

סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות

תקציר

מערכת הבריאות בישראל מבטחת את כל תושבי המדינה ומספקת להם, בין היתר, תרופות מרשם ושירותים נוספים כגון שירותי אבחון וייעוץ, הן אצל רופא משפחה והן אצל רופא מומחה. בגין צריכת שירותים ומוצרים מסוימים, כגון ביקור אצל רופא בקהילה, ביקור במכון או רכישת תרופה, נדרש לפעמים המבוטח לשלם דמי השתתפות עצמית. היקף המימון של שירותים ומוצרים אלה על ידי החולים גדל בצורה משמעותית בשנים האחרונות. השיקול הכלכלי העומד מאחורי ההשתתפות העצמית הוא מניעת ביקוש-יתר וריסון השימוש וכן מקור כספי לקופות החולים, אולם כיום עלות טענות כבדות משקל על כך שהחולים, ובכלל זה קשישים וחולים משכבות סוציו-אקונומיות נמוכות, שהכנסתם לעתים נמוכה מהממוצע במשק, הם הנושאים בנטל. התוצאה עלולה להיות פגיעה בשוויון, שהוא מאושיות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), ופגיעה בפרוגרסיביות¹ של מימון מערכת הבריאות. מחקרים שונים מראים שתופעת הוויתור על שירותים רפואיים עקב עלותם הגבוהה מתרחבת, בעיקר בקרב שכבות סוציו-אקונומיות נמוכות, ושעלולות להיות לכך השלכות רפואיות וכלכליות: החמרה במצב הבריאותי וכתוצאה מכך אשפוזים יקרים בהרבה ופגיעה בעקרון השוויון בתחום הצריכה של שירותי בריאות.

פעולות הביקורת

בחודשים יוני-ספטמבר 2007 בדק משרד מבקר המדינה את סדרי הטיפול של משרד הבריאות בהיקפי ההשתתפות העצמית של מבוטחי קופות החולים, את אופן קביעת מחירי התרופות ואת אופן רישומן בארץ. חלק מנושאי הבדיקה הם מעקב אחר נושאים שכבר נבדקו בעבר. הבדיקה נערכה במשרד הבריאות, בקופות החולים שירותי בריאות כללית (להלן - כללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) וקופת חולים לאומית (להלן - לאומית) ובמשרד האוצר.

עיקרי הממצאים

מקורות המימון של מערכת הבריאות בישראל

מקורות המימון של מערכות בריאות הם בדרך כלל ציבוריים ופרטיים. מקורות המימון הציבוריים בישראל הם תקציב המדינה ותשלומי ביטוח בריאות לביטוח

1 עיקרון על פיו בעלי הכנסות גבוהות משלמים יותר מבעלי הכנסות נמוכות.

הלאומי. המימון הציבורי נחשב פרוגרסיבי והוגן, שכן הוא מבוסס במידה רבה על מיסוי פרוגרסיבי של השכר.² המימון הפרטי כולל סוגים שונים של השתתפות עצמית, חלקם עבור שירותים הכלולים בסל השירותים שבאחריות קופות החולים (להלן - הסל) וחלקם עבור שירותים שבאחריות משרד הבריאות. המימון הפרטי כולל גם תשלומים עבור שירותי בריאות שאינם כלולים בחוק, כגון תרופות הכלולות בסל הקופה³ ורפואת שיניים. רכיב מרכזי נוסף הוא תשלומים עבור ביטוחים נוספים, הן אלו שמפעילות קופות החולים - שירותי בריאות נוספים - והן ביטוחי בריאות פרטיים. הרחבת המימון הפרטי פוגעת באופייה השוויוני של מערכת הבריאות, שכן לפי החוק, ביטוח הבריאות הממלכתי צריך להיות מושתת על עקרונות צדק, שוויון ועזרה הדדית.

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל בשנים האחרונות מהווה כ-8% מהתוצר הלאומי הגולמי (תמ"ג), וקיימת מגמה של ירידה אטית בשיעורה; עם זאת, שיעור המימון הפרטי של שירותי הבריאות מההוצאה הלאומית לבריאות מצוי במגמה של עלייה משמעותית, והוא גבוה ביחס למדינות העולם המערבי (הממוצע במדינות ה-OECD הוא 27.4%).⁴ חלקם של משקי הבית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות עלה בשנת 2006 ל-33% לעומת 28% בשנת 2001 ול-26% בשנת 1997⁵ (גידול יחסי של 32% במשך עשור). במקביל חלה ירידה במימון חלקה של ההוצאה הציבורית מ-75% בשנת 1996 ל-72% בשנת 2001 ול-67% בשנת 2006. חלקו של תקציב המדינה ירד מ-50% בשנת 1996 ל-37% בשנת 2006. ההוצאה הפרטית לנפש גדלה בשנים 2000-2006 ב-19% במחירי שנת 2000. לדעת משרד האוצר, גיל הוא גורם סיכון בריאותי מובהק⁶, והחברה הישראלית צעירה באופן משמעותי מזו שבמדינות ה-OECD. לדעתו, ניתוח של ההוצאה הלאומית לבריאות בהתחשב בגיל האוכלוסייה מציב את ישראל במקום יותר גבוה מאשר מקומה ללא התחשבות בגיל האוכלוסייה.

הכנסות קופות החולים מהשתתפות עצמית

מהדוחות ההשוואתיים האחרונים על הקופות שמפרסם האגף לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות עולה שבמהלך השנים 1995-2005 כמעט הוכפל שיעור ההכנסות של הקופות מהשתתפות עצמית מסך הכנסותיהן (מכ-5.5% לכ-11%), וכי היא מהווה מקור הכנסה משמעותי לקופות. בשנת 2005 גבו הקופות ממבוטחיהן השתתפות עצמית בגין שירותים ותרופות בסל בשיעור 8.1% מעלות הסל⁷, שעה ששיעור ההכנסות שנקבע בחוק בשנת 1997 הוא 5.38%⁸ (50%)

- 2 פערים ואי שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, כנס ים המלח הרביעי (מאי 2003).
- 3 תרופות שקופת החולים מוסיפה לכלל מבוטחיה מעבר לסל.
- 4 מדינות החברות בארגון לשיתוף פעולה כלכלי ולפיתוח. נתוני משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- 5 נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, דוח שנתי (2006).
- 6 אוכלוסייה מבוגרת יותר צורכת שירותי בריאות בהיקף גבוה באופן משמעותי מאוכלוסייה צעירה.
- 7 עלות הסל בשנת 2006 הייתה 24.04 מיליארד ש"ח.
- 8 בחוק נאמר שהסכום שינוכה יעמוד בשנת 1997 על סך של 687 מיליון ש"ח, והוא יעודכן מדי שנה בשיעור ערכון עלות הסל לקופות. שיעורו מעלות הסל היה אז 5.38%. כל זה לפני מועד אישור תכניות הגבייה של הקופות - תשלומים בגין ביקור אצל רופא, במרפאות חוץ ובמכונים וכן עבור תרופות הכלולות בסל.

יותר). מהדוח ההשוואתי לשנת 2005 עולה ששיעור ההכנסות של כל הקופות מתשלומים של חולים על תרופות וציוד בהשוואה להוצאותיהן על תרופות וציוד (בסל ומחוץ לסל) היה 46%, ותרופות וציוד בסל בלבד - כ-33%. ככל שהכנסות הקופות מהשתתפות עצמית גדלות, משרד האוצר יכול להקטין את השתתפות תקציב המדינה בעלות הסל. העלויות המשמעותיות בשיעורי ההשתתפות העצמית התרחשו בהדרגה, לאורך עשור, ואושרו ללא מדיניות מכוונת וללא ראייה כוללת של משרדי הבריאות והאוצר ולרעת החולים - שהם הנפגעים היחידים.

פיקוח ודיון ציבורי על היקף ההשתתפות העצמית

ביולי 2006 דנה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בדמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות בקופות. הוועדה הביעה דאגה מהעלייה התלולה של ההשתתפות העצמית של ציבור המבוטחים בהוצאה הלאומית לבריאות מ-26% בשנת 1995 ל-32% בשנת 2005. היא קבעה כי המחויבות לדאוג לבריאות הציבור היא חלק בלתי נפרד מתפקיד הממשלה, וכי יש לעצור לאלתר את התרופות של מחויבות זו. הוועדה קראה למשרדי הבריאות והאוצר לפתוח בהידברות כדי להכין תכנית לאומית שמטרתה הורדת ההשתתפות העצמית בהוצאה לבריאות ל-25% בתהליך רב-שנתי עד 2010. נמצא שהנהלות משרדי הבריאות והאוצר לא דנו מאז בסוגיה זו.

תכניות הגבייה של קופות החולים

החל מאוקטובר 1998 נהוגות בקופות החולים תכניות גבייה. בתכניות נקבעו תשלומים בגין ביקור אצל רופאים מומחים בקהילה⁹, הפניה למרפאות חוץ בבתי חולים ובמכוניס ותשלומי השתתפות עצמית בגין תרופות הכלולות בסל. תכניות הגבייה של הקופות אינן אחידות, לא בסעיפים שבגינם הקופות גובות השתתפות עצמית ולא בסכומי הכסף שהן גובות.

1. אי-ביטול שיטת המנות בכללית: בשיטת המנות נקבע מחיר תרופה לצרכן על פי גודלה של מנת התרופה. בשיטה האחוזית נקבע המחיר כשיעור ממחירו המרבי לצרכן¹⁰. בכללית נהוגות שתי שיטות הגבייה¹¹. בקופות האחרות נהוגה השיטה האחוזית בלבד. משרד מבקר המדינה כבר העיר בעבר על הבעייתיות שבשיטת המנות¹²: מחיר תרופות מסוימות גבוה משמעותית על פי שיטה זו ממחירן על פי השיטה האחרת; מנת תרופה הוגדרה בצורה שונה לגבי תרופות שונות; ובתרופות שדמי ההשתתפות לגביהן נקבעים לפי שיטת המנות, יש ששיעור ההשתתפות מגיע לעשרות אחוזים ממחיר התרופה המרבי לצרכן. עקב חסרונותיה

9 למכבי אושרו גם דמי השתתפות עבור ביקור אצל רופאים ראשוניים: רופאים כלליים, רופאי משפחה, רופאי ילדים ורפואה פנימית, מאחר שבקופה זו היה נהוג התשלום בעבר.

10 התשלום הוא 10%-15% מהמחיר המרבי לצרכן, ואם המחיר המרבי הוא עד כ-100 ש"ח, ישלם המבוטח מחיר מזערי קבוע לאריזה (כיום 12-13 ש"ח) או את המחיר המרבי - הנמוך מביניהם.

11 בשיטה האחוזית התשלום הוא 10% מהמחיר המרבי לצרכן או מחיר קבוע (כיום 12 ש"ח) - הגבוה מביניהם.

12 ראו דוח שנתי 56 של מבקר המדינה (2006), בפרק "הקצאת תרופות למבוטחים בקופות החולים", עמ' 565 ואילך; דוח שנתי 52 של מבקר המדינה (2002), בפרק "פיקוח המשרד על קופות החולים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי", עמ' 626 ואילך.

של שיטה זו משרד הבריאות עוסק בסוגיית ביטולה, אולם הטיפול נמשך כבר שנים רבות (משנת 2001), ואין הסכמה בינו ובין הכללית.

2. תקרות לחולים במחלות כרוניות: החוק קובע כי קבוצות אוכלוסייה שונות יקבלו הנחות או פטורים, ובהן חולים במחלה כרונית. סכומי התקרה לחולים במחלות כרוניות בקופות היו במועד סיום הביקורת 720-750 ש"ח לרבעון (כ-240-250 ש"ח לחודש). באפריל 2007 נכנסה לתוקף הפחתה של תקרת ההשתתפות העצמית לתרופות מרשם הכלולות בסל לחולים קשישים במחלה כרונית המקבלים גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980. עם זאת מבוטחים רבים נוטלים, על פי הוראת הרופא המטפל, תרופות שאינן כלולות בסל, ורוכשים תרופות שאינן תרופות מרשם. במקרים אלו אין משמעות לתקרה, וחולים אלה מוציאים בפועל הרבה יותר כסף על תרופות בחודש.

3. גביית-יתר בלאומית: לאומית גבתה השתתפות עצמית בשנים האחרונות ממבוטחיה עבור סעיפים שלא אושרו לה בתכנית הגבייה, כמו הנפקת כרטיס מגנטי ומתן אישור רפואי; גבתה סכומים גבוהים מאלה שאושר לה לגבות בתוספת לחוק¹³ לפי מידוד הסכום המקורי בהתאם לשיעורי עליית מדד יוקר הבריאות; וגבתה השתתפות עצמית בגין תרופות עוד בשנת 2004 בשיעור גבוה מזה שאושר לה.

4. סדרי הפעלת תקרה משפחתית בכללית: כאשר משפחה במכבי, בלאומית ובמאוחדת מגיעה לתקרת ההשתתפות העצמית בביקור אצל רופא, במרפאות חוץ ובמכונים, נפסקת הגבייה. הכללית הכניסה לשימוש רק בתחילת שנת 2007 מערכת גבייה המאפשרת, באמצעות חתימה על הרשאות להוראת קבע, להפסיק את הגבייה ממשפחה שהגיעה לתקרה. עד נובמבר 2007 חתמו כ-355,000 מבוטחים על טופסי הרשאות. רבים ממבוטחיה עדיין נדרשים לגשת לסניפים כדי לקבל החזרים בגין גביית-יתר, אם הם מודעים בכלל לזכות זו.

מתן תרופות באמצעות תכניות לשירותי בריאות נוספים (השב"ן)

לפי החוק, קופות החולים מציעות בתכניות השב"ן שירותים שאינם כלולים בסל השירותים של ביטוח הבריאות הממלכתי. יותר מ-70% ממבוטחי הקופות חברים בתכניות השב"ן. תכניות אלה בכל הקופות כוללות מאות תרופות. יש הבדלים בין הקופות במספר התרופות הכלולות בתכניות, באופי התרופות (תרופות מרשם או לא) ובגובה ההשתתפות העצמית ברכישת התרופות.

1. מתן תרופות באמצעות השב"ן במקום באמצעות הסל: (א) לעתים ממליץ הרופא המטפל לחולה ליטול דווקא תרופה הרשומה בשב"ן וגם בסל, אולם הניפוק בסל נעשה רק לאחר עמידה בתנאים רבים, והרופא ממליץ ליטול אותה מיד; (ב) לעתים התרופה הרשומה בשב"ן ולא בסל היא החלופה הטיפולית¹⁴ המתאימה לדעת הרופא למחלה; (ג) יש גם תרופות חיוניות הניתנות בסל לתקופה קצרה בלבד, אולם המלצות הרופאים והאיגודים המקצועיים של ההסתדרות

13 פירוט השירותים שנתנה הכללית למבוטחיה במועד הקובע, שלפיהם נקבע הסל.

14 חלופות טיפוליות - קלאס אפקט (CLASS EFFECT) - מדיניות הבחירה בין תרופות מאותה משפחה פרמקולוגית, הנבדלות זו מזו במבנה הכימי שלהן, אך דומות זו לזו באפקט הטיפולי שלהן.

הרפואית בישראל (הר"י) הן ליטול אותן על בסיס קבוע או במשך תקופות ארוכות. אמנם ההמלצה ליטול תרופות באמצעות השב"ן נעשית משיקולים רפואיים ואף בהנחה ממחירן המרבי לצרכן, אולם בתשלום גבוה יותר למבוטח לעומת נטילת תרופה בסל. הפניית המבוטח לשב"ן בעייתית שכן כ-30% מהאוכלוסייה אינם חברים בתכניות השב"ן, ועל כן הם עלולים לוותר על רכישת תרופות חיוניות מסיבות כלכליות. הדבר עלול לפגוע בעקרון השוויון¹⁵. בנוסף, הפניית המבוטח לצורך תרופות באמצעות השב"ן יוצרת חיסכון לקופות, שכן האמצעים שהמדינה העניקה להן למתן שירותים אינם מנוצלים לפי תכנונם המקורי במסגרת הסל. יתר על כן, יתרון כלכלי זה אף עשוי להוות תמריץ לקופות, אפילו אם רק סמוי, להפנות מבוטחים לצורך תרופות באמצעות השב"ן. בכך אף תגדל הפגיעה בעקרון השוויון. מבחינת מימון שירותי הבריאות, המשמעות היא הגדלת שיעור המימון הפרטי של תרופות על חשבון המימון הציבורי.

2. שיעורי השתתפות עצמית: הקופות הן מלכ"רים, וראוי שפעילותן במכירת תרופות למבוטחיהן בתכניות השב"ן לא תאפשר להן עודפים על חשבון החולים. עד שנת 2006 נהגו הקופות לגבות עבור תרופות שנופקו במסגרת השב"ן שיעורים שונים ממחירן המרבי לצרכן ועד 95% ממחיר זה. יצוין כי הקופות רוכשות בדרך כלל את התרופות בהנחה ניכרת מהמחיר המרבי לצרכן, כך שהדבר אף עשוי ליצור לכאורה עודף הכנסה לקופות.

בנובמבר 2006 הוציא הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות במשרד הבריאות הנחיה למנהלי השב"ן בקופות שלפיה מ-1.12.06 כל הכללה של תכשיר רפואי חדש בתכנית שהשתתפות העצמית של המבוטח גבוהה בה מ-50% ממחירו המרבי, מחייבת את אישורו. ביולי 2007 הוציא הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות הבהרות להוראותיו, ונתן לקופות ארכה עד ספטמבר 2007. עד סוף ספטמבר 2007 לא מסרו הקופות למשרד הבריאות את רשימת התרופות בשב"ן ואת מחירי ההשתתפות העצמית המעודכנים לחולים, וההנחיה לא בוצעה. עד דצמבר 2007 מסרו שלוש מהקופות רשימות ונתונים והן מיישמות את ההנחיות. מאוחדת אמורה ליישם את הנחיות המשרד מפברואר 2008.

גם לאחר יישום ההנחיה, יוכלו הקופות לגבות מחברי תכניות השב"ן אצלן שיעור ניכר מהמחיר המרבי של התרופות. על משרד הבריאות לבחון בכל תרופה אם השיעור שנקבע מאפשר עודפים לקופות. אם כן - יש לבטלם ולקבוע הנחיות נוספות בנדון.

מחירי התרופות בישראל

שיעור ההשתתפות העצמית הוא בדרך כלל שיעור מסוים ממחיר התרופה, וככל שמחירה גבוה יותר, כך ההשתתפות העצמית גבוהה יותר. שוק התרופות בארץ נמצא

15 עמדת משרד הבריאות היא שאת השוויון בנגישות לשירות יש לממש במסגרת הסל הניתן במימון ציבורי; השוויון בנגישות לשירותים שאינם בסל יקודם על ידי נתינתם במסגרת תכניות השב"ן שאינן מפלות מבוטחים בגלל גילם או מצבם הרפואי.

בפיקוח משרד הבריאות¹⁶, ובשנים האחרונות נקבעים המחירים המרביים של התרופות על פי ממוצע מחיר התרופה במדינות ייחוס שונות באירופה שנבחרו לצורך העניין (להלן - המודל ההולנדי).

1. תיקון המודל ההולנדי: בדצמבר 2005 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לבדיקת השפעת המודל ההולנדי, קביעת מחירים מרביים והשתתפות עצמית במחירי תרופות (להלן - ועדה לבדיקת מחירי תרופות). ביולי 2006 הגישה הוועדה לבדיקת מחירי תרופות דוח על עבודתה, ואת המלצותיה הגישה למנכ"ל משרד הבריאות. הוועדה קבעה כי אף שהמודל ההולנדי הביא להפחתת מחירי התרופות המרביים, הקופות הן הנהנות העיקריות מכך ולא המבוטחים. בעקבות דוח הוועדה נוספו מדינות ייחוס, ובינואר 2007 נקבע מחירון חדש. לפי נתוני משרד הבריאות מספטמבר 2007 הוזלו מרבית התרופות.

2. ההשפעה על ההשתתפות העצמית: תפקיד הוועדה לבדיקת מחירי תרופות היה, בין היתר, לבחון את השיטה שבה נקבעת ההשתתפות העצמית במחיר התרופה שמשלם הצרכן, ולהמליץ על שינויים נדרשים בשיטה הקיימת, תוך התייחסות לתקרת ההכנסות של הקופות מהשתתפות עצמית ולתקרת גבייה מחולה בודד, ובפרט חולים במחלות כרוניות ומשכבות סוציו-אקונומיות מסוימות. בדוח הוועדה מיולי 2006 נאמר שיש מקום לאפשר את השלמת עבודתה, קרי בחינת השיטה שבה נקבעת ההשתתפות העצמית והמלצה על השינויים הנדרשים, כדי לבחון את החלופות האפשריות להפחתת המחיר לצרכן, תוך שמירה על האיזון הנדרש¹⁷. נמצא כי הוועדה לא המשיכה את עבודתה בנושא.

3. תגמול לרוקח בבתי המרקחת: המחיר המרבי לצרכן הוא המחיר המחייב לקמעונאי (הרוקח) בתוספת שיעור רווח מסוים (תגמול). ככלל, ככל שהתגמול שנקבע לרוקח גבוה יותר, כך ההשתתפות העצמית של החולים במחירי התרופות גבוהה יותר¹⁸. ועדה מקצועית המליצה בשנת 1998 לשנות בטווח הארוך את שיטת התגמול לרוקחים לגבי תרופות, כך שהתגמול ינותק ממחיר התרופה¹⁹. רק בינואר 2007 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה נוספת לבדיקת התגמול לרוקח, וביקש להגיש המלצות עד תחילת מאי 2007. עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007, לא סיימה הוועדה את עבודתה.

16 לפי נתוני איגוד הכימיה והפרמצבטיקה של התאחדות התעשיינים, בישראל סך המכירות של התרופות ההומניות כולל יבוא הסתכם בשנת 2005 בכ-950 מיליון דולר (65% מהם ממכירות של תרופות מיובאות). לפי נתוניו של האיגוד, 87% מסכום זה שולמו עבור תרופות מקור, אף שהן מהוות רק כ-40% מהכמות המשווקת. 13% מסכום זה שולמו עבור תרופות גנריות, אף שהן מהוות כ-60% מהכמות המשווקת.

17 בישיבת הוועדה במרס 2006 נאמר שכוונת ועדת הכספים של הכנסת בשנת 1998, בעת אישור העלאת ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות, הייתה שההשתתפות העצמית ברכישת תרופות תהיה בשיעור של כ-15% מהוצאות הקופות על תרופות שבסל. בפועל, בהתאם לדוח על פעולות הקופות בשנת 2003, עומדת ההשתתפות העצמית על כ-35% מהוצאות הקופות.

18 שיעור הרווח המרבי לקמעונאי הוא 17.5%-37%. לפי צו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים שהם תכשירי מרשם), התשס"א-2001, ככל שהמחיר המרבי גבוה יותר, קטן שיעור הרווח.

19 וזאת בתנאי שלא יועלה התגמול הכספי הממוצע לרוקח כתוצאה משינוי השיטה.

רישום תרופות בישראל

שיווק תרופות בארץ מותנה ברישומן בפנקס התכשירים שמנהל משרד הבריאות. זירוז הרישום של תרופות גנריות²⁰ עשוי להוזיל משמעותית את מחירן ואת מחיר התרופות האתיות, שכן סמוך לרישומן ולהנפקתן לציבור הן יביאו להפחתת מחיר. מהאמור עולה שיש חשיבות לרישום תכשירים מהר ככל האפשר, כדי לאפשר לחולים לקבל תרופות חדשות ויעילות באמצעות הקופות²¹ ובמחיר זול יותר. במועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007, חיכו בתור לרישום במשרד הבריאות²² כ-250 תרופות ותכשירים ובהם תרופות מצילות חיים וחיסונים, ואף תרופות ותכשירים שנרשמו כבר ברשויות מוכרות בעולם, כמו ה-FDA²³ וה-EMA²⁴. הועלה שבשנים האחרונות התארך מאוד זמן הרישום של התכשירים, והגיע במחצית הראשונה של 2007 לצפי לרישום של 12-18 חודשים. בעקבות עתירה לבג"ץ בדבר משך הרישום²⁵ הכין משרד הבריאות ביולי 2007 נוהל שלפיו יירשמו תכשירים שונים שהוגשו לרישום בפנקס מאותו מועד בתוך שנה. משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה כי ההסכם עם משרד האוצר לשנת 2008 כולל תוספת שישה תקנים של מעריכי תיקים כדי לקצר את זמן הרישום.

העיקוב ברישום תרופות גורם נזק כספי לחולים ולקופות החולים ואף עלול לגרום לנזק בריאותי. כן גדלה ההוצאה הלאומית לבריאות עקב כך. סביר שהחיסכון שבכניסה מוקדמת של תרופה ובהוזלת מחירה גבוה בהרבה מהעלות הכרוכה בהוספת כוח אדם למכון לביקורת ותקנים של חומרי רפואה במשרד הבריאות, מה גם שיש לכך תרומה רפואית. מן הראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יפעלו בהקדם כדי לקצר את משך הרישום. לאחר שיקוצר לפרק הזמן שנקבע בנוהל, ראוי שמשרד הבריאות יבחן אם יש צורך במסלולי רישום שונים לסוגים שונים של תכשירים כמו תכשירים אתיים, תכשירים גנריים ותכשירים מצילי חיים, לתכשירים שכבר נרשמו ברשויות מוכרות בעולם וכו'.

סיכום והמלצות

1. ההוצאה הפרטית לשירותי בריאות הולכת וגדלה. הוצאה זו נובעת בין היתר מצמצום ההוצאה הציבורית לבריאות, מנטל תשלומים גובר על החולים ומהתפתחות שוק של ביטוחי הבריאות. שיעור המימון הפרטי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות גבוה ביחס למדינות המפותחות. לגבייה הגדלה מהחולים יש אמנם אישורים רשמיים ממשרדי הבריאות והאוצר, אולם התהליך הזוחל ללא מדיניות מכוונת ותוצאותיו - ראוי לבחנם בראייה כוללת. ההשתתפות העצמית של החולים הופכת למעשה למס המושת על החולים נוסף לתשלום מס בריאות על פי החוק. התוצאה היא ששכבות מסוימות באוכלוסייה מוותרות על צריכת תרופות ועל שירותי בריאות אחרים. יש

-
- 20 תכשיר רפואי המכיל חומרים פעילים בחוזק ובצורת מינון שווים לתכשיר רפואי הרשום בפנקס התרופות הממלכתי, בין שיוצר בארץ ובין שיוצר בחו"ל, למעט תכשיר ביולוגי ומוצרי דם.
 21 ניתן לאשר שימוש בתכשיר או את ייבואו לארץ גם אם אינו רשום, אולם זהו מסלול חריג.
 22 במכון לביקורת ותקנים של חומרי רפואה.
 23 Food and Drug Administration - מינהל המזון והתרופות בארצות הברית.
 24 European Medicines Agency - הסוכנות האירופית לתרופות (המקבילה של ה-FDA באיחוד האירופי).
 25 בג"ץ 1837/06, האגודה לזכויות החולה בישראל נ' שר הבריאות ואח'.

לתת את הדעת גם על הפגיעה בשוויון, שהוא מאושיית החוק. ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יערכו עבודת מטה מקיפה לבחינת היקפי ההשתתפות העצמית של החולים והמודל הראוי לגבייה כזו, הן בנוגע לשירותי בריאות שונים והן בנוגע לתרופות, תוך התחשבות בראייה הלאומית והרפואית הכוללת. עבודת מטה זו ראוי שתיעשה תוך התייחסות לאבדן המקורות הכספיים של הקופות אם תופחת ההשתתפות העצמית, קביעת מקורות חלופיים כגון התייעלות או הגדלת המקורות הממשלתיים והתייחסות לסוגיה הערכית שבפועל מושת מס נוסף (השתתפות עצמית) דווקא על החולים. ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר ידונו בשאלת החלופות למימון ההשתתפות העצמית באופן שהפרוגרסיביות תגדל, וכך יקטן החשש לפגיעה בבריאותם של משלמי ההשתתפות העצמית. את עבודת המטה ראוי לעשות תוך שיתוף הציבור, כגון נציגי צרכנים (חולים) ונציגי אקדמיה, ולאחר מכן מן הראוי שגם הכנסת והממשלה ייתנו דעתן על הסוגיה.

2. ראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יבחנו את סוגיית צריכת התרופות בשב"ן מבחינת הפגיעה בשוויון והיחסכון בסל.



מבוא

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), נקבע כי ביטוח הבריאות יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. מקורות המימון של מערכות בריאות הם בדרך כלל ציבוריים ופרטיים. מקורות המימון הציבוריים בישראל הם תקציב המדינה ותשלומי דמי ביטוח בריאות לביטוח הלאומי. המימון הפרטי כולל סוגים שונים של השתתפות עצמית, תשלומים עבור שירותים שאינם כלולים בחוק וביטוחי בריאות.

שימוש מושכל בתרופות עשוי לחסוך למערכת הבריאות ולחולים עלויות אשפוז גבוהות בבתי חולים. שווי שוק התרופות העולמי הוערך בשנת 2001 בכ-360 מיליארד דולר. ההוצאה הלאומית לתרופות גדלה והולכת בקצב מהיר יותר מקצב הגידול של התוצר. משקלה הרב של ההוצאה לתרופות בהוצאה הלאומית לבריאות וקצב הגידול של ההוצאה לתרופות בעשורים האחרונים הביאו לכך שבעולם המערבי מנסים לצמצם את ההוצאה לתרופות. הניסיונות כוללים התערבות מצד ההיצע, קרי התערבות לשם הורדת מחירי התרופות שקובעים היצרנים באמצעות מנגנוני פיקוח על המחיר או פתיחת הענף לתחרות. התערבות מצד הביקוש כוללת השפעה על הכמויות הנצרכות הן על ידי רופאים והן על ידי צרכנים באמצעות השתתפות עצמית.²⁶

לפי נתוני איגוד הכימיה והפרמצבטיקה של התאחדות התעשיינים²⁷, בישראל גדל היקף המכירות של התרופות ההומניות²⁸, כולל יבוא, בשנים האחרונות מכ-690 מיליון דולר בשנת 1998 לכ-950 מיליון דולר (65% מיבוא) בשנת 2005. לפי נתוני האיגוד, 87% מסכום זה שולמו עבור תרופות מקור (אתיות), אף שהן מהוות רק כ-40% מהכמות המשווקת. 13% מסכום זה שולמו עבור תרופות גנריות²⁹, אף שהן מהוות 60% מהכמות המשווקת.

- 26 גבי בן נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל (2005), משרד הביטחון.
- 27 תעשיית הפרמצבטיקה בישראל, איגוד הכימיה והפרמצבטיקה של התאחדות התעשיינים בישראל, ינואר 2006.
- 28 תרופות לבני אדם (לא כולל תרופות וטרינריות).
- 29 תכשיר רפואי המכיל חומרים פעילים בחוזק ובצורת מינון שווים לתכשיר רפואי הרשום בפנקס התרופות הממלכתי, בין שיוצר בארץ ובין שיוצר בחו"ל, למעט תכשיר ביולוגי ומוצרי דם.

בחודשים יוני-ספטמבר 2007 בדק משרד מבקר המדינה את סדרי הטיפול של משרד הבריאות בהיקפי ההשתתפות העצמית של מבוטחי קופות החולים, וסקר את המגמות של השנים האחרונות בהשתתפות העצמית בכלל ובהשתתפות בגין צריכת תרופות בפרט, ואת משקלה היחסי של השתתפות זו בהוצאות הקופות. כמו כן נבדק אופן קביעת מחירי התרופות ורישום התרופות. הבדיקה נערכה במשרד הבריאות, בקופות החולים שירותי בריאות כללית (להלן - כללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) וקופת חולים לאומית (להלן - לאומית) ובמכון לביקורת ותקנים של חומרי רפואה של משרד הבריאות (להלן - המכון לביקורת ותקנים). בדיקות השלמה נערכו באגף התקציבים שבמשרד האוצר.

מקורות המימון במערכת הבריאות

מקורות המימון הציבוריים בישראל הם תקציב המדינה ותשלומי דמי ביטוח בריאות לביטוח הלאומי, כאמור. המימון הציבורי נחשב פרוגרסיבי והוגן, שכן הוא מבוסס במידה רבה על מיסוי פרוגרסיבי של השכר³⁰. המימון הפרטי של שירותי הבריאות כולל סוגים שונים של השתתפות עצמית, חלקם עבור שירותים הכלולים בסל השירותים שבאחריות קופות החולים (כגון תשלומים עבור תרופות, אגרות ביקור אצל רופא מקצועי, ביקור בחדר מיון, אביזרים וטיפולים פרה-רפואיים), וחלקם עבור שירותים שבאחריות משרד הבריאות (כגון אגרות התחנות לאם ולילד והשתתפות במימון אשפוז סיעודי). במימון הפרטי כלולים גם תשלומים עבור שירותי בריאות שאינם כלולים בחוק, בעיקר רפואת שיניים. רכיב מרכזי נוסף הוא תשלומים עבור רכישת ביטוח בריאות נוספים, הן אלו שמפעילות קופות החולים (ביטוח משלים, שירותי בריאות נוספים; להלן - ש"ן) והן ביטוחי בריאות פרטיים. בכל ביטוחי הבריאות קיים רכיב משמעותי של השתתפות עצמית בעת צריכת כל תרופה או שירות רפואי. תשלומים אלו נחשבים למקור המימון הרגרסיבי ביותר במערכת, שכן הם משולמים על בסיס היקף הצריכה. הרחבת המימון הפרטי פוגעת באופייה השוויוני של מערכת הבריאות³¹.

מהשוואה לארצות ה-OECD³² עולה שברובן יש מגמה ברורה של עלייה בשיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג)³³, ואילו בישראל קיימת מגמת ירידה בשיעור ההוצאה הלאומית לבריאות³⁴ מהתמ"ג מ-8.4% בשנת 2001 ל-7.8% בשנת 2006.

משרד האוצר השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2007 כי שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מושפע ישירות מהרכב האוכלוסייה, שכן גיל הוא גורם סיכון בריאותי מובהק - אוכלוסייה מבוגרת יותר צורכת שירותי בריאות בהיקף גבוה באופן משמעותי מאוכלוסייה צעירה. בחברה הישראלית, הצעירה באופן משמעותי מזו שבמדינות ה-OECD (שיעור בני 65 ומעלה עמד בשנת 2004 על 9.9% מכלל האוכלוסייה, והממוצע במדינות ה-OECD עמד על 16.1%), ניתן לספק שירותי בריאות ברמה גבוהה יחסית גם אם היקף ההוצאות שלה לבריאות מהתמ"ג נמוך יחסית. ניתוח של ההוצאה הלאומית לבריאות בהתחשב בגיל האוכלוסייה מציב את ישראל במקום גבוה בהרבה.

30 פערים ואי שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, כנס ים המלח הרביעי (מאי 2003).

31 שם.

32 מדינות החברות בארגון לשיתוף פעולה כלכלי ולפיתוח. נתוני משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.

33 אחת הסיבות היא העלייה בגיל הממוצע של האוכלוסייה.

34 ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2006 הייתה כ-49 מיליארד ש"ח. נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הדו"ח לעיתונות (7.8.07).

על משרדי הבריאות והאוצר לבחון אם אכן ההוצאה הלאומית לבריאות גבוהה יחסית, ואם כן, לבדוק מה הסיבות לכך (כפילויות, חוסר יעילות, פעולות מיותרות) ולנסות לפתור את הבעיה.

להלן נתונים אחדים בנוגע למימון הציבורי והפרטי במערכת הבריאות³⁵:

2006	2001	2000	1997	1996	סוג הוצאה
33%	28%	28%	26%	25%	שיעור ההוצאה הפרטית מההוצאה הלאומית לבריאות
2,100		1,767			הוצאה פרטית לנפש (בש"ח*)
67%	72%	72%	74%	75%	שיעור המימון הציבורי מההוצאה הלאומית לבריאות
37%	41%	42%	48%	50%	חלקו של תקציב המדינה בהוצאה הלאומית לבריאות
4,225		4,500			הוצאה ציבורית לנפש (בש"ח*)

* במחירי שנת 2000

מהנתונים עולה ששיעור ההוצאה הציבורית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות ירד בשנים האחרונות (ירידה יחסית של 12% במשך כעשור), ואילו שיעור המימון הפרטי מצוי במגמת עלייה (גידול יחסי של 32%). ההוצאה הציבורית לנפש קטנה בשש שנים ב-6%, ואילו ההוצאה הפרטית לנפש גדלה בשנים אלו ב-19%.

סך ההוצאות החודשיות של משקי הבית על בריאות בחמישון העליון היו גבוהות פי 3.05 מההוצאות של משקי הבית בחמישון התחתון (965 ש"ח לעומת 316 ש"ח)³⁶. כמו כן מבחינה של שיעור ההוצאה הפרטית לבריאות מההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2005 בישראל ובמדינות ה-OECD עולה שהממוצע בארצות אלה הוא 27.4%, ואילו בישראל הוא 32.2%³⁷.

יוצא שסך ההוצאה הפרטית לבריאות נמצאת בישראל במגמת עלייה משמעותית בשנים האחרונות, והיא מממנת כשליש מההוצאה הלאומית לבריאות - שיעור גבוה מהמקובל במדינות המפותחות. יש לכך גם השלכות משמעותיות, כפי שיפורט בהמשך.

תשלומים בגין שירותי בריאות שבאחריות קופות החולים

ההשתתפות העצמית משולמת כנגד שירותים שונים, שחלקם כלולים בסל השירותים של ביטוח הבריאות הממלכתי (להלן - הסל) וחלקם אינם כלולים בו. האגף לפיקוח על קופות חולים ושירותי

35 נתוני משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.

36 סקר הוצאות משקי הבית לשנת 2006 שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ההוצאה החודשית הממוצעת לבריאות עומדת על 570 ש"ח לעומת 556 ש"ח בשנת 2005 - גידול של 2.5%. זהו גידול ריאלי של 0.2%.

37 נתוני משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.

בריאות נוספים במשרד הבריאות (להלן - האגף לפיקוח על הקופות) מפקח על פעילות הקופות ועל מצבן הכספי.

1. פייגורים בפרסום דוח השוואתי על פעילות קופות החולים: בשנים האחרונות מכין האגף לפיקוח על הקופות בכל פרק זמן מסוים דוח מסכם על פעילות קופות החולים בשנת כספים מסוימת קודמת (להלן - הדוח ההשוואתי) ומפרסם אותו. בדוח מוצגים בצורה השוואתית נתונים על הקופות: הכנסותיהן, הוצאותיהן, תוצאות פעולותיהן ועוד. המידע המפורסם בדוח זה מאפשר לבעלי תפקידים שונים במערכת הבריאות ללמוד על ההוצאות של הקופות, לערוך ניתוחים כלכליים ואחרים, ובעקבות זאת להחליט החלטות מושכלות. הדוח גם משמש את הקופות עצמן להשוואה ביניהן על פי מדדים שונים, לקבלת החלטות על שינויים נדרשים בפעילותן, ובעקבות זאת גם להגברת התחרות ביניהן.

פרסום הדוח ההשוואתי השנתי על פעילות קופות החולים הוא אמצעי פיקוח הולם שיש לו חשיבות ציבורית ראשונה במעלה. הדוח ההשוואתי האחרון שהכין האגף לפיקוח על הקופות עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007, הוא לשנת 2004, וגם הוא פורסם רק בנובמבר 2006, כלומר שנתיים לאחר סיום שנת הכספים; הדוח לשנת 2003 פורסם בספטמבר 2005 - כמעט שנתיים לאחר סיום שנת הכספים; רק בסוף אוקטובר 2007 פרסם משרד הבריאות את הדוח ההשוואתי לשנת 2005, ובמחצית ינואר 2008 - את הדוח לשנת 2006. קצב פרסום הדוח הואץ לאחרונה, אך הפיגור בפרסומו מעלה חשש לפגיעה ברלוונטיות של הדוח וביעילותו.

2. הכנסות קופות החולים מהשתתפות עצמית: להלן מידע על היקפי ההשתתפות העצמית של מבוטחי הקופות ועל שיעורם מהוצאותיהן של הקופות כפי שעולה מהדוחות ההשוואתיים האחרונים:

(א) שיעורי ההשתתפות העצמית: להלן שיעורי ההשתתפות העצמית של מבוטחי הקופות מסך הוצאותיהן של הקופות³⁸ בשנים 1995-2005 (באחוזים)³⁹:

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995
11.1	11.1	10.4	9.6	8.8	8.1	7.6	6.2	5.6	5.3	5.7

מהנתונים דלעיל ניתן לראות שבמהלך עשור הוכפל כמעט שיעור ההכנסות של הקופות מהשתתפות עצמית מהוצאות הקופות, וכי ההשתתפות משמשת מקור הכנסה משמעותי לקופות.

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2007 כי ראוי להפריד בין הנתונים המתייחסים להשתתפות עצמית ברכישת פריטים ותרופות הכלולים בסל לבין אלו שמחוץ לסל, כיוון שממכירת מוצרים שמחוץ לסל שיעור ההכנסות מההוצאות גבוה מאוד, ומעלה את הממוצע⁴⁰. אם מציגים את

38 סך הוצאות הקופות כולל שכר, הוצאות אשפוז, רכש תרופות, מינהל ומשק, שירותים קנויים אחרים ועוד, ועל פי הדוח ההשוואתי הוא עמד בשנת 2005 על כ-25.9 מיליארד ש"ח.

39 נתוני האגף לכלכלה וביטוח בריאות והאגף לפיקוח על הקופות במשרד הבריאות.

40 הקופות גובות מהמבוטחים סכומים הקרובים לעלותם לקופות.

הנתונים בנפרד, שיעור ההשתתפות בגין שירותים בסל מסך ההוצאות של כל הקופות בשנים 2001-2005 הוא 6.3%-7.7%, ובגין שירותים שמחוץ לסל - 2.5%-4.3%.

משרד מבקר המדינה מציין כי על פי הנתונים משני הסוגים שיעור ההשתתפות של המבוטחים הולך וגדל לאורך השנים. כמו כן בפועל שני סוגי הנתונים הם הוצאות של החולים על שירותי בריאות.

(ב) השתתפות עצמית ברכישת תרופות וציוד רפואי: לעומת ההשתתפות העצמית של החולים מסך הוצאות הקופות, ההשתתפות העצמית של החולים ברכישת תרופות וציוד (כולל תרופות שמחוץ לסל⁴¹) מימנה בשנת 2005 46% מסך ההוצאות של הקופות על תרופות וציוד, כולל העמסת הוצאות עקיפות⁴², ו-52% ללא העמסת הוצאות; ולגבי תרופות בסל - 36%.

3. הקטנת חלקה של המדינה בעלויות הסל: על פי החוק, הכנסות הקופות מההשתתפות העצמית הן עבורן מקור כספי. הכנסות אלה נקראות סכום נורמטיבי: שיעור היקפי ההשתתפות מעלויות הסל. בשנים האחרונות עמד הסכום הנורמטיבי על 5.38% מעלויות הסל⁴³. השלמת הסל מתקציב המדינה נקבעת כך: עלות הסל מוגדרת, ממנה מופחתים תשלומי ביטוח לאומי (מס בריאות) והסכום הנורמטיבי, והיתרה המתקבלת היא השלמת תקציב המדינה לעלות הסל⁴⁴. יוצא שכל שהסכום הנורמטיבי גדל, כך משרד האוצר יכול להקטין את ההשתתפות תקציב המדינה בעלויות הסל.

ביולי ובאוגוסט 2007 גיבש משרד האוצר, במסגרת ההכנות לחוק ההסדרים במשק המדינה לשנת 2008, "הצעות מחליטים" לממשלה. בהצעות שגובשו ובסיוכום בין שר הבריאות, מר יעקב בן יורי, לבין שר האוצר, מר רוני בר-און, מ-6.8.07 נאמר שבעקבות השינויים בהיקפי הגבייה בפועל של התשלומים העצמיים של המבוטחים שגובות הקופות, יתוקן סעיף 13(5) לחוק. ייקבע בו שמהסכום מתקציב המדינה שישלים את עלות הסל לקופות ינוכה סכום השווה ל-6.45% מעלויות סל שירותי הבריאות במקום 5.38% כנהוג היום (עלייה של כ-20%).

בשנים 2004 ו-2005 גבו הקופות ממבוטחיהן השתתפות עצמית מסוגים שונים בגין שירותים ותרופות בסל בשיעור 8.4% ו-8.1% מעלויות הסל בהתאמה; הן גבו מהמבוטחים כ-11% מסך הוצאותיהן. הסיכום בין שרי הבריאות והאוצר (שלפיו השלמת תקציב המדינה תהיה נמוכה יותר מבעבר) מספק תמריץ לקופות לגבות מהחולים אף יותר ממה שהן גובות כיום, ואולי אף להסיט צריכה של שירותים אל מחוץ לסל, שכן שם אין מגבלת גבייה.

מכבי ציינה בתשובתה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2007 כי הממשלה שחקה במשך השנים את המקורות התקציביים של הסל בשיעורים הולכים וגדלים בנוסחאות סמיות, כגון אי-מתן פיצוי נאות על הגידול הדמוגרפי והעלאת מחירי האשפוז בשיעור גבוה יותר מעדכון מדד יוקר הבריאות. כנגד זה הביאה הממשלה את הקופות להגדיל את ההשתתפות העצמית כדי להימנע מגירעון תקציבי. הקופות אינן יכולות לשנות את תכניות הגבייה שלהן ללא אישור הממשלה וועדת הכספים

41 תרופות ללא מרשם או תרופות בסל הקופה.

42 כמו שכר רוקחים, הנהלה וכלליות.

43 בחוק נאמר שהסכום שינוכה יעמוד בשנת 1997 על סך של 687 מיליון ש"ח, והוא יעודכן מדי שנה בשיעור עדכון עלות הסל לקופות. שיעורו מעלויות הסל היה אז 5.38%. עלות הסל בשנת 2006 הייתה 24.04 מיליארד ש"ח.

44 מקורות המימון של שירותי הבריאות לפי החוק נקבעו בסעיף 13 לחוק.

של הכנסת. בשנת 2008 מצאה הממשלה דרך נוספת לשחוק את תקציב הקופות על ידי הקטנת תקציב המדינה בשיעור 1.07%⁴⁵, תוך שימוש ציני בטיעון שההשתתפות העצמית בפועל גבוהה מהסכום הנורמטיבי שהיה נהוג עד אז. אין כוונה לאשר לקופות להגדיל את ההשתתפות העצמית, אלא לשחוק את תקציבי הקופות בכ-265 מיליון ש"ח לשנה, דבר שיגרום לגירעון ולפגיעה בשירותים. הכללית טענה בתשובתה שמשמעות ההחלטה היא קיצוץ בתקציבי הקופות, כיוון שלא ניתנת לקופות אפשרות לגבות יותר ממה שמאושר להן כיום. משרד הבריאות השיב כי אין במהלך כדי להגדיל באופן מעשי את ההשתתפות העצמית של המבוטחים ברכישת תרופות, אולם הוא בהחלט מקטין את חלקה של המדינה במימון עלות הסל ושולח מסר ברור לקופות להמשיך ולהעמיק את הגבייה.

על משרד הבריאות לוודא שהקיטון בחלקה של המדינה במימון עלות הסל לא יגרום לפגיעה בשירותים הניתנים למבוטחי הקופות, ולפגיעה בנכונות הציבור לצרוך שירותים רפואיים חיוניים.

פיקוח ודיון ציבורי על היקף ההשתתפות העצמית

את תכניות הגבייה של הקופות אישרה בשנת 1998 ועדת הכספים של הכנסת. מאז לא חלו כמעט שינויים בתכניות הגבייה. ביולי 2006 דנה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בדמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות בקופות.

הוועדה הביעה דאגה מהעלייה התלולה בהשתתפות העצמית של ציבור המבוטחים בהוצאה הלאומית לבריאות מ-26% בשנת 1995 ל-32% בשנת 2005, כתמונת ראי של ירידת השתתפות הממשלה בהוצאה הלאומית לבריאות. הוועדה קבעה כי המחויבות לדאוג לבריאות הציבור היא חלק בלתי נפרד מתפקיד הממשלה, וכי יש לעצור לאלתר את התרופות של מחויבות זו. הוועדה קראה למשרד הבריאות ולמשרד האוצר לפתוח בהידברות כדי להכין תכנית לאומית שמטרתה הורדת ההשתתפות העצמית בהוצאה לבריאות ל-25% בתהליך רב-שנתי שיימשך עד שנת 2010.

מנכ"ל משרד הבריאות כתב בינואר 2007 לסגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר על הנושא וסקר את היקפי המימון הפרטי ואת הסקרים המעידים על תופעת הוויתור על שירותים רפואיים (ראו בהמשך). כן כתב שמעבר להחלטות הנוגעות באופן ישיר לתשלומים, גם להחלטות על תכולת הסל ואיכות נתינתו יש השפעה על התשלומים שמשלם ציבור החולים: ככל שהסל הציבורי מוגבל יותר, וככל שאיכות נתינתו נמוכה יותר, כך שכיח יותר חיפוש חלופות טיפוליות במגזר הפרטי, וגם היקפי ההשתתפות העצמית גדלים. המנכ"ל העלה כמה הצעות לביטול הסדרי תשלומים קיימים ואף כתב ש"הגיעה העת שממשלת ישראל תנקוט בנושא זה מהלך יזום לצמצום מימדי המימון הפרטי במערכת הבריאות בישראל". אולם משרד האוצר לא השיב על מכתב זה, והנהלות המשרדים האמורים לא קיימו דיון בנושא. גם לא נמצא שמשרד הבריאות ביקש לקיים דיון בנושא בממשלה.

45 הסכום הנורמטיבי החדש בניכוי הסכום הקודם (6.45% - 5.38% = 1.07%).



בתהליך הדרגתי שלא היה פרי מדיניות מכוונת וללא ראייה כוללת חלה ירידה גדולה בשיעור המימון הציבורי בתחום הבריאות, וכך בכך תשלומי החולים הולכים וגדלים⁴⁶. לגביית ההשתתפות העצמית מהחולים יש אישורים רשמיים, אולם ראוי לבחון את השפעות הגידול בשיעור המימון הפרטי לא רק על כיסו של המבוטח, אלא גם על הירידה בצריכת תרופות חיוניות בקרב אוכלוסיות חלשות ועל הפגיעה בעקרון השוויון בצריכת שירותי בריאות. מחקרים וסקרים שנערכו בשנים האחרונות (ראו בהמשך בפרק ויתור על שירותי בריאות) מראים שההשתתפות העצמית מצמצמת ביקושים נחוצים: תופעת הוויתור על שירותים רפואיים גדלה, בעיקר בקרב שכבות סוציו-אקונומיות נמוכות.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יערכו עבודת מטה מקיפה לבחינת ההשתתפות העצמית הרצויה של אזרחי המדינה תוך שיתוף הציבור, כגון נציגי צרכנים (חולים) ונציגי אקדמיה. לאחר מכן מן הראוי שהממשלה והכנסת ייתנו דעתן על הסוגיה, תוך התייחסות לאבחון המקורות הכספיים של הקופות במקרה שתופחת ההשתתפות העצמית וקביעת מקורות חלופיים כגון התייעלות או הגדלת המקורות הממשלתיים⁴⁷. בין יתר הצעדים ניתן לשקול הצבת יעד ברור וישים של תקרה לשיעור ההכנסות מההשתתפות עצמית מסך הוצאות הקופות, ולקבוע לו לוח זמנים בן שנים אחדות⁴⁸. ראוי לדון בשאלת החלופות למימון ההשתתפות העצמית באופן כזה שהפרוגרסיביות תגדל ועמה יקטן החשש לפגיעה בבריאותם של משלמי ההשתתפות העצמית.

תכניות הגבייה של הקופות והשתתפות עצמית של חולים ברכישת תרופות

באוגוסט 1998 הגיש שר הבריאות דאז, מר יהושע מצא, לאישור ועדת הכספים של הכנסת הצעות לשינויים בתשלומי החברים לקופות החולים. ההצעה אושרה באותו חודש, והוועדה קבעה לקופות החולים החל מ-1.10.98 תכניות גבייה. התכניות התייחסו לתשלומים בגין ביקור אצל רופא וביקור

46 ועדה שמינה מנכ"ל משרד הבריאות בדצמבר 2005 לבחינת מחירי תרופות, ואשר הייתה אמורה גם לדון במודל לקביעת השתתפות עצמית ברכישת תרופות, הגישה ביולי 2006 מסקנות העוסקות רק באופן קביעת מחירי התרופות המרביים בארץ. באחד הדיונים בוועדה נאמר, שכוונת המחוקק הייתה שההשתתפות העצמית ברכישת תרופות תהיה בשיעור של כ-15% מהוצאות הקופות, ואילו בפועל, בהתאם לדוח על פעולות הקופות בשנת 2003, עומדת ההשתתפות על כ-35% מהוצאות הקופות. הוועדה קבעה שיש להמשיך לדון במודל ההשתתפות העצמית, אולם היא לא המשיכה את עבודתה.

47 לדעת הכללית, נוכח השחיקה המתמשכת והמהותית במקורות נדרשו הקופות להתייעל בהיקף בלתי סביר. הפחתת השתתפות המבוטחים ללא הגדלת המקורות הממשלתיים עלולה לפגוע בשירות הניתן למבוטחים.

48 לפי סעיף 8(א6) לחוק, "שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, רשאי לקבוע תקרה שנתית להכנסות קופת חולים מתשלומי חברים, כשיעור מחלקה של כל קופה במקורות המימון לפי פסקאות (1) עד (5) של סעיף 13(א), וכן תקרת תשלום שנתית למשפחה".

במרפאות חוץ ובמכונים, ולתשלומי השתתפות עצמית בגין תרופות שבסל. אין אחדות בתכניות הגבייה של הקופות, לא בסעיפים שבגינם הקופות גובות השתתפות עצמית ולא בסכומים שהן גובות. הכללית ומכבי ציינו בתשובותיהן למשרד מבקר המדינה כי תכניות הגבייה אושרו בשנת 1998 כחלק מתכנית כוללת לצמצום גירעונות הקופות, תכנית שכללה מצד אחד קיצוץ בהוצאות הקופות, ומצד אחר הגדלת ההכנסות מתמיכת הממשלה (רשת ביטחון) והגדלת ההכנסות מהשתתפות עצמית.

שיטת הגבייה וגובה ההשתתפות העצמית של המבוטח ברכישת תרופות אינן אחדות. בכללית נהוגות שתי שיטות גבייה: 1. מחיר הנקבע על פי מנת תרופה, כגון מספר כדורים, כמות התרופה בבקבוק והאריזה (להלן - שיטת המנות). 2. מחיר שהוא שיעור מסוים מהמחיר המרבי של התרופות לצרכן (להלן - השיטה האחוזית) או מחיר קבוע⁴⁹, הגבוה מביניהם, וזאת רק לגבי תרופות שנכנסו לסל התרופות שנקבע בחוק באוגוסט 1998, חוץ משש תרופות. בכללית גובים 10% מהמחיר המרבי לצרכן. בקופות האחרות נהוגה השיטה האחוזית (15% מהמחיר המרבי לצרכן), ואם המחיר המרבי הוא עד 100 ש"ח⁵⁰ ישלם המבוטח מחיר מזערי קבוע לאריזה⁵¹ או את המחיר המרבי, לפי הנמוך מביניהם.

לפי סעיף 8 לחוק, יש קבוצות אוכלוסייה הזכאיות להנחות ברכישת תרופות, כמו אזרח ותיק שמשולמת לו גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980, או לפי חוק תגמולים לאסירי ציון ולבני משפחותיהם, התשנ"ב-1992 (50%), ותיק מלחמה נזקק כמשמעותו בחוק מעמד ותיקי מלחמת העולם השנייה, התש"ס-2000 (75%), ונכה נתמך כהגדרתו בחוק נכי המלחמה בנאצים, התשי"ד-1954 (50%). תרופות למחלות קשות ניתנות ללא כל השתתפות עצמית.

הצורך בביטול שיטת המנות בכללית

שיטת המנות הנהוגה בכללית מורכבת ביותר. משרד מבקר המדינה כבר העיר בעבר על הבעייתיות שבשיטה⁵²: מחירן של תרופות מסוימות גבוה באופן משמעותי לפי שיטה זו ממחירן לפי השיטה האחוזית, ויש תרופות שמחירן לפי שיטה זו נמוך יותר ממחירן לפי השיטה האחוזית; מנת תרופה הוגדרה באופן שונה לגבי תרופות שונות; בתרופות שהשתתפות במחירן נקבעת לפי שיטת המנות, יש ששיעור ההשתתפות העצמית מגיע לעשרות אחוזים מהמחיר המרבי לצרכן ולא לשיעור של 10%-15% כמקובל.

הפערים בגבייה בין הכללית לשאר הקופות באים לידי ביטוי בעיקר כאשר לתרופות מסוימות. ממחקר שפורסם בביטאון פארמה עולה שעבור כמה מתרופות המרשם הנפוצות משלם חבר בכללית עד פי 3.7 יותר מאשר חבר במאוחדת⁵³ (לדוגמה, פי 3.3 עבור האנטיביוטיקה Augmentin/co-amoxyclav ופי 3.7 עבור תרופה לכיב קיבה Losec/omeprazole). עוד עולה במחקר שלגבי 40% מ-38 תרופות מרשם נפוצות (15), שיטת הגבייה בכללית שונה מזו של המאוחדת, ועל רובן (12) הסכום הנגבה בכללית גבוה משמעותית מזה הנגבה במאוחדת.

49 כיום 12 ש"ח.

50 במכבי 100 ש"ח, במאוחדת ובלאוומית 94 ש"ח.

51 כיום 12-13 ש"ח.

52 ראו דוח שנתי 56 של מבקר המדינה (2006), בפרק "הקצאת תרופות למבוטחים בקופות החולים", עמ' 565 ואילך; דוח שנתי 52 של מבקר המדינה (2002), בפרק "פיקוח המשרד על קופות החולים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי", עמ' 626 ואילך.

53 ד"ר פיליפ סאקס, *Monitoring Prescription Charges in Clalit and Other Sick Funds: The Impact of Generics*, ביטאון פארמה למדיניות וכלכלת בריאות 71 (פברואר-מרס 2006). מאוחדת הוצגה גם כמייצגת של לאומית ומכבי.

גם משרד הבריאות מודע לחסרונות השיטה: כבר באוקטובר 2000 כתבה הסמנכ"ל לקופות חולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות (להלן - סמנכ"ל לפיקוח על הקופות) דאז למנכ"ל הקופה דאז, ד"ר יצחק פטרבורג, כי מדובר בשיטה שאינה מאפשרת בקרה יעילה של הצרכן ושמקשה גם על משרד הבריאות את הפיקוח, משום שהוא חייב לבדוק בכל מקרה ומקרה את גודל המנה של התרופה. לאור זאת יש בדעת המשרד לשקול שינויים בשיטת הגבייה של הכללית ושל שאר הקופות, והדבר "נבחן על ידינו בימים אלה".

נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי כתבה בדוח מס' 6 לשנים 2004-2005⁵⁴ כי היא מציעה לשקול את החלתה של שיטת גבייה אחוזה אחידה בכל הקופות. הדבר יאפשר למבוטחים השוואה ברורה בין הקופות, וכך גם מלאכת הפיקוח על גביית דמי ההשתתפות תהיה פשוטה ומהירה יותר, ותימנע המבוכה הקיימת בקרב מבוטחי הכללית כאשר לחישוב דמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות. בדוח הודגש כי גם אם תעבור הכללית לגבייה בשיטה האחוזית, עדיין תתאפשר תחרות בין הקופות השונות⁵⁵ בשל השוני באחוזים הנגבים.

הכללית השיבה בנובמבר 2007 כי גם בשיטת המנות מרבית התרופות זולות יותר מאשר בקופות האחרות (738) ורק מקצתן יקרות יותר (333). עם זאת, הכללית פנתה למשרד הבריאות פעם נוספת בסוף אוקטובר 2007 בבקשה לשנות את תכנית הגבייה, להתאימה לנהוג בקופות אחרות ולבטל את שיטת המנות. המשרד השיב בדצמבר כי פניית הקופה אינה מתיישבת עם המתווה ההדרגתי שהוא ביקש ממנה (שינוי הדרגתי בתעריפי ההשתתפות העצמית כאשר השפעת התיקון מרחיקת לכת), וכי 738 תרופות יתייקרו ביותר מ-15%. ללא מתווה הדרגתי לא תשונה השיטה.

הטיפול בשינוי שיטת המנות במשרד הבריאות ובכללית החל בשנת 2001, וטרם הסתיים עד דצמבר 2007. נוכח חסרונות השיטה ראוי שמשרד הבריאות והכללית יגיעו בהקדם להסכמה על המתווה הנדרש לביטולה.

השבת כספים מגביית-יתר בלאומית

לפי החוק, "קופת חולים תפרסם הודעה על שינויים שאושרו לפי סעיף 8, בהתאם לכללים שקבע שר הבריאות... שינוי שאושר בידי שר הבריאות... יחול על חברי קופת החולים החל ביום ה-30 לאחר פרסום ההודעה"⁵⁶. לפי תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (שינויים ועדכונים בתכנית התשלומים והשירותים של קופה ופרסומם), התשנ"ח-1998, הוספת תשלום לתשלומים שכבר אושרו לקופה או תוספת לשיעורם של תשלומים אלה מחייבות פרסום של הקופה בשני עיתונים יומיים ובעלון שיישלח לבתי החברים בקופה בתוך שבועה ימים מיום הפרסום בעיתון, ושיינתן לחברים ללא תשלום בסניפי הקופה לפי בקשתם⁵⁷.

עד שנת 2004 הייתה נהוגה בלאומית שיטת גבייה כדלקמן: כאשר מחיר התרופה המרבי לצרכן היה עד 75 ש"ח, ההשתתפות הייתה 10 ש"ח או מחיר התרופה המרבי, הנמוך מביניהם. כאשר מחיר התרופה המרבי לצרכן היה מעל 75 ש"ח, ההשתתפות הייתה 13.5% ממחיר זה.

54 מיוני 2006.

55 אחד מעקרונות החוק הוא מעבר חופשי בין הקופות ועידוד התחרות. ראו בנושא זה דוח שנתי 256 של מבקר המדינה (2006), בפרק "אמצעים להגברת התחרות בין קופות החולים וניידות המבוטחים ביניהן", עמ' 499 ואילך.

56 סעיפים 8 (א), (5א) לחוק.

57 סעיפים 2-3 לתקנות.

בשנת 2004 שונתה תכנית הגבייה בלאומית, כך שבמקום 13.5% נקבעו 15%. מטרת השינוי הייתה ליצור אחידות בין הקופות, למעט הכללית. ממכתבו של שר הבריאות דאז, מר דני נווה, אל יו"ר ועדת הכספים של הכנסת דאז, מר אברהם הירשזון, מינואר 2004 עולה שהשינוי היה גם חלק ממהלכי ההבראה של הקופה. במרס 2004 הודיע יו"ר ועדת הכספים לשר הבריאות כי ועדת הכספים אישרה את בקשתו לתיקון בתכנית הגבייה של לאומית.

משרד הבריאות מצא שלאומית שינתה את שיעורי הגבייה כבר במרס 2004, עוד בטרם חלף חודש ממועד הפרסום למבוטחים על השינוי האמור. משנת 2005 מתנהלת חלופת מכתבים בין מנהלי אגף הכספים בלאומית לבין האגף לפיקוח על הקופות, וממנה עולה שכבר בשנת 2005 הודיעה לאומית למשרד שתשיב את הכסף למבוטחיה, לפי דרישת המשרד, עד סוף שנת 2006. מחלופת המכתבים ביוני-אוגוסט 2007 עולה שהקופה טרם החזירה כספים בסך כ-148,000 ש"ח לכ-34,500 מבוטחים. בספטמבר 2007 הודיעה הקופה למשרד שתחזיר למבוטחים את הכסף עד ל-1.1.08.

משרד מבקר המדינה מעיר ללאומית שהיה עליה להשיב את הכסף עד למועד שהודיעה על כך למשרד הבריאות - כבר בשנת 2006.

הספקת תרופות ותכשירים בכמות שונה מזו שבאריזה

תכניות הגבייה של הקופות מתייחסות לגביית השתתפות עצמית כשיעור מוגדר ממחירה המרבי של התרופה לצרכן. מחיר זה מתייחס למחיריהן של אריזות בגדלים שונים. עם זאת, לעתים נוצר צורך לספק למטופל תכשיר או תרופה בכמות שונה מזו הכלולה באריזות. במקרה כזה המטופל משלם לעתים מחיר של אריזה שלמה נוספת, ואילו יתרת הכמות שעבורה שילם החולה השתתפות עצמית שנייה או נוספת נשארת בבית המרקחת.

באוקטובר 2001 כתבה הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות דאז לקופות את עמדת משרד הבריאות לתכניות הגבייה בנוגע לגבייה של מנות חלקיות של תרופות. לפי עמדה זו, חל העיקרון שקופה מחויבת לגבות שיעורים חלקיים בעת מתן חלקי אריזה.

בסוף מרס 2007 העביר הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות להתייחסות הקופות טיוטת חוזר בעניין חלקיות מנה בתרופה. לפי הטיוטה, במקרה של הספקת מנה חלקית של תרופה יש לחשב את ערך ההשתתפות העצמית בהתאם לגודלה של המנה שסופקה בפועל. אשר לשיטת המנות הנהוגה בכללית, נאמר בטיטה כי דין חלק ממנה כדין מנה שלמה, משמע שאין לחשב את ההשתתפות באופן יחסי. הקופות התבקשו להתייחס לנושא עד אמצע אפריל 2007. במאי 2007 העביר משרד הבריאות לקופות טיוטה נוספת.

עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007, לא נהגו כל הקופות לפי עמדת משרד הבריאות.

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2007 שהנושא היה לכאורה מוסדר בתקנות הרוקחים (מחירים אחידים לתרופות שנרקחו במיוחד ורישומם), התשל"ז-1977, שעסקו בעמלות פירוק אריזות ובהוראות האגף כאמור. עם כניסת הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות לתפקיד בתחילת 2006 הוא הבין שיש צורך בהוראות ברורות יותר. המשרד צירף לתשובתו את החוזר הסופי מנובמבר 2007.

תקרות לחולים במחלות כרוניות להשתתפות עצמית ברישית תרופות שבסל

לחולה במחלה כרונית שאינו צורך תרופות לפי דרישת רופאו עלולים להיגרם נזק בריאותי וסיכונים במחלה, והתוצאה עלולה להיות אשפוז בעלויות גבוהות. עלויות אלה על פי רוב גבוהות בהרבה למשק הלאומי מעלויות הטיפול התרופתי⁵⁸.

סעיף 8 לחוק קובע כי קבוצות שונות באוכלוסייה יקבלו הנחות או פטורים, ובהן חולים במחלה כרונית. סכומי התקרה לחולים אלה בקופות היו במועד סיום הביקורת 720-750 ש"ח לרבעון (כ-240-250 ש"ח לחודש בחישוב רבעוני לכל חולה). התקרות מחושבות לכל חולה בנפרד, גם אם יש כמה חולים במחלות כרוניות באותה משפחה.

בעניין חולים במחלות כרוניות יש לציין כי עמדת נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כפי שבאה לביטוי בדוח מס' 6 לשנים 2004-2005, הייתה שיש לבטל את ההשתתפות העצמית ברישית תרופות לחולים במחלות כרוניות שהם גם קשישים ולאוכלוסיות חלשות במיוחד כדוגמת חולים פסיכיאטריים, או למצער לגבות תקרת השתתפות משפחתית⁵⁹ שלא תעלה על 10%, כנהוג בארצות רבות. לדעתה, הדבר חשוב ביותר כשמדובר בבני זוג קשישים החולים במחלות כרוניות.

באפריל 2007 נכנסה לתוקף הפחתה של תקרת ההשתתפות העצמית ברישית תרופות לחולים במחלה כרונית שהגיעו לגיל פרישה, כמשמעותו בחוק גיל פרישה, התשס"ד-2004, ושמשולמת עבורם גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980. הקופות מסרו למשרד הבריאות הערכה לבקשתו, ובה נמסר כי כ-14,500 קשישים בלבד יעברו את התקרה לאחר הפחתה, וכי הפסד הכנסותיהן הצפוי בשל כך הוא 8.2 מיליון ש"ח. ראוי לציין כי קיימת הצעת חוק פרטית בעניין תקרה משפחתית לחולים במחלות כרוניות⁶⁰.

עוד יש לציין כי התקרה לחולים במחלות כרוניות היא רק עבור תרופות מרשם הכלולות בסל. מבוטחים כרוניים רבים נוטלים, על פי הוראות הרופא המטפל, תרופות שאינן כלולות בסל, ורוכשים גם תרופות שאינן תרופות מרשם. במקרים אלו אין משמעות לתקרה, וההוצאות החודשיות של חולים אלה על תרופות גבוהות בהרבה.

לדוגמה, רופאים ממליצים למבוטחים שעברו התקף לב וצנתור ליטול את התרופה Plavix על בסיס קבוע או לפחות במשך שנה. המבוטחים מקבלים את התרופה במסגרת הסל במשך שלושה חודשים בהשתתפות עצמית נמוכה (כ-40 ש"ח לחודש), אולם לאחר מכן נדרשים לשלם מאות שקלים לחודש⁶¹.

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2007 כי לאור הצמצום במקורות התקציביים, יש להתמקד בהרחבת הפטורים מהשתתפות עצמית לאוכלוסיית קצה בשכבות החלשות, אשר עלולה להיות לה בעיה של נגישות לתרופות. בינואר 2008 השיב משרד הבריאות כי בשנת 2008 יופחת התשלום בגין תרופות לחולים קשישים מעל גיל 75 בשיעור של 10%. תכנית זו תפחית לכ-340,000 קשישים את דמי ההשתתפות העצמית בתרופות. בכוונת המשרד גם להעניק הנחה נוספת בסכום של שישה ש"ח על

58 ההוצאות השנתיות של הקופות על אשפוז גבוהות בלמעלה מפי שניים מהוצאותיהן על תרופות. התקרה היא אישית, כך ששני בני זוג החולים במחלה כרונית ישלמו כ-1,470 ש"ח לרבעון, ומשפחה שבה חמישה חולים במחלה כרונית (למשל הורים וילדים) תשלם כ-3,675 ש"ח ברבעון.

60 הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 40) (תקרה לתשלום בעבור תרופות למשפחה שבה יותר מאדם אחד חולה במחלה כרונית), התשס"ז-2007 של חבר הכנסת חיים אורון.

61 התרופה נכללת בסל באופן קבוע רק לחולים שאינם יכולים לקבל אספירין עקב תופעות לוואי קשות ולחולים שלקו בשבץ מוחי שני תוך כדי טיפול מונע באספירין. התרופה גם מסופקת בסל במשך שלושה חודשים לחולים שעברו צנתור לב טיפולי או לחולים הסובלים מאי-ספיקה בעורקי הלב ואינם יכולים לעבור צנתור לב טיפולי.

השתתפות עצמית בביקור אצל רופא מקצועי למבוטחים מעל גיל 75 ולילדים עד גיל שש. סך ההפחתות יסתכמו בכ-50 מיליון ש"ח.

הדיון בדמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות מהותי ביותר בהקשר של אוכלוסיות חלשות. המדינה מחויבת לבחון דרכים להבטחת שירותי בריאות מספקים לכלל האוכלוסייה. לאחרונה נקבעה תקרה לחולים במחלות כרוניות שהגיעו לגיל פרישה ולמקבלי גמלת הבטחת הכנסה בעבור תרופות מרשם הכלולות בסל, ויש לברך על כך, אולם ראוי שמשרד הבריאות יאתר אוכלוסיות נוספות המתקשות לעמוד בנטל הגבוה של התשלום עבור תרופות ובריאותן נפגעת בשל כך (ראו בהמשך בפרק ויתור על שירותי בריאות), ידון ויגבש דרכים לסייע להן. בעת בחינת הנתונים יש להתחשב בסך ההוצאה של החולים על תרופות, ולא רק באלו שבסל.

עדכון תכניות הגבייה של קופות החולים

סעיף 8 (ח) לחוק קובע כי התשלומים של המבוטחים עבור שירותי בריאות ותרופות הכלולים בסל שירותי הבריאות או בסל השירותים והתשלומים של הקופה יעודכנו ב-1 באפריל בכל שנה בשיעור עליית מדד יוקר הבריאות בשנה הקודמת; המנהל יפרסם ברשומות הודעה על התשלומים שעודכנו כאמור. מאז שנת 1996 נעו מדדי יוקר הבריאות בין 0.68% ל-10.93%, למעט בשנת 2003, אז היה מדד יוקר הבריאות שלילי: -1.93%.

בשנים האחרונות מעדכן האגף לפיקוח על הקופות סמוך לחודש אפריל את סכומי ההשתתפות העצמית המרביים שהקופות יכולות לגבות ממבוטחיהן, בהתאם לשיעור עליית מדד יוקר הבריאות. על פי פרשנות משפטית במשרד הבריאות, ולדברי יועצים משפטיים במשרד הבריאות ובלשכת היועץ המשפטי לממשלה, יש להתחשב בעליית המדד בלבד ולא בירידתו. לכן בעת חישובי משרד הבריאות נלקחות בחשבון רק עליות המדד.

יוצא שירידת מדד יוקר הבריאות בשנת 2003 לא באה לידי ביטוי במחירים המרביים שהקופות יכולות לגבות ממבוטחיהן. יש לציין שמדובר במחירים המרביים, והקופה אינה חייבת לשנות את הסכומים שהיא גובה ממבוטחיה. עם זאת, הכללית, מכבי ולאומית הודיעו למשרד הבריאות לאחר אפריל 2007 כי הן מעדכנות ומעלות את סכומי ההשתתפות העצמית של המבוטחים⁶².

משרד מבקר המדינה מעיר כי בשנים עברו לא ירדו מדדי יוקר הבריאות. משנוצר מצב שבו מדד זה קיבל ערכים שליליים, מן הראוי שמשרד הבריאות ישקול ליזום שינוי בחקיקה, שלפיו תבוא לידי ביטוי בעת עדכון התשלומים גם ירידת המדד.

62 עדכון ההשתתפות העצמית בקופות נעשה גם בהתאם לחוק עיגול סכומים, התשמ"ו-1985, משמע שבעת חישוב הסכומים שניתן לגבות בעקבות עליית מדד יוקר הבריאות הסכומים מעוגלים לשקל החדש הקרוב. עם זאת, ראוי לציין כי גם סכומי התקרות השונות עודכנו באותו מועד.

השתתפות עצמית בשירותי בריאות נוספים

לפי החוק, קופות החולים מציעות לחבריהן תכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) שאינם כלולים בסל⁶³. תכניות השב"ן מציעות שירותים משלושה סוגים: 1. שירות נוסף - שירותים שאינם ניתנים במסגרת הסל⁶⁴. 2. שירות מרחיב - הטבה נוספת של שירות המכוסה בסל⁶⁵. 3. שירות משופר - שירות שנכלל בסל, אך ניתן בתכנית השב"ן בתנאים משופרים⁶⁶.

יותר מ-70% ממבוטחי הקופות חברים בתכניות השב"ן. מחזורי הכספים של תכניות השב"ן גדלו מאוד בשנים האחרונות: בשנת 2000 היה מחזורן כ-800 מיליון ש"ח, בשנת 2004 - 1.57 מיליארד ש"ח ובשנת 2006 - שני מיליארד ש"ח.

לפי החוק, תכנית שב"ן בכל קופה תנוהל כמשק כספי נפרד, והוצאותיה השנתיות לא יעלו על הכנסותיה מתשלומי העמיתים לאותה שנה. ההשתתפות העצמית בתכניות השב"ן אינה מוגבלת בתקרה כלשהי. משרד הבריאות מפקח על התכניות ומוודא שסך ההוצאות הצפויות בתכנית לא יעלו על ההכנסות הצפויות.

יש לציין כי בנוגע לשיטת ההתחשבות בין הסל לבין תכניות השב"ן, בעיקר בנוגע לשירותים משופרים (בחירת רופא מנתח ושירותי רפואה פרטית), הסמנכ"לית לפיקוח על הקופות דאז קבעה בשנת 2000 שתכניות השב"ן הן שיממנו את השירותים המשופרים שהעמיתים צורכים במלואם, "מן השקל הראשון", כדי שהסל לא ישתתף במימון שירות רפואי שאינו נגיש לכלל מבוטחי הקופה.

מבקר המדינה כבר העיר כי להחלטה זו יש השלכות משמעותיות ביותר⁶⁷: 1. העמסת כל ההוצאות עבור שירותים הכלולים בסל על תכניות השב"ן, ובמקביל הזרמת כספים לסל למימון שירותים אלה, מביאות לחיסכון ניכר לקופות - כסף שהן מקבלות עבור שירותים שעליהן לספק במסגרת הסל, אבל אינו משמש לניתוחים ולשירותים שלהם נועד. ככל שעמיתים רבים יותר ינצלו את תכניות השב"ן, חיסכון זה אף יגדל, ובעקבותיו יגדל העודף התקציבי של הקופות בסל. דבר זה עשוי לתמרץ את הקופות להציע במסגרת תכניות השב"ן שירותים משופרים נוספים. עשויה להיווצר מעין הפרטה שהולכת וגדלה⁶⁸.

2. העמיתים בתכניות השב"ן משלמים תשלום כפול: פעם ראשונה תשלום מס בריאות, על פי החוק, לכיסוי כל השירותים הכלולים בסל, כולל ניתוחים ואביזרים; ופעם שנייה דמי חבר בתכניות השב"ן, הכוללים תוספת בגובה ערך השירות שנחסך בתקציב הסל.

63 בסעיף 10 לחוק. ראו דוח שנתי 256 של מבקר המדינה (2006), בפרק "שירותי בריאות נוספים - שמירת זכויות העמיתים", עמ' 471 ואילך.

64 כגון רפואה משלימה, תרופות וחיסונים שאינם ניתנים במסגרת הסל והבראה לאחר אשפוז.

65 כגון טיפולי הפריה גם מעבר לילד השני (הסל כולל טיפולים עד להולדת שני ילדים), בדיקות גנטיות ובדיקות נוספות במהלך ההיריון, יותר טיפולים בתחום התפתחות הילד ותוספת מימון להשתלות בארץ או בחו"ל.

66 כגון אשפוז לצורך ניתוח או ביצוע פעולות כירורגיות בבית חולים פרטי שיש לו הסכם עם הקופה, בחירת מנתח פרטי בבית חולים פרטי, שירות רפואי פרטי בבתי החולים הציבוריים בירושלים והתייעצות עם מומחים.

67 ראו דוח שנתי 256 של מבקר המדינה (2006), בפרק "שירותי בריאות נוספים - שמירת זכויות העמיתים", עמ' 471 ואילך.

68 למגמה של הגדלת היקף השירותים הרפואיים במסגרת תכניות השב"ן עשויה להיות השפעה על המבנה הענפי של הספקת השירותים הרפואיים במשק, ובכלל זה על שיעור הניצול של בתי החולים הממשלתיים ואלה של הכללית מחד גיסא ועל הביקוש לבתי חולים פרטיים וציבוריים מאידך גיסא. זאת משום המגבלות הקיימות (האיסור לבחור מנתח בבית חולים כללי ממשלתי ובבית חולים של הכללית).

סביר שהקופות מייעדות את העודף שנוצר בסל לצורכי בריאות והוצאות מינהליות, אבל משרד מבקר המדינה כבר העיר בדוח מ-2006 שמתבקש שמשרד הבריאות יעשה עבודת מטה נרחבת ויבחן לעומק את הסוגיות החברתיות והמימוניות העולות בהקשר זה.⁶⁹ נמצא שעד דצמבר 2007 הנהלת משרד הבריאות לא עשתה עבודת מטה בנושא האמור.

תרופות הכלולות בתכניות השב"ן

תכניות השב"ן כוללות מאות תרופות שונות. יש הבדלים בין קופות החולים במספר התרופות המכוסות בתכניות, באופי התרופות (תרופות מרשם או לא) ובגובה של ההשתתפות העצמית ברכישתן. בכל התכניות גובהה של ההשתתפות העצמית משתנה מתרופה לתרופה. בתכנית "לאומית זהב" ניתנת הנחה על 600 תרופות ללא תקופת הכשרה.⁷⁰ בתכניות של לאומית ניתנת גם הנחה בהשתתפות העצמית ברכישת תרופות הכלולות בסל הבסיסי; ב"כללית מושלם" מכוסות 368 תרופות; ב"מאוחדת עדיף" מכוסות 145 תרופות. בשתי התכניות יש תקופת הכשרה של חצי שנה; ב"מכבי מגן כסף" וב"מכבי מגן זהב" מכוסות 120 תרופות מרשם, ודרושים שלושה חודשי הכשרה. הרשימות מתעדכנות מעת לעת ומשתנות גם בהתאם לשינויים בסל הבסיסי.⁷¹ מכבי מסרה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2007 כי ב"מגן כסף" כלולות 152 תרופות.⁷²

שוני בצורות מתן ובחוזק של תרופות

1. באוגוסט 2006 הוציא הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות הנחיות למנהלי הקופות בעניין "צורות חוזק ומתן בסל השירותים הבסיסי ותוכניות השב"ן". לפי ההנחיות יש לראות כל חוזק או צורת מתן של חומר פעיל הכלול בצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), התשנ"ה-1995, ככלולים בסל, בכפוף לשיקולים המופיעים בסעיף 3(ד) לחוק.⁷³ ההנחיות נועדו להסדיר מצבים שבהם היו תרופה או תכשיר בסל, והקופות כללו תכשיר או תרופה בעלי חומר פעיל זהה בתכניות השב"ן שלהן. קופות שסיפקו בתכניות השב"ן שלהן צורות חוזק או צורות מתן של חומרים פעילים

69 ראוי לבחון את רכיבי המדיניות הבאים: רמת השוויון בהספקת שירותי בריאות במשק והשפעת שיטת המימון של השב"ן עליה; ההרכב הרצוי של מימון הוצאות הסל באמצעות מס הבריאות והתקציב תוך בחינת דרגת הפרוגרסיביות של שני מקורות מימון אלו; השירותים הרפואיים שהסל מספק כולל תוספות טכנולוגיות, תרופות, שיפור זמינות בתי חולים ומנתחים; חופש הבחירה ברופאים, במתקנים רפואיים ובאביזרים רפואיים ובהסדרי שיפוי (הגדלת מרחב הבחירה של אלו, קביעת תקרה לשיפוי בסל ומתן אפשרות לבצע ביטוחים משלימים בשב"ן או בחברות ביטוח המעניקים שיפוי בתקרה גבוהה יותר – כל אלה היו תורמים להגברת היעילות של ענף שירותי הבריאות ומצמצמים את תופעת התשלום הכפול); שיטת התמחור הכלכלי של שירותים רפואיים בסל ובתכניות השב"ן; יעילות המבנה הענפי של הספקת שירותי בריאות במשק ובכלל זה מגזר בתי החולים.

70 תקופת ההכשרה היא תקופת המתנה שבה לא יקבל העמית שירות רפואי מסוים, והיא נועדה למנוע הצטרפות מבוטחים לקופה רק בעת שיש להם צורך להשתמש באחת מזכויותיהם.

71 תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות ל-2006, מאיר-סג'וניט-מכון ברוקדייל, מכון סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות (2007).

72 היו 120 תרופות בסוף שנת 2006, ומספרן גדל.

73 לדברי הסמנכ"ל, השיקולים מגדירים את חובת הקופה לספק שירותים הכלולים בסל ב"סבירות" המבוססת על שיקול דעת רפואי, בחינת צורכי המטופלים וסיפוקם ושיקולי עלות-תועלת המתחשבים גם במקורות העומדים לרשות הקופה לצורך מתן השירותים הכלולים בסל.

שהתווייתם⁷⁴ כלולה בסל, התבקשו לחדול מכך עד תחילת דצמבר 2006, אלא אם כן יקבלו אישור מיוחד ממשרד הבריאות.

הסמנכ"ל פירט במכתבו מקרה לדוגמה: החומר הפעיל אֶלְנְדְרוֹנָט נמצא בכמה תכשירים. התכשיר המכיל את החומר הפעיל הזה נכלל בסל, ואילו בשוק היה אז מוצר מסחרי אחד (פוסלן). החוזק שהיה קיים אז (5 מ"ג ו-10 מ"ג) איפשר טיפול על בסיס חד-יומי. בהמשך הוכנסו לשימוש בשוק תחליפים גנריים (אלנדרונט טבע ומקסיבון) זולים יותר. חדירתם לשוק הוזילה גם את מחיר התכשיר האתי. התכשירים הגנריים והתכשיר האתי זמינים כיום בשוק בחוזק המותאם לנטילה חד-יומית וחלקם אף לנטילה חד-שבועית. קופה רשאית להחליט איזה תכשיר לספק למבוטחיה - גנרי או אתי. השאלה איזו גרסה יש לספק למבוטחים (החד-יומית או החד-שבועית) נבחנת על פי כללי סעיף 3(ד) לחוק. שני התכשירים - האתי והגנרי - לא ייכללו בתכנית השב"ן להתוויית סל.

עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007, לא נהגו הקופות בהתאם להנחיות שהוציא הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות, והמשיכו לכלול בתכניות השב"ן תכשירים או תרופות בעלי חומר פעיל זהה לתכשירים שכלולים שבסל.

מכבי השיבה כי היא כבר הודיעה למשרד הבריאות שאיננה מקבלת את פרשנותו לסל התרופות. לדעתה, כל שינוי בצורת מינון ובחוזק שלא צוין מפורשות בסל, אינו כלול בסל. לעניין התקציב, הקופות אינן מתקצבות במועד כניסת תרופה חדשה לסל בהתאם לפרשנות המוצעת, וראוי שנושא זה יידון בתת-ועדת הסל במנגנונים של הכללה "ללא תוספת עלות" או בהרחבה של הסל בתקציב מתאים. לאומית השיבה באוקטובר 2007 כי היא מקבלת עקרונית את עמדת המשרד "בהנחה ובהבנה, כי גם שאר הקופות יקבלו אותה". מאוחדת השיבה בנובמבר 2007 שהיא סבורה כי הבסיס העקרוני לקביעה זו מוטעה, אולם היא מנהלת דיאלוג עם הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות לגבי יישום חלקי של דרישותיו בהיבט זה, ומתגבשת הסכמה פרטנית לגבי כל תרופה ותרופה. הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2007 כי הנחיות הסמנכ"ל קוימו במלואן החל מספטמבר 2007. עם זאת, הכללית הודיעה למשרד הבריאות על אי-הסכמה לאמץ בעתיד את ההנחיות לגבי צורות מתן וחוזק, "אם גבייה בשיעור של 50% מהמחיר המרבי לצרכן תגדיל את הוצאותיה" (ראו בהמשך).

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2007 כי כל הקופות הודיעו לו כי אף על פי שאינן מסכימות לעקרונות שנקבעו, הן מיישמות את ההנחיות. מאוחדת התחייבה ליישמן בתוך חודשיים.

2. שיעורי ההשתתפות העצמית בגין תרופות בתכניות השב"ן גבוהים באופן משמעותי מאלה שבסל. לעתים רופאים ממליצים על התרופה קונצרטה היקרה, שאינה כלולה בסל, לטיפול בהפרעות קשב וריכוז⁷⁵. את התרופה נוטלים פעם ביום. לעומתה את התרופה ריטלין שבסל יש ליטול פעמים אחדות ביום. החומר הפעיל בשתי התרופות זהה. הקונצרטה מאפשרת טיפול מיטבי בילדים השוהים במסגרות שונות במשך שעות רבות ביום, אשר הצורך בנטילת ריטלין פעמים אחדות ביום מקשה עליהם ועל הוריהם כל כך עד שלעתים הם נמנעים מליטול אותה. החולים משלמים הן דמי חבר בשב"ן והן השתתפות עצמית בסך של כ-50% מהמחיר המרבי של התרופה לצרכן. יש לציין כי היקף צריכת תרופות אלה גדול, ולעתים מדובר בהוצאה כספית גבוהה למדי לחולים. לכאורה על פי הנחיות הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות הייתה התרופה קונצרטה אמורה להיות מנופקת לחולים ככלולה בסל.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2007, כי אישר לקופות להשאיר את התרופה קונצרטה כחריג בתכניות השב"ן בגלל "חשש לפריצה תקציבית".

74 התוויה היא המחלה או המצב הרפואי שהתרופה אושרה לטיפול בהם.
75 מנתוני הכללית עולה כי 45,000 ממבוטחיה נוטלים תרופות לטיפול בהפרעות אלה.

לאור העקרונות שקבע הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות, היקפי השימוש בתרופה קונצרטרה והנטל הכספי על החולים ראוי שמשרד הבריאות יבחן מתן הנחיה לקופות לנפקה ככלולה בסל.

מכירת תרופות חיוניות בהנחה במסגרת השב"ן

הכנסת והממשלה הכריעו בסוגיה של תרופות "מאריכות ומצילות חיים" שהיו כלולות בתכניות השב"ן, והחליטו בדצמבר 2007 לבטל פרק זה בתכניות, ולהגדיל את השתתפות תקציב המדינה בעלות הסל. משרד מבקר המדינה מפנה תשומת לב לסוגיות נוספות:

1. מתן תרופות חיוניות⁷⁶ באמצעות השב"ן במקום באמצעות הסל: (א) לעתים ממליץ הרופא המטפל לחולה ליטול דווקא תרופה הרשומה בשב"ן וגם בסל, אולם הניפוק בסל נעשה רק לאחר עמידה בתנאים רבים, והרופא ממליץ ליטול אותה מיד; (ב) לעתים התרופה הרשומה בשב"ן ולא בסל היא החלופה הטיפולית⁷⁷ המתאימה לדעת הרופא למחלה; (ג) יש גם תרופות חיוניות הניתנות בסל לתקופה קצרה בלבד, אולם המלצות הרופאים והאיגודים המקצועיים של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) הן ליטול אותן על בסיס קבוע או במשך תקופות ארוכות.

יש לציין, כי אין מדובר בתרופות שהן תחליפיות לתרופות אחרות בסל, ולא ידוע מספר ההמלצות שנותנים הרופאים לנטילת תרופות שבשב"ן. אם חולה נוטל תרופה מהשב"ן שמחירה גבוה יחסית, וכמוהו חולים רבים אחרים, עשוי להיווצר חיסכון לקופה, שכן היא אינה רוכשת ומנפקת לחולה תרופה אחרת מהסל, שבגינה הייתה מקבלת מהחולה השתתפות עצמית מזערית; לעומת זאת, היא מקבלת מהחולה כאמור הן דמי חבר בשב"ן והן דמי השתתפות עצמית ברכישת התרופה, סכומים העשויים להיות גבוהים ואף אולי לגרום לעודפי כספים בשב"ן.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה כי על פי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, חובה על הרופא ליידע את החולה על כל טכנולוגיה או טיפול חלופי לטיפול שהוא מציע לו, הן בשב"ן והן בשוק הפרטי, ללא קשר לעלות הטיפול. אין בשב"ן תרופות בהתוויות הכלולות בסל הבסיסי, כך שלא יכול להיווצר חיסכון ניכר לקופה בגין נטילת תרופות בשב"ן ואי-רכישת תרופה בסל. ניפוק תרופה בשב"ן שאינה קיימת בסל חוסך טיפולים יקרים אחרים, אשפוזים, צנתורים וניתוחים, בזכות השימוש ברפואה הנכונה. חלק מתנאי השימוש לתרופות מסוימות נקבעו בסל כדי להגביל את מספר המשתמשים עקב מגבלה תקציבית ולא בגלל רפואה נכונה. אין לעתים טעם למצות טיפולים בסל שאינם מועילים עד לקבלת הטיפול הנכון הקיים והזמין רק בשב"ן. כסף שנחסך בסל משמש את הקופות למתן שאר השירותים הרפואיים, כולל תרופות המנויות בחוק לכלל המבוטחים, ואין בכך פסול. בשב"ן יש תרופות שהן הרפואה הנכונה, החוסכות כסף רב. זהו מהלך מבורך המאפשר למרבית האוכלוסייה נגישות לטכנולוגיות שכרגע, עקב מגבלות תקציביות, עדיין אינן כלולות בסל. החלופה שלא להכלילן בשב"ן תפגע קשות בנגישותן. השב"ן משמש פלטפורמה זמנית לנגישות מטופלים לתרופות חיוניות עד להכללתם בסל, ולפעמים אפילו מזרז את כניסתן לסל. אין עודפים הנוגעים לתרופות בתכניות השב"ן ובסל. לא ניתן לבדוק מול כל טכנולוגיה בשב"ן מה החיסכון שנוצר במקורות הסל. הכסף שניתן לעדכון טכנולוגי אינו מיועד לתכשיר או לטכנולוגיה מסוימים, ואין התחשבות בדיעבד בסל הבסיסי בגין תכשיר זה או אחר או לאור שימושים מצומצמים או רחבים יותר מההערכה שבוצעה בעת הכללת הטכנולוגיה בסל.

76 להבדיל מנושאים אחרים בשב"ן שהם בבחינת Nice to Have.

77 חלופות טיפוליות - קלאס אפקט (CLASS EFFECT) - מדיניות הבחירה בין תרופות מאותה משפחה פרמקולוגית, הנבדלות זו מזו במבנה הכימי שלהן, אך דומות זו לזו באפקט הטיפולי שלהן.

אכן, ההמלצה לצרוך תרופות באמצעות השב"ן נובעת משיקולי בריאות, שכן תרופות אלה יעילות יותר, ואולם יש להביא בחשבון שאף כי ניתן להסביר את ההפניה לרכוש תרופות באמצעות השב"ן בשיקולים רפואיים, היא בעייתית מהסיבות האלה: 1. כ-30% מהאוכלוסייה אינם חברים בתכניות השב"ן, ועל כן הם עלולים לוותר על רכישת תרופות חיוניות מסיבות כלכליות. הדבר עלול לפגוע בעקרון השוויון. 2. הפניית המבוטח לצרוך תרופות באמצעות השב"ן יוצרת חיסכון לקופות, שכן האמצעים שהמדינה העניקה להן למתן שירותים אינם מנוצלים לפי תכנונם המקורי במסגרת הסל. יתר על כן, יתרון כלכלי זה אף עשוי להוות תמריץ לקופות, אפילו אם רק סמוי, להפנות מבוטחים לצרוך תרופות באמצעות השב"ן. בכך אף תגדל הפגיעה בעקרון השוויון. מבחינת מימון שירותי הבריאות, המשמעות היא הגדלת שיעור המימון הפרטי של תרופות על חשבון המימון הציבורי.

עמדת משרד הבריאות היא שאת השוויון בנגישות לשירות יש לממש במסגרת הסל הניתן במימון ציבורי; השוויון בנגישות לשירותים שאינם כלולים בסל יקודם על ידי נתינתם במסגרת הכפופה לעקרונות הביטוח הסוציאלי ההדדי שאינה מפלה בין מבוטחים בגלל גילם או מצבם הרפואי. לדעת המשרד, אותם 70% החברים בשב"ן מקבלים כבר שירותי בריאות טובים יותר, והמשאבים שנחסכים עקב כך משמשים את כל המבוטחים, גם את אלה שאינם חברים בשב"ן, ובכך מתאפשרת רפואה טובה יותר. המשרד טוען כי אם ייאסר על הקופות לנפק לחברים בתכניות השב"ן תרופות שאינן נכללות בסל, לא יביא הדבר לתוספת משאבי מדינה לסל, אלא גם אותם 70% מהאוכלוסייה, שכבר נהנים משירותי בריאות טובים יותר, יקבלו בסופו של דבר שירותי בריאות פחות טובים.

לדעת משרד מבקר המדינה, אלה סוגיות של מדיניות שמשקפות ערכים חברתיים אשר על משרדי הבריאות והאוצר לדון בהן ולאחר מכן להציגן לממשלה, לכנסת ולציבור כדי שיתנו דעתם עליהן. כאמור, הכנסת והממשלה החליטו להוציא מתכניות השב"ן את התרופות המאריכות ומצילות חיים ולא לספקן לחולים במחלות קשות. לנוכח מדיניות זאת, יש לשקול אם יש להתיר לרכוש בשב"ן תרופות חיוניות אחרות שבעת הביקורת היה אפשר לרכושן שם או שמא יש לאפשר את השימוש בהן רק במסגרת הסל.

2. הסדרת שיעור השתתפות עצמית ברכישת תרופות בשב"ן: ההשתתפות העצמית בתכניות השב"ן אינה מוגבלת בתקרה כלשהי. הועלה שעד שנת 2006 נהגו הקופות לגבות עבור תרופות בשב"ן שיעורים שונים ממחירן המרבי. כך לדוגמה, הכללית גבתה על התרופה Meliane במסגרת השב"ן 95% ממחירה המרבי ועל התרופה Protopic - 90% ממחירה המרבי⁷⁸; מאוחדת גבתה על התרופה Propecia 80% ממחירה המרבי⁷⁹.

בנובמבר 2006 הוציא הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות הנחיה למנהלי השב"ן בקופות שלפיה החל מ-1.12.06 כל הכללה של תכשיר רפואי חדש בתכנית שההשתתפות העצמית של המבוטח גבוהה בה מ-50% ממחירו המרבי, מחייבת את אישורו המוקדם. לגבי תכשירים או תרופות שאושרו בעבר, על הקופות להיערך להתאמת ההשתתפות העצמית להנחיה החדשה לא יאוחר מ-1.6.07. ביולי 2007 פנה הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות למנהלי תכניות השב"ן בקופות, הבהיר סוגיות אחדות בנדון ונתן לקופות ארכה ליישום ההנחיות עד תחילת ספטמבר 2007. מהמכתב עולה שייטכנו חריגים שבהם

78 רשימת תרופות בהנחה לעמיתי כללית מושלם, ספר השירות כללית מושלם, אוגוסט 2004 (בתוקף עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007); Meliane - שימוש עיקרי - גולות למניעת היריון; Protopic - לטיפול בדחיייה של איברים מושגלים בגוף האדם.

79 תקנון מאוחדת שיא, ינואר 2007; Propecia - בעיקר לטיפול בהתקרחות גברים ובהגדלה שפירה של בלוטת הערמונית.

תהיה ההשתתפות העצמית עד 75% מהמחיר המרבי. עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007, לא מסרו הקופות למשרד הבריאות את רשימת התרופות בשב"ן ואת מחירי ההשתתפות העצמית המעודכנים. לאחר סיום הביקורת נערכו דיונים בין משרד הבריאות לקופות בנוגע לתרופות בשב"ן. משרד הבריאות השיב בדצמבר 2007 ששלוש מהקופות כבר מסרו רשימות ונתונים; מאוחרת אמורה ליישם את הנחיות המשרד עד פברואר 2008.

יוצא שגם לאחר יישום ההנחיה יוכלו הקופות לגבות מחברי תכניות השב"ן אצלן שיעור ניכר מהמחיר המרבי של התרופות. יצוין כי הקופות רוכשות בדרך כלל את התרופות בהנחה ניכרת מהמחיר המרבי לצרכן, כך שלעתים אף 50% מהמחיר המרבי מאפשר עודף הכנסה לקופות, כלומר החולה משלם לקופה עבור התרופה סכום הגבוה מעלות התרופה לקופה. הקופות הן מלכ"רים, וראוי שפעילותן במכירת תרופות למבוטחיהן בתכניות השב"ן לא תאפשר להן עודפים על חשבון החולים. על משרד הבריאות לבחון בכל תרופה אם השיעור שנקבע מאפשר לכאורה עודפים לקופות. אם כן - יש לבטלם ולקבוע הנחיות נוספות בנדרש.

מחירי תרופות בישראל

ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות בשיטה האחוזית מבוססת על המחיר המרבי של התרופה. שוק התרופות בארץ נמצא בפיקוח משרד הבריאות. משנת 1998 נקבעים המחירים המרביים של התרופות בשיטה של "מודל ציטוט מחירים", שלפיה המחיר המרבי של תרופה בישראל הוא הממוצע של מחירה במדינות ייחוס שונות שנבחרו לצורך העניין (להלן - מודל הציטוט). יתרונה של שיטה זו הוא עידוד היעילות, לעומת קביעת מחיר המתבססת על עלות בתוספת רווח (מודל Cost Plus שהיה נהוג בישראל עד שנת 1998). למרות זאת בעת יישומו של מודל זה צצות ועולות כמה בעיות, בעיקר ההסתמכות המוחלטת על גורם חיצוני בקביעת מדיניות לאומית⁸⁰. בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981 (להלן - פקודת הרוקחים), נאמר שלא יימכרו תכשירים במחירים העולים על המחירים שנקבעו במחירון שפרסם המנהל או מי שהוא הסמיך לעניין זה.

במודל הציטוט, שעקרונותיו פורטו בצו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים שהם תכשירי מרשם), התשס"א-2001, נקבעו מחיריהם של תכשירי מרשם בנוסחה המתחשבת, בין היתר, בממוצע המחירים לקמעונאי של תכשירים מתאימים בצרפת, בבלגיה, בגרמניה ובבריטניה, או המחיר לקמעונאי בהולנד של תכשיר מתאים, הנמוך מבין השניים, לפי קביעת המפקח על המחירים במשרד הבריאות כשהוא נקוב בשקלים חדשים (להלן - המודל ההולנדי). הצו קבע גם את האופן שבו יעודכנו מחירי התכשירים⁸¹ ואיפשר תוספת מחיר של 1.2% לתרופות מיובאות. עוד קבע הצו שהמחיר המחייב לצרכן הוא המחיר המחייב לקמעונאי בתוספת שיעור הרווח המרבי לקמעונאי (17.5%-37%).

80 עלולות לצוץ גם בעיות מעשיות כמו אימוץ אוטומטי של טעויות טכניות במחירונים שפורסמו בחו"ל, הצורך לבחון מחדש את השיטה במקרה שאחת ממדינות הייחוס משנה את מדיניות הפיקוח שלה או השפעתן של תופעות מקומיות בחו"ל שאין להן נגיעה לישראל. ראו גבי בן נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל (2005), משרד הביטחון.

81 מחיר תרופה מעודכן פעם בשנה, אולם אם חל שינוי בממוצע שערי החליפין בשיעור העולה על 3% לעומת ממוצע שערי החליפין במועד העדכון האחרון, וחלף חודש לפחות ממועד העדכון, יעדכן המפקח במשרד הבריאות את המחירון.

תיקון המודל ההולנדי

בדצמבר 2005 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לבדיקת השפעתו של המודל ההולנדי ולקביעת מחירים מרביים והשתתפות עצמית במחירי התרופות (להלן - ועדה לבדיקת מחירי תרופות). ביולי 2006 הגישה הוועדה לבדיקת מחירי תרופות דוח על עבודתה ואת המלצותיה למנכ"ל משרד הבריאות.

מסקנות הוועדה לבדיקת מחירי תרופות הן שהכנסת המודל ההולנדי השיגה את מטרתה, דהיינו, השוואת מחירי התרופות (המרביים) בארץ לצרכן לרמה האירופית; תרמה לריסון ההוצאה הלאומית על תרופות; סייעה לקופות לרכוש תכשירים במחירים מוזלים; הוזלת מחירי התרופות כך שמחיריהן יושוו למחיריהן במדינות החברות באיחוד האירופי, כולל מדינות מצטרפות מהגוש המזרחי, לא תשפיע על המוטיבציה של החברות לרישום תרופות בישראל ועל נגישותן; פער המחירים הנהוג בין מדינות האיחוד לא ירתיע חברות מרישום תכשירים בישראל ולא יפגע בנגישות הציבור לתכשירים חדשניים.

בנוגע להשתתפות המבוטחים קבעה הוועדה שלפי הדוח ההשוואתי על פעילות הקופות, השתתפות המבוטחים נעה בממוצע בין 30% ל-40% מעלות התרופות לקופה. כ-80% מהתרופות, כולל תרופות שאינן תרופות מרשם, נרכשות במחירים נמוכים, כך שהשתתפות המבוטחים הייתה ונשארה השתתפות מזערית. המבוטחים לא נהנו מהפחתת המחירים, והקופות הן הנהנות העיקריות מהפחתת המחירים. המודל ההולנדי לא הביא לשיפור משמעותי במחירי הרכש של המבוטחים (השתתפות עצמית).

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2007 כי היא לא נהנתה מהמודל ההולנדי, וכי קביעת הוועדה היא השערה לא נכונה.

הוועדה המליצה על הוספת המחירים הנהוגים במדינות ייחוס נוספות החברות באיחוד האירופי למחירים במדינות הייחוס שבמודל ההולנדי או על החלפת המדינות הקיימות ועל שינויים נוספים.

ועדת המחירים המשותפת למשרד הבריאות ולמשרד האוצר החליטה בספטמבר 2006 לאמץ את המודל החדש שהציעה הוועדה החל מינואר 2007, תוך הוספת מחירי התרופות במדינות נוספות (ספרד, פורטוגל, הונגריה ופולין) למודל כמחירי ייחוס. בינואר 2007 נכנס לתוקף מחירון חדש. לפי נתוני משרד הבריאות כפי שנמסרו למשרד מבקר המדינה בתחילת ספטמבר 2007, השוואה בנוגע לכ-1,750 תרופות המהוות כ-86% מהתרופות במחירון מעלה שכ-70% מהן (1,252) הוזלו לעומת המחירון הקודם משנת 2001 ב-18% בממוצע; לא חל שינוי במחירן של 4% מהן (66); ומחירן של כ-25% מהן (436) עלה בממוצע ב-7%.

השפעה על ההשתתפות העצמית

1. בחמש השנים האחרונות חלה עלייה משמעותית במספר המרשמים שנופקו לחולים לצורך רכישת תרופות. לפיכך עולה חשיבות הפיקוח של משרד הבריאות על ההשתתפות העצמית.

תפקידי הוועדה לבדיקת מחירי תרופות היו, בין היתר, לבחון את השיטה שלפיה נקבע גובה ההשתתפות העצמית שמשלם הצרכן בעת רכישת התרופה; ולהמליץ על שינויים נדרשים בשיטה הקיימת תוך התייחסות לתקרת ההכנסות של הקופות מהשתתפות עצמית ולתקרת הגבייה מחולה בודד, ובפרט מחולים במחלות כרוניות ומשכבות סוציו-אקונומיות מסוימות.

כאמור בדוח הוועדה נאמר שהקופות הן הנהנות העיקריות מהפחתות המחירים ולא המבוטחים.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2007 כי לפי נתוני הקופות פחתו ההשתתפויות העצמיות בשנת 2007 בכ-30 מיליון ש"ח.

הוועדה העירה לסיכום כי "אין טעם לבחון ביצוע רפורמות נוספות בלי להתייחס להשפעה שלהן על ההשתתפויות העצמיות בפועל של המבוטחים [ההדגשה במקור]; יש מקום לאפשר את השלמת עבודת הוועדה בסעיפים ג' וד' [בכתב המינוי של הוועדה: 'בחינת שיטת קביעת ההשתתפויות העצמיות ממחירי תרופות' ו'המלצה לשינויים נדרשים'] כדי לבחון את החלופות האפשריות למימוש הפחתת מחירים לצרכנים. זאת, תוך שמירה על האיזונים הנדרשים".

הוועדה לא המשיכה את עבודתה בנוגע לאופן קביעת ההשתתפויות העצמיות ברכישת תרופות.

2. חולים שרוכשים תרופות משלמים את המחיר המרבי לצרכן בתוספת מע"מ. לעתים נוצר עומס כלכלי על חולים שרוכשים תרופות שאינן בסל. לפי נתוני משרד הבריאות, בכמה מדינות באירופה קיים שיעור מע"מ מופחת לתרופות.⁸² לא נמצא שמשרד הבריאות דן עם משרד האוצר בהפחתת שיעורי המע"מ לתרופות לפני מינוי הוועדה לבדיקת מחירי התרופות, והנושא אף לא עלה בדוח הוועדה. יש לציין כי קיימות הצעות חוק פרטיות רבות בעניין זה.⁸³

משרד האוצר השיב כי פשטות ויעילותו של חוק מס ערך מוסף, התשל"ו-1975, באות לביטוי בכך שנשמר עקרון אחידות המס. החוק אינו פוטר ממע"מ טובין או שירותים, תהא חשיבותם אשר תהא. מתן פטור ממס על רכישת תרופות או לחלופין קביעת אחוז מס מופחת עלולים להביא לגל של בקשות ממגזרים אחרים במשק, המעוניינים להיטיב עם אוכלוסיות שונות בדרך של פטור ממע"מ או קביעת אחוז מע"מ מופחת למוצרים נוספים. הפחתה או ביטול של מע"מ על תרופות משמעותם הפניית תוספת מקורות תקציביים לנושא זה. הדרך הראויה להוסיף מקורות תקציביים לנושא זה, כמו לכל נושא אחר, היא הקצאת תקציב נוסף במסגרת הדיונים על תקציב המדינה ולא בדרך של הפחתות מסים מכל סוג שהוא. לא מובטח כי מתן פטור ממע"מ או הפחתת שיעור יורידו את מחיר התרופה לצרכן במלוא גובה הפטור או ההפחתה, שכן החיסכון במס צפוי להתחלק בין הספק לצרכן, והתועלת ממהלך זה לצרכנים נמוכה ביחס להפסד הכספי למדינה בשל הפחתת ההכנסה מהמס.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר ידונו בסוגיה זו, בפרט לנוכח החלטת הכנסת בדצמבר 2007 לבטל את פרק התרופות המצילות ומאריכות חיים בתוכניות השב"ן, שעלולה לגרום לחולים לרכוש תרופות יקרות ללא הנחה ממחירים המרבי לצרכן.

82 לדוגמה, שיעור המע"מ בבלגיה הוא 21%, ואילו שיעור המע"מ לתרופות - רק 6%; בהולנד - 19% ו-6% בהתאמה; בספרד - 16% ו-4%; בפורטוגל - 21% ו-5%; בהונגריה - 20% ו-5%; בפולין - 22% ו-7%; באנגליה - 17.5% ו-0% בהתאמה.

83 למשל הצעת חוק מס ערך מוסף (תיקון - פטור ממס לתרופות אונקולוגיות שאינן כלולות בסל הבריאות), התשס"ז-2007, של חבר הכנסת דוד אזולאי ממאי 2007; הצעת חוק מס ערך מוסף (תיקון - שיעור מס אפס על תרופות), התשס"ז-2007, של חברת הכנסת אורית נוקד מינואר 2007 ועוד. מליאת הכנסת אישרה בסוף נובמבר 2007 הצעת חוק שלפיה יינתן פטור ממע"מ לתרופות מצילות חיים שאינן בסל.

השפעת המחירון החדש של המחיר המרבי לתרופות על הקופות

בהסכם ייצוב מכבי לשנים 2005-2007 מדצמבר 2005 נאמר שייבדקו שינויים בהכנסות הקופה מהשתתפות עצמית ברכישת תרופות ובהוצאות הקופה בגין רכש תרופות בעקבות יישום החלטת הממשלה מספטמבר 2005⁸⁴. בהתאם לתוצאות הבדיקה תיבחן האפשרות להעברת תמיכה חד-פעמית לקופה לשנת 2006, בכפוף להוראות הדין. באפריל 2007 כתב סגן ראש אגף לתכנון ותקצוב במכבי לרכז בריאות באגף התקציבים במשרד האוצר שהצו החדש הפחית את הכנסות הקופה בכ-1.1 מיליון ש"ח בחודש, שהם כ-13 מיליון ש"ח בשנה, ובניכוי הפחתת עלויות הרכש של הקופה (מחירי הרכש נגזרים ממחירי התרופות) בסך כ-2.6 מיליון ש"ח, חלה פגיעה במקורות ההכנסה של מכבי בהיקף של 10.2 מיליון ש"ח בשנת 2007. הקופה ביקשה לקבל את התמיכה בעקבות השינוי. בתשובתה למשרד מבקר המדינה טענה מכבי כי מקורות ההכנסה שלה נפגעו ב-11.3 מיליון ש"ח.

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2007 כי המחירון החדש פגע בהכנסותיה בסך כשמונה מיליון ש"ח, והיא ביקשה על כך פיצוי מהממשלה בעת הדיונים על חוק ההסדרים.

יוצא שמכבי והכללית הפסידו מהפחתת המחירים המרביים של התרופות (הפחתת ההשתתפות העצמית של מבוטחיהן גדולה מהפחתת הוצאות הרכש שלהן לתרופות). נתונים אלו אינם מתיישבים עם דברי הוועדה לבדיקת מחירי תרופות, שלפיהם הקופות הן הנהנות העיקריות מהפחתת מחירים.

הכללית השיבה כי הסכמי הרכש של הקופות אינם קשורים למחירים המרביים לצרכן. משרד הבריאות השיב בדצמבר 2007 כי בפני הוועדה לא היו כלים ונתונים לבצע הערכה, ולאחר קבלת הנתונים מהקופות נראה שהוועדה טעתה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי הדעות השונות של הוועדה ושל הקופות והודעת משרד הבריאות על הטעות של הוועדה מדגישים את חשיבות הימצאותו של מידע במשרד הבריאות על השפעת מחירי תרופות על הליכי הרכש של הקופות (ראו להלן); וכן מדגישים את חשיבותה של עבודת מטה לבחינת ההשתתפות העצמית של המבוטחים, רגישותה של ההשתתפות העצמית לשינויים במחירים המרביים לצרכן והאופן הרצוי לקביעתה.

תגמול לרוקח בבתי המרקחת

כאמור, צו הפיקוח משנת 2001 קובע שהמחיר המחייב לצרכן (שממנו נגזרת ההשתתפות העצמית) הוא המחיר המחייב לקמעונאי בתוספת שיעור הרווח המרבי לקמעונאי (17.5%-37%). לפי הצו, ככל שהמחיר המרבי גבוה יותר, קטן שיעור הרווח⁸⁵. ועדה מקצועית המליצה בשנת 1998 לשנות בטווח הארוך את שיטת התגמול לרוקחים, כך שהתגמול ינותק ממחיר התרופה כשמדובר בתרופות שמחירן לרוקח הוא מעל 36 ש"ח. הוועדה הוסיפה שהמלצה ניתנת בתנאי שלא יועלה התגמול הכספי בממוצע משוקלל לרוקח כתוצאה משינוי שיטת התגמול. כן הוסיפה הוועדה שיש להתמקד עם החלת השינוי האמור עד להטמעת שיטת הפיקוח על מחירי תרופות והתייצבות שוק התרופות.

84 החלטה מס' 4114 מ-9.8.05 בדבר תיקון המודל ההולנדי.

85 כך למשל, אם המחיר המחייב לקמעונאי הוא עד 38 ש"ח, שיעור הרווח המרבי של הקמעונאי הוא 37%; אם המחיר המרבי הוא מעל 193 ש"ח, שיעור הרווח הוא 17.5%.

יש לציין שהקופות משלמות לבתי המרקחת המשווקים תרופות למבוטחיהן, כגון סופר-פארם, "עמלת שורה" בשיעור הנמוך בהרבה משיעורי הרווח לרוקח המופיעים בצו הפיקוח.

רק בינואר 2007 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לבדיקת השיטה לתגמול לרוקח. הוועדה התבקשה להגיש המלצותיה למנכ"ל משרד הבריאות עד 1.5.07.

עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007, לא סיימה הוועדה את עבודתה.

מסד נתונים לאומי על צריכת תרופות והכללת תרופות חדשות בסל

בשנת 1998 החליט משרד הבריאות על הקמת מסד נתונים לאומי לצריכת כלל התרופות במשק. בהמשך להחלטה זו פורסמו תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (דיווח של קופות חולים על ניפוק תכשירים), התשנ"ט-1998, המחייבות את הקופות בדיווח חצי-שנתי למשרד הבריאות על כמות התכשירים שהקופה ניפקה ועל מספר המטופלים שבעבורם נפקו התכשירים. מידע על היקפי הצריכה של תרופות ועל מחירי הרכש שלהן מהותי לצורך קבלת החלטות מושכלות בעניין. משרד מבקר המדינה כבר העיר בשנת 2004⁸⁶ שמאז הוחל בהרחבת הסל לא ערך משרד הבריאות בדיקה להערכת היקף השימוש בטכנולוגיות חדשות ולהערכת דפוסי השימוש בהן לאורך זמן בהשוואה להערכות הראשוניות שניתנו לפני הכללתן בסל⁸⁷.

בשנת 2006 חזר משרד מבקר המדינה ובדק את הנושא. הממצאים פורסמו בשנת 2007⁸⁸. בבדיקה עלה שבנובמבר 2006 עדיין לא נקבע מקדם לחישוב מחיר התרופות לצורך כלילתן בסל. משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה שהקופות ביקשו שרואה חשבון חיצוני שיחויב בסודיות יבצע את הבדיקה. הוחלט שהנתונים יהיו נגישים גם לנציג אחד מטעם משרד הבריאות ולנציג אחד מטעם משרד האוצר. משרד הבריאות הוסיף שהחלטות הצוות יהיו תקפות רק להחלטות הוועדה הציבורית להרחבת הסל⁸⁹ משנת 2008. בעניין מסד הנתונים הלאומי על צריכת תרופות בארץ העלתה בדיקת המעקב כי הוא טרם הוקם.

עד דצמבר 2007 טרם מונה רואה חשבון לביצוע הבדיקה לקביעת מקדם שימש לחישוב מחיר תרופה לצורך הכללתה בסל.

- 86 דוח שנתי 54 של מבקר המדינה (2004), בפרק "סל שירותי הבריאות", עמ' 380 ואילך.
- 87 אם טכנולוגיה או תרופה נכנסות לסל בעלות גבוהה, ולאחר כמה שנים, כשפג הפטנט, מחירן יורד עד לכ-10% מהמחיר המקורי שתוקצב בסל, נוצר חיסכון משמעותי לקופות. לכן נדרש לקבוע מקדם לחישוב מחיר התרופות לצורך כלילתן בסל.
- 88 דוח שנתי 57 של מבקר המדינה (2007), בפרק "ממצאי מעקב - סל שירותי הבריאות", עמ' 473 ואילך.
- 89 תפקיד הוועדה לבחון תרופות, מכשירים רפואיים, ציוד רפואי ותהליכי אבחון וטיפול שאינם כלולים בסל, ולהמליץ לשר הבריאות אילו טכנולוגיות להוסיף לסל במסגרת התקציב המיועדת להרחבת הסל, הנקבעת מדי שנה בדיוני התקציב השוטפים של משרד האוצר עם משרד הבריאות.

השתתפות עצמית בגין ביקור אצל רופא, במרפאות חוץ ובמכונים

גביית-יתר בלאומית

מהתכתבויות בין האגף לפיקוח על הקופות לבין לאומית בשנים 2006-2007 עולה שהקופה גבתה בשנים האחרונות השתתפות עצמית ממבוטחיה עבור סעיפים שלא אושרו לה בתכנית הגבייה, כגון הנפקת כרטיס מגנטי ומתן אישור רפואי, וכן גבתה סכומים גבוהים מאלה שהותר לה לגבות בהתאם לתוספת השנייה לחוק⁹⁰, לפי מידוד הסכום המקורי בהתאם לשיעורי עליית מדד יוקר הבריאות.

מהתיעוד באגף לפיקוח על הקופות עולה ש"לאומית עושה ככל העולה על רוחה בגביית ההשתתפויות העצמיות. אין זו הפעם הראשונה. כל פעם אנו מגלים גביית יתר אחרת".

מסיכום של הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות עם נציגי לאומית בתחילת ספטמבר 2007 עולה שהגבייה עבור אישורים רפואיים תיפסק, והקופה תגיש בקשה לאישור משרד הבריאות וועדת הכספים של הכנסת אם ברצונה לגבות כסף עבור שירות זה; הקופה כבר אינה גובה כסף עבור כרטיס מגנטי, ותגיש בקשה בהתאם; תיערך בדיקה בקופה להערכת היקפי גביית-היתר בגין גביית היטל עבור טיפולי התפתחות הילד וטיפול בדיבור למבוגרים (בשנים 2005-2006 גבתה הקופה היטל של 23 ש"ח במקום 22 ש"ח) ועוד. משרד הבריאות ביקש לקבל את תוצאות הבדיקה בעניין התפתחות הילד עד סוף ספטמבר 2007. בסוף ספטמבר הודיעה לו לאומית כי הפחיתה בשקל אחד את ההיטל עבור טיפולי התפתחות הילד, וכי התעריף יהיה בתוקף עד אוקטובר 2009.

האמור מדגיש את חשיבות הפיקוח של משרד הבריאות על התנהלות הקופות, ובייחוד על לאומית.

תקרות ופטורים בגין ביקורים במכונים, במרפאות חוץ ואצל רופאים מקצועיים

1. החוק קבע כי יינתנו הנחות או פטורים לחברים בקבוצות שונות⁹¹. בתכניות הגבייה נקבעה תקרת תשלום רבעונית למשפחה והנחה של 50% בתקרה למשפחה שבה אחד מבני הזוג בן 65 ומעלה או לעולה חדש בשנתו הראשונה עבור ביקור אצל רופא. כן קיים פטור מהשתתפות עצמית עבור ביקור במרפאות חוץ ובמכונים לחולים במחלות קשות⁹². לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי עולה שבדצמבר 2006 עמד מספר הזכאים לפטור מכל סוגי ההשתתפות העצמית שהמוסד מדווח עליהם בכל הקופות על כ-1.79 מיליון מבוטחים - כ-25% מסך המבוטחים⁹³.

90 פירוט השירותים שנתנה הכללית למבוטחיה במועד הקובע, שלפיהם נקבע הסל.

91 חבר שטרם מלאו לו 18 שנים; חבר שהגיע לגיל פרישת חובה כמשמעותו בחוק גיל פרישה, התשס"ד-2004; חבר שהגיע לגיל פרישה כמשמעותו בחוק זה, ומשולמת עבורו גמלה לפי סעיף 11 לחוק תגמולים לאסירי ציון ולבני משפחותיהם, התשנ"ב-1992; חבר והתלויים בו שמשולמת עבורם גמלה לפי פרק ט' לחוק הביטוח הלאומי; חולה במחלה כרונית; חבר במשפחה אשר לה ארבעה ילדים או יותר; חבר שהוא עולה חדש ב-12 החודשים הראשונים לאחר עלייתו לישראל.

92 חולי דיאליזה, אונקולוגיה, איידס, גושה, סיסטיק פיברוזיס, תלסמיה, המופיליה ושחפת.

93 סקרים תקופתיים, חברות בקופת חולים 2005-2006, המוסד לביטוח לאומי (יוני 2007). רוב הזכאים להנחות (כ-60%) הם מבוטחים מקרב משפחות שיש בהן ארבעה ילדים ויותר, כ-22% הם מקבלי קצבאות וכ-18% מקבלי קצבת זקנה.

2. ת ק ר ה מ ש פ ח ת י ת : עובדת האגף לפיקוח על הקופות מסרה לנציגי משרד מבקר המדינה שכאשר משפחה במכבי, בלאומית ובמאוחדת מגיעה לתקרת ההשתתפות העצמית, נפסקת הגבייה בכללית עד שנת 2006 לא הייתה מערכת ממוחשבת שהביאה להפסקת הגבייה ממשפחה שהגיעה לתקרה, ומשפחות נאלצו לפנות לקופה עם קבלות כדי לקבל החזרים. משפחות רבות לא היו מודעות לזכויותיהן.

רק בתחילת שנת 2007 הכניסה הכללית לשימוש מערכת גבייה חדשה וממוחשבת, לאחר שבשנת 2006 הופעלה תכנית חלוץ ("פיילוט") במחוז דן-פתח-תקווה. באפריל 2007 החלה הכללית להחתיים את מבוטחיה על הרשאות להוראות קבע. לדברי ראש אגף הכנסות בכללית, הרשאה זו גם תאפשר לקופה להפסיק לגבות כספים ממשפחה שהגיעה לתקרת ההשתתפות. עד נובמבר 2007 חתמו כ-355,000 מבוטחים בלבד על טופסי הרשאות. בכללית מבוטחים כ-54% מכלל המבוטחים במדינה, כלומר כ-3.8 מיליון מבוטחים⁹⁴. יוצא שעדיין רבים נדרשים לגשת לסניפי הקופה כדי לקבל החזרים בגין גביית-יתר, אם הם מודעים בכלל לזכות זו.

ויתור על שירותי בריאות

אחד הנימוקים לקיומה של השתתפות עצמית בשירות המכוסה בביטוח הוא ריסון השימוש ומניעת עודפי ביקוש. אולם בשנים האחרונות מחקרים שונים מראים שההשתתפות העצמית מצמצמת גם ביקושים נחוצים - ככל שהחולים משלמים יותר, כך גדלה תופעת הויתור על השירותים, בעיקר בקרב שכבות סוציו-אקונומיות נמוכות.

כך למשל, סקר שנעשה עבור ההסתדרות הרפואית בישראל בנוגע לעמדות הציבור כלפי מערכת הבריאות⁹⁵ העלה ש-37% טוענים שהם משלמים היום יותר מבעבר על שירותים רפואיים; 23% נאלצו לוותר על טיפול רפואי כלשהו עבור עצמם, עבור ילדיהם או עבור הוריהם; 12% נאלצו לוותר על רכישת תרופות מרשם בשל מחירן. מדובר בעיקר על בעלי הכנסה נמוכה, דתיים וחרדים ומשפחות בנות חמש נפשות ומעלה. בקרב שליש מאלו שנאלצו לוותר על השימוש בשירות רפואי חלה התדרדרות כלשהי במצבם, ואצל חמישית החמיר המצב ממש. בדוח "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" שערך מכון מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל⁹⁶ עלה כי כשליש מהחולים במחלות כרוניות וכשליש מבעלי ההכנסה הנמוכה דיווחו כי התשלומים לבריאות מכבידים במידה רבה. בשנה האחרונה 8% ויתרו על טיפול רפואי (לא כולל טיפול שיניים ותרופות) בגלל התשלום לפחות פעם אחת. מבין המוותרים על טיפול בגלל התשלום, כמחצית ויתרו על רופא מקצועי, כרבע ויתרו על בדיקות וטיפול מיוחדים ו-16% ויתרו על שירותים מחוץ לסל. 15% ויתרו על תרופת מרשם בשנה

94 בסוף שנת 2006 היו כ-7.13 מיליון מבוטחים בסך הכול, כ-53.6% מהם מבוטחי הכללית. חברות בקופת חולים 2005-2006, סקרים תקופתיים, המוסד לביטוח לאומי (יוני 2007).

95 עמדות הציבור כלפי מערכת הבריאות בישראל - דוח העוני, גיאוקרטוגרפיה עבור ההסתדרות הרפואית (ינואר 2007).

96 רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרנברג ורונית מצליח, דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, מכון סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות (מרס 2007).

האחרונה בגלל תשלום. שיעור המוותרים גבוה במיוחד בקרב בעלי הכנסה נמוכה (23%) וחולים במחלות כרוניות⁹⁷ (19%). גם פרסומים נוספים עסקו בתופעת הוויתור על שירותים רפואיים⁹⁸.

ויתור על טיפול רפואי מביא להתדרדרות במצב הבריאותי ומוביל לכך שמחלות נמשכות זמן רב יותר, הופכות להיות קשות יותר ואף מובילות לאשפוז בבתי חולים.

ארגון מחדש של ההשתתפות העצמית הוא גם אחת הדרכים להתמודד עם סוגיית חוסר השוויון במערכת הבריאות⁹⁹. ניתן לפטור מאגרת תרופות חולים במחלות כרוניות הנמנים עם מקבלי הבטחת הכנסה והזכאים לפטור מאגרת ביקור רופא וכן קבוצות בעלות צרכים מיוחדים, כגון ניצולי שואה, בעלי מוגבלות ונכים. הפטור יינתן בגין תרופות בסל המיועדות לטיפול במחלתם הכרונית¹⁰⁰.

יש לציין, כי ועדה שבחנה את הרפואה הציבורית ואת מעמד הרופא בה העירה שברוב המקרים פניית מבוטח לרופא מקצועי, למכון או למרפאת חוץ אינה נעשית ביוזמתו, אלא על פי הנחיות הרופא המטפל. לכן אין מקום לדעתה להשתמש בהשתתפות עצמית לריסון ביקושים שאינם ביוזמת המבוטח. הוועדה המליצה כבר בשנת 2002 לבטל בהדרגה, בתוך ארבע שנים, את ההשתתפות העצמית עבור ביקור אצל רופא, במכון ובמרפאת חוץ. הוועדה גם המליצה לבטל בהדרגה, בתוך שלוש שנים, את אגרת הביקור בתחנות לבריאות המשפחה¹⁰¹.

לאור התופעה של ויתור על שירותים רפואיים, כפי שפורט לעיל, ולאור הממצאים שפורטו בדוח, מן הראוי שמשרד הבריאות, משרד האוצר, הכנסת והממשלה ידונו בשאלה כבדת משקל זו.

רישום תרופות בישראל

בפקודת הרוקחים נאמר שלא ייצר אדם ולא ישווק תכשיר ולא יורה על שימוש בו, אלא אם כן התכשיר רשום. משרד הבריאות מנהל את פנקס התכשירים הרשומים וקובע כללים לרישומם. אלה התנאים לכך: הרוקח הממונה המציא תעודה שלפיה התכשיר באיכות מתאימה לשימוש רפואי;

97 מחלה כרונית - יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב, אסטמה, סרטן, אירוע מוחי, מחלה בדרכי העיכול, דלקת פרקים, חרדה או דיכאון.

98 ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל: ביטוייה והשלכותיה, מרכז אדוה (יולי 2007); הפרטה במערכת הבריאות, ההסתדרות הרפואית בישראל (2007); מערכת הבריאות בישראל: מעגלי הכלה והדרה, רופאים לזכויות אדם (אפריל 2007); נטע בנטור, רויטל גרוס, שירלי רוניצקי ושולי ברמלי-גרינברג, השפעת תשלומי השתתפות עצמית על נגישות שירותי הרפואה הראשונית לחולי שבץ המוח, ביטחון סוציאלי 66 (אוגוסט 2004); רחל קיי, השתתפות עצמית בשירותי בריאות, ביטחון סוציאלי 64 (אוגוסט 2003).

99 ליאון אפשטיין וטוביה חורב, אי שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות, הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (ספטמבר 2007).

100 ניתן לבטל השתתפות עצמית בשירותי מניעה כגון אגרת טיפת חלב, חיסונים, בדיקת חלבון עוברי ואביונים לבדיקה עצמית לחולי סוכרת; לפטור מאגרת מכונים ומאגרת רופא מקצועי כשמדובר בביקורים שמטרתם בדיקה מונעת; לפטור מהשתתפות עצמית אוכלוסיות זכאיות לפי ההגדרה בחוק, כגון מקבלי קצבת הבטחת הכנסה, כשמדובר בשירותים שבסל הבריאות המחייבים כיום דמי השתתפות עצמית.

101 דין וחשבון הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (2002), המלצה מס' 2.

הממונה השתכנע כי התכשיר בטוח ויעיל להתוויה שלה יועד; הממונה שוכנע כי התכשיר יוצר בתנאים נאותים.

בישראל מוגשים לרישום תכשירים אתיים וגנריים מתוצרת הארץ ומיבוא. תהליך בדיקת איכות¹⁰² מתבצע במכון לביקורת ותקנים. הימצאותם של תכשירים גנריים בשוק, נוסף על התכשיר המקורי, מביאה לתחרות בין מוצרים ולירידת מחירים. על פי המוסכמה עם כניסתו של תכשיר גנרי צונחים מחירי התרופות המכילות את אותו חומר פעיל בכ-80% ואף יותר מהמחיר המקורי טרם כניסת התכשיר הגנרי לשוק, עובדה התורמת להקטנת ההוצאה הלאומית לתרופות. עם זאת, ניתן לשווק תכשירים גנריים רק לאחר תפוגת הפטנט של התכשיר המקורי (כעשר שנים בממוצע לאחר תחילת שיווק)¹⁰³. רישום של תרופות גנריות מוזיל את מחירי התרופות. מהאמור עולה החשיבות של רישום התכשירים בפנקס התכשירים מהר ככל האפשר.

במועד סיום הביקורת, ספטמבר 2007, חיכו בתור לרישום כ-250 תרופות ותכשירים, ובהם תרופות מצילות חיים וחיסונים, ואף תרופות שנרשמו כבר ברשויות מוכרות בעולם, כמו ה-FDA¹⁰⁴ וה-EMA¹⁰⁵. נמצא שבשנים האחרונות התאריך מאוד זמן הטיפול בתיק רישום של תכשירים בפנקס. לפי נתוני המכון לביקורת ותקנים, אם בשנים 2000-2003 היה משך הזמן שלושה-ארבעה חודשים, הרי בשנת 2004 היה משך הזמן שישה חודשים, בשנים 2005-2006 הגיע ל-18 חודשים ובמחצית הראשונה של 2007 היה הצפי לרישום 12-18 חודשים. לטענת הנהלת המכון לביקורת ותקנים, הסיבה להתארכות הרישום היא מחסור בכוח אדם עקב פרישת עובדים לגמלאות (מצבת כוח האדם בשנת 2001 עמדה על 62 עובדים, ואילו בשנת 2005 היא עמדה על 52 עובדים) וגידול ניכר בדרישות ממגיש התיקים.

מכבי הסבירה בתשובתה למשרד מבקר המדינה כי להתארכות זמן רישום התרופות יש גם השפעה כלכלית על הקופות: תוספת הוצאה של עשרות מיליוני ש"ח בשנה, שכן רישום מהיר של תרופות גנריות עשוי להוזיל את מחירי התרופות. הקופה פנתה בנושא זה למשרד הבריאות ולמשרד האוצר, אולם טרם נמצא לכך פתרון.

בעניין זה הוגשה עתירה לבג"ץ¹⁰⁶, שבמסגרתה ביקשה העותרת שבית המשפט יוציא צו על תנאי המורה למשיבים להודיע מדוע לא יעשו שימוש בסמכות המוקנית להם כדי לקבוע לאלתר נוהל בעניין רישום תרופות חדשות; לחלופין, לקבוע נוהל שלפיו רישום תכשירים חדשים בישראל לא יארך יותר מ-120 יום ממועד הוצאת ה-Letter of Approval על ידי ה-FDA או הוצאת מסמך מקביל על ידי ה-EMA; כמו כן, מדוע לא ינקטו המשיבים את הצעדים הנדרשים כדי לחסל לאלתר את התור שנוצר לרישום תכשירי רוקחות חדשים, וזאת כדי להבטיח הספקה מיידית של תכשירים אלו לכל החולים בארץ הזקוקים להם. העתירה טרם התבררה עד מועד סיום הביקורת.

המשיבים הגישו לבית המשפט טיוטת נוהל להליכי בקשות לרישום (לוחות זמנים) של משרד הבריאות. בטייטה נקבעו לוחות זמנים לתכשירים שונים לטיפול במחלקת רישום ולטיפול במכון לביקורת ותקנים. לפי הטייטה, שכבר הפכה לנוהל בסוף יולי 2007, יוערכו תכשירים חדשים

102 בדיקת התאמת התכשיר להצהרות היצרן, לרבות הערכת הנתונים בנוגע לטיב חומרי הגלם, מפרט התכשיר והרכבו, שיטת הייצור והבקרה, שיטות הבדיקה, איכות האריזה ויציבות התכשיר. זהו אחד התנאים לרישום תכשיר בפנקס התכשירים. סעיף 1 לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

103 גבי בן נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, משרד הביטחון (2005).

104 Food and Drug Administration - מינהל המזון והתרופות בארצות הברית.

105 European Medicines Agency - הסוכנות האירופית לתרופות (המקבילה של ה-FDA באיחוד האירופי).

106 בג"ץ 1837/06, האגודה לזכויות החולה בישראל נ' שר הבריאות ואח'.

(כימיים או ביולוגיים) שיוגשו לרישום מיולי 2007 ואילך בתוך 360 יום, תכשירים גנריים בתוך 360 יום ותכשירים גנריים שנרשמו במדינות האיחוד האירופי או בארצות הברית בתוך 70 יום. תינתן עדיפות לרישום תכשירים שהועדה הציבורית להכללת טכנולוגיות רפואיות לסל החליטה להכלילם בסל.

לפי נתוני אגף הרוקחות במשרד הבריאות מיולי 2007, בשנת 2005 הוגשו לרישום 81 תכשירים גנריים, ו-43 מהם נרשמו עד סוף יוני 2007; בשנת 2006 הוגשו לרישום 72 תכשירים גנריים, ו-11 מהם נרשמו; במחצית הראשונה של שנת 2007 הוגשו 25 תכשירים גנריים, ושלושה מהם נרשמו. טרם נרשמו שמונה תכשירים שהוגשו לרישום בשנת 2004.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2008, כי כבר הודיע למגיש הבקשות לרישום התכשירים משנת 2004 על סגירת תיקי הרישום, כיוון שלא עמדו בדרישות להוכחת יעילות, בטיחות ואיכות.

יש לציין שגם אם תכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים, ניתן לאשר את השימוש בו או את הייבוא שלו לארץ באמצעות סעיף 29 לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.¹⁰⁷ אולם במקרה כזה ישלם המבוטח לעתים את מחירו המלא של התכשיר, וזהו מסלול חריג. בשנים האחרונות יובאו תכשירים במסלול זה בהיקף של כ-100 מיליון ש"ח בשנה.

כאמור בנוהל, תינתן עדיפות לרישום תכשירים שהועדה הציבורית להכללת טכנולוגיות רפואיות לסל החליטה להכלילם בסל, אולם ייתכנו מקרים שבהם הוועדה לא המליצה על הכללתן של תרופות מצילות חיים בסל, והליכי הרישום הממושכים שלהן עלולים לגרום להחמרת מצבם הבריאותי של חולים מסוימים, כיוון שצריכה להיות מודעות לאפשרות לשימוש בסעיף 29 לתקנות הרוקחים ובגלל שלעיתים יש לשלם מחיר מלא, דבר שעלול ליצור קושי אצל מבוטחים מסוימים.¹⁰⁸

הסמנכ"ל לפיקוח על הקופות מסר למשרד מבקר המדינה כי ההסכם שנחתם בין משרד הבריאות למשרד האוצר באוגוסט 2007 בדבר תקציב 2008 כולל סעיף המאפשר הוספת שישה תקנים של מערכי תיקים למכון לביקורת ותקנים כדי לקצר את משך זמן הרישום.

העיכוב ברישום תרופות גורם נזק כספי לחולים ולקופות החולים ואף עלול לגרום לנזק בריאותי. כן גדלה ההוצאה הלאומית לבריאות עקב כך. מבחינה כלכלית-לאומית סביר שהחיסכון שבהכנסה מוקדמת של תרופה לסל והוזלת מחירה גבוה בהרבה מהעלות הכרוכה בהוספת כוח האדם למכון לביקורת ותקנים, מה גם שיש לכך תרומה רפואית. מן הראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יפעלו בהקדם כדי לקצר את משך הרישום. לאחר שיקוצר לפרק הזמן שנקבע בנוהל, ראוי שמשרד הבריאות יבחן אם יש צורך במסלולי רישום שונים לסוגים שונים של תכשירים כמו תכשירים אתיים, תכשירים גנריים ותכשירים מצילי חיים, לתכשירים שכבר נרשמו ברשויות מוכרות בעולם וכו'.

107 בעניין אישורים מיוחדים לייבוא ולשימוש בתרופות מיובאות ראו דוח שנתי 256 של מבקר המדינה (2006), בפרק "הקצאת תרופות למבוטחים בקופות החולים", עמ' 556 ואילך.

108 קיימת הצעת חוק לתיקון פקודת הרוקחים (לוח זמנים לאישור רישום תכשירים), התשס"ז-2007, שהגישו כמה חברי כנסת, ולפיה לאחר מילוי תנאים נדרשים יירשם תכשיר בפנקס בתוך 90 ימים ממועד הגשת הבקשה. הצעת החוק הונחה על שולחן הכנסת ב-15.1.07.



החוק מסדיר את הפעלת מערכת הבריאות הציבורית בישראל ואת מימונה על ידי המדינה, אולם הוא לא קבע מנגנון המגביל את שיעור ההשתתפות העצמית של המבוטחים במימון ההוצאה הלאומית לבריאות או את שיעור ההשתתפות מהוצאות קופות החולים. בפועל עלה שיעור המימון הפרטי של שירותי בריאות מההוצאה הלאומית בעשור האחרון מ-26% בשנת 1997 ל-33% בשנת 2006, ומכ-6% מהוצאות הקופות בשנת 1995 לכ-11% בשנת 2005. במקביל חלה ירידה במימון חלקה של הממשלה. כתוצאה מכך עוברים שירותי הבריאות תהליך זוחל של הגדלת ההשתתפות במימון המבוטחים, גם בשל השתתפותם של החולים וגם בשל התפתחות שוק ביטוחי הבריאות (שירותי בריאות נוספים בקופות וביטוחים מסחריים פרטיים). שיעורי ההשתתפות דלעיל הם שיעורים גבוהים וחריגים יחסית למדינות המפותחות.

להגברת הגבייה מהחולים יש אמנם אישורים רשמיים ממשרד הבריאות וממשרד האוצר, אולם התהליך הזוחל ותוצאותיו - ראוי לבחנם בראייה כוללת של מערכת הבריאות על היבטיה הציבוריים, הכלכליים והבריאותיים. ההשתתפות העצמית של החולים הופכת למעשה למס המוטל עליהם נוסף לתשלום מס בריאות על פי החוק. כתוצאה מכך עולה חשש ששכבות מסוימות באוכלוסייה מוותרות על צריכת תרופות ועל שירותי בריאות אחרים. אמנם יש אוכלוסיות הנהנות מתקורות ומפטורים שונים, ובזמן האחרון אף נוספה הקלה לחולים במחלות כרוניות שהגיעו לגיל פרישה ומקבלים הבטחת הכנסה, אולם יש לבחון את ההשפעה גם על שכבות נוספות.

עד כה התייחסו משרד הבריאות ומשרד האוצר להקלות בהשתתפות העצמית רק בנוגע לתרופות שבסל, אולם בשנים האחרונות חלה עלייה משמעותית בהיקפי הרכש של תרופות באמצעות השב"ץ, ולכן על קובעי המדיניות להתייחס לסך ההוצאות של החולים כמדד קובע.

ראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יערכו עבודת מטה מקיפה לבחינת היקפי ההשתתפות העצמית של החולים, ויבדקו מהו המודל הראוי לגבייה כזו, הן בנוגע לשירותי בריאות שונים והן בנוגע לרכישת תרופות, תוך התחשבות בראייה הלאומית והרפואית הכוללת. יש לתת את הדעת גם על הפגיעה בשוויון, שהוא מאושיית החוק. עבודת מטה זו ראוי שתיעשה תוך שיתוף הציבור, כגון נציגי צרכנים (חולים) ונציגי אקדמיה, ולאחר מכן הראוי שהכנסת והממשלה ייתנו דעתן על הסוגיה.

על משרד הבריאות לבחון את סוגיית צריכת התרופות בשב"ץ מבחינת הפגיעה בשוויון והחיסכון בסל. אלה סוגיות של מדיניות שמשקפות ערכים חברתיים אשר על משרד הבריאות ומשרד האוצר לדון בהן, ולאחר מכן להציגן לממשלה, לכנסת ולציבור, כדי שיתנו דעתם עליהן.

ראוי שמשרד הבריאות יזדרז לבחון את שיטת התמחור של הטכנולוגיות החדשות בסל ולקבוע מקדם לחישוב מחיר התרופה לצורך הכללתה בסל. כמו כן יש להקים מסד נתונים לאומי באשר לצריכת תרופות.

על משרד הבריאות ומשרד האוצר לפעול בהקדם כדי לקצר את משך הרישום של תרופות בישראל.

