



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

### פרוטוקול וועדת משנה ביטוחים - 28/11/13

**נוכחים:** דר' שלומי פריזט, ניר בריל, ניר קידר, דר' שולי ברמלי, פרופ' גבי בן-נון, פרופ' לאה אחדות, שירה גרינברג, רויטל טופר, עו"ד עדי ניב-יגודה, דורון קמפלר, מור סגל.

**\*\* מציג ראשון בפני הוועדה: דניאל כהן – חברת הביטוח כלל. ללא מצגת.**

### נקודות מרכזיות:

1. כפל ביטוחים – מס בריאות, שב"ן, רובד פרטי.
2. ביטוח פרטי משמעו קניית פריבילגיה של וודאות.
3. לגישת כלל מכירת ביטוח פרטי היא לא ככל ביטוח אחר בחברה. משמעה קניית וודאות ואופציות.
4. לגישת כלל, המחיר עלה בעקבות הוראת המפקח על הביטוח (שב"ן). הפרמיות עלו.
5. אנחנו עסק פרטי שרוצה תשואה על השקעה ורווחיות.
6. כל עוד ההשקעה ברפואה הציבורית תמשיך להיות נמוכה, רכישות הביטוח ימשכו. השקעה נמוכה של המדינה משמעה תורים ארוכים.
7. אין פקידה בבי"ח ציבורי שלא שואלת את המטופל שמגיע אם הוא רוצה פרטי או ציבורי.
8. יש מנגנון שלם שחברות הביטוח פיתחו בתוך הפוליסות - במידה ולמישהו קרה אירוע ביטוחי והוא לא תבע (חסך כסף) את הביטוח הפרטי, חברת הביטוח תיתן לו כסף, 50% מהחיסכון לחברה.
9. תקציב ומבנה המערכת הציבורית הם הבעיה.
10. הרצון להרוויח של הרופא גורם לו להסיט לשוק הפרטי כמה שהוא יכול. יש פיתויים לעבור על החוק.
11. פתרון – כלל נגד שר"פ בגלל החשש. מצד שני יש זירות שכלל לא יודעת להתמודד בהן.
12. לדעת כלל, שר"פ בסוף יהיה. כיום יש שר"פ בכל בתיה"ח בישראל.
13. סקרים והסדרים (סקר רפואי בבלינסון עושים בבלינסון דרך כלל).
14. כל מי שרוצה לשלם כדי לקבל שירות בבית חולים ציבורי – יקבל את השירות. "אני לא חושב שזה רע".
15. להזרים כסף לקופה הציבורית כדי לממן את אלו שלא יכולים להרשות לעצמם ביטוח פרטי.
16. בעד שר"פ מבוקר ומימון לחסרי יכולת כלכלית.
17. במידה ויש שר"פ בבתי"ח – חברות הביטוח ישלמו על יותר ניתוחים. המחיר שהיום משלמים ישתנה בגלל כניסת עשרות חדרי ניתוח נוספים (המחיר ירד). בסופו של יום, עמדת כלל היא שבמידה ויהיה שר"פ מבוקר, הפרמיות לא ישתנו.
18. עמדת כלל – הוצאה לנפש תרד, הוצאת חברת הביטוח תישאר, רפואה ציבורית תרוויח.

**דניאל כהן:** גם אני עולה כסף בסוף, אני לא עוסק בשיווק אבל משלמים לי לא רע.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גבי בן נון:** הבנו את החיסרון של LOSS RATIO, אבל אתה יכול לשים את ה - LOSS RATIO בלי סיעוד לעומת ענפי ביטוח אחרים?

**דניאל כהן:** בוודאי שכן. אם מסתכלים גם על קולקטיביים וגם על פרט, ה - LOSS RATIO עומד על ממוצע של הכל ביחד. על קולקטיבי מפסידים ועל פרט מרוויחים. פשוט להגיד את זה. אגב, אין חברה שיכולה להרוויח בקולקטיבי, לא יכולה להיות כזאת.

**ניר בריל:** להרוויח בכלל?

**דניאל כהן:** אין דיווח נפרד בקולקטיבי ובפרט.

**פרופ' גבי בן נון:** יש.

**דניאל כהן:** אין דיווח, אתה לא אמור לדעת אותו. אין בדיווחים שלנו הפרדה ואנחנו לא מחויבים לזה. מה שעשינו כדי להרוויח יותר זה להיפרד מכמה קולקטיבים ומיד הרווחנו. יש לזה רק יתרון לגודל. אני יכול להגיד שיש לי קולקטיביים, וזה עוזר לי גם למכור מוצר פרטי. יש לי כוח שוק מול אסותא למשל. וזה מתחבר ל - LOSS RATIO ול - COMBINE RATIO. זו אחת הסיבות שחברות קטנות משתמשות בשירותיה של הראל ורוכבות על הסכמיה, אחרת הן היו צריכות לשלם לאסותא יותר. אסותא מתמחרת את זמן חדר ניתוח שלה בהתאם, ואומרת שאתה תשלם יותר. חברות קטנות רוכבות על הסכמים של גדולות כדי להגיע לרווחיות. זה בא לידי ביטוי במחיר ללקוח וברווח שאני מציג. הפעילות של הבריאות היא 7% מסך פעילות הענף. אני לא יודע להפריד בין קולקטיב לפרט, ואם הייתי עושה את זה, הייתי מוותר על אוכלוסיות שלמות בביטוח. אם נקבע מחר את ה - LOSS RATIO ביחד עם הרגולציה בדומה לפנסיה שבה הגבילו דמי ניהול - זה מה שתקבלו לא אכפת לנו מה תעשו, עכשיו תהיו יעילים - ובסוף יש דמי ניהול, וכל פעם בא הרגולטור וקוטם את דמי הניהול והרגולציה עושה את שלה. את קרן הפנסיה של פעם מממנים הביטוחים של פעם, אם זה היה כמו היום אף חברה לא הייתה מוכנה להחזיק קרן פנסיה. הם יודעים לשחק עם המספרים ואי אפשר לנתק את הפעילות. בוא נקבע את הרווח ונשיא לך רווח יפה, המשמעות המידית של זה היא הפסקת הפעילות בקולקטיביים, מיד.

**ד"ר שולי ברמלי:** לפני רגע הצגת את זה כיתרון.

**דניאל כהן:** יתרון זה יתרון והפסד זה הפסד. יתרון נשמר כשאתה מרוויח ולא כשאתה מפסיד. אני גוף עסקי שמנהל את עסקיו.

לעניין אסותא - אנחנו לא מבצעים בקרה רפואית על אף מוסד. יש לקוח שהסכים לעבור ניתוח, אנחנו לא מתערבים או ממליצים, לא נותנים המלצה רפואית. אני לא נכנס למה שהוא צריך. אם הוא צריך צנתור, מעקפים, הוא אומר מה הוא רוצה ואנחנו עוזרים לו לממש את זה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**ד"ר שלומי פריזט:** כשהאוטו שלי נתקע בקיר אתה בודק מה הכשל. אתה לא-לא עושה את זה כי רכב אתה יודע לבקר טוב יותר.

**דניאל כהן:** אני עושה את זה כי אף אחד לא עושה משהו בלי להיות משוכנע שהוא צריך את זה. אני נותן חוות דעת ראשונה ושנייה כדי לאפשר לו ללכת, ולא להקשיב לרופא שעכשיו ממש רוצה לנתח אותו. אני מממן לו את זה בתוך הפוליסה, זו היכולת שלי לבצע בקרה מפצה. אני כן מבקר את הצד של ההוצאות, מה ההוצאה הממוצעת שלי לכל בייח וכל פרוצדורה. עלות של ניתוחים לקיצור קיבה או מניעת השמנה או הורדת משקל זה משהו שבעבר היה פרומיל מסוים, והיום זה בממדים אחרים לגמרי וגם עולה יותר. כמות הצנתורים שעושים, איזה סטנטים שמים, עלויות...

**ניר בריל:** ומה אתה עושה עם זה?

**דניאל כהן:** רב עם אסותא על המחיר, או משנה את הפוליסה שלי איפה שאני חושב שזה עבר את הפרופורציה.

**ניר בריל:** מה אתה חושב על נושא השיבוב בין הקופות לחברות הביטוח?

**דניאל כהן:** המשמעות של שיבוב של הקופה אלי היא מידית. אתה רוצה תבטל את הקופות, ואני לא נכנס ליחס ביניהן לבתייה ולבעלות, אני לא מחדש לוועדה בנושא הזה. מכבי היא בבעלות של 95% מאסותא. אני חושב שהאלמנטים פה ברורים. אנחנו יודעים לספוג הכל בנושא של שיבוב. המשמעות היא הקפצת מחירים למקום אחר לגמרי. נוצר מצב של פרימיום לאוכלוסייה מאוד מסוימת, שתוכל לקנות פוליסה פרטית ולהגיע למצב הזה. אם נעמיס עליך חלק של מאה אלף ניתוחים, המשמעות היא בפרמיה.

**רויטל טופר:** למה? אתם גם עושים חישוב שפחות מבוטחים יצטרפו, וזה פחות רווח.

**דניאל כהן:** אנחנו עושים רק חישוב אחד - רווח. רוב האוכלוסייה עושה באמצעות הסל הציבורי או השב"ן. אני או חבריי לא שולטים עדיין בכל השוק.

**ד"ר שלומי פריזט:** מכיוון שנותחת בפרטי ויש לך שב"ן, מגיע השב"ן ואומר שניתחנו ביחד, אנא ממך תסביר.

**ניר בריל:** מה לדעתך שונה פה? למה זה שונה משיבוב היום שנוצר מצב שיש רצון להתקזז? אני מבין את אמירת התוצאות, אבל האם יש שוני בין הליכי השיבוב היום בין החברות לבין הדבר הזה, חוץ מההשלכה של האם יש עוד סיבה שלא צריך שיבוב?

**דניאל כהן:** עמדתי היא שקופה לא צריכה לבצע בשב"ן ניתוחים. אני לא מוצא שום מקום בעולם שקופה מבצעת ניתוחים פרטיים. זה לא היה אמור להיות ככה כשזה קם. הביטוח הפרטי נתן ניתוחים פרטיים לפני השב"ן, ועוד בבעלותן בתייה פרטיים?? אני לא מכיר כזה מקום בעולם. העיוות הזה הוא התוצר של מה שקרה. הקופה מספקת את כל הניתוחים דרך השב"ן דרך פרטי. מה קרה להשתתפות העצמית של המבוטחים? זה משתנה כל שנה. אני יודע את התשובה, היא עלתה משמעותית. זה ההבדל ביניהם לביני, אני מתחייב לפוליסה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**רויטל טופר:** ההשתתפות העצמית אצלך לא מתעדכנת?

**דניאל כהן:** לא, אין אצלי השתתפות עצמית. בניתוחים בפרטי מהשקל הראשון אין השתתפות עצמית. מכיוון שזה חוזה ביטוח אני לא יכול לשנות את זה לעולם. לפי ההיגיון של הקופה, ולפי המעברים בין הקופות, ולפי גודל הקופות ושוני האוכלוסיות בין הקופות, אני מקבל בתור חבר קופ"ח לאומית פחות שירותים מאשר חבר מכבי, הסל שלהם משתנה.

**שירה גרינברג:** השיבוב קיים היום גם בין חברות הביטוח, ומה יקרה אם מחר תקום עוד חברת ביטוח?

**דניאל כהן:** נעלה את הפרמיות בהתאם.

**ניר בריל:** אתה אמרת שלא צריך בכלל ניתוחים בשב"ן. בהנחה שיש בחירת מנתח בשב"ן, מה שונה? האם יש השלכות חוץ משיבוב שלא צריך להיות היום, ואני משער שזה מעלה את הפרמיות ברכב, בחובה וכו'?

**דניאל כהן:** אלה ההשלכות, והפוך, זה רק על המחיר. אין השלכות אחרות.

**ניר בריל:** בסדר, זו השלכה מהותית.

**דניאל כהן:** זה המשולש הקדוש - אם לא היה שב"ן, לא היו ניתוחים רבים בפרטי. אני לא חושב שהכל היה זולג לפרטי. אנחנו מגיעים לפתרון דומה של איך לחזק את המערכת הציבורית.

**ד"ר שלומי פריזט:** מכיוון שהשב"ן מפגיש את הרופאים עם המבוטחים של אותה קופה, השב"ן הוא כלי קל להסטה לפרטי. איך נראה פתרון לבעיה כזאת? העלית את הגדלת התקציב הציבורי כפתרון. יש לך פתרונות אחרים?

**דניאל כהן:** שר"פ והפסקת הניתוחים באמצעות השב"ן.

**ד"ר שלומי פריזט:** מה לגבי מצב שבו הרופא שפגש את המבוטח לא יכול לנתחו בפרטי, בתור כלל?

**דניאל כהן:** הפתרון הוא שאני אפגוש את הלקוחות שלך ואתה את שלי. בשנייה אחת פתרתי את הבעיה והכל בסדר, אני חושב שאתה רופא מצוין ואנחנו עובדים יחד באותה מחלקה. אבל למה לא לבטל את הניתוחים דרך השב"ן?

**ד"ר שלומי פריזט:** זו שאלה נהדרת.

**שירה גרינברג:** זה מה שאנחנו בדרך כלל שואלים את העדים.

**ד"ר שולי ברמלי:** מה העמדה? כי אנחנו לא יודעים.

**ד"ר שלומי פריזט:** אפשר לבטל הכל.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דניאל כהן:** היה טריגר, בואו נלך דקה לפני אישור השב"ן. בתי"ח ציבוריים ביצעו הרבה יותר פעילות ציבורית בתוך בתי"ח, חברות הביטוח היו 20% מהשוק ולא 25%, ותמיד היו ביטוחים פרטיים. היה טריגר אחד ונכנס שחקן למערכת, השב"ן. הוא הוציא את הניתוחים מבתי"ח הציבוריים, וגרם להתמוטטות שאתם מנסים לפתור אותה. אני מוכן לספוג את הרפואה הפרטית שתזלוג, לבחירת המבוטח.

**פרופ' לאה אחדות:** הוא הוציא אותה לאותם מקומות שהמבוטח יכול להשתמש בשב"ן, כדי ללכת לפרטי במקומות שאין בהם שר"פ.

**דר' שלומי פריזט:** מה ההבדל בין זה כטיעון קונספטואלי לניתוח פרטי במערכת רגילה? למה חברות הביטוח לא מוציאות, באיזה מובן הן שונות?

**דניאל כהן:** צריך לבדוק איך יכול להיות ש – 80% מהשוק קונה ביטוח שב"ן. יכול להיות שהיו קונים פרטי במקום.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** זאת לא הסכנה בדיוק?

**דניאל כהן:** המערכת הציבורית תהיה מפוצצת בכל שעה ביום במיטב המומחים, היא תוכל לשדרג את התשתיות. עובדתית קרה דבר אחד בשוק הישראלי שהביא אותנו למצב היום, זה שהשב"נים יכולים למכור ניתוחים פרטיים. אני אומר אמיתי, תיקחו דקה לפני החוק, לא היו פחות רעבים ממני והרפואה הציבורית לא הייתה יותר טובה אלא פחות טובה, ועדיין לא קנו. אז יקנו עוד 5%.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** אתה אומר שההבדל לא משמעותי, כשאנחנו יודעים שהמניע המרכזי לקניית שב"ן הוא ניתוחים.

**דניאל כהן:** לי לא היה שב"ן עד לפני כמה שנים. הגעתי לקופה, והפקידה אמרה "איך אין לך? בוא תחתום, זה 40 ש"ח". באתי וחתמתי. זה בערך כמו העיסוק עם קופות גמל. העסק הזה נורא פשוט. חברים, זה השוק. להבדיל בחברת ביטוח שחושדים בראש במה לא, לא במה כן.

**פרופ' לאה אחדות:** יש הבדל בין ניסיון של שב"ן ואז אתה מבטל את זה, לבין זה שאתה רק מתחיל את זה.

**דניאל כהן:** זה מצב רפואי נתון היום, אין מנהרת זמן.

**פרופ' לאה אחדות:** אתה מעריך שיהיה גידול של 5%.

**דניאל כהן:** משהו שולי.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** הוא אומר שאם מורידים את הניתוחים, הביטוח הפרטי יעלה מ – 25% ל – 30% לטענתו.

**דר' שולי ברמלי:** זה 25% מתוך כל האוכלוסייה הישראלית?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דניאל כהן:** כן, כולל כל האוכלוסיות. בתי אב זה פחות.

**ניר בריל:** חלק גדול מהעניין בחברת ביטוח זה ניהול סיכונים וטיפול בקטסטרופות. לפי מה ששמענו, יש מעבר יותר ללייף סטייל ושירותים. האם זה מהלך שחשוב שיקרה, ולמה זה קורה?

**דניאל כהן:** זה קורה כי אתה רוצה להישאר במשחק ולהמציא עצמך מחדש. אני לא רואה עוד הרבה יכולות להישאר במשחק מבחינת חדשנות. הרעיון הוא כתבי שירות ושירותים חדשים מעבר לניתוחים, טיפולים אלטרנטיביים, פיזיותרפיה ומה שאתה רואה. אם היינו יכולים לא להיות שם היינו שמחים, כי זה הפקת פוליסה על 4 ש"ח כשיש לנו קפיטליזציה עם הספק. אנחנו צריכים להחזיק FRONTING, אנחנו חוששים מאיפה הספק יהיה עוד 40 שנה. ה - FRONTING זה חברת ביטוח ואני תמיד מחויב, כתבי שירות יכולים להתחדש כל שנה. הרגולטור שלי רומז לי שהוא הולך להפסיק לי את איכילוב כהנחיה, אבל זה עוד לא רשמי. אני חושב שזו פעם ראשונה ואני מקווה שזה לא יקרה. זאת תהיה פעם ראשונה שחברת ביטוח מפסיקה שירות באמצע.

**שירה גרינברג:** תעשה את זה בבי"ח אחר?

**דניאל כהן:** באיזה בי"ח? תעזרי לי על איזה בי"ח את מדברת. הדסה לא רלוונטי כי מחפשים מקום רלוונטי בישראל, כי זה ירושלים ו - 70% מהמבוטחים שלי במרכז. להראל ואסותא יש הסכם בלעדיות.

**שירה גרינברג:** אז הרגולטור שלך יתייחס לנושא הזה גם כן.

**דניאל כהן:** אתמול הייתי אצל דני אנגל שאמר לי שהוא לא יכול. בהרצליה מדיקל סנטר יש הסכמים אחרים לגמרי ועלויות אחרות. היינו שם לפני שסגרנו עם איכילוב. אני חושב שההסכם שלי עם איכילוב, אני אמרתי לעצור את זה כדי שלאף אחד לא יהיה יותר קל.

**רויטל טופר:** זו המשמעות של כתב שירות לעומת פוליסה.

**דניאל כהן:** אבל צריך סיבה הגיונית ולא סיבה פוליטית. אני אומר שאיכילוב זה הסכם עם קרן המחקרים, אין בו תיעדוף לא בפועל ולא בכתב לשום דבר על מבטח בליין הציבורי. הדבר היחיד שבגללו קונים ביטוח זה היכולת לבצע אבחון בחדר קרן המחקרים. אין מקום אחר לסקר רפואי באיכילוב לבכירים בענף, וכל אחד מכם יכול ללכת לשם מחר בבוקר ולשלם 1,500 ש"ח גם בלי מעסיק. אתה יכול דרך איכילוב לחכות בתור, ואני משלם על זה בפרטי או שתלך דרך הקופה. תשלם 3,500 ש"ח ותבוא עם MRI. זה הרעיון בכיסוי הזה שנעשה דרך קרן מחקרים, ואנחנו עשינו הסכם לגיטימי שלא פוגע בשום דבר, שמכניס כסף לבי"ח ציבורי. הצביעות של כסף של חברת

ביטוח הוא פופוליסטי, זה לא טוב אבל השקלים של חברת ביטוח זה לא טוב, זה יגיע לבי"ח. אנחנו לא נוותר כי יש לי 17 אלף מבוטחים שאני לא יכול לנייד אותם לבי"ח אחר פרטי, כי אין לי יכולת. אסותא זה ביה"ח היחיד שאני יכול והוא סגור עם הראל, אז מה זה השטויות האלה...

**שירה גרינברג:** מה אתה חושב שהמטרה של חברת ביטוח בשוק הבריאות?





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דניאל כהן:** את לא תאהבי את התשובה שלי. להרוויח כמה שיותר כסף, זו המטרה של כל חברה עסקית. המטרה של החברה כתובה בכל דף ראשון של כל דירקטוריון.

**ד"ר שלומי פריזט:** כשיושבת שירה כמתכנן של פעילות ציבורית, בוא נראה מה הייתי רוצה לראות במשק. בראייה של מדיניות ציבורית, מה נותנת חברת ביטוח לציבור?

**דניאל כהן:** זו שאלה אחרת לגמרי. תעריכו את הישירות שלי. המקום של חברת הביטוח הוא לייצר אפשרות למי שיכול לקבל וודאות, כשהמקום הוא לא רק למי שיכול מאוד אלא גם למי שיכול, בערך עשירון 6 ומעלה. הוא יכול לרכוש פוליסה שתיתן לו יותר וודאות וגם למשפחה שלו. זה חלק חשוב כדי ליצור ולעזור למי שחפץ כדי לבטח קטסטרופות. זה נכון לגבי ביטוח רכב, דירה ובוודאי נכון לקטסטרופות בבריאות. אנחנו לא מבטחים רק ניתוחים, שזה הבסיס הראשון, אבל בלי ניתוחים אני לא יודע לתת השתלות ואני משתיל יותר ממה שיש במדינה, ואם לא הניתוחים לא הייתי יודע לתת תרופות. זה המקום של חברת ביטוח, ודרך זה להביא את הרווח המקסימלי שאני יודע לתת לבעלים שלי. אני חייב שהבעלים שלי יהיו מרוצים כדי שלא יסגרו את העסק.

**שירה גרינברג:** איך כתבי השירות מתקשרים עם המטרה הזאת, לבטח קטסטרופות?

**דניאל כהן:** זה משהו נורא משני, אסור לנו למכור נספחים בלי בסיס. כל מי שקונה נספח חייב לקנות את הבסיס, את הקטסטרופה. זה אמצעי שיווקי-שימורי. במה אני אשתמש? כמה מכס מכירים דירה שנשרפה או התמוטטה ברעידת אדמה? אבל יש לכם ביטוחי דירה.

**ד"ר שלומי פריזט:** יש שם בעיה של ערך קינון. אין ביטוח רעידות אדמה בישראל, וזו דרמה מטורפת. כולנו נגור באוהל יום אחד.

**דניאל כהן:** תיזהר עם ההפחדה... בסופו של דבר יוצרים מוצרים שישתמשו בהם, שיעריכו את הביטוח. כשאתה נותן כיסוי למדרסים, זה שטויות בעלות ובוודאי שלא קטסטרופה. אתה נותן את זה כדי שיחוו את הביטוח וכדי שלא יחשבו שהם מלשמים על סתם. אף אחד לא יכול לקנות כיסוי על מדרסים, אבל זה בשביל המשמעות ובטח לא קטסטרופה.

**ד"ר שלומי פריזט:** מה דעתך לגבי השב"ן שמוכר קטסטרופות וגם כיסויים אחרים?

**דניאל כהן:** אני חושב שזה מה שהשב"ן צריך למכור, ולא קטסטרופות.

**ד"ר שלומי פריזט:** ואם הוא אומר אני אמשיך להיות שב"ן, את החלק הקטסטרופלי אני אקנה מחברת ביטוח, וכל השאר אתן לבד כי יש לי יתרונות לגודל?

**דניאל כהן:** שיקול עסקי. אין לי תשובה מוכנה מהבית.

**ד"ר שלומי פריזט:** בוא נאפשר את זה BACK TO BACK עם חברת ביטוח.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דניאל כהן:** אם זה מנטרל את האינטרסים של הרופאים... אם מכבי קנתה את ביי"ח אסותא כי היא מזיזה לשם את כולם ומקבלת החזר דרך אסותא, זו חשיבה מאוד נכונה של גוף עסקי, אבל אין לה בעיה ככה להסיט מהציבורי. לא ישכנעו אותה משהו אחר וכולם חושבים אותו דבר, לעשות הכי טוב לעסק. אם הדבר הזה יפתור את הבעיה שאנחנו מדברים עליה, אז בוודאי שכן, בשמחה. תפקידי למכור כמה שיותר ביטוחים למדינת ישראל. אנחנו הולכים אחד-אחד ומכרנו גם ללקוחות של מכבי. אין לה שום אינטרס חוץ מלדאוג שהלקוחות יקבלו שירות טוב במחיר הוגן ושאני לא אפסיד, כי אם כן, אני מעלה מחירים. זה חייב לבוא עם מגוון שלם של פאזל. אם אלה מפסיקים והשר"פים נפתחים ויש CAPACITY נכון למנתחים, אני מוכר איפה שיש לי הסדרים. אני חושב שהרופא לבד יחזור לביי"ח שלו, ואני לא אצטרך להתווכח עם אסותא.

**דר' שלומי פריזט:** בהנחה שאין שר"פ?

**דניאל כהן:** רק לגרום להם לקנות ניתוחים זה חצי הריון לדעתי. אני לא רואה בהסכם איך מחייבים אותי, אבל הרופא ייקח לאסותא. זה בוודאי מצב טוב יותר ממה שיש היום.

**שירה גרינברג:** בהיבט של קופ"ח וחברת ביטוח פרטית קיימת דוגמא כזאת היום בכל מיני תחומים. האם אתה כחברת ביטוח רואה בזה יתרון במובן השיווק של הפוליסות, עם כמות כל כך גדולה של מבוטחים?

**דניאל כהן:** אסור לי לפנות למבוטחים ואין לי את הנתונים. גם אם היו נותנים לי, אסור לי ולא אגע בהם. הכל בנומרטור, אין לי את הנתונים המלאים על החברים.

**שירה גרינברג:** עד כמה הפרדה כזאת באמת נשמרת?

**דניאל כהן:** העובדים שנותנים את השירותים לקופה הם רק שלי.

**שירה גרינברג:** סיעוד זה משהו ספציפי, אבל הראל ודקלה למשל, מול כללית. הם מתעסקים באוכלוסייה שיש פה מידע גדול על הפרט עצמו, במובן של הצורך הרפואי שלו. עד כמה באופן כללי חומות סיניות כאלה אכן נשמרות?

**דניאל כהן:** אגן על הראל ודקלה כי בסוף יש היסטוריה. דקלה הייתה של כללית. האנשים בכללית ודקלה זה אותם עובדים, ויש עובדים בכל מיני הסכמים, שגם הם לא יודעים למי הם שייכים. זו הפרדה סינית היסטורית. לא משנה עם מי ההסכם, תהיה חומה סינית גבוהה. זה אינטרס שלנו ולא נערבב.

**שירה גרינברג:** למה? אתה כחברת ביטוח לא רוצה להשתמש במידע על מבוטחים כדי לשווק פוליסות שלי?

**דניאל כהן:** אני הרבה פעמים שואל למה אני צריך לשלם כסף על מבוטח, שיתנו לי, אבל זה 400 ש"ח למבוטח וזה המון כסף תמורת ויתור סודיות למי שוויתר. חותמים על זה כשמצטרפים, ואז אני מבקש את המידע וזה הכנסה של הרבה מאוד מיליונים לקופות. יש חברות סטארט-אפ שמנסות לעשות ציד של מידע, ולא עברו את החומה של הקופה.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**פרופ' לאה אחדות:** כל העניין של המידע – הוא אמר שאם יהיה הסכם, תהיה חומה סינית רצינית. אבל אתה אומר שברגע שמבוטח חותם לך על ויתור סודיות אתה יכול לקבל את המידע?

**דניאל כהן:** זו עדיין חומה סינית. אני משתמש בחברה חיצונית מבטחת שמביאה לי את המידע. בסיעוד זה מתקיים היום. יש לי הסדרים בנסיעות לחו"ל עם 3 קופות, וגם שם יש חומות סיניות. הקשר היחידי זה ביני ובין פרץ גוזה.

**ד"ר שלומי פריזט:** למה אתה צריך הצהרת בריאות? תיקח ויתור סודיות שלי, ותגיד אני מתחתן איתו או לא, או תבדוק אותי באותו יום.

**דניאל כהן:** מותר לחברת ביטוח לצפות שאם אני שואל אותך שאלה תגיד לי את האמת, גם שאתה תובע. אין אף פעם בעיה. הסיבה השנייה היא תהליכי PROCESS, שאם אני שולח כל אחד לבדיקה, וביטוח בריאות זה מוצר נדחף כי יש תהליך שלם סביבו, וזה יכול להתמסמס וגם יש לזה עלויות. אני מזין תיקים רק למי שתובע. אם קרה לך משהו, אין סיכוי שאני אומין תיק שלך אם אתה מבוטח שלי 10 שנים. אם 8 חודשים, בוודאי שכן. אם נומין לכולם, יש לזה עלויות.

**שירה גרינברג:** מה אתם בודקים?

**דניאל כהן:** היסטוריה אל מול מצב רפואי נוכחי. יש רגולציה ששינתה לנו את ההתייחסות לזה, לא את הטופס אבל את ההתייחסות. מה שקובע בימ"ש קובע את העתיד שלנו כשיש מחלוקת.

**ד"ר שלומי פריזט:** אם אני מגיע איתך לבימ"ש, אני הפסדתי.

**דניאל כהן:** אני הפסדתי, כי ברור לי שאם תבעת אותי לא תחזור אלי לעשות ניתוח. לא אתה, לא חבריך הקרובים ולא משפחתך.

**ד"ר שלומי פריזט:** תודה רבה!

**\*\* מציגים שניים בפני הוועדה: שעה ז'לונקה וחניאלה וילנר – קופ"ח מכבי (השלמה). מציגים מצגת (מצורף**

**בקובץ POWERPOINT).**

**חניאלה וילנר:** נמשיך מהנקודה של פעם שעברה. הפתרון הוא לא דרך צמצום השב"ן, ונמשיך להתמודד עם טענות אחרות נגד השב"ן, כשהראשונה היא מקדם נגישות. הראנו שימושים בכל מיני כסויים. זה קיים במצגת. התמונה היא ברורה. הגענו לבחירת רופא בשב"ן, שזה עיקר ההוצאות של השב"נים בכלל. אני מזכירה שהראנו ש – 90% מהניתוחים אצלנו הם בהסכם. אנחנו שולטים על המחירים בציבורי ובפרטי גם בהתייחס ל – CREAM SKIMMING של אסותא. נתייחס למהו המרכיב הגורם לבעלי השב"ן בכל זאת לעשות את הניתוח בציבורי. בסיס הנתונים שלנו הוא 50% מההוצאה, ו – 100% מההוצאה הדיפרנציאלית. אנחנו מדברים על היקף של מיליארד



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

ש"ח, וזה כולל אמבולטוריקה וכו'. רוב ההוצאה נמצאת שם. 84% מכמות האנשים שעושים ניתוח בציבורי יש להם גם שב"ן.

**שעיה זילונקה:** 84% מאלה שעושים ניתוחים ציבוריים יש להם שב"ן, והם החליטו לא להשתמש בו. אם נלך למסלול של שר"פ בבת"ח ציבוריים, ה – 84% האלה יבחרו את מסלול השב"ן בשר"פ, מה שיגדיל את ההוצאה הלאומית. הם עכשיו ישלמו למנתח עוד משהו כדי שזה יהיה במסלול הזה.

**חניאלה וילנר:** מה שעוד ראינו זה עלות ממוצעת לניתוח ציבורי. יש 40 אלף פעולות כאלה בתוך המיליארד ש"ח, מה שהופך לעלות ממוצעת של 24 אלף ש"ח. מיליארד ש"ח זה 50% מההוצאה של מכבי בבת"ח ציבוריים, שהיא כמעט 90% מהיקף הפעולות הכירורגיות.

**ד"ר שלומי פריזט:** זה אומר שזה הניתוחים היקרים יותר?

**חניאלה וילנר:** בוודאי.

**ד"ר שלומי פריזט:** זה יכול להיות בגלל השתתפות עצמית? זה לא שבחתי לא להפעיל שב"ן, אבל הבנתי שיש השתתפות עצמית.

**חניאלה וילנר:** כן, או ניתוחים דחופים שבאו מהמיון או ניתוחים מורכבים שמפחדים מהסיבוכים, לב, סוכרת וכו', ולא בטוחים שבפרטי יקבלו טיפול מתאים.

**רויטל טופר:** יכול להיות שיש גם תור יותר ארוך כי לא משתלם לעשות אותם בפרטי?

**חניאלה וילנר:** העלות הממוצעת היא 24 אלף ש"ח. תיכף נראה לכם. לקחנו את הפעולות העיקריות, וראינו שיש יותר מאלף בשנה, פעולות עיקריות בבת"ח ציבוריים. זאת ההגדרה שלנו. הגענו ל – 5 פעולות עיקריות – צנתור טיפולי, אבחנתי, כריתת תוספתן לפרוסקופי, ניתוחי קטרקט והרניה. את אלה עושים מעל אלף בשנה בבת"ח ציבוריים.

**שירה גרינברג:** בציבורי או בשב"ן?

**שעיה זילונקה:** ציבורי, לשם ההשוואה של הפעילות של מכבי בכלל.

**חניאלה וילנר:** בצנתור לב טיפולי למשל יש 4,300 טיפולים בציבורי, מתוכם 84% הם בעלי שב"ן ועשו בציבורי. ויש עוד 750 חברי שב"ן שעשו בפרטי. התייחסנו לפרופורציות, ולטענה שיש יד מכוונת של הקופות. זה מראה שאין יד מכוונת ואנשים יכולים לבחור. אנחנו יכולים לכוון, אבל אנחנו לא באמת עושים את זה. קטרקט והרניה – יש למעלה מ – 1,000 ניתוחים בציבורי, אבל עיקר הפעילות היא בפרטי. אם יש 1,150 ניתוחי קטרקט בציבורי, יש 7,500 בפרטי. ניסינו לנתח את זה ואין לי תשובה. גילוי נאות – אולי מי שהיה בשיבא עובד היום במכבי. בקטרקט אין ניתוחים ארוכים, בהרניה כן. קטרקט אתה רואה פחות טוב, אבל זה לא חיים ומוות. מאז שהצלחנו לבדוק תורים, והייתה על זה כתבה בטלוויזיה על ניתוחי שקדים, אי אפשר לקבל נתונים בטלפון, בחיי. הם אומרים



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

"תשלח את המסמכים ויקבע לך תור אצל רופא". תוך כמה זמן יהיה ניתוח? "תשלח את המסמכים ונראה". קטרקט זה לא עניין של תורים. יש היצע מצוין של מומחים בשוק, וזה ניתוח אמבולטורי שלא מצריך אשפוז, זה לא החלטה בשמיים, אבל מצד שני זה עין. עניין מומחים הוא מאוד קריטי.

**פרופ' לאה אחדות:** יותר מאשר צנתור טיפולי?

**חניאלה וילנר:** לא יודעת, אולי זה מעניין שנבקש שיעשו לנו סקר, משהו ששווה לבדוק אותו. יש גם עניין של טכנולוגיה, איזה סוג של עדשה שמים לך, וזה משתנה בין בתייה"ח. בציבורי מקבלים משהו מסוים, ובפרטי יש עדשות אחרות. לפעמים הרופא יגיד לך ללכת לפרטי בגלל סוג העדשה, זה יכול להיות חלק מההחלטה, ונקבל איזה החלטה שהוא בוחר בה. בהרניה יש בעיה של תורים, בשיבא לפחות זה סדר גדול של שנה. יש 4,000 בפרטי ו-1,500 בציבורי. בפרטי זה בעיקר הרניות של ילדים. מעבר לתורים, עם ילדים אתה יותר רוצה לבחור את הרופא, זה קורה יותר כשזה הילד שלך, מאשר אצלך, זו תמונה מעניינת.

נעבור לפרטי - לקחנו את הניתוחים שהוצגו כעיקריים בציבורי, ובדקנו את העלות בפרטי. צנתור לב טיפולי הוא 40 אלף ש"ח במחירון משרד הבריאות. זה עולה למכבי כולל הרופא באסותא 27 אלף ש"ח.

**שעיה זילונקה:** אנחנו אומרים מחירון מול מחירון, ואחרי זה יש הנחות מסגרת.

**חניאלה וילנר:** אם יש אביזרים הוספנו גם אותם. זה המחיר לשב"ן. לדוגמא, הצרת קיבה - עולה בציבורי 41 אלף ש"ח, ועולה לנו בפרטי אצל רופא הסכם 26,200 ש"ח. הצרת קיבה בשרוול זה מאוד מתפתח עכשיו, ורופאים אוהבים את הניתוחים האלה. ניתוח קטרקט - מחירון זה 4,900 ש"ח, מחירון בפרטי זה 3,500 ש"ח. כפתורים - אי אפשר להשיג תורים בציבורי בכלל, 1,347 בציבורי ו-1,411 בפרטי.

**שעיה זילונקה:** כמעט כולם בפרטי, אי אפשר לעשות אותו בציבורי.

**רויטל טופר:** זה לא שיש הרבה אנשים בתור, אלא לבי"ח לא שווה להעמיד חדר ניתוח בשביל זה, בשביל 1,000 ש"ח.

**דר' שלומי פריזט:** לא שווה לבי"ח ציבורי להעמיד בשביל 1,400 ש"ח חדר ניתוח, וזה כן שווה לבי"ח פרטי?

**חניאלה וילנר:** כן. הוא עובד 24 שעות ביממה, הוא יותר יעיל מאשר בציבורי, הוא סוגר בלוקים לרופאים לניתוחים שעובדים בשיטת הסרט הנע. יש לנו 60 אלף פעולות בהסכם מבחינת עלות ממוצעת. ההוצאה שלנו היא חצי מיליארד ש"ח לפעולות האלה. העלות הממוצעת שלנו בפרטי היא 7,500 ש"ח לעומת הציבורי שהיא 24 אלף ש"ח.

**דר' שלומי פריזט:** זה לא אותו תמהיל ניתוחים, זה יכול ללכת לשני הכיוונים - יותר יעיל או ניתוחים יותר מורכבים?

**חניאלה וילנר:** זה מצריך ניתוח יותר מעמיק.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**ד"ר שלומי פריזט:** זה נכון אם מחזיקים את סוג הניתוח קבוע.

**חניאלה וילנר:** הם עושים יותר ניתוחי החלפת בן אדם מאשר כפתורים באוזניים...

**ד"ר שלומי פריזט:** כשאתם בשב"ן נותנים חוות דעת שנייה, אתם בודקים שהיא באמת השנייה שהאדם קיבל??

**חניאלה וילנר:** אנחנו עושים עבודה מ - 2011 מאוד קשה שמתבטאת גם בדו"ח. אנחנו לא קיבלנו אישור לראות בזה חוות דעת נוספת. זה משנה את התמונה - או אצל אותו יועץ פעם שניה או רופא אחר באותו תחום בקופה. זה לא כתוב בתקנון, ולא קיבלנו אישור לעשות את זה. יחד עם זאת, אנחנו מקפידים לראות שזה ייעוץ ולא משהו אחר. אנחנו מבקשים סיכום ביקור. אתה חושש ממה?

**ד"ר שלומי פריזט:** מכלום. האם זו חוות דעת שנייה או קיצור תור לפגוש את הרופא המסוים? בלי קשר לזה שאני רואה אותו פעם שנייה.

**חניאלה וילנר:** לפי התקנון אין לנו יכולת לדרוש את זה.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** כפתורים זו דוגמא יחידה למשהו שהוא יקר יותר בציבורי?

**חניאלה וילנר:** זה לפי ניתוח של פעולות עיקריות, אולי יש עוד. עלות נטו זה אחרי השתתפות עצמית למבוטחים. זה מה שעולה לנו. אנחנו בנפרד משלמים לרופא ואם יש אביזרים אז גם כן בנפרד, בפרטי זה הכל כלול. יש הנחות באסותא וגם בבתי"ח הציבוריים, בערך אותם סדרי גודל באחוזים. מתייחסת למצגת. זה כולל רופא, אביזרים ואשפוז איפה שיש. ההשתתפות העצמית היא 1,800 ש"ח בתקרה שלה.

**ד"ר שלומי פריזט:** כשאת כותבת מחירון משרד הבריאות זה מחירון שלא לוקח בחשבון CAP ואלפא?

**חניאלה וילנר:** נכון.

**שעיה זילונקה:** באסותא זה אותו דבר, ברוטו מול ברוטו.

**ד"ר שלומי פריזט:** אחד מחירון ואחד עלות, זה מה שכתוב.

**שעיה זילונקה:** העלות כוללת את המחירון של אסותא ואת מה שמשלמים לרופא.

**חניאלה וילנר:** אני רוצה להציג כמה עולה כל ניתוח אחד מול השני. אנחנו משלמים גם לארגון הרופאים.

**שעיה זילונקה:** זה נכון שזה לא אותן הנחות, אבל זה בשביל לתת תחושה.

**חניאלה וילנר:** חוזרת למצגת. איך מתפלגת ההוצאה של דמי חבר בשב"ן - במצגת. מה המשמעויות של דמי החבר, כי יכול להיות שיש חשיבה לוותר על חלק מהדברים בשב"ן, לראות מה המשמעות של זה וכמה הפרמיה תרד.



**שעיה ז'ילונקה:** רואים כאן שהדברים שהם לא בריאות זה כסף קטן.

**חניאלה וילנר:** אנחנו רוצים להראות לכם קצת על שימושים בשב"ן והנגשת המידע, שזה חלק מהטענות שאנחנו שומעים. גם מהשרה שמענו את זה – במצגת – פרופיל שב"ן מכבי 2012. היינו קודם בגרעון ואנחנו כבר לא.

**עו"ד עדי ניב-יגודה:** יש את היחס בין הרבדים שונים?

**רויטל טופר:** אתה יכול לראות בדו"ח שלי. זה התחיל רק עכשיו, בפברואר 2013.

**חניאלה וילנר:** לקחנו את הכיסויים העיקריים בהם משתמשים המבוטחים – במצגת. מדד הפריפריאליות לפי הקפיטציה, ואתם רואים איך מתחלקת האוכלוסייה של מכבי – במצגת. יש תאימות בחלוקה של המבוטחים בצורה שמכבי מתחלקת באוכלוסייה, זה נתון חשוב ומשמעותי. התאימות היא מאוד גבוהה, גם במרכז.

**שעיה ז'ילונקה:** יש תאימות גם בצריכת השירות בשב"ן.

**ניר בריל:** זה מה שמעניין.

**ד"ר שלומי פריזט:** בנתונים בדו"ח אמרו שברגע שיש שימושים שווים, אין הבדל בהוצאה. אתה צריך להגיד שבפריפריה עושים יותר ניתוחים זולים.

**שעיה ז'ילונקה:** זה משתמשים ולא עלות, בניתוחים.

**חניאלה וילנר:** סורוקה סגור למכבי, ולכן אתה תראה יותר ניתוחים זולים. חלקם הולכים לניתוחים פרטיים, וחלקם נוסעים בארץ.

**פרופ' גבי בן נון:** אין דבר כזה שלא מקבלים אותם.

**חניאלה וילנר:** לא במיון, אלא באלקטיבי. בסורוקה יוצרים חסמים לא פורמליים למבוטחי מכבי, יוצרים תורים, ולכן אין להם ברירה אלא ללכת לבי"ח אחר. הם נוסעים למרכז הארץ אולי...

**ד"ר שלומי פריזט:** אבל אז אם אני חותך צפון-דרום זה נעלם.

**שעיה ז'ילונקה:** גם בממוצע הפערים לא דרמטיים.

**פרופ' לאה אחדות:** אתה רואה בייעוצים שימושים קטנים יותר. למה לא הלכתם על אחד עד ארבע? זה מה שמקובל ללכת לפי הקפיטציה? יש לך הבדל בשימושים שהוא לא זניח.

**שעיה ז'ילונקה:** רואים פה את ההבדל בין הפריפריה למרכז, אף אחד לא מתכחש לזה, אבל זה לא דרמטי.

**פרופ' לאה אחדות:** בהינתן שיש לך 3% שם, וחצי מהם לא משתמשים בייעוצים...

**חניאלה וילנר:** בייעוצים זה הכי בולט, אבל תסתכלי על שיניים.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**שירה גרינברג:** מה זה משתמשים בשב"ן? אלה שניצלו איזשהו כיסוי?

**ניר קידר:** זה תעודות זהות.

**דר' שלומי פריזט:** (מקריא נתונים מתוך דו"ח).

**ניר בריל:** זה עניין של כסף.

**שעיה זילונקה:** יש תמהיל כנראה. בניתוחים היקרים יותר פחות משתמשים.

**חניאלה וילנר:** עוד תמהיל – שיעור חברי שב"ן מתוך חברי מכבי, במכבי. אלה נתונים מאוד חשובים. שיעור בעלי שב"ן בקרב חולים גבוה מהמוצע – במצגת. לחולים יש יותר שב"ן במוצע, לעומת הבריאים.

**שעיה זילונקה:** אין שוויון מוחלט במערכת הבריאות מבחינת צריכת שירותים, וזה ברור, אבל עושים דרמטיזציה כאילו רק לעשירים יש ולעניים אין, אז זה רק לפניכם כדי לתת פרופורציה. מבחינת הניצול, גם השכבות הנמוכות מנצלות.

**ערן פוליצר:** הייתה אמירה שהפריפריה מסבסדת את המרכז.

**שעיה זילונקה:** הראינו לכם שזה לא נכון.

**דר' שלומי פריזט:** זה נראה מאוד מוזר שאנשים מקבלים מחלות על בסיס גיאוגרפי, חוץ מחיפה ורמת חובב.

**חניאלה וילנר:** זה נכון שאנשים במצב סוציאקונומי יותר חולים. איך מנגישים את המידע – במצגת. כך מופיעות הטבות השב"ן באתר האינטרנט. אפשר לבחון את הכיסויים בהיבט האישי. על פי תעודת זהות אתה יכול לדעת כמה ייעוצים נשארו לך, מה נשאר לי בזכויות שלי. אי אפשר להתייחס לתמונה כולה ולמה קורה בביטוחים הפרטיים, אנחנו לא חיים באותה זירה ויש פה דיספרופורציה מהותית שצריך לטפל בה. השוואה בין ביטוח מסחרי לשב"נים – במצגת. הביטוח המסחרי מטרות השאת רווחה וכך זה מתנהל, וזה בא לידי ביטוי בהוצאות גבוהות של השב"נים וברוחים גדולים של חברות הביטוח. בסיס עובדתי – במצגת, זה על פי מחקרי מכון ברוקדייל. חברות הביטוח לא חייבות להעביר כמות למפקח שלהם. שליש בפרטי ושני שליש ומעלה זה בשב"נים. רוב הרווחים במסחרי מגיעים לבעלי המניות של חברות הביטוח, בניגוד לשב"נים. קצת על פרמיות – במצגת. אני מתייחסת לפוליסות פרט, אין לנו נתונים על קולקטיבי בפרטי. מה עושות חברות הביטוח כדי לא לשלם על הביטוח – במצגת.

**פרופ' גבי בן נון:** מי זה חבר הכנסת הזה?

**חניאלה וילנר:** מישראל ביתנו. ברגע שמבוטח הפעיל את זכאותו במסגרת השב"ן, והוא זכאי לקבל את השירות שלו בשב"ן וגם בחברת ביטוח, השב"ן או הקופה תהיה זכאית להשבת הוצאותיה בגין המקרה, וזה למה? אנחנו נתייחס גם לשיבוב.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**שעיה ז'ילונקה:** אם רוצים כמדיניות להקשות על הפרטיים, ואם משלמים כל כך הרבה פרמיה אז שיתנו, אז זו דרך נכונה.

**חניאלה וילנר:** זו מערכת ציבורית, והכסף משולם לאנשים כמו במערכת ציבורית. היא מקבלת את כולם ונותנת לכולם, וחברות הביטוח לא משלמות את זה. מדובר על כסף פרטי לעומת ציבורי. אם הקופה משלמת למבוטח משהו שהחברה הייתה יכולה לשלם לו, אז ההוצאה פחות ממה שאנחנו משלמים. מפה יבוא הכסף הציבורי. אפשר להוריד פרמיות, להוסיף כיסויים, לקבל פה החלטה, אבל אלה סכומי עתק, ואם מחפשים כסף למערכת הציבורית, הנה הכסף.

**ד"ר שלומי פריזט:** זה אומר שחברות הביטוח נמצאות לך בספרים.

**חניאלה וילנר:** היום אני כבר מפרסמת הכל.

**ד"ר שלומי פריזט:** זה לא באמת יביא כסף, כי תעשה את זה מעכשיו והלאה. חברת ביטוח תפשוט רגל מחר בבוקר.

**שעיה ז'ילונקה:** או שכן או שלא. יש להם LOSS RATIO של 60% מהפרסומים שלהם.

**ד"ר שלומי פריזט:** את אומרת החל מהיום על המלאי החדש.

**חניאלה וילנר:** נכון. אני הייתי רוצה להסביר איך אני רואה את זה – במצגת.

**פרופ' גבי בן נון:** רעיון מעולה.

**חניאלה וילנר:** החלק של חברות הביטוח בהוצאה שלנו זה גס נורא, אי אפשר להגיד שהם לא מממנים אף ניתוח. הם גם ירצו להתחלק איתי על ההוצאה שהייתה להם, אבל בגדול זו התמונה – במצגת. זו ההוצאה שמוציא השב"ן עבור מה שהביטוח הפרטי היה צריך לשלם. סדרי גודל של פיצוי ממה שהם צריכים לשלם עבור אותו ניתוח זה 10%, כלומר 90% הם חוסכים, אז שיתחלקו איתי על הפיצוי שלהם. אני מוכנה לקחת על עצמי את הסיכון כי זה ברור לי. לציבורי זה סיפור אחר, אי אפשר להשתבב איתם כפי שזה נראה כרגע.

**שעיה ז'ילונקה:** תעשי הבדל בין הצעה של ניתוב לשיבוב.

**חניאלה וילנר:** הסכומים הם אותם סכומים. בפרמיה מתוך 55 ש"ח לחודש זה שווה 7 ש"ח לחודש. זה על הכל.

**ד"ר שלומי פריזט:** וגם על כל הניתוחים.

**חניאלה וילנר:** כן, וזה גס לגמרי, אני חוזרת ואומרת.

**שירה גרינברג:** יש שני מצבים - הפרט הלך ועשה דרך הפרטי ויש לו מכבי, הוא נכלל פה מבחינתכם?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**חניאלה וילנר:** אני אומרת שהפיצוי הוא 10% ממה שהיו צריכים לשלם. כמה ניתוחים אני לא יודעת להגיד. הם משלמים על משהו, אז אני לוקחת את הסיכון. אפשר לשחק עם זה. החלופה הזמנית עד לאישור התיקון בחוק – במצגת.

**ד"ר שולי ברמלי:** כדי להיות אופטימי.

**חניאלה וילנר:** הצעת החוק תעבור או לא, וזה יכול לקחת איקס זמן. חוק החברות מחייב אותם להשתבב, ואז זה אומר שנקבל חצי, ושוב זה גס לחלוטין – במצגת. מה אנחנו אומרים שנעשה עם הכסף הזה? נפחית פרמיות או נחזיר את התרופות מצילות חיים.

**פרופ' גבי בן נון:** רעיון מעולה.

**ניר קידר:** שיבוב עכשיו...

**חניאלה וילנר:** יש תקנות על הביטוח שעושות אסדרה בשוק. הקבוצתיות, אני סומכת על חברות הביטוח שימצאו את הדרך איך לחדש את הביטוחים הפרטיים כמו שהם, מבלי לעשות שינוי. זה סדר גודל של 5-10 שנים ולהמשיך להתנהל ככה זה לא הגיוני בכל צורה ודרך, כי בתיקון הקודם שיצאו פוליסות UPGRADE, לקח הרבה שנים לראות שהם לא מציעים את זה בכלל. הסוכנים מקבלים עמלה מתוך הפרמיה שהם מצליחים למכור וב - UPGRADE, המשלים לשב"ן, זה הרבה יותר נמוך. אביגדור קפלן הודה בכנס ים המלח שזה מצריך אותם להעלות את הפרמיות ל - 15% כדי לשמור על רווחיות. כשאני שואלת OFF THE RECORD אמרו לי גג 10%.

**ד"ר שלומי פריזט:** אי אפשר לשנות את זה.

**חניאלה וילנר:** הוא יכול במקרים חריגים דרך המפקח. בוא ניקח את כל הסל, יש פיצוי שמביא מעבר להוצאה. אני מוכנה לקחת עם השיבוב ולחלק לשניים.

**ד"ר שלומי פריזט:** איזה שיעור של אנשים הם מעוטי יכולת אצלכם, שלא יכולים ולא שלא רוצים לקנות את השב"ן?

**חניאלה וילנר:** ל - 70% מתוכם כבר יש שב"ן במכבי לפחות.

**פרופ' לאה אחדות:** אם זה נמוך יותר, אתה יכול להבין שמתוך ההפרש הזה זה רובם מעוטי יכולת. בממוצע הכללי זה מתחלק בין גבוה לנמוך.

**שעיה זילונקה:** עדיין יש לה 50% אחרים שהם מאוד מעוטי יכולת.

**ד"ר שלומי פריזט:** נניח שאנחנו רוצים להכניס אותם לשב"ן בחינם כ - COST DRIVER לשב"ן שלך, הרי אתם ביטוח סוציאלי, ואני גם ככה מממן אותם במיסים שלי. כמה כסף?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**פרופ' גבי בן נון:** אפשר לעשות את זה בשתי דקות.

**ניר קידר:** אבל אתה לא יכול להפלות, אתה חייב לעשות את זה גם על מי שמשלם.

**חניאלה וילנר:** זה לא רעיון פסול, זה יעלה לנו את ההוצאות.

**שעיה זילונקה:** לא עלות דרמטית לדעת.

**פרופ' גבי בן נון:** הפרמיה הממוצעת היום היא 50 ש"ח. תכפיל את זה כפול הבלתי מבוטחים שיש להם בקופה, את כל ה – 15%, ואז תקבל איזושהי אינדיקציה.

**חניאלה וילנר:** ל – 50% מתוכם כבר יש להם.

**פרופ' לאה אחדות:** יש עוד אופציות – אם האוצר יגיד שהוא רוצה את הכסף הזה של השיבוב בציבורית?

**שעיה זילונקה:** איך מעבירים את זה מתכנית של שב"ן חזרה למדינה? צריך לצבוע את זה.

**פרופ' לאה אחדות:** איך ביטוח לאומי עושה שיבוב מול חברות הביטוח?

**שעיה זילונקה:** זה להוריד פרמיה.

**דר' שלומי פריזט:** לגבי בקרת איכות או רפואית בתוך המערכת הפרטית, אתם מבצעים את זה? באיזה היקפים? מבוטח שלכם שהגיע משיבא לאסותא במסגרת שב"ן, אתם עושים עליו בקרה רפואית אם היה מגיע לניתוח בשיבא?

**ניר בריל:** זה רק שיבא עושים.

**חניאלה וילנר:** יש כמה תחומים בהם צריכים לקבל אישור לפני ניתוח – ניתוחים קוסמטיים או רפואיים, וניתוחים שיש בעולם חשש משימוש מוגבר בהם, כמו כריתות רחם וצנתורים. אם הוא עושה אותו זה הופך לפרטי, אבל על כל ניתוח וניתוח – לא. אני לא בטוחה שזה נבדק ככה בבת"ח במחלקות. מבחינה כספית ודאי שאנחנו עושים בקרות, ואני גם לא בטוחה שזה נכון. אתה מתכוון לאדם שעושה ניתוח הרניה ואולי הוא לא צריך את זה?

**דר' שלומי פריזט:** כן. אם חתכו אותו, נגמר הסיפור ואתם משלמים.

**חניאלה וילנר:** אם אתה רואה שיש לרופא ניתוחים לא מוצדקים, אתה מדבר עם הרופא וזה נכון גם בתרופות.

**שירה גרינברג:** באיזושהו מקום אומרים שהקופות הן GATE KEEPER יותר טוב, הן יטרפדו את הביקושים כי יש להן כוח יותר גדול. השאלה איפה זה בא לידי ביטוי כשהאדם החל הליך תביעה.

**חניאלה וילנר:** יש GATE KEEPER לפני הניתוח, שהניתוח לא מאושר לפני בדיקה של השב"ן.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**שעיה ז'ילונקה:** יש ניתוחים מסוימים שלא יעזור ולא יעשו סתם, ויש דברים בתחום האפור, ואנחנו נכנסים לפרה-אוטוריזציה של זה גם בשב"ן.

משפט סיכום – אני מאחד את שתי הפגישות שהיו לנו יחד – השב"ן הוא לא הבעיה של מערכת הבריאות למרות מה שזה נראה. לא נראה נכון לחפש את החוליים של המערכת שם. הבעיה היא שחוק התקציב בסל, השב"ן הוא מראה של מה שקורה. יש בעיה של אינטגרציה בין הקהילה לבתיה"ח, ושם יש הרבה מה לעשות כדי לייצר יעילות מערכתית. אין מקום לחפש את הפתרון לתקציב לא בשר"פ ולא בשב"ן, וצריך להתרכז בפתרונות הנכונים, השב"ן כבר יתאים את עצמו. מבחינתנו שלא יהיה שב"ן ושתהיה מערכת ציבורית טובה, אבל אם לא, זה יהיה קטסטרופה. אנחנו רואים בשב"ן כיסוי ציבורי וולונטרי לסל הבסיסי. הוא לא שוויוני, אבל כן תורם לשוויוניות לעומת מצב שהיה אילו לא היה שב"ן. המערכת כולה חיה באיזונים מאוד עדינים, וכל שינוי שעושים צריך לראות מה זה עושה כדי לא למוטט ולגרום נזק. נושא שקל לטפל בו זה בעיית חברות הביטוח והשב"ן, צריך לייצר שם פתרון לבעיה הזאת. תודה רבה לכם!