



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

פרוטוקול וועדת משנה – ביטוחים – 24/10/13

נוכחים: דר' שלומי פריזט, פרופ' גבי בן נון, פרופ' לאה אחדות, ניר קידר, ניר בריל, שירה גרינברג, שרונה פלדמן, עו"ד עדי ניב-יגודה, פרופ' קובי גלזר, דורון קמפלר, מור סגל.

דר' שלומי פריזט: כולם ראו שהצלחנו להפיק מסמך אחד בנושא המטרות. אני אערוך אותו לגבי כל ההערות, לא ראיתי משהו דרמטי או מהותי. אם אין הערות, אני אפיץ את הגרסה הסופית עם כל ההערות של כולם בפנים, אלא אם כן יש משהו שאתם לא יכולים לחיות איתו באופן אישי.

דוברות: כנראה שאף אחד לא העלה את הסוגיה של המגבלות. זכות צריכה להיות פונקציה של מגבלת תקציב. גם עם זה אמרתי אמירות שאם זו המטרה, אם אפשר לתת השתתפויות עצמיות מינימליות. אני לא יודעת אם אתה רוצה לפתוח את זה לדיון או לא, את הנושא של מגבלת תקציבית.

דר' שלומי פריזט: עלה ומקובל על ידי כולם. לגבי השתתפויות עצמיות זה בסדר, זה משרת משהו אחר.

דוברות: חסר בכל הוורסיות. אני חושבת שבצד האמירה שמקבלים שירותי בריאות לפי הצרכים, אין שם אמירה מקבילה שקיימת בחוק. לעניות דעתי החוק מנוסח יותר טוב מכל הצעותינו. אין את האמירה שהמימון הוא לפי היכולת.

דוברות: היא כתובה.

דוברות: אבל לא הוספת את זה במשפט הראשון, בהקבלה לצורך הרפואי או בהתאם לו, יש שם מילה ששירה השמיטה - "לבד". בעניין של המימון לפי היכולת זה צריך להופיע. אני לא מסכימה שההשתתפויות העצמיות צריך להיות במשפט הראשון.

דוברות: לא אמרתי את זה. אני לא יודעת למה את קוראת משפט ראשון. יש משפט ויש הגדרות. זה לא במשפט הראשון.

דוברות: הוספת את זה במערכת הציבורית, לזה את מתכוונת?

דוברות: אני אבהיר. מה שרשמתי בסוף המטרה של המשפט הראשון, הדגשתי לכם במימון ציבורי והדגשתי שצריך להבהיר או לחדד שזה לא יתפרש שאי אפשר לגבות השתתפויות עצמיות. השתתפות עצמית זה לא מימון ציבורי.

דוברות: תעשה את התיקונים, תוציא נוסח, ונעיר הערות.

דוברות: כל עוד העיקרון ברור, זה בסדר.

דר' שלומי פריזט: לאה, את חושבת שלא צריך השתתפות עצמית?

דוברות: בטח, למה לא?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה מוטמע ביעילות. אם אתה רוצה למנוע עודף פעילות על ידי השתתפות עצמית, זה לא מטרה ההשתתפות, זה נכנס בתוך היעילות.

ד"ר שלומי פריזט: כתוב מימון ציבורי.

דוברות: רק הערתי על זה שכתוב בהכל מימון ציבורי. אולי זה צריך להיות במידת האפשר, שלא יתפרש אחר כך שאין השתתפויות עצמיות.

ד"ר שלומי פריזט: ברור, ואני לא חושב שיש לאף אחד ויכוח על זה.

דוברות: תעשה נוסח וכולנו נעבור על זה.

דוברות: אני חושבת שאת מכניסה את זה במושג "הקצאה יעילה".

דוברות: יעילות לא רק כלכלית, יש פרמטרים נוספים ליעילות.

ד"ר שלומי פריזט: אני רוצה לכתוב דברים ברורים ולא מה משתמע. אם זה נובע מיעילות, אני כותב את זה על אחת כמה וכמה.

דוברות: אתה יכול להכניס את זה בהגדרות.

דוברות: יש המון דברים של יעילות. גם ליצור ביקושים זה יעילות. בהגדרות אתה לא מכניס את כל מה שאתה רוצה.

דוברות: צריך להבהיר את זה.

ד"ר שלומי פריזט: אם את חושבת שזה נובע מיעילות, אין לנו ויכוח אם זה שם או לא שם. אנחנו לא בחוג לספרות.

דוברות: אם אתה רוצה לעשות מבוא של מה המטרה של המערכת הציבורית, צריך להסביר. וכן, אנחנו רוצים להוריד השתתפויות עצמיות.

דוברות: בסדר, פה יהיה לנו ויכוח.

דוברות: אני רוצה להוריד הרבה...

ד"ר שלומי פריזט: אני אוציא נוסח סופי של הדבר הזה.

דוברות: אני עוד לא ראיתי את הנוסח הסופי, ראיתי חלקים עם ההערות של כולם.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר שלומי פריזט: ניר יעזור לי באיזשהו שלב.

מבחינת לאן הדיון מתקדם – אני רוצה לדבר על הנחות הבסיס לגבי השחקנים במערכת. אחרי זה, נדבר טיפה על המטרות של השב"ן ששם קובי על השולחן, רק כדי שנבין איזה סוג של חיה יש לנו בידיים, מטרות. לאחר מכן נתחיל לדבר על בעיות. הגדרה של בעיות – המכניזם מתנגש עם חלק מהתוצאות לאור הנחות היסוד. התוצאות לא עולות בקנה אחד עם המטרה. נתחיל בסבב, מכיוון שכולם הכינו שיעורי בית.

דוברות: אני מקווה שהבנתי נכון את בקשתך. לגבי הפרטים – הנחות יסוד לדעתי זה הנושא של היעדר אינפורמציה – אסימטריה בין הפרט לרופא המטפל, חוסר אינפורמציה לגבי הפוליסות, מה הוא רוכש ומה יש לו בסל הציבורי. אין לו באמת מושג מה באמת מציעים לו במסחרי או בשב"ן. נושא האינפורמציה רלוונטי לנושא הפוליסות ולהבנה לעומת הרופא. ההנחה השנייה היא נושא הביקוש שהוא יחסית קשיח. זה גורם לפרט לרצות לבטח עצמו בפני כל דבר אפשרי, וגם מבחינת רמות המחירים. כשהביקוש הוא קשיח, הוא מוכן לשלם הרבה כסף מבחינת הפן הבריאותי שלו. הפרטים רוכשים אמון מאוד גדול בקופות החולים, זו ההנחה השלישית שלי, וזה ההסבר שלי ללמה השב"ן בכזו פריסה גבוהה בקרב הציבור. הפרטים רוכשים אמון גבוה לקופות, יחסית לגורמים אחרים במשק, וגם רוכשים אמון לרופא הבודד שמטפל בהם, שזה גם מאפשר לו לעשות כל מיני דברים.

דוברות: למה ברופא הבודד?

דוברות: בסופו של דבר כשאת עומדת מול רופא שאומר לך לעשות א', ב', ג', או תבואי אלי בפרטי או תלכי לרופא ההוא כי הוא יטפל בך. ככלל יש אמון יחסית גבוה ברופא המטפל, וזה מאפשר לו להסיתם לכל מיני מקומות בפרטי. החלטתי שכן להוסיף את זה כנקודה נוספת כי זה לא רק אסימטריה, זו דמות מקצועית עבורו. גם אם הייתה לו הבנה, דמות מקצועית אומרת לו כך, והוא רוכש בו אמון.

דוברות: הבניה תרבותית שכשיש בר סמכא לפניך, אתה מתנהג בצורה שונה.

ד"ר שלומי פריזט: "החלוק הלבן". בואו נדבר על הצרכנים. הערות?

דוברות: לחדד את נושא "אפקט הפחד" – הצרכן מצד אחד יש לו את בעיית המידע, ואין לו יכולת לבקר האם השרות המוצע לו הוא צריך אותו באמת, ובכל הקשור לתחום של בריאות, כאן זה מודגש יותר.

ד"ר שלומי פריזט: אתה מדבר בקשר לאסימטריה של האינפורמציה, ביכולת לבקר את נחיצותו ואיכותו של הטיפול הרפואי.

דוברות: שזה עוד רובד. גם אם הרופא הציע והמטופל הסכים, אין לו יכולת לדעת אם זה רופא טוב יותר מרופא אחר, במיוחד שיש אסכולות שונות.

ד"ר שלומי פריזט: אני לא יכול לבקר אם אני צריך את הטיפול או לא, קשה לי לדעת אם יש טיפולים חלופיים, וגם כשהוא ניתן לי, קשה לי לבקר את איכותו.

דוברות: כן, גם אם הצרכן הוא רופא. במיוחד שיש אסכולות. לדוגמא, ניתוח לפרוסקופי או כירורגיה. שניהם ביאו אותי לאותו מקום, אבל האג'נדה הרפואית שונה וזה יוצר כשלי שוק, מה שאנחנו עדים לו.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

ד"ר' שלומי פריזט: "אפקט הפחד" משפיע על הנכונות לשלם.

דוברות: בגלל שזה קשור במיוחד לתחום הבריאות.

דוברות: כל מה שאתה רוצה, תרופה מצילת חיים - יש פה תועלת אינסופית, לא משנה מה הסיכוי.

דוברות: ברכוש למשל, אני מניח שהאדם בשלב מסוים ישים גבול, יחשוב אם כדאי לו או לא. בבריאות הקו הזה נע בין לא קיים למשהו הרבה יותר רחוק.

ד"ר' שלומי פריזט: הביקוש לבריאות יותר קשיח מהביקוש לחשמל?

דוברות: לא בהכרח.

דוברות: יש המון ביקושים לבריאות, השאלה למה? בריאות השן? בריאות הנפש? בריאות הבטן?

דוברות: זה תלוי מוצר, התחום מאוד רחב.

דוברות: ומאוד שנוי במחלוקת מבחינת התוצאות.

ד"ר' שלומי פריזט: כשמדברים על גמישות, זה לא רק במחיר, אלא בכלל על החלטה האם לטפל או לא. האדם מת מפחד, ואם יציע לו משהו "חלוק לבן", הוא יגיד כן. הוא לא מסוגל להגיד לא לטיפול שהוצע לו.

דוברות: בטח בחברה רב תרבותית שמבחינתם "החלוק הלבן" הוא המילה האחרונה, אם אנחנו מסתכלים רוחבית.

דוברות: בבריאות הנפש, ברפואה מונעת - זה לא כואב לך, זה לא מפריע לך. אם יהיה חיסון נגד שפעת יקר, אנשים לא ייקחו.

דוברות: אני הייתי בטוחה שהביטוחים המסחריים מכוונים לאיפה שהביקוש יותר קשיח.

דוברות: זה נכון למרפאת חיסונים. אנשים חושבים אם כדאי להם כלכלית או לא, והם לוקחים את הסיכון במקרה כזה או אחר.

דוברות: תרשום ששולי צריכה להעביר את התייחסותה, כי היא לא כאן.

דוברות: אל מול האמון בקופות, צריך להעמיד את האמון של הציבור בסל הבסיסי. מה שמוביל את הצרכנים לרכוש ביטוחים. זה שיש להם בעיה עם המערכת הציבורית, שהם לא בטוחים שהיא תבטיח להם את הדברים האלה, לאורך זמן או בכלל. כשיש לך תהליך ארוך טווח שאתה יודע שיש צרכים או שהמערכת לא מכסה או מוותרת על הכיסוי שלהם, המערכת הציבורית, זה משפיע על הנטייה לרכוש ביטוחים.

ד"ר' שלומי פריזט: האם הנחת היסוד היא, כמו ששירה אמרה במונחים של קיום - אם יש אמון פוחת במערכת הציבורית, אז יש יותר ביטוחים פרטיים.



דוברות: הם עושים את התחלופה בין הציבורית לפרטית.

ד"ר' שלומי פריזט: בהנחות הקיימות – ביקוש קשיח, היעדר אינפורמציה, "אפקט הפחד" – אני אבטח את עצמי.

