



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת גרמן – 1/5/14

מציגים – צוות עזיז, מצגת מצורפת:

עזיז: אנחנו נציג את מודל הבר"ק, לא אהבתי את "צוות עזיז" – בחירה, רצף טיפולי וקהילה. היה מאוד נחמד לעבוד יחד, היה סיעור מוחות מתחומים שונים ומאוד חשוב לציין שלא היו הרבה חילוקי דעות בינינו. ניסינו להיכנס לראש/ ולנעליים של האזרח וזה לא היה מסובך מאוד כי התחשבנו בעיקר במטופל. כמובן גם התחשבנו בצד השני, קרי, בספקי השירות, החל מהמדינה, הממשלה, משרד הבריאות, האוצר, התשתיות, הצוותים. לקחנו בחשבון גם את הרצון והישימות, המצוי, מידת הישימות של המודל הזה. הוא כרוך בחלקו בהוספת תקציבים אבל לעתים קרובות בהרבה חוליות היישום לא יעלה כסף, אלא צריך לשנות את הדיסקט בראש לפן השרותי יותר מאשר כיום. לקחנו בחשבון את נושא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נגענו בנקודות של צדק שוויון ועזרה הדדית. היה חשוב לנו להזכיר שאנחנו רוצים באמת לחזק את הרפואה ולא הרפואה בכלל, בעיקר את הגזרה הציבורית בשירות הרפואי, חיזוק שרותי הבריאות בקהילה, שם זה מתחיל ומסתיים. רצינו לשפר את החוליות ברצף הטיפולי ואפשר לשפר הרבה, רצינו לתת לאזרח יותר אפשרויות בחירה, להגמיש אותן וניתן לעשות את זה. זה לא מנטרה אלא אמורה להיות באמת אמירה בשטח. רצינו לנסות להחזיר או להגביר את אמון הצבור במערכת הרפואית הציבורית ומאוד היה חשוב לנו, עם שימת דגש על המרכיב הציבורי בשירותי הרפואה, לרסן את התלות במשאבים פרטיים בכדי לקבל את השירותים הרפואיים.

שקף הבא – שולי תציג את החוליה הראשונה והאחרונה כפי שנראה, בסוגיית הרפואה הקהילתית, מרכיב מאוד חשוב שהיא פיתחה. מאוד חשוב לי להזכיר שנעזרנו לא רק בנו או באנשים כאן, נפגשנו גם עם אנשים מחוץ למליאה, מהמובילים ברפואה הקהילתית בארץ. שמענו והתכתבנו והתייעצנו עם גורמים אחרים.

שולי: אנחנו לקראת סיום של כתיבת דוח, מסמך מלא. במסמך הזה לפני כל נושא כתבנו רקע והמלצות. היום נציג את ההמלצות וכל אחד יגיד מילות רקע. ברפואה הראשונית היצענו וקראנו חומרים של דר חגי קדם, דר איל יעקובסון, גבי, יוליה, איילת ממשרד הבריאות ועוד אנשים. לפני שאדבר על ההמלצות שלנו אגיד כמה מילים על מה שכתבנו על הרפואה הראשונית. אחד הדברים שלמדנו ויצאנו מתוכו גם מהספרות העולמית שרפואה ראשונית חזקה חשובה ועקרונית למערכת בריאות איכותית. בלעדיה מערכת הבריאות לא מספיק איכותית וקשורה להוצאות נמוכות, חלוקה צודקת של משאבים ושוויון באוכלוסייה, צמצום פערים בין קבוצות באוכלוסייה בבריאות. היא הליבה של מערכת הבריאות. יש כמה תופעות שמאפיינות את העידן החדש של המערכת – הזדקנות האוכלוסייה, ריבוי תחלואה כרונית, טשטוש בין רפואה ומניעה, מעורבות החולה בטיפול, זמינות המידע באינטרנט וכו'. ויש עוד דבר אחד שלכאורה מאפיין את התקופה שבאה עלינו וזה אפשר לשנות, וזה החוסר הצפוי ברופאי משפחה. שמענו עדויות על כך שכל שנה 300 רופאים חדשים צריך במערכת כדי שלמור על האיכות כיום, וזה מספר גבוה בהרבה מהרופאים שמצטרפים לרפואה הראשונית כל שנה. יש עוד שינוי או עיקרון שעמד לנגד עינינו, זה שהמערכת פועלת במגבלות של מקורות כספיים ואנחנו חייבים להשתמש ברפואה הראשונית כי היא גם חוסכת כספים אם היא טובה ויעילה, למערכת הבריאות. במסמך שכתבנו אנחנו מתייחסים –ל-מה זה מודל רפואה ראשונית טוב ורחב, גם על מנגנון פיצוי לרופאים. אחת התופעות השכיחות בעולם היא שלרופאים ראשוניים אופק הקידום מוגבל יחסית ואופק ההשתכרות נמוך וזה כמובן משפיע על הרצון ללכת למקצוע הזה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ומשהו נוסף זה הטמעה של אמצעים דיגיטליים ואופן השימוש בהם. המלצה ראשונה – במצגת. אחד הדברים שאנחנו רואים ברפואה זה תתי התמחויות, הרופאים הולכים ומתמקצעים, בתהליך של טיפול במחלה יש הרבה גורמים שצריך להתייעץ איתם, אני צריך לעשות בדיקה, לחזור לרופא אחר. יש הרבה גורמים בטיפול במחלה, ולכן רופא ראשוני צריך להיות לא רק קיים מנגר אלא גם אינטרגנטור. לכן המלצה נוספת היא שיוך לרופא ראשוני שהיום קיים לא בכל הקופות. המלצה שלישית – העברת מידע – האם צריך להעביר את המידע לרופא הראשוני שלי, כדי לאפשר לו לנהל את הטיפול. היו להצעה הזאת מתנגדים.

יעל: בואו נרשום את זה כנושא לדיון לאחר כך אם לא הסכמתם על זה.

שולי: יכול להיות שהיה פה העניין של פסיכיאטריה, אתיקה רפואית.

דוברות: טענות שזה יפרוץ את הגבול. זה לאחר כך.

שולי: עוד נקודה שקשורה זה העברת מידע בין רופאים במעבר בין קופות. האם זה אחריות של החולה להעביר איתו את המידע וזה אפילו עולה כסף, צילום תיק. אנחנו חושבים שזה לא יעלה על הדעת, התיק צריך לעבור ישירות לרופא הראשוני, וזה קשור לשיוך. דיברנו גם על בניית יוקר המקצועית והעברת הידע לתחומים נוספים. תמריצים פיננסיים זה דבר אחד, אבל יש גם מקצועיים וחברתיים וצריך לפעול שם. נשאר העניין של קידום בריאות ואורח חיים בריא. צריכה להיות הקצאה של משאבים לקידום בריאות ואורח חיים בריא ופעיל.

יעל: שנעצור כאן לדון? לא להכל יש משמעות תקציבית כמובן. יכול להיות שבאמת כל שאר הדברים כן. האם רופא ראשוני צריך לקבל כל מידע או שיש הגבלות כמו נושא פסיכיאטרי?

עזיז: דנו בזה רבות ולעתים החולה לא מעוניין שרופא המשפחה שלו ידע שהוא במעקב פסיכיאטרי. זה קשה להיות נחרץ בזה. באותה סוגיה אם הוא עובר מקופה לקופה או מרופא לרופא. האם זה חובה? יכול להיות שהוא רוצה לסנן מידע מסוים, ולפי חוק זכויות החולה זכותו להסתיר מידע, כך שאי אפשר להיות נחרץ או להחליט בצורה גורפת לכאן או לכאן.

דוברות: זה נקודת איזון בסופו של דבר. אנחנו רוצים שהרופא ידע הכל כדי לקדם את הבריאות של המטופל. אין העברה מנדטורית מרופא אחד לאחד בתחומים מסוימים, ויכולים להיות חלקים חסויים במיוחד בתחום הנפשי. השאלה מה המנגנון של ההעברה – רופא פרטי מנותק מהקופה אני לא חושב שצריך לחייב העברה של מידע. בתוך הרפואה הציבורית אפשר בהחלט למצוא את המנגנון האם זה "רוצה אני" או שהוא מעביר את זה בעצמו.

דוברות: אחת הנקודות שאני חשבת עליהן והיה לי קשה עם זה, לכל רופא פרטי צריכה להיות גישה לתיק של המטופל. זה מפריע לי מבחינת פרטיות, שקופות צריכות לחבר את הממשקים שלהם לכל רופא פרטי ואני לא חושב שזה נכון. מבוטח יכול להיכנס לתיק אישי שיש לו באינטרנט, תוצאות של בדיקות, אבחונים וכו'.

יעל: הוא לא יראה של הרופא הפרטי.

דוברות: כדי שאפשר יהיה אחרי זה לראות שרופא יכתוב משהו בתיק הרפואי צריך גישה אליו. צריך ליצור ממשקים בין הקופות, ויש לזה עלויות גבוהות וצריך לבדוק את זה. צריך להשאיר את האפשרות לאזרח אם הוא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רוצה או לא לשתף במידע. אולי החולה לא סומך על הרופא והוא לא רוצה שהוא ידע. אם הוא רוצה, שיבחר לשתף ואם לא אז לא.

דוברות: אני בכיוון שלו. רוב הרפואה נעשית בציבורית ולכן רוב המידע הוא שם. היעדר המידע של הרופא הפרטי אנחנו לא יודעים כמעט בכלל. בנושא של מידע אישי על מצב החולה יש מהפכה אדירה, ואפשר לראות את זה בכל קופה. אני חושב שזו זכות של החולה להחליט האם הוא רוצה לקחת את הדבר הזה ולהעביר אותו לרופא אליו הוא בוחר ללכת. בהתערבות רגולטיבית בקטע של מעבר נתונים בין קופות ובמעבר קופה על זה הייתי מתעקש.

יעל: פה אין ויכוח. השאר זה המלצה.

דוברות: ללא שום חסם.

דוברות: ללא תשלום.

דוברות: ללא בירוקרטיה שאומרת העיקר שלא תעבור. בהצהרת הכוונות צריך לדבר על חיזוק העברת המידע בין הרפואה הראשונית למקצועית ולאשפוזית בסופו של דבר.

עזיז: אנחנו מתייחסים לזה בהמשך.

דוברות: שיתחילו לדבר באיזו שהיא צורה. למה אתם מתכוונים בהשתתפויות עצמיות בסוגריים?

שולי: למשל אם לתת העדפה בתורים לאנשים שהרופא הראשוני מפנה אותם. למשל היום 55 מקצועות יש פנייה ישירה ותורים. חשבנו לתת עדיפות לאלה שפונים דרך הרופא הראשוני. היה על זה דיון ולא הייתה הסכמה. לתת עדיפות אפילו בהשתתפות עצמית.

דוברות: אם עברת אצל רופא ראשוני קודם, ואת הרוב של הבעיות הוא יכול לפתור קודם, אז ההשתתפות העצמית שלך תהיה נמוכה יותר, למשל 10 שח במקום 25. אם תרצה ללכת ישירות זה יעלה יותר. אנחנו מסדרים את התמריצים במערכת כדי לעודד ללכת לרופא ראשוני.

דוברות: אני רוצה שתהיו מודעים לזה שזה נושא כבד ועמוק ורחב, העברת המידע, וזה נמצא בדיונים עמוקים של ההסתדרות, ומשרד המשפטים וכו', כולל רשומה רפואית ועוד פוריקטים ודנים בזה המון. הנושאים המטרידים זה פסיכיאטריה, גניקולוגיה ומידע גנטי, אבל יש מידע אחר שאנשים לא רוצים שידעו עליהם, אני לא רוצה שידעו שהייתה לי מיגרנה בשבוע שעבר. הוצעו כל מיני מנגנונים במשך השנים כמו אופט אאוט או אופט אין וגם פה יש וריאציות שונות, אתה יכול להסכים שרק איקס או ווי או רק הרופאים האלה או סוגי אינפורמציות אחרים, איזה כ"א וכו'. שלא תהיה זליגת אינפורמציה. שתהיו מודעים שזה נושא רחב ועמוק שעדיין לא הוכרע.

דוברות: היום בנושא הזה יש מדיניות כך שלכל קבוצה יש את הרופא שלה והפניה לרופא צריכה לעבור בראשונית. אני רוצה לתת יותר חופש בנושא הזה.

דוברות: כולם יכולים לפנות ישירות לחמישה מקצועות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: יש פה עניין שלא חופף להתפתחות המקצועית היום. אנשים רוצים להגיע למומחה עיניים ולא חושבים שהם צריכים לעבור דרך רופא משפחה.

שולי: ההצעה לא מבטלת את זה. חובת שיוך זה לא קשור.

דוברות: אז תסבירו את זה. אתה מדבר על שיוך שיהיה רשום אצל רופא מסוים.

שולי: לא גייט קיפר, חובת שיוך, יש הבדל.

דוברות: אז תחדדו, מתן תמריץ כספי בהשתתפות העצמית למי שהולך דרך רופא ראשוני.

דוברות: זה משהו לבחינה, עוד לא המלצה. בדוח זה כתוב בצורה מפורטת.

דוברות: אני לא חושבת שמחזקים רפואה של רופא אחד על ידי זה שמחייבים אנשים לעבור דרך הרפואה הראשונית. מאוד מפריע לי הסיפור של ההשתתפות העצמית, כי לאנשים שאין כסף לא יעשו את זה. אני מבינה את הרצון וצריך לחשוב על זה – אם לרופא הראשוני יהיה מספיק זמן ומספיק מימון וילמדו אותו, האדם ירצה שהוא יהיה קייס מנגר. כל המלצה מאיתנו על השתתפות עצמית בדבר הזה, זה נטל מאיתנו.

יעל: אבל יש היום השתתפות עצמית.

דוברות: כל דבר שיגרום לזה שיש פער שמי שיש לו כסף יותר קל לו לעקוף מול מישהו אחר...

יעל: בדיוק להיפך.

דוברות: דווקא הקטע שמדבר על העדיפות בתור נראה לי פתרון מצוין כי אפשר להסביר את זה עניינית, מישהו בדק אותו ואמר לו לשלוח.

יעל: בהשתתפות עצמית אומרים שאם לא ניתן הנחה, אדם ישלם יותר בהשתתפות העצמית אם בא ישירות. אנחנו רוצים שלא ישלם יותר.

דוברות: זה לא עדיפות, צריך לחשוב איך פותרים את זה שלא יוצר מצב שמי שיש לו כסף אין לו בעיה ומי שאין לו אז יש לו.

דוברות: זה כלים שלובים אחד בשני. אי אפשר לנתק את זה.

דוברות: אין בעיה אהבתי את הקטע של עדיפות בתור, זה ענייני. אני מתחברת לטלי בנושא המידע – אני כמוה נמצאת בסקאלה הקיצונית. אני חושבת שזה מאוד מאוד מסוכן ובעייתי בנושא מערכת המחשוב שכל המידע עובר. הדרך היחידה שאפשר לעשות מערכת חקיקתית ברורה, ולא שאפשר לדעת הכל על כולם, זה תרבות בישראל ומאוד קשה להילחם בתרבות. היא מאושפזת אצלכם, מה מצבה? וכולם יודעים. מאוד חשוב שלפני העברת מידע ולפני הקביעות האלה תהיה חקיקה ברורה, מי ומה וכו'.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: השתתפתי בדיון של וועדת האתיקה ביחס לרשומות של צה"ל והייתה התנגדות מאוד גדולה מצד הרופאים ויש לזה הצדקות. צריך לשאול האם אנחנו מדברים על רופאים פרטיים או ציבוריים, קופה או בי"ח או צהל וכו'.

יעל: אנחנו מדברים על העניין האתי והרגשי. עזיז מה החשיבות הרפואית לכך שהמידע עובר כך?

עזיז: אני צריך את המידע כרופא מסיבה אחת פשוטה – החולה יכול להגיע לרופא פרטי בלי שעבר דרך הקייס מנגר, בלי כל המידע, ויכול לעשות לו בדיקה מיותרת או לתת תרופה לא נכונה. מבחינתי, מבחינת רופא, לא אתיקה ולא משפט, גם הרופא הפרטי שמגיע אליו המטופל או אם חוזר לרופא משפחה, הוא רוצה לדעת הכל.

שולי הוא מביע דעה של צרכן ולא רופא.

עזיז: מידע זה כוח. הוא יכול לעשות לו בדיקה שתסכן את חייו אם הוא לא יודע תפקודי כליה למשל.

שולי: חשבנו על המודל כשהמטופל במרכז ויש הרבה ספרות על אחריות אישית בבריאות ולא כולם יכולים לעשות את זה, יש מקרים שהמדינה צריכה לקחת. יש אנשים חלשים שלא מבינים, אם אין להם בעיה בלסת אולי זה משהו אונקולוגי. יש פלח אוכלוסיה שלא אכפת לו כל כך והרופא צריך להיות אחראי עליו.

דוברות: מעטים אומרים הרופא יחליט ואני לא רוצה לדעת.

שולי: מאיפה את יודעת שמעטים? אני מסכימה שצריכה להיות חקיקה, אבל זה לא רק שהרופא רוצה את המידע.

יעל: אני לא רואה מניעה לסכם להמשיך הלאה. הגברת הזמינות בוודאי, חובת שיוך לרופא בוודאי, אני הייתי רוצה שמעט מאוד רופאים ראשוניים יהיו שומרי הסף במניעת אובדנות, בנושא הפסיכיאטריה. הבניית מערכות המידע זה בתוך הקופה עצמה.

דוברות: אנחנו לא בטוחים שכל פציינט יעביר כל המידע שלו.

יעל: כאשר מגיעות בדיקות הדם הן מגיעות לרופא וצריך בשביל זה מערכת.

דוברות: זה המצב היום.

דוברות: שתהיה אפשרות שתגיד אני לא רוצה להעביר את המידע.

דוברות: צריך בשביל זה לחדד. מה שכרגע תיארת זה המצב היום בכל הקופות.

יעל: למה התכוונתם?

שולי: לאשפוזים.

דוברות: כשמטופל התאשפז ידע בזמן אמת. בכללית יודעים.

יעל: שלרופא הראשוני יהיה את המידע הכולל על המטופל לרבות מתוך האשפוז.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: שאם רופא אחר הפנה אותו לבדיקה, שהאורטופד ידע ושיהיה לו מה להגיד בנושא הזה. למטופל יש קייס מנגר שרואה את כל התמונה.

דוברות: יש דברים שאמרת שקיימים היום, יש דברים שאין הסכמה אבל יש גם דברים שהם נכונים ואי אפשר להגיד הכל צריך להיות.

דוברות: זה לא כתוב כאן.

יעל: אם נכנס לכל פסיק לא נסיים את הוועדה הזאת. אני מבינה את העיקרון, האם יש לך התנגדות לכך ולא משנה אם זה קיים או לא בכל המערכת, אבל אנחנו רוצים שיהיה כתוב. יש לך בעיה שכל המידע בתוך המערכת של קופח יעבור לרופא הראשוני?

דוברות: לא נכון ולא מקובל ולא רצוי. זה יגרום ליותר תביעות ולבעיות רשלנות רפואית ואני אסביר. מה שניר תיאר שהרופא הראשוני ידע שהאורטופד שלח לצילום ויש לו מה להגיד בעניין זה לא טוב.

יעל: תוריד, יש לו מה להגיד.

דוברות: ככה זה בכללית.

דוברות: לא נכון.

יעל: מה שמפריע לך זה שרופא משפחה נמצא מעל המקצועי?

דוברות: זה אחד.

יעל: זה לא נאמר.

דוברות: אני רוצה שתהיה אופציה בהעברת המידע של המטופל.

דוברות: מידע על אשפוז או כל מידע?

דוברות: רופא משפחה מטפל בכמה בני משפחה, יש בעיות בתוך המשפחה. האיש יכול להיות במצב שיגיד שרופא המשפחה אני לא רוצה שידע.

עזיז: בתור הרופא היחיד אני חולק עליך. אנחנו חייבים להעצים את הסטטוס של קייס מנגר של רופא המשפחה. לחולה סכרת יש פגיעה רב מערכתית, עיניים, אורולוגיה, לב, כלי דם, אם לא ניתן לרופא משפחה את כל הכלים והמידע לרכז את הסכרת על כלל סיבוכיה אנחנו נלך לאיבוד. רופא עיניים יעשה טיפול בלייזר או משהו חלקי, ילך לרופא כלייה... לדעתי הקייס מנגר הוא הכוכב. רוב המחלות הן לא סוליטריות, לא פוגעות רק באיבר אחד.

דוברות: אני מסכימה איתך, אבל אני רוצה את האמירה של המטופל שיכול להחליט אם הוא רוצה קייס מנגר ?

יעל: באחריותו. הבניית מערכות מידע דרך קייס מנגר למעט אם המטופל מסרב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עזיז : או מידע מסונן.

דוברות : מנגנון של אופט אאוט.

יעל : כן , אם מישהו מסרב זה לא עובר.

דוברות : חיבים לפעול שיהיה לרופא המשפחה יותר זמן. אי אפשר לפעול אחרת, זה לא המשפט שאומר את זה. זה שיש זמינות, מחר תצא הוראה שחיבים לראות מטופל תוך 24 שעות.

יעל : הגברת זמינות, נגישות וזמן טיפול של הרופאים.

דוברות : באנגלית זה פייס טיים.

דוברות : עדיף זמן פר מטופל ולא זמן טיפול.

יעל : שיהיה ברור שלשתי המילים הללו יש משמעות אדירה כספית, שלא נשלה עצמנו. הקופות יאמרו נהדר- תנו לנו עוד תקציבים שנביא לנו עוד רופאים וכך יהיה יותר זמן, אבל ניתן את זה כהמלצה ונעבור הלאה.

דוברות : שני הפרקים הבאים עוסקים בנושאים של הסדרי בחירה בין בתי"ח ותורים. באופן כללי אפשר לדבר שבחוק יש רשימה של שירותים שכלולים בחוק וזה מתעדכן בוועדת הסל, אבל החוק השאיר גמישות בקביעת הזמינות והאיכות המרחק ממקום המגורים של המבוטח שהוגדרו כסבירים. ההגדרה הגמישה הזאת מאפשרת פגיעה ברמת השירות שמתבטאת בתורים ארוכים וזמינות ג'ג נמוכה כי שולחים לספק רחוק יותר, בוודאי שהקופות במצוקה תקציבית אז השסתום לשחרור מגיע מפגיעה בזמינות ובתורים וזה נקודה שנאחנו רוצים לטפל בה. אנחנו רוצים ליצור סדרת המלצות שתקשיח את הגדרות הזמינות שקימות בסל ושלקופות יש תקציב מתאים לעמוד בזה. מה שניר מצא לשמחתנו בגרסה המקורית של החוק שנמחקה ב-98 מהחוק שזה כבר הופיע בחוק המקורי וזו הייתה הכוונה –במצגת. הדברים האלה כבר היו קיימים ואנחנו לא מחדשים, אלא מחזירים עטרה ליושנה. המרחק הסביר מבית המבוטח זה חלק מהעניין של הסדרי הבחירה.

דוברות : תוסיף גם את יכולת העדכון.

דוברות : אנחנו לא מחדשים משהו שהוא הפתעה.

דוברות : התעלמת מהפיסקה השנייה במקרה?

יעל : שזה לא יביא לחריגה מעלות הסל.

דוברות : אין מצב ולכן גם ביטלו את זה.

ערן : נתחיל בהסדרי הבחירה, אפרט את ההמלצות ומה עומד מאחוריהן – במצגת. ביי"ח אחד קרוב אבל גם ביי"ח רחוק יותר, וגם בביי"ח שלא רק בבעלות הקופה של המבוטח. זה רלוונטי לכללית שמפנה רק לביי"ח של הכללית, ושתהיה לי אפשרות גם לבחור ביי"ח שהוא ממשלתי או של מישהו אחר, ואי אפשר יהיה להגביל אותי. בתוך ההסדרים הבחירה תהיה חופשית למבוטח ולא יהיה מצד הקופה. כמובן מומלץ שרופא משפחה או יועץ ייעצו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

למטופל איפה כדאי להם לבחור, המקום שבו יקבלו את היטפול המתאים ביותר לבעיה שלהם, ולכן צריך מידע נוסף על כל בתי"ח אבל זה פרק אחר. הסדרי הבחירה יאפשרו למבוטח לשמור על רצף טיפולי באותו מוסד, ולא יהיה מצב שאדם בגלל שינוי הסדרי הבחירה יאלץ להפסיק טיפול בבי"ח אחד ולעבור לאחר.

דוברות: יש פס'ד של תושבת טבריה שהלכה לעשות טיפול בשיבא במקום בפוריה ולא רצו לממן לה. הוחלט במשפט שיממנו לה את זה. היא עשתה שם פרוצדורה קודמת ולכן עשתה שם גם את הצנתור.

דוברות: יש חוזרי מנכל שמאשרים את זה גם היום.

ערן: נקודה נוספת – הסדרי הבחירה יהיו שקופים לציבור, הקופות יהיו מחויבות לפרסם את זה וראוי לנקוט צעדים שיעודדו את המבוטחים לחשוב על ההסדרים במעבר בין קופות וזה אחד השיקולים לעבור בין הקופות. אם קופה אחת נותנת בתי"ח יותר טובים צריך שזה יחלחל לתודעת הציבור בהחלטה לבחור ולהסתמך על זה. הסדרי הבחירה יאפשרו אקטיבית על ידי השרה לאחר התייעצות והיא תוכל לאשר חריגות מהכללים עבור מקרים ייחודיים כמו מחלות מיוחדות.

יעל: זה צריך להיות מנכ"ל לדעתי. סמכות מקצועית. אבל יכול להיות, אני לא אוהבת שיחשבו שרק מנכ"ל, השרה זה טוב שתמיד יהיה.

ערן: הקביעה של מרחב בחירה מינימלי כן מחלישה את כושר המיקוח של הקופות מול בתי"ח וספקיהן בכלל ומכריחה אותן לרכוש שירותים במחיר יקר יותר. במובן הזה יש עלות בצידה שאנו מנסים להבינה. בגלל זה צריך גם לחזק אותה וללוותה בחיזוק מערך הפיקוח על המחירים במשרד הבריאות ועל ההסדרים הפיננסיים בין ספקים ובתי"ח, כדי לוודא שהם לא מנצלים את המצב של אין ברירה אלא לבחור בהם. מבוטח שנמצא באזור המגורים שלו והוא היחיד, יחייבו את הקופה לשלוח אותו לשם ולא לבי"ח רחוק יותר.

דוברות: לוודא שהלוקחות פחות שבויים.

ערן: בתי"ח שייחודיים לאזור שלהם לא מנצלים את זה לטובת העלאת מחירים. אלה נושאים לדיון בנפרד. יש הצעה חלופית לאפשר בחירה חופשית מוחלטת. שאלו אותנו למה צריך הסדרי בחירה בכלל? נפתח לכולם והמבוטחים יחליטו. יש בשיטה הזו יתרונות ולעת עתה זה לא הפתרון הנכון. בעינינו צריך לחזק את האפשרות של הקופות לתת את מלוא השירותים שבסל, והיא מקבלת אחריות על זמינות השירותים ואיכותם גם בבתי"ח, ואם ניתן בחירה חופשית הקופות יגלגלו ואת האחריות לדרוש שירותים איכותיים יותר בבי"ח לפתחם של המבוטחים עצמם. אנחנו לא בטוחים מה הקריטריונים שהם יציבו ואיזה איכות ידרשו. הרבה פעמים מה שחשוב זה נושאים שירותיים כמו חנייה ופחות ידע קליני. הקופות ישאו באחריות הכוללת על המבוטחים ויש להם ידע לגבי מה שטוב להם קלינית ושירותית ולהשאיר להם את האחריות לאיזה סוג של שירות הם יקבלו ככלי לבחירה בין הקופות, וזה יתרום לקבלת האחריות על השירותים האלה. נקודה שנייה היא כלכלית יותר – האפשרות של הקופות לברור בין הספקים שלהם, נותנת להם כוח מיקוח עם הספקים. אפילו אם לא משתמשים בזה בסוף, זה נותן לנו כוח במיזם שבתקופה שבה אנחנו מחליטים על ההסכמים בינינו יש אפשרות ליישם בי"ח מסוים לחודש. האפשרות הזאת כבר מחזקת את כוח המיקוח עם הספקים, לרסן את מחירי השירותים וזה מקטין את ההוצאה לבריאות ומחזק אותה ברכישה של שירותים איכותיים כשמשתכללים על התקציב. הצעה לבחירה חופשית נעשית תחת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מחירים אחידים, נבטל את המיומ על המחירים, ונקבע אחידים וכולם ישלמו אותם בלי בחירה ובלי הנחות ולכן לא תהיה העדפה לפי המחיר והתחרות תהיה על איכות.

יעל: אחת ההצעות היא לבטל או שזה משולב?

דוברות: הוא מסביר למה לא בחירה מוחלטת.

ערן: היא הולכת חלק מהדרך להרחיב את הבחירה, לממש את התנועה בציר הזה מהיעדר בחירה מוחלטת למוחלטת, לנוע לכיוון חופש בחירה יותר, אבל אנחנו נגד בחירה חופשית כנגד מחירים אחידים. זה מסיר את האחריות לאיכות השירות למטופלים עצמם, כי הקופה לא קובעת לו לאן הוא הולך ולא צריכה לחתום על שום הסכם, ושנית זה היכולת של הקופות לעשות בחירה, לבחור חלק ולא לבחור חלק, מאפשרת להן להקטין מחירים ואם יהיו אחידים, בשביל שזה יקרה צריך חיזוק מאוד משמעותי של המערך הקיים לקביעת מחירים ואנחנו רחוקים מהמצב הקיים. בלי מערך כזה שיהיה מסוגל לעקוב אחרי שינויי מחירים, למשל פרוצדורה חדשה, התייקרות עלויות וכזה מערך שיאמינו בו אם זה יצא מחוץ למנכ"ל, תמיד הוא יהיה חשוד כמי שדואג למחירים. זו יכולה להיות טענה כי זה מערך לא עצמאי.

יעל: הוא היה בעד ההצעה השנייה. אני חושבת שזה מאוד מכריע ונפתח את זה לדיון.

ערן: עוד סוגיה שלא הסכמנו עליה – האם לאפשר לבתי"ח להעניק שירות שמבדיל בין הקופות כמו זמן המתנה, מלונאות וכו'? קופת תבחר עכשיו באיזה בתי"ח היא מאפשרת למבוטחים שלה לקבל טיפולים. נגיד מכבי תחתום על הסכם עם שיבא ששם מקבלים חדר יותר טוב.

יעל: אם אתה בוחר בבלינסון תקבל בפחות זמן ובאיכילוב ביותר זמן.

ערן: אני אחתום הסכם עם ביה"ח לתת תנאים יותר טובים.

דוברות: בתוך אותו ביה"ח תהיה העדפה והבדלה בין מבוטחים של קופ"ח.

ערן: כללית עושה את זה היום עם הקצתים. מי שתומך בזה, אני חושב שזה דבר אפשרי כל עוד מוגבל להיבטים לא רפואיים, זו בדיקת הדרך לממש את האחריות של הקופות על רמת השירות שהמבוטחים שלהן מקבלים. עד עכשיו הן לא מתחרות על זה כי אין להם שליטה על זה, אבל אם אדאג לכך שהם יקבלו את זה, זה כלי שאוכל להשתמש בו כדי להדגיש את השירותים שאני נותן בבתי"ח. מי שמתנגד חושב שזה לא מוסרי, ההבדלה הזאת בין מבוטחים ציבוריים שמקבלים שירות שונה, ומטילים ספק אם הקופות יטרחו לעשות את זה, כי זה ימשוך אליהן אנשים חולים. למרות שאני חושב שזה ניבוי של אנשים שאם הם יצטרכו זה ייתן להם שירות יותר טוב.

יעל: שוויון צדק וערבות הדדית צריכים להיות מול העיניים שלנו.

דוברות: במקום ציבורי אתה לא יכול להפלות.

דוברות: זה יצור 2 רמות רפואה לא קלינית בתוך ביה"ח ואני חושב שזה צריך להיות מקום שוויוני לכל החולים שלו, זה יהיה רע מאוד. לא מזמן היה לנו ויכוח על זה, שבתי"ח הבטיחו זמינות יותר טובה לקופות מסוימות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

וביטלנו את זה. ברגע שאני מאפשר זמינות יותר טובה למבוטחי קופה מסוימת זה גם ילך למבוטח פרטי. זה צריך להיות מקום שווה לכל המבוטחים לא משנה מאיזה קופה באו.

שולי: אין הגיון לקופה להשקיע בכלל בעניין האשפוז. ישקיעו בקהילה, שהחולים יגיעו, ואם קופה מסוימת נותנת תור יותר קצר, אז יעבור אליו.

דוברות: מי בעד זה?

ערן: אני בעד לאפשר את זה, לאפשר לקופה לקבוע חוזה עם ביה"ח לגבי רמת השירות שהוא יתן למבוטחים שלה. קופה שתשקיע יותר כסף בקצתים, יקבלו יותר. כללית עושה את זה היום למבוטחים שלה.

יעל: זה לא שר"פ, אלא איכות וזמינות.

דוברות: אני חושב שזה לא חוקי בהיבט של אפליה. אפשר לייצר תחרות על איכות השירות שלא באמצעים האלה. זה רכיב קריטי ומהותי לשיפור אמון הצבור, אבל לא בדרך הזאת של יצירת אפליה בתוך מוסדות ציבוריים.

דוברות: אני בעד הקטע שכתוב פה ולא המחלוקת שלכם. הסדרי בחירה נותנים טיפה יותר כוח למבוטח וצריך לאזן את הכוחות ולהעצים אותו, וזה בא לידי ביטוי באפשרות לבחור. אני ער לאפשרות של בחירה מוחלטת כי זה קצת אנרכיה, מייקר את המערכת כי מוריד את כוח של הקופות. צריך למצוא את האיזון שצריך לבטא 2 רעיונות – שיש חופש בחירה, שהציבור יודע את זה וזה חלק מהשיקולים שלו בבחירה של קופה.

דוברות: נתת רק חופש בחירה באזור ת"א, זה אומר בכל ת"א? אדם יכול לבחור בכל בתי"ח שלו באזור ת"א? שיבא, בלינסון, איכילוב, וולפסון?

דוברות: זה תנאי מינימום, יוכל לבחור לפחות ביי"ח אחד שלא שייך לקופה.

ערן: אחד שקרוב אליו באזור שלו ואחד מחוץ לאזור המגורים שלו.

דוברות: בוא נסתכל על התפיסה הארצית כי זה ישנה את כל המודל ואם יש משמעות למה שאמרנו או לא. באזור תא יש את וולפסון, בלינסון, איכילוב, שיבא – תסבירו לי פעם אחת מכבי ופעם אחת כללית. נתרכז בת"א ואחר כך על כל הארץ. תסבירו לי מה היה קורה במודל. אני מבינה את הבעיות ומכירה את זה.

ערן: קריטי יותר בפריפריה, שם שמענו סיפורים על חולים שנאלצו לנסוע מרחקים ארוכים כי ביה"ח הקרוב אליהם לא היה כלול בהסדר. בעיקר לטפל בבעיות ששם ופחות במרכז שפה הכל קרוב. מבחינת המינימום שזה מציע זה תלוי בהגדרה "אזור המגורים" שזה אחריות המשרד לקבוע. נניח מחוז ת"א, תוכל לבחור ביי"ח שת"א, אזור המגורים שלך, איכילוב, ואחד מחוץ לאזור כמינימום, למשל שיבא.

דוברות: יש אפשרות בחירה בכפוף לתמחור שיעשה במקביל.

יעל: אולי אין להם תשובה, אבל נסו להשיב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ערן: חלק מהעניין זה שיהיו הגדרות שהמשרד יקבע. הסדרי הבחירה שהקופות תצענה יאושרו במשרד, אבל אני לא יכול לגזור מרחקים לתושב שגר בערבה.

דוברות: היום אין מינימום וכל קופה עושה מה שהיא רוצה. אנחנו אומרים שיהיה מינימום מחייב. את גרה באזור ת"א, לפחות אחד יהיה בהסדרי הבחירה שלך ותוכלי ללכת אליו. הכלל השני אומר שחייבים להציע לך בייח" שהוא מחוץ לאזור המגורים שלך.

דוברות: הבנתי.

דוברות: בכל מקרה מדובר פה על שיפור מצבו של האזור.

יעל: הייתי אומרת בחירה מבוקרת.

עזיז: אנחנו מנסים לשפר ומציפים את הנקודה הזאת. חולה מהעמק אמרו לו העמק, אם לא – אז בלינסון, ויש לו שירות מספיק טוב בפוריה או ברמב"ם. אבל ככה אמרו לו. הניסוח הזה טעון שיפור. היה ומבוטח כללית יש לך את בלינסון, אתה רוצה משהו אחר אין בעיה. זה צרת עשירים. מבוטח מכבי אומרים לך שיבא, אתה רוצה בלינסון? בסדר גמור.

יעל: אני חושבת שעזיז מכיר את זה מאוד.

דוברות: יכול להיות שנאמץ את זה, חייבים ליצור המלצה כוללת ולרדת לפרטים. כולנו מסכימים שצריך להרחיב את חופש הבחירה, אז בואו נאמר את זה ואחר כך נרד לפרטים. אנחנו רוצים לשפר את מידת הבחירה של המטופלים במדינת ישראל. אני מצטרף ללאה. אנחנו רוצים להצמיד את נושא קבלת השירות לאזור המגורים, שיהיה אזיה שהוא הגיון. משרד הבריאות יצטרך לאמץ מפה, אני ממליץ על זו של משרד הפנים לפי אזור המגורים. המצב היום הוא שיש הרבה יותר בחירה ממה שאתם חושבים, בואו נאמץ את זה ונשפר את זה ולא נביא משהו אחר. אמרתם ותדגישו – גם ביידוע ולא חותמת גומי.

יעל: אישור מנכ"ל ולאחר מכן אישור השרה.

דוברות: אלה הרעיונות הכללים ואחרי זה נשאר לעבודה אחרת.

דוברות: לגבי כל העניין הזה שגבי אמר שצריך להגדיל את הבחירה אני לא בטוח שאני מסכים עם זה.

דוברות: לא בחירה מוחלטת.

דוברות: אתה בעצמך אמרת שהמצב יותר טוב מאשר המינימום שניר הציג. הסיבות שלא צריך לגעת בוודאי לא מהותית בהסדרי הבחירה, גם משיקולים של אחריות צריכה להישאר אצל הקופות ולא אצל האזרח, הקופה צריכה להחליט מה טיפול הנכון לאדם. זה יוצר תחרות על רמת האיכות ורמת הזמינות. זה האחריות של הקופה וצריך לחזקה. ככל שנרחיב יותר את הבחירה זה יותר התנערות של קופה ויותר אומרת לאזרח לעבוד מול הספקים. נימוק שני זה היכולת של הקופה לנהל הסכמים. קחו את דוגמאת פורייה ש70 אחוז מבוטחים שלו הם של הכללית, והופך להיות מפלצת מול הקופה הזאת כי לקופה אין שום קלף עליו. גם הכוח של הקופה עליו הוא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מאבק בין 2 מונופולים אזוריים. ההצעה שלכם מחזקת את הכוח שלו והקופה מאבדת את יכולותיה. לגבי מחוץ לקופה זה כן משהו ששווה לשקול במסגרת שינוי קל במסגרת ההסדרים, ואישור שרה.

יעל: אתה אומר שאתה כן מחייב שאפשר יהיה לבחור בבי"ח שלא שייך לקופה. חזרת לניסוח הכללי שלו עם הרחבת אזורי בחירה שעוד לא פירטנו.

