

ישיבת הוועדה הציבורית להרחבת שירותי סל הבריאות לשנת 2014

ישיבה מתאריך 29.12.2013

דובר:

אנחנו פותחים את ישיבת הסיכום של הוועדה, לתיעדוף סופי. קיבלנו את הבקשות שלכם לגבי סדר הדיון, וכפי שאומרים לי כאן, אנחנו נתחיל עם ה... שבחברת, לכולם יש את החוברת, הוורסיה האחרונה שלה. כן? קיבלנו את זה במייל, בשבת זה הגיע.

דובר:

זה הגיע ביום שישי, אבל אין בעיה, הדפסנו למי שרוצה. תיכף יעבירו.

דובר:

אני מקווה שכולכם ראיתם ששלחנו לכם עדכונים, כמובן עד הרגע האחרון.

דובר:

מאוד חשוב שיהיה בידיכם הדבר הזה. אני רואה של-X יש את כל החוברות אבל כשנרצה ציטוט מתוך הנייר הטכני אני מניח שנקבל אותו כהרף עין. אנחנו מתחילים עם אבודרט. שנמצא בעמוד 2 בחוברת הזאת. לפי בקשת הקהל. התרופות קיבלו דירוג של A9, כפי שאתם רואים, אנחנו דנים בהן כקבוצה אחת,

דובר:

יש מישהו מחברי הוועדה שעוד לא קיבל וצריך את החוברת?

דובר:

צריך לחבר את זה עם האונקולוגיה. הדפסתי וזה נפל לי כמו,

(מדברים ביחד)

דובר:

אבקש את תשומת ליבכם רבותיי. אנחנו מדברים על אבודרט בשלוש אינדיקציות ועל דואו דרט שזה למעשה הנגזרת של הפינסטריד עם אלפא בלוקר, טקסולוסין, שכולם למעשה למניעת תסמינים של ביניים כמו סטטיק של הגדלה שפירה של הערמונית, מניעה של אקיוט יוריני ריטנשן ואולי גם של ניתוח. כאשר לא היה לנו מחלוקת לגבי טיב האווידנס, והעלות הכוללת היא 28,700,000, כשהעלות נטו למטופל, ו-X הסבירה פה יותר מפעם אחת מה זה עלות נטו למטופל, היא 973 שקלים. בבקשה, אני פותח לדיון. האם מותר לי לומר שזו תרופה שללא ספק משפרת חיים, לא מצילת חיים, ושיש לה חלופות בסל, אולי לא ברמת האפיקסי הזאת.

דובר:

בעצם המטרה של הדיון האם אתם מעוניינים שזה יישאר בתיעדוף. מה שאנחנו נעשה, אנחנו נתחיל עם הדברים שהם לפי סדר הדיון, אבל נדון בהכל. והשאלה שבעצם מתבקשת, האם כולם רואים את הנושא כמשהו שצריך דיון.

דובר:

כן.

דובר:

התשובה היא כן. או קיי.

דובר:

כאשר אפשר תמיד להחזיר, גם אם חושבים שלא. אוקיי. התרופה הבאה. הוא שאל אם יש חלופות בסל, יש אלפא בלוקרז בסל.

דובר:

זה נתן כמעט בכולם כתוספת ל... למעט,

דובר:

התרופה ניתנת כתוספת לא?

דובר:

היא ניתנת בדרך כלל כתוספת במקרים מאוד, בסדר גודל של פחות משישית מהחולים מקבלים את זה ללא האלפא בלוקרים,

דובר:

היא צריכה A9.

דובר:

לפי הנתונים פה העלות לקוואלי, ביחס לכל התרופות שאנחנו העללינו, העלות לקוואלי פה היא יחסית נמוכה, זה בין 9,000 ל- 14,000 יורו וזה מאוד מרשים.

דובר:

אוקיי. התרופה הבאה.

דובר:

התרופה הבאה זה אצטריס.

דובר:

עמוד?

דובר:

זה בחלק של האונקולוגיה. נגיע לזה.

דובר:

1379 במקור

דובר:

במקור, וזה נמצא בעמוד 7 בחוברת, התרופה מופיעה בשתי אינדיקציות, טיפול בהודג'יקן לימפומה לאחר כשל השתלת מח עצם עצמית או כשל של שני טיפולים קודמים. ומופיעה גם באינדיקציה של ALCL סיסטמיק וכך טיפול מתקדם. אני חושב שצריך להמשיך עם זה.

דובר:

אני חושבת שיש הבדל משמעותי בין ה-ALCL להתוויה של ההודג'קיןס. אנחנו רואים את זה גם, קודם כל אין אובראול סורביבל בשתי התרופה, יש פרוגרשן פרי, והערכה,

דובר:

זו ההזדמנות להודות לך על העבודה שלך בתחום הזה, זה יוצא מן הכלל.

דובר:

זה יותר מפי שניים הארכת PFS ב-ALCL לעומת ההודג'קיןס והעלות לחודש הארכה בהתאם. אז אני חושבת ש אנחנו מעלים עכשיו לעשיריה את ה-ALCL ולא אוטומטית את שתי ההתוויות.

דובר:

לדעתי גם בהודג'קיןס 13.9 חודשים דיזיס פרי סורביבל זה מספיק טוב בשביל להגיד כן.

דובר:

בהודג'קיןס זה 5.6. ויש פער גדול בין מגיבים ללא מגיבים, ואם היה פה ריסק שרינג אמיתי של פרפורמנס שיכל להוציא רק את המגיבים, אז זה באמת מאוד משמעותי גם בהודג'קיןס.

דובר:

את משווה בין שני דברים שהם לא, בהודג'קיןס זה חולים כבר אחרי השתלת מח עצם. זה כל מה שיש להם. וזה לא 5.6. אני לא יודעת מאיפה,

דובר:

5.6 זה לפי מחקר FASE 2, ובאמת גם נאמר שיש פער גדול, המגיבים מגיעים ל- 29 חודשים. אבל אלה רק המגיבים שאי אפשר היום לאתר מראש. אם היה פה ריסק שרינג על,

דובר:

אז בואו נראה אם זה 5.9 או 13. אם זה 13, זה הכי קרוב למציל חיים בין כל התרופות.

דובר:

ה- ALCL זה באמת 13.3, אבל לפי מה שאני ראיתי בהודג'קנס זה 5.6 BFS.

דובר:

אני תיכף אחזור לזה.

דובר:

אני מצטרף לאלה שאומרים להעביר את שניהם הלאה.

דובר:

גם אני. אני חושבת ששתיהן תרופות חשובות,

דובר:

גם אני.

דובר:

אני חושבת שגם צריך לזכור שהנתון ש-X מציגה הוא נתון שהוא חשוב אבל הוא נתון עזר, הוא לא הנתון הבודד שעל פיו אנחנו צריכים ללכת. זאת אומרת כמו ש-X אמרה, יש מצבים מסוימים שבהם לחולים האלה אין שום חלופה וכו', ונסתכל עליהם אחר כך גם בהשוואה לגידולים סולידיים ואנחנו נראה שזה סדרי גודל כאלה או טובים יותר ולכן אני מציעה ללכת ולדון בתרופות האונקולוגיות אבל לזכור שמה שמוביל אותנו זה לא דווקא רק הנתונים ש-X עשתה בצורה יפהפיה, אבל אני אומרת בלי קשר, גם עם הדברים האחרים שעומדים מאחורי התרופות.

דובר:

עושים לנו קופי שלהם?

דובר:

כן.

דובר:

אוקיי, אז אצטרס, שתיהן ממשיכות לדיון...

דובר:

הנה, חציון הישרדות ללא התקדמות מחלה עמד על 13.3 חודשים בכלל החולים ובחולים שהשיגו תגובה מהירה, 14.6.

דובר:

זה את מדברת בהודג'קנס, לא ב-ALCL. את קוראת על הודג'קנס או על ALCL?

דובר:

על הודג'קין.

דובר:

אוקיי, אני חושב שמן הראוי להעביר את זה הלאה גם עם 5.6. אנחנו תיכף נגיע לתרופות שהן פחות מזה. פחות מזה ויקרות מזה. היוקר נובע בין השאר מזה שאין הרבה חולים, הזולות היחסית של האצטריס.

דובר:

זה הולך לפי תרופות, לא לפי קבוצה.

דובר:

התרופה הבאה.

דובר:

ריבומוסטין.

דובר:

עמוד 7, ב, עמוד 1303, ו- 1351 בספרים, עמוד 7 בחוברת. גם זה קיבל A9, טיפול

בלוקמיה מסוג CLL וטיפול בלימפומה מסוג נון הודג'קין.

דובר:

גם פה אני חושבת ש, לדעתי צריך להמשיך לדון,

דובר:

אוקי, התרופה הבאה.

דובר:

דפלפאט.

דובר:

הנוירולוגיה,

דובר:

עמוד 3, לטיפול באפילפסיה. יש הסכמה סביב השולחן,

דובר:

כן כן.

דובר:

נמשיך. התכשיר הבא זה קדסילה. קדסילה, לטיפול בסרטן שד גרורתי אצל נשים

שמבטאות HER-2 ביתר, כקו טיפול מתקדם.

דובר:

זה קיבל A9, ועלות נטו למטופל היא 231,000 שקל, העלות הכוללת היא 24 מליון.
23,982,000. אני בעד להעביר הלאה.

דובר:

אני בעד להעביר הלאה.

דובר:

מישהו מתנגד? לא. הלאה.

דובר:

זייטיגה, באותו עמוד, זייטיגה וקסופיגו,

דובר:

עמוד 9, עמוד 1957 בחוברת, סרטן גרורותי של הערמונית, קו טיפול ראשון.

דובר:

אני בעד להעביר הלאה.

דובר:

גם אני.

דובר:

גם אני.

דובר:

עכשיו יש את ירבוי,

דובר:

עמוד 10 בחוברת, עמוד 1855 בספר. מלנומה גרורתית, הרחבת מסגרת ההכללה בסל כקו
טיפול ראשון.

דובר:

אני בעד להעביר.

דובר:

זה למעשה ביטול המגבלה על קו טיפולי אחד. מישהו רוצה להתבטא?

דובר:

גם ביטול וגם הרחבה לקו טיפול ראשון.

דובר:

זאת אומרת לאפשר אם ככה וככה.

דובר:

לאפשר את שני הסעיפים. אני בעד.

דובר:

שניהם להעביר? שני קוי טיפול זה רק לבראף.

דובר:

יש הסכם חלוקת סיכונים שצריך עוד לסיים אותו.

דובר:

הוא גמור.

דובר:

ה- 16 מליון זה אחרי הסכם חלוקת סיכון. אפשר לקבל פרטים על ההסכם? כמה חולים,

דובר:

ההסכם אומר שבעצם ההכללה היא ללא הגדרת, ההסכם בעצם מגדר את כל ה... שחשבנו ללא כל המניעות שבעצם נכנסו כשהוכללה הטכנולוגיה בפעם הראשונה, באופן שבו עלה בגלל מגבלות תקציב, ובאמת הרצון היה להתאים את הרפואה לרצון והחברה הסכימה לגדר את זה לפי ההגבלות האלה. יש הסכם לחמש שנים סגור וחתום, אם מישהו לא קיבל אני בשמחה אעביר אותו עכשיו. לדעתי העברנו הכל ביום חמישי.

דובר:

זאת העלות לאחר חלוקת הסיכון, טוב.

דובר:

אנחנו בשלב הזה בעד להעביר אותו הלאה, אנחנו נרצה לראות בדיוק את החישוב של

הכמויות.

דובר:

אני אסביר. החישוב של הכמויות של מופיע בתוך זה, זה מבוסס על ה מספרים האלה, ועל השימוש הקיים, וראיתם את זה כבר ביום חמישי ואין לנו שום בעיה לחזור על זה שוב. הביסוס עצמו מדבר על זה, וזה, צריך לציין שהחישוב שאנחנו ע שינו במקור דיבר על וואן ווי סיקוונסי וההסכם מאפשר טו ווי סיקוונסי כשזה אומר שאפשר לתת ירבוי לפני ואחרי... והחברה מתחייבת לגדר גם וגם, וגם יש שם את האפשרות של הטיפול החוזר. זה הסכם מאוד נדיב בעיני. וגם במינונים יש הבטחה לכך שאם משתנה, המחיר ישתנה זהה פר עלות טיפול החולה.

דובר:

מה שאני מציעה, זה שהיות ויש פה אנשי מקצוע נוספים מטעם כל אחת מקופות החולים, שאולי במקביל מישהו יעבור, כי ההסכם הועבר, ואם יש הערות אז יעבוד מול X כדי שלא יקרה מצב שהועדה פה תצטרך לעשות הפסקה,

דובר:

זה יקרה בכל מקרה אבל לא חשוב,

דובר:

למה?

דובר:

כי שאלנו שאלות ולא קיבלנו תשובות.

דובר:

כל השאלות על ההסכמים, X פה לרשותכם, היא יכולה לעזור. התכשיר הבא זה סיגניפור.

דובר:

עמוד 1, עמוד 39 בחוברות. מדברים על טיפול במחלת קושינג לא נתיחה. קיבל A9, אני בעד להעביר הלאה.

דובר:

גם אני בעד להעביר הלאה.

דובר:

התכשיר הבא.

דובר:

התכשיר הבא זה אוזורדקס. ולוסנטיס.

דובר:

אנחנו עוברים לעיניים.

דובר:

יש לנו את האוזורדקס והלוסנטיס, עמוד 13. כפי שביקשתם, אנחנו עשינו את ה חישוב לשניהם, ועשינו את החישוב רק לאוזורדקס.

דובר:

את מדברת על BRVO ו-CRVO? אם כבר נדון גם על ה-AMD, הלוסנטיס.

דובר:

לא, זה לא התבקש בינתיים מהחברים. מה שהתבקש זה האוזורדקס והלוסנטיס ביחד.

דובר:

זה קו שני, אני בעד להעביר.

דובר:

להעביר את שניהם?

דובר:

כן.

דובר:

זאת אומרת שכרגע אנחנו לא דנים ואני יכולה להוריד את אוזורדקס לבד, נכון?

דובר:

זה גם וגם.

דובר:

אני אסביר. הסכום של ה-9 מליון, כולל סיטואציה שבה גם אוזורדקס וגם לוסטנטיס נכנסים ל-CRVO, BRVO. האופציה השניה זה רק אם א וזורדקס נכנס.

דובר:

למה להכניס גם את הלוסטנטיס אם היא הרבה יותר יקרה?

דובר:

מבחינת התועלות של הלוסטנטיס וההוכחות שלה, אז השיפור בראייה הוא לפחות טוב אם לא יותר טוב מבחינת ... אז נדמה לי שזה מ,

דובר:

דנו בזה.

דובר:

כן, ואז לכן השארנו,

דובר:

דנו גם בזה שיש אווסטין,

דובר:

אבל זה קו שני אחרי אווסטין.

דובר:

השאלה אבל אם אנחנו כבר מכניסים אוזורדקס שזה לא היה קודם וזה משפר לעומת אווסטין, למה להכפיל את העלות, וזה עלויות מאוד גבוהות, ולתת עוד, אנחנו יודעים לכמת ממש את התועלת שהלוסנטיס נותן על האזורדקס?

דובר:

כן, X יכולה,

דובר:

אין מחקר שמשווה אוזורדקס ללוסנטיס. אני חושבת שיש מחקר כזה שאמור להתפרסם בשנה הקרובה או בשנתיים הקרובות,

דובר:

היא אומרת שאמור, אז למה להכניס עכשיו גם לוסנטיס?

דובר:

מה הלחץ?

דובר:

כי האנשים כבר הרבה שנים לא מקבלים,

דובר:

אז הם יקבלו עכשיו אוזורדקס.

דובר:

יש כאלה שזה לא עוזר להם.

דובר:

.... כקו שני, ... לא פחות מהאוזורדקס.

דובר:

לא פחות או יותר?

דובר:

אפילו יותר.

דובר:

מה זה אפילו יותר?

דובר:

אולי נחזור לנייר הטכני בכמה מילים על לוסנטיס לעומת האוזורדקס, ב-BRVO, CRVO. למרות שהלוסנטיס הוא רק על RVO אני רואה, נכון? תזכירי לנו, ממש בתמצית. כי פה כתוב על הלוסנטיס, כתוב רק על...

דובר:

X מוציאה את הנתונים, אנחנו נמשיך הלאה.

דובר:

התרופה הבאה. אנחנו חייבים עידכון לגבי הדיפרנציאציה בין אוזורדקס ללוסנטיס, ב-BRVO, CRVO. מה התרופה הבאה?

דובר:

קרוסלינקינג. טכנולוגיית קרוסלינקינג, עמוד אחרון, לטיפול בקרטוקונוס, כדי לעצור את ההתקדמות של המחלה.

דובר:

חד משמעית לדעתי לעבור לשלב הבא, אני אומר חד משמעית כי אני מרגיש חזק מאוד, לא מחייב אף אחד. מישו רוצה להעיר בעניין או שאנחנו מעבירים לשלב הבא?

דובר:

להעביר לשלב הבא.

דובר:

התכשיר הבא זה ברינרט, טיפול, הרחבת מסגרת ההכללה בסל עבור ילדים.

דובר:

כן.

דובר:

להעביר הלאה. עובר הלאה. המשך תיעדוף. התכשיר הבא זה אימברוביקה. עמוד 7.
לטיפול בלימפומה מסוג מנטל-סל.

דובר:

עמוד 1399 בספרים. אימברוטיניד, A9. Mantle Cell Lymphoma, הוצאה של קרוב ל-
400,000 שקל נטו, 391,000, 32 חולים, 12.5 מליון, כמו שאתם רואים, אני חושב שצריך להעביר
הלאה.

דובר:

כן. להעביר הלאה.

דובר:

אוקיי, התרופה הבאה.

דובר:

התרופה הבאה זה קיפרוליס. אותו עמוד. אחד אחריו. מיאלומה נפוצה.

דובר:

גם זה קיבל A9, הוצאה לפרט גבוהה ביותר, 42 חולים. נעביר הלאה?

דובר:

כן.

דובר:

קיפרוליס ופומליס. זה הולך ביחד.

דובר:

הקיפרוליס איזה קו? שלישי או רביעי?

דובר:

לא כתבנו את זה פה, זה לא קו ראשון במיאלומה.

דובר:

לגבי הנושא של מיאלומה נפוצה נעשתה עבודת הכנה מאוד מקיפה ביחד עם האיגוד
ההמטולוגי במהלך השנה, שנעשתה בשיתוף פעולה בעיקר עם קופת חולים כללית ומכבי ואנחנו,

והאלגוריתם הטיפולי שניבנה, ניבנה בהתייעצות עם מספר מומחים מובילים בנושא של המיאלומה הנפוצה, מי שרוצה אני יכולה להראות לו את זה. עקרונית הוא מבוסס על זה, נכון שההתוויה הרשמית היא קו שלישי, מעשית, לפי האלגוריתם הטיפולי שהרופאים הראו זה בעצם נמצא בקו הרביעי, או אם תרצו להסתכל על זה, קו שלישי אחרי, אם סופרים את החזרה הראשונה כקו טיפול ראשון. אבל אם אנחנו בדרך כלל מדברים על חולים כמאובחנים חדשים, בדרך כלל נותנים להם טיפול אינדוקציה ואחרי זה או שהם עוברים השתלת מח עצם או שלא, ואז בעצם אנחנו מדברים על לכאורה שלוש חזרות טיפול, ואנחנו מייעדים את הקו הטיפולי פה לחזרה שלישית למעשה.

דובר:

זה קו רביעי גם בטרנספלאנט אליגיבל וגם אינ-אליגיבל וגם הבחירה היא בין אחד משניהם.

דובר:

איך יכתבו את זה? איך זה יהיה רשום?

דובר:

בהתאם להתוויה.

דובר:

בהתאם להתוויה, איך זה יהיה רשום? כל השאלות הפתוחות האלה נשארות לפתחנו אחרי זה. מה שלא ברור כאן, אחר כך זה חוזר,

דובר:

זה ברור, זה לפי ההתוויה.

דובר:

מה השאלה איך זה יהיה רשום.

דובר:

אם זה יהיה רשום כקו שלישי או לא.

דובר:

לאחר מיצוי, לא?

דובר:

צריך להוסיף. כי באמת בטבלה לא הכנסתם את זה.

דובר:

כי אנחנו לא מכניסים את מרבית ההתוויות. דיברנו על זה, וזאת ההתוויה הראשונה,

דובר:

לא, כי קווי טיפול אתם נוהגים להכניס. אבל לא משנה, אנחנו מחליטים עכשיו, אין

בעיה.

דובר:

תראו, מה שקורה, אני רוצה להסביר. ברגע שזה נשאר לא ברור, אמנם זה,

דובר:

אז יש המטולוגים שיקדמו.

דובר:

זה חוזר אחר כך בצורה של תביעות נגד הקופות, זה הולך לאומבוסמן של משרד הבריאות, כל האי בהירויות אחר כך משלמים אותם לעורכי דין, ובתי משפט.

דובר:

אתה תסתפק לאחר ניצול טיפול קודם או שאתה רוצה קו?

דובר:

הכי ספציפי ש, כמו שזה נכלל בחישוב.

דובר:

מה ההצעה שלך?

דובר:

אחרי טיפול בתלידומיד, ברוטזומיד ולאנאלידומיד.

דובר:

לא יכול להיות יותר ספציפי מזה. מקובל עליך, X?

דובר:

ככה כמו שהסברת את זה עכשיו? אם זה ככה, כן. שיהיה ברור. לא לפי התוויה. אמירות כלליות לא עוזרות לנו.

דובר:

זה מה שיהיה כתוב, X?

דובר:

כן.

דובר:

גם אמרנו שהחולה יהיה זכאי לטיפול באחד משני התכשירים, והיתה בקשה של הרופאים לאפשר בחולים שלא הגיעו ל... מולקולארית תוך שני מחזורי טיפול, שכן יוכלו לעבור, ולכן חישבנו גם את התוספת הזאת. מי שיש לו את תכנית העבודה של ועדת המשנה יכול לראות שלמעשה יש לנו חישוב כפול שם, וזה משקלל פנימה גם את העלות שב- 60 אחוז מהחולים, כי הנחנו שיש בערך 40 אחוז תגובה, וב- 60 אחוז מהחולים אנחנו עדיין אפשרנו עוד שני מחזורי טיפול.

דובר:

עשיתם משהו עם הולקדמיד טריטמנט הזה, בעניין הזה, בתוך התחשוב?

דובר:

בסדר? מקובל. עובר לשלב הבא. מה התרופה הבאה?

דובר:

התרופה הבאה זה ההתקן המיטראלי.

דובר:

בבקשה, אני פותח לדיון. זה בעמוד אחרון עד כמה שאני זוכר.

דובר:

יש לנו בכלל בעיות עם ההסכם.

דובר:

איזה בעיות יש עם ההסכם?

דובר:

ההערכה היא ש-75 פלוס 10 לא ישקף את המציאות בפועל.

דובר:

איזה 75 פלוס 10? סליחה, אין מגבלה ב,

דובר:

אולי כמה מילים על ההסכם חלוקת סיכון. אז נוכל לענות ל-X אם נוכל.

דובר:

אני רוצה להזכיר ש,

דובר:

יש לי שאלה .. מתי מדברים על הכסף?

דובר:

מה זאת אומרת? זה הכסף.

(מדברים ביחד)

דובר:

ביקשנו את הסכם חלוקת סיכון,

דובר:

אני מבקש בתחילת היום לא להשרות קוצר רוח כי היום מדברים על הכסף. לא על שום

דבר אחר.

דובר:

אני חולקת, מדברים על תיעדוף, מדברים בין השאר גם על הכסף, אבל קודם כל לכסף תיעדוף.

דובר:

אמנם קוצר רוח היתה פרשת השבוע שעבר, אבל אנחנו בניגוד לבני ישראל שלא שמעו אל משה מקוצר רוח ומעבודה קשה, אנחנו בעד עבודה קשה ללא קוצר רוח.

דובר:

מה שעשינו, לקחנו את המספרים שהועלו בועדת משנה, שהיו המספרים שמקובלים גם על הקופות, גם על המשרד, ומהמספר הזה הוספנו גידור למעלה, כי היתה הבנה שיש כאן איזה שהוא,

דובר:

מה המספר?

דובר:

75. זה המספר ועליו,

דובר:

אני לא מסכים למספר זה.

דובר:

אבל זה המספר שסוכם בועדת המשנה.

דובר:

זה יותר גדול ממה שהוסכם עליו בשנה שעברה. בשנה שעברה היה 70.

דובר:

אבל למה המחיר עלה,

דובר:

שניה, אני יכול להגיד בשמנו שאנחנו לא מסכימים ל-75, לא יודע מה נאמר ומה לא נאמר, אנחנו לא רוצים לחזור ל.....

דובר:

אבל אתם יושבים בוועדת משנה,

דובר:

שניה, אין מה להכניס פה כעסים כי זה לא יעזור. אם יהיה צורך נעשה ישיבת ועדת משנה חוזרת והיתר יחכו. המספר הזה לא מקובל עלי, בגלל הדינמיקה ש..... זה שני גזרות שוות. הדרך להתחמק מזה בצורה נכונה מקצועית, כל מספר שלא יהיה, אחד הסכם ארוך, ושניים, הסכם עם הסכמה לפעימה נוספת. מהסוג שעשינו ב..... אין הרבה הסכמים כאלה, זה ההסכם הנכון להשנה לטעמי. המספר של 10 תוספת שאמרת אותו כרגע, הוא לא לעניין. אנחנו לא נחתום.

דובר:

יש כמה דברים שצריך להתייחס אליהם. אחד – שוועדת המשנה יושבת ועושה עבודה, ויש איזו שהיא רמה מסוימת של בעייתיות שמגיעים ליום האחרון ואז אומרים, שוברים את הכלים, דיוני ועדת המשנה לא נחשבים, כי אז יש שאלה על איזה בסיס הדבר הזה קורה כי אם יש הסכמה בועדת המשנה, והסכמה של כל החברים אז צריך ומן הראוי להמשיך, אני מבינה שסוגיית ה-TAVI איזו שהיא פגיעה, אבל הטכנולוגיה הזאת היא טכנולוגיה שונה. זו טכנולוגיה שהמשמעות שלה והתפקיד שלה והמקום שלה הוא מקום אחר, כי אנחנו מדברים פה על אנשים שיש להם TAVI שהם לא יכולים לעבור ניתוח, שנמצאים במצב מאוד קשה, שאין להם חלופה, שהם אנשים שגוססים במצב של אי ספיקת לב ובעצם אין להם שום אפשרות אחרת. דבר נוסף, אני חושבת שוב, זה שיש בעיה עם טכנולוגיה אחת, לא אמור להשית על טכנולוגיה אחרת, זה לא ראוי ולא מוסרי.

דובר:

זה אותו דבר כמו הנימוק הקודם.

דובר:

זה אותו דבר כמו הנימוק הקודם, זה רק מחזק את זה. ההסכם הוא הסכם לחמש שנים. כמובן שאפשר עוד פעם לעשות דיון של ועדת משנה, אפשר עוד פעם להגדיל דרישות ואפשר עוד פעם לחזור. אבל אני רוצה להגיד שאם לא היינו עושים את ההסכם הזה, ומאחר ו-75 זה ממילא המספר שהיה, אז מה שהיה עומד פה על ה שולחן זה להעלות את זה עם מספר של 75 בלי גידור. פה אנחנו אמרנו אוקיי, אנחנו יודעים שיש חשש, אנחנו מוסיפים על זה. תגיד הועדה שהיא רוצה להוסיף לא 20 אחוז אלא 25 אחוז גידור, אז אנחנו נעשה עבודה. אבל אי אפשר להגיד, סוגיית הגידור משפרת את המצב הנתון, היא לא מרעה. דבר אחרון, יש גבול לכמה באפר אפשר לשים בתוך כספי ועדת סל.

דובר:

אני רק אוסיף שהטכנולוגיה הזאת, בניגוד ל- TAVI , בעצם החולים שמגיעים זה חולים שהכירורגים מחליטים שהם לא מסוגלים לנתח אותם. וזה צוות משולב שהולך לקבל קו... ולכן,

דובר:

גם ה.... וגם TAVI ככה. הוא תפס תאוצה.

דובר:

גם זה ילך לשם.

דובר:

את באה ממרכז ה- TAVI העולמית, בסדר,

דובר:

כן, אבל גם זה ילך לשם.

דובר:

את מסכימה שזה לא ילך לכיוון ה-TAVI, ה..

דובר:

בוודאי שזה ילך.

דובר:

לכיוון ה-TAVI?!

דובר:

חד משמעית.

דובר:

אני יודע שהשאלה היא לא מאוד רלוונטית אבל בכל זאת, כמה עשו מינטרל קליפ, אני יודע שהמגבלה ממול. כמה עשו?

דובר:

לא עשו. זה כל העניין, אבל יעשו.

דובר:

עשו בודדים על חשבון... אני אישרתי בודדים. פחות מעשרה.

דובר:

ואתם רואים את התאווה הגדולה של הקרדיולוגים לעשות את זה כמו TAVI? זה ממש פרוצדורה אחרת לגמרי.

דובר:

אבל יש לכם גידור מ-75 ומעלה, ועד 75 אתם מקבלים כסף על זה. אז מה הבעיה?

דובר:

עשרה חולים. זו הבעיה?

דובר:

הבעיה היא עשרים חולים? אם זה יהיה עשרים חולים זו בעיה?

דובר:

כמה מחלקות קרדיולוגיות בארץ יודעות לעשות מייטראל קליפ, עשו עד היום מייטראל קליפ, מסוגלות לעשות?

דובר:

כשזה יאושר יעשו.

דובר:

זה טכנולוגיקל צ'לנגינג יותר מאשר ה-TAVI, אתם מסכימים כולכם?

דובר:

חמש מחלקות.

דובר:

ואתם חושבים שהמספר של 75 פלוס 10 לחמש שנים הוא לא ריאלי?

דובר:

שניה, מה יהיה אחרי חמש שנים לפי ההסכם?

דובר:

אני לא יודע להגיד. בסדר, רבותי,

דובר:

תראו, בסופו של דבר מאחר שהגענו לשלב שבו דנים על התיקצוב, אנחנו ... בהכללת טכנולוגיה על שתי אופציות. אופציה אחת זה להגיד אוקיי, מה המספרים שאנחנו חושבים שהם המספרים הנכונים מבחינת ההיקף והמחיר, וזה הסכום שנרשם. זה מה שעשינו. לא הלכנו וניסינו לעשות איזה קיצור או איזה חיתוך ולא לעשות שום דבר. לקחנו את המספרים של ועדת המשנה, עכשיו יש בעצם שתי אפשרויות. או לקחת את המספרים האלה שועדת המשנה סיכמה עליהם ולהגיד זה התיקצוב, 75 חולים, זה התקציב,

דובר:

כל חברי ועדת המשנה לא חושבים ש...

דובר:

זה לא נכון.

דובר:

שניה, אופציה אחת זה להגיד אנחנו לוקחים את המספר שקבעה ועדת המשנה וזה המספר לתיקצוב. ומאחר ורצינו לפתור את סוגיית חוסר השקט שהיתה, אז אמרנו אוקיי, כדי

לפתור את הסוגיה הזאת, כדי לא לתת הרגשה שאולי אנחנו על הקשקש מצד אחד, מצד שני, כדי לא לשים כספי ציבור במקום שלא חייבים, לא לשים את הבאפר על כספי ציבור בתוך ועדת סל, אז עשינו גידור של הדבר. אפשר להחליט בלי גידור, אבל עדיין צריך להחליט מה המספר הנכון. אין מספר אחר שהוא עומד על השולחן.

דובר:

הסיכוי הוא בדיוק כמו הסיכוי ל-TAVI, בשני מאפיינים. אחד מהם, החשוב יותר, זה חולים שאין להם פתרון. זה בבסיס ה-TAVI, וזה בבסיס ה... מקצוע הקרדיולוגיה הוא ... אגרסיבי במובן החיובי של המילה, וזה ייכנס כמו ה-TAVI. ולכן זה ייכנס בדיוק כמו ה-TAVI נכנס, היום הוא פי 2 ופי 3 ... שדיברנו עליהם. הפתרון היחידי, שני פתרונות קיימים. אחד – להתווכח על המספרים ועל הגידור, שזה פתרון אחד, אפשר לעשות אותו, הפתרון השני זה להגיד בואו נתחייב לפעימה נוספת לאחר ארבע או חמש שנים כמו שעשינו עם ה...

דובר:

... בדיון בועדת משנה.

דובר:

בבקשה. אז יהיה דיון. זה מה שאני אומר. ככה אני לא.. אין לי ...

דובר:

אולי תן לנו קצת נתונים מהקופה מה קרה עם ה-TAVI,

דובר:

לפחות פי 2 ממה שהוקצב.

דובר:

כמה הוקצב?

דובר:

אני לא זוכר. זה מעל פי 2.

דובר:

וזה נכנס ב- 2010, נכון? ה-TAVI. אני צודק?

דובר:

על איזו כמות?

דובר:

.AND GOING UP

דובר:

הסיבה היחידה שזה לא רץ יותר קדימה זה חסר מרדימים.

דובר:

בסדר, X, את מביאה באמת השקפה מסוימת. זו לא ההשקפה השלטת, יחד עם זה, גם כשקוראים את הספרות, ה-TAVI תופס תאוצה. ההנחה היא שלא יעשו תוך כמה שנים. יגיע ל,

דובר:

וטוב שכך, אבל הבה נממן את זה.

דובר:

כן, אבל אתם יודעים שהמייטרל קליפ הוא לא בקטגוריה הזאת.

דובר:

הוא בקטגוריה של טכנולוגיות ללאסט ריזולט...

דובר:

הוא קטגוריה שלא בטוח שזה איבן היר טו סטיי, נכון? בניגוד ל-TAVI שאנחנו יודעים יפה שזה היר טו סטיי, ולכן אני מתחבר להצעה שלך להגביל בזמן. האם יש לנו מנגנון כזה כאן, לא לחזור לוועדת המשנה?

דובר:

תראה, זה מנגנון שאף אחד לא אוהב אותו, המשרד לא...

דובר:

בסדר, א נחנו לא עוסקים כרגע באהבות. תן למשרד להגיב. האם יש לנו אפשרות להגביל, לזה אני כן מתחבר. אני לא חושב שיקרה לזה מה שקרה ל-TAVI, אבל אם יקרה, הוא רוצה גידור לזה.

דובר:

לעוד חמש שנים להחזיר את זה?

דובר:

כן. חמש שנים זה מספר ש-X נקב.

דובר:

אנחנו מתנגדים.

דובר:

שוב, אני חושבת שזה לא לדיון פה. תראו כמה זה מעכב את עבודת הועדה.

דובר:

אבל לא תהיה ועדת משנה.

דובר:

תהיה ועדת משנה תוך כדי היום. אנחנו נשב בוועדת המשנה, כולם חברים שם, אם צריך לחזור לחברה לשיפור ההסכם, נחזור לחברה.

דובר:

טוב. X, האם מקובל, אנחנו מעבירים את זה לשלב הבא, כפוף לישיבה של ועדת משנה שתדון במספרים ובהגבלת זמן. מקובל?

דובר:

כן.

דובר:

מקובל על המשרד? התרופה הבאה.

דובר:

רגע, לפני כן. חוזרים אחורנית לאוזורדקס ולוסנטיס, BRVO, CEVO. בבקשה.

דובר:

לגבי הלוסנטיס, אני אחזור על האוידנס, אני רוצה להדגיש רק שאין מחקרים קו שני אחרי אוסטין. זאת אומרת כל הנתונים שאני אומרת הם קו ראשון.

דובר:

תגיד את העמוד.

דובר:

מחקר בראבו פאזה 3 לעומת פלצבו, ב- 397 חולי BRVO,

דובר:

עמוד 13, ובחוברת 2377. עמוד 13 בחוברת הקטנה.

דובר:

אוקיי, אני במחקר בראבו פאזה 3 לעומת פלצבו, בחולי BRVO, לאחר שישה חודשי טיפול בקבוצת הלוסנטיס נצפה שיפור משמעותי סטטיסטית של 18.3 אותיות בחדות הראייה לעומת שיפור של 7.3 אותיות בקבוצת הביקורת. אחוז החולים אשר השיג שיפור של יותר מ- 15 אותיות היה 61.1 אחוזים מהחולים אשר קיבלו לוסנטיס, לעומת 28.8 אחוזים מהחולים בקבוצת הביקורת. לאחר 12 חודשי טיפול, החולים אשר היו בקבוצת הביקורת עברו לקבלת טיפול בלוסנטיס. חולים אלה שיפרו את חדות הראייה שלהם ב- 12.1 אותיות ובקבוצת הלוסנטיס נצפה שימור של השיפור שהושג לאחר שישה חודשי טיפול, מסקנת החוקרים היתה שזריקות עיניות של לוסנטיס הביאו לטיפול מהיר ומעיד על ... לאחר BRVO עם שיעור נמוך של אירועי לוואי עיניים ולא עיניים.

דובר:

היה מחקר מול אווסטין, ועוד פעם, לזכור, אנחנו מדברים ראשון כשהתוויה המבוקשת פה היא קו שני בלי אווידנס, ובקו הראשון היה מחקר מול אווסטין, שהראה איזו שהיא עליונות בטווח המאוד קצר, אבל אחרי שלושה, ארבעה ושישה חודשים כבר לא היתה תועלת נוספת.

דובר:

את מדברת על האוזורדקס עכשיו.

דובר:

סליחה, את צודקת. זה היה האוזורדקס.

דובר:

לוסנטיס מול אוזורדקס.

דובר:

לא. אוזורדקס מול אווסטין. אבל אנחנו בכל מקרה מדברים פה על קו שני שלא ללוסנטיס ונדמה לי שגם לא לאוזורדקס, יש בכלל אווידנס לגבי הקו הזה.

דובר:

יש ראש בראש ללוסנטיס מול אוזורדקס?

דובר:

לא.

דובר:

מתנהל בימים אלה, ואמור...

דובר:

אני חושבת שלא צריך להעלות את שניהם, אבל אם כבר להעלות, אז את האוזורדקס.

דובר:

איך תמחרתם את ה-9.8 מליון? כמה קו שני אוזורדקס וכמה לוסנטיס?

דובר:

מיד לאחר מכן, אתה רואה,

דובר:

זאת אומרת זה חצי חצי בערך.

דובר:

חשוב לציין שאזורדקס היא זריקה שניתנת מדי ארבעה-שלושה חודשים, ולוסנטיס היא זריקה שניתנת מדי חודש. כך שההיענות לאזורדקס לפעמים טובה יותר,

דובר:

אז זה גם יותר זול וגם...

דובר:

לעומת זאת יש לאזורדקס יש תופעות לוואי ... גלאוקומה אבל המומחים לא חושבים שזה תופעות משמעותיות,

דובר:

מה היתה עמדת האיגוד?

דובר:

האיגוד, מבחינת עדיפות,

דובר:

קודם כל הוא לא הבדיל ביניהם.

דובר:

שוב, ההבדלות, ההבדל הוא כפי שאמרתי כרגע, הקומן פרקטיס הוא לתת קו ראשון אוסטיין, לאחר מכן לוסנטיס ואוזורדקס, הם די היינו הך מבחינתם, מבחינת ה,

דובר:

אם זה היינו הך אז X צודקת. צריך להעביר את האוזורדקס לשלב הבא ולא את לוסנטיס.

דובר:

נבדוק את העדיפות הסופית שלהם מבחינת,

דובר:

שנים אנחנו עומדים בפרץ עם הלוסנטיס.

דובר:

על ה-A.M.D. אנחנו נעמוד כנראה גם היום, אם נגיע לזה, אני מקווה.

דובר:

נכון. אבל הלוסנטיס לא הורידה את המחיר במהלך השנים האלה. עכשיו נכנסה עוד תרופה, במחיר שהוא רבע כמעט מהמחיר של הלוסנטיס, אין שום הוכחה שיש עליונות ללוסנטיס מול האוזורדקס, אז אין שום סיבה להכניס את הלוסנטיס, זאת אומרת זה רק הוכחה לכך שאם מגיעה טכנולוגיה שאולי יש לה תועלת מול האוזוסטין ויש לה מחיר סביר, אז אנחנו נכניס אותה. הלוסנטיס עוד לא הגיעה למחיר הסביר.

דובר:

שוב, האיגוד דירג את לוסנטיס לפני אוזורדקס. מקום ראשון לעומת שלוש. כך ש,

דובר:

אבל זה בלי אווידנס כרגע. אנחנו על הרבה מאוד תרופות מחכים לאווידנס. אם יש מחקר,

דובר:

אני מוכנה לחזור לנואודקס.

דובר:

המומחים טוענים שאין אווידנס, אבל זה מה שהם...

דובר:

בקו ראשון או שני?

דובר:

קו שני, לוסנטיס, כך הם מדרגים את זה.

דובר:

יכולים בשלב הזה לא להעביר את זה,

דובר:

אני יכולה להקריא לכם ממה שהם כותבים, אני אקריא לכם לסיום מה המומחים
כותבים לגבי הטיעונים של הדירוג שלהם.

דובר:

על מה הדיון?

דובר:

השאלה אם רוצים להעלות רק את האוזורדקס או בכלל לא להעלות..

דובר:

הדיון הוא אם לאוזורדקס יש הסכמה להעביר לשלב הבא,

דובר:

אני יודעת מה הדיון, השאלה היא אם אין נתונים שמראים שיש עדיפות לתרופה היותר

X לעומת Y,

דובר:

אנחנו יודעים גם מדברים אחרים שהלוסנטיס לעומת אוסטיין לא יהיה יתרון מובהק, נכון? יודעים את זה מה- AMD. אני לא אומר שבאינדיקציה הזאת זה אותו דבר, אבל הדעת נותנת.

דובר:

אני חושבת שלא צריך להעלות את שתייהן כרגע, לחכות. זה לא בעשיריה הפותחת.

דובר:

כן להעלות את שתייהן?

דובר:

לא, לא להעלות אף אחת מהן.

דובר:

אבל למה לא את האוזורדקס? יש לו A9 באוידנס,

דובר:

גם האוזורדקס, באוידנס לקו שני, אין לו אוידנס לקו שני, אנחנו מדברים על קו שני.

דובר:

דירגנו אותו כ-A9 בקו שני, אז אולי טעינו ואפשר לחזור חזרה. אבל דירגנו אותו כ-A9

קו שני.

דובר:

דיברנו על זה שלא יהיה מחקר כזה. אז דיברנו שלא יהיה מחקר כזה.

דובר:

קראנו לקופות לאסוף נתונים,

דובר:

"באופן מעשי בישראל אווסטין משמש לרוב כקו ראשון למרות שאין מחקרים
השוואתיים על יעילות אווסטין ולוסנטיס במחלות אלה, יש רושם קליני שישנם מטופלים
המגיבים היטב לזריקת לוסנטיס כטיפול קו שני לאחר כשל של טיפול באווסטין. " אין על זה
מחקר מדעי, זה הקומן פרקטיס.

דובר:

מה היה הדירוג ליגה?

דובר:

דירוג ליגה מקום ראשון לעומת אוזורדקס מקום שלישי.

דובר:

בשנה שעברה היה מקום ראשון, היה הפוך בשנה שעברה.

דובר:

אני מציעה ככה, יש קונצנזוס סביב השולחן לא להעלות את שניהם, וגם יש אמירות,

דובר:

לא, לא.

דובר:

זה מה שהתרשמתי.

דובר:

זה הצעה של X ו- X הצטרפה. זה מה ששמענו עד עכשיו. לא שמענו קונצנזוס

דובר:

אני מציע לא להעלות,

דובר:

את שניהם לא להעלות?

דובר:

לא להעלות את הטפול המשולב של השניים,

דובר:

X עכשיו מציעה לא להעלות את שניהם.

דובר:

לא, אמרנו לא להעלות את הלוסנטיס.

דובר:

אני צודק, X! לא להעלות את שניהם.

דובר:

אם הלוסנטיס לא עולה אז את שניהם לא להעלות.

דובר:

אין קונצנזוס. אני בעד להעלות את האוזורדקס ולא להעלות את הלוסנטיס.

דובר:

אני מצטרפת.

דובר:

גם אני.

דובר:

X את מוכנה?

דובר:

לא מתנגדת. אנחנו כרגע לא מעלים להמשך דיון את השילוב של האוזורדקס עם הלונטקס בתשעה מליון, אלא מה שעולה זה רק האוזורדקס בארבעה מליון.

דובר:

באיזה קו?

דובר:

קו שני, כתוב. כתוב אפילו בטבלה. או קיי, הטכנולוגיה הבאה.

דובר:

הטכנולוגיה הבאה זה סרטיקן. עמוד ראשון להשתלות.

דובר:

תרופה ראשונה שמופיעה, אני חושב שחייבים להעלות את זה הלאה. מוסכם? מוסכם.

דובר:

זה מחליף את מה שהחולים מקבלים?

דובר:

הנה הסבר,

דובר:

מה שזה מחליף, ברעיון הכללי, זה לא מחליף שום דבר בתוך הטיפול המונח.... מה שזה עושה, זה מפחית את המינון של הפרוגרף מממוצע של 5 מ"ג ביום ל-2 מ"ג ביום. אז הדלתא היא בסופו של דבר ההפחתה של ה.... וכמובן כל תופעות הלוואי ...

דובר:

ובהתאם לזה מופיעה העלות נטו, כן?

דובר:

לכן הוספנו את העלות מצד אחד של התוספת של ה- 2 מ"ג והחסרנו מזה 5 מ"ג שהם לא יקבלו אותו. אז זה לא ממש מחליף, זה יותר מפחית.

דובר:

הרבה חולים זה גם מחליף. זה מה שאני יודעת.

דובר:

שוב, התייעצנו ספציפית עם המשתילים עצמם,

דובר:

וגם המספר 85...

דובר:

... המרכז הארצי להשתלות, השוואת נתונים מקופות החולים, כדי להוסיף גם את החולים שמקבלים השתלה...

דובר:

בסדר. יש התנגדות להעביר את זה הלאה? זה חייב לעבור הלאה. אוקיי. בבקשה.
התרופה הבאה?

דובר:

הקבוצה של התרופות לטרשת נפוצה.

דובר:

יש שינויים במחיר של...

דובר:

אז את רוצה לדחות את הדיון? כי זה נושא מאוד מרכזי. אנחנו מדברים על עמוד 2 בחוברת, החל מעמוד 233 בספרים השמנים. פה באמת צריך לתת הסברים על התרופות, בעיתוי מופלא הבוקר בדה-מרקר יש כתבה שמשווה, ממש בעיתוי מופלא, את הצריכה, שקופקסון עדיין בשיא ויש גם את האחוזים שתופסים על תרופות אובאגיאן 4 אחוז.

דובר:

אני אסביר שניה את הבסיס ואיפה אנחנו מנסים, כל הנושא של התימחור הוא פה מורכב, אם נגדיר בעדינות. כיום, מה שיש לנו בחולה שזכאי לטיפול, מתחיל כמעט תמיד בתרופה ... אם זה באינטרפרון או בגלטירמר אצטט, המכונה בשמו המסחרי קופקסון. חולים סוערים, חולים ספציפיים עם מאפיינים מסוימים כפי שהם מוגדרים בסל יכולים לקבל גם טיסברי וגילניה, בהגדרות מאוד ספציפיות ומצומצמות. חולים שכשלו בטיפולים האלה שניתנו כקו טיפולי ראשון, יכולים לעבור לגילניה או טיסברי. זה המצב כיום. מה שאנחנו הנחנו פה על השולחן זה מספר אופציות בהתאם לדברים שנאמרו, בהתאם להמלצות המומחים, כשהרעיון הכללי היה להציג אפשרות של מתן תכשירים שניתנים פומית, שזה פריצת דרך משמעותית מבחינת איכות חיי המטופלים בטרשת נפוצה, ויש לכם מספר חבילות מול העיניים. החבילה הראשונה בעצם דיברה על כל התכשירים החדשים המתקדמים יותר ב- MS שזה גם גילניה וגם טיסברי, טקפידרה ואובאגיאו כקו טיפולי ראשון, במקביל לקופקסון ואינטרפרון בטא, צריך לומר שהתייעצנו עם מספר מומחים בתחום, זה לא יעלים לחלוטין את התרופות בזריקות, יש הרבה רופאים שעדיין יעדיפו ללכת על הידוע והבטוח וימשיכו לתת אינטרפרון בטא וקופקסון כקו טיפולי ראשון, אם כי יש כנראה, קרוב לוודאי ההנחה שמדובר בסדר גודל של שני שליש שכן יתחילו בטיפולים החדשים, תלוי איזה שחקנים בעצם יהיו כקו טיפולי ראשון. האופציה השניה דיברה למעשה רק על הטקפידרה והאובאגיאו כקו טיפולי ראשון, ואנחנו מנסים לתמחר את כל אחת ואחת מהחבילות, וצריך לציין שזה דברים שידענו שישתנו לנו במהלך הסופ"ש, מחיר עדכני קיבלנו לפני תשע דקות.

דובר:

אבל לאובאגיאו נתנו B7.

דובר:

שניה, אני אסביר על האובאגיאו. האובאגיאו עצמה, כשבחנו אותה לעומת הטקפידרה, הטקפידרה היתה יותר מרשימה, כי היא הוכיחה סופיריוריטי על הטיפולים הקיימים, בעוד

שהאובאגיאוו היתה רק נון-אינפיריאור לכן היא קיבלה B7. אנחנו בחנו אותה ברמת העלות, היא כיום נמצאת ברמת מחיר זהה לאינטרפרון בטא ולקופקסון. לכן למעשה מאפשרת כיום טיפול פומי במחיר זהה לטיפולים שניתנים בהזרקות.

דובר:

אני לא זוכרת את המחקרים האלה, זה נותן איזה שהוא דלתא מבחינת שיפור במספר ההתקפים וכו', או זה רק,

דובר:

על פני תרופות בהזרקה? נון-אינפיריאור. על פני תרופות בהזרקה. אבל נוחיות שימוש. אני מניח שרוב הנוירולוגים גם לא מקבלים את הנון-אינפיריאור, אבל האוידנס מדבר על זה. אמרת את זה למעשה.

דובר:

ברגע שאני לא שמה על זה כסף אני בעצם לא מחייבת אותם להתחיל דווקא בתרופה הזאת,

דובר:

כי אני מסתכלת על התיעדוף של הסל הנוירולוגי. אז הדואודופה, אנחנו יודעים שזה היה מקום ר אשון, אחרי זה ה... אתם שמים את זה למעשה ב,

דובר:

מקום חמישי היה האובאגיאוו. על זה גם היו לנו את רוב הערעורים אחר כך,

דובר:

אבל את האובאגיאו קיבלתם ללא תוספת עלות, נכון? אז נושא תרופה אחת שניתנת פומית פתור. לאלה מהנוירולוגים שיחליטו להתחיל איתה כקו ראשון. אז זה נפתר.

דובר:

הם לא מתלהבים.

דובר:

אני ראיתי את זה לפי האחוזים של השימוש היום בדה מרקר, שהם לא מתלהבים. נמוך באופן ממש,

דובר:

האובאגיאו אנחנו מסתכלים עליה, במידה והולכים, אז היא מצטרפת לחבילה ופשוט מאפשרת מגוון נוספת. היא לא STAND ALONE כי היא B7. אז רק אם היא ללא תוספת עלות.

דובר:

כן אבל B7 נתנו בגלל שהיה הבדל בינה לבין טקפידרה ביעילות, באפיקסי.

דובר:

נכון. ולכן הטקפידרה בדרגה גבוהה יותר והוא בתיעדוף הסופי. האובאגיאו פשוט, במידה ואפשר, אפשר ליצור איזו שהיא חבילה שהיא קצת יותר רחבה בלי עלויות.

דובר:

אבל אני יכול לתת לך מצב תיאורטי שבסוף האובאגיאוו ייכנס והטקפידרה לא, ואז?

דובר:

טקפידרה אין לה עליונות על קופקסון מבחינת יעילות.

דובר:

יש לה,

דובר:

בדקתי את זה שוב אתמול, אני לא,

דובר:

לגבי נון-אינפריוריטי, X, השתכנענו בנזן אינפריוריטי של טקפידרה לעומת קופקסון?

דובר:

אני שואלת אם היה סופריוריטי, אני לא זוכרת שהיה סופריוריטי.

דובר:

אני גם לא זוכר סופריוריטי לכן אמרנו להשאיר,

דובר:

יש.

דובר:

סופריוריטי של טקפידרה על קופקסון? זו אולי טעות. אולי נחזור לאוידנס?

דובר:

מדברים על נוחות,

דובר:

נוחות זה סיפור אחד, אנחנו כרגע רוצים להכריע בנקודה אם זה נון-אינפריוריטי, טקפידרה לעומת קופקסון, או סופריוריטי. אני זוכר נון-אינפריוריטי, X קראה אתמול ואמרה שזה סופריוריטי. נחזור לאוידנס.

דובר:

להיפך, אין סופריוריטי.

דובר:

אין. אז אתה חשבת אחרת?

דובר:

לא, ... טוענים שיש לה סופריוריטי.

דובר:

אוקיי. X בבקשה, תנו לנו טקפידרה לעומת קופקסון, או בטאסרון, או אינטרפרון.

דובר:

למה כל כך רוצים את הטקפידרה? יש איזו סיבה, ...

דובר:

לא מוכנים לעשות מה שאובאגיאו עשה, ללא תוספת עלות.

דובר:

זה החברה, אבל הנוירולוגים נורא רוצים את טקפידרה,

דובר:

אבל החברה יודעת למה, את אובאגיאו מוכנים לדחוף, כנראה שטקפידרה מרגישה בטוח

יותר.

דובר:

ומה היחס בין טקפידרה לגילניה, שהיא גם פומית, זה לא אותה משבצת?

דובר:

זה קו שני.

דובר:

לא, גם גילניה מופיעה כקו ראשון ואילך. בהצעות. צריך לחזור לאווידנס, אין ברירה, בעיקר לאור הפער בין אובאגיאן לשלושה האחרים. מדובר גם בסכומים גדולים. ירדו הסכומים, אנחנו במצב טוב. ירדנו 40,000 שקל ל-1000?

דובר:

ההשוואה נגד פלסבו ... קופקסון,

דובר:

כקו ראשון?

דובר:

לא נועד להשוות את היעילות. זה לא טוב, אין, אין השוואה.

דובר:

שני מחקרים בחנו את היעילות של הטיפול בתכשיר, אחד הוא מחקר קונפירם, והשני דיפיין, דיפיין מושווה פלצבו, שם כמובן אנחנו רואים משמעותית פחות חולים שחווים התקף, וגם קצב ההתקפים השנתי,

דובר:

קו שני?

דובר:

קו ראשון.

דובר:

לא היה... של קוי טפול קודמים.

דובר:

לא יכול להיות שקו ראשון,

דובר:

תחזרי על המשפט האחרון,

דובר:

מחקר שני היה מחקר קונפירם. מחקר שבו היו ארבע זרועות, שתיים של Dimethyl fumarate שבתנו מינונים שונים, אחד פעמיים, אחד שלוש פעמים ביום, פלצבו וקופקסון. במחקר הזה מצאו שלאחר שנתיים קצב ההתקפים השנתי ב-Dimethyl fumarate כמובן שהיה נמוך יותר מפלצבו ונמוך יותר מגלטירמר אצטט. גם שיעור הפחתת הסיכון לרילפס בהשוואה לפלצבו היה גבוה יותר עם Dimethyl fumarate בהשוואה לגלטירמר אצטט, היו עוד ממצאים, סליחה, שיעור הפחתת מספר הנגעים החדשים או המוגדלים ב-T2 היה גדול יותר ב-Dimethyl fumarate בהשוואה לגלטירמר אצטט כמעט ב-50 אחוזים. שיעור הפחתת מספר הנגעים החדשים ב-T1 היה גבוה ב-30 אחוזים ב-Dimethyl fumarate בהשוואה לגלטירמר אצטט, ושיעור החולים ללא נגעים חדשים או מוגדלים ב-T2 היה די דומה בין הזרועות.

דובר:

יש איזה סופריוריטי.

דובר:

איזה עמוד זה?

דובר:

מתחיל ב – 283.

דובר:

זה כל אחד מול פלצבו, לא?

דובר:

לא, היא תיארה את זה עכשיו מול קופקסון ומול פלצבו. זה מחקר שהיו שלוש זרועות.

דובר:

זה גם שנתיים, הבנתי, נכון?

דובר:

מבחינה טכנית, אני רק רוצה להגיד שהמחקר ההשוואתי לקופקסון לא היה מחקר שהוא דאבל בליינדד. זה מחקר של רפרנס ארם בתוך המחקר הגדול עצמו, זאת אומרת חולים שקיבלו

קופקסון, וכתוב שהם קיבלו קופקסון, זה נעשה לצורך השוואתי כלשהוא, אבל זה לא דאבל בליינד. סטאדי. זה נראה יותר פוטנטי, אבל זה לא .. הוא רפרנס ארס.

דובר:

זה מחקר ש... דאבל בליינד פר ... בגלל צורת ה..

דובר:

אתה יכול לתת פלצבו.

דובר:

נוירולוגים דירגו את זה מקום אחרון בדירוג ליגה?

דובר:

לא, מקום שני. דואודופה היה מקום ראשון, וזה מספר שתיים.

דובר:

לפני וימפאט?

דובר:

וימפאט במידה ולא יאושר, וטקפידרה מקום שני,

דובר:

זה דירוג שני.

דובר:

מתוך?

דובר:

חמש עשרה.

דובר:

זאת אומרת נוירולוגים היום יבחרו להתחיל בזה אם יהיה להם את זה בתרופה הפומית,

באחוז גבוה?

דובר:

לא כולם. כי בשיחות שלנו איתם מסתבר שיש חלק שהם יותר שמרנים ואוהבים ללכת לטיפולים, למרות שהם בזריקות, שיותר ותיקים ויותר מכירים אותם, אז זה ישתנה, אנחנו יודעים שחלק ילכו לפומיות וחלק לא, התייעצנו לגבי ההיקפים של,

דובר:

אנחנו יודעים על איזה שהם מחקרים שמתנהלים עכשיו ושלשנה הבאה יהיה לנו יותר

אווידנס? לא ידוע. טוב. X?

דובר:

אני מסתכלת על הנתונים, ראשית, ההשוואה היא פוסט – הוק, מה שנקרא פה. דבר נוסף, קצב ההתקפים השנתי, לא לדבר באחוזים, אבל ה-Dimethyl fumarate, עם טקפידרה, זה 0.22, והקופקסון זה 0.29. אולי פחות מהפלצבו אבל ההבדלים קיימים, אבל זה לא הבדלים צועקים.

דובר:

זה לאורך שנתיים. שזה לא תקופה ארוכה ב-MS.

דובר:

תלוי באיזה סוג חולים, אבל בסדר, וכנ"ל גם לגבי הרילפס, בין 34 אחוז ל-29 אחוז.

דובר:

כשמדברים על נתונים זה נראה ירידה של 5 אחוז, אבל,

דובר:

ב-NNT זה אין סוף.

דובר:

אז את מסכמת את זה שיש סופריווריטי לטעמך או אין?

דובר:

אני חושבת שהדלתא היא יותר באיכות הטיפול מאשר בסופריווריטי האמיתי,

דובר:

בנוחות הטיפול. טוב, אני חושב שלאור הדיון הזה, מדובר בסכום כבד, אבל בשלב הזה אין מנוס מלהעביר,

דובר:

אני הייתי מעבירה.

דובר:

הסכום לדעתי הם מוכנים להוריד אותו, כי הם מבינים ש,

דובר:

הסכום ירד, אמרנו לכם שאנחנו ב...

דובר:

במקום 35.5,

דובר:

עכשיו במחיר החדש שיש לנו, אנחנו נמצאים במקום על 24.5, על 8.598.

דובר:

מ- 24 מליון המחיר ירד ל- 8.598.

(מדברים ביחד)

דובר:

מחיר למטופל יהיה 9,553.67. שוב, לאפשרות השניה, שבה מכלילים רק את טקפידרה ואובאגיאן כקו טיפול ראשון, המחיר של הטיפול ירד ל- 9,553, שם למטופל, וההערכה היא שזה 8.598. שליש.

דובר:

וגילניה וטיסברי לא רצו להתיישר?

דובר:

אחרי עבודה מאוד קשה שהיתה לאורך השבוע,

דובר:

כל הכבוד, ב. אנחנו מקווים שבמהלך היום גם גילניה וטיסברי יתיישרו, ובוודאי שבנתונים האלה חייבים להעביר את זה לשלב הבא. יש הסכמה?

דובר:

כשיש לך טקפידרה אז..

(מדברים ביחד)

דובר:

יקחו – יקחו, לא יקחו- לא יקחו.

דובר:

החשוב הזה הוא לא סופי, ואני אסביר גם למה. כי פה בינתיים מה שאנחנו שמנו, זה את סך הכל החולים שיתחילו קו ראשון בשלוש השנים הקרובות. לא פיקטורנו פנימה את העובדה שכמו שאמרנו, המומחים שהתייעצנו איתם, שהם כמה מומחים, מדברים על זה שבפירוש שליש מהחולים ימשיכו בהזרקות. היקף החולים יורד. התמהיל בפנים נורא תלוי במספר השחקנים, ולכן אנחנו עוד לא יכולים לעשות אותו, האם ... ירדו מהמחיר הזה או לא. אם הם ירדו, זה משפיע על היקף החולים מצד אחד, ואם הם לא ירדו, אז אנחנו נדבר על שני שחקנים וזה ישפיע על היקף שוב, כמו שאמרנו, 900 זה הערכת ...

