הדיוון, אבל השאלה שלך מאוד צודקת. דנו על זה שבועות. אם נלך על המודל הזה, מאוד חשוב שנלך עלי' בצורה הרחבה האפשרית ביותר כМОון בוגבאות התקציב, כי אם נלך בצורה צולעת, זה לא ישנה דברים, אבל אם באמת נלך על זה חזק, נאמין בה זה חזק, זה יוביל, אין לי שום ספק, לשינוי בתרבות העשייה בבתי החולים שלנו ולא תהיה נטישה המונית. פעם התגנבו לצאת הביתה בשעה 13:30-14:00. היום בשעה 13:00 הוא מגח. הוא אומר, שירידן, אני לא גונב. במצב נחוצה אולי מבחינתו בצדך. אז זה ישנה את התרבות שלנו, תרבות העשייה בבתי החולים הציבוריים.

תשומת לב לתלוש המשכורת. תלוש המשכורת חייב לגדל בתוכו גם את המשרה הרגילה וגם את הפעולות הנוספות בשעות הלא שגרתיות. אנחנו חיבים גם פה כועדה ציבורית לתת את הדעת על סוגיות גובה ההשתכורות, שלא תביא לשחרור והשלכות על המגזרים האחרים, וגם מאוד חשוב לנו כועדה ציבורית גם לחשב על שיווק הרענון הזה ואריך להתמודד עם הנראות הציבור. אנחנו ממליצים אם וכאשר על אימוץ המודל בכל בית החולים הציבוריים ללא הבדל גיאוגרפי או השתייכות.

עכšíו נשאר העניין של הגדרות של בתים החולים הירושלמיים וכו' וכו' והנצריות, אבל אימוץ המודל בכל בית החולים הציבוריים. עכšíו שיטות ההשתכורות, וזה מאוד חשוב לתת את הדעת על זה. קודם כל השכר חייב להיות גובל ויחיב מימוש של תפוקות, מוגדר. אנחנו מצפים מ-פול טיימר למינימום מסויים, לרף מסוים של תפוקות. הנהלה תתחייב להבטיח אפשרות למינימום של תפוקות ממשמרתו שנייה ל-timer. הוא מוטש את הרפואה הפרטית שלו. אנחנו חיבים לדאג להבטיח בשילוב עבודה במשרמת שנייה, וגם מאידך הרופא מחיב למינימום של תפוקות ממשמרתו בוקר. לא יכול להיות מה שקרה בדרכים שונות של עבודה בבתי החולים הציבוריים, שהרופא יתן ציבורו 10%-20% ויתן בפרטיו או בלא ציבורו 70%, ככה שתהיה הבקשה, שבית החולים יתחייב לספק לו פרנסה אחר הצהרים. מאידך, הוא יספק את הפרנסה הציבורית המקובלת ממשמרתו בוקר. השכר. השכר יהיה דיפרנציאלי, ופה אני חיב לתת דוגמאות, כי זה לא ברור. זה מאוד עומום. המשורר מתכוון בדיפרנציאלי, שנגיד עבדכם הנאמן הוא -- -. אני לא מ capita כפול טיימר שהמשכורת של' תהיה כמו מנתח לב. זו הכוונה, אז דיפרנציאלי מבחינות מסוימות, מה בוער לנו יותר, מה בוער לנו פחות ודיפרנציאלי גם מבחינת גיאוגרפיה, פריפריה/לא פריפריה, מרכז וכו' וכו'. אני מ capita ש-פול טיימר פנימי בפוריה, אולי נעדכ אוטו שיקבל קצת יותר מפול טיימר במרקץ, ומנתח לב יקבל יותר פנימי באוטו מקום. זו הכוונה לשכר דיפרנציאלי, ועל זה צריכה לקום וUDA שתקבע. לא תהיה כפילות תשולם כי זה עבד או עבד לא טוב. הוא לא יכול להיות באותו יום כון. כון מקבל דמי כוננות 3-4 ימי עבודה ובו זמניות הוא יעבד גם אחר הצהרים בקייזר תוריים. תהיה הפרדה מוחלטת. ביום שהוא כון, הוא כון. ביום שהוא לא כון, הוא יקבל תשלום بعد האגרה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאות יותר

התקציב יהיה צבעו, וזה הצעה. אני רוצה לשמעו את כולכם, כולל משה. התקציב יהיה צבעו וישראל יילך מהאוצר, משרד הבריאות לבתי חולים, התקציב מוגדר וצבעו לסוגיית הפול טימייניג. בית החולים, יש לו את הגמישות. הוא יחליט להעסיק פול טימייניג, בין 20% ל-40% וכמובן לא יהיה חריגות ואם יהיה חריגות למטה, קרי יחסוך כסף, ישמש בו בפועלות של קיזור תורים. זה לא יגרום לייקור עלויות על קופות החולים כי זה התקציב שהוא ממש עוקף קופות החולים ובית החולים במקביל יתרחיב באמת ההגדלת תפוקות משמרת עבר.

אנחנו ניסינו להגדיל רأس כי יהיו הרבה שאלות יהיו הרבה ויכוחים. ניסינו להתייחס לסוגיית ההשתכרות של הבכירים בתוך בית החולים ובכלל, לא רק פול טימר. פול טימר, אנחנו הגיענו לקונצנזוס, אלא אם יהיו חריגות יוצאות דופן. הוא יכול להיות מעסיק אך ורק במערכת הבריאות הציבורית, קרי הוא מעסיק על ידי בית החולים. כmobן הוא יכול לעבוד גם ברפואה ציבורית קהילתית במסגרת התוספת השנייה והשלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כmobן בהתאם בין בית החולים ל קופות החולים. התשלום יהיה דרך בית החולים, זאת אומרת תלוש אחד ותו לא.

עכשו לגבי בכירים לא פול טימייניג. פה לדעתו לא הצליחנו להכריע אבל מבחינתי זה מוכרע. מומחים לא פול טימייניג בתוך בית החולים זה היה "לא יורשו לעבוד במערכת הפרטית" ויכלו לעבוד גם בקהילה דרך בית החולים במסגרת התוספת השנייה והשלישית לחוק הבריאות", זאת אומרת אסור לעבוד פרט. ברגע שהוא עובד ציבור או עובד מערכת בריאות ציבורית, הוא לא יכול לעבוד. זו הייתה הצעה אחת. ההצעה השנייה – מומחים, לא פול טימייניג יכולו לעבוד גם במערכת הפרטית והיא תהיה בעילותות שיקבעו מראש כמו הרבה מערכות מעסיקות ציבור. אין מה לעשות בין רופאים למערכות אחרות, אבל בכל זאת אני חשוב שהה לא יהיה פירנסות ולהיכנס לעצמות של הלא פול טימייניג, אבל פחות או יותר ניסחנו את זה בזורה צוז. אשמה לשמעו את הדעות שלכם לכאן או לכאן.

דובר/ת: אני מזכיר לכם שאנחנו עושים סבב ראשון של מי שרצה להתייחס בשלוש דקוט ואחר כך נעשה סבב שני.

דובר/ת: יש לי שאלה. זה מועד רק לבתי החולים הממלכתיים?

דובר/ת: לא, לכל המערכת.

דובר/ת: ציינו את זה, לכל בית החולים הציבורים.

השרה יעל גרמן: זאת אומרת, הדסה, שעריך זדק זה לא ציבורי בעיניך?

דובר/ת: זה כן ציבורי.

דובר/ת: זו הגדירה שלכם.

דובר/ת: את רוצה להתייחס?

דובר/ת: بغداد, זה מאד מקובל עלי. יש את השאלה איזה אחת משתי ההצעות נאמץ. העדפה האשית שלוי זה לקחת את ההצעה הראשונה ולעשות את הפרדה בין הציבורי לפרטי, אבל אני יכולה גם לחיות עם הצעה שמגבילה, אבל מגבילה מגבלות של ממש, את המומחים שהם לא פול טימייניג, כמה הם יכולים לעבוד בפרט, אבל הנטיה האישית שלוי זה לעשות את הפרדה גם עבור מומחים שהם לא פול טימייניג.

דובר/ת: מכיוון שאני חשב שבמסגרת התת ועדה שישבנו היתי בדעתך יחיד, אז אני כן ארצה לומר אותה. אני חשב שצריך שיהיה פול טימייניג ושהרופא שהוא פול טימר, הוא מחויב למערכת הציבורית, אבל אני שם פה איזושה כוכבת. אני



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

לא רוצה להרחיק גופים מפני האופציה של ליכת ולהיות פולטיירים, רופאים טובים, מנהלי מחלקות, סגני מנהלי מחלקות. אני חושש שם אנחנו נעשה סגירה טוטאלית ונגיד שאסור להם שום דבר, אנחנו נמצא במצב שבו הם לא ירצו את זה אנחנו בסוף אפלו לא נאייש את התקנים שאנחנו אולי רוצים לתת. אני עשוה כן הפרדה בין ניתוחים, שיש לה אפקט שלילי על המערכת הציבורית לבין חוות דעת שונות. בחוות דעת שנייה יש זכות נגשנות בחוות דעת שנייה מכוח חוק זכויות החולה. אין זכות לקבל ממון, וכן מה אני היתי מציע זה שהפולטייר, וזה גם יכול להיות גם מבחינת דרישת השכר, זה יכול להויר את השפה של הפולטייר כאשרו שסתום לאפשר לפולטיירים לתת כן חוות דעת שנייה במסגרת פרטית בכפוף לאיזושהי הגבלת פעילות מסוימת.

דובר/ת: המודל הנוכחי הרבה מאוד גמישות לבית החולים. לא היה ברור לי מי קובע בסופו של דבר את השכר של הפולטייר, כי לפי מה שכותב בהמצגת, אפשר בעצם להבין שבית החולים יכול לחת את כל התקציב לרופא אחד, אז לא היה לי ברור מי קובע את השכר.

דובר/ת: לא נכנסנו ברמת רגולציה צזו.

דובר/ת: לא מה השכר, אלא מי קובע אותו. לפי מה שכותב פה לא ברור. זה דבר אחד. דבר שני שרציתי להגיד, שצריך לזכור שהמערכת היא מערכת של כלים שלובים. הרעיון שהתקציב יהיה תקציב ייעודי של הפולטייר יכול לעזור לנו בכל מה שקשרו לתמחור של בתים חולים, כי אם זה חלק מההוצאות הקבועות אנחנו מוציאים את זה החוצה, זה יכול לעזור וזה עוד משווה הקשור לכלים שלובים. אנחנו אמרנו שיכולים להיות שנשים מגבלות על השוק של הפרטיז. זה יכול לעזור לנו כאן בכל מה הקשור להחלטה האם המומחים שהם לא פולטייר, לפתוח להם את זה, לבוא ולהגיד, הם יכולים לעבוד אולי שהם חזים, אבל מצד שני להגביל את השוק של הפרטיז בכלים אחרים שיש לנו.

דובר/ת: הרעיון של הפולטייר זה מישחו שהוא מחייב אחר ורק במערכת הציבורית. הוא לא עובד במקום אחר. הוא מחייב לבית החולים. לא יכול להיות מצב שיש לו מרפאה פרטית והוא עוזה יעוץ. אם פתאום צריכים אותו בבית החולים. אם קורה משוה, קוראים לו לבית החולים, הוא מגיע והוא מחייב לבית החולים. זה המקום שעבודה היחיד שלו. יכול להיות לו איזה משוה עם הקהילה גם כן, כי אנחנו לא רוצים להרים את הקהילה. אני חשב שגם צריכה להיות הגדרה מאוד, זה שיש לו איזה משוה עם הקהילה גם כן, כי אנחנו לא רוצים את הקהילה. אם פתאום צריכים אותו בחוץ, או שהוא מחייב שרכוב-לבן, אחרית זה כמו חמונו. הוא לא פולטייר. אולי נקרא לזה בשם אחר. אני לא אוהב את זה. עד לא דיברנו אם יש איזה ש"פ או לא יהיה ש"פ וכדומה, אבל ברגע שאין יכול ליכת לרופא לקבל אצליו יעוז ואז אני שילמתי לו כסף פרטיז ואז אני מגיע אחר זה לבית החולים ששילמתי לו כסף פרטיז והוא נמצא שם, או לא יודע אם הוא מטיפול בי או מישוה אחר, שוב הדברים האלה מתערבעים. אני חשב שצריך לעשות פה את הפרדה המoad ברווח קודם כל לגבי הפולטייר. אם ההגדירה היא פולטייר, הם לא יכולים לעבוד במערכת הפרטית. לגבי ההצעות פה, אני מאד דומה ללאה אחדות בנושא זהה. אני חשב שמהינה תיאורית הייתה מעדיף את ההצעה הראשונה, שגם באופן כללי תהיה הפרדה מוחלטת בין ציבור ופרטיז. כמו שהוא היום לא יכול ליכת אחר הצהרים באסותא ולעשות להם כל מיני עבודות, אני מחייב לשירות המדינה, אין לי אפשרות לעשות עבודה פרטית באסותא, אני חשב שהוא צריך להיות אצל הרופאים, אבל גם ההצעה השנייה אם אני מנסה להיות ישים, זה משווה שצריכים לעשות אותו עם הגבלה באמת אמיתית על היקפי הפעולות.

דובר/ת: אתה רוצה להתייחס?

דובר/ת: צריך לתת את הדעת, אני חשב, על הרגולציה של בתים חולים בבחירה באיזה תחומיים יעשו פולטייר, כי אנחנו צריכים לדאוג שהם יהיו בלית הכוונות שלנו, זאת אומרת שם בית חולים, משתלים לו אולי שהפולטייר יהיה פלסטיני, אני לא חשב שזה בלי בית העניין.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

זה צריך להשתלב עם המטרות.
דובר/ת:
 אני תומך. מה רצינן לעשות? רצינו קודם כל להשאיר את הרופאים הטובים בתוך בת' החולים. שניים, רצינו לתקן תורים. שלישי, רצינו לשפר איכות. אלה פונקציות המטרה שלנו. מישחו אמר, פלסטיקאי. לא. אם זה לא פונקציית המטרה שלי, אז אני לא נתן פולטיימר לפלסטיקאי אם אני לא רוצה, זאת אומרת אלה המטרות וההתאמם למטרות האלה אני מגיד לו אני נתן. דרך אגב, גם הדיפרנציאליות של השכר תיגזר מפונקציית המטרה. אם יש משהו שהואمور ענק, אז יכול להיות שצורך לתת לו יותר.

שתי העורות נוספות. אני כמובן بعد הפרדה מוחלטת, מצטרף לניר, מצטרף להאה. לגבי הסיפור של ההפרדה בין ניתוחים לבין חווות דעת שנייה, הפחד שלי זה שברגע שאתה פותח את החווות הדעת השנייה - - -

השרה יעל גרטמן: סליחה, אבל הם אמרו שמחינה פרקטית הם חיים בשלום גם עם שתיהם.

דובר/ת: צריך להגביל פה, כי ברגע שאתה פותח, זה עשוי להיות - - -

דובר/ת: לא מגבלות של הנציבות.

דובר/ת: והקטע של החווות דעת שנייה, אני סבור שהה סיכוןaddir, כי ברגע שאישרת פרקטיקה של חווות דעת שנייה במאזר הפרט, אתה פותח בעצם פתח אם נרצה או לא נרצה, אם בשולחן, מתחת לשולחן, להובלה של החולה הזה לתוך המערכת הציבורית באשפוז או בכירורגיה.

דובר/ת: אם מגידים שרופא שאתה נתן לו חווות דעת שנייה - - -

דובר/ת: לא לעמוד בהזה. מנגנוני הפיקוח בנושא זהה הם נראה קשים ונורא בעיניים.

השרה יעל גרטמן: קונסנטנטי ננתן חווות דעת....

דובר/ת: מי שאתה נותן לו חווות דעת בפרט, אסור לך לטפל בו הציבור.

דובר/ת: מנגנוני הפיקוח הם בעיניים ולכן צריך לשאוף להפרדה מוחלטת במידת האפשר. זה הרעיון. עוד הערה אחת קטנה. אני נכנס קצת לתמരיצים. הסתירות של התקציב המסומן, יש אליו גם השלכות דרך אגב שיובילו אותו לנושא של ההתחשבנות. יש פה איזושהי נשאה שבה אנחנו לוקחים תקציב. זה לא קופות החולים ישלמו אותו אלא המערכת הציבורית תשלם אותו באופן גלובלי והוא מיועד לנושא זהה.

דובר/ת: למה לא דרך מחיר לאשפוז?

דובר/ת: אני מעלה את זה כסוגיה. יהיו כאלה שיגידו, רגע, למה לא דרך דפוס ההתחשבנות הקיימים. אין לנו עמדה בנושא זהה.

דובר/ת: גם לא Dunn בהזה.

דובר/ת: אתה רוצה את הפולטיימר עובד, מקבל סוף כפונקציה של העבודה שלו, אבל כשקבעת כפונקציה של העבודה שלו, היא לא תהיה רק בעבור המשמרות ערבות. אני לא רוצה מצב שבו הפולטיימר לא יעשה כלום בבודק ויעשה את הכל בערב. מה שאני מציע זה מגנון טיפה יותר מתוחכם, וזה ליצור איזשהו קשר של יחס בין מה שנקרו הבוקר לבין הערב.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

עשית יותר בבודק? תעשה יותר בערב. עשית פחות בבודק? תעשה פחות בערב. אני רוצה להבהיר גם את הפעולות בבודק וגם את הפעולות בערב על ידי איזושהי הצמדה בין שנייהם.

השרה יעל גרמן: אנחנו אחר כך נדבר על זה.

דובר/ת: לא, הוא יהיה עייף מאוד. הפרופורציה הזאת, צריך לחשב עליה.

דובר/ת: אני חשבתי שכן בכל זאת צריך לתת את הדרך החוצה הזאת של החווות דעת. אי אפשר לסגור אנשים. זה אפילו עולה כמעט משמיט, כמעט נראה לי נגד את כבוד האדם. אני חשבתי שהזה שלא יסגרו אנשים ככה, זה יעבוד לטובות העניין הזה כמו שudy הזכיר פעמי קודמת שהוא אמר את דעתו המלומדת, זה שהמשמעות אולי לא יעל, שהזה יהיה טוב לכל הצדדים. בשתי האופציות אני מסכימה עם מה שאמרו קודם.

דובר/ת: אוקי, עוד התייחסות?

דובר/ת: אני רוצה לומר לעצמוני, בגודל אנחנו תומכים וכו' וזה ברור, אבל צריך להיות ערים לזה שהזה גושא הרבה יותר מורכב ממה שאחננו יכולים לראות ברכזוץיה שלהם. את זה צריך לתקן בחשבון. אני חשב שיש שאלה מרכזית שאני לא יודע אם היא הוכרעה בעבודה שאתם עושים, וזה האם הדריך הניהולי מחויב להיות פולטיימר או לא, כי זה שני מודלים שונים לחלוון שבhem אנחנו באים ואומרים - - -

דובר/ת: תגדיר דרג ניהול.

דובר/ת: מנהלי מחלקות לצורך העניין. מנהלי מחלקות, מנהלי בתים חולמים ווגנים. בראשיה של מנהל צריך להיות פולטיימר. הוא לא יכול לעסוק בעוד דברים.

דובר/ת: פרט למקדים חריגים.

דובר/ת: לעניין הונטייל שדיבר עלי עדי, אני חשב שהזה מסווג הדברים שבהם יכול להיות שבפרקטיקה צריך כן יהיה לשחרר. צריך היה לנוהל את זה. צריך לראות אם אנחנו יודעים לעשות את זה בלי ניגוד עניינים. אם ניתן מכותס לעבודה פרטית, אני גם לא יודעת אם זה ניתן לרגולציה. האופציה השנייה פה בהיקפי פעילות שיקבעו מראש, אני לא יודעת אם זה ניתן לרגולציה הדבר הזה, יותר מאשר לבוא ולהגיד, אתה יכול לעשות חווות דעת שניות אבל שלא יהיה ערבות בין כל הפעצייניטים פה.

דובר/ת: אתה מדבר לשחרר ונטיל לגבי הפולטיימר?

דובר/ת: אני חשב שהזה ראוי לדין. מה שעדי אמר, שפולטיימר יוכל לתת חווות דעת שנייה במערכת הפרטית בהנחה שהפולטיימר שלו זה לא לתת חווות דעת, ככלומר זה לא רפואי. כירוג שיתן חווות דעת במערכת הפרטית, אני חשב ששאלוי אפשר לחוות עם הדבר הזה.

דובר/ת: יכול להיות שתשלם פחות, אבל לא תישג את זה שהוא יעבד יותר הציבור.

דובר/ת: אני לא יודעת, יש מה הרבה ניאנסים. זה לא באשלה של הכסף, כי אני אומר, בסוף זה ה-20/80, זה אולי אנחנו יכולים בשביל ה-20% הנוספים האלה שהוא יעבד רק בבית החולים, אנחנו ניקלע לכך מהבי סתום בדרך שלנו לישם את זה, שאול עדייף לעזרך קודם. צריך לבדוק את זה. אני חשב שניגוד עניינים בפעולות צריך למנוע, ככלומר לא לטפל בפאניציניטים כאן וכך זה משחו שחריר, שוב, ככל שהדברים האלה ניתנים לרגולציה. אני לא יודעת אם זה ניתן לרגולציה. מה, הוא ידועות את רשימת הפעצייניטים וממשרד הבריאות יבדוק? שאלת. זה בגודל.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: א', אני מאוד מאד بعد. אני חשב שזה המודל האידיאלי אנחנו צריכים לשאוף אליו. למה אני אומר לשאוף אליו? מכיוון שלא נוכל לתפoso את כלם, כי זה צריך להיות אופציה. ירצה, יקבלו, לא ירצה, לא יהיה פער השתקפות שייפכו את זה למאוד כדי עבור האנשים שיכנסו פנימה. יכול להיות שגם בית החולים לא ירצה את כלם בפנים, וזה אם קבעת כלל לכלם, אתה בעצם דוחף את כל המערכת לעליות שכר שאין לך את התמורה, יכול להיות שזה כל שגוע במצב שירצה. מצד שני, יכול להיות שייהי מנהלי מחלוקת שאתה לעולם לא תוכל להגיע לסכום הכספי הנדרש כדי להחזיק אותם, למשל פלסטיקאים. לא יהיה לך, לא תצליח. צריך גם לזכור דבר אחד מאד חשוב, אנחנו לא נמצאים היום במצב שבו אנשים רודפים אחרים להיות מנהלי מחלוקת. זה ממש לא המצב במערכת. אפילו להחזק אנשים שיעבדו במשרה מלאה בבית החולים. יש מקצועות מסוימים שזה על גבול הבלתי אפשרי, בעיקר פלסטייה.

השרה יעל גרמן: גם מנהלי בת' החולים אנחנו לא מוצאים.

דובר/ת: עוד רגע אני אגיע לזה. אי אפשר להשיג היום כמעט אנשיים שיעבדו משרה מלאה בבית החולים, לא פולטיימר, באו, נציג לך משרה, لكن צריך לבנות את זה קודם כל הדרגת, לא לחיב, להפוך את זה אטרקטיבי ולהשאיר את הגמישות הנהולית בבית החולים כדי גם לא להזכיר להוצאות שדווקא אלה שאתה, סליחה אני אומר, לא רוצה אותם, הם אלה שירצוי ואז אתה תשלם להם ולא תרוויח את הרוח המלא.

לגביה הנהלות בת' החולים, אני בזה מהה אחוז משוכנע שאנו חיבים לייצר פולטיימר. במקרה זה צריך להיות פולטיימר, רק צריך לזכור, וצריך לכוון למקום הזה, שהרופא יעבד במשרה מלאה בתוך בית החולים.

דובר/ת: תקרא ליד בשמו, אני רוצה להזכיר. מה זה הנהלת בת' החולים?

דובר/ת: סגן ומנהל. מנהלי מחלוקת, דיברתי. אמרתי, צריך לשכנע אותם, להציג להם הצעות אטרקטיביות. היה לנו מאוד קשה. נזהה שלא יוצר מצב שאנשים גם ככה לא רוצים.

דובר/ת: רשותנו, בלי התנינה.

דובר/ת: אנחנו ראיינו את הביעיות במודל הדסה. זה מאד בעיתי. הדסה עבדת על מודל שכולם כאלה. מצד שני, העובדה שכולם שם בפנים, חייבו אותנו להרבה מאוד פרטיות גם תוך כדי המשא ומתן. רק אתן לכם דוגמא הכי פשוטה. ברגע שהכרחת את כולם בפנים, אתה חייב לתת להם לנתק, אז בו ניקח את הנויצירוג, שאי אפשר לעשות לו ניתוחים אחרי הצהרים, אז תזכיר אותו לבוקר.

דובר/ת: מי שרצה.

דובר/ת: כן אני אמרתי, הסברתי למה לא כולם. עכשו לגבי מנהלי בת' החולים. גם שם אנחנו במשבר פשוט כי הפערים גם בהשתקרים, גם במקרים העבודה הם מאוד גדולים. אנחנו מגעים במצב שיש לנו מנהל בית החולים שניגשים אליו, אדם אחד פרקטית, אחד על אחד. אין דבר כזה בשירות המדינה. מאות מועמדים על כל תפקיד. היי מעל 200 מועמדים למשרת פרקליט אצלו, ומנהלי בת' החולים אנחנו מדברים אחד על אחד. פוריה למשל, היה רק את הארץ.

השרה יעל גרמן: חכה עכשו, בולפסון, אני רוצה לראות כמה יהיה לנו מועמדים.

דובר/ת: גם במנהל מחלוקת יש לך הרבה מאוד שזה אחד על אחד.

דובר/ת: זה רק מעיד על חוסר אמון.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאות יוטר

דובר/ת: לא, לא.

דובר/ת: זה האופציות בחוץ. זה האופציות וכמה אתה מרוויח, והתחרות שיש לנו.

דובר/ת: והאחריות.

דובר/ת: ומה אתה מקבל מזה. אני רוצה משהו להגיד לגבי התרופות. אפשר הכל, רק יש ממשמעות לכך נגזרת. אפשר באמת שמנהל בית החולים לא יהיה רופא, רק יש לו נגזרות ומשמעות שכך שגם הציבור יבין אותם. שגם הציבור ידע יבין מה המשמעות, ואנחנו לא נמצאים במקומם הזה. דעתך מאוד ברורה בנושא הזה. ראיי ונכון שהוא יהיה ויקבל את ההחלטות האנטי כלכליות שנדרשות ובגלל זה אנשים לא יموתו.

עכשו אני חוזר להנהלת בית החולים. אם אנחנו מדברים על הנהלות בתי החולים, אנחנו צריכים לכוון למודל הזה מהתחלה, רק צריך לייצר את זה במצב צהה יהיה אטרקטיבי. זה לא חייב להיות מודל של פול טימר. תפיסת עולם כן פול טימר. יכול להיות שאתה תרצה שם מודל שתיתן להם לעשות תורניות, מודל שתשלים להם על שעوت נוספת, אבל התהיליכים שקרו לנו בעקבות מה שהיה בהסתכם השכר גרם לנזק מאוד במערכות ופוחות מצד של המנהלים, ואנחנו יחד עם הנציגות כן רוצים לצמצם את יכולות העבודה שלהם, באמת לכוון אותם לבתי החולים. צריך לעשות את זה באיזונים נדרשים. אני מסכם, פול טימר-כן, לא יכולת אלא אופציה להכניס כמה שיטות למקום הזה ועדין להשאיר להנהלות בתי החולים להחליט אם הם לא רוצים את הפול טימר במקומות הזה או לא צריכים אותו, אז לא צריך, כדי לא לייצר פגיעה בגמישות הנהולית.

דובר/ת: תראו, כתפיסה עולם ולמה אנחנו רוצים שהרופאים והנהלה יהיו בבתי החולים, אני חושבת שכלי מי שושב סביב השולחן מסכים. אין על זה ויכוח. כולנו רוצים זהה יקרה. יש כמה שאלות. תוקן כדי שהՁנתני לך, אני חושבת שיש הבחנה, מבחינתי לפחות ברורה, בין דרג ניהול לבין הרופאים, וזה גם נגע למסה ולעלויות של המהילר הזה. רק שבבון, שיכשכלו מסכימים על פול טימרים בדרג הנהולי, זה לאו דוקא נותן מענה לקיצור תורים, שאט קיצור התורים מי צריך לעשות זה הרופאים עצם, لكن אני עשית איזשהו חישוב מהיר. אמרתִי, בוואנו נגד מה המשמעות שאתה אומר 20% מהרופאים יהיו פול טימרים - - -

דובר/ת: הוא לא אמר.

דובר/ת/ת: עזיז הציג. הוא דבר על 20% מהרופאים, הוא לא דבר רק על הנהלות, אלא אם כן אני לא מבינה. אני חושבת שאתה סוגית הנהלה, זה דבר שהרבה יותר קל להסביר יותר קל להציג לשם עם כל התרופות הנכונות והנדרשות של בואו נשים לב שאנו לא מדרים את רגלים של האנשים המציגים לתוך התחום, ורק לתגמל אותם. זה משווה זהה פחות עניין של מיקוח. השאלה מה האימפקט בעולם של הרופאים. לסוגיה של רופאים פול טימרים אני חושבת שצריכ להרחיב קצת את הדיבור ולהבין למה כולנו מתכוונים כשאנו מדברים על זה, איך זה אchod מהרופאים, כי הם אלו שיעשו את העבודה ויקצטו את התורים, מה המשמעות? כמה צריך לשלם? בחישוב מאוד מהיר אני עברת את ה-2 מיליארד.

דובר/ת: כמה רופאים בפול טימר?

השרה יעל גרטמן: רגע, את צריכה לזכור שכשמדוברים על 100% יש סטזרים שלא מדובר עליהם.

דובר/ת/ת: בסדר, אך לנו שאלת האם יש אומדן תקציבי.

דובר/ת: אני פשוט ניסיתי להגדיל ראש, מה שאני לא עשה בדרך כלל ב-4 בبوك. אני לא כלכלן ולא מתמטיקי. אמרתִי לעצמי כמה פול טימרס. את צודקת, גם ארנון, צודק. לא כולם חייבים להיות פול טימרס. להיפך, אני מחזק



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

את מה שאות אומרת. אני רוצה בכירים שהיו פול טימרס, לא פחות מהמנהלים שלהם. כששאלתי, שאלתי שני אנשים מובילים במערכת הבריאות הציבורית. שאלתי את זאב רוטשטיין. נקב לי במספר. אתם יכולים לחזור לפורטוקול, לראות, 600-700. 600-700 – ציריך 3 מיליארד רק לザב. אחרי כמה ימים שאלתי את רוני, והוא נקב בעשרות מהמספר, זאת אומרת כל אחד רואה את זה אחרת. רוני אמר, אני לא צריך פנימאי שהוא פול טימר. אני לא צריך פלסטיקאי שהוא פול טימר, ובצדק. אז אני ב-3 בבוקר אמרתי 20% עד 50% מהבכירים. 60% מתמחים יש לנו. אני כהה הערכתי, בין 20,000 ל-40,000 שקל לחודש לפול טימר, וזה תלוי.

השרה על גרמן: תוספת.

דבר/ת: כן, כי יש לנו כבר משכורת בסיסית. אני אמרתי שוב, אני המצוי. אולי צריך להוסיף לי עצם, לא פחות. הסתכום אצלך ב-360,000 לשנה. יש עלויות נלוות אנחנו צינתי את זה בדוח, משה זהה, אז 1,000 פול טימרס – 500 מיליון שקל. ב-2000 פול טימרס בארץ הקודש, זה אוטופיה. זה לא ארץ קדוש. אנחנו נהפוך אותה לגן העדן המדבר/ת/ת:.

עכשו אני רק רוצה להגיד לכם, אם זאב נקב בנושא הש"פ וכו' וכי אם הם רוצחים הש"פ, אני חייב עכשו לצאתו. שר"פ נקי לא מסתפק בפחות מ-3 מיליון שקל. 3 מיליון שקל, אני צריך רק להכין 500 שר"פניקים בארץ הקודש. מה עם 23,000 רפואיים? והרפואה לא מסתירה רק בחדר ניתוח עם כפפות סטריליות. הרפואה מתחילה מהקהילה, מהפסיכיאטריה, מההחיה. זה הכל. זה המספרים פחות או יותר. כמובן את צריכה להכניס כלכלנים, את צריכה להכניס מומחים, אבל לעניינות דעתינו אנחנו לא נרחקיק, לנתק הרובה מהשוק החה. זה פחות או יותר, כמובן אני רואה את הדברים, ולא רציתי להראות את זה והתייעצתי עם אנשים. אמרה, אל תראה. הבריאות בין מיליון שקל ל-4 מיליון שקל, ותאמינו לי, יש שר"פניקים שלא מסתפקים ב-5 מיליון שקל, אז אני צריך 3 מיליוןiard לסבירו 500 שר"פניקים. עובדה – 500 כפול 5, והרפואה הציבורית לא מסתכמה - - - .

דובר/ת: תודה, את רוצה עוד משהו להגיד?

דבר/ת: הנקודה של העליות – יש לכם אומדן של חצי מיליארד ל-20% מהרפואיים הבכירים. זאת הולמת. אני לא אומרת שלא צריך, ואני לא מתנגדת לעצם הרעיון שגם הבכירים צריכים להישאר במערכת.

דובר/ת: למה ל-20%? אולי פחות מ-20%, אולי יותר.

דבר/ת: תראו, אני לא יודעת להתייחס לכמה המספרים ריאליים מطبع הדברים, כי בשלב הזה אף אחד לא ידע להתייחס לזה. לי אין חישוב טוב יותר משלך, ואני חשבתי שהזאת מצוין שיש לכם שמות על השולחן. ככלנו, כמובןנו באים לדון על זה, בוואנו נבון שזה תהליך שאינו לא רואה פה תוספת כוח אדם שמקצתת תורם. אני רואה פה תוספת כוח אדם שעושה מהלך מאד חשוב בניהול המערכת במידה ומצלחים באמצעות המהלך הזה. לעניין רפואיים שיעבדו ויעשו את הפרוצדורות עצמן, אני לא בטוחה ש-20% מהבכירים שיכטרפו עכשו יעבדו פול טימס, זה מה שיפטור את בעית התורים. אני לא אומרת שלא צריך את זה, רק אני אומרת שבאו נבון שזה לא נותן את המענה שעלייך דיברנו. כרגעון, כתפיסה רפואיים צריך לחייב את מירב הזמן ומרצוי בית החולים, אני מדגישה כאן מן אמירה כי מיותר לצינן שברור לך שאני חשבתי שלגנול אנשים ולכלוא אותם ולא לחתת להם אלטרנטיבות, זה לא יפתרו לנו את הבעיה, ההיפך, זה רק יגביר את לחץ השכר. אגב, יש סיבה שיש רפואיים פרטיט. היא גם תורמת לסטודנטים רפואיים. יש פה מעברידי ידע. אני לחולטן מתנגדת לתפיסה הזאת שבאה ואומרת, בוואנו נחשל רפואיים, כי ההצעה שלא לאפשר לאנשים לעבוד מחוץ לבית החולים זה פחות או יותר המשמעות של מה שנאמר פה, אז אני אפילו לא מרחיבת על זה את הדיבור. זה להגיד שלא יתנו חוות דעת שנייה בחוץ. זאת המשמעות, אבל אני לא רוצה לлечת לשם. אני רוצה להתמקד בעניין קיזור התורים, כי ממש אנחנו מגעים וזאת המטרה. צריך לחזק את הנהלות. זה מאוד חשוב.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

בעצם ההצעה פה בעיקורה מחזקת מאוד את השכבה הבכירה של הנהלות בתי החולים. זה בסדר. את הנקודה של קיצורי תורמים ומתן שירות לחולים, אני עדין לא ראייתי איך ההצעה הזאת מטפלת בה, וגם מקורות המימון, אני מוקווה שבאמת חצי מיליארד זאת הערכה סבירה שהיא לה גם מקורות תקציביים.

השרה יעל גרטמן: אוקי". עוברים אלך.

דובר/ת: אני חוזר כל הזמן לפונקציית המטרה. הרि אנחנו לא בוחרים בפועל ט'ימר בגלל שמאחן בעיננו. פונקציות המטרה שלמו זה להשאיר את האנשים הטוביים בתחום המערכת. זה לא רק מנהלי מחלקות, זה כל אלה שתורמים לקיצור תורמים במדינת ישראל. פונקציית המטרה שלמו זה קיצור תורמים. דרך אגב אפשר להציג גם קצת אחרת, פרוייקט לקיצור תורמים במדינת ישראל. הנה הפרוייקט,ומי שחושב שלפרויקט הזה לא יהיה עולה כספית, יש לו עלות כספית. אני מניח שבשלב שבו אנחנו נדון בנושא של המקורות שאנו נשאבים, בסופו נתיישר למה שמדינה ישראל תיתן לנו, אז אם היא תיתן לנו 100 מיליון שקל לנושא של קיצור תורמים, נתאים את הסיפור הזה ל-100 מיליון. אם תיתן לנו מיליארד שקל, אז אנחנו נתאים את זה למיליארד. יש פה איזשהו אומדן לדעתך שהוא מאד זעיר, אבל שולקח בחשבון את פונקציית המטרה ואומר, במסה הזה שההיקף המקסימלי הוא 500 מיליון שקל, כן אתה יכול להשיג שיפור של איזoct, כן אתה יכול להשיג רופאים בכירים בתחום המערכת, כן אתה יכול להשיג קיצור תורמים במדינת ישראל. זו האמירה שלך, ובתנאי שהיא יונחה בזורה מסודרת עם תקציב מסומן. פחות מזה לא, אבל במינימום הזה של סדר גודל של חצי מיליארד שקל פרוייקט לאוני לקיצור תורמים באמצעות פול ט'ימר, אני מוחש שההנחה נכונה סבירה.

דובר/ת: רק העראות אחת, אני מסתהieg קצת מהתקציב הציבוע שיועבר מהאוצר לבתי החולים. איכשהו אני יכול להבין את זה לגבי הנהלה הבכירה, באמת שלא עושים פעולות. זה עוד סביר, כי זו איזושהי הוצאה קבועה, אבל לגבי הpollo ט'ימרים שעוזרים פעולות אחרי הצהרים, אז יש הכנסה שמצויה להוצאה. קופות החולים ישלו את הועלות השולית של הפעולה שלהם, שזה חלק מההעסקה של פול ט'ימר אחרי הצהרים ויהי חלק מהועלות, וזה מחיר יומם אשפוז ותקציב קופות החולים, לא בתקציב צבוע.

דובר/ת: אני יכול הערא קצראה? תראו, המחירנים נראים באמת מפחדים, אבל נזכיר למשל, יש לנו מודלים כאלה שמאושרים על ידי הממונה על השכר בבתי החולים כמו سورוקה. זה מספרים הרבה יותר גדולים מהמספרים שעוזז שם כאן על השולחן.

דובר/ת: נכון. זה יותר מפול ט'ימרים, זה כוכבים.

דובר/ת: אני מוחש שמה שנאמר, יש את הכוכבים. הם לא במשחק הזה.

דובר/ת/ת/ת: היא דיברה על אנשים שהם יהיו פה. סופר כוכבים לא יהיו.

דובר/ת: אני מנסה להבין מי בסוף מטפל בחולה.

דובר/ת: הנה, זה הם.

דובר/ת: 20% של הבכירים?

דובר/ת: לא, לא בהכרח 20. סתם נתתי מספר 1,000. יכול להיות שהמספר הנכון 3,000. אני נתתי רק נוסחה פשוט מאוד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: לא, לא, אני חושבת שהיא התכוונה לומר, ובאמת צריך לשים לב, זאת נקודה מאוד נכון, שיש פה את מנהלי בתי החולים ומנהליה המחלקות. אנחנו צריכים אנשים בעצם בקיצור תורים, שינתחו, ולכן באמת צריך לנתקב את התקציב הזה למי שמנתח.

דובר/ת: ولكن אני חושבת, בשבייל לשים את האימפקט, ההיקף צריך להיות הרבה יותר גדול ולדעתי יש פה הערכת חסר.

דובר/ת: אם תיקח מסגרת של 1,000, זה 500.

דובר/ת: הבניין.

דובר/ת: יכול להיות.

השרה יעל גרמן: זה ברור. הלאה.

דובר/ת: טוב, אז אני רוצה להגיד כמה דברים. אני מקווה שיש לכם סבלנות לשמעו, כי יכול להיות שהזה חשוב לכם כמשמעותם את ההחלטה. להערכתינו לא מעט אנשים מקבלים את ההחלטה לפי מה ששמענו, אבל הנושא הזה עומד על הפרק, לדעתי לפחות, שני עשרים. קודם כל אני רוצה להגיד אחד לגבי הפל טיימר. אני לוקחת את כל הבעלות, גם על המודול וגם על הרעיון, כי הוא נולד אצלי, אך כל מי שעכשיו רוצה לדבר ולהגיד, זה בסדר, הכל טוב, אבל בוואו המודול, גם על המודול עצמו, אולי אפילו אצלי, אז כל מי שעכשיו רוצה להגיד זה לא מה שתכוונו, אבל צריך לדעת את זה. זה נולד אצלי לפחות. גם קובי היה שותף לזה עם כל ההתלבטות וכל מה שהוא. עצם העובדה שצריך או שנכנן להביא מודול של פול טיימר כמובן, בזודאי אני חושבת שהזה נכון, אלא מה, הרבה פעמים כשדברים מתחילהם להתגלגל וליצאת, אתה לפעמים חשוב, אוקיי, הכל טוב ויפה אבל התהרקמו מרחוק עצום מהכוונה ואולי בסוף אני לא יודעת מה זה יתקן, אך אני רוצה להגיד כמה נקודות. אחת, ראיינו במודול הזה חשיבות אחרת. היא לא חשיבות של קיצור תורים. קיצור תורים אפשר להשיג אחרת שaina דרך המודול של פול טיימר. אפשר לשים כספ' במערכת בשבייל הסיסיות. שמעתם את זה מכל מי שהופיע בפנינו, וכמובן ולא תהיה בעיה. כמובן שהזה תמיד תלוי בנושא הכספי, להשיג כספ' יודי במודול יודי לקיצור תורים. כל הרופאים, כל מי שהוא מקופת חולים כללית אמרו חד וחילק, תיתנו לי יותר כספ' בשבייל הסיסיות. אמר את זה דפס, אני אביא לכם את קיצור התורים לפי מה שאותם רוצים. אני חשבתי שהתוכאה שנקבל יכולה להיות קיצור תורים וזה יכול לעזור, אבל צריך להגיד שקיים תורים אפשר לקבל גם בדרך אחרת בלי פול טיימר. אני חשבתי שפול טיימר, המטרה הראשונה שלו הוא לעזור למספר מקצועות שהם מקצועות מוסכמים. אנחנו כן צריכים לתת להם את האפשרויות להשתכר. אני מאד מאד بعد הנושא הזה זה דבר מאד חשוב, כי אם לא, אנשים לא יבחרו במקצועות אלה.

הנושא השלישי, ועל זה יש לי התלבבות. התלבבות נולדה השנה ולא כשחמנו על המודול הזה מלכתחילה, עד כמה אנחנו רוצים את ההגבלה ל佗ר בית החולים. אני רוצה להסביר. אני חשבתי ש.criteriaים להבין שאנו עולמים לפגוע בהיעץ לציבור הרחב. במצבות היום, אלא אם כן אנחנו פותחים את כל הסדרי הבדיקה ללא שם הגבלה, ברגע ששמננו רופא ומרנו, אתה רק בבית החולים בילנסון, אנחנו יוצרים מצבים שאף אחד שלא יכול להגיד לבילנסון, אם זה בגל הסדרי הבדיקה, אם זה בגל משהו אחר, לעולם לא יפגש אותנו.

השרה יעל גרמן: איפה הוא פוגש אותו היום? רק באסותא.

דובר/ת: נכון, אבל זה לא משנה. הוא יכול לפגוש אותו באסוטא וعصיו הוא לא יכול לפגוש אותו בכלל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השרה יעל גרמן:

דבר/ת: אם אנחנו פותחים את הסדרי הבדיקה ללא שום הגבלה, אז מה שאינו הולכת להגיד עכשו לא תהיה בעיה, זאת אומרת שרופא ששמע שהאורטופד הכי טוב לענייני ברכיים נמצא באסף הרופא, יוכל ללתת לאסף הרופא כי יש לו זכות בחירה, הסדר בחירה רגיל וכולם יודעים את זה. מה שאינו אומרת עכשו זה לא סתם. אם הסדרי הבדיקה פותחים, אין לנו את הבעיה של הפול טימר. כל מי שרצה, אף לפרופ' איקס, הולך אליו והכל בסדר, אבל אם אנחנו לא פותחים הסדרי הבדיקה לחלווטין, ורק אני רוצה להגיד שהזה קשור לזה, צריך להבין שאם היום יש ממציאות שאתה יכול לפגוש את פרופ' X או בבית החולים Ci קיבילת הסדר בחירה, או אתה משלם. הלכת אליו כי אתה ידעת שהזהści חשוב לך, אתה יכול ללתת היום לאססתא. אם אתה אומר לו מחר שהוא בזה, אתה לא יכול, אך צריכים לשים לב לזה. זה לא דבר שהוא פשוט. אני רוצה להגיד לכם שהזה משווה שלי עליה רק תוך כדי הדיונים האלה. אז זאת נקודה.

דבר/ת: במה זה שונה מחייבך?

דבר/ת: לא אמרתי שהזה שונה, אמרתי שהזה שונה מה המצב היום. קודם כל היום אם אתה רוצה מורה מסוימת, אתה יכול לעשות מורה פרטיאי אחריו הצהרים. אין אף מורה במדינה הגבלה לתת שיעורים פרטיים. זה דבר אחד. אנחנו מדברים על שיעורים פרטיים. הדבר השני, אתה מרעט את המצב מה המצב היום של הציבור, לא של הרופאים. זה מנוקדת מבט הציבור, לא מנוקדת מבט הרופאים מה שאמרתי עכשו, כי זה לא קשור לכיסף. אני לא דיברתי על הכסף. אז זה דבר אחד ואני רוצה להגיד עכשו אני רוצה להגיד משווה לגבי הסיפור של הפול טימר. אין ספק שבסוף היום הרבה מסתובב על הקטעה הזה של כמה כסף יהיה הפול טימר, ואני לא מציעה שהוועדה הזאת תיכנו ותקבע סכום'A, סכום'B או סכום'C. זה לא נכון, זה צריך להיות. כמובן שכל הדברים בעניין הזה נקבעים בהסכם ואז ככלים יש מה להגיד בעניין הזה, זה צריך להישאר בדבר הזה. בסוף יש גם פתרון מעשי.

