



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרוטוקול וועדת משנה ביטוחים – 3/11/13

נוכחים: דר' שלומי פריזט, רויטל טופר, דר' שולי ברמלי, מיטל גראס, ניר קידר, פרופ' לאה אחדות, יואב יונש (מחליף את שרונה פלדמן), שירה גרינברג, עו"ד לאה ופנר, דר' טוביה חורב, ליאור (מחליף את רויטל בחלק מהיום), דורון קמפלר, מור סגל.

דר' שלומי פריזט: בפעם האחרונה שעצרנו הייתה הגדרה על השולחן שמתייחסת לשב"ן (ע"ע מפגש קודם, מצטט). כשהיא מדברת על יעילות הביטוח הזה היא מדברת על התמהיל של השירותים שנכנסים אליו, שבסל לא יהיה ממכר נעליים וחנות לתקליטים או משהו פרה-רפואי, מה שהציבור לא באמת צריך, אלא רק שירותים משלימים או נוספים.

דוברות: לא משפרים.

דוברות: אם יש טרמינולוגיה מוסכמת, אז נשתמש בה. חשבתי על זה בשבת, חשבתי אם אפשר להציע להמשך הדיון גם יתרונות וחסרונות של ההגדרה הזאת. אפשר לדון בזה עוד, ולומר למה אנשים חושבים ככה.

דוברות: אני בכלל לא מסכימה עם ההגדרה זאת. תחזור עליה ואז אעבור על כל האלמנטים.

דר' שלומי פריזט: (חוזר על ההגדרה).

דוברות: לא צריך גם חברתי וגם סוציאלי.

דוברות: העדפתי חברתי בגלל העברית.

דר' שלומי פריזט: היו דעות שאמרו שלא צריך שב"ן כמו שהוא היום בכלל, שזה לא צריך להיות תחרות על מבוטחים וגריפת שמנת מול הסל. לא עודכנת על מה דיברנו?

דוברות: עודכנתי ואגיד מה דעתי – מסכימה עם אופי חברתי, כלומר נגיש, ללא חיתום והחרגה.

דוברות: ואז זה מצדיק מעורבות ממשלתית.

דוברות: מקבל כל פונה, אין החרגות, הפרמיה נקבעת לפי סבסוד הדדי.

דוברות: האם מאמן כושר מצדיק מעורבות ממשלתית?

דוברות: הייתי לוקחת צעד קדימה – האם כמדיניות, היות וזה ביטוח משלים חברתי, האם המדינה צריכה גם להכניס או ליזום לתוכו שירותים שהיא חושבת שהם חשובים, כמו קידום בריאות או עידוד הנקה. אמרתי את זה בגלל הקטע החברתי-סוציאלי ושהזכרה מעורבות ממשלתית. היינו רוצים לראות את השירותים האלה בסל, וזה בדיוק המקום שהשב"ן צריך להיכנס אליו. ברור שהמקום הטבעי הוא בסל, ואם לא הצלחנו מכל מיני סיבות,



האחרת היא שמי שיוכל לרכוש את זה הוא רק מי שהפרוטה נמצאת בכיסו. זה קשור לעובדה של מי יכול לרכוש, הזדמנות שווה לרכוש את הדבר הזה, את השירות חיוני הזה שלא הצלחנו להכניסו לסל. אני רוצה להנגיש אותו כדי לתת הזדמנות שווה לכל המבוטחים לרכוש אותו. אם זה לא יהיה במשלים, הוא יהיה בפרטי. החולים והקשישים והעניים לא יוכלו לרכוש אותו בכלל, גם אם יוכלו לרכוש ביטוח משלים. מעבר לזה, אין משמעות לביטוח המשלים. אחרת מה אני רוצה להנגיש? חדר כושר? מה משמעות ההנגשה? דברים חיוניים שלא נמצאים בסל.

דוברות: אין לי שום דבר להגיד כנגד הטיעון שלך. מה שחיוני צריך להיות בסל, ואם יש אופציה לשב"ן, אז הם לא בסל.

דוברות: זה ביצה ותרנגולת. כשרפואת שיניים לא הייתה בסל, זה היה בשב"ן וזה היה תקוע. ואם זה לא היה בשב"ן, זה לא היה בסל.

דוברות: אני לא חושבת שזה נכנס בגלל שזה היה בשב"ן. מה שתפס זה התודעה של ליצמן.

דוברות: פתאום כולם נזכרו שיש רפואת שיניים לילדים?? לפני כן אף אחד לא דיבר על זה. יש הרבה דוגמאות כאלה על תרופות ודברים אחרים. אסור שזה בכלל יהווה שיקול. אסור שהימצאות של דבר כזה או אחר יהיה שיקול להכנסה לסל.

דוברות: בפועל, ברגע שזה נמצא בשב"ן זה מקל על ההחלטה לא להכניס לסל.

דוברות: לא נכון, להיפך.

דוברות: לכל ה – NICE TO HAVE אין מקום בשב"ן. לא צריך אותם, אין להם אופי חברתי.

דוברות: השאלה היא מה זה NICE TO HAVE, שאלה בעייתית. השאלה מה זה שירותים חברתיים - אישה שהאף שלה לא יפה וזה פוגע לה בביטחון או אם מישהו שהולך לחדר כושר וזה גורם לו לצאת החוצה להתאמן – אם יש משהו חשוב שבשבילו נועד השב"ן, זה דווקא השירותים האלה. אני יכולה לראות את ה – NICE TO HAVE ברובד השני. לא בטוח שהם יוכלו לקבלם בחוץ ביותר זול, או יותר נכון בטוח שלא.

דוברות: אולי הם רוצים משהו אחר בכלל.

דוברות: למה אנחנו בכלל מדברים על רבדים, ויוצאים מנקודת הנחה שיש רובד שני?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: תרופות מאריכות חיים שלא נמצאות בסל, ויש כאלה, בוודאי שמקומן בשב"ן. כל שנה אנחנו מתעסקים בזה. אני לא חושבת שיש משהו מציל חיים שלא נמצא בסל, למרות שצריך להגדיר מה מציל ומה מאריך. אם אני כן חושבת שמקומו בשב"ן, והשאלה אם הוא מציל או מאריך.

ד"ר' שלומי פריזט: בואו נדבר רק על זה. יש תכשיר שמאריך ב - 3 חודשים את החיים של חולה סרטן.

דוברות: מלכתחילה זו לא הייתה המטרה. כשאסרו ב - '98 את השב"ן לא סגרו את מכבי זהב. כשב - 2007 התקבלה החלטה, השב"ן נהיה אחרת.

דוברות: אני חשבתי שזה כבר נמצא שם.

ד"ר' שלומי פריזט: הטיעון שלך הוא הבא – השב"ן מצליח להשתמש ביעילות של הקופות, מספק שירותים במחירי עלות, ובמחירים הכי נמוכים שאפשר לספקם במשק ככל הנראה. כשמשו מגיע דרך המנגנון של הקופה, זה במחיר הכי נמוך במשק, כי עבור חברת ביטוח היא תשלם יותר, כי היא קונה יותר. מול בן אדם פרטי זה על אחת כמה וכמה.

דוברות: אני לא בטוחה שבתרופות הצרכנים נהנים מזה. ההנחה היא ממחיר מחירון, ולא מהמחיר שהיא קנתה את זה.

דוברות: זה קרוב למחיר עלות ועל זה אנחנו מפקחים.

דוברות: 50% ממחיר מחירון ולא מהמחיר שהקופה קנתה את זה. עדיין הצרכנים לא נהנים.

דוברות: אבל אם הקופה קנתה את זה ב - 70% פחות ממחיר ירפ"א, אז הם כן נהנים, כי יש פער של 30%. את טועה.

ד"ר' שלומי פריזט: יש לנו תכשיר מאריך חיים ב - 3 חודשים שלא נמצא בסל. תיכף נדבר על זה שזה לא נמצא בסל והשפעות השב"ן בעניין הזה. יש פה מנגנון שהוא הכי יעיל חברתי ונגיש במדינת ישראל, לתת את השירות הזה לצרכנים. הכי יעיל למעט הסל הבסיסי. עם זה אנחנו מתווכחים?

דוברות: באיזשהו מקום כן. ברגע שמבוטח יכול להשיג תרופה מחוץ לסל, כמו שבסל בודקים שיקולי עלות-תועלת, מבחינת המחיר שהיא קונה אז כן, אבל לא מבחינת הכמויות. יכול להיות שבלי שמירת סף זה יכול להיראות אחרת.

דוברות: זה לא ברצון חופשי, זה תרופת מרשם. בכל מקרה זה יעלה לו יותר זול מאשר לרכוש באופן פרטי.

ד"ר' שלומי פריזט: למה אתם חושבים שהתכשיר הזה לא צריך להיות בתוך השב"ן?

דוברות: בסופו של דבר, ויש על זה פרוטוקולים, הרבה פעמים מעלים את הטיעון שעכשיו כבר 75% מקבלים את זה דרך השב"ן, ולכן אין טעם להכניס את זה לסל.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: זה לא שיקול של הוועדה.

דוברות: אני בוועדת הסל מ - 2008.

דוברות: כמשקיף.

דוברות: כל הפרוטוקולים נמצאים באינטרנט באתר המשרד, ואפשר לראות שזה עולה כשיקול לא להכניס לסל, כי זה בזבוז של כספי ציבור. אני לא מדבר על תרופות מצילות חיים, אלא באופן כללי. זה שזה בשב"ן, זה כבר שיקול. אם נכניס את הדברים האלה לשב"ן, הסיכוי שזה יכנס לסל הציבורי הוא קטן יותר ויהיה פחות לחץ ציבורי להכניס את זה, כי רק 25% צריכים אותה.

דוברות: ממש לא נכון.

דוברות: דעתי היא שהדברים האלה לא צריכים להיות בשב"ן כדי שנוכל להכניסם לסל בסופו של דבר. ברגע שמשוהו נמצא בביטוח בלי אפשרות לשמירת שער, התועלת במתן התרופה צריכה להיראות. אף אחד לא בודק מה היעילות של התרופה הזאת.

דוברות: אתה חייב מרשם, וכל רופא לא ייתן מרשם אם זו לא התרופה הנכונה לאותו בן אדם. אם לבן אדם אין שום דבר שיכול לעזור לו למעט התכשיר הזה, בגלל זה אולי זה לא נכנס לסל.

ד"ר' שלומי פריזט: כאשר המבטח מספק את השירות, הוא שומר על הרופאים שלו מלתת טיפולים או בדיקות עודפות. המודל שלך בישראל הוא לא מודל של השתתפות עצמית או אינטגרציה אנכית בין המבטח למטפל. זה לא שומר על הביקושים אלא על ההיצע, ההשתתפות העצמית. זה הטיעון שלו. האם זה מה שאמרת?

דוברות: כן.

דוברות: טיעון אחר – יש יתרון לתיעדוף, לא סתם יש וועדת סל. נכון שיש מקרים קיצוניים כמו מה שנאמר כאן. אנחנו יכולים להיקלע למצב הזה, רוב התרופות לא עברו תיעדוף. יש יתרון מבחינה ממלכתית לתיעדוף של תרופות, אי אפשר להגיד שכל התרופות מאריכות חיים להכניסן לשב"ן, זה לא יעיל. זה יכול לפגוע בבריאות.

דוברות: לא פתחו הכל, היו תרופות שרשומות במדינות מסוימות. לא צריך להגיד את ההגדרה של השב"ן בשביל זה. לא הכל היה פתוח, הייתה הגדרה מאוד ברורה מה נכנס ומה לא - רק במקומות שיש רישום של תכשירים ולא כל אחד, החריג הוא תכשירים לא רשומים או ניסיוניים. זה לא שפתחנו את זה וכל קשקוש או מוצר לא רשום נכנס, זה לא שלא הייתה בקרה, אלא רק מה שאושר ב - FDA.

דוברות: זה לא בדיוק ככה, אני חושבת שצריך להיות תיעדוף.

דוברות: ברמה הבסיסית – הביטוח המשלים הוא בעל אופי חברתי, אבל יותר נמוך לעומת הסל הבסיסי, כי הוא מכסה 75% ולא 100%. הוא מכסה לפי גיל, ואוכלוסיית הקשישים מקופחת.

דוברות: שירותים חדשים שנכנסים, אנחנו משתדלים שלא יהיה סבסוד צולב לגמרי, רק בהיבט של הנהלה וכלליות ולא הוצאות רפואיות נטו.



דוברות: אז בגדול המוטו הוא שאין.

דוברות: אם תיקח את הפלטינום, כמעט שאין שם סבסוד צולבים. בנינו אותו מאפס. בישנות יותר יש סבסודים צולבים, תלוי בתכנית. בכל מקרה יש סבסודים צולבים מבחינת הגיל.

דוברות: אם אין, זה הרבה יותר חמור. אם פונקציית הגיל קובעת את הפרמיה, זה פוגע בסולידריות של התשלומים. אפשר להציג זאת בכמה דרכים – יכול להיות שנחלוק על זה, ויהיו עמדות שונות, ואני מתייחס למטרה. יש לה עמדה וזה בסדר. נקודת ההתייחסות שלי היא הסל הבסיסי, ואילו אני משווה את המשלים ולא את המסחרי, ועוד נגיע גם אליו. המשלים מכסה חלק קטן יותר מהאוכלוסייה, והחלק המרכזי באפיונים ובתכולה של הסל זה הקופות ופחות המדינה. הקופה פחות מתערבת בפחות אמצעים בסל הבסיסי.

דוברות: זה לא נכון.

דוברות: בהשוואה לסל הבסיסי.

דוברות: בסל הבסיסי צריך להחליט בכנסת ובמשלים אפשר לקבל החלטה עצמאית, בפן של הפוליטיקה, אינטרסים וכו'. בקטע של המשלים יש המון אינטרסים שאינם בהכרח פונקציית המטרה שהוגדרה. ככל שאני מגדיל את מה שנקרא "עוצמת חשיבות המרכיבים בסל המשלים", אני מגדיל את כל הבעיות שהצגתי מבחינה חברתית. ככל שתכניס לשם אלמנטים יותר איכותיים, אז הפכת את המרכיב הזה למרכיב שלא חלים עליו הכנסות ופרוגרסיביות והוא לא חל על כל האוכלוסייה.

ד"ר שלומי פריזט: ונניח שזה פחות פרוגרסיבי מהסל הבסיסי, אבל נגמר הכסף להכניס את זה לסל הבסיסי כי יגמר פשוט, סחטנו את התקציב. או שאני לא עושה שום דבר, או שהביטוחים המסחריים יציעו את זה, או שהשב"ן יציע את זה.

דוברות: או שאנשים יקנו את זה פרטי. בלי ביטוח.

דוברות: השאיפה של המערכת הציבורית היא שכל מה שחינוי במערכת הבריאות יהיה בסל הבסיסי, כי שם באים כל העקרונות שלא באים לידי ביטוי במשלים.

ד"ר שלומי פריזט: אתה הצגת שחיקה בבסיס של 10 מיליארד ש"ח בסל הבסיסי.

דוברות: כאשר אתה פותח את הסצנה הזאת – בבסיסי לא הצלחת להכניס. זו בדיוק הסכנה שבה אנחנו נמצאים, זה אותו מדרון חלקלק לכיוון הפיתוי או האיום הזה שזה לא ילך לסל הפרטי. אנחנו לא יכולים לאפשר את זה, כי הפתיחה של האופציה הזאת פוגעת בעוצמת הסל הבסיסי. במקום שיהיה לנו סל בסיסי - 99% סל רפואי ומשלים 1%, נמצא סל בסיסי בשוליים. אם אתה רוצה חותמת כשרות שהמשלים הוא אלטרנטיבה לבסיסי, תעבור למנגנון וולונטרי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר שלומי פריזט: היום, אם מסתכלים על השימושים בפועל ולא על תמהיל השירותים, בשב"ן - חלק גדול זה בחירת מנתח וחווה דעת שנייה.

דוברות: תעשה הבחנה בין מספר המשתמשים לנפח הפעילות בסדרי גודל של הוצאה. 2% לעומת 40%.

דוברות: המציאות הנוכחית היא כזו שהיא מתירה מרכיב איכות משופר בסל המשלים. שים לב כמה זה מסוכן, אתה יכול להכניס יותר מרכיבי איכות בסל המשלים, והם יוצאים מהבסיסי, וזה תהליך שקורה גם עכשיו וגם בביטוח הפרטי. עכשיו זה רופא מלווה ואחרי זה זה משהו אחר, ואני לא מדבר על מרכיבי נוחות, חדר פרטי, מלונאות, ארוחת צהריים, שגם שם יש לי בעיה. אני מדבר על ליבת העשייה הרפואית ולא תרופה מצילת חיים כן או לא, שצריכה להיות בסל הבסיסי לכולם. ככל שתיתן יותר ויותר מרכיבי איכות במשלים, אתה מחליש את הסל הבסיסי, וזה בקטע אידיאולוגי. ככל שאתה מגדיל את האיכות במשלים, אתה מגדיל את המשחק של כשלי השוק במערכת. יכנס מנגנון של סלקציה, שהקופות יעשו סינון.

ד"ר שלומי פריזט: אתה אומר אני לא יודע לעצור את זה בשום שלב.

דוברות: נכון, תיאורטית לא, היכן הגבול? זה ימשיך להידרדר. אני יודע שיש רגולטור, אבל זה לא הכנסת. יש היום מנגנון שבוחן כל תרופה ותרופה חדשה שרשומה.

דוברות: אם תרופה לא רשומה בארץ, היא לא תיכנס.

דוברות: יש מנגנון של תיעדוף שכולל את כל התרופות והטכנולוגיות הרשומות מכאן ועד להודעה חדשה. יושבת וועדה בעלת אלמנט ציבורי חשוב ואלמנט מקצועי, שבוחנת ומתעדפת כל תרופה. לתיעדוף הזה יש חשיבות קלינית רפואית ולא סתם. הם בודקים תועלת אל מול השקעה בסל הציבורי. פרצת ואמרת שזה לא המנגנון או שהוא יהיה בשוליים ואז הפסדת – יצרת פיתוי אדיר למקבלי החלטות שלא יתנו עדכון טכנולוגי יותר, ויצרת מצב שאתה עשוי לאמץ כמדינה הרבה תרופות שאתה לא רוצה שיהיו שם בכלל. זה לא תרומה לבריאות האוכלוסייה אלא אולי נזק. אלו אלמנטים תחרותיים שיווקיים אל מול הקופות. המנגנון זה איך אני מספק משהו שאני יכול בעקבותיו להגדיל את ההכנסות שלי ולהגדיל פרמיה. אתה יוצר מנגנון לא יעיל ולא צודק לתיעדוף בביטוח המשלים. אתה יוצר מנגנון אנטי חברתי בטוח.

ד"ר שלומי פריזט: הבהרה - אפשר להכניס משהו לשב"ן גם אם הקופות לא רוצות שיכנס?

דוברות: לא, משפטית אני לא מבינה איך אפשר.

דוברות: אפשר לבקש מקופה לשקול להכניס. היא מסרבת, מחר מישהו אחר יכול לסרב.

ד"ר שלומי פריזט: זה בג"ץ.

דוברות: זה לא בג"ץ, אי אפשר לחייב.

דוברות: זו התשובה למה רגולציה לא מספיקה לשום דבר.

דוברות: מערכת וולונטרית שבה השחקן המרכזי הדומיננטי הוא קופת חולים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: הבהרה – האם בשורה תחתונה דעתך היא שלא צריך את השב"ן?

דוברות: אני עומד מאחורי ההגדרה שהגענו אליה בהסכמה, חוץ מנציג אחד שלא הסכים איתנו בפעם הקודמת.

דוברות: אני רוצה להוסיף שאני חושבת שהצד של הנזק לסל הציבורי וליעילות הוא נראה בעיניי משמעותי. אני כן רוצה לחדד את הנקודה שהועלתה כאן במובן של האם השב"ן הוא ערוץ להנגשה שוויונית יותר מבחינת היכולת של אנשים לקבל שירות שלא נמצא בסל, לעומת אילו הם היו רוכשים אותו באופן פרטי או דרך הביטוח המסחרי. יש אוכלוסיות שאין ביכולתן לרכוש את הפרטי. השב"ן מאפשר לאוכלוסיות יותר רחבות. אני יותר קיצונית, לדעתי לא כל כך צריך שב"ן, ואם צריך את זה למישהו, אז אשים שם NICE TO HAVE ולא נדרשת לכך מעורבות ממשלתית אלא החלטת הפרט מספיקה. אני הולכת עם ההגדרה שיש, אבל אנחנו צריכים להבין שבמסלול שאנו בוחרים, יכולה להיות בעיה של פגיעה בהנגשה יותר שוויונית, וזה מחיר שאנחנו משלמים עבור זה שאנחנו משלמים נזק מבחינת הסל הציבורי, יעילותו והיקפו, וזה בסדר. אתה משלם מחיר תמורת הדבר הזה, בתקווה שהסל הציבורי יוכל להתרחב יותר ולהיות איכותי יותר ולמזער את הנזק הזה.

דוברות: קודם כל, מה שנאמר על הפרוטוקולים - אני רוצה שיביא דוגמא על תרופות מאריכות חיים שאמרו שבגלל שזה בשב"ן הן לא נכנסות לסל.

ד"ר שלומי פריזט: הוא אמר שיביא דוגמאות.

דוברות: אם לוקחים שירות שהיה בשב"ן אבל מלכתחילה חיפשו תירוץ ולא חשוב שהוא בעדיפות גבוהה להיות בסל, זה לא דוגמא טובה. דוגמא טובה זה משהו בעדיפות גבוהה, ודוגמאות כאלה אין. גם אם לא היה בשב"ן, לא היו מכניסים אותו לסל. אם הוא נפל בתיעדוף, כנראה שהיו דברים יותר חשובים.

ד"ר שלומי פריזט: הוא אמר שישנם שירותים שראוי שיהיו בסל, אבל מכלול השיקולים לא להכניסם לסל היה עצם קיומו בשב"ן ונגישותו לאוכלוסייה רחבה.

דוברות: צריך לראות מה בסופו של היום הייתה ההחלטה לא להכניס לשב"ן.

ד"ר שלומי פריזט: הטיעון שלו היה שזה היה אחד מהשיקולים.

דוברות: אי אפשר להגיד שזה בגלל שזה היה בשב"ן, זה לא נכנס. אם היה חבר וועדה שאמר את זה, זה עדיין לא סיבה שזה לא נכנס לסל. בתיעדוף זה נפל כי היו דברים קריטיים יותר. זה היה חשוב לי להגיד. לא תמצא משהו שהיה בסדר עדיפות 8/9A ולא נכנס לסל בגלל זה. גם כשמכניסים לשב"ן לא מכניסים הכל, יש פיקוח. גם NICE TO HAVE, חברות אופטיקה למשל, יש תנאי סף. בגלל שזה במשלים, יש תנאי סף שאומרים שאם לחנות הזאת אין אופטומטריסט כל שעות היום, אז היא לא תיכנס לספקים של השב"ן. שומרים על האיכות הניתנת, וגם עושים בקרה על הקטע הרפואי, שלא לרכוש יותר מדי, זה חייב להיות עם הפנייה. יש מקומות בחו"ל שהם מוכרים ושלא הכרנו בהם, זה לא פרוץ וזהו. זה המקום של הקופה ושל הרגולטור. יש מקומות שאמרנו שמה שלא רשום ב - FDA לא ייכנס וגם הבחנו בין מדינות. אני לא חושבת שרופא ייתן מרשם לתכשיר שיזיק למבוטח. אנחנו מזלזלים ברופאים! גם אם זה יזיק לבריאות של החולה?! אין דבר כזה. לא כולל תרופות ניסיוניות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: בואי נניח שישנה תרופה מסוימת שנמצאת בסל, והיא די דומה לתכשיר אחר ועשויה להועיל את מצב הבריאות של הפרט והקופה, תגיד למה לי לתת את התרופה הזאת בסל? בביטוח המשלים לעומת זאת, יש מי משלם. יש מנגנון איזון מיד, כל הזמן צריך להתאים הוצאות להכנסות.

ד"ר' שלומי פריזט: השב"ן כמנגנון הסתה - טיעון שהוא נכון למעשה רק למשהו שהוא בליבת סל הבריאות. אני לא יכול לעשות, אז אתן את זה במשלים או במשפר.

דוברות: לא נכון. אם אני אתן לשב"ן תכשיר שהוא תחליפי אבל משמש לאותו דבר, אז גם תוכלו להגיד הסתה. בדיוק בשביל יש רגולטור, יש כללים. אסרנו על הקדמת קווי טיפול ועל ההסתות האלה, במיוחד בתרופות מאריכות או מצילות חיים.

דוברות: אף אחד לא רוצה לזלזל בפיקוח או ברגולטור, אבל את מתעלמת ממשמעות של תמריצים שיכולים להיות חזקים, גם אם זה רגולטור או מפקח. דבר שני – גם אם אתם מוציאים הוראה והנחייה, נאמר שהביצוע בשטח לא תואם את ההוראה וההנחיה. אל תיקחי את זה אישית.

דוברות: זה לא רק הוראה והנחייה, אין תירוצים. זה כתוב בתקנון, זאת אומרת מה הזכות, כתוב בתקנון למה הוא זכאי. זה לא הנחייה, זה כתוב כמו פוליסת ביטוח מה מגיע לאדם, מתי כן ומתי לא. יש גם השתתפויות עצמיות שאומר שירכשו כמה שהם רוצים - אולי זה יפגע להם בבריאות שלהם, אבל גם פה יש מגבלות של כמות ושל השתתפויות עצמיות.

דוברות: אני חושבת שיש חשיבות לתיעדוף, ואת בעצמך אמרת שחלק מהסיבות שלא רצו להכניס את התרופות לסל זה בגלל שהן לא מספיק חשובות.

דוברות: היו דברים חשובים יותר אבל לא היה מספיק כסף, מה לעשות. בגלל זה לסל יש תיעדוף.

ד"ר' שלומי פריזט: זה טיעון אחר לגמרי. לא משפר או מרחיב, אלא טיעון שהוא תמיד נכון. אנחנו לא מדברים על איך נכון לעצב את השב"ן.

דוברות: יש מנגנון שעושה תיעדוף במקום אחד ואין את זה במקום אחר, אני מסכים איתה.

ד"ר' שלומי פריזט: גם במרחיב ובמשלים יש את הבעיה של התיעדוף. אבל היא מדברת על המשפר.

דוברות: זה אפילו לא משפר, אלא על תרופות חדשות.

ד"ר' שלומי פריזט: טעות שלי. באנו מהלא חיוני, גם שם אין תיעדוף. בחיוני ובלא חיוני.

דוברות: גם בפרטיים אין תיעדוף.

ד"ר' שלומי פריזט: נושא התיעדוף יותר חיוני מאשר האם זה חיוני או לא.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני חושבת שצריכה להיות וועדה שתלווה את ההחלטה, אמרתי את זה ביום חמישי. צריך להיות תיעדוף ברמה הלאומית.

דוברות: שזה וועדת הסל.

דוברות: מי לא מסכים עם זה??

דוברות: היא.

דוברות: שאני לא אהיה בעד תיעדוף בסל? הסל זה הרמה הלאומית. לגבי העניין של התמריצים, של לייבש את הסל – עד 2007/8, ללא קשר לתרופות האלה, עוד קודם לכן הסל יובש במשך שנים. אז להגיד שזה בגלל התרופות מאריכות חיים בשב"ן? עובדתית זה לא נכון. היו שנים שהסל היה אפס, בלי קשר לשב"ן. לכן לטעון שהיבוש של הסל הוא בגלל שזה היה בשב"ן זה לא נכון. גם כשהוציאו את המאריכות חיים מהשב"ן וגם היום, אנחנו ראינו את זה בוועדה בשנה שעברה. מעבר לזה הסל מיובש ויש גירעונות, ולבוא ולומר שזה בגלל השב"ן זו טעות, כי זה קורה וקרה גם בלי השב"ן. אין קשר בין הדברים, זה לא קרה לפני ולא אחרי. מייבשים בעובדה הזאת שיש 2 מיליון ש"ח גרעון לקופות. 2 טיעונים – 300 מיליון ש"ח לסל זה טוב, אבל זה לא מספיק. אנחנו רוצים 2% מכל עלות הסל, ואנחנו רואים שיש דברים שלא נכנסים, גם שהם חשובים. שנית – כל מה שהוא חיוני וקיבל דירוג גבוה בוועדה, תראו איזה אחוז נמוך לא נכנסו מתוכו.

דוברות: עדיין יש יתרון לתעדוף.

דוברות: תמיד יהיו דברים שלא יכנסו בגלל מגבלת תקציב. זה נותן פתרון ביניים לאותם אנשים שלא יכולים לרכוש ביטוחים מסחריים, שם לא יקבלו אותם כי הם חולים או זקנים או שאין להם כסף לרכוש רמה כזאת של ביטוח. אם אנחנו מדברים על שוויוניות, זה הדבר הכי לא שוויוני שמדינה יכולה לעשות. מקדמים את הסל דמוגרפית בממד יוקר הבריאות, ונציגי האוצר לא פה, אחרת היינו מתווכחים על זה שעות. האוכלוסייה לא רק מזדקנת, אין רק קידום של מחירים. אין שום מדד לקידום תחלואתי של הסל. מספר חולי הסרטן הולך ועולה, ומספר המחלות הכרוניות עולה. כרגע בסל אין מענה לזה והסל מתייבש גם כך, השב"ן לא מהווה השפעה ועדיין הסל מיובש. לא אפס, אבל גם 300 מיליארד ש"ח זה לא מספיק. גם הקידום לא מספיק.

דוברות: כמה דברים – אחד – נושא השב"ן מאוד בעייתי. הצהרתי הצהרה מסוימת בישיבה הקודמת ואני עצמי מתחבטת בה. הדיון בשב"ן חייב להיות מנותק מהסוגיה אם הרגולציה טובה או לא. לי יש קושי להגיד משהו על זה, הרגולציה נהדרת והדיון הוא מעבר לזה. בנושא השב"ן, 2 הבעיות שאני הכי חוששת מהן – ראשית, הוא פוגע בסל הבסיסי בצורת ההתנהלות היום ואני אסביר תיכף. שנית – במתכונת של ריבוי האינטרסים והכובעים של כל השחקנים, לא יכולים להיווצר חומות סיניות מספיק טובות של הסתכלות ניטרלית.

היתרון של הביטוח המסחרי על פני השב"ן הוא בעיניי כמעט אחד בלבד – מדובר בשחקנים אחרים שלא מתוך המערכת, שניתן לבחון אותם באופן נקי. לדוגמא מי שקובע את הסל הבסיסי הוא גם קובע את השב"ן, עם כל הכבוד יש ריבוי עניינים, ולא אגיד ניגוד, זה הרבה יותר קשה. אם לא יהיה בשב"ן, זה ילך למסחרי, וזה משפיע על



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

איך השוק יתנהל. אתה לא על אותו שחקן וזו בעיה קשה בעיניי של ערבוב וחוסר ערבוב. יש מנגנוני רגולציה ופיקוח. אני מתכוונת כרגע לשב"ן שהוא בקופות. כמו שזה מתנהל היום, ואין אף אחד שרוצה לעשות רע, יש זליגות ויש ערבוב תחומים, ואין מה לעשות. זה מה שקורה כשיש ריבוי.

ד"ר שלומי פריזט: איך זה בא לידי ביטוי?

דוברות: ישבתי בוועדת הסל עד לפני 3 שנים. אני מניחה שבהנחה שלא הכל השתנה יש לי ידיעה בעניין, ובנוסף אני מדברת עם הקופות ועם רוב השחקנים במערכת. כשאתה יושב שם ויש לך סל בסיסי ושב"ן, השיקולים שלך מושפעים אחד על חשבון השני. אבל לחשוב שמי שיושב בישיבה ומקבל החלטה על הסל ולא חושב על אלטרנטיבות לשב"ן, זה לטמון את הראש שבחול ולא לחשוב על המציאות. אני משוכנעת ששום דבר לא יופיע בפרוטוקול. הדברים האלה לא מופיעים שם פר הגדרה. זה אותו שחקן, אין מה לעשות, זה משפיע. אני אומרת שהשב"ן בעיניי הוא כלי משחק איך שהוא מתנהל היום, ולכן הוא משפיע על הסל. הוא בידי השחקנים שמשפיעים על הסל פעם ככה ופעם ככה, וזה לא לחלוטין חיצוני ונשקל לחוד, ומחליטים אם לשפר או לא. אם יש לו השפעה על הסל, אין ספק שיותר מקל מצפונית על כולם להכניס יותר דברים לסל, זו דעתי האישית. זה תמיד שיקול לכאן או לכאן – אם אין מספיק כסף, ובגלל זה היה צריך להשאיר בחוץ תרופה מאוד מאוד חשובה, ולא אגיד מצילת חיים או לא, אני מאמינה שבמדינה היו מוצאים את הכסף, והיו שמים את זה בשב"ן. ככה לא מוציאים את הכסף, כולם מרוצים. זה הרי לא מוכיח כלום. במצב שהיה מאוד חשוב ומהותי, היו עושים את זה. זה לא עומד בלוגיקה ולא מוכיח כלום.

דוברות: זה לא עומד במבחן המציאות.

דוברות: אני לא מסכימה איתך בלוגיקה ובמבחן המציאות. מפריע לי שזה תחנת ביניים ולכן זה פוגע בעיניי. לגבי התרופות – יש בעיה להגדיר מצילת חיים וזה מאוד קשה להגיד את זה. הפער בין מציל למאריך הוא מאוד סבוך ואי אפשר לדעת אותו בדיוק. קשה מאוד לעשות את זה וכולנו מתחבטים בעניין הזה. גם הארכת חיים אנחנו לא יודעים מה הסטטיסטיקה בדיוק, 5% או 120% סיכוי, ויש כאלה שבשבילם זה ה – 100% אחוז. אין לי הגדרה יותר טובה, אבל בעיניי כל מה שבפרקטיקה המקובלת צריך להיות בסל הבסיסי, צריך להיות שם. אני מתלבטת כי יש יתרון אחד בעיניי חשוב לשב"ן – אם יש יותר בריאות שתניתן על ידי הקופות, שכבר יש להן כלים והשפעה והכשרה, הייתי רוצה שזה יינתן שם. אני לא יודעת איך השב"ן הפך להיות כסף לקופות, אני לא יודעת איך זה קרה. אם היינו מוצאים את הדרך לזה, היינו משאירים את השב"ן. אבל כל מה שהוא היום – תחנת ביניים, מקור לעוד כסף – רחוק מאוד ממה שהשב"ן צריך להיות.

דוברות: יש לי את הציטוט מהפרוטוקול של וועדת הסל, אין שמות דוברים – "זה כלול בכל השב"נים ולכן אני בעד לא להקצות לזה 70 מיליון ש"ח". הוא מדבר על שקיפות עורפית.

דוברות: השאלה אם זה מתרופות מצילות או מאריכות חיים. זאת לא הסיבה שהתרופה נדחתה.

דוברות: לעולם לא תדעי אם זה הסיבה לדחייה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אם זה היה בתיעוד גבוה, זו לא הייתה הסיבה. זה היה נכנס.

דוברות: אי אפשר להתעלם מזה כנתון רקע, הדברים האלה קיימים. הפוטנציאל של הפגיעה בסל הבסיסי הוא כפול – על חברי הוועדה לזכור, וגם מבחינה תודעתית, שהאמון של הציבור נשחק כשיש בשב"ן תרופות מאריכות או מצילות חיים. מציל חיים זה חיוני, ואנשים ממנים את הפרמיות אבל לא יכולים לממש את זה כשהם צריכים.

דוברות: ההשתתפות העצמית היא נמוכה על גבול האפס במצילות חיים.

דוברות: אנחנו יכולים להגיע למצב של פגיעה משולשת. זה לא ברמה הפרסונלית כמו ברמה המבנית. כשיש וועדה שמחליטה מה להכניס לסל מסיבות כאלה ואחרות, גם שם צריכה להיות וועדה כמו שהוצע כאן, שעושה תיעוד גם לגבי השב"ן.

דוברות: שתי שאלות – אנחנו כל הזמן מסתכלים על צד אחד של המשוואה ונראה לי שאמרת שאתם לא רוצים לגעת בצד השני – ביטוח מסחרי ורצון הציבור. יש כאן 2 השערות – השב"ן פוגע בסל ושוחק אותו, אבל מצד שני האם היעדר תרופות מצילות חיים שוחק אותו עוד יותר וגורם עוד יותר לפנייה לפרטי? אני חושב שזו סיבה לדעתי. אפשר להגיד שזה לא מעניין והפרטי הוא בצד, או שאנחנו מתייחסים והוא משפיע, אבל שזה ילך לשם ולא לשחקן משפיע. נראה לי שזו דילמה שכל הזמן מתווכחים עליה, וצריך לקבל החלטה אם מכלילים אותה בדיון או לא. העניין הזה של שינוי בטעמים – אנשים מוכנים לשלם יותר כי יש להם עוד כסף. כשמסתכלים על זה, הביטוח הפרטי יגדל בכמות, ואם יש לך 40% ביטוח פרטי לעומת 80%, וזה מחוץ לקופה - זה בסדר.

דוברות: הוא צודק שזה חלק מהדיון ולא שני דיונים נפרדים.

דוברות: הדרך שהסל הבסיסי לא יפגע וישחק היא על ידי שמירה על איכותו. אני לא חושב שיש מנגנון של ברירת מחדל שכל מה שלא נכנס לציבורי עובר למשלים. לא לפתוח אופציה של אלטרנטיבה שהיא הרבה יותר גרועה מהציבורי, שומר על סל ציבורי איכותי ורחב, ומי שרוצה, שייקח פרטי. האופציה של שמירה של זכות האזרח לקנות מה שהוא רוצה שתהיה בפרטי, אבל גם צריכה להיות אסדרה. המערכת הפרטית היא אלטרנטיבה וכן יתנהל מנגנון שוק – לא, גם שם צריך להסדיר.

כמה הערות קטנות – השחיקה של הסל הבסיסי איננה בגלל עדכון טכנולוגי. המנגנון הוא יחסית סביר. בהערכות של אנשים מחו"ל שמסתכלים על תכולת הסל, היא טובה מאוד ועומדת בסטנדרטים בין לאומיים. הייתי רוצה יותר בעדכון הסל, אבל זה במקום טוב. תסתכלו מה נכנס בשנים האחרונות. אנחנו כבר בכלל לא במצילות או מאריכות חיים. אני לא חושב שהעדכון הטכנולוגי גורם לגירעונות של הקופות. זה לא שם. יש לנו סל בסיסי מצוין. הטענה המרכזית שלנו בנושא המשלים היא שברגע שאתה פותח את האופציה ומתיר למשלים להכניס יותר ויותר דברים איכותיים ותוספתיים, אתה בעצם יורד ופוגע בסל הבסיסי.

ד"ר' שלומי פריזט: הוא אמר שזה יהיה בפרטי והוא ינגוס בסל הבסיסי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אם תשמר סל בסיסי איכותי, טוב, רחב, מנגיש וכן הלאה, ותעשה רגולציה בפרטי, שימכרו מה שהם רוצים ואין לי בעיה.

דוברות: אני מסכים עם ההנחה הראשונה של הדיון, שיכולת המיקוח של הקופות גבוהה משל חברות הביטוח ולכן בהגדרה, בשב"ן המחירים שיכולים להינתן הם יותר נמוכים. מסכים עם כל השאר לגבי הדיון של התרופות שבסל. אני רק רוצה להעיר שהדיון הזה הוא גם לגבי ההיסטוריה וההחלטה שנפלה, ואנחנו רצים כבר כמה שנים עם המודל הזה. צריך לראות לגבי השב"ן גם לגבי בחירת מנתח.

ד"ר שלומי פריזט: זה לא שירות חיוני אבל כן משפר.

דוברות: מה שרציתי להצביע עליו זה שמיצינו יפה את הדיון של התרופות בבואנו לדבר על הזכות לבחירת מנתח, לראות אם זה נכלל כשירות חיוני, ולראות האם ניתן לקלוט אותו בסל במקום, אם יש מודל שנכון לעשות את זה ויש לכך משאבים אם נדרשים. צריך לזכור שאם אתה מוציא משהו מהשב"ן ולא יכול לקלוט אותו בסל אז העלות שלו תעלה, כי הוא יהיה אך ורק בידי חברות הביטוח.

דוברות: אם למעשה אחוז המבוטחים בפרטי היה 70%, האם גם אז הייתם משמיעים את אותן טענות בקטע של התמריץ? האם הייתם טוענים את אותם טיעונים? מחר בביטוח הפרטי יהיו 70% מבוטחים, האם גם אז הייתם אומרים שממילא כולם מבוטחים שם, ונאסור על חברות הביטוח לתת את השירות הזה? תתנו אתם את התשובות, אבל השאלה היא האם מה שמפריע לכם במשלים זה זה שיש בו 73% מבוטחים או ביטוח משלים כמוצר?

דוברות: התשובה היא לא בעיניי. זה לא מה שמפריע. מה שמפריע זה בעצם שברגע שיש ביטוח שנמצא בידי הקופות, שהן המבטחות גם של הסל הבסיסי, ובעצם על ידי זה שהן גם מציעות בתוך הביטוחים שלהן שירותים כאלה ואחרים שנניח והם לא חיוניים או הם פוגעים בסל הבסיסי, אז קודם כל יש תמריץ לגוף המבטח עצמו לעשות הסתות כאלה ואחרות ולפגוע במבוטחים בסל הבסיסי. זה דבר בעייתי וזה שונה אם המבטח זה קופות או חברות פרטיות. שנית – גם כשדיברנו על ביטוחים פרטיים מסחריים, גם שם צריך לקחת בחשבון את ההפנמה, גם שם צריך לראות איך מתמודדים ומה עושים. אני לא פותרת עצמנו מהבעייתיות בשב"ן, שבגלל המבנה שלו הבעייתיות היא הרבה יותר חריפה. לא מפריע לי ה – 70%, מפריע לי הפגיעה.

ד"ר שלומי פריזט: היא אומרת שני דברים – מפריע לי משהו מיוחד בשב"ן – מי שמספק את השב"ן מספק את הבסיסי והועיל וכך, יש פה שני תמריצים – יכולת להעלות הנגישות והעלאתה בסל הציבורי והשפעות צולבות אחרות. אני מנסח במילים שלי את מה שאמרה. יש בעיה עם האספקה באותו כובע. שנית – אם חברות הביטוח היו מציעות שירות שמעמיד בסכנה או מעלה את העלויות של המערכת הציבורית, צריך להתייחס גם אליו.