דובר:

אוקיי, אז כרגע ממשיך הלאה הטקפידרה והאובאגיאן, כקו טיפול ראשון, לגבי קו ראשון של גילניה ודיסברי, אני מציעה שזה יחכה, ואנחנו נראה מה קורה במהלך היום, כרגע לא להעלות את זה להמשך דיון.

דובר:

נשמע טוב.

דובר:

התכשיר הבא זה פיקומפה.

דובר:

עמוד 3 בחוברת העדכונים, 341 בחוברת...

דובר:

זה ללא תוספת עלות,

דובר:

אז ברור שזה עלה. פיקומפה עבר ללא תוספת עלות. הלאה. דואודופה.

דובר:

אותו עמוד בספרים זה עמוד 355. דואודופה,

דובר:

עמוד 3 בחוברת העדכונים, עמוד 355 בספרים. דואודופה. שנה שעברה זה נפל ברגע

האחרון.

דובר:

אין ספק שצריך להמשיך הלאה עם דואודופה.

דובר:

צריך לעלות.

דובר:

צריך לעלות הלאה, ... הטיפול הממוצע הוא...

דובר:

הטיפול הממוצע, מה שיש פה זה עם הסכם חלוקת סיכון. במידה ואין הסכם חלוקת סיכון משך הטיפול באמת ארוך יותר, מדובר על כמה שנים, מה שאומר שהמכפלות שאתם תראו פה, ידברו לא על 24 אלא פי כמה וכמה מזה. אני לא בעד להעלות את זה להמשך דיון, אני חושבת שהעלות מאוד גבוהה, אני חושבת שזה צריך להשאר לסבב הבא של החלטה אם כן או לא לעלות לדיון.

דובר:

אם מעלים את זה לסבב הבא, נרצה לראות את ההסכם. הקופות לא ראו את ההסכם שאנחנו אמורים לחתום עליו.

דובר:

אני לא חושבת שצריך, אני חושבת שזו טכנולוגיה שהיא מאוד מאוד יקרה, אתם תראו שזה 240,000 שקל למטופל לשנה, זה למספר שנים, אנחנו מדברים פה על עלות מאוד גבוהה, אני לא אומרת, החולים מסכנים, זה חולים ש,

דובר:

שנה שעברה אני מזכיר לך שזה כמעט נכנס.

דובר:

זה לא נכנס בגלל המחיר.

דובר:

זה נכון שבשנה שעברה היתה כאן אמירה שלא הכנסנו תרופות נויורולוגיות, גם על זה צריך לחשוב, והשנה הכנסנו. אבל אני חושב,

דובר:

שנה שעברה לא הכנסנו כמעט לפרקינסון. השנה, תזכרי דבר אחד, זה הקו האחרון שיש לחולים האלה. אין לנו משהו אחר לתת להם. זו קבוצה מצומצמת של חולי פרקינסון, שעברו את הכל, אף אחד לא רוצה להסתובב עם קסטוסטום, זו האופציה האחרונה של טיפול שיש לתת להם.

דובר:

אני יודעת, אני חושבת שזו תרופה חשובה, אני חושבת שכל מה שנמצא אצלנו היום על ה שולחן הוא מאוד מאוד חשוב. אני חושבת ששוב, אם אני היחידה אז אני מורידה את ההתנגדות, אבל אני חושבת שבשלב הזה אני לא מורידה לגמרי מהשולחן,

דובר:

נשים אותה בצד.

דובר:

תעבירו את ההסכם לראות. לא ראינו אותו.

דובר:

אם אנחנו מאמינים שזה יפעיל לחץ על החברה להוריד מחיר אז צריך להוריד כרגע שבגלל המחיר לא מעלים ולהעלות את זה אחר כך. אם אנחנו לא מאמינים בזה, אני חושבת שצריך לעלות הלאה, כי אני חושבת שזו תרופה חשובה.

דובר:

תבינו שאם אנחנו לא הולכים להסכם ריסק שרינג, המשמעות היא שהעלויות פה הן לפחות כפול. זאת אומרת אם אנחנו רוצים לשים חמישים מליוני שקלים לטיפול הספציפי הזה,

דובר:

אנחנו עוד לא בחמישים. איפה עומד הסכם הריסק שרינג?

דובר:

יש הסכם ריסק שרינג, אבל יש ויכוח עליו.

דובר:

אני מציע להעביר לשלב הבא, זה גם בהתאם לדברים ש-X אמרה,

דובר:

ההסכם ריסק שרינג שהיה,

דובר:

בלי הסכם ריסק שרינג טוב אנחנו לא...

דובר:

ההסכם ריסק שרינג שהיה הובא לידיעת הקופות. בצדק מבחינתם הם באו ואמרו שטכנולוגיה כזאת הם חושבים שאורך ההסכם צריך להיות יותר ארוך, כי פה אנחנו מדברים על חולים,

דובר:

על זה תדונו במהלך היום איתם.

דובר:

אנחנו קיבלנו את דעתם. אבל ההסכם של הריסק שרינג, החברה מסרבת להעלות את היקף השנים, בהשוואה לחברות אחרות שנתנו חמש שנים, שבע שנים או פור לייף. פה הם מתעקשים על שלוש שנים בלבד. המשמעות היא, מתוך ועדת המשנה היתה, שבמידה וריסק השרינג לא משתנה, אנחנו צריכים לחזור ולשנות את העלויות,

דובר:

הקופות אומרות שלא קיבלו את ההסכם, למרות שאת אומרת שחילקת להם, הקופות אומרות שלא קיבלו. אי אפשר ככה.

דובר:

X תשלח שוב.

דובר:

אני חושבת ש, X תפני לחברה, תגידי שכרגע זה יורד מהשולחן.

דובר:

אוקיי. X דעתך ברורה. X?

דובר:

זו תרופה שלא רק הומלצה על ידי האיגוד הנורולוגי כמקום ראשון אלא באמת במחקרים בחולים של הקצה, גרם לשיפור ענק וגם כשמסתכלים על ההמלצות,

(מדברים ביחד)

דובר:

נעדכן אתכם בינתיים, רק שתדעו, העברנו לכם את זה, הוגש בג"צ על הנושא של התקשורת התומכת החליפית,

דובר:

על ההחלטה לא להכליל, ולהעביר לועדת..

דובר:

אז הנושא מטופל כמובן על ידי הלשכה המשפטית של משרד הבריאות, רק תדעו שזה גם ברקע, ואנחנו מטפלים בנושא זה.

דובר:

אני חושב שזו היתה החלטה נכונה, אני לא כל כך מבין את העתירה. הם פוגעים בעצמם.

(מדברים ביחד)

דובר:

אז אנחנו דנים על דואודופה אם להעביר לשלב הבא.

דובר:

קודם ממש בהתחלה, עשיתי חישוב, דיברתי עם X, על שתי תרופות שדנו שתלויות אחת בשניה, שבהיקף כולל זה נוגע ל- 70 חולים, והעלות היתה 35 מליון. אני נזכרת כל הזמן בהערה שלך, שבסוף בסוף, סרטן, סרטן, נותנים, זו תרופה באמת, לפי כל הפתרונות שהצביעו עליהם, איך אפשר לא להעביר את זה? בשלב הזה.

דובר:

אפשר להעביר ולהתנות בכל מה שאמרנו. כי משך הטיפול במוצר ארבע שנים וזה החשוב. הטענה העקרונית...

דובר:

איזו תקופה מבחינתכם היא נכונה? איזו תקופה היית רוצה ש,

דובר:

משך הטיפול הממוצע הוא 4 שנים.

דובר:

ריסק שרינג לארבע שנים?

דובר:

שלוש נקודה משהו,

דובר:

אם זה יהיה ארבע שנים?

דובר:

כן. כנגד הגדלת המספרים.

דובר:

אני מסכימה איתך. גם אנחנו היינו רוצים.

דובר:

שואלת פה X איזה אורך של הסכם ריסק שרינג יהיה מקובל עליכם, לכן זו השאלה.

דובר:

תגידי חמש בשביל להגיע לארבע.

דובר:

אני חושבת שצריך לפחות חמש.

דובר:

הם אומרים ארבע.

דובר:

אנחנו אומרים, נתפשר על מספר החולים, ... פרקינסון, שיש מספר עצום של חולים, וכולם מגיעים לאנסטייג', לצערנו. עדיין המספר, אחרי הסכם חלוקת הסיכון זו הדרך היחידה להכנס. בסדר, מגיעים לעשרות אלפים ל- 75 חולים, אז בדרך יש כל מיני חישובים שחייבים ליטול. מסירים את ה,

דובר:

אני רואה פה מאה חולים.

דובר:

מאה, סליחה.

דובר:

מאה חולים ממה, עוד עשרה אחוז שמקבלים יותר מ... אחת ביום,

דובר:

כל זה, בסדר גמור, ... את ההסכם לחמש שנים, זה ירגיע אותנו.

דובר:

אני מעלה להצעה, אם אתם מסכימים, שנעביר את זה הלאה, אבל במפורש עם ההערה של X. החברה, צריך להביא במשך היום לידיעת החברה, שאם היא לא תשנה את הסכם הריסק שרינג, הסיכוי של זה להכנס הוא קטן מאוד.

דובר:

תבינו שהמשמעות של מה שאמר X, ששלוש שנים ומשהו בממוצע, המשמעות היא שהעלות לפרט הוא כ- 750,000 שקל. לאותם מאה חולים. אז אני אומרת, ההסכם שרינג צריך להיות מאוד מאוד טוב, או שהעלות פה משתנה פשוט לסדר גודל של 75 מיליון שקלים.

דובר:

זה בדיוק מה שאמרתי, אין שום סיכוי שזה ייכנס, לא ניתן לזה 25 אחוז מהסל, אם הם לא ישפרו את הסכם הריסק שרינג בצורה משמעותית ביותר. עם כל ההזדהות,

דובר:

יש לנו נסיון של שתי קופות שנותנות דרך השב"ן. יש מאמרים ועבודות שבוצעו על זה, זו לא טכנולוגיה מאוד חדשה. אנחנו בדקנו גם במחקרים את אורך החיים הממוצע של המטופלים, את משך הטיפול הממוצע שלהם במחקרים השונים. מדובר בפירוש על, לשמחתנו, כי הטכנולוגיה עוזרת ותוחלת החיים ארוכה, אבל צריך לקחת את זה בחשבון שאם זה לא נפתר בנושא הריסק שרינג, זה צריך להפתר במסגרת העלויות של הסל.

דובר:

בקיצור, שיבואו עם הסכם לחמש שנים.

דובר:

אני יותר מודאג מהמחיר הבסיסי, לא מהחמש שנים. זה צריך להוריד להם.

דובר:

X עושה באמת את המיטב שאפשר כמו שאתם יודעים, עובדת במקביל, בואו נראה מה יהיה הלאה.

דובר:

התרופה הבאה.

דובר:

הבאה זה ציסטגון שאני מאמינה שיש קונצנזוס להעלות, עמוד 4 למטה. התכשיר הבא זה קייסטון, לטיפול בחולי ציסטיק פיברוזיס, עמוד 6 למעלה. אלה שהם ... רזיזטנט. הלאה, התכשיר הבא, אלידל, אלידל ופרוטופיק, לטיפול באטופיק דרמטיטיס.

דובר:

גם בשנה שעברה היו לנו דיונים, זה נפל, X אתה רוצה להגיד משהו? אני בעד להעביר את

זה.

דובר:

אני בעד פרוטופיק.

דובר:

אני לא אובייקטיבי, לא רוצה להגיד כלום.

דובר:

אנחנו נעלה את שניהם.

דובר:

הסכומים הם לא גדולים, האוידנס היה A8-9, אמנם לפחות לגבי,

דובר:

מה שמעניין אותי לדעת, מבחינת האיגוד, מה היה עדיפות, הטוקטינו או ה,

דובר:

אני חושבת שהם לא נתנו עדיפות ספציפית השנה, אם אני לא טועה.

דובר:

הם לא אמרו מה עדיף?

דובר:

יש הבדל ענק ב,

דובר:

את ראית ששלחתי קריטריונים יותר ברורים?

דובר:

ראיתי את הקריטריונים, ואנחנו לא יכולים לקחת את כל הקריטריונים שאתה שם שם, כי לקחנו את הקריטריונים, אתה מדבר על האלידל והפרוטופיק?

דובר:

לא, על הטוקטינו.

דובר:

טוקטינו עוד לא דיברנו.

דובר:

אבל אני כן הייתי רוצה להסתכל גם על זה וגם על זה,

דובר:

זה שני דברים שונים לגמרי. תראי את העלות למטופל. העלות למטופל היא סבירה לגמרי, באלידל,

דובר:

דווקא בגלל זה, אם אנחנו נגיע למצב שאנחנו צריכים להכריע בין זה לזה, אז דווקא בגלל

זה,

דובר:

אבל זה שתי מחלות שונות.

דובר:

כרגע דנים לפי הסדר. נגיע לטוקטינו בהמשך ואז נראה אם אנחנו מעלים או לא. כרגע זה לא תלוי אחד בשני. אלידל ופרוטופיק עולים הלאה. פאלוקסי, תרופה למניעת בחילות והקלות לכימותרפיה,

דובר:

תרופה פליאטיבית שצריכה לעבור הלאה לפי דעתי.

דובר:

כן. אני בעד להעלות.

דובר:

אבל בישיבה לא דיברנו שאולי יעבור לחלק מה,

דובר:

לא, זה לפני השתלה,...

דובר:

על פאלוקסי את מדברת? פאלוקסי בעמוד 8 בחוברת, עמוד 1523 בספרים. זה גם עלות

לא גבוהה.

דובר:

גם קו ראשון להייליאמטיק, וגם למודלאטמטיק, שניהם עולים. הלאה. פיגוריק.

דובר:

שימו לב, אנחנו שלחנו לכם מכתב הבהרה של פרופ' X שהיא יו"ר האיגוד לריאומטולוגיה, כי אתם בדיון האחרון, שאלתם בעצם לגבי המשמעות של ה, אני רוצה לצטט במדויק את המכתב שלה. העברנו לכם הכל. כותבת ככה פרופ' X: לגבי פיגוריק: מספר החולים הנכשלים ל.... הינו זניח, תופעות הלוואי, זאת התוויה המרכזית למתן פיגוריק, שיהיו תופעות לוואי משמעותיות אשר דורשות הפסקת אלו... מוערך בסביב 5 אחוז. היא שלחה גם מאמר שהעברנו לכם. היא כותבת ככה: הטיפול ב... מוכח, אחרי לפחות שני התקפים כולל שני שלבים. שלב אנטי דלקתי בטווח המידי וטיפול מוריד חומצה אורית בשלב הארוך. הטיפול המוריד את הרמה של החומצה האורית הינו הטיפול בה' הידיעה, אשר ישנה את מהלך המחלה וימנע היווצרות של מחלה קולי-ארקטיקולרית ו... מצבורי חומצה אורית. טיפול אנטי דלקתי בלבד לאורך זמן אינו פתרון ואף אינו מומלץ לחולים הסובלים ממחלות נילוות כגון סכרת, אי ספיקת כליות, נציין ששכיחותן גבוהה בקרב חולי גאוט. בחולים הרגישים לטיפול ב... אין היום כל חלופה לטיפול פרט לפיגוריק. היא חזרה על החשיבות שהם רואים לתכשיר, ואני בעד להעלות את זה להמשך דיון. זה קבוצת חולים גדולה, העלות לא מאוד גבוהה,

דובר:

ואין להם חלופה.

דובר:

3,085 זה 5 אחוז מסך מקבלי האלופורינול, לא ב....

דובר:

על בסיס נתוני קופות חולים.

דובר:

כן אבל רוב אלה שמקבלים אלופורינול מקבלים לא בצדק. זה שריד לזה שכולם היו מקבלים כך. ממש, לא סביר בעיני ש- 3,085 זה חמישה אחוז מסך מקבלי האלופורינול בדין. ואת רואה שגם היא רומזת לך, היא כותבת גאוט מוכח. פעם ה... של אלופורינול היה דרמטי הרבה יותר. הוא ירד בשנים האחרונות, אבל אתה מאמין שיש בארץ 60,000 חולים שמקבלים,

דובר:

זה אמרתי גם קודם.

דובר:

רובם מקבלים בגלל שהיה להם 7.4 יוריק אסיד פעם אחת, והם מקבלים לא בצדק, אין הצדקה לזה.

דובר:

אנחנו ביקשנו מהקופות לחתוך לנו את החולים שמקבלים אלופורינול,

דובר:

אבל זה לא אינדיקציה, זה אלופורינול פוסט גאווט. את רואה, היא כותבת שני התקפי גאווט מוכחים.

דובר:

X צודק מבחינה מקצועית. יש שתי אינדיקציות לאלופורינול, כאלה שנותנים להם בגלל התקף של גאווט ועליהם אנחנו לא מתווכחים וכאלה שמישהו מצא להם ערך מוגבר, ורוב הרופאים היו נותנים אלופורינול לכל מי שיש לו ערך מוגבר,

דובר:

כמה שנים אתה כבר לא נותן,

דובר:

מליון שנה עד 13 לא נותן, ורק אם היה התקף קל. הבעיה היא,

דובר:

שאתה לא יודע כמה.

דובר:

אני לא יכול להגיד לך.

דובר:

אין בעיה, אנחנו נעשה את זה בועדת המשנה, נוריד את מספר החולים, ננסה לקבל הערכה לגבי הנושא הזה.

דובר:

לדעתי אפשר להוריד את זה בממש פי 6. ואז זה יענה ... זה מה שנראה לי.

דובר:

זה רק משפר את המצב של התרופה.

דובר:

אני לא אמרתי ש, אני רק הסכמתי להעלות את זה לועדת המשנה,

דובר:

X כמה גאוט ראית בשנה האחרונה?

דובר:

אתה רואה התקפי גאוט? אני לא רואה רקע שהוא לאלופורינול.

דובר:

צריך לזכור, עם כל הכבוד, בכל זאת, ... ריאומטולוג, ממש לא, אנחנו לא רואים את זה
ביום יום. כרופאים פנימיים, ממש לא. אנחנו עדיין רואים הרבה אלופורינול לא מוצדק. כולל את
ה...

דובר:

... להקטין את זה לאחרי גאווט, להתקפים ...

דובר:

אני חוזרת ומזכירה לכם לגבי התרופה הזאת שהיתה פעילות מאוד אינטנסיבית של איגוד הראומטולוגים להביא לרישום של התרופה הזאת בארץ בגלל שהם ראו לזה כל כך חשיבות. אנחנו חוזרים ומציינים את החשיבות של התרופה הזאת עבורם. העלות לא גבוהה, היקף המטופלים יותר נמוך, אז היא תרד פחות מזה. ואנחנו,

דובר:

השאלה איך תעריכו.

דובר:

ואיך נדע.

דובר:

אומר גם X, שהוא לא יודע לקבוע כרופא משפחה ש....

דובר:

נעלה את זה בישיבת ועדת המשנה ואנחנו נחזור אליכם עם מספר, הוא יהיה יותר נמוך,

דובר:

היא כותבת שני התקפי גאווט מוכחים.

דובר:

אנחנו לא נדע את זה, סליחה, זה .. מנגנון לניהול הגאווה, לתמחר את המנגנון של הניהול.

דובר:

זה מוריד את היוריק אסיד,

דובר:

רק מוריד יוריק אסיד.

דובר:

זה הטיפול החשוב.

דובר:

אין לי בעיה שזה ייכנס בפעם אחרת.

דובר:

לא חשוב, מניעת גאווה, אין ... מי שעבר גאווה צריך לשמור על יוריק אסיד.

דובר:

אתה יכול לראות רישום בתיק מתי היה,

דובר:

אין לזה מחקר ש מראה שזה מפחית את ההתקפים.

דובר:

אבל יש מחקר שמראה שהורדת היוריק אסיד מפחיתה.

דובר:

זה אסוציאציה.

דובר:

היא שלחה את זה, היא שלחה מאמר עדכני,

דובר:

זה לא בעדיפות גבוהה, אני מצטער.

דובר:

למה לא, בעדיפות גבוהה.

דובר:

הם מסבירים שזה אלגוריתם הטיפול הנכון, שלתת נוגדי דלקת זה לא טיפול ארוך טווח
וזה הטיפול ארוך הטווח הנכון בחולים. ובחולים שאין להם אלופורינול לא יכולים לקבל ...

דובר:

אנחנו לא נותנים נותני דלקת,

דובר:

אתה נותן חצי מ"ג כפול 2 ... נכון?

דובר:

... אין בעיה לתת. אין לזה תופעות לוואי כמעט.

דובר:

כן אבל הוא לא עושה כלום ליוריק אסיד.

דובר:

אני לא מכירה הרבה מצבים שבהם איגוד עשה כזה מאמץ לרישום תרופה בארץ, אם הוא לא היה קובע שזה מאוד חשוב.

דובר:

....רשם להתקפים, אבל זה לא יהיה היום.

דובר:

אבל זה לא קשור להתקפים.

דובר:

כי בלי התקפים,

דובר:

זה שאת מנסה להוריד את המספר של החולים, זה לא עוזר לנו. אנחנו לא יודעים לזהות

אותם.

דובר:

אני לא מנסה להוריד את המספר של החולים. סליחה, הביקורת שהיתה פה על מספרי החולים באה מחברי הועדה שחושבים שלא. אז קודם כל אל תגיד את מנסה להוריד את מספרי החולים. אין שום בעיה לשבת ולעשות את החשיבה. עדיין התרופה חשובה ויש לה מקום, בקרב חולים שאין להם חלופה אחרת. זאת החלופה שלהם. זאת החלופה שלהם, וזה הטיפול עבורם.

דובר:

איך תתבצע הבקרה, זה מה שאני מנסה להסביר לה, היא עובדת לפי כמה שמקבלים היום את האלופורינול,

דובר:

אנחנו לא הקבלנו בחישובים שלנו את מספר ההיקפים.

דובר:

אני מצטרף לאלה של להעביר לשלב הבא. אבל X את צריכה לדעת, אנחנו נחזור אחר הצהריים ולא יהיו הרבה חידושים. כי עומדים פה שני הרופאים של הקופות הגדולות ואומרות

שאין להם שום דרך לא לנטר מי מקבל אלופורינול כדון, כלומר פוסט גאוט, ומי מקבל את זה בגלל הפריימרי פוריצמיה שהיום לא נותנים את זה, ואין דרך למספר את החולים. לו היינו יודעים שה- 3,085 חולים היה יורד ל- 300, אני חושב שכולם היו מאשרים את התרופה הזאת היום, ללא שום בעיה, בלי הניטור. אני חושב שגם אתם תסכימו, לא מדובר בתרופה מצילת חיים, מדובר בתרופה, אתם תחת הרושם, בגלל הלחץ על הרישום, שיכול לבוא מכל מיני סיבות, ובגלל שהאיגוד הראומטולוגי, ויש לנו שיקולים כאלה בוועדה, ואני אשמח לשמוע את דעת חברי הועדה, שאם יש איזו שהיא דיסציפלינה שמגישה לעיתים נדירות, או שמגישה ולא נענית כל שנה, משהו צריך לעשות בשבילה במחיר סביר. גם זה שיקול. עוצמתו היא לא גדולה, אבל זה שיקול. יש לנו תרופה לגיבוניל לידיופאטיק, שאני חושב שהיא תקבל ניקוד גבוה, תיכף נדון בה, אבל באמת לראומטאולוגים זאת התרופה היחידה שהם הכניסו, ראומטאולוגים של מבוגרים, עד כמה שאני זוכר. אז 6 מליון, בואו, ננסה לחזות מה יהיה אחר הצהריים. ב- 6 מליון זה יפול. השאלה אם יש איזו שהיא דרך להוריד, כי אין ספק שהמציאות האמיתית היא שיש הרבה פחות חולים. אין לי ספק בזה. רוב ה- 3,000 הללו, זה היפר אוריצמיה בלי גאוט. והיא מדגישה במכתב שלה, הד"ר X, שהתקפי גאוט מוכחים, יודע צדיק, לכן היא ציינה את זה, זה מודגש בקו אפילו.

דובר:

אני רוצה להגיד שמי שמטפל במחלה הזאת זה לא ריאומטולוגים, זה רופאי משפחה מטפלים בזה. אז אין להם שום לברג', של רופאי משפחה, כמה שהם רואים.

דובר:

הם רואים את הגאוט. רופאי משפחה רואים את ה...

דובר:

הם רואים את הגאוט, הם רואים את החולים, והם אלה ש... והם אלה שרואים את תופעות הלוואי, זה לא כצעתה.

דובר:

דרך אגב, יש לי פה מספרים טריים מהתנור, מהכללית מדברים על 35,000 חולים.

דובר:

בסדר, אבל זה ידענו. יש לך חתך גיל? חלקם בני שבעים שמקבלים את זה מגיל שלושים.

דובר:

אבל זאת גם לא תרופה יש עליה בלאט בוקס, והיא לא..

דובר:

חל שינוי בגישה לתרופה. באמת פעם היו נותנים לכל היפר יוריצמיה. כבר שנים, 20 שנה לא נותנים. אני מציע בכל זאת, גם למען הניראות וגם פרקטית. אם את חושבת שתוכלי להגיע מול הקופות להגבלת מספר החולים ולניטור, אז בואו נעביר את זה לשלב הבא. אם זה יישאר 6 מליון, זה קרוב לוודאי יפול בתיעדוף הסופי. מקובל?

דובר:

מקובל.

דובר:

אוקיי, התכשירים הבאים זה התכשירים האטיפיים. בעמוד 14.

דובר:

אולנזאפין ו... .

דובר :

הרחבת מסגרת ה טיפול קו ראשון.

דובר :

אני חושב שזה חייב לעבור, קיימנו על זה דיון בשנה שעברה, גם אז הרף התנדנד, טילפנו לפסיכיאטרים, אני חושב שהשנה זה חייב לעבור ולא בגלל נזיפותיו של X.

דובר :

זה לא צריך להשפיע.

דובר :

אמרתי, לא בגלל.

דובר :

הוא התכוון למרות.

דובר :

שאלנו בדיונים וקיבלנו תשובה, שבכל זאת היום שליש מהחולים נשארים על ריספרדל. אז אם אנחנו מעבירים את כל התרופות האלה אל קו ראשון, אנחנו בהגדרה יוצרים פה נטל עודף של שליש שמסתדרים עם הריספרדל ועכשיו יתחילו בתרופות האלה בקו הראשון.

דובר:

השאלה אם זה תוחשב ככה. ה- 12,700 חולים,

דובר:

לא, אין סיבה אבל שהחולים החדשים עכשיו שיתחילו לקבל תרופות, הם כבר לא יקבלו את הריספרדל, הם יקבלו ישר את הקו הראשון, למרות ששליש מתוכם היו יכולים לקבל ריספרדל ולהיות בסדר.

דובר:

אין שיטה נגד זה, אין מה לעשות.

דובר:

לכן אני אומרת שלא הייתי מעלה את זה אוטומטית לתיעדוף כי יש פה בתוך ה מספר הזה נטל עודף שלא מביא תועלת,

דובר:

זה לא שיווק, כשמדובר על תרופה שיש קונצנזוס שיש לה קצת פחות תופעות לוואי, אולי טיפ טיפה יעילות, על זה יש מחלוקת, אז הנימוק שאת מעלה הוא לא סיבה לא לעבור לשלב הבא?

דובר:

הוא סיבה, אם התרופות האלה בכל מקרה נמצאות בקו שני. זה לא שאין גישה לתרופות האלה. הן נמצאות בקו שני, שליש מהחולים נשארים..

דובר:

אבל אז את מחייבת כל חולה חדש לעבור את הריספרדל, ובזה היינו כבר בדיון בשנה שעברה והתקדמנו בו.

דובר:

לא התקדמנו, חלק מאיתנו נשארו באותה טענה.

דובר:

אני מסכימה עם X.

דובר:

אוקי, בואו נפתח את הדיון. תראו, זה שוב עניין של פרסונלס מדיסין. אנחנו לא יודעים מי יוכל להנות מרספרדל במחיר תופעות לוואי סביר.

דובר:

גם הם לא יודעים עד שלא מנסים. מה שקורה, שהם עושים לך איזו שהיא הנחה, ממה תיהנה יותר מתוך המגוון. זה גם לא יודעים... אתה יכול לא להגיב לתרופה הראשונה,

דובר:

אפשר לחזור לאוידנס, אני התרשמתי שהתקדמנו בשנה שעברה, הן בפרופיל תופעות הלוואי המוטב, והן בזה שכמו ש X אומרת, רוב ה חולים, שני שליש לדעתך, ייהנו מאפיקסי יותר טוב של אולנזאפין בקו ראשון. כששני הנתונים האלה קיימים איך אפשר לא להעביר את זה הלאה?

דובר:

יש היום מנגנונים של ועדות חריגים שאם הרופא יודע מראש שאתה לא ... רספרדל, הוא פונה לקבל את הקו השני,

דובר:

כן אבל זה מיעוט קטן מאוד.

דובר:

רק צריך לזכור באיזה חולים מדובר. זאת אומרת, אם חלילה יש לי מחלה אחרת והרופא אומר בואי ננסה איתך כך ואם זה לא ילך, ולא תגיבי, ננסה כך, אז אני נותנת אמון ברופא ואני משתפת פעולה ואני אומרת בואו ננסה את השלבים השונים. אחת הבעיות החמורות, לא רק חברתיות, זה שאנשים מתיאשים מטיפול, ונסיון ראשון כושל יכול להביא לחוסר שיתוף פעולה בהמשך וזה שיקול כבד משקל. זה לא כמו קו ראשון ושני במחלות אחרות.

דובר:

כן, אבל גם כשאתה ... בתרופות החדשות גם אתה יכול להכשל.

דובר:

כן, אבל אם יש אווידנס,

דובר:

זה סיכוי יותר נמוך.

דובר :

כן.

דובר :

פחות תופעות לוואי, דברים שהם יותר מתאימים לאותו חולה,

דובר :

לא מרשים, קטן מאוד. מדברים בכלל בחלק כרוני, על התסמונת המטבולית, על ההשמנה וכו', שמתברר תוך שנה או שנתיים, לא ביומיים. אז רוב תופעות הלוואי,

דובר :

היא הנותנת, אם זה מתברר תוך שנה שנתיים זה בעד להעביר את זה הלאה. אתה נותן לחולה שמסתובב מסכיזופרניה להסתובב שנה- שנתיים לראות אם הוא ישמין.

דובר :

ולהוציא על זה 16 מליון שקל , זה ,

דובר :

זה רק אומר שהם לא ישתמשו יותר בריספרדל בגישה שלך.

דובר :

נכון.

דובר:

אני מאמין שבאמת לא ישתמשו בריספרדל,

דובר:

הם ישתמשו בחלק מהמקרים, כמו שלמשל חשבנו שטרשת נפוצה, אם יהיו תרופות פומיות בקו הראשון לא ישתמשו לחלוטין. לא, בפירוש חלק מהרופאים מתאימים את התרופה הזאת לתרופה אחרת, מה שהם רוצים זה שיהיה להם יותר ארסנל, לאופציות של ארסנל טיפולי.

דובר:

אפשר אבל לקבל עוד פעם את האינפורמציה מהתרופות, כי אני זוכרת ששנה שעברה שהם דיווחו שאחרי חודש מקבלים כבר את הקו השני.

דובר:

זה בתופעות לוואי אחרות, לא ב... יש תופעות לוואי אחרות אז עוברים לקו שני והטיפול קיים בסל בקו שני. לכן לא כצפקתה.

דובר:

זה מה שאני אומרת, שזה נתון חשוב, להבין מה משך הזמן.

דובר:

אתם רוצים לחזור לאוודנס?

דובר:

כן.

דובר:

היה פחות תסמונת מטבולית.. בהשוואה לריספרדל,

דובר:

יש לנו מחקרים של ציפרקסה, של אולאנזפין מול ריספרדל? המחיר כזה גבוה למרות שהוא נהיה גנרי?

דובר:

מה שדיברנו, לגבי כל התרופות האטיפיות, שהיתרון כשהם פותחו היה בעיקר לגבי פרופיל תופעות הלוואי של התרופות הקלאסיות, פרידול ושות', שהיו כרוכות בין היתר לדוגמה בתופעות אקסטרה פירמדיליות. כל מיני טיקים, תנועות לא רצויות, שבחלק מהחולים גם ... הפסקת הטיפול. ואז התפתחו התרופות האטיפיות שריספרדל וציפרקסה היו ראשונות, אי שם בסוף שנות התשעים, וכך הם גם נכנסו, בשנת 1997. דצמבר 1997, עדכון הראשון של הסל, נכנסו שתי התרופות האטיפיות הראשונות בקו טיפול שלישי. התקדמו לאט לאט, ובשנת 2000 בגלל פער במחירים שהיה בין ריספרידול לבין אולאנזאפין, הוחלט שריספרידול תתאפשר כקו טיפולי ראשון בחולים שמאובחנים לראשונה, והציפרקסה תינתן כקו טיפולי שני, או בחולים שיש להם מראש קוי התנהגות אלימים ובילדים האופציה תינתן כבר כאופציה טיפולית ראשונה. עם הזמן נוספו עוד ועוד תכשירים אטיפיים לארסנל. ההבדל ביניהם הוא רק בנושא של תופעות הלוואי. אין חד משמעי מחקרים שמוכיחים עליונות של אחת לגבי רעותה, ובאמת כל הרעיון פה הוא באמת לעשות מייקינג נכון, פר המאפיינים של החולה. תופעות הלוואי נעות על טווח יחסית רחב, כל חולה וחולה צריך בעצם את ההתאמה הטיפולית הנכונה בו. וזה היה הרעיון הטיפולי

שדיבר על ההקדמה של התכשירים האטיפיים לקו הטיפול הראשון. אנחנו לא מדברים פה על שיפור ביעילות אלא על שיפור בפרופיל של תופעות הלוואי והתאמתן ספציפית לחולה, ופר הגדרה בשאיפה, במיוחד באוכלוסיית החולים האלה, גם שיפור ה... כתוצאה מהעובדה שפרופיל תופעות הלוואי יותר יתאים פר חולה.

דובר:

ריספרידל הוא גם תכשיר אנטי פסיכוטי אטיפי, השאלה אם הריספרידל שבסל, פרופיל תופעות הלוואי שלו שונה מיתר האטיפיים.

דובר:

לא, כל אחד יש לו את הפרופיל שלו.

דובר:

היום אתה מכריח את כולם לעבור דרך ריספרידל.

דובר:

אני שואל את השאלה כשאני חושב שאני יודע את התשובה. לדעתי פרופיל תופעות הלוואי דומה. מה זאת אומרת? אישית, כל אחד יכול להיות שלמישהו יהיה תופעות לוואי עם זה ולא עם זה, אתה לא יכול לדעת את זה מראש. אם אנחנו מכניסים את זה כקו ראשון, אני חושב שאין צורך. בעצם הרגנו את ריספרידל כמעט.

דובר:

יש חולים שלא יוכלו לקבל זיברקסה, כי היא לא טובה להם.

דובר:

מי? בואי תגידי לנו מי.

דובר:

לא, זה אישי. אתה לא יודע.

דובר:

מה זה אישי? הוא ידע מראש.

דובר:

הוא לא ידע מראש.

דובר:

זה בכל מקרה ניסוי וטעייה, אז מה החיסרון הגדול להתחיל עם התרופה היותר זולה?

דובר:

זה חולים שאתה לא יכול לעשות עליהם ניסוי וטעייה כמו חולים אחרים,

דובר:

אז אם אנחנו יודעים מראש, בואו נגדיר אותם מראש.

דובר:

לא לעומת ריספרידל, אלא לעומת יתר האנטי פסיכויטיים.

דובר:

לא, גם לעומת הריספרידל. בפירוש.

דובר:

אני הבנתי שגם לעומת ריספרידל.

דובר:

אף אחד לא אומר שיש להם פרופיל תופעות לוואי יותר טוב מריספרידל, אנחנו אומרים שפרופיל תופעות הלוואי שונה בכל אחד ואחד,

דובר:

הוא אינדיבידואלי.

דובר:

נכון.

דובר:

תני לנו דירוג של הפסיכיאטרים?

דובר:

מקום ראשון, במשך כבר כמה שנים, וכל שנה זה נדחה ונדחה ונדחה, ולכן היה, המחקרים שקיבלנו.

דובר:

... נכנסות עוד תרופות לקו השני והמגוון הוא עצום.

דובר:

אבל אנחנו את כל התרופות מכניסים פה כחבילה אחת. זה לאפשר להם לבחור, ואין לכם מחלוקת על המחיר.

דובר:

זה המון כסף.

דובר:

על הכסף אז נדבר בסוף. אבל לא להעביר את זה לשלב הבא עכשיו? זה מוזר לי.

דובר:

אני יודעת שהאנשים האלה זקוקים להתייעצות אישית. גם ככה הם מרגישים המון בדידות ומצוקה מאוד קשה. אני חושבת שזה ההתייחסות האישית, ההתאמה האישית יכולה לעזור להם ...

דובר:

הבעיה שאין לנו נתונים להתאמה אישית. אבל לא משנה, אני מבין את העקרון שלך ומסכים איתו.

דובר:

אני לא מבינה ברפואה כמוכם, אבל יש לי ראייה יותר חברתית פסיכולוגית, אני חושבת שלקבוצה הזו מגיעה התרופה הזאת.

דובר:

אני מסכימה. צריכים להעביר את זה הלאה. זה מקום ראשון בכל ההמלצות שלהם ויש לזה פחות תופעות לוואי אקסטרא פיראמדיאליות. מי שאפרופו מקבל את הטיפול זה לא החולה, זה המשפחה. המשפחה באה עם החולה,

דובר:

לא לעומת ריספרידל.

דובר:

לא לעומת ריספרידל, נכון. המשפחה של החולה, המשפחה מאוד קשובה,

דובר:

אבל גם לשיטתכם שלא לעומת ריספרידל, אתם מסכימים שחלק יגיבו ככה וחלק יגיבו ככה. וחלק יגיבו לזה יותר גרוע וחלק יגיבו לזה. ולכן הבחירה מתחייבת, ולא לחכות ולהגדיר כשלון בחולים שבשבילם כשלון זה דבר..

דובר:

אם היינו יודעים מראש להמנע מהניסוי וטעייה הזו והיה לנו פה אלגוריתם שמבטיח את זה, אין ויכוח. אבל אני אומרת, אנחנו לא נמנעים מניסוי וטעייה גם בתוך הקבוצה שהיא היום בקו השני. כל מה שאנחנו עושים פה, אנחנו מבטלים את השיקול שהיה פה רלוונטי שיש תרופה אחת שהיא יותר זולה.

דובר:

אני מקווה שעמיתי הרופאים בוועדה יאשרו. יש גם יתרון לתת לרופא תרופה שנוח לו להשתמש בה. בין אם הוא מכיר אותה יותר, בין אם הנסיון שלו כזה, אנחנו כולנו מכירים את זה. וזה מה שמבקשים, הם מבקשים את זה בדירוג ליגה 1 וכבר הרבה מאוד שנים, ועל החולים כבר שמענו שזה לא החולים הרגילים. שזה לא האסימפטומטיק יוריק אוריזמיה. אז איך אפשר לא להעביר את זה לשלב הבא. אז בבקשה בואו נעביר את זה לשלב הבא ונריב על זה אחר הצהריים.

דובר:

אוקיי.

דובר:

התכשירים הבאים זה הקבוצה של הפרקדסה, אליקוויס וקסרלטו, למניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פירפור עליות, הרחבת מסגרת ההכללה בסל ל-... 3.

דובר:

גם זה דיון סוער בשנה שעברה, אני חושב שהספרות התבססה השנה. גם דימומים, התבססה,

דובר:

עמוד 3,029. בחוברת זה עמוד 14.

דובר:

אוקיי,

דובר:

זה ביחד עם הסכיזופרניה.

דובר:

אתה מסכים לאותה מסקנה בנסיבות אחרות? או לא? אותה מסקנה, שצריך להעביר את זה הלאה. שנה שעברה הרף התנדנד בנושא של הצ'אז סקור, אני מזכיר לאלה שלא אנשי מקצוע בחברי הועדה. מדובר בחולים שסובלים מפרפור פרוזדורים שהופך אותם מועדים לסטרוק, מועדים לשבץ המוח. צ'אד סקור, זה סקור. אמרנו, אם יש אי ספיקה נותן נקודות, גיל גבוה נותן נקודות. סוכרת נותן נקודות, יתר לחץ דם נותן נקודות. הצ'אד סקור נותן לנו את הסיכוי מדי שנה לפתח סטרוק. זה נמצא בסל לדרגת חומרה של הסקור הזה של 4. וזה שנה שניה או שלישית שמבקשים להוריד בדרגה אחת. כלומר גם חולים, אני לא זוכר בדיוק את האחוזים, אבל שיש להם 3 אחוז לשנה ולא רק 5 אחוז לשנה לעשות סטרוק, שתינתן להם התרופה הזאת למניעה, שאני חושב שהיום, יתקנו אותי עמיתיי אם אני טועה, יתרונותיה על קומדין, היכולת לשמור בתוך הטווח האנטיקואגולנטי הם ברורים מבחינת דרך השימוש, מבחינת תופעות לוואי עוד לא הוכרע. יכול להיות שיהיה קצת יותר דימומים.

דובר:

לא,

דובר:

אתה לא מסכים?

דובר:

לא, אין טווח אנטיקואגולנטי. כאן אין בדיקה, אין טווח,

דובר:

זאת אומרת אתה חושב שאנחנו לא מודדים אז זה לא,

דובר:

אפשר לבדוק, פקטור-פקטור,

דובר:

כן אבל יש המון עבודות שמראות את האפיקסי. זה לפחות כמו קומדין.

דובר:

המינוס של זה, זה הסכנה לדימום שאי אפשר לעצור אותו. אבל,

דובר:

זה בדיוק מה שקרה השנה בספרות, שהבהלה מזה ירדה מאוד. ולכן התקדמנו משנה שעברה, ובוודאי השנה הבאה,

דובר:

רק ל-AFIB,

דובר:

זה האינדיקציה.

דובר:

לא, היה PE,

דובר:

כתוב, תסתכלו. מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פירפור עליות. פירפור עליות זה תרגום עברי של AFIB. בסדר, עובר הלאה?

דובר:

עובר הלאה.

דובר:

התכשיר הבא זה ג'וקסטאפיד. לטיפול בהיפרכולסטרולמיה משפחתית.

דובר:

זה המון, למעטים, אבל,

דובר:

אני רק אעדכן שחל איזה שהוא שינוי במחיר. זה עכשיו 1,146,814 למטופל, בסך הכל 8.028 מליון.

דובר:

הערות להעברה או לא העברה לשלב הבא?

דובר:

יש לי הערה טכנית. אני בעד צריך להגדיר את זה לאלה שיש להם הוכחה גנטית,

דובר:

הומוזיגוטי, כתוב.

דובר:

אנחנו נצטרך בועדת המשנה ... למספר, כי זה אחד למליון.

דובר:

זה מליון לשנה למטופל לאורך שנים, תרופה שאין לנו נסיון איתה בכלל, חדשה מאוד, אני חושבת שזה דורש מחשבה.

דובר:

כן זה המון,

דובר:

אנחנו הולכים עכשיו להתחייב על טיפול של 30 שנה באדם, או יותר, ...

דובר:

הטיפול זה כמו דיאליזה.

(מדברים ביחד)

דובר:

אני אחזור על המחקר המרכזי, זה המחקר פיזי 3, מרכזי, של 29 חולים בני 18 ומעלה, שקיבלו יחד עם כל הטיפולים להורדת שומנים בדם שזה הסטטינים, ... ניאצין פיבראט, וגם אפרזיס, הפריימרי אנד פוינט היה בעצם השינוי באחוזים ברמות LDL כולסטרול מהבסיס ועד השבוע ה- 26. בממצאי המחקר רואים בכל המדדים, בהורדה של LDL כולסטרול, כולסטרול כללי, נון HDL, טריגליצרידים וכו', ירידה של כ- 50 אחוז במדדי שומני הדם,

דובר:

שהם כולם על אפרזיס?

דובר:

18 מתוכם היו על אפרזיס. הם הורידו כ- 50 אחוז מערך השומנים בדם, ריכוז LDL כולסטרול נשאר נמוך ב-44 אחוז גם בשבוע ה-56, וב-38 אחוז בשבוע 78, ההיענות היתה גבוהה, כ-93 אחוז, רוב תופעות הלוואי היו קלות. בשליש מהחולים תופעות לוואי גסטרו אנטסטינליות, ואפילו בנקודת זמן אחת או יותר של המחקר, 55 אחוז מהחולים הגיעו לרמת LDL נמוכה מ-100 ו-31 אחוז הגיעו לרמת LDL נמוכה מ-70. בעשרה חולים נצפתה עליה ברמות ALT או AST או שניהם, למעלה מ-פי שלוש מהנורמה והם טופלו על ידי הפחתת מינון. לא היו חולים שהפסיקו טיפול בשל עלייה באנזימי כבד. שלושה חולים הפסיקו טיפול בשל תופעות לוואי במערכת העיכול.

דובר:

האפיקסי נשמע לי מאוד משכנע. לא יודע למה שמנו A8-9 ולא 9.

דובר:

כי הם קיבלו אפרזיס.

דובר:

גם זה וגם שזה רק סרוגייט מרקר, בסוף, ה-LDL. אין ממצאים ש,

דובר:

אבל זה סרוגייט מרקר מאוד הגיוני.

דובר:

זה בא להחליף את הפרזיס או כתוספת?

דובר:

להוריד כמויות.

דובר:

29 חולים, מתוכם כמה אמרת קיבלו אפרזיס?

דובר:

18.

דובר:

זה לא בא להחליף את זה לגמרי. זה תוספת. המחיר הוא מאוד גבוה.

דובר:

אם זה מחליף זה עלות שונה לחלוטין.

דובר:

בחלק מהחולים זה מחליף, בחלק מהחולים זה מוריד, ואת העלויות האלה הפחתנו.
לקחנו בחשבון והורדנו. מה שאתם רואים פה, זה מחיר נטו. העלות היא יותר גבוהה.

דובר:

אבל צריכים לזכור שמתוך 29, 18 היו עדיין על אפרזיס.

דובר:

זה לא טיפול חד פעמי. זה טיפול שאדם יתחיל לקבל אותו, יקח את זה לאורך כל חייו.
אני חושבת שאנחנו צריכים להיות מאוד בטוחים בטיפול, לפני שאנחנו מחליטים להשקיע סכום כזה.

דובר:

את רוצה לחכות שנה?

דובר:

מה זה יעזור?

דובר:

אני חושבת שצריך לחכות שיהיה קצת יותר נסיון לפני שמחליטים שמשקיעים בחולה -30
40 מליון שקל ל.....

דובר:

בינתיים כתוב שזה צפוי לשפר שרידות. אין תוצאים קליניים.

דובר:

צריך לנקוט בזהירות,

דובר:

את ההארד אנד פויינט לא נקבל בקרוב. גם לא בשנה הבאה.

דובר:

עוד מחקרים, נסיון בארץ, יתחילו לקבל מטופלים, יהיה לנו קצת,

דובר:

איזה נסיון בארץ? מה, אנחנו עושים מחקר פה? לא יהיה מחקר על השבעים חולים.

דובר:

אבל מהעולם יגיע. כמו שיש לנו פה מחקר על 29 חולים, יהיה מחקר על שבעים חולים.

דובר:

אנחנו משלים את עצמנו, לא יהיה יותר אוידנס לא מהארץ ולא מחו"ל.

דובר:

למה שלא יהיה? יש את התרופה הזאת, יש תרופה מתחרה,

דובר:

מה שצריכים לעשות עכשיו זה להוריד להם את המחירים. זה הכל.

דובר:

אבל התרופה המתחרה לא היתה ב,

דובר:

אנחנו דירגנו אותה יותר נמוך.

דובר:

אפשר באתר של ה- NIH לבדוק אם יש סטאדי שלה.

דובר:

בגלל שה- 18 קיבלו,

דובר:

הם לא כותבים, אתם צירפתם לנו את המחקר בפעם הקודמת,

דובר:

כן, אבל מצד שני אפשר להסתכל גם הפוך, אחרי אפרזיס הירידה הנוספת בכולסטרול
היתה בין 38 ל- 50 אחוז.

דובר:

אבל מה שחשוב להדגיש, שזה לא ביטל את האפרזיס.

דובר:

חלק כן וחלק לא.

דובר:

מה שכן, החברה שיודעת שהיא קיבלה 9-98, היא כמובן נוח לה עכשיו. היא במחיר שלה כי היא יודעת שהיא בתיעדוף גבוה. אם היא היתה בסיטואציה של B7,

דובר:

אתם רוצים לנהל בצהריים דיון עם החברה? לגבי הורדת מחיר.

דובר:

זה המחיר ש... בואו נוריד את זה מהשולחן, אם ירד המחיר, נדבר. אם לא, אז לא.

דובר:

אז מה צריך ... את זה עכשיו כשהמחיר הוא איליביטורי, אם הם לא יעשו את התהליך, 30 אחוז ירדו במחיר, אז אין מה לדבר.

דובר:

עוד משהו אחד, לקראת סוף 2014 עומדות להגיע עוד תרופות בתחום הזה, אז המחירים בהמשך אני חושב שכן ירדו, ולכן אולי צריך..

דובר:

איזה עוד תרופות?

דובר:

אתה לא יודע את זה מעכשיו בטוח, שהן יגיעו.

דובר:

אז לכן בואו נדחה את זה לשנה הבאה.

דובר:

אולי יגיע אולי לא יגיע.

דובר:

אנחנו יודעים את הגיל של החולים בארץ? הם נפטרים בגיל צעיר, זאת הבעיה. מאחורי השאלה שלי עומד העניין מה הסיכון לחכות שנה להצטברות אווידנס.

דובר:

אין לי את הגילאים.

דובר:

אבל הם נפטרים בגיל שלושים, מהתקף לב, אני צודק?

דובר:

כן, ממחלות לב.

דובר:

אבל בגיל שלושים.

דובר:

כן.

דובר:

אני יודע שאם היו מסבירים לחברה עכשיו שבמחיר הזה זה לא עובר, הם היו מורידים את המחיר, זה הכל.

דובר:

אני מציעה להוריד את זה, לא להעלות את זה, ובמידה והחברה תוריד מחיר, אז נעלה את זה מחדש.

דובר:

צריך להסביר לה את זה עכשיו.

דובר:

מה שבטוח זה לא יעלה

דובר:

אז שזה לא יעלה. אין מה לעשות. כי זה נראה לי באמת בעייתי. אם יש לנו תרופות שעומדות להכנס, ואנחנו לא כל כך בטוחים לגבי התרופה הזאת, ועם כל הצער שבדבר,

דובר:

זה מחלת יתום. במחלות יתום הסיכוי שתדעי משהו בעוד שנה הוא קטן מאוד.

דובר:

אני מזכיר לכם שבנגלה הבאה נצטרך להוריד הרבה תרופות. הגענו בטח לחצי מהטכנולוגיות, והעברנו את כולן.

דובר:

לא העברנו את העיניים ואת הלוסנטיס.

דובר:

אז בסופו של דבר נצטרך לחתוך בבשר החי, וזה יהיה מועמד. אבל אני מצטרף לאלה ש, לומר לחברה שזה לא נכנס במחיר הזה, זה מקובל עלי.

דובר:

מקובל.

דובר:

לי יש בעיה עם המחלה הזאת. אני חושבת שזה טיפול ראשון שהוא פורץ דרך אצלם. חוץ מהפלאזמה פרוזיס, וזה מחלה קטלנית, ואני חושבת שהטיפול, זה הוריד את ה-LDL

כולסטרול בהרבה. גם אם ימשיכו לעשות את הפלאזמה פרזיס, אבל זה ירחיק מהם את הטרשת והם יחיו יותר זמן, זה שווה.

דובר:

הם מקבלים את ההתקף לב בגיל 11.

דובר:

לא, מה פתאום.

דובר:

זה בפרוגיריה. לא בהומוזיגוטי. אני אומר, נדמה לי שתוחלת החיים היא 30. אם אני לא טועה. א. צריך לבדוק את זה. ב. התשובה לך היא, האקוסר.. פרייס.

דובר:

אז צריך ללחוץ עכשיו על החברה.

דובר:

לכן אני חושב שזו החלטה פרופרופרציונלית שהחברה תתכבד ותוריד את זה ב- 50 אחוז.

דובר:

אנחנו נבקש מ-X שתיצור איתם קשר. אז כרגע זה לא עולה. התכשיר הזה זה פלוריסט. מופיע לכם בעמוד לאחר מכן, בספרים 3,303, בחוברת הזו בעמוד 15. גילאי 5-2 כולל 5, זאת אומרת ארבעה שנתונים. מה שאתם רואים פה זה בעצם,

דובר:

זה צריך לעבור,

דובר:

אפשר להעביר.

דובר:

אוקיי, נעביר לשלב הבא.

דובר:

למה? יש חלופה שהיא חלופה אחרת.

דובר:

אני גם לא חושבת שצריך לעבור.

דובר:

נכון שזה ישפיע על ההיענות, אבל יש דברים יותר, אנחנו עכשיו בדיוק בשלב של התיעדוף, די, צריך כבר להתחיל לחתוך.

דובר:

בדיוק בגלל זה רצו את העשרה הנבחרים, כי ידעו שבשלב הזה עכשיו צריך לחתוך.

(מדברים ביחד)

דובר:

השאלה שעומדת בפנינו זה מה לעשות חיתוך עכשיו ומה לעשות חיתוך אחר הצהריים. אני חשבתי שהחיתוך עכשיו באמת צריך להיות דברים, כמו שעשינו, שהמחיר הוא בלתי סביר בעליל. פה את מקבלת ילדים מגיל שנתיים עד חמש, זה נכון, שהנימוק בעד לא להעביר לבא, שזה 76 שקלים השתתפות עצמית. אבל אנחנו גם יודעים שהחלקים הכי חלשים של האוכלוסיה, זה מה שיעשה את ההבדל?

דובר:

יש לנו אלטרנטיבה. אפשר לחסן ילדים, פעם ראשונה זה רק שתי זריקות, אחר כך זה ...

דובר:

אבל זה לא אותו דבר. אפילו משרד הבריאות אומר שיש עוד זן נוסף.

דובר:

לא, זה קישקוש.

דובר:

זה משרד הבריאות שלך.

דובר:

ההמלצה של משרד הבריאות לגילאים האלה לתת את הפלומיס.

דובר:

אם אתם ממליצים, אתם צריכים...

דובר:

היום כללית נותנת את זה בשב"ן במחיר מאוד נמוך, אפסי, ויש שם 20 אחוז היענות. אני לא חושבת שזה מגיע לשלושים. ואני חושבת שזה לזרוק סתם כסף.

דובר:

אני לא חושב שזה צריך לעבור. אם יש לי שלושה חיסונים, יש לנו כרגע קטגוריה של שלושה חיסונים, אני צריך לבחור לפחות אחד מהם. זה לדעתי מה שזה אומר.

דובר:

שלושה בתיעדוף הסופי. אני מפנה את תשומת ליבך למכתב של פרופ' X, מכתב מנומק

היטב.

דובר:

אם זה לא עובר ... שהמשרד מפסיק לשווק את זה ולהפסיק להטעות את הציבור.

דובר:

כרגע בתיעדוף הסופי, תסתכל בחוברת, יש שלושה. אבוסינאגיס, פלומיס וגרדסיל,

דובר:

שעלת ירד?

דובר:

על זה הוא בוכה פרופ' X, שהשעלת ירד בשלב מוקדם.

דובר:

הוא לא בוכה.

דובר:

הוא כותב.

דובר:

טוב, אנחנו כרגע דנים בפלומיס. האם ממשיכים הלאה או שלהוריד?

דובר:

אם יש המלצה של משרד הבריאות, אנחנו לא יכולים להוריד את זה בשלב הזה. וגם A9,

דובר:

יש הרבה המלצות של משרד הבריאות.

דובר:

גם משרד הבריאות המליץ על השעלת. ונתתם לו A8.

דובר:

היתה עכשיו המלצה על החיסון של השעלת ואנחנו הורדנו אותו. אז אולי נעלה אותו חזרה לדיון?

דובר:

משרד הבריאות אומר שיש עדיפות שזה בזריקה,

דובר:

נכון, אבל כמו שאמרנו, זה שמשרד הבריאות אומר זה נחמד, אבל גם את השעלת שזו המלצה גורפת של משרד הבריאות, דורגה פה A8, אז התיעוד של מה משרד הבריאות ממליץ הוא נכון וטוב, אבל זה לא דבר שהוא בהכרח מחייב את הועדה.

דובר:

ברור שעדיף תרסיס על חיסון.

דובר:

זה לא רק ההיענות וצורת המתן. דובר בתוספת של עוד זן.

דובר:

אם אכן זה חוסך ימי אישפוז וכדומה, אין בעיה, נוריד את המחיר ואז אולי יכול להיות שנצטרף, כרגע זה נראה לי מתומחר גבוה מדי.

דובר:

זה לא חוסך ביקורים אצל רופא?

דובר:

ביקורים במיונים וכאלה, שפעות?

דובר:

זה...עבודה לאמהות ולאבות שמפסידים ימי עבודה. את הפרודקטיביטי במשק.

דובר:

שפעת לא עולה? תרופות, מיונים, וטר"ם. יש דברים יותר חשובים.

דובר:

אני חושבת שאם זה היה מאוד יעיל, היה מקום להעלות את זה עם השתתפות של הקופות.

דובר:

אני מעבר לזה רוצה גם לומר שיש תמיכה,

דובר:

אני מדברת שהעלות ה זאת עכשיו של החיסון הזה, היתה צריכה להתחלק בין הסל לבין הקופות כי זה כן היה אמור לחסוך בקופות הרבה מאוד נטל של שפעת, אם זה ביקורי רופא, אם תרופות, אם אשפוזים. אבל זה שהקופות מצביעות ברגלים ולא ממהרות להכניס את זה, אני חושבת שזה אומר משהו.

דובר:

הם רוצים להכניס את זה במחירים של 11 מליון שקל.

דובר:

רוצים להעביר הלאה או לא?

דובר:

אנחנו רוצים להעביר הלאה, אחרת אי אפשר יהיה לקיים את המלצת משרד הבריאות.

דובר:

אני רוצה לציין שהקופות מקבלות תמיכות על חיסוני שפעת גם בדיוק לגילאים האלה של הילדים, אמנם זה החיסונים הרגילים אבל גם משתמשים ב...

דובר:

זה לא מכסה את העלות של הזריקה.

דובר:

תמיכות זה לא מימון. תמיכות זה מבצע חד פעמי לעידוד חיסון.

דובר:

זה לא חד פעמי, אתם רצים עם זה כמה שנים טובות, וזה כל שנה,

דובר:

התמיכות הפסיקו מזמן,

דובר:

לא, התמיכה הזאת חלה גם השנה. למה אתה אומר? זו תמיכה שרצה במשך חמש שנים.

דובר:

אני רוצה לדון לגופו של ... את מצטרפת, X לרופאים של הקופות? לא. X גם לא. X?

דובר:

תעביר הלאה.

דובר:

הלאה, X לא להעביר. X להעביר, X לא להעביר, X לא להעביר. אני

מצטרף לרוב. אתם במיעוט, שאפילו אחד מכם נמנע.

דובר:

הטכנולוגיה הבאה זה טיפולי שיניים לחוסר מולד.

דובר:

יש הערה על החישוב, ראיתי מכתב.

דובר:

ויש לנו גם תשובות. זה עמוד אחרון.

דובר:

עמוד אחרון בראש העמוד בחוברת, בספרים ב- 187. מדובר בעלות נטו למטופל של 109,000 שקלים, עלות כוללת של 8,748,000 ומדובר בשמונים חולים.

דובר:

יש לנו חישוב, והערות על החישוב.

דובר:

יש לנו תשובות.

דובר:

כתבנו מכתב על החישוב שבענינו הוא לא נכון.

דובר:

עברנו על המכתב, המלצנו,

דובר:

מה החישוב לדעתכם, כמה אם הוא לא 8.7?

דובר:

לפי עלות, לפי ההוצאה, לא בבתי חולים ציבוריים, במה שהקופות מציעות, כי זה הבסיס לטיפול. מה החישוב החדש?

דובר:

אין חישוב חדש, יש לנו תשובות, אנחנו חושבים שחלק גדול מהדברים שלכם לא רלוונטיים, אני יכולה לבקש, אם אתם רוצים לעשות את זה בוועדת הסל, אין בעיה. נימוק נימוק, סוגיה-סוגיה שביקשתם, היתה התייעצות עם מומחים בנושא הזה. אתן רוצות להציג את זה?

דובר:

אני יכולה להגיד בגדול שהטענה שבגלל שיתנו את זה בקופת החולים זה יעלה יותר ואם נשלח אותם לבית חולים זה יעלה פחות, והקופה טוענת שבית החולים לא יוכל לספק את השירות, זה סוג של הנחות שמבוססות אחת על השניה והן לא נכונות. הן לא נכונות כי בבתי החולים, 80 חולים שמתפזרים על בין ארבעה לחמישה מרכזים בפיזור ארצי, אין שום בעיה, המומחים חיוו דעתם שאין להם שום בעיה להתמודד עם שמונים חולים, דרך אגב החולים לא-לא מטופלים, הם קיימים היום גם במערכת. הם רק משלמים. אז אין להם שום בעיה להכיל אותם לטיפול, אני לא מבינה למה בכלל,

דובר:

אין שום בעיה. אם ככה, זו תהיה טכנולוגיה של בית חולים.