דוברות: מתוך מה שהוצג עד עכשיו, מאחר ויש אינטרס לאפשר ללקוח לעבוד מול ספק שלא רואה רק את ריסון ההוצאות.

דוברות: אני רוצה להתחיל בלהגיד שיש לנו הסמכה להרחיב את הסדרי הבחירה ושנאנחנו לא רוצים להרע את המצב היום דה פקטו. המצב היום יש קונצנזוס שבמחלות קשות החופש הוא מוחלט, וזה חייב להיות ברור וזה יישאר. שנית, אני חושבת שלגופו של עניין נצטרך לרדת למודל של אזור מגורים. אני חושבת שבאזור ת"א זה שמנת ואין מה לעשות, ואי אפשר לתת המלצה להגיד לכולם שירדו לאחד.

ערן: זה לפחות לאחד.

דוברות: זה דה פקטו.

ערן: לכלית יש הסדרים...

דוברות: החיים מלמדים שכולם מתיישרים ל"לפחות" כמו ל"מומלץ". לא מעניין מה שכתבו- דה פקט באזור ת"א הכל פתוח לכולם. לא יכול שהמלצה שלנו תגרום למצב של לשנות לכולם.

ערן: אני לא חושב שאם נאכוף את זה מינימום, זה יוביל לזה שכולם יצטמצמו לזה.

יעל: לא חייבים להסכים על זה. תביעי את דעתך.

דוברות: שנית, מאוד חשוב דווקא בזה ההמלצות בעיניי יותר חשובות, וזה הפיקוח של המשרד על ההסכמים ועל היישום שלהם. פה אני חושבת שצריכה להיות המלצה שהסדרי והסכמי הבחירה, אני לא יודעת עד כמה כולם ברורים וגלויים ואפשר להתערב בהם. המשרד צריך להסתכל על משמעויות הדבר הזה.

יעל: שכולם יעברו אישור של משרד. יש לנו דבר כזה היום? וודאי לא עם הדסה...

דוברות: לא ברמת יידוע אלא אישור.

דוברות: יש תקנות בנושא חוזים ובנושא הסכמים בין בתי"ח לקופות, אני לא יודעת אם זה הגיע לשולחן.

דוברות: צריך להגיד את זה בכל מקרה. גם לגבי רצף הטיפול היום יש חוזרי מנכל שמדברים על חובת שמירה על הרצף הטפולי. אולי אפשר להגדיר מה זה יהיה כדי שזה יתקבל בצורה רצינית. כדאי להסביר יותר למה אנחנו מתכוונים. הערה – לא הבנתי למה לא המלצתם שבתוך הסדר הבחירה לא יהיה דירוג של הקופה, זה כן חלק מהכוח שלה. דווקא פה אני חושבת שזה לא יהיה נורא שהקופה תגיד אני בדקתי וראיתי, ובאיכילוב יש יותר נסיון מבלינסון או הפוך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: הרופא יפנה אותך לוופלסון כי שם הקופה חושבת שהטיפול יותר טוב... בכללית היום זה קיים.

דוברות: אין לך בעיית דירוג אלא בעיית התנייה.

דוברות: תמחקו את המשפט ללא דירוג.

דוברות: יש מאבק גדול עם כללית שאומרת שאלה הסדרי הבחירה שלנו, וקודם כל אנחנו מפנים ל-.. מי שגר בשרון אומרים לו יש את מאיר ואת שיבא. חולה אומר שאני רוצה לשיבא, אומרים לא לא, קודם כל למאיר. ברגע שיש משהו בהסדרי הבחירה, הקופה לא יכולה לכפות עליך.

דוברות: אז המילה היא לא דרוג אלא התנייה. הבעיה היא שהכוח היותר גדול לבוא לבי"ח ולהגיד מה יהיה זה יהיה לקופות הגדולות, אנחנו נגדיל ונחזק אותן ונפגע בחלשות. אנחנו לא יכולים לעשות אתזה גם במובן המשיכה. ברור שלכללית או למכבי יש יותר כוח מאשר ללאומית להעניק שירות מבדיל ולא לאפשר לחזק את הגדולות על פני הקטנות. אחרון – בזמינות מה שאמרתם זה מעולה, אבל חייבים לדעת שזה יעלה כסף. אני אומרת שאי אפשר לעשות את זה בלעדי זה, ועדיף אם אין כסף שזה לא יהיה. מה שזה יצא שזה יישאר על הנייר ובפועל לא יתבצע. צריך להחליט האם מוכנים להקדיש לזה כסף אז זה בסדר, ואם לא אז להוריד את זה. אתה צריך לראות רופא במרחק איקס ובזמינות ווי.

ערן: תיכף נגיע לשם.

דוברות: בעניין של אתה רוצה לעשות את התחרות על השירות אני חושבת שזה בעייתי. אני מסכימה עם גבי שנחשוב על דברים אחרים שיעשו את התמריץ הזה של שירות בתוך ביה"ח.

ערן: השאלה אם זה בסדר אם יהיה בי"ח אחד שייתן רמת שירות הרבה יותר גובהה, ולא שבאותו בי"ח יתנו שרות יותר טוב למבוטח קופה אחת ולא אחרת.

דוברות: זה לא בסדר וזה לא בסדר.

דוברות: תסביר.

ערן: אני רק מוודא אם זה גם לא בסדר שיהיו שני בתי"ח אחד ליד השני, אחד שייקח מחירים יותר גבוהים ועם חדר בודד, ואחר לא.

דוברות: כל בתי"ח באזור המגורים תהיה זכות בחירה ולכן זה לא יקרה, כי כולם ישאפו לטוב ביותר. לא יקרה שכולם ילכו עם וולפסון או איכילוב או הפוך, זה לא מה שיקרה פה.

יעל: אני מבקשת לחדד – ערן אומר שהיום יש הסדרים בין הקופות. יש קופה ואקח את מאוחדת שהיא קטנה, ואומרת אני רוצה להתחרות על פלח של אוכלוסייה ולכן אני מוכנה לעשות הסכם עם איכילוב, והוא מבטיח שהוא נותן זמן קצר של תורים. אולי עושה הסכם עם אשדוד, ויש שם 50 אחוז מהחדרים הם פרטיים, חמור מאוד אבל לא נעבור לעבר. והאנשים שלה יודעים שאם בוחרים בה הם יכולים לבחור באשדוד. כללית לא עשתה את זה לעומתה, אלא עם קפלן, זה לא אותו דבר?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: הליבה אומרת שרוצים לשפר, צריך לקחת את ההסדרים ולשפר אותם. החוזר בחלקו טוב ואתם מרחיבים. אני נגד חופש בחירה מוחלט. אנחנו דנים במה שכתוב פה.

יעל: חופש הבחירה זה לב המערכת.

דוברות: מילה אחת על קטע ההעדפה של שירות למבוטחים בבי"ח ציבורי – ברגע שאת נכנסת לפתיחת אופציות, לתת העדפה למבוטחים לפי היכולת הכספית שלהם... למכבי יש הסכם שמגדיר את חופש הבחירה בבי"ח, מרגע שזה נגמרת ההשפעה על איכות השרות שמבוטח מכבי יקבל שם.

יעל: בשני המקומות זה טופס 17 וזה מימון ציבורי.

דוברות: ערבבתם דברים שונים. אנחנו מדברים נקודתית על הסדרי בחירה של בי"ח.

יעל: הם תלויים בהסכמים.

דוברות: לא בהכרח, אנחנו מגדירים את הסדרי הבחירה.

יעל: אני לא מסכימה, אתה לא יכול להפריד בין שני הדברים. אנחנו נמצאים בעולם של הסכמים של קופות עם בתי"ח. אתה נאמר במכבי ותבוא ותראה מה האפשרויות ויתנו לך לבחור אסותא או וולפסון ואולי גם אחד מבחוץ, אולי הדסה. אם אתה בכללית אין לך את אסותא או אשדוד, אולי את הדסה. ברור לך שבמכבי אתה מקבל שירות יותר טוב וכבר אין לך שוויון?

דוברות: יש שוני גדול בין הסדרים גלובליים של איך אתה משלם וכמה, ויש הסדרי בחירה שזה דברים שונים.

יעל: הם קשורים זה בזה ואתה לא יכול להפריד את זה!

דוברות: תיאורטית כן, אבל תשנה את הסדרי הבחירה, זה שני דברים ממש שונים שקשורים, אבל יש הסדר גלובלי שמגדיר את התשלום, תנאי התשלום והנחות, וישנם הסדרי בחירה שאני רוצה שיהיו אצלך כהצעה של הקופה ושאת תאשרי אותם. כל קופה צריכה לשקול את טווח הבחירה שהיא מציעה, וברגע שהיא מעודדת גדול יותר, היא משאירה מבוטחים אצלה. אל תיכנסו לזרם של מתן שיפור או העדפה למבוטח בבי"ח מסוים.

יעל: אני לא, אבל זה יהיה!

ערן: אצלי יש בהסדרים בתי"ח טובים יותר.

דוברות: אם אראה שקופה מסוימת בוחרת מבחינתי לתת בתי"ח שכולם גרועים, לא אבחר בה, אבל בגלל זה לתת הנחה??

יעל: אנחנו רוצים לקבל החלטה שתשמור על שוויון צדק וערבות הדדית, ובאה הצעה שאומרת שאחרי שתהיה אפשרות לבחור את בתי"ח, בואו ניתן לקופות לעשות הסדרים שונים בתוך בתי"ח, כמו חדר פרטי באיכילוב או תור קצר יותר לעומת קופה אחרת. אומרים שזה שערוריה וחוסר שוויון. ערן אומר שכל עוד לקופות שונות יש הסכמים עם בתי"ח שונים המצב הזה קיים, כי אם מכבי נותנת לך אפשרות מחר להתאשפז באסותא או באשדוד



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

וכללית לא, נוצר מצב שבטופס 17 במימון הצבור, מבוטחים מקבלים שירותים ברמה שונה בגלל האפשרות שנתנה הקופה, וכל עוד הסכמים אלה קיימים ואין לנו שליטה עליהם ומאפשרים את זה, אנחנו מאפשרים אי שוויון. זה מה שערך אמר.

דוברות: תמיד יהיה איזשהו פער וגם זה יטופל באיזה שהוא שלב אני מקווה. אסותא פתוח גם למכירת שירותים לכללית.

יעל: אבל כללית לא תיתן לך את אסותא ומכבי כן. לכללית זה יעלה המון כסף ולמכבי פחות. אתה אומר בוא נשתלט על ההסכמים ולא ניתן את זה. איך אתה גורם לכך שיהיה שוויון ומה שאני תארתי לא יהיה? לדעתי כדי לבטל את המצב הזה, צריך להיות רישום אחיד לבתי"ח, הקופות צריכות להיות אדישות להסכמים מול בתי"ח כי ממילא הן משלמות את אותו מחיר ולא יצא שבתי"ח יתנו מחיר אחר, ואז יהיה שוויון ובלי זה אין שוויון. זאת הדרך היחידה.

ערן: זה ביטול הסדרי הבחירה.

יעל: לא בהכרח, אפשר לקבוע מחירים קבועים, לבטל הסכמים והנחות, וכן להשאיר הסדרי בחירה ואז אתה יוצר שוויון.

דוברות: יהיה רגע שבו נדבר בנושא גם על רמות המחירים ודפוסי הנחות ועל היכולת להתקשר וכן הלאה וזה רגע מכריע וחשוב. אני אומר שאפשר לנתקו כרגע מהסדרי בחירה של המבוטח בבתי"ח. הם קשורים אבל קצת שונים. אני אומר שצריך לתת לו יותר כוח מעבר למה שיש היום. אנחנו רוצים ליצור מצב שלקופה יש אפשרות להתחרות על הסדרי הבחירה, ומבוטח יצביע ברגליים. אנחנו מדברים על הסדרי בחירה ללא קשר לבעלות, ואסותא הוא חלק ממערכת הבריאות וצריך להיות זמין גם למבוטחי כללית. אבל האופציה לבחור צריכה להיות לכל מבוטח לפי הסדרי הבחירה של הקופה. אסור שבתי"ח יתן העדפה למבוטח של קופה מסוימת כי זה מדרון חלקלק ואני לא רוצה להיכנס לשם.

יעל: על זה אין ויכוח, ואני חושבת שחוץ מערך אין הסכמה עם זה, אבל אתה לא מתייחס לזה שהוא הציג שקיים היום אי שוויון.

דוברות: הוא קיים בהגדרה ואנחנו רוצים לצמצם אותו.

דוברות: אין לי פתרון חכם להגיד, אבל אני בעיקרון בעד בחירה חופשית אבל בהתייחס למה שנאמר פה, ברור שאם לא יתקבל המודל של יוגין וקובי, אני מצטרפת למה שאמר גבי להגדיל את הבחירה שנמצאת היום, הגברת אכיפה על ביצוע הדברים שאלה דברים שלא נעשו, אבל צריכים באמת לראות איך.

דוברות: המצב הוא שיש בתי"ח ברמות שונות, וכל בתי"ח נותנים שירותים. לגבי הערתו של גבי – בואו נסכים על ניסוח כללי של הרחבת הסדרי בחירה. אני עדיין חושבת שגם אם אתה לא יורד לפרטים, אתה צריך לומר מה הכוונה שלך מהבחינה של קווים מנחים לאן אתה רוצה להגיע, כי זה נמצא בדוח ואתה צריך להסביר. יש בחירה אז מה אתה מציע? מה אתה רוצה? לפחות קווים מנחים אם אתה לא מגבש את זה עד הסוף.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יעל: אני מעוניינת לשמוע את דעתו.

דובר/תי: אני מתנגד לביטול מלא של הסדרי בחירה. צריך להשאיר לקופה איזשהו כוח כי אני מבטל אותם לחלוטין באותו רגע אין יכולת לקופה לעשות חוזה מול ביה"ח. באותו רגע שאני מבטל את הסדרי הבחירה אני הופך את תעריפי המחירון של השירותים לתעריפי רצפה, ואף אחד לא יוריד שקל למרות שכולם רוצים את המטופלים. יש לזה תג מחיר עצום בתוך המערכת ואז השאלה היא, בוא נגיד שהתג מחיר הוא סדר גודל של חצי מיליארד של הנחות לשם הנוחות, השאלה היא מה עשית עם החצי מיליארד הזה? הם עוברים מקופה לבתי"ח, ומה הם עושים עם זה? זה יעלה לך את הכסף. שיפרת את הבחירה, שיפרת את בתי"ח. איך אתה מאלץ אותם? אתה בכלל לא בצומת הזאת. הסדרי הבחירה זה דבר שמגביל את התחרות ואת האיכות, כי בתי"ח כשסוגרים את ההסכם הכלכלי, המטופל מתועל והוא כבר לא צריך להקסים אותו, הוא כבר מתועל אליו. סגרתי הסכם עם הנחה כזו וכזו, אני יודע שמתועלים אליי חולים. הבעייתיות הגדולה ביותר היא עצם העובדה שביה"ח סגר עם איש הכספים קהל שבו.

יעל: איך אתה משאיר את בחירת המטופל ולא עוצר אותו? איך עושים את זה?

דובר/ת: חייבים לעשות זה שהסדרי הבחירה יאושרו על ידי שרת הבריאות ולא יגיעו לידיעתה, זה אלמנט חשוב. דבר שני זה מה שכתב בסעיף 2 זה חוזר שהוצאנו וקשה לנו לקיים למול כללית, שאומרת שאני יכול להיות עם 80 אחוז פעילות בתוך קפלן, אני אחזיק בתשומות שלו והוא לא יהיה מלא עד הסוף. אנחנו לא מסכימים כי אנחנו רואים את הבעייתיות בנושא של אפליה. את הלשכה המשפטית אומרת שברגע שיש מצב של דירוג, יש אפליה, כי לכאורה קפלן ראשון ואחרי זה איכילוב, אבל האפליה מתבצעת בכך שמי שדופק על השולחן יקבל את איכילוב ומי שקצת חלש לא יקבל את הבחירה האמיתית. אני מעדיף שהסדרי הבחירה יגיעו לאישור השרה, זה יגדיל את הבחירה כי היום יש מצבים קיצוניים, מביא אותם לאישור שלנו, ואם אנחנו רוצים להוסיף כסף למערכת, בואו נוסיף אותו, כי ביטול הסדרי הבחירה מצריך כסף. זה אומר להוסיף כסף למערכת ואני אומר שבמקום זאת בלי שתדע ותשלוט בוודאות שילך למקומות שאתה רוצה, תוסיף ותשלוט לאן שהוא ילך, ולכן בנושא הסדרי הבחירה אני נגד הביטול, אני בעד אישור הרגולטור.

דוברות: מה היתרון באישור הרגולטור?

דובר/ת: אני אמנע מצבים מטורפים. הם באים אליך לאישור ואתה אומר להם לא. ואז הוא אומר לך לא-כן ומגיעים להבנה מה לא יאושר. יהיו קריטריונים, שלא יביאו לך דברים הזויים מראש.

דוברות: אני רוצה רק להבין – האם תחת הדבר הזה, תחת העובדה שאתה אומר שאתה רוצה להשאיר – המגמה שלנו היא הרחבת הסדרי הבחירה?

דובר/ת: מה שאני אאשר הם יורחבו.

דוברות: מצד שני זה רק עניין שנותנים יותר כוח לרגולטור. אם ככה, אני הייתי מאוד מודה על זה, אבל זה בגלל שאני חושבת שההנחיה הבסיסית היא לפתוח את הסדרי הבחירה. אם זה בסיס ההחלטה, האישור שלך ימנע מצבי קיצון ולא משנה מהותית שיש יותר הסדרי בחירה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: רוב רובם של הסדרי הבחירה זה כללית וזה רוב הבעיה. לאומית ומאוחדת מגיעים להסדרים ארציים, הן לא הבעייתיות. מכבי פה ושם, וכללית היא הבעיה העיקרית. אני בהחלט אומר שגם ביישום של סעיף 2 פה שהוא מאוד חשוב, הוא בא ואמר לכללית שקפלן, איכילוב, בלינסון ושיבא ולא קודם כל זה. זה מאוד משמעותי, פתחת פתיחה ענקית אצל 70 אחוז מהמבוטחים והפעילות, זו פתיחה ענקית.

יעל: גם מחוץ לאזור, וזה הרעיון. מי שגר בת"א יכול לבחור בהדסה, ומי שבצפון יכול לבחור באיכילוב או בהדסה, לפחות אחד. כלומר אנחנו ממש פותחים.

דובר/ת: אין בעיה, רק להבין דבר אחד – זה מחליש את הפריפריה באופן מאוד משמעותי. אתה בא למקום טוב, סייד אפקט קטן – תאר לי את האדם בצפון שיש לו אפשרות ללכת לאיכילוב או לשיבא לניתוח וילך לזיו לניתוח בסוף.

דוברות: יש לך שם מחלקות מצטיינות.

דובר/ת: תבין את המשמעות! אתה באותו רגע מחליש את ביה"ח, ואני צריך להבין את הסיבה למה אתה צריך מחוץ לאזור. איפה יש לך בעיה של אזור שבכולו יש לך בעיית איכות? חוץ מסורוקה? איפה יש לי בעיה כזאת.

דוברות: בצפון זה יכול להיות, אלא אם כן אתה אומר שרמב"ם הוא בצפון. אני רוצה להגיד שאני רואה את זה הפוך – אם המדינה יודעת שזיו מחויבת להתחרות באיכילוב והמדינה כן תהיה מחויבת לדאוג שהוא יוכל להתחרות. אם לא, אותה יוצר מצב שאנשים חיים שם חייבים ללכת לזיו ולא יכולים ללכת לאיכילוב, זה אי שוויון בטיפול שניתן.

דובר/ת: זיו בחיים לא יהיה איכילוב, ונהרייה בחיים לא יהיה רמב"ם. אין מה לעשות. ברוב הפעילות זיו = איכילוב. אלא שבסטיט אוף מיינד ובתדמית זה אחרת.