דוברות: השאלה שלי התייחסה לטיעון שבו יכול להיות תמריץ שלילי להכנסת תמריץ שלילי.

ד"ר שלומי פריזט: היא אמרה שכן אם זה פוגע בסל הציבורי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: בגדול אני אומר שאם הביטוח הפרטי יכסה רכיבה על סוסים ו – 75% ירצו לשלם על זה – אין לי בעיה אם זה. מה שאני רואה בבעיות בשורה הראשונה של המערך המשלים והפרטי, זה השפעת התכולה הזאת על הסל הבסיסי. כאשר הסל הפרטי מוכר קיצור תור באיכילוב, אני אומר שזו בעיה וצריך להתמודד איתה.

דוברות: אין לי בעיה אם זה היה 70%. הבעיה היא החיבור כאשר הקופה מזוהה עם השב"ן כגוף שנותן לו ממלכתיות. זו ההבחנה בין השוק המסחרי לשב"ן המסופק על ידי גוף ממלכתי, וזה המסר שעובר לציבור ולסל.

דוברות: בעיניי אם ל – 70% היה ביטוח מסחרי הייתי גם בודקת למה. אם זה רכיבה על סוסים או שירות בריאות אחר שלא ניתן. לא הייתי מתעלמת מ – 70% מבוטחים בביטוח פרטי. החלק השני זה הקופות שממלאות את שני הכובעים וזה סוגיה בעייתית. זה נותן את התחושה שהציבור מסודר יחסית בכסף קטן, ולכן זה מפעיל פחות לחץ על הממסד. הנה לכולם יש כסף להשיג משהו בסיסי. זה משהו לא שוויוני.

דוברות: אם השב"ן היה ממממן לא על ידי הקופות אלא על ידי מלכ"רים אחרים, כן הייתם חיים איתו בשלום?

דוברות: לא, זה טיעון אחד מבין מערכת טיעונים.

ד"ר' שלומי פריזט: בעיית שני הכובעים היא ספציפית לקופות, והשנייה היא שכל מי שעושה משהו שיש בו כדי לפגוע בסל הבסיסי או במערכת הציבורית, אני רוצה לטפל בו. ואני לא יודע מה אני אעשה עדיין. עמדת הוועדה היא בשני ראשים.

דוברות: אני רוצה שתישמע גם את דעת המיעוט פה, שלא תהיה החלטה שהשב"ן פוגע בסל.

ד"ר' שלומי פריזט: סיימנו עם הנקודה של חיוני-לא חיוני. מרחיב, משפר או משלים – כחלק מהשירותים שמציע השב"ן, בהגדרה שניתנה בפעם הקודמת, היה מרחיב והיה משלים ולא היה משפר. כך נאמר מפורשות שלא רוצים משפרים. בואו נפתח את זה לדיון. לגבי מרחיב ומשלים אין לאף אחד התנגדות. בואו נדבר על מוצר משפר – מוצר שנמצא בסל הבסיסי ובביטוח פרטי לצורך העניין דרך השב"ן, השב"ן מציע אותו באיכות יותר טובה או בתנאים משופרים, ובחירת מנתח זו דוגמה טובה.

דוברות: אני לא חושבת ככה. בחירת מנתח זה מוצר חדש.

דוברות: אני חייבת לשאול משהו אחר כי זה מבלבל אותי איפה זה נמצא – רק להבין – תרופה של קו ראשון או שני, איפה אתם שמים את זה? זה לא הרחבה. תרופה שנמצאת בסל אתה לא מקבל אותה כתרופה של קו ראשון, רק אם זה לא הצליח, רק אז תקבל. השב"ן מוכן לתת את זה כקו ראשון. השאלה השנייה שאני רוצה להבין – אותה תרופה, אותה יעילות, אבל הנוחות בלקיחתה – פעם ביום/חודש/שבוע – הסל אומר אנחנו מסתפקים בפעם בחודש כי אין מספיק כסף, אבל השב"ן אומר פעם ביום. מה דעתכם על זה?

ד"ר' שלומי פריזט: מה ראוי? האם להחליף קו שני בקו ראשון זה נחשב משפר או משלים? בואו נלך על הראשון – עמדתכם בנושא.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: הכל בסדר עם הגדרה של מרחיב או משלים. השאלה מה מכניסים לכל קטגוריה.

דוברות: לא ברור לי, ולכן הוצאתי כמה דוגמאות כדי לחדד. כשאנחנו מדברים על האם לקחת פעם בחודש לעומת פעם ביום או בשבוע זה גם משפר? אם זה המצב, חייב להיות משפר בסל של שב"ן. למרות הכל, הדוגמא הראשונה שלא יכנס לשב"ן, אבל אם אנשים רוצים למען הנוחות שלהם כי אחרת לא יזכרו כמו אצל אנשים מבוגרים, זה קשה, ולא הכנסנו את זה לבסיסי. אני חושבת שחייבים לאפשר לזה להיות בשב"ן.

דוברות: זה גם לא נכנס לשב"ן הרבה פעמים כי הקופה נותנת את זה, כי היא מבינה.

דוברות: לדעתי בחירת רופא היא לא חלק מהסל הבסיסי. אני לא חושבת שהמדינה חייבת לשלם כדי שהאדם יוכל לבחור רופא. יחד עם זאת, אי אפשר למנוע מאדם לבחור רופא. בגלל שאני לא חושבת שאפשר למנוע את זה כי זה חזק מאיתנו, ואני יכולה לתת תירוצים מפה עד הודעה חדשה למה זה קורה, צריך לאפשר לזה להיות בביטוח. אם זה בשב"ן או בפרטי כי אמרתי שבסל הבסיסי לא, אבל אני חושבת שאי אפשר למנוע את הבחירה מכל הסיבות, ואם תרצו אני ארחיב על זה במליאה. לכן השאלה היא האם זה צריך להיות בשב"ן או במסחרי. אני חשבת שזה צריך להיות בשב"ן בגלל שכרגע לא משתמשים בו. בשב"ן יש יותר רגולציה מאשר במסחרי. היה ניתן יותר לפקח על זה אם זה היה בשב"ן ולא פוגע במשהו בסל הבסיסי, גם אם תקראו לזה משפר. הכנסת הבחירה לשב"ן לא מתחרה בסל הבסיסי. למה עכשיו מדברים על זה שזה באסותא, זה כי זה במנגנון, אבל לטעמי זה לא פוגע בבסיסי.

דר' שלומי פריזט: כשדיברנו על הקופות ואלמנט שני הכובעים, אמרנו שההשפעות הצולבות קיימות. בסוף אלה אותם רופאים שמספקים את הסל הבסיסי ובפרטי כי זה כ"א במשק, אבל פה אין לך חשש מפגיעה - תסביר לי את ההבדל.

דוברות: אם אתה מסתכל על רופאים משני הכובעים, זה פרטי ושב"ן מול בסיסי, ולא שב"ן מול בסיסי. ואני חושבת שאין דרך בעולם ואסור למנוע את זה, אלא יש בעיה וצריך להתמודד איתה. איפה פה לא נכנסות הקופות? דווקא הקופות שיש להן את האינטרס הכפול שלהן, זה יכול לאפשר את הקטנת הבעיה, דווקא בגלל שפה הקופות יכלו לעשות נושא של ויסות או רגולציה. מי שמחליט על בחירה זה הרופא ולא הקופה שנמצאת בשני הכובעים. אני יכולה לחשוב על מודל שאני לא רוצה לפתח אותו כי הוא עדיין בחשיבה, של איך השב"ן יכול לתרום לבסיסי ולא רק לא להזיק. אם יש הצדקה לשב"ן בעיניי, זו אחת ההצדקות שלו. אם אנחנו מסתכלים במערכת הלאומית, אין ספק שמנגנוני הפרדה מלאים בין הציבורי לפרטי זה הצורך להביא רופאים לשניהם. זו אחת הבעיות, אבל במערכת הלאומית יש לך פחות כ"א וצריך להכפילו או לשלשו וצריך לראות איך עושים את זה.

דוברות: יש בעיה בקונסיסטנטיות של הדברים.

דוברות: אל תחפשי אותה. אין מודל שהוא לגמרי עקבי, אמרתי לך שזה מודל שעדיין בחשיבה.

דוברות: את מחריגה בחירת מנתח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: הקופות במגננון נכון יוכלו לווסת שזה לא יהיה. לכלית יש בלינסון והרצליה מדיקל סנטר והם גם המשלים. תחשבי על המצב הזה של הכלית. להם לא הייתה צריכה להיות בעיה של פרטי מול ציבורי, ויכלו לווסת את זה פנימית, למה לא יכלו לדאוג לכ"א פנימי שלהם?

דוברות: למה הם משולים לפרטי? הם בכל זאת שולחים.

דוברות: אני מסכים עם שלא ניתן לשלול את הזכות לבחירת רופא, אם למישהו יש כסף וזה מה שהוא רוצה. אני לא סגור על זה האם זה צריך להיות בביטוחים, שב"ן ומסחרי יחד. כרגע אני חושב שיכול להיות לזה מקום בשב"ן, אבל בכללים אחרים לגמרי מאידך שזה היום. היום ההשתתפויות העצמיות ככל שקיימות, גורמות לניתוחים להיות במחיר אפס, וזה יוצר תמריץ לעשות את זה פרטי, כי אתה לא רואה את המחיר.

דר' שלומי פריזט: למה זה גורם נזק? היא אמרה לא גורם נזק.

דוברות: זה גורם נזק, וכל מנהלי בתי"ח אמרו שלאחרים מותר לעשות רפואה פרטית ולהם לא, זה גורם לזה שהרופאים עוזבים את בתי"ח אחר הצהריים והם לא יכולים לתת מענה, ואופק ההשתכרות בפרטי יותר גבוה. שמענו על זה נתונים בוועדה עצמה. זה פוגע בזמינות ובעלויות למערכת. לאור זאת, אני לא סגור על זה אם צריך לשלול את זה לגמרי, אבל אם להתיר את זה, אין מחיר ללכת לבחירת רופא. להגדיל את ההשתתפויות העצמיות ולהוריד אתה הפרמיות. אני לא סגור איפה לשים את זה. אם משאירים את זה, זה חייב להיות בכללים אחרים לגמרי ממה שמתנהל היום.

דוברות: אני דיברתי על הדבר הרעיוני, ולא אם היום זה גורם נזק או לא. דיברתי על ההיבט הרעיוני.

דוברות: לגבי זה שבחירת רופא לא יכולה להיות במערכת הציבורית – האם אי אפשר למצוא כלים לאיזשהם פרוצדורות מסוימות? למשל בחירת רופא שיש בצנתורים באיכילוב.

דר' שלומי פריזט: אנחנו עוד בשב"ן.

דוברות: שתי נקודות מוצא - בחירת רופא זה משפר ולא נוסף או משלים. שנית – זה גרום שסחרר את מערכת הבריאות סביב הכסף שזה המקור המרכזי שלו. מכיוון שהסוסים כבר ברחו מהאורווה שלא נאמר מתו, אני לא חושב שצריך להגביל את זכות האדם לבחור רופא, אלא צריך לבחור את הרע במיעוטו ולא בתוך השב"ן. ברגע ששמים את זה בתוך השב"ן, אנחנו ממשיכים לסחרר את הכסף בתוך המערכת הזו, מה שלא היה קורה אם זה היה במסגרת אחרת. היום כשאנשים רוכשים שב"ן ולא מצליחים לממן בגלל ההשתתפויות העצמיות, אנחנו מגיעים לפרדוקס. האדם יחשוב פעמיים האם יוכל לשלם או לא, יש פה מאפיינים שונים לשני הביטוחים האלה.

דר' שלומי פריזט: עלות לרכישת השירות הזה בשב"ן נמוכה מדי לפרט ביחס לעלותה למשק.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: נכון, ויכולת המימוש גבוהה בשב"ן. אתה מספק שירות זול שאתה בפועל לא יכול לממש. אנחנו שמים בצד את הדיון האם זה זכות לבחור רופא או לא. אם הייתי מגדירה כזכות, הייתי מגביל את המערכת לדברים שהיא לא יכולה לעמוד בהם.

דוברות: אתה מגביל חולים עניים וקשישים.

דוברות: שבכל מקרה שלא היו יכולים לממן את זה.

דוברות: למה, הקשישים?

דוברות: גם בתשלום הפרמיה זה זול יותר לרכוש את השב"ן? יש קושי לממש בגלל השתתפויות.

דוברות: בדיוק להיפך.

דוברות: הוא אומר שזה לא משקף נכונה את העלויות למערכת.

דוברות: אני לא מאפשר להם לצרוך את השירות במערכת הציבורית.

דוברות: זה אותו לופ, אחרת לא אמרת כלום.

דוברות: היום זה בשב"ן ועדיין לא בציבורית. זה דיון אחר.

ד"ר שלומי פריזט: הבהרה לגבי השימושים וההתפלגות הסוציו-אקונומית של השימושים – יש נתונים של שימוש בשב"ן על פני זמן – האם יש נתונים על פני זמן של שיעור בעלי השב"ן או רוכשי שב"ן לפי ישובים או אשכול סוציו-אקונומי שנותנים את המידע מי רוכש את השירות זה, והאם יש נתונים על פני זמן של שימושים בשב"ן לפי סוציו-אקונומי, כדי להבין מי קונה את זה ומה מפעיל מי שקונה?

דוברות: אנחנו עובדים על דו"ח כזה חזק. יש בו התפלגות גיאוגרפית וגם לפי קבוצות גיל. סוציואקונומי זה קצת בעיה, כרגע יותר בחזקת הקופות. אם תרצו לפי ישובים – אבקש את הנתונים מהקופות אם תגידו ישובים מסוימים. אפשר לבוא ולהגיד אשכולות, אבל זה לא מצב אישי. אם אתה בא ואומר מצב סוציואקונומי של אדם זה יותר בעייתי, אבל של אשכולות אני יכולה להתחיל לבקש את הנתונים. יש הבדל, פרטני יכולה להיות גם בת"א.

דוברות: מישהו נתן נתון שהפריפריה מסבסדת את המרכז, גם זה נאמר. לכן הנתונים חשובים.

דוברות: אני רק אומרת מה יש כרגע.

ד"ר שלומי פריזט: כדי לדבר על מערכת חברתית, כי אני מדבר על הנגשה, אני מרגיש שאנחנו צריכים לראות תמהיל שימושים בכסף ובמספר תביעות, אנחנו חייבים לראות את זה על פני זמן. הדינמיקה של הדבר הזה התחילה ב – 98.

דוברות: אנחנו עדיין בבסיס...



לשכת שרת הבריאות
Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: יש נתונים שאני כבר יכולה להתחיל למשוך מהקופות, תגידו לי כמה שיותר מהר כי הוועדה לא תחכה פה.

ד'ר' שלומי פריזט: נמשיך בדיון בינתיים.

דוברות: אני מסכימה עם מה שנאמר כאן מקודם.

ד'ר' שלומי פריזט: אתם אומרים שבשב"ן זה זול מדי ובמסחרי זה יקר מספיק.

דוברות: יש גם עניין שזה הכל באותה מערכת.

ד'ר' שלומי פריזט: אתם לא מתכוונים להטיל מס בחירת רופא על חברות הביטוח?

דוברות: אם תגיע למצב שבו הפרטי פוגע בציבורי, צריך לראות מה המנגנון שימנע את הפגיעה.

דוברות: אני מניחה שבמסחרי זה הנתח העיקרי שלו.

דוברות: גדול, אבל לא עיקרי.

ד'ר' שלומי פריזט: תחשבו על סט הנתונים שנבקש לקבל.

דוברות: ביום חמישי האחרון שדיברנו על מטרות השב"ן הייתי בעמדת מיעוט, כי אני חושבת שאני היחידה שאני די מסכימה שלא צריכים להכניס את ההגדרות של מרחיבים, משלימים וכו'. צריכים להכניס שירותים שאינם בסל ושירותים שלא עומדים בשיקולי עלות-תועלת לכלל הציבור. בחירת מנתח נמצא בתוך זה. הוספתי גם שאינם פוגעים בסל הציבורי.

דוברות: אז איפה בחירת מנתח נכנס?

דוברות: מה כן ופוגע ומה לא פוגע, צריך לעבור שירות-שירות ולראות מה יכול לפגוע ומה לא. מבחינתי בחירת מנתח ממש לא פוגע. זה נותן לי את האופציה בתור פרט לממש את זכותי.

דוברות: הפרט רוצה את זה, זה תועלת עבורו. זה פוגע אם עושים לו פעולות מיותרות.

דוברות: אני לא שמעתי טיעון מספיק טוב שכן אומר שבחירת מנתח פוגע בסל הציבורי.

דוברות: ההבחנה של משפר, עמדתי שמשפר לא בסל המשלים או הפרטי, אבל אני ער לעובדה שיש תחומים אפורים במשפר. צריך באופן ספציפי להתייחס לדברים מסוימים. בהינתן שאמרתי את זה, כמה הערות - המצב של היום שהפרמיה במשלימים היא זולה, זה מצב זמני שנגזר מהעובדה שמגבילה באופן דרמטי את מימוש הזכות הזאת. בחירת רופא זה פרמיה זולה, מה הסיפור פה? יש מגבלת היצע, ואתה לא מפאשר את זכות הבחירה בכל מקום, לא רק בירושלים ובמערכת הפרטית בלבד. כל מי שיאמר שצריך להחריבה יצטרך להתעמת עם המשמעות של הגדלת ההוצאה והפרמיה, ואז איפה הזכות? הנקודה השנייה - יש היום מצב נתון - כשל שוק אדיר מבחינת



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ההשפעות השליליות של המערכת. לגבי כך, יש קונצנזוס של כולנו כן בעד ולא בעד. בחירת רופא היום יוצרת קטסטרופה כי הרופאים בורחים, ואני מצדיק את פרופ' ברבש – "למה לירושלים מותר ולי לא?", השאלה היא איך אתה מתקן את המצב הזה.

דוברות: אני לא מסכימה איתך. אל תגיד כולנו.

דוברות: אני סבור, וגם שמענו את זה בעדויות קודמות – הרופאים בורחים וכן האלה. לפתור את הבעיה כאן אנחנו חלוקים. האם אנחנו פותחים את המערכת ונותנים בחירת רופא במשלים? הסוגיה היא לא בחירת הרופא במערכת הפרטית, כי שם אני לא שואל אותך מה לעשות. אני מדבר על בחירת רופא בתשלום במערכת הציבורית, וזו הסוגיה על השולחן. התשלום הוא תשלום הפרמיה. עכשיו למה אני חושב שזה משפר והתרתו פוגעת? אני אומר בהגדרה – כשאתה נותן שירות משופר, שירותי דואר, חינוך או משפט, בתוך המערכת הציבורית זה מרע את מצבו של החולה. כשזה בא ביחד עם בחירת רופא, אתה בוחר רופא - אתה מקצר את התור, ואם קיצרת לך אז הארכת למישהו אחר. היה לי ויכוח עם פרופ' יוג'ין קנדל לגבי האיכות, האיכות גבוהה יותר למי שלא בחר. לפעמים בחירת רופא עשויה להתנות את השירות. אם אתה נכנס לבחירת רופא, למה להגביל שם? למה שאמתין 20 שעות? למה לעצור שם? הייתה טענה שבחירת רופא זה לא דבר משפר, ומשפר זה פוגע בציבורית. זה עקבי.

דר' שלומי פריזט: בואו ננסה לצמצם את טווח הדיון ולהתרכז בשב"ן, כי אתה גולש כבר לשר"פ.

דוברות: לטעמי מרכיב בחירת הרופא הוא מרכיב משפר, ולדעתי זה לא צריך להיות במשלים, לדעתי צריך להוציאו.

דר' שלומי פריזט: כל דבר שמשפר אתה לא רוצה שיהיה שם?

דוברות: הוא אמר שזה משפר ופוגע.

דוברות: זה אשכרה משפר ואשכרה פוגע. בוא נגדיר מה זה מערכת ציבורית, שכוללת את הדסה ושערי צדק. בחוות דעת שנייה נגיע לאותה עמדה עם פחות עוצמת טיעונים, כי הפגיעה יותר נמוכה.

דוברות: רק להבין – אם מחר בבוקר היה אפשר להפריד בין ציבורית לפרטית, גם אז אתה חושב שבחירת רופא לא יכולה להיות בשב"ן? לא ציינתי איפה היא מבוצעת. אני שואלת למימון – האספקה לא תהיה בציבורית, האם גם אז היית אומר שהצד המימוני לא היה בשב"ן?

דוברות: בהכללה בחירת רופא בשב"ן – אתה מוכר מוצר שלהרבה אנשים אין יכולת לממש אותו. אני לא מבין איך אנשים לא פונים לבג"ץ על זה. יש בעיה, תסתכלי על המימון! מי שגר בפריפריה לא יכול להגיע לביה"ח.

דוברות: מי שנוסע לחו"ל לא יכול לנסוע לבי"ח במרכז?

דוברות: הם לא יכולים לממש, ומי שמשלם 80 ש"ח מממן את המרכז. משפר זה מרע, ולכן אני רוצה להוציא את בחירת הרופא מהשב"ן. בשב"ן רק NICE TO HAVE מבחינתי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: קודם כל ברור שזה משפר. זה פוגע בזה שזה מייצר אינפלציה של מחירים ולחצים. זה אותו כ"א שיוצא מהציבורית. אני לא מסכימה עם חלק מחבריי שאמרו קודם שזה לא פוגע במערכת הציבורית. בנוסף – אני הייתה רוצה שבחירת מנתח לא תהיה בשב"ן אלא רק במסחריים, וגם שם, לעשות את זה בחבילה שתטפל בבעיות שהדבר מייצר. החבילה צריכה להיות משני הצדדים, ללא קשר ל-האם זה יכנס או לא. לדיון במליאה - אני חושבת שצריכות להיות מגבלות חמורות יותר על ההיצע בפרטי, על מנת לטפל בבעיות שזה יוצר גם אם זה יהיה רק במסחרי. צריך לטפל בצד ההיצע ובצד של מקורות המימון והרגולציה, ונגיע לזה כשנדבר על הביטוחים

המסחריים. זה מגביר שימושים ויש כאן חבילה שלמה שצריך לטפל בה. בואו רק נגיד אם נוציא או לא, ברור שזה צריך להיות מטופל הוליסטי. לגבי הישימות זו שאלה – האם זה ישים להוציא בחירת מנתח מהשב"ן. זו שאלה שצריך להתייחס אליה גם כן במסגרת תת הוועדה. בפן המקצועי אמרתי מה אני חושבת גרידא. תת הוועדה תצטרך להתייחס לצד הישימות, במובן של הפן הציבורי של הדבר והחבילה ההוליסטית שאני מדברת עליה, כי אם נעשה רק צעד אחד ולא את המשלימים שלו, אפשר לדון בהכל. אם בחירת מנתח נחליט שהיא כן תהיה בשב"ן, אני חושבת שחייבים לנקוט בכלים גם בתוך השב"ן. בפן הזה צריך לשקול שהשירותים יהיו רק בעין ולא לאפשר מסלול החזר אלא רק הסדר, הרבה צעדים על מנת למנוע או לנסות לצמצם את ההשפעות השליליות שיש לבחירת מנתח בתוך השב"ן.

דר' שלומי פריזט: הבעיה המרכזית היא שכר הרופא? הרופאים ימשיכו לצאת מבתי"ח.

דוברות: אני אומרת שצריך להגביל את ההיצע ולא לגרום לאסותא לגדול כמה שהיא רוצה. צריך לעשות מספר צעדים, פתרון הוליסטי.

דוברות: הרגולטור קובע את מספר חדרי הניתוח ולא הרופא.

דוברות: נקודה אחרונה - אתייחס בהקשר של דיון הנתונים – בואו נראה האם המסכנים והחלשים יכולים לרכוש את זה או לא. צריך שיהיה ברור לנו, וזו הנחת הבסיס שאנחנו צריכים לצאת ממנה, זו לא זכות שאפשר לבחור בחירת מנתח בציבורי. המערכת הציבורית מעמידה בפניך מנתחים שניתחו אותך. האם אנחנו צריכים בגלל שנראה שסוציו-אקונומי נמוך לא מממש את זה, יש כאן בסיס לדיון שחייב להתקיים לפני שנראה מי משתמש ובמה. אם זה לא שירות הכרחי וחיוני, זה לא נכון שנאפשר ונגיש את זה ושנאשים ישלמו על זה. זה בסיס לדיון בעיניי, ולא העמדה שלי. חשוב שיהיה בסיס בהינתן בקשות לנתונים, כדי שנוכל לשפוט אותם. כי העמדה שיכולה להתפרש היא שצריך להנגיש את זה.

דוברות: בסוף, האם את רואה בעיני רוחך מצב שבו במדינת ישראל אוסרים בחירת רופא?

דוברות: לא אמרתי את זה, ואמרתי שיש מקום לזה במסחריים, אבל בגלל ההשלכה של זה לא מהפך של הפרט אלא מהפך של המערכת, צריך לטפל בזה.

דוברות: את אומרת שאין מצב לאסור לחלוטין בחירת רופא?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לא, אני גם לא חושבת שזה נכון.

דוברות: אם זו לא זכות, אז למה לשים על זה כסף? הבנתי ממך שזה צריך להיות במסחרי, זו עמדתך?

דוברות: עמדתי המקצועית - נכון יותר שזה יהיה שם, ואם אחרת, צריכים להיעשות שינויים.

דוברות: אני מרגישה שאנחנו עושים לעצמנו חיים מאוד קלים וזה לא עובד ככה. צריך להחליט על מערכת כללים לכל דבר. אם מכניסים את זה, אז בתנאי שזה לא פוגע בציבורית. גם לגבי תרופות וגם לגבי זה – לא לעשות לעצמנו חיים קלים. בואו נקבע מערכת כללים כדי שהסל הציבורי לא יפגע. אם מדברים, תלוי באיזה שיפור, לא הכל תחת כפיפה אחת. אני לא חושבת שצריך להכניס קיצור תור, בטח לא בבת"ח שאין בהם שר"פ. הקדמת תור באיכילוב לא צריכה להיעשות על חשבון המבוטחים בבסיסי. תל השומר לא צריך לסגור עם חברות ביטוח הקדמת תור לשלושה ימים על חשבון מישוה. קיצור תורים – לא, מלונאות גם כן – זה לא המקום שלו. לעומת זאת, יש דברים אחרים שתחת מערכת כללים, שאני מסכימה שהיא לא מספיק טובה היום – זה אפשרי. האדם לא הולך לאסותא בשביל חדר פרטי – לא תחת השב"ן, שיעשה את זה בביטוח פרטי. אם תבואו ותגידו לי שלא יבחר מנתח, אבל יוקדם לו התור, זה לא צריך להיות במשלים לדעתי.

ד"ר שלומי פריזט: כשהשב"ן בוחר ניתוח עם בחירת מנתח לניתוח שנמצא בסל, ובסל הציבורי זה 3 חודשים המתנה ובאסותא זה מחר בבוקר. זה הקדמת תור או בחירת מנתח?

דוברות: זה שבפועל משתמשים בזה לצורך הקדמת תור זה לא בסדר, כי בציבורית היה צריך לוודא שיש תורים בזמן סביר ולא בעוד שנה. אם לא הייתה בעיה בציבורית לא היינו מגיעים למצב הזה שרצים לפרטית. זה כמו לשאול מה קדם למה, הביצה או התרנגולת. אנשים רוצים לבחור מנתח ולכן הם פונים לשב"ן. אם הייתה הקדמת תור בלי בחירת מנתח, זה לא היה בשב"ן.

ד"ר שלומי פריזט: את אומרת שאם היה – "אני מבטיח לך שבב"ן, שאם תצטרך טיפול רפואי מתוך אלף בדיקות, תקבל תור עוד שבוע במערכת הפרטית, אסותא ואחרים" – לא נכנס לשב"ן?

דוברות: לא, זה אותו שירות שקיים בסל, ולמעשה אתה פוגע במערכת הציבורית.

דוברות: לא פוגעת, הציבורית צריכה להתחרות ולקצר תורים. אם היא תדע שאסותא זה מחר בבוקר, היא תשתכלל ותקצר תורים.

דוברות: הדסה לא משתכללת. שם יש תורים יותר מאשר בבת"ח ממשלתיים במרכז. אני אומרת שבחירת רופא מבחינתי זה לא שיפור, אלא סוג של מוצר חדש. נכון שזה נקרא במערכת "משפר". המנתח הוא האלמנט המרכזי של הניתוח, ואם זה לא בסל אז זה בשב"ן. כמו עם התרופות, יש מערכת כללים ואם היא לא מספיק טובה, אז צריך לשכלל אותה ולא לבטל הכל ולשפוך את התינוק עם המים. עם מבוטחים שלא יכולים לרכוש את זה כי הם חולים או קשישים ואין להם כסף, אז שפכנו את התינוק עם המים כמו שעשינו עם התרופות. אני אסביר מה זה לשכלל ואתן דוגמאות. צריך לקבוע מערכת של כללים, מינימום של גובה השתתפות עצמית למשל. לא בכדי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שנכנסו תרופות מצילות חיים ונעשה שינוי, אנחנו כממשלה הסכמנו שלא יהיו ניתוחים בשב"ן בלי השתתפות עצמית. היו ניתוחים בשב"ן ללא השתתפות עצמית, ולכן צריך ללכת יותר רחוק ולקבוע מינימום. להגיד לחברות שאתן לא יכולות לתת בלי השתתפות עצמית, שנועדה לוויסות השירותים, בין השאר, כדי שלמבוטח תהיה באמת בחירה, וזו תהיה בחירה מודעת ושלא יידחק לפרטי והוא לא ידע מכך. אם להחלטה היא ללכת לפרטי או לא, ברור שילך לשם, מה איכפת לו. שתהיה מודעות ולא סתם מכורח הנסיבות. זה שחברות ביטוח מממנות את ההשתתפות

העצמית ונותנות עוד פיצוי, זה מקום שבו הן מבטלות את ההשתתפות העצמית של המשלימים ופוגעות במערכת הכללים ובוויסות השירות. בואו לא נעשה לעצמנו חיים קלים – השאלה היא מה תהיה התוצאה? מה השגנו בזה? לאן דחפנו את המבוטחים שלנו? במי פגענו בדרך? דווקא במסכנים, ממש כן!

דוברות: טיעון פופוליסטי בעיניי.

דוברות: את אומרת שאת לא רוצה להסתכל על הנתונים, כי זה כן. מבחינת הקטע של היישומיות, צריך לראות מה ההשלכות והתוצאות של מהלך כזה. בואו נחשוב על מערכת כללים שתחתיה נוכל לראות שלא תהיה פגיעה במערכת הציבורית, וזה נכון למה שאמרתי קודם על תרופות מאריכות ומצילות חיים.

דוברות: אני רוצה לומר שהסוגיה באמת אינה פשוטה. אני רוצה להתייחס לשני דברים – אילו היינו עכשיו בדיון מההתחלה, היה לנו הרבה יותר קל לעשות החלטות אם בחירת רופא זה משפר והאם צריך להיות כלל בשב"ן. אנחנו לא במצב הזה, אנחנו במצב שבו צריך לבחון את הבעיות כולן כולל בצד של הביקוש, בהינתן שיש העדפה נגלית של הציבור ועובדה ש – 70% בוחרים לעשות את זה. אני לא יודעת מה ההיבטים החוקיים של פתאום להוציא משהו שאנשים ביטחו עצמם במשך שנים לזה, ואם פתאום יקרה לי משהו אז אני לא אוכל להיות מבוטח. יש אפשרות להוסיף ולגרוע מבלי ללכת לכנסת בסיפור הזה. היום הפרמיה היא נמוכה כי השימוש הוא יחסית נמוך, ויש בעיה שהוא לא שוויוני, וברור שלא רבים משתמשים בבחירת רופא. אם באמת תהיה האופציה שהשירות זה יהיה נגיש, הפרמיה לא תהיה ברמה שהיא היום ואנשים יצטרכו לשלם יותר, ואפשר לומר שאנחנו מקלים עומס על אוכלוסיות חלשות שאולי לא לצורך. אני רוצה להתייחס לדברים שנאמרו – אני חושבת שאנחנו צריכים להיות בטוחים שהמערכת הציבורית באמת נותנת מענה, ואם לא, למצוא כן את המענה למחסור. הבחירה של המנתח היא דרישה של הציבור בגלל שהם יודעים שאתה צריך לחכות בתור וכו'.

דוברות: זה לא צורך רפואי.

ד"ר שלומי פריזט: למה בוחרים מנתח?

דוברות: עשינו על זה עבודה מלאה, וזה אחד מהמחקרים שאנו עושים לוועדה שיסתיימו בקרוב. משני טעמים – קיצור תור בעיקר.

ד"ר שלומי פריזט: למה זה דרמה? כי אם זו זכות חוקתית זה משהו אחד, ובסוף כולם מקצרים את התור בדלת האחורית, אז על מה אנחנו מדברים בכלל.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: השאלה היא אם אפשר להפריד.

דוברות: זה לא שהרופא שהם לא רוצים הוא פחות טוב, הם רוצים לקצר זמן.

ד"ר שלומי פריזט: אנחנו מתרחקים מאזור זכויות החולה לעולם אחר.

דוברות: זה לא בסדר שהמערכת הציבורית יוצרת תורים כך שרק אנשים שיש להם כסף יכולים לקצר את התור.

דוברות: אני מסכימה. אם אנחנו חושבים שיש תור שהוא סביר, המערכת הציבורית חייבת לספק אותו.

דוברות: אני רוצה ללכת לסיפור הישימות כי אני חושבת שפה תהיה בעיה לחברי הוועדה, כי המלצותיהם לא יכולות להיות מנותקות מהשטח, מההיסטוריה של השב"ן ושיעור הכיסוי. זה מסלול שאנחנו צריכים לתת עליו את הדעת. אני לא יודעת אם זו תהיה הבחירה המועדפת, אבל בהינתן שזה נעשה בשב"ן, איך אנחנו מרפדים עצמנו בחסמים והגנות כך שאנחנו ממזערים את הנזקים שאנחנו רואים היום במערכת גם בצד של הביקוש, שאנחנו נותנים לאנשים לסמוך יותר על המערכת הציבורית ופחות על נזקקות לביטוח בתחום הזה וגם בצד של ההיצע. שאנחנו גם מתקנים את הציבורית בחסכיה וגם מונעים את כשלי השוק שכולם דיברו עליהם ואין טעם לחזור עליהם. אני מתנצלת שאין לי משהו מאוד מגובש.

דוברות: את מציגה את העניין הפרקטי כבעיה. את אומרת שהרצון לבחור מורכב מכל מיני גורמים.

דוברות: אני כן מקבלת את העמדה שהוצגה פה, שגם אם נבחר את העמדה הזאת לפרטי, לא פתרנו עצמנו מהבעיה הזאת.

דוברות: אם היית נותנת לחולה לבחור ב"ח ולא רופא, זה היה נותן מענה?

דוברות: אין לי עמדה מגובשת. ברמה העקרונית כן.

דוברות: אמרנו דברים מאוד דומים.

דוברות: אני לא יכולה להתעלם מריבוי הכובעים בעמדות שלי.

דוברות: זה לא אותם כובעים. אצלי זה היה כובעים אחרים.

דוברות: אני צריכה ליצור עמדה שנראית לי בסדר.

דוברות: אני לא חושבת שיש עמדה שהיא קונסיסטנטית אצל כולם.

דוברות: למה? שלי כן.

ד"ר שלומי פריזט: דיברנו על מטרות השב"ן בפעם הקודמת, ויצאו לנו הרבה מסקנות. שני הדברים המרכזיים – השב"ן הוא כלי ביטוחי עם אופי חברתי שמספק שירותים לא חיוניים ומצילי חיים, ומספק שירותים משלימים או



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

נוספים אבל לא משפרים על הסל הבסיסי. אשמח לשמוע את עמדתך לגבי משפר ואיזה, וגם לגבי בחירת מנתח, שזה דבר גדול בסל השימושים הקיים.

דוברות: אני לא אשתמש בחלוקה המסורתית של המשפר, מרחיב, משלים, כי יש גם חלוקה נוספת – חלופי זה מקובל לאנשים שנפלטו מהמערכת הציבורית, ויש מקומות שהם מקבלים שירות בפרטית. אחר כך יש שתי גישות למרחיב – אחד זה בתוספת שירותים לסל, והשני זה מרחיב, כלומר מכסה השתתפויות עצמיות וכן הלאה, והשלישי זה supplementary, שזה תרופות וכו'. זה עניין של סמנטיקה, בואו נדבר על המהות. לדעתי, המטרה העיקרית של השב"ן היא בהיותו משהו שלא פועל על פי עקרונות ביטוח מסחרי, כל מהותו לשמש תכנית שמאפשרת נגישות טובה יותר לשירותים שלו היה לנו תקציב, הם היו מספיק חיוניים להכניסם לסל הבסיסי, אבל מה לעשות שאף אחד מאיתנו לא חי בעולם חלומות של תקציב ללא מגבלות. גם היום הסל הציבורי מוגבל בהיקפו, ומי יודע מחר מה יהיו מגבלותיו. לכן השב"ן מאפשר הנגשת שירותים חיוניים שלא בסל לכמה שיותר אנשים, ואני כרגע מדבר רק על שירותים. אתן דוגמא על התפתחות הילד – התחילה ב - 95' בהיקפים של סדר גודל של 8 או 9 שירותים מכל אחד מהטיפולים בהתפתחות הילד בשנה, זה גדל בעקבות דיון בוועדת הסל, גדל בשני ממדים מהכיסוי שהיה נהוג עד אז לילדים עד גיל 6 לעד גיל 9, וגם ההיקף הורחב לכל תחומי התפתחות הילד, לגיל 6-54 טיפולים בשנה, ובגיל 9-18 טיפולים מכל התחומים יחד. חושבים שהתפתחות הילד זה חשוב, אבל 54 טיפולים ביחד בשנה לילד שזקוק לכך, זה אומר שצריך להכניס גם פיזיותרפיה, גם ריפוי בעיסוק, וגם פסיכולוגיה, וזה אומר שהילד יראה כל אחד מהם פעם אחת בחודש, וזה לא נגישות מספקת לחלק גדול מהילדים. יש מגבלה של התקציב הציבורי, מה לעשות. האם צריך להשלים את זה? כן. האם זה יעבור את המשוכה ויכנס לסל אל מול תרופות או שירותים אחרים? אני לא בטוח, אז מה עושים במצבים כאלה? משאירים את זה לשוק הפרטי לקנייה במחיר מלא? לאלה שהביטוח קיבל אותם ללא החרגה? השב"ן נותן מענה למערכת הזאת, עד שהטיפולים האלה יכנסו, ומחר יצוצו שירותים אחרים שיעמדו על קו התפר הזה.

דוברות: תביא את זה לוועדת התייעדוף ונראה מה יחליטו.

דוברות: כשאתה חושב מה חיוני ומה צריך או יכול להיכנס לסל, זה שני דברים שונים. אני לא חושב מה ראוי שיכנס לסל.

דוברות: בוא נבחן את זה בוועדה ציבורית.

דוברות: יש לה תפקיד מסוים. מבחינתי יש לה מנדט מסוים. אחר כך נגדיר מה זה תרופות חיוניות, ואני לא בטוח שצריך את הסל הציבורי לעניין זה. היא דנה במסגרת מסוימת בשירותים מסוימים ולא אחרים. אם אני כבר אומר שירותים חיוניים, על אחת כמה וכמה שמצילים חיים נכלל. האיסור של תרופות מצילות חיים זה גם עושה חסד עם חברות הביטוח שיכלו לשווק את העניין הזה, וגם מעשה קוסמות כי קיבלנו סדר גודל של תוספת לטכנולוגיות למשך 3 שנים, תוספת זמנית בהקצאה לטכנולוגיות. ניתנה הקצאה ל - 3 שנים ואנחנו בטוחים שהיא מעכשיו תספיק לכל התרופות מצילות החיים מעתה ועד עולם. אני לא חושב שזה המצב, ואני לא חושב שתהיה לנו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

התוספת הזאת או חלקים ממנה. אם אנחנו יודעים שכל הזמן אחוז מסוים יעמוד לרשותנו, הכל היה טוב ויפה, אבל אנחנו לא חיים בעולם הזה. האחוז המסוים יכול להשתנות, ולכן צריך להכניס תרופות מצילות חיים למגנון ולהנגישן לכמה שיותר אנשים.

ד"ר שלומי פריזט: העמדה ברורה. אומרים חלק מחברי הוועדה שהדינמיקה הזו היא לא בלתי תלויה – השאלה אם יהיו לך 300 מיליון ש"ח היא לא בלתי תלויה בשב"ן.

דוברות: ממש לא נכון. ה - 300 מיליון ש"ח האלה לא קשורים לחלוטין בנושא השב"ן. כשאנחנו נדון עם אגף תקציבים באוצר אם זה יהיה או 300 או 400 מיליון ש"ח, הם ידעו מה התרופות שהולכות להיות מוגשות ויגידו 300 או 200 מיליון ש"ח?

ד"ר שלומי פריזט: מישוהו עלול להעלות את הטיעון הבא – מקור המימון של שירותי הבריאות בישראל איננו רק תקציב המדינה. בהינתן שיש מגבלות שונות על תקציב המדינה, אני יכול להרשות לעצמי להטיל חלק מהתקציב על משק הבית עצמו. ולכן אני יכול להרשות לעצמי במקום להקצות עכשיו 250 מיליון ש"ח ו - 50 מיליון ש"ח באופן מודע יכנסו דרך הכיס הפרטי ולא התקציב. פעם שנייה אני יכול להגיד שבהינתן שזה 300 או 250 מיליון ש"ח, אם יש שירותים מסוימים שנמצאים בשב"ן, חבל לבזבז על זה כסף כי אנשים לא משתמשים בזה.

דוברות: לגבי החלק הראשון עברנו כבר את השלב הזה, עברו 18 שנה מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אנחנו יודעים מה קורה כשהמצילות חיים היו בפנים והאחרות היו בחוץ. זה לא ממש משפיע על 300 מיליון ש"ח. הן היו ונשארו אחרי זה, לכן אני לא חושב שהטיעון זה, שיש שב"ן ולכן אני מוריד את הדבר הזה, זה יהיה טיעון נוסף. יהיה מו"מ, וזה לא צריך להוות שיקול. החלופה היא להטיל על משקי הבית לממן את כל השירותים האלה, ומחר אם לא יהיה 300 מיליון ש"ח אלא 100 או 200 מיליון ש"ח, אז יכול להיות שהם יצטרכו לממן את זה מכיסם, משקי הבית. החלופה בעצם היא לא בין השאלה האם זה צריך להיות בציבורי, כי כל תרפה מצילת חיים תיכנס לשם אוטומטית, או בין שב"ן, אלא השאלה היא בין שב"ן לבין מימון פרטי על ידי משקי הבית. משקי הבית ידרשו לפחות לגבי תרופות שלא אושרו על ידי וועדת התרופות, ומחר תהיה בוועדה בהרכב שמניעה ומחלות כרוניות חשובות יותר מאשר הצלת חיים ב - X או ב - Y. חייב להיות מגנון שמאפשר לעשות את זה, וזה השב"ן.

דוברות: שתי נקודות – אחת – זה חוסר וודאות שיהיה לנו 300 מיליון ש"ח, ולכן בוא נפתח את האופציה שתאפשר לי במצב שלא אקבל, לתת את זה בסל המשלים. ואני אומר שברגע שפתחת את האופציה, אתה מחליש את העמדה שלך לגבי הדרישה ב - 300 מיליון ש"ח, וזו דרישה לגיטימית לקבל 300 או 400 מיליון ש"ח. דבר שני – יש לעמדתך עמדה של דמגוגיה, באלטרנטיבה הצודקת של המשלים מול הפרטי. זה לא נכון, האלטרנטיבה היא משלים מול בסיסי.

דוברות: אז מה אתה מעדיף, לא תקנה את התרופה ותמות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אם הייתה לי אלטרנטיבה וערבות לכך שכל מצילת חיים מהיום ואילך נכנסת בחקיקה לבסיסי, אז בסדר.

דוברות: אראה לך את המסמכים של וועדת הסל, רשימה של תרופות.

ד"ר' שלומי פריזט: הוא אומר שאין כסף להכניס את התרופות לסל, גנץ לקח אותו!

דוברות: מה לא נכון, שהתקציב הציבורי מוגבל?

דוברות: מה קורה משנה לשנה כשזה לא נכנס?

דוברות: לא נכון. התקציב הציבורי מוגבל. אנחנו ועדה ציבורית שתפקידה לבחון את חיזוק הרפואה הציבורית בישראל. אתה צריך להציג את עמדתך הנורמטיבית באשר לדרך היעילה ביותר להשיג שוויוניות. עליך להציג סדרי עדיפויות, ואם על זה אתה מוותר אני לא מקבל את זה.

דוברות: אתה יודע מתי אוותר? ביום בו אתה תעביר חקיקה בכנסת – תרופות מצילות חיים נמצאות בסל. כל עוד אתה לא עושה את זה, יש לך מצב שבו אתה מתעדרף ויש לך תקציב מוגבל, ואז אין וודאות שהתרופות האלה יהיו בסל.

ד"ר' שלומי פריזט: הוא אומר שהוא לא סומך על המתקצב שהגיע שבר והעם זקוק לתרופות האלה, ולכן הוא חייב את ה - OUTLET הזה.

דוברות: גם אני לא סומך.

דוברות: מכל הلمידות מהעבר, לא צריך להיבנות על זה. שאלתי אחרת – האם אתה לא רואה בעיה בסוגיה השנייה המטרידה, בעובדה שמי מחליט על מה יכלול הסל הוא מי שמפעיל את השב"ן, ויכול להיות סוג מסוים של ריבוי כובעים? אם יש החלטה שהקופות לא מסכימות לה?

דוברות: זה מנגנון, זה דבר שאפשר לטפל בו.

דוברות: האם זה לא אחד הדברים שמפריעים?

דוברות: התשובה היא בשני ממדים – היתרון שלנו זה שהקופות מעורבות בתהליך, והיישום הרבה יותר קל ברגע שהן בתוך התהליך הזה.

דוברות: לא באתי בטענה שהן בתהליך, הן חייבות להיות ביישום ורק שם, ולא בקביעת מה נכנס ומה לא. לא ענית לשאלה שלי. אני אמרתי האם לא מטריד אותך העובדה שמי שמשפיע על הרכב הסל ולא קובע, אלה אותם אנשים שמפעילים את נושא השב"ן, והאם זה לא יוצר ריבוי כובעים?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה לא הדבר העיקרי. היו 2 ממדים של תרופות מצילות חיים. בתוך ה - 300 איך עושים תיעדוף כשזה נמצא בשב"ן, והאם זה משפיע על הוועדה בתיעדוף בסל הבסיסי. התשובה היא כמעט הפוכה. אם אני מסתכל על השפעת הקופות על מה שנכנס ומה לא, שהיו מצבים שהדברים מצאו את דרכם לסל הציבורי בניגוד למה שהייתם חושבים. קודם כל הכניסו את זה לשב"ן, וזה לא הפריע להכניס את זה לסל הבסיסי, כמו רפואת שיניים לילדים. את הסטנט המצופה ליצמן הנחה, זו דוגמא אחרת, זה היה מחוץ לסל תקופה ארוכה, ומשם מצא עצמו מעדנות לסל הבסיסי, ולכן אני לא מקבל את הטענות הזו.

דוברות: אבל אז אתה צריך להגדיר מה זה חיוניים.

דוברות: שלא אובן לא נכון. לדעתי סל השירותים בשב"ן הוא הרבה יותר מדי רחב ומאוד בעייתי, וצריך לטפל בזה.

**** מציג ראשון בפני הוועדה: פרץ גוזה – מנהל השב"ן בשירותי בריאות כללית (מלווה – שרית). מציג מצגת**

(מצורף בקובץ POWERPOINT).

פרץ גוזה: אני הכנתי את הסקירה שלי בארבעה חלקים או פרמטרים – במצגת. השב"ן הוא לא המטרה, ואני לא חושב ככה או מכיר מישהו שחושב ככה, ושצריך לעטוף אותו ולשמור עליו. לכל אזור במדינה יש סל בסיסי ומעבר אליו, יש לו גם רצונות. מכיוון שנאמר לי שאתם יושבים כבר שלושה חודשים פה, אני מניח שלכל אחד יש את הזוויות שלו.

השב"ן נכנס כדי לעזור לסל. אני חברה קבלנית של סל בשירותים, כי האזור רוצה המון שירותים והמון דברים. אני רואה עצמי נותן שירותים כחלק משלים לסל וכחלק ממנו. אני לא חברה ביטוח חיצונית. התפקיד של השב"נים ואני כגדול מביניהם, רוצה לדאוג לאזור בשלושה פרמטרים – איכות, זמינות ומחיר סביר – במצגת. זה לא ביטוח פרטי ואנחנו לא מתיימרים להיות כזה. אני לא יודע מה אתה יודעים, אבל השב"ן נותן מענה לשלושה צרכים – במצגת. אנחנו נותנים אותם באיכות ובמחירים, הקופה נעזרת בכוח הקנייה הרב שלה כדי להביא מוצרים איכותיים במחירים מוזלים לאזרחים. היום סל הבריאות נותן 12 טיפולי פיזיותרפיה, אנחנו נותנים עוד 24. אנחנו נותנים למעלה מ - 250 אלף טיפולים בשנה, וזה שירות מצוין לדעתי. אני לא רוצה לספר לכם סיפורים, יש עשרות סיפורים של אנשים שזה נחוץ להם בריאותית. אנחנו לא עושים ניתוחים שהם לא בסל, זה בסל, אבל אנחנו עושים כ - 70 אלף ניתוחים עם בחירת מנתח, ואני חושב שזה שירות מצוין. הכיסויים שהלקוחות שלנו משתמשים בהם – במצגת. הרוב הגדול זה ניתוחים. כשאני לוקח את עוגת הכסף, אנחנו רואים שבחירת מנתח וייעוץ זה 51%.

דר' טוביה חורב: יש לך גם פאי שימושים?

פרץ גוזה: כן, בהמשך. תעודת הזהות שלנו – במצגת. מעל גיל 60, למעלה מ - 600 אלף לקוחות אצלנו, ואל תתבלבלו, הם לא יכולים להיות במקום אחר, והם כן אצלי. גם אצל אחרים, יש למעלה ממיליון איש שלא היו זכאים לשום דבר בשום מקום. לפני שבאתי ביקשתי מהאגליסט שלי להכניס את התרופות לבדיקה מתי מופעל



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המושלם. אמרו לי שאז כל 2 שניות יש נגיעה במושלם. לשים את התרופות בפנים זה לא חוכמה, כי למעלה ממיליון איש צורכים תרופות, ו- 86% מההכנסות חוזר ללקוח. הפלטינום היא תכנית צעירה, אבל הגענו ל- 71% ואנחנו עולים יפה, ו- 86% אחוז הוא ערך יפה מאוד. תרומת השב"ן למערכת הציבורית – במצגת. אני בכלל אומר תמיד ופה בוועדה הנכבדה, אני חושב שהבעיה המרכזית במערכת היא לא השב"ן, ולכן הוא גם לא צריך לתת את הפתרון. לא עבדתי במשרד הבריאות ואני לא רופא, אבל הבעיה של המערכת היא לא השב"ן. בא מנהל שב"ן ומגן על השב"ן, על מה אתם רוצים שאני אגן? אני מכיר את מערכת הבריאות מלפני ומלפנים, ואני חושב שהשב"ן תורם למערכת הציבורית - חוזר למצגת. אני תומך בכך שבמקום ללכת לרופא ולשלם 900 או 1,000 ש"ח, אצלי משלמים רק 100 ש"ח. אני גאה בכך שסקירת מערכות שלא בסל, אישה משלמת על זה 114 ש"ח, ואני גאה בכך שטיפול פיזיותרפיה עולים אצלנו 55 ש"ח, וזה מכוח הקנייה הגדול שלנו. משירותים שנכנסו בשנה האחרונה, מכוח הקנייה שלנו, המוצרים הם זולים ואיכותיים. אין גוף כזה שמבקר 5,000 אנשים בחודש, ואנשים מקבלים טלפון אחר כך, איך היה, מתי יצא, איך התנהג וכו'. רופאים עם ציונים נמוכים נקראים אלינו, ומי שלא משתפר כבר לא אצלנו. יש רופאים שמתנגדים לכך, ואנחנו מוציאים סקר נוסף כדי לבדוק את הציונים שלהם. חיסכון של 3 מיליארד ש"ח ברכישה מוזלת של שירותים רפואיים – במצגת. לקחתי השתתפות עצמית על ניתוחים והערכתי כמה ישלמו פרטי, ומתוך זה אמרתי מה החיסכון. אותו דבר עשיתי בייעוץ.

עו"ד לאה ופנר: כאילו אתה שילמת את הייעוץ?

רויטל טופר: הוא שילם חלק.

פרץ גוזה: אני יודע כמה פרופסור א' מקבל פרטי וכמה דרך המושלם - עלות לצרכן ועלות למבוטח.

רויטל טופר: אין מחיר מחירון, זה מחירי שוק.

פרץ גוזה: אומדן החיסכון הוא 3 מיליארד ש"ח, ואפשר להתווכח על זה.

ד"ר שלומי פריזט: 138 ש"ח זה ההשתתפות העצמית בלבד. יכול להיות שהלקוח שילם 1,000 ש"ח ועלות הניתוח היא 7,000 ש"ח. איפה ה- 1,000 ש"ח? אז צריך להכניס את האקטואריה של הפרמיות.

פרץ גוזה: ה- 6,000 ש"ח נכנסים בהוצאה. המיליארד של הפרמיות נכנסים למטה, ואז אני חוסך מיליארד וחצי. אני כשב"ן כללית נותן שירותים לצרכנים וחוסך מיליארד וחצי ש"ח.

פרופ' לאה אחדות: בהנחה שהכמות לא משתנה.

פרץ גוזה: כן, בסדר. יותר מכך – בהנחה שאין, אני ביקשתי להציג לכם מה יקרה אם לא יהיה שב"ן. הכמויות לא ישתנו, להערכתי. אני חושב שתרומת השב"ן היא במיגור הרפואה השחורה בישראל – במצגת. כמעט ולא קיימת, בניגוד למה שהיה פעם – ממשיך במצגת. אני חושב שמערכת הבקרה שלנו היא איכותית ונבדקים כלל השירותים, החל במכון הפיזיותרפיה איך המבוטח מתקדם, אני עוקב אחרי בקרת תשאולים אחרי ניתוחים. יש לי גוף רפואי שעושה בקרת איכות, ויש לי גם בקרת שירות. זה מיותר את הצורך בביטוח פרטי יקר לאוכלוסייה הרחבה, וללא



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

השב"ן, הביטוחים הפרטיים יחגגו. תהיה שכבה אחת שיהיו מכיסוי רחב, וכל היתר לא ייהנו ממנו. מגיל 60 לא יהיה להם ביטוח בכלל, ועד גיל 60 יהיו רבים שלא יעברו את המסננת. תהיה שכבה אחת שהיום מונה 3-4 אלף ומחר 60 אלף, שרק הם ייהנו מזה, ואני מקווה שזה לא יהיה במשמרת שלי ושלכם. הפרמיה החודשית – במצגת. ה – LOSS RATIO שלי גבוה, אבל במערכת הפרטית הוא גבוה יותר.

דר' שלומי פריזט: איפה נכנס בחישוב הזה רכיב אי הוודאות ביחס לסל השירותים שיוצע בשב"ן בטווח ארוך, לעומת העדרו בפרטית?

פרץ גוזה: שאלה מצוינת שעולה השכם והערב בכל כנס, ואני אומר סלקו אותה, כי זה בגללכם. אני אומר הגיעה העת להסיר את העננה הזאת כדי שלא יהיה במדינת ישראל ציבור של 40-60% שיהיה לו ביטוח פרטי. אני תומך של – 80% יהיה שב"ן וייהנה ממנו, ונצטרך לפתור מה יהיה ל – 20% האחרים. שאלה במקומה.

דר' טוביה חורב: בתוך הביטוח הפרטי, רוב השוק זה קולקטיבי. אתה מבין שהוא כל 5 שנים משנה את הסל?

דר' שלומי פריזט: כן. האם המספרים בטור השמאלי מתייחסים לביטוח קולקטיבי או לפרט?

פרץ גוזה: פרט בלבד, והקולקטיביים גדולים מהשב"ן. זה מבוסס על פוליסת הראל שנקראת "בייסיק פרימיום", שיש בה חיתום. זה מהאינטרנט. השב"ן מהווה לאורך השנים סמן לאומי – במצגת. אני מזכיר לכם שהעיפו לנו את תרופות מצילות החיים לפני כמה שנים. אני שמח שהוסיפו לנו את טיפולי שיניים ושוה נכנס לסל. אני חושב שהשב"ן הוא סמן לאומי בעניין הזה. בשנת 2007 הכנסנו כיסוי למצילות חיים בכ – 2.80 ש"ח, שהחזיק מעמד כמעט כל אותה שנה. עד דצמבר, לתכנית החדשה של הפלטינום הצטרפו כ – 300 אלף לקוחות שהיו זכאים, וכל מי שהצטרף לאחר מכן לא היה זכאי. אנשים השתמשו בתרופות לסרטן בעיקר. מבחינת צריכה, צרכנו 45 מיליון ש"ח, ב – 2.80 ש"ח. אני חשבתי אז וגם היום שזו הייתה טעות להוציא את זה. בהתנהלות אחרת לא היו מוציאים את זה, וזה היה מתנהל אחרת. כשאני רואה לקוחות כללית מושלם משתמשים בשירותים שלנו וצורכים תרופות, אני גאה. נותן דוגמא על תרופה לעיוורון – עולה 6,000 ₪ והחולה משלם עליה 300 ש"ח. המספר הגדול הזה מביא את ביטוי של השב"ן במערכת הציבורית. אני לא מתחרה בפרטית. היום הפרטי כל כך מסודר, עד שמשלמים לרופא שלא מנתח. אתה דואג שאני לא אנותח, אלא אלך לשב"ן – זה בסדר, וכולם סוגדים לזה, ואני מקבל את הכסף כשהוא לא מנתח אותי. אבל זה מערכת פרטית ואני לא רוצה להיכנס לזה. אמרתי שכל מעייני הוא לא להתחרות בפרטית ולהיות יותר טוב, אלא לעמוד יד ביד לסייע ולתמוך בציבורית.

אני לא ביטוח. יש לי כללי בקרה חזקים במערכת הבריאות בישראל, ואני תומך ומסייע, אני חברה קבלנית של השירות הציבורי. אני נותן שירות לילדים וקשישים, והולך איתה צד בצד, נגיש בכל מצב בריאותי. האדם יכול להירשם ולקבל שירותים בכל במצב, ואני מדבר על למעלה מ – 600 אלף איש. יש כאלה שלא יהיו בשום מקום, ומעל גיל 60 גם לא יהיה להם ביטוח קולקטיבי כי הם יצאו לפנסיה. הם צורכים שירותים ואני נהנה לתת להם אותם. דוגמאות – אפוס זה סוג של נעליים. לא תחליף ניתוח, אבל זה נעליים מיוחדות, שהחולה משלם עליהם במקום 7,500 ש"ח – 1,500 ש"ח, ומהבדיקות שלנו זה מציל מניתוח, אבל לא מחליף ניתוח. יש גם חיסונים למיניהם, פלומיס, חיסוני שפעת לילדים בתרסיס. אין את זה בסל. אצלנו זה ניתן בעלות של 12 ש"ח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רויטל טופר: יש דברים שלא היה להם כסף לזה למרות שזה צריך להיות בסל, אז זה נכנס לשב"ן.

פרץ גוזה: 72% מחברי הכללית הם בשב"ן, ומגילאי 65 ומעלה, הם מעל 80%. פרמיות והחזרים של השב"ן בכללית – במצגת. רציתי בשקף הזה להראות את ה – COST OF BENEFIT - על כל שקל שהלקוח שלנו נותן, הוא מקבל 1.40 ש"ח. עשיתי הערכה לשנת 2013 ביום חמישי האחרון. ההשתתפות העצמית שווה מיליארד ו - 250 מיליון ש"ח. לקחתי את השווי של החוזרים וחיברתי את סך הפרמיות וסך ההשתתפויות העצמיות.

רויטל טופר: 86 מייצג את העלות בפועל - על כל שקל, הלקוח מקבל 86 אגורות חזרה. 1.4 ש"ח זה כוח קנייה, שווי שוק.

עו"ד לאה ופנר: את שני הראשונים הבנתי, זה כסף שיצא מהמבוטח. עלות החוזרים למושלם זה כמה אתה שילמת לספקים. מה שאותו צריך לעניין, שאני אבין ברמה הזאת, זה כמה יוצא שני הראשונים פחות השלישי.

ד"ר טוביה חורב: תלוי מה השאלה.

פרץ גוזה: עלות החוזרים לחלק לפרמיות זה ה – LOSS RATIO, עד כאן בסדר? אני מחזיר 86% וגמרנו את הסיפור הזה. רציתי להראות גם שאם שווי החוזרים הוא 4 מיליארד ש"ח והלקוח משלם 3 מיליארד ש"ח, הוא כאילו מקבל יותר, וזה מה שרציתי להראות. הרעיון הוא שיש פה שני מוטיבים מרכזיים – COST BENEFIT מכובד וראוי ו – LOSS RATIO נמוך. ממשיך במצגת.

אני חושב שהמערכת בסך הכל מאוזנת. יש בצד ימין סל הבריאות, בצד שמאל ביטוח פרטי והרצון של הלקוח אולי הוא להגיע לשם, שהכל מכוסה מהשקל הראשון והכל טוב. אני חושב שהשב"ן נותן לאנשים את היכולת לקבל תמורה מכובדת וראויה תמורת הכסף שהוא משלם, מעל לכל ספק.

ביטול הכיסוי לבחירת רופא מהווה 50% מפעילות השב"ן כפי שהצגתי בשקפים הראשונים.

ד"ר טוביה חורב: יש לך נתון על היקף השימוש בשירות הזה כאחוז מכלל פעילות השב"ן?

רויטל טופר: חלוקה לפי נושאים מבחינת מספר תביעות.

פרץ גוזה: יש לי. הפאי משתנה קצת, אבל זה בכמויות.

רויטל טופר: מספר התביעות לפי נושאים ולפי כל קופה. אבל זה מעוות, זה לפי כל שורה.

פרץ גוזה: התייחסתי לשוק ללא בחירת מנתח, שמהווה כ - 50% מהפעילות הכלכלית. אני חושב שזה לא נכון – במצגת. אם יחליטו להוציא לביטוחים הפרטיים זה כבר משחק אחר - ממשיך במצגת. מזכיר ציטוט של פרופ' רוני גמזו בכנס ים המלח – במצגת. ללא בחירת מנתח, יש רופאים שהתור אליהם יהיה למעלה משנה, והשירות לא יהיה שירות. יבינו שהרופאים נמצאים בין גדרה לחדרה. אני חושב שנפגע מהותית בשירות הציבורי. אני אומר שאם יש בחירה שרוצים לבחור בשלומי כי הוא כוכב ואם לא, לא יבחרו בו, מרגע שיוגדר ככוכב, כבר באותו יום



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יש אורך תור של שנה, כי כולם הולכים אליו. אם יש בחירה, עזוב את הכסף, ואנשים זכאים לבחור לא חשוב איפה הם. כל הפריפריה ברור לך ששם לא יהיה תור, הרופאים הכוכבים ינותבו למרכז הארץ והאחרים יבינו שלשם צריך להגיע. באחריות, 70 אלף ניתוחים בשנה לא עושים שום דבר לבריאות. אתם מכירים את הסל של 40 מיליון ש"ח, בכל הסיפור מדובר על 4 מיליארד ש"ח, ולכן אני לא מבין במערכת האיזונים העדינה הזאת, שאדם יכול בחור מנתח ובכל המערכת השב"נית נעשים 120 אלף ניתוחים. זה מפר את האיזון במערכת הציבורית. מכיוון שידעתי שגבי אוהב מספרים, לקחתי וניתחתי שנה ספציפית – במצגת. אמרתי כך – 45 אלף ניתוחים בשב"ן. איפה ה - 60 אלף? הוצאתי התחשבוניות שמתומחרות לפי ימים, אלקטיביים, וראה זה פלא – 64% מהמנותחים אלקטיביים בציבורית יש להם שב"ן! אם הכל היה נכון, היה צריך להיות עוד 10% - כלומר הכל מאוזן. לא באופן אוטומטי אומרים אני צריך ללכת לשב"ן. 64% מהמנותחים אלקטיביים, זה היה בציבורית. אמרו לי לא יכול להיות שאתם מושכים לקוחות החוצה לשב"ן. הראיתי ש - 64% מוכיח שהמערכת מאוזנת, ואם מחר ניקח את כל הניתוחים לבחירה בציבורית, אני מקווה מאוד לא להיות שם בתור בעצמי.

עו"ד לאה ופנר: אם מחר בבוקר אנחנו מכניסים כסף לסל, במקום 64% נראה אפס?

פרץ גוזה: אם מחר יחליטו לאמץ המלצה שמקורה בטעות, ולהעביר בחירת מנתח לבי"ח ציבורי, עזבו אם בתשלום או לא - אם זה בתשלום זה שר"פ, אבל אם מחר יחליטו לאמץ בחירת מנתח בבי"ח ציבוריים, למדתי מגבי משפט – "אם יש בחירה לכולם, אין בחירה לאף אחד".

ד"ר טוביה חורב: מה קורה ביום שאחרי, והאם באמת תהיה זכות בחירה? גם כאשר זה בשב"ן, רק 64% לא בוחרים בבחירת מנתח. מתוך מה שאתה אומר עלול להשתמע שאם תעביר את זה לציבורי, כולם ינצלו את השירות הזה. האם זה מה שאתה אומר? או שיכול להיות שגם שם לא כולם ינצלו את זה, והמצב יהיה דומה למה שהראית?

פרץ גוזה: כשהעסק מתבצע ללא התערבות, 64% טוב להם, ואם לא - הם היו בועטים. מחר כבר אומרים להם "אתה יכול לבחור", אבל הוא לא מנצל את השב"ן. אי אפשר לומר שאם מחר תהיה בחירה, אז ה - 64% ימשיכו לבחור, אני טוען שלא היה 64%. השיח הציבורי הוא "לבחור-לבחור-לבחור".

ד"ר טוביה חורב: התשובה היא שבסל הציבורי ה - 64% לא היו 64%.

פרופ' לאה אחדות: למה לדעתך לאדם שיש אופציה של בחירה והוא לא בוחר? למה לא כולם שנמצאים בשב"ן, לא בוחרים את המנתח שלהם?

פרץ גוזה: אם זה היה נכון, בביטוח הפרטי ה - LOSS RATIO שלו לא היה 30-40% אלא 112%, כי לכל מי שהיה ביטוח היה בוחר. כשיש לנו כיסוי, אנחנו לא תמיד משתמשים בו. אני מכיר אנשים שיש שירותים שמגיעים להם והם לא משתמשים בהם. במערכת העדינה שנמצאת היום, יש אנשים שמשתמשים, ויש כאלה שלא. המערכת היום מאוזנת, לעתים קצת גרעון ולעתים קצת עודף.

פרופ' לאה אחדות: יש הבדל בין לא משתמש כי לא צריך ניתוח, לבין צריך ניתוח ולא בוחר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרץ גוזה: כשמישהו מגיע למרפאת חוץ ואומרים לו שהוא צריך ניתוח, אף אחד לא מתנפל עליו. קובעים לו תור, ואם הוא רוצה הוא עושה את זה, ואם לא - הוא פונה לשב"ן. המערכת הזו יכולה להיות בהמון וריאציות. אגיד לכם על עצמי - לא ידעתי שבכבלים יש גם רוסית. בדקתי את זה ואמרו לי "אתה לא יודע?" - לא יודע! את יודעת מתי זה קורה? כשחולה נמצא בדילמה, הוא הולך לחוות דעת שנייה. כשיש לו הרניה או קטרקט, הוא לא מפעיל את השב"ן.

פרופ' גבי בן נון: הבהרה - כיום את בחירת רופא מממשים 64% מבין המבוטחים?

פרץ גוזה: מתוך 220 אלף שנותחו השנה, ל - 64% היה שב"ן ולא מימשו את זכות הבחירה.

דר' שלומי פריזט: מתוך מי שנותח בבתי"ח הציבוריים והוא מבוטח של הכללית, 64% מהאנשים האלה הם בעלי שב"ן ולא בחרו רופא.

עו"ד לאה ופנר: מי שבחר זה 45% מתוכם.

פרץ גוזה: בשנת 2013 נותחו כ - 220 אלף ניתוחים אלקטיביים בסל לחברי כללית בבתי"ח ציבוריים, עזבו שר"פ. כשבדקתי כמה בעלי שב"ן מתוכם, גיליתי שיש 64% מהם שהם בעלי שב"ן שיכלו להשתמש בזכותם ולצאת לפרטי, וכאילו אני מושך אותם, אבל לא נגעתי בהם. היה לה טוב בציבורי והם המשיכו שם.

דר' טוביה חורב: שלומי, אפשר לבקש חישוב נוסף עבורנו?

דר' שלומי פריזט: תרשום לך, נבדוק את זה.

דר' טוביה חורב: המכנה צריך להיות חברי שב"ן שביצעו ניתוח בשנה האחרונה, ורק כאלה בעלי ותק של שנה בשב"ן.

פרץ גוזה: אין בעיה. זה DRILL DOWN נוסף.

פרופ' גבי בן נון: אתה אומר טוב להם עם זה, לא בוחרים. אתה אומר אם מחר אני אפתח את האופציה של הבחירה בכל המערכת, עזוב בתשלום או לא, כמובן שכל אלה יפעילו את בחירת הרופא.

פרץ גוזה: את זה אני אומר.

ניר קידר: האם כשעשיתם את הניתוח הזה בבתי"ח שיש בהם שר"פ היו אחוזים שונים?

פרץ גוזה: אנחנו נבדוק את זה. ממשיך במצגת. שירותי בריאות ללא שב"ן - רפואה שחורה חוזרת, ואני מניח שאני לא מחדש לאף אחד. המשך במצגת.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רויטל טופר: היום קופה יכולה לשלוח אותך לבתי"ח שיש לה הסדר בחירה איתם, וברגע שבחרת בבתי"ח אחר, אתה מבטל את הסדר הבחירה הזה.

פרץ גוזה: בעיות קיימות בשוק הבריאות – במצגת. שקף שאתם ודאי מכירים. 24% זה מהכיס - תרופות, אופטיקה וכו'.

ניר קידר: רק הבהרה לוועדה - הביטוח הסיעודי הוא לא חלק מההוצאה הלאומית לבריאות.

פרץ גוזה: לסיכום במצגת - ממשיך עם המלצות. אני חושב שמערכת הבריאות זקוקה להזרמת כסף חדש. אני חושב שאם ברמת השכר בבתי"ח הציבוריים, ונדמה לי שגם אלי דפס שלח את ההמלצה הזאת לשרה, אם לרופא יהיה פער סביר בין הציבורי לשב"ן, הוא יישאר בציבורי. חובת שיבובים – היום חברות הביטוח שולחות את המבוטחים אלינו, ואנחנו לא עושים את זה ואני חושב שבהגדרה זה צריך להיות. צריך לחשוב איך מטפלים ב- 20% שאין להם שב"ן.

רויטל טופר: אין להם ולא יכולים לקנות. לא רוצים או לא יכולים?

פרץ גוזה: גם וגם.

דר' טוביה חורב: ואז במי צריך לטפל?

פרץ גוזה: זה מגזר ברור לנו. צריך לנתח אותו, לראות מה ניתן לתת לו ושווה לתת עליהם את הדעת. בחלק הרציונלי של תרופות מצילות חיים, מי שבא וטען שיש כאן 20% והאמנו בו שהוא הולך על האמת שלו, ידבר על 20% גם אז. ממשיך במצגת.

שאלות:

דר' שולי ברמלי: משתמע שחוץ מהשיבובים הכל מושלם. ובכל זאת, מה היית רוצה לתקן?

פרץ גוזה: הייתי עושה הכל כדי להכניס תרופות מצילות חיים חזרה מהכניסה הראשית. לא הייתי נוגע במנתח. אם רוצים לרסן את הביקושים בשב"ן ובפרטי, ואני מחבר אותם יחד בכוונה, אפשר לרסן את השב"ן ואת הפרטי. יש מספר כלים שאפשר להפעיל לרסן. מי שרוצה לרסן את ההוצאה הפרטית, אני טוען שאפשר לעשות את זה הן בביטוח הפרטי והן בשב"ן, וניתן לעשות את זה. זו תהיה בכייה לדורות, זו מערכת עדינה מאוד ואתם לא חווים את זה ביום-יום ואנחנו כן. מי שחווה את זה ביום-יום יגיד את מה שאני אומר לכם.

שירה גרינברג: הוא התייחס רק לדבר אחד, אולי יש לו סט.

פרץ גוזה: אם המטרה בסוף תהיה איך מורידים את ההוצאה בשב"ן ובפרטי, נצטרך להתכנס ולהעמיד תשובות. צריך לשבת על זה. אני מעריך שאם האוצר יאמץ את הנושא של השיבובים, השב"נים יחסכו 250 מיליון ש"ח.

רויטל טופר: זה יתגלגל לציבורי, יוריד פרמיה לשב"ן.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרץ גוזה: אם השיבובים יכנסו לחוק, השב"נים יחסכו 250 מיליון ש"ח וזה המון כסף. אפשר להכניס כיסויים, להוריד פרמיות, אפשר להגביל מחירי ניתוחים.

עו"ד לאה ופנר: למה אתה לא מגביל כבר עכשיו?

רויטל טופר: איך הוא יכול? זה שוק פרטי.

פרץ גוזה: אני מגביל גם בניתוחים, בעטיפה הנכונה. יש משמעות לתקופה ולמצב. אם הביטוח הפרטי והשב"ן בהגדרה יצטרכו להוריד עלויות, הרופאים יבינו ויורידו עלויות.

רויטל טופר: אם הוא הכוכב מספר אחת והוא לא יתקשר איתו, אז תהיה לו בעיה.

עו"ד לאה ופנר: אני רוצה להבין קצת יותר אם תוכל להסביר את קשרי הגומלין של השב"ן עם הקופה - האם השב"ן הוא עצמאי או מתנהל כחלק מהקופה? עד כמה ההשפעה היא צולבת בין הקופה להחלטת השב"ן? אם המנכ"ל קובע, איך זה נעשה?

פרץ גוזה: יו"ר הדירקטוריון שלך זה המנכ"ל. חברי ההנהלה הבכירה בקופה הם הדירקטוריון שלי, ואני מציג בפניהם תכניות עבודה. מעורבותם היא מינורית. בתכנית העבודה הזאת משרד הבריאות מכיר מה אני הולך לעשות. הקופה לא נותנת הנחיות לא להגדיל ביקושים או להיפך. היא מבקרת אותי על איכות השירותים שאני נותן מבחינה רפואית ושביעות רצון. כשאני לא עומד בתקציב, אני צריך להסביר.

עו"ד לאה ופנר: בקרת איכות זה אנשים שלך או נפרדים?

פרץ גוזה: שלי ונפרדים חיצוניים שאני לוקח. הנחיות מקצועיות הקופה כמעט ולא נותנת, אני אומר והיא מאשרת. הנושא שלי מבוקר, יש לי בקרה רצופה מרויטל ומשרד הבריאות שהיא ON GOING.

עו"ד לאה ופנר: אמרת שאתה לא נותן בחירת מנתח למה שאינו בסל. אם יש ניתוח פלסטי למשל שלא קיים, אתה לא נותן?

פרץ גוזה: לא נכון, אני נותן את האסתטיקה בפרק האסתטיקה ולא בפרק הניתוח. יש פרק אסתטיקה בפלטינום. אין שם בחירת מנתח, אתה חייב ללכת לספק שאיתנו בהסכם. הכללית קשורה לכללית אסתטיקה ולפרופורציה, והיא שולחת לשם בשביל ניתוחים אסתטיים.

עו"ד לאה ופנר: אילו הייתה חלופה, למשל בנושא החיסונים - או בשב"ן או בסל הציבורי - אתה עדיין חושב שזה צריך להיות בשב"ן?

פרץ גוזה: לא, אני חושב שאם יש מספיק כסף - שהכל יהיה בסל. אני לא נגד הסל, אני בעדו. הנה, עכשיו הכניסו את החיסון נגד וירוס הפילומה לסל, נהדר!



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרופ' גבי בן נון: תהיה בחירת רופא באמצעות השב"ן בכל המערכת. מה לדעתך יקרה?

פרץ גוזה: במילים אחרות שר"פ. אני לא חסיד השר"פ.

פרופ' לאה אחדות: מה יקרה לשב"ן?

פרץ גוזה: מעבר להיבטים המוסריים, ההוצאה תגדל לאין שיעור מההוצאה הפרטית. ה – 64% האלה הולכים לשר"פ, והם לא בשר"פ. לא עלייה, אלא קפיצת מדרגה. למה ידפקו בדלת השר"פ? כי הרופא שלח אותם! ההוצאה תהיה גדולה, טוב או לא טוב? זו כבר שאלה פילוסופית אחרת. ההוצאה תגדל, המעטפות יחזרו.

עו"ד לאה ופנר: למה שיחזרו? הפוך!

פרופ' גבי בן נון: אני עכשיו מבוטח של המושלם, ואני רוצה בחירת רופא במדיקל סנטר הרצליה. מגיעה בקשה כזאת, שרשר לי מה אתה עושה כשב"ן כללית.

פרץ גוזה: כשאתה שולח הפנייה לשב"ן, אני בודק שני דברים – האם הוא זכאי, אם לא קנה אתמול, אם אין אכשרה. אם הניתוח בסל קובעים לו תור. בדרך כלל התור יהיה ברמה של שבוע-שבועיים, תלוי איזה.

פרופ' גבי בן נון: והכסף?

פרץ גוזה: כשאתה מגיע אתה משלם רק עבור השתתפות עצמית. בשונה ממה שהיה עד לפני שנה או חצי שנה, היית משלם השתתפות עצמית ואולי על עוד כמה דברים, והיום אין כאלה דברים. רק השתתפות עצמית שאתה יודע עליה מראש, וכל השאר אתה לא רואה כלום.

פרופ' גבי בן נון: במה זה תלוי?

ד"ר טוביה חורב: מה המבוטח רואה מול העיניים?

פרץ גוזה: סכום, גם אם קרה משהו בדרך. יש לי התחשבנות מולו. שכר מנתח אני משלם מול המנתח. מול שכר ביי"ח יש לי התחשבנות משלו. יש מערכת שלמה של תשלומים בין ספק ולקוח, מו"מ מסחרי. כשאני בא לד"ר הוא יודע שהוא מקבל על הניתוח הזה X ש"ח, וביה"ח יודע מזה. אין לי טופס 17, זה מהשקל הראשון.

שירה גרינברג: ציינת בתשובתך לשולי כלים לריסון הביקושים, אם בשב"ן ואם במסחריים. רציתי לשמוע את דעתך לגבי עוד כמה כיוונים חוץ מהכנסה של מחיר שכר מנתח לפיקוח. מה לגבי זה שכל השירותים שהשב"ן ייתן, תיארת כרגע מסלול הסדר ולא החזר, מה דעתך שכל השירותים יהיו מחויבים להיות שירותים בעין? אם למשל היו אומרים לך כאחראי שב"ן - יש לך איזשהו גבול בפרמיה שזה מה שאתה יכול לתת, עכשיו תתחיל להתחרות בינך לבין שב"נים אחרים? מנגד זה יכול להיות גבול בסוגי שירותים למשל. גם לזה הייתי שמחה לשמוע התייחסות. עוד נקודה זה נושא של השתתפויות עצמיות. אתה יכול להגיד שיש מינימום השתתפויות עצמיות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר טוביה חורב: את אומרת מה דעתו על רף מינימום בקביעת השתתפויות עצמיות.

שירה גרינברג: יש כמה כלים שאני חשבת עליהם, והייתי רוצה לשמוע מה עמדתכם לגבי הכלים הללו. אם יש לכם עוד, אשמח לשמוע.

פרץ גוזה: התופעה של שירותים בעין הם בשני פרקים בלבד בגדול – פרק הניתוחים והייעוצים. בשאר הפרקים זה הספקים שלנו. היום בגדול, 85-86% הם רופאים בהסדר, את שואלת האם ניתן להגיע ל – 100%? אני לא בטוח, יש תמיד כאלה שלא יעזור כלום, הם לא יהיו בפנים, למשל כל מיני מומחים לאונקולוגיה. פעם פרופ' דינה בן יהודה הסבירה לי שנה למה היא לא יכולה להיות בהסדר. אני יכול להכניס עוד 5-6% להסדר, אבל לא 100. זה אפשרי.

ד"ר טוביה חורב: זה הגברת חופש הבחירה של המבוטחים.

פרץ גוזה: בייעוצים זה לא רלוונטי כי אני מחזיר 600 ש"ח ו – 80%. בהסדר שלנו אני נותן 500 ש"ח. בניתוחים יש כאלה 6-10% שטוב שהם נמצאים, והם בדרך כלל ברובד העליון שמחשיב עצמו ככזה, ולא הייתי ממליץ לנגוע בו. אם משרד הבריאות יקבע שיש גבול בפרמיה נצטרך לקבל את זה, ולראות בכלים האלה מה עושים. שלא נתבלבל, עד שאני מוריד שקל אני לא עובר חיים קלים. נעשו דיונים של שנה שלמה מה יהיה ברובד הראשון ומה בשני. עסקנו בציווד מתכלה ועסקנו גם בסאגה הזאת. אם יש גבול פרמיה, נצטרך לקבל את סדרי העדיפויות ונשב עם הקופות, ונראה אם זה כל קופה בפני עצמה או לכולם יחד.

שירה גרינברג: האם יש שירותים שאתה חושב שלא היו צריכים להיות בשב"ן ונכנסו בגלל התחרות, ואם היו יורדים היו עושים את החיים קלים יותר כדי להכניס את מה שאתה חושב לנכון?

פרץ גוזה: לא היית נוגע ברפואת שיניים, לא בהריון ולידה, לא בניתוחים מקצועיים. במה שהייתי נוגע, זה שקל ועשירית, אין בזה כלום, קחי את זה אם את רוצה. זה לא פשוט להוסיף כיסויים. בתרופות, אם הכל נכנס לסל, כל התרופות שלי, אני מוריד 4 ש"ח מהפרמיה. אם כל ה – 20 בדיקות גנטיות מחוץ לסל יכנסו לסל, אני תורם מחר הריון ולידה 2 ש"ח. אביזרים אורטופדיים, אם נכנס לסל, אני מוותר על זה. אחרי וועדת הסל, כשרויטל מודיעה לנו מה התוצאות, אני הולך אחורנית ולא מערער אפילו, אני לא יכול לעשות כלום. רפואה אסתטית היא 0.0 משהו. הדברים המובילים באמת הם ניתוחים, ייעוצים, רפואת שיניים ותרופות. אם מחר השיניים הם בסל, אני מצדיע לימין. השתתפות עצמית מינימום זו גם סוגיה שדנו בה.

רויטל טופר: יש טיוטת חוזר שלה שהוקפאה בגלל הוועדה.

פרץ גוזה: אני לא חי עם זה בשלום, אבל זה יצא ונעשה כפי שיוחלט.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רויטל טופר: היה מינימום של 300 ש"ח. אנחנו רצינו 200 ש"ח, ביניהם ההבדל לא גדול. חלק מהאפשרות שלא ישתמשו בבחירת מנתח זה להעלות השתתפויות, אז אני נותן שב"ן כדי שלא יברחו? צירפתי אנשים לשב"ן, אתם מקבלים שירותים, ואם לכל שירות ישלם 6,000 ש"ח, אז למה צריך את השב"ן?

ד"ר טוביה חורב: אני אשמח לשמוע על גורמים חיצוניים נוספים שהשב"ן קשור אליהם.

פרץ גוזה: יש לנו חברה מקצועית שעושה את נושא התפתחות הילד. לנושא תרופות יש לנו מבקר לתחום הזה. בייעוצים אנחנו לוקחים אקס מנהלי מחלקות שפרשו לשם בקרה. בנושא השירות יש לנו חברה חיצונית שעושה סקרים.

ד"ר טוביה חורב: ניהול תביעות, קשר עם חברת ביטוח?

פרץ גוזה: ניהול תביעות נעשה על ידי חברה חיצונית, דיקלה. יש לנו מאות אלפי תביעות בשנה. זה נעשה מקצועית, לדיקלה אין שום SAY בעניין, רק פן טכני. אנחנו מסלקים תביעות תוך 12 יום, כאשר משרד הבריאות התיר לנו תוך 30-40 יום. אין שום מעורבות בתשלומים של חברת הביטוח. אנחנו משלמים את התשלומים, והעבודה המקצועית נעשית. העבודה מאוד מקצועית, יש לנו למעלה מ- 600 או 700 אלף תביעות בשנה, וזו מאסה. אין שום קשר עם דיקלה מעבר לכך - הם לא משתמשים בדאטה שלנו ואסור להם לפנות למבוטחים שלנו. אני היום מחובר אליהם בביטוח הסיעודי עד שנצא למכרז חדש. יש לנו 2 מיליון מבוטחים בדיקלה, אבל הם לא משתמשים בדאטה, שום שימוש.

ניר קידר: הצגת שאתה ממליץ על הגבלת שכר בשב"ן לבחירת רופא. כתבת רק לשב"ן.

פרץ גוזה: אם יגבילו את ההוצאה, צו השעה יהיה שכולם יחזרו.

ניר קידר: איפה אתה רואה את השב"ן של כללית בעוד 10 שנים?

פרץ גוזה: אני מקווה שיהיו 85% מבוטחים.

ניר קידר: מבחינת התוכן?

פרץ גוזה: השב"ן במהותו מנסה לקדם טכנולוגיות חדשות, ואני לא יודע איפה המערכת תהיה עוד 10 שנים. היום אין למשל תחליף לניתוח. אני מכיר את אלה שחושבים ששני רבדים זה גדול מדי, אבל אם זה היה תלוי בהמלצתי, הייתי עושה רובד נמוך ל- 20% ובודק מה כן כדאי להכניס לשם ומה יכול לקנות אותם. אני חושב שצריכים להיות שני רבדים ל- 5-6 שנים הקרובות, ועוד 10 שנים נדבר שוב.

ד"ר שלומי פריזט: יש לכם איזשהו מידע לגבי הפעלת בחירת מנתח בשב"ן מתוך שיקול מרכזי של קיצור תור, או קורלציה בין סוגי ניתוחים בהם מופעל אותם 64%? האם התור שלהם בציבורי יחסית קצר ואז הוא אומר שאני לא צריך להפעיל את השב"ן? פר ניתוח, פר בן אדם, פר ממוצע המתנה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

פרץ גוזה: לצנתורים אין תור במדינת ישראל ולכן אצטרך לבדוק את זה לכם.

ד"ר שלומי פריזט: התשובה היא כן. האם יש לך הרבה בחירת מנתח בצנתורים?

פרץ גוזה: כן, אבל אין שם אורכי תורים גדולים. שבוע-שבועיים זה לא תור.

ד"ר שלומי פריזט: אם הייתי בודק מה שיעור האנשים שמפעילים את השב"ן, האם זה היה גבוה יותר מאשר ניתוחים שבהם משך זמן ההמתנה הוא יותר גבוה?

פרץ גוזה: לא בדקתי, אבל הסיפור של הניתוח מתחיל קצת קודם. זה מתחיל ברפואה בקהילה - רפואה מקצועית בקהילה - חוות דעת שניה - הגעה לניתוח. אין דינו של ניתוח לב כדינו של ניתוח קטרקט. זו מערכת מאוד עדינה. יש סבאליה בן 80 שמי שמחליט זה הבן שלו, ויש אחר שהבן שלו לא מתערב בכלל. אתה שואל אם המערכת היא המכוונת?

ד"ר שלומי פריזט: אני שואל על קורלציה ולא סיבתיות.

פרץ גוזה: לא בדקתי אם בגלל התורים יש נזילה לשב"ן. בניתוחים המורכבים יש יותר בחירה. מצד שני, אני לא יודע כמה קטרקט עושים בציבורי, אני עושה 8,000. אני חושב שכל השב"נים עושים 6% מהניתוחים בארץ. זה ללמוד משהו או להקיש מזה. לא ניתחתי את העניין הזה.

ניר בריל: מה הדבר האחרון שרציתם להכניס לשב"ן? אם הרוב כבר שם מבחינת שירותים? תן דוגמא ממה שאתה חושב שחשוב להכניס.

פרץ גוזה: לא אחזור על תרופות מצילות חיים...

רויטל טופר: מה הכנסת לאחרונה כדוגמא?

פרץ גוזה: הכנסתי ליווי סרטן. פרק מעניין מאוד. אנחנו גילינו שבניתוחים לסרטן, אומרים לאדם שיש לו סרטן והוא מאבד את כל העשתונות. הקמנו מערכת שמלווה את החולה ומשפחתו. הכל יכול להיות מבחינתי בסל הבסיסי. זה כולל צוות רפואי אונקולוגי. לכיסוי הזה גילינו שלאנשים חולי סרטן יש להם צרכים מיוחדים שאין בסל הרגיל, אז גם פה אנחנו עוזרים. הכנסנו את זה לפני חצי שנה ויש כמה מאות בודדים שמשתמשים בזה.

ד"ר שלומי פריזט: תודה! אנחנו נפנה אליך לשאלות נוספות. למדנו הרבה.

**** מציגים שניים בפני הוועדה: שעה ז'ילונקה, מנהל כספים, חניאלה וילנר, מנהלת השב"ן (מלווים): משה פרץ, עידו הדרי) – מכבי שירותי בריאות. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שעיה זילונקה: מציג את הצוות. אני במכבי משנת 2002, לפני כן במשרד הבריאות. ליוויתי את כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אני אפתח בכמה היגדים שיובילו למצגת שחניאלה תציג.

אנחנו מכירים שזו וועדת משנה לנושא הביטוחים הרפואיים, שב"ן ופרטיים. אנחנו כבר הצגנו גם בוועדה המרכזית בעיות מרכזיות של המערכת הציבורית – הראשונה היא השחיקה של תקציבי מערכת הבריאות, בתי"ח הממשלתיים הם גם בגירעונות, יש קושי בתזרים מזומנים, את הסאגה של הדסה אנחנו מכירים. הבעיה המרכזית השנייה היא חוסר האינטגרציה בין בתי"ח לקהילה. אין הלימה בהשקעה בתשתיות, יש כפל תשתיות, אין מדיניות צופה פני עתיד, מה תפקיד בתי"ח ותפקיד הקופות, התפיסות צריכות להשתנות, אין רצף בטיפול בין הקהילה לבתי"ח ויש כל הזמן מאבק מתמיד על המשאבים. משרד הבריאות מתקשה להתמודד עם הנושאים האלה, ואני חושב שחלק מהקושי נובע גם בגלל כפל הכובעים והיותו גם רגולטור וגם מפעיל שירותים וגם מבטח. התבשרנו שיש וועדה בנושא זה גם כן, ואנחנו תולים בזה תקווה.

אני לא מאשים את הוועדה הגדולה או את זו, אבל יש הרבה תקשורת סביב הוועדה. יוצאים היגדים שקשה להתעלם מהם. אבל בכל זאת לא אכנס לזה לעומק. מה שנראה כאילו מכל מה שיש מסביב, זה כאילו שהבעיה של המערכת היא היעדר משאבים למערכת הציבורית ועושר גדול במערכת פרטית, ומה נובעת מסקנה שצריך לקחת משאבים מהפרטית לציבורית ובא לציון גואל. היינו עדים לפרסום סביב השר"פ, ויצא כאילו זו מטרת הוועדה, ואז התחיל פולמוס ציבורי וויכוח עם אמירות שזה עלול לחסל את המערכת הציבורית ולהגדיל הוצאה לאומית לבריאות. עכשיו אומרים שאתם באים לחסל את השב"ן ועוד ועוד. הבעיה של מערכת הבריאות היא איננה בתי"ח ואיננה המערכת הפרטית. הבעיה היא חוסר משאבים. עיקר העשייה הרפואית נעשית בקהילה וזו הפעילות הרפואית הרציפה. פעילות בתי"ח היא יותר אפיזודית ואסור לשכוח את הקהילה כשמדברים על המערכת הציבורית. עלות סל הבריאות מממן את הרפואה בקהילה וגם את בתי"ח, כי הקהילה והקופות קונות שם את השירות. עלות הסל נשחקה מאז החוק בשיעור של 17% בעיקר עקב הפיצוי החלקי בגידול הדמוגרפי. אם היה פיצוי, עלות הסל הייתה 6 מיליארד ש"ח נוספים. מפה מתחילה בעיית גירעונות הקופות ובתי"ח, כי לקופות אין איך לשלם להם. השיעור של הרפואה הפרטית ביחס לכלל ההוצאה הפרטית היא גבוהה, אבל לא בגלל שההוצאה הפרטית גבוהה, אלא בגלל שהציבורית מאוד נמוכה. מדובר בהיעדר תקציבים לציבורית. אילו היו תקציבים כמקובל בעולם, השיעור היה דומה. ההוצאה הפרטית היא לא הבעיה אלא תוצר שלה. היא מהווה באפר או תחליף שקצת מייצר פתרונות למה שהרפואה הציבורית לא מסוגלת לתת, במימון שב"ן או בתשלומים ישירים. חסימה של ערוצים כאלה בלי לתקצב את המערכת הציבורית, תמוטט את המערכת כולה ותייצר רפואה שחורה. העברת הפעילות לשר"פ תביא גם לאותה תוצאה - מה שהיה ציבורי בעצם יקרוס. הגבלת פעילות ניתוחים בשב"ן תביא מנגד לצמיחה של הניתוחים האלה במסגרת בתי"ח הפרטיים, ולכן הפתרון הנכון הוא הוספת משאבים למערכת הציבורית וכך תיפתר הבעיה כולה. צריך לזכור שמערכת הבריאות בארץ בנויה מאיזונים בין המרכיבים שלה ואין סימטריות. הקופות לא שוות בגודלן. הכללית מונה 55% מהמבוטחים, יש לה רשת בתי"ח משלה. כל שינוי שיכול להתאים לכללית עלול למוטט קופות אחרות, וצריך להיות זהיר ולראות את כלל המרכיבים. יש בתי"ח שנמצאים בערים מרכזיות ועוד 8 בתי"ח בפריפריה. פתרונות שיעצמו בתי"ח גדולים, עלולים למוטט את האחרים. יש רשת של בתי"ח של כללית שנהנים מהגב של כללית והמבוטחים מובטחים לבתי"ח האלה, לעומת בתי"ח ציבוריים אחרים שמתמודדים לבד במערכת. יש מערכת של קשרי גומלין עדינים שכשמטפלים בדבר אחד, צריך לראות מה עושים לדבר אחר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לא נעסוק כאן בשר"פ בכלל, אלא בשב"ן. נראה שזוהי לא הבעיה של המערכת, אלא פתרון למגבלות. צמצום השב"ן לא יפתור בעיות. נראה שהוא מקדם את הרפואה ותורם לשוויוניות. השב"ן קשור לליבת שירותים רפואיים ולשירותים משלימים לבריאות שהציבור מעוניין לקבלם. השב"ן הוא לא ביטוח פרטי אלא סל שירותים וולונטרי. אין זליגה של כספי שב"ן לסל או להיפך. אין סלקציה לקבלה לסל כתוצאה ממצב רפואי, הכסף הולך למימון הוצאות בריאות ולא לממן טייקונים. יש הקפדה על איכות ופיקוח הדוק של משרד הבריאות. כל זכות שקיימת בשב"ן ונוספת לסל, בעצם נגרעת מהשב"ן. היינו שמחים שכמה שיותר יכנס לסל הציבורי, אבל אנחנו יודעים שזה לא קורה, ישנם דברים שלא יכנסו לסל לעולם. ישנם דברים שהכרחי השב"ן עבורם. הגירעונות לא יכוסו, הם ימשיכו לגדול עקב השיטה הנהוגה, והפתרון שנותן השב"ן יאבד בתוך העניין הזה. בכל רפורמה שעושים צריך לבחון את ההשפעה על מרכיבי המערכת השונים.

למכבי יש 2 מיליון מבוטחים. אלפי רופאים עצמאיים בקהילה מכסים רפואה ראשונית ושניונית. הם אלה שמהווים את התשתית של הרפואה של מכבי, והם אלה שגם מנתחים חלק גדול מהמבוטחים במסגרת הסכמים עם השב"ן בתגמול לא גבוה במיוחד. זה חלק מהשיטה שקיימת היסטורית. זו תשתית חשובה מאוד שיש למכבי שמכסה רפואה קהילתית וניתוחית, והיא משתלבת בהסכמים של מכבי עם הרופאים ומשתלבת עם כלל הניתוחים בארץ. בתי"ח הממשלתיים שמבקשים ליהנות ממהלך כזה, הם אינם חזות הכל. יש מרכיבים נוספים במערכת שצריך לראות איך הם מושפעים, והסכנה היא מלחזור לרפואת המעטפות.

דר' שלומי פריזט: רק להבנתך, יש לכללית איסור להפעיל רפואה פרטית בתוך בתי"ח שלה?

שעיה זילונקה: היא אינה מעוניינת, אני לא בטוח שיש איסור. היא מבינה את השלכות המאקרו על ההוצאות. אני יודע שהם לא מעוניינים והם מצהירים על כך.

בנוסף לכל התובנות שהזכרתי כאן, נציג את נושא תרופות מצילות ומאריכות חיים שאין בסל. ננסה להראות מה התועלת והנזק שהיו מהצד זה. אנחנו כן מצביעים על כשל שניתן לתקנו, בממשק שבין השב"ן לפרטיים בנושא הביטוחים, יש כאן כפל ביטוחים. אנחנו יודעים שחברות הביטוח נותנות בונוס למבוטחים, בונוס כספי, למי שפונה לשב"ן ולא אליהן. המפקח על הביטוח נתן הוראה לאחרונה שאין למכור פוליסות כאלה בעתיד, אבל יש פוליסות קיימות. הפתרון שנתנו לפוליסות חדשות צריך להכיל גם על הקיימות.

דר' טוביה חורב: פתרון שניתן לפוליסות העתידיות, אתה מתכוון לפוליסות משדרגות או מהשקל הראשון?

שעיה זילונקה: אני לא נכנס לזה. להתיר גם וגם.

חניאלה וילנר: כשזה משלים אין פיצוי.

שעיה זילונקה: הכוונה היא לקבל פיצוי כספי תמורת אי ניצול הזכות בביטוח הפרטי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר טוביה חורב: הבנתי מה שעשו ומה מעתה ואילך. האם מה שנקבע מעתה ואילך ומנציח מצב נתון כיום, שיש פוליסות מהשקל הראשון ויש משדרגות - אני רוצה להבין מה אתה אומר.

שעיה זילונקה: אם הציבור רוצה, שיקנה. הממונה על השוק ההון ידאג לשקיפות ואנשים ידעו מה הם קונים. זה ימשיך לקרות עוד 10 שנים עם כל הפוליסות הקיימות. למי שכבר יש את הביטוח, ימשיכו לעשות את זה.

ד"ר טוביה חורב: גם בעתידיות הן לכאורה מהשקל הראשון. זה שמור יהיה להחלטת המבוטח למי לגשת ראשון, לקופה או לחברת הביטוח.

חניאלה וילנר: אני אפרט יותר עוד מעט.

ד"ר טוביה חורב: העובדה שיש פוליסות כפולות של פיצוי או אפשרות של כיסוי מהשקל הראשון, זה תהליך היסטורי שקדם לו תהליך שהחברה מצאה את הדרך ללכת קודם כל לקופה.

שעיה זילונקה: חלילה תדבר על לעשות שיבוב.

עידו הררי: לחלק מהיושבים זה ברור להם מהעיסוק השוטף שלהם, אני אסביר. הקופות לא נתפסות כגוף ציבורי ממש כמו גוף ציבורי. הייתי דובר ב"ח נהריה כשאהוד ברק דיבר על הזקנה במסדרון. אנחנו מערכת ציבורית כמו בתיה"ח ואין לנו היתר לתאגידים, וזה לא סגור אצל כולם. אין מערכת ציבורית שיודעת לספק הכל. המימון הוא חסום בפני אספקת הכל. היום יש אלפי תרופות והמכשלה היא מכשלת מימון. פעם לרופא היו 4 תרופות. על משקפיים יש מחלוקת, אבל על תרופות אין. אין מערכת שיודעת לממן את כל התרופות בעולם, וזו אחת מנקודות החוזק של השב"ן.

חניאלה וילנר: על המשקפיים הראשונים שלי שעיה דיבר באופן כללי. אנסה להתייחס למה שעיה לא דיבר עליו - מתייחסת למצגת. לשב"ן מתקבל כל אחד, הפרמיות נקבעות לפי גיל, אין חיתום ואין החרגה, כל מה שצריך זה תקופת המתנה עד שיקבל את השירותים. חלק מהשירותים בשב"ן לא קיימים בסל, כמו אורתודנטיה - יש ויכוח אם זה אסתטיקה או צורך רפואי, ולפעמים זה גם עד שהן נכנסות לסל. יש גם היבט של רצף טיפולי הוליסטי - חולה רוצה שמי שמטפל בו יכיר את כל ההיבטים של הטיפול בו. אנחנו מקבלים הרבה שאלות ממשרד הבריאות לקבל נתונים על שימושים ועל עלויות. זה עושה את הנתונים יותר מבוססים, מקבלים מאיתנו את המידע על שימושים ועלויות וזה מפחית חששות, כי אנחנו מקבלים הרבה פעמים תקצוב חסר. מציגים מחיר שהוא לא המחיר שבו הקופות רוכשות. ההכנסה של תרופות וטכנולוגיות לשב"ן מקדמת את ההכנסה לסל, ולא כמו שאומרים שאם זה בשב"ן, זה לא יכנס בחיים לסל.

ד"ר טוביה חורב: ממתי למכבי יש בכלל שב"ן? מ - 1988 אני חושב....



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

עו"ד לאה ופנר: כמעט מההקמה.

שעיה זילונקה: מכבי הייתה בהתחלה רופאים עצמאיים בקהילה, ונוצר רצף בטיפול מההפניה של הביטוח. כשחוק נכנס, זה אומץ. המבנה של הכללית הוא מבנה אחר לגמרי. אז נוצר מצב שהחולה בוחר את המנתח שלו, שלא היה קיים עד אז ובמכבי זה היה היסוד הכי חשוב. החולה בוחר את הרופא ברפואה הראשונית, בשניונית וגם בניתוח שלו. ואז הם נכנסו לביטוח משלים של מכבי, וכשנכנסו לשב"נים, הליבה של העשייה הרפואית, זה כבר היה קיים. המנגנון של כללית יצר מבנה שונה.

חניאלה וילנר: היתרון בהיבט התקציבי הוא שאתה משלם לרופאים.

שעיה זילונקה: זה לא פרטי שאתה משלם לרופאים ומקבל החזר.

עו"ד לאה ופנר: הקופות יכולות לשלוח גם במסגרת המחירים בשב"ן. זה לא קשור אליכם.

חניאלה וילנר: כל מה שנאמר על שב"ן, אנחנו לא מתעלמים מהעובדה שקיימים ביטוחים מסחריים, כי הנטייה לדבר על שב"ן ולאורך הדרך לשים חסמים וכללים על השב"ן שלא קיימים בביטוחים המסחריים, שהולכים ופורחים לצד השב"נים. אין חסמים לקבלת מבוטחים ואנחנו לא מונעים ממניעי מיקסוס רווחים וצמצום סיכונים. זה בא לידי ביטוי בעלויות, בהנגשה ובקבלת המבוטחים. המאפיינים הציבוריים אומרים שחוק ביטוח בריאות חל עלינו. זמינות השירותים וכל מה שקיים בחוק, קיים גם לגבי השב"נים. אם אנחנו לא מצליחים להגיע להסכמים בפריפריה, אנחנו נותנים החזרים לאנשים שהולכים לספקים פרטיים, אבל אנחנו כל הזמן בודקים מה קורה בפריפריה. כשאנחנו עושים הסכמים, אנחנו בודקים את הספקים ומשפיעים על השוק הפרטי בכלל. כשנכנסה רפואת השיניים לשב"ן, לא כולם הולכים לקופות, אז גם רופאי השיניים היו חייבים להתייחס לעובדה שרפואת השיניים נהייתה זמינה לקופות. היו כאלה שאמרו שהרופא שלהם נותן את המחירים של מכבידנט, כי עכשיו יש מחירי התייחסות שזה לא המחירים שהיו קודם. כל ענף האופטומטריה, מכשירי שמיעה - ניתנו מימונים, ירידה במחירים בעשרות אחוזים, חלק מהספקים נסגרים לטוב ולרע כי הם לא עומדים במחירים שלנו, המחירים שחיו איתם נעלמו. יתרון הגודל מצליח להוריד מחירים בסטנדרט מקצועי גבוה. הטענה שלנו שהתקציב שיתפנה מהשב"ן, ככל שתהיה חשיבה להעביר כסף מהשב"ן למערכת הציבורית, לא ייתן אותו שירות. כבר היום יש גירעונות. קודם זה הולך לתקצוב של מה שחסר. היום ניתנים שירותים אחר הצהריים בססיות עם עלויות גרעוניות. אנחנו לא רואים שזה נכון להעביר תקציב מאחד לשני, החשיבה צריכה להיות פתוחה יותר איך מביאים משאבים למערכת. צמצום השב"ן לא יפתור בעיות - על כל שקל שתחסכו או תעבירו מכאן לכאן, תוציאו עוד שניים.

פרופ' לאה אחדות: את מדברת בעיקר על בחירת רופא.

חניאלה וילנר: חושבים שאם יצמצמו בחירת רופא, יתנו את הכסף לבתי"ח ויסדרו את הכל. הם לא מבינים שאנחנו ממנפים את הכסף והמבוטחים מקבלים יותר. בוואקום הזה תהיה פריחה של המערכת המסחרית הפרטית, ואם יש חשיבה לבטל בחירת מנתח בשב"ן, חובה לבטל את זה גם במערכת הפרטית. לא יכול שסביב השוויוניות תהיה בחירת מנתח לכל. אם לא תהיה חשיבה מה יקרה עם בחירת מנתח בפרטית, תהיה פריחה של



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הביטוח המסחרי. העשירים והבריאים יוכלו לדאוג לעצמם וזה רק יגדיל את הבור במערכת הציבורית. חזרת הרפואה השחורה כתחליף לבחירת מנתח - אם כולם יוכלו לבחור אז לא תהיה בחירה, גם של המנתח וגם של השעות ביממה.

ד"ר שלומי פריזט: היום למעשה פוטנציאל הבוחרים הוא 80%. ה- 20% הנוספים זה מה שימוטט את המערכת?

רויטל טופר: היום אין שר"פ בבתי"ח ציבוריים.

שעיה זילונקה: התשובה היא מה שרויטל אמרה. למרות של - 80% יש שב"ן, להרבה פחות, 50% או פחות, הם אלה שמנצלים את הזכות הזאת. עדיין רבים מנותחים בבתי"ח הציבוריים. בגלל ההיסטוריה של מכבי, שיעור הבוחרים של מכבי הוא גבוה מבין אלה שהולכים לשם.

ד"ר שלומי פריזט: היום הם מתנתחים בבלינסון בסל הציבורי ויש להם שב"ן. זה לא מתוך אידיאולוגיה. אסותא נתפסת נחותה בעיניהם.

שעיה זילונקה: כן.

פרופ' לאה אחדות: מאחר והתופעה היא לא רק של קופה אחת, ההשתתפויות העצמיות, צריך למצוא עוד סיבות להתנהגות של מבוטחי שב"ן שלא מנצלים את הבחירה.

שעיה זילונקה: זה זכותו, זה אמונות.

ד"ר טוביה חורב: אומרים שאנשים בוחרים את השב"ן בגלל הנושא של בחירת רופא, וזה לא כך. הם הצטרפו כי מה שמעניין אותם זה דברים אחרים, ובהגעה לניתוח זה לא תמיד מעניין אותם.

ד"ר שולי ברמלי: זו סיבה רביעית. קודם לכך זה תרופות ורפואת שיניים.

פרופ' לאה אחדות: יכול להיות שזה תלוי גם בספק הניתוחים שלא אוהבים אותו.

ד"ר טוביה חורב: לפי השקף הזה - השב"ן לדעתך מושלם, אין מה לגעת בו?

חניאלה וילנר: כל מה שיצא, לגיטימי. אם זה נכנס לסל - מה טוב. זה עבר הרבה מאוד השקעה, וזה לא גחמה של מישהו שקם בבוקר או שאנחנו חושבים שזה יעבור יותר טוב בתקשורת. גם אם אנחנו מכניסים רק חלק, אנחנו רואים מה הדרגה שאנחנו רוצים להיות בה.

ד"ר טוביה חורב: לדעתכם זה מוצר שלא צריך לגעת בו.

חניאלה וילנר: אנחנו חושבים שיש בו האיזונים המתאימים. השב"ן כמקדם נגישות - במצגת. אנחנו לומדים מה קורה בעולם אצל מתחרים, לומדים טכנולוגיות, בוחנים מה נותנים הספקים ואיך זה תורם לסל, האם זה מפחית



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הוצאה במקרים אחרים, מה הכי נכון להיכנס להסכם או להחזר, בחירה חופשית של סכום מסוים - ואז אנחנו עובדים עם הרגולטור בעבודה עמוקה ובחינה לעומק של הנושאים ודמי חבר והמשמעויות של זה. זו עבודה שלוקחת חודשים רבים ויש מאחוריה מחשבה. אני לא חושבת שאתם חושבים אחרת, זה רק חשוב לציון. הסיבה הראשונה של הצטרפות לשב"ן היא התרופות – במצגת.

דר' שולי ברמלי: את מדברת על מכבי שלי או מגן זהב?

חניאלה וילנר: במכבי שלי אין תרופות.

עידו הררי: כל מחירי הייחוס בשוק התרופות מתייחסים לירפ"א.

פרופ' לאה אחדות: יש דבר כזה מחירי שוק?

חניאלה וילנר: בתרופות המאוד יקרות קשה מאוד לקבל מחירים יותר נמוכים.

עידו הררי: בשונה מכוס פלסטיק שאני יכולה לתחר בין הרבה ספקים, תרופה פטנטית מוגנת פטנט אין לי, יש רק ספק אחד ואין לי הרבה דרך להוריד אותו, גם אם אני קונה גדול. אבל אם פרטי יגש ל"פייזר" יעלה לו 20 אלף ש"ח לחודש, ולקופה זה יעלה 16 אלף ש"ח לחודש.

חניאלה וילנר: ממשיכה במצגת. תרופות מצילות חיים היא הגדרה נזילה. מחלות סרטן הן כרוניות לכל החיים, והן לא בהכרח יצאו מהסל לשב"ן. יש מחלות יתומות בהן התרופה אף פעם לא תהיה גנרית, משום שכמות החולים כל כך נדירה שאין מי שמוכן לרשום את זה. הם מקבלים כיסוי של עד מיליון ש"ח ללא השתתפות עצמית בכלל. יש תרופות אחרות שלא רשומות בארץ בכלל והן רשומות בעולם, ויש השתתפות עצמית של 350 ש"ח

לתרופה. לכל תרופה שאדם מתחיל לקחת, חל עליו עיקרון של רצף טיפולי ואנחנו לא מפסיקים לתת לו אותה גם אם היא נכנסה לסל.

דר' שלומי פריזט: הסיווג אם ברשימה או לא ברשימה הוא החלטה שלכם?

חניאלה וילנר: כל תרופה שמעל 700 ש"ח לא יהיה נכון להכניס אותה, כי ההשתתפות העצמית היא 50% בממוצע. זה הסיכום על הרגולציה שתורפות שעד 700 ש"ח לא יכולות להיכנס לשם. זה סוג של החלטה שתהיה אמינה. מעבר לזה, בוודאי שאם התרופה לא רשומה, גם אם עולה 500 ש"ח היא בוודאי שלא תהיה ברשימה. הטרגדיה של תרופות מצילות חיים – במצגת. גם כללית הכניסה תרופות מאריכות חיים לשב"ן. כשהכנסנו את זה, הייתה תקופה של צירוף ללא המתנה ל - 3 חודשים. פנינו לכל המבוטחים והצענו להם להצטרף, והצטרפו 40 אלף מבוטחים, תמורת 3 ש"ח לחודש. למי שלא הצטרף, תקופת ההמתנה הייתה 24 חודשים. אז התחילו הדיונים על חוק ההסדרים ב - 2008, וכבר באוגוסט ידענו שבדצמבר יאסר על שב"נים למכור את התרופות האלה – במצגת. זה המון כסף להמון אנשים שחלקם ממשיכים לקבל את התרופות האלה עד היום, כי עד היום הן עוד לא נכנסו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לסל. המדינה שכחה שמי שיכול לקבל תרופות מצילות חיים זה מי שמבוטח בביטוחים המסחריים. השאירו את אותם 34% העשירים והבריאים, שכשהם יצטרכו הם יוכלו לקבל את התרופות האלה. יש לנו 500 מבוטחים שעד היום מקבלים תרופות מצילות חיים על בסיס רצף טיפולי, וזה מדהים. ההגדרה בחוק של מחלה קשה – תרופות שלא קיימות בסל.

עידו הררי: בדצמבר 2007 כשישבנו בוועדת כספים במשרד הבריאות, נאמר שכל תרופות מצילות החיים נמצאות בסל ואז תיקנו ואמרו שהכל יהיה. יש פה מבוטחים שלא יכולים לקבל מהסל כי זה עדיין לא נכנס.

שעיה זילונקה: יש כמה אלפים שנזקקו לזה אחר כך והם כבר לא מקבלים את זה.

חניאלה וילנר: יש כאן דוגמאות למה שלא נכנס – במצגת. התקציב הוא 300 מיליון ש"ח, וזו מתמטיקה הכי פשוטה שאפשר להראות.

עו"ד לאה ופנר: אם היו מאפשרים תרופות מצילות חיים, היו מקבלים אותם לשב"ן?

חניאלה וילנר: כל עוד זה לא בסל, זה בשב"ן. אלה תרופות שלא נרשמו בעולם ב - 2007 בין אפריל לדצמבר. אם זה היה נרשם אז, אפשר היה לקבל את זה עד היום.

דר' שולי ברמלי: זאת הייתה תקופה שהיה להם אפשרי לעשות זאת.

חניאלה וילנר: מ - 2007 אני לא יכולה לתת תרופות חדשות. רק מאז מי שהתחיל עם התכשיר הזה יכול לקבל אותו עד היום.

שעיה זילונקה: היום כבר אסור לנו לתת את זה, אבל הם מקבלים את זה בגלל רצף טיפולי.

דר' טוביה חורב: הם עדות חיה לכך שלא הכל נמצא בתוך הסל. 450 מיליון ש"ח וכן הלאה – הכל בא על מקומו בשלום. הם עדות לכך שאם זה היה המצב, הם לא היו צריכים להמשיך לשלם להם. עצם העובדה שהם ממשיכים לקבל את זה מהשב"ן כאשר החוק אוסר עליהם להמשיך לתת את זה, זו עדות לכך שאין חיה כזאת.

עו"ד לאה ופנר: זה עדות לזה שזה לא נכנס.

דר' שלומי פריזט: תוכלו לתת לנו רשימה של התרופות האלה?

עידו הררי: כן. כדי לדייק, יתכן שזה 490 וקצת, כי יש כאלה שמקבלים 2 תרופות ויכול להיות שנרשמים כאן פעמיים.

רויטל טופר: ה - 500 האלה זה רק במכבי.

עידו הררי: זה לא שלכללית יש סל אחר.

שעיה זילונקה: הכמות היא פי 4.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר טוביה חורב: הקטע זה לא הכמות, אלא שיש תרופות מצילות חיים שלא בסל.

חניאלה וילנר: תראו את הדוגמאות – במצגת.

ד"ר שלומי פריזט: כשאנשים אומרים שכל התרופות נמצאות בסל, יכול להיות שזה לא לכל ההתוויות.

רויטל טופר: נכון, גם נכון.

חניאלה וילנר: יש מחלות שהן יתומות. מי שנכשל עליה, ההתוויה הזאת לא נמצאת.

ד"ר טוביה חורב: השורה התחתונה היא שאומרים שהכל בסל זו הפשטה.

חניאלה וילנר: יש תרופות שהן קו שני, אחרי שתרופות קו ראשון לא עבדו ואנחנו עדיין משלמים את זה.

רויטל טופר: זה מציל ראייה ולא מציל חיים.

פרופ' לאה אחדות: עיניים זה לא בסל, אבל האמת היא שהקופה נותנת את זה.

חניאלה וילנר: בשב"ן זה קו שני, כי קו ראשון זה בסל.

עידו הררי: עלות כוללת לשב"ן זה עלות לחודש.

רויטל טופר: זה עוד הוכחה. הייתה טענה שברגע שיש את זה בשב"ן זה בחיים לא יגיע לסל, וזו דוגמא לכך שזה יכנס לסל.

פרופ' לאה אחדות: זה גם הפרשים במחיר ותלוי ברופא שלך. זה לא כלל, אם הרופא שלך בא לקראתך ומצליח, זה עובד.

חניאלה וילנר: רשימה של תרופות נפוצות יותר – במצגת. כיסויים קצת אחרים, שב"ן זה לא רק בחירת מנתח. כיסויים להריון ולידה – במצגת. אני מניחה שלא צריך לשכנע למה צריך את הבדיקות האלה לגילוי מוקדם של מומים בעובר. נכנסות בדיקות כאלה לסל, אבל לעולם לא ניתן יהיה לתת את כל מה שצריך. נשים בוחרות מי יבצע להן בדיקות - אם נשים בהריון רוצות לבחור את מי שיעשה להן אתה בדיקה כדי שיהיו משוכנעות שהבדיקה נעשתה כמו שצריך, הן יפנו לשב"ן.

רויטל טופר: אנחנו לא מאשרים כל בדיקה.

חניאלה וילנר: זה אחרי שהוחלט שיש צורך בבדיקה ושזה אושר.

רויטל טופר: אני מתייעצת עם גורמים מקצועיים.

ד"ר טוביה חורב: יש לכם הפרדה בין ילד ראשון, שני לילד שלישי?



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חניאלה וילנר: אין לי את זה בשליפה, אפשר לבדוק. הטבות נוספות – במצגת.

עו"ד לאה ופנר: זה סוג של דבר שאני באמת רוצה להבין למה עקרונית זה על גבול אם זה בפנים או לא. בכסף שיש לסל זה נושא במחלקות.

שעיה ז'ילונקה: זו בעיה רפואית.

דורון: הם לא הכתובת. הם מבקשים והמשרד מאשר.

עו"ד לאה ופנר: זה יכול להיראות כמשהו שגורם לקבל מבוטחים יותר צעירים. שאלתי בגלל שזה אחד הדברים שאותנו מדאיגים, סוגיה של גריפת שמנת. מילא היו אומרים שאנחנו נותנים לכולם או לקשישים וילדים...

שעיה ז'ילונקה: הרבה פעמים זה גנטי, ויש משפחות בהם כמה ילדים צריכים משקפיים.

דר' טוביה חורב: חלק מההנחה שניתנת לילדים והיא מאוד משמעותית, זה בגלל מועדון החברים וניצול כושר המיקוח שלכם ועלות שנתית נטו לשב"ן, שזה סבסוד שלכם. אני לא יודע כמה הנתח ניתן מתוך המחיר, וכמה אתם מממנים. אם זה באמת כל כך חשוב, לא כדאי לתת את זה למאה אחוז ממבוטחי הקופה מבלי לסבסד? נצלו את כוח המיקוח שלכם ותנו הנחה במשקפיים לכולם לא בשב"ן.

רויטל טופר: אם זה מועדון לקוחות, זה חייב להיות לכולם ולא בשב"ן.

חניאלה וילנר: זה 16 מיליון ש"ח בהוצאה שלנו.

דר' טוביה חורב: אתה מוריד מחיר ומסבסד. אני אומר תוריד את המחיר ואל תסבסד. תודיע לספק שאתה שולח אליו מבוטחים.

שעיה ז'ילונקה: 7% זה חצי מכמות הילדים שצריכים משקפיים. כבר עכשיו אנחנו נותנים לחצי מהם. אם אעשה מה שאתה אומר, אני צריך לשנות את תכנית הגבייה שלי.

דר' טוביה חורב: תכניס באפס.

רויטל טופר: ומי יממן את זה? חוקית אתם לא צריכים תכנית גבייה.

דר' שלומי פריזט: אתה קניין גדול של שרותי רפואה. בלי לספק שירות בעין ובלי לגבות כסף על כלום, תגיד אני מקים מועדון חברים שנקרא מכבי רכש משותף למשקפיים. ותגיד שכל מי שיבוא אלי כמכבי, אני אסגור הסדר עם ספקים. אני מקצין את השאלה של טוביה.

שעיה ז'ילונקה: זה לא מועדון חברים, זה להגיד לתת הסדר במחיר מסוים. אם רויטל תגיד שזה בסדר..



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רויטל טופר: אתם יכולים להגיד תחת חוק חובת מכרזים, במקומות האלה והאלה יש הנחה לחברי מכבי ולא דרככם, כי אחרת צריך וועדת כספים.

חניאלה וילנר: מי שלא ילד קיבל הנחה של 15% באותן אופטומטריות, קיבלו את השב"ן עד 600 ש"ח. אחר כך כשכבר הכנסנו את זה, כבר אי אפשר היה לעשות. עד שזה היה מכבי שלי, מבוטח מכבי בוגר קיבל הנחה. היה כוח קנייה שבא לידי ביטוי בהנחה.

שעיה ז'ילונקה: עשינו עליהם כבר סיבוב אחד.

חניאלה וילנר: אשפוז סיעודי מורכב – במצגת.

רויטל טופר: זו הסיבה שבגללה הכנסנו סבסוד. את כל היתר לא אישרנו.

עו"ד לאה ופנר: השאלה היא למה צריך בכלל סבסוד שם..

חניאלה וילנר: התייעצות/חו"ד שנייה – במצגת.

דר' טוביה חורב: הייתה בזמנו תביעה על הנושא הזה.

רויטל טופר: זה עבר פסיקה של בית משפט, של בג"ץ.

חניאלה וילנר: רפואת שיניים – במצגת. מראים עד כמה לשב"ן יש תפקיד משמעותי וחיוני. אביזרים רפואיים - ממשיכה במצגת.

דר' טוביה חורב: CPAP לדוגמא זה שירות שמרחיב על מה שנמצא בסל.

חניאלה וילנר: שירותים לילד – במצגת.

עו"ד לאה ופנר: כדי לממש את זה, איך זה עובד?

חניאלה וילנר: יש הפנייה מרופא, הם מוכרים. בחירת מנתח בניתוחים פרטיים – במצגת. יש לנו שליטה גם על ביה"ח וגם על שכרו של הרופא. אנחנו נותנים החזרים לפי עלויות ההסכם שלנו, כולל שר"פ הדסה. ההתפתחות היא שיש גידול באוכלוסייה ובשימושים.

שעיה ז'ילונקה: רוב רובם של הניתוחים הם בהסדר. אנחנו משלמים ברמה סבירה. יש מספר כוכבים שלא מוכנים להיכנס להסדר.

דר' טוביה חורב: אתם יודעים לפלח איזה מהנתון הזה זה לשר"פ בבתי ציבוריים?

משה פרץ: 18 מיליון ש"ח זה שר"פ הדסה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חניאלה וילנר: 1,400 רופאים זה חוות דעת שנייה.

רויטל טופר: מה זה אומר רופא שבחרו בו בקהילה?

עידו הררי: רופא עצמאי בקהילה.

שעיה זילונקה: אותו רופא מהקהילה שמנתח בשב"ן תמורת סכום מסוים. הוא לא מקבל כל כך מי יודע מה... יש כאן ניתוחים רבים שאי אפשר לעשות אותם בבתי"ח ציבוריים כי הם לא כדאיים, כמו כפתורים וכאלה. יש תורים של שנתיים בביטוח. במסגרת הניתוחים האלה, ישנם שרופא מפנה את המבוטח אבל אי אפשר לקבל תורים. הם בדרך כלל ניתוחים קטנים שלבתי"ח לא כדאי לפתוח חדרי ניתוח בשבילים.

דר' שלומי פריזט: יש לכם נתונים כמה זה ניתוחים קטנים?

עידו הררי: כן, נשלח לכם גם כתבה בנושא. תור לניתוח שקדים זה שנה וחצי. זה דוחף אותי כהורה לבצע ניתוח במקום זמין יותר.

דר' שלומי פריזט: אם תראה תמהיל לעומת אורך תור ממוצע בדבר הזה, לעומת הפרופורציה הטבעית של הנתונים האלה באוכלוסייה.. יש 250 ניתוחי כפתורים בשנה? היינו מצפים שבדברים אחרים הפרופורציות יהיו דומות באיזושהו מובן. לא היינו מצפים שהפרופורציה מוסברת באורך התור בביה"ח הציבורי. בזה היינו אומרים שזה דוחף את התוצאה הזו.

שעיה זילונקה: ראשית יש. אין היום מערכת מוסדרת של מדידה בצורה סדורה של תורים, זה ידוע מהמציאות. כשאנחנו רוצים להפנות מבוטחים לבי"ח, אין תורים.

עידו הררי: 3,500 מבוצעים בשב"ן, 1,500 בציבורי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

שעיה ז'ילונקה: אולי הרופא לוקח אותו.

דר' טוביה חורב: צריך להשוות בין ניתוחים קטנים לניתוחים אחרים.

פרופ' לאה אחדות: אם אפשר מתוך ניתוחים שלא באמצעות שב"ן, לכמה היה שב"ן.

עידו הררי: ב - 4 מיליארד ש"ח זה הרבה דברים שהם לא כירורגיה. זה נותן לך פרופורציה.

פרופ' לאה אחדות: לא לא, זה לא נכון.

דר' טוביה חורב: היא רצתה לדעת כמה מתוך מבוטחי השב"ן לא ממשים את זכותם לבחירת רופא.

תום מושב ראשון של מכבי.