דובר:

זה לא טכנולוגיה של בית חולים, זה טכנולוגיה שאתה יכול לרכוש את השירות הזה באחד מהמרכזים שזה או רמב"ם, או בילינסון, או איכלוב, או תל השומר, או הדסה או קפלן. כל המרכזים האלה מטפלים היום בילדים האלה במחיר יותר נמוך ממה שאתם רוצים לקופה. אז תרכשו,

דובר:

אנחנו לא רוצים שיבואו לטיפול בקופה, אנחנו רוצים שיהיו ריאליים ואנחנו יודעים שבתי החולים האלה, בחלק מהם אין את השירות הזה בכלל, ב. אם הם בתת תימחור ולא כדאי להם, הם פשוט יפתחו תורים,

דובר:

הם לא מפסידים. הם אולי לא מרוויחים,

דובר:

אומרים שהרווח מינימלי אבל הם לא מפסידים מזה.

דובר:

מה בכלל ההבדל בין 6-8 שיניים,

דובר:

אין קשר בין מידת החומרה של הטיפול למספר השיניים החסרות.

דובר:

אנחנו שנה שעברה כשהורדנו את זה, אמרנו בוועדה, זו סוגיה שאנחנו נעלה אותה מחדש בשנה הבאה כי חתכנו ממש,

דובר:

זה כמו האבוסיאנגיס.

דובר:

כבר הכנסנו את זה לסל בחוסר יותר גדול. אז למה עכשיו פותחים שוב את עניין התימחור, זה כבר נכנס ...

דובר:

אין בעיה, זה עובד בשב"ן. לא היתה בעיה עם אף חולה.

דובר:

יפתחו תורים ויהיו תורים ארוכים,

דובר:

מה אתם עושים עם ה-9 שיניים ומעלה?

דובר:

זו חומרה אחרת של טיפול,

דובר:

לא נכון.

דובר:

אני אקריא סוגיה-סוגיה. במכתב של X, ככה, הטענה הראשונה שלכם שקביעת התימחור לא יכולה להתבסס על מכירות בתי חולים מהסיבות הבאות. זו הפניה של מכבי. הטיפולים הללו פחות מורכבים מאשר בחוסר של תשע שיניים ויותר, חלק ניכר מהטיפולים יבוצעו על ידי מומחים במרפאות קהילה ופרטיים על בסיס מחירוני הקופות הגבוהים יותר ממחירון בתי החולים הציבוריים. ההתייעצות היתה עם ד"ר X שהוא מנהל המחלקה לאורתודנטיה, פדודנטיה ומומי פנים מולדים בבי"ח X. שהוא אחד המומחים. התשובה שלו לגבי זה שזה ... כללי, בכל מקרה לגופו, זה תלוי במקום בו קיים החסר. יכולים להיות מקרים יותר פשוטים אבל באותה מידה יכולים להיות מקרים שלהשלים שש שיניים יותר קשה מאשר 12, בפרוצדורות מורכבות ככלל ובילדים בפרט, אף אורתודנט לא רוצה לטפל בקהילה כי זה מורכב מדי להם, לכן המטופלים נשלחים לבתי החולים. הוא פה מציין בכלל שהוא חושב שזה צריך להיות רק בבתי החולים בגלל מורכבות הטיפול בשיניים חסרות.

דובר:

מעולה, שיהיה רק בבתי חולים.

דובר:

השאלה השניה שמספר בתי החולים הערוכים לקבל שירות זה מוגבל, ובגלל שכיחות הרבה היחסית של המחלה, יוצרו תורים ארוכים בבתי החולים ככל הנראה. הצעת משרד

הבריאות לשלוח את הילדים לבתי החולים לא ישימה כי אין כמעט מרפאות והבודדות פועלות בתקציב סגור במסגרת תאגידים. המשמעות שלא יהיה שירות, זה הטענה של מכבי, התגובה של המומחה בפירוש לא נכון, רמב"ם בחיפה נותנים שירות וערוכים לכך ויכולים לכסות את כל אזור הצפון. אין צורך ביותר משלושה בתי חולים בכל הארץ והם קיימים. גם לגבי בעלי חיד שסוע והשירות בסל ניתן ללא שום בעיית זמינות. בנוסף השירות נפרש על כל השנה ולכן אין בעיה של תורים. היום ספקי השירות בארץ בדיסציפלינות הנדרשות הם רמב"ם, בילינסון, איכילוב תל ה שומר הדסה וקפלן, וניתן לראות שזו פרישה רחבה. הטענה השלישית של קופה X: בתי החולים ערוכים לספק את השירות הוא ניתן במנגנון קרנות מחקר, וספק אם יוצע בהפסד מבחינתם. מגיב המומחה: אין תיקוף לטענה זו מצד ה מומחים המטפלים. זה נכון שהמחלקות הרלוונטיות לא מתוקננות דרך משרד הבריאות אלא דרך קרן מחקרים, אבל מצב זה נשמר שנים על גבי שנים, מחירי בתי החולים הם לא מחירי הפסד אבל הרווח מינימלי. כך שבעצם אתם לא רוצים לתת את זה בקהילה, אין בעיה. אתם יכולים לרכוש את השירות הזה במחירים האלה בבתי חולים.

דובר:

אם הועדה השתכנעה שהם יתנו את ה שירות אין בעיה, זה מצוין. אם הם לא יתנו את השירות, אתם תדעו גם.

דובר:

אני חושב שנעביר את זה הלאה. אני לא רואה שום סיבה לא להעביר את זה הלאה, גם לפי טענות הקופות. מה הטכנולוגיה הבאה?

דובר:

הטכנולוגיה הבאה זה בייאטה. עמוד 4 בחוברת. הכוונה היא הרחבת מסגרת ההכללה בסל ל- BMI מעל 28. צריך להזכיר שזה נמצא כבר בתוך הסל בהתוויות מסוימות, מדובר כאן על הרחבה נוספת מעבר למה שקיים היום. כ- 6000 חולים, בעלות כוללת של כ- 28 מיליון שקלים.

דובר:

הרבה כסף.

דובר:

הרבה מאוד כסף. אני לא הייתי מעבירה הלאה. בשביל ההפרש הזה של ה-BMI לא הייתי מעבירה את זה הלאה. זה המון כסף. 28 מליון שקל.

דובר:

אני מסכים.

דובר:

אני גם מסכימה.

דובר:

אמרנו שזה דומה ביעילות למתפורמין, אמרנו אמנם שהחיתוך של ה-BMI הוא שרירותי, אבל עדיין ה-BMI אצלנו יותר נמוך מאשר ב-NICE, ב-NICE זה 35, וגם בסקוטלנד זה 30.

דובר:

גם את לא בעד להעביר את זה.

דובר:

X מסכימה, X מסכים, X גם מסכים, לא עובר הלאה. ממשיכים.

דובר:

באותה הזדמנות נדון על התרופות האחרות,

דובר:

לא, לפי סדר הדיון. אף אחד לא ביקש אותן בסדר הדיון. אלדורזיים.

דובר:

עמוד 4, עמוד 751 בספרים. MBS 1, טיפול גישור להשתלת מח עצם, אני חושב שקל להחליט להעביר הלאה.

דובר:

מה חישבתם?

דובר:

חולה אחד.

דובר:

למה חולה אחד?

דובר:

כי כרגע אין אף אחד.

דובר:

למה לא חצי?

דובר:

את רואה פה חצי בנאדם?

דובר:

לא, אבל כשאתה לוקח הסתברות,

דובר:

יש לך שנים. אם יש לך אחד זה שנתיים, חצי.

דובר:

זו הסתברות. אני חושבת שצריך להוריד את זה. אין אף חולה כרגע. אנחנו רוצים שזה ייכנס, הנחנו שזה ייכנס, אבל תקחו חצי, לא אחד.

דובר:

היה לנו ערעור שזה לא... המחלוקת היא אם חצי חולה או חולה אחד.

דובר:

אני רוצה לומר שהפתרון זה לא חצי על אחד רב שנתי, אלא לוקחים את כל המחלות היתומות האלה היקרות, ושמים אותם בתקציב שמקבלים פר חולה. ולא מתי שיש חולה נותנים, מתי שאין חולה לא נותנים. זה תקציב של מחלות יתומות. אם לא יעשו מנגנון כזה, נמשיך למרוח את הסיכון הרב שנתי שמא מתי שהוא ייכנס או לא ייכנס, או שייכנסו בבת אחת שני חולים. ואז מה תעשי? השיטה לא נכונה בבסיס. לא לוקחים מחלה נדירה יתומה, ושמים אותה בתוך סל שלא מתחשב בכמות החולים ומתי הם מופיעים. זו שיטה לא נכונה. אם אנחנו מורידים את זה בגלל הדבר הזה, ייולד ילד במהלך השנה, לא יקבל. שוב פעם בעיה.

דובר:

אם ייולד ה שנה לא ייולד בשנה הבאה לפי השיטה.

דובר:

מסתכלים על ההסתברות, וההסתברות צריכה להיות חצי.

דובר:

אני מציע שבתקציב של 300 מליון שקל לא נריב על 150,000.

דובר:

סליחה, כל שקל פה יקר. זה כספי ציבור, עם כל הכבוד, יש פה עניין של ... שצריכים לקבל, ההסתברות צריכה לקבל פה ... אז אני מבקשת שבועדת המשנה שזה ידון.

דובר:

נעביר הלאה ועל החצי חולה יידון בצהריים בוועדת המשנה.

דובר:

גם אפשר לעשות, הצעה, שיהיה דיון מתודולוגי במשרד הבריאות על תקציב מחלות יתומות.

דובר:

יש ועדה עכשיו שדנה במחלות יתומות, ועדת קפיטציה עכשיו, כרגע אין לנו כלים. הסל הזה, זה הכלים שיש לנו.

דובר:

ועדת קפיטציה היא לא ועדת מחלות יתומות, למרות שמנסים לכרוך את שני הדברים באותה ועדה.

דובר:

זו אותה ועדה, המחלות הקשות נדונות בתוך ועדת קפיטציה. במקביל יש ועדה ייחודית של השרה שהוקמה בראשותו של ארנון אפק בנושא של מחלות יתומות. אני מקווה שהיא תתן מענה. אבל כרגע אין לנו כלים,

דובר:

אנחנו מעבירים לשלב הבא, תחזרו מארוחת צהרים עם החלטה לחצי או אחד.

דובר:

הטכנולוגיה הבאה זה פרינג'קט, לילדים. היו לנו שתי קבוצות ילדים, אחד עם IDD, והשניה עם HHT. עמוד 7 למעלה. טיפול בחסר ברזל לילדים שחולים במחלות מעי דלקתיות ו-HHT.

דובר:

אני מציע שנקבל החלטה להעביר את שניהם הלאה.

דובר:

גם אני.

דובר:

אוקיי. התכשיר הבא זה קפיוואנס, הוא מיועד לטיפול ומניעה של מוקוזיטיס בחלל הפה,

דובר:

לא אמרנו שזה יהיה DRG של השתלה?

דובר:

בלי קשר. אבל צריך לתת את הכסף עבור זה. ה-DRG של ההשתלה לא יתעדכן בלי תקציב בסל, לפחות לא בהיבט זה.

דובר:

זה היה יכול להיות בעולם אידיאלי, יכול להיות מאוד טוב שיהיה את זה, אבל אני לא חושבת שזה באיזו שהיא עדיפות.

דובר:

גם אני חושבת שאין טעם.

דובר:

מה החולים האלה מקבלים היום?

דובר:

האגודה לטיפול תומך דירגה את התועלת הקלינית 4.

דובר:

אנחנו מסכימים לא להעביר את זה?

דובר:

כן.

דובר:

הטכנולוגיה הבאה.

דובר:

הטכנולוגיה הבאה זה האקסג'יבה. באותו עמוד למטה, יש לכם פה חלוקה לפי כמה התוויות. ביקשתם שד בנפרד, אני מזכירה, לגבי הערמונית זה נמצא בסל. ביקשתם הפעם שד בנפרד, כאלה שהם לא שד ולא ערמונית, או בסך הכל כל אלה שהם אינם ערמונית.

דובר:

מישהו יכול להזכיר את האוידנס מול הזמרה בעניין הזה?

דובר:

זה היה מניעת אירועים גרמיים והגדרנו בדיוק מה זה.

דובר:

אבל לעומת זמרה,

דובר:

זה היה הארכת זמן להופעת שברים ביחס לזמרה בחמישה עד שמונה חודשים, אבל לא היתה עליונות באובראול סורייבל ולא ב.....

דובר:

זה לא טיפול ייעודי במחלה. זה טיפול ייעודי בגרורות.

דובר:

אני לא הייתי מכניסה את זה.

דובר:

שוב, נושא חשוב, אנחנו בתיעדוף מאוד קשה, מאוד קשה להוריד דברים, אבל הרושם הוא שיש דברים יותר חשובים השנה באותם 300 מליוני שקלים. בסכום הזה. אל תשכחו שגם יש קבוצה גדולה של טיפולים לחולי סרטן מועמדים וכבר עברו הלאה, ובצער רב אני חושבת שזה,

דובר:

אוקיי, מסכימים לא להעביר הלאה. הטכנולוגיה הבאה.

דובר:

אוסטין לסרטן שחלה. עמוד 9. חצוצרות, שחלה, פריטוניאלי, מדובר על סרטנים חוזרים.

דובר:

A8-9, 64 חולות, 14 מליון.

דובר:

אני לא הייתי מעבירה את זה.

דובר:

מדובר על תרופה שנכנסה לפני שנה.

דובר:

זה ארבעה חודשים PFS, אנחנו כבר הכנסנו קודם בירבוי, רק חודשיים BFS. אני מזכירה, אני חושבת שעשינו טעות בירבוי. אבל פה זה 4 ובירבוי זה היה 2.1 בהתוויה השניה.

דובר:

העברנו את הירבוי הלאה.

דובר:

אני חושבת שצריך להוריד את הירבוי השנה.

דובר:

השאלה אם בתיעדוף הסופי או עכשיו. אני חושב שזה לא מתאים שנוריד את זה עכשיו.

דובר:

המדד של ה-PFS הוא בעייתי שם. כדי לא לעשות השוואה בין אחד לשני, ירבו מדובר בתכשיר שהוא אימונולוגי. התגובה לו לוקחת זמן. לכן כשמסתכלים על ה-PFS הוא מדד קצת בעייתי מבחינת החציון. כי הירידה בהתחלה מאוד מהירה. בסך הכל אנחנו מדברים על תכשיר שיש לו בערך 20 אחוז... שמונים אחוז בכלל לא מגיבים לו ולכן אנחנו רואים את הירידה המהירה. מה שכן רואים בירבוי, בחולים שכן מגיבים, זו תגובה שהיא מאוד ארוכה, לאורך זמן. ... לכן מדד של PFS במקרה הספציפי של ירבו הוא לא מדד שיכול לשמש אותנו בשביל היחסים האלה. לגבי הנושא של האוסטין, פה אנחנו מדברים באמת על תכשיר שניתן לחולות במחלה חוזרת, זה חולות שונות מהמחלה של שנה שעברה. שנה שעברה דיברנו על מאובחנות חדשות, הפעם אנחנו מדברים על חולות שמחלתם חזרה לאחר טיפול קודם, חולות שטרם נחשפו לאוסטין ובחולות הספציפיות האלה המדד של האובר אול סורביבל לא היה רלוונטי כיון שאחר

כך היו בתוך המחקר עצמו, אז זה בעצם "מלכלך" את הנתונים כדי לראות באמת השפעה של התכשיר על האובר אול סורביבל. כן ראו בפירוש השפעה משמעותית על הפרוגרשן.

דובר:

אני חושב שאנחנו צריכים להעביר את זה, והדיון שלנו באונקולוגיה יהיה דיון נוקב אחר הצהריים.

דובר:

אתה חושב שצריך להעביר את זה? אני לא חושבת.

דובר:

ה-NICE והסקוטים לא כללו את זה.

דובר:

ה-NICE הוא כל האונקולוגיה... לעומת זאת כן בשנה שעברה...

דובר:

אבל X את גם סותרת עכשיו עם הירבוי.

דובר:

היא נתנה את ההסבר למה החודשיים לא ממצה,

דובר:

זה דירוג 11 מתוך 13 באיגוד הישראלי לאונקולוגיה.

דובר:

כי גניקואונקולוגיה זה לא שלהם, הם לא מתעסקים עם זה.

דובר:

בסדר, אז אין מה להעלות את זה. X פתרה לנו את הבעיה של העקביות,

דובר:

אני גם מסכימה. אני לא הייתי מעבירה.

דובר:

אני חשבתי אחרת אבל אוקיי, אני מוכן להצטרף. X מה את אומרת? לא לעבור הלאה?

אוקיי.

דובר:

התכשיר הבא זה אפיניטור. בעמוד 10. אפיניטור לאנגיולימפומה כלייתית בחולי

אנחנו מדברים על סדר גודל של כעשרה חולים בעלות כוללת של שני מליון שקלים.

דובר:

זה לא מוגבל בזמן. זה עלות נטו למטופל כל חייו.

דובר:

אתם זוכרים את האוידנס, מוריד בכ-30 אחוז את גודל האנגיולימפומה, זה מה שאני

זוכר.

דובר:

אבל זה טיפול ממושך לכל החיים, זה לא לתקופה מסוימת.

דובר:

עד שנה הטיפול.

דובר:

אבל למה שיפסיקו להם?

דובר:

עשרה חולים בכל הארץ?

דובר:

אני הייתי מעבירה.

(מדברים ביחד)

דובר:

למה זה קיבל A8-9? למה לא יותר?

דובר:

להקטנת הגידול אחרי שעשו אימבוליזציה, אחרי שמיצו את כל הקווים האחרים.

דובר:

אני לא הייתי מעבירה את זה ככה,

דובר:

היה לנו גם איזה מכתב בענין הזה נדמה לי.

דובר:

היה לנו מכתב של המומחים שהיה להם נסיון שהצטבר במהלך השנה.

דובר:

משם אני זוכר את המספר 30 אחוז הקטנה, שזה מקטין לחץ, מקטין כאבים,

דובר:

לא, זה מונע דימום.

דובר:

גם אני זוכר שם משהו על הלחץ.

דובר:

כתוב מקטין את הגידול ב-55 אחוז בקרב החולים בשיעור של 50 אחוז לעומת אפס בפלצבו, מקטין ב-80 אחוז מהחולים את הגידול בשיעור של 30 אחוז לעומת 3 אחוז בפלצבו ובכך מקטין את הסיבוכים של המחלה, מביא לשיפור ביחס לנגעים בעור ב-26 אחוזים לעומת אפס אחוז בפלצבו ומאריך את זמן ההתקדמות במחלה לאחר 11.4 חודשים, חלה התקדמות במחלה בקרב 21 אחוז בפלצבו לעומת 4 אחוז בקרב המטופלים באפיניטור.

דובר:

נעביר את זה הלאה?

דובר:

זה אפקטיבי...פלצבו כי אין לי משהו אחר להשוות.

דובר:

התכשיר הבאה זה סטיברגה.

דובר:

בעמוד 10.

דובר:

שוב, זה החולים שנכשלו כבר,

דובר:

זה גם, פחות מ- 4 חודשים PFS.

דובר:

רובם מגיבים ל.... נכון?

דובר:

כן. זה גם כן אבל מוגבל. כמה זה היה?

דובר:

PFS 3.9.

דובר:

אני חושב שגם את זה צריך להעביר הלאה.

דובר:

גם אני בעד.

דובר:

זה גם, פחות מ- 4 חודשים PFS . מה ההבדל מול האוסטין?

דובר:

זה חולים שאחרי זה אין יותר כלום. זה כאילו הקו האחרון שלהם.

דובר:

אווסטין ניתן לחולים שכבר אין להם, שהשרידות שלהם קטנה מאוד. הרבה יותר קטנה

מאלה.

(מדברים ביחד)

דובר:

100 מליון מתוך ה- 300,

דובר:

כמה מילים על סטיברגה... אם את יכולה להגיד לנו. בסך הכל... קיבל עם הגליבן. אז

זה תואם גליבן בנכשלי גליבן? הופך את זה למחלה כרונית,

דובר:

אני אקרא עוד פעם ואחזור לזה, אני לא זוכרת,

דובר:

האיגוד דירג את זה 12.

דובר:

באיזה מצב הם, באותו מצב סרטן של החבר'ה מהאווסטין?

דובר:

....

דובר:

תראה, שם מדובר על פריטונאל מטסטטיס. אנחנו לא באותו מצב פה עם הגליבן. זה הרושם שלי, זה התשובה ל-X.

דובר:

אולי אפשר לחזור על זה.

דובר:

לחזור על האוידנס שוב? קודם כל אנחנו מדברים על חולים שכשלו בשני TKI. שזה אומר גם גליבן... וגם ... שם ... את הטיפול או ב... או בפלצבו ושניהם כמובן בטיפול תומך מיטבי. מצאו שחציון ההישרדות ללא התקדמות המחלה עמד על שיפור של ארבעה חודשים, תסתכלו על הפלצבו, זה 0.9 חודשים, כלומר 4.8 חודשים, אנחנו מדברים על שיפור חודש על פלצבו לעומת חמישה חודשים עם ה.... מעבר לזה אנחנו מדברים על שיפור בשיעור התגובה הכוללת אם כי יחסית קטן, אמנם פי שלושה, אבל בסך הכל מדברים בשתי הזרועות על שיעורים מאוד מאוד נמוכים. ההבדל העיקרי הוא בשיעור החולים במחלה ה... מעל 71 אחוזים עם.... לעומת 33 אחוזים בלבד עם פלצבו. צריך גם לציין שלאחר התקדמות המחלה 85 אחוז מהחולים שטופלו בפלצבו עברו לטיפול ב... וזה כמובן שלא מאפשר לנו לראות הבדלים באשר למבנה של ההישרדות הכוללת. שוב, קו טיפולי אחרון לחלוטין באותם חולים שמיצו כבר קוי טיפולים קיימים, זה מופיע בהנחיות ברחבי העולם, ולגבי שאלת הדירוג, להזכירכם, רק בתחום

האונקולוגי דיברנו על שישים תרופות וטכנולוגיות שונות שהועמדו בפני המומחים הרלוונטיים והם דירגו 13 בסך הכל כתרופות מומלצות, אז כשאומרים 12 מתוך 13 מתוך התרופות המומלצות זה בעצם 12 מתוך שישים.

דובר:

זה נכון בכל מקרה.

דובר:

לא, זה לא. כשאתה מדבר על הנירולוגיה, זה לא שהם דירגו 15 מתוך הבקשות שהם קיבלו. הם דירגו את כל ה-15 שהם קיבלו. פה הם אמרו זה ה... וצריך לזכור בסופו של דבר... 12 מתוך שישים.

דובר:

אנחנו מדברים על חולי... לוקאל ריקרנס, עם אדוונסד לוקאל או חולים עם מטאסטוזות? אני מנסה להשוות לאוסטין, שם זה היו חולים מטאסטטיים. השאלה אם זה לוקלי אדוונסד.

דובר:

גרורתי או לא נתיח.

דובר:

ההתייחסות של המומחים בדרך כלל לחולה שמחלתו חוזרת כלוקלי אדוונסד, לא נתיחה, ההתייחסות אליו היא כמו אל חולה גרורתי. הטיפול בהם וההתייחסות אליהם אחר כך מבחינת הפרוגנוזה היא די דומה.

דובר:

העובדות לא לטובת התרופה,

דובר:

לא לטובת ההעברה. טוב. מצטרפים? אז אנחנו לא מעבירים את זה הלאה.

דובר:

תראו, זה מאוד מעניין שה- A8-9 שדירגנו, באמת יש הבדל בינו לבין A9.

דובר:

זה נכון, זה גם בתרופות האחרות.

דובר:

אנחנו צריכים לעשות הפסקה קטנה.

דובר:

גם התרופה לאי ספיקה נשימתית קשה, דלירספ, לא שמעתי אותה.

דובר:

זה יהיה בהמשך.

דובר:

יש סדר גודל של תשעה, ועוד יש את כל הקבוצה של מה שלא צוינו שגם בהם אנחנו נדון.

דובר:

נעשה את התשעה האלה,

(מדברים ביחד)

דובר:

הנושא הבא הוא נושא של הפסקות ההריון. הטכנולוגיה הבאה שהתבקשה.

דובר:

עמוד 16 בחוברת, בספרים עמוד 209.

דובר:

אנחנו מציעים שזה ימשיך ויעלה הלאה. אני רואה לפי תנודות הראש בצד הימני שיש

הסכמה.

דובר:

אני חושב שזה לא אמור לעלות,

דובר:

גם אני לא חושב.

דובר:

אתה מתנגד גם להעברה בשלב הזה?

דובר:

אני חושב שזה כבד מאוד, זה לא ... זה פחות עומד בקנה אחד עם הגשמת הייעוד של ועדת הסל. כך אני חושב.

דובר:

אם הייעוד הוא בריאות פיזית ונפשית של האישה והרך,

דובר:

יש לזה תרומה עצומה.

דובר:

וזה גם נמצא כבר בסל.

דובר:

לאינדיקציה שאת מדברת זה כבר בסל. כל ההצדקות הרפואיות וה.. אני מדבר על ה...
הלא רפואי.

דובר:

גם פה או תוצאה של המשך הריון במצב בעייתי או תוצאה של פניה לסקטור הפחות

מפוקח,

דובר:

למה המשך הריון בגיל 40 ויום זה בעייתי?

דובר:

לא מדברים על גיל 40.

דובר:

כן מדברים.

דובר:

זה מקרה אחד מ,

דובר:

תחשבו לאיזו רזולוציה הגענו בכל תרופה וכל איניקדציה, פה זה נעשה... לא בחשיבה,

תסבירו לי מה הבעיה לעשות הפסקת הריון, למה צריך להפסיק הריון בגיל 40?

דובר:

אתם מתנגדים להעביר את זה לשלב הבא? אני מסכים שזה יהיה דיון מאוד נוקב בשלב

הסופי, לאור העלות.

דובר:

אני מתפלאת על הדיון הזה, אני מוכרחה לומר, כי בלי להתחשב בגיל, להריון שהוא לא רצוי, בוודאי אם נעשה בתנאים לא מתאימים וזה מה שקורה הרבה פעמים, לאשה שהיא לא זו שמביאה את הכסף לרוב, במשפחות האלה שעושות את ההפלה, היא תמשוך את הילד הזה כי לא תהיה ברירה או שהיא תלך ליד שער יפו ותעשה את זה. אני חושבת שיש חשיבות ויש גם אומר לועדה הזאת. אנחנו מאשרים כאן תרופות לא רק שמצילות חיים, בואו נשים דברים על השולחן, לא רק שמצילות חיים, אלא שיש להן איזה שהוא תוספת לאיך שהחברה שלנו מתנהלת. אני חושבת שהדבר הזה מחוייב לעבור,

דובר:

צריך לזכור שזה שמונה אחוז מעלות הסל, אני לפחות מצטרף ל-X בנסיון להגדיר קבוצות, אם זה אפשרי. זה לטובת העניין להגדיר את הקבוצות.

דובר:

השאלה אם זה ניתן.

דובר:

מה שהיא אומרת שאנחנו לא רק סוחרי מולקולות. יש פה עוד משהו בוועדה הזאת.

דובר:

לגמרי, אבל יש פה כמות של 10,000, זה משהו שהוא מאוד גורף. לא כולן הולכות לשער יפו או למקום,

דובר:

אלה שלא צריכות, הן לוקחות את הפרטי שלהם, אל תדאג, ...

דובר:

....

דובר:

אתה לא שולח, אז אני אספר לך מה היינו עושים בהדסה. עכשיו זה סתם בדרום תל אביב. והמרדימים מרוויחים מזה, אני רוצה להגיד לך, הרי זה בשביל 400 שקלים, לא בשביל 2,400

דובר:

זה עניין של תיעדוף. אם יש לך היום את האמצעים ואתה רוצה לאפשר את זה לחברה, זה בסדר. הכל באמת כנגד מה. איזה 21 מליון צריך לוותר כדי לאפשר,

דובר:

אני חושב שהמטרה היא מספיק ראויה, והאמירה מספיק... בשביל להעביר לשלב הבא. אני חושב שאם זה יישאר 24 מליון שקל תהיה לנו בעיה מאוד גדולה אחר הצהריים.

דובר:

אפשר להסתכל על זה כאל אולי הפסקת חיים ואז בעצם למה אנחנו, אבל מצד שני אנחנו מצילים חיים של מישהו שחי היום לעומת ה עובר. אז אני כן חושבת שצריך להעביר את זה לשלב הבא, ואני מניחה שיהיה לנו דין ודברים מאד ארוך.

דובר:

X יש לדעתך אפשרות לפלח לקבוצות או לא?

דובר:

זה תלוי במה שמותר לנו מבחינה חוקית, אבל אני רוצה להגיד עוד מילה שהיא חשובה מאוד מאוד שלפחות בחברות שאני מכירה הסיפור הכספי יכול לגרום להמשך ההריון, לידת ילד, פגיעה בכל המשפחה ובכל המערך. אני יודעת שזה נשמע נורא אבל צריך להכיר את העובדות, אישה שיכולה לעשות הפלה ללא ידיעת בעלה ובני משפחתה, והיא תוכל לעשות את זה רק אם היא לא תצטרך לשלם את העלות, זו הצלת נפשות של ממש. ואני האחרונה כמובן שארצה הפסקת הריון.

דובר:

צריך להעמיד את זה מול

דובר:

אתה לא יכול לזהות...

(מדברים ביחד)

דובר:

אני אומרת, בוודאי שהיה עדיף אם היינו יכולים להגיע לפילוח של הקבוצות שלהם זה קריטי, אבל אני מבינה שיכול להיות אולי בעיות עם זה.

דובר:

דרך אגב גם היום יש פילוח. חלק מהסיבות שמאושרות בוועדה ממומנות על ידי הסל וחלק לא.

דובר:

בדיוק, אנחנו מדברים על אלה שלא ממומנות.

דובר:

אני חושבת שהדיון הזה צריך להיות יחד עם הדיון על הגלולות כי אני רואה שבסוף כן הגלולות נמצאות פה. הן נמצאות בתוך הטבלה, בגילאי 20-25, וצריך לראות איך זה,

דובר:

איך זה מתקשר שני הנושאים?

דובר:

זה מתקשר כי אני חושבת שאם אתה מאשר גלולות למשל, הקטע של הפסקת הריון למשל,

דובר:

זה לא קשור.

דובר:

זה נכון שיש בסעיף של הועדה סעיף נפשי ? אז אני רוצה להבין איזו אישה שתבוא עכשיו, לועדה כזאת לא תעבור את הועדה.

דובר:

היא צריכה אישור. היא צריכה ללכת לפסיכיאטר, לשלם לו.

דובר:

סעיף נפשי זה מאוד תלוי באיזה... את מגיעה, או איזו קופה את שייכת. יש מקומות שבהם הסעיף הנפשי מספיק אישור מפסיכולוג או מפסיכיאטר, דרך אגב זה עולה 800 שקל לקבל חוות דעת פסיכיאטר בו ביום כי אין לה זמן, הרבה מהן לא מסוגלות להגיע לפסיכיאטר,

דובר:

אבל הכנסת הסעיף הזה לא תייתר או כן תייתר, את הצורך לקבל חוות דעת?

דובר:

חלק מהסעיף הנפשי, אם יש הוכחה על רקע של טיפול נפשי בעבר, זה ימומן על ידי קופת החולים כי יש פה בעיה נפשית שהיא חלק מה... של האישה. אבל אם זה הקניה של חוות דעת על ידי פסיכולוג או פסיכיאטר,

דובר:

למה קניה?

דובר:

תאמין לי שחקרתי.

דובר:

לא זה מה ששאלתי, אם אנחנו נכניס עכשיו לסל את תהליך הפסקת הריון עבור כלל הנשים, זה לא ייתר את הצורך להביא, על פי החוק.

דובר:

לא, הסעיף שאנחנו מביאים פה לועדה שלא ממומן לחלוטין זה על רקע של גיל ובדרך כלל כשיש עניין של גיל, הרבה יותר גל לועדה ללכת למקום המוחלט. פותחים תעודת זהות, אם מעל גיל 40, יש רקע נפשי או אין רקע נפשי, הרבה יותר קל לאשר על פי גיל כי זה ... ואז גם הרקע הנפשי או לא זה לא העניין. רקע נפשי לא ממומן ציבורית אלא אם יש רקע נפשי מוכח עם טיפולים מראש של שנים, שבאמת אישה חולת נפש. אחרת היא לא מקבלת ... היא כן מקבלת אישור של הועדה.

דובר:

זה ההבדל, מה שהיא אמרה עכשיו.

דובר:

עלות כוללת ועדה ועלות לא כוללת ועדה. זה ההבדל. לאיזה נשים?

דובר:

כל הנשים שמקבלות אישור של הועדה שלא על רקע רפואי טהור. רקע רפואי זה או מהצד של האמא או מהצד של העובר. כל הנשים שמקבלות אישור על הסעיפים האחרים בחוק,

דובר:

זה כלול בסל. מי שמקבל אישור.

דובר:

כולן מקבלות אישור מהועדה. בוועדה יש שתי קבוצות עיקריות. אלו שמקבלות על רקע רפואי, זה גם ממומן ... אלה שמקבלות אישור על רקע של סעיף גיל או הריון מחוץ לנישואין. שתי הקבוצות האלה לא מקבלות מימון, כן מקבלות אישור.

דובר:

יש 10,000 נשים כאלה?

דובר:

חצי מהנשים שמאושרות בוועדה הן לא מסיבה רפואית. מסיבת גיל ומחוץ לנישואין, רובן מחוץ לנישואין.

דובר:

זה לא שייך לבריאות הנפש. או גיל או ש... זה לא שייך לבריאות הנפש.

דובר:

אני מוכרח לחזור למה שאמרתי בפעם הקודמת. כאשר יש לנו סעיף כזה שהוא עם המון אנשים, אבל הוא מהותי ביותר, לנשים מסוימות ולהרבה מאוד הוא לא מהותי, צריכים למצוא את הדרך לעשות את ההפרדה ביניהם. זה הכי פשוט, זה הכי נכון. אני יודע שיש פה בעיה, אמרו לי לעשות את החלוקה איפה שהוא מדד של הכנסה, אבל מוכרחים פה למצוא איזה פתרון כי זה הכי נכון. הייתי סתם זורק, אם הועדה תהיה בסמכותה לאשר גם את אותם החצי ש,

דובר:

אתה מדבר על מצב סוציו אקונומי של המשפחה או של האשה? X תגיד לך שפה טמונה הבעיה, נכון?

דובר:

אתה יודע מה, זה בדרך כלל לא ניתן לניתוק,

דובר:

אבל פה זה מתנתק.

דובר:

אם המשפחה במצב כל כך טוב, את הסכום הזה היא תוכל למצוא.

דובר:

בעלה חרדי יהלומן. יהלומן?

דובר:

אז בסדר, הועדה תתן לבעלה החרדי היהלומן. אבל לעומת זאת אם בעלה לא חרדי אבל
יהלומן, אני לא רוצה לתת לה.

דובר:

למה, אולי היא לא רוצה שהוא ידע?

דובר:

אבל אם הוא, הסכום הזה, אני חושב, עם כל הכבוד, את הסכום הזה אפשר לשחק בלי ש,
אם ההכנסה היא גבוהה, לשחק בלי שהוא ידע. אני אומר, זה בדיוק כמו דברים אחרים. אנחנו לא
מורידים את ה עלות, ברור שזה יפול. אבל מוכרחים פה למצוא, ואם הועדה מתרשמת, אתה יודע
מה, עשרה אחוז יסדרו אותה. עדיין יש לנו בנק אדיר של נשים שהועדה תוכל כן לעזור להן ולא
לעזור לאחרות.

דובר:

מה המדד שאתה מציע?

דובר:

מדד הכנסה של ביטוח לאומי.

דובר:

זה חוקי?

דובר:

מדינת ישראל בעבר אישרה הפסקות הריון על פי סעיף סוציו אקונומי. הסעיף הזה בוטל אפילו ברמת ועדות לאישור הפסקות הריון שלא לדבר על מימון. אין שום קשר בין מדד ה סוציו אקונומי של המשפחה לבין המדד הסוציו אקונומי של האישה במשפחה, ומעבר לזה, אישה נשואה ממילא לא עוברת ועדה להפסקת הריון. אנחנו מדברים על נשים לא נשואות. אין להן מקור מימון והגבר מחוץ לסיפור.

דובר:

לא, למשל ילדות של שירות לאומי, שבכאב נורא... שזה כמויות אדירות, יש שם ה ורים. יש בעיה אם הילדה לא רוצה שההורים ידעו וכו', אבל יש שם משפחה, אבל הבעיה היא רחבת היקף.

דובר:

זה גם 10,000 נשים שזה משנה מהותית את החיים שלהן והחיים של המשפחות.

דובר:

אבל אם לא נפלה זה הולך להיות 7,8 אחוז מהסל. השאלה אם הקבוצה הזאת, מסכנה וזקוקה ככל שתהיה, זה 8 אחוז מהסל. אני מצטרף לרעיון שלנו לנסות לפלח, אני רק לא רואה איד.

דובר:

אפשר לנסות אולי לפלח, כמו שביקשתי את הגלולות למניעת הריון. אולי זה משהו שאפשר יהיה לפלח, מתוך כוונה להכניס את זה בפעילות בסל. יכול להיות שזה משהו שיהיה אפשרי. אני אומרת לבדוק עם הלשכה המשפטית, אם זה משהו שיהיה אפשרי,

דובר:

יכולים לבדוק, אבל,

דובר:

אני לא זוכר מה הצעת?

דובר:

לא סתם אתה לא זוכר. שכן נפלח כמו שאנחנו מכניסים את החיסונים לפגים, לפי קבוצות גיל, מתוך הבנה שיש ... שבבת אחת להכניס קבוצה כל כך גדולה זה בעייתי. אבל אם עושים את זה בפעימות, זה בכל זאת מקל על האוכלוסיות,

דובר:

מחוץ לנישואין זה בסל?

דובר:

מחוץ לנישואין זה כבר ממומן במסגרת הסל,

דובר:

אני מרשה לעצמי לדבר מחוץ למעגל. אנחנו כאילו נותנים עונש לאשה שנאפה, זה נשמע לי בעייתי. כאילו אם את נשואה אז תספרי לבעלך? הרי זה הריון מחוץ לנישואין. זה סוג הפרדה שנשמע בעייתי. הוא מתייג, הוא נשמע רע. אני אפילו לא מרגישה נוח ללכת ללשכה המשפטית ולשאול כזה דבר. זה פשוט נשמע רע. הרי מדובר באשה נשואה שהרתה מחוץ לנישואין,

דובר:

אבל בהנחה שהלוואי שהיה לנו כסף להכל, זה כואב, אבל בהנחה שחייבים לחתוך, אין לי ספק שצריך להקדים את הצעירות שהרו ללא נישואין,

דובר:

אז אפשר לקבוע גיל,

דובר:

אבל הגיל לא נותן לך את האינדיקציה הזאת. הצעירות שהרו מחוץ לנישואין הן מקום ראשון, ומקום שני זה אלה שמחוץ לנישואין.

דובר:

אבל למה את אומרת בהכרח שגיל זה לא קריטריון? יכול להיות שנשים שהן יותר צעירות, הן יותר פגיעות גם אולי, אולי גם יש איזה שהוא הגיון במובן הזה שכן הפרדה לפי גיל ולא דווקא של נישואין ולא נישואין,

דובר:

אני חושבת שכולן פגיעות. זה קשור בתמיכה המשפחתית, זה קשור מאיפה אתה מגיע, מאיזה מעמד סוציו אקונומי, זה קשור בהמון דברים. אני הייתי מעבירה את זה, ואם זה יפול על המחיר, זה יפול על המחיר. אני רוצה להזכיר דבר אחד, אני סתם עוברת אבל אפשר להסתכל גם על דברים אחרים, הלבדופה, קרבידופה, אפשר להסתכל על תסמינים של BTH. יש כאלה שיוכלו לאפשר את זה, זה לא סכום כל כך גדול, ויש כאלה שלא יוכלו לאפשר את זה, אני חושבת שהעניין של ההכנסה לא צריך להיות פה החתך. אני חושבת שצריכים להעביר את זה בלוק, ובהמשך, ובוודאי לא דברים מוסריים, אנחנו לא באים פה לשפוט מוסרית אף אחד. זה צריך לעבור כקבוצה אחת ובהמשך לעשות תיעדוף. על זה יהיה ויכוח.

דובר:

אני עם X.

דובר:

אבל יש שאלה, אם יגידו לקבל את זה או הכל או כלום.

דובר:

אז זה יהיה או הכל או כלום כמו ב-BHP.

דובר:

אני חושבת שזה פחות נכון, בגלל שאנחנו יכולים, אני חושבת שיש כאן חשיבות לועדה
בזה שהועדה אומרת איזו שהיא אמירה של אנחנו הכנסנו את זה מתוך כוונה שגם זה צריך
להמשיך ולהכנס. אם את תאבדי את הכל, את יכולה פשוט לאבד את הכל ויכול להיות שבועדות
הבאות זה גם לא יעלה ולא ייכנס. אני אומרת להביא את זה הלאה, ויחד עם זאת לבדוק האם
אפשר לחתוך את זה גם לפי גיל כדי שיהיה עוד רובד נוסף לדיון,

דובר:

איך תחתכי על פי גיל?

דובר:

היום זה בסל עד גיל 19. אפשר לבוא ולהגיד מ-19 עד 25, היא צודקת.

דובר:

עוד רובד, אפשר לאשר את זה, אין בעיה לאשר את זה, קודם כל להעביר את זה.

דובר:

אז אני אגיד לכם, מבחינת הלשכה המשפטית יש כמה גילים שלא מקובלים, ויש שלא מקובלים. גיל 65 זה מקובל, גיל 20 מקובל, ובאמצע אין כלום.

דובר:

אם הגולות הסכימו 20 עד 25, אז אין צורך...

דובר:

אני רוצה להמשיך את X. אני די משוכנעת ו-X פה די צודקת לדעתי, שזה לא הכל או לא כלום. יכול להיות שזה באמת איזו שהיא סוג של קריאת כיוון. אז נכון, 65, זה באמת יותר משמעותי מבחינת הגיל. אבל אם כבר הלשכה המשפטית הסכימה ל-20-25 בגולות,

דובר:

מה זה 65?

דובר:

אמרתי שבמכשירי שמיעה חילקנו את זה גם לגילאים כדי להכניס את זה בצורה של שלבים. אז את אותו הדבר אפשר לעשות גם פה. ואם בגולות ה סכימו להכניס את 20-25 אז יכול להיות שיש מצב, וצריך לעשות פניה, ולהכניס את זה גם בחתיכות כי אין ברירה.

דובר:

את מדברת רק על נשים לא נשואות?

דובר:

לא בהכרח, גילאים.

דובר:

באישה נשואה, מה המשמעות של הגיל? אין משמעות לגיל.

דובר:

אני לא מדברת על נשואה או לא נשואה, אני מדברת על גיל, לחתוך את זה לפי גילאים.

דובר:

זה מה שאני אומר, אם את באה ואומרת רווקות, את יכולה לבוא ולהגיד שיש ...

דובר:

אני לא חושבת שצריך להתנות את זה ברווקות או לא.

דובר:

מה ההבדל אם היא בת 28 או בת 24?

דובר:

אין הבדל בין מישהי מחוץ לנישואין או בתוך הנישואין. אם היא רווקה או שהיא בתוך הנישואין. יכול להיות שהפגיעה הנפשית שלה תהיה אותה פגיעה. לכן בעיני ההפרדה של מחוץ לנישואין ובתוך הנישואין בעיני הרבה יותר משדרת חיץ לעומת ההפרדה הגילאית שבאמת יש אמירה של להמשיך ולהכניס שכבות גיל טבעי.

דובר:

הכוונה היא לא חיץ. הכוונה היא סגמנטים, להתקדם בסגמנטים בעניין זה. לעומת זה הגיל, אני לא רואה למה, אם אנחנו מקבלים את הקונספט שאישה נשואה שהרתה מחוץ לנישואין מגיעה לה שיחליפו לה את התהליך הזה של הפסקת הריון והיא לא תצטרך להשיג את הכסף בעצמה, מה זה משנה אם היא בת 23 או 26? אין בזה רציונל. בגללות, את באה ואומרת, בכניסה להריון, לא מתוכנן, ככל שאדם צעיר יותר, יש יותר סיכוי שזה יקרה.

דובר:

יכול להיות דרך אגב שגם נשים שהן יותר צעירות, יכול להיות שגם הפגיעות שלהם יותר גבוהה, לא יודעת, לא ראיתי מחקרים, אני לא יודעת לקבוע. אין לי מושג אם זה נכון או לא נכון.

דובר:

אני יכול באותו רציונל להגיד לך שנישואין שנמשכו 15 שנה ויש בתוכם הריון מחוץ לנישואין, זה יותר דרמטי מאשר נישואין של שנה.

דובר:

יכול להיות,

דובר:

אבל יש עוד מישהו שיממן את זה.

דובר:

אבל מה שאני אומרת זה שלא שיש פה הגיון מאוד חזק של לחתוך את זה על פי גיל במובן הזה שנכון להכניס גיל מסוים ולא נכון להכניס גיל אחר. אני אומרת שזה יכול לתת הזדמנות להכניס את זה ברבדים כמו שאנחנו עושים במספר דברים נוספים.

דובר:

אני חושבת שבסך הכל רוב החברים רוצים להעלות את זה הלאה, ושנבדוק אופציות שונות. אנחנו צריכים את הזמן בשביל זה, אז אני מציעה שנעלה את זה, אנחנו נדון בזה גם בועדת המשנה וגם ...

דובר:

בסדר גמור. אנחנו מעלים את זה בלוק, ונקבל הצעות אחר הצהריים לפילוחים. מקובל?

דובר:

אנחנו מעלים את ה- 24 מליון, שזה כולל העלות של הועדה. הלאה. הנושא הבא זה אמצעי מניעה. פה X את רוצה להרחיב?

דובר:

אני ביקשתי, מכיון שזה ירד בוועדה הקודמת בשל העלות המאוד גבוהה, אני ביקשתי לבדוק את האופציה של כן לבצע את ההפרדה לפי גילאים כי בעיניי זו בשורה מאוד גדולה לנשים שהיום מוציאות הרבה מאוד כספים באופן יחסי לעלות בפועל של הרכש של הקופות שיכולות

לרכוש את זה בצורה הרבה יותר זולה והרבה יותר אקונומית במובן הזה, לציבור ה אוכלוסיה, ובעיני יש לזה חשיבות שהיא חשיבות לאומית, ולכן הצעתי בכל זאת להעלות את זה לפי רבדים, וזה מה שכרגע נמצא. אני מאוד בעד כן להעביר את זה הלאה.

דובר:

הלשכה המשפטית אישרה את זה?

דובר:

כן.

דובר:

אנחנו העברנו לכם את המסמך ש- X ו- X הכינו. אז אולי תגידו את עיקרי הדברים.

דובר:

אני לא קיבלתי.

דובר:

ההצעה התקבלה על דעת הלשכה המשפטית, מתוך כוונה שנכניס את זה בסוג של... אם היום אמצעי מניעה עד גיל 20 הם בסל, אז נכניס את זה עד גיל 25 ובעוד כמה פעימות במהלך השנים, אפשר יהיה להסדיר את זה עבור כלל הנשים במדינת ישראל מפני שההוצאה החד פעמית מתוך תקציב הסל היא בלתי אפשרית פשוט ולאורך שנים הטכנולוגיה לא מצליחה לעבור את הועדה. המחשבה היתה לתחום את זה לגילאים 20 עד 25,

דובר:

רק כדי להבין, זה עד גיל 19 בחינם?

דובר:

עד גיל 19 זה בסל.

דובר:

בסל.

דובר:

צריך להבהיר בדיוק מה בדיוק בסל ומה לא. תנו לה לגמור להציג,

דובר:

אמצעי מניעה כלולים בסל על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי עד גיל 20 במימון ציבורי.

זה נכנס בשנת 2005.

דובר:

כולל עשרים?

דובר:

כולל עשרים, עד יומולדת 21.

דובר:

מה לגבי חיילות?

דובר:

זו החלטה של הצבא. יש לצבא סל משלו והוא מחליט. הצבא ברוב המקרים מיישר קו עם סל שירותי הבריאות הציבורי, בנושא של גלולות, מאחר שכל האוכלוסיה האצלו, הוא החליט לא לממן כלום.

דובר:

צריך להגיד את זה.

דובר:

אבל אנחנו כרגע עוסקים בסל שירותי הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי לגילאים מעל, ולכן זה לא רלוונטי כבר לצבא. אבל הוא מממן הפלות. עיקרי הדברים: אם נכניס אמצעי מניעה עד גיל 25 שזו קבוצת גיל משמעותית, אנחנו מדברים על קבוצת אוכלוסיה שמוגדרת, בכלל היום בספרות הרפואית כיאנג אדולטס. זאת אומרת זו קבוצה שמושכת קצת את גיל ההתבגרות, שיש לה מאפיינים מיוחדים. אני יכולה להגיד למשל שהגיל הממוצע בישראל לנישואין הוא כמעט 25, או 24.8, גיל ממוצע בלידה ראשונה הוא 27, יש לנו את מספר הנשים בגיל הזה, מספרים מוחלטים, מתוך כל המידע של הדו"חות להפסקות הריון שהשתמשו כשהגנו אחוז האישורים להפסקת הריון לנשים שלא השתמשו באמצעי מניעה גבוה, והוא 2/3 עד גיל 24. כלומר יכול להיות שהכללה של מימון ציבורי לאמצעי מניעה עד גיל 25 תשפיע לטובה על הקבוצה הזאת.

דובר:

כולן לא השתמשו?

דובר:

זה בדיוק השאלה הבאה. יש מחקר, אחוז האישורים, יש לנו גם ... כמה לא השתמשו באמצעי מניעה,

דובר:

עד גיל 24 מתוך כלל האישורים זה 65 אחוז.

דובר:

הוא שאל כמה מהן לא השתמשו באמצעי מניעה, דיווח גדול ביתר באחוזי הגיל הזאת, שזה היה בלי אמצעי מניעה. $\frac{2}{3}$ מהנשים קיבלו אישור להפסקות הריון עד גיל 24, לא השתמשו באמצעי מניעה. רוב הפסקות ההריון עד גיל 25 זה הפסקת הריון ראשונה, זה שיור גבוה מאוד מכלל האישורים, 79 אחוז מכלל האישורים. מעבר לזה, פשוט יש את הגרפים שאפשר לראות שאחוז אי שימוש באמצעי מניעה כמו שאמרתי עד גיל 24 הוא 65 אחוז, מתוך ... הפסקות הריון. ההריון הראשון היה ב- 65 אחוז וב- 68 אחוז, וזהו, וכל הנושא של האמצעי מניעה כתבנו בנייר הטכנית את כל היתרונות.

דובר:

את יכולה להסביר את היקף החולים ואת העלות הכוללת?

דובר:

אנחנו נסביר, קיבלנו את הבקשה הזאת מ- x ביום רביעי או חמישי והתחלנו לאסוף את הנתונים מקופות החולים. חסר לנו נתונים מקופה X ומקופת חולים X . אנחנו מחכים לנתונים שלהם בשביל במהלך היום לגמור,

דובר:

העברנו לכם.

דובר:

לפי חיתוך גילאים?

דובר:

כן.

דובר:

גם קופה X ?

דובר:

כן.

דובר:

אז תעבירו בבקשה שוב.

דובר:

אנחנו צריכים לשמוע את תגובות החולים. המספר שאנחנו עשינו,

דובר:

אנחנו נחכה כי המספרים הם מדוייקים יותר דרך קופות החולים.

דובר:

סך הנשים בין הגילאים 20-21,

דובר:

סליחה, X, מתנצלים. זה קופה X לא העבירו. X ו X. X העבירה.

דובר:

אנחנו נעביר הלאה ונשמע נתונים. נצא לרבע שעה הפסקה.

(הפסקה)

דובר:

אנחנו ממשיכים. X עשתה בירורים בהפסקה בנושא אמצעי מניעה ורוצה למסור הודעה

בעניין וגם בנושא הפסקת הריון, בבקשה.

דובר:

אני רק רציתי להגיד שמכיון שהגלולות למניעת הריון היתה הצעה שלי ואחרי כמה בירורים הסתכלתי קצת על המספרים, אז אני מושכת חזרה את הבקשה. לגבי הנושא של הפסקות הריון, דיברתי עם הלשכה המשפטית של משרד הבריאות, ומשרד הבריאות יעשה את זה באופן רשמי בעצמו, אבל בהחלט אפשר לבצע את הפילוחים לפי גיל, מתוך כוונה שיש איזו שהיא אמירה גם חיובית שהועדה רואה את זה בעין חיובית ותרצה להכניס את זה כרצף בלי מחוייבות כמובן עתידית, אבל אמירה לגבי זה ואז אפשר לבצע את החיתוכים לפי גיל וזו יכולה להיות אופציה לגבי הנושא שדיברנו עליו קודם.

דובר:

אז אמצעי מניעה ההצעה שלך זה בעצם שירד מהשולחן, חזרה.

דובר:

כן.

דובר:

אמצעי מניעה ירד ולגבי הפסקת הריון בפילוח לפי גיל נחכה לנתונים אחר הצהריים ואז נדון בקונטקסט המתאים. תודה רבה. מה הטכנולוגיה הבאה?

דובר:

הטכנולוגיה הבאה היא נזיר-מודולציה עצבית לטיפול באי נקיטת צואה.

דובר:

דובר:

אנחנו מדברים פה על אוכלוסיה קטנה, שבעים חולים שמתחילים את הטסט, שמתוכם חמישים ימצאו כראויים לקבל את הטכנולוגיה. כחמישים חולים מתוך השבעים ימשיכו עם השתלת קוצב סופי ואנחנו מדברים על סדר גודל של 6.9 מליוני שקלים. יש הסכם חלוקת סיכון ש-X עברה מול החברה.

דובר:

ככה, ההסכם הוא לארבע שנים, האחריות היא לחמש שנים, שזו שאלה שנשאלה לצורך התיחום. ההסכם מורכב משני חלקים, חלק אחד, יש אנשים שעושים את השלב הראשון, אחר כך לא ממשיכים לשלב השני. האנשים שעושים את השלב הראשון ולא ממשיכים לשלב השני, האחריות על המחיר של האבזור, אני מדגישה, כי יש אבזור ויש פרוצדורה. הפרוצדורה לא בתוך ההסכם, בתוך ההסכם זה רק האבזור אבל זה החלק העיקרי של התימחור, אז מי שלא עובר את השלב הראשון או עושה אותו ולא ממשיך הלאה זה על חשבון החברה, ומי שממשיך הלאה, זה על חשבון קופת החולים, שם קבענו גידור של חמישים.

דובר:

כמה זמן עובר בין השלב הראשון לשני, מה משך ההמתנה?

דובר:

אני לא זוכרת בדיוק,

דובר:

זה משהו קריטי,

דובר:

למה קריטי?

דובר:

נדמה לי שזה איזה שהוא תהליך של שבועים,

דובר:

זהו, זה זמן קצר. על זה היה הביקורת כל שנה, לא הדו שלבי, שעד ההכרעה עם זה ... לא עבר מספיק זמן.

דובר:

זה לא מוגבל בתוך ההסכם.

דובר:

ככה זה עובד.

דובר:

ואם רופא יוצא בעוד שבועיים או שלושה, מה הבעיה?

דובר:

הטכניקה היא כמו, אתה מכניס את זה, נותן לחולה להסתובב עם זה, זה בעצם זמני.
אחרי ש, אם זה עובד אתה ממשיך הלאה. בדרך כלל זה בין שבועיים לארבע.

דובר:

זה לא מותנה בהסכם. לא כתוב בהסכם שזה מותנה פרק זמן,

דובר:

ברגע שזה החלטת הרופא... איך שאתה רוצה.

דובר:

מה זה משנה?

דובר:

נמשיך הלאה.

דובר:

בקטע הזה יש לי שתי שאלות. יש מספר מסוים של ניסויים, מספר מסוים שהצליח
בניסוי והמשיך את הטיפול. שני הדברים האלה יחושבו וי.... גם הניסוי וגם זה. יש סוגיה שניה,
סוגיית החלפת הבטריות,

דובר:

ההחלפה של הבטריה היא פעם בחמש שנים בממוצע.

דובר:

זה גם חושב.

דובר:

ביקשנו מהחברה התחייבות, בהתחלה, תקופת ההתחייבות היתה קצרה. אנחנו ביקשנו מהחברה התחייבות, דרשנו מהחברה שתקופת האחריות תהיה מקבילה לאותה תקופה, ולכן זה חמש שנים.

דובר:

לקחתם בחשבון החלפה?

דובר:

כן. לקחנו בחשבון החלפה עד עשר שנים. נראה לי שזה מעל ומעבר.

דובר:

וזה לחמש שנים ההסכם.

דובר:

לא, ארבע. האחריות היא לחמש. אני רוצה להגיד שהגענו למספרים של היקפי ה חולים מכל מיני הצלבות של מידע כולל עבודות אפידמיולוגיות למה ש- NICE עשה ועשינו

דובר:

הטסט בארבע השנים הראשונות, על חשבון מי הוא? מי שלא ממשיך?

דובר:

מי שלא ממשיך זה על חשבון החבר.ה אחרי ארבע שנים נגמר ההסכם.

דובר:

אז מי מממן את הטסט? זה מחושב?

דובר:

זה מחושב.

דובר:

תבדקי את זה, לא אכפת לי, אבל תבדקי.

דובר:

אז זה ייבדק. יש הסכמה, עובר הלאה. הטכנולוגיה הבאה?

דובר:

הטכנולוגיה הבאה היא ניקוז ריאות לחולי CF.

דובר:

יש מתנגדים שזה יעבור לשלב הבא?

דובר:

חייב לעבור.

דובר:

אנחנו צריכים לתת פה איזה שהוא עדכון שבא ואומר אנחנו ממשיכים את הפעילות /שלנו לגבי הנושא של הגימלה דרך הביטוח הלאומי, ובמידה וועדת הסל תחליט שזה נושא שבתיעדוף גבוה ונכנס השנה, משרד הבריאות יפעל באופן נמרץ בשביל שהתיקצוב יינתן בצורת גימלה של הביטוח הלאומי לחולי CF. מה שזה אומר, שה- 8.8 שכרגע,

דובר:

הסל מתקצב מביטוח לאומי?

דובר:

תלוי תוך כמה זמן זה כרגע ייגמר. יכול להיות שזה יועבר כרגע לקופות ואחר כך מהתקציב הכולל של הקופות יועבר אחר כך לטובת המוסד לביטוח לאומי.

דובר:

זו טכנולוגיה שדורגה כ- A9, קבוצת חולים שתוחלת החיים שלהם מאוד התארכה בעשורים האחרונים, זקוקים לזה. מישהו מתנגד שזה יעבור הלאה?

דובר:

מה היקף החולים?

דובר:

655 יש בארץ.

דובר:

אז המימון עובר מהסל אל הביטוח הלאומי?

דובר:

זה מהלך שהמנכ"ל שלנו מנסה להוביל אותו, כבר יש הסכמה עקרונית. מה שיקרה זה ש-8.8, יכול מאוד להיות שגם התקציב שקיים היום בסל יועבר לטובת הביטוח הלאומי ואז בעצם כל הנושא הזה יצא מהסל לתוך הגימלה.

דובר:

בדרך כלל הכיוון הוא הפוך. זכויות שיש לאנשים עם מוגבלויות או מחלות וכו', נקבעות כך שהמימון מגיע מהביטוח הלאומי והאספקה של הטכנולוגיה ניתנת בקופה. על כיוון כזה עוד לא שמעתי. אנחנו מממנים את הביטוח הלאומי שיתנו טכנולוגיה שאנחנו צריכים לתת, לא מבין את ההגיון הזה.

דובר:

אם אתם מוכנים לתת את השירות בעין, אז יכול להיות אולי שלא. אבל הבעיה שאתם לא רוצים לתת את השירות בעין כי אתם אומרים שיש לכם בעיה בגלל שזה לאו דווקא פיזיותרפיסטים אלא כל מיני סטודנטים וזה לא מקצוע מוכר,

דובר:

בשיטה הזאת מי יתן את השירות?

דובר:

לכן עדיין מי שיתן את השירות זה אותם סטודנטים, אבל לא יהיה קשר ישיר בין ההחזר לבין השירות כי מה שקורה בקשר הישיר הזה שזה מקפיץ מחירים למעלה. החשש שלנו זה שההחזרים האלה פר קבלה, שבדרך כלל לא נהוג בסל, כי בסל אנחנו נותנים שירות בעין, מקפיץ את המחירים למעלה, וזו בדיוק הדרך לנסות לפתור את הבעיה הזאת. על ידי זה שאתה נותן גימלה ואז הבנאדם לוקח את הגמלה הזאת כדי לקבל את השירות.

דובר:

ביטוח לאומי הוא במסגרת ... זה לא בפועל כרגע.

דובר:

אני אומר שכל ההצעה הזאת בעיני היא עקומה בהגיון שלה. הכסף היה צריך לבוא מביטוח לאומי,

דובר:

בסדר, אבל הוא לא בא. דיברנו על זה גם עם דברים אחרים, הוא לא בא.

דובר:

שהסל יתן משהו שהזכות צריכה לבוא מביטוח לאומי ושבביטוח לאומי מסכים שזה חלק מאחריותו? למה? כל הרעיון הזה בעיני לא מבוסס על המציאות הנוכחית. לביטוח לאומי יש

תקציב של 80 מליארד, למערכת הבריאות יש תקציב של חצי מזה. אנחנו צריכים לממן את הביטוח הלאומי? לא הבנתי את ההגיון הזה. כל ההצעה הזאת היא שירות שניתן בקופות.

דובר:

איך שאני מבין את זה, הקופות לא מממנות את ביטוח לאומי. עלה רעיון לעשות גימלה כוללת לחולה בציסטיק פיברוזיס. זה רעיון שרק קורס עור וגידים עכשיו, אתה כבר מממן את הביטוח הלאומי? היעילות של הטכנולוגיה היא A9, אם אין לך השגות על התחשיב, אז למה ללכת על תיאוריה? של אנחנו מממנים?

דובר:

כי זה ילך על חשבון של טכנולוגיות אחרות.

דובר:

אתה נגד להעביר את זה לשלב הבא?

דובר:

אני בעד לתת את השירות הזה אבל בלי קשר, אם יש אפשרות שביטוח לאומי,

דובר:

זאת אפשרות שהיא כרגע רימוט פוסיביליטי.

דובר:

הם צריכים לממן את זה בלי קשר לסל. במקור אחר. לא על חשבון החולים בתוך הסל.

דובר:

בסדר, מה עם ההעברה לשלב הבא?

דובר:

אני בעד שה-CF יקבלו יותר טיפולים של פיזיותרפיה, אבל מה שהסברתם כאן לא נכון.

דובר:

אוקיי, גמרנו, אין יותר שאלות. נעביר את זה לשלב הבא, ועל חשבון מה זה בא, נדבר, לא יהיה בשנת 2014 גימלה של ביטוח לאומי לזה ואנחנו דנים בסל 2014. אז בואו נתעדף את זה.

דובר:

אני רק לא יודע, מי שיתן את זה, לא יהיה פיזיותרפיסטים, מי?

דובר:

זה מטפלים שעוברים קורס,

דובר:

זה איזה שהוא מקצוע בעצם שאין,

דובר:

זה לא מקצוע. זה בדיוק העניין. זה אפילו לא הרשאה. זה יכול להיות גם בן משפחה לצורך העניין שעושה את הטיפול, ומקבלים עליו הסבר. בדיוק בגלל החשש שהמחירים יקפצו לנו למעלה,

דובר:

וזה דורש קורס?

דובר:

זה דורש איזו שהיא הדרכה. זה לא מוסדר. הקורס הזה לא מוסדר.

דובר:

לי יש קצת בעיה עם,

דובר:

בוא נתחיל מזה שהנושא כבר נמצא בסל. בעצם על מה אנחנו מדברים? ההחזרים בגין הניקוז הריאתי נמצאים בסל, רק ההחזר עומד היום על 33 עד 35 שקלים, תלוי בקופה, והכוונה היא להעביר את זה לאיזה שהוא מחיר שהוא מחיר ריאלי,

דובר:

למי הם משלמים?

דובר:

הם משלמים חזרה למשפחה שמגישה איזשהוא פירוט של הוצאות הטיפולים.

דובר:

אני אגיד לך איך זה,

דובר:

אבל זה גם לא לבן משפחה שמטפל, זה לא מקובל,

דובר:

גם היום נותנים החזרים לחולים,

דובר:

יש עמותה לחולי ציסטיק פיברוזיס מאוד מאוד מסודרת ויש שישה מרכזי התמחות לציסטיק פיברוזיס בפיזור ארצי, בכמה בתי חולים. יש בתוך העמותה מאגר של שמות של פיזיותרפיסטים, וסטודנטים לפיזיותרפיה,

דובר:

אבל לא משפחה.

דובר:

בדרך כלל יש מצבים בשוליים שכן משפחה לוקח על עצמו את התפקיד ולאורך שנים עושה את זה. בגדול, בעיקר האוכלוסיה, זה או סטודנטים או פיזיותרפיסטים מקצועיים שכולם רשומים בעמותה, כולם עוברים הכשרה, ומרעננים את הרשימה הזאת כל שנה. הציוות של המטפל לחולה זה דרך העמותה, בגלל שזה טיפול יום יומי הרבה מהם משודכים ליותר ממטפל

אחד. כשהוא חולה, או כשהוא נוסע, שולחים משהו במקומו. זו מערכת מאוד מאוד מסודרת, הם חותמים על כל טיפול, ובסוף החודש המשפחות ניגשות עם זה, היום כבר, לקופות החולים, קיבלנו דיווחים מקופות החולים, מקבלים החזרים גג עד 1000 שקל לחודש, שזה אומר שלושים שקל ליום, רק שהטיפול עולה כ- 105 שקלים ליום. אין פה חשש כל כך גדול לפריצת מחירים, מפני שהעמותה משלימה גם לחלק מהחולים חלק מהכסף.

דובר:

זה לא נכון. זה ממש להטעות את הועדה להגיד שאין חשש לפריצת מחירים, זה גם בניגוד למה שנאמר בשיחת ועידה אצל המנכ"ל.

דובר:

אני מנסה לתאר את המציאות.

דובר:

לא, את לא מתארת מציאות, מצטערת.

דובר:

אם אני א שלים את המשפט אני אתאר מציאות.

דובר:

אבל את מתארת מציאות שהיא מוטעית.

דובר:

הקופה לא מאפשרת השלמה מהתקציב שלה, אם העלות עולה מעבר לסכום מסוים. היום. זאת המציאות היום, עוד לפני שהכנסנו לסל. עמדה של המשרד הוצגה כאן. שה.... מגיעה דרך הביטוח הלאומי כדי לא להפוך את הסל למנגנון להחזרת כספים, זה לא מנגנון מועדף. זה המכשול שלנו. אבל המנגנון הזה קיים עוד לפני המועד הקובע לגבי חולי ציסטיק פיברוזיס. כי אנחנו רוצים, או לתת את השירות בעין, אם הקופות יכולות להגיד שהן יכולות להעסיק את העובדים האלה, לאשר אותם, אנחנו נברך על זה.

דובר:

ממש לא,

דובר:

כל ההכנסה לסל זה להגדיל מ- 35 ל-105? על זה אנחנו מדברים? זה לא דבר שגרתי,

דובר:

זה לא עניין של תקצוב זה עניין של שיטת מתן השירות הזה. כל זמן שמתן השירות לא מוסדר, אין ערך להקצבת כסף לזה. כי אנחנו לא מתחייבים להעסיק עכשיו העסקה של מטפלים שאנחנו לא מכשירים אותם, לא מ... אותם, מי הם בכלל? זה לא נסגר פה.

דובר:

האם הקופה יכולה לקחת על עצמה לתת את הטיפול הזה בבית בתדירות הנדרשת על ידי פיזיותרפיסטים, אין שום בעיה. בקופת חולים הכי טוב.

דובר:

X גם אתה לא חולק שהחולים זקוקים לזה.

דובר:

אבל זה לא פיזיותרפיסטים.

דובר:

כמו שזה עכשיו נידון זה לא בשל להגשה. כל השאלות ה אלה צריכות להידון במסגרת אחרת. זה לא בשל לדיון עכשיו.

דובר:

X היום תמורת הסכום הנמוך הזה, יש לנו ראיות שהחולים לא מקבלים את מה שהם צריכים לקבל?

דובר:

יש הרבה מאוד חולים שבגלל מצוקה כספית מדלגים על טיפולים, לוקחים שני טיפולים בשבוע, פחות טיפולים ממה שהם צריכים,

דובר:

אבל את אומרת שזה בסל ב-35 שקלים.

דובר:

נכון, אבל זה לא מספיק לממן את כל הטיפולים שצריך. זה מספיק לשליש מהטיפולים. אנשים בעלי אמצעים משלימים בין 2000 שקל נוספים מכיסם כל חודש, ועוברים טיפול כל יום. את

ההוכחות ליעילות הטיפול, הצגנו, זה טיפול מציל חיים. זה שהם חוסכים בטיפולים כל כך חיוניים כי אין כסף,

דובר:

למה לא דרך גימלה של הביטוח הלאומי, מה רע בדרך הזאת?

דובר:

כן אבל אין גימלה כזאת. אולי יהיה, אולי לא. אולי בעוד חצי שנה, אולי לעולם לא, אולי עוד עשר שנים.

דובר:

לא, אני לא מסכימה שאין דרך לתת גימלה דרך הביטוח הלאומי. זה לא נכון. אני ישבתי בדיון הזה,

דובר:

את סותרת את עצמך, אז את לא בעד להעביר את זה הלאה,

דובר:

אני בעד להעביר את זה הלאה, רק אנחנו מסבירים פה את העניין של הגימלה.

דובר:

השאלה אם הגימלה תבטיח שהטיפולים יינתנו. זאת אומרת תהיה פה אכיפה של הביטוח הלאומי, יהיו קבלות?

דובר:

זאת הכוונה. הכוונה היא לבנות את הגימלה בצורה כזאת,

דובר:

איך אני יודע שהשירות יינתן? ברגע שאני נותן כסף למשפחה, איך אני יודע שהחולה מקבל טיפול? תסבירי לי. איך אני מבטיח שבן משפחה שמקבל כסף אכן מקבל את ה טיפול. מה השיטה?

דובר:

אחרת אותו חולה לא יחיא. אותו חולה זקוק לטיפול...

דובר:

אז ... הקופות, זה לא רק לתת שירות אלא לוודא שהוא מתבצע. בשביל זה יש שירות.

דובר:

אין לי שום בעיה. אם הקופות מוכנות להרים את הכפפה, ולקחת את השירות ולתת אותו בעין, בשמחה. זה הדרך הכי טובה. אבל כל עוד זה לא קורה זה בעייתי.

דובר:

השיטה לא ברורה. היום את הולכת לממן משהו ששיטת ה... לא ברורה.

דובר:

אני לא בטוחה כי יש הרבה דברים שאנחנו נותנים גימלאות, וגם בחוק סיעוד אתה נותן גימלה הרבה פעמים ואתה לא יודע אם הוא מקבל או לא מקבל.

דובר:

אני לא מכיר שיטה שדרך בני משפחה, שאין לי שום ידיעה מה הם עושים, הם מקבלים כסף, ואולי הם לא עושים.

דובר:

X, היום אתם נותנים את זה כבר במסגרת הסל.

דובר:

אנחנו לא נותנים את זה למשפחות, נותנים את זה לאנשים שעברו הכשרה.

דובר:

אתם אולי לא, אבל יש הרבה קופות אחרות שנותנות לבני משפחה.

דובר:

כמו שאמרה X, עיקר הטיפול, הכוונה היא שלא יהיה מטופל על ידי בני משפחה. זו לא הכוונה. בדיוק ההיפך, על ידי אנשים שמטפלים חיצוניים למשפחה. וזה ברוב המקרים מה שקורה. אנחנו כרגע נמצאים בסיטואציה שאתם כקופות באתם וגם אמרתם בדיונים הקודמים שאתם לא יכולים לתת את הטיפול הזה בבית על ידי פיזיותרפיסטים, אז אנחנו נשארים עם הפתרון הקיים, רק רוצים לתקצב אותו כהלכה.

דובר:

היה לנו את נושא ה... היה כבר תקדימים שהועדה היתה מוכנה להעביר כסף לגורם אחר.
.... למד, א. בסוף זה לא הסתייע, לא חשוב,

דובר:

זה לא נכנס.

דובר:

לא, מסיבות שלא קשורות לוועדה. המנגנון שמביאים כסף למישהו אחר שיעשה את זה,
לא מוקצה בעיני, ודאי שהצורך קיים ואמיתי ואני תומך שהצורך קיים ואמיתי. הבעיה היא מה
עושים עד אז, אם לא יהיה הסכם כזה, חבל, זרקנו שמונה מליון,

דובר:

לא זרקנו. א. בינתיים אפשר לתת את ההחזרים, אבל אני מניחה שכן נמצא פתרון בתוך
טווח זמן קצר.

דובר:

יש אכזבה גדולה כרגע. כי זה היה ברור לכולנו, זו טכנולוגיה סופר חשובה, מי שמרכז את
רוב החולים האלה בארץ אמר שזו לדעתו הצלת חיים, ופתאום עכשיו אני מבינה שפה זה הולך
ליפול על משהו טכני. חייבים למצוא לזה פתרון.

דובר:

זה לא נופל על משהו טכני. זה אולי רצון להציג את זה ככה, זה ממש לא נופל על,

דובר:

אז מה יהיה?

דובר:

יש פה טכנולוגיה שכנראה יש לה שני מגגנונים אפשריים. אחד זה לעשות את זה דרך קופות החולים, כמו שמתבצע גם היום ואחד דרך גימלה של הביטוח הלאומי. עשינו דיון אצל המנכ"ל, הוא דיבר עם מנכ"ל המשרד לביטוח לאומי, דיברו עם מי שאחראית על הגימלות, והמגגנון שנראה לנו יותר נכון זה לעבור דרך הגימלה של המוסד לביטוח לאומי. אבל עדיין שתי האלטרנטיבות קיימות. זה לא שהחולים ...

דובר:

מה, אנחנו יכולים עכשיו להחליט שזאת האלטרנטיבה המועדפת ולהוריד את זה מהרשימה דהיום?

דובר:

לא, בכל מקרה, הביטוח הלאומי יפתח גימלה חדשה כשהוא משתמש בתקציבים האלה. אין מקורות בביטוח הלאומי, זה קיבלנו הבהרה חד משמעית. זה לא שזה יגיע ממקורות הביטוח הלאומי.

דובר:

אם אני מבין נכון שאנחנו צריכים להקצות מקורות לקופות שיקחו את זה עליהן עד שהביטוח הלאומי יקח את זה על עצמו, ואז הכסף יעבור אליו?

דובר:

הבקשה שלנו זה שתדונו בטכנולוגיה מבחינת החשיבות שלה. אם מבחינת החשיבות שלה היא ראוייה להכנס לסל, תשאירו למנכ"ל משרד הבריאות את האופציה,

דובר:

חשיבות זה עניין יחסי. אומרות הקופות שיכול להיות שזו זריקת כסף,

דובר:

בסדר יכול להיות שבתיעדוף הסופי ...

דובר:

זה לא הנימוק.

דובר:

חשיבות היא חשיבות, היא לא צריכה להיות קשורה למנגנון. צריכים לתעדף את זה בלי קשר למנגנון.

דובר:

יש שני מנגנונים אפשריים שהם ישימים.

דובר:

השאלה אם .. פיזיותרפיסט ... שעבר הכשרה או בן משפחה.

דובר:

בכל מקרה כשזה מתומחר פה זה לא מתומחר פיזיותרפיסט. כי גם היום זה לא פיזיותרפיסטים ואתה נותן החזר. היום סטודנטים לרפואה, סטודנטים לפיזיותרפיה וכדומה. גם היום. ואתה לא בודק אם הוא עשה הכשרה כזאת או אחרת. זה שהוא רשום בעמותה בסדר, אבל לך אין שום שליטה על ה,

דובר:

אני רוצה להבין, האם יהיה מצב שה- 8 מליון האלה אנחנו עכשיו נכניס אותם לסל ובסופו של דבר זה ימומן על ידי מקור אחר?

דובר:

לא, הדבר היחידי זה הצינור. האם הצינור שזה יינתן למשפחות יהיה הקופות, או הביטוח הלאומי. זה המקור הכספי. אין מקור אחר.

דובר:

אז בן משפחה יקבל את זה. אז מה.

דובר:

הוא מפסיד עבודה, הוא עבר הדרכה, הוא עושה את הטיפולים,

דובר:

ב-CAPD אתם שומעים מבני המשפחה?

דובר:

הוא יכול לקחת את זה כהכנסה למשפחה ולא לעשות עם זה כלום.

דובר:

זה אותו דבר. אי אפשר לעשות CAPD לבד.

דובר:

איך אנחנו מפקחים שזה קורה? כשיש לי מישהו שזה התפקיד שלו, המשפחה מפקחת ואנחנו מפקחים. כשבן משפחה עושה את זה בעצמו, מה הערובה שהוא עושה משהו?

דובר:

הערובה היא שהמשפחה הזאת מבינה שזה קריטי והיא מבינה שאין ברירה אחרת.

דובר:

גם היום בשביל ה-1000 שקל שהם מקבלים מקופת החולים הם מביאים כרטיס חתום והקופה נותנת להם החזרים, ולא כולם מקבלים 1000 שקל, יש הרבה שמקבלים פחות כי מטפלים חותמים על פחות טיפולים בחודש. ראינו את הנתונים. הרעיון הוא הפעם להגביר את המנגנון של האכיפה באמצעות מרכזי התמחות. כל חולי הציסטיק פיברוזיס רשומים במרכזי התמחות. הם מכירים את החולים, רואים על החולים האלה אם הם לא קיבלו טיפול. אם הם לא קיבלו טיפול המצב שלהם מידרדר. בשביל לקבל או את הגימלה או את הכסף מהקופה, או באיזה מנגנון שבסוף נמצא, יהיה חתימה של מרכז מתמחה על טיפולים שהחולה מקבל. זה הרעיון.

דובר:

תשובה יפה מאוד.

דובר:

האם יש הסכמה להעביר את זה לשלב הבא?

דובר:

כן.

דובר:

אוקיי. הטכנולוגיה הבאה.

דובר:

X אני רק מקריאה לך מהתגובה של קופה X כשביררנו איתם לגבי חולי ציסטיק פיברוזיס. ההחזר הוא לא כנגד קבלה שכן הטיפול לא בהכרח מבוצע על ידי איש מקצוע, הוא יכול להנתן על ידי בן משפחה או סטודנט אלא כנגד טופס הצהרה עם הטבלה שבה חותם ליד כל תאריך מי שהצהיר שביצע. וזה הפיזיותרפיסטית הראשית של קופה X.

(מדברים ביחד)

דובר:

הטכנולוגיה הבאה היא מד סוכר רציף. יש לנו מישהו שביקש, יש פה שתי טכנולוגיות של מד סוכר רציף, אחת זה לקבוצה הרחבה יותר, לחולים עם סכרת. אני רק אזכיר,

דובר:

חברים ... מד סוכר רציף לחולי סוכרת שמקבלים אינסולין. אני צודק? היה דיון סוער מאוד על זה בשנה שעברה.

דובר:

אני רק אזכיר שהטכנולוגיה נמצאת בסל לשלוש קבוצות של חולים. לילדים עד גיל 18, לנשים בהריון וחולים שסובלים מהיפוגליקמיה אנ-אוורנס. הבקשה לסל זה שני דברים: 1. הרחבה, ועמדו בפנינו שתי אוכלוסיות חולים שונות לחלוטין. אוכלוסייה אחת זה האוכלוסיה של החולים שסובלים מהיפוגליקמיה בגלל מחלת אגירת גליקוגן, או היפר אינסולניזם מולד של הילדות, שזה בעצם תסמונות מאוד מסוימות, מאוד ספציפיות, והקבוצה השניה היתה קבוצה של מבוגרים, כאשר המחשבה היתה ללכת ומתוך קבוצת המבוגרים שהיא מאוד גדולה, להגדיר תת קבוצה. תת הקבוצה שדובר עליה בהתחלה זה חולים עם סכרת טייפ 1 שהם 25 שנה עם סכרת ויש להם משאבת אינסולין ועדיין לא מאוזנים. עלה לדיון פה, עלה לדיון גם בהיבטים המשפטיים, זה בלתי אפשרי. אנחנו פנינו ושאלנו שוב את המומחים אם יש להם רעיון לתת קבוצה אחרת, ההצעה שקיבלנו היתה פתרון של להגדיר את הסנסורים כחבילה לטיפול בשנה. בשביל לחדש תחושת ההיפוגליקמיה, אשר הרציונל הקליני המבוסס מחקרית זה שמניעת היפוגליקמיה לתקופה של שנה מחזירה את תחושת ההיפוגליקמיה לתקופה ממושכת לאחר מכן וכו', זאת אומרת לתת לבנאדם לשנה ולקחת. קיימנו דיון בועדת המשנה וגם התייעצנו מבחינה משפטית, זה לא נראה לנו ישים, לא מבחינת הפרקטיקה וגם לא מבחינת היבטים המשפטיים. לכן מה שעומד פה לפניכם זה ההארכה של תת הקבוצה של חולי סכרת מבוגרים,

דובר:

כל חולה סוכרת שמקבל אינסולין ללא תלות במשך הסכרת, יקבל מד ניטור.

דובר:

אז ההערכה היא שוב, שיש כ- 2000 מטופלים כאלה בשנה, יש כאלה שסבורים שאפילו יותר מזה,

דובר:

ללא תלות אם עבר או לא עבר היפוגליקמיה, כי סיכמנו בשנה שעברה שלא ניתן לדעת.

דובר:

אז אני מבינה שהחברים לא מעוניינים להמשיך ו...

דובר:

X העלה את זה, אני מסכים איתו, יש קונצנזוס על זה, שבעלות של 11 אחוז מהסל בהגדרה כל כך רחבה, ללא תלות באירועי היפוגליקמיה שכבר סיכמנו בשנה שעברה שלא ניתן לעמוד עליהם, כאשר אן-אורנדס שמסכן בעליל את החולה נמצא בסל, אנחנו לא מעבירים לשלב הבא.

דובר:

עכשיו מה שנשאר זה לגבי מד ניטור סוכר רציף לחולים שסובלים מהיפוגליקמיה כתוצאה ממחלת אגירת גליקוגן טיפ 1 ו...

דובר:

למרות שגם פה קשה להגדיר, אבל הם הרבה יותר מועדים, קבוצה הרבה יותר מצומצמת וקטנה, אני בעד להעביר לשלב הבא.

דובר:

מקובל.

דובר:

מה עוד נשאר לנו?

דובר:

הטכנולוגיה הבאה זה עמידונים לשיקום וניידות.

דובר:

עמוד 16 שורה אחת לפני הסוף.

דובר:

כן. פה צריך לעשות עידכון של מחיר שזה דווקא לכיוון למעלה. עלות העמידון במקום 11,286, זה 12,095, העלות הכוללת זה 2.419 ₪. אנחנו מדברים שוב, בעמידונים, יש מישהו שמעוניין לדבר על זה בדיון?

דובר:

זה לא דברים שנתמכים על ידי מקומות אחרים?

דובר:

יש במרכזים, למשל במרכזי חינוך למיניהם, יש עמידונים שנקרא להם ציבוריים, הם בעצם מעמידים את הילדים על העמידונים האלה.

דובר:

אני חושב שהתחושה היא שזה לא מתאים לסל.

דובר:

אנחנו לוקחים מיד שרה. אתה משלם ליד שרה, אבל גרושים. אני מספרת לך על ילדים ש, אצל ויינטראוב, לוקחים את זה מיד שרה ובאיזה שהוא שלב אתה משלם על זה.

דובר:

האם מישו מהחברים יודע על מצב החסר ומה זה עושה? יש באמת הגבלת ניידות קשה בגלל מחסור או שהם מקבלים את זה ביד שרה?

דובר:

זה לא מכשיר שנועד לניידות. זה מכשיר שנועד לטפל בהם מעבר לכיסא גלגלים. ילדים שיש להם כסא גלגלים והליכון לא צריכים את זה. מדובר על ילדים שהדרך היחידה שהם יראו את העולם לכמה שעות ביום במצב אנכי ולא במצב שהם יושבים, זה רק לקשור אותם לעמידון מכל מיני זוויות בכל מיני מערכות תמיכה, אין את זה ביד שרה, זה לא נכון?

דובר:

זה לא מה שהתכוונתי,

דובר:

מה הם עושים היום, X?

דובר:

היום אין את זה כמעט בבתים. אם למשפחה יש 10000 שקל, היא קונה, זה מאוד מאוד יקר. אם לא, הילד אם נמצא במסגרת חינוכית שיש את זה, הוא עומד שעתיים שלוש ביום, יש תורנות על הכמה עמידונים שיש במסגרת החינוכית והילד עומד בזה ואז זה נותן סוג מסוים של מענה, בריאותי ופסיכולוגי לכמה שעות האלה שהוא עומד. אם זה ילד משותק והוא יושב בכסא גלגלים ובחינוך רגיל, אין לו הזדמנות בכלל לקבל עמידון ולהשתמש בו כמה שעות ביום. אז אלה שנמצאים במסגרת חינוכית שיש את זה, אנחנו בכלל לא מציעים להם את זה. אנחנו מציעים את זה לילדים שבמסגרת החינוכית שהם נמצאים אין להם את ההזדמנות אפילו לעמוד עשר שעות בשבוע.

דובר:

מי מממן את זה במסגרות החינוכיות?

דובר:

יש להם אולי בבית, ולא ב,

דובר:

אנחנו רוצים שיהיה להם את זה בבית.

דובר:

אבל אולי יותר נכון לדאוג שיהיה את זה במסגרות החינוכיות שלהם כך שכל עמידון ישמש כמה וכמה ילדים.

דובר:

אם תצטרכי לקנות לילד לכיתה או לבית, זה אותו דבר.

דובר:

למה, זה ישמש כמה ילדים.

דובר:

אין אף מורה בבית ספר רגיל שתקשור את הילד כמה שעות ביום לדבר הזה.

דובר:

זה ילדים שיכולים לשבת?

דובר:

זה ילדים בכסאות גלגלים. בהחלט.

דובר:

כלומר מה שאת אומרת זה שהם יושבים, אבל הם לא יכולים לעמוד. כלומר ילדים שיושבים ולא יכולים לעמוד. כלומר מה שזה נותן להם, שהם רואים פשוט את העולם במקום ישיבה, הם יכולים לראות אותו מעמידה.

דובר:

זה לא רק עמידה,

דובר:

זה גם שיפור איכות חיים, גם פצעי לחץ אני מניח,

דובר:

עשר שעות בשבוע?

דובר:

זה רק עשר שעות בשבוע, לא יכולים להיות שעתיים-שלוש ביום?

דובר:

בבית ספר הם בדרך כלל מתחרים על אותו עמידון כמה ילדים. הם עומדים על זה שעתיים. יש ילד שעומד עד הפסקת עשר, יש ילד שעומד מעשר,

דובר:

אין שום מקור אלטרנטיבי להספקה של הדבר הזה?

דובר:

לא.

דובר:

כי זה באמת לא נראה סל,

דובר:

צריך להיות בביטוח לאומי. לא מפה. זה שייך למוגבלויות והם אמורים לממן את זה. אנחנו נספק את זה, אבל המימון צריך לבוא מהם.

דובר:

אני לא מבינה בזה אבל יש לי איזו היכרות אישית עם מישהו שצריך כזה. שזה נועד כאילו הם עומדים כדי לגרום לזרימת הדם, ועושים להם תוך כדי מסאג'ים מפני שזה נועד מבחינה רפואית. זה לא בשביל שיוכלו לראות את העולם בעמידה.

דובר:

עם זרימת הרגליים, כמו שאת יודעת, משתמשים בזה בבתי חולים הרבה. יש דברים שהם גורמים לזרימה שהם יותר זולים. מאוד זולים. בגלל זה אני שואלת.

דובר:

היתה חוות דעת של שיקום?

דובר:

לא, אני רוצה לחדד את התועלת.

דובר:

יש הרבה חולים שיושבים, מגיל קטן מאוד, חולים עם CP. אין סוף, בכל מגווני הגיל. פה מדברים על ילדים, אני לא יודעת את ההערכה של המספר, אבל זה צריך להיות הרבה יותר גבוה.

דובר:

זה עד גיל 21. לא משתמשים בזה כל כך במבוגרים.

דובר:

מה המשמעות דווקא לילדים?

דובר:

המשמעות לילדים דבר ראשון פיזית. בבית זה כמעט בלתי אפשרי לקחת בנאדם מבוגר ולהעמיד ולקשור אותו, זה נמצא בשימוש בילדים, לילדים זה מאוד משמעותי לדימוי העצמי ולזרימת הדם,

דובר:

אבל ה יא אומרת שלזרימת הדם ולקטע הרפואי יש ...

דובר:

יש יותר ילדים, רק הכוונה היא ששוב, זה עמידון שאורך החיים שלו יחסית ארוך, אז אנחנו יודעים שא. לא כולם יגיעו באותה שנה, וב. מדובר על פרק זמן של מספר שנים שהעמידון מחזיק מעמד אצל אותו ילד, ולכן בעצם חילקנו את האוכלוסיה שהיא יותר רחבה על מספר שנים.

דובר:

בתרגום חופשי זה עשוי לייצר גרעון בשנה הראשונה והשניה שלו.

דובר:

יש נייר עמדה של איגוד לשיקום מארה"ב שכתב את כל היתרונות הקליניים של,

דובר:

מה ה...

דובר:

הייתי רוצה לחזור על הערך הרפואי של זה. חוץ מהקטע של הדימוי העצמי.

דובר:

המועצה לשיקום תיעדפה את זה בתועלת קלינית 3, מקובלות 2, חשיבות 2.

דובר:

הם בעצמם לא תיעדפו את זה גבוה.

דובר:

איך הם יכולים לדעת? הרי לא עשו על זה שום מחקר רפואי.

דובר:

למה אנחנו נתנו לזה 8-9, על סמך מה?

דובר:

על סמך האוידנס.

דובר:

השאלה אם יש לזה יתרון רפואי מעבר לדימוי העצמי וכל זה.

דובר:

טכנולוגיות לניידות זה בפרוגטיבה ובשדה של הביטוח הלאומי. זה שייך אליהם. אני לא מבין מה אנחנו,

דובר:

לצערנו הרב, כסאות גלגלים לדוגמה, לילדים, ניתנים במסגרת משרד הבריאות. וגם למבוגרים.

דובר:

והמימון?

דובר:

המימון, כן. דרך התוספת השלישית.

דובר:

מעבר לשני מחקרים, יש נייר עמדה של האמריקן אקדמי אוף פיזיקל מדיסין אנד ריהביליטיישן, שהוא מגדיר את המוצר הזה שהוא תורם לשיפור בתפקודים יומיומיים ב-ADL, מגביר עצמאות בתפקוד ופרודוקטיביות, משמר תפקוד איברים פנימיים חיוניים, זה יוצר סוג של מרווח אחר בגוף כשלא רק יושבים. מפחית אירועים של זיהומים בדרכי השתן, משמר צפיפות עצם, משפר זרימת דם, משפר טווח תנועה פסיבי, מפחית מצבים פתולוגיים של מתח שריר וספסטיות, מפחית מצבים של היווצרות פצעי לחץ, מפחית מצבים של עיוותי שלד, ומשפר תפיסה ורווחה פסיכולוגית ונפשית. והדברים האלה נתמכים גם במחקרים שצינו בנייר הטכני. זאת המשמעות של הטכנולוגיה. לכן קיבלנו את ההחלטה של 8-9.

דובר:

יש פה משהו שקצת מטריד וקצת מחזיר אותנו לעניין המחשבים. בקנדה ניתן מימון ציבורי לעמידונים בטווח השתתפות של 1,200 ל- 3,280 דולר. וגם כשאני מסתכלת על התמונות פה, יש פה המון סוגים. זאת אומרת מה, הפונקציה היא אותה פונקציה לכולם. נכון. זה לא משהו מותאם אישית, או כן?

דובר:

זה לחלוטין נכון מה שאת אומרת וזה הובא בחשבון גם בחישוב גם בתימחור, גם בנכונות של הצוות שנמצא במשרד הבריאות ומתאים את הציוד הזה, הם עובדים מול מגוון ספקים, על מגוון מכשירים, בהתאמה אישית וכך גם חושבה העלות הממוצעת על פי מגוון העמידונים,

דובר:

צריכים להגיד שאין לטכנולוגיות עדויות. באופן רציונלי זה מאוד סביר מה שאומרים. אני לא יודעת מה לגבי תפקוד איברים פנימיים, אבל לגבי כל השאר יש בזה רציונל,

דובר:

לא תפקוד, מרווח,

דובר:

לאור כל הדברים החיוביים ששמענו לפחות בשלב הבא. זה לא סכום בשמיים.

דובר:

אבל זה סכומים קטנים שאנחנו אחרי זה נוציא ... וזה קטן, וזה קטן,

דובר:

יש כאן עניין טכני, ... 680 עמידונים.

דובר:

אני לא בטוח. ברגע שאנשי השיקום בארץ נתנו את הדירוג שנתנו, זה רק אומר כמה, אולי מי שכתב בארה"ב זה נראה ככה, אבל זה רק מראה כמה אנשי השיקום שלנו נותנים לזה חשיבות. אין פה עבודה שבדקה האם באמת ילדים בטווח הארוך, זו גם עבודה ש קשה לעשות. קח את הילדים שעשית... מסוימת, לבדוק אותם בעוד חמש, עשר, 15 שנה לראות מה הצגת. זו עבודה רצינית. אין עבודה כזאת. זו אמנם עלות קטנה, אבל לדעתי זה יותר מדי כרגע.

דובר:

מה אומר המשפט הזה, כיום הטכנולוגיות ... ללא אישורי האמ"ר, על פי חוק אמ"ר, הנושא יידון בהמשך.

דובר:

חוק האמ"ר זה חוק שעכשיו.. עבר החוק בכנסת, מחכים לאישור תקנון שיפעילו אותו, עקרונית חוק האמ"ר בא ואומר שלא ניתן להשתמש בארץ, ומה שלא יהיה יש כל מיני תחומים שהם לא לגמרי מוסדרים עדיין כי לא היה להם האינסנטיב להיות מוסדרים. אבל מהרגע שחוק האמ"ר יעבור, אז יצטרכו ל,

דובר:

כולם הביעו דעתם. אני חושב שלאחר מה ששמענו, גם מבחינת אמירה, אי אפשר לא להעביר את זה לשלב הבא. אם בשלב הבא זה יעמוד מול חיסון לשפעת נדון בעניין הזה כשזה מחודד אחד מול השני. אבל לחסום את זה בשלב הזה, ממש לא נראה הגיוני. שזו טכנולוגיה שתורמת גם לאיכות חיים וקרוב לוודאי גם לבריאות של נכים קשים ביותר.

דובר:

זו טכנולוגיה, שבמידה והקופות מקבלות על עצמן לנהל אותה, צריך לנהל אותה מבחינת שירות, ביטוחים, לשלוח טכנאי, אין לנו שירות כזה,

דובר:

זה התוספת השלישית, לא מדובר על הקופות. ההערה לא רלוונטית. אנחנו עוברים הלאה.

דובר:

זה עולה לדיון, אנחנו ממשיכים הלאה. הטכנולוגיה הבאה זה נודקסטה, ל-PVA ואתם ביקשתם שגם נחתוך את זה לתתי קבוצות.

דובר:

אתם זוכרים, צחוק ובכי בלתי נשלטים בחולים עם פגיעות נוירולוגיות.

דובר:

אתם ביקשתם שנסתכל על מספר חולי ה-ALS וה-MS לגבי הטכנולוגיה הזאת.

דובר:

פרקינסון ואלצהיימר.

דובר:

נכון. במסגרת ההצעות להסכמי ריסק שרינג, יש פה בעצם שני הסכמים שמוצעים. אחד – זה לגבי כלל הפסוילובול... אפקט שזה כ- 280. אני מזכירה לכם שהתחלנו מ- 600 ומשהו, שזה ההערכה האמיתית,

דובר:

מה, הם הבריאוו?

דובר:

לא, אבל הגידור משם ומעלה.

דובר:

הגידור מוצע מ- 280 ומעלה להיקף של כמה שנים? חמש שנים. והנודקסטה רק לטרשת ו-ALS, ההצעה להסכם ריסק שרינג הוא ל- 150 אבל כולל פרקינסון ואלצהיימר. אם לא, סדר הגודל שוב משתנה של היקפי החולים. אז קחו את זה בחשבון.

דובר:

ברגע שהיקף חולים מסוים שגם הוא היה מאוד מסופק, ירד בצורה ניכרת לפחות מחצי, זה אומר שלאחר שלוש שנים הקופות חשופות לכל אי הוודאות,

דובר:

חמש שנים ולא שלוש.

דובר:

לא משנה, עשרים מצידו. ברגע שמספר גדול יותר ירד לפחות מחצי, לא סביר. כי זה מלכודת דבש ל-3, 4, 5. הבה נממן את זה מלא, בלי הסכם חלוקת סיכון, אני לא אוכל לחתום על זה.

דובר:

אני נוטה להסכים עם X.

דובר:

אבל מה שרציתי להגיד זה שיש שינוי כול כך משמעותי במספר, יכול להיות שגם צריכים איזו שהיא הערכה שהיא אולי הערכת יתר ואז חבל על כספי ציבור, תראו, אנחנו ירדנו פה מ- 20 ומשהו מליון שקל, לסביבות 7, 8 מליון שקל. אבל זה כסף ציבורי, גם מותר להגיד שהערכנו הערכת יתר. אם ההסכם היה כמו בדואודופה, שפה דווקא קיבלתי את ההערכה ששלוש שנים זו

תקופה מאוד קצרה ובאמת יש מקום לתקן. אבל מאחר והתקופה הזאת היא תקופה של חמש שנים,

דובר:

קודם כל כתוב שלוש,

דובר:

לא, זה חמש. אז אני אבדוק, אבל בוא נניח שאני לא טועה, אם אני טועה אני מתנצלת ואני אתקן.

דובר:

אתה חושב שבעוד חמש שנים יימצא משהו יעיל יותר?

דובר:

לא, אבל זו לא השאלה,

דובר:

תראו, אם זו תקופה קצרה, אז יש את הטענה שאולי יש כאן איזה שהוא נסיון להכנס. תקופה כל כך ארוכה שחברה לוקחת על עצמה את הסיכון, אני מעריכה שהיא מאמינה שזה המספר הנכון.

דובר:

זה הנחות שאי אפשר להתבסס עליהן.

דובר:

בחמש השנים האלה השאלה אם לא יכנס משהו אחר.

דובר:

זו לא מחלה שהורגת. בואו נעזוב את האמוציות, מחלות אחרות לא הורגות.

דובר:

כולן הורגות, אבל לאט.

דובר:

כן אבל לא תוך שלוש שנים.

דובר:

יש לך התחייבות לחמש.

דובר:

ירידת המספר מ-600, שגם היא היתה מסופקת בעינינו, 280 הופך את ההסכם לסיכון גדול מדי למחלות שצפי תוחלת החיים שלהם הוא מעבר לתקופת ההסכם.

דובר:

אני רק רוצה קודם כל שנחדד את ה החלטה, האם אנחנו מדברים על כל הקבוצה או האם אנחנו מדברים רק על תתי קבוצות? בואו נתחיל לדבר קודם כל על זה.

דובר:

רק משפט אחד, יש פה סוגיה שדיברנו בה בישיבה הקודמת, על מה היתה העדות. תקנו אותי אם אני טועה, העדות היתה, לפי המיקום היותר ... ולא קשור למחלה. נכון?

דובר:

כן. קיבלנו גם פידבק מהנוירולוגים ואמר את זה גם X,

דובר:

לכן כל הפחתה היא בעייתית.

דובר:

אני מסכימה איתך. אני חושבת שלרדת לתתי קבוצות בשביל לשפר את הכניסה לסל כשכולם בעצם סובלים מאותו דבר, זה בעייתי.

דובר:

הבעייתיות נשארה חמש שנים.

דובר:

לכן ההצעה שלי היא להוריד את תתי הקבוצות קודם כל.

דובר:

למרות שהמחקרים היו רק על ALS ו MS.

דובר:

זה נכון באבל ברגע שהקונספט שקיבל אותו ה-FDA להרחבת ההתוויה שזה אותו מנגנון ועל בסיס זה הורחב רגולטורים גם בארץ וגם בעולם, מאותו רגע זה חולים שכולם שורדים במידה זהה.

דובר:

מבחינת ההישרדות של האנשים, מדברים על חמש שנים, זה אנשים שבאמת יחיו חמש

שנים?

דובר:

בחלק מהמקומות האלה כן. ALS זו מחלה של עשרות שנים.

דובר:

ALS פחות.

דובר:

זה כולל שבץ מוחי, טרשת נפוצה, פרקינסון אלצהיימר, שבץ מוחי, אנחנו מדברים על מקרי טראמה שכולם להיגרם להם גם, אז כל הקבוצה היא קבוצה ש,

דובר:

לכן לא נוכל להפריד, זו באמת מחלה מצערת, אבל לא נוכל להפריד את תת הקבוצות ולא נוכל לגזור את דינם לכאורה,

דובר:

אתה יכול להגיד זה MS, ALS, יש לך שליטה על הנתון הזה.

דובר:

זה כן.

דובר:

אני חושב שההצעה של X לא להכנס לתת קבוצות כי זה לא פייר לגבי החולים היא נכונה. אז אנחנו מדברים על 8.4 מליון שקל.

דובר:

זה ירד קצת. יש לנו עדכון של ה,

דובר:

... זה היה...

דובר:

לא, הערעור שלך הוא על החמש שנים. ה- 280 חולים כשהם מגודרים, מה אכפת לך?

דובר:

מגודרים ללא הגבלה?

דובר:

מהחולה ה- 281 החברה מממנת. אמת או לא?

דובר:

כן.

דובר:

אז אין לך בעיה בעניין הזה. הבעיה שלך היא רק בחמש שנים. אני לא מתחבר כל כך, X, אנחנו בדרך כלל מסכימים.

דובר:

קודם כל בואו נראה הסכם. ההסכם מדבר על שלוש שנים, לא ... זה יתוקן. שניים – אם בהסכם יש כל מספר מעל 280, בלי הגדרה של 10, 15, 20 או 100 אז

דובר:

אוקיי. בואו נעביר את זה הלאה. ייבדק השלוש מול חמש, אנחנו מורידים את התת קבוצות, אם אז זה כולם. והתמחור כרגע הוא על 7.006, במקום 8.442.

דובר:

יש עדכון במחיר שהעלות נטו לפרט זה 28,713, ומכפלה של 280 חולים תחת הסכם הריסק שרינג, מדובר על 8.040 מליוני ₪.

דובר:

והחמש שנים, חמש שנים זו תקופה יפה. הטכנולוגיה הבאה.

דובר:

הטכנולוגיה הבאה היא טוקטינו לטיפול באקזמה כרונית של היד.

דובר:

אנחנו חוזרים לעור. זה עמוד 6 בחוברת, עמוד 1115 בספרים. הטכנולוגיה A8-9 כאשר בניגוד לאלידל ופרוטופיק אנחנו מדברים פה על עלות נטו למטופל גבוהה ביותר, 10,400, בסך הכל 245 מטופלים, אני מבין שזו אקזמה כרונית קשה, השאלה איך אפשר להגדיר את זה, כי אקזמה בידיים יש לחצי עם ישראל.

דובר:

יש הגדרות שהעברנו לכם של האיגוד הדרמטולוגי,

דובר:

זו מחלה קשה. להבדיל מהאלידל, כן. זה יותר גרוע.

דובר:

אני מציע להעביר לשלב הבא.

דובר:

האלידל לא מסייע לאוכלוסיה הזו במידה מסוימת?

דובר:

לא, זה שתי מחלות שונות. זה אטופיק דרמטיטיס,

דובר:

אבל האלידל מוצג שם כחלופה.

דובר:

זה כאילו ל....., זה קו מתקדם.

דובר:

יש הסכמה להעביר לשלב הבא? בבקשה.

(מדברים ביחד)

דובר:

הקבוצה הבאה זה אבוסינגיס, שזה החיסון ל-RSP. זה נמצא בעמוד 15, שוב, אנחנו

מדברים על עוד קבוצה,

דובר:

מתי זה נגמר ה...

דובר:

בשבוע ה-36.

דובר:

השכיחות הולכת ויורדת עם ה..., אבל גם ילד רגיל יכול לקבל.

דובר:

בשבוע ה-36 זה מסתיים.

דובר:

רק שהשבוע הבא יעלה פי שניים.

דובר:

ברור, כי מספר הילדים עולה. אבל כולם חשופים.

דובר:

אני מכירה ... שבדיוק בשבוע הזה חטף את זה,

דובר:

כשבתוך הסל יש עד נקודת הזמן הזאת, פלוס אוכלוסיות בסיכון. מה שמדובר פה זה על גילאי שבוע 34 פלוס שישה ימים שלא מלאה להם חצי שנה. האם יש הסכמה של החברים, לכ- 800 פגים בעלות כוללת של 18 מליון. האם יש הסכמה להעביר את זה לשלב הבא?

דובר:

זה עדיין לא עמוק, אבל זה בתוך תקופת הפגות, הילדים מאוד חשופים, מי מתנגד להעביר את זה לשלב הבא?

דובר:

לא, אין התנגדות.

דובר:

אוקיי, זה עובר.

דובר:

אנחנו קודם דנו דקות ארוכות על משהו שיש סבירות מאוד גבוהה, נכון, אין אווידנס רשמיים, אבל יש סבירות מאוד גבוהה שהוא עוזר ועלותו היתה 2.5 מליון. כאן אנחנו מדברים על משהו שרוב האוכלוסיה שאמורה להיות בסיכון, יחסית מכוסה, ועלות אדירה. וזה עובר ככה?

דובר:

אני אגיד לך מה, פשוט כבר דנו, בגלל שזה חיסון שכל שנה אנחנו דנים בו מחדש, וכבר במשך כמה שנים זה נכנס כל פעם בחצאים כאלה, בגלל עלות הגבוהה, אז לפחות חברי הועדה שכבר דנו בזה בשנים קודמים, כבר מכירים את זה מספיק,

דובר:

זה אמנם בתחום המניעה, אבל זו מחלה מסכנת חיים, שהיעילות במניעתה היא מאוד מאוד גבוהה. יחידות לטיפול נמרץ ילדים שינו את פניהם בחודשי החורף מאז שהחיסון הזה קיים. המועדות של מי שנולד בשבוע 34 עד 34 ושישה ימים היא עדין משמעותית. אנחנו נותנים את זה רק לילדים שנולדו בחודשי החורף, והמחלה היא מחלה מסכנת חיים וזה מציל חיים.

דובר:

אני לא מקלה ראש חלילה, ואני מבינה שיש תהליכים בסל שהם חד שנתיים ויש תהליכים שהם רב שנתיים. אבל אנחנו הבוקר דיברנו על משהו שאנחנו רוצים אולי להתחיל תהליך רב שנתי. אנחנו מכניסים כל מיני דברים כאלה. השאלה אם צריך להעביר את האוטומציה הזאת ולהמשיך איתה. אני לא מקלה ראש בעובדות, אבל תשמעו,

דובר:

תראי, גם לשיטתך זה צריך לעבור לשלב הבא. זה אולי יפול בסוף. גם לשיטתך, זה לשלב הבא. זה לא אוטומציה, זאת קבוצת סיכון. בגלל העלות הגבוהה, הלכנו לשיטת הסגמנטים בסלים קודמים.

דובר:

למה, אני שמעתי קודם שמי שבסיכון כן מקבל.

דובר:

לא, תסבירי את זה, X. זה סיכון מובהק.

דובר:

הגיל המוקדם מהווה סיכון בפני עצמו. יחד עם זאת, יש ילדים שנולדים בגילאים אחרים, אבל סובלים לדוגמה ממום לבבי או בעיה ריאתית אחרת, ולמרות שהם לא פגים הם מקבלים את החיסון הזה. אז זה שתי קבוצות שונות.

דובר:

צריך להבין עוד נקודה, שמשאנחנו פורסים את זה לכמה שנים ובעצם מתחייבים על חשבון ועדות עתידיות, זה לא מחייב אף ועדה עתידית אלא התחייבויות עבר, ואין שום מחוייבות להמשיך את זה ברצף של כל שנה. זאת אומרת אם היו עכשיו חלופות שהן הרבה יותר דחופות, לא היה שום נזק אם היו מדלגים על..

דובר:

זה אומרת לך X. זה בדיוק מה שהיא אומרת.

דובר:

זה העניין של התיעדוף, מה יותר. אנחנו כן עמדנו בקריטריון שבסיכום דומה בעבר הוציאו סכומים דומים, זאת אומרת זה כן משתווה עם ההגיון של שנים קודמות, אין פה שום מדרגה, עדיין זו אותה השקעה בשביל אותו רווח, אבל אין שום מחוייבות לעשות את זה כל שנה.

דובר:

יש הבדל בין מקרים מסוימים שבאנו ואמרנו שאנחנו מכניסים בשלבים השנה ככה ושנה הבאה ככה והתחייבנו מראש. פה זה לא המצב. פה כל שבוע, הגיע לשולחן ונדון בפני עצמו. אני מזכירה לכם שהתחלנו את הדיון עם שתי קבוצות. כל שבוע שנתקדם הלאה בגלל גודל האוכלוסייה, היקף התקציב הולך ועולה. זה כן.

דובר:

נכון, אבל שלא יובן שכשאנחנו פורשים משהו אנחנו מתחייבים,

דובר:

דיברו פה מקודם על השיניים, זה לא מציל חיים, זה מציל דברים אחרים. פה זה באמת שינה את הפנים של הפגיות וטיפול נמרץ ילדים. זה מציל חיים. זה ממש ממש לא שטויות.

דובר:

לסבר את אונד, אם זה יעמוד מול ההפלות, גיל 20-25 אני לפחות אהיה בעד זה. רק לסבר את אונד כמה האוכלוסיה הזאת בסיכון, כמה היעילות של החיסון גדולה, וכמה הסיכון של הקבוצה הזאת עדיין קיים, אם כי פחות מאשר אלה שנולדו בשבוע 27, זה ברור.

דובר:

אני רק רציתי לשאול אולי כדאי, בגלל שאנחנו עכשיו עומדים לפני הכנסה של קבוצה שהיא פי שניים לפחות מהקבוצה הקודמת, וכנראה פי יותר מהקבוצות הקודמות שהכנסנו, אולי כדאי להסתכל על זה עוד פעם אחת מאפס, ולראות אם אנחנו תיעדפנו את זה נכון, לדוגמה אנחנו רק בקבוצה של השבוע האחרון שבסל, הורדנו לחצי שנה. אולי כדאי גם להוריד שבועות קודמים לחצי שנה לפני שמכניסים את הקבוצה,

דובר:

זאת הערה מאוד חשובה, X לא שמעה אותה, אני הייתי במחשבה שכולם ירדו לחצי שנה.

דובר:

לא, רק לשבוע ה..

דובר:

רק ל-33 פלוס שש?

דובר:

זה יכול לפנות,

דובר:

לקבל חוות דעת מ... ורופאי הילדים על זה. שמי שנולד בקיץ, הסיכון שלו יורד באופן תלול ביותר. מי שעובר את גיל חצי שנה לפני פרוס החורף.

דובר:

אז זה יכול לפנות לנו מקורות להכניס...

דובר:

אומרים רק ל-33 פלוס שש.

דובר:

זה שלילת זכאות.

דובר:

למה שלילה? זה רק לחודשים, זה לא שלילת זכאות.

(מדברים ביחד)

דובר:

אתם מוכנים להציג את השאלה המשפטית הזאת לעורכי הדין של המשרד?

דובר:

גם מעבר לזה, כשאנחנו הלכנו על החצי שנה בשנה שעברה הלכנו כשזה היה בקורלציה להנחיות ... אחרות. ככל שהילד בכל זאת גדל מגיל הפגות שלו לגיל הבשלות שלו, החשיפה של היכולת שלו להתמודד היא קצת יותר טובה מאשר ... אחרים. ירדנו לחצי שנה בשנה שעברה שזה היה שבוע 33 פלוס שש. עכשיו אנחנו מדברים על שבוע 34 פלוס שש. ללכת רויזיה אחורנית נראה מאוד בעייתי וגם שוב, מסכן את הילדים האלה ברמה יותר גבוהה.

דובר:

תלוי כמה. אבל בסדר, אומרים שיש ... משפטי, אז תבררו אותו, התימחור לחצי שנה?

דובר:

התימחור פה הוא לחצי שנה,

דובר:

בטוח?

דובר:

כן. מבוסס על הנתונים, יש רישום של פגים במדינת ישראל, אנחנו יודעים באופן ברור את מספר הפגים שנולד במדינת ישראל וזה המספר המדויק.

דובר:

אוקיי, האם אנחנו מתכנסים סביב הסכמה להעביר לשלב הבא? כן. בבקשה.

דובר:

התכשיר הבא זה סאטיווקס.

דובר:

עמוד 3 בחוברת, 231 בספרים. נתנו דירוג A8-9. עלות שמטופל לא יכול לעמוד בה, לספסטיות בחולי טרשת נפוצה. אני זוכר ש-X היה נושא דבר החולים האלה. אני פותח לדיון, להעביר או לא להעביר לשלב הבא? חושבים או שאין התנגדות?

דובר:

זה גם קצת בעייה, אני על זה, אם אדם אחד בכל הועדה ש...זו סוגיה קשה,

דובר:

אם זה יעבור, לנו יהיה קשה לעמוד בדרישות של האספקה של התרופה הזאת כי זה דורש קירור ואין לנו פרישה של מקררים בבתי מרקחת של מכבי, בתי מרקחת אחרים שאנחנו קונים מהם שירותים ואין לנו שום בטחון שהם יהיו ערוכים לזה.

דובר:

אם זו התרופה היחידה שדורשת קירור זה נראה לי...

דובר:

זה דורש כספת מקוררת. בסדר? זה לא מקרר רגיל. אז אם אתם מחברים את זה למחלה, בסדר גמור, אבל ככה, זה שאנחנו נסכים לזה, זה לא יהיה מעשי. כי אין לנו פרישה ארצית,

דובר:

בואו נתחיל מהדיון העקרוני.

דובר:

A8-9 זה פחות מ-9 אבל זה בסדר. אין לי בעיה.

דובר:

כן או לא, לא הבנתי?

דובר:

יכול לעבור, אבל יש עניין של לוגיסטיקה שהיא רלוונטית,

דובר:

תעזוב את הלוגיסטיקה, במהות. זה צריך לעבור או לא צריך לעבור. השאלה אם במהות אנחנו חושבים שזה צריך לעבור או לא צריך לעבור מבחינת המהות. אני לא כל כך בטוחה. כי

בסופו של יום יש את הקנביס הרפואי ויש איזו שהוא תחליף, אני לא בטוחה שזה אחד הדברים הכי חשובים כרגע שהייתי מעלה.

דובר:

חולי טרשת נפוצה עם ספסטיות מקבלים מרשם לקנאביס.

דובר:

הם מקבלים, אם הם יכולים לקבל רשיון, הם מקבלים. עוד פעם, אחת הבעיות בקנאביס בעישון, זה שיש שם למשל הרבה מאוד DHC שהוא החלק הלוצינוגני, הפסיכו מימטי, שהם לא צריכים את זה. קנאביס, עוד פעם, אני חושב שהועדה לא יכולה להתייחס לזה כתחליף. חוזר עוד פעם הלוך ושוב, קנאביס רפואי הוא לא תחליף.

דובר:

יש לך... קנאביס, תעשה עליו פטנט, וזה לא אומר שאתה צריך לשלם עליו כל כך הרבה כסף.

דובר:

הם משלמים 500 שקל לחודש. בקשר לספסטיות, בוא נגיד ככה, למי שיש ספסטיות, האלטרנטיבה, ואני לא מדבר על ספסטיות על רקע טראומטי לחוט שדרה, למי שיש ספסטיות, אפשר להשתמש בבקלופל, שלפעמים צריך לשים משאבה, כי גם התופעות לוואי הסיסטמיות הם גבוהות אז בשביל למנוע את הערכים הגבוהים בדם, אתה משתיל משאבה ונותן בקלופל,

דובר:

זה בסל, התרופה.

דובר:

בסדר, רק יש הבדל בין ספריי לבין זה שאני משתיל משאבה עם קטטר אינטרספינלי. שזה לא בדיוק דרך אגב, אז אני אומר תראו, לדעתי אין לזה גם תחליף.

דובר:

חווים פה כמה דברים, אני אחזור לדיון העקרוני עוד דקה. חווים פה כמה דברים, אנחנו חווים כקופות את תקופת ההיפנדום והקסנס, ובתי מרקחת עם המון פריצות והמון אלימות. אנחנו מאוד נהסס לתמוך בטכנולוגיה שכרוכה בפריצות ואלימות, ואל תגיד לי לא, חווים את זה.

דובר:

יש הבדל בין אתה יודע לבין אתה ... אל תגיד אתה יודע.

דובר:

מתאדון יש בבית מרקחת אחד. רק באחד.

דובר:

ב... משתמשים בכל...

דובר:

קשה לשלול שעצם הקונוטציה של קנאביס...

דובר:

אז זה חרדה גדולה, היא לא מספיקה כדי למנוע כניסה של תרופה. אני מזכיר. יכריחו אותנו בצו לפזר את זה בבתי מרקחת, יכניסו לחשבון כספות של מקררים, הכל טוב ויפה, אנחנו בחרדה גדולה, ואנחנו אומרים אם אין לזה תועלת אמיתית והיעדר תחליפי אמיתי וגדול, אנחנו לא רוצים לראות את התרופה הזאת. העירו פה ובצדק שיש כמה תחליפים. אתה דיברת על בקלופן, שנכון, זו טכנולוגיה יותר בעייתית, אני מבין שבמצוקה כזאת קשה אולי כדאי להציע לו את זה, ויש גם את הקנאביס הרפואי. לכן בעוד שעה או בעוד שעתיים נהיה בשלב שבו נצטרך להכריע, ואני אנסה להטיל את כובד המשקל שיש לכל חבר ועדה פה כדי שנכריע לא להכניס את זה. אפשר להעביר את זה הלאה כתרגיל אינטלקטואלי אמוציונאלי,

דובר:

גם שאומר X בעצמו, 500 שקל, תסתכל כאן על ה... 19,000 שקל, בשביל מה, כשיש לו תחליף.

דובר:

באיזו ספרות רפואית כתוב שיש תחליף?

דובר:

בסדר, אין על זה פטנט,

דובר:

הסברת את זה יפה, שהם לא צריכים את האפקט ההלוצינוגני, אבל הם יכולים ליהנות ממנו. זה לא משהו שמזיק להם, זה מה שאני מתכוון לומר.

דובר:

אם אנחנו מדברים על אווידנס צריך להסתכל גם מהצד השני. הבסט פרקטיס היום הוא הקנביס הרפואי. אין מחקר שמראה את התועלת של התרופה הזאת על הקנביס הרפואי, אני מבינה שבפוטנציאל יש פה פחות סיכונים ושהקנביס לא מספיק...

דובר:

אני שואל, יש מאמר על ... כי את אומרת ש,

דובר:

גם על אווסטין אין מאמרים, אבל יש פה מצב שנרשם פטנט על חלופה שלא נבחנה מול מה שנהוג. אם אנחנו מדברים על הפעילות, אין לי ספק שאם אנחנו נשים את הרגל הזו בדלת ל-MS, בשנים הבאות זה ייפרץ בצורה שבסוף תגיע לכל משתמשי הקנביס הרפואי.

דובר:

אני השתכנעתי. קונצנזוס לא להעביר לשלב הבא? אני יודע ש- X לא יצטרף לזה. אבל מה עם האחרים? מקובל? X אתה מסכים לא להעביר לשלב הבא? להוריד בשלב הזה?

דובר:

אני מסכים להעביר את זה למשרד הבריאות.

דובר:

זה ציניות. אנחנו לא מעבירים,

דובר:

אוקיי.

דובר:

אנחנו סיימנו את הבקשות של החברים. עכשיו אנחנו נתחיל לעבור על הטבלה לפי סדר,

ונדון,

דובר:

אני הצעתי את זה בין החברים, אלא אם כן אני לא חברה.

דובר:

ודאי שאת חברה.

דובר:

אני מציע שלכבודה של X נדון עכשיו בדלירספ.

דובר:

זה חצי שנה של הנשים של סרטן שד, חצי שנה של החולים שאני נהנית מהם.

דובר:

עמוד 6 דלירספ, 955 בספרים. טיפול ב-COPD, חולים עם ... 1 שווה או נמוך ל- 50

אחוז, שתי התלקחויות או ... מתועדות בשנה. A8-9, הוצאה של 2,500 שקל לחולה נטו, והוצאה

לסל של 4.1 מליון שקלים. 4.152. האם יש מישהו שחושב שלא צריך להעביר לשלב הבא? זו תרופה שהתנדנדה גם בשנה שעברה נדמה לי,

דובר:

רק להזכיר את התועלת, זו מניעה של רבע עד חצי התלקחויות בשנה, והיה כתוב עליה שיתרון בשיפור תפקוד ריאות, השפעה מועטה על איכות החיים.

דובר:

זה היה A8, ואנחנו הבאנו את זה אחרי השיחה עם הפולמונולוגים.

דובר:

זה חולים קשים ביותר, זה נכון שכשאת עושה את הקוונטיטציה הזאת, זה נראה שולי, אבל מי שרואה את החולים, ויש לי רושם ש-X מובילה פה קו, כי היא רואה את החולים.

דובר:

אני חושבת שזה פחות חולים, דיברנו עם פולמונולוגים, חולים ששום דבר לא עובד, מדברים על סרטן, זה סרטן.

דובר:

זה חולים שנפטרים בחנק.

דובר:

בדיוק, נפטרים בחנק. כשאתה מנסה את הדברים האלה על חלק מהחולים זה עובד.

דובר:

אז על מה את אומרת פחות, שזה לא 1,620 חולים?

דובר:

אני לא פולמונולוגית, אני רואה חלק קטן מהחולים האלה אבל זה באמת מקרי קצה. דבר אחד, זה כמו מייטראל קליפ, שאין לך מה לתת להם. הדבר הנוסף, אני חושבת שהתמחור מאוד גבוה, זה משהו שצריכים להוריד את ה, אני לא יודעת מי זו החברה,

דובר:

X מציעה להעביר לשלב הבא אבל במחיר יותר נמוך ועבור פחות חולים.

דובר:

אפשר לא להעביר לשלב הבא. אני מציע לא להעביר כי זה 8-9 עם איכות חיים בלבד מפקפקת, לקבוצה קטנה של חולים שאני לא רואה את הערך שלה.

דובר:

היה לנו ממש פליאה מהפולמונולוגים שדיברו, זה מה שאני זוכר. בואו נחזור רגע, אם אפשר לפתוח את הנייר הטכני, לדעת מה... הפולמונולוגים וגם איך הגעתם ל-1,620.

דובר:

אז בואו נתחיל עם ה-1,620. הבקשה היתה להכליל את זה לחולים עם 1 נמוך מ-50 אחוז, עם שתי החמרות מתועדות בשנה. וניסינו לחפש את הנתון הזה, איך אנחנו מוצאים את ה

הגדרה של שתי החמרות מתועדות, אחרי חיפוש ספרות מקיף X מצא את המאמר של ווגייטסה ועמיתיה מ... 2013, שמציעה שבחולים שהם ... 3-4 שזה החולים שאנחנו מדברים עליהם, שיעור החולים עם שני התקפים בשנה, מה שהוגדר במחקר כפרוייקנט עמד על 27 אחוזים. כיון שלפי הנתונים שיש לנו בארץ יש לנו 6000 חולים בדרגה 3-4, הרי ש-27 אחוזים מהווים 1620 חולים.

דובר:

לא פלא של-X זה נראה קצת הרבה, 27 אחוז מתוך החולים עם ...

דובר:

צריך להגיד שזה באותו סדרי גודל של ההערכה של האיגוד עצמו, שגם דיברו על 1200, 1400,

דובר:

בדרך כלל חולים שהם יותר מפעמיים מאושפזים,

דובר:

לא מדברים על אישפוזים, מדברים על החמרות, לא מתועדות, לא דווקא אישפוז.

דובר:

אבל בדרך כלל החולים האלה מאושפזים לתקופות מאוד ממושכות ואז הם מגיעים לטיפול נוסף. שם יכול לבוא ה....

דובר:

נתונים של האיגוד היו על בסיס העבודה שהם ביצעו על בסיס הנתונים של קופת חולים כללית, ששם הם בדקו החמרה כאשפוזים. רק על בסיס זה הגענו ל- 1000 חולים שמאושפוזים. היות ואנחנו מדברים על אוכלוסיה יותר רחבה, אז אנחנו מגיעים לאותם 1600 חולים.

דובר:

אפשר לשמוע את האיגוד הפולמונולוגי?

דובר:

אני הייתי משאירה את זה על מאושפוזים.

דובר:

עמדת המשרד, זה בדרך כלל לא להגיע לסיטואציה שמחייבים אישפוז. מה שיקרה, ישלחו אנשים להתאשפז רק בשביל הזכאות של ה,

דובר:

לא בהכרח יאשפזו אותם.

דובר:

בטוח יאשפזו. כל מי שנכנס למיון עם COPD מתאשפז. נכון?

דובר:

אולי תקריאי את הסיכום של... אתם רוצים את האמירה האחרונה של האיגוד או את כל האוידנס מהתחלה? רק את האמירה האחרונה,

דובר:

האוידנס X תימצתה מצוין.

דובר:

הוא דיבר על תופעות הלוואי, ...תופעת לוואי נדירה נשען על דו"ח רחב היקף המצוי בשלב זה בידי היצרן, דיווח שהועבר על ידי ... הוגשה אליכם בימים האחרונים, התרופה מצויה בשימוש ברחבי העולם, דיווחי פוסט מרקטינג לא גרמו לדאגה המונעת שימוש בתרופה בהתוויה הראשונה, יש אבל כן דיווח על סיכון האובדני הנדיר נכלל כבר בעלונים לרופא ולחולה, סיכומי מידע תרופה לרופא ולחולה מאפ טו דייט שם התופעה הנדירה מוזכרת במפורש, אך אינה מוזכרת בטקסט הדן בטיפול חולי COPD בתרופה זו כעדות עקיפה לכך שלא מדובר בתופעה שיש בה כדי לעצור שימוש בתרופה זו להתוויה רשומה. הוא מוחה בתוקף על השינוי בדירוג, מדובר בתרופה שחשיבותה משמעותית לטיפול באוכלוסית חולי COPD קשים רבי להם אין לנו מענה תרופתי חלופי. הוא צעד קדימה בטיפול בחולים אלה, לא ענק אך חשוב מאוד, ושוב, הוא מערער על הדירוג, ושוב מדגיש שמדובר בדירוג ליגה 1, ...

דובר:

אוקיי, אי אפשר להתעלם מזה אני חושב. אני חושב שאת אמרת שהם מתאבדים מההיפוקסמיה, לא מה... אוקיי,

דובר:

אנחנו דנים פה באמת בתרופות, הרי זה, אני חושבת שהמחיר הוא מחיר מופרז,

דובר:

אני לא יודע מול מה זה יעמוד אחרי הצהריים, אבל בשלב הבא, צריך להעביר את זה. מישו מתנגד? אוקיי. קדימה. אנחנו הולכים לפי הסדר עכשיו, רק מה שעוד לא עשינו.

דובר:

אני רק רוצה לעבור איתכם, שלא נפספס שום דבר מבין הדברים שאנחנו ... יש לנו את הנוירולוגיה, הקבוצה עם הגילניה והטיסברי.

דובר:

זה עשינו.

דובר:

רק כדי להבהיר, העלינו כרגע את הטקפידרה והאובאגיא, את הקבוצה הגדולה של ארבעת התכשירים בשלב זה הורדנו, אלא אם כן יהיו שינויים אחרים משמעותיים ואנחנו נחזיר את זה להחלטת הועדה. יש עוד כמה שינויים ש-X מעדכנת שקורים תוך כדי העבודה שלנו, ואנחנו נעדכן בסוף,

דובר:

עמוד 3 גם עשינו את כולם, אלא אם כן יש עידכון.

דובר:

עמוד 4 זה DPP,

דובר:

ב- 122 מליון, מי בעד להעביר לשלב הבא?

דובר:

אני לא.

דובר:

אז זה לא עולה לשלב הבא. פורטאו ל-GIO, בעמוד 5.

דובר:

זה הסדרה של כל נושא האוסטיאופורוזיס.

דובר:

לא, זה שתי טכנולוגיות. יש את ההסדרה, שאמרנו שזה יהיה ללא תוספת עלות, זה רק שינויים קלים, כתבנו אותם. יש את הפורטאו, לתת קבוצה של האוסטיאופורוזיס, על רקע שימוש בגלוטוקורטיקואידים, מדובר בהיקף של כ- 530 חולים,

דובר:

שיש חלופות.

דובר:

דירוג הועדה היה A8-9 מבחינת ה..

דובר:

הטיסקו אפשר היה עוד להמשיך להוריד אותו ל- 3 במקום 2.5, שזה היה עוד מצמצם.

דובר:

אתה מדבר על אדקסה,

דובר:

כמו שזה עומד עכשיו נראה לי שזה לא צריך לעבור.

דובר:

תנמק.

דובר:

אני אומר, באוסטופרוזיס רגיל, אנחנו נותנים בקריטריון של טיסקו, 3.5 או אחרי שברים, נותנים ב- 3. פה אנחנו בציקלו.... סטרואידים נתנו 2.5, זה אפילו לא דומה לריסק ה שווה או הגבוה יותר שיש לאנשים בלי הגלוטוקו.... אז לפחות בכיון של פאריטי, היה צריך לשים את זה ב- 3 ולא ב- 2.5. זה היה מצמצם את כמות החולים וזה היה הופך את זה ליותר שוויוני. כאן נתנו לאנשים עם סטרואידים, קריטריון יותר מקל מאשר לאנשים שיש להם שברים למשל, שזה גם לא הגיוני. ובכלל היה אפשר גם לא להכניס את זה השנה,

דובר:

אני מבין נכון שההסדרה שמופיעה פה מסדירה גם את הגלוקוקורטיאוקידים,

דובר:

לא,

דובר:

הנה, בכל מקרה של אוסטאופרוזיס שנגרם, תראי את מסגרת ההסדרה. תסתכלי את סעיף 5 בהסדרה.

דובר:

מבחינת השקיפות לא דחוף לגמור את זה השנה,

דובר:

הסדרה של התרופות שניתנות במתן פומי. שניתנים במתן פומי. זה לא מדבר על הזריקות ולכן גם הפורטיאו לא...

דובר:

גם פורטיאו עובד במנגנון אחר של בניית עצם.

דובר:

אני כרגע מדבר ברמת האפיקסי. לא ברמת דרך המתן והמנגנון. ברמת האפיקסי האם נכון לומר שיש לנו חלופה טובה פומית בסל. אני לא זוכר בדיוק את האווידנס, מה ב דיוק פורטיאו מציע מעבר לאחרים. אם אתם רוצים לחזור לאווידנס או רוצים לא להעביר בשלב הזה,

דובר:

היתה עוד אמירה לגבי הפורטיאו שיש משמעות לשמירה על הקוים הקיימים כי גם את הפורטיאו אפשר לקחת רק לשנתיים,

דובר:

אפשר לקחת יותר, זה מבוסס על עבודות...

דובר:

אפשר לשנות את הקריטריון ואז להוריד את החולים מ-530, אולי זה 200.

דובר:

חברים, ...אלינו הרבה מאוד דברים, שוב, מה שנמצא על השולחן היום זה דברים שכולם חשובים, כולם עלו ל... האם יש בקרב החברים בוועדה פה אנשים שסבורים שיש מקום להעלות את זה, שזה חשוב כמו הדברים שעלו או שלא?

דובר:

צריכים להיות ריאליים פה ולהתכנס כי אנחנו עברנו את החישובים מכל הכיוונים.

דובר:

לא כל חולה שמקבל סטרואידים הוא דומה אחד לשני. יש כאלה שמקבלים לתקופה מאוד קצרה, לחודש, יש כאלה שמקבלים לתקופה יותר ארוכה, יש כאלה מחלות עם אקסטרבציות רבות וכל פעם מקבלים את הפולסים, השאלה אם אפשר בכל זאת להתמקד יותר, נגיד ב-T-3.5 ולהגדיר אחרי כמה זמן של קבלת סטרואידים ביחד. לצמצם את הקבוצה.

דובר:

הקבוצה כבר מצומצמת. מדברים פה על סיטואציה של מטופלים בסטרואידים במינון
לפרדניזון של 7.5 מ"ג ומעלה ליום במשך שלושה חודשי טיפול ומעלה שהם בעלי צפיפות עצם
שהיא קטנה מ- 2.5, או ש.... מה שאת אומרת כבר עשינו, וזאת הקבוצה ש,

דובר:

אלא אם כן את רוצה להעלות את זה ל- 3.5.

דובר:

היופי הוא שכל אחד ציין לפי מיטב הבנתו את העשרה הבכירים. זה לא נכנס אצל אף
אחד בעשרה,

דובר:

לפי הרציונל הזה צריך להפסיק את הדיון כרגע, יש בזה ראייה נסיבתית מסוימת, או קיי.

דובר:

אני חושבת שלאור זה שיש תחליפים ולאור מה שעומד בפנינו, אני לא הייתי מעלה את
זה,

דובר:

אפשר להתכנס עם לא להעביר? אנחנו נצטרך עוד להוציא הרבה דברים אחר הצהריים,
לדעתי אתם תחזרו אחר הצהריים עם בין 700 ל- 750 מליון.

דובר:

500.

דובר:

אני מקווה ש-500. טוב. אז פורטיאו לא עובר. את ההסדרה עשינו בלי תוספת עלות,

דובר:

איזו הסדרה?

דובר:

בעמוד 5 באמצע, X פירטה, לא רק איך כתוב היום בסל, אלא גם מה היו השינויים, בבולד ובכחול, למי שרואה את זה על המחשב. כבר עברנו על זה כמה פעמים, ללא תוספת עלות.

דובר:

מה, אוסטיאופורוזיס?

דובר:

כן. אחר כך הטכנולוגיה הבאה,

דובר:

עמוד 6.

דובר:

הטכנולוגיה הבאה שלא הגענו אליה,

דובר:

טוקטינו עשינו, אנחנו בעמוד 7, עשינו, כל האונקולוגיה המטולוגיה עשינו,

דובר:

שימו לב, אתם תוך כדי זה עוברים במהירות, אבל העבודה הנהדרת ש- X עשתה מול החברות וכו', להוריד את ה, להגדיר הרבה דברים שהם ללא תוספת עלות. ואתם עוברים עמודים עם הרבה ללא תוספת עלות,

דובר:

כשנקבל את הרשימה ה מרוכזת של ללא תוספת עלות, נצדיע גם נצדיע.

דובר:

הכל מפורט פה.

דובר:

זה יגיע מרוכז, זה יהיה אחד ההישגים הגדולים של הסל הזה, השורה הארוכה של ללא תוספת עלות.

דובר:

אני רק רוצה להעיר, שאנחנו לגבי אוסטאופרוזיס נבקש הסבר מפורט של כל מה שדובר,

דובר:

אנחנו לא נסביר, אחרי שאמרנו את זה בועדת המשנה, ישבנו, תיקנו, אמרנו, זה לא

בסדר.

דובר:

אף אחד לא יודע את החישוב, מישהו הבין את החישוב פה?

דובר:

מדובר על שינויים ממש מינוריים, ישבנו עם כל המומחים, ישבנו בועדת משנה כמה פעמים, סגרנו את זה כמה פעמים,

דובר:

אי אפשר כל דבר לפתוח מחדש,

דובר:

אפשר.

דובר:

לא, אי אפשר. זה בלי סוף הדיון הזה. כבר דיברנו על זה.

דובר:

אתם מתעייפים וזה לא יעזור,

דובר:

העייפות לא רלוונטית פה.

דובר:

זה ממש לא קשור, זה קשור לעובדה שאי אפשר 20 פעם לחזור על אותו דבר.

דובר:

כל השורה מאחורי של אנשי מקצוע מדופלמים וראויים, אף אחד לא טוען שהבין את החישוב הזה. ומי שהבין שיסביר לי את זה בהפסקה, בבקשה.

דובר:

יש מישהו שיכול להסביר ל-X בהפסקה?

דובר:

אני רוצה להגיד לך שזה ממש לא בסדר. יש דברים של אי ודאויות,

דובר:

כמה זמן יקח לך להסביר?

דובר:

אין בעיה, נעשה ישיבת ועדת משנה חמש שעות, ואז נגיע לפה ונפתח את הכל מחדש.

דובר:

אפשר ב- 3-4 דקות להסביר?

דובר:

זה יעלה עוד פעם בועדת משנה. הלאה. הרשימה היא לבקשה.. זה מצטרף למייטראל קליפ, לדואודופה ולטיפולי שיניים,

דובר:

אנחנו נכריע בזה אחר הצהריים, אל תדאגי. השאלה אם לא לקצר את ארוחת הצהריים בועדת המשנה, אם אי אפשר לתת הסבר תמציתי. X הוא בעל תפיסה מעולה. תני לו הסבר שלוש דקות, וזהו.

דובר:

נסביר בועדת משנה. נשב ונסביר לו שוב. התכשירים הבאים בעמוד 11, מדובר ב,

דובר:

גמרנו את כל האונקולוגיה?

דובר:

גמרנו.

(מדברים ביחד)

דובר:

התכשירים הבאים זה תחת ריאומטולוגיה בעמוד 11. קבוצה שלמה של תכשירים ש....
שביקשתם שנחשב עלויות. האם מישהו מעוניין להעלות את זה להמשך דיון?

דובר:

אני רוצה רק שתזכיר לי אם זה דורג B7, מה,

דובר:

אתם ביקשתם לדעת כמה זה עולה.

דובר:

טוב, אז האם ב- 113 מליון שקל אנחנו רוצים להעביר סל רחב לטיפול בריאומטולוגיה?

דובר:

לא.

דובר:

כולם B7.

דובר:

הקבוצה הבאה זה יומירה, בסיוור ארתראיטיס,

דובר:

מחלה שנשב עליה דיון ארוך לגבי עצם ההגדרה שלה. היא גם כן ב- 615 חולים ב- 31
מליון שקל. מותר לי להציע לא להעביר?

דובר:

כן.

דובר:

מסכימים כולם לא להעביר הלאה. לעומת זה דעתי שונה לגבי האילאריס, אבל נפתח
לדיון.

דובר:

רק להבין לגבי המספרים כי אמרו לנו שאולי המספרים יותר.. זה מספרים שאתם
סגורים עליהם?

דובר:

המספרים, יש

דובר:

השאלה אם זה עלות יותר... על היומירה.

דובר:

כן. אנחנו מדברים על זה עכשיו או הורדנו?

דובר:

את היומירה הורדנו, היתה הסתייגות של X, אולי יש שלושה חולים במקום 615, אולי נשקול מחדש.

דובר:

יש הרבה יותר מ-615. זה חצי ממספרי ה...

דובר:

טוב, אז ירד.

דובר:

התכשיר הבא זה אילאריס, לג'ובינייל לימפטיק מדובר בכעשרה חולים, עלות למטופל זה כ- 760,000 שקל בשנה. האם מישו מהחברים, בעצם נפתח את זה לדיון.

דובר:

העלות היא נוראה, אבל זה היה A9, מבחינת האוידנס, לא הצלחנו לשכנע את החברה להוריד מ- 3/4 מליון שקל לטיפול?

דובר:

התשובה היא לא.

דובר:

גם אם הם היו יודעים שבזה תלויה כניסתם לסל?

דובר:

לדעתי צריך עוד לעבוד עליהם כי לפחות המטולוגיים ילדים הם יודעים שלפעמים אין ברירה, אלה מקרים מאוד קשים, וזו התרופה שקיימת בסופו של דבר,

דובר:

לא להעביר הלאה אלא אם כן יורידו ולדבר איתם בהפסקה? תספיקו? מ וכנים להתחבר לזה? כי זה באמת עלות... וזו לא מחלה יתומה.

דובר:

הם צריכים עזרה.

דובר:

נעזור להם.

דובר:

היא לא יתומה, אבל אין טונה של חולים.

דובר:

בגלל שזה ילדים, זו אוכלוסיה נורא קטנה, אז הם מעלים את המחירים.

דובר:

בוודאי.

דובר:

בשלב זה אני מבינה שזה יורד, אלא אם כן יהיו עדכונים,

דובר:

אבל לא כתבתם פה שזה קו שני.

דובר:

אז אנחנו לא מעלים את זה?

דובר:

לא,

דובר:

בינתיים לא. אנחנו נברר את המחיר.

דובר:

התכשיר הבא, בעמוד 12, מדובר במפטרה, ל... אסוסיאייטד וסקוליטיס, מדובר פה על הרחבת מסגרת ההכללה בסל שתכלול גם גברים בגיל הפוריות, אני מזכירה לכם שזה ... נשים, מעט מאוד גברים,

דובר:

יש רק עשרה כאלה?

דובר:

מעט מאוד גברים,

דובר:

אני חושבת שזה צריך להיות בסל, אני מסתכלת על העלות גם בנשים, ובכלל, היא מאוד נמוכה.

דובר:

עלות גבוהה, אבל עשירית מהקודמת. העלות הכוללת ... האם מישהו מתנגד להעביר הלאה?

(מדברים ביחד)

דובר:

ביררנו פה בירור... אני יורד מההתנגדות.

דובר:

רבותי, מפטרה, אני חושב שצריך לעבור. מישהו מתנגד?

דובר:

זה המחיר של שימור הפוריות? זאת אומרת התועלת,

דובר:

בסדר? עובר הלאה? אוקיי.

דובר:

רגע, אני עדיין במפטרה. אני קוראת מהסיכום שלכם, אין הבדל ביעילות, אין הבדל בשיעור תופעות לוואי חמורות מוקדמות,

דובר:

הבדל בין מה למה?

דובר:

המפטרה מול הריטוקסימב,

דובר:

ריטוקסימב זה מפטרה.

דובר:

אה, אוקיי, זה בשילוב. יש לזה חלופה טיפולית בסל,

דובר:

שפוגעת בפוריות,

(מדברים ביחד)

דובר:

עברנו לתחום העיניים עמוד 13. יש עוד שלוש טכנולוגיות שלא נדונו. יש את הלוסנטיס כקו טיפול שני אחרי אוסטין, ל-AMD, קו טיפול שני אחרי אוסטין, ל- 3,500 חולים בעלות כוללת של 98 מליוני שקלים.

דובר:

מישהו בעד להעביר את זה לשלב הבא? אוקיי, זה לא עובר לשלב הבא, וזה מדבר בעד עצמו.

דובר:

יש את הרסטזיס, לשתי התוויות, אחד לגבי חולים עם שיוגרן, אתם ביקשתם להפריד בין שגיון לבין GVHD.

דובר:

שניהם זה ציקלוספורין,

דובר:

ברור שציקלוספורין צריך לקבל ראשון, הציקלוספורין ב- GVHD יש לו עדיפות.

דובר:

כן אבל מה עם שיוגרן? אני בעד להעביר את שניהם הלאה. נראה מול מה זה יעמוד. 1500 חולים עם שיוגרן,

דובר:

אני הייתי מעלה קודם כל את GVHD, אני חושב ששיוגרן לא באותה נשימה, רק אם יתאפשר, כי כרגע זה,

דובר:

יש סרולוגיה. טוב. אנחנו מעבירים הלאה? בבקשה. עמוד 14.

דובר:

בעמוד 14 דנו בהכל, נשאר לנו הגרדאסיל בעמוד 15 לחיסון נגד HPV.

דובר:

פה אני מציע לפתוח את הדיון בקריאת מכתבו של ד"ר X.

דובר:

קראנו אותו ואני רוצה להגיב.

דובר:

בסדר, אולי לא כולם קראו, תקראי קצת בקיצורים כי המכתב ארוך, אבל המכתב נוקב, אני לא רואה את ה- MSM עומד נגד השעלת,

דובר:

מי שכתב את המכתב הוא פרופ' X, יו"ר הועדה המייעצת למחלות זיהומיות וחיסונים של משרד הבריאות, אני אקריא את הדברים. "נודע לי שועדת הסל נתנה בדיוניה האחרונים ציון גבוה להוספת החיסון גרדסיל לגברים המקיימים יחסי מין עם גברים ולא נתנה ציון גבוה לחיסון נגד שעלת לנשים הרות כדי להגן משעלת על התינוקות. לדעת הועדה המייעצת למחלות זיהומיות ולחיסונים גישה זו אינה נכונה, הן מבריאות הציבור והן מיישום מדיניות ה בריאות ולהלן נימוקיה, אבקש שתעבירי את מכתבי זה לידיעת חברי ועדת הסל. שלחנו לכם. "א. מבחינת היבטי בריאות הציבור: 1. קטן מאוד הסיכוי שהוספת גרדסיל לסל עבור MSM, כלומר גברים המקיימים יחסי מין עם גברים, תשפיע על בריאות הציבור. א. עד ה יום לא הצליחו כל תכניות החיסון שהוגדרו לפי קבוצות סיכון בריאותיות או התנהגותיות עקב אי הגעה לשיעורי כיסוי חיסון משמעותיים. דוגמה בולטת לכך היא החיסון נגד דלקת כבד B. כשלון תכנית החיסון לקבוצות הסיכון מביא להמלצה לחיסון אוניברסאלי נגד דלקת כבד B ברוב המדינות. קל וחומר שלא צפויים שיעורי כיסוי חיסון משמעותיים בקרב קבוצה סטיגמטית כגון MSM. הרוב המכריע של MSM המבוגרים בישראל ובמדינות המפותחות אינם מקבלים את החיסון נגד דלקת כבד B על אף שהוא זול ומומלץ להם כבר 30 שנה עקב היותם קבוצת סיכון גבוה. ניתן להניח כי רוב ה- MSM בארץ לא ירצו להזדהות ככאלו ולכן לא יפנו לקופת חולים בהצהרה על נטייתם המינית רק כדי לקבל חיסון. נימוק נוסף שהוא מציין, זה, נטיה מינית אינה דבר ברור בגיל 14. בגלל שהנגיף מדבק מאוד, הרי רבים הנדבקים בו מיד אחרי התחלת יחסי המין. עד שהנטיה המינית מתבהרת

במהלך גיל ההתבגרות, כבר מתקיימים יחסי מין שגורמים להדבקה. הצעת החיסון ל-MSM בגיל ההתבגרות הינה מוקדמת מדי כי הנטיה עוד לא ברורה. הצעת החיסון ל-MSM במבוגרים עלולה להיות מאוחרת מדי כי היא מוצעת לרבים שכבר נדבקו. אחד הנימוקים המרכזיים של הועדה המייעצת לחיסונים של ארצות הברית, כאשר המליצה ב-2011 על חיסון כל הבנים בני 11, 12, ועל תכנית השלמת חיסון זה לכל הבנים עד גיל 21, היו שני האילוצים הנ"ל. הדרך להגן על MSM עוברת דרך חיסון אוניברסאלי. אינני מכיר אף מדינה שבה גרדסיל ממומן על ידי המדינה רק ל-MSM, מכיון שגברים אלה אכן נמצאים בסיכון גבוה במיוחד לסבול ממחלות הנגרמות מ-HPV, הרי החשיבות המיוחדת הזאת קיבלה ביטוי דרך תכנית החיסון של כל הבנים. בארצות הברית יש תכנית קאצ' אפ ל-MSM, עד גיל 26, ועוד תכנית קאצ' אפ לכל הבנים והגברים האחרים מעל גיל 21. בקנדה תכנית קאצ' אפ ל-MSM הינה ללא מגבלת גיל עליון בשונה ממגבלת גיל עליון לגברים אחרים. לסיכום, צפוי שהכללה בסל של חיסון רק ל-MSM לא תשפיע משמעותית על בריאות הציבור. נימוק נוסף שהוא מציין זה פגיעה במעמד החיסון עבור נשים ובנות, והוא כותב כך: האוכלוסיות הדתיות והמסורתיות בישראל שהן האוכלוסיות הגדולות בקרב יהודים וערבים, כבר היום מהססות אם לחסן את בנותיהם בכיתות ח'. רשת בתי הספר החרדית לבנות בנות יעקב, בשלב זה אינה מאפשרת לחסן את התלמידות בכיתות ח'. על משרד הבריאות לבצע בקרוב פעולות חינוך לבריאות שיסבירו מדוע החיסון נחוץ גם בקרב אוכלוסיות שמרניות. תיוג החיסון כ, והוא שם במרכאות 'חיסון של הומואים', עלול לפגוע פגיעה חמורה במאמצים אלו, וגם במעמד החיסון בקרב אוכלוסיות שמרניות פחות, ולמנוע את החיסון החשוב מנשים רבות. והוא מסיים באמירה נוספת שמדברת על היבטי מדיניות בריאות והיבטים ציבוריים והוא כותב כך: מדיניות החיסונים של ישראל מונהגת על ידי הועדה המייעצת למחלות זיהומיות ולחיסונים. אין זה סביר מבחינת מדיניות בריאות ומבחינה ציבורית שועדת סל תקדם חיסון מסוים שהועדה המייעצת למחלות זיהומיות ולחיסונים לא דנה בו כלל, על פני חיסון אחר עליו המליצה הועדה שזה היה DTP לנשים הרות. חיסון ה-DTP לנשים הרות מוגש לוועדת הסל זו הפעם השלישית, פה הוא מפרט על ה-DTP, אני חושבת שזה לא רלוונטי כבר, אלא אם כן אתם רוצים.

דובר:

הוא נפל, אני רציתי לשאול,

דובר :

אני לא זוכרת למה הורדנו את זה.

דובר :

חיסון ה-DTP מוגש זו הפעם השלישית. כל הנשים ההרות נמצאות במעקב ולכן צפוי שיעור היענות גבוה לחיסון. החיסון מיועד להגן על 170,000 תינוקות מדי שנה מפני מחלה קשה וקטלנית. המידע נשלח לוועדת הסל על ידי ... DTP לנשים הרות, ובין היתר כלל נתונים ש-70 אחוז ממקרי ה-.... אצל ולדים עד גיל שנה, בשנים 1998 עד 2012 בישראל היה בקרב תינוקות עד ארבעה חודשים, שמונים אחוז מכלל האשפוזים עקב שעלת בין 2005 ל-2012 היה בקרב ילדים בני פחות משנה, וכל מקרי המוות משעלת שהיו בין 2006-2012 היו בין ילדים בני פחות משנה. שבעה מתוך התשעה היו ילדים בני פחות מחצי שנה. הדרך היחידה להגן מפני שעלת על תינוקות בחודשי חייהם הראשונים הינה על ידי חיסון האם בעת הריונה. הפחתת התחלואה הצפויה בחיסון נשים הרות תושג מיד עם הפעלת תכנית החיסונים, כך הודגם בבריטניה. הועדה המייעצת למחלות זיהומיות ולחיסונים עדיין לא דנה בחיסון HPV לבנים. הסיבה הינה כי קודם לכן יש צורך לברר מה שיעור קבלת החיסון בבנות בישראל. על סף טיעון זה אפשר יהיה לצרף שיקולי עלות, מועילות, לגבי חשיבות חיסון בנים או גברים כנגד HPV וחיסונים אחרים, ויחסית לתכנית השלמת חיסון של ה-HPV, בבנות ובנשים עד גיל 26. הועדה המייעצת פה המליצה שתוגש לוועדת השר תכנית קאצ' אפ של בנות ונשים עד גיל 26, משרד הבריאות אכן פעל בהתאם, אך ועדת הסל דחתה תכנית זו. אם תחליט ועדת הסל לכלול את גרדסיל ל-MSM ולדחות בפעם השלישית את החיסון כנגד שעלת לנשים הרות יהיה זה בניגוד מוחלט להמלצות הועדה המייעצת למחלות זיהומיות ולחיסונים ו.... יתר על כן, קיימת חשיבות שהמסרים של הועדות השונות יהיו בעלי אמינות ושקיפות. לשם כך יש לשאוף למסרים דומים ולא שונים בנוגע לדרגות החשיבות ולהחלטות. מכאן נובע הצורך בדיאלוג של ועדת הסל עם הועדה המקצועית הנדונה, בנסיון להגיע

להסכמה ולא להביא לכך שהחלטות ועדת הסל תהיינה בלתי מתואמות בעליל עם המלצות הועדה המייעצת. אני מקווה שהעקרון אותו הבאתי מקובל עליכם ושנצליח ליישם אותו.

דובר:

יש פה את הרושם שלי וגם שאלה אליכם. יש פה למעשה שני דברים: א. ביקורת על ההחלטה שלנו על MSM, אני לא יודע למה הוא כרך אותה בביקורת על ההחלטה לא לאשר שעלת לנשים הרות, אני לא זוכר גם את המחיר, אבל זה שני דברים שונים שלא מתקשרים ביניהם. לכן הוא גם מסכם בזה שהוא חושב שועדת הסל צריכה להתיישר עם הועדה המייעצת למשרד הבריאות בנושא חיסונים ומחלות זיהומיות. אני יודע שזה לא כל כך מקובל, כי הפלנו בשלב מוקדם את השעלת, אבל אני מציע ותיכף ניתן לאחרים לדבר, לחזור לאווידנס של השעלת לאור הנוקבות של המכתב הזה. אני חושב שאנחנו צריכים, למרות שהכללים שהנחו אותנו עד עכשיו שדנים רק במה שעבר את התיעדוף של הסיבוב הראשון, אני בעד לחזור לנושא השעלת בנשים הרות ללא תלות ב- MSM אבל אתם מוזמנים להתייחס לשניהם.

דובר:

יש סתירות פנימיות, בחלק של ה- MSM אני מדבר עכשיו. קודם כל הוא אומר שאין החלטה, לא היה אף דיון של המועצה המייעצת, אבל יש לו כבר דעה שהוא כאן מביע אותה נגד החלטה או הצעה שלנו, יש לו כבר דעה מגובשת, למרות שאין לו שום נתונים כי הוא לא בדק. דבר שני, יש כמה סתירות פנימיות כי הוא אומר, הוא מבין שבקבוצה הזאת יש סיכון מוגבר, הקבוצה הזאת אגב, לא מוגנת על ידי החיסון האוניברסאלי של הבנות, הסיכון שלהם לסרטן הוא פי 17 מאשר גברים שיש להם סיכון רגיל. אז יש פה, קודם כל אנחנו למדנו את זה מהספרות שהובאה אלינו. דבר שני, מי שהציע את הטכנולוגיה לסל, כל אחד רשאי להציע טכנולוגיה לסל, אנחנו לא הצענו את זה, הביאו את הטכנולוגיות האלה של חיסון לכלל הגברים במדינת ישראל וזה עשינו שיקול שזה לא בשל מהרבה מאוד סיבות, מכיון שעכשיו, נאמר שגם אי אפשר לבטל. בסוף המכתב שלו יש שני דברים שהם בעייתיים, אחד – הוא בעצמו אומר שבקנדה ובארצות הברית הקאצ' אפ לדברים ב- MSM נפרד מאשר לגברים רגילים. אז כן מבדלים. דבר שני, הטיעון האתי

סו-קולד, שבגלל שאם יינתן לקבוצה בסיכון מוגבר של גברים, זה יפגע בסיכוי של בנות להתחסן, זה דבר שגובל בחוסר אתיקה כי מול סיכון ממשי אתה שם משהו שהוא סיכון תיאורטי.

דובר:

אבל אנחנו קיימנו פה דיון ארוך לגבי חוסר היכולת לזהות את האנשים האלה. והאמירה שהם לא ילכו,

דובר:

תן לי לסיים את הקטע הזה. אז קודם כל, אנחנו לא זיהינו את מתן החיסון הזה לגברים שמקיימים יחסים עם גברים, אמרנו גברים בסיכון גבוה, שזה לא דווקא הקבוצה הזאת,

דובר:

אז איזה?

דובר:

גברים שמקיימים יחסי מין עם הרבה פרטנרים ופרטנריות.

דובר:

זה לא עלה וזה לא...

דובר:

כתוב בסיכון גבוה. לא כתוב MSM. אני מסביר מה ההבדל, דיברנו שרופא משפחה יודע מי בסיכון גבוה אם הוא שואל, הוא לא שואל אותו ספציפית אם אתה מקיים יחסי מין עם גברים.

הוא שואל אותו אם אתה בסיכון גבוה וככה זה כתוב. כיון שיש פה קבוצה הרבה יותר רחבה. אז אני רוצה לומר, לגבי העובדתית, מה קורה בעולם. בעולם זה נכנס לבנות כמעט ברוב המדינות, מעט מדינות הכניסו את זה בגברים, בגלל שהוא כתב את זה קראתי מה קורה בספרות. בעיקר באירופה, ב-OECD, מדינה אחת הכניסה את זה גם לגברים, שזה אוסטריה, ב-2011, מדינות אחרות מתלבטות ועושות קוסט אפקטיבנס, כמעט כל מדינה שעושה קוסט אפקטיבנס מחליטה לא להכניס את זה אוניברסאלית בגברים, כי זה לא קוסט אפקטיבי. להיפך, האנליזות שנעשו בנושא הזה אומרים ששווה להשקיע בהגברת הכיסוי של נשים מאשר לפזר את המשאבים בין גברים ונשים, כי עדיף שיגיעו ל-80 אחוז כיסוי בנשים, כדי לתת הגנה לאוכלוסיה, מאשר לפזר את המשאבים לגברים ונשים. ארצות הברית ב-2012 יצאה המלצה גם להרחיב את זה בגברים. הכיסוי בגברים שם הוא 1 אחוז. ברור שהם רוצים לעשות משהו, אבל הגברים לא הולכים להתחסן. זו הבעיה. במובן הזה. אז מהבחינה של אווידנס או קוסט אפקטיבנס, רוב המדינות בעולם לא מרחיבות את זה אוניברסאלית לגברים, חלקם בגלל שאין להם נתונים, חלקם יש להם נתונים שאומרים שכל מה שחיסנו בנשים הביא אותם כבר לכיסוי כמעט מלא, שזה אוסטרליה שהיא היתה הראשונה ויש לה כיסוי של 78 אחוז מהנשים ואז לא צריכים את הגברים כי יש כבר כיסוי מורחב, יתנו לכל הגברים זה יעלה מ-78 ל-80 ומשהו, זה לא שווה את ההשקעה. יש מדינות שיש להן את כל המשאבים שבעולם, אז לא אכפת להם להרחיב את זה. ארצות הברית שמרחיבה את זה לגברים הרי לא נותנת את הכסף, ה-CDC אומר תעשו, אבל היא לא מביאה את ה.... אין להם חובה כלכלית באמירה ולכן זה לא חוכמה. אצלנו, הדבר האחרון שקורה עכשיו, זה המושג טרגטינג. אם אתה עושה מדיניות כללית, בתוך המדיניות יש אוכלוסיה בסיכון גבוה, האמירות היום על לעשות בתוך קבוצות בסיכון גבוה, מאמץ ממוקד. הגברים האלה, כשעשינו את החוק לגבי כלל האנשים שמקבלות את החיסון, אישרנו קבוצה שהיא בסיכון גבוה, פי 17 אחוז לקבל את המחלה של סרטן ולכן אנחנו אומרים פה, כיון שזה הובא לנו הנתונים גם לגביהם וגם ...

דובר:

פי 17. לא אחוז.

דובר:

פי 17. מספרים אסטרונומיים, בואו נעשה מאמץ טרגט לתת להם את ההזדמנות, מדובר על קבוצה קטנה מאוד, אני מוכן שזה לא יהיה, אם זה מפריע למשרד הבריאות אז אפשר לוותר על זה, אבל השיקולים שהוא נתן כאן, שמצד אחד אין אף דיון ומצד שני הוא כבר יודע שזה לא נכון, הוא לא קורא את האוכלוסיה של טרגט, הוא לא קורא את הנתונים של הקוסט אפקטיבנס, ובעצם מונע מקבוצה שלמה של אנשים להיענות לזה, זה נראה לי קצת לא רציונלי ואני מאוד מתפלא על הסגנון של הדיון שלו שבעיני יש בו הרבה סתירות פנימיות והוא גם לא אתי, כאשר זו הטענה שלו, שזה מונע מבנות להתחסן. זה נשמע לי לא אתי לחלוטין.

דובר:

אבל יש לו עוד שתי טענות שלא התייחסת אליהן, הנסיון של החיסון של דלקת כבד B ואת הנושא של התבהרות לגבי הנטיה המינית בגילאים יותר מבוגרים.

דובר:

אני אתייחס לחלק הראשון כי הפטיטיס B שונה לחלוטין מאשר HPV, והסיבה שזה שונה, ההידבקות בהפטיטיס B קורית בגיל בית ספר יסודי, בילדים קטנים. כשהם מגיעים כבר לגיל הזה, או שזה מאוחר מדי, או שהם כבר קיבלו את הנגיף. זאת אומרת זו אפידמיולוגיה שונה לחלוטין מ-HPV, HPV זה פונקציה של יחסי מין שקורים בגיל העשרה. הסכנה ל-HPV זה בגיל העשרה, בנים ובנות, הפטיטיס B שבעים אחוז מהם כבר נדבקו כשהם היו ב,

דובר:

מאיפה אתה מביא את זה?

דובר:

לא, אתה לא צודק לגבי B. אני לא יודע על מה הוא מבסס את הקביעה שגברים הומוסקסואליים לא קיבלו במסגרת קבוצות הסיכון. זה נכון שבארצות בהם יש אנדמיות, כולל אצלנו, אצלנו מה- 1.1.92, למעלה מ- 20 שנה, מחסנים כל ילוד. אבל,

דובר:

אני אראה לכם את הנתונים על הפטיטיס B, אפידמיולוגיה ראשונה, באמת משווים את זה לשניהם ומוצאים שאין דמיון בין המחלות.

דובר:

אני דווקא מאוד בעד להכניס את זה לקבוצה הזאת, אני חושבת שזו קבוצה בסיכון מאוד גבוה.

דובר:

על ה- MSM את אומרת.

דובר:

כן. ואני חושבת שאם רופאי המשפחה היו מודעים לזה שיש את החיסון הזה, אז אולי יהיה קצת יותר ניעור של העניין, ואני חושבת שצריך להגיע לאנשים האלה. אני לא רואה סיבה שבגלל שיש סיכוי שהם לא יגיעו, לא נאשר את החיסון הזה. זה חיסון שמוריד בצורה מאוד משמעותית סרטן. כמו אצל נשים, כך גם אצל גברים, לדעתי זו תהיה דיסקרימינציה לא לתת להם את זה. אז לא צריך לכל הגברים בעולם, אבל גברים בסיכון כל כך גבוה, צריך לתת להם את החיסון.

דובר:

השאלה אם את יודעת לזהות אותם.

דובר:

הם יזהו את עצמם.

דובר:

אם את יודעת לזהות אותם בגיל הזה.

דובר:

כשמנערים נושא, אז פתאום מגלים את זה. אם רופא המשפחה, מספיק שהם יקבלו מכתב, שהנה, זה נכנס לסל, יש עכשיו את האפשרות לתת את זה,

דובר:

אז הם עכשיו יתחילו לשאול שאלות על נטיה מינית?

דובר:

זה לא אנשים שכל כך קשה לזהות אותם. בטח לא רופאי המשפחה. אני לא חושבת שבגלל זה צריך לא לאשר את זה.

דובר:

אני דווקא שוכנעתי מהסעיף שבא ואמר שבגיל הזה הזהות המינית עוד לא ברורה הרבה פעמים, ובטח ובטח יציאה מהארון כבר בגיל ההתבגרות כי אנחנו רואים שהיציאות מהארון יוצאות בשלבים המאוחרים יותר ואז זה כבר מאוחר יותר. אז זה דווקא משהו שכן שכנע אותי.

דובר:

X זה לא משנה אם הוא מגדיר את עצמו חד מיני או לא, עצם זה שהוא מקבל יחסים,

דובר:

השאלה אם הוא יודה בשביל לקבל את החיסון הזה, אני לא בטוחה, אני חושבת ששיעור ההיענות, ההרגשה שלי,

דובר:

אבל למה את חושבת שזה לילדים?

דובר:

לא אמרתי לילדים. אמרתי בגיל ההתבגרות, ששם ההידבקות,

דובר:

אבל זה לא מוגבל לגיל ההתבגרות.

דובר:

נכון, אבל מה שהוא אמר, בקיומי יחסים הראשונים אז ההידבקות הגדולה ואחר כך בשלב יותר מאוחר זה לא משנה כי הוא כבר נדבק.

דובר:

את לא היית פה. אחד הנימוקים שלו היה שלבנות דתיות לא יתנו.

דובר:

אני לא מתייחסת לנימוק, הנימוק הזה מבחינתי לא על השולחן. הנימוקים היחידים שמשפיעים מבחינת השיקול דעת שלי זה באמת העניין שכאלו אנחנו נפספס אותם, ואנחנו בעצם נכניס כסף לסל למשהו שבעצם לא יתן תועלת. למה?

דובר:

לא יהיה בו שימוש.

דובר:

בדיוק. לא יהיה בזה שימוש. כי הנערים בגיל הזה לא יקבלו, אף אחד לא ידע עליהם שהם באמת מקיימים יחסי מין. אני לא בטוחה שהם עכשיו ילכו ויודו בפני רופא המשפחה שלהם, אני אסביר למה, שוב, מדובר פה שברגע שמתחילים לקיים יחסי מין עם גברים אז נדבקים. ובדרך כלל זה בתקופה, יכול להיות אולי שלא, אבל אני מניחה, וזה גם מה שהבנתי מהמכתב, שזה בגיל ההתבגרות. בגיל הזה הילדים, הנערים, לא משנה, אני לא בטוחה שעכשיו יבואו ויודו בפני רופא המשפחה שלהם שזה מה שהם עושים כדי לקבל את החיסון. פה דווקא הבנתי מאוד על מה הוא מדבר. מכל הנימוקים זה הדבר היחיד שככה תפס לי את האוזן, זה והעניין שברגע שכבר הם כן ידעו וכבר כן יבואו לרופא משפחה, זה כבר יהיה מאוחר מדי. ואז יוצא שאנחנו מכניסים כסף ולא בהכרח מקבלים תועלת.

דובר:

זה חיסון שעולה 264 שקל, וגם אם רק 100 אנשים יהנו ממנו, הרווחנו. זה לא שאנחנו מדברים פה על איזה סכומים בלתי אפשריים.

דובר:

אני חושב שיש פה סוגיה אחרת, קודם כל פרופ' X, ובכלל הועדה המייעצת היא ועדה רצינית. ואני קצת מרגיש לא נוח, אנחנו בעצם שומעים אותו בסוף הדרך, וזו קצת בעיה, ולדעתי מה שלא יהיה להבא, אי אפשר שועדה אחת של משרד הבריאות תדבר אחרת מועדה אחרת. יש פה בעייתיות מסוימת בקטע הזה. ושמואל רשפון נכון או לא נכון, הסעיף הזה כן הדגיש, לא הדגיש, לדעתי זה לא רלוונטי. הוא בתור יו"ר הועדה אומר לנו חבר'ה, בואו תנו לנו רגע לדון. זה נכון שיש לו את הדעה האישית שלו,

דובר:

אבל זה לא נכון ...

דובר:

לא, כי זה משרד הבריאות, זה לא איגוד. אנחנו ועדת סל של משרד הבריאות. זה שונה מאיגוד. אז קודם כל יש פה קצת בעיה. הוא אומר חבר'ה, לא דנו בזה. ולכן אני חושב שלפחות להבא כדאי לחשוב האם כשמתקבלת המלצה לחיסון לא שווה לפחות שתהיה חוות דעת של הועדה לפני. ויחד עם זאת אני אומר, קיבלנו החלטה מסוימת שנותנת פוקוס ומיקוד לאוכלוסיה קטנה, שכן או לא, אפשר לצמצם פה עד מחר אם נגיע אליה או לא נגיע, חלק זה תחושות בטן, אני מוכרח להגיד שבתור רופא משפחה אני יודע על כמה משפחות שהמתבגר הוא בעצם הומוסקסואל, זה לא תמיד מאיזו שהיא סיטואציה מסוימת שאתה שואל, תוך כדי היכרות, כמו שאתה מן בנק למידע מול המשפחה, אתה כל מפגש מקבל מידע נוסף, אתה מקבל את המידע הזה. האם נגיע לכל האוכלוסיה? לא, לא נגיע. כרגע יכול להיות שהוא צודק, צריך להרחיב את זה. יכול להיות שבעצם המסקנה זה לא צריך לעשות דיסקרימינציה צריך לכל הבנים. אני חושב שהמיקוד כרגע צריך להיות זה, ויחד עם זאת אני מוכרח להגיד שאני מרגיש קצת לא נוח שהוא בתור יו"ר הועדה אומר בואנה חבר'ה, אתם עומדים להכניס משהו שעוד לא דנו בוועדה עצמה.

ולכן פרקטית, אני חושב שאחד הדברים שצריך לחשוב, זה האם בכל זאת לא כדאי כרגע להשהות ולו רק בגלל זה, את ההחלטה שלנו.

דובר:

אני חושבת שההיענות לחיסונים, מעבר לגיל המאוד מאוד רך שהאמהות לוקחות לחסן את התינוקות, שגם בזה כבר מתחילה התעוררות נגד, ההיענות יחסית מאוד נמוכה. רואים את זה גם בבנות בכיתה ח', אני רואה אותנו בתור רופאים עם החיסונים לשפעת, אני יודעת בדיוק מה קורה בבית החולים וכמה מנסים להגביר את זה ועושים כל מדיניות זו או אחרת כדי שרופאים יותר יחסנו, וכמה מחסנים, ההיענות היא מאוד נמוכה. אני בטוחה שבאוכלוסיה הזאת ההיענות תהיה מאוד מאוד נמוכה. אין לי מושג לגבי המספר, אבל אי אפשר להתווכח עם ה-A9. אין ספק שהדבר הזה יעיל. וחייב להיות מוצע. אני חושבת רק שההערכה של הכמות הזאת, 760, היא יותר ממופרזת. כלומר כן הייתי מצביעה בשביל להעלות את זה,

דובר:

אין דרך לדעת.

דובר:

נכון, אני מסכימה איתך. אבל כיון שההיענות גם בקרב ציבור, כל הבנות בישראל בכיתה ח', מה ההיענות? יש לנו מספרים על זה. מה ההיענות של כל הבנות? אין מספרים?

דובר:

הוא ציין במכתב שלו שאחד מהשיקולים שהועדה תיקח כשהיא תדון על הגברים זה לראות מה שיעורי החיסון בקרב נערות בשנה האחרונה,

דובר:

כי אני רואה את ההתנגדות של ההורים לא רק באוכלוסיה. אני רואה אצלנו בשכונה וכו', את הדבר הגורף הזה שמדברים עליו. ההיענות באופן כללי לחיסונים ככלל, אלא אם כן זה בצבא שנותנים לך או בילדות שהאמא לוקחת אותך, זה משהו שיש לזה רזיסטנטיות פנימית. אנחנו לא רוצים משהו שאנחנו לא כל כך מבינים אותו, לא מכירים אותו, לא יודעים מה התופעות לוואי שלו. אני חושבת שפה זה יהיה עוד על אחת כמה וכמה. על אף שאמרתי זאת, עדיין אני חושבת שזה צריך לעלות.

דובר:

רק לסוג טיעוני העל, אני חושבת שהאמירה של הסל זו אמירה חשובה, שאנחנו לא מתעסקים עם חייך המיניים אבל באופן שאתה חי, כדאי שתשמור את עצמך ואנחנו מאפשרים את זה.

דובר:

אני מצטרף לזה. זה משהו שאנחנו יכולים להגיד, אנחנו חייבים להגיד, צריך לראות לגבי השנה הבאה תיאום יותר אולי עם הועדה לגבי חיסונים נוספים, אבל פה לתת את האפשרות הזאת וכאילו לעודד את האפשרות הזאת, יכולה, בכל הבחינות, גם מבחינה רפואית וכמובן גם כלכלית, להועיל ואני חושב שצריך לעשות את זה.

דובר:

שלושה דברים, קודם כל אין ספק, אני חושב שצדקנו בקטע הזה שאמרנו שלכלל הגברים אין טעם לתת כי גם העבודות שבדקנו, זה לא רק נערים. היו שם גברים, מקיימי יחסי מין עם גברים, גם לא נערים. החיסון עצמו, נכון שעדיף לקחת אותו לפני שמקיימים יחסי מין בפעם הראשונה, אבל הוא כן הוכיח את עצמו גם בגברים וגם בנשים אחרי שהתחילו לקיים יחסי מין. היעילות שלו פחות טובה, אבל עדיין הוא יעיל. אז להגיד שרק בנערות לתת את זה, רק בנערים, זה לא כל כך מספק. דבר שלישי, התחילו לקום מרפאות בקופות, בתל אביב, גם למגדר הזה. אז

אם אנשים מגיעים למרפאות האלה, למיטב ידיעתי המרפאות ה' אלה, לא חסר שם עבודה, אז סימן שהם כן מוכנים לבוא להיחשף,

דובר:

מרפאות שמיועדות ל..

דובר:

כן.

דובר:

אז זה יפה. אז אם יש משהו כזה ש...

דובר:

אנחנו לוקחים דמים,

דובר:

בדיקות כן, אבל השאלה אם יש ממש מרפאות כאלה,

דובר:

הם יודעים שלשם פונים, יש שם אוריינטציה... היה יום HIV, משהו שעשו גם כן ודיברו על המרפאות האלה שמגיעים לשם, בעיקר לאותן מרפאות, זאת אומרת שכבר יש פה אוכלוסיה שמוכנה, וגם אני יכול להגיד לך שגם בקופה, כן אני רואה, אמנם הצריכה היא לא בשמיים, של גברים, אבל יש כן צריכה. כלומר, כן לקבל את החיסון דרך השב"ן.

דובר:

קודם כל ההחלטה פה של הועדה, במקרה שזה עובר, לא מפריעה למשרד הבריאות להחליט לעשות כיסוי אוניברסאלי לגברים. שיגיעו להחלטה הזאת, יחזירו לנו את הדיון.... תהיה ההחלטה שלהם, ואז אנחנו נעשה שיקולים של עלות תועלת אם הועדה עצמה לא עצרה את זה. דבר שני, לגבי הפטיסיס B, וההשוואה, אני רוצה להקריא לכם מאמר שבדיוק עוסק בהשוואה בין אפידמיולוגיה של הפטיסיס B, ל-HPV, בהקשר של מתן החיסונים. אני מצטט מתוך מאמר שאני אשמח לשלוח, אם תפיצי את זה לכולם. דיפרנס ... בטוין אפידמיולוגי און הפטיסיס B ו-HPV.. (מקריא)

בסוף המשפט המסיים של כל הקטע הזה, דה אנאלגיי און בטוין HPV אנד אי אפשר לעשות את ההשוואה הזאת, מאמר שלם עוסק בדיוק בסוגיה הזאת. אי אפשר להשליך מאחד על השני. והדבר האחרון שאני רוצה לומר, לגבי ההסטוריה של ההמלצות של המועצה המייעצת הזאת למשרד הבריאות, והועדה המייעצת ובין הועדה הזאת, ועדת הסל, כמעט כל שנה בשנים האחרונות היה אי תאימות בין ההמלצות של הועדה המייעצת, ובין ועדת הסל. או שזה התחיל מה-...., שהמליצו על דבר אחד ועשו דבר שני בוועדה. ובא משרד הבריאות עשה דבר שלישי, והמשיך דרך ה-HPV שאנחנו החלטנו דבר אחד, ומשרד הבריאות פעל דבר אחר, זה התחיל מזה שרוב ההמלצות לפני שהביאו את ההחלטה להעביר את הנושאים של חיסונים לדיונים בועדת הסל, היתה רשימה מאוד ארוכה של המלצות של המועצה המייעצת הזאת, שמעולם לא מומשו כי לא מצאו מקום להתממש. אנחנו למעשה מכניסים אלמנטים של חיסון, הרבה יותר ממה שהיה, ביעילות הרבה יותר גבוהה מאשר במקור הועדה המייעצת. ולכן אי התאימות הזאת קיימת כל שנה, אני לא רואה שזה נפסק. זה שאנחנו דנים בנושא בגלל שכל פונה רשאי להעלות פה נושא, זה לא נותן לוועדה המייעצת רשות להוריד מאיתנו את הנושא הזה, כי אין לה את הסמכות להוריד את הנושא משולחן הדיונים, וזה גם מפריע להם להמשיך ולדון על זה בשנה הבאה, שיקיימו דיון על הרחבת החיסון לכלל הגברים, ההחלטה שאנחנו נעשה כאן לא תפריע להרחיב את זה לכלל הגברים. אין התנגשות. רק אני אומר שאני משער שהתוצאה של ההחלטות שלהם תהיינה לתת את זה לכלל הגברים, ואז זה יחזור לפה מהיכן כל המימון ומה הקוסט אפקטיבנס. אם אז גם

נחליט שלא לעשות את זה, אז אני רואה את ההתנגשות הבאה. ואני אשמח לשלוח לכם את המאמר אם מישהו רוצה לקבל את ה תשובה, נשמח לשלוח את זה לפרופ' X גם.

דובר:

אני חושבת שזה כן חשוב להעלות את זה. אני חושבת שזו אמירה חשובה שהועדה בפן החברתי ובפן של אוכלוסיות נוספות, אני חושבת שצריך לתת בעצם את ההזדמנות לאוכלוסיה הזאת באמת להגן על עצמה. אני חושבת שזאת תהיה טעות לשים את עצמנו במקום שאנחנו נקבע שהם לא יגיעו לקבל את החיסון, ולכן לא נכניס את זה, ולכן אני חושבת שזה חשוב. הדבר השני שהייתי רוצה כן לבקש, זה אם אפשר כן להזכר למה הוצאנו את השעלת.

דובר:

אני מצטרף לX ולרוב הדוברים, אבל גם לסיפא של X. אני חושב שממש צריך להשאיר את ההחלטה בעינה, להעביר את זה לשלב הבא, אני מסכים עם האמירה, אבל למרות שזה בניגוד לפרוטוקול, גם אותי, לאור הנוקבות שלו בנושא של חיסון שעלת לנשים הרות, אם אפשר להחזיר אותנו, לא לפתוח את הדיון, להחזיר אותנו לעיקרי הנימוקים למה הורדנו את זה בתיעדוף ראשוני.

דובר:

בקצרה, היה פה חשש לגבי חיסון לנשים הרות.

דובר:

חשש בטיחותי?

דובר:

חשש של החברים בוועדה ממתן של חיסון שאמנם מומלץ על ידי כל הגורמים הרלבנטיים, ועדיין הובע חשש לגבי מתן החיסון במהלך ההריון.

דובר:

הוא התבסס אבל על אווידנס מסוים? כאילו, מאיפה הגיע החשש הזה? מי העלה את החשש?

דובר:

אני משום מה לא זוכר את הדיון לפרטיו.

דובר:

היה דיון מאוד מפורט וממושך של הנושא הזה לחסן את כל הנשים, והשאלה באמת האם יש צורך לחשוף את כל הנשים לחיסון, שאני כבר לא זוכרת מה היה כל הדאטה שקשורה ב זה, אבל דיברנו על זה שאנחנו לא יודעים באמת האם יכולים להיות תופעות לוואי כל שהן.

דובר:

אני רק אזכיר גם ששוב, לא קיבלנו על זה עירעור, זאת אומרת לא היה איזה שהוא גוף שעירער על ההחלטה. ואנחנו שוב, זה קיבל A8, אין פה שינוי, הוא לא מציג איזה שהן עדויות חדשות לצורך התחלת דיון מחדש.

דובר:

אפשר להציץ איזה דירוג זה היה מבחינתם? דירוג ליגה?

דובר:

זה היה הגבוה ביותר. אם אני לא טועה.

דובר:

איזה עמוד זה בספרים?

דובר:

בתור אחת שלקחה את החיסון עכשיו, אני לא יודעת למה... משרד הבריאות ממליץ על זה. האיגוד ממליץ על זה. אז מעניין אותי קצת להבין איזה חששות היה, לא קשור לדיון האישי, אבל כמו שאני רציתי לקבל את זה, אני מניחה שנשים רבות שומעות ה מלצות מהרופאים שלהם והיו מעוניינות לקבל את זה. על פניו הייתי רוצה רק להבין איזה סיכונים באמת יש בדאטה שאתם אומרים.

דובר:

יש כמה דברים שעלו, אני אזכיר לכם. אחד – רציתם לדעת מה היקף הילדים בגילאים השונים, ואנחנו הבאנו לכם נתונים, ואפילו הראינו לאורך תקופת זמן, איזה היקף של ילדים מדובר עליהם שנדבקו והיו בסיכון לתחלואה ותמותה. וההתרשמות של הועדה היתה שמדובר על מספרים מאוד מאוד קטנים.

דובר:

נכון.

דובר:

דבר שני, עלו היבטים של החיסון במהלך ההריון. דבר שלישי, במקביל להמלצה שהיתה של הועדה המייעצת, ההמלצות של הגופים האחרים לא היו כל כך גבוהים מבחינת הדברים, אם אני לא טועה. או שאני טועה?

דובר:

היו גבוהים.

דובר:

אוקיי. זה ככה, חלק מהנימוקים. אם אתם רוצים, אנחנו נחזור שוב על האוידנס, אבל שוב, אנחנו נמצאים בסיטואציה של תיעדוף סופי. לחזור ולפתוח עכשיו A8 אני לא רואה בזה הבדל בין זה לבין דברים אחרים שהם A8.

דובר:

אם אפשר להגיד לנו את העמוד שכל אחד מאיתנו יסתכל.

דובר:

אתן יכולות להסתכל במטריצה הכוללת איזה עמוד זה בספר? שניה. ולכן, ואני באמת מכבדת את יו"ר הועדה המייעצת לחיסונים, אבל אנחנו לא יכולים לנהוג בו כמישהו אחר בהשוואה לכל גורם אחר שמגיש לפה ערעור ומביא לדיון.

דובר:

אוקיי. מקבלים את זה?

דובר:

זה עמוד 3251, למי שרוצה לחזור ולעיין בעצמו.

דובר:

רוצים שתי דקות לעיין? אנחנו בינתיים נמשיך,

דובר:

אני מציעה שאנחנו נתקדם.

דובר:

X את תעייני ואנחנו נמשיך הלאה.

דובר:

אז כרגע גרדסיל עולה ל- MSM. נכון? עכשיו יש לנו את כל הקבוצה של המזון הרפואי,

זה בעצם הסוף של הנושאים שלא נדונו,

דובר:

אני חושב שזה באמת צריך לעלות,

דובר:

אה, ועוד טכנולוגיה אחת.

דובר:

אני רק מבקש לא לקרוא זה MSM, לקרוא לזה גברים בסיכון גבוה, כמו שכתבנו את זה במקור. לקרוא לזה ל- MSM, אבל לקרוא לזה גברים בסיכון גבוה,

דובר:

זה המונח בספרות המקצועית היום.

דובר:

אנחנו קראנו לזה לגברים בסיכון גבוה, תשאירו את זה במונח הזה.

דובר:

אין לי התנגדות.

דובר:

אם זה לא משנה את ה מספרים,

דובר:

מבחינת המספרים זה לא משנה.

דובר:

בסדר, השקענו ביחס עלות תועלת ב- 187,000 שקל,

דובר:

הקבוצה הבאה זה מזון רפואי. ככה, יש לנו את המזון לטיפול תזונתי בילדים ומבוגרים עם יתר חומצה גלוטרית, קיבל A9, עלות מאוד מאוד נמוכה של 14,000 שקל, אנחנו כמובן מציעים להעלות את זה להמשך דיון.

דובר:

מישהו מתנגד?

דובר:

לא.

דובר:

התכשירים הבאים זה תכשירים שנקראים פלקסי מיקס דרינק. זה בעצם מוצר מזון בעל טעם יותר טוב לילדים ומבוגרים שחולים בפניל קטונוריה. אנחנו עשינו את העבודה מול המומחים שמרכזים את המרפאה הזאת, מדובר על 4.4 מליוני שקלים. סדר גודל של 50 ומשהו איש.

דובר:

אני בעד להעביר להם את זה שיהיה להם טעם לאוכל.

דובר:

בשנה שעברה לא העברנו את זה.

דובר:

אני בהתלבטות. ההבדל זה רק הטעם?

דובר:

רק הטעם.

דובר:

זה 4 מליון שקל, יש לך מול זה דברים אחרים שהם,

דובר:

גם בתחום המזון,

דובר:

מי שאוכל רק את זה,

דובר:

כן, אבל אל תשכח שבתחום המזון, בסופו של יום זה מחליף מזון אחר שהם היו צריכים
לאכול ולהוסיף עליו כסף בסופר.

דובר:

לא בסופר.

דובר:

לא משנה, לצורך העניין. בסופר הכוונה אם הם היו אוכלים רגיל. אז הם היו צריכים להוציא כסף למזון?

דובר:

תראו, אנחנו דירגנו את זה A8-9 בהשוואה לשני ה מוצרים האחרים במזון שדירגנו אותם A9, כי הם הבסיס ואין להם חלופות אחרות. שוב, הכל חשוב, זה לא שאנחנו מזלזלים. אבל ההצעה שלנו לפחות זה ללכת על הטיפולים שהם טיפולים תזונתיים נקודתיים שקיבלו אצלנו A9 מבחינת החשיבות.

דובר:

אני מסכימה.

דובר:

אני מצטרף.

דובר:

אוקיי. אז פלקסי לא יעלה להמשך דיון וה- Glycosade לאחר מכן לטיפול תזונתי במחלות אגירת גליקוגן 1 ו- 3 בעלות כוללת של 1.6 אני מבינה שיש פה הסכמה כן להעלות. אוקיי. אז זה עולה. הטכנולוגיה האחרונה שמדברים עליה, זה סקר ילודים לחולים עם SCID.

דובר:

איזה ציון זה קיבל?

דובר:

קיבל A9.

דובר:

מה הסיכון לחלות?

דובר:

אני אזכיר לכם. אפשר לעשות איבחון מוקדם, במידה וכבר יש במשפחה ילד, ואז יודעים ועושים איבחון טרום לידתי מוקדם במהלך ההריון או לפני ההריון. לגבי שאר האוכלוסיה, הילדים האלה בעצם מתגלים בשלבים יותר מאוחרים, ולכן ההצעה פה זה לעשות סקר ילודים. המשמעות העיקרית זה גילוי יותר מוקדם ממה שמגלים ככה.

דובר:

מה ההסתברות לחלות בזה?

דובר:

מאוד נמוכה, אנחנו יכולים לחזור חזרה לנייר הטכני.

דובר:

ואז שאלה, אם זו הסתברות יותר נמוכה,

דובר:

כל שנה נולדים כעשרה ילדים כאלה.

דובר:

אם זו הסתברות שהיא דומה לשכיחות של המחלות שהיום נמצאות בסקר, זה צריך להכנס. אם היא יותר נמוכה, צריך להבין למה.

דובר:

אני לא יודעת להגיד לך לגבי השכיחות של הדברים האלה, אבל,

דובר:

רגע, עשרה ילדים האלה זה כאלה שיש להם במשפחה?

דובר:

אני לא יודעת לחלק לך את זה, אני לא חושבת שגם..

דובר:

190,000 ילדים ונמצאו עשרה.

דובר:

אם יש ילד שנולד, אז מתחילים לעשות איבחון טרום לידתי במשפחה.

דובר:

מה המשמעות של המחלה הזו?

דובר:

מה שנקרא ילדי הבועה.

דובר:

ההסבר הוא שכולם יתגלו בהמשך, אבל, הטענה היתה שמי שיתגלה בסקר, הטענה היתה שאם מגלים את זה בסקר מיד עם הלידה מתכננים את השתלת מח העצם מהר, לפני שהם מזדהמים וכו'. יש יתרון לגלות את זה מוקדם, אבל יתרון...

דובר:

גם כלפי האחים העתידיים,

דובר:

לא, רק כלפי הילדים.

דובר:

בקיצור זה שולי של השולי של השולי כי בכל מקרה הם מתגלים, אחרי הזיהום הראשון.

דובר:

כרגע החברים לא מעוניינים להעלות את זה להמשך דיון. אוקיי. אז נוריד את זה.

דובר:

אני רק רוצה להשלים לגבי החיסון לשעלת לנשים הרות. הטרידו אותנו כמה דברים, הדבר הראשון שהטריד אותנו שזה לא חיסון לשעלת בלבד, אלא דיפטריה טטנוס ושעלת, דבר שני, שהמחקרים הם רק היו מחקרים שהראו שאם אמא קיבלה שנתיים קודם חיסון לתינוק לא היה, אבל אין מחקרים גדולים על נשים בהריון שקיבלו את החיסון. וזה מה שהטריד אותנו, שאנחנו לא יודעים עדיין אם החיסון הזה הוא בטוח. הבטיחות שמדובר בה, כל הנושא של הבטיחות מתבססת על הקוקונינג, זה שנתנו להורים של ילדים לא בהריון. זה מאוד הטריד אותנו שאין לנו מספיק מידע לגבי נשים בהריון, שמקבלות את החיסונים.

דובר:

האם את לא מוטרדת שבכל זאת, עומד יו"ר ועדת החיסונים ומצביע על בטיחות מוחלטת, אומר ששלוש פעמים הוא ביקש את הועדה, ואנחנו אומרים לא בטוח? אני קצת אנ-איזי עם זה.

דובר:

יש מנגנון למשרד הבריאות להחריג את הכספים שהוא רוצה ... מדיניות המשרד, ולהוציא את זה מהסמכות של הועדה ולהקצות א ותם באופן עצמאי. עדיין יש לו אפשרות לעשות את זה, כמו שעשו את זה עם השיניים. זה לא שאין לו אפשרויות. הוא יכול להחליט שזה לא במנדט של הועדה, יוציא את הכסף הזה, יוציא אותו לוועדה השניה,

דובר:

אנחנו לא נפתח את הנושא מחדש. עוד הערות? אם לא אז נצא להפסקה.

(מדברים ביחד)

דובר:

בסיכום ראשוני אנחנו עומדים כרגע על 350 מליוני שקלים. 350,116,000. יש עדכונים של מחירים שאנחנו צריכים לעדכן אתכם. וגם עדכונים שאתם תצטרכו לקבל החלטות ולפי זה נתקדם.

דובר:

ה- 350 זה עם ה...?

דובר:

אני אתחיל בינתיים עם עדכונים של טכנולוגיות.

דובר:

תפתחו בעמוד אחרון 16 מתוך 17. בחוברת.

דובר:

יש לנו עדכון אחד של המחיר של המד סוכר הרציף, שאנחנו מדברים במקום 16,976, עדכנו אותנו התמחירים שהמחיר הוא 21,942. ל- 126 חולים, זה מביא אותנו ל- 2,764,724 שקל.

דובר:

את המבוגרים הורדנו וזה היה עולה בעוד, הגליקוגן סטורג'. עכשיו 2,765,000 במקום

2,139,000

דובר:

למה זה עלה?

דובר:

עשו בדיקה של התמחור לפי הנתונים של מחירי רכש של הקופות וחולים, וזה המחיר

בפועל.

דובר:

עוד עדכונים?

דובר:

הדבר השני שאנחנו נעדכן אתכם, ביקשתם לגבי הליך הפסקת הריון לכלל הנשים, שנבדוק לפי חיתוכי גיל. יש את הנתונים האלה, מספר אחד שעומד על השולחן שזה 24,840,000 שזה עבור כלל הנשים, עבור גילאי 20-30 אנחנו מדברים על 5,400 נשים בעלות כוללת של 13,414,000 ואם הועדה תחליט להצטמצם עוד יותר, זה בין גילאי 20-25 זה 3,200 מטופלות בעלות של 7,949,000 שקלים. זה לגבי הפסקות ההריון. עוד נגיד שהגענו לסיכום בועדת המשנה לגבי המייטרל קליפ, יש פה משהו שקשור להסכם הריסק-שרינג ש-X צריכה עוד לבדוק, יש תשובה סופית? התשובה היא לא או שהתשובה היא שעוד אין תשובה?

דובר:

... זה כבר הולך להערוך,

דובר:

זה הולך לכיוון מה, ירידה? חלוקת סיכון אחרת?

דובר:

כן. נסביר את ה, היה פה חשש מאוד גדול על סמך הנסיון של ה-TAVI ב עבר, ואנחנו הגענו למתווה מאוד מורכב של הסכם, שהולך ככה: במקום 75 חולים יהיו 80 חולים, אנחנו דורשים מהחברה שהשותפות שלהם בהסכם ריסק-שרינג יהיה 20 חולים ולא 15. התחלנו את היום בעשרה חולים. בגלל החשש מפריצה, מה שסוכם זה שאחרי שנתיים, אנחנו כרגע מכניסים את זה תחת הסכם הריסק שרינג, כאשר הטכנולוגיה מורכבת משני עבור הפרוצדורה ועבור האביזר עצמו. וזה מאפשר לנו גם את הריסק שרינג שיהיה לחמש שנים. אנחנו נבדוק, נעשה מעקב של רגיסטרי, ונבדוק אחרי שנתיים איפה הדברים עומדים ונראה אם זה צריך להשאר בצורת התגמול הזו או בצורת תגמול שתהיה תחת הקאפ של בתי החולים. זה דבר שיבוצע במשותף עם משרד האוצר, משרד הבריאות, תימחור, טכנולוגיות, פיקוח קופות חולים, בתום החמש שנים אנחנו נעשה הערכה, נגמר הסכם הריסק שרינג נעשה הערכה של היקפי החולים. במידה ואנחנו נחרוג ב- 10 אחוז מעל המכפלה של מספר החולים המקודם מול התקציב המקודם, אז אנחנו נביא את הנושא לשולחן של הועדה. כרגע מדובר רק על סיוור MR, מדובר על מצב שבו החלטה לגבי זה תהיה על ידי צוותים מולטידיסציפלינריים של מנתחים וקרדיולוגים, שבעצם החולים האלה מיועדים בראש ובראשונה לניתוח, אבל רק אם הם בסיכון גבוה שבאמת המנתח החליט שהוא לא מסוגל לנתח אותם, ומדובר על מרכזים שיתמחו בנושא, זה טכנולוגיות שכמו שאתם רואים מספר החולים הוא קטן. המועצה הלאומית לקרדיולוגיה הסכימה להגדיר את המרכזים שיש בהם את המיומנויות שיאפשרו את הביצוע של הפרוצדורה הזאת. אז תחת כל המתווה הזה יש הסכמה בועדת ה משנה. הדבר שאתם צריכים מבחינתכם, מעבר ללדעת את כל הסיפור הארוך הזה, זה שכרגע היקף החולים עולה בעצם במכפלה שלו, במקום 75 ל- 80. באותו מחיר.

דובר:

זה מעלה ל,

דובר:

.13,110

דובר:

טוב, לא יקרה מה שקרה עם ה... אבל יש לך עכשיו גם ..

דובר:

את שכחת משהו,

דובר:

X מתקנת אותי, ואם מישו רוצה להוסיף, אתם מוזמנים.

דובר:

אני אחדד. רציתי לחדד רגע את הסיכום בינינו לבין משרד הבריאות. הסיכום אומר שהמחיר הזה בעצם הוא בקאפ באופן מיוחד אלא אם כן קרו הדברים הללו: כל עוד המספר הוא מתחת ל- 110 חולים, המחיר הוא מחיר נפרד. ברגע שהתבצעה בדיקה של כמויות וגילו שממוצע הכמויות לשנה הוא מעל 110 חולים, אז באופן אוטומטי יש,

דובר:

יש שמונים חולים.

דובר:

יש שמונים, גידור של חברה שאנחנו מקווים שיסכימו לעוד 20 ואמרנו תמיד יש 10 אחוז

סטיה,

דובר:

לא הבנתי איך עוד ה-20 אלה, זה של החברה. עכשיו הבנתי.

דובר:

כמה עשו ב-2013?

דובר:

זה הסיכום. באופן אוטומטי ברגע שזה מעל 110 חולים, זה בתוך הקאפ.

דובר:

הבדיקה תיעשה מתי?

דובר:

סיכמנו שבכל מקרה הבדיקה תיעשה לא פחות משנתיים ולא פחות מחמש שנים ממועד

החתימה.

דובר:

הבנתי. זאת אומרת אחרי שנתיים אפשר לעשות בדיקה.

דובר:

אתה יכול לעשות גם לפני, אבל אמרנו שזה לא יהיה פחות משנתיים ולא פחות מחמש, כדי שיהיו לפחות שתי נקודות זמן.

דובר:

החשוב הוא לפי מספר חולים, לא מספר פעולות.

דובר:

מה ההבדל?

דובר:

לפעמים חולה אחד יותר מאחד.

דובר:

מדברים על חולים, לא על פעולות. לקחנו פעולות חוזרות בתוך זה.

דובר:

לדברי X יש השלכות על החלטות שלנו היום? אני לא חושב.

דובר:

לא, זה להבהיר את התמונה, שתדעו.

דובר:

להבהיר, אבל לא על קבלת החלטות בנושא קביעת המסגרת של 300 מליון. אנחנו בינתיים מייטראל קליפ בתוכו, במתכונתו החדשה, 13,110, במקום 12,290, עם הסכם ריסק שרינג יותר נוח.

דובר:

X אתה מתקן עוד פעם את המחיר?

דובר:

בגלל שאנחנו עושים את זה באאוט קאפ, המחיר טיפה משתנה.

דובר:

לא,

דובר:

162,955? טוב. X תבדוק את זה מולך ותראו לאיזה מספרים אתם מגיעים. אם כן, זה

זניח, זה 50,000 שקל,

דובר:

900 שקל פחות על פרוצדורה של ...

דובר:

מי קובע איזה מרכזים רפואיים עושים את זה, המשרד יקבע? המשרד יקבע איזה משרדים רפואיים יהיו מורשים?

דובר:

באמצעות המועצה הלאומית לקרדיולוגיה, כמו שעשינו לדוגמה למרכזים מסוימים עם... אותו דבר,

דובר:

אז ייקבע מספר של מרכזים,

דובר:

יקבעו המרכזים על פי עמידה בקריטריונים שהמועצה תגדיר ותייעץ לנו.

דובר:

עוד משהו שאת רוצה להוסיף? אני הייתי רוצה לשמוע, אני חושב שזה חשוב, אני אתן את זה גם כבסיס לדיון האחרון שלנו, כמה יש על אונקולוגיה, פלוס המטולוגיה אונקולוגיה.

דובר:

אני חושבת שצריך לעדכן,

דובר:

יש עוד כמה שאלות. אני רוצה ש-X תגיד כמה מילים על האילאריס, שגילית את אזני

שהגיע מידע חדש?

דובר:

אני שלחתי את זה.

דובר:

אוקיי, אז אולי X,

דובר:

תנו לנו לסיים קודם את מה שאתם שלחתם אותנו לעשות עבודה. דואודופה, מה שקורה זה ככה, החברה מסרבת לערוך את ההסכם ריסק שרינג. אנחנו ישבנו ושוב, היא מוכנה להאריך בשנה, אבל אז להעלות את מספר המטופלים, ברף של הריסק שרינג, מה שמרמז לכיוון שגם היא חושבת שהיקף החולים ילך ויעלה. אנחנו הערכנו שאנחנו מדברים כרגע על סדר גודל של, מה שעשינו, לקחנו את פרק הזמן הממוצע שבו חולה מטופל בדואודופה ועשינו בסטדי סטייט כמה חולים יהיו לנו בכל שנה. וכמו שאמרנו לפני שיצאנו, ברגע שאין את ההסכם הריסק שרינג, המכפלות גדלות מאוד, ולכן אנחנו נמצאים בדואודופה, במצב שבו בסטדי סטייט, במהלך התקופה של השנים הקרובות אנחנו נהיה ב- 257 חולים שיהיו בשנה הראשונה, שניה, שלישית, רביעית לטיפול שלהם, ובעלות כוללת של 62.4 מליוני שקלים. וזה מה שאמרנו גם קודם, שברגע שאין את ההסכם ריסק שרינג, והחברה לא מוכנה לגדר את זה לאורך זמן, היקף החולים פה מצטבר כי מדובר בחולים שתוחלת החיים שלהם, לפחות ממוצע ה שימוש לפי הנתונים גם בספרות וגם ממקורות אחרים שמצאנו, בכמה וכמה מחקרים, מדובר על סדר גודל של שלוש וחצי שנים בממוצע.

דובר:

המספר של 350,116,000 כבר כולל את הדואודופה במחיר החדש? קשה לי להאמין.

דובר:

לא, לא כולל.

דובר:

שניה, דואודופה שונה פה,

דובר:

62.4 מליון במקום 24.3.

דובר:

המחיר, שוב, ה- 350 כלל את הדואודופה במחיר הקודם שלו, ובעצם אם אנחנו מכניסים אותו עכשיו במחיר ללא הריסק שרינג, אנחנו מדברים על 62, אז אנחנו מגיעים למספר של 380 ומשהו,

דובר:

אולי אפשר לחשב את המספרים המדויקים עם כל השינויים שהכנסת, גם המינוריים, שנקבל מספר כולל חדש, בסדר? לדואודופה?

דובר:

בסדר. עוד שני שינויים,

דובר:

זה סופית 60 ומשהו?

דובר:

62.4.

דובר:

62,416. העלות למטופל,

דובר:

אפשר לדון בזה?

דובר:

אפשר לדון בזה כרגע? למה, אתה רוצה כבר להוציא את הדואודופה? אני חושב שכדאי
במסגרת הכללית. ברגע שיהיה לך כמה להוריד,

דובר:

כרגע זה 388 מליון עם הדואודופה.

דובר:

אוקיי.

דובר:

עכשיו ככה, אמרתם שהתדירות של זה לא אחד לשנה, אלא פעם בקצת יותר מאשר שנה, אז זה ירד לסדר גודל של 2/3 חולה, מדובר בחולה אחד לסדר גודל של שנה ושלושה חודשים, שנה וארבעה חודשים, אז עשינו את ההתאמה, ולכן זה 212,000 שקלים ולא 317,000.

דובר:

וכמה יוצא הטוטאל?

דובר:

אנחנו כבר עם, הטוטאל כרגע 388.17 כבר כולל בתוכו את כל השינויים,

דובר:

ואת מחשבת את זה כבר, את מכניסה לפאי, הכל מחדש. טוב. המחלוקת בין חצי לאחד הוכרעה בשני שליש.

דובר:

לא פשוט לקחנו את התדירות.

דובר:

את ההסתברות.

דובר:

לקחנו את ההסתברות וזה מה שיצא.

דובר:

בסדר, פשרה הוגנת.

דובר:

זה פשוט ההסתברות, העדכון האחרון שאני רוצה לתת לכם זה הפיגוריק. אנחנו עשינו הערכה עם המומחים שוב, הצלבנו נתונים ממומחים שונים, והמספרים משתנים, יורדים מעט, זה יורד ל- 1,850 חולים,

דובר:

זה עלה לתיעדוף הסופי או לא?

דובר:

כן. 1,850 חולים בעלות כוללת של 3.62 מיליוני שקלים.

דובר:

התקבלה העמדה שלא כולם מקבלים בגלל... התייעצות עם שני מומחים נפרדים הביאה מספרים ...

דובר:

זה ירד ל- 3.62, וה-388 זה כבר כולל אותו?

דובר:

כן. אז כרגע, תיכף X תמשיך לציין את כל השינויים שקרו. בחשבון כל ה שינויים שקרו, הגענו ל-388.170 שקל.

דובר:

צריך עוד האי-נקיטת צואה.

דובר:

אי נקיטת צואה, יש עוד איזה שהוא חישובון קטן שהתמחירנים צריכים בהתייעצות עם האוצר וזה, למצוא לנו את הפתרון לזה.

דובר:

אל תעכב את דיוני הועדה בשביל זה. אוקיי. זהו?

דובר:

רגע, יש עוד כל מיני דברים, X תמשיך את השינויים,

(מדברים ביחד)

דובר:

מה את עוד רוצה להוסיף לנו, לפני הדיון, בבקשה.

דובר:

לכל מי שעוקב במחשב, אני אנסה לעשות את זה בקצב הכתבה. הטבלה כל הזמן משתנה.

דובר:

רק שינויים מהקודם. בבקשה.

דובר:

יש שינויים שנשמעים קוסמטיים ויש שינויים שפחות, אנחנו נדבר עליהם בקצרה. השינוי הראשון מופיע ב עמוד 2, המחיר של אבודרט ירד ל- 929.11 ₪ לחולה, לכן העלות הכוללת של 27.392. בסוגיית הטקפידרה ואובגיאור בתחום הנורולוגי, פנינו לחברה שמייצרת את ואנחנו לא מצליחים להגיע איתם למחיר שקרוב למחיר של טקפידרה, לכן אנחנו נשארים עם שתי תרופות פומיות, טקפידרה ואובגיאור כתרופות פומיות ראשונות לטרשת נפוצה. 540 חולים, עלות הממוצעת 13,479.23, שוב, נטו כמובן, לכן עלות כוללת של 7.279 מליון שקל.

דובר:

הם ירדו לשליש, אז עכשיו הם עוד ירדו?

דובר:

כן.

דובר:

אמרנו לכם שישתנה גם הנושא של היקפי החולים.

דובר:

אז כמה עכשיו זה?

דובר:

7.279. 13,479.123 שקל עלות ממוצעת. בעמוד 3 שורה שלישית, סאטיבקס ירד ל-17,140. אבל זה לא מעניין כל כך כי זה ירד, אבל עדיין אני מעדכנת. נואודקסטה, המחיר לחולה, אני לא יודעת אם ראיתם אותו בבוקר, עמד על 28,713.33 ולכן 8.040 לחבילה שעלתה.

דובר:

ראינו וכתבנו.

דובר:

אלדורוזיים, אמרנו, ירד ל-0.67 שקלים, דלירספ, עלות נטו לחולה ירדה ל-2534.64,

עמוד 6.

דובר:

30 שקל פחות.

דובר:

בעלות כוללת של 4.106.

דובר:

מה ההבדל?

דובר:

שקל.. ריבומוסטין, אנחנו צריכים עוד לדבר עם דינה, על סוגיה אחרת, העלות למטופל

ל-CLL ירדה ל- 30,721.66,

דובר:

32,478.21.

דובר:

כמה ירדה העלות?

דובר:

ב- 1,700 שקל.

דובר:

לעלות כוללת של 2.181, ובנון הודג'קיןס ירד ל-35,572.44 בעלות כוללת של 5.122.

דובר:

במקום 5.415. ירד ב- 290,000 שקל. בסדר גמור. כל גרוש, אנחנו לא מזלזלים.

דובר:

אימברוביקה.

דובר:

עמוד 7, שלוש לפני הסוף.

דובר:

עלות למטופל ירדה ל- 373,359.91 ₪ עלות כוללת 11.948. קיפרוליס ופומליסט, ירדו לעלות לנטו למטופל ל- 190,019.55, לכן עלות כוללת של 7.981.

דובר:

יפה מאוד. יותר מ- 10 אחוז הורדתם.

דובר:

בעמוד 10 בראש העמוד, היה כתוב לכם לגבי האילאיקה, שהיא בבדיקה, היא ללא תוספת עלות. ג'וסטפיל ירד במחיר אבל עדיין לא ירד במחיר כמו שאתם רוצים, אז אני חושבת שזה רלוונטי לציין אותו,

דובר:

זה רלוונטי, כי אני ארצה להעלות אותו עוד פעם.

דובר:

אני חושבת שדנו על זה בבוקר, זה 1,146,814. עמוד 14 בתחתית.

דובר:

בוא נעלה את זה עוד פעם, זה היה 9 מליון.

דובר:

עמוד 14, בשורה התחתונה. 1,146,814.06, היתה לנו הצעה נוספת של ירידה במחיר שלא היתה בהכרח ירידה במחיר אלא יותר הצעה למימון של 10 אריזות ראשונות על חשבון הממון ו- שלוש אריזות חינם לחולה בשנה. אז בינתיים לא פיקטרנו את זה פנימה. זה נכון לעכשיו השינויים. האילאריס אנחנו מחכים.

דובר:

נוירו מודולציה, המחיר הזה סגור כבר עם כולם, זה הפתרון שהבאתם לנו?

דובר:

כן,

דובר:

ממה שקיבלנו דיווח, אז מקובל עליכם להוסיף עלות של ציוד זמני ל-20 מטופלים? והעלות פר מטופל בעצם עולה ל-143,569 כפול חמישים.

דובר:

אבל מה הם עשו?

דובר:

אתם רוצים להסביר? בעצם דובר על ה- 20 מטופלים בתום הריסק שרינג, מי ישא בעלות שלהם.

דובר:

דובר על שבעים שמנסים, חמישים שלוקחים את המכשיר, השבעים הראשונים על חשבון החברה, החמישים על חשבון ועדת סל, הגידור שלושים, שתי החלפות בטריות של חמש שנים, זה ביחד כיסוי לעשר שנים, נותרה הסוגיה מה קורה עם ה שבעים האלה אחרי חמש שנים שפתאום ההסכם...

דובר:

עם העשרים, בין אלה שמתחילים נסיון לבין אלה שהם קבועים. אז הסיכום שכרגע שהגיעו אליו, שיוסיפו עלות של ציוד זמני לעשרים מטופלים ולכן עלות פר מטופל עולה ל- 143,569.

דובר:

אבל בשנים הראשונות החברה מממנת את זה. זה שוקלל בפנים? ארבע שנים החברה מממנת את זה, איך זה שוקלל פנימה?

דובר:

העלות של זה היא העלות המלאה. נקודה. ... מהסל העתידי. אנחנו לא, ..

דובר:

לא הבנתי, את לא יכולה להתעלם...

דובר:

אז הגעתם לסיכום או לא הגעתם לסיכום לגבי זה?

דובר:

הגענו לסיכום שהעלות המלאה היא העלות שמוצגת.

דובר:

סליחה, ואיפה ארבע שנים שהחברה מממנת את זה. למה להביא כסף על משהו שהחברה

מממנת?

דובר:

כי אין לך כסף לזה אחר כך. את לא יכולה לבנות על ...

דובר:

אז תתני את זה מהשנה החמישית. לא חבל, ארבע שנים את זורקת מליון שקל לפח?

דובר:

מה זה תתני מהשנה החמישית? זה בדיוק עלות הסל בעוד חמש שנים, שאנחנו לא יודעים

מה יהיה איתם בכלל.

דובר:

אתה מוריד את הדואודופה אתה...

דובר:

לא, לא מספיק. אתה 388, חוץ מזה אני רוצה לקיים דיון על הסל האונקולוגי שהוא 41

אחוז.

דובר:

יש פה שני עידכונים, אחד, משהו רצה לדבר על האילאריס, והשני, X רצתה לעדכן לגבי

אוזורדקס ולוסנטיס.

דובר:

נתחיל עם X ואחרי זה X תגידי כמה מילים על החדשות בנושא אילאריס.

דובר:

שוחחתי עם פרופ' X... .. במידה וצריך לבחור בין אוזורדקס ולוסנטיס בקו שני אחרי

אוסטין, הם מעדיפים את לוסנטיס, הם טוענים שיש להם יותר נסיון עם התרופה, יש להם נסיון

איתה מ-2006, ועם אוזורדקס רק שנתיים. מבחינת תופעות לוואי הם אומרים שיש יותר עם

אוזורדקס ולכן, ...

דובר:

אוקיי, מה אנחנו העלינו לתיעדוף הסופי?

דובר:

רק את האוזורדקס. אני מזכירה, היא היתה רבע מהמחיר של לוסנטיס. אם הם לא רוצים את האוזורדקס אפשר להוריד את האוזורדקס, אני חושבת שאת הלוסנטיס אפשר...

דובר:

הבעיה העיקרית היא שאין טריאלס שמראים את המשמעות של זה אחרי כמה שנים כקו

שני.

דובר:

אפשר לוותר על ה אוזורדקס., עד שהם יחליטו מה,

דובר:

אבל גם על הלוסנטיס.

דובר:

כן. זה לא יהיה אסון. החולים האלה מטופלים, אני רוצה להזכיר לכם. זה לא חולים לא

מטופלים.

דובר:

אם... היה יודע שלא היה לו לא זה ולא זה,

דובר:

... צריך לבחור,

דובר:

זה רק חוות דעת, רבותי. X את רוצה להעיר לגבי אוזורדקס ולוסנטיס?

דובר:

על מה הויכוח עכשיו?

דובר:

הויכוח עכשיו בגלל הסכם הריסק שרינג על האי נקיטת צואה. הסכם הריסק שרינג... מתחילים שבעים חולים, עוברים נסיון, מתוכם רק חמישים מתאימים להמשך טיפול. הסכם הריסק שרינג אומר שבארבע השנים הראשונות, הפער בין העשרים חולים, עשרים מתוך השבעים שעשו להם נסיון אבל לא ממשיכים הלאה, החברה נושאת בעלויות שלהם. הבעיה היא שבתום הארבע שנים, מה שקורה זה שבעצם הקופה תצטרך לצאת באותם עשרים, בעלויות של אותו טראייל של עשרים חולים. והשאלה היא איך לקזז את זה בצורה החכמה ביותר, שמצד אחד לא לתת עכשיו כסף UP FRONT שבעצם לא יהיה בשימוש כי החברה מממנת את זה ובעצם הועדה מאבדת אותו כסף, ומצד שני בעוד ארבע שנים צריך למצוא פתרון שהוא פתרון אמיתי, לקופות שהן לא צריכות לממן את זה, כי לא יהיה להם את המימון של החברה. וכרגע מדברים על המודלים של ההתקזזות שהכי נכונים. אני רק אגיד באופן כללי שמדובר על סדר גודל של 230-240 אלף שקל בשנה.

דובר:

והגענו להסכמה.

דובר:

יופי.

דובר:

מי שחותם זה אנחנו, מה הסכמה?

דובר:

הגיעו להסכמה על המודל, אז אני יכולה לקבל את המספר הסופי?

דובר:

את רצית להגיד משהו על אוזורדקס ולוסנטיס? כי כרגע שניהם לא.

דובר:

לא, אני פשוט רוצה שיסביר גם את זה, כי גם את זה לא הצלחתי להבין מכל הויכוחים,

דובר:

X את רוצה להסביר? אוזורדקס ולוסנטיס.

דובר:

למה שניהם לא?

דובר:

הלוסנטיס החלטנו,

דובר:

אוזורדקס כן.

דובר:

אבל האופטלמולוגים מעדיפים שיהיה לוסנטיס.

דובר:

ה... לא רוצה. הוא מעדיף, אבל הוא לא אמר שהוא לא רוצה את האוזורדקס.

דובר:

בין האוזורדקס ללוסנטיס, הוא מעדיף את הלוסנטיס. אנחנו בבוקר החלטנו אוזורדקס.

דובר:

בגלל שיש תופעות לוואי לאוזורדקס.

דובר:

אני הבנתי, אבל הוא לא אמר שהוא לא רוצה את האוזורדקס. הוא אמר שהוא מעדיף,

דובר:

בוודאי שלא, להפך. הוא יקבל אפופלקסיה כשהוא ישמע וזה וזה לא.

דובר:

אבל למה זה וזה לא עכשיו?

דובר:

במידה וצריך לבחור ביניהם, אין מחקרים שבדקו את לוסנטיס לקו שני אחרי אוסטין, אבל אם הם היו צריכים לבחור, יש להם יותר נסיון עם הלוסנטיס, כי זה כבר בפרקטיקה הרפואית, ומ-2006 הם... לעומת אוזורדקס שקיימת שנתיים, הם מעדיפים את לוסנטיס בקו שני.

דובר:

זה לא לבחור בין שתי חלופות שעולות אותו דבר, בלי שיש עליונות שהם מתארים, הם פשוט מכירים את זה יותר.

דובר:

מקבלים את זה גם מהחברות.

דובר:

החברה הרבה שנים עובדת,

דובר:

אם היה לנו תקציב יותר גדול היינו מכניסים את זה.

דובר:

אני לא בטוח, השתכנעת שלוסנטיס יש יתרון על אוסטין?

דובר:

הייתי מכניס לוסנטיס בגלל שזה הקומן פרקטיס. בגלל שהאופטלמולוגיה כמוהו מרגישים נוח עם התרופה ויש להם נסיון. הייתי מתחשב בזה. אם היה לי את הכסף לעשות את זה, כן, הייתי נותן את זה.

דובר:

אז אם X אומר את זה בואו נעבור על הסכומים. אם אנחנו מורידים אוזורדקס, לאור זה שיו"ר האיגוד אומר שאין לו נסיון, אז כמה יעלה להכניס את לוסנטיס?

דובר:

קצת להציג אחרת את האמירה של X, וגם מה שנכתב. זה לא רק אמירה של X זה גם מה שהיה בחומר. בחומר בפירוש ציינו, אולי תקריאי להם,

דובר:

הם לא ציינו שהם לא מעוניינים באוזורדקס, הם רק אומרים שבמידה וצריך לבחור,

דובר:

הבנתי את זה מצוין.

דובר:

זה לא שאוזורדקס לא יעיל, הם רוצים אותו כקו שני.

דובר:

אז אולי בכמויות של החולים צריך לקחת בחשבון את אלה שימשיכו לקבל את הלوسנטיס, כי יהיו כאלה שימשיכו לקבל את זה דרך השר"מ כמו שהם מקבלים את זה היום. ואז צריך לקחת את זה לפחות בחישוב. אם כבר מכניסים רק את האוזורדקס בלי הלוסנטיס, את זה חייבים לקחת בחשבון. אי אפשר. כי זה מה שיקרה.

דובר:

זאת אומרת להוריד את מספר החולים לאוזורדקס, כי לא יוותרו על לוסנטיס בשביל אוזורדקס, לאור אמירה כזאת.

דובר:

גם הרופאים לא יוותרו על לוסנטיס.

דובר:

אז אנחנו נצטרך לעשות הערכה, X תברר בינתיים,

דובר:

אבל החולים יוותרו.

דובר:

החולים לא יוותרו. לוסנטיס זה בשב"ן.

דובר:

לוסנטיס לא יהיה קו שלישי בשב"ן, הם יקבלו אוסטיין, אוזורדקס ויבקשו בסוף גם את הלوسנטיס, וזה לא יהיה להם, הם מפסידים תרופה יותר חשובה מאזורדקס.

דובר:

למה לא יהיה בשב"ן קו שני ואילך?

דובר:

משום שאין הוכחה שלוסנטיס עובד קו שלישי,

דובר:

אבל הוא יתן את זה כקו שני, לא?

דובר:

לא. אם את נותנת אוזורדקס, לא יהיה לך.

דובר:

אם את נותנת אוסטיין, אוזורדקס, אין יותר לוסנטיס בקו שלישי...

דובר:

אתם תוציאו את הלוסנטיס מהשב"ן?

דובר:

לא, להוציא את האוזורדקס מהדיון.

דובר:

אני חושבת שצריך להכניס את שתייהן. או שתייהן או כלום.

דובר:

ההבדל ביניהן הוא עצום.

דובר:

אולי להכניס את האוזורדקס לשב"ן ואת כל הלוסנטיס לצבור נסיון,

דובר:

הוא כבר בשב"ן.

דובר:

אתם מתבזרים, X תעשה עוד איזה שהוא בירור, בינתיים יש לנו דברים מאוד כבדים על השולחן. זה נראה שאנחנו נורא קרובים, אבל לרדת מ- 388 ל-300, זה יותר קשה מאשר מה שעשינו בבוקר.

דובר:

יגידו לך כולם לא כשיש לך דואודופה עם 62. אבל אני מסכים איתך.

דובר:

יש לנו גם בקשות להחזיר דברים לדיון. לא סיימנו את הדיון.

דובר:

זה לא הולך להגמר בעוד רבע שעה.

דובר:

אם יש בקשות להחזיר לדיון, כל מי שרוצה שיעלה, ינמק, כדי שנוכל להעלות אותו לתוך המטריצה.

דובר:

בואו נחליט עם האוזורדקס ולוסנטיס, נפתח את זה לדיון.

דובר:

גם האיליאריס.

דובר:

תיכף נגיע לאילאריס.

דובר:

אני אגיד לך מה מפריע לי. על מצפוני יושב דבר אחד, שהחולים האלה עם ההיפרכולסטרולמיה שמתים בגיל 40, לא נתנו להם פתרון. זה מה שמפריע לי, המחלה היתומה

הזאת. שום דבר מכל הדברים האחרים לא מפריע לי. זה מפריע לי כי אני חושב שזו מחלה שיכולנו למנוע,

דובר:

זה לא עלה לתיעדוף הסופי?

דובר:

לא.

דובר:

זה עלה.

דובר:

גיוקסטפיד, עלה? לא עלה.

דובר:

עלה.

דובר:

אני גם חושב שעלה.

דובר:

אני הבנתי שזה ירד, וזה לא בסדר.

דובר:

מי עונה לנו על השאלה?

דובר:

לא עלה.

דובר:

מדובר בשמונה מליון שקל, בהצלת חיים.

דובר:

אבל אנחנו עוד לא מחזיקים שם, תרשום את זה.

דובר:

ג'וקסטאפיד לא עלה. אמרתם שאו שנוריד אותו ... או שהוא עולה.

דובר:

נותנים פה סטרואידיים לעיניים שעושים תופעות לוואי בגלאוקומה, בעלות פי כמה, וזה שמציל חיים, לא.

דובר:

נצטרך לדעתי לקבל החלטות בתחום האונקולוגיה ואז יתפנה קצת מקום. נדון מחדש על הגיוקסטאפיד.

דובר:

זו התרופה היחידה שמצפוני לא שקט.

דובר:

בסדר, אני מקווה שאין פה עוד שישה עשר מצפונים בתרופות אחרות.

דובר:

רק שניה, האם החברים מסכימים להחזיר לתיעדוף את הגיוקסטאפיד?

דובר:

אני מבקש להעלות את זה מחדש.

דובר:

המחיר לא ירד?

דובר:

ירד מ- 9.074 ל- 8.028.

דובר:

היתה לנו עוד הצעה על המחיר שהיא לא הצעה ברמת ההצהרה למחיר לאריזה, אלא יותר הצהרה ברמת העשר אריזות לחולה ושלוש אריזות על חשבון החברה.

דובר:

וכמה זה חוסך?

דובר:

אני יכולה לנסות לעשות את החישוב, זה לא ישתנה בהרבה, אם אתם רוצים תנו לי כמה דקות.

דובר:

X אני ברשותך מציע לא לקיים עכשיו את הדיון אם להחזיר את ג'וקסטאפיד לסל. כשנקבל את המספרים הסופיים, נקיים דיון על הסל האונקולוגי, נראה כמה ישנה, נקיים דיון על הדואודופה, הדברים היותר בולטים, ואז נחליט מה להחזיר. רשמנו בינתיים ג'וקסטאפיד מועמד להחזרה מטעם X. אילאריס, X את רוצה להגיד על החדשות שלחשת על אזני בנושא אילאריס?

דובר:

התקשר אלי פרופ' X, מנהל יחידה לראומטולוגיית ילדים בבי"ח X, ביקשתי ממנו לפנות בכתב, והוא כתב, שהוא מבקש לכתוב בקצרה על הטיפול באילאריס בחולים בג'ובניל ... סיסטמי, שאינם מגיבים או שיש להם תופעות לוואי לאקטמרה שנמצא בסל כקו טיפול ראשון לחולים אלה. א. אין לנו תחליף בישראל לחולים קשים אלה, שיצטרכו לחזור לקבל טפול בסטרואידים, חלקם במינונים גבוהים, עם כל ההשלכות ותופעות הלוואי הקשות. ב. הטיפול מאושר על ידי ה- FDA וחברות ביטוח בארצות הברית מאשרות טפול זה. ג. לפני כחודשיים ... המלצות לטיפול בדלקת מפרקים סיסטמית על ידי לראומטולוגיה שמדרגות את

... אילאריס ב..... של המלצות לטיפול. ההמלצות מצורפות, שלחתי אותם בינתיים, מי שיש לו מייל יכול לקבל. לחולים עם תסמינים סיסטמיים, שני המחקרים פורסמו באותו עלון של הניו אינגלנד ג'ורנל אוף מדיסין בדצמבר 2012, ויש ריענון ב-2013 מאוקטובר, מדובר בלא יותר מ-10 חולים שיגיעו לצורך טיפול זה, הוא מבין את העלות אבל הוא אומר שישראל נטלה חלק משמעותי ביותר במחקר, הוא חושב שהיינו מספר 2 בעולם מבחינת ה..... ... והגדילה את שימוש התרופה בכל העולם והוא מומחה בטיפול בילדים האלה, הוא חושב שאין לו מה להציע להם, והם לא יקבלו טיפול. הוא אמר שהוא פנה לחברה כמו ש-X ביקשה, ופשוט קשה להשיג אותם ביום ראשון ובחגים.

דובר:

אנחנו מדברים על טיפול של 762,000 שקל לילד.

דובר:

אנחנו פנינו לחברה, הם פנו אליו. הם מבררים את המחיר מול חו"ל. רק תגידי לי,

דובר:

יש לציין שאת המאמר.. מצוטט בחומר וגם ההמלצה שלו.

דובר:

בחומר שהוא העביר אין חדש. מה שהוא מעלה זה את הסוגיה האם יש פתרון או אין פתרון. אחת השאלות שאני לא שומעת בדבריו, אם הילדים האלה השתתפו במחקר. ועל פי התקנות, האנשים צריכים לקבל לפחות שלוש שנים אחרי תום המחקר את התרופה, האם הילדים האלה מטופלים במסגרת המשך המחקר.

דובר:

אפשר לשאול.

דובר:

אז אני מציעה שנשאל אותו, כי הכללים אצלנו באים ואומרים שזה שלוש שנים אחרי תום המחקר, הרציונל מאחורי זה בא ואומר שאם בנאדם מסכים לתת את עצמו ואת גופו למחקר, אז כשנגמר המחקר לא מפסיקים לו את הטיפול אם הטיפול הועיל לו.

דובר:

זה ועדת הלסינקי,

דובר:

ועדת הלסינקי, אבל זה נוהל ישראלי. ואז מה שקורה, שבעצם הכללים באים ואומרים החברה ממשיכה לתת, או יוזם הניסוי, את הטיפול למשך שלוש שנים, או עד כניסה לסל, הראשון מבין השניים. אז אני רוצה לדעת מה קורה עם החולים האלה עכשיו.

דובר:

הוא ידע את התשובה לשאלה הזאת?

דובר:

המרכז שמה שנקרא, גייס את מרבית החולים, אני רוצה לדעת מה קורה איתם.

דובר:

אלא אם כן אם הוא עקב אחרי זה. כי המחקר נגמר. השאלה אם הוא יודע מה קרה

אחרי.

דובר:

אין הרבה חולים כאלה, בטוח שהוא יודע.

דובר:

איך הוא יודע?

דובר:

הוא מכיר אותם. אחד אחד הוא מכיר את החולים שלו.

דובר:

אוקיי, אז עד שנדע את התשובה,

דובר:

X את מתקשרת אליו? אוקיי.

דובר:

המחיר לג'וקסטאפיד יוצא, עם ההצעה החדשה, זה יוצא 100,500 פחות לחולה, ולכן יורד

ל- 1,046,391.64 בעלות כוללת של 7.325.

דובר:

מתוך 8.028. דיברת על ג'וקסטאפיד, נכון? ג'וקסטאפיד ירד בעוד 8 אחוז, ל- 7.325. התחלנו בבוקר עם 9.074 אחרי זה ירד ל-8.02, עכשיו 7.3. יש לנו אם ככה לתעדף ב- 388,170, ל- 300 מליון, כאשר אני רוצה להגיד עוד משהו, אני מזכיר לכולם את הדיון הכללי בנושא האונקולוגיה. ואנחנו נמצאים, זה עדיין נכון, 121 מליון שקל אונקולוגיה? 121 נקודה משהו, נכון? זה 41 אחוז אונקולוגיה.

דובר:

זה יהיה שיא של כמה שנים. מה ש-X עשתה זה הסולם שצריך לרדת לגביו.

דובר:

זה האונקולוגיה, שמתוך זה, ממאיריות המטולוגיות 15 אחוז, אונקולוגיה 25 אחוז. אנחנו רואים פה שסל האונקולוגי מגיע ל- 41. שמתוכם 15 אחוז המטולוגיה, 25 אחוז גידולים סולידיים ואחוז אחד טיפול תומך. אני מציע גם בראייה הציבורית, מכיון שמדובר בתרופות יקרות במיוחד, והפעם תופס נתח גדול מאוד בסל,

דובר:

עוד יותר גדול כי בניירולוגיה נמצאת הדואודופה כרגע.

דובר:

זה גם נכון. אני מרגיש, ואני פותח את זה לדיון, שמועמדים להורדה של ה- 88 מליון שקלים, דואודופה ותרופה או יותר מתרופה אחת אונקולוגית. זה יפנה מקום לג'וקסטאפיד או לדברים אחרים שנחליט עליהם. אני מציע שבדיון כרגע נחליט לגבי האונקולוגיה ודואודופה.

דובר:

הירבוי יכול לרדת, אם אני צריך לבחור אחת מתוך האונקולוגיה לפי הסולם ש-X בנתה,

דובר:

כן, אני עברתי בהפסקה על הסולם הזה עם X.

דובר:

אני חושב שמבחינת זה שהמאלטיפל מיאלומה קיבלה הרבה בשנים האחרונות, בשנה האחרונה, לפני שנה היא קיבלה,

דובר:

מלנומה, לא מיאלומה.

דובר:

מלטיפל מלנומה. המלנומה קיבלה הרבה,

דובר:

אתה מדבר על הירבוי. על שני האינדיקציות, גם שני קווי טיפול, השני קוים וגם קו טיפול ראשון?

דובר:

הכנסנו רק אחת מהן אני חושב בסוף, לא את שניהן.

דובר:

הכנסנו את שתיהן. אחת ל- 6.5 מליון ואחת ב- 16.2

דובר:

דווקא קו ראשון נותן פחות.

דובר:

קו ראשון נותן אובר-אול סורבייבל של 2.1 חודשים, אבל יש לך חציון משך תגובה במגיבים של 11.2.

דובר:

X הסבירה את זה מצוין, ואני חושבת שבאמת אין סיבה להוריד את זה, זה בדיוק האנשים שצריכים את זה, ההסכם פותר את כל העניין הזה,

דובר:

סוף סוף מהבוקר אני מסכים איתך על משפט אחד.

דובר:

אתה בעד להשאיר את ירבוני בשתי האינדיקציות של מלנומה. אוקיי, קדסיילה בסרטן שד לנשים עם HER-2 ביתר כקו טיפול מתקדם, אובר אול סורבייבל 5.8 חודשים.

דובר:

זה יותר מכל האונקולוגיות האחרות באובר אול סורביבל.

דובר:

יפה. זאייטיגה. אובר אול סורביבל לא מובהק, יש PFS של 5.2 חודשים.

דובר:

את זה הייתי מורידה. זה רק PFS, כשאובר אול סורביבל נבדק ונמצא לא מובהק.

דובר:

כי יש אחר כך קרוסים, את נותנת את זה כל כך מוקדם, לפני כימותרפיה, ברור ש...

דובר:

זאייטיגה וכסופיגו לא מועמדים להורדה מבחינתכם? לא.

דובר:

בואו נמשיך הלאה. תעזוב את האונקולוגיה, נמשיך הלאה.

דובר:

אצטריס, הודג'קין לימפומה. PFS של 5.6 במגיבים,

דובר:

יש עידכון מה-Ash האחרון, מעקב של שלוש שנים, מדברים על ארבעים חודשים,

דובר:

במגיבים, והבעיה שהמגיבים השיעור שלהם לא גבוה.

דובר:

חמישים אחוז.

דובר:

במגיבים 29, אבל זה לא יכול להיות. אם האובראול הוא 5.6, וזה 5.6 PFS,

דובר:

לא אבל אני מסבירה לך שיש עידכון עכשיו אחרי שלוש שנים, שפורסם עכשיו ב-Ash האחרון,

דובר:

וכמה במגיבים?

דובר:

40 חודשים. אני אקריא לכם. מדיאן אובר אול סורבייבל בבסט קליניקל ריספונס, עוד לא הושג, אז ה-MEDIAN OBSERVATION FROM FIRST DOSE-32.7 מ-102 חולים 50 אחוזים היו חיים בזמן הפולואפ האחרון. דה מדיאן אובר אול סורבייבל וזו 40.5 מאנטס, אנד

דה אסטימייט 36 מאנטס סורבייבל רייט ווז 54 אחוזים, מדיאל אובר אול סרבייבל ביי בסט ...
ריספונס ווז קומפליט רמישיאן, ב- 34 חולים, מדיאל נוט יט ריצ', פארשיאל רמישין, 31.6
חודשים. סטייבל דיזיז 20.6. אפילו חולים,

דובר:

אין ספק בזה.

דובר:

אוקיי, נשארנו עם קיפרוליס למאלטיפל מיאלומה, PFS 3.7 חודשים על מחקר זרוע
אחת. מה את אומרת על זה?

דובר:

במיאלומה אני מבינה שזה לא פר תרופה, נכון? אני צודקת מה שאמרנו. הקיפרוליס
והפומלידומייד נכנסו ביחד.

דובר:

נכון.

דובר:

ההתייחסות אליהן, אל שתי התרופות ביחד, אחרי מיצוי הקוים הקיימים כיום,
באלגוריתם טיפולי כמו שאמר לכם שניבנה, בשיתוף פעולה בין קופות החולים והאיגוד
ההמטולוגי וקצת משרד הבריאות,

דובר:

תראו, הנקודה שיש פה במיאלומה, היום יש לנו מן פרדיגם כזה של טיפול שהוא מקובל היום בכל העולם, אתה מתחיל לחולה עם ולקיד, ציטוקסן דוקסה, בחולים שהם אליג'בל להשתלה שזה היום עד גיל שבעים, הם הולכים להשתלה אחרי זה, ואחרי השתלה אם המחלה חוזרת בזמן שהוא יותר מחצי שנה, אנחנו רוצים לתת ולקיד שהיום אנחנו לא יכולים, אבל המטרה היא לחזור לאותו קו טיפול. הקו הבא יהיה רבלימיד, ורק מי שלא מגיב לולקיד ורבלימיד, הולך לקו רביעי של אחת משתי התרופות האלה, שביקשנו שאם תוך חודשיים רואים שאין שום תגובה לאחת מהן עדיין יהיה קרוס אובר ואם לא, אין קרוס אובר. זה בחולים שהם אליג'בל להשתלה. ב-10 עד 15 אחוז מהחולים אין תגובה לולקיד הראשוני, זה יהיו חולים שנרצה את שתי התרופות האלה כקו שלישי ולא קו רביעי, שזה עשרה עד חמישה עשר אחוז מהחולים. בחולים שהם אין-אליג'בל להשתלה שזה מעל גיל שבעים, זה בדרך כלל חולים שאנחנו לא מגיעים לקו רביעי, וקרפילזומיד לא יתן להם מענה כי זו תרופה שכמעט בלתי אפשרי לתת בגיל המבוגר.

דובר:

אני מצטרף, ב. נעשה פה מאמץ ועבודה מייגעת של X ואחרים כולל אותנו, מה שנקרא לסדר את המחלה, במסגרתו לאלה שמחפשים את הכסף, גויסו כספים שהיו במחלה הזאת ולא השתמשו בהם, של התלידומיד, הרבה כסף, שגוייס לצורך הסידור מחדש, ובעצם התוצאה הסופית נותנת את מיטב הטיפול במחלה חשוכת מרפא. שלא תהיינה אי הבנות, לא מבריאים ממלטיפל מיאלומה. מגייס את כספים שהיו פנויים, ומוותרת את המריריות והכעסים של אי אישורים וכו', מ סדרת את הקוים. אני מאוד בעד לקחת,

דובר:

זאת אומרת אתה בשם הקומפריהנסבנס. אני רוצה לשאול את הפורום, עד כמה אנחנו מרגישים חזק ש- 41 אחוז מהסל לאונקולוגיה,

דובר:

יותר מ- 41 אחוז.

דובר:

אני עברתי על התרופות שבעיני היו מועמדות אפשריות להורדה. לכן, מכיון שפסלתם את כולם, מי את זה ומי את זה, אני שואל עד כמה ועדת הסל מרגישה חזק להגיש את הסל הזה עם 41 אחוז אונקולוגיה, כולל המטולוגיה אונקולוגיה, על המשמעות של מה שאישרנו בחוץ, זה דבר לא נכון שצריך לחתוך במה שנקרא בבשר החי כרגע, כמו מדיאן סורבייבל, אובר אול סורבייבל של 5.6 חודשים או משהו אחר, או שאנחנו לא צריכים להתייחס, אז יהיה 41 אחוז. אני מעלה את זה לדיון. ואם התשובה היא הראשונה, שאנחנו מרגישים שהשארנו דברים חשובים בחוץ וחייבים להוריד את ה- 41 אחוז לאזור ה- 33, 34, 35, אז אנחנו צריכים באחת מהתרופות שכרגע כל אחד מכם אמר לא, צריך להגיד כן. אז בבקשה, בואו נעלה את זה לדיון ברמה הכללית.

דובר:

אני לא מרגיש עם זה נוח, אני חושב שזה מבטא באמת בעייתיות אנושית שאנחנו רואים את החולים האלה נגד עינינו,

דובר:

חמלה

דובר:

חמלה, אבל מצד שני,

דובר:

על חשבון מה?

דובר:

היעדר החמלה להרבה מאוד אחרים שהם במצב שלא רואים אותם כרגע מול העיניים, הייתי רוצה לשם מידע, אם תוכלו לתת לנו את האחוזים שהיו בשנים הקודמות. מה היתה פה הנטיה?

דובר:

בערך שליש.

דובר:

... יודע אותם בעל פה. אחוזי האונקולוגיה בשנים קודמות. ... וממוצע.

דובר:

חמש שנים אחורה יצא לנו 38 אחוז פלוס מינוס 3 אחוז.

דובר:

זה אותו דבר,

דובר:

כן, אבל א. היתה ביקורת, ב. השאלה אם אנחנו שלמים עם עצמנו. כל דבר בא על חשבון משהו. זה לא להוריד באונקולוגיה בשביל להוריד באונקולוגיה. זה להוריד באונקולוגיה בשביל להכניס דברים אחרים.

דובר:

רק לתקן אותך, זה לא יהיה 41 אחוז, זה יהיה כמעט 50 אחוז אחרי שתוריד את הדואודופה

דובר:

אם תוריד את הדואודופה.

דובר:

את הקדסיילה הזאת אפשר להוריד, לסרטן השד.

דובר:

אתה קודם כל תצטרך לנמק, לא להגיד סתם להוריד. אנחנו פה בסיטואציה שההנמקה צריכה להיות מאוד חזקה מה מורידים ומה לא.

דובר:

אני חושבת שיש חשיבות עצומה לדון בכל תרופה לגופו של עניין. אי אפשר לקבל החלטה אונקולוגיה או נירולוגיה, צריך לדון בכל תרופה לגופו של עניין. אני בשנה שעברה ישבתי באותה ועדה, באותו מקום, והיו מספר תרופות המטולוגיות שלא חשבתי שצריך להכניס אותן לסל, למרות שזה נתן פתרון למספר חולים. אני חושבת שהסל צריך להבחן לפי התוצאות,

דובר:

אבל האם נכון שתרופות לגידולים סולידיים השנה פחות מרשימות מאשר בשנה שעברה?

דובר:

אני חושבת שכן.

דובר:

אז השאלה מבין קדסיילה, ירבו, זאייטיגה, כסופיגו, אצטריס וקיפרוליס, אם אנחנו יכולים לוותר על משהו. אני מצטרף לאלה שמרגישים מאוד חזק ש-41 אחוז מהסל למחלות לצערי חשוכות מרפא, עם תוחלת חיים קצרה, שמעניקות חודשים ספורים, חלקם בעלי איכות לא טובה, זה לא הדבר הנכון. אז מה שאת אומרת לנו ואני סומך על האובייקטיביות, זה הרי רק במקרה שאת המטולוגית וציטטת שנה שעברה, את אומרת לנו שהשנה התרופות ההמטולוגיות אונקולוגיות טובות במיוחד, אבל אמרת גם ולאחר התייעצות עם אונקולוגים, שפחות מרשימות בתחום האונקולוגי.

דובר:

אני ביקשתי שיגידו לי על מה להיאבק השנה. אני מבינה שהפרוסטאטה חשוב, ומעבר לזה לא היתה שום תרופה שהיתה בנפשו. אז מה בתיעדוף שלהם?

דובר:

התיעדוף שלהם, בבקשה. הקדסייאלה לדעתי היה במקום השני,

דובר:

תקריאי לנו את הדירוג.

דובר:

וירבוי גם היה במקום מאוד גבוה, מקום שלישי.

דובר:

קודם כל כמה היו להם בסך הכל?

דובר:

13,

דובר:

אבל זה כולל נדמה לי גם תכשירים לא אונקולוגיים, לא?

דובר:

לא.

דובר:

זאייטיגה מקום חמישי.

דובר:

אני שומע שזאייטיגה מקום חמישי וזאייטיגה הולך עם כסופיגו ביחד.

דובר:

נכון.

דובר:

הדירוג האונקולוגי, המועצה הלאומית לאונקולוגיה יחד עם האיגוד האונקולוגי קיבלו לידיהם סדר גודל של שישים בקשות שונות של תרופות ייעודיות למחלה. מעבר לזה הם גם קיבלו טיפול תומך בנפרד.

דובר:

הכנסנו הרבה טיפול תומך.

דובר:

לא הכנסנו הרבה דווקא.

דובר:

סליחה, לא טיפול תומך, פליאטיבי. מה שהמועצה הלאומית לאונקולוגיה יחד עם האיגוד האונקולוגי, עושים מזה מספר שנים, הם לא מדרגים את כל השישים אלא נותנים קבוצה או לעתים שתי קבוצות של התרופות המועדפות או הטכנולוגיות המועדפות על ידיהם. מקום ראשון היתה כסופיגו, מקום שני קדסאיילה, מקום שלישי ירבו, מקום רביעי שלא העלינו, זאייטיגה במקום החמישי,אונקולוגי במקום השישי, שבע היה הפאלוקסי שעלתה, שמונה היה תכנית ה השלמה בחיסונים ל- HPV, סטיוורגה לסרטן מעי גס גרורתי שלא עלה, שבסופו של דבר לא עלו מפאת סיבות אחרות, אוסטטין לסרטן שחלה, חצוצרות, או רגיש ל... בחזרה ... שירד הבוקר, במקום ה- 11, מקום 12 סטיוורגה ל... ו....

דובר:

כשמקשיבים לך, אם הולכים לפי זה, אז זאייטיגה.

דובר:

זאייטיגה באה עם כסופיגו.

דובר:

המחיר של הזאייטיגה והכסופיגו ביחד, עשינו סדר, ואם אתה מוריד את הזאייטיגה, החסכון הוא ממש קטן יחסית ואז צריך לחשב את כל החבילה מחדש. החבילה נותנת פתרון להסדרת ...

דובר:

את בעד להשאיר את האונקולוגיה כמו שהיא? על 41 אחוז?

דובר:

אני חושבת שקודם כל אנחנו צריכים להסתכל על כל הרשימה. אני חושבת שיש שונות בין שנה לשנה. אני חושבת שאנחנו צריכים להסתכל על כל הרשימה. אני חושבת שאנחנו צריכים לראות אם אנחנו מגיעים לאיזון, כן או לא. אני לא חושבת שכרגע, ההחלטה הראשונה שחייבים לעשות זה מה מורידים באונקולוגיה. בואו נראה מה קורה בדברים אחרים.

דובר:

כשחישבת 41 אחוז, זה מ-300?

דובר:

מ- 300. אוקיי, רציתי לקיים פה דיון קונספטואלי, אבל אני מקבל.

דובר:

אני רק רוצה להפנות למחקר של קדסיאלה, חולות סרטן שד, מחקר יחיד שפורסם ב-2012, אמנם על 900 ומשהו נשים חולות סרטן שד מתקדם, לא נתיח וגרורתי, שקיבלו טיפול קודם וכו', מדברים באמת על, מהמחקר עולה, מחקר אחד, בהשוואה ל... מביא לשיפור של 3.2 חודשים בהישרדות ללא התקדמות המחלה. הארכת ההישרדות הכוללת ב- 5.8 חודשים.

דובר:

זה הרצפטיין פלוס טקסן. זה שילוב, פשוט.

דובר:

זה חצי שנה אובר-אול סורבייבר, מתוך כל האונקולוגיות פה זה הכי משמעותי.

דובר:

מה לגבי המלנומה?

דובר:

לפי ה מספרים את הערמונית צריך להוריד כי זה נותן רק PFS בין שלושה לחמישה

חודשים,

דובר:

אני לא אוהבת את הדיון הזה. שאנחנו ככה בכוח רוצים להוריד את האונקולוגיה. בואו קודם נגמור את הדברים האחרים, נראה איך אנחנו עומדים.

דובר:

אבל צריכים להקשיב. אפשר לא לאהוב.

דובר:

לא, בסדר, היא פשוט גם חזרה על זה מקודם.

דובר:

אני מצטרף לזה. אני ממש מצטרף לזה, אבל כל אחד ודעתו. שאסור להשאיר 41 אחוז אונקולוגיה. אבל בסדר, כל אחד זכאי לדעתו.

דובר:

זה בגלל שאני מסכימה איתה, אני לא רוצה .. אני מרגישה שאנחנו חותכים בבשר החי,

דובר:

זה לא רק זה, זה תרופה-תרופה שדיברנו, חולים עם מחלה את מעלה להם שישה חודשים,

דובר:

להיפך, אני בעד מה שהיא אמרה. אני פשוט מרגישה שכאילו בכוח מנסים להוריד.

דובר:

נכון, את צודקת. יש כאלה ש... אנחנו מכבדים את אי נוחותך ותכבדי את אי נוחותם של אחרים.

דובר:

אבל תיכף נדבר על הדואודופה, שברור שאם כל הקבוצה הזו של האונקולוגיה נכנסת, הדואודופה בטוח בחוץ. הדואודופה עולה הרבה מאוד כסף, 250,000 שקל לאדם לשנה, אבל גם התרופות האונקולוגיות עולות לא הרבה פחות מזה, ונותנות חודשים בודדים, בעוד שהדואודופה נותנת איכות חיים משמעותית, 80-100 אחוז מצבי און, לאנשים למשך תקופה הרבה יותר ארוכה. אז אני חושבת שיש פה,

דובר:

אבל לקבוצה מאוד קטנה של חולים.

דובר:

למה? הדואודופה זה לא קבוצה קטנה של חולים, אני חושבת שצריך להסתכל על הבנאדם לפני המכפלות, צריך להסתכל על ההשקעה ב בנאדם מול התועלת שהוא מקבל. אז יש פה השקעה של 250,000 שקל בשנה, בשביל לשפר את איכות החיים בצורה משמעותית לאורך זמן, לעומת השקעה של סכומים דומים, אתה לא חושב שזה משמעותי לאורך זמן, X? המצבי און?

דובר:

לא, אני חושב שאת מגזימה, זה חולים עם פרקינסון סופניים. אני יש לי דעה שאחר כך
אשמח לפרט, לא אפריע לך.

דובר:

אני גם בתחושה שהתועלות של התרופות האונקולוגיות השנה הן פחות הירואיות משנים
קודמות ואנחנו כאילו מתקשים פה להוריד שורות, בתחרות עם שורות אחרות שכולן לא מאוד,

דובר:

מה היית מורידה? אם כן נחליט להוריד?

דובר:

לפי המספרים הייתי קודם כל מורידה את הזייטיגה ואת הקסופיגו

דובר:

אני הייתי מוריד את הקציילה.

דובר:

אני חושבת שיש שם הרבה איכות חיים. הקסופיגו, והזייטיגה, בעצם זה מעבר למה
שמראים לך, הם מראים לך גם איכות חיים. זה במקום ללכת ולתת כימותרפיה לחולים,

דובר:

זה 3.6 עד 5.2 חודשים.

דובר:

PFS אפילו, לא אובר-אול.

דובר:

אבל את מדברת ואת משווה, את מסתכלת על חולי פרקינסון, את משווה את איכות החיים. גם החולים עם סרטן הערמונית, הם חולים שמשכי הטיפול, אם הם לא חולים מאוד ... משכי הטיפול הם מאוד ארוכים. יש בכלל שלבים שבכלל לא מטפלים, או מטפלים בתרופות הורמונאליות. שתי התרופות האלה נותנות פתרונות שאיכות החיים שלהם עבור החולים הקיימים היום הם הרבה יותר גבוהים.

דובר:

אנחנו יודעים להגיד לכמה זמן?

דובר:

אנחנו יכולים להגיד שאדם, במקום שיקבל בקו ראשון כימותרפיה ואחר כך שוב טיפולים קשים נוספים, את יכולה לתת לו טיפול שהוא בסיס הורמונלי שמאפשר לו איכות חיים לגמרי אחרת. אז גם את זה צריך לשקלל, זה לא רק...

דובר:

אני מבינה,...

דובר:

אני רוצה לחדד, X, אני רוצה לעזור לך,

(מדברים ביחד)

דובר:

אילו זו היתה פעולה בצופים, או בבני עקיבא לצורך העניין, שזה תנועות דומות, אני אומר שהדיון הוא לא לגיטימי, אילו הייתי מדריך בצופים. זה לא דיון לגיטימי, התרופות צריכות להבחן כל אחת לגופו של עניין, וכשם שלא נהיתי אחרי הטיעון שהפסיכיאטרים כועסים או הנוירולוגים כועסים, לא מעניין אותי מי כועס, אנחנו מסתכלים על כל תרופה לגופו של עניין, ולא בחלוקה הסקטוריאלית. זו דעתי האתית. באופן מעשי, זה שבאופן מעשי אולי אחת מהתרופות האונקולוגיות תרד, וזה יהיה נוח לכולנו בקטע האריתמטי, זה יכול לצאת במקרה.

דובר:

זה לא קטע אריתמטי.

דובר:

שניה. זה דבר אחד. השנה לא יצאה שנה כל כך ברוכה באונקולוגיה, היא יצאה בהמטו-אונקולוגיה, ... נפלו שלוש-ארבע תרופות ראויות שאני עומד מאחוריהן ואני אשמח שהן תיכנסנה לסל, ויכול להיות שזו לא השנה להוריד את ה-41 אחוז, אם זה יצא כך. כי במקרה יש גשם ברכה של תרופות טובה עם 13 חודשים, 10 חודשים, וואט אבר.

דובר:

להמטולוגיה, לא בגידולים סולידיים.

(מדברים ביחד)

דובר:

האבודרט נכנס לסל. אז לכן לדעתי לא צריך סקטוראלית לאונקולוגיה, להתייחס לכל הקבוצה ולראות מה יורד, יכול להיות שירד. לגבי הזייטיגה, אם את מצרפת את איכות החיים לאובר אול סורבייבל, את מקבלת 14 חודשים, במקום כימותרפיה קשה מאוד. לכן זה הרבה מעבר לרק לכמה חודשים. זה מה שהיה לי לומר.

דובר:

אנחנו כולנו רוצים את כל התרופות, בהמשך לקו של האמא, אני אוהב את אמא של X, כולנו רוצים את כל התרופות. עכשיו אנחנו נמצאים בשלב שאנחנו צריכים לפנות כדי להגיע לאיזה שהוא סכום יעד,

דובר:

אין לו הרבה חברים.

(מדברים ביחד)

דובר:

תראו, אנחנו צריכים להגיע לערך של יעד, וברור שאנחנו רוצים הכל, אבל אם אתה לא תפנה משאבים, לא תגיע לסכום היעד. ואין ברירה, אנחנו צריכים להגיע לסכום הזה, כל הטכנולוגיות שהגיעו עד עכשיו ראיות, ומעבר לכך. בסדר, כשנשאלנו פה האם זה נכון שהסל השנה יהיה 50 אחוז אוונקולוגיה,

דובר:

41, כי זה מ-300, לא מ-380.

דובר:

אין לי בעיה עם 40 אחוז אונקולוגיה, כשאני מסתכל עכשיו פרטנית, אז אני מסתכל על זה בפרספקטיבה של זמן. אז הצעתי שתי חלופות בתחום האונקולוגיה שעליהן נשאלנו, לפי איזו שהיא סקאלה, אחד, אמרנו שזה הירבוי, מפני שהירבוי, המחלה הזאת קיבלה הרבה מאוד משאבים והאוכלוסיה הזאת קיבלה פתרון מצוין בשנים האחרונות, עם תועלת של הארכת חיים, מה שלא היה להם עשרות שנים, קיבלו את זה. זאת אומרת עכשיו זה מה שנקרא פינסיות של עוד שיפורים קטנים, שהתרופות כבר קיימות לגבי הרבה מאוד מהחולים האלה. אז היתה להם קפיצת מדרגה, למחלה הזאת ניתן פתרון דרמטי בשנה קודמת. החלופה השניה, הקציילה, זה בגלל שזה איזה שהוא שילוב תרופתי, זה בא אחרי פרג'טה, אחרי שכבר השקענו במחלה הזאת גם כן בשנים קודמות הרבה מאוד משאבים מאוד כבדים והבאנו אותה למצב יחסית פנטסטי מבחינת המצב שלנו בעולם במחלה. נכון שאנחנו רוצים עוד ועוד,

דובר:

על סרטן שד אתה מדבר.

דובר:

כן. סרטן השד קיבל הרבה מאוד תרופות חדשות מודרניות, מהכי מודרניות. יש מעט מדינות שהכניסו את מה שאנחנו הכנסנו באותו קצב שהכנסנו, לכן אם אני חייב להגיד מה חייבים להוריד, כי אם לא, תשאיר את הכל, אבל אם אתה רוצה להתכנס למשהו כדי לפנות משאבים לדברים אחרים, חברתיים או אני לא יודע מה, או איכות חיים, אתה צריך לוותר על משהו. נתתי שתי חלופות שבעיניי, מה זאת אומרת שנוותר? זה יידחה לשנה הבאה. זה מה שקורה. שום דבר פה לא יורד, פשוט הוא נדחה. אז ברצף של ההסתכלות הרב שנתית על האונקולוגיה

בכלל, ולמחלות האלה בפרט, החולים האלה קיבלו הרבה מאוד מענים מהועדה הזאת בשנים הקודמות, ואפשר פעם אחת לדלג על שנה.

דובר:

אפשר לפצל את היירבוי,

דובר:

מלנומה הכנסנו שנה אחת בלבד, זה היה לפני שנתיים.

דובר:

כי רק אז זה התחיל.

דובר:

בסדר, אבל הכנסנו. הכנסנו באילוצים מסוימים, כי גם אז רצינו לחסוך כסף ואמרנו אז הוא יקבל או את זה או את זה. קרו כמה דברים מאז. דבר ראשון מה שקרה, זה שאנחנו יודעים שאפשר לתת את היירבוי כקו טיפול ראשון. ובמקום לתת לחולים ה אלה כימותרפיה מיותרת, או לא מיותרת, אבל כימותרפיה שנותנים היום, ואחר כך, כשהמצב שלהם הוא פחות טוב, לתת להם את היירבוי, שהסיכוי שהם יגיבו הוא פחות טוב, אפשר לתת להם כקו ראשון את היירבוי, וליצור מצב שהסיכוי שלהם לתגובה יהיה הרבה יותר גבוה.

דובר:

אני נתתי לך את ההרצאה הזאת ב פעם הקודמת. הסברתי לך את המנגנון של היירבוי. זה היה בדיון הקודם, יחד עם זאת, בפרספקטיבה הזאת, אם צריכים לצמצם, אני נאלץ לוותר על זה.

דובר:

אז יש לנו 1. את הנושא של ... ב קו ראשון. הנושא השני, זה סיטואציה שבה חולה שקיבל זלבורף הוא יכול לקבל ירבווי או יכול ירבווי לפני זלבורף, יכול לקבל קו נוסף בטיפול שלו. אז א. לא חייבים את הכל כקומפלקס אחד. אפשר להגיד השנה אנחנו מוסיפים עוד חלק ושנה הבאה אנחנו מוסיפים ... אני לא מציעה ... איפה החסרון פה, רק שתדעו? החסרון פה זה שיש לנו כרגע הסכם שמגדר אותנו לכל כיוון אפשרי, ובעצם מבחינת העלויות מכסה חלק מהעלויות לחמש שנים. ואז אם אנחנו לא לוקחים את ההסכם נכון להיום, אנחנו מאבדים את אותו גידור למשך חמש שנים, שהמשמעות שלו היא הרבה כסף.

דובר:

זה משמעותי מאוד.

דובר:

ורציתי להגיד עוד משהו על הקציילה, מבחינת התוצאים של המחקרים, היא מראה ערכים מאוד גבוהים.

דובר:

הכל יחסי, 5.8 חודשים.

דובר:

חצי שנה באובר-אול סורבייבר זה לא מעט.

דובר:

חצי שנה באובר אול סורבייבור זה הרבה מאוד ביחס לתרופות שגם הכנסנו בעבר.

דובר:

עוד משהו רוצה להתבטא בנושא אונקולוגיה?

דובר:

אני רוצה לבקש שקודם כל נדון בדברים האחרים שיש לנו על הפרק. ואם נרגיש שיש דברים שאנחנו ממש לא יכולים לוותר עליהם, אם במישור החברתי, או אם במישורים אחרים,

דובר:

הכל עומד על הפרק. בואי תגידי לי קציילה לעומת ה...

דובר:

אבל למה אנחנו עכשיו מתמקדים באונקולוגיה, מפריע לי. אני רוצה לדון על הכל,

דובר:

את כבר אמרת שזה מפריע לך, אנחנו מתמקדים כי יש כאלה שזה לא מפריע להם,

דובר:

אבל אני חושבת שגם אם אנחנו רוצים לדון בעניין הזה של האונקולוגיה, אנחנו דנים בו עכשיו מוקדם מדי.

דובר:

את מדברת פעם שניה, בואי נשמע בנושא הזה את האחרים. X, לדון באונקולוגיה או שזה לא צריך להוות בסיס לדיון?

דובר:

אני חושבת שכן צריכים לדון באונקולוגיה. אני מאוד התרשמתי מהתחום ההמטולוגי שעושה צעד קדימה. אני חושבת ש, כמו שאמרתי, המילה סרטן מעוררת הרבה אמוציות אבל יש סרטנים אחרים בתוך נפשנו שהם לא פחות חשובים, כמה שזה לא נוח לי לומר, אני כן חושבת שהעניין של סרטן שד שיכול, אני לא רוצה להגיד, להדחות לשנה הבאה, אז כרגע אנחנו ... אם הייתי צריכה משהו להגיד, זה באמת הרבה, חמישה חודשים וכו', עדיין עם כל הטיפול שהנשים האלה מקבלות, זה משהו שאני הייתי אומרת לא השנה.

דובר:

אני חושב שאין ברירה אלא לדון, וצריך לבחון, לקחת את הנתונים שאת עשית,

דובר:

אני פשוט לא מבינה למה הדיון לא ממשיך ואז מקבלים איזה שהוא ...

דובר:

אנחנו יכולים שעה להתווכח מה לדון קודם. מאוד ברור שאולי שהדואודופה ירד. אוקיי. אז עדיין אנחנו נמצאים במצב שאת צריכה לחתוך איזה שהוא ...

דובר:

תראו, יש כרגע 26 מליון שקל להוריד אם הדואודופה בפנים.

דובר:

אם הדואודופה בחוץ. אם הוא בפנים יש לנו 88 מליון שקל להוריד. אם הוא בחוץ, יש לנו להוריד 26 מליון.

דובר:

וזה בלי שהכנסנו שום תרופה אחרת שאולי אנחנו נרצה להכניס. מה זה משנה, אנחנו נגיע לדיון הזה.

דובר:

אז לשיטתך, מונח לפניך, אמרה X שהקציילה, תידחה לשנה הבאה. מה אתה אומר? אומרת X שהקציילה היא עם האובר-אול סורבייבל הטוב ביותר, אני לא יודע באיזו איכות חיים, אם מישהו יודע, בבקשה, הוא מוזמן להגיד לי.

דובר:

דיברנו על זה. דיברנו על זה שדווקא פרופיל תופעות הלוואי שלה הוא משמעותית יותר טוב מ...

דובר:

לא תופעות לוואי, באיזה מצב הנשים מגיעות לזה?

דובר:

מצב נורא.

דובר:

באיזה מצב הן מגיעות? אני מסכים שהתרופה הזאת היא... אבל מה איכות החיים באובר-אול סורבייבל של 5.8 חודשים?

דובר:

גם הכסופידו, הנתונים שלו לא מבריקים.

דובר:

זייטיגה וכסופידו.

דובר:

תראו, יש פה דווקא משהו מעניין עכשיו, שאנחנו פעם ראשונה אני חושבת שמים אותו במאזניים. יש פה תרופה שמאריכה חיים במשך משמעותי של חצי שנה, אבל באיכות חיים כנראה נמוכה,

דובר:

למה? אני חייבת להגיד לכם, שבוע שעבר ישבנו אישית ושוחחנו עם פרופ' X, מהמובילות בעולם בנושא של טיפול בסרטן שד וגם מהבכירות פה בארץ כמובן, והיא מדברת על זה שבימינו בפירוש אתה מדבר על העובדה שהמחלה הזאת הפכה להיות בעצם מחלה כרונית, זה כבר לא המחלה שפעם דיברו עליה. בנשים שהם הר-2 פוזיטיב,

דובר:

הכל נכון, אבל האם היא ענתה לכם על השאלה מה איכות חיי המטופלת הממוצעת שמגיעה לקו של קציילה?

דובר:

היא מדברת על זה שיש חולות שמקבלות את זה כבר עשר שנים, שחזרו לעבודה,

דובר:

אנחנו מדברים על החמישה חודשים האחרונים.

דובר:

זה לא חמישה חודשים. זה נכנס כקו טיפול שני, יש אחרי זה עוד קוי טיפול, זה ממש לא הסוף.

דובר:

מחקרים הראו שזה האריך בחמישה חודשים,

דובר:

את האובר-אול סורביבל,

דובר:

אז זה העניין, זה הנושא. זה מאריך בחמש, זה לא מאריך לתרופה הבאה.

דובר:

אבל הסך הכל סורבייבל הוא לא שישה חודשים. אנחנו מדברים על כמעט שלושים חודשים של סורבייבל מתחילת המחקר. אנחנו מדברים על נשים שחיות עוד שנתיים וחצי. זה לא שישה חודשים.

דובר:

יש לי הצעה. אני רוצה להשלים את הסיבוב מבחינת הנוהל, להשלים הסיבוב אם יש להתמקד באונקולוגיה. עד עכשיו X אמר לא צריך להתמקד באונקולוגיה, X אמר כן, X כן, אני אומר כן. יכול להיות שאם יהיה רוב פה להתמקד באונקולוגיה, צריך להרים מפה טלפונים לשלושה- ארבעה אונקולוגים בכירים, לתת להם את הרשימה ולבקש מהם מה לבחור.

דובר:

אני נגד.

דובר:

סליחה, לא מניתי אותך. גם את נגד.

דובר:

לא, אני נגד לפנות לאונקולוגים,

דובר:

היא ציטטה כרגע את בלה קאופמן, זה מה שנתן לי את הרעיון.

דובר:

לא, היא ציטטה לגבי איכות החיים,

דובר:

חס וחלילה לפנות אליה, אני יכול להציע משהו כשיטה?

דובר:

רק שניה,

דובר:

אני רק רוצה להסביר, אני חושבת שאנחנו בשלב שעברנו על העדויות. קיבלנו המלצות שמגובות על ידי איגודים וכו', הדבר האחרון שאנחנו צריכים להסחף זה אחרי התייעצות עם שלושה אנשים שאחד יגיד X, השני יגיד Y, אתה לא יודע מה ניגודי העניינים שלו,

דובר:

לא, רציתי שהם יבחרו. אוקיי, בסדר. הבעת את דעתך. בואו נשלים. או שאני פונה אישית או שאנשים יצביעו. לגבי העניין הספחציפי הזה, אם אנחנו צריכים להמשיך לדון באונקולוגיה. איך נגיע למה לקצץ, X אומרת ככה, אחד אומר אחרת,

דובר:

אני מצטרף ל-X, אני חושב שצריך לדון. אין ספק שכל ה-41 אחוז האלה עשינו בהם דיון כבד מאוד קודם. זה ברור שאם נוציא משהו, זה ...

דובר:

כל דבר שנדון עכשיו, שהגיע לסוף הפירמידה, הוא דבר שזה ... בבשר החי,

דובר:

נכון, אבל אם אין ברירה אז אין ברירה, ולכן אני מסכים,

דובר:

יש לך רעיון מתוך הרשימה הזאת, של קציילה, ירבוי, זייטיגה וקסופיגו?

דובר:

ירבוי.

דובר:

אוקיי. X?

דובר:

אני רציתי לקבל הבהרה לגבי הירבוי,

דובר:

קודם כל את בעד לדון בנושא האונקולוגי, ולא לערב עכשיו עם אחרים.

דובר:

כן. טיפול במלנומה גרורתית. כאילו יש פה שתי אינדיקציות.

דובר:

נכון.

דובר:

מישהו יכול להסביר קצת את ה,

דובר:

מה השאלה, מה כל אחת מהאינדיקציות אומרת?

דובר:

אני רוצה להבין איזו אינדיקציה הכי פחות פוגע בחולה,

דובר:

תראי, אינדיקציה אחת בעצם באה ואומרת שאנחנו מתחילים את הטיפול בירבוי למי שמתאים לו, בשלב מוקדם יותר שנותן לו צ'אנס, עם מצב תפקודי טוב יותר, להנות מהירבוי, ובסיכויים לבאמת עצירה של המחלה או מניעת ההידרדרות. זה להעביר את זה לקו ראשון. הנושא השני זה בעצם, אנחנו נתנו לחלק מהחולים, בגלל שהם מוטציה ל.... אז בעצם אמרנו, וכשהכנסנו לסל, נכנסו שתי תרופות. אין לנו כסף לשתי התרופות לכל החולים. למי שיש מוטציה... יקבל או ירבוי או זלבורף. ובעצם יצרנו מצב שבו חולים שאת יכולה להתחיל לטפל בהם, את יכולה לתת להם שני קווים טיפוליים, זאת אומרת יש להם מוטציה, בעצם יכולים להנות משני טיפולים, שיכולים להאריך את ... ופה השיקול הוא האים להקדים קו טיפול ראשון לתת, למנוע את הכימותרפיה המיותרת וכו', או לתת קו טיפול נוסף למי שיש לו מוטציה והוא

יכול להנות משני קוי טיפול, ושוב, ההפרדה פה המשמעות היא גם ההפסד של ההסכם, שהוא מאוד משמעותי.

דובר:

זה חבל.

דובר:

אז אני אומרת, אני מרגישה שמיצינו עכשיו את הדיון באונקולוגיה. זה המצב, יש כרגע סל אונקולוגי שהוא נראה שאי אפשר לוותר על משהו, כבר ויתרנו על המון, זאת אומרת, עם זה נשארנו. בואו נמשיך להתקדם, ייתכן שנצליח להסדר גם בלי זה.

דובר:

אז את מצטרפת לדעה הזאת, בסדר גמור.

דובר:

אני בעד להמשיך, ובראש שלנו יש כבר את שתי התרופות אולי שמבחינת האונקולוגיה, אבל אני חושבת שצריך לראות את כל התמונה.

דובר:

את מתכוונת לקציילה וירבוי, או לירבוי וזייטיגה קסופיגו?

דובר:

בוא נגיד ככה, בסוף אנחנו נראה מי בתחתית הרשימה מבחינת ה-PFS וכל אלה,

דובר:

אוקיי.

דובר:

הייתי לצורך הדיון אומר, ראשית אולי נושא לדיון על ... ואז אנחנו נראה איזה אנחנו צריכים לקצץ כי זה באמת צ'אנק גדול, ואז נגיע לסביבות עשרים. ואז יהיה לנו יותר תמונה מה אנחנו צריכים לקצץ. יחד עם זה, גם בעצה שלך, ואם עוד אפשר להרים לחברות האלה ולהגיד אנחנו עכשיו בדיון, הדיון הוא על הכספים. האם יש לכם איזו הצעה נוספת, אני חושב שאולי אין הרבה סיכוי, אבל אפילו אם יהיה איזה שהוא סיכוי קטן וצמצמנו, אז ע שינו הרבה.

דובר:

תראו, הכי נוח לכולנו, כל האונקולוגים את הדאודופה, ואז אנחנו משתחררים מ- 62 מליון שקל וזה נותן מרווח נשימה. אבל באופן ענייני, זה באמת נראה הרבה, אבל זה ל-257 חולים, תרופה חשובה, עם איכויות חשובות. מול למשל רק בשביל הירבוי, זה לשבעים חולים. 22 מליון שקל. אני לגמרי מקבלת את ההצעה של X. בואו נעשה רגע דיון עקרוני, כי אם כל כך ברור לכולם שהדאודופה בחוץ, נגיע למסקנה איזו שנגיע, ואז נדע איפה אנחנו עומדים. ואז נראה כמה אנחנו לחוצים לקצץ בדברים אחרים.

דובר:

צריך לדבר על הדאודופה.

דובר:

זה מה שהיא אומרת.

דובר:

מסתמן. ארבעת הדוברים האחרונים אמרו לדבר עכשיו על הדאודופה ולהפסיק רגע עם האונקולוגיה. X מצטרפת?

דובר:

אבל לחזור לאונקולוגיה כי בכל אופן, השילוב של תרופות שניתן להם מענה בשנים האחרונות, 41 אחוז מהסל, מבחינת הנראות, יזכרו איזה דברים היו לנו שפסלנו כבר בבוקר, לא משנה, פסלנו מסיבות טובות. אבל מבחינת הנראות זו בעיה.

דובר:

אני מצטרפת ל.....

דובר:

אוקיי. X אמרת את זה קודם, וגם X אמרת את זה קודם.

דובר:

אני רוצה להזכיר שכל התרופות האונקולוגיות החדשות שזה מן תרופות מסוג חדש, זה תרופות ביולוגיות. אנחנו לא מדברים על כימותרפיה. בכל העולם, זה לא רק בארץ, הולכים לכיוון של התרופות האלה. אם אנחנו גם נסתכל באמת איפה בסולם העדיפויות שלנו חולי הסרטן, זה נכון, אתם סופרים פה חודשים, אבל בשבילם כל יום, כל שבוע זה משהו. אז אני דווקא הייתי יוצא עם אמירה, כל פעם אמרתם אמירה ואני אומר, תעלו.. עשרות מליוני שקלים, אז בואו נצא עם אמירה שאנחנו נותנים תמיכה וגם סוג חדש של תרופות, ממשיך את הקו של אבי, שמהטובות

בעולם יהיה בסל הזה. אפילו עם 41 אחוז, הוא גם צריך, תן לו להרגיש עם זה ... לא נורא. זו דעתי.

דובר:

גם אני לא מרגיש בנוח עם האחוז הניכר לתרופות הללו, בסוף אם אנחנו נקצץ מה... הזה כדי להוסיף, בעיני, מימון להפלות, אני לא יודע להסביר את זה. זה ייראה לי מוזר, ייראה לי לא נכון. מצד שני, אם אנחנו נקטין את החלק שלהם ונוסיף תרופות אחרות, אני כן אדע להסביר את זה מבחינת ודעה סבירה,

דובר:

אני מסכים עם X בגדול, אני לא רוצה לחזור על הכל, אני חושב שבהחלט צריך לראות מול מה זה עומד. בסך הכל אני חושב שסימנו לנו בתוך האונקולוגיה עם מה אנחנו עושים כרגע את ה, אם נצטרך, ולא חייבים לעשות את זה כרגע...

דובר:

תראו, אני רשמתי לי יחד עם X בהפסקה תרופות שכדאי לדון עליהן והוספתי כרגע את ההפלות, מול מה. אני לא יודע אם אתם מסכימים אבל כמוכן בראש עומדת הדואודופה, אחריה נודקסטה, הדואודופה עומדת כיום על 62 מליון שקל, נודקסטה, 8 מליון, אבודרט 27.6 מליון, הפרדקסה ב- 17 מליון, פרדקסה ושני אחרים, והשלישית. אבוסנינגיס, אלה הדברים שחשבתי שאפשר לשים מול, אבל כל אחד מכם רשאי להעלות דברים אחרים. אתם רוצים לדון ספציפית כרגע על דואודופה ב- 62 מליון שקל. בבקשה,

דובר:

אני מציע, כמו שעשינו בבוקר, תיעדוף של סדר הדיון. תן לנו עכשיו את הסיכום של מה הטכנולוגיות שעומדות כרגע, או אפילו המצומצמות שהזכרת, אבל כל הטכנולוגיות שכרגע

עומדות על הפרק עם התימחור שלהם, תן לנו 10 דקות לתעדף מהיכן להגיע לסכום היעד, שכל אחד יתעדף מה הוא היה רוצה לוותר, ומהסיכום הזה אתה תקבל תמונה של איזשהו סדר של דיון לפחות. שוב פעם, סדר דיון, של מה רוב האנשים פה מרגישים נוח להוריד.

דובר:

אני מתחבר לזה. אתם רוצים עשר דקות, 88 מליון שקלים,

דובר:

אני לא יודע מה הרשימה.

דובר:

צריכים רשימה שכולנו מחוברים אליה.

דובר:

אתם רוצים לדבר כמה מילים על דואודופה, לפני שלוקחים הפסקה, ושכל אחד בא עם ה-88 מליון שקלים קיצוץ שלו.

דובר:

זה לא יהיה 88, זה יהיה עשרים. אם הדואודופה לא תהיה בפנים, זה תלוי.

דובר:

אני לא יודע אם כולם מסכימים שצריך את חוד החנית לשים על דואודופה. יש פה הרבה אנשים שרוצים לדון על דואודופה, בבקשה. X, תשלים, דואודופה בפנים או בחוץ מבחינתך?

דובר:

מבחינתי דואודופה יכול להיות בחוץ.

דובר:

אוקיי, מי עוד רוצה להתבטא בנושא הדואודופה?

דובר:

זה מאוד מרשים לראות סכום כל כך גדול, אבל צריך לזכור שמדובר בתרופת קו אחרון לקבוצה של חולים שהם נורא נורא סובלים ואין להם שום חלופה. ומבחינתי היא לא בחוץ

דובר:

בסדר, זה לגיטימי, בשביל זה צריך לעשות תיעדוף.

דובר:

רק חשוב להגיד שהתרופה נמצאת בשב"ן, מה שבאונקולוגיה אסור לנו לעשות, וזו חלק מהבעיה, כי מאחר ואסור לתת אונקולוגיה בשב"נים, אז יש מצוקה הרבה יותר גדולה שאין שום פתרון אחר שאפשר לתת לאנשים.

דובר:

מה שאת מזכירה לנו שאי אפשר לשים בשב"ן אונקולוגיה.

דובר:

אני אומרת שמאחר ואי אפשר לשים אונקולוגיה בשב"ן, זה אומר שאין לנו פתרון אחר לתת לאנשים אלא בתחום הזה, מה שכן אפשר לעשות בתחומים אחרים.

דובר:

דווקא ההערה שלך מחדדת אצלי את ההבנה, הרי אנחנו פה בוועדה להרחבת הסל הציבורי, ודווקא בגלל שאין אפשרות לאותם 30 אחוז, 26 אחוז, שאין להם ביטוחים משלימים לרכוש את התרופה, אנחנו צריכים פה...

דובר:

מי שצריך דואודופה, אין תקופת הכשרה בשב"נים, פשוט ...

דובר:

אבל אין לו שב"ן,

דובר:

מי שצריך דואודופה, ... מי שצריך תרופה אונקולוגית אין לו מה לעשות, מה הוא יעשה?

(מדברים ביחד)

דובר:

אוקיי, עוד לגבי דואודופה? תזכיר לי, מה אמרת לגבי דואודופה?

דובר:

אני אומר את זה שוב. X, ההערה שלך לגיטימית, אבל גם ההערה של X, צריך לשים לב שזה לא בשב"ן של כל הקופות ולמרות שכל אחד יכול לעבור לשב"ן, עדיין אנחנו מדברים על הסל הציבורי.

דובר:

אם זה לא בשב"ן של כל הקופות זה

דובר:

בכל מקרה, זו קבוצה של חולים נואשים, חולים מאוד, שזה קו טיפולי אחרון ואין להם חלופות.

דובר:

אוקיי.

דובר:

אם המחיר היה יותר נמוך, לא היה סימן שאלה. כמו בתרופות אחרות, אני חושבת שהמספר הזה הואהמספר הזה, ה-60 ומשהו, זה מתוך סל של 300, צריך לזכור על מה אנחנו מדברים. זה מספר שהוא בהחלט מספר שאומר, אוכלוסיות גדולות של חולים,

דובר:

21 אחוז מהסל בקירוב. 20.66 אחוז מהסל, הולך לדאודופה. אוקיי. עוד מישהו ?

דובר :

זה בדיוק מהמחלות המאוד לא מצטיירות, אבל זו מחלה איומה. מי שמכיר חולי פרקינסון, יודע שזו מחלה איומה וב. שאין לזה שום חלופה אחרת, וזה גם דבר נורא חשוב, אני מגיבה לדברים של X, שאומר לא צריך בוודאי, לא צריך ... בשום החלטה שנחליט, אבל זו בעיה, כמו ש-X אמרה, אנחנו נוטים למה שמצטייר, ולמה שמוכר ומה שידוע כעצוב וכואב. האנשים האלה יכולים לחיות שנים על שנים בסבל נורא.

דובר :

ולא מפריע לך ה-מעל 20 אחוז מהסל? זה חצי מכל האונקולוגיה. מחלה אחת תרופה אחת,

דובר :

בוודאי שזה כואב לי שזה המצב, השאלה היא אם אי פעם הם יוכלו לקבל איזה שהוא מענה, החולים האלה. זו השאלה.

דובר :

80 אחוז מקבלים מענה בשב"ן.

דובר :

זה לא 80 אחוז, זה רק...

דובר :

זה לא הנושא, ...

דובר:

התרופה נותנת פתרון מצוין לחולים שהם במחלה מאוד מתקדמת. נותנת שיפור בתלונות של החולה במחלה המאוד מתקדמת, שחוזרים עוד פעם לנתונים ש אנחנו קיבלנו, זה שיפור ניכר, והנירולוגים שמים אותה גם בקו ראשון, מבחינת כל התרופות שהם בחרו בהן, הם שמו את התרופה הזאת במקום ראשון. נותן שיפור גדול מאוד, לעומת תרופות אחרות. אני חושבת שלחולי פרקינסון מגיעה התרופה הזאת,

דובר:

ההערה של X לא מפריעה לך, מעל 20 אחוז מהסל?

דובר:

לא, כרגע לא, כי השנה הבאה זה לא יהיה.

דובר:

אוקיי, עוד דעות?

דובר:

למה השנה הבאה זה לא יהיה?

דובר:

בשלב הזה לא הייתי מורידה אותה.

דובר:

אני חושב באמת בצער שחייבים להוריד את זה. אם אנחנו מדברים על איזה שהם איזונים, אז תרופה כזאת מוציאה אותנו מכל איזון, ייתכן שיש פה גם מסר לחברה, שאנחנו לא בכל מחיר ניכנע, אפילו אם זו תרופה מאוד חשובה, כמו שנאמר פה, והיא אכן חשובה, ייתכן שהתנהגות כזאת שלנו בסופו של דבר תיאלץ את החברות להוריד מחירים ואז אנחנו נוכל לתת את התרופות ליותר אנשים.

דובר:

דומני שהדעות ככה התחלקו,

דובר:

מנסיון העבר קרו דברים כאלה?

דובר:

היום קרו,

דובר:

לא, ירידת רמה... כשמודיעים לחברה, תראו לכם שאנחנו פסלנו את זה בגלל המחיר, ירידת רמת...
ירידת רמת...

דובר:

הללא תוספת עלות פה יש לך. ירידות דרמטיות במחירים,

דובר:

סליחה, בואו לא נייפה את זה, במקרה הזה זה לא יקרה כי זה בשב"ן.

דובר:

אני רוצה להגיד משהו לגבי ירידות,

דובר:

X עונה ל-X לגבי ירידות דרמטיות.

דובר:

במהלך, קודם כל מה שאתם רואים וקיבלתם ביום שישי, זה כבר אחרי עבודה מאוד אינטנסיבית של X במהלך כל השבוע, השבועיים האחרונים, להורדת מחירים. אז גם במספרים שאתם מסתכלים עליהם כנקודת המוצא, הם ביטוי לירידות מחירים מאוד גדולות שקרו. אם למשל תסתכלו לגבי הטקפידה וה... רק הבוקר ירדנו מ-24 מליון ל-7 מליון.

דובר:

אם דואודופה היה יורד בפרופורציה הזאת, לא היה פה דיון עכשיו.

(מדברים ביחד)

דובר:

חולה פרקינסון במחלה מאוד מתקדמת ואין לו שב"ן, מה עושים? מאיפה הוא מקבל את

התרופה?

דובר:

אני לא יודע לכמה מהם אין שב"ן,

דובר:

מה אתה לא יודע, 26 אחוז במדינה אין שב"ן. אם הוא ...

דובר:

אני לא יודע כמה מחולי הפרקינסון,

(מדברים ביחד)

דובר:

במכבי וכללית שזה בשב"ן, האם חולה הפרקינסון יכול מחר להצטרף למכבי ולכללית,

לשב"ן שלהם?

דובר:

אני לא רוצה להתבטא בסגנון הזה, אני מסביר לך שיש 80 אחוז שב"ן במדינת ישראל, לא

אומר שחולי פרקינסון הם 80 אחוז, אמרתי הרבה.

דובר:

זה לא רלוונטי. רבותי, עוד מישהו רוצה בנושא הדואודופה?

דובר:

אני אלך לסוף, אני חושבת שהסיבה היחידה לא להעלות את זה השנה, למרות שהתועלת היא מאוד גבוהה, זה כי לא מוצה המשא ומתן עם החברה. זאת אומרת, שנה שעברה יכולנו להכניס את זה בחצי מהעלות, אם זה היה נכנס,

דובר:

בשליש.

דובר:

ולא נכניס את זה השנה במכפלות האלה. אבל לי זה מאוד קשה אחר כך להכניס את הירבוי, בעלות, ועכשיו אני חוזרת לעלות לבנאדם, את הירבוי להכניס בלמעלה מ-300,000 שקל לשנה בשביל להאריך חיים בחודשים בודדים, לעומת התועלת הגדולה שהדואודופה היתה יכולה לעשות בעלות נמוכה יותר לשנה.

דובר:

אבל זה בדיוק ההבדל, ... כי החברה באה ונותנת לך ועוזרת ומנסה להגיע איתך להסכם כמה שיותר כדי כן לעזור להכניס את זה ל... יש לך פה חברה אחרת שלהיפך, עושה לך שרירים. ואת רוצה לחנך אותם? את רוצה לחנך את החברות שאנחנו עושים להם שרירים עכשיו? שכאילו זה בסדר שהם יכולות לעשות לנו שרירים?

דובר:

... על גב החולים,

דובר:

כן. על גב החולים. אז אני ממש חושבת שזו תהיה טעות בסכום הזה להכניס את זה השנה, לעומת הסכום הקודם ששנה שעברה זה לא נכנס.

דובר:

אני מצד אחד, אני חושבת שמאוד חשוב עבור החולים האלה להכניס את התרופה, אבל אין פה ספק, שהחברה, כפי שתואר כאן, לא עשתה ולו נסיון אפילו קטן, על מנת לבוא לקראת הועדה כדי להפחית עלויות, אלא להיפך, אנחנו משנה לשנה מעלים כאן עלויות, וכן, היה שיח מול החברה באיזה שהוא שלב, בגלל ששנה שעברה זה לא נכנס בגלל העלות והיה שיח שהם ככה קצת נלחצו, ממה שאני הרגשתי מהצד, ורצו לבוא ולהוריד, ובסוף הכל התפוצץ ואנחנו מדברים כרגע על עלויות מאוד מאוד גבוהות. אני חושבת שבהננת העלויות האלה, ובהננת... למרות ש-X אומרת שזה לא שיקול ושהוא כן נמצא בשב"ן ושהחולים כן יכולים לקחת את השב"ן של כללית ומכבי, אני חושבת שנכון בשביל ללמד את החברה ולהעביר מסר גם לחברות התרופות שאי אפשר לסחוט את הועדה כך ולא מכניסים תרופה בכל עלות, לדעתי לא להכניס את זה הפעם, ול...

דובר:

אני רוצה להגיד משהו. דיברנו על הנושא של איכות חיים, מדובר בתרופה שזה של חולי פרקינסון קשים, שגם להם איכות החיים בשלבים האלה כבר היא די ירודה מבחינת הדברים. אז גם את זה צריך להגיד. זאת אומרת נכון שהיא עושה פה איזה שהוא שינוי, אבל אנחנו מדברים ממש במצב ה סופי של המחלה.

דובר:

אוקיי, 10 דקות, אנחנו צריכים להוריד 88,

דובר:

רגע, קצת פחות, X עשתה איזה שהוא שינוי.

דובר:

הדעות התפצלו. בעד דואודופה בפנים, דואודופה בחוץ, וזה הזמן לקחת 10 דקות, רבע שעה, ושכל אחד יבוא עם ה-88 מליון, אולי 18 מליון שלו.

דובר:

רק להגיד שבדיון מהיר ופרטני מול חברי ועדת המשנה, עברנו שוב על הנושא של התימחור של התרופות האטיפיות, וניסינו מחדש להגדיר בדיוק מיהם החולים שיתאימו להגדרה של קו טיפולי ראשון, והגענו למסקנה, בהסכמת כולם, שמדובר ב-8,200 חולים, ולכן העלות של התרופות האטיפיות שמופיעות אצלכם בעמוד 14 למעלה, יורד ל-10.638.

דובר:

זה אומר שצריך לבוא עם 82.5 מליון שקל הורדה.

דובר:

אני רוצה להוסיף עוד משהו, כתבה לי,

דובר:

אוזורדקס VS לוסנטיס? אין צורך בלוסנטיס. אוזורדקס טוב מאוד.

דובר:

אין תוצאות של מחקר השוואתי, יהיה בסוף השנה, המחקר של של אוזורדקס, הסתכלות על תוצאות מחקרים תהיה בסוף השנה, אם טוב יותר או טוב פחות.

דובר:

יופי, אנחנו נתאפק לשנה הבאה.

דובר:

רבותי, 10 דקות, מקסימום רבע שעה.

דובר:

ביקשתי, עלות שנתית לחולה זה 1 מליון בדיוק, שזה 77,000 ל,

דובר:

1,146,000 זה הסכום האחרון שקיבלנו.

דובר:

אז ירדנו ב- 146,000 בשנה אחת. המחיר ע כשיו המעודכן זה 77,256 לאריזה, שזה 1,000,000 שקל לחולה,

דובר:

אז זה 7 מליון, כאשר ... לשמונה חולים.

דובר:

כאשר אם מפחיתים את הפרנזיס, הוא אומר שאם מורידים את הפרנזיס, זה 1.5 מליון פחות מההצעה הראשונית.

דובר:

זה לא מה שאנחנו אמורים לעשות עכשיו. חשבתי שביקשת מכל אחד ל...

דובר:

רבותי, נתחיל לפי הסדר. חזקה על כל אחד מכם שחישב את הסכומים. בואו לא נרד לפינסים של ה סכומים.

דובר:

יש לי לצערי עלויות ש...

דובר:

סכומים גדולים? אז מה, לעכב את הכל או להתחיל סבב?

(מדברים ביחד)

דובר:

אני מציע, מתוך הנחה שמליון לפה, מליון לשם נמצא את הדרך לאזן, בואו לא נתחיל עם סכומים. כל אחד יגיד את התרופות שהוא רוצה להוציא, ואם יש תרופה שהוא רוצה להכניס

שהיום נמצאת בחוץ, בתיעדוף ה סופי. זה הכל, רק את הרשימה. חזקה עליכם שכולכם נעים סביב עד 82.5 מליון שקל הורדה מהסכום הכולל. נלך לפי הסדר.

דובר:

יש לי אולי הצעה לפתרון בנושא של ההפלות, אני מציע הצעה, וזה יכול להיות סוג של פתרון. תחת ההנחה שהמטרה של כולנו זה לדאוג למקרי קיצון ולא לממן סתם הפלות לנשים או שיכולות לממן את ההפלה עבורן, או שהן לא קבוצת היעד שלנו, אני חושב שאפשר להקצות סכום מסוים, לדעתי גם מליון שקל יספיקו לזה, מכספי הסל, ולבצע התקשרות עם אחת מהעמותות שמטפלות בנושאים הללו של נשים במצוקה שהן פונות לאותן העמותות הללו, לקבוע קריטריונים ברורים ותוך כדי ... לאפשר את אותה הפסקת הריון ללא תשלום מצד מפסיקת ההריון, אחרת אנחנו ... לפגוע, לרכז קבוצה מאוד ספציפית של נשים, אנחנו מכילים את כולן בצורה כוללתית, אני לא יודע גם מה זה יעשה מבחינה חברתית שהדבר הזה יהיה כל כך נגיש וזמין בלי הגבלה, זו ההצעה שלי לגבי הנושא הזה.

דובר:

אז רגע, אתה רוצה להוריד את ההפלות מסכום של 124, אז הפסקת הריון, להוציא חוץ מ-1 מליון. מה עוד?

דובר:

אני רוצה להבין אבל איזה קריטריונים,

דובר:

לא, לא נפתח עכשיו דיון. הוא מציע להוריד הפסקת הריון ב-95 אחוז את הסכום. הלאה, מה עוד.

דובר:

דואודופה,

דובר:

אותו דבר.

דובר:

אני מציע דואודופה, אני מציע לרבד את הפסקת ההריון לא בצורה המצמצמת הזאת, למשל על ידי הגיל 20-30, זה מזניח את המבוגרות, אבל משאיר את אלה ש... בלי הסברים, רק כותרות. דבר שלישי, יש לי רשימה שלמה שאני מכניס אותה אם אלה לא יתקבלו. אבל יש לי רשימה שלמה של הצעות נוספות.

דובר:

זה לא מספיק.

דובר:

היתר זה אוזורדקס, אלידל, אבוסינגיס, כל אלה כספים קטנים, ואם מחפשים כסף גדול אני מוסיף את הקדסיילה, להוסיף להוצאה. אני חושב שזה מספיק.

דובר:

הלאה,

דובר:

אני מרגיש לא נוח להוציא את הדואודופה כשיש לנו הפסקת הריון בפנים. לכן אני מציע את שניהם ביחד. ואם נגיע גם לאונקולוגית בסוף, אני חושב שהקדסיילה הוא ה,

דובר:

אז הפסקת הריון אתה רוצה להוריד לגמרי?

דובר:

הפתרון של המליון שאני שומע אותו עכשיו פעם ראשונה, אין לי בעיה איתו, אם זה מסתדר כלכלית,

דובר:

דואודופה וקדסיילה, בסדר העדיפות הזה. בסדר גמור.

דובר:

יש לי רשימה ארוכה.

דובר:

בסדר עדיפות יורד, כמו האחרים לפניך.

דובר:

דואודופה, קדסיילה, נאודקסטה, לי אין בעיה להוריד פיזיותרפיה לציסטיק פיברוזיס כי אנחנו נותנים את זה ממילא בקופה, ברמה גבוהה. את האוזורדקס, את האלידל ואת הפסקות ההריון. זה כבר יותר ממה שנדרש. הגעתי ל-250 מליון.

דובר:

אבל זה בסדר עדיפות יורד?

דובר:

כן.

דובר:

זאת אומרת הפסקות ההריון שלך בסוף להוריד, לא בהתחלה

דובר:

אני מוכן לשים את זה לפני הפיזיותרפיה.

דובר:

לא, אני לא רוצה לשכנע אותך, כך חשבת.

דובר:

דאודופה, קדסיילה, ואת הפסקות ההריון להגביל ל-20-30, שיהיה בפנים. כלומר הגיל המבוגר בחוץ.

דובר:

דואודופה, הפלות 20-30 שיהיה בפנים, אוזורדקס, ואם צריך לקצץ באונקולוגיה אז ירבו ואחריו קסופיגו,

דובר:

מה זה נקרא אם, זה בעדיפות רביעית אצלך ירבו?

דובר:

ירבו ואחריו קסופיגו. ולגבי ניקוז ריאתי, אם נצטרך, אז אני לא חושב, לא צריך להוציא או לא, אלא כרגע אנחנו נותנים השלמה ל- 105 במקום 33. אנחנו יכולים לשחק עם המספר הזה. בשום אופן לא להוציא את זה, אבל אפשר להכפיל את זה,

דובר:

אתה לא צריך יותר, אז לא נשחק עם האחרון שהזכרת. ניקוז ריאתי. עם המחיר שלו.

דובר:

יש לנו חמישה ס עיפים,

דובר:

מי זה לנו, הקבוצה שלך מלאומית?

דובר:

כן. מי שאני מייצג. כל קבוצת האבודרט, דואודרט,

דובר:

מקום ראשון להורדה אצלך?

דובר:

כן. הנימוק הוא שזה כיום בשב"ן עם השתתפות נמוכה, ולא מציל חיים. המקום שני זה נאודקסה, גם X הזכיר את זה. אפשר להמתין שנה לאישור. מקום שלישי הזכירו, גם X, גם X, גם X, וגם X, זה קדסיילה. מקום רביעי, דלירספ, יש חלופות סבירות, ומקום אחרון, ו-X גם הזכיר את זה, אבוסינגיס, כל שנה מוסיפים קצת, אפשר להתאפק שנה אחת.

דובר:

אני כתבתי גם כן דואודופה, קדסיילה והפלות להגביל לגיל 20-30.

דובר:

דואודופה, אוזורדקס, להגביל הפסקות הריון.

דובר:

ל-20-30?

דובר:

כן. ונאודקסטה וטוקטינו. אני רוצה להכניס אילאריס וגיוקסטפיד.

דובר:

דואודופה, והגבלת הריון ל- 20-30. לגבי התרופות האקולוגיות והאחרות אני עוד אשמע את האחרים,

דובר:

לך חסר סכומים. לאחרים היה עודף.

דובר:

אני כמו X ו-X, דואודופה, קדסיילה והחפלות להגביל ל-20-30.

דובר:

דואודופה, הפסקת הריון 20-30 וקדסיילה.

דובר:

דואודופה וירבוי,

דובר:

איזה ירבוי?

דובר:

שניהם, כי גם אחרי ההסכם זה נשאר עלות מאוד גבוהה למטופל, או לחלופין אם לא רוצים להוריד את הירבוי כי חושבים שלא נשיג הסכם בשנה הבאה, זה את הפרדקסה והאוזורדקס.

דובר:

אני דאודופה, הפסקות הריון הייתי משאירה 20-30 והייתי מורידה את האוזורדקס.

דובר:

אוזורדקס, תאפשר, כמובן אווסטין בחוץ.

דובר:

אוסטין ... קו ראשון. אני אמרתי, או שהלוסנטיס ואוזורדקס ביחד, או ש... הכל או לא כלום.

דובר:

דאודופה, אוזורדקס, וקסופיגו או זייטיגה.

דובר:

אני חושבת שדאודופה, נודקסטה, אני חושבת שגם כך אנחנו מכניסים השנה לסכום הנוירולוגי, אני בחרתי שלוש טכנולוגיות שמביאות אותנו לסכום הזה, הראשון זה דאודופה, עם כל המורכבויות שלה שדיסקסנו פה, השני זה נודקסטה, שאני חושבת שיש בעייתיות בהגדרה הזאת של ה-PBA, אני חושבת שאנחנו צריכים לזכור שלנוירולוגיה אנחנו כרגע מכניסים גם תרופות ל-MS, גם וימפט ואולי עוד דברים אחרים, אז בכל זאת יש איזה שהוא מענה בתחום

הזה, והשלישי זה הפסקות הריון להוריד ל- 20-30 ביחד שלושת הטכנולוגיות האלה עושות את הצימצום המבוקש.

דובר:

אתה גם שאלת מה להוסיף.

דובר:

מישהו אחד אמר ג'וקסטאפיד ואילאריס,

דובר:

אני מצטרף למי שאמר ג'וקסטאפיד.

דובר:

אני בעד דואודופה, ירבוי, ונודקסטה. ולהחזיר את ג'וקסטרפיד. נשאר לפי החישוב שלי, לפי החישוב שלי יש כסף, אלא אם כן הכל משתנה עכשיו.

דובר:

אני מצטרפת ללהכניס את האילאריס, אבל אני רוצה לשמוע את העידכונים על ...

דובר:

להכניס אילאריס, תיכף נראה אם יהיה כסף.

דובר:

לאור בקשת קופה X בחנו את נושא החישוב לגבי ה- CLL ההתוויה של בחולים שלא יכולים לקבל את הטיפול ב- ובפועל, אנחנו צופים שהחולים שיטופלו, אנחנו יכולים לחלק אותם לשניים. שלושים אחוז יקבלו את זה בקו הטיפול הראשון,

דובר:

סליחה, מה הכוונה, הכוונה שאם אני נגיד אומרת האיש מבוגר מדי בשביל פלודארבין, אני רוצה לתת לו בנדה, זה מספיק טוב? מה יהיו הקריטריונים להתחלה בבנדה ולא בפלודארבין? זה נכנס לסל כקו ראשון עכשיו?

דובר:

עקרונית ההתוויה הרשומה שלו היא פירסט ליין אוף כרוניק לימפופוסייטק לוקימיה, אין פיישנטס קומביניישן כימוטרפי איז נוט פרופיאייט.

דובר:

אני חושבת שהנטיה של ההמטולוגים תהיה לתת מה שיותר מה...

דובר:

את אומרת שזה לא יהיה 30 אחוז,

דובר:

זה יהיה 100 אחוז.

דובר:

טוב. אנחנו צריכות לעשות חישוב מחדש.

דובר:

אני הייתי אומרת 30-70 הפוך.

דובר:

טוב, אני חושב שהדואודופה, אין אחד שלא אמר אותו.

דובר:

אני לא אמרתי. לא שאני מרוצה מההתנהגות של החברה,

דובר:

לא, אתה אמרת אבודרט מקום ראשון. אתה היחיד. אז אני חושב שהדואודופה יש ממש קונצנזוס. לגבי השני, בואו נראה, הפסקת הריון לצמצום, שניים אמרו, שניכם אמרתם להוריד למליון, לטפל בהפסקות הריון. הרוב 20-30, אחד שניים או שלושה להוריד, להקצות סכום סימבולי. הפסקות הריון יש 1, 2, 3, 4, אצל X זה בעדיפות נמוכה מאוד, אבל בעדיפות גבוהה 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 מתוך שבעה עשר חברי ועדה שמו הפסקות הריון בתוך, גרוסו מודו לתוך ה-82 מליון שקל שצריך להוריד, אבל לא הפסקה אלא צמצום ויש רוב לצמצום, כלומר להגדיר ל-20-30. זה יהיה הדבר השני ואבקש מאנשי המינהל לחשב לנו אם אנחנו מורידים דואודופה, ומגבילים הפסקות הריון לגיל 20-30 איפה אנחנו נמצאים מבחינת עלות, כולל המודיפיקציות של X.

דובר:

טוב, חוזרים לרגע שוב לנושא ריבומוסטין, מובא לתשומת ליבי, בהתייעצות ... שב- 30 אחוז מהחולים אנחנו מדברים בעצם על תוספת של מתן של שכיום לא מוגדר עבורם בסל, ולכן באותם חולים הוספנו את אותם שישה מחזורי טיפול במפטרה, ולכן העלות הכוללת לכלל החולים עומדת על 3.383,

דובר:

במקום?

דובר:

במקום 2.306,

במקום 2.306,

דובר:

זאת אומרת מליון שקל נוסף. אז צריך להוריד 83.5 ועוד 82.5. עוד משהו?

דובר:

זה כולל את המיליון שהיא עכשיו הוסיפה?

דובר:

כן.

דובר:

אחרי דואודופה והורדת הפסקת הריון ל-20-30 מדברים על 309,957, זאת אומרת 10 מליון.

דובר:

כמה זה 20-30?

דובר:

5,400 נשים.

דובר:

לא, כמה כסף?

דובר:

12 מליון.

דובר:

X רוצה להעלות לדיון לא להוריד את הפסקות ההריון ל-20-30 אלא להקצות מליון שקל

ל...

דובר:

לא, לפי המספרים האלה אפשר להקצות גם ארבעה או חמישה מליון.

דובר:

לא, אין לך ארבעה-חמישה.

דובר:

כן.

דובר:

אני מתנגד לפתוח דיון נוסף. היתה פה הצבעה, היתה הצבעה ברורה,

דובר:

אין הצבעות.

דובר:

ראית, זה היה רושם מדעת הרוב.

דובר:

אם אני מבין את המספרים נכון,

דובר:

רק רגע, צריכים לקזז עוד 10 מליון שקל, יש לו 10 מליון, תשמעו אותו. זה לא פתיחת

דיון. יש לו הצעה ל- 10 מליון, בבקשה.

דובר:

X נניח היינו מורידים את כל ה- 20-30, לאיזה מספר היינו מגיעים, ל- 296? מורידים
לאפס נניח, לכמה היינו מגיעים?

דובר:

296.5.

דובר:

מה שאמרתי. אוקיי, 3.5 מליון שקל, כדי להגיע ל- 300 מליון שקלים שאפשר להקצות
בדרך כל שהיא, לא מליון שקל, 3.5 מליון שקלים בדרך כלשהיא, להפסקת הריון, למי שתצטרך
את זה. כי כולכם בסוף,

דובר:

אחת הבעיות זה שנשים שיש אולי כסף בבית אבל הן לא יכולות לבקש מהבעל.

דובר:

ניתן ל-X, זה יהיה דיון קצר,

דובר:

אם תאמרו לי שכל ה- 5,400 נשים הם הקבוצת מטרה שלכם, מבחינתי נגמר הדיון, אתן צודקות. אם תגידו לי שיש 1000 נשים, שהן אותן נשים למרות שיש או שאין, אלו המטרה שלכם, אז יש להם פה פתרון במסגרת ה- 3.5 מליון שקל,

דובר:

אין מנגנון לקבוע את זה.

דובר:

אני רוצה להגיד מילה. אי אפשר לזהות, זה סל, אי אפשר לעשות, כבר שמענו מבחינה סוציו אקונומית, לעשות הפרדה. יש נשים שבאות מבתיים מאוד עשירים שלא יכולות לדבר עם הבעל ולקחת את הכסף הזה. ההפרדה הזאת לא אפשרית. ניסינו לצמצם את זה כי הבנו שבנות בנות 20-30 מבתיים דתיים, מאמהות חד הוריות וכו', זו אוכלוסיה מאוד מאוד רגישה, מרמה סוציו אקונומית נמוכה וכו'. וכל השאר מעל גיל 40 וכו', יצטרכו למצוא את הכסף בינתיים ולגייס את הסכום הזה.

דובר:

אני מסכים עם X.

דובר:

אני רוצה לקחת את זה למקום קצת יותר כללי. הפסקה של הריון זו פעולה רפואית שמבוצעת בבית חולים. כל שירותי הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ניתנים באופן שלא לא עושה מבחן הכנסות, זה דברים ש, כל הגישה החברתית הישראלית נסוגה מהם כבר מזמן. אתה רוצה דווקא בשירות הזה, אני לא יודעת למה להביא את חולי האפיליפסיה לועדה כדי לראות מי יכול לשלם 600 שקל לשנה. אתה הופך את זה למשהו חברתי.

דובר:

זו מניפולציה.

דובר:

זה לא.

דובר:

זה כן.

דובר:

זה כל הנשים שנזקקות לשירות רפואי בעלות מאוד גבוהה לפרט ונדרשות פה לאחריות
ההדדית,

דובר:

זו ועדה שמקצה עכשיו 12, 13 מליון שקל, כדי לסיים חיים של עובר. זו המשמעות,

דובר:

ואולי להציל חיים של אישה.

דובר:

סליחה, בדיון הזה כבר היינו. אתה לא יכול לחזור על זה עכשיו.

דובר:

זה היה משפט חזק, אולי מדי.

דובר:

קודם כל הערה מתודית, סליחה שאני אומרת, אני הרגשתי בחברותי פעם ראשונה בוועדה את החשיבות העצומה של נוכחות לאורך הדיון אם אנחנו עוברים פה משהו. אנחנו עברנו פה משהו גם בנושא הזה. אי אפשר עכשיו לבוא, אחרי שכולנו בהתחבטויות נפש, ועכשיו לגוף העניין. זה לא נכון להציג את זה כפי שאתה מציג את זה, אני אומרת לך, זו הצלת נפשות של ממש. וחלק מזה שזה הצלת נפשות זה שיש קושי לאתר את הנשים האלה. דבר נוסף, האגודות שאתה הצעת, חלק מהן פועלות במסווה של אגודות לעזרה להפסקת הריון, כאשר הן מפעילות מכבש נורא על האישה שלא תפסיק את הריונה.

דובר:

אפילו אנחנו מרגישים את זה.

דובר:

יפה, רוצה לומר ששלושת הדברים האלה, הרי הרוב יכלו להגיד שהם רוצים להוריד לגמרי. לא. אמרו 20-30 כדי להגיע פה לאיזה משהו סביר, אני חושבת שבזה צריך לסגור את העניין הזה.

דובר:

אני רוצה להוסיף. אני חושבת שחלק מהסיבות שהנושא של הפסקת הריון עלה פה ועלה פה אצל הרבה, זה בגלל האמירה החברתית והרצון לבוא למצבים שהם באמת משליכים על חייה של האישה בצורה דרמטית, הרבה יותר מאשר טכנולוגיות אחרות שנמצאות פה על השולחן. ואני

חייבת להגיד שבמאמץ מאוד גדול אני הורדתי את זה מכלל הנשים שחשבתי שזה יהיה, ל – 20-30. זאת אומרת אני חושבת שיש טכנולוגיות אחרות, אבל באמת ראיתי פה את הצורך לפחות לעשות את קפיצת המדרגה הזאת. אני גם לא מכירה מנגנון שבו אפשר להעביר כספים לעמותות. או שאנחנו מכניסים את זה לסל, או שאנחנו לא מכניסים לסל. או שאנחנו מכניסים בקריטריון מסוים, או שלא. ואז הקופות לא תוכלנה להעביר את הכספים לעמותות או למנגנונים אחרים. אני חושבת שזה צעד בנושא של, גם הבריאות של האישה וגם העצמאות של האישה, ואני חושבת שיש לזה אמירה מאוד חשובה.

דובר:

עוד מישו בעניין הזה?

דובר:

אני רק רוצה להגיד שאני רואה חשיבות גדולה לזה שאנחנו בפעם הראשונה שמכניסים את זה לסל, הגבלנו את זה לגיל 20-30, השיקול שלי לא היה שיקול כלכלי, אני חושבת שאלה הבנות שהכי זקוקות לזה, צריך לתת לזה לרוץ שנה, לראות מה קורה עם זה, ואני חושבת שאחרי שנה צריך לעשות הסתכלות מחודשת ולהגיש את זה לסל הבא, אולי לעוד קפיצת מדרגה. אבל אני רוצה להדגיש פה שלפחות מבחינתי ה-20-30 זה לא אמירה כלכלית, זו אמירה חברתית ואני חושבת שהיא נכונה.

דובר:

טוב. יש לנו עוד 10 מליון שקל לקצץ. אני רוצה שמישהו יבקר אותי, כי אני עשיתי סקירה מהירה, ויש עוד שלוש תרופות, אחת שהוזכרה על ידי שמונה אנשים לקיצוץ, אחת על ידי שבעה ואחת על ידי חמישה. ואני רוצה שמישהו יבדוק אותי, לא לקחת את זה על עצמי. קדסיילה, שמתמחרת כרגע ב- 23 מליון שקל הוצעה על ידי שמונה אנשים לקיצוץ. אוזורדקס שהיא בדיוק 9.8 מליון הוצאה על ידי שבעה,

דובר:

אוזורדקס זה 4.2.

דובר:

ונודקסטה, על ידי חמישה אנשים, והיא 8 מליון שקל. אז אני מציע, אם באמת זה נכון, הראשונה, קדסיילה, השניה אוזורדקס והשלישית נודקסטה.

דובר:

הנודקסטה עושה לך הכי הרבה עבודה.

דובר:

רק רגע, השאלה אם אתם מוכנים כרגע לקיים דיון על שלושת התרופות הללו, אם נוריד את הקדסיילה, אז תהיה לנו גם אפשרות לדון בהכנסת ג'וקסטפיד, אילאריס, שאלה השניים היחידים שהיו מועמדים להכנסה.

דובר:

אני רק רוצה לעדכן על האילאריס, ממה שאנחנו קיבלנו, אנחנו קיבלנו מכתב מהחברה. הם כתבו ככה: 'חשוב להדגיש כי אין מענה טיפולי אחר לילדים עם סיסטמיק ג'ובנייל שאינם מגיבים או פיתחו תופעות לוואי משמעותיות מאקטמרה. המחקר המתנהל כיום בארץ עם אילאריס, באינדיקציה זו, עומד להסתיים בקרוב במהלך שנת 2014. קיימים עשרה חולים הזקוקים לתרופה כקו שני, לכן אנחנו ממליצים ...

דובר:

אבל מה עם זה שהם ימשיכו לעוד שלוש שנים?

דובר:

זה הם לא רצו להגיד.

דובר:

הם יכולים להמשיך את המחקר בעוד שלוש שנים.

דובר:

אני אגיד לכם מה הוא כתב לי על ... הילדים האלה,

דובר:

הוא, פרופ' X או החברה?

דובר:

פרופ' X. הוא שאל, הוא אמר שיש ילדים שכשהם מגיעים לרמיסיה, מפסיקים להם את הטיפול, ואין לנו באמת תשובה טובה אם הם יוכלו לקבל מהחברה בתוך השלוש שנים, ..

דובר:

מפסיקים להם מחקרית או מפסיקים להם כי הם לא צריכים?

דובר:

הם סיימו את המחקר, הם נמצאים בתקופת השלוש שנים, מפסיקים כי הם ברמיסה, ואז הם כבר לא זכאים כנראה לחזור,

דובר:

אם תהיה

דובר:

נכון. הוא אומר שיש חמישה ילדים שהם לא במחקר, והם כבר לא ייכנסו למחקר,

דובר:

אוקיי. רבותי, מה דעתכם לרכז את הדיון, הייתי רוצה רק על זה דעה מהירה. לקדסיילה, אוזורדקס, נודקסטה, והכנסת גיוקסטפיד.

דובר:

אני רק רוצה להעלות עוד משהו על השולחן, יש את הדרמטולוגים. אני חושבת שביחס ל,

דובר:

מה זאת אומרת, את הצבעת על זה, היית אחד משניים שהצביעו על זה, מה הסיפור?

דובר:

אני רק אומרת שאני,

דובר:

שאת מרגישה לא נוח עם זה שיישאר דרמטולוגיה.

דובר:

שנשאר דרמטולוגיה כשיש לי קדסיילה,

דובר:

אבל את בקבוצת מיעוט קטנה, נדמה לי ששני אנשים, אני מוכן לבדוק, היו בעד לתת עדיפות להוצאת דרמטולוגיה.

דובר:

אני רוצה דווקא לדבר על נודקסטה. את כללת את זה בנוירולוגיה, אני לא כולל בנוירולוגיה. אני כולל את זה בססיה הקטנה של טיפול פליאטיבי. כי איך שהוא יש קונוטציה שטיפול פליאטיבי הוא רק בחולי סרטן וזה לא. דרך אגב, אני מציע לשנות את ה-פאי, כתוב אונקולוגיה תומך. צריך, פליאטיבי. לא אונקולוגיה. אני חושב שזו התרופה היחידה חוץ מפלקוסי, שהכנסו את זה. ולכן אני לא חושב שלקבוצה הזאת צריך, בסך הכל מדובר בשמונה מליון, אני מבין שדרך אגב היא הקטנה, חמש היו בעד, נכון? בעד להוציא.

דובר:

בעד נודקסטה? חמישה. הכי פחות מהשלושה של קדסיילה, אוזורדקס ונודקסטה.

דובר:

אני חושב שזו התרופה הפליאטיבית היחידה הלא אונקולוגית, אני לא מכיר עוד אחת בסל כרגע, יש כל מיני כאלה שאנחנו משתמשים שלא באינדיקציה, אבל אין, אני חושב שזו צריכה להיות....

דובר:

אבל האווידנס שאנחנו דירגנו ואמרנו שזה אווידנס של A8-9, ואמרנו שוב, שקבוצת החולים היא קבוצה מאוד רחבה עם אתיולוגיות שונות, והקדסיילה לדוגמה, שקיבלה את הניקוד הגבוה ביותר היא תרופה שקיבלה A9 על ידי חברי הועדה, וההיקף הכלכלי שלה הוא הרבה יותר גדול ממה שאנחנו צריכים להגיע עכשיו מבחינת ההפחתה של העלויות. האוזורדקס אני רואה איתו איזו שהיא בעיה, בגלל שאין לנו ממש מחקרים קליניים ואווידנס שבא ואומר מה זה עושה בקו שני. נכון שיש לנו לגבי קו ראשון, נכון שיש נסיון קליני שמצטבר, אני שוב, אני רואה את הדברים אחרת. אני מציעה נודקסטה ואם צריך עוד קצת, או באמת ללכת לכיוון של אחת מהתרופות הדרמטולוגיות,

דובר:

ולא להכניס את הג'וקסטפיד. הדרמטולוגיות לא הוכנסו. בסבב הקודם שעשינו,

דובר:

הן כן הוכנסו.

דובר:

לא הוכנסו, לא עלו, בואו נעבור ונראה. X אמר אלידל, X אמר אלידל, אולי אני טועה, בואו נעבור. שלושה בלבד אמרו על האלידל. כל אחד יביע דעתו, X חושב שבנודקסטה אסור לגעת, ו-X חושבת שבקדסיילה אסור לגעת.

דובר:

אני מסכימה גם איתו וגם איתה.

דובר:

את חושבת להוציא את האוזורדקס ו?

דובר:

ועוד אחד מהדרמטולוגיה.

דובר:

אני רוצה להגיד בעניין הדרמטולוגי,

דובר:

... הוספתם משהו או לא?

דובר:

לא הוספנו, וגם על זה צריך לדון.

דובר:

אני רוצה להוסיף.

דובר:

בבקשה, מה שאתה רוצה להוסיף זה 7.25 מליון שקל.

דובר:

על מה אתה מדבר?

דובר:

גיוקסטפיד, כולסטרול... זו תרופה שמורידה את הכולסטרול LDL, VLDL, לרמות מתחת לנורמל. אני מבין ש-X לא אוהבת את הרעיון כי זו תרופה יקרה וחדשה, מחלת יתום, שעד עכשיו אנחנו דיברנו על זה שיש לזה פרוגנוזה מאוד גרועה, מורידים לך 40 שנים מהחיים, ... מחלות טרשת בגיל מוקדם. אז נכון שאין לנו הוכחה שזה מאריך את החיים, אבל יש לנו הוכחה שזה פוגע במנגנון האינטר מיד.. המרקר של הכולסטרול ומוריד אותו לנורמה בחלק מהחולים.

דובר:

לגבי איזטרול יש לך הוכחה?

דובר:

כן. כי זה עם איזטרול, עם הפלזמה פרוזיס בחלק, עם כל הדברים שלא מצליחים להגיע לירידה של הכולסטרול, והתרופה הזאת באופן משמעותי. ... יורד עוד מתחת לנורמה. זה פעם ראשונה שיש. אם יתנו לחולים האלה מספיק זמן, זה ידחה להם את הטרשת ואת המחלות שיש בגין זה. ולא לאהוב את זה בגלל שאין עם זה מספיק נסיון, אז נכון, באירופה זה הוכנס לסל האירופאי רק במאי 2013.

דובר:

אוקיי. אתה נתת עשר טכנולוגיות להורדה, ואתה מכניס את הג'וקסטפיד. מה בעדיפות אצלך להורדה? הראשונים שלך היו דואודופה, שעל זה הסכמנו כבר, קדסיילה ונודקסטה. זה מה שאתה רוצה, להוריד קדסיילה ונודקסטה, ולהוסיף ג'וקסטפיד. זה יותר מדי. תבחר. אתה לא צריך את שניהם. אם תוריד את נודקסטה לא נוכל להכניס ג'וקסטפיד. אנחנו מאוזנים פחות או יותר.

דובר:

אז להוריד את המינימום שמאפשר, זו התרופה היחידה שהיא תרופת יתום שלא מקבלת התייחסות.

דובר:

מה זה מינימום, תבחר.

דובר:

אז אמרתי, או נודקסטה אם מספיק זה בסדר,

דובר:

נודקסטה לא מספיק.

דובר:

אז את הקדסיילה.

דובר:

אוקיי. שמענו את דעתך. נעשה אחרי זה איגום של הדעות.

דובר:

אני חשבתי שהיה איזה שהוא קונצנזוס על הקדסיילה,

דובר:

לא. שמונה מתוך שבעה עשר. שמונה מתוך השבעה עשר אמרו להוריד קדסיילה וזה התרופה אחרי דואודופה, ואחרי צימצום הפסקות הריון, לפי ריבוד לפי גיל, זה היה מקום שלישי. מבחינת הדעה של האנשים. אז בוא תגיד מה דעתך. מה אתה רוצה להוריד, מה אתה רוצה להכניס.

דובר:

אני רוצה לתמוך ב- X באורח בלתי צפוי ולהוריד את תמיכתי בהורדת הקדסיילה. להשאיר אותה.

דובר:

העדיפות הראשונה שלנו, קבוצת האבודרט, נואודרט.

דובר:

אבל אנחנו כבר לא שם. אנחנו כרגע דנים בין קדסיילה, אוזורדקס לנודקסטה, להכנסה או לא של ג'וקסטפיד.

דובר:

איפה נמצא ירבוי?

דובר:

ירבוי עם מיעוט קטן. ירבוי אמרו שלושה אנשים. אני חושב, תני לי לבדוק עוד פעם. את ואני, אני יודע, שלושה אנשים אמרו ירבוי.

דובר:

יש לנו כרגע 10 מליוני שקלים שצריך להוריד. יש פה הצעה להעלות את... אני חושבת שקודם כל צריך לנהל דיון אם אנחנו באמת רוצים להעלות את הגיוקסטפיד.

דובר:

אפשר לנהל את הדיון ככה. אוקיי. מי חושב שצריך להכניס גיוקסטאפיד? ההומוזיגוטיים, זה ברור, מוכחים גנטית. X את בעד להכניס, X, X , אני גם.

דובר:

אני לא.

דובר:

אני חושבת שזה מוקדם מדי.

דובר:

אני חושבת שזה מוקדם גם.

דובר:

הרגע הצעת לדון על ג'וקסטאפיד.

דובר:

אני חושבת שזה מוקדם,

דובר:

אוקיי, מוקדם אבל שמענו שבערך מחצית חברי הועדה טנטיבית כרגע בעד.

דובר:

אני רוצה לנסות לשכנע אותם. אני חושבת שזה תרופה שנראית מבטיחה, מחלה שהיא באמת מחלה קשה, אני מרגישה שאנחנו פה נותנים תכשיר בעלות של למעלה ממליון שקל פר בנאדם לשנה, לאורך מספר שנים, עם השקעה של עשרות מליוני שקלים למטופל, כאשר אני מרגישה שהאוידנס והנסיון לא מספיק. יכול להיות שבעוד שנה אני ארגיש יותר בטוחה בהכנסה של התרופה. אבל עכשיו ללכת ולהחליט שאנחנו משקיעים פה, גם אם זה שבעה או שמונה, זה נראה מפתה, כי המספר קטן, ובאמת לא יהיו הרבה חולים כאלה. צריכים להסתכל גם על טווח אורך הזמן,

דובר:

זה לא הרמה של 4MPS, שנתנו בשנה שעברה?

דובר:

לא, היא מסתכלת על ה... והיא צודקת ש..

דובר:

אני מסתכלת על האוידנס בייסד, אני חושבת שזה קצת מוקדם.

דובר:

אני רציתי להבין כי אני זוכרת שאתה אמרת בדיון קודם שגם אמורות להכנס עוד שנה תרופות נוספות שכנראה יורידו את המחיר, אה, X אמר. אז זה גם נתון שכדאי לדעת אותו, בגלל שאם אנחנו הולכים להכניס עכשיו משהו במליון שקל ועוד שנה זה כבר יעלה הרבה פחות, אז גם זה נתון שחשוב לדעת. האם זה באמת נכון?

דובר:

מאיפה המידע הזה אני לא יודע, יש לנו מידע על זה?

דובר:

אולי תגיד לנו מה אתה יודע?

דובר:

עד 2015 אמורות להיות פה בארץ תרופות חדשות מהתחום הזה, על ידי לפחות שתי חברות שהן כרגע בהליכים להכנסה של, דיברו איתי שב- 2015 זה יהיה בארץ.

(מדברים ביחד)

דובר:

ואז תגידו שאין מספיק נסיון כי הן חדשות, באמת.

דובר:

גם בנתונים... וגם ייכנסו עוד תרופות עוד שנה, יכול להיות שנכון לחכות עם זה.

דובר:

אם... זה אומר שקדסיילה בפנים?

דובר:

תלוי מה נחליט.

דובר:

מה זה אומר?

דובר:

זה אומר שצריכים להוריד 10 מליוני שקלים, שאפשר לעשות את זה בדברים קטנים.

דובר:

אם אנחנו שוב הולכים ל... אני בכל זאת רוצה להתייחס לאלה שהזכירו ... אז קודם כל יש לנו שינוי בקדסיילה שאנשים חזרו בהם. אני נותן לכם את הסכומים. קדסיילה 23 מליון, אם נוריד נוכל להכניס משהו אחר. אוזורדקס 4.2 וזה אמרו שבעה אנשים, לקדסיילה נעשה שוב סיבוב כי חיים חזר בו, זה פחות משמונה אנשים עכשיו, על הקדסיילה, ונודקסטה 8 מליון. אנחנו יכולים לעשות את החיים קלים אם נוריד את נודקסטה ואוזורדקס, יש לנו סל סגור. 300 מליון

שקל ולא נוגעים בקדסיילה. אם נוריד את האוזורדקס ב-4.2, ואת הנודקסטה ב-8 מליון, יש לנו עודף של שני מליון שקל. אני צריך לחשב את זה בצורה מדויקת. אם באמת הקדסיילה ירדה,

דובר:

אני לא רוצה להוריד את הנודקסטה.

דובר:

תראי, קודם כל או שאנחנו נצמדים לנוהל הדיון, פרדקסה הועלתה על ידי אדם אחד בסבב הזה. אז אין טעם להעלות אותה מן האוב. לא נראה לי. עברנו הרבה דיונים עליה, והחלטנו את ה... סקור הזה לתת. אז אנחנו נשארים על שלושה האלה. ואז השאלה, אני רואה פה שתי אפשרויות. או להוריד קדסיילה ואז אפשר להכניס ג'וקסטפיד או משהו אחר, או להוריד אוזורדקס ונודקסטה, והסל סגור.

דובר:

אני לא בעד להוריד את הנודקסטה, אני חושבת שאולי כדאי להוריד משהו מהדרמטולוגיה.

דובר:

בסדר, זה כבר אמרת, אבל זה לא היה בסבב הקודם.

דובר:

אבל זה לא אותם סכומים.

דובר:

רבותי, רק שניה אחת. נצטרך פה לשכנע אחד את השני. מישהו רוצה להחזיר את העור לדיון למרות שמיעוט אמר אותו בסבב? מי חושב שצריך להחזיר אותו לדיון?

דובר:

אני גם בעד להחזיר לדיון.

דובר:

רק רגע, 3.78, חלק מהעיניים.

דובר:

כמה זה אוזורדקס?

דובר:

אוזורדקס 4.2. אתה נאמן לשיטתך לשמור את הנודקסטה וזה בסדר, השאלה אם יש פה תמיכה מסיבית בעניין הזה. להשאיר את הנודקסטה ולא להוריד אותה.

דובר:

אני גם בעד להוריד.

דובר:

להוריד. אמרו את זה חמישה אנשים בסבב הראשון,

דובר:

זה לא פתרון אולטימטיבי, זה מונע רק 50 אחוז מהאירועים, לא 100 אחוז.

דובר:

אפשר גם לפצל את הנודקסטה, יש שם שני,

דובר:

לא, זה אותו מקור.

דובר:

לא, אי אפשר לעשות הבחנות. ניתן לפרקינסון ולא ניתן ל-ALS או לא ניתן לסטרוק?

דובר:

אבל אפשר להוריד את הנודקסטה ולהוריד אחד מהעור,

דובר:

את מכירה את ההסטוריה יותר ממני? אני לא מכיר בסל שום תרופה פליאטיבית, כפליאטיבית, שישנה בסל, שאפשר להשתמש בה. שלא בשטח האונקולוגי. לא מכיר אף תרופה. תתקנו אותי.

(מדברים ביחד)

דובר:

רבותי, בואו נתחיל עם הקל. אוזורדקס. כולם בעד להוציא את האזורדקס, 4.2 מליון?
אפשר לקבל החלטה על זה?

דובר:

כן.

דובר:

נשארנו עם צורך להוריד עוד כ- 6 מליוני שקלים. נודקסטה זה 8. עולה פה שוב מחדש
העור, שבהתחלה היה מיעוט, אני מבין שהורדת הקדסיילה ירדה.

דובר:

ירדה. לא הקדסיילה ירדה, ההורדה ירדה.

דובר:

אנחנו נשארים עם 41 אחוז אונקולוגיה. מתגבש קונצנזוס על זה? תקבל את זה. אין מה
לעשות.

דובר:

לא הוספתם כלום.

דובר:

אז לא נוסיף כלום. אז מה יקרה?

דובר:

בבקשה. שאנשים יביעו דעתם. רבותי, אוזורדקס ירד, יש לנו 6 מליון שקלים לקצץ.
נודקסטה היא אחת המועמדות. עלתה פה ההצעה להוריד עור, כמה יתן לנו הורדת העור? כל העור
וחלק העור?

דובר:

רק אחת מה,

דובר:

מה, את האקזמה הקשה או את ה,

דובר:

את הטוקטינו.

דובר:

כמה הטוקטינו?

דובר:

הטוקטינו 2.5 מליון.

דובר:

לא מספיק. אוזורדקס ירד, אנחנו בחסר של שישה מליון שקל. הנודקסטה יתן לנו שמונה, והעור כולו יתן לנו כמה?

דובר:

תעזבו את העור, נודקסטה.

דובר:

שישה מליון.

דובר:

אני לא הייתי רוצה להוריד לעור הכל. דרמטולוגיה,

דובר:

אבל תוריד חצי, אין לך מספיק, את צריכה להוריד עוד,

דובר:

בדרמטולוגיה לא נתנו שום דבר...

דובר:

אוקיי, זאת אומרת את נגד ה ורדה של העור.

דובר:

אני מוכנה להוריד אחד מהם.

דובר:

זה לא יתן לנו. X אתה ער לזה, אנחנו שומעים פה, אני לא יודע אם זה נכון, שהנודקסטה בעלת יעילות של 50 אחוז, מהנסיון שלך אתה מודע לזה? זה היה האוידנס? אני לא זוכר.

דובר:

נודקסטה.... 50 אחוז..

דובר:

אוקיי.

דובר:

אני עוד לא שמעתי לגבי החמישה ילדים שלא נכנסו לסטאדי הזה של האילאריס, מה קורה איתם, מה המענה שלהם,

דובר:

יש לנו תשובות מאוד לא ברורות, אבל המחיר ממשיך להיות בשמים, ואני לומד מהמכתב ש-X ו-X קיבלו, שהחברה, עם סיכוי גבוה, אני לא מתחייב, לילדים האלה שנכנסו לרמיסיה, אם הם ... בתוך שלוש שנים, אפשר לחייב אותה לתת. אני צודק X או לא?

דובר:

כן רק יש חמישה לא בניסוי.

דובר:

אוקיי, זה המצב לגבי האילאריס.

דובר:

אז לגבי החמישה האלה אני שואלת.

דובר:

כרגע זה בחוץ.

דובר:

ועלויות לא שמענו.

דובר:

עלויות זה כ- 700,000 ומשהו למטופל.

דובר:

זה 3.5 מליון שקל.

דובר:

למה לא לתת..

דובר:

אנחנו צריכים לתקצב עשרה. זה ...

דובר:

אילאריס, הערכה היא לעשרה חולים, 760,000 שקל למטופל, יש איזו הצעה שהם מוכנים
שאנחנו,

דובר:

את השמונה הראשונים המדינה תממן והם יממנו שניים.

דובר:

זה יקר מדי.

דובר:

זו הצעה שהגיעה עכשיו תוך כדי.

דובר:

את השמונה הראשונים המדינה תממן?

דובר:

לא, אנחנו נממן שמונה והם שניים. אנחנו לא יודעים אם זה...

דובר:

ההצעה לא לגמרי ברורה, הכל ברגע האחרון וההצעה לא לגמרי ברורה. וזה אחרי שפנינו אליהם כמה פעמים?

דובר:

את השני מליון האחרונים לתת ליו"ר הועדה, עם אחד מ, נאמר נציגי הקופות,

דובר:

לא מעוניין. לא, אני רוצה לחלוק עם עוד שישה-עשר איש את האחריות.

דובר:

אם מורידים אוזורדקס ומורידים אחת מתרופות העור, הטוקטינו לדוגמה, ונוריד את הפלוקסי-להק,

דובר:

לא, זה רעיונות חדשים לגמרי. אני חושב שזה מנוגד,

דובר:

בסדר, אז מה...

דובר:

אנשים כתבו פה את מה שהם רוצים והתרופה הזאת לא הופיעה אצל אף אחד. אין טעם לפתוח את זה.

דובר:

אפשר להוריד קצת מה... של ה-CF.

דובר:

לא, זה פליאטיבי, זה לא הייתי נוגעת.

דובר:

אני חושב שמה שמסתמן פה זה הנודקסטה או לפתוח את הנושא של העור. אבל חצי לא יתן ואת הכל אנחנו לא רוצים להוריד, ודרמטולוגיה יצאה מקופחת, אני חושב, שאנשים יביעו דעתם כן או לא, להוריד את הנודקסטה. לא מצביעים. להוריד את הנודקסטה?

דובר:

כן.

דובר:

לא.

דובר:

X נגד, X נגד, X בעד, X בעד, מסתמן שזה הקונסנזוס.

דובר:

עכשיו יש משהו יותר קל, איפה לחלק שני מליון.

דובר:

אני מציע שעל השני מליון האלה יתנהל משא ומתן חזק מאוד עם ה אילאריס. זה מה שאני מציע. על האילאריס שהם יממנו שמונה והמדינה שניים, ואז יש לנו את זה לפחות לסל 2014, והלאה אנחנו נחליט.

דובר:

הטכנולוגיה האחרונה, הקונדומים לטקס בתוך הרשימה?

(מדברים ביחד)

דובר:

הם יעשו, בשביל להגדיל את הסיכוי שבשנה הבאה הם ייכנסו, הם ייכנסו לרב שנתי אם יעשו את זה. הם הציעו שאנחנו מממנים שמונה והם שניים? ההיפך. להפוך. תגידי להם. זה ה- 2 מליון שקל האחרונים של ה- 300 מליון.

דובר:

....

דובר:

אני יודע שאני נחשב כנאיבי, אבל אני לא בטוח שאת צודקת. אוקיי. אנחנו יכולים לברך
על המוגמר?

דובר:

אני רוצה רגע להבין. מה יורד?

דובר:

יורד אוורדקס ויורד נודקסטה בסבב האחרון, קדסאילה נשאר, עור נשאר. 2 מליון יש
לנו.

(מדברים ביחד)

דובר:

לא היה קונצנזוס על זה, X.

דובר:

או להוריד איזה שהוא סכום מה-CF, קטן,

דובר:

ה-CF לא עלה בתיעדוף של אף אחד,

דובר:

שלי, אני העליתי.

דובר:

הוא העלה.

דובר:

בסדר, א. זה אחד, אני רשמתי מפיך דואודופה, הפלות 20-30, אוזורדקס, ירבו
וכסופיבו.

דובר:

אני גם אמרתי,

דובר:

אמרתי שאם צריך אז, ואמרת עזוב, לא ..

דובר:

אני אמרתי לך שהיתה לנו בעיה עם זה ואפשר להוריד את זה.

דובר:

טוב.

דובר:

לא צריך את הכל להוריד. אפשר, א בל ב גלל שיש לנו עוד 2.5 מליוני שקלים, אפשר להשאיר את האוזורדקס, להוריד אתהנודקסטה, ואז להוסיף עוד אחת מתרופות העור ואז אנחנו מגיעים בדיוק לסכום.

דובר:

להוריד את ההורדה של הנודקסטה.

דובר:

אבל היה פה קונצנזוס. אוזורדקס, ונודקסטה וגמרנו.

דובר:

אבל אנחנו מגיעים ל-297.5

דובר:

אם עושים מה? אם משאירים את הנודקסטה, משאירים זה בסל, לא משאירים בהורדה.

דובר:

אם מורידים ממה שיש לנו כרגע את הנודקסטה ואת האוזורדקס, אנחנו מגיעים ל-

297.5.

דובר:

אז האילאריס. זה שני ילדים.

דובר:

איזה אילאריס עם שני ילדים?

דובר:

אין בעיה, הקופות מוכנות לקבל אילאריס ב- 2.5 מליון שקל, אין בעיה. לכן ההצעה שלי, היות ויש 2.5 מליון שקלים, ההצעה שלי זה אולי בכל זאת לשקול להחזיר את האוזורדקס, אפשר להחליט אולי להוריד את אחד מהרזטזיסים.

דובר:

אבל זה ממש, זו לא הרוח ששררה פה, אפשר לחזור גם לנאודקס אם את רוצה, אבל זה לא הרוח ששררה פה. בלתי אפשרי. X, אם האוצר יתן עוד שני מליון שקל, ארבעה אילאריס, חמישה אילאריס, הם כבר יממנו החברה.

דובר:

אני מציעה להוריד את הטוקטינו, ולהכניס את האילאריס,

דובר:

זה לא עומד לדיון, כי רק אחד הזכיר את הטוקטינו, אני מצטער.

דובר:

אבל אפשר לפתוח את זה לדיון.

דובר:

לפתוח אין שום בעיה. לפתוח.... ב- 31.3.

דובר:

לא, זה לא לפתוח אחורה ללפני שנה,

דובר:

רבותי, היה לנו נוהל בדיונים, לא יתכן. זו דעת יחיד. יש מצב שיעלה עוד שני מליון שקל

או שלא?

דובר:

לא,....

דובר:

היו כאן כמה שהציעו את הטוקטינו.

דובר:

לא, אני אגיד לך בדיוק, הכל רשום.

דובר:

אני רוצה להציע משהו, אפשר? פעימה של ביטול,

דובר:

איזה מן דבר זה? אפשר לחזור...

דובר:

אפשר לחזור מכל דבר,

דובר:

לא, כשדנים על משהו מחדש אפשר...

דובר:

אני רוצה לענות. א. יש לנו פה מסורת של אי הצבעות. אני חושב שניסינו לשקף בצורה
הברורה ביותר את הלוך הרוחות. את פתאום באה עם משהו שהוא נגד הלוך הרוחות.

דובר:

אבל את לא יכולה להגיד לי, בגלל ששכחתי משהו, את יותר לא יכולה להציע אותו.

דובר:

אני לא אמרתי, את יכולה להציע הכל, אבל תידחי.

דובר:

יש כאן ברשימה, מסיים את הרשימה קונדומים לטקס שזה בכלל לא עלה פה לדיון,
אנחנו מתנגדים שזה יהיה ברשימה. זה לא עלה לדיון, אנחנו מתנגדים שזה יהיה ברשימה.

דובר:

אנחנו שמנו את זה במטריצה כי היתה בקשה של ...

דובר:

זה לא מעניין,

דובר:

בועדת הסל לא דנו בזה, זו היתה בקשה של המשרד, היות וזה ב- 100 אחוז השתתפות עצמית של המבוטחים. שלחנו את המחשבה הזאת לקופות, לא קיבלנו התנגדות למעט איזו שהיא אמירה, אני באה ואומרת שאם זאת העמדה, אנחנו נוריד את זה מהרשימה בגלל שזה לא חלק מהועדה, אבל אנחנו כן ננהל איתכם דין ודברים לגבי ההסדרה של זה.

דובר:

כרגע שזה לא יופיע.

דובר:

אני בכל זאת רוצה, על פי הרוח ששררה פה, להעלות את ההצעה, למרות ש-X צוחקת עלי, לבוא ליצרני האילאריס, ולהגיד להם של-2014 יש לכם 2.5 מליון שקלים. אנא תממנו את הילדים הנותרים ואז נדון מחדש בסל 2015 בנושא הזה. זאת ההצעה שלי, ל- 2.5 מליון שקל.

דובר:

אתה לא תוכל להפסיק טיפול לילד ש..

דובר:

אנחנו לא יודעים לעבוד ככה,

דובר:

למה?

דובר:

לא לוקחים את זה לנצח, לוקחים...

דובר:

אנחנו לא מבטיחים שום דבר מוחלט. אנחנו רק אומרים בואו, הפעם תעשו יותר קומפסן ממה שלקחתם, הם חשבו לעשות קומפסן, אני רוצה להשתמש ב- 2.5 מליון שקל האלה בשביל לנהל משא ומתן,

דובר:

הלשכה המשפטית לא תכנס ל,

דובר:

7 מליון, הם הסכימו 2 לקחת מה- 7 מליון. הם הסכימו לקחת 2, מתוך ה-10. הם הסכימו. זה 1.4 מליון, אז אנחנו כבר ב- 5.5 מליון ו- 2.5 אנחנו נותנים להם. רק רגע, רבותי,

דובר:

אני חושבת שיש חשיבות לשדר הציבורי שכשתמים הדיונים פה, זהו זה. יותר מזה, אני חושבת ש,

דובר:

את אומרת את זה אפרופו ה- 2.5 מליון שקל?

דובר:

כן. אני חושבת שהשדר שאנחנו משדרים שיש לנו מצוקה כספית, יעמוד ב סתירה עם השערה של סכום כלשהוא למשא ומתן או כל דבר שהוא. הסל צריך להסגר הרמטית לעניות דעתי על 300 מליון שקל, לדברים הנצרכים באמת, זה כואב הלב על הילדים, אבל מבחינת המתודה והמסר הציבורי, זה חייב להסגר.

דובר:

מה ההצעה שלך ל-2.5 מליון?

דובר:

ל-X יש הצעה.

דובר:

אני סומכת על X.

דובר:

יש את העניין הזה של הדמעות שדיברנו עליהם, הרסטויס. וזה הסכום.

דובר:

יש לנו עודף.

דובר:

זה הרסטזיס שנשאר בחוץ?

דובר:

כן. הוא נשאר בחוץ.

דובר:

הוא לא בחוץ, הוא בפנים. הוא בפנים לשתי ההתוויות.

דובר:

אוקיי. X,

דובר:

אני רוצה לבדוק רגע. עשינו את הקבוצה החדשה של הפסקת הריון. זה היה עם הסכום של ההשתתפות העצמית של האישה. אם מורידים את ההשתתפות העצמית, זה משחרר לך כסף לעוד טכנולוגיה?

דובר:

לא לא,

דובר:

למה, אנחנו אמרנו שזה יכול להיות חסם. גם ככה הורדנו את הפסקות ההריון לחצי ממה שהן צריכות להיות. בואו לא נוסיף עוד חסמים,

דובר:

אני חושב שהגיוני לא לעשות את ההפלה יותר מדי קלה. יש גם בזה מסר, נכון?

דובר:

הנה, יש הצעה נגדית של X מצויינת שנוסיף עוד שנה או שנתיים, לגיל 32 לדוגמה, ואז יהיה כאן 2.5 מליון,

דובר:

במקום 20-30 שזה סתם מספר עגול, 20-32,

דובר:

נשמע טוב. את יכולה לחשב?

דובר:

תחשבי בבקשה כמה מטופלות יש בין...

דובר:

אבל יכולת להחזיר טכנולוגיה שלמה..

דובר:

לא, אבל אתה רואה שזה לא יוצא, וזה לא היום ... כי אנחנו נשארים.. לשיטתנו להגביל,
לא לפתוח לגמרי, והרחבנו את הרצועה בשיעור של אחוזים.

דובר:

אבל ויתרת על טכנולוגיה. ככה אתה מכניס עוד טכנולוגיה.

דובר:

אז תציע טכנולוגיה שנכנסת ב- 2.5 מליון,

דובר:

כמה כסף זה?

דובר:

X פה אומרת שאפשר לעשות נסיון עם החברה שמייצרת את אילאריס לחמישה
וחמישה. צריך בשביל זה עוד מליון שקל.

דובר:

מד סוכר לילדים עם היפוגליקמיה בפנים, כן?

דובר:

כן.

דובר:

החמישה-חמישה זה פוראבר?

(מדברים ביחד)

דובר:

אתם רוצים שאולי בזמן שמחשבים את הגילאים של ה- 2.5 מליוני שקלים האלה, אולי אנחנו נקדיש על הלוח שתראו בכל אחד מהתחומים מה כרגע נמצא ומה לא. בסדר?

דובר:

יש לי כבר.

דובר:

יופי.

דובר:

זו חברה שתישא בעלות.

דובר:

אם החברה מממנת לך חמש, מה אכפת לך? אנחנו אמרנו עד הרגע האחרון,

דובר:

צריך הסכם לכמה שנים טובות, שלא יגידו לנו..

דובר:

זה פוראבר...

דובר:

אמרנו ניתן חמישה וחמישה. מה פוראבר?

דובר:

בשנה הבאה נבדוק,

דובר:

אנחנו הולכים לפי התחומים. בנושא ה... יש את הסרפיקה אלרגיה ואימונולוגיה ... גם לילדים, יש בנוסף לזה את הרופונסט ש-X את רוצה להגיד על זה כמה מילים? שזו תרופה שהיא תהיה ללא תוספת עלות. יש את השינוי שביקשתם שדיברנו עליו, שלא צריך של ה..... לגבי ה, מבחינת ההגדרות. סליחה, תדירות. באנדוקרינולוגיה יש לנו את הסיגניפור,

דובר:

טיפול בקושינג לא...

(מדברים ביחד)

דובר:

זה לא סופי, סליחה. הוא לא מופיע בכלל. הוא לא צריך להופיע פה.

דובר:

זה כולל את כולם.

דובר:

בגסטרו אין לנו השנה שום דבר.

דובר:

בגסטרו אין לנו שום דבר השנה. בנירולוגיה יש לנו את האבודרט, ואת ה..... ניירולוגיה,
שתי תרופות פומיות לטיפול בטרשת נפוצה. את הוימפקט, לטיפול באפילפסיה, את ה.....

דובר:

אולי כשאתם עושים עידכון סופי,

דובר:

בגסטרו אפשר להגיד שיש את ה..... ויש את ה....

(מדברים ביחד)

דובר:

יש את המד רציף למחלות אגירת גליקוגן, ראיתם את זה לפני זה, אלדורו... ציסטגון,
בתחום של האוסטיאופורוזיס זה רק השינוי של ההתוויות. מבחינת רפואת ריאות יש לנו את ה....
לחולי ציסטיק פיברוזיס. יש פה עוד שני תכשירים ללא תוספת עלות.

דובר:

אבל למה את מוציאה את הללא תוספת עלות?

דובר:

לא, היא השאירה את זה.

דובר:

.... ויש את ה....., יש לנו את ניקוז הריאות לחולי ציסטיק פיברוזיס.

דובר:

אני חושב שהנירולוגים וה.... יצאו טוב מהסל השנה.

דובר:

בדרמטולוגיה, כרגע יש לנו גם את האלידל, והאטרוטופיק, המטולוגיה יש את ה...
הילדים עם מחלת ... דלקתית וה- HHT. אונקולוגיה, המטו אונקולוגיה, יש את הדברים
החשובים שעלו. מבחינת אונקולוגיה, טיפול תומך את הפאלוקסי להקאות בשתי התוויות,
לגידולים סולידיים, יש לנו שלוש קבוצות חשובות, שנמצאות פה, זה גם קדסיילה, גם הזייטיגה
ו.... וגם הירבוי, יש פה ללא תוספת עלות. לגבי האיידיס יש לנו גם את ה..... וה-TVK,
המטולוגיה את ה... עשתה את ... ואת ה..... ב- וסקוליטיס. בתחום העיניים יש את הרזטיס,

דובר:

את האוזורדקס צריך להוציא.

דובר:

נכון. אוזורדקס צריך להוציא, הרסטזיס, לשתי התוויות, וגם יש את הטכנולוגיה של
הקרוס לינקינג שנדבר אחר כך. בריאות הנופש את האטיפיות לקו ראשון, ללא תוספת עלות, רק
עבור בסכיזופרניה, לב וכלי דם את קפיצת המדרגה שהם רצו מבחינת ה..... ויש להם גם את
המייטרלקליפ בהמשך.

דובר:

הם עדיין יבכו את הריינל-אנביישן,

דובר:

שבוע נוסף ל.... גם ל-MSM, מזון תרופתי, יש לנו לשתי הקבוצות של ה-GA והגליקו...

(מדברים ביחד)

דובר:

... עלות של סימילאק אלימנטום. בנוסף לזה, מבחינת טכנולוגיות, טיפול שיניים לסובלים מ... מולד של 6-8, תורידו פה את הקונדומים אנחנו נעשה את זה בדיון אחר עם הקופות. מבחינת רפואת נשים, הנושא של הפסקת הריון,

דובר:

25 צריך להוריד. אמצעי מניעה צריך להוריד.

דובר:

לפני שאנחנו מסיימים צריך לדון על 2.5 מליון.

דובר:

הגעתם לגיל המתאים מבחינת הפסקות הריון?

דובר:

בעניין הזה אני רוצה רק להגיד, הסתמנו פה שתי דיעות. של X ו-X, ושל יתר הקבוצה קודם. אפשרות אחת היא לקחת את ה- 2.5 מליון ולהרחיב לגיל 31 או 32 מה שיצא בחישוב. אפשרות שניה היא לקחת את ה- 2.5 מליון, להוסיף 1 מליון ולקבל אילאריס לחמישה. את המליון אם האוצר והבריאות לא יסכימו להוסיף כאן, כי זה בניגוד למקובל, אפשר לקחת מצימצום הגיל מ- 30 ל- 29 של הפסקות ההריון. צריך לבחור בין שתי האפשרויות האלה.

דובר:

יש לנו בעיה הטקפידרה, כי אומרים לי פה שזה לא חושב נכון.

דובר:

סליחה?

דובר:

סליחה. זה לא חושב נכון,

(מדברים ביחד)

דובר:

אני רוצה להגיד מה מפריע לנו. אין בעיה בחישוב של הקו הראשון, אלא ב... זה לא רק לקו ראשון, להערכתנו זה קו ראשון ומעלה. ... יצטרכו חולים גם בקוים השני והשלישי, חלקם זה חולים שהם פיישנטס, שהיום אינם מטופלים ... חלקם זה חולים שיבואו מהאינטרפרונים ומהקופקסון, לדברים מתקדמים, זה נכון שהיום יש להם את ה.... שזה יותר זול מה-.... אבל מצד שני, יש יותר אופציות לטיפול פומי, ושהוא יותר יקר מהחלופות של הקופקסון וה... ,

דובר:

זה לא יותר יקר, זה יותר זול, להיפך. האמת היא שאם עושים את התחשיב המלא, אנחנו צריכים להוריד את זה.

דובר:

אנחנו העלינו את זה ב דיונים של ועדת המשנה ואמרו שזה ייבדק.

דובר:

אז הנה, זה נבדק, יש לא הייתי פותח. אם היה משהו עוקר הרים פה שבאמת הופך את זה למשהו, אבל אני שומע אותו, שומע את X , לא נראה שזה ראוי לפתיחה. X על מה אתה רוצה לדבר?

דובר:

המנגנון שאתה הצעת הוא בעיה מתודית,

דובר:

על ה-אילאריס?

דובר:

כן. לא לפנות כסף ממהו אחר כדי לשים את האילאריס מלא, זו ההצעה שלי,

דובר:

אוקיי, אז X מתנגד.

דובר:

אני מציע גם את ה.... להכניס את האילאריס,

דובר:

אפשר?

דובר:

שוב, זה לא עלה בדיון. כמה זה העמידונים?

דובר:

זה 2.5 מליוני שקלים.

דובר:

טוב, יש לנו 2.5 מליון מיותרים, אתם מציעים עמידונים, זה 5 מליון שקל,

דובר:

אין מיותרים. אנחנו כל הזמן בחוסר. יש לנו כרגע,

דובר:

את צודקת, אני דיברתי הרגע הזה, בדיון הזה, היינו רוצים שיהיה 600 מליון שקל לפחות הסל. את צודקת. אבל כרגע מתוך ה- 300 יש לנו 2.5 מליון שקלים, אחרי שויתרנו על עשרות תרופות חיוניות שלא נוכל להכניס אותם ל- 2.5 מליון שקל. ואז השאלה, עמידונים, אם נוותר, יהיו לנו 5 מיליון. זה מספיק לאילאריס?

דובר:

אבל אני רוצה להבין בדיוק מה ההסכם איתם,

דובר:

אין הסכם. הם יורידו מחיר.

דובר:

אני רוצה את זה בכתב אלינו,

דובר:

אני אמרתי קודם רק ל-X, ולא הספקתי להגיד את זה לכולכם. אנחנו חייבים לראות, צריך להבין מה זה ההסכם מול החברה, כי אנחנו לא נותנים פה פתרון שהוא פתרון לשנה, לא יכול להיות פתרון לשנה או לשנתיים. צריך להיות פתרון של סל. אני גם מוכנה בשביל מליון שזה יהיה חצי-חצי, כל עוד זה פתרון של סל, אבל אני לא מוכנה לתת את זה בשביל שזה יהיה לשנה.

דובר:

הורדת מחיר, זה מה ש..

דובר:

X, אני איתך. יש לך 5 מליוני שקלים?

דובר:

ועוד חצי-חצי.

דובר:

מה זה חצי-חצי? מאיפה?

דובר:

בואו נצביע בעניין הזה,

דובר:

אני מתנגד לעניין הזה.

דובר:

למה אתה מתנגד?

דובר:

אני מציע להזכיר לכולנו את מה ש-X אמרה, שזה קריטי וחשוב ועניין עקרוני לגמרי. זה משאיר את החלטות הסל פתוחות, וזה לא משהו ...

דובר:

זה לא פתוח,

דובר:

היא חוזרת עם הסכמה עכשיו להורדת מחיר ב- 50 אחוז,

דובר:

לעמידונים?

דובר:

כן. אבל אני צריך לקבל את זה בכתב ועכשיו. לפני שאנחנו מתפזרים. לא באמירה בעל פה. מי עוד רוצה להתבטא?

דובר:

המשמעות של העמידונים עבור הילדים, זה באמת כואב הלב על הילדים ה... האלה. אבל המשמעות של העמידונים, לפי מה שאני התרשמתי היא קריטית, וזה גם מסר חברתי. זה ילדים שקשה להם גם ככה בחיים,

דובר:

את מעדיפה להוריד ל-29 או ל-28 את טווח הגילים של הפסקות הריון?

דובר:

או להגדיל ל-33 ולשים את האילאריס בחוץ.

דובר:

זו גם אפשרות, אמרתי, אלה שתי האפשרויות.

דובר:

העמידונים אסור לוותר בעיני כרגע,

דובר:

אוקיי. ו-28 או 29 לטווח גילים? או שאת מעדיפה לשכוח מהאילאריס ולעלות ל-31, 32?

דובר:

לפי מה שהסבירו לי פה, יכול להיות שאפשר יהיה להתקדם עם האילאריס מבחינת ההורדה של המחיר. שוב, היא מדברת על ההשלכות, אז ודאי שאני חושבת שההשלכות יהיו הרבה יותר רחבות אם נעלה את גיל הפסקות ההריון ל-32, 33,

דובר:

לא, אם נעלה אז אין לנו אילאריס.

דובר:

אילאריס אפשר לוותר. מה שקורה, כשאתה לא מכניס אילאריס הם מורידים מחירים. אם אתה מכניס את זה אתה מקבע מחיר.

דובר:

אולי תקבל הורדת מחיר עכשיו ותעזור להצעה ל...

דובר:

חייבים להוריד את ה מחיר של האילאריס אם רוצים שייכנס.

דובר:

אני מציע שנחכה רגע ל-X, עוד משהו רוצה לדבר?

(מדברים ביחד)

דובר:

X אומרת שהעמידונים לא היו בעדיפות גבוהה גם על ידי המומחים, זה לא מונח בפניי,
מי שיכול להכנס לאוידנס ולראות,

דובר:

את יכולה להגיד את העדיפות שניתנה שם על ידי המומחים, להכנס לנייר,

דובר:

הם אמרו, זו העדיפות שלהם.

דובר:

עדיפות שלישית,

דובר:

אנחנו מכניסים את התרופות במחיר שהוא פשוט אוטרייג'ס.

דובר:

האילאריס באמת לא בסדר. זה מחירים גבוהים מדי.

דובר:

כן אבל אם היא תחזור להסכמה ל-50 אחוז, ניתן להם שתיים-שלוש דקות.

דובר:

מה שקורה כשלא מכניסים בשנה אחת, בשנה השניה זה צונח ב-30 אחוז. וזה מה שיקרה.

דובר:

לפעמים זה גם קופץ, זה היה באודופה.

דובר:

מה ש-X אמרה אני אחזור, כדי שהיא לא תחזור בה. 6 מליון אם אילאריס יהיה כחלק ממסלול הסל קבוע.

דובר:

אז אנחנו סוחבים מ-301?

דובר:

כן.

דובר:

רק אם האילאריס יכנס לסל מכאן ועד עולם. בלי לגעת בעמידונים.

דובר:

לא, עם.

דובר:

לא, אחרי שאתה מוריד את העמידונים, ומוסיף עוד מליון,

דובר:

מעדיפים את העמידונים.

דובר:

בלי לגעת בעמידונים. X היית באמצע הקראת ההחלטה על העמידונים.

דובר:

המועצה הלאומית לשיקום אמרה שהתועלת הקלינית היא 3, ה-2, והחשיבות 2. זה לא היה בעדיפות הגבוהה ביותר.

דובר:

יש דירוג ליגה? או שלא היה שום דבר אחר לשיקום?

דובר:

לא, היו כסאות גלגלים. זה מכל הדברים של התוספת השלישית, שחזרו למשרד,

דובר:

אין פה חמלה בסל הזה, אם אתה לא שם את זה.

דובר:

ממש לא, עם 41 אחוז אונקולוגיה,

דובר:

אין פה חמלה.

דובר:

אני חושב שעמידונים חשוב. יותר מה, עם כל הכבוד, זה חשוב.

דובר:

אנשי השיקום אבל לא חושבים כמוך. עם כל הכבוד, אנשי השיקום שמו הרבה מאוד דברים לפני זה.

דובר:

X היית מקריבה שנה בטווח הגילים של הפסקות הריון תמורת עמידונים? שנה זה סביר?
כמה שווה שנה של הפסקות הריון?

דובר:

אני מציעה שנוותר 5. אנחנו מתחילים לעשות הדחקה. אני חושבת שזה טעות. אפשר לוותר על התכנית.

דובר:

על מה לוותר?

דובר:

אני ה ייתי מעלה את הגיל ולא מורידה את הגיל.

דובר:

בואו נעלה את הגיל ונשכח מהאילאריס. נעלה את הגיל, נוותר על האילאריס,

דובר:

בואו ניתן עוד צ'אנס ל-X, נראה עם מה היא תחזור ונקבל החלטה . האופציות ברורות. אילאריס על ידי הוצאת עמידונים או צימצום הגיל, או לוותר על אילאריס ולהעלות את הגיל בשנה שנתיים.

דובר:

אני בעד לוותר על אילאריס,

דובר:

חכה, אולי לא נצטרך. הלכנו פה לפי הלוך רוחות, X יודעת את זה יותר טוב מכולם.

דובר:

שיהיה ברור, אין עוד מליון. הדבר היחיד שאמרנו,

דובר:

אם יהיה, בסדר?

דובר:

לא, כי אנחנו לא מוכנים ל...

(מדברים ביחד)

דובר:

טוב, כתבתי לי את זה על נייר כדי שלא אתבלבל. רציתי להגיד כמה דברים, בדרך כלל בסוף הדיונים כבר כולם להוטים לארוז את החפצים וללכת הביתה, ולכן רציתי לנצל את ההזדמנות הזאת כשעוד כולם מקשיבים ולדבר. אתם עקרונית ישובים פה מסביב לשולחן בדיונים ארוכים ומפרכים קרוב לשלושה חודשים ואני רציתי לספר לכם ובעיקר להודות לצוות המופלא שלי, שלמעשה עובד כל השנה ומסביב לשעון בשביל הדיונים האלה.

(מחיאות כפיים)

דובר:

העבודה המכינה לסל מתחילה בעצם כבר בתחילת השנה, והלכה למעשה, העבודה על ה סל הבא תתחיל בעוד מספר שבועות. לאגף שלי, שזה אגף להערכת טכנולוגיות בסל הבריאות

מגיעות בימינו קרוב ל-600 בקשות שונות לתרופות וקרוב ל-100 בקשות שונות לגבי טכנולוגיות שאינן תרופות. כל אחת מהבקשות האלה עוברת להערכה ראשונית להתאמה לדיונים ואחר כך להערכה מעמיקה. אתם רואים את ניירות המטה הסופיים, שהשנה לדוגמה, ההיקף שלהם עמד על שמונה כרכים, 3,598 עמודים, לא כולל כל חוברות העדכונים והבירורים. אבל מאחורי זה עומדים קרטונים על גבי קרטונים של מאמרים ונתונים וחיפושי ספרות ועיון במאגרים, בירורים עם מומחים התייעצות עם גורמים שונים ועוד ועוד. חודשים של קריאה, של עיבוד וכתיבה, אינספור פגישות עם מגישי הבקשות ועם המומחים, ושיבות ארוכות של ועדת המשנה. מדובר בעבודה סופר מקצועית של צוות מדהים שמשקיע את כל המרץ שלו, הנסיון והיכולות שלו כדי להפיק בסיס ראוי ומעמיק, על מנת שאתם תוכלו לקבל החלטות מבוססות ומושכלות. אנחנו עובדים של המגזר הציבורי, אין בעצם דרך לתגמל אותנו בעבודה טובה. אין בונוסים, אין העלאות במשכורת ואין צ'ופרים. ועדיין כל אחת ואחת מהצוות הזה עובדת ללא לאות, בהשקעה עצומה, במקצועיות, בשעות מרובות, הרבה מעבר לשעות העבודה. בערבים, בלילות, בסופי שבוע, בחופשות ובחגים, ללא ציפיה לתגמול, מתוך אחריות ותחושת שליחות עמוקה. אז לכל אחת ואחת מכן,

(מחיאות כפיים)

דובר:

לימור מנחם, ליאורה בן ארצי, ומיה קרביץ שאחראית על כתיבת ההערכות של התרופות לעינב הורוביץ שכתבה את כל החלק של הטכנולוגיות, למלי שפי, שאחראית על כל הלוגיסטיקה והאדמיניסטרציה, לבנות הצוות החדשות שהצטרפו אלינו בחודשים האחרונים. נאווה וידמן ואליס וכמן... אתן מעוררות השראה, מדהימות, מסורות במקצועיות שאין כמוהן. זאת זכות עצומה להיות המנהלת שלכן ולעבוד איתכן. תודה גדולה לאגף מדיניות טכנולוגיות רפואיות שנרתמו לסייע בחלק המאוד מורכב ומסובך של כל הטכנולוגיות שאינם אביזרים. למנהלת האגף אתי סממה, לשירה אוברלנדר...

(מחיאות כפיים)

דובר:

תודה לאנשי התקציבים שמלווים אותנו בעבודה של התימחור הסבוכה והמאתגרת של הטכנולוגיות ודיס פרמן, בועז אריכא ו...

(מחיאות כפיים)

דובר:

תודה לאריאלה תורן המקסימה. שרוקמת רעיונות ופורטת אותם למעשים במטרה להגיש רפואה לחולים ככל שניתן, ותודה אחרונה ומיוחדת גם לאנשי הקופות שחברים בועדת ה משנה ומסייעים ברעיונות,

(מחיאות כפיים)

דובר:

אני אציין את המובילים אבל כל אחד מהם מייצג צוות ועולם מלא. אריאל המרמן, נועה טריקי.... ותודה אחרונה שלא כתובה פה, למנהלת המדהימה שלנו שמאפשרת את הכל, ד"ר אסנת לוקסנבורג

(מחיאות כפיים)

דובר:

ולטל המדהימה.

דובר:

אני רציתי להודות למי שכותב את הפרק הללא תוספת עלות.

דובר:

בהנחה שאריאלה תיכנס, גם אני באמת, אני חושב שאנחנו 17 חברי הועדה, עוברים, לי זה השנה השניה, יש פה כאלה שיושבים הרבה שנים, חוויה בלתי רגילה, מאתגרת ובלתי רגילה, אבל אנחנו מרגישים בכל דיון ודיון, שהבסיס לפעולתנו ולדיונונו זה באמת העבודה שלכם. אמרתי את זה גם בשנה שעברה, אני לא מכיר שום מגזר ציבורי שעובד ככה, beyond the call of duty, ה-3598 עמודים הללו, ניכר על פניהם שהם מצריכים שנת עבודה, יום ולילה, במקצועיות אדירה, ובאמת, אתן, אני חושב שהאגף להערכת טכנולוגיות בראשותה של אסנת טל, אתי וכל הצוות שלהן, אני חושב ששום דבר מהעבודה שלנו לא היה אפשרי בלעדיכן, ואתן הגיבורות האמיתיות של סל הבריאות ושל ועדת הסל. אז תודה רבה.

(מחיאות כפיים)

דובר:

אני מרגישה בוגרת הועדה כבר, אני מאוד מתרשמת תמיד מהעבודה שמאחורי הקלעים, ואני רוצה השנה להגיד ליונתן, אני לא האמנתי שבשעה הזאת נגמור את הסל המסובך הזה. ואין ספק שידך ב, אני חושבת שזה,

(מחיאות כפיים)

דובר:

לא הולך? אז גמרנו. בבקשה. נעלה ל-31, 32 לפי החישובים.

דובר:

איזה גיל יוצא, אני רוצה עכשיו שייאמר.

דובר:

תודה על המאמץ, אריאלה, קיבלת מחמאות,

דובר:

איזה גיל?

דובר:

השנתונים שהם מעל 30, כל שנתון זה 300 מקרים.

דובר:

זה 700,000 שקל שנתון. נכון? אנחנו ב- 2.5 מליון,

דובר:

העמידונים נשארים, ואנחנו מוסיפים שלושה שנתונים עד גיל 33. אז לסכם, העמידונים
נשארים, עד גיל 33 זה...

דובר:

אפשר להמשיך ב...?

דובר:

אפשר להמשיך. כן. אני,

דובר:

עד גיל 33. הפסקות הריון בין 20 עד 33. אנחנו מגיעים ל-299.818.

דובר:

אני רוצה להודות בתור זקן החברים פה,

(מדברים ביחד)

דובר:

להודות לחברי הועדה. שבשבילנו זה תמיד חוויה לעבור את המסע הזה ביחד, מתחילים מסע שיש לנו לימוד.. הדדי, אחת התובנות אני חושב היפות ביותר, זה לראות את מגוון השיקולים שנעשים פה על ידי כולנו, שבמקום ראשון חברתיים, הוגנות, בטיחות, ולעמוד במאזן שבין להתפתות על החדש ולשמור על האוכלוסיה. והמעשה הזה הוא לא פשוט לאף אחד מאיתנו, אנחנו עוברים את זה ביחד. אני רוצה להודות על הסבלנות שלכם לחוש ההומור המוזר שלנו בקופות שכאן הוא רב שנתי מתפתח, אבל אם הגזמנו קצת ברגעים מסויימים זה היה בשביל רגעי הפוגה ולפוגג את זה, ואני חושב שאתם עוזרים לנו בהרבה מאוד סוגיות שאנחנו שם נעצרים. אנחנו נעצרים בחלק הרפואי, ואתם צריכים למשוך אותנו לדברים האלה, עשיתם עבודה, מאוד הקלתם עלינו, כמובן צריך להודות לכל מי שתומך בנו, אתם שמים לב שאנחנו לא זזים, שום דבר בלי שיכינו, ומכינים לנו הרבה מאוד מידע, וכך אנחנו מכינים את עצמנו יותר טוב לדיונים האלה. לצוות הפנטסטי שניהל את זה השנה באמת ביעילות רבה מאד, הצליח להביא את הבלתי אפשרי ללוח זמנים הכי קצר שאני זוכר. אז אם ככה, עם תוצאה שאני חושב שהיא מרצה את כולנו, הגענו לאופטימום ממה שהתחלנו ולאן שסיימנו, גם תהליכית וגם תוצאתית, ותודה רבה לכולם.

דובר:

אני רוצה להודות גם לחברי הועדה, וגם לציין שהאיזון הג'נדריאלי שחל השנה, מבלי לפגוע בעמיתי הגברים משנים קודמות, היה בהחלט לטובת העניין. צריך לברך את השרה אני חושב על האיזון הזה, ובאמת תודה רבה לכולם, גם לכל הצוות התומך מהקופות, שיהיה בשעה טובה.

דובר:

מחר מסיבת עיתונאים בלשכת השרה בתל אביב בשעה 12:00. אנחנו נשמח אם חברי הועדה יגיעו למסיבות העיתונאים. אנחנו גם נפנה אליכם באופן פרטני, כי בדרך כלל אנחנו צריכים אנשים שיתראינו בתכניות טלוויזיה, בוקר וכו', שיסבירו את ההמלצות של הועדה, נפנה אליכם גם באופן פרטני ואני מקווה שכולכם תגידו כן. לוחות הזמנים הם כאלה: מחר מסיבת העיתונאים והגשת ההמלצות לשרה. כמובן שיש אמברגו על ההחלטות, אנחנו מבקשים שלא יצאו מפה החלטות, כי יש אמברגו, גם לפרסום של ההחלטות וגם על ההחלטות עצמן. ויום רביעי, ה-1.1,

דובר:

עד מחר האמברגו.

דובר:

כן. האמברגו הוא עד שזה נמסר לשרה ואז ה עיתונאים יכולים להוציא את זה החוצה. יום רביעי, ה-1.1. יש מועצת בריאות שמוקדשת לאישור ההמלצות שלנו, וביום ראשון לאחר מכן, שבוע מהיום, זה עולה לממשלה לאישור סופי. זה לוחות הזמנים, אנחנו מאוד נשמח אם תגיעו מחר למסיבת העיתונאים. מועצת בריאות מי שמעוניין, אנחנו נעביר את כל הפרטים, ותודה רבה רבה לכולכם על השעות, לחברים הותיקים והחדשים שחלקם בהתחלה היססו לקבל על

עצמם את המשימה הזאת, ואני כל כך כל כך שמחה שהסכמתם, חויה בלתי רגילה היתה לעבוד עם כולכם. תודה רבה.

(מחזאות כפיים)