



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

## פרוטוקול וועדת גרמן – 2/5/14

### צוות עזיז ממשיך במצגת, המשך הדיון מ1.5.14:

ניר: במצגת – קיצור זמני המתנה במערכת – אנחנו חושבים שצריך לקבוע סנקציות. אם ביי"ח לא מצליח לעמוד בזמני המתנה צריך לקבוע סנקציות כדי לעודד אותם לעמוד בהם, וגם בקופות. נושא התורים צריך להיות שקוף לציבור, מנוהל בצורה אחידה עם הגדרה אחידה. כל אחד יוכל לראות איך התורים בקופה שלו ביחס לאחרות ובין בתי"ח, ולאפשר לציבור לקבל את הניתוח בזמן המהיר ביותר. וגם דוח שנתי שנותן לציבור מידע איזה ביי"ח מחזיק תורים קצרים יותר וגם קופה, ולעודד בדרך הזאת את הסדרי הבחירה בין בתי"ח. עוד משהו על השקף הזה?

יעל: אני חושבת שזה ברור וכיוונתם לדעת גדולים. הרעיון הזה הוא יפה ונדון בזה כאשר נגיע לשם.

עזיז: הגענו לקו התפר. התחלנו מבראשית באמת, מהקהילה בדרך לאשפוז או למערך האשפוזי ומחלקות לרפואה דחופה. הנושא פה מאוד רגיש ואני אשמח אם השרה והוועדה תיתן את הדעת כי יש הרבה מה לשפר שם, הרבה שומן ובשר ויש מה להתייעל. פה אין שר'פ כן או לא, זה המערכת הרפואית הציבורית. באסותא ומדיקל סנטר אין מלר"ד. אנחנו מדברים על הציבוריים, כ-30 בתי"ח ציבוריים שמתמודדים עם 3 מיליון פניות בשנה שזה מספרים דמיוניים, 36 ביקורים ל100 נפשות במחלקות לרפואה דחופה. 700 שיח פר הפנייה, וזה יותר מ2 מיליארד שיח רק נושא ההתחייבויות הכספיות לביקור במחלקה דחופה בלי כל התוספות של אשפוזים ובירורים אחרים. לא רק המספרים אלא גם אין עשייה רפואית בתחום כזה או אחר שלא שותף לעשייה הזאת של רפואה דחופה, א.א.ג, כירורג, לב, ילדים והכל. כלומר הזירה הזאת מערבת את כולם. מדובר במחלקות מאוד עמוסות עם תת תקינה של שדות, כ"א כזה או אחר, סיעוד ורופאים בעיקר, ויש תופעה בעשור האחרון שנקרית השהית ממתנים לאשפוז. החולים המסכנים והמבוגרים, אחרי החלטה לאשפוז יכול להמתין יום או יומיים באלונקה במחלקה אחרת. המחלקות לרפואה דחופה מתפקדות במתכונת של אירוע רב נפגעים באופן כרוני, חורף וקיץ. אפשר לחלק את העבודה במחלקות האלה ל3 גזרות: כניסת חולים, אין האוס והאאוט פוט שזה היציאה מהמלר"ד. כניסה זה 3 מיליון פניות, 35 אחוז מהם ללא הפניית רופא שזה חופשי חודשי. יותר ממיליון פניות ללא הפניה. 30 אחוז מהם מתאשפזים חלקם ליממה ומעלה, 70 אחוז הולכים הביתה. באים לביקור, צורכים משאבים והולכים הביתה. איך אפשר להשפיע על הזירה הזאת לפחות? יש לנו כמה הצעות, כתבנו הכל בדוח שהוגש לשרה בינואר לשיפור העשייה הדחופה. זה דוח גדול וממצה ואפשר לחזור אליו. אפשר לצמצם את מספר הפניות ע"י רגולציה עם מדדי איכות ולנסות ולצמצם את ההפניות הלא מוצדקות. המוצדקות אנחנו עוזרים ומטפלים. יש מנגנונים שונים להפניות כמו מוקדים טלפוניים שמפנים בלי לראות את החולה בכל שעות היממה. אפשר לפתח מרכזי רפואה דחופה טרום בית חולים עם פיקוח, ושמירה על נורמות מקצועיות סבירות של משרד הבריאות. יש סוגיה שנדונה לא רק פה וזה לנסות ולבחון היתכנות מול מדי"א או בפיקוח המשרד לאפשר לצוותי מדי"א לטפל בחלק מהחולים מבלי להפנותם. היום זה אוטומטית מופנה לביי"ח. יש קריאה למדי"א, יש פרמדיק והוא יכול להתרשם שהמקרה בנאלי ביותר ולא חייב להביא אותו לביי"ח. היום חייב להביא אותו.

דוברות: יש להם תמריץ כספי. אם הם מטפלים במישהו שלא מגיע למיון הם לא מקבלים על זה כסף.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עזיז: אני חושב שצריך וועדה שתבדוק את נושאי התקינה בכלל שתכלול גם את המלרדיים, וזה כולל עמדות בדיקה. שיעור עמדת בדיקה ל-1000 נפש נמוכים מה OECD, שיעור רופאים וסיעוד נמוך. יש 2 סוגי התמחות ברפואה דחופה, הייתה התמחות על ובסיס, וכרגע הרופאים בחירום מכסים כשליש מהזמן. כלומר משמרת בוקר ואם נוריד את הסופש"ים וחגים, אז בפועל הם מכסים בין רבע לשליש מהזמן וקצת ממשמרת ערב. שאר העשייה מתבצעת עי מתמחים מזדמנים ואחרים ואיכות הטיפול לא טובה מספיק, לא אופטימלית. אנחנו רוצים להתחיל לכסות את המלרדים עי רופאים מתמחים ורופאים כמה שיותר זמן. זה יהיה הדרגתי וייקח שנים וזה כרוך בהוספת תקני רופאים בעיקר מתמחים וגם משאבים. זה באמת ייקח שנים. אנחנו רוצים שהם יתחילו לקחת חלק פעילו בתורנויות על חשבון תורנים מסורתיים, אורטופדים ופנימאים. יש חוזר מנכ"ל שיצא ביולי 2013 שמחייב את כל ביי"ח להחזיק רופא בכיר עד שעה 23:00 בבתי"ח רגילים, ורופא בכיר 24/7 בבתי"ח שלישוניים, ששת הגדולים. חוזר זה מיושם כרגע חלקית בגלל מצוקת כ"א, אז אנחנו רוצים לכסות כמה שיותר ברופאים מתאימים. זה כרוך בתקציבים נוספים למחלקות. אנחנו מתחברים לדוח מבקר המדינה ב-2009 ו-2013, הייתה ביקורת נוקבת ביותר על התנהלות הרפואה הדחופה בארץ, וחלק מהמסקנות הם אלו.

דוברות: זה נחשב מקצוע במצוקה? מקבל מענקים?

עזיז: כן. אפשר להפוך אותו ליותר אטרקטיבי עי הפיכתו לפול טיימר. צריך לנסות וליישם את סוגיית הפול טיימר כי אין בתחום הזה רפואה פרטית בחצר של מישוה. הסוגיה השנייה היא לתת להם אופק מקצועי דרך משרד הבריאות והאיגוד. הגשנו בקשה למועצה המדעית שיעשו התמחות על בתחומים משיקים לרפואה דחופה כמו הרדמה, ריאות, זיהומים, טיפול נמרץ וכו'. ברגע שנגדל דור ראשון של רופאי חירום לשם, זו ההתמחות העיקרית שהתחילה במאי 2011 בעיצומה של השביתה דאז. אפשר לחשוב על חיוב מקצועות המפתח ברוטציה של 3 חודשים כחלק מההתמחות שלהם, כמו אורטופדיה, פנימית וכו', משרד הבריאות ייתן את הדעת על זה בעתיד. לגבי תפעול המלר"ד הגשנו המלצה שיתבצע טריאז, מיון ראשוני מידי לכל חולה בכדי למיין את חומרת המצב וזה מתחיל להיות מיושם ויש וועדה לזה. ברוב בתי"ח יש מיון קדמי. רצינו לציין את סוגיית "הלא להחיות" – משרד הבריאות מנסה לקדם את הנושא. יש חולים שמבקשים לא לבצע בהם החייאות ואז מגיע מדיא אחרי החייאה בחשמל וטובוס, והוא נתקע שבועיים עם הרבה הוצאות והוא לוסט קייס והוא גם ביקש לא להחיות. המלר"ד היא חולייה אחת בנושא הזה, זה קורה גם במחלקות האחרות.

יעל: אל תרחיב – לכבד את רצון החולים.

עזיז: המלחמה בעומס או בהשהיות הארוכות, צריך לנקוב בדד ליין עד 6 שעות גג לבירור ואחר כך לקבל החלטה אם מאשפזים או משחררים, יעלה למחלקה מאשפוז, לא כמו הסבתא במסדרון שברק דיבר עליה לא פעם. בנושא הזה אני מתחבר להערה שלך יעל, יש פיילוט שמתבצע בוולפסון והוא נהדר, והוא מציף את העבודה שמתבצעת בין המחלקות השונות עם המלר"ד. הפנימיות הן במצוקה, רוב האשפוזים מהמחלקה לרפואה דחופה מתבצעים בשעות הבוקר בסביבות 13:00, ורוב השחרורים בפנימיות מתבצעים אחרי 17:00. יש פיילוט בוולפסון ויש אינדיקציה טובה שע"י סינכרון אפשר לשפר את הסוגיה הזאת. כמובן המלצנו על הקמת יחידות השהייה, שיש ברוב המלרדיים. זה עוזר לאשפוז קצר טווח כיממה, מעין באפר שמקל על העומסים במחלקות המסורתיות והמלצנו גם על מתן היתרים לעוזרי רופא, פרמדיקים והנושא הזה בתהליכי אישור. זה יכול לעזור לנו מהרבה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

היבטים של מצוקת כ"א. יש עשרות עד מאות שיכולים להתאים לעמדה הזאת. אני רוצה לסיים בנושא שחרור חולים כי זה מאוד חשוב – שחרור חולים כלפי חוץ, כלפי פנים העברה לאשפוז, יש לנו מצוקה קשה, ופה תיאום ברצף הטיפול בין ביה"ח לקהילה יכול לעזור לנו מאוד. הנציג צריך להיכנס לפעולה לא בפנימית אחרי שהחולה עולה אלא כבר במלר"ד. ההרגשה שלנו היא שע"י תיאום מוצלח עם נוכחות פיזית של מתאם פעולות מטעם הקהילה שיהיה במחלקה אפשר לחסוך על בבסיס יומי עשרות אשפוזים מיותרים רק מטעם החולה. לפעמים אנחנו עושים לו עוול בזה שאנחנו מאשפזים אותו, הוא מסתבך. אפשר לחסוך עשרות אלפי אשפוזים וזה מיליון מתאשפזים. אפשר לחסוך מהם את הסבל, להגיש להם טיפול בבית, המשך טיפול במלרד"ים ואחרים, וזה צריך להיות מיזם חשוב בשיתוף בין המערכים למשרד, שיתחיל להתבצע במלרד"ים. צריך לעבוד על זירוז הפינוי כלפי פנים. להכשיר מוסדות כאלה ואחרים לטיפול בסיסי כמו עירוני נוזלים, אנטיביוטיקה, וכך אנחנו יכולים להתייעל ולחסוך הרבה. אם אנחנו מסכמים, מדובר במפעל עצום, 3 מילון ביקורים בקו התפר, הוא צריך להיות יעיל ואיכותי, וכמובן לשתף פעולה כלפי חוץ ופנים, ושיתוף פעולה בין הקהילה לבי"ח חייב להתחיל להתבצע במלרד"ים עצמם, ויש הרבה מה לחסוך ולייעל. הכל נמצא בדו"ח מאוד גדול, ואנחנו יכולים לצטטו בדוח הוועדה אם וכאשר.

דוברות: אם הבנתי את הקונספט זה ייעול המערכת של הרפואה הדחופה. דיברת על תיאום בין קהילה לאשפוז במלר"ד שזה יחסוך אלפי ש"ח. למה זה לא קורה היום? לקופה יש תמריץ לעשות את זה, לביה"ח גם...

יעל: "החסם הוא לא ארגוני. זה עניין של קונספציה. אם תהיה מתאמת למעלה שתדאג לראות שכאשר צריך לשחרר בבוקר יש מי שלוקח את הקשיש, וזה נשמע טריויאלי אבל מאוד בעייתי, זה ישחרר להעלות את אותם אנשים מלמטה למחלקות האחרות. אלה דברים טריויאליים שישבו ודיברו עליהם וזה יעזור. זה עניין של ניהול ואולי תקציבים אבל אני רואה הרבה מתנדבים שעובדים בזה.

דוברות: הקופות הן גופים מאוד יעילים.

יעל: כאן יש חוסר יעילות דרמטי.

