

1/5/14

לכבוד
ח"כ יעל גרמן
שרת הבריאות

הנדון: החזרת התרופות המכונות "מצילות ומאריכות חיים" לביטוח המשלים

הארגונים החתומים מטה – רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח ומרכז אדוה – מתכבדים לפנות אלייך בעקבות פרסומים בעיתונות ([רוני לינדר, דה מרקר 28/4/14](#)), לפיהם בכירים במשרד הבריאות הציעו לחזור ולהתיר לביטוח המשלים לשווק תרופות המכונות "תרופות מצילות ומאריכות חיים שאינן נכללות בסל הציבורי" (כותרת מטעה, כפי שנסביר בהמשך). שיווק זה – כסיסמא וכהספקת שירות – נאסר במהלך הדיונים על חוק ההסדרים 2008, ביוזמת האוצר, מתוך מטרה מוצהרת להגן על מערכת הבריאות הציבורית.

בכתבה האמורה וכן במסגרת ריאיון ברשת ב' (סדר יום עם קרן נויבך 30/4/14) נמסר כי הצעה זו נובעת מהחשש מפני יישום המלצות נציג האוצר בוועדה לחיזוק הרפואה הציבורית (כפי שאלה הודלפו לתקשורת), לפיהן כל ענף ביטוחי הבריאות הפרטיים – המסחרי והמשלים – עתיד להשתנות כך שתחריף התחרות בתוכו בין הקופות לבין חברות הביטוח המסחרי, ומתוך החשש שהביטוח הפרטי-מסחרי ימשיך להתחזק על חשבון הביטוח המשלים (פרטי-ציבורי) שמספקות הקופות.

אנו מתנגדים נחרצות להצעה זו, ושוללים את הסיבות וההצדקות לה כפי שהוצגו בכתבה. אנו סבורים כי מהלך זה ייצור בפועל שני סלים, שתי רמות רפואה לציבור הרחב בישראל. האחד, נגיש לכל. השני, נגיש למבוטחי משלים, וליתר דיוק, למבוטחי רובד יקר ויוקרתי המסוגלים לשלם השתתפות עצמית ברגע הנכון. כמו כן, אנו צופים כי הסל השני יהפוך ליעד מועדף ללובי של חברות התרופות. בטוחים אנו כי הצעה זו תחמיר את מצב מערכת הבריאות הציבורית ותטה את שיווי המשקל לכיוון הרפואה הפרטית, תוך שהיא מעצימה את הערבוב בין שתי המערכות.

בהמשך נציע כמה חלופות שנותנות מענה למצוקת החולים והולמות את התפיסה לפיה יש להפריד את הרפואה הפרטית מהציבורית תוך חיזוק האחרונה: לחזור ולקדם את הרעיון של שיעור אוטומטי קבוע של 2% לתרופות וטכנולוגיות חדשות, להטמיע את הביטוח המשלים בסל הציבורי תוך הפיכת הפרמיה למס פרוגרסיבי, להחיל פיקוח והגבלה על הביטוח המסחרי, גם בתחום התרופות.

בהמשך המכתב נציג רקע היסטורי קצר, ננתח את משמעות הצעד המוצע, ולבסוף נסביר את החלופות שאנו מציעים.

רקע

הארגונים החתומים על מכתב זה היו שותפים פעילים בדיון הציבורי שהתנהל לקראת חוק ההסדרים של שנת 2008, ובו נדונה ההצעה לאסור על הביטוח המשלים לשווק פוליסות שמציעות תרופות המכונות "מצילות ומאריכות חיים" שאינן נכללות בסל הציבורי. היה זה דיון נוקב וקשה, במהלכו חברות התרופות הגדולות טרחו והביאו אל משכן הכנסת חולים אשר פנו לח"כים וטענו כי חייהם תלויים להם מנגד. מרבית חברי הכנסת התקשו לעמוד מול לחץ זה. אנו [סברנו אז](#), ואנו עומדים על כך גם כיום, כי האיסור האמור היה צעד הכרחי וחיוני אשר מיטיב עם כל החולים בישראל, כולל החולים שהגיעו בעצמם למשכן הכנסת. בדיעבד, הייתה זו תחילתה של תקופה חדשה בה משרד הבריאות מתחייב באופן מפורש למימוש עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי – צדק, שוויון ועזרה הדדית – אשר הלכו והתרוקנו מתוכם מאז 1998.

מסיבות אלה, שמחנו על כינון הצד השני של המטבע, "הסדר אורון" (על שמו של ח"כ חיים אורון, לשעבר חבר סיעת מרצ) לפיו הובטח מינימום חיוני של 300-400 מיליוני ₪ לתרופות וטכנולוגיות חדשות בסל הציבורי בשלוש השנים העוקבות ואף לאחר מכן.

טענו ואנו חוזרים ומדגישים כיום, כי המענה ההולם לצורך המידי בתרופות חדשות, הן תרופות המיועדות למניעה והן תרופות המאריכות או משפרות חיי חולים סופניים, היה ונותר העלאת תקציב התרופות והטכנולוגיות החדשות ב-2% וקביעתו במסגרת מנגנון אוטומטי. נדגיש כי [הצעת חוק פרטית](#) שזו תכליתה זכתה לתמיכה מכל סיעות הבית ואף עברה קריאה ראשונה [בניגוד לעמדת הממשלה ועל אף משמעת קואליציונית שיזם האוצר](#), בחודש יוני 2008.

בכנסת שנבחרה לאחר אירוע דרמטי זה, הצליח משרד האוצר לטרפד את ההצעה באמצעות הליך הרציפות. בכנסת לאחריה, הכנסת הנוכחית, צריכה ההצעה לשוב ולעמוד במרכז הדיונים. אין ספק כי תקצוב הולם של המערכת הציבורית וחיזוקה הוא המפתח – הן בתחום התרופות החדשות והן בתחום הסל כולו. יתרה מזו, נושא זה היה צריך להיות מוסדר מראש, בבחינת תנאי הפתיחה, לוועדת הבדיקה היושבת מזה חודשים ארוכים ודנה בשאלה, כיצד לחזק את מערכת הבריאות הציבורית.

תקצוב הולם של תרופות חדשות קשור לצורך בתיקון השחיקה הכוללת בתקציב הסל (אשר דוחפת את הקופות לביטוח המשלים ולמיזמים מסחריים), אשר לפי הערכה שמרנית מגיעה לכ-30% ריאלית מאז 1998. נושא זה אף הובא במרוצת השנים לבחינה משפטית בעתירה של קופות החולים הגדולות ([בג"ץ 8730/03, 10778/03](#)). בית המשפט [פסק לזכות הקופות](#) והורה על עבודת מטה לקראת תקציב 2013-14. למרבה הצער, שוב התערב האוצר והפך את פסיקת בית המשפט לאות מתה. הקופות נאלצו להסתפק בכיסוי חלקי של גירעונות השנה הקודמת, בעוד שחיקת התקציב ההיסטורית עתידה להמשיך באין מפריע.

ניתוח ההיתר לשווק תרופות המכונות "מצילות ומאריכות חיים שאינן בסל"

בפתח הדברים, ברצוננו להבהיר כי הביטוי "תרופות מצילות חיים שאינן נכללות בסל הציבורי" היא ביטוי שיווקי החוצה ברגל גסה את גבולות האמת בפרסום. עד היום לא נתקלנו אף לא במקרה אחד של תרופה אשר אושרה על ידי רשויות התרופות המוכרות בעולם ואשר מוכרת על ידי הקהילה המדעית כתרופה מצילת חיים ובכל זאת לא הוכנסה לסל הציבורי הישראלי באמצעות ועדת התרופות והטכנולוגיות החדשות. **על כך צריכה הייתה להיות גאוות מנהיגי המערכת הציבורית.** אל לנו לשתף פעולה עם ביטויים שנוצרו בשוק מסחרי פרוץ, ואשר מעידים כאלף עדים על עומק המשבר והבלבול בו אנו שרויים. אם אכן יש תרופות מצילות חיים שוועדת הסל לא הספיקה להכניס מסיבות שונות, כי אז יש לשפר באופן מיידי את מנגנון ועדת התרופות החדשות כך שתרופות כאלה יכנסו ללא דיחוי.

ככל הידוע לנו, אין המדובר בהצלת חיים, אלא בדרך כלל בתרופות אשר אושרה יכולתן להאריך חיי חולה סופני בתקופה קצרה או לשפר את איכות חייו. אלה גם אלה מקומן הטבעי בסל הציבורי בכפוף לשיקולים של ועדת התרופות והטכנולוגיות החדשות, אשר מהווה דוגמא ומופת ביכולתה המקצועית. אין אנו מקבלים את הטענה לפיה "השמיכה קצרה מדי", שעה שעומדת בפני מקבלי ההחלטות האפשרות להתקין את התקציב באופן מספק. הכנסת תרופות מאריכות ומשפרות חיי חולה רק לסל פרטי-ציבורי המוגבל בנגישות (מיועד בהגדרתו רק לחלק מתושבי ישראל) – גם היא פסולה מעיקרה. יתר על כן, סל זה מטבעו יכול להתפצל כך שתרופות מסוימות תסופקנה רק למבוטחי רובד מסוים במשלים, ובתוך כך, למי שמסוגל לשלם את ההשתתפות העצמית הנדרשת.

משמעות התרה של סיסמא שיווקית זו ושל הפרקטיקה שהיא תייצר היא **הסבת נזק כפול למערכת הציבורית:** ראשית, משמעה שיתוף פעולה עם שיווק מטעה, הפוגע קשות בתדמית הסל הציבורי. שנית, הספקה בפועל של תרופות מאריכות ומשפרות חיים משמעה הרחקה בפועל של האפשרות להכנסתן לסל הציבורי. בכתבה נטען כי זהו חשש לא בדוק, אך כיצד ניתן לבדוק חשש זה? האם עלינו להמתין עד שהנזקים יצטברו? בשנת 2008 נאסרה הפצת המסרים השיווקיים האמורים אחרי שזו התנהלה במשך חודשים ספורים, פחות משנה. הנזק שתוקן היה בעיקרו תדמיתי. איננו יודעים כיצד היה נראה הנזק המצטבר לאורך שנים, וקשה להאמין כי מישהו יציע לנקוט במדיניות מסוכנת אשר תוצאותיה לא ודאיות רק כדי לחכות ולצפות בתוצאותיה, משל הייתה מערכת הבריאות הציבורית מעבדה סטרילית בה ניתן לבצע ניסוי ואז לחזור אחורה ולשנות את תנאיו. **האם לא מוטב למנוע את הנזק מראש ולא לצעוד בעיניים פקוחות במצעד איוולת?**

הסיבה השנייה לטענתנו בדבר הנזק הצפוי היא דווקא הניסיון החיובי המצטבר בתחום שיפור הסל הציבורי. הכנסת תרופה לסל אפשר שתתחיל במשרד הבריאות, אך לעיתים קרובות היא מתחילה בשטח, בין רופאים מומחים לבין החולים המטופלים, בעקבות פרסומים בעיתונות מקצועית, בצירוף לחצי חברות תרופות. אין ספק כי החולים והרופאים המסוגלים להניע תהליך כזה שייכים מטבע הדברים לשכבות ביניים ומעלה. אלה אותן שכבות אשר רוכשות ומשתמשות

בביטוח המשלים על רבדיו היקרים יחסית ומסוגלות לשלם את דמי ההשתתפות העצמית. אם נגישה התרופה לחולה דרך הביטוח המשלים, תוך תשלום עלות שנחשבת על ידו סבירה, איזו סיבה יש לו לפעול להכנסתה לסל, ולעשות זאת בעודו כאוב וחולה? לעומת חולים אלה, ישנם חולים אחרים שאיש איננו יכול לשמוע את קולם – חולים מודרים ועניים, או אף קשישים שחיו כל חייהם במעמד הבינוני והתדרדרו לעוני. אלה אינם מחזיקים ביטוח משלים, או אינם מחזיקים ברוב הנכון, או שאין בידם את דמי ההשתתפות המספיקים ברגע הנכון כדי לממש זכאותם.

החזרת תרופות משפרות ומאריכות חיים לביטוח המשלים היא צעד בדרך לגרמניזציה של מערכת הבריאות הישראלית, קרי, התדרדרות לכיוון המודל הגרמני בו שכבת המעמד הבינוני האמיד דרשה וקיבלה אפשרות לצאת מן המערכת הציבורית ולפנות לביטוחים הפרטיים בלבד. עבור מדינת רווחה, צעד כזה הוא אסון שקשה להתאושש ממנו. כך יקרה אף בישראל אם לא יתרחש בקרוב השינוי המבני המיוחל, שיחזיר למעמד הבינוני את האמון במערכת הציבורית.

ביטוח משלים או שירותי בריאות נוספים

נסיים את ניתוח המדיניות המוצעת בכך שנזכיר כי תכליתו המהותית של הביטוח המשלים, אשר כונה במקור "שירותי בריאות נוספים", הייתה בדיוק זו – **לספק שירותי בריאות נוספים**, כלומר לפי הבנתנו, שירותים שנועדו למצבים שהסל איננו חל עליהם או טיפולים שאינם הכרחיים **רפואית** לפי תפיסת הקהילה המדעית, כאלה ש"נחמד שיש". נכון להיום, **הגולם קם על יוצרו**. הביטוח המשלים הפך לסל עוקף, סל המציע שירותים שניתנים בסל הציבורי, אך במסגרת משופרת ומורחבת, או בתור מקוצר אשר למעשה עוקף את התור הציבורי. שר"פ בירושלים או אסותא בתל אביב – אלה רק קצות הקרחון של השפעת הביטוח המשלים, שכן מרביתו מתקיימת מעשה יום ביומו, ברמת רפואת הקהילה ולא באשפוז. לכל מובן מדוע אין להתיר רפואה שחורה בה אדם משלם או מפעיל קשרים כדי לעקוף חולים אחרים. בימינו הביטוח המשלים הפך להיות מכונה משומנת המכבסת את הרפואה השחורה, קוראת לה בשמות יפים ואף מניחה על ראשה כתר של קופה ציבורית.

אנו עדיין מקווים כי הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית תתמודד באומץ עם הבחנה בסיסית זו, הידועה ומקובלת כמעט על כל העוסקים בכך, ותציע שינוי מבני שלכל הפחות יחזיר את המשלים לתכליתו המקורית המוגבלת, או לחילופין, כפי שנציע להלן, יטמיע אותו חזרה בסל הציבורי.

הצעות חלופיות

כאמור למעלה, אנו סבורים כי הגיעה העת להתמודד עם הצורך בשינוי מבני שמשמעו הפרדת הרפואה הפרטית מהמערכת הציבורית. אמירה זו כה מקובלת על הכול עד כי הפכה קלישאה ואף לעיתים לאחיזת עיניים, שעה שתחתיה מוצעת מדיניות שהיא ההפך הגמור.

הארגונים החתומים על מכתב זה הביאו בפני הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית הצעה מקיפה להפרדת הרפואה הפרטית ממערכת הבריאות הציבורית ([בלי הבדל בין עשיר לעני, 2014](#)). נציין כי מנכ"לי שלוש הקופות הגדולות – מאוחדת, כללית ומכבי – אמרו בהזדמנויות שונות, במענה לשאלות שנשאלו בדבר עמדתם ביחס לאפשרות לבטל את הביטוח המשלים כדי לחזק את המערכת הציבורית, כי הם מסכימים עם הבחנות אלה, אך טענו (בצדק) כי לשם כך חייבים לתקן את תקצוב המערכת הציבורית.

מרכיבי ההצעה הנוגעים לביטוח המשלים מכילים תחשיב לפיו ניתן להפנות לפחות מחצית מכספי הביטוח המשלים (כ-3.4 מיליארד ₪ סה"כ) המופנים כיום לסעיפי הבחירה, כך שישמשו כדי להציע בחירה לכל תושבי ישראל במערכת הציבורית, להגדיל זמינות רופאים יועצים ומנתחים (פול-טיימר) וכך לקצר תורי המתנה ליעוץ וניתוח. המחצית השנייה, המשמשת כיום בעיקרה להספקת שירותים מרחיבים (כגון פיזיותרפיה והתפתחות הילד) צריכה לשמש בדיוק לאותה תכלית, קרי, להרחבת הסל הציבורי בתחומים אלה. כמו כן, אנו סבורים כי שירותי בריאות נוספים כגון בריאות השן, אשר מסופקים כיום באמצעות חברה מסחרית למטרת רווח של קופת החולים, ואשר נחוצים רפואית, מן הדין שייכנסו לסל הציבורי באמצעות מהלך רחב מימדים שלא כאן המקום לפרט. נציין כי האמירה לפיה שירותי בריאות השן, הניתנים במסגרת הביטוח המשלים באמצעות חברה מסחרית, הם שירותים שהביטוח המשלים מסבסד בדרך כלשהי, היא אמירה שיש לבדוק אמפירית ולא לקבל אותה כלשונה, רק משום שכך השיווק המסחרי מציג אותה.

באשר לתרופות המאריכות ומשפרות איכות חיי החולה – כאמור, אין כל ספק כי עליהן להיות חלק מהסל הציבורי, באמצעות פעולת הוועדה המקצועית להרחבת הסל, וכי המפתח לכך הוא תקצוב סביר של הסל, באמצעות מנגנון אוטומטי של עדכון בשיעור 2% בכל שנה.

כאמור למעלה, אנו סבורים כי המהלך המוצע ייצור בפועל שני סלים, שתי רמות רפואה לציבור הרחב בישראל. ההצעה להרכיב ועדה ציבורית שתהיה "ועדת סל משלים" רק מוכיחה את הנכונות להשלים עם קיומם של שני סלים. החשש שמא ועדת הסל המשלים ובאופן כללי התרופות המצויות במשלים יהפכו ליעד מועדף ללחצי חברות התרופות איננו בגדר חשש בעלמא לנוכח התנהגות חברות התרופות כבר כיום. יותר מכך, תרופות הנמצאות במשלים קרובות יותר לשוק הפרטי מאשר תרופות שנכנסות לסל הציבורי. מרחב התחרות בין הקופות בתפקודן כגוף מסחרי (ביטוח משלים) במגען עם חברות התרופות גדול יותר מאשר מרחב התחרות ככל שמדובר בתרופות המצויות בסל הציבורי. יכולת ההשפעה והנכונות להפעיל פיקוח ממשלתי על מחירי התרופות במשלים קטנה יותר מאשר בסל הציבורי, בו מתומחרת מראש העלות הצפויה של הכנסת תרופה. בטוחים אנו כי הצעה זו תחמיר את מצב מערכת הבריאות הציבורית ותטה את שיווי המשקל לכיוון הרפואה הפרטית, תוך שהיא מעצימה את הערוב בין שתי המערכות.

אפילו אם עמדתנו העקרונית איננה מתקבלת, וגבולות הביטוח הציבורי והפרטי יישארו בעינם, כפי שמצטייר כרגע בפרסומים בתקשורת, עדיין אין ספק כי יש לצמצם ככל הניתן את הממשק

המחבר בין רפואה פרטית וציבורית. צמצום הוא ההפך מהרחבה, ואילו החזרת ההיתר לתרופות האמורות לביטוח המשלים היא ללא ספק הרחבת הביטוח המשלים.

באשר לחשש שמא הביטוח המסחרי ימשיך להתחזק, גם אם תתקבלנה כל הצעותינו ביחס לחיזוק המערכת הציבורית אנו מציעים להמשיך במקביל בקו שהציעו משרדי הבריאות והאוצר, ואשר תכליתו הטלת פיקוח והגבלה על שוק הביטוח הפרטי-מסחרי (להבדיל מביטוח פרטי-ציבורי, כלומר, משלים). יש להמשיך במדיניות המגבילה את נפח פעולת בתי החולים הפרטיים, ולצד זה, יש לאפשר למשרד הבריאות להטיל מגבלות על רוחב הפוליסות של ביטוח מסחרי ופיקוח אפקטיבי על פעולתן. אנו סבורים כי הרחבת וחיזוק המערכת הציבורית תוך שיפור דרמטי של תדמיתה, קיצור תורים והעלאת זמינות, הספקת תרופות חיוניות לחולים קשים, כינון מסלולי בחירה אופציונליים ללא תשלום – כל אלה יחזירו את תושבי ישראל אל המערכת הציבורית – המערכת היחידה שמסוגלת להעניק להם טיפול יעיל וטוב ושקט נפשי.

בברכה,

האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות אדם, מרכז אדוה

העתק:

פרופ. רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות

ד"ר טוביה חורב, סמנכ"ל כלכלה וביטוח בריאות

גב' רויטל טופר חבר-טוב, סמנכ"לית פיקוח על קופות החולים

מר דורון קמפלה, מזכיר הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

חברי הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית