

מאי 2018

אל: חברי הוועדה לבחינת תכניות השב"ן (שירותי בריאות נוספים) - pkupot@moh.gov.il

מאת : גבי בן נון

### הנדון: נייר עמדה בנושא בחינת תכניות השב"ן

#### **1. רקע - המהפכה השקטה בענף הביטוחים הפרטיים**

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995) כולל כידוע סל רחב של שירותי בריאות איכותיים וזמינים לכל. מעבר לסל זה התאפשרה במסגרת החוק הפעלת תכניות ביטוח משלים על ידי קופות החולים (שב"ן), ובנוסף, רובד שלישי של ביטוח בריאות המוצע על ידי חברות ביטוח מסחריות. ניתוח ענף ביטוחי הבריאות הפרטיים (שב"ן + ביטוחים מסחריים) מלמד שענף זה עבר מאז שנת 2000 מהפכה: מספר המבוטחים בתוכניות הביטוח הפרטי גדלו כמעט פי שניים ומחזורם הכספי של תכניות הביטוח הפרטי גדלו בשב"ן יותר מפי שש ובביטוח המסחרי פי שלוש (מאז שנת 2007). חיבורם של ההכנסות מתשלומי משקי הבית על פרמיות ביטוח בשתי התוכניות מלמד שההיקף הכולל של הכנסות מפרמיות ביטוח פרטי עמד בשנת 2016 על **כתשעה מיליארד ש"ח - כ- 10% מסה"כ הוצאה הלאומית לבריאות באותה שנה**. לתשלומים אלו יש להוסיף גם את הוצאות משקי הבית על השתתפויות עצמיות במסגרת תכניות הביטוח הפרטי המוערכות בכמיליארד ₪ נוספים. ביטוי נוסף לתשלומים אלו ניתן למצוא גם בסקר הלמ"ס על הוצאות משקי הבית על בריאות: בשנת 1997 יועדו כ- 11% מסה"כ הוצאות משקי הבית על בריאות לביטוחים פרטיים בעוד בשנת 2016 הגיע שיעור זה ליותר משליש. ישראל הופכת בעשור האחרון לשיאנית בהיקף המחזיקים בביטוחי בריאות פרטיים (מקום רביעי אחרי ארה"ב, צרפת וקנדה). תשלומי משקי הבית על ביטוחים פרטיים היווה בעשורים האחרונים את 'מנוע הצמיחה' המרכזי בגידול במימון הפרטי של מערכת הבריאות ובגידול הוצאות משקי הבית על בריאות.

לקצב הגידול המואץ בהיקף הביטוחים הפרטיים היו סיבות רבות אולם נראה כי התרומה המשמעותית ביותר לצמיחת הביטוחים הפרטיים נבעה משחיקה בהשתתפות הממשלה במימון המערכת. שחיקה זו פגעה בזמינות ואיכותו של הסל הציבורי - פגיעה שהביאה למידת אמון פוחתת והולכת במערכת הבריאות הציבורית וחיפוש אחר כיוון ביטוח פרטיים שאפשרו רכישת איכות משופרת של שירותי בריאות ובעיקר את קיצור משכי ההמתנה (באמצעות בחירת רופא). להתפתחות זו בענף ביטוחי הבריאות הפרטיים היו ועדיין ישנן השלכות רבות על יעילותה של מערכת הבריאות כמו גם על אופייה השוויוני ובמסמך קצר זה אתייחס לעיקרי ההשלכות בתקווה שהאבחנות שיוצגו יסיעו לוועדה לבחור גם את ה"טיפול הנכון" באבחנות אלה.

#### **2. מה רע בהתפתחות הביטוחים הפרטיים?**

ל"מהפכה השקטה" בענף הביטוחים הפרטיים היו השלכות שליליות הן על אופייה והציבורי של המערכת והן על רמת יעילותה:

- **השפעה על ההוגנות והסולידריות במערכת הבריאות** - תשלומי הפרמיות בתוכניות הביטוח המסחרי מבוססים על סיכון, ובשב"ן - על גיל. בשני המקרים מדובר **בתשלום רגרסיבי** שבו ההוצאות על רכש הביטוחים מהווים אחוז גבוה יותר מהכנסתם של בעלי הכנסה נמוכה. בנוסף, מימוש תכניות הביטוח כרוך **בהשתתפויות עצמיות גבוהות** אשר גם בהם ישנה פגיעה בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות של אוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה. עוד מסתבר שתשלומי **תושבי הפריפריה בתוכניות הביטוח מסבסדים את תושבי המרכז**, שכן זמינות השירותים הכלולים בתכניות הביטוח (בעיקר בחירת רופא מנתח וחוות דעת שניה) היא נמוכה יותר באזורי הפריפריה ולכן זכויות אלה קשות בפריפריה למימוש.
- **השפעה על יעילות המערכת** - דפוסי ההתחשבות הקיימים כיום בין השב"ן ובתי החולים מעודדים את קופות החולים להסיט מטופלים מהמגזר הציבורי למגזר הפרטי במימון השב"ן - מהלך שבאמצעותו קופות החולים מצמצמות את הוצאותיהם על אשפוז בסל הבסיסי על ידי הסטת הוצאות האשפוז (טופס 17) למימון השב"ן. הסטת מטופלים מהמערכת הציבורית לפרטית מתקיימת גם **בקרב הרופאים** העובדים במערכת הציבורית ומשמשים בו-זמנית גם למערכת הפרטית. העסקה כפולה זו יצרה תמריצים להפניית חולים ציבוריים למערכת הפרטית תוך הארכת משכי ההמתנה של החולה הציבורי במערכת הציבורית. בנוסף, שכר הרופאים במערכת הפרטית גבוה יותר מזה הקיים במערכת הציבורית וככל שפער ההכנסה (לטובת המערכת הפרטית) גבוה יותר, כך נמוך יותר היקף המשרה של הרופאים במערכת הציבורית.

### 3. החלטות הממשלה בשלוש השנים האחרונות – האם הם מספקות?

התרחבות תופעת הביטוחים הפרטיים והשפעתה השלילית על יעילותה של המערכת הבריאות ומידת השוויוניות המובנים בה, הביאה בשנים האחרונות לחישוב "מסלול מחדש" הן במשרד האוצר והן במשרד הבריאות לגבי התמריצים וכללי הסדרה הראויים בענף. בשנים אלו יזמו המשרדים סידרה של מהלכים שנועדו בין השאר "להפחית את המחיר שאותו הפרט משלם מכיסו, ובכך למנוע ניצול של חולים וגביית מחירים גבוהים מחולים בשעת נזקקותם" (ציטוט מתוך חוק ההסדרים). צעדים אלו כללו את הגדלת התקציב המיועד לקיצור תורים במערכת הציבורית, עידוד העסקת רופאים כ"פול טיימרים", במערכת הציבורית, מעבר משיטת "החזר" לשיטת "הסדר", חיוב רופאים במערכת הציבורית בתקופת "צינון", מבחני תמיכה שנועדו לצמצם היקף הניתוחים הפרטיים במימון הביטוח המשלים ועוד.

סידרת שינויים אלה נועדו כאמור לרסן את קצב הגידול בביטוחים הפרטיים וברפואה הפרטית, להפחית את תשלומי משקי הבית על בריאות (על ידי הפחתת הפרמיות בענף והפחתת מחירי הניתוחים הפרטיים) ולצמצם במידת האפשר את ה"השפעות החיצוניות" השליליות של התפתחות ענף ביטוחי הבריאות הפרטיים על מערכת הבריאות הציבורית. **סידרת שינויים אלה היו אכן בכוון הנכון, אולם אין בהם די.** כדי לחזק את מערכת הבריאות הציבורית ואת רמת אימון הציבור בה, מתחייב **טיפול שורש** - שינוי אשר אשר יפחית את הביקוש/צורך בהזדקקות לביטוח פרטי שברובו הגדול מוזן מהרצון לבחור רופא או לקצר תור.

#### 4. להשלמת מהלכים אלה מה מוצע לעשות?

בחירה בתשלום של רופא מנתח מותרת כיום רק בבתי חולים פרטיים ובבתי החולים הציבוריים בירושלים. בחירה זו אסורה בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים שבבעלות שירותי בריאות כללית, המהווים את רוב רובו של מערך האשפוז הכללי בישראל.

להסדרים מפלים אלה של אפשרות בחירת רופא מנתח במימון הביטוחים הפרטיים, הייתה תרומה מרכזית להסטת מטופלים למערכת הפרטית, להקטנת שעות הנוכחות של רופאים בכירים במערכות הציבורית, ולהתארכות משכי המתנה של החולה הציבורי. הסדרי בחירת מנתח בתשלום המותרים רק במערכת הפרטית תרמו לאינפלציית מחירים ושכר, להעמקת הגירעונות של בתי החולים הציבוריים ולהגדלת הוצאות משקי הבית על רכש ביטוחים פרטיים ששברה שיאים במדינת ישראל. יוזמות משרדי האוצר והבריאות לצמצום ולריסון את הרפואה הפרטית היו אכן בכונן הנכון של התמודדות עם בעיית המערכת, אולם לא היה בהם די: הדרך לעקירה מהשורש של העיות שהוצגו היא באמצעות מתן חופש בחירה ברופא מנתח חינום בכל בתי החולים הציבוריים כחלק מסל הזכויות הכלול בחוק ביטוח בריאות ממלכתי - מהלך אשר ייתר חלק מרכזי מהביקוש והצורך ברכש ביטוחים פרטיים כאמצעי לבחירת רופא מנתח. מהלך זה יבטל את התמריץ הכלכלי השלילי להסטת פעילות רפואית מהמערכת הציבורית לפרטית, יביא לניהול הוגן יותר של קדימות הטיפול הרפואי על בסיס הצורך ולא על בסיס היכולת לשלם), יגביר את יכולת התחרות של בתי החולים הציבוריים עם בתי החולים הפרטיים ויתרום לשקמו של אימון הציבור במערכת הציבורית, ציבור שרובו המוחלט רואה בזכות הבחירה במנתח זכות חשובה ובסיסית גם אם הוא לא תמיד בוחר לממשה.

הסדרת בחירת מנתח חינום במערכת הציבורית יכולה להתאפשר מתוך רשימת רופאים שיתחייבו להעסקה מלאה רק במערכת הציבורית בהסדרי העסקה של "פול טיימר". במקרים של עודפי ביקוש לרופא מנתח נבחר שהצטרף להסדר זה, יהווה אורך התור לרופא מנגנון מווסת לעודף הביקושים במידה והם ייוצרו.

במקביל וכמהלך משלים, מוצע להפחית את פרמיות הביטוח הפרטי בהתאם לשווי החיסכון בהוצאות חברות הביטוח הפרטיות למימוש בחירת רופא. כך למשל בשב"ן הוצאות תוכניות הביטוח על בחירת רופא הסתכמו בשנת 2016 בכ 1.4 מיליארד ש"ח (נטו). סכום זה מהווה כ 38% מהוצאות הרפואיות של תוכניות הביטוח המשלים או כ 32% מסה"כ הכנות תוכניות הביטוח מתשלומי פרמיה. הכללת בחירת רופא מנתח חינום בסל השירותים שבאחריות קופות החולים מייטרת את קיומו בביטוח המשלים ומאפשרת להפחית את תשלומי פרמיות ביטוח בריאות בשב"ן בכשליש. במקביל מוצע להגדיל את תקציב המדינה המיועד להעסקת רופאים במערכת הציבורית ובכך לאפשר קיצור תורים במערכת זו, תוך ניצול התשתיות המערכת באופן יעיל והוגן יותר. מהלך זה גם יתרום לצמצום יוקר המחיה והקטנת היקף המימון הפרטי של מערכת הבריאות בישראל שהוא מהגבוהים בעולם המערבי.

## 5. מה עוד מומלץ לעשות?

מעבר להמלצה המרכזית של הסדרת בחירת מנתח חינוך במערכת הציבורית (וביטולה בתוכניות הביטוח הפרטי), להלן בקצרה מספר צעדים משלימים המתייחסים בעיקר לתוכניות השב"ן:

- צמצום מדורג, עד ביטול כל מרכיבי האיכות המשופרת המצויים בתוכניות השב"ן.
- תיקון חקיקה שיקבע כי שינויים בתוכניות השב"ן, בגובה הפרמיות או בגובה ההשתתפויות העצמיות – יעשו רק באישור שרי הבריאות, האוצר וועדת העבודה והרווחה.
- קבוצות הגיל שעל בסיסן נקבעת הפרמיה בשב"ן יהיו אחידות בכל קופות החולים.
- יצירת קוד אתי בכל הקשור לפרסום ושיווק תוכניות השב"ן.
- חובת שיבוב דו צדדית בין תוכניות הביטוח המסחרי והשב"ן.

## 6. מה אסור לעשות?

יותר מפעם אחת הוצעה (ונדחתה) בעבר ההצעה שלפיה חולים הזקוקים לתרופות "מצילות חיים" שאינן כלולות בסל הבריאות, יוכלו לקבלם באמצעות השב"ן.

מדינת ישראל היא חלוצה באימוץ תרופות (בעיקר אוניקולוגיות) ובטענה שישנן תרופות "מצילת חיים" שאינן כלולות בסל הציבורי ישנה מידה רבה של הטעיה הציבור, ערעור אמונו בסל הבסיסי והבעת אי אמון בעבודת הוועדה הציבורית לעדכון סל השירותים שבחוק. השימוש במושג "מצילות חיים" ובטיעון שתרופות כאלה אינן מצויות בסל הבסיסי, הוא בעיקר שימוש שיווקי, שמאחוריו עומדים אינטרסים של חברות תרופות המנסות למקסם את הכנסתם על חשבון התמימות והבורות של הציבור הישראלי.

**כן ישנן "תרופות חיוניות" שאינן בסל** אולם הכללתן בתוכניות השב"ן יש משום פגיעה ביעילות תפקודה של המערכת ופגיעה בעקרון הסולידריות המובנת בה. מהלך זה גם עומד בסתירה גמורה למהלכי משרדי הבריאות והאוצר בשנים האחרונות, המנסים כאמור לצמצם את הוצאות משקי הבית ולחזק את מערכת הבריאות הציבורית.

להלן בקצרה עקרי החסרונות של המהלך:

- **יקור פרמיית הביטוח בשב"ן** - הוספת תרופות חיוניות לשב"ן תחייב ייקור הפרמיה. *תשלומי הפרמיה בשב"ן מבוססים כידוע על גיל וכבר כיום קשיש מעל גיל 70 משלם יותר מפי עשר מצעיר. הכללת תרופות חיוניות בשב"ן תחייב את יקור הפקרמיה בלפחות ב 10% במוצע והרבה יותר לקשישים וחולים כרוניים. מבוטח קשיש עשוי לשלם תוספת פרמיה שבין 200 ₪ ל 700 ₪ לשנה ובמשק בית שבו מצויים שני קשישים- התשלום יהיה כפול.*
- **לשני מיליון איש אין ביטוח משלים** ושיעור גבוה של בלתי מבוטחים מצוי בקרב החמישון התחתון באוכלוסייה, וחולים במחלות כרוניות ולכן אוכלוסיות אלו יהיו הנפגעות העיקריות מהמהלך. כל מנגנון אלטרנטיבי המציע לתת תרופות אלו **בחינם** לעניים הוא מנגנון המחזיר את

מערכת הבריאות אחורה לעידן שלפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי שבו מבחן ה"מסכנות" היה קריטריון לזכאות לשירותי בריאות (מקבלי הטבות סוציאליות).

- **עלייה בהשתתפויות העצמיות** - כבר כיום, כ 60% מעלות התרופות הכלולות בשב"ן ממומנות על ידי ההשתתפות עצמית של משקי הבית. הוספת תרופות חיוניות לשב"ן תגדיל עוד יותר את היקף הרגסיבי של השתתפויות עצמיות על תרופות בשב"ן.
- **חוסר יעילות בהקצאת תרופות** - למול מנגנון ציבורי(ועדת הסל), הבוחן באופן מקצועי את המידע הקיים לגבי התרופות והטכנולוגיות חדשות תוך לקיחה בחשבון שיקולים אתיים, כלכליים, קליניים וחברתיים ברמה לאומית, יקום מנגנון קופתי השונה מקופה לקופה, לא מחייב, ולא מעוגן בחקיקה המוזן בעיקר מאינטרסים כלכליים ולא ממידת התועלת לבריאות הציבור .
- "זריזות" ייתר בשימוש בתרופות וטכנולוגיות ללא ניסיון מספק
- **גידול בהוצאה הלאומית לבריאות** (מבלי שבהכרח בריאות האוכלוסייה תשתפר)

## 7. לסיכום

תמריצים להסטת מטופלים מהמערכת הציבורית לפרטית המתקיימים גם בקרב קופות החולים וגם בקרב הרופאים, ניצול לא יעיל של תשתיות מערכת האשפוז הציבורית, עבודה חלקית של רופאים בכירים בבתי החולים הציבוריים- כל אלה הם רק חלק מההשפעות השליליות של התפתחות הביטוחים הפרטיים על יעילות המערכת. קיומם של משכי המתנה ארוכים לטיפול ואבחון רפואי, ביחד עם קיומם של תשתיות לא מנוצלות במערכת הציבורית מהווים את אחד הביטויים הקשים ביותר לחוסר היעילות והפגיעה בשוויוניות הנגרמים במערכת בעיקר כתוצאה מכך שתוכניות הביטוחים הפרטיים כוללים מרכיב של בחירת רופא מנתח.

מתן **חופש בחירה ברופא מנתח חינום בכל בתי החולים הציבוריים כחלק מסל הזכאויות הכלול בחוק ביטוח בריאות ממלכתי** והוצאת מרכיב זה מתוכניות הביטוח הפרטי הם צעדים הכרחיים לחיזוקה של המערכת הציבורית ולהחזרת אימון הציבור בה.

הצעה לכלול תרופות חיוניות בתוכניות השב"ן עשויה לפגוע ברבים מעקרונות היסוד שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי. פתרון זה עשוי להחליש עוד יותר את הרפואה הציבורית, לגרום לתזוזה נוספת בכיוון הפרטת מערכת בריאות בישראל, להביא לגידול בהוצאה הלאומית לבריאות, לגידול במימון הפרטי לבריאות ולפגיעה בשוויוניות ויעילות המערכת וכל זאת מבלי שבריאות הציבור תשתפר.

ב ב ר כ ה

גבי בן נון

העתק: מר משה בר-סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות