



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

משרד הבריאות

ועדת גרמן

פרוטוקול ישיבת הוועדה

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

משתתפים-כל חברי הוועדה

דובר/ת:

עמוד ראשון, הערות, למי יש?

דובר/ת:

לי. אני רוצה לדבר על סעיף 2.

השרה יעל גרמן:

דקה, לפני זה. אני רוצה להתחיל קודם כל מ-technicalities. אנחנו כאן חמישי-שישי ואנחנו יוצאים מפה עם מודל שאנחנו מקסימום מסכימים עליו. לשם כך אנחנו צריכים להיות מאוד מאוד ממושמעים. אין לדבר בלי גבול. כל אחד מקבל שלוש דקות דיבור.

דובר/ת:

באיזה תחום המודל שאת מדברת עליו עכשיו?

השרה יעל גרמן:

המודל שאיתו אנחנו יוצאים.

דובר/ת:

נוהל של העבודה היא מדברת.

השרה יעל גרמן:

מודל אספקה ומימון. אני אומרת שאנחנו נצא מפה חמישי-שישי, זה לא אומר שזה מה שמונח. עד אז יש לנו סדר יום שתיכף דורון יפרט אותו. זה חלק מסדר היום וזה עדיין לא צלילה לתוך המים הסוערים. אני מקווה שיהיו הרבה פחות סוערים. לפני שניכנס למים הסוערים אני גם עוד אומר כמה מילים. אני כאן מדברת על כמה דברים מאוד טכניים. אם אנחנו לא נדע, כל אחד מאיתנו, להגביל את זמן הדיבור, אנחנו לא נסיים את זה בזמן, לכן אני מראש מתנצלת על כך שאנחנו פשוט נפסיק אנשים אחרי שלוש דקות. כל מי שרוצה להביע את עצמו, שיחשוב קודם עשר דקות ויביע את עצמו בשלוש דקות. עד שלוש דקות. רק כך אנחנו נצליח לסיים בחמישי-שישי, כי באמת כבר כולנו נמצאים על הסף שמתחנן את הזמן שאנחנו יכולים להקדיש לגופם של עניינים. אני אפרט לאחר מכן. כאן פשוט רציתי לשים את הדברים.

דובר/ת:

הדבר הראשון, אני חושבת שסעיף 2 כמו שהוא כתוב, הוא יכול להיות פוגע מאוד ברופאים הראשונים ואני חושבת שהוא גם מיותר. אני חושבת שזה ברור שיצטרכו להרחיב או לא להרחיב את הידע. רופאי המשפחה משוכנעים שיש להם את הידע בכל הדבר הזה. אני לא הייתי חושבת שמישהו פה עשה עבודה כדי להחליט שחייבים להרחיב



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

להם את הידע, אז אני מציעה פשוט להשמיט את סעיף 2. הוא לא תורם בכלום. פשוט צריך לכתוב אותו בצורה אחרת. זה סעיף 2.

עכשיו אני רוצה לדבר על סעיף 5. סעיף 5, יש לי שתי הערות: אחת, עלול להיראות מאיך שזה כתוב, 5-הבולט הראשון, כאילו שמתוך זה אנחנו לא מאפשרים אם קופות ירצו הפניה ישירה ליותר מאשר רשימת ההפניות האלה. אני חושבת שזה לא רק עניין של איכות, זה גם עניין של רצון האנשים. אם הכוונה שמשרד הבריאות יבטיח שלמקצועות האלה חייבים לתת הפניה ישירה אבל לא שוללים הפניה ישירה לאחרים, זה משהו אחר. כמו שזה מנוסח פה, לדעתי זה עלול לצמצם ולא להגביר את הפניה הישירה, ואני לא הייתי רוצה לצמצם את האפשרות.

דובר/ת: את הזכות המשפטית לפנות למי שרוצים?

דובר/ת: נכון.

דובר/ת: לקיים את החקיקה.

דובר/ת: נכון. אז זה לגבי הבולט הראשון. לגבי הבולט השני בתוך חמש, מה שאני חושבת זה שאנחנו צריכים להיזהר בנושא הזה של איך שכתבנו את זה, את הפניה המקדימה של הפטור. זה דבר אחד. הכוונה היא שבעצם הרופא הראשוני יכול להכתיב את הדחיפות וכתוצאה מזה יכול להיות שזה הקדמת תור, לא שתור הופך להיות פרס בעד או נגד אלא זה פשוט אם הרופא הראשוני הפנה, אז יש היגיון שיש לו יותר דחיפות וככה זה צריך להיות מנוסח. הדבר הנוסף זה שאני לא הבנתי את הנושא של מערך ההשתתפויות העצמיות. זה בסדר, אבל גם פה צריך לראות איך זה יהיה כתוב, כי זה יכול להיראות בעייתי.

דובר/ת: מישהו רוצה להגיב על שלושת הבולטים להערה של לאה?

דובר/ת: אני מסכימה.

דובר/ת: גם אני מסכימה.

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

דובר/ת: מה המצב היום?

דובר/ת: המצב היום, הם לומדים הכול.

השרה יעל גרמן: אני מציעה שכל אחד יאמר את ההערות שלו ואנחנו נעבור, אחרת אם אנחנו עכשיו פותחים דיון אחרי שדיברנו על זה כבר שנה, אנחנו לא מסיימים היום את זה. אני מצטערת שאני חסרת סבלנות ואתם לא ראיתם אותי הרבה ככה, אבל it's about time. כל אחד מתבטא שלוש דקות בדברים שהכי חשובים לו, ויותר משלוש דקות זה לא יתאפשר אלא אם כן נעשה עוד סיבוב, וכל אחד יעיר. בסוף אנחנו נראה, יכול להיות שאנחנו נעשה איזושהי ועדה מצומצמת שתגיע להסכמות.

דובר/ת: הדבר הנוסף, כתוב שצריך להעביר את כל המידע לרופא המטפל. זה כמובן מאוד חשוב, אבל חייב להיות כתוב שיאופשרו לו כל הכלים כדי לקרוא ולהבין את זה. זה גם בנושא של מסכת אלרטים וגם בזמן לקרוא. צריך מערך תומך לרופא המטפל.

דובר/ת: אבל זה מה שכתוב שם, לאה, הבניית מערכות המידע.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

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

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

דובר/ת: נכון, כי בלי זמן - - - -

השרה יעל גרמן: שלא יהיה לו 7-8 דקות.

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

דובר/ת: הערה נכונה מאוד. בוודאי.

דובר/ת: הערות לעמוד הראשון.

דובר/ת: את סעיף 2 אני מציע לבטל. סעיף 5 – אני חושב שצריך לקבוע בו את העיקרון שאנחנו רוצים לעודד הגעה לרופא מומחה דרך רופא המשפחה, אבל לא להיכנס פה יותר מדי לפרטים, בטח לא להשתמש בהשתתפות העצמית ככלי בנושא הזה, זאת אומרת לקבוע את העיקרון לעודד פניה לרופא הראשוני בדרך לרופא המקצועי, וכמובן שאני מסכים גם עם - - - האחרון של 6.

דובר/ת: בנוסף, הבולט השלישי שלסעיף 5, אני לא חושבת שהמנגנון של השתתפויות עצמיות בכלל מתאים לעניין. אפשר לעשות עדיפות, אבל לא הייתי עושה דיפרנציאציה לפי העניין. לא הייתי משתמשת בזה. לבטל.

דובר/ת: בהתייחס רק על הנקודה הזאת – שהמדיניות תהיה שמדובר/ת: במשחק אפס, זאת אומרת שלא מעלים את ההשתתפויות העצמיות מעבר למה שזה קיים היום. מפחיתים למי שהולך דרך הרופא הראשוני ומעלים למי שמחליט לפנות בצורה ישירה, אבל במשחק אפס.

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

דובר/ת: נכון.

דובר/ת: גם עם ההערה הזאת, הערתי נשארתי.

דובר/ת: גם שלי.

דובר/ת: עכשיו אני מצטרפת אליהם.

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

דובר/ת: אני רוצה להתייחס ל-5.1 להערה של לאה ואולי ערן אחרי זה ימשיך אותי. אנחנו הכנסנו את זה מתוך זה שהבנו שהיום הרשימה שנבחרה, היא נבחרת על ידי הקופות ומה שהשיקול המרכזי לבחור את חמשת המקצועות שאליהם אפשר לפנות באופן ישיר, איך שהבנו את זה, הבנו שזה נבחר על ידי הקופות והשיקול המרכזי היה שיווקי. לדעתנו זה לא צריך להיות. לא הקופות צריכות להחליט על זה אלא משרד הבריאות. זאת היתה המטרה של הסעיף הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
השרה יעל גרמן:

יש הערה לכך? לא. לא היתה גם בעיה עם הנושא הזה.

דובר/ת:

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

דובר/ת:

ברגע שקופה אחת נותנת הפניה ישירה, אחרות לא יכולות להגיד שהן לא נותנות, לא בגלל שזה נכון

רפואית.

דובר/ת:

ערן, מותר לאנשים להחליט מה נכון להם.

השרה יעל גרמן:

אוקיי, הגענו להחלטה. מינימום, משרד הבריאות.

דובר/ת:

אם מינימום זה בסדר, אי אפשר להגיד שלכפות את זה על אנשים. מה שיקרה, אני אומרת לכם,

רופאי המשפחה יהפכו להיות - - - וזה גם אנחנו לא רוצים.

דובר/ת:

אפשר לדעת מה המצב היום?

דובר/ת:

יש 5 מקצועות שאליהם אנשים מוכנים לפנות.

דובר/ת:

דפקטו זה המצב, 5 מקצועות?

דובר/ת:

כן, ומה שקרה זה הפוך דווקא קרה, זה שהקופות התכנסו דווקא לפחות ולא יותר. מקודם במכבי

הכול היה פתוח ובכללית בכלל לא. אחר כך כללית התיישרה למכבי, נתנה רק 5 ואז מכבי ירדה מכולם רק ל-5. אם אני מסתכלת

על מכבי, מכבי עשתה פעולה הפוכה. מכבי, הכול היה פתוח ובסוף הלכו רק ל-5, אז מה שקרה זה ששני הצדדים התכנסו

לאמצע. לא כל כך קרה רע בעניין הזה.

השרה יעל גרמן:

על מה יש כרגע מחלוקת?

דובר/ת:

יעל, אנחנו חושבים שצריך יותר מחמשת המקצועות האלה. השאלה אם יש פה משהו שהוא משנה

את המציאות או שאנחנו אומרים, אוקיי, אנחנו עכשיו רוצים שלא יהיה בין 5 ל-4.

השרה יעל גרמן:

אנחנו לא רוצים להגדיל את זה ל-5. אנחנו רוצים לפתוח את זה לכמה שיותר.

דובר/ת:

אני רוצה להגיד כמה דברים. קודם כל, לא עשינו פה את כל הרקע. - - - היתה מצגת שלמה על

הנושא, שהצגנו את החשיבות של חיזוק הרפואה המשפחתית וההמלצות האלה נכתבו אחרי שגם כן נפגשו עם האיגוד המקצועי

הרלוונטי ועוד רופאים, שהרעיון היה, וזה כל החלק הזה, איך אנחנו מחזקים את הרפואה הראשונית. זאת היתה המטרה.

השרה יעל גרמן:

חברים יקרים, עוד הערה שלא אמרתי. אנחנו לא נצא עם מסקנות מפורטות. לא נוכל להגיע, לא

להסכמות, וזה גם לא יהיה נכון. בואו נקבע שאנחנו רוצים לחזק את הרפואה הראשונית. זה צריך להיות, לחזק את הרפואה

הראשונית. זה הבולט. תהיה לנו ועדת ישום. אם אנחנו עכשיו ניכנס לפרטים האלה, באמת אנחנו לא נצא עם שום דבר. הבולט

צריך להיות חיזוק הרפואה הראשונית ואחר כך אנחנו נראה איך אנחנו עושים את זה.

דובר/ת:

אז אם ככה, למה לעבור על פרטים? למה לא לעבור רק על כותרות?

השרה יעל גרמן:

שאלה טובה. הערה טובה. להערכתי כל אחד מאיתנו צריך לחשוב על היעד שאליו אנחנו רוצים

להגיע ולחשוב עליו בצורה המתומצתת ביותר ובניסוח של כותרת, לא של פרטים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

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

דובר/ת: אפשר הצעה לסדר? על כל עמוד, רק למי שיש משהו מהותי להגיד שחשוב מאוד, שירים את היד ותשאל אותו ונעבור לעמוד השני.

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

דובר/ת: אני בכל זאת הייתי מבקשת שיהיה משפט אחד שייכנס, שהעברות מידע רפואי יהיו כפופות לבדיקה משפטית. שיהיה כתוב במפורש.

דובר/ת: אגב, אני מקווה שבעמוד הראשון במשפט האחרון זה לא אומר שמישהו יכול לחשוב שחובה על המבוטח להכניס אינפורמציה. זה כמו שבחוק זכויות החולה אין חובה. אנחנו לא מטילים שום חובה.

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

דובר/ת: בנושא של 7 – הרחבת שירותי רפואה - - - בקהילה, אין פה שום מספור של העלויות של זה. אני מקווה שאנחנו רוצים לעשות את זה מתי שזה הגיוני ולא באופן כללי, כי אנחנו החלטנו שזה טוב.

דובר/ת: כל מה שכתוב פה זה שאנחנו רוצים לדחוף כמה שיותר דברים לקהילה. יכול להיות שיש דברים שכדאי לעשות אותם, שיותר זול ויותר יעיל לעשות אותם בבית חולים, אז לכן צריך להיות משהו שהוא מאזן.

השרה יעל גרמן: טוב, אז צריך יהיה למצוא ולראות איך. אוקיי, הערות נוספות לעמוד השני.

דובר/ת: קודם כל למעלה למעלה - באחריות משרד הבריאות וקופות החולים ובתי חולים להרחיב לא את שירותי הרפואה אלא את זמינות שירותי הרפואה, כי הדגש שלנו והבעיה זה הזמינות.

דובר/ת: לא נכנסים לבולט הזה.

דובר/ת: הדבר השני שאני חושבת שצריך, להגיד דגש על הפריפריה, כי לדעתי שם הבעיה יותר חריפה.

השרה יעל גרמן: הזמינות, ובמיוחד בפריפריה.

דובר/ת: בדיוק. יש לי עוד שתי הערות. אחת, יש משהו שאני ממש מתנגדת. אני חושבת שהיה על זה דיון בעייתי מאוד, לשלב את נציגי קופות החולים בבתי החולים. אני לא רוצה להרחיב כרגע את הדיון. לא ניכנס לזה. אני יכולה להגיד שלדעתי זה לא נכון לעשות את זה.

השרה יעל גרמן: זה סעיף 7, בולט שלישי, 2. תראו, יש דברים שאנחנו דנו בהם באמת הרבה מאוד שעות. בין השאר מה שקבענו, ואני לא חושבת שיש פה בכלל ויכוח, זה הצורך בחיזוק הרצף שבין קופת חולים לבית חולים. לצורך כך היתה הצעה ולהערכתי היה גם קונצנזוס, אבל תיכף נראה, שיהיה נציג של קופת חולים בתוך בית החולים כדי שהוא יוכל להוות את הקשר, ואני חושבת שזה חיוני. דיברנו על זה.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: סעיף 28.

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

השרה יעל גרמן: זאת לא הכוונה. את מרחיקת לכת. זאת לא הכוונה. אף אחד לא חשב על זה. הכוונה היא בדיוק למה שאני אמרתי, שיהיה נציג של קופת חולים שיהיה אוריינטד למטופלים ולמבוטחים כדי שהוא יוכל - - -

דובר/ת: ולא בהיבט הכלכלי.

השרה יעל גרמן: בסדר. עוד הערות?

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

השרה יעל גרמן: אוקיי, זאת נקודת מחלוקת עם ה"רי. ה"רי בלי בחינה פרופסיונאלית לא מוכנה להעביר סמכויות.

דובר/ת: אני לא מוכנה להגיד שזה פרופסיונאלי.

השרה יעל גרמן: אוקיי, מבחינה איכותית.

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

השרה יעל גרמן: אני מנסה באמת לקצר.

דובר/ת: זה משפטי ואני מצטרפת.

השרה יעל גרמן: אוקיי. מכיוון שאנחנו כן רוצים להקל ולייעל את כל עבודת הרופא, וחזרנו ואמרנו ודיברנו והדגשנו, אני מבקשת לשבת ולנסח עם עזיז ועם ניר או ערן, לשבת באחת ההפסקות, לחזור אלינו ולנסח, כאשר הרעיון הוא שאנחנו רוצים לייעל עבודת הרופא ולנסות ולהעביר את המטלות שיש לו היום והן לא נחוצות ולא נמצאות בדיוק - - - , להעביר את זה לכוח עזר כזה או אחר, שזה יתאים כמובן.

דובר/ת: בסדר גמור.

השרה יעל גרמן: הלאה.

דובר/ת: אני חושב שהמטרה היא פה לעשות ארגון יותר יעיל ויותר מקצועי של הרפואה המקצועית, חיזוק שיתוף הפעולה שבין מה שנקרא הקהילה בבתי החולים. זה הרעיון. בואו נתרכז ברעיון הזה ונציג אותו, כי אנחנו לא מקדשים, הכול שם או הכול שם, אבל שיתוף פעולה, צמצום כפילויות, יעילות ואיכות זה המטרות שלנו, אז בואו נשמר ברמה של מטרות.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: הבולט הראשון – באחריות משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים להרחיב את שירותי הרפואה השניוני, אני לא חושבת שזאת אחריות של בתי החולים. זה רק אחריות של משרד הבריאות והקופות להרחיב את השירותים בקהילה. אני מטילה אחריות על מישהו שזה לא התפקיד שלו.

השרה יעל גרמן: כן, זה נכון.

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

דובר/ת: לגבי הארגון יעיל של הרפואה והפתרונות האפשריים, באמת רק פתרונות אפשריים שיש לשקול אותם ואנחנו לא פוסלים עכשיו שום דבר.

השרה יעל גרמן: נכון מאוד. הלאה.

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

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

דובר/ת: כל העמודים הבאים זה המסקנות.

דובר/ת: בסעיף 14 – תקינת עמדות בדיקה. אני אמרתי גם בוועדה, אני לא חושב שאנחנו צריכים להתעמת בתקינה במיון. חוץ מלהזיז, אין לנו באמת את הכלים לכך. אנחנו לא יודעים מה ההשלכות לכך. לדעתי לא בחנו את זה לעומק. אז יש ועדה. אנחנו ועדה שהאנשים בה באים מרקעים שונים. אין לנו את הכלים להגיד אם אני צריך בדיקה ל-1,000 פניות, 1,200 או 800.

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

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

דובר/ת: אבל ברגע שאתה לא נקבת בשום מספר, אולי אנחנו נהיה בעודף.

השרה יעל גרמן: תראו, ועדת אור ישבה על הנושא. אתה צודק שלנו כאן היושבים סביב השולחן למעט כמובן עזיז, אין את היכולת המקצועית להבחין, אבל להם יש. זאת היתה ועדה. אני קיבלתי את המסקנות שלהם. יכולה הוועדה לבוא ולומר, אנחנו לא מקבלים את המסקנות, אבל אני כן קיבלתי את המסקנות. אני תיכף אתייחס ישירות למה שמטריד אותך, ובצדק. אתה בא ואתה אומר, רגע, אז עכשיו אני אצטרך להוסיף עוד 20,30,100? הם מדברים גם על 200 ומשהו. כל מה שאנחנו נקבע שיש לו באמת משמעות תקציבית, הרי ברור שזה בהתאם לתקציב קיים. זה לא שאנחנו קובעים כאן ואחר כך אנחנו באים ואומרים, זה מה שאנחנו צריכים. הכול יהיה אחר כך בהתאם ובכפוף לזמינות תקציבית, אבל יש ועדה מאוד מקצועית. יכול להיות שאנחנו נבוא ונאמר, את המטרה הזאת אנחנו רוצים להשיג אבל במשא ומתן עם האוצר אנחנו נבוא ונגיד, אוקיי, בואו נעשה את זה בתוך 5 שנים, בתוך 6 שנים. זה לא יהיה לשנה אחת, אבל הוועדה הזו ישבה ושכנעה מדוע זה נכון ושאנחנו לא נוכל לצמצם את התורים ולא נוכל לייעל את כל מה שקורה, אלא אם כן אנחנו נעשה את זה, אבל גם יכול להיות שאנחנו נשב ואנחנו נאמר שזה לא ל-1,000, שזה ל-1,200 ולא ל-1,200, ל-1,500.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

בואו ננסה רגע לחשוב אם אנחנו יודעים לעשות משהו. יש שאלות באמת מהותיות שגם רצות פה לאורך הדרך, גם על בחינת כוח אדם וגם על מיטות אשפוז, שהן ברמה של השלכות מקרו על מערכת הבריאות, שאני חושב שמהן צריך להימנע. אני כן חושב שראוי שתיעשה עבודה של תמחור של הדברים האלה, כי לקבל המלצות באופן כללי, הכול פה ראוי. אני חושב שרוב הדברים פה הם לא דברים שבאיזושהי מחלוקת מהותית. יש פה אולי דברים שכן, יש פה דברים שלא, אבל יש פה בסוף שאלות של תקציב שצריך בסוף להבין מה המשמעות התקציבית של הדבר הזה, כי בסוף גם הוועדה הזאת לא חיה בחלל ריק. זה דבר אחד. לכן יכול להיות שאולי בדברים מהסוג הזה יהיה צריך לומר לבחון את מספר העמדות ולפעול לשיפור מספר העמדות ולצמצום היחס פניות/עמדות, משהו מהסוג הזה ואז להשאיר את זה לאיזשהו באמת - - - שני של עבודה מקצועית של המשרד ושל הממשלה, של סדרי עדיפויות. נראה לי שזה יהיה קצת יותר נכון.

דובר/ת:

אל תשכח שזה הסכם קיבוצי.

דובר/ת:

אם זה מעוגן בהסכם קיבוצי, אז גם צריך לתת לזה את ההתייחסות.

השרה יעל גרמן:

כשנגיע למקור של התקציבים, אין ספק שאנחנו נצטרך לשבת ולראות על מה מדובר/ת:/:. כאן יש ועדה שהיתה דרך אגב אקסוגנית לוועדה שלנו החיצונית. היא יושבת במשך הרבה חודשים וקיבלה מסקנות. אנחנו יכולים לבוא ולומר שאנחנו מקבלים את המסקנות, וזה מה שאנחנו קבענו דרך אגב, שאנחנו מקבלים את המסקנות, וזה היה לאחר שעזיז הציג אותן. אנחנו יכולים גם לבוא ולומר, אני קיבלתי אותם, אז זאת אומרת, את הויכוח הזה עם האוצר במילא אני אצטרך לקיים, בין אם בנפרד מהוועדה הזו ובין אם כחלק מהוועדה הזאת.

דובר/ת:

אז אולי אמירה כללית של - הוצגו בפני הוועדה מסקנות ועדת אור. בכוונת שרת הבריאות לפעול ליישומן ככל הניתן, והיא תבוא על כך בדברים עם משרד האוצר, הממשלה.

השרה יעל גרמן:

לא. אי אפשר לבוא ולומר, היא תבוא על כך בדברים. אלה המלצות. זה ברור ומובן מאליו שלא יהיה תקציב, אז לא נוכל להמליץ, וזה גם ברור ומובן מאליו שאם בסך הכול לכל ההמלצות יהיה תקציב מסוים וצריך יהיה לעשות בו תעדוף, אז זה ברור שבסופו של דבר זה מה שנעשה, אבל אנחנו לא יכולים לקצץ את הכנפיים של הוועדה על ידי זה שאנחנו באים ואומרים, אנחנו רוצים אבל לא בטוח שנוכל. זה מה שאנחנו רוצים.

דובר/ת:

אז אולי אמירות יותר כלליות בלי מספרים. לפעול לשיפור מספר הפניות, מספר עמדות הבדיקה לפניות.

דובר/ת:

המספר הזה, 1,000, מטעה. אני חושב שהניסוח שלנו היה לא הכי מוצלח. לא באנו ואמרנו, עמדה לכל 1,000. אמרנו לבדוק. הדוח שלנו אמר, תבדקו, כי אנחנו בדקנו. תבדקו כמה מגיע ל-1,000 פניות. לא נקבנו.

דובר/ת:

זה לא מה שכתוב.

דובר/ת:

זה מדד.

השרה יעל גרמן:

תיבדק התקינה הנחוצה ל-1,000 - - -

דובר/ת:

בדיוק.

השרה יעל גרמן:

אני חושבת שהגענו להסכמה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

אני רק רוצה הערה כללית לגבי העניין של באמת עלויות. למיטב הבנתי כל הוועדה בהרבה תחומים שגובשו המלצות, גם אם הן לא מוסכמות על הכול, לא נעשה ניסיון וגם אולי נמנענו מלעשות אותו, אני לא יודעת איך לנסח את זה, לתמחר דברים. אפילו בדברים גדולים שאנחנו יודעים שהם כרוכים בעלויות, לא תמחרנו. זה יוצא דופן, אני מוכרחה לומר. זה יוצא דופן שאין בצד המלצות איזשהו תג של מחיר להמלצה, וגם זה מעורר קושי אחר כך למי שרוצה ליישם, לעשות איזשהו תעדוף של דברים.

השרה יעל גרמן:

אני אענה לך. קודם כל יש מחיר ואין בעיה. ניר יכול לתמחר לנו כל דבר. האם את רוצה עכשיו שאנחנו ניכנס לויכוח?

דובר/ת:

לא, לא, אני רק רוצה הערה כללית.

השרה יעל גרמן:

אז זו הסיבה.

דובר/ת:

הערה כללית – שאם אנחנו יוצאים במסר שאנחנו לא עשינו עלויות, אנחנו עשינו רק כיוונים.

השרה יעל גרמן:

לוועדה הזאת תהיה ועדת ישום שתצטרך לבדוק את העלויות, שתצטרך גם לראות בסופו של דבר עלויות באמת בלתי אפשריות, אז יכול להיות שחלק מההמלצות אי אפשר. בוועדת ישום לא מיישמים אף פעם את כל ההמלצות של כל הוועדה. זאת ועדת ישום. ועדת ישום לוקחת את כל ההמלצות, מורידה אותן לקרקע, רואה מה ניתן קודם כל מבחינה לוגיסטית, מה ניתן מבחינה תקציבית, אבל אנחנו כוועדה חייבים להמליץ על כל מה שאנחנו מאמינים.

דובר/ת:

לפעמים אפילו אם אנחנו מאמינים במשהו והמחיר הזוי, אנחנו לא ממליצים.

השרה יעל גרמן:

אז כל דבר שתוצי תמחור, תבקשי ותקבלי, ואם בגלל התמחור את תבואי ותגידי, בעיניי זה לא שווה את המחיר, אז אנחנו נקיים פה דיון ואולי באמת נוריד את זה. אני מבינה מה שאת אומרת. אני לא חושבת שאנחנו נמצאים במקום הזה. אני חושבת שכל ההמלצות עד כה הן יושבות על הקרקע.

דובר/ת:

כדי לחזק את המלצות ועדת אור אני חושב שיש חשיבות שוועדת גרמן תבוא ותאמץ או תמליץ על ועדת אור ולא רק אמירה כללית שהשרה קיבלה את הדוח ותפעל ליישום, אלא שאנחנו כוועדה גם נותנים גושפנקא.

השרה יעל גרמן:

זה מה שאנחנו עושים כרגע וזה מה שעשינו.

דובר/ת:

הוא מדבר על הניסוח.

דובר/ת:

שהוועדה שלנו גם מאמצת כדי לחזק את היישום.

השרה יעל גרמן:

יפה מאוד, וזהו, וזה בהחלט מספיק ולדעתי אפשר לעבור עכשיו על הכול כי במילא נצטרך לעשות ועדת ישום, אז תעברו על כל העמודים של ועדת אור.

דובר/ת:

גם ב-18 זה אותו דבר. יש לי רק הערה, שאני חושב שבחלק מהדברים אנחנו בשביל ועדה שעלתה לרמה כל כך גבוהה, לרדת לרמות של פירוט של אם לרדת מ-7 שעות ל-6 שעות זה עולה מיליארד שקל - - -

דובר/ת:

אני מציע לחבר את זה לפרק של זמני המתנה.

השרה יעל גרמן:

כן מאמצים את ועדת אור. ועדת אור, היא ירדה לתוך הרזולוציה הזאת.

דובר/ת:

אם אפשר את שלושת העמודים האלה לעשות בסעיף אחד - - -



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השרה יעל גרמן:

את שלושת העמודים האלה נא למחוק. מאמצים את ועדת אור.

דובר/ת:

יש לי הערה. סעיף 17, אנחנו מדברים על דיון על - - - ? אי אפשר לזרוק את זה לחללו של עולם כשיש את ועדת אפק, כשיש הצעת חוק פרטית של חבר הכנסת שלח, שנדון בימים אלה בוועדת השרים. מה היחס בין ההליכים האלה? זה צריך להוריד.

השרה יעל גרמן:

אני דרך אגב מסכימה. אני לא יודעת למה זה נמצא פה בכלל. להוריד את זה.

דובר/ת:

זה לא רלוונטי, הדיון עכשיו על ועדת אור.

השרה יעל גרמן:

בדיוק. אנחנו מאמצים את ועדת אור. אני לא זוכרת שבועדת אור הנושא הזה ישנו. תודה, אז להוריד. זה לא קיים בוועדת אור. אתן שתיכן צודקות.

דובר/ת:

אנחנו מיישמים את ועדת אור או שאנחנו מפרשים את כל ההמלצות?

השרה יעל גרמן:

אנחנו ועדה שלנו, הוועדה לחיזוק מערכת הרפואה הציבורית, מאמצת את מסקנות ועדת אור. אני אומר את זה גם לפרוטוקול. כל ההמלצות תצטרכנה להיבחן במציאות תקציבית וזה ברור.

דובר/ת:

זו הערה של שרת הבריאות לנושא קבלת המלצות ויישום ועדת אור בהיבטים לוגיסטיים, רפואיים ותקציביים. למישהו יש הערה מסעיף 27 ואילך? הלאה בקשה.

דובר/ת:

פה יש פשוט משהו שאומר, צוות רפואי ורופא משפחה ישמרו על קשר שוטף ויעדכנו זה את זה. רופא משפחה, יכולה קופת חולים להחליט שהיא כן עושה את זה או לא עושה את זה. בית חולים, הרי אף אחד לא יתקצב את הפעילות. זה פשוט עוד יותר העמקת גירעון של בתי חולים. אם אנחנו רוצים להטיל על בתי חולים פעילות - - -

דובר/ת:

ובהקשר של החולה הספציפי.

דובר/ת:

כל חולה הוא ספציפי. זה אומר בסך הכול שלזמן רופא בבית חולים מתווספת עוד פעילות שהיא לא מתוקצבת. כל הזמן ההוראה לא מתוקצבת, המחקר לא מתוקצב, הקשר עם החולים לא מתוקצב, אז אנחנו צריכים איכשהו להכניס פה איזשהו תקציב של הזמן של הרופא, כי כל הזמן להעמיס על הרופא הזה חובות בלי שיש לזה ביטוי בתוך בית חולים של הענקת זמן רופא לדברים האלה, ומצד שני תקצוב.

דובר/ת:

זה ברור, אבל אמרנו את זה.

דובר/ת:

אני אגיד לך למה זה שונה. אם את שמה חובה על הרופא, זה לא חובה על בית חולים שיכול להגיד, תשמע, את המחלקה הזאת אני לא מתפעל. אני לא נגד הדבר. זה מתקשר אפרופו לעולמות של התחשבות. זה צריך להיות, אם אתה מעמיס רופא, זה צריך לבוא לידי ביטוי בתקצוב של בית חולים.

השרה יעל גרמן:

גם בקהילה.

דובר/ת:

דרך אגב, גם לקופת חולים זה מעמיס, אבל היא לפחות מחליטה - - -

דובר/ת:

אז בואו נגיד שה-case manager הוא בקהילה ואנחנו רוצים ליצור שרופא המשפחה יהיה יותר

בדמות של case manager. זה היה כל הרוח של ההמלצות האלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
דובר/ת:

הקשר יכול להיות גם לא בשיחת טלפון, יכול להיות גם מחשב.

דובר/ת:

מכיוון שלכל סעיף יש משמעות תקציבית, אנחנו צריכים להחליט האם אנחנו חושבים שזה חשוב שזה

יהיה או לא חשוב שזה יהיה.

דובר/ת:

אני מנסה להסביר שזה לא עניין של חשבות תקציבית שקופת חולים תדון עם משרד האוצר ומשרד הבריאות האם כן חשוב או לא חשוב. אתה שם פה חובה על הרופא. רופא, אין לו יכולת להגיד, תשמע, בוא - - -

השרה יעל גרמן:

אנחנו נכנסים לפרטים שלא רצינו להיכנס. אנחנו לא ניכנס לפרטים האלה. אתה צודק, וזה יהיה נכון לגבי כל פרט ואם אנחנו ניכנס לכל פרט וננסה לראות מה המשמעויות, זה שונה והוא שונה. אני מבקשת ממך להסביר את הכוונה..

דובר/ת:

אנחנו מדברים על המטופל במרכז. כשאנחנו מסתכלים על המטופל במרכז בתוך מערכת הבריאות אנחנו רואים שיש את הנושא הזה של ממשקים, והממשק של בית חולים-קהילה, אנחנו חושבים שצריכים להדק אותו. אנחנו רוצים שתהיה איזושהי זרימת מידע כזו או אחרת או איזושהי קשר כזה או אחר. יש משמעות תקציבית לכל דבר ודבר, אבל בעינינו יש ערך וחשיבות לחיבור הזה בין קהילה לבית חולים. אנחנו גם לא מטילים פה אחריות. הצוות הרפואי בתוך בית החולים והרופא משפחה ישמרו על קשר. אנחנו לא אומרים איך ישמרו על קשר, לא אומרים כמה זה עולה ולא אומרים מי חייב לעשות את זה. אנחנו רק אומרים, צריך שיהיה קשר.

השרה יעל גרמן: תודה.דובר/ת:

המודל הזה הוא קברט. המילה רצף טיפולי היא באמת אבן הפינה ואנחנו אמרנו מלכתחילה, אנחנו לא נכנסנו לנעליים של משרד האוצר ולא לנעליים של משרד הבריאות ולא לנעליים של האשפוז. נכנסנו לנעליים של הלקוח, של המטופל. אם אני מטופל או בן משפחה של מטופל, אני רוצה שככה זה ילך, מרגע ההתעברות עד ליציאה לשיקום, לא מעבר לשיקום. ככה רצינו. מה שקורה, הוא יכול להיות מאושפז שבוע והרופא שלו לא יודע. אני בעד הסעיף.

השרה יעל גרמן: תודה.דובר/ת/ת:

אני רוצה להסביר את הבעיה. הסעיף הזה, כולנו מסכימים כי זה בעצם כמו להגיד את כל הדברים הטובים שכולנו אומרים. זה כמו לא להגיד בעיה. הבעיה, שאי אפשר כמו שאני רואה את זה, ליישם את זה בשטח ולכן אני אומרת שצריך לנסח את זה אחרת. אני אסביר למה אי אפשר? כי רופא המשפחה ב-7 דקות שלו לא ישמור על קשר. אם לא יקצו לו עוד זמן כדי שהוא יתקשר, כדי שיכנס - - - . אני חושבת ככה, בתי החולים וקופות החולים יפעלו להקמת מודל להגברת זרימת המידע בין הצוות הרפואי בבית החולים ורופאי המשפחה ולאפשרויות לשמור על קשר שוטף. אני תיכף אנסח את זה. אחריות ובניית מודל שזה על בתי החולים וקופות חולים, והם צריכים לבנות את המודל שבו נוצר הקשר. אם לא, זה סתם אמירה באוויר.

דובר/ת: אין בעיה.השרה יעל גרמן: אין בעיה?דובר/ת: אין עם זה בעיה.השרה יעל גרמן: , לנסח את זה ולהחזיר אלינו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: רק הערה כללית. הסעיף הזה המחיש משהו שהוא באופן כללי, אנחנו הולכים לקבל את העקרונות לדעתי של ההמלצות.

השרה יעל גרמן: נכון.

דובר/ת: אבל זה בדיוק עכשיו החשש למשהו שלא - - - , ולאחר מכן גם להבין שמה שכתוב פה יעבור איזשהו - - -

השרה יעל גרמן: , אנחנו דיברנו על זה. את הגעת באיחור. דיברנו על זה. דיברנו על זה שאנחנו מדברים על מסגרת ושיהיה לאחר מכן ועדת ישום שהיא תיכנס לרזולוציה של הלוגיסטיקה, רפואה.

דובר/ת: לא, אבל אנחנו ועדת ישום. צריך יהיה לנסח את הדברים בצורה נכונה, בדיוק מה שלא עשתה עכשיו.

השרה יעל גרמן: אוקיי.

דובר/ת: בסעיף 28/ד פשוט למחוק. מה, דווקא הקופות? לבתי החולים אין שיקולים כלכליים?

דובר/ת: לא, אני אגיד מה היתה הכוונה כאן. היום צוות הבקרה מתעסק בעיקר, הרבה מאוד קופות חולים מתעסקות בלמנוע אשפוזים מיותרים, לערער וכדומה כדי להקטין את ההוצאות שלהן. פה המטרה של הצוות הזה זה רצף הטיפול. אנחנו לא רוצים שמה שיגיע את הצוות הזה זה אך ורק שיקולים כלכליים. אנחנו רוצים להדגיש פה שהדגש של הצוות הזה זה לתת למבוטח את הטיפול הטוב ביותר והרצוף ביותר.

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

דובר/ת: אבל לבוא ולומר שהשיקול הכלכלי הוא - - - ?

דובר/ת: אבל זה של הצוות שמקשר מטעם קופות החולים.

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

דובר/ת: ניר, יש הסכמה שמורידים את הקופות.

דובר/ת: 29 – הסכמים בין בתי חולים לקופות יכללו מרכיב בנושא הרצף הטיפולי. אני לא חושב שאנחנו צריכים להתערב בהסכמים. אם רוצים את הרצף טיפולי, נקבע סטנדרט.

השרה יעל גרמן: לא מסכימה.

דובר/ת: למה צריך להתערב בהסכמים?

השרה יעל גרמן: אני אומר לך למה, כי זה ה-leverage שלנו. תראה, אני לא צריכה לומר לך שבהסכמים, גם בהסכמי הייצוב ובכל ההסכמים, גם משרד הבריאות וגם משרד האוצר מכניס את אותם נושאים שחשוב להם, אם זה פריפריה ואם זה קשישים. נצטרך לחשוב על עוד הרבה דברים. אנחנו גילינו כאן נושא שהוא לוקה בחסר, וזה הנושא של הרצף. אנחנו נצטרך להשתמש בכל הכלים שעומדים לרשותנו כרגולטור כדי להביא לכך שהם יבינו שהם חייבים לעשות אותו, וכן, אנחנו נמצא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

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

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

השרה יעל גרמן: זה לא עקרוני, אנחנו נשים את זה כאן כי זה חשוב וגם מפני שאנחנו דיברנו על זה. אנחנו ממש דיברנו על כך שאנחנו ננצל את הנושא הזה. הלאה.

דובר/ת: עוד הערות לעמוד הזה?

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

דובר/ת: אוקיי, אז לא נעיר על זה.

השרה יעל גרמן: צריך לשים את זה בצד.

דובר/ת: רק תזכיר לנו לחזור לשם.

השרה יעל גרמן: להוציא את זה, לשים בצד.

דובר/ת: ב-30 אני חושב שאם אנחנו שמים משהו כמו ועדת שירות סל, צריך להיות תקציב איזשהו.

דובר/ת: אבל זה לא כל דבר.

דובר/ת: לא, לא, אבל תבינו שאם אתה נותן סטנדרטים צריך להיות איזשהו מסגרת. לוועדת סל זה קל. אתה נותן לה תקציב והיא מחלקת אותו. בסטנדרטים אתה לא יכול לעשות את זה, אז לכן אני חושב שוועדת סל או ועדת דומה, ציבורית, זה בעייתי לשים סטנדרטים, כי היא לא תיקח בחשבון את העלויות. זה לא שצריך לשים פה תקציב. אני אומר שצריך ועדה אחרת שהיא תפנים את העלויות.

דובר/ת: במסגרת של תקציב מוגדר מראש?

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

דובר/ת: איפה אתה?

דובר/ת: ב-38. אני חושב ש-כלים, אבל זה שטויות. ב-39 אני חושב שצריך להיות איזשהו דד ליין, של לא - - - מעבר. - - - יכולה לקחת עדיין 10 שנים. ב-40 - יש פה רגולציה. אנחנו מדברים על רגולציה כספית או רגולציה בריאותית ומי יעשה את הרגולציה.

דובר/ת: ולמה רק ציבורית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: ולמה רק ציבורית. יש פה שאלה. אני חושב שסעיף רגולציה צריך להוציא מפה ולדון בכל נושא הרגולציה בנפרד, כי או שזה מעט מדי או שזה רחב מדי או שזה קצר מדי.

דובר/ת: גם את ה-DRG כדאי להוציא.

השרה יעל גרמן: דרך אגב, אני מקבלת להוציא את ה-DRG ואת הרגולציה מחוץ - - - אנחנו נדבר על זה. לא להוציא את זה מההחלטות, להוציא את זה כרגע. תראו, אנחנו מנסים לגמור את ההסכמות. כל הדברים שהם קצת יותר כבדים שמים בצד כדי שאנחנו נדון בהם ונוכל גם להתבטא יותר.

דובר/ת: רגולציה זה משהו כבד.

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

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

השרה יעל גרמן: איך אתה מציע לקבוע את זה?

דובר/ת: הזמינות – זה שאין זמינות זה כתוצאה כי אין כסף? זה כתוצאה כי אין רופא? זה כתוצאה כי אין מרדים, זה כתוצאה כי בית חולים לא רוצה לעשות את זה? תכפו על בתי חולים לעשות את זה? זה יותר מדי כללי והנושא הזה הרבה יותר מורכב בשביל לזרוק המלצה באוויר, יקבעו זמן המתנה מקסימלי. זה באמת נושא סופר מורכב. אני חושב שזה רדיקלי. מעבר לזה אני חושב ש-33 זה למעשה פתיחת אזורי בחירה. אני כן חושב שאם יש משהו רדיקלי, הרגולטור צריך להתערב, אבל מה זה תור ארוך מדי? מי קובע תור ארוך מדי?

דובר/ת: מעבר לסטנדרט.

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

דובר/ת: זה ישים בהרבה מאוד מדינות בעולם וזה עזר לקצר זמני המתנה.

השרה יעל גרמן: אנחנו עושים סבב כי זה באמת נושא שאנחנו חייבים. אני כן רוצה לסיים אותו. אנחנו דיברנו עליו המון. אני רק אזכיר לכולם, תראו, יש נושאים שאנחנו דיברנו, לא סיכמנו. יש נושאים שדיברנו והיה קונצנזוס ואפילו באנו ואמרנו, יש קונצנזוס. אני זוכרת ממש. לגבי הנושא הזה, אנחנו באנו ואמרנו שאחת הרעות החולות זה זמני המתנה, ואמרנו שאנחנו רוצים לשנות את הנושא הזה וכמובן לגרום לכך שיהיו זמני המתנה יותר קצרים. באנו ואמרנו, מי יקבע? האם בתי החולים, האם משרד הבריאות לבד? ואז באנו ואמרנו, בואו נקים ועדה שהיא ועדה מקצועית שמורכבת מנציגי קופות החולים, בתי החולים, משרד הבריאות ואולי אפילו אקדמיה לצורך העניין. זו תהיה ועדה מקצועית כמו הוועדה המקצועית של הסל, שיושבת בצורה מקצועית ולא קובעת מתוך איזה שהם שיקולים כלכליים. היא תקבע מהם זמני ההמתנה. זה לא קשור לתקציב. בנוסף אנחנו נצטרך לבוא ולומר איזה תקציב אנחנו חושבים שצריך לייעד לקיצור הזמנים. אם יהיה תקציב מתאים, אז אפשר יהיה לקצר את הזמנים. אם לא יהיה תקציב מתאים, אז ברור שלא ניתן יהיה לעשות את זה.

דובר/ת: אבל לפחות תדע שאתה לא בסטנדרט.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

- השרה יעל גרמן:** נכון, ואז יכול להיות שאפשר יהיה לשנות את הסטנדרט.
- דובר/ת:** אבל ברגע שבן אדם לא יקבל זמן המתנה, מה הוא יעשה, יפנה לבג"צ?
- דובר/ת:** לבית הדין לעבודה.
- השרה יעל גרמן:** אתה חושש מהאפשרות לתבוע. זה נימוק רציני.
- דובר/ת:** אבל בשביל זה אנחנו כותבים את זה.
- דובר/ת:** אנחנו רוצים להקשיח את מתחם הסבירות של הזמינות בתוך זמן סביר שמופיע בחוק, להקשיח את זה.
- דובר/ת:** אגב, זה גם פועל לצד השני.
- דובר/ת:** מה זה בתוך זמן סביר? כי היום בתוך זמן סביר אתה יכול לקבל תור לשנה.
- דובר/ת:** זה גם פועל לך הפוך.
- דובר/ת:** אם יש לך בעיה, תנתח את הבעיה. תנתח למה אתה לא מקבל את זה בזמן סביר ותפתור את הבעיות שבגללן אתה לא מקבל.
- דובר/ת:** קודם כל תקבע מה היעד שאתה רוצה להגיע אליו ואז תדאג להגיע אליו באמצעים שתמצא לנכון.
- השרה יעל גרמן:** האם יש קונצנזוס סביב השולחן, ואני מסתכלת עליך. אתה העלית אמנם נקודה נכונה אבל רק אתה מתנגד לנושא. האם יש קונצנזוס לכך שאנחנו צריכים לקצר תורים?
- דובר/ת:** יש.
- השרה יעל גרמן:** תודה. עכשיו, איך אנחנו עושים את זה? עכשיו השאלה היא איך אנחנו מקצרים תורים. אנחנו יודעים שיש לנו בעיה של תורים ואנחנו רוצים לקצר תורים. האם אנחנו קובעים סטנדרט ואנחנו אומרים, זה הסטנדרט וכולם צריכים להתכונן אליו, וכן יכול להיות שתהיינה תביעות, אבל התביעות זה גם איזשהו תמריץ. תמריץ זה לא דווקא כספי, זה גם עניין של תביעות או אנחנו עושים את זה בדרך אחרת. זאת הדרך שאנחנו הצענו.
- דובר/ת:** אני חושב שאנחנו צריכים לשאוף לקצר תורים. זה ברור, זה גם היה במודל שאנחנו הצגנו וזה צריך להיות גם משהו מוחשי. אני חושב שבסוף אנחנו צריכים לבוא ולומר, זה התקציב שיוקצה לקיצור תורים וזה מה שאנחנו רוצים להשיג בתקציב הזה. זה קיצור התורים שאנחנו רוצים להשיג בתקציב הזה, וזה נראה לי ריאלי ושלם ומחובר.
- השרה יעל גרמן:** מאה אחוז.
- דובר/ת:** זה מעבר לתקציב. זה לא רק תקציב. זה לפעול לפתיחת כל צווארי הבקבוק שמביאים לתורים.
- דובר/ת:** זה לא רק כסף.
- דובר/ת:** נכון.
- השרה יעל גרמן:** בואו נשמע את כל מי שסביב השולחן, אבל ברשותכם גם כאלה שעוד לא שמענו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
דובר/ת:

אני חושבת שזה לא רק תקציב. אני חושבת שיש כאן מהלך שחייבים לבנות תהליכים ממוסדים שמובילים לתהליך של קיצור תורים, מהבחינה הזאת גם ועדה ציבורית וצריך לשבת באופן שוטף וקבוע על קיצור תורים. גם המהלך הזה בשביל מעקב המידע. זה תהליכים קריטיים כדי שזה יתמשך באופן שוטף ולא פרי של תהליך קיצור תורים שהוא של 3-4 שנים כמו שהיה בעבר ואז נעלם. כן, זה קריטי שיהיו דברים ממוסדים ולא רק תקציב.

השרה יעל גרמן:

האם הוועדה הזאת צריכה לקבוע באמת לוחות זמנים, לבוא ולומר, לניתוח הזה 100 ימים, לניתוח הזה 24.

דובר/ת:

אני חושבת זמן מרבי.

השרה יעל גרמן:

זאת אומרת את רוצה כן לקבוע, כי הבעיה היא, מה שהוא אמר, יש משהו במה שהוא אומר. הוא אומר, ברגע שאת קובעת זמן מסוים - - -

דובר/ת:

הכוונה היא לעמוד בזמן הזה.

השרה יעל גרמן:

אז הדיון כרגע אם אנחנו קובעים זמן או לא.

דובר/ת:

אני בהחלט חושבת שצריכה להיות ועדה שתקבע שצריך לקצר תור. זה גם המסר של הוועדה שלנו, כי הוועדה שלנו זה לחיזוק הרפואה הציבורית כשאחד הכשלים זה התורים הארוכים, אז בפירוש צריכה להיות ועדה שתדון בקיצור התור, אבל אני לא חושבת שצריכים לקבוע את הזמנים. אותה ועדה תשב ותקבע, לניתוח הזה צריך כך וכך זמן.

השרה יעל גרמן:

זמני מקסימום כמו שהיא אומרת.

דובר/ת:

קודם כל, לטעמי הבשורה שאנחנו רוצים לתת אותה פה זה העובדה שאנחנו נקבע זמנים, כי יש היום זכות. היום כתוב זמן סביר. אגב, אם מסתכלים על זה לכל הכיוונים, כשקובעים זמן זה לא רק בעייתי, זה גם מגן. גם אי אפשר לבוא אז להגיד, כשזה לא בתוך הזמן, אז המדינה יכולה לבוא ולהגיד, רגע, אז זה גם בסדר, כי אנשים יכולים היום לחוש שהם צריכים לקבל את הטיפול מחר בבוקר ויש לא מעט אנשים, אז זה עובד לשני הכיוונים. דבר שני, אני כן חושבת שזה לא שאנחנו נקבע את הזמן וגם זה צריך להיות going on, כי זה כן משתנה. אם אנחנו נותנים לוועדה לקבוע את הזמנים, אז יש את הגמישות שאורי מדבר עליה, כי הוועדה בהחלט, מצד אחד יהיה לה את החלק הרפואי.

דובר/ת:

שלוש הערות קצרות. אחת, אני חושב שזו צריכה להיות ועדה מקצועית ופחות ציבורית כי יש פה המון סוגיות מקצועיות.

דובר/ת:

לציבור החולים אין בה נציג?

דובר/ת:

אנחנו נציג ציבור.

דובר/ת:

אני חושב שחוק בריאות ממלכתי אמר זמן ומרחק סבירים. אני הייתי מכיל על הוועדה הזאת גם את הנושא של המרחק, לא רק את הזמן. שהוועדה המקצועית הזאת תבוא ותאמר לנו. תאמינו, זו עבודה קשה. שלוש, לגבי הפרסום, פרסום זה מרכיב מאוד מאוד מרכזי, אבל גם ברמה קופתית וגם ברמה של בתי חולים יש פה רק רמה קופתית, סעיף 34. יפרסמו את זמני ההמתנה ברמה של קופה.

דובר/ת:

הזמן הוא גם מאוד מאוד תלוי במצב הרפואי. זה רצף כל כך גדול.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
השרה יעל גרמן:

זה רק לגבי האלקטיבי.

דובר/ת:

גם אלקטיבי.

השרה יעל גרמן:

אתה לא יכול לקבוע זמן בדחוף.

דובר/ת:

גם באלקטיבי אני לא חושב שאתה יודע לקבוע.

השרה יעל גרמן:

זה כבר לא דחוף.

דובר/ת:

למה? כואבת לי הברך, אני צריך לעשות איזושהי פרוצדורה בברך.

דובר/ת:

יש ועדה מקצועית.

השרה יעל גרמן:

אנחנו נעשה סיבוב ואחר כך נחזור אם מישהו ירצה סיבוב שני.

דובר/ת:

אני חושב שאסור להתעלם ממסגרת תקציב, אבל מהתקציב אנחנו לא גוזרים את סדר היום או את הזכויות של האדם. התקציב הוא פרמטר והוא פרמטר חשוב וצריכים לקחת אותו בחשבון, אבל אני לא לוקח את התקציב וממנו אני גוזר את הזכויות של זמן ומרחק. לעניין תביעות, אני ממש לא מפחד לקרוא סטנדרט גם אם המשמעות היא פניות לבג"צ או לבית הדין לעבודה. לפעמים זה יכול לשנות את סדר העדיפויות ולהסית תקציבים.

השרה יעל גרמן:

כן.

דובר/ת:

אני רוצה להגיד שתי הערות, קודם כל לגבי קיצור זמני ההמתנה. אני חושבת שדי הבנו שזמני המתנה הם סימפטום, ולבוא ולהגיד אנחנו רוצים להביא כסף לקיצור זמני המתנה, זו אמירה כזאת שקצת בורחת מאחריות. צריך לבדוק מה הבעיות שגורמות לזמני המתנה. לא רק זמני ההמתנה הם הבעיות. זה סימפטום של הבעיות במערכת. זה דבר אחד. דבר שני לגבי הסטנדרטים. קודם כל, תיכף בטח ערן ירחיב. זה משהו שלא המצאנו אותו. זה קיים בעולם – ועדות ציבוריות שקובעות סטנדרטים רפואיים, בריאותיים, שקשורות לטכנולוגיה. זה צריך להיות going on כי השיפורים טכנולוגיים. תשימו לב שסטנדרטים זה לא רק לצד של מה צריך לקצר. יש ניתוחים שעושים אותם מהר אולי מדי או מהר ללא צורך ואז משאבים מוסתים אליהם. סטנדרטים זה לא רק לצד ללמעלה, זה יכול להיות גם לצד ללמטה.

השרה יעל גרמן:

אוקיי.

דובר/ת:

טוב, קודם כל בהקשר למה שברסי אמר, אז יש איזה ניסיון בין לאומי בהתמודדות עם זמני המתנה ארוכים, שאנחנו הסתמכנו עליו. קביעת זמני המתנה מקסימליים זה הפתרון שעבד ברוב המדינות שהצליחו לקצר זמני המתנה. לעומת זאת הפניה של תקציב יעודי לצורך קיצור תורים לא עבד. זה מחזיק לתקופה קצרה, ואחר כך, מכיוון שזה תקציב יעודי ופתאום הבעיה קצת נפתרת או נחלשת, אז התקציב הזה נעלם והולך למקום אחר.

השרה יעל גרמן:

יש לי הצעה. אני פשוט רוצה לקדם. אני מאוד משתדלת לאורך כל הדרך ובוודאי היום, שאנחנו נגיע להסכמות. כמה שאפשר שיהיו לנו הסכמות. אני מבקשת, עדי, גבי, אורי או משה, לצורך העניין אוצר, אוקיי? עדי, גבי – אוצר. ספי, אני רוצה גם אותך בפנים כרופא, לשבת ולהגיע להסכמות בנושא הזה, כאשר ברור שהקונצנזוס הוא קיצור תורים. עכשיו אנחנו צריכים לראות איך מנסחים את זה. תמשיך.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: יש כל מיני סוגים של זמני המתנה מקסימליים שמקובלים. יש כאלה שאומרים, זמן המתנה אחד, נניח באנגליה – 18 שבועות מרגע ההפניה של הרופא עד הטיפול. זה כולל הכול, התייעצות עם הרופא, מרפאת חוץ, המתנה לניתוח. זה הכול אמור לעבוד ב-18 שבועות והם מדווחים כמה הם עומדים בזה.

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

דובר/ת: כן, הם בודקים את ה-90% ומדווחים. יש להם סנקציות נגד מנהלי בתי חולים. זה עבד, לקצר זמני המתנה. יש מדינות ששירותים יותר מפורטת ומדברות על סוגי פרוצדורות ונותנות להם זמני המתנה מקסימליים, ויש מדינות אפילו שמכניסות איזושהי וריאציה של דרגות חומרה או דחיפות לפרוצדורה מסוימת לאנשים שזה דחוף להם יותר או דחוף להם פחות. זה קצת פחות עובד, כי רופאים עושים משחקים בין הדירוג של הדרגות חומרה כדי לקדם חולים כאלה או אחרים, אבל גם זה אפשרי לגבי דרגות חומרה ובכל מקרה זה זמני המתנה מקסימליים, ולא מחליפים את השיקול הרפואי. אם יש מישהו שהוא חולה במיוחד וצריך את הניתוח דחוף, אז לא יגידו לו, שמע, זמן המתנה זה 90 יום.

דובר/ת: הבנו. עוד הערות לעמוד הזה?

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

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

דובר/ת: 38, אם אתם לא רוצים, יש לי גם סוגיית ניסוח שיפתור לך גם את הבעיה, וזה שיפור תהליכי העבודה ויעילות בבתי החולים על ידי צוותים מולטי דיסציפלינאריים. ב-41 אני רוצה שיהיה ברור, גידול מספר מיטות מעבר למחויבות שקיימת היום על ידי החלטת הממשלה. יש החלטת ממשלה להוסיף את ה-1,200 מיטות. לא כל המיטות ניתנו.

דובר/ת: אנחנו מתנגדים.

דובר/ת: להתנגד זה בסדר, אין לי בעיה. לא התכוונתי להגיד, זה בסדר להתעלם. התכוונתי להגיד שההמלצה הזאת לא צריכה להיות בלי - - - החלטת הממשלה. אני רק רוצה שיהיה ברור שאנחנו, לפחות לפני שמתנגדים, שפה זה מעבר להחלטת הממשלה.

דובר/ת: אני מסכימה עמה.

השרה יעל גרמן: יש לנו נושא שבועדאי יעורר ויכוח עם האוצר, זה ברור ומובן מאליו, וזה הנושא של ההצמדות, אותו נושא שציר גבי-קובי, יש הסכמה. בכל מקרה רוצה לומר, יש כאן כמעט קונצנזוס אבל זה רק כמעט, על כך שאנחנו צריכים להצמיד את מערכת הבריאות למספר מדדים, לרבות המדד הדמוגרפי וגם יוקר - - -

דובר/ת: אבל למה זה גם וגם וגם? למה זה פה?

השרה יעל גרמן: אז אני אומרת להוציא את זה מפה ולהעביר את זה לויכוח שיהיה שם.

דובר/ת: כי אמרנו עד עכשיו שגם אם אנחנו יוצרים מדדים לכל מיני דברים כמו שהיה בחדרי מיון וכו', אנחנו לא נוקבים עכשיו במספר אלא אנחנו אומרים שצריך ליצור איזשהו מדד לכך.

השרה יעל גרמן: בהתאם לגידול דמוגרפי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

כן, כן, בסדר, אבל זה ברור לנו מה זה. אם אנחנו שמים מספרים אז אנחנו גם למשל בסעיף הראשון שאמרנו להגדיל מספר רופאים ראשוניים, היינו יכולים גם לומר בהתאם למה. אותו דבר. גם בתקינה אחר כך, בסעיף האחרון, אז גם צריך להתייחס לגידול מספר הרופאים.

השרה יעל גרמן:

אבל זה לא קשור. כאן אנחנו מציינים מדד דמוגרפי. אנחנו אומרים שאנחנו רוצים להגדיל את המיטות בהתאם למדד הדמוגרפי.

דובר/ת:

אבל זה לא רק מיטות, זה גם רופאים.

השרה יעל גרמן:

אז אדרבא ואדרבא שאנחנו צריכים להעביר את זה לדיון.

דובר/ת:

נכון, זה מה שאני רוצה לומר.

דובר/ת:

תראה, תהיה לנו סוגיה של תשתיות במערכת, שבגדול כוללות את הנושא של מיטות וכוח אדם. אנחנו בשנים הנושאים האלה חייבים לומר אמירה שהיא יותר קונקרטית ולא איזושהי אמירה דקורטיבית. אנחנו הצגנו פה את המצוקה האדירה שיש במיטות האשפוז. היה פה קונצנזוס לגבי המצוקה הזאת. הצגנו את העובדה שהמגמה הזאת יורדת. דרך אגב, שיעור המיטות ל-1,000 נפש ימשיך לרדת גם עם ה-1,200, זאת אומרת זה בכלל לא זה. אנחנו נגיע ל-1.6 תוך חמש שנים ולא יעזור לנו שום דבר, אפילו אם ניבנה עכשיו 20,000 מיטות. לוקח זמן לבנות מיטות, לכן בנושא הזה צריכה להיות לדעת אמירה מאוד מאוד ספציפית. דרך אגב, היא לא מופרזת, היא שומרת על השיעור הנמוך, אחד הנמוכים בעולם המערבי. אנחנו לא עולים פה איזשהו סטנדרט.

דובר/ת:

לא, אבל אתה לא צריך לשכנע עכשיו.

דובר/ת:

אני חושב שזה המקום לבוא ולומר, כן, 250 מיטות לשנה זה רק גידול דמוגרפי. זה לא יותר מזה. מעבר לזה יש פיצוי של תיקון עבר. שני הדברים האלה הם נורא עקרוניים, הם נורא חשובים וצריך לומר אותם בנושא של מיטות, כמו שאני אומר אותם בנושא של רופאים ואחיות.

דובר/ת:

הלאה, אתה רוצה להתייחס לזה?

דובר/ת: התייחסות כללית בכמה מישורים. נתחיל מזה, אין היום רופאים מובטלים במדינת ישראל. את זה כולם יודעים. כל הרופאים עובדים. זה אומר שאם אנחנו פותחים מיטות אשפוז, ירדו רופאים איפשהו. תהיה לזה השלכה כנראה על הרפואה הקהילתית או דברים אחרים, והרי המחסור ברופאים הולך להחמיר. אין לי מחלוקת על זה שצריך להוסיף סטודנטים ברפואה באופן כללי במדינת ישראל, גם אם זה גוזר איזשהו משהו על מספר המתמחים כשיהיה צריך. אני אמרתי את זה גם כשאני דיברתי. לכן אני חושב שזו לא סוגיה כל כך פשוטה כמו להוסיף מיטות, כי אם אנחנו נוסיף מיטות, אין רופאים ואין אחיות. את זה אנחנו צריכים לדעת. הדבר השני, מבחינת הרבה מאוד פרמטרים, מספר המיטות במדינת ישראל, מעבר לזה שהוא נמצא ליד שבדיה ואנגליה, לא המדינות הכי מפגרות מבחינת מערכות בריאות, יש סוגיה של תמהיל מיטות. יש לנו יותר מיטות, אם אני זוכר נכון, בריאטריות ואשפוז ממושך ופחות מיטות פנימיות, ואם אנחנו מסתכלים על המכלול הכולל, אז התמונה היא אחרת.

השרה יעל גרמן:

המכלול הכולל הוא עדיין הרבה מתחת לממוצע של ה-OECD.

בוא תעלה לנו כדי שנדע על מה אנחנו מדברים.

דובר/ת:

יעל, מיטות זה כוח אדם. מיטות זה לא ברזלים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
השרה יעל גרמן:

ללא ספק.

דובר/ת: זה כוח אדם וזה תקינה. עכשיו יש הרבה מאוד מיטות שהן לא ברישיון, אנחנו יודעים את זה.

דובר/ת:

אנחנו יודעים את זה?

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

השרה יעל גרמן:

נו, אז אתה צריך לתפוס בשתי ידיים את מה שכאן אומרים, כיוון שפשוט מה שצריך לעשות זה

להלבין - - - , ואתה מגיע לזה.

דובר/ת: אתה לא מגיע לזה, אתה משפר את מצבך. הלבנו חלק מהמיטות בשערי צדק. עכשיו אני מניח שבקאפ אנחנו נלבין אולי חלק מהמיטות בהדסה. נראה מה נעשה לגבי זה. לא נערבב פה שמחה בשמחה. יש גם הרבה מאוד מיטות שהן מעבר לתקינה. התקינה זה כשיש איזה שהן מפתחות תקינה מסוימים. זה לא אומר שזה הסטנדרט הבין לאומי בתקינה. יכול להיות מדינה שיש לה פחות רופאים ואחיות ביחס למחלקת האשפוז ואז יש כאילו יותר מיטות ברישיון. יש פה הרבה מאוד השוואות שאנחנו לא יודעים לרדת לעומק שלהן. הדבר הכי חשוב הוא בסוף מאיפה יבואו הרופאים והאחיות? אין יש מאין. אנחנו רק נמצאים במגמת ירידה ואז זה יבוא מהקהילה.

השרה יעל גרמן:

עזוב רגע את הכובע שבו אתה נמצא ותסתכל על הוועדה כוועדה שרוצה לחזק את הבריאות

הציבורית. אני לא זוכרת את המספרים, אבל בהנחה שבאמת מספר המיטות שלנו הוא מספר קטן, וזה מה שאנחנו כל הזמן מדברים. אנחנו מדברים על מספר מיטות קטן, על ימי אשפוז נמוכים ועל צפיפות מאוד מאוד גבוהה, מה שאומר שבאמת יש מספר מיטות קטן. ברור שאם אנחנו רוצים לחזק את הרפואה הציבורית, אנחנו צריכים להגדיל את התשתיות.

דובר/ת: אני לא מתווכח עם זה שבגדול, צפוף פה בבתי חולים. אני לא בא פה עכשיו לומר, יש פה איזה שפע אין סופי. זו לא השאלה. אני רק אומר שבסוף, אפילו בתוך המערכת, אני רגע יוצא מתוך עוד משאבים, פחות משאבים. בתוך המערכת הבחירה של המערכת הישראלית היא מערכת קהילתית מאוד מאוד חזקה על חשבון מערכת אשפוז יותר הדוקה מבחינת היקף כוח האדם שיש בה באופן יחסי ביחס לסטנדרט התקינה. אנחנו לא מדברים פה על תוספת משאבים למערכת. זה מה שאני מנסה לומר. אנחנו מדברים פה על שינוי היחסים בין המשאבים של בתי החולים לבין המשאבים של הקהילה, כי מספר הרופאים בשנים הקרובות נתון ובירידה. אם אנחנו נוסיף עוד תקינה לבתי חולים, זה אומר שיהיו לנו פחות רופאים בקהילה. זה התוצאה שאנחנו רוצים? אני לא, בלי קשר לכובע הספציפי שלי.

השרה יעל גרמן:

הנושא הזה עלה פה ויוג'ין חוזר ואומר את זה כל הזמן, שאנחנו יכולים להביא רופאים מחו"ל,

שאנחנו לא יעלנו את עבודת הרופאים, אפרופו הדיון שהיה לנו בתחילת היום לגבי הפרמדיקים והאפשרות להוריד מהרופאים חלק מהמטלות שלהם כדי שיוכלו לעשות, כי עלות מצד אחד, תוספת של הורדת

דובר/ת: אם יש מישהו שרצה להביא בחייו רופאים מחו"ל, זה אני.

השרה יעל גרמן:

אז למעשה אתה אומר שאין, אבל אם יש?

דובר/ת: בואו נביא אותם.

דובר/ת:

יש לך נתונים?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

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

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

דובר/ת: לקצר את זמן ההכשרה צריך לעשות. לייעל את חלוקת הפעולות בתוך מקצועות הבריאות בין אחיות לזה בסיעוד, בוודאי שצריך לעשות. את כל הדברים האלה צריך לעשות. אני חושב שהדברים האלה הם בסוף יגרמו לנו קצת יותר להאט את המגמה שיש לנו מבחינת כוח אדם, כלפי מטה. בצוואר הבקבוק האמיתי במערכת, אגב, הוא לא רופאים, הוא אחיות. הרבה יותר הדוק זה האחיות, והאחיות הרבה יותר קריטיות לתפקוד מערכת הבריאות.

השרה יעל גרמן: ברשותך בוא נסתכל על המספרים ואז אנחנו נמשיך את הדיון.

דובר/ת: יש פה שתי סדרות של דברים שמדברים עליהם: אחד, זה שיעור מיטות לאשפוז כללי, שזה בתי החולים. זה 15,000 מיטות בישראל, זה מיטות כלליות ופה הממוצע של ה-OECD זה 3.5 מיטות לאלף נפש ואצלנו 1.85 היום. זה הנושא של מיטות לאשפוז כללי. אנחנו בתחתית הרשימה.

דובר/ת: זה לא מתוקן לגיל.

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

דובר/ת: בבתי החולים נמצאים בעיקר קשישים. בישראל יש הרבה הרבה הרבה פחות קשישים מאשר בכל המדינות שאנחנו משווים ביניהם.

דובר/ת: הנתון השני שהוא מתייחס אליו זה סך הכול מיטות האשפוז, שזה כולל בריאות הנפש, זה כולל את ה-20 ומשהו אלף מיטות של אשפוז סיעודי וזה כולל גם כן מיטות שיקום, כלומר מיטות מחוץ לבתי החולים הכלליים, ושם הממוצע של ה-OECD זה 5 מיטות לאלף נפש ואצלנו אנחנו נמצאים באמת במקום יותר גבוה עם 3.3. כשמדברים על השוק צריכים להבין על מה אנחנו מדברים, על סך הכול המיטות או על מיטות בית החולים. צריך להבין על מה מדברים, זה הכול.

השרה יעל גרמן: אז קודם כל טוב שמיקדת אותנו ואנחנו בהחלט מדברים על בתי החולים הכלליים כמו שכל הוועדה הזאת התרכזת בבתי החולים הכלליים. בוא נתרכז בבתי החולים הכלליים. בבתי החולים הכלליים אנחנו רואים שיש פער רציני. מה לגבי רופאים?

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

דובר/ת: רק לשים לב לסעיף 43 שחלק ממיטות האשפוז שנוספות יכולות להתווסף גם בקהילה. זה לא חייב להיות רק בבית החולים. אם הקהילה מציעה חלופת אשפוז, בבית או באשפוז יום או משהו כזה, זה על חשבון התוספת לבית החולים.

השרה יעל גרמן: וזאת הערה מאוד מאוד חשובה, כי יש לנו היום פיילוט של בית חולים וירטואלי. בבית החולים הווירטואלי שהיום אנחנו מקימים פיילוט, אני לא זוכרת ספרי. אתה זוכר כמה מיטות אנחנו מדברים? נדמה לי על 60.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

השרה יעל גרמן: בשלב ראשון, אבל לאחר מכן ככל שיהיה לך יותר, וירטואלי, רופא אחד יכול לראות הרבה מאוד מיטות בשלב הראשון, כי זה פיילוט, אבל ההערה היתה נכונה מאוד.

דובר/ת: אנחנו מדברים על מיטות כלליות. יש הרבה מאוד מהלכים שאני קורא להם תחת הכותרת של התייעלות מערך האשפוז, ושם אתה מחפש כירורגיה בקהילה ושם אתה מחפש הסבה של מיטות. כל זה עברנו כבר. אנחנו מדברים על ודאי ביצוע של תהליכי התייעלות. אנחנו היום בשיעור מיטות הכלליות במדינת ישראל, מחצית מהשיעור הממוצע של ה-OECD. אנחנו נמצאים בשיעור מאוד מאוד נמוך ואנחנו נרד למקום אחד לפני האחרון תוך חמש שנים. אני אומר לכם, נרד, וזאת למה? כי עד שאתה בונה מיטה לוקח 8-10 שנים. אנחנו לא מדברים עכשיו על עכשיו. לקחת את הרופא, לשים אותו במיטה הוירטואלית שתהיה. לא. אנחנו מדברים על תכנון ארוך טווח ל-10 השנים הקרובות ואם נציג את היעד שאומר שימור היחס הקיים - - -

השרה יעל גרמן: זה מאוד ברור.

דובר/ת: במקביל לשימור היחס הקיים הזה בנושא של מיטות, ודאי שיהיו צעדים משלימים בשימור היחס הקיים בנושא של רופאים, ושימור אחיות. כל זה יקח זמן וכל זה יהיה משלים, אבל אי אפשר לא לתת המלצה, אני חושב, מה שנקרא כמותית לנושא של מיטות האשפוז במדינת ישראל, כי לדעתי אחת הבעיות הגדולות, כולל דרך אגב של תורים, לא רק, זה מצוקת תשתיות, אז בואו נטפל במצוקה הזאת באופן כמותי.

דובר/ת: מה שאני התכוונתי בהערה הראשונה שלי, לומר שאי אפשר לתת את היעד רק של מיטות האשפוז מבלי לעשות את ההשלמה ביעד לתשתיות של כוח אדם. אמרנו שבמסמך הזה, כך לפחות הבנתי את הפשרה שהתקבלה להערה של יוג'ין, שאנחנו לא נותנים יעדים מספריים, כי אם ככה, יכולנו לתת בעוד כמה מקומות יעדים מספריים שיש הסכמה די רחבה לגביהם ובכל זאת נמנענו, אז אני רק אומרת שאם אנחנו אומרים מיטות, אנחנו גם צריכים לומר רופאים. באמת אי אפשר להגדיל מיטות אם אין רופאים.

דובר/ת: ברור, ברור.

השרה יעל גרמן: אוקיי.

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

דובר/ת: ואחיות.

דובר/ת: ואחיות.

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

דובר/ת: קובי, זה לא אותו דבר.

דובר/ת: את אמרת שזה הולך אחד עם אחד.

דובר/ת: אמרתי, הולך ביחד. לא אמרתי על היחס. יש בתוך ההסכמים גם של האחיות וגם של הרופאים יחס מסוים, אומר על כמה מיטות מגיע רופא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

היחס הוא לינארי.

דובר/ת:

אם אתה מגדיל ב-20% את המיטות, ברמת המקרו אתה צריך להגדיל את כוח האדם בערך ב-20%.

דובר/ת:

לא נכון. רבותי, אני מציעה את הדבר הבא. יש בתוך העיקרון שהמערכת בנויה, שיש יחס שאומר כמה רופאים וכמה אחיות צריך על כמה מיטות. לזה כרגע אנחנו לא נכנסים. זה לא אחד לאחד. אם רוצים, אפשר לעשות פה ועדת תקינה חדשה שתגיד את זה, זה לא מה שאנחנו עושים. לכן משה צודק שזה לא המיטה, אלא זה כל מה שקשור לתשתיות של המיטה.

דובר/ת:

אבל האם זה אחד לאחד?

דובר/ת: ת:

התשובה היא לא. חד משמעית לא.

דובר/ת: לא, זה יחס לינארי.

דובר/ת:

לינארי אבל לא אחד לאחד.

דובר/ת:

זה לא רופא על מיטה, אבל אם את מגדירה מספר יותר ב-20%, את מגדילה את כוח האדם שקיים היום.

דובר/ת:

אם זה לא אחד לאחד אז זה לא 20 ו-20.

דובר/ת:

הסעיף הזה אומר משהו אחר ועל זה צריך להחליט אם כן או לא הולכים. הסעיף הזה אומר דבר אחד, שיש פה קידום אוטומטי של מיטות. מה שפה זה אמר, שברגע שיש גידול אוכלוסיה יהיה גידול מיטות. לא אמרו שזה יהיה אותו דבר. לא אמרו שזה יהיה פחות. פה זה רק העצמאות של המערכת. זה מה שהסעיף הזה אומר.

דובר/ת:

אני חושבת שזה חייב להתחשב גם בטכנולוגיות, וככל שתמצאו את הטכנולוגיות מחליפות אשפוז, היחס הזה ירד. זה משהו שנצטרך לראות את זה כחלק מהמכלול.

דובר/ת:

זה לא קשור לסעיף הזה.

דובר/ת:

לא, זה קשור לזה.

דובר/ת:

הסעיף הזה לא אומר לינארי. תסתכלו מה הסעיף אומר.

דובר/ת:

אנחנו, ראשית, נתייחס לגיל האוכלוסיה, הזדקנות האוכלוסיה, שיפורים טכנולוגיים, יצירה של טכנולוגיה שמאפשרת תקינה. כל זה יהיה בפנים, אבל בגדול ליצור מנגנון שייתן מענה לגידול בהזדקנות האוכלוסיה.

השרה יעל גרמן:

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

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

השרה יעל גרמן: באופן עקרוני כולם סביב השולחן מסכימים. לאוצר יש הסתייגויות. שוב כפי שאמרתי, קובי, גבי, משה, אתם תצטרכו לחלק ביניכם ולסמוך אחד על השני שאתם מייצגים אחד את השני, כי לאחר מכן אנחנו ניקח שעה שבה הצוותים שכרגע אנחנו קובעים, ישבו וישתדלו להגיע לאיזושהו ניסוח מוסכם עד כמה שאפשר כמובן. קובי, גבי, משה, מקובל? להגיע לניסוח. הלאה.

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

השרה יעל גרמן: את רוצה להצטרף לצוות, לאה? אני מבקשת שתצטרפי, כי ההערה שלך כבר היתה לכיוון של התקרבות, אז תצטרפי לצוות. אנחנו ממשיכים הלאה. תראו, אני אומר את ההערה הזאת לאורך היוםיים האלה. כולנו רוצים את הדבר הטוב ביותר. כולנו רוצים שבסופו של דבר נצא מפה באמת עם השינוי הדרסטי של מערכת הבריאות, אבל גם כולנו מבינים שאנחנו נמצאים במגבלות ריאליות, אז בואו ננסה לראות איך במסגרת המגבלות אנחנו יוצאים עם הדבר הטוב ביותר שאנחנו יכולים לצאת ולא עם משהו שהוא יהיה נהדר וכולנו נרגיש, יופי, לא ויתרנו, עשינו את המקסימום, אמרנו את האמת שלנו, ובסוף כשזה יגיע לביצוע, אז זה יהיה דרדל"ה. זה לא יהיה כלום. אז בואו, אני מעדיפה שזה יהיה יותר מדדל"ה, שזה יהיה משהו, אפילו אם כל אחד מאיתנו יותר קצת על השאיפות המקסימליסטיות שיש לו ועל האמונה המאוד מאוד אידיאליסטית שלו, וזה מה שאני מנסה לעשות כרגע בצוותים האלה. הלאה. הערות.

דובר/ת: איפה אנחנו?

השרה יעל גרמן: אנחנו באיכות ושירות.

דובר/ת: יש לי הערת ניסוח. בסעיף 46 שמדובר/ת:ת: על פיתוח סדנת תקשורת, אני חושבת שצריך לשנות את המילה "תקשורת". יש בזה מילה שהיא גם תעליב את האנשים, את הצוות וגם זה משהו כמו פיתוח סדנאות לעבודה - - - . אני אמרתי שזה צריך להיות פיתוח סדנאות לעבודה או לטיפול קשר יחסי מטפל-מטופל, עבודה בלחץ. זה עניין של ניסוח שיש לו משמעות.

השרה יעל גרמן: נסחי את זה. את לוקחת את זה על עצמך.

עוד הערה לגבי העמוד הזה?

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

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

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

דובר/ת: באיזה סעיף, גבי? איזה מספר?

דובר/ת: ב-44 – א', ב', ג', ד', ה'.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: זה יכול להיות יעודים, לא יעודיים. אני לא רוצה לציין. אם יש פערים בקרב קבוצות שונות באוכלוסיה, אז נציג זאת כיעד שאנחנו רוצים לשפר איכויות שם.

השרה יעל גרמן: אני מאוד מאוד בעד. בסדר, אוקיי, מקובל. הלאה.

דובר/ת: אין כמעט הערות למעט הניסוח. אני חושב שכדאי שכוועדה נבוא ונכריז על זה כיעד אסטרטגי לקידום איכות השירות, לצד קיצור התורים. אנחנו חושבים שיש פה בשורה אמיתית לאזרחים.

השרה יעל גרמן: מאוד חשוב.

דובר/ת: זה כתוב ב-44.

השרה יעל גרמן: לא. כאשר ננסח את המסקנות, זה לא יכול להופיע ב-44. זה צריך להופיע ב - - - , כאשר אנחנו באים ואנחנו אומרים, זה צריך יהיה להעלות למעלה כשזה היה אחד היעדים שלנו.

דובר/ת: 44 – הייתי רוצה לראות איזושהי אמירה שתהיה גם מחויבות של משרד הבריאות לאמץ את נושא האיכות והשירות כמדד מרכזי בפעולות.

השרה יעל גרמן: מקבלת, מקבלת. נכון, נכון. אנחנו הראשונים שצריכים לתת דוגמא אישית של שיפור האיכות וזמינות

דובר/ת: זה היעד?

השרה יעל גרמן: לא, היא מתכוונת למשרד הבריאות כמיניסטריון.

דובר/ת: אני מדבר כמיניסטריון.

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

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

השרה יעל גרמן: היא מתכוונת שאנחנו במשרד ניקח על עצמנו, בתוך המשרד, כשמגיעים למחלקה, כשמגיעים למשרד אז יהיה ברור שנותנים יחס ויהיה ברור שאנחנו נותנים - - -

דובר/ת: סעיף 53, אני פשוט מציעה לבדוק את המילה "חווייה". "מיני מנהל שירות, חווייה - - -"

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

השרה יעל גרמן: נכון.

דובר/ת: אני יודעת, אבל יש לי בעיה גם איך שזה מוגדר היום, כי חווייה זה נראה משהו לא אמיתי.

דובר/ת: גם ב-45 – "חוויית המטופל". אנחנו לא בענייני חוויות.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

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

השרה יעל גרמן: נכון. ברגע שזה לציבור הרחב זה לכולם, אבל בסדר גמור, אפשר להוסיף קופות חולים.

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

דובר/ת: אני מניח.

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

דובר/ת: האם כל מה שנמדד גם נפרסם או שיהיה פה שיקול דעת? אני לא יודעת אם אנחנו פה בעולם
שרוצים את הכול לפרסם?

דובר/ת: היה איזשהו סעיף שדיברנו על פרסום.

דובר/ת: זה לא ברור. כרגע איך שזה מנוסח, זה לא ברור. כדאי שניתן על זה את הדעת, האם כל נתון שיש
למשרד הבריאות, עכשיו לפי זה אנחנו רוצים להתפרסם לציבור הרחב?

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

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

השרה יעל גרמן: אנחנו כבר עושים את זה.

דובר/ת: דיברנו על זה.

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

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

דובר/ת: יוליה, אני חושב שיש הבדל גם בין לפרסם את זה. יכול להיות שהפרסום יהיה ברמה לאומית, לאו
דווקא לפי בית חולים. בגדול, הממצאים עצמם, לשקף לציבור את איכות השירות שהוא מקבל. לגבי באיזו רזולוציה זה יינתן,
אנחנו לא אומרים את זה פה, אבל כן את החשיבות שגם לשקף לציבור את הנתונים.

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

דובר/ת: וזו בשורה אמיתית לכולם. זה ממש משהו משמעותי.

השרה יעל גרמן: כשהוצאתי את ההודעה לעיתונות אמרתי שזה התוצר הראשון של הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות
הציבורית, המדידה של התורים. היום אנחנו הוצאנו את מדידת התורים וזה תוצר שלנו. זה נולד כאן. אנחנו דרשנו את זה. קיבלנו,
והיום זה מפורסם.

דובר/ת: חשוב להראות שגם מבחינה תקציבית העלויות הן יחסית שוליות ביחס לתועלת שמפיקים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

השרה יעל גרמן: אוקיי, חבר'ה, בואו לא נרבה דיבור על מה שאנחנו מסכימים. נעבור הלאה. עד 63 עברנו. אנחנו בעמוד האחרון. יש הערות?

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

השרה יעל גרמן: אוקיי, בקופות החולים ובבתי החולים. זה בסדר, נכון, צריך גם להיות קונסיסטנטי.

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

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

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

דובר/ת: במסגרת של הסכמים במשא ומתן מול האיגודים המקצועיים לבין הממשלה שמקצה את הדברים האלה. אני לא חושב שצריך - - -

השרה יעל גרמן: אני מקבלת את זה וזה כך ינוסח.

דובר/ת: סעיף 68 – כתוב – על מנת להגדיל את היצע הרופאים ואחיות, זה בסדר, אבל יש פשוט בעיה שארנון אתמול דיבר איתי עליה, של מקומות ההתמחות.

השרה יעל גרמן: אנחנו לא יורדים לרזולוציה.

דובר/ת: אוקיי, בסדר.

השרה יעל גרמן: אבל אני כן הוספתי נושא שלא ראיתי, וזה תכנון ההתמחויות. אנחנו דיברנו על זה כל כך הרבה פעמים ולא מצאתי את זה.

דובר/ת: תכנון ההתמחויות ברמה לאומית.

השרה יעל גרמן: נכון, תכנון התמחויות - - - מה שאני מבקשת להוסיף בסעיף 70 – תכנון התמחויות. זה הכול. לא יורדים לרזולוציות.

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

השרה יעל גרמן: זה יפה מאוד. תמיד ישר כוח.

דובר/ת: אני לא מבין מה היה רשום ב-67. אני לא חושב שזה עניין של ועדה כזו או אחרת. יש ארגון יציג שמישהו מייצג את העובדים האלה והוא בא במשא ומתן מול הממשלה. הוא יודע הכי טוב איפה הבעיות שלו. הוא מייצג אותם.

השרה יעל גרמן: "ממליצים כי הצוות הנ"ל יוקם במהירות האפשרית".



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
דובר/ת:

האיגוד המקצועי תמיד יודע הכי טוב.

דובר/ת:

הוא מייצג אותם. הוא אמור לדעת איפה שיש לו בעיות בתקינה. אילנה כהן יודעת מצוין וגם לאה וופנר יודעת מצוין איפה הבעיות שלה ומה היא רוצה לדרוש ומה היא חושבת שצריך לתקן. אני לא אומר שזה עניין של צוות כזה.

דובר/ת:

בוא אני רק אגיד לך. לי לא היה אכפת איך שזה כתוב, רק שתדע. אני הבנתי שמה שכתוב פה, שרוצים שיהיה עבודה ובסוף איך יהיה היישום, זה יהיה בחלק ההסכמי. האם אמרו פעם שיש יותר מדי למשל מיטות פנימיות, פחות מיטות פנימיות?

השרה יעל גרמן:

לפעמים אתה מסתכל על בית חולים ואתה אומר, בסך הכול יש שם 1.8 או 3 רופאים ל-1,000 איש באותו בית חולים. מה שאתה מסתכל, אתה רואה שבעור יש יותר מדי ואולי גם בפלסטיקה יש יותר מדי ולעומת זה במלר"ד יש פחות מדי מפני שנצמדים לתקינה ישנה, ואנחנו חזרנו ואמרנו לאורך כל הדיונים שהגיע הזמן לפתוח את כל נושא התקינה. אין ספק שזה צריך להיות עם האיגודים, אבל לא רק האיגודים צריכים לשבת. גם בתי החולים צריכים לשבת. הם צריכים לבוא ולומר, פה יש לי יותר מדי ושם יש לי פחות מדי. התקינה היא מאוד ישנה, מ-76'.

דובר/ת:

אני מציע קצת טכני וקצת מהותי. אני רוצה קודם כל מהבחינה הטכנית להציג את 68 ו-69 כראשונים, כולל ההתמחות. הסוגיה הראשונה שעומדת על סדר היום זה לא התקינה, זה קודם כל העובדה שצפוי להיות מחסור ברופאים ומחסור באחיות ואנחנו צריכים להגדיל את היצע הרופאים והאחיות במדינת ישראל.

השרה יעל גרמן:

ולתכנן את ההתמחויות.

דובר/ת:

זה יבוא אחרי זה. אחרי זה בא הנושא של ההתמחויות.

השרה יעל גרמן:

ורק אחרי זה התקינה.

דובר/ת:

בדיוק, והתקינה צריך לבוא כשנעשה הערכה מחודשת של תקינת בתי חולים.

השרה יעל גרמן:

בסדר גמור, ואז זה גם יכול להרגיע את כל הנוגעים בדבר.

דובר/ת:

סוגיית כוח אדם. במקרה מופיעה כסעיף אחרון ברשימה ואנחנו כבר רצים והכל, אבל זאת הסוגיה המרכזית והחשובה במערכת. דיברתי על זה כמה פעמים ואני חוזרת על זה. מדבור פה במערכים חיוניים בפונקציית האזור הזה שנקרא מערכת הבריאות. המשפט הקצר והלא ממצה שאומר, משרד הבריאות והאוצר ינקטו צעדים על מנת להגביר את היצע הרופאים והאחיות, בעיניי הוא חסר. יש פה עבודה שהוצגה בפני המליאה ודנו בה. למה אנחנו לא מביאים את הדברים במלואם? למה אנחנו מתמצתים את זה במשפט כל כך סתום? שמנו שם מספרים כמותיים. ניר הציג את הנייר. אני מניחה שיש לו מה להוסיף. זה הוצג. אני מציעה שנביא את זה שוב למליאה, נסתכל ונתבונן ונחליט החלטות עקרוניות שעל בסיסן הצוותים יפעלו.

דובר/ת:

לא היה על זה דיון, כי השרה אמרה שזה הולך למשרד.

דובר/ת:

השאלה אם הדברים שנכתבו במסמך, שנבחנו, שדיברו על כל מיני אפיקים של פעילויות

עוד פעם קריטיות, האם אנחנו מתעלמים מזה וממשיכים לכדי משפט אחד שלא אומר יותר מדי, ואני מרגישה שזה מאוד חסר וזה דבר מאוד חשוב, או שאנחנו כן מחזירים לשולחן את הנייר.

השרה יעל גרמן:

תזכיר לנו מה היתה ההחלטה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: אחרי המצגת של ניר הסיכום היה שמכינים מסמך מסודר שעובר לטיפולו של משרד הבריאות, וכך עשינו. העברנו מסמך מאוד מאוד מפורט. העברתי אותו למנכ"ל משרד הבריאות והוא אמור להיות מטופל שם.

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

השרה יעל גרמן: זאת היתה ההחלטה כאן,

דובר/ת/ת: אבל ההחלטה כאן דיברה על כך שאנחנו נקבל עדכון לאן זה מתקדם. עברו כמה חודשים. האם קיבלנו את הנייר? אם העקרונות של הנייר התקבלו אז אין שום בעיה שהמשרד ימשיך לטפל בזה.

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

דובר/ת: בתוך הרשימה הזאת יש הרבה מאוד דברים שכבר נמצאים על השולחן, מטופלים במשרד הבריאות ומה שביקשתי מרונ, זה שיש על יד זה לוח זמנים. יש חלק אחר של הרשימה, זה נושאים שהוועדה אמרה, יועיל משרד הבריאות לטפל, ואז שם ביקשתי מרונ להתייחס.

דובר/ת: אני רוצה משפט אחד לומר ברוח הדברים. אני רוצה לחזק אותו. הרי אנחנו מיקדנו את הנושא של כוח אדם כסוגיה מאוד מאוד מרכזית בבעיות של המערכת. לכאורה מה אומרת יוליה? והיא צודקת. נתנו לזה איזשהו משפט אחד קצר, להגביר וכן הלאה. אני חושב שצריך להיות פה טיפה יותר קונקרטי וטיפה יותר רחב לגבי מה הצעדים ומה היעדים, זה הכול, מבלי להיכנס. בסוף משרד הבריאות יעשה את זה. יש בנושא הזה איזה שהם דברים.

דובר/ת: אני מסכימה עם גבי שזה צריך לקבל כותרת מעובה. המשפט יהיה שהצוות מטפל בזה אבל הוא צריך לעמוד בפני עצמו כי לדעתי זה הבסיס לכל שינוי שאנחנו מציעים.

השרה יעל גרמן: אוקיי. אני חייבת לומר לכם, אני זוכרת, אבל יכול להיות שאני לא זוכרת טוב, שאנחנו באנו וכשעשינו את המיונים של במה אנחנו כן רוצים לטפל ובמה לא, כשהגענו לפה אמרנו, אנחנו לא מטפלים בזה פה, אנחנו מעבירים את זה למשרד הבריאות.

דובר/ת: את הצעת וקיבלנו את הצעתך.

השרה יעל גרמן: אין לי בעיה. בואו ננסה למצוא את המשפט שנותן את הדגש מבלי להיכנס לפרטים, ולבוא ולומר שאנחנו מעבירים את זה למשרד הבריאות. מי מנסח? יוליה, מיכל ונר. גמרנו. אחר כך אנחנו מביאים את זה לפה ואת הניסוח אנחנו נאשר או לא נאשר.

אוקיי, חברים סיימו בשעתיים.

דובר/ת: אפשר משפט אחד? אני סך הכול ניצלתי דקה ורבע.

השרה יעל גרמן: אתה צודק.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

השרה יעל גרמן:

תודה רבה לך ותודה לכולם.

דובר/ת:

יש לי עוד הערה קטנה. אני כבר מתייחס לוועדה כוועדה. היו דברים שלא הבאתם לשולחן, לדוגמא

פול טיימר.

השרה יעל גרמן:

זה הרגע שדורון יאמר לנו איך מתקדמים בסדר היום.

דובר/ת:

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

השרה יעל גרמן:

40 דקות. הלאה.

דובר/ת:

10 דקות הפסקה והוא מציג את נושא פול טיימר.

השרה יעל גרמן:

חברים, מי שנשאר ומי שחוזר, יעסוק בניסוח. אנחנו בלילה מנסחים.

(הפסקה)

דובר/ת: בבקשה. אנחנו פותחים במצגת קצרה, 10 דקות. בבקשה בלי הפרעה. כולו 8 שקפים שהם בסיס לדיון, לכן אין טעם

להפריע לו באמצע. נשמע את כל המצגת ואחרי זה נעשה את הדיון.

דובר/ת:

אוקיי, תודה. קודם כל אני רוצה רק בפתיח לציין שישבנו בתת הוועדה בצוות קברט על הסוגיה

הזאת הרבה פעמים, באמת הרבה פעמים. הצגנו את זה פעמיים ואחרי שיעל שמעה, ביקשה גם שנשב עוד פעם ונעשה סיעור מוחות עם גורמים מחוץ לצוות שלנו, ואז ישבנו ביום שלא היתה פעילות של ועדת גרמן. ישבנו במשרד יחד עם לאה, גבי, וגם נציג של משרד המשפטים וגם דורון היה. האמת, גם אורי היה, מהאוצר. שיפרנו את המוצר עוד יותר. דורון פנה אלי לפני יומיים ואמר, תוציאו את זה מהמודל ותציפו אותו. הכנתי 7-8 שקפים. פול טיימר מאוד חשוב. זה לא גחמה של הוועדה שלנו ולא גחמה של מנהל כזה או אחר. אני בדעה שפול טיימר זה כלי, זה אמצעי להשגת מטרות מסוימות. זה מאוד חשוב. פול טיימר זה רופא שמועסק אך ורק דרך בית החולים. הוא מחויב לעבוד בשעות השגרטיות והלא שגרטיות. הלא שגרטיות, אני לא אוהב להגיד אותן רק אחר הצהריים, כי מבחינתי אחר הצהריים זה שעה 13:00. אמנם יש מנהלים שעובדים עד שעה 12:00-13:00 ואז זה תופס לגביהם. הכוונה גם בשעות הערב, משמרת שנייה וכו' וכו'. הוא יכול לעבוד עדיין ברפואה ציבורית הקהילתית כמובן לאחר הסכם ותיאום בין בית החולים המעסיק שלו לבין קופות החולים. הוא לא מורשה לעבוד ברפואה פרטית. משכורת אמנם גבוהה יותר. הוא יכול ליהנות מעדיפות מסוימת במכרזים לתפקידים ניהוליים רחבים באותו בית חולים שהוא עובד או אפילו בבית חולים ציבורי אחר. אחרי דיונים סוערים עם לאה - - - , החלטנו בלי התניה, זאת אומרת מאוד חשוב לא להתנות, קרי אם הוא לא פול טיימר, אז המצב שלו שונה. זה יהיה כאילו עיקרון מסוים.

דובר/ת:

זה מוסכם על לאה, מה שיש פה?

דובר/ת:

תיכף נשמע.

דובר/ת:

מה היתרונות של פול טיימר? בעצם הוא מגביר את הנוכחות הבכירה של הרופאים בשעות לא שגרטיות, בעיקר בשעות הערב. אין שום ספק שזה מביא לשיפור איכות הרפואה הציבורית. זה מנגנון של הפחתה או החלשת זליגת הצוות הרפואי הטוב והבכיר כלפי חוץ. פחות אנשים יפזלו מעבר לכביש, לחצות את הכביש. הוא אחד הכלים לעניות דעתי, החזקים ביותר למניעת מיזוג ועירוב בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית. הוא גם שיטה יעילה מאוד לפתרון של אחת הבעיות הכאובות ביותר שלנו, קרי התורים הארוכים. כמובן בשיפור איכות הרפואה הציבורית זה מקנה לנו גם שדרוג של טיב ההתמחות שהמתמחים שלנו עושים, אם הרופא הבכיר/המנהל שלו מנתח בערב ולא מנתח מעבר לכביש. אני חושב ערך מוסף מאין כמוהו.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שוב אני אומר, אוכלוסיית המטרה שאנחנו לא נלך, יש לנו 23,000-24,000 רופאים, לאה יודעת יותר ממני. הם לא פוטנציאל ל-פול טיימר. אי אפשר לרתום אותם לרעיון הזה. מי שאמור להיות פול טיימר בעצם, הם מנהלי בתי חולים, מנהלי מחלקות, מנהלי יחידות נחוצים, בכירים נוספים לפי שיקול דעת של ההנהלה המקומית של אותו בית חולים. כמובן מאוד מאוד חשוב להדגיש שתינתן עם האוטונומיה, גם הגמישות לכל הנהלה מקומית בכל בית חולים להחליט מה המספר של ה-fool timers שהוא רוצה להעסיק בתנאי שלא יחרוג מהתקציב הצבוע למטרה זו, מחד, וגם מאידך, שאם יחסוך, נגיד יעסיק פחות פול טיימר, שהכסף שהוא יחסוך או התקציב שהוא יחסוך ילך לסבסוד או מימוש משמרת שנייה בשעות הערב לבכירים שהם לא פול טיימרס, אז גם הם ירוויחו, גם הרופא ירוויח וגם בית החולים ירוויח.

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

דובר/ת: לא לגבי מנהלים, ?

דובר/ת: תהיה לנו בעיה עם מנהלים. תיכף נפתח את הדיון, אבל השאלה שלך מאוד צודקת. דנו על זה שעות. אם נלך על המודל הזה, מאוד חשוב שנלך עליו בצורה הרחבה האפשרית ביותר כמובן במגבלות התקציב, כי אם נלך בצורה צולעת, זה לא ישנה דברים, אבל אם באמת נלך על זה חזק, נאמין בזה ונלך על המודל הזה חזק, זה יוביל, אין לי שום ספק, לשינוי בתרבות העשייה בבתי החולים שלנו ולא תהיה נטישה המונית. פעם התגנבו לצאת הביתה בשעה 13:30-14:00. היום בשעה 13:00 הוא מגהץ. הוא אומר, שיורידו, אני לא גונב. במצח נחושה אולי מבחינתו בצדק. אז זה ישנה את התרבות שלנו, תרבות העשייה בבתי החולים הציבוריים.

תשומת לב לתלוש המשכורת. תלוש המשכורת חייב לגלם בתוכו גם את המשורה הרגילה וגם את הפעילות הנוספת בשעות הלא שגרתיות. אנחנו חייבים גם פה כוועדה ציבורית לתת את הדעת על סוגיית גובה ההשתכרות, שלא תביא לסחרור והשלכות על המגזרים האחרים, וגם מאוד חשוב לנו כוועדה ציבורית גם לחשוב על שיווק הרעיון הזה ואיך להתמודד עם הנראות בציבור. אנחנו ממליצים אם וכאשר על אימוץ המודל בכל בתי החולים הציבוריים ללא הבדל גיאוגרפי או השתייכות.

עכשיו נשאר העניין של הגדרות של בתי החולים הירושלמיים וכו' וכו' והנצרתיות, אבל אימוץ המודל בכל בתי החולים הציבוריים. עכשיו שיטות ההשתכרות, וזה מאוד חשוב לתת את הדעת על זה. קודם כל השכר חייב להיות גלובלי ויחייב מימוש של תפוקות, מוגדר. אנחנו מצפים מ-פול טיימר למינימום מסוים, לרף מסוים של תפוקות. ההנהלה תתחייב להבטיח אפשרות למינימום של תפוקות ממשמרת שנייה ל-ful timer. הוא נוטש את הרפואה הפרטית שלו. אנחנו חייבים לדאוג להבטיח בשבילו עבודה במשמרת שנייה, וגם מאידך הרופא מחויב למינימום של תפוקות משמרת בוקר. לא יכול להיות מה שקורה בדרכים שונות של עבודה בבתי חולים ציבוריים, שהרופא יתן ציבורי 20%-10% ויתן פרטי או בלא ציבורי 70%, ככה שתהיה הבקרה, שבית החולים יתחייב לספק לו פרנסה אחר הצהריים. מאידך, הוא יספק את הפרנסה הציבורית המקובלת במשמרת בוקר. השכר. השכר יהיה דיפרנציאלי, ופה אני חייב לתת דוגמאות, כי זה לא ברור. זה מאוד עמום. המשורר מתכוון דיפרנציאלי שנגיד עבדכם הנאמן הוא - - - . אני לא מצפה כ-פול טיימר שהמשכורת שלי תהיה כמו מנתח לב. זו הכוונה, אז דיפרנציאלי מבחינת מקצועות, מה בוער לנו יותר, מה בוער לנו פחות ודיפרנציאלי גם מבחינת גיאוגרפיה, פריפריה/לא פריפריה, מרכז וכו' וכו'. אני מצפה ש-פול טיימר פנימאי בפוריה, אולי נעודד אותו שיקבל קצת יותר מפול טיימר במרכז, ומנתח לב יקבל יותר מפנימאי באותו מקום. זו הכוונה לשכר דיפרנציאלי ועל זה צריכה לקום ועדה שתקבע. לא תהיה כפילות תשלום כי זה עבד או עבד לא טוב. הוא לא יכול להיות באותו יום כונן. כונן מקבל דמי כוננות 3-4 ימי עבודה ובו זמנית הוא יעבוד גם אחר הצהריים בקיצור תורים. תהיה הפרדה מוחלטת. ביום שהוא כונן, הוא כונן. ביום שהוא לא כונן, הוא יקבל תמורה בעד האגרה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

התקציב יהיה צבוע, וזו הצעה. אני רוצה לשמוע את כולכם, כולל משה. התקציב יהיה צבוע וישירות ילך מהאוצר, ממשרד הבריאות לבתי חולים, תקציב מוגדר וצבוע לסוגיית הפול טיימנג. בית החולים, יש לו את הגמישות. הוא יחליט להעסיק פול טיימרס, בין 20% ל-40% וכמובן לא יהיו חריגות ואם יהיו חריגות למטה, קרי יחסוך כסף, ישתמש בו בפעילות של קיצור תורים. זה לא יגרום לייקור עלויות על קופות חולים כי זה תקציב שהוא ממש עוקף קופות חולים ובית חולים במקביל יתחייב באמת להגדלת תפוקות משמרת ערב.

אנחנו ניסינו להגדיל ראש כי יהיו הרבה שאלות והיו הרבה ויכוחים. ניסינו להתייחס לסוגיית ההשתכרות של הבכירים בתוך בתי החולים ובכלל, לא רק פול טיימר. אנחנו הגענו לקונצנזוס, אלא אם יהיו חריגות יוצאות דופן. הוא יכול להיות מועסק אך ורק במערכת הבריאות הציבורית, קרי הוא מועסק על ידי בית החולים. כמובן הוא יכול לעבוד גם ברפואה ציבורית קהילתית במסגרת התוספת השנייה והשלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כמובן בתאום בין בית החולים לקופת חולים. התשלום יהיה דרך בית החולים, זאת אומרת תלוש אחד ותו לא.

עכשיו לגבי בכירים לא פול טיימרס. פה לדעתי לא הצלחנו להכריע אבל מבחינתי זה מוכרע. מומחים לא פול טיימרס בתוך בית חולים זה היה "לא יורשו לעבוד במערכת הפרטית ויכלו לעבוד גם בקהילה דרך בית החולים במסגרת התוספת השנייה והשלישית לחוק הבריאות", זאת אומרת אסור לעבוד פרטי. ברגע שהוא עובד ציבור או עובד מערכת בריאות ציבורית, הוא לא יכול לעבוד. זו היתה הצעה אחת. ההצעה השנייה – מומחים, לא פול טיימרס יוכלו לעבוד גם במערכת הפרטית והיא תהיה בפעילות שיקבעו מראש כמו הרבה מערכות מעסיקות ציבור. אין מה לעשות בין רופאים למערכות אחרות, אבל בכל זאת אני חושב שזה לא היה פייר לנסות ולהיכנס לעצמות של הלא פול טיימרס, אבל פחות או יותר ניסחנו את זה בצורה כזו. אשמח לשמוע את הדעות שלכם לכאן או לכאן.

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

דובר/ת: יש לי שאלה. זה מיועד רק לבתי החולים הממשלתיים?

דובר/ת: לא, לכל המערכת.

דובר/ת: ציינו את זה, לכל בתי החולים הציבוריים.

השרה יעל גרמן: זאת אומרת, הדסה, שערי צדק זה לא ציבורי בעיניך?

דובר/ת: זה כן ציבורי.

דובר/ת: זו הגדרה שלכם.

דובר/ת: את רוצה להתייחס?

דובר/ת: בגדול, זה מאוד מקובל עלי. יש את השאלה איזה אחת משתי ההצעות נאמץ. ההעדפה האישית שלי זה לקחת את ההצעה הראשונה ולעשות את ההפרדה בין הציבורי לפרטי, אבל אני יכולה גם לחיות עם הצעה שמגבילה, אבל מגבילה מגבלות של ממש, את המומחים שהם לא פול טיימרס, כמה הם יכולים לעבוד בפרטי, אבל הנטייה האישית שלי זה לעשות את ההפרדה גם עבור מומחים שהם לא פול טיימרס.

דובר/ת: מכיוון שאני חושב שבמסגרת התת ועדה שישבנו הייתי בדעת יחיד, אז אני כן ארצה לומר אותה. אני חושב שצריך שיהיו פול טיימרס ושהרופא הוא פול טיימר, הוא מחויב למערכת הציבורית, אבל אני שם פה איזושהי כוכבית. אני



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לא רוצה להרחיק גופים מפני האופציה של ללכת ולהיות פול טיימרים, רופאים טובים, מנהלי מחלקות, סגני מנהלי מחלקות. אני חושש שאם אנחנו נעשה סגירה טוטאלית ונגיד שאסור להם שום דבר, אנחנו נמצא במצב שבו הם לא ירצו את זה ואנחנו בסוף אפילו לא נאייש את התקנים שאנחנו אולי רוצים לתת. אני עושה כן הפרדה בין ניתוחים, שיש לזה אפקט שלילי על המערכת הציבורית לבין חוות דעת שניות. בחוות דעת שנייה יש זכות נגישות לחוות דעת שנייה מכוח חוק זכויות החולה. אין זכות לקבל מימון, ולכן מה שאני הייתי מציע זה שהפול טיימר, וזה גם יכול להיות גם מבחינת דרישת השכר, זה יכול להוריד את השפה של הפול טיימר כאיזשהו ססתום לאפשר לפול טיימרים לתת כן חוות דעת שניות במסגרת פרטית בכפוף לאיזושהי הגבלת פעילות מסוימת.

דובר/ת: המודל נותן הרבה מאוד גמישות לבית החולים. לא היה ברור לי מי קובע בסופו של דבר את השכר של הפול טיימר, כי לפי מה שכתוב פה במצגת, אפשר בעצם להבין שבית החולים יכול לקחת את כל התקציב לרופא אחד, אז לא היה לי ברור מי קובע את השכר.

דובר/ת: לא נכנסנו ברמת רזולוציה כזו.

דובר/ת: לא מה השכר, אלא מי קובע אותו. לפי מה שכתוב פה לא ברור. זה דבר אחד. דבר שני שרציתי להגיד, שצריך לזכור שהמערכת היא מערכת של כלים שלובים. הרעיון שהתקציב יהיה תקציב יעודי של הפול טיימר יכול לעזור לנו בכל מה שקשור לתמחור של בתי חולים, כי אם זה חלק מההוצאות הקבועות ואנחנו מוציאים את זה החוצה, זה יכול לעזור וזה עוד משהו שקשור לכלים שלובים. אנחנו אמרנו שיכול להיות שנשים מגבלות על השוק של הפרטי. זה יכול לעזור לנו כאן בכל מה שקשור להחלטה האם המומחים שהם לא פול טיימר, לפתוח להם את זה, לבוא ולהגיד, הם יכולים לעבוד איפה שהם רוצים, אבל מצד שני להגביל את השוק של הפרטי בכלים אחרים שיש לנו.

דובר/ת: הרעיון של הפול טיימר זה מישור שהוא מחויב אך ורק במערכת הציבורית. הוא לא עובד במקום אחר. הוא מחויב לבית החולים. לא יכול להיות מצב שיש לו מרפאה פרטית והוא עושה יעוצים. אם פתאום צריכים אותו בבית החולים. אם קורה משהו, קוראים לו לבית החולים, הוא מגיע והוא מחויב לבית החולים. זה המקום עבודה היחיד שלו. יכול להיות שיש לו איזה משהו עם הקהילה גם כן, כי אנחנו לא רוצים להרוס את הקהילה. אני חושב שזו צריכה להיות הגדרה מאוד, זה מאוד שחור-לבן, אחרת זה כמו צמחוני. הוא לא פול טיימר. אולי נקרא לזה בשם אחר. אני לא אוהב את זה. עוד לא דיברנו אם יהיה שר"פ או לא יהיה שר"פ וכדומה, אבל ברגע שאני יכול ללכת לרופא לקבל אצלו יעוץ ואז אני שילמתי לו כסף פרטי ואז אני מגיע אחרי זה לבית החולים ששילמתי לו כסף פרטי והוא נמצא שם, או לא יודע אם הוא מטפל בי או מישור אחר, שוב הדברים האלה מתערבבים. אני חושב שצריך לעשות פה את ההפרדה המאוד ברורה קודם כל לגבי הפול טיימרים. אם ההגדרה היא פול טיימר, הם לא יוכלו לעבוד במערכת הפרטית. לגבי ההצעות פה, אני מאוד דומה ללאה אחדות בנושא הזה. אני חושב שמבחינה תיאורטית הייתי מעדיף את ההצעה הראשונה, שגם באופן כללי תהיה הפרדה מוחלטת בין ציבורי ופרטי. כמו שאני היום לא יכול ללכת לעבוד אחר הצהריים באסותא ולעשות להם כל מיני עבודות, אני מחויב לשירות המדינה, אין לי אפשרות לעשות עבודה פרטית באסותא, אני חושב שאותו דבר צריך להיות אצל הרופאים, אבל גם ההצעה השנייה אם אני מנסה להיות ישים, זה משהו שצריכים לעשות אותו עם הגבלה באמת אמיתית על היקפי הפעילות.

דובר/ת: אתה רוצה להתייחס?

דובר/ת: צריך לתת את הדעת, אני חושב, על הרגולציה של בתי החולים בבחירת באיזה תחומים יעשו פול טיימר, כי אנחנו צריכים לדאוג שהם יהיו בליבת הכוונות שלנו, זאת אומרת שאם בית חולים, משתלם לו אולי שהפול טיימר יהיה פלסטיקאי, אני לא חושב שזה בליבת העניין.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

זה צריך להשתלב עם המטרות.

דובר/ת:

אני תומך. מה רצינו לעשות? רצינו קודם כל להשאיר את הרופאים הטובים בתוך בתי החולים. שניים, רצינו לקצר תורים. שלוש, רצינו לשפר איכות. אלה פונקציות המטרה שלנו. מישהו אמר, פלסטיקאי. לא. אם זה לא פונקציית המטרה שלי, אז אני לא נותן פול טיימר לפלסטיקאי אם אני לא רוצה, זאת אומרת אלה המטרות ובהתאם למטרות האלה אני מגדיר למי אני נותן. דרך אגב, גם הדיפרנציאליות של השכר תיגזר מפונקציית המטרה. אם יש משהו שהוא תור ענק, אז יכול להיות שצריך לתת לו יותר.

שתי הערות נוספות. אני כמובן בעד הפרדה מוחלטת, מצטרף לניר, מצטרף ללאה. לגבי הסיפור של ההפרדה בין ניתוחים לבין חוות דעת שנייה, הפחד שלי זה שברגע שאתה פותח את החוות הדעת השנייה - - -

השרה יעל גרמן:

סליחה, אבל הם אמרו שמבחינה פרקטית הם חיים בשלום גם עם שתיים.

דובר/ת:

צריך להגביל פה, כי ברגע שאתה פותח, זה עשוי להיות - - -

דובר/ת:

לא מגבלות של הנציבות.

דובר/ת:

והקטע של החוות דעת השנייה, אני סבור שזה סיכון אדיר, כי ברגע שאישרת פרקטיקה של חוות דעת שנייה במגזר הפרטי, אתה פותח בעצם פתח אם נרצה או לא נרצה, אם בשולחן, מתחת לשולחן, להובלה של החולה הזה לתוך המערכת הציבורית באשפוז או בכירורגיה.

דובר/ת: אם מגדירים שרופא שאתה נותן לו חוות דעת שנייה - - -

דובר/ת:

לא תעמוד בזה. מנגנוני הפיקוח בנושא הזה הם נורא קשים ונורא בעייתיים.

השרה יעל גרמן:

קונסטנטיני נתן חוות דעת....

דובר/ת: מי שאתה נותן לו חוות דעת בפרטי, אסור לך לטפל בו בציבורי.

דובר/ת:

מנגנוני הפיקוח הם בעייתיים ולכן צריך לשאוף להפרדה מוחלטת במידת האפשר. זה הרעיון. עוד הערה אחת קטנה. אני נכנס קצת לתמריצים. הסיפור של התקציב המסומן, יש איתו גם השלכות דרך אגב שיובילו אותנו לנושא של ההתחשבנות. יש פה איזושהי נישה שבה אנחנו לוקחים תקציב. זה לא קופות החולים ישלמו אותו אלא המערכת הציבורית תשלם אותו באופן גלובלי והוא מיועד לנושא הזה.

דובר/ת:

למה לא דרך מחיר לאשפוז?

דובר/ת:

אני מעלה את זה כסוגיה. יהיו כאלה שיגידו, רגע, למה לא דרך דפוס ההתחשבנות הקיימים. אין לי עמדה בנושא הזה.

דובר/ת:

גם לא דנו בזה.

דובר/ת:

אתה רוצה את הפול טיימר עובד, מקבל כסף כפונקציה של העבודה שלו, אבל כשקבעת כפונקציה של העבודה שלו, היא לא תהיה רק בעבור המשמרת ערב. אני לא רוצה מצב שבו הפול טיימר לא יעשה כלום בבוקר ויעשה את הכול בערב. מה שאני מציע זה מנגנון טיפה יותר מתוחכם, וזה ליצור איזושהו קשר של יחס בין מה שנקרא הבוקר לבין הערב.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עשית יותר בבוקר? תעשה יותר בערב. עשית פחות בבוקר? תעשה פחות בערב. אני רוצה להגביר גם את הפעילות בבוקר וגם את הפעילות בערב על ידי איזושהי הצמדה בין שניהם.

השרה יעל גרמן: אנחנו אחר כך נדבר על זה.

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

דובר/ת: אני חושבת שכן בכל זאת צריך לתת את הדרך החוצה הזאת של החוות דעת. אי אפשר לסגור אנשים. זה אפילו עולה כמעט משפטית, כמעט נראה לי נוגד את כבוד האדם. אני חושבת שזה שלא יסגרו אנשים ככה, זה יעבוד לטובת העניין הזה כמו שעדי הזכיר פעם קודמת שהוא אמר את דעתו המלומדת, זה שהמשכורות אולי לא יעלו, שזה יהיה טוב לכל הצדדים. בשתי האופציות אני מסכימה עם מה שאמרו קודם.

דובר/ת: אוקיי, עוד התייחסות?

דובר/ת: אני רוצה לומר לעצמנו, בגדול אנחנו תומכים וכו' וזה ברור, אבל צריך להיות ערים לזה שזה נושא הרבה יותר מורכב ממה שאנחנו יכולים לראות ברזולוציה שלנו. את זה צריך לקחת בחשבון. אני חושב שיש שאלה מרכזית שאני לא יודע אם היא הוכרעה בעבודה שאתם עשיתם, וזה האם הדרג הניהולי מחויב להיות פול טיימר או לא, כי זה שני מודלים שונים לחלוטין שבהם אנחנו באים ואומרים - - -

דובר/ת: תגדיר דרג ניהולי.

דובר/ת: מנהלי מחלקות לצורך העניין. מנהלי מחלקות, מנהלי בתי חולים וסגנים. בראיה שלי מנהל צריך להיות פול טיימר. הוא לא יכול לעסוק בעוד דברים.

דובר/ת: פרט למקרים חריגים.

דובר/ת: לעניין הונטיל שדיבר עליו עדי, אני חושב שזה מסוג הדברים שבהם יכול להיות שבפרקטיקה צריך כן יהיה לשחרר. צריך יהיה לנהל את זה. צריך לראות אם אנחנו יודעים לעשות את זה בלי ניגוד עניינים. אם ניתן מכסות לעבודה פרטית, אני גם לא יודע אם זה ניתן לרגולציה. האופציה השנייה פה בהיקפי פעילות שיקבעו מראש, אני לא יודע אם זה ניתן לרגולציה הדבר הזה, יותר מאשר לבוא ולהגיד, אתה יכול לעשות חוות דעת שניות אבל שלא יהיה ערוב בין כל הפאציינטים פה.

דובר/ת: אתה מדבר לשחרר ונטיל לגבי הפול טיימר?

דובר/ת: אני חושב שזה ראוי לדיון. מה שעדי אמר, שפול טיימר יוכל לתת חוות דעת שנייה במערכת הפרטית בהנחה שהפול טיימר שלו זה לא לתת חוות דעת, כלומר זה לא מרפאה. כירורג שיתן חוות דעת במערכת הפרטית, אני חושב שאולי אפשר לחיות עם הדבר הזה.

דובר/ת: יכול להיות שתשלם פחות, אבל לא תשיג את זה שהוא יעבוד יותר בציבורי.

דובר/ת: אני לא יודע, יש פה הרבה ניואנסים. זה לא בשאלה של הכסף, כי אני אומר, בסוף זה ה-80/20, זה כאילו אנחנו יכולים בשביל ה-20% הנוספים האלה שהוא יעבוד רק בבית החולים, אנחנו ניקלע לכזה מבוי סתום בדרך שלנו ליישם את זה, שאולי עדיף לעצור קודם. צריך לבחון את זה. אני חושב שניגוד עניינים בפעילות צריך למנוע, כלומר לא לטפל בפאציינטים כאן וכאן זה משהו שצריך, שוב, ככל שהדברים האלה ניתנים לרגולציה. אני לא יודע אם זה ניתן לרגולציה. מה, הוא ידווח את רשימת הפאציינטים ומשרד הבריאות יבדוק? שאלה. זה בגדול.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: א', אני מאוד מאוד מאוד בעד. אני חושב שזה המודל האידיאלי ואנחנו צריכים לשאוף אליו. למה אני אומר לשאוף אליו? מכיוון שלא נוכל לתפוס את כולם, כי זה צריך להיות אופציה. ירצו, יקבלו, לא ירצו, לא יהיו, אבל יהיו פערי השתכרות שיהפכו את זה למאוד מאוד כדאי עבור האנשים שיכנסו פנימה. יכול להיות שגם בית חולים לא ירצה את כולם בפנים, ואז אם קבעת כלל לכולם, אתה בעצם דוחף את כל המערכת לעליות שכר שאין לך את התמורה, ויכול להיות שזה כלי שנגיע למצב שירצה. מצד שני, יכול להיות שיהיו מנהלי מחלקות שאתה לעולם לא תוכל להגיע לסכום הכסף הנדרש כדי להחזיק אותם, למשל פלסטיקאים. לא יהיה לך, לא תצליח. צריך גם לזכור דבר אחד מאוד חשוב, אנחנו לא נמצאים היום במצב שבו אנשים רודפים אחריו להיות מנהלי מחלקות. זה ממש לא המצב במערכת. אפילו להחזיק אנשים שיעבדו במשרה מלאה בבית חולים. יש מקצועות מסוימים שזה על גבול הבלתי אפשרי, בעיקר פלסטיקה.

השרה יעל גרמן: גם מנהלי בתי חולים אנחנו לא מוצאים.

דובר/ת: עוד רגע אני אגיע לזה. אי אפשר להשיג היום כמעט אנשים שיעבדו במשרה מלאה בבית חולים, לא פול טיימר, בוא, נציע לך משרה, לכן צריך לבנות את זה קודם כל הדרגתי, לא לחייב, להפוך את זה אטרקטיבי ולהשאיר את הגמישות הניהולית בבית חולים כדי גם לא להכריח להוצאות שדווקא אלה שאתה, סליחה אני אומר, לא רוצה אותם, הם אלה שירצו ואז אתה תשלם להם ולא תרוויח את הרווח המלא.

לגבי הנהלות בתי החולים, אני בזה מאה אחוז משוכנע שאנחנו חייבים לייצר פול טיימר. במהותו זה צריך להיות פול טיימר, רק צריך לזכור, וצריך לכוון למקום הזה, שהרופא יעבוד במשרה מלאה בתוך בית החולים.

דובר/ת: תקרא לילד בשמו, אני רוצה להחכים. מה זה הנהלת בתי חולים?

דובר/ת: סגן ומנהל. מנהלי מחלקות, דיברתי. אמרתי, צריך לשכנע אותם, להציע להם הצעות אטרקטיביות. יהיה לנו מאוד קשה. ניזהר שלא יוצר מצב שאנשים גם ככה לא רוצים.

דובר/ת: רשמנו, בלי התניה.

דובר/ת: אנחנו ראינו את הבעייתיות במודל הדסה. זה מאוד בעייתי. הדסה עובדת על מודל שכולם כאלה. מצד שני, העובדה שכולם שם בפנים, חייב אותנו להרבה מאוד פשרות גם תוך כדי המשא ומתן. רק אתן לכם דוגמא הכי פשוטה. ברגע שהכרחת את כולם בפנים, אתה חייב לתת להם לנתח, אז בוא ניקח את הנוכירורג, שאי אפשר לעשות לו ניתוחים אחרים, הצהריים, אז תכריח אותו לבוקר.

דובר/ת: מי שרוצה.

דובר/ת: לכן אני אמרתי, הסברתי למה לא כולם. עכשיו לגבי מנהלי בתי חולים. גם שם אנחנו במשבר פשוט כי הפערים גם בהשתכרות, גם במהות העבודה הם מאוד גדולים. אנחנו מגיעים למצב שיש לנו מנהל בית חולים שניגשים אליו, אדם אחד פרקטית, אחד על אחד. אין דבר כזה בשירות המדינה. מאות מועמדים על כל תפקיד. היו מעל 200 מועמדים למשרת פרקליט אצלנו, ומנהלי בתי חולים אנחנו מדברים אחד על אחד. פוריה למשל, היה רק את ארז.

השרה יעל גרמן: חכה עכשיו, בוולפסון, אני רוצה לראות כמה יהיה לנו מועמדים.

דובר/ת: גם במנהלי מחלקות יש לך הרבה מאוד שזה אחד על אחד.

דובר/ת: זה רק מעיד על חוסר אמון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

לא, לא.

דובר/ת:

זה האופציות בחוץ. זה האופציות וכמה אתה מרוויח, והתחרות שיש לנו.

דובר/ת:

והאחריות.

דובר/ת:

דובר/ת:

ומה אתה מקבל מזה. אני רוצה משהו להגיד לגבי ההערות. אפשר הכול, רק יש משמעותיות לכל נגזרת. אפשר באמת שמנהל בית חולים לא יהיה רופא, רק יש לזה נגזרות ומשמעויות שכדאי שגם הציבור יבין אותם. שגם הציבור ידע ויבין מה המשמעותיות, ואנחנו לא נמצאים במקום הזה. דעתי מאוד ברורה בנושא הזה. ראוי ונכון שהוא יהיה ויקבל את ההחלטות האנטי כלכליות שנדרשות ובגלל זה אנשים לא ימותו.

עכשיו אני חוזר להנהלת בית חולים. אם אנחנו מדברים על הנהלות בתי החולים, אנחנו צריכים לכוון למודל הזה מהתחלה, רק צריך לייצר את זה במצב כזה שזה יהיה אטרקטיבי. זה לא חייב להיות מודל של פול טיימר. תפיסת עולם כן פול טיימר. יכול להיות שאתה תרצה שם מודל שתיתן להם לעשות תורניות, מודל שתשלם להם על שעות נוספות, אבל התהליכים שקרו לנו בעקבות מה שהיה בהסכם השכר גרמו לנוזק מאוד גדול במערכת ופחות במצד של המנהלים, ואנחנו יחד עם הנציגות כן רוצים לצמצם את יכולות העבודה שלהם, באמת לכוון אותם לבתי חולים. צריך לעשות את זה באיזונים נדרשים. אני מסכם, פול טיימר-כן, לא לכולם אלא כאופציה להכניס כמה שיותר למקום הזה ועדיין להשאיר להנהלות בתי החולים להחליט אם הם לא רוצים את הפול טיימר במקום הזה או לא צריכים אותו, אז לא צריך, כדי לא לייצר פגיעה בגמישות הניהולית.

דובר/ת:

תראו, כתפיסת עולם ולמה אנחנו רוצים שהרופאים וההנהלה יהיו בבתי החולים, אני חושבת שכל מי שיושב סביב השולחן מסכים. אין על זה ויכוח. כולנו רוצים שזה יקרה. יש כמה שאלות. תוך כדי שהאזנתי לך, אני חושבת שיש הבחנה, מבחינתי לפחות ברורה, בין דרג ניהולי לבין הרופאים, וזה גם נוגע למסה ולעלויות של המהלך הזה. רק שנבין, שכשכולם מסכימים על פול טיימרים בדרג הניהולי, זה לא דווקא נותן מענה לקיצור תורים, שאת קיצור התורים מי שצריך לעשות זה הרופאים עצמם, לכן אני עשיתי איזשהו חישוב מהיר. אמרתי, בואו נגיד מה המשמעות שאתה אומר 20% מהרופאים יהיו פול טיימרים - - -

הוא לא אמר.

דובר/ת:

דובר/ת/ת:

עזיז הציג. הוא דיבר על 20% מהרופאים, הוא לא דיבר רק על ההנהלות, אלא אם כן אני לא מבינה. אני חושבת שאת סוגיית ההנהלה, זה דבר שהרבה יותר קל להסכים והרבה יותר קל להגיע לשם עם כל ההערות הנכונות והנדרשות של בואו נשים לב שאנחנו לא מדירים את רגלם של האנשים המצוינים לתוך התחום, וצריך לתגמל אותם. זה משהו שזה פחות עניין של מיקוח. השאלה מה האימפקט בעולם של הרופאים. לסוגיה של רופאים פול טיימרים אני חושבת שצריך להרחיב קצת את הדיבור ולהבין למה כולנו מתכוונים כשאנחנו מדברים על זה, איזה אחוז מהרופאים, כי הם אלו שיעשו את העבודה ויקצרו את התורים, מה המשמעות? כמה צריך לשלם? בחישוב מאוד מהיר אני עוברת את ה-2 מיליארד.

כמה רופאים בפול טיימר?

דובר/ת:

רגע, את צריכה לזכור שכשמדברים על 100% יש סט'רים שלא מדברים עליהם.

השרה יעל גרמן:

בסדר, אז לכן אני שואלת האם יש אומדן תקציבי.

דובר/ת/ת/ת:

דובר/ת:

אני פשוט ניסיתי להגדיל ראש, מה שאני לא עושה בדרך כלל ב-4 בבוקר. אני לא כלכלן ולא מתמטיקאי. אמרתי לעצמי כמה פול טיימרים. את צודקת, גם ארנון, צודק. לא כולם חייבים להיות פול טיימרים. להיפך, אני מחזק



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

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

השרה יעל גרמן: תוספת.

דובר/ת: כן, כי יש לו כבר משכורת בסיסית. אני אמרתי שוב, אני המצוי. אולי צריך להוסיף לי עצם, לא 40,000, פחות. הסתכם אצלי ב-360,000 לשנה. יש עלויות נלוות ואנחנו ציינתי את זה בדוח, משהו כזה, אז 1,000 פול טיימר – 500 מיליון שקל. ב-2000 פול טיימר בארץ הקודש, זה אוטופיה. זה לא ארץ קודש. אנחנו נהפוך אותה לגן העדן המדובר/ת:ת.

עכשיו אני רק רוצה להגיד לכם, אם זאב נקב בנושא השר"פ וכו' וכו' כי אם הם רוצים שר"פ, אני חייב עכשיו לחרוג. שר"פניק לא מסתפק בפחות מ-3 מיליון שקל. 3 מיליון שקל, אני צריך רק להכין 500 שר"פניקים בארץ הקודש. מה עם 23,000 רופאים? והרפואה לא מסתיימת רק בחדר ניתוח עם כפפות סטריליות. הרפואה מתחילה מהקהילה, מהפסיכיאטריה, מההחייאה. זה הכול. זה המספרים פחות או יותר. כמובן את צריכה להכניס לכללים, את צריכה להכניס מומחים, אבל לעניות דעתי אנחנו לא נרחיק לכת הרבה מהשקף הזה. זה פחות או יותר, ככה אני רואה את הדברים, ולא רציתי להראות את זה והתייעצתי עם אנשים. אמרו, אל תראה. הברירה בין מיליון שקל ל-4 מיליון שקל, ותאמינו לי, יש שר"פניקים שלא מסתפקים ב-5 מיליון שקל, אז אני צריך 3 מיליארד לסבסד 500 שר"פניקים. עובדה – 500 כפול 5, והרפואה הציבורית לא מסתכמת - - -

דובר/ת: תודה, את רוצה עוד משהו להגיד?

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

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

דובר/ת: תראו, אני לא יודעת להתייחס לכמה המספרים ריאליים מטבע הדברים, כי בשלב הזה אף אחד לא יודע להתייחס לזה. לי אין חישוב טוב יותר משלך, ואני חושבת שזה מצוין שיש משהו שאתם שמים על השולחן. לכולנו, כשאנחנו באים לדון על זה, בואו נבין שזה תהליך שאני לא רואה פה תוספת כוח אדם שמקצרת תורים. אני רואה פה תוספת כוח אדם שעושה מהלך מאוד חשוב בניהול המערכת במידה ומצליחים באמת במהלך הזה. לעניין רופאים שיעבדו ויעשו את הפרוצדורות עצמן, אני לא בטוחה ש-20% מהבכירים שיצטרפו עכשיו ויעבדו פול טיים, זה מה שיפתור את בעיית התורים. אני לא אומרת שלא צריך את זה, רק אני אומרת שבואו נבין שזה לא נותן את המענה שעלינו דיברנו. כרעיון, כתפיסה שרופא צריך להקדיש את מירב זמנו ומרצו לבית החולים, אני מדגישה כאן מן אמירה כי מיותר לציין שברור לכם שאני חושבת שלנעול אנשים ולכלוא אותם ולא לתת להם אלטרנטיבות, זה לא יפתור לנו את הבעיות, ההיפך, זה רק יגביר את לחצי השכר. אגב, יש סיבה שיש רפואה פרטית. היא גם תורמת לסטנדרטים ברפואה הציבורית. יש פה מעברי ידע. אני לחלוטין מתנגדת לתפיסה הזאת שבאה ואומרת, בואו נחסל רפואה פרטית, כי ההצעה שלא לאפשר לאנשים לעבוד מחוץ לבית חולים זה פחות או יותר המשמעות של מה שנאמר פה, אז אני אפילו לא מרחיבה על זה את הדיבור. זה להגיד שלא יתנו חוות דעת שנייה בחוץ. זאת המשמעות, אבל אני לא רוצה ללכת לשם. אני רוצה להתמקד בעניין קיצור התורים, כי משם אנחנו מגיעים וזאת המטרה. צריך לחזק את ההנהלות. זה מאוד חשוב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

בעצם ההצעה פה בעיקרה מחזקת מאוד את השכבה הבכירה של הנהלות בתי החולים. זה בסדר. את הנקודה של קיצורי תורים ומתן שירות לחולים, אני עדיין לא ראיתי איך ההצעה הזאת מטפלת בה, וגם מקורות המימון, אני מקווה שבאמת חצי מיליארד זאת הערכה סבירה שיהיו לה גם מקורות תקציביים.

השרה יעל גרמן: אוקיי. עוברים אליך.

דובר/ת:

אני חוזר כל הזמן לפונקציית המטרה. הרי אנחנו לא בוחרים בפול טיימר בגלל שמצא חן בעינינו. פונקציות המטרה שלנו זה להשאיר את האנשים הטובים בתוך המערכת. זה לא רק מנהלי מחלקות, זה כל אלה שתורמים לקיצור תורים במדינת ישראל. פונקציית המטרה שלנו זה קיצור תורים. דרך אגב אפשר להציג אותו גם קצת אחרת, פרוייקט לקיצור תורים במדינת ישראל. הנה הפרוייקט, ומי שחושב שלפרוייקט הזה לא יהיה עלות כספית, יש לו עלות כספית. אני מניח שבשלב שבו אנחנו נדון בנושא של המקורות שאנחנו נשאב, בסוף בסוף נתיישר למה שמדינת ישראל תיתן לנו, אז אם היא תיתן לנו 100 מיליון שקל לנושא של קיצור תורים, נתאים את הסיפור הזה ל-100 מיליון. אם תיתן לנו מיליארד שקל, אז אנחנו נתאים את זה למיליארד. יש פה איזשהו אומדן לדעתי שהוא מאוד מאוד זהיר, אבל שלוקח בחשבון את פונקציית המטרה ואומר, במסה הזו שההיקף המקסימלי הוא 500 מיליון שקל, כן אתה יכול להשיג שיפור של איכות, כן אתה יכול להשיג רופאים בכירים בתוך המערכת, כן אתה יכול להשיג קיצור תורים במדינת ישראל. זו האמירה שלך, ובתנאי שזה ינוהל בצורה מסודרת עם תקציב מסומן. פחות מזה זה לא, אבל במינימום הזה של סדר גודל של חצי מיליארד שקל פרוייקט לאומי לקיצור תורים באמצעות פול טיימר, אני חושב שזה בהחלט סביר.

דובר/ת:

רק הערה אחת, אני מסתייג קצת מהתקציב הצבוע שיועבר מהאוצר לבתי החולים. איכשהו אני יכול להבין את זה לגבי ההנהלה הבכירה, באמת שלא עושה פעולות. זה עוד סביר, כי זו איזושהי הוצאה קבועה, אבל לגבי הפול טיימרים שעושים פעולות אחרי הצהריים, אז יש הכנסה שצמודה להוצאה. קופות החולים ישלמו את העלות השולית של ההפעלה שלהם, שזה חלק מההעסקה של פול טיימר אחרי הצהריים ויהיה חלק מהעלות, וזה מחיר יום אשפוז ותקציב קופות החולים, לא בתקציב צבוע.

דובר/ת:

אני יכול הערה קצרה? תראו, המחירים נראים באמת מפחידים, אבל נזכור למשל, יש לנו מודלים כאלה שמאושרים על ידי הממונה על השכר בבתי חולים כמו סורוקה. זה מספרים הרבה יותר גדולים מהמספרים שעזיז שם כאן על השולחן.

דובר/ת:

נכון. זה יותר מפול טיימרים, זה כוכבים.

דובר/ת:

אני חושב שמה שנאמר, יש את הכוכבים. הם לא במשחק הזה.

דובר/ת/ת:

היא דיברה על אנשים שהם יהיו פה. סופר כוכבים לא יהיו.

דובר/ת:

אני מנסה להבין מי בסוף מטפל בחולה.

דובר/ת:

הנה, זה הם.

דובר/ת:

20% של הבכירים?

דובר/ת:

לא, לא בהכרח 20. סתם נתתי מספר 1,000. יכול להיות שהמספר הנכון 3,000. אני נתתי רק

נוסחה פשוט מאוד.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

לא, לא, אני חושבת שמה שהיא התכוונה לומר, ובאמת צריך לשים לב, זאת נקודה מאוד נכונה, שיש פה את מנהלי בתי החולים ומנהלי המחלקות. אנחנו צריכים אנשים בעצם בקיצור תורים, שינתחו, ולכן באמת צריך לנתב את התקציב הזה למי שמנתח.

דובר/ת:

ולכן אני חושבת, בשביל לשים את האימפקט, ההיקף צריך להיות הרבה יותר גדול ולדעתי יש פה הערכת חסר.

דובר/ת:

אם תיקחי מסגרת של 1,000, זה 500.

דובר/ת:

הבנתי.

דובר/ת:

יכול להיות.

השרה יעל גרמן:

זה ברור. הלאה.

דובר/ת:

טוב, אז אני רוצה להגיד כמה דברים. אני מקווה שיש לכם סבלנות לשמוע, כי יכול להיות שזה חשוב לכם כשמקבלים את ההחלטות. להערכתי לא מעט אנשים מקבלים את ההחלטות לפי מה ששמענו, אבל הנושא הזה עומד על הפרק, לדעתי לפחות, שני עשורים. קודם כל אני רוצה להגיד דבר אחד לגבי הפול טיימר. אני לוקחת את כל הבעלות, גם על המוסד, גם על המודל וגם על הרעיון, כי הוא נולד אצלי, אז כל מי שעכשיו רוצה לדבר ולהגיד, זה בסדר, הכול טוב, אבל בואו לפחות נבין מאיפה הוא נולד. אפשר גם להגיד שמה שהוא היום, זה לא מה שהתכוונו, אבל צריך לדעת את זה. זה נולד אצלי לבד. גם קובי היה שותף לזה עם כל ההתלבטויות וכל מה שהיה. כעצם העובדה שצריך או שנכון להביא מודל של פול טיימר כמודל, בוודאי שאני חושבת שזה נכון, אלא מה, הרבה פעמים כשדברים מתחילים להתגלגל ולצאת, אתה לפעמים חושב, אוקיי, הכול טוב ויפה אבל התרחקנו מרחק עצום מהכוונה ואולי בסוף אני לא יודעת מה זה יתן, אז אני רוצה להגיד כמה נקודות. אחת, ראינו במודל הזה חשיבות אחרת. היא לא חשיבות של קיצור תורים. קיצור תורים אפשר להשיג בדרך אחרת שאיננה דרך המודל של פול טיימר. אפשר לשים כסף במערכת בשביל הססיות. שמעתם את זה מכל מי שהופיע בפנינו, וכמעט ולא תהיה בעיה. כמובן שזה תמיד תלוי בנושא הכסף, להשיג כסף יעודי במודל יעודי לקיצור תורים. כל הרופאים, כל מי שהיה מקופת חולים כללית אמרו חד וחלק, תיתנו לי יותר כסף בשביל הססיות. אמר את זה דפס, אמר את דודזון, אני אביא לכם את קיצור התורים לפי מה שאתם רוצים. אני חושבת שהתוצאה שנקבל יכולה להיות קיצור תורים וזה יכול לעזור, אבל צריך להגיד שקיצור תורים אפשר לקבל גם בדרך אחרת בלי פול טיימר. אני חושבת שפול טיימר, המטרה הראשונה שלו הוא לעזור למספר מקצועות שהם מקצועות מסוימים. אנחנו כן צריכים לתת להם את האפשרויות להשתכר. אני מאוד מאוד מאוד בעד הנושא הזה וזה דבר מאוד חשוב, כי אם לא, אנשים לא יבחרו במקצועות האלה.

הנושא השלישי, ועל זה יש לי התלבטות. ההתלבטות נולדה השנה ולא כשחשבנו על המודל הזה מלכתחילה, עד כמה אנחנו רוצים את ההגבלה לתוך בית החולים. אני רוצה להסביר. אני חושבת שצריכים להבין שאנחנו עלולים לפגוע בהיצע לציבור הרחב. במציאות היום, אלא אם כן אנחנו פותחים את כל הסדרי הבחירה ללא שום הגבלה, ברגע ששמנו רופא ואמרנו, אתה רק בבית חולים בלינסון, אנחנו יוצרים מציאות שאף אחד שלא יכול להגיע לבלינסון, אם זה בגלל הסדרי הבחירה, אם זה בגלל משהו אחר, לעולם לא יפגוש אותו.

השרה יעל גרמן:

איפה הוא פוגש אותו היום? רק באסותא.

דובר/ת:

נכון, אבל זה לא משנה. הוא יכול לפגוש אותו באסותא ועכשיו הוא לא יכול לפגוש אותו בכלל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

מה השתנה?

השרה יעל גרמן:

דובר/ת:

אם אנחנו פותחים את הסדרי הבחירה ללא שום הגבלה, אז מה שאני הולכת להגיד עכשיו לא תהיה בעיה, זאת אומרת שרופא ששמע שהאורתופד הכי טוב לענייני ברכיים נמצא באסף הרופא, יוכל ללכת לאסף הרופא כי יש לו זכות בחירה, הסדר בחירה רגיל וכולם יודעים את זה. מה שאני אומרת עכשיו זה לא סתם. אם הסדרי הבחירה פתוחים, אין לנו את הבעיה של הפול טיימר. כל מי שרוצה, ילך לפרופ' איקס, הולך אליו והכל בסדר, אבל אם אנחנו לא פותחים הסדרי בחירה לחלוטין, ולכן אני רוצה להגיד שזה קשור לזה, צריך להבין שאם היום יש מציאות שאתה יכול לפגוש את פרופ' X או בבית החולים כי קיבלת הסדר בחירה, או אתה משלם. הלכת אליו כי אתה ידעת שזה הכי חשוב לך, אתה יכול ללכת היום לאסותא. אם אתה אומר לו מחר שהוא בזה, אתה לא יכול, אז צריכים לשים לב לזה. זה לא דבר שהוא פשוט. אני רוצה להגיד לכם שזה משהו שלי עלה רק תוך כדי הדיונים האלה. אז זאת נקודה.

דובר/ת: במה זה שונה מחינוך?

דובר/ת:

לא אמרתי שזה שונה, אמרתי שזה שונה מהמצב היום. קודם כל היום אם אתה רוצה מורה מסוים, אתה יכול לעשות מורה פרטי אחרי הצהריים. אין לאף מורה במדינה הגבלה לתת שיעורים פרטיים. זה דבר אחד. אנחנו מדברים על שיעורים פרטיים. הדבר השני, אתה מרע את המצב מהמצב היום של הציבור, לא של הרופאים. זה מנקודת מבט הציבור, לא מנקודת מבט הרופאים מה שאמרתי עכשיו, כי זה לא קשור לכסף. אני לא דיברתי על הכסף. אז זה דבר אחד שאני רוצה להגיד. עכשיו אני רוצה להגיד משהו לגבי הסיפור של הפול טיימר. אין ספק שבסוף היום הרבה מסתובב על הקטע הזה של כמה כסף יהיה הפול טיימר, ואני לא מציעה שהוועדה הזאת תיכנס ותקבע סכום א', סכום ב' או סכום ג'. זה לא נכון, זה לא צריך להיות. כמו שכל הדברים בעניין הזה נקבעים בהסכמים ואז לכולם יש מה להגיד בעניין הזה, זה צריך להישאר בדבר הזה. בסוף יש גם פתרון מעשי.

השרה יעל גרמן:

גם אני לא כל כך מבינה אם את בעד או נגד. זה נראה לי נגד אבל עוד לא שמעתי.

דובר/ת:

הפתרון המעשי, תביני שאני בעד במגבלות מסוימות. אני כבר אומרת את זה. אני ממש לא הייתי רוצה, אני לא חושבת שהסוגיה של הפול טיימרים היא צריכה להיות של מנהל בית חולים, הוא זה שמחליט. אני חושבת שזה צריך ללכת יותר לגבי מקצועות וזה דווקא צריך להיות כן מרכזי בעניין הזה. אני חושבת שהדבר הנכון ביותר, לשים מודל בתוך המערכת ולא להגיד עכשיו משהו שהוא דרסטי, זה שאנחנו בנושא הזה נחליט שאנחנו עושים בדיקה והולכים בהדרגתיות, שבאים ואומרים אנחנו מזהים מספר תחומים, מספר מקצועות, בואו נשב ונחליט עליהם איך זה עובד ומשם נוכל ללמוד ולראות האם צריך להרחיב את זה לכל המערכת, לא להרחיב את זה לכל המערכת, כן רוצים, לא רוצים את זה. זה מה שאני רוצה להציע בתור רעיון.

דובר/ת:

לגבי המקצועות הוא אמר במפורש שזה דיפרנציאלי ולא בכל התחומים.

דובר/ת:

אני אמרתי שאני לא רוצה שמנהל בית חולים יהיה זה שיחליט את זה. מאוד חשוב בתורים, בגלל שראינו שההתפלגות היא עם זנב ארוך, אני הייתי לוקחת איזה אחוזון 90 או משהו כזה רק בקצה, להראות בכל זאת כמה כאלה יש תורים מאוד מאוד מאוד ארוכים.

דובר/ת:

אנחנו הצגנו במחקר שלנו על זמני המתנה בקהילה, כשהצגנו את זה אז כולם אמרו, מה, לא יכול להיות, כי יש זמני המתנה בקהילה, ואז עברנו לאלה שממתינים יותר מחודש, ושם הבעיות, של אלה שממתינים יותר מחודש.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

הנושא הנוסף שרציתי להעלות אותו ולהגיד שאנשים לא שמים לב אליו, שהתחרות של הרופאים היום בבתי החולים מתחילה להיות יותר ויותר לא התחרות של הרפואה הפרטית, אלא התחרות של הקהילה, ואנחנו מוצאים יותר ויותר מצב שרופאים לא רוצים להישאר בבתי החולים או רוצים להוריד את האחוזים בבתי חולים כדי לעבוד בקהילה.

השרה יעל גרמן:

כי הם מקבלים שם משכורת יותר גבוהה.

דובר/ת:

נכון מאוד, משמעותית יותר, ולכן אנחנו צריכים לזכור כאן כמה דברים. אם תוסיפו יותר מדי מגבלות לתוך הרופאים של בית החולים, בקלות רבה הם יעברו לנושא של הקהילה ואנחנו לא רוצים גם את זה, לכן המגבלות של הפול טיימר זה לא כמו שאנשים חושבים, פול טיימר זה או אסותא או בית החולים, אלא זה הרבה מאוד קהילה. קהילה זה גם אורתופדיה, גם כירורגיה, גם גסטרו, כל הדברים האלה.

השרה יעל גרמן:

זאת הערה מאוד מאוד נכונה, כי כשקופות החולים באות ובזכות שאין להן כסף, אנחנו צריכים להזכיר להן את המשכורות המאוד מאוד גבוהות שהם משלמים לרופאים, יותר גבוהות מבתי החולים. כשאני באה ואני אומרת להם שאתם יכולים להתייעל, הם כועסים עלי.

דובר/ת:

אין ספק שאחת הבעיות היום במערכת זה השכר שיש לרופאים במקצועות מסוימים. בהחלט אין שאלה בכלל.

דובר/ת:

אני אומרת שאנחנו צריכים לזכור שכשאנחנו רוצים לדבר ולעשות מגבלות על פול טיימר, אני חושבת שאנחנו נדחוף רופאים ללכת למקומות אחרים שאנחנו לא בהכרח רוצים אותם, ולכן בואו נתייחס לכמה מתוך סוגי ההערות, ואני כבר אמרתי את הפתרון אבל צריך לחזור אחורה להגיד כמה דברים. כתבתם שזה דרך בית החולים. אני בטוחה שאתם לא התכוונתם לדרך אלא התכוונתם אישור בית חולים, כי אתם לא התכוונתם בהכרח, ואני לא רואה אף קופה שתסכים שהיא תשלם לבית החולים ובית החולים יהיה זה שישלם את הכסף לרופא. זה ממש לא ילך.

דובר/ת:

רופא שעובד מהדסה בכללית, הוא מקבל תלוש אחד.

דובר/ת:

נכון.

דובר/ת:

אני שמחה שאתם כולם יודעים וכולם עשו את הדבר הזה. יש מצב שמקבלים את זה דרך ויש מצב שרק מאשרים ולא מקבלים דרך, וזה בגלל סיפור התקורות, ובואו נשים לב על מה אנחנו מדברים. אם אתה אומר לו שהוא יעבוד בחוץ וישלם תקורה לבית החולים, אז הזקנו מאוד לרופאים ולא זאת היתה הכוונה. אז לכן אני אומרת שכיוון שפה זו לא סוגיית הדסה, שהדסה מקבלת תקורה עבור העובדה שאתה עובד בחוץ וזה לדעתי לא מה שאתם רוצים פה לעשות בקטע הזה, כי זה לא התמריץ בעניין הזה, אז אני אומרת שמה שחשוב זה שבית החולים ידע ויאשר את זה. אני מקווה שלא התכוונתם בקטע הזה, זאת בכלל סוגיה אם כן זה צריך להיות שבית חולים יעשה את זה.

דובר/ת:

אני רוצה להגיד משהו, וזה למשהו, כי הבעיה בקטע הזה שאתם מבינים שהמשא ומתן שיתחיל להתנהל יהיה בין בית החולים לבין קופת החולים ואנחנו משנים פה את כל המודל של המשא ומתן ושל הדיונים.

דובר/ת:

לא, אני לא חושב שזו הכוונה.

דובר/ת:

אם זה דרך בית החולים, זה מה שיקרה.

דובר/ת:

זה דרך בית החולים.

השרה יעל גרמן:

זאת שאלה. היא צודקת. אני גם רשמתי את זה כשאלה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
דובר/ת:

אתה יכול לייצר מצב של פול טיימר שבו הרופא עובד בקהילה או לפעמים שולחים את החולים לקהילה והמרפאה נמצאת גם בבית החולים, וזה צריך להיות רק בהסכמה. מה זה אומר? רופאים, יש להם את היתרונות. למשל, הוא לא צריך לנהל מערכת חשבונות ולא צריך להעסיק אחות ולא צריך להעסיק מזכירה. תמורת זה הוא עובד בית חולים, מקבל את המשכורת שלו ובית החולים עושה את המשא ומתן עם הקופות. זה בסדר גמור.

דובר/ת:

בטר אופציות הכול בסדר. פה לא כתבו אופציות, רבותיי. זה מה שרציתי להגיד בסוף. אתם אמרתם שזה אופציות אבל הדברים בסוף היום זה דברים שהם מוכתבים. אם כותבים ללא התניה אבל אתה בא ואתה אומר, בשביל לקבל תפקיד שאתה רוצה אותו או לא רוצה אותו, אתה חייב להיות פול טיימר, אז אתה - - -

השרה יעל גרמן:

לא ניכנס לזה.

דובר/ת:

בסדר, אז לא ניכנס. בקיצור, אני אסכם בשלושה משפטים. אני חושבת שאנחנו צריכים להגיד שני דברים: אחד, שאנחנו חושבים שזה חשוב שיהיה מודל של פול טיימר במערכת. זאת אמירה מאוד מאוד משמעותית. שניים, אנחנו חושבים שיש מספר מקצועות ומספר תחומים שאפשר להתחיל היום בבוקר עם הנושא של הפול טיימר ועל כל השאר צריך לשבת ולראות ולגבש וללמוד את זה, איך זה נעשה, לפי המנגנונים הרגילים והלא רגילים. לדעתי זה יפתור לנו את כל הבעיות. אם אנחנו נצטרך עכשיו על כל דבר לשבת ולחשוב, אני לא יודעת. חלק מהדברים עולים תוך כדי. גם בתור מי שחשב על פול טיימר, יש דברים עדיין שיכולים להיות מאוד מאוד בעייתיים לכאן ולכאן. לדעתי אמירה כזאת, שזה שינוי מאוד משמעותי, כי כל השנים המערכת לא רצתה את הפול טיימר. כל השנים האוצר לא רצה פול טיימר. כבר יש פה שינוי מאוד מאוד משמעותי.

השרה יעל גרמן:

זה היבט שכר משמעותי. זה תוספת תקציב.

דובר/ת:

נכון, וזה מאוד מאוד משמעותי. גם אם אנחנו לא אומרים שחייבים את כולם אלא מתחילים בצורה יותר קטנה, זה גם יכול לפתור את בעיית התקציב.

השרה יעל גרמן:

יש לי שאלה אליך. את התחלת ואת אמרת בצדק שהמטרה שלנו היא לקצר תורים, ואז המשכת ואמרת, אבל מבחינתי לקצר תורים אפשר גם בססיות. בהנחה שכולנו כאן סביב השולחן, המטרה היא באמת קיצור תורים, לא פול טיימר. זו לא מטרה, זה אמצעי, אז אני רוצה לשאול אותך, אם את באה ואת אומרת שססיות יכולות להשיג את אותה המטרה, אז למה צריך פול טיימר? גם ססיות את יכולה לתת לרופא שאת רוצה להשאיר אותו, כמו למשל למרל"ד, אז למה צריך בכלל פול טיימר? אז אולי ססיות זה רעיון יותר טוב ואולי אפילו יותר יעיל. זאת שאלה שתיכף נצטרך להעלות פה כדי לקבל החלטה.

דובר/ת:

פול טיימר לטעמי לא נועד בשביל קיצור תורים. חד משמעית לא צריך אותו בשביל קיצור תורים. זאת תשובה אחת הכי פשוטה, הכי נכונה בעיניי. יש מיליון מודלים אחרים להשיג את זה. לגבי מה שרוצים להגיד, אם מישהו חושב שבהזדמנות הזאת שאנחנו נוסיף את הססיות, נקרא לו פול טיימר ונגיד לו שהוא לא יעבוד בחוץ, אז במקום לעשות משהו טוב, עשינו משהו רע. בסוף היום צריכים לזכור שאנחנו צריכים גם שיתוף הפעולה מרצון, לא רוצה להגיד שיתוף פעולה אחר, מהרופאים. אם יחשבו שמה שעשינו עכשיו פה, נתנו להם משהו ועשינו להם משהו לא טוב, לא נקבל את הנושא הזה.

השרה יעל גרמן:

זאת אומרת הרופאים פחות ירצו את הססיות ויותר את הפול טיימר.

דובר/ת:

אני לא יודעת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
דובר/ת:

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

מתקדמים.

השרה יעל גרמן:

מודל שמדבר על מקצועות.

דובר/ת:

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

דובר/ת:

אבל ממילא הבחירה היתה רק איפה שיש צורך בזה.

דובר/ת:

למודל שבו זה אחת האפשרויות, לא חייבים להחליט ססיות, פול טיימר. זו אחת האופציות שנמצאות

בידי מנהל בית החולים כדי להעלות את התפוקות שלו. רופאים יוכלו להחליט שטוב להם או לא מתאים להם. בית חולים גם יכול לשים תג מחיר שמוכן לתת ואולי לרופא מסוים זה יתאים ולרופא אחר זה לא יתאים. יש איזושהי התנגדות למודל כזה?

דובר/ת:

התשובה שלי היא לא, אבל אני רוצה להסביר. אני אומרת, בוודאי שכשמגדילים אצלו את הכלים זה בסדר, אבל כשאתה מגדיל סט כלים, אתה חייב וזה הרבה יותר מסובך, לכן אני אומרת, בתוך ההסכם להבטיח שזה נובע כמובן גם מהנקודות המתאימות, אבל יותר מזה, זה יהיה מאוד מאוד חשוב לראות שזה לא אפליה. אם שמים משהו כללי שיהיו ואז יכנסו ההסכמים ובהסכמים יחליטו, בהסכמי העבודה יחליטו איך זה הולך ומה לבחירה, אז זה בסדר, אני לא שוללת. ככל שיש יותר היצע על השולחן, זה יותר טוב. לא טוב שמנהל בית חולים והנהלה יחליטו בלעדית בעניין בלי גבולות, בלי עקרונות, בלי כללי משחק. כללי המשחק צריכים להיקבע. העובדה שלא היו כללי משחק, לטעמי גרמו להרבה מאוד בעיות במערכת, כולל העובדה שבגלל זה נוצרים כל מיני גופים ליד, ששם רוצים לשחק ללא כללים. אני מדברת על תאגידי הבריאות, אם זה לא היה ברור.

דובר/ת:

הם לא צריכים הסכם קיבוצי, התאגידים?

דובר/ת:

אני בדיוק רציתי לדבר איתך עכשיו על זה.

דובר/ת:

התשובה היא לא.

השרה יעל גרמן:

אני חושבת שהיא די מרכזת את הדיון, וכמו שאמרתי, בהנחה שאנחנו מדברים על קיצור תורים, מה שאני מבקשת כרגע זה לעשות סבב ולשמוע מה דעתכם, האם באמת פול טיימר זה האמצעי שיביא לנו לקיצור תורים או שמא ססיות או כמו שכרגע הוא אמר, אנחנו מציבים את המטרה - קיצור תורים או כל רעיון אחר. אני רק מבקשת שאנחנו נתרכז, זאת אומרת פול טיימר כאמצעי ולא כמטרה. בבקשה.

דובר/ת:

אין לי בעיה, אפשר לקרוא לו פול טיימר. אפשר לקרוא לו משה זוכמיר. אין לי בעיה. אפשר לקרוא לו מקצר תורים. אין בעיה שיקרא איך שאנחנו רוצים לקרוא לו בישראל. בואו נשים את הכול על השולחן. רבותי, אנחנו ועדה לחיזוק הרפואה הציבורית. זו לא ועדה רק לקיצור תורים. זו ועדה לחיזוק הרפואה הציבורית. תורים הם, מישהו אמר סימפטום. אני אפילו מחמיר יותר. זה סינדרום, זה תסמונת, תסמונת מאוד חשובה, כבדת משקל. לדעתי קיצור תורים הוא מאוד חשוב. אפשר לקצר תורים בתקציב יעודי לשנתיים-שלוש. ראינו את הפרסומים בספרות. זה קיצר אבל לא החזיק מעמד. אני מוכן גם להתפשר שיהיה תקציב לקיצור תורים, אבל הרעיון הזה זה שעת כושר לוועדה. זו שעת כושר לשירותי הבריאות בישראל, לצאת מהקופסה, פשוט מאוד לצאת מהקופסה ולנסות וליישם את הרעיון. הרעיון הפיך. באמת אפשר להתחרט אחרי כמה שנים. אם אתה מכניס רפואה פרטית בתוך מערכת ציבורית וזה יתערב, קשה לך לתקן, קשה לך להוציא את זה מזה. פול טיימר אחרי 3,4,5 שנים אתה יכול



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

באמת להגיד, לא הצלחתי, או אתה יכול לשנות את השם שלו. אני חושב ששווה לנסות את זה. אפשר גם לעשות פיילוט ולראות לאן זה הולך.

דובר/ת:

אני חושב שיש הרבה סיבות למה הייתי רוצה לראות רופאים בבית חולים הרבה מאוד שעות, מחויבים להיות שם מהבוקר עד הערב. קיצור תורים זה אחד מהם, אבל אני חושב שזה ערך הרבה יותר חשוב. אני חושב שאם הרופא יהיה שם מהבוקר עד הערב והוא יהיה מחויב למקום הזה כמקום העבודה העיקרי, זה הרבה יותר מאשר קיצור תורים. כמו שלא אמרתי, יש עוד הרבה מודלים שגם יכולים להיות יותר זולים, משמרת שנייה, ססיות. זה חשוב מאוד, אבל אני חושב שקצת בוועדה פספסנו שאנחנו יותר מדי מדברים על קיצור תורים כמעט המטרה העיקרית והיחידה. יש הרבה מאוד בעיות אחרות. רופא שנשאר כל היום, זה מקום העבודה שלו, הוא רואה את החולים שמגיעים קשים בשעה 18:00 ולא רק בשעה 13:00 בצהריים, הוא נמצא עם הסטודנטים כל היום, הוא עושה סיבוב במחלקה בשעה 17:00 לראות את החולים, כי הוא נמצא שם, וכן הלאה. זה ערך אדיר להשאיר את הרופאים הרבה מאוד שעות בבית החולים, ואם בזמן הזה הוא גם מנתח ומקצר תורים, אז הרווחנו כמה וכמה פעמים, לכן אני מאוד בעד הרעיון הזה כרעיון שאנחנו רוצים לקדם אותו. צריך לזכור שהוא עולה כסף והוא יעלה לדעתי הרבה כסף. אני הייתי רוצה לראות אותו לא רק באותם מקרים שבהם צריך קיצור תורים. אם תגידו לי שבמחלקה מסוימת, עור, חשוב שיהיה רופא טוב בערב לראות עוד את החולים וכדומה, גם שם אני רוצה לראות את זה. זו איזה דמות או דמויות שנמצאות שם כל הזמן ולא רק באותם מקומות שנמצאים היום במצוקה של תורים. זה שינוי בכלל בחשיבה של מה הרופא, מה המחויבות שלו על מקום העבודה. דיברנו בזמנו על עבודות שמראות שאם אתה מרכז את כל העבודה שלך במקום אחד, יש פה יתרונות. אתה עובד עם אותו צוות כל הזמן, אתה מכיר את האנשים, אתה לא רץ לכמה מקומות. זה נותן רפואה הרבה יותר טובה, שירות הרבה יותר טוב. אני מאוד בעד הרעיון הזה. אני אומר שהוא עולה כסף.

לשאלה האם לחייב אותו רק לעבוד באותו מקום ולא להיות עובד במקום אחר, פה באמת יש הרבה דקויות. אז להנהלה נראה לי שזה נכון, אבל צריך לזכור, אם אנחנו אומרים לו שאין לך אופציה נוספת, יש לזה מחיר, כי בכל זאת הוא מוותר על דבר, וכשאתה אומר למישהו לוותר על משהו, יש לזה מחיר כבד והשאלה האם בגלל המטרה הזו שאנחנו לא רוצים שהוא יעבוד במקום אחר, אנחנו רוצים לשלם את המחיר הכבד הזה. אני לא בטוח. אם תגידו לי שהעובדה שתהיה לו את האופציה לעבוד בעוד מקום מקלקלת משהו במודל הזה של הפול טיימר, שהוא כבר לא יהיה מחויב, אז צריך לחשוב על זה, אבל רק צריך לזכור שהעובדה שאנחנו אומרים פול טיימר, המשמעות הזו, יש לה מחיר. פול טיימר, האם זה שהוא מחויב באופן מלא לאותו מקום או שהוא נמצא מלא במקום אחד. זה לא אותו דבר. המילה פול – יש לה שתי משמעויות. משמעות אחת זה שהוא נמצא הרבה שעות במקום אחד, אבל עדיין יכול אולי לעשות עוד דברים. או שהוא מחויב רק למקום אחד ואסור לו לעשות דברים אחרים. לאופציה השנייה יש מחיר. אני חושב שכנראה להנהלה אולי צריך ללכת על זה. אפילו שם בגלל המחסור במנהלים והעובדה שאתה בעצם אומר לו, בגלל זה אתה כבר לא יכול לעשות דבר אחר, יכול להיות שאתה מפסיד פה מנהלים טובים. זה מחיר כבד, לכן אני לא בטוח. זו נקודה שנייה. אני בזה לא סגור. אני לא מת על הרעיון של לאסור עליו דברים אחרים, אבל אני מת על הרעיון שניתן לו מספיק עבודה בבית חולים כדי שהוא לא ירצה ללכת למקום אחר, אבל לא לחייב אותו רק כערך, אלא בואו נדאג שיהיה לו מספיק פרנסה והכנסה ועניין להיות במקום אחד, שלא ירצה כל כך ללכת למקום אחר, אבל לא לחייב.

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



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

אני רוצה להתייחס לשאלה של השרה. אני חושב שהנקודה היא לא קיצור התורים, הנקודה היא שיפור הרפואה ואני רוצה לתת את הדוגמא האישית שלי. אני רופא ילדים. אני נהגתי לעבוד בקופת חולים. אני אתן מספרים. במקביל להתמחות במנהל רפואי עבדתי 11 שעות בשבוע. קיבלתי 24,000 ברוטו על הדבר הזה, זאת אומרת שזה יצא לי לשעה 2,000 שקל. חשבו שאני משוגע. עברתי לעבוד בחדר מיון כי זה מה שאני אוהב, להיות רופא רפואה דחופה. אני מקבל שם לערב שהוא תיאורטית מ-16:00 עד 23:00, אני נשאר עד 2:00 בלילה בדרך כלל, אבל אפילו אם נעזוב את זה, אני מקבל 700 שקל. זה יוצא בדיוק תשיעית מהמשכורת. מהסיבה הזאת, בשערי צדק שהוא המיון הכי עמוס בירושלים, רק שניים עד שלושה ערבים בשבוע יש רופא בכיר בערב. זו בדיוק המשמעות. כמעט 90% מהרופאים היו מעדיפים לעבוד כפול טיימרים ולעבוד במיון. בשביל זה אנחנו למדנו רפואה, לא בשביל לקחת משטח גרון, וזו דוגמא. אני חושב לכן שההתמקדות בקיצור תורים היא לא לב העניין. תארו לכם כמה חיים אפשר להציל. זה לא צחוק, זו לא מליצה.

השרה יעל גרמן:

שתי הערות שלכם באמת מאירות. הלאה.

דובר/ת:

רק רציתי לומר ללאה ששמעתי שברפורמות מאוד גדולות, כלומר הלכנו על הרבה כיוונים בוועדה ופה ושם הרגשתי שאנחנו צריכים גם לשים קצת סייגים למאזני הנפש שלנו, אז היא אמרה, מה פתאום, זה צריך להיות חזון וזה, ועכשיו בדבר יחסית קטן של פול טיימר, אז צריך איזה פיילוט קטן שמתחילים איתו.

דובר/ת:

הסיבה שאני תומך בפול טיימר זה לא כי זה רק לקיצור תורים, אלא זה גם לקיצור תורים. אני חושב שהפול טיימר זה מודל שנותן יותר מענים ליותר מטורות מאשר ססיות שנותן מענה רק לדבר אחד, ולכן אני חושב שאנחנו מדברים פה על משהו שהוא הרבה יותר רחב מקיצור תורים. לקובי רק תשובה - הסיבה שאני מפריד בין ניתוחים לבין חוות דעת שניות זה מכיוון שאני לא ארצה שהפול טיימר יעשה ניתוחים, מכיוון שלניתוח יש אפקט שלילי על המערכת שבה הוא עובד, על המחויבות שלו לבית חולים, להבדיל מחוות דעת שנייה שאז באמצעות רגולציה ופיקוח אולי עוד נוכל לייצר את ההפרדה הזאת.

השרה יעל גרמן:

יפה מאוד.

דובר/ת:

אני מתחבר לקובי, מתחבר לעדי. הגדרנו את המטרות. אמרנו, גם אתה רוצה נוכחות. אתה רוצה הוראה, אתה רוצה מחקר, אתה רוצה דרך אגב דמות חינוכית שתישאר שם ותשפיע גם על הסטז'רים והמתמחים. זה גם כן ניהול יותר טוב, יעילות יותר טובה, גם איכות וגם קיצור תורים. לקיצור תורים יכולים להיות אמצעים נוספים. יכול להיות שאנחנו נאמר, זה מנגנון אחד שאנחנו שמים בו את המטרות האלה.

השרה יעל גרמן:

ברור. יהיה גם את העניין של התמחור שדיברנו עליו.

דובר/ת:

כן, ואחרי זה יש לנו גם פרוייקט של קיצור תורים אשכרה, שבו נבוא ונאמר, ב-א', ב', ג' ו-ד' שבו יש 187 ימים של המתנה, הייתי רוצה באופן נקודתי לעשות פרוייקט קיצור תורים ולשלם שם פי 3 או פי 4.

השרה יעל גרמן:

כן, זה ברור.

דובר/ת:

מעבר לזה שיש מטרות נוספות, אני חושבת שדווקא לשאלה הספציפית לגבי קיצור תורים זה בסוף עניין של היקף ובשביל לייצר אימפקט שמדברים עליו, אם רוצים באמת שיהיה מעבר למטרות הנוספות שדיברנו עליהם, באמת תהיה תוצאה של קיצור תורים והאפקט הזה יתגלגל לחולים, הכול זה עניין של כמה פול טיימרים יהיו בסוף במערכת. זה שצריך להתנסות במודל ולראות מה עובד ואיפה הכשלים, אני לא מדברת על הדרגתיות של ההכנסה, אבל ההיקפים פה יכתיבו ולהיקפים יש משמעות כספית אדירה. אני לא אומרת שלא שווה לעשות את זה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השרה יעל גרמן:

את לא מתנגדת לפול טיימר.

דובר/ת:

לא, אני אומרת שבואו נבין שבשביל לקבל את האפקט של פול טיימר שכולנו מקווים, צריך הרבה פול טיימרים. זה לא יכול להיות מעט מאוד שיושבים רק בהנהלה הבכירה. אתם רוצים הרבה מאוד פול טיימרים, זה עולה הרבה מאוד כסף וזו צריכה להיות ההחלטה וההבנה לשלם הולכים.

דובר/ת:

אני גם מצטרפת לרעיון של הפול טיימר, לפחות לנסות. כמו שאומרת לאה, יוליה רוצה ללכת בגדול. אני חושבת כמו לאה, שבאמת צעד אחרי צעד עם מתווה, עם תכנית, עם זה שכן נשיג תקציבים, אבל הכול שיהיה מתוכנן תוך בדיקה ואז נסיק את המסקנות בהמשך.

השרה יעל גרמן:

אוקיי.

דובר/ת:

שתי הערות קצרות. אחת, צריך לזכור שבתוך מערכת הבריאות זה לכולם. פסיכולוגים, אחיות, פרא רפואיים יכולים לעבוד גם בחוץ, לא רק במסגרת הציבורית, גם כשהם במשרה מלאה. רק שנשים לב. זה לא רק רופאים. כשכולם מדברים איתי על מורים, אז דברו גם על המערכת הזאת. דבר שני, הזכות של רופאים זאת זכות שהיא מעוגנת אצלם בהסכם הקיבוצי, והמשפט האחרון, רק שתביני, אין לי בעיה עם חזון גדול. אני אגב חושבת שגם הרבה מאוד דברים אנחנו יכולים ללכת עקב בצד אגודל.