דוברות: אני חושב איך לא חשבו על זה קודם? אולי עזיז יכול לציין חסמים אחרים.

עזיז: שאלה טובה. לא בטוח שקופ"ח מעוניינת להיכנס לסחרור הזה, התחשבות גלובלית ולהתחיל לחפש מקום, זה לא קוסט אפקטיב מבחינתה.

דוברות: האם ביה"ח לא מוכן או שהקופה לא רוצה? אני מנסה להבין את הקשר.

עזיז: היא לא מעוניינת אם יש לה תשלום גלובלי, ולא בטוח שיש לה פתרונות מספקים בקהילה. אם יש תשלום גלובלי היא לא תזיע בכדי לקחת אותו ולחפש לו מלרד או מוסד. אם תיתן תמריצים ותכשיר את הקהילה, לא חייבים להוסיף אלף מיטות למחלקה אולי 200. המנגנון צריך להיות תיאום, מישור פיזית שידע, שיתאם 5 אשפוזים במשמרת בוקר. לפעמים לוקח יומיים ושלושה לחפש מקום לחולה, ואז נשאר בפנימית וכבר הסתבך. צריך לשים דגש ואנחנו כבר שנים מתריעים, שעשרות אלפים במקרה הטוב אפשר לחסוך את כניסתם ולמעט ולמען המשפחות את כניסתם למערך האשפוז. זה קהילה, בי"ח והתיאום ביניהם.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** דיברת על זה שהמומחים לא עובדים אחה"צ במיון. איפה הם עובדים אחר כך? באסותא? בקהילה?

**עזיז:** מדובר ב-100 מומחים בארץ הקודש. הם עובדים בבי"ח את המשרה שלהם ויש להם מרפאה בבית או בקופ"ח או מרפאה עצמאית. זה מה שהם עובדים. אני מכיר אותם כמו כף ידי, ואני אומר שתיתן להם תנאים טובים שישתלמו להם, אז הוא גם אולי ירוויח פחות אבל הוא מוכן לעבוד גם בערב. אתה מדבר על בן אדם בן 50-55, אתה רוצה להעסיק אותו עד 23:00? יש לו חלופה בחוץ. יש לו 1500 נפשות במרפאה עצמאית.

**דוברות:** דיברת על יחידות השהייה. תרחיב.

**עזיז:** בהרבה בתי"ח יש מחלקות השהייה, היא מחלקה לאשפוז קצר שתמנע לך אשפוז יותר ארוך. נגיד חולה בא עם עווית כלילה, אסטמה קלה, זיהום קל במערכת נשימה עליונה וכו', וע"י השגחה כזאת, של 24 שעות אני יכול לתת טיפול ורידי ולשחרר לקהילה. אם הוא נשלח לפנימית יש פרוטוקול של בדיקות וביקורים והאשפוז יתארך ויש חולים יותר קשים ממנו, אין מיטות. זה יכול להוות באפר למערכת העמוסה וגם לקצר תהליכים. זה מהניסיון שלי ושל חברים בהדסה. 4 מיטות במלר"ד זה לחולים עם כאבים בחזה עם סדירות נמוכה עד בינונית. הוא לא יכנס לקרדיולוגיה כי משם ישר לצנתור וט.נ. לב. הוא ימתין יומיים עד להתחלת הבירור וזה מסלול מהיר עד לביצוע ותוך יומיים הוא בבית. זה חוסך וקוסט אפקטיב, אתה צריך לתקן ולתת פרוטוקול נוקשה. זה לא להתקף לב או זיהום קשה אלא נועד להשלמת בירור תוך יומיים. זה יעיל גם לקהילה. אם הוא יוצא אחרי 6 שעות לא דרך השהייה, תמליץ לו ללכת לרופא משפחה שיכוון אותו להמשך. זה משהו יעיל למערכת האשפוזית והקהילתית.

**יעל:** אין מה לומר, כל הכבוד.

**דוברות:** אני מסתכל על הפרק הזה אצלכם, תזכרו שהערתי אתמול על הפריפריה וזה חסר לי. אני קורא את הכותרת 90 אחוז מהדברים שלך עסקו ברפואה הדחופה. הרצף זה חמור וזה אשכרה נושא בפני עצמו.

**דוברות:** כמו בהרבה דברים, אפשר לשאול למה זה לא קרה מקודם? כי אתה הראשון שהגעת. צריך שמישהו יסתכל ויקדיש לזה משאבים. 2 מיליארד גרעון של הקופות זה לא הדבר שהם ילכו להשקיע בו כרגע. אפשר לנצל את הסושיאל בונדס, בדיוק הדברים שמביאים הרבה תשואה להשקעה אבל אין משאבים להשקעה. סוגיה נוספת היא שבדברים האלה בגלל שלא יודעים איך זה עובד ומה האופטימום, צריך לעשות ניסוי קצה ולמדוד איך הוא עובד. למישהו אחר בשיבא יש רעיון קצת שונה, וצרי לנסות דברים. בעולמות האלה אנחנו קובעים משהו שמשתרש וכולם עובדים ככה, כי זה הפרוטוקול. כמעט בכל תחום בממשלה איפה שאין לנו מספיק ידע אנחנו לא מנצלים את הידע לניסויים. תיתן לו ותגיד שאתה שנתיים תריץ את זה ולמדוד אותך ביחס לאחרים. בשביל זה אנחנו צריכים גוף שימדוד דברים ברמת פיילוט ובשיטות אמיתיות.

**דוברות:** בדיוק חשבתי על זה אתמול בלילה שניסו לעשות פיילוט גדולים, היה על תכנית וויסקונסין ומס הכנסה. צריך לחשוב עם נוסח מפשר.

**יעל:** יש לנו פיילוט, לא כל המודל, יותר על הקשר שבין המלר"ד למחלקות המאשפוז והקהילה. אבל הרעיון הוא טוב. חשוב להבין שדיברנו פעם על כך שאת התוספת של התקציבים החסרה במערכת אפשר להביא גם מהתייעלות ולא דווקא כסף חיצוני ופה בדיוק יש פתרון שהוא התייעלות והבסיס הוא של ביה"ח. אנחנו לא מעכלים את



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**לשכת שרת הבריאות**

**Minister of Health Department**

המספרים האלה. כל אחוז שנחסוך שם אפשר לתת לו משמעות כספית. אני מאוד מבקשת, אתה מכיר את" וועדת אור", לקחת ולראות איזה חסכון נוצר לנו ע"י צמצום אשפוזים וע"י הקמת מוקדים קדמיים, מנגנון שחרור מהיר, יעילות של מדי"א כנגד ההשקעה שאנחנו דורשים. תודה רבה עזיז.

עזיז: אני מחדד את סוגיית מתאם הפעולות, איש מקשר שאני ממליץ שיהיה איש מקצועי. עדיף שיהיה כמובן אחות, במובן התשומה הכלכלית או פרמדיק.

דוברות: צריך משפט מקדים שאתה מדבר על צוות שמקשר בין בתי"ח לקופות.

עזיז: איש צוות שיתאם את העברת המידע ויטפל בכל הסוגיות והאתגרים שהחולה פוגש אותם במערך האשפוז ואנחנו מעדיפים שהוא יהיה איש מקצועי. העדפתנו לאחות כי רופא יקר אבל גם פרמדיק שיוכשר ויהיה נציג וסנגור של החולה שנוחת במלר"ד ושם אפשר שהתיאום יתחיל כבר שם. הצוות המקשר ילווה את החולה לאורך כל האשפוז ויהיה מעורב בכל הצעדים והשלבים של הבירור והטיפול וידאג לעדכון און ליין ולתקשורת בין רופא משפחה לקיים מנגר, רופא המשפחה, לבין הרופא המטפל בבי"ח. מאוד חשוב לשנות את הדיסקט בראש של המתאם המוזכר כי עד עכשיו היה לו בדיסקט כלכלה מיינדר, תמיד חשב על אינטרס של המעסיק שלו. אם זה הולך יחד עם חסכון כלכלי מה טוב, אבל שהמניע יהיה רק שיקולים כלכליים, אלא אינטרס החולה להתגבר על כל הביורוקרטיה, לתאם את הבירור כמה שיותר מוקדם וגם להיות מעורב וזה חשוב בעיקר למבוגרים, שידאג גם לסוגיית השיקום בקהילה מהיום הראשון. זה יכול לקצר את האשפוז וגם לשפר ולייעל את תהליך השיקום של החולה.

דוברות: עוד נקודה שקיימת פה זה שרוב ההסכמים בין הקופות לבתי"ח הם כלכליים. אנחנו חושבים שצריכים להפוך אותם להרבה יותר עם ערך של בריאות ולראות איך אנחנו מחייבים אותם לדבר על נושא של רצף טיפולי, שינוי תרופות, הכללת צוותים מטפלים, שלא יהיה הסכם שלא יתייחס לסוגיות האלה של רצף הטיפול ולא יהיה רק כלכלי, להכניס את המטופל למרכז. שמענו הרבה מאוד שאנשי הכספים של הקופה ושל ביה"ח הם אלה שעושים את ההסכמים האלה. צריך להכניס את האנשים הרפואיים, וצריך לראות איך נותנים למטופל טיפול יותר טוב והוא במרכז.

יעל: תכתבו "יכללו רופא שיראה את טובת החולה", שיהיה כתוב במפורש. יקראו את הכותרת והיא צריכה לבשר.

דוברות: זו אמירה בעייתית, רופא בהגדרה אמור לראות את טובת החולה.

דוברות: יכול להיות שאחות אפילו יותר מתאימה.

יעל: הכותרות צריכות לדבר על זה במפורש. צוות רפואי שיראה את טובת המטופל.

דוברות: אבל כל צוות רפואי מחויב לכך לפי שבועת היפוקרטס. אולי שיתרכז בטיפול הוליסטי במטופל. משהו כזה.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** לא רק רופאים רואים את טובת המטופל, גם אנשים אחרים... אני חושב שליבת האמירה של ניר הייתה שהיום כשעושים הסדרים חושבים על הכסף. הוא רוצה שבתוך זה יהיה מרכיב של איכות שירות, טובת המטופל. מי עושה את זה? זה פחות חשוב לי, אבל הרעיון של הרצף הוא החשוב.

**יעל:** מי שיושב זה אנשי הכספים של הבריאות עם אנשי הכספים של האוצר ולא יושב שם רופא שממונה על מנהל רפואה שייתן את האוריינטציה הזאת. אני מתכוונת שלא יאיר אסרף ויונתן ישבו מול משה בר סימנטוב או אורי, אלא אליהם יתווסף או המנכ"ל או מישהו אחר.

**דוברות:** צריכים להיות מרכיבים של זמן המתנה, איכות שירות בהסכמים האלה.

**דוברות:** את דורשת שעל כל חוזה צריך להיות חתום גם מנהל רפואי של ב"ח וגם רופא ראשי של הקופה וזה רעיון יפה.

**יעל:** ראיתי בדיוק את התרומה המשמעותית של ארנון בעניין של הדסה.

**ניר:** עכשיו ניכנס יותר למערכת האשפוז. צריך להגיד שבניגוד לקהילה יש פה הרבה מדדים על שביעות רצון ומאוד משבחים את הקהילה. בבת"ח אנחנו במצב קצת אחר, וזה לוקח זמן עד לפרסום הדוח לגבי זמני המתנה ועד כמה קיבלו טיפול טוב. זה בראשית הדרך ועוד לא נאספו כל הנתונים בבת"ח. יש פה הרבה תהליכים שקיימים בקהילה ובבת"ח בארץ נמצאים קצת מאחור בסוגיה הזאת. הרבה מאוד מהכשלים ומה שגורם לאנשים לפנות לפרטית זה לא הקהילה אלא שירותי האשפוז והניתוחים וצריך לשים על זה דגש. שיעור המיטות אחד מהנמוכים בOECD, שיעורי התפוסה אחד הגבוהים, 98 אחוז. אורך אשפוז בין הקצרים.

**יעל:** כל זה יחד שווה מצוקה.

**ניר:** כל מיני בעיות שעלו בוועדה ולכן אמרנו שניתן על זה פרק ספציפי. בסיס הרפואה זה בקהילה אבל יש לנו המלצות חשובות בתחום האשפוז. התחלנו עם צעדי ייעול ברצף של קהילה ואשפוז. גם בנושא רצף טיפולי, יחידות לאשפוזי בית, יכול להיות שחלק מהמיטות אפשר לתת לקהילה שיתנו לאנשים בבית. נייטר באמצעים טכנולוגיים בבית ולא להידבק במחלות בפנימית. זה יכול להביא להתייעלות במערכת. הקופות צריכות לשפר את המערך של מיון קדמי ולא להגיע למלר"ד. דיברנו על אוכלוסיות בסיכון, חוזרים לאשפוז חוזר בפנימית וזה אחוז די גבוה. אפשר לצמצם משמעותית את התופעות האלה. דיברנו על תחומים שאפשר להכניס אליהם אנשי תעשייה וניהול.