דוברות: אני אמרתי כשדיברתי על החוסר באינפורמציה, שהציבור לא מבין ולא יודע איזה כיסויים יש לו בסל הבסיסי. אולי את מתכוונת לעוד רובד. כרגע השירותים שהוא מקבל בציבורית לא עומדים בסטנדרט שהוא היה רוצה, ולכן האמון שלו נמוך.

דוברות: הצרכן לא חי בספירה אחרת, הוא שומע ויודע שהמערכת הציבורית נשחקת. הוא לא יודע לומר את המספרים, אבל המסר שעובר לציבור, הוא שהמערכת הציבורית נשחקת. כאשר אתה יודע שאין לך על מי לסמוך ושזו המדיניות הכוללת, למערכת הפרטית אתה פונה.

דוברות: זו תוצאה, זה יכול להיות אחרת בעוד שנה-שנתיים.

דוברות: אז אל תגיד "קיים", תגיד "תלוי ב-".

דוברות: זה מוצר שבו האמון משחק תפקיד מאוד מרכזי. ללא ספק זה קשור לאסימטריה במידע. תפקיד מרכזי בהחלטה אם לקנות וכמה לקנות, בניגוד למוצרים אחרים.

דוברות: פספסת פה את התפקיד של המערכת הציבורית, אנחנו דנים במערכת שמשלימה לציבורית, והאמון הוא אכן פרמטר חשוב.

דוברות: דנים במה משפיע על האמון. את לא מדברת על אמון בסופר.

ד"ר' שלומי פריזט: צודקת שירה שהאמון הוא יותר כללי ומשחק תפקיד מאוד מרכזי.

דוברות: היא התייחסה לזה שהשחיקה בציבורית מובילה את האזרח לרכוש ביטוחים פרטיים. אני רוצה להוסיף שהאמון למשל בקופות החולים, האמון ברופאים גם משפיע על קבלת ההחלטות של הרופאים. אנשים מאמינים לקופה יותר מאשר לחברות הביטוח, ולכן יותר קונים שב"ן.

ד"ר' שלומי פריזט: יש היום מצב שבמסגרתו, הביטוח הוא כמעט ממלכתי כשזה מגיע לקופות. בעטיפה של הראל זה פחות יוצר אמון.

דוברות: צריך להסתפק בהנחה שנאמרה, אל תכניס יותר מדי סיבוכים.

דוברות: האמון בשחקנים משחק תפקיד.

ד"ר' שלומי פריזט: הוא משתנה בין שחקן לשחקן.

דוברות: גם בפער של זמן.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: לגבי האסימטריה במידע - כל הנושא של הכלים שעומדים לרשות המבוטח, לא רק מבחינת המידע, אלא מבחינת האפשרויות הנוספות שניתנות לו - בין אם שב"ן או בחברות הביטוח, אין מספיק כלי השוואה, אוריינות פיננסית - קשה לקבל החלטה ואין לו מספיק כלים.

ד"ר שלומי פריזט: אז אני אשאל האם יש כלים שיאפשרו לי לעשות השוואה בין 2 פוליסות של קופות, בין 2 פוליסות של חברות ביטוח ובין של קופה אל מול חברת ביטוח, לא האם אני אהיה מסוגל אם זה כל מה שאני אעשה, אלא האם במהלך החיים הרגיל של שלומי אני אעשה את זה? בסוף, כשאני קניתי ביטוח בריאות, לא באמת ניסיתי להבין כל דבר. עלות הלמידה של המערכת היא פנומנלית, ואנחנו מצפים מכל צרכן שיממש את העלות הזאת. אני מלכלכך את הדיון קצת - האם הכלים האלה בצד העלות שהם מייצרים, האם הם אפקטיביים?

דוברות: זה מאוד מסובך, הפוליסות הן מסובכות ולכן קשה להבדיל.

דוברות: יכול להיות שהפוליסות הן שונות, אבל אתה נותן כלים למבוטח, אתה נותן לו מדריך. מדריך שנותן לו מידע מה הערך המוסף של המוצר.

ד"ר שלומי פריזט: קובי אמר תלוי מה המורכבות של הפוליסה.

דוברות: תלוי אם יש לך כלים להשוות.

דוברות: בוא נישאר במה שנקרא בהצהרות הכלליות יותר, ואחרי זה נציג איך מתקנים.

אני חושב שמה שאמרתם זה היכולת של הצרכן לשקול את העלויות מול התועלות בתוך בריאות ובתוך ביטוח. היכולת של הצרכן בכלל בנושא של שירותים או ביטוח, יכולתו מוגבלת לשקול עלויות. זו בעיה שמאפיינת את מערכת הבריאות וזה אפיון חשוב. כשאנחנו מדברים על צרכנים, הכל זה נגזרות של פערי המידע. צריך לעשות הפרדה בין הצרכן מול שירותים לבין הצרכן אל מול הביטוח. יש כאן וריאנטים. בביטוח יש לי סוכן.

דוברות: גם בשירות, יש לך רופא. ההבחנה שאתה עשית, היא חשובה, זה שני דברים קשורים אך שונים.

דוברות: לכן ניסיתי לחפש מכנים משותפים של כשלים. בנושא של ביטוח יש תוספות גדולות וזה יפצל את הדיון. היה משהו נוסף, יגיע ויופיע כשנדבר על היצרנים או מוכרי הפוליסות, וזה היכולת להשפיע, או עוצמת הכוח שיש ליצרן להשפיע על הצרכן.

ד"ר שלומי פריזט: זה האמון והפחד שדיברנו עליהם.

דוברות: אני יודע, אני רוצה שתוסיף את זה. זה גם להפחיד, גם להורות, הכל שילוב אחד. אם לא נבין שזה שם, לא נתקדם.

דוברות: זה יכול להיות גם בגלל אופנה ולא רק פחד.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: או בגלל אינטרסים. הנקודה האחרונה – ההשפעות החיצוניות בעניין הזה. התלבטתי אם לשים את זה כאן או לא.

דוברות: הצרכן מתעלם מההשפעות החיצוניות שלו.

דוברות: זה גם פה. כשנגיע לשוק של הספקים, ההשפעות החיצוניות הן גדולות.

דוברות: הן הכי חשובות. אתה מתעלם כצרכן מעלויות הביטוח על כלל האוכלוסייה. זה קיים יותר מבשוק הטלוויזיות.

ד"ר' שלומי פריזט: זה קיים יותר כי ההשפעה החיצונית יותר גדולה. זה נשמע לי מכור להגיד שהם ממקסמים תועלת, אבל לא אתנגד.

דוברות: למקסם תועלת זה לא אותו דבר. שאתה עושה זאת בשוק הנעליים, לא מפריע לי, בשוק הבריאות זה כן מפריע לי.

ד"ר' שלומי פריזט: הצרכן מנסה לקבל את ההחלטה הכי טובה לעצמו, בכפוף לתנאי היסוד שהוא נחשף אליהם. הרופא שרירי וחסון ועשה לו קול בס, אז הוא אומר "אני הולך איתו".

דוברות: אם תחשוב על זה, ההחלטה היחידה שעושה הצרכן היא ללכת לרופא, שם זה נגמר. אחרי זה, זה כבר לא החלטה שלו.

דוברות: ציות זה נושא רציני.

דוברות: אנחנו נמצאים פה בעולם שיש בו ממדים של ביקוש, צריכה וצורך, וזה מטריד במערכת הבריאות ולא בעולם של נעליים. זה חשוב שזה יחודד. לי לא אכפת שתלך יחף, אבל חשוב לי לחסן אותך, בגלל השפעות חיצוניות שיש לזה.

ד"ר' שלומי פריזט: בגלל זה קוראים לזה השפעות חיצוניות.

דוברות: אנחנו יושבים כאן כמערכת ציבורית שמסתכלת על הענף, ומנסה להבין את כללי היסוד שמפעילים אותה. אני חייב להיות ער לעובדה שיש השפעות חיצוניות על ההתנהגות הציבורית.

דוברות: זו הסטה, כי אתה רוצה לדעת את הגורמים המרכזיים שמנקודת מבטו של הצרכן, כשהוא בא לשקול האם לקנות ביטוח, הוא רוצה לדעת מה עומד בפניו. האם מנקודת מבטו של הצרכן אנחנו לא צריכים להתייחס גם לתכונות של הצרכן, שהן מעבר לסיטואציה הכללית של סימטריה או אסימטריה, זה ספציפי לכל צרכן, אבל לדוגמא היכולת הכלכלית שלו לרכוש ביטוח - כן או לא. האם זה לא דבר שבמערכת השיקולים?

דוברות: יש הטרוגניות בין הצרכנים. בבריאות ובביטוח, הספרות מחזקת את זה מאוד בשנים האחרונות. יש כאן אלמנט אישי שלך בשני התחומים. קח שני רופאים עם אותו ידע מלא במשהו מסוים, חולה אחד יגיד אני רוצה את



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

רופא א' ואחר יגיד שהוא רוצה את רופא ב'. הביקוש בביטוח הוא רק פונקציה של שנאת הסיכון שלך. יש מקומות, נגיד בארה"ב, שם הבחירה היא אלמנט מאוד חשוב.

דוברות: יכול להיות שזה גם שיקול של אופנה, אמרנו מקודם.

דוברות: גם אפקט העדר.

דוברות: למקסם תועלת תחת מגבלת תקציב - גם התועלת משפיעה וגם התקציב.

דוברות: הורים שעשו ביטוח משלים לילדים, סביר להניח שהילד לא ביטל את זה בגיל 18 - אפקט העדר.

ד"ר' שלומי פריזט: לצרכנים שלנו יש מגבלות קשות על יכולת החישוביות שלהם. אני מדבר על bounded rationality.

דוברות: זה בדיוק הפן של התועלות והמגבלות.

דוברות: בוא נזכור את תורת הצרכן. הביקוש הוא פונקציה של תועלות ותקציב. אותו דבר בביטוח ונעליים.

ד"ר' שלומי פריזט: הצרכנים מקיימים אלמנט די חזק בתחום הזה של bounded rationality. הם לא יודעים להגיד על פני אופק החיים שלי, מה הסיכוי שאצטרך ניתוח מסוים. יכולתי לעשות מחקר גנטי על עצמי, אבל אני לא אעשה את זה בשביל להחליט אם לרכוש ביטוח או לא.

דוברות: מעבר לזה, גם אין לי את הידע להבחין בתוכן של הפוליסה, וגם אין לי ידע בטכנולוגיות.

דוברות: גם ביטוח סיעודי ליותר מ - 6 שנים, כשתוחלת החיים שלך היא מסוימת, זה לא תמיד מתאים.

דוברות: חברות ביטוח מוכרות פוליסות של השתלת איברים לאנשים שהם לעולם לא יוכלו לעמוד בקריטריונים. למשל כליה - באה מישהי בת 70, שלא יעשו לה השתלה בחיים.

דוברות: כמו שמוכרים לי פוליסה עם טיפולי הפרייה ואני לא אשתמש בזה.

דוברות: כמו שמוכרים את זה לי! בקטע של הצרכנים, הדיון שלנו התרכז בעיקר בקטע של יעילות ההתנהגות של הצרכן. אני רוצה להכניס בכל זאת את האלמנט שנמצא בהנחות יסוד, שצריך לבוא באפיון הצרכנים - תפיסה ערכית או מקצועית ששונה מהתפיסה הצרכנית של היצע וביקוש - כניסה למושגים של צורך בהתנהגות של צרכנים, שאני לא נמצא בעולם הזה בהקשר של נעליים. צריך לחסן את האוכלוסייה ללא קשר לאיך שהיא תתנהג. אני למעלה חושב שצריך לעשות את זה, וזה לא מותנה למי יש או אין כסף. יש פה מנגנון טוטליטרי לגבי הקביעה לגבי שימוש הצרכנים, שהקריטריונים לא עומדים בבחירה של הצרכן.

ד"ר' שלומי פריזט: זו החלטה של המערכת לבחור מכניזם ללא קשר. "אדוני, לא מעניין אותי מי אתה מאיפה באת, אתה הולך לעבור חיסון לפוליו". הצרכנים עצמאיים גם פה.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: בעולם צרכני רגיל, אתה מדבר על עולם וולונטרי, הצרכנים הם עצמאיים. הם לא בהכרח עצמאיים גם פה. מה קורה אם אני לא רוצה להיות מבוטח בביטוח בריאות ממלכתי?

ד"ר שלומי פריזט: זה שאני מכריח אותו לקנות משהו, זה לא אומר שהוא לא עצמאי.

דוברות: אני במצב שאני הוועדה שהולכת לנסות להמליץ המלצות על התנהגות המערכת, ואני רוצה להבין את כללי המערכת. יש פה ממד שאינו וולונטרי. אני רוצה להכריח את האנשים לעשות חיסון או להיות מבוטחים. יש פה אלמנט שלא נמצא בענף צרכני אחר.

ד"ר שלומי פריזט: אתה מכריח אנשים לחגור חגורת בטיחות ולפתוח קרן פנסיה. אלה אלמנטים של הנחות יסוד.

דוברות: יש גישה שאומרת שאני בתור מדינה, אני רוצה שאנשים יהיו בריאים. פונקציית הרווחה החברתית היא לא רק פונקציית התועלות.

דוברות: אני חושב שגם עדיף שכל פעם שעולה כזה דבר, נשים אותו למשהו להוסיף, ואחר כך כשנמפה את כל השחקנים נוסיף את זה, כשברור שזה חלק מהמאפיינים של מישהו במערכת.

דוברות: נאמר על זה כמה פעמים, וזה לא נאמר מספיק ברור – שנאת סיכון צריך להיות משהו מאוד ברור במאפיינים של המערכת. זה משהו שצריך לראות איך זה מאפיין את אזרחי ישראל. דבר נוסף זה לגבי הפער בין האמון בקופות לאמון במערכת הבריאות. אין שחיקה בפער במערכת הבריאות, זה נשאר ולא יורד, בסביבות 70%, ולמרות זאת יש תחושה שמאמינים פחות ופחות למערכת הבריאות. אנחנו מאמינים יותר לקופות ופחות למערכת. למי שיש לו ביטוח, פחות מאמין שיוכל לקבל את הטיפול שידקק להם כאשר יצטרך אותם.

דוברות:: לקנות משהו שלא נקבל אותו...

ד"ר שלומי פריזט: צריך להיות מאוד מפורש למידת האמון שהצרכנים זוכים לו. יש רמות אמון משתנות בין השחקנים.

דוברות: כבר אמרנו משפט כללי של רמת האמון של השחקנים.

ד"ר שלומי פריזט: נעשה סקרים ונבדוק, נביא אמפיריקה שתתמוך או לא תתמוך בהנחה הזאת.

דוברות: יש סרטון של שי ודרור – חולה מגיע לרופא עם עצם בגרון, נורא סובל. הרופא מוציא לו אותה ואז החולה שואל "כמה לשלם לך?", והרופא עונה "כמה שהיית מוכן לשלם לי כשהעצם עדיין הייתה לך בגרון". הצרכן מוכן להשקיע כמה שצריך כשמדובר בבריאות. זה לא רק לכמות, זה מעבר לזה.

ד"ר שלומי פריזט: האם באמת הצורך של הצרכן מתבטא בעת רכישת השירות או כשאני כבר זקוק לו? יש החלטות שמתקבלות על ציר של זמן. אני מעדיף לא למות, זה כבר ביקוש קשיח.

דוברות: זה כבר נאמר בוועדה כבר כמה פעמים. הציבור מייחס ערך גבוה לבריאות וזה משפיע על ההתנהגות שלו.



דוברות: כשאנחנו מגיעים לרגע המכריע, שיקול הדעת שלנו הוא כזה שאנחנו מוכנים לשלם עכשיו הרבה יותר מאשר ברגע אחר.

ד"ר שלומי פריזט: רגע ההזדקקות משפיע.

דוברות: גם אפקט הבעלות – ניתנת הצטרפות לקופה אחרי שהוספנו תכנית שיניים, ולא ראינו עזיבה. אנשים לא מבטלים את החלטתם, גם כשאותם מוצרים כבר לא מופיעים בתכנית. אפקט הבעלות קיים גם בביטוחים מסחריים.

דוברות: להגיד לו שיבטל זה לא כמו לרכוש. אנשים לא אוהבים לבטל משהו שכבר עשו, בטח לא ביטוח.

דוברות: הרבה יותר קשה לי לבטל ביטוח מאשר לרכוש ביטוח. זה לא קושי בירוקרטי.

דוברות: מכבי עשתה את זה בביטוחים המשלימים שלה.

דוברות: יש לנו דיונים נוקבים בנושא. תמיד ברור שבחברות הביטוח – קודם תיכנס, ואחרי זה קח 90 יום אם אתה רוצה לצאת. ההחלטה שאדם מקבל מרגע שקנה את הביטוח לא משתנה.

דוברות: זה שונה מכרטיס אשראי?

דוברות: שירה דיברה על היעדר אינפורמציה שהוא הרבה פעמים דו סטרי, זה גם לצד השני. גם בתור פציינט אתה הרבה פעמים לא מוסר את כל המידע לרופא, ולא אומר את כל האמת.

דוברות: אתה רוכש פוליסה ולא מספר את כל המידע.

דוברות: את חושבת שסוכני ביטוח יודעים את כל המידע?

ד"ר שלומי פריזט: זה שאנשים יכולים לרמות, לשים את זה בתור הנחת יסוד?

דוברות: אני אתן דוגמא לשאלון שמופיעות בטופס החיתום של חברות הביטוח – "האם אתה לוקח תרופות כל יום בשעה הקבועה?", "האם אתה עושה פעילות גופנית פעם בשבוע?" – האינפורמציה שלא ניתנת זה דו סטרי.

דוברות: מאוד מקובל שזה קיים אצל פסיכיאטר למשל.

דוברות: בגיל מבוגר הרופא מחויב לדווח למשרד התחבורה על שינוי במצב הבריאותי שלא מאפשר חידוש רישיון נהיגה ואנשים לא ידווחו, אנשים עושים את זה.

דוברות: הנושא של הביקושים והקשיחות – צריך להסתכל על הנתונים. לא בכל מקום בביטוח זה כל כך קשיח. אפילו באשפוזים וכשכואב לך, אתה מוכן לשלם הכל, אבל זה לא קשיח לחלוטין. באשפוזים הוא מאוד קשיח ובאחרים הוא קשיח פחות. תלוי אם זה טיפול בך, בילד שלך, בהורים שלך, בטיפולים אחרים זה קשיח פחות. מה משפיע על הביקוש לקופות חולים? האם זה פונקציה של הרופא הראשוני או של הרופא שהקופה עובדת איתו? רפואה ראשונית היא נפלאה, אשפוזים לא. הסיבה העיקרית לכך היא שעיקר התחרות היא על הרפואה הראשונית



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

והמקצועית ולא על בתי"ח. השאלה המעניינת היא על מה הפציינט מסתכל - על הרפואה הראשונית, השניונית או על בתי"ח. כללית לא מתגאה במאושפזים שלה, אלא שהילדים זה הבייבי שלה. זה קשור לשחקנים וזה אחד הכשלים של החוקר בעיניי. שם אין את אותה תחרות שיש בין הקופות, ברמה של הרפואה הראשונית. הקופות מקבלות את כל הכסף, כולל האשפוז, אך משקיעות את העיקר איפה שהפציינט מסתכל, על המרפאה, על הרופא הראשוני שלו, ופחות על ביה"ח.

דוברות: אתה לא חושב שאנשים ילכו למכבי כי הם מזוהים עם אסותא? לדעתי כן.

דוברות: אני במכבי בגלל הרפואה הפרטית. אני לא חושב שבדרום מישו הולך לסורוקה בגלל שהוא בכללית.

דוברות: עברנו לצד הספקים..

דוברות: אני מדבר על מאפייני הצרכן.

ד"ר' שלומי פריזט: הוא אמור היה לקבל החלטה לפי פרופיל הטיפוליים שהוא אמור היה לקבל.

דוברות: נניח שהיינו חיים במערכת שלכל קופה ביי"ח משלה, אז התחרות תהיה גם על החלק הזה. זה לא bounded rationality. מכבי ותל השומר זה אותו דבר בעיניי, ואני בכללית.

ד"ר' שלומי פריזט: אנשים לא יודעים להעריך את ההסתברות להגיע לאשפוז. התחרות תהיה ברפואה הראשונית, כי אין טעם לבזבז משאבים במקום אחרים.

דוברות: יש פה שאלה שאני לא יודע מה משמעותה, מה משפיע על ההחלטה שלך באיזה קופה לבחור. זה משליך על התחרות, ולכן כדאי לבדוק את זה.

דוברות: הייתי מפצלת את זה עוד – התחרות בין הקופות היום, התחושה שלי היא שזה יותר על השב"נים מאשר על הסל הבסיסי.

דוברות: יש כאלה שיאמרו שזו אחת הסיבות שטוב שיש שב"ן.

דוברות: מתי צרכן מחליט שהוא משנה את ההחלטה שלו - זו שאלה חשובה.

דוברות: והחמודי של כללית לא משפיע?

דוברות: על הילדים את רואה את זה, חולי אלצהיימר זה לא הבייבי שלהם.

דוברות: שמעתי על מקרים שמחלקים עגלות ודברים לתינוקות בשביל שיגיעו אליהם. זו נקודה לבחינה על מה הקופות מתחרות.

ד"ר' שלומי פריזט: צריך לעבד את השאלה הזו למשהו שניתן לתיקוף אמפירי. איך הצרכן מקבל החלטה, זו שאלה מאוד גדולה. צריך לראות איזה סוגים של שיקולים יש כאן. צריך לראות איזה נתונים יש ומה אנחנו יכולים לקבל. אני מניח שיש נתונים כאלה לקופות.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: יש, ולא יתנו.

דוברות: יש נתונים, ואת חלקם אני מכיר.

דוברות: מאיזה צד?

דוברות: מהצד של העבר. יש שינוי בטעמים של הצרכנים, יותר דרישה לרמת שירות בכל דבר, מבחינת זמינות. אם בעבר מה שהיה = זה מה שקיבלת, היום כמעט בכל מוצר, וזה הולך גם לבריאות, החשיבות שאתה נותן לרמת השירות המוצע לך ולזמן שזה לוקח, עולה. יש שינוי ביחס הכוחות.

דוברות: ובאוטונומיה, ובאיך המדינה מכוונית את האזרח ומעצימה אותו במקום הזה. המדינה מטפחת אוטונומיה החל ממערכת החינוך למערכת המשפט, זה משנה את מאזן הכוחות.

דוברות: עצם ההנגשה של ביטוחים פרטיים במחיר כל כך זול, זה מאפשר את זה.

דוברות: הזרקור הוא על הצרכן והרצון שלו.

דוברות: לגבי "אפקט הפחד" ויכולת הבחירה של האנשים – השוק הוא יחסית ריכוזי בביטוחים מסחריים. אנחנו מנסים להתמודד עם זה. ניסינו להבין למה. למה גם התעריפים יקרים? זה רובד שלישי, אז השימושים בו שונים, זה לכל החיים. יש משמעות להוצאות, והן נורא גבוהות. הלכנו לחברות הישירות וקראנו שההוצאות מאוד נמוכות בחברות הישירות. הן אמרו שנורא קשה למכור ביטוחי בריאות. אם יש אסטרטגיות שונות, ביטוחי בריאות נמכרים בדחיפה. צריך לעבוד קשה כדי לשכנע אדם לקנות ביטוח, אבל ברגע שהתקבלה ההחלטה שלו לקנות, יש אין סוף אפשרויות לדחוף לו דברים בתוך הפוליסה.

דוברות: אנשים שטסים לחו"ל לדוגמא – הם לרוב קונים ביטוח נסיעות את זה של כרטיס האשראי, הם מסתפקים במשהו בסיסי שהם אפילו לא יודעים מה יש בו.

דוברות: הביטוחים של חו"ל דווקא מאוד פשוטים, כי מאוד ברור מה יש שם.

דוברות: יש שופינג רציני בתחום הזה, יש יותר תחרות.

דוברות: זה גם לא מוצר דחיפה.

דוברות: אחרת היו צריכים לשדרג את הביטוח.

דוברות: זה זמנים שונים, אנשים שונים, מצבים שונים.

דר' שלומי פריזט: נוציא מזה אחר כך אג'נדה למחקר. נעבור לשחקן השני – קופות חולים.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: כמה הנחות – הקופות יותר יעילות בהוצאה שלהן לבריאות, בשל מאפיינים כמו יתרונות לגודל. הן יותר יעילות משחקנים אחרים בשוק כמו חברות ביטוח מסחריות. יעילות בלהשיג אותו מוצר במחיר יחסית נמוך. זה גם יתרונות לגודל ומומחיות בתחום של הבריאות. אלה שני המאפיינים העיקריים.

דוברות: לגודל ולרוחב.

ד"ר שלומי פריזט: ולמגוון. מה עם זה שהן גם מנהלות את החולה וחברת הביטוח לא? לא רק בהינתן הטיפול, הן גם משפיעות על הטיפול כי הרופא עובד אצלה. שילוב של הספקה וביטוח – מה תגידו על זה?

דוברות: כל המהות של קופת חולים, יש לך דרך לנהל את הטיפול שלא תהיה בצריכה עודפת ולא נכונה, היא שאתה גם מבטח וגם מנהל את הטיפול.

דוברות: אתה מבטח, יש לך את המקצועיות וגם אתה ספק השירותים. זה סל שמאפשר לך את הטיפול בצורה הרבה יותר זולה.

דוברות: האינטגרציה באמת מאוד ייחודית.

דוברות: ההנחה שהרחבנו בשיחה הקודמת לגבי הנושא על מה הן מתחרות ביניהן – האמת שהרחבנו על זה. זה בכל ההיבטים – על הסל שזה אוכלוסיות ספציפיות, הן מתחרות על הפרטי יותר מאשר על הסל הציבורי, אם באזורים מבחינה גיאוגרפית.

ד"ר שלומי פריזט: כדי שזה לא יהיה רשימה, בואו נלך שלב אחורה. הקופות ממקסמות רווחים. הן עושות מינימיזציה של גירעונות?

דוברות: כן.

דוברות: הן גופים לא למטרות רווח כביכול.

ד"ר שלומי פריזט: שאלה יותר כללית – למה התשובה היא לא איפה שתשימי את הקפיטציה? אם תתני לי עודף בקפיטציה בחולי סרטן לבלב - אני אתחרה עליהם, אם תתני לי עודף בילדים - אני אתחרה עליהם.

דוברות: בוא נתחיל רובד-רובד. הרובד של השב"ן הוא פרטי, והסל הוא ציבורי. ברגע שהן מתחרות על השב"ן, לקופות יש אינטרס להסיט מהסל אל השב"ן. השב"ן הוא קופה סגורה, אמור להיות, וזה כבר הוצג. על פניו יש קופה סגורה ויש לך סל, שזה מקורות מוגבלים שאתה אמור באמצעותם לספק שירותים. ככל שהקופה תסיט יותר מהסל לשב"ן, היא תראה גירעונות ותעלה פרמיות. הפרטיים ישלמו, ועם אותה כמות תקציב בסל יתפנו לי מקורות ואני אוכל להשקיע את זה בכל מיני דברים, גם לא יעילים, בשיווק למשל.

דוברות: מה פונקציית המטרה? תשאל הלאה.

ד"ר שלומי פריזט: למה קופה עושה את זה? האם הקופה הולכת על הכסף?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: היא לא למטרות רווח. האמת שזו שאלה מעניינת, כי גם המבנה התאגידי שלה לא שם דגש בכלל על הנושא של מזעור גירעונות, עבודה במסגרת תקציב וכו'. אבל הקופות פועלות כן בצורה שהן רוצות להגיע לאיזון, להרחיב את היקף החברים שלהן, להאדיר את שמן מבחינת מוניטין. עובדים שם אנשים בהנהלה שרוצים להוכיח את עצמם, ויחפשו אחר כך ג'ובים בכירים יותר במקומות אחרים. על פניו אין משהו שמחייב את הקופות להשיא רווחים ולפעול ביעילות הרצויה.

דוברות: ביעילות הם לא?

דוברות: יש אחריות אישית, ויש אגו של המוניטין, ויש אנשים שמחפשים ג'ובים לאחר מכן. הקופה רוצה להצליח להגדיל את מספר החברים בה.

דוברות: גם אם היא לא מסרבת לקבל.

דוברות: הבסיס הוא הרחבה, גם אם אין סיבה.

דר' שלומי פריזט: זו דעתה.

דוברות: העובדה שהקופה היא ללא כוונת רווח, זה אומר בסך הכל שהיא לא יכולה לגייס כסף מבחוץ. זה מגבלה עליה שהיא לא יכולה לגייס כספים כמו גוף אחר, ולשלם דיבידנדים. יש את התיאוריה לחוד ואת המציאות לחוד. התיאוריה בעייתית מאוד. פונקציית המטרה שלה צריכה להיות למקסם בריאות תחת המגבלה שלא להיכנס לגירעונות. המגבלה היא לא המטרה. למה זה בעייתי? איזה בריאות? של מי בדיוק? של החברים הקיימים? אני לא רוצה יותר חברים, אני דואגת רק לאלה שישנם עכשיו. ומה עם רפואה מונעת? וחברים שיהיו בעוד שנה? מה בדיוק היא ממקסמת? חברים קיימים, נוכחיים? זה משהו שלא מוגדר בעיניי בצורה מתמטית יפה. התיאוריה לא סגורה בעיניי. אני הייתי רוצה שכללית תדאג לאלה שלא מבוטחים שלה. האם לדאוג למבוטחים של מכבי או לדאוג שיהיו שלה? יש פה מטרה עם מספר משתנים – רוצים להראות שהם גדלים, מגייסים יותר חברים, רוצים מדדי איכות טובים, לא רק בגלל שזה מוסיף חברים, אלא בגלל שזה טוב להנהלה. שנית, זה בריאות או מדדי איכות אחרים, ובנוסף אתה לא רוצה להיות גרעוני. לצערי היו יותר מדי מנכ"לים ששיפרו מוניטין על ידי הורדת גרעון, והם התגאו בכך. הם לא רוצים גרעון ואלה המטרות שאני רואה - חברים, מדדים וגרעון.

דוברות: אני רוצה להוסיף עוד אלמנט. אמון הציבור – הקופה פועלת מתוך הבנה שהאמון של הציבור בה הוא גבוה.

דר' שלומי פריזט: זה חשוב לה שזה יהיה גבוה?

דוברות: זו המטרה שלה? מה זה אומר?

דוברות: היא פועלת מתוך הנחה שהציבור מאמין בה.

דוברות: נכון.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה מתווה כדרך פעולה.

דוברות: זה מאפיין. אני לא יודעת איפה אנחנו מכניסים את זה. אני חוזרת לנושא התחרות והסטה שלה מהציבורי לפרטי. הקופה לא משכנעת אותך להצטרף בגלל הפריסה שלה ואיכות התורים, אלא בגלל שהשב"ן שלה טוב יותר, או שיש לה ביטוח סיעודי מצוין, לא 5 שנים, אלא 6 שנים בהשוואה לאחרות. אלו מאפיינים של תחרות. מאפיין נוסף של הקופות – הן באמת מומחיות בתחום הבריאות. זה מתקשר גם לאמון הציבור, הציבור רואה בה כברת סמכא בכל צרכיו הרפואיים, וזה גם חסרון. הקופות כן אמורות לדאוג לצרכים הרפואיים של הציבור, ואמורות לפעול גם למניעה. למשל למה כן לרכוש ביטוח נסיעה לחו"ל, זה כדי שהאדם לא יחזור לארץ עם בעיות שלא טופלו עוד שם.

דוברות: גם ככה מה שהביטוח יעשה זה יחזיר אותו מהר ארצה.

דוברות: אני דווקא חושבת שבדרך כלל בעסקים ובכלכלה העניין של אינטגרציה אנכית יכול להיות יתרון, אבל השילוב של המומחיות של הקופה, לשמור על האמון של הציבור, והעובדה שתופסים אותה כציבורית, וגם לגייס את החברים כדי לדאוג למוניטין שלה – זה מהווה חיסרון.

דוברות: אבל מה מנחה את פעילותה?

דוברות: הקופות לא מפנימות השפעות חיצוניות שליליות, וזה גם לגבי שווקים אחרים, שזה יותר קל להגיד את זה עליהם. לדוגמא הכניסו לשב"ן מבחנים ללקויות למידה ב - 20 ש"ח, שזה אחת הבעיות הכי חמורות היום.

דוברות: התייעצנו עם מערכת החינוך על זה.

דוברות: היא לא מפנימה עלויות חיצוניות. גם בשווקים אחרים מחוץ לבריאות, וגם בבריאות עצמה, זה עוד יותר חמור.

ד"ר שלומי פריזט: ללא דוגמאות קונקרטיות. עוד הנחות יסוד על פעילותן והשפעות חיצוניות על קופות החולים?

דוברות: אני מתחברת למה שנאמר כפונקציית מטרה, שזה קודם כל למקסם את הבריאות של המבוטחים של הקופה. אם הבריאות של המבוטחים תהיה גבוהה, ההוצאות שלהם יקטנו, וזה מתחבר לקטע הכלכלי, שזה זום. אני גם חושבת שמנכ"ל קופה רוצה להגיע למצב של איזון ולא להגיע לגירעונות, והאמצעי לכך הוא מיקסום מספר החברים, שאפשר לראות בזה גם מטרה. קופה עם מספר חברים גדול נחשבת יותר טובה וזה נראה יותר טוב. מעבר לזה – התחרות בין הקופות היא לא רק בשב"ן, היא גם קורית בסל. אולי באזורים יותר מבוקשים, באוכלוסיות מסוימות, התחרות היא על מתן שירות ועל השתתפויות עצמיות. זה קורה גם בפועל. אם יש קופה שלא לוקחת על ביקור רופא בשבת ובחג, את תראי קופות אחרות שמורידות השתתפות עצמית. נכון שעל השב"ן זה יותר בולט כי יש סל שוויוני לכולם. גם היום קורה שהן נותנות מעבר לסל, במסגרת סל קופה. ככל שהגירעונות הולכים וגדלים, קופה כמו כללית שנתנה ביקור רופא חינוס בשבת ובחג, עכשיו היא גובה על זה, כי אין לה ברירה. היא גובה את המקסימום, עד 79 ש"ח, כדי שלא ירצו ישר למיון, אבל אין לה ברירה – המצב הביא אותה לכך. יש



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

סגירה של מרפאות, איחוד שלהן, הקטנת שעות פעילות - זה תוצאה של פעילות. לקופה אין תמריץ להסיט לשב"ן, היא מעדיפה אצלה בבית.

ד"ר' שלומי פריזט: למה? זה אידיאל?

דוברות: כן, מיקסום הבריאות. הרבה פעמים הוא לא חוזר אליה. אני לא חושבת שהסטה זו מטרה שלה. אני אגיד להם מה מניע. התמריץ העיקרי להסטה הוא כלכלי. כשקופה נמצאת בגירעונות ואין מצב שהיא יוצאת מהם, זה התמריץ.

ד"ר' שלומי פריזט: למה זה קשור לגרעון?

דוברות: קופה מעדיפה לתת את השירות בעצמה מבחינה עקרונית. זו מטרתה והאינטרס שלה, ושהמבוטח שלה לא יחפש לרעות בשדות זרים.

דוברות: כל עוד זה כלכלי לה.

דוברות: ברגע שהיא נמצאת במצב גרעוני, היא לוקחת את הכסף הזה. לכאורה יכול להיות מצב שיהיה לה אינטרס להסיט לשב"ן ולא רק אליו, אלא למערכת הפרטית בכלל. אני לא מדברת על התמריץ של הצוות הרפואי, אלא על הקופה עצמה. יש לה מגבלת תקציב לפרסום, והיא לא יכולה להוציא מעבר אליו.

ד"ר' שלומי פריזט: הגדרת הדיון היא היסודות. אם לא פרסום אז בינוי.

דוברות: אני רק נתתי דוגמא מקודם להוצאת כסף על דברים לא יעילים.

ד"ר' שלומי פריזט: אמרתי שהיא לא רלוונטית.

דוברות: בכל מקרה, גם אם הן לא בגרעון, הן מעדיפות להסית יותר כסף כדי לשפר את איכות הרפואה לציבור. הן רואות את זה לנגד עיניהם, שיפור בריאות הציבור.

דוברות: זה ברור לחלוטין.

דוברות: חשוב להיכנס להגדרות.

דוברות: נניח שהיום קופה רוצה להקים מרפאה מצוינת לחולי סרטן. ברגע שתעשה את זה, כל חולי הסרטן מכל הקופות יגיעו אליה, והיא תהיה חייבת לקבל את כולם. היא תעשה את זה או לא?

דוברות: השיקולים שלה – היא לא תעשה את זה כי כל חולי הסרטן יעברו אליה, והיא תקרוס. אם היא תעשה את זה, ותשווק את זה בתור דאגה לחולים, אז היא כן תעשה את זה. יש הרבה פרויקטים של הקופות שכן מקדמים בריאות ומטפלים דווקא באוכלוסייה חולה. אתם חייבים להכיר את החומר. אתם זורקים אמירות בוטות נגד קופות החולים ואני חייבת לתת לזה התייחסות. אתן דוגמא – לחולי סרטן זה עולה כלכלית ופתחו את הסדרי



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

הבחירה לחולים האלה - אתה יכול ללכת לאיזה ביי"ח שאתה רוצה גם אם אין לי הסכם איתו. היא היטיבה איתם, יכולה שלא לעשות את זה, וזה דווקא גרם לתחרות בין הקופות והן התיישרו לאותו קו.

דוברות: אם במשך כל הדיון בוועדה נגן על השחקנים וכל רגולטור יגן על השחקנים שלו, לא נתקדם. לכל שחקן יש כשלים שלו.

ד"ר שלומי פריזט: את אומרת מיקסוס בריאות, הובן הסיפור, גמרנו. לצמצם גירעונות ומקסימום חברים.

דוברות: בסופו של יום, כשיש גירעונות במערכת, וזה שיווי המשקל בין האיזונים השונים, תמיד צריך לראות שהאיזון לא מופר. יש גם הבדל בין קופה שמבחינת האינטרסים שלה מחזיקה ביי"ח ציבורי לעומת ביי"ח שהוא פרטי, לעומת קופה שמחזיקה ביי"ח שיש לו שר"פ, לעומת קופה שלא מחזיקה אף ביי"ח. אין ספק שגם זה חלק מהתמריצים, כי קופה שיש לה ביי"ח ציבורי, אני מניחה שמן הסתם היא מפנה יותר לציבורי, והתמריץ שלה להפנות לפרטי הוא שלילי.

דוברות: אני רוצה לעזור לה. דיברנו על הצרכן, על כל מיני מניעים שמנחים את פעילותו. הקופה מגיבה לתמריצים, שהם יכולים להיות מסוגים שונים, אבל היא ראשית כל מגיבה.

ד"ר שלומי פריזט: לתמריצים כספיים? באופן שהיא מעדיפה יותר כסף מאשר פחות כסף?

דוברות: וודאי.

דוברות: זה טבעי.

דוברות: בתקציב שיהיה לה, היא תוכל לתת את הבריאות הכי טובה, וזה לא מקסימום רווח. היא יכולה להגדיל את מספר המבוטחים שלה, ויהיה לה יותר כסף, אבל אם הם חולים, היא לא תרצה אותם.

דוברות: גם כדי למקסם את הבריאות. אבל מה שלא נאמר זה לא רק מקסימום בריאות, אלא גם החלוקה של הבריאות. הן מונעות גם על ידי השיקול של נגישות ובריאות לכל, וכמובן שיש את העניין שכמו כל יחידה כלכלית שפועלת, גם היא מגיבה לתמריצים, ואפשר לקדם מטרות כאלה ואחרות בתמריצים מקטינים. הנקודה הזאת, שבעצם המבנה שלה משפיע גם על צורתה פעילות שלה, זה גם נכון.

דוברות: זה טבעי. שאלת למה דרך חברת בת היא מחזיקה בביי"ח פרטי, למה שתרצה להפנות אליו?

ד"ר שלומי פריזט: ברגע שהבנתי שהיא מגיבה לתמריצים זה ענה לי על השאלה.

דוברות: עושים בריאות בתקציב נתון.

דוברות: אני מניחה שיש גם גישה נורמטיבית לפעילות של הקופה, אלא כהנחה נוספת. ככל שהתמריצים גדולים יותר, להנגיש את הבריאות, נגישות ושוויון למבוטחים שלה, כך היא תפעל יותר להשגת מטרותיה. כמו כל פונקציית רווחה, כשיש מקסימום של בריאות יש גם חלוקה נכונה של הבריאות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: מיקסום של כל אחד מהמבוטחים שלה, ולא דווקא של גוש, בגלל הקטע של שוויון. לא אמרתי היא יכולה או לא, אלא שזאת המטרה שלה.

דוברות: היא לא מספקת את מקסימום הבריאות לכל אחד.

ד"ר שלומי פריזט: אלה הם האנשים שמעלים חולים על אוטובוס לבי"ח של הקופה כדי לקבל 10% הנחה. ויכול להיות שקורה משהו באוטובוס וזה לא השירות הכי טוב בעולם.

דוברות: זה לא כלים שלובים, זה נקודת שיווי משקל. בהקשר לזה, כשיש קופ"ח שמחזיקה בבי"ח פרטי, התמריץ להסטה לפרטי הוא כאילו כפול. ברגע שהוא יוצא מהסל ומישהו אחר מממן אותו זה חוסך לה הוצאה, וכשהיא שולחת לפרטי, היא ממקסמת את ההכנסות שלה בפרטי.

דוברות: זה מקובל שמבנה הקופה משפיע.

דוברות: כשיש לה בי"ח ציבורי זה יכול לאזן את התמריץ של ההוצאה לפרטי. עדיין יש דיסוננס בתוך הקופה בין ההיבט הקליני להיבט הניהולי. זה יוצר התנגשות בין קונפליקט מובנה שעומד בבסיס הדיון. הסטנדרט החיצוני יוצר חובה לקופה לנהוג בצורה אולי לא כלכלית.

דוברות: היא גם מספקת וגם מנהלת את השירותים, וזה יכול להיות חסרון לקופה. זה מה שאמרתי מקודם. יש לקופה הרבה יותר שליטה על ההיבט הקליני בגלל הדיסוננס הזה, וזה משפיע על קבלת ההחלטות.

דוברות: אני אחדד את הפן הכלכלי - שיקולים כלכליים מתחילים להיות יותר ויותר דומיננטיים בקבלת החלטות.

דוברות: למה זה קורה?

דוברות: העולם שלנו כולו יותר ויותר מונע משיקולים כלכליים. הייתי מוסיף לפונקציית המטרה את פונקציית השוק - להיות יותר גדול יחסית לשאר. המוטיבציה ההתנהגותית היא סלקטיבית. למקסם הכנסות בעבור רמה נתונה של מבוטחים. במגרשת החרות, הקופות נעות בסביבה מגבילה - אתה לא יכול להתחרות על מחירים של פרמיה, על סל שירותים.

ד"ר שלומי פריזט: הסל הוא סל מינימום.

דוברות: בפרקטיקה יש מעט תחרות על הסל.

דוברות: יש להם מימון.

דוברות: את המינימום הם חייבים לתת. מעבר לזה, זה כל קופה בנפרד. לבנות מרפאה זה לא דבר רע.

דוברות: יש סל אחיד, והוא אחיד וחובה לכל הקופות. הגמישות להתחרות על הסל בממד הכמותי שלו היא מאוד קטנה. בדרך כלל היא לא תיתן יותר ממה שהחוק מחייב אותה. גם שם זה די מוגבל. אם אני אנסה לעשות סריקה של סך ההשתתפויות העצמיות ובכמה מתוכן יש תחרות בגמישות, זה לא הרבה. יש להן פונקציית מטרה, הגדרנו אותה, ואני אומר מה המגבלות שלהן, ומה אפשר לעשות. איך משיגים את פונקציות המטרה? יש איסורים מסוימים וכללי משחק במערכת הבריאות הישראלית. על מה כן? אותם מרחבים בהם יש תחרות, כן על איכות בסל הבסיסי,



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

כן על זמינות בפרקטיקה, אפשר לדבר גם על מידה מסוימת של שביעות רצון, אפשר לדבר גם על מדדי בריאות שזה איכות, ממדים שבהם הקופות אמורות להתחרות בפרקטיקה, אם כי לעיתים פחות זה קורה.

ד"ר שלומי פריזט: למה לא מתחרים על מגוון השירותים בסל, אלא על האיכות שלהם?

דוברות: יש הבדל אדיר בין מגוון לאיכות.

ד"ר שלומי פריזט: למה דווקא שם כן ושם לא? לעשות איכות יותר גבוהה עולה כסף, כמו לעשות מגוון יותר גבוה.

דוברות: שירות צריך לתת לכולם, איכות זה משהו משתנה.

דוברות: כי הן לא יכולות! בעיקרון הן לא יכולות להתחרות על התכולה של סל השירותים. בפרקטיקה הן לא מגדילות.

דוברות: הן עשו עד לפני שנתיים.

דוברות: הקופה יכולה לעשות רופאים יותר טובים, או יותר רופאים, או להכניס דבר לסל שלא בסל? שני הדברים מושכים, למה הן בוחרות דווקא בממד התחרות ולא בממד של מה מותר להן להוסיף? שאלה טובה.

ד"ר שלומי פריזט: איזה חלק בהתנהגותן דוחף לתוצאה הזאת?

דוברות: אם אתה מוסיף דברים מחוץ לסל ואז אין לך כסף, למה הוספת? אם הוספת איכות, אף אחד לא יגיד לך כלום.

דוברות: ברגע שהוספת לאחד, אתה חייב להוסיף לכולם. ההוספה מחייבת אותך הרבה יותר מאשר גמישות באיכות. בהוספה אתה יוצר תקדימים, אוניברסליות וכן הלאה.

דוברות: קופה לא יכולה להודיע שזה בסל כשעדי עכשיו זה לא היה, ופתאום עכשיו להוריד את זה.

ד"ר שלומי פריזט: אתה אומר שהוספה זה משהו נצפה.

דוברות: בהוספה אתה פונה לחולים, באיכות אתה פונה לבריאים.

דוברות: בנוסף – כשאתה בא ונותן שירות של טל-מדיסין, אתה יכול לשווק ולפרסם אותו. כשאתה נותן תרופה ומפרסם, כל החולים יבואו אליך. זה יותר מסובך ומורכב מאשר להוסיף שירות, לתת עוד שעות מרפאה.

ד"ר שלומי פריזט: זה סלקציה.

דוברות: זה לא רק סלקציה. הרבה יותר קל לתת ולשאת על זה לעומת תרופות. מחר היא תיתן תרופה, ואז תפסיק לתת אותה. זה יוצר בלגן, הרבה יותר קשה להוסיף.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

דוברות: אנחנו בצרכן הדגשנו את העניין של אסימטריה במידע. האם הנושא של אסימטריה במידע לא רלוונטי לפעילות של הקופה כמבטח למשל?

דוברות:: היא חייבת לקבת את כולם, אז לא.

דוברות: הספרות אומרת שאם היא לא יכולה להתחרות במחירים, היא תנסה לעשות סלקציה דרך עיוות הסל במתן שירות לילדים באופן מיוחד, לא באופן פרטי - אתה כן ואתה לא. סינון לא דרך מחירים או פרמיות.

דר' שלומי פריזט: אם חלק מהתמריצים שלה זה למשוך מבוטחים זולים ובריאים ויש להם קשיי אינפורמציה, היא תנצל את זה.

דוברות: חברת ביטוח יכולה לעשות סלקציה או דרך הפרמיה או דרך דברים נצפים אחרים, ואז הרגולציה פשוטה. קופת חולים שיכולה לעשות סלקציה דרך עיוות הסל, לא לוקחת רופאים טובים באזור מסוים, אז יש לה כלי לסלקציה הרבה יותר חזק מחברות ביטוח.

דוברות: זה נראה לי הפוך.

דוברות: חלק מהמכניזמים שהקופה בוחרת הם לא verifiable. אני הבאתי רופאים מצוינים לילדים ולא הבאתי לחולי אסטמה. זה קיים.

דוברות: גם חברות הביטוח, בזה שהן יכולות להקשות במימוש הביטוח כשאתה צריך אותו, שיעורי דחיית תביעות למשל. הן בוחרות את מי הן כן רוצות לביטוח ואת מי לא, הן בוחרות אחד-אחד.

דוברות: הן בוחרות את המבוטחים, אז הן לא צריכות לעשות את מה שהקופות עושות.

דוברות: זו סלקציה.

דוברות: ומה לגבי שירות? גם חברת הביטוח יכולה להגיד אני לא מבטחת אותך. אני מדברת על זכאות – מגיע לך, לא מגיע לך.

דוברות: אם את מגדירה חברת ביטוח כגוף שאומר תלך לרופא ולא לבי"ח ואני משלם, וקופה אומרת שאני משלמת עבור הטיפול ומנהלת את הטיפול, הטענה המקובלת היא שלקופה יש הרבה יותר כוח וקשה לעשות רגולציה, ולכן יש לה קפיטציה כדי לשלוט בזה. אפשר לתת המון דוגמאות לזה בזכאות.

דוברות: גם בסל זה זכאות. יש לה יותר שליטה, אבל הסלקציה יכולה לקרות גם פה וגם פה באותה מידה.

דר' שלומי פריזט: הוא לא אמר שזה יכול לקרות באותה מידה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: היא עושה את זה. אם היא אומרת למבוטח "לא מגיע לך", תשאלו את עו"ד קליר כשיבוא להציג בפניכם, היא עושה את זה. זה קורה בקופות באותה מידה. הסלקציה קיימת גם פה וגם פה, לחברת ביטוח יש אפשרות לעשות סלקציה עוד קודם ואולי בזה היא שונה, כי זה משפיע על הזכאות.

דוברות: מרחב הפעולה שלה יותר גדול, ולזה הוא התכוון.

דוברות: אפשר לראות בבתי דין לעבודה עשרות מקרים שאנשים טענו את זה.

דוברות: אני מסכים עם כל מה שנאמר. אני לא רואה חברות שאין להן מטרות רווח וממש אכפת להן כמה הן צומחות. גם אם זה אומר שהן מפסידות על החבר הנוסף, יש מטרה לצמוח יותר מהאחר כי התחרות היא בין הקופות ובכלל היא מניע בפני עצמו. לא דיברנו כל כך על יכולות – יש הרבה משמעויות לכך בין הקופות. יכולת השליטה של הקופה, יש הבדל בין השליטה גם על הרופאים בקהילה, לכלית יש רופאים עצמאיים. יכולת השליטה שלה על מרפאות בקהילה ובמכונים. יש קופות שיש להן יותר מכונים בבעלותן, יש יכולות שליטה שונות.

דר' שלומי פריזט: מה זה עושה בסוף?

דוברות: זה אומר כמה יכולת שליטה לקופה יש על ספק ועל וויסות שירותים.

דוברות:: דיברנו על זה במבנה.

דוברות: זה קשור למבנה ולצורת ההעסקה, וזה מאוד נכון. קופות מסוימות טענו שלהן הרבה יותר קשה לבצע בקרת שימושים, כי ברגע שהמכון העצמאי מקבל מבוטחים ממספר קופות, הוא לא עובר בין טפסים כדי שהקופה תקבל כל פעם את הדיווח הנכון לעומת שכירים, ויש פה שוני.

דוברות: או שאתה רוכש או שאתה מייצר בעצמך, ויש הבדל בין השניים. יתרונות וחסרונות לגודל, גם מבחינת המידע והאיכות.

דוברות: יש לזה יתרונות וחסרונות.

דוברות: לפי מה שאני יודע, יש חסמים גדולים למעבר בין מבוטחים, במיוחד בגילאים המבוגרים. זה חשוב בעיקר בסיעודי אבל לא רק. למבוטח עצמו, ככל שאתה יותר מבוגר יותר משמעותי עבורך להכיר את רופא המשפחה. מבחינת ביורוקרטיה, יש את עניין הביטוח הסיעודי.

דוברות: בגלל זה הוא לא עובר בין הקופות.

דוברות: הוא יאבד את הזכויות שלו אם הוא יעבור בין הקופות.

דוברות: היכולת של הקופות להתחרות בגילאים מסוימים, היא מוגבלת בגלל כמה דברים. המבוטח המבוגר מעדיף את ההיכרות עם הרופא וייתכן איתו, וזה חשוב לו יותר מפרמיה כזו אחרת.

דוברות: הם מפחדים משינויים, לא יעברו גם אם לא יהיה להם אמון ברופא.

דוברות: זה חסם למעבר בין הקופות.



דוברות: זה פוגע בתחרות בין הקופות.

דוברות: יש חסם לקופות החולים. אין לה תמריץ להתחרות.

דוברות: אם אתה טוען שביטוח סיעודי הוא חסם למעבר, זה תמריץ לקופות כן להתחרות כדי לשווק את הביטוח הסיעודי שלהן, וזה מה שהן עושות הלכה למעשה.

דוברות: אבל הוא לא יקבל אותו.

דוברות: אין לקופה תמריץ להתחרות על מבטחים מבוגרים.

ד"ר' שלומי פריזט: מבוגרים או הפסדיים גם אם היו בהפרש גדול?

דוברות: כן.

ד"ר' שלומי פריזט: הסיבה היא לא כי הוא מבוגר, אלא כי הוא הפסדי.

דוברות: חוץ מתמריץ כלכלי שלילי, יש תמריץ שלילי להתחרות על המבוגרים כי הם יודעים שהסיכוי שהם ימשכו אותם הוא נמוך מאוד. אני מתכוון למעל גיל 60.

דוברות: יש עוד חסמים חוץ מהתחרות עליהם.

דוברות: על שניהם הקפיטציה משלמת יותר מאשר העלות. קח שני מבטחים כאלה, שניהם רווחיים באותה מידה. הנטייה תהיה לצעיר, כי יותר קל להעביר אותו מאשר המבוגר.

ד"ר' שלומי פריזט: זה כמו להגיד שאפשר לקבל את ה- \$200 האלה, ולהשקיע פחות בשיווק.

דוברות: הקופות גם רוצות להיות גופים שמסדרים בריאות ולא חולי. אני אעדיף שהאדם הבריא יהיה אצלי, אני רוצה להיות "שירותי בריאות" ולא "קופת חולים". זה משדר ארגון סקסי ואטרקטיבי.

דוברות: אתה פועל לשיפור הבריאות ולמניעת החולי, כדי להשיג את אותה מטרה.

דוברות: קופ"ח כללית שינתה את שמה לשירותי בריאות כללית.

דוברות: זה לא נכון. היא דואגת לבריאות אבל לא דואגת רק לבריאים. אני דואג לבריאות גם של החולים, של המסכנים ושל העניים. אצלי יש רק בריאים וצעירים ויפים - זה לא זה. עדיף כאקט שיווקי למשוך אליך קהלים מסוימים. אני אומר שהמטרה היא לשדר את דואגת לבריאות ולא רק לבריאים.

ד"ר' שלומי פריזט: יבואו אנשים ויראו אצלי יותר אנשים בריאים. המטרה שלי היא להביא יותר אנשים בריאים כי אני מפסיד עליהם פחות כסף. הוא אמר נניח שהחולים והבריאים זה אותו מרווח, אבל אתה תרצה כאידיאל יותר בריאים - האם לקחנו טיעון דינאמי של אנשים בריאים מביאים איתם יותר בריאים, או שיש לי אידיאל אמיתי שיהיו לי יותר בריאים אפילו אם אני ארוויח פחות כסף?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אני רוצה להיות הקופה שיש אצלה הכי פחות חולי סוכרת, אני חושב שלי חשוב בתור קופה שיהיו אצלי הכי פחות חולים סוכרת. לא פחות חולים מאוזנים.

דוברות: אני רוצה להוסיף – הרעיון אומר שבשיטת התמריצים הקיימת, כמעט תמיד מבוטח נוסף הוא כדאי ולא משנה מה שכבת הגיל שלו. יש פה הבדל בין הממוצע לשוליים.

דר' שלומי פריזט: למה זה לא אומר שהקופות מגיבות לתמריצים כספיים?

דוברות: פער בין ההוצאה השולית למחיר הפיצוי.

דר' שלומי פריזט: ותמחור ממוצע.

דוברות: אתה מוסיף מבוטח לקופה, אתה מוסיף לו את הפרמיה הממוצעת של הקפיטציה. כמה הוא עולה?

דוברות: בשולי הרבה פחות. זה ניתוח של תמריץ כלכלי של למה נכון להרחיב את המבוטחים.

נעבור לחברות הביטוח – חברות למטרות רווח קודם כל. בישראל ככל הידוע לי אין חברות ביטוח שהן לא למטרות רווח. יש לך בעלים ואתה יכול להוציא דיבידנדים. חברות הביטוח, מבחינת אי השקיפות שלהן לציבור על הפוליסות ואי ההבנה של המבוטחים – הפוליסות של החברות מכילות בתוכן כפל בין לבין עצמן, ובין לבין השב"ן. יש ריבוי פוליסות.

דוברות:: שצרכן קונה? שחברה מציעה? מגוון השירותים?

דוברות: אמרתי מגוון פוליסות, לא מגוון שירותים. לכל פוליסה יש איקס שירותים.

דוברות: כי זה לא "בנדל".

דוברות: ביחס לשב"ן יש ריבוי של פוליסות, ויש לזה יתרונות וחסרונות. בנוסף – רמת המורכבות של הפוליסות בעיניי יותר גדולה, מכילות חפיפה בין לבין עצמן ובין לבין פוליסות של השב"ן. אני יכולה לקנות שתי פוליסות, ואני אהיה זכאית לאותם השירותים. אם את חוזרת לצרכן, עשיתי את זה כי אין לי מושג מה אני קונה. זה מאפיין את הפוליסות שהחברות משווקות. הן יכולות להחליט שהן לא משווקות לצרכן פוליסות שאנחנו כבר יודעות שיש לו.

דר' שלומי פריזט: אם אני משווק פוליסה א' וב' כשא' מוכלת בתוך ב', זה נחשב כפילות מבחינתך?

דוברות: כן, ואני עוד לא מנתחת אם זה טוב או לא טוב. זה מה שאני מכירה שקיים. הדבר הבא זה נושא השיווק. השיווק של חברות הביטוח פוגע באמון של הציבור בסל הציבורי.

דוברות: בסדר, כי ככה הן מוכרות יותר.

דוברות: שיווק שלילי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: אם תהיה חולה, אתה רוצה שתהיה לך תרופה שתציל אותך, "בוא אלינו. הסל הציבורי ומה שיש בו, לא טוב לך". אופן השיווק שלהן פוגע באמון הציבור ובסל הציבורי. הדבר הבא - תחרותיות - אני רוצה להבדיל בין הפרטי לקבוצתי. נתחיל מלמעלה - ברמת הביטוחים של הפרט, לפי LOSS RATIO, ההנחה שלי היא שאין תחרותיות גבוהה בין החברות בפוליסות של הפרט.

דוברות: את לא רוצה להתחיל עם הריכוזיות? שאין הרבה חברות כי הענף הוא ריכוזי?

דוברות: מדינת ישראל היא לא גדולה. להגיד שיש לי במשק 5-7 חברות, אני לא יודעת אם זה ריכוזי או לא. יש מדדים שיודעים להגיד אם השוק ריכוזי או לא. מבחינת ה - LOSS RATIO, רמת התחרות נמוכה בביטוחי הפרט. בביטוחים הקבוצתיים אני לא רואה רמת תחרות נמוכה כמו בפרט.

דוברות: את מתבלבלת בין LOSS RATIO לתחרות.

דוברות: היא עושה קשר בין שניהם.

דוברות: אני לא מכירה את הנתון של ריכוזיות, ולכן אני לא מתייחסת.

דוברות: הסל הבסיסי והמשלים מתחרים בחברות הביטוח, ולכן LOSS RATIO הוא מדד טוב מאוד, שמראה שהסל הבסיסי והמשלים לא מתחרים כי הם מצליחים לקחת את המחירים האלה.

דוברות: תחרותיות לא בהכרח נובעת ממספר השחקנים.

ד"ר שלומי פריזט: מדד הריכוזיות קשור לרמת התחרותיות זה מודל ספציפי. הריבועים של נתחי השוק קשורים ביחס ישר או הפוך למרווח של החברות - ככל שהוא גבוה יותר, כך יגבר הכוח של השוק בתעשייה. זה רק במודל "קורנו".

דוברות: הריכוזיות קיימת גם בביטוחי פרט וגם בקבוצתיים, ה - LOSS RATIO יכול להיות שונה.

ד"ר שלומי פריזט: גמישות הביקוש השיורי זה מה שרואה לפניה הפירמה. השוליים יהיו שונים כי הגמישות היא אחרת.

דוברות: הממלכתי והשב"ן משפיעים.

דוברות: זה חלק מהסיפור.

ד"ר שלומי פריזט: האם ה - LOSS RATIO הוא מדד טוב?

דוברות: חברות הביטוח פחות יעילות באספקת השירותים.

דוברות: אני לא הבנתי את הקשר בין ה - LOSS RATIO לתחרותיות. אולי מישהו יתן לי חומר קריאה בנושא..

דוברות: אשלח לך במייל. מה זה אומר פחות יעילות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: מבחינת עלויות התביעות, זאת הכוונה. והן לא מפנימות השפעות חיצוניות.

ד"ר' שלומי פריזט: כמו כולם.

דוברות: מה עם שני כשלי השוק הבסיסיים?

דוברות: פספסתי את זה. עוד דבר – גריפת שמנת למבוטחים.

ד"ר' שלומי פריזט: למה גריפת שמנת זה לא תוצאה של תגובה לתמריצים כספיים? יעדיפו לעשות סלקציה ולקחת אנשים פחות הפסדיים.

דוברות: זה במהות שלה.

דוברות: זה קשור, השאלה היא אם אנחנו מציניים את זה בכל זאת.

ד"ר' שלומי פריזט: לא זו השאלה, השאלה היא מה הנחות היסוד שלהן.

דוברות: המאפיין הבולט הוא שלחברת ביטוח יש כלים להתמודד עם MORAL HAZARD. אתה לא יכול להתמודד עם הקטנת זמינות או איכות. בדרך כלל אפשר להתמודד עם זה רק דרך השתתפויות עצמיות.

ד"ר' שלומי פריזט: הפרמיה לא שולטת בשימוש. הוא מדבר על השימושים.

דוברות: הבעיה בביטוח היא בעיית ה - MORAL HAZARD. המבוטח צורך בגלל שהוא מבוטח, ולפעמים יותר מדי כי הוא לא משלם על הטיפול. קופות חולים שולטות על זה באמצעות קיצור השירותים. לחברת הביטוח אין את זה. אחד הכלים שלהן זה השתתפות עצמית שנכונה יותר כשהגמישות היא אחת ופחות כשהגמישות היא אחרת.

דוברות: בפוליסת ניתוחים מקפת אין השתתפויות עצמיות. יש פוליסות עם השתתפויות עצמיות, לעניין הניתוחים לא.

דוברות: הנקודה הראשונה – הביטוח המסחרי הוא למטרות רווח. אני אומר את זה כי גם לקופות יש שיקולים כספיים, אבל ההבדל הוא העוצמה. המינון והמוטיבציה לרווח הוא דומיננטי. שנית – ענף הביטוח רווי בכשלי שוק. כולם מתחילים באיזה צורה בכשלי מידע, חוסר הסימטריה במידע. רמזנו על זה כחסרונות הצרכן ויתרונות הביטוח, והן מנצלות את זה לתמחור הגבוה. זה חלק מרכזי בסיבה שיש כשלי ביטוח.

ד"ר' שלומי פריזט: אתה מניח היעדר תחרות.

דוברות: לא נכון.

דוברות: שלומי צודק.

ד"ר' שלומי פריזט: אני אחתוך אותך ב – 5% וכולם יבואו אלי.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: הוא לא אמר היעדר חברות ביטוח.

דוברות: יש תחרות, היא לא מביאה ליעילות.

דוברות: למה? תסתכל טוב, יש לך LOSS RATIO.

דוברות: יש תחרות על המוצרים ובגלל זה יש הרבה פוליסות.

דוברות: יש פה כשלי שוק גדולים, ולכן קיומם של שחקנים לא באה בצורה של הורדת פרמיות. יותר מזה, לא רק על המחיר ועל האיכות, יש פה עמדה נחותה של הצרכן שהיא מנצלת אותה. למכור לי אין סוף דברים, פרמיות גבוהות, LOSS RATIO. נקודה אחרונה - ישנם קשרי גומלין הדדיים בין כל גורמי הביטוח. תקרא לזה השפעות חיצוניות שליליות וחיוניות.

דו' שלומי פריזט: הן לא מתייחסות אליהן כי זה בהגדרה.

דוברות: זה אפילו משרת אותן לפעמים.

דוברות: זה מוזיל את התעריפים דרך אגב.

דוברות: לא תמיד. זה משיא רווחים.

דוברות: כל החלטה באיזושהו ממד או רובד של ביטוח משפיעה גם על הרובד האחר. יש לזה השפעות חיצוניות על המשלים והבסיסי, השפעות רוחב ענקיות, והן לא מתייחסות לזה.

דוברות: אם זה לא בסיסי, תגידו לי. מבחינת חברות הביטוח, ספציפית ביטוח בריאות הוא מנוע צמיחה עיקרי מבין מה שהחברה נותנת, לעומת שאר המוצרים שהיא מציעה.

דוברות: זה לא כזה בסיסי.

דוברות: הוא הכי צומח והכי רווחי, ויכול להיות שאני טועה. אני מדבר מבחינת קשב והפניית משאבים.

דוברות: כשחברה מסתכלת על איזה תחומים יש לה, היא פונה לתחום הכי רחב והכי רווחי שיש לה. אני חושבת שהוא צודק.

דוברות: הוא הכי רווחי?

דוברות: בין הרווחיים.

דוברות: אם ביטוח בריאות פרט הוא הכי רווחי, שאלתי את שריג, והוא ענה שהכי רווחי זה סיעודי. אני שואל מבחינת יכולות.

דוברות: הוא לא מסובסד על ידי שום ביטוח אחר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: האם יכולות הן חלק מהבסיסיים? לחברת הביטוח יש יותר חופש בקביעת הפוליסה לעומת הקופה. הקופה צריכה ללכת לרגולטור לאשר. חברת ביטוח צריכה לאשר כל פוליסה מול הרגולטור?

דוברות: בוודאי שכן.

דוברות: גם לפי החוק כל מוצר חייב לעבור בפני הרגולטור. כרגע כל פוליסה עוברת אצלנו. אנחנו רוצים לשנות את זה, לעשות את הבדיקה באופן אחר. כיום אני מובילה את שינוי החקיקה הזו, וגם אז יהיה צריך להביא אלינו כל מוצר.

דוברות: אותו דבר בחברות הביטוח?

דוברות: כן.

דוברות: אז אין הבדל בחלק הזה. דבר אחרון – יכולת שיווקית רבת עוצמה. בפנסיוני אתה יכולה להשתמש בכלי הזה למכירה, שזה כלי שאין להרבה גופים.

דו' שלומי פריזט: הגוף היחיד הבא זה קופות החולים.

דוברות: מחוץ למבוטחים שלהם זה יותר חלש. היכולת שלך להגיע אליהם היא לעשות "פוש". היכולת לעשות את זה למבוטחים בקופות היא חזקה יותר. כשהם מוכרים גם פנסיה, זה יותר חזק שם. פה זה למבוטחים שלך ופה זה למבוטחים שמקבלים מוצרים אחרים גם כן.

דוברות: לחדד על סוגיית הסוכנים – בגלל ששרונה דיברה על מוצר הדחיפה. זה עוד גוף שצריך להסתכל עליו - הם מקבלים 10-20% מתשלום הפרמיות שאדם משלם, יש להם תמריץ מאוד משמעותי למכור לך את המוצר שייתן לו את התגמול הרווחי ביותר. חייבים להציע חבילה משלימה לשב"ן, השאלה היא כמה הוא משקיע כדי למכור את זה או דבר אחר. חברות הביטוח רואות את הסוכנים ככלי. רוב הפוליסות נמכרות בפרט דרך סוכנים ולא באמצעות חברות ישירות, ויש להם תמריץ לשמר את הסוכנים אצלם ושימכרו את הפוליסות שלהם, וזה עוד תמריץ.

דוברות: חברת ביטוח היא פרטית שפועלת למיקסום רווח. לגבי הסימטריה במידע – יש אסימטריה למבוטח ולחברה עצמה שמשפיע על קביעת המחיר. היא לא יודעת באמת מה המצב הרפואי של המבוטח. כשחברה מתמחרת מוצר, וזה מתחבר ל - LOSS RATIO, יש את פרמיית הסיכון לפי נתונים אקטואריים. יש הוצאות, ואתה צודק. ביטוח בריאות הוא מוצר דחיפה וקשה למכור אותו ולכן יש הוצאות גדולות לסוכנים. ההוצאות שלהם בביטוחי בריאות גבוהות יותר ביחס לביטוחים אחרים. מוצר ביטוח בריאות הוא לא "על הדרך" לעומת ביטוח רכב או תאונות אישיות. זה מצריך לפחות 2 פגישות של סוכן כדי להצליח בעסקה. החברה גם לוקחת מרווחי שמרנות כי היא לא יודעת מי המבוטח. יש לה אפשרות להשפיע על המחיר, לתת תוספת בפרמיה, אבל זה אסימטריה בגבייה ביחס למוצר. LOSS RATIO גבוה יותר בביטוחי פרט נובע מההוצאות בעיקר, כאשר זה היה צריך להיות נמוך יותר



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

בפרט. החברה רוצה להרוויח בכל מקרה. יש הצעות של סוכן ויש יתרון לביטוח קבוצתי, 40 אלף איש לעומת פרט בודד.

דוברות: את חושבת שה - LOSS RATIO של הפרט, 38%, זה ה - LOSS RATIO הנכון או שהיה צריך להיות 60%?

דוברות: צריך לבדוק את זה.

ד"ר שלומי פריזט: אם הייתי מבטח קבוצה של 40 אלף איש כל אחד לבד או כולם יחד, מה יעלה לי יותר?

דוברות: ביטוח פרט זה לכל החיים, וביטוח קבוצתי זה ל - 5 שנים. בגדול לא אמור להיות הבדל.

דוברות: יהיה הבדל בגלל ה - ADVERSE SELECTION.

ד"ר שלומי פריזט: אני מדבר על אותם 40 אלף.

דוברות: אתה מתייחס אליהם כאל קבוצה יחסית הומוגנית.

ד"ר שלומי פריזט: זה אומר שב - 40 אלף ביטוחי פרט יהיו ביטוחים שבהם הפרמיה לא תכסה בסוף את הוצאות המבטח, נכון?

דוברות: כן.

ד"ר שלומי פריזט: אם ככה, לא צריך להיות הבדל ביניהם ב - LOSS RATIO.

דוברות: יש גם את ההוצאות של סוכן אחד ל - 40 אלף, או 40 אלף סוכנים לכל אחד.

דוברות: האם יש יתרונות לקבוצה?

דוברות: כן, לא עושים חיתום ואפשר למכור להם עוד מוצרים בגלל הגודל.

דוברות: לשווק.

דוברות: זה לא משהו רע.

דוברות: לא, זה המצב.

דוברות: לגבי הסוגיה של קשרי גומלין עם רבדי הביטוח – החברות בהחלט לוקחות בחשבון את העובדה שיש רבדים נוספים. אנחנו כן אוסרים את זה החל מינואר 2014, אבל התעריפים היום לוקחים בחשבון שהאדם יכול לתבוע את המערכת הציבורית ולא את השב"ן, ולכן המחיר זול יותר. אני מניחה שהמחירים יעלו כי זה אכן משהו שנלקח בחשבון. זו המשמעות של רובד השלישי, תובעים יותר את הראשון והשני ורק בסוף את השלישי.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

לגבי התחשבות בהוצאה לאומית – אני חושבת שלחברות הביטוח יש אינטרס לא להעלות את ההוצאה הלאומית לבריאות, אבל שהמבוטחים יהיו בריאים ככל האפשר. יש חברת ביטוח שמעודדת הנחות לאדם שהולך לחדר כושר. זה לא נפוץ, זה מתחיל, זה קיים יותר בחו"ל, אבל כן מנסים לדחוף את זה.

דוברות: הן עושות את זה לפני הכניסה או בזמן שהן מבטחות?

דוברות: זה אקט שיווקי וגם לעודד. איך הקופות עושות את זה תוך כדי שהן מבטחות?

דוברות: יש מכון כושר בשב"ן, הן שולחות לסדנאות גמילה מעישון, פועלות לקידום בריאות.

דוברות: בהראל זה נמצא בחבילה שלה.

ד"ר שלומי פריזט: למה זה בעיה קונספטואלית?

דוברות: יש הבדל. אם אתה עושה את זה לפני, זה אינטרס שלי לקבל אותך מלכתחילה.

דוברות: האם אתה מתעמל בחדר כושר זה לא שאלה בחיתום, אבל אם נראה שאתה מתאמן, נעשה לך הנחה. הן מעודדות קידום בריאות על ידי כך.

דוברות: כמה תוספות – שקיפות אמרנו, וזה אחד מכשלי השוק הגדולים. בקשר לרגולציה, אני לא מסכימה שאין הבדל. הרגולציה כוללת תמחור של השירותים. כשעשינו את ההבחנה, חברת הביטוח לא באה אלי כשאת מאשרת לה פוליסות, את לא מתעסקת עם תמחורים ותעריפים.

דוברות: לא. את רוצה להגיד שהרגולטור שלהם לא עושה את עבודתו כמו שצריך?

דוברות: לא.

דוברות: אם את שואלת, יש המון סעיפים שנבדקים.

דוברות: כך התחרות יותר קטנה. אין מה לעשות, זה חלק ממאפייני השוק. ככל שהרגולציה קטנה יותר, כך התחרות גדלה ואולי יותר מדי. אם אנחנו מעלים סוגיה, אז כן, עניין הרגולציה ומערכת הכללים בהן הקופות עובדות, יש משמעות גדולה לכך על צורת ההתנהלות ועל התחרות ביניהן.

ד"ר שלומי פריזט: הרגולציה היא כלי שבא להעמיד את חברות הביטוח עם ליין הצרכים של הציבור.

דוברות: אתה צודק.

ד"ר שלומי פריזט: השחקן הבא – בתי החולים.

דוברות: צריך להבחין בין פרטיים לציבוריים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

דוברות: אפשר היה גם לרדת לרזולוציות יותר נמוכות, להפריד במובן הזה של רמת הבעלות של הציבוריים, אבל כרגע עדיף להישאר ברמה הציבורית אל מול הפרטית. מבחינת תחרות בין בתי"ח – רמת התחרות ביניהם היא נמוכה, וכן אני חושבת שנכון לעשות הפרדה בהקשר של הגדולים לעומת הקטנים.

ד"ר' שלומי פריזט: על מה התחרות שלהם?

דוברות: אם אתה מסתכל על שווקים תחרותיים יותר ופחות, יחסית לשווקים אחרים ולא שוק הבריאות, באופן כללי הרמה היא לא גבוהה. בבתי"ח גדולים, מרכזי-על, שהם בדרך כלל באזורים לא פריפריאליים, אז יש יותר תחרות מאשר בבתי"ח באזורים פריפריאליים. שיבא ואיכילוב הם תחת אותה בעלות, אבל הם כן מתחרים אחד בשני. יש חוסר יעילות ברמת הבעלות.

ד"ר' שלומי פריזט: בעלים הגיוני היה מארגן קרטל, זה מה שאת אומרת.

דוברות: גם פה, מה בעצם פונקציית המטרה של בתי"ח? שאלה מעניינת. ביי"ח הוא מפעל עסקי בבעלות ממשלתית. אני גם כאן חושבת, כביכול המטרה היא לתת מקסימום בריאות בהינתן המשאבים, שזה מקסימום אספקת שירותים. זה בתיאוריה. בפרקטיקה כן, הוא נותן שירותי בריאות, אבל יש לו עוד כל מיני מטרות שנכנסות פנימה. יש גם את המחקר בפונקציית המטרה, ויש גם את נושא המוניטין ואת מס' המבוטחים שמגיע אליו על אף הסדרי הבחירה במערכת. אין לך אפשרות לבחור ביי"ח. הקופות יכולות להכתיב לך שלא תלך לשיבא, אלא לבלינסון. על אף הסדרי הבחירה, יכולת להגיד שאין לבתי"ח יכולת למשוך פרטיים. רואים שבשטח הם מתנהלים ומנסים לעשות אקט שיווקי כזה או אחר - צנתורים בחינם באיכילוב, מחלקות שהם פותחים כדי לשווק.

דוברות: עשיתי בדיקה בתל השומר ואמרו לי "תראי, יצא לך ככה וככה, תבואי אלינו". יכולתי גם ללכת לקהילה.

דוברות: שימור לקוחות. פן עסקי.

דוברות: עוד דבר שבא לידי ביטוי זה הנושא של ההנהלה. זה שיש קביעות ואין קדנציות למנהלי בתי"ח, יש לך פונקציית מטרה אבל לא עמדת בזה, אז מה קורה? בחברה עסקית, מחר אתה הולך הביתה. בגוף ממשלתי שבו אין קדנציות, אין למנהלי בתי"ח או מנהלי מחלקות קדנציות, הדבר הזה מקטין את התמריץ לעמוד בפונקציית המטרה או ביעדים אחרים. גם שם מתחילים להיות מדדי איכות. הנושא של חוסר בקדנציות מייצר תמריץ יותר קטן לעמוד בפונקציית המטרה.

ד"ר' שלומי פריזט: מדדי איכות נעשים כדי לתפוס לקוחות או בשביל אידיאל?

דוברות: הם לא מפורסמים כרגע. יש תכנית למשרד הבריאות להכניס את זה, אבל כרגע זה לא מפורסם לציבור.

דוברות: זו לא המטרה כרגע. אין כזה דבר גרוע, יש מדד שיותר טוב כאן ופחות טוב בבי"ח אחר.

דוברות: הם רואים יותר את הבריאות מול העיניים מאשר שמירת התקציב, שזה משהו חשוב.



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

ד"ר שלומי פריזט: שבועת היפוקרטס אומרת לא לעשות נזק.

דוברות: כן, אבל מישוהו צריך לשלם את זה. מבחינת יכולת השליטה ההיררכית של מנהל ביי"ח על מנהלי מחלקות, על רופאים כשיש כוכבים ביניהם, עם משהו שמכיל בתוכו תמריצים, גם יכולת השליטה של תמריצים להסית מביה"ח, זה בעייתי. ביי"ח לא מסוגל להתמודד עם רופאים שעובדים אצלו ובפרטי, שרופא מסוגל להסית חולה לביי"ח אחר. הם לא מסוגלים להתמודד עם הקשר עם העובדים שלהם ושיקולים כספיים. פונקציית המטרה שלהם היא לאו דווקא שיקול כספי, אבל הם כן נכנסים על אף הפגיעה בחולה הציבורי. הנושא של תיירות מרפא לדוגמא, הם כן יכניסו את זה. בכל זאת הם כן רוצים לפעול כדי להגדיל נכסים. אבל לכיוון של צמצום הוצאות תקציביות שם אני לא מרגישה שהם פועלים, ושמים את הפן הרפואי על פני הכלכלי.

דוברות: יכול להיות שזה נובע מהקשיחות?

דוברות: יש לך יעילות. אתה יכול לצמצם את הזמנים של התורים, זה מעבר לשכר. אתה יכול לעשות יעילות גדולה יותר בחדר ניתוח, להשקיע בזה מאמץ. אתה יכול מבחינת הוצאות, יש לך מעבדות שיש בהן כפילות.

דוברות: למה זה קורה? אגו או מוניטין של מנהל ביי"ח?

דוברות: הגדלת נתח שוק על אף הסדרי הבחירה.

דוברות: למה אין להם אינטרס לצמצום גרעון?

דוברות: אלה מפעלים עסקיים שיש להם כיס עמוק. הם יודעים שהמערכת הציבורית לא תיתן להם לקרוס, אז איזה תמריץ יש להם כדי להתכנס? יש כאן מחסור בתמריצים. זה מתקשר לנושא של הקדנציות ולרצון.

ד"ר שלומי פריזט: ההכנסות מתיירות מרפא הולכות לתקציב תפעול של ביי"ח שהמדינה משתתפת בו. זה דוחף שקל אוצרי או שזה בנוסף?

דוברות: לא בהכרח בנוסף. הוא כן יכול לדחוק. המדינה מסבסדת את בתי"ח הממשלתיים. אם הם עושים תיירות מרפא, ואם משרד הבריאות כרגולטור עושה בקרה כמו שצריך, ורואה יעד של הקטנת סובסידיה כיעד, זה יכול להיראות כירידה מסובסידיה. להערכתי זה מאוד נוח, יש כיס עמוק מאחורה ויש סובסידיה.

ד"ר שלומי פריזט: הם אומרים "אני אבוא אליך לצ'ק השלמה".

דוברות: מערכת יחסי העבודה בבתי"ח וכושר המיקוח של הרופאים יותר גדול מבמקומות אחרים. זו סיטואציה קצת אחרת עם הרבה יותר השלכות רוחב על מערכת השכר. יש משהו בשיטה הזאת שהוא ייחודי יותר לבתי"ח.

דוברות: הוא גם חזק יותר בביי"ח הפרטי.

דוברות: בממשק בין פרטיים וציבוריים – בתי"ח שהם ספקים של הסל הציבורי, זה כן מכניס תחרות.

ד"ר שלומי פריזט: בין תשתיות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

דוברות: זה גורם להם לרצות לשפר את עצמם. אני חוזרת בעצמי שזה שוק שהתחרות בו נמוכה, כי זה יותר בפן של בתי"ח הפריפריאליים, כי איפה שהם גדולים - יש תחרות. בתי"ח פרטיים מעודדים את התחרות. מנגד, על בתי"ח הפרטיים - הם מייצרים השפעות שליליות על הרפואה הציבורית. זה טוב שיש תחרות כי זה משפר את המערכת הציבורית, אבל יש להם גם חסרונות, למשל על שכר הרופאים. זו אמירה כללית, יש תורה שלמה מאחורי זה.

דוברות: בעניינים אחרים זה משפר.

דוברות: הם מוציאים את הרופאים מהקהילה ומבתי"ח.

דר' שלומי פריזט: זה רמת השכר וההתפתחות הדינמית של ההכשרה של הרופאים. אין את ה - SPILLOVER של הידע לדור הבא של הרופאים. הם פעם אחת מתחרים על כ"א, ופעם שנייה הם גורמים לכך שרופאים מכשירי מתמחים נמצאים במגזר הפרטי אחר הצהריים וזה פגיעה בהתפתחות הכ"א.

דוברות: יש מנהלי בתי"ח טובים במערכת שגם שומרים על הפן התקציבי. זה לא מכוון שאין כאלה. ביקשתי לראות האם רואים באמת שינוי מאז שקמו בתי"ח פרטיים.

דוברות: אני מכירה שהמצב הזה קיים עוד לפני שהיו בתי"ח פרטיים. מתמחים מפחדים להתקשר למומחים אחרי שעות העבודה שלהם.

דר' שלומי פריזט: מי יודע את התשובה לשאלה הזאת?

דוברות: חלק זה הנציבות. ביקשנו נתונים ואין. בתי"ח עצמם יכולים לתת נתונים, זה העובדים שלהם. נציבות על החלק של הממשלה, לא על התאגיד, יכולים לתת נתונים.