השרה יעל גרמן:

יש לנו פה קונצנזוס סביב השולחן לגבי הפול טיימר. באמת ההערות היו מאוד חשובות, שבאמת

הפול טיימר לא נותן לנו רק קיצור תורים אלא נותן לנו גם השבחת איכות הרפואה, הישגות של רופאים במשך זמן רב בתוך בית החולים, לחזק את הרפואה. זה אולי באמת יותר מכל מה שאנחנו דיברנו, זה בוודאי מחזק את הרפואה. אז קודם כל זאת ההסכמה. אני חושבת שאנחנו עדיין לא גמרנו ולא דיברנו לגבי מה אנחנו מאפשרים לפול טיימר, האם אנחנו מאפשרים לרופא פול טיימר לעבוד רק במגזר הציבורי כלומר בקופות חולים או האם אנחנו גם אומרים, אוקיי, בסדר, אתה יכול גם לתת חוות דעת רפואית שנייה במגזר הפרטי בתנאי שאתה אחר כך לא לוקח את אותו אדם ולא מטפל והוא במגזר הפרטי.

הוא מעיר כאן הערה שהיא לדעתי דומה מאוד להערה לגבי התקציבים. בא ואומר, אבל זה לפתוח את הסכמי העבודה של העובדים. חברים, זה בדיוק כמו שאנחנו אומרים, זה לעמוד מול האוצר ולבקש עוד תקציבים. אם אנחנו באים ואנחנו אומרים שאנחנו חושבים שזה חשוב, ויושבת איתנו גם נציגת ה"ר", אז בהחלט יכול להיות שיש מקום לפתוח את הסכמי העבודה. בהחלט יכול להיות, ממש כמו שיש מקום לבוא ולבקש עוד תקציבים. מה זה משנה? למה פה כן ופה לא? השאלה הזו צריכה להיות אקוויולנטית לשאלה של האוצר. בסופו של דבר צריך יהיה להגיע לכמה שיותר הסכמות. אי אפשר יהיה לא לעבוד בניגוד להסכמים ולא לעבוד בניגוד לאוצר, לכן לאה ופנר, עדי, ספי ואורי יושבים, ועכשיו אנחנו צריכים לקבוע מתי יושבים.

(הפסקת צהריים)

השרה יעל גרמן:

לפני שדורון יתחיל, אני אומר כמה מילים. אנחנו באמת הסתובבנו סביב הנושא הזה כל הזמן, עם

זאת אני מאמינה שאנחנו טיפלנו בבעיות האמיתיות של המערכת. זה לא קפצנו למים הסוערים, זה לא פירק את הספינה שלנו. אנחנו מגיעים למים הסוערים כשאנחנו, אני חושבת, מאוחדים, כשיש לנו תמימות דעים לגבי מרבית הנושאים. אני חושבת שיש אווירה טובה ודדי וזה מאוד מאוד חשוב ולא בכדי השארנו את הנושא הזה לסוף. היו אפילו כאלה שחשבו צריך להשאיר את זה לעוד כמה ימים, אבל אין ברירה. אם אנחנו רוצים לעמוד בלוח הזמנים, אנחנו חייבים לקפוץ למים הסוערים והקרים ולנסות ולצאת משם עוד יותר מחוסנים, כך אני מקווה. אנחנו נשמע את שני הצדדים. יש לי בקשה, אני יודעת שאלה נושאים שנוגעים ממש בלב ליבו של כל אדם וישנם אנשים שזה ממש האידיאולוגיה שלהם, האני מאמין שלהם, לכבד כל מי שמדבר. אין ציניות. כל



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אחד מדבר במלוא הרצינות ובמלוא הכבוד ומבין שכל מי שאומר משהו אחר, האחר מאמין בו, ממש באותה מידה שאני מאמינה בשני. שיהיה בהצלחה.

דובר/ת: בקשה לי אליכם בהמשך לדיון של הבוקר. את אותם הקבצים הכתובים של הדיון על ההסכמות, אנא תחזירו לי או שתבטיחו לי שזה לא מתגלגל הלאה, כי זה גם בלאו הכי לא הנוסח הסופי. זה אחד. שניים, מכיוון שהמהות של הדיון, שהולכים לדבר על השר"פ, אז בעצם בין שאר המודלים שהוצגו זה המודל שנקרא המודל המשולב שהוצג על ידי יוליה, יוג'ין, קובי, אז ככה להכניס אתכם בחזרה לאווירה. אני לא חושב שקובי צריך לחזור על כל המודל כולו, אבל אני חושב שבתור פתיחה לדיון וגם מן הסתם מן הטעם שמחר קובי לא נמצא איתנו, אז אנא, בוא תפתח אתה. הוא זכה במרכז להיות אחר, ומשם נמשיך.

דובר/ת: אני אומר כמה מילים. אני מניח שזה יהיה דיון, אז אחרי זה אני אדבר יותר ואחרים ידברו. אני אתחיל מנקודת המוצא שלי. נקודת המוצא שלי שרפואה עולה הרבה כסף ותודה לאל או טוב שההוצאה הזו היא הוצאה מוצדקת לפי כל מה שאני מכיר מהספרות וממה שנעשה גם בארץ וגם בעולם. אני חושב שיש לי שתי תובנות שהן נכונות כנראה לפי מה שאני מכיר. בריאות זה דבר שעולה כסף והולך לעלות הרבה כסף בשנים הקרובות בכל העולם לא רק בישראל, וזו הוצאה נכונה, כלומר זו הוצאה שהיא לא על דברים שהם עולים הרבה ולא נותנים הרבה. זה דברים שעולים הרבה ונותנים הרבה ואני חושב שמערכת הבריאות בישראל, לא משנה כמה היא תהיה יעילה, אם היא רוצה לתת רפואה איכותית, ואני מדבר על המערכת הציבורית כמובן, תידרש להרבה מאוד משאבים ואני חושב שאנחנו צריכים לתת את זה. אני חושב שזה לא רק תוצר יותר גדול, באמת שלא. זה נותן איכות חיים, זה נותן אורך חיים, זה נותן שלוה, זה נותן הרבה מאוד דברים. קשה היום לחשוב על הרבה השקעות ציבוריות שהן כל כך "משתנות" כמו השקעה בבריאות, אם אנחנו יודעים למדוד נכון את התשואה, ואני חוזר ואומר, התשואה בעיניי זה לא עוד תוצר או עוד יום עבודה, אלא איכות חיים אחרת. לכן אני חושב שאנחנו נידרש להרבה משאבים. אני חושב שלמערכת כמו שאני רואה אותה, הציבורית, יהיה קשה להשיג את המשאבים האלה ואני חושב שצריכים, ואני חייב להגיד את זה לפני שאני מדבר על שר"פ או על רפואה פרטית או איך שאתם רוצים לקרוא לזה. אני אמרתי ואני חוזר ואומר את מה שאמרתי כמה וכמה פעמים. תנאי ראשון והכרחי לכל מה שאנחנו מציעים פה בכל המודלים, זה שהמערכת הציבורית תתחייב בצורה מאוד ברורה לתוספת משאבים קבועה, ברורה, שתגיע למערכת הציבורית. אני לא חושב שהמקור העיקרי צריך להיות רפואה פרטית או תיירות. המקור העיקרי וגדול בהרבה מאחרים, זה רפואה ציבורית שבאה מכסף ציבורי, אם זה מנגנון האוטומטי שגבי ואני הצענו, אם זה מנגנון אחר, אבל זה חשוב שיאמר פה שזה בעיניי תנאי הכרחי לשיקומה או להשאתה או לשיפורה של המערכת. אני חושב שבנוסף למנגנון הזה צריך ואפשר להביא עוד כמה משאבים למערכת. אנחנו דיברנו היום לפני שנכנסו לדיון הזה על פול טיימר כאיזשהו יעד מאוד חשוב לשיפור מערכת הבריאות לא רק בגלל קיצור תורים. אני חושב שלמערכת הזו נדרשים עוד משאבים לעוד הרבה דברים שקצת נשכחו בזמן האחרון, וזה שיקום תשתיות בהרבה מקומות והכשרת רופאים רבים והפריפריה וכדומה, ובריאות הנפש וכדומה. המערכת הזאת תידרש בעיניי להרבה מאוד משאבים ואנחנו צריכים להשיג את המשאבים האלה. אני חושב שזה נכון ואפשרי להביא עוד מקור הכנסה למערכת, שזה רפואה פרטית, אם זה דרך תיירות מרפא ואם זה דרך שירותים פרטיים שימכרו או ינתנו במסגרת בתי החולים הציבוריים. אני חושב שזה מקור הכנסה שהוא לא העיקרי, אבל הוא יעזור למערכת הזו להשיג את המשאבים שהיא תידרש להם לצורך הפול טיימר ועוד דברים אחרים. אני אומר עוד פעם, אני חושב שגם אם יהיה מקור הכנסה אחר לפול טיימר, הוא יבוא על חשבון משהו אחר. גם אם מחר המדינה תגיד, אני נותנת כסף לפול טיימר וזה יהיה צבוע לפול טיימר או לקיצור תורים, יהיה לזה מחיר במקום אחר. זה לא יבוא סתם ככה בחינם כעוד כסף. לכן אני אומר, המערכת הזאת צריכה הרבה כסף ויש פה הזדמנות להביא עוד משאבים למערכת, שזה דרך רפואה פרטית שתימכר בבתי החולים או תינתן במסגרת בתי החולים הציבוריים ודרך תיירות מרפא. אני רואה את זה לא כמטרה, את הרפואה הפרטית בבתי החולים, לא כיעד אלא כאמצעי, כמקור הכנסה נוסף למערכת הציבורית ואם נעשה אותו נכון, אז הוא גם לא יהיה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עם תופעות לוואי קרובות מאוד. אני חושב שהבעיה שתמיד מדברים עליה, זה אולי דבר נכון או לא נכון, אבל יש לזה המון תופעות לוואי. אני חושב שהמנגנון שהצענו במסגרת המודל המשולב הוא מנגנון שיעשה את זה, יביא מקורות למערכת בלי עלות גדולה ובלי כל תופעות הלוואי. פה אני רוצה להתחבר רגע למודל הפול טיימר ולמודל שהוצע לפני שבוע. אם אני מבין נכון, ואולי האוצר יתקן אותי כי אין לי את המצגת המדויקת שלהם, אבל הם הציעו איזשהו מנגנון לרגולציה של הרפואה הפרטית בבתי החולים הפרטיים. המנגנון שהם הציעו הוא בעיניי מנגנון נכון, רגולציה של בתי החולים הפרטיים, אבל הוא לא יכול לעבוד הרבה יותר טוב בעיניי בבתי החולים הציבוריים?

מה אנחנו בעצם הצענו? ואני אחבר את זה למנגנון שהם הציעו. אנחנו הצענו בעצם מודל עם מספר רכיבים, ואני אזכיר את הרכיבים העיקריים: בית החולים יתן שירותים ציבוריים. בנוסף לזה הוא יאפשר ניתוחים ועוד כמה פרוצדורות לאלה שיש להם ביטוחים פרטיים או לאלה שאפילו רוצים לשלם מכיסם, שהם יקבלו שירותים במסגרת בתי החולים הציבוריים. המנגנון שהצענו, היה לו לדעתי שלושה חלקים עיקריים.

תגיד שזה בנוסף לפעילות הציבורית.

דובר/ת:

דובר/ת:ת/ת:

כן, בנוסף לפעילות הציבורית. אחר כך יוג'ין ויוליה, אם אתם רוצים להרחיב על זה, אתם כמובן מוזמנים. אני לא רוצה להאריך באמת את הדברים, כי דיברנו על זה לא מעט. הרעיון, בגדול יש לו שלושה חלקים. החלק הראשון הוא הפרדה בין הרופא למטופל בכל מה שקשור לאינטראקציה הכלכלית/כספית של הפעילות, וזה, אני רק אומר בסוגריים, דומה מאוד, אלא אם אני טעיתי, למודל שהציע האוצר בשבוע שעבר לגבי בתי החולים הפרטיים. הוא הציע את הרעיון של הפרדה בין המנותח למנתח. אותו דבר אנחנו מציעים בבתי החולים הציבוריים, כלומר אדם שיש לו ביטוח פרטי ורוצה לבחור מנתח מסוים במסגרת הביטוח הפרטי שיש לו או מכספו האישי, לא משנה, מתקשר לבית חולים ואומר, אני צריך לעשות ניתוח פרטי כזה וכזה, אני מבקש שתקבעו לי תור אצל ד"ר זה וזה. בית החולים אומר לו, הנה התעריף שלך, הנה מתי התור הזה נקבע והוא מגיע לניתוח ומנותח על ידי הרופא הזה והצוות שעובד עם הרופא הזה, כלומר אין קשר ישיר בקביעת מתי התור ומחיר התור, בין המטופל למטפל. אני לא נאיבי לחשוב שהמטפל לא ידע שהוא בחר בו. הפאציינט, איך שהוא יראה אותו, יגיד דוקטור, אני בחרתי בך. אני לא נאיבי עד כדי כך, אבל לפחות חלק גדול מהאינטראקציה שקיימת היום אולי במערכות אחרות פרטיות, לא תהיה פה. הוא מתקשר, קובע תור ונכנס לתור. זו נקודה ראשונה שהיא חשובה מאוד במודל שלנו.

רכיב שני שהוא מאוד חשוב במודל שלנו, וגם אם אני טועה, הוצע על ידי האוצר לגבי בתי החולים הפרטיים, והרכיב הזה אומר שעל הרופא ועל המחלקה ועל בית החולים יהיו מגבלות מאוד ברורות של כמה רפואה פרטית הוא יכול לעשות במסגרת העבודה שלו בבית החולים. הרעיון הוא שיהיה פה מכסות מאוד ברורות של כמויות, והרעיון הוא שבית החולים, בעצם בעיקר פעילותו תהיה ציבורית ויהיה לו פעילות מסוימת קטנה פרטית עם כמויות מתונות, מוגדרות היטב. אם באמת יש כאלה שמאמינים שאפשר לעשות את הרגולציה הזאת בבתי החולים הפרטיים כמו אסותא, הרצליה, מרכז רמת אביב ששם יש רפואה פרטית מאוד פורחת. אם אפשר לעשות רגולציה, אני מאמין שעל אחת כמה וכמה ניתן לעשות רגולציה כזו במסגרת בתי החולים הציבוריים. אני חושב שברגולציה על כמויות, אני אמרתי את זה כבר הרבה מאוד פעמים לכן אני לא אחזור על זה. רגולציה על כמויות ועל מחירים ועל כסף זה דבר שקל מאוד לעשות אותו. זה לא כמו רגולציה על איכות. אם אתה אומר שרופא נניח על כל 10 טיפולים ציבוריים יכול לעשות אחד פרטי, אז אתה א', קל מאוד לפקח על זה, ואני אתן את זה כדוגמה. ב', חלק גדול מהבעיות שאנחנו חוששים, נמנעות משום שהוא לא יכול לעשות הסתה מהציבורי לפרטי משום שיש לו מגבלות כמויות. הוא לא יכול להגיד לפאציינט, עדיף שתבוא אלי בתור פרטי כי זה יהיה יותר מהר, כי קודם כל כמו שאמרנו, עיקר האינטראקציה לקביעת התור לא תהיה מול הרופא. יותר מזה, תהיה מגבלה מאוד חמורה לגבי היקף הפעילות שבית החולים יכול לעשות ברמת בית חולים, ברמת מחלקה וברמת רופא. אם אנחנו נעשה את הרגולציה הזו על מנהל בית החולים, לא שהוא יעשה את זה לעצמו, ומשם למטה, אז אני חושב שתופעות



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הלואי העיקריות שחששנו מהן, נמנעות, ואני חוזר ואומר, אם האוצר ואחרים מאמינים שאפשר לעשות רגולציה כזו במערכת הפרטית, אני מאמין שעל אחת כמה וכמה אפשר לעשות את זה קרוב לבית במערכת הציבורית.

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

הרכיב השלישי מתחבר למודל הפול טיימר שעכשיו דיברנו עליו בצורה כזו או אחרת, שהרופא עובד במסגרת בית החולים ובמובן מסוים הוא יהיה אדיש לחלוטין אם החולה שהוא מטפל בו הוא פרטי או ציבורי או תייר. מנהל בית החולים באיזשהו מובן במסגרת חוזה העסקה עם אותו רופא, אומר, אתה צריך לעשות פעילות כזו, לעשות כך וכך ניתוחים במשך החודש הקרוב. מבחינת מנהל בית החולים זה יכול להיות ש-5 ניתוחים יהיו ציבוריים, 3 יהיו פרטיים, 1 יהיה תייר, אבל הרופא במובנים מסוימים, לא יהיה מבחינתו שום הבדל בין החולים השונים. זה לא שיגידו לו, תשמע, על תייר אתה מרוויח 180, על פרטי אתה מרוויח 140 ועל ציבורי אתה כרופא תקבל 130 או 100. הרעיון בגדול הוא שיש לו חוזה השתכרות או חוזה עבודה עם בית החולים ובמסגרת זו הוא אמור לעשות פעילות מסוימת, ומבחינתו זה כמעט ולא ישנה. אני אומר כמעט, כי תמיד יכול להיות שיש פה עוד רכיבים שאני לא חשבת עליהם או שאפשר להציע אותם, אבל בגדול יש פה רכיב. הרכיב הזה, אני רוצה להגיד, הוא רכיב שאם אני מסתכל שוב פעם על המודל שהוצע בשבוע שעבר לגבי הרפואה הפרטית בבתי החולים הפרטיים, שם אי אפשר לעשות את זה כי הרופא הוא איננו עובד של בית החולים באסותא, ברוב המקרים, או בהרצליה. הוא, הרופא יהיה עובד של בית החולים, ולכן כעובד של בית החולים אני יכול לבוא ולהגיד לו, הנה מודל העסקה שלך, הנה הפעילות שלך, ואז הוא לא יכול כל כך להשיג וגם לא כל כך כדאי לו להשיג, כי זה החוזה הגלובלי שעליו הוא עובד. יכול להיות שהוא יקבל תשלום נוסף עבור ססיות כי לא סגרנו את מודל הפול טיימר או בנוס על ססיות, אבל אז גם לא בהכרח שהססיות שהוא יעשה במסגרת הציבורית, הוא יתוגמל אחרת מאשר פרטי או מאשר תיירות, כי זה שוב פעם בחוזה העבודה שלו. אני חושב שהמודל הזה הוא מודל שבסך הכול יתמודד עם עוד רכיבים שעלו במודל שהצענו, ואולי יוג'ין ויוליה ירצו להרחיב, מתמודד עם חלק גדול מהסכנות שקיימות היום. אני חושב שהביקוש לרפואה פרטית, לבחירת מנתח, לא יעלם. אני חושב שכל אלה שמצד אחד מפקקים ביכולת הרגולציה, באותה צורה, באותה נשימה אומרים, בואו נקטין את הרפואה הפרטית. אני קצת רואה פה סתירה. מצד אחד אנחנו אומרים שנורא קשה לעשות רגולציה. מצד שני אנחנו אומרים, בואו נקטין את הרפואה הפרטית. איך אפשר להקטין את הרפואה הפרטית אם אנחנו לא מאמינים ברגולציה? אם אתה מקטין את הרפואה הפרטית מחוץ לבתי החולים, אם זה על ידי מיסים, אם זה על ידי פיקוח על כמויות, אם זה על ידי כל מיני פיקוחים אחרים, זה אומר שאתה מאמין ברגולציה, אז אם אתה מאמין ברגולציה על הרפואה הפרטית, על אחת כמה וכמה אתה צריך להאמין שאפשר לעשות את זה בתוך בתי החולים הציבוריים שהם קרובים לעין, קרובים אליך, אתה יכול יותר לשלוט על הרבה מאוד רכיבים שקשה מאוד לשלוט עליהם כשהם נמצאים בקומה 4 בקניון רמת אביב כמו שהיום יש שם חדרי ניתוח פעילים כל היום. ההבדל הוא שברמת אביב ההכנסות מהפעילות הזו מתחלקות בין הרופאים לבין הבעלים של המקום הזה, שזה אדם פרטי לחלוטין. אני חושב שהביקוש לרפואה פרטית ישאר. הביקוש לבחירת מנתח ישאר. אני חושב שאם יש את זה, זה במקום שהכסף הזה יברח מהמערכת לכל מיני גופים אחרים, כדאי להשאיר אותו במערכת הציבורית או להביא אותו למערכת הציבורית, ולכן אני חושב שזה נכון שבתי החולים הציבוריים, הם שיציעו את הפעילות הזאת, הם שיהנו מההכנסות, הם שיהנו מהיתרונות לגדל שיש להם, מהתשתיות שיש להם, מהעובדה שאנחנו רוצים שהרופאים ישארו שם. עדיף שזה יתבצע שם מאשר במקומות אחרים. אני לא מאמין שאפשר להקטין את זה בצורה כזו שזה יעלם או ירד מאוד. אני חושב



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שאפשר להקטין את זה במידה מסוימת אבל אני חושב שעדיף שזה יתבצע בבתי חולים ציבוריים, ששם זה יתבצע יותר יעיל, יותר טוב ויותר רווחי למערכת הציבורית.

יש איזו טענה כל הזמן שזה דבר נורא ואיום. יש איזו סיסמא ששמעתי, "הזכות לבחור תהפוך לחובה לשלם" וכל מיני משפטים מהסוג הזה. רבותי, הדברים האלה פועלים במדינות אחרות. זה לא שבמדינות אחרות זה לא קורה. יש מודלים שונים של שילוב פרטי-ציבורי במתקנים ציבוריים. אני לא מדבר על שילוב בכלל. יש את זה באנגליה, יש את זה במדינות אחרות בצורות אחרות. אני לא אומר שזה אותו דבר, אבל זה לא חייב להיות שאם אנחנו מחר מנהיגים את זה, אז זה יתפשט לכל המערכת. אם אני שם מגבלה חמורה על הכמויות, על המחירים, על ההכנסות, אני חושב שזה לא יתפשט מעבר למימדים מסוימים וזה יהיה מקור הכנסה נוסף.

אני מאמין שהמערכת הציבורית צריכה לתת לנו הרבה כסף, אני מדבר על המדינה. הוא יגיד שאני תבוסתן, אני אגיד שאני יותר ריאלי ושלי חשוב מאוד שהמערכת הציבורית תקבל את הכסף שלה ולכן אני חושב שמאוד חשוב בנוסף למלחמה על התקציבים הציבוריים, להיות ריאלי ולהביא עוד משאבים. אני מאמין שהמשאבים האלה יכולים להגיע למערכת בלי לגרום הרבה נזק, לכן אני בעד המודל הזה.

דובר/ת: אני רק רוצה להזכיר שבמשך שנה אנחנו שמענו שהמודל שנמצא היום הוא מודל שקשה לדמיין לכלכלן מודל שהוא יותר גרוע מבחינת תמריצים לכל האנשים העוסקים במלאכה. אם היינו רוצים להמציא מודל שהוא יותר גרוע מבחינת תמריצים, היינו צריכים לעבוד מאוד קשה, ולכן הסטטוס קוו הוא מאוד מאוד גרוע לא במובן איכות הטיפול, שעדיין אנחנו ממשיכים, אלא מבחינת הדינמיקה שהוא - - - , לכן אני חושב ששינויים שוליים במודל הנוכחי זה לא באמת אופציה אם אנחנו לא פותרים את התמריצים. במודל שניסינו להכניס אנחנו ניסינו לטפל בתמריצים. דבר שני, אני רוצה לחזק נקודה אחת. אנחנו לא ממצאים גלגל. תמיד בכל רגולציה שאנחנו עושים, אנחנו קודם כל מסתכלים בעולם. - - - עשו עבודה מדהימה והראו לנו שאפילו בקנדה שהיא סמן קיצוני לגמרי, גם שם כבר מתחילים להיות סדקים והם מתמודדים עם אותן סוגיות. אני לא מדבר על ארצות הברית, אבל כל העולם האירופאי, כולם התמודדו עם אותן סוגיות של פייר/לא פייר, אחיד/לא אחיד וכן הלאה, ובכולם זה חי ביחד וזה לא משחית את המערכת והם יודעים לפקח על זה. אני רוצה להזכיר לכם את שני המומחים שהביאו לפה, אירופאים, שאף אחד לא שאל אותם מה דעתם על העולם לפני שהביאו אותם, ושניהם אמרו שמסיבות גם של פיזור מקורות וגם מבחינת היציבות של המערכת, מבחינת מניעת לחצים ושיפור של תמריצים, כדאי לעשות איזשהו עירוב של הדברים ולעשות את זה אפרופו עם שינוי, דרך אגב, שהמודל המשולב מכניס לתוכו גם שינוי רדיקלי מאוד בתמחור ותקצוב של המערכת שמספרת את התמריצים בצורה משמעותית. זה חלק משיפור תמריצים.

דובר/ת: הרופא לא יכול להיות לגמרי אדיש אם זה ציבורי או פרטי. בכל זאת הוא רוצה למלא את המכסה שאנחנו כן מרשים לו. אני יודעת שיש הפרדה כלכלית ואדמיניסטרטיבית.

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

דובר/ת: רק שאלות הבהרה, כי את הדיון עוד נפתח.

דובר/ת: שתי שאלות הבהרה בעקבות ההצגה שלו, רק להבין. התוספת משאבים היא בעיניך התניה להפעלה של המודל?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

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

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

דובר/ת: חס וחלילה, לא.

דובר/ת: שאלה שנייה, אמרת שיהיו מגבלות על כמות הרפואה הפרטית בבית חולים, ומה שאני הבנתי באיחור קצת מהמודל שהוא הציג, זה שתהיה מגבלה - - - , זאת אומרת - - - לכמות רפואה הציבורית מסוימת ואז אתה יכול לעשות כמה פרטי שאתה רוצה. מצידי שינתחו עד הלילה.

דובר/ת: אני אענה לך בקונטקסט של תיירות מרפא. אם אני מחר אומר לך, יש בית חולים שקיים היום, ואתה אומר, אני נותן לבית החולים כזה 5% מהפעילות שלי, אתה הרגת את כל היכולת של בית החולים הזה להביא רופאים מחו"ל, לבנות בניין ליד זה, להביא תיירי מרפא שיהיו שלישי מהתפוסה של הבניין, למלא את הבניין בשני שלישי של ישראלים נטו בלי עלויות למערכת ציבורית, להגדיל תפוקות ציבוריות, כי אתה מנעת את זה.

דובר/ת: בואו נעשה את האבחנה בין תיירות מרפא לבין זה. נכון שבקונספט זה אותו דבר, אבל היה לנו דיון בתיירות מרפא.

דובר/ת: אני בחרתי את זה במודע. למה אני בחרתי את זה במודע? כי זו דוגמא שממחישה לך שאני כן רוצה להגביל את זה, אני רק לא רוצה להגביל את זה בדרך שתהרוס תמריצים חיוביים שאני כן רוצה שיהיו במערכת.

דובר/ת: מה שבעיניי מפריד, זה שמה שקובי אומר, שעיקר מוקד העשייה של בתי החולים הציבוריים עדיין תהיה הפעילות הציבורית. במקרה ויום אחד יהיה פחות משאבים ציבוריים, אז אצלך יכול להיות שעיקר מוקד העשייה יעבור לפרטי.

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

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

דובר/ת: אז אני לא הובנתי לחלוטין. ההבדל היחידי אם אתה שם את זה כאחוז מההכנסות, אני חושב שזה פוגע בתמריצים חיוביים. נניח אני קונה ממך עוד 6 שעות ביום בנוסף ל-8 שעות, יש לך 14 שעות. אני קונה ממך עוד 6 שעות, מתוכם אני רוצה 2 ציבורי ו-4 אתה יכול לעשות פרטי. מה זה אתה יכול? אני במגבלה הכוללת שלך על פני הזמן. אתה לא בוחר. אני בוחר בשבילך, אבל המגבלה עלי כמנהל בית חולים, שלא יותר מ-4 שעות יהיו פרטי וזאת המגבלה. בזה זה נגמר. אני לא יכול עכשיו להגיד, תשמע, אין לי כסף אז אני עושה 6 שעות. אתה עושה 6 שעות, אתה מאבד את הרישיון, לכן אין הבדל.

דובר/ת: אני רק אגיד משהו יותר כללי גם אולי לשאלה שלך. תראו, אין פה מודל מושלם וכל מודל, יהיו בו בעיות, לא משנה מי יציע. אם זה מודל א', ב', ג', ד' אפשר די מהר למצוא שהוא לא פותר את כל הבעיות. אנחנו באמת כמו שאמרתי, מחפשים את הפתרון עם תופעות לוואי הכי פחות כואבות. א', לא ברור שיוג'ין ואני בכל דבר מסכימים. אני גם בעצמי לא מגובש בכל דבר. אני חושב שאני מגובש בעקרונות ואני חייב לרדת לפרטים, לא עכשיו, כי צריך לראות את הפרטים ולחשוב על כל דבר לכשעצמו כמו עם הפול טיימר, כמו עם מודלים אחרים שהוצעו פה. לא הכול סגור. הנקודה העיקרית שלי חשוב לומר בהקשר הזה היא מאוד פשוטה. יש פה רגולציה שהיא לדעתי מאוד קלה לביצוע. איך לעשות? על מה לעשות? אפשר להתווכח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

האם זה על המחיר רק או האם זה רק על ההכנסות או האם זה על כמויות, אפשר להתווכח על זה. אפשר לחשוב על זה. יכול להיות שבמחלקה מסוימת תעשה רגולציה לכמויות, כי שם זה קל, כי זה הכול אותה פרוצדורה. במקום אחר זה פרוצדורות שונות אז ההגדרה של כמויות היא בכלל לא מוגדרת. במחלקה פנימית יכול להיות שכמויות זה משהו אחר לגמרי מאשר במחלקה אחרת, סתם כדוגמא.

דובר/ת: כמויות ברמת הרופא?

דובר/ת: כל מה שאני אומר זה דבר אחד שהוא חשוב. שוב פעם, זו הדוגמא של משהו שלא קרה בהדסה בכלל כי אף אחד לא רצה לעשות את זה, אז תמיד נותנים את הדוגמא של הדסה למרות שאף אחד בעצם לא הפעיל רגולציה בהדסה, כי לא היה אינטרס. למה אני מתכוון? לעשות רגולציה על כמויות או על מחירים או על הכנסות במערכת ציבורית במדינת ישראל שאני מקווה שהיא מדינה שומרת חוק, זה דבר שהוא מאוד פשוט גם לביצוע, גם להגדרה וגם ליישום. בפיקוח בדרך כלל אומרים, לפעמים קשה לך להגדיר, לפעמים קשה לך ליישם. זה דבר מאוד פשוט ליישם. אתה בא ואומר למחלקה, את יכולה לעשות כמות כזו של פרטי. אני לא מאמין שמנהל המחלקה יהיה עברייני. אני לא מאמין שבית חולים יהיה עברייני. אם אתה מציג את זה לרפואה פרטית כמו שהציגו פה, על אחת כמה וכמה אפשר להציע את זה בציבורי. אם אתה בא לבית חולים ואומר לו, תשמע, אם אתה חורג מזה אני לוקח ממך איזשהו מס נוסף, כמו שהציעו לעשות קפינג על הרפואה הפרטית לפני שבוע באסותא, אז אתה בא למנהל בית חולים, אומר לו תשמע, אם אתה חורג מהכמות הפרטית שנתתי לך, אז אני לא מייד מפטר אותך ואני לא יורה בך ואני לא עוצר את החולים מלהגיע אליך, אני קונס אותך או עושה איזשהו משהו בתקופה הקרובה כדי לתקן את זה. אני מאמין שלמנהל בית חולים יש איזשהו אינטרס לשמור על חוק והחוק פה יהיה מוגדר מאוד. זה לא משהו שהוא פלואידי. הוא יהיה מוגדר. אלה הכמויות. אם אתה מגדיר לו את הכמויות, זה מאוד ברור מה הוא אמור לעשות והחששות שזה יתפשט ויעלה ויעשה דברים אחרים, לא קיימים ברגע שאתה עושה רגולציה כזאת.

דובר/ת: רק אני אשלים את המודל. אחד, הנחת המוצא, שקיימת רפואה פרטית בישראל. זה בהקשר של המודל. השאלה ששאלנו את עצמנו, היכן עדיף שהיא תתקיים? האם עדיף שהיא תתקיים בחצר שבו יש לי הרבה יותר אחריות ואני הרבה יותר יכול להטיל רגולציה ואני מנצל את יתרונות הגודל, או שאני מייצר את המודל של מעבר לכביש עם כל החסרונות של מעברים, של גריפת שמנת וכל דבר נוסף שאנחנו דיברנו עליו בתחילת הוועדה ואולי הדברים קצת נשכחו. אז שאלת ההכנסה פנימה, ההכלה והכללת הרגולציה עמד לנגד עינינו, זה פעם אחת. פעם שנייה, מדובר/ת: פה גם באיזשהו ניסיון להימנע ממצב של אפליית פריפריה כפי שהיא קורת היום. היום הפריפריה מסבסדת שירות איכותי במיוחד עבור תושבי המרכז ואיפה שיש לנו נגישות לרפואה פרטית. מודל אסותא שדרג את רמת החיים של האנשים שחיים קרוב לאסותא. מערכת ציבורית בהגדרה פרוסה בכל הארץ והנגשת רפואה פרטית במידה זו או אחרת לאנשים שגרים גם רחוק מרמת אביב, זה דבר ראוי ונכון לעשות. אנחנו גם חושבים שזה יאפשר בחירת רופא וזה דבר שיאפשר גם לרופאים טובים להגיע ולהשתכן בפריפריה ולייצר שם את מרכז החיים, כי תהיה להם אפשרות לקבל תגמול ראוי. זה חלק מהתפיסה.

דובר/ת: שאלת הבהרה, ואם זה נאמר, אז אני מתנצל. פול טיימר יוכל לעשות שר"פ?

דובר/ת: הרעיון כמו שאנחנו ראינו אותו, בדיוק זה, אז זו נקודה מאוד חשובה להבהיר אותה. הרעיון הזה של להשאיר רופאים כל היום בבית חולים זה בעיניי רעיון מאוד חשוב, וכמה שיותר, יותר טוב, גם עם קיצור תורים וגם במחלקות שיש יותר אקדמיה. מהרבה מאוד סיבות אני רוצה לראות מה שיותר רופאים שרואים את בית חולים כמקור העבודה העיקרי שלהם מהבוקר עד הלילה עם כל מה שזה קשור. במסגרת העבודה הזו שלו, אני צריך לדאוג לו גם לעבודה ואני צריך לדאוג לעצמי כמנהל בית חולים גם שיהיה לי מקור לשלם על הדבר הזה, לכן חד משמעית הוא עובד בפול טיימר, ומנהל בית חולים, יש לו כסף



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לשלם לו מכמה מקורות, בין היתר המדינה והתיירות והרפואה הפרטית, והוא אומר לו, אתה עושה כך וכך פרוצדורות בחודש הקרוב, כשברור לכולם שחלק מהפרוצדורות האלה זה ציבורי, חלק פרטי וחלק זה תיירות.

דובר/ת: השאלה אם רק פול טיימס יכולים לעשות שר"פ או כולם?

דובר/ת: זו שאלה טובה. בגדול, אני חושב שאם הייתי יכול להגיע למצב שבו אני הופך את הרופא שעושה שר"פ לפול טיימר ויש לי את מקורות ההכנסה, הייתי עושה את זה, אבל יכול להיות שיש רופאים שאני לא יכול להחזיק אותם בפול טיימר כי אין לי מספיק עבודה בשבילם. עדיין יכול להיות שכן בוחרים אותם כמה אנשים. צריכים לחשוב איך פותרים את הבעיה הזאת. עדיין אני הייתי אומר לו, לא אולי כמודל של פול טיימר, תדע לך, אני משלם לך על הזמן אבל לא כפול טיימר, אבל עדיין זה יהיה ברור שהוא לא יכול להסית חולים שלו מהציבורי לפרטי כי מגבלת הכמויות תהיה שם כל הזמן.

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

השרה יעל גרמן: מי קונה את הזמן שלו?

דובר/ת: בית החולים.

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

דובר/ת: דבר שני ששונה בהדסה, אחד, שלא היתה רגולציה, ושנית, הרופא יודע, אני טיפולי לך, סוף החודש יש לי פלוס אחד על הניתוח הזה. עוד פעם טיפולי לך, עוד פעם.

דובר/ת: זה לא קניית זמן.

דובר/ת: זה קניית זמן.

דובר/ת: שאלת הבהרה.

דובר/ת: נאמר שלכל מודל יש יתרונות וחסרונות וזה ברור שזאת המציאות. הייתי רוצה מנקודת מבטכם, מה החולשה של המודל שלכם.

דובר/ת: אני מניח שגבי יגע בזה.

דובר/ת: לא, אני לא רוצה שגבי. את גבי שמעתי הרבה פעמים. אני רוצה דווקא מנקודת מבטכם.

דובר/ת: אולי תנסחי את זה כמו שדני קלמן ניסח את זה, שאני חושב שזה מאוד יפה. הוא אמר, הפעלנו את המודל שלך, אחרי שנה נכשלנו, בוא תסביר מה קרה שלא הצליח. אז אני אומר, בסדר.

דובר/ת: שתי שאלות. שאלה ראשונה, הרופא מקבל תשלום גלובלי עבור מה שקראת קניית הזמן, ומה הוא מקבל בעד העובדה שבחרו בו?

השרה יעל גרמן: כולם. במודל הזה שכרגע הוא הציג, התשובה היא כולם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
דובר/ת:

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

דובר/ת:

אבל אם הוא מייצר תור מאוד ארוך שאני כבית חולים לא נהנה ממנו. זה שיש לו תור עכשיו לשנתיים, אני דווקא אשלם לו פחות כי אני ארצה שהוא יפנה את אותם חולים מתוך אלה שיבואו אליו ויגיד להם תראו, יש לי - - -

השרה יעל גרמן:

אתם לא מסודרים ביניכם, אני מצטערת, כי זה שתי תשובות שונות אני מצטערת מאוד.

דובר/ת:

אז אני אסביר מה שהוא אמר. הוא אמר שאם הבן אדם מייצר יותר הכנסות לבית חולים, לא מן הנמנע שמנהל בית החולים יתן לו על הזמן יותר. אני אמרתי נכון, אבל אם הבן אדם הזה מכל מיני סיבות מייצר לו זנב ענק שכבר מפסיק לייצר הכנסות לבית חולים ומסית את האנשים מאנשים אחרים, אז אני אשלם לו פחות, לכן זו אותה תשובה.

דובר/ת:

עוד שתי שאלות הבהרה. אם אני מבינה ממה שאתם אומרים, זה אומר שכל רופא יקבל תשלום אחר?

השרה יעל גרמן:

כן.

דובר/ת:

אוקיי, זאת שאלת הבהרה אחת. שאלת הבהרה מספר 2 – האם מטופל שלא יכול היה להגיע לבית חולים בגלל שאין הסדרי בחירה פתוחים, לא יכול היה להגיע לבית חולים הזה, הוא יוכל להגיע לבית חולים הזה על ידי זה שהוא בוחר את הרופא?

דובר/ת:

כן.

דובר/ת:

זאת אומרת, הוא יכול לעקוף את הסדרי הבחירה?

דובר/ת:

לדעתי כן. לדעתי מדובר/ת: פה על הסדר שונה מהסדר הבחירה בסל הציבורי. זה לא הסל הציבורי.

דובר/ת:

לא חייבת להיות הלימה.

דובר/ת:

אני אתחבר למה שאמרה יעל בהתחלה, בלי ציניות. אני באמת רוצה שמבחינתי זה יהיה דיון רציני וענייני למרות שהוא גם טעון. אחד הדברים שהיו לנו במשא ומתן עם הדסה והתעקשנו עליהם ובעינינו הוא כן יתרון בשר"פ, זה שכולם, כל בית החולים הם פול טיימרים. אף אחד לא עובד בחוץ. אני מבין שאצלכם המודל אומר שכן אפשר לעבוד בחוץ.

דובר/ת:

בהתחלה אנחנו דיברנו על זה שאתה עובד או בפנים או בחוץ. זה מודל הדסה.

דובר/ת:

לא, לא. במודל הדסה אף אחד לא עובד בחוץ.

דובר/ת:

זה מה שאני אמרתי.

דובר/ת:

לא פר בן אדם. כל בית החולים. כל עובדי בית החולים.

דובר/ת:

תקשיב מה אני אומר. או שאתה עובד בהדסה או שאתה עובד בחוץ. אתה לא גם וגם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

זה מה שאמרתי, אז לכן אנחנו לא מתווכחים. בוא נסכים לפחות במה שאנחנו מסכימים. אני חושב שפשוט בהתחלה יכול להיות שזה יגיע לשם, אבל בהתחלה כשאתה מתחיל במצב שכולם יכולים לעבוד בכל מקום, יכול להיות שבהתחלה אתה לא תוכל לעשות את זה. אני לא יודע fine tuning שזה מבחינתי המודל שבו או שאתה עובד בחוץ פול טיים או שאתה עובד בבית חולים ציבורי פול טיים, הוא מקובל לגמרי. אני לא יודע. אני חושב שבטווח קצר זה יהיה קשה להתמודד עם ה-transition, אבל אם אתה מייצר מצב שבו אתה לא יכול לטפל באותו חולה גם בחוץ וגם בפנים, אפרופו "עובדה" וכן הלאה, אז אתה פותר חלק ניכר מהבעיות. אתה מטפל או שם או פה. דרך אגב, גם אנשים בהדסה עובדים בחוץ בקהילה.

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

דובר/ת:

תרשה לי רק לענות על זה בצורה קצת אחרת. אני חושב שהתשובה לזה קשורה לתשובה לדיון שהיה לפני כן. אני רואה את השר"פ או איך שתקראו לזה, את הדיון עכשיו, כעוד מקור הכנסה לבית החולים לממן את הפול טיימר. אם תחליטו או נחליט פה שהפול טיימר של בית החולים באיכילוב הוא כמו הפול טיימר בהדסה, אז הוא לא יוכל לעבוד בחוץ. אם תחליטו שהוא כן יכול לעבוד בחוץ, אז הוא יוכל לעבוד. אני לא רואה את החיבור הזה כחיבור שהוא הכרחי. אולי לדעתך זה שהחלטתם בהדסה מה שהחלטתם, או שהחליטו, יכול להיות שזה סתם להכניס איזושהי מגבלה יותר מדי חזקה כי עכשיו צריך לדאוג לפרנסה לכל הרופאים האלה בצורה שהיא אולי מגבילה מדי את בית החולים ויוצרת לחץ עליו להשיג משאבים כדי לממן את הרופאים האלה. גם שם זה מתחיל מנקודה אחרת, אבל אני אומר, זה בכלל מבחינתי לא לגמרי קשור לדיון של עכשיו. הדיון הוא האם לאפשר לפול טיימר לעבוד במקומות אחרים או שכולם יהיו פול טיימר. אינני יודע. אני אומר, אני רוצה כמה שיותר רופאים, כמה שיותר שעות בבית חולים. אני מעדיף ליצור להם את המקורות שישארו בבית חולים ואני גם חושב שאני יוצר ניצול יותר נכון של המשאבים. במקום שהוא ירוץ באמצע היום למקום אחר, אני מנצל את המשאב של בית חולים לכל מה שהמערכת הרפואית בישראל מבקשת, וזה רפואה פרטית ורפואה ציבורית וכדומה. זה הכול.

רק עוד התייחסות אחת למשהו שלא אמרתי ואני חושב שהוא חשוב. יש פה אמירה של כל מיני אנשים שאנחנו רוצים להקטין את הרפואה הפרטית על ידי מיסים על הרפואה הפרטית וכדומה. רבותי, זה לא עומד בסתירה. אני בעד זה גם כן. אני בעד מיסים על הביטוחים הפרטיים. אני אולי בעד מיסים על בית החולים על זה שהוא עושה רפואה פרטית. בעיניי זה הולך לא נגד, אלא להיפך. אני לא אומר, בואו נגדיל את הרפואה הפרטית כדי ליצור את מקור ההכנסה הזאת. חס וחלילה. אני לא אומר את זה. אני אומר, אני חושב שהרפואה הפרטית בישראל מתפשטת מהר מאוד. אני חושב שחלק מהסיבה שהיא מתפשטת כמו שהיא מתפשטת, היא בגלל שהיא ברחה לנו מחוץ למערכת הציבורית, ששם היה לנו שליטה עליה. אני חושב שההקמה של אסותא, המפלצת הזו, אני קורא לזה, אולי לא היתה קורת אם היינו מאפשרים לשיאב ולאכילוב לעשות קצת רפואה פרטית, לכן אני חושב שההתפשטות הזו, אפשר לשלוט בה יותר טוב אם היא נעשית בתוך הרפואה הציבורית, בפיקוח על הרפואה הציבורית ולא כמו היום, אז שלא יובן ממה שנאמר פה שאנחנו רוצים לקדם, להגדיל את הרפואה הפרטית. אני מאוד בעד המגבלות עליה, בעד הרגולציה, כל רגולציה שלא תהיה, אז אני חושב שהיא תהיה יותר טובה בתוך המערכת הציבורית.

דובר/ת:

שאלת הבהרה. שיעור המימון שתקבל המערכת הציבורית תלוי בעודף שהצליח בית החולים לגבות ביחס לשכר שהוא ישלם לרופא, נכון? חלק ילך לרופא מתוך מה שנקבע בפרטי וישאר מרווח שבית החולים גבה אבל לא שילם לרופא. מכיוון שאי אפשר להכריח רופאים לעבוד בבית חולים כזה, בבית חולים אחר, דווקא הרופאים שיש להם ביקוש גבוה, יש להם כוח מיקוח יותר גדול מבית החולים. יגידו לאדון בית חולים, אתה רוצה את ה-3 מיליון שקל שאני מביא בשנה? אין בעיה, תן לי מתוכם 2.9, אני אבוא אליך. לא תעשה אצלי? אני אלך לבית חולים לידך שיתן לי 2.9. יש מנגנון במודל שהוא מובנה למנוע את כוח המיקוח הזה של הרופאים?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:ת/ת: זה כמעט הדבר הגרוע ביותר שניתן להעלות, כי כל הרופאים הטובים יצאו ויעבדו באסותא. הרופאים הפחות טובים ישארו בבית החולים וכל האוכלוסיה בסוף תשלם באיזושהי דרך, בין אם באסותא או בין אם זה בבית החולים הציבורי. היתרון היחיד שאני ראיתי בשר"פ, מודל הדסה-שערי צדק על כל החסרונות שלו, זה שכולם כולם כולם עובדים אך ורק בבית החולים ואין עבודה בחוץ שהיא לא במסגרת בית החולים ומוסדרת דרך בית החולים, שאין ניגודי עניינים.

דובר/ת: יש לי שאלת הבהרה. אני מניחה שאתם מציעים בחירה במנתח שינתח בפועל. אם הבן אדם בוחר בו והוא יודע שהוא מנתח בעצמו, ולעומת זאת בציבורי אני מניחה שהוא יהיה הבכיר בחדר, אז בילד אין הוא יודע מי בחר בו באופן פרטי.

דובר/ת: אני לא חושב שאפשר להסתיר את זה. הוא ידע ואני גם אומר, אני לא עונה על החולשות בינתיים אבל אין ספק שיהיה פה התייחסות אחרת לחולה אחד. בואו לא נהיה נאיביים. אני עדיין מעדיף שההתייחסות הזאת תהיה בתוך איכילוב ולא במקום אחר.

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

דובר/ת: אני אמרתי שיש הפרדה?

דובר/ת: כספית, אבל עדיין הוא יודע מה - - -

השרה יעל גרמן: לא תהיה הפרדה.

דובר/ת: זה שהוא ידע, השאלה מה הוא יכול לעשות עם הידיעה הזאת. יש פה שתי רמות של מודעות. יש מודעות שגורמת לי גם לשנות את המהלך של הטיפול וליזום יותר מפגשים או לגבות יותר כסף או שאני יודע, אבל בפועל מי שעוסק בכל הפן הכלכלי, הכספי וההתקשרותי זה לא אני ואני לא משפיע על זה. עצם זה שאת מנתקת את הידיעה מהיכולת לפעול כתוצאה מהידיעה הזאת, זה לדעתנו ההתפתחות וההבדל בין המודל המשולב לבין שר"פ. בשר"פ אתה יכול להגיד, תבוא אלי עוד פעם, אני אקבל על זה כסף. פה אתה לא יודע, כי מי שמחליט האם הוא חוזר לאותו רופא או איפה זה נמצא, מי שמנהל את התורים, מי שמקצה את החולים, מי שמטפל בכל הצד של גביית הכסף, זה ההנהלה. זה בדיוק ההבדל. ההבדל הוא מי היזם של הפעילות. זה גם טיפה עונה, שלומי, לשאלה הקודמת. זה לא רופא ששוכר שטח בבית חולים ומעביר איזשהו תשלום של תקורה לצורך העניין, בשר"פ, שבעצם התפיסה היא שזה הזמן הפרטי החופשי של הרופא ובזמן הזה הוא עובד, הוא עובד בבית חולים ולכן הוא משלם דמי שכירות לבית חולים, אלא כל התפיסה באה ואומרת, האחריות על מה שקורה אחר הצהריים הוא של ההנהלה, של בית החולים. היא היזמית, היא זאת שאחראית לעשות את הדברים לכן אני גם יכול להטיל עליה רגולציה ולדרוש ממנה לעמוד בתפוקות ציבוריות אלו ואחרות ולכן גם כל מה שקורה בהתנהלות של החולה מול המטופל בכל הצד הכלכלי וההתקשרותי, יהיה על ההנהלה. לכן הידיעה הזאת, נכון, היא תהיה קיימת למרות שלדעתי היא תהיה מצומצמת יותר. יש לנו ויכוחים גם עליהם וזה בסדר. אתם כמה פעמים אמרתם. זה בסדר, יש פינות לא סגורות והתלבטויות ונמשך להתבלט כולנו ביחד. לא שלמישהו יש פה את המנדט על השכל, אבל בוודאי התפיסה שבאה ואומרת, הרופא עובד בבית חולים ויזם הפעילות הוא בית החולים, זה משנה חלק מהשאלות שעולות פה. ספציפית לשלומי, אנחנו נענה בסוף כי הוא מתייחס לכמה דברים.

דובר/ת: אמרת שבעצם הרופא יהיה אדיש באיזה סוג לטפל, באיזה סוג ניתוח, זאת אומרת שההנהלה אומרת לו, אתה צריך לנתח כך וכך ניתוחים. הסל הזה של הניתוחים יכול להיות בנוי מציבורי, פרטי, תיירות. הוא מבחינתו אדיש לאיזה ניתוח הוא עושה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הוא מטפל בבן אדם.

דובר/ת:

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

הוא לא מרוויח מזה.

דובר/ת/ת:

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

דובר/ת: אני שוכר אותך לשנה הקרובה. השכר שלך קבוע משלושה דברים: אחד, זה שכר שלך ל-8 שעות שלאחריים שלך קבעו, ל-8 שעות של הבוקר. אחר כך אני אומר לך, אני רוצה אותך ל-5 שעות אחר הצהריים כל יום. אני בא אליך ואומר, אני רוצה לקנות ממך את כל האחר הצהריים שלך, שהיום את מסתובבת בכל מיני מקומות ועושה ניתוחים. אני לא רוצה שתצאי מבית החולים, אני רוצה שתהיה פה. אנחנו מסכמים על מכסה של תפוקות סך הכול. לא מעניין אותך מה התפוקות. סך הכול התפוקות על פני שנה ואני משלם לך כך וכך בחודש. אם את עוברת את מכסת התפוקות בלי קשר מאיפה הן באות, אני משלם לך בונוס. עכשיו תסבירי לי בחודש פברואר מגיע אליך מישור ואת מחליטה שבמקום לא לעשות לו ניתוח, את כן רוצה לעשות לו ניתוח כמו שהיית עושה באסותא, כי אז היית מקבלת עוד 30,000 שקל. זה לא מזיז את השכר בסוף החודש שלך.

אבל לבית חולים יש אינטרס.

דובר/ת:

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

דובר/ת:

השרה יעל גרמן: אני אנסה להסביר את מה שהיא אומרת. מה שאתה אומר, אתה צודק, יש מחיר גלובלי, אבל היא באה ואומרת כך, לאה תעשה אחר הצהריים ויכול להיות שאף אחד לא יבחר אותה, אבל עדי הוא מאוד מאוד ידוע בניתוחים מסוימים וכולם מבקשים אותו, זאת אומרת שהמחיר שבית החולים יסכים עם עדי, יהיה הרבה יותר גבוה מאשר המחיר שהוא יסכים עם לאה. יוצא מכך שלרופאים בבית החולים יהיה אינטרס שירצו אותם כדי לקבל מחיר יותר גבוה, זאת אומרת שאין לחלוטין אדישות. אז התשובה היא, את צודקת. בוודאי שבסופו של דבר גוף ירצה שיבחרו אותו כדי שההסכם שלו יהיה יותר טוב מההסכם של מי שלא בוחרים בו.

דובר/ת:

אני רוצה לחדד פה שתי נקודות, אחת שיעל אמרה. קודם כל תראו, אם הייתי חושב שהרופא יהיה אדיש לחלוטין, הייתי קובע, לא הייתי מדבר על מגבלת כמויות וכל המגבלות האחרות. אני אמרתי, אין פה משהו מושלם, הכלי העיקרי שאני רואה שהוא הכלי שגם כנראה הוצע לרפואה הפרטית, ואני אומר את זה כי אני מניח שמי שהציע את זה לרפואה הפרטית מאמין שאפשר לעשות את זה. הכלי העיקרי שאני רואה בכל הרמות זה מגבלות של כמויות, זה רגולציה על כמויות. גם לבית חולים. את יודעת מה, עזבי את הרופא. ברור שאם בית חולים מקבל על X יותר מאשר על Y, יש לו תמריץ לעשות יותר מ-X מאשר Y, אם זה תייר או שר"פ או אדם פרטי או אוליגרך או אני לא יודע מה, לכן הדבר הכי חשוב בכל המנגנון הזה, זה מגבלה מאוד רצינית של כמויות בכל הרמות. אני אומר, בנוסף לזה אני לא רוצה שיהיה לו תמריץ מאוד חזק להעדיף חולה אחד על השני ולכן אני בעצם נותן לו את ההשתכרות הזאת בצורה קצת שונה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יש פה טעות אחת לגבי מה זה אדיש. יש אדיש כשהחולה עומד לידך או אדיש מה שאנחנו קוראים, אקס אנטה. אני רוצה שהרופא הזה יתאמץ שיצא לו שם טוב, שכולם ירצו אותו. זה בטח אני רוצה. שיתאמץ, שישקיע בחולים, שיהיה נחמד לחולים ויגידו, זה רופא טוב, הוא מקצועי, אני רוצה. אני לא כל כך רוצה שכשהחולה שוכב על המיטה הוא אומר, אה רגע, זה שילם, אני אתן לו ניתוח יותר טוב מאשר לשני. זה אני מנסה להקטין על ידי זה שהשכר שלו לא תלוי אם זה ששוכב עכשיו הוא אחד כזה או אחד אחר. אני אומר שוב, אני גם ויג'ין ויוליה אולי לא בכל סגורים לחלוטין. יכול להיות שאם אני ארגיש שזו חובה ואולי בזה נגיד לאה חושבת אחרת, יכול להיות שכן צריך לשלם לו קצת יותר על דבר אחד מאשר על דבר אחר. אני חושב שלא הרבה יותר ועם מגבלת כמויות. כן לתת לו בונוסים על דברים מסוימים, ואם תגידו לי שלטפל בתייר זה יותר יקר וזה דורש ממנו יותר מאמץ, אז אולי אני אצטרך לשלם לו יותר, אבל אני חושב שזה שהפערים בשכר, בהשתכרות שלו לא יהיו משמעותיים בין אחד שמשלם לו 20,000 והשני שמקבל עליו ססיה של 1,500, שזה חוסר אדישות. אם בא אליך מישו ואומר, הנה, קח 20,000 ופה אתה מקבל 1,500, אז זה אני לא רוצה לראות, והדבר העיקרי בעיניי זה מגבלת כמויות.

דובר/ת: יש עוד שיפור של תמריצים במובן הזה, זה שהיום אתה מייצר לעצמך, כמה שהתור שלך יותר ארוך, ככה אתה יכול לגבות יותר כסף בחוץ. יש לנו היום תרבות של סטארים והדרך הכי טובה לך לייצר את זה, זה גם להיות רופא טוב, אבל עוד יותר טוב שאחרים לידך, לא יהיה להם מוניטין, לכן אנחנו מייצרים היום בעצם, כמה שהשונות יותר גדולה, יותר טוב. במודל שלנו לבית חולים זה לא כדאי, כי בית החולים רוצה שכל הרופאים שלו יהיו מועסקים וכמה שהוא יכול לתת יותר, יהיה לו יותר טוב, לכן כשאתה מדכא את האחרים אתה פוגע בבית חולים, לכן בן אדם שיעשה כזה דבר ימצא את עצמו בחוץ. לעומת זאת בן אדם שמגדל את האחרים, הוא יכול להיות שיקבל תוספת על זה, כי זה לבית חולים נותן עוד הכנסות. זה בדיוק הפוך. זה משפר את התמריצים גם בתחום הזה.

דובר/ת: יש לי שלושה משפטים שאני רוצה לומר אותם. אחד, אני רוצה לומר שמאוד מאוד מדאיג אותי שאם המודל שלכם הוא כזה שלכל רופא או לכמה רופאים יהיה תשלום אחר ושכר הכול מדובר/ת:ת: בתשלום גלובלי. זה יוצר שתי בעיות: א', זה יוצר לנו בעיה. אני אומרת "לנו", כרגע בכובע של אירגון רפואי, כי זה אומר שאין שום משמעות יותר להסכמים קיבוציים, כי מנהל בית חולים ינהל משא ומתן. דיברנו על פול טיים, דיברנו על הכול. לא דיברנו על ססיות. זה בסדר גמור. צריך להגיד את זה שאני חושבת שזה מאוד בעייתי. במיוחד אני רוצה להגיד שזה בעייתי שגם היום כל מי שמכיר את שכר הרופאים, השונות בתוך בית חולים גם ככה היא בעייתית. אם אנחנו עכשיו הולכים להרחיב אותה, שבכלל לא יהיה שום מסגרות, אלא שכל אחד זה משא ומתן כזה, לדעתי זה מאוד בעייתי. לא רק כארגון אני אומרת את זה, גם כשמישהו מסתכל על בתוך בית החולים.

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

דובר/ת:ת:ת: הססיות היום הן שונות בין מקצוע למקצוע וזה נעשה בצורה מרוכזת. זה לא לרופא אחד הססיה עולה ככה, לרופא אחר הססיה אחרת.

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

דובר/ת:ת:ת: זה משהו אחר. עבודה נוספת בכל מקרה זה אחרת אבל יש כללים. זה לא כי הוא מבוקש יותר, או כי הוא מבוקש פחות. אגב ברוב המקומות, לא בכולם, גם דואגים שהססיות מתחלקות בצורה שווה. גם על זה יש דיוני דיונים, אבל זה גם לא עיקר העבודה, לכן תהיתי האם זו תוספת או האם זה כל הסכום. זה דבר שיכול להיות מאוד מאוד בעייתי. זה דבר אחד. דבר שני, שאם הולכים על מודל כמו שמישהו הציע אותו, אני רק רוצה להסביר בעיניי מה הדאגה, זאת אומרת שבכל בית חולים שהולך על זה, כולם צריכים להיות פול טיימרים. זה אומר שאנחנו אומרים שוב ברמת המטופל, ברמת האנשים, זאת אומרת שהרופאים כמעט לא יעבדו בחוץ. אני מרגישה שאנחנו לא יודעים להבין מה המשמעות והדבר הכי משמעותי, ואני לא



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אומרת עכשיו טוב או רע, צריך להבין שמרכז הכוח בתוך המערכת הזאת עובר להנהלת בית חולים. זה גם מול קופות החולים וזה גם מול משרד הבריאות וזה גם מול כולם, כי אם הוא שולט בקבוצת הרופאים ולכל מה שילך והוא זה שיקבע את זה, צריך להבין איפה - - - .

משפט אחרון, וזאת באמת שאלה שאני לא הבנתי אותה. אם אני הבנתי את המודל עד הסוף, מה שהסברתם עכשיו זה היה נראה לי כאילו שזה דומה מאוד, אם לא המודל שגבי ולא הציעו אותו, ההבדל הוא סוגיית המימון, והיום אנחנו מדברים על סוגיית האספקה.

השרה יעל גרמן: אנחנו כבר מדברים על הכול.

דובר/ת: לא, לא, זה בסדר, אני לא התכוונתי להגיד שעל זה לא לדבר. לא התכוונתי בשביל זה לעצור את זה. נראה לי שהתוצאה תהיה אותה תוצאה רק שבמקום שיבוא כסף בצורה של כסף או מהמדינה או העלאת מס הבריאות, זה פשוט יבוא מהאנשים.

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

השרה יעל גרמן: הוא אומר, אם לא כולם פול טיימרים, האם יש מצב שחלק יעבדו יום שני, שלישי בבית החולים הציבורי, יום רביעי, חמישי, שישי בבית החולים הפרטי?

דובר/ת: אני כבר עניתי על זה.

דובר/ת: דבר שני, יש תמריץ לבית חולים כמובן שאחרי 16:00 לבצע פעילות בשר"פ. האם אתם רואים במודל שלכם שיהיה פעולות בכלל בססיות? כי לבית חולים יהיה תמריץ לקבל יותר כסף והפעילות בשר"פ תהיה יותר כסף, תגרום לו לרווחים יותר גדולים ולכן אני לא רואה במודל שלכם איך בכלל תהיה פעילות ציבורית אחרי 16:00?

דובר/ת: התשובה היא רגולציה ואני אתייחס לזה.

השרה יעל גרמן: הגבלה של הפרטי. זה הם אמרו.

דובר/ת: מגבילים כמויות. אמרנו את זה כל כך הרבה פעמים, אבל נחזור שוב גם בהקשר הזה.

השרה יעל גרמן: יש הגבלת כמויות. כן, הלאה.

דובר/ת: לי יש שאלה. לפי המודל שלכם, מה יקרה לפי דעתכם בבתי החולים הפרטיים? כמות הניתוחים שם תתאפס, תישאר אותו דבר, תרד בקצת?

השרה יעל גרמן: זאת היתה שאלה אחרונה ועכשיו תשובות.

דובר/ת: בחישובים שלנו אנחנו הנחנו, זה סדרי גודל שזה בעצם מתוך התמהיל של ניתוחים פרטיים בחוץ להדסה, בשערי צדק זה בערך יהיה 70/30. 70 ילך לזה ו-30 ישאר במערכת הפרטית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

זה אומר שהפרטי הקלאסי, קטן.

דובר/ת:

קטן.

דובר/ת:

קטן ב-70%.

דובר/ת:

לא, לא אמרתי.

דובר/ת:

אני חושב שהמודל הזה יחד עם כל הרגולציה שהוצעה פה על הרפואה הפרטית, תגרום לרפואה הפרטית מחוץ לבתי החולים הציבוריים לגדול הרבה פחות ממה שהיא תגדל אם זה לא יהיה. זה המודל שלי. אני לא יודע אם זה יקטן. אם נעשה רגולציה חזקה על הרפואה הפרטית עד כדי כך שנצליח להקטין אותה, מה טוב, אבל אני מאמין שזה יעשה מה שנקרא containment לצמיחה לעומת המצב האלטרנטיבי.

השרה יעל גרמן:

אוקיי, לשאלה הבאה. אני מציעה להתחיל מהשאלה הראשונה שלה.

דובר/ת:

כשאת מדברת מה החולשות, את צריכה להגיד מה הבנצ'מרק, חולשות יחסית למה. יחסית למצב של היום יש לה מעט מאוד חולשות בהינתן שמערכת רגולטורית שאת מקימה, א', יש לה נתונים והיא מסתכלת על זה ב-real time, יש לה שיניים, ואנחנו ניסינו לתת לה שיניים, כל מיני קנסות ושלילת רישיונות, ושלישית, שהיא לא דוגמטית אלא היא מתאימה את עצמה. אם את חושבת על אופציה שבה ניתנים כל הכסף במערכת כמו בגרמניה, יש עודף של 30 מיליארד יורו במערכת הבריאות הציבורית, אז אני יכול לדבר על זה. יש פה כן יכולת של הסתת רופאים, אבל לעומת זאת יש פה פחות כסף שחור במערכת. לכל דבר כזה אני יכול לתת לך פלוס ומינוס. אנחנו יכולים לשבת ולדבר על זה. כל דבר שהוא לא מתופעל נכון, בסופו של דבר יהיו חולשות גדולות ותוצאות לוואי. אני חוזר למה שקובי אמר. אי אפשר לטפל ברגולציה במשהו שהתמריצים הם כנגד בצורה חזקה. ברית המועצות ניסו לדכא את השוק. לא הצליחו. מה שאנחנו עושים, אנחנו משפרים את התמריצים שוב ומוסיפים רגולציה. שני הדברים האלה ביחד אמורים לעבוד הרבה יותר טוב מאשר תמריצים גרועים עם רגולציה חזקה או תמריצים טובים בלי רגולציה.

השרה יעל גרמן:

אבל האם אתה בכל זאת רואה למרות הכול, האם אתה רואה חולשות?

דובר/ת:

חולשות יחסית למה? יחסית להיום? מעט מאוד.

השרה יעל גרמן:

האם אתה חושש שיהיה ביקוש יתר לפרוצדורות? האם אתה חושש שהשב"נים והביטוחים יעלו כתוצאה מכך? חולשות אובייקטיביות.

דובר/ת:

אני לא יודע אפילו להגדיר מה זה חולשה. אנחנו רוצים למסות את השב"נים ושהם יעלו יותר. מה שאני בטוח, שהאוכלוסיה שהגיעה היום לא נמצאת עם ביטוח או שב"ן או פרטי או שניהם, מצבה ישתפר כי זה מובנה לתוך המערכת.

השרה יעל גרמן:

זה שיש לו שב"ן ישתפר?

דובר/ת:

אני מדבר על זאת שאין לה שב"ן.

השרה יעל גרמן:

לא, לא, זו שאין לה, זה ברור.

דובר/ת:

לא, זה לא ברור לכולם.

השרה יעל גרמן:

יהיו פחות תורים, יהיו יותר ניתוחים. זה ברור.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

אני הבאתי יותר היצע של זמן רופא לתוך מערכת ציבורית, ללא תשלום.

השרה יעל גרמן:

ואלה שיש להם שב"ן?

דובר/ת:

אתם יודעים מה? משהו שלא ברור לכולנו. עצם זה שהרופא, אפילו אם הוא לא עשה ניתוח נוסף אחד, עצם זה שהרופא הבכיר נמצא בבניין של בית חולים לעומת בבניין 3 קילומטר ממנו, משפר את הבריאות של כל החולים בבית החולים.

דובר/ת:

אני גם רוצה לענות על זה. אני לא יודע אם זה חולשות. יש סכנות שבהחלט קיימות. אי אפשר להגיד שאין סכנות ואני חושב שהדיון הוא לגיטימי על זה. אני רק חושב שאסור שבסוף יברח מהדיון גם היתרונות הגדולים כשאנחנו מדברים פה על הסכנות ועל המנגנונים. אני מדבר על היתרונות הגדולים שגם אותם צריך לזכור לדעתי שישנם פה. לגבי סכנות – סכנה ראשונה זו הסכנה שאמרנו ושארנו אחרים יותר מפעם אחת, שתיווצר פה תחרות על רופאים מעוד מערכת מאוד גדולה שתצצה את הרופאים, כלומר אם היום לאסותא יש מונופול על הרופאים שרוצים לעשות רפואה פרטית, או לאסותא ולהרצליה, עכשיו יתחיל פה ביקוש על הרופאים והביקוש על הרופאים יעלה את שכר הרופאים, מה שייקר את המערכת. אני רוצה להתייחס לנקודה הזאת כי זו נקודה לדעתי ה-א-ב של כלכלה. אני חושב שהתובנה הזו לא נכונה והיא גם קשורה קצת לשאלה של שלומי. אני אומר את הדבר הבא: זה נכון שעכשיו נוצרים עוד אלטרנטיבות לעשות רפואה פרטית. פעם זה היה רק במקום אחד, עכשיו יהיו בחמישה מקומות שאפשר לעשות. זה יצור איזושהי תחרות על הרופאים. אני חושב שיש פה נקודה, שצריך לזכור קודם כל את הצד השני. ברגע שיהיו כמה מקומות שאפשר לעשות בהן רפואה פרטית, אז מי שירצה לזכות ברפואה הפרטית שיתבצע אצלו, אם זה אסותא או איכילוב או הרצליה, יצטרך להציע לחברת הביטוח תעריפים יחסית זולים כדי שהם יקחו פרמיה נמוכה. אני חושב שמה שאני הראיתי כמה וכמה פעמים פה על selective contracting, זה שכשאתה מציע את ההיצע שמגדיל את ההיצע של מי שעושה פרוצדורות, אם זה במקרה הזה ניתוחים, כשאתה מגדיל את ההיצע, המתחרים, אלה שמציעים את הפרוצדורות האלה, מורידים מחירים כי חברת הביטוח, יש לה אלטרנטיבה. היום להראל אין אלטרנטיבה, היא חייבת לעשות את זה עם אסותא או עם הרצליה. עכשיו הראל תלך לאסותא, תגיד, אם אתה לא מוריד לי את התעריפים על הפרוצדורות שלך, אני אלך לאיכילוב. אסותא או איכילוב לצורך העניין, כדי לקבל את המבוטחים של הראל, תצטרך ללחוץ את הרופאים שלה כלפי מטה. אני חושב שדווקא הלחץ הזה שנוצר כהגדלת ההיצע של מי שעושה את הפרוצדורות, יכול לגרום להורדת תעריפים ולהורדת השכר. אני חושב שזה מה שהספרות כמו שאני הראיתי אותה פה על עשרות מקרים, הראתה. אני לא מקבל את התזה שעולה פה, שמשנה ככה ציין אותה, כאילו שיש פה רופא אחד וכולם מתחרים עליו. נכון, אם היה רופא אחד או שניים, אתם צודקים, אז אסותא היתה מציעה לו 100 ואיכילוב תציע לו 120 ואסותא תציע 170 ובסוף זה יגמר ב-200. לא, אני לא חושב שזה מה שקורה. היום כמעט בכל פרוצדורה יש יותר מכוכב אחד, יש יותר מרופא טוב אחד ואם אסותא תציע למישהו כסף, אז איכילוב לא בהכרח תריב עליו. היא תגיד לו, אתה יודע מה, קח אותו, אני אבנה את הכוכב שלי שהוא קצת פחות ידוע. אני חושב שיש היום, תשאלו מי הרופא הטוב בניתוח כזה וכזה, יתנו לכם 5-7 שמות בהרבה מקרים. אני חושב שהתמונה הזו שכאילו האוצר מציג או אחרים מציגים, שיש פה איזה משאב מאוד מאוד מצומצם שזה הרופאים הכוכבים וכולם ירוצו עליהם, היא לא התמונה הנכונה או מה שאני חושב שיקרה.

השרה יעל גרמן:

זה דבר מאוד קריטי מה שאתה אומר, כי כשאני שאלתי את רוטשטיין ממש לפני יומיים, ואמרתי לו,

תגיד לי כמה כוכבים לדעתך יש בכלל, אז הוא דיבר איתי על 20-30 כוכבים.

דובר/ת: אז כל הזמן אומרים את זה, יעל.

דובר/ת:

אני אומר, הסכנה שהם מצביעים עליה קיימת. אני לא אומר שהיא לא קיימת. אני לא אומר שזה לא

אפשרי. אני לא חושב שנקבל פה תחרות כזו על כוכבים שתגרום לפרמיות לזנק, כי אני חושב שבפעם יש פה תחרות על



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

המבטחים ועל המבוטחים וחברות ביטוח יתחרו על המבוטחים דרך הורדת הפרמיה, והדרך להוריד את הפרמיה היא להוריד את מחיר התעריפים, ולהוריד את מחיר התעריפים זה ללחוץ את הרופאים כלפי מטה, והפוליסה היחסית אחידה שזה רק על הדבר הזה, התחרות מאוד עוזרת לנו. עכשיו כל חברת ביטוח תרצה להציע בחירת מנתח בפרמיה יחסית זולה ואני מאמין שזה הכיוון שילך ולא דווקא הכיוון של התפוצצות שכר. אני לא מכיר הרבה ספרות כלכלית שאומרת שהגדלת ההיצע יוצרת תחרות על גורם יצור והיא מעלה את המחירים. אני לא מכיר הרבה מקרים כאלה. אם היה גורם יצור אחד, אולי זה נכון, אבל יש מספיק רופאים.

סכנה אחרת שאני חושב שהיא קיימת ולכן הצעתי גם פתרון, אבל היא קיימת, זה שהמערכת הציבורית תגיד, אוקיי, יש לכם הכנסה פרטית, אז אני לא צריכה לתת לכם. תבוא המדינה או הממשלה, בבקשה, נוצר לכם פה מקור הכנסה, אם זה תיירות, אם זה שר"פ, אז המחויבות שלי היא יותר קטנה. לכן אמרתי שאני חייב במקביל את המנגנון האוטומטי, אחרת אני חושב שאנחנו בבעיה.

החולשה השלישית שהיא קיימת ואני מסכים שהיא בעיה, שבאותו בית חולים ישכבו חולים, חלק שבחרו את המנתח, חלק שלא בחרו את המנתח. יש סיכוי שבערב כשהמנתח עושה סיבוב במחלקה, תהיה לו איזושהי העדפה לאותו אחד שבחר אותו לעומת אותו אחד שלא בחר אותו. אני לא מתעלם מזה. אני מקווה שהוא יראה את שניהם כי הוא יהיה שם בערב לעומת אחר שהיה רץ למקום אחר. אני עדיין מקווה שהמשאבים שיהיו לבית החולים יגרמו גם לחולה הציבורי לקבל רפואה מספיק טובה ויגרמו לרופא להישאר שם בערב בכלל, כך שהעדפה הזו לא תורגש בצורה כל כך חמורה.

דובר/ת: כשאתה מדבר על selective contracting, המבטח סוגר מול הנהלת בית החולים את החוזה?

דובר/ת: כן.

דובר/ת: אבל אז אין בחירת רופא מכיוון שאני כשלומי פריזט רוצה לבחור את ד"ר דוד איקס. ד"ר דוד איקס, היום הוא עובד פה, מחר הוא עובד שם. הוא יכול לעבוד איפה שהוא רוצה. אם סגרתי עם איכילוב, אני יכול לקבל רק את הרופאים של איכילוב, אבל אני רוצה לבחור את דוד. איך אני עושה את זה עכשיו?

דובר/ת: עובר פוליסה.

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

דובר/ת: בית החולים.

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

דובר/ת: אתה יכול לבחור.

דובר/ת: אז אני יכול לבחור מתוך הפול של בית החולים.

השרה יעל גרמן: ההערה היא נכונה. ה-selective contracting הוא דרך בית החולים כשלבית החולים יש רשימה

של כוכבים. כאשר מישהו יתקשר עם ביטוח, הוא יראה מי הם הכוכבים. אנחנו סיימנו כרגע. אנחנו חייבים לעבור הלאה. הוא עכשיו יציג את הדיסרטציה שלו. לאחר מכן אני אומר לכם מה נעשה. אנחנו נתחיל להעמיד על הלוח יתרונות, חסרונות של שני המודלים, ושילובים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

אני לא אציג את היתרונות של השר"פ. אני מראש אומר לכם, אני אציג את החסרונות של השר"פ.

אני בעמדת נגד, שזה יהיה ברור, שקוף. אחד, כמובן שאין שום מודל אידיאלי. אני מסכים במלוא מובן המילה עם קובי. לכל מודל יש יתרונות וחסרונות וצריך לשקול כמובן את המאזן. הערה שנייה, זה לא רק נגד שר"פ. הדיון הזה, אנחנו כאילו מנתקים אותו מהמכלול הכולל ואנחנו עושים מהלך אדיר של הסכמות שהגענו אליהן הבוקר, אבל מי שאומר כן שר"פ או לא שר"פ צריך אחרי זה להגיד גם מה הוא עושה עם שאר הדברים של המערכת והסדרת הדברים של המערכת, כי עוד מעט תראו, אני חושב שחלק מההסדרה או ההסכמה הגורפת שהיתה פה לגבי הפול טיימר, מייתרת הרבה מאוד מרכיבים שהשר"פ רוצה לתת להם פתרון, לכן זה לא רק הבעד או הנגד, אלא איך זה יושב במכלול הכולל של המערכת.

נקודה שלישית עוד לפני שאני בכלל ממשיך הלאה, אנחנו יוצאים מאיזושהי נקודת מוצא בסיסית נוכחית כיום וכיום יש בעיות רבות, ואנחנו כל הזמן צריכים לשאול את עצמנו בהצגה של האלטרנטיבות לפתרון, איך הן פותרות את הבעיות הקיימות. אם אני אמליץ לכם איך להחליט בהכרעה בין מה למה, תשאלו את עצמכם איזו אלטרנטיבה פותרת הכי טוב את הבעיות. אף אחד לא תפתור את כל הבעיות, אבל הכי הרבה והכי טוב את הבעיות.

הערה אחרונה כמובן, הכי טוב והכי הרבה צריכה להתייחס גם לפן של היעילות של הפתרון הזה, וכן, מה לעשות, גם לפן האידיאולוגי, והסוגיה של ההספקה שלובה עם הסוגיה של המימון וזה אותו דבר בהקשר של השר"פ, כי עוד מעט תראו, מי שמממן את זה ואת הכסף הנוסף שאנחנו רוצים, אנחנו רוצים מהמערכת הפרטית של המימון, למה? כי אנחנו לא סומכים שהמדינה תיתן. שר"פ, מה זה? קודם כל נעשה מה שנקרא הבהרה מושגית. אתם מחייבים אותי לתת עוד הערה שלא תכננת אותה. אנחנו נכנסנו לקטע, ולצרכי ההגינות אני צריך לומר, לא רציתי להגן עליכם, של הפרטים של הפעלת שר"פ. הם לא סגורים וזה בסדר, זאת אומרת צריך לסגור את זה. יש הרבה פרטים והרבה מאוד רגולציה ואני מציע לא להקדים ולשאול את השאלה האחרונה של איך אני משלם את השקל האחרון לרופא שעובד אחר הצהריים. צריך להתרכז במהות הבסיסית של העיקרון, ואחרי זה כשנסכים על המהות הבסיסית של העיקרון, נמשיך ונמלא אותו בפרטים ונסדיר את הרגולציה ונסדיר את הפרטים וכן פול טיימר, שכן יכול לעשות שר"פ או לא. אז מבחינתי השר"פ, אני מגדיר אותו כך ולכן אני קורא לו גם שר"פ, זו אפשרות בחירת רופא, בדרך כלל מנתח בבית חולים ציבורי, כי הבחירה בפרטי היא חופשית ומבחינתי זה לא שר"פ, תמורת תשלום. עוד חלק מההגדרה הזאת – התשלום הזה מתבצע באופן ישיר או על ידי החולה או באמצעות חברות הביטוח, ואנחנו חיים היום בעולם שבו חברות הביטוח זה השב"ן והביטוחים המשלימים. עוד פרט אחד נוסף – היום יש אפשרות לבחור. איפה אפשר לממש אותה? אפשר לממש אותה בירושלים, שזו מערכת ציבורית מבחינתי, ובתי החולים הפרטיים. כאשר אני מחפש את המשקל שלהם במערכת הבריאות הישראלית, האשפוז הישראלי, אז הם מהווים היום 13% מהמיטות הכלליות, אז תגידו, מיטות כלליות לא מייצגות את עיקר הפעילות שהיא כירורגית. זה נכון. זה מבטא 20% מהמיטות הכירורגיות. יכול להיות שהמשקל של הפרוצדורות הכירורגיות יותר גדול מה-20, אבל זה הטווח. תזכרו את הפרופורציות. אנחנו מדברים בעולם שבו היום אין שר"פ בכמעט 80% מהמערכת. יש שר"פ ב-20% מהמערכת. יש לכם פה פריסה של בתי חולים לפי בעלות ומה זה ציבורי, מה אין שר"פ, מה יש שר"פ. יש את הממשלתי, 11 בתי חולים, יש קופות חולים, יש את המיסיון שאין שם הרבה ויש כמובן את הדסה ואת פרטי ששם עיקר הפעילות השר"פית, שהיא באחוזים של מיטות – 13.5%. כמו שאמרתי, הכירורגיה זה 20%. מה הסוגיה שעומדת היום? זה לא הפרטים של הסדרת השר"פ. הסוגיה המרכזית שעומדת לפניכם כרגע ואתם תצטרכו להכריע עליה, זה זה – האם להסדיר הפעלת שר"פ בצורה זו או אחרת, מוסדר, מפקח, רגולציות, כל מה שאתם לא רוצים, אבל ברמה העקרונית בחירת רופא בתשלום בכל מערך האשפוז הכללי בישראל. זו הסוגיה. יש מודל, הוא עובד בחלק מהמערכת ועכשיו השאלה אם להרחיב את זה ולהכיל את זה גם על תל השומר, גם על איכילוב, גם על בלינסון, גם על צפת, גם על פוריה, גם על סורוקה, או אני הצעתי משהו אחר אבל לא נחזור למה אני הצעתי. או לשמר את מה שקורה כרגע ולהתחיל לעשות הסדרות אחרות במתכונת של פול טיימר כדי להסדיר את הבעיות הגדולות של המערכת. זו הסוגיה. בואו לא נתווכח על הפרטים של איך מפעילים שר"פ. הסוגיה אם אנחנו



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רוצים את זה כמודל דומיננטי, מרכזי במערכת הבריאות הציבורית בישראל. אני אשאל את השאלה הזאת ואני אציג את עמדת הנגד ואני אבדוק את זה על בסיס של אם זה יקרה, מה זה יעשה. אני אשאל את השאלה הזאת לגבי מה זה יעשה לעלות, מה זה יעשה ליעילות, שתי שאלות מאוד מאוד חשובות. מה זה עושה לשוויוניות. דרך אגב, למה שתי השאלות האלה חשובות, עלות ויעילות? כי אם זה עולה יותר כסף אבל זה נותן יותר בריאות, אז אין לי בעיה. בסופו של יום אני אמרתי לכם שזה עולה יותר כסף וזה נותן פחות בריאות. אני אשאל את עצמי מה זה עושה לשוויוניות. אני אשאל האם ההתפתחות האדירה בענפי הביטוח המסחרי והשב"ני נותנים איזשהו פתרון או מענה יותר צודק או יותר נכון לסוגיית השר"פ שהיא סוגיה יחסית ישנה. אני אשאל גם הסדרי שר"פ מרוכך ומנגנוני בקרה כפתרון לכל החסרונות של השר"פ, כי יש חסרונות - - - מה הדרך להתמודד איתם, בואו נסגור אותם על ידי הרגולציה. אני אשאל גם את השאלה הבאה, זאת אומרת אם השר"פ הוא איזשהו אמצעי לפתרון של בעיות, האם יש אמצעים אחרים לפתרון אותן בעיות בצורה יותר יעילה ויותר שוויונית. בסוף אני חייב לגעת בנושא של הזכות לבחור, שעולה פה, כי זו סוגיה קשה.

בואו נתחיל עם הסיפור של העלויות ויעילות. אמרתי שהיום המצב הוא כזה שיש בחירת רופא. אפשר לממש את זה ב-20% מהמיטות הכירורגיות. אני מוכן אפילו לאמץ את ה-25% מהפרוצדורות הכירורגיות שנעשות במדינת ישראל. מחר פותחים את הכול אם יש שר"פ, זאת אומרת כל מערך האשפוז הכללי, אופצינאלי פתוח לבחירה. זאת אומרת, כמות הפוטנציאל של העשייה של הבחירה, גם אם תגביל אותה באופן כמותי, יחסי בכל בית חולים ובית חולים, יש הרבה יותר בתי חולים שיכולים לעשות, וכמובן שברגע שאתה מגדיל את פוטנציאל העשייה, אתה מגדיל גם את ההוצאות הכרוכות בהם. אני עדיין מדבר ברמה של אין גידול בסך הכול הפעילות. אני מדבר על הפעילות שתעשה בשר"פ והפעילות שלא תעשה בשר"פ, אבל הפעילות שתעשה בשר"פ היא הרבה יותר יקרה כי יש שם את המרכיב של שכר הרופאים. זאת אומרת שבגדול, ההוצאה תעלה. זו הטענה שלי. למול הטענה הזאת של ההוצאה תעלה, מה בעצם מוצג כטיעון נגד? אז טיעון הנגד שעוד מעט אתמודד איתו, שאולי הבריאות תעלה. הטיעון השני זה שפתיחת היצע, זה טיעון כלכלי טהור, מועילה לאחרים. אז אני אומר, קודם כל אני מכיר הרבה מאוד מקרים שבהם פתיחת היצע לא הורידה מחירים ולא רק במקרה של מונופול. כשלי השוק שיש בתוך מערכת הבריאות הם כאלה גדולים, שמהניסיון של המון מערכות בריאות בעולם, ההסתמכות על תחרות כמנגנון להשיג ירידת מחירים באיזושהי יעילות, נכשל. אנחנו מדברים גם בתוך מערכות הבריאות היום אחרי שעברנו את המהפכה הקודמת שניסינו להכניס כלכלת בריאות ותחרות לתוך המערכת. אנחנו חוזרים חזרה ואנחנו מדברים על תחרות מנהלת הרבה יותר מאשר תחרות חופשית. אני אומר, גם אם ירדו המחירים ומי שיעשה את החשבון שהתעריפים ירדו, ואני אעשה איזה סימולציה שבה התעריפים ירדו, וגם אם ניקח איזו סימולציה של מעבר, נדמה לי שזו היתה השאלה של ניר, האם חלק מהפעילות הכירורגית תעבור מאסותא לכיוון המערכת הציבורית, זאת אומרת מידה מסוימת, לא הכול. כאשר אתה עושה את המכפלות המתקנות של מחירים כפול הכמויות החדשות, כאשר אתה פותח את כל ההיצע למודל שאני אומר לכם, שלדעתי יקרה, אז ההוצאה תעלה, והויכוח הוא לא האם היא תעלה או לא תעלה. אנחנו ישבנו פה שנה ולאורך השנה הזאת שמענו המון עדויות של המון אנשים, חלקן דרך אגב עדויות אינטרסנטיות. אני שם את זה על השולחן. יש הרבה מאוד אנשים שעושים את החשבון המוסדי ומאמצים את העמדה העקרונית בנושא של שר"פ. חלק גדול מהם אמר זה יעלה ככה, וחלק גדול מהם אמר, זה יעלה ככה, אבל אני לא שמעתי אחד שאמר שכתוצאה מהפעלת בחירת רופא בתשלום בכל המערכת הציבורית, סך הכול ההוצאה תרד. ניסיתי לתת לזה פן כמותי ואני יודע ואני ער למגבלה של לעשות אומדנים כמותיים לגבי העתיד, כי זה כרוך בהמון הנחות עבודה. חיפשתי את הדרך הכי פשוטה להציג את זה. אני לא יודע אם יש דרך אחרת. אני מאוד מאוד מבקש לא לתפוס אותי במילה, אם זה יהיה מיליארד וחצי ואם זה יהיה מיליארד. היום מוציאים 800 מיליון. אני מדבר דרך אגב על זה, בכלל לא נכנסתי, רק על המרכיב של בחירת רופא, כי היום הביטוחים המשלימים משלמים גם את הטופס 17. דרך אגב, במודל שלכם, של בחירה במימון הביטוחים הפרטיים, תצטרכו להתמודד עם הסוגיה מי מכסה טופס 17. אני מקווה שאתם לא רוצים שנעמיס גם את טופס 17 של כל מערך האשפוז, זאת אומרת להעביר את כל סל האשפוז הציבורי על הביטוחים המשלימים. לפי המודל שלכם זה נגזר. אני מקווה שתעצרו שם ולא תשיגו את זה, אבל אני לא מבין את זה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

לא הבנתי.

דובר/ת:

נניח שאני בוחר רופא בהדסה, הביטוח המשלים לא באופן ישיר, באופן עקיף משלם את בחירת הרופא ואת האשפוז. את שניהם. אם מחר גם בתל השומר יש אפשרות בחירה במימון המשלים, אז גם בתל השומר הביטוח המשלים ישלם את האשפוז ואת בחירת הרופא, זאת אומרת כל הוצאות האשפוז במדינת ישראל יועמסו על הביטוחים הפרטיים והמשלימים, אלא אם כן תגידו משהו אחר.

דובר/ת:

כל העלות מועמסת.

דובר/ת:

הטיעון יהיה יותר מורכב מזה. יגידו, יש נתונים. הראשון, סל ציבורי או כסף ציבורי לא צריך לממן בחירה של אותו שירות בדיוק שנמצא בסל ציבורי. אדוני, מגיע לך מכוח סל בריאות, ניתוח הרניה. קח אותו בציבורי. אתה לא רוצה לקחת אותו בציבורי? אתה רוצה לשבור את הסדרי הבחירה של הקופה - - - , אין בעיה, אבל תשלם את מחירו של - - - .

דובר/ת:

העניין של איך ההתחלקות בין הציבורי למבטח לא קשורה למי הספק. טופס 17 הוא לא רלוונטי אם זה נעשה באסותא או באיכילוב. זה שני דברים שונים לחלוטין.

דובר/ת:

אני אסביר עוד פעם ואחרי זה אני אמשיך. היום מי שמממן את הטופס 17 כאשר אני מבצע בחירה זה הביטוח המשלים. הביטוח המשלים משלם את הבחירה בעת האשפוז. עכשיו בואו נניח שאני לא עושה שינוי בהסדר הזה ומחר אני פותח את הבחירה במימון הביטוח המשלים גם בתל השומר, אז לכאורה הביטוח המשלים צריך לשלם גם את האשפוז וגם את הבחירה, זאת אומרת כל הנתח שנקרא אשפוז כללי במדינת ישראל, מוסת מהמימון הציבורי למימון של הביטוח המשלים הפרטי.

דובר/ת:

כמה הבהרות על מה היה הויכוח ומה המצב. המצב הוא כזה. הכול הכול מממן מהשב". ממה מורכבת העלות? העלות מורכבת מעלות הפעולה שזה כאילו טופס 17. זה לא באמת טופס 17, אבל כאילו העלות של הפעולה פלוס הרכיב של בחירת רופא שהוא עוד 60%. הם אמרו לנו, את החלק של הטופס 17, שלא יחול עליו חוק - - - . זה מה שהם רצו. זה לא קשור. הכול מממן מהשב".

דובר/ת:

אני רק רוצה לומר לך, שאתה לא מבין עד כמה אתה מגדיל את המקורות הציבוריים גם, לא רק את המקורות הפרטיים, כי הפרטיים מחליפים את הציבוריים. זה לא פרוגרסיבי כי ממי שאתה לוקח זה משהו אחר.

דובר/ת:

לא משנה איזה מודל תמצאו. בשלב מסוים לסוגיה הזאת צריך להתייחס. אני אומר את זה כהערה לקובי, אפילו חיזוק המודל שלכם.

במודל שלי דרך אגב, כשאני מדבר על תוספת העלויות אני יוצא מנקודת הנחה שאנחנו לא נעז להעמיס את כל הוצאות הטיפול הרפואי של כל האנשים שבחרו על הביטוחים הפרטיים, כי זה באמת יהיה, נעבור את ארצות הברית. אני מדבר פה רק על תוספת ההוצאה על הרופאים שיקבלו יותר כסף, כי היום גם המסה של הרופאים בתל השומר וגם ברמב"ם וגם בסורוקה וגם בפוריה וגם בצפת וגם בפריפריה, בכל מקום שבו יש בחירה, תרצה את הכסף שלה, וזה הרבה מאוד כסף. בהערכה גסה, אם אני לא מוריד את המחירים, בהנחה שלא ירדו המחירים, ל-2.4 מיליון, ובהערכה של 30% הורדת מחירים זה יותר פשוט, אתה מפחית כפול 0.7, הערכה של תוספת העלות מתייחסת לפרופורציית הנפח שנעשה בו שר"פ היום כאשר אתה מכפיל אותו כמעט פי 4, פי 5, כי הפוטנציאל קיים וכל המערכת היום שבה מוסדר השר"פ יהיה רק 25%-20% המקסימום של המערכת. אני רוצה לשוב ולהדגיש, אני לא מדבר פה על ההרחבה. זה לדעתי אומדן יחסית נמוך, אם כי אפשר לעשות אותו גם טיפה יותר נמוך. זה לא מדבר עדיין על הרחבת חוות דעת שנייה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

אני פשוט לא מבין את החישוב. באמת שאני לא מבין.

דובר/ת:

אני אחזור עליו.

דובר/ת:

רק אנחנו לא מבינים וכולם איתך?

דובר/ת:

מה שאתה אמרת זה שזה 20% מההיצע, אתה מכפיל את זה? זאת אומרת אתה אומר שעל כל

מיטה במדינת ישראל ישכב מישהו?

דובר/ת:

לא כל מיטה. אותה פרופורציה. מה, בהדסה כולם שוכבים בבחירת רופא?

דובר/ת:

יש היום 13%, אז אתה הגדלת את זה ל-40%.

דובר/ת:

ה-13% האלה עולים לי 800 מיליון שקל, לא 13, 20, ואם 20% עולים 800 מיליון שקל, תראה מה

היתרה.

דובר/ת:

בעצם אמרת שבמערכת, 40% מהחולים יהיו בבחירות רופא.

דובר/ת:

אני אנסה להסביר עוד פעם אחת. יש היום פרופורציות של הוצאה מסוימת ואני לוקח רק את בחירת

הרופא. זו הפרופורציה שכוללת את ירושלים ואת אסותא והיא עולה 800 מיליון שקל. בירושלים זה בסביבות 25%-20%.

באסותא זה מה שיש את אסותא. עכשיו כשאנחנו פותחים את זה, אז אותו נפח, סדר גודל של 20% קיים גם בתל השומר, גם

באיכילוב, גם בצפת, גם בפוריה, ועכשיו יהיה לנו ויכוח כמה עובר מאסותא לתוך המערכת הציבורית, אז אני לא אכנס כמה,

70%, 30%. אני חושב שזה יהיה בסביבות ה-20% אם זה יעבור.

השרה יעל גרמן:

לא, הוויכוח יהיה אחר, הוויכוח יהיה האם היום הפרופורציה הזאת לא כוללת גם הרבה מאוד ממי

שלא נמצא רק בירושלים ובאזור, אלא היא כוללת את כולם.

דובר/ת:

אין לי ספק שהיא כוללת. צודקת, הערה מצוינת, לכן אני אומר, כל כך הרבה דברים. תראי, מכיוון

שזה אומדן, יש כל כך הרבה הנחות עבודה. אפשר להוריד את זה. יש פה המון הנחות עבודה וכמובן ככל שאתה עושה הנחת

עבודה יותר רכה, אז האומדן עולה. ככל שאתה עושה יותר חזקה, האומדן יורד, כמו לדוגמה ההערה שלך שהיא מצוינת כמובן. יש

היום בירושלים אנשים שמטופלים מתל אביב, לדוגמה.

מה זה לא כולל? כדי שכל אחד מאיתנו יבין. זה לא כולל את הנושא של חוות דעת שנייה. זה לא כולל, וזו נקודה נורא חשובה כי

אני אתייחס אליה יותר מאוחר. אנחנו מדברים כל הזמן במשחק סגור של כמות ניתוחים במערכת, כי אם כמות הניתוחים באופן

כללי היא תגדל, ואני עוד מעט אומר לכם, היא תגדל, אז האומדנים כמובן יעלו, וזה לא כולל את ההערה שהתחלנו בה, וזה

הסיפור של טופס 17 שמחייב קודם כל הבנה ואחרי זה התייחסות ובסוף קבלת עמדה, כי פה זה סיפור, לאמץ את המודל הנוכחי

שבו השב"ן משלם טופס 17 עם שר"פ בכל מערכת הבריאות הישראלית.

אז בואו ניקח את הסצנריו הזה של עליית ההוצאה ונראה מה זה יעשה לסדרי הגודל המקרו-כלכליים של מערכת הבריאות

הישראלית. יש לנו מצב נתון אולי, נחזור על המצב הנתון, אני מעגל את המספרים. המימון הפרטי, כולל התרומות – 41%. זה

המצב היום. אם אנחנו לוקחים את הסצנריו של הרחבת השר"פ, אז כמובן אפשר לקחת יותר נמוך ויותר בינוני, ועוד מעט אני

אגיד לכם למה אני קורא לזה בינוני ולא גבוה. בכל מקרה המגמה הכללית זו מגמה של גידול בהוצאה הלאומית לבריאות והמגמה

הכללית זה גידול במימון הפרטי לבריאות, ואני מדגיש במפורש את המימון הפרטי שממנו אנחנו מתחילים, שעוד מעט נדבר עליו,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שהוא אחד הגבוהים בעולם המערבי. אז באומדן מאוד מאוד נמוך זה יהיה אחוז אחד לכאן או לכאן. באומדן יותר גבוה זה יהיה עוד 3% או 2%. אולי באחוזים זה נשמע לכם מעט, אבל כאשר זה מצטרף ל-40% שזה ממש מאוד גבוה, אז זה ממש משמעותי.

לגבי השאלה אם הרחבת הסדרי השר"פ תעלה כסף, אני חושב שיהיה לנו ויכוח בכמה זה יעלה. אני לא חושב שיהיה פה אחד שיגיד לי שזה לא יעלה כסף. הויכוח לגבי כמה יעלה ועד כמה זה יעלה תלוי גם דרך אגב במידה רבה בשרשור של התהליך, כי רבותי, התהליך לא נגמר פה ויש גם את הדעות ההיסטוריות לזה וגם את מה שנקרא, האיומים ששמענו במהלך הוועדה. אנחנו היום מדברים על רופאים כירורגים, אבל מה עם מרדימים? רבותי, יש שר"פ מרדימים. מה עם רופאים מומחים אחרים? רבותי, יש טר"א בהדסה. טר"א זה טיפול אישי בעלויות נמוכות, בחירת רופא בתשלום בעלויות נמוכות. עזיז, תסביר מה זה טר"א.

דובר/ת: טר"א זה שר"פ של דור הביניים.

דובר/ת: כדי להיות מומחה שיש לו את הרישיון לעשות שר"פ אתה צריך איזה 5 שנות ותק. אז זה מתחיל ברופאים כירורגים ברמה העקרונית, אבל למה לא מרדימים ולמה לא רופאים מומחים אחרים? יש מומחים אחרים שהיום לא יכולים לעשות שר"פ אז הם עושים טר"א. הם מצאו פתרון. ישבה פה אילנה כהן, דרך אגב, ואמרה תשמעו, אל תשאלו אותי אם אני בעד או נגד שר"פ, אבל תדעו, אם יש שר"פ, גם אני רוצה. דרך אגב, לנושא הזה גם לא צריך את אילנה כהן. זה התחיל מאחיות מיילדות זה הלך כן אישור, לא אישור, רגולציה מדהימה בבית חולים ממשלתי שיש לו את כל כלי הרגולציה.

אני מציג פה סיכון. אני לא רוצה יותר מדי להיסחף בדמגוגיה, אבל אני מציג פה סיכון והסיכון הזה הוא סיכון אמיתי. בתוך מגזר הבריאות יהיו הרבה מאוד מגזרים של עובדים נוספים שיגידו, רגע, סליחה, למה כסף תמורת בחירה אפשרי במערכת הציבורית בעבור רופא? אני זוכר שאני הייתי סמנכ"ל במשרד הבריאות והיו אנשים שרצו להציע לי כסף תמורת שירות אישי, כולל קיצור תורים. המערכת הציבורית זמינה לחולה הציבורי והיא לא סגורה ב-16:00. המערכת הציבורית צריכה להיות זמינה לחולה הציבורי 24 שעות ביממה. אין כזו אבחנה של אחר הצהריים זה פרטי ולפני הצהריים זה ציבורי. מה זה הדבר הזה? יש מערכת ציבורית והיא צריכה להיות פתוחה 24 שעות ביממה לחולה הציבורי.

דובר/ת: ססיות זה לא מימון פרטי.

דובר/ת: לחלוטין לא. תיכף נדבר על זה. אז אני התחלתי בנושא של השרשור של השר"פ ואמרתי, תיקחו איזו הנחת עבודה שאתם רוצים אבל השאלה איפה אתם עוצרים. אני אומר רגע, סליחה, ולא רק השרשור הראשון שזה בתוך בית החולים. מה עם רופאי הקהילה? למה רופא מקצועי שעובד בקהילה לא יגיד, רבותי, גם אני רוצה בחירת רופא, גם אני רוצה כסף נוסף, וגם הרופא הראשוני. לי יש רופא ראשוני מצוין, אני רוצה להיות איתו כל הזמן. מחר הוא יבקש כסף. אנחנו עושים פה איזה שהן חומות סיניות של פעילות כירורגית בתוך בית חולים ציבורי וחושבים שעל ידי רגולציה נגביל את זה לאיזושהי כמות מסוימת בזמן מסוים, ואתם חושבים שזה יעמוד? אתם מדברים על הריצה ועל החלחול וכן הלאה, שקורה בתחרות חופשית. אני אומר לכם, זה יהיה התחרות החופשית. זה יהיה התוצאה של התחרות החופשית. יפתחו פה ובסוף זה יגיע גם למורים ולשוטרים וגם לשופטים, שלכאורה יבוא אזרח ויגיד, רגע, אני רוצה שזה ישפוט אותי ואני רוצה שהמורה הזה ילמד אותי.

דובר/ת: בוא תישאר במערכת הבריאות.

השרה יעל גרמן: אני גם ממליצה להישאר במערכת הבריאות.

דובר/ת: אני אמרתי שאני יודע שאני משתרשר. ברמה התפיסית, ברמה המהותית, כשאתה מותיר לעובד ציבור לקבל כסף נוסף תמורת בחירה, אתה צריך לשאול את עצמך ברמה הפילוסופית למה זה אסור לשופט וזה מותר לרופא.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השרה יעל גרמן:

אבל זה קיים היום.

דובר/ת:

אני אמרתי שזה תקין וזה בסדר?

דובר/ת:

אז למה עד היום לא ביקשו?

דובר/ת:

עד היום זה היה מוסדר. דרך אגב, לא היה מוסדר אבל פעל בהדסה ובירושלים. גם אם נישאר בשרשרת הזו במערכת של מה שנקרא, הרפואית, אז יש את המערכת הרפואית של בתי החולים והיא לא תחנה סופית. ישנה את המערכת הנוספת של הקהילה שרק מחכה. גם היא רוצה עוד כסף.

דובר/ת:

גבי, סליחה על ההערה. הייתי מוריד את השורה האחרונה.

דובר/ת:

פילוסופית הוא צודק.

השרה יעל גרמן:

גמרנו. היתה הערה. תמשיך כרצונך.

דובר/ת:

אז אפשר לשים שם הסתברות אפס ושם 10% ושם 50%.

השרה יעל גרמן:

תמשיך.

דובר/ת:

השאלה הבאה שצריך לשאול לטעמי, אני ענית. זה יעלה כסף. כמה כסף? נתווכח, אבל זה יעלה כסף. השאלה הבאה, האם הכסף הזה שווה את הבריאות שאנחנו מקבלים, וגם התשובה כאן לדעתי, לא. בכל מנגנון של בחירה תמורת תשלום אתה יוצר תמריצים שעשויים להציע מה שנקרא שימוש עודף שיתן מענה לרצון למקסם הכנסות ולא בהכרח למה שנקרא מענה לצורך רפואי אמיתי, ואני אומר את זה בצורה הכי עדינה שיש כדי שלא תגידו לי שגם פה אני עושה איזושהי דמגוגיה של מורים ושל שוטרים. זה הסיכון שלנו. כאשר אנחנו נותנים הצמדה יותר מדי חזקה של כסף לפעילות כירורגית באמצעות בחירה, אז אנחנו מעודדים לפעמים לעשות חיתוכים כירורגים גם כשלא כל כך צריך כדי למקסם הכנסה. יצירת אירועים מלאכותיים בבוקר תוך הסתת פעילות אחר הצהריים. אם אתה רוצה לייצר לעצמך ביקושים בבחירה, אז אתה רוצה שהשירות הציבורי יהיה כמה שיותר גרוע. אתה לא רוצה שיהיה כמה שיותר טוב, כי אם הוא יהיה מצוין ולא יהיו תורים, אז אתה מייתר את הבחירה, ואנחנו הרי יודעים ועוד מעט נתייחס לזה, שרוב רובה של הבחירה היא בכלל לקצר תור. מי רוצה בחירה? תשאלו אנשים על באמת. שולי הראתה את זה בחלק מהמצגות שלה לגבי למה בוחרים. יש פה גם איזושהי בעיה של יעילות, שאנחנו נותנים בעצם למנגנון הכספי להכתיב מי מטפל במי. מה אנחנו רוצים? אנחנו רוצים שרופא טוב או רופא מומחה יטפל בנושא המורכב, בחולה המורכב. אני לא רוצה שרופא מומחה, בגלל שבחרו בו יעשה אפנדיציט. יש פה איזושהי חוסר יעילות בהקצאת המשאבים של המערכת שמוגבלים ממילא, ואתה פתאום מכניס פה איזושהי שיקול כלכלי במקום השיקול הרפואי שצריך להיות נטו על השולחן של הרופא. הרופא צריך לראות אך ורק את השיקול הרפואי. לבסוף, הרי ככל שאתה מרחיב את אופציות ההעדפה בבחירה, שבסופו של עניין היא מהווה גם קיצור תור, בסוף בסוף אתה יוצר איזושהי מנגנון. זה מזכיר לי תמיד את מה שקורה עם הכבלים. נותנים לך חבילה ומבקשים בשבילה כסף ואחרי זה נותנים לך חבילה כאילו יותר טובה ומבקשים ממך עוד כסף. דרך אגב, ככה בביטוח המשלים. רובד א' רובד ב' רובד ג' רובד ד' וכן הלאה. אתה חייב לשמור איזושהי העדפה אחרת לא יקנו אותה. ברגע שאתה פותח את ההעדפה הזאת לכולם, אז הולכים להעדפה יותר גדולה ואחרי זה לעוד אחת ולעוד אחת. אין לזה סוף.

לסיכום הקטע הזה של עלויות ויעילות, אני חושב שתהיה עלייה גדולה בהוצאה הלאומית לבריאות, ורבותי, זה יהיה גם בהוצאה הפרטית וגם בהוצאה הציבורית, אבל מה שמטריד אותי זה בעיקר ההוצאה הפרטית, אבל זה לא יגמר בהוצאה הפרטית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
השרה יעל גרמן:

אבל בהוצאה הציבורית אתה הוכחת להיפך, שתהיה ירידה.

דובר/ת:

בהסדר שלי לא. בהסדר של הטופס 17, לא. אני בהסדר שלי מבטל את זה. התמריצים שאנחנו נותנים לעודף עשייה יגרמו לזה שבסוף גם טופס 17 יהיה יותר. סך הכול כמות הפרוצדורות הכירורגיות יגדל והחלק של מה שנקרא ההוצאה הציבורית, אני שאלתי את עצמי הרבה מאוד פעמים ממה חושש משרד האוצר, כי משרד האוצר, הציבור האידיאולוגי פחות חשוב לו. אולי לא בקדנציה הזאת. בקדנציה הזאת זה קצת אחרת, אבל בקדנציות הקודמות באמת שאלתי את עצמי מאיפה באה לי הקואליציה הזאת של משרד האוצר. חלק מהנימוקים לקואליציה הזאת זו היתה באמת, אני חושב, שבין השאר כן מהשיקול המקרו כלכלי של מה יקרה להוצאה הלאומית לבריאות ולהוצאה הציבורית לבריאות. דרך אגב, זה גם החשש של קופות החולים. הרי קופות החולים לכאורה אומרים, מה אכפת לי, הביטוח משלים ישלם. מה זה מעניין אותי? מה הבעיה, הולכים לפקיד במשרד הבריאות, מעלים את הפרמיות, סוגרים עניין. הם חוששים שההוצאה שלהם תעלה וזו הסיבה שאלה הם מתכוונים. אז ההוצאה תעלה וגם ההוצאה הציבורית וגם ההוצאה הפרטית תעלה, ובסופו של יום כשאני שוקל את זה למול מה נקבל, אז אני לא רואה מה אני מקבל פה כתוספת של בריאות. בסך הכול לסיפור הזה של יותר הוצאה ופחות בריאות אני קורא חוסר יעילות במערכת, זאת אומרת מבחינתי, ובכלל לא פן אידיאולוגי, הסדרה של שר"פ כזה או אחר, מוסדר, מרוכך, אחר הצהריים, לא אחר הצהריים, זה הכול הפרטים הקטנים אבל ברמה המהותית זה הסדר לא יעיל לארגון של מערכת, ורבותי, ההסדר הזה לא קיים בשום מקום באופן גורף. הוא קיים באיים קטנים פה ושם. פה אנחנו מדברים האם להסדיר את זה בכל מערכת הבריאות הציבורית בישראל כהסדר כולל, גורף.

עקרון הצדק והעזרה ההדדית שכמו שאני רוצה להזכיר לכם, זה העקרונות שמנחים אותנו בחיזוק הרפואה הציבורית. השאלה היא גם כאן. אני חושב שפה התשובה היא יותר קלה. בויכוח על העלויות אמרתם, אוקיי, הוא לא צודק, אולי הוא הפריז, אבל פה השאלה איננה אם השר"פ על האופי השוויוני, אלא שוב, מה תהיה עוצמת ההשפעה. לא משנה כמה רגולציה נסדיר, אתה יוצר פה שתי רמות רפואה, אחת זה מי שמשלם משהו יותר או באופן ישיר או בביטוח. רבותי, עוד מעט נראה מה יעשה הביטוח עם הפרמיות שלו וכן הלאה וזה ילווה במשכי המתנה הרבה יותר ארוכים למי שלא ישלם, וזה יהווה רמה מאוד מאוד נמוכה לחסרי יכולת, וכל זה בתוך המערכת הציבורית. תעשו הפרדה בין הפרקטיקה שנעשית באסותא והפרקטיקה שנעשית בתל השומר. זה שני פרקטיקות שונות לחלוטין. הדרישות שלי מאסותא שונות לחלוטין מאשר בתל השומר. יהיו גם דברים שנצטרך להסדיר באסותא, אבל זה שונה לחלוטין. פה אני מדבר על בית ספר ציבורי. זה המקבילה שלו. בבית ספר ציבורי אני לא מאפשר בחירה של מורה בתוך בית ספר ציבורי תמורת תשלום. התשלום עבור שר"פ יעשה או באמצעות הביטוחים הפרטיים וכל תוספת ההוצאה בסופו של יום, הרי מישהו יצטרך לשלם אותה ואנחנו נתווכח אם זה מיליארד או שניים או ארבע. זה לא משנה כרגע כמה לצרכי הצגת הטיעון. זה בסוף יועמס על הביטוחים הפרטיים ואני עוד מעט אדבר על מה זה עושה לביטוחים הפרטיים. אחרי זה אתה יכול להגיד, אוקיי, בסדר, זה פוגע בשוויוניות, הבנתי, אבל אולי אנחנו יכולים להרשות לעצמנו. אנחנו חברה כל כך שוויונית שאפשר ככה קצת - - - . אז מי שמסתכל ברמה של מערכת הבריאות, אנחנו מתחילים מ-40% קשישים. אני עכשיו הורדתי אחוז. אחד הגבוהים בעולם המערבי. להתיר את השר"פ זה להגדיל את זה ואם אני מסתכל ברמה של החברה הישראלית, אנחנו כל הזמן מדברים על צמצום פערים ועל פערי ההכנסה שיש בחברה הישראלית שהם הגבוהים ביותר בעולם המערבי היום. תסתכלו מה זה יעשה לפערים האלה ברמה של החברה. המדינה יכולה להרשות לעצמה להטיל שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים במדינת ישראל?

אני רוצה להיכנס קצת בנושא של הסדרת הפעלת השר"פ באמצעות השב"ן או הביטוח הפרטי ואני רוצה להציג את הטענות שחלקן דרך אגב נשמעו כאן וחלקן לא נשמעו ואני אפילו אחזק את הטיעונים של בעד. מה אומרים בעיקר מהצד של השב"ן? אומרים, תשמע, הביטוחים הפרטיים, אנחנו יודעים, הם כסאחיים, פרמיות לפי סיכון וכן הלאה, אבל הביטוח המשלים זה פרמיות אחידות, שוויוניות, פתוחות לכל. כל מבוטח יכול להצטרף, אין מגבלות של גיל, אין מגבלות של מצב רפואי ובסך הכול לא משלמים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הרבה. תסתכלו על הפרמיות, 100-150 שקל. בסך הכול זה די ניתן להשגה. עובדה, 75% משלמים את זה. במודלים האלטרנטיביים שהציגו של השר"פ, גם אמרו מה נעשה עם ה-25% הנותרים. אז אני אומר, כל זה נכון, אבל במצב הנוכחי זה המצב, אבל זה המצב הנוכחי שבו השר"פ כהסדר מוכל או מוגבל בירושלים ולאסותא והמקבילות שלה. מחר אתה מאפשר את זה בכל המקומות, יש עלייה בביקושים, יש עלייה בהוצאות, ההוצאות האלה מושתות על חברות הביטוח. במקרה של השב"ן, דרך אגב, זה מידי. אתה חייב להיות מאוזן בכל שנה. אתה באופן מידי חייב להעלות את הפרמיות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי כדי לכסות את תוספת ההוצאה. מכיוון שההוצאה של הפרמיות בביטוח המשלים הם פונקציה של גיל וההוצאה עולה ככל שהגיל עולה, אז עיקר העלאה של הפרמיות - - - , ועכשיו דרך אגב אם תעשו פרמיה אחידה רק לבחירת רופא, אז האקטואריה פה תהיה מצוינת. אתם תשלשו את הפרמיה שמשלם הקשיש.

עוד נקודה שלא אמרה לי והיא היתה כתובה. אנחנו שכחנו לחלוטין את הסיפור הזה שכל מימוש של בחירת רופא באמצעות שב"ן או ביטוח באמצעות שב"ן, כרוך בהשתתפות עצמית ענקית, דרך אגב, שחלקה לא מבוטא בדוחות הכספיים של קופות החולים ואמרתי לכם את זה אלף פעם. לא מבוטא. כשאתה מדבר על העומס שמוטל על החולה, ופה זה החולה. מי שמשלם את ההשתתפות העצמית זה החולה, ורבותי, ההשתתפות העצמית של חולה זה הדרך הכי רגרסיבית למימון מערכת בריאות, עם כל הכבוד, אז כן לפעמים יש לה איזשהו פונקציית מטרה של שימושים עודפים, אבל ברוב המקרים זה מקור הכנסה ושום שימושים עודפים זה לא צידוק לסיפור. אז צריך לזכור את זה, זה ישנו שם. אני אומר לכם, אני עשיתי אומדנים של זה. הם לא כתובים בדוחות הפיננסים. זה מיליונים של שקלים שתושבי מדינת ישראל משלמים מהכיס הפרטי להם כהשתתפות עצמית. דרך אגב, המספר נפלט למישהו לא באופן פורמלי ולכן אני לא אצטט אותו. זה מישהו מכללית. אני לא רוצה להיכנס לזה. זה הרבה כסף.

240 מיליון.

דובר/ת:

דובר/ת: יותר, יותר, יש מספרים, אבל אלה סדרי הגודל. מה קורה בביטוח הפרטי? בביטוח הפרטי, רבותי, פרמיה לפי סיכון. מי שחולה יותר ומי שמשתמש יותר, ישלם יותר, וכמובן הפרמיה פה תחול על חולים, אז פה היא תחול על הקשישים ופה תחול על החולים והכל בהקשר של הסוגיה האידיאולוגית, צדק, שוויון ועזרה הדדית. אין ספק שזה מרחיק אותנו מהערכים האלה. אין ארוחות חינם. הרי שימו לב, נאמר פה שאנחנו מסדירים שר"פ, או אחד הנימוקים המרכזיים של קובי להסדרת השר"פ זה להביא כסף. הוא אמר, אני לא מאמין למערכת הציבורית, אני רוצה להביא כסף נוסף. מאיפה אני יכול לקבל אותו? מהביטוח הפרטי. אז אל תספרו לי שזה לא עולה כסף. כן זה עולה ועכשיו בואו נגיד איך אנחנו עושים אותו טיפה יותר צודק, רק טיפה, כי להיות צודק לחלוטין זה בלתי אפשרי כי זה כסף פרטי. זה או פרמיה לפי גיל או לפי סיכון או השתתפות עצמית וכולם רגרסיביים.

מה זאת אומרת לא עולה? מי סיפר שזה לא עולה? לא הבנתי.

דובר/ת:

לא, זה עולה מהחולים. זה כסף שהחולים - - - .

דובר/ת:

דובר/ת: אני לוקח את ההערה. אני אומר, אף אחד לא אמר שזה לא עולה. אני אומר שזה עולה ואם זה עולה בסוף מישהו צריך לשלם, ואם זה משולם, במנגנון הזה זה הביטוח המשלים באמצעות פרמיות, יותר פרמיות לקשישים, ואם זה ביטוח מסחרי, יותר פרמיות לחולים.

לא הבנתי, עולה למי.

דובר/ת:

מה זה עולה? אין שם כסף או שזה עולה כסף?

דובר/ת:



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: אני אומר שיש תוספת של הוצאה שממומנת ממוגנוני ביטוח משלים או פרטי וזה תוספת של כסף ששרשרתי אותה ואמרתי מה המשמעות שלה מבחינת השוויוניות, ויש פה איזושהי דוגמא שמשקפת דרך אגב שני דברים, אחד, גם המצב הנוכחי, שלא תטעו, שזה הקו הנמוך.

אני רוצה להסב את תשומת לבכם לשני דברים, דרך אגב, גם למצב הנוכחי שבו הפרמיות בביטוח המשלים עולות לפי גיל וגם במצב העתידי שבו הביטוח המשלים ישלם את זה, ובביטוח המשלים ישלם את זה פירושו של דבר שקבוצות הגיל הגבוהות יותר ישלמו הרבה הרבה יותר. כל מיני הערכות מדברות על פי 2 בממוצע. פרמיה ממוצעת פי 2, אבל פרמיה דיפרנציאלית פי 3 או פי 4. איפה פי 3 או פי 4? קשישים.

דובר/ת: הממוצע של זה הוא פי 2?

דובר/ת: כן, סדר גודל של פי 2.

דובר/ת: שזה עוד 1-2 מיליארד?

דובר/ת: כן, סדר גודל. כל המספרים פה הם גם עגולים, אבל הכיוון, המגמה רבותי, זה מה שחשוב והסיפור של הקשר שבין גיל ותשלום הפרמיה פה, לא צריך להוסיף עליו מילים. ותזכרו את ההשתתפות העצמית כל הזמן, רבותי, שנסתרת ונחבאת שם, אבל היא ישנה שם. יש אנשים שיש להם ביטוח משלים ולא מממשים אותו בגלל השתתפות עצמית. נעזוב את הסיפור מירוחם שאין לה בכלל את האפשרות לבחור, אבל אין לה כסף לשלם השתתפות עצמית.

חלק מהטיעונים או הניסיונות להכשיר את השר"פ בסיבובים האלה זה לנסות לקחת את החסרונות ולנסות להסדיר בכל מיני דרכים רגולציה שתחליש אותם, אז אני מודה שרגולציות בכיוון מסוים יכולים לצמצם את החסרונות הגדולים של השר"פ, אבל ברמה הבסיסית, ושוב אני חוזר, ברמה הבסיסית הסדרתו בכל המערכת, הרמה הבסיסית לא תשנה את התוצאה גם ברמת היעילות, גם ברמת השוויוניות וגם ברמה של העלויות של המערכת. זה לא ישתנה. זה אולי יצומצם קצת וזה אולי ירכך קצת אבל זה עדיין ישאר רק מרוכך, אבל מרוכך שלא הייתי רוצה אותו. חלק מהריכוכים שנזרקו למערכת, היו מהכיוון של סבסוד חסרי הביטוח, זאת אומרת אוקיי, 75% בלי, בואו ניתן ביטוח ל-25 האחרים, זה יעלה קצת כסף.

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

דובר/ת: לא, לא, תתפלאי, אני שומע את זה כל הזמן, מה אתה מבלבל את השכל? בוא נסבסד. המון.

השרה יעל גרמן: אני שמעתי! מדוע אף אחד לא מעלה את זה.

דובר/ת: אני שמעתי את זה המון.

השרה יעל גרמן: את המודל הצרפתי, שאם באמת מחליטים ובאים ואומרים רגע, אבל ישנם 20, להערכתי זה הרבה פחות מ-20 כי להערכתי יותר מ-80 מבוטחים פעמיים, גם וגם, אבל כמה שלא יהיה, כמובן על פי מבחן הכנסה, ניתן להם ביטוח חינם. שאלתי למה אף אחד לא העלה את זה.

דובר/ת: אני שומע את זה כל הזמן.

דובר/ת: שב"ן במימון המדינה?

השרה יעל גרמן: כן, כמו שעושים בצרפת.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: כן, שמעתי את זה.

דובר/ת: הכוונה, לאנשים שיש להם נאמר פתור על פי הגדרות החמישון, העשירון התחתון, לא ישלם זה יכלל בתוך הפרמיות שאנשים משלמים.

דובר/ת: אתה הופך את השב"ן למס.

השרה יעל גרמן: אין העלאת מס.

דובר/ת: הרעיון הזה דרך אגב לא נידון כאן כי לא הגענו לסיפור של השר"פ עד היום בעצם, אבל הוא רץ. במערכת מדברים עליו וצריך לשים אותו על השולחן. אני לא רוצה להיכנס אליו יותר. אני מציג אותו רק כשר"פים מרוככים של מנגנונים, שדרך אגב חלקם שמענו היום, לנתק את הקשר הכספי בין רופא/חולה. מי שלא יודע, דרך אגב, ניתוק הקשר הכספי בין רופא/חולה היה גם במודל של הדסה. גם היום במודל של הדסה אני לא משלם לרופא באופן ישיר. אני יורד למשרדים וכן הלאה. פה זה רק טיפה להעלות את הגבהים של החומה טיפה יותר, אבל שום רעיון פה הוא כמובן לא רעיון חדש. אני חושב שכל המודלים המרוככים של השר"פ מנסים להחליש את החסרונות שלו וחלקם אולי אפילו מחלישים, אבל לא פותרים ברמה המהותית את כל הבעיות שאני מנסה להציג.

חלק דרך אגב מהיתרונות של תומכי השר"פ הוצגו גם היום, לנצל תשתיות אחר הצהריים, שמירה על רופאים טובים במערכת הציבורית. דרך אגב, הפול טיימר רוצה את כל אלה, לא רק קיצור תורים.

דובר/ת: אגב, המודל שמוצע פה לא שומר על הרופאים הטובים.

דובר/ת: לא, אני מדבר על שר"פ כמו שאני מכיר אותו. יש פה גם קיצור תורים ויש פה תוספת הכנסה לבית החולים, ואני מסתכל על הדבר הזה ואני מסתכל על הדיון שהיה לנו היום, על שינוי הסדרה של רופאים במערכת פול טיימר פלוס פרוייקט קיצור תורים, ואני אומר וואלה, תשמע, זה בדיוק אותו דבר, לאפשר ניצול תשתיות אחר הצהריים, שיפור ברמת ההשתכרות, שמירה על הרופאים הטובים, קיצור תורים, תוספת הכנסה לבית חולים. כל מה שרצינו. זה נשמע מוכר, זה נכון, אבל מה ההבדל? טוב, אז בואו נראה מה ההבדל כי בעצם יש פה שני מודלים שלכאורה משיגים אותן מטרות שהן כולן הבעיות של מערכת הבריאות הישראלית. ההבדל הוא גדול, הוא בשר"פ. מימון השירות נקבע מציבור החולים, אם באופן ישיר או באמצעות תשלומי הפרמיה, והסדרי העסקה בפרוייקט קיצור תורים, המימון נעשה באמצעות המערכת הציבורית. זה שני דברים שונים. מקורות המימון פה הם שונים לחלוטין. פה אתה מדבר על מימון פרטי ופה אתה מדבר על מימון ציבורי. זה שני מודלים אחרים של תפיסה, של חיזוק מערכת הרפואה הציבורית. ההבדל השני, בשר"פ נרצה, לא נרצה, בסוף הרופא ידע או יידע את החולה או החולה יידע אותו שהוא בחר אותו, זאת אומרת תהיה העדפה של מטופל שר"פי למול מטופל רגיל. יהיה הבדל באיכות, יהיה בזמן. כאשר אתה משנה את הסדר העסקה, אתה פותר את הסדר העסקה לכולם. אלה הם שני הבדלים עקרוניים מאוד מאוד גדולים שלטעמי צריכים לבוא ולומר את הדבר הבא: אם יש בעיות ואנחנו רוצים לפתור אותן ויש שני כלים לפתור אותן והכלי שאני מציע אותו, פול טיימר וקיצור תורים, יש לו את היתרון של מימון ציבורי ולא לעשות אפליה של רפואה לעשירים ורפואה לעניים, אז רבותי, לא ברור לי בכלל למה צריך לטעות לכיוון של שר"פ, ובתנאי שהכסף הציבורי יבוא. אני מודה.

פיקוח ובקרה על פעילות בשר"פ. הרבה מאוד מהטיעונים של בעד השר"פ מסתמכים על מנגנון פיקוח ובקרה מאוד מאוד חזק שיחליש את החסרונות שלו. אני לא רוצה לזרוק אותם כי אני אומר, כן, מנגנוני הפיקוח וההסדרה צודקים, נכונים וטובים יכולים להגביל או לצמצם, אבל יש, ואמרה את ועדת נתניהו ואמרו את זה אחרי ואמרו את זה הרבה מאוד אנשים.

דובר/ת: דעת הרוב או דעת המיעוט?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: זה דעת הרוב שאמרה בעד שר"פ. ומה היא אמרה שם? קיים קושי רב לקבוע לשר"פ כללים מוגדרים וברורים, ואחרי זה היא אמרה, למרות הכול, אבל אני רוצה שתבינו שקשה לעשות מנגנוני פיקוח ובקרה על הסדרי שר"פ למיניהם. זו בעיה. כבר היום כלי הבקרה שיש במערכת מוגבלים, אבל תגיד לי אוקיי, בוא ניבנה אותם ויחד עם זה נפעיל שר"פ. דרך אגב, המבחן של הבקרה, אנחנו מקבלים אותו כל יום, כולל דרך אגב בבוקר כשאני שומע על פלסטיקאי בתל השומר שעושה פרקטיקה פרטית בשעות היום ומדווח על עבודה בבוקר. רבותי, זה קשה, זה לא פשוט וזה נעשה תוך כדי עבודת הוועדה. צר לי, אבל אני עשיתי מה שנקרא רשימת מלאי של דברים שלא ידעתי, על הסדרים של ביטוח פרטי דרך פניקס וכלל, שנעשה בתל השומר ואיכילוב כדי לתת שירותים מועדפים לחולים. זה קרה אצלנו במערכת הממשלתית עם כל מנגנוני הפיקוח והבקרה שיש לנו היום. הדסה, אני לא רוצה להגיד, תגידו לי זה רק הדסה, כי שערי צדק היה יותר טוב, אבל אז באתי-פה טיפול נמרץ למיילדות, פגיה בשערי צדק והוכיח שגם שם יש בעיות, זאת אומרת קשה מאוד לפקח. קשה מאוד לפקח ולהסדיר מנגנונים שמייצרים איזושהי העדפה שתלויה בכסף בתוך מערכת ציבורית. קשה מאוד לפקח על מה זה פעילות בלתי נחוצה, עם כל הכבוד. קשה מאוד לפקח על מנגנוני המתנה. קשה מאוד לפקח. איך תוכיח שמישהו קודם בתור? מאוד מאוד קשה לפקח על זה, אובייקטיבית. יש פה ניגודי אינטרסים מובנים ברמת הרופא וגם בית החולים. דרך אגב, אני הייתי מצפה שתהיו קונסיסטנטיים בעמדה שלכם לתיירות מרפא ובנושא של שר"פ. קובי אמר, בואו לא ניצר העדפה בין חולה השר"פ לבין החולה הרגיל, ואני אומר, בואו לא ניצר את אותה העדפה גם עם תייר המרפא. בדרך שלא לעשות את העדפה הזאת. אותם מחירים גם לבית החולים וגם לרופא. את זה לא אמרתם במודל שלכם של תיירות מרפא.

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

דובר/ת: לא, זכות לקנות.

דובר/ת: אני חשבת שהזכות לבחור היא הזכות, לא הזכות לקנות. כאשר אתה מתנה את זה בתשלום אז זה לא בדיוק זכות. הענקת זכות שמותנית בתשלום, אני יכול לטעון את הטענה ההפוכה, שהיא הנוגדת את העיקרון של צדק, שוויון ועזרה הדדית. יש פה בעיה.

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

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

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

דובר/ת: ופה אתה נותן זכות שנקנית בתשלום ולכן היא איננה זכות למי שאין לו את הזכות הזאת. הזכות שנקנית בתשלום זו זכות שתלויה ביכולת לשלם ולכן אתה בהגדרה יוצר פה איזושהי מנגנון, דרך אגב, שעשוי להתדרדר אני לא יודע לאן, כי יכול להיות שהפרמיות יעלו.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

הזכות לשלם תלויה באפשרות לשלם? לא. יש לך זכות לקנות מרצדס גם אם אתה עני מרוד.

דובר/ת:

זה שני רבדים שונים של דיון.

דובר/ת:

אתה לא רוצה שהיכולת לתשלום תהווה חסם - - -

דובר/ת:

אין לי זכות לקנות סמים. זה אין לי זכות. מרצדס, יש לי זכות.

דובר/ת:

לכולם הזכות לבחור ואני יודע שזה איזושהו דבר קשה, כבד, אבל אני רוצה טיפה לחדד את העניין הזה של הזכות לבחור. אז הזכות הזאת תלויה בתשלום וביכולת לשלם, ומי שאין לו לא מקבל את האפשרות לממש אותה כי אין לו ראש למכור את הבית שלו. גם זה קורה, דרך אגב, וזו איזושהי אופציה של יצירת שתי רמות רפואה בתוך המערכת הציבורית. אני לא מדבר עדיין על המערכת הפרטית. זו הבעיה שלי. הבעיה שלי היא המערכת הציבורית. יש לי בעיות אחרות עם המערכת הפרטית, אבל אין לי פונקציית מטרה להרוס את המערכת הפרטית. בשום פנים ואופן לא.

הנקודה הנוספת, וזה הקטע הזה של הבחירה המושכלת, בהרבה מאוד מקרים, ואני לא אלאה אתכם פה בסיפורים, מה שנקרא הזכות לבחור הופכת בעצם בחובה לשלם. מממש חובה לשלם. בהרבה מאוד מקרים הזכות לבחור קונה את מה שנקרא קיצור התור ומי שלא הבין את המשוואה הזאת, אז כדאי שיפנים אותה. שר"פ זה קיצור תור ובהרבה מאוד מצבים של בחירת רופא והתשלום בעבורו אתה בעצם רוצה לקצר תור. כאשר אתה מקצר תור למי שקונה את השר"פ הזה בהגדרה, אתה מאריך תור למי שלא קונה את השר"פ הזה, כי המכסה מוגבלת ואתה מיטיב עם מישהו אז אתה מרע איתו. הייתי אומר משפט יותר גרוע. ככל שאתה מרע יותר ומאריך יותר את התור הציבורי, הביקושים לתור הפרטי עולים. דרך אגב, אני לפני שבוע נכנסתי לפרסומת של שר"פ בהדסה. תראו מה קראתי שם. "אם פעם היה צריך לחכות בתור בשביל ניתוח, היום עם שר"פ תיכנסו לניתוח תוך 22 שעות בלי טרטורים, בלי ביורוקרטיה, בלי המתנה מורטת עצבים". רבותי, פרסומת של השר"פ אומרת את זה. זה לא אני. הם מוכרים לך את קיצור התור. מעבר לזה כמובן באים השיקולים שאני קורא להם השיקולים הכלכליים, שדרך אגב חלקם עלו על ידי קובי במעלה החמישה.

דובר/ת:

רגע, אני לא מבינה. המשפט השני שאומר שיש פערי מידע ולכן החולה הוא פחות מושכל לבחור נכון,

זה אומר שצריך לקצץ לו בזכות לבחור?

דובר/ת:

אופציה אחת, לעזור לו בתנאי שלא תתני את זה בכסף. יש בעיה. כשאנחנו אומרים לבחור רופא, מה אנחנו עושים? מצלצים לשכן שלנו, תגיד, אתה יודע איזה רופא טוב? זה מה שכולנו עושים. היכולת שלנו לדעת מה זה רופא טוב היא מוגבלת מראש בהגדרה. ננסה לצמצם פערי מידע, לתת פערי מידע, אבל מי יודע מה זה רופא טוב?

דובר/ת:

אתה מזלזל באינטליגנציה שלנו.

דובר/ת:

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

דובר/ת:

בסדר.

דובר/ת:

קשה לי מאוד לבחור רופא טוב בגלל כל מיני סיבות אובייקטיביות, דרך אגב, בין השאר בגלל חוסר

המידע שקיים בנושא הזה.

יש פה עוד נקודה אחת וזה קצת בקטע של מצב הקנייה הזה. יש הבדל גדול בין קניית מוצרים רגילה, קנייה ומכירה רגילים שזה וולונטרי, כל אחד קונה מרצון, מוכר מרצון וכן הלאה, למול המצב של חולה שסובל וכואב שלו, סובל מצוקה ואומרים לו, תשמע, כך וכך תשלם ויהיה את זה. הנכונות של הרופא במצב הזה זה לא בדיוק בחירה מרצון. תסכימו איתי שיש הבדל ענק בין המצב של



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

העמדה הצרכנית של החולה לבין העמדה הצרכנית של מי שקונה זוג נעליים, שלא לדבר על זה שליצרן הנעליים או למוכר נעליים ינסה לשכנע אותי לקנות, אני אגיד, כן, לא, ובסוף אני אעשה מה שאשתי אמרה לי, אבל פה הוא משפיע עלי ואם הוא יגיד לי, תשמע, הסטנד מצופה ורק אני יודע לעשות סטנד מצופה, אז תשלם בבקשה, אז אני אשלם. הבחירה הזאת מרצון היא בהרבה מאוד מקרים לא משביעת רצון וזו שעה קשה והיא לא מותירה ברירה לחולה אלא לשלם בעבור הבחירה. בקטע של הזכות לבחור עם כל המגבלות, זה עשוי להשפיע. אני אומר את זה בצורה הכי זהירה שלי. לאה גם את זה לא היתה מוכנה לעקל, אבל אני אומר את זה. זה עשוי לשנות את שיקול הדעת הרפואי. זה עשוי לשנות אותו גם בהקשר של מי אני מטפל, גם בזמן הטיפול, גם באיכות הטיפול ואתם יודעים מה, למה להם בכלל לתת או לא לתת את הטיפול? גם זה עשוי להגיע. יש לך כסף? תקבל מרצון. זה שאין לך כסף, אל תקבל. למה לא? הזכות לקבל. לכולם יש. ואם זו כל כך זכות וכולם משתכנעים שהזכות הזאת צריכה לעמוד בראש כל המעיינות למרות כל החסרונות שהצגתי שם, אז תהיו קונסיסטנטיים, תיתנו אותה לכולם, תנו אותה בחינם.

מה יש בו בשר"פ? אמר את זה אליקים רובינשטיין. רבותי, כל מה שיש לו בשר"פ זה מה שנקרא כסף נוסף בעבור רופאים, ואני רוצה להביא את הכסף הנוסף הזה בעבור הרופאים דרך המערכת הציבורית ודרך השגת קיצור תורים. זו לא דרך יעילה להשיג את הכסף הזה.

דובר/ת: זו לא המטרה.

דובר/ת: סיכום חסרונות השר"פ – עלויות הרחבת השר"פ תגדיל את ההוצאה למערכת הבריאות, תגרום להגדלת המימון הפרטי. אני חושב שמרכיב היעילות, העליתי כמה נקודות, אני לא רוצה להיכנס ליותר מדי. תוספת פעילות מיותרת, הקצאת זמן לא יעילה של עובדים טובים. נושא של יעילות זה לא שיפור. זה לא יעיל וזה לא שוויוני ואני חושב שיש אלטרנטיבות אחרות לטיפול של המטרות שהשר"פ עכשיו מציג אותן, שהן יותר יעילות וגם יותר שוויוניות, ואני לא חושב ששר"פ מוסיף בריאות, וברור בנושא של שוויוניות, יש פה פגיעה קשה מאוד כי כל תוספת הכסף פה מועמסת על הביטוח המשלים או הפרטי ועל הפרמיות או בהשתתפויות עצמיות. בשלושת המקרים האלה זה מימון רגרסיבי ופגיעה באופי השוויוני של המערכת.

יש היום פרקטיקה פרטית בתחומים מסוימים של העשייה של בתי החולים. יש היום שמירה של אחיות פרטיות וסטנד מצופה ובנק דם. אתם יודעים מה, יש גם חניה ויש גם גנטיקה, חלק מוסדר וחלק לא מוסדר. אני לא עיוור למצב. השאלה זו שאלה של מינונים והשאלה היא עד כמה אנחנו מסדירים, ושוב דגש, בתוך המערכת הציבורית פרקטיקה פרטית ועד כמה היא מהווה נפח מרכזי מהעשייה. אני אומר, אם שר"פ זה כבר לא השוליים של העשייה הרפואית, אם שר"פ זה לדעתי אחד מתהליכי ההפרטה הכי גדולים שחלו באיזשהו שירות חברתי בכלל, ממש ככה.

דובר/ת: הפרטה של מימון.

דובר/ת: הפרטה של מימון, לא של אספקה, והפרטה של מימון פה היא הבעיה, לכן אני ממליץ לכולכם לא לתמוך ביעוצי שר"פ.

השרה יעל גרמן: קודם כל תודה רבה, זה היה נהדר. פותחים לשאלות. ברשותכם, פעם אחת אני לוקחת על עצמי ואני מתחילה עם השאלות. אני רוצה לעשות את הדיון קצת בצורה שונה. אני מתחילה דווקא מהסוף, ממה שאתה אמרת, שיש צורה מסוימת כזו או אחרת של שירות רפואי פרטי או של אלמנטים פרטיים בתוך הציבורי. אתה לא התייחסת לכך שבמודל ההיברידי שהציגו הם דיברו ממש כחלק מעמוד השדרה על מגבלה של השר"פ. הם לא מדברים על פתיחה לשר"פ, על כך שאנחנו נעשה את זה 100% או 80% או 60% או 50% או 40% או אפילו 30%. הם מדברים על מגבלה, אז אני רוצה שתתייחס לזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אני רוצה גם שתתייחס לנושא שלמעשה מבחינתי היום חוסר שוויון בין הפריפריה לבין המרכז בצורה משוועת על ידי כך שהפריפריה למעשה לא יכולה לנצל את השב"ן. היא קונה את השב"ן והיא לא יכולה לנצל את זה. אני לא מדברת על אלה שלא מנצלים בגלל ההשתתפות העצמית אלא אני מדברת על הזמינות. בן אדם שחי בצפת, נגישות זמינות. המודל שהוצג בפנינו, מבחינתי יותר שוויוני. דרך אגב, אולי לא אמרנו בהתחלה שכל השאלות שלי לא יוצאות מתוך דעה לכאן או לכאן. אל תשכח שאנחנו מדברים על למעלה מ-80% מהתושבים, זאת אומרת לא מדובר על מיעוט שיש לו רוב או שאין לו שכן. מדובר על רוב שיש לו ובתוך הרוב שיש לו יש חלק שלא יכולים לנצל. הפתרון שאנחנו שמענו, של השר"פ, יוצר שוויון על ידי כך שגם הפריפריה שהיום מסבסדת את המרכז תוכל סוף סוף להשתתף במה שהיא לא יכלה להשתתף קודם.

שלישית, אני מבקשת שתתייחס לכך שאנחנו מדברים כל הזמן, אני קוראים לזה המעגל השווה שמגדיל את עצמו, זאת אומרת זה מעגל שווה יחד עם כדור שלג. יש לנו איזשהו סיבוב שכל הזמן עובר מן הציבורי לפרטי, מגדיל את הפרטי, מנמיך את הציבורי, מגדיל את הפרטי, מנמיך את הציבורי. אתה לא נתת בכלל פתרון לזה. אתה טוען בעצם שזה יגביל. להערכתי, במידה מסוימת אם אנחנו נכניס את השר"פ דרך השב"ן יכול להיות שבמידה מסוימת אנחנו נתחיל להסית בחזרה מן הפרטי אל הציבורי לפחות את הרופאים. אז אלה שלושת ההערות שלי, אבל לא לענות עכשיו כי אנחנו נעשה סיבוב של שאלות.

דובר/ת:

שאלה הפוכה למה ששאלתי קודם, את המודל השני. הם במודל שלהם אומרים שהתנאי לשר"פ זה שאנחנו מגדילים את התפוקות. אם לא מגדילים תפוקות אחר הצהריים וכדומה, זה תנאי ברור גם בנושא שר"פ וגם לניהול תפוקות. אתה אמרת ששר"פ שווה קיצור תור. במודל שלהם הם אומרים, בכל מקרה נקצר את התורים לחלק מהמבוססים שלא משלמים. אתה אמרת ששר"פ זה קיצור תור, אז אולי צריכה להיות איזושהי הנחה שחלק מהאנשים שהיום במערכת הפרטית ילכו למערכת הציבורית ולא יקנו שר"פ כי הם באים רק בגלל קיצור תור. אם המודל שלהם באמת בא ומקצר תורים, ואתה אמרת שזה שאנשים בוחרים שר"פ זה קיצור תור, אז אולי צריכים גם לשים איזושהי הנחה ואני שואל אותך מה דעתך על זה שאנשים, בגלל שיש תורים קצרים יותר במערכת, פחות ילכו לעשות שר"פ בסופו של דבר. האם אתה גם כן חושבת את זה בהנחות שלך?

דובר/ת:

אני רוצה להבין את החישוב כי אני לא מבין אותו. בוא נשאר את הפריפריה בחוץ כי אלה שבפריפריה שלא יודעים היום לנצל את השר"פ, זה שאנחנו נעלה את העלויות בגלל שהם ינצלו את השר"פ שהם יכולים היום, בחירת רופא שיש להם זכות לזה אבל אין להם איפה לממש, אני חושב שזה נטו פלוס, כי זה כמו שהשרה אמרה, זה השוואת תנאים לפחות, לכן אני לא לוקח אותה. אני רוצה לקחת את כל האנשים במרכז שהיום יכולים לממש את הבחירה, יש להם ביקוש והם נניח ירושלים ומרכז. הם אלה שהולכים לבתי חולים פרטיים או להדסה ומממשים את זה. זה עולה נניח 800 מיליון, זה לא משנה. עושים את זה איקס רופאים. עכשיו אתה אומר, אם אנחנו ניתן את זה גם לאיקס רופאים האלה, כולם עובדים באיזה שהם בתי חולים שהיום אין בהם יכולת בחירת רופא. בוא נתמקד במרכז כי בירושלים שום דבר לא ישתנה. במרכז יש רופאים שעובדים היום בשיבא ועושים את הניתוחים באסותא. הם ממלאים את כל זמנם בניתוחים האלה. אתה אומר שמחר אם אני אאפשר להם לעשות את זה בשיבא, פתאום בלי שהמחירים יעלו, סך הכול העלות תגדל פי 3. זה אומר שאתה צריך פי 3 רופאים. מאיפה הם יבואו? מי האנשים האלה שיעשו את כל הניתוחים כדי שהעלות תעלה? אני פשוט לא מבין, במיוחד כשאתה הגבלת את היכולת שלהם בשיבא לפחות זמן ממה שהיה להם, כי לפני זה לא היו להם שום מגבלות. הזמן בעצם הצטמק וכמות הניתוחים שהיום נעשים ללא כל צורך כי אתה עושה את זה במערכת לא מפוקחת, תקטן. זה אתה אמרת במודל שלך, שאתה רצית לתת בחירה חופשית ואני מסכים עם זה, אז לכן איך זה יכול להיות? לא ברור.

דובר/ת: עוד שאלות?

דובר/ת:

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

לעקל אותו זה מצב רצוי וצריך לעודד אותו ולכן צריך למנוע מהם בחירה, ומדובר/ת:ת: באיזושהי מגבלה קיצונית שלעולם לא נדע להתמודד איתה, או שאנחנו מניחים שכמו בכל תחום יהיו אזורים שיהיו פחות מומחים כמו שלא כולנו מומחי מחשבים ובכל זאת אנחנו קונים מחשב ויודעים להשתמש בו, ואנחנו יודעים לצרוך אינפורמציה במידה והיא נגישה ויש דרך ארוכה שאפשר לעשות בשביל להנגיש מידע, להסביר אותו, ללוות. פשוט להבין את העמדה היסודית, האם סוגיית המידע שהיא הופיעה כאחת הסוגיות המרכזיות, מדוע בחירה זה דבר בעייתי, מדובר/ת:ת: על באג שלא ניתן להתמודד איתו או שאחריותנו כמערכת שקובעת את הרגולציה ויכולה להיות זו שמנגישה את המידע, יש לנו מה לעשות בהקשר הזה.

דובר/ת: אני רוצה לשאול אותך בנושא השר"פ. עדי שנסע מירושלים לתל אביב, הוא משרת רק את העשיר שעולה על המסלול המהיר או גם אני שאף פעם לא עליתי עליו, אגב, אני ממשיך בדרך הרגילה, אני נהנה מזה? זה שפתחו מסלול ישיר, הוא משרת גם אותי בעקיפין?

דובר/ת: שאלות לגבי פריפריה ומימוש היכולת לזכות בבחירה. תושבי הפריפריה הרי היום לא מממשים ומסבסדים את תושבי המרכז. למה כוחות השוק לא הובילו לזה שאין "אסותות" בפריפריה ואז היו יכולים לממש את זה שם עד היום?

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

דובר/ת: ולכן השאלה אם זה לא עניין של מדיניות?

השרה יעל גרמן: אנחנו עוצרים כרגע את זה.

דובר/ת: ואז השאלה אם לא משחררים את זה ואז נותנים את המענה למימוש בתוך הרפואה הפרטית תוך הפרדה בין פרטי לציבורי.

השרה יעל גרמן: ואתה ממשיך את המעגל השוטף שהולך וגדל? מעביר מהציבורי לפרטי?

דובר/ת: לא, דווקא מקטין, ואז יש לנו עוד כלים אחרים בתוך הפתרונות המוצעים כדי לתת את המענים האחרים.

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

השרה יעל גרמן: ברמב"ם הם יעברו עכשיו למגדל אם יהיה מגדל ואז יהיו תורים ברמב"ם כשגם היום יש, ובסורוקה יהיה תורים כי הם יעברו אחר הצהריים לזה. זה מה שאנחנו רוצים? זו דילמה.

דובר/ת: יש לי שאלה אחת לגבי החישובים. אני לא בטוח שאני יודע לנסח אותה, כי החישובים שלך אותי לגמרי בבלבלו, אני חייב להגיד. עשית שם חישוב שאם נאפשר שר"פ אז ההוצאות יעלו ב-2 מיליארד כי אתה לקחת את מה שקורה והכפלת. כמו שיוג'ין אמר, אתה בעצם אומר שכמות השר"פ יגדל פי 5 או פי 3. מה שלי לא מסתדר במספרים האלה, אם אנחנו חושבים שיהיו מקורות כספיים שיהפכו את הרופאים לפול טיימס, שהם יעשו יותר רפואה ציבורית וזה יעלה את ההוצאות של המערכת הציבורית מאחר והיא תצטרך לשלם את הפול טיימס, אז אתה בא ואומר, בנוסף להוצאה הזו שעכשיו אנחנו דיברנו עליה, שהרופא עושה פול טיים ובפול טיים הוא עושה רפואה ציבורית ליותר אנשים מאשר היום, כלומר הוא מקצר תורים כי אנשים, היום יש להם תורים ארוכים, הפכת אותם לפול טיימרים. יש פחות תורים, יש יותר רפואה ציבורית. אתה אומר, מה שאנחנו מציעים, שזה רק מקור לממן את זה, זאת אומרת שחלק מהאנשים האלה בפול טיימר יעשו ציבורי וחלק פרטי, אתה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

בעצם אומר, בנוסף לעלות הזו של הפול טיימר שמוצע היום, אנחנו במודל שלנו גורמים לעוד 2 מיליארד עלות, כלומר הרופאים האלה יעבדו פי 5 יותר, יותר ברפואה הציבורית יותר ברפואה הפרטית. לי נראה שמשהו התבלבל אצלך במספרים. אנחנו אומרים, נכון, הרופאים יעבדו פול טיים והרופא הזה יעשה פול טיים וחלק מזה הוא יעשה ציבורי וחלק מזה הוא יעשה פרטי. יכול להיות שבסך הכול זה יעלה למערכת עוד 2 מיליארד, אני לא אומר שלא. השאלה מאיפה יבואו ה-2 מיליארד וזה אולי מה שאני לא מבין. אולי זה יעלה 2 מיליארד, אולי 1.5 מיליארד כי אתה רוצה לקצר תורים. אתה רוצה להשאיר את הרופאים במערכת עד הערב. אני אומר, האם אתה חושב שזה 2 מיליארד בנוסף למערכת הציבורית או חלק מזה בא לטובת המערכת הציבורית?

דובר/ת: שאלה ממש קטנה. אתה נתת לנו סדרה שלמה של דברים גרועים שיקרו. מה הבנצ'מרק?

השרה יעל גרמן: האם עכשיו יותר טוב?

דובר/ת: השרה, גם את התייחסת לשאלה הזאת.

השרה יעל גרמן: יש לי עוד שאלה שאני רוצה לשאול אותך דווקא כלכלן. אתה מדבר על כך שיהיו יותר שימושים והפרמיות יעלו, אבל דווקא ככלכלן אתה ודאי יכול להמשיך הלאה את המעגל ולבוא ולומר, יעלו הפרמיות, יצאו אנשים. יצאו אנשים, ירדו הפרמיות.

דובר/ת: יצאו אנשים, יעלו הפרמיות.

דובר/ת: בדיוק. אני אמרתי את זה.

דובר/ת: אז יהיו פחות אנשים.

דובר/ת: חלק מהתשובות שלי יהיו גם תשובות ליותר ממישהו אחד, כי היו כמה שאלות שנוגעות ביותר מסוגיה אחת. הפעלת השר"פ בכל המערכת הציבורית במדינת ישראל, אני לא אמרתי שכל פרוצדורה כירורגית אלקטיבית תעשה באמצעות שר"פ. אני לקחתי את הפרופורציה שקיימת היום בהדסה, ואמרתי בהדסה והיה צריך לקזז מזה את הפרטי. עשיתי לי איזה קיזוז קטן. ברור שלפי מגבלות. אני מניח שגם במודל שאומר בעד השר"פ, אמר את זה קובי, אמר את זה יוג'ין. קובי אמר את זה בצורה הרבה יותר ברורה, יוג'ין פחות. יש מכסה מוגבלת ואפילו צריך לומר, אם אני הייתי בעד השר"פ הייתי אומר, צריך להתנות אותה בבוקר וכן הלאה. אני מדבר על מכסות מוגבלות וברור שגם במודל השר"פ שהם מציעים יש מכסות מוגבלות, אבל כל הדברים שהוצגו כאן זה בהינתן המכסות המוגבלות שכיום קיימות, כי אם אני פורץ את זה לחלוטין, אז לחלוטין, ותיכף אני אסביר לכם למה זה עולה כסף. עולה הרבה. זה עולה את 1.5-2 מיליארד וזה לא פעמיים 1.5-2 מיליארד, זה רק פעם אחת 1.5-2 מיליארד. תיכף אני אסביר את זה.

חוסר שוויון של הפריפריה. רבותיי, זו בעיה אדירה היום. היום העובדה שמבטח בירוחם קונה ביטוח משלים ולא יכול לממש את זה, זו בעיה, אבל הדרך לפתור את זה לא על ידי זה שאתה מאפשר לו עכשיו לממש את זה, אלא הדרך לפתור את זה זו הדרך של לתת לו את זה באיזושהי אפשרות חנימית על מודל כלשהו שירחיב את הסדרי הבחירה. אני בעד להקל עליו לממש כל זכות שיש לו. אם נתת לו משהו ואתה חוסם לו את השימוש, אז זו בעיה. צריך לטפל בזה אבל הדרך לטפל בזה לא להגיד, בוא נסדיר שר"פ בסורוקה אלא ליצור איזושהי דרך אחרת לטפל בזה. פול טיימר זו דרך מסוימת לפתור את הבעיה הזאת.

השרה יעל גרמן: אבל עדיין אתה משאיר את חוסר השוויון.

דובר/ת: לא, ממש לא. למה?

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

במודל שלי את יודעת שאני מבטל את הבחירה גם בירושלים. ברור לי.

השרה יעל גרמן:

אני רוצה לשמוע את זה. אתה לא אמרת את זה.

דובר/ת:

ברור.

השרה יעל גרמן:

במודל שלך אתה בא ואתה אומר, שוויון זכות, בוא נבטל את בחירת המנתח ואת הייעוץ בשב"ן.

דובר/ת:

המודל האלטרנטיבי שלי לשר"פ זה לתת בחירה מוסדרת, מושכלת, בתוך המערכת הציבורית בצורה שדרך אגב הוצגה פה, על ידי גביה מתוך קבוצה וכן הלאה. זה המודל האלטרנטיבי שלי.

דובר/ת:

שהיא תעלה אותו דבר.

דובר/ת:

לא. אני אומר פחות. תיכף אני אסביר לך גם למה פחות, אבל נעזוב את זה רגע שנייה אחת. אני אומר, אם אנחנו נמצאים במצב של ללכת למודל שלי או ללכת למודל של שר"פ בכל המערכת, אני מעדיף ללכת למודל שלי, אבל יש לנו גם אלטרנטיבה אחרת, כמו שנקרא הרע במיעוטו, זאת אומרת כמו שאמרנו בתיירות מרפא. אמרנו טוב, תיירות מרפא יש כבר 4%, אז לבטל אותה רציתי, אבל אני מבין שיש מציאות ויש מציאות שקשה לי מאוד להתנער ממנה ויש גם כוחות שמגבילים אותי ביכולת המימוש של האידיאולוגיה, אז אני אומר, לפחות נגביל את זה ולא נרחיב את זה כי היום זה רק ירושלים, ועם כל הכבוד לירושלים, זה רק ירושלים.

השרה יעל גרמן:

אתה ממליץ להשאיר את זה בירושלים?

דובר/ת:

אני אמרתי מה אני אומר. אני אומר, בעמדה העקרונית שלי אני מבטל. אני יודע שיש פה מגבלה. באילוץ הזה שאי אפשר לבטל נשאיר בירושלים, אבל נעשה כל מיני דברים ומהלכים נוספים. זה היה משפט הפתיחה שלי, רבותי. אני לא נגד שר"פ והולך לים ולא עושה כלום. אני מציג אלטרנטיבות והאלטרנטיבות כרוכות בעסקת החבילה שלנו שאנחנו גיבשנו אותה, וחלק מהפתרון לבאר שבע ולתושבת של ירוחם זה הפול טיימר שיהיה אחר הצהריים וייתר בכלל את הצורך שלו בבחירה. היא רוצה את הניתוח מחר, זה הכול. היא לא רוצה בחירה. מה היא מבינה בבחירה?

השרה יעל גרמן:

ואז אתה אומר לה, את לא צריכה בכלל את השר"פ.

דובר/ת:

נכון.

דובר/ת:

מי שלא מבקש לבטל את בחירת המנתח, את הרובד של בחירת המנתח, ממליץ לאנשים שלא יכולים לממש את השב"ן, לא לרכוש אותו פשוט.

דובר/ת:

וזה גם אפשר באמצעות הריבוד.

דובר/ת:

אחד הדברים ששימחו אותי נורא בסדר היום של היום הזה, זה דווקא זה שהתחלנו בסיפור של הפול טיימר, כי דרך הדיון של הפול טיימרס, הנה, אנחנו ניסינו להתמודד עם הרבה מאוד בעיות שהמודל שלכם ניסה לפתור אותן, אבל זה אותן בעיות שהמודל של פול טיימר מנסה לפתור. יש רק הבדל אחד, וזה שפה זה כסף גרסיבי וכסף פרטי, ואני אומר, כסף ציבורי.

השרה יעל גרמן:

יש גם ויכוח על כמה זה עולה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

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

שאל יוג'ין מאיפה יבואו הרופאים. מה זאת אומרת מאיפה יבואו הרופאים? היום בנהריה אין אפשרות לעשות בחירת רופא. בצפת אין אפשרות לעשות בחירת רופא. ברמב"ם אין אפשרות לעשות בחירת רופא, מוגבלת, אוקיי? סורוקה, בלינסון. הראיתי את זה. 80% ממערך האשפוז במדינת ישראל, אי אפשר. חלק מהרופאים של תל השומר כבר היום עושים את זה, זה נכון, ואני מחר רוצה שהם יעשו את זה בתוך המערכת באמצעות פול טיימר, אבל אם אתה תעשה את זה באמצעות שר"פ, גם החלק של תל השומר יהיה חלק הרבה יותר גדול מאשר הוא עושה את זה היום, כי גם אסותא מוגבלת. כמה יכולים להגיע לאסותא? אסותא מתלוננת כל הזמן שיש לה ביקושים והיא לא יכולה לממש אותם. יהיה יותר רופאים שיבקשו, ובדין יקבלו דרך אגב, אפשרות לקבל יותר כסף תמורת בחירה. אם אני רופא בחירת רופא ולתת את זה לכולם, אז בחירת רופא לכולם, וגם בצפת וגם בירוחם וגם ברמב"ם וגם בחדרה. אני לא אעבור על כל בתי החולים. כל בית חולים הוא מועמד לבחירת רופא בתשלום במודל שלכם, וזה יעלה את ההוצאה, וההוצאה הזאת תשתרש שוב פעם לביטוחים המשלימים למיטב יכולת ההבנה. יוליה, בנושא הזה דרך אגב אני ממש איתך ברמה העקרונית. אני חושב שצריך לחזק את המטופל וצריך לתת לו במידת האפשר כמה שיותר אינפורמציה כדי שיעשה בחירות מושכלות. אין לי בכלל ויכוח ואני אהיה איתך בכל מהלך שתמליצי לעשות בדבר הזה, אבל יש לי כבר ניסיון ואני אומר, יש עם זה בעיה. יכולת העברת המידע הרציונלי לקבל החלטה רציונלית בבריאות, היא קשה. מודה, היא קשה, היא מוגבלת ובסוף בסוף אתה הולך לרופא ואתה אומר לו, תעשה מה שהיית עושה לבן שלך, כי אתה באמת לא יודע. אם זה במחשבים, אז מילא, אז קניתי מחשב פחות טוב, יותר טוב, אבל בריאות זה לא מחשבים. אני מנסה כל הזמן לחדד את זה. בריאות זה לא נעליים. אנחנו נוכל לצמצם קצת את הפער, אבל הפער תמיד ישאר.

מסלול מהיר. אני לא רוצה להיכנס יותר מדי למסלול המהיר. לשלומי הייתה תשובה אחת. אני אחזור עליה ואני אתן תשובה נוספת. הוא אמר, בניגוד למסלול המהיר ברופאים, אתה לוקח את הרופאים איתך. אתה לוקח את הכביש איתך. אתה לוקח פשוט את הכביש איתך ולכן זו בעיה. שניים, לך אני אתן תשובה אחרת. אני אומר לך, אבל זה יהיה באמת ויכוח אידיאולוגי, שאם היית בונה את המסלול המהיר חופשי לכולם, היית יכול לבנות עוד מסלול אחד, כי יש לך מה שנקרא דיביידר שבין שני המסלולים, הציבורי, הפרטי, שהיום כל מטרותיו זה לעשות את ההפרדה. אם לא היית עושה את ההפרדה, היה לך שני דיביידרים ואז היית מרוויח יותר כמה שנקרא נוהג ציבורי מאשר המצב היום. אתה לא כל כך מרוויח מהסיפור הזה.

השרה יעל גרמן: אמרת שאתה תיתן גם תשובה משלך.

דובר/ת: התשובה השנייה היתה משלי. הראשונה היתה, הרופאים בורחים עם המכשור, עם הידע וכן הלאה. כאילו לוקחים איתם את התשתית.

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

דובר/ת: אז אני רוצה שישאר שם אבל בכסף ציבורי.

השרה יעל גרמן: אני חושבת שאתה רואה את זה. כל מי שנוסע, רואה. הצפיפות לא קטנה. הפקקים אדירים בתחבורה הציבורית. כשאני נוסעת אני ממחרת לפעמים, אז אני לוקחת.

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

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

הערה אחרונה. זה קצת מתחבר לשאלה של קובי וקצת של יוג'ין כי יוג'ין אמר בנצ'מרק וקובי אמר האם זה מיליארד וחצי ועוד מיליארד וחצי. לשניהם יש לי בערך אותה תשובה. אחד, יש לנו בעיות. יש היום עשרות בעיות. הצגנו את כולן. אני אומר, ישנו פתרון ציבורי יותר יעיל ויותר צודק. אני אומר, הפתרון הציבורי יקנה לך הרבה יותר קיצור תורים. הפתרון הציבורי יעשה לך רפואה הרבה יותר טובה. הפתרון הציבורי יהיה גם יותר שוויוני. כל היתרונות של הפתרון הציבורי הם כל כך ברורים לי שאני לא מבין איך הולכים בכלל לאופציה של הפתרון הפרטי. הבעיות ישנן אבל יש להן פתרון. זה לא השר"פ. אני אומר, כן, הפתרון הציבורי עולה כסף. חלק מהפתרון הציבורי הזה זה מה שנקרא פול טיימר, חלק ממנו בתוספת אם יצטרכו. נראה מה שיקרה. נתחיל ב-500 ויכול להיות שזה יהיה 1.5 מיליארד. חלק מזה יהיה פרוייקט קיצור תורים. אני רוצה לקצר תורים, אבל אני רוצה את הנוכחות של הרופא בתוך בית החולים, אני רוצה שיעשה הוראה, אני רוצה שיעשה מחקר, אני רוצה שהוא יהיה דמות חינוכית גם לסטז'רים ולמתמחים וכן הלאה. אני רוצה אותו יותר בבית חולים הציבורי, ואני רוצה שהמהנדס, וזו המקבילה שלך קובי, שאתה כל הזמן מנפנף בה. המהנדס שיכול לעשות פרקטיקה פרטית בתוך בניין של רפא"ל. איפה נשמע כזה דבר? זה מה שאנחנו מתירים לרופא הציבורי בתוך בית חולים ציבורי. מה, אני יכול להגיד ברפא"ל, אחר הצהריים אני סוגר ומעכשיו אתה עושה פרקטיקה פרטית אצל המתחרה שלך?

השרה יעל גרמן: אבל שוב אני אחזור. זה כבר קיים פה.

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

דובר/ת: אתה ציטטת אותי רק על המהנדס. אני חייב להגיד לך משהו. אם המהנדס היה בא להנהלת רפא"ל ואומר, תשמעו, יש אנשים שרוצים לקנות את השירותים שלי אחרי הצהריים כי העבודה שלי אצלכם נגמרת ב-16:00 ואין לכם יותר כסף לשלם לי, אני בא אליך מנהל מהנדס בגלל ה-reputation שלי. אני המהנדס שעובד אצלך, אתה רפא"ל. אני מביא לך עוד כמה מקורות הכנסה בזכות היותי מהנדס ברפא"ל. בוא נתחלק ברווחים. רפא"ל לא היתה זורקת אותו לשום מקום, לעומת שאני אעשה את זה במקום אחר.

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

דובר/ת: אם הוא מביא מתחרה, על אחת כמה וכמה. לא. אם במקום שזה יעשה אצל המתחרה. במקום שהמהנדס יעזוב את רפא"ל וילך לעבוד אחר הצהריים אצל המתחרה, אני אומר, בוא תעשה את זה אצלך.

דובר/ת: כמה כסף חסר במערכת הבריאות?

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

דובר/ת: זה כולל פול טיימר?

דובר/ת: ברור.

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

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

דובר/ת: סליחה, אבל אתה אמרת שהחסרונות הם יחסית למימון ציבורי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

התנאי של קובי היה שאנחנו נקבל את המימון הציבורי.

דובר/ת:

אני בעד מימון ציבורי. אני אמרתי 4.5 לעומת 1.5.

דובר/ת:

אנחנו נקבל את המספר המתאים ואז אפשר יהיה לשים את המודל הזה, כי אחרת יש לו באמת

סכנות ונזקים - - -

דובר/ת:

אנחנו אמרנו, אנחנו רוצים לדחוף כמה שיכולים.

דובר/ת:

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

דובר/ת:

כן.

דובר/ת:

אבל זה שונה ממה שקובי אמר, שאנחנו צריכים לקבל מספיק כסף ואז להשתמש במקור הזה.

דובר/ת:

אני רוצה להגיד לך אחרת. אני מבין את העמדה של גבי בצורה הבאה. אני לא מסכים איתה אבל אני רוצה להבהיר. גם אם מחר מדינת ישראל לא נותנת אגורה נוספת למערכת הבריאות הציבורית, נניח, אני נגד המודל שלנו כי לא רק שהוא לא יביא כסף למערכת, הוא יקח את הכסף מהמערכת לטובת כל מיני דברים אחרים. אני חושב שהמודל שאנחנו הצענו עם כל המגבלות שלו, מביא עוד כסף למערכת, לכן אם לא יתנו את הכסף הציבורי, הוא יביא כסף, אבל אני לא בעד זה כי אני רוצה את הכסף הציבורי. העובדה שהמערכת הפרטית במדינת ישראל קיימת, כנראה שהיא רווחית. אני מעדיף שהרווח הזה לא ילך למקומות אחרים אלא לתוך המערכת הציבורית.

דובר/ת:

העמדה שלך היא לא שאם אתה תקבל את כל הכסף אתה חושב שמערכת צריכה להבטחה לכסף הזה

קדימה, אז אתה לא צריך את המערכת.

השרה יעל גרמן:

ללא ספק.

דובר/ת:

אבל הוא לא אומר את זה. הוא אומר, בואו נלחץ על כמה שאנחנו יכולים לקבל.

דובר/ת:

אני רוצה לענות על זה. אמרתי קודם בכמה מקומות את המשפט הבא. אמרתי שמחובתנו כוועדה

ציבורית להציג את הדרישות הריאליות, כי אמרנו, אידיאליות זה 15 מיליארד. הריאליות לפני מקבלי החלטות ולשים את זה

בסדרי עדיפויות שלהם ביחד עם זה שצריך להחליט אם הוא רוצה לצמצם את העוני, רוצה לעשות התנחלויות, רוצה לסלול

כבישים וכן הלאה. חובתנו המקצועית לשים את זה על השולחן. זה קודם כל. זו הערה ראשונה. אנחנו לא יכולים מראש לסגת.

הערה שנייה לפחות מהפרקטיקה מהניסיון שלי. ככל שאנחנו נעשה את השיקול או את האופציה זמינה יותר, של לקחת כסף

מהפרטי, לתוך החור הזה תקפוצ המערכת הציבורית ותגיד אין בעיה, והיא תקטין עוד יותר את כמות הכסף הציבורי, זאת אומרת

הצגת האופציה של השר"פ תקטין עוד יותר את הסיכוי שלנו לקבל איזשהו שקל ציבורי, כי אני אומר, יש לכם אופציה. מה הבעיה?

תעלו את הפרמיה של ביטוח משלים. מה הסיפור?

השרה יעל גרמן:

זו הבעיה. זו בעיה. זה אנחנו יודעים, שזה יהיה פתרון קל.

דובר/ת:

מאוד. מאוד מפתה, דרך אגב. לא צריך להעלות מיסים, לא צריך שום דבר.

דובר/ת:

משפט לגבי הסכנה שאמרנו פה, שיגידו אה, יש אופציה לשר"פ ולכן לא צריך לתת כסף ציבורי, אז

בעצם כבר היום אמרו לנו את זה בצורה אחרת. אומרים, בואו נטיל כל מיני מיסים על המערכת הפרטית ולכן לא צריך להביא כסף

ציבורי בצורה אחרת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: גם זה לא נאמר.

דובר/ת:

אני לא אומר שאתה אמרת. אני אומר שאחד הדברים שנאמרים הרבה פעמים פה, זה בואו נמסה את המערכת הפרטית, בואו נעשה כל מיני דברים למערכת הפרטית כדי שיהיה יותר כסף לציבורי, אם זה דרך המיסים שיגיעו ואם זה דרך זה שנעשה אותה יותר בעייתית ולכן יחסך איזשהו כסף שיכנס למערכת. האופציה הזאת כבר עולה על השולחן, היא לא קשורה אם יהיה שר"פ או לא יהיה שר"פ.

לשאלה שלך ערן, תראה, אני לא באתי עם מספר ואמרת, אם מדינת ישראל לא תתחייב למנגנון אוטומטי, 2%, אז יהרג ובל יעבור. אני אומר, צריך מנגנון אוטומטי ואם לא נשיג מנגנון אוטומטי סביר, אז אנחנו לא עשינו את עבודתנו ולכן השר"פ מיותר כי הוא בטח לא יפתור את הבעיה אם הדבר העיקרי הזה לא יפתר. מאחר ואני ריאלי אני אומר, אני מאמין שיהיה מנגנון אוטומטי סביר אבל לא מספיק, ומאחר ואני בכל זאת חושב שצריך יותר כסף ואני רואה את הביקושים כל הזמן גדלים כי הטכנולוגיות מתפשטות וקיימות, אז אני רוצה גם את המנגנון הנוסף. אני רואה את זה כשני דברים ביחד. אני לא רואה את זה כשני דברים או-או. אני אומר, אני רוצה את זה ואני רוצה את זה. אם כמובן יבואו מחר, יקרה נס ויגידו לי, תשמע, אתה מקבל מנגנון אוטומטי 7% בשנה בעשרים שנים הקרובות, אז אתה יודע מה, אני מוותר על השר"פ. אני כבר מודיע.

דובר/ת: גם אני.

השרה יעל גרמן: אני חושבת שזה היה ברור. בבקשה.

דובר/ת: אני חושב שבריאות צריכה להיות בעיקר ציבורית, ורפואה פרטית, צריך לצמצם אותה ככל הניתן. זה הבסיס לכל. כשיש את השאלה למה אנחנו לא רוצים, למה אי אפשר להכיל את הכללים שאנחנו מציעים, להכיל אותם גם ברפואה פרטית שתהיה גם בבתי החולים הציבוריים, אז הבסיס, שאני חושב שצריך לצמצם אותה ככל הניתן. אנחנו אבל חיים בעולמנו. כמו כולנו אנחנו לא חושבים שניתן לבטל את זה לגמרי ולכן אנחנו אומרים, לפחות על איפה שיש, שיהיה את זה, א', כמה שיותר מצומצם וכמה שיותר נשלט. בסוף מה שמגביל באמת את הרפואה הפרטית זה לא הרגולציה, זה המטראז' לצורך העניין, שמוקצה לעניין ולכן צריך לעשות את זה כמה שיותר מצומצם. זה הבסיס למה לא להכיל את הכללים, כי הכללים לא פותרים את הבעיה. הכללים אולי מקלים את הבעיה במידת מה.

המודל שמוצע, ההיברידי לצורך העניין, תלוי יותר מדי ברגולציה ואני חושב שרגולציה, אפשר לבנות עליה במידה מוגבלת, איפה שהתמריצים הם כל כך חזקים בכיוון מסוים. הרי בסוף למנהל בית החולים ולרופא, ואני אומר לכם משהו, בסוף גם לממשלה יהיה את האינטרס שההכנסות מהשר"פ יהיו כמה שיותר גדולות, כי זה פותר בעיה ולכן אני לא רואה את המערכות הרגולטוריות של המדינה נלחמות בדבר הזה. היתה לנו התלבטות, אני אומר לכם, פנימית בתוך האוצר, האם זה נכון מה שאנחנו עושים, שקובעים כללים בהדסה או לא נכון, כי אז יגידו, הנה עשיתם הסדרה. חשבנו שזאת החובה המוסרית שלנו, לפחות לנסות לעשות את זה. להגיד לכם שאני מאמין שעכשיו לא יהיה שר"פ מהמיון או שלא יהיה שר"פ בבוקר? יהיה גם וגם. אני מקווה שנבדוק ואני מקווה שנעשה ואני מקווה שנקנוס ואני מקווה שהכל. אנחנו לא נעלים את התופעה הזאת. אני מקווה שאולי כן נצמצם אותה.

זו הפעם הראשונה שאני שומע מודל שר"פ שמאפשר גם לחלק מהרופאים לעבוד בחוץ. זה בעיניי באמת להביא את המודל הגרוע. אני מבין מודל שר"פ, אני מבין מודל שר"פ של הדסה. אני אומר, אין מודל אידיאלי. אני מבין איזה יתרונות יש למודל שר"פ הדסה. אני חושב שלבוא ולעשות שחלק מהרופאים יעבדו בחוץ, חלק מהרופאים יעבדו בשר"פ בפנים, זה באמת הגרוע מכל העולמות, כי כל הכוכבים ילכו ויעבדו בחוץ. כל ה-10,20,30,40 כוכבים, לא יודע כמה, יעבדו בחוץ וכל השאר יעבדו בפנים. לא נשיג שום אפקט של ריסון מחירים. העשירים ילכו לעשות את זה באסותא בביטוח פרטי או בתוספת של כסף פרטי בעקבות השב"ן, וכל השאר, כל השאר זה גם המעמד הנמוך לצורך העניין, יעשה שר"פ בתוך בית חולים ציבורי עם הרופאים שישארו שם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אם אתם מציעים משהו, תתקנו את הדבר הזה בהצעה שלכם, כי זה באמת מביא את זה למשהו שהוא לא הגיוני. תהיה פה מלחמת מחירים בין הפרטי, בין אסותא לבין המערכת הציבורית, והסחרור שזו היתה לא טוב.

אנחנו צריכים כל הזמן לדבר על המטרות ולא על האמצעים. ברור לי שאני נכנס פה לאיזשהו שדה מוקשים כאגף תקציבים. אני מנסה לא להיכנס אליו ואני גם לא אכנס אליו, אבל צריך לראות מה המטרה, ואם המטרה היא קיצור תורים, הגברת אמון, וזה בסוף מה שמניע את הציבור ללכת למערכת הפרטית, אני חושב שאפשר לטפל בזה ובזה ניסינו לטפל. ניסינו לטפל במחוללים של הביקוש לרפואה הפרטית במודל שהצענו. אני לא חושב שהמודל שהצענו הוא באיזושהי צורה מודל אידיאלי. הוא מודל שאני מקווה שהוא אופטימלי. אני חושב שהבעיה המרכזית בשר"פ בסוף, ואני אומר את זה כאן כאוצר. בסוף כששואלים אותנו, עזבו אתכם, אל תדברו על שוויון ועל תדברו על דברים אחרים. מעבר לגידול בהוצאות זה אובדן שליטה על הוצאות. זה אובדן שליטה על ניהול ההוצאה, וראינו את זה. התעריפים בשר"פ נקבעים על ידי הרופאים. הכסף לא מגיע לבית החולים. עכשיו אני מקווה שבהדסה השר"פ לא יהיה הפסד לבית החולים. קודם הוא היה הפסד, אבל לא שבא מהנדס ואומר, אני אעשה פה עוד פעילות ובוא נתחלק ברווחים. המודל היום אחרי שעשינו את התיקונים, הוא 25%/75% אבל בוא נגיד שהוא יהיה 30/70.

דובר/ת: זה רק על החלק של בחירת רופא.

דובר/ת: זה עדיין לא הופך את זה לרווחי עבור בית החולים. מיסים נשים רגע בצד, זו באמת שאלה של מדיניות ושאלה פוליטית. יקור יוקר המחיה זה גם עניין שהוא תפיסת מדיניות ופוליטיקה וזה לגיטימי וכו', ואנחנו כמובן בעידן שאנחנו לא רוצים להעלות את יוקר המחיה, אבל להעלות פרמיות לקשישים, בעיניי זה בלתי מתקבל על הדעת, כלומר אנחנו לא יכולים להיות במקום שבו אנחנו מעלים פרמיות בכלל ובפרמיות לקשישים בפרט. אני ניסיתי לחשוב מה ההבדל בין המודל של הפול טיימר לבין המודל שלכם. בנוסף למה שגבי אמר, יש גם הבדל במי מטפל הרופא. במודל שלכם הרופא מטפל בזה שהביא את הכסף, כי בסוף הוא צריך לטפל בזה שהביא את הכסף, כי אחרת לא יהיה מקור הכנסה לבית החולים. במודל הציבורי הקצאת הפול טיימרים תהיה לפי הציבורי, כלומר הוא יטפל בחולים הקשים יותר ולא בחולים בעלי ההכנסה הגבוהה יותר, אז יש פה עוד איזשהו ערך.

לגבי השאלה של הסבסוד הצולב בין הפרפריה למרכז, אני מסכים שזו בעיה אבל אני לא חושב שהיא פתירה אם אנחנו עושים שר"פ בכל הארץ. מרכז הארץ תמיד יהיה יותר אטרקטיבי. יהיו שם הרופאים היותר טובים והיותר יקרים. אופציות ההשתכרות תהיינה יותר גבוהות ולכן הרופאים יהיו שם. תהיה יותר אוכלוסיה שיש לה יכולת לשלם. הרופאים הטובים ממילא רוצים לגור במרכז. אנשים פחות רוצים לגור בפרפריה, אז זה יחריף את הפער מול הפרפריה וישמור על רמת האטרקטיביות של רופאים, איפה לעבוד בפרפריה או במרכז. הדבר השני, זה שזה לא יפתור את הבעיה שעכשיו הפרמיות תהיינה אחידות ויפתור הסבסוד הצולב. כל עוד לא עוברים למודל של פרמיות אזוריות, ואני לא חושב שאנחנו יכולים לעבור למודל של פרמיות אזוריות.

השרה יעל גרמן: או מבטלים בשב"ן.

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

השרה יעל גרמן: צריך לבדוק מה יקרה לביטוח הפרטי.

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

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
השרה יעל גרמן:

גם המעמד הנמוך. כולם.

דובר/ת: נכון, כי אין ברירה, כי איפה שיש שר"פ מנתבים אותך לשר"פ ולכן אני לא חושב שזה איזושהי זכות גדולה.

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

דובר/ת: לא שכחתי. אני לא שמעתי.

דובר/ת: זה לא סותר, אגב.

השרה יעל גרמן: בואו ניתן לו לסיים.

דובר/ת: אני חושב שכן צריך למצוא את הדרך. כל המיסוי שאנחנו הצענו, יש לו גם תכלית של משאבים. אנחנו אגף תקציבים. פה זה בכובע הזה של אגף תקציבים. יש לו גם תכלית של לצנן את הביקושים למערכת הפרטית ולשנות את היחס בין הפרטי לציבורי. אני חושב שאנחנו צריכים לחזור ל-2008-2009 מבחינת הפרופורציות. אני סתם אומר 2008-2009, יש איזושהי בנצ'מרק, וכן גם אמרנו שגם משאבים ציבוריים. היתרון במשאבים ציבוריים לטוב ולרע, כלומר יש כאלה שיראו בזה חסרון, זה שאפשר לשלוט בדרך שבה הכסף מנוהל. זה בסוף הדבר המרכזי שבמודלים של שר"פ אין אותו. וגם מנוצל. בסוף המחולל של ההכנסה הוא הרופא. הרופא בסוף יקבע אם תהיה הכנסה או לא תהיה הכנסה. כשזה מנוהל בצורה מרכזית על ידי קופות החולים ובתי החולים, אז זה נקבע בדרך מרכזית ואנחנו יכולים לראות שהדבר הזה לא יוצא משליטה. זה ההערות שלי בשלב הזה.

דובר/ת: תודה. קודם כל תודה רבה. אני חושב שהשקעתם הרבה חשיבה וניסיתם לשפר ולרכך. יצא לי לפחות ממה שהצלחתי להבין, שאותו רופא, ד"ר איקס, הוא יכול לעבוד ציבורי בשיבא. הוא יכול בו זמנית לעבוד שר"פ בשיבא ואחרי מכסה מסוימת אין שום מניעה שהוא ימשיך גם לעשות שר"פ. אין מניעה.

השרה יעל גרמן:

זאת ההערה שלו על הפול טיימר.

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

דובר/ת: מה שאני אמרתי לא הוצג נכון. אני אמרתי שאני בעד מודל של הפרדה ברורה בין או שאתה בפנים או שאתה בחוץ. אני רק אומר שכתהליך שבו אתה מתחיל ממצב שבו אתה הכול יכול, יכול להיות שבטווח קצר אתה תצטרך ולא יהיה לך גם כסף לאשר את כולם, אז מה, אתה תגיד לאלה שאין לך כסף לאשר אחר הצהריים, תתפטרו מבית החולים?

דובר/ת: זה מצב נתון ותיאורטית יכול להיות שאני בו זמנית ציבורי בשיבא, שר"פ שיבא ושר"פ אסותא.

דובר/ת: לא לאותם חולים.

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

דובר/ת: אין לי בעיה. הוא יכול להיות בבית חולים ובקופת חולים, שזה ציבורי, והוא יכול לחצות את הכביש ולעשות שר"פ לא בבית חולים ציבורי. יחי ההבדל הקטן. יש הבדל. רק רציתי להבין את זה.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: אתה אמרת מה המטרות, להכשיר אותו בבית חולים וכו', ואני משלם מחיר יקר והלכתי כבר דרך וניתחתי מה היתרונות בלהכניס אותו, בלהשאיר אותו ליד המתמחים והסטודנטים וכו', וכו', ואופס, הוא כאן באסותא, אז שילמתי מחיר יקר והתמורה בעד האגרה לא כך כל משתלמת לי, אז עדיף אם כבר המודל של הדסה.

דובר/ת: כולם מסכימים.

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

דובר/ת: אז בסך הכול הבנתי אתכם נכון. רבותי, אני רק רוצה להיות מהחמישית של הציבור שאין לו שב". ברגע ש-80% מסודרים בשיבא, באיכילוב, בנהריה וכו', זה מבליט את החמישית מהציבור. כל איש חמישי ירגיש את האפליה לרעה. יותר מחמישית. זה רבע מהאוכלוסיה אולי.

השרה יעל גרמן: לא, מה שהוא אומר זה שיהיו פחות בגלל שהפרמיות יעלו אז אנשים יצאו.

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

השרה יעל גרמן: אתה אומר שה-20 שיהיו 25 ואולי 30 ואולי אפילו 35 אחוז - - -

דובר/ת: אז נצטרך אנחנו לאמץ אותם, ואז אם אני מאמץ אותם, אין למישהו שיש לו שב"ן ומשלם עליו ממיטב כספו, יתרון, ואז הוא רוצה לשפר את הפוליסה שלו.

השרה יעל גרמן: או לשפר את הפוליסה או לעזוב את הפוליסה.

דובר/ת: נכון. רבותי, אני יצאתי מהדיון ביום ראשון כי הייתי חייב לחזור לבית חולים ואז הדיון היה מאוד מאוד חשוב לי. זה היה נושא תיירות המרפא. אני חייב באמת להתייחס קבל עם ועדה. קודם כל זה שר"פ. אני חושב שתיירות מרפא מבוקרת היא עובדה בשטח. מבוקרת, ולדעתי אפשר גם להגביר את התפוקות שם בצורה מושכלת. היא יכולה דווקא לתרום לחיזוק הרפואה הציבורית אם נעשה את זה בצורה טובה. אני כבר אומר את זה, שר"פ לאזרחי הישראלי בתוך הרפואה הציבורית-לא. תיירות מרפא, מצידי אפשר לנסות ולהגביר אותה ולחזק אותה, לבקר אותה בתנאי שלא תפגע במטופל הישראלי ושנתח מסוים ילך דווקא לחיזוק הטיפול ושיפור הטיפול באזרחי ישראל.

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

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

השרה יעל גרמן: בגלל סיבות נוספות.

דובר/ת: זה כבוד, זה ניסיון, זה כלכלה וזה גם פרסטיז'ה. יש הרבה יתרונות בתנאי שנעשה אותה בצורה מאוד חכמה, מאוד רגישה כלפי הציבור הישראלי. היא יכולה בעקיפין באמת להביא לשיפור מסוים במאזנים נגיד הכלכליים של בתי חולים או בכלל של הרפואה הציבורית. אין לי בעיה שיהיה 3%. אם זה לא פוגע במטופל הישראלי מצידי שיהיה 10%.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: נגיד פתחנו את השר"פ, מ-1 ביולי יש שר"פ ותוך חודשיים ניתחנו את כל העולם ואשתו. ניתחנו, תפרנו ופתרנו את כל הבעיות. באמת זו שאלה שאין לאף אחד יתרון על השני. פתאום כולם ציבורי כמו אסותא.

השרה יעל גרמן: יפסיקו לרכוש ביטוחים.

דובר/ת: מה יהיה?

השרה יעל גרמן: יפסיקו לרכוש ביטוחים.

דובר/ת: אוטופיה?

דובר/ת: גבי אמר שרוכשים בשביל לקצר תור.

השרה יעל גרמן: אם אין תור בציבורי, אני חושבת שהרבה מאוד יפסיקו לרכוש את השר"פ. לא צריכים.

דובר/ת: לדעתי אנחנו לא נגמור עם זה ואם יוריד את שיעור המנותחים בבתי חולים פרטיים, זה יהיה מזערי, זו דעתי.

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

דובר/ת: כי אף אחד לא צריך.

דובר/ת: אני אומר, אבל אם אנחנו גומרים במכה את כל הדבר הזה ולא יהיו תורים ואפשר תוך שנה לקצר את כל התורים באמת, אז נגמרה הבעיה.

דובר/ת: יש פה שתי סוגיות. יש פה סוגיית היצע וסוגיית ביקוש. הביקוש היום קיים בפריפריה, שלא ממוצה. שם אנחנו מסכימים. שם בהעלאת היצע יעלו כמות הניתוחים בבחירת רופא, בוודאות, כי זה מה שהאנשים האלה רוצים. בשביל זה הם קונים שב"ן וחלק מהניתוחים שהם עושים היום, או שהם נוסעים למרכז או שהם עושים אותם בלי בחירת רופא. זה יעשה עם בחירת רופא. זה יחזק את בתי החולים בפריפריה, בוודאות. אם בן אדם שקונה שב"ן ויודע שכשהוא יצטרך אותו הוא לא יוכל להרשות לעצמו, אני לא יודע מי עשה לו את החישוב, אבל אולי כדאי לו לא לקנות שב"ן. אז אנחנו מסכימים שאלה שבשיווי משקל, בגדול, יקנו את המוצר, הם גם יתכוונו לנצל אותו וישלמו. שם יעלה כי הצריכה תעלה. אין שאלה בכלל, אבל חלק מהכסף הזה, מובנה, ילך לבתי החולים האלה לחזק אותם, כי כל הרווח שיהיה מובנה שם ילך לבתי חולים, לכן הוא יגדיל את הנגישות לאלה שרוצים לשלם על זה ויגדיל נגישות גם לאלה שלא רוצים לשלם, לכן אתה שם תשפר גם את אלה וגם את אלה. אתה מסכים עם זה?

דובר/ת: אני לא בטוח.

דובר/ת: היום בן אדם קונה שב"ן. נניח הוא קונה שב"ן היום, רובד. נניח היה לו את הרובד ואתה לא נותן לו לנצל את זה. אתה אומר לבן אדם בטבריה, אם אתה רוצה לנצל את זה, תיסע בבקשה לאסותא. אז חלק קטן נוסע לאסותא, יותר אמידים, כי אתה צריך לשכור מלון וכן הלאה, וחלק לא עושה, עושה את זה בפוריה, בלי. אם אתה תאפשר לעשות את זה בפוריה, כמות הכסף שתוקצה בפוריה תעלה. לאן היא תלך? קודם כל לאנשים האלה שחיים בטבריה ובסביבה שיוכלו לנצל מה שהם שילמו עליו ולא יכולים לנצל את זה. זה יעלה את הפרמיות בוודאות, אבל הם קיבלו מוצר שעליו הם שילמו ועכשיו סוף סוף נתת להם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: המצב בשבילי יותר מושלם, חיים יותר אוטופיים, יותר טוב אם הייתי בלי מושלם ושב"ן ומשלים ומקבל טיפול ברמה סבירה בבתי חולים ציבוריים.

דובר/ת: אני אמרתי שאם המערכת יכולה לספק את מה שאנשים רוצים לקבל וצרכים לקבל מכסף ציבורי שלפי גבי וקובי, לפי זה חסר 4 מיליארד, לפי זה חסר 12 מיליארד. כל שנה צריך להוסיף 2.5 מיליארד. אני לא מומחה בזה. אם המערכת יודעת לתת את זה, אני הראשון שאגיד תשמעו, לא צריך יותר כלום, רק מה? צריך עוד פיפס אחד קטן. צריך גם ודאות שזה לא חד פעמי כדי לטפל בוועדה מסוימת כזאת או אחרת וזה לא יעלה מחר בבוקר. אז לכן אני אומר מראש, אני מעדיף יחד איתך לא להתעסק בכל הבלגאן הזה, למרות שגם אז מה שאתה תעשה, אתה עדיין תכניס רפואה שחורה בתוך המערכת, וכן הלאה. יש גם לזה השלכות מאוד מאוד שליליות. בהינתן שאני לא מאמין שאנחנו נקבל הבטחה, וגם אני יודע שזה בלתי אפשרי לקבל הבטחה למערכת שתבטיח כסף אפילו ב-60% מזה שהיה כתוב לטווח ארוך, לכן אני שואל מאיפה זה יבוא? ואני אומר לך, אתה כל הזמן מנסה לדמיין לך את השינוי משקל שיהיה. אני מנסה להסביר לך איך הוא יראה. בפריפריה, בפוריה, כמות הכסף שיכנס לבית חולים פוריה יגדל. פעילות פרטית תגדל בוודאות. ממה היא תגדל? מזה שאפשרת לאנשים ששילמו כסף על משהו שהם רצו, לנצל את זה. לאן הכסף זה ילך? חלק ממנו ילך לרופאים, שזה יתן לך תמריץ להישאר בפוריה ולא לברוח לאלה שיש עליהם ביקוש.

דובר/ת: החלק הארי.

דובר/ת: אני לא יודע אם החלק הארי.

דובר/ת: אבל זה מוגבל.

השרה יעל גרמן: א', זה מוגבל. ב', זה הולך ישירות לבית החולים.

דובר/ת: לקבל את זה, אתה תצטרך להרחיב את הפעילות הציבורית, וזאת התשובה שלי ל-20% הנוספים. אז 20% הנוספים שאין להם שב"ן הם אלה שיקבלו שירות יותר טוב ממה שהם מקבלים היום כי יהיה יותר זמן רופא לציבורי ללא תשלום. זה דבר אחד. הרופאים יקבלו יותר כסף. יהיה יותר תמריץ ובית החולים שהוא בית חולים ציבורי יקבל חלק מהרווחים ויוכל להשתמש בהם כדי לחזק את עצמו.

דובר/ת: המגבלה על יחס הכמויות היא מגבלה קושרת?

דובר/ת: בין ציבורי לפרטי, מגבלה קושרת?

דובר/ת: מה זה קושרת?

דובר/ת: זאת אומרת, הציבורי נמצא במקסימום שלו והפרטי נמצא במקסימום שלו. שיווי משקל.

השרה יעל גרמן: הפרטי זה מגבלה.

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

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

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



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

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

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

דובר/ת: הכסף הפרטי יממן את הפעילות הציבורית. זאת השאלה. אתה לא תהיה במצב שבו חסר לך כסף בקופות ואז אתה לא מבצע ציבורי.

דובר/ת: אם אין לך מספיק פאציינטים ציבוריים, זה אומר שאתה ב-spare capacity.

דובר/ת: לא, לא, אין מספיק כסף לקנות את הציבורי. והיא ברמה מסוימת שמכתיבה רמה של פעילות פרטית.

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

דובר/ת: לא, אתה ממלא את כולם.

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

דובר/ת: מודל השר"פ – אנחנו מגדילים באופן דרמטי את ההיצע הפרטי במערכת. עד היום יש לנו היצע פרטי מאוד מאוד מוגבל. ממחר יש לנו היצע פרטי בכל הארץ כולל בפריפריה. ההיצע הפרטי הזה הולך לעלות לאזרחי מדינת ישראל הרבה הרבה כסף, כי בבריאות היצע יוצר ביקוש ובתי החולים האלה הולכים עכשיו להיות מלאים בפעילות פרטית שאנחנו יודעים שהיא "רעילה" איפשהו אפילו במקומות מסוימים, בכל מדינת ישראל, אז בואו נעשה רגע חישוב אצבע, כי ברוב הזמן החישובים, כל אחד זורק מודלים. מערכת האשפוז בישראל בלי הדסה בערך 16-18 מיליארד שקל. בוא נגיד שמערכת האשפוז הפוטנציאלית לשר"פ, 12-13 מיליארד. אפשר לבדוק, זה לא כזה מסובך.

השרה יעל גרמן: כמה יש לנו היום שר"פ?

דובר/ת: לא, פוטנציאלית שאת יכולה לעשות אותה בשר"פ. כל הפעילות האשפוזית היא פוטנציאלית לשר"פ. לא ביטוחים. לא מעניין אותי כמה אני משלם ביטוח.

דובר/ת: אתה מוגבל בזמן.

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

השרה יעל גרמן: אבל לא כולם צריכים ניתוחים, אנחנו לא נמציא ניתוחים.

דובר/ת: יעל, אז עשינו את הניתוח. עשינו את הניתוח הזה בהתאם לפעילות הדיפרנציאלית של ניתוחים. לקחנו שהיא יורדת מ-5, ש-15% פעילות שהיא היום תוסת מהציבורי לפרטי ועוד תהיה תוספת של פעילות של 15%. סך הכול יהיה 25% שר"פ, שזה מה שאם אני לא טועה, תמיד זרקו 25%.

השרה יעל גרמן: אוקיי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

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

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

דובר/ת: מה שאני רוצה להגיד, זה לא משנה כמה היום אני משלם על ביטוחים, זה משנה כמה הפוטנציאל שר"פ בכל הארץ ואני יודע שאי אפשר לעשות בכל הארץ. אני הולך להגדיל את ההיצע דרמטי. זה הולך לעלות הרבה הרבה כסף.

השרה יעל גרמן: אתה אומר שיש לך נתונים. ישב קודם עזיז והוא גם שאל. הוא נתן לנו מספר אצבע של חצי מיליארד שהוא טוען שחצי מיליארד יספיקו ל-1,000 פול טיימר, ואנחנו יוצאים מתוך הנחה שמתוך ה-1,000 פול טיימרים, איקס, יצטרך להיות איקס מאוד מאוד רציני, זה צריך להיות לפחות 80%-70%, זה באמת ניתוחים, זה לא דברים אחרים. אני מבקשת שאתם תשבו שניכם ותנתחו את המספרים ותראו בכמה זה יקצר לנו תורים. אפשר לעשות חישוב, נכון? אם יש לנו עוד מנתחים, אם יש לנו עוד איקס שעות, כל אחד עוד 4 שעות נגיד או כמה שזה לא - - - , אם ככה 8 וככה 12 או 10. אני לא יודעת אם זה שעתיים או ארבע. אני מבקשת לדעת כדי לבוא ולראות אם באמת אנחנו מדברים על חצי מיליארד שיסגור לנו את התורים או יעמיד את התורים לאיזושהי רמה סבירה או שמדובר במיליארד או ב-2 מיליארד או ביותר. זה דבר אחד. דבר שני, כשזה כסף ציבורי נקי, אין בכלל על מה לדבר, זה כסף ציבורי, ועכשיו, אתה תצטרך להביא מנגד כמה יעלה לנו. זה לא יעלה למדינה, דרך אגב.

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

השרה יעל גרמן: נכון. אני מסכימה איתך. לא רק שזה רגרסיבי אלא שזה מגדיל לנו כל הזמן את היחס. זה דבר שני. דבר שלישי, אני באמת תוהה, יוג'ין, מה שאמרת, קובי, איך זה שאנחנו מסתכלים על מדינות ה-OECD, אנחנו רואים שם ממוצע של 70/30 ואפילו יותר, זה 72/28. כשאנחנו רואים מקומות מסוימים שזה 85/15 ציבורי/פרטי ויש שם שר"פ במדינות האלה, אז תסבירו לי איך הם עושים את המג'יק הזה? כאשר אנחנו רואים שכששיש שר"פ אנחנו מגדילים את ההוצאה הפרטית. לעומת זה ב-OECD אנחנו רואים שכאשר ההוצאה הפרטית מאוד נמוכה וההוצאה הציבורית מאוד גדולה, יש שר"פ, אז מישהו צריך להסביר לי את הסתירה הזו.

דובר/ת: אם המערכת הציבורית היא מספיק טובה ויש לה מספיק משאבים, הביקוש לפרטי לא גדול גם כשהוא אפשרי וקיים ואני חושב שזה חלק מהדיון. כל הספקולציות והמספרים שמוזרים בעיניי שרצים פה, הם לא נכונים אם ההנחה היא שאנחנו נעשה רפואה ציבורית טובה. אני רק אומר שחלק מהכסף לרפואה הציבורית הטובה יבוא מהפרטי.

השרה יעל גרמן: מה שאני מנסה להעלות פה זה עוד אפשרות משלל האפשרויות. יכול להיות שאנחנו קודם צריכים לחזק את הרפואה הציבורית על ידי השקעה ציבורית ואולי מיסים פה ושם. אנחנו כן נטיל מיסים ותהיה לנו תירות מרפא וכו', אבל קודם אנחנו צריכים באמת ליצור את אותו אומן שאבד במערכת ורק לאחר מכן לראות איך כשאנחנו משדרגים שוב, רק אז להכניס את השר"פ. יכול להיות שקודם צריך לחזק את הרפואה הציבורית ורק אחר כך להכניס שר"פ.

דובר/ת: יש פה סתירה פנימית. הסתירה הפנימית היא שאת מתחילה מחוסר אומן ואת לא בונה מחוסר אומן את האומן על ידי זה שאתה אומר, תשמע, תאמינו לי ואני לא אתן לכם מה שאתם רוצים.

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



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: אני מבין, אבל הציבור לא צורך תקציבים. זה נכון שאם תורידו תורים, חלק מהאנשים יפסיקו לקנות שב"ן, אבל אני לא בטוח שבן אדם, ופה אני מתחבר מאוד למה שקובי אמר ביום ראשון. הוא אמר, תשמעו, תיקחו את הבן אדם שהוא עכשיו חולה, שגילו לו משהו וצריך לטפל בו. הבן אדם הזה, לא מעניין אותו תקציב ציבורי, לא תקציב ציבורי. הוא רוצה את הוודאות שלו שמטפלים בו הכי טוב, והבן אדם הזה רוצה את הבחירה והבן אדם הזה היום לא מאמין למערכת ציבורית בכלל, ועל ידי זה שאנחנו נגיד לו תשמע, תאמין לנו, אנחנו לא ניתן לך שום בחירה - - -

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

דובר/ת: בכל ההשוואה הבין לאומית אנחנו לא מתייחסים לתמריצים הקיימים היום לקופות החולים, להסית חולים לפרטי וליצור בחירה וליצור ביקושים בפרטי. זה דרמה. זה קופות שחלקן יגידו שאין להן את כל המשאבים שהן היו רוצות שיהיו להן, ונתנו להן אפשרות לרכב. זה מה שגבי התחיל לדבר על הטופס 17. נתנו להן אפשרות לרכב ובעצם לסדר לעצמן מימון פרטי, לגבות מס מהמבוטחים שלהן לתוך הסל הציבורי שלהן. זה מה שהן עושות. איך הן עושות את זה? על ידי הרעת התנאים, חוסר מתן שירות טוב מאוד בסל הציבורי, שיווק אגרסיבי של ביטוחים משלימים ופשוט נותנות לזה אחר כך לקרות לבד ואז אנשים מפעילים את הביטוחים שלהם והקופה חוסכת כסף. היא מכרה 50%, היא תקבל 50%.

השרה יעל גרמן: עכשיו כל אחד, אנחנו כולנו כאן בעד מודל שר"פ לאומי. אחד אחד להתחיל להוסיף נימוקים. לפרוטוקול, זה תרגיל מחשבתי. אין האדם המתבטא, מבטא באמת את דעתו.

דובר/ת: אפשרות שימוש בפריפריה לאנשים שאת נותנת להם נגישות לרפואה הפרטית, מה שהיום לא קיים.

דובר/ת: מה שיוזילה תמיד אומרת, שיש פה מגוון של מקורות במערכת שנותן איזושהי גמישות.

השרה יעל גרמן: זה הרחבה. מגוון שנותן יותר יציבות.

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

דובר/ת: הרחבת מעגל המשתתפים מהשר"פ תוריד את המחירים. יותר שחקנים, תחרות.

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

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

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

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

דובר/ת: אבל אתה מציע בחירה למנתח עצמו.

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



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

השרה יעל גרמן:

הוא יכול רק להסתכל עליך.

דובר/ת:

אם בחרת אותו, אתה מחויב.

דובר/ת:

זה לא משנה, יש שני רופאים ואתה לא תגיד לי שאני לא יכול לעשות את זה. תמיד עושים שני אנשים.

דובר/ת:

אם יש בחירה, הוא מחויב.

דובר/ת:

בנקודה הזאת יש לי עמדה מאוד ברורה. אני חושב שזה מחליש מאוד את הטיצ'ינג, כמי שחווה את זה על בשרו. לפחות בשערי צדק, שזה שר"פ, לא נותנים. בדרך כלל איך ניתוח עובד? יש בכיר ויש מתמחה. כשזה שר"פ פשוט לא נותנים למתמחה לגעת. חד משמעית.

השרה יעל גרמן:

אוקיי, אז נשאר את זה לנגד.

דובר/ת:

היום יש ניתוחים שבכלל לא נעשים בבתי החולים הציבוריים. מתמחה בבית חולים ציבורי, לא רק שהוא לא עושה, הוא גם לא רואה, כי זה לא נעשה.

דובר/ת:

אבל אם יש ניתוח ציבורי ואני עושה אותו, א', אני עושה יותר ניתוחים ציבוריים. בן אדם שעוזב ב-2 את בית החולים, הוא בוודאות לא יכול לתרום להכשרה של מתמחה. כשאני מחזיר אותו, גם כשהוא נמצא שם הוא תורם לשר"פ. דבר שני זה נושא של שיפור תמריצים משמעותי כנגד תרבות של סטארים. נכון להיום אנחנו הסכמנו לכולם יש תמריץ להאריך לרופא את התור. אנחנו ראינו דוגמאות שהרופאים הסטארים, כמה שיש לך יותר תור וכמה שאתה יותר שונה מהעמיתים שלך, ככה המחר שלך בחוץ יותר גבוה. הדבר הזה משנה את זה כפי שאני הסברתי לפני כמה שעות. אנחנו משנים את זה הפוך, כי בית החולים על תור ארוך, לא רק שלא ישלם יותר, הוא יוריד לו את זה, כי אם אתה מדכא את האנשים מסביבך וכולם בוחרים אותך, לבית חולים זה פוגע בהכנסות. זה לא מוסיף לו הכנסות, זה פוגע לו בהכנסות ולכן הוא ירצה דווקא שיהיה מאוד מאוד אחיד. זה יהיה לו הכי טוב, לכן הוא יתן לך תמריצים, א', לעודד אנשים לבחור יותר שווה. ב', הוא ירצה לשפר את האיכות של הרופאים. דבר שלישי, לפי דעתי זה משפר את השוויון במובן הבא: תיקחו היום את האנשים שיש להם את היכולת בחירה ואת האנשים שאין להם יכולת בחירה. מה אנחנו נותנים? היום זה סטטוס קוו. אלה שאין להם יכולת בחירה מקבלים תורים. אלה מקבלים שסתום החוצה. במצב חדש אנחנו מסכימים ש-א', אנחנו נמסה את השב"נים, אבל גם אם לא נמסה, שב"ן יעלה, לכן אלה שהיום מקבלים את זה בחוץ, ישלמו יותר. היותר הזה ילך למערכת ציבורית והמערכת הציבורית תשפר את השירות שהיא נותנת לאלה שלא היה להם, לכן לאלה שלא היה להם, יהיה יותר טוב.

דובר/ת:

כלומר, זה מקצר תורים לחולה הציבורי.

דובר/ת:

בדיוק, וזה משולם על ידי זה שיש לו את זה, לכן ביחד עם אמון ואספקה זה משפר את השוויון.

השרה יעל גרמן:

מקצר תורים, מקדם שוויון.

דובר/ת:

וזה בטח משפר את השוויון בפרפריה, כי היום שוויון פרפריה מול מרכז, זה הסכמנו. לכן זה בשני הצדדים משפר את השוויון.

דובר/ת:

אני אתייחס אולי לרכיב האחר של המנדט שבשמו אנחנו יושבים, שזה צדק ושוויון וכו'. אז בהקשר של הצדק זה לא למסות את כל האוכלוסיה שמשלמת מיסים אלא למסות ספציפית את מי שצורך את המוצר הזה של בחירת רופא כי זה מאוד חשוב לו, וזה רצון שדיברנו עליו קודם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

סעיף נוסף זה עבודה עם צוות אורגני. זה משהו שכן שמעתי אותו בעדויות במספר הזדמנויות, שיש ערך עצום בלעבוד עם צוות אורגני. אחת הבעיות במעברים בין בתי החולים זה שאתה לא יודע מה קרה בבוקר עם המטופל שלך באסותא. צוות אורגני, גם ראינו ספרות שאומרת שכלל שצוות עובד ביחד נוצרת דינמיקה, שיש לרופא הבכיר אפשרות לסמוך על המתמחים שלו שימשיכו את הטיפול, ורופאים דיברו בפירוש שמבחינתם זה אחד השיקולים למה הם היו מאוד רוצים - - -

השרה יעל גרמן:

עבודה עם צוות אורגני שמשפר את איכות הטיפול.

דובר/ת: דבר נוסף זה גריפת שמנת. אני חושבת שהדברים קורים בתוך אותה מערכת וההנהלה רואה את כל המשמעויות, הפוטנציאל לגריפת שמנת כפי שקורה היום בין אסותא לבית חולים ציבורי קלאסי, יש תמריץ לצמצם את התופעה. אגב, זה לא יבטל את זה לגמרי, אבל זה בוודאי מצמצם את תופעת גריפת השמנת, כי אנחנו רואים שבאסותא אין תמורה.

דובר/ת:

למה זה יצמצם לאסותא את התמריץ? עדיין יש לה אותו תמריץ.

דובר/ת:

ההנהלה רואה את המערכת כולה, גם את הפרטי וגם את הציבורי.

דובר/ת:

אני אסביר את עצמי. ברור שאסותא נשארת באותם תמריצים כפי שהיא היום, אבל הרעיון, וגם התייחסותי לשאלה של ניר, שכלל שאתה מכניס את הרפואה הפרטית יותר פנימה ואתה מפקח ועושה רגולציה ואתה מכניס - - - ואתה נמצא בסיטואציה שכן אכפת לך ממה קורה בחלק הפרטי, וזה לא בחצר האחורית, לא שלי בכלל, אז התופעה של לרמות את עצמך כהנהלה בין ציבורי לפרטי, היא הרבה פחות סבירה למרות שעדיין יכול להיות שזה יקרה במסגרת החששות.

דובר/ת:

יוליה, רק נקודה לחזק אותך. זה גם יעול זמן של הרופא. אמרנו שאין לו הרבה זמן, אז שעה הלך ולעשות את השעה חזור זה עוד שעתיים לרפואה הציבורית.

השרה יעל גרמן:

נכון, התייעלות.

דובר/ת:

רק עוד נקודה שעלתה והיא לא מופיעה, אני אמרתי את זה קודם, זה עניין התקשורת. קובי אמר את זה קצת בחצי אמירה. אני חושבת שיש פה ערך, כי גם ועדה ציבורית שבסוף צריכה להסביר את עצמה, להסביר דברים מורכבים זה קשה. אנחנו רואים שבהרבה מקרים זה מהלך שדורש כמה צעדים בשביל להיות מובן ואני חושבת שזה חסרון.

השרה יעל גרמן:

אבל אנחנו בעד ולא נגד

דובר/ת:

אני רואה בהשאת הרופא הבכיר בין כתלי בית החולים יתרון עצום בהוראה ובמחקר. זה שהוא לא ילווה אותו בניתוח כי הוא לוקח את הניתוח החוצה, ברגע שהוא חוזר, הוא עדיין ינתח, אבל המנתח, המתמחה הצעיר יכול להשקיף מרחוק. זה יותר טוב מכלום. הוא יכול להסביר לו אם יהיה לו זמן, אבל בקשר להוראה ומחקר, זה הטופ שבטופ.

דובר/ת:

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

דובר/ת:

עוד נקודה. זה יוצר בכל זאת איזושהי עצמאות בהכנסה למערכת הבריאות, שהיא לא תלויה באילוצים אמיתיים אפילו, פסיקליים ואחרים.

השרה יעל גרמן:

יצירת ביטחון.

דובר/ת:

בין היתר גם נאמר שיש גם איזושהי ודאות מסוימת שאתה לפחות תדע שיש לך - - -



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

השרה יעל גרמן: ויצירת ודאות תקציבית. אני חושבת שהאוצר צריך לקבל את זה בשתי ידיים. אוקיי, נעשה עוד רובריקה, קיצור תורים. כרגע אנחנו מתחילים נגד. שוב סבב.

דובר/ת: חלק מהדברים שנמצאים בצד של הפלוס, לא בהכרח השר"פ זו הדרך היחידה להגיע אליהם.

השרה יעל גרמן: זה מה שהתכוונתי. זה הרובריקה הנוספת, שאחר כך נעשה חפיפה ונבוא ונראה אם יש יתרון לשר"פ או שאולי זה מספיק, ואולי בכל זאת לשר"פ יש יתרון מעבר לזה.

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

השרה יעל גרמן: פנטסטי.

דובר/ת: זה באותה שורה של קיצור תורים. אני פשוט חושב הפוך, שזה מתמרץ חוסר יעילות תורים במסלול הציבורי.

השרה יעל גרמן: תסביר. לא הבנתי.

דובר/ת: יש לך תמריץ ליצור תורים. אני לא מאמין ששום מערכת רגולטורית תצליח לנהל את זה. לאף אחד אין אינטרס שהתורים במסלול הרגיל, לא של השר"פ, יהיו קצרים. גם הרופא עצמו, יהיה לו את כל האינטרס שהתור במסלול הציבורי יהיה מאוד ארוך כדי שיבואו לעשות אצלו שר"פ. גם להנהלת בית החולים יהיה אינטרס.

השרה יעל גרמן: אבל לא עושים אצלו. הוא לא מקבל כסף ישירות.

דובר/ת: בסופו של דבר אם לרופא יהיו תורים ארוכים, כולם ירצו אצלו בשר"פ ואז גם הוא יוכל להעלות את המחיר שלו בסופו של דבר מול משא ומתן.

דובר/ת: אני רק רוצה להגיד הערה אחת שכדאי לחשוב עליה בהקשר הזה. תראו, אנחנו מדברים פה על מודל שבו תורים יתפרסמו, כלומר אנשים, יהיו להם נתונים. מה שאתה אומר, ייווצר מצב שבו פתאום יראו שבפרוצדורה מסוימת התור הציבורי הוא מאוד מאוד ארוך ובאותה פרוצדורה התור הפרטי הוא מאוד קצר בגלל שבית החולים רצה לעשות את זה או שזה דבר שהוא היום במציאות אנחנו לא חיים עם זה, אבל הוא לא יהיה דבר שיהיה אפשר להישאר איתו. א', אנשים יבחרו בית חולים אחר בציבורי או מישו יבוא ויגיד, תראה מה קורה פה, אבל התמריץ קיים.

השרה יעל גרמן: אני רוצה רגע גם לשים את כל הבעות הדעות בתוך הקונטקסט. לא כל מה שהוא אמר הוא מאמין. זה לא שאנחנו עכשיו, כל מה שכתוב זה קונצנזוס סביב השולחן. זו דעה.

דובר/ת: גם הרבה דברים שאמרתם בעד, אני חושב שהם יהיו להיפך.

השרה יעל גרמן: לא כל אחד יכול להבין את השני, ובמיוחד כשמישהו מאוד משוכנע. אתה לא משוכנע וזה בסדר גמור, והוא לא ישכנע אותך. זו דעתו שלו וישנם כאלה שחושבים כמוהו, אז, תגדיר איך אתה רוצה שזה יהיה כתוב.

דובר/ת: תמריץ להארכת תורים.

השרה יעל גרמן: אוקיי.

דובר/ת: אני חושבת שכשדיברנו על היתרונות, דיברנו ביחס למצב הנוכחי וכשמציינים עכשיו את החסרונות, כדאי לציין את החיסרון של השר"פ כמענה ביחס לפתרון הקיים היום ברפואה של אסותא או רפואה שהיא מעבר לכביש. לדוגמא,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הנקודה של יצירת תורים, אני מנסה רגע להבין האם אתה חושב שבמקרה של שר"פ זה יהיה הרבה יותר חמור ממה שזה היום באסותא.

השרה יעל גרמן: באסותא היום זה יותר חמור ממה שזה היה ללא שר"פ.

דובר/ת: הרפואה הפרטית יוצרת עיוות בהקצאת התורים. יש הבדל אם הרפואה הפרטית מתרחשת באיקס אחוז מהמערכת או ב-5 איקס אחוזים מהמערכת.

דובר/ת: אבל איך הגענו ל-5 איקס? זה אחד הדברים היסודיים שכשגבי הציג, אחד הדברים שחזרו פה, שהאמירה היא ש-5 איקס זה פשוט לא רלוונטי. הרי זאת לא ההקצאה.

השרה יעל גרמן: אנחנו לא מנסים לשכנע אחד את השני אלא רק להעלות את כל הנקודות ולאחר מכן אנחנו נבחן אותן.

דובר/ת: אני אתחיל מהנקודה שלו. אני חושב שגם יהיה לי תמריץ בתור גם בית חולים וגם בתור רופא לתת תחושה שאני נותן טיפול יותר טוב במסלול של השר"פ כדי שיתחרו בו. או שאני אהיה יותר נחמד, יותר משקיע, יותר בתור רופא, בתור בית חולים כדי שאנשים בסוף ירצו לקחת אותי בשר"פ. לא רק זה יצור חוסר יעילות בתורים, זה גם יגרום לאיזושהי אפליה באיכות הטיפול.

השרה יעל גרמן: אתה חושש, אוקיי.

דובר/ת: זה דבר אחד. אני רוצה להגיד לגבי השכר עוד משהו. השכר הוא בעוד כמה מובנים. למרות שבמודל שמוצע השכר הוא בעצם קבוע, לא משנה כמה פעילויות אתה עושה, אבל אחרי שנה אתה תדע שבחרו בך הרבה אנשים בשר"פ. אתם רוצים שאני אשאר? אני עשיתי 80 פעולות שר"פ, שלמו לי יותר. אני גם מקבל בונסים אם אני עושה יותר פעולות. בסוף גם במודל הזה אולי באותו חודש אתה לא תקבל יותר כסף, אבל חודש לאחר מכן או שנה לאחר מכן אתה תרצה תוספות שכר.

דובר/ת: וזה חסרון?

דובר/ת: אני חושב שכן. זה מנפח את עלויות השכר. יש לי תמריץ לעשות יותר, שירצו בי יותר שר"פ, כי אחרי זה בסוף השנה אני אבוא ואגיד, תראו, עשיתי 800 פעולות שר"פ, בואו תעלו לי את השכר עכשיו. יש לי תמריץ כלכלי לעשות יותר.

דובר/ת: אתה תיצור תחושה שאתה נותן שירות יותר טוב בערוץ הזה.

דובר/ת: יחסית להיום איפה שאתה לא יצר את התחושה כדי שיבחרו בך באסותא.

דובר/ת: הנקודה של יוליה היא נקודה נכונה.

דובר/ת: אם ההשוואה היא לאוטופיה שאנחנו יכולים לתת פול טיימרים כשאין תורים, במימון ציבורי, אנחנו כולנו רוצים להסכים וללכת הביתה. מה שאתה אומר, שיש היום מנתחים שיש אליהם ביקוש לבוא אליהם והם נשארים בשיבא ולא הולכים לאסותא.

דובר/ת: יש היצע מוגבל היום.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

הנגד השר"פ כפתרון חייב לבוא עם אלטרנטיבה, כי אף אחד מאיתנו מסביב לשולחן לא אומר, תקשיבו, אנחנו אדבוקטים של המצב הקיים. אל תשים אותי שם, אני לא יודע להיות שם. אני חייב להיות נגד השר"פ מכיוון שיש לי פתרון אחר.

השרה יעל גרמן:

ומייד אנחנו נשים אותו. אני עדיין כן חושבת שאם הוא היה כאן, הוא בוודאי היה מעלה נימוקים נגד השר"פ כמו שהוא אמר, גם אם אין אלטרנטיבה.

אנחנו חוזרים למסלול. אני מבינה מה שהיא אמרה, והוא אמר את זה לאורך כל הדרך, אבל אנחנו לא עשינו את זה בבעד ואנחנו לא נעשה את זה גם בנגד. אנחנו כרגע נעלה כל מה שעולה בדעתנו שהוא בעד וכל מה שעולה בדעתנו נגד, לא מול איזושהי אלטרנטיבה אלא כל מה שעולה בדעתנו. ברור שכשמישהו חושב על אלטרנטיבה זה עוד יותר מוסיף, אבל יכול להיות שיש כאלה שחושבים שזה נגד בין כך ובין כך. בואו נמשיך את הסבב כדי שנסיים את הסבב הזה של בעד ונגד, בלי. אחר כך אנחנו נשים לנו גם רובריקה של אלטרנטיבה.

דובר/ת:

אני רק רוצה להסביר שמה שאת עושה זה בעצם כמו למדוד גובה, רק שבכל רובריקה כל אחד מודד גובה מאפס אחר.

השרה יעל גרמן:

יכול להיות, אבל עשינו את זה גם בבעד. סביב השולחן לא התייחסו לבעד מול אלטרנטיבה. יש פה קוהרנטיות. יש כאן תרגיל מחשבתי. כל מה שעולה בעד, כל מה שעולה נגד זה מה שכרגע אנחנו עושים, לא מול שום דבר אחר. כל מה שמישהו חושב בעד, כל מה שמישהו חושב נגד, גם אם הוא לא חושב והוא שמע את זה. אנחנו ממשיכים.

דובר/ת:

זה יכול לגרום לדרישות, אני הולך לפי שגבי אמר, למורים ועובדים סוציאליים, אבל גם נרצה אולי בהמשך לעשות בחירת פיזיותרפיסט בבית החולים ונרצה גם לבחור את האחות הראשית במחלקה. ראינו פה את יושב ראש איגוד המרדימים.

השרה יעל גרמן:

תמצת את זה במשפט.

דובר/ת:

הגברת השר"פ מעבר לרופא גם צוותים אחרים.

השרה יעל גרמן:

מאה אחוז, גלישה לתחומים אחרים כמו שנאמר.

דובר/ת:

מעבר למנתח ומעבר לניתוח, כי השגחה בפגיה זה לא ניתוח, זה השגחה.

השרה יעל גרמן:

הרחבת בחירה - - - .

דובר/ת:

בנוסף, זה יגרום ללחצי שכר לרופאים שהם לא חלק מהשר"פ. השר"פ הוא רק לחלק מאוד קטן מהרופאים. מצד שני לאה ופנר אמרה את זה, למה החששות שלהם בעבר מהשר"פ. זה יגרום לפנימאים פתאום שירצו גם כן לחצי שכר וכדומה. ברגע שיהיה הפרש גדול יותר בשכר בין מקצועות השר"פ למקצועות אחרים, פחות אנשים ירצו ללכת למקצועות הנדרשים גם בקהילה, מקצועות שאין בהם שר"פ, וילכו למקצועות של השר"פ. זה יצור עיוותים בתוך המערכת ומחסור בחלק מהמקצועות. זה יגרום לעליה בשב"ן. השב"נים יעלו יותר באנשים שהיום יכולים לרכוש את השב"ן במחירים יחסית סבירים ולממן לעצמם בחירת מנתח. נכון שיש את הבעיה בפרופסוריה. הם לא יוכלו לעשות את זה יותר, כי הפרמיות יהיו מאוד מאוד גבוהות עקב עלייה בשימושים בשר"פ וזה גם יעלה את יוקר המחיה.

דובר/ת:

למה זה מעלה את יוקר המחיה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: ראינו בשקף של גבי. אני אולי לא מסכים בדיוק עם המספרים. בסופו של דבר מכיוון שהשימושים יעלו, הפרמיות של השב"ן יעלו, ואנחנו אומרים שההוצאות משקי הבית על בריאות בסופו של דבר יעלו.

דובר/ת: הכפל לא מובן. אתה אומר שההצעות יעלו ולכן פחות יקנו את הביטוחים האלה. כמו שאני מכיר עקומת ביקוש, הצעות יעלו, הביקושים ירדו. המכפלה לא ברורה.

דובר/ת: לחלק מהאנשים יעלו הפרמיות.

דובר/ת: מי שיעזבו במקרים האלה זה דווקא אלה שפחות משתמשים. זה יצטרך להטיל יותר עומס גם כן על הקשישים. גם להם יעלה את הפרמיה והם יצטרכו לנטוש. יוצר פה איזשהו מעגל שיכול להיות שבסופו של דבר נגיע למצב שלא יהיה פה אפילו שוק ביטוחי לדבר הזה. ככל שאנחנו נגדיל את השימושים, הפרמיה בסופו של דבר תעלה ואנשים יצטרכו לשלם יותר. אורי אמר, הכסף צריך להגיע מאיפשהו בסופו של דבר.

דובר/ת: אין יש מאין. יש למישהו ספק שזה יעלה יותר?

דובר/ת: אני לא התווכחתי עם חלק מהארגומנטים. יש מושג שנקרא גמישות הביקוש, המחיר עולה, הכמות יורדת. מה קורה למכפלה? תלוי.

דובר/ת: אבל אתה לא יודע מה הגמישות.

דובר/ת: נכון, אז זה לא משנה בכלל אם זה יעלה או ירד.

דובר/ת: מאיפה הכסף יגיע, קובי? מאיפה הכסף יגיע אם לא מהפרמיות?

השרה יעל גרמן: אבל, לא בטוח שיהיה יותר.

דובר/ת: ברור שיהיה יותר כסף. את מגדילה את הפעילות במימון הזה מ-4 עד 8 למשל. את לא מגדילה את זה ממימון ציבורי, את מגדילה את זה ממימון פרטי.

דובר/ת: כמו שתגיד, אם מחיר הנעליים יעלה, הוצאות על נעליים יעלו.

דובר/ת: זה לא מה שאני אומר. אני לא מדבר על היצע וביקוש. אני אומר לכם, מגיע כאן עוד כסף. הכסף הזה מגיע לא ממשלמי המיסים אלא ממימון פרטי. בהגדרה קובי, זה מה שאתם אומרים גם, בואו נרחיב את המימון. בואו לא נביא רק ממשלם המיסים, אלא נביא ממימון פרטי.

דובר/ת: אורי, אתה אמרת הרבה דברים. לא רציתי כל הזמן להתווכח. אמרת דברים שלא אמרנו. לא אמרנו, בואו נרחיב את המימון. אמרנו, בואו ניקח את המימון ואולי אפילו הוא יותר קטן ממה שיש היום, שיש היום והולך החוצה לכל מיני גורמים אחרים, ונחזיר אותו כמקור מימון למערכת הציבורית, ולא אכפת לי שאפילו בדרך אני מפסיד חלק מהרפואה הפרטית, אבל לא אמרתי, בוא נגדיל את הרפואה הפרטית. אמרתי, ההכנסות שיש ברפואה הפרטית, במקום שיברחו לכל מיני מקומות אחרים, בוא נהנה מהם.

השרה יעל גרמן: עוד משהו?

דובר/ת: האמת שמפתיע שלא אמרו את הנקודה שהיא הכי חשובה לי, שזה יוצר בתוך המערכת הציבורית מטופלים מסוג א' ומטופלים מסוג ב' ואי אפשר להימנע מזה. אני לא רואה דרך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר
השרה יעל גרמן:

אני חושבת בהחלט שאף אחד לא חושב שזה לא נכון.

דובר/ת:

חשש לפרוצדורות מיותרות כתוצאה ממטיבציה כלכלית של השר"פ. חשש לפערי שכר בין הרופאים לבין עצמם במקצועות השר"פים והמקצועות הלא שרפיים.

השרה יעל גרמן:

בתוך בית החולים.

דובר/ת:

בתוך בית החולים. בחירה שתהיה על בסיס מערכת יחצ"נית של רופאים, זאת אומרת לא על בסיס שיקול רפואי, על בסיס איזה שהם יחסי ציבור ואז הבחירה היא לא בהכרח מושכלת. יהיה איזשהו תמריץ לייצר יותר יחסי ציבור ופחות שירות. המנתח הטוב ביותר לא ינתח את המקרה המסובך ביותר אלא את מי ששילם לו.

השרה יעל גרמן:

זה נכון.

דובר/ת:

וכמובן הפגיעה בשוויון והנראות.

דובר/ת: אתה יכול לקרוא הקצאה לא יעילה של משאבי המערכת.דובר/ת:

אני לא רוצה להתווכח.

דובר/ת:

אין לך נגד?

דובר/ת:

יש נגד. אני חושבת שזה מורכב. זה מורכב להסביר למה יש בעד. זה טיעונים מורכבים שדורשים איזשהו מהלך, והיכולת להסביר את זה בפשטות זה חלק מהעניין.

השרה יעל גרמן:

מורכבות הסברתית.

דובר/ת:

מורכבות הסברתית, וכן, ודעת קהל. אני חושבת שמה שקרה במהלך השנה האחרונה זה העבודה, אם בהזמנה של גורמים כלכליים או לא כלכליים, זה לא משנה, אני מניחה שהיתה פה יח"צנות של אסותא או לא, נשים את זה בצד. אני רוצה להגיד שאני חושבת שיש היום קמפיין נגד. הקמפיין הזה משפיע. אי אפשר להתעלם מזה. הוא משפיע לא רק על אנשים שנמצאים בחוץ. אני מניחה שיש לו מעגלי השפעה נוספים. אי אפשר להתעלם מזה. בנקודת זמן שבה ועדה ציבורית מקבלת החלטה, זה משהו שהוא חלק מהעניין.

השרה יעל גרמן:

אני חושבת שזה יפה מאוד להעלות את זה.

דובר/ת:

אני חושב שזה גם משפיע על היכולת להעביר את זה.

דובר/ת:

יכול להיות ויכול להיות שלא, אבל זה בהחלט זו סוגיה. אני חושבת שהתהליך שאנחנו עושים עכשיו, אני מתייחסת אליו ברצינות וחלק ממה שקורה זה שקרה פה איזשהו תהליך של דה לגיטימציה. זה מורכב.

דובר/ת:

אני חושבת שהעניין של הערבוב פרטי-ציבורי, היכולת לרגולציה באמת לשמור ולראות כמו בשעות, כמו ברופא שמעדיף מטופל, כל העניין הזה של הערבוב בין הפרטי לציבורי באותו מקום, באותה מחלקה, על אותה מיטה, מאוד מאוד בעייתי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: קודם כל הרבה מהדברים שאני אגיד, בטוח אמרו אותם. רק יש לי בקשה, כמו ששיווקנו בעד ונגד שר"פ, נשווק בעד ונגד - - - ונעשה סיעור מוחות אחר כך בשביל ההגינות והשוויון ההזדמנויות.

השרה יעל גרמן: מאה אחוז.

דובר/ת: קודם כל אין שום ספק אני חושב, שולי, הזכרת שאנחנו מפלים בתוך אותו חדר חולה סוג א', חולה סוג ב'. זה בולט לעין, אגב.

מעמדות שונים באותו בית חולים בין הקולגות, רבותיי.

השרה יעל גרמן: אמרו.

דובר/ת: הרבה מהרופאים כבר לא רוצים להתקרב למקצועות שהם מקצועות ליבה ברפואה.

השרה יעל גרמן: אמרו גם.

דובר/ת: רגולציה בלתי אפשרית, וזה מוביל למה שקרה בהדסה.

השרה יעל גרמן: תראה, אם אנחנו יוצאים מתוך ההנחה שהרגולציה היא בלתי אפשרית, אז 50% ממה שנקבל החלטות הן בלתי אפשריות, כי כל מה שאנחנו נקבל תלוי ברגולציה. אנחנו חייבים לצאת מתוך הנחה שרגולציה היא אפשרית, אחרת אי אפשר לקבל שום החלטה.

דובר/ת: לא בטוח שזה עניין של אפס ואחד, אני חייב להגיד כמי שהתעסק קצת ברגולציה. זה לא דברים של אפס ואחד. יש דברים שרגולציה, יותר קל לה לעשות, יותר פשוט לה לעשות, ויש דברים שיותר מסובך לה לעשות.

השרה יעל גרמן: אתה אומר שהרגולציה תהיה קשה.

דובר/ת: בוא נגיד ככה, לא ראיתי מאבק רופאים שלא הצליח. לא ראיתי דוגמא למודלים של פיקוח כאשר יש תמריצים כלכליים נגד, שעבדו. הממשלה בסוף התקפלה, ברחה, לא שמה לב.

דובר/ת: הרגולציה יכולה להשתלט על איזשהו פער תמריצים מסוים. תמיד יש תמריץ לעבור על החוקים ותמיד הרגולציה תצטרך למצוא את הדבר הזה. עכשיו השאלה, אם כל מערכת התמריצים מכוונת לזה שכולם יעברו על הכללים, וזה כאילו מה שאנחנו חושבים פה, שגם הרופא וגם קופת החולים וגם מנהל בית החולים, כולם ירצו לעבור על כללי השר"פ, וגם החולה.

דובר/ת: כל הרגולציה של מס במדינת ישראל, יש לכולם תמריץ להעלים, אז בגלל זה אנחנו לא נעשה מס? בגלל זה כולם מעלימים? יש רגולציות קשות בבריאות שאי אפשר להגיד שהן נכונות במערכות אחרות. זה רגולציה של איכות. הרגולציות שאנחנו מדברים עליהן היום, על מחירים, על כמות, זה אותו דבר בבריאות ובביטוח ובניירות ערך אם אני דורש ממך להגיש דוחות. המפקח על הבנקים, איזה רגולציה אדירה יש שם? ושם אין תמריצים? יש שם תמריצים בדיוק כמו בבתי חולים, ואפילו יותר, לכן לטעון שבבריאות יותר קשה לעשות רגולציה כלכלית - - -

דובר/ת: אנחנו מדברים על הרחבת הפעילות הפרטית המבוצעת כיום, גידול בהיצע האספקה הפרטי שיביא גם לביצוע פעולות מיותרות.

השרה יעל גרמן: כתוב.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

זה נאמר.

דובר/ת:

דובר/ת: והחלפת מימון ציבורי במימון פרטי. מעבר לזה שזה הרחבה של השעות, יש לנו שירותים היום שאין בהם אספקה פרטית, כמו ניתוח קיסרי, פרט להדסה ושערי צדק, שהיום נעשה במימון ציבורי מלא ומחר יהפוך להיות מימון פרטי.

השרה יעל גרמן: אז אתה מדבר באמת על ההתפתחות, על ההתגלגלות, על המדרון החלקלק.

דובר/ת: הגדלת המצוקה בהתמחויות שאין בהן שר"פ.

השרה יעל גרמן: כתבנו.

דובר/ת: והגדלת הפרמיות בגלל השכבות החלשות תגדיל את אי השוויון ותפגע בקשישים.

השרה יעל גרמן: גם נאמר.

דובר/ת: תראו, אני חושב שיש משהו מרכזי אחד, זה נאמר פה כחוט השני לאורך כל הדרך. אני חושב שחיבור בין כסף לבריאות הוא משהו מאוד מאוד מסוכן ככל שהוא נעשה ברמה היותר ישירה של הטיפול, וזה משהו באופן כללי. לא סתם יש את תפילת הרופא ולא סתם יש שבועת הרופא וכל הדברים האלה. חיבור בין כסף לבריאות, יש לו פוטנציאל שהוא מעמיד באמת את האנשים הכי טובים. רופאים, אני באמת חושב שהם אנשים שכמעט כולם הולכים למקצוע הזה מתוך תחושת שליחות ומסירות. ברגע שמגיע לזה הכסף והתמריצים הכלכליים, זה יוצר שם השחתה כל כך גדולה שזה מסוכן ולכן אני חושב שכלל אנחנו צריכים לשאוף לנתק בין הדברים. זה במקרו של העניין.

על יוקר המחיה דיברו. על אובדן שליטה על ההוצאה – אני חושב שזה אובדן שליטה על ההוצאה הלאומית ובנגזרת השנייה גם על ההוצאה הציבורית, כי כל הסחרור שכר הזה בסוף יתגלגל גם להוצאה הציבורית. תזכרו שרוב הרופאים בסוף לא עושים שר"פ. רוב הרופאים לא עושים שר"פ אבל הם יראו את אחיהם, הקולגות שלהם למקצוע שכן עושים שר"פ.

השרה יעל גרמן: כאן יש לך ויכוח עם קובי. קובי אומר בדיוק להיפך. הוא אומר, להיפך, אתה מקטין, אתה מראה להם ואז לא יהיו דרישות.

דובר/ת: לא, יש מקצועות שבהם לא עושים שר"פ ואנחנו נצטרך לשלם יותר לרופאים כדי שילכו - - - . כבר היום יש לנו מקצועות במצוקה. אנחנו נצטרך לשלם יותר למקצועות האלה.

השרה יעל גרמן: אז אקסלרציה של שכר.

דובר/ת: אקסלרציה של שכר גם בציבורי. פגיעה בכוח אדם במקצועות מסוימים, אמרנו. אני חושב שגם בפרטית. עם כל זה שיהיה שר"פ בפרטית, עדיין השר"פ במרכז ויכולת ההשתכרות במרכז. אנחנו לא נשנה את יחס ההשתכרות. השר"פ לא ישנה את יחס ההשתכרות בין המרכז לבין הפרטית. ירוויחו יותר בפרטית אבל גם ירוויחו יותר במרכז ואני לא חושב שאת היחס הזה אנחנו נשנה לטובת הפרטית.

דובר/ת: אני מדבר על הקהל מבחינת הציבור. אני רוצה את העמדה שלנו מבחינת הציבור. תעזוב אותנו, את הרופאים.

דובר/ת: לא, אבל אז רואים רופאים עם רופאים, עוברים.

השרה יעל גרמן: לא, ההערה שלו היא נכונה. מבחינת הציבור מדוע נגד?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: פגיעה בזמינות רופאים בפריפריה. זה מה שאני התכוונתי.

השרה יעל גרמן: אתה אומר שהשר"פ יפגע בזמינות הרופאים בפריפריה?

דובר/ת: כן, כי היום האופציות של ההשתכרות במרכז ביחס לפריפריה הם ביחס מסוים. כשיהיה שר"פ יהיה אפשר להרוויח יותר במרכז מאשר בפריפריה למרות שיהיה שר"פ בפריפריה.

השרה יעל גרמן: אני ממש לא מסכימה.

דובר/ת: כי יש הרבה יותר כסף במרכז.

דובר/ת: זה גם היום.

דובר/ת: נכון, אבל היום זה מוגבל. היום היכולת להרוויח את הכסף הזה מוגבלת לאסותא. מחר זה יהיה על כל בילינסון ואיכילוב ושיבא. זה הצנטרום של הכסף של מדינת ישראל. המון המון כסף של מרכז הארץ, שהיום אין לו לאן ללכת

השרה יעל גרמן: בסדר, אז זאת השערה. אני דרך אגב אישית חושבת שזה להיפך.

דובר/ת: אני רק בימים האחרונים נחשף לתחום המרתק הזה של הבריאות. אני בא יותר ממקום של זווית אישית. אשתי היתה מאושפזת שבועות ארוכים בבית חולים ירושלמי בשמירת היריון ואני תצפתי על בית החולים לאורך השבועות האלה, והבחנתי בעובדה דווקא השכבות החלשות, מגזרי המיעוטים בירושלים משתמשים בשר"פ ואפילו יש פה איזשהו אלמנט של עושיק, כי השכבות היותר חזקות זה אנשים שיש להם אינטליגנציה כלכלית. אם הם הולכים לפרוצדורה של גרידה, אז הם יודעים מה הפרוצדורה, הם יודעים מה הסיכונים והם אומרים, מה, אני אשים עכשיו 10,000 שקל על זה? הוא לא שם 10,000 שקל. דווקא האנשים היותר חלשים, אפילו ממקום של להרגיש שאני, למרות שאין לי לבריאות, אני שם כסף. דווקא הם. כל הנשים שהיו מאושפזות, לפחות ע"ל אשתי, עשו את הפרוצדורות האלה בפרטי ודווקא הנשים שאתה מזהה שהן באות מהשכונות היותר יקרות בירושלים, לא עשו את זה, זאת אומרת יש פה אפילו אלמנט של עושיק. לוקחים כסף מהעניים ונותנים אותו - - - . זו הזווית שלי.

השרה יעל גרמן: נכון. קודם כל אנחנו דיברנו על זה בעקיפין, אבל לא בדיוק כמו שאתה אומר. הוא אומר פה בשקט, ניצול הבערות, ואז היא באה ואמרה, אז התפקיד שלנו באמת להסביר והשאלה אם אנחנו באמת יכולים להסביר. מה שאתה אומר זה באמת נכון, כי השכבות החלשות מתפתות לשר"פ ללא צורך. יכולות לעשות בדיוק את הפרוצדורה הזאת בשערי צדק, בציבורי, אבל הן מתפתות לעשות את זה בפרטי. זה בהחלט נימוק.

דובר/ת: רק בירושלים זה קורה?

השרה יעל גרמן: באיזה עוד מקום יש לנו שר"פ?

דובר/ת: מיילדות יש רק בירושלים.

(הפסקה)

השרה יעל גרמן: קודם כל אני רוצה לדעת אם יש מישהו שהוא בכלל נגד פול טיימר או מודל לקיצור תורים. יש מישהו שהוא נגד המודל הזה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

בתוך הדבר הזה מסתתרים הרבה מאוד פרטים שצריך באמת לעבור ולראות למה בדיוק מתכוונים, כי אידיאה מסתדרת כשאנחנו רוצים לראות את עיקר המחויבות של הרופאים בבית חולים ציבורי, ואת מירב מרצם וזמנם מוקדש לפעילות הציבורית. אני לפחות בוודאי מסכימה.

דובר/ת:

דבר ראשון כמובן צריך לזכור שזה אמור לעלות כסף, והרבה כסף. אני לא נגד כסף אבל מה שמפחיד אותי, אני אומר את זה שוב פעם בהשוואה למודל השר"פ, חד משמעי, שיהיה ברור בהקשר הזה, שהחשש שלי שגם אם נקבל על זה כסף, זה יהיה על חשבון דברים אחרים שהמערכת צריכה. אני רואה פה מגבלת משאבים. במערכת הבריאות לא רק תורים זו הבעיה. יש הרבה בעיות אחרות ואני צופה עוד בעיות כי אני צופה על פי הבנתי טכנולוגיות רבות שצריכות להיכנס. המערכת צריכה, לא נעשה עכשיו את הפירוט, לא מעט משאבים. צריך לזכור שמודל הפול טיימר, אם אנחנו שמים לעומת מודל השר"פ זה אומר שמדובר/ת:ת: פה על איזשהו מודל פול טיימר שממומן מכסף ציבורי, אחרת זה כמעט כמו המודל השר"פ בהרבה היבטים.

השרה יעל גרמן:

ברור שמדובר על מכסף ציבורי.

דובר/ת:

כסף ציבורי לחלוטין ואז אני אומר, החשש שלי שאם כבר יתנו לזה כסף, לא יהיה כסף לדברים אחרים. זו נקודה אחת. הנקודה השנייה שאני עוד פעם מעלה כשאלה, חלק מהביקורת שעלתה על מודל השר"פ, אני חושב שיכולה להתעורר פה בהיבט הבא: יהיו רופאים שנרצה אותם כפול טיימר, נשלם להם הרבה כסף. יהיו רופאים שלא נצטרך אותם כפול טיימר, אם זה בגלל שאין שם קיצור תורים או בגלל שלא צריך 20 רופאים לעשות את מה שאנחנו רוצים שיעשו בתור פול טיימר, ואז יצרנו פה שוב פעם איזשהו מודל שבו יש רופאים שמקבלים הרבה כסף מהמערכת ומודל של רופאים שלא מקבלים הרבה כסף במערכת.

דובר/ת:

אולי יקבלו יותר כי הם יעבדו גם בפרטי.

דובר/ת:

אז לכן אני חושב שחלק מהשאלות של הפול טיימר, שאלו על הביקורת של השר"פ, כמובן אני לא אומר שהכל, אבל השאלה הזו של שני סוגים של רופאים ואיך הרופא הפול טיימר משתכר בדיוק, האם זה לפי פעולות או הסכם גלובלי, כמו שבשר"פ, הוא מתעורר פה וגם נושא האפליה בין רופאים. אני חושב שהאפליה היא מוצדקת. אם רופא אחד, צריך לשלם לו יותר, ואם רופא אחד, יש לו יותר ביקוש מכל מיני סיבות, צריך לשלם לו יותר, אבל צריך להבין שאנחנו יוצרים פה עוד פעם מערכת שהיא לא שוויונית.

דובר/ת:

פול טיימר בעיניי זה אחד הכלים שבהם צריכים להינתן להנהלת בית החולים להתמודד עם המשימות הניתנות לה. זה כלי שהוא מאוד אטרקטיבי. אם אתה יכול לבנות אותו בצורה סבירה, לבנות אותו זה לבוא ולראות מה אתה רוצה מאותו רופא, מה הוא נותן לך ואיך זה עובד למול הצרכים שלך. אתה יכול להביא למצב שבו אתה תראה כמה ניתוחים אתה יכול לתכנן לעובד במערכת, ואם יהיה שר"פ או לא יהיה שר"פ זה בכלל לא רלוונטי מרגע זה. הוא נכנס לחדר ניתוח. הוא יכול לראות בתיירות מרפא, ישראלי או שר"פ. לו זה באמת לא משנה כלום. זה הערך הנפלא בכל הנושא הזה, כי אם יש משהו שלי מאוד מאוד מציק, זו העובדה של הקשר הזה בין האדם לבין מי שמשלם לו. אז זה היתרון הגדול בפול טיימר. צריך לתת את האפשרות. אם להכניס את כולם כפול טיימרים? זה עלויות מטורפות, זה לא מוצדק, זה לא הגיוני.

השרה יעל גרמן:

אז כמו שמישהו אמר, לא יהיה לנו תורים תוך כמה חודשים.

דובר/ת:

זה חוסר יעילות.

השרה יעל גרמן:

זה לא ריאלי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

יהיו כאלה שלא נוכל כנראה לממן אותם או שהמחירים יהיו מאוד מאוד גבוהים וצריך לקבל את השיקול, לשקול את זה כמו באמת תכנית לכוכבים של כללית, ואם הם מוכנים לשלם למנתח לב במקום מסוים סכומי כסף גבוהים, אז זה בסדר, זה לגיטימי, בעיקר כשזה נעשה בחשיבה ובצורה - - -

דובר/ת:

ארנון, אפשר להמשיך לקרוא לזה פול טיימר כאיזשהו שם כללי שאני חושב שמה צריך לעמוד מאחוריו זה תשומות לרופאים מומחים בשעות אחר הצהריים שיבצעו עוד פעולות ואז יש לנו פה איזשהו טווח. זה יכול להיות פשוט משמרות אחר הצהריים, זה יכול להיות ססיות, זה יכול להיות כן או לא פול טיימרים.

דובר/ת:

אני לחלוטין מסכים איתך.

דובר/ת:

וזה יכול להיות כוכבים. יש פה איזשהו רצף שהמשמעות שלו היא שיש לנו עוד רופאים בשעות אחר הצהריים שמבצעים עוד פעולות במערכת הציבורית, באופן ציבורי.

דובר/ת:

אבל השאלה אם זה נותן מענה מלא. אם אני זוכרת נכון, אחד הרעיונות, ודווקא החלק שאני לפחות מאוד מתחברת אליו וגם חלק של ההנהלה, שאתה רוצה להבטיח שהיא תהיה מחויבת למקום העבודה שלה.

דובר/ת:

בעיניי זה בלי קשר.

דובר/ת:

אז בזמנו כשדיברנו על פול טיימר, היה צריך לתת מענה לשני דברים שונים, לכן גם התעוררה השאלה אם זה באמת קיצור תורים, ואני באתי ואמרתי שאני חושבת שפול טיימר כפול טיימר נותן מענה מאוד נכון לרובד הבכיר של ההנהלה בבית החולים, אבל לעניין קיצור תורים יש לי תהיות.

דובר/ת:

לכן אני חושב שצריך לפרק את המונח הזה פול טיימר למונחי משנה ולהגיד שמצד אחד אנחנו מדברים פה על יותר תשומות של רופאים מומחים בשעות אחר הצהריים שגם עושים פעולות וגם נוכחים במחלקה, כלומר אמרנו שיש ערך גם לזה וגם לזה, גם ברמה של ההוראה, הנוכחות, הבטחת רמת האיכות, וגם מקצרים תורים, כלומר עושים את כל הדברים האלה.

השרה יעל גרמן:

מאוד מאוד חשוב שאנחנו כאן סביב השולחן, שאנחנו לא מסתכלים על פול טיימר רק בשביל הנוכחות, אלא כדי לקצר תורים. יש לזה משמעות כספית.

דובר/ת:

אני מסתכל כרגע בראיה של הנהלת בית חולים. קיצור תורים זה משהו אחד, ואז משהו מאוד צודק כשאתה נע בין ססיות שאתה סוגר עם רופא נאמר, אתה נותן לי שני אחרי צהריים בשבוע, אחר צהריים אחד ואתה סוגר איתו - - עד המודל של פול טיימר. זה רחב. זה באספקט של קיצור תורים. האספקט השני זה הנוכחות. אם אני לוקח רופא בכיר שישב לי במלר"ד, זה שווה לי כסף, אז שווה לי לתת לו את זה, ותיאורטית שווה לי לתת גם אולי למישהו שילמד. שוב, זה גמיש למול הצרכים, כמה אני מוכן לתת.

נושא הנהלה – אני לחלוטין מסכים. ההנהלה חייבת להיות עם תפיסת עולם פול טיימר. הפול טיימר שלהם יכול להתבטא בחצי תורנות, כי אני רוצה נציג הנהלה שישב עד 12 בלילה, כי יש לזה ערך ויעילות רבה מאוד, וזו אופציה אחת.

השרה יעל גרמן:

שזה ביטלו להם.

דובר/ת:

שזה ביטלו בתל השומר, זה נכון. אני חושב שזה כן אחד הדברים החשובים שיכולים להיות. שוב, בהסתכלות ארוכת טווח אתה יכול לבוא ולהגיד, אני את הדור החדש מכשיר אותו כאן ואני שם בצד את כל - - -



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

- השרה יעל גרמן:** האם תרשה להם להיות חברים בדירקטוריונים ובכל מיני חברות?
- דובר/ת:** דעתי, לא. ממש לא.
- השרה יעל גרמן:** זאת אומרת פול טיימר, אין דירקטוריונים, אין חברות.
- דובר/ת:** למעט הוראה וכתובת ספרים. כל השאר לא. אני אגיד מעבר לזה, מה שאני מדבר כרגע, בכוונה אני רוצה להתנתק מהמצב הקיים ולדבר על העתיד.
- השרה יעל גרמן:** אתה מדבר על דור ב'.
- דובר/ת:** על דור הבא. אגב, מי שלא יודע, מעל 10 מנהלי בתי חולים מתחלפים בשלוש השנים הקרובות. אנחנו לא יודעים איפה נמצא איך להחליף אותם. הם יוצאים לפנסיה ולכן תוך שלוש שנים המערכת הולכת להתחלף לגמרי.
- דובר/ת:** דיברנו על פול טיימר. אני חושב שהדין עכשיו, אנחנו בורחים לאזור נוחות, אבל הדין עכשיו, אם אני מבין אותו, הוא מודל פול טיימר, הוא לא במימון שר"פ לעומת מודל פול טיימר כן במימון שר"פ.
- השרה יעל גרמן:** צודק.
- דובר/ת:** אחרת אין טעם לחזור לדיון הזה.
- דובר/ת:** אבל אתה טועה. הדיון בפול טיימר לא קשור לשר"פ. אם אתה סגרת איתו פול טיימר ובהינתן מצב שבו לא אכפת לו למה הוא נכנס לחדר ניתוח. זה יכול להיות ישראלי, תייר זר או מישהו שבחר בו או במחלקה שלו או בבית החולים שלו, באיזו מסגרת שנחליט. כדאי שנחدد על מה אנחנו הולכים לדבר עכשיו, על מודלים ישנים של פול טיימר או על איזושהו מודל. בעצמי לא ברור לי. היה מודל שר"פ, היה מודל של נגד שר"פ.
- השרה יעל גרמן:** אנחנו מדברים על הפול טיימר מול השר"פ.
- דובר/ת:** זאת אומרת שההבדל הוא שבמקום אחד יש פול טיימר שממומן פחות או יותר מודל שלנו והשני ציבורי.
- דובר/ת:** כמה?
- דובר/ת:** זה הדיון.
- השרה יעל גרמן:** לא, לא, אנחנו לא יכולים להיכנס לכמה.
- דובר/ת:** לא, אבל סדרי גודל.
- דובר/ת:** הוא הניח 1,000.
- דובר/ת:** לא, החשבון שעשית ל-1,000.
- ארנון יכול לחלוק עלי, אבל לפי מה שאני רואה בארץ הקודש מקריית שמונה עד אילת/יוספטל, אני מתאר לעצמי שכדאי שנתחיל עם 2,000.
- השרה יעל גרמן:** אני ביקשתי שהוא יעשה הערכה של כמה פול טיימר - - -



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: אני רק רוצה להזכיר ששר"פ עושים רק החברה שהם בינתיים לפחות, במודל שהוצג פה היום בבוקר, אנשים שהם כירורגים ומנתחים. בפול טיימרס היתרון הברור שלו, שכולם בעצם, כל הרופאים יכולים להיות פול טיימרס, גם הפנימאים, גם האנשים האחרים יכולים להיות פול טיימרס.

דובר/ת: תראו, גם במודל המשולב לצורך העניין, מבחינתנו הפול טיימר הוא חלק מהמודל. יש פה שאלה האם זה האוטו פוט שכולנו רוצים לראות. אני משווה את זה לאיזשהו תהליך. האוטו פוט שאנחנו רוצים לראות הוא אותו אוטו פוט. השאלה מה מקורות המימון שמאפשרים לעשות את זה. כמובן שבמודל שלנו מדובר/ת: על כך שהמשאבים שהגיעו מפעולות השר"פ ישמשו לא רק את הרופאים שיבצעו את פעולות השר"פ. זאת הבהרה קריטית כי בדיוק באנו והסתכלנו על זה שאם אנחנו באמת נממן יותר פרוצדורות ונשמור על הקשר ההדוק הזה בין הכסף לרופא המבצע, אחת הסיבות לניתוק, באמת לאפשר להנהלה שיהיו לה משאבים, גם תשומות שעכשיו דיברנו עליהן בשביל לבצע פעילות אחר הצהרים בהתאם לצרכים אמיתיים וציבוריים.

דובר/ת: קודם כל אני חושב שכרגע אנחנו לא מדברים עדיין על מודל המימון ועל כמה אנחנו בערך מגיעים להסכמות לגבי ההצמדות של התקציב הציבורי. אני חושב שהמודל שצריכים להתייחס אליו כשאנחנו מדברים על הטבלה, זה המודל שהוצג גם על הגברת הבחירה בתוך בית החולים של בחירת מנתח בכיר בחדר. פול טיימר זה כלי להשיג בצוות קברט את הנושא של באמת קיצור תורים והגברת אפשרות הבחירה והאמון במערכת. כשאנחנו מדברים על היתרונות והחסרונות שאני חושב זה ביחס לנושא הזה ולא רק פול טיימר כמישהו שנמצא ושאלו לו כסף, אלא מה אנחנו עושים עם הדבר הזה, מה אנחנו נותנים לציבור תמורת זה מעבר לקיצור התורים, וזה היה משהו מאוד מרכזי במודל. עזיז לא הציג את זה כי דיברנו רק על פול טיימר. במודל שלנו ריכזנו והצגנו את זה במליאה, נושא של להגביר את הבחירה בתוך בית החולים לא במובן של שר"פ, אבל כן, אני חושב שזה משהו שכן צריכים להתייחס אליו.

השרה יעל גרמן: הנושא שדיברתי עליו בתחילת הערב, הסשן הזה של בחירה הכוונה היתה לא רק פתיחת בחירה של אזורי אשפוז אלא גם בחירה בתוך בית החולים.

דובר/ת: בשביל זה יש פול טיימר.

השרה יעל גרמן: אז מחר כשאנחנו דנים בזה, בבקשה לעשות את החיבורים הנדרשים. הערות נוספות לפול טיימר?

דובר/ת: משהו אחר רציתי להגיד לפחות מהניסיון שיש הדסה. לא נשאר שם כל כך הרבה כסף לחלק לכל מיני אחרים. אין את הכסף הזה. 70% בהדסה אחרי השינוי, 70%-75% הולך לרופא, בוא נגיד מהיתרה שהיא מעבר לטופס 17. 25%-30% הולך לבית החולים וזה די מכסה גם הוצאות של בית החולים.

דובר/ת: אל תשכח שרופא מממן גם את המרדים.

דובר/ת: אבל המרדים, כי זה מרדים שעוסק בפרוצדורה.

דובר/ת: ברור, ברור.

דובר/ת: אני אומר, זה לא שנשאר כסף לבית החולים להתחיל עכשיו לשפר תשתיות או להעסיק עוד כוח אדם. זה העובדות המספריות שיש בהדסה ושבערי צדק, איפה שיש שר"פ. אנחנו פה מדברים על מצב שאנחנו לא נוכל להשאיר הרבה יותר מהכסף כי גם לא ישארו. למה בסוף התפשרנו על 30%? כי ראינו שאם נרצה יותר, אז הם אומרים טוב, אז אנחנו רוצים לצאת החוצה ולבטל את השר"פ. היה איזה דיבור כזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: רק התייחסות קצרה למה שאמר משה עכשיו. א', אני מקווה שבעולם יותר תחרותי יכול להיות שאפשר יהיה לשלם להם פחות ואולי בכל זאת ישאר יותר לבית חולים, אבל מעבר לזה נניח שזה נכון, אז לפחות לחלק מהרופאים מצאנו מקור הכנסה. זה אומר שישאר יותר כסף אחר ציבורי להשאיר את הפנימאים ולהשאיר את אלה שלא מקבלים את ההכנסה דרך השר"פ.

דובר/ת: מה, אתה חושב שנוריד להם הכנסה ציבורית?

דובר/ת: לא, אני לא אומר שנוריד הכנסה ציבורית, אני אומר שאני חושב שלמערכת הציבורית יהיה כסף להשאיר את הרופאים בבתי החולים אבל עכשיו יש לי שני מקורות הכנסה להשאיר אותם, חלק מהם זה השר"פ וחלק אחר זה להשאיר את הרופאים האחרים. נניח שאני הולך עם המודל שלך, אני אומר, לפחות לחלק מהרופאים מצאתי מקור הכנסה אחר להשאיר אותו ועכשיו יש לי עוד מקור להשאיר את האחרים במקום שכל הכסף הציבורי יהיה גם לאלה וגם לאלה.

דובר/ת: אתה לא הולך לחזור על המודל של הדסה. אתה לא הולך לדבר איתם, את זה אתה מקבל, את זה אני מקבל פר פעולה. אתה הולך להגיד לו תשמע, אני מבטיח לך שכר. זו עמדה אחרת לגמרי. מה ששלומי שאל, למה שהוא לא יוציא ממני? הדבר הזה לא יקרה. אני לא הולך לתת לך 90% ממה שאתה שווה, כי אז אני אצטרך לתת לכולם 90%, אז לא כדאי לי. אני הולך לנסות למשוך את המחירים למטה מאותה סיבה שקובי אמר, שהמבטח ידרוש ממני מחירים נמוכים, כי אחרת אני לא אוכל להתחרות ואז הוא לא יקח אותי.

דובר/ת: המחיר של הרופאים יעלה.

דובר/ת: למה?

דובר/ת: כי יש יותר תחרות.

דובר/ת: התחרות על הרופאים היא משנית.

דובר/ת: אם אנחנו הולכים על המודל ששלומי כל הזמן דוחף, של הרובד הנפרד הזה של בחירת מנתח, מתוך כוונה שתהיה תחרות בין חברות הביטוח, ואנחנו מאפשרים לחברות הביטוח ולשב"נים לעשות selective contracting, זה חלק מהרכיב ששלומי אמר כל הזמן, שכל חברת ביטוח או כל שב"ן יוכל להחליט עם איזה רופאים, עם איזה בתי חולים הוא עובד, אז כל המטרה היא ליצור תחרות בין חברות הביטוח. במה התחרות תהיה? בין היתר בפרמיות. כדי להוריד פרמיות אתה תנצל את העובדה שיש לך עכשיו כמה בתי חולים. היום אתה כמבטח עומד מול בית חולים אחד וחצי, שזה אסותא.

דובר/ת: בעניין הזה אתה טועה. אתה עומד היום מול הרופאים. הקופה עומדת מול כל רופא בעצמו ומסכמת איתו ויש לה כוח מול כל רופא. מחר אם יהיה שר"פ, הקופה עומדת מול בית החולים, ועד רופאי שר"פ כמו בהדסה והוועד יגיד לך, שמע, אתה לא מוריד את המחיר בשקל.

השרה יעל גרמן: אין ועד רופאי שר"פ. ההנהלה היא זו שקובעת. אין דבר כזה. הוועד של רופאי שר"פ נוצר מפני שיש את הקשר הישיר הזה עם הרופא, אבל במודל שלהם הם פרקו לחלוטין את כל המודל.

דובר/ת: אני חושב שמבטח טוב יגיד לאיכילוב, אם אתה לא נותן לי מחירים טובים ובגלל זה אני צריך לקחת פרמיה גבוהה, אז אני לא עובד איתך, ובטח השב"ן של כללית את זה. עכשיו תראו, אני רק רוצה להגיד משהו. אורי, אתה אמרת



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

משהו. אני לא רציתי להתווכח. אתם חוזרים ואומרים, תסלח לי שאני אומר את זה, סיסמא שהיא כבר לא נכונה, שבבריאות היצע יותר ביקוש. התזה הזו התפתחה בתחילת המאה ה-20 באמריקה כשגדלו מספר המיטות וגדלו התעריפים. מאז יש הרבה מאוד עבודות שמראות שברפואה הגדלת ההיצע מורידה הרבה פעמים תעריפים כי מי שעומד מול ההיצע הגדול זה מבטחים שיש להם אינטרסים להוריד פרמיות. כתזה של לבוא ולהגיד שהגדלת ההיצע מעלה מחירים, היא פשוט אקסיומה שפעם דיברו. היום פחות מאמינים בה. אני אגיד עכשיו עוד דבר. תראו, זה כמו להגיד שאם אנחנו נגדיל את היצע יצרניות ההייטק יעלה הביקוש למהנדסים והמחירים של כל טכנולוגיית ההייטק תעלה, שזה לא נכון. ברור שאם אתה היום תקים 4 חברות טלוויזיה במקום אחת, יהיה ביקוש למהנדסים. ברור שיהיה ביקוש למהנדסים. גם המספר של המהנדסים הטובים הוא נתון, אבל עדיין הראיות מראות שכשאתה מגדיל את ההיצע, למרות שכשאתה משתמש בגורם יצוג טוב ויקר בסך הכול התחרות מורידה מחירים, וזה לא שהמהנדסים האלה, כולם עכשיו מרוויחים יותר והמחירים עולים. זה פשוט לא נכון. אני לא מסכים עם התזה הזו שטוענת שהגדלת ההיצע תגרום לעליית שכר הרופאים, תגרום לעליית מחירים.

דובר/ת: אני לא מסכים איתך. יש הרבה חברות ששכר המהנדסים כן יעלה כי יהיה להם יותר ביקוש. אם אני אביא לכאן עכשיו את אינטל ועוד כמה חברות עכשיו שיפתחו מפעלים בארץ והם יצטרכו מהנדסים ומספר המהנדסים שלי מוגבל, איך הם יביאו את המהנדסים? השכר יעלה. אין ברירה.

דובר/ת: אם אינטל צריכה להתחרות עם חברות אחרות, היא לא תפתח פה ולא תשלם יותר למהנדסים, אנחנו נשלם ביוקר.

דובר/ת: אתם מדברים על שני מודלים שונים לגמרי. אנחנו כבר הראינו כמה פעמים שההיצע של רופאים גם בטווח הקצר ובטח בטווח בינוני, הוא יכול להיות מאוד גמיש. גם דרך אגב אנחנו ב-98' לקחנו מהנדסים והכפלנו כמות מהנדסים במדינה וזה מה שאפשר את הצמיחה המהירה של המשק בעשר השנים האחרונות. הרי הנקודה היא, אחת מחברות ביטוח באה עם הצעה ואמרה, תעזבו שר"פ, תנו לנו חדרי ניתוח בשיבא או באיכילוב אחר הצהריים, ריקים, ואל תתערבו. אנחנו נשלם לכם הרבה כסף על זה, רק תיתנו לנו. אנחנו נארגן את הרופאים, את הצוותים. אנחנו נעשה הכול אצלכם. אתם תקבלו את הכסף. אנחנו נביא את זה מאסותא.

דובר/ת: אסותא באה למשרד הבריאות ואמרה, תן לי לפתוח. אסותא באר שבע.

דובר/ת: זה בדיוק הפוך.

השרה יעל גרמן: זה אפילו יותר גרוע מפני שזה בתוך בית חולים.

דובר/ת: תבינו מה הוא מנסה להגיד. הוא אומר, אני היום נסחט על ידי אסותא. אני רוצה לייצר לי תחרות ויהיה לי יותר זול. אם לא יהיה יותר זול, אז מה שקובי אומר זה בדיוק - - - . הוא אומר, תשמע, תן לי ביזנס שאני אוכל מול אסותא להוריד את המחירים. אני אסתדר עם הרופאים, אני אסתדר עם הצוותים ויהיה לי מספיק רווח כדי ושיהיה לי כל הבלגאן הזה, להתחיל אותו ולהפעיל את כל המערכת. הוא אומר, זה משמעותית יוריד לי את המחיר. זה בדיוק מה שקובי, והוא לא פחד שזה פתאום יעלה את המחיר.

השרה יעל גרמן: אני רוצה לשאול שאלה מאוד פשוטה. נניח שהתזה שלו היא נכונה, ונניח שבאמת ההיצע לא יעלה את המחירים על פי המודל שלך, אלא לפי המודל שלו, והוא אומר שזה גם כך בחו"ל, נניח שהמחירים ירדו. האם האוצר ישנה את עמדתו לגבי השר"פ?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת: לא, ואני אסביר למה. לשר"פ יש כל כך הרבה חסרונות. הוא אמר קודם, החיבור של בריאות ביחד עם כסף זה הרסני.

השרה יעל גרמן: התשובה מספיקה ולכן חברים, אנחנו מבזבזים את הזמן על משהו שהוא לא רלוונטי.

דובר/ת: רבותי, העשייה שלנו, העשייה הרפואית ציבורית ולא ציבורית לא מסתיימת רק בחדר ניתוח. אני חושב שזה דבר, אני לא רוצה להגיד פעוט, אבל זה דבר קטן יחסית מכל העשייה שלנו. שימו לב, המילה שר"פ הוזכרה בוועדה בשנה האחרונה אולי עשרות אלפי פעמים, כאילו ששר"פ יפתור את כל הבעיות. יהיה שר"פ או לא יהיה שר"פ, זה לא נכון. יש לנו מצוקה קשה מאוד בקהילה. יש הרבה בעיות מאתגרות בקהילה. באותו בית חולים חוץ מחדר ניתוח, לפני שמגיע החולה לחדר ניתוח והמנתח עם הכפפות הסטריליות, הוא עובר החיאה, עובר אשפוז והתאוששות, אחר כך יוצא מחדר ניתוח. בחדר ניתוח מטפל בו צוות גדול מאוד שגם לו מגיעה תשומת לב. גם מגיעה לו תשומת לב כספית. אחר כך הוא יוצא שוב להתאוששות, לטיפול נמרץ, ליעוץ. חדר ניתוח, זה נכון, חשוב ביותר. זה חוליה משרשרת של רצף טיפולי וכל הדיבורים וכל הויכוחים, רק בכדי לרצות מאות מנתחים ולשלם להם את ה-2 מיליארד. אני עומד על המספרים הללו, כי אין מנתח בשר"פ שמסתפק במיליון בשנה. אין. אני לא מכיר כזה מנתח. גם כוכב, גם הסגן שלו והסגן של הסגן. אז אנחנו מדברים על 3 מיליון עד 5 מיליון בשנה. באסותא כנראה זה הרבה יותר. אין לי שום ספק. אין לי בעיה, שירותי 10 מיליון באסותא, אבל שיחלטי. כשנציע לו את זה, האם הוא כן רוצה להיות פול טיימר והוא יסרב, אהלן וסהלן, אז הסגן שלו, ואני מתחבר למה שיליה חזרה על זה ארבע פעמים. אני לא אמרת רק ההנהלה הרפואית ועניבות. לא. אני רוצה את הדור השני והדור השני הוא שיפתור לך את הבעיות או יכבה לך את השריפה בניתוחים. ניתוחים דחופים אנחנו לא צריכים שר"פ, נכון? ניתוחים דחופים לא צריך שר"פ. צריך שר"פ בניתוחים אלקטיביים, אז ככה שנושא הניתוחים זה דבר יחסית קטן לכל העשייה הרפואית הציבורית בתוך בית החולים. יש הרבה דברים לא פחות חשובים מחדר ניתוח. יש את הטיפול נמרץ ילדים, יש את הפגיה, יש את המחלקה לרפואה דחופה, יש את הפנימיות, יש מחלקת ריאות, יש את הפסיכיאטריה. יש אלף ואחד דברים. הפול טיימר יפתור לנו את הבעיה לדעתי בעלות קצת יותר קטנה מאשר השר"פ. בשר"פ אני ארצה 10% לכל היותר. יפתור, נכון את התורים בניתוחים שבוער לי, אבל הפסיכיאטריה, מה יצא לו משר"פ? טיפול נמרץ ילדים, מה יצא לו משר"פ? שום דבר.

דובר/ת: אתה צודק.

דובר/ת: אז למה עכשיו אני צריך להכניס את השר"פ, להכשיר את השר"פ בשלושים בתי חולים ציבוריים בכדי להלבין את הכסף הזה, את ה-2 מיליארד ולפתור את הבעיות של הניתוחים האלקטיביים?

דובר/ת: כשיתחרר לך כסף תטפל בכל השאר.

דובר/ת: משה אמר שהוא לא ישתחרר ואני מסכים איתו. לא ישתחרר לך כסף. הבעיה של הפול טיימר זה מימון ציבורי.

דובר/ת: זאת הבעיה, יוליה. אתם מטילים את זה על חלק קטן מהאוכלוסיה, את העלות על זה.

השרה יעל גרמן: מה שהצוות של השר"פ או המודל ההיברידי מדבר, הם לא מדברים על השר"פ כשר"פ, כאיזושהי מטרה. הם באים ואומרים שהשר"פ יוכל להביא למערכת בנוסף לתקציבים ציבוריים עוד מקור תקציבי שיאפשר לעשות בדיוק את מה שאתה אומר, לטפל גם בפסיכיאטריה וגם בשיקום.

דובר/ת: עזיז, אתה משום מה שם אחד כנגד השני, אבל זה לא. בוא ניקח את הפול טיימר. תפתור בעיה בפול טיימר בפנימית ובפגיה. אני בעד. עכשיו אני חותם לך. עכשיו תחשב כמה זה יעלה לך. את זה אתה צריך לקבל מציבורי?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

לצערי הרב כן.

דובר/ת:

אם אתה יכול לקבל את זה מציבורי, אני טוען שאתה לא יכול לקבל את כל זה מציבורי, אתה תצטרך תוספת מאיזשהו מקום אחר. עכשיו בוא נפתור את כל התורים, את הניתוחים. איך אתה תפתור? אם אתה יודע לשים שם פול טיימרים ולפתור את זה גם מכסף ציבורי, אני חותם לך עכשיו וגם יוליה. חתמנו. עכשיו בוא נלך אחורה. עכשיו נניח אומרים לך שאתה צריך איקס כסף כדי לפתור את הבעיה עם פול טיימרים פלוס בעיות אחרות כמו הסכמי שכר, כמו דברים נוספים שיגיעו. אתה צריך כסף נוסף גם לצמיחה דמוגרפית, גם הגדלת מחירים וכן הלאה. זה בנפרד צריך לעלות. תזכור שאתה בפול טיימר מעלה את העלויות של המערכת. אם אתה לא קיבלת את כל הכסף הזה, אז זה שאני פותר לך, וזה מה שיעל אומרת, זה שאני פותר לך את החלק שהוא נכון, שהוא קטן אבל הוא החלק שאנשים הכי לחוצים עליו והם מוציאים הכי הרבה כסף, החלק הזה, לא רק שהוא נפתר לך על ידי המודל שלנו, הוא גם נותן לך תמיכה מסוימת לכל השאר שהוא ביחד איתו, הוא לא אחד מול השני, או-או. זה גם וגם.

דובר/ת:

השר"פ זה לא פרה חולבת.

דובר/ת:

זה כן.

דובר/ת:

ממי היא פרה חולבת? איך אתה אומר פרה חולבת? ממי, מאנשים הכי מסכנים שמגיעים למערכת?

השרה יעל גרמן:

זה לא פרה חולבת.

דובר/ת:

לא, לא התכוונת לזה.

השרה יעל גרמן:

בוא נקרא לזה מקור מימון, לא פרה חולבת. אוקיי,

דובר/ת:

מכיוון שאנחנו מדברים על מקור מימון, ואני אעשה את זה מספר עגול. נגיד ואנחנו מדברים על מיליארד שקל שיכנס מהשר"פ לטובת פול טיימר או מכל דבר אחר, למעשה אנחנו אומרים שהמקור מימון הזה זה קבוצה מאוד קטנה יחסית של אנשים. זה מי שעושה את השימוש בשר"פ ומשלם out of pocket את הכסף הפרטי, להבדיל מ-8 מיליון תושבים שמממנים את אותו מיליארד, זאת אומרת כאשר אנחנו עושים את פיזור הנזק אנחנו מגיעים למצב שבו אם הייתי יכול להביא את הציבורית, הנזק לאזרח היה הרבה יותר קטן מאשר לקחת את זה דרך השר"פ, שבנקודת חולשה הכי גדולה שלו קבוצת אנשים מממנת את אותו מקור תקציבי.

השרה יעל גרמן:

על כמה מדובר? מה דעתך?

דובר/ת:

אני אענה בתשובה שלא תאהבו אותה. הרבה יותר מאפס. אני חושב שזה מה שחשוב. במערכת הזו כל גרוש חשוב.

דובר/ת:

לא בכל מחיר.

דובר/ת:

ברור שלא.

דובר/ת:

אנחנו הצגנו אומדנים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דובר/ת:

ברור שלא בכל מחיר ועשינו איזשהו תרחיש ואני אומר לכם, אני אמרתי ואני לא אשנה את עמדתי המקצועית לרגע. בניית תרחישים במערכת כל כך מורכבת ועם כל כך הרבה שינויים, היא מאוד מאוד מסוכנת. היו תרחישים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואף אחד מהם - - -

דובר/ת:

אבל תגיד לי 5 מיליארד או 500 מיליון.

דובר/ת:

תראה, הצורה שאני מסתכל על זה היא דוגמא אחת. המערכת הפרטית היום כל הזמן פורחת וצומחת וגדלה. המערכת הזו מרוויחה, כמה? אני ניסיתי לברר. אף אחד לא אמר. המערכת הזו מרוויחה וכל הזמן מרוויחה יותר ויותר. לא רק הרופאים חיים מהמערכת הזו, למרות שגם זה טוב שהם חיים מזה. אנחנו יודעים שבהרצליה יש רווח, באסותא כנראה יש רווח, ברמת אביב יש רווח, ואתם יודעים מה, זה מה שאני אומר כל הזמן. אל תסתכלו על היום, תסתכלו מה יקרה עוד כמה זמן אם אנחנו נמשיך לחשוב שהדברים האלה הם בשליטה. הם בשליטה אולי בציבורי. כך הם לא. יש פה לא מעט רווח ויש פה הכנסה לרופאים. את שני הדברים האלה אני רוצה לעשות במערכת הציבורית. את הרווח להחזיר למערכת ואת ההכנסה לרופאים, תהיה בתוך המערכת ולראות אותם אצלי מרוויחים את זה ולא באסותא, עם כל הבנפייט שיש לי מזה. כמה זה? להגיד לך מיליארד? אתה יודע מה, אני אגיד מיליארד. אחר כך תשאל אותי למה, אני אמצא לך סיפור. אני יכול לתת לך מחר תרחיש של מיליארד. אני יכול לתת לך גם תרחיש של מיליארד וחצי. אני אומר, העיקרון הוא שיש פה מוצר שיש לו ביקוש ויש אנשים שמוכנים לשלם. אני רוצה את הביקוש הזה, לענות עליו וליהנות ממנו במערכת הציבורית ולא שיברח החוצה.

אני חייב להגיד משהו גם לך, עזיז. תראה, אתה קודם כל התחלת את מה שאמרת, שאמרת, אנחנו כל הזמן שומעים בוועדה, שר"פ, שר"פ. אני רוצה להגיד משהו לזכות הוועדה הזאת. בתקשורת היה המון שר"פ. הוועדה דיברה על המון דברים בלי להזכיר את המילה שר"פ, אולי בגלל שברחנו לויכוחים. היה פה המון דיונים על הרבה דברים בלי שר"פ, כי כולם מבינים שזה לא חזות הכול. כאן תומכי השר"פ אם תרצה להגיד, מבינים שזה לא הפתרון. מה שאנחנו אומרים, שבמערכת שהיא כל כך רעבה למשאבים, והיא תהיה רעבה כל הזמן ליותר, כל אגורה נוספת עוזרת, אלא אם היא כמובן יוצרת בעיות. אנחנו ניסינו לבנות מנגנון שלדעתי יביא כסף למערכת והוא לא יהיה עם תופעות לוואי כל כך קואבות. זו דעתי. אני אשאל אותך כרופא. תיקח כל מיני תרופות, אתה תעשה כאן רשימה ארוכה של תרופות. זה אומר לא לקחת את זה?

דובר/ת:

כל מה שאתה אומר, דברי נועם. השאלה כשאני אסתכל, כי פול טיימר הוא הפיך. להכניס שר"פ

לבתי חולים, אתה לא יכול להוציא אותו.

דובר/ת:

אני זוכר שהפסיקו את זה.

דובר/ת:

שמו את זה בשניים-שלושה מקומות. אתה לא יכול להכניס אותו בשני מקומות, אבל תכניס אותו מקריית שמונה עד אילת. אם אתה אומר לי בוא ננסה, ואתה מבטיח לי מיליארדים, שזה יצדיק את הסיכון, אני אומר, וואלה, שווה ואפשר להסביר את זה החוצה, אבל אם אתה אומר לי שהכל בסופו של דבר יגולם במאות מיליוני שקלים בודדים, זה סיכון וזה אני חושב שעשינו עוול לרפואה הציבורית בארץ. גם אידיאולוגית לא מסתדר לי שבאותו חדר יהיה אחד שיכנס אליו ה"גרויסה" פרופסור ויפסח על השני. אני לא יכול לסבול את זה בשביל נזיד של עדשים.

דובר/ת:

כשהכניסו את ה-DRG שזה רעיון שכל העולם מאמץ אותו, לא עשו את זה בשנה, אז לכן אני

לא בא ואומר, ממחר נפתח שר"פ ל-20%. אפשר להתחיל עם 3%, עם 5%, לעשות מודל ואם אנחנו רואים שזה באמת לא כמו שעשינו, אז לא נגדיל את זה יותר. אני לא אומר שמחר צריכים לפתוח את הכול באיזושהי צורה מאסיבית כזאת. לאט לאט לעשות את זה במודל של חמש שנים, תוך בקרה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דובר/ת:

3% לכל בתי החולים או רק בית חולים אחד?

דובר/ת:

לא, לא, אני אומר לא כאיזשהו מודל התחלתי. אני לא עושה מהפכה בבת אחת על הדברים האלה.

דובר/ת:

יעל, אני התרשמתי מהמשפטים האחרונים שלך. א', ההתנגדות שלי לא אידיאולוגית. לכולנו יש גם מקום שממנו אנחנו באים כבני אדם, אבל זה לא אידיאולוגי. בסוף נשים את האידיאולוגיה בצד. זה כן מניתוח לוגי כלכלי. אני לא הייתי רוצה שאת תהיי בתחושה שאנחנו לא מצליחים להתמודד עם הטיעון של המודל ההיברידי ולכן אנחנו לא הולכים. אני חושב שהוא פשוט מודל שהוא באופן יחסי פחות טוב ממודל של פול טיימרים, או שהחסרונות בו רבים מהיתרונות בנייתו כלכלי, לא אידיאולוגי. חשוב לי לומר את הדבר הזה, כלומר זה לא בא ממקום אידיאולוגי, זה בא ממקום מאוד פרקטי.

השרה יעל גרמן:

אבל זה ברור גם לך שזה עוד מקורות מימון.

דובר/ת:

זה לא ברור לי. שוב אני אומר, זה יכול להשאיר עוד רופאים שיבצעו פעילות פרטית במערכת. האם יש מזה תועלת ציבורית גדולה ביחס לחסרונות שזה מייצר? אני חושב שהיא יותר קטנה.

השרה יעל גרמן:

אם היינו לוקחים את המודל הזה אפרופו, אני לא זוכרת מי דיבר פה על איזשהו פיילוט או להתחיל בקטן, אם היינו לוקחים את המודל הזה, את המודל ההיברידי, והיינו מבקשים ליישם אותו כפיילוט כדי לראות באמת מה קורה, אך ורק בפריפריה. אני מעלה כאן רעיון. זורקת סתם רעיון. אנחנו מחליטים. כמובן יהיה תוספת ציבורית ויהיה מיסוי וגם יהיה תוספת מהתיירות מרפא ואנחנו רוצים עוד תוספת, ואנחנו ניתן את זה רק בפריפריה. אתה תיתן אפשרות לאוכלוסיות החלשות. אלה שיש להם היום שב"ן, הם לא מנצלים.

דובר/ת:

הם לא מנצלים את זה אולי כי ההשתתפות העצמית גבוהה והם לא יכולים לממש את זה. בסופו של דבר, ואנחנו נראה את זה אולי גם על המפה בהסדרי בחירה, המדינה שלנו היא לא מאוד גדולה והחסמים בפני המימוש, הרבה פעמים זה לא המרחק של החצי שעה נסיעה למרכז.

השרה יעל גרמן:

מי שלא מממש בגלל שההשתתפות העצמית מכבידה עליו, לא יממש לא כך ולא כך ולא כך, אבל אם יש כאלה, ויש כאלה שהיום לא מממשים רק בגלל הזמינות ובגלל המרחק, ואתה עושה את זה בפריפריה, אתה עושה שני דברים, אתה גם מאפשר לאנשי הפריפריה לממש, אבל יותר מזה, אתה מאפשר שרופאים טובים, כי איך הוא אמר קודם? בסופו של דבר המרכז ינצח את הפריפריה. זה במידה והמרכז מתחרה בפריפריה, אבל אם אין תחרות לפריפריה במרכז, אלא המרכז הוא בודד, הוא לבדו ורופאים ידעו שבפריפריה הם מקבלים משכורות, חלק יעבור. יהיה לך רופאים יותר טובים, יהיה לך יותר שעות, תוכל לתת טיפול יותר טוב. אנשים גם יבואו לשם. תחשבו על זה.

דובר/ת:

יש לזה עוד יתרון. אחד הדברים שאנחנו רוצים לקדם, ומשה עזר לנו בעבר, זה יצירת הקשר בין בתי חולים גדולים במרכז לבין בתי חולים בפריפריה. כדוגמא, המודל שעבדנו עליו זה מודל שיבא-פזורה, אבל באותה מידה אתה יכול איכילוב-צפת או בלינסון-עפולה העמק, ובמודל כזה אתה רוצה ליצור את הקשר בצורה כזו שבאמת רופאים מתל השומר יבואו ויעשו את השר"פ אם נחליט על השר"פ, בפריפריה. אני מסכים איתך, זה מוגבל, זה יכול להיות כפיילוט.

דובר/ת:

אחרי הפיילוט, מה?

השרה יעל גרמן:

בואו נראה האם באמת המחירים שם עלו. נבחן את כל הסיכונים.

דובר/ת:

אני חושב שעשינו פיילוט בירושלים.

דובר/ת:

לא, זה לא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דובר/ת: למה לא?

דובר/ת: עשינו פיילוט גם למערכת הבריאות שחסר לה 20 מיליארד. אתה לוקח דוגמא לא טובה של מערכת שאף אחד לא מציע להפעיל אותה, שלא היה לה שום רגולציה.

דובר/ת: קובי, אל תגיד אף אחד לא מציע, כי זה בדיוק לאורך השנים, את זה בדיוק הציעו.

דובר/ת: לא, לא הציעו.

דובר/ת: קובי, אתה לא היית שם אבל אני הייתי שם. כשדיברו על שר"פ באשדוד, משרד הבריאות אמר, יש מודל מצוין, זה המודל של הדסה, בואו נשכפל אותו. זה מה שנאמר לפני שנחשפו הכשלים במודל הזה, אז זה לא מודל שאף אחד לא רצה.

דובר/ת: אבל זה לא המודל המוצע.

דובר/ת: ואני עוד לא מצאתי את ההבדלים. האמת שההבדל היחיד שמצאתי זה כל הסיפור הזה שרופאים יוכלו לעבוד גם בחוץ, באמת הופך את זה לרק פחות טוב.

דובר/ת: שניים מההבדלים, אתה הצעת אותם ברפואה הפרטית במצגת שלך לפני שבוע, שהקשר הוא בין הבית חולים, ומגבלת כמויות שאתה הצעת.

דובר/ת: זה גם בהדסה.

דובר/ת: מגבלת כמויות?

דובר/ת: בהדסה הם מנסים לעשות. הם לא מצליחים.

דובר/ת: לא הרגולטור.