**יעל:** יש אנשים כאלה בוולפסון.

**ניר:** אנחנו כן רואים את זה כמשהו משמעותי. חלק מהבעיות במערך האשפוזי קשורות גם בתמחור, וככל שנעבור ליותר פרודצורות ב DRG המצב ישתפר. זה יביא למערכת יותר יעילה שתספק יותר בריאות במשאבים הקיימים. קצת לגבי מיטות – דיברנו על זה ששיעור המיטות בארץ נמוך יותר מדי ושיעורי השהייה נמוכים. צריך לתת פיצוי ולהגדיל את מספר המיטות היום, לתת פיצוי על השחיקה של השנים האחרונות ולתת פיצוי על המנגנון הדמוגרפי כדי להבטיח את זה אם האוכלוסייה גדלה. כל שקל שמוסיפים לאשפוז בא על חשבון הקהילה זה מה שיגיד האוצר. צריך לראות כמה מהמיטות האלה אפשר להוסיף בקהילה. זה לא בהכרח תוספת מיטות רק לב"ח



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

כמו בתפיסה המקובלת היום וחלק מזה יכול להיות תוספת לקופות כדי לשפר אשפוזים בבית. אנחנו אומרים שכן צריך תוספת מיטות, אבל אפשר כך גם לחזק את הקהילה ולא רק בתי"ח. לגבי פול טיימרים – מתייחס גם לסוגיית מומחה אחר וזמני המתנה – נציג סט של כללים. הנהלת בתי"ח ומנהלי מחלקות יועסקו רק בביה"ח ולא יוכלו לעבוד במקומות נוספים. לאה דיברה על מחלקות פנימיות שיש קושי לגייס לשם אנשים, ואולי החסם הזה מפריע אז אפשר לחשוב על חריגים.

יעל: לא יוכלו לעבוד בשום פנים ואופן בבתי"ח אחרים. אולי בפרקטיקה הפרטית שלהם או בקופ"ח. אבל לא באסותא למשל. גורם מתחרה.

דוברות: למנוע ניגוד עניינים.

יעל: נכון, ולעבור לפרטית, זה מה שאנחנו רוצים וחשוב לומר את זה "על השולחן".

דוברות: ובאופן חיובי לגרום לו להישאר.

ניר: בנוסף צריך לתת תקציב לבתי"ח כדי להעסיק פול טיימרים. אנחנו לא רוצים שכולם יהיו פול טיימרים אבל מינימום מסוים כן, למשל 10-20 אחוז מהמומחים צריכים להיות פול טיימרים ולהשאיר גמישות לנמהל ביה"ח לקבוע את המספרים. זה יכול לשפר תפוקות של רופאים אחרים אחה"צ, לתת להם יותר שכר גם אם הם לא פול טיימרים.

דוברות: יש פה קאסטה נפרדת של רופאים שנקראת פול טיימרים. מי מחליט מי הם?

דוברות: ההנהלה.

דוברות: וזה אפס או אחד, לא להגיד שתישאר יומיים בשבוע עד 20:00. מה חוזה העבודה שלהם?

ניר: אמשיך בשקפים את המארג השלם. בנוסף אנחנו רוצים לעודד את זה במערך ולעשות מכרזים לתת עדיפות לרופאים שכינהו כפול טיימרים, וזה יכול לעזור להם להתקבל לתפקידים נוספים ולעודד אותם לכך. לגבי השכר שלהם, איך יהיה בנוי – אנחנו רואים 2 אפשרויות מרכזיות: 1. שכר גלובלי שמתאים יותר למחלקות מסוימות אבל מחייב מינימום תפוקות בבוקר ואחה"צ ולא מקבל תוספת על אחה"צ. 2. שכר לפי תפוקות במשמרת אחה"צ שביה"ח מחויב לתת מינימום תפוקות כזה, שתהיה האפשרות לשכר גבוה. כדי שתוכל לקבל כסף על תפוקות אחה"צ אתה חייב לתת מינימום בבוקר כדי להיות זכאי לזה. שכר הפול טיימרים יכול להשתנות לפי מקצוע, אבל חשוב לראות מה קורה בין מרכז לפריפריה ובין המקצועות השונים. יכול להיות שזה יכול להיות אותו דבר במרכז ובפריפריה, אבל אם מזהים קושי אפשר לשנות. אנחנו מדברים הרב המאוד על תקציבי מחקר ובתי"ח יצטרכו לתת עדיפות לפול טיימרים שעוסקים גם במחקר. לא הסכמנו על נושא של עבודה פרטית עדיין, אבל פול טיימר מחויב לאותו ארגון בריאות כל הזמן ולא יהיה מצב שמנהל ביה"ח מתקשר אליו לבוא והוא יגיד אני מצטער אני בעבודה אחרת. המחויבות העיקרית שלו היא לביה"ח, ואם צריך אותו, אותו רופא מגיע אליו. 2 דברים על אפשרויות העסקה לפול טיימר והאם רופאים בציבורית יכולים לעבוד בפרטית – במצגת. אני יכול ללכת לרופא שעובד בבי"ח ולקבל ייעוץ אצלו בפרטי דרך הביטוח ואז כשאני מגיע לבי"ח הוא זוכר אותי, קיבל כסף, ואולי גם יטפל בי יותר טוב. זה גורם לנו לחשש שזה בסוף משפר את השירות שאתה יכול לקבל בציבורית ולכן יש כאן



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אמירה שאתה לא יכול ברפואה פרטית אבל כן יכול להיות מועסק בקופ"ח במסגרת הסל הציבורי. המחויבות שלך במסגרת הסל הציבורי היא לביה"ח, וזה צריך להיות דפוס ההעסקה. יש מעביד אחד שיודע באיזה שעות הוא עובד, הוא יחליט אם זה יותר או פחות גם אם אחה"צ הוא עובד בקהילה. אנחנו חושבים שלא נכון לאסור עליהם לעבוד בקהילה, המערכת מתבססת על זה. זה שומר על כלל הרופאים שיוכלו לעשות הפרדה מוחלטת בין פרטי לציבורי.

דוברות: זה אומר שהדסה קובעת כמה היא משלמת לך וכמה היא גובה מהקופה. זה שונה לגמרי.

ניר: גם רופא בבי"ח ציבורי לא יכול לומר סגרתי עם מכבי שאני 4 ימים עובד שם אחה"צ ולבי"ח לא תהיה אמירה בנושא, בחלופה הזאת. זאת החלופה היותר נוקשה, והיא מדברת על כלל רופאים המומחים בביה"ח, לא משנה אם הם פול טיימרים או לא, לא יכולים לעבוד ברפואה פרטית אבל כן בקהילה והשכר שלהם מגיע דרך ביה"ח. זה יוצא כנגד ההסכמים היום וזו חלופה נוקשה, אתה עובד בציבורית נקודה. לא התייחסנו ל-האם ביה"ח קובע את השכר או שזה מועבר לקופה. אנחנו רואים בבי"ח כמנהל את הסוגיה של אפשרות העסקה. חלופה שנייה רכה יותר, מדברת על זה שרק פול טיימרים לא יכולים לעבוד בפרטית כולל יעוץ פרטי. הפול טיימר הוא אך ורק בציבורית. לא יכול להיות שייתן ייעוצים פרטיים בתשלום בתור מנהל מחלקה. ואז אני כחולה מגיע לבי"ח אחרי ששילמתי לו דרך הפרטית ומקבל יחס אחר. במקרה הזה מומחים אחרים שהם לא פול טיימרים יכולים לעבוד בפרטית כולל בתי"ח פרטיים כמו המצב היום, אבל עם תקרה כלשהי לגבי ההשתכרות שלהם. לא יכול להיות שפול טיימר שעובד בציבורית בלבד ירוויח פחות.

דוברות: בתקשיר כתוב שהדבר היחיד שרופא בציבורית יכול לעשות בחוץ זה ללמד באקדמיה ולהרוויח לא יותר מ40 אחוז מהשכר שלו.

יעל: זה נושא מאוד במחלוקת. סיים ונפתח את זה לשיחה.

דוברות: לגבי הפול טיימרים והאיסור על עיסוק ביעוץ פרטי – היעוצים היום נעשים בעיקר ע"י מנהלי מחלקות ויש לזה ערך בצמצום ניתוחים מיותרים ואת האפשרות להתייעץ מעבר לרופא שלו. כך אנחנו הורגים את השוק הזה לגמרי על כל האפשרויות שלו. להבדיל מניתוחים אני חושב שיעוצים כן לאפשר.

דוברות: חו"ד שנייה או רק יעוץ?

דוברות: למעשה זה חו"ד שניה.

דוברות: על פול טיימר הייתה לנו הסכמה מלאה, אבל בהעסקה לא הייתה הסכמה, בעניין העבודה הפרטית. כאן היתה מחלוקת לגבי החלופות. מה שעדי הציג על יעוצים פרטיים.

דוברות: הערה על פול טיימר – אמרנו שלמנהל בי"ח יש את הפריבילגיה לבחור אותם ואחד הקריטריונים זה תחום במצוקה שראוי לתגבור. יכול להיות שצריך להגביל את זה, את פרק הזמן שלא יוצר מצב שאין דרך חזרה, זה התפקיד שלו עד הפנסיה.

יעל: כלומר מנהל בי"ח יכול לקבוע וגם לשלול.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אין קביעות בפול טיימר.

יעל: בסדר גמור, הערה טובה.

דוברות: שאלות הבהרה – אני מבין שמודל של פול טיימר, ויש כאלה שעובדים בפרטית, האם יכול לעשות חו"ד שנייה בפרטי? אתם אומרים שבמודל של פול טיימר גם רופא שלא פול טיימר יול לעבוד בפרטית אבל רק כהשלמת הכנסה ולא הכנסה עיקרית. הפרדה בין פרטי לציבורי ואם לא, אז יש פול טיימר שיש מחלוקת על חו"ד שניה, אבל כאלה שהם לא יעבדו בפרטית לשם השלמת הכנסה.

דוברות: נכון.

ניר: עזיז חידד את הנקודה למה זה פול טיימר. אם הוא עובד בציבורית ועושה אחה"צ חו"ד שניה והוא מחויב להם, השאלה אם הוא באמת פול טיימר וזה חלק גדול מהדיון. בראייה של עזיז ושלי הפול טיימר מחויב למערכת הציבורית, לא יכול שתעבוד בשתי המערכות ותקבל על זה כסף, אז אולי אתה לא פול טיימר. ההגדרה היא מועסק רק במערכת הציבורית. בהמשך נדבר על בחירה ונדבר גם על בחירה במרפאות מומחים ונרחיב ע לזה. זה סוגיה שבליבה וחשוב שתהיה התייחסות של כולם בנושא הזה.

דוברות: אני רוצה לתמרץ רופאים להיות פול טיימרים ולא להרחיק אותם כשאני אומר שהם לא יוכלו ליעץ, שיחשבו האם כדאי לי להיות פול טיימר או לא. אני מאפשר להם לחיות בשלום עם המודל ולעבוד בעבודה נוספת שיש לה אפקט חיובי על המערכת בכלל. צריך להגביל את היחס ביניהם.

דוברות: אמרת שתגביל אותם גם באפשרות השנייה.

דוברות: נכון, פה אנחנו מתייחסים רק ליעוצים.

דוברות: גם להם תהיה איזו שהיא מכסה. האם זו אותה מכסה של 20-80? מה עושה את ההבחנה אם אתה משלם כל כך הרבה כסף למישהו מה עושה את ההבחנה בינו לבין האחר?

דוברות: הערה טובה, צריכה להיות אבחנה כזאת. 10-90 או 20-80.

דוברות: זה הרבה כסף. אתה צריך להצדיק את העובדה שקבוצה של אנשים נבחרת ואתה משלם להם שכר מאוד גבוה. צריכה להיות הצדקה לזה.

דוברות: זו אחת ההמלצות לדעתי הכי מכריעות בוועדה הזאת, ואני חושב שלא חייבת להיות חלק מהתהליך ולהביא את הידע שלה. נעשה הפרדה בין 2 רמות וויכוח – 1. עקרונית אסטרטגיה, האם אנחנו רוצים לראות פול טיימרים בכלל ואני תומך נלהב בזה. 2. להכניס תוכן למודל כשאנחנו רואים בגדול את נטישת העובדים הבכירים מהמערכת הציבורית. הם יקבלו כמה שיותר התחייבות והדרך לגרום לכך זה לשלם להם בעבור הדבר הזה. לא אהבתי את העניין של תקציב סגור, האם הוא מתומחר באופן דיפרנציאלי? לא רוצה להתווכח על זה. בקטע של פתיחת האופציה לחו"ד שנייה כאופציה שתמשיך להתקיים כזכות שלהם שמממשת את הרעיון של פול טיימר. לקבל ייעוץ זה זכות שלי כאזרח ואני רוצה להשאיר את זה במערכת הציבורית. מי שרוצה לשמוע חו"ד של רופא



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מקצועי שיבוא לבי"ח ציבורי ולמרפאות החוץ שלו ואני אשלם שם. תסתכלו על טווח העשייה של רופא מומחה, עושה ניתוחים וגם נותן יעוץ בציבורי. נאמר שזה פתוח לכל, גם לסל. נאמר שזה נעשה, גם בציבורית.

דוברות: הייתי גם מעדיף שלא יצטרך ללכת החוצה וגם כרופא הוא יקבל אנשים לייעוץ בתוך ביה"ח ואני מתחבר לזה כי זה די דומה גם למודל שלנו בוועדה. 2 שינויים – 1. מקור מימון לכל הדבר הזה. זה מעלה מאוד את העלויות במערכת.

דוברות: בשום דבר שנאמר פה מקור המימון לא ברור.

דוברות: אם זה תלוש אחד ולא כמו היום שני תלושים, האם אנחנו מוכנים שיהיו מקומות עם שכר מאוד גבוה והם יופיעו כשיאני שכר בעיתונות כל שנה ויהיו בבוץ. אני לא יודע אם מי שקורא את העיתון ומי שמוכן להיות פול טיימר מוכנים לעשות את זה. זה 120 אלף שח בחודש, יש לך בסורוקה אנשים כאלה.

יעל: יש פה בעיה של קבלה בציבור.

דוברות: אפשר לפרסם דברים אחרת בנושא השכר.

דוברות: יכול להיות שכן כדאי לפצל לתאגיד ולבי"ח, ולא לשכר אחד. זה משהו מתגלגל ולא כל שנתיים מתחדש. יש פה הגדרה של פול טיימר ע"י זמינות, וזה הגדרה בעייתית ולא פותרת באמת את הסוגיה. יש לי 5 רופאים במחלקה וכל אחד מהם בתורנות במחלקה יום אחד 4 ימים בחוץ. זה צריך להיות יותר מחודד. בגלל שמנהל המחלקה הוא זה שבחר אותם, יש לך בעיה במכרזים בשירות הציבורי לתעדף אותם במכרזים כי אם לא בחרו בי כפול טיימר, למה שאתה לא נותן לי להיות מנהל מחלקה? יש פה בעיה של אפליה. אומרים שצריך לתת העדפה לפול טיימר בתפקידים ניהוליים.

דוברות: זה קריטריון.

דוברות: אני חושב שהנקודה של עדי נכונה שאנחנו רוצים למשוך את האנשים האלה, ואם נגביל את היכולת שלהם נצטרך לשלם להם יותר. זה אחד מול השני ויש דרך שונה לפתור את זה – זה שאתה אוסר על בן אדם לטפל באותו פציינט, אתה לא יכול לטפל בו בפרטית. אתה בעצם הפרדה כזאת וזה פותר חלק מהבעיה שאתה משלם בציבורית דרך הפרטית. כולם ידעו שאם הלכת אליו פרטית, הוא ספציפית לא יוכל לטפל בך. זה קצת קשה לאכוף. בנוסף – אני חושב שיש בעיה משמעותית בקונספט של הקשר בין השכר בחוץ לדרישת שכר בפנים. תקציבים עובד שכמה שיותר שכר, כך יש יותר דרישות בפנים. אם אני אגביל אותך לרבע ממה שאתה מרוויח בציבורית, יש לי פעמיים רצון על השכר בציבורית, זה מאפשר לי להרוויח בחוץ יותר ובציבורית יותר. זה יביא לכסף שחור או לדרישות שכר או גם וגם למעבר לפרטית. הקשר בין היכולת שלי לדרישות שלי צריכים ללכת לכיוונים הפוכים.

דוברות: לא אני ולא לשמה אמרנו את זה בתקציבים.

דוברות: אולי במערכת ממשלתית אתה יכול את השכר מבוסס על דיווחים עצמיים. החשכ"ל עצמו לא עמד בתנאי התקשיר.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ניר: מי שעובד לגמרי בחוץ שירוויח כמה שירצה. הוועדה מסתיימת ומתפנים לי ימי חמישי. אני רוצה לייעץ לאסותא בכלכלת בריאות, אני יכול לעשות את זה?

יעל: לא. לך יש הסכם שכר אחד ולרופאים יש אחר.

דוברות: בהיבט הזה אנחנו צריכים להגביל את הזמן ולא את השכר. את השתוללות השכר אנחנו מגבילים בפרמיות. יחד זה יבוא אינטגרטיבית.

דוברות: רוצה להבהיר שהסוגיה הזאת היא תפוח אדמה להוט. הוא והסדרי הבחירה לקחו מאיתנו הרבה זמן, סיעור מוחות וויכוחים וזה לא מוצר מוגמר עדיין. יש הרבה מה לטייב ולשפר וגם להאיר ולהעיר. אני מקווה שנשכיל לתת את ההצעה הטובה ביותר בשם כל הוועדה. רוצה לענות להערות – לגבי השכר – נכון שהעיתונים יכתבו אבל הם גם כותבים שפוטנציאל ההשתכרות של דר איקס או ווי הוא 6-7 מיליון ש"ח ואנחנו הולכים להציע לו יותר. יש הרבה סופר סטארס שמוכנים להסתפק ב100 אש"ח ואני חושב שאפשר לשווק את זה בציבור הרחב כי הוא יודע שהרופא הזה יכול להרוויח גם 6 מיליון. קלוגר הוא בשבילי סופר סטאר שאומר 100 אש"ח אצלו 5-6 פול טיימרים והם מנהלים מחלקה כירורגית לתפארת מדינת ישראל ולכולם יש פרטי. יש הרב סופר סטארס שמוכן להשתכר במאה אש"ח. זה מנתחים וזה הנתח היקר. פנימאי יכול להסתפק ב80 אש"ח, מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה ותיק, וגם יעשה לנו שירות אמבולטורי אחה"צ. אני חושב שאפשר לשווק את הדבר הזה בשקט בצבור הרחב.

דוברות: זה פי 2 יותר משכר רוה"מ. ...

יעל: זה פי 3 משכר של שרה. ...

דוברות: וזה שהוא מכסה את זה בשעה אחת באסותא זה בסדר? יש לו 20 תורניות וכוננויות בחודש. אנחנו מוכנים לחו"ד שניה פרטית שייתן פול טיימר, אבל שיבואו אליו לחו"ד שניה וביה"ח יקבל את הכסף והפול טיימר ייתן את העבודה כמשמרת שנייה, צנתור, ניתוח וחוד שנייה וכו'. אבל אין קשר בין הרופא לחולה, תלוש אחד שמגיע לבי"ח. אני מעדיף לתת תלוש אחד ולא בתאגיד.

דוברות: זה שר"פ של ייעוצים.

דובר: שר"פ מרוכז.

דוברות: זה לא שר"פ. אני אומר ב"ל או מוסד כזה או אחר, הצבא, אפשר לעשות עסקאות בין בי"ח לגוף כזה או אחר ואני נותן את השירות מטעם ביה"ח. לגבי מימון שלא נגענו בו – צריך להפעיל משמרת שנייה בבי"ח בצורה אחרת. אני אומר את זה וכואב לי הלב, עבדתי באיכילוב ובבלינסון ובעמק, ואני בהדסה עכשיו. יש לנו משאבים לא מנוצלים, חדרי צנתור, מכונני לב ואקו שאתה מחדש כל שנתיים שלוש כי הוא מתיישן. במקום מנוהל טוב המכשיר הזה צריך לשווק תוך שנתיים. משמרת שנייה יכולה לממן ולשפר, צריך רק לפתוח את הראש ולשנות את הדיסקט.

יעל: משמרת שנייה לא כלולה בקאפ למשל, וזה יכול לממן.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** מי זה הסופר סטאר? אני לא מבינה את זה בתור אזרחית. יש רופאים יותר טובים ופחות טובים. זה מאוד מרגיז את הצבור שהם מרוויחים יותר.

**דוברות:** זה אנשים שמצילים ילדים.

**יעל:** התקשורת והצבור עושים את זה.

**דוברות:** צריך לפרסם שההוא מת אצלו לפני שבועיים.

**דוברות:** חייבים להגביל משכורות. חייבים לקבוע מסגרת כללים לשכר והוא יצטרך לדעת שהמשכורת שלו לא תהיה בשמיים. אם הוא יכול לעשות את זה הדבר הזה צריך להגביל את זה למערכת הגיונית.

**דוברות:** מקצועות ניהול בבי"ח זה מותנה שיהיו פול טיימרים?

**דוברות:** כן, זה הופיע מקודם.

**דוברות:** אוקיי, לדעתי זה הכרחי.

**יעל:** הנהלת ביה"ח יועסקו רק בביה"ח, זו התשובה.

**דוברות:** איך אתם רוצים לעשות הגבלות בחלקיות משרה?

**דוברות:** אנחנו עוסקים במשרה מלאה, בחצי משרה אתה לא יכול לשלוט עליו.

**דוברות:** אז אתה מפספס אנשים, זה קורה היום בגלל ביטוח רשלנות רפואית.

**יעל:** אז לא תאשר לו לעבוד בחלקיות משרה.

**דוברות:** אני חושב שצריך לתת לזה מענה. לגבי יעוץ וחוו"ד שניה שכן יהי מימון פרטי – אומר פה שאם לא יאפשרו את זה אז השוק הזה יתבטל. לדעתי יהיו רופאים שיעבדו רק בפרטי ויעשו את זה, אז אפשר להפיג את החשש הזה. היום בחוו"ד שנייה אתה יכול לקבל רק מנהלי מחלקות נוכחיים או לשעבר ולא כל רופא יכול לעשות את זה. עדי חשש שהשוק הזה ייהרס ואנחנו לא רוצים את זה. היום יש כאלה בפרטי שעושים את זה ולא צריך לדאוג לזה.

**יעל:** הוא לא חושש להגביל את הפול טיימרים ולומר שאין לכם חוו"ד שנייה.

**דוברות:** מעבר לזה, לגבי השכר מדברים על 80,100,120 אש"ח. אם לדעתי המודל יטפל רק בציבורית ואנחנו נתחרה בפרטית ללא מגבלות שם אנחנו נפסיד. המימון הפרטי הוא בלתי מוגבל ולכן לדעתי המודל חייב להיות מלקחיים, גם ריסון בציבורי וגם בפרטי. אנחנו לא נגד פול טיימר אבל זה עניין מורכב והוא כן דורש הידברות עם הר"י ולהקצות משאבים לקצור תורים בציבורית. זה עניין מורכב ולאה תסביר יותר טוב, צריך לראות אם מתקבלת הסכמה למודל טוב או שצריך לבדוק את האלטרנטיבות ולא עושים וזהו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

דוברות: לגבי כאלה שהם לא פול טיימר – זה קורה גם בעולם. יש הגבלות כאלה גם על הכנסה בצרפת ובאנגליה וגם על כמויות באוסטריה.

דוברות: באנגליה זה על זמן ולא על הכנסה.

יעל: מי שהרצה לנו בירושלים דיבר על הגבלת שכר. אבל צריך לברר את זה.

דוברות: זה עובד במקומות כאלה ואפשר לעשות את זה. אם מגבילים את ההכנסה זה יותר המטרה שאנחנו רוצים כדי שתוגבל התחרות בין השכר של פול טיימרים לאלה שלא. זה יקטין את הפעילות בפרטית, אם אנחנו מגבילים את הפעילות בחוץ זה יכול להעלות מחירים בפרטי וישרת אותה מטרחה. איך מפקחים על זה? בבתי"ח הפרטיים הם יכולים לדווח לבי"ח ציבורי שממנו הגיע הרופא כמה פעילויות עשה הרופא אצלם.

יעל: למה לתת לו בכלל לעשות שם?

דוברות: אני אומר שאם לא מפרידים ונותנים להם לעשות, אפשר לתת להם לדווח, זה מאוד קל, הם גוף ריכוזי. על פעילות קל לעשות את זה על בי"ח הפרטי. אסותא אמרו שהם יודעים גם להעביר את הכסף דרכם.

יעל: אני לא יודעת. אנחנו צריכים לברר אם יש אפשרות להגביל את זה מבחינת השכר. בדיקה קונספטואלית.

דוברות: דיברנו על ניתוח ארוך במהלך הלילה ואז הם באים למחרת לציבורית, יש פה גם עניין של סיכון. אולי זה גולש לעניין המימון אבל אני לא בטוח שהמס הזה צריך על הניתוחים אבל אולי על פעילויות עצמן ודיווח בצידן. אפשרות נוספת שעלתה ולא הייתה הסכמה לגביה זה שכל התשלומים יעבור דרך ביה"ח הציבורי, גם כשאני נותן יעוץ פרטי או עובד באוסתא, זה יעבוד דרך הציבורי וככה יש הגבלה להיקף ההכנסה השל הרופא. לא הסכימו אבל זאת אפשרות.

דוברות: זו מציצנות יתר.

דוברות: לה קפץ הפיוז רק מה שאם אתה עושה ניתוח פרטי שהוא יגבה את הכסף. כאן אתה רוצה שהצבור ייקח על ניתוח בפרטי, זה בכלל...

דוברות: ישרפו כמה פיוזים לכמה אנשים בכל מיני מקומות..

יעל: נכון..

דוברות: בעניין חו"ד שנייה – אני מתנגד להצעה של עדי. אני חושב שמי שפול טיימר צריך לעבוד רק בציבורי ויוכל לקבל חו"ד שניה במרפאות בציבורי. זה היתרון של הציבורית מול הפרטית. הוא יכול להגיד שרק אצלנו תוכל לקבל את זה ולא בביטוחים הפרטיים. אצלנו תהיה אפשרות. כבר היום במרפאות יש לך בחירה בין הרבה מקומות. זה נמצא אצלנו במודל ותיכף נגיע לזה. לא יתכן שהציבורית תסגיר את היתרון שלה לפרטית.

דוברות: משלם המיסים משלם עבור הבחירה הזאת.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות :** עברנו על עדויות לפול טיימרים – וורמברנד אמר 120 פול טיימרים בכל הארץ כל אחד מהם מיליון שח בשנה, שזה 83 אשיח בחודש. דפס הציע להשקיע 300-400 מיליון ש"ח בשנה בפול טיימרים. כירורג עם 5 שנות נוסיון יקבל 50 אשיח. מוטי רביד אמר 50-70 אשיח. דוידסון אמר 80 אשיח כולל הכל. גויטע הזהיר שצריך לחשוב גם על הצוות המשלים אחה"צ וגם להם צריך לשלם יותר וצריך לחשוב על זה.

**דוברות :** ביאר אמר שהוא יכול להשאיר רופא כזה עם 50 אשיח נטו.

**דוברות :** זה הרף העליון.

**דוברות :** שמעת 50 אשיח מקופח. תזכור את זה.

**דוברות :** לגבי הקדנציות אז הגיוני שזה יתחדש, אם מישוהו גרוע...

**יעל :** לא לתקוע בן אדם.

**דוברות :** לוותר על האופציה להשתכר בפרטי, צריך להיזהר שהקדנציות לא יהיו קצרות מדי.

**יעל :** 4-5 שנים.

**דוברות :** אוקיי, לא שנתיים.

**דוברות :** תזכרו שזו קבוצה שהיא תהיה חוד החנית לשכר גבוה במערכת. זה סייד אפקט.

**דוברות :** תמורת עבודה נוספת. זה לא יהיה העלאת שכר ללא תוכן. האוצר יותר רגוע ותתקן אותי אם אני טועה, אם העלאת שכר מצורפת לרפורמה זה מתקבל יותר טוב.

**דוברות :** ברור, אבל כל המערכת תידחף עי הקבוצה הזאת לדרישות של העלאות שכר.

**יעל :** זה לא קרה בהסכמים האחרונים.

**דוברות :** הלחץ יגדל.

**דוברות :** ליבת הרעיון התפיסתי של העסקה אחרת של רופאים במערכת הציבורית כדי להתמודד עם בעיה שהיא הבריחה שלהם, שהם עושים בפרטי ושנוצרים תורים. אנחנו רוצים להחזיר אותם פנימה, לשלם יותר שיעשו יותר ויקצרו תורים. אחרי זה יש פרטים של אסדרה, המון בעיות שצריך לסדר. אבל בואו ניזהר שלא לבטל רעיון בגלל קשיים.

**דוברות :** תורים וניהול, לכן זה נראה ככה.

**דוברות :** כל המלצה שלנו תבוא עם מנגנון פיקוח ורגולציה ואין כאן ויכוח. ההצעה שלכם תהיה אינטגרטיבית עם הצעות אחרות. אנחנו מציגים קטע אחד שבסוף מתחבר אז בואו נמשיך הלאה. ברור שזה יעלה כסף ונצטרך להתמודד עם השאלה מאיפה בא הכסף הזה. אני מקווה לפתרון ציבורי ולא פרטי. הכסף הזה צריך להיות לדעתי מורכב משני מרכיבים מרכזיים – גלובלי, אתה נותן לו בשביל להיות נוכח ומרכיב נוסף זה תפוקות, שיבטאו את



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

העשייה בבוקר וגם להגדיר את זה באחוזים אחה"צ מהתפוקה בבוקר כדי לתת לו תמריץ לעשות יותר בבוקר. אני מחזק אתכם, מסכים אתכם וחולק על חו"ד שנייה. השארת את האופציה של רפואה פרטית בתוך ביי"ח ציבורי זה חבל"ז. זו עצימת עיניים וזה לא הולך. לך תתמודד עם הסיפור הזה. עובד פול טיימר הוא ציבורי ונותן את כל המגוון שבתוך מערכת האשפוז וזה כולל הכל, וחוו"ד זה חלק מזכאויות הסל. אני רוצה אותו שם במה שנקרא מרפאות החוץ של ביה"ח, שיהיה שם. אם נאפשר את זה חנימית פתרת את הבעיה ואין לך שר"פ ואין בעיה. השארת את זה השארת שר"פ.

דוברות: הוא אומר בחוץ, בפרטית.

דוברות: אז הוא יברח לי.

יעל: למה שרפ? שרפ זה תמורה לכסף.

דוברות: מה הבעיה לשלם יותר ואז יהיו יותר הכנסות לביה"ח והקופה תצטרך לשלם, זה לא משחק סכום אפס. מישהו צריך לשלם וזה בסוף יגיע לקופות.

דוברות: זה קיצור תורים, משמרת שנייה.

דוברות: זה יעלה כסף.

יעל: זה מימון ויכול להיות שאפשר להוזיל אותו.

דוברות: אני מסכים אתך, לא צריך לשכנע אותי.

דוברות: מטופל זכאי לקבל מיוזמתו חו"ד נוספת, ציטוט. אין שום דרך שבי"ח יכול לממן או לספק לך חו"ד שנייה. אם אתה רוצה זכותך, אבל מכספך הפרטי ומחוץ לבי"ח. אם אתה לא משתכנע מחו"ד של רופא בבי"ח, זכותך לקבל נוספת מיוזמתך ולא ביוזמת בי"ח.

דוברות: אני מצטרפת למה שעדי אמר.

יעל: אין לי ספק שאנחנו נלך והרבה פיוזים יתפוצצו אבל אם אנחנו רוצים לעשות שינוי נצטרך להגיע להסכמות חופפות. לשם כך הפרטנר הראשי מהר"י איננו.

דוברות: זה שהיא תסכים לא אומר שכולם יסכימו.

יעל: אני רוצה שאנחנו נתמקד ושיהיה ברור שזה לא פול טיימר כערך בפני עצמו. אנחנו מדברים על התורים הארוכים במערכת ושנית זה נדידה לפרטית וחיוזק הרופאים בציבורית. אני מסכימה עם האוצר על פעולת מלקחיים של חיוזק הציבורית תוך כדי ריסון הפרטית. צריך לזכור שעם זאת ישנם כרגע הסכמי שכר ואנחנו לא פיראטים. צריך להתחשב במערכת המוסדרת והחוקית שקיימת היום ולראות עד כמה ניתן לפרוץ אותה או לפעול בתחומה. מטרתנו היא לא פול טיימר אלא קיצור תורים. מבחינתי צריך לעשות כמה שיותר הפרדה בין הציבורית לפרטית. אדם בציבורית צריך לקבל שכר ראוי בתמורה לתפוקות מאוד מוגדרות בבוקר ואח"צ כי זו המטרה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

והוא צריך לדעת שהוא נשאר בציבורית. בעיניי זו גם המערכת של הקהילה. אין לי בעיה שיעבוד אחה"צ או בערב במרפאות הקהילה. אני חושבת שצריך לשבת ולחשוב היטב. לאסור בכלל ניתוחים בבת"ח פרטיים. יש לי עוד חשש – פול טיימרים כמה? 5,8,20 אחוז? אני חוששת שהפרטית תדע יפה מאוד לקחת את המוצלחים ולהעביר אותם ואז לא עשינו שום דבר. לכן בואו ניקח עוד רמה של עומק מה אנחנו דורשים מכלל המערכת בציבורית ולא להתרכז רק בפול טיימרים, בדרישות לכל הרופאים במערכת. לכן סגרנו את הדלת ויפתח חלון או חלונות ולא עשינו שום דבר.

דוברות: אני מסכים עם כל מה שאמרת. פול טיימרים זה אמצעי או כלי לטפל במצוקה הקשה בהחלט. בקהילה אולי זה פחות נחוץ לנו. שיעור קבוע של פול טיימרים, במחלקות מסוימות זה יהיה פחות משיעור שלהם במחלקות אחרות. זה לא מטרה בפני עצמה אלא כלי לטפל במטרה שלנו, לטפל בחולה במערכת הציבורית, קרי תורים ארוכים בעיקר בפעולות ובשורת היועץ.

דוברות: אני חושבת שהערת ביחס לאופציה הראשונה שהמודל שלהם שהם התייחסו לרופאים מומחים בבת"ח, אם בכלל יכולים להיות מועסקים בפרטית או לא.

יעל: גם במודל הראשון ובשני מתעלמים מכך, ואני חוששת שהנדידה הזאת תרד דרגה ותלך 30 אחוז האלה. פתרתי בעיה והיא תתפרץ מחדש תוך זמן קצר. אני חושבת שגם באופציה הראשונה והשנייה לא נתתם את דעתכם לכל השאר.

דוברות: הגבלנו בכמויות.

יעל: אין אצלי כמויות. אני רוצה לראות פתרון לכל מי שיעבוד בבי"ח ציבורי, כל הרופאים ולא משנה מה תפקידם או מעמדם. גם אם רק סיימו ללמוד. אני רוצה שיהיו להם מגבלות לכולם בזכות זה שהם עובדים במערכת הציבורית. כאשר העסקה במערכת של הקהילה היא ממש בסדר גמור ויכול להיות שחוו"ד שנייה בכפוף לחוק כמו שעדי אמר זה גם בסדר, אבל שלא יוכלו לנדוד לפרטית.

דוברות: בכלל לא יוכלו אלא במגבלה: נגענו בשאר המומחים. לא ברור לי מה חסר.

יעל: להערכתי על כל מי שעובד בציבורית צריכה להיות מגבלה בוריאציה כלשהי, פשוט מתוך החשש ש20 אחוז לא יעברו לפרטית, עדיין נישאר עם 30 אחוז שכן יעברו. אני מבקשת וועדה מצומצמת מופנר, עזיז, גבי, ניר ועדי כדי לעבד את הרעיון במודל ההעסקה. לשבת ולעבד ולראות כאשר המטרה היא קיצור תורים, הגבלת הפרטית כדי לחזק את הציבורית שזה לא מטרה בפני עצמה. אני מדברת על 10 ימים כי אין לנו זמן.

דוברות: עובד איתי בחור שמומחה לדיני עבודה, אני חושבת שהיה רצוי שיהיה שותף.

יעל: מעולה, צריך 2-3 פגישות.

ניר: החלק הבא עוסק בבחירת רופא בבי"ח. יש לנו את הציר של עדי – אין לך בחירה בכלל ושאתה יכול לבחור מי מנתח אותך – במצגת. היום נציג את ההצעה שלנו לגבי איפה נושא הבחירה צריך להתקדם מה צריך וראוי שיהיה. אנחנו רואים שזה אחד הדברים שדוחפים אנשים לפרטי, חוסר הידיעה מי ינתח אותנו. יש לנו אמירה לגבי בחירת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מנתח אבל זה בחירת רופא שנוכח בניתוח – העיקר המרכזי שלנו זה נוכחות ללא תשלום מטעם החולה או מי מטעמו.

יעל: מודל רמב"ם.

דוברות: זו אמירה מימונית. תיאורטית אפשר לעשות את כל זה במימון אחר.

ניר: יקבעו רשימה של ניתוחים בהם חייב להיות רופא מומחה במהלך הניתוח. יש ניתוחים שלא חייב להיות מומחה וזה חייב להשאיר לצדדים רפואיים שיקבעו את זה. לכל ניתוח שנמצא ברשימה ביה"ח צריך לקבוע רשימה של לפחות 2 מומחים שמתאימים לפרוצדורה והמבוטח יכול לבחור מבניהם. אין מחויבות שהוא יחתוך אלא שהוא יהיה המומחה בחדר. אנחנו מודעים לזה שלפעמים יש רק מומחה אחד שיכול להתאים לזה בבי"ח שיכול לבצע, ואז אין למה לתת אפשרות בחירה. כשאותו אדם מתקשר למוקד זימון תורים מציעים לו את התור המוקדם ביותר לניתוח. אם האזרועה כן לבחור בבכיר בחדר זה לפי זמני המתנה הקבועים בנושא הזה לכל מנתח ומנתח. זה בעיקר סביב הכשרת מתמחים כדי לאפשר להם לנתח ולהתפתח. החשש של מי ינתח אותך יביא לזה שלא יבצעו ניתוחים כלל ע"י מתמחים. לא ראינו הבדלים בתוצאות בריאות בין אם המנתח הבכיר מנתח או נוכח בחדר, אין הבדל. זה לגבי אלמנט של הניתוחים עצמם. אציג את הבחירה במהלך אשפוז. מי שכבר מאושפז בבי"ח לא יכול לבחור איזה רופא יטפל בך, זה לא זכות שאנחנו מקנים לך, אבל לגבי שירותים אמבולטוריים לא במהלך אשפוז כן תתקיים בחירה. אומרים לך אתה רוצה דר' X או Y זה התור שקיים מבלי לשלם כסף. אנחנו רוצים לעשות את המהלך הזה גם במרפאות חוץ ואולי יהיו הבדלים בזמני המתנה. אם אסתפק ברופא מומחה שיוכל לטפל בי זה יהיה ללא תשלום נוסף. יש נגישות למומחים פול טיימרים בתוך המערכת. אתה יכול לבחור בבי"ח את הרופא שייתן לך את הייעוץ והמחיר שלך הוא לא כספי אלא בזמני המתנה, אבל אז המבוטח יכול לבחור אם הוא רוצה או לא.

דוברות: אם הוא רוצה חו"ד נוספת כי זו הראשונה שקיבל, האם הוא זכאי לחו"ד עוד פעם במרפאת חוץ? זה עניין של מימון.

דוברות: לפי נחיצות רפואית.

ניר: מבחינה זאת אנחנו חושבים שאנחנו עושים צעד משמעותי לעומת היום שכן מאפשרים בחירה. איגודים אומרים שאני מבטיח לך שיהיה מומחה בחדר ואומרים לך מי זה יהיה. זה מקטין משמעותית את הצורך לפנות לפרטי מהחשש שמי ינתח אותי ואולי זה מתמחה צעיר. לא ראינו לזה השפעות שליליות של יעילות בהכשרת מתמחים. עיקרון מאוד משמעותי הוא לנסות לנתק את הקשר בין מצב כספי ליכולת קבלת שירותים. שזה לא היה פריבילגיה למי שיש לו כסף לעשות את זה.

דוברות: מיותר לציין שברמה התפיסתית אני תומך נלהב ברעיון הזה שנותן קטע מסוים שמימוש הבחירה והעצמת המטופל ושמירה על האופי הציבורי כי זה לא מותנה בכסף וזה פול טיימר. תסתכלו על הרעיון של בחירה חנם ופול טיימר בציבורית וזה בדיוק שתי המטרות שהצגת יעל. זה שמירה על כ"א כדי שיקצר תורים. הדיון על בחירה אינסופית כבר דנו. אני מאמץ בשתי ידיים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני לא מבין איך זה מקצר תורים. פול טיימר זה הרבה כסף וזה תוספת של אנשים לאחר צהריים.

יעל: 10 אחוזים זה 3200 רופאים מתוך 32 אלף רופאים.

דוברות: אם יש היצע משמעותי שגדל זה הרבה כסף. אם זה לא עולה הרבה אז אין היצע. שם אמרנו שזה מצריך הגדלה משמעותית של עלויות למערכת ויכול להוריד קצת את התורים. בחירה מעלה את התורים כי התורים מתחילים להיות לא אחידים. אתה בוחר והתורים מתאחדים אז זה לא מקצר את התורים. פול טיימר מקצר את התורים. אתה מכניס פול טיימר, כמה שתכניס אותם כך תקצר את התורים. זה יחסית לאותה נקודה מאריך את התורים של הארוכים.

דוברות: של מי שרוצה לחכות לרופא הספציפי.

דוברות: זה בהגדרה למי שרוצה את הבחירה.

ניר: התור הראשון הפנוי ביותר נשאר אותו דבר.

דוברות: אפילו יתקצר. צריך להבין שהדבר הזה מעלה את התורים ולא מוריד.

דוברות: אם יתארך התור של מי שבחר לשלם בהמתנה אז בסדר, זה וולנטרי. נתת לו קיצור תור וזה טרייד אוף.

דוברות: אלה שירצו את הטובים ביותר יצטרכו להמתין. כל העניין של קיצור תורים אפשר לתקוף אותו מעוד כמה זוויות ולא רק פול טיימרים ובחירה שמוצגת פה. אתה עושה פעולות מאוד ממוקדות במקומות שיש לך תורים ארוכים.

דוברות: אנשים רוצים מישחו ספציפי, אתה יכול עשות שכפול..

יעל: במודל הזה אין לך אדם ספציפי, מתוך רשימה. זה לא הבחירה שקיימת היום אלא בחירה אחרת.

דוברות: זה רק עושה את זה פחות אטרקטיבי.

יעל: זה לא הבחירה האטרקטיבית שקיימת היום.

דוברות: אתה נותן לי זכות בחירה והתור מאוד ארוך, האם אתה מאפשר לי בחירה בבי"ח אחר בהסדר. האם אתה הולך לפי התור, או לפי זה שאני רוצה. אף פעם לא תוכל לפרוץ את הג"ג.

ניר: בכל מקרה יהיה מומחה בחדר, רק לא תבחר אותו. בתוך זמן קצר יותר.

דוברות: זה לא המהלך היחיד שבו אנחנו מתמודדים עם תורים ארוכים. אם יש בעיה מאוד ספציפית בשקדים נניח, אפשר לחשוב על התמודדויות ממוקדות עם קיצור תור כדי שבכלל התור הממוצע יתקצר.

יעל: יש לנו תמריץ שאומר: או שתחכו או שלא יעשה שם ויצטרכו לשלם הרבה יותר.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות :** נכון להיום בכל ניתוח משמעותי, אף מומחה לא משאיר מתמחה לבד. זה גם כתוב בשקף. המו"מ יגרום לצמצום של זה, וזה ייתן גושפנקה לצמצם את הנוכחות בחדר איפה שלא צריך.

**דוברות :** גם כשהוא נכנס לניתוח ראש הוא בטוח שזה מתמחה שעושה את זה. אתה מבטיח משהו שלרוב אתה ממילא נותן, עכשיו אתה מתחייב לו.

**יעל :** אתה נותן לגיטימציה לכך שמומחה לא יהיה בחדר במקרים מסוימים?

**דוברות :** לא בכל מקרה צריך להיות מומחה וזה בסדר.

**דוברות :** אנחנו לא משנים סדרי עולם, כל מה שאנחנו נותנים זה תחושת בחירה. אנחנו לא רוצים לבזבז שרופאים מומחים יעשו פרוצדורות פשוטות. אנחנו מחליפים תשלום בכסף בתשלום בזמן. החשש שאנשים ישלמו את זה בזמן בלי להבין את המשמעות הקלינית. הם יחכו לרופא בעל שם מבלי שיבינו איך זה משפיע עליהם קלינית. פה יכנס קייס מנגר, וזו תנועת המלקחיים שאת מדברת עליה.

**יעל :** ברגע שאנחנו אומרים שנקבע רשימה של ניתוחים עם מומחה חובה בחדר, אנחנו נותנים לגיטימציה שבכל שאר הפעולות לא יהיה מומחה.

**דוברות :** יש אמת בזה. אבל מה זה ניתוח ומה זה פעולה פולשנית? ניקור מיימת זה פעולה פולשנית שלא מחייבת מומחה בכיר בחדר.

**דוברות :** באמת? אותי זה מפחיד.

**יעל :** רק מתמחה יכול לעשות את זה.

**דוברות :** אבל פעולה פולשנית מכון צנתור לב זה משהו אחר. ניתוח זה כריתת תוספתן, ניתוח מורסה בגב, ויש השתלת כבד.

**דוברות :** איך זה עובד היום?

**דוברות :** אין הגדרה ברורה.

**דוברות :** אין סטנדרטיזציה.

**דוברות :** מי מחליט היום?

**דוברות :** הכוון לפי מצב רפואי.

**דוברות :** אז אתה תלך לפי DRG לפי הצורך הרפואי. אם זה משהו פשוט לא תבזבז זמן מומחה.

**יעל :** גם בצנתור?

**דוברות :** גם בצנתור, אבל בכיר יהיה עם מתמחה כי זה מסובך.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל : תוספתן? שקדים?

דוברות : שקדים גם רופא בכיר צריך להיות.

יעל : הניסוח הזה מאוד מפחיד. זה נותן לגיטימציה להרבה מאוד פעולות שלא יהיה מומחה.

דוברות : אין הדין זהה על איבר של בריא בן 30 לאיבר של זקן.

דוברות : צריכים להיות קריטריונים.

דוברות : המטרה של יעל זה להשאיר את המטופל בציבורית. צריך להבין אם ניתן היום לציבור שרק את הפעולות האלה יהיה מומחה ובאחרות לא, צריך לבדוק אם יש להן אלטרנטיבה בפרטי. אם אין...

דוברות : אז תהיה!

יעל : השאלה היותר מהותית. האם על מזבח של הבחירה אנחנו לא פוגעים ומסכנים חולים שיעשו פרוצדורות אצל מתמחה ומומחים מוגבלים. יהיו פרוצדורות שבהן יש בחירה ויש בהן מומחים ומחר לא יהיה מומחה וזה יסכן את החולה וזה מה שמטריד אותי.

דוברות : יהיו פה 2 טעויות – אם אתה תגדיר שנמצא מומחה והיום אין מומחה כי אין צורך, בייח מתוך פחד ישים מומחה. אם משרד הבריאות אישר לא לשים מומחה אז אני אפעל לפי זה.

יעל : אם היום אין רשימה כזאת, אסור שתהיה גם מחר. זה צריכה להיות החלטה מקצועית רפואית פר אקסלנס.

דוברות : פעולות שחייבות להתבצע בבייח ואחרות שיכולות להתבצע בחוץ, זו גם רשימה.

דוברות : יש רשימה כזאת. הציגו לנו.

דוברות : זה שאלה אמיתית ולא של ניסוח.

יעל : תתייעצו עם ארנון ולא.

דוברות : למה צריך את הבחירה? רוצים לחזק את הציבורית. אין ספק שמבחינת יעילות בחירה פוגעת בזה. אם היום מנהל אומר זה ניתוח מסובך ואני רוצה אותך שמה, עכשיו קשה לי יותר לנהל. בחירה בציבורי תגדיל את הפעולות בפרטית ואני אסביר. מבחינת הביקוש, זה תלוי אם תהיה אפשרות לרופאים לעבוד בפרטית ובציבורית יחד.

דוברות : סגרנו את זה כבר.

דוברות : אם לא תהיה אפשרות אז מה שאמרתי בטל. אם תהיה אפשרות אומרים לך אתה יכול לבחור והוא יבחר ויקבל תור עוד 5 חודשים, ואז הוא ישלם לו בפרטית מה שקודם לא היה. היום יש לו פול טיימר שלא בחרו בו. הוא יצטרך לעבור לפרטית כדי לגייס לקוחות ולא ידע שהלקוחות מגיעים בגללו. מחר הוא יראה שיש תור וידע שבאים בגללו. כנראה שלא תצליח לשמור אותו הרבה זמן בציבורית. זה קורה בכל המערכת הציבורית. הוא מבין



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

שהוא טוב, הוא יוצא לפרטית קונה לו לקוחות, ואז חוזר לפרטית. אני חושב שצריך להבטיח רופא מומחה בחדר בלי בחירה במקרים מסוימים, גם אם זה קורה היום צריך לחזק את האמון. הצבור מפחד כי אומרים לו אתה חייב לבחור. לא הייתי שם את השקל השולי בבחירה דווקא.

דוברות: בכל פי תרון או תפיסה שנמצא יש יתרונות וחסרונות ותמיד נמצא את הסיכונים שיש בכזה או אחר. חלק הוא שנעשה שיקולים של איפה הסיכונים הם ומה נראה יותר. אין מושלם.

יעל: הוא העלה שאלה האם שווה בגין עיקרון הבחירה לשלם את המחיר הזה.

דוברות: סיפור הבחירה הוא לא בראש מעייני. כן אנחנו רוצים לחזק את המשיכה של הציבור לציבורית וזה חלק שאפשר כן בשוליים לתת לאנשים קצת בחירה וזהו. גם המודל שלהם לא רצה להשתולל עם הנושא, הוא נתן לו גבולות.

דוברות: יש היום מצב נתון וכאשר אתה מקבל המלצה למשהו אתה צריך לשאול את עצמך האם אתה משפר את המצב הנתון, ולעשות מאזן שהיתרונות עולים על החסרונות. בעבור כל הצעה שתציעו אני יכול לשכנע אתכם שהיא לא טובה אבל שום דבר לא אידיאלי. אנחנו כל הזמן צריכים לחשוב על המטרה. אם המטרה היתה להעצים את המטופל, לקצר תורים, להסיט בחזרה את ההסטה מהפרטי וכל אלה, הבחירה היא כלי להשגת המטרות האלה. אתה שואל אותי האם לשלם שקל רק בעבור בחירה או תרופה חדשה אבחר בתרופה, אבל אני לא שם את הכסף בבחירה אלא בקיצור תורים אבל הבחירה היא עסקה שנוספת לזה. השקל השולי הולך היום לבחירה ואני רוצה לקצר תורים. בשקל השולי שאני מוסיף אני קונה הרבה יותר מאשר השקל בביטוחים המסחריים מכל הבחינות. ככה תסתכל על זה.

דוברות: תזכרו בסוף מה ששלומי הראה, שהמון ניתוחים בפרטית זה לא בגלל בחירה אלא בגלל קיצור תור. תחשבו על צנתורים. המבוטח מעניין אותו כמה הקופה משלמת? הוא מקבל תור קצר והוא הולך. אני חושב שבעניין הבחירה שינוי יזיק יותר.

דוברות: מאוד חשוב איך יתייחסו למי שמתקשר להזמין תור. אם יגידו מי אתה רוצה זה ידחוף את הבחירה למנותח. אבל אם אומרים בטוח יהיה מומחה בחדר ולתת רשימה לבחור מתוכה. אבל אם מישהו ירצה ספציפית מישהו אז ישלם בהמתנה ארוכה יותר, אבל כשאנשים יהיו רגועים יותר, זה ניתוח מורכב ויהיה מומחה בחדר אחד משני אלה, אז פחות ירצו לבחור.

דוברות: לא הסתדר לי שהתור הממוצע לא ישתנה. אם זה מצליח למשוך אנשים מהפרטי, אתם זוכרים שהיום אנחנו מעבירים כמות גדולה של אנשים לפרטי משתי סיבות – אתה מחזיר חלק מהרופאים חזרה לתוך זה, מעלה את ההיצע שלהם וכל מי שהלך החוצה בגלל התור חוזר. כל מי שרצה לצאת כדי לבחור רופא ולא בגלל התור, חלק מהם יחזרו אם תיתן את זה בציבורי, ואז התור הממוצע יגדל.

דוברות: לא בהכרח כי תגדיל גורמי יצור.

דוברות: כבר הגדלנו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני מבין לגמרי.

יעל: אתה יוצא מתוך הנחות שלא כולן יתקיימו, למשל שכולם יחזרו. תור לא מתארך כי נתת עוד סלוטים. אבל הם עדיין לא מלאים.

דוברות: חזרו אנשים ומילאנו את הסלוטים.

יעל: אני נותנת לך הנחה שלא מילאת.

דוברות: אז בשביל מה פול טיימרים? בכלכלה עושים החלטות בשולי ולא בממוצע.

דוברות: אבל שינית את המודל זאת הנקודה.

דוברות: נתתי גורמי יצור לא מנוצלים למה נתתי אותם?

יעל: מילאתי את זה והורדתי את התורים לאפס. זה מה שאני רוצה להניח. בבחירה תוסיף שבועיים.

דוברות: תבינו סטטיסטיקה מאוד פשוטה.

יעל: אבל זה לא נכון.

דוברות: נניח שהבאת כל התורים לאפס. אם נתת בחירה הגדלת תור ממוצע. ברגע שיש תור וגורמי יצור שלך מלאים? אלה שהוספת מילאת אותם? הם עובדים?

יעל: כן, אבל על יעילות מאוד גבוהה.

דוברות: מילאת אופטימום אבל אין לך בחירה.

יעל: אני אומרת שאם במצב מסוים אתה מניח הנחות מסוימות. אם התורים יהיו מאוד נמוכים ואם הוספת בחירה לא יהיו תורים ארוכים.

דוברות: כן יהיו, זה הדבר הכי לא יעיל לעשות כשאין לך תורים.

דוברות: זה ימשוך אליה עוד אנשים ויקזז חלק מהיכולת לתת תורים. גם אם יצליחו לבטל זיהומים ואחוזי תמותה ירדו, יותר אנשים ירצו לבוא למערכת ויהיו תורים בגלל האטרקטיביות הגדולה יותר. אנשים ירצו להיות שם ואת התורים האלה.

דוברות: התור הממוצע לא יגדל.

יעל: השאלה היא האם בחירת מנתח בציבורית היא משהו ששווה לשלם עבורו את התוצאות שדיברנו עליהם לרבות כסף, העלאת תורים, הוויכוח שלנו, האם שווה ללכת לבחירת רופא?

דוברות: ללא תשלום של המבוטח? עלול להיות מצב שמישהו יצטרך לשלם לרופא.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: פול טיימר.

דוברות: אם אתה אומר בתוך המסגרת שיש זכות למבוטח לבחור את המנתח, אתה מעלה את המחיר של המנתח. משהוא יצטרך לשלם את המחיר הזה. הוא לא עובד בשביל לקצר תורים לפעילות אליה נבחרתי. בחרו אותי וזה יעלה את המחיר שלו ומישהו יצטרך לשלם את המחיר הזה. המושג פול טיימר מישהו צריך לשלם את המחיר שלו. זה מחיר מנופח שילך ויגדל ואם לא תקבע לו תקרות יהיו פחות אנשים שיהיו מוכנים להיות פול טיימרים והבחירות יהיו במקום אחר. עצם הבחירה תהיה מושג בד.נ.א של המבוטח, וזה אומר שבישראל עושים ניתוח ע"י בחירה, בוחרים כולם. אני כבר התרגלתי, כולם בוחרים, אז אבחר במקום אחר.

דוברות: כולם יכולים לבחור, אבל לא כולם בוחרים.

דוברות: באיכילוב זה מיוחד גם מעצם העובדה שתזכור שצנתורים 50 אחוז מהם ואולי יותר אין קבלות דחופות לבי"ח. הם מתקבלים עם כאבי חזה, נמצאים יום-יומיים במחלקה הפנימית, וחלק מהם יבצעו את הניתוחים בססיות וזה יהיה באלמנט הבחירה. זה לא מסיים את האשפוז ועכשיו בוחר באשפוז ואז אלמנט הבחירה יותר מצומצם. גם המגוון, כמה מצנתרים יש באיכילוב? 4-5. מה הבדלי האיכות ביניהם? זה גם המספר שיש בבתי"ח אחרים. הבדלי האיכות לא ענקיים. 3-4 העיקריים הם כבר המטופל כבר לא כ"כ חשוב לו. צריך להיזהר ולהשליך את זה על כל המערכת.

דוברות: יכול גם לעקוף אותנו ישר למיון.

דוברות: אנסטיבל אנגינה. חלק מצנתור אבחוני הופך לטיפול. הבחירה היא מוקש.

יעל: היא שווה את המחיר?

דוברות: אני חושב שלא. הבחירה 10 שנים קדימה תתעצם. רוב הפעילות הכירורגית היום מתבצעת ללא בחירה. הצבור מקבל את הפעולות, וחלק מהפעילות נמצא גם בפרטי. אני חושש שזה יהיה בעוצמה ענקית ואני לא חושב שזה מאוויי הנפש של האזרח הישראלי היום.

יעל: מה עם זה שזה יחזק את האמון שלו במערכת הציבורית ואת המערכת עצמה?

דוברות: יחזק במידה ואת נותנת לבחור מהמנתחים במחלקה. אם יוותרו ברפרטואר הבחירה שליש מהמנתחים, המנותח יחשוב שקיבל את הבררה וזה עוד סיבה ללכת החוצה. באותה אמירה של אורי הוא לא יכול להגיד את זה ולא להגיד איך אני פותר את בעיית התורים.

יעל: אתה מתפרץ לדלת פתוחה.

דוברות: תפתרו את בעיית התורים. בסוף צריך להגיד נפעל ל-, נעשה את המאמצים בשיתוף פעולה. אני מכיר את זה בעל פה. הגענו לצומת בלתי אפשרי כי הוועדה לא תוכל לצאת ולהגיד אוקיי נישאר עם התורים כי אין, זה... מתוך הבנה של מה שקובי גלזר אומר שאנשים סקפטיים שאם יינתן כסף ושהוא לא יילקח לפעולה אחרת.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

יעל: במשפט השני יש אמירה של נוכחות מומחה חובה בפעולות פולשניות. שאלנו והתברר שיש פעולות שבהן אין חובה שיהיה רופא מומחה.

רוני: ברוב הניתוחים לרוב מומחה נמצא בהם. בכלל. יש ניתוחים שממש אין צורך ברופא מומחה. למשל ניתוח קיסרי. אומר לכם כגניקולוג, מומחה שסיים שלב א עושה את זה יותר טוב מרופא מומחה. הוא מהיר יותר, עושה את זה בתדירות יותר גבוהה ומיומנותו גבוהה בעמידה בלחצים בחילוץ התינוק. אז יש גם פעולות קיבוע שבר וכריתת כיס מרה, שמעבר למיומנות מסוימת, לאחר שלב א בדרך כלל, הרופא המתמחה מקבל הרשאה להוביל ניתוח מהמנהל שלו. הדבר הזה היום מוסדר באופן שכל מנהל מחלקה מחויב להגדיר איזה ניתוחים המתמחה יכול לבצע לבד.

דוברות: הסיווג הזה לניתוחים שאפשר ואי אפשר כבר קיים. המטרה הייתה להרגיע את המנותח.

רוני: אין שום בעיה גם להוציא חוזר מנכל שקובע סטנדרט ואומר שהניתוחים האלה והאלה..

יעל: ישענו על האקרדיטציה.

דוברות: יש כאלה שקיבלו רישיון לעשות את זה ומי שיהיה בחדר זה אחד משלושתם. זה רק עניין של שקיפות.

דוברות: אתה יכול לחיות עם המשפט השני או להשמיט?

דוברות: נשנה אותו.

דוברות: על המאגר הקיים.

דוברות: על בסיס אקדריטציה.

רוני: לצורך אמון הצבור האמירה הכללית שמתמחים מנתחים זו אמירה שיכולה לחזק את האמון. רק שתהיה גמישות מסוימת כי אני אומר את דעתי ויכול להיות שיהיו אחרים שיחלקו עלי.

יעל: זה נשען על אקדריטציה ולא מה שאומרים.

דוברות: אמרנו שאין פתרון מושלם ולכל דבר יש יתרונות וחסרונות. ברור שלבחירה יש חסרונות. היום ישנם המון בעיות כתוצאה מהסדרי הבחירה. זה גורם להסטה, בריחה, ניצול לא יעיל של תשתיות ואתה רוצה להתמודד עם זה. האם בחירה זה טמטום מדרגה ראשונה בוא נבטל אותו בכל המערכת או בוא נסדיר את זה בכל המערכת. מצד שני בואו נסדיר את זה באמצעות המימון הציבורי ולא לעשות כלום זאת לא אופציה.

יעל: יש גם- לא להסדיר בציבורית ולהשאיר את זה רק בפרטי.

דוברות: אז יש כמה אופציות. אין בחירה יותר כי בחירה זה טמטום ואני הולך אתך. אופציה שניה זה לאפשר בחירה במימון הפרטי גם בתה"ש. שלישית זה בעידן שלנו יש מידה מסוימת של סטנדרט בחירתי שרוצה את זה בבסיס, ברשות מקומית וגם בניתוח. מצד שני אני רוצה שזה ישרת למטרות של בריאות האוכלוסייה ולשמור על סולידריות. זה לא אידיאלי אבל נותן לך מענה לבעיות, גם יעילות כי היותר ניתוחים בציבורית, שמירת סגל



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

בציבורית וגם שוויוניות כי זה ימומן מכסף ציבורי. אלה הדילמות. אני לא שם כסף בבחירה אלא בייעול מערכת הבריאות. לכל מהלך יש תוצאות לואי ואני ער לעניין שיכול להיות שזה ייקר לי את הבחירה. התור הממוצע ירד ואני לא מסכים עם יוגין ויכול להוכיח לכם סטטיסטית. אם יש היום אנשים שצריכים טיפול רפואי ולא מצטרפים לתור כי אין להם כסף ומחר אני נותן להם שירות, אם כך שיפרתי את בריאות האוכלוסייה זה שווה לי.

דוברות: אם אתה חושב שאין בחירה אז אין בחירה בכל מקום. אם אני אשב במשרד המשפטים יגידו לי שיודעים להגן על זה. מחר החולה יגיד לבי נקשר אל הרופא ואני לא יכול לתאר לעצמי ניתוח עי משהו אחר מאשר הוא. והוא נמצא בבי"ח אסותא, ויגיד שהרופא מוכן לנתח אותי ואני מוכן לשלם לו. תנו לי. אם זה עובר ואפשר לעמוד בחוק יסוד כבוד האדם שיש לו הרבה מאוד משמעויות של מי יגע בי וכו', ושר המשפטים יגיד זה עביר ואפשר להנחות את בתיה"ח הפרטיים שאפשר להנחות את זה, אולי הייתי הולך אתכם. אני לא חושב שהעמדה שלך ניתנת להגנה בבג"צ.

דוברות: באסותא.

דוברות: בכלל! במשלים ובהדסה וזה...

דוברות: קובי שלח מאמר מארה"ב שבו הוא אמר שכל הביטוחים...

דוברות: בחירה בביטוח המשלים כן ניתנת לביטול וגם היא ניתנת להגנה, כי יש תמיד את האוטלט. אני בהסדרים ביטוחיים יכול קבוע רגולציה שאני רואה אותה. ברגע שבא אדם ואומר זה לא מפריע לאף אחד ואני משלם מכיס.

דוברות: קובי שלח מאמר שבארה"ב יש הסדרים ברורים לספקי שירותים שאתה יכול להנחות מתוכם, וגם כשהן ניתנות בפרטי הן לא יכולות לשאת בעלויות שאי אפשר לעמוד בהן.

דוברות: תמיד יוכל החולה ללכת לניתוח קטרקט לאן שהוא רוצה.

דוברות: אני לא רוצה להיות מדינה טוטליטרית. יש לך כסף תעשה מה שאתה רוצה. השאלה אם אותה מערכת לא מנסה להסדירה בצורה כזאת...

דוברות: בעיקרון, שלומי אמר ששניהם בהסדר ואז אתה לא יכול לבחור את כולם. אם אתה רוצה משהו אחר תשלם מהכיס. אתה לא יכול לבחור את מי שאתה רוצה ולקבל החזרים.

יעל: אנחנו ממשיכים.

דוברות: יצרת מתווה של התקדמות לפתרון. מה את מציעה בנושא הבחירה?

יעל: דיון נוסף פה במליאה עם כל הנוכחים. האוצר היה פה והביע את דעתו. קובי ולאה חסרים לי כאן. מאוד חשוב שיהיו בנושא הזה. זה היה פתיח לדיון.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לצד כל הבעיות האקוטיות במערכת איכות השירות וחוויית המטופל היא קריטית בפגיעה באמון בציבורית. משרד הבריאות עושה פעולות שצריך לעודד אותן ולתקצב אותן משמעותית יותר מהיום ברמה הלאומית והמוסדית והמסר שיעבור למוסדות השונים. היום יש בבת"ח מסוימים ממונה על חוויית המטופל.

דוברות: כל בתי"ח הממשלתיים קיבלו תקציב לתקן של ממונה שירות ואני ממך את זה. כולם מתחילים עכשיו לגייס את האנשים.

דוברות: נפגשנו גם עם איילת מהמשרד שהציגה מה שהיא עושה וזה עבודה מצוינת. מקריא מהמצגת. אנחנו ממליצים להמשיך לפתח מנגנונים מובנים להבטחת איכות. למסד את זה ולהפוך את זה לדרך שבשגרה. ממשיך במצגת.

דוברות: זה קורה היום ?

דוברות: חלק.

דוברות: זה חלק מהיעדים ל-2014.

יעל: צריך לציין כי אם לא מציינים שזה קיים אז התחושה היא שזה לא. אני מבקשת במספר משפטים על מה שנעשה.

דוברות: כתבנו להמשיך לפתח. ממשיך במצגת. הפניית המשאבים תשיא תועלות שהרבה יותר גבוהות מאשר בערוצים אחרים עם אותו כסף.

דוברות: איך אפשר לא להסכים..

דוברות: תקינת רופאים ואולי גם של עובדים אחרים היא לפי מפתח מיושן משנות ה-70. היו עדכונים במרוצת הזמן, חלקם באפן רשמי וחלקם לא. תת הוועדה רואה חשיבות רבה לעדכן את נושא התקינה. כמובן מאוד חשוב שנדע שהתקינה הולכת בחלקה לפי מס' מיטות במחלקות, תפוקות ומס' חולים במחלקות אחרות, מס' פניות. במחלקות מסוימות לפי מס' מיטות אשפוז. במרוצת השנים אופי העבודה השתנה. מחלקת עיניים לפני 40 שנה, הפעולה היו מתבצעת באשפוז יום והם לא מתאשפזים. הם אווזים במיטות האשפוז שלהם כי זה מה שמשפיע על התקינה שלהם. צריכה לקום וועדה שתדון בזה כולל הר"י וסיעוד שידונו בסוגיה והיא בלתי תלוי בל"ז שלנו.

יעל: האם יש פה ערעור או הרהור על זה?

דוברות: כשאנחנו שמים את המושג תקינה זה שם את ארגוני העובדים כשאני רוצה, מגיע לי ותיתן לי. אנחנו טיפה מקטינים את האחריות, הסמכות והגמישות הניהולית של מנהל ביה"ח, וגם את האחריות והסמכות הרגולטורית של המשרד. אם אתה בא כביקורת ורואה שמפתח התקינה תקין אבל יש שונות תפעולית של אותו מקום, מה תעשה? יגידו לך אני עומד בתקינה. אבל אם יש מקום שלא צריך את הרופאים האלה, יגידו לך אחרת. אני לא מאמין כרגע בוועדה שתשב מול ארגוני העובדים ותעשה עבודה.. צריך ממונה על השכר שם, פתיחת



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הסכמים, ואלה דברים מורכבים. הרופאים התנתקו מהתקינה בזמן האחרון. קיבלו 1000 רופאים ומה זה אומר? אילנה כהן די שומרת אצלה על מפתחות התקינה, אבל בגריאטריה אני מדבר ללמפה....

יעל: אתה מחזק את זה שכן צריך לשנות.

דוברות: צריכה להיות כאן עבודה מקצועית ולא מיד ללכת לארגוני העובדים. עבודה שמארת בעיות של שירות לא תקין בלי תקינה לא רלוונטית.

דוברות: מפתח גמיש.

דוברות: אם אעשה את זה, מיד ילכו לבית הדין לעבודה וכיוצא בזה.

יעל: אז למה לא לעבוד במשותף? אם נעשה הצרחות בין מחלקות אולי נפתור בעיות.

דוברות: זה בסדר, אני רק מנסה לומר לדעתי מה הדבר הטוב ביותר שצריך להיות. הייתי עושה דיון כדי לדעת האם יש לי אפשרות כרגולטור להגיד תוסיף רופאים אחרת הרישיון לא תקף כי אתה נותן שירות רפואי לא טוב.

יעל: בהופכי יש עוד כמה מקצועות שהתקינה היא אובר, אז למה לא לשבת עם הארגונים?

דוברות: קובי אמסלם יגיד שהוא מסרב, יש הסכם עד 2019 ואני לא פותח.

יעל: ואם זה סכום אפס שבמקומות מסוימים יש עודף ובאחר חוסר? בואו נתחיל משם.

דוברות: הגמישות שנותנים למפתח תקינה הוא המסר המרכזי.

דוברות: מה שהיה בעידן מפתח גולדברג החולים היו יותר צעירים בריאים ויפים. עכשיו הם יותר מורכבים יותר מבוגרים.

דוברות: הסמכות צריכה להיות אצל מנהל ביה"ח להזיז מפה לפה כל עוד התקינה מלאה. אצל האחיות לדוגמא אין לו סיכוי לעשות את זה.

דוברות: גם הר"י לא ייתן. אפשר לדון בזה בשיתוף של כולם. בזמן השביתה השתיקו אותי 20 פעם, לא רצו שנוכיר את המפתח הזה.

יעל: לא רצו לפתוח הסכמים.

דוברות: אגב, זה גורר את נושא התאגידים.

דוברות: היה סיכום בחדר הזה שנושא מיטות וכ"א הוועדה לא תעסוק ונבקש מרונני שימצא את הדרך לטפל בו ולא לחזור אליו מחר בבוקר. אני חושב שזה מה שצריך לעשות.

דוברות: חכם ביותר.

יעל: מקובל.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ערן: אבל לא הורדנו את זה מסדר היום של הוועדה, ניר הציג את זה במליאה. אמרנו נעביר את זה למשרד כדי לשמוע מה הם חושבים.

דוברות: גם אם לא הייתה אז החלטנו כעת.

דוברות: נוריד את זה.

דוברות: במודל התמקדנו רובו ככולו באספקה. אבל אי אפשר לא להתייחס בשקופית אחת למימון ולכן ברמת הכותרת – במצגת. מדבר על מה שגבי הציג אתמול. אנחנו חושבים שזו צריכה להיות הסל של מקורות המימון לתכנית האספקה שהצענו שהיא אינטגרטיבית. היה עוד נושא שלא הכנסנו אותו כחלק מתוך המודל שלנו בצורה מלאה וזה אפשרויות קידום במערכת, של מנהלי בתי"ח ומחלקות. אולי נתייחס לזה בדוח הכתוב.

דוברות: רונית קן מתייחסת לזה.

יעל: כבר קיבלנו החלטה שאנחנו מעבירים את זה לנציבות וחבל שנטפל פעמיים.

דוברות: המודל הוא פאזל.

יעל: עומד למרות החלקים החסרים. אני מלאה התפעלות, חושבת שהקדשתם לזה המון מחשבה, נגעתם "בביצי כינים ובקרני ראמים". צריך לעסוק בקטנים ובגדולים. עוד יהיו חילוקי דעות כדרך הטבע אבל זה ללא ספק מודל מבוסס שעליו אפשר לבנות את כל ההמשך ויהיה לזה השקה וחפיפה עם דברים אחרים.

דוברות: דוח מלא נגיש לוועדה.

דוברות: אני תומך ב-99.8 אחוז ממה שהצגתם. אצטרף למחמאות ואומר שכל מודל שיוצג פה צריך להיות אינטגרטיבי עם מימון ואספקה, אני חושב שאנחנו מספיק בוגרים בשעות העבודה שלנו פה. אני רוצה לשמוע את מודל האוצר כמודל תפיסתי והשלמות למודל של יוגין וקובי.

דוברות: המספרים עוד לא הוצגו.

דוברות: ואני רוצה להציג את המודל שלי שדומה מאוד.

יעל: אנחנו באמת קצרים בזמן. המודל של האוצר ייקח מאתנו הרבה מאוד אנרגיות וגם של יוגין. אם יש דברים חופפים בכל אחד מהם אז לא לחזור עליהם. לומר שבנקודה הזאת אנחנו מסכימים עם מודל עזיז. לא לחזור.

דוברות: החברה עשו פה עבודה מאוד מקצועית ובטוח שהשקעתם בזה המון זמן. גם אני חושב שזה שעדיין לא הצגנו את המודל זה לא טוב, זה מעכב ויוצר למודל שלנו נזק שהוא יוצג כ"כ מאוחר. אני זה רק בריאות, משה מתעסק רק בהדסה כל היום. כשנוכל לנשום נציג את המודל וצריך להתכונן לזה. אנחנו מקווים שזה יגמר בהקדם.

דוברות: חוזר לנושא הפול טיימרים – יהיו בין 1000-2000. קחו בתי"ח איכילוב שהוא 6 אחוז מהרופאים, שם זה 100-120 רופאים.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

דוברות : רוטשטיין רצה רק בשיבא 500-600.

דוברות : זאת מהות הבעיה כי ברוך השם העלות הכספית היא כזאת ענקית... היום פול טיימר יבקש שכר של מעל 100 אש"ח.

דוברות : פול טיימר מנתח לב בשבילי שונה ממנהל מחלקה.

דוברות : למה מנהל מחלקה? שילך יעשה אחה"צ בקופ"ח. הוא יתרגל והחבר שלו יתרגל וירצה גם. אני בכלל לא מקדש את הפול טיימר, זה להגיד לו אתה עובד רק אצלי, שכח מכל הדברים האחרים. יגיד אוקיי לכמה זמן? אגיד לו קדימה, צריך לבנות קריירה. לוותר על החלומות יש לזה מחיר והוא לא מעט, רק כאן יש לזה מחיר.

יעל : הוא יוכל לעבוד גם בקהילה ויוכל לתת ייעוצים.

דוברות : היה ויכוח על זה.

דוברות : אבל כן בקופ"ח.

דוברות : בעיניי פול טיימר שלא יעבוד בבתי"ח פרטיים, קליניקה פרטית בבקשה.

יעל : השאלה אם לא יהיו לנו מעטפות..

דוברות : אז אותו רופא עובר עבירה.

יעל : נעצור כאן.