השרה יעל גרמן: גם אני לא כל כך מבינה אם את بعد או נגד. זה נראה לי נגד אבל עוד לא שמעתי.

דבר/ת: הפתרון המעניין, תבוני עליי בעד במוגבלות מסוימת. אני כבר אמרת את זה. אני ממש לא הייתי רוצה, אני לא חשבתי שהסוגיה של הפול טימרים היא צריכה להיות של מנהל בית חולים, הוא זה שמחלית. אני חשבתי שהזה צריך ללכת יותר לגבי מקצועות וזה דוקא צריך להיות כן מרכז בעניין הזה. אני חשבתי שהדבר הוכחן ביותר, לשים מודל בתוך המערכת ולא להגיד עכשו שהוא דרמטי, זה שנחננו בנושא הזה נחליט שנחננו עושים בדיקה והולכים בהדרגות, שבאים ואומרים אנחנו מזהים מספר תחומים, מספר מקצועות, באו נשבע ונחליט עליהם איך זה עובד ומשם יוכל ללמידה ולראות האם צריך להרחיב את זה לכל המערכת, לא להרחיב את זה לכל המערכת, כן רצים, לא רצים את זה. זה מה שאני רוצה להציג בתור רעיון.

דבר/ת: לגבי המקצועות הוא אמר במפורש שהזה דיפרנציאלי ולא בכל התחומים.

דבר/ת: אני אמרתי שאין לא רוצה שמנהל בית חולים יהיה זה שיחלית את זה. מאוד חשוב בתורים, אבל שראינו שההתפלגות היא עם זנב ארוך, אני היתי לוחחת איזה אחוזון 90 או משהו צה רק בקצת, להראות בכל זאת כמה כולה יש תורים מאד מאד ארוכים.

דבר/ת: אנחנו הצגנו במחקר שלנו על זמן המתנה בקהילה, כשהציגנו את זה אז כולם אמרו, מה, לא יכול להיות, כי יש זמן המתנה בקהילה, ועוד עברנו לאלה שמתנים יותר מחודש, שם הביעות, של אלה שמתנים יותר מחודש.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: הנושא הנוסף שרציתי להעלות אותו ולהגיד שאנשים לא שמים לב אליו, שהתחרות של הרופאים היום בבתי החולים מתחילה להיות יותר ויותר לא התחרות של הרפואה הפרטית, אלא התחרות של הקהילה, ואנחנו מוצאים יותר ויותר מצב רפואיים לא רצימים להישאר בבתי החולים או רצימים להוריד את האחזים בבתי חולים כדי לעבוד בקהילה.

השרה יעל גרמן: כי הם מקבלים שם משכורת יותר גבוהה.

דובר/ת: נכון מאוד, משמעותית יותר, ולכן אנחנו צריכים לזכור בכך כמה דברים. אם תוסיף יותר מדי מגבלות לתוך הרופאים של בית החולים, בקהלות הרבה הם יעברו לנושא של הקהילה ואני לא רצימ גם את זה, ולכן המגבליות של הפולטיים זה לא כמו אנשים חשובים, פול טיימר זה או אסוטא או בית החולים, אלא זה הרבה מאוד קהילה. קהילה זה גם אורטופדייה, גם כירורגיה, גם גסטרו, כל הדברים האלה.

השרה יעל גרמן: זאת הערא מאד מאוד נכון, כי כשקופות החולים באות ובוכות שאין להן כסף, אנחנו צריכים להזכיר להן את המשכורות המאוד גבוהות שהם משלמים לרופאים, יותר גבוהות מבתי החולים. כשאני באה ואני אומרת לכם שאתם יכולים להתייעל, הם כועסים עלי.

דובר/ת: אין ספק שאחת הביעות היום במערכת זה השכר שיש לרופאים במקצועות מסוימים. בהחלט אין שאלה בכלל.

דובר/ת: אני אומרת שאנו צריכים לזכור שכשאנו רצימ לדבר ולעשיות מגבלות על פול טיימר, אני חשובת שאנו נדחוף רופאים לлечת למוקומות אחרים שאנו לא בהכרח רצימ אותם, ולכן נתיחס לכך מתחם סוג ההערות, ואני כבר אמרתי את הפטון אבל צריך לחזור להגיד כמה דברים. כתבתם שהוא דרך בית החולים. אני בטוחה שתואתם לא התכוונתם בדרך כלל התכוונתם אישור בבית החולים, כי אתם לא התכוונתם בהכרח, ואני לא רואה אף קופפה שתסבירים שהיא תשלם לבית החולים ובית החולים יהיה זה שילם את הכסף לרופא. זה ממש לא ילו.

דובר/ת: רופא שעבוד מהדסה בכללית, הוא מקבל תלוש אחד.

דובר/ת: נכון.

דובר/ת: אני שמחה שתואתם כולם יודעים וכולם עושים את הדבר הזה. יש מצב שמקבלים את זה דרך ויש מצב שרק מאשרים ולא מקבלים דרך, וזה בגלל סיפור התקורות, ובוואו נשים לב על מה אנחנו מדברים. אם אתה אומר לו שהוא יעבד בחוץ וישLEM תקורה בבית החולים, אז הזקמו מאוד לרופאים ולא זאת היתה הכוונה. אז אכן אני אומרת שכיוון שפה זו לא סוגית הדסה, שהדסה מקבלת תקורה עבור העובדה שאתהעובד בחוץ וזה לדעתי לא מה שתואתם רצימ פה לעשות בקטע הזה, כי זה לא התמrix בעניין הזה, אך אני אומרת מה שחשוב שבית החולים ידע ויאשר את זה. אני מקווה שלא התכוונתם בקטע הזה, זאת בכלל סוגה אם כן זה צריך להיות שבית החולים יעשה את זה.

אני רוצה להגיד משהו, וזה למשהר, כי הבעיה בקטע הזה שתואתם מבינים שהמשא ומתן שיתחיל להתנהל יהיה בין בית החולים לבין קופת החולים ואני משניהם פה את כל המודל של המשא ומתן ושל הדינמיים.

דובר/ת: לא, אני לא חשב שזו הכוונה.

דובר/ת: אם זה דרך בית החולים, זה מה שיקרר.

דובר/ת: זה דרך בית החולים.

השרה יעל גרמן: זאת שאלה. היא צודקת. אני גם רשותי את זה כ שאלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: אתה יכול לצייר מצב של פול טיימר שבו הרופאעובד בקהילה או לפעם שולחים את החוליםhim לקהילה והמרפאה נמצאת גם בבית החולים, וזה צריך להיות רק בהסכמה. מה זה אומר? רופאים, יש להם את היתרונות. למשל הוא לא צריך לנוהל מערכת חשבונות ולא צריך להעסיק אחות ולא צריך להעסיק מזכירה. תמורה זה הוא עובד בבית החולים, מקבל את המשכורת שלו ובית החולים עונה את המשא ומתן עם הקופות. זה בסדר גמור.

דובר/ת: בתרור אופציות הכל בסדר. פה לא כתבו אופציות, רבותי. זה מה שרציתי להגיד בסוף. אתם אמרתם שהזה אופציות אבל הדברים בסוף היום זה הדברים שהם מוכתבים. אם כתובים ללא התניה אבל אתה בא ואתה אומר, בשבייל לקבל תפקיך שאתה רוצה אותו או לא רצחה אותו, אתה חייב להיות פול טיימר, אז אתה - - -

השרה יעל גרמן: לא נכנס לזה.

דובר/ת: בסדר, אז לא נכנס. בקיצור, אני אסכם בשלושה משפטיים. אני חשבתי שאנו צריכים להגיד שני דברים: אחד, שאנו חשבים שהזה חשוב שיש להמודל של פול טיימר במערכת. זאת אמרה מאוד ממשמעותית. שניים, אנחנו חשבים שיש מספר מקצועות ומספר תחומיים שאפשר להתחיל היום בבוקר עם הנושא של הפול טיימר ועל כל השאר צריך לשבת ולראות ולגבש וללמוד את זה, איך זה נעשה, לפי המנגנוןים הרגילים והלא רגילים. לדעתי זה יפתור לנו את כל הבעיות. אם אנחנו נctrיך עכשו על כל דבר לשבת ולהסביר, אני לא יודעת. חלק מהדברים עולים תוך כדי. גם בתור מי שחייב על פול טיימר, יש דברים עדיין שיכולים להיות מאוד מאוד בעייתיים לכך ולכאן. לדעתי אמרה זאת, שהזה חשוב מאוד ממשמעותי, כי כל השנים המערכת לא רצתה את הפול טיימר. כל הדברים האוצר לא רצה פול טיימר. כבר יש פה שינוי מאוד ממשמעותי.

השרה יעל גרמן: זה היבט שכר ממשמעותי. זה תוספת תקציב.

דובר/ת: נכון, וזה מאוד ממשמעותי. גם אם אנחנו לא אומרים שהיחסים את כולם אלא מתחילה בצורה יותר קטנה, זה גם יכול לפתרור את בעיית התקציב.

השרה יעל גרמן: יש לי שאלת אליר. את התחלת ואת אמרת בצדק שהמטרה שלנו היא לkür תורים, וזה המשכנת אמרת, אבל מבחינתי לkür תורים אפשר גם בסיטואות. בהנחה שכולנו כאן סביב השולחן, המטרה היא באמצעות קיצור תורים, לא פול טיימר. זו לא מטרה, זה אמצעי, אז אני רוצה לשאול אותך, אם את באה ואת אומרת שבסיטואות יכולות להשיג את אותה המטרה, אז למה צריך פול טיימר? גם בסיטואות את יכולה לתת לרופא שאת רוצה להשאר אותו, כמו למשל למילדי'ד, אז למה צריך בכל פול טיימר? אז אולי בסיטואות זה רעיון יותר טוב ואולי אפילו יותר יעיל. זאת שאלת שתיכף נctrיך להעלות פה כדי לקבל החלטה.

דובר/ת: פול טיימר לטעמי לא נועד בשבייל קיצור תורים. חד משמעית לא צריך אותו בשבייל קיצור תורים. זאת תשובה אחתeki פשוטה, הכני נcona בעניין. יש מיליאון מודלים אחרים להשיג את זה. לגבי מה שרצים להגיד, אם מישחו חשב שההזדמנות הזאת שאנו נסיף את הסיטואות, נקרה לו פול טיימר ונגיד לו שהוא לא יעבד בחוץ, אך במקום לעשות משהו טוב, עשינו משהו רע. בסוף היום צריכים לזכור שאנו צריכים צרכיים גם שייתוף הפעולה מרצון, לא רוצה להגיד שיתוף פעולה אחר, מהרופאים. אם יחשבו שהיא שעשינו עכשו פה, נתנו להם משהו ועשינו להם משהו לא טוב, לא נקבל את הנושא הזה.

השרה יעל גרמן: זאת אומרת הרופאים פוחת ירצו את הסיטואות וייתר את הפול טיימר.

דובר/ת: אני לא יודעת.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

אבל היא העלה פה רעיון עקרוני, להתחיל באיזשהו מודל שהוא מצומצם, צנוע, ולראות איך אנחנו

דובר/ת:

מתקדמיים.

מודל שمدבר על מקצועות.

השרה יעל גרטמן:

ספציפיים, זאת אומרת לא لكפוץ ישר למים, אלא בצורה מדורגת.

דובר/ת:

אבל ממש הבחירה הייתה רק איפה שיש צורך זהה.

דובר/ת:

למודל שבו זה אחת האפשרויות, לא חיבים להחליט ססיות, פול טימר. זו אחת האופציות שנמצאות בידי מנהל בית החולים כדי להעלות את התפקידות שלו. רפואיים יכולים להחליט שטוב להם או לא מתאים להם. בית החולים גם יכול לשים-tag מחיר שטוף תחת ואולי לרופא מסוים זה יתאים ולרופא אחר זה לא ייתאים. יש איזושהי התנגדות למודל זה?

דובר/ת: התשובה שלי היא לא, אבל אני רוצה להסביר. אני אומרת, בוודאי שכשגדלים אצלו את הכלים זה בסדר, אבל כשאתה מגדיל סט כלים, אתה חייב וזה הרבה יותר מסובך, لكن אני אומרת, בתוך ההסכם להבטיח זהה נובע כמובן גם מהנקודות המתאימות, אבל יותר מזה, זה יהיה מאד חשוב לראות שזה לא אפליה. אם שמים משהו כל' שי' והוא יכנסו ההסכם ובהסכם יחולטו, אולי יחולטו איך זה הולך ומה לבחירה, אז זה בסדר, אני לא שוללת. ככל שיש יותר הייעץ על השולחן, זה יותר טוב. העבודה שלא היו כל' משחק, לטעמי גרמו לרבה מאד בעיות במערכת, כולל כל' משחק. כל' המשחק צריכים להיקבע. העבודה שלא היו כל' משחק, לטעמי גרמו לרבה מאד בעיות במערכת, כולל העבודה שבגאל זה נוצרים כל מיני גופים ליד, שם רוצים לשחק ללא כללים. אני מדברת על תאגידי הבריאות, אם זה לא היה ברור.

הם לא צריכים הסכם קיבוצי, התאגידים?

דובר/ת:

אני בדוק רציתי לדבר איתך עכשו על זה.

דובר/ת:

התשובה היא לא.

דובר/ת:

השרה יעל גרטמן: אני חשבתי שהוא די מרכזה את הדיוון, כמו שאמרתי, בהנחה שאנחנו מדברים על קיזור תורים, מה שאני מבקשת כרגע זה לעשות סבב ולשםוע מה דעתכם, האם באמת פול טימר זה האמצעי שיביא לנו לקיזור תורים או שמא ססיות או כמו שכרגע הוא אמר, אנחנו מציגים את המטרה - קיזור תורים או כל רעיון אחר. אני רק מבקשת שאנו נתרכז, זאת אומרת פול טימר כאמור כמעט ולא כמטרה. בבקשה.

דובר/ת: אין לי בעיה, אפשר לקרוא לו פול טימר. אפשר לקרוא לו משה זוכמן. אין לי בעיה. אפשר לקרוא לו מקצר תורים. אין בעיה שקרה איך שאנו רוצים לקרוא לו בישראל. באו נשים את הכל' על השולחן. רשותי, אנחנו ועדה לחיזוק הרפואה הציבורית. זו وعدה רק לקיזור תורים. זו وعدה לחיזוק הרפואה הציבורית. תורים הם, מישחו אמר סימפטום. אני אפילו מחמיר יותר. זה סינדרום, זה תסמונת מאוד חשובה, כבדת משקל. לדעתך קיזור תורים הוא מאוד חשוב. אפשר לקצר תורים בתקציב יעדוי לשנתיים-שלוש. ראיינו את הפרטומים בספרות. זה קיזר אבל לא החזק מעמד. אני מוקן גם להתאפשרות שיהיה התקציב לקיזור תורים, אבל הרעיון הזה זו שעת כשר לוועדה. זו שעת כשר לשירותי הבריאות בישראל, לצאת מהקופסה, פשוט מאוד לצאת מהקופסה ולנסות ולישם את הרעיון. הרעיון הפיך. באמת אפשר להתחרט אחרי כמה שנים. אם אתה מכניס רפואיות בתקן מערכת ציבורית זהה יתערב, קשה לך לדווח את זה מהה. פול טימר אחרי 3,4,5 שנים אתה יכול


לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

באמת להגיד, לא הצלחתי, או אתה יכול לשנות את השם שלו. אני חשב ששווא לנסות את זה. אפשר גם לעשות פילוט ולראות לאן זה הולך.

דובר/ת: אני חשב שיש הרבה סיבות למה הייתי רוצה לראות רופאים בבית החולים הרבה שעתות,

מחויבים להיות שם מהבוקר עד הערב. קיצור תורים זה אחד מהם, אבל אני חשב שהריך ערך הרבה יותר חשוב. אני חשב שאם הרופא יהיה שם מהבוקר עד הערב והוא יהיה מחויב למקום הזה כמקום העבודה העיקרי, זה הרבה יותר מאשר קיצור תורים. כמו שלאה אמרה, יש עוד הרבה מודלים שגם יכולים להיות יותר זולים, משמרת שנייה, 55% יותר. זה חשוב מאוד, אבל אני חשב שકצת בועדה פספסנו שאנחנו יותר מדי מדברים על קיצור תורים כמעט המטרה העיקרית והיחידה. יש הרבה מאוד בעיות אחרות. רופא שנשאר כל היום, זה מקום העבודה שלו, הוא רואה את החולים שmag'יעים קשיים בשעה 18:00 ולא רק בשעה 00:13:00 בצהרים, הוא נמצא עם הסטודנטים כל היום, הוא עונה סיבוב במחלקה בשעה 17:00 לראות את החולים, כי הוא נמצא שם, וכן שקצת בועדה פספסנו שאנחנו יותר מדי מדברים על קיצור תורים כמעט המטרה העיקרית והיחידה. יש הרבה מאוד בעיות הללו. זה ערך אדיר להשאיר את הרופאים הרבה שעתות בבית החולים, ואם בזמן זהה הוא גם מנתח ומזכיר תורים, אז הרוכחנו כמה וכמה פעמים, لكن אני מאוד בעוד הרעיון הזה כרעין שאנחנו רוצים לקדם אותו. צריך לזכור שהוא עולה כסף והוא יעלה לדעתו הרבה כסף. אני הייתי רוצה לראות אותו לא רק באוטם מקרים שבהם צריך קיצור תורים. אם תגידו לי שבמחלקה מסוימת, עורך, חשוב שהיה רופא טוב בעבר לראות עוד את החולים וכדומה, גם שם אני רוצה לראות את זה. זו אינה דמות או דמויות שנמצאות שם כל הזמן ולא רק באוטם מקומות שנמצאים היום במצוקה של תורים. זה שניי בכלל בחשיבה של מהו הרופא, מה המחויבות שלו על מקום העבודה. דיברנו באותו על עבודות שמראות שאם אתה מרכז את כל העבודה שלך במקום אחד, יש פה יתרונות. אתה עובד עם אותו כוח כל הזמן, אתה מכיר את האנשים, אתה לא רץ לכמה מקומות. זה נותן רפואה הרבה יותר טוב, שירות הרבה יותר טוב. אני מאוד בעוד הרעיון הזה. אני אומר שהוא עולה כסף.

לשאלת האם חייב אותו רופא לעבוד באותו מקום ולא להיות עובד במקום אחר, פה באמת יש הרבה דקויות. אז להנלה נראה לי שהוא נכן, אבל צריך לזכור, אם אנחנו אומרים לו שאין לך אופציה נוספת, יש לך מחיר, כי ככל זאת הוא מותר על דבר, וכשהאתה אומר למשהו לוותר על משהו, יש לך מחיר כבד והשאלה האם בغالל המטרה הזאת שאנחנו לא רוצים שהוא יעבוד במקום אחר, אנחנו אומרים לוותר על משהו, מקללת משהו במודל הזה של הפולטיימר, שהוא כבר לא יהיה מחויב, אז צריך לחשב על זה, אבל רק צריך לזכור שהעבודה שאנחנו אומרים פולטיימר, המשמעות הזה, יש לה מחיר. פולטיימר, האם זה שהוא מחויב באופן מלא לאותו מקום או שהוא נמצא מלא באותו מקום אחד. זה לא אותו דבר. המילה פול – יש לה שתי משמעות. משמעות אחת זה שהוא נמצא הרבה שעות באותו מקום אחד, אבל עדין יכול אולי ליצור עוד דברים. או שהוא מחויב רק למקום אחד ואסור לו לעשות דברים אחרים. לאופציה השנייה יש מחיר. אני חשב שכנהראה להנלה אולי צריך ליכת על זה. אפילו שם בغالל המחסור במנחים והעבודה שאתה בעצם אומר לו, בغالל זה אתה כבר לא יכול לעשות דבר אחר, יכול להיות שאתה מפסיד מה מנהלים טובים. זה מחיר כבד, لكن אני לא בטוח. זו נקודה שנייה. אני בהזה לא סגור. אני לא מת על הרעיון של לאסור עליו דברים אחרים, אבל אני מת על הרעיון שנייתן לו מספיק עבודה בבית החולים כדי שהוא לא ירצה ליכת למקום אחר, אבל לא לחיב.

אולי משפט אחרון שאני חייב להגיד אותו, טיפה חריגת אבל הוא קשור. אנחנו שומעים מדי פעם את האמירה הזאת, תראו, למורים אסור לעבוד במקום אחר, לאנשי צבא אסור לעבוד במקום אחר, למה לרופאים מותר? כל מערכת, יש לה את האילוצים שלה ואת הימורנות שלה ואת החסכנות שלה. אם תגידו לי עניינית למה לאסור על רופא לעבוד בשני מקומות, אני מוכן לשמעו, אבל רק בغالל שבמקום אחר אסור וזה התשובה העניינית? מורה, יש לו לשושה חדשניים בשנה חופש. איש צבא יוצא לפנסיה בגין מסומים. כל אחד, יש לו את היתרונות ואת החסכנות. בואו נתמקד בעניין עצמו, למה כן, למה לא, אבל אני לא חושב שהריך נכון להגיד, בغالל שלו אסור אז גם לו אסור. זה פשוט לא נראה לי נכון.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: אני רוצה להתייחס לשאלת השרה. אני חשב שהນקודה היא לא קיצור תורמים, הנקודה היא שיפור הרפואה ואני רוצה לתת את הדוגמא האישית שלי. אני רופא ילדים. אני נהגת לעבוד בโรงพยาולים. אני אתן מספרים. מקבל להתמחות במנהל רפואי עבדתי 11 שעות בשבוע. קיבלתי 24,000 בراتו על הדבר הזה, זאת אומרת זהה יצא לי לשער 2,000 שקל. חשבו שאני משוגע. עברתי לעבוד בחדר מין כי זה מה שאני אוהב, להיות רופא רפואי דוחפה. אני מקבל שם לערב שהוא טיפול רפואי מ-16:00 עד 23:00, אני נשאר עד 2:00 בלילה בדרך כלל, אבל אפילו אם נעצוב את זה, אני מקבל 700 שקל. זה יצא בבדיקה תשיעית מהמשכורת. מהסיבה הזאת, בשערן צדק שהוא המין הכל עמוס בירושלים, רק שניים עד שלושה ערבים בשבוע יש רופא בכיר בערב. זו בדיק המשמעות. כמעט 90% מהרופאים היי מעדיפים לעבוד כפול טימרים ולעבוד במין. בשליל זה אנחנו למדנו רפואי, לא בש سبيل לקחת משטח גרון, וזה דוגמא. אני חשב לכך שההתמורות בקיצור תורמים היא לא לב העניין. תארו לכם כמה חיים אפשר להציג. זה לא צחוק, זו לא מליצה.

השרה יעל גרמן: שתי הערות שלכם באמת מאירות. הלאה.

דובר/ת: רק רציתי לומר ללא שימושי שברפורמות מאד גדולות, ככלומר הלכנו על הרבה_CIונים בוועדה ופה ושם הרגשתי שאנחנו צריכים גם לשים קצר סייגים למאהי הנפש שלנו, אז היא אמרה, מה פתאום, זה צריך להיות חזון זהה, ועכשו בדבר יחסית קטן של פול טימר, אז צריך איזה פילוט קטן שמתחלים איתנו.

דובר/ת: הסיבה שאני תומך בפועל טימר זה לא כי זה רק לkıוצר תורמים, אלא זה גם לkıוצר תורמים. אני חשב שהפועל טימר זה מודל שנותן יותר מטרות מאשר ססיות שנותן מענה רק לדבר אחד, וכך אני חשב שאנחנו מדברים פה על משהו שהוא הרובה יותר רחב מקיצור תורמים. לקובי רק תשובה - הסיבה שאני מפדר בין ניתוחים לבין חוות דעת שניתנות זה מכיוון שאנו לא ארצת שהפועל טימר יעשה ניתוחים, מכיוון שלניתוח יש אפקט שלילי על המערכת שבה הוא עובד, על המחויבות שלו לבית החולים, להבדיל מחויבות דעת שנייה שאז באמצעות רגולציה ופיקוח أولי עוד יוכל ליציר את ההפרדה הזאת.

השרה יעל גרמן: יפה מאוד.

דובר/ת: אני מתחבר לקובי, מתחבר לעדי. הגדרנו את המטרות. אמרנו, גם אתה רוצה נוכחות. אתה רוצה הוראה, אתה רוצה מחקר, אתה רוצה דרך אגב דמות חינוכית שתישאר שם ותשפיע גם על הסטודנטים והמתמחים. זה גם כן ניהול יותר טוב, יעילות יותר טובה, גם יכולות ו��ים להיות אמורים נוספים. יכול להיות שאנחנו נאמר, זה מגנון אחד שאנחנו שמים בו את המטרות האלה.

השרה יעל גרמן: ברור. יהיה גם את העניין של התמהyor שדיברנו עליו.

דובר/ת: כן, ואחרי זה יש לנו גם פרויקט של קיצור תורמים אשכלה, שבו נבוא ונאמר, ב-א', ב', ג' ו-ד' שבו יש 187 ימים של המתנה, הייתי רוצה באופן נקיודי לעשות פרויקט קיצור תורמים ולשלם שם פי 3 או פי 4.

השרה יעל גרמן: כן, זה ברור.

דובר/ת: מעבר לזה שיש מטרות נוספות, אני חשבת שדווקא לשאלת הספציפית לגבי קיצור תורמים זה בסוף עניין של היקף ובשביל לייצר אימפקט שמדוברים עליי, אם רצים באמת שהיא מעבר למטרות הנוספות שדיברנו עליהם, באמת תהיה תוכאה של קיצור תורמים והאפקט הזה יתגלה לחולים, הכל זה עניין של כמה פול טימרים יהיו בסוף המערכת. זה צריך להתנסות במודל ולראות מה עובד ואיפה הצללים, אני לא מדברת על הדרגות של ההכנסה, אבל היקפים פה יכתבו ולהיקפים יש משמעות כספית אדירה. אני לא אומרת שלא שווה לעשות את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השתה יעל גרמן:

דבר/ת: לא, אני אומרת שבאו נבון שבשביל לקבל את האפקט של פול טיימר שככלנו מוקווים, צריך הרבה פול טיימרים. זה לא יכול להיות מעט מאוד שיעשווים רק בהנאה הרכבה. אתם רוחים הרבה מאוד פול טיימרים, זה עולה הרבה מאוד כסף וזה צריכה להיות החלטה והבנה לשלם הולכים.

דבר/ת: אני גם מצטרפת לרעין של הפול טיימר, לפחות לנשות. כמו שאומרת לך, يولיה רוצה לлечת בגודל. אני חושבת כמו לך, שבאמת צעד אחריו צעד עם מתווה, עם תכנית, עם זה שכן נשיג תקציבים, אבל הכל שיהיה מתוכן תור בדיקה ואז נסיק את המסקנות בהמשך.

השתה יעל גרמן: אוק''.

דבר/ת: שתי הערות קצרות. אחת, צריך לזכור שבתוך מערכת הבריאות זה הכולם. פסיכולוגים, אחיות, פרא רפואיים יכולים לעבוד גם בחוץ, לא רק במסגרת הציבורית, גם כשם במשרה מלאה. רק שנים ל. זה לא רק רפואיים. כשהם מדברים איתך על מורים, אז דברו גם על המערכת הזאת. דבר שני, הזכות של רפואיים זאת זכות שהיא מעוגנת אצלם הקיבוצי, והמשפט האחרון, רק שתביני, אין לי בעיה עם חזון גדול. אני אגב חושבת שגם הרבה מאוד דברים אנחנו יכולים לлеч עקב הצד אגוד.

השתה יעל גרמן: יש לנו פה קונצנזוס סביר השולחן לגבי הפול טיימר. באמת הערות היו מאוד חשובות, שבאמת הפול טיימר לא נתנו לנו רק קישור תורים אלא נתנו לנו גם השבחת איות הרפואה, היישורות של רפואיים במשך זמן רב בתוך בית החולים, להזק את הרפואה. זה אולי באמת יותר מכל מה אנחנו דיברנו, זה בוודאי מחזק את הרפואה. אז קודם כל זאת ההסתכמה. אני חושבת שאנו עדין לא גמורים ולא דיברנו לגבי מה אנחנו מאפשרים לפול טיימר, האם אנחנו מאפשרים לרופא פול טיימר לעבוד רק במגזר הציבורי ככלומר בקופות חולים או האם אנחנו גם אומרים, אוק'', בסדר, אתה יכול גם לחתום חנות דעת רפואית שנייה במגזר הפרטי בתנאי שאתה אחר כך לא תלקח את אותו אדם ולא מטפל והוא במגזר הפרטי.

הוא מעריך את הערה שהיא לדעתו דומה מאוד להערה לגבי התקציבים. בא ואומר, אבל זה לפתח את הסכמי העבודה של העובדים. חברות, זה בדיקן כמו אנחנו אומרים, זה לumed מול האוצר ולבקש עוד תקציבים. אם אנחנו באים ואנו אומרים שאנחנו חשובים זהה חשוב, ויש מקום לבוא ולבקש עוד תקציבים. מה זה משנה? למה פה כן ופה לא? השאלה הזאת צריכה להיות יכול להיות, ממש כמו שיש מקום לבוא ולבקש עוד תקציבים. מה זה משנה? ומה פה כן ומה פה לא? השאלה הזאת צריכה להיות אקוויילנטית לשאלת האוצר. בסופו של דבר צריך היה להגיע לכמה שיתור הסכומות. אי אפשר היה לא לעבוד בניגוד להסכמים ולא לעבוד בניגוד לאוצר, لكن להאה ופנור, עדי, ספי ואורי יושבים, וכמובן צריכים לקבוע מתי יושבים.

(המשך צהרים)

השתה יעל גרמן: לפני שדורון יתחיל, אני אומר כמה מיל'ם. אנחנו באמת הסתובבנו סביב הנושא הזה כל הזמן, עם זאת אני מאמין שאנו טיפלנו בעיות האמינות של המערכת. זה לא קפינו למים הסוערים, זה לא פירק את הספינה שלנו. אנחנו מגיעים למים הסוערים כשאנו, אני חשבתי, מאוחדים, כשייש לנו תמיינות דעים לגבי מרבית הנושאים. אני חשבתי שיש אויריה טוביה וכבוד הדדי וזה מאוד חשוב ולא בצדק השארנו את הנושא הזה לסופ'. הוא אפילוقالה שחייבים ציר להשאר את זה לעוד כמה ימים, אבל אין ברירה. אם אנחנו רוחים לעמוד בלחן הזמן, אנחנו חייבים לפרק למים הסוערים והקרים ולנסות לצאת משם עד יותר מחוסנים, כך אני מוקוה. אנחנו נשמעת שני הצדדים. יש לי בקשה, אני יודעת שאלה נושאים שנוגעים ממש בלב ליבו של כל אדם וישנם אנשים שהם ממש האידיאולוגיה שלהם, האם מאמין שלהם, לחייב כל מי שמדובר. אין ציניות. כל



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

אחד מדבר במלוא הרצינות ובמלוא הכבוד וمبין שכל מי שאומר משהו אחר, האخر מאמין בו, ממש באותה מידת שאני מאמין בשני. שיהיה בהצלחה.

דובר/ת: בקשה לי אליכם בהמשך לדין של הבוקר. את אותם הקבצים הכתובים של הדיון על ההסכםות, אנה תחזרו לי או שתבטיחו לי שזה לא מתגלל הלאה, כי זה גם בלאו כי לא הנוסח הסופי. זה אחד. שניים, מכיוון שהמהות של הדיון, שהולכים לדבר על הרש"פ, אך בעצם בין היתר המודלים שהוצעו זה המודל שנקבע המודול שהוצע על ידי יוליה, יוג'ן, קובי, אז ככה להכניס אתכם בחזרה לאותוירה. אני לא חשב שקובי צריך לחזור על כל המודול כולו, אבל אני חשב שבתוור פтиחה לדין וגם מן הטעם שמחיר קובי לא נמצא איתנו, אז אני, בוא תפתח אתה. הוא זכה במכרז להיות אחריך, ומשם נמשיך.

דובר/ת: אני אומר כמה מיללים. אני מניח שזה יהיה דיון, אז אחרי זה אני אדבר יותר ואחרים ידברו. אני אתחיל מנקודת המוצא שלי. נקודת המוצא שלי שרפואה עליה הרבה כסף ותודה לאל או טוב שהזאהה הזה היא הזאה מוצדקת לפיק מה שאני מכיר מהספרות ומה שנעשה גם בארץ וגם בעולם. אני חשב שיש לי שתי תובנות שהן נכונות כנראה לפיק מה שאני מכיר. בריאות זה דבר שעולה כסף והואולך לעלות הרבה כסף בשנים הקרובות בכל העולם לא רק בישראל, וזה הזאהה נכונה, כמובן זו הזאהה שהיא לא על דברים שהם עולמים הרבה הרבה ולא נוטנים הרבה. זה דברים שעולמים הרבה ונוטנים הרבה ואני חשב שמערכת הבריאות בישראל, לא משנה כמה היא תהיה עיליה, אם היא רוצה לסתת רפואיות, ואני מדבר על המערכת הציבורית מוקובן, תידרש לרבה מאד משאבים ואני חשב שאנחנו צריכים לתת את זה. אני חשב שזה לא רק תוצר יותר גדול, באמת שלא. זה נתן איקות חיים, זה נתן אורח חיים, זה נתן שלווה, זה נתן הרבה מאד דברים. קשה היום לחשב על הרבה השקעות ציבוריות שהן כל כך "משתנות" כמו השקעה בבריאות, אם אנחנו יודעים למדוד נכון את התשואה, ואני חזיר ואומר, התשואה בעיני זה לא עוד תוצר או עוד יומם עבודה, אלא איקות חיים אחרת. لكن אני חשב שאנחנו יידרש לרבה משאבים. אני חשב שלמערכת כמו שאני רואה אותה, הציבורית, יהיה קשה להשיג את המשאים האלה ואני חשב שצריכים, ואני חייב להגיד את זה לפני שאני מדבר על הרש"פ או על רפואה פרטית או איך שאתם רוצים לקרוא לזה. אני אמרתי ואני חזיר ואומר את מה שאמרתי כמו פעמים. תנאי ראשוני והכרחי לכל מה שאנחנו מציעיםפה בכל המודלים, זה שהמערכת הציבורית תתחייב בצרפת מאוד ברורה לתוספת משאבים קבועה, ברורה, שתגיעה למערכת הציבורית. אני לא חשב שהמקור העיקרי צריך להיות רפואה פרטית או טיפול. המקור העיקרי וגדול בהרבה מאחרים, זה רפואה ציבורית שבאה מסוף ציבורי, אם זה מנגנון האוטומטי שגבוי ואני הצעם, אם זה מנגנון אחר, אבל זה חשוב שיאמר מה שזה ענייני הכרחי לשיקומה או להשתארתה או לשיפורה של המערכת. אני חשב שבנוסף למנגנון הזה צריך ואפשר להביא עוד כמה משאבים למערכת. אנחנו דיברנו היום לפני שנכנסנו לדין זהה על פול טימר כאיזשהו יעד מאד חשוב לשיפור מערכת הבריאות לא רק בגל קיצור תורים. אני חשב שלמערכת הזה נדרש מושגים לעוד הרבה דברים שקצת נשכחו בזמן האחרון, וזה שיקום תשתיות בהרבה מקומות והכשרה רפואיים רבים והפריפריה וכדומה, ובリアות הנפש וכדומה. המערכת הזאת צריכה לפחות בענייני להרבה מאד משאבים אנחנו צריכים להשיג את המשאים האלה. אני חשב שזה נכון ועוד מקור הכנסה למערכת, שזה רפואה פרטית, אם זה דרך טיפול רפואיים מרפא, ואם זה דרך שירותים רפואיים שימושו או ניתן במסגרת בתיה החולים הציבוריים. אני חשב שזה מקור הכנסה שהוא לא העיקרי, אבל הוא יעוז למערכת הזה להשיג את המשאים שהוא תידרש להם לצורך הפל טימר ועוד דברים אחרים. אני אומר עוד פעם, אני מונתת אני חשב שגם אם יהיה מקור הכנסה אחר לפול טימר, הוא יבוא על חשבון משהו אחר. גם אם מחර המדינה תגיד, אני מונתת כסף לפול טימר וזה יהיה קבוע לפול טימר או לקיצור תורים, יהיה לזה מחיר במקום אחר. זה לא יבוא סתם ככה בחינם עוד כסף. לכן אני אומר, המערכת הזאת צריכה הרבה הגדמות להביא עוד משאבים למערכת, שזה דרך רפואה פרטית ממש. כאמור, המערכת הזאת צריכה הרבה הגדמות להביא עוד משאבים למערכת, שזה דרך רפואה פרטית, שיתמוך בתחום החולים או תינתן במסגרת בתיה החולים הציבוריים ודרכם תירות רפואיים. אני רואה את זה לא כמתירה, את הרפואה הפרטית בתחום החולים, לא כיעד אלא כאמצעי, מקור הכנסה נוסף למערכת הציבורית ואם נעשה אותו וכך, אז הוא גם לא יהיה



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

עם תופעות לוואי קרובות מאוד. אני חשב שהבעיה שתמיד מדברים עליה, זה אולי דבר נכון או לא נכון, אבל יש לזה המונע תופעות לוואי. אני חשב שהמנגנון שהצענו במסגרת המודל המשולב הוא מנגנון שיעשה את זה, יביא מקורות למערכת בעלי עלות גדולות ובליל כל תופעות הלוואי. פה אני רוצה להתיחס רגע למודל הפלט טימר ולמודל שהוצע לפני שבוע. אם אני מבין נכון, ואולי האוצר יתקן אותו כי אין לי את המציגת המדעית שלהם, אבל הם הציעו איזשהו מנגנון לרגולציה של הרפואה הפרטית בבתי החולים הפרטיים. המנגנון שהם הציעו הוא ענייני מנגנון נכון, רגולציה של בית החולים הפרטיטים, אבל הוא לא יכול לעמוד הרבה יותר טוב בעיני בבתי החולים הציבוריים?

מה אנחנו בעצם מציענו? ואני לחבר את זה למנגנון שם הציעו. אנחנו העצemoנmo בעצם מודל עם מספר רכיבים, ואני אחicer את הרכיבים העיקריים: בית החולים יתן שירותים ציבוריים. בנוסף לזה הוא יאפשר ניתוחים ועוד כמה פרוצדורות ללאה שיש להם ביטוחים פרטיים או ללא שאיפלו רצחים לשלהם מכיסם, שהם יקבלו שירותים במסגרת בית החולים הציבוריים. המנגנון שהצענו, היה לו לדעתנו שלושה חלקים עיקריים.

דבר/ת: **תגידanza בונוסף לפעילויות הציבוריות.**

דבר/ת/ת/ת: כן, בנוסף לפעילויות הציבוריות. אחר כך יוג'ין וויליה, אם אתם רוצים להרחיב על זה, אתם כמובן מוזמנים. אני לא רוצה להאריך באמת הדברים, כי דיברנו על זה לא מעט. הרעיון, بغداد יש לו שלושה חלקים. החלק הראשון הוא הפרדה בין הרופא למטופל בכל מה שקשרו לאינטראקציה הכלכלית/כספית של הפעילויות, וזה, אני רק אומר בסוגרים, דומה מאוד, אלא אם אני טועית, למודל שהציע האוצר בשבוע שעבר לגבי בתי החולים פרטיים. הוא הציע את הרעיון של הפרדה בין המנותח למנתח. אותו דבר אנחנו מציינים בבתי החולים הציבוריים, לעומת אדם שיש לו ביטוח רפואי ורוצה לבחו מנתח מסוים במסגרת הביטוח הרפואי שיש לו או מסcopio האיש, למשל, מתקשר לבית חולים ואומר, אני צריך לעשות ניתוח רפואי זהה וכזה, אני מבקש שתקבעו לי תור אצל ד"ר זה זהה. בית החולים אומר לו, הנה התעריף שלך, הנה מתי התור הזה נקבע והוא מגיע לניתוח ומנוח על ידי הרופא הזה והוצאות שעובדים עם הרופא הזה, לעומת אין קשר ישיר בקביעת מתי התור ומהיר התור, בין המטופל למטופל. אני לא נאיבי לחשוב שהמטופל לא ידע שהוא בחר בו. הפאצ'ינט, איך שהוא יראה אותו, יגיד>Dוקטור, אני בחרטמי בר. אני לא נאיבי עד כדי כך, אבל לפחות חלק גדול מהאינטראקטיה שקיים היום אולי במערכות אחרות פרטיות, לא תהיה פה. הוא מתקשר, קבוע תור ונכנס לתור. זו נקודת ראשונה שהיא חשובה מאוד במודל שלנו.

רכיב שני שהוא מאוד חשוב במודל שלנו, וגם אם אני טועה, הוצע על ידי האוצר לגבי בית החולים פרטיים, והרכיב הזה אומר של הרופא ועל המחלקה ועל בית החולים יהיו מגבלות מאוד ברורות של כמה רפואי הוא יכול לעשות במסגרת העבודה שלו בבית החולים. הרעיון הוא שהייה פה מוסכמות מאוד ברורות של כמות, והרעיון הוא שבית החולים, בעצם בעיקר פעילותו תהיה ציבורית ויהי לו פעילות מסוימת קטנה רפואי עם כמות מתונות, מוגדרות היטב. אם באמת יש אפשרות שמאmins שאפשר לעשות את הרגולציה הזאת בבתי החולים פרטיים כמו אסוטא, הרצליה, מרכז רמת אביב שם יש רפואי מאוד פורחת. אם אפשר לעשות רגולציה, אני מאמין שעל אחת כמה וכמה ניתן לעשות רגולציה כזו במסגרת בית החולים הציבוריים. אני חושב שברגולציה על כמות, אני אמרתי את זה כבר הרבה פעמים لكن אני לא אחזור על זה. רגולציה על כמות ועל מחירים ועל כסף זה דבר שקל מאד לעשות אותו. זה לא כמו רגולציה על איכות. אם אתה אומר שרופא נניח על כל 10 טיפולים ציבוריים יכול לעשות אחד רפואי, אז אתה א', קל מאד לפיקח על זה, ואני אתן את זה כדוגמא. ב', חלק גדול מהבדיקות שאנו עושים, מנענות ממשום שהוא לא יכול לעשות הסתנה מהציבורי לרופטי מסוים שיש לו מגבלות כמות. הוא לא יכול להגיד לפאצ'ינט, עדיף שתבוא אליו בתור רפואי כי זה יהיה יותר מהר, כי קודם כל כמו שאמרנו, עיקר האינטראקטיה לקביעת התור לא תהיה מול הרופא. יותר מזה, תהיה מגבלה מאוד חמורה לגבי היקף הפעולות שבית החולים יכול לעשות ברמת בית חולים, ברמת מחלקה וברמת רפואי. אם אנחנו עושים גוף הרגולציה הזה על מנהל בית החולים, לא שהוא יעשה את זה לעצמו, ומשם למטה, אז אני חושב שתופעות



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

הלוואי העקריות שחששנו מהן, נמנעות, וכי חזר וומר, אם האוצר ואחרים מאמינים שאפשר לעשות רגולציה כזו במערכת הפרטית, אני מאמין שעל אחת כמה וכמה אפשר לעשות את זה קרוב בבית מערכת הציבורית.

אני אומר שוב, הרכיב הראשון זה היה הניטק בין הרופא למטופל. הרכיב השני זה רגולציה מאוד חמורה של כמויות ומגבלות כמויות. כמוות אני אומר, אפשר גם לעשות דרך כסף. זה לא רק שאומרים לו הנטוחים. אתה יכול להגיד שההכנסה של בית החולים מרופאה פרטית לא תהיה יותר מ-5% מההכנסה שלו, ואיל תיקחו את המספר הזה כמספר קבוע. אני אומר את זה כדוגמה. אפשר להגיד שאתה לא רוצה לראות שהפרופורציה של הכנסה פרטית תהיה יותר מהכנסה מסוימת. גם את זה אפשר לעשות. אני חושב שהרגולציות האלה ימנעו חלק גדול מתופעות הלוואי שאנחנו מדברים עליהן היום.

הרכיב השלישי מתחבר למודל הפל טימר שעכשיו דיברנו עליו בצורה כזו או אחרת, שהרופא עובד במסגרת בית החולים וב모ון מסויים הוא יהיה אדי' לחלוין אם החולה שהוא מטופל בו הוא רפואי או צבורי אוTier. מנהל בית החולים באיזשהו מובן במסגרת חזזה העסקה עם אותו רופא, אומר, אתה צריך לעשות פעילות כזו, לעשות לך וכך ניתוחים ממש החדשן מנהל בית החולים זה יכול להיות ש-5 ניתוחים יהיו צבוריים, 3 יהיו פרטיים, 1 יהיה Tier, אבל הרופא במובנים מסוימים, לא יהיה מבחינתו שום הבדל בין החוליםים השונים. זה לא שיגידו לו, תשמעו, על Tier אתה מרוויח 180, על רפואי אתה מרוויח 140 ועל צבורי אתה כרואה תקבל 130 או 100. הרעיון בגודל הוא שיש לו חזזה השתכרות או חזזה עבודה עם בית החולים ובמסגרת זו הוא אמרו לעשות פעילות מסוימת, ו מבחינתו זה כמעט ולא ישנה. אני אומר מעט, כי תמיד יכול להיות שיש פה עד רכיבים שאנו לא חשובים עליהם או שאפשר להציג אותם, אבל בגודל פה רופא. הרכיב הזה, אני רוצה להגיד, הוא רוכב שאם אני מסתכל שוב פעם על המודל שהוצע בשבוע שעבר לגבי הרופאה הפרטית בבעלי החוליםים פרטיים, שם אי אפשר לעשות את זה כי הרופא הוא איננו עובד של בית החולים באסתוטא, ברוב המקרים, או בהרצליה. הוא, הרופא יהיה עובד של בית החולים, ולכן כעובד של בית החולים אני יכול לבוא ולהגיד לו, הנה מודל העסקה שלך, הנה הפעולות שלך, וזה הוא לא יכול כל כך להשיג וגם לא כל כך כדי לו להשג, כי זה החוזה הגלובלי שעליו הוא עובד. יכול להיות שהוא יקבל תשלום נוסף סיסות כי לא סגרנו את מודל הפל טימר או בונוס על סיסות, אבל אז גם לא בהכרח שהסיסות שהוא יעשה במסגרת הציבורית, הוא יתוגמל אחרת מאשר פרטי או מאשר Tierות, כי זה שוב פה בחזזה העבודה שלו. אני חושב שהמודל הזה הוא מודל שבסך הכל יתמודד עם עוד רכיבים שעלו במודל שהצענו, ואולי יוגין וויליה ירצו להרחיב, מתמודד עם חלק גדול מהסעכנות שקיימות היום. אני חושב שהביקורת לרופאה פרטית, לבחירת מנתח, לא יעלם. אני חשב שככל אלה שמצד אחד מפקפים ביכולת הרגולציה, באותו זמן, באותו נשימה אמורים, בואו נקטין את הרופאה הפרטית. אני קצת רואה פה סתירה. מצד אחד אנחנו אמורים שנורא קשה לעשות רגולציה. מצד שני אנחנו אמורים, בואו נקטין את הרופאה הפרטית. איך אפשר להקטין את הרופאה הפרטית אם אנחנו לא מאמינים ברגולציה? אם אתה מקטין את הרופאה הפרטית מוחץ לבתי החולים, אם זה על ידי פיקוח על כמויות, אם זה על ידי כל מיין פיקוחים אחרים, זה אומר שאתה מאמין ברגולציה, אך אם אתה מאמין ברגולציה על הרופאה הפרטית, על אחת כמה וכמה אתה צריך להאמין שאפשר לעשות את זה בתוך בתיהם הציבוריים שהם קרובים לעין, קרובים אליו, אתה יכול יותר לשנות על הרבה מאד רכיבים שקשה מאוד לשנות עליהם כולם נמצאים בקומה 4 בקניון רמת אביב כמו שהיו יש שם חדרי ניתוח פעילים כל היום. ההבדל הוא שברמת אביב הכנסות מהפעולות הזה מתחלקות בין הרופאים לבין הבעלים של המקום הזה, שהוא אדם פרטי לחלוין. אני חשב שהביקורת לרופאה פרטית ישאר. הביקוש לבחירת מנתח ישאר. אני חשב שגם יש את זה, זה במקומות שהכסף הזה יברוח מהמערכת לכל מיין גופים אחרים, כדי להשריר אותו במערכת הציבורית או להביא אותו למערכת הציבורית, ولكن אני חשב שהוא נכון שבתי החולים הציבוריים, הם שיציעו את הפעולות הזאת, הם שההכנסות, הם שיינן מהיתרונות לגודל שיש להם, מההתשתית שיש להם, מהעובדה שאנחנו רוצים שהרופאים ישארו שם. עדיף שהזה יתבצע שם מאשר במקומות אחרים. אני לא מאמין שאפשר להקטין את זה בצורה כזו שזה יעלם או ירד מאד. אני חשב



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

שאפשר להקטין את זה במידה מסוימת אבל אני חשב שעדיף שהזאת יתבצע בבעלי חולמים ציבוריים, שם זה יבוצע יותר עיל, יותר טוב וייתר רוחני למערכת הציבורית.

יש איזו טענה כל הזמן שהזאת דבר נורא וairoם. יש איזו סיסמה שמשמעותי, "הזכות לבחור תהפור לחובה לשלם" וכל מני משפטים מהסוג הזה. רבותי, הדברים האלה פועלים במדיניות אחרות. זה לא שבמדיניות אחרות זה לא קורה. יש מודלים שונים של שילוב פרט-ציבורי במתקים ציבוריים. אני לא מדבר על שילוב בכלל. יש את זה באנגליה, יש את זה במדיניות אחרות בנסיבות אחרות. אני לא אומר שהזאת אותו דבר, אבל זה לא חייב להיות שם אנחנו מחר מנהיגים את זה, אז זה יתפשט לכל המערכת. אם אני שmagbla חמורה על הרכומות, על המחיר, על ההכנסות, אני חשב שהזאת לא יתפשט מעבר למינדים מסוימים וזה יהיה מקור הכנסה נוספת.

אני מאמין שהמערכת הציבורית צריכה לתת לנו הרבה כסף, אני מדבר על המדינה. הוא יגיד שאנו תבוסתן, אני אגיד שאנו יותר ריאלי ושי' חשוב מאד שהמערכת הציבורית תקבל את הכספי שהיא ולכן אני חשב שמאוד חשוב בנוספ' ללחימה על התקציבים הציבוריים, להיות ריאלי ולהביא עוד משאבים. אני מאמין שהמשאבים האלה יכולים להגיעה למערכת בלי לגרום נזק, لكن אני بعد המודל הזה.

דוברות: אני רק רוצה להזכיר שבמשך שנה אנחנו שמענו שהמודל שנמצא היום הוא מודל שקשה לדמיין כלכלן מודל שהוא יותר גרווע מבחן תمارיצים לכל האנשים העוסקים במלוכה. אם היינו רוצים להמציא מודל שהוא יותר גרווע מבחן תمارיצים, היינו צריכים לעבוד מאד קשה, וכן הסטטוס קוו הוא מאוד מאד גרווע לא מבון איקות הטיפול, שעדיין אנחנו ממשיכים, אלא מבחינת הדינמיקה שהוא - - -, לכן אני חשב שניים של שולים במודל הנוכחי זה לא באמת אופציה אם אנחנו לא פוטרים את התمارיצים. במודל שניים להכניםינו ניסינו לטפל בתמריצים. דבר שני, אני רוצה לחזק נקודת אחת. אנחנו לא בקנדה שהוא סמן קיזוני לגמרי, גם שם כבר מתחילה להיות סדקים והם מתמודדים עם אותן סוגיות. אני לא מדבר על ארץ הארץ, אבל כל העולם האירופאי, ככל התמודדו עם אותן סוגיות של פיר/לא פיר, אחד/לא אחד וכן הלאה, ובכלל זה חי ביחד וזה לא משחית את המערכת והוא יודעים לפוך על זה. אני רוצה להזכיר לכם את שני המומחים שהביאו להפה, אירופאים, שאחד לא שאל אותם מה דעתם על העולם לפני שהביאו אותם, ושניהם אמרו שמשיבות גם של פיזור מקורות ועם מבחינת היציבות של המערכת, מבחינת מניעת לחצים ושיפור של תמריצים, כדי לעשות זאת יישר על הדברים וועלשות את זה אפרופו עם שניינו, דרך אגב, שהמודל המשולב מכניס לתוכו גם שינוי דידיקלי מאוד בתמחור ותקצוב של המערכת שמשפרת את התמריצים בצורה משמעותית. זה חלק משיפור תמריצים.

דוברות: הרופא לא יכול להיות לגמרי אידייש אם זה ציבורי או פרטי. בכל זאת הוא רוצה למלא את המכסה שאנחנו כן מרשימים לו. אני יודעת שיש הפרדה כלכלית ואדמיניסטרטיבית.

דוברות: לא, יכול להיות מאוד טוב לו אם אני משלם לו טוב ואני נותן לו לנתח את מי שאני רוצה שהוא ינתח. זה לא צריך לעניין אותו כי אני קונה את הזמן שלו.

דוברות: רק שאלות הבירה, כי את הדין עוד נפתח.

דוברות: שתי שאלות הבירה בעקבות ההצעה שלו, רק להבין. התוספת משאבים היא בעייר התانية להפעלה של המודל?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: חד משמעית כן. אני אמרתי ואני אומר כל פעם, כל מה שעולה פה לדין, אם לא יהיה פה התcheinות ברורה של המדינה לתת תוספת תקציבים למערכת הבריאות הציבורית, אני לא חותם.

דובר/ת: אבל זה לא מקור חלופי גם אם -- -

דובר/ת: חס וחלילה, לא.

דובר/ת: שאלה שנייה, אמרת شيء מגבלות על כמות הרפואה הפרטית בבית החולים, ומה שאתה יכול באיחור קצת מהמודל שהוא הציג, זה שתהיה מגבילה -- -, זאת אומרת -- -- לכמות רפואית ציבורית מסוימת ואז אתה יכול לעשות כמה פרטיו שאתה רוצה. מצד'ו שינתחו עד הלילה.

דובר/ת: אני עונה לך בקונטקט של תיירות רפואי. אם אני מחר אומר לך, יש בית חולים שקיים היום, ואתה אומר, אני מעדיף לבית החולים צזה 5% מהפעולות שלי, אתה הרגת את כל היכולת של בית החולים הזה להביא רופאים מחו"ל, לבנות בניין ליד זה, להביא תיيري רפואי שלו של הבניין, למלא את הבניין בשני שליש של ישראלים נטו בלי עלויות למערכת ציבורית, להגדיל תפוקות ציבוריות, כי אתה מנעת את זה.

דובר/ת: בואו נעשה את האבחנה בין תיירות רפואי לבין זה. נכון שבקונטקט זה אותו דבר, אבל היה לנו דין בתיירות רפואי.

דובר/ת: אני בחרתי את זה במודע. למה אני בחרתי את זה במודע? כי זו דוגמא שמחישה לך שאתה רוצה להגביל את זה, אתה רק לא רוצה להגביל את זה בדרך שתהרכס תمارיצים חיובים שאתה כן רוצה שהוא במערכת.

דובר/ת: מה שבуниיני מفرد, זה שמה שקובי אומר, שעיקר מוקד העשייה של בית החולים הציבוריים עדין בתחום הפעולות הציבורית. במקורה יום אחד יהיה פחות משאבים ציבוריים, אז אצלך יכול להיות שעיקר מוקד העשייה עבר לפרט.

דובר/ת: לא, מה פתאום. אף פעם לא אמרתי את זה.

דובר/ת: כי אתה לא תוכל לדרוש פעילות ציבורית מינימלית כל עוד אין מי שיקנה אותה, ובפרט ככל יעברו כי לא תהיה הגבלה.

דובר/ת: אז אני לא הובנתי לחלוין. ההבדל היחיד אם אתה שם את זה כ אחוז מההכנסות, אני חושב שזה פוגע בתמരיצים חיובים. נניח אני קונה ממרק עד 6 שעות ביום ובנוסף ל-8 שעות, יש לך 14 שעות. אני קונה ממרק עד 6 שעות, מתוכם אני רוצה 2 ציבורי ו-4 אתה יכול לעשות פרט. מה זה אתה יכול? אני במגבלת הכוללת שלך על פני הזמן. אתה לא בוחר. אני בוחר בשბילך, אבל המגבלה עלי כמנהל בית החולים, שלא יותר מ-4 שעות יהיו רפואי וזאת המגבלה. בזה זה נגמר. אני לא יכול עכשו להגיד, תשמעו, אין לי כסף אז אני עושה 6 שעות. אתה עושה 6 שעות, אתה מאבד את הרישוי, لكن אין הבדל.

דובר/ת: אני רק אגיד משהו יותר kali גם אולי לשאלתך. תראו, אין פה מודל מושלם וכל מודל, יהיו בו בעיות, לא משנה מי יצע. אם זה מודל א', ב', ג', ד' אפשר ד' מהר למצוא שהוא לא פוטר את כל הבעיות. אנחנו באמת כמו שאמרתי, מחפשים את הפתרון עם תופעות לוואי היכי כואבות. א', לא ברור שישוגין ואני בכל דבר מסכימים. אני גם בעצם לא מ gobush בכל דבר. אני חשב שאני מ gobush בעקרונות ואני חייב לרדרת לפרטים, לא עכשווי, כי צריך לראות את הפרטים ולהסביר על כל דבר לכשעצמו כמו עם הפל טימר, כמו עם מודלים אחרים שהוצעו פה. לא הכל סגור. הנקודה העיקרית של חשוב לומר בהקשר זהה היא מאוד פשוטה. יש פה רגולציה שהיא לדעתינו מאוד קלה לבייעוץ. איך לעשות? על מה לעשות? אפשר להתמקח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אם זה על המחיר רק או האם זה על הכנסות או האם זה על כמויות, אפשר להתכוח על זה. אפשר לחשב על זה. יכול להיות שבמחלקה מסוימת תעשה רגולציה לכמות, כי שם זה קל, כי זה הכל אותה פרוצדורה. במקומות אחרים זה פרוצדורות שונות זו הגדרה של כמויות היא בכלל לא מוגדרת. במחלקה פנימית יכול להיות שכמויות זה משווה אחר לגמרי מאשר במחלקה אחרת, סתם דוגמא.

כמויות ברמת הרופא?

דבר/ת:

כל מה שאני אומר זה דבר אחד שהוא חשוב. שוב פעם, זו הדוגמא של מהهو שלא קרה בהDSA בכלל כי אף אחד לא רצה לעשות את זה, אז תמיד נתונים את הדוגמא של הדסה למחרות שאף אחד בעצם לא הפעיל רגולציה בהDSA, כי לא היה אינטנס. למה אני מתכוון? לעשות רגולציה על כמויות או על מחירים או על הכנסות המערכת ציבורית במדינת ישראל שאנו מקווה שהיא מדינה שומרת חוק, זה דבר שהוא מאד פשוט גם ל比賽, גם להגדרה וגם לשימוש. בפיקוח בדרך כלל שורדים, לפחות קשה לך להגדיר, לפחות מכך קשה לך לישם. זה דבר מאד פשוט לישם. אתה בא ואומרים למחלקה, את יכולה אמרים, לפחות קשה לך להגדיר, לפחות מכך קשה לך לישם. זה דבר שהוא מאד פשוט ליפוי, אתה בא לא מאמין שבית חולים יהיה עברי. אם אתה מציע את זה לרופואה פרטיט כמו שהציגו פה, על אחת כמה וכמה אפשר להציג את זה הציבור. אם אתה בא לבית חולים ואומרים לו, תשמע, אם אתה חורג מזה אני לוקח מך אייזשה מס נוסף, כמו שהציגו לעשוו קפינג על הרופואה הפרטיט לפני שבוע באסותה, אז אתה בא למנהל בית חולים, אומרים לו תשמע, אם אתה חורג מהנסיבות הפרטיט שתנתני לך, אך אני לא מייד מפטר אותך ואני לא יורה לך ולא עוצר את החולים מהගיע אליו, אני קונס אותך או עושה אייזשה משחו בתוקפה הקרובה כדי לתקן את זה. אני מאמין שלמנהל בית חולים יש אייזשה אינטנס לשומר על חוק והחוק פה יהיה מוגדר מאוד. זה לא משווה שהוא פלאידי. הוא יהיה מוגדר. אלה הנסיבות. אם אתה מגדיר לו את הנסיבות, זה מאד ברור מה הוא אמרו לעשות והחששות שהז' יתפשט ויעלה ויעשה דברים אחרים, לא קיימים ברגע שאתה עושה רגולציה זאת.

דבר/ת:

רק אני אשלים את המודל. אחד, הנחתת המוצא, שקיימת רפואית פרטיט בישראל. זה בהקשר של המודל. השאלה ששאלנו את עצמנו, היכן עדיף שהיא תתקיים? האם עדיף שהיא תתקיים בחצר שבו יש לי הרבה יותר אחריות ואני הרבה יותר יכול להטיל רגולציה ואני מנצל את יתרונות הגדל, או שאני מיציר את המודל של מעבר לכיביש עם כל החסרונות של מערבים, של גראפת שמנת וכל דבר נוסף שאנו דיברנו עליו בתחילת הוועדה ואולי הדברים קצר נשכח. אז שאלת ההכנסה פנימה, הכלכלה והכלכלה הרגולציה עמד לנגד עינינו, זה פעם אחד. פעם שנייה, מדובר/ת: פה גם באיזשה ניסין להימנע ממצב של אפליה פריפריה כפי שהיא קורת היום. היום הפריפריה מסבסת שירות איכוטי במיוחד עבור תושבי המרכז ואיופה שיש לנו נגישות לרופואה פרטיט. מודל אסוטא שדרג את רמת החיים של האנשים שחווים קרוב לאסוטא. מערכת ציבורית בהגדרה פרוסה בכל הארץ והגשת רפואית פרטיט במידה זו או אחרת לאנשים שגורים גם רחוק מרמת אביב, זה דבר ראוי ונכון לעשות. אנחנו גם חושבים שהז' יאפשר בחירת רופא זה דבר שיאפשר גם לרופאים טובים להגיע ולהשתקן בפריפריה וליצור שם את מרכז החיים, כי תהיה להם אפשרות לקבל תגמול ראוי. זה חלק מהתפיסה.

שאלות הבירה, ואם זה נאמר, אז אני מתנצל. פול טיימר יוכל לעשות ש"פ?

דבר/ת:

הרעין כמו שאנו ראיינו אותו, בדיק זה, אז זו נקודה מאוד חשובה להבירות אותה. הרעיון הזה של להשאיר רפואיים כל הימים בבית חולים זה בעיני רעון מאוד חשוב, וכמה שייתר, יותר טוב, גם עם קיצור תוריהם וגם במחלקות שיש יותר אקדמיה. מרביתה מאוד סבובת אני רוצה לראות מה שייתר רפואיים רפואיים את בית חולים ממש כמקור העבודה העיקרי שלהם מהבוקר עד הלילה עם כל מה שהוא קשור. במסגרת העבודה הזה שלו, אני צריך לדאוג לו גם לעובודה ואני צריך לדאוג לעצמי כמנהל בית חולים גם שהוא לי מקור לשלם על הדבר הזה, لكن חד משמעית הוא עובד לפול טיימר, ומנהל בית חולים, יש לו כספ



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שללים לו מכמה מקורות, בין היתר המדינה והתיירות והרפואה הפרטית, והוא אומר לו, אתה עונה לך וצר פרוצדורות בחודש הקרוב, כשבורא יכול שחלק מהפרוצדורות האלה זה ציבור, חלק פרטי וחלק זה תיירות.

דובר/ת: השאלה אם רק פולטיימר יכול לעשות שרפ"פ או כלום?

דובר/ת: זו שאלה טובה. בגדול, אני חשב שם היתי יכול להגיע למצב שבו אני הופך את הרופא שעוסה שרפ"פ לפולטיימר ויש לי את מקורות הכנסה, היתי עשה את זה, אבל יכול להיות שיש רופאים שאין להם יכול להחזיר אוטם בפולטיימר כי אין להם מספיק עבודה בשביבם. עדין יכול להיות שכן בחורים אותם כמה אנשים. צריכים לחשב איך פותרים את הבעיה הזאת. עדין אני היתי אומר לו, לא אולי מודול של פולטיימר, תדע לך, אני משלם לך על הזמן אבל לא כפולטיימר, אבל עדין זה יהיה ברור שהוא לא יכול להסיט חולמים שלו מהציבורו לפרטי כי מגבלת הכמות תהיה שם כל הזמן.

דובר/ת: אני רוצה לתקן סמנטיקה. כל הזמן אנחנו חוזרים על האמירה האם הרופא יעשה רפואה פרטית. במודול שלנו הרופא לא עשו רפואה פרטית בכלל. אף אחד לא עשו רפואה פרטית. מי שמקבל תשלום על בחירת רופא זה בית חולמים, והרופא, קונים את הזמן שלו.

השרה יעל גרטמן: מי קונה את הזמן שלו?

דובר/ת: בית החולים.

השרה יעל גרטמן: הוא לא קונה את הזמן, הוא משלם לו.

דובר/ת: דבר שני שונה בהדרסה, אחד, שלא הייתה רגאלציה, ושנית, הרופא יודיע, אני טיפולתי לך, סוף החודש יש לי פלאס אחד על הניתוח הזה. עוד פעם טיפולתי לך, עוד פעם.

דובר/ת: זה לא קניית זמן.

דובר/ת: זה קניית זמן.

דובר/ת: שאלת הבירה.

דובר/ת: נאמר שלכל מודול יש יתרונות וחסרונות זהה ברור שזאת המציאות. היתי רוצה מנקודות מבטכם, מה החולשה של המודול שלכם.

דובר/ת: אני מניח שגבוי יגע בזה.

דובר/ת: לא, אני לא רוצה שגבוי. את גבי שמעתי הרבה הרבה פעמים. אני רוצה דוקא מנקודות מבטכם.

דובר/ת: אולי תנסי את זה כמו שدني קלמן ניסח את זה, אני חשב שהזה מאוד יפה. הוא אמר, הפעלנו את המודול שלך, אחרי שנה נכשלנו, בוא תסביר מה קרה שלא הצליח. אז אני אומר, בסדר.

דובר/ת: שתי שאלות. שאלה ראשונה, הרופא מקבל תשלום גלובלי עבור מה שקבעת קניית הזמן, ומה הוא מקבל بعد העובה שבחרו בו?

השרה יעל גרטמן: כלום. במודול הזה שכרגע הוא הציג, התשובה היא כלום.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: כמו שנאמר מקודם כשדיברנו על הפל טיימר, לא כל הרופאים מקבלים את אותו שכר. רופא שאני כמנהל יודע שהרבה חולים רוצים אותו ולכן יש לי הכנסה גדולה ממנה בבית החולים כי הרבה רוצים אותו, אז הוא יותר טוב לי, אז אני משלם לו יותר כסף.

דובר/ת: אבל אם הוא מייצר תור מאד ארוך שאני כבית חולים לא נהנה ממנו. זה שיש לו תור עצשו לשנתיים, אני דווקא אשלם לו פחות כי אני ארצה שהוא יפנה את אותם חולים מטור אלה שיבואו אליו ויגיד להם תראו, יש לי - - - אתם לא מסודרים ביניכם, אני מצטערת, כי זה שתי תשיבות שונות אני מצטערת מאד.

דובר/ת: אז אני אסביר מה שהוא אמר. הוא אמר שאם הבן אדם מייצר יותר הכנסות בבית חולים, לא מן הנמנע שמנהלו בית החולים יתן לו על הזמן יותר. אני אמרתי נכון, אבל אם הבן אדם הזה מכל מני סיבות מייצר לו זנב ענק שכבר מפסיק לייצר הכנסות לבית חולים ומසית את האנשים מאנשים אחרים, אז אני אשלם לו פחות, لكن זו אותה תשובה.

דובר/ת: עודשתי שאלות בהברה. אם אני מבינה ממה שאתם אומרים, זה אומר שככל רופא יקבל תשלום אחר?

השתתפות: כן.
דובר/ת: אוקי, זאת שאלת הבקרה אחת. שאלת הבקרה מספר 2 – האם מטופל שלא יכול היה להגיע לבית חולים בגלל שאין הסדר בחירה פתוחים, לא יכול היה להגיע לבית חולים זהה, הוא יוכל להגיע לבית חולים זהה על ידי זה שהוא בוחר את הרופא?

דובר/ת: כן.
דובר/ת: זאת אומרת, הוא יכול לעקוף את הסדר בחירה?
דובר/ת: לדעתי כן. לדעתי מדובר בתפקיד פה על הסדר שונה מהסדר הבחירה בסל הציבור. זה לא הסל הציבור.

דובר/ת: לא חייבת להיות הלימה.
דובר/ת: אני אתחבר למה שאמרה יעל בהתחלה, בלי צinyot. אני באמת רצוח שסבירני זה יהיה דין רציני ואני למרות שהוא גם טוען. אחד הדברים שהיו לנו במשא ומתן עם הדסה והתעקשנו עליהם וביענו הוא כן יתרון בשער'ג, זה שכולם, כל בית החולים הם פול טיימרים. אף אחד לא עובד בחוץ. אני מבין שאצלכם המודל אומר שכן אפשר לעבוד בחוץ.

דובר/ת: בהתחלה אנחנו דיברנו על זה שאתהעובד או פנים או בחו"ז. זה מודל הדסה.

דובר/ת: לא, לא. במודל הדסה אף אחד לא עובד בחו"ז.

דובר/ת: זה מה שארתי.

דובר/ת: לא פר בן אדם. כל בית החולים. כל עובדי בית החולים.

דובר/ת: תקשיב מה אני אומר. או שאתהעובד בהדסה או שאתהעובד בחו"ז. אתה לא גם וגם.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: זה מה שאמרתי, אז لكن אנחנו לא מתווכחים. בוא נסכים לפחות במקרה שהנהנו מסכימים. אני חשב שפשות בהתחלה יכול להיות שהוא יגיע לשם, אבל בהתחלה כשאתה מתחילה במצב שכולם יכולים לעבוד בכל מקום, יכול להיות שבהתחלת אתה לא תוכל לעשות את זה. אני לא יודעת fine tuning שזה מבחינתי המודל שבו או שאתהעובד בחוץ פול טים או שאתה עובד בבית החולים הציבורי פול טים, הוא מקובל לगמרי. אני לא יודעת. אני חשב שבוטוח קצר זה יהיה קשה להתמודד עם ה-transition, אבל אם אתה מייצר מצב שבו אתה לא יכול לטפל באותו חוליה גם בחו"ן וגם בחו"ן, אפרופו "עובדה" וכן הלאה, אז אתה פוטר חלק ניכר מהבעיות. אתה מטפל או שם או פה. דרך אגב, גם אנשים בהדסה עובדים בחו"ן בקניה.

דובר/ת: דרך בית החולים. בית החולים מייצר להם את ההסכם מול הקופה והם משלמים תקורה. התלווש הוא של בית החולים.

דובר/ת: תרצה לי רק לענות על זה בצורה קצרה אחרת. אני חשב שהתשובה להה קשורה לתשובה לדין שהיה לפני כן. אני רואה את הש"ר פ או איך שתקראו לזה, את הדין עכשיו, כעד מקור הכנסה לבית החולים למן את הפול טימר. אם תחליטו או נחליט פה שהפול טימר של בית החולים באיכילוב הוא כמו הפול טימר בהדסה, אז הוא לא יוכל לעבוד בחו"ן. אם תחליטו שהוא כן יוכל לעבוד בחו"ן, אז הוא יוכל לעבוד. אני לא רואה את החיבור הזה כחיבור שהוא הכרחי. אולי לדעתך זה שהחליטתם בהדסה מה שהחליטתם, או שהחליטו, יכול להיות שאתה סתום להכנסי איזושהי מגבלה יותר מדי חזקה כי עכשיו צריך לדאוג לפירנסת לכל הרופאים האלה בצורה שהיא אולי מגבילה מידי את בית החולים ויצרת לחץ עליון להשיג משאבים כדי למן את הרופאים האלה. גם שם זה מתחילה מנקודתך אחרת, אבל אני אומר, זה בכלל מבחינתי לא לגמרי קשר לדין של עכשיו. הדין הוא האם לאפשר לפול טימר לעבוד במקומות אחרים או שכולם יהיו פול טימר. אני אומר, אני רוצה כמה שייתור רופאים, כמה שייתור שעות בבתי החולים. אני מעדיף לצורךיהם את המקומות שישארו בבית החולים ואני גם חושב שאני יוצר ניצול יותר נכון של המשאבים. במקום שהוא ירעז באמצעות הימים למשך אחר, אני מנצל את המשאבות של בית החולים לכל מה שהמערכת הרפואיה בישראל מבקשת, וזה רפואית רופאה ציבורית וכדומה. זה הכל.

רק עוד התייחסות אחת למשהו שלא אמרתי ואני חשב שהוא חשוב. יש פה אמירה של כל מיינו אנשים שאנחנו רוצחים להקטין את הרפואה הפרטית על ידי מיסים על הרפואה הפרטית וכדומה. רובתי, זה לא עומד בסתרה. אני بعد זה גם כן. אני بعد מיסים על הביטוחים הפרטיטים. אני אולי بعد מיסים על בית החולים על זה שהוא עשה רפואית. בעיני זה הולך לא נגד, אלא להיפך. אני לא אומר, בואו נגדיל את הרפואה הפרטית כדי ליצור את מקור ההכנסה הזאת. חס וחלילה. אני לא אומר את זה. אני אומר, אני חשב שהרפואה הפרטית בישראל מטופשת מהר מאד. אני חשב שחלק מהסתבה שהיא מטופשת כמו שהיא מטופשת, היא בגלל שהיא ברחה לנו מחוץ למערכת הציבורית, שם היה לנו שליטה עליה. אני חשב שההקמה של אסותא, המפלצת הזה, אני קורא לזה, אולי לא תהה קורת אם היינו מאפשרים לשיבא ואיכילוב לעשות קצת רפואית, لكن אני חשב שההטפסות הזו, אפשר לשנות בה יותר טוב אם היא נעשית בתחום הרפואה הציבורית, בפיקוח על הרפואה הציבורית ולא כמו היום, אז שלא יובן ממה שנאמר פה שאנחנו רוצים לקדם, להגדיל את הרפואה הפרטית. אני מאוד بعد המגבילות עליה, بعد הרגולציה, כל רגולציה שלא תהיה, אז אני חשב שהיא תהיה יותר טובה בתחום המערכת הציבורית.

דובר/ת: שאלת הבירה. שיעור המימון שתתקבל המערכת הציבורית תלוי בעודף שהצליח בית החולים לגבות ביחס לשכר שהוא ישלם לרופא, נכון? חלק ילך לרופא מתוך מה שנקבע בפרט וישאר מרוחש שבית החולים גבה אבל לא שלים לרופא. מכיוון שאי אפשר להזכיר רופאים לעבודה בבית החולים זהה, בבית החולים אחר, דזוקא הרופאים שיש להם ביקוש גבוה, יש להם כוח מיקוח יותר גדול מבית החולים. יגידו לאדון בבית החולים, אתה רצאה את ה-3 מיליון שקל שאתה מביא בשנה? אין בעיה, תן לי מותכם 2.9, אני אבוא אליך. לא תעשה אצלי? אני אלך לבית החולים לידך שניין לי 2.9. יש מנגנון במודל שהוא מוגנה למונע את כוח המיקוח הזה של הרופאים?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:/ת: זה כמעט הדבר הגורע ביותר שnitן להעלות, כי כל הרופאים הטובים יצאו ויעבדו באסותא. הרופאים הפחות טובים ישארו בבית החולים וכל האוכלוסייה בסוף תשלם באיזושהי דרך, בין אם באסותא או בין אם זה בבית החולים הציבור. היתרין היחיד שאינו ראייתי בשר"פ, מודל הדסה-שערி Zukunft על כל החסרון שלו, זה שכולם כולם יכולים לעבודים אך ורק בבית החולים ואין עבודה בחוץ שהוא לא במסגרת בית החולים ומוסדרת דרך בית החולים, שאין ניגודי עניינים.

דובר/ת: יש לי שאלת הבירה. אני מניחה שאתם מציעים בחירה במנתח שנינה פועל. אם הבן אדם בוחר בו והוא ידע שהוא מנתח עצמו, ולעומת זאת הציבור אני מניחה שהוא הבכיר בחדר, אז הילד אין הוא ידע מי בחר בו באופן פרטי.

דובר/ת: אני לא חשב שאפשר להסתיר את זה. הוא ידע ואני גם אומרים, אני לא עונה על החולשות בינוים אבל אין ספק שהיא פה התיחסות אחרת לחולה אחד. בואו לא נהיה נאיביים. אני עדין מעדיף שההתיחסות הזאת תהיה בתוךaicilob ולא במקום אחר.

דובר/ת: אוקי, אבל זה קצת סותר את הנקודה הראשונה שלך, שאמרת שיש הפרדה בין המטופל לרופא.

דובר/ת: אני אמרתني שיש הפרדה?

דובר/ת: סופית, אבל עדין הוא ידע מה - - -

השרה יעל גרמן: לא תהיה הפרדה.

דובר/ת: זה שהוא ידע, השאלה מה הוא יכול לעשות עם הידע הזה. יש פה שתי רמות של מודעות. יש מודעות שגורמת לי גם לשנות את המהלך של הטיפול ולזום יותר מגזרים או לגבות יותר כוסף או שאנו ידוע, אבל בפועל שעוסק בכל הפן הכלכלי, הכספי וההתקשורתי זה לא אני ואני לא משפיע על זה. עצם זה שאת מנטקת את הידע מהיכולת לפעול כתוצאה מהידע הזה, זה לדעטנו ההתקפות וההבדל בין המודל המשולב לבני שר"פ. בשר"פ אתה יכול להגיד, תבוא אליו עוד פעם, אני קיבל לך זה כוסף. פה אתה לא ידוע, כי מי שמחלית האם הוא חוזר לאוטו רפואי או איפה זה נמצא, מי שמנה את התווים, מי שמקצה את החולים, מי שמטפל בכל הצד של גביה הכספי, זה הנהלה. זה בדיקת ההבדל. ההבדל הוא מי היצת של הפעולות. זה גם טיפה עונה, שלומי, לשאלת הקודמת. זה לא רפואי שטוח בבית החולים וublisher איזשהו תשלום של תקורה לצורך העניין, בשר"פ, שבעצם התפיסה היא שזה הזמן הפרטני החופשי של הרופא ובזמן הזה הוא עובד בבית החולים וכן הוא משלם דמי שכירות לבית החולים, אלא כל התפיסה באה ואומרת, האחוריות על מה שקרה אחר הצהרים הוא של הנהלה, של בית החולים. היא היזמית, היא זאת שאחראית לעשות את הדברים لكن אני גם יכול לחתול עלייה וגולציה ולדרוש ממנו לעמוד בתפקידים ציבוריים אלו ואחרות וכך גם כל מה שקרה בהתנהלות של החולים מול המטופל בכל הצד הכלכלי וההתקשורתי, יהיה על הנהלה. لكن הידע הזה, נכון, היה קיימת למרות שלדעתי היא תהיה מצומצמת יותר. יש לנו יוכחים גם עליהם וזה בסדר. אתם כמה פעמים אמרתם. זה בסדר, יש פינות לא סגורות והתלבויות ונמשיך להתבלט ככלותם. לא שלמישו יש פה את המנדט על השכל, אבל בודאי התפיסה שבאה ואומרת, הרופא עובד בבית החולים ויזם הפעולות הוא בית החולים, זה משנה חלק מהשאלות שעולות פה. ספציפית לשלומי, אנחנו נענה בסוף כי הוא מתיחס לכמה דברים.

דובר/ת: אמרת שבעצם הרופא יהיה אידייש באיזה סוג לטפל, באיזה סוג ניתוח, זאת אומרת שהנהלה אומרת לו, אתה צריך לנתח לך וכך ניתוחים. הסל הזה של ניתוחים יכול להיות בני ציבור, רפואי, פרטי, תיירות. הוא מבחינטע אידייש לאיזה ניתוח הוא עושה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת:

הוא מטפל בבן אדם. דובר/ת:
 הוא מטפל בבן אדם. אני מניחה, מתיוך זה נובע שהוא מקבל מחיר אחיד עבור כל הניתוח, זאת אומרת יום אחד הוא יכול לבצע 10 ניתוחים שהם רק ציבורי יום אחר 10 ניתוחים שהם רק רפואי וכו'. בכל זאת יש דיפרנציאליות. אתה משלם לפחות לרופאים טובים יותר או מבקשיים יותר, יש לך הסדר אחר איתם, אז למה שלא תהיה הסתנה? אני לא רואה את האדישות של הרופא כלפי מישהי ניתוח הוא מנתה.

דובר/ת/ת/ת: הוא לא מרוויח מזה.

דובר/ת/ת/ת: מה הוא לא מרוויח? גם הרופא המבוקש ביותר, גם אם הוא ינתח, רק הציבורית תשלם לו הרבה יותר? לדעתי לא מתקנית האדישות הזאת של הרופא עצמו, של הפר מה הוא מנתה.

דובר/ת: אני שוכר אותו לשנה הקורובה. השכר שלו קבוע ושלושה דברים: אחד, זה שכר שלך ל-8 שעות שלאה וחברים שלך קבוע, ל-8 שעות של הבוקר. אחר כך אני אומר לך, אני רוצה אותו ל-5 שעות אחר הצהרים כל יום. אני בא אליו ואומר, אני רוצה לקנות ממך את כל האחוריים שלך, שהיום את משתמשת בכל מיי מקומות ועשה ניתוחים. אני לא רוצה שתצאי מבית החולים, אני רוצה שתהיה פה. אנחנו מסכימים על מסכה של תפקותך הכל. לא מעניין אותך מה התפקיד. סך הכל התפקיד על פניהם ואני משלים לך לך וכך בחודש. אם את עוברת את מסכת התפקידים בלי קשר מאיפה הן באו, אני משלים לך בונוס. עכשו תסביר לי בחודש פברואר מגיעת אליר מישוה ואת מחלתיה שבמוקם לא לעשות לו ניתוח, את כן רוצה לעשות לו ניתוח כמו שהיא עשו באסותא, כי אז הייתה מקבלת עד 30,000 שקל. זה לא מזיז את השכר בסוף החודש שלך.

דובר/ת: אבל לבית חולים יש אינטרא.

דובר/ת: לבית חולים כמוני, אבל לבית חולים יש מגבלות כמה הוא יכול לעשות.

השרה על גרמן: אני אנסה להסביר את מה שהוא אומרת. מה שאתה אומר, אתה צודק, יש מחיר גלובלי, אבל היא באה ואומרת לך, לאה תעשה אחר הצהרים ויכול להיות שאף אחד לא יבחר אותה, אבל עדי הוא מאוד ידוע בניתוחים מסוימים וכולם מבקשים אותו, זאת אומרת שהמחיר שבית החולים יסכים עם עדי, היה הרבה גבוה מאשר המחיר שהוא יסכים עם לאה. יוצא מכך לרופאים בבית החולים יהיה אינטרא שירצו אותם כדי לקבל מחיר יותר גבוה, זאת אומרת שאין חולוטין אדישות. אך התשובה היא, את צודקת. בוודאי שבסוף דבר גופו ירצהшибו אותו כדי שההסכם שלו יהיה יותר טוב מההסכם של מי שלא בוחרים בו.

דובר/ת: אני רוצה להגיד מה שטי נקודות, אחת שייעל אמרה. קודם כל תראו, אם הייתי חשב שהרופא יהיה אידייש לחלווטין, הייתי קובע, לא הייתי מדבר על מגבלת כמותית וכל המגבילות האחרות. אני אמרת, אין פה ממשו מושלם, הכל היקרי שאני רואה הכל שגם כנראה הוצע לרופאה הפרטית, ואני אומרת את זה כי אני מינה שמי שהציע את זה לרופאה הפרטית מאמין שאפשר לעשות את זה. הכל היקרי שאני רואה בכל הרמות זה מגבלות של כמותית, זה רגולציה על כמותית. גם בבית החולים. את יודעת מה, עזבי את הרופא. ברור שם בית חולים מקבל על X יותר מאשר על Y, יש לנו תמרץ לעשות יותר מ-X מאשר Y, אם זה תיר או שר"פ או אדם פרט או אוליגיך או אני לא יודעת מה, لكن הדבר הכי חשוב בכל המנגנון הזה, זה מגבלה מאוד רצינית של כמות בכל הרמות. אני אומר, בנוסף לזה אני לא רוצה שהיא לו תמרץ חזק להעדייף חולה אחד על השני ולכן אני בעצם נותן לו את ההשתכרות הזאת לצורה קצת שונה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

יש פה טעות אחת לגבי מה זה אדיש. יש אדיש כשהחולה עומד לידך או אדיש מה שנחננו קוראים, אך אתה. אני רוצה שהרופא הזה יתאמץ שיצא לו שם טוב, שכולם ירצו אותו. זה בטח אני רוצה. שיתאמץ, שיקיע בחולים, שייהה נחמד לחולים ויגידו, זה רופא טוב, הוא מקטיעי, אני רוצה. אני לא כל כך רוצה שכשהחולה שוכב על המיטה הוא אומר, אה רגע, זה שילם, אני אתן לך ניתוח יותר טוב מאשר לשני. זה אני מנסה להקטין על ידי זה שהשוכר שלו לא תלוי אם זה שוכב עכשו הוא אחד הזה או אחד אחר. אני אומר שוב, אני גם וויג'ין וויליה אויל לא בכל סגורים לחולtin. יכול להיות שאם אני ארגיש שזו חובה ואולי בזה נגד לאלה חשובת אחרת, יכול להיות שכן צריך לשלם לו קצת יותר על דבר אחד מאשר על דבר אחר. אני חשב שלא הרבה יותר ועם מגבלת כמוות. כן תחת לו בונוסים על דברים מסוימים, ואם תגידו לי לשלטפל בתיר זה יותר יקר וזה דורש ממנו יותר ממאמץ, אז אולי אני אצטרך לשלם לו יותר, אבל אני חשב שזה שהפערים בשכר, בהשתכורות שלו לא יהיו משמעותיים בין אחד ממשלים לו 20,000 והשני מקבל עליו ססיה של 1,500, שהוא חוסר אדישות. אם בא אליך מישחו ואומר, הנה, קח 20,000 ופה אתה מקבל 1,500, אז זה אני לא רוצה לראות, והדבר העיקרי בעניין זה מגבלות כמוות.

דובר/ת: יש עוד שיפור של תمارיצים במובן הזה, זה שהיומם אתה מייצר לעצמך, כמה שאתה רוצה שלך יותר ארוך, ככה אתה יכול לגבות יותר כסף בחוץ. יש לנו הימים תרבות של סטארים והדרך היכי טוביה לך לייצר את זה, זה גם להיות רופא טוב, אבל עוד יותר טוב שאחרים לידך, לא יהיה להם מוניטין, لكن אנחנו מייצרים הימים בעצמם, כמה שהשינויים יותר גדול, יותר טוב. במודל שלנו לבית החולים זה לא כדאי, כי בית החולים רוצה שכל הרופאים שלו יהיו מעסיקים וכמה שהוא יכול לתת יותר, יהיה לו יותר טוב, لكن כשאתה מדכא את האחרים אתה פוגע בבית החולים, שכן אם שיעשה זה דבר ימצא את עצמו בחוץ. לעומת זאת בן אדם שגדל את האחרים, הוא יכול להיות שיקבל תוספת על זה, כי זה לבית החולים נתן עוד הכנסות. זה בדיקת הפוך. זה משפר את התمارיצים גם בתחום הזה.

דובר/ת: יש לי שלושה משפטים שאני רוצה לומר מהם אחד מדאיג אותי שאם המודל שלכם הוא זהה שלכל רופא או לכמה רופאים יהיה תשלום אחר ושscr הכל מדבר/ת/: בתשלום גלובל. זה יוצר שתי בעיות: א', זה יוצר לנו בעיה. אני אומרת "לנו", כרגע בכובע של ארגון רפואי, כי זה אומר שאין שום משמעות יותר להסכם קיבוציים, כי מנהל בית החולים ינהל משא ומתן. דיברנו על פולטיים, דיברנו על הכל. לא דיברנו על ססיות. זה בסדר גמור. צריך להגיד את זה שאני חשבתי שזה מאוד בעיני. במיוחד אני רוצה להגיד שזה בעיני שגם היום כל מי שמכיר את שכר הרופאים, השונות בתוך בית החולים גם כה היא בעיני. אם אנחנו עושים עכשו הולכים להרחיב אותה, שיכל לא יהיה שום מסגרות, אלא שלך אחד זה משא ומתן כזה, לדעתך זה מאוד בעיני. לא רק כargon אני אומרת את זה, גם שימושה מסתכל על בתוך בית החולים.

דובר/ת: היום שיש ססיות שונות, זה לא פר ססיות?

דובר/ת/ת/ת: הססיות היום הן שונות בין מקטיעו למקטיע וזה נעשה בצורה מרוכזת. זה לא לרופא אחד הססיה עולה כהה, לרופא אחר הססיה אחרת.

דובר/ת: לא, אבל אחד עושה יותר מאשר אחרים, לא?

דובר/ת/ת/ת/ת: זה משאנו אחר. עבודה נוספת בכל מקורה זה אחרת אבל יש כללים. זה לא כי הוא מבוקש יותר, או כי הוא מבוקש פחות. אגב ברוב המקומות, לא בכללם, גם דואגים שהססיות מתחלקות בצורה שווה. גם על זה יש דיוניים, אבל זה גם לא עיקר העבודה, לכן תהיתי האם זו תוספת או האם זה כל הסכום. זה דבר שיכל להיות מאוד מאוד בעיני. הדבר אחד. דבר שני, שאם הולכים על מודל כמו שמשה הצעה אותנו, אני רק רוצה להסביר בעיני מה הדאגה, זאת אומרת שבכל בית החולים שהולך על זה, ככל צריכים להיות פולטיירים. זה אומר שאנו אומרים שוב ברמת המטופל, ברמת האנשים, זאת אומרת שהרופאים כמעט לא יעבדו בחוץ. אני מרגישה שאנחנו לא יודעים להבין מה המשמעות והדבר היכי משמעותי, ואני לא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אומרת עכשו טוב או רע, צריך להבין שמדובר הכוח בתוך המערכת הזאת עובר להנחלת בית החולים. זה גם מול קופות החולים וזה גם מול משרד הבריאות וזה גם מול קופת הרופאים וכל מה שילך והוא זה שיקבע את זה, צריך להבין -- -- .

משפט אחרון, וזאת באמת שאלה שנייה לא הבנתי אותה. אם אני הבנתי את המודל עד הסוף, מה שהסבירתם עכשו זה היה נראה לי אולי שהוא דומה מאוד, אם לא המודל שגביו ולא הציעו אותו, ההבדל הוא סוגיית המימון, והיום אנחנו מדברים על סוגית האספקה.

השרה יעל גרטמן: אנחנו כבר מדברים על הכל.

דובר/ת: לא, לא, זה בסדר, אני לא התכוונתי להגיד שעל זה לא לדבר. לא התכוונתי בשביל זה לעזור את זה. נראה לי שההתוצאה תהיה אותה תוצאה רק שבמקום שבו כסוף בצורה של כסוף או מהמידינה או העלאת מס הבריאות, זה פשוט יבוא מהאנשים.

דובר/ת: אני מנסה קצת להבין את הפרטיהם. זה אומר שבית החולים ינהל עם הרופא משא ומתן למשל על חוזה והרופא יוכל לעבוד יומיים עד 20:00 בערב ושאר הימים באסוטא, או 5 ימים עד 20:00 בערב? כמובן יהיה לי דיפרנציאציה. אם אני אעבוד בחוזה גלובלי, אני אוכל כמה ימים לעבוד אחרי 16:00 בבית החולים ומה ימים באסוטא? רק לעבוד בבית החולים? אני לא מבין איך זה יעבוד בחוזה גלובלי. דבר שני, זו שאלה לגבי הפלטיימר. זו שאלה על המודל שלכם, איך אתם רואים את החוזה הזה.

השרה יעל גרטמן: הוא אומר, אם לא כולם פולטיימרים, האם יש מצב שחלק יעבדו יום שני, שלישי בבית החולים הציבורי, يوم רביעי, חמישי, שישי בבית החולים הפרטני?

דובר/ת: אני כבר עניתי על זה.

דובר/ת: דבר שני, יש תמריצים לבית החולים כמפורט לאחרי 16:00 לבצע פעילות בש"פ. האם אתם רואים במודל שלכם שהייה פעילות בכלל בסיסיות? כי לבית רפואי יהיה תמרץ לקבל יותר כסוף והפעילות בש"פ תהיה יותר כסוף, תגרום לו לרוחחים יותר גדולים ולכך אני לא רואה במודל שלכם איך בכלל תהיה פעילות ציבורית אחרי 16:00?

דובר/ת: התשובה היא רגולציה ואני ATIICHOS לזה.

השרה יעל גרטמן: הגבלה של הפרטני. זה הם אמרו.

דובר/ת: מגבלים כמוות. אמרנו את זה כל כך הרבה פעמים, אבל נחזור שוב גם בהקשר זהה.

השרה יעל גרטמן: יש הגבלות כמוות. כן, להלאה.

דובר/ת: לי יש שאלה. לפי המודל שלכם, מה יקרה לפי דעתכם בבתי החולים הפרטניים? כמוות הניתוחים שם תתאפסו, תישארו אותו דבר, תרד בקצת?

השרה יעל גרטמן: זאת הייתה שאלה נוספת ועכשו תשובה.

דובר/ת: בחישובים שלנו אנחנו הנחנו, זה סדרי גודל שזה בעצם מטור התמהיל של ניתוחים פרטניים בחוץ להDSA, בשער צדק זה בערך יהיה 70/30. 70 לך וזה ו-30 ישאר במערכת הפרטנית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: זה אומר שהפרטி הקלאסי, קטן.

דובר/ת: קטן.

דובר/ת: קטן ב-70%.

דובר/ת: לא, לא אמרתי.

דובר/ת: אני חושב שהמודל הזה ייחד עם כל הרגולציה שהוצאה פה על הרפואה הפרטית, תגרום לרפואה הפרטית מוחץ לבתי החולים הציבוריים לגדל הרבה מההיא תגדל אם זה לא יהיה. זה המודל שלי. אני לא יודע אם זה יקטן. אם נעשה רגולציה חזקה על הרפואה הפרטית עד כדי כך שנצליח להקטין אותה, מה טוב, אבל אני מאמין שהזאת יעשה שנקרא containment לצמיחה לעומת המצב האלטרנטיבי.

השרה יעל גרמן: אוקי', לשאלת הבאה. אני מציעה להתחיל מהשאלה הראשונה שלך.

דובר/ת: כשאת מדברת מה חולשות, את צריכה להגיד מה הבנץ'マーク, חולשות יחסית למה. יחסית למצב של היום יש לה מעט מאוד חולשות בהינתן שמערכת רגולטורית שאת מקימה, א', יש לה נתונים והוא מסתכלת על זה ב-real time, יש לה שניים, אנחנו נשים לחתה לה שניים, כל מיini קנסות ושלילת רישיונות, ושלשית, שהיא לא דוגמתית אלא היא מתאימה עצמה. אם את חשבת על אופציה שבה ניתנים כל הכספי במערכת כמו בגרמניה, יש עודף של 30 מיליארד יורו במערכת הבריאות הציבורית, אז אני יכול לדבר על זה. ישפה יכולה לכך שפחות כסף שוחר במערכת. ככל דבר צזה אני יכול לחתה לך פלוואומיינוס. אנחנו יכולים לשבת ולדבר על זה. כל דבר שהוא לא מתouple נכוון, בסופו של דבר יהיה חולשות גדולות ותוצאות לוואי. אני חזר למה שקובי אמר. אי אפשר לטפל ברגולציה במשהו שהתרמיצים הם כנגד ביצור החזקה. ברית המועצות ניסו לדכא את השוק. לא הצליחו. מה שנחנו עושים, אנחנו משפרים את התמריצים שוב ומוציאים רגולציה. שני הדברים האלה ביחד יתמודדו הרבה הרבה יותר טוב מאשר תמריצים גרועים עם רגולציה חזקה או תמריצים טובים בלי רגולציה.

השרה יעל גרמן: אבל האם אתה בכל זאת רואה לਮורות הכל, האם אתה רואה חולשות?

דובר/ת: חולשות יחסית למה? יחסית להיום? מעט מאוד.

השרה יעל גרמן: האם אתה חושש שייהי ביקושים יתר לפרוצדורות? האם אתה חושש שהשב"נים והביטוחים יעלו כתוצאות מכך? חולשות אובייקטיביות.

דובר/ת: אני לא יודע אפילו להגיד מה זה חולשה. אנחנו רוצים למסות את השב"נים והם יעלו יותר. מה שאני בטוח, שהאוכלותה שהגיעה היום לא נמצא עם ביטוח או שב"ן או רפואי או שנייהם, מצבה ישתפר כי זה מובנה לתוך המערכת.

השרה יעל גרמן: זה שיש לו שב"ן ישתפר?

דובר/ת: אני מדבר על זאת שאין לה שב"ן.

השרה יעל גרמן: לא, לא, זו שאין לה, זה ברור.

דובר/ת: לא, זה לא ברור כלום.

השרה יעל גרמן: יהיו פחות תורמים, יהיו יותר נזוחים. זה ברור.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: אני הבאת/י יותר היעץ של זמן רפואי לתוכה מערכת ציבורית, ללא תשלום.

השרה יעל גרמן: אלה שיש להם שב"ז?

דובר/ת: אתם יודעים מה? משהו שלא ברור לכולנו. עצם זה שהרופא, אפילו אם הוא לא עשה ניתוח נוספת, עצם זה שהרופא הבכיר נמצא בבניין של בית החולים לעומת מגדל רפואי בן 3 קילומטר ממנו, משפר את השירותים של כל החולים בבית החולים.

דובר/ת: אני גם רוצה לענות על זה. אני לא יודע אם זה חולשות. יש סכנות שבהחלטה קיימות. אי אפשר להגיד שאין סכנות ואני חושב שהධין הוא לגיטימי על זה. אני רק חושב שאסור שבסוףibrח מהධין גם היתרונות הגודלים שנאנחו בדברים פה על הסכנות ועל המנגנונים. אני מדבר על היתרונות הגודלים שגם אותם צריך לדעתם שישנם פה. לגבי סכנות – סכנה ראשונה זו הסכנה שאמרנו ושאמרו אחרים יותר מפעם אחת, שתיווצר פה תחרות על רפואיים מעוד מocardת מוגדלה שתתרצה את הרופאים, ככלומר אם אসותא יש מונפול על הרופאים שרצו לעשות רפואה פרטית, או לאסוטוא ולהרצליה, עכשוי יתחיל פה ביקוש על הרופאים והבקוש על הרופאים יעלה את שכר הרופאים, מה שייקר את המערכת. אני רוצה להתייחס לנוקודה הזאת כי זו נוקודה לדעתם ה-A-B של כלכלת. אני חושב שההתובנה הזה לא נכון והוא גם קשורה קצת לשאלת של שלומי. אני אומר את הדבר הבא: זה נכון שעכשו נוצרים עוד אלטרנטיבות לעשות רפואה פרטית. עם זאת היה רק מקום אחד, עכשוי יהיו חמישה מקומות שאפשר לעשות. זה ייצור איזושהי תחרות על הרופאים. אני חושב שיש פה נוקודה, צריך לזכור קודם קודם כל את הצד השני. ברגע שייהי כמה מקומות שאפשר לעשות בהן רפואה פרטית, אז מי שירצה לזכות ברפואה הפרטית שיתבצע אצלו, אם זה אסוטוא או איכילוב או הרצליה, צריך להציג לחברת הביטוח תעריפים ייחודיים כדי שהם יקחו פרמיה נמוכה. אני חושב שהוא שמה שאני ראייתי כמה וכמה פעמים פה על selective contracting, זה שכשתה מציע את היעץ שמגדיל את

היעץ של מי שעושה פרטצירות, אם זה במקרה הזה ניתוחים, כששתה מגדיל את היעץ, המתחרים, אלה שמציעים את הפרטצירות האלה, מווידים מחרירים כי חברה הביטוח, יש לה אלטרנטיבתה. היום להראל אין אלטרנטיבתה, היא חיבת לשות את זה עם אסוטוא או עם הרצליה. עכשוי הראל תלך לאסוטוא, תגיד, אם אתה לא מוריד לי את התעריפים על הפרטצירות שלך, אני אלך לאיכילוב. אסוטוא או איכילוב לצורך העניין, כדי לקבל את המבוקחים של הראל, תצטרך לחוץ את הרופאים שלא כ严厉ה.

אני חושב שמדובר במקרה הזה שנוצר כהגדלת היעץ של מי שעושה את הפרטצירות, יכול לגרום להורדת תעריפים ולהורדת השכר. אני חושב שהוא שזה מה שהספרות כמו שאני ראייתי אותה פה על عشرות מקרים, הראתה. אני לא מקבל את התזה שעולה פה, שימושה ככח צין אותה, יכול שיש פה רפואי אחד וכולם מתחרים עליו. נכון, אם היה רפואי אחד או שניים, אתם צודקים, אך אסוטוא היה מוציאו לו 100 ואיכילוב תוציא לו 120 ואסוטוא תוציא 170 ובסוף זה יגמר ב-200. לא, אני לא חושב שהוא שזה מה שקרה. היום כמעט בכל פרטצירה יש יותר מכוכב אחד, יש יותר רפואי טוב אחד ואם אסוטוא תוציא למישוה כסף, אז איכילוב לא בהכרח תריב עליו. היא תגיד לו, אתה יודע מה, קח אותו, אני אבנה את הכוכב שלו שהוא קצת פחות ידע. אני חושב שיש היום, תשאלו מי הרפואי הטוב בניתוח זהה וזה, ניתן ל-5-7 משרות בהרבה מקרים. אני חושב שההתמונה הזה שכאילו האוצר מציג אג' אחרנים מציגים, שיש פה איזה משאב מאוד מצומצם זהה הרפואיים המכובדים וכולם ירצו עליהם, היא לא התמונה הנכונה או מה שאני חושב שיקרה.

השרה יעל גרמן: זה דבר מאד קרייתי מה שאתה אומר, כי כשאני שאלתי את רוטשטיין ממש לפני ימיים, אמרתني לו, תגיד לי כמה כוכבים לדעתך יש בכלל, אז הוא דיברarti על 30-20 כוכבים.

דובר/ת: אז כל הזמן אומרים את זה, יעל.

דובר/ת: אני אומר, הסכנה שהם מצביעים עליה קיימת. אני לא אומר שהיא לא קיימת. אני לא אומר שהיא לא אפשרי. אני לא חושב שנתקבל פה תחרות צזו על כוכבים שתගרים לפרקיות לזמן, כי אני חושב שבעצם יש פה תחרות על



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הmbטחים ועל המבוקשים וחברות ביטוח יתחרו על המבוקשים דרך הורדת הפרמיה, והדרך להורד את הפרמיה היא להורד את מחיר התעריפים, ולהורד את מחיר התעריפים זה ללחוץ את הרופאים לפני מטה, והפולישה היחסית אחידה שזה רק על הדבר זהה, התחרות מאד עוזרת לנו. עכשו כל חברת ביטוח תרצה להציג בחירות מנתה לפרמיה יחסית זולה ואני מאמין שזה הכוון שילך ולא דוקא הכוון של התפוצצות שכר. אני לא מכיר הרבה ספורות כלכלית שאומרת שהגדלת ההציג יוצרת תחרות על גורם יצור והוא מעלה את המחיר. אני לא מכיר הרבה מקרים כאלה. אם היה גורם יוצר אחד, אולי זה נכון, אבל יש מספיק רפואיים.

סנה אחרית שאני חשב שהיא קיימת ولكن הצעתי גם פתרון, אבל היא קיימת, זה שהמערכת הציבורית תגיד, אוקי, יש לכם הכנסה פרטית, אז אני לא צריכה לתת לכם. תבאו המדינה או הממשלה, בבקשה, נוצר לכם מה מקור הכנסה, אם זה תיירות, אם זה שר"פ, אז המחויבות שלי היא יותר קטנה. لكن אמרתי שאני חיב במקביל את המנגנון האוטומטי, אחרת אני חשב שאנו חביבה.

החולשה השלישית שהיא קיימת ואני מסכים שהיא בעיה, שבאותו בית החולים ישכבו חולמים, חלק שבחרו את המנתה, חלק שלא בחרו את המנתה. יש סיכוי שבמערב כשהמנתה עשויה סיבוב במחלקה, תהיה לו איזושהי העדפה לאוטו אחד שבחר אותו לעומת אותו אחד בחר אותו. אני לא מTEL מזה. אני מקווה שהוא יראה את שנייהם כי הוא יהיה שם בעבר לעומת אחר שהוא רץ למקום אחר. אני עדיין מקווה שהמשאים שייהיו בבית החולים יגרמו גם לחולה הציבורי לקבל טיפול רפואי טובה ויגרמו לרופא להישאר שם בעבר בכלל, כך שהעדפה זו לא תORG בשורה כל כך חמורה.

דובר/ת: כשאתה מדבר על **selective contracting**, המבטיח סוג מול הנהלת בית החולים את החוזה?

דובר/ת: כן.

דובר/ת: אבל אין בחירת רופא מכיוון שאני כשלומי פריזט רוצה לבחור את ד"ר דוד אייקס. ד"ר דוד אייקס, היום הוא עובד פה, מחר הוא עובד שם. הוא יכול לעבוד איפה שהוא רוצה. אם סגرت עמו איכילוב, אני יכול לקבל רק את הרופאים של איכילוב, אבל אני רוצה לבחור את דוד. איך אני עושים את זה בעצם?

דובר/ת: עבור פולישה.

דובר/ת: ה-**selective contracting**, האם הוא מול הרופא אחד לאחד או מול בית החולים?

דובר/ת: בית החולים.

דובר/ת: אני מקבל את הפול. אני מקבל גישה לפול של בית החולים. בסדר.

דובר/ת: אתה יכול לבחור.

דובר/ת: אז אני יכול לבחור מ�וך הפול של בית החולים.

השראת יעל גורמן: ההערה היא נcona. ה-**selective contracting** הוא דרך בית החולים כשלבית החולים יש רישיון של כוכבים. כאשר מישו יתקשר עם ביטוח, הוא יראה מי הם הכוכבים. אנחנו סימנו כרגע. אנחנו חיבים לעבור הלאה. הוא עכשו יציג את הדיסרטציה שלו. לאחר מכן אני אומר לכם מה נעשה. אנחנו נתחיל להעמיד על הלוח יתרונות, חסרונות של שני המודלים, ושילובים.



לשכת שרת הבריאות Minister of Health Department

**משרד
 הבריאות**
לחיים בריאות יותר

דובר/ת: אני לא אציג את היתרונות של הש"פ. אני מראש אומר לכם, אני אציג את החסרונות של הש"פ. אני בעמדת נגד, שזה יהיה ברור, שקיים. אחד, כמובן שאין שם מודל אידיאלי. אני מסכים במלוא מובן המילה עם קובי. לכל מודל יש יתרונות וחסרונות וצריך לשקלם כਮובן את המאזן. הערכה שנייה, זה לא רק נגד הש"פ. הדיון הזה, אנחנו כמובן יכולים מחלוקת הכלול ואנחנו עושים מהלך אידיר של הסכמה שהגענו אליהן הבוקר, אבל מי שאומר כן שר"פ או לא שר"פ צריך אחרי זה להגיד גם מה הוא עושה עם שאר הדברים של המערכת והסדרת הדברים של המערכת, כי עוד מעט תראו, אני חשב שחלק מההסדרה או ההסכמה הגורפת שהיתה פה לגבי הפל טימר, מיתרת הרבה מאוד מרכיבים שהשר"פ רוצה לתת להם פתרון, لكن זה לא רק הبعد או הנגד, אלא איך זה יושב בחלוקת הכלול של המערכת.

נקודה שלישית עוד לפני שאני בכלל ממשיך להלאה, אנחנו יוצאים מאיוזשי נקודת מוצא בסיסית נוכחית כיום וכיום יש בעיות רבות, אנחנו כל הזמן צריכים לשאול את עצמנו בהצגה של האלטרנטיבות לפתרון, איך הן פותחות את הביעות הקיימות. אם אני אמליץ לכם איך להחליט בהכרעה בין מה למה, תשאלו את עצמכם איזו אלטרנטיבה פותרת הcli טוב את הביעות. אף אחד לא תפטור את כל הביעות, אבלcli הרבה והcli טוב את הביעות.

הערכה אחרתנו כמובן,(cli טוב והcli הרבה צריכה להתייחס גם לפן של היעילות של הפתרון הזה, וכן, מה לעשות, גם לפן האידיאולוגי), והסוגיה של ההספקה שלובה עם הסוגיה של המימון וזה אותו דבר בהקשר של הש"פ, כי עוד מעט תראו, מי שמנמן את זה ואת הכסף הנוסף שאנו רוצים, אנחנו רוצים מהמערכת הפרטית של המימון, למה? כי אנחנו לא סומכים שהמדינה תיתן. שר"פ, מה זה? קודם כל נעשה מה שנקרה בהברה מושגית. אתם מחיבים אותו לתת עוד הערכה שלא תכננתי אותה. אנחנו נכנסנו לקטע, ולצריכי ההגנות אני צריך לומר, לא רציתי להגן עליהם, של הפרטים של הפעלת שר"פ. הם לא סגורים זה בסדר, זאת אומרת צריך לסגור את זה. יש הרבה פרטים והרבה מאוד רגאלציה ואני מציע לא להקדים ולשאול את השאלה האחרונה של איך אני משלם את השקל האחרון לאחר רופא שעבד אחר הצהרים. צריך להתרכז במהות הבסיסית של העיקרון, ואחרי זה כשנסכים על מהות הבסיסית של העיקרון, ממשיך ונמלא אותו בפרטים ונדיר את הרגאלציה ונדיםיר את הפרטים וכן פול טימר, שכן יכול לעשות שר"פ או לא. אך מבחינתי הש"פ, אני מגדיר אותו כך וכך אני קורא לו גם שר"פ, זו אפשרות בחירת רופא, בדרך כלל מנתח בבית חולים ציבורי, כי הבחירה בפרטיה היא חופשית ומבחןתי זה לא שר"פ, תמורה תשולם. עוד חלק מהгадירה הזאת – התשלום הזה מתבצע באופן ישיר או על ידי החולים או באמצעות חברות הביטוח, אנחנו חיים היום בעולם שבו חברות הביטוח זה הש"ב[...] והביטחוןים המשלימים. עוד פרט אחד נוסף – היום יש אפשרות לבחור. אולי אפשר למשם אותה? אפשר למשם אותה בירושלים, שזו מערכת ציבורית מבחןינו, ובתי החולים הפרטיים. כאשר אני מփש את המשקל שלהם במערכת הבריאות הישראלית, האשפוז הישראלי, אז הם מהווים היום 13% מהມיטות הכלליות, אז תגידו, מיטות כללית לא מיצגות את עיקר הפעולות שהיא כירורגית. זה נכון. זה מבטא 20% מהມיטות הכלליות. יכול להיות שהמשקל של הפרצודות הכירורגיות יותר גדול מה-20, אבל זה הטווח. תזכיר את הפרופורציות. אנחנו מדברים בעולם שבו היום אין שר"פ במעט 80% מהמערכת. יש שר"פ ב-20% מהמערכת. יש לכם פriseה של בתים חולים לפי בעלות ומה זה ציבורי, מה אין שר"פ, מה יש שר"פ. יש את הממשלתי, 11 בתים חולים, יש קופות חולים, יש את המיסיון שאין שם הרבה ויש כמובן את הדסה ואת פרט ששם עיקר הפעולות הש"פ[...], שהוא באחוזים של מיטות – 13.5%. כמו שאמרתי, הכירורגיה זה 20%. מה סוגיה שעומדת היום? זה לא הפרטים של הסדרת הש"פ. סוגיה המרכזית שעומדת לפניכם כרגע ואתם צריכים להכיר עליה, זה זה – האם להסדיר הפעלת שר"פ בצורה זו או אחרת, מוסדר, מפוקח, רגולציה, כל מה שאתם לא רוצים, אבל ברמה העקרונית בחירת רופא בתשלום בכל מערכ האשפוז הכללי בישראל. זו סוגיה. יש מודל, הוא עובד בחלק מהמערכת ועכשו השאלה אם להרחיב את זה ולהחיל את זה גם על תל השומר, גם על אילוב, גם על בלינסון, גם על צפת, גם על פוריה, גם על סורוקה, או אני הצעתי משחו אחר אבל לא נחזיר לממה אני הצעתי. או לשמר את מה שקרה כרגע ולהתחל לעשות הסדרות אחרות במתכונת של פול טימר כדי להסדייר את הביעות הגדולות של המערכת. זו סוגיה. בואו לא נתנוכח על הפרטים של אין מפעלים שר"פ. סוגיה אם אנחנו



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

רוצים את זה כמודל דומיננטי, מרכזី במערכת הבריאות הציבורית בישראל. אני שאל את השאלה הזאת ואני אציג את עמדת הנגדי ואני אבחן את זה על בסיס של אם זה יקרה, מה זה יעשה. אני שאל את השאלה הזאת לגבי מה זה יעשה לעלות, מה זה יעשה ליעילות, שתי שאלות מאד חשובות. מה זה יעשה לשוויונית. דרך אגב, למה שתי השאלות האלה חשובות, עלות ויעילות? כי אם זה עולה יותר כסף אבל זה נותן יותר בריאות, אז אין לי בעיה. בסופו של יומם אני אמרתי לכם שזה עולה יותר כסף וזה נותן פחות בריאות. אני שאל את עצמי מה זה יעשה לשוויונית. אני שאל האם הפתוחה האידירה בענפי הביטוח המסחרי והשב"נ נוטנים איזשהו פתרון או מענה יותר צודק או יותר נכון לסוגיית השר"פ שהיא חסיטה ישנה. אני שאל גם הסדרי שר"פ מרכז ומנגנון בקרה כמפורט לכל החסרונות של השר"פ, כי יש חסרונות --- מה הדרך להתמודד איתם, בואו נסגור אותם על ידי הרגולציה. אני שאל גם את השאלה הבאה, זאת אומרת אם השר"פ הוא איזשהו אמצעי לפתרון של בעיות, האם יש אמצעים אחרים לפתרון אותן בעיות בצורה יותר יעילה ויותר שוויונית. בסוף אני חייב לגעת בנושא של הזכות לבוחר, שעולהפה, כי זו סוגיה קשה.

באו נתחיל עם הסיפור של העליות ויעילות. אמרתי שהיום המצב הוא זהה שיש בחירת רופא. אפשר למשמש את זה ב-20% מהheetיות הכירורגיות. אני מוכן אפילו לאמץ את ה-25% מהפרוצדורות הכירורגיות שנעשות במדינת ישראל. מחר פותחים את הכל אם יש שר"פ, זאת אומרת כל מערכת האשפוז הכללי, אופציונאל פתוח לבחירה. זאת אומרת, כמוות הפטנציאל של העשייה של הבחירה, גם אם תגביל אותה באופן כמותי, יחס' בכל בית חולים ובית חולים, יש הרבה יותר בתים חולים שיכולים לעשות, כמובן שברגע שאתה מגביל את פוטנציאל העשייה, אתה מגביל גם את ההוצאות הקשורות בהם. אני עדין מדובר ברמה של אין גידול בסך הכל הפעולות. אני מדובר על הפעולות שתעשה בשר"פ והפעולות שלא תעשה בשר"פ, אבל הפעולות שתעשה בשר"פ היא הרבה יותר יקרה כי יש שם את המרכיב של שכר הרופאים. זאת אומרת שבגדול, ההוצאה תעלה. זו הטענה שלי. למול הטענה הזאת של ההוצאה תעלה, מה בעצם מוצג כתיעון נגד? אז טיעון הנגדי שעוד מעט מתמודד איתנו, שאלות הבריאות תעלה. הטיעון השני זה שפטיחת הייצע, זה טיעון כלכלי טהור, מועליה לאחררים. אז אני אומר, קודם כל אני מכיר הרבה מאוד מקרים שבהם פטיחת הייצע לא הורידה מחירים ולא רק במרקחה של מונופול. ככל השוק שיש בטור מערכת הבריאות הם כללה גדולים, שמהניםין של המונע מערכות בריאות בעולם, ההסתמכו על תחרות כמנגן להציג יתרות מחירים באיזושהי יעילות, נכשל. אנחנו מדברים גם בטור מערכות הבריאותיים אחרים שערכנו את המפהה הקודמת שניסינו להכניס כלכלת בריאות ותחרות לתוך המערכת. אנחנו חוזרים חזרה ואנחנו מדובר על תחרות מנהלת הרבה יותר מאשר תחרות חופשית. אני אומר, גם אם ירדן המחויר ומי שיעשה את החשבון שהטיפולים ירדן, ואניஆעשה איזה סימולציה שבה התעריפים ירדן, וגם אם ייקח איזו סימולציה של מעבר, נדמה לי שגם היה הבחירה של ניר, האם חלק מהפעולות המתוקנות של מחירים כפול הנסיבות החדשנות, זאת אומרת מידה מסוימת, לא יכול. כאשר אתה עושה את המכפלות המתוקנות של מחירים כפול הנסיבות החדשנות, כאשר אתה פותח את כל הייצע למודל שאתה אומר לכם, ש לדעתך יקרה, אז ההוצאה תעלה, והויכוח הוא לא האם היא תעלה או לא תעלה. אנחנו ישבמו פה שנה ולאורך השנה הזאת שמענו המונע עדויות של המונע אנשים, חילוק דרך אגב עדויות אינטראנסטיות. אני שם את זה על השולחן. יש הרבה מאוד אנשים שעושים את החשבון המוסדי ומאמצים את העמדה העקרונית בנושא של שר"פ. חלק גדול מהם אמר זה יעלה כהה, וחלק גדול מהם אמר, זה יעלה כהה, אבל אני לא שמעתי אחד שאמר שכתובת מהפעלת בחירת רופא בתשלום בכל המערכת הציבורית, סך הכל ההוצאה תרד. ניסיתי לתת לך פן כמותי ואני יודע ואני עז למכבלת של לעשות אומדן כמותיים לגבי העתיד, כי זה כרוך בהמון הנחות עבודה. חיפשתי את הדרך הכי פשוטה להציג את זה. אני לא יודע אם יש דרך אחרת. אני מאוד מאוד מבקש לא לתפoso אותו במילה, אם זה יהיה מיליארד וחצי ואם זה יהיה מיליארד. היום מוציאים 800 מיליון. אני מדובר בדרך אגב על זה, בכלל לא נכסות, רק על המרכיב של בחירת רופא, כי היום הביטוחים המשלימים ממשלים גם את הטופס 17. דרך אגב, במקרים שלכם, של בחירה במימון הביטוחים הפרטימיים, הצורך להתמודד עם הסוגיה מי מכסה טופס 17. אני מקווה שתאתם לא רוצים שנעים גם את טופס 17 של כל מערכת האשפוז, זאת אומרת להבהיר את כל של האשפוז הציבור על הביטוחים המשלימים. לפי המודל שלכם זה הגזר. אני מקווה שתעטרו שם ולא תשיגו את זה, אבל אני לא מבין את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לא הבנתי.

דבר/ת: נניח שאני בוחר רפואי בהדסה, הביטוח המשלים לא באופן ישיר, באופן עקיף משלם את בחירת הרופא ואת האשפוז. את שנייהם. אם מחר גם בתל השומר יש אפשרות בחירה במימון המשלים, אז גם בתל השומר הביטוח המשלים ישלם את האשפוז ואת בחירת הרופא, זאת אומרת כל הוצאות האשפוז במדינת ישראל יועמסו על הביטוחים הפרטיים והמושלמים. אלא אם כן תגידו ממשו א�ח.

דוברות: כל העלות מושממת.

דבר/ת: הטיעון יהיה יותר מורכב מזה. יגידו, יש נתונים. הראשון, של ציבורי או כוסף ציבורי לא צריך לממן בחירה של אותו שירות בדיק שנמצא בסל ציבורי. אドוני, מגע לך מכוח של בריאות, ניתוח הרניה. קח אותו בציבורי. אתה לא חצה ל��חת אותו בציבורי? אתה רוצה לשבור את הסדרי הבחירה של הקופה - - - אין בעיה, אבל תשלם את מהחרו של - -

דוברות: העניין של איך ההתחלקות בין הציבורו למבטח לא קשורה למי הספק. טופס 17 הוא לא רלוונטי אם זה נעשה באסוטא או באיכילוב. זה شيء דברים שונים לחלווטן.

דבריה/ת: אני אסביר עוד פעם ואחרי זה אני אמשיך. היום מי שמאמן את הטופס 17 כאשר אני מבצע בחירה זה הביטוח המשלים. הביטוח המשלים משלם את הבחירה בעת האשפוז. עכשו בואו ונניח שאני לא עושה شيئا' בסודר זה ומחר אני פותח את הבחירה במימון הביטוח המשלים גם בTEL השומר, אז לכארה הביטוח המשלים צריך לשלם גם את האשפוז וגם את הבחירה, זאת אומרת כל הננה שנקרא אשפוז כללי במדינת ישראל, מוסת מהימון הציבורי למימון של הביטוח המשלים הפרטי.

דבר/ת: כמה הבחרות על מה תהיה הויוכה ומה המצב. המצב הוא צזה. הכל כולל מומן מהשב". ממה מורכבת העולות מרכיבת מעילות הפעולה שזה אכן טופס 17. זה לא באמת טופס 17, אבל אכן העילות של הפעולה פלוס הרכיב של בחרית רפואי שהוא עד 60%. הם אמרו לנו, את החלק של הטופס 17, שלא יכול עליו חוק --- . זה מה שהם רצוי. זה לא קשור. הכל מחותן מהשרן".

דברות: אני רק רוצה לומר לך, שאתה לא מבין עד כמה אתה מגדיל את המקורות הציבוריים גם, לא רק את המהומות הפנויות כי הפקידים מחליפים את הציבוריים. זה לא פרוגרטי כי מימי שאמה ליום זה משובן אחר

דבריה: לא משנה איזה מודל תמצאו. בשלב מסוים לסוגיה הצעת צרייך להתייחס. אני אומר את זה כהערה לרובו. אפיילו' פיצ'ז'ה מודול שלרטם

במודל של י' דרך אגב, כשאני מדבר על תוספת העליות אני יוצא מנקודת הנחה שאנו לא נуж להעמיס את כל הוצאות הטיפול הרפואי של כל האנשים שבחורו על הביטוחים הפרטיים, כי זה באמת יהיה, געבור את ארצאות הברית. אני מדבר פה רק על תוספת ההוצאה על הרופאים שיקבלו יותר כסף, כי היום גם המסה של הרופאים בתל השומר וגם ברמב"ם וגם בסוטוקה וגם בפרוריה וגם בפתחת וגם בפריפריה, בכל מקום שבו יש בחירה, תרצה את הכסף שלו, וזה הרבה מאוד כסף. בהערכתה גסה, אם אני לא מוריד את המחירדים, בהנחה שלא ירדו המחירדים, ל-2.4 מיליון, ובהערכה של 30% הורדת מחירים זה יותר פשוט, אתה מפחית כפולה 0.7, הערכה של תוספת העלות מתיחסת לפראופורציית הנפק שנעשה בו שר"פ היום כאשר אתה מכפיל אותו כמעט פי 4, פי 5, כי הפוטנציאלי קיים וכל המערכת היום שבה מסודר השר"פ יהיה רק 20%-25% מהקייםום של המערכת. אני רוצה לשוב ולהציג, אני לא מדבר פה על ההרחבה. זה לדעתן אומדן יחסית נמוך, אם כי אפשר לעשות אותו גם טיפה יותר נמוך. זה לא מדבר עדיין על הרחבת חווות דעתך שנייה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאות יותר

דובר/ת: אני פשוט לא מבין את החישוב. באמת שאתה לא מבין.

דובר/ת: אני אחזר עליי.

דובר/ת: רק אנחנו לא מבינים וכולם איתך?

דובר/ת: מה שאתה אמרת זה שזה 20% מההיצע, אתה מכפיל את זה? זאת אומרת אתה אומר שעיל כל מיטה במדינת ישראל ישכב מישחו?

דובר/ת: לא כל מיטה. אותה פרופורציה. מה, בהDSA כולם שכבים בבחירה רופא?

דובר/ת: יש היום 13%, אז אתה הגדלת את זה ל-40%.

דובר/ת: ה-13% האלה עולים לי 800 מיליון שקל, לא 13, 20, ואם 20% עולים 800 מיליון שקל, תראה מה היתרה.

דובר/ת: בעצם אמרת שבמערכת, 40% מהחולים יהיו בבחירה רופא.

דובר/ת: אני אנסה להסביר עוד פעם אחת. יש היום פרופורציות של הוצאה מסוימת ואני לוקח רק את בחירת הרופא. זו הפרופורציה שכוללת את ירושלים ואת אסוטא והוא עולה 800 מיליון שקל. בירושלים זה בסביבות 20%-25%. באסוטא זה מה שיש את אסוטא. עכשו יש לנו ויכוח כמה עבור מסוטא לתוך המערכת הציבורית, אז אני לא אכנס כמו באיכילוב, גם בצתפת, גם בפוריה, וכך ייה לנו ויכוח כמה עבור מסוטא לתוך המערכת הציבורית, אז אני לא אכנס כמו, 30%, 70%. אני חשב שההויה בסביבות ה-20% אם זה יעבור.

השלה יעל גרמן: לא, הוויכוח יהיה אחר, הוויכוח יהיה האם היום הפרופורציה הזאת לא כוללת גם הרבה מאוד ממי שלא נמצא רק בירושלים ובאזור, אלא היא כוללת את כללם.

דובר/ת: אין לי ספק שהיא כוללת. צודקת, העלה מצינית, لكن אני אומר, כל כך הרבה דברים. תראי, מכיוון שהיא אומדן, יש כל כך הרבה הנחות בעובדה. אפשר להורייד את זה. יש פה המון הנחות בעובדה וכמוון ככל שאתה עושה הנחתה בעובדה יותר נכון, אז האומדן עולה. ככל שאתה עושה יותר חזקה, האומדן יותר, כמו לדוגמה ההערה שלן שהיא מצינית כמובן. יש הימים בירושלים אנשים שמטופלים מטהל אביב, לדוגמא.

מה זה לא כולל? כדי שכל אחד מאיינו יבין. זה לא כולל את הנושא של חוות דעת שנייה. זה לא כולל, וזה נקודה נוראה חשובה כי אני אתיחס אליה יותר מאשר אחר. אנחנו מדברים כל הזמן במשחק סגור של כמה ניתוחים במערכת, כי אם כמה ניתוחים באופן כללי, הוא תגדל, ואני עוד מעט אומר לכם, היא תגדל, אז האומדנים כמובן יעלוי, וזה לא כולל את ההערה שהתחלנו בה, וזה הסיפור של טופס 17 שמחיב קודם כל הבנה ואחרי זה התיחסות ובסוף קיבלת עמדה, כי פה זה סיפור, לאמץ את המודל הנוכחי שבו השב"ן משלם טופס 17 עם שר"פ בכל מערכת הבריאות הישראלית.

از באו ניקח את הסצנrio הזה של עליית הוצאה ונראה מה זה יעשה לסדרי הגודל המקרו-כלכליים של מערכת הבריאות הישראלית. יש לנו מצב נתון أول, נחזיר על המצב הנוכחי, אני מעגל את המספרים. המימון הפרטי, כולל התחרומות – 41%. זה המצב היום. אם אנחנו לוקחים את הסצנrio של הרחבת הש"פ, אז כמובן אפשר לקחת יותר נמרך יותר בינוינו, ועוד מעט אני אגיד לכם למה אני קורא לזה בינוי ולא גובה. בכל מקרה המגמה הכלכלית זו מגמה של גידול בהוצאה הלאומית לבריאות והגמגה הכלכלית זה גידול במימון הפרטי לבריאות, ואני מדגיש במפורש את המימון הפרטי שמננו אנחנו מתחילה, שעוד מעד דבר עליו,



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

שהוא אחד הגבוהים בעולם המערבי. אך כאמור מאוד נמוך זה יהיה אחוז אחד לכאן או לכאן. כאמור יותר גבוהה זה יהיה עוד 3% או 2%. אולי באחוזים זה נשמע לכם מעט, אבל כאשר זה מctrافף ל-40% זה ממש מאוד גבוה, אך זה ממש ממשעוני.

לגביה השאלה אם הרחבת הסדרי השראפ' תעלה סוף, אני חשב שהיה לנו יכול בכמה זה יעלה. אני לא חשב שהיה זה אחד שיגיד לי שהוא לא יעלה סוף. היכולות לגבי כמה יעלה ועד כמה זה יעלה תלוי גם דרך אגב במידה רבה בשרשורו של התהילה, כי רובותי, התהילה לא נגמר פה ויש גם את הדעות ההיסטוריות להזאת וגם את מה שנקרה, האיים ששמענו במהלך הוועידה. אנחנו יומם מדברים על רופאים כירוגים, אבל מה עם מרדיימים? רובותי, יש שראפ' מרדיימים. מה עם רופאים מומחים אחרים? רובותי, יש טראפ' בהדסה. טראפ' זה טיפול אישי בעליות נמוכות, בחירת רופא בתשלום בעליות נמוכות. עוז, תסביר מה זה טראפ'.

דובר/ת: טראפ' זה שראפ' של דור הביניים.

דובר/ת: כדי להיות מומחה שיש לו את הרישון לעשות שראפ' אתה צריך להיות 5 שנים ותק. אך זה מתחילה ברופאים כירוגים ברמה העקרונית, אבל למה לא מרדיימים ולמה לא רופאים מומחים אחרים? יש מומחים אחרים שאינם יכולים לעשות שראפ' אך הם עושים טראפ'. הם מצאו פתרון. ישבה פה אילנה כהן, דרך אגב, ואמרה תשמעו, אל תהאלו אותי אם אני بعد או נגד שראפ', אבל תדעו, אם יש שראפ', גם אני רוצה. דרך אגב, לנושא הזה גם לא צריך את אילנה כהן. זה התחליל מהচות מילדות זה הלך כן אישור, לא אישור, רגולציה מדינית ממשלתי שיש לו את כל כל הרגולציה.

אני מציג פה סיכון. אני לא רוצה יותר מדי להיסחף בדמגוגיה, אבל אני מציג פה סיכון והסבירו הזה הוא סיכון אמיתי. בתחום מגזר הבריאות יהיו הרבה מאוד מגזרים של עובדים נוספים שיגידו, רגע, סליחה, למה סוף תמורה בחירה אפשרי במערכת הציבורית בעבר רופא? אני זוכר שאני הייתה סמנכל' במשרד הבריאות והוא אנשים שרצו להציג לי סוף תמורה שירות אישי, כולל קיצור תורים. המערכת הציבורית זמינה לחולה הציבור והוא לא סגורה ב-16:00. המערכת הציבורית צריכה להיות זמינה לחולה הציבור 24 שעות ביממה. אין צו אבחנה של אחר הצהרים זה פרטיו ולפני הצהרים זה הציבור. מה זה הדבר הזה? יש מערכת ציבורית והיא צריכה להיות פתוחה 24 שעות ביממה לחולה הציבור.

דובר/ת: 500ות זה לא מימון רפואי.

דובר/ת: לחלוטין לא. תיכף בדבר על זה. אך אני התחלתי בנושא של השראפ' ואמרתי, תיקחו איזה הנחת עבודה שאתם רציתם אבל השאלה איפה אתם עורכי. אני אומר רגע, סליחה, ולא רק השרשור הראשון הזה בתוך בית החולים. מה עם רופאי הקהילה? למה רופא מקצועי שעבוד בקהילה לא יגיד, רובותי, גם אני רוצה בחירת רופא, גם אני רוצה סוף מוסף, וגם הרופא הראשון. לי יש רופא ראשוני מצוין, אני רוצה להיות איתו כל הזמן. מחר הוא יבקש סוף. אנחנו עושים פה איזה שחן חומות סיניות של פעילות כירוגית בתוך בית החולים הציבורי וחושבים שעל ידי רגולציה נגביל את זה לאיזושהי כמות מסוימת בזמן מסוים, ואתם חושבים שהה יעמוד? אתם מדברים על הריצה ועל החלחול וכן הלאה, שקרה בתחרות חופשית. אני אומר לכם, זה יהיה התחרות החופשית. זה יהיה התוצאה של התחרות החופשית. יפתחו פה ובסיום זה יגיע גם למורים ולשוטרים וגם לשופטים, שלכארה יבוא אדרח ויגיד, רגע, אני רוצה שהה ישפט אותנו ואני רוצה שהמוראה הזה ילמד אותנו.

דובר/ת: בוא תישאר במערכת הבריאות.

השרה יעל גרטמן: אני גם ממליצה להישאר במערכת הבריאות.

דובר/ת: אני אמרתי שאני יודע שאני משתרש. ברמה התפיסתית, ברמה המהוותית, כשאתה מותיר לעובד הציבור לקבל סוף תמורה בחירה, אתה צריך לשאול את עצמן ברמה הפילוסופית למה זה אסור לשופט וזה מותר לרופא.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאות יוטר

- השרה יעל גרמן:** אבל זה קיים היום.
- דובר/ת:** אני אמרתי שהה תקין וזה בסדר?
- דובר/ת:** אז למה עד היום לא ביקשו?
- דובר/ת:** עד היום זה היה מוסדר. דרך אגב, לא היה מוסדר אבל פעל בהדסה ובירושלים. גם אם נישאר בששרור הזה במערכת של מה שנקרה, הרפואית, אז יש את המערכת הרפואית של בת החולים והוא לא תחנה סופית. ישנה את המערכת הננספת של הקהילה שרק מחייבת. גם היא רצתה עוד כסף.
- דובר/ת:** גבי, סליחה על הערה. הייתי מודיע את השורה האחורונה.
- דובר/ת:** פילוסופיית הוא צודק.
- השרה יעל גרמן:** גמרנו. היתה הערה. תמשיך כראצונך.
- דובר/ת:** אז אפשר לשים שם הסתברות אפס ושם 10% ושם 50%.
- השרה יעל גרמן:** תמשיך.
- דובר/ת:** השאלה הבאה צריכה לשאול לטעמי, אני עניתי. זה עלה כסף. כמה כסף? נתווכח, אבל זה עלה כסף. השאלה הבאה, האם הכספי הזה שווה את הבריאות שאנו מכבלים, וגם התשובה כאן לדעתך, לא. בכל מנגנון של בחירה תמורה תשולם אתה יוצר תמריצים שעשוים להציג מה שנקרה שימוש עודף שיתן מענה לרצון למקסם הכספיות ולא בהכרח למה שנקרה מענה לצורך רפואי אמיתי, ואני אומר את זה בצורה הכי עדינה שיש כדי שלא תגידו לי שגם פה אני עשה איזושהי דמוגוגיה של מורים ושל שוטרים. זה הסיכון שלנו. כאשר אנחנו נתונים במצבה יותר מדי חזקה של כסף לפעילות כירורגית באמצעות בחירה, אז אנחנו מעדדים לפעמים לעשות חיתוכים כירורגיים גם ככל כל כך כדי למקסם הכספיה. יצירת אירוחים מלאכותיים בבחירה תוך הסתת פעילות אחר הצהרים. אם אתה רצתה כי יוצר לך עצם בקישוט בחירה, אז אתה רצתה שהשירות הציבורי יהיה כמו שהוא שיטור גרען. אתה לא רצתה שהיה כמו שהוא מצין ולא יהיו תורמים, אז אתה מיותר את הבחירה, ואנו אנחנו הרי יודעים ועוד מעט נתיחס לזה, שרוב רובה של הבחירה היא בכלל קצר תור. מי רצתה בחירה? תשאלו אנשים על במאמה. שולי הראתה את זה בחלוקת המציגות שלה לגבי למה בוחרים. יש פה גם איזושהי בעיה של ייעילות, אנחנו מונים בעצם למנגנון הכספי להכתיב מי מתפל במי. מה אנחנו רוצחים? אנחנו רוצים רפואי טוב או רפואי ממומחה יטפל בנושא המורכב, בחולה המורכב. אני לא רצתה רפואי ממומחה, בגלל שבחרו בו עשה אפנדיציט. יש פה איזושהי חומר ייעילות בהקצת המשאבים של המערכת שמדוברים ממשילא, ואתה פתאום מכניס פה איזשהו שיקול כלכלי. במקום השיקול הרפואי שצריך להיות נתו על השולחן של הרפואי. הרפואי צריך לראות איך ורק את השיקול הרפואי. לבסוף, הרי ככל שאתה מרכיב את אופציית העדפה בבחירה, שבסתו של עניין היא מהוות גם קיצור תור, בסוף אתה יוצר איזשהו מנגנון. זה מזכיר לי תמיד את מה שקרה עם הכלבים. נתונים לך חבילה ומבקשים בשבילה כסף ואחרי זה נתונים לך חבילה כאלו יותר טובה ומבקשים ממך עוד כסף. דרך אגב, ככה בביטחון המسلح. רובד א' ורובד ג' ורובד ד' וכן הלאה. אתה חייב לשמור איזושהי העדפה אחרת לא יקנו אותה. ברגע שאתה פותח את העדפה הזאת לכלום, אז הולכים להעדפה יותר גדולה ואחרי זה לעוד אחת ועוד אחת. אין לזה סוף.

לסיכום הקטע הזה של עליות ויעילות, אני חשב שתיהה עלייה גדולה בהוצאה הלאומית לבריאות, ורבותי, זה יהיה גם בהוצאה הפרטית וגם בהוצאה הציבורית, אבל מה שמשמעותו זה בערך ההוצאה הפרטית, אבל זה לא יגמר בהוצאה הפרטית.


לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department
השרה על גרמן:

אבל בהוצאה הציבורית אתה הוכחתי להיפך, שתהיה ירידה.

דבר/ת: בהסדר שלי לא. בהסדר של הטופס 17, לא. אני בהסדר שלי מבטל את זה. התמരיצים שאנחנו מותנים לעודף עשייה יגרמו לזה שבסוף גם טופס 17 יהיה יותר. סך הכל כמה הפרופורציות הירוגיות יגדל והחלק של מה שנקרה ההוצאה הציבורית, אני שאלתי את עצמי הרבה ממה חושש משרד האוצר, כי משרד האוצר, הציבור האידיאולוגי פחות חשוב לו. אולי לא בקדנציה הזאת קצת אחרת, אבל בקדנציות הקודמות באמת שאלתי את עצמו מאיפה באה לי הקואליציה הזאת של משרד האוצר. חלק מההינוקים לקואליציה הזאת זו הייתה באמת, אני חשב, שבין השאר כן מהشيخול המקור כלכלי של מה קרה להוצאה הלאומית לבירות ולהוצאה הציבורית לבירות. דרך אגב, זה גם החש של קופות החולים. הרי קופות החולים לאוורה אמרם, מה אכפת לי, הביטוח משלים ישלים. מה זה מעניין אותו? מה הבעיה, הולכים לפיקד במשרד הבריאות, מעלים את הפרמיות, סוגרים עניין. הם חוששים שהוצאה שלהם עליה והסיבה שאליה הם מתכוונים. אז ההוצאה עליה וגם ההוצאה הציבורית וגם ההוצאה הפרטית עליה, ובסיום של יום כשאני שוקל את זה למול מה קיבל, אז אני לא רואה מה אני מקבל פה כתוספת של בריאות. בסך הכל לסייע להוצאה ופחות בריאות אני קורא חסור ייעילות במערכת, זאת אומרת מבחני, ובכלל לא פן אידיאולוגי, הסדרה של שר"פ צה או אחר, מוסדר, מרכך, אחר הצהרים, לא אחר הצהרים, זה הכל הפרטימ הקטנים אבל בrama המהותית זה הסדר לא יעיל לארגון של מערכת, ורבותי, ההסדר הזה לא קיים בשום מקום באופן גורף. הוא קיים באים קטנים פה ושם. פה אנחנו מדברים האם להסדיר את זה בכל מערכת הבריאות הציבורית בישראל כהסדר כולל, גורף.

עקרון הצדק והעזרה ההדידית שכמו שאני רוצה להזכיר לכם, זה העקרונות שמנחים אותנו בחיזוק הרפואה הציבורית. השאלה היא גם כאן. אני חשב שפה התשובה היא יותר קלה. ביחס על העליות אמרתם, אוקי", הוא לא צודק, אולי הוא הפרץ, אבל פה השאלה איננה אם השר"פ על האופי השווני, אלא שוב, מה תהיה עצמת ההשפעה. לא משנה כמה רגולציה נסדייר, אתה יוצר פה שתי רמות רפואי, אחת זה מי שמשלם שהוא יותר או באופן ישיר או בביטחון. רובתי, עד מעט נראה מה יעשה הביטוח עם הפרמיות שלו וכן הלאה וזה ילווה במשכי המתנה הרבה יותר ארוכים למי שלא ישלם, וזה יהווה רמה מאוד גבוהה לחסרי יכולת, וכל זה בתוך המערכת הציבורית. תעשו הפרדה בין הפרטיקה שנעשית באסוטה והפרטיקה שנעשית בתל השומר. זה שני פרטיקות שונות לחלווטין. הדרישות שלי מסותא שונות לחלווטין מאשר בתל השומר. יהיו גם דברים שנצטרכו להסדר באסוטה, אבל זה שונה לחלווטין. פה אני מדבר על בית ספר ציבורי. זה המקבילה שלו. בית ספר ציבורי אני לא מאפשר בחירה של מורה בתוך בית ספר ציבורי תמורה תשולם. התשלומים עבור שר"פ יעשה או באמצעות הביטוחים הפרטיים וכל תוספות ההוצאה בסופו של יום, הרי מישחו יצטרך לשלם אותה ואנחנו נתוכח אם זה מיליארד או שניים או ארבע. זה לא משנה הרבה כמה לצריכי הציג הטיעון. זה בסופו יועמס על הביטוחים הפרטיים ואני עוד מעט אדבר על מה זה עשה לביטוחים הפרטיים. אחרי זה אתה יכול להגיד, אוקי", בסדר, זה פוגע בשוויוניות, הבנתי, אבל אולי אנחנו יכולים להרשות לעצמנו. אנחנו חברה כל כך שוויונית שאפשר כcca קצת - -. אך מי שמסתכל בrama של מערכת הבריאות, אנחנו מתחילה מ-40% קשיים. אני עכשו הודהתי איזוז. אחד הגבויים בעולם המערבי. להתייר את השר"פ זה להגדיל את זה ואם מסתכל בrama של החברה הישראלית, אנחנו כל הזמן מדברים על צמצום פערים ועל פער ההכנסה שיש בחברה הישראלית שהם הגבויים ביותר בעולם המערבי היום. מסתכלו מה זה יעשה לפערים האלה בrama של החברה. המדינה יכולה להרשות להטיל שר"פ בכל בית החולים הציבורים במדינת ישראל?

אני רוצה להיכנס קצת בנושא של הסדרת הפעלת השר"פ באמצעות השב"ז או הביטוח הפרטי ואני רוצה להציג את הטענות שחלוקן דרך אגב נשמעו כאן וחלוקן לא נשמעו ואני אפילו אחזק את הטיעונים של بعد. מה אמורים בערך מהצד של השב"ז? אמורים, תשמעו, הביטוחים הפרטיים, אנחנו יודעים, הם כסוחים, פרמיות לפי סיכון וכן הלאה, אבל הביטוח המשלים זה פרמיות אחידות, שוויונית, פתוחות לכל. כל מボוטח יכול להציג, אין מגבלות של גיל, אין מגבלות של מצב רפואי ובסיום הכל לא משלמים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הרבה. מסתכלו על התרופות, 100-150 שקל. בסך הכל זה די ניתן להשגה. עובדה, 75% משלמים את זה. במקרים האלטרנטיביים שהציגו של השרג'פ, גם אמרו מה נעשה עם ה-25% הנותרים. אז אני אומר, כל זה נכון, אבל במצב הנוכחי זה המצב, אבל זה המצב הנוכחי שבו השרג'פ כהסדר מוכן או מוגבל בירושלים ולאסוטא והמקבילות שלה. מחר אתה מאפשר את זה בכל המקומות, יש עלייה בביטוחים, יש עלייה בהוצאות, ההוצאות האלה מושתות על חברות הביטוח. במקרה של השרג'נ, דרך אגב, זה מיידי. אתה חייב להיות מאוזן בכל שנה. אתה באופן מייד חייב להעלות את התרופות לפיקוח בביטוח בריאות ממלכתי כדי לכוסות את תוספת ההוצאה. מכיוון שההוצאות בביטוח המשלים הם פונקציה של גיל והוצאה עולה ככל שהגיל עולה, אז עיקר העלה של התרופות - - -, ועכשו דרך אגב אם תעשו פרטיה אחידה רק לבחירת רופא, אז האקטואරיה פה תהיה מצוינת. אתם תשלשו את הפרטיה שמשלים הקשייש.

עוד נקודה שלאה אמרה לי והוא הייתה כתובה. אנחנו שכחנו לחלוtin את הסיפור הזה שככל מימוש של בחירת רופא באמצעות שרג'ן או בפיתוח באמצעות שרג'ן, כרוך בהשתתפות עצמית ענקית, דרך אגב, שחלקה לא מבוטא בדוחות הכספיים של קופות החולים ואמրתי לכם את זה אלף פעם. לא מבוטא. כשהאתה מדבר על העומס שטומטל על החולים, וזה החולה. מי שמשלים את השתתפות העצמית זה החולים, ובובותי, ההשתתפות העצמית של חוליה זה הדרך היכי וגרוטבית למימון מערכת בריאות, עם כל הבדיקה, אז כן לפעמים יש לה איזשהו פונקציית מטרה של שימושים עדפים, אבל ברוב המקרים זה מקור הכנסתה ושום שימושים עודפים זה לא צידוק לסיפור. אז צריך לזכור את זה, זה ישנו שם. אני אומר לכם, אני עשייתי אומדנים של זה. הם לא כתובים בדוחות הפיננסים. זה מיליון שקלים שתושבי מדינת ישראל משלים מהכיס הפרטיאי להם להשתתפות עצמית. דרך אגב, המספר נפלט למי שהוא לא באופן פורמלי ולכן אני לא אצטט אותו. זה מישחו מכלית. אני לא רוצה להיכנס לזה. זה הרבה כספ.

דובר/ת: 240 מיליון.

דובר/ת: יותר, יותר, יש מספרים, אבל אלה סדרי הגודל. מה קורה בביטוח הפרטיאי? בביטוח הפרטיאי, הרבה, הרבה לפי סיכון. מי שחוליה יותר ואני משתמש יותר, ישלם יותר, וכמובן הפרטיה פה תחול על החולים, אז פה היא תחול על הכספיים ומה פה תחול על החולים והכל בהקשר של הסוגיה האידיאולוגית, צדק, שוויון וצדקה הדידית. אין ספק שהזירה מרחיק אותנו מהערבים האלה. אין ארחות חינם. הרינו שמו לב, נאמר פה שאנו מודדים שרג'פ, או אחד הנימוקים המרכזיים של קובי להסדרת השרג'פ זה להביא כספ. הוא אמר, אני לא מאמין למערכת הציבורית, אני רוצה להביא כספ נוספת. מאיפה אני יכול לקבל אותן? מהביטוח הפרטיאי. אז אל תספרו לי שהזה לא עולה כספ. כן זה עולה ועכשו בוואנו נגיד איך אנחנו עושים אותן טיפה יותר צדק, רק טיפה, כי להיות צודק לחלוtin זה בלתי אפשרי כי זה כספ פרטיאי. זה או פרטיה לפי גיל או לפי סיכון או השתתפות עצמית וכולם רגיסטיבים.

דובר/ת: מה זאת אומרת לא עולה? מי סיפר שהזה לא עולה? לא הבנתי.

דובר/ת: לא, זה עולה מהחולים. זה כספ שהחולים - - -.

דובר/ת: אני לוחץ את הערה. אני אומר, אף אחד לא אמר שהזה לא עולה. אני אומר שהזה עולה ואם זה עולה בסוף מישחו צריך לשלם, ואם זה משולם, במנגנון זהה זה הביטוח המשלים באמצעות התרופות, יותר פרטיות לקשיישים, ואם זה ביטוח מסחרי, יותר פרטיות לחולים.

דובר/ת: לא הבנתי, עולה למי.

דובר/ת: מה זה עולה? אין שם כספ או שהזה עולה כספ?



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: אני אומר שיש תוספת של הוצאה שסומנת ממנגנון ביטוח משלים או פרטיו וזה תוספת של כסף שרשראתי אותה אמרת מה המשמעות שלה מבחינת השוויוניות, יש פה איזושה דוגמא שימושה שמשמעות דרך אגב שני דברים, אחד, גם במצב הנוכחי, שלא תטעו, שזה הקו הנמור.

אני רוצה להסביר את תשומת לבכם לשני דברים, דרך אגב, גם במצב הנוכחי שבו הפרמיות בביטוח המשלים עלות לפי גיל וגם במצב העתידי שבו הביטוח המשלים ישלם את זה, ובביטוח המשלים ישלם את זה פירשו של דבר שקבוצות הגיל הגבות יותר ישלמו הרבה הרבה יותר. כל מין הערות בדברות על פי 2 במשמעותם פירמה ממוצעת פי 2, אבל פירמה דיפרנציאלית פי 3 או פי 4. איפה פי 3 או פי 4? קשיים.

דובר/ת: הממוצע של זה הוא פי 2?

דובר/ת: כן, סדר גודל של פי 2.

דובר/ת: שזה עד 1-2 מיליארד?

דובר/ת: כן, סדר גודל. כל המספרים פה הם גם עגולים, אבל הכוון, המגמה רבתוי, זה מה שחשוב והסביר של הקשר שבין גיל ותשולם הפירמה פה, לא צריך להוסיף עליי מילימ. ותזכיר את ההשתתפות העצמית כל הזמן, רבתוי, שנסתורת ונחابت שם, אבל היא ישנה שם. יש אנשים שיש להם ביטוח משלים ולא ממשים אותם בגלל השתתפות עצמית. נעוזב את הסיפור מירוחם שאין לה בכלל את האפשרות לבחור, אבל אין לה כסף לשלם השתתפות עצמית.

חלק מהטעונים או הניסיונות להכחיר את השר"פ בסיבובים האלה זה לנסות לקחת את החסרונות ולנסות להסדיר בכל מני דרכים רגולציה שתחליש אותן, אז אני מודה שרגולציות בכיוון מסוים יכולים לצמצם את החסרונות הגדולים של השר"פ, אבל ברמה הבסיסית, ושוב אני חזר, ברמה הבסיסית הסדרתו בכל המערכת, הרמה הבסיסית לא תנסה את התוצאה גם ברמת הייעולות, גם ברמת השוויונות וגם ברמה של העליות של המערכת. זה לא ישתנה. זה אולי יצמצם קצת וזה אולי ירך קצת אבל זה עדין ישאר רק מרכיב, אבל מרכיב שלא חייב רצה אותן. חלק מהרכיבים שנדרקנו למערכת, היו מהכוון של סבוסד חסרי הביטוח, זאת אומרת אוקי, 75% בili, בואו ניתן ביטוח ל-25 האחרים, זה יעלה קצת כסף.

דובר/ת: זה רק פעם אחת עלה. זה שעלה לא חוזר על עצמו.

דובר/ת: לא, לא, תתפלαι, אני שומע את זה כל הזמן, מה אתה מבלב את השכל? בוא נסבسد. המונ.

השרה על גרטמן: אני שמעתי! מודיע אף אחד לא מעלה את זה.

דובר/ת: אני שמעתי את זה המונ.

השרה על גרטמן: את המודל הצרפתי, שם באמת מחייבים ובאים ואומרים רגע, אבל ישנים 20, להערכתך זה הרבה פחות מ-20 כי להערכתך יותר מ-80 מボוטחים פעמים, גם וגם, אבל כמה שלא יהיה, כਮון על פי מבחן הכנסתה, ניתן להם ביטוח חינם. שאלתי למה אף אחד לא העלה את זה.

דובר/ת: אני שומע את זה כל הזמן.

דובר/ת: שב"ן במימון המדינה?

השרה על גרטמן: כן, כמו שעושים בצרפת.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת:

הכוונה, לאנשים שיש להם נאמר פטור על פי הגדרות החמישון, העשירון התחתון, לא ישלם וזה יכול בתוך הפרמיות שאנשים משלמים.

דובר/ת: אתה הופך את השב"ן למס.

השרה יעל גורמן: אין העלאת מס.

דובר/ת: הרעיון הזה דרך אגב לא ניתן כאן כי לא הגענו לסייעו של השר"פ עד היום בעצמם, אבל הוא רצ. במערכות מדברים עלייו וצריך לשים אותו על השולחן. אני לא רוצה להיכנס אליו יותר. אני מציג אותו רק כשר"פים מרכוכים של מגנונים, שדרך אגב חלקם שמענו היום, לנתק את הקשר הכספי בין רופא/חוליה. מי שלא יודע, דרך אגב, ניתק הקשר הכספי בין רופא/חוליה היה גם במודל של הדסה. גם היום במודל של הדסה אני לא משלם לרופא באופן ישיר. אני יורד למשרדים וכן הלאה. פה זה רק טיפה להעלות את הגבהים של החומה טיפה יותר, אבל שום רעיון פה הוא כਮון לא רעיון חדש. אני חשב שככל המודלים המרכוכים של השר"פ מנסים להחליש את החסרונות שלו וחלקם אולי אפילו מחלשים, אבל לא פוטרים ברמה המהותית את כל הבעיות שאני מנסה להציג.

חלק דרך אגב מהיתרונות של תומכי השר"פ הוזגו גם היום, לנצל תשתיות אחר הצהרים, שמיירה על רופאים טובים במערכות הציבורית. דרך אגב, הפל טיימר רוצה את כל אלה, לא רק קיצור תורמים.

דובר/ת: אגב, המודל שמצוע פה לא שומר על הרופאים הטוביים.

דובר/ת: לא, אני מדבר על שר"פ כמו שני מכיר אותו. יש פה גם קיצור תורמים יש פה תוספת כניסה לבית החולים, ואני מסתכל על הדבר הזה ואני מסתכל על הדין שהוא לנו היום, על שינוי הסדרה של רופאים במערכות פול טיימר פלוון פרויקט קיצור תורמים, ואני אומר ואלה, תשמעו, זה בדיקות אחרות, לאפשר ניצול תשתיות אחר הצהרים, שיפור ברמת ההשתכחות, שמיירה על הרופאים הטובים, קיצור תורמים, תוספת כניסה לבית חולים. כל מה שרצינו. זה נשמע מוכן, זה נכון, אבל מה ההבדל? טוב, אז נראה מה ההבדל כי בעצם יש פה שני מודלים שלאורה מושגים אותן מטרות שהן כלן הבעיות של מערכת הבריאות הישראלית. ההבדל הוא גדול, הוא בשר"פ. מימון השירות נקבע מציבור החוליםים, אם באופן ישיר או באמצעות תשלומי הפרימה, והסדרי העבודה בפרויקט קיצור תורמים, המימון נעשה באמצעות המערכת הציבורית. זה שני דברים שונים. מקורות המימון פה הם שונים לחלווטין. פה אתה מדבר על מימון פרטני ופה אתה מדבר על מימון ציבור. זה שני מודלים אחרים של תפיסה, של חיזוק מערכת הרפואה הציבורית. ההבדל השני, בשר"פ נרצה, לא נרצה, בסוף הרופא ידע או יידע את החולים או החולים יידע אותו שהוא בחור אותו, זאת אומרת תהיה העדפה של מטופל שר"פ למול מטופל רגיל. יהיה הבדל באיכות, יהיה בזמן. כאשר אתה משנה את הסדר העבודה, אתה פוטר את הסדר העבודה לכלום. אלה הם שני הבדלים עקרוניים מאוד מאד גדולים שלטעמי צריכים לבוא ולומר את הדבר הבא: אם יש בעיות אנחנו רוצים לפטור אותן ויש שני כלים לפטור אותן והכל שעניינים מציגו, פול טיימר וקיצור תורמים, יש לו את היתרון של מימון ציבור ולא לעשות אפילו של רפואי ורופא לעניים, אז רבוטי, לא ברור לי בכלל למה צריך לטעתו כלפיו של שר"פ, ובתנאי שהכספי הציבורי יבוא. אני מודה.

פיקוח ובקרה על פעילותם בשר"פ. הרבה מאוד מהטייעונים של بعد השר"פ משתמשים על מגנון פיקוח ובקרה מאוד חזק שיחילש את החסרונות שלהם. אני לא רוצה לזרוק אותם כי אני אומר, כן, מגנון הפיקוח וההסדרה צודקים, נכונים וטובים יכולים להגביל או לנצחם, אבל יש, ואמרה את ועדת נתניהו ואמרו את זה אחרי ואמרו את זה הרבה מאוד אנשים.

דובר/ת: דעת הרוב או דעת המיעוט?



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: זה דעת הרוב שאמרה بعد שר"פ. ומה היא אומרת שם? קיימים קושי רב לקבוע לשר"פ כללים מוגדרים בברורים, ואחרי זה היא אמרה, למרות הכלול, אבל אני רוצה שתבין שקשה לעשות מנגנון פיקוח ובקרה על הסדרי שר"פ למיניהם. זו בעיה. כבר היום כל' הבקרה שיש במערכת מוגבלים, אבל תגיד לי אוקיי, בוא ניבנה אותם ויחד עם זה נפעיל שר"פ. דרך אגב, המבחן של הבקרה, אנחנו מקבלים אותו כל יום, כולל דרך אגב היום בבוקר כשאני שומע על פלסטיקאי בתל השומר שעושה פרקטיקה פרטנית בשעות היום ומדוחה על עבודתה בבוקר. רשותי, זה קשה, זה לא פשוט וזה עשוה תוך כדי עבודה הווועדה. צר לי, אבל אני עשית מה שנקרא רשותת מלא של דברים שלא ידעת, על הסדרים של ביטוח רפואי דרך פניקס וכל', שנעשה בתל השומר ואייכלוב כדי לתת שירותים מודפסים לחולים. זה קרה לנו במקרה המשלתי עם כל מנגנון הפיקוח והביקורת שיש לנו היום. הדסה, אני לא רוצה להגיד רק הדסה, כי שעריך צדק היה יותר טוב, אבל אז באתי - פה טיפול נרץ למילדיות, פגעה בשעריך צדק והוא כוח שגם שם יש בעיות, זאת אומרת קשה מאוד לפפקח. קשה מאוד לפפקח ולהסדיר מנגנונים שמייצרים איזושרי העדפה שתליה בכיסוף בתוך מערכת ציבורית. קשה מאוד לפפקח על מה זה פעילות בלתי נוכחאה, עם כל הבדיקה. קשה מאוד לפפקח על מנגנון המתנה. קשה מאוד לפפקח. איך תוכיח שימושו קודם בתור? מאד מאד קשה לפפקח על זה, אובייקטיבית. יש פה ניגודי אינטרסים מובנים ברמת הרופא וגם בית החולים. דרך אגב, אני הייתי מצפה שתהיה קונסיסטנטים בעמלה שלכם לתירוע רפואי ובנושא של שר"פ. קובי אמר, בואו לא ניצור העדפה בין חוליה השר"פ לבין החולה הרגיל, ואני אומר, בואו לא ניצור את אותה העדפה גם עם תייר הרפואי. בדרך כלל לא עושים את העדפה הזאת. אוטם מחירים גם בבית החולים וגם לרופא. את זה לא אמרתם במודל שלכם של תיירות רפואי.

אני רוצה להגיע לסוף, הנושא של הזכות לבוחר. חבל לי שלאה לא פה, כי לאה עזבת את כל שאר הטיעונים ואומרת לי, רשותי, הזכות לבוחר, הזכות לבוחר. אני אציג את הטענה של הבعد. אחת הטענות המרכזיות של תומכי השר"פ אומרת, הזכות בחירת הרופא היא זכות יסוד, עולה בקנה אחד עם חוק יסוד כבוד האדם וחירותו וכן להאה. זכותו של החולה בשעתו הקשה לבחור את הרופא המטפל בו. גם את זה שמעתי, נדמה לי שפניה אמרה את זה, והחולים רוצים לבחור רפואי. דרך אגב, שולי במחקר שלה אמרה שלא כל כך. אני רוצה להתמודד עם זה ואני מודה, ההתמודדות עם הנושא הזה הייתה קשה ואני אנסה להציג אותה כמיטב יכולתי. אני מדבר על הזכות לבוחר. קודם כל כשאנחנו מדברים בזכות ואנחנו אומרים בנשימה אחת, נקנית בתשלום, אז זה מייתר קצת את העניין של הזכות.

דובר/ת: לא, הזכות לקנות.

דובר/ת: אני חשבתי שהזכות לבוחר היא הזכות, לא הזכות לקנות. כאשר אתה מתנה את זה בתשלום אז זה לא בדיק זכות. הענקת זכות שמותנית בתשלום, אני יכול לטעון את הטענה ההפוכה, שהיא הנגדת את העיקרון של צדק, שוויון ועזרה הדידית. יש פה בעיה.

השרה יעל גרטמן: את כל הזכויות שלך אתה מקבל בתמורה למיסים שאתה משלם.

דובר/ת: לא מדויק. מה זה הזכות לקנות מרצו? אני רוצה שיתנו לי את הזכות לקנות מרצו.

דובר/ת: הזכות מטילה חובה על מישחו, זאת אומרת אם לך יש זכות לקבל 10 שקלים, למישחו יש חובה לתת לך 10 שקלים, לא משנה מי.

דובר/ת: ופה אתה נותן זכות שמנית בתשלום ולכן היא איננה זכות למי שאינו לו את הזכות הזאת. הזכות שמנית בתשלום זו זכות שתלויה ביכולת לשלם ולכן אתה בהגדירה יוצר מה איזשהו מנגנון, דרך אגב, שעשוי להתדרדר אני לא יודע לאן, כי יכול להיות שהפרמיות יעלו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הזכות לשלם תלויה באפשרות לשלם? לא. יש לך הזכות לקנות מרכז או אם אתה עני מרוד.

דובר/ת:

זה שני רבדים שונים של דין.

דובר/ת:

אתה לא רוצה שהיכולה לתשלום תהווה חסם - - -

דובר/ת:

אין לך זכות לקנות סמים. זה אין לך זכות. מרכז, יש לך זכות.

דובר/ת:

לכלום הזכות לבחור ואני יודע שהוא איזשהו דבר קשה, כמובן, אבל אני רוצה טיפה להגדד את העניין הזה של הזכות לבחור. אז הזכות הזאת תלויה בתשלום וביכולת לשלם, ואני אין לו לא מקבל את האפשרות למשמש אותה כי אין לו ראש למוכר את הבית שלו. גם זה קורה, דרך אגב, וזה איזושהי אופציה של יצירת שתי רמות רפואיות בתוך המערכת הציבורית. יש לי בעיות אחרות עם המערכת הפרטיטית, אבל אין לי פונקציית מטרה להרים את המערכת הפרטיטית. בשום פנים ואופן לא.

הנקודה הננספת, וזה הקטע הזה של הבחירה המשוכלת, בהרבה מאוד מקרים, ואני לא אלה אתכם מה בסיפורים, מה שנקרה הזכות לבחור הופכת בעצם בחוכה לשלם. בהרבה מאוד מקרים הזכות לבחור קונה את מה שנקרה קיזור התוරומי שלא הבין את המשמעות הזאת, אך כדי שיפנים אותה. שר"פ זה קיזור תור ובהרבה מאוד מקרים של בחירת רופא והתשלים בעבריו אתה בעצם רוצה לקצר תור. כאשר אתה מזכיר תור למי שקונה את השר"פ הזה בהגדרה, אתה מאריך תור למי שלא קונה את השר"פ הזה, כי המכסה מוגבלת ואתה מיטיב עם מישחו אז אתה מרע איתו. היתי אומר משפט יותר גרווע. ככל שאתה מרע יותר ומאריך יותר את התוර הציבורי, הביקושים לתוර בשbill ניינוח, היום עם שר"פ תיכנסו לניתוח תור 22 שר"פ בהדסה. תראו מה קראתי שם. "אם פעם היה צריך לחכות לתוור בשbill ניינוח, היום עם שר"פ תיכנסו לניתוח תור 22 שעות ביליטרטורים, ביליטרטוריה, ביליטרטוניה מורת עצבים". רשותי, פרסום של השר"פ אמרת את זה. זה לא אני. הם מוכרים לך את קיזור התוור. מעבר לזה כמובן באים השיקולים שאתה קורא להם השיקולים הכלכליים, שדרך אגב חילקם על ידי קובי במעלה החמישה.

דובר/ת:
רגע, אני לא מבינה. המשפט השני שאומר שיש פערן מידע ולכן החולה הוא פחות מושכל לבחור נכון, מה זה אומר שאתה צריך לפחות לו בזכותו לבחור?

דובר/ת: אופציה אחת, לעזר לו בתנאי שלא מתני את זה בסוף. יש בעיה. כשאנחנו אומרים לבחור רופא, מה אנחנו עושים? מצללים לשכנן, תגיד, אתה יודע איזה רופא טוב? זה מה שכולנו עושים. היכולה שלמן לדעת מה זה רופא טוב היא מוגבלת מראש בהגדרה. ננסה לצמצם פערן מידע, לתת פערן מידע, אבל מי יודע מה זה רופא טוב?

אתה מזלזל באינטיגנציה שלמן.

דובר/ת:

אני מדבר על עצמי. סלחנה, מצטער. קשה לי לבחור רופא טוב.

בສדר.

דובר/ת:

דובר/ת: קשה לי מאוד לבחור רופא טוב בגל כל מיני סיבות אובייקטיביות, דרך אגב, בין השאר בגל חוסר המידע שקיים בנושא זהה.

יש פה עוד נקודה אחת זהה קצת בקטע של מצב הكنيיה הזה. יש הבדל גדול בין קניית מוצרים רגילה, קנייה ומכרה רגילים שהוא ולונטרי, כל אחד קונה מרכzion, מוכר מרכzion וכן הלאה, למול המצב של חוליה שסובל וכואב שלו, סובל מצוקה ואומרים לו, תשמעע, וכך תשלם וייה את זהה. הנכוונות של הרופא במצב הזה זה לא בדיק בחירה מרכzion. תסכיםו איתני שיש הבדל ענק בין המצב של



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

העמדה הרכנית של החולה לבין העמדה הרכנית של מי שokane זוג נעלים, שלא לדבר על זה שלitizen הנעלים או למוכר נעלים נשוה לשכנע אותו לקנות, אני אגיד, כן, לא, ובסוף אניעשה מה שאשתי אמרה לי, אבל פה הוא משפייע עלי' ואם הוא יגיד לי, תשמעו, הסטנד מצופה ורק אני יודע לעשות סטנד מצופה, אז תשלם בbeksha, אז אני אשלם. הבחירה הזאת מרצון היא בהרבה מאוד מקרים לא משביעת רצון וזה שעה קשה והוא לא מותירה ברירה לחולה אלא לשלם בעבר הבחירה. בקטע של הזכות לבחור עם כל המגבליות, זה עשוי להשפיע. אני אומר את זה בצורה הכי ציהירה של. לא גם את זה לא היתה מוכנה לעקל, אבל אני אומר את זה. זה עשוי לשנות את שיקול הדעת הרפואי. זה עשוי לשנות אותו גם בהקשר של מי אני מטפל, גם בזמן הטיפול, גם באיכות הטיפול ואתם יודעים מה, למה להם בכלל לחתן או לא לחתן את הטיפול? גם זה עשוי להגיע. יש לך סוף? תקבל מרצון. זה שאין לך סוף, אל תקבל. למה לא? הזכות לקבל. ככלום יש. ואם זו כל זכות וכולם משתכניםים שהבחירה צריכה לעמוד בראש כל המעינות למרות כל החסרונות שהציגי שם, אז תהיו קונסיסטנטיים, תיתנו אותה לכולם, תננו אותה בחינם.

מה יש בו בש"פ? אמר את זה אליקים רובינשטיין. רובתי, כל מה שיש לו בש"פ זה מה שנקרה סוף נוסף בעבר רפואי, ואני רוצה להביא את הכספי הנוסף הזה בעבר הרפואי דרך השגת קיצור תורים. זו לא דרך יעילה להשיג את הכספי הזה.

דובר/ת: זו לא המטרה.

סיכון חסרונות הש"פ – עלויות הרחבות הש"פ תגדיל את ההוצאה למערכת הבריאות, תגרום להגדלת המימון הפרטני. אני חושב שמדובר היעילות, העלית כמה נקודות, אני לא רוצה להיכנס ליותר מדי. נוספת פעילות מיותרת, הקצתת זמן לא יעילה של עובדים טוביים. נושא של ייעול זה לא שיפור. זה לא יעיל וזה לא שוויוני ואני חושב שיש אלטרנטיבות אחרות לסייעו של המטרות שהשער"פ עכשו מציג אותן, שהן יותר יעילות וגם יותר שוויוניות, ואני לא חושב שהשער"פ מוסיף רפואי, וברור בנושא של שוויוניות, יש פה פגעה קשה מאוד כי כל תוספת הכספי פה מועמסת על הביטוחים המשלים או הפרטני ועל הפרמיות או בהשתתפות עצמאיות. בשלושת המקרים האלה זה מימון רפואי ופגיעה באופי השוויוני של המערכת.

יש היום פרקטיקה פרטנית בתחוםים מסוימים של העשייה של בתיה החולים. יש הימים שמירה של אחיזות רפואיות וסטנד מצופה ובנק דם. אתם יודעים מה, יש גם חניה ויש גם גנטיקה, חלק מוסדר וחלק לא מוסדר. אני לא עיור למצוב. השאלה זו שאלת של מינונים והשאלה היא עד כמה אנחנו מסדרים, ושוב דgas, בתוך המערכת הציבורית פרקטיקה רפואיית ועד כמה היא מהוות נפח מרכזי מה下さいה. אני אומר, אם ש"פ זה כבר לא השולים של העשייה הרפואי, אם ש"פ זה לדעתי אחד מתהליכי ההפרטה הימי גדולים שחלו באיזשהו שירות חברתי בכלל, ממש ככה.

דובר/ת: הפרטה של מימון.

דובר/ת: הפרטה של מימון, לא של אספקה, והפרטה של מימון פה היא הבעיה, لكن אני ממליץ לכלכם לא לתמוך בעוצץ ש"פ.

השרה יעל גרטמן: קודם כל תודה רבה, זה היה נהדר. פותחים לשאלות. ברשותכם, פעם אחת אני לוקחת על עצמי ואני מתחילה עם השאלות. אני רוצה לעשות את הדיון קצת בצורה שונה. אני מתחילה דווקא מהסוף, ממה שאתה אמרת, שיש צורה מסוימת כזו או אחרת של שירות רפואי או של אלמנטים רפואיים בתוך הציבור. אתה לא התייחסת לכך שבמודל ההיבידי שהציגו הם דיברו ממש חלק מעמוד השדרה על מגבלת הש"פ. הם לא מדברים על פתיחה לש"פ, על כך שאנו עושים את זה 100% או 80% או 60% או 40% או אפילו 30%. הם מדברים על מגבלת, אך אני רוצה שתת夷יחס לזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אני רוצה גם שתתיחס לנושא של מעשה מבחינתי היום קיימ חוסר שווין בין הפריפריה לבין המרכז בקרה משוערת על ידי כך שהפריפריה למעשה לא יכולה לנצל את השב".ן. היא קונה את השב"ן והוא לא יכולה לנצל את זה. אני לא מדברת על אלה שלא מוכנים בגל השתתפות העצמית אלא אני מדברת על הזמינות. בן אדם שחי בצד, נגישות וזמינות. המודל שהוצע בפנינו, מבחינתי יותר שוויני. דרך אגב, אולי לא אמרנו בהתחלה שכשאלות של לא יוצאות מזור דעה לכך או לכך. אל תשכח שאנו מדברים על למעלה מ-80% מהמטופלים, זאת אומרת לא מדובר על מיעוט שיש לו ורובו או שאי לו שבן, מדובר על רוב שיש לו ובתוך הרוב שיש לו יש חלק שלא יכולים לנצל. הפטרון שאנו שמענו, של השר"פ, יוצר שווין על ידי כך שגם הפריפריה שהיימ מסבסת את המרכז תוכל סוף סוף להשתתף بما שהיא לא יכולה להשתתף קודם.

שלישית, אני מבקשת שתתיחס לכך שאנו מדברים כל הזמן, אני קוראים לזה המיגל השיטה שגדיל את עצמו, זאת אומרת זה מיגל שיטה ייחד עם כדור שלג. יש לנו איזשהו סיבוב שככל הזמן עבר מן הציבורו לפרטו, מגדיל את הפרטוי, מנמיך את הציבורו, מגדיל את הפרטוי, מנמיך את הציבורו. אתה לא נתת בכלל פתרון לזה. אתה טוען בעצם זהה יגביל. להערכתי, במידה מסוימת אם אנחנו נכנסים את השר"פ דרך השב"ן יכול להיות שבמידה מסוימת אנחנו נתחילה להסיט בחזרה מן הפרטוי אל הציבורו לפחות ההערות שלי, אבל לא לענות עכשו כי אנחנו נעשו סיבוב של שאלות.

דובר/ת: שאלת הפוכה למה ששאלתי קודם, את המודל השני. הם במודל שלהם אומרים שה坦אי לשר"פ זה שאנו מגדילים את התפקיד. אם לא מגדילים תפקוק אחר הצהרים וצדומה, זה תנאי בדור גם בנושא שר"פ וגם לניהול תפקיד. אתה אמרת שר"פ שהוא קיצור תורה. במודל שלהם הם אומרים, ככל מקרה נקבע את התורים לחלק מהມבוחחים שלא משלמים. אתה אמרת שר"פ זה קיצור תורה, אז אולי צריכה להיות איזושהי הנחה שחלק מהאנשים שעומדים במערכת הפרטוי יכולים שוחים בוחרם שר"פ זה קיצור תורה. אם המודל שלהם באמת בא ומזכיר תורות, אתה אמרת זהה שאנשים, בגל שיש תורים קיצרים יותר במערכת, פחות ילו' לעשות שר"פ בסופו של דבר. האם אתה גם כן חשבת את זה בהנחות שלך?

דובר/ת: אני רוצה להבין את החישוב כי אני לא מבין אותו. בוא נשאיר את הפריפריה בחו"ז כי אלה שבדפריפריה שלא יודעים היום לנצל את השר"פ, זה שאנחנו נעלם את העליות בגין שהם ינצלו את השר"פ שהם יכולים היום, בחירת רופא שיש להם זכות לזה אבל אין להם אפשרות, אני חושב שזה נטו פלאס, כי זה כמו שהשרה אמרה, זה השוואת תנאים לפחות, لكن אני לא לוקח אותה. אני רוצה לקחת את כל האנשים במרקץ שהיום יכולים למשם את הבירה, יש להם ביקוש והם נניח ירושלים ומרכז. הם אלה שהולכים לבתי חולים רפואיים או להDSA וממשים את זה. זה עולה נניח 800 מיליון, זה לא משנה. עושים את זה איקס רופאים. עכשו אתה אומר, אם אנחנו ניתן את זה גם לאיקס רופאים האלה, יכולים עובדים באיזה שם בת' חולים שהיומ אין בהם יכולת בחירת רופא. בוא נתמקד במרקץ כי ירושלים שום דבר לא ישתנה. במרקץ יש רופאים שעובדים היום בשיבת הנזירים באסותא. הם מלאים את כל הזמן בנזירים האלה. אתה אומר שמהר אם אני אפשר להם לעשות את זה וועושים את הנזירים באסותא. הם מלאים את כל הזמן בנזירים האלה. צה אמר שמהר אם אני אאפשר להם לעשות את זה בשיבת הנזירים האלה שיעשו את כל הנזירים כדי שהעלות תעלה? אני פשוט לא מבין, במיוחד כשאתה הגלבת את יכולת שלהם בשיבת נזיר לפחות זמן מה מה שהיא להם, כי לפני זה לא היו להם שום מגבלות. הזמן בעצם הצטמק וכמות הנזירים שהיומ נעשים ללא כל צורך כי אתה עשו את זה במערכת לא מפוקחת, תקתן. זה אתה אמרת במודל שלך, שאתה רוצה לתת בחירה חופשית ואני מסכים עם זה, אז لكن איך זה יכול להיות? לא ברור.

דובר/ת: עוד שאלות?

דובר/ת: כן. רק להבין את ההתייחסות שלך, לעניין מידע ויכולת הבנה של המטופלים את הסיטואציה, כי זה שהוא שהוא יסודי במודל ואני מנסה להבין למה אתה חושב שהמצב שבו מטופלים לא באמת מקבלים את המידע או מסוגלים



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

עלקל אותו זה מצב רצוי וצריך לעודד אותו ולכן צריך למנוע מהם בחירה, מדבר/ת: בתאזרחות מגבלה קייזונית שלעולם לא נדע להתמודד אליה, או שאנחנו מניחים שכמו בכל תחום יהיו אזורים שפחות מומחים כמו שלא כלנו מומחי מחשבים ובכל זאת אנחנו קונים מחשב ויודעים להשתמש בו, ואנחנו יודעים לצורך אינפורמציה במידה והיא נגישה ויש דרך ארוכה שאפשר לעשות בשביל להנגיש מידע, להסביר אותו, ללוות. פשוט להבין את העמדה היסודית, האם סוגית המידע שהוא כאות הסוגיות המרכזיות, מודיע בחירה זה דבר ענייני, מדבר/ת: על באג שלא ניתן להתמודד אליו או שאחריו לנו מערכת שקובעת את הרגולציה יוכל להיות זו שמנגינה את המידע, יש לנו מה לעשות בהקשר זה.

דובר/ת: אני רוצה לשאול אותך בנושא הש"פ. עד' שנסע מירושלים לתל אביב, הוא משרד רק את העשיר שעולה על המסלול המהיר או גם אני שפָעַם לא עלייתי עליו, אגב, אני ממשיך בדרך הרגילה, אני נהנה מזה? זה שפתחו מסלול ישר, הוא משרד גם אותו בעקביפין?

דובר/ת: שאלות לגבי פריפריה ומימוש היכולת לזכות הבחירה. תושבי הפריפריה hari היום לא ממסימים ומסבדים את תושבי המרכז. למה כוחות השוק לא הובילו לזה שאין "אסתות" בפריפריה ואז היו יכולים למשם את זה שם עד היום?

השרה יעל גרטן: משרד הבריאות עומד כמו הילד הקטן ההולנדי, עומד בפרץ. בברא שבע יש לי מלחמת עולם עם זה שרצו להקים. גם בחיפה, מה היה החשש של המגדל בחיפה?

דובר/ת: ولكن השאלה אם זה לא עניין של מדיניות? אנחנו עצרים כרגע את זה.

השרה יעל גרטן:

דובר/ת: ואז השאלה אם לא משחררים את זה ואז נתונים את המענה למימוש בתחום הרפואה הפרטית תונן הפרדה בין פרטי לציבור.

השרה יעל גרטן: אתה ממשין את המגדל השוטה שהולך וגדל? מעביר מהציבורי לפרטי? לא, דוקא מקטין, ואז יש לנו עוד כלים אחרים בתחום הפתרונות המוצעים כדי לתת את המעניינים האחרים.

דובר/ת:ומי יתן את המענה? הרופאים מסורוקה שלא יהיו עכשו אחר הצהרים בכלל בסורוקה, כמו במרכז?

השרה יעל גרטן: ברמב"ם הם יעברו עכשו למגדל אם יהיה מגדל ואז יהיו תורים ברמב"ם כigham היום יש, ובسورוקה יהיה תורים כי הם יעברו אחר הצהרים לזה. זה מה שאנחנו רוצים? זו דילמה.

דובר/ת: יש לי שאלה אחת לגבי החישובים. אני לא בטוח שאני יודע לנוכח אותה, כי החישובים שלך אותו למגاري בלבלו, אני חייב להגיד. עשית שם חישוב שאם אפשר שרש"פ איז ההוצאות יעלו ב-2 מיליארד כי אתה לקחת את מה שקרה והכפלת. כמו שיגוין אמר, אתה בעצם אומר שסכום הsher"פ יגדל פי 5 או פי 3. מה שי לא מסתדר במספרים האלה, אם אנחנו חושבים שיש לנו מקורות כספיים שישפכו את הרופאים לפול טימרס, שהם יעשו יותר רפואיות וזה יעלה את ההוצאות של המערכת הציבורית מאחר והוא ת策ר לשלם את הפול טימרס, אז אתה בא ואומר, בנוסף להוצאה הזה שעכשיו אנחנו דיברנו עליה, שהרופא עונה פול טים ובפול טים הוא עונה ציבורית ליותר אנשים מאשר היום, כלומר הוא מקוצר תורים כי אנשים, היום יש להם תורים ארוכים, הפcta אותם לפול טימרים. יש פחות תורים, יש יותר רפואיים. אתה אומר, מה שאנחנו מציעים, זהה רק מקור למן את זה, זאת אומרת שחלק מהאנשים האלה בפול טימר יעשו ציבורי וחלק פרטי, אתה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בעצם אומר, בנוסף לעלות הזו של הפולטיימר שמצוע היום, אנחנו במודל שלנו גורמים לעוד 2 מיליארד עלות, ככלומר הרופאים האלה יעבדו פי 5 יותר, יותר ברפואה הציבורית יותר ברפואה הפרטית. לי נראה שימושה התבבלבל אצלם במספרים. אנחנו אמרים, נכון, הרופאים יעבדו פולטיים והרופא הזה יעשה פולטיים וחולק מזה הוא יעשה ציבורי וחולק מזה הוא יעשה פרטני. יכול להיות שבסך הכל זה יעלה למערכת עד 2 מיליארד, אני לא אומר שלא. השאלה מאיפה יבואו ה-2 מיליארד וזה אולי מה שאינו מבן. אולי זה יעלה 2 מיליארד, אולי 1.5 מיליארד כי אתה רוצה לתקן תורם. אתה רוצה להשאיר את הרופאים במערכת עד הערב. אני אומר, האם אתה חושב שה-2 מיליארד נוספים למערכת הציבורית או חלק מזה בא לטובת המערכת הציבורית?

דובר/ת: שאלה ממש קטנה. אתה נתת לנו סדרה שלמה של דברים גורעים שיקר. מה הביצ'מרק?

השרה יעל גרטמן: האם עכשו יותר טוב?

דובר/ת: השרה, גם את התיחסות לשאלת הזאת.

השרה יעל גרטמן: יש לי עוד שאלה שאני רוצה לשאול אותך דוקא כלכלן. אתה מדבר על כך שהוא יותר שימושים והפרמיות יעל, אבל דוקא ככלכלן אתה ודאי יכול להסביר הללו את המugal ולבוא ולומר, יعلاו הפרמיות, יצאו אנשים. יצאו אנשים, ירדו הפרמיות.

דובר/ת: יצאו אנשים, יعلاו הפרמיות.

דובר/ת: בדיק. אני אמרתי את זה.

דובר/ת: אז יהיו פחות אנשים.

דובר/ת: חלק מהתשבות שלי היו גם תשבות ליותר ממשו אחד, כי היו כמה שאלות שנוגעות ביוטר מסוגיה אחת. הפעלת הש"פ בכל המערכת הציבורית במדינת ישראל, אני לא אמרתי שככל פרוצדורה כירורגית אלקטיבית תעשה באמצעות ש"פ. אנילקח את הפרופורציה שקיימת היום בהדסה, ואמרתי בהדסה והיה צריך לקזר מזה את הפרט. עשיתeli איזה קיזוז קטן. ברור שלפי מגבלות. אני מניח שגם במקרה במודל שאומר بعد הש"פ, אמר את זה קובי, אמר את זה יוגין. קובי אמר את זה בצוות הרבה יותר ברורה, יוגין פחות. יש מכסה מוגבלת ואיפלו צריך לומר, אם אני היתי בעד הש"פ היתי אומר, צריך להתנות אותה ב�отקון וכן הלאה. אני מדבר על מכוסות מוגבלות ובוחר שגם במקרה הש"פ יש מכוסות מוגבלות, אבל כל הדברים שהוצעו כאן זה בהינתן המכוסות המוגבלות שכיוון קיימות, כי אם אני פורץ את זה לחלוtin, אז לחלוtin, ואני אסביר לכם למה זה עולה כספ. עולה הרבה. זה עולה את 2-1.5 מיליארד וזה לא פעםיים 2-1.5 מיליארד, זה רק פעם את 2 מיליארד. תיקף אני אסביר את זה.

חוכר שוויון של הפריפריה. רשותי, זו בעיה אדירה היום. היום העובדה שמבוטח בירוחם קונה ביטוח משלים ולא יכול למש את זה, זו בעיה, אבל הדרך לפטור את זה זה לא על ידי זה שאתה מסביר לו עכשו למש את זה, אלא הדרך לפטור את זה זו הדרך של לחת לו את זה באיזושהי אפשרות חינמית על מודל כלשהו שירחיב את הסדרי הבחירה. אני بعد להקל עליו למש כל זכות שיש לו. אם נתת לו משאו אתה חוסם לו את השימוש, אז זו בעיה. צריך לטפל בהזאת הדבר לטפל בהזאת לא להגיד, בוא נסדר ש"פ בסורוקה אלא ליצור איזושהי דרך אחרת לטפל בהזאת. פולטיימר זו דרך מסוימת לפטור את הבעיה הזאת.

השרה יעל גרטמן: אבל עדין אתה משאיר את חוכר השוויון.

דובר/ת: לא, ממש לא. למה?

השרה יעל גרטמן: אלא אם כן אתה מבטל את הבחירה בשב"ן.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: במודל שלי את יודעת שאני מבטל את הבחירה גם בירושלים. ברור לי.

השרה יעל גרטמן: אני רוצה לשמוע את זה. אתה לא אמרת את זה.

דובר/ת: ברור.

דובר/ת: במודל שלך אתה בא ואתה אומר, שווין זכות, בוא נבטל את בחירת המנתה ואת הייעוץ בשב".

דובר/ת: המודל האלטרנטיבי שלי לשרפ"ה להמת בחירה מוסדרת, מושכלת, בתוך המערכת הציבורית בקרה שדריך אגב הוצגה פה, על ידי גביה מתוך קבוצה וכן להלה. זה המודל האלטרנטיבי שלי.

דובר/ת: שהוא תעלה אותו דבר.

דובר/ת: לא. אני אומר פחות. תיכף אני אסביר לך גם למה פחות, אבל נעצוב את זה רגע שנייה אחת. אני אומר, אם אנחנו נמצאים במצב של ליכת למודל שלי או ליכת למודל לשרפ"ה בכל המערכת, אני מעדיף ליכת למודל שלי, אבל יש לנו גם אלטרנטיבה אחרת, כמו שנקרה הרע במידענו, זאת אומרת כמו שאמרנו בתירויות רפואי. אמרנו טוב, תירויות רפואי יש כבר %4, אז לבטל אותה רציתי, אבל אני מבין שיש מוצאות ויש מוצאות שקשה לי מאוד להתנער מהם ויש גם כוחות שמגבילים אותן ביכולת המימוש של האידיאולוגיה, אז אני אומר, לפחות נגבייל את זה ולא נרחיב את זה כי היום זה רק ירושלים, ועם כל הכבד לירושלים, זה רק ירושלים.

השרה יעל גרטמן: אתה ממליץ להשאיר את זה בירושלים?

דובר/ת: אני אמרתי מה אני אומר. אני אומר, בעמدة העקרונית שלי אני מבטל. אני יודעת שיש פה מגבלה. באילו זהה שאי אפשר לבטל נושא ירושלים, אבל נעשה כל מיני דברים ומהלכים נוספים. זה היה משפט הפתיחה שלו, הרבה. אני לא נגד לשרפ"ה והולך לים ולא עוזה כלום. אני מציג אלטרנטיבות והאלטרנטיבות כרכוכת החבילה שלנו אנחנו גיבשנו אותה, וחלק מהפתרון לבאר שבע ולטושבת של ירוחם זה הפולטיימר שייהי אחר הצהרים וייתר בכלל את הצורך של בבחירה. היא רוצה את הניתוח מחר, זה הכל. היא לא רוצה בחירה. מה היא מבינה בבחירה?

השרה יעל גרטמן: וזה אתה אומר לה, את לא צריכה בכלל את השרפ"פ.

דובר/ת: נכון.

דובר/ת: מי שלא מבקש לבטל את בחירת המנתה, את הרובד של בחירת המנתה, ממליץ לאנשים שלא יכולים למש את השב", לא לרכוש אותו פשוט.

דובר/ת: וזה גם אפשר באמצעות הריבוד.

דובר/ת: אחד הדברים ששימחו אותי נראה בסדר היום של היום הזה, זה דזוקא זה שהתחלנו בסיפור של הפולטיימר, כי דרך הדיוון של הפולטיימר, הנה, אנחנו ניסינו להתמודד עם הרובה מאוד בעיות שהמודל שלהם ניסה לפתח אותנו, אבל זה אותן בעיות שהמודל של פולטיימר מנסה לפתרו. יש רק הבדל אחד, וזה שפה זה כסף רגיסטי וכסף פרטי, ואני אומר, כסף ציבור.

השרה יעל גרטמן: יש גם יכולות על כמה זה עולה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: לא, לא, בסוף בסוף קובי ואני נגיע לאותו סיום, תאמני לי. לא. לשיטתי, זה יעלה יותר זול במודל הציבורי. הרבה יותר זול, כי זה מפוקח, עם שליטה, אתה מתכוון אותו, אתה מנהל אותו ולא פרוץ לכל דיכפין.

שאל יוגין מאיפה יבואו הרופאים. מה זאת אומרת מאיפה יבואו הרופאים? היום בנירה אין אפשרות לעשות בחירת רופא. בصفת אין אפשרות לעשות בחירת רופא. ברמ"ם אין אפשרות של תל השומר לעשות בחירת רופא, מוגבלת, אוקי? סורקה, בלינסון. הראיתי את זה. 80% ממערך האשפוז במדינת ישראל, אי אפשר. חלק מהרופאים של תל השומר כבר היום עושים את זה, זה נכון, ואני מבהיר רצחה שהם עושים את זה בתוך המערכת באמצעות פולטיימר, אבל אם אתה תעשה את זה באמצעות שר"פ, גם החלק של תל השומר יהיה חלק הרבה יותר גדול מאשר הוא עשה את זה היום, כי גם אסוטה מוגבלת. כמה יכולם להגיע לאסוטה? אסוטה מתלוננת כל הזמן שיש לה ביקושים והוא לא יכול למשמש אותם. היה יותר רפואיים שיבקשו, ובדין יקבלו דרך אגב, אפשרות לקבל יותר כסף תמורה בחירה. אם אני רפואי בחירת רופא ולתת את זה לכולם, אז בחירת רפואי לכולם, וגם בصفת וגם בירוחם וגם ברמ"ם וגם בחדרה. אני לא עבור על כל בתיה החולים. כל בית חולים הוא מועמד לבחירת רפואי בתשלום במודל שלכם, וזה יעלה את ההוצאה, וההוצאה הזאת תשתרשר שוב פעמי לביטוחים המשלימים למייטב יכולת ההבנה. يولיה, בנושא הזה דרך אגב אני משמש איתך בrama העקרונית. אני חושב שאתה צריך לחזק את המטופל ואתך לחתן לו במידת האפשר כמה שיתור אינפורמציה כדי שיעשה בחירות מושכלות. אין לי בכלל יכולות ואני אהיה איתך בכל מהלך שתמלייצי לעשות בדבר הזה, אבל יש לי כבר ניסיון ואני אומר, יש עם זה בעיה. יכולת העברת המידע הרצוני לך לקבל החלטה רצינלית בבריאות, היא קשה. מודה, היא קשה, היא מוגבלת ובסוף בסוף אתה הולך לרופא אתה אומר לו, תעשה מה הייתה עשו לבן שלך, כי אתה באמת לא יודע. אם זה במחשבים, אז מילא, אז קנית מחשב פרטיות טוב, יותר טוב, אבל בריאות זה לא מחשבים. אני מנסה כל הזמן להגדד את זה. בריאות זה לא געליהם. אנחנו נוכל לצמצם קצת את הפער, אבל הפער תמיד ישאר.

מסלול רפואי. אני לא רוצה להיכנס יותר מדי למסלול הרפואי. לשולמי הייתה תשובה אחת. אני אחזר עליה ואני אתן תשובה נוספת. הוא אמר, בנויגוד למסלול הרפואי ברופאים, אתה לוקח את הרופאים איתך. אתה לוקח את הכבש איתך. אתה לוקח פשוט את הכבש איתך ולכן זו בעיה. שניים, אך אני אתן תשובה אחרת. אני אומר לך, אבל זה יהיה באמת יכולות אידיאולוגיות, שאם היה בונה את המסלול הרפואי חופשי לכולם, היה יכול לבנות עוד מסלול אחד, כי יש לך מה שנקרא דיבידר שבין שני המסלולים, הציבורי, הפרטני, שהיומם כל מטרתו זה לעשות את ההפרדה. אם לא היה עשו את ההפרדה, היה לך שני דיבידרים ואז היה מרוויח יותר כמה שנקרא נוהג ציבורי מאשר המצב היום. אתה לא כל כך מרוויח מהסתיפור הזה.

השרה יעל גרטמן: אמרת שאתה תיתן גם תשובה משלך.

דובר/ת: התשובה השנייה הייתה משלי. הראשונה הייתה הרופאים בורחים עם המכשור, עם הידע וכן הלאה. כמובן לוקחים אתם את התשתיות.

דובר/ת: אם אתה מכניס אותם לבתי חולים ציבוריים, הם לא לוקחים אותם לאסוטה?

דובר/ת: אך אני רוצה שישאר שם אבל בכיסף ציבורי.

השרה יעל גרטמן: אני חושבת שאתה רואה את זה. כל מי שנוסף, רואה. הצפיפות לא קטנה. הפקקים אדריכלים בתחום הציבורי. כשאני נוסעת אני ממהרת לפעים, אז אני לוקחת.

דובר/ת: בסדר, אבל השאלה מה היה קורה אליו היה רק מסלול אחד. זה היה יותר קטן?

דובר/ת: לא, היו שניים. אני טוען שהוא היה שניים, אבל אני לא רוצה להיכנס לזה.


לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

הערה אחורונה. זה קצת מתחבר לשאלת של קובי וקצת של יוג'ין כי יוג'ין אמר בנצ'מרק וקובי אומר האם זה מיליארד וחצי ועוד מיליארד וחצי. לשניהם יש לי בערך אותה תשובה. אחד, יש לנו בעיות. יש לנו עשרות בעיות. הצגנו את כלן. אני אומר, ישנו פתרון ציבורי יותרiesel ויתר צודק. אני אומר, הפתרון הציבורי יקנה לך הרבה יותר קיצור תורים. הפתרון הציבורי יעשה לך הרבה רופאה הרבה יותר טובה. הפתרון הציבורי יהיה גם יותר שוויוני. כל היתרונות של הפתרון הציבורי הם כל כך ברורים לי שאני לא מבין איך הולכים בכלל לאופציה של הפתרון הפרטני. הבעיה ישן אבל יש להן פתרון. זה לא הש"פ. אני אומר, כן, הפתרון הציבורי עולה כף. חלק מהפתרון הציבורי הזה מה שנקרה פול טיימר, חלק ממנו בתוספת אם יצטרכו. נראה מה שיקרה. נחילה ב-500 יכול להיות שהיה 1.5 מיליארד. חלק מהיה פרויקט קיצור תורים. אני רוצה לקצר תורים, אבל אני רוצה את הנוכחות של הרופא בתחום בית החולים, אני רוצה شيיטה הוראה, אני רוצה שיעשה מחקר, אני רוצה שהוא יהיה דמות חינוכית גם לסטודנטים ולמתמחים וכן הלאה. אני רוצה אותו יותר בבית חולים הציבורי, ואני רוצה שהמנדס, וזה המקבילה שלך קובי, שאתה כל הזמן מנוף בה. המהנדס יוכל לעשות פרקטיקה פרטנית בתחום בגין של רפואי". איפה נשמע מזה דבר? זה מה שאנו עושים מתירים לרופא הציבורי בתחום בית החולים הציבורי. מה, אני יכול להגיד רפואי", אחר הצהרים אני סוגר ומעצמי אתה עושה פרקטיקה פרטנית אצל המתחרה שלך?

השרה יעל גרטמן: אבל שוב אני אחזר. זה כבר קיים פה.

דובר/ת: רק בירושלים במערכת הציבורית. האם עדיףליישר את כל מערכת הבריאות הציבורית לירושלים או אולי עדיףליישר את ירושלים לכל מערכת הבריאות הציבורית? מה עדיף, 80/20 או 80/80?

דובר/ת: אתה ציטעת אותי ורק על המהנדס. אני חייב להגיד לך ממשו. אם המהנדס היה בא להנהלה רפואי"ל ואומר, תשמעו, יש אנשים שרצים לknut את השירותים שלי אחרי הצהרים כי העבודה שלהם נגמרה ב-16:00 ואין להם יותר כסף לשלם לי, אני בא אליו מנהל המהנדס בגל reputation repου שלו. אני המהנדס שעבוד אצלך, אתה רפואי". אני מביא לך עוד כמה מקורות הכנסה בזכותו היומי המהנדס רפואי". בוא נתחלק ברוחחים. רפואי"ל לא יהיה זורקת אותו לשום מקום, לעומת זאת אני אעשה את זה במקומות אחרים.

השרה יעל גרטמן: אלא אם כן הוא היה מביא את המתחרה שלו.

דובר/ת: אם הוא מביא מתחרה, על אחת כמה וכמה. לא. אם במקום שהוא יעשה אצל המתחרה. במקום שהmahendes יעדוב את רפואי"ל וילך לעבוד אחר הצהרים אצל המתחרה, אני אומר, בוא תעשה את זה אצלך.

דובר/ת: כמה כסף חסר במערכת הבריאות?

דובר/ת: אני דיברתי על סדר גודל של 5-4 מיליארד שקלים.

דובר/ת: זה כולל פול טיימרס?

דובר/ת: ברור.

דובר/ת: זאת אומרת שאם אנחנו מקבלים תוספת 4 מיליארד שקל, אני מסיר את המליצה שלי למודל משולב. אם אנחנו מקבלים 1.5 מיליארד, האם אתה מסיר את המליצה שלך לאוטופיה?

דובר/ת: לא, ממש לא, כי אני הצגתיך את כל החסרונות של המנגנון הזה.

דובר/ת: סליחה, אבל אתה אמרת שהחסרונות הם ייחודיים למימון הציבורי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

אני بعد מימון ציבורי. אני אמרתי 4.5 לעומת 1.5.

דובר/ת:

אנחנו נקבל את המספר המתאים ואז אפשר יהיה לשימוש את המודל זהה, כי אחרת יש לו באמת

סכנות ונזקים - - -

דובר/ת:

אנחנו אמרנו, אנחנו רוצים לדוחוף כמה שיכולים.

דובר/ת:

אתה מציג משהו, שם לא נקבל מספיק כסף, אז נשתמש במודל הזה כמקור הכנסה.

דובר/ת:

אבל זה שונה ממה שקובי אמר, אנחנו צריכים לקבל מספיק כסף וזה לשימוש במקור הזה.

דובר/ת:

אני רוצה להגיד לך אחרת. אני מבין את העמדה של גבי בצורה הבאה. אני לא מסכים איתך אבל אני רוצה להבהיר. גם אם מחר מדינת ישראל לא תנתנה אגורה נוספת למערכת הבריאות הציבורית, נניח, אני נגד המודל שלנו כי לא רק שהוא לא יביא כסף למערכת, הוא יקח את הכספי מהמערכת לטובות כל מיני דברים אחרים. אני חושב שהמודל שאנחנו הצעם עם כל המוגבלות שלו, מביא עוד כסף למערכת, لكن אם לא יתנו את הכספי הציבור, הוא יביא כסף, אבל אני לא بعد זה כי אני רוצה את הכספי הציבור. העבודה שהמערכת הפרטית במדינת ישראל קיימת, נראה שהיא רוחנית. אני מעדיף שהרווח הזה לא ליר למקומות אחרים אלא לתוך המערכת הציבורית.

דובר/ת: העמדה שלך היא לא שם אתה מקבל את כל הכספי אתה חשוב שמערכת צריכה להבטחה לכיסף הזה כדי מה, אז אתה לא צריך את המערכת.השרה על גרמן: לא ספק.דובר/ת: אבל הוא לא אומר את זה. הוא אומר, בואו נלחץ על כמה שאנחנו יכולים לקבל.דובר/ת: אני רוצה לענות על זה. אמרתי קודם בכמה מקומות את המשפט הבא. אמרתי שמחובטנו כוועדה ציבורית להציג את הדרישות הריאליות, כי אמרנו, אידיאליות זה 15 מיליארד. הריאליות לפני החלטות ולשים את זה בסדרי עדיפויות שלהם ביחס לזה שצריך להחליט אם הוא רוצה לצמצם את העוני, רוצה לעשות התנהלות, רוצה לסלול כבישים וכן הלאה. חובה לנו המתקיימת לשים את זה על השולחן. זה קודם כל זו העירה ראשונה. אנחנו לא יכולים מראש לסגת. העירה שנייה לפחות מהפרקטייה מהניסיונות של. ככל שאנחנו נעשו את השיקול או את האופציה זמינה יותר, של לקחת כסף מהפרטית, לתוך החור הזה תקפו המערכת הציבורית ותגיד אין בעיה, והיא תקוטן עוד יותר את כמות הכספי הציבור, זאת אומרת הצגת האופציה של השר"פ תקוטן עוד יותר את הסיכוי שלנו לקבל אישושו שקל ציבור, כי אני אומר, יש לכם אופציה. מה הבעיה? תעלו את הפרימה של ביטוח משלים. מה הסיפור?השרה על גרמן: זו הבעיה. זו בעיה. זה אנחנו יודעים, זה יהיה פתרון קל.דובר/ת: מאד מפתה, דרך אגב. לא צריך להעלות מיסים, לא צריך שום דבר.דובר/ת: משפט לגבי הסכנה שאמרו פה, שיגדו אה, יש אופציה לשר"פ ולכך לא צריך לתת כסף ציבור, אך בעצם כבר היום לנו את זה בצורה אחרת. אומרים, בואו נטיל כל מיני מיסים על המערכת הפרטית ולכך לא צריך להביא כסף ציבור בצורה אחרת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: גם זה לא נאמר.

דובר/ת: אני לא אומר שאתה אמרת. אני אומר שאחד הדברים שנאמרים הרבה פעמים פה, זה בווא נמסה את המערכת הפרטית, בווא נעשה כל מיני דברים למערכת הפרטית כדי שהיא יותר כספ לציבור, אם זה דרך המיסים שיגיעו ואם זה דרך זה שנעשה אותה יותר בעיתית ולכן יחסך איזשהו כספ שיכנס למערכת. האופציה הזאת כבר עולה על השולחן, היא לא קשורה אם יהיה שר"פ או לא יהיה שר"פ.

לשאלת שאל' ערן, תראה, אני לא באתי עם מספר ואמרתי, אם מדינת ישראל לא תתחייב למנגנון אוטומטי, 2%, אז יירג' וביל' עברור. אני אומר, צריך מנגנון אוטומטי ואם לא נשים מנגנון אוטומטי סביר, אז אנחנו לא עושים את העבודה ולכן השר"פ מיותר כי הוא בטח לא יפתר את הבעיה אם הדבר העיקרי הזה לא יפתר. מאחר ואני ריאלי אני אומר, אני מאמין שהניה מנגנון אוטומטי סביר אבל לא מספיק, ומماחר ואני בכל זאת חושב שצריך יותר כספ ואני רואה את הביקושים כל הזמן גדלים כי הטכנולוגיות מתקשרות וקיימות, אז אני רוצה גם את המנגנון הנוסף. אני רואה את זה כשתי דברים ביחד. אני לא רואה את זה כשתי דברים אzo. אני אומר, אני רוצה את זה ואני רוצה את זה. אם כמובן יבואו מחר, יקרה לנו ויגידו לנו, תשמע, אתה מקבל מנגנון אוטומטי 7% בשנה בעשרים שנים הקרובות, אז אתה יודע מה, אני מותר על השר"פ. אני כבר מודיע.

דובר/ת: גם אני.

השרה יעל גרטמן: אני חושבת שההיה ברוח. בבקשתה.

דובר/ת: אני חשב שבריאות צריכה להיות עיקר ציבורית, רפואי הפרטית, רפואי הציבור, צריך לצמצם אותה ככל הניתן. זה הבסיס לכל. כשיש את השאלה למה אנחנו לא רוצים, למה אי אפשר להחיל את הכללים שאחננו מציעים, להחיל אותם גם ברפואה פרטית שתיה גם בbatis החולים הציבוריים, האzure, שאני חושב שצריך לצמצם אותה ככל הניתן. אנחנו אבל חיים בעולםנו. כמו כולנו אנחנו לא חובבים שניתן לבטל את זה לגמרי ולכן אנחנו אומרים, לפחות על איפה שיש, שהיה את זה, א', כמה שיותר מצומצם וכמה שיותר נשלט. בסוף מה שmagbil באמת הרפואה הפרטית זה לא הרגולציה, זה המטראץ' לצורך העניין, שמווקצת לעניין ולכן צריך לעשות את זה כמה שיותר מצומצם. זה הבסיס למה לא להחיל את הכללים, כי הכללים לא פותרים את הבעיה. הכללים אולי מקלים את הבעיה במידה מה.

המודל שמצוע, היבירידי לצורך העניין, תלוי יותר מדי ברגולציה ואני חושב שרגולציה, אפשר לבנות עליה במידת מוגבלת, איפה שהתרמיצים הם כל כרך חזקים בכיוון מסוים. הר' בסוף למנהל בית החולים ולרופא, ואני אומר לכם ממשו, בסוף גם לממשלה יהיה את האינטראס שההכנות מהשר"פ יהיו כמה שיותר גדולות, כי זה פוטר בעיה ולכן אני לא רואה את המערכות הרגולטוריות של המדינה נלחמות בדבר זהה. הייתה לנו התלבטות, אני אומר לכם, פניםית בתוך האוצר, האם זה נכון מה שאחננו עושים, שקובעים כלים בהדסה או לא נכון, כי איזדו, הנה עשיטם הסדרה. חשבנו שזאת החובה המוסרית שלנו, לפחות לנשות לעשות את זה. להגיד לכם שאני מאמין שעכשו לא יהיה שר"פ מהמיון או שלא יהיה שר"פ בבורק? היה גם וgam. אני מקווה שנבדוק ואני מקווה שנעשה ואני מקווה שננקנו ואני מקווה שהכל. אנחנו לא נעלים את התופעה הזאת. אני מקווה שאל' כן נצמצם אותה.

זו הפעם הראשונה שאני שומע מודל שר"פ שמאפשר גם לחלק מהרופאים לעבוד בחוץ. זה ענייני באמת להביא את המודל הגרוע. אני מבין מודל שר"פ, אני מבין מודל שר"פ של הדסה. אני אומר, אין מודל אידיאלי. אני מבין איזה יתרונות יש למודל שר"פ הדסה. אני חושב שלבואה ולעתות שחלק מהרופאים יעבדו בחו"ז, חלק מהרופאים יעבדו בשירות"פ בפנים, זה באמת הגרוע מל' העולמות, כי כל הכוכבים ילו' יעבדו בחו"ז. כל ה-10,20,30 כוכבים, לא יודע כמה, יעבדו בחו"ז וכל השאר יעבדו בפנים. לא נSEG שום אפקט של ריסון מחירים. העשירים ילו' לעשות את זה באסוטא בביטוח רפואי או בתוספת של כספ רפואי בעקבות השב"ן, וכל השאר, כל השאר זה גם המעודד הנמור לצורך העניין, יעשה שר"פ בתוך בית חולים ציבורי עם הרופאים שישארו שם.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

אם אתם מצייעים משהו, תתקנו את הדבר הזה בהצעה שלכם, כי זה באמת מביא את זה למשהו שהוא לא הגיוני. תהיה פה מלחמת מחירים בין הפרט, בין אסוטא לבין המערכת הציבורית, והஸחרור שכיר זהה יהיה לא טוב.

אנחנו צריכים כל הזמן לדבר על המטרות ולא על האמצעים. ברור לי שאנו נכנס פה לאיזשהו שדה מוקשים כאשר תקציבים. אני מנסה לא להיכנס אליו ואני גם לא נכנס אליו, אבל צריך לראות מה המטרה, ואם המטרה היא קיצור תורמים, הגברת אמון, וזה בסוף מה שמניע את הציבור ללכת למרכז הפרטית, אני חושב שאפשר לטפל בהזה ובזה ניסינו לטפל. ניסינו לטפל במוחלים של הביקוש לרפואה הפרטית במודל שהצענו. אני לא חשב שהמודל שהצענו הוא באיזושהי צורה מודל אידיאלי. הוא מודל שאני מקווה שהוא אופטימלי. אני חשב שהבעיה המרכזיית בש"פ בסוף, ואני אומר את זה כאן כאוצר. בסוף כששואלים אותנו, עdbo אתכם, אל תדברו על שוויון ועל דבריו על דברים אחרים. מעבר לגידול בהוצאות זה אובדן שליטה על הוצאות. זה אובדן שליטה על ניהול ההוצאה, וראינו את זה. התעריפים בש"פ נקבעים על ידי הרופאים. הכסף לא מגיע לבית החולים. עכשו אני מקווה שההсадה הש"פ לא יהיה הפודי לבית החולים. קודם הוא היה הפודי, אבל לא שבאה מהנדס ואומר, אני עשה פה עוד פעילות ובוא נתחלק ברוחחים. המודל היום אחראי שעשינו את התקיונים, הוא 75%/25% אבל בוא נגד שהוא יהיה 30/70.

דובר/ת: זה רק על החלק של בחירת רופא.

דובר/ת: זה עדין לא הופך את זה לרווחי עבור בית החולים. מיסים נשים רגע בצד, זו באמת שאלת של מדיניות ושאלת פוליטית. י庫ר י庫ר המחייב זה גם עניין שהוא תפיסת מדיניות ופוליטיקה זהה לגיטימי וכו', ואנחנו כמובן בדיון שאנחנו לא רוצחים להעלות את י庫ר המחייב, אבל להעלות פרמיות לקשיים, ענייני זה בלתי מתאפשר על הדעת, ככלומר אנחנו לא יכולים להיות במקום שבו אנחנו מעלים פרמיות בכלל ובפרמיות לקשיים בפרט. אני ניסיתי לחשב מה הבדל בין המודל של הפל טימר לבין המודל שלכם. בנוסף למה שגבוי אמר, יש גם הבדל למי מטפל הרופא. במודל שלכם הרופא מטפל זהה שהביא את הכסף, כי בסוף הוא צריך לטפל זהה שהביא את הכסף, כי אחרת לא יהיה מקור הכנסה לבית החולים. במודל הציבורי הקצתה הפל טימרים תהיה לפוי הציבור, ככלומר הוא יטפל בחולים הקשים יותר ולא בחולים בעלי הכנסה הגבוהה יותר, אז יש פה עוד איזשהו ערך.

לגבי השאלה של הסבוסד הצובל בין הפריפריה למרכז, אני מסכים שזו בעיה אבל אני לא חשב שהיא פתירה אם אנחנו עושים ש"פ בכל הארץ. מרכז הארץ תמיד יהיה יותר אטרקטיבי. יהיו שם הרופאים היותר טובים והיותר יקרים. אופציות ההשתכרות תהינה יותר גבוהות וכן הרופאים יהיו שם. תהיה יותר אוכלוסייה שיש לה יכולת לשלם. הרופאים הטובים מילא רצים לגורם. אנשים פחות רצים לגורם פריפריה, אז זה יתריף את הפער מול הפריפריה ושמור על רמת האטרקטיביות של רפואיים, אפילו לעבוד בפריפריה או במרכז. הדבר השני, זה זהה לא ניתן את הבעיה שעכשו הפרמיות תהינה איחידות ופתרו הסבוסד הצובל. כל עוד לא עובדים למודל של פרמיות אזוריות, ואני לא חשב שאנחנו יכולים לעמוד למודל של פרמיות אזוריות.

השרה יעל גרטמן: או מבטלים בש"פ.

דובר/ת: אני מסכים שזאת אופציה. אני חשב שזו לא אופציה.

השרה יעל גרטמן: צריך לבדוק מה יקרה לביטוח הפרט.

דובר/ת: אני מפחד מדברים שאין לא יודע לעשות, איזושהי סימולציה של מה תהיה התוצאה. אני שמרן, אני שמרן, אני מודה. זה גם עניין של אופי.

דברו על הדסה. מבחינת הרבה מאוד אנשים העובדה שיש ש"פ בירושלים זה לא יתרון, זה לא זכות. זו בעיה, כי מקבלים שירות פחות טוב. כולכם הייתם. אנחנו יודעים שיש אפליה והכוונה. היום בירושלים באמת רוב הציבור במעמד הבינוני ומעלה בוחר בש"פ גם בלידות וגם בדברים אחרים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
 הבריאות**
לחיים בריאות יותר

השרה יעל גרטמן:

דובר/ת: נכון, כי אין ברירה, כי איפה שיש שר"פ מנטביים אותו לשר"פ ולכן אני לא חשב שזה איזושי זכות גדולה.

דובר/ת: אתה שכחת להגיד דבר אחד, שרוב היישליםם, לפחות שאני מדבר איתם, שעוברים למרכז, נזכרים בהDSA בגעגועים.

דובר/ת: לא שכחתי. אני לא שמעתי.

דובר/ת: זה לא סותר, אגב.

השרה יעל גרטמן: באוו ניתן לו לסייע.

דובר/ת: אני חשב שכן צריך למצוא את הדרכך. כל המיסוי שנחננו הצענו, יש לו גם תכילת של משאבים. אנחנו אגף תקציבים. פה זה בכובע זהה של אגף תקציבים. יש לו גם תכילת של לצנן את הביקושים למערכת הפרטית ולשנות את היחס בין הפרט לציבורי. אני חשב שכן צריכים לחזור ל-2009-2008 מבחינת הפורופרציות. אני סתם אמר 2009-2008, יש איזשהו בנצ'מרק, וכן גם אמרנו שגם משאבים ציבוריים. היתרונו במסאבים ציבוריים לטוב ולרע, ככלומר יש כולה שיראו זהה חסרון, זה אפשר לשולוט בדרך שבה הכסף מנוהל. זה בסוף הדבר המרכז שamodelים לשר"פ אין אותו. גם מנוצל. בסוף המחולל של ההכנסה הוא הרופא. הרופא בסוף יקבע אם תהיה הכנסה או לא תהיה הכנסה. כזה מנוהל בצדקה מרכזית על ידי קופות החולים ובתי החולים, אז זה נקבע בדרך מרכזית我们知道 אנחנו יכולים לראות שהדבר הזה לא יוצא ממשיטה. זה ההערות שלי בשלב הזה.

דובר/ת: תודה. קודם כל תודה רבה. אני חשב שהשאעתם הרבה החשיבה וניסיתם לשפר ולרכך. יצא לך לפחות מה שהצלחת להבין, שהוא רופא, ד"ר איקס, הוא יכול לעבוד ציבורי בשיבא. הוא יכול בו זמן לуйוד שר"פ בשיבא ואחרי מכסה מסוימת אין שום מניעה שהוא ימשיך גם לעשות שר"פ. אין מנעה.

השרה יעל גרטמן: זאת ההערה שלו על הפולטיימר.

דובר/ת: כי אמרתם, מעבר למכסה מסוימת אנחנו שלוטים - - - .

דובר/ת: מה שאני אמרתי לא הוזג נכון. אני אמרתי שאני בעד מודל של הפרדה ברורה בין או שאתה בפנים או שאתה בחוץ. אני רק אומר שכטהילך שבו אתה הכל יכול, יכול להיות שבתווך קצר אתה תצטרך ולא יהיה לך גם כסף לאשר את כולם, אז מה, אתה תגיד לאלה שאין לך כסף לאשר אחר הצהרים, תתפטרו מבית החולים?

דובר/ת: זה מצב נתון ותיאורית יכול להיות שאתה שאי בו זמן ציבורי שיבא, שר"פ שיבא ושר"פ אסותא.

דובר/ת: לא לאותם חולים.

דובר/ת: הוא יכול להיות בכל מיין מקומות. הרופא יכול לעבוד בכמה מקומות היום.

דובר/ת: אין לי בעיה. הוא יכול להיות בבית החולים ובโรงพยาבת חוליים, שהוא ציבורי, והוא יכול לחזות את הקביש ולעשות שר"פ לא בבית החולים ציבורי. ייחי ההבדל הקטן. יש הבדל. רק רציתי להבין את זה.

דובר/ת: אני רוצה רגע להבין מה מפריע לך. זה שהוא יעשה ציבורי בשיבא ויעשה פרטี้ באסותא, זה בעיניך יותר טוב מאשר שהוא יעשה ציבורי ופרטี้ בשיבא ואולי גם קצת פרטוי באסותא?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: אתה אמרת מה המטרות, להקשר אותו בבית חולים וכו' וכו', ואני משלם מחיר יקר והלכתי כברת דרך וניתחתני מה היתרונות בלעכני אותו, בהקשרו אותו ליד המתמחים והסטודנטים וכו' וכו', ואופס, הוא כאן באסותא, אז שלימתי מחיר יקר והתמורה بعد האגרה לא כך כל משתלמת לי, אז עדיף אם כבר המודל של הדסה.

דובר/ת: כלום מסכימים.

דובר/ת: אתה משלם מפער את המודל. לי עדיף שכולם יהיו בפנים כמו בהדסה. עכשו מתברר שחלק מהרופאים, אין לך כסף להשאיר אותם. מה אתה עושה? אתה דורש מהם להתפטר?

דובר/ת: אז בסך הכל הבנתי אתכם נכון. רבותי, אני רק רוצה להיות מהחמיישת של הציבור שאין לו שב"ן. ברגע ש-80% מסודרים בשיבא, באיכילוב, בנריה וכו' וכו', זה מבליט את החמיישת מהציבור. כל איש חמישי ירגיש את האפליה לרעה. יותר חמישית. זה רביע מהאוכלוסייה אויל.

השרה יעל גרטמן: לא, מה שהוא אומר זה שייהיו פחות בגל שהפרמיות יעלו אז אנשים יצאו.

דובר/ת: ואם נחבק אותם כמו שאומר המודל הכספי, זה יוצר כדור שלג וסחרור, כי היותר עשיר רוצה לבדל את עצמו. לדעתי פה זה יעלה לנו מיליארדים נוספים.

השרה יעל גרטמן: אתה אומר שה-20 יהיה 25 ואולי 30 ואולי אפילו 35 אחוז - - -

דובר/ת: אז נצטרך אנחנו לאמץ אותם, וזה אם אכן מאמץ אותם, אין למשהו שיש לו שב"ן ומשלם עליו ממשיט כספו, יתרון, וזה הוא רוצה לשפר את הפולישה שלו.

השרה יעל גרטמן: או לשפר את הפולישה או לעזוב את הפולישה.

דובר/ת: נכון. רבותי, אני יצאתי מהדין ביום ראשון כי הייתי חייב לחזור לבית חולים ואז הדין היה מאד מאד חשוב לי. זה היה נושא תיירות המרפא. אני חייב באמת להתייחס קובל עם ועדת. קודם כל זה שר"פ. אני חשב שתיירות מרפא מוקרת היא עובדה בשטח. מבודקת, ולדעתי אפשר גם להגביר את התפקידים שם בצוරנו מושכלת. היא יכולה ודוקא לתרום לחיזוק הרפואה הציבורית אם נעשה את זה בצוורה טובה. אני כבר אמר את זה, שר"פ לאזרוח הישראלי בטור הרפואה הציבורית-לא. תיירות מרפא, מצד'י אפשר לנשות ולהגביר אותה ולחזק אותה, לבקר אותה בתנאי שלא תפגע במטופל הישראלי ושנתה מסויים יLR דוקא לחיזוק הטיפול ושיפור הטיפול באזרוח הישראלי.

השרה יעל גרטמן: אני רוצה להבין אותך. אתה מוכן להסביר עם תיירות מרפא רק מפני שזאת עובדה קיימת?

דובר/ת: לא. אתם גם נתתם את זה בפגש הראשון שהייתו שותף לו. זה קודם כל מביא גם כבוד.

השרה יעל גרטמן: בגל סיבות נוספות.

דובר/ת: זה כמובן, זה ניסיון, זה מלמה וזה גם פרוטיז'ה. יש הרבה יתרונות בתנאי שנעשה אותה בצוורה מאוד חכמה, מאוד רגישה לפני הציבור הישראלי. היא יכולה בעקיפין באמת להביא לשיפור מסוים במאזנים נגיד הכלכליים של בית חולים או בכלל של הרפואה הציבורית. אין לי בעיה שהיא 3%. אם זה לא פוגע במטופל הישראלי מצד'י שהיא 10%.

השרה יעל גרטמן: זה קונצנזוס שהגענו אליו, ממש כמו שאתה אומר, זאת אומרת אין בעיה 3% בוודאי, ועל יותר צריך עוד להתדיין.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
 הבריאות**
לחיים בריאות יותר

דובר/ת: נגיד פתחנו את השר"פ, מ-1 ביולי יש שר"פ ותוך חדשניים ניתחנו את כל העולם ואשתו. ניתחנו, תפרנו ופתרנו את כל הבעיה. באמת זו שאלת שאין לאף אחד יתרון על השני. פתאום כולן ציבורו כמו אסותא.

השרה יעל גרטמן: יפסיקו לרכוש ביטוחים.

דובר/ת: מה יהיה?

השרה יעל גרטמן: יפסיקו לרכוש ביטוחים.

דובר/ת: אוטופיה?

דובר/ת: גבי אמר שרכושים בשבייל לקצר תורה.

השרה יעל גרטמן: אם אין תורה ציבוררי, אני חושבת שהרבה מאוד יפסיקו לרכוש את השר"פ. לא צריכים.

דובר/ת: לדעתי אנחנו לא נגמר עם זה ואם יוריד את שיעור המנותחים בתבי חולמים פרטיהם, זה יהיה מזערני, זו דעתך.

דובר/ת: יש פה משה הרבה יותר גדול. זה אומר שבמבחן לקיצור תורה משנה אתה גומר את כל הבעיה, כי אם אף אחד לא ימשיך לקנות ביטוח, אז השר"פ לא יביא עוד כסף למערכת.

דובר/ת: כי אף אחד לא צריך.

דובר/ת: אני אומר, אבל אם אנחנו גומרים מכח את כל הדבר הזה ולא יהיו תורה ואפשר תורה לשנה לקצר את כל התורים באמת, אז נגמרה הבעיה.

דובר/ת: יש פה שתי סוגיות. יש פה סוגיית היצע וסוגיית ביקוש. הביקוש היום קיים בפריפריה, שלא מוצה. שם אנחנו מסכימים. שם בהעלאת היצע עלי כמות הננותחים בבחירה רופא, בזודאות, כי זה מה שהאנשיים האלה רוצים. בשיבול זה הם קונים שב"ן וחלק מהנתוחים שהם עושים היום, או שהם מנסים למכר או שהם עושים אותם בלי בחירת רופא. זה יעשה עם בחירת רופא. זה יחזק את בתיה החולים בפריפריה, בזודאות. אם בן אדם שקונה שב"ן וידע שכשהוא י策ר אותו הוא לא יוכל להרשות לעצמו, אני לא יודע מי עשה לו לא לנקנות שב"ן. אז אנחנו מסכימים שאלה שבשווי משקל, בגודל, יקנו את המוצר, הם גם יתכוונו לנצל אותו וישלמו. שם עלה כי ה策ריה תעלה. אין שאלה בכלל, אבל חלק מהכסף הזה, מבנהה, יLER לבתי החולים מובנה שם יLER לבתי חולמים, لكن הוא יגדיל את הנגישות לאלה שרוצים לשלם על זה ויאגדיל נגישותם גם לאלה שלא רוצים לשלם, אך אתה שם תשפר גם את אלה וגם את אלה. אתה מסכימים עם זה?

דובר/ת: אני לא בטוח.

דובר/ת: היום בן אדם קונה שב"ן. נניח הוא קונה שב"ן היום, רובד. נניח היה לו את הרובד ואתה לא נותן לו לנצל את זה. אתה אומר לבן אדם בטבריה, אם אתה רוצה לנצל את זה, תישע בבקשתה לאסותא. אז חלק קטן נושא לאסותא, יותר אמידים, כי אתה צריך לשכור מלון וכן הלאה, וחלק לא עושה, עושה את זה בפוריה, בלי. אם אתה תאפרה לעשות את זה בפוריה, כמות הכספי שתוקצתה בפוריה תעלה. לאן היא תלך? קודם כל לאנשים האלה שחיים בטבריה ובסביבה שיוכלו לנצל מה שהם שלמדו עלי ולא יוכלו לנצל את זה. זה יעלה את הפרסומות בזודאות, אבל הם קיבלו מוצר שעליים הם שילמו ועכשווי סוף סוף נתת להם.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: המצב בשבייל יותר מושלים, חיים יותר אוטופיים, יותר טוב אם הייתה בלי מושלים ושב"ן ומשלים ומתקבל טיפול ברמה סבירה בבתי חולים ציבוריים.

דובר/ת: אני אמרתني שאם המערכת יכולה לספק את מה שאנשים רוצים לקבל וצריכים לקבל מכסף ציבורי שלפי גבי וקובי, לפי זה חסר 4 מיליארד, לפי זה חסר 12 מיליארד. כל שנה צריך להוסיף 2.5 מיליארד. אני לא מומחה בזה. אם המערכת יודעת לתת את זה, אני הראשו שאגיד תשמעו, לא צריך יותר כלום, רק מה? צריך עוד פיפוס אחד קטן. צריך גם ודאות שהה לא חד פעמי כדי לטפל בוועדה מסוימת זאת או אחרת וזה לא יעלה מחיר רבוקר. אז אכן אני אומר מראש, אני מעדיף ייחד איתך לא להתעסק בכל הבלגן הזה, למרות שגם זאת מה שאתה תעשה, אתה עדין תכניס רפואי שחורה בתוך המערכת, וכן הלאה. יש גם在这个 השאלות מאוד מודש שליליות. בהינתן שאתה לא מאמין שאנו נקבע הבטחה, וגם אני יודעת שהה בלתי אפשרי לקבל הבטחה למערכת שתבטיח כסף אפילו ב-60% מזה שהוא כתוב לטוח אורך, אך אני שואל מאייה זה יבוא? ואני אומר לך, אתה כל הזמן מנסה לדמיין לך את השוויי משקל שהוא. אני מנסה להסביר לך איך הוא נראה. בפריפריה, בפריפריה, כמות הכספי שיכנס לבית החולים פוריה יגדל. פעילות פרטנית תגדל בזודאות. ממה היא תגדל? מזה שאפשרת לאנשים שיש להם כסף על מה שהם רוצים, לנצל את זה. لأن הכספי זה ילך חלק ממנו לך להופאים, זהה יתן לך תמריצך להישאר בפוריה ולא לבוחח לאלה שיש עליהם ביקוש.

דובר/ת: החלק הארוי.

דובר/ת: אני לא יודעת אם החלק הארוי.

דובר/ת: אבל זה מוגבל.

השראה יעל גרטמן: א', זה מוגבל. ב', זה הולך לשירות לבית החולים.

דובר/ת: קיבל את זה, אתה תצטער להרחב את הפעולות הציבורית, וזאת התשובה שלי ל-20% הנוספים. אך 20% הנוספים שאין להם שב"ן הם אלה שיקבלו שירות יותר טוב מהם שהם מקבלים היום כי יהיה יותר זמן רפואי ללא תשלום. זה דבר אחד. הרופאים יקבלו יותר כסף. יהיה יותר תמריצך ובית החולים שהוא יקבל חלק מהרווחים יוכל להשתמש בהם כדי לחזק את עצמו.

דובר/ת: המגבלה על יחס הכמות היא מוגבלת קשורת?

דובר/ת: בין ציבורי לפרטי, מוגבלת קשורת?

דובר/ת: מה זה קשורת?

דובר/ת: זאת אומרת, הציבור נמצא במקרים של הפרטி נמצא במקרים שלו. שווי משקל.

השראה יעל גרטמן: הפרטי זה מוגבל.

דובר/ת: יש מוגבלת של זמן ערנות של הרופא.

דובר/ת: בסופו של דבר אם אין לי מספיק ציבורי כדי לאפשר את הפרטי שיש לי באזור, איך אני מקצה את הפרטי הזה?

דובר/ת: יש תור. מה זאת אומרת אין לך מספיק ציבורי? אני לא מבינה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: אני עושה כמהות מסוימת פרוצדורה ציבורית. על כל פרוצדורה אני יכול לעשות חצי פרוצדורה פרטית.

דובר/ת: זה אומר שאתה מחזיק בחירה של ציבור. יש לנו תורים.

דובר/ת: הכספי הפרטני ימן את הפעולות הציבורית. זאת השאלה. אתה לא תהיה במצב שבו חסר לך כסף בכספיות ואז אתה לא מבצע ציבור.

דובר/ת: אם אין לך מספיק פאצ'יניטים ציבוריים, זה אומר שאתה ב-*spare capacity*.

דובר/ת: לא, לא, אין מספיק כסף לקנות את הציבור והיא בrama מסוימת שמקטיבה רמה של פעילות פרטית.

דובר/ת: אני לא מבין את הטענה. יש לי עשר שעות ביום שאני צריך לעבוד הציבור. אתה אומר, אני שלוש שעות האחרונות יושב ושותה קפה?

דובר/ת: לא, אתה מלא את כולם.

השראה על גרמן: אני אבקש לאחר מכן לעשות משחק תפקידים של 20 דקות, לא יותר מזה.

דובר/ת: מודל הש"פ – אנחנו מגדילים באופן דרמטי את היעוץ רפואי במערכת. עד היום יש לנו היעוץ רפואי מאוד מאוד מוגבל. ממחיר יש לנו היעוץ רפואי בכל הארץ כולל בפריפריה. היעוץ הרפואי הזה הולך לעלות לאזרחי מדינת ישראל הרבה הרבה כספ, כי בבריאות היעוץ יוצר ביקושים ובתי החולים האלה הולכים עכשו לחיות מלאים בפעילויות רפואיות שאנו ידעים שהוא "רעליה" אפשרו אפילו במקומות מסוימים, בכל מדינת ישראל, אז בוואנו געשה רגע חישוב秾, כי ברוב הזמן החישובים, כל אחד זורק מודלים. מערכת האשפוז בישראל בily הדסה בערך 18-16 מיליארד שקל. בוא נגיד שמערכת האשפוז הפוטנציאלית לש"פ, 12-13 מיליארד. אפשר לבדוק, זה לא כזה מסובך.

השראה על גרמן: כמה יש לנו היום ש"פ?

דובר/ת: לא, פוטנציאלית שת יכול לעשות אותה בש"פ. כל הפעולות האשפוזית היא פוטנציאלית לש"פ. לא ביטוחים. לא מעוניין אותך כמה אני משלם בביטוח.

דובר/ת: אתה מוגבל בזמן.

דובר/ת: אני מוגבל בין 4 ל-8. יש לי עוד 50% מהזמן של הבוקר. אם היום הפעולות האשפוזית נשארת בין 16 ל-18 מיליארד, ממחיר אני יכול לעשות את הפעולות הזאת בש"פ.

השראה על גרמן: אבל לא כולם צריכים ניתוחים, אנחנו לא נמצא ניתוחים.

דובר/ת: יעל, אז עשינו את הניתוח. עשינו את הניתוח הזה בהתאם לפעולות הדיפרנציאלית של ניתוחים. לקחנו שהוא יורדת מ-5, ש-15% פעילות שהוא היום תוספת מהציבורי לרפטני ועוד תהיה תוספת של פעילות של 15%. סך הכל יהיה 25% ש"פ, שזה מה שאמ אלי לא טועה, תמיד זרקו 25%.

השראה על גרמן: אוקיי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: מה-25% האלה אם אני מעלה את שכר הרופא 60%, זהה פחות או יותר מה שיש בהDSA, שזה השכר רופא שהוא רוצה לש"פ, הוא ירצה תוספת של 5 מיליארד שקלים. כאשר גם מסתכל על החישובי אכבע, זה הגיוני. זה הגיוני שאני רואה מערכת של 18 מיליארד. מה זה משנה כמה היום המערכת כוללת?

השרה יעל גרטמן: אני לא יכולה לענות לך כי אני לא יודעת.

דובר/ת: מה שאני רוצה להגיד, זה לא משנה כמה היום אני משלם על ביטוחים, זה משנה כמה הפוטנציאלי לש"פ בכל הארץ ואני יודע שאין אפשר לעשות בכל הארץ. אני הולך להגיד את ההחלטה דרמטית. זה הולך לעלות הרבה הרבה כספ.

השרה יעל גרטמן: אתה אומר שיש לך נתונים. יש לנו קודם עזיז והוא גם שאל. הוא נתן לנו מספר אכבע של חצי מיליארד שהוא טוען שחייב מיליארד יספיקו ל-1,000 פולטיימר, אנחנו יוצאים מtower הנהנה שמתוך ה-1,000 פולטיימרים, איקס, צטריך להיות איקס מאד מאוד רציני, זה צריך להיות לפחות לפחות 70%-80%, זה באמת ניתוחים, זה לא בדברים אחרים. אני מבקשת שאתם תשבו שניים ותנתחו את המספרים ותראו בכמה זה יקצר לנו תורמים. אפשר לעשות חישוב, נכון? אם יש לנו עוד איקס שעות, כל אחד עוד 4 שעות נגד או כמה זה לא -- -, אם כהה 8 וככה 12 או 10. אני לא יודעת אם זה שעתיים או ארבע. אני מבקשת לדעת כדי לבוא ולראות אם באמת אנחנו מדברים על חצי מיליארד שישgor לנו את התורמים או יעמוד את התורמים לאיזושהי רמה סבירה או שמדובר במיליארד או ב-2 מיליארד או יותר. זה דבר אחד. דבר שני, כשזה כספ ציבורי נקי, אין בכלל על מה לדבר, זה כספ ציבורי, וכמובן, אתה תצטרך להביא מנגד כמה יعلا לנו. זה לא יעלה למדינה, דרך אגב.

דובר/ת: לא יעלה שקל. יעלה לאזרחי ישראל.

השרה יעל גרטמן: נכון. אני מסכימה איתך. לא רק שאתה רגוטיבי אלא שאתה מגדיל לנו כל הזמן את היחס. זה דבר שני. דבר שלישי, אני באמת תוהה, יוג'ין, מה שאמרת, קובי, איך זה אנחנו מסתכלים על מדינות-OECD, אנחנו רואים שם ממוצע של 30/70 ואףלו יותר, זה 28/72. כשה אנחנו רואים מקומות מסוימים הזה 15/85 ציבורי/פרטני ויש שם לש"פ במדינות האלה, אז תסבירו לי איך הם עושים את המג'יק הזה? כאשר אנחנו רואים שכשיש לש"פ אנחנו מגדילים את ההוצאה הפרטית. לעומת זאתOECD אנחנו רואים שכאשר ההוצאה הפרטית מאוד נמוכה וההוצאות הציבורית מאוד גדולה, יש לש"פ, אך משווה צריך להסביר לי את הסתירה זו.

דובר/ת: אם המערכת הציבורית היא מספיק טוביה יש לה מספיק משאבי, הביקוש לפרטני לא גדול גם כשהוא אפשרי וקיים ואני חשב שהחלה חלק מהධון. כל הספקות והמספרים שמוזדרים בעניין שרכיס פה, הם לא נכונים אם ההנחה היא שנחנו נעשה רפואי ציבור טוביה. אני רק אומר שהחלק מהכסף לרפואה הציבורית הטובה יבוא מהפרטני.

השרה יעל גרטמן: מה שאני מנסה להעלות פה זה עוד אפשרות משלל האפשרויות. יכול להיות שנחנו קודם צרכים לחזק את הרפואה הציבורית על ידי השקעה ציבורית ואולי מיסים פה ושם. אנחנו כן נטיל מיסים ותහיה לנו תיירות רפואי וכו', אבל קודם אנחנו צריכים באמת ליצור את אותו אמון שאביד במערכת ורק לאחר מכן לראות איך שנחנו מסדרגיםשוב, רק אז להכין את הש"פ. יכול להיות שקדם צריך לחזק את הרפואה הציבורית ורק אחר כך להכין לש"פ.

דובר/ת: יש פה סתירה פנימית. הסתירה הפנימית היא שתתחללה מחוסר אמון ואת לא בונה מחוסר אמון את האמון על ידי זה שאתה אומר, תשמע, תאמין לי ואני לא אתן לכם מה שאתם רצים.

השרה יעל גרטמן: לא, אני מדברת על תקציבים ציבוריים.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: אמי מבין, אבל הציבור לא צריך תקציבים. זה נכון שם תוריד תורים, חלק מהאנשים יפסיקו ל��נות שב", אבל אני לא בטוח שבן אדם, ופה אני מתחבר מאוד למה שקובוי אמר ביום ראשון. הוא אמר, תשמעו, תיקחו את הבן אדם שהוא עכשו חולה, שגלו לו משהו וצריך לטפל בו. הבן אדם הזה, לא מענין אותו תקציב ציבורי, לא תקציב ציבורי. הוא רוצה את הוואות שלו שטפלים בו הכי טוב, והבן אדם הזה רוצה את הבחירה והבן אדם הזה היום לאאמין למערכת ציבורית בכלל, ועל ידי זה שאחנן נגיד לו תשמעו, תאמין לנו, אנחנו לא ניתן לך שום בחירה - - -

השרה יעל גרמן: אתה מעלה בעיה רצינית מאוד שלא נתנו עליה את הדעת מספיק, וזה באמת הנושא הזה שיש לנו פה גם תרבויות של בחירה. יכול להיות שהיא באה מחוסר אמון אבל היא גם באה מ恐惧 התרבות הזה שבן אדם רוצה לבחור. אני לא יודעת איך להתמודד עם זה וצריך יהיה לתת להז תשובה.

דובר/ת: בכל ההשוואה הבין לאומי אנחנו לא מתייחסים לתמരיצים הק"מ'ים היומם לקופות החולים, להסת'ית חולים לפרטי וליצור בחירה וליצור ביקושים בפרטיז. זה דרמה. זה קופות שחלקן יגידו שאין להן את כל המשאים שהן היו רוצות שייהיו להן, ונתנו להן אפשרות לרכיב. זה מה שבגי התחליל לדבר על הטופס 17. נתנו להן אפשרות לרכיב ובעצם לסדר לעצמן מימון פרטיז, לגבות מס מהמבוטחים שלהם לטור הסל הציבורי שלהם. זה מה שהן עושות. איך הן עושות את זה? על ידי הרעת התנאים, חוסר מתן שירות טוב מאוד בסל הציבורי, שיוק אגרסיבי של ביטוחים משלימים ופשט נתונים זהה אחר לקורות בלבד ואז אנשים מפעילים את הביטוחים שלהם והקופה חוסכת כסף. היא מכירה 50%, היא מקבל 50%.

השרה יעל גרמן: עכשו כל אחד, אנחנו כולנו כאן بعد מודל שר"פלאומי. אחד אחד להתחיל להוסיף נימוקים. לפורתוקול, זה תרגיל מחשבתי. אין האדם המתבטה, מבטא באמת את דעתו.

דובר/ת: אפשרות שימוש בפריפריה לאנשים שאנו נותנת להם נגישות לרפואה הפרטית, מה שהם לא ק"מ'. **דובר/ת:** מה שיולה תמיד אומrette, שיש פה מגוון של מקורות במערכת שונות איזושה' גמישות.

השרה יעל גרמן: זה הרחבה. מגוון שנונות יתר יציבות.

דובר/ת: יותר בקרה על פרוצדורות שנעשות כאשר זה בתוך בית החולים הציבורי ויש בקשר עמיתים.

דובר/ת: הרחבת מעגל המשתכנים מהשר"פ תוריד את המחיר. יותר שחוקנים, תחרות.

השרה יעל גרמן: תוריד לחץ על העלאת מחירים במערכת. פחות לחץ לתוספות שכיר. מאפשר שימוש לאנשים שלא הצליחו לממש.

דובר/ת: יש פה עוד נקודה. אם כבר מדברים רק על פריפריה, אז זה לא רק המימוש. זה גם מאפשר להשאר את הרופאים בבתי החולים בפריפריה במקום שישו לטל אביב.

השרה יעל גרמן:יפה מאד. מחזק את בתי החולים בפריפריה. נכון מאד.

דובר/ת: א', יספר את ההכשרה של הדור הבא של האנשים. אני שמעתי מכל האנשים שהיו פה, שכשהתת מעביר הרבה מאוד ניתוחים קלים לטור המקום אףה שלמתמחים שיושבים במערכת ציבורית אין נגישות אליהם, אז אתה פוגע.

דובר/ת: אבל אתה מציע בחירה לمنتחה עצמו.

דובר/ת: אבל הוא יכול לעבוד איתך. היום הוא לא יכול לעבוד איתך. הוא במקום אחר.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאותים יותר

השרה יעל גרטמן: הוא יכול רק להסתכל עליו.

דובר/ת: אם בחרת אותו, אתה מחויב.

דובר/ת: זה לא משנה, יש שני רופאים ואתך לא תגיד לי שאתה לא יכול לעשות את זה. תמיד עושים שני אנשים.

דובר/ת: אם יש בחירה, הוא מחויב.

דובר/ת: בנסיבות הזאת יש לי עמדה מאוד ברורה. אני חשב שהה מחייב מאוד את הטיצ'ינג, כמו שחווה את זה על בשורה. לפחות בשער צדק, שהוא שר פ', לא נתונים. בדרך כלל איך ניתן לעבוד? יש בכיר ויש מתמחה. כשהזה שר פ' פשוט לא נתונים למתחה לגעת. חד משמעית.

השרה יעל גרטמן: אוקי, אז נשאיר את זה לנו.

דובר/ת: היום יש ניתוחים שבכלל לא נעשים בבתי החולים הציבוריים הציבוריים. מתמחה בבית החולים הציבורי, לא רק שהוא לא עושה, הוא גם לא רואה, כי זה לא נעשה.

דובר/ת: אבל אם יש ניתוח רפואי ואני עושה אותו, א', אני עושה יותר ניתוחים רפואיים. בן אדם שעוזב ב-2 את בית החולים, הוא בודאות לא יכול לתרום לה캐לה של מתמחה. כשאני מחייב אותו, גם כשהוא נמצא שם הוא תורם לש"פ. דבר שני זה נושא של שיפור תמריצים משמעותית נגד תרבות של סטארמים. נכון להיום אנחנו הסכמנו לcolm יש תמרץ להאריך לרופא את התור. אנחנו ראיינו דוגמאות שהרופאים הסטארמים, כמו שיש לך יותר תור וכמה שאתה יותר שונה מהעמיתם שלך, ככה המחייב שלך יותר ויותר גבווה. הדבר הזה משנה את זה כפי שאינו הסבירתי לפני כמה שעות. אנחנו ממשינים את זה הפוך, כי בית החולים על תור ארוך, לא רק שלא ישלם יותר, הוא יורד לו את זה, כי אם אתה מדכא את האנשים מסביבך וכולם בוחרים אותו, לבית החולים זה פוגע בהכנסות. זה לא מוסיף לו הכנסות, זה פוגע לו בהכנסות ולכן הוא ירצה דזוקה שהיה מואוד מאד אחד. זה יהיה לו הכספי טוב, لكن הוא יתן לך תמריצים, א', לעודד אנשים לבצע יותר שווה. ב', הוא ירצה לשפר את האיכות של הרופאים. דבר שלישי, לפי דעתינו זה מ��ר את השוויון במובן הבא: תיקחו הימים את האנשים שיש להם את היכולת בחירה ואת האנשים שאין להם יכולת בחירה. מה אנחנו נתונים? היום זה סטטוס קוו. אלה שאין להם יכולת בחירה מקבלים תורמים. אלה מקבלים>Status המחזיקה. במצב חדש אנחנו מסכימים שא', אנחנו נמסה את השב"ים, אבל גם אם לא נמסה, שב"ן יעלה, لكن אלה שהיו מקבלים את זה בחוץ, ישלמו יותר. היותר הזהילך למרכז וystems הדריכת הציבורית תשפר את השירות שהוא ניתן לאלה שלא היה להם, لكن לאלה שלא היה להם, יהיה יותר טוב.

דובר/ת: כמובן, זה מקצר תורים לחולה הציבורי.

דובר/ת: בדיקות, וזה משלומן על ידי זה שיש לו את זה, אך ביחיד עם אמון ואספקה זה מ��ר את השוויון.

השרה יעל גרטמן: מקצר תורים, מקדם שוויון.

דובר/ת: זה בטח מ��ר את השוויון בפריפריה, כי היום שוויון פריפריה מול מרכז, זה הסכמנו. אך זה בשני הצדדים מ��ר את השוויון.

דובר/ת: אני אתיחס אולי לרכיב האחורי של המנדט שבשמו אנחנו יושבים, שהה צדק ושוויון וכו'. אך בהקשר של הצד זה לא למסות את כל האוכלוסייה שמשלמת מיסים אלא למסות ספציפית את מי שצורך את המוצר הזה של בחירת רופא כי זה מאד חשוב לו, וזה רצון שדברנו עליי קודם.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

סעיף נוסף זה עבודה עם צוות ארגני. זה משאנו שכן שמעט אוותו בעדויות במספר הздמנויות, שיש ערך עצום בלעבור עם צוות ארגני. אחת הביעות בעברים בין בתיה החולים זה שאתה לא ידע מה קרה ב�отך עם המטופל שלך באסותא. צוות ארגני, גם ראיינו ספורות שאומרת שככל שצוות עובד ביחד נוצרת דינמיקה, שיש לרופא הבכיר אפשרות לסמוך על המתמחים שלו שימושיכו את הטיפול, ורופאים דיברו בפיוח שמבחרינכם זה אחד השיקולים למה הם מואוד רצים - - -

השורה על גרמן: עבודה עם צוות ארגני שմשפר את איכות הטיפול.

דובר/ת: דבר נוסף זה גראפת שמנת. אני חושבת שהדברים קוראים בכך אותה מערכת והנהלה רואה את כל המשמעות, הפוטנציאלי לגראפת שמנת כי שקוראה היום בין אסותא לבית החולים ציבור קלאס, יש תמרץ לצמצם את התופעה. אגב, זה לא יבטל את זה לגמרי, אבל זה בודאי מזמן את תופעת גראפת השמנת, כי אנחנו רואים שבאיסותא אין תופעה.

דובר/ת: למה זה יזמן לאסותא את התמרץ? עדין יש לה אותו תמרץ.

דובר/ת: הנהלה רואה את המערכת כולה, גם את הפרטי וגם את הציבור.

דובר/ת: אני אסביר את עצמי. ברור שאסותא נשארת באותו תמרץ כפי שהוא היום, אבל הרעיון, וגם התיחסות לשאלת ניר, שככל שאתה מכnis את הרפואה הפרטית יותר פנימה ואתה מפקח ועשה רגולציה אתה מכnis - - - אתה נמצא בסיטואציה שכן אפשר לך ממה קורה בחלק הפרט, וזה לא בחצר האחורי, לא שלி בכלל, אז התופעה של לרמות את עצם כהנהלה בין ציבורו לפרט, היא הרבה פחות סבירה למקרים שעדיין יכול להיות זה קרה במסגרת החששות.

דובר/ת: יולי, רק נקודה לחזק אותך. זה גם יועל זמן של הרופא. אמרנו שאין לו הרבה זמן, אז שעה הלו' ולעשות את השעה חזרה עוד שעתיים לרופאה הציבורית.

השורה על גרמן: נכון, התיעילות.

דובר/ת: רק עז נקודה שלulta והיא לא מופיע, אני אמרתי את זה קודם, זה עניין התקשרות. קובי אמר את זה קצת בחצי אמרה. אני חושבת שיש פה ערך, כי גם ועדת ציבורית שבסוף צריכה להסביר את עצמה, להסביר דברים מורכבים זה קשה. אנחנו רואים שבהרבה מקרים זה מהלך שדורש כמה צעדים בשביל להיות מובן ואני חושבת זהה חסרון.

השורה על גרמן: אבל אנחנו بعد ולא נגד

דובר/ת: אני רואה בהשارة הרופא הבכיר בין כתלי בית החולים יתרון עצום בהוראה ובמחקר. זה שהוא לא ילווה אותו בנסיבות כי הוא לוקח את הנитוח החוצה, ברגע שהוא חזיר, הוא עדין ינתה, אבל המנתה, המתמחה הצער יכול להשקייף מרחוק. זה יותר טוב מכולם. הוא יכול להסביר לו אם יהיה לו זמן, אבל בקשר להוראה ומבחן, זה הטופ שבטופ.

דובר/ת: לדעתי זה יגדיל את רמת הביטחון של תושבי ישראל, כי ש"פ בהכרח יגדיל את ההכנסות של הרופאים. הרופאים משלמים מס הכנסה. אנחנו יודעים שעודפי התקציב תמיד מגיעים למערכת הביטחון.

דובר/ת: עוד נקודה. זה יוצר בכל זאת איזושהי עצמאות בהכנסה למערכת הבריאות, שהיא לא תליה באילוצים אמיתיים אפלו, פיסיקליים ואחרים.

השורה על גרמן: יצירת ביטחון.

דובר/ת: בין היתר גם נאמר שיש גם איזושהי ודאות מסוימת שאתה לפחות מודיע תדע שיש לך - - -



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

השרה יעל גרמן: ייצירת ודאות תקציבית. אני חושבת שהאוצר צריך לקבל את זה בשתי ידיים. אוק", נעשה עוד רובייקה, קיזור תורמים. כרגע אנחנו מתחילה נגד. שוב סבב.

דובר/ת: חלק מהדברים שנמצאים הצד של הפלוס, לא בהכרח הש"פ זו הדרך היחידה להגעה אליהם.

השרה יעל גרמן: זה מה שתוכנו. זה הרוביקה הנוסף, שאחר כך נעשה חיפוי ונובא ונראה אם יש יתרון לש"פ או שואלי זה מספיק, ואולי בכל זאת לש"פ יש יתרון מעבר לזה.

דובר/ת: יצירה של מערכת רגטטיבית בגישה לשירותים שהם זכויות יסוד של האזרחים.

השרה יעל גרמן: פנטסטי.

דובר/ת: זה באותה שורה של קיזור תורמים. אני פשוט חשב הפוך, שהוא מתמך חסור עילוות תורמים במסלול הציבור.

השרה יעל גרמן: תסביר. לא הבנתי.

דובר/ת: יש לך תמרץ ליצור תורמים. אני לא מאמין שישום מערכת רגולטורית תצליח לנוהל את זה. לאף אחד אין אינטראקצייתם במסלול הרגיל, לא של הש"פ, יהיו קצרים. גם הרופא עצמו, יהיה לו את כל האינטראקצייתם במסלול הציבורי יהיה מאד ארוך כדי שיובילו לעשותו אצל הש"פ. גם להנחלת בית החולים יהיה אינטראקצייתם.

השרה יעל גרמן: אבל לא עושים אצל. הוא לא מקבל סוף שירות.

דובר/ת: בסופו של דבר אם לרופא יהיו תורמים ארוכים, ככל ירצו אצל הש"פ ועוד גם הוא יוכל להעלות את המחיר שלו בסופו של דבר מול משא ומתן.

דובר/ת: אני רק רוצה להגיד הערה אחת שכדי לחשב עליה בהקשר הזה. תראו, אנחנו מדבריםפה על מודל שבו תורמים יתפרנסמו, כלומר אנשים, יהיו להם נתונים. מה שאתה אומר, יוצר מצב שבו פתואם יראו שפרופרוצידורה מסוימת התווך הציבורי הוא מאד ארוך ובאותה פרוצידורה התווך הפרטני הוא מאד קצר בגלל שבית החולים רצה לעשות את זה אז שהוא דבר שהוא היום במצבים אנחנו לא חיים עם זה, אבל הוא לא יהיה דבר שבו יהיה אפשר להישאר אליו. א', אנשים יבחרו בבית החולים אחר ציבור או מישחו יבוא ויגיד, תראה מה קורחה פה, אבל התמרץ ק"מ.

השרה יעל גרמן: אני רוצה להגיע גם לשיטם את כל הבעות הדעות בתווך הקונטיקסט. לא כל מה שהוא אמר הוא מאמין. זה לא שאנחנו עושים, כל מה שכתוב זה קונצנזוס סביב השולחן. זו דעה.

דובר/ת: גם הרובה דברים שאמרתם בעד, אני חשב שהם יהיו להיפך.

השרה יעל גרמן: לא כל אחד יכול להבין את השני, ובמיוחד כשהמשהו מאוד משוכנע. אתה לא משוכנע וזה בסדר גמור, והוא לא ישכנע אותך. זו דעתו שלו. וישנם כאלה שהחשובים כמו זה, תגידו אין אתה רוצה זהה יהיה כתוב.

דובר/ת: תמרץ להארכת תורמים.

השרה יעל גרמן: אוק".

דובר/ת: אני חושבת שכשדיברנו על היתרונות, דיברנו ביחס למצב הנוכחי וכמשמעותיים עכשוויי את החסרונות, כדי לציין את החיסרון של הש"פ כמענה ביחס לפתרון הק"ם היום ברפואה של אסוטא או רפואי שהוא מעבר לכਬיש. לדוגמא,



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

הנקודה של יצירת תורים, אני מנסה רגע להבין האם אתה חושב שבמקרה של שר"פ זה יהיה הרבה יותר חמור مما שהוא היום באסוטא.

השרה יעל גרמן:

דבר/ת: הרפואה הפרטית יוצרת עייפות בהקצת התורים. יש הבדיל אם הרפואה הפרטית מתרכחת באיקס אוחז מהמערכת או ב-5 איקס אוחזים מהמערכת.

דבר/ת: אבל איך הגענו ל-5 איקס? זה אחד הדברים היסודיים שכשגביו הציג, אחד הדברים שהזכיר פה, שהאמירה היא ש-5 איקס זה פשוט לא רלוונטי. הרי זאת לא ההקצתה.

השרה יעל גרמן:
 אנחנו לא מנסים לשכנע אחד את השני אלא רק להעלות את כל הנקודות ולאחר מכן אנחנו נבחן אותן.

דובר/ת:
 אני אתחיל מהנקודה שלו. אני חשב שגם יהיה לי תמרץ בתור גם בבית החולים וגם בתור רופא לתת תחושה שאני נותן טיפול יותר טוב במסלול של שר"פ כדי שייתחזר בו. או שאני אהיה יותר נחמד, יותר משקיע, יותר בתור רופא, בתור בית חולים כדי שאנשים בסוף ירצו לקחת אותו בשר"פ. לא רק זה ייצור חוסר יעילות בתורים, זה גם יגרום לאיזושה אףilia באיכות הטיפול.

השרה יעל גרמן: אתה חושש, אוק.

דובר/ת:
 זה דבר אחד. אני רוצה להגיד לגבי השכר עוד משהו. השכר הוא בעוד כמה חודשים. למורות שבמודול שמצוע השכר הוא בעצם קבוע, לא משנה כמה פעילויות אתה עושה, אבל אחרי שנה אתה תדע שבחרו לך הרבה אנשים בשר"פ. אתם רוצים שאני אשאר? אני עשיתי 80 פעולות שר"פ, שלמו לי יותר. אני גם מקבל בונוסים אם אני עושה יותר פעולות. בסוף גם במודל הזה אולי באותו חדש אתה לא תקבל יותר כסף, אבל חודש לאחר מכן או שנה לאחר מכן אתה תרצה תוספות שכר.

דובר/ת: זה חסרון?

דובר/ת:
 אני חשב שכן. זה מנפח את עלויות השכר. יש לי תמרץ לעשות יותר, שירצו بي יותר שר"פ, כי אחרי זה בסוף השנה אני אבוא ואגיד, תראו, עשיתי 800 פעולות שר"פ, באוו تعالו לי את השכר עכשו. יש לי תמרץ כלכלי לעשות יותר.

דובר/ת: אתה תיזור תחושה שאתה נותן שירות יותר טוב בעורוץ הזה.

דובר/ת: יחסית להיום איפה שאתה לא יוצר את התחושה כדי שיבחרו לך באסוטא.

דובר/ת: הנקודה של يولיה היא נקודת נcona.

דובר/ת:
 אם ההשוואה היא לאוטופיה שאנו יכולים לתת פול טימרים כשאין תורים, במימון ציבור, אנחנו כולנו חצאים להסכים ולכלת הביתה. מה שאתה אומר, שיש היום מנהחים שיש אליהם ביקוש לבוא אליהם והם נשארים בשיבא ולא הולכים לאסוטא.

דובר/ת: יש היצע מוגבל היום.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
 הבריאות**
לחיים בריאות יוטר

דובר/ת: הנגד השר"פ כפתרון חייב לבוא עם אלטרנטיבה, כי אף אחד מאיינו מסביר לשולחן לא אומר, תקשיבו, אנחנו אדוקטים של המצב הנוכחי. אל תהים אותו שם, אני לא יודע להיות שם. אני חייב להיות נגד השר"פ מכיוון שיש לי פתרון אחר.

השרה יעל גרטמן: ומיד אנחנו נשים אותו. אני עדין כן חושבת שאם הוא היה כאן, הוא בוודאי היה מעלה נימוקים נגד השר"פ כמו שהוא אמר, גם אם אין אלטרנטיבה.

אנחנו חוזרים למסלול. אני מבינה מה שהיא אמרה, והוא אמר את זה לאורך כל הדרך, אבל אנחנו לא עושים את זה בעבר ואנחנו לא עשוה את זה גם בוגד. אנחנו כרגע מעלה כל מה שעולה בדיון שהוא بعد וכל מה שעולה בדיון נגד, לא מול איזושה אלטרנטיבה אלא כל מה שעולה בדיון. ברור שכשמיiso חושב על אלטרנטיבה זה עוד יותר מוסיף, אבל יכול להיות שיש כאלה שחוובים שזה נגד בין קר ובין קר. בואו נמשיר את הסבב כדי שנסכים את הסבב הזה של بعد ונגד, בלי. אחר קר אנחנו נשים גם רובייקה של אלטרנטיבה.

דובר/ת: אני רק רוצה להסביר שמה שאות עשוזה זה בעצם כמו למדור גובה, רק שככל רובייקה כל אחד מודד גובה מאפס אחר.

השרה יעל גרטמן: יכול להיות, אבל עושים את זה גם בעבר. סביר השולחן לאertiaiso לבعد מול אלטרנטיבה. יש פה קוורנטיטות. יש כאן תרגיל מחשבתי. כל מה שעולה בעד, כל מה שעולה נגד זה מה שכרען אנחנו עושים, לא מול שום דבר אחר. כל מה שמיiso חושב בעד, כל מה שמיiso חושב נגד, גם אם הוא לא חושב והוא שמע את זה. אנחנו ממשיכים.

דובר/ת: זה יכול לגרום לדרישות, אני הולך לפי שבgi אמר, למורים ועובדים סוציאליים, אבל גם נרצה אולי בהמשך לעשות בחירות פיזioterapisט בבית החולים ונרצה גם לבחור את האחות הראשית במחלקה. ראיינו פה את יושב ראש איגוד המדרדים.

השרה יעל גרטמן: תמצת את זה במשפט.

דובר/ת: הגברת השר"פ מעבר לרופא גם צוותים אחרים.

השרה יעל גרטמן: מהא אחוז, גלישה לתחומיים אחרים כמו שנאמר.

דובר/ת: מעבר לمنتוח ומעבר לניתוח, כי השגחה בפגיה זה לא ניתוח, זה השגחה.

השרה יעל גרטמן: הרחבת בחירה - - - .

דובר/ת: בנוסף, זה יגרום ללחץ שכר לרופאים שהם לא חלק מהשר"פ. השר"פ הוא רק לחלק מאוד קטן מהרופאים. מצד שני לאה ופנر אמרה את זה, למה החששות שלהם בעבר מהשר"פ. זה יגרום לפנימאים פתאום שירצוי גם כן לחץ שכר וקדם. ברגע שהייה הפרש גדול יותר בשכר בין מקצועות השר"פ למקצועות אחרים, פחות אנשים ירצו לילכת למקצועות הנדרשים גם בקהליה, מקצועות שאין בהם שר"פ, וילכו למקצועות של השר"פ. זה ייצור עייפות בתוך המערכת ומחסור בחולק מהמקצועות. זה יגרום לעלייה בשב". השב"נים יעלו יותר באנשים שהיומ יכולם לרכוש את השב"ן במחירים יחסית סבירים ולמן לעצם בחירת מנתה. נכון שיש את הבעיה בפריפריה. הם לא יכולים לעשות את זה יותר, כי הפרמיות יהיו מאוד מאד גבוהות עקב עלייה בשימושים בשרפ"ז וזה גם יעלה את יוקר המchiaה.

דובר/ת: למה זה מעלה את יוקר המchiaה?



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: ראיינו בשקף של גבי. אני אולץ לא מסכימים בדיק עם המספרים. בסופו של דבר מכיוון שהשימושים עלו, הפרמיות של השב"ן יعلו, אנחנו אומרים שההוצאות משקי הבית על בריאות בסופו של דבר יعلו.

דובר/ת: הoppel לא מובן. אתה אומר שההוצאות ילו ולך פחות יקנו את הביטוחים האלה. כמו שאני מכיר עكومת ביקוש, הוצאות ילו, הביקושים ירדו. המכפלה לא ברורה.

דובר/ת: לחלק מהאנשים ילו הפרמיות.

דובר/ת: מי שיעזבו במקרים האלה זה דווקא אלה שפחות משתמשים. זה יטרר להטיל יותר עומס גם כן על הקשישים. גם להם יעלה את הפרמיה והם יצטרכו לנטווש. יוצר פה איזשהו מעגל שיכול להיות שבסופו של דבר נגיעה למצב שלא יהיה פה אפילו שוק ביטוח לדבר הזה. ככל שאחננו נגדיל את השימושים, הפרמיה בסופו של דבר תעללה ואנשים יצטרכו לשלם יותר. אורי אמר, הכסף צריך להגיע מאיפשהו בסופו של דבר.

דובר/ת: אין יש מאין. יש למישהו ספק שהוא יעלה יותר?

דובר/ת: אני לא התווכחתי עם חלק מהארגוני. יש מושג שנקרו גמישות הביקוש, המחיר עולה, הכמות יורדת. מה קורא למכפלה? תלוי.

דובר/ת: אבל אתה לא יודע מה הגמישות.

דובר/ת: נכון, אז זה לא משנה בכלל אם זה יעלה או ירד.

דובר/ת: מאיפה הכסף יגיע, קובי? מאיפה הכסף יגיע אם לא מהפרמיות?

השראה על גרמן: אבל, לא בטוח שהיה יותר.

דובר/ת: ברור שהוא יותר כסף. את מגדילה את הפעולות במימון הזה מ-4 עד 8 למשל. את לא מגדילה את זה ממש ציבורי, את מגדילה את זה מימון פרטי.

דובר/ת: כמו שתגיד, אם מחיר הנעלאים יעלה, הוצאות על נעלאים ילו.

דובר/ת: זה לא מה שאני אומר. אני לא מדבר על היצע ובקוש. אני אומר לכם, מגיע כאן עוד כסף. הכסף הזה מגיע לא ממשלי המיסים אלא מימון פרטי. בהגדירה קובי, זה מה שאתם אומרים גם, באו נרחב את המימון. באו לא נביא רק ממשלים המיסים, אלא נביא מימון פרטי.

דובר/ת: אורי, אתה אמרת הרבה דברים. לא רציתי כל הזמן להתווכח. אמרת דברים שלא אמרנו. לא אמרנו, באו נרחב את המימון. אמרנו, באו ניקח את המימון ואולי אפילו הוא יותר קטן مما שהוא היום, שיש היום והולך החוצה לכל מני גורמים אחרים, ונছדר אותו מקור מימון למערכת הציבורית, ולא אכפת לי שapeuticlv בדרך אני מפסיד חלק מהרפואה הפרטית, אבל לא אמרתי, באו נגדיל את הרפואה הפרטית. אמרתי, ההכנות שיש ברפואה הפרטית, במקום שיבורחו לכל מין מקומות אחרים, באו נהנה מהם.

השראה על גרמן: עוד משהו?

דובר/ת: האמת שפתחת שלא אמרו את הנקודה שהיא הכי חשובה לי, שהוא יוצר בתוך המערכת הציבורית מטופלים מסווג א' ומטופלים מסווג ב' ואי אפשר להימנע מזה. אני לא רואה דרך.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאות יוטר

השרה יעל גרטמן: אני חושבת בהחלט ש愧 אחד לא חשב שזה לא נכון.

דובר/ת: חש לפרצחות מיתור כتوزה מומטיבציה כלכלית של הר"פ. חש לפער שכר בין הרופאים לבין עצם במקצועות הר"פים והמקצועות ללא רפואיים.

השרה יעל גרטמן: בתוך בית החולים.

דובר/ת: בתוך בית החולים. בחירה שתהיה על בסיס מערכת יחסית של רופאים, זאת אומרת לא על בסיס שיקול רפואי, על בסיס איך השם יחסית ציבור ואז הבחירה היא לא בהכרח מושכלת. יהיה איזשהו תמרץ לייצר יותר יחסית ציבור ופחות שירות. המנתה הטוב ביותר לא ינתה את המקורה המסובך ביותר אלא את מי שיש להם לו.

השרה יעל גרטמן: זה נכון.

דובר/ת: וכמוון הפגיעה בשוויון והנראות.

דובר/ת: אתה יכול לקרוא הקaza לא עיליה של משאבי המערכת.

דובר/ת: אני לא רוצה להתווכת.

דובר/ת: אין לך נגד?

דובר/ת: יש לך. אני חושבת שזה מרכיב. זה מרכיב להסביר למה יש בעד. זה טיעונים מרכיבים שדורשים איזשהו מהלך, והיכולת להסביר את זה בפשטות זה חלק מהעניין.

השרה יעל גרטמן: מרכיבות הסברתיות.

דובר/ת: מרכיבות הסברתיות, וכן, ודעת קהל. אני חושבת שמה שקרה במהלך השנה האחרונות זה העבודה, אם בהזמנה של גורמים כלכליים או לא כלכליים, זה לא משנה, אני מניחה שהיתה פה ייחנות של אסוטא או לא, נשים את זה בצד. אני רוצה להגיד שאתה חושבת שיש היום קמפיין נגד הקמפיין הזה משפייע. אי אפשר להתעלם מזה. הוא משפייע לא רק על אנשים שנמצאים בחוץ. אני מניחה שיש לו מעגלי השפעה נוספים. אי אפשר להתעלם מזה. בנקודת זמן שבה ועדת ציבורית מקבלת החלטה, זה שהוא חלק מהעניין.

השרה יעל גרטמן: אני חושבת שזה יפה מאוד להעלות את זה.

דובר/ת: אני חשב שזה גם משפייע על היכולת להעביר את זה.

דובר/ת: יכול להיות יוכל להיות שלא, אבל זה בהחלט זו סוגה. אני חושבת שהتلיך שאנו עושים נכון, אני מתיחסת אליו בראציות וחלק ממה שקרה פה איזשהו תהליך של דה לגיטימציה. זה מרכיב.

דובר/ת: אני חושבת שהעניין של הערבוב פרט-ציבורי, היכולת לרגולציה באמצעות לשמור ולראות כמו בשעות, כמו ברופא שمعدיף מטופל, כל העניין הזה של הערבוב בין הפרטלי לציבורי באותו מקום, באותה מחלוקת, על אותה מיטה, מאוד בעיני.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאות יוטר

דובר/ת: קודם כל הרבה מהדברים שאני אגיד, בטוח אמרו אותם. רק יש לי בקשה, כמו ששיתוקנו בעד ונגד שר"פ, נושאק בעד ונגד - - - וונעשה סיעור מוחות אחר כך בשבייל הగינות והשווין ההזדמנויות.

השרה יעל גרטמן: מהה אחזו.

דובר/ת: קודם כל אין שום ספק אני חשוב, שלו, הזכרת שאנו מפלים בתוך אותו חדר חוליה סוג א', חוליה סוג ב'. זה בולט לעין, אגב. מעמדות שונים באותו בית חולים בין הקולגות, רבותי".

השרה יעל גרטמן: אמרו.

דובר/ת: הרבה מהרופאים כבר לא רצים להתקרב למקצועות שהם מקצועות ליבת ברפואה. השרה יעל גרטמן: אמרו גם.

דובר/ת: רגואלזיה בלתי אפשרית, וזה מוביל למה שקרה בהדסה.

השרה יעל גרטמן: תראה, אם אנחנו יוצאים מtower הנהנה שהרגואלזיה היא בלתי אפשרית, אז 50% مما שנקלבל החלהותן בלתי אפשריות, כי כל מה שאנו נקלבל תליי ברגואלזיה. אנחנו חיבבים לצאת מtower הנהנה שרגואלזיה היא אפשרית, אחרת אי אפשר לקבל שם החלטה.

דובר/ת: לא בטוח שזה עניין של אפס ואחד, אני חייב להגיד כדי שהתעסוק קצת ברגואלזיה. זה לא דברים של אפס ואחד. יש דברים שרגואלזיה, יותר קל לה לעשות, יותר פשוט לה לעשות, יש דברים שייתור מסובך לה לעשות. השרה יעל גרטמן: אתה אומר שהרגואלזיה תהיה קשה.

דובר/ת: בוא נגיד ככה, לא ראיתי מאבק רפואי שלא הצליח. לא רأיתי דוגמא למודלים של פיקוח כאשר יש תמריצים כלכליים נגד, שעבדו. הממשלה בסוף התקפה, ברחה, לא שמה לב.

דובר/ת: הרגואלזיה יכולה להשתנות על איששו פער תמריצים מסוימים. תמיד יש תמריץ לעבור על החוקים ותמיד הרגואלזיה צריכה למצוא את הדבר הזה. עכשו השאלה, אם כל מערכת התמරיצים מכונה לזה שכולם יעברו על הכללים, וזה כמובן מה שאנו חושביםפה,agem הרופא וגם קופת החוליםיהם וגם מנהל בית החולים, יכולים ירצה לעבור על כללי השר"פ, וגם החולה.

דובר/ת: כל הרגואלזיה של מוס במדינת ישראל, יש לפחות תמרץ להעלים, אז בגין זה אנחנו לא נשא מס? בגין זה כולם מעליים? יש רגואלזיות קשות בבריאות שאפשר להגיד שהן נוכנותמערכות אחרות. זה רגואלזיה של איכות. הרגואלזיות שאנו מדברים עליון היום, על מחירים, על כמות, זה אותו דבר בבריאות ובבטיחות ובניריות ערך אם אני רוצה ממש להגיד על הבנקים, איפה רגואלזיה אדירה יש שם? ושם אין תמריצים? יש שם תמריצים בדיאק כמו בבתי חולים, ואפילו דוחות. המפקח על הבנקים, איפה רגואלזיה אדירה יש שם? ושם אין תמריצים? יש שם תמריצים בדיאק כמו בבתי חולים, וכמובן, لكن לטען שבבריאות יותר קשה לעשות רגואלזיה כלכלית - - -

דובר/ת: אנחנו מדברים על הרחבת הפעולות הפרטית המבוצעת ביום, ניהול בהיעץ האספקה הפרטית שיביא גם לביצוע פעולות מיותרות.

השרה יעל גרטמן: כתוב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: זה נאמר.

דובר/ת: והחלפת מימון ציבורי במימון פרטי. מעבר לזה שזה הרחבה של השעות, יש לנו שירותים היום שאין בהם אספקה פרטית, כמו ניתוח קיסרי, פרט להדסה ושערி צדק, שהיומם נעשה במימון ציבורי מלא ומחר יփוך להיות מימון פרטי.

השורה יעל גרמן: אז אתה מדבר באמת על ההתקפות, על התגלאות, על המדרון החלקלן.

דובר/ת: הגדרת המזוקה בהתחמויות שאין בהן שר"פ.

השורה יעל גרמן: כתובם.

דובר/ת: והגדלת הפרמיות בגלל השכבות החלשות תגדיל את אי השוויון ותפגע בקשישים.

השורה יעל גרמן: גם נאמר.

דובר/ת: תראו, אני חשב שיש שהוא מרכז אחד, זה אמר פה כחוט השני לאורך כל הדרך. אני חשב שchipor בין כסף לבריאות הוא משחו מאד מסוכן ככל שהוא נעשה ברמה היotta ישירה של הטיפול, וזה משחו באופן כללי. לא סתם יש את תפילת הרופא ולא סתם יש שבועת הרופא וכל הדברים האלה.chipor בין כסף לבריאות, יש לו פוטנציאלי שהוא מעמיד באמת את האנשים היכי טובים. רופאים, אני באמת חשב שהם אנשים שכמעט כולם הולכים למקצוע הזה מתוך תחושת שליחות ומוסרות. ברגע שmagiu להזה הכספי וה坦מריצים הכלכלים, זה יוצר שם השחתה כל כך גדולה שהזה מסוכן וכך אני חשב שככל אנחנו צריכים לשאוף לנתק בין הדברים. זה במקורו של העניין.

על יוקר המchia דיברו. על אובדן שליטה על ההוצאה – אני חשב שהזה אובדן שליטה על ההוצאה הלאומית ובנגזרת השניה גם על ההוצאה הציבורית, כי כל הסחרור שכר הזה בסוף יתגלגלו גם להוצאה הציבורית. תזכרו שרוב הרופאים בסוף לא עושים שר"פ. רוב הרופאים לא עושים שר"פ אבל הם יראו את אחיהם, הקולגות שלהם למקצוע שkn עושים שר"פ.

השורה יעל גרמן: כאן יש לך יכולות עם קובי. קובי אומר בדיק להיפך. הוא אומר, להיפך, אתה מקטין, אתה מראה להם ואז לא יהיה דרישות.

דובר/ת: לא, יש מקצועות בהם לא עושים שר"פ ואנחנו נצטרך לשלם יותר לרופאים כדי שיילכו - - -. כבר הימים יש לנו מקצועות במקצועה. אנחנו נצטרך לשלם יותר למקצועות האלה.

השורה יעל גרמן: אך אקסלרכיה של שכר.

דובר/ת: אקסלרכיה של שכר גם הציבור. פגעה בכך אדם במקצועות מסוימים, אמרנו. אני חשב שגם בפריפריה. עם כל זה שהוא שר"פ בפריפריה, עדין השר"פ במרכז יכולת ההשתכורת במרכז. אנחנו לא נשנה את יחס ההשתכורת. השר"פ לא ישנה את יחס ההשתכורת בין המרכז לבין הפריפריה. ירויו יותר בפריפריה אבל גם ירויו יותר במרכז ואני לא חשב שתאת היחס הזה אנחנו נשנה לטובה הפריפריה.

דובר/ת: אני מדבר על הקהל מבחינת הציבור. אני רוצה את העמדה שלנו מבחינת הציבור. תעוזב אותנו, את הרופאים.

דובר/ת: לא, אבל אז רואים רופאים עם רופאים, עוברים.

השורה יעל גרמן: לא, ההערה שלו היא נכונה. מבחינת הציבור מדויק נגד?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: פגיעה בזמןנות רופאים בפריפריה. זה מה שائي התכוונתי.

השורה יעל גרמן: אתה אומר שהShar'פ יפגע בזמןנות הרופאים בפריפריה?

דובר/ת: כן, כי היום האופציות של ההשתכחות במרכז בגין לשפריה הם ביחס מסוים. כשהייתה Shar'פ יהיה אפשר להרוויח יותר במרכז מאשר בפריפריה למרות שהיא Shar'פ בפריפריה.

השורה יעל גרמן: אני ממש לא מסכימה.

דובר/ת: כי יש הרבה יותר כסף במרכז.

דובר/ת: זה גם היום.

דובר/ת: נכון, אבל היום זה מוגבל. היום יכולת להרוויח את הכספי הזה מוגבלת לאסוטא. מחר זה יהיה על כל בילנסון ואיכילוב ושיבא. זה הцентрום של הכספי של מדינת ישראל. המון המון כסף של מרכז הארץ, שהיום אין לו لأن למכת

השורה יעל גרמן: בסדר, אז זאת השערה. אני דרך אגב אישית חשבתי שזה להיפך.

דובר/ת: אני רק ביום האחרון נחשף לתהום המרתתק הזה של הבריאות. אני בא יותר ממוקם של זווית אישית. אשתי הייתה מאושפצת שבועות ארוכים בבית חולים ירושלמי בשמירת הירון ואני תצפתה על בית החולים לאורך השבועות האלה, והבחנתי בעובדה דזוקה השכבות החלשות, מגזרי המיעוטים בירושלים משמשים בשאר'פ ואפילו ישפה איזשהו אלמנט של עושק, כי השכבות הייתן חזקות זה אנשים שיש להם אינטיגניציה כלכלית. אם הם הולכים לפורצדורה של גרידה, אז הם יודעים מה הפורצדורה, הם יודעים מה הסיכוןיהם והם אמורים, מה, אני אשימים עכšíו 10,000 שקל על זה? הוא לא שם 10,000 שקל. דזוקה האנשים הייתן חלשים, אפילו מקום של להרים שני, למרות שאין לי לבריאות, אני שם כסף. דזוקה הם. כל הנשים יהיו מאושפצות, לפחות עד אשתי, עשו את הפורצדורת האלה בפרט וdezookה הנשים שאתה מזזהה שהן באות מהשכונות הייתן יקרות בירושלים, לא עשו את זה, זאת אומרת ישפה אפילו אלמנט של עושק. לךחים כסף מההענים ונונטים אותו - -. זו הזיתן שלל.

השורה יעל גרמן: נכון. קודם כל אנחנו דיברנו על זה בעקיפין, אבל לא בדיק כמו שאתה אומר. הוא אומר פה בשקט, ניצול הבערות, וזה היא באה ואמרה, אז התפקיד שלנו באמת להסביר והשאלה אם אנחנו באמת יכולם להסביר. מה שאתה אומר זה באמת נכון, כי השכבות החלשות מתפתחות לשאר'פ ללא צורך. יכולות לעשות בדיק את הפורצדורה הזאת בשער צדק, הציבור, אבל הן מתפתחות לעשות את זה בפרט. זה בהחלט נימוק.

דובר/ת: רק בירושלים זה קורה?

השורה יעל גרמן: באיזה עוד מקום יש לנו Shar'פ?

דובר/ת: מילדות יש רק בירושלים.

(הפסקה)

השורה יעל גרמן: קודם כל אני רוצה לדעת אם יש מישחו שהוא בכלל נגד פול טיימר או מודל לקיזור תורים. יש מישחו שהוא נגד המודל הזה?



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: בtower הדבר הזה מסתתרים הרבה רשותה מואוד פרטימ שצורך באמת לעבור ולראות למה בבדיקה מתכוונים, כי אידיאה מסתדרת שאנו רוצים לראות את עיקר המחויבות של הרופאים בבית חולים ציבורי, ואת מירב מרצם וזמן מוקדש לפועלות הציבורית. אני לפחות בוודאי מסכימה.

דובר/ת: דבר ראשון כמובן צריך לזכור שהזה אמר לעלות כסף, והרבה כסף. אני לא נגד כסף אבל מה שמחזיד אותנו, אני אומר את זה שוב פעם בהשווה למודל הש"פ, חד משמעי, שהיא ברור בהקשר זהה, שהחישש שלו שgam אם נקבל על זה כסף, זה יהיה על חשבון דברים אחרים שהמערכת צריכה. אני רואה פה מגבלת משאבים. במערכת הבריאות לא רק תורים זו הבעה. יש הרבה בעיות אחרות ואני צופה עוד בעיות כי אני צופה על פי הבנייה טכנולוגיות רבות שצריכות להיכנס. המערכת צריכה, לא נעשה עכשו את הפירות, לא מעט משאבים. צריך לזכור שמודל הפל טימר, אם אנחנו שמים לעומת מודל הש"פ זה צריכה, אומר שמדובר מודל פול טימר שמאומן מכסף ציבורי, אחרת זה כמעט כמו המודל הש"פ בהרבה היבטים.

השרה יעל גרמן: ברור שמדובר על מכסף ציבורי.

דובר/ת: כסף ציבורי לחלוין ואז אני אומר, החחש של שאים כבר יתנו לזה כסף, לא יהיה כסף לדברים אחרים. זו נקודה אחת. הנקודה השנייה שאנו עוד פעם מעלה בשאלת הבדיקה, חלק מהביקורת שעלתה על מודל הש"פ, אני חשב שיכולה להתעוררפה בהיבט הבא: יהיו רופאים שנרצחה אותם כפול טימר, נשלם להם הרבה כסף. יהיו רופאים שלא נצטרך אותם כפול טימר, אם זה בגלל שאין שם קיצור תורים או בגלל שלא צריך 20 רופאים לעשות את מה שאנו רוצים שייעשו בתור פול טימר, ואז יירנו פה שוב פעם איזשהו מודל שבו יש רופאים שמקבלים הרבה יותר מאשר רופאים שלא מקבלים הרבה כסף במערכת.

דובר/ת: אולי יקבלו יותר כי הם יעבדו גם בפרט.

דובר/ת: אז אכן אני חשב שחלק מהשאלות של הפל טימר, שאלות על הביקורת של הש"פ, כמובן אני לא אמר שהכל, אבל השאלה זו של שני סוגי של רופאים ואיך הרופא הפל טימר משתמש בבדיקה, האם זה לפי פעולות או הסכם גלובלי, כמו שבר"פ, הוא מתעוררפה וגם נושא האפליה בין רופאים. אני חשב שהאפליה היא מוצדקת. אם רופא אחד, צריך לשלם לו יותר, ואם רופא אחד, יש לו יותר ביקוש מכל מיני סיבות, צריך לשלם לו יותר, אבל צריך להבין שאנו יוצרים פה עוד פעם מערכת שהיא לא שוויונית.

דובר/ת: פול טימר בעיני זה אחד הכלים שבהם צריכים להינתן להנחלת בית החולים להתקמודד עם המשימות הניננות לה. זה כל' שהוא מאד אטרקטיבי. אם אתה יכול לבנות אותו בצורה סבירה, לבנות אותו זה לבוא ולראות מה אתה רוצה מאותו רופא, מה הוא נותן לך ואיך זה עובד מול הצרכים שלך. אתה יכול להביא למצב שבו אתה תראה כמה ניתוחים אתה יכול לתכנן לעבוד במערכת, ואם יהיה ש"פ או לא יהיה ש"פ זה בכלל לא רלוונטי מרגע זה. הוא נכנס לחדר ניתוח. הוא יכול לראות בתירויות רפואי, ישראלי או ש"פ. לו זה מתאים לא משנה כלום. זה הערך הנפלא בכל הנושא הזה, כי אם יש משה שלי מאוד מציק, זו העובדה של הקשר הזה בין האדם לבין מי שימושים לו. אז זה היתרון הגדול בפול טימר. צריך לתת את האפשרות. אם להכניס את כולם כפול טימרים? זה עלויות מטורפות, זה לא מוצדק, זה לא הגיוני.

השרה יעל גרמן: אז כמו שמשהו אמר, לא יהיה לנו תורים תוך כמה חודשים.

דובר/ת: זה חוסר עילוות.

השרה יעל גרמן: זה לא ריאלי.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: *יהי的能力 לא נוכל לנראה לממן אותם או שהמחירים יהיו מאוד גבוהים וצריך לקבל את השיקול, לשקל את זה כמו בامتת תכנית לכוכבים של כללית, ואם הם מוכנים לשלם למנתוח לב במקום מסוים סכומי כסף גבוהים, אז זה בסדר, זה ליגיטימי, בעיקר כשהנעשה בחשיבותה ובצורה - - -*

דובר/ת: *ארנון, אפשר להמשיך לקרוא לזה פול טיימר כי איזשהו שם כלל שמיוחד שהוא צריך לעמוד מאחריו זה תשומות לרופאים מומחים בשעות אחר הצהרים שיבצעו עוד פעולות ואז יש לנו פה איזשהו טווח. זה יכול להיות פשוט משמרות אחר הצהרים, זה יכול להיות ססיות, זה יכול להיות כן או לא פול טיימרים.*

דובר/ת: *אני לחולוטין מסכים איתך.*

דובר/ת: *זה יכול להיות כוכבים. יש פה איזשהו רצף שהמשמעות שלו היא שיש לנו עוד רופאים בשעות אחר הצהרים שմבצעים עוד פעולות במערכת הציבורית, באופן ציבורי.*

דובר/ת: *אבל השאלה אם זה נותן מענה מלא. אם אני זוכרת נכון, אחד הרעונות, ודוקא החלק שאני לפחות מודמתחברת אליו וגם חלק של הנהלה, שאתה רוצה להבטיח שהיא מחייבת למקום העבודה שלה.*

דובר/ת: *בעיני זה בלי קשר.*

דובר/ת: *از בזמנו כשדיברנו על פול טיימר, היה צריך לתת מענה לשני דברים שונים, لكن גם התעוררה השאלה אם זה באמת קיצור תורים, ואני באתי ואמרתי שאני חשבתי שפול טיימר כפול טיימר נותן מענה מאוד נכון לרובד הבכיר של הנהלה בבית החולים, אבל לעניין קיצורי תורים יש לי תהיות.*

דובר/ת: *לכן אני חשב שצריך לפרק את המונח הזה פול טיימר למונחי משנה ולהגיד שמצד אחד אנחנו מדברים פה על יותר תשומות של רופאים מומחים בשעות אחר הצהרים שגם עושים פעולות וגם מוכחים במחלקה, כולל אמרנו שיש ערך גם לזה, גם ברמה של ההוראה, הנוכחות, הבטחת רמת האיכות, וגם מקצרים תורים, כולל עושים את כל הדברים האלה.*

השارة יעל גרמן: *מואוד מואוד חשוב שאנחנו כאן סביב השולחן, שאנחנו לא מסתכלים על פול טיימר רק בשבייל הנוכחות, אלא כדי לקצר תורים. יש לזה משמעות ספית.*

דובר/ת: *אני מסתכל כמובן בראשית הנהלת בית החולים. קיצור תורים זה ממשו אחד, ועוד משה מאוד צודק כשאתה נוע בין ססיות שאתה סגור עם רופא נאמר, אתה נותן לי שני אחרי צהרים בשבוע, אחר צהרים אחד ואתה סגור איתנו - עד המודל של פול טיימר. זה רחב. זה באספект של קיצור תורים. האספקט השני זה הנוכחות. אם אני לוקח רופא בכיר שיש לו במלר"ד, זה שווה לי כסף, אך שווה לי לתת לו את זה, ותיורטיות שווה לי לתת גם אולי למשהו שילמד. שוב, זה גמיש למלוי הצרכים, כמה אני מוקן לתת.*

מושא הנהלה – אני לחולוטין מסכים. הנהלה חייבת להיות עם תפיסת עולם פול טיימר. הפול טיימר שלהם יכול להתבטא בתורנות, כי אני רוצה נציג הנהלה שি�שב עד 12 בלילה, כי יש לזה ערך ויעילות רבה מאוד, וזה אופציה אחת.

השارة יעל גרמן: *שזה ביטלו להם.*

דובר/ת: *שזה ביטלו בתל השומר, זה נכון. אני חשב שזה כן אחד הדברים החשובים שיכולים להיות. שוב, בהסתכלות ארוכת טווח אתה יכול לבוא ולהגיד, אני את הדור החדש מראש מכשיר אותו כן ואני שם בצד את כל - - -*



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

- האם תרצה להם להיות חברים בדיקטוריונים ובכל מיי חברות?
- השתה יעל גרמן:
דעתך, לא. ממש לא.
- זאת אומרת פול טימר, אין דיקטוריונים, אין חברות.
- השתה יעל גרמן:
דוברות: למעט הוראה ו כתיבת ספרים. כל השאר לא. אני אגיד מעבר לזה, מה שאני מדבר כרגע, בכוונה אני רוצה להתנתק מהמצב הנוכחי ולדבר על העתיד.
- השתה יעל גרמן:
דוברות: אתה מדבר על דור ב'.
- על דור הבא. אגב, מי שלא יודע, מעל 10 מנהלי בת' חולמים מתחלפים בשלוש השנים הקרובות. אנחנו לא יודעים איפה נמצא איך להחליף אותם. הם יוצאים לפנסיה ולכן תוך שלוש שנים המערכת הולכת להתחלף לגמרי.
- דוברות: דיברנו על פול טימר. אני חשב שהධ'ון עכשווי, אנחנו בורחים לאחור נוחות, אבל הד'ון עכשווי, אם אני מבין אותו, הוא מודל פול טימר, הוא לא במימון שר'פ' לעומת מודל פול טימר כן במימון שר'פ'.
- השתה יעל גרמן:
דוברות: צודק.
- אחרת אין טעם לחזור לדין זהה.
- דוברות: אבל אתה טועה. הד'ון בפול טימר לא קשור לש'פ'. אם אתה סגורת איתו פול טימר ובהינתן מצב שבו לא אפשר לו למה הוא נכנס לחדר ניתוח. זה יכול להיות ישראלי, תיר זר או מישחו שבחר בו או במחלקה שלו או בבית החולים שלו, באיזו מסגרת שנחלית. כדי שנחدد על מה אנחנו הולכים לדבר עכשווי, על מודלים ישנים של פול טימר או על איזשהו מודל. בעצם לא ברור לי. היה מודל שר'פ', היה מודל של נגד שר'פ'.
- השתה יעל גרמן:
דוברות: אנחנו מדברים על הפול טימר מול השר'פ'.
- זאת אומרת שההבדל הוא שבמקום אחד יש פול טימר שמצוון פחות או יותר מודל שלמו והשני ציבורית.
- דוברות: כמה?
- זה הד'ון.
- השתה יעל גרמן:
דוברות: לא, לא, אנחנו לא יכולים להיכנס לכמה.
- לא, אבל סדרי גודל.
- הוא הניתן 1,000.
- לא, החשבון שעשית ל-1,000.
- ארנון יכול לחלוק עלי, אבל לפי מה שאני רואה בארץ הקודש מקראית שמונה עד אילת/יוספטל, אני מתאר לעצמי שכדי שנותחל עם 2,000.
- השתה יעל גרמן:
אני בקשתי שהוא יעשה הערכה של כמה פול טימר - - - .



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: אני רק רוצה להזכיר שר"פ עושים רק החבר'ה שהם בינוים לפחות, במודל שהוצע פה היום ב�отק, אנשים שהם כירוגים ומנתחים. בפועל ט"יmars היתרין הבורר שלו, שכולם בעצם, כל הרופאים יכולים להיות פול ט"ימרס, גם הפנימאים, גם האנשים האחרים יכולים להיות פול ט"ימרס.

דובר/ת: תראו, גם במודל המשולב לצורך העניין, מבח'נתנו הפל ט"ימר הוא חלק מהמודל. יש פה שאלה האם זה האוט פוט שכולם צריכים לראות. אני משווה את זה לאיזשהו תהליך. האוט פוט שנחנו רוצים לראות הוא אותו אותו פוט. השאלה מה מקורות המימון שמאפשרים לעשות את זה. כמובן שבמודל שלנו מדובר מדבר/ת: על כך שהמשאבים שהגיעו מפעולות הש"פ יישמשו לא רק את הרופאים שיבצעו את פעולות הש"פ. זאת הבהרה קרייטית כי בדיק באננו והסתכלנו על זה שאם אנחנו באמת נמנן יותר פרוצדורות ונשמרו על הקשר ההדקזה בין הכספי לרופא המבצע, אחת הסיבות לנition, באמת לאפשר להנהלה שייהו לה משאבים, גם תשומות שעכשיו דיברנו עליהם בשילוב בצע פעילות אחר הצהרים בהתאם לזרים אמריתים וציבוריים.

דובר/ת: קודם כל אני חשב שכרגע אנחנו לא מדברים עדין על מודל המימון ועל כמה אנחנו בערך מגיעים להסכמה לגבי ההצמדות של התקציב הציבורי. אני חשב שהמודל שצריכים להתייחס אליו כשאנחנו מדברים על הטבלה, זה המודל שהוצע גם על הגברת הבחירה בתוך בית החולים של בחירת מנתחה בכיר בחדר. פול ט"ימר זה כל' להשיג בצוות קברט את הנושא של באמת קשר תורים והגברת אפשרות הבחירה והאמון במערכת. כשאנחנו מדברים על היתרונות והחויסנות שאי חשוב זה ביחס לנושא זה ולא רק פול ט"ימר כמי שהנמצא ושיין לו כסף, אלא מה אנחנו עושים עם הדבר הזה, מה אנחנו מוכנים ליצור תמורה זה מעבר לקישור התורים, וזה יהיה ממשו מאוד מרכז' במודל. עזיז לא יצא את זה כי דיברנו רק על פול ט"ימר. במודל שלנו ריצינו והציגנו את זה במלואה, נושא של הבחירה בתוך בית החולים לא מבון של שר"פ, אבל כן, אני חשב שהזה שהוא שכנ צריכים להתייחס אליו.

השורה יעל גרמן: הנושא שדיברתי עליו בתחילת הערב, הסשן הזה של בחירה הכוונה הייתה לא רק פתיחה בחירה של אזרוי אשפוז אלא גם בחירה בתוך בית החולים.

דובר/ת: בשילוב זה יש פול ט"ימר.

השורה יעל גרמן: אז מחר כשאנחנו דנים בזה, בבקשת לעשות את החיבורים הנדרשים. הערות נוספות לפול ט"ימר? **דובר/ת:** מהهو אחר רציתי להגיד לפחות מהניסיון שיש הדסה. לא נשאר שם כל כך הרבה כסף לחלק לכל מי אחרים. אין את הכספי הזה. 70% בהדסה אחרי השינוי, 70%-75% הולך לרופא, בוא נגיד מהיתרה שהיא מעבר לטופס 17. 25%-30% הולך לבית החולים וזה די מכסה גם הוצאות של בית החולים.

דובר/ת: אל תשכח לרופא מממן גם את המרידים.

דובר/ת: אבל המרידים, כי זה מרידים שעוסק בפרוצדורות.

דובר/ת: ברור, ברור.

דובר/ת: אני אומר, זה לא שנשאר כסף לבית החולים להתחילה עכשו לשפר תשתיות או להעסיק עוד כוח אדם. זה העבודה המספריות שיש בהדסה ושבערי'ן זדק, אולי שיש שר"פ. אנחנו פה מדברים על מצב שאנחנו לא נוכל להשאיר הרבה יותר מהכספי כי גם הם לא ישארו. למה בסוף התפשרנו על 30%? כי ראיינו שם נרצה יותר, אז הם אומרים טוב, אז אנחנו רוצים לצאת החוצה ולבטל את הש"פ. היה איזה דבר כזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: רק התייחסות קצרה למה שאמר משה עכשו. א', אני מקווה שבעולם יותר תחרותי יכול להיות

שאפשר יהיה לשלם להם פחות ואולי בכל זאת ישאר יותר לבית החולים, אבל מעבר לזה נניח שזה נכון, אז לפחות חלק מהרופאים מצאנו מקור הכנסה. זה אומר שישאר יותר כסף אחר ציבורי להשאר את הפנים ולהשאר את אלה שלא מקבלים את הכנסה דרך השרפ".

דובר/ת: מה, אתה חושב שנוריד להם הכנסה ציבורית?

דובר/ת: לא, אני לא אומר שנוריד הכנסה ציבורית, אני אומר שאני חשב שלמערכת הציבורית יהיה כסף להשאר את הרופאים בבתי החולים אבל עכשו יש לי שני מקורות הכנסה להשאר אותם, חלק מהם זה השרפ' וחלק אחר זה להשאר את הרופאים האחרים. נניח שגם הולך עם המודול שלך, אני אומר, לפחות חלק מהרופאים מצאנו מקור הכנסה אחר להשאר את הרופאים האחרים. עד מוקור להשאר את האחים במקום שככל הכספי הציבורי יהיה גם לאלה וגם לאלה.

דובר/ת: אתה לא הולך לחזור על המודול של הדסה. אתה לא הולך לדבר איתם, את זה אתה מקבל, את זה אני מקבל פר פעולה. אתה הולך להגיד לו תשמע, אני מבטיח לך שכך. זו עמדת אחרת לגמר. מה שלמוני שאל, למה שהוא לא יוצא ממי? הדבר הזה לא יקרה. אני לא הולך לתת לך 90% מהה שאותה שווה, כי אז אני אציג לך לולם 90%, אז לא כדאי לי. אני הולך לנסות למשוך את המחיר למטה מטה סיבה שקובי אמר, שהמבעט ידרשו ממוני מחירים נמוכים, כי אחרת אני לא אוכל להתחזרות וזה הוא לא יקח אותי.

דובר/ת: המחיר של הרופאים יעלה.

דובר/ת: למה?

דובר/ת: כי יש יותר תחרות.

דובר/ת: התחרות על הרופאים היא משנית.

דובר/ת: אם אנחנו הולכים על המודול שלמוני כל הזמן דוחף, של הרובד הנפרד הזה של בחירת מנתח, מתוך כוונה שתהיה תחרות בין חברות הביטוח, אנחנו מאפשרים לחברות הביטוח ולשב"נims לעשות selective contracting, זה חלק מהרכיב שלמוני אמר כל הזמן, שככל חברת ביטוח או כל שב"ן יכול להחילט עם איזה רופאים, עם איזה בית רפואי הוא עובד, אז כל המטרה היא ליצור תחרות בין חברות הביטוח. ומה התחרות תהיה? בין היתר בפרמיות. כדי להorie פרמיות אתה תנצל את העבודה שיש לך עכשו כמה בתי חולים. היום אתה מבטח עומדת מול בית החולים אחד וחצי, זהה אסוטא.

דובר/ת: בעניין זה אתה טועה. אתה עומד היום מול הרופאים. הקופה עומדת מול כל רופא בעצמו ומסכמת אליו ויש לה כוח מול כל רופא. מחר אם יהיה שרפ", הקופה עומדת מול בית החולים, ועד רופאי שרפ"פ כמו בהדסה והוועד יגיד לך, שמע, אתה לא מוריד את המחיר בשקל.

השרה יעל גרמן: אין עוד רופאי שרפ". הנהלה היא זו שקבעת. אין דבר זהה. הוועד של רופאי שרפ"פ נוצר מפני שיש את הקשר הישיר הזה עם הרופא, אבל במודול שלהם הם פרקי לחולוטין את כל המודול.

דובר/ת: אני חשב שمبرט טוב יגיד לאיכילוב, אם אתה לא נותן לי מחירים טובים ובגלל זה אני צריך לקחת פרמייה גבוהה, אז אני לאעובד איתך, ובטע השב"ן של כלית את זה. עכשו תראו, אני רק רוצה להגיד משהו. אורי, אתה אמרת



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משהו. אני לא רציתי להתכווח. אתם חוזרים ואומרים, תסלח לי שאני אומר את זה, סיסמא שהוא כבר לא נכון, שבבריאות היצע יותר ביקוש. התזה הזה התפתחה בתחילת המאה ה-20 בארצות הברית כשללו מספר המיתות וגדלו התעריפים. מאז יש הרבה מאוד שמראות שברפואה הגדלת היצע מורידה הרבה פעמים טריפטים כי מי שעומד מול היצע הגדול יישר להם אינטנסים להורד פרמיות. כתזה של לבוא ולהגיד שהגדלת היצע מעלה מחירים, היא פשוט אקסיומה שפעם דברו. היום פחות מאמינים בה. אני אכן עכשוי עוד דבר. תראו, זה כמו להגיד שם אנחנו נגדיל את היצע יצירניות ההייטק עליה הביקוש למהנדסים ומהנדסים של כל טכנולוגיית ההייטק עלה, זה לא נכון. ברור שגם אתה היום תקים 4 חברות טלוויזיה במקום אחת, יהיה ביקוש למהנדסים. ברור שייהי ביקוש למהנדסים. גם המספר של המהנדסים הטובים הוא נתון, אבל עדין הריאות מראות שכשתה מגדי את היצע, למרות שכשתה משתמש בגורם יוג' טוב ויקר בסך הכל התחרות מורידה מחירים, וזה לא שהמהנדסים האלה, ככל עכשוי מרווחים יותר ומהירותם עולים. זה פשוט לא נכון. אני לא מסכים עם התזה הזאת שטוענת שהגדלת היצע תגרום לעליית שכר הרופאים, תגרום לעליית מחירים.

דובר/ת: אני לא מסכים איתך. יש הרבה חברות ששכר המהנדסים כן יעלה כי יהיה להם יותר ביקוש. אם אני אביא לכך עכשוי את אינטול ועוד כמה חברות עכשוי שיפתחו מפעלים בארץ והם יצרו מהנדסים ומספר המהנדסים של מוגבל, איך הם יביאו את המהנדסים? השכר יעלה. אין ברירה.

דובר/ת: אם אינטול צריכה להתכווח עם חברות אחרות, היא לא תפתח פה ולא תשלם יותר למהנדסים, אנחנו נשלם בזוקר.

דובר/ת: אתם מדברים על שני מודלים שונים למגמי. אנחנו כבר הראינו כמה פעמים שההיצע של חפאים גם בטוויה הקצר ובפח בטוויה פנוי, הוא יכול להיות מאוד גמיש. גם דרך אגב אנחנו ב-98' לקחנו מהנדסים וככלפנו כמות מהנדסים במדינה זה מה שאפשר את הצמיחה המהירה של המשק בעשר השנים האחרונות. הר' הנקדוה היא, אחת מחברות鄙'ות באה עם הצעה ואמרה, תעצבו שר"פ, לנו לנו חדרי ניתוח בשיבא או באיכילוב אחר הצהרים, ריקים, ועל תתעורר. אנחנו נשלם לכם הרבה כסף על זה, רק תיתנו לנו. אנחנו נארגן את הרופאים, את הצוותים. אנחנו נעשו הכל אצלם. אתם תקבלו את הכסף. אנחנו נביא את זה מסותא.

דובר/ת: אסוטא באה למשרד הבריאות ואמרה, תן לי לפתח. אסוטא באר שבע.

דובר/ת: זה בדיק הפור.

השרה יעל גרמן: זה אפילו יותר גרווע מנני שזה בתוך בית חולים.

דובר/ת: תבינו מה הוא מנסה להגיד. הוא אומר, אני היום נוכח על ידי אסוטא. אני רוצה ליצר ל' תחרות ויהי לי יותר זול. אם לא יהיה יותר זול, אז מה שקובוי אומר זה בדיק - -. הוא אומר, תשמע, תן לי ביזנס שאני אוכל מול להורד את המחיר. אני אסתדר עם הרופאים, אני אסתדר עם הצוותים ויהי לי מספיק רווח כדי ושיהיה לי כל הבלגן הזה, להתחיל אותו ולהפעיל את כל המערכת. הוא אומר, זה משמעותית יורד ל' את המחיר. זה בדיק מה שקובוי, והוא לא פחד שזה פתאום יעלה את המחיר.

השרה יעל גרמן: אני רוצה לשאול שאלה מאד פשוטה. נניח שהטהזה שלו היא נכון, ונניח שבאמת היצע לא יעלה את המחיר על פי המודל שלו, אלא לפי המודל שלו, והוא אומר שזה גם כך בחו"ל, נניח שהמחירים ירדו. האם האוצר ישנה את עמדתו לגבי השר"פ?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לא, ואני אסביר למה. לש"פ יש כל כך הרבה חסרוןנות. הוא אמר קודם, החיבור של בריאות ביחד

דבר/ת:

עם כסף זה הרסני.

התשובה מספקה ولكن חברים, אנחנו משביצים את הזמן על משה שהוא לא רלוונטי.

השרה יעל גרמן:

דבר/ת: רובתי, העשייה שלנו, העשייה הרפואית ציבורית ולא ציבורית לא מסתimated רק בחדר ניתוח. אני חשוב שהזה דבר, אני לא רוצה להגיד פעוט, אבל זה דבר קטן יחסית מכל העשייה שלנו. שימו לב, המילה לש"פ הזוכה בזעודה בשנה האחרונה או ל' עשרות אלף פעמים, אולי לש"פ יפותר את כל הביעות. יהיה לש"פ או לא יהיה לש"פ, זה לא נכון. יש לנו מזקה קשה מאד בקיהלה. יש הרבה בעיות מתaggerות בקיהלה. באותו בית חולמים חוץ מחדר ניתוח, לפני שmagiv החולה בחדר ניתוח והמנתח עם הcapeות הסטריליות, הוא עובר החיה, עובר אשפוז והתאוששות, אחר כך יוצא מחדר ניתוח. בחדר ניתוח מטפל בו צוות גדול מאוד שגם לו מגיעה תשומת לב. גם מגיעה לו תשומת לב כספית. אחר כך הוא יוצא להטאוששות, לטיפול נמרץ, ליעוץ. חדר ניתוח, זה נכון, חשוב בו יותר. זה חוליה משדרשת של רצף טיפול וכל הדיבורים וכל היכולות, רק במקרה מאות מנתחים ולשלם להם את ה-2 מיליארד. אני עומד על המספרים הללו, כי אין מנתח בש"פ שמסתפק במיליאן בשנה. אין. אני לא מכיר כזה מנתח. גם כוכב, גם הסגן שלו והסגן של הסגן. אז אנחנו מדברים על 3 מיליון עד 5 מיליון בשנה. באסותא כן נראה זה הרבה יותר. אין לי שום ספק. אין לי בעיה, שירויו 10 מיליון באסותא, אבל שיחלית. שנצעו לו את זה, האם הוא בן רצה להיות פול טימר והוא יסרב, אהן וזהן, אז הסגן שלו, ואני מתחבר למה שיוליה חוזרת על זה ארבע פעמים. אני לא אמרתי רק הנהלה הרפואית ועניבות. לא. אני רוצה את הדור השני והדור השלישי הוא שיפטור לך את הביעות או ייכבה לך את השרפיה בניתוחים. ניתוחים דחופים אנחנו לא צריכים לש"פ, נכון? ניתוחים דחופים לא צריך לש"פ. צריך לש"פ בניתוחים אלקטיביים, אז ככה שנושא הניתוחים זה דבר יחסית קטן לכל העשייה הרפואית הציבורית בתוך בית החולים. יש הרבה דברים לא פחות חשובים מחדר ניתוח. יש את הטיפול נמרץ ילדים, יש את הפגיה, יש את המחלקה לרופואה דחופה, יש את הפנימיות, יש מחלקת ריאות, יש את הפסיכיאטריה. יש אלף אחד דברים. הפול טימר יפותר לנו את הבעיה לדעתך בעלות קצר יותר קטנה מאשר הש"פ. בש"פ אני ארצתה 10% לכל היוטר. יפותר, נכון את התורים בניתוחים שבוחר לך, אבל הפסיכיאטריה, מה יצא לו מש"פ? טיפול נרץ ילדים, מה יצא לו מש"פ? שום דבר.

דבר/ת: אתה צודק.

דבר/ת: אז למה עכשו אני צריך להכנס את הש"פ, להכשיר את הש"פ בשלושים בתים חולמים ציבוריים בכך להלבין את הכספי הזה, את ה-2 מיליארד ולפותר את הבעיה של הניתוחים האלקטיביים?

דבר/ת: כשישחרר לך כסף תטפל בכל השאר.

דבר/ת: משה אמר שהוא לא ישחרר ואני מסכים אליו. לא ישחרר לך כסף. הבעיה של הפול טימר זה מימון ציבור.

דבר/ת: זאת הבעיה, يولיה. אתם מטילים את זה על חלק קטן מהאוכלוסייה, את הูลות על זה.

השרה יעל גרמן: מה שהוצאות של הש"פ או המודל ההיברידי מדובר, הם לא מדברים על הש"פ כשל"פ, כאיזושה' מטריה. הם באים ואומרים שהש"פ יכול להביא למערכת נוספת לתקציבים ציבוריים עוד מקור תקציבי שיאפשר לעשות בדיקות מה שאתה אומר, לטפל גם בפסיכיאטריה וגם בשיקום.

דבר/ת: עזיז, אתה משומם מה שם אחד נגד השני, אבל זה לא. בוא ניקח את הפול טימר. תפטור בעיה בפול טימר ובפנימית ובפגיה. אני بعد. עכשו אני חותם לך. עכשו תחשב כמה זה יעלה לך. את זה אתה צריך לקבל מציבור?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: לצערி הרב בן.

דובר/ת: אם אתה יכול לקבל את זה מציבורי, אני טוען שאתה לא יכול לקבל את כל זה מציבורי, אתה תצטרכו להוסיף מאיזשהו מקום אחר. עכשו בא נפתר את כל התורמים, את הניטוחים. איך אתה תפתרו? אם אתה יודעת לשים שם פולטיימרים ולפתרו את זה גם מסוף ציבורי, אני חותם לך עכשו וגם יוליה. חתמנו. עכשו בא נלך אחרת. עכשו נניח אומרים לך שאתה צריך אייסס כסף כדי לפתרו את הבעיה עם פולטיימרים פלויס בעיות אחרות כמו הסכמי שכר, כמו דברים נוספים שיגיעו. אתה צריך כסף נוסף גם לצמיחה דמוגרפית, גם הגדלת מחירים וכן הלאה. זה בפרט צריך לעלות. תזכור שאתה בפולטיימר מעלה את העליונות של המערכת. אם אתה לא קיבלת את כל הכסף הזה, אז זה שאתה פותר לך, וזה מה שעיל אומרת, זה שאתה פותר לך את החלק שהוא נכון, שהוא קטן אבל הוא החלק שאנשים היכי לחוצים עליו והם מוציאים היכי הרבה כסף, החלק הזה, לא רק שהוא נפטר לך על ידי המודל שלנו, הוא גם נותן לך תמייה מסוימת לכל השאר שהוא ביחד איתך, הוא לא אחד מול השני, או-או. זה גם וגם.

דובר/ת: השר"פ זה לא פרה חולבת.

דובר/ת: זה כן.

דובר/ת: מי ריא פרה חולבת? איך אתה אומר פרה חולבת? מי, אנשים היכי מסכנים שmagivim למערכת?

השרה יעל גרמן: זה לא פרה חולבת.

דובר/ת: לא, לא התכוונת לך.

השרה יעל גרמן: בוא נקרא לזה מקור מימון, לא פרה חולבת. אוק",

דובר/ת: מכיוון שאנו מדברים על מקור מימון, ואני אעשה את זה מספר עגול. נגיד אנחנו מדברים על מיליארד שקל שכיננו מהשר"פ לטובות פולטיימר או מכל דבר אחר, למשה אנחנו אומרים שהמקור מימון הזה זה קבוצה מאוד קטנה של אנשים. זה מי שעושה את השימוש בשר"פ ומשלים *out of pocket* את הכסף הפרט, להבדיל מ-8 מיליון תושבים שemmנים את אותו מיליארד, זאת אומרת כאשר אנחנו עושים את פיזור הנזק אנחנו מגיעים למצב שבו אם הייתה יכולה להביא את הציבורית, הנזק לאזרח היה הרבה יותר קרטן מאשר לתקן את זה דרך השר"פ, שבנקודות חולשה היכי גדולה שלו קבוצת אנשים ממש ממנת את אותו מקור תקציבי.

השרה יעל גרמן: על כמה מדובר ? מה דעתך?

דובר/ת: אני ענה בתשובה שלא תאהבו אותה. הרבה יותר מאפשר. אני חשב שהזה מה חשוב. במערכת הזה כל גירוש חשוב.

דובר/ת: לא בכלל מחיר.

דובר/ת: ברור שלא.

דובר/ת: אנחנו הצגנו אומדן.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

**משרד
 הבריאות**
לחיים בריאות יותר

דבר/ת: בורור שלא בכל מחיר ועשינו איזשהו תרخيص ואני אומר לכם, אני אמרתי ואני לא אשנה את עמדת' המקצועית לרגע. בניית תרחישים במערכת כל כך מורכבת ועם כל כך הרבה שינוי, היא מאוד מסוכנת. היי תרחישים לפ' חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואף אחד מהם - - - .

דבר/ת: אבל תגיד לי 5 מיליארד או 500 מיליון.

דבר/ת: תראה, הzcורה שאני מסתכל על זה היא דוגמא אחת. המערכת הפרטית היום כל הזמן פורחת וצומחת וגדלה. המערכת הזה מרוויחה, כמה? אני נסיתי לברר. אף אחד לא אמר. המערכת הזה מרוויחה וכל הזמן מרוויחה יותר יותר. לא רק הרופאים חיים מהמערכת הזה, למרות שהם טוב שהם חיים מזה. אנחנו יודעים שהברצilia יש רוח, באוטואן כנראה יש רוח, ברמת אביב יש רוח, ואתם יודעים מה, זה מה שאני אומר כל הזמן. אל תשתכלו על היום, תשתכלו מהירה עוד כמה זמן אם אנחנו נמשיך לחשב שהדברים האלה הם בשליטה. הם בשליטה אולי בציבורי. כך הם לא. יש פה לא מעט רוח ויש פה הכנסה לרופאים. את שני הדברים האלה אני רוצה לעשות במערכת הציבורית. את הרוח להחזיר למערכת ואת ההכנסה לרופאים, תהיה בתוך המערכת ולראות אותם אצל מרוויחים את זה ולא באוטואן, עם כל הבנפיט שיש לי מזה. כמה זה? להגיד לך מיליארד? אתה יודע מה, אני אגיד מיליארד. אחר כך תשאל אותי למה, אני מצא לך סיפור. אני יכול לתת לך מחר תרחיש של מיליארד. אני יכול לתת לך גם תרחיש של מיליארד וחצי. אני אומר, העיקרון הוא שיש פה מוצר שיש לו ביקוש ויש אנשים שמוכנים לשלם. אני רוצה את הביקוש הזה, לענות עליו וליהנות ממנו במערכת הציבורית ולא שירות החוצה.

אני חייב להגיד משהו גם לך, עזיז. תראה, אתה קודם כל התחלת את מה שאמרת, שאמרת, אנחנו כל הזמן שומעים בוועדה, שר"פ, שר"פ. אני רוצה להגיד משהו לזכות הוועדה הזאת. בתקשות היה המונח שר"פ. הוועדה דיברה על המונח דברים בלי להזכיר את המילה שר"פ, אולי בגלל שברחנו ליויכחים. היה פה המונח דינום על הרבה דברים בלי שר"פ, כי כולם מבינים שהיא לא חזהה הכל. כאן תומכי השר"פ אם תרצה להגיד, מבינים שהיא לא הפתרון. מה שאנו עושים אמורים, שבמערכת שהיא כל כך רעהה למשאבים, והיא תהיה רעהה כל הזמן ליותר, כל אגורה נוספת עוזרת, אלא אם היא כמובן יוצרת בעיות. אנחנו ניסינו לבנות מנגנון שלדעתך יביא כסף למערכת והוא לא יהיה עם תופעות לוואי כל כך כואבויות. זו דעתך. אני אשאל אותך כרופא. תיקח כל מני תרופות, אתה תעשה כאן רשותה ארוכה של תרופות. זה אומר לא ללקחת את זה?

דבר/ת: כל מה שאתה אומר, דברי נועם. השאלה כשאני אסתכל, כי פול טימר הוא הפיך. להכנסייה שר"פ לבתי חולים, אתה לא יכול להוציא אותו.

דבר/ת: אני זוכר שהפסיקו את זה.

דבר/ת: שמו את זה בשניים-שלושה מקומות. אתה לא יכול להכנסיס אותו בשני מקומות, אבל תכenis אותו מקרית שמונה עד אילת. אם אתה אומר לי בוא ננסה, אתה מבטיח לי מיליארדים, שהיא יצדיק את הסיכון, אני אומר, וואלה, שווה אפשר להסביר את זה החוצה, אבל אם אתה אומר לי שהכל בסופו של דבר ייגלם במסאות מיליוני שקלים בודדים, זה סיכון וזה אני חושב שעשינו עול לרפואה הציבורית בארץ. גם אידיאולוגית לא מסתדר לי שבאותו חדר יהיה אחד שכנס אליו ה"גרויסה" פרופסור ויפסח על השמי. אני לא יכול לסבול את זה בשבי נציג של עדשים.

דבר/ת: כשהיכניסו את ה-DRG שההיא רעיון שכל העולם מאמץ אותו, לא עשו את זה השנה, אז لكن אני לא בא ואומר, מחר נפתח שר"פ ל-20%. אפשר להתחיל עם 3%, עם 5%, לעשות מודל ואם אנחנו רואים שהה באמת לא כמו שעשינו, אז לא נגדיל את זה יותר. אני לא אומר שמהר צרכים לפתח את הכל באיזושהי צורה מסוימת זאת. לאט לאט לעשות את זה במודל של חמיש שנים, תוך בקרה.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

דובר/ת: 3% לכל בתים החולים או רק בית חולים אחד?

דובר/ת: לא, אני אומר לא כאיזשה מודל התחלתי. אני לא עושה מהפכה בביטחון אחד על הדברים האלה.

דובר/ת: יעל, אני התרשםתי מהמשפטים האחוריים שלך. א', ההתנגדות שלי לא אידיאולוגית. ככלנו יש גם מקום שכולנו אנחנו באים כבני אדם, אבל זה לא אידיאולוגי. בסוף נשים את האידיאולוגיה בצד. זה כן מיניתו לוגי כלכלי. אני לא היתי רוצה שתתאי בתקופה שאנו לא מצליחים להתמודד עם הטיעון של המודל היברידי ולכן אנחנו לא הולכים. אני חשב שהוא פשוט מודל שהוא באופן יחסי פחות טוב ממודל של פול טיימרים, או שהחסרונות בו הרבה מהיתרונות בبنיתו כלכלי, לא אידיאולוגי. חשוב לי לומר את הדבר הזה, ככלומר זה לא בא ממיקום אידיאולוגי, זה בא ממיקום מאוד פרקטני.

השרה יעל גרטמן: אבל זה ברור גם לך שהזאת עוד מקורות מימון.

דובר/ת: זה לא ברור לי. שוב אני אומר, זה יכול להשאיר עוד רופאים שיבצעו פעילות פרטיטית במערכת. האם יש מזה תועלות ציבוריות גדולות ביחס לחסרונות זהה מייצרת? אני חשב שהיא יותר קטנה.

השרה יעל גרטמן: אם היינו לוקחים את המודל הזה אפרומו, אני לא זכרת מי דיבר פה על כאיזשה פילוט או להתחילה בקטן, אם היינו לוקחים את המודל הזה, את המודל היברידי, והיינו מבקשים לישם אותו כפיפות כדי לראות באמת מה קורה, אך ורק בפריפריה. אני מעלה כאן רעיון. זורקת סתום ורעין. אנחנו מחייבים. כמובן יהיה תוספת ציבורית ויהי מיסוי וגם יהיה תוספת מהתיירות רפואי ואנו נשים עוד תוספת, ואנו נשים לתת זה רק בפריפריה. אתה תיתן אפשרות לאוכלוסיות החלשות. אלה שיש להם הימים שב", הם לא מנצלים.

דובר/ת: הם לא מנצלים את זה אולי כי ההשתתפות העצמית גבוהה והם לא יכולים למש את זה. בסופו של דבר, אנחנו נראה את זה אולי גם על המפה בהסדרי בחירה, המדינה שלנו היא לא מאוד גדולה והחסמים בפני המימוש, הרבה פעמים זה לא המרחק של החצי שעלה נסעה למרץ.

השרה יעל גרטמן: מי שלא מmars בגול שהשתתפות העצמית מכבידה עליו, לא יmars לא כך ולא כך, אבל אם יש כאלה, ויש כאלה שהיומם לא ממשים רק בגול הזמן ובגול המרחק, אתה עושה את זה בפריפריה, אתה עושה שני דברים, אתה גם מאפשר לאנשי הפריפריה למש, אבל יותר מזה, אתה מאפשר לרופאים טובים, כי איך הוא אמר קודם ? בסופו של דבר המרכז ינצח את הפריפריה. זה במידת והמרכז מתרחשה בפריפריה, אבל אם אין תחרות לפריפריה במרכז, אלא המרכז הוא בודד, הוא לבודו ורופא ידע שפריפריה הם מקבלים משכורות, חלק יעבור. יהיה לך רופאים יותר טובים, יהיה לך יותר שעות, תוכל לחתם טיפול יותר טוב. אנשים גם יבואו לשם. תחשבו על זה.

דובר/ת: יש לנו עוד יתרון. אחד הדברים שאנו רוצים לקדם, ומה שעזר לנו בעבר, זה יצירת הקשר בין בתים החולים גדולים במרכז לבין בתים החולים בפריפריה. כדוגמא, המודל שעבדנו עליו זה מודל שיבא-פוריה, אבל באותה מידת אתה יכולiac-צפת או בלינסון-עפולה העמק, ובמודל זה אתה רוצה ליצור את הקשר בצורה וכך שבאמת רופאים מטל השומר יבואו ויעשו את השירות אם נחליט על השירות, בפריפריה. אני מסכים איתך, זה מוגבל, זה יכול להיות כפיפות.

דובר/ת: אחרי הפילות, מה?

השרה יעל גרטמן: בואו נראה האם באמת המחיריהם שם עלו. נבחן את כל הסיכויים.

דובר/ת: אני חשב שעשינו פילות בירושלים.

דובר/ת: לא, זה לא.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאות יותר

דובר/ת: למה לא?

דובר/ת: עשינו פילוט גם למערכת הבריאות שחסר לה 20 מיליארד. אתה לוקח דוגמא לא טובہ של מערכת שאף אחד לא מציע להפעיל אותה, שלא היה לה שום רגולציה.

דובר/ת: קובי, אל תגיד אף אחד לא מציע, כי זה בדיק לאורך השנים, את זה בדיק הצענו.

דובר/ת: לא, לא הצענו.

דובר/ת: קובי, אתה לא היה אני היתי שם. כשדיברו על שר"פ באשדוד, משרד הבריאות אמר, יש מודל מצוין, זה המודל של הדסה, בואו נshallל אותו. זה מה שנאמר לפני שנחשפו הכספיים במודל הזה, אז זה לא מודל שאף אחד לא רצה.

דובר/ת: אבל זה לא המודל המוצע.

דובר/ת: ואני עוד לא מצאת את ההבדלים. האמת שההבדל היחיד שאתה מצאתי זה כל הסיפור זהה שרופאים יכולים לעבוד גם בחוץ, באמת הופך את זה רק פחות טוב.

דובר/ת: שניים מהבדלים, אתה הצעת אותם ברפואה הפרטית במצב שלך לפני שבוע, שהקשר הוא בין הבית החולים, ומגבלה כמיות שאתה הצעת.

דובר/ת: זה גם בהDSA.

דובר/ת: מגבלה כמיות?

דובר/ת: בהDSA הם מנוטים לעשות. הם לא מצלחים.

דובר/ת: לא הרגולטור.