

סל שירותי הבריאות 2016

מהדורה
מיוחדת

76

שב"ן, ביטוחים פרטיים
ותרופות "מצילות חיים"
פרופ' גבי בן נון,
פרופ' טוביה חורב

42

סוגיות בהיענות לטיפול התרופתי
והדוגמה של הפטיטיס C
ד"ר איל שורצברג

34

סוגיות בפעולתן של ועדות
החריגים בקופות החולים
עו"ד יואל ליפשיץ

25

הערכת והכללת טכנולוגיות
רפואיות שאינן תרופות
ד"ר אתי סממה,
ד"ר עינב הורוביץ

תחרות בין קופות החולים במקום ועדת סל מיוסרת

יש לחדד את התחרות על טיב השירות בין קופות החולים ולהעביר את האחריות לסל השירותים והתרופות אליהן. כך הקופות יתאמצו לנצל בצורה מיטבית את המשאבים שהוקצו להן וכך הן יתחרו על היקף סל התרופות שהן מעמידות לרשות המבוטחים וכן על גובה ההשתתפות העצמית של המבוטחים



חוק ביטוח בריאות ממלכתי אושר בכנסת ב־1994, הרבה בזכות המאמץ לקידום החקיקה שהשקיע שר הבריאות דאז, חיים רמון. בחוק נקבע עקרונית כי סל התרופות והשירותים שכל אזרח זכאי לקבל הוא סל השירותים של קופת חולים כללית כפי שהיה במועד כניסת החוק לתוקף. פירוט סל השירותים, הקובע את השירותים והתרופות שארבע קופות החולים חייבות לתת לחברים בהן, נקבע, ב־1995, בצו שהוציא שר הבריאות דאז, ד"ר אפרים סנה. העיקרון כי המדינה – כלומר משרד הבריאות – היא הקובעת את סל התרופות ומערכנת אותו מדי שנה, נשמר מאז. על מנת להסיר מעליו את האחריות הכבדה מאוד של בחירת התרופות והטכנולוגיות המתווספות לסל השירותים

קיפוח מיעוטים וקבוצות ללא אפשרות להפעיל לחץ. התקשורת מרבה לדון בתוספת השנתית לסל השירותים, בכל שנה הציבור נחשף לסיפורים קורעי לב של חולים קשים אשר התרופה שהיתה לדעתם עשויה להציל את חייהם נותרה מחוץ לסל. מתוך הצעות בסכום כולל העולה על שני מיליארד שקל, ועדת הסל אמורה לבחור תרופות

וטכנולוגיות שעלותן הכוללת היא כ־300 מיליון שקל בלבד. מובן מאליו שאין הקומץ משביע את הארי.

ההצעות לכלול תרופות, מכשור וטכנולוגיות שונות בסל השירותים מוגשות באמצעות גופים שונים על ידי אנשי מקצוע בכירים שכבר ערכו את הסינון הראשוני. לכן, רוב ההצעות סבירות ויש בהן כדי לשפר את הטיפול



פרופ' מוטי רביד

מנהל רפואי, המרכז הרפואי מעייני הישועה, בני ברק; הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

הרפואי, להקל על סבל, לשפר איכות חיים ובמקרים מעטים להאריך את תוחלת חיים. לבחור ביניהן היא משימה שאי אפשר להצליח בה. כל בחירה תהיה תמיד חשופה לביקורת ולכל בחירה יש חלופות שההבדל ביניהן לבין מה שנבחר אינו חד משמעי. במבנה הנוכחי של מערכת הבריאות, אין פתרון לבעיה. הגדלת ההקצבה השנתית להרחבת הסל, רצויה ככל שתהיה, היא סוגיה פוליטית של סדר עדיפות ממלכתי בין הבריאות לחינוך, לרווחה או לביטחון. במציאות הנוכחית, הגדלת ההקצבה השנתית לסל השירותים אינה יכולה להיות משמעותית. הצורך להקטין את המחסור העצום במיטות אשפוז, במכשור רפואי בסיסי, בסגל רפואי לסוגיו, בפריסת שירותים ובומינותם, יספוג כל הגדלה בתקציב הבריאות, כפי שקרה השנה. התוספת לתקציב משרד הבריאות, אף שהיתה משמעותית, כשלושה מיליארד שקל, לא הובילה להגדלת הסל.

מאידך, לאור ההתפתחות האקספוננציאלית של הידע ברפואה ושל האמצעים הכימיים (תרופות) והטכנולוגיים שיש בהם כדי לשפר את תוצאות הטיפול הרפואי ואת איכות החיים, אין סיכוי כי האמצעים הכלכליים במדינה

מתוך השפע הרב של חידושים ברפואה, ובסדר התוספת המצומצמת לתקציב שלמשרד הבריאות אין שליטה על גודלה, המשרד הקים את ועדת הסל שחברים בה אנשי רפואה בולטים, נציגי קופות החולים ואנשי ציבור. הוועדה מקבלת את ההמלצות מכל האיגודים הרפואיים וגם מבתי חולים ומגופים אחרים, ובסדרת דיונים מרתוניים מתעדפת את ההמלצות השונות, תוך התחשבות בתועלת היחסית של התרופות החדשות לעומת הקיימות, מספר החולים שעשוי להזדקק להן ועלות הטיפול. הרשימה נחתכת, באכזריות, בגבול התקציב שאושר לאותה שנה, על ידי האוצר.

הוועדה איננה מוסד קבוע. היא מתכנסת מדי שנה לתקופה קצרה. אין לה כלים משל עצמה על מנת להעריך את בטיחות ויעילות התרופות והטכנולוגיות. היא נסמכת על הקביעות של הגופים המקצועיים של משרד הבריאות ובמידה פחותה על דעת המומחים הממליצים על תכשירים שונים. בהרכב הוועדה חברים לא מעטים שאין להם כל הבנה בנושאי הדיון. הם מהווים עלה תאנה למומחים, בעיקר כדי לקדם ביקורת ציבורית על העדפות הנובעות משיקולים מקצועיים בלבד ומתעלמות מעקרונות השוויון, מניעת



הכסף המוקצה בכל שנה לקופות החולים, כתוצאה משקלול התוספת לסל הבריאות לפי מספר החולים עבורם ניתנה התוספת, לא כולו מנוצל למטרה שעבורה ניתן. ההערכות של מספר המשתמשים בתרופה או בטכנולוגיה, אינן מדויקות, העלות משתנה עם הזמן

השכר של רופאים נבחרים (יוקרתיים, מושכי קהל), וכן לשפר את שכרם ותנאיהם של חברי ההנהלות. שכר הבכירים בקופות גבוה משמעותית מזה של מקביליהם בשירות המדינה.

נוח לקופות להסתתר מאחורי הגב הרחב של ועדת הסל בסירובן לטפל החולים בתרופות שלא אושרו בוועדת הסל אך במקרים שבהם רופאי הקופה עצמם סבורים שיש בטיפול כדי להועיל

הכסף המוקצה בכל שנה לקופות החולים, כתוצאה משקלול התוספת לסל השירותים לפי מספר החולים עבורם ניתנה התוספת, לא כולו מנוצל למטרה שעבורה ניתן. ההערכות של מספר המשתמשים בתרופה או בטכנולוגיה, אינן מדויקות, העלות משתנה עם הזמן. זאת ועוד, נוח לקופות להסתתר מאחורי הגב הרחב של ועדת הסל בסירובן לטפל החולים בתרופות שלא אושרו בוועדת הסל אך במקרים שבהם רופאי הקופה עצמם סבורים שיש בטיפול כדי להועיל.

להטיל את האחריות על קופות החולים ולייצר תחרות

כיוון שארבע הקופות הן, בפועל, גופים מסחריים המפוקחים, כמו חברות ביטוח ובנקים, על ידי רשויות המדינה, ויש תחרות ביניהן, אין מניעה שגם לגבי סל השירותים תתקיימנה תחרות. כמו במדינות מפותחות רבות, משרד הבריאות יאשר לשימוש תרופות וטכנולוגיות שעברו את מבחני הבטיחות והוכח שיש להן יתרון על פני התרופות הקיימות וכן יחס סביר בין תועלת לסיכון. כל קופה תקבל את חלקה בתוספת הכספית לסל השירותים, שהוחלט עליה בממשלה. כל קופה תציע למבוטחייה את מרב החידושים שאושרו לשימוש בישראל. כיון שהחוק מאפשר למבוטחים מעבר חופשי בין הקופות ואוסר על הקופות לטורח לקבל מצטרפים חדשים או להטיל מגבלות על היקף הביטוח, הקופות יתאמצו מאוד לנצל בצורה מיטבית את המשאבים שהוקצו להן וכל עודף תקציבי שיוכלו לחסוך על מנת להעמיד לרשות המבוטחים את התרופות והטכנולוגיות החדשות ביותר שאושרו לשימוש. בצורה זו תתחדד התחרות על טיב השירות ולא יהיה צורך בוועדת הסל המתייסרת מדי שנה.

הקופות תתחרנה על היקף סל השירותים שהן מעמידות לרשות המבוטחים וכן על גובה ההשתתפות העצמית של המבוטחים. כיון שהסמכות תהיה בידי הקופות, גם האחריות תיפול עליהן. אני מאמין שהקופות תשכלנה שלא למנוע טיפול מועיל מהחולים שלהן ומצד שני תדענה לרסן את הרופאים אשר, מתוך פופוליזם, ממליצים לעתים לחולים מיואשים על תרופות שלא נבדקו יסודית רק כיוון שאין להם האומץ לעמוד בפני החולה ולומר שהאמצעים לסייע לו מוצו ואין להם עוד מה להציע.

לכל קופה יש ועדת תרופות וטכנולוגיות משלה, פתוחות בפניהן כל האפשרויות לקבל ייעוץ מקצועי מכל מומחה ומכל מוסד רפואי. יש להן הכלים, הסמכות והאחריות להחליט. משרד הבריאות, כמו כל רשות ממשלתית, חייב לפקח על עבודת הקופות, להקפיד על איכות, למנוע קיפוח ולמנוע יצירת קרטל. המשרד אינו צריך לעשות את המלאכה במקומן. ●

כלשהי יוכלו לאפשר שימוש בלתי מבוקר בכל אמצעי חדש, אף אם עבר את הביקורת המקצועית והוכח שתועלתו רבה מן הנוק שהוא גורם וכי הוא מהווה שיפור לעומת המצב הקיים.

לכן, השאלה איננה כיצד לגשר על הפער בין הרצוי למצוי אלא כיצד לשנות (אם בכלל) את תהליכי הבחירה ואת הקצאת האמצעים על מנת להבטיח ניצול מרבי של הכסף העומד לרשות המערכת בנושא זה, להבטיח גיוס מרבי של האמצעים לשיפור הטיפול הרפואי ומניעת זליגה של הכספים למטרות אחרות וכן, לשפר את השקיפות בתהליכי קבלת החלטות.

החזון והתמסחרות קופות החולים

על מנת לדון באפשרויות התאורטיות לשינויים בתהליכי קבלת החלטות הנוגעות לסל השירותים, יש לגלוש במנהרת הזמן, לאחור, לתהליכי גיבוש חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הגירסה הראשונה של החוק נכתבה 20 שנה קודם לאישור החוק בכנסת, על ידי ועדה שמונתה על יד שר הבריאות ויקטור שם טוב ז"ל, ב-1974. יו"ר הוועדה היה פרופ' עזרה זוהר ז"ל, רופא, מנהל מחלה פנימית בבית החולים שיבא, שעסק רבות במבנה שירותי הבריאות. חברים בה היו רפי רוטר ז"ל, אז מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי ולימים מנכ"ל מכבי שירותי בריאות, יבל"א פרופ' מוטקה שני, שהיה המנכ"ל הצעיר של המרכז הרפואי שיבא, והחתום מטה שניהל אז את בתי החולים ביפו ועסק בהקמת בית החולים וולפסון. הוועדה המליצה על הנהגת ביטוח בריאות ממלכתי שוויוני, לכל אזרחי ותושבי מדינת ישראל, שימומן מכספי מס מעסיקים, מס בריאות פרוגרסיבי ותוספת מאוצר המדינה. חזון הוועדה היה ביטול קופות החולים והקמת שירות רפואי ממלכתי על בסיס אזרחי. בכל אזור בית חולים מרכזי, בית חולים נוסף, קהילתי ושירותים אמבולטוריים. כל אזור הוא עצמאי מנהלית, מקבל הקצבה שנתית מהאוצר לפי מספר התושבים ובהתאמה לחלוקה גילית, וחייב לספק לתושבי האזור את כל השירותים הרפואיים שבסל השירותים. אם אינו יכול לספק שירות מסוים (למשל, ניתוח מורכב או בדיקה הרורשת מכשור ספציפי), ירכוש אותו מאזור שכן.

ההצעה התגלגלה משר בריאות אחד לבא אחריו עד שחיים רמון הוציאה מהמגירה וקידם את החוק תוך מלחמת חורמה בהסתדרות הכללית שהיתה בעלים של קופת החולים כללית ועמדה בראש המתנגדים לחוק. במהלך גיבוש הצעת החוק גברו הכוחות הפוליטיים וקופות החולים נשארו כפי שהיו. אמנם בוטלה הזיקה בין הקופות למפלגות שאליהן השתייכו, אך הן נותרו כנותני השירות הישירים. הן מקבלות לרשותן את תקציבי הבריאות, מספקות שירותים לחבריהן וקונות מספקי משנה (בתי החולים ומכונים) את שירותי האשפוז וכל שירות אחר שאינן מספקות בעצמן. כל קופה, על אף היותה מלכ"ר, בנויה כיום כגוף מסחרי לכל דבר ועניין, מנסה להקטין הוצאות ולהגדיל הכנסות. עיקר ההכנסה של הקופות בא מאוצר המדינה. זו ההקצבה השנתית התלויה במספר החברים וחלוקה גילית (בהתאם להצעה המקורית). זהו סכום קשיח. יתרת ההכנסות היא מהשתתפות עצמית של המבוטחים בעלויות השירותים השונים והתרופות, מהביטוחים המשלימים וכן מחלקה של כל קופה בתוספת השנתית לסל התרופות והשירותים. הקופות הגדולות (כללית ומכבי) הקימו לעצמן שירותי רפואה פרטיים, בבעלותן המלאה (אסותא של מכבי, המרכז הרפואי הרצליה, מכוני מור, של הכללית). הקופות מפנות את המטופלים בעלי הביטוחים המשלימים למרכזים הפרטיים, שם מתבצעות רק הפעולות הרווחיות. שאר הפעילות מופנית לבתי החולים הציבוריים. הרווח הנוסף מאפשר לקופות לשפר את