

14.5.18

לכבוד

הוועדה לבחינת תכניות שב"ן

הנדון: עמדת רופאים לזכויות אדם בנושא שב"ן

נושא הביטוחים המשלימים עומד, בעיני נשות ואנשי מקצוע רבים, בלב הדיון על מערכת הבריאות הציבורית בישראל.

הביטוחים הללו, שהוקמו כאמצעי צידי, לאפשרות של רכישת שירותים "משלימים" כגון רפואה אסטתית, ועוד, הפך בעצם לביטוח "משכפל", אשר מקנה לרוב את אותם השרותים המסופקים על ידי הביטוח הממלכתי, רק שבמסגרות פרטיות. כך הפך השב"ן במהלך העשור האחרון למנגנון כלכלי משומן שמכרסם בביטוח הבריאות הממלכתי ופוגע בשוויוניות מערכת הרפואה הציבורית.

כל אזרח במדינה מבוטח על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי—באחת מארבע קופות החולים. אולם, בתהליך הפרטה מהיר ואגרסיבי שהחל בסוף שנות התשעים, שנים ספורות לאחר חיקוק החוק שהבטיח "צדק שוויון ועזרה הדדית" נוצרה מערכת הביטוחים המשלימים שהפכה להיות הממשק הפעיל ביותר בין אינטרסים ורפואה פרטית לבין המערכת הציבורית. כיום, למעלה מ-70% מאזרחי המדינה מחזיקים בביטוח משלים של אחת מקופות החולים. ההשלכות לכך דרמטיות.

בראש ובראשונה, ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל היא מהגבוהות במדינות OECD, אל מול הוצאה ציבורית הולכת וקטנה.

שנית, הביטוח המשלים מאפשר קנייה, הלכה למעשה, של בחירת רופא, של חוות דעת שנייה. והקדמת תורים. בפועל בשל התורים הארוכים והבלתי נסבלים במערכת, הביטוח המשלים גורם להסטה מתוך המערכת הציבורית למערכת הפרטית. חוסר הגבולות הברורים בין המערכת הציבורית לפרטית באה לידי ביטוי בכך שקופות החולים עצמן משווקות באופן אגרסיבי את הביטוחים המשלימים כך שהמערכת הציבורית לא רק שמשלבת בתוכה יותר ויותר רפואה פרטית, אלא גם הופכת למערכת שמפלה את מי שאין ברשותו לקנות ביטוח משלים (כחמישית מאזרחי המדינה). שלישית, קיומו של הביטוח המשלים מאיים על הסל הציבורי-כפי שהודגם במאבקים השונים של קופות החולים להכנסת תרופות מצילות חיים ל"משלים".

רביעית, הביטוחים ה"משלימים" יוצרים ניגודי אינטרסים במערכת: לרופאים המנתחים אין אינטרס לקצר תורים במערכת הציבורית, כי זה ייפגע בהכנסה שלהם במסגרת הפרטית, ולקופות כדאי להפנות מטופלים לבצע פרוצדורות במסגרת הביטוחים המשלימים, כדי לא להכביד על הגרעונות שלהן. פועל יוצא של ניגודי אינטרסים אלה העובדה, לדוגמה, שכיום כ-85% מניתוחי כריתות אדנואידים ושקדים מתבצעים במסגרת הביטוחים ה"משלימים" על אף שזו פרוצדורה שנמצאת בסל

השרותים.

חמישית, בעוד שהכנסת תרופות ופרוצדורות חדשות לסל הציבורי נעשית תוך הליך קפדני ושקוף, שבוחן את התרומה והיעילות של כל תרופה או פרוצדורה, הביטוחים ה"משלימים" מהווים פתח להכנסת פרוצדורות או טיפולים כתוצאה מסיבות שאינן קשורות בהכרח ליעילות ולתרומה לבריאותה האוכלוסייה.

שישית, הביטוחים המשלימים מעמיקים את הפערים בין מרכז לפריפריה, שכן השב"ים מציעים הרבה יותר שרותים במרכז מאשר בפריפריה.

שביעית, השב"ן מביא לשימוש לא יעיל של משאבי המערכת, שכן רופאים בכירים מבצעים באופן פרטי פרוצדורות יחסית פשוטות, מה שבנוסף פוגע בתהליך ההכשרה של מתמחים.

שם המתעתע של ה"ביטוחים המשלימים" אינו מקרי.

ביטוח משלים הוא ביטוח שעוזר לשלם להתמלא, שתומך בשוליים של ביטוח הבריאות הממלכתי שלנו, שמהווה את האינג של היאנג של הרפואה והבריאות שמובטחת לנו על פי חוק. אולם, השם מטעה.

שם פחות מוצלח מבחינה סגנונית אבל בוודאי מוצלח יותר מבחינת יושרה הוא "ביטוחים פרטיים בבעלות קופות החולים".

הביטוחים המשלימים, מגדילים את הפערים בבריאות בין האוכלוסיות השונות ומעמיקים את חדירת הרפואה הפרטית אל הרפואה הציבורית. בניגוד ל"מס הבריאות" אשר נגבה על פי רמת הכנסה ובכך מצמצם פערים, הביטוח המשלים (אשר הפך למעין מס בגלל האחוז הגבוה של האוכלוסייה אשר רוכש אותו) משולם על פי גיל, כך שבפועל הוא מס גרסיבי שמגדיל פערים.

הגדלת ההשתתפויות העצמיות שאמורה לרסן את הביקוש ב"שוק" הפרטי כמו גם גביית מס של על הביטוחים המשלימים מגדילים את ההוצאות של מטופלים.

הדבר פוגע משמעותית במטופלים, מעמיק את הפילוג בין מעמדות חברתיים-כלכליים שונים, יוצר מערכות בריאות שונות לאלו שיכולים ואלו שלא ומגבירה את העירוב בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית.

התוצאות של שב"ן הן שקופות החולים ממשיכות להעלות את הפרמיות כדי להמשיך ולכסות על גרעונותיהן, מערכת הבריאות הציבורית הולכת ומדלדלת, המטופלים משלמים יותר ומקבלים מערכת בריאות ציבורית הולכת ומצטמצמת אל מול מערכת פרטית בתוכה שהולכת וגדלה.

לכן, יש ליתר את הביטוחים המשלימים, ולפעול לכך שסכומי העתק שנמצאים היום בשב"ים יחזרו למערכת הציבורית. כדי להבטיח את יעילותה ושוויוניותה של המערכת לאורך שנים יש להבטיח בה הפרדה מוחלטת בין הפרטי לציבורי-כזו שתאפשר לעובדות ולעובדים בה שכר הוגן ולמטופלים בה טיפול טוב ושוויוני.

יש להעלות את מס הבריאות באחוז, (גם כך מס הבריאות בישראל נמוך משמעותית מהמס הנגבה במדינות ה-OECD) מה שעל פי הערכות הכלכלנים יכול לתגבר את מערכת הבריאות ב 3 מיליארד שקלים כתוצאה מכך, ויאפשר העברת הטיפולים והפרוצדורות שיעילותן הוכחה מהשב"ן לסל הציבורי, ואף תאפשר מידה מבוקרת של בחירה במסגרת הרפואה הציבורית. סגירת המערכת המקבילה, תביא גם לצמצום התורים.

האפשרות לבחירת רופא וחוות דעת שניה חשובות וניתן להטמיע אותם בתוך סל הבריאות במימון ציבורי, כפי שנעשה לפני שנים לגבי בחירת רופא בקהילה.

כמוכן, יש לאסור על קופות החולים לשווק ביטוחים פרטיים, ו- על פי הדגם הקנדי – לאסור על הרופאים לעבוד במקביל במערכת הציבורית ובפרטית, באופן שבו רווחיהם הפרטים נבנים על המוניטין אותו רכשו במערכת הציבורית.

אנו פונים לחברי הוועדה לבחינת תוכניות השב"ן להגן על מערכת הבריאות הציבורית, לפעול לשינוי מגמת תהליכי ההפרטה בעולם הבריאות, לראות בביטוחים המשלימים כמעמיקים אי שוויון בנגישות לבריאות, לפעול לבטלם ובמקביל לייצר בסיס תקציבי ראוי למערכת הבריאות הציבורית כפי שהוצע לעיל.

נשמח להציג את הדברים בפני הוועדה.

בברכה,

פרופ' דני פילק	פרופ' נדב דוידוביץ	גלית כהן
המחלקה לפולטיקה וממשל	ראש בית הספר לבריאות הציבור	מחלקת תושבים
אוניברסיטת בן גוריון	אוניברסיטת בן גוריון	רופאים לזכויות אדם
חבר הנהלת רל"א	חבר וועדת האתיקה רל"א	