

4 באפריל 2016

לכבוד
גב' מירה היבנר-הראל
היועצת המשפטית
משרד הבריאות

שלום רב,

הנדון: הערות לתזכיר חוק בנושא הכנסת תרופות מאריכות חיים ומשפרות איכות חיים לשב"ן

הארגונים רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח ומרכז אדוה מתכבדים להגיש הערות לתזכיר חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' ___) התשע"ו-2016, בנושא הכנסת תרופות מאריכות חיים ומשפרות איכות חיים לשב"ן.

אנו סבורים שמן הראוי לא לקדם את התיקון המבוקש מהנימוקים הבאים:

א. היעדר נתונים ותשתית עובדתית לקויה

1. בתזכיר מוצע לבטל את האיסור על הכללת תרופות מצילות או מאריכות חיים בשב"ן. איסור זה נכלל בחוק מאז שנת 2008 עת הוכנס במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2008. אז נימקה הממשלה עצמה את האיסור בכך שמתן תרופות מצילות חיים או מאריכות חיים רק למי שבחר להיות עמית בתכנית שב"ן תעוות את התמריצים שבבסיס חוק ביטוח בריאות, תיצור שני סלים – אחד ציבורי ומוגבל לכלל האוכלוסיה ואחד לבעלי אמצעים; תפגע בעקרונות השוויון והסולידריות שבבסיס החוק ותביא לגידול בלתי מרוסן בהוצאה הלאומית לבריאות.
2. התזכיר אינו מצביע על נתונים חדשים השוללים את ההצדקות שהיו בבסיס הכנסת האיסור על הכללת תרופות אלו בשב"ן. לכן המדינה מבקשת למעשה לפעול בניגוד מוחלט לרציונליים שהיו בבסיס האיסור על העברת תרופות מצילות או מאריכות חיים לשב"ן.
3. יתר על כן מבחינה של פרופ' גבי בן-נון של תזכיר החוק עולה, כי לא ניתן על בסיס הנתונים החסרים לבצע הערכה באשר ליעילות שלו וליכולתו להשיג את תכליתו המוצהרת. למשל, לא מוצג ההיקף הכספי של רשימת התרופות שיכללו בתוכנית; אין התייחסות למקורות המימון של התכנית; אין התייחסות לסוגיית מנגנון ההחלטה על רשימת התרופות שתכללנה בהצעה; לא נקבע האם רשימת התרופות תהיה אחידה לכל הקופות, או שונה מקופה לקופה; לא נקבע מה תהיה תקופת ההכשרה הנדרשת לפני קבלת התרופות; ועוד.

חוות הדעת של פרופ' בן נון מצורפת כנספח א'

ב. פגיעה בזכות לבריאות ובעקרונות מערכת הבריאות הציבורית

4. השינוי המבוקש בחוק יעמיק וישריש את אי השוויון והפערים במערכת הבריאות, יפגע באפשרות של מאות אלפי משקי בית לקבל טיפולים חיוניים לבריאותם, יעלה את מחירי השב"ן, יפגע בתפקוד וביעילות ועדת הסל ויעצים את הערבוב בין מערכת הבריאות הציבורית לפרטית תוך המשך חיזוק המערכת הפרטית על חשבון המערכת הציבורית. אם לא די בכך, הרי שבנוסף, על פי הנתונים הקיימים, נראה כי החוק גם לא ישיג את תכליתו המוצהרת והנזק שיגרם יעלה לאין שיעור על התועלת שהוא מקווה להשיג.

5. מימוש הזכות לבריאות משמעו שעל המדינה להבטיח טיפול רפואי שהיא סבורה שהוא חיוני לכל תושב באופן ציבורי, בהתאם למצבו הרפואי ובמנותק מיכולתו הכלכלית (סעיפים 1 ו-21 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994; בג"ץ 4253/02 קריתי נ' היועמ"ש, פ"ד סג(2) 132, 86 (2009)).

6. התיקון מנוגד גם לחזון משרד הבריאות ששואף ל"מימוש הזכות הבסיסית לבריאות ולקידום בריאות של כלל אוכלוסיית ישראל, באמצעות מערכת בריאות השואפת לאיכות ושוויוניות מרביים, תוך כיבוד ערכי כבוד האדם והחברה".¹ כמו כן השינוי המבוקש מנוגד למטרות משרד הבריאות כפי שהן מוצגות ב"עמודי האש" של המשרד, בפרט עמוד האש בדבר "חיזוק מערכת הבריאות הציבורית, זמינות, אמון ומובילות: הגדלת זמינות השירותים ואפשרויות הבחירה במערכת הציבורית; חיזוק הרפואה בקהילה; הבטחת רצף הטיפול; שיפור במערך יחסי הגומלין והתמהיל בין הרפואה הציבורית לפרטית".²

7. המהלך של הכנסת תרופות מאריכות חיים לשב"ן יעמיק וישריש את אי השוויון והפערים במערכת הבריאות בישראל בהשאירו כ 26% מהאוכלוסייה (על פי נתונים לשנת 2014), כשני מיליון תושבים שידם אינה משגת לרכוש שב"ן מקופות החולים, ללא כל אפשרות לטיפול באמצעות תרופות חדשניות מאריכות חיים עתה או בעתיד.

8. בניגוד להבטחות שר הבריאות, התיקון לחוק אינו מבטיח את העמדת התרופות המדוברות, ללא צורך בתשלום כלשהו, לרשות אלה שאינם מסוגלים לשלם עבור שב"ן. כל מה שכולל תזכיר החוק הוא הסמכה (סמכות רשות) לקבוע הוראה הפוטרת או מעניקה הנחה מתשלום עבור כיסוי לתרופות מצילות חיים או מאריכות חיים, משיקולים הקשורים למצבו הכלכלי של העמית.

9. הניסיון המצטבר עם הסדרים מיוחדים מסוג זה הוא שאין בו מזור. גם אם סמכות זו תופעל וייקבעו מיני מבחני הכנסה לצורך קבלת פטור או הנחה מתשלום עבור תרופות אלו, הסדר זה לא ייתן פתרון מלא ויוותרו רבים שלא יהיו מסוגלים לרכוש שב"ן אך גם לא יענו להגדרות הזכאים להסדר המיוחד. פרופ' בן נון מציין בניתוח הכלכלי כי כמיליון איש צפויים להיוותר ללא כיסוי ציבורי או פרטי לתרופות חיוניות.

¹ אתר משה"ב: אודות המשרד http://www.health.gov.il/About/Pages/about_us.aspx

² אתר משה"ב: עמודי האש 2016 http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/amud_esh2016.pdf

10. מעבר לכך הניסיון מלמד שבניגוד למנגנונים אוניברסליים, מנגנונים ייחודיים של סבסוד לאוכלוסייה ענייה בלבד לא תמיד מיושמים באופן מלא ויש נטייה לבטלם. לאוכלוסייה זו אין את היכולת והכוח לשמר את ההטבות לאורך זמן. כך למשל אירע במקרה של הפטור למקבלי הבטחת הכנסה מתשלומי השתתפות עצמית על תרופות, שבוטל.

ג. פגיעה במבוטחים בביטוח המשלים

11. המשמעות של הכנסת תרופות אלה לשב"ן, בטווח הקרוב והרחוק, היא העלאה משמעותית בפרמיה החודשית של כלל ציבור המבוטחים. מסלולי השב"ן בקופות נמצאים באיזון תקציבי אך לא יעמדו בצורך לכסות את עלותן של התרופות המדוברות שהינן יקרות ביותר. כתוצאה מכך פחות אנשים יוכלו להמשיך ולעמוד בעלויות השב"ן, דבר שיצריך העלאה נוספת של הפרמיות וחוזר חלילה.

12. מהניתוח של פרופ' בן נון עולה כי עלות התרופות שלא ייכנסו לסל ויהיו מועמדות לשב"ן לאחר התיקון הוא בין 400 מיליון ל- 1.6 מיליארד ₪. אם המימון יהיה באמצעות העלאת הפרמיה על הביטוח המשלים, הרי שכל מבוטח יצטרך להגדיל את הפרמיה בשיעור של בין 10% ל-40%. הגידול המשמעותי ביותר יחול על קשישים, שממילא נושאים בפרמיה הגבוהה ביותר.

13. יתר על כן, בעוד שתרופות אונקולוגיות בסל הציבורי פטורות לחלוטין מהשתתפות עצמית על מנת שתורפות שהוכחו כמאריכות חיים או משפרות את איכות החיים במידה משמעותית יהיו נגישות לכל מי שזקוק להן ללא תלות כלשהי ביכולת כלכלית; בשב"ן יש דרישה להשתתפות עצמית החיונית לשמירה על איזון תקציבי. מדובר בתרופות כה יקרות שחלק מהמבוטחים בשב"ן לא יוכל בסופו של דבר לרכוש אותן בשל ההשתתפות העצמית הגבוהה.

14. מניתוח של פרופ' בן נון עולה כי כדי להקטין את שיעור הפרמיה חלק מהעלות תוטל על החולים באמצעות השתתפות עצמית, שהיא צעד רגרסיבי שמטיל את עיקר הנטל על החולים המשתמשים.

15. הניתוח של פרופ' בן נון מצביע כי רוב נטל המימון ייפול על כתפי החולים הקשישים והעניים, אך כל המבוטחים יחוו בפגיעה בכיסם.

16. יודגש, כי המסקנה בתזכיר כאילו אין לשינוי המוצע השפעה על תקציב המדינה, היא מוטעית ומטעה, שכן בין אם העלות הנוספת שתידרש לצורך מימוש המוצע בתזכיר, כאמור לעיל ובחוו"ד המצ"ב, תוטל על האזרחים או על הקופות או ישירות על תקציב המדינה – הרי שבלתי נמנע שתוטל עלות נוספת כזאת.

ד. פגיעה בשיקול הדעת המקצועי של ועדת הסל

17. הכנסת התרופות לשב"ן תפגע בתפקוד וביעילות ועדת הסל המפעילה כבר היום שיקול דעת מקצועי שכולל התייחסות להתפתחויות בתחומי הטכנולוגיה והתרופות, צורכי כלל המטופלים והמשאבים העומדים לרשות המערכת. חברות התרופות הן בעלות אינטרס מובהק ויכולת

משמעותית להפעיל לובי בתוך מערכת הבריאות ובקרב המטופלים. הוועדה אמורה למנוע עירוב אינטרסים של חברות התרופות ולחץ מצד מטופלים שנובע מכך, בהחלטות לגבי תכולת הסל.

18. אנו צופים כי סל השב"ן יהפוך ליעד מועדף ללובי של חברות התרופות ויקטין את הסיכוי להכנסת תרופות חיוניות לסל הבסיסי המשרת את כולנו. מעבר לכך, הפגיעה באוניברסליות של הסל תהפוך את הסל הכללי "סל לעניים" דהיינו – יוצרו שני סוגי שלי בריאות – אחד דל למי שאין ידו משגת, וסל עשיר לבעלי שב"ן.

19. הכנסת תרופות אלו לשב"ן תחמיר את מצב מערכת הבריאות הציבורית ותטה את שיווי המשקל לכיוון הרפואה הפרטית, תוך שהיא מעצימה את הערוב בין שתי המערכות, הבא בהכרח ותמיד על חשבון הציבורית.

20. אנו סבורים כי אין בסיס לטענה שהאיסור להכניס תרופות המתוארות כמאריכות חיים לשב"ן גרם להתחזקות ביטוחי הבריאות המסחריים הנמכרים על ידי חברות ביטוח פרטיות. תת התקצוב של מערכת הבריאות היא הסיבה המרכזית להתחזקות הביטוחים המסחריים.

ה. קיימות חלופות שנותנות מענה למצוקת כל החולים והולמות את התפיסה לפיה יש להפריד את הרפואה הפרטית מהציבורית תוך חיזוק האחרונה :

21. כחלופה לתזכיר המוצע, יש לחזור ולקדם עדכון שנתי של תקציב התרופות והטכנולוגיות החדשות ב-2% מעלות הסל וקביעתו במסגרת מנגנון עדכון אוטומטי. זוהי הדרך היחידה שתאפשר למערכת הבריאות לפעול בצורה מושכלת ולטווח ארוך יותר, בעת תכנון התוספות לסל הבריאות ולמנוע את המחזות קורעי הלב של חולים שתרופותיהם החיוניות נותרות מחוץ לסל, את ההתמקחות השנתית על גודל התוספת בתקציב המדינה או בחוק ההסדרים ואת המצב בו ועדת הסל עובדת עם תקציב בלתי מספיק ונאלצת להימנע מהכנסת תרופות שהרופאים הבכירים ביותר קובעים כתרופות חיוניות.

22. פרופ' בן נון מצביע על השחיקה בעדכון בטבלה הבאה :

לוח מס. 7 : היקף העדכון הטכנולוגי במיליוני ₪ ובאחוזים מעלות הסל 2005-2015

עלות הסל במיליוני ש"ח	עדכון טכנולוגי במיליוני ש"ח	אחוז העדכון מעלות הסל	
22,768	370	1.6	2005
24,041	350	1.5	2006
24,946	350	1.4	2007
26,583	450	1.7	2008
28,141	415	1.5	2009
30,333	415	1.4	2010
32,669	300	0.9	2011
34,778	300	0.9	2012

0.8	300	36,555	2013
0.8	300	38,540	2014
0.7	300	41,420 (אומדן)	2015

23. בנוסף, עמדתנו הינה שיש לפעול להטמעת השירותים החיוניים הכלולים היום בשב"ן בסל הציבורי תוך הפיכת הפרמיה למס פרוגרסיבי. הדבר מקביל מבחינת המשמעות הכספית להעלאת מס הבריאות בכאחוז אחד. ניתן להניח שבעקבות מהלך כזה ישלם חלק ניכר מהציבור לקופות החולים פחות ממה שהוא משלם היום, בשל העלויות הגבוהות של הביטוחים המשלימים.³ למרות הרתיעה הקיימת בקרב מקבלי החלטות מהעלאת מיסים, הציבור בישראל בהחלט מסוגל להבין ולתמוך במהלך כזה שיבטיח סל בריאות ציבורי רחב יותר ומערכת בריאות נגישה יותר עבור כולם. כצעד משלים יש לפעול להחלת פיקוח והגבלה על הביטוח המסחרי, גם בתחום התרופות.

24. הצעדים הללו יהוו החלופה הצודקת והנכונה למימוש הזכות לבריאות לכלל הצבור ובהתאם לעקרונות מערכת הבריאות הציבורית. מנגד, הצעד המוצע בתזכיר החוק הוא צעד שגוי שנזקק עולה על כל תועלת אפשרית, ושספק רב אם ישיג את תכליתו.

בכבוד רב,

גב' ברברה סבירסקי	גב' ענת ליטוין	עו"ד גיל גן-מור
מרכז אדוה	רופאים לזכויות אדם	האגודה לזכויות האזרח

³ בלי הבדל בין עשיר לעני : מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית, האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות אדם
<http://www.acri.org.il/he/30476>