

עשור להוצאת תרופות מצילות חיים מהשב"ן - תובנות ולקחים

עת לחשיבה מחודשת? בחלוף עשר שנים לחוק האוסר לסייע במימון תרופות מצילות ומאריכות חיים באמצעות תכניות השב"ן, פרופ' טוביה חורב מציג תובנות ולקחים

פרופ' טוביה חורב

המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה לניהול ע"ש גילפורד-גלייזר והפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

רקע

בשנת 2008 הוגשה הצעת חוק ממשלתית אשר במסגרתה הוצע להוסיף לחוק ביטוח בריאות ממלכתי תת-סעיף האוסר במפורש על קופות החולים לכלול בתכניות השב"ן תרופות מצילות או מאריכות חיים. זאת, לאחר שסעיף שכזה התווסף בשנים שקדמו לכך לתקנונים של תכניות השב"ן בחלק מקופות החולים. ההצעה נדונה בכנסת והתיקון שהוצע בחוק אושר.

במסגרת המאמר הנוכחי נבחן, לאור הניסיון שהצטבר במהלך עשר שנים שחלפו מאז החקיקה האמורה, האם הרציונל בגינו ביצע השינוי בחקיקה עדיין תקף. תחילה אפרט את הסיבות שהוצגו בזמנו לשינוי המבוקש בחוק, בהמשך יוצגו נתונים רלבנטיים, תוך התייחסות למשמעויותיהם ולמסקנות שלעניות דעתי מתבקשות.

הסיבות אשר פורטו בהצעת החוק הממשלתית, לביצוע העדכון המבוקש בחוק היו כדלקמן⁽¹⁾: מתן תרופות מצילות חיים או מאריכות חיים רק למי שבחר להיות עמית בתכנית שב"ן יעוות את התמריצים שבבסיס חוק ביטוח בריאות מאחר שהוא יפגע בתחרות בין הקופות... כך למשל, קופות שערב התיקון בתכניות השב"ן סיפקו לכלל החברים בהן גם תרופות שאינן כלולות בסל, כדי לשפר את השירות ולמשוך אליהן עוד חברים, כבר

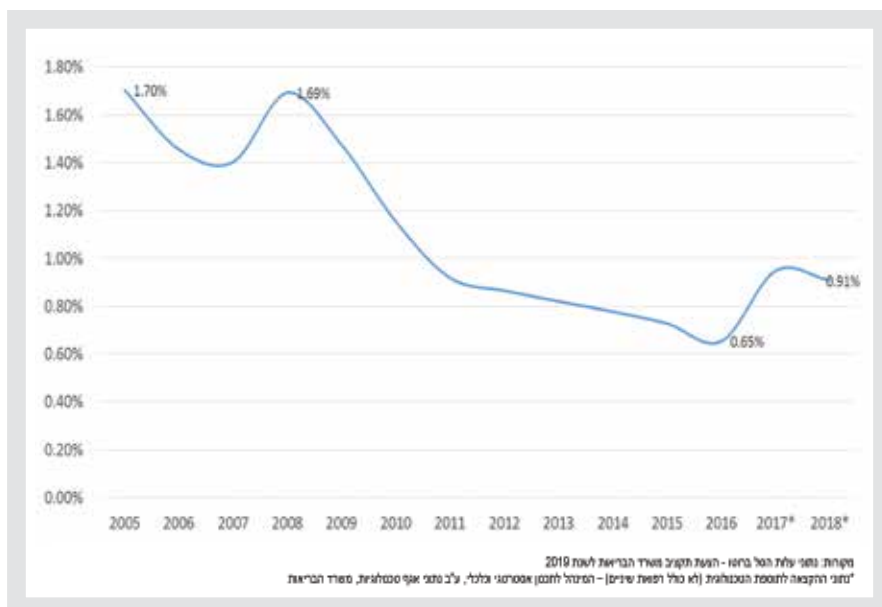
צריך להיות בסל הבסיסי. בין המתנגדים להצעת החוק היתה היועצת המשפטית של ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת⁽²⁾, שבחוות דעת משפטית אשר הוגשה מטעמה נטען, בין היתר, כי "משמעות ההסדר המוצע היא פגיעה קשה בזכויותיהם החוקתיות של מבוטחי השב"ן, לרבות בזכות לחיים ובזכות לכבוד, בזכויותיהם החזויות וכן באינטרס ההסתמכות לאור אישור שנתן שר הבריאות לתכניות השב"ן". לטענתה, "קבלת ההסדר המוצע תותיר חלק ניכר מהעמיתים בתכניות השב"ן ללא תכנית ביטוח חלופית

לא יהיה להן תמריץ לעשות זאת, שכן הן יעדיפו להעביר תרופות אלו אל תכניות השב"ן.

הכללת תרופות מצילות חיים או מאריכות חיים במסגרת תכניות השב"ן מנוגדת לעקרונות השוויון והסולידריות שבבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הכללת שירותים חיוניים, דוגמת תרופות מצילות חיים או מאריכות חיים, במסגרת תכניות השב"ן, תביא לגידול בלתי מרוסן בהוצאה הלאומית לבריאות.

מובן שבבסיס ההצעה עמדה הטענה כי מקומן של תרופות שהינן מצילות או מאריכות חיים

תרשים 1. מגמות בהקצאה לתוספת הטכנולוגית כאחוז מעלות הסל 2005-2018



הצעות חוק פרטיות⁽⁹⁾, לרבות הצעת חוק אחת שעליה חתום, בין היתר, שר האוצר הנוכחי⁽¹⁰⁾. רק אחת מהן עברה קריאה ראשונה, השאר לא הגיעו אפילו לשלב של דיון מוקדם בכנסת.

מציאות זו אפשרה שחיקה מתמדת של ההקצאה השנתית לתוספת הטכנולוגית, במונחים של אחוז מעלות הסל, כפי שמתקף בתרשים מס' 1.

ראוי לזכור עם זאת, שעלות הסל מתערכנת, מדי שנה, לא רק בהתאם למדד יוקר הבריאות ורכיב נוסף של גידול דמוגרפי, אלא קיימים גם רכיבים נוספים התורמים לגידול של עלות הסל – לדוגמה כאלה אשר קשורים להחלטות מדיניות שאינן רלוונטיות לעדכון הטכנולוגי. לדוגמה, תוספת לעלות הסל בגין הרפורמה בבריאות הנפש, תוספת כנגד הפחתת תמיכות, תוספת בגין הכללת תאונות עבודה וכדומה. לפיכך, ההצדקה של הדרישה להצמיד את התקציב של התוספת הטכנולוגית דווקא לעלות הסל, מוטלת בספק.

אחת הטענות הנוספות שהושמעו בזמנו היתה ש"השימוש בביטוח המשלים לאימוצן של תרופות חיוניות יפחית בצורה משמעותית את הלחץ הציבורי לעדכון הרחבת הסל ויעצים עוד יותר את מגמת שחיקת התקציב הציבורי וכי פתרון זה יקל על מקבלי החלטות במשרדי האוצר והבריאות לשחוק את העדכון הטכנולוגי השנתי".

בתרשים מס' 2 להלן ניתן לראות את היקף ההקצאה לתוספת הטכנולוגית במחירים שוטפים (לא כולל התקציב לרפורמה ברפואת שיניים). התרשים משקף תנודתיות בהחלטות ממשלה על גובה התקציב לתוספת הטכנולוגית – תקופות של יציבות לצד תקופות שבהן היה גידול זמני בהקצאה.

העובדה שתרשים מס' 2 מוצג במחירים שוטפים עלולה להטעות כיוון שלא מובאים בו בחשבון שני משתנים חשובים: האחד, שינויי מחירים, והשני, הגידול באוכלוסייה. תרשים מס' 3 מציג סימולציה במסגרתה מניחים שהתקציב אותו הקצתה הממשלה בשנה הראשונה להחלת האיסור בחוק על הכללת תרופות מצילות ומאריכות חיים בתכניות השב"ז, היה בהיקף אותו ראתה הממשלה כתקציב "ראוי" עבור התוספת הטכנולוגית, ומקבעים אותו, תוך בחינת פוטנציאל התפתחותו לאורך השנים במחירים קבועים (של שנת 2008) ובהתאמה לגידול באוכלוסייה המבוטחת. במקביל לכך, מוצג בתרשים גובה התקציב שהוקצה מדי שנה בפועל, במחירים קבועים (של שנת 2008).

מהקו הכחול בתרשים מס' 3 משתקפת שחיקה משמעותית מאוד של ההקצאה במחירים קבועים,



משמע, שלא יוקצה תקציב קבוע לתוספת הטכנולוגית⁽⁵⁾. בהמשך לכך, התקבלה החלטת ממשלה להקצות לתוספת הטכנולוגית בשנת 2008 סך של 500 מיליון שקל, ובכל אחת מהשנים 2009–2010 סך של 470 מיליון שקל במונחים שנתיים⁽⁶⁾. בכך הוכשרה הדרך להוספת סעיף 10 (ב)⁽⁴⁾ לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר אוסר על קופות החולים לכלול בשב"ן תרופות מצילות או מאריכות חיים⁽⁷⁾.

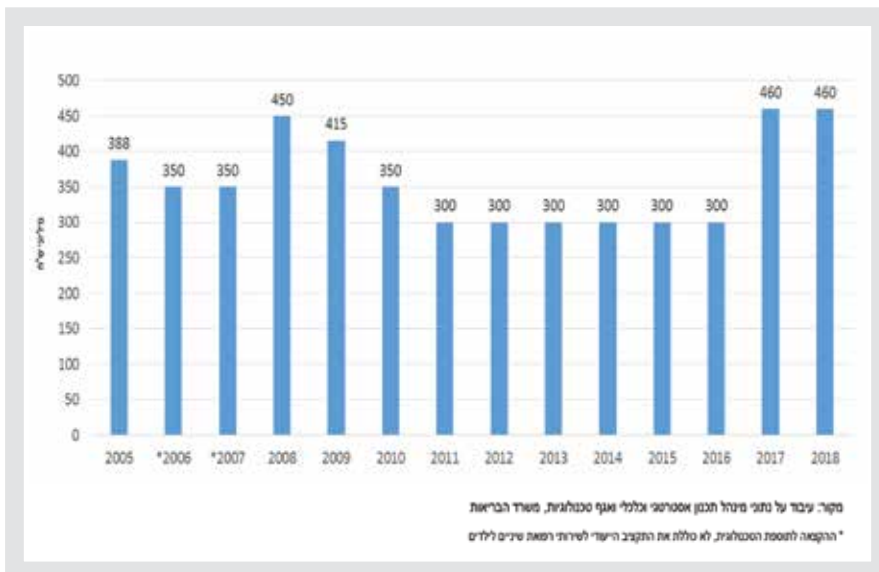
מגמות בהקצאה התקציבית לתוספת הטכנולוגית

הקצב המהיר של ההתפתחות הטכנולוגית מחייב עדכון מתמיד של סל התרופות והטכנולוגיות אשר כלול בסל הבסיסי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. על רקע זה עלתה כאמור במהלך השנים, בפורומים שונים, דרישה להקצאת תקציב ייעודי לתוספת הטכנולוגית שיעורכן בעקביות⁽⁸⁾. מאז עלה נושא זה לראשונה כהצעת חוק בכנסת ב־2 באוגוסט 2004, הוגשו לכנסת למעלה מעשר

והאפשרות היחידה שתעמוד בפני עמיתים אלה תהיה רכישת תרופות יקרות מכספם במחיר מלא או רכישת תכנית ביטוח מסחרי, שתנאיו אינם מאפשרים לרבים מהם להצטרף אליה, בשל גילם, מצבם הרפואי ומצבם הכלכלי". לפיכך, לדבריה, "נוכח הפגיעה הקשה והרחבה בזכויות יסוד, ראוי לבחון אמצעים חלופיים, פוגעניים פחות, להשגת מטרת ההסדר המוצע, שכן ללא הצגת מקור כספי חלופי לזה הקיים במסגרת השב"ז, החלת האיסור האמור לא רק שלא תקדם שוויון אלא תביא לפגיעה בעקרון השוויון".

ועדת הכספים של הכנסת התנתה את הסכמתה להצעה הממשלתית בהגדרת היקף המימון עבור התוספת הטכנולוגית לסך של 500 מיליון שקל כל שנה, למשך חמש השנים הקרובות⁽⁹⁾. דרישה זו תאמה באותה עת את הדעה המקובלת על חוקרים, ארגוני בריאות וארגוני חברה אזרחית שטענו שיש להקצות תקציב קבוע לתוספת הטכנולוגית, בשיעור של כ־2% מ"עלות הסל"⁽⁴⁾. אולם, הממונה על התקציבים במשרד האוצר הודיע, באופן חד

תרשים 2. מגמות בהקצאה לתוספת הטכנולוגית 2005-2018 (מיליוני שקלים במחירים שוטפים)



למעט השנתיים האחרונות שבהן התקציב הוגדל, זמנית, מכוח הסכם בין משרדי הבריאות והאיצר. כאמור, התרשים ממחיש גם את התפתחות התקציב שהיה נדרש בהתחשב בשינויי המדרג⁽¹¹⁾ ובגידול האוכלוסיה המבוטחת, במקרה תאורטי שבו היינו מאמצים את היקף התקציב שהוקצה בשנת 2008, כתקציב קבוע (הקו החום). השטח הכלוא בין שני הקווים מייצג את ההפסד המצטבר (כ־1.3 מיליארד שקל), שנבע מחוסר מחויבותה של הממשלה להקצות היקף מספק של תקציב ציבורי לתוספת הטכנולוגית ולעדכוני השוטף בהתאם להתייקרויות במשק ולגידול בהיקף האוכלוסיה המבוטחת.

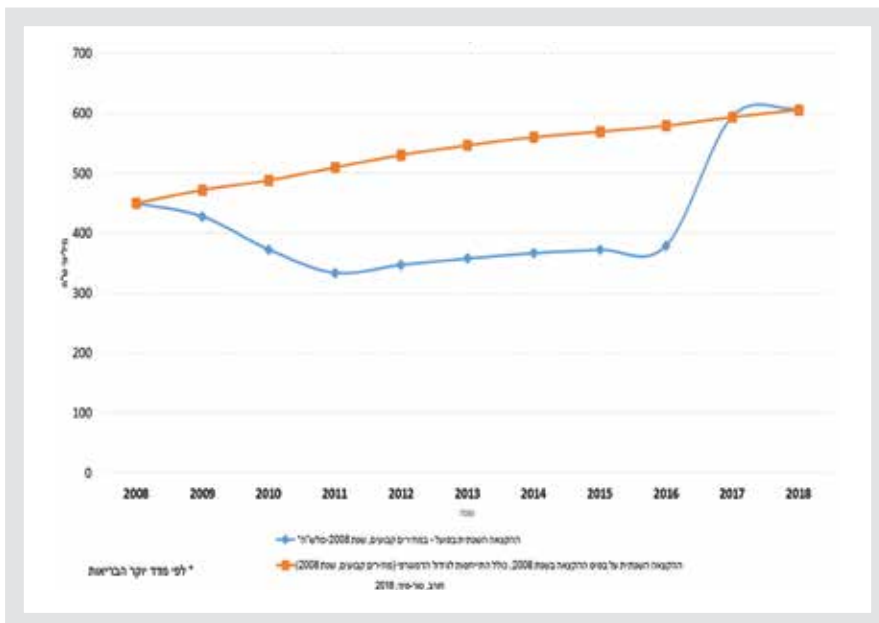
מהממצאים המוצגים בתרשימים 2 ו־3 לא נראה אם כן שהוצאת תרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן יצרה אכן את הלחץ המקווה על מקבלי ההחלטות ומנעה את השחיקה של התקציב הציבורי הייעודי לתוספת הטכנולוגית.

האם היקף התרופות מצילות ומאריכות חיים שנכנס לסל מספק?

ההקצאה לתוספת הטכנולוגית מממנת תמהיל של טכנולוגיות מסוגים שונים, ולכן, לכאורה, ניתן לטעון כי על אף שהתקציב מוגבל, הדבר לא פוגע ביכולת להוסיף מדי שנה לסל הציבורי תרופות שהינן מצילות או מאריכות חיים, בהיקף הנדרש. מסתבר שלא כך הם פני הדברים. בין השנים 2014–2018 לדוגמה, כ־20 תרופות מתחום האונקולוגיה והמטו-אונקולוגיה, שאותן הועדה הגדירה כתרופות חיוניות בסטטוס הגבוה ביותר (A8-9), נותרו באותה שנה מחוץ לסל הבסיסי, משיקולי תקציב.

לא רק ועדת הסל הכירה לכאורה בכך שכמה מהתרופות שנותרו מחוץ לסל, משיקולי תקציב, הן חיוניות ביותר, גם מומחים בתחום האונקולוגיה חושבים כך. במכתב שנוסח במשותף על ידי אונקולוגים בכירים⁽¹²⁾, הדגישו המומחים כי "בשנים האחרונות אנו נאלצים להתמודד יותר ויותר עם מצב בו המטופל זקוק לטיפול שאינו כלול בסל הממלכתי. מדובר בתרופות אונקולוגיות שהוכחו כמאריכות חיים, עוצרות את התקדמות המחלה ולעיתים אף עשויות להיות מצילות חיים". הם הדגישו את "המצב הקיים שהלך והחמיר מאז הוחל האיסור ב־2008" וציינו ש"אנו מבינים כי הכוונה היתה טובה ונועדה לצמצם את הפערים בבריאות, אולם בפועל... האיסור על מאריכות חיים או מצילות חיים

תרשים 3. ההקצאה לתוספת הטכנולוגית במחירים קבועים וסימולציה של התפתחות תקציב קבוע על בסיס ההקצאה בשנת 2008 (מיליוני שקלים במחירי שנת 2008)



הסל לעולם לא תספיק להיות גדולה מספיק כדי לתת את המענה שנתנו הביטוחים המשלימים לחולי הסרטן". מי שהיה מנכ"ל שירותי בריאות כללית, מר אלי דפס, אמר בשעתו: "לומר שכל התרופות האמורות לעיל הן בסל הבריאות זו הטעיה". לדבריו, "מערכת ציבורית אינה יכולה לממן במיליארדי שקלים תרופות חדשות מתקדמות

בביטוחים המשלימים רק הגדיל את הפערים בבריאות". פרופ' תמר פרץ, שכינה כמנהלת מכון שרת לאונקולוגיה בבית החולים הרסה, ציינה בהודמנות אחרת⁽¹³⁾: "אנחנו נמצאים בתקופה שבה קיימת התפתחות משמעותית בטיפול סרטן, באמצעות פיתוח של תרופות חכמות ומכוונות מטרה... הרפואה נעשית מאוד מותאמת אישית לפי בדיקות מולקולריות". לדבריה, "מסגרת



הניסיון המצטבר מוכיח שהתקציב הציבורי עד כה לא סיפק מענה הולם. עובדה זו וכן אי הוודאות לגבי עלות הפיתוחים העתידיים של תרופות מצילות ומאריכות חיים, מול מגבלת התקציב הציבורי, כל אלה מצדיקים מציאת חלופה ביטוחית הולמת שתסייע להיקף מבוטחים גדול ככל האפשר במימון תרופות מצילות ומאריכות חיים שלא מצאו דרכן לסל הבסיסי משיקולי תקציב

בקצב שהן נכנסות לשוק. חדשות לבקרים אני נתקל באוכלוסייה שנאבקת בוועדות ערר להשיג את התרופה שהומלצה להם אך אינה בסל... ואנו מסבירים לו שהמלצת הרופא טובה אך התרופה לא בסל ולא מאפשרים לו לבטח עצמו בשב"ץ⁽¹⁴⁾. בחלק מהמקרים התרופה מתווספת בסופו של דבר לסל הציבורי, אך רק לאחר חלוף זמן רב, שעבור חלק מהחולים הוא קריטי. לשם המחשה יוצגו כאן שתי טכנולוגיות⁽¹⁵⁾: השימוש ב-Avastin לטיפול בסרטן שחלה חוזר (רגיש לפלטינום). הטיפול הוערך כתורם להפחתה של 37% בסיכון לתמותה וביותר מ-20% מהחולות לא נצפתה התקדמות מחלה לאחר מעקב של שנתיים, והוא מביא בממוצע להארכת חיים של כחמישה חודשים⁽¹⁶⁾. הטיפול לא נכנס לסל במשך ארבע שנים, משיקולי תקציב; כמו כן Jakavi לטיפול בפוליציטמיה-ורה לחולים שפיתחו עמידות או אי סבילות לטיפול ב-Hydroxyurea. התרופה שמביאה שליטה ברמות המטוקריטי עד שבוע 32 ביחד עם ירידה של לפחות 32% בתמותה, לא נכנסה לסל במשך שלוש שנים, משיקולי תקציב. הניסיון המצטבר מוכיח, אם כן, שהתקציב הציבורי עד כה לא סיפק מענה הולם. עובדה זו וכן אי הוודאות לגבי עלות הפיתוחים העתידיים של תרופות מצילות ומאריכות חיים, מול מגבלת התקציב הציבורי, כל אלה מצדיקים לכאורה מציאת חלופה ביטוחית הולמת שתסייע להיקף מבוטחים גדול ככל האפשר במימון תרופות מצילות ומאריכות חיים שלא מצאו דרכן לסל הבסיסי משיקולי תקציב.

מה תהיה ההשפעה על הפרמיות של השב"ץ?

אם תיושם החלופה של סל גמיש כאמור לעיל, התמחור יהיה נמוך אף מרמי הביטוח שנהוגים בפוליסות הקבוצתיות. להמחשה, בשוק הביטוח המסחרי קיימות כיום פוליסות פרט וכן פוליסות קבוצתיות עם רמות כיסוי שונות לתרופות חיוניות, שכולן כוללות גם תרופות מצילות ומאריכות חיים. גובה הפרמיה משתנה בהתאם לסוג הפוליסה ולתנאיה. לדוגמה, טווח הפרמיות בפוליסת פרט מסוימת⁽¹⁹⁾ נעה בין 5 שקלים ל-47 שקל לחודש בהתאם לגיל המבוטח. כיסוי לתרופות הנ"ל קיים גם בפוליסות קבוצתיות (לצד הכיסויים הנוספים הכלולים בדרך כלל בפוליסות אלו). ככלל, הפרמיות של פוליסות קבוצתיות נמוכות באופן ניכר מאלו של פוליסות פרט וחלק הפרמיה המיוחס לרכיב התרופות שבפוליסות אלו מוערך בכמהצית מגובה הפרמיות שבפוליסות הפרט הייעודיות לתרופות מיוחדות. ההצטרפות למרבית הפוליסות הקבוצתיות היא ללא חיתום⁽²⁰⁾ (בדומה לשב"ץ), על אף שגובה הכיסוי המקסימלי דומה לאמור לעיל. קיימים מקרים שבהם חברת הביטוח מוסיפה פרק זה לפוליסה, ללא עלות נוספת או שמוערן צרכנות מסבסד את הכיסוי האמור⁽²¹⁾. יש להדגיש כי הפוליסות האמורות לעיל מכסות

היא מוצעת על ידי קופות החולים - גוף שלא פועל למטרות רווח, שיכול לספק את השירות באיכות גבוהה ובעלויות נמוכות יחסית, בהשוואה לחלופות הקיימות במערך הביטוח המסחרי. דמי הביטוח של השב"ץ אכן לא מהווים תשלום פרוגרסיבי, אך עקרון העזרה ההדדית שבבסיס השב"ץ מאפשר לבריאים ולצעירים לסייע במימון ההוצאה של החולים. נראה גם שהכללת תרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ץ עולה בקנה אחד עם הציפיות של הציבור מתכניות אלו. מגמה זו משתקפת מממצאי סקר שנערך ב-2014 שבו הסתבר כי הגורם העיקרי עליו דיווחו המרואיינים כסיבה שבגינה הם מחזיקים בשב"ץ היתה "קבלת הנחה על תרופות"⁽¹⁷⁾. אם זו עמדתם לגבי תרופות פחות חיוניות, שהותרו במסגרת שב"ץ, סביר להניח שהם היו רוצים לקבל באותה מסגרת גם סיוע במימון תרופות מצילות ומאריכות חיים שלא נכנסו לסל הציבורי. בנוסף, ראוי לזכור שתכניות השב"ץ מסייעות זה שנים רבות במימון ניתוחים מצילי חיים המבוצעים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל, ולכן טבעי שהן תסייענה למבוטחים גם בהתקיים נסיבות נוספות הכרוכות בהצלה ובהארכת חיים.

כיצד יוגדר סל התרופות מצילות ומאריכות חיים בתכניות השב"ץ?

במסגרת הנוכחית מוצעות שתי חלופות. האחת, סל גמיש הדומה להגדרות הקיימות כיום בחברות הביטוח ולאילו שהיו נהוגות בתכניות השב"ץ (טרם האיסור)⁽¹⁸⁾. תקרת הכיסוי יכולה להגיע למיליון שקל, ובפוליסות מסוימות היא אף מתחרשת אחת לשנה, והכל על פי התנאים המפורטים בפוליסה. חלופה שנייה - סל מוגדר של תרופות שתועדפו בסטטוס של A8-9 על ידי ועדת הסל אך לא מצאו את מקומן בסל. בשתי החלופות קיים, גם כיום, כיסוי הולם למבוטח עם מנגנון של גידור סיכונים למבטח, אותו ניתן לאמץ.

היקף רחב של תרופות חיוניות שאינן כלולות בסל הציבורי, לרבות תרופות חיוניות ויקרות אשר כלולות כיום בשב"ץ (אלו שאינן עונות להגדרה של מצילות או מאריכות חיים). משמעות האמור לעיל היא שפרמיות "הסיכון" שתידרש לשם השלמת רכיב התרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ץ תהיה נמוכה אפילו מהפרמיות שגובות כיום חברות הביטוח בפוליסות הקבוצתיות בגין רכיב התרופות. לאור האמור לעיל, כמו גם בהסתמך על נסיון העבר בשב"ץ (כשהתרופות האמורות עדיין נכללו בו) ועל רקע היקף המבוטחים הגדול הקיים בשב"ץ, ניתן להניח שהתוספת שתידרש לדמי הביטוח של המבוטח עקב החזרת התרופות

האם תכניות השב"ץ יכולות להוות חלופה הולמת?

נקדים ונאמר, במצב האידיאלי עדיף היה כמובן לכלול את כל התרופות המצילות ומאריכות חיים בסל הציבורי, אלא שנסיון העבר הוכיח שצעד שכזה אינו מעשי. לפיכך, כל עוד המצב הנוכחי בעינו עומד, אל מול חלופות של מימון פרטי בלבד או מימון בעזרת חברות ביטוח מסחריות - תכניות השב"ץ אמורות להוות חלופה מועדפת. זאת, מאחר שיעודו העיקרי של השב"ץ צריך להיות הנגשה של מוצרים ושירותי בריאות שעקב מגבלות תקציביות לא מצאו את מקומם בסל הבסיסי, או שהם כלולים בסל בהיקף מוגבל ביותר. בשונה ממערך הביטוח המסחרי, תכנית השב"ץ נשענת על עקרונות של המשפט הסוציאלי ועל חקיקה סוציאלית, ומתבססת על עקרונות של עזרה הדדית. התכנית מקבלת לשירותיה כל פונה,

החיוניות לשב"ן תהא נמוכה יחסית. אם תאומץ החלופה השנייה של הכיסוי שהוצגה לעיל (סל תרופות מוגבל), התוספת שתירדש לדמי הביטוח תהיה נמוכה עוד יותר בהשוואה לחלופה של סל גמיש. גם אם יטען מאן שהוא התוספת לדמי החבר בשב"ן בסדרי הגודל האמורים בשתי החלופות הנ"ל תהיה עדיין גבוהה מדי, דבר שיפגע לכאורה בנגישות לשב"ן, ניתן יהיה ל"דלל" את הרובד הראשון של השב"ן ולהוציא ממנו כיסויים שאינם חיוניים, זאת על מנת להשאיר את דמי החבר ברובד הראשון של השב"ן נמוכים יחסית.

ומה לגבי ההשתתפות הנעמית של המבוטח?

בפוליסות פרט, גובה ההשתתפות עצמית של המבוטח עבור תרופות חיוניות שאינן בסל הבריאות הוא כ-400 שקל למרשם ועבור תרופת יתום ושימוש שאינן להתוויה הרשומה Off-label – כ-800 שקל למרשם. אולם, תרופות שמחירן המירבי המאושר עולה על סכום של 10,000 שקל פטורות מכל השתתפות עצמית. בפוליסות קבוצתיות ההשתתפות העצמית נעה בין 200 ל-300 שקל למרשם, עם פטור מהשתתפות עצמית בגין תרופות שמחירן המירבי גבוה, לדוגמה מעל 3,000 שקל⁽²²⁾. יש לציין גם שבמהלך השנים, כמעט ולא היה שינוי בגובה ההשתתפות העצמית של רכיב זה בפוליסות. בתכניות השב"ן, במועד שבו הותר לכלול את התרופות החיוניות בשב"ן, נדרש המבוטח להשתתפות העצמית בגובה של 250-300 שקל למרשם. כל האמור לעיל מצביע על כך שאין לחשוש ממצב בו החזרת תרופות מצילות ומאריכות חיים לשב"ן תחייב להנהיג השתתפות עצמית גבוהה.

מה באשר לתושבים שאינם עמיתים בשב"ן?

לפי נתוני משרד הבריאות כיום, כ-75%



תכנית השב"ן נשענת על עקרונות של המשפט הסוציאלי ועל חקיקה סוציאלית ומתבססת על עקרונות של עזרה הדדית. התכנית מקבלת לשירותיה כל פונה, היא מוצעת על ידי קופות החולים – גוף שלא פועל למטרות רווח, שיכול לספק את השירות באיכות גבוהה ובעלויות נמוכות יחסית, בהשוואה לחלופות הקיימות במערך הביטוח המסחרי

מהמבוטחים בקופות החולים מחזיקים בבעלותם את השב"ן. בסקר שנערך בקרב האוכלוסייה הבוגרת (גיל 22 ומעלה) שאינה שוהה במסודות, נמצא ששיעור הבעלות על השב"ן גבוה עוד יותר (87%) וכי קיים שיעור בעלות גבוה יחסית בקרב קשישים ובקרב חולים כרוניים⁽²³⁾. נתונים המתייחסים לשיעור הבעלות על השב"ן לפי חמישוני הכנסה⁽²⁴⁾ מרמזים על האפשרות שחלק מבין אלה שאינם חברים בשב"ן אמנם לא הצטרפו לשב"ן מסיבות כלכליות, אולם אחרים ככל הנראה לא הצטרפו לשב"ן מסיבות אחרות, כגון: חוסר מודעות, החלטה רציונלית עקב מצב כלכלי שמאפשר מימון פרטי, העדפת ביטוח מסחרי על פני השב"ן וכדומה.

אשר למבוטחים שמסיבות כלכליות אינם יכולים לרכוש את הרובד הראשון של השב"ן, מוצעות שתי חלופות: הראשונה, סכסוד ציבורי של פעילות וערות החריגים בקופות החולים כדי לאפשר מתן אישור פרטי למימון תרופות חיוניות שאינן כלולות בסל הציבורי לאותם מבוטחים בחמישון הכנסה התחתון, שמסיבות כלכליות לא רכשו שב"ן. החלופה השנייה, סכסוד (חלקי) של דמי הביטוח ברובד הראשון של השב"ן למבוטחים מחמישון הכנסה התחתון, במגמה לעודדם להצטרף לשב"ן. הרובד יעודכן כך שירוכזו בו בעיקר שירותים ומוצרי בריאות חיוניים.

דיון וסיכום

הניסיון שהצטבר במהלך העשור האחרון מעיד על כך שהרציונל שהוצג ערב החלת האיסור לכלול תרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן היה מוטעה והציפיות שיצרו הוגיו לא התממשו. אשר לטענת השוויון והסולידריות, לא רק שהאיסור לא קידם את השוויון אלא שהוא העמיק את אי השוויון. מימון תרופות חיוניות שטרם הוכללו בסל הוא כיום נחלתם של בעלי ממון שיכולים לממן בעצמם את ההוצאות הכבדות, או כאלה שהתמזל מזלם והתקבלו, בעודם בריאים, לפוליסת

ביטוח בריאות פרטית. כל השאר צריכים לתלות את יחבם בארגוני חסד, בטיפולי חמלה, בוועדות חריגים, או שפשוט מוותרים על הטיפול המומלץ. עקרון השוויון הוא ערך חשוב מאוד והוא אכן עומד בבסיס החוק, אבל צריך להישמר פן בשם עיקרון מקודש זה נגיע למצבים אבסורדים, בגינם נמצא עצמנו, בסופו של יום, מתנהגים כמי שהוגדר במקורותינו "חסיד שוטה", שעל פי המסופר נמנע מלקפוץ לנהר ולהציל אישה טובעת עקב רצונו לשמור על ערכים של צניעות ו"דרך ארץ"⁽²⁵⁾.

אשר לטענה בדבר פגיעה כביכול ב"תחרות" בין קופות החולים – מי שציפה שקופות החולים "יתחרו" ביניהן על מימון תרופות מצילות ומאריכות חיים שלא הוכללו בסל הציבורי וירחיבו את הסל הבסיסי שלהן בתחומים אלה, מבלי שקיבלו לשם כך גיבוי כלכלי, התבררה. קופות החולים מתקשות לספק את הסל אליו הן מחויבות בחוק, ובהיעדר מימון ייעודי לכך, הן מתחרות ביניהן על נושאים אחרים ועל קבוצות מבוטחים אחרות. לא דווקא על החולים האונקולוגים.

אשר לחשש מגידול בהוצאה הלאומית על בריאות, ראוי לזכור כי עלות התביעות נטו בגין תרופות מהווה כ-14% מסך עלות התביעות בשב"ן של כלל קופות החולים, שיעור נמוך בהשוואה להוצאה על "ניתוחים בבתי חולים פרטיים ובחירת מנתח"⁽²⁶⁾ והיא בעלת השפעה קשה התביעות בשב"ן⁽²⁶⁾ והיא בעלת השפעה קשה יותר על ההוצאה הלאומית, על איכות שירותי הבריאות הציבוריים וזמינותם ועל השוויון בנגישות לשירותי בריאות. שירות זה, האחרון, עדיין כלול בשב"ן, הוא לא נאסר מכוח החוק, על אף שלכאורה חיוניותו נמוכה מהתרופות שהינן נשוא מאמר זה.

ראוי אם כן שנשאל עצמנו האם הגבלה של הנגישות לתרופות מצילות ומאריכות חיים שלא נכללו בסל הציבורי, והאיסור לספקן, במימון פרטי, באמצעות תכנית המבוססת על עקרונות של ערכות הדדיות, היא אכן צעד לגיטימי ומוסרי לצורך ריסון ההוצאה הלאומית על בריאות והאם לא נכון היה למצות קודם צעדים יעילים יותר ופוגעניים פחות.

קיים אמנם גם היבט כלכלי נוסף: במהלך הדינאמיים בוועדת הסל מתקיימים מגעים עם חברות התרופות הרלוונטיות בניסיון מוצדק להביא לכך שחברות התרופות, אשר מעוניינות שהתרופה שפיתחו תיכלל בסל הציבורי בישראל, יספקו הנחה משמעותית בתעריף ויתחייבו לחתום על הסכמים לגידור סיכונים של המממן. במצב הנוכחי



החלת האיסור על הכללת תרופות מצילות ומאיכות חיים בשב"ן, לא רק שלא קידמה את השוויון או סייעה בגיוס משאבים ציבוריים לטובת נושא זה אלא שהיא תרמה לשחיקה בתקציב הציבורי המיועד לתוספת הטכנולוגית, העמיקה את אי השוויון, בגעה באיכות השירות לחולים קשים, בשעתם הקשה ביותר, ולכאורה פוגעת גם בחירויות הפרט

ברור לספקים כי אי הכללה של תרופה בסל הציבורי פירושה חדרה מינימלית, אם בכלל, לשוק הישראלי. אם התרופה תוצע גם בשב"ן, קיים לכאורה חשש שהמנוף הקיים כיום על חברות אלו ייחלש. אולם, לא סביר שהיבט זה הוא שמונע את הכללת התרופות החיוניות במסגרת השב"ן, כיוון שהמשמעות של החלטה מעין זו היא כי דווקא חולים אונקולוגים בשנות חייהם האחרונות, מהם נמנעת נגישות למגוון תרופות חיוניות ויקרות באמצעות השב"ן, הם שמשמשים כמנוף ליישום מדיניות שתכליתה השגת הנחות מירביות מחברות התרופות הבינלאומיות על חלק קטן מהתרופות שמוצאות את דרכן לסל וממומנות ציבורית – אין להניח שהחלטה מעין זו היתה מתקבלת ללא דיון ציבורי.

אחת הטענות הנוספות שהושמעו היתה כי הכללת תרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן עולה להחליש את הרפואה הציבורית ואת אמון הציבור בה. אולם מסתבר שהמדיניות הנוכחית משפיעה לרעה לא רק על החולים אלא גם על תחושת הביטחון של תושבי ישראל ככלל. ממצאי מחקר של מכון ברוקדייל⁽²⁷⁾ עולה כי תחושת הביטחון של תושבי ישראל ביכולת לממן טיפול במקרה של מחלה קשה היא נמוכה מאוד והולכת ויורדת לאורך השנים. כך לדוגמה, בשנת 2014 רק 29% מהמרוויאים השיבו שהם חשים

באיכות השירות לחולים קשים, בשעתם הקשה ביותר, ולכאורה פוגעת גם בחירויות הפרט. הגיעה העת לשקול שינוי מדיניות בתחום זה. הדרישה להגדיל את ההקצאה לתוספת הטכנולוגית ולהגדיר מנגנון לעדכון קבוע שלה מוצדקת ויש להתמיד בה. אולם במקביל, בהתחשב במגבלות התקציב הציבורי ועל רקע חוסר הוודאות לגבי אופק ההוצאה העתידית בתחום זה, תכניות השב"ן, לדעתי, אמורות להיות הפלטפורמה המומלצת להנגשת טכנולוגיות מצילות ומאריכות חיים שלא מצאו מקומן בסל הבסיסי. זאת, לצד צעדים משלימים שהוזכרו במאמר זה. קיימות אמנם חלופות נוספות, שלא כאן המקום לפרטן, והמעניין הוא שעל אף חומרת המצב, עד כה לא נבחנו כראוי חלופות שעשויות היו להקל על המציאות הקשה הקיימת בתחום זה כיום. ●

"בטוחים" או "בטוחים מאוד" על השאלה "עד כמה אתה בטוח שאם חלילה תחלה במחלה קשה, תוכל להרשות לעצמך מבחינה כלכלית את הטיפול לו תזדקק". בשנת 2012 שיעור העונים כך עמד על כ-40%. ממצאים אלה נמוכים משמעותית מהמקובל במדינות אחרות, שם השיעור ה"בטוחים" עד "בטוחים מאוד" נע בין 58% בארה"ב ל-90% בבריטניה⁽²⁸⁾.

לסיכום, הרציונל שהוצג מלכתחילה כסיבה בגינה יש לאסור הכללת תרופות מצילות ומאריכות חיים בתכניות השב"ן, לא עמד במבחן המציאות. החלת האיסור האמור, לא רק שלא קידמה את השוויון או סייעה בגיוס משאבים ציבוריים לטובת נושא זה אלא שהיא תרמה לשחיקה בתקציב הציבורי המיועד לתוספת הטכנולוגית, העמיקה את אי השוויון, פגעה

ספרות

1. הצ"ח, הממשלה, מס' 335, מיום 15 באוקטובר 2007, עמ' 47-48.
2. מכתב מטעם יועמ"ש ועדת העבודה והרווחה מיום 13/12/2007, סימוכין 06758907. באותה עת היא כיהנה כיועצת משפטית לועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ויועצת משפטית לועדת הכספים לעניין פרק בריאות וביטוח לאומי בהצעת חוק ההסדרים. בהתאם לכך מכתבה הפנה לשתי הוועדות האמורות ולחברי הכנסת ככלל.
3. הארץ, דה מרקר, רוני לידר גנץ, 18.12.2007.
4. ההקצאה למימון עלות של שירותי הבריאות שהוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
5. הארץ, דה מרקר 18.12.2007. באותה כתבה צוטטה, בין היתר, עמדתו של מר קובי הבר, שהיה באותה עת הממונה על התקציבים במשרד האוצר: "לא יהיה עדכון קבוע" ובהמשך: "קובי הבר, הממונה על התקציבים באוצר: האוצר כבר הוסיף סכומים גבוהים לסל התרופות על פני תכנית רב-שנתית, אך איננו מסכימים להגדלה אוטומטית של התקציב".
6. החלטה ממשלה מס' 3117 מיום 10 בפברואר 2008, בנושא 'עלות של שירותי הבריאות לשנים 2008 עד 2010 ותיקונים לעניין ההתחשבות בין קופות-החולים לבין בתי-החולים הציבוריים'. החלטה זו עדנה החלטת קודמת מס' 2207 מיום 12.8.2007, במסגרתה הוחלט לאשר לתוספת הטכנולוגית לשנת 2008 סך של 350 מל"ח. בהמשך ניתנה החלטה נוספת-החלטת ממשלה מס' 3227 מיום 02.03.2008, בנושא הרחבת של שירותי הבריאות לשנת 2008, שערכה את הסכום עליו הוחלט במסגרת החלטה מס' 3117.
7. תיקון מס' 38 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ראה ס"ח תשל"ח מס' 2125 מיום 1.1.2008, עמ' 108.
8. בעניין שיטת עדכון התקציב, מרבית ההצעות שהועלו דגלו בתוספת של כ-2% מעלות הסל אך היו גם הצעות אחרות. ראה לדוגמה הצעה להצמיד את התקציב לשיעור הגידול ב"בת"ג - חורב, קידר 'אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי', עמ' 21. משרד הבריאות, פברואר 2010.
9. לדוגמה הצעות חוק מס' 2611/16/9; 866/17/9; 865/17/9; 373/17/9; 863/17/9; 371/17/9; 193/17/9; 178/17/9; 915/20/9; 320/19/9; 95/18.
10. הצ"ח פ' 170/866 הונחה על שולחן הכנסת ביום 03.07.2006.
11. מדד יוקר הבריאות. בוצעה סימולציה גם באמצעות שיעור הגידול הריאלי בתוצר וכן באמצעות מדד המחירים לצרכן. הממצאים היו דומים.
12. מכתב שהופנה מטעם אונקולוגים בכירים לשרת הבריאות.
13. מאמר של עידו אפרתי, הארץ, 25 באפריל 2014.
14. כלכליסט, 19.6.2015 "מי שאומר שכל התרופות מצילות החיים נמצאות בסל מטעה את הציבור".
15. לשימה מורחבת - ראה לדוגמה מכתב מטעם פארימה ישראל לקול הקורא של הועדה לבחינת תכניות השב"ן של קופות החולים, מיום 24 במאי 2018 (פורסם באתר משהב"ר).
16. התרופה הוגדרה כ"טיפול מועדף" בהנחיות הNCCN.
17. מדינה-הרטום ת, ברמלי-גרינברג ש. מכון מאירס, ג'וינט ברוקדייל. דמ-705-15.
18. מכאת חוסר מקום לא ציג כאן את ההגדרה המפורטת בפוליסות ובתקנוני השב"ן של 'מקרה הביטוח' אשר בהתקיימו זכאי המבוטח לסינוע. הגדרות אלה נגישות לציבור המתעניינים באתרי חברות הביטוח וקופות החולים.
19. הדוגמה המוגזת מבוססת על פוליסת ביטוח של הראל,
- מהדורת 10/2017 (נספח 452)
20. "חיתום" - ברירת מבוססים על ידי המבוטח, על רקע מצבם הבריאותי
21. ראה לדוגמה פוליסה קבוצתית של מועדון הצרכנות החברתי של ההסתדרות החדשה 'ביחד בשבילך'. ינואר 2018 (השתתפות עצמית 200 שקל למרשם. תקרת כיסוי מירבית-1 מיליון שקל. ההצטרפות של חברי המועדון פתוחה - ללא חיתום)
22. הדוגמה מבוססת על פוליסה קבוצתית של הסתדרות המורים, 2018
23. מדינה-הרטום ת, ברמלי-גרינברג ש. מכון מאירס, ג'וינט ברוקדייל. דמ-705-15. הסקר נערך בשנת 2014. שיעור הבעלות על שב"ן - בקרב חולים כרוניים 92% לעומת 85% בקרב 'בריאים'. בקרב קשישים-90%, לעומת 'צעירים'-87%
24. בעלות על שב"ן לפי חמישני הכנסה (מ' 5 עד בהתאמה): 80%, 90%, 90%, 86%. מדינה-הרטום ת, ברמלי-גרינברג ש. דמ-705-15. מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, ירושלים 2015
25. תלמוד בבלי, מסכת סוטה, כא, ב
26. עלות התביעות נטו בסטרוול הכנסות עצמיות מהשתתפות עצמית. ראה ד"ח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים-שב"ן של קופות החולים. משרד הבריאות, דצמבר 2017
27. ברמלי-גרינברג, הרטום. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2012-2014, מאירס, ג'וינט-ברוקדייל, דמ-705-15, 2015
28. מבוסס על סקר של Commonwealth Fund International in eleven countries, 2010 Health Policy (survey in eleven countries). מצוטט במחקר של ברוקדייל