

**בריות**

**לישראל**

**אפשר לשנות**

תכנית עבודה להבראת  
מערכת הבריות הישראלית

**העבודה בראשות אבי גבאי** 

## בריאות לישראל

חוק ביטוח הבריאות הממלכתי קובע שני אדני יסוד למערכת הבריאות הציבורית בישראל:

הראשון, שהחוק מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. השני, ששירותי הבריאות יינתנו באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר.

את החוק חוקקה ממשלת רבין ב־1994, מתוך תפיסה רחבה של אחריות המדינה לבריאות כל תושביה. אך מאז חקיקתו ובעיקר ב־15 השנים האחרונות, ממשלות ישראל שחקו את אדני היסוד הללו, והפכו אותם למילים ריקות מתוכן.

מערכת הבריאות שלנו טובה מאד. הצוותים הרפואיים שלנו הם מהטובים בעולם, קופות החולים הן ארגוני הבריאות מהמקצועיים ביותר, ובתי החולים הם ברמה גבוהה. כל זה לא קרה במקרה: מייסדי מערכת הבריאות הבינו שהדרך היעילה והאיכותית ביותר להבטחת רמת בריאות גבוהה היא באמצעות שירותי בריאות ציבוריים - מימון ציבורי ואספקה ציבורית. לכולם.

אבל מערכת הבריאות שלנו חולה במחלה כרונית קשה.

האוכלוסייה בישראל גדלה בקצב גבוה מאד, ובשנים האחרונות היא גם מזדקנת בקצב מהמהירים בעולם. התפתחויות אלה, שידועות כבר שנים רבות, לא פקחו את עיניה של הממשלה ולא גרמו לה להבין, שמדובר באתגר אדיר שיש להתכונן אליו בקפידה, ביסודיות ובנחישות. במקום זאת, הממשלה החליטה לשים פלסטר על הפצע העמוק של חולה קשה. הבראה של המערכת לא צמחה מכך, אלא השבר רק העמיק.

התוצאה של ההזנחה הקשה של המערכת מוכרת לכולנו: תורים ארוכים לשירותים בסיסיים, עומסים אדירים בבתי החולים, עלויות שהולכות וגדלות אותן אנחנו מממנים בכסף פרטי, צוותים רפואיים שחוקים וגידול עצום במערכת הפרטית על חשבון הציבורית, והבנה שמחלחלת: המערכת הציבורית לא מצליחה לתת מענה לאתגר האדיר של החברה בישראל.

במהלך 15 השנים האחרונות, כתוצאה ממדיניות של טמינת הראש בחול, התפתחה בעיה כרונית קשה נוספת: נוצרו למעשה שתי מערכות נבדלות - זו שבמרכז הארץ וזו שבפריפריה. זמינות והיצע השירותים במרכז הארץ גבוהה ורחבה, ואילו המצב בפריפריה קשה ורחוק בכל המדדים מזה שבמרכז. ההשלכות של פערים אלה בנגישות לשירותי בריאות היא קשה: במרכז הארץ חיים יותר שנים מאשר בפריפריה. זו תוצאה בלתי נסבלת במדינה כל כך קטנה.

השחיקה של המערכת אינה גזירת גורל. מדובר בתוצאה של מדיניות כלכלית וחברתית שגויה, צרת אופקים, שאינה ממלאת את תפקידה בהיערכות כוללת להתמודדות עם הבעיות הכרוניות של מערכת הבריאות.

התכנית שלי לשיקום מערכת הבריאות מיועדת לשקם את מערכת הבריאות, להעמידה בראש סדר העדיפויות ולייצב אותה כמערכת איכותית ומצוינת, שנותנת מענה לכל הישראלים.

התכנית מתמקדת בבעיות השורש של המערכת, בבניית תשתיות יסודיות לעשורים קדימה, תוך צמצום הפערים בין המרכז לבין הפריפריה. התכנית מבוססת על השקעה המשלימה פערים של שנים, לצד שימוש ב"כסף חכם" ופתרונות חדשניים כדי להבטיח בריאות איכותית, זמינה ונגישה - לכולם.

התוכנית שלי מורכבת מ-4 עוגנים מרכזיים, ובכל אחד מהם צעדים מעשיים לביצוע. אנו מחויבים לתוכנית הזאת ומתחייבים לבצע אותה מהיום הראשון בו נרכיב את הממשלה.

## בריאות מצוינת, זמינה ונגישה לכל אזרחי ישראל

### בבסיס התכנית:

עדכון חוק בריאות ממלכתי אחרי 25 שנה, המחייב לראשונה את מערכת הבריאות לרמות איכות ולתוצאות:

1. משירות סביר ← לשירות מצוין
2. מזמן סביר ← לזמן מוגדר
3. ממרחק סביר ← למרחק נגיש לכולם

## עוגן ראשון: הפחתה בעומס בחדרי המיון וקיצור זמני ההמתנה

### רקע:

חדר המיון הוא שער הכניסה לבית החולים. כששער הכניסה פקוק - כל המערכת תקועה. צוותי חדרי המיון מטפלים בכל שנה בכ־3 מיליון פונים, ששונים בחדרי המיון שעות ארוכות.

ההמתנה הארוכה גורמת לתסכול רב ולמצוקה של המטופלים, ועומס אדיר, לחץ ושחיקה של הצוות הרפואי. העומס הרב מתעצם עוד יותר בגלל העומס במחלקות האשפוז, שאינן יכולות לקבל את המטופלים מהמיון בזמן סביר - בגלל העומס אצלן. מעגל התסכול הולך ומתעצם.

ההזדקנות המואצת של האוכלוסייה מביאה לעומס רב עוד יותר, בשל הפניות הרבות והמורכבות יותר של אוכלוסייה זו. העוגן הראשון בתכנית שלנו עוסק בהצבת יעדים תוצאה ברורים לטיפול במיון. לוודא שכל מטופל יזכה למסלול מיון ואבחון איכותי, מהיר ומוגדר, עם זמינות גובהה בכל רחבי הארץ.

### אנו מתחייבים:

#### זמן מרבי - בכל הארץ:

- ◀ עד 30 דקות מהרגע שחולה נרשם בדלפק המיון ועד אבחון ראשוני על ידי אחות לקביעת מידת הדחיפות והפנייה לגורם המתאים.
- ◀ עד 4 שעות מרגע קבלת ההחלטה לדרך הטיפול ועד להעברה למיטת אשפוז.
- ◀ ייעול התפעול של חדרי המיון, הקשר עם מחלקות האשפוז וניהול מבוקר ומתמשך של הטיפול בפונים.

#### איכות מצוינת - בכל הארץ:

- ◀ להוסיף תקני רופאים, מתמחים ואחיות לחדרי המיון לקיצור זמני ההמתנה ולהעלאת איכות הטיפול.
- ◀ ניהול התור בחדר המיון לפי דחיפות, כולל מידע שקוף וזמין לגבי מיקומו בתור בכל אחד משלבי הטיפול.

#### מרחק קצר - בכל הארץ:

- ◀ להקים 30 מוקדי רפואה דחופה חדשים באזורים הגאוגרפיים בהם קיים מרחק גדול מדי להגעה לחדרי המיון של בתי החולים לטיפול במקרים שאינם דחופים ואינם מורכבים, לקצר את זמני ההגעה ולהפחית את העומס בחדרי המיון.
- ◀ להרחיב את מערך טיפולי הבית בקהילה, לרבות חיזוק תשתיות הבריור והאבחון, כדי למנוע פניות מיותרות לבתי החולים ולשמור על טיפול איכותי בביתו של המטופל.

## עוגן שני: שדרוג בתי החולים בישראל

### רקע:

בתי החולים בישראל נתקעו. כבר מזה שנים שהם לא מקבלים את ההשקעה הדרושה להם. כשזה קורה, מנהלי בתי החולים עסוקים בלרדוף אחרי תרומות והשגת תקציבים חיצוניים, במקום להשקיע את כל מרצם בהפחתת עומסים, שיפור השירות למטופלים, הידוק הקשר השוטף לרופא המטפל בקהילה והכנסת חדשנות וטכנולוגיה.

בתי החולים שלנו צריכים זריקת מרץ ענקית, שמי שיוביל אותה יהיו האנשים המצוינים שעובדים בהם. בשביל שהם יעשו את זה צריך לתת להם את הכלים המתאימים ואת המשאבים הדרושים ולאפשר להם לנהל. לבנות תכניות רב שנתיות, ולשים יעדים ברורים של צמצום העומסים ושדרוג המערכות. במקביל, יש לבצע השקעה משמעותית בתשומות העיקריות של בתי החולים - מיטות אשפוז ואנשי צוות רפואי.

### אנו מתחייבים:

- ◀ להעמיד לרשות מנהלי בתי החולים מענקי השקעה משמעותיים, המבוססים על תכנית רב שנתית שמגדירה יעדים ברורים של הפחתת עומסים ושיפור השירות.
- ◀ ליישם תכנית לתוספת של 500 מיטות בשנה לבתי החולים, תוך צמצום הפער מול קצב גידול האוכלוסייה.
- ◀ לשפר את תהליכי העבודה כך שהמתנה למעבר מחדר המיון למחלקת אשפוז לא תעלה על 4 שעות.
- ◀ להקים בכל בית חולים מרכזי חדשנות טכנולוגית, בהובלת מנהלי בתי החולים, שמותאם לאתגרים המקצועיים והתפעוליים של כל ארגון.
- ◀ להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה ולסיעוד בארץ ב־10% בכל שנה עד להגעה לממוצע ה־OECD בתוך 4 שנים.
- ◀ אימוץ מודל העסקת פול־טיימר של רופאים על פי הצרכים המקומיים בכל בית חולים, על מנת לאפשר נוכחות מוגברת של רופאים בכירים מעבר לשעות העבודה הרגילות.

## עוגן שלישי: קיצור בתורים לרפואה מקצועית וניתוחים

### רקע:

המתנה ממושכת בתור, לרופאים מקצועיים ולניתוחים, הפכה זה מכבר לזמני המתנה ארוכים פוגעים באיכות הטיפול, מגבירים את הסבל הכרוך בהתמשכות המצב הרפואי ובאי הוודאות הכרוכה בהיעדר אבחון, ופוגעים באמון הציבור ביכולתה של המערכת הציבורית לענות על צרכיו וציפיותיו. אי השוויון בנגישות לשירותי בריאות בין חלקיה הגאוגרפיים של הארץ הפך את זמינות השירותים לגורם משמעותי באיכות החיים של תושבי ישראל. אחריותה של המדינה להבטיח טיפול רפואי בזמנים קצרים בכל רחבי הארץ ולכל שכבות האוכלוסייה.

### אנו מתחייבים:

- ◀ קיצור זמן המתנה לניתוחים:
  - ניתוחים דחופים: 21 עד 30 ימים.
  - ניתוחים שאינם דחופים: עד 60 ימים.
- ◀ קיצור המתנה לתורים ברפואה מקצועית בקהילה:
  - באשכול הרפואה השכיחה (נשים, ילדים, א"ג, אורתופדיה, עיניים ועוד) - עד שבוע ביתר הרפואות - קיצור הזמנים ב־50% מזמן הממוצע הנוכחי.
- ◀ לאפשר בחירה חופשית בבית חולים לביצוע הניתוח במידה שזמן המתנה ארוך מהכללים שנקבעו.
- ◀ לתמרץ כלכלית ולהטיל סנקציות על קופות החולים ובתי החולים על מנת שיעמדו בזמני המתנה המירביים שנקבעו.
- ◀ להקים מרכז מידע ומעקב ארצי לתורים, שיאסוף ויצג לכל הציבור באופן שוטף ושקוף מידע על מועדי ההפניה והתורים במערכת בכל קופות החולים ובכל בתי החולים ויאפשר למבוטחים שקיפות וגמישות בזמן אמת.
- ◀ לבטל את הצורך בטופס 17 לקבלת שירות רפואי.
- ◀ לאפשר לכל מטופל המצוי במרחק של למעלה מ־50 ק"מ ממקום הטיפול החוזר עבור הוצאות נסיעתו.

## עוגן רביעי: ביטוח סיעוד איכותי, זמין ויעיל לכולם

### רקע:

הממשלה מסרבת כבר כמעט עשור להוביל מהלך לאומי להיערכות כלל מערכתית להזדקנות האוכלוסייה. הצעדים שנעשו הם מינוריים ורחוקים מלהספיק. כשקצב הגידול של מספר הקשישים בישראל הוא מהגבוהים בעולם המערבי, שיעור הקשישים המוגבלים נמצא בעלייה מתמדת ותוחלת החיים של נזקקי סיעוד מתארכת - ההוצאה הצפויה בגין שירותי סיעוד עולה בהתמדה והמימון הפרטי, שמכסה כיום חלק נכבד מהעלות, מרחיב את הפערים בנגישות לטיפולים בריאותיים-סיעודיים. מצב זה אינו בר קיימא ללא היערכות כלל מערכתית רחבה.

חוסר ברצף טיפולי והיעדר תמריצים למניעת הידרדרות תפקודית ובריאותית, רמת זכאות נמוכה לשירותים בקהילה (למעשה, רשת הביטחון היחידה היא באשפוז הסיעודי ולא בקהילה), דבר שמוביל לאשפוזים וכפועל יוצא לעלויות גבוהות יותר הן למשפחת האדם הסיעודי והן למדינה; מביא לנטל כלכלי גבוה על משקי הבית, כשרמת ההשתתפויות העצמיות בישראל היא מהגבוהות במערב; היעדרה של תוכנית ארוכת טווח לאור הזדקנות האוכלוסייה היא בגדר הפקרות וחוסר אחריות שעלולים להוביל לאסון.

### אנו מתחייבים:

◀ להרחיב את שעות הטיפול בבית בהתאם לרמת התפקוד של המטופל עד להיקף של 40 שעות סיעוד בשבוע ושימוש במרכז יום עד חמש פעמים בשבוע.

◀ לבטל את ההשתתפויות העצמיות של ילדי המטופל הזקוק לאשפוז סיעודי - השתתפות עצמית דיפרנציאלית בגובה מרבי של עד 4,000 ש"ח לחודש.

◀ לקבוע כי טיפולי הסיעוד יינתנו במרחק של עד 20 ק"מ מבית המגורים של המבוטח, או של בן משפחתו שהוא המטפל העיקרי בו.

◀ להעצים את יכולת ההתמודדות של המשפחה באמצעות העמדת סל שירותים לבן המשפחה שהוא המטפל העיקרי לשם מניעת קריסתו - הגדלת התמיכה הכלכלית, המקצועית והרגשית כמפתח להשאר הקשיש הסיעודי בביתו ככל שניתן: טיפול לתמיכה רגשית, ליווי מקצועי והשתתפות במימון הבראה פעמיים בשנה, הגדלת ימי המחלה שניתן לפדות בגין הורה סיעודי.

◀ לקבוע גורם אחד שנושא באחריות הכוללת על כל מגוון הטיפולים הרפואיים-סיעודיים להגברת היעילות והבטחת הרצף הטיפולי - משרד הבריאות כגורם הנושא באחריות הכוללת וקופות החולים כגורם האחראי על אספקת השירותים וניהולם.



# בריאות לישראל

## אפשר לשנות

לתמיכה בתכנית הכנסו לכתובת  
<http://health.haavoda.org.il>  
או חפשו בגוגל "בריאות לישראל"