



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

הצעת משרד הבריאות להפחית את דמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות שנרשמה להן חלופה גנרית

מוגש לוועדת הכספים

כתיבה: שלי לוי, רכזת מחקר בכירה

כ"ו בסיוון תשע"א

28 ביוני 2011

אישור: שרון סופר, ראש צוות בכירה

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240 / 1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדת הכספים של הכנסת בהצעת משרד הבריאות להפחית את דמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות מרשם שנרשמה להן חלופה גנרית (תרופת העתק).

1. מבוא

סעיף 13 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994 (להלן: החוק), קובע את שלושת מקורות המימון של סל שירותי הבריאות לקופות-החולים, כדלקמן:¹

1. דמי ביטוח הבריאות הנגבים בידי המוסד לביטוח לאומי (52.8% מעלות הסל בשנת 2009);
2. סכום נורמטיבי של השתתפות עצמית של המבוטחים עבור שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות (משנת 2008 מקור זה הוא 6.45% מעלות הסל);
3. סכום מתקציב המדינה המשלים את הפער שבין עלות סל שירותי הבריאות ובין שני מקורות המימון שתוארו לעיל (40.7% מעלות הסל בשנת 2009).

על-פי החוק, עלות הסל מתעדכנת בכל שנה על-פי מדד יוקר הבריאות שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ושר הבריאות ושר האוצר רשאים² לעדכן את עלות הסל גם בשל שינויים דמוגרפיים באוכלוסייה (סעיף 9(ב) לחוק). בחוק אין הוראה בדבר עדכון טכנולוגי של סל שירותי הבריאות, כלומר עדכון הסל לשם הוספת תרופות וטכנולוגיות רפואיות חדשות, אולם בעקבות מחאה ציבורית בעניין זה בשנת 1998, ניתנת משנה זו ואילך³ תוספת תקציב לבסיס עלות הסל שמטרתה לשמור על רמת שירותים הולמת, התואמת את ההתפתחות הטכנולוגית והטיפולית בתחום הרפואה. סך תקציב שנתי זה, הנקבע בידי הממשלה, משתנה ונע בין 194 מיליון ש"ח בשנת 1998 ל-494 מיליון ש"ח בשנת 2009.⁴

כאמור, אחד ממקורות המימון של סל שירותי הבריאות הוא דמי ההשתתפות העצמית שגובות קופות-החולים מהמבוטחים בגין שירותים ותרופות הכלולים בסל שירותי הבריאות. על-פי החוק, קופת-חולים רשאית להציע תשלומים שיחולו על מבוטחיה עבור השירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות (סעיף 8(א1) לחוק), ושינוי בתשלומים אלה טעון אישור שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת (סעיף 8(א2)(1) לחוק). בחוק נקבע עוד כי תשלומים אלה יהיו אחידים ובלתי מפלים, וכן ייקבעו מנגנונים של פטורים והנחות לקבוצות אוכלוסייה המפורטות בחוק, כגון חולים כרוניים, מקבלי קצבת הבטחת הכנסה, מקבלי קצבת נכות ועוד. בשנת 1998 אישרה לראשונה ועדת הכספים של הכנסת את תוכניות הגבייה של קופות-החולים.

סוגיית ההשתתפות העצמית בגין תרופות ושירותים (אגרת ביקור אצל רופא, אגרת טופס 17 ועוד) הכלולים בסל שירותי הבריאות עומדת בשנים האחרונות במרכזו של דיון ציבורי בישראל, המתמקד בנטל הכלכלי שמטילה ההשתתפות העצמית על הציבור הרחב ובעיקר על אוכלוסיות מוחלשות. **בשנת 2009 עמד שיעור המימון הפרטי מסך ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל על 42% ; יתר המקורות**

¹ עלות סל שירותי הבריאות בשנת 2009 היתה 28.24 מיליארד ש"ח ובשנת 2010 – 30.3 מיליארד ש"ח. משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים, 1995–2009, כתבו ניר קידר וטוביה חורב, ינואר 2010.

² בהמלצת מועצת הבריאות ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

³ למעט בשנת 2003, שבה לא ניתנה תוספת תקציב זו.

⁴ משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, תוספות לסל שירותי הבריאות – דוח תקצוב מול שימושים, מאי 2011. וגם: משרד הבריאות, האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, דוח מסכם על פעילות קופות-החולים, 2009, נובמבר 2010.



הכנסת

היו תקציב המדינה (32%), מס הבריאות (25%) ותרומות מחו"ל (1%).⁵ לשם השוואה, בשנת 2007 שיעור ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל היה הרביעי בגודלו בין 32 מדינות ה-OECD: ישראל דורגה לאחר מקסיקו, ארה"ב וקוריאה, ואחריה דורגה צ'ילה.⁶

שיעור המימון הפרטי מההוצאה הלאומית על בריאות בישראל גדל והולך: בשנת 2002 מימון זה היה 35% מההוצאה הלאומית על בריאות, אך בשנת 2009 הוא היה 42% מההוצאה כאמור. במקביל, שיעור המימון מתקציב המדינה מסך ההוצאה הלאומית על בריאות מצוי בירידה: בשנת 2002 מימון זה היה 38% מההוצאה הלאומית על בריאות, ואילו בשנת 2009 – רק 32%.⁷

בחינת מרכיבי המימון הפרטי מעלה כי מ-42% מימון, 32% הם תשלומים ישירים של משקי-הבית על תרופות ושירותים רפואיים ו-10% נוספים הם הוצאות על ביטוחים פרטיים, הוצאות של מלכ"רים פרטיים ותרומות מגורמים פרטיים שונים.⁸ בחינת התשלומים הישירים של משקי-הבית על בריאות במדינות ה-OECD מעלה כי בשנת 2007 דורגה ישראל במקום הרביעי בין 31 מדינות הארגון, ומעליה דורגו מקסיקו, קוריאה ושווייץ.⁹

אשר להוצאות משקי-הבית על בריאות, ההוצאה החודשית הממוצעת של משק-בית בישראל בתחום זה עמדה בשנת 2008 על 633 ש"ח, שהם 5.1% מכלל ההוצאה החודשית של משק-בית. כ-19% מכלל ההוצאה החודשית של משקי-הבית על בריאות היו על תרופות.¹⁰

אחת הבעיות המטרידות במיוחד הנובעות מהגידול בהוצאות תושבי המדינה על שירותי בריאות, היא הימנעותם של אזרחים מרכישת תרופות או מקבלת שירותים רפואיים אחרים בשל עלותם של שירותים אלה. תופעה זו לא רק פוגעת בזכותם של התושבים לבריאות ועלולה לפגוע בבריאותם או חלילה בחייהם, אלא היא עלולה להטיל על מערכת הבריאות הוצאות נוספות, עקב ההחמרה במצבם הרפואי של מבוטחים שלא טופלו. על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2007 השיבו 15.6% מהנשאלים הזקוקים לתרופות כי ויתרו על רכישתן בשנה שקדמה לסקר בשל עלותן הכלכלית. שיעורי הוויתור היו גבוהים יותר בקרב ערבים (43%) ועולים חדשים (13.4%) בהשוואה לאוכלוסייה היהודית (11%). עוד עולה כי כשליש ממשקי-הבית שהכנסתם החודשית הממוצעת לנפש היא עד 2,000 שקלים ויתרו על רכישת תרופות בשל עלותן הכלכלית.¹¹

מנתוני מכון מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל עולה כי 6% מהנשאלים בשנת 2007 ויתרו על קבלת טיפול בקופת-החולים בשל התשלום הנדרש (לעומת 8% בשנת 2005); 11% מהנשאלים ויתרו על תרופת מרשם בשנה שקדמה לעריכת הסקר בגלל התשלום עליהן (לעומת 15% בשנת 2005); בשנה זו שיעור המוותרים

⁵ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2009 עלה שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג ל-7.9%, 26 באוגוסט 2010.

⁶ OECD Health Data, 2010.

⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2009 עלה שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג ל-7.9%, 26 באוגוסט 2010.

⁸ שם.

⁹ OECD Health Data, 2010.

¹⁰ משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים, 1995–2009, כתבו ניר קידר וטוביה חורב, ינואר 2010.

¹¹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 7.7: בני 20 ומעלה, לפי ויתור מסיבות כלכליות על צריכה של מוצרים ושירותים (בחרים ב-12 החודשים האחרונים, ולפי תכונות נבחרות, שנתון סטטיסטי לישראל 2009).



על רכישת תרופות מרשם בקרב בעלי הכנסה נמוכה היה 19% (לעומת 23% בשנת 2005), ובקרב חולים כרוניים – 16% (לעומת 19%).¹²

כאמור, כעת מניח משרד הבריאות על שולחן ועדת הכספים של הכנסת הצעה לשינוי דמי ההשתתפות העצמית הנגבים בגין תרופות שנרשמה להן חלופה גנרית.

2. השינוי המוצע

בתוכניות הגבייה של קופות-החולים שאושרו בידי משרד הבריאות וועדת הכספים של הכנסת יש הבחנה בין דמי ההשתתפות העצמית בגין תרופות שמחירן המרבי לצרכן נמוך (להלן: דמי ההשתתפות ברובד הראשון), לדמי ההשתתפות בגין תרופות שמחירן המרבי לצרכן גבוה יותר (להלן: דמי ההשתתפות ברובד השני).

דמי ההשתתפות העצמית ברובד הראשון:

על-פי תוכניות הגבייה כיום, בגין תרופה שמחירה נמוך מ-14 ש"ח בשירותי בריאות כללית, מ-112 ש"ח במכבי שירותי בריאות ומ-105 ש"ח בקופת-חולים מאוחדת ובקופת-חולים לאומית, ישלמו המבוטחים דמי ההשתתפות בסכום של עד 14 ש"ח.¹³ לדוגמה, בגין תרופה שמחירה המרבי לצרכן הוא 50 ש"ח ישלמו המבוטחים בארבע קופות-החולים דמי ההשתתפות עצמית של 14 ש"ח. בהצעת משרד הבריאות המונחת על שולחן הוועדה אין שינוי של המצב הקיים לעניין דמי ההשתתפות העצמית ברובד הראשון.

דמי ההשתתפות העצמית ברובד השני:

להלן דמי ההשתתפות הקיימים כיום על-פי תוכניות הגבייה שאושרו לקופות-החולים, לצד השינוי המוצע בידי משרד הבריאות:

¹² מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007 והשוואה לשנים קודמות, כתבו רוית גרוס, שולי ברמלי-גריןברג ורותי וייצברג, אוגוסט 2009.

¹³ בשירותי בריאות כללית ההשתתפות העצמית בגין פריט שמחירו לצרכן נמוך מ-14 ש"ח היא בגובה מחירו המרבי; במכבי שירותי בריאות ההשתתפות העצמית בגין תרופה שהמחיר המרבי לצרכן שלה הוא עד 109 ש"ח היא 14 ש"ח אך לא יותר ממחיר התרופה לצרכן; בקופת-חולים מאוחדת ההשתתפות העצמית בגין תרופה שהמחיר המרבי לצרכן שלה הוא עד 105 ש"ח היא בגובה המחיר המרבי לצרכן או 14 ש"ח, הנמוך ביניהם; בקופת-חולים לאומית ההשתתפות העצמית בגין תרופה שהמחיר המרבי לצרכן שלה הוא עד 105 ש"ח היא בגובה המחיר המרבי לצרכן או 14 ש"ח, הנמוך ביניהם.



קופה	המצב כיום ¹⁴	השינוי המוצע ¹⁵
שירותי בריאות כללית	פריט שמחירו המרבי לצרכן 14 ש"ח ומעלה, ההשתתפות העצמית היא 15% מהמחיר המרבי לצרכן לאריזה או 14 ש"ח לאריזה, הגבוה מהשניים	תרופה שמחירה 14 ש"ח ומעלה <u>שנרשמה לה חלופה גנרית</u> , ההשתתפות העצמית <u>עבור חלופותיה</u> תהיה 10% מהמחיר המרבי לצרכן לאריזה או 14 ש"ח לאריזה, הגבוה מהשניים ¹⁶
מכבי שירותי בריאות	תרופה שמחירה המרבי לצרכן גבוה מ-112 ש"ח, ההשתתפות העצמית היא 15% מהמחיר המרבי לצרכן	תרופה שמחירה המרבי לצרכן גבוה מ-112 ש"ח <u>שנרשמה לה חלופה גנרית</u> , ההשתתפות העצמית <u>עבור ועבור חלופותיה</u> תהיה 10% מהמחיר המרבי לצרכן ¹⁷
קופת-חולים מאוחדת	תרופה שמחירה המרבי לצרכן גבוה מ-105 ש"ח, ההשתתפות העצמית היא 15% מהמחיר המרבי לצרכן	תרופה שמחירה המרבי לצרכן גבוה מ-105 ש"ח <u>שנרשמה לה חלופה גנרית</u> , ההשתתפות העצמית <u>עבור ועבור חלופותיה</u> תהיה 10% מהמחיר המרבי לצרכן
קופת-חולים לאומית	תרופה שמחירה המרבי לצרכן גבוה מ-105 ש"ח, ההשתתפות העצמית היא 15% מהמחיר המרבי לצרכן	תרופה שמחירה המרבי לצרכן גבוה מ-105 ש"ח <u>שנרשמה לה חלופה גנרית</u> , ההשתתפות העצמית <u>עבור ועבור חלופותיה</u> תהיה 10% מהמחיר המרבי לצרכן

על-פי השינוי המוצע, תיווצר הבחנה בין תרופות שיש להן חלופה גנרית ובין תרופות שאין להן חלופה גנרית ויופחתו בשליש דמי ההשתתפות ברכישת תרופה שיש לה חלופה גנרית.

כיום, בגין תרופת מרשם שמחירה המרבי לצרכן 150 ש"ח, בין שיש לה חלופה גנרית ובין שאין לה חלופה כזאת, משלמים המבוטחים בארבע קופות-החולים דמי השתתפות עצמית בשיעור של 15% מהמחיר המרבי לצרכן, כלומר 22.5 ש"ח.

לאחר קבלת השינוי המוצע בידי משרד הבריאות, בגין תרופת מרשם שמחירה המרבי לצרכן גבוה מ-14 ש"ח בשירותי בריאות כללית, מ-112 ש"ח במכבי שירותי בריאות ומ-105 ש"ח בקופת-חולים מאוחדת ובקופת-חולים לאומית שנרשמה לה חלופה גנרית, ישלמו המבוטחים השתתפות עצמית בשיעור 10% הן עבור תרופה זו והן עבור חלופותיה הגנריות. כלומר בגין תרופה שמחירה המרבי לצרכן הוא 150 ש"ח ונרשמה לה חלופה גנרית ישלמו המבוטחים 15 ש"ח (במקום 22.5 ש"ח כיום) ובגין תרופה שאין לה חלופה גנרית ימשיכו המבוטחים לשלם דמי השתתפות עצמית בשיעור 15% מהמחיר המרבי לצרכן, קרי 22.5 ש"ח, כפי שקיים כיום.

מחד גיסא, מדובר בהוזלה בשליש של דמי ההשתתפות העצמית שייגבו מהמבוטחים עבור תרופות שיש להן חלופה גנרית, ומאידך גיסא זהו הפסד של כשליש מהכנסות קופות-החולים מהשתתפות עצמית ברכישת תרופות אלה.

¹⁴ משרד הבריאות, חוזר סמנכ"ל הפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, עדכון תשלומים בעד שירותי בריאות ותרופות 2010, 18 באוגוסט 2010.

¹⁵ ראש הממשלה ושר הבריאות בנימין נתניהו, מכתב ליו"ר ועדת הכספים של הכנסת חה"כ משה גפני, 15 ביוני 2011.

¹⁶ חריג הקיים כיום ולא מוצע לשנותו במסגרת הצעת משרד הבריאות: mg20 omeprazole – השתתפות עצמית של 33 ש"ח לאריזה (במקום 30 ש"ח); simvastatin 40mg – השתתפות עצמית של 26 ש"ח לאריזה (במקום 24 ש"ח).

¹⁷ חריג הקיים כיום ולא מוצע לשנותו במסגרת הצעת משרד הבריאות: תרופות שיש להן תחליפים זולים או שאין חלק מספר התרופות (לפי הרשימה) – 50% מהמחיר לצרכן.



הכנסת

על-פי הערכת משרד הבריאות, שינוי זה יחול על עשרות תרופות,¹⁸ שכן יש לזכור כי 52% מהתרופות המונפקות בידי קופות-החולים הן גנריות: בשנת 2009, 46% מכלל התרופות שניפקה שירותי בריאות כללית בשנה זו היו גנריות, וכן 52% מהתרופות במכבי שירותי בריאות, 50% מהתרופות בקופת-חולים מאוחדת ו-60% מהתרופות בקופת-חולים לאומית.¹⁹

3. נתונים²⁰

בשנת 2009 היו ההכנסות הישירות של קופות-החולים מרכישה של תרופות בסל שירותי הבריאות כ-1.67 מיליארד ש"ח, ואילו הוצאותיהן הישירות על רכישת תרופות הכלולות בסל היו בשנה זו כ-4.67 מיליארד ש"ח – קרי, הכנסותיהן הישירות של הקופות בגין תרופות אלה היו כ-36% מהוצאותיהן הישירות עליהן. אם מביאים בחשבון את הוצאותיהן העקיפות של הקופות (כולל הוצאות שכר רוקחים והעמסת תקורות), אזי ההכנסות בגין תרופות בסל הן כ-32% מהוצאות הקופות בגין תרופות אלה.

יש לציין כי ההוצאה של קופות-החולים על תרופות וציוד בסל שירותי הבריאות (כולל הוצאות עקיפות), הסתכמה בשנת 2009 בכ-6 מיליארדי ש"ח והיא ההוצאה השלישית בגודלה של הקופות (17.6%), אחרי אשפוז (41.2%) ושכר והוצאות (24.1%).

בשנת 2009 היו הכנסות קופות-החולים מתשלומי השתתפות עצמית שנגבו מהמבוטחים בגין שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות כ-2.2 מיליארדי ש"ח, ומהם כ-1.7 מיליארד ש"ח היו הכנסות מהשתתפות עצמית ברכישת תרופות וציוד ו-476 מיליון ש"ח היו הכנסות מהשתתפות עצמית בגין כלל השירותים כגון אגרת ביקור רופא, אגרת טופסי התחייבות (טופסי 17) וכדומה. קרי, כ-80% מההכנסות של קופות-החולים מדמי השתתפות עצמית הנגבים מהמבוטחים עבור שירותים ותרופות בסל שירותי הבריאות הן הכנסות בגין תרופות וציוד.

בשנת 2009 היו ההכנסות מהשתתפות עצמית בגין שירותים בסל 7.83% מעלות סל שירותי הבריאות באותה השנה, לעומת 8.83% בשנת 2007 ו-8.37% בשנת 2008. אשר להכנסות בגין תרופות וציוד בלבד, בשנת 2009 הן היו כ-6.1% מעלות סל שירותי הבריאות.

4. נימוקי משרד הבריאות לשינוי המוצע

דמי ההשתתפות העצמית בגין תרופות הנגבים מהמבוטחים הם שיעור מסוים מהמחיר המרבי לצרכן של התרופה. המחיר המרבי לצרכן של תרופות המצריכות מרשם נקבע בידי משרד הבריאות על-פי צו הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים שהם תכשירי מרשם), התשס"א-2001. באופן כללי, מחירי התרופות מבוססים על מחירי התרופות הממוצעים במדינות צרפת, בלגיה, הונגריה וספרד, ולחלופין המחיר בהולנד – לפי הנמוך מהשניים (להלן: מדינות הציטוט). יש לציין כי הבדיקה נעשית על-פי "תכשיר תואם" במדינות אחרות, והכוונה היא לתכשיר הזהה לתכשיר המרשם בהרכב החומר הפעיל ובאופן נתינתו, אף אם הוא שונה מאותו תכשיר בחוזקו ובגודל אריזתו. כלומר, בהשוואה עם מדינות אחרות לצורך קביעת המחיר המרבי לצרכן נבחן ממוצע המחירים של תרופות אתיות וגנריות בעלות אותו חומר פעיל. בהתאם להוראות צו זה מפרסם משרד הבריאות את המחיר

¹⁸ עו"ד יואל ליפשיץ, סמנכ"ל פיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 27 ביוני 2011.

¹⁹ עו"ד יואל ליפשיץ, סמנכ"ל פיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, מכתב, 16 ביוני 2011.

²⁰ משרד הבריאות, האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, [דוח מסכם על פעילות קופות-החולים, 2009](#), נובמבר 2010.



המרבי לצרכן לתרופות מרשם, והמחיר המרבי לצרכן לתרופה האתית ולחלופותיה הגנריות זהה. נציין כי משרד הבריאות אינו קובע את מחירן המרבי לצרכן של תרופות ללא מרשם אלא רק מגביל את העלאת מחירן.²¹

משרד הבריאות, במכתבו לוועדת הכספים של הכנסת, מסביר את השינוי המוצע בכך שההנחה כי כניסתן של תרופות גנריות, שעלותן נמוכה יותר מהתרופה האתית (תרופת מקור), תשתקף בשיעור שינוי המחיר המרבי לצרכן לתרופה, לא התממשה. לדברי המשרד, בפועל המחיר המרבי, שהוא כאמור מחיר אחיד הן לתכשיר המקורי והן לתחליפיו הגנריים, ממשיך להיות מושפע ממחירה של תרופת המקור, אף שמחיר התרופות הגנריות נמוך יותר, לעתים בעשרות אחוזים, ואף שכניסת התחליפים הגנריים מובילה לירידה ניכרת גם במחירה של תרופת המקור.²²

לדברי המשרד, המחיר הנמוך יותר שהקופות משלמות בשל כניסת התחליפים הגנריים אינה מתבטאת במלואה בהשתתפות העצמית הנגבית מהמבוטחים, ואף שאין המשרד סבור כי המחיר המרבי צריך לבטא את מחיר העלות לקופות, עדיין, כאשר יש הבדל גדול בין מחיריהן של תרופות גנריות או תרופות אתיות, אזי "מן הראוי לבטא באופן הוגן את משקלו של 'מחיר השוק' של החלופה הגנרית, גם ביחס להשתתפות העצמית, ולא להניח למחירו הגבוה יותר של התכשיר האתי להכתיב את היקף ההשתתפות העצמית, הרבה מעבר למשקלו היחסי ב'סל הקניות' של קופות-החולים".²³ לכן, משרד הבריאות מציע לשנות את שיעור דמי השתתפות ברכישת תרופות שיש להן חלופה גנרית.

בשולי הדברים הוסיף המשרד כי מבדיקה שערך, "נראה שלקופות עודפים מתקצוב יתר של המדינה, העולים בסכומם בהיקף ניכר ממשמעותו הכספית של השינוי המבוקש. יתרה מכך, וזה העיקר – היות שמקורות אלה נועדו מלכתחילה כדי לאפשר למבוטחים זכויות נוספות מעבר לאלה הניתנות לפי חוק, הרי ההטבה הגלומה בהחלטה זאת, יש בה כדי לפצות את הציבור על ההטבה שנגרעה ממנו עקב תקצוב היתר, ולו גם כלפי העתיד, מעת כניסת ההחלטה לתוקפה ואילך בלבד".²⁴

הבדיקה שערך משרד הבריאות וצוינה לעיל מוצגת בדוח שפרסם במאי 2011 וכוותרו "תוספות לסל שירותי הבריאות: דוח תקצוב מול שימושים". בבדיקה זו ערך המשרד לראשונה השוואה בין התוספות על סל שירותי הבריאות שניתנו לשם הוספת טכנולוגיות חדשות לעומת השימוש או הניצול של קופות-החולים את תוספות התקציב האלה. הדוח, שנערך בידי משרד רואה חשבון עצמאי, התמקד בכלל תוספות התקציב שניתנו עד לשנת 2006.²⁵

בדוח נמצא כי סכום התוספות התקציביות המצטבר עבור הוספת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות בשנים 1998–2006 היה 1.95 מיליארד ש"ח; כ-1.418 מיליארד ש"ח מסכום זה נועדו להוספת תרופות לסל וכ-369 מיליון ש"ח – להוספת פרוצדורות רפואיות שאינן תרופות.²⁶

²¹ להרחבה ראו: משרד הבריאות, האגף לתכנון, תקצוב ותמחור, [ד"ר וחשבון הוועדה לבחינת צו הפיקוח על מחירי התרופות](#), אוקטובר 2010. וגם:

Ministry of Health, Division of Planning, [Budgeting and Pricing, Israel's Method of Determining Drug Prices – Summary](#), December 2010.

²² ראש הממשלה ושר הבריאות בנימין נתניהו, מכתב ליו"ר ועדת הכספים של הכנסת, 15 ביוני 2011.

²³ שם.

²⁴ שם.

²⁵ משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, [תוספות לסל שירותי הבריאות – דוח תקצוב מול שימושים](#), מאי 2011.

²⁶ שם.



אשר לתרופות, נמצא כי בסוף שנת 2006 קופות-החולים מימשו רק כ-90% (כ-1.270 מיליארד ש"ח) מתוספות התקציב שניתנו לתרופות, דהיינו בידיהן תקציב עודף בסך של כ-147 מיליון ש"ח שלא נוצל לרכישת התרופות. להלן פירוט תוספת התקציב ושיעור השימוש בו בכל אחת מהקופות (במיליוני שקלים):²⁷

קופה	התקציב שניתן לתרופות	הוצאת הקופות על תרופות	העודף התקציבי	שיעור ניצול התקציב
קופת-חולים לאומית	129.02	124.53	4.49	97%
מכבי שירותי בריאות	310.49	287.72	22.77	93%
שירותי בריאות כללית	830.81	749.46	81.35	90%
קופת-חולים מאוחדת	147.44	108.76	38.68	74%
סך הכול	1,417.76	1,270.48	147.29	90%

אפשר לראות כי שיעור הניצול הגבוה ביותר הוא בקופת-חולים לאומית, והנמוך ביותר, במידה ניכרת לעומת יתר הקופות, הוא בקופת-חולים מאוחדת.

אשר לתקציב עבור הוספת פרוצדורות שאינן תרופות, בדוח נמצא כי הקופות השתמשו בכ-373 מיליון ש"ח, לעומת הקצאה תקציבית של 369 ש"ח לתחום זה, כלומר קופות-החולים הוציאו 4 מיליוני ש"ח יותר מסכום התקציב שנוסף להן עבור פרוצדורות רפואיות שאינן תרופות. להלן הנתונים בחלוקה על-פי הקופות (במיליוני שקלים):²⁸

קופה	התקציב שניתן לפרוצדורות	הוצאת הקופות על פרוצדורות	העודף התקציבי	שיעור ניצול מהתקציב
שירותי בריאות כללית	216	233	-17	108%
מכבי שירותי בריאות	81	75	+6	93%
קופת-חולים מאוחדת	38	35	+3	92%
קופת-חולים לאומית	34	30	+4	88%
סך הכול	369	373	-4	101%

אפשר לראות כי בעוד שירותי בריאות כללית ניצלה את כל תקציבה ויותר מזה, קופת-חולים לאומית ניצלה פחות מ-90% מתקציבה.

אם מקזזים את העודף התקציבי שיש לקופות עקב אי-ניצול מלא של תוספת התקציב שניתנה בגין תרופות עם החוסר התקציבי הכולל שנמצא בגין ההוצאה על פרוצדורות, עולה כי בידי הקופות יש עודף תקציבי של כ-143 מיליון ש"ח מתוספות התקציב שניתנו לסל שירותי הבריאות, נכון לסוף שנת 2006. להלן התפלגות העודף הכולל לפי קופות (במיליוני שקלים):

²⁷ שם.

²⁸ שם.



קופה	עודף בתקציב, תרופות	עודף בתקציב, פרוצדורות	סך הכול עודף
שירותי בריאות כללית	81.35	-17	+64.35
קופת-חולים מאוחדת	38.68	+3	+41.68
מכבי שירותי בריאות	22.77	+6	+28.77
קופת-חולים לאומית	4.49	+4	+8.49
סך הכול	147.29	-4	+143.29

יש להעיר כי כותבי הדוח ציינו במפורש כמה הסתייגויות מתודולוגיות לבדיקתם. אין בכוונתנו לפרט הסתייגויות אלה ולדון בהן, ולהלן רק כמה דוגמאות: ראשית, בכתיבת הדוח היו בעיות של זמינות מידע והיעדר מידע מלא הן מצד קופות-החולים והן מצד משרד הבריאות. שנית, אופן הרישום של הקופות הקשה על ההשוואה – למשל, קופות-החולים רשמו הוצאות רכש לפי תרופות ולא לפי התוויות. שיטה זו מקשה את הבחינה במקרים שבהם רק התוויה מסוימת של התרופה כלולה בסל ואילו אחרות אינן כלולות בו. מאחר שלא ניתן היה לקבל מידע על-פי התוויה, נעשתה הבדיקה על-פי ההוצאה על תרופה, אף שבדרך זו נכללות גם הוצאות שחלקן נעשה מחוץ לסל; שלישית, החישוב כלל רק עלויות רכש של הקופות ללא עלויות רכש עקיפות של מחלקות הרכש וההפצה של קופות-החולים. על חישוב זה קבלו קופות-החולים ודרשו שיכלול תוספת העמסות בשיעור של 7%–14%. מנגד, יש לציין כי גם ועדת הסל, בתמחר שהיא עורכת לטכנולוגיות חדשות, אינה כוללת את הוצאות הרכש העקיפות של קופות-החולים. בדוח הוצגו הסתייגויות נוספות.²⁹

כותבי הדוח הוסיפו: "חשוב להדגיש, כי בכדי לקבל תמונה נכונה של ההפרשים בין שימושים לתקצוב, יש צורך לבדוק את ההתנהלות על פני מספר שנים. בנוסף, שנת 2006, אשר נבחרה בשל אילוצים רבים, הינה שנה 'מורכבת', שכן היו בה שלושה עדכוני סל (האחרון שבהם בחודש ספטמבר 2006)".³⁰

הכותבים הוסיפו כי אין להסיק מממצאי הדוח מסקנה גורפת אשר לשאר השנים והמליצו לערוך בדיקות נוספות לשנים 2007–2010 כדי לגבש מסקנה מהימנה. עוד המליצו לשנות את דרכי תיעוד המידע ושימורו ואת נוהלי הדיווח, כדי לשפר את הבדיקה שתיעשה בעתיד.³¹

קופות-החולים אינן מקבלות את ממצאי דוח זה, לטענתן בעיקר בשל הבעיות המתודולוגיות הרבות העולות ממנו ובשל התייחסותו הצרה למקור מימון אחד של סל שירותי הבריאות,³² אולם זו הפעם הראשונה שנערכת בדיקה מקיפה בנושא זה ולממצאיה יש חשיבות ציבורית.

²⁹ שם.

³⁰ שם.

³¹ שם.

³² מר אלי כהן, סמנכ"ל כספים בשירותי בריאות כללית, שיחת טלפון, 23 ביוני 2011; מר שעה זילונקה, מנהל אגף כספים ותכנון במכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 26 ביוני 2011; מר רונן הראל, מנהל אגף רכש ובתי-חולים במכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 26 ביוני 2011; מר יוני קורן, מ"מ מנהל אגף כספים ותקציבים בקופת-חולים מאוחדת, שיחת טלפון, 26 ו-27 ביוני 2011; גבי אתי כהן-אדר, מנהלת מחלקת כלכלה ופיתוח עסקי בקופת-חולים לאומית, שיחת טלפון, 28 יוני 2011.



5. השלכות השינוי המוצע

א. טיעונו של משרד הבריאות

כאמור, משרד הבריאות סבור כי הירידה בעלויות של הקופות בשל כניסת התחליפים הגנריים של התרופות לשוק אינה מתבטאת דייה בהשתתפות העצמית הנגבית מהמבוטחים. לדברי המשרד, לנוכח היקף הרכש של התרופות הגנריות בידי קופות-החולים ובעיקר לנוכח שיעורן של תרופות אלה בכלל התרופות הנמכרות למבוטחים בכל שנה, יש מקום לתת ביטוי רב יותר ל"מחיר השוק" של התרופות הגנריות.³³

יוזכר שהכללת תרופות בסל שירותי הבריאות נעשית על-פי החומר הפעיל של התרופה ולא על-פי שמה המסחרי, קרי הכנסת החומר הפעיל לסל משמעותה הכנסה של כל התרופות שבהן אותו חומר פעיל – הן התרופה האתית והן החלופות הגנריות שיפתחו לתרופה בעתיד. הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות מתמחרת את עלות הכנסתה של תרופה אתית חדשה לסל, והתקציב שניתן לקופות בגין הכללת תרופה זו אינו קטן לאחר שתתווספות גנריות של תרופת המקור מאושרות לשיווק בישראל. דהיינו, הקופות ממשיכות לקבל תקציב על-פי תמחור התרופה האתית כפי שנעשה על-ידי ועדת הסל, אף שעם כניסתה לשוק של התרופה הגנרית, הזולה יותר, הן רשאיות ואף נוטות לספקה במקום התרופה האתית.

נציין כי לדברי משרד הבריאות, 80% מההוצאה הכספית על תרופות בישראל מוקצית לרכישת 20% מהתרופות, שהן תרופות מקוריות ויקרות, ו-20% מההוצאה הכספית על תרופות מוקצית לרכישת 80% מהתרופות, שעל-פי רוב הן תרופות גנריות.³⁴

לנוכח שיקולים אלה ומשיקולים אחרים מצא משרד הבריאות שאפשר להקל על המבוטחים על-ידי הפחתה בשליש של ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות מרשם שיש להן חלופה גנרית. הקופות תספוגנה הפחתה זו באמצעות העודף התקציבי שבידיהן בתחום הוספת טכנולוגיות חדשות לסל עד לשנת 2006, עודף שלהערכת המשרד עומד על כ-143 מיליון ש"ח.³⁵

ב. טענת קופות-החולים בדבר פגיעה בהכנסותיהן

לצד הפחתת הנטל הכלכלי המוטל על המבוטחים, מהלך של הפחתת דמי ההשתתפות העצמית משמעותו פגיעה באחד ממקורות ההכנסה של קופות-החולים, כלומר פגיעה בתקציב העומד לרשותן למתן שירותי הבריאות שהן מחויבות להם על-פי חוק.

להערכת משרד הבריאות, עלות השינוי המוצע על-ידו היא כ-50 מיליון ש"ח בשנה, סכום שמצוי כאמור בתקציב העודף שבידי קופות-החולים עקב אי-ניצול התוספות שניתנו להן עבור הוספת טכנולוגיות לסל שירותי הבריאות.³⁶ מנגד, קופות-החולים מערערות על ממצאי הבדיקה, בעיקר בשל בעיות מתודולוגיות בעריכתה, ומהערכות שמסרו לנו עולה כי ההפסד הכספי שייגרם להן משינוי זה גבוה יותר מזה שמציג משרד הבריאות. משירותי בריאות כללית נמסר כי שינוי זה יגרום לה הפסד כספי של

³³ ראש הממשלה ושר הבריאות בנימין נתניהו, מכתב ליו"ר ועדת הכספים של הכנסת, 15 ביוני 2011. וגם: עו"ד יואל ליפשיץ, סמנכ"ל פיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 27 ביוני 2011.

³⁴ הגב' מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 24 ביוני 2007.

³⁵ עו"ד יואל ליפשיץ, סמנכ"ל פיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 27 ביוני 2011.

³⁶ שם.



35 מיליון ש"ח,³⁷ מכבי שירותי בריאות הצהירה על הפסד כספי של כ-9 מיליוני ש"ח,³⁸ קופת-חולים מאוחדת – על הפסד של 13 מיליון ש"ח³⁹ וקופת-חולים לאומית על הפסד של כ-5 מיליוני ש"ח⁴⁰ – סך הכול כ-62 מיליון ש"ח. לטענת קופות-החולים, מהלך זה יעמיק עוד יותר את גירעון ויפגע בתפקודן.

נציין כי כל קופות-החולים הביעו בפנינו תמיכה בהוזלת דמי ההשתתפות העצמית הנגבים מהמבוטחים אם יינתן להן מקור תקציבי אחר למימון פעילותן.

ג. תוצאות הבדיקה שערך משרד הבריאות

כאמור, בשולי מכתבו ציין משרד הבריאות את העודף התקציבי שיש לקופות-החולים בשל התקציב שניתן להן בגין הוספת טכנולוגיות חדשות לסל, **עודף שהוערך בכ-143 מיליון ש"ח בסוף שנת 2006**. על ממצא זה חלוקים הצדדים ביניהם, בעיקר בשתי שאלות מרכזיות:

הראשונה, האם הדוח אכן משקף את המציאות והאם נכון להסתמך על ממצאי דוח שבו שורה ארוכה של הסתייגויות וכותביו סברו שעל מנת לקבל תמונה מהימנה יותר יש צורך לבצע בדיקות נוספות לגבי שנים נוספות? כאמור, קופות-החולים דוחות את ממצאי הדוח ואילו משרד הבריאות מקבל אותם, ומתכוון להמשיך ולבדוק את הנתונים גם לגבי השנים 2007–2010, כדי לקבל תמונה מהימנה יותר.

השנייה, האם נכון לעצב שינוי זה על סמך עודף תקציבי שנמצא במקור מימון אחד של סל שירותי הבריאות, שכן יש אומנם מקורות שבהם הקופות מתוקצבות תקצוב יתר, אך יש מקורות אחרים שבהם הן מתוקצבות תקצוב חסר, והמקורות השונים מאפשרים סבסוד צולב של שירותי הבריאות שהן מחויבות לתת על-פי חוק.

כל תוספות התקציב על סל שירותי הבריאות בגין טכנולוגיות הן שיעור קטן מעלות סל שירותי הבריאות. לדוגמה, בשנת 2006 עלות סל שירותי הבריאות היתה 24.04 מילארד ש"ח, ותוספת התקציב עבור טכנולוגיות חדשות עד לשנה זו היתה 1.95 מילארד ש"ח⁴¹ – כ-8% מעלות סל שירותי הבריאות. ההתמקדות בניצול של תקציב זה אומנם חשובה מאוד, הן לצורך הבקרה על קופות-החולים והן לצורך ייעול עבודתה של ועדת הסל, שכן עודף בניצול התקציב משמעותו שאפשר לתמחר את הטכנולוגיות החדשות בדרך אחרת ואולי לכלול בסל טכנולוגיות חדשות רבות יותר מאלה שנכללו בו במסגרת התקציב הנתון; מנגד, נשאלת השאלה אם ראוי לערוך בחינה של עודף תקציבי המצוי במקור אחד, מצומצם, בלי לבחון את כלל ההכנסות וההוצאות של הקופות, בעיקר לנוכח העובדה שמקורות המימון של הסל אינם ייעודיים, כלומר אינם "צבועים" לתחומים מסוימים.

בהקשר זה מסר משרד הבריאות כי השינוי שהוא מציע הוא מידתי, שכן מתוך העודף התקציבי שמצא הוא מבקש מקופות-החולים "להחזיר" למבוטחים, על-ידי הפחתת ההשתתפות העצמית, רק כשליש

³⁷ מר אלי כהן, סמנכ"ל כספים בשירותי בריאות כללית, שיחת טלפון, 23 ביוני 2011.

³⁸ מר שיעה זילונקה, מנהל אגף כספים ותכנון במכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 26 ביוני 2011; מר רונן הראל, מנהל אגף רכש ובתי-חולים במכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 26 ביוני 2011.

³⁹ מר יוני קורן, מ"מ מנהל אגף כספים ותקציבים בקופת-חולים מאוחדת, שיחות טלפון 26 ו-27 ביוני 2011.

⁴⁰ גבי אתי כהן-אדר, מנהלת מחלקת כלכלה ופיתוח עסקי בקופת-חולים לאומית, שיחת טלפון, 28 יוני 2011.

⁴¹ הנתונים מתוך: משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, [תוספות לסל שירותי הבריאות – דוח תקצוב מול שימושים](#), מאי 2011.



מעודף זה (כ-50 מיליון ש"ח), והוא לוקח "מרווח טעות" של שליש נוסף (כ-50 מיליון ש"ח) ומותיר ביד הקופות עודף של עוד שליש (50 מיליון ש"ח).⁴²

ד. טענות הקופות על המימון החסר של סל שירותי הבריאות:

זה שנים מעלות קופות-החולים טענות בדבר אי-התאמה בין היקף המשאבים שמקצה להם המדינה לשם מתן שירותי הבריאות שהן מחויבות לספק על-פי החוק, ובין היקף השירותים שהן מחויבות לספק וכן היקף הצרכים הקיים בפועל, והן מצביעות על ההחלטה על השינוי המוצע כדוגמה להתנהלותה של המדינה בעניין זה, שרק מחריפה את המצב הקיים.

קצרה היריעה מלדון בכלל הטענות בסוגיה זו, ולהלן נציג בקצרה כמה דוגמאות להמחשת טיעון קופות-החולים:⁴³

העדכון הדמוגרפי של סל שירותי הבריאות תלוי בהחלטת שר הבריאות ושר האוצר, ואחת הטענות המרכזיות היא שהעדכון הניתן אינו עונה על הגידול באוכלוסייה. לדוגמה, בשנים 2008–2010 עודכן הסל בגין גידול דמוגרפי ב-0.9% בשנה בלבד,⁴⁴ ובשנים 2011–2012 העדכון יעמוד על 1.2%, שעה ששיעור גידול האוכלוסייה בישראל הוא 1.8%, והגידול במספר הנפשות מתוקננות, המבטא את הזדקנותה של האוכלוסייה, הוא של 2%. מחד גיסא מועלית הטענה שאין הכרח שהגידול הדמוגרפי ייתן ביטוי מלא לגידול באוכלוסייה ורצוי שיהיה נמוך ממנו במידה מסוימת, כדי לדרבן את הקופות להתייעל. מאידך גיסא, שיעורי העדכון הנמוכים במהלך השנים יוצרים שחיקה פיננסית של קופות-החולים.

דוגמה נוספת לתקציב חסר היא שיעור העדכון של מחירי האשפוז שקופות-החולים נדרשות לשלם בגין רכישת שירותי אשפוז (5.78% בשנת 2009) – שיעור גבוה יותר ממדד יוקר הבריאות, שבאמצעותו מעדכנים בכל שנה את עלות סל שירותי הבריאות (3.5% בשנת 2009).⁴⁵ שירותי האשפוז הם ההוצאה המרכזית של קופות-החולים, ובשנת 2009 הוציאו הקופות על רכישת שירותי אשפוז כ-14 מיליארד ש"ח, שהם כ-41% מהוצאותיהן בשנה זו.⁴⁶

על-פי הדוח המסכם של משרד הבריאות על פעילות קופות-החולים **בשנת 2006**, השנה שבה מצא המשרד עודף תקציבי של כ-143 מיליון ש"ח מתקציב הוספת טכנולוגיות חדשות לסל, **הגירעון המצטבר של קופות-החולים בשנה זו היה 117 מיליון ש"ח, ובסוף שנת 2009 הגירעון הכולל בקופות-החולים עמד על 165 מיליון ש"ח**. בשירותי בריאות כללית, שבה כ-53% מהמבוטחים וכ-57% מהנפשות המתוקננות, היה בסוף שנה זו (2009) גירעון של 185 מיליון ש"ח. יתר הקופות אומנם לא היו בגירעון בשנה זו, אולם הן סיימו את השנה בעודף תקציבי נמוך בהשוואה לזה שהושג בשנים קודמות (ראו נספח מספר 1).⁴⁷

⁴² עו"ד יואל ליפשיץ, סמנכ"ל פיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 27 ביוני 2011.

⁴³ מר אלי כהן, סמנכ"ל כספים בשירותי בריאות כללית, שיחת טלפון, 23 ביוני 2011; מר שעה זילונקה, מנהל אגף כספים ותכנון במכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 26 ביוני 2011; מר רונן הראל, מנהל אגף רכש ובתי-חולים במכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 26 ביוני 2011; מר יוני קורן, מ"מ מנהל אגף כספים ותקציבים בקופת-חולים מאוחדת, שיחת טלפון, 26 ו-27 ביוני 2011; גבי אתי כהן-אדר, מנהלת מחלקת כלכלה ופיתוח עסקי בקופת-חולים לאומית, שיחת טלפון, 28 יוני 2011.

⁴⁴ משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובץ נתונים סטטיסטיים, 1995–2009, כתבו ניר קידר וטוביה חורב, ינואר 2010.

⁴⁵ שם.

⁴⁶ משרד הבריאות, האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, דוח מסכם על פעילות קופות-החולים, 2009, נובמבר 2010.

⁴⁷ שם.



משיחות שקיימנו עם נציגי קופות-החולים במהלך כתיבת מסמך זה עולה כי גירעון גדל מאוד בשנת 2010. מכבי שירותי בריאות, שסיימה את שנת 2009 עם עודף של 4 מיליוני ש"ח, דיווחה על סיום שנת 2010 עם גירעון של 104 מיליון ש"ח; קופת-חולים מאוחדת, שסיימה את שנת 2009 עם עודף של 400,000 ש"ח, דיווחה כי סיימה את שנת 2010 עם גירעון של 17 מיליון ש"ח; קופת-חולים לאומית, שסיימה את שנת 2009 עם עודף תקציבי של 16 מיליון ש"ח, דיווחה כי סיימה את שנת 2010 עם עודף תקציבי של 3.7 מיליון ש"ח; שירותי בריאות כללית דיווחה כי סיימה את שנת 2010 עם גירעון דומה לזה של שנת 2009 (185 מיליון ש"ח).⁴⁸ הקופות דיווחו עוד כי בשנת 2011 מצבן קשה אף יותר. יש לציין כי לגירעון הקופות סיבות רבות ושונות, ואי-אפשר לייחס אותן אך ורק לתקציב הניתן להן. לדוגמה, בדוח משרד הבריאות מציין המשרד כי הירידה בגירעונות שירותי בריאות כללית בשנת 2009 בהשוואה לשנת 2008 נובעת, בין היתר, מצעדי התייעלות שנקטה הקופה בתחומי הוצאות שכר ורכש.⁴⁹

ה. הדרכים שבהן המדינה מסייעת לקופות-החולים:

אל מול טענות הקופות מצויים טיעוני המדינה, המצביעים גם על תקצוב יתר מכוון של סל שירותי הבריאות, להלן כמה דוגמאות הנוגעות לענייננו:

אשר להשתתפות העצמית, המדינה עיצבה מנגנון של השתתפות עצמית שגלום בו תקצוב יתר של קופות-החולים. **מחד גיסא, מנגנון זה נועד לסייע להן להתגבר על גירעונותיהן ונובע מהרצון לתמרץ אותן לשפר ולייעל את מערך הרכש והגבייה שלהן; מאידך גיסא, מטרתו לספק להן מקור תקציבי נוסף, שיאפשר העברת תקציב נמוך יותר מתקציב המדינה.**

סכום ההשתתפות העצמית הקבוע בחוק ומכונה השתתפות נורמטיבית הוא סכום שנקבע לשם חישוב עלות סל שירותי הבריאות ואינו סכום ההשתתפות העצמית שקופות-החולים גובות בפועל: על-פי החוק, סך ההכנסות מההשתתפות העצמית של המבוטחים לצורך חישוב עלות הסל (הנורמטיבי) הוא 6.45% מעלות סל שירותי הבריאות, בעוד סך ההשתתפות העצמית בגין תרופות ושירותים שקופות-החולים גובות (בפועל) על-פי תוכניות הגבייה שאושרו להן גבוה יותר.

לדוגמה, בשנת 2009 גבו קופות-החולים מהמבוטחים השתתפות עצמית בגין שירותים הכלולים בסל **שירותי הבריאות** בשיעור של 7.83% מעלות הסל (ראו נספח מספר 1).⁵⁰ **בשנה זו עמדו הכנסות קופות-החולים מההשתתפות עצמית בגין שירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות על כ-2.2 מיליארדי ש"ח,**⁵¹ אך לצורך חישוב סל שירותי הבריאות סך ההשתתפות העצמית הנורמטיבי עמד בשנה זו על כ-1.8 מיליארד ש"ח. כלומר, הקופות קיבלו כ-400 מיליון ש"ח נוסף על תקציב סל שירותי הבריאות המועבר אליהן.

בשנים 2003–2009 הפער בין ההשתתפות הנורמטיבית להשתתפות בפועל נע בין 337 מיליון ש"ח ל-621 מיליון ש"ח – הכנסה נוספת לקופות-החולים מעבר לתקציב סל שירותי הבריאות (ראו נספח מספר 2).

⁴⁸ מר אלי כהן, סמנכ"ל כספים בשירותי בריאות כללית, שיחת טלפון, 23 ביוני 2011; מר שעה זילונקה, מנהל אגף כספים ותכנון במכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 26 ביוני 2011; מר רונן הראל, מנהל אגף רכש ובתי-חולים במכבי שירותי בריאות, שיחת טלפון, 26 ביוני 2011; מר יוני קורן, מ"מ מנהל אגף כספים ותקציבים בקופת-חולים מאוחדת, שיחת טלפון, 26 ו-27 ביוני 2011; גבי אתי כהן-אדר, מנהלת מחלקת כלכלה ופיתוח עסקי בקופת-חולים לאומית, שיחת טלפון, 28 יוני 2011.

⁴⁹ משרד הבריאות, האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, [דוח מסכם על פעילות קופות-החולים, 2009](#), נובמבר 2010.

⁵⁰ כאשר בוחנים את כלל הסכומים שנגבו כדמי השתתפות מהמבוטחים, כולל בגין שירותים מחוץ לסל שירותי הבריאות, אזי הכנסות אלה מהוות 10.48% מעלות הסל.

⁵¹ משרד הבריאות, האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, [דוח מסכם על פעילות קופות-החולים, 2009](#), נובמבר 2010.



חשוב להדגיש שהפער בין ההכנסות מגביית דמי השתתפות עצמית בפועל ובין סכום ההשתתפות הנורמטיבי הקבוע בחוק אינו נובע מכך שקופות-החולים גובות יותר משאושר להן, אלא זהו ההסדר שעיצבה המדינה כדי לסייע לקופות מחד גיסא ולהפחית את התקציב שיועבר אליהן מתקציב המדינה מאידך גיסא. בחוק ההסדרים לשנת 2008 תוקן סכום ההשתתפות הנורמטיבי בחוק, והוא הועלה מ-5.38% ל-6.45%. שינוי זה הוביל לכך שהסכום שהועבר מתקציב המדינה לשם מימון סל שירותי הבריאות לקופות-החולים קטן בשנה זו ב-285 מיליון ש"ח,⁵² אולם גם לאחר השינוי השיעור הנורמטיבי נמוך משיעור ההכנסות מגביית דמי ההשתתפות העצמית בפועל.

נקודה נוספת, הקופות גובות מהמבוטחים 15% מהמחיר המרבי לצרכן של התרופה, כפי שנקבע בתוכניות הגבייה שאושרו להן, אולם הן רוכשות תרופות אלה במחיר נמוך ב-50%-80% ממחירן המרבי לצרכן, ולכן הרווח שלהן ממכירת תרופות אלה למבוטחים גבוה יותר מ-15% ממחירה של התרופה. על-פי הערכות, הכנסות הקופה מדמי ההשתתפות העצמית הן בין 30% ל-40% מעלות התרופות לקופה.⁵³

נוסף על כך, בשלב בחינתן של טכנולוגיות חדשות לקראת הכללה בסל שירותי הבריאות מעריכה הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות את עלותה של הטכנולוגיה החדשה לקופות על-ידי מכפלה של מספר החולים הצפוי להשתמש בה בעלות הממוצעת לחולה על-פי משטר טיפולי מקובל; מסכום זה מופחתת עלות הטיפול החלופי הקיים בסל. ההכללה בסל היא של חומר פעיל, ולכן כאשר מאושרת לשיווק בישראל תרופה גנרית לתרופה אתית שהוכנסה לסל, גם התרופה הגנרית כלולה בסל והתקציב שמועבר לקופה בגין תרופה זו נותר התקציב שחושב על-פי התרופה האתית, והוא אינו מופחת בשל כלילת התרופה הגנרית, הזולה יותר. כלומר, הקופה מרוויחה משיטת תמחור זו. עם זאת, תמחור ועדת הסל עלול להיות תמחור חסר, לדוגמה בשל הערכה כי מספר המטופלים שיזדקקו לתרופה יהיה קטן יותר ממספרם בפועל, ולחלופין אפשר שיהיה תמחור יתר, כך שגם במקרה זה יש סבסוד צולב.⁵⁴

עוד נזכיר כי לשם ייצוב כלכלי של הקופות המדינה מעבירה להן, מדי שנה בשנה, תמיכות, נוסף על תקציב סל שירותי הבריאות. לדוגמה, בשנת 2009 הועבר לקופות תקציב תמיכה של 172.2 מיליון ש"ח, והוא חולק ביניהן על-פי נוסחת הקפיטציה. כספים נוספים הועברו לעידוד צמצום הגירעון הנצבר ולשיפור היציבות הפיננסית.⁵⁵

דוגמה נוספת לסיוע לקופות היא הסדרי ההתחשבות בין בתי-החולים לקופות-החולים (הסדר הקפינג וההסכמים הגלובליים), שבמסגרתם ניתנות לקופות-החולים הנחות ניכרות ברכישת שירותים מבתי-החולים הציבוריים בישראל. בשנת 2009 עמדו הנחות אלה על 1.16 מיליארד ש"ח.⁵⁶

ו. דרכים חלופיות לשינוי דמי ההשתתפות העצמית

בהנחה שיש תקציב המאפשר להפחית את דמי ההשתתפות העצמית ברכישת שירותי בריאות, יש מקום לבחון כיצד ראוי לעשות כן. במהלך כתיבת מסמך זה העלו בפנינו גורמים שונים כמה אפשרויות:

⁵² ראו: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [ניתוח פרק הבריאות בחוק ההסדרים לשנת 2008](#), כתבה שלי לוי, 2 בדצמבר 2007.

⁵³ עו"ד יואל ליפשיץ, סמנכ"ל פיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 27 ביוני 2011.

⁵⁴ שם. וגם: יאיר זילברשטיין, רכז בריאות באגף תקציבים במשרד האוצר, שיחת טלפון, 27 ביוני 2011.

⁵⁵ משרד הבריאות, האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, [דוח מסכם על פעילות קופות-החולים, 2009](#), נובמבר 2010.

⁵⁶ משרד הבריאות, [ניתוח פיננסי 2009 – בתי-החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות](#), ינואר 2011.



- אחת האפשרויות היא שלא להפחית את דמי ההשתתפות העצמית ובמקום זה להחזיר את התקציב העודף לוועדת הסל, כדי שהיא תכלול באמצעותו טכנולוגיות חדשות נוספות בסל שירותי הבריאות ותיתן מענה גם לחולים שאינם מקבלים כיום תרופות במסגרת הסל;
 - יש הסבורים כי במקום לקבוע הנחה גורפת לכל המבוטחים, כפי שמוצע כעת, יש להעניק הנחה גדולה יותר ואפילו לבטל את דמי הגבייה בגין תרופות ושירותים אחרים לאוכלוסיות מוחלשות כגון קשישים, חולים כרוניים ותושבים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך;
 - הצעה אחרת היא להפחית או לבטל את דמי ההשתתפות העצמית בגין ביקור אצל רופא, במכונים, במרפאות חוץ וכדומה, ולא לשנות את דמי ההשתתפות בגין תרופות;
 - עוד הוצע לבטל אגרות לשירותים בתחום הרפואה המונעת, כגון ביקור אצל רופא או דיאטנית, אגרת חיסונים, תשלום על אביזרים לבדיקה עצמית עבור חולי סוכרת ועוד, כדי להגדיל את נגישותם של שירותים אלה לאוכלוסייה ולסייע במניעה או בצמצום של תחלואה.
- על הצעות אלה השיב משרד הבריאות כי כרגע החלטתו היא להעניק הנחה בדמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות וגרורות לכלל המבוטחים.⁵⁷

נספח מספר 1⁵⁸

להלן הכנסות קופות-החולים מכלל דמי ההשתתפות העצמית הנגבים מהמבוטחים בגין שירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות, קרי בגין תרופות, ציוד, אגרת ביקור רופא, אגרות טופסי 17 והשתתפויות אחרות, בשנים 2003–2009. כמו כן, מוצג שיעור הכנסות אלה מעלות סל שירותי הבריאות באותה השנה:

שנה	הכנסות ממוטחים – כלל דמי השתתפות עצמית בגין שירותים בסל שירותי הבריאות (מיליוני שקלים)	עלות סל שירותי הבריאות (מיליוני שקלים)	שיעור הכנסות ממוטחים – חלקם של דמי ההשתתפות העצמית בגין שירותים בסל שירותי הבריאות מתוך עלות הסל (אחוזים)
2003	1,734	21,135	8.20
2004	1,858	22,008	8.44
2005	1,855	22,768	8.15
2006	1,939	24,041	8.07
2007	2,203	24,946	8.83
2008	2,336	26,583	8.37
2009	2,204	28,141	7.83

⁵⁷ עו"ד יואל ליפשיץ, סמנכ"ל פיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 27 ביוני 2011.

⁵⁸ משרד הבריאות, האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, [דוח מסכם על פעילות קופות-החולים, 2009](#), נובמבר 2010.



להלן הכנסות קופות-החולים מהשתתפות עצמית בגין שירותים בסל שירותי הבריאות, בהשוואה לסכום ההשתתפות הנורמטיבי הקבוע בחוק:

שנה	הכנסות קופות-החולים מהשתתפות עצמית בגין שירותים בסל שירותי הבריאות (מיליוני שקלים)	סכום ההשתתפות הנורמטיבי על-פי הקבוע בחוק (מיליוני שקלים)	הפער בין ההכנסות מהשתתפות עצמית בפועל ובין הסכום הנורמטיבי
2003	1,734	1,363	+371
2004	1,858	1,420	+438
2005	1,855	1,469	+386
2006	1,939	1,551	+388
2007	2,203	1,609	+594
2008	2,336	1,715	+621
2009	2,204	1,815	+389

גירעון הקופות, על-פי דוח מסכם על פעילות קופות-החולים בשנים 1998–2009 (מיליוני שקלים, נומינלי):

שנה	שירותי בריאות כללית	מכבי שירותי בריאות	קופת-חולים לאומית	קופת-חולים מאוחדת	סך הכול גירעון
1998	216	43	103	48	410
1999	216	9	69	19+	275
2000	242	140	111	21	514
2001	472	5	204	53	734
2002	413	28+	94	5+	474
2003	106	13+	27	58	178
2004	4+	9+	13+	68+	+94
2005	347	65	75	13+	474
2006	63	3+	76	19+	117
2007	74	8+	25+	10+	31
2008	422	6+	27+	3+	386
2009	185	4+	16+	0.4+	165

⁵⁹ שם.

⁶⁰ שם.