ערן: שמענו הרבה עדויות על אנשים שרצו ללכת קרוב יותר לבית שלהם מאשר לרמב"ם. יש איזון כזה, אנשים שאכפת להם יותר מזה.

דובר/ת: כשהילד שלך יעבור ניתוח כזה או אחר, ניסע פעם אחת לאיליכוב, מה הבעיה?

עזיז: רוני אמרת שהמדינה ממופה מצוין חוץ מהדרום. אזור פוריה או העמק, והוקפה משגרת לבלנסון.

דובר/ת: לא יעבור את אישור השרה. נוירוכירורגיה בשבילך יהיה ברמב"ם.

יעל: אני אמרתי אישור המנכל והשרה, יעבור את הדרג המקצועי והפוליטי.

דוברות: אני חושב שהנקודות חוזרות על עצמן. השאלה היא מה הבנצ'מרק שאנחנו לוקחים כסטטוס קוו. אם הבנצ'מרק שאנחנו רוצים זה לשים את החולה במרכז כעיקרון ולהתאים לו, צריך להיות חופש בחירה בכל מקום, וזה שלא שאנחנו מרחיבים אלא פחות מצרים. הבנצ'מרק שלי זה חופש בחירה מוחלט, ואם אני מרגיש יותר נוח לנסוע מצפת לאיכילוב ולעשות לילד שלי פקקים באוזניים מי אנחנו שנגיד לו לא? ברוב המקרים אני מאמין שזה יקרה בדברים פשוטים. אבל אין סיבה לעשות בבי"ח שהוא לא בבי"ח- על דברים שיש באזור שקרוב אלי. אני לא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יודע אם אנחנו צריכים לעשות את זה או לא, ואפרופו דיון המשאבים, אני לא יודע אם לפוריה יש מספיק ניתוחי לב, ואפריורית יש להם מספיק מיומנות פשוט בגלל ווליום ואז לא טוב לעשות את זה. בנצימרק של בחירה מוחלטת, היא לא חייבת לעלות כסף נוסף כי בממוצע זה 18 אחוז, תורידו את ה – DRG 18 אחוז לכולם, אתה מזיז כסף במערכת.

ערן : אתה מאמין במחיר אחיד.

דוברות : או שאשאיר את זה לשוק לגמרי, או לבנות מתוך תחשיב של עלויות, אז נשים DRG אחיד ואחד, וזה מה שנעשה תוך כדי תנועה כמו שנעשה במדינות באירופה. אם אין לך העדפות לפה ולשם צריך כן למנוע את היתרון של כללית כל הזמן לעשות את זה אין האוס. אם אתה מאפשר לאנשים לעשות בחירה חופשית או מצומצמת בנסיבות שצריך להסביר, לא מה לצמצם אלא למה להרחיב, ואני לא רוצה שאנשים מסיבות לא טובות יסעו לניתוחים סטנדרטים רק בגלל שמישהו בלבד להם את המוח על הסטארים או בגלל כללית, אז שם אפשר להגביל קצת בכדי להתגבר על חוסר הרציונליות של אנשים בקבלת החלטות.

דוברות : כולם ירצו ללכת לאשדוד עוד שנתיים. צריך להגביל, זה לא ישים מה שאתה אומר. יש להם חדר בודד שם, רוצה ללכת לאשדוד, בא לו.

דוברות : אז תשלם יותר ותסע חצי מדינה בשביל אשפוז בחדר לבד? בזיו תהיה איכות טובה, כל השכנים שלו עשו שם.

דוברות : הוא אומר תן חופש בחירה. נכון שאז אתה מעלה את ההוצאות לקופות כי אז אתה לא צריך את ההסכמים. תשנה את כללי המשחק – אני מניח שהוא לא מתאר את ביטול הקאפ אלא תשאיר מנגנון..

דוברות : לא, כי אז העלויות שלך שוליות ולא ממוצעות.

יעל : כן, המחירים ירדו.

דוברות : צריך לראות את המציאות אם זה אפשרי בכלל.

יעל : ואז התחרות היא על איכות וקיצור תורים.

דוברות : לא שולל על הסף, צריך ללמוד את זה, זה מאוד מהפכני.

דוברות : אמרנו שזה אחד תלוי בשני ואי אפשר לדבר על זה מבלי זה.

דוברות : יש שונות משמעותית בפונקציית הייצור של כל ביי"ח לפי מקום זמן יכולת ופרודצורה. והיכולת לתת מחירים שלא יהיו מעוותים בלתי אפשרית. אם אתה מונע יכולת להגיע להסכמים על מחירים אתה מעוות את המחירים לגמרי.

דוברות : זו אמירה ריקה לגמרי כי אין שום קשר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: יש קשר כי הנחה זה אומר גידול של ביי"ח, קצב התפתחות והוצאה. תעריך זה פר פרוצדורה לפי פונקציית הייצור. יש שונות בין היכולת של שיבא כמה לייצר וליכולת של זיו ושל רבין. מה הכוכב שלו ומה העלות שלו ו בססיות...

דוברות: מה שונה בין זה לכל פעילות אחרת כלכלית במדינה? איך בצרפת ואנגליה לא קרסו עדיין? שם זה ככה.

דוברות: לא מכיר את המצב שם מספיק.

יעל: אם תתאים את המחירים גם לגודל, יהיה מקדם שמתחשב בגודל וגם במיקום בפריפריה..

דוברות: צריך מקדם מיקום, שעות בוקר ואחה"צ..

דוברות: זה דברים שנעשו גם מקודם, יש את אוסטרליה.. אני לא מבינה...

ערן: היכולת לסלקטיב קונטרקטינג זה עוד אחד מהגורמים ביכולת לנהל איתם מו"מ.

דוברות: החשיבות של הורדת האחריות של הקופות מהסיפור ולא רק אם הן יכולות לחסוך עוד אחוז הנחה, זה מה שהיא מייצרת. הקופה כשבי"ח לא קשור אליה ולא שייך אליה וזה מהלך שלא נכון למערכת הזאת, מצב שבו לקופה צריך להיות אחריות בכל שלב של טיפול.

דוברות: גם היום מסתובב אדם בבי"ח ומאשר או לא מאשר פעילות.

דוברות: ניסיתי לעשות הפרדה אבל גררתי אותי לשם. חלק מהתורים זה זה, כשאתה עושה הסדר גלובלי אין לך תמריץ לעשות יותר ואתה לא עושה יותר.

יעל: אתה מגיע לאלפא ואז יש לך גן סגור.

דוברות: אני חוזר לנושא של הסדרי הבחירה ולהתמקד רק בזה. יש בחירה בהסדר ויש בחירה מוחלטת. יש חסרונות לבחירת קצה, אתה מאבד ניהול טיפולי, אתה נותן כוח יותר למטופל כולל הצדקה לאשפוז בכלל. חופש בחירה! איסור מוחלט זו דיקטטורה מוחלטת ואנחנו לא רוצים את זה. יש פה מצב נתון של הסדרי בחירה והם לא רעים. אנחנו רוצים יותר להרחיב את זה כדי כן להזיז את זה. יש פה המון נקודות נורא חשובות ושים אותן שמה, אבל אנחנו רוצים מידה מסוימת של סדר גג. כשאני מדבר על מחוז הצפון אני כולל גם את רמבם ואני רוצה שהחולה יבחר ברמבם ולא בהדסה. ואני לא רוצה שהקופה תיקח חולה מצפת ותשים בסורוקה, לא רוצה שתציע את זה. לכן אמרתי שאני אוסר עליה ואין דבר כזה בכלל. חופש הבחירה לא תלוי בכלל בבעלות על בית.

יעל: זה ה-ללא דירוג.

דוברות: בוודאי, לא רוצה לתת העדפה למבוטח כללית על מכבי או להיפך. יש הגיון מאחורי הבחירה שלנו בהסדרי הבחירה ואני חושב שזה מנגנון טוב. בנושא של בחירה מוחלטת אני במידה מסוימת מחליש גם את הפיקוח הרפואי של הקופה ולא רק הכספי.

דוברות: לא בהכרח העצמת המטופל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה לא זה, כי אני חושב שהקופה יודעת לפעמים יותר טוב וזה ברצינות, מאשר אני. אני לא אומר את זה באופן גורף, אבל משהו בשיקול הדעת המקצועי, אזורים בהם יש בחירה, בואו נרוץ על זה.

יעל: הוא סיכם יפה את המודל, והוא דיבר על הבחירה החופשית. ציינו את אישור הרגולטור.

דוברות: הכל תלוי בהגדרה של אזור ג'ג. אם יש מספיק בחירה באזור ג'ג אז אין לי בעיה. לכן אני אומר שזה אותו דבר.

יעל: ניר ועדי – נסחו את מה שהחלטנו. אני רוצה לדעת גם את דעתו של קובי אחרי שתנסחו.

דוברות: יש פה את סוגיית התמחור והמינון.

דוברות: הכל יתחבר.

דוברות: ברור שיש שונות ברמת בתי"ח בין האזורים הג'ג.

דוברות: אבל אתה לא תדאג לשפר אותם כי אין לך אינטרס.

דוברות: סיכמנו את החלופות של המודל – בנייר.

דוברות: זיהינו שלוש אופציות. המטרה הכללית היא להרחיב את הסדרי הבחירה לעומת המצב היום ולייצר הסדר מיטיב ולא פוגע. בתוך האזור הג'ג ישנה בחירה ללא דירוג. קביעת מחירים אחידים, הסדרים מיוחדים למחלות מיוחדות. ממשיך להקריא מהנייר.

יעל: למה לא לצרף את א וג?

דוברות: הם יחסית דומים למעט החלק של האזור הג'ג.

דוברות: אתה אומר בחירה חופשית בתוך אזור ג'ג.

דוברות: זה א'.

דוברות: כתוב הרחבה מוגבלת.

דוברות: בתוך הסדרי הבחירה.

דוברות: אתה עושה את זה במקום בכל אזור אז בתת אזור. קופ"ח היא לא שחקן בהצעה הזאת.

דוברות: ברגע שאתה גר באותו אזור קנית את האפשרות לבחור.

דוברות: אם הקופה תרצה להרחיב מעבר, יהיה מותר לה.

דוברות: ג' בעיניי אפקטיבית מרע את המצב דה פקטו. איך שזה נראה כאילו פתאום העיקר הפך להיות האישור. אני חושבת שהאישור צריך להיות בכולם ואסביר – אני חושבת שבכל מקרה זה יהיה נכון להחליף כרגע את מה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שכתוב ב"ידיעה" ל": אישור" זה סוג של הגבלה. בעיקרון הרצון הוא שהכל יהיה פתוח. איך שלא יהיה נשאר לרגולטור את האופציה שיכול לבוא ולהגיד שהוא רוצה להתערב ולקבוע הסדרי בחירה. איך שהוא כתוב עכשיו הוא יותר מצומצם.

יעל: ג' יותר מצומצם?

דוברות: כן, אני רוצה להרחיב – אנחנו רוצים לפתוח ולתת לכל, ולהשאיר שיקול דעת לרגולטור. הוא יכול להגביל כי זה פוגע בצפון או לא יודעת מה. עיקרון הבסיס שאנחנו הולכים אליו הוא הרחבה, ובג' אני קראתי על האישור שזה הצד הטכני. אנחנו רוצים מהותית שיפור. צריך להתחיל ממה שאת רוצה לעשות ולא מהאישור.

דוברות: המילה הרחבה לא רלוונטית. מה שרלוונטי זה האם לקופה יש שליטה או לא. ההצעה שהיא ג' משאירה בקופה את השליטה על הסדרי בחירה.

יעל: יש לי הצעה שהולכת אחד אחד ולא ניתקע בסעיפים אחרים. יש בתוך הסעיפים דברים שנוכל להסכים עליהם ולעשות שילוב.

דוברות: הסוגיה האמיתית היא האם אנחנו מתירים לקופה לעשות הסדרים או למדינה. בג' לקופה אין שום התערבות. היא פשוט חייבת לאפשר בחירה חופשית באזור, איך אתה מגדיר אזור זו השאלה.

יעל: לי יש בעיה עם אזור הדרום. הוא האזור הג'ג הגדול ביותר – האם אני נותנת בחירה רק לאזור הדרום, זה רק סורוקה?

דוברות: גם אם אני מרחיב את האזור זה לא מספיק לי, כי יש לי פה מונופול של סורוקה.

יעל: נכון, ולכן מה שאתה אומר לא מספיק.

דוברות: אני רוצה להגדיר אחרת את האזור וזה בסדר.

דוברות: הערה כללית – הרבה מהשינויים שמתגבשים בוועדה הם שינויים שיכולים להיות קיצוניים. בהרבה מקומות הכיוון שנראה הוא החלשה של הקופות. אנחנו צריכים להיזהר מזה.

יעל: אנחנו לא רוצים להחליש אותם מול בתי"ח, רק מול המבוטח.

דוברות: ברור שמי שעומד מולנו זה המטופל. אני חושבת שאנחנו צריכים גם אם הפתרון האידיאלי נראה לנו א או ב, אני חושבת שבהנתן הרבה דברים עובדים טוב היום, בעיקר בקהילה, גם אפשר לשקול את האופציה שאנחנו הולכים לפתרון שהוא לא האידיאלי ביותר אבל מתקרב אליו. נותנים לנו פרק זמן ללמוד מהניסיון ואנחנו לא יכולים לעשות הכל בוועדה, יבואו וועדות אחרות אחרינו שתמצאנה לשפר. אנחנו צריכים לחשוב על סיכויים טובים לשיפור וגם על מימוש, יותר שקולים ומחושבים. אני לא יודעת אם זה טוב יותר או לא. ג' נראה לי כבר מימוש וזה פתרון שהולך לקראת ומרחיב.

יעל: אז ג', וגם את הולכת לג'?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: רציתי לשלב אותו עם ב' או לשנות את הניסוח שלו.

דוברות: אם אתה מבטל הסדרי בחירה, מחירים אחידים זה ביי פרודקט שלו.

יעל: אני רוצה להציע מתודה לשם גיבוש ההחלטה – אני אעבור אחד אחד. תתעלמו רק מהסעיפים. בואו נעשה את הסלט שלנו, יש לנו פה הרבה מרכיבים. האם מקובל הרחבת הסדרי הבחירה לעומת המצב היום?

דוברות: כן.

דוברות: זה לא דווקא חייב להיות שזה לכל אחד יורחב, אלא הסה"כ יורחב.

דוברות: לא לא.

דוברות: אני לא מבין למה אנחנו לוקחים מצב בנצ'מרק שאנחנו לא רוצים אותו היום? למה לא בנצ'מרק בחירה מוחלטת ואז להחליט מאיפה להגביל?

דוברות: למה זה מפריע מה שיעל אמרה? זה בסדר.

יעל: אני מתקדמת הרחבת הסדרי בחירה לעומת המצב היום מקובל? מקובל. עכשיו בואו נעבור אחד אחד. כשאנחנו מדברים על הרחבה מוגבלת אני מורידה את זה. בתוך האזור הג'ג ישנה בחירה חופשית בין בתי"ח בלי דרוג, מקובל? מקובל. לא שולחים אותך קודם לבי"ח מסוים.

דוברות: השאלה אם זה לא נותן לאדם עזרה בבחירה, תבונה במה לבחור.

דוברות: כל מנגנון של בחירה חופשית מחייב מנגנון מחירים אחיד, זה חייב להיות.

דוברות: נכון, אבל לא להיפך.

דוברות: המדינה תשלם לבי"ח את המחירים הקבועים ובתי"ח רק את השוליים זה שינוי מאוד גדול שצריך לבדוק את כל המשמעויות וההשלכות של זה. בניגוד לתקציב הקופות שמקודם בתצורה טובה, תקציב המשרד בכלל לא מקודם בחוק. זה כסף של המדינה. מחיר אחיד זו הצעה דרמטית באופן כללי וצריך ללמוד ולהבין את משמעויותיה. בלי מחירים אחידים אוב לא רלוונטיים. אני חושב שחשוב לעשות דיון לגבי מחירים אחידים במערכת, כי אם זה לא...

יעל: אני אמרתי שלא בהא תליא. בואו נדבר כרגע רק על הרחבת הסדרי הבחירה.

דוברות: ניר צודק, אם אנחנו לא מסיימים...

דוברות: אני אנסה לנסח חולשה של כל צד. הנושא של מחירים זה מהפכה שנצטרך לדבר עליה ולכן נשים את זה בצד. הנושא של בחירה מוחלטת הורדנו את זה, אז נתחיל בצורה שלילית. אז כשיש את א או ג', אני מבין את החסרון של א' ואת העלית אותו בקטע של סורוקה, שלטת הקופה נשאר בג' יותר מאשר בא'. אז אני מציע להתכנס סביב ג' שמבטא את הקונצנזוס סביב השולחן הזה בצורה הטובה ביותר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני לא מסכים. אתה הולך לעולם שבו אני רוצה שעטנו, תחרות שלא ברור שמיטיבה פה, ואני גם עליה רוצה רגולטור. הרגולציה לא עובדת יותר מדי טוב בדרך כלל. לקבוע מחירים זה הרבה יותר פשוט ולא רגולציה.

דוברות: אני עשיתי הבחנה בין איך משלמים להסדרי הבחירה.

דוברות: תמריצים כספיים בהסדרי בחירה.

דוברות: אני רוצה לתת למבוטח יותר כוח. זה הכל.

יעל: בואו נמשיך, אנחנו לא מתקדמים, אנחנו תקועים. אני כן הולכת להסכמות חופפות. אין בעיה עם הסדרים מיוחדים, שמירה על רצף טיפולי, קביעת מחירים אחידים הוצאנו, ואני כן חושבת שבתוך האזור הג"ג ישנה בחירה חופשית בלי דרוג. תיכף נוסיף מעבר לזה, אבל נתחיל עם אזור ג"ג.

דוברות: אזור ג"ג צריך להיות מוגדר ואחיד לכל הקופות.

יעל: וודאי.

דוברות: כשאנחנו אומרים הסדרים מיוחדים למחלות מסוימות צריך לחדד את זה כדי שאף אחד לא יחשוב שזה יחושב אחורה.

יעל: היא אומרת שלא די לומר את זה, אלא צריך להוסיף בחירה חופשית במקרים של מחלות מסוימות ואני חושבת שכולנו מסכימים לזה אז נא לשנות בהתאם.

דוברות: לא כל כך ברור – הכל יהיה חופשי?

דוברות: כן, זה מה שנהוג היום, יש חוזר מנכ"ל על זה.

יעל: כפי שקיים היום, נוסף.

דוברות: היום הכל פתוח.

יעל: שלא יגידו שאמרנו משהו שכבר קיים, יש לזה ערך מיוחד גם כן. בתוך אזור ג"ג אני כן חושבת שחשוב שבתוך אזור ג"ג שיוגדר מראש שתהיה בחירה חופשית וזה דבר שצריך להסכים עליו.

דוברות: המשמעות של זה היא חזרה לדיון על המחירים האחידים והפיקוח של הקופות והעלות הכלכלית של הדבר הזה.

דוברות: אמירה פשוט לא נכונה.

דוברות: אתה חייב דיפולט התחשבות כי הקופה לא קובעת לאן תלך, אז חייבים שהרגולטור יקבע את המחירים בצורה מדויקת. אמרתי קודם שאי אפשר לקבוע מחירים פיקס כי זה ייצר עיוותים קשים במערכת. אני רוצה להתייחס לשמירה על רצף טיפולי – אני מקווה שלא כוונתכם זה לחייב את הקופה לא משנה מה על רצף טיפולי. זה צריך להיות עקרון מנחה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל: יש פסיקה על זה, זאת הייתה כוונה.

דוברות: מחר הקופה מחליט שהטיפול בבי"ח הזה לא מספיק טוב ורוצה להעביר את המטופל לבי"ח אחר?

דוברות: אם הוא מסכים אז כן.

יעל: זה נשאר לרשות הקופה, לא צריך להגיד בדיוק מה. בטח שאם הוא מטופל מחר ביד ועוד שנתיים בבטן, זה לא רצף טיפולי. אבל אם היום בבטן ועוד שנתיים גם בבטן אז הוא רוצה לחזור לאותו בי"ח.

דוברות: אני חושב על זה, לא חשבתי שלזה הכוונה.

דוברות: אנחנו פועלים לפי השיקולים הבאים – היא הולכת לאשר ולוקחת שיקולים של רצף טיפולי ומחלות כרוניות וכך הלאה, ואני מציע להכניס גם אזור ג"ג. אני חוזר בי ואומר לצרף לג' את הקריטריון הג"ג כחלק מהשיקולים שלך בבחירה לאישור ההסדרים.

יעל: אם אתם רוצים לדעת מה אני רוצה, אני רוצה בחירה חופשית בכל הארץ. אין לי ספק שאנחנו צריכים במקרה כזה לקבוע מחירים אחידים, ואנחנו שמים את זה בצד. אנחנו רוצים שהחלטות שלנו תהיינה גם ישימות. זה טוב לחזון ארוך. שמעתי את גבי ורונני, הבנתי את השחקנים האחרים שיפגעו והאיזונים שיופרו בעקבות זאת.

דוברות: תנו לי דוגמא.

יעל: אם נפתח את אזורי הבחירה אנחנו מחזקים את בתי"ח ומחלישים את הקופות.

דוברות: לא עם מחירים אחידים.

דוברות: זה לא רק בתי"ח אלא גם ספקים פרטיים.

דוברות: צריך להכניס לשיקולים שלנו מה ניתן לתקן אם תהיה חריגה. להחזיר את הגלגל אחורה יהיה מאוד קשה.

דוברות: ככל שמערך הפיקוח על המחירים יתחזק, אפשר יהיה לפקח יותר.

יעל: אני רוצה שבאזור ג"ג תהיה בחירה חופשית ולא רק זה, אנחנו רוצים עוד דברים ואתה נעצר פה. תראה את התמונה הכללית. אני מעבירה את המשפט האחד לג' – בנייר. אישור אקטיבי של הרגולטור מקובל על כולם נכון?

דוברות: אני לא מבין מה יש לאשר.

דוברות: הוא צודק. האישור שלך מגיע אם את רוצה לאשר מחוץ לאזור הג"ג.

יעל: עוד לא גמרנו לנסח את זה, בצורה קצת שונה. אם חייבים אז בוודאי שלא צריך אישור. אבל אנחנו עושים את זה יותר מורכב. בואו נגמור את הכל ונשים את האישור בסוף. אני מסכימה. אנחנו כל הזמן תחת הרחבת הסדרי בחירה וממשיכים משם. הרחבת הסדרי הבחירה לפי השיקולים הבאים – לפי מקום מגורים של המבוטח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה טוב מאוד מה שעשית.

דוברות: בדיוק, אתה משתמש בקריטריון הזה כשיקול.

דוברות: אני לא מבין.

יעל: אתה תבין כשנסיים.

דוברות: מה אם זה יהיה רוב בתיה"ח באזור ולא כל?

דוברות: לא עשית כלום ורק החמרת את המצב.

ערן: לא נכון, זה אומר שעדיין יש בחירה ב-80-90 אחוז, אין כל כך הרבה בחירה בכל אזור.

דוברות: אתה רק מחמיר את זה.

דוברות: אני רק אומר כי חוששים שיצמצמו את זה. שרת הבריאות תקבע מה האזור.

דוברות: בסופו שלדבר ברגע שיש בחירה חופשית באזור ג"ג, לקופ"ח אין כוח מיקוח והיא קונה במחיר אחיד. אין שום משמעות לזה שזה יהיה ג"ג. זה בעיה לשים את המחירים האחידים בצד כשיש בחירה חופשית מוחלטת באזור.

דוברות: רשום שמקום המגורים הוא קריטריון בהחלטה.

דוברות: תכתבי מה יש לך בראש עד הסוף ואז נתייחס.

יעל: זה בדיוק מה שביקשתי. מקום המגורים של המבוטח זה קריטריון כדי לקבוע. הלאה. זה כולל מחוץ לקופה.

עזי: לדעתי ב מיותר פה, כי בתוך האזור הג"ג כבר חופשי.

יעל: זה חלק, הבחירה תהיה לרבות מחוץ לאזור הג"ג.

דוברות: כולל בירדן.

דוברות: האמת, זה שאלה מעניינת.

דוברות: זה אומר שכללית לא תכריח לעשות קודם כל בלינסון.

יעל: שקיפות כבר אמרנו ובואו נראה איך יצאנו. ברגע שיש לך אזור ג"ג אתה לא צריך את זה. מקריאה שוב את ההחלטות מהנייר.

דוברות: ותוסיפי אישור שלך.

יעל: כן, ובסוף – "כל זאת באישור אקטיבי של הרגולטור".



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: האם הקופ"ח שלי יכולה לתת לי לא ללכת לבי"ח באזור שלי כשאני רוצה ללכת אליו?

דוברות: אם השרה לא אישרה?

דוברות: התשובה היא כן.

דוברות: תלוי בשרה.

יעל: יש לנו כאן המון איזונים. הצורך בהם ידוע. אסור לנו לתת לקופות יותר מדי כוח ואסור לנו להעביר את זה לבתי"ח. לכן זה נמצא בידי הרגולטור. ברבות הימים, תהיה לנו רשות אשפוז כללית והיא תצטרך לקבוע את כל זה. אז אני מעבירה את זה לרגולטור והוא יקבע את האיזונים.

דוברות: אני מגדיר לכם אזורים ובתוכם אין לקופה יותר הסדרים כי יהיו הסדרים אחידים. או אני קבעתי לכם הסדרים אחידים ותביאו כל דבר לאישור שלי?

יעל: אני מסתכלת על אפשרויות שילוב בין משבצות ולא כך או אחרת. למעשה הרגולטור קובע היום מהי ההרחבה.

דוברות: חרגת מהאזור הג"ג? שלחת את כל צפת לתל השומר? אני לא מאשר. פגעת באיזון הג"ג? אתה לא מאשר.

דוברות: אתם יודעים מה זה נישואים שניים? זה הניצחון של תקווה על הניסיון. לדעתי זה מה שקורה פה.

דוברות: אני חושבת שפה התחלנו בנקודה מסוימת ואנחנו הולכים מאוד אחורה. המצב כיום האזרח הפשוט צריך להתמודד עם מה שהקופה אומרת. במצב שעשינו עכשיו יכולה להיות סיטואציה שהוא צריך להתמודד פעמיים, עם מה שהקופה אומרת ושהרגולטור יאשר את זה. נכון שהשארנו פה קריטריונים ואני לא מזלזלת בהם, אבל במקרים מסוימים אני חושבת שיקרה יותר גרוע. בעיניי זה נכון שיש את כל האופציות אבל אנחנו לא רוצים לפגוע במדינת ת"א שם יש את כל האופציות. אני רוצה להיות בסיטואציה שמשווה יותר קרוב לת"א ולא הפוך. אני יכולה לתת כמה דוגמאות למה זה נכון, למה אפשר לגרום לזה שיגידו פחות. לדוגמה הרגולטור מסיבה כלשהי חושב שבי"ח אחד נהיה יותר מדי חזק, ואז מוציא אחד או שניים מהאזור.

יעל: מה רע בזה? אנחנו יודעים שהמערכת היא כשל מתמשך ומישהו צריך לנהל אותה. האם אנחנו יכולים לאפשר כלכלה חופשית במערכת? לדעתי לא. מישהו צריך לנהל אותה.

דוברות: אני חושבת שצריך לתת כמה שיותר בחירה לאזרח. זה אומר בסוף היום שאנחנו נותנים לאזרח מה שהרגולטור ירשה לו ואם ירשה רק שני בתי"ח זה בעייתי. ויותר מזה, יותר קל היום...

יעל: תמיד צריך יותר.

דוברות: במצב היום יותר קל לאזרח להתמודד אפילו ברמת בימ"ש. זה לא התחיל ככה אלא אחרת. אני רוצה שאזורי הבחירה יהיו או חופש בכל הארץ או בתוך אזור בחירה והרגולטור מאפשר שני דברים – את היציאה מחוץ לאזור או רשימת מחלות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל : את אמרת מאשר מה שהקופה תקבע.

דוברות : לפחות בתוך האזור ג"ג הרגולטור יקבע.

יעל : מה תעשי באזור הדרום? מי קובע?

דוברות : חזרת לגי.

דוברות : לא, זה ממש אחרת. יש הבדל.

יעל : אתה רוצה שהרגולטור יקבע אזור ג"ג ובתוכו חופש בחירה. זה דבר שלא היה פה עד עכשיו. לקבוע אזורים? הרגולטור קובע אזור ג"ג שבתוכו יש בחירה ומחירים אחידים.

דוברות : לפני הבעיות של זה, המחירים, אז החלטה תהיה בנקודת זמן מסוימת יותר נקייה מלחצים. כאשר יהיה מצב להסתכל על הסדר מסוים, אני יותר מפחדת מלחצים באותו נושא, זה יותר נקי.

דוברות : האזורים לא חייבים להיות מוציאים אלא חופפים גם כן. אתה מגדיר את האזור לא לפי ביי"ח אלא לפי איפה אתה חי.

יעל : אם יש חפיפה זה לא יכול להיות ג"ג.

דוברות : אתה מגדיר קבוצות של בתי"ח ולא דווקא ג"ג.

דוברות : זה לא.

דוברות : מוקדי אי יעילות בתוך בתי"ח אלה היו אחת מהבעיות שעלינו עליהם מזמן. יכול להיות שמחירים אחידים זה הפתרון.

דוברות : לא דנו על זה, אני לא רוצה בהזדמנות זאת לעשות מחטף על מחירים. להתנות את זה בזה.

דוברות : אילוסטרציה מה הולך לקרות פה – יושב אלי דפס ואומר בהסדר הבחירה שלי יהיו כל בתי"ח של הכללית כמובן ואני אריב איתכם את מי עוד אכניס להסדר. הוא יכניס מינימום של האחרים ואת הרוב שלו. תוריד את בתי"ח שלו?

דוברות, אני אוסיף.

דוברות : עם מכבי לא יהיה לך כזה דבר, והם יתנהגו אחרת. זאת לא המטרה בכלל.

דוברות : הם יקחו אחריות על השירותים שלהם.

יעל : חילוקי הדעות לא כאלה גדולים. בשני המקרים אנחנו אומרים שיש אישור של רגולטור מראש או בדיעבד.

דוברות : זה לא אישור להסדר, זה קביעה של אזורים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: הרגולטור קיים פה, כי מקודם אמרת שלא צריך.

דוברות: לא אמרתי שלא צריך משרד הבריאות.

יעל: יש לנו 2 הצעות – 1. בואו נקבע אזורים לא ג"ג, אלא אזורי טיפול או אשפוז. אם הם חופפים אז לא ג"ג. מי קובע אותם? הרגולטור. בתוך אזור אשפוז חופש בחירה מוחלט. לצורך העניין אני אומרת שאזור האשפוז ולצורך העניין הדרום, הוא כולל את סורוקה, הדסה אסף הרופא וכמובן ברזילי.

דוברות: בצפון את צריכה גם לתת משהו כי אחרת רמב"ם יהפוך למונופול.

יעל: יפה, ואז נסיף את העיקרון של מחוץ לאזור איזושהו ביי"ח אחר. זו ההצעה ומי שקובע את זה זה המשרד. האם בתוך המודל הזה אנחנו חייבים להכניס את הדברים האחרים. בואו נראה.

דוברות: אני לא מציע ליצור מנגנון שבו את קובעת לקופות אזורי אשפוז. עשוי לא להיות להם שום קשר לאזו ג"ג, כמו צפת והדסה, זה מכניס אותך יותר מדי לפוליטיקה של תהליכים.

דוברות: למה?

דוברות: אני רוצה שהקריטריון של המרחק של אדם מקבלת משאבים יהיה בו הגיון.

יעל: הם לוקחים בחשבון מרחק ג"ג.

דוברות: אז שימי אזור ג"ג.

יעל: לא, כי אז אני לוקחת את כולם לסורוקה.

דוברות: אפשר ביניים – להתחשב בעניין המרחק זה כל מה שצריך.

דוברות: זה פותח לך את האופציה ללכת מצפת להדסה וזה לא הגיוני.

יעל: אני רוצה לתחם את חילוקי הדעות כרגע – בהנחה שאזור האשפוז נותן אזורי ג"ג ונותן אפשרות גם מחוצה לו כמו סורוקה, צריך לחשוב האם נותנים בחירה מוחלטת. אסף הרופא, בלינסון, תה"ש, איכילוב וולפסון – האם אנחנו נותנים בחירה מוחלטת לכל אחד?

דוברות: ואז צריך מחירים אחידים.

דוברות: כן, למה לא?

דוברות: אני מציע לא להיכנס למילים של בחירה מוחלטת, ואתם לא יודעים מה המשמעות של זה. תיזהרו ותנו שיקול דעת. לכל קופה יש מחוזות שלה ואזורי אשפוז ומרחבים ונפות משלה והם שונים. זה קשור לסיפור של רצף טיפולי בקהילה. ויש קופות שנותנות את הרצף הזה כבר שנים. אני לא הולך לשבור את הרצף הזה.

יעל: אז אני אומרת בואו נתחם את הוויכוח הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה יכול למנוע ממך נגישות.

דוברות: למה? אתה מאפשר גם מחוץ לאזור אז בוא נשאר שם. אני אתחיל להגדיר אזורי אשפוז לכל קופה ויגידו לי אתה מטורף.

דוברות: לא לכל קופה.

דוברות: כן, אם אתה רוצה לאפשר לאנשים נגישות, למה לא לקבוע את זה?

דוברות: אני רוצה לאפשר תחרות.

דוברות: אם זה אותו אזור זה כאילו השארת את זה. מה זה משנה? אני רוצה לשאול אותך – אתה שינית את דעתך ואמרת שאזור ג'ג מקובל עליך, אבל עכשיו הרחבנו את האזור הג'ג ואמרנו שהוא לא יהיה גרידא אלא שלרגולטור תהיה אפשרות להרחיב אותו, כדי שלא יבינו למה ירושלים וביש זה אותו דבר, אז נקרא לזה אזור אשפוז, אבל זה לא שונה.

דוברות: בשיטה הזאת אתה מגדיר רשימות ומכווץ אותן לפי משפחות. יש פה חבילה שאתה מאפשר בתוכה.

יעל: לכל קופה אותה חבילה. וכל מבוטח יכול לבחור.

דוברות: בתוך האשכול.

דוברות: נכון.

דוברות: אבל אשכולות הם חופפים.

יעל: כן. בגלל החפיפה העברנו את זה לאזורי אשפוז. הדסה תתאים למי שגר בדרום וגם למי שגר בשפלה לצורך עניין. וגם לאזור בית שמש. אבל זאת לא הבעיה, הבעיה היא אחרת – האם אנחנו באמת יכולים אחרי שקבענו את זה, האם אנחנו יכולים לאפשר למבוטח בחירה חופשית בתוך כל אשכול?

דוברות: כן, בגלל זה עשית אשכול.

דוברות: ברמת הניהול של הקופות, יש לזה עלויות כלכליות כבדות וזה מוריד את הניהול מהקופות של העסק הזה. זה מהלך מסוכן כי אנחנו לוקחים להם את ההחלטה של כמה להשקיע בקהילה וגם בבי"ח. היום זו החלטה בינארית.

דוברות: אחרי זה יהיה לחצים על מחירים.

יעל: זה הסיפור, שזה מחייב מחירים אחידים.

דוברות: זה חוסר הגיון שהמחירים לא אחידים.

דוברות: אתה עושה את זה בכל מקרה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אולי אפשר לקבוע מינימום מספר של בחירה שאפשר לתת.

דוברות: אין כל כך הרבה בתי"ח בארץ.

דוברות: למה? יש 30 בערך. אני יכול לספור אותם מהצפון לדרום.

דובר/ת: היה שלב שבו נתנו 5 אפשרויות בחירה. צריך לבנות את המנגנון שבונה את המחירים האחידים, את המנגנון שמפקח.

יעל: אנחנו הולכים לאזורי האשפוז בגלל הנימוק שקודם רוני אמר שלא נגמור את בתי"ח הפריפריאליים, כי אם נפתח את כל הארץ הרגנו אותם. אנחנו חושבים שזה נכון להגן עליהם. זה נכון שאם אנחנו פותחים את אזורי האשפוז אנחנו צריכים מחירים אחידים, ועד אז צריך שלב ביניים כמו שאמר ערן. עד שיהיו מחירים אחידים בתוך אזור האשפוז, תהיה אפשרות לכל מבוטח לבחור ואז נבוא ונאמר שלושה בתי"ח.

דוברות: אבל במינימום.

דוברות: ככה קופה תשכנע אנשים לעבור אליה.

יעל: זה ברור ומובן שלא תוכל הקופה להכריח אדם לשלוח לבתי"ח שלה. זה ללא ויכוח.

דוברות: הבעיה היא שהדבר הזה מייצר שליטה של קופות על התהליך, כניסה לתוך מחירים שהיא לא הגיונית. אני רואה במחיר אחיד יתרון בלי קשר לדבר הזה. מה שאנחנו מנסים לעשות פה זה לעבור מצד שמאל של הנסיעה בכביש לצד ימין, ואז הם יתחילו עם משאיות. יש פה שני חלקים שתואמים אחד לשני. אנחנו מנסים לעשות שעטנו שלא עובד. אנחנו מנסים להשאיר את המצב כמו שהוא, שהוא לא טוב. ההנחות שהקופה משיגה מבתי"ח אין להן שום קשר למהות ההסדרים.

יעל: לא. המטרה שלנו היא מחירים אחידים, אזורי אשפוז ובחירה מוחלטת בתוכם. כשלב ביניים עד שנגיע למחירים אחידים אנחנו נצטרך... כולם יודעים שכדי להגיע למחירים אחידים זה 2-3 שנים ובאוסטרליה זה לקח 5 שנים. אולי אם נתלבש על זה זה פחות, אבל אנחנו רוצים לשפר את המצב לעומת המצב היום. שלכל אחד תהיה בחירה בתי"ח, יהיה מינימום שיהיו חייבים.

דוברות: אני חולק על 1. כדי לעשות מחירים אחידים זה 2-3 שנים. אנחנו לא ממציאים את הגלגל. כמה זמן זה יקח זה פונקציה של כמה כוח נכניס לדבר הזה. לדעתי תוך שנה יכולים להיות פה מחירים אחידים ונלמד תוך כדי.

יעל: ואם יהיה יותר, מה נעשה בינתיים?

דוברות: את לא מקבלת את התשובה הזאת, את שמה מספיק משאבים.

דוברות: אתה עכשיו נכנס לדיון שרציתי להמנע ממנו, וזה קטע של מדיניות מחירים והתחשבות. להחליט על מחירים אחידים זה מידה מסוימת של חוסר אחריות כי לא מיצינו את הדיון על זה. אתם יודעים מה זה דפוס התחשבות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

יעל : בהנחה שנגיע למסקנה הזאת, בהערכה שלך כמה זמן זה יקח?

דוברות : לא נגיע למסקנה הזאת, אולי צמצום הקאפ. אבל מה המחירים? ימי אשפוז? dRG?

יעל : לא משנה, מחירים אחידים כמטרה. כמה זמן לדעתך?

דוברות : תוך שנה זה אפשרי. לא סיפור כזה גדול.

דוברות : פעם הציגו קונספט של מודל ולא נכנסנו לבעד או נגד. זה לא מונע ממך לקבוע מחירים אחידים. תוכלי תמיד לעשות את זה כי זה נותן לך אפשרות להרחבה ולצמצום. הנוסח הזה לא מונע ממך.

דוברות : הדבר הראשון זה שאני מעדיפה שבאזור האשפוז יהיה פתוח, אני בדעה של יוגין. אם תתקבל הדעה של צמצום בשלב ביניים, אחד הקריטריונים שצריכים להבטיח שלא ישאר ביי"ח שלא בהסדר כלשהו.

דוברות : איך יכול להיות מצב כזה תסבירי לי?

דוברות : זה מה שרציתי רק להגיד.

דוברות : מה, יגידו לצפת אני לא מפנה? לתושבי צפת זה חשוב. הרסת את צפת אחרת.

דוברות : צריך לסגור את X ולפתוח אותו מחדש. אם אף אחד לא רוצה ללכת לביי"ח מסוים אפשר להכריח אותו?

יעל : אז נשפר אותו אבל בינתיים תהרוג אותו, לא תשלח אנשים לא יהיה לך מי שיחזיק אותו.

דוברות : בואו ניקח את אזור ת"א כאזור, הקופה תגיד אני מחליטה להוריד את X מהסדרי הבחירה שלי, החלטתי אסטרטגית ללכת על הגדולים.

דוברות : השרה לא תאשר את זה.

דוברי : איך?

דוברות : צריך לאשר את זה. המקום של הרגולטור לא לאשר זה למנוע כמו שאמרת קודם. אם יש מקום לרגולטור לא לאשר הסדרי בחירה זה במקרים קיצוניים, אבל להגיד שהרגולטור הולך לנהל את זה זה ההצעה של יוגין. זה רק כדי למנוע עיוותים קיצוניים.

דוברות : יש כאן סיטואציה לא פשוטה.

דוברות : יש לנו בעיה אמיתית עם ביה"ח הזה.

דוברות : ברגע שאתם קובעים כאן את השלוש, תבוא לך כללית שמדלגת לחלוטין על X, לכאורה את לא יכולה לא לאשר את זה. ואין לך מה להגיד על זה. החולים לא יגיעו לא גם בתמיכת הלשכה המשפטית. הלפחות 3 הזה לא צריך לשלול מהשר את דחיית הסדר הבחירה לטובת תושבי אותה עיר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יעל: זה שיקול בלתי סביר שבגינינו אפשר לשלול את ההסדר.

דוברות: אתה לא יכול להשתמש במספר בשביל הסמכות.

דובר/ת: אנחנו כל הזמן מחפשים את האיזונים בין הקופה לבי"ח ולחולה, ואין פתרון ביי"ס. פתרון אידיאלי לא יכול להיווצר פה כי תמיד יש ניגודי עניינים. הקטע של להגדיר אשכולות של בתי"ח, יקח אותך להרבה מאוד בעיות חלקן אדמינסטרטיביות וחלק פוליטיות. יבוא ביי"ח ויגיד שהוא רוצה להיות באשכול הזה או הזה.

יעל: אין דבר כזה.

דוברות: זה לפי הישוב. האם חדרה זה באשכול של רמבם?

דוברות: אשקול את האופציות של בחירה ואין שיש קופה שלא מציעה את צפת. זה נותן לך את הבחירה באזור ג"ג מבלי לחייב אותך יותר מדי. מינימום 3.

דוברות: צריך לתת לאדם את הבחירה מתוך מגוון, והקו המנחה הוא מתוך 3.

דוברות: ושלא יהיה 3 שכולם כללית. אי אפשר לעשות וטו על X.

דוברות: במיוחד אם זה ביי"ח של העיר.

דוברות: אני מנסה לתקן עיוותים ולא להכתיב מראש. אם תזהה עיוותים – תתקן.

יעל: אנחנו מדברים על הערך של בחירה, ויכול להיות שנלך או לא לבחירה של רופא. אנחנו נותנים לכם אזור אשפוז ואפשרות של בחירה. אני לא אומרת שכל אחד יבחר בכל, הוא יצטרך לבחור בין 3, והקופה לא יכולה לתת וטו ולכוון אותו רק לבתי"ח שלה.

דוברות: אם כל אחד ילך הביתה ויצייר את האשכולות של בתי"ח לפי קומון סנס יגיע לפתרון שלי.

יעל: נכון.

שלמה: אני חזרתי ואמרתי בשעה האחרונה שהרחבה משמעותית של הסדרי הבחירה יש לזה עלויות משמעותיות וזה סירוס של הקופות אם להשתמש במילה קשה. לא הבנתי מה סגרנו, שלב ביניים וסופי...

יעל: אנחנו מדברים על שלב אידיאלי של יכולת בחירה של מבוטח בתוך אזור האשפוז שלו בכל ביי"ח. אנחנו מודעים לזה שזה כרגע בלתי אפשרי. אז הולכים לשלב ביניים, יש אזורי אשפוז מתוכם צריך לבחור באחד מתוך שלושה ובלי להכתיב.

דוברות: צריך ללמוד את זה.

דוברות: צריך כן מנגנונים שמונעים עיוותים קיצוניים ומנגנון שמרסן את זה. אבל ככלל שהקופה מנהלת את זה, זה נכון כקייס מנגר. זה שאת מחלקת 3 לכל אזור זה מעוות משמעותית.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אז היינו משאירים את המצב על כנו ולא משנים שום דבר.

יעל: ברור שאם אני ארחיב הסדרי בחירה אז אני פוגעת בקופה, אבל אם אני אומרת לקופה את חייבת לתת משהו אחר אז פגעתי בה וצריך להיות מוכנים לזה.

דוברות: אני לא מסכים עם האמירה הדרמטית של הרחבת הסדרי הבחירה. המצב היום הוא טוב, וצריך לייצר מנגנונים למניעת עיוותים. כל הסדר אחר הוא לא מתאים.

יעל: בואו נתחיל לסכם ולדבר על זה. יש כאן הצעה מינימליסטית שלו שאומר שהוא לא בעד הסדרי בחירה ונותן לרגולטור את האפשרות במצבי קיצון לא לאשר.

דוברות: כל פרט ירוץ לרגולטור? מה זה אומר?

דוברות: הרגולטור יאשר את הסדר הבחירה והקריטריונים שיהיו לו יהיה יחסית מצומצמים, לא לשלוח מישהו מצפת לאיכילוב. הוא לא יאשר הסדרי בחירה אם הם עומדים בניגוד לקומון סנס, ומהו במדויק לא צריך להגדיר עכשיו.

יעל: ברור שזו הצעה מינימליסטית ואני רוצה לדעת מי תומך בה כי צריך להתכנס. הוא אומר שכל שאנחנו פותחים אנחנו יותר פוגעים בקופות ואני רוצה לשמור על היציבות שלהן. אני כן רוצה לתת לרגולטור את האפשרות של לאשר את ההסדרים עם הקופות. אם הן באמת כמו היום מתחילות לחנוק בתי"ח ולאץ אותם להסכם, אני יכולה להתערב ולהגיד שהיא לא יכולה לעשות את זה. יש גם מקרים בולטים של וידוא הריגה כמו בנהריה. יש גם מאוחדת שמחרימה את הדסה. במקרים כאלה אנחנו יכולים להתערב אבל בואו נשמור על זה, זו הצעה אחת.

דוברות: אני נגד זה.

יעל: האם יש מישהו שבעד? לא. זו דעת מיעוט ונשים אותה, זה בסדר. עכשיו נעבור לשתי האופציות הקיימות. יש עוד אופציה של פתיחה כללית ואני חושבת שאתה אוהז בה עדיין. האם זה נכון?

דוברות: זה לא רלוונטי לנושא הזה בכלל כי אנחנו עושים את זה אזורית. אם זה אזורית זה לא רלוונטי. יש פה 2 הנחות שאומרות ללא שום בסיס שקופות חולים מנהלות וזה טוב, וזו הסכנה.

יעל: גמרנו את שלב הוויכוחים הקונספטואליים, אני מנסה להתרכז לפתרונות. בפתרון שלו יש לנו דעת מיעוט. הפתרון השני מחולק לשניים – נגדיר אזורי אשפוז, אפשר בוועדה בשיתוף הקופות ובתי"ח, ולא בצורה שרירותית. בתוכם האידיאל שלנו הוא שתהיה בחירה חופשית. אנחנו מודעים לכך שהיא מחייבת מחירים אחידים, ולא הגענו להחלטה אם כן או לא. אי לכך יש הצעת ביניים – עד שנפתח את הבחירה כללית בכפוף למחירים אחידים או מנגנון אחר שיאפשר את זה, אנחנו אומרים שבתוך האזורים האלה אנחנו נותנים לקופות את האפשרות לבחור מינימום 3 בתי"ח, כאשר צריך להיות ברור שהקופות של כללית לא תוכלנה להימנע מלבחור חוץ מבתי"ח שלה עוד בתי"ח נוסף.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: גם למכבי יש. לא רק לכללית.

דוברות: אמת ובתמים יש טעם לדעתי לעשות משהו הדרגתי בתחום הזה כדי ללמוד מזה.

יעל: היא חוזרת ואומרת שלא נעשה את זה בשלבים. מי מצטרף?

דוברות: לא, אף אחד לא נתן לי סיבה מה הסכנה הגדולה למה לא ללכת ליעד שאנחנו רוצים באמת, תוך שנה להגיע לשם. תהליכי מעבר זה משנה. מה שקורה בוודאות בשלטון הישראלי זה שיעד ישאר יעד ושוועדה בעוד עשור תקרא על היעד הזה. הנקודה הבסיסית היא שאם נלך למבנה בלי סיבות אמיתיות... אני לא מסכים עם זה. העמדה שלי היא שאם באמת רוצים, צריך לשים לוחות זמנים ולהגיע לזה תוך שנה-שנה וחצי.

יעל: יש עוד עמדה שאומרת בחירה בתוך אזורי אשפוז ונמנע מזה, לא נגיע לזה אף פעם כי הזמני יהפוך לקבוע והביניים יהפוך לסופי ולא נגיע לזה. אני מעמידה את העמדה שלו ואני חייבת לומר בתוך תוכי שאולי הוא צודק.

דוברות: אני לא מבין למה אני לא מציאותי.

יעל: זה פחות בר ביצוע ולא לא מציאותי. אנחנו יוצרים את המציאות ולא להיפך.

דוברות: יש מרכיבים גדולים של חוסר וודאות, אני לא יודע אם אני רוצה ללכת למחירים אחידים.

יעל: יש לנו חזון ומטרה סופית. בחירה חופשית זה חזון אצלו, הוא אומר את זה כל הזמן.

דוברות: הוא העלה את הטיעון שאם מישהו רוצה חזון מסוים אז שיציג אותו. לי יש בעיה עם החזון, אנחנו לא על אותו ציר.

דוברות: לדעתנו אלו שני פתרונות שונים ולא אחד עם תחנות בדרך. יש כאן בחירה חופשית חופשית באופן מלא ורוני העלה טיעון נגד מרכזי שזה יחליש את הקופות.

יעל: בגלל הנימוק הזה ירדנו מזה, והלכנו לאזורי בחירה. הוא הולך איתנו, בתוך אשכולות.

דוברות: האופציה הזאת של יוגין מחייבת אותנו לקבל החלטה עכשיו על הסדרת מחירים ואנחנו אומרים שזה מורכב ואנחנו לא רוצים ליצור את הקשר הזה.

יעל: יש לנו ויכוח, אני חושבת שההצעה שלו תיקח שנה שניים, הוא אומר שפחות.

דוברות: איך תוודאי שבת"ח לא יקופחו?

יעל: נשב יחד עם האוצר ונוודא שכל בתי"ח יכללו, ושמצב כזה לא יקרה. בתוך השלושה לא תאפשר אישור של שלושה כאשר לא יהיו בתי"ח הפריפריאליים שהם קרובים.

דוברות: למה שתושב צפת יעדיף לנסוע לרמב"ם בשביל ניתוח פשוט? למה זה לא קורה היום?

יעל: נכון, זה לא קורה היום, גם לא בוולפסון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות : שניהם יכולים להסכים לבחירה חופשית בתוך האשכול. בהינתן שיש מנגנון שהוא לא מחירים אחידים, בעיקרון כולם מסכימים מבלי לפגוע בבתי"ח. השאלה אם זה יהיה מחירים אחידים או מנגנון אחר. השאלה האם אנחנו יכולים על בחירה חופשית בתוך אשכול.

יעל : חידדת משהו נכון ואז לא חייבים לומר... בכפוף לכך שימצא פתרון אחר. אנחנו ננסח את זה. אני חושבת שהגענו לקונצנזוס ברוב דעות ואולי גם הוא ישתכנע אחרי שיראה את הניסוח.

דוברות : ניסחתי, זה מופיע כשלב ביניים ושלב סופי אם ולאחר שיקבעו מחירים אחידים – בנייר.

דוברות : רק המילה אשפוז לא נכונה, כי אתה מגביל את זה לאשפוז, ויש גם טיפולים ובדיקות.

יעל : תשנה גם אזורים ג'גים לאשכולות. אמרנו בשיתוף בתי"ח, קופות החולים האוצר והבריאות. אמרנו לא אזורי אשפוז אלא אשכולות אשפוז וטיפול. אשכול זו מילה יותר נכונה.

דוברות : אתם רוצים לציין מינימום? לפחות 3?

יעל : כן.

דוברות : בצפת אין לך יותר מזה.

דוברות : יכול להיות שבירושלים מתאים שניים ובמרכז מתאים ארבע.

יעל : תרשום שאותה וועדה תקבע את מינימום הבחירה בכל אזור. ממשיכה להקריא מהנייר.

דוברות : האשכול של מי שגר בצפת יהיה כלול בו גם איכילוב ושיבא.

יעל : יכול להיות, כן.

דוברות : אבל צפת יהיה למי שגר בצפת.

יעל : כאן צריך להיות משפט יותר ברור שמדבר על זה שקופה שבבעלותה ביי"ח תכלול רק אותו.

דוברות : בתי"ח הם נותני שירותים. אחד מהדברים שכללית אומרת שתקנות הסדרי בחירה הן לנותני שירותים, בתי"ח שלי לא מוגדרים כנותני שירותים, אלא הם קופה, ולכן אצלי בוודאי הם ראשונים כמו שהמרפאה בקהילה היא ראשונה ולכן אני לא מדרג מבין נותני השירותים. כל בתי"ח הם בהגדרה משפטית של נותני שירותים.

דוברות : צריך להגדיר את זה באיזשהו מקום.

דוברות : כס מכבי טענה את זה לא פעם לגבי אסותא. גם חוק בריאות ממלכתי מגדיר נותני שירותים.

יעל : ממשיכה להקריא מהנייר. זה לא ניסוח טוב ב3.

דוברות : תבטא את הרעיון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות : אעביר לנתן.

דוברות : המסר ינוסח.

יעל : ממשיכה להקריא מהנייר.

דוברות : בד' לא ברור שזה בחירה חופשית בכל הארץ. תוסיפו.

דוברות : לז' הייתי מוסיף שאישור הרגולטור הוא להגביל את הבחירה ואם לא הבאת את זה לאישור הרגולטור אז הכל פתוח.

דוברות : גם פרטי?

דוברות : פרטי שעובד עם טופס 17 של הקופה למה לא??

דוברות : זה יעבור מבחן משפטי. הקטע של א' טיפה גלשנו ונכנסו לקטגוריות של בחירה. מה זה טיפול? בחירה במכון? במרפאה? מה עם כל זה? בית מרקחת?

דוברות : חוק ביטוח בריאות ממלכתי אומר שהקופה תיתן את השירות על ידיה או על ידי נותן שירות. כל נותני השירותים בהסדרי הבחירה זה רלוונטי אליהם. גם למיקום שלהם, גם יותר מ3, גם MRI, גם רופא.

דוברות : אני חושב שהרחבנו את הדיון כי כולו התמקד באשפוז.

דוברות : למה אתה מבדיל? מה הבדל ביניהם?

דוברות : אתה לא רוצה ליצור מצב שכל מבוטח יוכל לבחור בכל ספק ללא קשר לבעלות.

דוברות : אתה מדבר כאן על הסדרי בחירה לנותני שירותים. למוסד שנקרא נותן שירותים ולא לקופה, היא בוודאי הבסיס. אין לך בחירה פה. נותני שירותים זה מוגדר בחוק וזה לא הקופה עצמה. רופא עצמאי בקופה הוא לא נותן שירותים אלא רופא עצמאי, הוא תחת הקופה. יש הבדל. זה החוק.

דוברות : החוק אומר שקופה יכולה לתת שירותים בשני היבטים- ספק משלה או רכשת מספק אחר שאינו בבעלות הקופה.

דוברות : זה עדיין הקופה, זה אותו הדבר. זו המשמעות המשפטית של החוק בצורת ההעסקה. הרופא ביישות המשפטית זה מכבי.

יעל : מה מפריע לך פה? תגיד לי במילים פשוטות.

דוברות : בתי מרקחת, מרפאות מקצועיות זה טיפול רפואי?

יעל : אתה רוצה שיהיה כתוב אשפוז בבתי"ח?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות : דיברנו 4 שעות רק על זה.

דוברות : אני ייצגתי את המערכת בצורה מאוזנת. בתי מרחקת זה משהו שונה כי אתה צריך פריסה ג"ג שלהם וזה מושג שונה לחלוטין. אבל מעבר לזה, מה עוד מפריע לך? ממוגרפיה לחולון בת ים יכול להיות בשיבא, איכילוב או מכון, זה הקופה, היא לא נותנת שירותים.

יעל : אני רוצה לפתור ולהתקדם. אנחנו מדברים על אשפוז וטיפול בבתי"ח ולא מרחיבים למכונים.

דוברות : אין בעיה אבל נגעתם בקופה כשעשיתם את זה, כי חייבתם את הקופה לתת MRI בתוך בתי"ח. הקופה יכולה בדרך שאני אמרתי את זה לתת MRI גם מחוץ לבתי"ח.

יעל : יקבעו אשכולות אשפוז של בתי"ח.

דוברות : הקופה קובעת את הסדר הבחירה.

דוברות : הקופה תיקבע MRI בקפלן ואסור לך במקום אחר, מבחינתו זה סביר.

דוברות : אמרתי שמהו יותר קיצוני, תבוא שרת הבריאות...

יעל : איך אתה מכניס את זה לפה?

דוברות : אותו דבר, המושג נותני שירותים יש לזה משמעות בחוק. חברות בת זו שאלה מורכבת מאוד ולא נפתור אותה כאן בדקה, מה עם חברת בת שהיא 70 אחוז פרטית, זה הקופה? יש לי עכשיו על השולחן את X, אומרים לי שזה קופה אבל יש שם משהו פרטי שגוזר קופון. זה שאלה של איפה הרווח ואיפה ההחלטות. יש פיצול כאן.

יעל : מה אתה מציע?

דוברות : אני חושב שאנחנו מגדירים הסדרי בחירה בין נותני שירותים כפי שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, יש לו משמעות.

יעל : תכתבו בסוגריים כפי שנקבע בחוק, כמשמעותם בחוק.

דוברות : כשהוא אמר לא מדרגים זה גם לא בשירותים אמבולטוריים, כולל MRI בבי"ח ובמכון. אין הבדל. כולם אלה נותני שירותים.

דוברות : אני שוב שואל, איפה מסתיים הקטע של נותן שירותים? מה לגבי רופא עצמאי?

דוברות : זה הכל הקופה. MRI של הקופה הוא הקופה, ביי"ח שנותן שירותים הוא נותן שירותים.

יעל : תסתכל על הניסוח ותראה אם זה בסדר.

דוברות : אני אשב איתך ועם נתן ואסביר לך את המשמעות. לבתי"ח יש מושג משפטי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות : הקופה מחויבת לתת הסדר בחירה גם למכון פיזיותרפיה פרטי?

דוברות : אם אתה לא רוצה באיכילוב אין בעיה, תן 2-3 אפשרויות. היום היא מחויבת לזה. אם היא עשתה את זה בעצמה וזה מוסד שלה, זה לא נותן שירותים.

יעל : תעברו על זה ונעביר את זה לנתן. אני חושבת שעשינו כבר דרך.

דוברות : כל מה שיש לך בירוק יש לך בצהוב חוץ ממחירים אחידים, אז למה בכלל צריך ירוק?

יעל : אני לא מוכנה. אנחנו לא מורידים. אנחנו מדברים על עיקרון הבחירה ויש כאלה בעד ונגד הבחירה. יש לנו בספקטרום ולא במחיר יד נבטל את אפשרות הבחירה.

דוברות : לא ביטלנו.

יעל : אנחנו משאירים את זה לדיון.

מצג שני גבי – יש מצגת:

גבי : יש פה כמה אלמנטים חדשים ובעיקר המלצות. יצאנו עם כמה המלצות מכובדות עם טווח בחירה ואספקה ברפואה קהילתית ובפריפריה. נאמץ או נשכלל או נשנה בואו נגיע לקונצנזוס לגבי ההסכמות. מכיוון שהצגה הזאת שנייה, נתחיל לרוץ. אני רוצה לחדד שני דברים – העובדה שהזכאויות מוגדרות בחקיקה, ונגיע לסוגיה שנשאלה פה- למה צריך לעגן בחקיקה גם את המקורות? החפיפה הרציונלית מחייבת הגדרת מקורות בחקיקה כי ביטוח לאומי לא יכול להגיד מגיע לך על פי חוק אבל אין לי כסף. כדי להסביר למה האלמנט של העדכון מאוד חשוב, כמעט 2.5 מליון איש נוספים לאוכלוסייה וצריך להסדיר מנגנון פיצוי לדבר הזה. זה לא כמו באירופה שהאוכלוסייה לא גדלה. ממשיך במצגת – יש מחלוקת ארוכה כאורך הגלות בין 2 תפיסות המתייחסות לשתי נקודות, קודם כל - מה זה מקדמי העדכון? האם אתה סופר את מס' הנפשות המתוקננות וזה גידול דמוגרפי או לפי אחוזי למ"ס או משהו אחר? והאם במאה אחוז או 50 אחוז ולא צריך לבנות ביי"ח כל פעם שתינוק נכנס. המחלוקת השנייה היא עיגון בחקיקה או מו"מ מתמשך לאורך השנים שנשאר ככה. זה חלוק עד היום. החוק לא אומר מה יהיה העדכון בנושא הדמוגרפיה. בפועל, פרקטיקה שלאורך השנים המערכת כמערכת קיבלה פיצוי על 60 אחוז מהגידול. קופות החולים קיבלו 60 אחוז על כל איש שנוסף.

דוברות : באופן קבוע 60 אחוז?

גבי : לא יש מגמת השתנות. זה אמור לעלות בהדרגה ל-1.55 ו-1.6 שזה עדיין פחות. יש פה מנגנון בהסכם, לא בחקיקה שנותן פיצוי חלקי לנושא הגידול הדמוגרפי. כמובן שהמעבר הזה מ-1.2 ל-1.55 ועוד מצמצם את הפער אבל עדיין מותיר פער. זה יעלה ב-2014 וכבר עלה ל-1.5, בהמשך ל-1.55 ול-1.6, לאט, לאט מעלים, קיבלו חלק מהטענות, אבל עדיין נותר פער של שחיקה של הכסף. הנה הסיפור של ההיסטוריה המצטברת והראיתי אותו. המחלוקת היא לא לגבי המספרים. מס' הנפשות המתוקננות גדל ב-90 אחוז מאז 1995, והפיצוי הדמוגרפי לא מתאים. יש פה פער שיצמצם בשנים הקרובות אבל עדיין יש פער והיסטוריה של שחיקה, 20 אחוז במצטבר מ-95. ז"א לקופות החולים יש 20 אחוז כסף פחות, פר נפש כדי לתת סל שירותים שהיא חייבת לתת. אחרי זה נדבר מה קרה אצלה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בקופה, אבל זה המצב. אני אדלג על נושא של מחירים שם יש עיגון של חקיקה, אבל הסל הזה לא מבטא את תשומות קופות החולים שמוציאות כמעט 40 אחוז מתקציבן על אשפוז. מחיר יום אשפוז לא שם. נכון שהיו שינויים גם פה בדיוק כמו בדמוגרפיה, אחרי הרבה מלחמות הושג משהו.

יעל: אנחנו תיקנו את מחיר יום האשפוז ואני לא בטוחה שהוא נמצא בתוך המדד.

דוברות: לא, אותם רכיבים של יום אשפוז כלולים ביוקר הבריאות.

גבי: מחיר יום אשפוז לא נמצא. במבחן התוצאה צריך לבדוק את זה.

דוברות: נעשה שינוי כך שתהיה הלימה ביניהם.

גבי: מבחן התוצאה יגיד אם המנגנון הזה אכן אפקטיבי או לא. תבדוק ב-2014 ויתברר שמחיר יום אשפוז עלה יותר.

דוברות: זה התבטא באיזשהו דרך?

גבי: חלקית דרך מנגנון מדד יוקר הבריאות אבל המשקל שלו יותר קטן כי יש מרכיב שכר רופא. אין פיצוי של אחד לאחד. הנה השחיקה המצטברת, זה נכון שתיקנו כמה פעמים וזה תיקן קצת, אבל הפער עדיין קיים ועדיין מתרחב. כשאתה צובר את כל השחיקה לאורך השנים זה הרבה פחות כסף לקופות כדי לתת סל שירותים נתון. אם היינו מצמידים את עלות הסל לדמוגרפיה ולמחירים האמיתיים, היום היה לנו 48 מליארד ולא 36 כמו היום. זה השתמע בשיחת מסדרון שאני רוצה 12 מליארד ש"ח. יש דברים שלא עומדים במבחן הסבירות, שאנחנו מאוד רוצים אבל זה לא עומד במבחן הסבירות. אני רוצה להבהיר שני דברים – פער ענק של 12 מליארד שחסר לקופות, מה הן עושות תיכף נדבר. הייתי מאוד רוצה אותם אבל אני מבין שיש עם זה בעיות וזה לא הפתרון שלי, שלא יהיה כותרת בעיתון מחר. אני חושב שב-95 היה קופה לכל מבוטח 4500 שח היום היה צריך להיות לה 6000. לסל השירותים באיכות הסבירה ובמרחק הסביר.

דוברות: שהיה אז ואין עכשיו.

גבי: כן, זה הרצון שלי במשאלות הלב. מה עשו הקופות עם הסיפור הזה? איך התמודדו? יש לזה כל מיני תשובות – כן, הן התייעלו, למדו להתייעל לאורך השנים. אבל עשו גם דברים נוספים. חלק מספיגת השחיקה היה בהתייעלות וחלק בהתעללות. אתה מקשיח את הבחירה, את המרחקים, אתה מאריך תורים ועושה הרבה דברים כי אין לך ברירה כי אין לך כסף.

דוברות: או שאתה מחדש את ההון שלך.

גבי: עשו התייעלות כן, וצברו גם גרעונות. באו למדינה והיא התווכחה, החתימו אותם על התחייבות שלא ילכו לבי"ח ונתנו להם סכום של כסף. זה מנגנון לא יעיל ציבורית, מו"מ מתחדש כל שנה. חלק מהשחיקה גדול מאוד, ואתם תראו את זה כשאציג את המודל שלי, נספג על ידי הביטוחים הפרטיים.

יעל: אם לא היית מהסל הבסיסי לשב"ן היה יותר גרעון.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

גבי: חלק מהשחיקה נספג. איך היא קרתה ואף אחד לא מת? א' – מת, התייעלנו, התעללנו והסטנו לביטוחים הפרטיים שממנים את הסל. יש גם את הביטוי הזה – ירידה באיכות, בזמינות ובנגישות שמסופקים על ידי הקופה. כל מי שמאשים את הקופה ברוע לב זה לא רוע לב, זה עניין של תקציבים, אי אפשר לייצר יש מאין.

דוברות: אתה חושב שהקופות נותנות היום שירות פחות טוב מב95?

גבי: כן, אין לי ספק בכלל. אני רוצה להרגיש יותר נוח כשאני מראה את השקף הזה שמבוסס על עובדות שהוצגו בוועדה. דיברנו על זה שאנחנו רוצים לראות תשתיות של נתונים.

יעל: יש לנו נתונים בבתי"ח שלנו וכללית עד היום לא מסרה נתונים בבתי"ח שלה. לגבי תורים.

דוברות: וגם של הדסה ושע"צ.

יעל: שלחנו עוד מכתב ועוד מכתב ועדיין אין.

גבי: זה לא רק גרעונות הקופות. מי שלא יודע וזה אומר באחריות, אין היום שחקן במערכת הבריאות הישראלית שלא בגרעון. אין. כולל תה"ש.

דוברות: כל עדכונים שהראית הם בבסיס, כלומר די אוטומטיים, אבל הם כן נכנסים למערכת רק בדיעבד.

גבי: כשיש תמיכה של האוצר הוא כל שנה מתחדש. נתתי 300 מיליון שח, וזה לא נכנס בהכרח בשנה הבאה. יש 2 קווים במצגת. באה המדינה ונותנת כסף שלא תקבל עוד שנה בהכרח, זה יתחיל מחדש.

דוברות: נגיד שיש גרעון שהסתכם ב12 מיליארד, המדינה גם כיבתה כמה שריפות.

גבי: לא הגרעון, אמרתי שהשחיקה היא 12 מיליארד. חלק מזה כוסה, חלק התייעלות, חלק הארכת תורים.

דוברות: כיבתה כמה שריפות אתה אומר.

דוברות: זה כולל בתי"ח של כללית או רק הקופות בפני עצמן? אם היינו מנטרלים את בתי"ח שלה, הקופות היו באיזון, כי הגרעון של כללית הוא יותר ממיליארד שח ב2012.

דוברות: זה נכון להסתכל על כלל המערכת.

גבי: אני לא רוצה לצטט לך את הדוח של רו"ח החדשים. בחישוב חשבונאי נכון הגיעו לחישוב של 20 מיליארד ש"ח ואני לא רוצה להיכנס לסוגיה הזאת אלא להתבסס על נתונים במערכת, ותגיד שהוא לא נכון – בבקשה. אין ספירה כפולה.

דוברות: ז"א שהאוצר הזרים באיזושהו דרך מיליארד 900 כמעט.

גבי: כן, המדינה מסבסדת את המערכת, את כל השחקנים.

דוברות: כמה היא מזרימה לסל בריאות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: בערך 16,19.

דוברות: יותר מ-10 אחוז מהתקציב הזה הולך לסל.

יעל: זה גם תקציב המדינה.

גבי: זה מס ייעודי לבריאות, מימון צבוע.

דוברות: בדמוגרפיה נכון להסתכל על משק הקופות. כשאנחנו מדברים על עדכון הסל ראוי להסתכל על זה בנטרול הקופות.

דוברות: דווקא בגלל זה צריך להסתכל לא רק על הקופות אלא גם על בתי"ח. חלק מהקופות מספקות שירותים אין האוס אצלן וחלק שולחות לבתי"ח.

דוברות: אם מחר אני קובע את הדמורפיה ל-2 אחוז זה לא משפיע שהוא זה על גרעונות בתי"ח. רק אם אני משנה את המנגנונים.

דוברות: איך זה מתחלק ביניהם זו שאלה אחרת.

גבי: ברור שסל השירותים שהקופות מספקות כולל את הסל. היא מציגה מנגנון שבו המדינה מתמודדת עם השחיקה של הסל וזה מנגנון לא בריא ולא תקין. היא עושה את זה גם בבתי"ח. הגרעונות פה זה אחרי כל ההכנסות של בתי"ח. המטרה של השקף היא להגיד שחלק מפתרונות השחיקה זה גרעונות ושהם שוויוניים, והמנגנון לטפל בהם הם הסכמי ייצוב ואני לא חושב שזה מנגנון תקין. חלק מההתמודדות עם השחיקה זה לקחת נתח יותר גדול של השקעות בסל. הייתה פה שאלה חשובה ואני רוצה את מחשבותיכם – שמעתי הרבה את הטענה ומה עם חינוך ורווחה ושירותים חברתיים? למה אותם לא נעגן בחקיקה במקורות. אנסה לתת כמה כיווני תשובות ואם יש לכם יותר כדי לחזק אותה אז קדימה. אני אומר קודם כל הסל מוגדר בחקיקה, מזה זה מתחיל ואז אתה חייב לאזן את המקורות למול המחויבות. מבוטח יכול ללכת לבימ"ש ולהגיד מגיע לי. אני חושב שיש גם איזושהיא חולשה של הטיעון הבריאותי בהצגתו לגבי מקבל החלטות. רובנו רוב הזמן בריאים וכשאנחנו קצת חולים משתמשים קצת בפרוטקציות. זה נתפס כהוצאה שאפשר לוותר עליה.

דוברות: רוב האנשים שמקבלים החלטות על זה לא באמת צריכים מערכת בריאות ציבורית....

גבי: כל המצגת היא עבודה שלי ושל קובי. מולה יש נייר שמספר את הסיפור הזה במלל כדי לרכז חלק מהמלצות הוועדה אם תרצו.

דוברות: בחינה של סדרי עדיפויות הראתה שבבריאות נשארה די יציבות לאורך השנים ושסך הממשלה ירד.

גבי: תסתכל שוב על הגרף שלי ונראה. הייתה ירידה.

דוברות: בריאות הוא באחד משלושת המקומות הראשונים בגידול.

גבי: אני עשיתי את זה 95, זה ההבדל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה לא שונה מביטוח לאומי או חינוך. יש זכות מוקנית לחינוך, ביטוח לאומי, ואין שום דבר שמבטיח לך באלאנס.

גבי: ישנה פה לאה בשביל זה. אני רוצה לקחת את הדוגמא של ב"ל – יש שם סט של זכויות שחייב להביא אותן.

דוברות: גם קופ"ח חייבת.

גבי: לא, לכן אתה חייב להגדיר את זה בחוק. אם לא הגדרת את המקורות בחוק לא פגעת באזרח.

דוברות: פגעת לעוד 30 שנה.

דוברות: אמרת שיש שירותים בחוק שהן לא מספקות.

גבי: כן, יש אילוץ תקציבי ובין שני הדברים האלה מתמודדים כמה שאפשר. אבל אין כסף, מה אתה רוצה שיעשו? צריך לשים את המקורות בחקיקה, אחרת תהיה כל הזמן שחיקה. המנגנון של גרעון ואחרי זה אתה נותן את הכסף, זה לא יעיל. א' זה לא חינוכי – אעשה כל הזמן גרעונות עד שאקבל את הכסף. זה משדר משהו.

יעל: מוציאים להם את הנשמה עד שהכסף נכנס.

גבי: בסוף זה עבד. אנחנו לא מגדילים את רמת הרווחה מעבר למה שהיה כתוב בחוק. אתה רוצה לתת מקורות ריאליים למה שמוגדר בסל. הנה לכם הסיפור מאחורי השחיקה וזה בא לידי ביטוי במאקרו כלכלה. מי שרוצה להתחיל את זה מ95 יש פה שחיקה של 10 אחוז בהוצאה הלאומית לבריאות. אחוז ההוצאה הציבורית לבריאות עומד היום על 60 אחוז. כמעט מחצית מההוצאה הלאומית לבריאות זה חוק בריאות ממלכתי, זה המאסטר הגדול אם שוחקים אותו. אמר את זה בימיש ולא אחזור על זה, יותר מפעם אחת, בג'צ רמז לממשלה לכו ותתקנו את זה. אמרו את זה שוב ושוב, המדינה כל הזמן מנסה להתחמק מהאחריות שלה. אתה רוצה לשנות את הסל זה בסדר, תשנה את החוק. זו הטענה ולא עם הסל בסדר או לא, ברגע שהגדרת אותו, תן את החוק, אין לך כסף – תשנה את הסל. לגבי עדכון טכנולוגי חשבנו על זה הרבה אני קובי. זה מייקר את תהליך אספקת השירותים. אציג מה קורה היום – מתייחס 8 שנים אחרונות, יש הסכם שמגדיר את גודל העדכון. הוויכוח הראשון היה האם צריך לתת אותו בחקיקה. אנחנו חשבנו שכן. זה מכניס חוסר וודאות וכשאתה מעגן בחקיקה אתה נותן גם אסטרטגית תהליך נכון של תיעדוף, יודע בוודאות כמה יהיה לי בשנה הבאה. כשאתה חי בעולם של חוסר וודאות אתה לא יודע, התהליך התכנוני בעייתי. היום אין מנגנון כזה, יש הסתכלות שנתית. עד 98 בכלל לא היה עדכון. תראו איזה תנודתיות ענקית חוץ מ4 שנים אחרונות. היו שנים שזה היה אפס. כדי להבטיח את זה צריך עיגון בחקיקה. היום מבוטח גם רפואת שיניים אבל נעזב את זה. אנחנו חיים בעולם לא ודאי, אי אפשר להבטיח משהו במאה אחוז של וודאות, אנחנו רוצים רק להעלות את זה. מנגנון של חקיקה נותן דמוקרטיה, תבוא לכנסת, תשכנע, ולא להגיד לקופות אם לא תחתמו אז... הוויכוח היה לגבי גודל הסכום או גודל העדכון בעיקר בהסתמך על טענתו של קובי – בואו ננסה לנתח מה היה מנוע הצמיחה של ההוצאה במדינות שונות בOECD, ואמר שהמחקרים הוכיחו שזה היה הטכנולוגיה, והתרומה שלה לעליית ההוצאה היא 2 אחוז אז בוא נבקש 2 אחוז. זה היה הטיעון שלו. העדכון הטכנולוגי היום נותן עדכון רק לנתח מהמערכת וזה הנתח של הקהילה. בתוך בתי"ח יש עדכון נוסף. זה נכון שלא יהיה סל טכנולוגיה בבתי"ח, אבל צריך גם לו. היום זה כאחוז אחד. אנחנו לא רבים על האחוז אלא בעיקר על



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

העיקרון של סגור/ פתוח, וטענת הנגד תהיה בהסכם תלת שנתי. אנחנו אומרים לעגן את מה שאנחנו נמצאים בחקיקה.

דוברות: נתת הקדמה מאוד מעודדת לדרוש יותר.

גבי: נכון, לא בטכנולוגיה. אנחנו מתייצבים סביב אחוז אחד וזה יופי, אבל אני רוצה לעגנה בחקיקה. אבל יש עוד עדכונים טכנולוגיים ולכן אל תגיד לי שאתה רוצה יותר.

דוברות: אתה רוצה שזה לא יפחת מאחוז אחד ושהיה פתוח כלפי מעלה.

גבי: תרשום לי את זה כהערה. יש מנגנון שמטפל בזה בעיקר במחיר יום אשפוז ולכן אני רוצה שהוא יהיה כלול במנגנון הסל. זה הכל נסגר. מכאן זה הטיוטה להמלצות – אני חושב שאנחנו בשלים להחלטות, והרעיון הכללי זה לשמר את רמת המקורות הריאליים במידת האפשר בעתיד. אני לא הולך אחורה ואומר תנו לי 12 מיליארד ש"ח, אבל לפחות משנת 2014 שהשחיקה הזאת יפסק, איך? תעוגן בחקיקה, עדכון דמוגרפי, נפשות נמדדות כל שנה בביטוח לאומי ואפשר לתת לזה ביטוי בחקיקה על מלוא השינוי. וגם יוקר הבריאות – שיטה שתבטא את הפגיעה במדד יוקר הבריאות. זה לא תחליפים, זה טיוטה להמלצות, גם זה וגם זה וגם זה. עדכון מהטכנולוגיה זה לפחות אחוז אחד. אני חושב שזה הוגן וסביר לדרוש מקדם התייעלות מכל מערכת. אם הייתי צריך ליצור מנגנון חקיקה הייתי אומר כל הדברים האלה פלוס התייעלות. ההתייעלות הגיעה לשלב של התעללות שלבש את זה עכשיו, זה ייקח זמן. לדרוש התייעלות עכשיו זה לא הוגן על רקע של שחיקה מאוד גדולה. פיצוי של השנים האחרונות זה ההצעה הבאה – אני לא שוכח את ה-12 מיליארד, איזשהו פיצוי חייב להינתן ב-5 השנים הקרובות. סדר גודל של אחוז או שניים כל שנה. אני מציג את זה רך. אני חושב שזה הוגן לנסות לתקן משהו מהשנים האחרונות, וזה מדורג על פני שנים. מי שרוצה לדעת את הביטוי הכספי של זה, אי אפשר לדעת בוודאות מוחלטת מה תהיה הדמוגרפיה העתידית, אבל זה פלוס מינוס 250 מיליון.

דוברות: כל עשירית אחוז זה 35 מיליון.

גבי: אחוז אחד זה 350 מיליון. אפשר לעשות את המכפלות. אי אפשר לצפות גם מה יהיה מחיר יום אשפוז. אם יעלו אותו דרמטית...

דוברות: זה כלי לתקצוב המערכת ולא רק כלי להעברת כספים.

גבי: בוודאי, אני רוצה שישקלו כל השיקולים שם.

דוברות: יורידו את יום אשפוז פשוט. זה להשאיר פתח בגודל של פיל.

גבי: אני מקווה שמי שייתן יהיה מספיק אחראי כדי לא להוריד את זה.

דוברות: איפה הטכנולוגיה?

גבי: אמרתי שאני נשאר עם האחוז כמו היום, ולעגן בחקיקה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: כמה זה תוספת כל שנה לבסיס? אתה עכשיו מדבר על דלתא, מה הבסיס?

דוברות: 1.5-1.7 מיליארד.

דוברות: אנחנו חוזרים לאותו מספר, 2.5 מיליארד.

דוברות: כי 350 מיליון זה רק 5 שנים הוא אומר.

גבי: יש דברים שיש בהם מידה פחותה של נורמטיביות. אני הצעתי אופציה שהיא מבחן הסבירות. אפשר לדרוש 12 מיליארד ואני לא מבקש את זה. תוספת המקורות הנדרשת כדי שבעתיד השחיקה לא תימשך השחיקה ופיצוי על העבר זה 900 מיליון ש"ח. אנחנו מדברים על תוספת מקורות שנתית מעבר לזו שניתנת כל שנה. אני אומר זה ניתן כבר ואני לא רוצה יותר. 300 ניתן? שימשיך ויהיה מעוגן בחקיקה. זה רק אומדן.

דוברות: אל מול הצרכים שלך אתה צריך להגיד את זה.

דוברות: חסרים כמה מיליארדי ש"ח לעומת המצב היום. זה לא ה-20 שהוצגו לפני כמה שבועות או כמה שחסר לקופות, אבל 2-3 מיליארד ש"ח אני בוודאי חושב שחסר בבסיס בגין שנים קודמות. אגיד כמה אמירות "אוצריות" – לגבי הדמוגרפיה אני חושב שזה כמעט שערורייה שזה לא בחקיקה. הקופות לא משפיעות עלזה שיותר ילדים נולדים ואנשים מזדקנים וצריך לקבל יותר כסף על זה. זה טייס אוטומטי של גידול אוכלוסייה וצריך להבטיח שלא תהיה שחיקה בנושא הזה, אבל כן יש עלות שולית בסופו של דבר, ולא צריך להוסיף עבור כל ילד שנולד. אבל כן צריך להקים עוד מרפאות ועוד תשתיות. אני חושב שזה צריך להיות בחקיקה ולא מרכיב מלא. אפשר להכניס התייעלות ולהגיד 80 אחוז מנפשות.

דוברות: אני לא מבין מה זה התייעלות.

דוברות: בעדכוני מחירים אנחנו מצפים מהגופים כל הזמן לבוא ולהתייעל.

דוברות: יתרון לגודל לא קיים פה כי אתה מניח שהמערכת הקיימת תספוג את כל המתווספים.

דוברות: זה לא צריך להיות 100 אחוז או 60 אחוז כמו היום.

דוברות: אתה מוסיף בנק של 150 אלף איש בשנה.

דוברות: ונפטרים כל שנה 40 אלף.

דוברות: 110 אלף צריכים לקבל עוד טיפול ואתה לא מניח שהם יקלטו למערכת הקיימת.

דוברות: לא צריך את מלוא העלות להוסיף, חלק ממנה אולי כן. לטווח הקצר זה אולי 1.6 להכפיל למערכת.

דוברות: ה רק בתשתיות, בבניין, מה עם זמן רופא? במנגנון יחסית לקופה כמה זה אחוז להוצאות? תוריד אותו מסך ההוצאות ותיתן על כל השאר.

דוברות: אני חושב שצריך לתת 80-85 אחוז כקבוע בחקיקה. יש לי תשתיות של הקופות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: בעוד 5 שנים תצטרכי לבנות עוד מרפאות, כי זה יגיע למיליון. בונים בניין בקופ"ח, יש עליו 11 אלף איש, ואם יהיו עוד 11 אלף איש יצטרכו עוד בניין כזה ועוד אנשים או שאפשר לסגור קופות חולים ולדחוס עוד אנשים לתוכן?

דוברות: את מרכיב ההתייעלות צריך להכניס לתוך נושא עדכון הדמוגרפיה, ולסגור את הטענות שצריך עוד להתייעל. זה בחקיקה מוסדר. לגבי יוקר הבריאות נעשה שינוי משמעותי ב-2013 ביוקר הבריאות ויום אשפוז, זה גדל בצורה שמביאה עוד 70 מיליון ש"ח ליוקר האשפוז. יש הלימה שתגבר עם השנים כי יש שינוי הדרגתי ביו האשפוז שצפוי לקרות. אני חושב שבצורה די טובה זה יביא להלימה. ב-2014 נראה את הפערים אבל זה אמור להביא לסגירת הפער הזה, כי מחירי אשפוז מביא לתמהיל של כ"א. צריך שיוקר הבריאות יבטא בצורה הטובה ביותר את יום אשפוז כל עוד הוא מבטא את המרכיבים שלו. צריך לראות איך זה מתנהג מהבחינה הזאת. לגבי יוקר הבריאות דבר נוסף – 20 אחוז מהוצאות הקופות זה תרופות שלא נכלל ביוקר הבריאות, היום לקופות יותר זול לקנות את זה, אבל זה לא נכלל. אפשר היה לשקף תמונה שיוקר הבריאות לא מספיק משקף את התמונה המלאה.

דוברות: אותה תרופה יורדת אבל האם חשבון התרופות...

דוברות: כשזה הופך להיות גנרי אני לא מקזז את זה מהם.

דוברות: למה לא? אתה רוצה לעשות את זה מדויק, תעשה מדויק.

יעל: שאלה טובה.

דוברות: כמה זה ירידה לאורך זמן? מתוך 20 אחוז האלה מהתמהיל של התרופות החדשות?

דוברות: זה כולל כאלה של לפני 5 שנים? מה זה חדשות? יש תרופות שנכנסות לסל ותוך שנה שניים יש להם גנריקה. אמירה לגבי השב"ן – הוא חסך עלויות למערכת. הקופות מוציאות היום טפסי 17, אבל השב"ן הביא לגידול שכר משמעותי במערכת. ואם הפרטית לא הייתה צומחת משמעותית בשנים האלה, היו לנו הרבה פחות לחצי שכר במערכת בגלל שכר הרופאים בפרטית. צריך לראות את ההשפעה הכללית שהייתה לזה על המערכת כי זה גרם להגברת לחצי השכר. גם בטכנולוגיה צריך לעשות את זה בחקיקה וצריך לקבוע כמינימום אחוז אחד כי עוד כמה שנים נרצה להגדיל את זה או להוסיף שיניים, וגם לקבוע את ההסדרה של זה בבתי"ח מבלי שיפגעו מזה.

דוברות: אני ממשיך את ניר שהציג דברים שרציתי להתייחס בעצמי. לא צריך לתת פיצוי דמוגרפי מלא. אפשר להמשיך עם דוגמאות עד אינסוף. וודאי שזה גידול באוכלוסייה מתוקנת, זה לא עוד נפשות אלא עוד נפשות יותר חולות. לגבי המדדים – נעשה שינוי מאוד דרמטי ב-2013 שמשנה מאוד את התמונה וצריך לראות מה ההשלכות שלו. זה נעשה גם במחיר יום אשפוז וגם במדד יוקר הבריאות. להכניס את מחיר יום אשפוז לתוך מדד יוקר הבריאות זה להכניס התייקרויות שכר במערכת, בתוך מערכת שבה ההתייקרויות מאוד דרמטיות זה נותן לאנשים להיות לא אדישים וזו תהיה שגיאה. לגבי עדכון טכנולוגיות – זה לא אחוז מהסל אלא יותר. הרוב זה עדכון תרופות, ואמרת שזה 20 אחוז. על 7 מיליארד בהוצאות אנחנו נותנים 300 מיליון ש"ח שזה הרבה יותר מאחוז אחד וזה משמעותי. לגבי סוגיית החקיקה – זה לא סוד שמבחינת האוצר..



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: זה גם בשאר העולם, זה לא שונה.

דוברות: אתה מדבר לא בטכנולוגיה אלא בכלל.

דוברות: בשכר אחות לא צריך לתת על טכנולוגיה.

דוברות: אחוז אחד היה על טכנולוגיה ובכלל 2 אחוז שהציג גבי.

דוברות: לגבי סוגיית החקיקה – סוגיות תקציביות צריכות להיות בסדרי עדיפויות של הממשלה. גם החלטת הדמוגרפיה והטכנולוגיות צריכה להיות תכנית תקציבית וכללית שרואה את כלל שיקולי המקור. זה מאוד חשוב ואני רואה את חשיבות תחום הבריאות אבל זה לא שונה מהותית מתחומים אחרים. לכן אין מקום לעגן בחקיקה אלא להשאיר בהחלטות ממשלה אחת לכמה שנים. זה לא עניין של מה בכך לוודאות פעם ב-3 שנים. לא היו זעזועים מאוד דרמטיים בנושא הזה בשנים האחרונות. הזליגה לפרטית – הזליגה לשבניים ולמשלימים היא לא בהכרח שחיקה של הסל. מ-2008-2013 תקציב הבריאות גדל ב-44 אחוז לעומת תקציב המדינה שגדל ב-30 אחוז, כלומר הוא קיבל פור משמעותי. בין המשרדים השונים הוא נמצא ברשימת הגידולים. קצב גידול המחירים במערכת גדול משמעותית מהגידול ביתר הסקטורים. היו שני דברים גדולים – בורות הרופאים והסכמי השכר. זה עשה הבדל מאוד משמעותי ביחס למשרדים אחרים ולקצב הוצאה ציבורית באופן כללי, בגלל פתיחת אסותא, התחזקות המערכת הפרטית, התחזקות השבניים, התחזקות השכר בסקטורים שונים בעלי השתכרות אלטרנטיבית במערכת הפרטית וזה שמייצר את השחיקה בסל ולא ההיפך. חשוב להבין את הביצה והתרנגולת. בבריאות קשה להפריד בין מה גרם למה, אבל הפתרון למצוקות המערכת באשר הן יבואו מריסון המערכת הפרטית, זו העמדה שאנחנו נציג במודל שלנו.

דוברות: כרסום במערכת הפרטית תביא לשינוי בפרופורציות של ה-40-60.

דוברות: זה יהיה תוספת ריאלית כי זה לא ילך לשכר רופאים.

גבי: אתייחס להערותיך – תוספת של 900 מיליון ש"ח, ואני חושב שצריך להחזיר 2 מיליארד. אני רוצה 12 מיליארד אבל אי אפשר. אבל ה-900 שאני רוצה כאן זה לתת מענה לשחיקה עתידית שאני לא רוצה שיקרה. אתה תראה שיש גם כל מיני דרישות לפרויקטים נוספים וזה יעבור את ה-2 מיליארד שח.

דוברות: אחזק אותך כי אתה הצגת את התוספת השנייה לחוק בריאות ממלכתי, ויש גם את התוספת השלישית לגריאטריה שלא דיברנו על זה.

גבי: דמוגרפיה- צריך לעשות הבחנה ברורה בין הטווח הקצר לארוך, כשנולד תינוק אני לא בונה מחלקה. אבל כשנולד עוד ועוד תינוק בסוף יש 160 אלף ילדים שאין להם מחלקה וזה מצטבר. אתה צריך לתת את זה בצורה כזאת שזה ניתן כל שנה כדי שלא תיתן במדרגות. לא בניתי ולא בניתי ולא בניתי ובסוף בום אתה צריך לבנות עוד כיתה. בקטע הזה אתה צריך ביטוי דמוגרפי לגידול באוכלוסייה, להזדקנות באוכלוסייה ולא ניתן ביטוי לתחלואות כרוניות. יש גם מעבר לתרומה של ההזדקנות. גידול האוכלוסייה צריך לקבל ביטוי מלא. אי אפשר לטעון את ההטענה שההוצאה הקבועה מאוד גדולה ולכן פיצוי חלקי. צברנו כבר פער מאוד גדול מהביטוי האמיתי או המלא. אני בעד התייעלות ואומר שבו – אם הייתי מתחיל היום את החוק, הייתי הולך עם ההיגיון שלו ואומר



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שצריך לשלם חלק. השחיקה המצטברת היא 12 מיליארד ואני מדבר על 300 מיליון אחורה. כמות השחיקה המצטברת היא כל כך גדולה שלדרוש ממנה עכשיו התייעלות זה רצחת וגם ירשת. אנחנו נמצאים בכזה תת תקצוב שהדרישה הזאת לא רלוונטית עכשיו. לאור השחיקה הכל כך גדולה זה כבר לא רלוונטי. היום זה שערורייה. נקודה שנייה זה מנגנון עדכון – מי מנהל את המו"מים? המדינה. אני מבין שהיא רוצה לתת הרבה פחות אבל יש ארגון עובדים ומו"מ ובסוף מחליטים. אני לא שם את שכר המערכת במדד יוקר הבריאות למה? כי אם אשים אותו כולם יהיו אדישים. אתה רוצה לרסן את השכר בפרטית כדי שלא ישפיע על הציבורית? תרסן אותו. אבל אתה לא יכול להגיד שהוא לוחץ וזהו. אבל אם נתת תן פיצוי. תארי לעצמך ששכר המורים ירד, זה ישפיע על המקורות שלנו, מה פתאום!

דוברות: צריך לעדכן באופן מלא, זה אני מסכים אתך במאה אחוז, אבל לא שאין לקופות או לבתי"ח שום יכולת להשפיע. אתה רוצה לרסן את התחרות על שכר וכוכבים...

גבי: מי שמסתכל על השחיקה לאורך השנים היא הייתה קטסטרופלית ותוקנה לאורך השנים אבל לא מספיק. יצרנו מנגנון נורא נחמד של מחיר יום אשפוז מרוסן, אז למה אתה מפחד שאני אוסיף אותו למדד יוקר הבריאות? תבדקו אותי. תיקח את מחיר יום אשפוז, משקלו במדד ולא הצמדה מלאה. תן את המשקל היחסי ותראה שהיית מקבל יותר כסף.

יעל: אתה אומר שזה לא ריאלי ויש פערים.

דוברות: אתה באמת עדיין לא יודע.

דוברות: לגבי 13' ו14' מחיר יום אשפוז לא יפצה באופן מעלה לדעתי, כי רכיב הפרוקסי יעלה.

דוברות: בכל שנה שבה תהיה עליית שכר גדולה...

גבי: אם זה הרצון שלך לא לשחוק, עזוב אותי מפרוקסי ואל תשחק. תראו, המו"מ זה נכון בסדרי עדיפויות לאומיים, אבל לזה לא תמיד ייתן 300 מיליון. יש מצבים שיתן 200 ויש מצבים של אפס. כשאין לבי"ל רזרבות הוא יטען את הטענה הזאת אבל לא יכול להגיד שאין לו כסף. כל עוד יש זכאות אתה חייב לתת אותה, יש לך פה סל אתה חייב לתת אותו. זה נורא חשוב בנושא הזה לאמץ מנגנון יציב ואחראי. גם הסל מעוגן בחקיקה, והיית אומר שינתנו במדינה שרותי בריאות, יושבים טובי האנשים ואומרים לך שהגיע הזמן של הסיפור לסדר אותו. כשאנחנו מדברים על אחוז אחד או שניים, זה גם כך נחשב בכל העולם. אני לא אומר אם זה מעט מדי או פחות מדי אני אומר שזה הסכום ותעגן את זה בחקיקה.

דוברות: התכוונתי להעיר את עינינו שזה הרבה יותר מאחוז אחד.

יעל: אוקיי הערות? בסופו של דבר התחלנו את מקורות המימון כשדיברנו על כך שנדבר על זה. אני מאוד בעד עדכון וגם בעד הניתוח. הניתוח של בנק ישראל הראה פחות או יותר דבר על השחיקה, ויש כאן רק ויכוח עם האוצר. אני רוצה שנקבל החלטה אבל אני חושבת שמן הראוי שתקבל כמה שניתן בהסכמה שגם משה יהיה כאן וגם קובי. אבל ברור לנו מה עמדת האוצר. בואו נשמע מה עמדתם של שאר הסובבים בשולחן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות : מסכימה.

דוברות : ברור שצריך לעדכן ויהיה ויכוח עם האוצר.

יעל : אני שואלת כדי לדעת איפה אנחנו נמצאים.

דוברות : אני רוצה להעיר שזה נושא שמאבד לממשלה מידה מסוימת של גמישות ברגע שיש מנגנוני עדכון אוטומטי, שיכול להיות שזה לא נורא כל כך, כי תמיד אפשר להחזיר את האחוז.

גבי : יש היום מנגנון עדכון אוטומטי לתקציב המדינה, אז למה לא לבריאות?

דוברות : עיגון העדכון אני חושב שהוא מאוד חשוב. כשרוצים לעשות את זה, לממשלה יש את הכוח לעשות את זה. לגבי עדכון הטכנולוגיה והדמוגרפיה בחקיקה אני חושב שזה מאוד חשוב.

יעל : באחוזים יש ויכוח.

דוברות : אני מסכים. אמנם צריכים להיות ריאליים אבל לדבר על מיליארדים רבים זה לא.. אני לא יודע למה לבקש רק אחוז אחד ולא לא לדרוש שני אחוזים ואח"כ נקבל 1.2 או 1.1 ואז תהיה חקיקה?.. אני הייתי דורש יותר מאחוז, גבי אתה צנוע, ומקבל אחוז אחד.

דוברות : זה חוזר על הדברים שכבר נאמרו. אנחנו בעד זה. עדכון ריאלי לפי רמת השירותים בסל ואם לא, צריך לצמצם את הסל ולא ליצור מצב של גרעונות שצריך לכסותם. עיגון בחקיקה אני מסכים. אני לא יודע אם אני מסכים לפרטים הטכניים, איך צריך להיות מנגנון העדכון, מדדי פרוקסי, שצריך להיות יותר תלוי שכר.

יעל : אם אתה לוקח את מחיר השכר ביום האשפוז זה כאילו הכנסת.

דוברות : הפתרון הוא להכניס את זה בנוסחה של מחיר יוקר הבריאות. בעיניי הפרוקסי צריך להיות רלוונטי כדי למנוע אדישות של מנהלים. כשהמדינה חותמת על הסכמים קיבוציים נרחבים עם מגזר שירותי הבריאות אז צריך להיות עדכון מלא, המדינה חתמה והיא צריכה להיות עם כסף כדי לעמוד בזה.

דוברות : אני בעד. זה צמצום הגמישות ולא נגד הגמישות. צריכים דווקא בדברים החשובים לבוא ולצמצם את מרחב התמרון. אם צריך לשנות את אותו כלל זה לשנותו בחקיקה.

יעל : מכיוון שיש כאן רוב דעות לעדכון בחקיקה, צריך יהיה לשבת עם האוצר ולראות איך אנחנו מגיעים להסכמות חופפות בנושא הזה ואת זה נגיש לכאן.

דוברות : באמת דיברנו על זה הרבה פעמים, אבל ההסכמות חשובות באמת.

יעל : עד היום הצלחנו להגיע להסכמות וזה צריך גם הלאה. בואו ננסה קודם ואת זה צריך לעשות קודם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר