

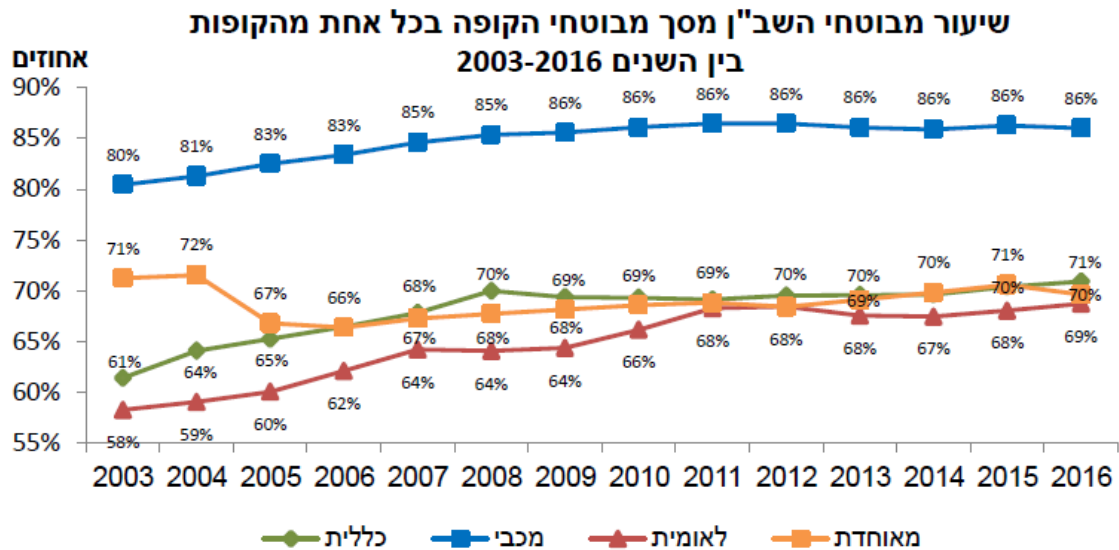
שלום רב,

הנדון: נייר עמדה בנושא תוכניות השב"ן

עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן: "חוק ביטוח בריאות ממלכתי") עוגנה זכאותו של כל תושב ישראלי לקבל שירותי בריאות לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. עוד נקבע כי המדינה היא האחראית למימון של שירותי הבריאות (בהתאם למקורות הקבועים בסעיף 13 לחוק), וכי השירותים יינתנו באמצעות קופות החולים.

לצד זאת, סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מאשר לקופות החולים להציע למבוטחים לרכוש בצורה וולונטרית ביטוחי בריאות, הכוללים שירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל הבריאות. בהתאם להוראות סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי במערכת של הביטוח המשלים קופת החולים חייבת להתנהל ברמה של איזון שנתי בין הכנסותיה מתשלומי העמיתים לבין הוצאותיה לצורך מתן שירותים לעמיתים. עוד נקבע בחוק כי משרד הבריאות מאשר את פוליסות הביטוחים המשלימים, ומבצע מעקב שוטף אחרי השירותים המוענקים במסגרתם והתשלומים השונים (פרמיה, השתתפות עצמית וכיו"ב). במידה רבה נדמה כי לאורך השנים ביטוחי הבריאות המשלימים הלכו ותפחו לממדי ענק, תוך טשטוש הגבול בין ציבורי לפרטי במערכת הבריאות. ביטוחי בריאות שבמידה רבה הפכו להיות חלק ממנגנון כלכלי שבפועל מנציח את הבעיות של מערכת הבריאות הציבורית, ושמעצים את אי השוויון בתחום הבריאות. מנגנון שמייצר ניגודי אינטרסים מובהקים בתוך מערכת הבריאות, מזניק את ההוצאה הפרטית בתחום הבריאות ומאפשר למדינה להסיר אחריות על בריאות אזרחיה.

מנתוני משרד הבריאות לשנת 2016 עולה כי 74.4% מציבור מחזיקים בביטוחים משלימים, והיקף גביית הפרמיות חצה את רף ה- 4.5 מיליארד שקלים. במקביל, ההוצאות הרפואיות של הביטוחים המשלימים עומד על יותר מ- 3.6 מיליארד שקלים בשנה. נפח פעילות כל כך משמעותי, עד שבמידה רבה כיום הביטוחים המשלימים הפכו להיות גם המנגנון הכלכלי המרכזי לוויסות ההוצאה הציבורית של קופות החולים. ויסות כלכלי שאותו נאלצות קופות החולים לבצע כחלק מניסיון להתמודד עם גירעונות העתק.



מקור: דו"ח ציבורי מסכם של תוכניות השב"ן של קופות החולים לשנת 2016, משרד הבריאות

א. פרמיה שב"ן - מיסוי רגרסיבי שמעצים את אי השוויון בתחום הבריאות

בשני העשורים האחרונים, ועל רקע מדיניות התקצוב של מערכת הבריאות הציבורית, מבחינה מהותית תשלום הפרמיה החדשית בעבור השב"ן הפך מס לכל דבר ועניין. הייבוש התקציבי פגע אנושות במערכת הבריאות הציבורית ובאמון הציבור. פגיעה שבשלה הרוב המכריע של הציבור אינו 'מרשה' לעצמו שלא לרכוש ביטוחי בריאות משלימים (ר' טבלה של שיעור מבוטחים בקופה לעיל). דה-פקטו נוצרו בישראל שני מסלולי מיסוי עיקריים בתחום הבריאות (בהתעלם מהשתתפות עצמית): 'מס בריאות' אותו משלם האזרח באמצעות המעסיק (פרוגרסיבי), ו-'מס שב"ן' (רגרסיבי). מס שאותו משלם המבוטח ישירות לקופת החולים לכאורה בצורה וולונטרית. בפועל, כש 74.4% מציבור מחזיק בצורה לכאורה "וולנטארית" בביטוחים משלימים, הפרמיה החדשית היא לא אחרת מלבד מס בדלת האחורית.

כעת, ולאחר שרוב הציבור כבר מחזיק בביטוחים משלימים, נסללה דרך יחסית פשוטה להעביר שירותים וטיפולים חיוניים שצריכים להיות באחריות המדינה לצורת מימון פרטית דרך הביטוחים המשלימים (לדוגמה, מצב שבו תרופות חיוניות יוכנסו לביטוחים משלימים ולא לסל הציבורי). התנהלות מדאיגה זו היא שפועל מצמצמת את אחריות המדינה על בריאות תושביה, וזאת בניגוד גמור לעקרונות שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. התנהלות שמעצימה את אי השוויון בתחום הבריאות תוך יצירת תלות בין יכולת כלכלית ובין קבלת טיפול רפואי חיוני. להדגיש, הגדלת היקף המימון הפרטי בתחום הבריאות הוא שפוגע ביעילות של מערכת הבריאות הציבורית. פגיעה ביעילות שמקבלת ביטוי ממשי ב: הסטת מטופלים ממערכת הבריאות הציבורית למערכת הבריאות

הפרטית; יצירת תמריץ כלכלי להארכה מלאכותית של תורים לניתוחים, פרוצדורות וייעוציים רפואיים; גידול בהוצאות שכר במגזר הציבורי ועוד.

ב. הורדות פרמיות השב"ן

נוכח האמור לעיל, במסגרת בחינה מחודשת של תוכניות השב"ן, אופיים והשפעתם על מערכת הבריאות הציבורית, נוצרה הזדמנות ייחודית להקטין את שיעור התשלום הרגרסיבי בתחום הבריאות, וכפועל יוצא גם לצמצם את ההוצאה הפרטית בתחום הבריאות. צמצום ההוצאה הפרטית באמצעות החלטה רגולטורית על הפחתה משמעותית של הפרמיה החודשית אותה משלמים 74.4% מהציבור. הפחתת פרמיה שיכולה להתבצע בזכות העודף התקציבי האדיר שנוצר כבר היום בתוכניות השב"ן של קופות החולים, לצד ניקוי תוכניות השב"ן משירותים מיותרים.

הקופה	רובד	עודף (גרעון)	הכנסות מדמי חבר	עודף (גרעון) כאחוז מהכנסות
כללית	מושלם	16,693	1,385,444	1%
	פלטינום	42,826	738,310	6%
מכבי	כסף	2,096	9,914	21%
	זהב	76,445	1,201,248	6%
	מכבי שלי	19,172	229,049	8%
מאוחדת	עדיף	13,094	374,586	3%
	שיא	25,404	205,532	12%
לאומית	כסף	(1,306)	7,663	(17%)
	זהב	(5,282)	314,295	(2%)
סה"כ	כל הרבדים	189,142	4,466,042	4%

מקור: דו"ח ציבורי מסכם של תוכניות השב"ן של קופות החולים לשנת 2016, משרד הבריאות

מנתוני משרד הבריאות לשנת 2016 עולה כי בעקבות שינויים רגולטורים (בפרט המעבר משיטה של החזר לרשימות הסדר) סיימו תוכניות השב"ן את שנת הכספים בעודף של עשרות מיליוני שקלים. כך נכתב בדו"ח ציבורי מסכם של תוכניות השב"ן של קופות החולים לשנת 2016, משרד הבריאות:

תכניות השב"ן של שרותי בריאות כללית סיימו את שנת 2016 בעודף של כ- 60 מיליוני ש"ח (לעומת עודף של כ- 51 מיליוני ש"ח בשנת 2015), תכניות השב"ן של מכבי שרותי בריאות סיימו את שנת 2016 בעודף של כ- 98 מיליוני ש"ח (לעומת עודף של כ- 28 מיליוני ש"ח בשנת 2015), תכניות השב"ן של קופת חולים מאוחדת סיימו את שנת 2016 בעודף של כ- 38 מיליוני ש"ח (לעומת עודף של כ- 1 מיליון ש"ח בשנת 2015) ותכניות השב"ן של לאומית שירותי בריאות סיימו את שנת 2016 בגרעון של כ- 7 מיליוני ש"ח בדומה לאשתקד (גרעון של כ- 8 מיליוני ש"ח בשנת 2015).

בנוסף, נכון להיום תוכניות השב"ן כוללות מגוון רחב של שירותים ו – 'מוצרים' שספק רב אם ראוי ונכון שיהיו בסל השב"ן שאותו מציעות קופות החולים. כעת, וכדרך לצמצום עלויות, הגיעה העת לבצע ניקוי יסודי של הביטוחים המשלימים מכל אותם שירותים מיותרים שלאורך השנים נכנסו לביטוחים כחלק ממנגנון שיווקי משוכלל. שירותים ומוצרים מיותרים שהם בבחינת 'Nice to have' (הסרת שיער, הסרת משקפיים, הגדלת חזה וכיו"ב).

בשולי הדברים, נוכח עודפי התקציב תמוה בקשתם של חלק מקופות החולים לצמצם את היקף הזכויות הקיימת בסעיף התרופות (לדוגמה, לעבור לרשימה סגורה של תרופות). בקשה שאם תאושר יש בה כדי לפגוע בציבור המבוטחים, כמו גם בעקרונות ההתחייבות החוזית. בנוסף, ראוי אף לבחון את מנגנוני התפעול והשיווק של תוכניות השב"ן, היקפם ויעילותם. בחינה מחודשת שראוי לקיים על רקע נתוני משרד הבריאות על שיעור הוצאות התפעול, שיווק, הנהלה וכלליות מסך הוצאות של תוכניות השב"ן.

ג. העדר אכיפה אפקטיבית של תחום השב"ן

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי "סמכויות הפיקוח והבקרה לפי חוק זה, יחולו על הקופה גם לענין מתן שירותי הבריאות הנוספים לפי סעיף זה; ראה שר הבריאות[4] כי לא עמדה הקופה בתנאים שבסעיף זה או מצא פגם או ליקוי במתן שירותים לפי התכנית, דרך כלל או לענין מסוים, רשאי הוא, לאחר שנתן לקופה הזדמנות להשמיע את טענותיה, להורות על תיקון הליקוי וכן, אם הליקויים לא תוקנו, להורות לקופה להימנע מצירוף עמיתים חדשים לתכנית, עד לתיקון הליקויים להנחת דעתו."

נוכח השפעתם הרבה של הביטוחים המשלימים על כלל מערכת הבריאות בישראל, זכותו, שלא לומר מחובתו של משרד הבריאות לפקח, לבקר ולבצע אכיפה אפקטיבית בכל הנוגע לתחום הביטוחים המשלימים. אולם, ולמרות שבידי משרד הבריאות מצויים כל הכלים חוקיים והרגולטוריים להסדרה ואכיפה של תחום הביטוחים המשלימים, בפועל במקרים רבים עיוור הרגולטור לפעולות ומהלכים שמתקיימים בשטח. כמו כן, במקרים אחרים שבהם הרגולטור כבר נחשף להפרות של הוראות השב"ן, מתקשה הרגולטור לאכוף את הוראותיו והנחיותיו עצמו. כך כדוגמה אחת מיני רבות ניתן לראות בהתנהלות חלק מקופות החולים ביחס למתן טיפול תרופתי לנשאי הפטיטיס C. מיום ההכרה בתרופות דור שני בישראל, חלה חובה על קופת חולים מכבי לספק תרופות אלו מכוח תקנון השב"ן

לעמית השב"ן נשאי הפטיטיס C אשר בשל מאפייני המחלה שלהם אינם זכאים לקבל את התרופות מדור שני במסגרת סל הבריאות. חרף זאת, ולמרות הוראות חוזרות, חדות ומפורשות של הרגולטור ביחס לחובתה של קופת החולים לספק את הטיפול התרופתי (מצ"ב מכתב האגף לפיקוח על קופות חולים ותוכניות שב"ן), קופת החולים המשיכה בסירובה לספק את הטיפול התרופתי לנשאי הפטיטיס C. התנהלות שבגינה הגיש הח"מ תובענה ייצוגית שנדונה בימים אלו בבית הדין לעבודה תל אביב (ת"צ 43595-04-17). על רקע האמור לעיל, כמו גם מקרים נוספים מחובתו של משרד הבריאות לקיים בקרה ואכיפה אפקטיביים שיבטיחו מיצוי זכויות מלא של מבוטחים.

נוכח כל האמור לעיל, חשוב לציין כי במציאות תקציבית מתוקנת כלל לא היה צריך את הביטוחים המשלימים של קופות החולים (לפחות לא כפי שהם התעצבו והפכו להיות כיום), וכל המטופלים היו יכולים וצריכים לקבל את הטיפול הרפואי בזמן סביר, באיכות סבירה, במרחק סביר ובמימון ציבורי – בדיוק כפי שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אולם, בפועל עיוותים ואינטרסים יצרו פער בין הראוי ובין המצוי. פער שכיום מציב בפני מערכת הבריאות אתגרים לא פשוטים ושחלקם ניצבים בפני הועדה לבחינת תוכניות השב"ן. מכאן, חשוב להפנים כי בדיוק כמו בעקרון הכלים השלובים, כל מהלך שנעשה בתחום הביטוחים המשלימים משפיע במישרין ובעקיפין על מערכת הבריאות כולה. לכן, ועל מנת שלא לחזור על טעויות עבר, ראוי שכל החלטה או מהלך יעשו בזהירות, באחריות רבה ובהתבסס על מידע מהימן ותשתית של נתונים עובדתיים.

כמו כן, ובפרט לאור ההכרה בהשפעה של הביטוחים המשלימים על מערכת הבריאות הציבורית, ולהפך (כפי שבא לידי ביטוי בכתב המינוי כחלק מהגדרת יעדיה ומטרותיה של הועדה), לא ניתן להתעלם מהעבודה שתנאי יסודי והכרחי לכל מהלך בתחום ביטוחי הבריאות הוא החובה לשפר את הזמינות והנגישות לניתוחים, פרוצדורות ובדיקות של רופאים מומחים ברפואה הציבורית. נכון להיום, ובצורה מעוותת הביטוחים המשלימים של קופות החולים הם הדרך של מטופלים (שאינם מקושרים ושאינן להם פרוטקציה במערכת הבריאות) לקצר את התור לניתוחים, פרוצדורות או בדיקת רופא מומחה.

בכבוד רב ובברכה
עדי ניב-יגודה, עו"ד



כ"ה בתמוז, התשע"ו
31 יולי 2016
60971016

לכבוד
גד רונן הראל
מנהל השב"ן
מכבי שירותי בריאות

שלום רב,

הגדון : מתן טיפול תרופתי לחולי הפטיטיס C עם פברזיס F2 - F0 במסגרת השב"ן

הובא לידיעתנו כי מכבי מתנה את זכות המבוטח לקבלת טיפול בתרופות החדשות להפטיטיס סי במסגרת השב"ן במימון התרופות מ"הדור הישן" במסגרת סל הבריאות הממלכתי.
יצוין, כי עפ"י סעיף 18.2.2 ב' נדרש אמנם כתנאי לזכאות בשב"ן כי החבר ימצא את הטיפול הקיים בסל הבריאות, אולם מתנאי סעיף 18.2.2 לתקנון "מגן זהב" בהקשרם הכולל ובפרט נוכח סעיף קטן ו' ברור כי הדרישה למימון התרופה שבסל היא רק ביחס לתרופה חלופית כהגדרתה בסעיף 18.1.9 ב' לתקנון "מגן זהב". דהיינו, כי מדובר בתרופה אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועדה לטיפול באותו מצב רפואי ובעלת יעילות דומה לזו של התרופה נשואת הזכאות ובלבד שהשימוש בתרופה החלופית אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר לחבר.
השוואה בין התרופות החדשות לתרופות "הדור הישן" מעלה שוני מהותי ביעילות הטיפולים. שוני זה מתבטא בעיקר בהשגת מטרת הטיפול (SVR), אשר בתרופות "הדור הישן" מגיע ל-60%-50% ואילו בתרופות החדשות עומד על 95%-100%. בנוסף, הטיפולים מהדור הישן כרוכים בסבל ובתופעות לוואי רבות למטופל וככל שהטיפול בתרופות מהדור הישן לא צלח ונדרש טיפול בתרופות מהדור החדש, הרי שטיפול זה הופך ממושך יותר.
גם בסל שירותי בריאות, במקרה שבו יש זכאות לטיפול בתרופה מ"הדור החדש" להפטיטיס סי, זכאות זו אינה מותנית במימון טיפולים מהדור הישן, בין היתר, מטעמים אלו ממש.
נוכח האמור, עמדתנו היא כי התניה של הטיפול בתרופות מ"הדור החדש" להפטיטיס סי במסגרת השב"ן במימון הטיפול מ"הדור הישן" במסגרת הסל, אינה עומדת בהוראות תקנון השב"ן של מכבי.

לפעולתכם בהתאם.

The Health Care Organizations and Supplementary Regulatory
Division, Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
pkupot@moh.health.gov.il
Fax: 02-5655992 Tel: 02-5080107

האגף לפיקוח על קופות"ח ושב"ן
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
pkupot@moh.health.gov.il
טל: 02-5080107 פקס: 02-5655992