



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

ביטוחי הבריאות המשלימים בקופות החולים: נתונים ושאלות לדיון

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 640 8240

פקס: 02 - 649 6103

www.knesset.gov.il/mmm

כתיבה: שלי לוי

אישור: שרון סופר, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

כ"ב באדר תשס"ז

12 במרס 2007

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בנושא **ביטוחי הבריאות המשלימים בקופות החולים**. נציין כי המסמך עוסק אך ורק בביטוחי בריאות משלימים בקופות החולים, ולא בביטוחי בריאות מסחריים.

1. מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן: החוק), קובע כי כל תושבי ישראל¹ זכאים לסל שירותי בריאות שהוגדר בחוק. **בחוק נכתב כי "ביטוח בריאות ממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית"**.

בשנת 2005 היו 7,018,000 תושבי ישראל מבוטחים על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.² להלן התפלגות המבוטחים לפי קופת החולים שבה הם חברים:³

קופת חולים לאומית	קופת חולים מאוחדת	מכבי שירותי בריאות	שירותי בריאות כללית	קופה
9.9%	12.1%	24.1%	53.9%	שיעור המבוטחים

2. מימון שירותי הבריאות

מימון שירותי הבריאות שנקבעו בחוק נעשה על-ידי המקורות הציבוריים והפרטיים האלה:

- **מקורות מימון ציבוריים** – תקציב המדינה ותשלומי ביטוח בריאות למוסד לביטוח הלאומי.
- **מקורות מימון פרטיים** – ביטוחים משלימים בקופות החולים, ביטוחים מסחריים ותשלומים שהקופות גובות בעבור שירותים.

ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2005 היתה כ-47 מיליארד ש"ח, שהם 8.1% מהתוצר המקומי הגולמי. 65% מסכום זה מקורם במימון ציבורי, 31% מקורם במימון פרטי ו-4% הוגדרו "אחר".⁴ נציין כי בשנת 1996 כ-74% מההוצאה הלאומית על בריאות מומנו ממקורות ציבוריים ו-26% – ממקורות מימון פרטיים.⁵ **כלומר, במשך עשור קטן שיעור המימון הציבורי בהוצאה הלאומית לבריאות ב-9%, בעוד שיעור המימון הפרטי גדל ב-5%.**

¹ תושבי המדינה על-פי הגדרת המוסד לביטוח לאומי.

² יש קבוצות אוכלוסייה שאינן רשומות בקופת חולים כלשהי: חיילי צבא קבע וצבא סדיר, המקבלים שירותי בריאות במסגרת הצבא; אסירים מעל לשנה, המקבלים שירותי בריאות משירות בתי הסוהר; חלק מהעולים החדשים ותושבים חדשים אשר מעכבים את רישומם בקופת חולים זמן ממושך.

³ ז'ק בנדלק, **חברות בקופת חולים 2004-2005**, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, יוני 2006.

⁴ "אחר" הוא בעיקר גירעונות של קופות החולים; בעבר כיסתה הממשלה את חלקם הגדול.

⁵ אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, http://www.cbs.gov.il/briut/briut07/briut07_h.htm, תאריך כניסה: 7 במרס 2007.

לשם השוואה, בשנת 2002 היה שיעור המימון הפרטי בהוצאה הלאומית לבריאות בישראל 28.5%, לעומת 55.6% בארה"ב, 16.6% בבריטניה ו-14.8% בשבדיה. נציין כי שיעור המימון הפרטי הממוצע במדינות ה-OECD בשנה זו היה 28%.⁶

שיעור ההוצאה החודשית הממוצעת של משקי הבית בישראל על בריאות בסך הוצאותיהם בחודש בשנת 2003 היה 4.8% (485 ש"ח לחודש בממוצע). שיעור ההוצאה החודשית הממוצעת של משקי בית בחמישון התחתון על בריאות היה 4.1% (263 ש"ח לחודש בממוצע).⁷

בהקשר זה נציין כי בשנת 2003 ערך מכון ברוקדייל סקר שבחן את דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה (להלן: הסקר). 31% מהנשאלים בסקר דווחו שתשלומי המשפחה על בריאות (מס בריאות, ביטוח משלים, תשלומים לקופה ותשלומים לרופא פרטי) מכבידים במידה רבה, לעומת 28% שדווחו כך בשנת 2001. שיעור גבוה של מדווחים על הכבדת התשלומים נמצא בקרב חולים כרוניים (38%) ובקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (36%).⁸

3. סל שירותי הבריאות

לפי החוק, "קופת החולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה".⁹ נוסף על כך נקבע בחוק כי "המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 13".¹⁰

סל השירותים הבסיסי, הניתן על-ידי קופות החולים, מוגדר בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), התשנ"ה-1995. הסל נקבע על סמך שירותי הבריאות שסיפקה קופת חולים כללית ב-1 בינואר 1994, וכן על סמך שירותי הבריאות שסיפק משרד הבריאות ב-31 בדצמבר 1994.

סעיף 9 לחוק קובע כי עלות סל הבריאות לקופות החולים (סכום הקובע את היקף ההוצאה המוכרת לקופות החולים לאספקתו של הסל) תתעדכן מדי שנה בשיעור עליית מדד יוקר הבריאות שתפרסם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שר הבריאות ושר האוצר רשאים, על-פי החלטת מועצת הבריאות ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, לעדכן את עלות הסל לקופות בשל שינויים דמוגרפיים שחלו באוכלוסייה (שינויים בגודל האוכלוסייה ובהרכב הגילים).¹¹ נוסף על כך, מאז שנת 1998 עדכון עלות סל הבריאות כולל עדכון בגין שינויים טכנולוגיים (הוספת תרופות וטכנולוגיות חדשות).

⁶ גבי בן-נון וחגי כ"ץ, השוואות בינלאומיות במערכות הבריאות: ארצות OECD וישראל 1980-2003, משרד הבריאות, האגף לכלכלה ולביטוח בריאות, פברואר 2006.

⁷ משרד הבריאות, האגף לכלכלה ולביטוח בריאות, עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2004, סיכמו וערכו: גבי בן נון וחגי כ"ץ, פברואר 2005.

⁸ הסקר נערך בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2003 בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל, בני 22 שנים ומעלה. בסקר רואיינו 1,908 איש ושיעור ההיענות היה 83%. מתוך: רויטל גרוס ושולי ברמלי-גרינברג, סיכום ממצאים עיקריים מהמחקר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2003 והשוואה ל-2001, גויינט – מכון ברוקדייל, פברואר 2004.

⁹ סעיף 3(ג) לחוק.

¹⁰ סעיף 3(ב) לחוק.

¹¹ סעיף 9 לחוק.

עלות סל שירותי הבריאות בשנת 2004 היתה 21,921,000 ש"ח. להלן מקורות המימון של הסל: 50.6% – תשלומי מס בריאות; 44% – השתתפות הממשלה; 5.4% – השתתפות עצמית נורמטיבית של המבוטחים. השתתפות עצמית היא תשלום חובה בעבור שירות או מוצר רפואי הכלולים בסל שירותי הבריאות. קבלת השירות או המוצר הרפואי מותניים בתשלום.¹²

שיעור העדכון השנתי של עלות סל שירותי הבריאות שנקבע בחוק בשנים 2000-2004¹³

2004	2003	2002	2001	2000	
1.75%	1.93%	0.68%	2.13%	3.44%	מדד יוקר הבריאות
1.75%	1.75%	1.75%	2.00%	2.00%	עדכון דמוגרפיה
0.10%	0.10%	0.75%	1.00%	1.50%	עדכון טכנולוגיה

מאז שנת 1996 הגידול הדמוגרפי המצטבר בישראל גבוה מהעדכון המצטבר של סל שירותי הבריאות בגין שינויים דמוגרפיים. לדוגמה, בשנת 2004 היה מדד הגידול הדמוגרפי המצטבר בישראל 1.27%, בעוד העדכון המצטבר של עלות סל שירותי הבריאות בגין שינויים דמוגרפיים היה 1.19%.¹⁴ כלומר, הגידול באוכלוסייה לא קיבל ביטוי מלא בעדכון סל שירותי הבריאות.

בשנים האחרונות נשמעת ביקורת ציבורית נוקבת על כך שסל שירותי הבריאות הבסיסי אינו תואם את צרכיה הרפואיים של האוכלוסייה ועדכנונו של הסל אינו עונה על צרכים רבים, ובהם הוספת תרופות מצילות חיים.

4. ביטוחי בריאות משלימים בקופות החולים

סעיף 10 לחוק קובע כי קופות החולים רשאיות להציע לחבריהן תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה (להלן: ביטוח משלים). תוכניות אלו מותנות בהצטרפות וכרוכות בתשלום. כל קופה רשאית לבחור אילו שירותי בריאות נוספים היא תציע למבוטחיה, בתנאי שהשירותים אינם כלולים בסל שירותי הבריאות הבסיסי ואינם שירותי סיעוד. תוכניות אלו וכל שינוי בהן טעונים אישור ממושרד הבריאות.

¹² נציין כי סכום ההשתתפות העצמית הנורמטיבית של המבוטחים נמוך מהיקף ההכנסות מהשתתפות עצמית שהקופות גובות בפועל. משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2004, סיכמו וערכו: גבי בן נון וחגי כ"ץ, פברואר 2005.

¹³ ש.ם.

¹⁴ ש.ם.



להלן הכללים לעריכת תוכניות לשירותי בריאות נוספים :

1. תוכנית שירותי בריאות נוספים מחויבת לכסות את הוצאותיה במלואן מתוך המקורות העצמאיים שלה. הקופה תיתן את שירותי הבריאות הנוספים כך שהוצאותיה בכל שנה לא יעלו על הכנסותיה מתשלומי החברים.
 2. התוכנית היא למתן שירותים בפועל, ולא תכלול מתן פיצוי כספי לחבר כתחליף לשירות.
 3. הקופה חייבת לצרף לתוכנית כל חבר שמבקש זאת, יהיה אשר יהיה מצבו הבריאותי או הכלכלי. הקופה לא תפלה בין החברים בתוכנית, בין בעת ההצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה.
 4. עלות ההשתתפות בתוכנית נקבעת על-ידי הקופה, אולם עלות ההשתתפות תהיה אחידה לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתוכנית או במצבו הבריאותי והכלכלי של החבר.
 5. הקופה אינה רשאית לחייב חבר להצטרף לתוכנית נגד רצונו. הזכות לקבל את כל שירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים הבסיסי לא תיפגע אם החבר בחר שלא להצטרף לתוכנית.
 6. לכל תוכנית עשויה להיות תקופת המתנה לקבלת שירותים רפואיים מסוימים, ובמהלכה החבר אינו זכאי לקבל שירותים אלו. תקופת המתנה לא תעלה על 24 חודשים.
- ארבע קופות החולים בישראל מציעות לחבריהן ביטוחי בריאות משלימים. התוכניות כוללות שירותים להשלמת השירותים שאינם בסל השירותים הבסיסי שנקבע בחוק, הטבות נוספות בתחומים המכוסים בסל וכן שירותים שנכללים בסל הבסיסי אך בתנאים משופרים.¹⁵
- במסגרת הביטוחים המשלימים הקופות מציעות, בין השאר, את השירותים האלה : ניתוחים וטיפולים בבתי-חולים פרטיים, ניתוחים וטיפולים בחו"ל, הפריית חוף-גופיות, חוות דעת נוספות של מומחים, רפואת שיניים, בדיקות לנשים הרות, בדיקות גנטיות לשלילת מומים מולדים, אבזורים רפואיים, טיפולי שיקום ותרופות שאינם בסל התרופות.¹⁶
- בביטוחים המשלימים, ובעיקר בתוכניות החדשות שאישר משרד הבריאות בתחילת שנת 2007 לשירותי בריאות כללית ולמכבי שירותי בריאות, ניכרת מגמה ברורה שלפיה תרופות מצילות חיים שמחוץ לסל הבריאות נכללות בתוכניות הביטוח המשלים, קרי נגישות למבוטחי התוכניות האלה בלבד.
- כאמור, ההשתתפות בתוכניות האלה כרוכה בתשלום של כמה עשרות שקלים מדי חודש, ואף יותר. בשנת 2003 כ-22.5% מסך ההוצאה החודשית הממוצעת של משקי הבית על בריאות היתה על ביטוחים משלימים.¹⁷

¹⁵ שולי ברמלי-גרינברג, רויטל גרוס ורונית מצליח, תוכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים : ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006, מאירס – גוינט – מכון ברוקדייל ומרכז המחקר והמידע של הכנסת (טרם פורסם).

¹⁶ שם.

¹⁷ משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי : קובץ נתונים סטטיסטיים 2004-1995, סיכמו וערכו : גבי בן נון וחגי כ"ץ, פברואר 2005.

5. שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים

שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים בשנים 1995-2003¹⁸

שנה	1995	1997	1999	2001	2003	2005
שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים	35%	37%	51%	64%	72%	79%

מנתונים אלו עולה כי שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים גדל ביותר מפי-שניים בעשור האחרון. נציין כי שיעור המבוטחים בביטוח משלים זהה בקרב שני המינים, ועומד על 79%²⁰.

בסקר נשאלו המרואיינים מהי הסיבה העיקרית לרכישת ביטוח משלים. 48% ענו שהם מעוניינים בשירותים נוספים שלא במסגרת הקופה; 21% רכשו אותו "ליתר ביטחון", שמא יזדקקו לשירותים הכלולים בו; 14% רכשו אותו משום שהמליצו על כך בקופה; 7% רכשו אותו כי קרובים או חברים המליצו להם לרכשו; 2% רכשו אותו כי רצו לקבל יחס או שירות טוב יותר; 2% ענו כי הקופה חייבה אותם לרכוש את הביטוח.²¹

שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים לפי קופות חולים בשנים 1995-2005²²

קופה	שירותי בריאות כללית	מכבי שירותי בריאות	קופת חולים מאוחדת	קופת חולים לאומית
1995	16%	80%	65%	50%
1997	22%	74%	59%	33%
1999	44%	72%	63%	35%
2001	61%	78%	64%	53%
2003	69%	80%	77%	62%
2005	77%	86%	80%	71%

¹⁸ שולי ברמלי-גרינברג, רויטל גרוס ורונית מצליח, תוכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006, מאיירס – ג'וינט – מכון ברוקדייל ומרכז המחקר והמידע של הכנסת (טרם פורסם).

¹⁹ שם, עמ' v

²⁰ שם.

²¹ רויטל גרוס ושולי ברמלי-גרינברג, סיכום ממצאים עיקריים מהמחקר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2003 והשוואה ל-2001, ג'וינט – מכון ברוקדייל, פברואר 2004.

²² שולי ברמלי-גרינברג, רויטל גרוס ורונית מצליח, תוכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006, מאיירס – ג'וינט – מכון ברוקדייל ומרכז המחקר והמידע של הכנסת (טרם פורסם).

סך ההכנסות של הקופות מתוכניות שירותי הבריאות הנוספים לשנת 2004 היה מיליארד ו-574 מיליון ש"ח – סכום השווה ל-7.2% מעלות סל השירותים הבסיסי. מדובר בגידול של 163 מיליון ש"ח לעומת ההכנסות מתוכניות אלו בשנת 2003.²³

6. מאפייני המבוטחים בביטוח משלים

בחלק זה של המסמך יוצגו נתונים על מאפייני המבוטחים בביטוח משלים בכלל האוכלוסייה מתוך מחקר משותף שעורכים מאירס – גוינט – מכון ברוקדייל ומרכז המחקר והמידע של הכנסת. **הנתונים נכונים לשנת 2005.**

שיעור המבוטחים בביטוח משלים לפי קבוצות גיל²⁴

גיל	שיעור המבוטחים
22-44	78%
45-64	84%
65 ומעלה	67%

33% מבני ה-65 ומעלה אינם מבוטחים בביטוח משלים.

שיעור המבוטחים בביטוח משלים לפי שפה²⁵

שפה	עברית	ערבית	רוסית
שיעור המבוטחים	89%	47%	58%

53% מדוברי השפה הערבית אינם מבוטחים בביטוח משלים, לעומת 42% מדוברי השפה הרוסית ו-11% מדוברי השפה העברית.

שיעור המבוטחים בביטוח משלים לפי רמת השכלה²⁶

רמת השכלה	יסודית ומטה	תיכונית	על תיכונית/אקדמית
שיעור המבוטחים	64%	80%	81%

²³ סך ההכנסות אינו כולל את ההכנסות בגין המרכיב הסיעודי של הפוליסות לביטוח סיעודי המשוקות על-ידי קופות החולים. מתוך: משרד הבריאות, דוח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2004, נובמבר 2006.

²⁴ שולי ברמלי-גרינברג, רויטל גרוס ורונית מצליח, תוכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006, מאירס – גוינט – מכון ברוקדייל ומרכז המחקר והמידע של הכנסת (טרם פורסם).

²⁵ שם.

²⁶ שם.

אפשר לראות כי ככל שרמת ההשכלה נמוכה יותר שיעור המבוטחים בביטוח משלים נמוך יותר.

שיעור המבוטחים בביטוח משלים לפי רמת הכנסה²⁷

חמישונים	חמישון תחתון	חמישון שני	חמישון שלישי	חמישון רביעי	חמישון עליון
שיעור המבוטחים	59%	81%	79%	88%	87%

ל-41% מבעלי הכנסה בחמישון התחתון אין ביטוח משלים, לעומת 13% מבעלי הכנסה בחמישון העליון.

ל-76% מהמבוטחים החולים במחלה כרונית יש ביטוח בריאות משלים, לעומת 80% מהמבוטחים שאינם חולים במחלה כרונית.²⁸

כותבי המחקר מציינים כי יש מגמת גידול בשיעור המבוטחים בביטוח משלים בשכבות החלשות: משנת 1999 גדלו מאוד שיעורי המבוטחים בקרב המבוגרים, דוברי הרוסית, תושבי אזור הצפון ואזור המרכז, בעלי השכלה יסודית ומטה, בעלי הכנסה בחמישון התחתון והחולים הכרוניים.²⁹ עם זאת, שיעור המבוטחים בביטוחים משלימים גבוה יותר בשכבות החזקות באוכלוסייה.

7. שאלות לדיון

סוגיית ביטוחי הבריאות המשלימים טומנת בחובה שאלות עקרוניות כבדות משקל. להלן כמה מהן:

- מהן ההשלכות של ביטוחים משלימים על מתן שירותי בריאות בישראל בכלל ועל מטרותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בפרט? מגמת הרחבת הביטוחים המשלימים בישראל, בעיקר שירותים חיוניים ובהם תרופות מצילות חיים שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות הבסיסי, חייבת להיבחן על רקע עקרונות השוויון, הצדק והעזרה ההדדית העומדים בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- מהן ההשלכות של הביטוחים המשלימים על השוויוניות במערכת הבריאות? מצב שבו מצד אחד סל שירותי הבריאות אינו תואם את צורכי האוכלוסייה, ומצד אחר ביטוחי הבריאות המשלימים מורחבים מאוד וכוללים שירותי בריאות חיוניים, עלול להוביל ליצירתם של שתי מעמדות של צרכני שירותי בריאות. האחד – מעמד של צרכנים בעלי אמצעים שיכולים לרכוש ביטוח בריאות משלים וכך לזכות בשירותים נוספים, טובים יותר וזמינים יותר; השני – מעמד של צרכנים מעוטי יכולת

²⁷ שולי ברמלי-גרינברג, רויטל גרוס ורונית מצליח, תוכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006, מאיירס – גוינט – מכון ברוקדייל ומרכז המחקר והמידע של הכנסת (טרם פורסם).

²⁸ שם.

²⁹ שם.

שאינם יכולים לרכוש ביטוח משלים ועל כן יאלצו להסתפק בשירותי הבריאות שהקצתה להם המדינה במסגרת סל השירותים הבסיסי. פירוש הדבר הוא יצירת אי-שוויון בנגישות לשירותים רפואיים בישראל.

- **האם סל הבריאות הבסיסי נותן מענה הולם לצורכי האוכלוסייה, וכיצד יש לעדכנו?** בשנים האחרונות נשמעת ביקורת ציבורית נוקבת שלפיה סל שירותי הבריאות הבסיסי אינו תואם את צרכיה הרפואיים של האוכלוסייה ועדכנו של הסל מפגר אחר השיפורים הטכנולוגיים הרפואיים. מנתונים שהוצגו לעיל עולה כי 48% מהנשאלים טענו כי רכשו ביטוח משלים משום שהם מעוניינים בשירותים נוספים שאינם ניתנים במסגרת הקופה. נציין כי בישראל יש מחלוקת בנוגע לשיטת העדכון הרצויה של סל שירותי הבריאות. הצעות בנושא זה הונחו כמה פעמים על שולחן הכנסת, אולם הוא טרם הוסדר.

- **האם נכון לכלול שירותים חיוניים ובהם תרופות מצילות חיים בביטוחי הבריאות המשלימים, ולא בסל הבריאות הבסיסי?** כאמור, שירותי הבריאות מתרחבים במסגרת שירותי בריאות נוספים שקופות החולים מספקות תמורת תשלום. מהנתונים שהוצגו במסמך זה עולה כי כ-80% מהמבוטחים הם בעלי ביטוח בריאות משלים בקופות החולים, ובמסגרתו הם מקבלים שירותי בריאות שאינם נכללים בסל הבריאות הבסיסי. דהיינו, 20% מהאוכלוסייה אינם בעלי ביטוח בריאות משלים, והם אינם זכאים לשירותים הנוספים ונאלצים להסתפק בסל השירותים הבסיסי. נזכיר כי במסגרת השירותים הנוספים נכללים לא רק "שירותי מותרות" אלא גם שירותי בריאות מצילי חיים, כגון תרופות מסוימות למחלת הסרטן שאינן נכללות בסל השירותים הבסיסי. האם זו המסגרת הראויה לתרופות האלה?

- **מה יעלה בגורלן של השכבות החלשות שאינן מסוגלות לרכוש ביטוחי בריאות משלימים?** כפי שנאמר לעיל, שיעור המבוטחים בביטוחי בריאות משלימים גבוה יותר בשכבות החזקות (צעירים, מבוססים, דוברי עברית). בשכבות החלשות שיעור המבוטחים נמוך יותר; לדוגמה, רק 67% מהמבוטחים בני ה-65 ומעלה, 47% מדוברי השפה הערבית ו-59% מהמבוטחים בעלי הכנסה בחמישון התחתון מבוטחים בביטוחים משלימים. עם זאת, נראה כי יש מגמת גידול בשיעור המבוטחים בביטוחים משלימים בשכבות החלשות. בהקשר זה נציין כי גם ההשתתפות העצמית בגין שירותים בסל הבריאות הבסיסי מכבידה על המבוטחים – בשנת 2003 דיווחו 17% מהנשאלים כי ויתרו על טיפול או על תרופה בשל התשלום הנדרש.

- **מהן ההשלכות של תוכניות אלו על סל שירותי הבריאות הבסיסי?** מתן אפשרות לרכישת שירותים חיוניים מחוץ לסל הבסיסי עלולה להוביל להפחתת הלחץ הציבורי על הממשלה לעדכן את סל הבריאות הבסיסי לפי הצרכים. השכבות החזקות יותר יקבלו מענה לצורכיהן במסגרת הביטוחים המשלימים ולא יפעלו לדרבן את הממשלה באמצעות לחץ ציבורי להגדיל את סל השירותים הבסיסי. במאבק על סל השירותים הבסיסי עלולים להיות האזרחים החלשים בחברה, שקולם אינו נשמע, ללא גיבוי האזרחים המבוססים יותר. למעשה, מתן אפשרות לרכוש תרופות מצילות חיים במסגרת הביטוחים המשלימים תוביל את רוב הציבור ואת חברות התרופות למתן את

דרישותיהם מהמדינה להגדיל את סל השירותים הבסיסי ותותיר את הקבוצות החלשות בחברה – כ-20% מהאוכלוסייה – לנפשן וללא מענה לצורכיהן.

- **מהו היחס הרצוי בין שיעור המימון הפרטי לשיעור המימון הציבורי בהוצאה הלאומית לבריאות?**
בעשור האחרון קטן שיעור המימון הציבורי בהוצאה הלאומית לבריאות בישראל ב-9%, ובד בבד עלה שיעור המימון הפרטי ב-5%. ההפחתה במקורות המימון הציבורי הובילה להגדלת הגבייה ממקורות המימון הפרטי, שמשמעותה הכבדת נטל התשלומים על בריאות על משקי הבית בישראל. נוסף על כך, הביטוחים המשלימים תרמו תרומה מכרעת לגידול בהוצאה הפרטית, וזו השפיעה גם על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות. יכולתה של המדינה לבקר את הגידול בהוצאה לבריאות נפגעה, אף שלגידול הזה עלולה להיות השפעה שלילית על החיסכון במשק.³⁰

³⁰ ראה: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, ביטוח פרטי מרצון בשירותי הרפואה בישראל, כתיבה: פרופ' דב צ'רניחובסקי, דצמבר 2004.