



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת משנה ביטוחים – 31/10/13

נוכחים: דר' שלומי פריזט, פרופ' לאה אחדות, עו"ד לאה ופנר, מיטל גראם, ניר בריל, ניר קידר, ליאור (מחליף של רויטל טופר), דר' שולי ברמלי, עו"ד עדי ניב-יגודה, פרופ' גבי בן נון, דורון קמפלר, מור סגל.

דר' שלומי פריזט: עצרנו ברופאים בפעם הקודמת. אנחנו בהנחות העבודה המרכזיות לגבי רופאים בתוך המערכת. אחרי זה נעבור לדבר על בעיות.

דוברות: רוצים לתת את הטיפול הטוב ביותר לפי כישוריהם, ובצד זה את ההכנסה הטובה ביותר או לפחות להשיג את ה – target income שלהם.

דר' שלומי פריזט: מה לגבי שימושים עודפים?

דוברות: בשביל להשיג את יעד ההכנסה שלהם או שהם פועלים לטובת המוסד בו הם נמצאים. כדי להגדיל את הכנסת המוסד או את הכנסותיהם שלהם.

דר' שלומי פריזט: האם יהיו טיפולים עודפים כדי להשיג זאת?

דוברות: אני מניחה שיש תמריץ לעודד ביקושים מצד הרופאים. אני חושבת שמה שמניע את הרופא זה גם המוניטין שלו.

דר' שלומי פריזט: אף אחד לא יודע שהפרוצדורה מיותרת. זה לא בדיוק משפט המכירה הראשון שלך "אני הולך לעשות לך משהו, אבל לא באמת צריך את זה".

דוברות: אני לא תמימה, אבל אני לא מצליחה להבין את זה - זה לא מוסכניק שאתה בא אליו והוא דופק משהו בדרך ואז מתקן אותו.

דוברות: כמו שלא צריך להכליל על מוסכניקים - לא צריך להכליל על הרופאים.

דוברות: בנוסף למוניטין, הרופא מעוניין לקדם עצמו מקצועית בתוך המערכת. אני מניחה שחלק מהם, יש להם תשוקת מחקר שאני לא מכירה כל כך, או לפתח את המדע.

דוברות: הנחת היסוד שלי היא כזאת – אני מאמינה שרוב בני האדם קמים בבוקר עם רצון לעשות טוב. הם בחרו מקצוע שמטבעו נועד לעזור. מקצוע עם המון עומס רגשי. הם יום-יום רואים את המשמעויות של הסבל ובמידות ובמינונים קשים. עם הכל, מטרתם היא לבוא ולעזור ובשביל זה הלכו ללמוד. לכן אין לי ספק, ותמיד יש חריגים, לא כולם מלאכים, לכן לא ירצו לחשוב אפילו לעצמם שהם עושים טיפול לא נכון או עודף. אני כן חושבת שהמערכת יוצרת בדיקות עודפות. הם לא רואים נזק בבדיקה, אלא אם כן יש בה נזק. אולי אפשר להסתדר בלי אבל מבחינתם זה להיפך, זה מכסה ומגן עליהם לא רק מפני תביעת רשלנות אלא גם מפני אי ודאות. זה תחום שרב הנסתר על הנגלה בו, רחוק מלהיות מדע מדויק למרות מה שכולם חושבים. אני כן חושבת שהמערכת דוחפת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לתמריצים מסוימים שלא דווקא מקדמים בסוף היום את הבריאות הכוללת, ותלוי כמה הרופא יכול לעמוד באותם לחצים. כאשר יש לחץ לייצר תפוקות, אני חושבת שההתנהלות הכללית יכולה להשפיע. זה לא משפיע כאשר הרופא חושב שזה מיותר, מזיק או שלא צריך לעשות את זה. אי אפשר להתעלם מהדבר הזה. אני מסרבת לקבל הנחה שכבוצה, הרופאים יעשו פעולות מיותרות בשביל כסף. אני חושבת שזה מאוד מחסכון לנו בוועדה להניח את זה, וגם לציבור.

דיברנו על נושא אמון הציבור במערכת, חשוב לביטוחים, ואין ספק שאפשר להגיד "תאמינו במערכת ושהרופאים לא עושים דברים לא נכונים". אתה לא יכול להגיד "תאמין במערכת הטובה, אבל דעו לכם שהרופאים, יתכן שאומרים לכם דברים לא נכונים בגלל תאוות כסף", או משהו כזה. הדיסוננס הזה לא יהיה קיים. אם אתה לא מאמין בציבור העובדים או המטפלים שלך, פר הגדרה אתה לא מאמין במערכת. מה שקובע הכי הרבה בסוף היום זה המפגש בין הרופא לחולה בחדר, ושם מתבצעת ליבת הפעילות הרפואית. בלי זה המערכת לא יכולה להתקיים.

דוברות: אני יכולה להוסיף את המחסור בכ"א.

ד"ר שלומי פריזט: זה לא מאפיין, זה בעיות.

דוברות: אותו מחסור יוצר אצלם את העומס והלחץ. אני מסכימה עם מה שנאמר.

דוברות: יש גילדות מקצועיות שיכול להיות שיש פעולה או רעיון מכוון שלא יהיו בהן יותר מדי רופאים. יכול להיות, אני לא מכירה את זה.

דוברות: ההסתדרות רוצה שיהיו עוד רופאים.

דוברות: זה ברוב המקצועות ככה, יכול להיות שזה בשוליים ותלוי בתקופות זמן.

דוברות: יש ביקוש שאתה יוצר בגלל ההיצע, יכולה להיות פעולה מכוונת לצמצום ההיצע.

ד"ר שלומי פריזט: הבנתי.

דוברות: אוסיף – המעמד המקצועי הוא גם בפני עצמו ולא רק בשביל הכנסות. פרופ' או מנהל מחלקה זה משהו שחשוב לרופאים גם אם לא משפר הכנסות עתידיות. מאוד חשוב להם גם יוקרה מקצועית של המקצוע, מעבר לאופן האיש. יש להם צורך בהתמקצעות, רוצים להיות הכי טובים במשהו ספציפי. חלק מהמוטיבציה זה להכשיר דור חדש של רופאים נוספים. גם מחקר - רופאים היו מאוד שמחים לעסוק יותר במחקר. קצת לגבי היצע וביקוש – אני מחבר למה ששמענו כבר בעבר - היעדר בקרת עמיתים בברי"ח פרטים. אמרו שאם הייתה יותר בקרה, היו פחות פעילויות רפואיות. יש תופעה של היצע יוצר ביקוש, וזה תלוי באיך אתה מעצב את המערכת.

ד"ר שלומי פריזט: האמירה היא שאם תיתן תמריצים לעשות סוג מסוים של ניתוח, תקבל יותר מסוג א' ופחות מסוג ב'.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אולי ברמת המאקרו תקבל יותר. אני לא יכול להכליל ולהגיד שברגע שתמריצים כלכליים מכוונים אותך לעשות יותר, אכן תעשה יותר.

דוברות: יש הבדל בין כשל השוק שאומר שהרופא בוחר לעשות טיפול, שאם לא התמריץ הכספי הוא היה בוחר לא לעשותו בגלל שהיה יכול לפגוע בצרכן. בפרק הזה יש רשימה ארוכה של נושאים שמראים שיש הרבה סיבות לזה בגלל האפור ברפואה ויש הרבה מאוד ממנו, שמראה שיש הרבה מאוד סיבות, גם מצד הביקוש וההיצע, שיכולים לגרום לרפואה אחרת, אולי לא עודפת, באזורים שונים. זו הגדרה מאוד ספציפית של כשל שוק שהוא לא רצוי. אתה לא רוצה שכסף ישנה את ההתנהגות של הרופא. זה משהו מאוד ספציפי בשוק.

דוברות: שתי הערות – אני חושב שהמשפט הנכון הוא שתמריצים כלכליים משפיעים על ההתנהגות שלהם, הרבה יותר מאשר בתקופות אחרות. יש עלייה באינטנסיביות של התמריצים, תקף לגבי הרבה שחקנים במערכת. ישנה תופעה שנקראת היצע יוצר ביקוש שעומדת בפני עצמה בלי קשר לכולם – יש אפשרות לרופא להשפיע על הכמות המבוקשת, שלפעמים מבטאת צורך ולפעמים בזבוז. בואו נצא מתוך נקודת הנחה שישנה תופעה כזאת, והיא באה לידי ביטוי בשימוש עודף.

דוברות: הרפואה היא מדע סטטיסטי ולא מדויק – רופא אחד יגיד ככה ואחד אחרת. 27% מכלל כריתות הרוח נמצאו מיותרות, כמעט 50% מניתוחי מעקפים נמצא שזה נובע יותר מהצורך של הרופא לצבור ניסיון מאשר צורך אמיתי, וחלק מאסכולה שלו. יש הרבה גורמים להצדקה הרפואית של טיפול – חברות תרופות, מחקר, משפט, כלכלה, תקשורת וכו'. החלטתו של רופא לא בהכרח נקיייה משיקולים אחרים, ולא תמיד טובת המטופל היא שמובילה. יש רפואה מתוך פחד, רפואה מתגוננת, וזה משפיע על הרפואה פרטנית. יש פיחות באמון של הציבור בנקודת הקצה בעיקר, ברפואת המשפחה, וזה משפיע על העבודה היומיומית. דבר נוסף – קולגיאליזם ותחרותיות. לאורך השנים זה קשר של שתיקה, ובשנים האחרונות יש תחרות גוברת. תמיד תמצא רופא שיגיד שהאחר לא יודע מה הוא עושה, והטיפול שנתן לא נכון, וזה יותר קונפליקט פרטני ולא ברמה הקבוצתית.

דוברות: אני מקווה שרוב הרופאים בחרו במקצוע הזה כדי לעזור כמו שנאמר כאן, אבל ככל שנוסיף את הכסף כתמריץ פיננסי נראה שאנשים באים למקצוע כדי להרוויח כסף ופחות כדי לעזור. זה נראה בארה"ב.

ד"ר שלומי פריזט: המנגנון שגרם לצעיר לבחור ללכת ללמוד רפואה זה שליחות, ואם היום נעלה את המשכורת פי 15, אם המקורות יעלו, מנגנון הבחירה ישתנה.

דוברות: כן, לאנשים שאוהבים כסף.

דוברות: היא מתכוונת לבחירת המקצוע הראשונית.

דוברות: את צודקת, אם שם היו מרוויחים יותר מבאלטרנטיבה. אבל אם בעסקים ירוויחו יותר – הם ילכו לשם.



דוברות: מדובר בדחף ללכת למקצוע.

דוברות: במאמר ששלחנו לכם, ככה מסכמים, נשארו באזור הזה רופאים שרוצים להרוויח. זה מדהים וזה לא רק זה - ככל שהתועלת של המטופל הולכת ופוחתת בתוך פונקציית הרופא, אז מקבלים תגובה לזה. רואים שדווקא תמריצים פיננסיים משפיעים וזו הנחה חשובה, אבל גם תמריצים חברתיים ומקצועיים חשיבותם לא פחותה, אם לא יותר, אחרי שהרופא כבר הרוויח את המשכורת.

דוברות: יש מאמר מעניין של דני ורדי ברפואה, שמחלק את התנהגות הרופאים לתמריצים חברתיים, רפואיים וכו'. יש ניתוח מאוד מעניין לפי החלוקה הזאת.

דוברות: הרופאים כקבוצה מאוד אינדיבידואליסטית צריך לקחת את זה בחשבון. הם לא הולכים תמיד כקבוצה, ולכן גם הולכים אחר כך לתת התמחויות. בכל הנושא של קביעת הוראות והנחיות, הם יכלו לצאת החוצה ולעשות את זה. לא מכירה עוד קבוצות כל כך אינדיבידואליסטיות בעולם. הם גם שמרנים כקבוצה.

ד"ר שלומי פריזט: טייסים.

דוברות: בנוסף, הם קבוצה מאוד בינלאומית וזה חשוב ומשפיע מה אומרים העמיתים הבינלאומיים שלהם בעולם, ולכן המדינה לא יכולה לקבוע או להקים מערכות מנותקות ממה שקורה בעולם, כי זה מאוד חשוב להם. בסוף היום הרופא יש מדרג מחויבויות ונאמנויות. החשיבות שלו בתוך הקבוצה שהוא נמצא בה, קבוצה בינלאומית, היא הרבה יותר חשובה לו מגורמים חיצוניים. אתם צודקים שזה אסכולה ורפואה עולמית, אבל יש לו מעגלי השפעה וזה חשוב להבין.

בנוסף, יש לנו רצון שהקבוצה האיכותית הזו תגיע לשם. לפי איך שבנויה הסלקציה היום, הנחת העבודה שלנו היא שנכון לעד היום היה רצון של האקדמיה שהקבוצה האיכותית יותר תגיע לרפואה. לא סתם אמר כך פרופ' מקורי. הנחה נוספת שלא קשורה לרופאים, שנושאים מטריאליסטיים כמו כסף - העולם שלנו חומרי ונמדד ברובו בכסף, שלא כמו בעבר. ברור שיש TARGET אחר. אנחנו לא נוכל לבוא לציבור הרופאים, ולצעירים במיוחד, בנושא של הכנסה והכלכלה כמה יקבלו - זה מרכיב חיוני מאוד בהחלטה ללכת לרפואה. אם לדוגמא נחליט, וזה בסדר, שאנחנו רוצים להוריד או לשנות את זה, נקבל קבוצה אחרת של אנשים שלא דווקא יותר אלטרואיסטים, אלא כאלה שהיו להם פחות הזדמנויות. הם מושפעים ממערכות חברתיות, וזה לא סתם שקמו בבוקר והחליטו שהם רוצים יותר כסף. יש להם יותר אפשרויות מאחרים. אדם עם פסיכומטרי 750 יש לו יותר אפשרויות מאחר עם ציון 550. כולם רוצים כסף, השאלה היא כמה אפשרויות יש להם.

ד"ר שלומי פריזט: תפוצה של אלטרואיזם והצורך לעשות טוב, לעומת הרצון להרוויח כסף - הם לא על אותה עקומה. יש גם סוציומטים שקיבלו 750. זו התפלגות דו ממדית. את היית רוצה לפנות לרביע של אלטרואיזם וציון גבוה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: יש מצב של ירידה ברצון האלטרואיסטי וההתנדבות שמושפעת משני דברים: לחצים חיצוניים שלא קשורים לעולם החיצוני, רוח ההתנדבות היא לא מה שהייתה בעבר, וזה לא בא מעולם הרפואה. דבר שני – בתוך הרפואה יש נרטיבים שונים – מדברים על אפשרויות, על הסתכלות על מה קורה בעולם, ואלה נובעים גם מהמחסור. יש מחסור עולמי ברופאים, וזה לא בכל מקצוע, אלא כקבוצה. צריך להפנים שהמחסור הוא עולמי, וזה הגורם לכך שהאדם מסתכל על זה ומבין שזה מיותר.

דוברות: אני מתחברת לכל מה שנאמר כאן. לגבי היצע יוצר ביקוש – אני לא יודעת אם אני רוצה או חשוב להאמין בזה. קשה לי להאמין שרופא יעשה פרוצדורה מיותרת. אני מתחברת לצורך האלטרואיסטי ולרצון לעזור, אבל תמריץ כלכלי קיים אצל כולנו, ואני לא חושבת שהרופאים הם שונים. אני לא חושבת שיהיו פרוצדורות שיזיקו למטופל בשביל עוד כסף, אבל אני כן כלכלנית, ואני חושבת שבסופו של דבר הם מונעים מתמריצים כלכליים. אם רופא חושב שכן צריך לעשות את הפרוצדורה, וגוף אחד ייתן לו יותר כסף על זה מאחר, הוא יסיט אותו לשם. אני מניחה שיש בדיקות מיותרות, אבל זה מונע מתמריצים כספיים ורפואה מתגוננת ורשלנות.

ד"ר' שלומי פריזט: את מדברת על הסטה ותמריץ שלילי בקשר לרפואה המתגוננת.

דוברות: התחברתי גם למחקר ויוקרה ומוניטין.

דוברות: מערכת השכר בארץ של המקבילים לרופא מבחינת המקצוע מאוד משפיעה, כי זה מה שקרה – יש מנהלי חברות וכלכלנים שמרוויחים הון תועפות. רופא אומר לעצמו "אני השקעתי עשר שנים, ועכשיו אני רוצה לעשות כסף".

דוברות: הרופאים עובדים בסביבה דינמית מבחינת שינוי ידע, והם צריכים כל הזמן להתעדכן. תמריצים מאוד משפיעים, ויש הרבה מהם, ולא רק כספיים. הייתי עושה הבחנה בין תמריץ לפנות למקצוע, להישאר במקצוע ולבחור בהתמחות – הם שונים אחד מהשני. המשקל של התמריץ הכלכלי הופך להיות יותר ויותר דומיננטי אצל כל השחקנים, אבל זו תכונה שאפשר למדוד אותה – היצע יוצר ביקוש. יש את זה בעולם שהוא לא מדעי לגמרי, זו עובדה שמייצרת את זה. העובדה שלרופא יש את הכוח להשפיע על הביקוש עלולה לגרום לביקוש עודף. אתה לא רוצה שהתמריץ יהיה יותר מדי גדול, אבל אם לא יעשו את התמריץ, אז יהיו תורים. את הדבר הזה אתה מנסה לאזן באיזושהי צורה, וזה משפיע על המדיניות.

ד"ר' שלומי פריזט: היצע יוצר ביקוש – לרופא יש יכולת להשפיע על הטיפול שיינתן בסופו של דבר. עבור כל מטופל, כמעט בכל נקודת זמן, יש מגוון מסוים של דרכי טיפול, של אופציות טיפוליות זמינות, ואין משהו שלא נכון מדעית, ואני לא מדבר על עלויות. אם יהיה תמריץ כספי או אחר להעדיף אופציה אחת או אחרת, במערכת המאקרו יראו שיהיו יותר פרוצדורות כאלה. האם אנחנו מסכימים?

דוברות: כן, בשינוי מסוים – אתם הסתכלתם על זה בתמריץ כספי או אחר שמוסיף. אני יכולה לראות תופעה הפוכה שקורית, דווקא בחלק הציבורי – תמריץ של לחץ או אחר יכול לגרום לזה שתבחר אופציה טיפולית יותר זולה לקופה. אם תגיד את אותו משפט בלי להגיד, בעיניי לפחות, תמריץ לא כספי, אני כן חושבת שבהינתן



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אופציות טיפוליות שקולות, המערכת יכולה ליצור תמריצים שישפיעו על טיפולים. זה לא שיפוטי, אלא עמדתית נכון.

ד"ר שלומי פריזט: יכול להיווצר תמריץ שישפיע על תמהיל הביצוע בשיווי משקל, כאשר הכלי המרכזי שבאמצעותו זה קורה - הוא הרופא.

דוברות: נכון, זה לא שיפוטי ופועל לשני הכיוונים. אתה צודק במאה אחוז.

דוברות: אני רוצה לחזק לגבי הקליקות שלהם – הם חיים בקבוצה סגורה שהם מכסתחים אחד את השני או מכסתחים אחד את השני. זה משפיע על ההתנהגות מבחינת העברת ידע, CASE STUDIES שאתה לומד מהם, זה מאוד משפיע.

דוברות: קולגיאליות תחרותית.

דוברות: נובע מהכוח שיש לרופא – אתה בא, האדם קטן, נכון שיש היום אינטרנט, אבל אתה סומך עליו - מה שהרופא יגיד לך, אתה תעשה.

ד"ר שלומי פריזט: אם אין עוד הערות – התרגיל הבא – בואו נדבר על בעיות במונחים של איזה כשלים קיימים במצב הקיים בתחום הביטוחים, יחסים בין סל בסיסי-שב"ן-ביטוח פרטי?

דוברות: תפרק את זה.

ד"ר שלומי פריזט: תעשו מאמץ להשתמש במטרות שדיברנו עליהן. בהינתן המטרות שסיכמנו עליהן והנחות היסוד המרכזיות, בואו נתחיל לדבר איזה תוצאות לא רצויות אנחנו מקבלים במערכת בישראל 2013 בתחום הביטוחים. אני בכוונה לא רוצה להוציא החוצה את הסל הבסיסי, אבל אל תדונו בו, למרות שיש לו השפעה לפחות על חלק מהדברים. שימו על השולחן את הבעיות המרכזיות שאתם חושבים שיש.

דוברות: הבעיה במרכזית בעיני של נושא הביטוחים על המערכת הציבורית, היא הפיחות באמון הציבור ששוק הביטוחים יוצר כלפי המערכת הציבורית, תחושת חוסר האמון בסל הבסיסי והגדלת הפערים. אני מתבסס על סעיף 10 מתוך חוק בריאות ממלכתי.

ד"ר שלומי פריזט: האם חוסר האמון הקיים במערכת משפיע על התפתחות הביטוחים הפרטיים? נאמר כאן שאתה לא מטפל בשאלות של אמון הציבור בסל הציבורי, והיא צודקת, ועם זאת, אני עומד על השאלה שלי.

דוברות: מעצם קיומם של הביטוחים ובפרט המשלימים, זה יוצר פגיעה באמון הציבורי בסל הבסיסי. הרגולציה הבעייתית או המוגבלת יחסית של שוק הביטוח בהיבטים אחרים והשב"ן מחמירים את הבעיה, ובעיקר את ההתרחקות מהמטרות שלשמן הוקמו או אותרו במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. האפשרות לייצר את השב"ן, שחיים רמון דיבר על זה, הוא אמר שזה אתן פוליטי.

דוברות: הסכימו לזה בגלל שזה יצר תחרות.



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ד"ר שלומי פריזט: אתה עוד בנגזרת של האמון.

דוברות: השאלה היא לשם מה יש שב"ן?

דוברות: דיברנו על מה מטרות השב"ן?

דוברות: שמנו אותו במטרות של המערכת הפרטית, אבל יש הבחנה.

דוברות: מטרותו היא להנגיש יותר שירותים שלא נמצאים בסל לאוכלוסייה רחבה יותר, שלא יכולה לרכוש אותם בפרטי.

דוברות: האם שחייה צורנית או מבחן TOVA מגשימים את המטרה שלשמה יש שב"ן?

ד"ר שלומי פריזט: אני מציע תשובה - מכיוון שאין יכולת חיתום, אני לא יכול לסרב לקבל אנשים, אני חייב להיות מאוזן. אם הייתי מציע טיפולים רק לחולים קשים, הפרמיות היו בשמיים. אני רוצה כמנהל שב"ן לייצר סבסוד צולב בתוך השב"ן, יש קבוצות שאפשר לסבסד אותן. כדי להביא את המסבסדים, אני צריך מבחן TOVA.

דוברות: אבל איפה עובר הגבול? אחרת היינו מכניסים כל דבר.

דוברות: הפרמיה מתומחרת לפי גיל, תקן אותי אם אני טועה.

דוברות: יש סבסוד, היא מתומחרת, אבל לא רק לפי גיל.

דוברות: בכל זאת צריך לדבר על מה הגבולות של השב"ן, מה מכניסים לשם. שנית – בדוגמא הזו יש חוסר הפנמה של עלויות למערכת הממשלתית כולה, משפיע גם על החינוך והבריאות. אלו שתי נקודות שחייבים להתייחס אליהן. לא מספיק שבשביל הסבסוד, חייבים להכניס את זה. חייבים לדון בשאלה בקונטקסט רחב יותר.

דוברות: בתוך השאלה הזאת יש גם קצה – האם אתה רוצה שב"ן בכלל או לא.

דוברות: תמקד את השאלה.

דוברות: תגדיר את הבעיות ותעשה ירידה למסחריים ולשב"ן.

ד"ר שלומי פריזט: בואו נמשיך ככה בלי להגדיר מטרה ספציפית לשב"ן.

דוברות: גם אם תגיע לפתרון גבולי שאתה לא רוצה שב"ן, אתה רוצה לדעת מה הבעיות שלו.

ד"ר שלומי פריזט: מתוך המטרות ובהינתן המצב הקיים והמטרות, אנחנו רוצים לדעת האם הוא בכלל כלי יעיל כדי לענות על המטרות הללו.

דוברות: הבעיות נובעות ממהות המוצרים. אם היה שב"ן אחר, זה היה נראה אחרת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: חלק מהבעיות יגזרו מהגדרת המטרות. אם אתה מגדיר רק שירותי NICE TO HAVE, הרבה מהבעיות יתייתרו כשמטרת השב"ן היא להיות חלוץ באימוץ תרופות חדשות. זה משפיע על המיפוי, ואין לי ספק שלא נסכים על זה. בואו נעשה מיפוי.

ד"ר' שלומי פריזט: מסכים.

דוברות: תדגיש שזה אובייקטיבי ללא עמדות, וללא מה שאתה חושב על זה.

דוברות: יש מסמך מקיף שפרופ' גלזר שלח בעניין הזה, אני מסכימה עם חלק כן וחלק לא.

דוברות: חייבים לדבר גם על ביטוחים מסחריים. לא דיברנו על מטרותם, רק על חברות הביטוח.

ד"ר' שלומי פריזט: דיברנו על זה בישיבה הראשונה כשלא היית. המערכת הפרטית ככה באה לידי ביטוי.

דוברות: לא עשינו הבחנה בין שב"ן לאחרים.

ד"ר' שלומי פריזט: אני מנעתי את הדיון אז, ועכשיו אני משחרר את זה.

דוברות: שאלת בסיס – כשניסיתי לחפש במקורות מה המטרה שעמדה לנגד עיני המחוקק באשר לשב"ן, לא מצאתי.

דוברות: אתה צודק, בגלל זה אין לו מטרות ברורות.

ד"ר' שלומי פריזט: בואו נדבר על המטרות המרכזיות של השב"ן. הערתך הייתה שאין מטרות למחוקק.

דוברות: אני לא מצאתי.

דוברות: אני אתחיל באופן די פשוט – לא מייחס כוונות למחוקק – גוף ביטוחי שנותן את האופציה לציבור לרכוש שירותים של NICE TO HAVE, והם לא חיוניים. אם אני מנסה למצוא את ההיגיון למה היטלנו את זה על הקופות, זה כי חשבנו שיש יתרונות לגודל וליעילות של הספקת השירותים, במתכונת של ארגונים גדולים שיש להם מנגנוני הספקה והרבה מבוטחים. הייתה דילמה בשנת 1997, השם המקורי שלהם היה ביטוח מוסף – הכל יהיה בפנים, ורק דלתות יהיו שם. עכשיו הגיע צומת של החלטה ואומרים מי עושה את זה, וזו השאלה. לדעתי לזה המחוקק התכוון. ב – 97' דנו האם יעשו את זה הביטוח המסחרי או הקופות, והוצגו יתרונות וחסרונות.

דוברות: היו עד אז במכבי ביטוח משלים שהיא עשתה בעצמה. כללית נגררה לגירעונות וגם יצרה ביטוח משלים, שלימים הפך לשב"ן של כולם.

דוברות: לא, זה הוכנס לסל.

דוברות: למה זה נכנס אני לא רוצה להיכנס. ב – 95' לקחו מרכיבים מרכזיים בסל המשלים והכניסו אותם לבסיסי, והכשירו את השרץ הזה. ב – 97' כללית הייתה בעמדת נחיתות כי לא היה לה בטוח משלים. אמרו נפתח את זה לקופות בגלל יתרונות הגודל. כאשר הוחלט להכניס את זה פנימה, לדעתי ועמדתי ואני יכול לגבות את זה,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הייתה כוונה לכלול שם דברים מחוץ לסל והם NICE TO HAVE, ולא לכלול בחירת רופא או תרופות מצילות חיים והרבה מרכיבים אחרים שהם שם היום.

דוברות: אני חשבתי שבחירת רופא תמיד היה שם.

דוברות: שנה לא הייתה בחירת רופא, זה השתנה ב – 98'. אתם לא יודעים כמה דיונים קשים היו אז, ויש לזה תיעוד, האם לכלול בחירת רופא בשב"ן או לא. זה רק מחזק את העמדה שאני מציג אותה, שמי שדיבר על השב"ן בהתחלה, לא התכוון למה שיש היום.

דוברות: בחירת מנתח וחוות דעת שנייה זה שירות משפר מרכזי בשב"ן.

ד"ר' שלומי פריזט: כן, זה המאסה המרכזית של הכסף.

דוברות: זה הצטרף בשלב מסוים.

דוברות: לא ערכית, מבחינת ההגדרה.

ד"ר' שלומי פריזט: אני אשמח אם נדון האם בחירת רופא זה NICE TO HAVE, ואיך בחירת רופא משפיעה או לא על המערכת הציבורית והפרטית.

דוברות: המטרה היא לתת דברים משלימים שיש להם אופי לא חיוני בהכרח ולא מצילי חיים לציבור, על בסיס וולונטרי, על בסיס תנאים סוציאליים, על בסיס גיל, ולא על פי סיכון.

דוברות: גוף ביטוחי בעל אופי חברתי, שמספק שירותים משלימים או נוספים, לא מצילי חיים ולא חיוניים.

דוברות: זה אומר שבחירת מנתח לא נמצא בפנים.

דוברות: השאלה היא שוב מה זה חיוניים. יש כאלה שזה בשבילם חיוני ואצל אחרים לא.

דוברות: שיניים עד גיל 12 זה חיוני או לא?

ד"ר' שלומי פריזט: חיוני שיהיו לי שיניים...

דוברות: תשאירי את זה בצד, זו דוגמא בעייתית.

ד"ר' שלומי פריזט: מה אכפת לי אם זה מציל חיים או לא, חיוני או לא? שיעשה מה שהוא רוצה, כל עוד זה לא פוגע בסל הציבורי.

דוברות: כשאתה אומר מטרה חברתית אבל לא מציל חיים, זה סותר.

דוברות: זה סתם עניין של ניסוח.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: האופי הסוציאלי, רק נחמד, יש לו ביטוי בפרמיה נמוכה יחסית, תנאי קבלה פתוחים לכל, אין החרגות, יש סבסודים צולבים בפנים. האופי הסוציאלי הוא שם.

דוברות: הנושא של לא מציל חיים - תרופות מצילות חיים צריכות להיות בסל הבסיסי.

דוברות: יש תרופה מצילת חיים שלא בסל הבסיסי?

דוברות: יש מאריכות חיים.

דוברות: מירי זיו הייתה בוועדה, ואמרה שאין תרופה מצילת חיים לסרטן שלא בסל.

דוברות: אני רוצה להגיד שמבין כל המטרות שהוצגו, אחת השאלות הגדולות שזה מה התחום שבו זה נעצר? האם מה שהשב"ן נותן נעצר בבריאות או שהשב"ן אחראי על טווח יותר גדול של דברים?

ד"ר' שלומי פריזט: דיברנו על שירותי בריאות לרבות קידום ומניעה.

דוברות: מה עם רווחה?

ד"ר' שלומי פריזט: לא היה לייף סטייל בפנים. להיות בכושר זה לא לייף סטייל.

דוברות: סביב בריאות, השאלה היא מה הגבולות.

דוברות: אתה לא יכול להגיד מה המטרה של השב"ן - השב"ן הוא אמצעי להשיג מטרה אחרת. אין מושג כזה מטרה, לדעתי. הוא אמצעי להנגיש כמה שיותר בריאות לחלק גדול יותר מהאוכלוסייה. מה המטרה התיאורטית הגבוהה שלי? אני לא יכול להשיג את זה בסל הבסיסי, ואז השב"ן משיג מטרה להנגיש כמה שיותר שירותים. הוא משמש כאמצעי להנגיש יותר שירותים. אחת הטיוטות הראשונות של חוק ההסדרים שלא התקבלה בסוף, אבל מלמדת על הכוונה, היא סל דיפרנציאלי. אמרו שהמטרה הראשונה שלו היא NICE TO HAVE או שירותים משלימים, וזה ממש לא העניין.

ד"ר' שלומי פריזט: אתה מסכים עם ההגדרה שניתנה מקודם? איפה הבעיה שלך עם ההגדרה זאת?

דוברות: מראש מבחינתי זה לא מטרה, אלא אמצעי להשיג משהו אחר.

ד"ר' שלומי פריזט: למדינה יש מטרה שיהיה ביטוח. אתה מסכים לזה או לא?

דוברות: מסכים, יש לי בעיה עם המצילות חיים. יש הבדל בין מאריכות חיים או מצילת חיים. כל עוד לא הצלחתי להשיג את התרופה בסל הבסיסי, אני עובר לרובד השני לפני שאני ניגש לביטוח המסחרי, שהוא לא סוציאלי בכלל. אני רואה בהגדרת מטרה סתירה.

דוברות: אתה לא חושב שבחירת מנתח ואחות פרטית למשל, לא צריכים להיות כי הם נוספים?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: זה לא קיים בסל, ואין לו בעיה שהם כן יהיו.

דוברות: כל עוד זה לא בסל, האופציה הכי נכונה לעשות אותם היא בשב"ן ולא באופציה אחרת.

דוברות: הבחירה מבחינתך זה שירות נוסף?

דוברות: זה לא בסל ואין על זה ויכוח.

דוברות: אתה לא מתחשב בעלויות שזה יוצר למערכת?

דוברות: אפשר להתווכח על כל שירות ושירות שנמצא בשב"ן. כמטרה, זה האמצעי של השב"ן. האם כל דבר צריך להיות בסל או לא? האם כל דבר צריך להשלים? זה שזה מעלה את ההוצאה הלאומית לבריאות, זה עניין אחר.

ד"ר' שלומי פריזט: ברור לי שאם אני אכניס כל מיני שירותים שיעשו השפעות חיצונית על המערכת, בהרמוניה - המערכת הציבורית תיפגע. זה בסדר כתוצאה, ועל המטרה כולנו מסכימים.

דוברות: לגבי המילה "ביטוחי" – אני לא חושב שהוא גוף ביטוחי. הוא לא ביטוח.

ד"ר' שלומי פריזט: למה לא?

דוברות: הוא נותן שירות ולא תגמול כספי.

דוברות: השירותים החיוניים מקומם בסל הציבורי. גם אם יש שירותים לא חיוניים שמוכלים בשב"ן ופוגעים בציבורי, אני חושב שהם שלא צריכים להיכלל כדי לא ליצור צריכת שירות שלא קיימת היום.

ד"ר' שלומי פריזט: אתה לא רוצה שגם המסחריים יפגעו בציבורית. גם אם הייתה חונטה של מתנקשים לא היית רוצה שיפגעו בציבורית.

דוברות: לצרכים שאינם קיימים. לא חשבתי עד היום שאני צריך שירות מסוים, פתאום זה הוכלל בשב"ן בלי ששאלו לדעתי, ועכשיו אני מתחיל לצרוך את זה ולשלם על זה.

ד"ר' שלומי פריזט: זה נכון גם לגבי MRI.

דוברות: לא שיפורים טכנולוגיים. לא ידעתי שאני אצטרך להתאמן על ידי מאמן כושר פרטי בבית. לא היה לי שום צורך באימון אישי בבית. ברגע שזה בשב"ן והקופה ומשרד הבריאות אישרו את זה כמשהו שצריך להיכנס לשב"ן, אולי עכשיו אני כן צריך את זה. יוצרים משהו שאם לא היה בשב"ן, אולי לא היה לי צורך בדבר הזה.

דוברות: אתה לא יכול ללכת מהכיוון של לפני זה לא ידעת את זה. גם לא ידעת שאתה צריך לאכול פירות וירקות.

ד"ר' שלומי פריזט: לא הבנתי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: חייבים להגיד גם מה לא, להתייחס למציאות – אתה מציע לי ב - 5 ש"ח אימון אישי בבית ואני אומר "מה אני צריך את זה?". באים בשב"ן ומכלילים את זה פנימה בהשתתפות עצמית של 5 ש"ח באישור הקופה ומשרד הבריאות, אז כנראה שיש לזה ערך מסוים. אני משלם פרמיה כדי לקבל את זה ב - 5 ש"ח ועכשיו אני כן ארצה את זה, למרות שקודם באותו מחיר לא הייתי צורך את זה.

דוברות: כנראה שלא הייתי צורך שיננית אם היה לי את זה בשב"ן.

דוברות: הוא מדבר על גידול בביקושים בגלל ההכנסה של שירותים לשב"ן.

ד"ר' שלומי פריזט: הוא אומר שלשב"ן יש אופי ממלכתי, ומעצם קיומו של זה, הוא מעלה את הביקוש לשירותים הנכללים בו. זו הערת אזהרה, לא מטרה.

דוברות: כשאנחנו מגדירים דברים על צד החיוב, אני מפספס הרבה דברים שאולי היום נמצאים בשב"ן, מעבר למטרה שלהם. חובה להגיד גם מה לא ולא רק מה כן - שמה שהשב"ן הלך מעבר לזה, אני לא חושב שזה צריך להיות שם.

דוברות: מאמן כושר ב - 5 ש"ח זה NICE TO HAVE.

דוברות: אם נלך בהגדרה של NICE TO HAVE, אז שימכרו לי נופש באילת. העובדה שהשב"ן מנוהל על ידי הקופות יוצרת חותמת כשרות על הסל הזה, ואולי זה יותר מדי נחוץ.

דוברות: כשרות על הצורך.

דוברות: אני מתחבר למה ששלומי אמר – אנחנו כרגע בשלב של הגדרת המטרה, ותנסו להיות שם. יש עוד הרבה מה להגיד על הביטוחים המשלימים.

דוברות: עוד 2 דברים קצרים – היום עקב המצב של הקופות, זה ונטיל לכיסוי גירעונות בסל.

דוברות: זה מטרה?

דוברות: לא.

דוברות: אז אל תגיד את זה.

דוברות: זה לא מטרה להגדרתי. זה לא כלי לגיוס מבוטחים וגריפת שמנת לסל הציבורי. השב"ן הוא לא אמצעי לגיוס מבוטחים ולהרוויח כסף בסל הבסיסי.

ד"ר' שלומי פריזט: הסל הציבורי של הקופה שהפסידה בתחרות הזו, נפגע. אנחנו לא רוצים תחרות בין הקופות בשב"ן, אלא באיכות הספקת המוצר הציבורי הבסיסי בסל, זה מה שהיינו רוצים כמטרה.

דוברות: אני רואה את זה אחרת. גילוי נאות - אני לא חושבת שצריך שב"ן באמת. מה שנובע, נובע מתוך זה. כשיש את זה, אני חושבת שהמטרה היא הנגשת שירותי בריאות נוספים על ידי מתן אפשרות לקופות החולים לתת את



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השירותים הנוספים, וזה מטעמים של איכות רפואית ויעילות של המערכת, ואני אסביר – הקופות שיודעות איך לספק שירותים ולבחון את האיכות, יתנו שירותים באיכות הטובה ביותר. במובן היעילות אפשר להשתמש בגודל של הקבוצה כדי להשיג את זה בצורה הזולה והטובה ביותר. יש פה המון סכנות – שב"ן עלול פגוע בסל הבסיסי.

דוברות: אתייחס להגדרה הראשונית שנאמרה כאן – לגבי גוף ביטוחי אני לא מסכימה. תקנו אותי אם אני טועה – עניין הביטוח הוא פרמיה המשולמת בהתאם לסיכון.

ד"ר' שלומי פריזט: לא, ביטוח יכול להיות ביטוח עצמי ואז אני לא משלם בכלל, או קבוצתי.

דוברות: לא קשור לאקטואריה.

דוברות: פה יש אקטואריה ברמת הקבוצה ולא ברמת הפרט.

דוברות: אז גוף ביטוחי זה בסדר.

ד"ר' שלומי פריזט: גם בחברת ביטוח אתה משלם את הסיכון הקבוצתי של הקבוצה שלך.

דוברות: אני גם לא הייתי נכנסת לעניין של מציל חיים או לא כי זה מטרת הסל הציבורי, וזה משהו נפרד. הייתי מכניסה את ההנגשה בעלות מינימלית, ללא מטרות רווח לאותו גוף. אני מסכימה עם העובדה שזה לא צריך להיות לגיוס מבוטחים, אלא תחרות על העניין של האיכות.

דוברות: אני בדעה שנאמרה כאן – לא צריך שב"ן.

דוברות: זו גם תשובה.

ד"ר' שלומי פריזט: זה בסדר לחשוב ככה.

דוברות: אפשר להגיד שמטרת השב"ן וביטוח פרטי-מסחרי היא זהה, ואני מסתפקת בפרטי-מסחרי.

דוברות: אני לא רוצה לתת מטרה מוצדקת להנגיש. אני יודעת מה אני רוצה שיהיה במערכת הציבורית, ואני נותנת את זה לבחירתם האישית. בהינתן שיכולה להיות אולי איזושהי בעיה, הציבורי מאוד רוצה שב"ן – אני לא חושבת שיש לו אופי חברתי, צריך לכלול רק NICE-NICE TO HAVE ולא הייתי נותנת לו מניע חברתי. הממשלה לא צריכה להיות מעורבת בדברים של NICE-NICE TO HAVE. אם לא נרצה לומר אין שב"ן, הוא יצטרך להיות מבחינתי, במינימום הקיים.

ד"ר' שלומי פריזט: שאלת אתגור – גם אם היה מסתבר שהמטרות של המערכת הפרטית לא מצליחות להגשים עצמן מכיוון שיש כשלי שוק, אין מספיק תחרות, משהו קורה שם שלא עובד – גם אז היית אומרת שאת לא רוצה שב"ן?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אתה מניח את הרציונל העיקרי להתערבות ממשלה. יש כשלי שוק רציניים, ואז הממשלה צריכה להתערב. אם תמצא מוצרים בעלי כשלי שוק כאלה שחיונית התערבות ממשלתית, נהיה בבעיה ונצטרך לתת לה פתרון.

דוברות: אני מסכימה איתה.

ד"ר שלומי פריזט: אתם יודעים שאי אפשר לבטל שב"ן ומסחרי...

דוברות: רפואת שיניים זה לדיון נפרד מבחינתי.

דוברות: אני מתקנת לפרוטוקול – אני חושבת שלא צריך להיות שב"ן כמו שהוא היום. מסכימה במאה האחוז איתך.

דוברות: אני חושבת שהשב"ן, מעצם זה שהוא מופעל על ידי הקופה ומוקם על ערכי חוק בריאות ממלכתי, אז אני מתחברת למה שנאמר כאן שאנשים רואים במה שהשב"ן נותן כחותמת – גם אם אתה לא באמת רוצה אותו, אתה צריך אותו ויש גוף ממלכתי שמאשר אותו. בנוסף אני חושבת, שאני רואה אותו כביטוח פרטי כי הוא לא הציבורי, ואני לא חושבת שהמדינה צריכה להנגיש אותו – כמו שהיא לא צריכה להנגיש ביטוח מסחרי, כך גם לא את השב"נים. אבל – בהינתן שיש אותו, אני חושבת שהוא בהחלט צריך לכלול רק שירותים שהם NICE-NICE TO HAVE, ובוודאי לא שירותים מצילי חיים, מאריכי חיים וכו'. אני מסכימה שצריך להקים משהו אחר, אבל הוא לא יהיה שב"ן במתכונתו הנוכחית. הוא צריך להיות זרוע ביצועית של המדינה, ואנשים אותו למי שיכול לשלם אותו? לא, מה שצריך להיות היום זה ביטוח בחסות ציבורית.

דוברות: השב"ן מטרתו בעיני זה ביטוח בעל אופי חברתי-סוציאלי, שמספק שירותי בריאות משלימים או נוספים, לא מצילי חיים ולא חיוניים, ביעילות, תוך הפנמת שיקולים מערכתיים, ובאופן שתימנע פגיעה במערכת הבריאות הציבורית ומערכות ציבוריות אחרות. אני מפרשת יעילות כיעילות בהספקה, עלויות משקיעות ותחשיבי עלות-תועלת. הקופה היא גוף שהציבור סומך עליו, וכשמכניסים שירות אז הציבור משתמש בו כי זה הוכנס על ידי הממשלה. מחובתה של המדינה לקחת שיקולי עלות-תועלת על איזה מוצרים היא שמה שם, לא להכריח את הציבור לשלם פרמיות על דברים שהם לא רוצים, ובטח שלא לשלם פעמיים.

דוברות: אפשר להגיד שהיעילות היא לא רק פרמטר כלכלי אלא גם באיכות?

ד"ר שלומי פריזט: כלכלנים יעלבו אם תגיד שאיכות זה לא כלכלי – תגיד פיננסי.

דוברות: בתוך התועלת יש גם את האיכות, לכן זה חלק מהתחשיב שאני עושה.

דוברות: אני מסכימה. חשוב גם שיהיה ברור מה זה משלימים או נוספים, כי אני חושבת שזה לא היה ברור. אני רוצה שהם לא יכללו שירותים משפרים. אני רוצה להוסיף להגדרה אולי מטרה שתהיה ועדת סל-שב"ן, שזה לא יוחלט על ידי אנשים בודדים.

דוברות: כשקופה רוצה להוסיף משהו, היא תגיע לוועדה. זה כבר למנגנון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: מאחר וזה בעל אופי חברתי והמדינה מעורבת בזה, האם צריכה להיות אחדות בסל המוצרים שהשב"ן מספק בין הקופות? אם זה כך, האם צריכה להיות שוויונית בכך שהיא מציעה לכל המבוטחים אותו סל? עדיין לא הבנתי את המינון.

דוברות: מבחינתי משלימים או נוספים שאינם חיוניים או מצילי חיים, הם NICE TO HAVE - משהו שהוא לא חיוני. כל דבר אחר צריך להיות בסל, ואני מוציאה החוצה את השיניים.

דוברות: צריכה להיות וועדת שב"ן. מה שאת אומרת זה שזה יכנס תחת סל אחד גדול. אם ככה, מה שאת אומרת זה בוא נכניס את זה לסל עצמו, ואז השאלה היא האם להגדיל את סל הבריאות ולגבות את זה דיפרנציאלי?

דוברות: ברור שכשנדבר על מקורות למערכת הציבורית, בהינתן שזו דעתנו על שב"ן, נתייחס גם לזה.

דר' שלומי פריזט: יש 2 עמדות - אין צורך בשב"ן, ביטוח פרטי שהמדינה מקיימת ומתערבת בתמהיל המחירים שישולמו בו.

דוברות: אני חושבת ששלושתנו אמרנו שאנחנו לא רואים נחיצות בכך, אבל בהינתן שיש, אז יש קונצנזוס על ההגדרה שניתנה.

דוברות: בחירת רופא, האם זה חיוני או לא?

דוברות: זה משפר שירות, זה הכל.

דוברות: הוויכוח הוא מה נכנס לכאן.

דוברות: היה פה קונצנזוס לגבי חוסר הצורך בשב"ן, אבל בהינתן שישנו, הרוב המוחלט חושב שתכולתו צריכה להיות המינימום שבמינימום. אנחנו עדיין סבורים שהוא צריך להיות תחנת ביניים לשירותים שצריכים להיכנס לסל. צריך להגיד את העמדה הזו גם כן.