



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

#### פרוטוקול וועדת גרמן – 4/4/14

**\*\* מציגים ראשונים בפני הוועדה: פרופ' יוג'ין קנדל, פרופ' קובי גלזר ויוליה איתן, המשך הצגה של המודל ההיברידי (צוות יוג'ין). מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

**יוליה איתן:** בהמשך לאתמול – התחלנו לעבור על הכוורת ולראות כל אחד מהפתרונות. המודל ההיברידי הוא חלופה, וזה לא אומר שאופציית שר"פ היא חובה, היא ממשית במודל שלנו וצריך לראות מה יתרונותיה במודל שלנו. האם מודל היברידי בכלל יתכן? האם אנחנו מדברים על מהלך שהוא ייחודי, שונה, מורכב, לא יתכן? או שאנחנו נמצאים בזירה שמערכות בעולם התנסו בה? חזרנו לעבודה של מכון ברוקדייל, שהיו בקשר עם 50 מומחים בעולם ועשו עבודה מקיפה מאוד לבקשת משרד האוצר. אני חוזרת על השקפים מתוך המצגת של המכון על מנת לרענן את זכרונכם.

בואו נזכור מה המטרות מלכתחילה של שילוב ציבורי ופרטי – במצגת. כשעושים design של המערכת היום, צריך לחזור ולבדוק את הדברים האלה. יכולים להיות כל מיני שילובים של ציבורי ופרטי, וזו בדיקה איך ניתן לשלב. מודל זה מאפשר בחירה של הצרכן האם להשתמש בשירות פרטי או ציבורי בעת קבלת שירות, כשהשירות יכול להינתן גם וגם. רוב הווריאציות שהוזכרו משתמשות במודל המשולב, וזו סקיצה שהכינו מכון ברוקדייל, על ציר המימון והאספקה והמיקסים השונים עליהם. ניו זילנד מאפשרת בתוך ציר פרטי לקיים פעילות ציבורית, ובמקביל פעילות ציבורית במימון ציבורי. יש מודלים כמו באנגליה שמאפשרים את ארבעת האופציות, יש גיוון בצורת הפעלת המימון. נעבור על כמה מדינות - אנגליה – במצגת. יוג'ין חזר משם ודיבר על התועלות מהפעלת המודל הזה והוא מוזמן להרחיב. יש בתוך המודל האנגלי מספר אופציות, כאשר הוא יכול למכור שירות פרטי במחלקות ציבוריות ויש מחלקות פרטיות בבי"ח פרטי. המודל האנגלי הכי מגוון מבחינת השילובים שקיימים בתוכו, כולל היכולת לרכוש הכל כלול בתוך מערכת ציבורית. ההישג המרכזי שלהם הוא התייעלות כתוצאה מחיבור בין המערכות. אוסטרליה מאפשרת מימון פרטי בבי"ח ציבורי, אבל לא את מודל אסותא. אם נניח שאסותא הוא פרטי או מדיקל סנטר, אז טופסי 17 לא מממנים פעילות פרטית, והיא גם אסרה על קיצור תור במימון פרטי. זה קשור בקשר ישיר לרמת האמון במערכת הציבורית והיכולת לקבל בה מענה. בניו זילנד כן ניתן לקצר תור ולדלג על ידי מימון פרטי, שם זה משמש בעיקר לקיצור תור, ועדיין השוק הפרטי יחסית מצומצם. המודל האיטלקי הוא הכי מעניין, יש סוגי שילוב שונים תחת פיקוח ורגולציה חמורים מאוד, שבאים ואומרים שאנחנו רואים את המערכת ככוללת, שמכילה בתוכה בתי"ח פרטיים וציבוריים. גם בפרטיים מפעילים כללי רגולציה חמורים, והם עוברים אקראיטציה כדי שיוכלו להיות מטופלים שם. בבתי"ח ציבוריים זה רק אחר הצהריים. מי שרוצה להתקדם לתפקידי ניהול חייב להיות מחויב לבי"ח במלוא זמנו. יש הגבלות על הביטוח הפרטי כך שהוא לא יכול לכסות שירותים שנמצאים בסל, והסל האיטלקי פחות נדיב מהסל שלנו בחלק מהמקרים. הרצון ליצר שקיפות כן קורה באיטליה. יש צמצום של פעילות פרטית וזה חוזר לנקודה של מה המקורות הפרטיים נותנים. זה עוזר בתקופה של אילוצי ממשלה שלא מאפשרת אספקה מספקת, ואז המימון הפרטי עוזר לזה. בתהליך של האטה כלכלית אפשר למצוא את עצמנו עם פחות מקורות ממה שתיכננו, ולכן זה לא יכול להיות הרגל העיקרית שעליה הממשלה נשענת אלא כגיבוי, וזה לא עיקר הכסף במערכת. ההשלכות של



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

המודל המשולב – במצגת. המדינות האלה עם המודל המשולב מתמודדות עם תורים, עם גריפת שמנת של המערכת הפרטית, עם הגברת ביקושים על ידי ההיצע. גריפת שמנת מייצרת עלויות נוספות שרוצים להתמודד איתן. אנחנו לא המצאנו את הגלגל, ועובדה שזה קורה בעוד מקומות וצריך לראות מה ההשלכות של זה ולהתארגן לזה מראש. האם באמת סך ההוצאה על בריאות הולך לעלות כתוצאה מההפעלה של זה? מה זה יעשה לכסף שיכנס למערכת? אלה 4 סיבות לדעתנו שיכולות להיות לעליית מחירים. ביקוש חבוי – גם בענף רגיל יכול להיות מצב שמוצר יוצא לשוק, ואנשים שלא צרכו קודם צורכים עכשיו. האם ביקוש חבוי של פריפריה, שהיום לא נהנית משירותים כמו אנשים במרכז, שם יכולת קבלת הטיפול מצומצמת יחסית למרכז, וראינו את זה בשימושים ופרמיות בשב"ן, ולכן הם מוציאים פחות על בריאות ויש פחות תביעות, האם זה אומר שהם מסבסדים את המרכז? כן. ברגע שתינתן להם האפשרות ליהנות מהשירות כנראה שגם הם ישתמשו. האם לא קיבלנו בריאות בתמורה לזה? אנחנו חושבים שזה ראוי ונכון שיקבלו שירותים כמו במרכז.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כמו שאם תבנה להם כביש או רכבת הם יסעו יותר, אבל אין סיבה לחשוב שזה ביקוש רע.

**יעל:** תחבורה זה קלאסי.

**יוליה איתן:** זה מעלה עלויות. כשאנחנו מגדילים היצע, כמו בכל ענף אחר, אנחנו מאפשרים למחירים לרדת. היצע מביא ביקוש - SID. יוג'ין רצה לצלול לתוך זה בלי להמשיך הלאה, ובואו נבין מתי זה קורה לנו - מה שעשינו בתיירות מרפא זה ישבנו עם מנהל רפואה, וניקח את סל הפרוצדורות ונחלק אותן לפי מה מובהק שיש לנו SID.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אף אחד שמגיע עם שטף דם במוח לבי"ח אין לו SID, צריך להציל אותו.

**יעל:** כמו טיפול שיניים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אפרוירית זה לא נראה שכל המערכת, במיוחד שיודעים שבחצי שנה של החיים יש 50% הוצאות רפואיות, אתה מציל חיים. אתה יכול לקרוא להארכת חיים SID, ואז הוא אולטימטיבי. אם אני יכול להאריך חיים בעוד חודשיים אז אני מאריך לו, ולא יודע אם זה היה צריך או לא. רק כדי להתעשר אאריך לו את החיים בעוד חודשיים, אני לא חושב שזה קורה שם. יש עולמות מאוד ברורים שבהם יש פוטנציאל לזה, ועולם גדול שהוא רוב הרפואה שזה בכלל לא קיים. יש שיקולים לפרוצדורה כזאת או אחרת, אבל אין לך אינדיקציה שאחד יותר טוב מהשני.

**דוברות:** זה חלוקה בניתוחים אלקטיביים?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** גם שם יש דברים שברור שצריך לעשות. מה זה SID? הקשר בין מקור לתוצאה הוא לא ברור, אפשר לעשות משהו זול ומשהו יקר. זה התוואי.

**דוברות:** או שלא צריך בכלל.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** או לא לעשות כלום, זה מאוד זול.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אף אחד לא בא לרופא כדי שלא יטפל בו. כשאתה מגיע לרופא הוא יכול לעשות משהו. מה החשש? שהסיבה שזה יותר יקר אז אני אבחר בזה. מתברר שזה קיים בפרטי אבל בתת תחום מסוים שאפשר לגדר אותו ולפקח עליו, לא על בסיס של ניתוח ספציפי, כי זה קשה. אי אפשר לעשות סקר אם היה צריך או לא, אבל סטטיסטית, ברמת ביי"ח אפשר לעשות את זה וזה לא מסובך, כי זו שאלה של כמויות, והאם הן בהלימה עם best practices בעולם או לא.

**דוברות:** SID היא תופעה הרבה יותר רחבה, וזה לא רק פרוצדורה יותר יקרה והאם אעשה אותה. זה מצב שאתה רואה משהו בתהליכי האבחון ויש לך נגישות רבה לזה, ואפשרות להמשיך לייצר כי חסר לך פציינטים ואתה רוצה למלא את היום שלך ואת מכון הדימות שנמצא ליד, אז תדירות המעקב גדלה, ואז אתה רואה כל מיני דברים אינסדנטליים ולא דווקא פתולוגיים, ואז אתה רואה יותר יועצים. זו תופעה רחבה שקשורה בהיצע לא רק של בתי"ח, אלא גם של רופאים, מכשירים, אינטנסיביות של מעקב, ואז המערכת מתמלאת ולא רק על פי חדרי ניתוח.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני מסכים, אבל אנחנו לא מדברים על רפואת קהילה שיש לרופא תמריץ להזמין אותך במקום פעם בחצי שנה - פעם ברבעון. בבי"ח הרופא הזה ירצה להגדיל את הפעילות שהוא עושה.

**דוברות:** אז הרופא יוצר networking לתוך הקהילה, שיגיעו יותר למערכת שלו. ואז אתה מקבל קשרים בין המצנתר לקרדיולוגים שאומר תפנו יותר אלי. זה נחשב משתלם לו שיפנו אליו, שיבחרו אותו. זה לא שהוא עומד במקום ומה שמגיע אליו כן או לא. הוא לא תאגיד, הוא מפתח את השיווק.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה דבר קל למעקב כי אם לאלף אנשים שנמצאים בסביבת ביה"ח הזה יש סטייה בכמות הצנתורים שהוא עושה, אז אתה רואה את זה.

**דוברות:** זה לא דווקא רע, הוא יסביר לך מה הכי טוב.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אין וויכוח בינינו בנושא הזה.

**יעל:** בלי שהוא אומר, הוא לא חסיד של בחירת רופא. הוא לא חושב שצריך להשקיע את הכסף שאנחנו רוצים בבחירת רופא. זה יכול להביא לידי כך שרופא ישווק את עצמו.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני מסכים, אני מניח שזה בפעולות מסוימות. שנית, בפעולות שזה אכן קיים, אפשר לשלוט במערכת וזה בשקף הבא.

**דוברות:** אני מסכים שזו תופעה שלא תקפה לגבי 100% מהמקרים, זה מדע אבל זו גם אמנות. בהחלטה לגבי האם לעשות פרוצדורה או להגיד לו תבוא עוד חודש ונראה מה קורה, זה יכול להיות מושפע מכוח של המערכת. הכוח הזה עשוי להיות מנוצל לעתים כדי להטות פרקטיקה רפואית לכיוון שמתמרץ יותר למי שעושה אותה. שיעור הפרוצדורות הכירורגיות בארה"ב הוא פי 2 מקנדה, למה? כי יש פוטנציאל לעשות את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** יש את המאמר מהניו יורקר ששלחתם, וזה מראה איך התופעה קיימת. כל אבן בכיס מרה מנותחת, כל כאב בחזה מצונתר.

**דוברות:** בהינתן שאנחנו יודעים שזה קיים, מה עושים תמריצים כלכליים לעודד את זה? הכוח לעשות יותר ומיותר והקשר שלו לתמריצים לעשות יותר. בגלל זה בהרבה מקומות מנסים לא להצמיד לזה כסף, והרופאים הם בני אדם. אם אני אתמרץ יותר ניתוחים קיסריים אז יהיו יותר. זה קיים ויהיה קיים יותר כל עוד המערכת מתומצת לרווח.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** באותו מאמר רואים שאם אתה מנהל ב"ח בצורה טובה אתה מוריד את הבעיה הזאת, וזה חוזר למסר שאפשר לשלוט בזה.

**יוליה איתן:** גם רפואה מתגוננת מביאה אותנו למצב הזה. לפעמים הבחירה בניתוח קיסרי היא לא בגלל התמריץ. **יעל:** חשש לתביעה.

**דוברות:** אם מחכה לו תביעה ענקית בסוף, אז הוא פועל בהתאם.

**יוליה איתן:** (ממשיכה במצגת). זה נותן לבתי החולים תמריץ להנהלה לנהל יותר טוב את הרופאים. היא לא תרצה תרבות של סטארים אלא שורה רחבה של מומחים שתוכל לתת מענה, על מנת שתוכל להגביר את התשלומים שהיא תוכל לקבל.

**דוברות:** האם בחירת הרופא עוברת גם את הסדרי הבחירה של קופות החולים?

**יוליה איתן:** רשימת הרופאים נקבעת על ידי בית החולים, אבל המבוטח יכול לבחור את בית החולים.

**דוברות:** איפה יש selective contracting?

**יוליה איתן:** המבטח, שזה יכול להיות ביטוח פרטי או ביטוח מסחרי, סוגר רשימת מומחים רלוונטיים שממנה ניתן לבחור. כמו במסעדה, אתה בוחר מתוך רשימה שניתנת לך. אתה לא יכול לבחור כל רופא.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** לכל רופא יש תעריף.

**דוברות:** כמבטח אני חייב לנהל מו"מ עם כל בתי החולים?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אתה חייב לתת אפשרויות של השתתפויות עצמיות ולא דרך ביטוח.

**יוליה איתן:** יש שני אלמנטים של בחירה. בחלק הציבורי אנחנו רוצים לאפשר את זה. בחלק הפרטי המבטח יכול לא להגיע להסכמה על רשימה ספציפית.

**דוברות:** מה שאת אומרת זה שהוא יוכל לבחור בית חולים, אבל לא בהכרח לבצע שם רפואה פרטית.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' יוג'ין קנדל:** חבל להיכנס לנקודה הזאת. לא חשבנו עליה עד הסוף. הנקודה של בחירת בית חולים בתוך בחירת רופא.

**דוברות:** כשאתה שם תחרות בין בתי החולים, מי קובע מה היצע השירותים שקיים בבית החולים? אולי בית החולים צריך להיות מערכת מתוכננת שמתמחה בנושאים מסוימים. יהיה מרכז מסוים שמתמחה בנושאים מסוימים. אם כולם עושים הכל זה לא דווקא יעיל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** צריך לחשוב גם על הנקודה הזאת. יש לה השלכות רבות.

**דוברות:** אבל זה לא רק על זה, אבל יש פה גם עניין של מחיר.

**דוברות:** דרך אגב זה לא מדויק.

יוליה איתן: זה לא מדויק, יש פה עניין של מחיר.

**דוברות:** אתה יכול לאפשר בחירה ולהגביל את כמות או תמהיל השירותים.

**דוברות:** בוודאי, ואם אני חושב כמבטח ...

**דוברות:** בנקודה הזאת אני מסכים עם כולכם, הנקודה הזאת היא לא קשורה לשום דבר ... משלים או לא משלים וזה תלוי בעיקר במערך אספקת השירותים ...

**יעל:** אנחנו גם אומרים שבואו נזכור אפרופו עלויות, זמן אפקטיבי של הרופא ברגע שהוא לא צריך לעבור ממוסד למוסד יש פה ניצול של יתרונות רבים. מה שדיברנו קודם על זה שככל שאתה עושה יותר פעולות באותו מקום אז ככה אתה יותר יעיל ואנחנו מקווים, אפרופו עלויות, שיקרה תהליך של צמצום ...

**יוליה איתן:** עוד הערה – צמצום תופעת גריפת השמנת שקיימת היום, זה מצמצם את התופעה ביחס למצב כמו שהוא היום. אתם רוצים להוסיף משהו?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** יש פה סוגיה שאנחנו לא עוצמים עיניים לנושא עליית עלויות מסוימת, אבל חלק מהעלייה הזאת נובעת מזה שהיום אנחנו לא נותנים נגישות בפריפריה כמו במרכז. זה לא רוב האוכלוסייה, זה עדיין אוכלוסיות נמוכות כי הרוב חיות במרכז וזה לא מאוד גדול, אבל זה גם לא משהו שלילי. יש פה את הסוגיות שמנינו שברגולציה יחסית פשוטה אפשר לעשות את זה, ברמת כלים לא לאפשר לתקופה. סדרת כלים שהם כלי אכיפה הדרגתיים שחייבים להיות בארסנל של משרד הבריאות, ואני חושב שזה ניתן להכלה. הנושא הוא בפירוש בר ביצוע, במיוחד שכשאתה נכנס למערכת ציבורית. אותן בעיות שמנינו היו במערכת פרטית שהיא לא תחת כל בקרה שהיא, והן הרבה יותר גדולות. אתה מתחיל מרמת עלויות יותר נמוכה, ואם זה יעלה מעל היום או מתחת, אנחנו לא יודעים.

**פרופ' קובי גלזר:** על ה selective contracting – לי יש דעה ברורה במודל. אין ספק שמי שקורא את הספרות התיאורטית יש שינוי דרמטי בצורת ההתייחסות בעניין הגדלת היצע. הגדלת היצע למתחרים היא לא בהכרח



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

טובה, כי היצע יוצר ביקוש, מבלבל את הפציינטים, יוצר מירון חימוש וזה בעייתי מאוד. יש פה שינוי דרמטי לפחות בספרות, והייתי מופתע לראות כמה זה יותר ויותר, ותרואו עשרות מאמרים בנושא. תקחו את ה - handbook שהבאתי לכם, יש פה פרקים שמדברים על שינוי דרמטי שאומר את הדבר הבא – הגישה הישנה היתה תחרות מעלה היצע ועלייה בהיצע יוצרת את כל מה שאמרתי. זה מה שאני קורא הגישה הישנה. החדשה אומרת שאם התחרות היא לא מול המטופל אלא מול נציגיו, אזי היא מורידה מחירים ואפילו מעלה איכות. זה מה שקורה בתחרות בין הקופות בארץ, וזה selective contracting, ויש לזה דוגמאות קלאסיות לדעתי, בלי לשפר איכות. הנה הספרות אם אתם רוצים, פה כתוב בדיוק כמו שאמרתי. הגישה החדשה אומרת משהו אחר לגמרי – מקריא מהספר. פעם חשבו שהגדלת ההיצע מעלה מחירים, היום מורידה מחירים. יש לכם פה עשרות מאמרים שאומרים שהגדלת היצע מורידה מחיר, מורידה הוצאות ולפעמים גם מעלה איכות. לא כולם אומרים אותו דבר, היו גם תוצאות אחרות, זה לא מתמטיקה, זה יכול להשתנות. מה שנכון לאנגליה לא נכון לישראל, אבל הגישה היום אומרת שאם מול הספקים שרוצים ליצור ביקושים ו - induced demand, אם מולם עומדים מבטחים שמתחרים ומייצגים את הפציינטים, וזה ההבדל כי פעם אתה כחולה היית בוחר ב"ח והיית מסכן, ולא אכפת לך ממש כי חברת הביטוח משלמת לך, אז היום חברת ביטוח או הקופה מתערבות ואומרות מה אפשר ומה לא. העובדה שהקופה עושה את זה, בתי"ח נותנים הנחות, זה גורם לשחיקה באיכות שלהם וזה רע. באופן כללי לגבי המשלים, אם ניתן לחברות הביטוח להתחרות על המטופלים, מודל הרבדים שיש בו רובד אחד רק בחירת מנתח, והתחרות תהיה על הפרמיות, אז ברור שכל מבטח יוריד תעריפים. זה בהחלט לגיטימי שמבטח יגיד הגעתי להסכם עם א', ב', ג', ובאלה אתה יכול לבחור, ואם תבחר ב - ד' או ה' אני אשלם רק חלק. אני לא אוסר עליך ללכת לשם וגם אשלם חלק, אבל פעם אשלם הכל. זה מה שנקרא selective, ולא שאני אוסר עליך בהכרח. מה שלי יש בראש שזה מה שיקרה פה, ואז המחירים לא רק שלא יעלו, אלא גם ירדו. אם אתה רוצה שהמבטחים שלי יוכלו ללכת אליך, תן לי מחיר טוב, ואם לא - אני עושה עם בתי"ח אחר. התחרות הזאת מול מבטח רציני עשויה לדעתי להוריד תעריפים, ואני מקווה גם לשפר איכות, אבל בזה אני פחות נחוש. זו הצורה שבה אני רואה את המודל, זה הרעיון.

**דוברות:** אני מאוד מסכים איתו. יש פה 2 הנחות: הכוח של selective contracting הוא חזק יותר ככל שהתחרות על הפציינטים יותר חזקה. אם יהיה רובד אחיד לכולם, אז זה יוריד את הלחץ כלפי מטה בספקי השירות, וצריך להגיד את זה, כי בעולם עם פחות תחרות יש שאלה לאן הולך הלחץ הזה.

**פרופ' קובי גלזר:** באולגופול דו צדדי תמיד יש את הלחץ הזה, ולכן יש לי יותר כוח מול הדבר הזה.

**דוברות:** בעולם עם אינטגרציה מאוד רחבה, צריך לשים לב לתמריצים של מבטח לעשות כזה דבר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אחרת כללית תעשה את זה רק עם עצמה.

**יוליה איתן:** בדרום היום לכללית יש המון כוח.

**יעל:** מה, מונופול.. רק סורוקה.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** זה מאזן את חוסר המאזן בכוח של ביי"ח אל מול המבוטח, כי אז הוא עושה מה שהוא רוצה מולו. אם זה מול קופה, היא מייצגת את האינטרסים יותר טוב, מחירים יותר נמוכים ושיפור איכות. אלה מאמרים לא חדשים מבחינתי, זו הסדרה יותר נכונה. מה הבעיה? יצרנו מצב שבו סך הכל השחקנים שנקראים קופות הם קטנים, ובתוכם יש שחקן גדול מאוד, והשגנו כוח עודף מדי למבטח ואותו הוא מנצל כדי לעשות dumping של מחירים שהוא משיג דרך פגיעה באיכות. אחרי זה נעשה את החיבור בין המסחרי למשלים. כאשר אנחנו מציגים את המודל ומדברים על מבטחים, אז נדבר על פרטים.

**יעל:** אתם לא מדברים גם על השב"ן?

**יוליה איתן:** בטח שכן.

**פרופ' קובי גלזר:** אם אנחנו מדברים על בחירת מנתח, שם התחרות היא כמעט רק על הפרמיות. אני מדבר על הסל המשלים. אין לך כוח לעשות selective contracting אם אין סלקציה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אפשר לדבר על 10 אנשים בתחום מאוד קטן או שיש 10 סטארים.

**יעל:** בפרקינסון יש מאות חולים ובסך הכל כמה מומחים בודדים. זה סתם דוגמא. אני לוקחת את זה על עצמנו.

**דוברות:** מהכבד לקל – אנחנו מדברים על תחומים שיש בהם 5 מומחים היום שעושים את זה באסותא. למה באותו רגע שאומרים להם שהם יכולים לעשות את זה בביי"ח שבו הם יעבדו, למה שילכו לאסותא?

**דוברות:** ביה"ח ינהל עבורם מו"מ משותף עבור הקופה.

**דוברות:** בואו נהיה ריאליים, אם אנחנו מדברים על 5 מומחים, אין מצב שכולם יהיו באותו ביי"ח.

**דוברות:** יכול להיות שיהיה מונופול ביניהם, זו קבוצה קטנה.

**יעל:** זה עניין של היצע וביקוש, ואז היכולת של מו"מ היא נמוכה והמחירים גבוהים.

**דוברות:** השאלה היא מול מה. אנחנו אומרים מול המצב היום. אני רוצה להבין אם אנחנו אומרים להם אל תעבדו במדיקל סנטר או באסותא ויש לכם אפשרות לעבוד בבלינסון ושיבא. בעיניי זה פחות כוח, תסבירו לי למה.

**דוברות:** ברגע שיש 5 ואני יכול לנהל מו"מ עם כל אחד בנפרד, אז יש לי 5 ספקים. 3 זה פחות מ-5. פעם שנייה, הם לא כפופים להגבלים עסקיים, מותר להם לתאם ואז הם יעלו מחירים. הם עושים קרטל וזה בסדר.

**דוברות:** האם הסטטוס לפני התוכנית הזאת או המודל הזה שונה והגישה תהיה שונה, בין מי שיש לו שב"ן וביטוח משלים או מסחרי לבין שאר האוכלוסייה, שזה 25% מהציבור? אחד שיש לו ביטוח נוסף ואחד שאין לו.

**דוברות:** הבחירה תהיה למי שמשלם. הוא ינהל כי הבחירה תהיה בעקיפין, הרופאים ישארו בבתי"ח.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** תגיד כמו הדסה.

**יעל:** זה שר"פ מרוכך, חברתי, שעונה על מרבית התופעות שיש לשר"פ. זה עדיין שר"פ שאין לחלק מהאנשים.

**פרופ' קובי גלזר:** זה יתן מענה כי הרופא יהיה שם עד הלילה.

**יוליה איתן:** בכסף הזה הרופא נותן שירות ציבורי ושירותים ציבוריים.

**יעל:** זאת עדיין בעיה מבחינת השוויון שלא בוררה לחלוטין.

**דוברות:** להיפך, זה מעצים את הפערים.

**דוברות:** זה דווקא עוזר לפריפריה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה ביקוש חבוי.

**יעל:** אני לא מאמינה שזה יחס ריאלי, שבי"ח יוכל לתת מענה למי שלא משלם. 20-80 זה שהוא מקבל עבור ה - 80 אקסטרה, ואז הוא מסבסד את ה - 20. יש עניין עם כמה אותם רופאים שנותנים להם יותר יוכלו לקבל.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** 40-60 זה לא עובד.

**דוברות:** במגזר הערבי יש הרבה פחות ביטוחים משלימים מאשר לשאר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** במגזר אין לך בתי"ח יותר מדי, הם צריכים לנסוע והדבר הזה ישתנה. אם אתה לא משתמש, אתה גם קונה פחות. אנשים יקנו, המגזר הערבי לא צריך להיות שונה מהיהודי.

**יעל:** ברגע שאנחנו פותחים בתי"ח שניתן להשתמש בהם, יכול להיות שגם הפריפריה וגם המגזר ישתמשו ויקנו. אנחנו שוב מעלים את ההוצאה.

**יוליה איתן:** אבל מקבלים שירות! הם קונים משהו שהם צורכים!

**פרופ' יוג'ין קנדל:** משהו שאתה קונה ומקבל, זו בחירה חופשית.

**יעל:** אני מסכימה איתך, וזה לדעתי נושא לאומי, שאסור לנו להעלות את ההוצאה הלאומית הפרטית.

**דוברות:** אנחנו קוראים לזה יוקר מחייה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אדם יכול לבחור לקנות אוטו ב - 120 אלף ש"ח במקום ב - 70 אלף ש"ח.

**יעל:** אסור שאנשים יוציאו עוד על ביטוחים פרטיים או על המשלים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זו בחירה חופשית של 82% מהאוכלוסייה.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** כשאדם בריא יש לו כסף לרכב, כשהוא חולה אין לו לבריאות שלו.

**דוברות:** אני חושבת שהיא העיר פה הערה חשובה – העובדה שבתי"ח הממשלתיים לא כפופים לחוק ההגבלים. אם אנחנו רוצים שהמודל הזה יעבוד, אז צריך להכניס את זה, ואם לא – יכולה להיות בעיה. אם יש תחומי מומחיות בבתי"ח מסוימים, ולא נדאג שהם יגיעו להסכמה על המחירים – נהיה בבעיה. אני חושבת שזה צריך להיות בתור עיקרון.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כמו בכל אגף.

**דוברות:** צריך להכפיף בתי"ח לחוק ההגבלים העסקיים. אני מסכימה איתך, רק שצריך לעשות את זה.

**פרופ' קובי גלזר:** זה לא אומר שאין פיקוח על מונופולים. רוב המדינות ברחו מזה כחלק מההגבלים העסקיים הרגיל. אם אתה הופך את הממשלה למונופול, מישו צריך לפקח. אם אנחנו מסתכלים על מכלול פנטסטי, ובאים עם המלצה שאומרת שאנחנו ממליצים שמדי שנה יאמצו את מודל העדכון כמו שהצענו, שמתוכו המדינה מתחייבת להגדיל את הסל הבסיסי והיא מעבירה מיליארד ש"ח מתוכו, וחלקו יבוא משר"פ מהסוג הזה ועוד חצי אחוז יבוא מהגדלת סל הבריאות, הנה ההמלצה שלנו להעלות את המס. אבל אם זה מתוך מכלול שהמדינה נותנת את חלקה וגם הביטוחים וגם האזרחים, ומתוך זה מתקבלת הטבה, זו תמונה אחרת של המצב. אם הכלי נשאר כמו שהיה אז לא עשינו כלום. אפילו לקחת את העובדה שבמגזר אחד קונים X% ובמגזר אחר Y%, אז דברים יכולים להשתנות. בתי"ח בפריפריה אולי יעשו תיירות מרפא ורופאים ישארו שם עד הערב, והרצון שלי לקנות שר"פ או שב"ן יקטן כי הרופאים ממילא נמצאים שם, אז הכל יכול להשתנות. אני מקווה שכן נצליח להחזיק את הרופאים החזקים בבתי"ח ושלא יברחו לאסותא או לת"א, אלא ישארו בבי"ח בו הם עובדים. את המודל הזה נציג כמשהו שיכניס כסף למערכת, וחלקו יבוא לביה"ח וחלק מזה יכול לבוא לאותה רשות שנקים, והיא תוכל להעביר כספים מהמרכז לפריפריה במסגרת הכספים שיכנסו למערכת, והרופאים יעזרו גם למי שאין לו שב"ן. אם זה יעזור רק לאלה יש להם שב"ן – אז לא עזרנו. כמובן שזה הרעיון שלנו.

**דוברות:** ברגע שאתה מאפשר בחירה ולממש אותה בכל מקום, אתה פותח באופן דרמטי את הבחירה לכולם, וגם לערבים וגם בירוחם. יש אפשרות מימוש של זכות הבחירה, שהיום ניתן רק בירושלים ובמרכז. אז זה נכון. שנית, שימו לב, יש פה המון מרכיבים וזה בסדר גמור כי זה מודל אינטגרטיבי של הסדרה של האפסקה בצורה דרמטית. מדוברות: על רגולציה, כלי ניהול, שינוי ארגוני רציני שמנסה לצמצם את חסרונות שר"פ הדסה ולהכניסו להסדרה יותר מכוונת. אני חותם על 80% מההמלצות פה, אבל לא על מאיפה בא הכסף. אתה אומר אתן גם לערבים לבחור. מה יקרה לכמויות? אם רק ניקח את ה - scenario המקסימלי בו רק 75% מהאוכלוסייה מבוטחת וכולם ממשיים את זכות הבחירה, היום אני חושב שבאופן דרמטי זה יהיה הרבה פחות כי אתה לא יכול לממש גם אם תרצה. כמויות הפרוצדורות שירכשו במשלים יעלו באופן דרמטי, וזו זכותי, אני קניתי.

**דוברות:** הבחירה תגלוש לבוקר. תפעולית לא תהיה לך ברירה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** היקף הנפח של הכמויות שהביטוח המשלים יצטרך לממן יגדל באופן דרמטי. התוצאה של הכפלת מחירים יותר מנוכחים כפול כמויות אדירות תגרום להוצאה יותר דרמטית של הביטוח המשלים, ותוסיפו לזה 15% אז בכלל. ואז הוא חייב להתאים את עצמו בפרמיות, ויש לו מנגנון התאמה לפי גיל וזה יועמס על הקשישים. התוצאה שעלולה לקרות היא שקשיש במדינת ישראל ישלם פי 5 פרמיה על הביטוח המשלים, ונחזור לסיפור של 40-50% באוכלוסייה בלי ביטוח משלים. נחזור לנקודת ההתחלה בה אימצנו את מנגנון הביטוח הפרטי בתוך המשלים.

**יעל:** אי אפשר להעלות מעבר למחיר מסוים.

**דוברות:** ההוצאה שלי עולה, מי יממן? אני בתור חברת ביטוח.

**יעל:** מהצעירים, הם לא משתמשים.

**דוברות:** יש פה המון חפיפה בין המודל הזה והבחירה חנם. שנינו אומרים הרבה דברים – הכסף הזה צריך להיות ציבורי, כדי לא לעשות הבדל בין חולה עם ביטוח משלים לבין ללא. בואו לא נתעלם – תור בבחירת רופא הוא יותר קצר מאשר ללא. 50% מהמוטיבציה לבחור רופא הולכים לקיצור תור. אז אני רוצה את המצב הזה לשכפל ולהכפיל אותו, עם כל הרגולציה של בתי"ח וקופות, כלומר בכל מדינת ישראל. תחשבו על ה - scenario שיש מערכת בריאות שכללי העבודה...

**פרופ' קובי גלזר:** זה שאני נותן לך לבחור מנתח במשלים זה לא אומר שזה יהיה מחר, ואם אתה מתעקש אתה נכנס לתור, ואם הוא מאוד ארוך – יכול להיות שתעדיף בציבורי.

**דוברות:** זה פוגע בבריאות שלו.

**דוברות:** אני רוצה להגיד לו שאותה הערה לגבי עלויות ושימושים חלה גם עליך. בסל יש את אותו דבר, ומכפילים כי זה תחת עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אני חושב שכל תהליך הבחירה ויצירתה הוא כניסה לעולם של אי וודאות מה יקרה במערכת. בתוך המערכת הציבורית הבחירה... הוא יבין שהוא יצטרך לעמוד בתור. כשבן אדם הולך לאפיק של בחירה והוא רוצה בחירה, אז אתה לא נותן לו כלום והופך את המוצר הזה. אז אתה עכשיו הופך את השב"ן למוצר רע. הקונוטציה של בחירה וצריך עדיין לעמוד בתור זה הופך את זה למוצר רע, ומה הם יעשו? ילכו לפרטי, שם אין לך רגולציה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אותו רופא, אם הוא נמצא במערכת, הוא לא יכול לעבוד בחוץ. זו הדרך היחידה להפעיל את הפרטי.

**דוברות:** אתה תקבל סיטואציה שבה הרבה רופאים.. באבולוציה ה - mind set שקיים היום מיוחד לישראל, ולאט לאט הוא יעבור להיות טוטאלי פרטי אחרי שהיה ציבורי, זה לא אותו דבר. זה דיסוננס, כי הם מרגישים צורך להיות בציבורי וזה עוגן. ההביטואציה הזאת שרופא רוצה להיות מחובר לאיכילוב זה לא לעולם חוסן. אתה לא צריך שיעור כל כך גדול של מאות רופאים באסותא, היא צריכה רק כמה עשרות.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** היא תהיה מאוד יעילה, תעבוד 24 שעות.

**דוברות:** יתקבל מצב שמי שרוצה בחירה, אין בעיה, והיא סוג ב', עם סוג של המתנה למול רופאים ש...

**יוליה איתן:** זה סוג א', אתה מקבל טיפול בבי"ח ציבורי עם רופא סוג א'.

**יעל:** אבל את תחכי 10 חודשים!

**דוברות:** אני לא מצליח להבין למה הפסיכולוגיה שנוצרה אצלנו במערכת של בחירה, למה חייבים ללכת איתם ולהעצים אותה ולא לשים את הבעיה המרכזית והיא קיצור תורים, הבעיה המהותית של המערכת, שמנהלי בתי"ח לא מצליחים לפתור אותה ולאף אחד אין אינטרס לפתור אותה??

**פרופ' יוג'ין קנדל:** במצב הקיים אני מסכים איתך, למנהל בי"ח יש אינטרס ליצור תורים.

**דוברות:** יש חסכון או התייעלות של שני מיליארד ש"ח ששוכבים בתורים, של כסף שחסכנו והתייעלנו וההוצאה הלאומית לבריאות שלנו נמוכה, אבל אם נשים אותנו בסטנדרט רפואי של תורים, ההוצאה צריכה לעלות בעוד 2 מיליארד ש"ח. אני מפגר, להפעיל את ביה"ח שלי אחר הצהריים עם כל הקשיים? לאף אחד אין אינטרס לטפל בזה. חברות הביטוח רוצות את התורים והרופאים גם כן, והתופעה מתעצמת לנו מול העיניים. מנהל צריך להיות משוגע לקצר תורים בבי"ח שלו או לקופות אחרות. הוא מקבל כמות ממני, ואומר אני בדיסוננס כי זה לקצר תורים לקופות אחרות בכספים שלי, ואז אני מקצר רק למבוטחים שלי. אני רוצה לקצר תורים. קיצור תור בלי בחירת מנתח, אני עם המודל הזה ועם תקצוב ממשלתי שאסור שהוא יכובס, לקיצור תורים, צבוע ומכוון, ולא דרך הקופות.

**דוברות:** עם רוב הדברים שלו הסכמתי, אני גם חושב שזו הבעיה הקרדינלית כשמסיטים את הפעילות לאסותא.

**דוברות:** כמה כסף אתה חושב שיש שם?

**דוברות:** אפשר לבדוק את זה בעבודה יסודית במקום לזרוק מספר לאוויר. מודל כזה מגביל היצע, גם אסותא יפעל בכוח מלא וגם בתי"ח אחרים יפעלו, ויש לי הגדלה של הבחירה. יש אנשים היום שאי אפשר לבחור בהם. אני מגדיל מאוד את ההוצאה, לא בטוח בדרך יעילה. הבחירה לא יוצרת לי יעילות ואני מייקר את יוקר המחיה. אני מגדיל את הכמויות, את הבחירה ואת המחירים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה רק באוצר בתחום הבריאות קיים כזה דבר. כשאתה מגדיל היצע אתה מגדיל מחירים.

**דוברות:** לא הקשבת לי. אני מגדיל את הבחירה, יש אנשים שהיום לא בחרו בהם ומחר יבחרו בהם, וזה עולה יותר כסף.

**יעל:** תסביר למה עליית ההיצע שמביאה לעליית הביקוש תביא להורדת מחירים בגלל תחרות.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** אתה בוחר בהם ומשלם אותו כסף על אותו ביקוש. לכן אני גם מגדיל כמויות, גם מחירים וגם מגדיל את ההוצאה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זו הבחירה בפורד מונדאו במקום בסוזוקי קטנה.

**פרופ' קובי גלזר:** אני מסכים עם הרישא ולא עם הסיפא.

**דוברות:** אפשר לא להסכים על הכל. צריך לטפל בבעיה באסותא שיש בה נזק. המודל כיום גורם נזק אז בואו נטפל בו, ולא להנגיש את אותו דבר לכל המדינה. לא צריך שהתשלומים שיש בירושלים ובמרכז יהיו גם בשאר הארץ, ולא בטוח שנקבל יותר בריאות. צריך לנתח את הבעיה - אם זה תורים אז תורים, ולא באמצעות בחירת רופא שתעלה לי יותר כסף. ועוד משהו, מה בנוגע ל - CAP? אם זה בתוכו אז הכנסתי כסף, ואם זה מחוצה לו אז הכל עובר לפרטי.

**יעל:** עם CAP זה לא עובד.

**דוברות:** אם מבטלים את ה - CAP הכמויות יעלו עוד יותר. אני רואה בו את יוקר המחיה ועליית הוצאה לפרטים. אם חושבים שיש בעיה באסותא ובתורים, בודקים מה הכשל ומטפלים, ולא לשנות ב - 180 מעלות ולקבל מערכת יותר יקרה. הבסיס של המערכת יותר טוב.

**פרופ' קובי גלזר:** אתמול דיברנו על יתרונות אחרים של המודל.

**דוברות:** קצת נאנסו לדיון על הבחירה בגלל אינטרסים ותקשורת, אבל יש מידה מסוימת של דרישה או רצון יותר גדול של הציבור לבטא את הרצונות שלו בצורה פחות פטרנליסטית, וזה קורה בהרבה מגזרים של הכלכלה. אני ממש כמוהו וכמו קובי חושב שהבחירה, כאלמנט שישפר את מצב הבריאות באוכלוסייה, לא ישפר. אם היו נותנים לי 2 מיליארד ש"ח זה לא היה הולך לשם, ואין על זה וויכוח בכלל. המטרה שלי היא בדיוק כמו שלך וזה קיצור תורים ולא הבחירה בכלל.

**יעל:** אתה מוכן להחליף את הבחירה בקיצור תורים?

**דוברות:** נגיד אין בחירה, והביטוח המשלים מוכר קיצור תורים. אתם אומרים שאתם מאפשרים לאנשים לקצר תור תמורת תשלום של ביטוח משלים או מסחרי. אני לא יודע איזה מדינה עושה את זה חוץ מארה"ב. אתם יודעים מה המשמעות של זה, להגיד שקניתי קיצור תור?! כל מה שאני הצעתי דומה מאוד למנגנון שביקרתי אותו בנושא העלאת הפרמיות במשלים. ההבדל הגדול הוא שהמנגנון הוא שמבטח כקופה והוא יותר מוסדר בחקיקה. יש לו חוק, הסדרה של סל, רגולציה יותר אגרסיבית מהביטוחים המשלימים. אותם חסמים שיש לך היום להעלות את הפרמיה של הבסיס הם פי מיליון יותר גרועים. לכן אני אומר שהסיכון של המנגנון של בחירה חינם שיביא להגדלת ההוצאה בדיוק באותה מקבילה של הביטוח המשלים הוא לא אותו דבר, אלה שני מערכים שונים לחלוטין. בשני זה פרוץ לחלוטין ואפשר לעשות הכל והשמיים הם הגבול. הערה אחרונה שהיא ברורה מאליו היא שיש הבדל ענק בין כסף כפונקציה של גוף או של שכר. זו לא עילות אבל זו אידיאולוגיה. אתה לא רוצה שמרכיב



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

המימון של הביטוח המשלים יעלה כי זה גרסיבי. הביטוח המשלים היה מנוע הצמיחה הכי גדול של עליית יוקר המחיה בישראל, וזה אמר טרכטנברג.

**יעל:** היום שאלתי כמה לכמה.

**דוברות:** זה עלה ב – 80%, אבל זה רכיב קטן.

**יעל:** אני רוצה לראות את הנתונים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זו פשוט אמירה לא נכונה כי סל השב"ן הכליל לתוכו יותר ויותר דברים, אבל זו לא אינפלציה ולא אותו מוצר.

**יעל:** אני מוציאה על בריאות וזה לא חשוב/כן חשוב. אין לי כאן אמירה שיפוטית.

**דוברות:** המימון הפרטי הוא 25% ב - OECD, ואני מדבר על החציון או הממוצע. אני חוזר לשקף הראשון בו פתחה יוליה, במה שנקרא תמהיל ציבורי-פרטי והמלבן שחולק ל - 4 – אין מדינה שבה אין את התמהיל הזה באיזושהי צורה ואני חותם לכם. מבחינה זאת אין פה חדש. השאלה היא מה נקודת המוצא מבחינת התמהיל, ולאזה כיוון אנחנו הולכים. בכיוון שאתם מתווים זה יותר מימון פרטי, ואני חושב שבסופו של יום זה גם יותר אספקה. מי שרוצה ללכת לשם אז יגיד את זה, זה בסדר.

**יעל:** זו הפרשנות שלו למודל.

**דוברות:** אם אני מסתכלת על האזרח, שזה מה שאנחנו רוצים פה כולנו, לי נראה מאוד חשוב שהוא ידע שהוא יכול לקבל את הבריאות שהוא צריך אותה במדינת ישראל, וזה בעיניי שלב ראשון ולפני שהוא צריך לחפש לעשות דברים בחו"ל, שלא יהיה בדילמה. בעיניי זה מאוד ברור מה שהוא אמר, שנושא של קיצור תורים צריך להיות ממומן מכסף ציבורי. אני אומרת שלי מאוד ברור שמדינת ישראל צריכה לספק לכל אחד בכסף הציבורי מהמס שהוא משלם, שיוכל לקבל בצורה סבירה את הטיפול, ולא צריך להיות המצב של היום שבשביל לקבל טיפול צריך לשלם על זה, ולא צריכה להיות מחלוקת על זה. כל מודל שנגיע אליו בסוף, קיצור תורים צריך להיות בחלק הציבורי.

**דוברות:** זה מה שאני מציע.

**דוברות:** שנית, אני חושבת שבחירת רופא, בעיניי, ולא משנה מה כולם אומרים, אני חושבת שזה ערך. זה מקור לטיפול, ואני מסתכלת על עצמי בתור בן אדם, ועל המשפחה שלי ועל החברים שלי, וזה הכי חשוב לכולם מי יהיה הרופא המטפל. כל אחד מתעסק בשאלות האלה, וזה קריטי גם לאמון, למרות שזה לא כלכלה. זה קריטי לאמון שהאדם צריך לקבל החלטות קשות ביותר לפעמים, ואפילו בדברים הכי טריוויאליים. הספרות מראה בגישות שונות, ובסוף אתה צריך לישון בשקט שקיבלת את ההחלטה הנכונה, ואם אתה לא מאמין ברופא שלך זה לא יקרה. זה הדבר הכי קריטי בטיפול בעיניי, ויש לזה ערך חשוב. אז למה לא בציבורי כמו שהוא אמר? מול הדבר הזה אני מרגישה שיש בעיה בחלק הציבורי לשים את הכסף על זה, לא לדוגמא על בריאות הנפש. כמה שדיברתי על זה, אם אומרים לי תבחרי בין לתת לעוד אנשים בריאות הנפש או לזה, לי יש בעיה. בגלל זה אני אומרת שיש אדם



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כמוני שחושב שזה קריטי מי הרופא שמטפל בו, אז הוא יהיה מוכן להוסיף כסף. יש אנשים שמוכנים לקבל כל מה שאומרים להם, יש אנשים כאלה. אני חושבת שהרצון להכניס את בחירת הרופא לביה"ח, ועוד לא אמרתי על כל הבעיות, אני לא יודעת שזאת הדרך. אני חושבת שהיתרון העיקרי זה סוגיית הפיקוח על הדבר הזה. על הרפואה שבפרטי יש בה הרבה פחות פיקוח, ושם יש יעילות של פיקוח גם לטובת האזרחים. אני לא חושבת שזה יעזור מהותית ובוודאי לא לרופאים, אולי לבתי"ח, זה בעיקר סוגיית הפיקוח. הדבר שמבחינתי הכי לא הייתי רוצה שנצא איתו מפה, זה שבסוף נצמצם את האופציות לאנשים יותר ממה שיש היום. אני מאוד הערכתי שאת לא רוצה להגיד לאנשים שתוציאו עוד כסף עכשיו, ושלא נגיד הכל בסדר וצמצמו לכם אפשרויות.

**דוברות:** אם אני מבין נכון, אנחנו מאפשרים זמינות יותר גדולה של שימוש בשב"נים ובחירת מנתח, וכולם יוכלו להגיע לזה במודל שלכם, והם יבחרו בזה כל עוד התור קצר יותר. מה שיקרה זה שהתור בבחירה אחר הצהריים יהיה כמעט זהה לציבורי. כל עוד הוא קצר יותר בפיס, הם יגיעו לשם, לאן שקצר יותר, והם יוכלו כי יש להם שב"ן שהם ינצלו אותו. זה אומר שהתור יהיה קצר יותר ממה שהוא בציבורי אבל בשב"ן הוא יהיה ארוך יותר, והוא יהיה כמעט זהה בחלק הציבורי והפרטי. כל עוד הוא לא זהה אז כולם יכולים...

**יעל:** איבדתי אותך.

**דוברות:** כולם יוכלו לבחור ותהיה להם זמינות לבחור בכל הארץ. כל עוד התור קצר יותר אחר הצהריים - ברור שאלך לבחור. ככל שנקצר תורים, התור יהיה זהה עד שישתווה. אם הוא יהיה ארוך יותר, לא אבחר ואלך לציבורי. הם כן יהיו יותר קצרים ממה שהם היום בציבורי. גם אם אני מניח שאין SID, זה אומר שהתור יהיה קצר יותר ואולי זהה, ואז הפרטי או המסחרי יהיה מוצר באמת של קיצור תור ביחס לציבורי, ואנשים ילכו אליו, וזה מבטל את החלופות. או שאפשר לקצר את התור כך שנעלה את הפרמיות ואנשים ישלמו יותר. אם המחירים ירדו, הם לא ירדו יותר מאשר בציבורי. במקרה הטוב הם יהיו זהים. המחירים ירדו לכל היותר לרמה שהם היום בציבורי, ואז הסוגיה של מי יממן את קיצור התור הזה זה סוגיה של גרסיביות. אם התורים לא ירדו, אז קיצור התור עולה ללאומי יותר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה שיווי משקל. אתה כל פעם יוצא מנקודת ראות שזה ישתנה וזה מאוד מסוכן.

**דוברות:** צריך לשנות את נקודת המוצא, כי אם באים לנתח מה משפיע על ההחלטה, בחירת רופא או אורך תור, אני לא בטוח שזה משפיע על איכות הטיפול. אנשים מתעקשים על הבחירה כשהמחיר החברתי והאישי הוא גבוה יותר. הם נשארים עם תור ארוך, עלויות האחזקה גבוהות יותר ולא פתרנו את הבעיה. ההנחה הזאת לא נכונה בהכרח.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** כמה הנחות – זכות בחירה לא שווה לבחירה בפועל.

**דוברות:** נכון.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** ואנחנו כל הזמן שוכחים את זה. מערכת הבריאות מאפשרת בחירה חינוך ובתשלום, ומעט אנשים עושים את זה. היא מאפשרת בחירה כי המערכת מאוד יעילה, ואין צורך בבחירה כל כך.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** וגם בגלל התורים הארוכים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** המערכת בנתה את עצמה בתמריצים הפנימיים, שאין לאף אחד רצונות לעשות את התמריצים. הוא שם את האצבע על התורים, אבל הניתוח שלי שונה. אם נשים תמריצים גרועים כמו היום - זה ימשיך להתפתח. המערכת בנויה בצורה גרועה ולא שנותנת שירות גרוע. הכל טוב, רק שמערכת שנותנת לכולם תמריצים לא נכונים סופה להתפרק.

**דוברות:** אז אנחנו לא מסכימים.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הבעיה נובעת מ - 15 שנה של מודל לא נכון במערכת הבריאות. בניין בת"א הוא לא הבעיה.

**דוברות:** אמרתי שזה חלק ממנה.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה סימפטום. למה אנחנו מדברים על זה שלמערכת הבריאות יש בעיות? הוא עשה פה משהו יפה. בואו נסתכל על תורים - כל שלב במערכת מעוניין שהתורים יהיו יותר ארוכים או שלא מעוניין לקצרם.

ופנר: זה אותו דבר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** בואו נסתכל על המערכת של הרופאים, גם בשר"פ בהדסה וגם פה. ברגע שהרופא מקבל פציינט לפי סכום, הפציינטים בציבורית יכולים להיות בפרטית, יש לי מעברים של שניהם בין המערכות והרופא קובע מי מנותח במה ואיפה, אז יצרנו מערכת מושלמת שלרופא כדאי שיהיה לו תור בציבורי. ואז יגידו לו שאתה יכול להינתח בעוד שבועיים באסותא, ולא צריך להיות גאון גדול כדי להבין שיש פה תמריץ לתור. יותר גרוע מזה, יש תמריץ לתור אישי. המערכת בנויה על הסטארים, כי לכולם כדאי לפתח אותם ולדאג את האחרים. זה רופא ובי"ח שאומר יש לי תורים, אם תיתן לי כסף אני אקצר תורים. אני באלפות מפסיד כסף על כל ניתוח נוסף, במיוחד שאני צריך לעודד את המתחרה שלי. הקופה חוסכת כסף לעצמה.

**דוברות:** אני לא מסכימה לחצי ממה שאמרת.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הקופה מורידה לעצמה עלויות בשוליים על ידי תורים. איפה יושבים 2 מיליארד הש"ח האלה? מי שלח אותם לאותו מקום? רק הקופה. אם לא נפתור את המקום הזה, יהיו שניים ושלושה וארבעה, ויהיה כסף בתורים. באנגליה היו תורים להחלפת פרק ירך של 5 שנים והיום זה 18 חודשים. בהקטנה של חלק מהתשתיות, אוצר המדינה בראייה של הקטנה של הוצאה ציבורית או אי צמיחה מוגזמת, אז הוא גם מעוניין שהתורים יהיו יותר גדולים כי זה חוסך כסף. חברות הביטוח נהנות מזה כי זה הדבר היחיד שמזיז להם את האנשים לשב"ן וזה מאפשר להם לשנע כסף. כל כיוון שאתה מסתכל, האדם היחיד שלא אוהב תורים זה מי שצריך לעמוד בהם, כל השאר כן. אם לא נשנה את המבנה - יהיו תורים תמיד. לכן מה שאנחנו אומרים זה שהמודל הולך לקיצור תורים בשלושה כיוונים, לא רק לתת כסף וזה יעזור. הכיוון הראשון הוא לשנות את התמריצים של כולם כך שהעלויות לא יתפרצו, אבל אנחנו רוצים שהמערכת לא תאהב את התורים ואנחנו גם לא. אם כל המערכת תחת המשרד והוא שם רגולציה, אז הוא אוהב אותם. צריך להבין איך המודל הזה עושה את זה, ב - 3 דרכים - משנה תמריצים, מביא כסף כדי שתוכל לבנות מערכות נוספות וירדו תורים, והוא מביא תוספת של זמן רופא כתנאי לקיום מודל. הכי חשוב מהם זה שינוי תמריצים, אבל כסף גם לא פחות טוב.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** מאיפה הכסף?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** תיכף. ברגע שאתה מנתק את הרופא מקביעת התור, מזה שעוד חולה פרטי..

**דוברות:** אני מאוד בעד זה שלא יקבע את התור.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** הוא לא רואה באדם הזה עוד כסף פר ראש, אלא עובד ב"ח ומייצר ערך גם בבחירת רופא וגם לא, ועל זה הוא מתוגמל בשכר יותר גבוה ובונוסים, אז ניתקנו את הקשר של הרופא מהפרטים והעברנו את הסוגייה להנהלה של ביה"ח שהחיים שלה עכשיו יותר קשים. להנהלת ביה"ח תרבות הסטארים היא הרסנית, למה? אם יש לי 10 רופאים בתחום, ולכל אחד יש תור של יום ולאחר יש של 10 חודשים, אם אקח את התור שלו ואוריד אותו לחודשיים ואחלק בין 9 האחרים, אני אעשה יותר כסף כהנהלה. נכון להיום להנהלה זה טוב להתגאות "לי יש את הכי מפורסם בתחום הזה". יש על זה מודעות בעיתון וזה שערורייתי.

**דוברות:** זה מנוגד לחוק. אנחנו מזמינים 10 רופאים לשימוע על זה, ונוציא את זה לעיתון כי זה הופך לתופעה.

**דוברות:** גם יש פרסומות בטלוויזיה.

**דוברות:** ובתכניות בוקר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** זה מאוד עקבי לעולם של סטארים, וביה"ח נהנה מזה בעקיפין. זה פשוט נוראי.

**יוליה איתן:** להנהלה כדאי שלא יהיו לה סטארים. במערכת האנגלית בבי"ח לכולם יש אותו תור.

**יעל:** לך לפרופ' בנאי באיכילוב.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** שמוליק בנאי לא היה מזיז את האצבע השמאלית שלו על מה שאגיד. אם הוא מקבל פרטי, כמה הוא מקבל בנייתוח לבין ביה"ח עם מנתח בשם עולמי, זרקו מספר של ההפרש.

**דוברות:** באנגליה? פער לא משמעותי.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** היא אומרת פי 5. זה 250 פאונד, זה 1,500 ש"ח, ואותו בנאי לא ילך לעשות את זה תמורת הסכום הזה.

**דוברות:** השאלה היא למה הפער ירד?

**פרופ' יוג'ין קנדל:** אני מנסה להגיד שהעובדה הזאת היא קריטית, שלא רופא ולא ביה"ח לא נהנים מתור, להיפך – הם רוצים שונות תורים כי הם נפגעים. שנית, ברגע שקיבלנו את הדבר הזה, למה אנחנו כל הזמן מתעסקים בכסף, כמה כל תכנית תיתן נטו למערכת? כי אפשר איתו לקנות קיצור תורים או לתת לרפואה הקהילתית או לאן שאנחנו רוצים. פעילות אחר הצהריים מותנית בחלק מהזמן באחר הצהריים, שהולך בלי תשלום נוסף למטופלים



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ציבוריים שלא בחרו ולא שילמו ולכן גם שם אתה מקצר תורים. לכן עכשיו אני מציע להסתכל על מהם במודלים שישנם, מעין מודל קש של בחירת רופא בחינם, שהבנו שמי שהציע אותו לא התכוון אליו ממש...

**פרופ' קובי גלזר:** לגבי בחירת מנתח, ונחזור למה שאמרנו אתמול, אני לא מתלהב מזה שזה יהיה חלק מהסל הבסיסי, אבל יש עוד נקודה – יש אנשים שרוצים לקנות בחירת מנתח וזה חשוב להם. בהינתן שיש לזה ביקוש, איפה עדיף לי שהוא ימחר? בהדסה או אסותא? זה מוצר שיש מאחוריו הכנסה ודברים אחרים, אבל אם כבר יש ביקוש אליו ומאחר והוא קיים, אני אומר בוא נענה לביקוש הזה כל עוד לא פוגעים בסל הציבורי. מאחר ויש ביקוש, בואו ניתן אותו במסגרת אותו ביי"ח שממילא קיים, ושבמקום שירוצו לעשות את זה במדיקל וזה ילך אליו, אז עדיף שיהיה בתוך ביי"ח ציבורי. אני רואה את זה כחלופה. אני חושב שאני יכול לבנות את זה כך שביי"ח יכול לעשות את זה בלי להזיק, ואם לא נעשה את זה אז יקנו את זה באסותא והרצליה, ותסתכלו מה קרה בארץ ב-10 השנים האחרונות ברפואה הפרטית, ואם נחנוק אותה זה לא יעלם, גם אם אנשים חושבים אחרת. בהינתן שיש ביקוש לבחירת מנתח, השאלה היא איפה זה יהיה. אני מעדיף שזה יגיע לרופא שנשאר שם ואולי לכל המערכת. אני חושב שאחד הדברים שאני אוהב זה שהוא יוצר מקור הכנסה לביי"ח שלא תלוי בדברים אחרים שהיום יש ומחר לא יהיו. בדומה קצת, זה קיצור תור. הוא אומר שאתם מציעים מודל שבו אנשים קונים קיצור תור, וזה מה שהוא מציע. אנשים תמיד ירצו לראות קיצור תור, ושוב, אז איפה יקנו אותו? בהרצליה? באסותא? בקפריסין? או בביי"ח שיבא? לכן להציג את זה אחרת זה לא נכון. הוא קיים ממילא במערכת שלנו ותמיד יהיה, רק השאלה היא איפה ומי נהנה מזה. כשהרופא נמצא, שהכסף נכנס וכו', וזה מתחבר למה שאמרת, אני חושב שאנשים יקנו קיצור תור, רק השאלה היא איפה. תחשבו שהיום המצב הוא, ואני לא מדייק במספרים, שאדם שיש לו ביטוח פרטי, שב"ן וכו' מקבל טיפול תוך שבועיים. אם הוא הולך בציבורי הוא מקבל תוך 8 שבועות. נניח שאני בא ומציע לכם מודל שאומר שבו כל הפרוצדורות וגם קיצור תור בפרטי ובציבורי יתבצעו בשיבא או באיכילוב, ואז האדם שקונה פרטי יקבל תוך שבוע ובציבורי יקבל תוך 4 שבועות - אז יש לנו מערכת לא שוויונית. זה נשמע רע אבל זה יותר טוב מהמצב היום. זה בעיניי מה שאנחנו מציעים פחות או יותר.

**פרופ' יוג'ין קנדל:** פרופ' אסא כשר מקבל את זה אגב.

**פרופ' קובי גלזר:** המודל שלנו עם הרגולציה על כמויות, כמה מאפשרים לביי"ח לעשות פרטי וציבורי, ידאג שהפער הזה לא יהיה 1:1 אלא 1:4. כל רופא, כל מחלקה ובכל ביי"ח תהיה לו מכסה של פרטי מול ציבורי, ואני מציע מנגנון הכנסה למערכת הציבורית, לתת תורים יותר קצרים, בתנאי שאני מאפשר לו לשמור את הפרטי גם קצר יותר. אני מציע להכניס את כל הכסף למערכת ולעשות את זה תוך 4 שבועות, וזה גם מה שהוא אומר. בשביל מה להכניס את החיה של פרטי לציבורי, אם אני מביא לך את אותו קיצור תור דרך המנגנון שלי. המנגנון שלי מבטיח לביי"ח את המשאבים שיוכל לעשות את 1:4, הוא עולה יותר כי הוא לא מאפשר את הכסף הפרטי אלא את הכסף של השב"נים להכניס למערכת, וגם שם יש רווח והרופא נשאר, וכל הכסף יכנס לביה"ח בזכות הצרה הזאת שאני מכניס לביי"ח, שזה קיצור תור דרך הפרטי. אני מאפשר קיצור תור מאוד משמעותי בציבורי עם עצמאות תקציבית וכל היתרונות האחרים שדיברנו עליהם. כך אני רואה את המודל שלנו היום לעומת המצב שלו, בתנאי שהכסף



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

יהיה ציבורי. אם אתה מבטיח לבי"ח את כל הכסף הציבורי - עשית את מה שאנחנו עושים. אני טוען שאם הבטחת את זה לזה, אז פיספסת במערכות אחרות.

**דוברות:** זה יעלה לך המון כסף דרך היוקר של הפרטי.

**פרופ' קובי גלזר:** לי גם לא אכפת שהפרמיה בשב"ן תהיה קצת יותר גבוהה, שפחות אנשים יקנו את זה אם זה יתן לי כסף לממן קיצור תור בציבורי, כי כל הרעיון הוא לקצר תור בציבורי.

**יעל:** אנחנו נסיים כרגע. זאת עבודה בלתי רגילה ואני בטוחה שיש דברים שמסכימים עליהם ויש כאלה שלא, והיו וויכוחים על מקורות המימון, אבל נכנסו לתוך ליבת הוויכוח שלנו. אנחנו עוברים במעבר חד.

### **\*\* מציגים שניים בפני הוועדה: רויטל טופר ודר' טוביה חורב. מציגים מצגת (מצורף בקובץ POWERPOINT).**

**דר' טוביה חורב:** שלום לכולם. מכיוון שזה סוף יום מבחינתכם ואנחנו צריכים לרוץ עם המצגות מה שאני

מציע זה שבאמת נרוץ עם הצגת המודל וההדגשים של כל אחד מאיתנו ונקיים את הדיון בסוף כי אם נעצור בכל

שקף אנחנו עלולים לא להגיע לסוף, אז אם אפשר לא להפריע ולרשום אני אשמח. אחד מהדברים שאני רוצה

לפתוח בו זה לומר שהחשש הרציני הוא כשאתה עושה ניתוח של מערכת שאתה תיתפס בכל מיני תופעות

שמאפיינות את המערכות מבלי להתחיל בניתוח של המערכת מאבני היסוד שלה שבו אתה מקבל כנתון את

המערכת במבנה הנוכחי שלה ועל בסיס זה אתה מנסה לשלול כל מיני בעיות שהתעוררו, וכדאי קודם כל לשאול

למה המבנה הנוכחי קיים כפי שהוא, ואם צריך להמשיך בו ולמה? ואחרי שתבין בעצמך את השאלות האלה אז

תתחיל לטפל גם בבעיות האחרות שבהם צריך לטפל. השאלה היא למה במערכת היום או למה עשינו את זה ב-

95, יש שני מערכים שהם ביטוחים וזה המודל של השב"ן והמערכת של הביטוח המסחרי, האם באמת חשוב

שביטוח פרטי יתנהל בשני מערכים מקבילים והאם חשוב שיהיו שני רגולטורים? אם חשוב שיהיו שני מערכים

מקבילים האם צריך שתהיה תחרות ביניהם? אם צריך שתהיה תחרות ביניהם זה יכול להיות חופשי, זה יכול

להתקיים על בסיס כללים שווים או מה אם לא מתקיים על בסיס כללים שווים? ואז השאלה לפי איזה כללים היא

צריכה להתנהל ומה צריכים להיות המאפיינים של כל אחד מהמערכים אם אתם באמת חושבים שהם צריכים

להתנהל בנפרד? גם אחרי שנחליט שכן שאולי צריך להמשיך עם שני מערכים נפרדים השאלה היא, אם צריך

שיהיו גם שני רגולטורים? יכול גם זה להיות מצב שבו זה שני מערכים שמנהלים על בסיס כללים שונים עם

רגולטור אחד. אני מקדים ואומר אני חושב שצריכים להיות שני רגולטורים, ומצד שני אני אומר שלדעתי צריכים

להמשיך ולהתקיים שני מערכים מקבילים. אני תיכף אסביר למה, ובהקשר ל- למה אני גם אסביר אחר כך מה



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

נובע מ- הלמה הזה. אחת מהשאלות המשמעותיות שבגללם אנחנו כמובן נמצאים פה, זה מה הדרך למזער את ההשפעות השליליות של המערכים השונים על המערכת הציבורית? והדבר האחרון שאולי גם יתממשק טיפה למה שנאמר קודם, האם המשאבים העומדים לרשות המערך הזה, מערך של ביטוח פרטי וכן הלאה צריכים או יכולים להוות תחליף למימון ציבורי שאולי צריך להינתן במערכת הבריאות? ואם כן, אני אמשיך את האמירה, ואם כן ואתה חושב להשתמש בכלל באותו מימון פרטי לצרכים שכאלה, לצרכים של מימון ציבורי מה תופעות הלוואי. אז אנשים מדברים רבות על תופעות לא רצויות שקיימות, יש כאן כל מיני דוגמאות של תופעות שכאלה, חלקן באמת חופפות אחת לשנייה אפשר לקבץ אותם, אבל מה שבטוח הוא שאנחנו צריכים להתייחס גם לתופעות האלה וגם לשאלות היסוד שמקודם דיברנו עליהם. אני לא אעבור על השקף הזה, השאלה מה הם ההשפעות השליליות שקיימות בחלק מהמקרים או שיכולות להתקיים בחלק מהמקרים של ביטוחים לסוגיהם על מערכת הבריאות הציבורית אתם רואים בפניכם, זה קשור גם לקשר בין קופה לחברת ביטוח, גם לנושא של תכולת הסל הציבורי מול הסל הפרטי, התחרות על התשתיות המוגבלות, שזה גם נושא שדיברתם עליו, תשתיות של כוח אדם מקצועי וכן הלאה. אני לא אתעכב על כל אחד ואחד מהדברים האלה, אני כן רוצה להתעכב על האחד לפני האחרון ולומר שנכון להיום במקום שאליו הולכים מערכי הביטוח הפרטי בעיקר חברות הביטוח, עם המוצרים שהם מציעים, בין היתר, בצורה של כתבי שירות אבל לא רק, זה לבנות לאט לאט מעין קופות חולים עסקיות שמספקות בעצם, שלא מספקות ביטוח אלא מספקות שירותים באספקה ישירה למבוטחים, שירותים שהם שכיחים הם לא בהכרח שירותים שהם זניחים. ולאט לאט מול עניינו מתחילות להיבנות קופות עסקיות למטרות רווח שעובדות בעצם עם סלקציה ואנחנו עלולים למצוא את עצמנו יום אחד שחברת ביטוח כזאת או אחרת אומרת " בכל הארץ" והם מסוגלים לתת שירותים ואולי אפילו יותר טוב מאשר הקופות האחרות, כל מה שצריך זה רק להכניס אותי גם כנותן שירות נוסף בסל ואני הקופה החמישית, השישית או השביעית. עכשיו אין לי בעיה, אין לי בעיה שמישהו יחליט, אין לי בעיה שמישהו במדינה יחליט שצריך קופה שכזאת מתחרה אבל שזה יעבור כמו שצריך דרך חקיקה ושיחליטו שלשם הולכים ולעבור את כל המסלול ואז ללכת ולא מאשר זה קורה דה-פקטו מכורח נסיבות מסוימות. אמרתי המודל צריך להגדיר את בעיות היסוד, לטפל בתופעות, הוא צריך להיות מידתי ישים ומאוזן. ללכת על מהפכות זה טוב וזה חשוב, אני פשוט חושב שבהקשר הזה ואני מדבר כרגע על ההקשר של הביטוחים, זה נכון גם לגבי דברים אחרים, צריך להיות מידתי. ואני מאוד חושש מצעדים שהם צעדים בלתי הפיכים שמבוססים על כל מיני מודלים או מודלים שלא קיימים במדינות אחרות, או מודלים שקיימים במדינות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אחרות אבל מתאימים לסביבת עבודה ... ולכן אני חושב שאנחנו צריכים באיזה שהוא אופן להיות מאוד מידתיים.

**דוברות:** : אפשר איזה שאלה הבהרה? אתה מדבר על מודל של כלל מערכת הבריאות או של ביטוחים?

**דוברות:** : אני מדבר על מודל של ביטוחים פרטיים בתוך מערכת הבריאות, חשוב לשמר את המעמד, לא, סליחה, המודל אמור להביא בחשבון את אי הוודאות שנובעת ממגבלות התקציב הציבורי. דוגמה אחת אני אתן ואני לא רוצה שהיא תהפוך כרגע לדיון אני רוצה להמחיש את זה בדבר אחד, תרופות מצילות חיים. מקומם של תרופות מצילות חיים בסל הציבורי, כשאיפה. אף אחד מאיתנו לא יודע את קצב ההתפתחות של הטכנולוגיות ... את העלויות של הטכנולוגיות העתידיות, את התקציב שיעמוד לרשות המערכת הציבורית, כדי לממן את כל התרופות מצילות ומאריכות חיים שיהיו מעתה ועד להודעה חדשה, לכן אנחנו חיים באי ודאות, ובתנאים של אי ודאות שכזאת מכיוון שאף אחד לא יכול להבטיח שהדבר הזה יכוסה מעתה ואילך תמיד בתוך המסגרת הציבורית, אני חושב שצריך לתת אפשרות ...

**דוברות:** : צריך לתת את ההון שהוא מימון באמצעות ...

**יעל:** לא, לא, סליחה ...

**דוברות:** : אני רק מבהיר מה שכתוב כאן. עכשיו יש כמה פתרונות, פתרון אחד שבאמת את האי הוודאות הזאת ירכוש משק הבית. פתרון שני שמישהו, מימון של צד ג' כלשהו, שיש צד ג' אחד שקוראים לו ביטוח מסחרי צד ג' שני שקוראים לו שב"ן, ואני חושב שהפתרון של השב"ן הוא פתרון הרבה יותר, נקרא לו, הוגן חברתי ושוויוני חברתי מאשר כל שני הפתרונות האחרים גם המימון מהכיס וגם צד ג' הפרטי והמסחרי. ולכן, אני אומר שאנחנו מדברים על הנושא של מגבלות התקציב הציבורי מעבר לסיסמאות אנחנו צריכים גם לחשוב על ריאלי. קיימת חשיבות מעצם קיומו של שוק ביטוח וולונטארי. אני בהחלט חושב ששוק ביטוח וולונטרי בישראל צריך להתקיים, לא כל הפתרונות נמצאים שם, של המערכת הציבורית נמצאים שם. אם ככה למה באמת אני חושב שצריכים להתקיים שני מודלים? ברוח הדברים שאמרתי מקודם, הייעוד העיקרי של השב"ן לדעתי צריך להיות השלמה לשירותים חיוניים שלא נמצאים בתוך הסל ושלא מצליחים להיכנס לתוך הסל. זה קודם כל המוטו בעיני שבגיני קיים השב"ן. והיום יש שתי פלטפורמות, פלטפורמה אחת שקוראים לה חוק הביטוח או הסכם ביטוח והחוק השני הוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כל אחד עם המאפיינים שלו. חוק ביטוח בריאות ממלכתי עם המאפיינים הסוציאליים. ויש מקום וזאת בעצם הסיבה שבגללה הביטוח המשלים נמצא שם ולא בחקיקה האחרת, מכיוון שחשבנו שיש צורך בסל שמשלים את הסל הבסיסי יש קו תפר שכרגע הוא מאוד חד מה קיים





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

בסל הבסיסי לאור מגבלות התקציב הציבורי אל מה לא קיים בסל הבסיסי, אי אפשר לבוא ולומר פר הגדרה, כיום וגם לא בעתיד, שכל מה שמחוץ לסל הבסיסי הוא פר הגדרה לא חיוני. המגבלות הם מגבלות של תקציב ולכן צריך איזה שהיא פלטפורמה שמאפשרת שירותים נוספים לסל הבסיסי ושהיינו רוצים שיהיו בסל הבסיסי.

וזאת המטרה העיקרית של השב"ן. אי אפשר לעשות את המטרה הזאת ולהגדיר אותו רק למטרה הזאת מהרבה מאוד סיבות, אבל זה הגרעין זאת הליבה, שירותי הליבה של השב"ן הם הדברים האלה, אם אני רוצה שהוא יהיה מאוזן, אם אני רוצה שהוא גם יהיה ניהול סיכונים טוב של השב"ן, וגם מסיבות היסטוריות שהתרחשו עד היום. במבנה של המערכת היום אני כן חושב שצריך תמהיל מסוים, יש את שירותי הליבה יש את הייעוד של השב"ן, יש עוד כמה שמאזנים או מהווים אטרקציה למבוטחים שהם לא בסיכון ביטוחי גבוה והם מאפשרים למתן סיכונים של מירב המבוטחים בתוך תכנית שכזאת. ולכן כשאני מדבר על השב"ן זה הדגש שאותו אני רוצה לשים. כמובן, קהל היעד זה כלל האוכלוסייה או כמות גדולה ככול הניתן של אוכלוסייה, אנחנו רוצים להנגיש את השירותים האלה לכמה שיותר אנשים. הייעוד העיקרי של ביטוח בריאות מסחרי, בעיקר במצבים של קטסטרופות, בעיקר במצבים של קטסטרופות שבצדן יש הוצאה כספית כבדה, וזה התפקיד העיקרי. עכשיו אז השאלה אם יש מקום וצורך בשני מערכים? התשובה שלי כן, התשובה שלי היא שהביטוח המסחרי בגלל הייעוד האחר שלו יש לו מקום אבל יש לו מקום אצל הרגולטור האחר יותר נכון בפלטפורמה המשפטית האחרת, הוא לא צריך ביטוח שהוא ביטוח במהותו שעושה את ההסדרה שלו על בסיס של עקרונות חברתיים, של עזרה הדדית, של מניעת חיתום רפואי, שימוש במצב רפואי קודם וכן הלאה, את זה אפשר להמשיך לנהל בתוך מסגרת של ביטוחים מסחריים. הביטוח של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואת השב"ן בגלל הייעוד שלו בדרך שבה אנחנו אומרים. וכשאני אומר את הדבר הזה אמירה אחרת אם ככה אם יש צורך בשניהם אז מה אז נישאר בעצם במתכונת הנוכחית? אני אומר לא, מה שקורה כרגע זה שבמתכונת הנוכחית שני הגורמים האלה ושני הסלים האלה הולכים ומתקרבים אחד לשני והחפיפה ביניהם הולכת וגוברת, ואין בעצם הסדרה של השוק בצורה כזו שלוקחת את היתרון היחסי של כל אחד מהמערכות האלה ומנסה להדגיש ולהביא אותה למצב שבו היא תתמקד בדברים ... ולכן אלה מסקנות הביניים בעיני, צריך את שני המערכים, צריך להיכנס בתוכנית השב"ן הכיסויים המתאימים, צריך להתאים את הכיסויים בביטוח המסחרי כך שמצד אחד יספקו את הביטחון אבל מצד שני אי לא ישפיעו באופן שלילי על המערכת הציבורית, אני אביא כמובן עוד מעט את הדוגמאות ואת ההתערבויות שאנחנו ממליצים לעשות. והדבר השני, זה שהמערכת הזאת תהיה הוגנת ולא תפריע למערכת השנייה לפעול לצידה. בלתי נמנע לדעתי ומהרבה מאוד סיבות שקשורות, גם מהסיבות ההיסטוריות בין המצב הנוכחי של המערכת שלא תהיה איזה שהיא חפיפה בין כיסויים, אנחנו לא יכולים עד כדי כך לבדל את המערכות, ולכן אנחנו נקבע כללים שימסדו מה קורה במצבים



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

של חפיפה בין כיסויים. אבל צריך להמעיט בהם ככול האפשר, זאת אומרת ככול שנבדל את שתי המערכות האלה מבחינת המאפיינים והכיסויים והדברים ... כך יהיה הצדקה לשמר את המצב הקיים. ככול שהם יהיו דומים, ככל שהם יתחרו ביניהם ותהיה חפיפה בין כיסויים כך נצטרך עוד פעם לחשוב מחדש על השאלה למה בעצם צריך שתי פלטפורמות משפטיות שונות שמספקות בעצם את אותם שירותים. איך עושים את זה ואיפה צריך להתערב? אנחנו יודעים איפה צריך להתערב, הצורך בהתערבות לדעתי אם אני לוקח את זה כשלושה יעדים עיקריים זה לצמצם את ההשפעה השלילית של שני המערכים על המערכת הציבורית, להביא להגנה מיטבית של הצרכן במערך הביטוחים שלא יטרטר בין שני המערכים וגם לא ישלם פעמיים על מוצרים כל הזמן, ולהתמודד עם מגמת הגידול במימון הפרטי. הוא דיבר בעצם על סל הצריכה של משק הבית והראה איך לאט לאט ... הביטוחים המשלימים, לפחות בהקשר של ההוצאה על בריאות אז עיקר הגידול בהוצאות על בריאות זה נובע כמובן בגלל הנושא של הביטוחים לסוגיהם. אז נתחיל לדון על המודל עצמו ומה ואיך אני רואה את הדברים. המאפיינים של הכיסוי הביטוח המסחרי אני כן רואה את פוליסות הפיצויים ממשיכות להתקיים, כי זה הליבה של ... ואני לא רואה מצב שבו אנחנו יכולים למנוע ולצמצם פוליסה של פיצוי, למרות שיש חיסרון מבחינת המערך הציבורי. אם תרצו אני ארחיב אבל לא כרגע. כיסוי קטסטרופות, לשם צריך בעצם להתמקד. ניתוחים, במודל התיאורטי הטהור אם אני הייתי יכול לבוא ולהגיד יהיו רשימות ניתוחים ואנחנו נגביל את זה לרשימת ניתוחים, וקטסטרופה זה אומר ניתוחים שעלות שלהם לצרכן מאות אלפי שקלים ומעלה, זה היה המודל הזה הוא הכי טוב. אני חושב שהיום זה לא ריאלי בנסיבות הקיימות ולכן אני כן משאיר את הניתוחים. אני חושב שהיום כאשר לצרכן ואנחנו דיברנו על ביקוש ואני יודע שהצרכנים היום פונים לבקש את הדבר הזה ומצפים לקבל את זה. בוא נאמר כך אם תהיה הצעה כזאת ...

**דוברות:** : דרך אגב בעבר.

**דוברות:** לא, אתה רואה ...

**דוברות:** : פוליסות משדרגות שב"ן, תראו פוליסות משדרגות שב"ן לדעתי זה מודל חשוב, הוא מודל חשוב שלדעתי המבוטח יכול לקבל טיפול מעבר למה שקיים. העלות של זה אמורה להיות נמוכה למבוטח כי הוא משלם רק על הדלתא מעבר לשב"ן וכן הלאה. זה קיים היום אבל זה כמעט ולא משווק, אין לזה היום ביקושים, והסיבה העיקרית בגלל שיש אינטרס כמובן לשווק מהשקל הראשון ובגלל שהתמחור של הפוליסות משדרגות השב"ן הוא גבוה יחסית לעלות שלהם בפועל, ובזה צריך לעשות לדעתי סדר. אי צריך להביא למצב שבו, בפוליסות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

כתוב שם בסוגריים מה הפוליסות האלה אמורות לספק, הם לא אמורות דרך אגב לכסות את ההשתתפויות העצמיות של

מבוטחים. אז צריך לעודד את הנושא של פוליסות משדרגות שב"ן ולתמחר אותם בצורה יותר נכונה. כמובן שחברות הביטוח וקופות החולים, פוליסות שיפוי מהשקל הראשון, לדעתי עוד פעם אני גם בעניין הזה ריאלי אי אפשר לשרוד את הדבר הזה ... של מבוטחים אם מישוהו ירצה דווקא את הפוליסה מהשקל הראשון אז הוא יכול לבחור את זה... שב"ן וכן הלאה. אבל צריך להקטין את התמריצים לפוליסות האלה, צריך להקטין את התמריצים לפוליסות האלה ולהגיע למצב שבו מגיעים לתמחור נכון שלהם, קובעים רף. אפשר למשל אחד מהתמריצים יכול להיות רף שהוא יחסית גבוה, פיצוי או החזר למבוטחים במקרים של חריגה, להסדיר את כל הנושא של כתבי שירות יש כאן שתי סוגיות בכתבי השירות, נוטים לדבר כל הזמן על כתבי שירות והקשר בין כתבי השירות של חברות הביטוח למה שקורה בבתי חולים ציבוריים. כתבי שירות בעיני זה דבר שהוא פסול, נקודה. כתבי שירות זה לא פוליסה, המבוטח לא יודע בעצם שחברת הביטוח לא עומדת בעצם מאחורי ... והיא גם לא מבטיחה שמשך חיי או שירות שהיא מציעה בתוך כתב השירות הוא זהה אפילו לתקופת הפוליסה. לחברת הביטוח יש את ההסכם היא מחויבת כלפי השירות, המבוטח בחלק גדול מהמקרים אפילו לא יודע שהוא יכול לשלם פחות, הוא יכול להגיד אני לא רוצה את כתב השירות, אני רוצה את הפוליסה בלי כתב השירות. אז מצד אחד יש כאן גם בעיות של גילוי נאות. הדבר שני, זה שכתבי השירות מציעים כל מיני שירותים שבמהותם כמו שאמרתי הם הולכים ודומים לשירותי סל או לכל מיני חבילות שהם בעצם נמצאות בסל הציבורי. ואני חושב שאת המגמה הזאת צריך לאט לאט לבטל, ולכן צריך כהחלטה גורפת, כתבי השירות שחברות הביטוח לא יעסקו במאפיינים שהם אינם ברי ביטוח. לכאורה מה שאמרתי כרגע על כתבי השירות יכול מישוהו לבוא ולהגיד מאה אחוז, נכניס אותו לפוליסה. אז אני אומר השירותים האלה הם שירותים שבמהותם הם לא ביטוח והם לאט לאט הופכים ונעשים דומים בעצם יותר ולכן אני לא חושב שנכון יהיה להמשיך ולספק את השירותים האלה באמצעות חברות ביטוח. ביטוחים קבוצתיים כנ"ל, גם פוליסות ...

**דוברות: ההיפך.**

**דוברות: : אה סליחה, סליחה.**

**דוברות: : כן, כנ"ל הכוונה העקרונית ... עקרונית, כלומר ביטוחים קבוצתיים לא יהיה את הרכב כיסויים בשב"ן, מה שחשוב הוא שיהיה התאמה, ואני לא בטוח שהיום כולם חושבים שצריך לעשות את השינויים בהרכבים של השב"ן שצריך להתאים, סידור מחדש של הרבדים בהתאם לייעודם כאשר החיוניים צריכים להיות ברובד**



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

הראשון. הרובד השני שהוא מתאים יותר למעגל השני, אני מיד אפרט איזה סוגי שירותים בתוך כל אחד מהרובדים, דוגמאות לפחות כל אחד מהרובדים האלה. כמו שאמרתי מסיבות היסטוריות ... שירותים מסוימים

כלולים בשב"ן והסיכוי ... אני אתן פה דוגמה מזה בשקף הבא. וצריך להוציא מהשב"ן חלק מהכיסויים ... ראוי להוציא אותם, חבילות לחולי סרטן זה משהו שהוא לא, הרי זה חבילת שירות יותר מאשר כל דבר אחר ולא כיסוי מהותי, מצד שני קוסמטיקה זה נושא של ניתוחים פלסטיים וכן הלאה. השב"ן לא אמור לממן ובכוח חקיקה סוציאלי שמלווה אותו. וזה אני חוזר לרציונל שאמרתי מההתחלה, לא עושים חקיקה סוציאלית עם רציפות בזכויות ועם ביטול חיתום ועם כל הדברים האלה בשביל ניתוחים קוסמטיים ובשביל דברים שהם לא במהות של השב"ן.

**דוברות : ת :** גם את הראשון אתה רוצה להוציא ...

**דוברות : כן :** ...

**דוברות : אני אסביר אחר.**

**דוברות : :** חברות ברובד הראשון, חברות ברובד השני תהיה תלויה ברובד הראשון, אנחנו חושבים שהרובד הראשון מאוד חשוב, אנחנו חושבים שבחלק מהמקרים גם יש איזה שהיא רציפות והמשכיות בין שני הרובדים גם בהקשר של רשומה רפואית גם בהקשר של נותני שירות וכן הלאה, לכן חשוב שזה כן יהיה תלוי, ואנחנו מעוניינים בקשר ביניהם. והחלק העיקרי הדגש העיקרי כאן זה באמת להגיע למצב שבו מספר מבוטחים ברובד הראשון שמאפשרים את המימון של הרובד הראשון והקטנת הפרמיה שתהיה נגישה וחלק מצומצם יחסית שישאר אחרי שאנחנו מכתיבים את המודל של הכיסויים, אז עדיין אנחנו חושבים שצריך לשמר זאת, על מנת להציע כיסויים שמותאמים לצרכים, לציפיות, למאפיינים של המבוטחים שלה ולא להגיע לאחידות או זהות מוחלטת בין סלים. כיסויים ברובד הראשון, יש כאן דוגמאות לכיסויים מהסיבות שאמרתי מקודם, אתם רואים שהתרופות מצילות חיים נמצאות בפנים, שירותים חיוניים, רפואת שיניים, בעיקר אנחנו מדברים כאן על רפואת שיניים משמרת, עזרה ראשונה מגיע, למעלה התפתחות הילד, שקיימת בסל הבסיסי אבל במכסות מאוד נמוכות, פיזיותרפיה שקיימת בסל הבסיסי במכסות מאוד נמוכות, תרופות שאינן בסל וכן הלאה. נושא של ביטוחים פרטיים ושירותי ייעוץ, זה חלק מאותם ... שכתבתי למעלה ... זה אומר שאני לא רואה את השירותים האלה כשירותים שהם חיוניים במובן הזה שזה כלול בסל ומצריך באיזה שהוא מקום התייחסות מורחבת, אני רואה את זה בתוך השב"ן כחלק מהדבר שכיום זה נמצא בו מסיבות היסטוריות. הדרך להוציא את זה בעיני יכולות להיות לה משמעויות מאוד קריטיות, הייתי קורא לזה, על מה שיתרחש ביום שזה לא יהיה בשב"ן, גם בהקשר של



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

המערך הפרטי והזרימה למערכת הפרטית. כיסויים ברובד השני, דיברנו על המעגל השני רפואת שיניים היינו אורתודונטיה, השתלות, שיקום, דברים שלא היו ברובד הראשון. במקום זה היה שם אביזרים רפואיים שירותים נוספים שלא ניתנו ברובד הראשון. ייאסר ברובד השני העמקה, אפשר להשתמש במילה אחרת, של שירות שקיים ברובד הראשון בתנאים מסוימים כמו למשל ניתוח כאשר הרובד השני יספק השתתפות עצמית יותר נמוכה וכן הלאה.

כלומר לא יהיה מצב שבו שירות ניתן ברובד השני בהשתתפות עצמית יותר נמוכה או שירות שקיים ברובד הראשון.

**דוברות:** אפשר שאלת הבהרה?

**דוברות:** : ושירותי מותרות מובהקים לרבות ניתוחים קוסמטיים.

**דוברות:** : השתתפות עצמית תיאסר, כיסוי של השתתפות עצמית בסל בשני המערכים גם בשב"ן, השתתפות עצמית בניתוחים, בשני המערכים בצורת מינימום ומקסימום של השתתפויות עצמיות. לשב"ן ייקבע מנגנון שיגביל את קצב הגידול של הפרמיות ושמירה על השירותים בשב"ן. שמירה על פרמיה, תהיה שמירה על פרמיה שמאפשרת נגישות לכיסויים ברובד הראשון, פרמיה שצומחת וגדלה כל הזמן עם תוספת כיסויים ומגיעה למצב שבו הנגישות שאותה רצינו להשיג מהתחלה. השב"ן ימשיך לממן את הסל הציבורי ומי שזקוק לקבלת שירות של הסל יוכל לקבל שירות פרטי ואם זה באמצעות השב"ן ואם זה באמצעות חברת ביטוח פרטית. נותני שירות וניתוחים הגדלת מנתחים שבהסדר, למעט מקרים שבהם עדיין יאושרו החוזרים, זה יכול להיות דוגמה שכאן כרגע מוצגת שני מקרים שאני אדבר עליהם אחד זה באמת נושא של, לקבל במסגרת הסדר כי יש שם נותני שירות שבהסדר, אז הוא יוכל לקבל אותם בהחזרים ורק החוזרים. ונותני שירות בעלי מוניטין יוצאי דופן שיכול להיות שאפשר בצורה מאוד ספוראדית ומדודה עם התמחויות מאוד מיוחדות שבהם קשה מאוד להגיע להסדר עם מישהו שהמחיר שלו מאוד מאוד גבוה בגלל שהוא יודע שהוא עד כדי כך ייחודי ונדיר, ואז אפשר יהיה לבוא ולהגיע לאיזה שהוא מצב שבו המבוטחים מקבלים החזר. רק החזר כמובן לא מדוברות: פה שהוא יקבל את מלוא כל השיפוי אלא יקבל איזה שהוא החזר בגובה נורמאלי. חוץ משב"ן, איסור על הסכמים עם בתי חולים ציבוריים ללא אישור משרד הבריאות, הסכמים עם חברות ביטוח יש כאן את העקרונות להסכמים שכאלה. לעניין חיזוק ההגנה לצרכן בהיבט התמורה שעלה כאן מספר פעמים כבר גם בעבר, אני חושב שגם בשב"ן וגם בביטוחים הפרטיים צריך לעמוד על איזה שהיא רצועה, והוא נותן כאן דוגמה של 80-85 אחוז זה סדרי גודל, זה יכול להיות גם קצת פחות, זה יכול להיות יותר, זה יכול להיות גם שונה ממערך למערך בין שני המערכים האלה, זה יכול להיות שונה גם בתוך מסגרות אחרות לפי גודל. לדוגמה לפי גודל המבטח. לכן זה יכול להיות דיפרנציאלי



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

אבל עדיין בתוך איזה שהיא רצועה גבוהה יותר, אני לא ניתפס למספרים אבל אני מדבר גם הרבה יותר גבוה מאשר קיים כיום. אם יש צורך במצב שבו מה שנקרא פוליסת ALL LIFE לעניין הזכויות אבל תינתן אפשרות נניח פעם אחת בחיי הפוליסה, אני לא מדבר כאן על משהו פוליסה קבוצתית שכל שלוש שנים הפרמיה יכולה להיפתח, אני מדבר על משהו שהוא מקנה יותר ביטחון גם למבטח ומצד שני באיזה שהוא אופן לא יוצר מצב שבו מנתח לוקח טווח ביטחון מאוד גדול ואכן מעלה את הפרמיה. כלומר לכן הפרמיות הם גדולות מראש בצורה כזאת שהם מאוד גבוהות בגלל אי הוודאות של לאורך 50 ויותר שנים, אז אני אומר אז אולי לא צריך להבטיח את ה- 50 ויותר שנים האלה ולבוא ולהגיד, המבטחים אגב לא יודעים להגיד לנו ששאלנו אותם או לפחות לא המבטחים אבל השכנים שלנו באגף שוק ההון לא בדיוק ידעו להגיד לנו מה שיעורי הנטישה לאורך הדרך של פוליסות פרטיות, וזה שאנחנו מבטיחים לאדם 50 שנה קדימה לשמר יכול להיות שהאחוזון התשיעי של 90 אחוז מהאנשים אחרי עשר שנים כבר לא נמצאים שם כי הם נטשו את התוכניות. ולכן באיזה שהוא מקום, ובחוו"ל במדינות שבהם בחלק גדול מהמקומות אין בכלל הבטחה של פרמיה שנמשכת לכל החיים, זאת אומרת הם לא לכל החיים. ודבר שני באותם מקומות שבהם יש מה שנקרא פוליסה ALL LIFE יש כן מצבים שבהם בתחנות קבועות אפשר לעשות התאמה של פוליסה. כפל ביטוח, צעדים שתיכף אני אראה בתוך כל הנושא של כפל ביטוח יש את היבט המבוטח והבעיות שקיימות אצלו, ויש את ההיבט של בין המבוטחים. לעניין חיזוק ההגנה על הצרכן בהקשר של הביטוח המסחרי, בכל מצב של כפל ביטוח כבר אמרתי כל עוד יש את הנושא למשל של ביטוחים בשני מערכים כדוגמה, אז יכולה להיות עדיין חפיפה. יש מצבים והיום המפקח על הביטוח מחייב סוכנים במצבים מסוימים לא בהקשר לבריאות דווקא, כן בהקשר לבריאות אגב כאשר מישהו עוזב פוליסה ועובר לחברת ביטוח אחרת הוא חייב לחתום על איזה שהוא תצהיר שמסביר שהוא מודע לעצם העובדה של המשמעויות והעובדה שהוא עזב את הפוליסה הזאת ועבר לפוליסה אחרת. כלומר יש היום תצהירים שמבוטחים מתבקשים לחתום עליהם, ואנחנו חושבים שצריכים להוסיף תצהיר שבא ואומר –כן, חלק מהמידע שקיבלתי כלל התייחסות לנושא של כפל ביטוח, קיבלתי את העובדה, בדק הסוכן גם את מה שברשותי והוא אכן ראה שיש לי את זה ולמרות זאת אני השתכנעתי שאני רוצה לקנות את הפוליסה אחרי הכל, הוא מודע שאכן דבר שכזה היה. הגדרה של מושגים ומצבים רפואיים, פוליסת מחלות קשות כדוגמה שבעצם המפקח על הביטוח, לא אנחנו לא משרד הבריאות לא יועצים של משרד הבריאות, הם אלה שמסבירים את זה, הרבה פעמים נוצרת הסיטואציה שבה מצב רפואי שמוגדר בפוליסה יש עליו מגבלות רפואיות כאלה ואחרות ששמו, או מגבלות הגדרתיות במושג שמביא למצב שבעצם מכרו אוויר, כי השכיחות שהאירוע הביטוחי הזה יתקיים לאותו מבטח תחת הכותרת של המחלה





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הזאת הוא שואף לאפס. ולכן אנחנו בעניין הזה קבענו הגדרה אחידה, המפקח על הביטוח לדעתנו הולך כמעט בכיוון הפוך בנושא הזה בגלל שההנחיות של המפקח על הביטוח שהם לא היו טובות ואנחנו גם פעלנו לבטל אותם, נכון להיום אין הצטרפות פוזיטיבית לביטוחים קבוצתיים בהם בעל הפוליסה מממן, כיום יש מצבים שבהם מוכרים פוליסות ביטוח קבוצתיות ללא הסכמה פוזיטיבית של המבוטח, הוא לא אמר "רוצה אני" ... זה נכון זה קיים בעיקר כאשר מדוברות: בכך שבעל הפוליסה הוא מממן, הוא מממן בתקופה הראשונה את הפוליסה ואז הוא אומר טוב המבוטח לא מוציא את הראש מהקיר אז מה הבעיה? אז הבעיה היא שמחר הוא כן יוציא אבל הוא עדיין לא ידע שהוא בפנים ובאיזה שהוא מקום מראש הוא חתם על הסכמה וכן הלאה. באיזה שהוא מקום, מה שהוא צריך לעשות בסדר, עותק מהפוליסה, כיום בפוליסות קבוצתיות עושים רק בדפי מידע וכן הלאה. ולבחון, כמו בביטוח הפנסיוני יש יועצים, יועצי ביטוח פנסיוני שהם לא קשורים לסוכנות ביטוח זו ומשווקים ביטוחי בריאות, זה מצב מאוד מורכב, ויכול מאוד להיות שיש מקום גם בשב"ן וגם בביטוח המשלים הצעדים לחיזוק ההגנה זה גם שיתוף והגילוי הנאות לכל צד לכל אחד מהמשרדים יש מה ללמוד מהמשרד השני, יש דברים בגילוי הנאות שאפשר ללמוד מהמפקח על הביטוח, וגם אצלנו יש דברים שלמפקח על הביטוח עדיין אין אותם יכולות. זה הנושא באמת של היכולת להשוות בין מוצרים בצורה נוחה כמו אתר אינטרנט וכד'. הגדרות דיברנו. קביעת סטנדרט שירות - אין היום סטנדרט שירות באמת בהקשר של דחייה, דחייה של מבוטח, סביר שחברת ביטוח או שב"ן יידחו, אם יש לך מי שעושה מניפולציות ואתם רואים כאן את כל הנושא של דוחות השוואתיים. צריך, א' להסדיר את הנושא של השיפור. יש לי בנייר שהפצתי אני לא בטוח שכולם הצליחו או הספיקו לקרוא אותו, אני מצטער אבל יש שמה גם נספח שמראה הצעה לאיך השיפור יכול להתקיים, חברת ביטוח לשמש כמנהלת תביעות, יש כיום מצב שכזה המצב הזה צריך להסתיים, יש כאן מאגר בעצם מידע שהוא מעין מאגר לאומי, משאב לאומי שנראה לי שהוא עלול להיות מנוצל לצרכים מסחריים. פוליסת בריאות משווקת של ביטוח מסחרי, התקנות היום של המפקח על הביטוח בנושא ביטוחי בריאות קבוצתיים, יש בהם הגדרה מה זה בעל פוליסה, הגדרה של בעל פוליסה בין היתר גם קופת חולים. זה אומר שמחר לכאורה קופת חולים יכולה ליצור קשר עם חברת ביטוח ומקבלים ברכה שהמפקח על הביטוח משמש ומשווק תרופות או משווק פוליסות מסחריות. אין צורך לומר שזה יכול לשמש מנוף שיווקי מצוין, ואנחנו מאוד מודאגים מהעניין הזה ולכן זה צריך לצאת מהתקנות של המפקח על הביטוח, וצריכה להיות הבהרה שקופת חולים המשמשת כבעלת פוליסה לעניין... אבל עוד דברים נוספים שנדבר עליהם אחר כך.

**דוברות:** כדאי להזכיר שללאומית היתה כזאת פוליסה ואנחנו ביטלנו אותה בשיתוף עם המפקח על הביטוח.

**דוברות:** לקח כמה שנים.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:**

הם עשו אותה בלי אישור שלנו, הם עשו איתם אישור של המפקח ...

**דוברות:**

למה זה לקח הרבה זמן עד שהצלחנו לבטל את זה?

**דוברות:**

לקח איזה שנתיים שלוש.

**דוברות:** : כללים נוספים שכדאי שייבחנו, קופה כבעלת פוליסה, אני לא שולל קופה כבעלת פוליסה על ביטוח

נסיעות לחו"ל, אני חושב שצריך לחשוב גם על המשמעויות, ועוד פעם למסד את הדבר הזה באופן שבו אם

מחליטים שכן אז לנסות טיפה למסד את זה. הקופה כנותן שירות לדוגמה, מרפאות הקופה, קופה כמבטחת.

אפשר חלק גדול מהדברים האלה נכון להיום הם דה פקטו קיימים, וצריך באיזה שהוא מקום לחשוב איך אנחנו

עושים גם בדברים האלה את הסדר הנכון בצורה שלא תפגע במערכת הציבורית או שלא תיצור איזה שהוא קו

תפר שהוא לא מספיק ברור לגבי תפקיד הקופה. לגבי הקו תפר בין הביטוחי לבין הסל הבסיסי והציבורי איסור

מעקף הסדרי בחירה שמגיעים בסל הציבורי, מימון טופס 17 לא מימון של שירותים פרטיים. גבייה ממבוטחים

לביטוח וולונטארי לא צריכה לשמש כתוספת מקורות לסל הציבורי, הוא צריך להביא מקורות לסל הציבורי.

השב"ן יעביר לסל הבסיסי. אם משהו חושש מכך שהכנסתם לשב"ן תביא למצב שקופות לא יוכנסו לסל

הציבורי, אז אנחנו נטפל בזה באמצעים מנהליים ולא צריך באיזה שהוא מקום שזה ינטרל את הנגישות של

אוכלוסיות קשות יום, חולות וכן הלאה להגיע גם לאפשרות לקנות תרופות מצילות חיים שעדיין לא מצאו את

מקומם בסל או שמצאו את מקומם בסל בהתוויה מסוימת בעוד שהרבה פעמים המליצו על התוויה אחרת.

השאלה אם קיימת הסטה מכוונת של שירותים מהציבורי לפרטי גם היא צריכה להיבדק. במידה ואכן מתקיימת

ואם חושבים שאכן מתקיימת בצורה מכוונת אז לפעול בסנקציות. דיברנו על הסכמים בין ציבורי לבין מבטח,

ודיברנו על הגבלות של מוצרי ביטוח של חברת ביטוח. ממשק בין הרגולטורים, מאחר ואמרנו שכן זה אפשרי

ונכון שממשק בין הרגולטורים ימשיך להתקיים, צריכה להיות איך שאנחנו ראינו את הדבר הזה, עבודה משותפת

של שני הרגולטורים בצורה הרבה יותר חזקה מהיום עם ועדה מתמדת יושבת של אגף שוק ההון ומשרד הבריאות

על מנת לדון בנושאים קבועים, ואחת לחצי שנה ישיבה משותפת. יש שתי ועדות והדברים האלה צריכים לעלות

גם בדיונים שם. צריך לבדל בין שני הביטוחים, ככול שהמצב יישאר, יגבר הבלבול ונגיע למצב שגם אי הצדקה ...

המשך הפעילות של השב"נים הם יתרכזו בייעוד שלהם, מצד שני לא יהיה כפל בעלות למבוטח גם בהקשר של

העלות של הפרמיות וגם בהקשר של התמורה שהוא מקבל כתוצאה מהתשלום שלו, תודה על ההקשבה. אני רק

רוצה לומר עוד מילה אחת לסיום. יש כל מיני מודלים שמוצעים, הבאתי כמה דוגמאות למודלים האלה והסכנה

שבהם אני חוזר ואומר אם אנחנו הולכים לשינוי יש שינוי רדיקאלי שאולי צריך לעשות אבל לא בהקשרים האלה,

וצריך באמת ...



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** הוא לא רוצה שזה בשב"ן יעשו את זה...

**רויטל טופר:** אני אשתדל באמת יש דברים שחוזרים על מה שהוא. הציג, אז אני אשתדל לשים דגש יותר על הדברים שככה אני חושבת שצריך לשים עליהם דגש. אז התחלנו מהמטרות, זה אני חושבת בישיבה הראשונה דיברנו על מטרות, מה בעצם המטרות? אני חוזרת עליהם, המטרה של הסל בעצם זה להנגיש את שירותי הבריאות הציבוריים למבוטחים, כמובן על עקרונות צדק, שוויון ועזרה הדדית. השב"ן המטרה שלו להנגיש שירותים שלמעשה לא נכללו בסל הבריאות הממלכתי אבל אולי היינו רוצים לראות אותם שם ויש להם חשיבות וצורך ממשי, בתנאים שבעצם משקפים ככול היותר את העקרונות של הסל, זאת אומרת גם הם מבוססים על נושא שוויון בין החברים שמבוטחים בהם ועזרה הדדית. וכמובן שיש לנו פה שני דברים שאנחנו צריכים לשמור עליהם, בגלל היחסיות הזאת של השב"ן מעל הסל, וזה בעצם שמירה על שוויון בין כלל המבוטחים והגישה לשירותי הסל עצמו, ושמירה על האיכות והשירות והיקף השירותים בסל הבסיסי. זאת אומרת זה שיש לי שב"ן לא צריך להשפיע לרעה על השירותים שניתנים בסל. וזה בעצם התפקיד שלנו, בגלל זה גם זה נמצא אצל רגולאטור אחד. ופה באמת אנחנו נשים את הדגש גם במסגרת המטרה של הביטוח הפרטי למעשה כמו כל חברה פרטית זה בעצם למקסם רווחים, לייצר ערך למבוטח אבל כפונקציה שעשויה בסופו של יום לתרום לאינטרס המסחרי של החברה. ולכן כמו שהוא אמר, יש שני מערכים שהם בעצם שונים, יש להם מטרות שונות והם לא דומים. בעצם אני רואה לנגד עיני מבחינת, איך המודל שלי בנוי, שלנו בנוי בעצם כהגנה על המערכת הציבורית, איזה צעדים אני צריכה לעשות כדי להגן על המערכת הציבורית מפני כל הדברים שאנחנו מכירים של ההסטות של שירותים, משאבים, עליות מחירים ועלויות שכר בשוק, פגיעה בסל הציבורי והחלטה של דפוסי שירות, ומהצד השני הגנה על המבוטח. כי בסופו של דבר כמו שדיברתם ככה על התורים, המבוטח הוא זה שנפגע מהתורים, אולי כל השחקנים האחרים איכשהו מרוויחים מהעניין. ולכן הגנה על המבוטח זה מחוסר מידע, חוסר שקיפות, כפל ביטוח, מכירת מוצרים שאין בהם באמת צורך ממשי, עליות של מחירים תכופות ובעיית נגישות וזמינות לשירותים. אז בעצם כשאני מדברת על העקרונות, ושוב ההמלצה, היא לא רק לקרוא את המסמך, אני מאוד מאוד מבקשת שכן תקראו את המסמך את שני המסמכים, בסופו של יום אנחנו מסתכלים על איזה עקרונות מנחים אותנו וכתוצאה ממה הם באים. הפגיעה של זליגת שירותים מהסל לשב"ן בעצם באה במטרה להגן על הסל הבסיסי שלנו, כי כל כיסוי אנחנו מעדיפים שהוא יינתן כשירות. זאת אומרת על ידי ספקי הסדר ועם



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

השתתפות עצמית ולא כרכישה פרטית, יש מקרים מסוימים כמו שהוא ציין, שכן יש הצדקה אולי לסטייה מהעיקרון, אם זה עקב מחסור בספקים, אם זה עקב פריפריה וכו', לא רק פריפריה, זמינות ונגישות. אנחנו כן חושבים שצריכה להיות איזה שהיא תכנית הדרגתית רב שנתית להרחיב את השירותים של הסל ולא רק בהכרח דרך ועדת הסל. זאת אומרת היום אנחנו תלויים בוועדה ובסופו של יום הוועדה רואה נגד ענייה טכנולוגיות, היא לא רואה את כל התמונה. הוועדה עושה עבודה מצוינת, אבל היא לא רואה את המדיניות של משרד הבריאות, היא לא רואה את המכלול של גיבוש תכנית רב שנתית. ובסופו של יום כמו שנעשה עם הרפורמה לבריאות השן, כן יש מקום לבוא ולעשות את זה עם נושאים ספציפיים שאנחנו רואים שיש להם דרישה וצורך וביקוש בנסגרת השב"ן, ולמעשה ברגע שאנחנו נכניס אותם לתוך הסל אנחנו נוציא אותם מהשב"ן ותיחסך בעצם הוצאה פרטית של מבוטחים. אנחנו חושבים שלא צריכים להיכלל בתוך השב"ן טכנולוגיות מתקדמות ותחליפי ניתוח, אבל כן אנחנו חושבים שיש דברים שהם תחליפי ניתוח, הפרשנות שלנו היא מרחיבה שהם צריכים להיות בסל, ולכן אנחנו לא ניתן להם מקום בתוך השב"ן. כמובן שאנחנו גם חושבים שהסבסוד של הסל הציבורי אסור שיהיה לשירותים פרטיים, בוודאי לא לניתוחים במסגרת השב"ן, כל הנושא של טופס 17, אם בן אדם בחר ללכת למסלול פרטי ...

**דוברות:** : סליחה שאני, אני פשוט רוצה להבין, הוא אמר אם אני הבנתי אותו נכון שיש סל והסל צריך לכלול את כל הדברים אבל לא כל הדברים כלולים בסל ואם הם חיוניים אני רוצה אותם בשב"ן, ברובד ראשון של השב"ן שהוא כאילו תנאי ואת אומרת שיש דברים שהם לא בסל והם כביכול חיוניים, תחליפי ניתוח וכאלה, ואת אומרת אני לא אכליל אותם כי אני חושבת שהם באיזה שהוא שלב ייכנסו לסל?

**רויטל טופר:** לא ממש לא.

**דוברות:** : אז לא הבנתי אחד מכם.

**רויטל טופר:** אני אומרת, הסיומת, הכל היה נכון עד הסיומת.

**דוברות:** : אוקי.

**רויטל טופר:** אני אומרת התחליפי ניתוח אנחנו בהחלטות המשפטיות שלנו אומרים הם בסל, הם בסל הם עושים את אותה מטרה, ולכן כשאנחנו באים וקובעים מדיניות גם במסגרת ...

**דוברות:** : רגע, אבל זה מבחינת פרשנות האם ...

**רויטל טופר:** הפרשנות שלנו המשפטית זה שהם בסל ולכן לא יהיה להם מקום בתוך השב"ן.

**דוברות:** : אז לא הבנתי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**רויטל טופר:** טוב, ההגנה של המערכת הציבורית צריכה, חלק מההגנה שלנו זה בעצם שאנחנו אומרים שהשב"ן לא ישמש השתתפות עצמית בסל, הגיוון של השירות, הוא לא ישמש לגיוון במטרה לגיוון שירותים שכלולים בסל הציבורי או לגיוון את הספקים, זאת אומרת לעקוף את הנושא של הסדרי הבחירה. הקלה בתנאי גישה לטכנולוגיות בסל, לדוגמה פה למשל זה הקדמת קווי טיפול, המטרה של השב"ן היא לא לגרום לזה שיוקדמו קווי טיפול. נכלל בסל משהו בקו טיפול שני אחרי שהיית חייב לנסות קו טיפול ראשון אתה צריך ללכת במסגרת הסל ולנסות באמת קו טיפול ראשון לעבור לקו שני. השב"ן לא יהפוך להיות מעקף של הקווי טיפול הללו. הגנה בעצם על המבוטח, עכשיו אני עוברת קצת לצד השני של המשוואה. השירותים צריכים לייצג או אפילו את אותו צד אפשר לקרוא לזה, שירותים צריכים לייצג באמת תמורה וערך ממשי, לא משהו שכמו שהוא כינה אותו "אוויר". אי שימוש בשב"ן ליצירת שווקי שירות שלא קיימים במנותק מהשב"ן, אוקי? היו לנו כמה מקרים שהגישו לנו בקשות של שירותים שאין להם ביקוש ואין להם צורך והם בכלל לא קיימים בשוק ודרך השב"ן ניסו להפוך, רצו שהשב"ן יהפוך לאיזה שהוא מנדט של קידום של השירותים האלה, ולזה לא נתנו יד, לא הסכמנו וזה לא אושר. אי שימוש בשב"ן כפלטפורמה שיווקית גרידה, אוקי? שלא רק לצורך דברים שיווקיים. חלוקה לרבדים. ההנגשה של שירותים שהם בעלי מקדם חשיבות גבוה וחיוני צריכים להיות ברובד הראשון. שמירה של נגישות כלכלית ברובד הראשון, זה מאוד מאוד חשוב לנו מבחינת הפרמיה, תהיה פרמיה שבאמת מבוטחים שווה לכל נפש. אי פיצול מלאכותי של שירותים בין הרבדים, זאת אומרת אני אתן ברובד הראשון איקס וברובד השני אני אפחית קצת את ההשתתפות העצמית. אנחנו לא רוצים את הפיצול הזה. אי התניה של הרובד הראשון של החידושים רק ברובד השני, כי בסופו של יום אם יש משהו שהוא כן חשוב, חשוב לי והוא כן יש צורך להנגיש אותו למבוטחים כן הוא צריך להיות ברובד הראשון, לא רק לקחת את כל החידושים ולשים אותם ברובד השני ובעצם ליבש את הרובד הראשון לאורך הזמן. איזה שינויים למעשה זה בעצם כשאני יורדת לרזולוציות פנימה אז יש פה דברים שהוא כבר דיבר עליהם. ביטול הפיצול בין הרבדים וריכוז השירותים, אוקי? לא לפצל את השירות של בחירת מנתח בין הרבדים, ריכוז רק ברובד הראשון. דרך אגב אמרנו את זה לא רק לגבי בחירת מנתח אלא לגבי כלל השירותים. השתתפות עצמית משמעותית בקביעת טווח מינימום ומקסימום.

**דוברות:** אבל לגבי הנגשה למשל פה אתה יכול לגשת למומחים כאלה ושם אתה גם לאלה, או שזה ...

**דוברות:** ת: לא, אנחנו אומרים בשירותים הללו, במיוחד בניתוחים, כל שירות צריך להיות ברובד הראשון,

**דוברות:** כי היום זה ...



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**רויטל טופר:** היום, נכון, זה חלק מהשינויים שאנחנו מציעים, בהחלט אתה צודק היום יש, בדרך כלל זה מפוזר לא בגלל הספקים זה מפוזר בגלל ההשתתפות העצמית, זאת אומרת עושים לך העמקה ברובד השני, ואנחנו אומרים לא צריכה להיות העמקה, אם החלטנו שזה ההשתתפות העצמית זה המינימום וזה המקסימום זה הטווח שקבענו אז כל זה צריך להיות ברובד הראשון ולא הפחתה של השתתפות העצמית ברובד מעל.

ככלל השירות ינתן בהסדר למעט המקרים החריגים דיבר עליהם ... ביטול בעצם של הפיצול ביעוץ בין הרבדים, גם פה היה פיצול של עוד מספר ייעוצים ברובד העליון. אנחנו אומרים רוצים לתת מה שרוצים לתת צריכים לתת ברובד אחד ולא לדחוף אנשים לרובד העליון. רופאי הקהילה שהם נותנים שירות בסל לא יוכלו לתת שירותים בעצם בשב"ן, כדי לא לגרום להם להסיט מבוטחים לשב"ן. החשש היה בעיקר לגבי קופה. שיש בבתי חולים שבסופו של יום למעשה לא יישארו לה רופאים, כי אם אנחנו אומרים כל רופא שהוא שכיר לא יכול לתת שירותים בסל אז אנחנו בעצם פוגעים במבוטחים שלה. ואז אמרנו אולי במקרים האלה שבאמת זה רופאים שהם באמת בכירים וכן שכירים של הכללית אז כן אולי לאפשר להם חריג לתת את הייעוץ אבל לא במחוז שלהם אלא במחוז אחר, כדי באמת למנוע את התמריץ שלהם אולי להסיט מבוטחים אליהם לפרטי. גידור של שיעור עליית דמי החבר, המטרה היא שבסופו של יום בגלל שכל הזמן אנחנו רואים שיש איזה שהיא עלייה בדמי החבר של הביטוחים המשלימים אז באנו ואמרנו צריך להיות גידור של שיעור עליית דמי החבר לתקופה מסוימת, למשל איקס אחוז כל שלוש שנים שבו הקופות במידה, לא אמרנו שזה חייב, הם חייבות להגיע ולמצות את השיעור הזה אבל זאת תהיה איזה שהיא מגבלה שאם במידה ויש גירעונות או במידה ויש שירות, נורא חשוב שיש מקום להכניס אותו לשב"ן בכדי להעלות מחירים עדיין זה לא יעבור את השיעור הזה. זאת אומרת שבמידה ואם תוכנית נכנסת לגירעון ההתמודדות שלה מעבר לשיעור הזה תהיה עם העלאת השתתפות עצמית, הפחתה של כיסויים. הכללה של תרופות מצילות חיים שאינם בסל במסגרת השירות. כמובן, כבר דיבר על זה אני לא ארחיב אני רק אומר, שלי יש רשימה של תרופות שהם מצילות ומאריכות חיים שהיום לא נמצאת בסל, ואנחנו כל פעם כחברת ועדת הסל מגיעים לשלב שבו צריך לחתוך ולעשות תעדוף ותמיד תמיד נשארות תרופות שהם בחוץ, אין מה לעשות זה המציאות שאנחנו חיים בה, זו מציאות לא רק בתרופות זו גם מציאות בשירותים ובדברים אחרים. ואנחנו רואים את הצורך הזה בתרופות, אני אתן דוגמה, מכבי הציגה את זה בוועדת ביטוחים, רשימה של תכשירים שמ-2008 בגלל הרצף הטיפולי, הרי הם היו צריכים להפסיק לתת תרופות מצילות ומאריכות חיים אבל זה אנשים שכבר התחילו לקבל, והקביעה היתה שאנשים שכבר התחילו לקבל יוכלו להמשיך לקבל. אז זה תרופות מצילות ומאריכות חיים שמ-2008 לא נכנסו לסל ואותם אנשים עד היום חיים ומקבלים את התרופות





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

האלה במסגרת השב"ן של מכבי, שזה מדהים. יש לי את הנתונים האלה, ואם תרצו אני גם יכולה להעביר זה רשימה של תכשירים. וצריך לזכור בסופו של יום שתכשירים שגם אם הם נופלים בגדר מצילות ומאריכות חיים והם לא רשומים בארץ אבל הם רשומים במדינות אחרות בעולם שהם מוכרות ב- FDA וכו', אבל הם לא רשומים בארץ הם לא יכללו בתוך הסל בדרך כלל, ולכן זה גם איזה שהיא מגבלה. אני חושבת שהשב"ן יכול להוות כאיזה שהוא גישור עד שתרופה נכללת בסל, עד שיש מספיק EVIDENCE עליה בינתיים אנשים יכולים לקבל. אנחנו גם ראינו שבדרך כלל הרבה פעמים גם בתכשירים, זהו בדרך כלל גם מניסיון שלנו, ברגע שכול שדוקא תכשירים נמצאים בתוך השב"ן יש תמריץ יותר להכניס אותם לסל, כי בסופו של יום יש עליהם EVIDENCE, יש עליהם נתונים, יש עליהם כמויות, הקופות יושבות בוועדת הסל הם רוצות שזה ייכנס לכלל המבוטחים שלהם ולהוציא את זה מהשב"ן. זאת אומרת שבסופו של דבר דווקא ראינו שלפעמים אפילו אני לא רוצה להשתמש בזה כמנוף אבל כן יש זה אפילו מסייע להכליל תרופות בסל. אפשר לבדוק את זה.

**דוברות:** : אני לא יושבתי בוועדה בשנה האחרונה אבל מישהי יושבה ואמרה שהיה מספר תרופות שבגלל שהם בשב"ן הם לא נכנסו. לא יושבתי בוועדה, אני אומר מה היא אמרה אחד מהשיקולים היה זה כי הם היו בשב"ן.

**רויטל טופר:** ביטול של שירותים כמו שציין קודם ניתוחים קוסמטיים, ניתוחים אסתטיים, מאמן כושר אישי, וכו'. ביטול של חבילות כיסוי לחולים אונקולוגים. צריך להבין, בעצם למעשה החבילת חולים אונקולוגית היא כוללת הרחבות לחולים מסוימים של כל מיני שירותים, כמו ייעוצים, כמו החזר על שתלים, וכו', ובסופו של יום אפשר את ההרחבות האלה הקטנות אם רוצים לאוכלוסייה הספציפית אפשר לשים בתוך הכיסוי הרגיל לא צריך לקרוא לזה חבילה לחולים אונקולוגיים ובגלל זה לגרום לאנשים לעלות לרובד השני. ולכן באנו ואמרנו זה צריך לקבל ביטוי, אם יש שמה שירות או כיסוי שהוא שירותי בעיקרו השירות הזה צריך להיות בתוך הסל אם זה לחולים אונקולוגים. חיזוק הסל הציבורי, אני באה ואומרת בואו נעשה תוכנית רב שנתית להכללה של שירותים כמדיניות, לא במסגרת ועדת הסל, ועדת הסל רואה שירות היא לא רואה ראייה של טווח ארוך, היא רואה את השירותים והיא משווה ביניהם, היא לא רואה את המערכת ואת המדיניות הכללית. תודעה שירותית שלמעשה יצאו מהשב"ן, כי יש להם צורך ובאמת צורך ממשי ובאמת חשיבות ממשית ומשמעותית ויכללו בסל במקביל להוצאה שלהם מהשב"ן. זה בעצם מה שייתן לי את הכלי להוציא את זה מהשב"ן ולהנגיש את זה לדוגמה שירותים מוגבלי מכסה, אם יש לנו הגבלה על טיפולי התפתחות הילד אז במקום שהמבוטח יקבל את זה



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

במסגרת השב"ן וכן יש צורך כזה, אז כן אולי לעשות איזה שהוא מערך בתוכנית רב שנתית לבוא ולהגיד זה אנחנו צריכים להכניס, כמו מה שקרה עם רפואת שיניים.

**דוברות:** : למה לא דרך הסל?

**רויטל טופר:** למה לא דרך הסל? כי דרך הסל למשל רפואת שיניים לא היתה נכנסת לעולם, אוקי? כי זה סכומי כסף מאוד גדולים שבסופו של דבר כשאתה בא ומשווה את זה מול תרופות מצילות ומאריכות חיים לחולים אונקולוגים אז ברור ששימו את זה בצד וייתנו עדיפות לתרופה, ולכן זה צריך להיות במקביל ובאמת כראייה מערכתית לטווח ארוך ולא נקודתי לתרופה כזו או אחרת.

**דוברות:** אני יוצרת את כל החוקים המשוונים רק מפני שאני אומרת שיש ועדת סל?

**דוברות:** יש מקומות דרך אגב שאת צודקת אני רק אומרת שאולי, כן יש בכל זאת דרך לבוא ולהגיד את זה ספציפית שאני רואה שיש לזה חשיבות ואת זה אני כן ...

**דוברות:** לעקוף את ...

**רויטל טופר:** אני לא חושבת שזה לעקוף. בסופו של דבר אנחנו מדינה שיש לנו סמכות לבוא ולהגיד זה בנוסף כמו ברפואת שיניים. ביטול של ההשתתפות העצמית שלמעשה אין לה שום משמעות, אין פה איזה מורל הזארד שצריך למנוע, זה לא שאנשים רוצים להיות .. אנחנו חושבים שההשתתפות העצמית, אנחנו בכלל בתוך השב"ן לא אפשרנו למממן השתתפויות עצמיות למעט במקרה הזה, כי זה באמת מקרה שההשתתפות מאוד מאוד גבוהה ובסופו של דבר זה לא שלמבוטח יש ברירה, מה הוא אמור לעשות? זה המקום היחיד שהשב"ן ...

**דוברות:** : אני לא בטוח שוועדת הסל ...

**רויטל טופר:** צודק שלא בטוח שוועדת הסל תקבל, וזה משהו שהוא כן ראוי וחשוב. ביטוח מסחרי, אז למעשה הכללים שקבענו לגבי בחירת מנתח אנחנו חושבים שהם צריכים להיות גם פה בהיבט של השירות יינתן בהסדר, חובת השתתפות עצמית מינימאלית. אני מסכימה עם מה שנאמר על כתבי שירות, אני לא אפרט על זה. המטרה עכשיו בדברים האלה זה בעצם לראות איך אני מגינה על המבוטח ומונעת את הכפל ביטוח. אז אמרנו בואו נעשה שיבוב בין חברות הביטוח המסחריות לשב"ן, וזה למעשה יפחית את התמריץ של חברות הביטוח למכור ביטוחים שהם לא, מהשקל הראשון. היום בגלל שיש את הכפילות ולמעשה חברות הביטוח בדרך כלל שולחות מבוטחים, את זה אנחנו רואים אנחנו מקבלים את הנתונים ורואים, שולחות מבוטחים לשב"ן ואז הם נותנות פיצוי זה למעשה ימנע את התמריץ לכפל ביטוח ואז הם בעצם יהיו אדישות כי הם במילא יצטרכו, במילא יצטרכו להתחשבן עם השב"ן, ולכן זה ימנע את הכפל ביטוח. בפוליסה קבוצתית תהיה חובה לאופציה, להציע אופציה של



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

פוליסה משדרגת שב"ן, מה שלא קורה היום, יש פוליסה קבוצתית וזה מה שיש ואז המבוטחים מצטרפים לפוליסה מהשקל הראשון גם אם הם היו מעדיפים לקנות את הפוליסה משדרגת שב"ן. החתמת מבוטח שהוא מודע לזה שיש או יש לו אופציה לקנות פוליסה משדרגת, זה מה שהוא הזכיר. השירותים בביטוח צריכים לתת תמורה וערך ממשי. גם פה לא הייתי רוצה שימכרו אוויר הייתי רוצה שבאמת ימכרו תרומה, משהו שיש לו תרומה ובאמת ערך משמעותי למבוטח. הנושא של רצף חברות בביטוח הסיעודי של קופות חולים במעבר בין הקופות הוא חשוב כהגנה על מבוטח. יש לי עשרות מקרים של מבוטחים שלא היו מודעים לזה עברו קופה והם בסוף נשארו בלי ביטוח סיעודי בגיל מבוגר, אף אחד לא מוכן לקבל אותם. יש מבוטחים שחוששים לעבור קופה שהם כן מודעים אבל אז הם לא עוברים קופה. זה משהו שהוא מאוד חשוב. איך למעשה אנחנו יכולים להגן על המבוטחים? האתר הזה למעשה משווה, אם הייתי יודעת הייתי שמה פה עמוד רק כדי שתראו איך הוא נראה, אפשר להקליד שם של ... לראות מה מגיע לך ... ואפשר לעשות השוואה בין תוכניות ביטוח. אני קוראת למפקח על הביטוח להצטרף אלינו לדבר הזה כדי שנוכל להכניס לשמה חברות ביטוח, ואז המבוטח, פוליסות, ואז המבוטח יוכל להשוות בין השב"ן לבין פוליסת ביטוח. היום הוא יכול להשוות בין כל השב"נים של קופות החולים לבין הסל, והשב"ן. אבל זה הרובד השלישי שכן צריך להכניס אותו פנימה, כי בסופו של דבר זה הכלי שיעזור למבוטחים לקבל החלטה מושכלת, אני כן צריך או אני לא צריך ביטוח. אותו הדבר לגבי השב"ן, אני כן צריך או לא צריך שב"ן, אז לגבי השב"ן כבר יש לנו את הכלי, אני כן חושבת שחשוב מאוד שפוליסות ביטוח ייכנסו גם בתוך הכלי הזה ובעצם לאפשר החלטה מושכלת למבוטח. אנחנו עובדים עליו מאוד מאוד קשה, ואני חושבת שזה נהדר, אני חושבת שזה באמת אחד הדברים הגדולים שנעשו בשנים האחרונות. פרסום נתונים על תוכניות השב"ן והפוליסות הפרטיות, אוקי? שיעור מחזיקים בביטוח ... על הוצאות וכיסויים נבחרים. זה גם חלק מהשיקול למבוטח. כיום בשב"ן יש באמת דוח שמתפרסם, בביטוח הפרטי והמסחרי לא ראיתי דוח ברמת פירוט כזאת, אבל גם אם זה לא יהיה דוח ברמת פירוט כזאת אבל של פר פוליסה אבל כן איזה שהוא פירוט ברמה של מבטח, אוקי? השארת הרגולציה בידיו של כל רגולטור, הוא דיבר על זה, אני חושבת שזה כן חשוב, בסופו של דבר אנחנו רואים את כלל המערכת, אנחנו לא רוצים שאינטרסים זרים ייכנסו, אנחנו יודעים שכשיושבים נציגים גם נציגי ציבור אנחנו רואים שמפעילים עליהם הרבה פעמים לחצים, אם זה חברות תרופות אם זה קופות חולים וכו'. כן חשוב שולחן עגול, כן צריכים לשבת כל הרגולטורים סביב אותו שולחן להתייעץ, לתאם, אנחנו עושים שינוי הם צריכים לדעת אולי הם צריכים לעשות שינוי נוסף, לקבל מידע, להחליף נתונים. שיתוף פעולה הוא מאוד מאוד חשוב. אני קצת רוצה לדבר על הפוליסה האחידה לסיום, הפוליסה האחידה שהוצעה כאן של שב"ן היתה לפתור



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

את כפל הביטוח והשקיפות . זה יקרה, אז השאלה אם המידע שיעמוד לרשות הציבור באמת יהיה מלא וחד משמעי כך שימנע כפל ביטוח, זה אחד. השאלה אם האחידות באמת תהיה הרמטית? כי אם מגוון הספקים יהיה שונה מתוכנית לתוכנית אז כשיבוא סוכן הביטוח אל המבוטח הוא יגיד לו תקשיב אבל הם לא קשורים עם הספק הזה והזה, ואין להם את המנתחים הכוכבים האלה והאלה תבוא אלינו, ואז עוד הפעם עוד יהיה כפל ביטוח. האם תהיה קשירה או כריכה בשדרוגים? האם יהיה מצב שחברות הביטוח יבואו ויגידו טוב את זה נקבל רק אם עשית את הביטוח הזה? מה יהיה על הביטוחים הקבוצתיים הכיסוי בהם ... לניתוחים או שהוא יישאר? ביטוחי הפרט שקיימים היום לא ישתנו, על פי חוק הם לא יכולים להשתנות, איך כפל הביטוח יטופל בהם? אז שמעתי כשהייתי פה בפעם הקודמת וכשהציגו את המודל אמרו פותר כפל ביטוח לגבי ביטוחים קיימים אז הוא יכול לפתור את כפל הביטוח גם לגבי ביטוחים עתידיים. זאת אומרת זו הצעה שמלכתחילה פותרת את כפל הביטוח. זאת אומרת שיש לי אמצעים אחרים לטפל בזה, כפל ביטוח עלול לזוז לתחומים אחרים, אז היום הוא בניתוחים אז פתרנו כביכול אני לא חושבת שפתרנו אבל ההצעה כביכול פתרה, אבל מחר זה יעלה בדברים אחרים, לא חייב להיות בניתוחים זה יכול להיות גם על שירותים אחרים. והשמרנות בסופו של יום לשירותי ליבה עשויה להוביל לכך שבכל איזה שהוא בדל של ספק של המבוטח המבוטח יחליט ויעדיף לשלם פעמיים ואז לא פתרתי את כפל הביטוח, מה כן יצרתי עבורו? בוא נראה מה התוצאה של זה, התוצאה של זה , כי בסופו של דבר חברות הביטוח עושות חיתום והחרגה והמבוטחים הבריאים והצעירים ... המבוטחים העיקריים, ואז מה תהיה התוצאה? ייקור של דמי החבר בשב"ן. זה שאני מפצלת את הרבדים לשלושה רבדים ועושה את זה שזה בלי תלות בין רובד לרובד, זאת אומרת כל בן אדם יכול להחליט באיזה רובד הוא יבחר, אז יש את המבוטחים הבריאים יותר ילכו לרבדים העליונים ולמעשה יעמידו לי את הרובד הראשון שבדרך כלל הוא הרובד הנגיש יותר שאמור להיות על בסיס כלכלי רחב ואיתן יותר כדי להפחית, כי בעצם זה הערבות ההדדית, זה הערבות ההדדית שאנחנו מדברים עליה בשב"ן אחרת אין לזה שום תכלית. הערבות ההדדית זה שחולים ובריאים מסבסדים, הבריאים מסבסדים את החולים, צעירים מסבסדים את המבוגרים, ובסופו של דבר כשאנחנו לא יכולים להעמיד את כולם על בסיס כלכלי רחב כי הצעירים והבריאים ילכו לחברות הביטוח אנחנו עוד הפעם נגרום לייקור של דמי החבר בשב"ן. התחרות בסופו של דבר היא תהיה רק על המחיר

**דוברות:** : ... הרובד הראשון ... הוא רק לניתוחים?

**רויטל טופר:** זה בדיוק אני מדברת על הניתוחים, התחרות, זה לא משנה אבל זה עדיין יגרום . התחרות רק על המחיר, שזה בעצם המשמעות של הפוליסה האחידה, והחיסרון של הקופות הקטנות יוביל בעצם לייקור דמי



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

חבר בקופות הקטנות באופן משמעותי יותר, כי זה יקטין את מספר המבוטחים שלהם, והעלייה בדמי החבר שכבר ראינו שקורית למעלה תגרום לנדידה של מבוטחים מהקופות הקטנות לגדולות מה שעלול גם לפגוע לי בסל. אני מפקחת לא רק על השב"ן ממש לא, רוב העבודה שלי זו הסל, בסופו של דבר זה ייפגע לי בכל המערך של קופות החולים, יש לי גם ככה ארבע קופות ששתיים מתוכן מאוד מאוד קטנות, וזה שאני אקטין אותן גם ככה יש לי קופה שמפסידה מבוטחים עלול לגרום בעצם לערער לי את כל המערך הזה של קופות החולים. שלושה רבדים, שגם רגולטורית אנחנו רואים, זה מה שיש, אבל מעבר לזה ומעבר לקושי ברגולציה המאוד הדוקה בסופו של יום לא לבלבל את המבוטח לא להטעות אותו והוא לא יבין מה הוא מקבל פה ומה הוא מקבל שם. ערעור אקטוארי של כל המערך הזה, זה אחד הדברים החשובים שאני חושבת שצריכים לתת עליהם את הדעת, האמת גם מה שאנחנו מציעים...

**דוברות: : את יכולה לפרט?**

**רויטל טופר:** אני אפרט, גם מה שאנחנו מציעים הוא משנה אקטוארי ... להציג את התוכניות, ואין ספק שאנחנו נצטרך לשבת ולחשוב וכו'. אבל השינוי הגדול של פוליסה אחידה בתנאים שהם שונים מהתנאים הרגילים של המודל של שב"ן, כי הפוליסה האחידה למעשה מתחרה בחברות ביטוח, עלול בעצם לערער את כל הפוליסות של תכניות השב"ן, זה אומר שזה יגרום לעלייה בדמי החבר, הרי זה אומר שאנחנו נצטרך באמת לראות איך בסופו של יום אנחנו עוזרים למבוטח ולא הזקנו לו. כי כמו שאני רואה את זה כרגע כל המשמעויות האלה, הנזק עולה על התועלת. בסופו של יום פגיעה במיצוי של השב"ן ככלי חברתי שמנגיש מספר רב של מבוטחים עם צרכים שונים, עם העדפות שונות, עם יכולת כלכלית שונה, זו הערבות ההדדית, היא בעצם מאפשרת לנו לקבל משאבים ולחלק בצורה הוגנת בין המבוטחים. זה בדיוק הבסיס של הערבות ההדדית שדיברתי עליה קודם. ואם אנחנו נפגע בכלי הזה אז למעשה אין לזה שום משמעות, אז למה צריך שב"ן? כי בשביל זה השב"ן נועד. והשאלה שאני חושבת שכולם פה צריכים לשאול את עצמם, האם התועלת עולה על הנזק? בסופו של יום מה הועילו חכמים בתקנתם באמת היטבנו או לא היטבנו? האם לא עדיף לטפל בכפל הביטוח ובשקיפות באמצעים מידתיים ומאוזנים יותר, כמו שהצענו מקודם כמו הנושא של מידע למבוטח, החתמות וכו', אני לא אחזור כמובן על זה. לסיום שקף אחרון. אני חושבת שמכל הדברים האלה אנחנו ואני יודעת שהוועדה דנה, אבל בכל זאת אני חשוב לי לומר את זה במיוחד כרגולטור של קופות חולים. בסופו של יום חייבים תוספת משמעותית למערכת הרפואה הציבורית, עם קופות חולים שאנחנו יודעים שנמצאות היום בגירעונות של 2.2 מיליארד שקל ב- 2013 כנראה זה הערכה, לבתי החולים, אנחנו רואים את התורים הגדולים במערכת. צריכים לזכור שאת הקפיצות הגדולות



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לפחות שאנחנו רואים, יש את זה בכל הדוחות, רואים בערך מ- 2008/9 זה בעצם השנים שנחתמו כל ההסכמי שכר.

**דוברות: : הקפיצות הגדולות של הגירעונות?**

**רויטל טופר:** של הגירעונות, רגע אבל זה בא בהתאמה, אבל זה בא בהתאמה שאנחנו רואים את הקפיצה הגדולה של הגירעונות בעצם, בגלל ההסכמי שכר שלא באו לידי ביטוי בתוך המדדים. ומהצד השני במקביל אז התחילה העלייה הגדולה, תמיד הייתה עלייה אבל היא הייתה קטנה באחוזים בודדים של צריכת השב"ן, של הניתוחים בעיקר, אני מדברת על הניתוחים כי שם הקפיצה הגדולה, וזה מה שמטריד פה את כולם, אני חושבת שזה מה שמטריד פה את כולם. ואין מה לעשות זה קשר ישיר, אתה פוגע אתה יוצר תורים במערכת הציבורית, אבל המבוטח נשאר בליט ברירה והולך לאפיקים שהוא יכול ללכת אליהם. השב"ן למעשה משקף לנו, הוא פשוט משקף לנו את הבעית של המערכת, הוא לא הבעיה הוא משקף לנו. אנחנו כן צריכים לשים לו גבולות, צריכים לעצור, צריכים להסתכל לעשות הסברה, אין ספק, אבל בסופו של יום הוא הסימפטום הוא לא הבעיה. והדבר החשוב הנוסף זה ה- רה ארגון של התמריצים והכללים. אין ספק שברגע שיש תמריץ לרופא אז מאוד קשה לעמוד בפניו, כי אנחנו רואים ואנחנו הוצאנו חוזרים על הנושא הזה של רופאים שבעצם נותנים לעצמם מהמערכת הציבורית לפרטית וקל להם לעשות את זה כשיש תורים. זהו תודה רבה.

**יעל:** תודה רבה. הצגה ברורה. השעה שבע דקות אחרי, אנחנו את כל השאלות נשאיר לפעם הבאה, היה מאלף, מעניין, מחכים.