



י"ז באדר ב', התשע"ד
19 מרץ 2014
15842014

לכבוד

חה"כ יעל גרמן, שרת הבריאות
פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר שלומי פריזאט, יו"ר ועדת המשנה לענייני ביטוחים
חברי הוועדה לחיזוק הרפואה הציבורית
חברי ועדת המשנה לענייני ביטוחים רפואיים

**התוכניות לשרותי בריאות נוספים - נייר עמדה מוגש לוועדה המייעצת בנושא חיזוק הרפואה
הציבורית ולועדת המשנה לענייני ביטוחים**

¹ וועדת המשנה לענייני ביטוחים עומדת להציג מחר, בפני הוועדה המייעצת לשרת הבריאות בנושא חיזוק הרפואה הציבורית, חלופות למערך של ביטוחי הבריאות הקיים כיום בישראל. טרם הדיון בוועדה המייעצת, מצאנו לנכון להציג בפני חבריה באופן ישיר את עיקרי השקפתנו בדבר ייחודן של תוכניות השב"ן, והיכן לדעתנו יש לפעול לשינוי אופן פעילותן. במסמך זה התמקדנו במערך השב"ן, עקרונותיו, כללי פעילותו וכיסוייו, ונדרשנו רק באופן עקיף לנקודות מסוימות הנוגעות למערך הביטוחים המסחריים, כשהדברים נדרשו לצורך הבהרת הבדלים או ממשקים מסוימים בין המערכים השונים.

לאור העובדה שההתייחסות למערכים אלה והיחס ביניהם מצדיקה, לדעתנו, בחינה והצגה שיטתיים במכלול ההיבטים הנוגעים לנושא, בין היתר, כדי לעמוד על ההבדלים הקונספטואליים בין שני המערכים, ועל הצורך בשמירה על מאפייניהם הייחודיים בכל שינוי מדיניות עתידי, הרי שיועבר מסמך נפרד המתייחס לנושא זה.



הקדמה

תוכניות השב"ן על כלל רובדיהן משרתות אוכלוסיה של כששה מיליון מבוטחים. לאורך השנים התוכניות התנהלו בצורה מאוזנת, קיימו את הבטחותיהן למבוטחים, למעט במקרה של התערבויות חקיקתיות חיצוניות (אשר נבעו מטעמי מדיניות החיצוניים להתנהלות התוכניות), החזירו לציבור המבוטחים את השקעתו ע"י שיעור משמעותי של הוצאות רפואיות מתוך ההכנסות, ורק במקרים חריגים נדרשו התאמות לצורך ייצוב התוכנית, גם זאת ללא פגיעה מהותית בכיסויים. יש להיזהר מפני התערבויות מהפכניות המבוססות על מודלים שלא נבדקו ולא נוסו, ובעיקר יש להבחין בין אלתורים מחשבתיים המתבצעים בחדר סגור כמעט ללא חשיפה לדעות חיצוניות משמעותיות, לעיתים בלחץ זמן ומתוך רצון לשנות לשם שינוי ולחדש בכל מחיר, לבין תהליך בחינה משמעותי וסדור הממקד את ההתערבות, ככל שנדרשת, במקומות המתאימים לכך מבלי לכפות שינויי קונספט אשר השלכותיהם עשויות להיות כבדות, ואשר משמעותם יכולה להיות ניסוי כלכלי וביטוחי במיליוני בני אדם.

כל הצעה לשינוי או לתיקון צריכים לשמר בתוכניות את מה שבוודאי עובד בהן, ולהכניס תיקונים נקודתיים היכן שבמפגש עם המציאות נוצרות תוצאות לא רצויות, אך זאת לא רק על ידי טיפול בשב"ן אלא גם על ידי ביצוע שינויים רחבים יותר, שהשב"ן לכל היותר מסייע לחדד ולשקף. הגישה המשתקפת במסמך זה אכן חותרת למציאת מענים ופתרונות נקודתיים, אם כי, לטעמנו, יסודיים ומשמעותיים, ובאופן מדורג, מבלי למוטט את המבנה הקיים או להחליפו במודל כללי, שבשלב זה, כל יתרונו הוא בעצם שונותו מהמודל הקיים.



רקע

מפאת מורכבותו של נושא הביטוח המשלים (שב"ן בקופות החולים) לא ניתן לתמצת את מלוא ההיבטים הקשורים למהותו וליתרונותיו. עיקר הדברים גם מוכרים לוועדה ממהלך דיוניה כולל מהיבטים שהוצגו בהזדמנויות שונות בוועדת המשנה. על קצה המזלג, ובפתח הדברים, נזכיר כי סוגיית הביטוח המשלים הייתה קיימת בחוק מראשיתו בסעיף 10 כסמכות הסדרה בתקנות כאשר במרוצת השנים גובשה טיוטת תקנות שעיקרה הוא ביצוע הביטוח המשלים ע"י קופת חולים באמצעות חברת ביטוח מסחרית. טיוטה זאת לא הגיעה לכלל תקנות סופיות, אם כי מעניין לציין שהיא "התרוצצה" ברחבי המערכת במשך פרק זמן כה רב עד כי באחד מפסקי הדין של ביה"ד לעבודה טיוטת התקנות הוצגה בטעות כדין מחייב. לקראת 1998 בסיום תקופת המעבר שבסעיף 70 לחוק הציעה הממשלה במסגרת חוק ההסדרים, הסדרה מקבילה הן של נושא ההשתתפויות העצמיות הדיפרנציאליות (תוכניות גביה פרטניות כתחליף להסדר ההשתתפויות העצמיות האוניברסאלי שבחוק עפ"י מה שנהג בכללית במועד הקובע), והן בתחום הביטוח המשלים.

חלק מההסדרה הכפולה התבטא בכריכה מסוימת שמיידי נעמוד עליה בין שתי הסוגיות, וחלק מבוסס על תפיסה כי מדובר בשתי סוגיות עקרוניות שלעת תום תקופת המעבר מן הראוי לטפל במקביל בשתייהן. מלכתחילה הצעת האוצר הייתה לאפשר דיפרנציאציה לא רק בהשתתפויות העצמיות אלא גם בסל השירותים, כך שקופת החולים תוכל לגרוע שירותים מהסל הציבורי הבסיסי: עפ"י קו מחשבה זה היו אמורים השירותים שנגרעו להיכלל בתוכניות הביטוח המשלים של הקופה כתנאי לגריעתם מהסל של הקופה. בסופו של דבר, לא יצאה כוונת האוצר לדיפרנציאציה בסל השירותים הבסיסי אל הפועל, בין השאר, עקב התנגדות משרד הבריאות, ולבסוף התקדמה הסדרתם של שני הנושאים באופן עצמאי וללא תלות בניהם.

3

הסדר הביטוח המשלים (שב"ן) מותאם למאפיינים המיוחדים של מערך היחסים בין קופות החולים למבוטחיהן, ושל שיטת ביטוח הבריאות הממלכתי בכללותה. ככזה, הוא מהווה מודל פעולה ייחודי, המהווה המשך רציף והרמוני של עקרונות החוק, שאין לו מקבילה בשוק המסחרי. אין מדובר בהסדר פרטי ש"הושתל" בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כי אם בהסדר המנצל את המימדים הייחודיים לחוק כדי לייצר מענה "ציבורי" לצרכים שאין להם תשובה בסל הציבורי, וככזה יש לו אופי מעורב פרטי-ציבורי. המימון הוא פרטי, ההצטרפות היא וולונטרית, אך עקרונות ההפעלה נאמנים לעקרונות של ערבות הדדית סוציאלית, לרבות יחס שוויוני לכלל המבוטחים, ללא תלות במצבם הרפואי, וסבסוד צולב בין קבוצות אוכלוסיה שונות. ממילא, כפי שאין מדובר במודל ביטוחי פרטי ש"הושתל" בחוק, גם לא ניתן לקיים מודל זה בשוק הפרטי. אם מודל זה יחדל להתקיים, לא ניתן יהיה למצוא תחליף לצורך שהוא נועד לשרת.



מהות תוכניות השב"ן, יתרונותיהן והיבטי שוויון

אין ספק שקיומו של שב"ן מייצר השפעות שחלקן טעונות ריסון. עם זאת, לא תמיד נעשית הפרדה מתאימה בין בעייתיות הנובעת מקיומה של תוכנית השב"ן לבין בעייתיות הנובעת מסביבת הפעולה הכללית ועיוותים ממושכים שנזנחו או לא טופלו במשך תקופה ארוכה, ושקיום השב"ן אולי מסייע להצפתן. נוכח יתרונות תוכנית השב"ן, ונוכח העובדה שרבות מן הבעיות שהוא מסייע להציף יהיו קיימות גם בלעדיו, חשוב שנהיר את עצמנו, כי עלינו להתמקד בטיפול בבעיות שצריך לטפל בהן ולא בבעיות המדומות שאולי קל יותר לטפל בהן. העובדה שהשב"ן הוא מסגרת שקל להתערב בה אינה סיבה לעשות זאת. במובן מסוים מעשה כזה משול לניפוץ המראה המשקפת קשיים וחוליים קיימים: אלה נגרמו כתוצאה מסיבות מגוונות, ו"ניפוץ המראה" לא יעביר אותן מן העולם. לכן חשוב כי הטיפול בכל הקשיים יהיה מערכתי, משולב, מידתי ולא יגרום ל"שפיכת המים עם התינוק".

בהקשר זה חשוב לתת את הדעת לכך שהשב"ן כמכשיר הניתן כיום לשליטה אפקטיבית באמצעות רגולציה צמודה וקפדנית מאפשר לנו את היכולת לווסת את התנהגות השוק הפרטי שהיא כמעט מכל בחינה אחרת בלתי ניתנת לשליטה. למעשה, למעט אלמנט הרישוי של מוסדות רפואיים, לרבות חדרי ניתוח ומיטות חדשות, דרישה שחלה גם על בתי"ח הפרטיים, אין כיום בידי המדינה כל שליטה על כללי הפעולה הפנימיים של בתי"ח פרטיים. הם אינם כפופים לחוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים; הם אינם פועלים לפי כללי הרפואה הציבורית בכל הנוגע להתחשבות עם המטופלים, כולל חיובים נפרדים עבור מרכיבי שרות שברפואה הציבורית נכללים תחת התעריף הכולל; הכנסותיהם אינן מוגבלות וניסיונות החקיקה של הממשלה בנושא נתקלים בהתנגדות חריפה; וגם ההגבלה על פתיחת חדרי ניתוח ומיטות אינה אפקטיבית דייה, ואינה מונעת גידול בלתי מרוסן לעיתים בהיקף פעילותם של מוסדות אלה, אשר פונקציה היצור שלהם אינה תלויה באופן מלא בפונקציות אליהם מתייחס משטר הרישוי, כמו מספר מיטות האשפוז, ושמסוגלים להפעיל את חדרי ניתוח כמעט לאורך כל שעות היממה. דווקא יכולתו של השב"ן לרכז את שוק הרכש הפרטי או לפחות חלק ניכר ממנו במסגרת הנתונה לשליטה ולפיקוח מסייעת להחליף חלק מכלי הפיקוח שחסרים כלפי בתי"ח הפרטיים במישרין בפיקוח אלטרנטיבי, שהוא במקרים רבים יעיל יותר מהפיקוח שניתן היה להשיג באמצעות הכלים הרגילים של פיקוח על כל אחד מבתי"ח בנפרד. דוגמא לכך, היא ההסדרה של איסור גביה בגין ציוד מתכלה, שהמשרד קבע ואכף באמצעות תוכניות השב"ן, בעוד שתחום זה נותר פרוץ במשך שנים, וממשיך להיות פרוץ ביחס למטופלים פרטיים או כאלה המקבלים שרות באמצעות הפעלת פוליסות הביטוח המסחרי שלהם.



שאלת ההשפעה של השב"ן על השוויון יכולה להיבחן בשני צירים ;

בציר האנכי המתמקד באבחנה בין מבוטחי השב"ן למבוטחי הסל בסיסי, ניתן לטעון לפגיעה מסוימת בשוויון הכרוכה בהגברת גישתה של אוכלוסיית העמיתים בשב"ן לשירותים שאינם פתוחים בפני מבוטחים בסל הבסיסי. לטעמנו, אין זה הציר הנכון לבחון באמצעותו את שאלת השוויון. הטעם לכך הוא ששני הרבדים הבסיסי והשב"ן מתייחסים לשירותים שונים, האחד לסל הציבורי והשני לשירותים שמעבר לסל הציבורי, וכל עוד השב"ן אינו פוגע בהיקף הסל הציבורי או בנגישות כלל המבוטחים לשירותי הסל הציבורי, הרי שלא ניתן לטעון לבעייה ממשית של שוויון ;

בציר האופקי, שהוא לטעמנו הציר הנכון לבחינת השפעת השב"ן על השוויון, יש להסתכל על אלמנט הגישה של כלל האוכלוסייה לשירותים שהם מעבר לסל. בפני האוכלוסייה פתוחות שלוש אפשרויות לממן שירותים שאינם כלולים בסל ; האחת היא באמצעות תשלום פרטי ; השנייה באמצעות רכישה והפעלה של פוליסת ביטוח מסחרית ; והשלישית היא באמצעות תוכניות השב"ן. **אין מחלוקת כי מבין שלושת האמצעים הללו מייצג השב"ן את הכלי השוויוני, הנגיש והמנגיש ביותר לשירותים שאינם כלולים בסל.**

הטעם לכך נעוץ במספר מנגנוני פעולה פורמאליים וכלכליים המאפיינים את השב"ן כמנגנון ; האחד הוא האיסור על השב"ן לבצע הליך חיתום במסגרתו יכולות כיום חברות הביטוח המסחריות למנוע או להגביל גישתם של חלקים בציבור לפוליסות המסחריות על בסיס גיל, מצב רפואי וכדומה ; השנייה קשורה לתקופות האכשרה / המתנה שבתוכנית הביטוח המסחרי מאריכות למעשה את היכולת להחריג מזכאותם של מבוטחים גם מצבים רפואיים שהתפתחו במהלך תקופת האכשרה שלאחר ההצטרפות לביטוח, בעוד שבתוכנית השב"ן תקופת האכשרה היא למעשה תקופת המתנה בלבד שנועדה למנוע כניסה ויציאה מהתוכנית בהתאם לצרכים הרפואיים של המבוטח ; והשלישי הוא המנגנון הכלכלי המהותי של היתרון לגודל המאפשר לקופת חולים לייעל ולהוזיל עלויות באופן דרמטי בזכות כוח הקנייה המוגבר שלה והידע שלה בתחום רכש השירותים, ובזכות הפיקוח השוטף על השירותים וספקי ההסדר.

5

מעבר לאמור, ולאור העובדה שתוכניות השב"ן מנוהלות כמשק כספים סגור במסגרת שאינה מיועדת למטרת רווח והכנסותיהן משמשות אך ורק לטובת עמיתי התוכנית, בניגוד למקובל בפוליסות מסחריות שחלק מהכנסותיהן מחולקים לבעלי המניות של חברות הביטוח, הרי שהציבור הרחב מקבל תמורה מלאה יותר לכספו.

יצוין כי נתוני ה- LOSS RATIO של חברות הביטוח לעומת יחס ההוצאות הרפואיות נטו מול ההכנסות בתוכניות השב"ן מחזקים מסקנה זו.

זאת ועוד : הגישה הבסיסית של קופות החולים כגוף מספק שירות ולא כמסלקה כספית גרידא, מקלה מאוד על ציבור המבוטחים לממש את זכויותיו כאשר מנגנון המימוש הוא יעיל ופשוט, וכמעט שאינו כרוך בחסמים בירוקרטים. שביעות הרצון של הציבור מהביטוחים המשלימים היא מוכחת וגבוהה והדברים מעוגנים, מהתרשמותנו הישירה, גם מניחול התוכניות, האוריינטציה השירותית שלהן, וכו'.

יש לציין גם, כי התוכנית מהווה לא אחת כלי אכיפה נוסף ביחס לשירותי הסל הבסיסי, כך שקופת חולים הפונה לבקש שינויים בתוכנית השב"ן נדרשת להתחייב לפעולות מסוימות ביחס לסל הבסיסי בסוגיות שונות שעל הפרק כולל כאלה שלא מצאו את פתרונן בדרך אחרת.



עקרונות וכללי פעולה

להלן נפרט מספר עקרונות יסוד לפעולה הצריכים להכתיב את מדיניות משרד הבריאות ביחס לפעילותן של תוכניות השב"ן.

נדגיש כי רוב עקרונות אלה משמשים אותנו כבר כיום ובאים לידי ביטוי בתפיסת המשרד, שחלקה משתקפת גם בנהלים כתובים, בעת אישור בקשות לשינויים בתוכנית, אולם בחלקם יש כדי לסייע בחידוד דגשים מסוימים שאינם באים לידי ביטוי מלא בגישת המשרד כיום, ומן הראוי לפעול להטמעתם בתהליך האישור. דגשים אלה אף יסייעו לנו בהמשך, במיפוי הכיסויים השונים והצעות שינויים:

1. מניעת זליגה של שירותים מהסל הבסיסי לשב"ן או מניעת התניה להלכה או למעשה, של גישה לשירותי סל בהצטרפות לשב"ן.
2. אי שימוש בשב"ן לצורך יצירת שווקי שירות שאינם קיימים או שאין להם זכות קיום במנותק מהשב"ן.
3. אי שימוש בשב"ן כפלטפורמה שיווקית גרידא, ומימוש מהותו הביטוחית ע"י השתתפות המהותית שלו במימון השירותים המוצעים למבוטחים.
4. אי שימוש בשב"ן לצורך: הקטנת השתתפויות עצמיות בסל הבסיסי; גיוון השירותים הכלולים בסל הציבורי (למשל תרופות מקור לעומת גנריקה); גיוון ספקים בסל הציבורי (למשל, הרחבת הסדרי בחירה); וכן הקלה בתנאי גישה לטכנולוגיות שבסל החורגת מהרחבת התוויות (למשל, הקדמת קווי טיפול וכדומה).
5. אי סבסוד של הסל הציבורי לשירותים הניתנים למבוטחי השב"ן, וזאת על בסיס העיקרון לפיו כיסוי הסל הבסיסי הוא לשירות ולא כוואוצ'ר; וכן על בסיס העיקרון כי משאבי הסל הציבורי לא יממנו למבוטחי השב"ן שירות שאין הם משתתפים במימונו ביחס לכלל מבוטחי הקופה.
6. אי הכללה בשב"ן של טכנולוגיות מתקדמות, לרבות תחליפי ניתוח, וזאת על בסיס פרשנות רחבה של סל הבריאות הציבורי ומניעת כרסום בו ע"י הכללה של טכנולוגיות מעין אלה בשב"ן.



7. על השירותים בשב"ן לייצג תרומה וערך ממשיים ומשמעותיים לבריאותו ולרווחתו של המשתמש המיועד בשירות. יש למנוע מצב בו השב"ן משמש פלטפורמה לכיסויים בעלי מקדם חשיבות נמוך אשר אינם מייצגים תרומה או ערך משמעותיים לבריאותו ורווחתו של הפרט.
8. הכיסויים בשב"ן צריכים להתבסס בעיקרם על מתן שרות בעין ע"י ספקי הסדר ולא על החזר בעד רכישה פרטית של השרות, למעט במקרים בהם מימוש אפקטיבי של הכיסוי מצדיק סטייה מעקרון זה או שבהם מוצדק לאפשר החזר כהשלמה לשירות הניתן ע"י ספקים עקב מחסור בספקים ברמה ארצית או אזורית.
9. לצד המשך כיסוי במסגרת השב"ן לשירותים שמקומם הראוי הוא בסל במימון ציבורי, יש לפעול לגיבוש תכנית הדרגתית רב שנתית להכללת שירותים אלה בסל הבריאות, כהחלטת מדיניות ממשלתית, ללא תלות בוועדה להרחבת הסל, שאינה אמונה בהכרח על שיקולי מדיניות רחבים החורגים מתעדוף טכנולוגיות ספציפיות ומבודדות.
10. רבדי השב"ן- החלוקה לרבדים בשב"ן צריכה לשקף, בין היתר, הנגשה של רוב המבוטחים לשירותים בעלי מקדם חשיבות גבוה (שירותים כאלה יכללו ככלל ברובד הראשון); אי פיצול מלאכותי של שירותים בין הרבדים; שמירת הנגישות הכלכלית של התוכנית למבוטחיה ע"י ויסות מתאים של שירותים בין שני הרבדים כדי שלא להעמיס עלויות גבוהות מידי על הרובד הראשון; אי ניוון הרובד הראשון וריכוז החידושים ברובד העילי לשם דחיקת מבוטחים לרובד העילי; והגבלת מספר הרבדים לשניים.

סקירת הסוגיות המרכזיות בתחום השב"ן והמלצות

על בסיס כל האמור נתייחס להלן לסוגיות שונות, ביניהן כאלה שעלו גם בוועדה, ונציין את עמדתנו ביחס לטיפול או להסדרה המתאימים לכל אחת מהן. יצוין, כי חלק מהמהלכים המפורטים מחייבים התאמה שאותה צריך יהיה לפרוס על פני תקופת זמן מסוימת, אך יש לראות בהם יעד שיש להשיגו בעיקרו בתוך תקופה שלא תעלה על שלוש שנים, ובמצבים מסוימים, בעיקר כאלה הקשורים להעברת שירותים מסוימים לכיסוי ציבורי, אולי אף פריסה לפרק זמן ארוך יותר:

1. ייחוד תוכנית השב"ן למבוטחי אותה הקופה

ההסדר שבבסיס תוכניות השב"ן מניח שהן אינן שקולות לביטוח מסחרי רגיל, בין היתר, על בסיס ההבנה כי הן נתפסות כרובד נוסף וולנטרי לרובד הבסיסי שמספקת הקופה למבוטחיה, ואינן בגדר מוצר מסחרי רגיל המוצע בשוק הפתוח לכל דורש.

לטעמנו, חריגה מעיקרון זה אינה מתיישבת עם התכלית שבבסיס תוכניות השב"ן, וגורמת לכך שקופת החולים שייעודה הוא מתן שרות למבוטחיה תהפוך לגוף סמי מסחרי המציע שרות זה ללא תלות במהותה כמבטחת של אוכלוסיה מוגדרת. תוצאות נוספות הנובעות מכך הן תחרות פרועה על מבוטחים, שתגדיל את ההוצאות ואולי גם את החריגות מכללי השיווק והפרסום.

יצוין, כי אנו רואים הבדל בין עמדתנו בנושא לבין סוגיית הרצף בתחום הביטוח הסיעודי. בתחום הביטוח הסיעודי גישתנו היא כי מלכתחילה יש מקום לכריכה בין זהות בעל הפוליסה לבין זהות המבוטחים ושיוכם אלא שאין לעמוד על דרישה זאת בעת המעבר שלהם לקופה אחרת כאשר מחירה הוא או חסימת המעבר או ביטול הפוליסה, לעיתים ללא יכולת להצטרף לפוליסה קולקטיבית חלופית עקב הרעה במצב הרפואי.

בנוסף, כבעלת פוליסה יש לקופת חולים תפקיד מוגבל מאוד השונה ממעמדה כמבטחת, ומדובר בשיעור קטן של עוברים מקופ"ח אחת לאחרת, כך שהסוגיה רלוונטית לציבור מוגבל בלבד. אין זה המקרה בענייננו.

לבסוף, יש לזכור כי תוכניות השב"ן כרובד נוסף לסל הבסיסי, משלימות לא רק את השירותים שבסל האוניברסאלי אלא גם שירותים המוצעים ע"י הקופה לכלל מבוטחיה ("סל קופה"). שיקול זה תומך אף הוא בקשירה בין החברות בשב"ן של קופ"ח מסוימת בחברות באותה קופת חולים.

2. הקשר בין החברות ברבדים השונים ופוליסה אחידה

בשיטה הקיימת (למעט בלאומית) רבדי התוכנית בנויים זה על גבי זה, כך שהצטרפות לרובד הראשון היא תנאי להצטרפות לרובד שמעליו.

לשיטה זאת יתרון בולט, מבחינת היכולת להבטיח כי הרובד הראשון, הכולל את עיקר הכיסויים, ושגם לפי נייר זה אמור לרכז את הכיסויים המשמעותיים, יהיה "רובד חובה" לכל מי שרוצה להצטרף לשב"ן, כך שהוא יכלול מסה קריטית של מבוטחים שיוכלו להבטיח בסיס כלכלי מספיק לעלויות התוכנית, ויכולת פיזור סבירה של העלויות על מספר רב של מבוטחים. מצב בו ניתן יהיה להצטרף לרובד עילי ללא הרובד הראשון, עלול להותיר את הרובד הראשון עם היקף לא מספק של מבוטחים, על כל המשתמע מכך.

ההצעה שהועלתה, לפצל בין הרבדים, כך שכל רובד יעמוד בזכות עצמו וניתן יהיה להצטרף אליו בלא להצטרף לאחרים, ולקבוע כיסוי "אחיד" לאחד הרבדים, גם בביטוח המשלים וגם בביטוחיים המסחריים חותרת תחת הגיון זה.

ההצעה פוגעת ביכולת להעמיד את רובד הבסיס על בסיס כלכלי רחב שיצמצם את עלויותיו, וכפועל יוצא מכך גם את עלות הפרמיה, ויאפשר לכלול בה כיסויים משמעותיים, שבהם מטבע הדברים מקדם הסיכון הוא גבוה יותר.

מצב עניינים כזה יגרום ל- **adverse selection**, כך שמבוטחים "משתלמים" יותר ייקלטו בחברות הביטוח (שבהן קיימים חיתום והחרגה), ואילו השב"ן יישאר עם מבוטחים שעלות הטיפול בהם יקרה יותר- בלא שיוכל לממש את יתרונו לגודל; ובלא שיוכל להציע רובד מקיף המאזן בין כיסויים משמעותיים שונים. הדבר יגרום באופן בלתי נמנע לייקור התוכנית, כחלופה יחידה לאיזון התוכנית, במקרה של פער שלילי בין הוצאות להכנסות (בהיעדר יכולת לשנות את הרכב השירותים, בשים לב לכך שכיסויי הרובד אמורים להיות אוניברסאליים);

יש לזכור, כי כל השפעה שקיימת על כלל קופות החולים מתעצמת לגבי הקופות הקטנות. הסיכון לכך שהשיטה המוצעת תוביל לירידה במספר החברים, וכפועל יוצא מכך לייקור פרמיות, חמורה במיוחד בקופות החולים הקטנות שם ההפחתה במספר החברים עלולה להוביל לייקור משמעותי אף יותר בשל חסרונן הבסיסי לקוטן. הדבר אף עשוי לפגוע במעמדן התחרותי של התוכניות, ולהוביל לנדידת מבוטחים אשר תפגע בבסיס פעילותן הכלכלית גם בסל הבסיסי;

ההצעה פוגעת באפשרות למצות את היכולת לעשות שימוש בשב"ן ככלי חברתי המפגיש מספר גדול של מבוטחים עם העדפות שונות, צרכים שונים ויכולת כלכלית שונה במסגרת אשר באמצעותה ניתן לבצע איגום של משאבים וחלוקה הוגנת יותר שלהם על בסיס ערכות הדדית בין כלל המבוטחים;

בהיבט של ההצעה כפתרון לבעיית "כפל ביטוח", יש לשאול את עצמנו: האם המידע שיעמוד לרשות הציבור אכן יהיה מלא וחד משמעי דיו לגרום לאנשים לוותר או לא להצטרף לשב"ן ולביטוח המסחרי; האם האחידות תהיה הרמטית, אם מבחינת התכנים הפנימיים, אם מבחינת אי קשירה או כריכה בשדרוגים, והאם השוני במרכיבים פנימיים מסוימים, שהם לא תלויי פוליסה, כמו מגוון ספקים (דבר התלוי, בין היתר, ביכולתם של התכניות והפוליסות להציע שכר אטרקטיבי או היקף מטופלים אטרקטיבי למנתחים), לא יגרום לשונות שתביא עדיין ל"כפל ביטוח".

העובדה שלצד הזהות ברובד, יכללו בשב"ן עפ"י ההצעה עוד שני רבדים נוספים יכולה לגרום ל"כפלי ביטוח" באותם רבדים, שלגביהם לא תהיה אחידות מול פוליסות הביטוח, והיא בהכרח תיצור מורכבות, בלבול וכמובן תייקר את סה"כ ההוצאה, שכן כל רובד יצטרך להסתפק בפחות מבוטחים, ולהצדיק עצמו מבחינה כלכלית.

ולבסוף, שנאת הסיכון והשמרנות ביחס לשירותים שהם שירותי ליבה עשויים להוביל לכך שבכל מקרה של בדל ספק, הציבור יעדיף לשלם כפליים ולא בהכרח לוותר על אחד הכיסויים. למותר לציין, שניהול שלושה רבדים הוא לא רק מורכב בפני עצמו אלא אף עלול לבלבל ולהטעות את ציבור המבוטחים.

למעשה, לא ברור מה מטרת ההצעה, ואיזה כשל שוק היא באה לפתור כביכול מלבד השקיפות למבוטחים כדי למנוע "כפל ביטוח", כשל שניתן לפתור גם באמצעים אחרים, לרבות מתן מידע מפורט, השוואתי ונגיש לציבור (אתר "כל הבריאות", שיושק בקרוב הוא דוגמא טובה לכך). ההצעה כביכול באה לפתור כשל מסוים אך למעשה גורמת במקביל לסדרה אחרת של כשלים שבהם הרבה יותר קשה ומורכב לטפל. וכפי שכבר ציינו, ההצעה גם לא פותרת את בעיית "כפל הביטוחים", שכן עדיין יוכל מבוטח לרכוש במקביל מספר ביטוחים והשלמות, מה גם שהביטוחים עשויים להיבדל בניהם בזהות הספקים וגיוונם. למותר לציין, שכל ביטוחי הפרט שקיימים היום ימשיכו להתקיים גם לאחר השינוי, שכן מן הסתם אין כוונה להתערב בפוליסות קיימות (בעוד שלעניין השב"ן ההתערבות בתוכנית תחול על כלל החברים בתוכנית, חדשים ווותיקים).

לעניין האחדה בין תוכניות השב"ן לבין עצמן, גם מסריקת השירותים השונים בתוכניות השב"ן השונות וגם ככל שיאומצו המלצותינו בכללותם, הרי שהתוכניות תכלולנה מערך שירותים בהרכב דומה פחות או יותר. לצד הכיסויים ה"מסורתיים" שכלולים היום וימשיכו להיכלל בתוכניות השב"ן השונות ומהווים למעשה כיסויי ציר שהתוכנית סובבת עליהם, ושתואמים את הציפיות הטיפוסיות של ציבור המבוטחים, ניתן וראוי לאפשר מידה של שונות, גיוון וגמישות בחלק מהכיסויים, ואין לראות ערך בהאחדה מוחלטת של התוכניות. ממילא מרחב התמרון של קופות החולים בטווח השירותים שהן עשויות להציע הוא מוגבל בהתחשב הן בהמלצותינו, ככל שיאומצו; הן בכיסויי הציר, בדגש לבחירת מנתח, המהווים נדבך עיקרי בהוצאות התכנית; והן בהתחשב בהצעתנו, ככל שתאומץ, לגדור את שיעור הגידול בדמי ההשתתפות העצמית (תפורט להלן). אלמנט הגיוון נדרש, הן לצורך התאמת התוכנית למאפייני המבוטחים בכל קופה, לצרכיהם ולצפיותיהם, הן לצורך שימור החדשנות בתכנית שהיא פעמים רבות הכוח המניע שעומד בייסוד שיפורים נוספים, כולל ברמת השירותיות שלה, והן לצורך מידה נשלטת של תחרותיות בין תוכניות השב"ן ואף בינן לבין פוליסות הביטוח המסחריות. יתרה מכך, תחרות בין תוכניות השב"ן רק על גובה דמי החבר תוביל בהכרח להבדלי מחירים משמעותיים בין הקופות, כאשר קופות החולים הגדולות יציעו תוכניות במחירים נמוכים משל הקופות הקטנות בשל יתרון לגודל, דבר העשוי להוביל לנדידת מבוטחים מהקופות הקטנות ולמעשה לערער את יציבותה של המערכת. לאור האמור, איננו רואים מקום להכתיב אחידות בכיסויים.

אכן אלמנט התחרותיות צריך להיות נשלט, שכן איננו רוצים בכך כי התפתחות התוכנית תושפע מקרבות פרועים באופן שהתוכנית תיגרר למקומות לא רצויים בהשפעת השוק הפרטי או שוק הביטוחים הפרטי, אנו מאמינים כי המנגנונים שאנו מציעים במסמך זה בפועל המשולב ימנעו תוצאה זאת, ויבטיחו כי גם תחת מידה נשלטת של גיוון ותחרותיות תשמורנה התוכניות על אופי סולידי וציבורי המתאים לתוכניות המתנהלות במסגרת קופת חולים.

3. סוגי השירותים והכיסויים בשב"ן

א. בחירת מנתח

לטעמנו, בחירת המנתח הינה כיסוי מרכזי בתוכנית השב"ן; היא משקפת צורך ממשי בהתחשב באפשרויות העומדות בפני מטופלים ברוב בתי"ח הציבוריים, אשר ברובם אינם מאפשרים בחירת רופא (למעט בבתי חולים המפעילים שר"פ); והיא משקפת ציפייה מרכזית של המבוטחים מתוכניות הביטוח המשלים. לצד גישה בסיסית זאת, יש לוודא כי מבחינת המבוטח יהיה ביטוי ממשי לבחירה בגישה לשרות פרטי לעומת שירות ציבורי, וזאת על מנת שתימנע הסטה לשירותים פרטיים או הגדלה בלתי מבוקרת בהיקפם. הכלי המרכזי לויסות הביקוש לשרות הוא כלי ההשתתפות העצמית אשר באמצעותו ניתן להבטיח הן את ריסון הביקוש והן את מודעות המטופל למשמעות בחירתו במסלול הרפואה הפרטית. בשנת 2008 תוקן חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כך שלא ניתן עוד להציע שרות של בחירת מנתח בשב"ן ללא השתתפות עצמית, אולם בחלק מהתוכניות והניתוחים, בפרט ברבדים העיליים, מוצעת בחירת מנתח בהשתתפות עצמית מינימאלית באופן שעלול לייצר תמריץ יתר של מטופל לבחור בשרות זה בלא שהוא שוקל את הערך המוסף שלו לעומת עלותו במקרים בהם איננו נדרש לשאת בהשתתפות עצמית משמעותית. לצד זה, יש למנוע השתתפות עצמית שיש בה דה-פקטו מניעת גישתו של מבוטח לשרות במועד בו הוא נזקק לו לאחר שנים בהם החזיק תוכנית ביטוח משלים, ונשא במלוא תשלומי דמי החבר הכרוכים בכך.

לאור האמור, יש לשאוף לכך כי כיסוי זה ירוכז ברובד הראשון, וכי לא יתאפשר פיצול הכיסוי בין מספר רבדים לשם הקטנת ההשתתפות העצמית. כיום, ברבדים העיליים ניתן השרות ככלל בהפחתת ההשתתפות העצמית לעומת הרבדים הראשונים, ונראה כי מעבר לפיצול של כיסוי אחד בין שני רבדים שאיננו רצוי לשעצמו, יש בכך גם פגיעה בגישה שהוצגה לפיה, אין מקום לגבות השתתפויות עצמיות מופחתות.

מכיוון שיתרון חשוב בכיסוי לבחירת מנתח בשב"ן טמון, בין היתר, ביכולת של קופת החולים לגשר על פער הכוחות והמידע בין הרופא והמוסד לבין המטופל, ויתרון זה מגולם בראש ובראשונה בשיטת ההסדר ולא בהחזר עבור רכישה פרטית- יש להעדיף את מסלול ההסדר על מסלול ההחזר. עם זאת, מסלול ההחזר עונה על הצורך של מטופל במצבים בהם הוא פונה לרופאים בכירים שאינם חלק מרשימת הרופאים המנתחים של השב"ן, כאשר בד"כ מדובר ברופאים המעדיפים שלא להיכלל ברשימות אלו משום שאינם רואים יתרון בכך בהשוואה לתמורה שהם יכולים לקבל בהתקשרות ישירה עם המטופל. לכן לדעתנו, יש לשמור על אפשרות ההחזר עבור בחירת מנתח במסגרת השב"ן, אולם להגבילו רק עד לאחוז מוגדר מראש ממספר הרופאים הכלולים ברשימת רופאי ההסדר, ולכלול בו רק קבוצה מצומצמת של רופאים, שמהסיבות אשר פורטו אין אפשרות לכלול במסגרת רשימת רופאי ההסדר.

בנוסף, ובהמשך להצעות קודמות שעלו בכיוון זה ולצעדים שכבר יושמו בשטח, יש להבטיח קיומו של מנגנון לבקרת עמיתים אשר יבחן את ההמלצות לביצוע ניתוחים בשב"ן והצדקתם. כמו כן, ולצד הפעולות הפנימיות שיש לבצע לפי המוצע לעיל במסגרת הכיסוי עצמו, מן הראוי, לטפל גם בסביבת הפעילות הרחבה של סוגיית הניתוחים הפרטיים בכלל ותוכנית השב"ן והביטוח המסחרי בפרט, וזאת ע"י הכנסת סדר בתחום האישורים לעבודה בפרקטיקה פרטית. תחום שכיום הוא פרוץ למדי, ואינו משקף איזון בין צורכי הרפואה הציבורית לבין האינטרסים הלגיטימיים של הרופאים בהשתכרות נוספת. נקודת איזון זאת, בעיקר בכל הקשור לעיסוקם הנוסף של רופאים בניתוחים פרטיים, רחוקה מלהיות אופטימאלית.

טיפול בנושא אישורי הפרקטיקה הפרטית לצד השקעה מאסיבית ושיפור, חיזוק ותגבור מערכי השרות ברפואה הציבורית, בדגש על מערכת בתי החולים הציבוריים, עשויה למתן ואף לבלום את מגמת הגידול בהיקף הרפואה הפרטית, לא רק ע"י מגבלות הממוקדות ברפואה הפרטית אלא בראש ובראשונה בפעולות אקטיביות ופוזיטיביות לחיזוק הרפואה הציבורית. צעדים מעין אלו יחד עם עדכון הכיסוי, בשינויים המוצעים במסמך זה, ושינויים מקבילים גם בביטוחים המסחריים הם לדעתנו הדרך הנכונה לטיפול בנושא.

ב. התחשבות של בסיסי שב"ן בנושא בחירת מנתח

עיקרון 5 לעקרונות הכללים שצינו בהקדמה קובע כך: **"אי סבסוד של הסל הציבורי לשירותים הניתנים למבוטחי השב"ן, וזאת על בסיס העיקרון לפיו כיסוי הסל הבסיסי הוא לשירות ולא כוואוצ'ר; וכן העיקרון כי אין מקום שמשאבי הסל הציבורי יממנו למבוטחי השב"ן שירות שאין הם משתתפים במימונו ביחס לכלל מבוטחי הקופה."**

על בסיס עקרון זה, תוכנית השב"ן נדרשת לשאת ממקורותיה במלוא עלות השירותים הניתנים באמצעותה לרבות בתחום הניתוחים הפרטיים. בתחום הניתוחים, השירותים ניתנים, ככלל, במוסדות שאינם חלק מהסדרי הבחירה של הקופה, ומבוטח שאינו חבר בתוכנית הביטוח המשלים לא יוכל לקבל ככלל טופס התחייבות למוסדות אלה, וכן לא יקבל החזר כספי מהקופה בסל הבסיסי עבור רכישה פרטית של השרות.

כיום, נוכח הדרישה מקופות החולים שלא לממן טפסי התחייבות בסל הבסיסי בבתי"ח, המורשים להציע בחירת מנתח בתשלום, ביחס לניתוחים שבהם המבוטח נשא בתשלום נוסף בגין בחירת מנתח, הרי שהקופה אינה אמורה לשאת במסגרת הסל הבסיסי גם בשירותים הניתנים בבתי"ח ציבוריים וכוללים מרכיב של שר"פ במימון פרטי, כך שמימון השרות ע"י הסל הבסיסי למבוטחי השב"ן גם בבתי"ח אלה יחריף את בעיית אי השוויון. מעבר לכך, מימון של שרות ע"י הסל הבסיסי אצל ספק שרות שאיננו ספק של הקופה בסל הבסיסי או במצבים שבהם אין היא מספקת השרות במימונה למבוטחי הסל הבסיסי משמעו דה-פקטו הפיכת הכיסוי בסל הבסיסי לוואוצ'ר בניגוד למהותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ככזה המיועד למתן שירותים בפועל ע"י הקופה, להבדיל מהחזר עבור רכישה פרטית של השרות.

לאור האמור, יש לשמור על הכלל הקיים לפיו השב"ן נושא במלוא עלות השרות הרפואי הכלול בבחירת מנתח (התחשבנות 0-100 או מימון מהשקל הראשון).

ג. ייעוץ ע"י מומחים

לטעמנו, יש להשאיר כיסוי זה במסגרת תוכנית השב"ן. הכיסוי מייצג צורך ממשי של המבוטחים ללא תלות בקיומה של התוכנית. הכיסוי מיועד לאפשר גישה לרופאים שלמבוטח אין גישה אליהם במסגרת הסל הבסיסי, היות ואינם כלולים במסגרת רופאי הקהילה (שכירים או עצמאיים). לטעמנו, אין מקום לפצל את השרות לשני רבדים ויש לרכזו ברובד הבסיסי. על מנת למנוע הסטה מהמסלול הציבורי לפרטי למשל ע"י הבטחת תורים מוקדמים יותר לאותו רופא בפרקטיקה הפרטית שלו, יש למנוע הכללת רופא הנותן שירותים בקהילה, לרבות כרופא עצמאי, ברשימת הרופאים שהייעוץ איתם מזכה בהחזר. עם זאת, ניתן לקבוע חריג מוגבל לפיו קבוצה מצומצמת של רופאים בכירים, תוכל להעניק שירות גם בפרקטיקה הפרטית, ובלבד שהפרקטיקה הפרטית תנוהל במחוז אחר מהמחוז שבו מקבל הרופא מטופלים במסגרת הסל הציבורי. זאת, כדי למנוע מצב בו רופאים בכירים מאוד יעדיפו שלא לספק שירותים במסגרת רפואת הקהילה של קופות החולים.

14

ד. הפחתת השתתפויות עצמיות שנקבעו בסל במסגרת השב"ן

עמדתנו היא כי תוכנית השב"ן אינה צריכה לכלול הפחתת השתתפויות עצמיות של שירותים הכלולים בסל הבסיסי. הפחתת השתתפויות כזו יוצרת אי שוויון בגישה לשירותים בסל הבסיסי, ומבטאת חתירה תחת העיקרון כי יש להשתמש בשב"ן להגברת השוויון בגישה לשירותים שאינם בסל ולא לפגיעה בשוויון בגישה לשירותים הכלולים בסל. בנוסף, בשירותים בהם ההשתתפות העצמית מהווה חסם לשימוש עודף בשירותים, הפחתת ההשתתפות העצמית פוגעת ברציונל שבבסיס ההשתתפות העצמית, ועלולה להגדיל את הוצאות הסל הציבורי לשם מתן שירותים מיותרים.

חריג יחיד הינו בסוגיית האשפוז הסיעודי המורכב. בנושא זה אין חולק כי קיים עיוות מהותי בכיסוי הסל המהווה חריג גם למקובל בסל הבסיסי ביחס לשירותים אשפוזים, כאשר נוכח ההשתתפות העצמית הגבוהה לכל יום אשפוז סיעודי מורכב, מימוש השרות מטיל נטל כבד מנשוא על המשפחה. אנו סבורים כי יש לפעול ללא דיחוי לביטול ההשתתפות העצמית בעד אשפוז סיעודי מורכב על מנת לבטל עיוות היסטורי זה, לרבות מתוך המקורות המיועדים להרחבת הסל. עם ביטול ההשתתפות העצמית יבוטל גם הכיסוי בשב"ן, והשב"ן לא יכלול עוד כיסויים להפחתת השתתפויות עצמיות עבור שירותים הכלולים בסל.

ה. תרופות שאינן כלולות בסל לרבות תרופות מצילות ומאריכות חיים

עמדתנו היא כי יש לכלול בתוכנית השב"ן ברובד הראשון כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל, לרבות תרופות מצילות ומאריכות חיים. אנו סבורים כי כיסוי זה הוא חיוני ונדרש ומשקף צורך אמיתי של המבוטחים ללא תלות בתוכנית השב"ן.

הניסיון מראה כי תרופות רבות שכיום השב"ן מנוע מלהציען נוכח התיקון לחוק שבוצע ב- 2008 ושאסר הכללת תרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן- אינן כלולות בסל הבסיסי, וקופות החולים אינן מספקות אותן מחוץ לסל לנוכח מגבלת המשאבים האינהרנטית של המערכת. הטענה כי הכללת התרופות בשב"ן תמנע את הכללתן בסל הממלכתי אינה משכנעת, ובמובן מסוים גם אינה לגיטימית. האחריות להרחבת הסל היא בראש ובראשונה על הממשלה, ועל הממשלה האחריות להבטיח כי הכללת הכיסוי לתרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן לא תשפיע על הכללתן בסל הבסיסי במקרים המתאימים. הניסיון אף מראה כי הכיסוי בשב"ן מסייע לא אחת להגברת המודעות לצורך בהרחבת הסל. בפועל, הכללת הכיסוי בשב"ן אינה כובלת את ידי הממשלה, לא בהרחבת המימון לסל הבסיסי ולא בהחלטה על הטכנולוגיות שיתווספו לסל הבסיסי, ומאידך מסייעת לחולים בשעתם הקשה להשיג טיפולים שאינם ניתנים במסגרת הסל במימון ציבורי מסיבות שאינן נוגעות ליעילותן אלא למגבלת המקורות העומדים לרשות הרחבת הסל.

אנו סבורים כי האיסור האמור היה שגוי, גרם נזק כבד, לא השיג כל מטרה ציבורית, ובנוסף גרם לרכישה מוגברת של פוליסות ביטוח מסחריות שהאיסור לא חל עליהן, ואשר בהם מתבצע הליך חיתום החוסם את גישתם של חולים לכיסוי. בכך הושגה תוצאה הפוכה של העמקת אי השוויון, כאשר כפי שצינו לעיל שאלת השוויון צריכה להיבחן ביחס לחלופות העומדות בפני הציבור להשגת שירותים שאינם בסל ולא לעומת הסל שהינו מטבעו מוגבל, ואיננו יכול לכלול בכל רגע נתון את מכלול הכיסויים הנדרשים למבוטחים.

ו. הרחבת מכסה לטיפולים הכלולים בסל במסגרת מוגבלת

סל הבריאות כולל שירותים מסוימים תחת מגבלת מכסה, בניהם טיפולי פיזיותרפיה (כרוני), טיפולי התפתחות הילד ועוד. במקרים רבים קיים צורך ממשי בקבלת טיפולים במספר העולה על המכסה, וזאת ללא תלות בהכללת שירות זה בשב"ן.

אנו סבורים כי יש הצדקה לכך שהגדלת מכסה תיכלל ברובד הראשון של השב"ן בלבד, ללא פיצול הכיסוי בין הרבדים. כמו כן, אנו סבורים שיש לשקול (בדומה להצעתנו להלן בתחום בריאות השן) גיבוש מדיניות ממשלתית להרחבה הדרגתית של הסל בתחומים אלה בהתאם לאפיון הצרכים, וזאת שלא במסגרת וועדת הסל, ועל בסיס שיקולי מדיניות רחבים, שכאמור אינם באים תמיד לידי ביטוי במסגרת ועדת הסל במקרים החורגים מתעדוף פרטני של טכנולוגיות מבודדות.

ז. כיסויים לרפואת שיניים

כיסויים לרפואת שיניים הינם כיסויים נדרשים שקיים קו חיתוך ברור בינם לבין שירותי הסל באופן שאינו מעורר חשש לזליגה של שירותים מהסל לשב"ן. לצד זה, המדובר בשירות חשוב רפואי, ויש לשאוף לכך שרוב חלקיו יכללו בסל הציבורי באופן הדרגתי.

כל עוד שירותים אלה אינם נכללים בסל הציבורי ישנה הצדקה מלאה לכך כי נגישות הציבור אליהם תשופר ע"י הכללתם בשב"ן. להבדיל מתפיסתנו הכללית לפיה אין מקום לפיצול שירותים בין הרובד הראשון לעליון, הרי שנוכח הסוגים השונים של השירותים הנכללים תחת תחום בריאות השן, טווח השונות בין השירותים השונים ועלותם, רמת החיוניות השונה של שירותים שונים, והחשש כי ריכוזם ברובד הראשון של השב"ן יוביל לייקור משמעותי של דמי החבר ברובד זה, הרי שלדעתנו יש לפצל בין שירותי רפואה מונעת ומשמרת, שאותם יש לכלול ברובד הראשון של השב"ן לבין שירותים אחרים שאותם ניתן לכלול ברובד העילי.

במקביל, לתפיסתנו, על המדינה לגבש תוכנית יוזמה להרחבת הסל בתחומים מסוימים כביטוי לאחריותה הכוללת לקביעת מגמות להתפתחות הסל בעניינים שלפי טבעם אין וועדת הסל מסוגלת או מיומנת לשקול את היבטי המדיניות הרחבים הכרוכים בהבטחת מקומם בסל הציבורי, ואשר מתאימים יותר ליוזמה של הממשלה, על בסיס מדיניות ארוכת טווח החורגת מתעודף פרטני של טכנולוגיות מבודדות. על בסיס גישתנו זאת, אשר ניתן לה ביטוי גם בהמשך, יש לדעתנו לגבש תוכנית רב שנתית להרחבת הכיסוי בתחום רפואת השיניים בסל הבריאות, מהלך שנקטע בשנת 2013, ושלדעתנו חיוני לחדשו. מהלך זה יבטיח כי לצד הרחבת הגישה לשירותי בריאות השן לאוכלוסייה רחבה ששירותים אלה חסומים בפניה היום עקב מחירם הגבוה, על ידי הכללתם בשב"ן, תפעל הממשלה להרחבת נגישותו של כלל הציבור, לרבות מי שאינם מבוטחים בשב"ן, לשירותים אלה.

ח. IVF

IVF כלול בסל הבסיסי עד להבאת שני ילדים. שירות זה כלול כיום בתוכניות השב"ן במסגרת הרובד הראשון, וזאת הן לקבלת השרות במסגרת בחירת רופא והן לצורך הבאת ילד שלישי ואילך.

להבדיל משירותים רגילים הכרוכים בבחירת רופא או מנתח, ערך מוסף מרכזי בכיסוי נעוץ בכך שהוא מבטיח למטופלת ליווי של אותו רופא בכל התהליך וקשר רציף עימו כולל מעבר לשעות הפעילות השגריות של המוסד הרפואי הציבורי, קשר שחשיבותו נובעת, בין היתר, מהצורך בקבלת הנחיות טיפוליות שוטפות ומעודכנות לעניין מינונים תרופתיים, בדיקות ועוד. אף שהפרוצדורה הפולשנית של השאיבה הינה בעלת משמעות, היא קריטית פחות מבחינת הערכת המיומנות של הרופא הן לעומת ניתוחים או פרוצדורות פולשניות בתחומים אחרים, והן לעומת אלמנט ייחוד הטיפול באופן רציף לכל שלביו, בתחום ה- IVF, תחת גורם מטפל אחד.

ככל שהשרות הרפואי הציבורי יידע להיערך למתן מענה לצורך בליווי האישה באופן רציף ע"י אותו רופא, הרי שנראה כי כיסוי זה יוכל למצוא את מקומו ברובד השני ולא דווקא ברובד הראשון. בשלב זה, כאשר המערכת הציבורית אינה ערוכה לכך, נראה לנו כי יש הצדקה להותיר את הכיסוי במסגרת הרובד הראשון. עם זאת, כל עוד שרות זה כלול ברובד הראשון, איננו רואים הצדקה לכלול אותו ברובד השני לצורך הקטנת השתתפות עצמית. לטעמנו, הכללת כיסוי זה ברובד הראשון בהשתתפות עצמית משמעותית מאזנת באופן נכון בין האינטרסים השונים, ומונעת תמרוץ ייתר לפניה לשרות זה במסגרת השב"ן, תוך חידוד השיקול הפרטני שמפעילה המבוטחת בעת הבחירה היכן לממש את זכותה לשרות. במקביל, יש לבחון אפשרות לארגן את השרות הניתן במסגרת יחידות ה- IVF הציבוריות, כך שיאפשרו לאישה ליווי ע"י אותו רופא, לרבות מעבר לשעות הפעילות השגרתיות.

ט. בדיקות הריון וחבילת הריון

תקופת ההריון וכן שלב הלידה מייצגים תקופה מוגבלת בזמן הכרוכה בהוצאות רבות כאשר עפ"י המצב הנוהג נדרשות נשים להוצאה פרטית הנובעת הן מהוצאה לשירותים שאינם כלולים בסל (כגון סקירה מוקדמת, ייעוץ הנקה אישי וחלק מהבדיקות הגנטיות), והן למתן שירותים שהם בסל אך האשה מבקשת לבחור ברופא שיבצע אותם (כגון סקירה מאוחרת). בשלב הלידה קיימות הוצאות נלוות דוגמת בחירת מנתח בניתוח קיסרי וכן שירותי דולה. שירותי מיילדת אישית אסורים עפ"י עמדת משרד הבריאות על כלל בתי"ח, כולל ב"ח שיש בהם שר"פ. לטעמנו, נוכח היקף ההוצאה הפרטית ושכיחותה בקרב נשים בגילאי הפריור, וכן לנוכח העובדה כי היחס בין ההוצאה הפרטית לציבורית אינו מושפע, לדעתנו, באופן מהותי מקיום הכיסוי בשב"ן, ומהווה נטל משמעותי על משקי הבית הנדרשים להוצאה גדולה בפרק זמן קצר, ובעיקר במשפחות צעירות מכל שכבות האוכלוסייה, הרי ששירותים שאינם כלולים בסל כדוגמת סקירה מוקדמת יש לכלול במסגרת הרובד הראשון, ובמסגרת הרובד העילי ניתן לכלול כיסויים אחרים או חבילות כיסוי.

חבילות הכיסוי יתחלקו לשני שלבים: בשלב הראשון שעד ללידה, ניתן לאפשר החזר על הוצאה פרטית ללא הגדרה מפורטת או סגורה של תחומי ההוצאה הפרטית; ואילו בשלב הלידה וכדי שלא לגלוש לפעילות פרטית אסורה על בתי"ח יש להגביל את הכיסוי לבחירת מנתח בניתוח קיסרי, שרותי דולה ומלונית יולדות.

י. חבילת כיסוי אונקולוגי

אנו סבורים כי יש להשקיע מחשבה ארגונית מעמיקה במערך הייעוץ והליווי השוטף בתחום האונקולוגי בקופות החולים במסגרת הסל הבסיסי, ולפתור נקודות תורפה הקיימות במסגרת הסל ביחס לחולים האונקולוגיים. כיום, מורגש חסרוננו של מערך קופתי המלווה את החולה האונקולוגי מרגע אבחוננו במבוך של השלבים האבחוניים והטיפוליים שעליו לעבור, הדרכתו המקצועית ביחס לחלופות הפתוחות בפניו, והפנייתו למסגרות המתאימות ביותר למצבו, וזאת לצד ריכוז עיקר השירותים הטיפוליים והאבחוניים שהוא נזקק להם תחת קורת גג אחת בזמינות מלאה, ותוך מניעה וצמצום למינימום של טרטור המבוטח בין ספקים שונים.

הכללת חבילה לחולים אונקולוגיים במסגרת השב"ן אינה משתלבת במסר המעשי והערכי הכרוך בהעמקת מעורבותה הפעילה של הקופה במסגרת הסל בליוויים של המטופלים. גם לגופו של עניין, אין חבילה זו מטפלת בנקודות התורפה המהותיות, אין בה תוספת ריאלית ממשית של שירותים חיוניים שאינם כלולים בסל, ואין היא מייצגת צרכים מאופיינים וממשיים שלא ניתן למצוא להם פתרון בדרכים אחרות, לרבות במסגרת הכיסויים הספציפיים הכלולים בסל בתחומים מסוימים. לאור האמור, לדעתנו יש לבטל את הכיסוי, ובמקביל לפעול באופן רציני וממשי לחיזוק המערך בקופה המלווה בניהול מקרה את החולה האונקולוגי.

לצד האמור, איננו רואים מניעה כי בכיסויים ספציפיים (בחירת מנתח, ייעוץ מומחה, רפואה משלימה וכו') תהיה תוספת כיסוי לחולים אונקולוגיים.

18

יא. שירותי לייף סטייל כדוגמת מאמן כושר, חדר כושר, שירותים אסתטיים וכדומה

אנו סבורים כי תוכניות השב"ן צריכות לכלול שירותים שהם במהותם שירותים המיועדים לטיפול רפואי בבעיות רפואיות כהשלמה לסל הבריאות, ובתחומים שבעיקרם עשויים להיחשב כמתאימים להכללה בסל, כאשר מידת ההתאמה השונה שלהם להכללה בסל צריכה להיתרגם לשיבוצם במסגרת הרובד הראשון או העילי.

על פי עקרון זה, ברובד הראשון יכללו שירותים המתאימים יותר להכללה בסל מבחינת חשיבותם ונחיצותם. ככל שהכיסוי מתרחק יותר מהשירותים הגרעיניים המתאימים להכללה בסל או כאלה הקרובים להם באופיים, כך נראה כי המטרה המרכזית שבבסיס הכללתם בשב"ן נוטה יותר לכיוון השיווקי ופחות לצורך מתן מענה לצרכים ממשיים. עפ"י רוב כיסויים אלה יהיו כאלה שבהם העלות לתכנית תהיה נמוכה ביותר, שכן כניסה למעגל הספקים של התכנית קושרת את המבוטח לספק מכוח הרגל ונאמנות, כך שהכיסוי הופך דומה ל"מבצע היכרות" יותר מאשר לכיסוי מהותי מן השורה. חלק מהשירותים דוגמת טיפולים אסתטיים קשורים לא אחת גם לפרקטיקות גבוליות מבחינה אתית, וגם אם הם בחלקם עשויים לענות על צרכים מוצדקים אובייקטיבית, הרי שעיקרם של הכיסויים בתחום הפלסטי-אסתטי משתייכים ל"תעשיית היופי", וככאלה דומה כי מקומם איננו במסגרת השב"ן. לפיכך אנו סבורים כי אין לכלול שירותים אלה במסגרת תוכנית השב"ן.

4. דמי החבר

מקורות המימון של תוכניות השב"ן הם דמי החבר וההשתתפויות העצמיות. מקורות אלה ממצים למעשה את המקורות העומדים לרשות התוכנית. הגדלה בלתי מבוקרת של דמי החבר פוגעת בנגישות התוכנית לציבור, ועלולה גם לייצר מצב בו מבוטח המשלם לתוכנית במשך שנים, נאלץ לשקול מחדש את המשך חברותו אם דמי החבר חוצים את רף יכולתו הכלכלית. אולם, ההשפעה המרכזית שיש להעלאה בלתי מבוקרת הינה תמריץ יתר של הנהלות תוכניות השב"ן להציע עוד ועוד שירותים ולממן מתוספת דמי חבר, וזאת במקום לבצע תעדוף במסגרת גדורה יותר הבולמת גידול בלתי מבוקר באמצעות יצירת רף מסוים לגובה דמי החבר. לעיתים, הגידול בדמי החבר מחליף גידול בהשתתפויות העצמיות המהוות כלי מרסן יעיל יותר לצריכה בלתי מבוקרת של שירותים, ולמיקוד צריכה זאת בשירותים שיש להם ערך מוסף עבור החבר. דבר זה עלול לגרום לסחרור הוצאות בלתי מוצדקות בשב"ן עקב צריכה מוגברת ומיותרת של שירותים, דבר שבתורו עלול לחייב הגדלת פרמיה וחוזר חלילה. לצד זה, אין לוותר על המכשיר של הגדלת דמי החבר לאחר בחינה מושכלת של דרך פעולה זאת לעומת חלופותיה.

יש לזכור, כי על מנת שהתוכנית תעמוד בהגדרה התכליתית שלה כהסדר ביטוחי בעיקרו ותישא במימון בחלק משמעותי של הכיסויים השונים ולא תהווה אך פלטפורמה לשיווק מוצרים, הרי שההשתתפות העצמית תהיה בהכרח גדורה ולא תוכל לממן אלא חלק מהעלות. בנוסף, יש לזכור כי כאשר קיים כיסוי חדש שיש בו הטבה משמעותית עבור מבוטחי התוכנית (לעומת רכישתו הפרטית של השרות שלא בסיוע התוכנית) או כאשר מתעורר הצורך בהתאמת מקורות התוכנית לעלויותיה עקב גידולי ביקושים, יציאת מבוטחים מתקופות אכשרה, וגורמים נוספים מעין אלה, הרי שגידול בדמי החבר עשוי להיות בלתי נמנע, ואולי אף עדיף בראיית משקי הבית השונים לעומת אמצעים אלטרנטיביים כמו הפחתת כיסויים. כמובן שבכול נקודת זמן שבה נשקלת העלאת דמי החבר יש לשקול אמצעים חלופיים או משלימים, בין היתר בדמות התייעלות, הגדלת השתתפויות עצמיות ובמקרים מסוימים (אם כי לא כמוצא ראשון) אף הפחתת שירותים. על מנת לגדור את העדפה הטבעית של הנהלות השב"ן לדרך המוצא ה"קלה" יחסית של העלאת דמי החבר, ולהגן על ציבור המבוטחים שבמקרים רבים "שבוי" בעצם בתוכנית נוכח חברותו ארוכת השנים בה, והחשש לאבד את הזכויות הנובעות מוותק (יציאה מהתוכנית וחזרה אליה כרוכה בצבירה מחודשת של תקופת ההמתנה).

עמדתנו היא כי יש לגדור את שיעור עליית דמי החבר (מעבר לעדכוני מדד המחירים האוטומטי), כך שיקבע שיעור גידול מרבי לתקופה מוגדרת בדמי החבר. שיעור זה כשיעור מרבי בלבד אינו מיתר כמובן את הצורך בבחינה פרטנית של כל בקשה לשינוי על כלל חלופותיה, אך ייצר אפקט בולם נוסף לגידול בדמי החבר. הצעתנו היא לקבוע מגבלה זאת מהמועד שלאחר התייצבות התוכניות בעקבות שינויים, ככל שיאומצו, במודל חלוקת הכיסויים בין שני הרבדים, דבר שעשוי לחייב התאמת דמי חבר ודירוגו של התהליך על פני תקופה.

5. השתתפויות עצמיות במסגרת הכיסויים בשב"ן

ההשתתפויות העצמיות מהוות מכשיר שתכליתו משולשת: האחת היא ויסות שירותים ובלימת ביקושים עודפים; השנייה היא מקורות מימון לתוכנית (ששני מקורות המימון היחידים שלה הם דמי חבר והשתתפויות עצמיות, התחשבות עם גורמים חיצוניים- למשל במקרי "כפל ביטוח" או השתובבות, הם בשוליים, אם בכלל); והשלישית היא חלוקת נטל הוגנת יותר בין כלל המבוטחים לבין אלה מבניהם הצורכים שירותים, כך שמי שצורך בפועל את השרות משלם יותר ממי שחבר בתוכנית ואינו צורך שירותים, או צורך פחות שירותים. חלק מהשיקולים, קשורים לתופעה המוכרת בספרות כ-moral hazard.

בכל הקשור לשב"ן, ובפרט בתחום הכיסויים המהווים "חלופה" לסל הציבורי, משיגות ההשתתפויות העצמיות יתרון נוסף: אי ראיית העלות הנוספת הכרוכה במימוש הזכאות בשב"ן דווקא, מסיטה לעיתים את ציבור המבוטחים מהסל הציבורי לתוכנית השב"ן, גם במקרים בהם הערך המוסף הוא זניח מבחינתם, והופכת אותם נוחים יותר להשפעה של גורמים בעלי עניין, לממש את זכאותם בשב"ן דווקא, שכן השתתפות עצמית נמוכה הופכת אותם "אדישים" יחסית לבחירה בין החלופות או מוטים יותר לבחירה בשרות פרטי הנתפס בעיני חלקם כעדיף.

לצד שיקולים אלה, יש להימנע ממצב דברים בו השתתפות עצמית גבוהה מדי מהווה חסם משמעותי בפני מימוש זכויות בשב"ן. מבוטח נושא בתשלום דמי החבר משך תקופה ארוכה, וכשמופר שיווי המשקל הראוי בין דמי החבר לשב"ן בכיוון ההפוך- היינו, מתן משקל יתר להשתתפויות העצמיות, הוא עשוי להתפתות להצטרף לתוכנית, נוכח ההוצאה השוטפת הנמוכה הנדרשת ממנו, לצורך מימון דמי החבר, אך גלות כי לעת מימוש הזכויות הן "חסומות" בפניו נוכח ההשתתפות העצמית הגבוהה. במכלול השיקולים, אנו סבורים כי יש להעדיף הגדלה של ההשתתפויות העצמיות, כחלופה ראשונה לגיוס מקורות נדרשים למימון הוצאות השב"ן, אולם זאת בכפוף לכך שהן לא תהוונה חסם למימוש זכויות בשב"ן. מציאת נקודת האיזון המתאימה ביחס לגובה ההשתתפות העצמית מייתרת את הצורך בכך שאותו שרות יפוצל בין רבדים שונים, כך שברובד העילי הגישה אליו תהיה כרוכה בהשתתפות עצמית פחותה. במקרה כזה, יש חשש ממשי כי מיקוד הכיסוי בהשתתפות עצמית מוקטנת, תגרום להקטנת ההשתתפות העצמית, הרבה למטה מן המידה הראויה, תוך פגיעה בשיקולים המצדיקים קביעת השתתפות עצמית משמעותית.

בהמשך לאמור לעיל, אנו מסכימים להצעה שהועלתה במסגרת הוועדה כי אין לאפשר לביטוחים המסחריים להציע כיסוי למימון ההשתתפות העצמית בשב"ן, כיסוי שלמעשה פוגע בתכליות של מנגנון ההשתתפויות העצמיות בשב"ן לבלימה של עודף ביקושים.

6. תהליך אישור תוכניות השב"ן ופוליסות מסחריות

עמדתנו היא כי יש להשאיר את אישור התוכניות בסמכותו המלאה של משרד הבריאות. תיאומי המדיניות משתקפים בעצם דיוני הוועדה בהם נשמעו דעות ועמדות שונות, אשר כתוצאה מהם גם עשויים להיקבע גבולות גזרה תחומים להיבטי התוכן השונים של תחום השב"ן. בכפוף לכללי המסגרת אותם יש לקבוע, הן ביחס לתחום השב"ן והן ביחס לתחום המסחרי, יש לשמור על סמכותם של גורמי הרגולציה הרלוונטיים בכל אחד מהמשרדים (משרד הבריאות לעניין השב"ן ומשרד האוצר לעניין הביטוח המסחרי), דבר שיש בו לשקף את המומחיות הרחבה שיש לכל אחד מהמשרדים בתחום המופקד תחת פיקוחו; לייעל את התהליך; ולמנוע ערבובם של שיקולים זרים, סיכון שכיח במקרים של רגולציה משותפת המגבירה את הלחץ לפשרות לא ענייניות. ספציפית נראה לנו ובכל הכבוד הראוי, כי אגף התקציבים במשרד האוצר, שהוא למעשה הגורם שייצג את משרד האוצר, ככל שמשרד האוצר יהיה מעורב פורמאלית בתהליכי האישור של תוכניות השב"ן, אינו אמון ומיומן בשיקולים הרגולטוריים הרלוונטיים. הניסיון מראה כי תהליכים אלה גולשים פעמים רבות "לכיפופי ידיים" כולל כריכה שלהם בסוגיות חיצוניות לתחום הנדון, וכן כרוכות בהארכה וסרבול של התהליכים עד כדי קליעתם למבוי סתום. איננו מתנגדים, ויש אף לראות בחיוב, קיום שולחן עגול של הרגולטורים הרלוונטיים, אולם זאת ללא תלות בניהול הליכי האישור השוטפים של תוכניות השב"ן והפוליסות המסחריות, בלא שיהיה בכך כדי להתנות או לתלות החלטה או אישור של בעלי הסמכות הרלוונטיים בדיון כזה.

21

לעניין "וועדת סל-שב"ן" שהוצעה, לא ברור מה מעמדה של הוועדה, והאם תמיכתה היא תנאי סף לאישור. בכל מקרה, יש בפורום כזה כדי לפגוע באחידות התהליך מול הרגולטור, שכן הקופות עשויות להפעיל לחצים רב-כיווניים כולל על "נציגי הציבור" שלא ברור איזה ציבור הם מייצגים, ומה מיומנותם לקבל החלטות, דבר העלול להוביל דווקא ללחצים לאישור כיסויים שכיום אנחנו מתנגדים להם.

מעורבות אגף תקציבים בוועדה כזו אינה מקובלת עלינו מאותה סיבה שלא מקובל עלינו לשתף את משרד האוצר בסמכות האישור.

ההשוואה לוועדת סל הבריאות הממלכתית היא מופרכת, וועדת הסל מייעצת לממשלה בהקצאת משאבים מתקציב המדינה לצורך תעדוף והוספת שירותים לסל הממלכתי-האוניברסאלי, ואין כל דמיון בין המטרה והשיקולים הקשורים לתפקודה של הוועדה הציבורית להרחבת הסל לבין סוגיית השב"ן.

כפי שציינו לעיל, ממילא אם תתקבל עמדתנו, הרי שתצטמצם במידה ניכרת היכולת להוסיף כיסויים חדשים במחיר של העלאת פרמיה. בהתחשב במנעד התחרותי המצומצם מאוד שיש בקביעת כיסויים שהם מעבר לכיסויי הליבה; מגבלת הפרמיה המוצעת; והעובדה שעיקר הכיסויים הקיימים היום יישארו (וחלקם, לפי הצעתנו, יוצאו כיוון שאינם מתאימים לשב"ן), הרי שתיחסם הדרך בפני הוספת עוד ועוד כיסויים, כנגד העלאת פרמיה תוספתית. מכאן שההצעה, לא רק מזיקה ובעייתית, אלא אף מיותרת.

יצוין, כי מודל וועדת הסל עצמו, למרות הקונצנזוס סביבו, איננו נקי מחולשות ומייצר לא אחת קשיים שנובעים הן מחולשתם של נציגי הציבור להידרש לשאלות בעלות משמעות כלכלית מהותית; הן בהשפעה של קופות החולים שבועדת הסל מתבצעת מפנים, ולפי ההצעה כאן תתבצע מבחוץ; והן בנקודה שכבר העלינו של המרת שיקול הדעת השלטוני בשיקול דעת של וועדה שאינה אמונה על שיקולי מדיניות רחבים רב שנתיים. מכל הטעמים הללו, וכן לנוכח הקושי שיהיה לייצר מענה יעיל ומהיר לבקשות הקופות, אנו מתנגדים להצעה.

לא למותר לציין, כי ככל שהגישה היא שיש להתייחס להוצאה הפרטית בבריאות כמשהו אשר גם הוא טעון תעדוף כאילו מדובר בהוצאה ציבורית (כתפיסה שהיא מלאכותית ושאינה מקובלת עלינו), הרי שאז יש לעשות כן גם ביחס לביטוחים המסחריים. אולם, דווקא במישור זה אין כל הצעה להגביל את חופש הפעולה של חברות הביטוח והמפקח על הביטוח, לרבות באמצעות וועדה כזו. התאום המוצע עם משרד הבריאות בנושא תרופות בביטוחים מסחריים, הוא קבוצה ריקה של ייעוץ, שכן כיסויים בנושא תרופות הם כיסויי מסגרת סטנדרטים, כך שדווקא בתחום זה לא נדרש ייעוץ שוטף. לאור האמור, נראה לנו כי יש להשאיר את סמכותו הבלעדית של כל רגולטור, תוך שמירת חופש הפעולה שלו, עם מי להתייעץ, לפי מהות הנושא שעל הפרק.



7. "מיסוי / קנס" השב"ן לטובת סל בסיסי

אנו מתנגדים להצעה למיסוי השב"ן לטובת הסל הבסיסי. הכותרת "מיסוי/ קנס השב"ן" מסווה את העובדה כי למעשה מדובר בנטל המוטל על כלל מבוטחי השב"ן הנדרשים להוציא מכיסם סכום נוסף על דמי החבר וההשתתפויות האמורים לכסות את כלל ההוצאות הכרוכות במתן השירותים במסגרת השב"ן, כך שלמעשה **מדובר במיסוי אישי ישיר ורגרסיבי שלהם, המטיל עליהם נטל נוסף על זה הכרוך במימון עלות השירותים**. סכום זה הוא דרך נוספת להגדיל את המימון הפרטי במערכת הבריאות, וזאת בין אם הוא ישמש להרחבה של מקורות המימון של הסל ובין אם הוא יקטין את מימון המדינה לסל. יצוין, כי כבר היום ברמה התוצאתית סופגת תוכנית השב"ן חלק מההוצאות שהן אלטרנטיביות לשרותי הסל (בחירת מנתח), ולפי האומדנים שבידנו נושאים מבוטחי השב"ן בחלק המשקף את חלקה של התוכנית בתקורת הניהול של הקופה. בימים אלה מבצע האגף לפיקוח על קופו"ח ושב"ן בקרה על אופן ההתחשבות של השב"ן עם הסל בנושא הוצאות הנהלה וכלליות. לדעתנו, אין מקום לכך כי עמיתי התוכנית ידרשו לשאת במס גולגולת ייעודי. ככל שיש מי שסבור כי יש להעמיק את הגביה מהציבור, הרי שיש לעשות כן באמצעי הפרוגרסיבי של דמי ביטוח בריאות, ולהגדיל את עלות הסל במקביל. אין מקום לכך שהאוכלוסייה המגוונת מבחינה סוציו-אקונומית וגילאית של מבוטחי השב"ן תידרש לממן מכיסה את השרות הציבורי מעבר לנטל המס המוטל על כלל הציבור מכוח החוק, וזאת בין אם הדבר ייעשה ע"י העלאת דמי החבר או ההשתתפויות העצמיות ובין אם ע"י צמצום שירותים.



סיכום

לסיכום נשוב ונפרט את העקרונות המנחים לאישור כיסויים בשב"ן, וכן נפרט את עיקר המלצותינו ליישום עקרונות אלו ביחס לתוכניות השב"ן ולסל הבסיסי.

עקרונות מנחים

1. מניעת זליגה של שירותים מהסל הבסיסי לשב"ן או מניעת התניה להלכה או למעשה, של גישה לשירותי סל בהצטרפות לשב"ן.
2. אי שימוש בשב"ן לצורך יצירת שווקי שירות שאינם קיימים או שאין להם זכות קיום במנותק מהשב"ן.
3. אי שימוש בשב"ן כפלטפורמה שיווקית גרידא, ומימוש מהותו הביטוחית ע"י השתתפות המהותית שלו במימון השירותים המוצעים למבוטחים.
4. אי שימוש בשב"ן לצורך: הקטנת השתתפויות עצמיות בסל הבסיסי; גיוון השירותים הכלולים בסל הציבורי (למשל תרופות מקור לעומת גנריקה); גיוון ספקים בסל הציבורי (למשל, הרחבת הסדרי בחירה); וכן הקלה בתנאי גישה לטכנולוגיות שבסל החורגת מהרחבת התוויות (למשל, הקדמת קווי טיפול וכדומה).
5. אי סבסוד של הסל הציבורי לשירותים הניתנים למבוטחי השב"ן, וזאת על בסיס העיקרון לפיו כיסוי הסל הבסיסי הוא לשירות ולא כוואוצ'ר; וכן על בסיס העיקרון כי משאבי הסל הציבורי לא יממנו למבוטחי השב"ן שירות שאין הם משתתפים במימונו ביחס לכלל מבוטחי הקופה.
6. אי הכללה בשב"ן של טכנולוגיות מתקדמות, לרבות תחליפי ניתוח, וזאת על בסיס פרשנות רחבה של סל הבריאות הציבורי ומניעת כרסום בו ע"י הכללה של טכנולוגיות מעין אלה בשב"ן.



7. על השירותים בשב"ן לייצג תרומה וערך ממשיים ומשמעותיים לבריאותו ולרווחתו של המשתמש המיועד בשירות. יש למנוע מצב בו השב"ן משמש פלטפורמה לכיסויים בעלי מקדם חשיבות נמוך אשר אינם מייצגים תרומה או ערך משמעותיים לבריאותו ורווחתו של הפרט.
8. הכיסויים בשב"ן צריכים להתבסס בעיקרם על מתן שרות בעין ע"י ספקי הסדר ולא על החזר בעד רכישה פרטית של השירות, למעט במקרים בהם מימוש אפקטיבי של הכיסוי מצדיק סטייה מעקרון זה או שבהם מוצדק לאפשר החזר כהשלמה לשירות הניתן ע"י ספקים עקב מחסור בספקים ברמה ארצית או אזורית.
9. לצד המשך כיסוי במסגרת השב"ן לשירותים שמקומם הראוי הוא בסל במימון ציבורי, יש לפעול לגיבוש תכנית הדרגתית רב שנתית להכללת שירותים אלה בסל הבריאות, כהחלטת מדיניות ממשלתית, ללא תלות בוועדה להרחבת הסל, שאינה אמונה בהכרח על שיקולי מדיניות רחבים החורגים מתעדוף טכנולוגיות ספציפיות ומבודדות.
10. רבדי השב"ן- החלוקה לרבדים בשב"ן צריכה לשקף, בין היתר, הנגשה של רוב המבוטחים לשירותים בעלי מקדם חשיבות גבוה (שירותים כאלה יכללו ככלל ברובד הראשון); אי פיצול מלאכותי של שירותים בין הרבדים; שמירת הנגישות הכלכלית של התוכנית למבוטחיה ע"י ויסות מתאים של שירותים בין שני הרבדים כדי שלא להעמיס עלויות גבוהות מידי על הרובד הראשון; אי ניוון הרובד הראשון וריכוז החידושים ברובד העילי לשם דחיקת מבוטחים לרובד העילי; והגבלת מספר הרבדים לשניים.

עיקר ההמלצות בנושא השב"ן והסל הבסיסי

במסמך זה הצענו שינויים מהותיים ובעלי משמעות בתוכניות השב"ן. להלן העיקריים שבהם:

1. **דמי חבר** - גידור את שער עליית דמי החבר (מעבר לעדכוני מדד המחירים האוטומטי), כך שיקבע שער גידול מרבי לתקופה מוגדרת בדמי החבר.
2. **שינויים בכיסוי בחירת מנתח**
 - א. **רבדים** - ביטול הפיצול של הכיסוי לניתוחים בין שני הרבדים, ריכוזו ברובד הראשון וביטול הכיסוי לניתוחים ברובד השני.
 - ב. **השתתפות עצמית** - השתתפות עצמית משמעותית תוך קביעת טווח בין השתתפות מינימאלית ומקסימאלית.
 - ג. **החזר/הסדר** - בהתבסס על העיקרון שלפיו יש להתמקד בשב"ן בשירותים בעין ולא בהחזרים, מוצע לצמצם את הזכות לקבלת החזרים עבור בחירת מנתח שנרכשה באופן פרטי כך שתכלול קבוצה מצומצמת של רופאים בכירים (בשיעור מוגדר מתוך מספר הרופאים שכלולים ברשימת מנתחי ההסדר של הקופה).
3. **תרופות מצילות ומעריכות חיים** - הכללת כיסוי לתרופות מצילות ומאריכות חיים שאינן כלולות בסל ברובד הראשון של תוכנית השב"ן.
4. **ייעוצים** - ריכוז הייעוצים ברובד הראשון וביטול האפשרות להכללת רופאי קהילה המספקים שרותי סל (לרבות עצמאיים) ברשימת היועצים שבשב"ן תחת התנאים שפרטנו במסמך.
5. **ביטול שירותים** - לייף סטייל בשב"ן לדוגמא, אסתטיקה, מכוני כושר, ניתוחים פלסטיים וכו'.
6. **ביטול חבילת הכיסוי לחולים אונקולוגיים** - חיזוק מערך הטיפול והליווי של חולים אונקולוגיים בסל הבסיסי, וביטול חבילות כיסוי "שיווקיות" לחולים אונקולוגיים.

7. **חיזוק הסל הציבורי** - גיבוש תכנית הדרגתית רב שנתית להכללת שירותים אלה בסל הבריאות,

כהחלטת מדיניות ממשלתית, ללא תלות בוועדה להרחבת הסל

א. שירותים מוגבלי מכסה.

ב. רפואת שיניים משמרת.

ג. ביטול ההשתתפות העצמית באשפוז סיעודי מורכב.

כל האמור לעיל מחייב צעדים משלימים הן בתחום הביטוחים הפרטיים, הן בתוספת משמעותית של משאבים למערכת הרפואה הציבורית, והן ברה-ארגון של התמריצים והכללים בכל הקשור למתן היתרי עבודה פרטית למועסקים במערכת הבריאות הציבורית.

בברכה,



רויטל טופר-חבר טוב

סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח ושרותי בריאות נוספים

בברכה,



ד"ר טוביה חורב

סמנכ"ל בכיר לתכנון אסטרטגי וכלכלי