



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת משנה ביטוחים – 5/12/13

נוכחים: דר' שלומי פריזט, פרופ' גבי בן נון, ניר קידר, שרונה פלדמן, מיטל גראם, ניר בריל, פרופ' לאה אחדות, עו"ד עדי ניב-יגודה, דר' שולי ברמלי, דר' טוביה חורב, שירה גרינברג, רויטל טופר, דורון קמפלר, מור סגל.

דר' שלומי פריזט: היום נתחיל לדבר על בעיות, סיכום הבעיות. אני רוצה שנעבור על נתונים, מה שקיבלנו.

דוברות: הייתי רוצה להעיר – יש שאלה ודיברנו על חלק מזה, אנחנו התמקדנו בניתוחים ובחוות דעת שזה 50 ומשהו אחוז, כל השאר נראה קטן מדי, אבל אולי אפשר להציג את זה. לא ברור לי איך הריון ולידה מתחלק, גם שיניים, שצריך אולי ציון נפרד. כי למשל, אם 260 מיליון ש"ח מתוכם 200 מיליון ש"ח זה החזר כספי, זה משהו ששווה לבדוק. כמובן שלמול בחירת מנתח זה מעט, אבל יכול להיות שיש פה עוד כמה מאות מיליונים מבין הסעיפים שצריך לשנות. השאלה אם זה ברמת מאות מיליונים שאנחנו לא נוגעים בזה או לא.

דר' שלומי פריזט: היו שתי הערות על הנתונים, שאנחנו מבקשים יותר מדי או שרמת הפירוט גבוהה מדי. אני לא חסיד גדול של זה, אם זה ממילא יוצא ממחשב, אז יוצא זנב ארוך. זה נראה לי פשוט קשקוש. כל העניין של נלך לאיבוד עם הדאטה...

דוברות: עדיף לסנן מתוך מה שיש.

דר' שלומי פריזט: היו הערות על סט השאלות?

דוברות: שנתחיל לרוץ איתו.

דוברות: אולי פשוט להבין מה התעריף הממוצע לרופא.

דר' שלומי פריזט: יש את זה.

דוברות: בגלל שהכל החזרי, זה פשוט קבלות.

דר' שלומי פריזט: יש שאלה האם מדובר בבחירת מנתח או בבחירת חולים. אני בוחר את המנתח או שהמנתח בוחר אותי. השאלה האם 3 חודשים נראה לכם מספיק. אנחנו שאלנו לגבי שיעור המנותחים לפי סוג ניתוח שביקרו לפני כן במרפאה של הרופא שניתח אותם. 3 חודשים זה מספיק או שצריך יותר? לי זה נראה הגיוני.

דוברות: שאלה מעולה. 3 זה מאה אחוז בסדר. אתה שוכב בבי"ח, אתה חושב שהרופא שראית אותו הוא מעולה, ואתה רוצה להמשיך להגיע אליו. אני חושבת ש-3 זה המקסימום, בהתחלה חשבת שזה ארוך מדי.

דר' שלומי פריזט: תלוי במשך התור לניתוח.

דוברות: בוא נראה לאיזה צורך משמש הנתון הזה, ואז נחליט, כדי לראות אם הרופא משכנע אותו לבוא אליו לניתוח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר שלומי פריזט: יהיו כאלה שיגידו מה פתאום. ראה את הרופא, החליט שהוא מצוין והלך אליו. הניתוח הוא בפרטי אבל הביקור אצל הרופא לפני כן הוא בציבורי.

דוברות: ואז הייתי הולך על שני רבעונים כדי לראות אם יש הבדל. התשלום הוא פר רבעון.

ד"ר שלומי פריזט: אני לא יכול להבטיח שהוא ינתח אותי בציבורי.

דוברות: אלא אם כן זה שחור.

ד"ר שלומי פריזט: אנחנו צריכים למצוא אינדיקציה או להסכים בינינו על מה תהיה אינדיקציה טובה לכך שהחולים בוחרים מנתח, לעומת הצד השני, שהמנתחים בוחרים חולים. האם בחירת מנתח היא באמת בחירה או שלמעשה אתה פוגש מישהו והוא אומר לך "תקשיב...". זה בחירת מנתח או קיצור תור, כמו שחוות דעת שנייה זה קיצור תור.

דוברות: זה נשמע כמו באינטונציה שלילית...

ד"ר שלומי פריזט: השאלה היא כזאת – האם השימוש בביטוחים הפרטיים משמש לעקיפת צווארי בקבוק במערכת הציבורית בעיקר, שאז התוצאה היא שחלק גדול מהשימושים זה לא פתאום זכות טבעית לבחור מנתח, הדבר הכי חשוב בעולם, אלא תקעו אותם שנה בתור והם שאלו איך אפשר לקצר. השאלה אם גם בתור של יומיים זה קורה. ככל שבחירת מנתח וחוות דעת שנייה יהיו בקורלציה גבוהה, לדעתי, עם מקומות בהם התור ארוך, כך ניטה לפרש את זה כקיצור תור מאשר מימוש ההווה האינדיבידואלית של החולה.

דוברות: אני מתרשמת, אבל אין לי סטטיסטיקה לעניין, שגם במקומות שבהם התור אמור להיות קצר יחסית כי זה ניתוח לא מאוד דחוף, יש הרבה ניתוחים שאתה מחכה שבוע-שבועיים. אז הם נכנסים מיד לסיפור של שר"פ ומיד מתחילים להשתמש בביטוחים המשלימים והמסחריים שלהם, והם מובלים לכך על ידי המערכת. אתן דוגמא – ניתוח מסוים אומרים אחרי שבועיים של בדיקות, אומרים שאתה לא יכול להתמודד עם זה לבד, אתה צריך רופא מלווה ולא מספיק רופא משפחה. אתה צריך כמה פגישות ולשם כך אתה חייב שר"פ. החולה מובל לעניין. אני לא יודעת אם יש לאנשים רגע של בחירה באמת אובייקטיבית, כי הסיטואציה מובילה אותם להשתמש במסלול הזה. אני מכירה כמה מקרים כאלה לאחרונה, שזה מה שהסיטואציה עושה להם. אנשים לא בוחרים, הם מובלים לבחור. את לא יכולה להתעלם מזה.

דוברות: אני לא מתעלמת, אבל יש כשל בנקודה אחרת. זה מה המערכת צריכה לעשות. זה בוער בי, זה קשור למידע ולהעצמת המטופלים. אני לא יכולה לחשוב שהמטופלים לא יכולים לקבל החלטות, ואז המסקנה שאנחנו עלולים להגיע אליה זה שאנחנו נקבל את ההחלטות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: רק עניתי לשאלה אם זה אינדיקציה לבחירה. אנחנו צריכים להיות מודעים לעובדה שלפעמים הבחירה היא לא כזאת, אתה מובל בגלל הסיטואציה עצמה.

ד"ר' שלומי פריזט: הכסף הגדול נמצא בבחירת מנתח. עיקר ההסטה בין הציבורי לפרטי היא במעבר כ"א בין הציבורית לפרטית בשעה 14:00, וזה אחד הנושאים שאנחנו צריכים לטפל בהם.

דוברות: הבחירה זה מרכיב מאוד מרכזי בסל השירותים של הביטוחים המשלימים והמסחריים, ולכן הוא אומר בואו נקדיש זמן לניתוח הסיפור הזה. בואו נעשה הפרדה בין אמצעי לקיצור תור לרצון חופשי של האדם. צריך להתמודד עם הסוגיה איך מכמתים את זה. כמה בחירה אמיתית רציונלית וולונטרית באמת יש. הוא מנסה לנתח ולכמת בחירה, למה הכוונה בבחירה.

ד"ר' שלומי פריזט: אני רוצה לסגור את זה כי אני רוצה להוציא את זה. אני שאלתי על שלושה חודשים, ואמרתי למה אני שואל את זה – אני מחפש לנתח את נושא הבחירה כי יש לזה משמעות. אני מנתח את הסימטריה באינפורמציה. אם אתה נוטה ללכת לרופא שבמרפאה שלו היית, כלל שהשיעור הזה יותר גבוה, ואין פה איזה benchmark, אנחנו צריכים להסכים מה תהיה המתודולוגיה שממנה אפשר יהיה להוציא את האמירה - בסוף היום, החולה נבחר על ידי המנתח או שמציעים לו מנתח והוא בוחר? גם לקנות ממונופול במחיר גבוה זו בחירה חופשית. זה לא מאפיה, לא שוברים רגליים או חוטפים את אחותך. מה יותר טוב ממימוש הרצון חוץ ממחירים גבוהים? איפה אפשר להגיד שהפרט יותר מממש את רצונו לבחור באופן חופשי, מלבחור ולשלם על זה מחיר גבוה? זה עד הקצה. אני לא חושב שאנחנו צריכים לתת לבן אדם לקנות משהו כזה במחיר גבוה.

דוברות: אם זה אותו מוצר שאתה קונה, וזה רק עניין של מחיר... אם העט הזה והזה הם בדיוק אותו דבר, וזה עולה 50 ש"ח וזה 100 ש"ח, אז אתה צודק.

ד"ר' שלומי פריזט: אני שואל בנקודה הזו האם בסופו של דבר, הצרכנים, כשהם בוחרים את המנתח, האם הם עושים תהליך מסודר במסגרתו הם שוקלים הכל ומכירים הכל, או שאומרים להם זה טוב בשבילך ותעשה את זה, ואז אתה עושה את זה. תגידו שזה לא משנה להכריע בסוגיה הזאת, זה גם בסדר.

דוברות: עשה לי טובה, תחליטי. אני אומרת לעצמי שאנחנו כל הזמן צריכים להסתכל טיפה אחרת. כל נתון שאתה תקבל, ואנחנו צריכים להבין את המגבלות, לא מוכיח שום דבר, יש לו מקסימום אינדיקציה בשאלה הספציפית הזאת.

ד"ר' שלומי פריזט: אני רוצה להגיע להסכמה על נתונים שיתנו אינדיקציות חזקות.

דוברות: אני מקווה שאני יכולה לשכנע אותך שהתשובה מאלוה לא אומרת לנו אחד או שתיים או שלוש כי יש הרבה גורמים שיכולים להשפיע, כך שלי קשה להאמין שאם היינו רואים את האינדיקציה הזאת, בהכרח הרופא הוא זה שבחר. הוא בן אדם כל כך משפיע, יש buzz כלפיו שכל מי שנתקל בו רוצה אותו בפרטי. אתה שאלת שאלה שאמרתי לך שהיא נכונה מאוד, אבל בהמשך כשהסברת למה אתה שואל את זה, כי אתה מקבל תשובה X אז אתה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

מניח Y, ואם תשובה Z אז אתה מניח A - יש בעיה להניח את ההנחות שאתה מניח כשנקבל את הנתונים. אני רוצה להציע שכשאנחנו שואלים את השאלות, נהיה מספיק פתוחים בראש כדי להבין שזה לא חד משמעי.

ד"ר שלומי פריזט: סטטיסטית זה לא בעיה להראות את זה. אמרת שיכול להיות שהרופא הזה כל כך טוב שכולם רוצים לבוא אליו. יש תפוצה של כישרונות, רופאים טובים ורעים. בואי נניח שיש רופא טוב ורופא רע. אנחנו לא שואלים לגבי אחד, אלא לגבי כולם.

דוברות: אתה צודק במאה אחוז. בכל מקרה, אם אני מבינה נכון, מאיפה תקבל את הנתונים האלה? מה שאני רוצה להציע כדי שלא נבזבז זמן על פרשנות, חשוב לשאול שאלות גם אם הנתונים לא נותנים אינדיקציה מספיק ברורה.

ד"ר שלומי פריזט: אם הנתונים אומרים לדעתי א' ולדעתך ב', זה לא משמעותי מלכתחילה.

דוברות: אני חושבת שמה שאתה רוצה להגיע אליו זה שאיפה יותר מדי גבוהה בעניין הזה, כי אנחנו לא חייבים להסכים על הפרשנות אלא חייבים להסכים בעיניי שזה מצביע על משהו. אני פשוט חושבת שיש קביעה בעיניי אתית, ויש גם חוזרים שאומרים בצורה פשוטה, וזה לא משהו של מי בחר במי, זה שאתה לא צריך לראות חולים שראית אותם במרפאה שלך או במערכת הציבורית. התופעה הזאת שלילית בעיניי נקודה.

ד"ר שלומי פריזט: יש הרבה תופעות שליליות, ואני לא הולך לטפל בכולן. איסוף נתונים זה שליחה של חיישן למציאות שחוזר עם תשובה שיש לה אינטרפרטציה, ויש פרשנות אחת לזה.

דוברות: אנחנו ראינו פה לדוגמא תשתית אחת של נתונים בנושא של תורים. דווקא בדוגמא שהכי קלה למדידה, וישב פה מישהו והציג מהדסה, וראית את רמת המחלוקות לגבי הפרשנות של הנתונים האלה, וזה היה עוד משהו יחסית קל. שם הקושי ביצירת הנתונים ובקבלת תשובה שאפשר יהיה לעשות איתה משהו, הוא כל כך בעייתי וקשה וייקח הרבה זמן, ובסוף לא תגיע לכלום. אני מציג את מה שהיא אמרה כי אני חושב שיש משהו במה שהיא אומרת.

דוברות: אני מתעקשת כי זה חשוב גם לוועדה. אני לא חושבת שאנחנו יכולים ללכת על תשובות בינאריות. אני חושבת שיש מתחם. ברור שאם התוצאה תהיה בקיצוניות, כל אחד שראה רופא אחר כך היה אצלו. יהיה קשה לבוא ולהגיד שכולם בחרו. אם אתה פתאום תראה שאף אחד לא בחר, אז תגיד שרוצים לבחור את הרופאים. נקבל תשובה באמצע, נוטה קצת יותר לפה או קצת יותר לפה. לא תהיה פרשנות חד משמעית שכולם יסכימו עליה וזה בסדר, אני יכולה לחיות עם זה.

דוברות: צריך לחפש את הנתונים מכמה זוויות, ואז תראי קצת לפה וקצת לפה. אין פה מדע מדויק, אני מסכימה איתך.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אם מישהו חושב שנוכל להגיע להסמכה מלאה על משהו בסוף, זו טעות. יהיה מתחם שכולנו נוכל לחיות איתו.

דוברות: יש כמה ממדי תועלת לדיון הזה, ברמת ההבנה של מה אומר חופש בחירה. שנית, לעשות ניסיון בכל זאת להשיג תשתית של נתונים. מה שלא נצליח, לא נצליח, אבל לומר שכל אחד יגבש עמדה כשלא ניסינו לאסוף נתונים, אני חושב שזו פשלה. לכן ייצור של תשתית באילוצי הזמן והטכנולוגיה, זה מתאים. אחרי זה יבוא השלב של הפרשנות. מה ששלומי מנסה לכוון זה למנגנון של איסוף נתונים.

דר' שלומי פריזט: אם אין הסכמה מתודולוגית איך הנתון הזה משתלב למערכת הסקת המסקנות, לא עשינו כלום. אם שני אנשים יסתכלו על מד חום 36 מעלות, אחד יגיד זה חם ואחר קר, לא עשינו כלום.

דוברות: זה בסדר גמור. אני רוצה את התשובה העשרים לגבי הטמפרטורה בחוץ, ובוא נתווכח על הפרשנות.

דר' שלומי פריזט: תביא לי את ה - benchmark, תפעילו את הראש.

דוברות: אחד יגיד ש - 20 מעלות ומאוד קר, השני יגיד מאוד חם, אבל זה ברור לכולנו שזה 20 מעלות, וזה יותר מ - 15 ופחות מ - 30.

דוברות: אני רוצה לדעת את ה - 20.

דר' שלומי פריזט: אם אנחנו מסכימים שבהדסה ובשערי צדק יש הסטה חוקית וגבוהה מהממוצע, אז נסתכל על ה - benchmark שלהם - מי נותח אצלם וביקר 3 חודשים לפני זה במרפאה. אם הוא נמוך אז הוא נמוך ואם גבוה אז גבוה.

דוברות: הכל בסדר, אני רק רוצה שאת הפרשנות נשאיר לאחר כך. כמו בכל דבר, יש מיליוני פקטורים ואתה חושב שיש סיבה ומסובב.

דר' שלומי פריזט: אני דוחה את הטיעון הזה בעשר ידיים. אין משמעות לדאטה אם אנחנו לא מסוגלים להגיד שזו אבחנה מבדלת. יש לזה משמעות. אנחנו אוספים נתונים כדי להיות יותר חכמים.

דוברות: בוא נראה קודם את הנתונים.

דר' שלומי פריזט: האמירה הזאת אומרת שלא נעשה איתם כלום אחר כך.

דוברות: אתה מקובע.

דר' שלומי פריזט: אני למוד ניסיון, זה לא אותו דבר.

דוברות: אתה צריך לראות איזה נתונים נקבל, ולהפעיל סבירות של המסקנה שעולה לך מהנתונים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אם אפשר יהיה להגיע למסקנה מתשתית הנתונים והניתוח שלך נכון בכל צומת של החלטה, היינו פותרים המון בעיות בעולם הזה, אבל זה לא ככה. כולל אם להפציץ או לא באירן. הסיפור יותר מסובך משחור לבן או מכן או לא.

ד"ר' שלומי פריזט: אתם מדברים כמו אנשים שלא עובדים עם דאטה.

דוברות: אם לא ניקח את זה כרגע למטא-בעיה של הנחה קודם.. אני מבין שהשאלה היא שאם נראה את התופעה מה נסיק ממנה, שיש יותר סבירות לכאן או לכאן.

דוברות: אני כבר אומרת לך שאני לא יודעת להניח את זה ואי אפשר להניח את זה.

דוברות: אנשים הולכים לפרטי ואז מקבלים התחייבות שהמנתח יראה אותם בציבורי, ואי אפשר לבדוק את זה. אתה משלם 100 ש"ח במרפאה, ואז רואה אותו בציבורי.

דוברות: היא אומרת שעשית משהו לא שוויוני ופגעת. יש רופאים שזה לא הכל כסף אצלם. הוא ראה את החולה, בדק אותו ויש לו דאגה כלפיו, ואז הוא אומר לו אראה אותך בניתוח.

דוברות: המחיר לצרכן הוא של הביטוח, לא המחיר האמיתי וזו בעיה יותר חמורה של שוויון.

דוברות: אתה לא מכיר מספיק רופאים.

דוברות: אם זו בעיה ואנחנו לא יכולים לבדוק אותה, בואו נעבור הלאה.

דוברות: הסוגיה בעיניי של בחירה זאת לא סוגיה של רצון. אני לא חושבת שבחירה שווה רצון. בחירה שווה ערך שצריך לקיים עליו דיון בוועדה הגדולה. אם זה כן חשוב שיהיה – גודל הבחירה, סוג הבחירה, מימון שלה וכו'. אני לא חושבת שאנחנו צריכים לדבר על בחירה במערכת הבריאות בגלל שהציבור רוצה את זה. יש פה שאלה שיש בה ערך. הסוגיה ששלומי העלה אותה אומרת האם האנשים רוצים את הבחירה, או שהמנתח הוא זה שרוצה אותה.

ד"ר' שלומי פריזט: הם תמיד רוצים כי משלמים להם על זה.

דוברות: חלק מהבחירה זה קיצור תור. הוא רוצה לתת לזה ממד כמותי יותר.

דוברות: הנושא הזה הוא באמת שאלה מאוד משמעותית כי צריך לנהל דיון האם קיצור תור זה לגיטימי. בגלל זה הנתונים מאוד חשובים, הקשר בין אורך התור לבחירה.

דוברות: אני לא בטוח שאני מגיע על אותו עניין, אבל שמעתי אתכם אומרים מה השאלה של הרופאים ומערך התמריצים כשהם עובדים בשתי המערכות, כשהם מקבלים מטופלים פרטי וציבורי מאותה קופה. עד כמה אני יודע להפנות אותם אלי לצורך ניתוח באסותא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דר' שלומי פריזט: זו השאלה שמתייחסת לשאלה האם ביקרת ב - 3 חודשים האחרונים במרפאה מתוך צורך בנייתו בשב"ן, האם זה הרבה או מעט? בואו נשווה למה שקורה בהדסה ובשערי צדק, זה יהיה ה - benchmark.

דוברות: בהדסה ובשערי צדק זה אומר שאותו רופא ראה אותו במרפאה או בקהילה, והפנה אותו לעצמו בבי"ח. יכול להיות שראה אותו בשר"פ, אבל זה לא אותו דבר.

דוברות: השאלה היא איך אתה מצליב את הנתונים.

דוברות: מי ייתן לנו את הנתונים האלה?

דוברות: לא בהכרח יש להם את המידע הזה.

דוברות: מקסימום הקופה יכולה לראות שהוא היה בביקור אצל הרופא.

דוברות: את השר"פ הם לא יכולים.

דוברות: אתה כן מקבל נתון שבכמה ניתוחים החולה היה אצל אותו רופא באותה תקופת זמן. יש קופות שבהן חל איסור על הרופא לקבל אותם חולים לחוות דעת שנייה. רופא שעובד בציבורי לא יכול לשמש כיועץ בשב"ן. שאלה מקדימה – באותה קופה שכן מתירה את זה, האם היא מאפשרת לרופא גם לקבל מבוטחי סל, גם מנותחי שב"ן בתשלום וגם כמובן להמשיך לנתח? את מה אנחנו סופרים במונה? את הביקורים שהיו בציבורי או בשב"ן? זה משנה כי אם הוא בא אליו מלכתחילה כרופא פרטי, אז הוא אומר...

דוברות: אז זו לא הסטה.

דוברות: מה שרצית לבדוק, אני מניח, וזה נכון לדעתי, זה שהיצע יוצר ביקוש. עד כמה יש השפעה דומיננטית של הרופא על בחירתו. תהיה בעיה של נתונים, בואו ננסה.

דוברות: קופה שלא מאפשרת לרופא לתת חוות דעת שנייה, סביר להניח שהוא גם עובד בבי"ח פרטיים וכן הלאה. בואו נבדוק קופות שלא מאפשרות את זה לעומת שכן מאפשרות את זה.

דוברות: יש מרפאה אמבולטורית בבי"ח ציבורי, והוא מפנה אותך לפרטי.

דוברות: אתה לא תדע כי משמעתית זה בלתי אפשרי הדבר הזה.

דוברות: מבקר המדינה אמר שזה נעשה.

דוברות: לא אמרתי שזה לא נעשה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר שלומי פריזט: אם לא ניתן או שיש מגבלות כאלה או אחרות לזהות את המצב שבו רופאים בציבורית מפנים, משפיעים על בחירתם של הפרטים אחר כך בסל הפרטי, אם אין דרך למדוד את זה או להסיק מזה מסקנות, צריך לבדוק את זה.

דוברות: יש דרך. יש קופות שמאפשרות לרופא סל לתת ייעוץ בשב"ן בתשלום בהשתתפות עצמית, ויש קופות שלא מאפשרות את זה. אני רוצה לדעת כמה מבוטחי אותה קופה מקבלים ייעוץ אצל רופאי סל או רופאי שב"ן. יכול להיות שישתבר לך מזה. זו אותה שאלה, זו הטיה מהמערכת הציבורית לפרטית.

דוברות: אתה מכוון לכללית, שאצלה אותם רופאים יכול להיות בסל ובשב"ן - אם תוריד אותם, לא יהיו לך רופאים.

ד"ר שלומי פריזט: את זה אתה תראה בתורים לאנשים האלה.

דוברות: יש כמה מודלים של הסכמים בקופות, בין רופאים יועצים לבין הקופה. יש את כללית שמאפשרת לרופאי סל אצלה לתת למבוטחי השב"ן ייעוץ בתשלום. אני לא יודע מה המבוטח חושב, השורה התחתונה שישלם 100 ש"ח. השאלה שלי האם באמת מתבצעת כאן פעולה של הטיה מהמערכת הציבורית לפרטית. הרופאים יודעים לכוון את המבוטחים שמגיעים אליהם, זה מתחיל מזה. ואז לכאורה, כאשר תשווה בין הקופות בהקשר הזה, אתה יכול להשוות כמה מבוטחים בכל אחת מהקופות עשו ייעוץ בתחום התמחות כזה או אחר, וישתבר לך שבקופה שבה שאין קשר בין שב"ן לסל יש שיעור מסוים לשימוש בייעוץ בשב"ן, ובקופה האחרת יש מחצית מהסכום שזה במסגרת הסל.

דוברות: אולי היקף הסיכוי בקופה מסוימת הוא גדול יותר, ואז יש מצב שיש יותר שימושים.

דוברות: יכול להיות שבקופה מסוימת יש הטיה משירותי סל לשירותים בתשלום. אותה קופה שנותנת לאותם רופאים לעשות גם וגם, שם הסבירות יותר גבוהה לקשר הזה ולכן הם מפנים לעצמם. ואז השאלה היא האם הם מפנים לעצמם יותר כשהם רופאי סל או כשמישהו מגיע אליהם במסגרת המשלים, ואז לרופא יש תירוץ שלא יגיע אליו בסל בכלל, שימשיך את הפעילות במסגרת השב"ן. לכן אני טוען שצריך לכתוב את כל הספקטרום.

ד"ר שלומי פריזט: אוקיי, האם אתה יכול לכתוב את זה מהר, את השאלות הללו? אני רוצה להוציא את זה ביום ראשון.

דוברות: לבוא ולומר שיש שימושים גבוהים זה משהו אחד, אבל יש גם כיסויים יותר גבוהים. שם פר מבוטח יש שימושים יותר גבוהים, וזה גם מופיע בדו"חות שלנו.

דוברות: תבדקי את שירותי הסל.

דוברות: אבל אתה מסתמך על השב"ן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אני רוצה לדעת האם השימושים באא"ג בשירותי סל הם שונים מקופות אחרות.

דוברות: זה לא אומר כלום.

ד"ר' שלומי פריזט: אם שום דבר לא אומר כלום, לא נגיע לשום מקום.

דוברות: אני רוצה להציע לך דרך לעקוף את זה. אני אומרת שבסוף היום יש נתונים שהחברים ביקשו לדעת מה נסיק מהם, מה נעשה איתם. תעזוב אותם. אחרי שיגיעו זה יהיה יותר רלוונטי להתווכח. אם יש נתון שאנחנו מדברים עליו ובסוף לא יהיה אותו? אני מתווכחת שעה על מה שאין.

דוברות: הסתכלתי על הנתונים, זה מטורף.

דוברות: נכון, אתם גם לא תקבלו את זה. כשאתם מבקשים רשימה של כל ההשתתפויות העצמיות לפי סוג ניתוח וסוג פרוצדורה, יש אלפי פרוצדורות ולכל מנתח ובי"ח יש השתתפות עצמית אחרת. זה אובר מידע ולא נצא מזה בחיים, צריך להתמקד. כל נתון כזה זה ספר.

ד"ר' שלומי פריזט: יש השתתפויות עצמיות ויש ניתוחים.

דוברות: בניתוחים יש 3 מסלולים ולא לכל הקופות יש את כולם, שניים בטוח – בי"ח ומנתח בהסדר מול מסלול של החזרים. יש קופות עם מסלול שלישי – אני אממן לך את ההתחייבות לבי"ח, ולגבי המנתח תשלם ותקבל החזר. יש 3 מסלולים ולכל פרוצדורה יש החזר אחר, השתתפות עצמית אחרת ועלות אחרת למנתח. אתה יודע כמה פרוצדורות ניתוחיות יש? איזה 4,000. קח רק את השכיחים.

ד"ר' שלומי פריזט: מה ששכיח בציבורי זה מה ששכיח בשב"ן?? בדיוק הפוך.

דוברות: קח את השכיחים כאן וכאן.

ד"ר' שלומי פריזט: ואז בשב"ן של מכבי או של כללית? מה זה משנה, תביאו את המספר! לא אכפת לי אם תלחצי כל כפתור ויצא 4,000 או 20 אלף.

דוברות: אתה רוצה לסיים השנה או ב - 2015?

דוברות: הם יגידו לך שכל החומר באתר. כנס לשם ותתחיל אתה למשוך את הנתונים.

דוברות: יש 2 דרכים לגרום לא לקבל מידע – לא לתת או לגרום לזה שנותנים מידע שכל כך קשה לפרש אותו שאתה לא יכול להשתמש בו. אם נקבל דבר כזה יש אמירה לוועדה הזאת, הבעיה של הנתונים. התרגיל של ללכת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ולשאול נתונים שאין חולק על זה שזה קשה, אבל לדעתי שווה לעשות את זה. זאת גם אמירה אם לא נקבל. אנשים נורמליים יכולים לקבל נתונים סבירים.

ד"ר' שלומי פריזט: כמות מנותחים בסל ובשב"ן יש באתר שלהם, מה הבעיה?

דוברות: מצדי תבקשו מה שאתם רוצים. לדעתי כדאי להתמקד, לא רוצים, לא צריך. הם יוציאו, זה ייקח יותר זמן, זה לא בלחיצת כפתור. כשאני ביקשתי 20, זה לקח חודש ומשהו. לכל ביי"ח יש קודים אחרים, ולכל קופה קודים אחרים לפרוצדורות. אפשר לקחת את כל ה- DRG של משרד הבריאות. במחירון יש ניתוח שנקרא הרניה, ובבי"ח אחר יש פיצול בניתוח הזה, וזה יס עבודה על אותה פרוצדורה.

דוברות: יהיה לנו קשה לסנכרן את זה, היא צודקת.

ד"ר' שלומי פריזט: אין כזה דבר סוג ניתוח?

דוברות: יש, אבל הקודים מורכבים. לא כל בתי"ח עובדים באותה ערכה של קודים.

דוברות: רגולטור לא מסוגל לבקש נתונים?

דוברות: הרניה מתחלק לפרוצדורות. ביי"ח אחד יתן לך משהו אחד, והפניקס תיתן משהו אחר.

דוברות: עזבי, שיבקשו. בואו נבקש.

דוברות: אתן הרגולטור שתיכן, אז אין לכן את זה?

ד"ר' שלומי פריזט: 20 הניתוחים הכי נפוצים לא יעזור בכלל, כי הוא מפצל אותם ל- 4 והם ל- 8. מי שיפצל ליותר, זה בכלל לא מופיע אצלו ברשימה.

דוברות: 20 השכיחים אפשר יותר להשתלט על זה. אם זה כולל מראש, אם מישהו מפצל את זה, אפשר להשתלט על זה. כשה 4,000 פרוצדורות זה יותר מסובך. לא מפריע לי לבקש, אני חושבת שלטובת הפרקטיקה מבחינת העבודה שלנו, אפשר לקחת גם 20 הכי נדירים. 20 השכיחים זה בכלל בשוק, ואני מסכימה שזה לא תמיד תואם את הסל. אתה יכול לקחת גם את ה- 20 הכי לא שכיחים, 2 קצוות. מצדי תיקח 30-50, אבל לקחת 4,000 זה מטורף.

ד"ר' שלומי פריזט: אין לי ויכוח עם זה. נשמע לי הגיוני.

דוברות: יש מסר בזה שהוועדה מבקשת נתונים ברמת פירוט גבוהה, זה מחובתנו בוועדה ציבורית לבקש. יש קושי במריחת נתונים מצד הקופות, אפשר למרוח אותנו. לא מריחה, משיכה של זמן וקשיים בירוקרטיים. אני רוצה להציע הצעת ייעול – ברמה של קבלת הנתונים היום - יש סדרת מלאי של הנתונים, ויש ראשון שאפשר לקבל שבוע הבא. בואו נסמוך על שיקול דעתכן מה אפשר לקבל בשבוע הבא. אני חושב שאנחנו עומדים בלוי"ז קצר, השרה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רוצה לערוך דיון קבלת החלטות, ואין לנו כלום. אני מעדיף את האמצע בין כלום להרבה, ולהתחיל לרוץ. לדעתי, ישנה סדרה של נתונים שאפשר לקבל תוך שבוע-שבועיים ואת זה אני רוצה לראות.

ד"ר' שלומי פריזט: מקובל.

דוברות: אנחנו אוספים מידע לוועדה הציבורית ול - OECD על 20 הניתוחים הכי פופולריים, הוא מבקש לדווח על זה. ישראל מדווחת על זה ל - OECD לפי בתי"ח, לפי גורם מממן, שיעורי אשפוז, מדדי תמותה - וזה רק על ביצועים. יש נתון שאנחנו מציינים מס' ימים ממועד האשפוז ועד מועד הניתוח, אבל זה לא תור, ויש סוגיה של מקור מימון. בבתי"ח פרטיים הם לא מדווחים על מקור מימון. יהיה הרבה מאוד מידע. אפשר לקחת את הרשימה של אותם ניתוחים לפי בתי"ח ללא ציון שמם אלא המאפיין שלהם, והם מאוד מוגדרים. כל בתי"ח מדווחים עליהם בצורה אחידה.

ד"ר' שלומי פריזט: ההפרדה בין הסל לשב"ן היא קריטית. אם אין הסכמה על ניתוח נפוץ, אני טבעתי.

דוברות: יש פה ניתוחים שבכל בתי"ח מוגדרים בצורה מאוד ברורה. מקבלים את זה מ - 2007, מדובר על קובץ של 800 אלף שורות וזה רק על 20 ניתוחים.

דוברות: יש שם מימון פרטי/ציבורי?

דוברות: יש שם קופה/חברות ביטוח, איזה 4 קבוצות. בהדסה לא תדע אם זה שר"פ או לא כי הקופה שילמה על זה.

דוברות: אתה לא יודע אם זה קופה-סל או קופה-שב"ן.

דוברות: יש פה את 20 הניתוחים האלה שהמערכת כבר רגילה לדווח עליהם. זה נותן לך הרבה מידע על פרטי-ציבורי באספקה.

דוברות: אני רוצה להתחבר לנושא של ביטוחים פרטיים.

דוברות: זה נותן מידע לגבי מימון הקופה, ואז אומרים לקופה תפרידי בין שב"ן לסל.

דוברות: זה יהיה יותר קל כי כבר יש פרופיל.

דוברות: זה על 33 בתי"ח, כולל כל האסותות שיש בארץ.

דוברות: 20 הפרוצדורות האלה, איזה אחוז הן מהוות מכלל הניתוחים?

דוברות: זה הניתוחים הכי נפוצים בעולם או בארץ?

דוברות: לא כל מדינה שלחה את ה - 20 שלה, אלא הם הגדירו כדי שזה יהיה בר השוואה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אז לא אומר על השכיחות.

ד"ר שלומי פריזט: תציע ליום ראשון טקסט שאומר הנה שיעור הניתוחים מסה"כ הניתוחים בישראל. תציע איך אנחנו מפרידים בין סל ציבורי למימון פרטי. תעשה עד יום ראשון כדי שנוכל לסיים.

דוברות: כדאי גם 20 הכי פחות שכיחים.

דוברות: למה? תקבל 20 שכיחים של ניתוח אחד.

דוברות: אני יכולה להגיד לכם שלי יש את ה - 20 שאני בדקתי בשב"נים, ובדקתי אז כדי להשוות השתתפויות עצמיות ומחירי רכש.

ד"ר שלומי פריזט: הרשימה הזאת עדיין רלוונטית? את יכולה להעביר אותה אלינו?

דוברות: גם לנו יש.

ד"ר שלומי פריזט: תעבירו לנו את זה.

דוברות: אפשר לעשות עבודת הכנה על איך מסתכלים על הנתונים.

ד"ר שלומי פריזט: משך התור המקסימלי, איפה זה עומד?

דוברות: תורים לבתי"ח זה בעייתי. יש מקומות שיגידו לך נחזור אליך כשיהיה תור, השאלה ממתי אתה סופר את התור. אין מערכת מידע מוסדרת לזה ברמה הלאומית. משרד הבריאות ביקש את הנתונים ואמור לקבל בבי"ח ציבוריים, והוועדה הולכת לקבל תורים למרפאות בבתי"ח ציבוריים. לגבי ניתוחים זה בעייתי מבחינה מתודולוגית. אנחנו מחכים לראות את הנתונים שנקבל מבתי"ח בינואר, כדי לראות עד כמה זה בר השוואה. זה מאוד בעייתי באיך שהמערכת בנויה היום.

דוברות: אני לא יודעת אם אפשר לבקש את זה, את הנתונים של ניתוחים לפי עלות שהמתנה אליהם בבתי"ח היא 3 חודשים, לבדוק עלויות וכמה מבוצעים בשב"ן ולהיפך, כדי לראות את ההסטה.

ד"ר שלומי פריזט: אנחנו יכולים לנסות להגדיר - מרגע שמקבל הפניה, הוא מתחיל לחכות.

דוברות: לא, זה מהרגע שפנה לביה"ח.

דוברות: יש אנשים שמקבלים הפניה לניתוח והם לא עושים אותו בסוף, ואז כשמתנפח וכואב לו, אז הוא הולך על זה.

דוברות: יש אנשים שקובעים להם תור וזה לא נוח להם. הם דוחים את הניתוח מרצונם החופשי כי המועדים לא מתאימים להם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: תמיד נמצא חסרון ביצירת תשתית של נתונים.

דר' שלומי פריזט: אף אחד לא יודע כיום, זה בלתי נצפה.

דוברות: אני רוצה מידע ברמה הכי בסיסית בנושא תורים.

דוברות: לניתוחים אין שום דבר. נתונים אמורים להתקבל בינואר, אנחנו עדיין לא יודעים מה איכותם.

**** מציגים בפני הוועדה: יאיר המבורגר, מישל סיבוני, דודו מילגרום, אבי קלר, אלון אלירז - חברת הראל.**

מציגים מצגת (מצורף קובץ POWERPOINT).

יאיר המבורגר: קיבלנו החלטה פנימית אצלנו לחלק את ההצגה בין החברים. כולנו שולטים במטרייה והנושאים קצת שונים. אנחנו בקצרה נאמר לכם מי אנחנו – במצגת. התחלנו מסוכנות ביטוח קטנה שהוקמה על ידי ההורים שלנו, שני אחים ואחיות. היום אנחנו החברה הכי גדולה בפרמיות בארץ, מודה שגם אני לא האמנתי שנגיע לזה. השנה נגיע לסדר גודל של 16 מיליארד ש"ח וזה כולל הכל, פנסיה, בריאות, אלמנטרי וכו', מחולק יפה, שליש-שליש-שליש. אנחנו מנהלים סה"כ מעל 152 מיליארד ש"ח. קבוצת הראל וביטוח פיננסים – דיאגרמה במצגת. בקיצור על ביטוח בריאות בהראל – במצגת. שילוח הייתה החברה המובילה והיחידה שעשתה ביטוח בריאות בישראל. אנחנו מנהלים השתלולים לקופות השונות בגלל השירותים המיוחדים שלנו. היום אתם הולכים לכל מוסד רפואי גדול והשם הראל פותח דלתות. אנחנו מביאים הרבה מאוד רופאים לארץ על מנת לחסוך, עושים 5-7

ניתוחים בכמה במוסדות בארץ. הבחור שאחראי על הקשרים האלה הוא פרדי רוזנפלד שנמצא בארה"ב. יש לנו מעל 3 מיליון מבוטחים, יותר מכל חברה אחרת בארץ.

דודו מילגרום: אני חשבתי לומר כמה מילות רקע על מקרו כלכלה ומקרו בריאות כפי שהכרתי בתפקידי כממונה על תקציבים, ויש פה כאלה שגידלו אותי כרפרנט בריאות באגף תקציבים באוצר. הזדמן לי להיות בכנס ים המלח ושמעתי דברים מפי ראשי מערכת הבריאות בישראל, והייתי די מזועזע. שמעתי שהדרך לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל עוברת דרך פגיעה הכרחית בביטוחים המסחריים, ולכן מצאתי לנכון לומר לכם את תפיסת עולמי כשהייתי באוצר והיא עדיין עד היום בלי קשר לפוזיציה שלי – תמיד הראיה שלנו הייתה באוצר ואני מקווה שזה כך גם היום – לגיטימי מאוד שמערכת הבריאות הציבורית תילחם על מקומה ותזכה למקום גדול יותר, להרבה יותר משאבים ממה שהיא זוכה להם היום, אבל היא צריכה להיות במסגרת סדרי עדיפויות. שנית, ברגע שנקבעו המשאבים למערכת, היא צריכה להיות כמה שיותר יעילה כדי שתיתן כמה שיותר יעילות לציבור באותם משאבים. אם מעבר לכך, הפרט במסגרת ההכנסות הפנויות שלו אחרי ששילם את המס, זכאי לקנות ביטוח פרטי, במקום לקנות פלייסטיישן או לתקן את השיניים הוא בוחר לקנות ביטוח סיעודי, זה ממקסם את תועלת הצרכן. כך בנויה מקרו כלכלה בריאה. הכל בסדר, אבל בהיתן מה שהיא, אם פרט מעוניין ברכישת ביטוחים מסחריים או בשירותי בריאות פרטיים, לא צריכה להיות שום מטרה לאוצר או למשרד הבריאות לצמצם את הדבר הזה. בכלל לא, אין מטרה כזאת ולא הייתה מטרה כזאת. מערכת הבריאות יכולה להיות כמה שיותר גדולה בתוך סדרי



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עדיפויות, ומבחינת שירותים פרטיים – להיפך, משרד הבריאות צריך להיות מרוצה שאנשים רוצים להשקיע בבריאות שלהם. מאיפה זה מגיע אני לא יודע.

אני רוצה להציג את שלושת התעלות המרכזיות של הביטוחים המסחריים, שלדעתי נשכחו התועלות הפנטסטיות של מערכת הביטוחים המסחריות – אנחנו נותנים מענה לפרט שרוצה בשירותים מסוימים כמו בחירת מנתח, ביטוח סיעודי. הוא רוצה להבטיח לעצמו והוא סבור שהוא לא יקבל אותם במסגרת הרפואה הציבורית. אותו פרט אומר לעצמו במקום להגיע לרגע שבו אצטרך לעשות מגבית בין החברים שלי, כפי שאנחנו מקבלים מיילים כאלה, המסכן צריך ניתוח ובואו תתרמו לו, במקום לשבור תכניות חסכון ולהגיע למצב הזה, הוא אומר אני אקנה ביטוח מסחרי, אשלם פרמיה קבועה, ובהגיע היום שאזדקק לכך, לא ייפול עלי הנזק הזה. זו כלכלה במיטבה, זה טוב מאוד שפרט מגדר את הסיכון שלו, זו תועלת שאנחנו מעמידים לרשות הציבור והיא לברכה. שנית, הזיקה למערכת הציבורית היא להיפך, אנחנו מקטינים את הלחץ על המערכת הציבורית, כי מי שמשמש בנו ומפעיל את המסחריים הוא בהגדרה מקטין את הלחץ על המערכת הציבורית. אם נסגור מחר, זה נופל בהגדרה כעול נוסף על המערכת הציבורית. אנחנו מבחינה זאת אמורים להיות ידידי המערכת, מקלים עליה. יש לנו תרומה עצומה בהדברת הרפואה השחורה. מה האלטרנטיבה? כשהיו הביטוחים המסחריים בחיתוליהם לפני עשור או שניים, הביקוש הזה עדיין היה קיים אבל לא היה צינור מוסדר לבטא זאת, אז היו תשלומים כאלה ואחרים ישירות לרופאים במערכת הציבורית, וזה נזק נורא. רפואה שחורה זה דבר שראוי לכל גינוי. ברגע שאנחנו עושים זאת בצורה מוסדרת, זה קיים אבל בשוליים שוליים, הצטמצם לאין ערוך, הכל חשבוניות. לרופאים אנחנו משלמים רק כנגד חשבוניות. הדברנו במידה רבה את הרפואה השחורה שדיברו עליה רבות בעבר, תועלות נפלאות! לא אומר

שאין זיקה בין מערכת הבריאות הציבורית למערכת הביטוחים המסחריים. במידה רבה, הביקושים לביטוחים שלנו נשענים על מצבה של מערכת הבריאות הציבורית. זה הסובב ואנחנו המסובב.

ד"ר שולי ברמלי: כשאתה אומר את זה, אתה מדבר על השב"ן או רק על ביטוחים מסחריים?

דודו מילגרום: אני מתכוון לביטוחים המסחריים, אנחנו וחברות אחרות. אנחנו לא פועלים בריק, אנחנו מהווים מענה לצורך של חלק מהאוכלוסייה כשהלכה לביטוחים ממלכתיים. אם יהיה שיפור במערכת הבריאות הציבורית אין ספק שזה יתבטא בהפחתת הביקוש לביטוחים באמצעות חברות הביטוח, ואני רוצה לומר לכם שזה לגיטימי. אם הממשלה תחליט על ביטוח סיעודי ממלכתי, אני לא בטוח שזה שגוי. זה יפגע בביזנס שלנו, זה ישפיע עלינו. אותו דבר כאן, אם המערכת הציבורית תתייעל ותגדיל את מקורותיה, וזה לגיטימי, נמצא כבר תעסוקה אחרת. כאן הבעיה היא שמישהו הפך את הפירמידה על ראשה, והגיע למסקנה שאם נגביל את המערכת המסחרית שנבעה כתוצאה ממה שתיארתי, או אז תשתפר המערכת הציבורית. אין אבסורד גדול מזה, אי הבנה בין סובב למסובב. אתם רוצים לשפר את הציבורי? אז באופן טבעי המערכת הפרטית תקטן, אבל לבוא ולומר הבה נטיל מגבלות על המסחרי, והכל גזרות נגד הביטוחים המסחריים, זה ניתוח המראה ואי התמודדות עם הבעיה האמיתית. על כך חזרתי מכנס ים המלח מזועזע וסיפרתי לחברים שנוצר עליהם בלתי מוצדק, תוך אי ראיית התועלות שהצגתי מקודם.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר' שלומי פריזט: כפל ביטוח נתפס בעיניך כניסיון לפגוע במערכת המסחרית?

דודו מילגרום: מה שעשיתי כבר בוצע. זה דוגמא לעליהם שיביא לתוצאה הפוכה. ממצב שבו לא היה כפל ביטוח, אלא היה מצב שבו המבוטח קיבל שירות פה או שם ואם שם אז הוא קיבל מאיתנו פיצוי, כתוצאה מלחץ ועליהם, מ - 1 בינואר תעריפי הביטוח יעלו לציבור והביטוח יהיה מצומצם יותר. יהיה רק שיפוי ולא פיצוי, יהיה אבסורד שאני לא מצליח להבין אותו, ואז יהיה כפל ביטוח לראשונה. לא יוכלו לממש אצלנו פיצוי, רק פה או פה. זה תוצאה של לחץ בלתי הגיוני ללא מחשבה תחילה.

ד"ר' טוביה חורב: מי שיקנה פוליסה עם פיצוי?

דודו מילגרום: מי שיקנה פוליסה מלאה ונאלץ למלא בשב"ן, יהיה לו כפל.

ד"ר' שלומי פריזט: אנחנו לא מתווכחים וגם לא מסכימים בשתיקתנו.

מישל סיבוני: בנושא של חברות הביטוח וביטוחי בריאות חשוב להבין דבר אחד - הייתי אומר שהביטוח הפרטי חשוב להבין שהוא חוזה לכל דבר ועניין. ההסכם בין החברה למבוטח מגדיר את ההתחייבויות של החברה למבוטח לכל ימי חייו ללא יכולת לשנות. נכון שיש 2 סוגי תעריפים במסגרת הקבוע - יש תעריף קבוע שהמבוטח משלם כל ימי חייו, ויש תעריף קבוע שמשולם בצורה מדורגת לאורך השנים. זה נועד להקל על המבוטח, וזה לא צורך רזרבות ומתייקר. אנחנו לוקחים לא מעט סיכונים בנושא הביטוח הרפואי בגלל 3 סיבות, אחת מהן זה

הנושא של עלייה משמעותית בתוחלת החיים שבאה לידי ביטוי בתחומים אחרים, כמו סיעוד וקצבאות זקנה, ואנחנו מנסים לעשות הערכות ולא הצלחנו בזה מניסיון העבר. תוחלת החיים עלתה יותר ממה שציפינו, וזה מביא להפרשה נוספת להתחייבויות לקצבה.

ניר בריל: אתה מדבר על הסיעודי. ביטוח בריאות לצורך העניין, למה עלייה יכולה להשפיע?

מישל סיבוני: כי אנשים נעשים יותר חולים.

ניר בריל: עקרונית זה משהו שאתה אמור להרוויח עליו.

מישל סיבוני: אם אנחנו מסתכלים על הסיכוי לתחלואה כפונקציה של הגיל, אנשים מגיעים לגיל יותר מבוגר, יותר אנשים מגיעים למצב שבו ההסתברות תופעל עליהם, ואז סך הסיבות האלה גדל.

ניר בריל: אבל משלמים לפי גיל.

ד"ר' שלומי פריזט: אתה אומר בעצם שיש דברים שלא ניתן היה לצפות מראש או שיש אי וודאות שקשה לצפות מראש במהלך חיי חוזה הביטוח. זה תמיד היה נכון, יש חוסר וודאות שקשה לצפות ואתם בבעיה. המלאי של הפוליסות שלכם מכיל את כל טעויות העבר, אתה לא טועה רק היום קדימה, טעית גם קודם. ב - 1980 הייתה



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עלייה בתוחלת החיים שהוא לא צפה ב - 1970. כל הדברים האלה אמורים ללחוץ את הרווחיות שלך למטה, ואנחנו רואים שזה עדיין ענף רווחי. איך זה מסתדר?

מישל סיבוני: אני אחלק לקולקטיביים ולפרט – הקולקטיביים זה כמו השב"ן, אפשר לשנות את התנאים ואת המחיר. לגבי הפרט – ראשית, אנחנו נהנים מצמיחה מאוד מואצת של התיק. אתה תיארתי מצב שבו התיק הוא כל הזמן קבוע, אבל אם תסתכלו על הפרטים, אנחנו בצמיחה אדירה כתוצאה ממה שדודו אמר. ידוע שאנשים מצטרפים כשהם צעירים ובריאים, ויש אנטי סלקציה בשנים הראשונות. אנחנו נמצאים בפיגור של התביעות שאמורות להיות בנושא הצמיחה. אם הצמיחה תיפסק, לא תהיה השפעה של וותק על הצעירים. יש קשר בין תקופת ההצטרפות לתקופת התביעה בגלל הנושא של אנטי סלקציה. אנחנו מנסים מאוד לצפות את מה שהולך לקרות בעתיד, אנחנו מבינים שיש פיתוח של תרופות וטכנולוגיות, אינפלציה רפואית, אבל החיזוי הוא לא מדויק מפני שההתפתחות היא אקספוננציאלית ולא מדויקת. ניסיון העבר הראה שבדברים האלה טעינו, והקצב הלך וגדל בדברים האלה. כמובן שתוספות שכר לרופאים ולאחיות אנחנו לא שולטים על זה. זה מוביל לגידולים שלא צפינו אותם, וגם בזמן שזה ניתן. אם יש תשואה או ריבית של 3% זה לא אותו דבר אם הממוצע מורכב ממה שניתן בהתחלה, וגורמות למספר אחר לחלוטין בסוף. זה משהו שאנחנו לא שולטים בו או יכולים לחזותו בוודאי.

ניר בריל: אתם חברה אחת, אבל בעצם כל השוק חשוף לזה, יש לו RATIO ושיעור רווחיות. על פניו הייתי מצפה שאם יש פה סיכון משקי גדול, זה יראה אחרת. השאלה היא האם המפקח על הביטוח מחייב אתכם להפריש הרבה לאקטואריה כדי לכסות על הסיכון, או שאני מרוויח עכשיו הרבה-הרבה כדי לשמור לעצמי לקראת רגע הסכנה?

מישל סיבוני: אנחנו מביאים את זה לידי ביטוי בהפרשות שלנו ובעתודות שלנו. אנחנו מפוקחים ומנסים לעשות את הצפי הכי טוב שאנחנו יכולים, וזה בא לידי ביטוי ברזרבות שלנו. זה קורה לפי מיטב ידיעתנו באותה עת. עם התקדמות ציר הזמן, אנחנו מתאימים את הרזרבות לפי מה שאנחנו יודעים באותה נקודת זמן. אנחנו בזמנו הוצאנו פוליסות שהבטיחו קצבאות על פי תוחלת חיים נתונה, ואז שחררנו רווחים וראינו גידול בתוחלת החיים בקצב שלא צפינו. נאלצנו לשים רזרבות אחורה. בתחום הזה של רפואה, תוחלת חיים, סיעוד – מקדמי אי הוודאות בגלל המורכבות של התחום הם יותר גבוהים. עדיין בתחום הזה יש אי וודאות יותר גדולה מבתחומים אחרים.

כמה מילים לגבי ההוצאה הציבורית לפרטית – במצגת. אני מנסה לסדר את הטרמינולוגיה כדי שנשתמש באותה אחת. בתקשורת אנחנו נתקלים בכל מיני מספרים שלהבנתנו מעוותים את התמונה האמיתית - מתייחס למצגת. ראוי לשים לב שאם מסתכלים על מה שאנחנו רוצים להקביל אליו מבחינת הוצאות רפואיות, אנחנו מדברים רק על המרכיב של הוצאות שרלוונטיות לניתוחים, הוצאות רפואיות וכו', שזה קרוב ל - 2 מיליארד ש"ח. ב - 2012 אנחנו מדברים בסה"כ על 2.4 מיליארד ש"ח מתוך 74 מיליארד ש"ח, שזה סה"כ 3%, אז אני חושב שמייחסים לנו יותר כוח ממה שבפועל. 26% זה הוצאה פרטית שלא בגין ביטוח. בשב"ן אתם יכולים לראות שיש 3.6 מיליארד



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ש"ח וזה הפרמיות עבור הביטוח או דמי חבר. כאשר הולכים ומסתכלים על כמה כסף הוא מחזיר אנחנו רואים 1.2 מיליארד ש"ח. אם זה סיעודי, אז בכל מסגרת יש קולקטיבי ופרטי.

דר' טוביה חורב: ההחזר של השב"ן 1.22 זה רק לסעיף בחירת מנתח. רק שיהיה ברור לפרוטוקול.

מישל סיבוני: זה כתוב פה. אם אני מגיע להוצאות רפואיות, זה כאילו המקבילה למה שנכנס למסגרת של הסל. אפשר להתרשם מהשקף הזה משתי נקודות – האחת היא שיעור השינוי. אנחנו נהנים מצמיחה גדולה בתחום, גדלנו משנה לשנה ב – 12%. כל השוק עובד בתחום הזה.

יאיר המבורגר: אנחנו זה השוק.

מישל סיבוני: אין בעיה שתעשו התאמה בין מה שאני אומר בע"פ לפרוטוקול עצמו. אנחנו כהראל מהווים את השחקן המשמעותי ביותר בשוק, ואנחנו בעלי נתח שוק של 39%. עוד נקודה – בציבור או בתקשורת מדובר ש – 43% או משהו כזה מחזיקים בביטוח בריאות פרטי. עושים הקבלה של הנתון הזה לסל הבריאות. זה שקף לפי סקר של מכון ברוקדייל.

דר' שולי ברמלי: זה שלי, אבל זה ניתוח שלכם של הנתונים, אני לא מכירה את זה.

מישל סיבוני: במונחים האלה רק על פי העיבוד לסקר הזה, רק ל – 45% מתוך אותם 43% יש ניתוחים והשתלות, אז זה אחוז נמוך יותר ממה שנהוג לומר בדרך כלל.

דר' שלומי פריזט: זה עולה בקנה אחד עם הנתונים שאתה מכיר אצלך? אתה מוכר השתלות בנפרד, זה תואם את מה שאתה מכיר מהתיק שלך?

יאיר המבורגר: המכון תואם את שלנו.

אלון אלירז: אנחנו כחברה פחות מתמקדים בהם. הנתונים האלה עושים לנו המון שכל וחשוב לומר שאין נתונים רשמיים.

מישל סיבוני: זה סדרי גודל שהם אולי לא מדויקים במאה אחוז, אבל הם משקפים לא רע את המציאות.

LOSS RATIO – המקור של הנתונים זה שוק ההון. אנחנו מדברים על LOSS RATIO שכפי שאפשר לראות הוא שונה בין הפרט לקבוצתי. המספרים של התשלומים בפועל בשוק הם לא מאוד שונים, הטבלה קצת משקרת – במצגת. הפער הוא לא מאוד גדול. במונחים של LOSS RATIO זה המצב. כמה נקודות הבהרה לנושא זה – ה - LOSS RATIO מחושב בהינתן הסיפור של הרזרבות. הוא לוקח את ההוצאות של החברות, זה ממש יחס של פרמיות לתביעות פלוס רזרבות. אין פה את מרכיב ההוצאות והוצאות שיווק, עמלות וכל מה שנדרש במסגרת שיווק. זה לא מספרים שמייצגים את התמונה החשבונאית, אלא רק חלק מהתמונה הכלכלית, שמייצגת רק חלק מהתביעות בתוך הפרמיה. הדברים מתחברים בסופו של יום. ביטוח בריאות זה עניין של טרמינולוגיה וזה חשוב. כשאנחנו מדברים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

על LOSS RATIO של ניתוחים והשתלות אנחנו מבינים שאנחנו מדברים על דברים מוגדרים, כאשר הסטטיסטיקה של משרד המפקח, אנחנו קוראים לזה תאונות, וה - LOSS RATIO שלו יותר נמוך. על פי הניסיון שלנו, כשאנחנו מפרקים את העסק ומפרקים את ה - LOSS RATIO ספציפית להשתלות, ניתוחים ותאונות, אנחנו מקבלים במונחים האלה 50% בפרט, ללא הוצאות שיווק.

ניר בריל: יש לי פה את הדו"ח של המפקח על הביטוח. על פניו אני רואה הוצאות רפואיות של הפרט 38%.

אלון אלירז: יש הפרדה בין תאונות אישיות לטווח ארוך לבין טווח קצר, אתה רואה טווח קצר. טווח ארוך נמצא במקום אחר.

שרונה פלדמן: האם תאונות אישיות לטווח ארוך מדווח בתוך הוצאות רפואיות?

אלון אלירז: להבנתנו כן.

מישל סיבוני: אנחנו בגדול בקבוצתי, ה - LOSS RATIO הוא מאוד גבוה, תוסיפו על זה עמלות, הוצאות, ותבינו שאנחנו נהנים מרווחיות נמוכה עד שלילית בקולקטיבי. בפרט התמונה היא אחרת, אבל לא כל כך אחרת כמו שמשקף בתשואות. צריך להוסיף את ההוצאות והעמלות. יש פה איזה סוג של ניסיון שמכוון אותנו לזהירות נוספת, בגלל הידיעה שבדיעבד תוחלת החיים גרמה לדברים שלא צפינו מראש. האם אפשר להביא את זה לידי ביטוי ברזרבות של היום? אנחנו משתדלים, אבל הניסיון מראה אחרת. זאת טבלה שמראה בגדול למה לפעמים כשמדברים על המחיר שמשתנה עם הגיל, זה לקחת את התמחור של אותו מחיר ולעשותו קבוע לעומת לפרוש אותו לאורך השנים, ובתקשורת זה נראה מעוות שממילא לוקחים מחיר גבוה. אם אני לוקח אדם בן 40 ואומר לו

תשללם 350 ש"ח כל ימי חיך, או תשלם 150 ש"ח וכשתגיע לגיל 60 תשלם 500 ש"ח - זו פשוט שיטת חיוב, סוג של אינטגרל. שתי השיטות קיימות בשוק.

שרונה פלדמן: מיצוע חשובני.

מישל סיבוני: זה לא כל כך מיצוע כי אין פה ריביות. אני מעביר את השרביט לאבי. קראתי בתקשורת שיש לכם עמדה לגבי כפל ביטוח...

דר' שולי ברמלי: אין לנו עמדה.

פרופ' לאה אחדות: תנו יותר מהראייה הציבורית, גם אם אתם נמצאים במערכת הפרטית. האם אפשר להטות קצת את ההתייחסות שלכם, לראות קצת את ההשלכות של הפעילות שלכם על הבריאות הציבורית ואל המערכת הציבורית, ולא רק מנקודת המבט של האיתנות וה - LOSS RATIO?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מישל סיבוני: להבנתנו הסיפור של כפל הביטוח נוצר בגלל שהיינו תקופה ארוכה מאוד פעילים בתחום הביטוח, וביטחנו ניתוחים והשתלות, ואז השב"ן הגיע והכניס אותם דברים בדיוק. בגלל התפיסה של האוכלוסייה שאנחנו מכירים אותה, ראו בשב"ן סוג של רובד שני כמעט חובה, במובן ששום ביטוח בסיסי לא שלם אם אין עליו גם את השב"ן, ואז אנשים קנו גם שב"ן. אגב, ל-90% מהמבוטחים הפרטיים יש גם שב"ן, ואז לעיתים קרובות הוא משלם פעמיים, אין ספק. אם הוא בוחר לעשות את הניתוח במסגרת השב"ן, אנחנו מפצים אותו ב-50% מהערך הנחסך ללקוח, הוא מקבל פיצוי וגם שיפוי. אנחנו לקחנו את זה בחשבון בערך התעריפים שלנו שאותם מכרנו, והורדנו אותם ביחס למה שהיינו צריכים לשלם. אם זה המצב, בואו נעשה משלים שב"ן, ואז 35% מהפוליסות עובדות על עיקרון משלים שב"ן, זה פוליסה רוכבת שב"ן. זו להבנתנו סוגיית כפל הביטוח, ואז מה שיקרה זה שכרגע אצלנו במשלים שב"ן שום דבר לא קרה, ואם הוא יקנה פוליסה אחרת המחירים יעלו כי זה מה שהיה צריך לקרות בלי זה. התוצאה לאותו אדם שיקנה פוליסה חדשה היא שהוא לא יקבל פיצוי.

דר' שלומי פריזט: למה שאנשים יעשו את זה?

מישל סיבוני: התשובה היא לא מהתחום הכלכלי אלא מהפסיכולוגי – אנשים רואים בשב"ן רובד שני חובה, לכן הם קונים גם את זה וגם את זה. השקף הבא ממחיש את מה שניסינו להגיד על השב"ן כרובד כמעט חובה. אנחנו מדברים על ממוצע תשלום לנפש בשב"ן של 50 ₪, ולמשפחה 220 ש"ח. פה יש סיכום של עלות ביטוחי השב"ן לפי גיל ברובד ראשון ושני. אפשר לראות שמדובר על לא מעט כסף, ביטוח לא זול. זה מקבל את הקונוטציה המתאימה למה שאמרתי קודם, זה ביטוח הדדי שבו שום דבר לא מובטח. תראו כמה זה עלה – במצגת. לשנות את ההשתתפות העצמית זה לשנות את המחיר, זו המשמעות של זה. זה 60% גידול. זה כמו לשנות את המחיר, לא חשוב איך קוראים לזה. גם המרכיב הביטוחי שונה, מרכיב התרופות הוצא. לגבי הקטע של מוצר ביטוחי הניתוחים, אמרתי שיש למעשה 2 שיטות – שיפוי מלא – במשטר הקיים עד סוף השנה, זה מוצר זול ממה שיהיה, ובמוצר השני שאנחנו מוכרים שהראל היא שחקן משמעותי בו ו-35% מהמכירות שלנו, זה מוצר משלים שב"ן. אתם יכולים להתרשם מהמחירים – ילד 27 ש"ח לעומת מבוגר 108 ש"ח, משפחה זה 270 ש"ח לחודש. ה –

preferred הקיים של היום הוא עם 37 ש"ח בהקבלה ל-27 ש"ח ו-152 ש"ח בהקבלה ל-108 ש"ח. אם תחלקו את הסכום השנתי של השב"ן, תראו שזה לא רחוק כל כך.

דר' שולי ברמלי: אבל זה מעבר לשב"ן.

מישל סיבוני: ה - upgrade זה משלים שב"ן, ה - preferred זה המוצר המלא, הוא מהשקל הראשון. אנחנו רוצים להציע לבחון משהו ברמה הלאומית. אנחנו לא מתיימרים להציע פתרונות.

דודו מילגרום: אני מתחבר למה שלא אמרה, איך המערכת הפרטית בכל זאת משפיעה על הציבורית, אין ספק שיש כאן יחסי גומלין. כששאלנו בעקבות הקצת עליהם שהיה עלינו מה מפריע לכם, עלו הדברים הבאים – 1. נושא השכר גורם לנו לחץ בהסכמי הרופאים, 2. בתיה"ח מתרוקנים בשעות יחסית מוקדמות, 3. חדרי ניתוח עומדים ריקים ולא מנוצלת תשתית. לגבי נושא השכר אמרתי לחבריי באוצר זה טבעי שהרופאים באים ואומרים



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

תשמעו אנחנו צריכים שכר יותר גבוה כי המערכת הפרטית משלמת יותר. מה לעשות, יש אילוצים והשפעות, כמו ששוק עוה"ד בישראל משפיע על שכר השופטים, ולא שמעתי שאומרים שצריך לפגוע בשכר עוה"ד או לפגוע בעוה"ד פרטיים. זה משפיע, צריך לגייס שופט שיסכים לעבור מפה לפה.

יש 2 טענות שכן צריך להתייחס אליהן ושבירתי את הראש איך להתייחס לזה. אני חייב להגיד לכם שהצעתי רעיון שלא התקבל בזמנו באגף תקציבים – הנושא של השר"פ הוא שנוי במחלוקת. זה הנושא היחיד שאין לי בו דעה מגובשת. זה כלכלה חופשית, אבל אני ער לזה שזו פגיעה קשה, המערכת הציבורית תתכווץ ולאוצר בנושא השכר זה יוצר בלגן. אבל יש פתרון מונח לפתחנו – אנחנו כביטוחים מסחריים, וראיתם את המספרים, אנחנו מקצים וגם השב"נים מקצים מאות מיליוני ש"ח, 2.5 מיליארד ש"ח, ו - 20-30% מזה הולך לתשתיות ולא לרופאים. אנחנו נאלצים לא מרצוננו לתעל את הסכומים האלה לבתי"ח פרטיים. זה כסף שנמצא אצלנו, ואנחנו אנוסים להוציאו אך ורק בבתי"ח פרטיים. מבחינת השוק, זה השוק הכי לא תחרותי שקיים בתחום הבריאות. בין חברות הביטוח זה קרבות סכינים. פה יש ביי"ח אחד ורבע. אז מה אני חשבתי שאפשר לעשות? אנחנו מוכנים להציע, ואני משוכנע שכל חברת ביטוח מסחרית תסכים להציע, מודל שאנחנו חוכרים חדרי ניתוח בבתי"ח ציבוריים, כאשר אנחנו כמו בכל הסכם חכירה בתשלום מלא ראוי וכלכלי לביי"ח שמסכים, ובמקום להגיד לרופא לך עם החולה הזה, מבוטח שלי, לאסותא ולמדיקל סנטר, אנחנו מבקשים שתעשה את זה באיכילוב, תל השומר וכו', משעה שביה"ח יקבע, נגיד 17:00 בערב ולא דקה קודם, ויהיה מישהו שיוודא את זה. אנחנו נוכל להזרים מחר בבוקר מאות מיליוני ש"ח לבתי"ח הציבוריים. מה תהיה התוצאה? התשתיות תעבודנה בבתי"ח הציבוריים שעות ארוכות יותר, זה יקטין את הביקושים לבתי"ח פרטיים ויקטין להם עלויות, ונשתמש ברופאים של המערכת הציבורית, כפי שאנחנו היום מפעילים אותם. אם המערכת הציבורית תגיד שהם לא רוצים שרופאי איכילוב יעבדו בהחכרה, אפשר לתמרן, שאותם רופאים באותו ביי"ח יעבדו באותה החכרה. מה ההיגיון בזה? יש לשר"פ תחלואים שאין להקל בהם ראש, מדוע? חברת ביטוח מסחרית היא מנהלת האירוע לפי הביקושים, רק במקום שזה יופנה לבתי"ח פרטים זה יופנה לציבוריים שיראו בכך ברכה. תהיה יותר הפעלה של בתי"ח ציבוריים, ההיצע שלנו יהיה מגוון יותר, רחב ותחרותי יותר, ונוכל לשמר את העובדים במתקנים הציבוריים ולא נראה את אותה נטישה שהלב נחמץ עליה, חדרי ניתוח

לא עובדים, בתי"ח מתרוקנים וזה בעייתי. זה רעיון שלא התקבל בזמנו, הוא לא מושלם. יש שאלה של האשפוז לאחר הניתוח. צריך לשקול את זה. יהיו מוכנות חברות הביטוח להקים מתקן נוסף של אשפוז או קומה נפרדת, כך שזה לא יבוא על חשבון המערכת הציבורית. יש עוד בעיות ואני לא מתכחש לזה, אבל האם זה לא פתרון טוב יותר משר"פ לאור הבעייתיות שלו? אני חושב שזה יותר טוב לאור חסרונותיו, לא אומר שזה מושלם אבל צריך לשקול אותו.

מישל סיבוני: מה שאמר דודו לגבי הבעיה היום של ההיצע המוגבל, להבנתנו השר"פ הוא בעייתי בגלל הלוגיקה הזאת – הוא מוביל להגדלת שימושים. בהדסה רואים וגם בחברות הביטוח, את כמות התשלומים בירושלים ובשאר הארץ – הם יותר נמוכים אבל השימושים יותר גבוהים, ופה על פי נתוני משרד הבריאות – במצגת – השר"פ מגדיל את השימושים. ברגע שיש הגדלה של היצע, כמות השימושים גדלה. הכלכלה הרפואית פועלת פה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

יאיר המבורגר: אנחנו שמענו משני רופאים שהתייעצנו איתם שהשר"פ טוב - לכל חולה יש 2 אוזניים ושתי עיניים, רק חבל שיש אף אחד...

מישל סיבוני: אני לא כלכלן, אבל הסבירו לי שהיצע יוצר ביקוש, ואם רופא ירד למטה וישים דוכן רופא, תהיו בטוחים שבעוד שבוע יהיה פה תור. המשמעות היא הקטנת מספר השימושים, וזה מגדיל את אי השוויון.

שאלות:

ד"ר טוביה חורב: כמה נקודות לחדד – ה - upgrade אמרתם 35% נכון? מה קורה אצל אחרים ולמה?

מישל סיבוני: הרבה פחות.

יאיר המבורגר: "אולי יש לך ביטוח בריאות אבל אין לך הראל"...

ד"ר טוביה חורב: יש יתרון מסוים במודל שאתם מתארים ל - upgrade, ואני רוצה להבין למה זה לא תופס בשוק?

אלון אלירז: הפוליסה הזאת זה פונקציה של הרבה שנים והרבה ניסיון. ה - upgrade הלך וגדל, התחיל בהיקפים קטנים. בסופו של דבר המבוטח מקבל את אותו כיסוי ביטוחי רק בעלות יותר נמוכה. זה בחירה של חברות אחרות לא להיכנס לתחום הזה.

ד"ר טוביה חורב: יש להם תמריצים לא למכור את זה?

אלון אלירז: תמריצים שיש אצלנו יש גם בחברות אחרות. אין שוני. יש לנו הרבה ניסיון בענף.

מישל סיבוני: למיטב הבנתי אין שוני בתימרוץ בין מכירה של משלים שב"ן לביטוח מהשקל הראשון. חברות אחרות ממה שאני יודע זה גם כן ככה. מבחינת התפעול של המערכת יותר מסובך זה משלים שב"ן, ולכן זה גורם לחברות אחרות להימנע מזה.

שרונה פלדמן: זה לא קשור לערוץ הסוכנים?

מישל סיבוני: למה זה קשור? יש גם קולקטיביים כאלה וגם פרטיים. התשובה שלי היא שאנחנו מאוד מנוסים בזה, וכיוון שהלוגיסטיקה והתפעול היא אירוע הרבה יותר חלק מבחברות אחרות, הסוכנים שעובדים איתנו יודעים שלא תהיה בעיה כשיקרה האירוע.

שרונה פלדמן: הוא חושש ממה שיקרה בעת תביעה?

מישל סיבוני: כן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אלון אלירז: הוא חושש בהתנהלות של תביעה שחלק ממנה יתנהל במקום אחר. האם התגמול של הסוכן שונה בין פוליסה לפוליסה? התשובה היא לא.

דר' שלומי פריזט: בכסף או באחוזים?

מישל סיבוני: בכסף זה לא יכול להיות, כי יש פרמיות יותר נמוכות ויותר גבוהות.

פרופ' לאה אחדות: אני בתפיסה הראשונה של ההצעה של דודו, אני לא רואה את ההבדל בין ההצעה לשר"פ, אבל אני צריכה יותר זמן. הערה לדודו – אף אחד לא טען שההוצאה הלאומית לבריאות גבוהה, אולי להיפך. אנחנו מדברים על התמהיל. גודל ההוצאה הפרטית הוא כן חשוב בהוצאה הלאומית, לא חשוב אם הפרטים מוציאים או הקולקטיב, אלא ההקצאה של המקורות צריכה להיות יעילה.

רויטל טופר: שקף 18 – אתם טוענים שהייתם כבר קודם, לפני השב"ן. מה אחוז החדירה שלכם בביטוחי בריאות היה ב – 98'?

מישל סיבוני: אני מניח שהרבה פחות מהיום.

רויטל טופר: אז איך אתם טוענים שהשב"ן יצר כפל ביטוח?

מישל סיבוני: כפל ביטוח, אפילו ברמת המבוטח הבודד, נוצר כשהוא משלם פעמיים על אותו כיסוי, לכן שיעור החדירה לא רלוונטי לכפל הביטוח. ניסיתי להסביר איך התנהגנו ברגע שראינו שהמבוטח משלם פעמיים על אותו כיסוי.

מיטל גראם: האם העובדה שהביטוח המשלים של כללית מנוהל על ידי דקלה יוצר לדעתכם ניגוד עניינים? איך אתם רואים את זה?

יאיר המבורגר: קצת היסטוריה. חברת הסנה קורסת, הוציאה למכרז את חברת דקלה. אני באותה עת ניגשתי לאביגדור קפלן, מנכ"ל הקופה, אמרתי לו בוא נלך יחד למכרז הזה. הוא ראיין אותי, ואני מודה שאנחנו זכינו כנגד מגדל, מנורה ועוד חברות, ואז עשינו חיבור של הראל וכללית יחד. במשך השנים חלק גדול מהפעילות שלנו, אנחנו היינו אלה שבאותה תקופה ביטלו את המס האחיד של ההסתדרות מהיום להיום, והקופה עמדה בשוקת שבורה.

אנחנו נכנסנו לתמונה והקמנו תוך 3 חודשים מערכת עבור הכללית שמכילה הכל, לפני הרבה מאוד שנים. עבדנו שם במשך שנים ונתנו להם שירות טוב, ראו בנו כמיקור חוץ של הסיפור הזה. אין ספק שאביגדור לא רואה בעין טובה שכשהיה מנכ"ל כלל שהוא לא כמנכ"ל כללית, שלא העבירו לו את העסק כשעבר לכלל.

אנחנו עובדים עם חומות סיניות אמיתיות. נכון שיש לנו מערכת יחסים בין אישית טובה, אבל יש עוד קליינטים כאלה. אנחנו בהגדרה חברה שיודעת לעבוד עם האנשים שלה, אבל אין לנו ניגוד אינטרסים עם דקלה על אף העובדה שהמתחרים שלנו ואמרים אחרת, ואני מבין אותם. זה הדבר היחידי שסוכני הביטוח בארץ לא עובדים בצורה הדוקה עם החברה שאותה הם מייצגים, ואנחנו עובדים אחרת. מעבירים אלינו מתוך אמונה שלמה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שביטוח הבריאות אצלנו שונה קונספטואלית. לקח הרבה זמן כדי להבין שביטוח בריאות זה לא פיצוי בלבד. אנחנו ממליצים על מנתח, איך מגיעים לניתוח, אנחנו יכולים לסגור ניתוח תוך 24 שעות אצל אותם הרופאים, כי יש לנו את הכוח הזה. סוכנים יודעים את זה, ויש מכתבי תודה על העבודה הזאת. הם מעבירים אלינו רק בריאות. שומעים את הסיסמא ברדיו.

שירה גרינברג: פרט על החומות הסיניות.

יאיר המבורגר: תבואו לראות את המקום.

אבי קלר: חומה סינית זה כשאתה לוקח דאטה שאתה לא יכול לעשות איתה שום דבר. ככה אנחנו רואים ומנהלים את זה. יש לה נגישות רק למקום אחד, לתביעות השב"ן. אנחנו לא נהנים מהדאטה הזאת, למרות מה שמנסים לצייר. בעידן המודרני, אתה לא מסוגל לעשות עם דאטה מה שאתה רק רוצה. גם קולקטיביים אחרים שאנחנו מנהלים, ויש לנו לא מעט עסקאות, זה לא דאטה פרטית שלנו שאנחנו עושים איתה מה שאנחנו רוצים. יש כללים מאוד ברורים, אנחנו יודעים לצבוע אותה ולומר מה מותר ומה אסור. זה שזה מתנהל תחת מעטפת אחת, זה לא אומר כלום.

דר' שלומי פריזט: בואו נעזוב נתונים של אנשים פרטיים, אגרגט – דאטה שלא של משהו.

אבי קלר: בראייה שלנו זה של משהו שאנחנו עובדים איתו, של הכללית.

מישל סיבוני: אנחנו מספיק גדולים כדי שהמאגר הכללי שלנו ישקף את מה שאנחנו צריכים. אנחנו מספיק גדולים.

ניר קידר: האם יכול להיות מקרה שאני בבוקר מתקשר למוקד של כללית ועונה לי בן אדם אחד, ואחרי שתיים אתקשר למוקד של הראל ואותו אחד יענה לי?

אבי קלר: הם פיזית לא נמצאים באותו מקום.

פרופ' גבי בן נון: שמענו עמדות שונות – בהינתן שאנחנו מחר ממליצים לפתוח את המערכת הציבורית למימון של חברות ביטוח פרטיות, מה אתם חושבים על זה?

מישל סיבוני: במימון של אזרחים שיכולים לקנות ביטוח כנגד זה? נשמח למכור ביטוחים. באופן בסיסי אנחנו חושבים שהיצע יוצר ביקוש. אם יבוא אזרח שאומר אני יכול להגיע למצב שבו אני אצטרך את זה וניתן לבטח את זה, הוא אקנה.

פרופ' גבי בן נון: מחר יש שר"פ בכל המערכת הציבורית, מה זה יעשה לחברות הפרטיות?

מישל סיבוני: צריך לעשות הבחנה בין תיק קיים לעסק חדש. זה מתומחר מחדש בעלויות התביעות שאנחנו חושבים שיהיו. תיק קיים זה עסק אחר לגמרי, כי הוא נמכר בהנחה שהמודל הוא המודל הקיים. אני לא יודע



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

להגיד, ואני לא חושב שמישהו יודע להגיד מה יקרה למחירים החדשים, ואיך זה יעמוד במונחים של תוחלת התשלום ביחס למה שיהיה בעתיד.

דודו מילגרום: מה שהצעת זה בדיוק מה שקורה היום. מישהו קנה ביטוח, הגיע המועד של ניתוח והוא בחר מנתח איקס, אנחנו חייבים לממן לו את זה. אנחנו סוגרים את המחיר עם המנתח ומפנים אותו לבי"ח פרטי. מה שאני מציע זה אותו דבר כמו שקורה היום, רק שאומרים לו "תשמע, הניתוח לא יהיה באסותא, אלא בתל השומר" וכו'. אנחנו מנהלים את האירוע. המצב שאתה מתאר הוא שונה, שבו הרופאים יושבים מול החולים בביה"ח ומחוללים את הביקושים, ואז מפנים את הביקושים אלינו. אין לי ספק שהרפואה הציבורית תהיה סטטית ולא תגדל יותר. כל הניתוחים יהיו במסגרת הפרטית ויבואו אלינו לביטוחים. הפרמיה תהיה גבוהה יותר כי השכיחות גבוהה יותר. אנחנו אולי נרוויח מהפעילות שתגדל, אבל זה היצע ופיתוי שיגדיל מאוד את הביקושים וזה מה שיקרה. במודל שהצגתי אותו אנחנו לא מאפשרים למנהל ביה"ח ולא לרופא לנהל את האירוע.

שרונה פלדמן: הוא עדיין יכול לדבר עם החולה, ויש רופאים שלא יכולים לשלוח לאסותא, מבלי להתייחס להיצע יוצר ביקוש.

מישל סיבוני: נכון להיום הייתי אומר שמי שמנתח בפרטית זו אוכלוסייה צרה של כוכבים. בהינתן שר"פ ההשלכות יהיו יותר חריפות, יהיו הרבה רופאים שיצטרפו לחגיגה, והצוותים והרנטגן גם ירצו להצטרף, וכל מי שנוגע בעסק ישאל עצמו למה אני לא בעסק הזה, והדסה היא הראייה לכך. מה שאמר דודו זה להגיד שלא הכל פתוח, לא מציעים לכולם שר"פ, זה רק למי שיש ביטוח בתוקף או שב"ן.

עו"ד לאה ופנר: זה לא מה שהיה כשעשו את השר"פ בבתי"ח הממשלתיים עד שנת 2001? זו לא אותה הצעה? מה שקרה שם כשעשו את זה, זה היה למי שהיה ביטוח.

יאיר המבורגר: אנחנו רואים את זה קצת אחרת. זה לא בשל ויש עוד כמה פרטנרים לעניין, כמו מנהלי בתי"ח. חברות ביטוח אחרות יתיישרו איתנו.

ניר בריל: המשמעות של שיבוב בין הקופות לחברות הביטוח היא שזה יעלה את הפרמיות בביטוחים והשעות נוספות.

מישל סיבוני: יש גם שיבוב הפוך לכיוון הקופות, לא יודעים להגיד מה המשמעות של זה.

אלון אלירז: קשה לצפות.

דר' טוביה חורב: דיברתם כל הזמן על כיסוי אחד. האם יש מגמות רב שנתיות בביטוחים אצלכם על הכיסויים בתוך הביטוחים? ובתוך זה אם תוכלו לדבר על כתבי השירות?

אלון אלירז: באופן כללי אם מדברים על מגמות, אנחנו חווים כבר מספר רבעונים שיש גידול בבריאות, הענף הזה משתמש יותר, זה גם חלק מהתודעה הציבורית. אנחנו מדברים על הציבור ולא מה נכון לו. כולם אוהבים לקבל



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

היום הכל מהר. אנחנו בשנתיים האחרונות כמגמה מאתרים אזורים בהם המערכת הציבורית והשב"נים נותנים מענה פחות טוב. בכל מה שקשור לליווי ואבחון חולים מורכבים, יש בעיית אבחון קשה לפי ה – OECD, ואנחנו נכנסו בנקודה הזאת.

ד"ר שלומי פריזט: אנחנו מודים לכם!