



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

### פרוטוקול וועדת גרמן – 6/3/14

**\*\* מציג בפני הוועדה: פרופ' ארנון אפק – ראש מנהל רפואה, סמכויות שרת הבריאות ברגולציה. מציג מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

**פרופ' ארנון אפק:** אני הולך לדבר בקצרה על שני נושאים – מהם הסמכויות של שרת הבריאות ושל המנכ"ל לגבי פיטורין, ואגיד מראש שיש סמכויות ומאוד קשה עד בלתי אפשרי לממשן, ואסביר למה ומתי. אנחנו מדברים על פיטורין על רקע של אי התאמה ולא מסיבות משמעת. הסמכות הזאת הואצלה למנכ"ל המשרד למעט פיטורין של מנהל ב"ח ממשלתי וכנ"ל בתוך בתי"ח. הסמכות הזאת הואצלה מהנציב למנהל ביה"ח עצמו. אני מדבר רק על המערכת הממשלתית. כל הליך הפיטורין כפוף להליך שימוע כדין. למיטב ידיעתי אני זוכר אירוע אחד כזה, היה לנו סיפור כזה עם מנהל ב"ח פסיכיאטרי שמצאנו לו תפקיד הולם בתור חוקר, אבל זה אירוע שנדיר שיתרחש. זו סמכות שהואצלה על ידי מלכת אנגליה עוד בתקופת המנדט הבריטי – דבר המלך במצגת. צריך לשתף את נציגי וועד העובדים ולקבל את הסכמת הנציבות. צריך עילה כלשהי, וגם את זה לא פשוט לבצע, אבל הסמכות הזאת קיימת. התרעה או נזיפה קיימות, ולמיטב הבנתי הן מבוצעות והמנכ"ל משתמש בהן. קורה, נדיר, אבל יותר פשוט לעשות. בתוך המערכת הממשלתית שלנו הדברים האלה יכולים להתרחש.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** האם כתובות סיבות או פרמטרים מה זה אומר "לא כשיר"?

**פרופ' ארנון אפק:** למיטב ידיעתי לא.

**פרופ' רוני גמזו:** יש קודם כל תקשי"ר, כללי מנהל, ומעבר לזה יש הערכת מנהל. אם אני חושב שבעניין הזה פעלת באופן לא ראוי תפקודית-מנהלית, אני יכול לשמוע אותך, לתת לך התרעה או נזיפה, והוא יכול להגיע עם סוללת עורכי דין. כיוון שכל מנהל ב"ח הוא עובד מדינה ויש לו ביטוח, ולרופאים יש ייצוג רציני שניתן להם כנראה דרך הביטוח של מדנס ויש להם יכולת טובה בעניין הזה...

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כשאתה מגיע אליו כל האינטרפרטציה שלך של תפקוד היא סובייקטיבית לחלוטין. תעזוב עבירה.

**יעל:** התשובה היא לא.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אם אתה 3 שנים בגרעון אתה אוטומטית הולך, אלא אם כן יש סיבות.

**יעל:** זה לא כתוב.

**פרופ' ארנון אפק:** אין חיה כזאת.

**יעל:** אנחנו מציגים כרגע מצב נתון. ביקשתי את זה כדי לדעת מה יש לנו לפני שאנחנו משנים.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' ארנון אפק:** אוקי. כמובן אפשר להגיש גם קובלנה כלפי אותו אדם אם אנחנו חושבים שהפר סמכות, ויש דברים שקשורים לרפואה ספציפית לגבי מנהלים שהם רופאים במסגרת עיסוקם כמנהלים. אם מישהו פעל בניגוד לסמכויות שלו כרופא, יש סדרה שלמה של סנקציות, והשתמשו בהן בעבר. אפשר להשתמש, השתמשו בדברים האלה בעבר ולא מאוד קשה להשתמש. אז מגיעה סדרה שלמה של עורכי דין מהמובילים במדינה, אבל היו אירועים כאלה בעבר. ביקשתי להציג לכם את המשבר הקיים היום במערכת הניהול הממשלתי ובמערכת הבריאות בפרט. כגילוי נאות אני ממש לא אובייקטיבי, אני חלק מהחבורה. תיקחו את דבריי בראיית אדם אינטרסנטי.

**פרופ' גבי בן נון:** אתה פותח פה נושא אחר. יש סמכות פיטורין, אבל בפרקטיקה השתמשו בה מעט מאוד, ו-ב' היא מאוד קשה וכן הלאה. אתה קושר אותה במידה רבה בהקשר של משמעת, אבל בטווח הארוך של השיפוט הניהולי, ביצועים, עמידה ביעדי תקציב וכו', הסטנדרטים האלה שמהווים עילה לפיטורין לא קיימים בכלל.

**דר' שלומי פריזט:** אין את זה בכל המדינה בכלל!

**פרופ' ארנון אפק:** צודק.

**עו"ד טלי שטיין:** לא מפרידים בין משמעת לבין הפעלת סנקציות. האם אפשר להפעיל סנקציות בגלל אי עמידה ביעדים? כאן זה על אנשים. בדרך כלל לא מכניסים את זה בתוך זה.

**יעל:** בקופות החולים יש סיפור אחר. אם יש 5% גרעון אפשר להכניס חשב מלווה, אבל זה עולם שונה עם הרבה מאוד פיקוח ועם סמנכ"ל שממונה. אנחנו מדברים על בתי"ח.

**פרופ' גבי בן נון:** במדרג של גודל הארטילריה שאתה מתקף, אין מדרג מתון יותר של אמצעי ענישה?

**פרופ' ארנון אפק:** יש התרעה, שימוע, נזיפה וכו'.

**יעל:** מכיוון שאישרנו וקיבלנו את המסקנה של וועדת ריבוי הכובעים, המסקנה היא הקמת רשות לניהול ופיקוח של בתי"ח. אין ספק שבהגדרת התפקיד שלה, ואנחנו רוצים לחזק את הפונקציה הכלכלית בצורת אפילו השם כמו מנהל כספים ולא גזבר, יהיה מקום בהחלט לאותו ראש רשות שתקבע גם את הנהלים האלה, כלפי סנקציות ויעדים שבעקבותיהם באים סנקציות על מנהלי בתי"ח.

**פרופ' ארנון אפק:** לנושא הבא – למה שמנהל יהיה רופא? קודם כל להגביל מישהו מניהול זה דבר לא נכון חוקתי, אבל יש לזה משמעויות וצריך לדעת אותן. אני בתור סגן מנהל ביי"ח העדפתי תמיד להוציא כסף על אדם חולה שעומד למות, מאשר לא להוציא את הכסף. בסופו של דבר ההחלטה היא לטובת החולה. יש עכשיו אביזר חדש שהוא הכרחי לחלק קטן מהחולים ושעולה יותר מהקוד של האביזר כולו, ואני נתתי הנחיה לביי"ח לתת אותו למרות שהוא הפסדי, והם אומרים שהם נותנים אותו כבר וזה טוב. לעובדת היותי רופא יש משמעות, ורוח המפקד משפיעה. אתה יכול להילחם פעם-פעמיים, אבל השאלה היא מה המטרה המרכזית. אני בהחלט חושב שיכולים להיות מנהלים שהם גם לא רופאים. בתוך המערכת לנהל זה לא עניין גדול. אף פעם לא נתנו לי מחמאה על זה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שאני מנהל ביי"ח, רק על זה שאני רופא או מרצה. מנהל מחלקה יכול להיות במעמד יותר גבוה מהמנהל שלו, גם ברמת הארגון. אי אפשר להחליף אותם והם יכולים להיות יותר חשובים מהמנהל. אני קורא לזה "ניהול פרימדונות", איך אתה מנהל את ביה"ח עם הפרימדונות האלה. ארגון רפואי הוא מאוד מורכב בדבר הזה. לנו כרופאים זה לא פחיתות כבוד לסיים את תפקידנו ולחזור להיות רופאים. ערן דולב סיים להיות קרפ"ר וחזר להיות מנהל מחלקה ופנימאי. אני כבר לא יכול לעשות את זה בתפקיד שלי, אבל יש אחרים שכן. יש הרבה מאוד מודלים שנותנים לפנסיונרים במערכת לעשות תפקיד מקצועי במשרה חלקית. כולם מרוויחים מזה, ביה"ח והמטופלים, ולאדם יש מחלקה שהוא יכול להיות קשור אליה. בגלל שעבור מנהלים פוטנציאל ההשתכרות הוא יותר גבוה לרופאים היום, אנחנו נמצאים היום במשבר בעולם הניהול. בנהריה לא הצליח ברהום למצוא סגן. כשהוא נמצא באיפק הוא נתן הרצאה יפה, ועכשיו מי שמשמש כמנהל על ביי"ח נהריה זה אני. הסגן שם לא עומד בכישורים הנדרשים, הוא צעיר, ולא הצלחנו למצוא עוד סגן. במרכז המצב יותר טוב, תהיה תחרות על ניהול בתי"ח שיבא ואיכילוב בבוא היום, אבל המשבר יותר גדול במשרד הבריאות. במקרה הטוב יש מועמד אחד למרכז, לא כמו בנש"מ שם יש 60-70 מועמדים למרכז. מנהל מחלקת שיקום אפס מועמדים. המשבר בתוך עולם הניהול הוא מאוד לא פשוט. זה מתלווה באווירה ציבורית.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** אם מערכת הבריאות נשנעת על התודעה לתפקידי ניהול, וזה מהווה חסם לנשים בתפקידים ציבוריים, האם יש וועדות איתור שתפקידן לגייס נשים לתפקידי הניהול האלה?

**פרופ' ארנון אפק:** אין וועדות איתור במערכת. מה בכל זאת עשינו? אני כן מאמין שמערכת הבריאות היא בסופו של דבר כמה שאפשר שוויונית, ואנשים כן נבחרים ולא מופלים בגלל מינם. אם תיקח מקצוע עם רוב נשי, כמו שלי, פתולוגיה, יש רוב למנהלות מחלקה מתוך המנהלים. חלק מהסיבה שעדיין לא רואים מנהלות בתי"ח זה בגלל שזה מגיע בגיל מבוגר יותר, ואני מאמין שנראה יותר ויותר עם השנים. צריך להפוך את זה לאטרקטיבי ולהכיר בעובדה שחייבים לקדם גם נשים במערכת. אני מאוד בעד, והשרה מובילה בצדק את האג'נדה הזאת במערכת, ואנחנו מקפידים לעשות את זה. יצטרכו יותר להבין את המשמעויות ולקדם, ולא רק להגיד אלא באמת להבין. נשים לפעמים צריכות להיות בבית כמו שגברים במילואים. צריך לחנך את המערכת והשוויוניות תגדל עם השנים, בטח במערכת שבה אחוז הנשים עולה. יש גם לגזור משמעויות, אישה בחופשת לידה יכולה לא לעשות תורנויות גם זמן ארוך אחר כך, ומה זה עושה למתמחים אחרים במערכת. אנחנו מבינים שזה מקצוע מעורב, אז מוסיפים עוד תקנים? אף אחד לא עושה את זה. זה אחד הדברים שצריך להיערך אליו במקצוע מעורב.

**עו"ד טלי שטיין:** הבנתי שיש מקרים שמכיוון שאין תקצוב לכ"א אז הגברים מתעצבנים.

**פרופ' ארנון אפק:** גם הנשים האחרות מתעצבנות, אבל זו לא סיבה להפלות נשים.

**עו"ד טלי שטיין:** זו גם לא סיבה לא להיכנס להריון או כן להיכנס.

**פרופ' ארנון אפק:** בוודאי, אני חושב שלהגביל זה הזוי ושערורייה. צריך להבין שלאווירה הציבורית יש משמעויות, וזה לא פשוט לראות סקטור שלם שנמרח על דפי העיתונים. אנשים שעשו הרבה ותרמו, ואפשר לחלוק על הסגנון שלהם, אבל אין צורך לשפוך את דמם בעיתון. גם בהסכם הרופאים כמעט בכל מקום אתה יכול לראות שכשהגיעו לטווח המנהלים הייתה עצירה, הגיעו פחות, גם בפריפריה. אלה שקרובים לפנסיה, ולא את סגני



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המנהלים שמרוויחים פחות וזה פחות אטרקטיבי עבורם, אז גם בהסכם הרופאים הייתה אפליה של מערכת המנהלים. אנחנו ביחד עם הנציבות, ובלי קשר אני מאמין שצריך לקשור בין תפקוד ואיכות לבין המשך התפקיד וההתקדמות של אותו אדם. בנינו יחד עם הנציבות מודל של קדנציות ורוטציות כמו שיש בכללית. אתה עובד במחוז, בבי"ח, ואז חוזר למחוז או להנהלה הכללית. אני מאמין שמנהלים חייבים להיות פול טיימרים ומסורים לבי"ח, אבל באותה נשימה, אם הם נמצאים בבי"ח ועושים שעות נוספות, אין סיבה שלא יקבלו שעות נוספות בעוד חבריהם כן. כשאתם שוקלים את הפול טיימרים, תנו להם את התמורה כדי שכולם יהיו מושקעים בבתיה"ח.

**אורי שומרת:** אתה חושב שמנהלי בתי"ח יקבלו אישור לפרקטיקה פרטית?

**פרופ' ארנון אפק:** אני מעדיף שיהיו פול טיימרים בבתיה"ח, אבל תן להם את השיפוי כדי שלא תהיה האמירה שחסמתי לך את היכולת להשתכר. אם אתה חוסם את עבודתם אתה לא יכול להגביל אותם מלעבוד בחוץ, אבל לדעתי האישית צריך לתת להם לעבוד רק בבתיה"ח ולאפשר שעות לימוד. זו דעתי האישית ולא של המשרד.

**פרופ' גבי בן נון:** מה העמדה שלך בנושא של פתיחת פוטנציאל ההנגשה, על ידי זה שתאפשר לאנשים שאינם רופאים לקחת תפקידי ניהול של סגן מנהל בבי"ח ומנהל בבי"ח?

**פרופ' ארנון אפק:** תראו, אני חושב שמנהל בבי"ח כן חייב להיות רופא ואגיד למה. אני חושב שבראש מערכת כמו בבי"ח חייב לעמוד מישהו שהוא מומחה והחלטותיו הן בראייה רפואית. זה מזכיר לי קצת את הימים של האם הרמטכ"ל של צה"ל חייב להיות רופא או איש קשר או מהכוחות הלוחמים. אני מאמין שמהכוחות הלוחמים. אבל האם בראש הדסה לא יכול לעמוד קפלן שעושה עבודה טובה? בהחלט יכול, להיות וזה קורה גם היום, אבל בסופו של דבר לדעתי נכון שיעמוד בראש בבי"ח רופא.

**עו"ד לאה ופנר:** חברת "מקנזי" עשתה עבודה בארה"ב, וראתה שכל בתי"ח המובילים בארצות הברית עומד בראשם רופא.

**ערן פוליצר:** מוזלים שהרצה קודם אמר שבאנגליה אין מנהל בבי"ח שהוא רופא.

**עו"ד לאה ופנר:** אני מציעה את הדבר הכי טוב, שנעביר לכולם שיקראו את הדו"ח. זו ההמלצה שהם מסרו ושכל אחד יסיק מסקנות וימצא יתרונות וחסרונות. שנית, אני רוצה להגיד למה אני מאמינה שבבי"ח זה חשוב שמנהל יהיה רופא, וזה לא המצב בכל העולם.

**יעל:** היום כל בבי"ח זה מרכז רפואי, את בבי"ח מנהל רופא אבל היום יש מרכזים.

**עו"ד לאה ופנר:** אני חושבת שזה שינוי של שם. בעיני ביה"ח הוא ביה"ח הוא ביה"ח. אם באמת גם שיבא, איכילוב ורמב"ם היו מסתכלים על עצמם בתור בבי"ח ולא כמרכז, זה היה פותר חלק מהבעיות.

**יעל:** אבל בשיבא יש 3 בתי"ח, ואי אפשר לקרוא לזה בבי"ח.

**עו"ד לאה ופנר:** זה טרמינולוגיה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** פסיכיאטרי, שיקום, כללי...

**עו"ד לאה ופנר:** זה ביי"ח שיש לו אגף או חטיבה פסיכיאטרית.

**פרופ' גבי בן נון:** מבחינתה גם בהדסה צריך להיות מנהל רופא לבי"ח.

**עו"ד לאה ופנר:** לא, סליחה. אם זה אותו ביי"ח, הר הצופים ועין כרם שניהם בתי"ח stand alone ואין עם זה בעיה. ניתן היה גם להפריד אותם ולכן אפשר לקרוא לזה מרכז רפואי, וזה לא חלוקת פונקציות בין שני מקומות והחלטנו לקרוא לזה ביי"ח. שואלים האם דנה באיכילוב זה ביי"ח? דנה זה לא ביי"ח. שניידר הוא גם לא ביי"ח. משפטית הוא לא ביי"ח, ואלה דברים שאני בודקת אותם.

**אורי שומרת:** ב - CAP הוא נפרד.

**פרופ' ארנון אפק:** רבין כן כי יש לו את השרון ואת בלינסון. תפיסתית אני מתכוון.

**יעל:** אנחנו לא מתכוונים לקבל החלטה. אנחנו לא התיימרנו לקבוע בנושא הזה. הייתה וועדה שלא נגעה בזה ולא המליצה על זה, אז אני לא מבינה למה להיכנס לזה.

**עו"ד לאה ופנר:** שתי הסיבות שעומדות מאחורי זה. אני מאמינה בזה ברמת המטופל. ראשית, אני רוצה שמי שנכנס לשם שיהיה לו בתודעה זה איך אני נותן בהיבט הרפואה. בעיניי הפצינט זה מה שחשוב. אני לא רוצה שתהיה חשיבה איך לשכלל את החשיבה העסקית. לא שזה רע, אבל לא שזה יהיה ראשון בסדר העדיפויות. בעיניי, הפוקוס הוא רפואה גם מבחינת האזרח וגם מבחינת איש המקצוע. אני עדיין רואה שיש החלטות בבתי"ח, שמנהלי בתי"ח נדרשים לקבל החלטות שיוורדות לרמת הטיפול כמעט. אם הוא מאשר או לא תרופה יקרה בחדר מיון..

**פרופ' ארנון אפק:** זו הדוגמה שנתתי ואת צודקת.

**יעל:** זה עניין של סדרי עדיפויות. העדיפות הראשונה היא הצורך הרפואי ולא אם זה יקר או זול.

**\*\* מציג שני בפני הוועדה: דר' שלומי פריזט, הכנה לדו"ח וועדת משנה ביטוחים. מציג תבנית עבודה (מצורף**

**בקובץ WORD).**

דוברות: ביקשתי משלומי כלקח מדיון אחר, שיכין אותנו לדיון שבו הוא יציג את מסקנות או המלצות וועדת המשנה שהוא עומד בראשה, במובן שנבין מה הולך להיות, שהוא לא ימצא עצמו מציג את ההמלצות והאנשים לא מתחברים אליהן בלוגיקה, לקראת ה - 20.3.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**ד"ר שלומי פריזט:** יש מסמך הרבה יותר מפורט שנותן את כל תתי הסעיפים של הדברים האלה, אבל זה המבנה הכללי של הדו"ח. הפרק הראשון יהיה סקירה ונתונים, הסוגיות המרכזיות שעלו בוועדה - עובר על הנייר. השב"ן היום מכניס כסף לסל הציבורי בהיקפים מאוד משמעותיים, במאות מיליונים בהיקף הקפיטציה. לכן הקופה למעשה מרוויחה כסף מזה שאני הפעלתי את השב"ן שלי ולכן היא תרצה שיהיה לי שב"ן, ואחר כך אם כבר יש לי, היא תשמח שאני אפעיל אותו כי זה יוצר כסף. אני אוהב לומר שחיקה אבל הוא לא מסכים איתי. מכיוון שהקופות בסוף נסגרות או בגרעון או באפס, יש שאלה לגבי היעילות שלהן. קביעת התקציב שלהן לוקחת בחשבון שנכנס לקופות כסף ומסבסד אותן. הדבר השני שזה מייצר זה תמריץ להסטה מציבורי לפרטי. אם מסתכלים על סוגים מסוימים של פרוצדורות או ניתוחים מסוימים, רואים את זה על אורך התורים שבי"ח עושה, ואז לא יבואו אליי כי אז הציבור לא יפגע בבריאותו אלא בכיסוי, ואז יעשו את זה במימון פרטי ולא ציבורי.

**דוברות:** צריך להבין את הדנ"א של ביי"ח שהוא ישות כלכלית, והם קודם כל מסתכלים על הצד הרפואי ולא תראה ניתוחים דחופים עם תור של שנה. רוב הניתוחים עם התורים זה ניתוחים לא דחופים, כמו הרניה ושקדים. חשוב שזה יודגש.

**ד"ר שלומי פריזט:** הכותרת היא לא פגיעה בבריאות הציבור אלא בהסטה של ניתוחים.

**דוברות:** יש קודם כל את הדחיפות, מה שאין באסותא.

**ד"ר שלומי פריזט:** יש שאלה האם מגבלת כושר הייצור של ביי"ח היא כושר הייצור שלו? התשובה היא לא כל כך.

**יעל:** ראה "גן סגור" של פרופ' רוטשטיין.

**ד"ר שלומי פריזט:** שלישית, לא נטפל במבנה המימון, אבל הוא לא יוצר תמריץ לאיכות גבוהה במערכת הציבורית. האופן שבו חותמים חוזים בשב"ן בקופה ואצל המבטח הוא כמעט תמיד מעיד על איכות הטיפול. אין לאף אחד תמריץ. הקופות יודעות לבקר דברים אבל הן מבקרות כמה כסף עלה להן ולא את איכות הטיפול.

הפרק השני ידבר על השפעות חיצוניות על המערכת הציבורית – בנייר. ברגע שנכנס כסף פרטי זה מאפשר לממן שעות פעילות, הוא יוצר אלטרנטיבה לשכר. כשהוא מדבר על פול טיימר זה אומר שהוא רוצה לקנות אותם חזרה. אני לא דן במבנה האספקה אלא בבעיה.

**דוברות:** זה כמו להגיד מה ההשפעה החיצונית של פלאפון על סלקום, הם מתחרים. אני יכול לדבר על מה שפלאפון עושה וסלקום שאני לא נותן לה להתחרות.

**ד"ר שלומי פריזט:** זה בכל מבנה רגולטורי ישתנה. אני דן בלי פתרון כרגע על מה הדיאגנוזה של המערכת כיום, ולא על ביטוח פרטי באופן כללי, אם הוא משפיע או לא.

**דוברות:** הוא אומר שיש מצב נתון ושיש לו השפעות חיצוניות.

**דוברות:** תמונת מצב.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**ד"ר שלומי פריזט:** במצב הקיים יש אינטרס לכל הגופים המבטחים ליצור אי אמון במערכת הציבורית, שמשווקי השב"ן יגידו בין היתר שהסל זה לא מספיק - אתה חייב שב"ן - להפחיד אותך. יש שאלה של בחירת ניתוחים קלים, cream skimming רק על מה שהם רוצים לעשות וקל לעשות. חלק מהאנשים אומרים שלשים שירות מסוים בשב"ן זה מקרב אותו לסל הציבורי, הוא נח שם שנתיים-שלוש ואז מצטרף לסל. אחרים אומרים לא, והדעות חלוקות לגבי מה כיוונה של ההשפעה. אנחנו מתארים את הבעיות במערכות כפי שהן היום.

הנושא הנוסף זה מרחב השירותים בשב"ן – המדינה חשבה שמה שדוחף את האיכות בין הקופות זה סל אחיד לכול הקופות, שלא כל קופה תציע סל אחר של שירותים. היא לא מתחרה על משתנה האסטרטגיה של תמהיל השירותים שלא נמצא בפונקציה של הקופה.

**דוברות:** היא יכולה, רק לא עושה.

**ד"ר שלומי פריזט:** המחיר הוא מושתק בעניין הזה, הן לא מתחרות על המחיר, ואנחנו נותנים להן להתחרות על איכות וזה דוחף שירותיות טובה במערכת. בשב"ן הקופות מתחרות על תמהיל השירותים ואז זה נכנס ל – cream skimming ולתכניות השונות. איך הגענו למצב כזה? בחרנו מודל אחר, להתחרות במשהו שנתפס סמי-ציבורי במצב הקיים. נתנו להן להתחרות בינן לבין עצמן על תמהיל השירותים שהן מציעות, ואז יש לחץ על הרגולטור להוסיף שירותים כאלה ולא אחרים. הרגולטור צריך לפקח שיהיו שירותים טובים לכל אחד מסוגי האוכלוסיות והגילאים, וזה עושה לו הרבה יותר עבודה, שלא יהיו טיפולים שיקנו רק הבריאים. זו בעיה כי זה שונה ממודל התחרות בין הקופות. יש שני מאפיינים שיכולים להיות בעיתיים ונדון בהם, וזה מבנה הרבדים - רובד בסיס ועליון שמנותקים ביניהם ואנחנו רוצים לקשור ביניהם, הם לא בלתי תלויים. שנית, בתוך כל רובד יש מאפיין חזק של bundle, אין לך ברירה אלא לרכוש הכל. הם מציעים קצת שירותים שאנשים בריאים רוצים וקצת שחולים רוצים, ואז הם מסבסדים אחד את השני. היום כל שירות נוסף שיצטרף לשב"ן יירכש על ידי 83% מהאוכלוסייה כי זה take it or leave it - אני מציע כזה והאופציה שלך זה או אפס או כל מה שאני מציע, ואין מו"מ על זה. פה יש בעיה במובן של התפתחות הסל והשליטה על התמהיל. הקופה מציעה מה הולך להיות השניוני, וזה מתגבר על המפקח. יש זיקה חד-חד-ערכית היום בין חברות בקופ"ח לחברות בשב"ן. למעשה, אם אני מבוטח של מכבי אני יכול לרכוש רק שב"ן מכבי ואף אחד מהאחרים לא יכול להתחרות עליי, אני כבול לשב"ן שמציעה הקופה שלי ואם אני רוצה לעזוב - אני חייב לעזוב קופה. כיוון שהשב"ן עוסק ברובו בדברים שהם לא העיסוק הקהילתי שלי ורוב הדברים לא מול הסל אלא דברים יותר חריגים, שמישהו יעזוב קופה כדי לעזוב שב"ן זה לא נעשה, רק אופורטוניסטים. זה לא תהליך תחרותי. המודל הבסיסי של הקופות, מה ששומר על איכות ביצוע הסל בקופות זה יכולת המעבר בין הקופות, ובשב"נים זה איננו. מנגנון קביעת תכולת השירותים בשב"ן זה שאלה, כי יש הרגשה שכמות השירותים בשב"ן עלתה בצורה שלא משקפת את הצורך ורצון הפרטים, ויותר את רצון הקופות.

**דוברות:** אתם מודעים לזה שהרוב זה life style ולא ביטוחי?

**דוברות:** יש הבדל בין לא ביטוחי ל – life style. רפואת שיניים אין בו ריסק וזה לא ביטוחי, חשוב שנבדיל.

**דוברות:** זה עלה בדיונים ויש לזה הבחנה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**ד"ר' שלומי פריזט:** יש גם רפואה מונעת.

מנגנון קביעת הפרמיות והשינוי בהן - איך נקבעת הפרמיה בסופו של יום לפי הקבוצות השונות וכו'. יש אלמנטים שמאוד קרובים למיסוי, זה מספר אחד, זה מס גולגולת. 80% מהאוכלוסייה קונים את זה אז זה מס, אפילו אם זה התנדבותי. בעוד שעגבניות נסחרות בשוק חופשי ותחרותי ומחירן משקף קרטלים של חקלאים, השב"ן נמכר כ bundle ויש המון כוח לקופה.

**דוברות:** כמו חשמל, 100% קונים אותו וזה לא מס.

**ד"ר' שלומי פריזט:** אתה מפחד שזה פגיעה בציבור ולא נותן לזה להיות בשוק החופשי.

**דוברות:** זה לא הופך את זה למס.

**דוברות:** הוא הופך את זה למס כי זה משולם למערכת שבנויה על מס.

**דוברות:** כלכלית זה לא מס.

**יעל:** אם היינו רוצים לתת את מה שאנחנו מקבלים בשב"ן בהנחה שהמדינה רוצה לתת את זה, היא הייתה צריכה להטיל עוד מס. אם אנחנו אומרים שזה כן נחוץ, אולי כן צריך להטיל מס כדי לתת מס.

**דוברות:** יש כאלה שרוצים את זה וזה בסדר.

**יעל:** בסדר, אז תעביר את זה לביטוח המסחרי הפרטי. כל עוד כל אחד יכול לקחת את זה...

**דוברות:** אם מחר 80% יעשו ביטוח פרטי זה לא מס?

**ד"ר' שלומי פריזט:** טיעון המיסוי בא מהדבר הבא – חלק גדול מהחלטת הצרכן אם לבחור או לא מגיעה מאיכות השירות במערכת הציבורית, שנשענת על המערכת הפרטית בכסף. שנית, נוצר תמריץ להסטה בין המערכות כך שהציבורית יותר טוב לה לעשות תורים יותר ארוכים, זה המצב. המילה "מיסוי" באה מזה שבידי המדינה למעשה היכולת כמעט לקבוע שאתה תקנה את זה. זה תמיד התנדבותי בסוף, אבל גם מונופול בכלכלה, כשאומרים מס אי תחרות... אבל מונופול זה לא מאפיה איטלקית אבל יש מס, נטל עודף על הציבור בתנאי תחרות. לממשלה יש אינטרס שתקנה את זה.

**דוברות:** יש כאן יד מכוונת? זה קונספירציה.

**דוברות:** תגיד שזה טוב לממשלה.

**ד"ר' שלומי פריזט:** זה שבן אדם אחר בכיר קובע את זה ל – 80% מהאוכלוסייה, תשלום רגריבי מאוד בבסיס שלו ולא תלוי בהכנסה לכל גולגולת, הייתי גובה מהעשירים הרבה ומהעניים מעט או אפס, אז אנחנו מדברים על מנגנון הקביעה של הפרמיות ומנגנון השינויים. מנגנון קביעת השתתפויות עצמיות – הייתה הרגשה שבכסות התנהגות, הן יהיו מרכיב נוסף שלא רואים אותו בתוך הפרמיה, כמו הבלו על הסולר שחושבים שהוא מכוון שהתנהגות כי המזהם משלם, כמו סיגריות.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** הוא פשוט אף פעם לא משלם מספיק.

**ד"ר שלומי פריזט:** לגבי הביטוחים הפרטיים – היעדר אחידות בין הגדרת הפוליסות בין המבטחים בחברות השונות. אתה לא יכול כפרט לרדת לנתונים האלה, אתה לא יודע. הגדרה של מחלות קשות למשל. אתה לא יודע להעריך במה תחלה ואיזה ניתוח יעשה לך, אתה לא יכול להשוות או לעשות בחירה מושכלת. LOSS RATIO הוא דבר שנמצא עכשיו בבחינה גם באגף שוק ההון. בפגישה הראשונה אמרת לי שצריך בסיס נתונים ואמרתי שיהיה. קיר הבטון שדפקנו את הראש שלנו בקיר הזה עד שיצא דם מהקיר, והגענו למצב הזה – חברות הביטוח אמרו שלא מעניין אותנו. התערבות השרה הביאה את המפקחת על שוק ההון להוציא מפרט נתונים זהה לשלנו, ולהעביר את הנתונים לוועדה כבסיס נתונים. זה ייקח עוד זמן כי הן דנות בינן לבין עצמן מה להעביר בדיוק, כי המפקח שלהן דורש את זה. מבין הקופות, מאוחדת הייתה הכי טובה, תוך שבועיים קיבלנו נתונים. לאומית פחות שיתפה פעולה, ועד היום אני איתם במו"מ. כללית שיתפה פעולה, חלק גדול מהנתונים אצלנו, ועם מכבי הייתה לנו טעות אדמיניסטרטיבית ופרק הניתוחים עוד לא הגיע. דיברתי עם רויטל שאמרה שתעזור לנו ותרים טלפונים. ה – LOSS RATIO בפרט עכשיו נמצא בדיונים, ואנחנו חושבים שהוא נמוך מדי בפרט ולא בקולקטיבי. אנחנו רוצים לדון על פוליסות עם רכיב ביטול השתתפות עצמית, האם זה נכון, מוצדק, אפשרי או לא. על נושא של הסדר-החזר - האם ראוי לעשות מסלולי החזר, האם זה לא גורם לאינפלציית מחירים. זה יהיה דיון, יבואו מודלים.

**דוברות:** מה שראיתי זה שאין זה ביטוחים קבוצתיים, מיקומו בשוק הזה והצורך או ההכרח הזה. ממה שאני מכיר את השוק הזה ולמדתי אותו בשנים האחרונות, הדלק העיקרי של השוק הזה זה ביטוח קבוצתי בפרטי. המוצרים הקבוצתיים הם הדלק העיקרי של התחום כי הם זולים מאוד, הסיכון האקטוארי של החברה הוא אפסי כי אתה מחדש כל כמה שנים, והמאסות שאתה יכול להכניס בתקיעת כף עם יו"ר ארגון עובדים, וההשפעה של זה על השוק זה הדבר העיקרי ביותר, בעל העוצמה הגדולה ביותר ורוב הגידול שאנחנו רואים, הקטר ב - 5-6 שנים האחרונות הוא הקבוצתי. תקנו אותי אם אני טועה.

**ד"ר שלומי פריזט:** מבחינת רווחים הפרט הוא הרבה יותר רווחי, הוא כבר לא כל כך קטן יחסית. ההבדל בסך ההכנסות... הם בסדרי גודל של אותו דבר.

**דוברות:** מה שממנף את הפרט זה הקבוצתי.

**ד"ר שלומי פריזט:** היבטים נוספים שעלו, אבל הם לא ביטוח פר-סה, זה בעלות על בתי"ח. זה issue, אבל לא באמת נטפל בזה. התחשבות שב"ן מול חברות ביטוח, נושא שיבוב הסל על ידי השב"ן יעלה על השולחן. יחסי דקלה-כללית. מי שיש לו כפל ביטוח יכולה בחלקים שווים על ידי המבטחים, כמו ביטוח רכב. יש הסכמים שנקראים הסכמי שיבוב, חוץ מניתוחים בחו"ל.

**דוברות:** אם אתה עושה רבדים שהם לא זהים, למה שבן אדם יקנה כזה דבר?

**ד"ר שלומי פריזט:** זה חלק מהפתרון. אם אתה משאיר את זה - צריך שיבוב. התשובה היא שאתה צודק. כרגע זה רק הסוגיות. נושא המידע לאזרח – היום ההרגשה היא שאין בחירה מושכלת, גם הרגולטור לא אומר את קולו, אתם צריכים או לא. תשימו לב מה אתם צריכים, מה אתם עושים, איפה ה – pit falls הגדולים, שהרגולטור ידבר.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

נושא המידע לרגולטור – מה - 10 דקות שאנחנו עוסקים בזה, המערכת הזאת נטולת נתונים ברמות אחרות. המערכות לא מסונכרנות אחת עם השנייה. החברות התמוטטו כשביקשתי נתונים, לא מדברות אחת עם השנייה. אין היום תמונה ברורה. בחלק מהמקרים שמים לי חוק חופש המידע, הגנה על המידע. האחדת רגולציה – נקודות שעלו בצורה חזקה בדיונים ולא ליבת הוועדה, ולכן נמצאות בסוגיות נוספות כדי שהמליאה תיתן עליהם את דעתה.

**דוברות:** וקופות חולים כבעלות פוליסה סיעודית?

**דוברות:** לא דנו בסיעודי בכלל.

**דוברות:** לסיעודי אתה צריך לעשות וועדה אחרת.

**יעל:** על כל נושא הזקנה צריך להקים כוח משימה בין משרדי – המשרד לענייני אזרחים וותיקים, חינוך, משפטים, אוצר, רווחה וכו'.

**ד"ר שלומי פריזט:** תקבלו סקירה של מה שלא בסדר וגם פתרונות, שזה סט של קריטריונים והחלטות לגבי השב"ן, סט לגבי המסחרי ומערכת היחסים ביניהם בכל נקודת זמן. כל מי שהציע מודל מסביר איזה תשובות הוא נותן, מה הוא בא לפתור ומה הסוגיה מרכזית לדעתו, ומה הסיכונים והיתרונות של כל מודל ואיך הוא מתמודד איתם. איך נראה מודל? טבלה שמפרטת איזה כיסויים ראוי שיהיו בשב"ן לעומת המסחרי וכן הלאה, לפי הנושאים.

**דוברות:** אתה יכול לתת כמה בשב"ן.

**ד"ר שלומי פריזט:** כן, יהיו רבדים. סוגיית כתבי שירות ורכש, שירותים בבת"ח ציבוריים כמו האם מותר לקנות בדיקת MRI מקוצרת? לדוגמא, הפניקס שהציעה מעטפות שירות שהמנכ"ל עצר. היום יש פוליסה רוכבת שב"ן ולא מציעים אותה. האם חובה להציע אותה, ואז אתה מנטרל את כפל הביטוח? היום זה לא חובה להציע את זה, יש את זה על המדף. סוגיית ה - bundle והרבדים, האם הם עצמאיים, הקשר בין חברות בקופה לשב"ן, התניה בין חברות בקופה לשב"ן. אני רוצה להסביר את נושא התחרות בעניין הזה - השאלה היא כמה אנשים מתחרים על הזכות למכור שב"ן או ביטוח לשלומי? אם אני מבטח של מכבי זה רק מכבי, ואם נסדר את הפוליסות הזהות בפרטי, אז גם חברות הביטוח יוכלו להתחרות על שלומי. אם אני מנתק את הזיקה אז גם כללית תוכל להתחרות על למכור שב"ן לשלומי וגם מאוחדת, והתחרות ביניהן תהיה לא על המגוון אלא על המחיר והאיכות.

**דוברות:** אם אני מכללית ובא למכבי, היא לא יכולה להגיד את לא מוכרת.

**ד"ר שלומי פריזט:** אין להם חיתום.

**דוברות:** לחברה פרטית יש זכות.

**ד"ר שלומי פריזט:** זו הנחיתות לעומת הפרטיות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** הן יצטרכו לעשות הערכת סיכונים.

**דוברות:** היום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי השב"ן מוגדר כבלי החרגה. הוא לא מוגדר בגלל שזה קשור לבסיס. המצב החוקי הנתון הוא ככל שתאפשר לזוז בין השב"נים, פר הגדרה הן לא יכולות.

**דוברות:** קופה אחת יודעת את הריסק והשנייה לא.

**ד"ר שלומי פריזט:** מנגנון השינוי – מי מחליט על שינוי תמהיל השירותים בשב"ן והאם יש פיקוח על תמהיל השירותים שמציע המסחרי ומי מפקח עליו. (עובר על שאר הסעיפים בנייר). מנגנון שינוי פרמיות, הפחתת פרמיות. איך מתמודדים עם השפעות חיצוניות על המערכת הציבורית, צד המימון או צד האספקה? האם צריך לשים מס על המערכת הפרטית שיהיה כתקורה לציבורית? האם הסל צריך להתחשבן עם השב"ן, האם הוא צריך להחזיר את מאות המיליונים שהוא מקבל מכסף פרטי של אזרחי המדינה, בלי שיש פה הצדקה מי יודע מה...

**דוברות:** אתה יכול לתת את הטופס 17 לבסיסי בלי רופא.

**ד"ר שלומי פריזט:** זה טופס 17 סחיר. עשו את זה.

**דוברות:** לא לבן אדם, שעובר מפה לבן אדם, זה לא סחיר ולא כלום. אני מעביר לו ומוריד את הרופא משם.

**ד"ר שלומי פריזט:** זו אפשרות, אבל זה טירוף שציבורית תממן פרטית, אני רוצה שבפרטית ישלמו כמה שיותר. יש כל מיני עמדות בעניין הזה. התחשבות שב"ן-מסחרי זה שאלת השיבוב האם יש כפל ביטוח. גם אם תשנה היום, יש פוליסות ביטוח ישנות שלא ניתן להזיז אותן. מה דינן? עושים שיבוב? נושא השיבוב נשאר רלוונטי גם אם אנחנו מיישרים את נושא הכפל ביטוח. לחדשים אין טיפול, הם אומרים את זה כל הזמן וזה לא נכון. מה שיש היום זה כפל ביטוח אמיתי. חברת הביטוח לא יכולה לתת לי כסף על מנת שאני אפעיל את השב"ן שלי. הרופא יקבל כסף כדי להגיד לי ללכת לשב"ן.

**דוברות:** זה לא פתר את השב"ן.

**ד"ר שלומי פריזט:** או שמי שאיננו רופא יקבל כסף. זה issue. גם אם אנחנו מטפלים מפה והלאה צריך להחליט מה עושים איתו. שימוש ביעוץ ככלי להסטה. היום כיסוי השב"נים נקרא ייעוץ וחווה דעת שנייה, והם לא בודקים אם זה באמת חוות דעת שנייה. החשש הוא שזה משמש לקיצור תורים בכסות של התייעצות שנייה. שנית, האם זה משמש כיעוץ להפניית מבוטחים. ניסינו לברר את זה בנתונים ולא קיבלנו. המערכות לא יודעות להגיד את זה, אז אנחנו נשארים ברמת החשש התיאורטי.

**דוברות:** זה צריך להשתנות, אנחנו לא בימי הביניים.

**דוברות:** זה תקף להמון תחומים, המחסור במידע...



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**ד"ר' שלומי פריזט:** ככל הנראה בניתוחים יהיה לנו data base שיאפשר לנו לדבר על הקשר בין אורך התור לכמות הניתוחים בשב"ן. כמות הניתוחים שנעשית בסל בהשוואה לכמות הניתוחים במשק, שתוכל להעיד על הסטה כלשהי. זו לא התפלגות אחידה לדעתי. השב"ן עושה ניתוחים כאלה למשל, הרניה, כפתורים באזניים.

**יעל:** והפלא ופלא, שם יש תורים ארוכים.

**ד"ר' שלומי פריזט:** אנחנו ננסה לצייר את התמונה הזאת, היא לא תהיה מושלמת.

**דוברות:** אתה תראה שבאופן סדיר את זה עושים שם.

**ד"ר' שלומי פריזט:** זה התחיל כוונטיל, של אופרציות ושל ניתוח. הם נמצאים בסל הציבורי ובעצם ממומנים ונמצאים בפרטי. זה בדיוק הוונטיל שאני מדבר עליו, הביצה שהתחפשה. ה – LOSS RATIO בפרטי, כל אחד יתייחס אליו במודל - איפה העתודות יושבות, האם הן חייבות להיות מדווחות כ – LOSS RATIO או כרווחים.

**דוברות:** זה בעצם אחיזת עיניים, כי הם לוקחים את ה – LOSS RATIO העתידי ושמים אותו מאוד נמוך כדי למשוך אותו כרווחים. דה-פקטו הפיקוח על שוק ההון היה צריך לחייב אחרת, LOSS RATIO תוצאתי. נניח שאת מתחילה ביטוח חדש פרטי, יהיה לך LOSS RATIO אפס. האם זה אומר שיש לך רווח? לא, כי זה לכל החיים. הבעיה היא שנותנים להם למשוך את הכסף הזה כרווחים כשהם צריכים לשמור אותו כרזרבה.

**דוברות:** אתה אמור לדעת לחזות מה יהיו ההוצאות לאורך הזמן ולהוון אותן.

**ד"ר' שלומי פריזט:** אני בוחר בטווח הנוכחי להגיד אני אפריש יותר מחר.

**דוברות:** החברה יודעת.

**יעל:** את זה הרגולטור צריך להסדיר.

**דוברות:** הם שומרים פחות מדי רזרבות, זה בא משם.

**יעל:** כשהצעיר יהיה זקן לא יהיה לו, וזה מאוד חמור.

**דוברות:** אני מסכים שזה חמור וחייבים להסדיר את זה. זה מודל קלאסי להסדר חוב בסוף.

**דוברות:** המדינה תסדר...

**יעל:** מאוד חמור.

**ד"ר' שלומי פריזט:** אנחנו לא יודעים באמת מה קורה בעניין הסיכונים. נגישות גיאוגרפית לשירותים – בהתחלה היה רושם שיש הבדל משמעותי בשימושים במדינה בשב"ן. בפריפריה היקף השירותים הם 170 ש"ח וברמת השרון זה 400 ש"ח בדו"ח של 2012, ושנה אחרי זה זה כבר לא שם. צריך לנתח את זה.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אתה יכול לראות מאוד ברור איפה המקום הכי קרוב לך לנסוע אליו, ולפי זה לדעת.

**ד"ר' שלומי פריזט:** זה מפריע לנו ועוד פעם נכנס מס. נוצרו תנאים שבמסגרתם 85% מהאוכלוסייה מרגישים שהם צריכים לקנות כיפת ברזל, אז אני רוצה שכולן יירטו אותו דבר ושלא יהיה הבדל בין המרכז לדרום. תבין איזה גרסיבי הדבר הזה, הפריפריה משלמת יותר ומקבלת פחות מרמת השרון.

**דוברות:** מה רע בזה?

**יעל:** זה מגדיל את הפערים שממילא יש במדינה, זה קטליזטור.

**דוברות:** השב"ן בעצמו הוא לא פער, הוא nice to have. פער בבחירת מנתח הוא לא פער.

**יעל:** לאנשים יש שירותים בצורה לא שווה.

**דוברות:** קיצור תור לדוגמא.

**דוברות:** הנה אני עכשיו בא ואומר תן לי ביי"ח פרטי בצפון כדי שנצל יותר טוב את השב"ן, כי בדרום יש לאסותא ביי"ח 40 מיטות, אבל בצפון אין כלום. עכשיו, האם זה מקצר או מאריך תורים בהקשר של אמצעי או כושרי ייצור? בעינינו לפחות, 3 ד' לא עומד לסעיף 10. 3 ד' זה איכות, זמן ומרחק, וסעיף 10 זה שב"ן. אין שם 80%, בוא נגיד שיש שם 60%.

**דוברות:** למה אצל הערבים אין 44%? אין להם לאן ללכת.

**ד"ר' שלומי פריזט:** כמה דברים – כיוון שהשב"ן הוא bundle וגם אני רוצה טיפולי שיניים אז אני משלם את זה, והפריפריה יותר ענייית. אני מעביר תשלומים מאנשים עניים לעשירים. שנית, אנחנו צריכים להחליט אם השב"ן זה הבן החורג שאף אחד לא מדבר עליו, אבל אם הוא בשר מבשרה של המערכת בישראל, 85% מהאוכלוסייה, אז או שהילד החורג חרג מכל גבול, התבלבלנו, ואז קשה להגיד שהוא לא צריך להינתן באופן שווה לאנשים שקונים אותו, וגם אם לא, תן לי הנחה.

**יעל:** או שתיתן ל-15% הנוספים ותשווה אותם.

**ד"ר' שלומי פריזט:** תוריד את הפרמיה או את המימון, אל תעשה לי שוויון.

**דוברות:** אתה יכול לעשות את זה לפי מחוז. ברמת השרון זה יהיה 400 ש"ח ובפריפריה 50 ש"ח.

**יעל:** אנחנו לא רוצים גם את זה.

**דוברות:** זה מחר טיעון בג"צ.

**דוברות:** הוא אומר תפתור את הבעיה הזאת על ידי מתן בחירה בצפון.

**דוברות:** אני לא רוצה ביי"ח פרטי בצפון, תן לי בחירת רופא אחר הצהריים בביי"ח זיו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** אני בונה את החוק על פי 30% שאין להם שב"נים ולא על פי מי שיש לו שב"נים.

**דוברות:** זאת שאלה של שר"פ.

**דוברות:** אני מתכנן את אספקת השירותים על פי השב"נים, הגולם קם על יוצרו. מחר אני אעשה את זה על פי הביטוחים המסחריים.

**דוברות:** אתה צריך להבין למה יש לכל כך הרבה באוכלוסייה. בגלל שיש כל כך הרבה אתה מתאים אליהם את המערכת בגלל שהיא עוותה?

**דוברות:** הוא מתאר תמונת מצב.

**דוברות:** אנחנו נצטרך שטיפול ברכיבה על סוסים יהיה בכל הארץ ונקים אורוות.

**דר' שלומי פריזט:** המצב הקיים שבו החברה מרהט מממנים את רמת השרון לא בסדר.

**דוברות:** אבל לא צריך להגדיל את האספקה.

**דר' שלומי פריזט:** לא, מי רוצה? מה פתאום?

**יעל:** זה מרתק, ואתה נוגע בבטן הרכה של הנושאים.

**דוברות:** זה לב המטרייה, בלי לזלזל בוועדות האחרות. זה ה-דבר שבו הזנב מקשקש בכלב.

**דר' שלומי פריזט:** על רגולציה אחודה דיברנו, כל אחד אומר את דעתו במודלים. קשר חברות ביטוח-קופת חולים, בעיקר כללית ודיקלה והיחסים ביניהם.

**יעל:** היא אומרת שפמי זאת קופ"ח חמישית.

**דר' שלומי פריזט:** כתב שירות חי לשנה ופוליסה שחיה לשנים רבות. השאלה היא האם מותר לך להציע דבר כזה? אני נותן לך היום רופא מלווה ומחר אין לך.

**יעל:** שאלה מאוד קריטית, כמו על הסיעודית, שילמתם ויום אחד זה נגמר, כבר אין.

**דוברות:** החשש שלי שזה יהיה רחב יותר, לא וועדה שתצליח להתכנס לשני מודלים.

**דר' שלומי פריזט:** בהתחלה חשבתי שנעשה הצבעה על מה יעלה למליאה, וכשאני רואה את השונות אני רואה שזה יהיה קשה. נעשה את כל המאמצים להתכנס סביב 3-4 מודלים, ביניהם תהיה חפיפה, שונות ומחלוקת בנפרד. תקבלו את זה ותעשו דיון.

**דוברות:** יש פה הרבה הסכמה חופפת ו- 5 גדולים שתהיה מחלוקת עליהם.

**יעל:** לפי הטבלה שלכם נראה שהתוכן פה הוא מעמיק, ירדתם לפרטים וזה יופי. כל הכבוד! נעצור כאן.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר