



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת משנה ביטוחים – 17/11/13

נוכחים: דר' שלומי פריזט, דר' שולי ברמלי, שרונה פלדמן, ניר בריל, ניר קידר, רויטל טופר, מיטל גראס, עו"ד לאה ופנר, דר' טוביה חורב, פרופ' גבי בן נון, פרופ' לאה אחדות, ערן פוליצר, דורון קמפלר, מור סגל.

**** מציג ראשון בפני הוועדה: עו"ד יואל ליפשיץ – יועץ בתחום הבריאות (לשעבר ממשרד הבריאות). מציג מצגת**

(מצורף בקובץ POWERPOINT).

עו"ד יואל ליפשיץ: מציג עצמו. מתייחס למצגת - הקופות נותנות את השירות הזה בשוק הפרטי, במקומות שלא היית רוצה לראות את זה, כי ביה"ח מודה שהוא לא עושה, אז זה פתרון. אני אפילו לא מדבר על הקדמת תורים, אני מבחינתי, ברגע שזה קורה אני נותן פתרון. זה כבר מסוכן, כי זה לא נמצא במקום.. אם ביי"ח ציבורי אומר לי, תתחיל לחשוב במושגים האלה, ביי"ח פרטי לא כפוף לאף אחד, אין לו כללים. מחר בבוקר הוא רוצה, הוא לא עושה את זה, הוא מחליט ונגמר. בביי"ח ציבורי לא יכול להיות מצב כזה שהוא אומר "זה לא כלכלי לי לעשות את זה".

שרונה פלדמן: אני רוצה לשמוע איך זה באמת עובד, אני באמת לא יודעת, כלומר אם יש סל ואומרים שלאדם יש זכות, כמו שאמרת, לבוא ולקבל אותו בביי"ח ציבורי, ביי"ח ציבורי מחליט מה הוא עושה ומה לא?

עו"ד יואל ליפשיץ: כן, חד משמעית.

שרונה פלדמן: זו נקודה חשובה, כי אני לא יודעת איך התהליך הזה עובד. בביי"ח פרטי אני מבינה.

עו"ד יואל ליפשיץ: החובה לספק את השירות חלה על קופת החולים. לבתי"ח אין סל, הם לא חייבים לספק את השירות.

שרונה פלדמן: מה הופך אותם לציבוריים?

דר' שלומי פריזט: זה שהם מקבלים כל חולה שמגיע אליהם.

עו"ד יואל ליפשיץ: הם מקבלים את כולם.

שרונה פלדמן: הם עדיין יכולים לבחור את השירותים שהם עושים ולא עושים?

עו"ד יואל ליפשיץ: עקרונית, התשובה היא כן.

שרונה פלדמן: אז זה מצחיק קצת, לא?

עו"ד יואל ליפשיץ: נכון, זה מצחיק, אבל זה קורה. הם לא רוצים לעשות את זה ברוב הפעמים. זה קורה בגלל שהסל הציבורי נשחק.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דר' טוביה חורב: החובה לספק את השירות חלה על קופת החולים. קופת החולים לא אמורה להגביל את עצמה לתעריך כזה או אחר. המצב המשפטי הוא שבמידה וביה"ח מסרב לשלם בתעריך מסוים, הקופה תתכבד ותשלם יותר.

עו"ד יואל ליפשיץ: אני לא מסכים איתך כי זה מחיר מופקח. יש מחיר מקסימום שאתה לא יכול לעבור אותו, יש פה בעיה.

עו"ד לאה ופנר: מה שקורה היום, אני חושבת שיש לנו ארבעה סוגים של אנשים – חלק מהאנשים לא מקבלים את מה שבסל בגלל שהם לא יכולים, ובואו לא נדבר על כל השאר, וחלק זה המערכת, כדי להסתדר עם החלק המימוני, כדי להסתדר עם החלק הגרעוני, פשוט מגבילים, ואין לנו מערכת שעכשיו יכולה... מי שאמור לעשות את זה זה נציב קבילות הציבור של משרד הבריאות, של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שאמור להיות מצב שבא בן אדם ואומר "מגיע לי על פי הסל ולמה אני לא מקבל".

שרונה פלדמן: אני לא חושבת שזה משהו שאמורים להתנות אותו. אני רק רוצה להבין את הלקונה. לפי מה שאתם אומרים, כמו שמחר אני מטילה חובת ביטוח, זה לא מחייב את חברת הביטוח לבטח, זה מה שאתה אומר.

עו"ד יואל ליפשיץ: עוד פעם, זה לא לקונות, זה כל הזמן תוצאות של נסיבות. אני לא אתחיל לתת פה מספרים. אמרתי שבטח כולם פה נתנו מספרים כבר. אני מנסה לתת יותר מחשבות ודברים, והמון שאלות פתוחות, מה שאני חושב על התחום הזה.

דר' שולי ברמלי: בקשר לשקף הזה – לא שמת פה בכלל, ואולי אתה חושב שזה זניח, את האחריות של המבטחות, למשל של חברות השב"נים ושל חברות הביטוח, בהגברה של הביקוש לרפואה הפרטית, למשל על ידי שיווק.

פרופ' גבי בן נון: ביטוחים פרטיים.

דר' שולי ברמלי: זו התוצאה.

עו"ד יואל ליפשיץ: זו התוצאה. לא, ואני אגיד לך למה. כשאני מסתכל, אני מסתכל על שלושת הדברים מצד שמאל, אלה הדברים שיש לנו שליטה עליהם. הציבור שונא סיכון, זה נתון וכנראה לא נוכל לשנות אותו אוקיי? וככל שההכנסה עולה וכולי. ככל שאתה תכניס יותר דברים לסל, אתה בהגדרה מייתר חלק מהדברים מהשב"ן, חד וחלק. אני מדבר על הדברים שהם צורך ולא רצון, לא רק בחירת מנתח למשל. הדברים שהם צורך, אתה תכניס אותם פנימה.

דר' שולי ברמלי: אבל אתה לא חושב שיש איזשהו מקום של הגדלת הרצון שבא משיווק למשל?

עו"ד יואל ליפשיץ: יש ואנחנו ניגע גם בכשלים, התשובה היא כן. ברור שיש גם את הכשלים האלה, אבל זה פחות חשוב, חד וחלק.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר טוביה חורב: רק להבין – נראה לך שהמבוטח שעושה את ההחלטה כי הוא פחות מאמין במערכת והוא רץ לביטוחים, הוא באמת יודע אם את הטיפול הזה שהרגע סיפרת, הוא כן נמצא או לא נמצא, כלומר הוא ער לשחיקה שקיימת בסל? זו באמת החלטה רציונלית, שהוא הולך וראה שהסל נשחק ולכן הוא הולך וקונה ביטוחים? או לחילופין ברמה שנאמרה כאן, שיש את העניין של שיווק.

עו"ד יואל ליפשיץ: ברמה הפרטנית, התשובה היא לא, כי רוב האנשים עושים את ההחלטה כשהם בריאים. הם לא עכשיו הולכים לבחון חברת סלולר ועושים השוואת מחירים בין ארבעה דברים ובחרים מה שהם רוצים. אבל הם רואים את מה שקורה מסביב, את הדיבור ואת כל הדברים שמסביב, וזה משפיע בהחלט. כולם יודעים מה משפיע על הדברים האלה. לכן אני אומר אלה סיבות וזאת תוצאה. זה לא התחיל הפוך, גם ביום שהחוק נכנס וגם לאחר מכן. זה התחיל מהצד הזה, וחלק מהדברים אתה גם יכול ליתר. אם מה שהיא אומרת זה נכון, שנניח ניקח את השב"ן, שהקופות מספקות. אבל ההגדרה בסעיף 10 מאוד מאוד ברורה – מה שבסל לא נמצא בשב"ן. אז אוטומטית, ברגע שאתה מכניס אתה מוריד. זה לא מעמסה גדולה, שם לא נמצאים 75% מהאוכלוסייה. הביטוחים הפרטיים מכסים 35%.

ד"ר שולי ברמלי: 42%.

פרופ' גבי בן נון: חידוד קטן – לגבי הסל הציבורי נשחק – יש בו יותר מאשר פעולה של הסל ברמת הפירוט של דברים, ומדובר פה במקורות שעומדים לרשותנו כדי לספק את הסל הזה. האם כאשר אתה כותב "סל ציבורי נשחק", האם אתה מתכוון לזה שיש פה שחיקה, לא מעדכנים את הסל מבחינת הכמויות של התרופות והטכנולוגיות, או למשהו אחר?

ד"ר שלומי פריזט: אתה לא יכול להציג עמדה של חבר וועדה בתור שאלה...

עו"ד יואל ליפשיץ: שאלות למחשבה אחרי שעשינו את כל ההקדמה הזאת, ואני שוב מתחיל מהתחלה – התשובות לסוגיות האלה הן לא חד משמעיות, וזה תלוי לפעמים גם בנקודת המוצא הערכית שלך. יש פה דברים שאני לא פוסל, יש פה ערכים מקבילים – האם יש למנוע מתושבים את מה שהם רוצים מעבר למה שהם צריכים? מדוע למנוע ממטופלים גישה לטכנולוגיה שאינה מסופקת על ידי הממשלה בגלל מגבלת התקציב, שדיברנו עליה מקודם. אנחנו נראה את זה בהמשך, הרי יש דברים וודאיים שכל שנה המדינה צריכה לוותר עליהם בודעין. דברים טובים שצריכים להיות בפנים, ושנה אחרי זה הם יהיו, או שנתיים אחרי זה הם יגיעו – האם אני מונע מאנשים להשתמש בהם? מדוע תושב לא יכול לבחור בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית? אני לא מסכים עם הדבר הזה, למשל כמו בגרמניה.

שרונה פלדמן: אתה אומר שבן אדם ממש עוזב את המערכת הציבורית?

עו"ד יואל ליפשיץ: כן. יש אפשרות שם שבן אדם יכול לעזוב את המערכת הציבורית. מדוע לא יכול אדם להימנע מתור בשירות הציבורי על ידי פנייה למערכת הפרטית? חוזר למצגת. כל הזמן מדברים על זה, זה לא רק מה אנחנו כמדינה מחליטים מה אנשים צריכים, אנשים גם לפעמים יודעים מה הם צריכים. זה גם תשובה אליך, שאתה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אומר תשמע, האם זה בגלל השיווק? אבל אתה אומר ביום שקורה לאדם הדבר הספציפי, זה לא כמו פעם, הוא נכנס לרופא וזה מה שהוא אומר לו, ואז הוא רוצה חוות דעת שנייה, ולפעמים גם שלישית, זה מבלבל אותו, אבל בסוף הוא רוצה להרגיש לפעמים שהוא מחליט. אני לא מדבר על בחירת מנתח, אני מדבר על זה שהוא רוצה להחליט על איזה דבר הוא ייקח.

האם מדיניות של צריכה חופשית בלתי מוגבלת נכונה עבור מדינה עם מגבלת תקציב? או מי באמת פוגע פה בשוויון? האם זה הביטוחים הפרטיים שפוגעים בשוויון, או האם זו המדינה שפוגעת בשוויון? אלה שאלות שבאמת צריך לדון בהן פה בתוך הוועדה. אני חושב שהבעיה האמיתית של המערכת הציבורית שהיא נמצאת בה זה קודם כל המחסור התקציבי. חבר'ה, ההתייעלות שהמערכת הזאת עברה משנות ה-2000 היא מטרופת. אני אומר לכם חד משמעית, היא מטרופת. זה מגיע לכדי פגיעה בשירותים בכל הפרמטרים. מי שיגיד לי אחרת, אני חושב שהוא טועה, כולל אנשי האוצר, ולכן אני אגע בכל הטענות האוצרות, חבל שהם לא פה, אני אתקוף אותן אחת אחת.

בתי החולים צופים בעולם מחסור במיטות. עכשיו אני לא מדבר על המיטה כמיטה, אלא זה התקנים וכל מה שבא מסביב לזה. תסתכלו על כל ההשוואות הבינלאומיות. עכשיו, לא חייבים להיות בממוצע של ה-OECD, אבל גם לא חייבים להיות בצד השמאלי הקיצוני של ה-OECD, שם אנחנו נמצאים. חדרי מיון – מישו היה בחדר מיון בזמן האחרון? בושה וחרפה. תיכנסו יום אחד לחדר מיון, תבינו מה קורה שם. שמישהו ילך לחדר מיון וינסה לקבל שירות בחדר מיון. יותר ממספר אנחנו לא שם, וזה לא רק אשמת הרופאים. קופות החולים בגרעון, את בעיית התקציב שלהם, אתם מכירים את זה. מחסור ברופאים – יש את הדו"ח של משרד הבריאות, אמנם הדו"ח האחרון הוא מ-2008 (חלק א') ו-2010 (חלק ב'). פנימית, הרדמה, גריאטריה, טיפול נמרץ, רפואה שיקומית – לא כירורגים, זה לא בבחירת מנתח, אוקיי? זיהומים. עכשיו, איך השר"פ או ביטול השב"ן יפתור את הבעיה? אני לא יודע איך. עוד פעם, אני מעלה את כשאלות.

כאן לקחתי את העבודה האחרונה של ניר קידר. אתם יודעים שכל אחוז שחיקה הוא 300 מיליון ש"ח. תסתכלו על העדכון הדמוגרפי. בעדכון הדמוגרפי האחרון ניתן 40% אם אני לא טועה, וזה 40% מהעדכון הדמוגרפי האמיתי, 43%.

ניר קידר: בין 40% ל-50%.

עו"ד יואל ליפשיץ: 43% מהבדיקה האחרונה שעשיתי אתמול בערב. אם זה קוראים התייעלות, אני כבר לא יודע מה זה התייעלות. לזה האוצר יגיד לנו, חבר'ה, מבנה פרופיל הגילאים במדינת ישראל הוא צעיר, מעל גיל 65 אנחנו כאן, ולכן זה בסדר גמור. יש עבודה של פרופ' בן נון שמפריכה את זה, ויש גם עבודת מחקר של בנק ישראל שראיתי שמדברת על הנושא הזה ומראה את הדברים האלה. בכל פרמטר שלא תסתכלו יש פה שחיקה בתקציב.

עכשיו נעבור למדוע יש להגביל את ההוצאה הפרטית? אז קודם כל שוק הבריאות מאובחן במספר כשלי שוק, פשוט שמתי את זה במצגת. המטופל לא יודע באמת מה הוא צריך. מה שדר' חורב אמר מקודם, ספק השירותים מחליט עבורו, בסופו של דבר זה הרופא מחליט, לפעמים גם קופת החולים היא זאת שמחליטה, אתה לא תמיד



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

בדיקת מחליט מה אתה צריך. אין אפשרות אמיתית לבדוק את הרופא המטפל במה הוא עושה לך, גם עם כל המידע שקיים, אוקיי? גם מבחינת זמן, גם מבחינת היכולת, גם מבחינת מה שהוא למד, אלף ואחת דברים. אין לפרט יכולת לקבל החלטות יעילות אמיתיות בתחום הזה.

ד"ר שלומי פריזט: למה?

עו"ד יואל ליפשיץ: כי יש תחומים שהם סופר מורכבים, אנחנו לא מכוונות, זה לא מכון התקנים.

ד"ר שלומי פריזט: מורכבות המידע.

ניר בריל: זה עניין המורכבות או שאם אני אשב ואלמד את זה אני אדע?

עו"ד יואל ליפשיץ: זה גם מורכבות וגם תלות. אתה יכול בטיפול אונקולוגי מסוים, למשל טיפול בסרטן השד לנשים, יש מספר אסכולות איך מטפלים, אוקיי? עכשיו, אתה יכול לקבל טיפול X, טיפול Y, טיפול Z. תלך לארבעה רופאים, תקבל ארבע הצעות שונות.

שרונה פלדמן: בסדר, גם רופא שהוא מבין לא יגיד לך את האמת, כי אף אחד לא...

עו"ד יואל ליפשיץ: עכשיו נניח הולך לחוות דעת שנייה...

ד"ר שלומי פריזט: אבל פה בוא נדבר על משהו אחר. אני רוצה לחדד מה שניר שאל. יש מקום שאתה אומר אסכולה, זה נכון, זה נכון, ההוא נכון.

עו"ד יואל ליפשיץ: גם וגם.

ד"ר שלומי פריזט: שנייה, עכשיו אני אשאל אותך, האם כשאתה נותן לי שלוש פוליסות ביטוח אני יכול להשוות ביניהן, ואחת מהן היא יותר טובה מהשנייה. אני אדע את זה כפרט? אני מסוגל לעשות את ההשוואה? זו שאלה אחרת, אני לא אומר אסכולה. יש אסכולה שחושבת א' ויש אסכולה שחושבת ב'. תשווה לי האם אתה חושב שפרטים מסוגלים להשוות בין השב"ן לבין פוליסת הביטוח שלהם בכלל.

עו"ד יואל ליפשיץ: השאלה אם הם מסוגלים לעשות את ההשוואה, אני לא התכוונתי לדבר הזה. אם תעשה להם את זה בשקיפות, הם יוכלו לעשות השוואה. הבעיה היא שבזמן נקודת ההחלטה שלהם, הרי הם לא יודעים באיזה מחלה הם יהיו חולים, נכון? כשאתה עושה את כל ההשוואות, ובפוליסה אחת יש ארבעה דברים יותר טובים מאשר בפוליסה שנייה, ואתה צריך לבחור, אבל בסך הכל אתה לוקח פוליסה אחרת, נניח גם מבחינת מחיר, כי אתה משכלל הרבה דברים, אתה מקבל החלטה שלפעמים בסוף אולי היא לא יעילה מבחינתך במבחן התוצאה ביום שאתה צריך להשתמש בה.

ד"ר שלומי פריזט: שוב אתה אומר, אתה לוקח את זה למקום של ההבדלים על פני זמן. כלומר, בזמן שאתה בוחר, אתה לא יודע מה יהיה תמהיל השימושים שלך, ולכן אתה לא יודע מה יותר טוב או פחות טוב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שרונה פלדמן: אבל אתה אומר שכן ניתן להשוות, תלוי איזה כלים אתה נותן למבוטח.

עו"ד יואל ליפשיץ: כן, כן.

עו"ד לאה ופנר: אל תגזימו, המבוטחים הם לא...

שרונה פלדמן: אני מסכימה איתך. רק רציתי לשאול את השאלה הזאת בקול.

עו"ד יואל ליפשיץ: המבוטח הוא רגיש, שונא סיכון, בעל יכולת הערכה נמוכה למוצר, אפשר להגביל את השכר הפרטי על מנת להגן על הפרט ולעזור לו לעשות הקצאת משאבים יעילה. הלאה. השפעת המערכת הפרטית על הציבורית זה מה שדיברנו לפני כן. יש כאן הוצאה פרטית עולה, פחות הכנסה פנויה, גם על הדבר הזה. אתה רואה את זה כלחץ להעלאת שכר במערכת הציבורית. תשתיות כפולות, אימוץ בלתי מבוקר של טכנולוגיות, פגיעה בשוויוניות, אלה כל הדברים... הלאה.

דר' שלומי פריזט: מאיפה מגיע אימוץ בלתי מבוקר של טכנולוגיות?

שרונה פלדמן: כן, אני עדיין לא עולה על זה. מה זה?

עו"ד יואל ליפשיץ: יש טענה שאתה... בוא ניקח אפילו נקודה שהכי קל להבין – בתרופות. בפוליסות בריידירים של תרופות יש טענה שכל תרופה, הפוליסות מכסות כל תרופה שנמצאת עלי אדמות בשוק, לא משנה אם הוכחה היעילות שלה או לא הוכחה היעילות שלה, היא נכנסה לשוק ביום A, היא נמצאת וזמינה על המדף, מותר להשתמש בה, אוקיי?

שרונה פלדמן: איפה יש תרופה כזאת, שבלי יעילות מכסים אותה?

עו"ד יואל ליפשיץ: אני אומר יש טענה. שנייה אחת, בואו, אני גם כתבתי איתכם את כתבי השירות לתחום הפרטיים, אבל יש טענה כזאת שהדבר הזה קורה. בתחילי ניתוח אני יכול להגיד לכם בוודאות שזה נכון. יש סוג כזה שנקרא תחילי ניתוח, בגלל שמדובר ב"אמר". ב"אמר" לא מנסים את זה על אלפי אנשים, היעילות של זה נבדקת על אנשים מאוד מאוד קטנים, ואז כשזה יוצא לשוק זה נחשב חידוש טכנולוגי, ואיפה מנסים את זה? בדרך כלל בשוק הפרטי, ורק לאחר מכן מאמצים את זה בשוק הציבורי, ולפעמים, חלק מהדברים האלה מאמצים אותם מוקדם מדי, ולכן ברגע שאתה עושה הגבלה על ההוצאה הזאת, אתה דואג גם לרווחת המבוטח. למה? כי בסופו של דבר כל תכשיר שנבדק, האיכות, בטיחות ויעילות שלו על ידי הרשויות, נבדק בסוף במחקר קליני מאוד מצומצם. נניח בחולי סוכרת אתה עושה מבחן בטיחות על 15,000 איש, ויש לך 400,000 אלף חולים במדינת ישראל, אז כשזה יוצא החוצה מופיעות לך הרבה יותר תופעות לוואי. לפעמים שווה להמתין שנה-שנתיים עד שאתה בוחן את הטכנולוגיה הזאת ומכניס אותה. יש את הצד ההפוך שאומר שחלק מהאנשים בתרופות, בסוכרת לקחתי מחלה כרונית שהיא מנוהלת לאורך זמן, אבל בתרופות אחרות, אין לאנשים את השנה-שנתיים, ועדיף לתת להם לקבל את זה. אבל אני עוד פעם נותן את הטענה של אימוץ בלתי מבוקר של טכנולוגיה, אנחנו ניגע בצד השני. פגיעה בשוויוניות, הלאה – לחץ אדיר על הממשלה לכלול את אותן טכנולוגיות חדשות בסל הציבורי. במצב שהשוק



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הפרטי חופשי ממגבלות, מתקיים לחץ מתמיד להעלאת ההוצאה הציבורית. זאת טענה אוצרית שתמיד שומעים אותה. תרופות מצילות חיים זו דוגמא טובה דווקא לדבר הזה, לשנים של 2008, 2010, בגלל שזה נכנס לתכניות השב"ן, זה יצר לחץ אדיר וקרה מה שקרה, אנחנו נדבר על זה בהמשך. ב- 2008, 2010 זה היה מצוין, בדיעבד אני הייתי בן אדם שנלחם הכי הרבה שזה יישאר בחוץ ופרופ' גבי בן נון יעיד על זה, עד מצב אבסורדי שמשדד הבריאות דיבר בשני קולות בכנסת. חד וחלק. אני נלחמתי שתרופות מצילות חיים יהיו בחוץ, שיהיו בשב"נים בגלל שהסל לא מתקדם בזה, והתוצאה היא שזה יצר לחץ אדיר על הכללה. זה אמנם קשור למדוע יש להגביל, אבל זו דוגמא טובה.

ד"ר שלומי פריזט: אז אתה אומר, רק כדי שאני אבין, הייתה טכנולוגיה שנקראת תרופה מצילת חיים, היה מאבק אם זה יהיה בשב"ן, בסוף החליטו שזה לא יהיה בשב"ן, בגלל שזה לא היה בשב"ן נוצר לחץ אדיר להכניס את זה לתוך הסל?

שרונה פלדמן: להיפך.

ניר בריל: זה קרה בו זמנית.

עו"ד יואל ליפשיץ: בגלל שעד לשנה הזאת, 2008, אם אני אחזיר אתכם להיסטוריה, העדכון של סל השירותים הממלכתי לא היה דבר מובן מאליו כמו היום, שנמצא במספרים של מאות מיליוני שקלים. זה לא היה דבר מובן מאליו. כמעט כל שנה, היו שנים שגם קיבלנו עדכונים של אפס, אוקיי? שנה אחת שהיה עדכון של אפס, היה שנה של עדכון של 20 מיליון אני אזכיר לך, יש גם 60 מיליון, ויש גם שנים שהיו של 400 מיליון, אבל זה היה איזשהו נושא שהיה מאוד מאוד בחוסר וודאות אני אקרא למילה הזאת. היו הרבה מלחמות, הרבה אמוציות, הרבה שביתות, שביתה אחת גדולה, הרבה התפטרות של ראשי וועדות, היה הרבה בלגן מסביב לדבר הזה. בסופו של דבר גם הבנו שגם אם מחר יהיה עדכון מסוים של הסל, יש את מגבלת התקציב, דיברנו על הדברים האלה, תמיד יהיה מצב שיהיו תרופות מצילות חיים או מאריכות חיים או תרופות חיוניות נקרא לזה לצורך העניין, גם היום, שלא ימצאו את עצמן בתוך מערכת הבריאות. אז חשבתי שזה יהיה נכון לאפשר את ההכללה שלהן בשב"ן. זו הייתה המחשבה הראשית, אבל היה לי מאוד מאוד ברור גם שזה יצור מלחמת עולם ענקית, והאוצר לא יאהב את זה, ויקרה משהו, ה- DEAD LOCK הזה ישבר. אני קיוויתי שהוא גם ישבר וגם יישאר בשב"ן. בסוף מה שקרה זה שזה נשבר בשנים האלה, וזה יצא מהשב"ן. זאת הייתה התוצאה הסופית במבחן התוצאה – תרופות מצילות חיים ומאריכות חיים נאסר על זה. דרך אגב, השתמשו במונח "מצילות חיים" ו"מאריכות חיים" כי זה היה תרופות אונקולוגיות. זה היה הוויכוח הגדול. לא יכלו להגיד "אונקולוגיות" כי זה היה כאילו לסמן סקטור מסוים.

ד"ר שלומי פריזט: הבנתי, אתם הוצאתם את זה החוצה. זה היה בחוץ בפרטי, ובגלל שזה היה בפרטי היה לחץ להכניס את פנימה.

עו"ד יואל ליפשיץ: בגדול כן.

ד"ר טוביה חורב: הוא אומר כן כי זה מה שהוא ייחל לו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עו"ד יואל ליפשיץ: אחת הטענות שאומרים לך תגביל דברים, זה כדי ששזה לא יצור את הלחץ על ההכללה של דברים בסל.

ד"ר שלומי פריזט: תגדיר לי "תגביל". מאיפה אני מגביל?

רויטל טופר: תגביל בפרטי.

עו"ד יואל ליפשיץ: אל תאפשר תרופות מצילות חיים בכלל.

ד"ר שלומי פריזט: בכלל? גם לא בפוליסות ביטוח בחברות ביטוח?

עו"ד יואל ליפשיץ: בשום דבר.

ד"ר שלומי פריזט: לאסור את התרופה הזאת בישראל?

עו"ד יואל ליפשיץ: בדיוק.

ד"ר שלומי פריזט: לאסור את התרופה בישראל, אם היא לא בציבורית ולא בפרטית, אז אי אפשר להשתמש בה.

רויטל טופר: יש טענה כזאת שאומרת תגביל בפרטי כדי שלא יצא מצב שלא יהיה לחץ על הציבורי. וזה מראה הפוך, שברגע שנתת בפרטי...

ד"ר שלומי פריזט: אני מושך את השאלה שלי. בואו נתקדם.

עו"ד לאה ופנר: טוב מאוד.

עו"ד יואל ליפשיץ: אוקיי, הלאה. בחירת מנתח – זה יכול להיות ב – 2017 הדוגמא הרעה. ממה שאני מבין מהעיתוננים שקראתי על וועדת גרמן שהוקמה כדי לחזק את הרפואה הציבורית, זה הכל התחיל מצעקה של שלושה מנהלי בתי"ח על שהם צריכים בחירת מנתח בתוך המערכת הציבורית כי חסר להם כסף, אוקיי? הם במערכת הפרטית, והם רוצים להכניס את זה פנימה לאפשר לכולם בחירה, בחירה לכולם, להשתמש בזה, ב – 6 מיליארד השקלים שיש בחוץ, הפנויים ולהתחיל משם. ואני אומר שלמשל זו דוגמא רעה של לחץ של שירות שהוא בפרטי, אוקיי? שיכנס בסופו של דבר לשוק הציבורי.

ד"ר שלומי פריזט: זו דוגמא רעה כי זה לא יקרה? או שזה רע שזה יקרה? אנחנו בוחרים את איכות הדוגמא לפי התוצאה? זה לא דוגמא לזה שיש לחץ, תמיד יש לחץ וזה לא בהכרח דוגמא טובה שיש לחץ או דוגמא רעה שיש לחץ.

עו"ד יואל ליפשיץ: לא תמיד יש לחץ.

ד"ר שלומי פריזט: תוצאה רעה של הלחץ.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עו"ד יואל ליפשיץ: כן. אולי אני לא מסביר טוב...

ד"ר שלומי פריזט: לא, לא, זה פשוט כתוב דוגמא טובה ודוגמא רעה, וחשבתי שזה דוגמא רעה ללחץ. זה בסדר גמור, עכשיו הבנתי.

עו"ד יואל ליפשיץ: האם להגביל את ההוצאה הפרטית? חופש בחירה הוא עיקרון בסיסי, ברור שלא נמנע מאף אחד לשלם באופן פרטי עבור טיפול רפואי או תכשיר רפואי, זה הרי ברור, לא צריך להרחיב על זה, וגם לא נמנע מאדם לשפר את מצב בריאותו, אוקיי? אין תחליף אמיתי למנגנון של שוק חופשי. גידול בהוצאה הפרטית לבריאות מעידה על ההעדפות של צרכנים, שיפור בתועלת משירותים וטכנולוגיות – יש שיפור, יש מאמרים ומחקרים על הדברים האלה, בסוף שבן אדם מוציא הוא מרגיש, יש לו גם שיפור בצד הקליני, גם בצד הרווחה שלו. הערך הכלכלי שהפרט מייחס להוצאה על בריאות גדל עם השנים. על כל אחד כזה אני יכול להביא לכם תימוכין. הלאה.

פרופ' לאה אחדות: כשאתה אומר בחירה חופשית ההוצאה הפרטית מגלה את העדפות הצרכנים, האם אתה מתכוון גם שזה רקע לכך שלא תוכל להתערב במערכת הפרטית?

עו"ד יואל ליפשיץ: לא, לא, לא. בסוף אנחנו ניגע בזה. ממש לא.

ד"ר טוביה חורב: כשמוסיפים שירותים לסל של הביטוחים הקיימים, השב"נים, שואלים את הצרכנים? זאת אומרת, אנחנו יודעים שזה ההעדפות של הצרכנים?

עו"ד יואל ליפשיץ: כן, יש סקרים שעושים על הדברים האלה, בודקים את זה, כן. אני אומר לך חד וחלק כן. הלאה. מצב בו הממשלה מצליחה להקטין משמעותית את ההוצאה הלאומית לבריאות הנה בעיה לטווח ארוך, הפחתת ההוצאה הלאומית דרך הגבלות השוק הפרטי וחסימה של טכנולוגיות, יכולה גם לגרום להקטנה של הנגישות לשיפור התורים בטווח ארוך. אל תשכחו דבר אחד, אנחנו ארץ קולטת טכנולוגיה. 70% מהטכנולוגיות באות מבחוץ, לא מייצרים אותן פה, אנחנו שוק קטן. בסופו של דבר, אם אתה מגביל את זה כי אתה רוצה להגן על איזה אינטרס אחר בשוק ציבורי, אתה גם יכול בסופו של דבר לפגוע בשוק הציבורי, פוגע בנגישות ומגביר תחרות.

רויטל טופר: תסביר, למה פוגע בשוק הציבורי? למה הפחתת ההוצאה הלאומית?

עו"ד יואל ליפשיץ: אין תמריץ. תקשיבו, אם חברה לא יכולה להביא לפה טכנולוגיה מתקדמת ולהחדיר אותה... אני יכול לתת לך את זה בהרבה הרבה דוגמאות. יש ADVANCED THERAPY וגם כשהייתי במשרד הבריאות אנחנו נלחמים כל הזמן על הבאה של תכשירים לישראל. יש את תקנה 29 שמי שלא מכיר אותה, זה מה שנקרא נגישות לתרופות שהם לא רשומות. לפעמים זה יוצר בעיה מאוד מאוד קשה, יש חברות שלא מגיעות לפה בגלל כל מיני סיבות, החל מסיבה פוליטית וכלה בסיבות מסחריות או במצב של שוק. עכשיו, ברגע שאתה לא מאפשר להן נגישות לשוק הזה בכלל, אז הן בכלל ידירו את ההגעה שלהן לשוק, ואז גם הטכנולוגיה הזאת לא מגיעה לפה. יכול להיות שחלק מהאנשים חושבים שזו טענה חלשה, אבל אם תיכנסו ותבקשו מאגף הרוקחות במשרד הבריאות או



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ביחידות אחרות ותראו כמה טכנולוגיות לא מגיעות לפה, חלק מהן על הבסיס הזה, אתם תהיו מאוד מאוד מופתעים. אני הופתעתי כשעבדתי במשרד הבריאות מהעוצמה של הדבר הזה. חלק מהן נבעו מסיבות שלא קשורות לעניין הזה, יש גם את עניין ההגנה על קניין רוחני, אורך חיי רישום התרופה, אבל חלק גם נבעו מחסימה של שוק פרטי. כל הסיפור מסביב לתרופות מצילות חיים בשב"נים או לא בשב"נים, וחסמו אותם, אני יודע בוודאות על מספר חברות שהחליטו לא להביא, לא הביאו את הטכנולוגיה. אמנם הגישו אותן לסל, אבל לא הביאו את הטכנולוגיות האלה למדינת ישראל, נקודה, עד שהם לא היו בטוחים.

דר' טוביה חורב: לכאורה, אם זה נכנס לסל אז הם בטוחים יותר. אבל אם זה נכנס לסל?

עו"ד יואל ליפשיץ: יש גם עקומת למידה. וועדת הסל היא בירוקרטית מצוינת, אימוץ הטכנולוגיות מתקדם למרות מגבלות תקציביות. לפעמים צריך לבנות אותו מהשוק שליד הציבורי, לא להכניס ישר לשוק ולראות מה קורה, אלא איך בונים אותו. חלק מהדברים האלה נראים בתכניות השב"ן וביטוחים מסחריים. חוזר למצגת.

שרונה פלדמן: מה מגביר שוויוניות?

עו"ד יואל ליפשיץ: הוא מצד אחד מגביר ומצד שני פוגע - חוזר למצגת. איך הממשלה מגבילה את ההוצאה הלאומית - במצגת. זה קורה כל הזמן ומשרד הבריאות נלחם בזה. כל הדברים מצריכים את אישור משרד הבריאות והאוצר. לא הרבה מדינות עושות את זה בעולם, בארה"ב יש 2 מדינות מתוך חמישים שמשתמשות ב - CON. בחלק מהדברים היא יעילה ובחלק לא, אבל בארץ משתמשים בה, מתאפשר דרך פקודת בריאות העם, חופשי-חופשי. ממשיך במצגת - 60% הוצאה ציבורית, 38.6 זה פרטית. 38 מיליארד ש"ח זה סך ההוצאה במדינת ישראל, חסר 20 מיליארד ש"ח. תיקחו חצי מהסכום, 33% מהסכום - אם תכניסו את זה להוצאה הציבורית, ואם לא נעשה שום דבר, זה יתמלא לבד. אנחנו נתקדם בדברים אחרים וזה יתמלא בפרטי.

דר' שלומי פריזט: ההוצאות של הבריאות הם לא כמו ב - OECD לפחות?

עו"ד יואל ליפשיץ: אם אתה מחלק את זה לפי גיל וחלוקות פנימיות אפשר לראות מה יקרה הלאה, לראות שאנחנו לא הורסים. בריאות זו לא תכנית דו שנתית אלא השקעה ארוכת טווח - להניע ב"ח, אוניברסיטה בצפת, הכנסת מקצועות חדשים - זה לא קורה מהיום למחר, אלו תהליכים שצריך להניע אותם. לא תעשה את זה, השוק הפרטי נכנס לשם.

פרופ' גבי בן נון: כנס קיסריה היה על זה, דיברנו על ההבדלים.

עו"ד יואל ליפשיץ: שקפי "גבי בן נון" קלאסיים - במצגת. במספרים שלכם, הגידול השנתי בתוצר - במצגת. אני חושב שגם פה אנחנו מבינים שמה שמשפיע פה בעיקר זה הסל הציבורי ומה קורה בו, וממנו נגזרים שאר הדברים. אם אנחנו רוצים לטפל בצורה רצינית בתחום הזה של הביטוחים, אי אפשר לעשות את זה ביחד. זה דיון ציבורי מוכר על הוצאה פרטית ושוויון - במצגת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר טוביה חורב: רפואת שיניים בסביבות 92% מההוצאה הלאומית - במשך עשרות שנים אף אחד לא דיבר על שוויון בתחום הזה.

שרונה פלדמן: זה היה בשב"ן שני.

רויטל טופר: לא נכון, זה היה בשב"ן בחינם בדיוק שנה-שנתיים לפני, ולא יצא מזה כלום.

שרונה פלדמן: הייתה ועדה ב - 2002.

עו"ד יואל ליפשיץ: דיברו על הדברים האלה כל הזמן, וזה נתפס כמשהו פרטי. לפחות המשמרת נמצאת ברמה של תרופות מצילות חיים. כל הקופות היו כאן והסבירו מה הן עושות – חוזר למצגת. אני חושב שהחשובים זה המרחיב והנוסף. התחליף זה NICE TO HAVE. אם צריך משהו שיהיה בשב"ן, זה יהיה את שני הדברים האלה. מבנה השב"ן – במצגת. אלה שירותים חיוניים שמחר בבוקר אנחנו לא-לא נסכים שהם יכנסו לסל.

ד"ר שולי ברמלי: אתה מתכוון להשלמה או הרחבה?

רויטל טופר: להשלמה.

עו"ד יואל ליפשיץ: טיפולי פיזיותרפיה - אנחנו יודעים שזה מוגבל בסל ויש מכסה לילד, ואולי זה נראה לכם סביר 24 טיפולים, אבל ילד שצריך 36 ויותר בשנה, זה חיוני עבורו. וכמובן שיפור זה בחירת מנתח - אם הוא לא צריך להיות בסל והוא יצא מהשב"ן, אני לא אמות מזה. אם אני כבר עושה תכנית, ויש לי מגבלת תקציב ואני לא אצליח להדביק את הקדמה הטכנולוגית, זה חייב להיות.

ד"ר טוביה חורב: כשאתה אומר לא יהיה, זה יצא לגמרי או לסל הציבורי?

עו"ד יואל ליפשיץ: לא, זה לא אמור להיות שם.

ערן פוליצר: אתה אומר שבשב"ן צריכים להיות צרכים שלא בסל ולא רצונות. זה NICE TO HAVE.

עו"ד יואל ליפשיץ: צרכים חייבים להיות שם. הייתי שמח לראות את כל הצרכים בסל הבסיסי, חד וחלק, אבל אם הם לא שם, אם היו באים אלי מחר בבוקר לאשר תכנית שב"ן, הייתי דואג שכל הדברים האלה יהיו קודם, ואחרי זה הדבר הזה.

ד"ר טוביה חורב: איך היית מתייחס לטכנולוגיות? לא על מה שכרגע בשב"ן, אלא תיאורטית. אני מניח שיש תרופות שנמצאות בסל הבסיסי.

עו"ד יואל ליפשיץ: קודם כל ברגע שזה נמצא בסל, אתה לא יכול להחזיק את זה בשב"ן. זה לא אמור להיות שם כי זה בסל הבסיסי. הקדמת סל בסיסי גם לא צריך להיות שם, אבל התוויות כן. תרופות חיוניות צריכות להיות פה – מתייחס למצגת. הירוקים הם יותר NICE TO HAVE, השלמות. אדום – גם בסל הבסיסי וגם בשב"ן. שחור –



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

השאר חוץ ממנו הם NICE TO HAVE, זה חובה. טיפול לכאב לדעתי גם צריך להיות שחור במרביתו. הבעיה עם כאב זה דבר שהוא TANGIBLE, אבל אי אפשר להגדיר אותו. כמעט לכל אחד מאיתנו יש כאב בגב שהוא רוצה לטפל בו. בחלק מהמקרים הרפואה המשלימה עוזרת.

עו"ד לאה ופנר: אקופונטורה זה בסל הבסיסי לטיפול בכאב, זה אחת הדוגמאות לכניסת הרפואה האלטרנטיבית.

עו"ד יואל ליפשיץ: זה נכנס דרך פקודת הרופאים.

עו"ד לאה ופנר: הם הכירו בזה כדבר מוכח שעוזר.

עו"ד יואל ליפשיץ: חוזר למצגת.

ד"ר שלומי פריזט: בעניין הנגישות לעומת פרמיה נמוכה – אם תבטל את הסל הציבורי, תעלה את השב"ן למאה אחוז. לזה אתה קורה נגישות. הפרמיה נמוכה, אתה מספק שירותים במונחי עלות, ולכן אני מנגיש.

עו"ד יואל ליפשיץ: האקסיומה שלי היא שצריך להיות סל ציבורי חזק, אבל במגבלת תקציב לעולם לא תוכל לספק את כל הצרכים. תמיד הטכנולוגיה תתקדם הלאה. הלוואי ומחר בבוקר הייתי במקום של תוספת של 10 מיליארד ש"ח, ואז מורידים את הפרמיות ועושים הכל, ברור.

פרופ' גבי בן נון: זה לא אלטרנטיבה לסל הבסיסי.

עו"ד יואל ליפשיץ: לא, בוודאי שלא.

פרופ' לאה אחדות: אם הכנסת את כל מה שסימנת לסל הבסיסי, למה אתה צריך אותו?

רויטל טופר: יש לך עדיין NICE TO HAVE.

עו"ד יואל ליפשיץ: כי תמיד כשאת מנהלת את המערכת במאקרו, יהיה צורך שלא יהיה לו מענה - זמני לכמה שנים או פרטני לסוג מסוים של אוכלוסייה - והטכנולוגיה תתקדם מאוד מהר. לכן אתה מאפשר את זה בפרמיות נוחות ושומר על התחרות.

שרונה פלדמן: אתה אומר שהשב"ן הוא זרוע ארוכה של המדינה לספק שירותים שהם לא בסל, בהינתן שיש מגבלת תקציב.

עו"ד יואל ליפשיץ: אם לא היה סל בסיסי לא היינו מנהלים את הדיון הזה, אבל אתה רוצה לתת פתרון לאנשים.

ניר בריל: לא היה דיון האם צריך את השב"ן או לא? או להרחיב אותו או לא? אם היינו יכולים לקחת 3 מיליארד ש"ח מהשב"ן איכשהו, האם מבחינתך היית עדיין רוצה את השב"ן?

עו"ד יואל ליפשיץ: כן, אבל הוא היה נכנס לפרופורציות האמיתיות שלו כמו שכולם רוצים פה עכשיו.



רויטל טופר: הוא היה קטן.

ניר בריל: הוספת 3 מיליארד, מה הפרופורציות שלו עכשיו?

עו"ד יואל ליפשיץ: סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע מפורשות, שכל מה שבסל לא יכול להיות בשב"ן. ולכן בהגדרה מה שצריך מכניסים לסל, אז אתה מקטין את השב"ן. אם זה לא נכנס עדיין, זה יחנה בשב"ן.

שרונה פלדמן: הנחה - אין מגבלת תקציב, אומרים לך הסל כולל את כל השירותים החיוניים. יש דברים חשובים שחשוב שיהיו, והם צריכים להיות בסל כי יש מגבלת תקציב. אבל אם אין, איך צריך להיות השב"ן בנוי?

עו"ד יואל ליפשיץ: השב"ן מתייתר במקרה כזה.

דר' טוביה חורב: גם היום וגם בעתיד.

עו"ד יואל ליפשיץ: אמרתי את זה הכי ברור שיש. הלוואי ונגיע לשם, אני אשמח שזה יקרה. אני מייחל ליום כזה ממקום אמיתי. זה נאמר כי זה מה שצריך לקרות. חוזר למצגת - שב"ן עונה על רצון, פה לפעמים הוא מייצר אותו. כמה טיעוני אוצר שתמיד טוענים אותם ולטפל בהם - במצגת. אין תרופה אחת שהם מכלילים לבד בסל. הם לא נותנים את התרופה הזאת היום, אם הם יודעים שהיא תיכנס לסל. הקופות לא עשו ולא עשו, גם מכבי. הם עשו הערכה שזה רק לשנה אחת, וזה תרופות שהם נלחמו להכניס אותן לסל.

דר' טוביה חורב: הטיעון שלהם היה של פגיעה בתחרות, ופה אתה אומר שאין תחרות. למה הם לא מתחרים על זה? בגלל השב"ן או לא?

דר' שולי ברמלי: כי זה עולה כסף ואין להם.

עו"ד יואל ליפשיץ: הטענה היא שאם זה נמצא בשב"ן זה פוגע בתמריץ הקופות להכניס לסל, ואז זה יחנה שם ולעולם לא יכניסו את זה. אין להם תקציב זה אחת. שתיים - בסל הם היו צריכים להגיד שזה בשב"ן. אבל הן נחלמות כדי שזה יכנס. למה? כי זאת המציאות. חוזר למצגת - אני כתבתי להם את נוהל וועדת חריגים, עשינו את כל מה שצריך, אבל בסוף יום הוועדה הם כותבים - היעדר תקציב, השפעת רוחב - אנחנו לא נותנים את התכשיר. באיזה מקרים כן? תרופת יתום או שזה שני אנשים שצריכים את זה, ובאים לחברות ומבקשים מימון של חצי מהתכשיר. האבסורד הוא אני גם לא אתקצב אותך, וגם תעשה תחרות ותכניס? לא עובד. טענה אוצרית - במצגת.

שרונה פלדמן: זה לא רק טענה אוצרית.

ניר קידר: הוא רואה בזה טענה אוצרית.

עו"ד יואל ליפשיץ: ממשיך במצגת. זה החוק, הוא מאפשר את זה מלכתחילה. זה נכתב גם בכמה פסקי דין. אלה נתונים - ברוקדייל, שולי זה שלך. אנחנו לא שמים לב מה האלטרנטיבה - אם אנחנו מבטלים אנחנו פוגעים, ואם מכניסים לסל זה מעשה מצוין. אני מדבר על תרופות חיוניות ולא מצילות חיים כי הן בסל. לאנשים האלה אין



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שום אפשרות להיכנס לתכניות אחרות. גידול בהוצאה הלאומית – מי אמר שזה רע כל עוד לא מגדילים את ההוצאה הציבורית? ממשיך במצגת. ברור שזה דמגוגי. יש טבלה השוואתית שנמצאת באגף שוק ההון. אפשר לשנות אותה כל היום. קודם כל, לאורך ציר הזמן רוב הקופות לא שינו את הפרמיה שלהן. הפחתה של זכויות הייתה בהחלטת המדינה, ואז פגענו בזכויות. ברגע שיש חוק צריך לבצע את זה, ונתנו כלי למערכות פרטיות לרכב על הנושא. זה תרופות מצילות חיים ובחירת מנתח – הפחתנו את הפרמיות, אבל נפגעו זכויות המבוטחים כי זה נכנס לסל. יש חלק מהן שלא נכנסו, לא בגלל וועדת הסל אלא בגלל מגבלת תקציב, וכנראה גם השנה לא יכנסו. אני לא מבין למה השב"ן צריך להכיל NICE TO HAVE, רוצים - שילכו למקום אחר. אם אסרת על זה במקום אחד, ואסרת על זה בסל הבסיסי, תאסור על זה בביטוחים מסחריים. למה זה לא אותו דבר מבחינת ההוצאה הלאומית?

שרונה פלדמן: ביטוח פרטי זה מה שאין בסל.

עו"ד יואל ליפשיץ: גם השב"ן זה אין בסל. שימו לב לאופציות ומה אפשר לקבל – במצגת. כשמטפלים בנושא כמו בחירת מנתח, זה לא יכול להיות רק לסל הבסיסי או רק לשב"ן או רק בביטוח מסחרי - חייבים לסגור את כל הפינות. אנשים לא פראירים, הם יעבירו את הכסף בפחות כסוי. אנשים לא מטומטמים. אין ויכוח שיש 300 מיליון ש"ח, הוויכוח היום זה 350 מיליון, שברנו את הדבר הזה. הוזרם כסף טוב. אני חושב ששברנו את המחסום הזה. אני מתנגד לעדכון אוטומטי של 2% ואני אומר את זה פה. אני חושב שזה צריך להיות לא יפחת מאחוז אחד. חייב להיות עדכון כמו עדכון דמוגרפי, אבל הוא לא יכול להיות 2%. מה קורה? יש שחיקה, לקחו את הכסף מהדלת האחורית. שיניים הכללה בסל הבסיסי - נעצר פתאום. בדיקות הריון, בדיקות גנטיות וחיסונים. בדיעבד, קרה דבר מצוין בעימות ב - 2006 – היה דיון ציבורי פעם אחת, פעם שנייה היה דיון על המיקום האמיתי בתכנית, אבל יש עדיין המון תרופות חיוניות שהן לא בסל וחלק מהן גם מצילות חיים. בשב"ן, אם יש רשימה מיוחדת של תרופות פושטיות של מתחת ל - 300 ש"ח, התשובה היא "לא", הן עברו מסננת. התרופות נרשמות רק לאחר שנרשמו במשך מספר חודשים. חלק מהניסויים בוצעו בארץ, וזה עדיין לא בסל. מחלות קשות, תרופות יתום, רצף טיפולי. במכבי אמרו לי שזה תרופות פח אשפה, הם לא הפכו את זה ל - NICE TO HAVE, אלא זה מוצר חיוני. זה קיים בלי שום קשר היום. כללית אותו דבר - מיצוי טיפולי סל – במצגת.

דר' טוביה חורב: רצף טיפולי נוגע לזה שזה יהיה מציל חיים.

רויטל טופר: לא כולם יודעים שיש תרופות מצילות חיים שהן לא לפי רשימה סגורה, שיש שם גם תרופה לסוכרת.

עו"ד יואל ליפשיץ: דוגמאות של תרופות, זה המצב היום שתכשירים שנמצאים בשב"ן – בתרופות. זה עדכון טכנולוגי בשנת סל. תכשיר שלא נמצא בסל הבסיסי, אז איפה יתנו אותו? בעלות שנתית זה נראה קצת, אבל זה משמעותי.

דר' טוביה חורב: אבל זה מציל חיים או לא?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד יואל ליפשיץ: חלק מהן הן תרופות מצילות חיים שלא נכנסו לסל ב - 2012, הן נדונות פעם שנייה, אולי יכנסו אולי לא. אין דבר כזה שכל התרופות מצילות חיים יכנסו בסל. למטה זה תרופות חיוניות שאי אפשר לנהל טיפול בלעדיו. COMADIN זה תרופה MUST לקרדיולוגים, זה MUST וזה נכס. הסל הכניס אותה בציפים בגלל מגבלת התקציב. יש המון חולים שלא יכולים לקבל את זה, והרופאים מפנים אותם לשב"ן כדי לקבל את זה. ממשיך במצגת. בחירת מנתח – במצגת. המלצות שאני חושב שהן נכונות – אני לא אומר שלא צריך לעשות רגולציה בשוק הזה, להיפך – במצגת. אפשר להוציא שירותים חיוניים מהשב"ן ולשים בסל הבסיסי, לא קרה כלום. זה מאוד מוסדר, אני מכיר את מה שרויטל עושה, ואפשר לעשות את זה בתקנות. צריכים לחשוב על זה, יש את החומה הזאת, אבל הסל הבסיסי לא צריך לממן את השב"ן ולהיפך. לכל טיפול שעושים יש תקורה, מי משלם את זה? אפשר להגיד שהמערכת הזאת תשלם את התקורה הזאת.

רויטל טופר: עושים התחשבנות.

עו"ד יואל ליפשיץ: אפשר לעשות חקיקה ופיקוח מחירים על הדבר הזה. אפשר לחשוב על הנקודה הזאת. אני במקצועי אסור לי לחלק עיתונים במקביל לעבודה שלי. למה לרופא מותר לעשות עבודה נוספת? לא קרה שום דבר, לקחת את הוראות התקשי"ר ולחשוב עליהן מחדש. חבר'ה, זה לא קורה היום – חוזר למצגת. מחירון משרד הבריאות זה פיקציה, אחד מסבסד את השני, ואתה לא יודע כמה המספרים מנופחים, והקופות הולכות לשוק הפרטי - איפה שיש מונופול שהמדינה תקפיץ מחירים, ואיפה שיש תחרות שהעסק ישגשג.

עו"ד לאה ופנר: אתה אמרת, בצדק, שאם היום מחליטים לעשות שינוי בשב"ן צריך לזכור מה יקרה, כך או כך. אתה יכול לראות גם תקופת ביניים? נגיד מחליטים שהכל בסל אין בעיה, אבל אם מחליטים לבטל משהו, אתה יכול בעיני רוחך לראות תקופת ביניים? מי שהיה מבוטח נשאר, אבל חדשים לא.

עו"ד יואל ליפשיץ: הפתרון הקל ביותר הוא להתחיל מהסל הבסיסי, לטפל בו. לאחר מכן יהיו את כל ההצדקות לטפל בשב"ן, אי אפשר להתחיל הפוך. אין תקופות ביניים, זה הופך להיות הדבר הכי גבוה. שרים מתחלפים ופקידים נשארים וזה לא משתנה. יש פה כמעט נקודת אל חזור. ההתייעלות כבר פוגעת במבוטחים, והבריחה לשוק הפרטי כבר קורית בגלל דברים נוספים, ולא רק בגלל החיבור עם קופת החולים.

דר' טוביה חורב: הוא לא התייחס לרופאים.

דר' שלומי פריזט: הוא דיבר על זה. זמינות כ"א מאפשרת מתן שירותים נוספים.

**** מציג שני בפני הוועדה: אביגדור קפלן, מנכ"ל בי"ח הדסה. מציג ללא מצגת.**

אביגדור קפלן: אני יודע שאתם דנים בנושא הביטוח. אביע דעתי בקצרה, ואחר כך תשאלו מה שתרצו ואשתדל לענות. אני חושב שצריך להסתכל על הסוגיה מהיבט הכסלים. נתחיל עם הביטוחים המשלימים - קוראים להם שב"נים אבל לציבור זה משלים. ביטוח בעיקרון נועד לכסות מקרים שמוגדרים כקטסטרופות, שגורמים להוצאה גדולה לאדם שהוא לא יכול לשאת בה בעצמו. רבים משלמים פרמיה קטנה לקופה של מי שאיתרע מזלם, וקרה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

להם נזק - גופני, רכוש, תדמית - או כל סוגי נזק אחרים. הביטוחים המשלימים, בחלקם לפחות, לא מקיימים את הכלל הזה. יש מקרים רבים שהם שכבת ביניים. היות וזה סל אחיד לכולם, יש דברים שהפרט מתפתה לקנות אותם, והוא לא היה קונה אותם בכל מקרה אחר. אם הם היו מוציאים אותם, זה היה יותר זול, כמו מאמץ כושר. הדבר השני שבעיניי הוא כשל במשלים, זה העובדה שיש שמה שני רבדים ואולי גם יהיה שלישי. היות ואנשים תופסים את הקופות כדבר חשוב, ויש כאלה שמשלים את עצמם שאם לא יהיה להם משלים, הם יקבלו שירות פחות טוב, זה מסביר למה 80% קונים את המשלים - לא משום שזה חשוב להם, אלא משום שאם לא יהיה, אכן לא יקבלו את מה שמגיע להם, ואז מוסיפים רובד נוסף שמחריף את הבעיה.

ד"ר שלומי פריזט: איך שונה כשל של קיומם של שני רבדים, מהראשון של קיומן של קטסטרופות?

אביגדור קפלן: זה רק מחריף אותו. מערכת הכירורגיה עוברת תהליך הפרטה, היות ויש עידוד לשירותים פרטיים, כמו בחירת מנתח שניתנת רק במוסדות פרטיים, אז מחלקות הכירורגיה מתרוקנות בבתי"ח אחרים ויש ניצולת נמוכה של משאבים במיוחד לטובת האזרחים, וזה מצד ההיצע.

שר"פ-לא שר"פ - לא כאן הדיון. נושא נוסף זה הסבסוד הצולב בין הסל הבסיסי למשלים, ואף אחד לא יצליח לשכנע אותי שזה לא קיים, שיש חומה בין השתיים. אני יכול להוכיח בעובדות שאכן יש כזה דבר. זה נוגד את החוק שאומר שלגבי כל אחד מהביטוחים האלה, הבסיסי והמשלים, לא זו הייתה כוונת המחוקק שיכנסו לכיס האזרח ולממן דרכו את מס בריאות ותקציב המדינה, והנתח מגיע משם.

ד"ר שלומי פריזט: נוכל לקבל עובדות?

אביגדור קפלן: תראו את דמי ניהול, שונות בין הקופות. אם יש קופה לא יעילה היא גובה דמי ניהול לא יעילים, ויש בזה העמסת אי יעילות על קניית ביטוח וולונטרי.

ד"ר טוביה חורב: אתה לא חושש ממימון של הסל לשב"ן?

אביגדור קפלן: אני לא חושב שהן צריכות לסבסד אחת את השנייה, או להיפך. ניקח את הדסה עם סיפור השר"פ שלנו - מי שבא לרופא הביא טופס 17 לממן את החלק של ביה"ח, ועוד הפנייה מהמשלים לממן את בחירת הרופא. אמרו לי שיש התחשבנויות נוספות, ואני מעריך שהן לא מלאות. תבדקו אתם אם אכן אין סבסוד צולב בין השניים, לי אין יכולות. דבר נוסף שלדעתי הוא כשל גדול והתראתי עליו בפני הרגולטורים - הביטוח המשלים של כללית שהיא מונופול, גורם עסקי שמנוהל על ידי דקלה, שהוא מונופול בביטוחים הפרטיים בקבוצת הראל. חברות ביטוח, השווי של תיק הבריאות נקבע על ידי הערך הגלום בו, EMBEDDED VALUE, זה מתפרסם לציבור. רואים בצורה מובהקת שהערך הגלום בקבוצת הראל הוא בסדרי גודל מעבר לחלק היחסי שלה בשוק, לעומת הערך הגלום של חברות אחרות שעוסקות במטרייה של בריאות.

ד"ר שלומי פריזט: אתה מודד את החלק היחסי בפרמיות או בכמות מבוטחים?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אביגדור קפלן: איך שאתה רוצה. הוא בסדרי גודל יותר מבכל חברה אחרת. תיק הבריאות שלה הוא באופן מובהק שונה, ויעילות היתר שלה לא מסבירה את השונות בין היעילות שלה לרווחיות שלה.

ד"ר שלומי פריזט: זה חייב לבוא מצד העלויות?

אביגדור קפלן: היא מעמיסה על הביטוח המשלים את מה שהיא יכולה. לפני '98 לא היה את הביטוח הזה. ב – '95 היה ביטוח משלים, היום קוראים לזה מושלם. הוא הולך וגדל לאורך זמן.

רויטל טופר: למעשה חברת הביטוח מעמיסה את החלק המושלם על המבוטח. זה כל החברות עושות את זה ולא רק הראל, ועם כל הקופות, לא רק עם הכללית.

אביגדור קפלן: היא מונופול בפרטי ובציבורי, ויש לה מינוף יתר בתחום הזה. כללית חושפת את המידע. הייתה תקופה שאיפשרו שיווק על רשימת הדיוור של הדבר הזה, ואולי כללית נהנתה מזה בצורת עמלה, אבל זה נופל על ראש האזור בסופו של דבר.

הביטוח הסיעודי נפרד מהמשלים, צריך לקנות אותו בנפרד ובמודעות, והעובדה שיש שונות אדירה ביניהם מסיבות שונות, עיכובים במכרזים וכן הלאה, נכון לשעה זו, הביטוח הסיעודי של כללית הוא נחות יותר מלחברי קופות אחרות, במיוחד מכבי. אני לא חושב שזה תקין. מעבר לזה, אם גוף כמו כללית יצא למכרז, הוא אמור לצאת, על הביטוח הסיעודי, הייתי מחייב אותה לעשות זאת אצל יותר ממבטח אחד. דבר נוסף, במכבי, וזה כשל של רגולטור אחר, המפקח על הביטוח, הוא חייב ועסקתי בזה ממשית, את חברי מכבי במכרז שיצא לפני 5 שנים, לשלם איזושהי דלתא לקרן שהיא כביכול אמורה לממן את המצב, שאם מכבי לא תוכל לממן בביטוח קולקטיבי את חבריה, יהיה מספיק כסף לקנות לחבריה ביטוח פרט. זה רציונל פגום, משום שלא יקרה מצב שאי אפשר לקנות ביטוח ל - 2 מיליון נפש בארץ באיזושהי חברת ביטוח. הקרן הזו צברה 2 מיליון ש"ח. מי שהיה אמור ליהנות מהלוגיקה הזאת, מי ששילם - לאו דווקא ייחנה. יש כאן כשל של 2 מיליארד ש"ח שמונחים כאבן שאין לה הופכין וזה לא משויך לאנשים, זה פיילה כללית, ואם ירצו להחזיר אותו למי ששילם, זה יהיה קשה. חברי מכבי מופלים על פני חברי לאומית ומאוחדת שלהם יש ביטוח מסוג אחד. יש כשל של כפל בביטוח בין הפרטי למשלים, ואני בהחלט בכנס ים המלח התבטאתי בנושא, למרות שהייתי יו"ר חברת ביטוח, שזה כשל שצריכים לטפל בו. אמרו שאי אפשר יותר לכוון מבוטחים. חברת ביטוח צריכה לשלם מהשקל הראשון ולא אחרי שהקופה שילמה את טופס ה - 17 או חלק ממנו. זה הורחב על פוליסות חדשות מינואר 2014, ומה עם הקיימות? עמדה השאלה, זה יגרום לעיקור פרמיות. ה - LOSS RATIO בין ביטוחי פרט לאחרים הוא כל כך נמוך, שאם רגולטור היה חושב, ראו לגבי ה - EMBEDDED VALUE של הראל, הם יכולים לספוג כי מחייבים אותם לספוג מהשקל הראשון בלי הפרמיות, כי יש להם מספיק מהפרט. הכשל בנושא של ביטוחי פרט הוא בעמלות הסוכנים. שם יש צורך שרגולטור יעשה סדר. פוליסת בריאות היא לכל החיים, אלא אם כן המבוטח מחליט לבטלה. יש לה תנאים משלה. עמלות הסוכנים בשנה הראשונה זה מאה אחוז מהפרמיה, וזה נשמע לי מטורף. יש על זה רווחיות גבוהה, העמלות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מופרזות ומעמיסים פרמיות, והסוכנים יכולים למכור קרח לאסקימוסים... רואים שה $LOSS\ RATIO$ הוא 30-40%, ואפילו אם היה 50%, הוא עדיין $LOSS\ RATIO$ נמוך מדי ומצביע על רווחיות גבוהה מדי, ולכן יש קשר.

דר' שלומי פריזט: למה כלל לא הציעה פרמיה בחצי מחיר, והייתה לוקחת לעצמה פרמיה ב – 70% ולוקחת הכל להראל?

אביגדור קפלן: זה לא RETAIL בסופר. ביטוח זה לא מוצר משיכה אלא מוצר דחיפה, אתה דוחף. הסכן משכנע את הלקוח. חברות ביטוח בתחום הזה לא אוהבות לעשות DUMPING כדי להרוויח. אני לא יודע מה גמישות הביקוש למוצרי ביקוש, אבל היא לא תגדל דרמטית. מה שמשכנע את הסוכן למכור זה העמלה שהוא מקבל. אם החברה תוריד ב – 20% את המחירים, היא תקבל את כל יתרת השוק אליה. המוצרים גם לא הומוגניים. העם לא יודע להעריך איזה מוצר שווה יותר. אתה רואה מסע פרסום אגרסיבי, וראה את עלות הפרסום ומי מממן אותה. זה לא שוק משוכלל, יש שם כשל, ותפקיד הרגולטור זה להתערב. ישנם שלושה 3 רגולטורים – משרד הבריאות, אגף שוק ההון והממונה על הגבלים עסקיים. חלק מהם רדומים. הכשל של הראל-דקלה-כללית פונה לממונה על הגבלים עסקיים – שני מונופולים שחוגגים על גב האזרח וזה דורש התערבות.

פרופ' גבי בן נון: יש עוד כשלים מעבר למה שהצגת?

אביגדור קפלן: לא מספיק? יש את הביטוחים הקולקטיביים בהם ה $LOSS\ RATIO$ גבוה, כי המעסיקים יודעים להוריד מחירים. אני חושב שלביטוחים קולקטיביים יש להם מקום. לטעמי אין כפל בין הביטוח הזה לביטוח המשלים של הקופות.

דר' טוביה חורב: מה דעתך על מצב שבו מודל של סיעוד יעבור לקופות, ובעל פוליסה יהיה גם בתוך ביטוח בריאות?

אביגדור קפלן: הורגים את המשלים.

דר' טוביה חורב: ותרופות מצילות חיים כיום מחוץ לשב"ן?

אביגדור קפלן: אם היו אומרים בוא נבטל את השב"ן, ונעשה במקומו פוליסה קבוצתית שכוללת את חלק מהמרכיבים האמיתיים שצריכים להיות, והמבטח הוא חברת ביטוח והייתה בקרה על רווחיות יתר – הייתי בעד, כי זה היה חוסך כפל.

דר' שולי ברמלי: ואפשר לחייב כל פונה אליה? יש את מה שאתה מציע בעולם.

אביגדור קפלן: אם יהיה ביטוח קבוצתי, היות ויש ארבע קופות וחמש חברות ביטוח באופן פרקטי, יש פה אוליגופול אל מול אוליגופול. צריך לעשות כאן סדר. בהנחה שאנחנו רוצים להיות דמוקרטיים ולא להתערב



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ולהחליט עבור האדם מה בא לו לקנות, אז פוליסה קבוצתית שהיא סטנדרטית לכל חברי הקופה וכוללת רק קטסטרופות ולא קשקושים, ובאה במקום המשלים, הייתי אומר שזה רעיון לא רע.

ד"ר טוביה חורב: הנחת העבודה שלך שזה קשקושים. שב"ן זה ביטוח וביטוח זה לקטסטרופות, אז כל השאר זה קשקושים. מודל שני אומר ששב"ן משלים את מה שלא נכנס לסל.

אביגדור קפלן: היות ושב"ן מגדיל את אי השוויון משום שיש 20% שאינם מבוטחים, ואין להם אפשרות לבחור מנתח.

רויטל טופר: מה האלטרנטיבה?

אביגדור קפלן: האידאלי היה שביטוח משלים יכלול רק בחירת מנתח. תראו גם לפי הניצולת. איפה שיש הוצאה כבדה לפרט, הייתי לגבי העניים שעומדים במבחן העוני של הביטוח הלאומי, מעוטי הכנסה - שהמדינה הייתה קונה להם את המשלים, ובכך הייתי מחזיר את הביטוח לכולם.

פרופ' גבי בן נון: אמרת שהיום הביטוח המשלים לא משלם בעבור טופס 17, אלא הקופה משלמת עבורו ויש סבסודים. תסביר לי. תתאר מה המצב היום ומה לא בסדר בו.

אביגדור קפלן: אקח את הדסה ושערי צדק. כשאדם בא היום להינתח בהדסה ובחר לעצמו את הרופא והכל נעשה לגיטימי אחרי שעות העבודה, אם נעזוב את הבעיות האתיות האחרות שעלו בוועדה למכביר, הפרוצדורה היום שהוא מוציא טופס 17 של הקופה, אין של המשלים, וזה אמור לממן עם האלפות וה - CAPING את החלק האשפוזי בעניין הזה, ובנוסף הוא מביא הפנייה מהביטוח המשלים או ששם כרטיס אשראי עבור בחירת המנתח. אני רציתי לגמור את זה, ולהגיד שיביא הכל מהמשלים. אם הוא בא, גם ביה"ח וגם בחירת מנתח תמומן דרך המשלים. אמרו לי להפסיק את זה, זו ההוראה שקיבלתי מהמשרד ושאלתי איך זה עומד במבחן החוק, אמרו לי שיש התחשבות בין הקופות, המחוז מחייב את המשלים בעלות טופס ה - 17 שהפנה להדסה. כך אמרו לי ואני מצטט, לא יכול לבדוק אם זה נכון או לא.

רויטל טופר: זה נכון, זה מה שקורה. היא מוציאה טופס 17 לאדם כי היא לא יודעת אם הוא הולך לפרטי או לא. אחר כך מסתבר שהלך לרופא פרטי דרך השב"ן, והמידע הזה מגיע לקופה, והיא מתחשבת בתוכה לסל הבסיסי.

פרופ' גבי בן נון: למה זה מפריע לך?

אביגדור קפלן: אני מסתכל על טופס 17 כמוגבל באלפא. הייתי מעדיף לקבל חצי מטופס ה - 17 אבל במזומן אמיתי. אז אמרו לי נוריד לך את ה - CAP.

עו"ד לאה ופנר: האמת היא שכמה פעמים זה עלה ולא עלה – אתה רואה יתרון שתהיה אפשרות שיהיה טופס 17 שכיר, ואוצ'ר?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

אביגדור קפלן: אני צריך להשקיע בזה יותר מחשבה. באינטואיציה אני לא רואה את זה קורה. הוא יכול לפנות לכל בי"ח לפי בחירתו ולא יכול לקבל כסף תמורתו.

עו"ד לאה ופנר: בדיוק - בחירת בי"ח. אנחנו לא נכנסים לשאלה מי המנתח, אבל אני יותר מאמין בהדסה משערי צדק למשל.

אביגדור קפלן: נשאר את זה לשרה, היא הכריזה שהיא הולכת לעשות את זה.

ד"ר שולי ברמלי: נכון, זה פורסם בכנס ים המלח.

רויטל טופר: אמרת שהיית מעדיף ביטוח קבוצתי על ידי חברת ביטוח במקום המשלים. במה זה עדיף? הרי הצגת כשלים.

אביגדור קפלן: לפי דעתי, אם זו הייתה האפשרות, ברור שהייתה חומה סינית ולא היה סבסוד צולב. אני לא רואה רווח כפסול, הם מנהלים זאת בצורה לא פחות טובה, בתנאי שזה רווח נורמלי, אם לא - זה כשל שצריך להתערב בו. היתרון הגדול הוא האפשרות לפרט ביתר שאת לבחור. יש התנתקות מההיבט השיווקי והסבסוד הצולב לא היה קיים.

רויטל טופר: מקודם ציינת שיש כשל בגלל הקשר בין הראל לכללית. יכול להיות כשל גם במצב הזה, שפוליסה קבוצתית מוחזקת אצל הראל.

אביגדור קפלן: לדוגמא, פרטנר שרצתה לבטח את עובדיה בביטוח פנסיוני, לא רצתה לשים את כל הביצים בסל אחד, והיא מחלקת את העובדים שלה לשתי חברות ביטוח, וזאת גם כדי לתחר על איכות השירות ולא רק לקבע לתקופה ארוכה את הקשר עם מבטח אחד. כך עשו וזה עובד יפה-יפה, והם מקבלים שירותים מצוינים לדעתי. אם יש גוף שמבטח את אוכלוסיית ישראל, ואם היו 50 חברות ביטוח ו- 100 קופות, אז המצב היה אחר, אבל יש 4 ו- 5. אז למה לא לחייב את כללית לחלק את זה ליותר ממבטח אחד, וליצור תחרות על איכות השירות?

רויטל טופר: כשאמרת שהיית משאיר במשלים רק בחירת מנתח, יש גם שיניים, תרופות - למה דווקא את זה?

אביגדור קפלן: יש לטעמי שתי הוצאות פוטנציאליות גדולות, יש רמת אי ודאות על הצורך והסיכון, יש כללים בביטוח. שני דברים הייתי משאיר - בחירת מנתח ותרופות מחוץ לסל שהן יקרות מאוד. כל היתר, מאמן כושר, פיזיותרפיה מעבר לכמות מסוימת.. אני לא אקבל הפריית מבחנה לילד 4 ומעלה, כי אני כבר לא אלד. יש פה סל עם קשקושים לדעתי, שאפשר לממן אותם בעת הצורך בצורה אחרת.

רויטל טופר: גם שיניים?

אביגדור קפלן: זה אחר, כי זה מסוג הסיכונים היחידים שלמבוטח יש השפעה על הסיכון עצמו, כי ההתנהגות שלו משפיעה על טיבן. אפשר לעשות קופת חיסכון לזה כמו במדינות אחרות ולא ביטוח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר טוביה חורב: אני רוצה להחזיר אותך דווקא בגלל הפוזיציה שלך במקומות אחרים - לכלית. חוק הפיקוח על עסקי הביטוח הוא ותיק וגם חוק הביטוח. מאז 95 החוק התיר לקופות להמשיך לעסוק בביטוח, על אף שחל חוק שהתיר רק לגופים שעוסקים בביטוח לעסוק בו. אותו סעיף עודכן וקיים, אבל עומד בעינו – הקופות יכולות להמשיך לעסוק במה שהן עוסקות, לרבות השב"ן. אם זה היה ביטוח, אז למה להחריג? מלכתחילה יכול היה המחוקק לבוא ולומר את מה שאנחנו אומרים. כנראה שהיה איזשהו הגיון לכך. מה היו הסיבות שבגינן לא שינו את החוק?

אביגדור קפלן: לא יודע. ב-94 כשחוקק חוק בריאות ממלכתי, הסל הבסיסי כלל את המשלים של כללית, כי ההסתדרות עשתה משלים שונה של שיפור שירות ולא עוד שירות. מי שהיה לו משלים של כללית היה לו קיצור תורים. המדינה אמרה שאין דבר כזה, הכל נכלל בתוך הסל, ואז מצאתי עצמי בלי ביטוח משלים, בעוד שמכבי שהייתה מתחרה עקובה מדם באותה עת, היה לה ביטוח והיא נבנתה גם על הקונספט של בחירת רופא ומבטח על בסיס חופש המבוטח, ובאתי למנכ"ל המשרד ואמרתי שאני רוצה ביטוח משלים כמו למכבי, ואמרו לי "על גופתי המתה". למה? הוא אומר שיהיה סבסוד צולב בין השניים, ואני רוצה מחיצה. מאז הלכתי ועשיתי ביטוח פרטי אצל דקלה. אמרו לי קח שליש מדקלה בחינם. הייתה לי ברירה? אף שחקן לא היה בשוק חוץ מדקלה, הראל ושילוח. ואז אמר השר "אני אאסור על מכבי, אעשה להם מה שעשיתי לך", והוא לא עשה את זה, והבא אחריו גם לא. ביטוח סוציאלי יש לו טבע קצת אחר מאשר מסחרי. אני מתמחר לפי הסיכון בפרט, אבל בקולקטיבי זה אחרת. אם אין אלמנט של חיתום, הוא שונה כי הוא סוציאלי. אני לא יודע מה עבר בראשו של המחוקק באותה עת. צריך להחליט איך מחסלים את כפל הביטוח. דרושה היערכות אחרת. אני חושב שהסיכון בסבסוד צולב כשאתה מפריד גם משפטית ולא רק ארגונית, כשאין הפרדה משפטית מלאה בין המשלים לפרט, אז יש סבסוד צולב. תיקחו את המשלימים של הקופות, תתאגדו אותם, יהיו ארבעה מבטחים משלימים, חבר מכבי יוכל לקנות את המשלים של כללית, ואז תהיה תחרות. אין זהות מלאה בין המשלימים של הקופות, ואז יהיה מעבר קשוח בין הקופות.

שרונה פלדמן: ביטוח קבוצתי לארבע קופות חולים – הבעיות הקיימות הן של תחרות בין הקופות ובין חברות הביטוח. האופציה שעושים ביטוח קבוצתי, שכל קופה היא בעלת ביטוח, לא קצת בעייתית?

אביגדור קפלן: אמרתי שיש כשל וצריך להפריד. יש ארבע קופות וחמישה מבטחים, ואין תחרות משוכללת. לדוגמא, בביטוח נסיעות לחו"ל הן קונות ומציעות למבוטחים, למה לא גם על בחירת מנתח?

שרונה פלדמן: עצם זה שהקופות יהיו בעלות פוליסה, והן לא אינטל או אמדוקס, זה קופה, והעובדה שקופה, למשל כללית, מחזיקה מיליון איש, תבטח בביטוח קבוצתי, זה כאילו כל המדינה בביטוח קבוצתי אחד, אז למה שיהיה?

קפלן: למען הגילוי הנאות, אני כבר לא בתחום הזה, אבל אני עדיין חבר דירקטוריון בכלל. כללית שהולכת לקנות פוליסת ביטוח, נניח שתפוצל בין החברות, היא משיגה לחבריה את התנאים הטובים ביותר, ותהיה תחרות על



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הנתח הזה, גם בעובדה שיש שני אולגופולים, ואז ישיגו תנאים יותר טובים. יעברו ל – LOSS RATIO 70-80% וישלמו לסוכנים עמלות יותר קטנות.

דר' שולי ברמלי: בפוליסה הסטנדרטית שאנחנו מדברים עליה, אפשר יהיה לעבור בין הקופות. אתה יכול לבחור איזה שירותים מהשב"ן כן היית משאיר?

אביגדור קפלן: אני צריך להיזכר, אבל בחירת מנתח ותרופות מחוץ לסל. שיניים לדעתי לא יכול התערבב בין השאר.

פרופ' לאה אחדות: כי זה כמו תכנית חסכון.

אביגדור קפלן: או לעשות את זה עד גיל מסוים ולהרחיב את זה, כי אז זה באמת סוציאלי. האיש משלם פרמיה וזה ביטוח יחסית יקר, הסדר מימון. אני חושב שבשיניים או ששמים את זה בביטוח הסוציאלי עד גיל מסוים או בכלל או לאפשר לאזרח לחסוך לריפוי שיניים חסכון ייעודי, שמקבל הטבות מס כדי לדרבן אותו לחסוך בעניין, וזה תכנית חסכון.

ניר קידר: דיברת קודם על הקשקושים בשב"ן. מה דעתך על הקשקושים בכתבי השירות של חברות הביטוח?

אביגדור קפלן: גם קשקושים. היו גובים שקל ליום ב - AIG, תחשוב שזה סופר יקר, ואותו דבר שהניצולת של זה הייתה בשוליים ומכרו את זה בשקל לחודש כ - RIDER לפוליסה. לא אגן על דבר שהוא בסקטור הפרטי, כי הוא כזה ואני בציבורי. הניצולת, אם תיקח את כל הפרמיות בגין חוות דעת שנייה, הרווחיות שם הייתה אין סופית.

דר' טוביה חורב: הוא הגדיר את ה - RECIPROCAL ולא את הקשקוש.

דר' שלומי פריזט: אתה קורא לזה בלתי ראוי לביטוח.

אביגדור קפלן: אם אני רוצה מאמן כושר, זה לא דבר שנחת עליי, זה לא כתוצאה מקטסטרופה.

דר' שלומי פריזט: יש שאומרים שמדובר בשירותים שהרווחיות עליהם גבוהה.

אביגדור קפלן: לא אמרתי את זה. זה לא הופך לקשקוש אלא שהרגולטור נרדם. תהיו זהירים בהגדרה מה זה קשקוש.

ניר קידר: האפשרות שהחברות המסחריות יהיו כמו השב"ן - האם הן יחוייבו לטפל באנשים שכבר חולים במחלות, כמו בשב"ן?

אביגדור קפלן: זה יתבטא בפרמיה – השאלה אם זה וולונטרי או קבוצתי או אובליגטורי. אם זה וולונטרי, אם אפשר לעשות את זה, אם זה אובליגטורי - צריך לחייב.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עו"ד לאה ופנר : ככה עושים.

ד"ר שלומי פריזט : ב - 3-7 שנים האחרונות – שכר המנתחים באמת עלה כתוצאה מהסדרי ביטוח לבחירת מנתח? האם עבור אותו ניתוח שיבוצע במערכת הפרטית המנתח יקבל משמעותית יותר כסף מאשר בציבורית?

אביגדור קפלן : אני חושב שהיה כאן תהליך, ותלוי באיזה אזורים בארץ. בשפלה יש תחרות אז המחירים ירדו, הם יותר נמוכים ממקומות אחרים. אם אתה מעביר את הניתוחים לבתי"ח הציבוריים, לא בהכרח הם יוזלו, תלוי מה ההסדר עם הרופאים ומה האלטרנטיבות שלהם. אם זה יהיה אפשרי שזה יהיה בציבורי, יש את הססיות שהן יותר זולות. הרופא מקבל הרבה פחות ממה שיקבל כשילך ל - HMC וינתח באופן פרטי. אני לא יודע אם הייתה מגמת עליה או ירידה, אבל המערכת עברה הפרטה. כולם ב - 14:00 בצהריים מעבירים כרטיס, מנכים לעצמם כמה מאות ש"ח מהמשכורת הציבורית, ומרוויחים את זה בחזקת משהו בפרטית.

רויטל טופר : אמרת שהיית רוצה לראות תרופות חיוניות בשב"ן – גם מצילות ומאריכות חיים?

אביגדור קפלן : כן, זה בדיוק הסיכון שצריך להיות מבוטח. אני אומר שתרופה מצילת חיים זה סיכון שאמור להיות מבוטח.

ד"ר שלומי פריזט : אם היה מוצר שיש לו חיוניות גבוהה ועלות מאוד נמוכה, האם גם אז הוא היה צריך להיות מבוטח?

אביגדור קפלן : אם זה משהו שקורה כי אין לי שליטה עליו, אז כן, אבל לפי מה שאתה אומר, לא בהכרח. אין חיה כזאת בדרך כלל, לא נוח לי עם חיוניות.

ד"ר שלומי פריזט : אנליטית, מה שמכליל אותו בביטוח זה המכירה.

עו"ד לאה ופנר : אנשים מבטחים הרבה מעבר למה שהיה עולה להם.

ד"ר טוביה חורב : משהו שהוא נורא יקר מבחינת מחיר ולא מאוד נדיר, אלא בינוני-נדיר? יש שכיחות ויש מחיר שיכולים להתחבר ביניהם. אם זה עלות גבוהה, אבל הסבירות שזה יקרה זה לא מאוד נדיר?

ד"ר שולי ברמלי : אז זה צריך להיות בסל, אין כזה דבר. אם זה בשכיחות גבוהה - חייב להיות.

שרונה פלדמן : רק הערה - לפי אגף שוק ההון – שווי הקרן של הכללית הוא 2 מיליארד, וזה לא שונה משל שאר הקופות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

****מציג שלישי בפני הוועדה: איציק הרמן – יועץ בתחום הבריאות. מציג ללא מצגת.**

איציק הרמן: מציג עצמו. ניהלתי בארבע חברות ביטוח אגפי בריאות. הייתי היועץ של ידן ענתבי, המפקח על הביטוח. זה הרקע להימצאותי כאן. היום אני עושה פרויקטים עבור חברות ביטוח, קופות חולים, על התפר של בריאות, ביטוח וסיעוד.

הכנתי מצגת אבל אסכם אותה בע"פ. אעשה מיפוי של החיוב והשלילה בשב"ן ובביטוחים הפרטיים, ואחר כך אל מול נקודות החוזקה והחולשה האלה, אנסה להגדיר מה לטעמי צריך לעשות. באופן כללי יש פה סוג של אנומליה – סל הבריאות הבסיסי הוא סביר ביותר על פי מה שאני קורא ומתעניין, זה נראה סביר ביותר בארץ לעומת העולם. לעומת הזאת, יש שיעורי הצטרפות מטורפים לרבדים נוספים. המספרים האלה גדולים בכל קנה מידה בעולם שבו יש מערכת בריאות סבירה, גם 80% בעלי שב"נים וגם 40% בעלי ביטוח פרטי - שניהם יוצאי דופן. התחום של כפל כיסוי – הוא זה שצריך לקבל את הפרוז'קטור הגדול. אפשר להסתכל על הכל מהפריזמה של הלקוח ושל נותן השירות. אם כל אחד יראה את הפרוז'קטור בצדדים הנוחים לו, ואז הפתרונות יהיו שונים. מה שאנסה לעשות כאן זה להסתכל כפריזמה של אזרח מתוחכם ולא לנסות להתעלם, לא להדגיש את האינטרסים של כל אחד בסיפור. הכותרת שאני נותן זה "סלקציה מודעתית". בגדול יש 2 מרכיבים – 1. יש ביטוח בריאות, שהוא בהגדרה דבר מורכב. אני חושב שאני מבין די טוב בקריאת תנאים של ביטוחי בריאות, ותאמינו לי, גם אחד שמאוד בקיא ומבין, יש לא מעט תחומים שאני צריך לקרוא פעם ופעמיים, מה המשמעות של מה שנכתב שם. המשמעות המידית של הדברים האלה, למרות מה שנעשה לעולם גילוי הנאות, גורם לכך שחלק ניכר מבעלי הזכויות לא מבינים או מפנימים את מה שיש להם. לכן ניסיתי לחקור אם ואיזה נתונים יש בדיוק. הנתונים שאני מכיר הם מביטוח פרטי, מימיי. אחד האבסורדים הגדולים בתחום – אני הנחיתי בתחילת הדרך שהאוכלוסייה בפריפריה היא ברמת בריאות מוגבלת יותר ונמוכה יותר, ולכן עלות התביעות צריכה להיות גדולה יותר. המציאות היא בדיוק הפוכה. ככל שאני מתרחק והולך לאוכלוסיות נמוכות יותר, שיעור השימושים נמוך יותר. יש לי נתונים ביטוחיים, וקל להוציא אותם מהסקרים שדרי' שולי ברמלי אחראית עליהם. בודקים שיעורי שימוש בחלוקה דמוגרפית וסוציאקונומית, ואני מוכן להתחייב, שהמשמעות היא שבתוך המכלול הזה רמת התובנה היא מוגבלת, ולכן השימוש הנאה, ה - LOSS RATIO, המציאות היא מרשימה למדי. האוכלוסייה משתמשת בשירותים בסך הכל, אבל האוכלוסייה שזקוקה יותר מכל משתמשת פחות, ואני קורא לזה סלקציה מודעתית. זה נובע משתי סיבות – 1. היצע שירותים, 2. תובנה. זה לא מודעת, אלא נותנים לי מסמכים יפים בהדגשות כאלה ואחרות, אבל אני לא מבין את השפה המשפטית והמורכבות. אנשים לא מבינים. חוסר מודעות וחוסר יכולת להביא את השירותים לידי ביטוי.

שרונה פלדמן: בדקתם את השימושים בבתי"ח או לפי מקום מגורים?

איציק הרמן: לא בודקים שימושים בבתי"ח, זה לא מעניין אותנו.

שרונה פלדמן: יש אנשים שמגיעים לעשות ניתוחים במרכז.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

איציק הרמן: עלות תביעות זה קל לעשות בביטוחים קולקטיביים. בודקים את השכיחות של התביעות במקום. אם הבריאות ברמה יותר נמוכה, אצפה שעלות התביעות תהיה יותר גבוהה, אבל גיליתי שזה נמוך וכדאי לי למשוך אותם. אני אהיה קצת ציני.

שב"ן – לטעמי גם אם השב"ן הוא חטא ביסודו או במהותו לא היה צריך לקום, כשעושים מיפוי נוכחי למה שקרה במהלך השנים, זה עלות מול תועלת – כשלוקחים את התביעות מול הפרמיה שמשלמים, הלקוח הגדול כמכלול משתמש בשירותים האלו, וכשאני משווה את זה לעולם הביטוח זה בהחלט מרשים וראוי. יש יתרון גדול לעומת הביטוח, שזה שאין סלקציה של קבלה, ולכן כל אדם, מבוגר או חולה גם כן, למעט תקופת המתנה, יוכל להיכנס למערכת. יש יציבות יחסית. אחת הבעיות היא שאין הבטחה ממשית לאורך זמן. יש פה מערכת שבהגדרה מבטחת את עצמה ולא לוקחת סיכון, אסור לה להיות הפסדית, אז או שיעלו פרמיות או שייקרו שירותים. יש פה מגבלה מהותית – עם כל הבעייתיות הפוטנציאלית של חוסר יציבות או משחק תמידי על מנת לאזן, המערכת הזו בסך הכל הוכיחה שבזמן שהיא קיימת - היא יציבה. יש פה אחריות של הקופות ושל המשרד שיצרו איזון סביר כלשהי. דבר אחרון – יש פה מערכת שיוצרת איתגור לסל. חיבור של כמה דברים – דרישה מהציבור לקבל שירות שאין בסל או נחמה או רצון להכניס דברים שאין בסל. השב"ן לרוב משמש כפלטפורמה ראשונית לקראת הסל, וזה יכול להיות חיובי ושלילי, אבל אם כבר הכנסתי לסל, אין מוטיבציה שזה יהיה בשב"ן.

החסרונות – הכי גדול, אבד עליו הקלח קצת, כשהקופה באה ללקוח ואומרת שקבלן של המדינה שמחזיק בעצם ברובד הבסיסי של האזרחים, מתקשר לאזרח ואומר שיש לו הצעה שנוגעת לתחום הבריאות, כמות האנשים שלא רואים בזה כמעט חובה היא מאוד נמוכה, ולכן הגענו, לטעמי, למספרים הפנטסטיים האלה. לכן זה חסרון שאין לי מה לעשות איתו, אבל זה בדיוק העניין של הולדה בחטא. כשמתקשרים מהקופה - זה לא כוחות. כל המניפולציות שנעשות, עדיין צריך לשווק ולהציג את מרכולתו בצורה כמה שיותר אובייקטיבית מול הלקוח. זה לא רלוונטי שיווקית שהקופה מציעה מרכולת ללקוח. זה משהו שהייתה בו רעה חולה, אבל ברגע ש - 80% מהאוכלוסייה בפנים, העניין כבר מוצה. יש רבדים נוספים, אבל הרובד הראשון הגיע לרוויה או למיצוי. הפתרון זה לא נסגור את הבסטטה ונעשה סדר במערכת. אחד הפיתויים זה מקומות כאלה - השב"ן ניצל בצורה לא ראויה, בואו נתחיל לשנות, זה בעייתי. ברמה השירותית יש לה היום...

עו"ד לאה ופנר: הסוגיה למי שחושב לסגור או לא, יש דברים שהגיעו לרוויה, אבל אם כל כך הרבה אנשים רכשו, זה צריך להיות בבסיסי, וצריך לממן את זה.

איציק הרמן: החיסרון הבא זה ניצול מוגבל למעמד הנמוך. זה הרבה יותר חריף בשב"ן. ברגע שמדברים על פריסה כל כך רחבה של אוכלוסייה שמחזיקה בכיסוי הזה, אני כמעט משוכנע שאלו הנתונים. רמת השימוש של האוכלוסייה החלשה היא הרבה יותר נמוכה לעומת החזקה. יש פה לכאורה רובד סוציאלי, אבל מי שנהנה ממנו בעיקר זה הרבדים העשירים בגלל השתתפות עצמית. למי שפרנסתו בידו, זה יוצר רגישות גבוהה יותר למי שהשתתפות העצמית גורמת לו לאי יכולת לשלמה. השב"ן נמכר בציבוריות הישראלית כסוג של ביטוח והבטחה לטווח ארוך. אף אחד לא יודע שזו קרן שאמורה לאזן את עצמה כל הזמן. יש בו בעיה, לא חריפה כרגע, אבל



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

שיכולה להיות קשה בהמשך. ככל שאגרום ללקוח להשתמש יותר או שירצה להשתמש בהם יותר, אני מכניס עצמי ואותו למצב שמחר יורידו לו את השירות או שהפרמיה תתיקף.

פרופ' גבי בן נון: ההתחייבות היא ארוכת טווח.

שרונה פלדמן: לאותה תקופה יש הבטחה.

ניר בריל: זה שונה בהיקף לעומת הביטוח הפרטי.

איציק הרמן: לשב"ן אסור להיות גרעוני, ואם יש לך אחרי שנה מינוס במאזן, אתה צריך לתת דין וחשבון ולתקן את זה.

רויטל טופר: במצטבר, ואז השאלה מאיפה אתה לוקח את זה.

דר' שלומי פריזט: זה לא מנגנון שמתקן את עצמו? אם אני שב"ן ואני יודע שאכנס לגרעון עוד 3-4 שנים, ואני אעלה פרמיות או אוריד את איכות השירות, ברור שאנשים יעזבו אותי.

פרופ' גבי בן נון: הוא אמר שאנשים לא עוזבים.

דר' שלומי פריזט: תיאלץ לעלות שוב פרמיות וכו', וזו נקודה שאם אתה עובר אותה...

איציק הרמן: זו מערכת שלמה של איזונים. אני מדבר עכשיו כאזרח ואני צריך להיות מודע, או מנקודת ראותו, ואני לא מודע. הם לא מודעים שזה כיסוי לשנה, שמחר אם יאבד כסף - הוא יאזן את עצמו.

עו"ד לאה ופנר: זה נכון שרוב האנשים לא מבינים את זה שמחר משהו עשוי להשתנות. זה שזה לא קרה עד עכשיו, לא אומר שזה לא יקרה.

איציק הרמן: המרכיב האחרון שהוא הכי מורכב לפיקוח וגם לתקף אותו בדיוק – השב"ן במידה רבה משמש ככלי למשיכה סלקטיבית של לקוחות תמימים, או לא. אני עכשיו קופה ויש לי אינטרס לצרף אוכלוסייה מבוגרת, לא משנה מאיזה סיבות, בגינה אני מקבל קפיטציה הרבה יותר גבוהה, אז אני יכול להוסיף מרכיבים שימשכו אותם, וגם שיווקית להדגיש דברים שימשכו אותם.

דר' שולי ברמלי: זה תקף כשל – 80% כבר יש שב"ן?

איציק הרמן: אמרתי שזה לא תקף כבר, אבל אני עכשיו מנסה למפות.

דר' שלומי פריזט: מכבי עדיין יכולה קבל מבוטחים של כללית, זה מאוד רלוונטי.

ניר בריל: הוא אומר שייקח אותם לעצמו מהסל.

דר' שלומי פריזט: הוא מדבר רק על מעבר קופה, כי אם הוא אצלי, הקפיטציה שלו אצלי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

איציק הרמן: לא רק. כשיש לי אוכלוסייה אצלי ואני עושה רובד שני, אני צריך להחליט איזה סוג של אוכלוסייה אני רוצה למשוך לרובד הזה, ברמת האיזון. אולי הזקנים עולים הרבה כסף, אבל הם גם תורמים.

דר' שלומי פריזט: ברגע שאתה אומר קפיטציה זה חייב להיות מעבר בין קופות.

איציק הרמן: ביטוח מסחרי, לכאורה יש לו כמה יתרונות – קשר בין כיסוי בצורך ביטוחי, בשונה מהשב"ן שיש לו סל שלם של שירותים. אני קונה שב"ן ואני קונה סל שלם של שירותים לא רלוונטיים עבורי, מפעמון הרטבה ועד דברים אחרים. כשאתה קונה כיסוי ביטוחי, יש לך יותר אפשרות לבחור מה רלוונטי אליך. אתה לא משלם לסל רחב אלא לכיסוי ספציפי, אז יש קשר יותר הדוק לכיסוי הצרכני. יתרון שנובע מחסרון – יתרון לצעירים ובריאים. אם אני צעיר ובריא, אקבל פרמיה זולה יותר יחסית לנתונים שלי. לטעמי צריך לעשות הבחנה חדה בין ביטוח פרטי לקבוצתי, בעיקר בעלות-תועלת - קבוצתי מאוד דומה לשב"ן מבחינת הפרמיות. בביטוח הקבוצתי לכאורה יש מצב כמעט אופטימלי - אני גם בוחר כיסויים אופטימליים, וגם העלות הכלכלית כמעט תמיד קיימת, ולכן ללא ספק במסחרי כשאני מבודד את הקבוצתי, יש פה מוצר ראוי, חוץ מהבעיה הכלכלית במדינה, שלכאורה יש סל כל כך טוב, אנשים זקוקים ורוצים מאוד השלמות, ותאמינו לי שהם מאוד רוצים, כל הזמן חושבים שחסר להם.

ערן פוליצר: ביטוח קבוצתי - יש רצון להצטרף אליו או זה גם נדחף במקום העבודה?

איציק הרמן: יש משחק מקדים של חיזור, אבל כל גוף שמחזיק מעצמו היום, יש לו ביטוח רפואי פרטי.

שרונה פלדמן: וועד העובדים או בעל הפוליסה?

דר' טוביה חורב: זה וועד העובדים.

איציק הרמן: לביטוח יש הבטחה חוזית ארוכת טווח, וזה נכון גם בקבוצתיים, כי הם בדרך כלל חוזים של 3-5 שנים אבל הם מתחדשים כמעט אוטומטית, וכמעט תמיד יש בהם סעיף של המשכיות, אפשרות לעבור לביטוח פרט במחיר גבוה יותר ללא הצהרת בריאות. אין רצף כלכלי אבל חיתומי כן מבחינת הכיסוי הביטוחי, גם אם עברת מקום עבודה, אתה יכול להישאר בפרט ללא הצהרת בריאות.

דר' טוביה חורב: לא בטוח שיהיה לך את אותו סל.

שרונה פלדמן: זה העניין בהמשכיות, סל דומה.

איציק הרמן: יש סוג של התמחות בניהול סיכונים. אחד הדברים, ואגע בזה גם בכיוון לפתרון, שצריך לעשות בביטוח בין רפואי לשאר, לבין שירותים לשאר. סיכונים זה פר-מקרה יחסית נמוך. התייעצות אצל רופא מומחה זה פעולה שכיחה, אבל רמת הסיכון פר-מקרה היא נמוכה.

דר' שלומי פריזט: חשיפה ולא ההסתברות שזה יקרה?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

איציק הרמן: סיכון זה חיבור של סכום הנזק עם חשיפה. משמעות ההתמחות היא לא בדברים שהסיכון בהם הוא נמוך, אלא בדברים שהשכיחות בהם היא נמוכה, אבל עלות הנזק גדולה.

שרונה פלדמן: קטסטרופות.

איציק הרמן: יש כאן ערך בניהול סיכונים מושכל, יש משמעות לביטוח משנה, לעשות חשבון כמו שצריך. על זה קשה לדבר כשאתה מדבר על מערכת שכל שנה באופן מובנה מאזנת את עצמה. היא לא צריכה לתת דין וחשבון על זה, ובתחומים מסוימים זה מאוד בעייתי, וזה יתרון של ביטוח פרטי. החסרונות – מרווחים בלתי סבירים בביטוח פרט, לדעתי, ואני מדבר כאזרח מודאג.

ד"ר שלומי פרייז: מרווחים זה רק LOSS RATIO! אתה חושב שהוא אומדן טוב לשיעור המרווח?

איציק הרמן: כן, הוא אומדן סביר כדי להתחיל ממש. אני מדבר על דברים כלליים, ואני יכולה להצביע על אומדנים סבירים אחרים מבחינת עלויות, אבל בתמונה הכוללת נראית תמונה בעייתית של מרווחים גדולים יותר בפרט. תסתכלו על התחומים הצומחים במסחרי, ביטוח בריאות מכבשם בגדול. ניצול חד צדדי ואגרסיבי של כפל הכיסוי. לפני הרבה מאוד שנים הבנתי את פוטנציאל הניצול של כפל כיסוי, ואני ניסיתי לעשות את זה בעדינות ובשקיפות, אבל בתוך מערכת התביעות של לפני 20 שנה, היה צריך לעשות הסכמים טובים עם המערכות הפרטיות, וכשמגיעה תביעה לבדוק אם זכאי או לא, ולתת התחייבות למערכת הזאת. זה התחיל להשתנות בתקופתי, כשראינו שיש חפיפה גדולה ומה עושים עם זה. כחברה מסחרית אתה רוצה לשפר את מה שיותר בארנק בסוף היום, ולכן הדרך הנכונה דאז, הייתה נכונה אז בקטן והיום לטעמי גדלה מדי, והיא לנצל את הכפל לטובת המבטחים וגם המבוטחים. זה שהיום היא לא עושה את זה, זה לא יפעל טוב לטובת המבוטחים. היום להוריד את מרכיב הכיסוי ללא ספק נותן הרבה פחות כלים למבטח לנצל את כפל הכיסוי, אבל אני מסתכל על האזרח ואומר שכפל הכיסוי לא הגיוני ברמה שאני משלם פעמיים על אותו דבר. זה לא איך אני מחלק יותר נכון את העוגה כשמגיעים לתביעה. הפתרון היותר נכון זה לא להשקיע רק מאמצים באיך לחלק את העוגה כשיש פרמיה, ואיך אני אתחשבן מול הגופים החזקים האחרים, אלא איך למכור נכון בתחילת הדרך. המצב כיום הוא שהחברה כמעט לא משלמת, או משלמת תביעות מעט באופן ישיר ומלא, ומשלחת את הלקוח לשב"ן תמורת פיצוי כספי. הלקוח מרוויח כי הוא מקבל השתתפות עצמית ועוד קצת כסף לבנק, אבל במערכת יש משהו פגום.

עכשיו השאלה היא מה הלקוח מפסיד מזה? כרגע מה שתזכרו זה ניצול חד צדדי ואגרסיבי של כפל הכיסוי, שהוא לא אשמת המבטח אלא אשמת הרגולציה. נשים את זה בצד, אבל אני מדבר על חסרונות הביטוח המסחרי מבחינת האזרח. הניצול קיים. זה שמנצלים את כפל הביטוח לטובת השורה התחתונה של חברות הביטוח, בוודאי שקיים. אני לכאורה כאזרח מרוויח מזה, לטעמי לא לאורך זמן, אבל את ה-למה וה-איך בואו נשאיר לפתרונות או לאופני ההתמודדות.

חסרון נוסף – סלקציות קבלה – ביטוח בהגדרה זה עולם מסחרי-כלכלי, ולכן אם אני רוצה להרוויח על אנשים כסף, אני חייב לעשות חיתום. זה אופי המקצוע. בעיניי האזרח הלא כל כך בריא וצעיר, זו בהחלט בעיה. חסרון



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עצום לטעמי ואותו אני שם בהרבה BOLDים – המפקח על הביטוח הבין שיש בעיה והכריח את הביטוח לכל סל שאתה מציע, תציע גם מוצר השלמה.

דר' טוביה חורב: "אפגרייד"?

שרונה פלדמן: כל חברה והשם שלה לעניין הזה.

איציק הרמן: זה התחיל, והרעיון כשלעצמו הוא נכון. דע לך שיש מוצרי השלמה, ותחליט אם אתה רוצה לשלם פעמיים כפל כיסוי או על מוצרי השלמה, ותקבל כיסוי רחב יותר. הבעיה היא שמוצרי ההשלמה האלה הפכו להיות שוליים. גם מאז שזה יצא, כמות האנשים שרוכשים מוצרי השלמה היא נמוכה, וזה קורה מטעמים שיווקיים. הם מעדיפים, בוודאי היום עם המרווחים הגדולים והיכולת ליהנות מערך כלכלי גדול, אין להם שום רצון לקדם את העניין הזה, ויש בתווך סוכני ביטוח שככל שהפרמיה גדולה יותר והמוצר רחב יותר, מה שקורה בפועל זה הצנעת מוצרי ההשלמה. הם קיימים, אבל מאוד מוצנעים.

הדבר האחרון – זה בעיית מודעות וניצול עקב מורכבות. ביטוח בריאות בהגדרה זה דבר מורכב, ביטוח בכלל הוא מורכב. לקחת חוזה ביטוח ולהבינו לפרטים זה לא משימה קלה. בשנים האחרונות נעשתה לדעתי עבודה גדולה לנסות לפצח את הקושי העצום הזה, דרך פעולות יפות של גילוי נאות ללקוח אצל המפקח על הביטוח. תיתן לו תקציר שווה לכל נפש לכאורה, של מה שיש לו ומה אין לו, ואז כשיצטרך לקנות או לתבוע, יהיה לו יותר פשוט להבין. גם היום, אחרי כל התהליכים, ואני לא יודע אם זה פתיר בעולם, זה תחום מורכב ובעייתי להבנה להדיט, זה קשה מאוד, זה תחום שאם בשב"ן יש בו בעיה, אז בביטוח הפרטי שלעיתים נותן כיסויים מפרטים ופרטניים יותר, זו בעיה קשה ביותר. בעת התביעה, אני לא אדע שיש לי את זה. זו בעיה שקיימת בשב"ן, שם הבעיה לטעמי היא כיוון שזו אוכלוסייה רחבה יותר, אתה מסוגל יותר לפשט את זה, ומי שלא מסוגל להפנים את זה ולהשתמש בזה, הם יפספסו את זה הרבה יותר. בביטוח זה הרבה פחות, זו אוכלוסייה עם רמה סוציאקונומית והבנה גבוהה יותר, אבל עם מוחרגות.

ניסיתי לתת כיוונים לפתרון. כפל הכיסוי – לדעתי, הדבר הכי חשוב זה עידוד מוצרים משלימים בביטוח המסחרי. לא להיות נאיבי ולחשוב כמו שהייתי אני והייתי שותף לניסוח חוזר המפקח, שהשוק יעשה את זה לבד מנדיבות ליבו. צריך, לטעמי, לכל מי שיש לו ביטוח משלים, שברירת המחדל תהיה משלים למשלים. לא "אני נותן לך מרכול, ותבחר בין המוצרים שאחד מהם הוא משלים למשלים". אתה חייב להציע ללקוח קודם כל את המשלים למשלים, כדי שהלקוח התמים שרמת המורכבות לא בהירה לו, שיבין שהדבר הנכון מבחינת הצורך הביטוחי זה אותה המשכיות, ולא לקנות את אותם דברים פעמיים. אז לשפר את אותן תקנות שהיו אז, לחדד אותן ולעשות סעיף שאומר אתה קודם כל במיפוי צרכי הלקוח מוודא אם יש לו ביטוח ואיזה, כמוצר שאותו אתה מציע ללקוח. דבר שני זה הפעלת שיבוב על יחסי שב"ן-ביטוח – יש חוק חוזה ביטוח, שאפשר להפעילו על כל השדרה.

עו"ד לאה ופנר: זה לא עוזר לאזרח, אלא לחברות הביטוח ולשב"ן.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

איציק הרמן: לחברות הביטוח זה עוזר פחות, גורר הוצאה שאין להן. זו תהיה דרך ראויה שתגרום להן לדחוף את המשלימים למשלימים. כרגע ברור שה"בוננזה" העיקרית זה במוצר הזה. ברגע שאני אבין שאני צריך לתת דין וחשבון על זה שכרגע נתתי ללקוח כפל ביטוח, זה יגרום לי או יכריח אותי לשים דגש הרבה יותר גדול על משלימים למשלימים.

שב"ן – להפוך את השב"ן למשהו אחר. לבטלו אי אפשר ואסור. זה ולד שנולד בחטא, אבל לבטלו באבחה כזאת, זה נזק גדול מאוד לכל השחקנים במערכת, ואני מסתכל קודם כל על האזרח, וזה יהיה לו נזק. אבל הבעיה האידאית או המהותית בהתנהלות הזאת של השב"ן היא בזה שהוא מצד אחד בתווך בין חוק בריאות ממלכתי לביטוחים הפרטיים, ומצד שני כשמתסכלים על המהות, זה מתן ביטוח בריאות פרטי לעניים. במקום, וכאן אני מאמין אידיאולוגית, שתתעסק בתחום שהוא בעיה של כל מדינה שיש פה פן של הסתכלות על בריאות כרווחה בסיסית שמגיעה לאזרחים. הבעיה הכי גדולה במערכות בריאות ציבוריות שכל הזמן מדברים על רפואה מונעת, חינוך לבריאות, תזונה, תסתכלו על חלוקת התקציבים של הקופות - חוץ מפרוספקטים יפים ודברים מהסוג הזה, ההשקעה האמיתית לא מתקרבת למה שראוי היה לעשות.

מדינה אידיאלית לדעתי - חוק בריאות ממלכתי ייתן בערך אותו דבר וקצת יותר, ושב"ן עם התקציב העצום שיש בו היום, האג'נדה האמיתית שלו תהיה רפואה מונעת ושיפור איכות הבריאות. מערכת הבריאות הבסיסית כמעט לעולם לא תוכל להתמודד איתו, כי היא תרוץ אחרי השוטף והתרומה לאזרח תהיה אדירה לכל הצדדים. המשאבים האלה ילכו לטובת איכות החיים האמיתית של האזרח, ולא גחמת ניתוח פרטי כזה או אחר. העולם הזה גם כן יהיה כנראה, אבל זה המקום או החלל שאם השב"נים יכנסו אליו, אתם תרחיבו מאוד את העולם הזה, ואז הכפל לא יהיה רלוונטי. לכל דבר כזה יש כמובן רעשי רקע ותתי תחומים, אני מתייחס יותר למהות ולדברים שלטעמי צריך להעיר עליהם. איך להתמודד אחר כך, אנסה לענות.

מיפוי תחומי כיסוי בין השב"ן לביטוח – כל אחד עושה מיפוי יחסי פה ופה. לצערי יש תקשורת מסוימת, אבל בעיקר אין תקשורת. כשרוצים ויש אינטרס בתחומים מסוימים, אז יש תקשורת בין המבטחים, בעיקר בעולם הניתוחים בחו"ל. הם מבינים שזה גם הרבה כסף, וגם יש הגיון של אם זה יעלה לך הרבה ולי הרבה, בוא נשנס מותניים שזה יעלה כמה שפחות, ושב"ח בחול לא ינצל את זה, ושיהיה שיבוב בין הצדדים. אני לא מדבר על כסף, אלא על אופן ההתנהלות או התקשורת להפוך את זה לדבר הרבה יותר שוטף, והמיפוי יותר מסודר. נדבר באותה שפה, אותו גילוי נאות, וזה יהיה רציף לחלוטין. כלי ההתגוננות והשיקוף שלי כאזרח יהיו זהים.

"סלקציה מודעתית" – הרחבת נגישות שירותים, זה יכול להיות בנחמדות ובפחות נחמדות. לדוגמא – זה נגישות גיאוגרפית של שירותים, ולמשל מתן פתרון כשאינך לך נגישות גיאוגרפית. אני לא אקים ביי"ח פרטי, כי יש באשדוד עוד מעט, אבל נניח. אבל אני כן יכול שבגלל שיש לו בעיה בפרופריה, ואני מציע לו מקום רחוק, אני אביא אותו לשם על חשבון השב"ן, לאן שאני מציע לו. דוגמאות לגשר על הפער בין חוסר הניצול לבעיה בתשתיות. הדבר האחר זה הפישוט של חשיפת השירותים. אני יודע שעושים בנושא עבודה סיוזיפית. אני זוכר עצמי יושב ומנסה לפשט מרכיבים ביטוחיים. פישוט תהליכי תביעה, ניצול ביטוחי, עידוד פיתוח מוצרי השלמה. תודה רבה לכם!!



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שאלות:

ניר בריל: לגבי טענה שאומרים שיש רווח גבוה בביטוח פרט, ובעצם הפרמיות שאתה מחויב בהן של חברות הביטוח, יכול להיות שינוי בפרמיית סיכון. יש את האמירה הזאת, ורציתי לדעת מה דעתך שיש פרמיה גבוהה בגלל שיש סיכון.

איציק הרמן: צריך לתמחר אותה ולשקף אותה.

ניר בריל: האם מבחינתך היא הייתה צריכה להיכנס בכלל לרזרבה?

שרונה פלדמן: היא נכנסת למרווח סיכון.

איציק הרמן: מי שצריך לענות לך זה אקטואר. אם אני דואג לעתיד שלי ומשלם חלק מהפרמיה למבטח משנה, זה רשום אצלי בתחשיב הביטוחים שלי, וזה כבר נמצא. אם החלטתי לקחת סיכון, ולא תמחרתי נכון את הפרמיה שלי, הפרשה זו הפרשה, ונפריד גם ביטוח משנה, ולכן ה – LOSS RATIO עצמו הוא כבר אחרי זה.

ניר בריל: אתה אמרת ששב"ן צריך להתעסק במניעה. לא הבנתי אם אמרת שבחירת מנתח צריך להיות חלק מזה?

איציק הרמן: במצב האופטימלי צריך להפריד בין תחומי השב"ן למסחרי, שלא תהיה חפיפה בכלל. שב"ן לא אמור להתעסק בסיכון, ואותה מערכת פנימית שאמורה להיות מאוזנת, מובנית בתוכו. לכן היה ראוי שעיסוק בעולמות האלה, שכל כך חסרים ויתרמו תרומה דרמטית למערכת הבריאות, יהיה ללא הסתכלות מסחרית. לכן בחירת מנתח זה לא אחד מהתחומים בעולם הזה, אבל בעולם האמיתי, מה עושים עם הכיסוי הנוכחי? מה עושים עם כל אלה שבלי השב"ן לא תהיה להם בחירת מנתח, כי הם לא יתקבלו לפרטי או לא יוכלו לשלם? יש פה תתי שאלות.

ד"ר שולי ברמלי: כשאתה מדבר על רצף תקשורת, אתה מציע מודל לשיתוף פעולה בין המפקחים, ואפילו אולי מפקח אחד? אתה באמת חושב שאנשים קנו באמת שב"ן שמכיל רק רפואה מונעת וכו'? באמת ישלמו על זה פרמיה?

איציק הרמן: מפקח אחד לא יכול להיות, אלא שתי מערכות שונות מהותית. כל שתי הישויות האלה קיימות, צריך פיקוח נפרד עליהן ואני לא רואה דרך שיהיה מפקח אחד, אבל שיהיה שיתוף פעולה אינהרנטי שיצור שקיפות ושיתוף פעולה ראוי בין הדברים. לדוגמא - אותו גילוי נאות. היום בביטוח צריך להציג ללקוח ניתוח צרכים או מסמך השוואה, אבל נניח שיהיה פה שיח על אותה פלטפורמה, אז אם יש לי שני ביטוחים, את תקבלי אותו ואת תקבלי אותו, ואז התקשורת תהיה יותר ראויה. אני מדבר על מוצר מכאן ואילך, כי שב"ן זה כמעט לא רלוונטי. צריך לעשות איזה סוג של ניתוח, ניכוי, צמצום דברים מסוימים, ואז לשבת ולהגיד איך מקבלים את האידיאולוגיה שלי, איך מפגימים את זה במערכת. צריך לחשוב איך עושים את זה. להחליט אידיאית אם זה נכון ואיך עושים את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שרונה פלדמן: אמרת שברירת המחדל תהיה מוצר משלים. היום חייבים להציע גם את זה, והיום יש חברה אחת שמכרה את זה לפני ואחרי. איך אתה רואה חיוב של אדם לקנות משלים ומשלים? היום זה שני מוצרים שחייבים להציע במקביל.

איציק הרמן: אל מול מה שיש לו, אני מציע מה שנכון להציע לו, ואם זה לא בהכרח נכון, אני מחתים אותו על כך שהוא מבין שיש שם אולי משהו מיותר.

שרונה פלדמן: אתה מעביר אחריות לסוכן.

איציק הרמן: אני משקף למבוטח את המשמעות בצורה הכי ברורה של הבחירה שלו.

פרופ' לאה אחדות: אתה אמרת ביחס לזה שהשב"ן יהיה רפואה מונעת וקידום בריאות בלבד, העלית את הבעיה מה עושים היום עם אנשים שיש להם ביטוח משלים. באופן עקרוני, אם מישהו רוצה לבטל את השב"ן, איזה בעיות יש לגבי אוכלוסיות שיש להם היום שב"ן?

פרופ' גבי בן נון: אין מחויבות ארוכת טווח. תיאורטית, מבחינה ציבורית יש בעיות.

איציק הרמן: המערכת היום היא וולונטרית לחלוטין, מצטרף וברצותו עוזב. אני אצטרף ביתר קלות ואעזוב ביתר קושי. יש פה מבנה שמקשה מאוד על העזיבה. אמרתי שאם היינו במקום של טרום החלטה אם לעשות שב"ן או לא, הייתם שומעים אותי בנחרצות שראוי לא לעשות את זה, בוודאי שלא כך. השאלה שלך מתייחסת לשאלה של יש שב"ן עכשיו ואני רוצה לעשות שינויים, האם אני יכול או ראוי לעשותם? אני יכול בגלל מבטחים, בגלל מה שהמדינה עשתה לי עם השב"ן, וצריך לעשות את זה כדי לא לשפוך את התינוק עם המים, אלא באופן מושכל. אז אם תרצו, אני מוכן לעשות את זה, לא לעכשיו.

פרופ' לאה אחדות: ידעתי שאין התחייבות לטווח ארוך ואני מבינה. למה יש את הגישה הזאת אצל הרבה דוברים שזה נולד בחטא ואין מה לעשות, להמשיכו או לצקת לתוכו תוכן אחר? למה יש מראש גישה כזאת?

איציק הרמן: נולד בחטא כי הוא כזה, וראוי שלא יהיה. אני מסתכל על האינטרסים של האזרח ולא של מאבקים פוליטיים, ויש הרבה סיבות למה זה נולד. אני איציק מירושלים או מב"ש או מדימונה או מת"א, ביטלתי את השב"ן, האם יצאתי נשכר או נפסד מהמהלך הזה? לטעמי מהמציאות שנוצרה עכשיו, אני יוצא יותר נפסד.

ניר קידר: דיברת קודם על השיבוב של שב"ן במסחרי. מה לגבי שיבוב של סל במסחרי? הרבה אומרים שזה מה שגורם לזה שמערכת הבריאות קורסת ובגלל זה עושים ביטוחים, ויש כאלה שאומרים שיש הרבה ביטוחים ובגלל זה מערכת קורסת.

איציק הרמן: המערכת הציבורית, לכאורה נהנית מזה שחלק ניכר מהאוכלוסייה שלה משתמש במערכת הפרטית, ואותו טופס 17 שהשתמשה בו בעבר, היום אין כזה דבר, ולכן היא נהנית מעצם השימוש בשירותים, אלה שירותים שהיא לא נהנית מהם. ללכת גם למערכות של שיבוב זה כמעט לא קיים היום, זה קיים בשולי שוליים, ואז הצדק



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המוחלט נעשה. ומה עם השיבוב ההפוך? לגבי בכלל פריחה של מערכות פרטיות ומה זה עושה, זה משהו אחר ויש לי מה לומר מעבר לשני משפטים, ולכן לא אומר כלום.

עו"ד לאה ופנר: אמרת שהאזרח לא מצליח להבין מה מוכרים לו. בתור תיאור מציאות קיים זה די נכון ומדויק. האם אתה לא חושב שאנחנו, המדינה, צריכה לגרום ולאפשר לזה שזה יקרה, והאם אתה לא חושב שהסכנה היותר גדולה בהנחה הזאת אומרת שאנחנו נחליט עבור האזרח את כל ההחלטות, בין אם זה רגולציה או אינטרסים או כוחות? האיש הכי חשוב הוא האזרח שמקבל החלטות מורכבות, כולל השאלה הבסיסית של טיפול רפואי, ואנחנו מטילים עליו לקבל החלטות מאוד קשות, ואף אחד לא לומד רפואה לשם כך. האם אתה חושב שיש מנגנונים או תמריצים שיגרמו לזה שנביא את האזרח לבחור בצורה יותר מושכלת? ואתה לא היחידי שאומר את זה. זו הנחה שאין לנו מה לעשות.

איציק הרמן: לא ראוי כמובן שהמדינה תחליט בשביל האזרח מה נכון ומה לא במקומות שבהם האזרח משלם, וזה לא תפקידה. תפקידה ותפקידכם זה כשאני קונה את מה שאני קונה, זה שאתם תתאמצו שאבין מה אני קונה, ואם ניתן, למנוע ממני קנייה של דברים מיותרים. לקנות פעמיים את אותו דבר זה מיותר.

עו"ד לאה ופנר: אבל אין לך בעיה אם היה מבין שזה מיותר ופעמיים, ואני קונה בכל זאת.

איציק הרמן: כן.

רויטל טופר: אתה חושב שעדיף שיהיה בשב"ן מאמן כושר אישי או משהו שמקדם בריאות, ולא משהו עם סיכון ביטוחי יותר גדול שלא כלול בסל?

איציק הרמן: זה הרבה מעבר לזה, קשה לי לענות על זה בקצרה. תיקחו את כל מה שהקופות עושות בתחום קידום בריאות, רוב הקופות התחילו בפילוט והפסיקו בגלל מחסור בכסף, ולהפוך אותן בזכות כיסוי השב"ן, לדאוג שכל האוכלוסייה שיש לה, תקבל את זה - אם זה יהיה רלוונטי, אקדיש לזה כמה שעות.

רויטל טופר: לא התייחסת לטיפולים מצילי חיים.

איציק הרמן: חייבים להיות בסל. לא יתכן שהמדינה תגיד שיש טיפולים שהם מצילי חיים ולא נמצאים בסל. אם מדובר על טיפולי איכות חיים פלוס, לדוגמא ניתוחי פרוסטטה בארה"ב, ופחות אנשים מגיעים לאין אונות בזכות זה, אז שזה ילך למערכת הפרטית.

רויטל טופר: ואם יש מגבלת תקציב?

איציק הרמן: אין דבר כזה. שירות מציל חיים חייב להיות בסל וזה שבכלל מדברים על זה, זה לא לעניין.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**** מציג רביעי הפני הוועדה: דר' עוזי סמני, מנהל שב"ן, קופ"ח מאוחדת. מציג מצגת (מצורף בקובץ**

.(POWERPOINT

דר' עוזי סמני: מתייחס למצגת. מחוז דרום שלנו הוא לא קלאסי, הוא מתחיל מבת ים, וזה לא מתנהג ממש כמו פריפריה. זה מספר סטטי בשנים האחרונות, ונראה שמיצינו את כושר החדירות ברובד הראשון. קצב הצמיחה הוא 10% בשנה מבחינת מספר המבוטחים. מחוז צפון הוא פריפריה קלאסית מבחינת פיזור השירותים של סל ושב"ן, יש שם מחסור. מה שרציתי לציין בעמודה האחרונה זה שברגע שמבוטח עשה לעצמו שב"ן ברובד הראשון, יש סיכוי של יותר מ- 50% שירכוש גם את הרובד השני. חלוקת גילאים בשב"ן – במצגת. אפשר להתרשם משני פיקים – תקופת הילדות/נערו ואתה כן את הפיק של אחרי משבר גיל ה- 40, שאנשים מתחילים לזהות שהם צריכים שירותים, הם חולים. אז רואים אצל הילדים שיש משיכה לרכוש שב"ן, בעיקר התפתחות הילד שזה מאפיין קלאסי. בגילאים יותר מבוגרים זה ניתוחים ושירותים אחרים. בפילוח שלנו של חולים כרוניים, אנחנו מאתרים אותם לפי צריכת תרופות מסוימות, אחוז החדירה הוא 78%, הכללי הוא 69%.

עו"ד לאה ופנר: הילדים זה מבוטחים אוטומטית או שמבטחים אותם? גילאי 5-0?

דר' עוזי סמני: שיטת התעריפים היא משפחתית במאוחדת. אתה מבטח את כל המשפחה כולל את הקטינים. אנשים נולדים לתוך השב"ן. משפחה עם שלושה ילדים, נולד עוד ילד, הוא בתוך השב"ן עם אותו תעריף. יש תעריף אחד שכיום עומד על 101 ש"ח לחודש, כאשר ראש המשפחה מתחת לגיל 55, וזה כולל את רוב הילדים שיש לנו, מעל זה יש תמחור אחר. זה עושה לרויטל בעיה מאוד גדולה כשהיא באה לעשות השוואה...

רויטל טופר: זה עניין היסטורי, זה ב"מאוחדת עדיף, ב"מאוחדת שיא" זה לא ככה, יש קבוצות גיל.

דר' עוזי סמני: אפשר לבטח רק ילד, כמו משפחות חד הוריות או ילדי פנימיות, אבל זוג מעל גיל 30 שיש להם רק ילד אחד, עדיף לא לעשות משפחתי. במשפחה של הורה וילד, הם יקבלו אוטומטית תעריף יותר זול.

עו"ד לאה ופנר: הסיבה לחלוקת קבוצות גיל הזו היא סתם או בגלל התעריפים?

דר' עוזי סמני: הם ככה בדו"חות שלנו, קבוצות הגיל של 5 שנים. מה משפיע על רכישת שב"ן? מצב סוציאקונומי זה אחד הפרמטרים שמאוד משפיעים. אני יכול להגיד שאני עדיין בעוונותיי נותן כמה משמרות בתור רופא משפחה ביישוב חלש מבחינה כלכלית, וכשמישהו מגיע ויש לו שב"ן אני מרגיש יותר נוח מולו, כי יש יותר דברים שאני יכול לזרז לו, אם הוא צריך ניתוח למשל. זה עוד כלי ואמצעי. תרופות שהן לא בסל, דברים יותר נוחים, כשיש לו שב"ן אני מעז להציע. יש כאלה שאני אציע בכל מקרה אם יש להם אמצעים. דרומית מיבנה, אני אחשוב לפני כן. יש דברים שהם לא בסל, והסל לא מכסה את הכל. הדבר השני זה הצורך ויכולת השימוש – ככל שהגיל מתקרב ל- 50-60 זה השלב שבו אנשים מרגישים שעולה הצורך. יכולת המימוש – באזורים שפריסת השירותים היא לא טובה ולא מלאה, יש פחות רכישת שב"ן. דבר אחרון – תפיסה – אנחנו משווים קבוצות עם אותה רמה סוציאקונומית. אנחנו לא משווים דת או עדה, אבל לפי סמלי יישוב אני יכול לזהות יישוב ערבי. באזורים כאלה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אחוז רכישת השב"ן הוא נמוך יותר לעומת אזורים חלשים אחרים. זה שייך לסוג של דטרמיניזם כזה, מה שיש זה מה שיש, ואני לא משקיע יותר בעצמי. אלה המרכיבים שמשפיעים על אחוז החדירות של השב"ן.

אני מזהה 15 תחומי כיסוי עיקריים בשב"ן, כולם ברובד הראשון. אפשר להגיד שכולם קיימים בכל השב"נים, ואין שונות בדבר הזה. אלה שירותים שכיחים ששיעור השימושים בהם הוא גבוה, כמו אביזרים רפואיים, התפתחות הילד ושירותי קטסטרופה, ניתוחים, השתלות בחו"ל. שאר התחומים הם או בעלי שיעור שימושים יותר נמוך או שההוצאה הכוללת יותר קטנה. כמובן בקבוצה הזאת אני מכניס גם שירותים שהם תחת הנושא התחרותי והשיווקי בין השב"נים. אני לא אוהב את הדבר הזה, אבל התחום הזה קיים ועובד מכל הכיוונים, לחצים פנים ארגוניים ודברים שקיימים בחוץ. ההוצאות העיקריות של השב"ן – יש כמה שירותים, שאם אנחנו מתעלמים מנושא הניתוחים, שם יש את ההוצאה הגדולה, והם דווקא השירותים שכמות השימושים בהם היא גדולה – זה תרופות, שירותים לילד, התפתחות הילד, נושא הריון ולידה שנכנס לתוכו בדיקות גנטיות ובדיקות סקר שיש להן שימוש מאוד גדול. אביזרים וכל אלה הם שירותים שלא קיימים בסל, למעט שירות התפתחות הילד שזה הרחבה לטיפול שקיים. כמות השימושים שם קטנה ולא השתנתה במשך חודש ימים.

דר' שולי ברמלי: אני רואה שמ - 2011 הייתה עלייה בהוצאות הרפואיות.

דר' עוזי סמני: 40 מיליון.

דר' שולי ברמלי: אבל באחוזים בהתפלגות הייתה ירידה. זה אומר שהורידו מחירים?

דר' עוזי סמני: האחוזים בשתי העמודות הם ביחס לכלל ההוצאה, לכל העוגה, זה לא גדילה באחוז.

דר' שולי ברמלי: זה אומר שהיו עליות במחירים?

דר' שלומי פריזט: למה?

דר' עוזי סמני: כמעט ולא. בשקף הבא אני מתייחס לשימושים, ואז אנחנו רואים שהסעיף הכבד זה ניתוחים, 40 אלף, כשבסעיפים האחרים זה התפתחות הילד, 200 אלף.

עו"ד לאה ופנר: אתה מתייחס פה למספר תביעות או כמה כסף פר תביעה?

דר' עוזי סמני: זה אירועים. המטרה שלי בשני השקפים הללו היא להצביע על שירותים שכביכול לא נתפסים כגדולים בגלל הכסף, אבל אנשים נצרכים להם. זה התפתחות הילד, נושא הריון ולידה.

דר' שלומי פריזט: שירותים לילד זה שירות שאני מקבל לתקופה תחומה מאורך החיים שלי בקופה. אם עושים את החלוקה של העלות, לא ברור שהעלות של זה היא מי יודע מה גבוהה פר שימוש או פר תביעה. למה בגלל זה אני קונה את השב"ן? הראית שאצל הזקנים השיעורים עולים, אבל כשאני עולה מ - 65% בגילאים הצעירים, ל - 80% במבוגרים, איך זה קשור לילד וללידה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר טוביה חורב: תרופות וחיסונים.

ד"ר שלומי פריזט: אנשים קונים את השב"ן לא רק בגלל הדברים הגדולים בכסף, אלא בגלל הדברים הקטנים במגעים.

רויטל טופר: זה משתלם להם.

ד"ר שלומי פריזט: אמרת קונים בגלל... בגלל זה שאלתי.

ד"ר עוזי סמני: אם אנחנו מדברים על טיפולי שיניים לילדים, זה נתפס כהוצאה גדולה. היום ללכת למטפל בחוץ, אפילו בתחום הקלאסי של התפתחות הילד, המטפלת לוקחת 200 ש"ח למפגש. אני משלם לה פחות, אבל זה לא ה-200 ש"ח. אותו דבר בטיפולי שיניים. אנחנו רואים שיש שם ירידה בהוצאה בתחום הזה, בגלל שהגדילו את הקפיצה לגיל 12. אנחנו נותנים את זה עד גיל 18. זה שירות שאנחנו היינו הראשונים להכניס את זה.

רויטל טופר: מכבי הייתה הראשונה. הם הכניסו עד גיל 6.

ד"ר עוזי סמני: כשאנחנו הכנסנו את זה עד גיל 18 זה היה משהו מדהים. מאוחדת זה קופה קוסמופוליטית, מאוחדת מכל מיני קופות, ואנשים מספרים לי שלא עוברים. שב"ן נחשב כמשהו שיכול להסית מבוטחים מקופה לקופה, ולכן בעיני זה דוגמא קלאסית. לא עברו גדודים מכללית למכבי בגלל טיפולי שיניים, אבל כשזה נכנס אצלנו היו 240 אלף מבוטחים. הם קנו את זה כי ראו שזה שירות שווה, אבל זה לא גרם לתנועה.

דורון קמפלר: שירותים לילד מוגדר בגיל?

ד"ר עוזי סמני: עד גיל 18.

דורון קמפלר: ואיך יש חיווי שבגיל 18 הוא מפסיק לשלם?

ד"ר עוזי סמני: הוא לא תוספת ברובד הבסיסי. ברגע שילד עבר את גיל 18 אנחנו מתזכרים אותו להצטרף כבוגר, אבל התביעה למשפחה היא אותו דבר. אם הם בתכנית "מאוחדת שיא", הפרמיה אוטומטית נפסקת.

רויטל טופר: הוא מתגייס לצבא.

ד"ר טוביה חורב: אדם יכול להצטרף לקופה בגלל דבר אחד, ולהישאר בה בגלל דבר שני. המוטיבציות משתנות.

ד"ר עוזי סמני: יש צמתים, נישואין, הריון. יש מעגלי מגע עם בעלי מקצוע שאומרים לו שעוד מעט תזדקק לשירותים האלה והאלה.

יחסי גומלין בין השב"ן והסל – ב-2008 כשהוציאו את תרופות מצילות חיים מהשב"ן לשנייה וחצי, אמרתי שהנה יש יחסי גומלין בין הסל לשב"ן, והוא באמת מנוף להכנסת דברים לסל. אותו דבר עם טיפולי שיניים – הרפורמה של ליצמן נעשתה בגלל שזה נעשה בכללית ובמאוחדת. אבל שני הדברים האלה נתנו לי תחושה שיש יחסי גומלין



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שאפשר לדבר על הסל דרך השב"ן, אבל שמתי את זה באדום במצגת כי אני לא רואה השפעת גומלין – מה שבשב"ן שוכב שם שנים, וחלק מהם הם דברים מהותיים. בדיקות גנטיות – רובן מחוץ לסל, נוספו בדיקות חדשות. היום גניקולוג שלא מצביע על הצורך בבדיקות גנטיות שמתאימות למוצא, לא תמצאו כזה. זוג בממוצע עושה מעל 8 בדיקות גנטיות במהלך חייו, וזה לא שירות שמוגבל רק לאוכלוסייה הכללית, זה עובד גם באוכלוסייה החרדית. מה הם עושים? לוקחים את הבנות ועושים להן בדיקות גנטיות בסמינר דרך השב"ן, וזה עולה כסף. כל אחת מקבלת קוד במספר, והיא לא יודעת את התשובות. בן הזוג גם עושה בדיקות. אם הם רוצים לעשות שידוך, בודקים את הקודים שלהם. אם הכל בסדר, לא אומרים להם על זה בכלל. אם אין התאמה, שלא יתחתנו, נמנע השידוך.

דר' שלומי פריזט: זה מאגר שלא ידלוף לאינטרנט.

עו"ד לאה ופנר: הפעילות של "דור ישרים" זה בכל העולם.

דר' עוזי סמני: למשל בבדיקות הריון – הם משתמשים בהמון בדיקות הריון.

דר' שולי ברמלי: אתה חושב שאם הדברים האלה לא היו בשב"ן, הם היו נכנסים לסל?

דר' עוזי סמני: מה שנכנס לשב"ן לא יוצא ממנו. עם תרופות מצילות חיים זה היה פעם אחת בחיים, ולא חזר על עצמו. בעדכון האחרון זה אוטומטית יוצא מהשב"ן, למשל השתתפות בסיעוד מורכב, ניתן, אבל בהשתתפות עצמית.

רויטל טופר: זה יוצא דופן.

דר' עוזי סמני: זה המקום היחידי של השתתפות עצמית של סל. אביזרים רפואיים? לא בסל.

שרונה פלדמן: זה כן מפעיל לחצים על הכנסת דברים לשב"ן, כמו תרופות.

דר' עוזי סמני: אני מכיר את הדברים. בגדול, התחושה שלי, מניסיון, שמה שיושב בשב"ן נשאר בשב"ן.

דר' טוביה חורב: חריג נוסף - בשנת 1998 סל התפתחות הילד הבסיסי השתנה והורחב, ובהתאם לכך גם היה שינוי בשב"ן.

דר' שלומי פריזט: בסדר, זו עדיין עמדתו של עוזי.

רויטל טופר: יישאר בשב"ן ולא יכנס לסל, או כל עוד הוא בשב"ן הוא לא יכנס לסל?

דר' עוזי סמני: אנחנו חושבים שהשירות הזה הוא חשוב או קרוב לסל, שמים אותו בשב"ן עד שהעסק יתארגן ואז הוא יזוז. אנחנו לא מזהים את התזוזה הזאת. בדיקות דם לזיהוי תסמונת דאון – זה לא קורה. אם מ – 98 לא השתנה משהו בהתפתחות הילד, אז זה כבר דור שלם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

השב"ן והביטוח הפרטי – בניגוד למה שעד השנה תפס כותרות שיש כפל ביטוח, הממשק שלנו של השב"נים עם הביטוח הפרטי קיים בצורה מינורית, בעיקר בשני תחומים – ניתוחים בבת"ח פרטיים. שם השב"נים עובדים בשני ערוצים – הסדר בחירת מנתח, אתה יכול לבחור מנתח שבהסדר עם הקופה, ואז אתה מקבל התחייבות תמורת השתתפות עצמית. יש גם מרכיב של החזר – ללכת לרופא שלא בהסכם עם הקופה. לדעתי קיים שם הממשק עם הביטוח הפרטי. מנתח בהסדר – הוא לא צריך ללכת לחברת הביטוח. מבחינתי, כמנהל שב"ן אין את זה. איפה אני רואה את הריב על הכסף שמתדלק את המערכת הפרטית? זה כשבאים ושואלים אותי כמה כסף אני מקבל על רופא פלוני, וזה הרבה פעמים מגיע כשאלתא מחברת הביטוח, שנותנת למבוטח יותר אחרי זה. ברור לי שאלה הן פוליסות שמכסות מהשקל הראשון. שם אני רואה את זה, ושם אני אציע איך לפתור את זה.

רויטל טופר: זה פיצוי על זה שלא תבעת אותם, ממנים לו את ההשתתפות העצמית.

ד"ר עוזי סמני: השתתפות עצמית זה 15% מעלות הניתוח עד עלות מסוימת במאוחדת. כשבן אדם בא אלי, משלם השתתפות עצמית והולך ועושה את הניתוח, נסגר מעגל, או שהוא משלם לבי"ח ונותן לי קבלה. זה מקום שאפשר לטפל בו בכפל הביטוח. שם מרבית האנשים יש להם את זה גם עם מבטח פרטי. מבחינתי הוא סיים. אם אנשים פונים אליי אני עונה להם.

ד"ר טוביה חורב: עוזי רואה את זה מנקודת ראותו כמנהל שב"ן, וכרגע מציג מנקודת מבט לאומית. כשאני שולח אותו לרופא בהסדר, לא מעניין אותי שחברת הביטוח עשתה קופה ומביאה רווח. לגבי נושא ההחזר – גם אביגדור קפלן ואיציק הרמן אמרו שלחברות הביטוח יש טכניקה שבה הן יכולות לבוא למבוטח ולומר לו "אם תלך ותעשה את זה שם, אני אפצה אותך, ולא תבחר אותי כגורם ראשון שמשלם לך על הביטוח, אני אפצה אותך". הוא הלך לשב"ן במקום להעמיס את זה על חברת הביטוח, אז זה מה שהם עושים.

ד"ר שלומי פריזט: לדעתי זה לא מה שנאמר.

ד"ר עוזי סמני: החלק הראשון מדויק. על ההחזר שדיברתי או קביעת השתתפות עצמית, אלה אנשים שיש להם פוליסה פרטית והוא מפעיל אותה מהשקל הראשון.

ד"ר שלומי פריזט: ואומרים לו שההשתתפות העצמית שלו שווה להחזר של השב"ן.

ד"ר עוזי סמני: זה ממשק אחד שאני אומר שבעיניי, המקום שבו אנחנו פוגעים בשוק הפרטי זה המרכיב של ההחזר. חוות דעת נוספת בשב"ן זה גורם להעלאת תעריפים של הרפואה הפרטית. היום אדם משלם 500 או 600 ש"ח, שאנחנו משלמים על זה. זה משפיע על היכולת שלנו לגייס רופאים לעבוד בקופה. רופא שמקבל אישור לעבוד בשב"ן מאז אותו פסק דין, אם בעבר נתנו החזר עבור מנהל מחלקה או פרופ', היום צריך לשקול את המקרה. יש לנו מספר דומה של רופאים כמו בכללית. רופא שמפעיל לחצים כדי להיכנס כי זה יכולת השתכרות עבורו, אם הוא שוקל אם לעבוד כיועץ של קופה, במקום לראות 4-5 איש, באותו כסף הוא רואה חולה אחד. יותר שווה לו לעבוד בתור יועץ, ואם הוא ראוי אנחנו נקבל אותו.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ניר בריל: אלה הממשקים בין השב"ן לפרטי? כי הדבר השני שאמרת יותר קשור לשב"ן.

ד"ר עוזי סמני: כן. אני מראה מה הייתה ההוצאה שלנו ברובד הבסיסי עבור ניתוחים, כשהפרטי והשר"פ זה מצטבר ועובד באותו מנגנון. בתחום ההחזרים אנחנו נשארים באזור 12 מיליון – במצגת. הכמויות אצלנו בשר"פ הן גדולות, בגלל שיש לנו אוכלוסייה גדולה בירושלים. זה סעיף ההחזרים, זה פרטי לחלוטין, כשאני לא שולט על התעריפים במערכת הפרטית, ואני לרוב מתדלק אותה יחד עם חברת ביטוח. יש אפשרות ללכת במהפכות ואפשר בתהליכים. אם אנחנו רוצים לצמצם את הפרטית, זה מקום שאולי שיווקית לא נוח לי, אבל רוב הכסף הולך לאנשים שיש להם גם ביטוח פרטי. יש כאלה שאין להם שום דבר ורצו ללכת למנתח שלא עובד איתי, והסתפקו במה שהחזרתי להם. זה דוגמא למקום שאנחנו משקיעים כסף שהוא פרטי לגמרי. במנתחים שבהסכם איתי אני שולט במחירים, הם במחירים דומים למחירי סל. IVF אני משיג במחירי סל, אפילו יותר זול.

עו"ד לאה ופנר: אתה לא יכול לשלול איזה רופא בהחזר ואיזה לא ברמת ההשתתפות איתך? אתה לא יכול לגרום שכולם ילכו לרופאי הסדר או כמעט כולם? למה אתה לא שולט בזה?

ד"ר עוזי סמני: אני לא שולט בגלל שהתקנון בנוי ככה שיש לו שתי זרועות. דבר שני אני לא יכול להתעלם מהעובדה שאנחנו עוד ארבעה שחקנים במגרש הזה, שבקופות האחרות יהיה מסלול של החזר ואצלנו לא.

ד"ר שלומי פריזט: מוקדם יותר אמרת שאנשים לא באמת עוברים, אפילו בשיניים מי שהיה אצלי קנה את זה, אבל לא באמת עברו אליי.

ד"ר עוזי סמני: אני אומר את הדברים לראייתי. אני לא חושב שיש מנהל שב"ן שיכול לבוא לארגון שלו ויגיד שהוא רוצה להקטין את ההוצאה הציבורית. אני בתור מנהל שב"ן מרוויח על הדברים האלה, לי זה רווח.

עו"ד לאה ופנר: לך בתור שב"ן ההחזר הוא בסדר?

ד"ר טוביה חורב: כן, העלות שלו נמוכה יותר.

עו"ד לאה ופנר: אפילו היה לך אינטרס שילכו להחזר, עד הקצה.

ד"ר עוזי סמני: בחלק מהמקרים כן.

עו"ד לאה ופנר: אז אמרת מקודם בהסתכלות לאומית, ולא בהסתכלות של שב"ן.

ד"ר עוזי סמני: כן, לא באתי ללמד אתכם על מאוחדת.

רויטל טופר: אני רוצה להבין למה יש מסלול החזר. בגלל אותם כוכבים שאנשים רוצים להגיע אליהם, ולא ניתן במסגרת מסלול הסדר אלא החזר?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דר' עוזי סמני: היסטורית אני לא יודע להגיד לך למה זה נבנה ככה, אבל יש מנתחים שזה מה שהם רוצים. יש מנתח שעושה ניתוח הרנייה ורוצה תשלום כמו על ניתוח לב פתוח. הוא גובה כספים כאלה, והולכים אליו. אבל אותו אחד, המטופל יטופל במסלול החזר. לא תמיד זה המנתח היקר, יש מנתח שהם רוצים שלא ראיתי אותו ולא פנה אלי והוא לא בהסכם איתי.

שרונה פלדמן: יש לכם קריטריונים?

דר' עוזי סמני: כן.

שרונה פלדמן: זו הנחייה?

דר' עוזי סמני: האישור הביטוחי למנתחים שלנו נעשה לכולם בחטיבת הרפואה. אין מסלול אחר לרופאי הסדר או שעובדים בקופה. אם הוא מנתח ורוצה להרחיב את כמות הניתוחים שלו, אנחנו מבקשים המלצה, דו"ח מיומנות, כמה ניתוחים בכל תחום הוא עשה, וזה עובר לראש תחום שלנו. כל מנתח בהסכם איתנו, מעבר לבדיקת זכאות ביטוחית, אנחנו בודקים האם יש אליו זמן המתנה, יועץ-העל שלנו מקבל את ההפניה לרופא ומאשר. בכל ניתוח נבדק, נעשית בקרה, האם הרופא של הקופה המבקר, אכן מאשר שיש צורך בניתוח.

עו"ד לאה ופנר: למה עושים?

דר' עוזי סמני: זה נעשה מחשש ל – ABUSE של החולה ושל הכסף של המערכת.

דר' טוביה חורב: נושא ההחזר וההסדר?

דר' עוזי סמני: תמיד יהיה ביטוח פרטי, לכן אני כשב"ן מעדיף את ההסדר. ההחזר זה "תרומה" למערכת הפרטית. חוזר למצגת – התזרים – גדל מדי שנה ב – 20%, למעט בשנת 2012 (תיקון מנהלי מול הדסה). כל השינוי הוא כמותי ולא התייקרויות (זה החזר כנגד קבלה, 85% עד כ – 600 ש"ח, שזה 560 ש"ח). זה "מתדלק" את המערכת הפרטית – רופא שיועד שגובה ההחזר הוא 600 ש"ח לא יבקש פחות מזה, אלא רק יותר. ה – 560 ש"ח הוא בהתאם לעליית המדד. השוק להערכת מגלגל כ – 400 מיליון ש"ח בשנה. לדעתי זו בעיה, כי ברוב המקרים לא מדובר באמת בחוות דעת נוספת, אלא זו בעצם רפואה פרטית, או קיצור תור לרופא מומחה.

דר' שלומי פריזט: אני יכול לקבל חוות דעת שניה מהרופא הראשון שראיתי? זה קיצור תורים.

דר' עוזי סמני: אני הייתי הקופה האחרונה שנתנה את האפשרות ללכת לרופא מומחה בקופה למטרת ייעוץ.

דר' שלומי פריזט: זה חוות דעת נוספת בנוסף לזו של המבוטח עצמו.

דר' עוזי סמני: צריכים אישור של הרגולטור. אנחנו היינו האחרונים שביטלנו את זה. זה גורם לדעתי לקושי שלנו להחזיק ברופאים מקצועיים שעובדים בקופה. לא ניקח רופא שמקבל 116 ש"ח ברבעון, אלא ניקח רופא ססיונר שמקבל 200 ש"ח לשעה. אם הוא רואה עצמו שהוא יכול להיכנס לרשימה הזאת, הוא לא יעבוד אצלי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דורון קמפלר: אין את הצורך שזה יהיה מנהל מחלקה או סגנו?

ד"ר עוזי סמני: הייתה תביעה נגדנו בביהמ"ש. אנחנו נתנו, גם בכללית עבדו לפי רשימה לא סגורה, אלא הייתה הגדרה של תפקיד, מנהל מחלקה או פרופ', ואז הייתה עתירה של 74 רופאים נגד חופש העיסוק. מה אני חייב למישהו שאני לא עובד איתו, לשים אותו ברשימה שלי? אבל ביהמ"ש חשב אחרת, ואנחנו מחויבים לקריטריונים של ותק במקצוע, ניסיון, דרגה אקדמית, אחוז משרה בבי"ח וצרכים שלנו – בצפון אני אקח מישהו שהוא לא מרצה בכיר, אבל אני לא יכול לדחות אף אחד שרוצה, ולומר לו שהוא לא ברשימה. אני לא אומר לבטל את זה, אבל לשמור את זה ולצמצם את זה. אנחנו יכולים לייצר בקופות מנגנונים של חוות דעת נוספת. למשל בתחום של אורתופדיה, יש לנו את פרופ' הלפרין שהוא יועץ-על בתחום הזה. אי אפשר לדפוק אצלו בדלת או לקבוע תור, אלא אם רופא אורתופד אחר שלח אליו כחות דעת נוספת לאנשים שצריכים את זה.

ניר בריל: אתה אמרת שהייתם אחרונים להוריד את המגבלה. מתי זה היה?

ד"ר עוזי סמני: ב - 2008 לדעתי. בקדנציה שלי.

רויטל טופר: גם לפני זה הייתם בודקים שהאדם ביקר בסל לפני שהגיע לשב"ן? זה לא שהיה והוציאו, פשוט זה לא היה לפני אף פעם. אף אחד לא בדק שהחולה הלך לרופא קודם לכן. לא קראו לזה חוות דעת שנייה. אתה מבין למה בדקו אצלם וצחקו שזה לא יהיה?

ד"ר טוביה חורב: יכול להיות שחלק מהקופות, עכשיו שאנחנו יודעים שזה לא חוות דעת שנייה, אותם רופאים בקופה מופיעים כרופאי סל, ואני מגיע אליהם ונדרש לשלם 100 ש"ח?

ד"ר עוזי סמני: אני צופה שאנחנו במצוקה, והתורים הולכים ומתארכים.

ד"ר שלומי פריזט: והם רק ילכו ויתארכו עוד יותר.

ד"ר עוזי סמני: בנושא הזה, שם הכסף הגדול, בחירת מנתח. זה משמר את הזכות או תחושת הבחירה. למה תחושה? זה חשוב. בחלק גדול מהמקרים אנשים עושים את הניתוח אצל הרופא הראשון שהעלה את הצורך בניתוח, או אם זה רופא ראשוני אז לאן שהוא שלח אותו לעשות את הניתוח. במרבית המקרים הבחירה היא תחושה שאתה בחרת, וזה גם מוריד את האלמנט של חוסר הוודאות. אתה לא יודע מי ינתח אותך, כמובן שזה לא יהיה סטז'רים כי אנשים לא רוצים אותם בניתוח, אבל גם כשמתמחה מנתח, יש לו סניור איתו. זה אלמנט מאוד חשוב. אנחנו היום יכולים לאפשר את זה לאנשים. לגבי הקדמת התורים – המחירים שלנו בבי"ח פרטיים בשפלה הם די קרובים למחירי הסל ובחלק מהמקרים זולים יותר, אבל לא בסדרי גודל.

ניר קידר: כולל בחירת מנתח.

ד"ר עוזי סמני: כולל. יכול להיות שביה"ח הפרטי מתעסק רק בדברים שכדאי לו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ד"ר שלומי פריזט: כשאתה אומר דומה למחיר בסל, זה דומה למחירון או למחיר שאתה משלם בממוצע כולל אלפות ו - CAPING?

ד"ר עוזי סמני: נקודת הייחוס שלי היא נגיד מחיר מחירון, אבל כבר לא נשאר הרבה. בשר"פ העלות שלנו כיום בבתיה"ח הדסה ושערי צדק, אנחנו משלמים בחלק מהניתוחים פי שניים יותר מאשר בשפלה.

שרונה פלדמן: יותר ממדיקל סנטר?

ד"ר עוזי סמני: הסדר השר"פ הוא כזה – אדם צריך לעבור ניתוח כיס מרה והוא מגיע עם התחייבות סל. בנוסף הוא מקבל עוד התחייבות על אלמנט של בחירת מנתח, שעלותה היא כמעט זהה לעלות התחייבות של DRG.

דורון קמפלר: בקיצור כפול.

ד"ר עוזי סמני: זה כמעט אחד לאחד, כמו בצנתורים.

שרונה פלדמן: בשפלה זה לא ככה?

ד"ר עוזי סמני: בבתיה"ח פרטיים זה אחרת.

רויטל טופר: ביי"ח פרטי לא מחויב למחירון משרד הבריאות.

דורון קמפלר: אין לו הגבלה ובכל זאת זה חצי.

ד"ר שלומי פריזט: הם רואים שאפשר לקבל עבור צנתור עוד פעם כאילו נפתח עוד ביי"ח, אבל באסותא לא קורה דבר כזה.

ד"ר עוזי סמני: בירושלים השוק הוא כזה שאין להם תחרות. אם היו פותחים עוד ביי"ח, הייתה תחרות.

ד"ר שלומי פריזט: התחרות שאתה מדבר עליה, הבנתי – זה בגלל שהכל בהסדר. אם לא, התחרות היא לא אתה עושה אותה, אלא מישו אחר, ואז אני מגיע אליך עם הפרופסור. אתה מתחרה כשאתה קובע מי בהסדר שלך. במרכז אתה עושה את התחרות.

שרונה פלדמן: בהדסה ושערי צדק יש פחות ניתוחים פרטיים מבהרצליה ובאסותא?

ד"ר עוזי סמני: כן, לנו, אבל זה לא רק אנחנו, זה המחירון שלהם. מחיר מחירון של השר"פ, במחירים שאני נותן זה לא מחירון, אלא המחיר שלי אחרי הנחה, שהוא כמעט כפול.

ד"ר שלומי פריזט: למה אתה לא שולח חולה במונית ספיישל להדסה?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר עוזי סמני: דיברנו על תחושת בחירה. אדם לא באמת בחר לעצמו מנתח מתוך עשרה, החולה מזמן לעצמו מנתחים.

ד"ר שלומי פריזט: אותו טיעון נכון גם עבור שיבא. אדם הולך לרופא א' שאומר לו אנתח אותך קטרקט בפרטי, וזה יהיה באסותא. אתה בדיוק באותה בעיה. אתה לא יכול להוציא אותו משם.

ד"ר עוזי סמני: אתה מתחיל אחרי שהביצה נשברה, לא ביצה ותרנגולת.

ד"ר שלומי פריזט: אם חולה בא להדסה ורופא אומר לו תבוא אצלי ואנתח אותך, ונגיד שיש לרופא מונופול בתחום והוא לוקח מחיר גבוה, אתה לא תוכל להעביר אותו לרופא אחר או לקחת אותו לאסותא או להרצליה.

ד"ר עוזי סמני: אם מדובר באותו ניתוח שיש לו אישור לעשות פה ופה, אומר לו קח אותו למקום אחר, זה יותר זול. אבל הדסה לא נותנת לו לנתח במקום אחר. אבל נניח שכן, והיה לוקח פחות, הוא היה עושה את זה?

ניר קידר: על זה שאתה עושה ניתוח בבי"ח ציבורי אתה יכול לגבות פרמיה יותר גבוהה, כי אני אהיה שם לאורך כל הטיפול. אם אתה מבטיח את כל המעטפת של בי"ח ציבורי, אתה יכול לגבות יותר כסף.

שרונה פלדמן: יש בזה משהו.

ד"ר עוזי סמני: אם חולה יעשה ניתוח בבי"ח בשפלה, ואני המנתח שלו ויש לו סוכרת ועוד מחלת לב, אגיד לו שיבוא לשיבא ואני אדאג להיות בחדר ניתוח. יש לו שב"ן והוא לא משתמש בו. יש כאלה שיש להם שב"ן והם מעדיפים בי"ח ציבורי בגלל הנסיבות. זה לא הביא להבדל במחירים אלא זה משהו היסטורי, הם היו בלעדיים בשר"פ בירושלים, ולכן יכלו לגבות את המחירים האלה. אולי דורשים שני ביקורים של הרופא, ובמקומות אחרים המנתח לא צריך לבוא שוב כדי לראות אותי. בהדסה כולם ניזונים מהמערכת הזאת ולא רק המנתח וביה"ח.

ד"ר טוביה חורב: למה שהדסה יוותרו על עלות טופס 17?

רויטל טופר: באסותא אתה מקבל מחיר אחר.

ד"ר שלומי פריזט: אם הדסה ושערי צדק הם מונופול גיאוגרפי ואין לך בחירה באזור ירושלים, אין לך שום אפשרות לבחור, כי הרופא נהיה מונופול ולא אף אחד אחר. הוא יכול להגיד שהוא רוצה שהרופא ייצג אותו.

רויטל טופר: בהדסה הרופאים לא יוצאים החוצה, הם מנתחים רק אצלה. כשאדם מגיע לשם, הוא שבוי בתוך הדסה, אז אומרים לו בוא תעשה את זה בשר"פ.

ד"ר טוביה חורב: לא שיבא גובה את טופס ה - 17.

ד"ר שלומי פריזט: כל מה שהוא צריך זה משקפת כדי לראות 60 ק"מ קדימה.

רויטל טופר: אבל הוא רוצה את הרופא הזה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ד"ר עוזי סמני: למה באסותא עולה לי כמו תל השומר? כנראה שזה המחיר, ושם אין כיכר המדינה.

ד"ר שלומי פריזט: למה זה לא יורד?

ד"ר עוזי סמני: זה ירד. זה לא יכול להימשך ככה.

רויטל טופר: אני לא חושבת ככה, זה כבר שנים.

ד"ר עוזי סמני: עד 2011 לא ידענו צורה של גרעון. אני נותן התחייבות, שר"פ, והעסק זורם, ואני חצי מהעבודה בירושלים. לנו זה לא הפריע. להדסה הייתה צלחת שמנת, יש נסיבות שהסבירו את העניין הזה.

ד"ר שלומי פריזט: אתה הכי גדול בירושלים, אתה צריך לפצח את השיטה הזאת.

ד"ר טוביה חורב: את עלות טופס ה - 17 אתה חייב לשלם בכל מקרה. עכשיו תראה כמה אתה צריך להוסיף בשביל בחירת מנתח.

ד"ר שלומי פריזט: טופס 17 משקף את עלויות ביה"ח, תקורה ושכר רופא ברכיב מסוים. עכשיו קח את זה ותעביר לאסותא, ומכיוון שהתקורות שלה קטנות והמערכות לטובת הציבורי יותר קטנות והניתוחים יותר פשוטים, העלות של טופס 17 גם יותר קטנה. עדיין צריך לשלם כי משהו צריך לשלם את זה, ופתאום נכנס עוד טופס 17? מאיפה נכנס?

רויטל טופר: בשר"פ הדסה המחיר למנתח הוא לא במו"מ מול כל מנתח בנפרד. איזה רופא בחרת זה המחיר שלו לניתוח הזה שקובע ביה"ח וועד העובדים. זה מול הדסה המו"מ, ואין תחרות בין הרופאים.

עו"ד לאה ופנר: אלא אם כן זה בהסכם קיבוצי כמו בשערי צדק. זה בכל השוק של מערכת הבריאות.

רויטל טופר: הממונה על הגבלים עסקיים עוסק בזה. בשפלה אתה פשוט עושה הסכם מול מנתח.

ד"ר עוזי סמני: אנחנו עובדים בהדסה מול וועד השר"פ.

ניר קידר: בשערי צדק כל אחד קובע לעצמו את המחיר, ובהדסה יש וועד.

ד"ר עוזי סמני: בשערי צדק זה קצת שונה, אבל שם אני הייתי ולא ניהלנו את המו"מ מול כל רופא ורופא, אלא ניהלנו את המו"מ דרך אחד הסמנכ"לים שם, ובמקרה הפחות טוב, מול מנהל מחלקה.

ניר קידר: השאלה שלי אם רמות השכר שאתה מכיר בהדסה, איך זה ביחס לשערי צדק.

ד"ר עוזי סמני: בהדסה המרכיב לא של טופס 17 שהוא זהה לשערי צדק, אנחנו כמאוחדת צריכים לשלם 25% יותר.

שרונה פלדמן: איפה הכסף בהדסה???



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

רויטל טופר: המחירים בהדסה יקרים יותר בגלל שהכל מתנהל מול גוף אחד.

ד"ר עוזי סמני: מול שערי צדק אין להם וועד שר"פ דומיננטי כזה כמו בהדסה, אבל ההתנהלות שלנו היא מול סמנכ"ל רפואה בביה"ח. נכון שלפעמים צריך להביא מנהל מחלקה, אבל עדיין דיברנו מול גורם אחד. אנחנו היינו למודי ניסיון מאידך ניהלנו את המו"מ מול הדסה. התעריפון שם קיים ללא קשר.

עו"ד לאה ופנר: יש יתרון לנהל מו"מ מול כל רופא בנפרד ולא מול קבוצת רופאים יחד? מהניסיון שלך.

ד"ר עוזי סמני: שם אנחנו משלמים הרבה פחות, אבל זה לא רק זה, זה היה קיים לפני השב"נים, זה מתנהל אחרת.

עו"ד לאה ופנר: כשאנחנו מנסים לבחון מה לעשות בעתיד בסוגיית מרכז ושפלה, אין ספק שסוגיית השאלות זה איפה יהיה כוח השליטה של השוק הזה, בגלל זה חשוב לנסות להבין אם אתה יכול להגיד לנו מאיזה אפשרות אתה מצליח להשיג תוצאות יותר טובות של מחירים יותר נמוכים. אם רוצים לעשות שוק, מהו השוק הכי נכון. אני הבנתי, אולי לא נכון, שדווקא שזה מתנהל במקום מרכזי, אתה עומד מול קבוצה שלא ניתן להוריד מחירים מולה. לעומת זאת, בשערי צדק יותר קל לך. אם בנוסף היום הרופא יותר מנויד, המו"מ שלך בסך הכל במחירים יותר, הבנתי נכון?

ד"ר עוזי סמני: העובדות נכונות. אני לא יודע להגיד אם זה אך ורק בגלל זה. אם בא אלי בן אדם אחד שמבקש תוספת שלא עדכנו אותה כבר שנים, אז זה במרכז. אנחנו לא מנהלים מו"מ עם כל רופא. יש לנו תעריפון בסיסי של ניתוחים. בדרך כלל כשיש מספיק רופאים או רופא שגמר התמחות ורוצה להתפרנס ולנתח, בשבילו כשאני נותן לו את התעריף שלי, הוא מרוצה מאוד. אני אראה אותו במו"מ עוד כמה שנים.

שרונה פלדמן: כמה זה נפוץ?

ד"ר עוזי סמני: אם אני אזהה ניתוח מסוים שאין לי מי שעושה לי את זה בשב"ן, אני אלך ואעשה איתו מו"מ מתוך ידיעה שאני חייב לסגור וזה לא מתפוצץ. אבל בתחומים שיש לי מנתחים זה לא ככה. מצד שני יש לי פרופסורים מבוקשים שאני צריך כאלה כמה בכל תחום, לא בגלל החלק השיווקי אלא בשביל לפתור בעיות באמת, לא רק הרנייה, אני צריך מגוון של אנשים שיתנו לי את כל המענה. אני אסגור איתו הסכם על רשימת ניתוחים, ואסגור איתו על מחירים גבוהים יותר. אין דבר כזה שחלק יכנסו וחלק לא. היה מנתח אחד שלא הצליחו לשכנע אותו. הייתי מוכן לשלם לו מה שרצה, ופתאום הבנתי שמה שמפריע לו זה לא כמה כסף הוא מקבל ממני, אלא האם המבוטח ישלם אותה השתתפות עצמית כמו שהוא משלם למנתח בכיר יותר. ברגע שאמרתי לו שלא, הוא נכנס להסדר איתנו.

שרונה פלדמן: תנחם אותנו שאין הרבה מקרים כאלה.

עו"ד לאה ופנר: הוא אמר שזה אחד ל - 400 רופאים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר טוביה חורב: האם לוועדים שכאלה יש יכולת השפעה במו"מ לא רק על תעריפים אלא דברים נוספים, למשל הרכב הרשימה בשר"פ ודברים כאלה?

ד"ר עוזי סמני: בזמנו בהסכם עם הדסה נקבע שכל הניתוחים בהסכם, ולפני זה קיבלנו החזר רק על ניתוחים ברשימה שלנו. זה גרם לנו להרחיב את הרשימה. בשערי צדק הייתה לנו רשימה קבועה. גם בהדסה הם לא יכולים להכניס ניתוחים נוספים בלי להגיד לנו. אישור שלנו חייבים להיות.

ד"ר טוביה חורב: המו"מ הוא לא על מחירים אלא גם איזה ניתוחים.

ד"ר עוזי סמני: זה גם שמית על הרופאים. אם בשפלה אנחנו עושים בוחן כשירות לכל מנתח, מי שחותם שם זה הדסה או שערי צדק ואני לא יכול להגיד שאני לא רוצה את הרופא הזה בהסכם. בב"ח ציבורי המחיר יהיה יותר גבוה מבאסותא. אותו מנתח שיוצא מתל השומר בשעה 14:30, את אותו ניתוח אני אקנה בתל השומר ביותר כסף. יהיו ניתוחים שלא יבוצעו באסותא בגלל המורכבות, ואת הניתוחים שהמבוטח עצמו צריך טיפול נמרץ, הוא יעשה את זה בתל השומר. זה לא חלוקה מחודשת של 2 מיליארד ש"ח אלא כמובן שתהיה פה הבדלה. רק מי שיש לו שב"ח כיום יש לו אפשרות לעשות זאת, ואני משוכנע שהתעריפים יגדלו.

הקדמת תורים – מאפשר להפעיל את השב"ח. הרבה פעמים האדם שילם פרמיה, והוא חושב פעמיים אם להפעיל את השב"ח או לא, בגלל ההשתתפות העצמית. הרבה פעמים זה מצמצם את השימוש. אבל מי ששילם את מעותיו האחרונות, אין לו את הכסף לשלם את ההשתתפות העצמית 1,000-2,000 ש"ח, והוא יעשה את זה בציבורי. בניהול של חדרי ניתוח מעדיפים ניתוחים מסוג מסוים, ולא נותנים מועדים לניתוחים אחרים. בשר"פ חלק מהמקרים לדעתי זה נובע מכך שהרופאים לא רוצים לנתח ברגיל, אלא מעדיפים לנתח רק בשר"פ, ואז מטבע הדברים התורים מתארכים.

שרונה פלדמן: בגלל הכסף? היוקרה?

ד"ר עוזי סמני: הייתה לי בזמנו התכתבות עם הנציבות עוד לפני שהייתי בשב"ח - מבוטחת שפנתה אלי היה לה מלנומה של הרשתית, ויש לזה טיפול ייעודי בעין שמכניסים לוחית אלטרנטיבית שיכולה לחסוך את עקירת העין, ולא דווקא להציל את הראייה. היא עשתה את זה בשר"פ, ואני תהיתי שאם יש רק רופא אחד שעושה את זה, איך יכול להיות שזה רק בשר"פ? היה גם מקרה אחד כזה שלא נעשה בשר"פ. יכול הרופא להגיד שהניתוח הזה לוקח לו המון זמן, והוא יעשה רק אחד כזה בחודש. לחולי סרטן המשמעות היא המתנה של 4 חודשים. הכסף קורה מהצד השני איפה שיש שר"פ, ואיפה שאין זה שיקול של ביה"ח שזה עולה לו יותר כסף. ניתוח החלפת פרקים, יש פה משתלים שעולים המון כסף, וזה לא רק זמן חדר ניתוח אלא אביזרים ותשומות.

ד"ר שלומי פריזט: בניית הפסדי או קרוב לזה, יהיו יותר תורים?

ד"ר עוזי סמני: כן, לא בגלל שאתה לא משלם את הכל, אלא בגלל שיש אחד רווחי יותר. אני יכול להגיד להם שיש מחירי DRG. למשל היה מישוהו שעשו לו צנתור של הכבד לטיפול בגרורות והשתלת תרופה לשם, ה-DRG לא



השתלם לביה"ח, ועשיתי איתו הסכם אישי – אני נותן לו התחייבות לצנתור לב על מנת שיעשה זאת. זה דברים של השוטף, ואם זה לא היה מסתדר, אולי אותה חולה היה...

עו"ד לאה ופנר: אמרתי שצריך לעשות עבודה בכל מקרה, כדי להבין ממה נובעים התורים. זה יכול להיות מכוון וגם באילוף.

ניר בריל: כנראה שזה הרבה דברים.

עו"ד לאה ופנר: זה לא דבר אחד. צריך לעשות עבודה, זה לא רק מול מאוחדת.

ד"ר עוזי סמני: אם זה לא יקרה, יהיו הרבה אנשים שתימנע מהם היכולת הזאת שאני חושב שהיא חשובה, להרגיש שהם בחרו את המנתח. ניתוח בן אדם עובר פעם או פעמיים בחיים, וזה אחד מהסיוטים של אנשים, ועם כל המודלים שמציגים, אני לא מאמין שאדם לא יבחר. אולי יסכימו להגיד לי מי המנתח וגם בידיעה יש חשיבות, ולא אומרים לו שלא יודעים מי זה יהיה.

רויטל טופר: ואם יגידו לך שזה מתמחה?

ד"ר עוזי סמני: יש גם בתי"ח שאין להם מתמחים.

ד"ר שלומי פריזט: רוב האוכלוסייה נכנסת לחדר ניתוח ולא יודעת מי ינתח אותה, סוף היום.. בסוף..

ד"ר עוזי סמני: שיקול הבחירה והיכולת לבחור הוא משמעותי. זמינות התורים – אני לא מאמין שאפשר יהיה להגיע למצב של אפס תורים, אם יסגרו את זה ויעבירו את הכל מהשב"ן לפרטי. יהיו אנשים שלא יגיעו לזה, לא מחוברים, אין להם כסף, זה יפגע בעיקר באוכלוסיות חלשות. זה יגדיל את הדרישה לביטוחים פרטיים אם נסגור את זה בשב"ן. זה יגדיל ויגדיל את ההוצאה הפרטית שלנו לבריאות.

שרונה פלדמן: למה זה יגדיל? הוצאה פרטית זה שב"ן ומסחרי.

ד"ר עוזי סמני: לראייתך אם נבטל את השב"ן אז 180 מיליון ש"ח חוזרים בתור החזר פרמיה למבוטחים? זו הכוונה? בטוח שלא 70%, אולי 50%, אבל זה יעלה, זה לא כסף שיחזור.

שאלות:

ד"ר טוביה חורב: מה הסיבה שמאוחדת אוסרת על רופאים שלה שנותנים שירותי סל, לא לספק שירותים במקום אחר?

ד"ר עוזי סמני: אני יכול להרשות הסתה מהשב"ן למרפאה שלי. אני אעריך את התורים, והיו לנו תקופות כאלה. אתם רואים מבוטחים בודדים, ויש תור לעוד 3 חודשים. אנחנו היינו הפלטפורמה לפרסום הזה.

ד"ר טוביה חורב: עלול להיווצר מצב תיאורטי שבקופות אחרות לא ישמרו על הכלל הזה. מה תעשה?



ד"ר עוזי סמני: אלה שינויים מינוריים שהצבעתי עליהם. אפשר לגעת בהם, הם רגולטוריים.

רויטל טופר: זה רופאים שכירים ולא עצמאיים.

עו"ד לאה ופנר: תוסיף לזה את היותך רופא. אתה הסברת שכשאתה יודע שלאחד הפציינטים שלך יש שב"ן, אתה יכול להציע לו יותר דברים כדי לא להוסיף מצוקה. אתה לא חושב שזה פוגע בשוויון בהתנהלות של הסל הבסיסי? לא הלכו לאסותא, באו אליך. מצד שני, אם היית מציע למרות שאין לו, שב"ן, אולי היה מגייס כסף כדי לקנות את זה. איך אתה מרגיש עם זה?

ד"ר עוזי סמני: יש תרופות נגד כאבים ודלקת. יש כדור שנקרא ארקוקסיה, לוקחים אותו פעם ביום ויש לו פחות תופעות לוואי. זה נמצא רק בשב"ן, עולה 7 ש"ח כדור, חבילה 60-70 ש"ח, והוא ישלם על זה דרך השב"ן ויקבל הנחה בש"ח 35%. לרוב המבוטחים, אם אגיד תקנה ארקוקסיה, הוא יקנה את זה. אני לא אכופף את הרפואה, אבל זה קורה. זה דוגמא קטנה, אבל מהיום-יום.

שרונה פלדמן: אתה לא אומר לו מה האפשרות שלו עם שב"ן ובלי?

עו"ד לאה ופנר: הוא לא רוצה לסבך אותו.

ד"ר עוזי סמני: הגזמנו עם יכולת הבחירה. אני לא אתן לו לבחור אם לקחת אנטיביוטיקה או לא ואיזה סוג. אם יש לו ברונכיט וזה יעבור, אני אשתף אותו. בחלק מהדברים אני משתף וחלק לא.

עו"ד לאה ופנר: צריך לשים לב שהשב"ן מתחיל להשפיע על הדיון.

ניר בריל: אם לא היה שב"ן, הוא היה אומר לכולם קחו את זה. אם יש שב"ן, זה נראה אחרת.

עו"ד לאה ופנר: אני חושבת שהרופאים מטבעם, אם הם היו יודעים שיש טיפול יותר יעיל והוא לא בסל, בדרך כלל יציעו אותו ויאמרו דע לך שהוא לא בסל. ברגע שידעו שלחלק יש ולחלק אין, לא רוצים לסבך אותם. אם זה הכרחי, רוב הרופאים לא היו שותקים על זה.

ד"ר עוזי סמני: אם יש בדיקות גנטיות, אני אגיד לה זה לא בסל, אבל כדאי שתעשי.

עו"ד לאה ופנר: כרופא – אנחנו כל הזמן דיברנו על הנחה שאסור לשב"ן או בבחירת רופא לאפשר הקדמת תורים. לי זה תמיד בסימן שאלה. אבל בדוגמא שאתה אמרת שחוות דעת שנייה יכולה להוות בחלק מהמקרים סוג של הקדמת תור. מבלי להיכנס למה זה נועד ומשמש, אתה רואה בזה בעיה או חושב שזה טוב ברמת רופא. במקום לחכות 9 חודשים, האדם בחר ואמר אני ב - 400 ש"ח עכשיו חסכתי ולא חיכיתי 9 חודשים, ואלי המערכת מרוויחה פעמיים, כי הוא יורד מהתור ויראו אותו היום ויפתרו את הבעיה קודם.

ד"ר עוזי סמני: יש כאלה שקבעו תור לפלוני אחר הצהריים, והעבירו כרטיס בשביל לקבל את ההחזר. זה עונה על מצוקה, מחסור, אני בטוח שזו לא הייתה הבחירה הראשונה של רוב האנשים ללכת למישהו מחוץ לארגון.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: אתה חושב שזה בעיה שמקדימים תור?

ד"ר עוזי סמני: זו המציאות, ואני חושב שאפשר לפתור אותה בפחות כסף. לי נוח שמישהו בא אלי, קרע שריר והתלבט בין ניתוח או לא. היה לי נוח שלא הייתה לו בעיה ללכת לרופא אחר, ולהתייעץ דרך השב"ן. חלקתי עם עוד מישהו בייעוץ, מבחינה רפואית זה עוזר. החלק של הקדמת תורים, אני חושב שאפשר לתת דרך הקופות יותר זול. כמובן שאם אישה תלך רק לפרטי, היא תיקח את ההחזרים שמגיעים לה, הוא ירשום גם קבלות על בעלה כי הרופא ייעץ להם בפירון. אנחנו רואים דברים כאלה.

מיטל גראם: על מה בעיקר מתחרים השב"נים? עלות? היקף? איכות?

ד"ר עוזי סמני: על הדברים העיקריים אין כמעט תחרות. אולי אני אגיד שבלי פרופ' שפירר לניתוחי פזילה, לא יהיה, אבל על הדברים האחרים אין ממש תחרות. אם אני נותן רכיבה טיפולית עד גיל 12 או 18, זה לא ממש משפיע על התחרות. החלק שיותר תופס את העין הוא יותר ה – NICE TO HAVE, וזה אזור התחרות הנראית לעין. אם מישהו אחד יכניס משהו שנכון שיהיה בשב"ן כל הזמן ולא יזוז, גם האחרים יעשו בעקבותיו.

רויטל טופר: אמרת שמבחינתך היית יכול לראות את העניין של ההחזר כיוצא מהשב"ן בבחירת מנתח.

ד"ר עוזי סמני: לדעתי הוא תורם לרפואה הפרטית פרופר, וזה משתתף עם חברות הביטוח.

רויטל טופר: מה לדעתך יקרה? אנשים יוותרו על זה או ירכשו דרך חברות הביטוח את בחירת המנתח?

ד"ר עוזי סמני: החלק העיקרי יוצא יותר כסף מחברת הביטוח, והיא תיאלץ לשלם יותר. החלק הקטן ילך בלי לבחור. לדעתי זה יגדיל את ההוצאה של חברות הביטוח. אני בתור מערכת ציבורית, והשב"ן הוא כזה לדעתי, שמתי פחות כסף בפרטי פרופר, וזה יחייב אותי לשמור על תמהיל מנתחים מעודכן ואטרקטיבי, ויהיה מישהו שירצו אותו, והוא לא אצלי. יש כאלה שעובדים רק פרטי, ויש כאלה שלא עובדים עם כל הקופות או כל חברות הביטוח. זה לא כולם אנשים שאין להם כסף, יש כאלה שיש להם ביטוחים פרטיים והם לא רוצים לקנות שב"ן. עשו לעצמו שיקול נכון ונשארו בפרטי.

רויטל טופר: כמה מניתוחים לדעתך הם בהקדמת תור או בבחירת רופא? וכמה הולכים רק באמת בגלל הקדמת תור?

ד"ר עוזי סמני: אני לא יודע לענות על העניין הזה, בגלל ש – BUILT IN בעניין של בחירת מנתח זה שאין לך תור. ברור שאם בחרת במישהו, אז אין לך תור.

ד"ר שלומי פריזט: למה זה ככה? תבחר את המנתח, בסדר, אבל תקבל אותו תור כמו כולם?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

עו"ד לאה ופנר: אני חושבת שזה קונספטואלית בעיה אחרת. אם זה לא בתוכו, זה תורים נפרדים. אני לא מצליחה להבין מה הבעיה בזה, בהקדמת תור. אם אתה נדחף במקום משהו אחר, זה לא בסדר, אבל מה הבעיה בהקדמת תור?

רויטל טופר: בגלל זה שאלתי אם לפי התחושה שלו זה יותר. אם לא הייתה בחירת מנתח, רק הקדמת תור, זה היה צריך להיות בשב"ן בעיקרון?

ד"ר עוזי סמני: הקדמת תור בתוך השב"ן קיימת. זה קיים בשר"פ בירושלים, וזה מאוד בולט שם.

רויטל טופר: שם זה קיים בדרך עקיפה, השאלה היא על דרך ישירה.

ד"ר עוזי סמני: לא יעבוד, לא בפרטי ולא בציבורי.

רויטל טופר: האם אתה חושב שבשב"ן צריכים להיות שירותים חיוניים או NICE TO HAVE או גם וגם?

ד"ר עוזי סמני: בעיקר דברים הכרחיים, מכיוון שהיכולת שלנו מול הלקוח או מול המבוטח למכור את השב"ן היא גם בגלל הזולות, אבל המילה שלנו מולו היא מאוד משמעותית. אני רואה את זה כשאני עושה ניתוח של מכירות שב"ן בסניפים. יש שם מזכירה או מנהלת סניף דומיננטית שמתיעצים איתה, והיא מסוגלת למכור שב"ן. לכן אני חושב שצריך לשים בשב"ן את הדברים שהם יותר קרובים לסל.

רויטל טופר: ולא נכנסו מסיבות כאלה ואחרות.

ניר בריל: לגבי מניעה - עלה לפניך משהו שאמר שאולי דווקא נושאי מניעה שהם במהות של הסל, ואמורה להיות להם השפעה על בריאות, האם זה מבחינתך כן צריך להיכנס לשב"ן?

ד"ר עוזי סמני: כן, מאוד. הייתה לי התבלטות איפה לשים בדיקות גנטיות, ברובד העליון או התחתון, ובסוף זה נכנס בתחתון. כן, הייתי רוצה להגדיל את הכמות.

רויטל טופר: יש הבדל בין מניעה לקידום בריאות. איציק דיבר על קידום בריאות. מה זה בעיניך?

ד"ר שלומי פריזט: אורח חיים בריא, תזונה.

שרונה פלדמן: זה 40% מהשירותים היום.

ד"ר עוזי סמני: מהשורות, לא מהכסף. עשינו תכנית לקידום בריאות עם הדרכה של דיאטניות ומדריך כושר, בלי כסף, לא קשור בשב"ן, ויש היענות מזערית לדבר הזה.

ניר בריל: לא יודעים לשווק.

ד"ר שלומי פריזט: השאלה מי משלם פרמיה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ד"ר עוזי סמני: בשיווק השקיעו בזה, וזה חדר עד למרפאות.

ד"ר טוביה חורב: מה צריך להיות ברובד הראשון ומה בשני לדעתך?

ד"ר עוזי סמני: יש הגדרות שישבנו עליהן כל מנהלי השב"נים, ורק חסרה דינאמיות, קרון שיצא מהרכבת. דברים לא יוצאים מהשב"ן.

רויטל טופר: אז עשינו סקירה על כל השירותים ובדקנו. זה בעבודה.

ד"ר שלומי פריזט: היה דיון סוער, ולמדנו המון ותודה רבה לך!!