

22.05.15

מקומן של תרופות "מצילות חיים" הוא בסל הבסיסי

הכנסת תרופות יקרות לביטוחים המשלימים תחייב העלאה בשיעור ניכר את תעריפי הפרמיה וזמינותם ונגישותם של תכניות אלה לכלל הציבור תלך ותפחת

פרופ' גבי בן נון

לאחרונה שבה ונשמעת ההצעה לכלול תרופות "מצילות חיים" בתוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים. ההצעה מנומקת בכך שהיקף התקציב הניתן כיום להכללת תרופות חדשות בסל הבסיסי אינו מספק, ומותר תרופות "מצילות חיים" מחוץ לסל ולכן יש לאפשר את הכללתן של תרופות אלה בביטוחים המשלימים של הקופות.

באמירה שישנם תרופות "מצילות חיים" שאינם בסל יש מידה רבה של חוסר דיוק: כל מי שהיה מעורב בתהליכי אימוץ של תרופות וטכנולוגיות חדשות יודע שלא ניתן להגדיר קבוצה נבחרת של תרופות כ"מצילות חיים" שכן האבחנה בין תרופות מצילות חיים ושאין כאלה אינה תמיד ברורה וחד משמעית: פרק הזמן של "תוספת חיים" שבאמצעותו ניתן להגדיר תרופה כמצילת חיים אינו ברור ולא ברורים התכונות הנוספות (איכות חיים, גיל) שתורפות אלו אמורות למלא כדי להיכלל באותה קבוצה נבחרת. באמירה שישנן תרופות "מצילות חיים" שאינן בסל ישנה מידה רבה של הטעיה והבעת אי אמון בעבודתה של ועדת הסל הציבורית. ככלל אין תרופה אמיתית מצילת חיים שאינה כלולה כיום בסל הציבורי. הביקורת הנשמעת כיום בנושא אימוץ של תרופות חדשות בישראל היא לעיתים הפוכה – מדינת ישראל היא בהרבה מקרים חלוצה באימוץ תרופות חדשות וכוללת בסל הציבורי תרופות חדשות שאינן מצויות בסל הציבורי של רבות ממדינות המערב.

דומה שהשימוש במושג תרופות "מצילות חיים" הפך במידה רבה לאמצעי שיווקי מניפולטיבי ומטעה שנועד להפחיד את הציבור ולהגדיל את הלחץ לרכישת תכניות ביטוח בריאות ולאיימוץ תרופות חדשות שלהם עשויה אולי להיות תועלת רבה, אולם הם אינן בהכרח "מצילות חיים".

לאחר שהבהרנו את ההטעיה הרווחת שבשימוש במושג תרופות "מצילות חיים", ננסה להקשות ולהתמודד עתה עם ההצעה המבקשת לכלול בתוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים תרופות חדשות שלא נכללו בסל הבסיסי.

חסרונה העיקרי של הצעה זו הוא בכך שהיא משתמשת במנגנון רגרסיבי של גביית כספים מהציבור כמקור למימון תרופות חדשות: הכנסת תרופות יקרות לביטוחים המשלימים תחייב העלאה בשיעור ניכר את תעריפי הפרמיה וזמינותם ונגישותם של תכניות אלה לכלל הציבור תלך ותפחת. עיקר הפגיעה יחול על הקשישים שכן תשלום הפרמיה בביטוח המשלים מבוסס על גיל וככל שהגיל עולה – עולה גם התשלום. פתרון זה הוא פתרון בעל אופי רגרסיבי גם בשל כך שרק לחלק מהאוכלוסייה יש כיום ביטוח משלים (75%) ולחלק עוד יותר קטן באוכלוסייה (כ-55%) יש כיום ביטוח משלים ברובד המשודרג - אותו רובד אשר אמור לכלול את התרופות החדשות. כלומר מעל 50% מהאוכלוסייה לא יהיה מבטוח ברובד השני הכולל תרופות חדשות. ראוי לציין כי בקרב קשישים, עשירונים התחתונים, חולים כרוניים, ועולים חדשים – שיעור זה נמוך עוד יותר - מה שהופך הצעה זו לרגרסיבית עוד יותר.

הרגרסיביות של ההצעה להכללת תרופות חדשות בביטוח המשלים נובע גם מכך שיותר ממחצית מעלותן עשויה להיות ממומנת מכיסם של החולים. תשלומי הפרמיה הנוספת לביטוחים המשלימים למימון התרופות החדשות, בתוספת התשלום הישיר של החולים, יגיעו למאות מיליוני שקל לשנה, שיתווספו

למיליארדים שהמשולמים כבר כיום מהכיס הפרטי של החולים והמבוטחים, תשלומים שמעמידים אותנו באחד המקומות הגבוהים ביותר בעולם המערבי בשיעור המימון הפרטי.

אבל מעבר לטענה החברתית של רגרסיביות המימון הטמונה בהצעה, ההצעה לוקה גם במרכיבים רבים של חוסר יעילות: כיום ישנו מנגנון תעדוף לאימוץ תרופות וטכנולוגיות חדשות ברמה לאומית ("ועדת הסל"), שבו מעורבים נציגי ציבור ואנשי מקצוע המיצגים את כלל השחקנים במערכת הבריאות. בתהליך זה נשקלים שיקולים אתיים, קליניים וחברתיים, כמו גם שיקולי עלות למול תועלת. לעומת תהליך זה, התהליך המוצע לאימוצן של תרופות חדשות בתוכניות הביטוח המשלים עשוי להיות סמוי מן העין, שונה מקופה לקופה ועשוי גם להוות כלי לסינון מבוטחים. בסופו של תהליך זה נהיה עדים למצב שבו לכל קופה יהיה סל תרופות משל עצמה, תמורת פרמיית בריאות השונה מקופה לקופה.

הסתכלות ארוכת טווח על ההצעה לכלול תרופות יקרות בביטוח המשלים מלמדת שפתרון זה, עשוי לפגוע ברבים מעקרונות היסוד שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי. פתרון זה עשוי לגרום לתזוזה נוספת בכוון הפרטת מערכת בריאות בישראל, להביא לגידול בהוצאה הלאומית לבריאות, לגידול במימון הפרטי לבריאות (כבר כיום כרבע מהוצאות משקי הבית על בריאות מוצא על ביטוחים משלימים), ולפגיעה בשוויוניות ויעילות המערכת וכל זאת מבלי שבריאות הציבור תשתפר.

הכותב הוא פרופסור חבר במחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה לניהול באוניברסיטת בן גוריון