

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

רח' המלך-ג'ורג' 16
כניסה ב'
ת.ד. 37025
ירושלים 94229
טלפון: 02-6245881
פקס: 02-6259264

רח' דניאל פריש 3
תל-אביב 64731
טלפון: 03-6918225
פקס: 03-6918226

E-mail: office@abramson-law.co.il

אפרים אברמזון
תמר הקר
אברהם אברמן
יאיר עשהאל
אילן רוזם
ירון שיף
גיפרי רשב"א
הרי גרינברג
תומר ברודי
אסנת אלירם
יעקב שינגזון
אריאל צימרמן
שחר דומאי
אלי עמאר
אשר מילר
עמי הורדס
חיה שפיגל-אפרים
בני ציפרוט
טלי יגל-בר אשר
רפי שפירא
ליאת בנמלך



פרופ' דוד גליקסברג

11 יוני, 2001

- במסירה ידנית -

לכבוד
מר דרור שטרומ, עו"ד
הממונה על ההגבלים העסקיים
ירושלים

נכבדי,

**הנדון: בקשה דחופה להכרזה על קופות החולים כללית, מכבי, לאומית ומאוחדת
בעל קבוצת ריכוז ומונופולין ולמתן הוראות למונופולין
על פי חוק ההגבלים העסקיים, התשמ"ח-1988**

בשם מרשתנו, הסתדרות הרוקחים בישראל - ענף בתי המרקחת (להלן - "ההסתדרות"), הרינו לפנות אליכם בבקשה שבנדון, מן הטעמים והנימוקים שיימצאו בגוף הבקשה ובנספחיה.

יצוין כי לצרכי פניה זו מייצגת ההסתדרות את כלל בתי המרקחת הפרטיים במדינת ישראל, לרבות את רשתות הפארמה השונות (ובסך הכל - כ-700 בתי מרקחת פרטיים).¹ עקב דחיפות הבקשה, מובאים כאן עיקרי הדברים, כאשר מרשתנו שומרת זכותה להוסיף ולפרט בענין, ומובן כי אנו לרשותכם לכל שאלה או הבהרה.

מבוא ותמצית הבקשה

1. בבקשה דחופה זו מבקשת מרשתנו, המייצגת כאמור את כלל בתי המרקחת הפרטיים בישראל, לשים קץ לעיוות חמור בשוק רכישת תרופות המרשם בישראל, הנובע מריכוז כוח הרכישה בשוק זה בידי ארבעה גופי ענק - קופות החולים - שאינם מהססים לנצל את מעמדם האבסולוטי בשוק.

¹ להסרת ספק יצוין כי בפניה זו ובהכנתה מולאו כל התנאים המופיעים בגילוי דעת 1/00 של הממונה על ההגבלים העסקיים בנושא שיתופי פעולה בין מתחרים בפעולה מול רשויות שלטון.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 2 -

2. בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשמ"ד-1984 (להלן - "חוק ביטוח בריאות"), נוצרו נסיבות בעקבותיהן נהיו קופות החולים - כללית, מכבי, לאומית ומאוחדת - ל"קבוצת ריכוז" ולמונופול במונחי חוק ההגבלים העסקיים, התשמ"ח-1988 (להלן - "החוק") ולחלופין - נהיתה כל אחת מקופות החולים למונופול בכל הנוגע להספקת שירותים רפואיים לחבריה על כל הנובע מכך.

3. לריכוזיות זו השלכה כבדה על מספר שווקים כלכליים, אולם השפעתה ניכרת במיוחד בשוק רכישת תרופות המרשם, שכן נתח קופות החולים (בעצמן ובאמצעות חבריהן) מכלל רכישת תרופות מרשם בשוק הפרטי-אזרחי הינו קרוב ל-95% (כפי שיפורט ויבוסס בהמשך).

4. כוחן של קופות החולים בשוק הנדון איפשר לקופות החולים, כל אחת בנפרד, אך תוך פזילה ברורה לפעולות קופות החולים האחרות והתאמה להן, לכפות על בתי המרקחת הפרטיים (העצמאיים כמו גם אלה השייכים לרשתות הפארמה) הסדרי רכישת תרופות הפוגעים בבתי המרקחת, בתחרות ובציבור.

5. כפי שיתואר עוד, מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות, נשחק מתח הרווחים הדל ממילא של בתי המרקחת, והוא כיום אינו כלכלי לתפעול בית מרקחת. מעבר לפגיעה הברורה בפרנסתם של הרוקחים, התנהלות קופות החולים כובלת את כלל השוק לסד שאינו מאפשר תחרות בין בתי המרקחת ובין קופות החולים, וחמור מכל - היא מונעת מן הרוקחים את האפשרות והתנאים למתן שירותי רוקחות נאותים לחולים.

6. בעת האחרונה נוצרו מגמות חדשות וחמורות בשוק, המעידות על כוונתן של קופות חולים להגביר את פעילותן העצמית כספקי תרופות מרשם לחבריהן, על ידי צמצום העבודה עם בתי מרקחת פרטיים וריכוז הנושא בדי אמות הקופה, ואף על ידי יבוא תרופות עצמי. משמעות מגמות אלה, היא שקופות החולים יהפכו לגופים מונוליטיים המרכזים את כל מדרגי שוק תרופות המרשם - הספקה סיטונאית, מכירה קמעונאית וכן רכישה ויבוא. במצב זה עלול להקיץ הקץ על ענף בתי המרקחת כולו. ודוק: שחיקת רווחיות הפעלת בתי המרקחת, אין משמעה הוזלת מחירי התרופות לחולים, והבטחת רווחיות בתי המרקחת, אין משמעה ייקור תרופות דווקא.

7. קופת חולים מכבי, למשל, החלה בחודשים האחרונים בביטול/סיום שירותי של התקשרויות עם בתי מרקחת פרטיים, אשר במקרים מסויימים מלאו להן עשרות שנים. למותר לציין (ואולם נאריך על כך בהמשך) כי בית מרקחת פרטי, אשר אחת מקופות החולים מפסיקה באחת את ההתקשרות עימו, עלול להמצא בסכנת סגירה. בהקשר זה, של קופת חולים מכבי, המדובר בעשרות בתי מרקחת. מגמות אלה הן העושות בקשתנו זו לדחופה, אולם מכל מקום התערבות הממונה על ההגבלים העסקיים הינה הכרחית בענייננו.

8. הילוך טיעוננו בבקשה דחופה זו יהא כדלקמן:

8.1. **בפרק א'** לאחר מבוא זה, נפרוש רקע עובדתי להכרת ענף בתי המרקחת ושוק רכישת תרופות המרשם בישראל;

8.2. **בפרק ב'** נסביר ונפרט מדוע מהוות קופות החולים "קבוצת ריכוז" במונחי החוק; תימוכין לכך יובאו במישור המבני, ולחיצוק המסקנה - גם במישור התנהגות קופות החולים; כחלופה לדיון נבאר גם כיצד ניתן לראות בכל אחת מקופות החולים מונופול בין חבריה ומונופסון בשוק רכישת תרופות המרשם עבורם;

8.3. **בסיכום** נרכז מסקנותינו ונפרוש בקצרה את הסעדים שלדעתנו יש להעניק לבתי המרקחת כנגד כוחן של קופות החולים לאחר שיוכרוזו כקבוצת ריכוז ומונופולין.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 3 -

פרק א'

הרקע העובדתי: שוק רכישת תרופות המרשם בישראל והפיקוח עליו

9. שוק תרופות המרשם

כללי

9.1. ענף התרופות בישראל זכה בעבר להתייחסות הממונה במספר החלטות בהן ניתנו פטורים מאישור הסדר כובל, וכן להתייחסות בית הדין אשר אישר מספר הסדרים כובלים בתחום זה.²

9.2. תרופות הן מוצר חיוני, הנדרש לאדם הנזקק לו בהוראת רופאו. במדינת ישראל אין לייצר או לייבא תכשיר רפואי אלא אם כן הוא רשום בפנקס התכשירים המנוהל באגף הרוקחות של משרד הבריאות. זאת בכפוף לחריגים הקבועים בחוק.³

פנקס התכשירים מבחין בין שתי קבוצות של תרופות המנויות בו. קבוצה אחת היא "תרופות מרשם", דהיינו, אותן תרופות שעל פי קביעת משרד הבריאות רכישתן מתאפשרת רק באמצעות מרשם רופא. בקבוצה השנייה מצויות כל שאר התרופות אותן יכול הצרכן לרכוש מבית המרקחת ללא מרשם רופא. סוג זה של תרופות זכה לכינוי "תרופות O.T.C" (Over The Counter).

9.3. כפי שיבואר להלן, עניינה של בקשה זו הינו שוק "תרופות המרשם" בלבד. שוק זה מקיף 4000-4500 תרופות. היקפו הכספי של שוק התרופות בכללו נע על פי הערכות שונות סביב כ-650 מיליון דולר. נהוג להניח כי 40% עד 45% מהתרופות הינן תרופות מיובאות.⁴

9.4. לכאורה צרכני התרופות הינם כל תושבי מדינת ישראל. עם זאת, התייחסות לפי גורם מממן רכישה (הגורם המשלם עבור התרופה) תגלה כי למעשה קיימות ארבע קבוצות צרכנים, כדלקמן:⁵ קופות חולים (75%), גורמים ממשלתיים (10%), צה"ל ושירות בתי הסוהר (10%), אזרחים וגורמים פרטיים (5%).

² ראו למשל: החלטת המועצה להגבלים עסקיים בדבר אישור הסדר כובל לגבי אספקת תרופות בין קופת חולים מכבי לבין בתי המרקחת שבהסדר - תיק הע/409 29.11.1985; החלטה בענין פטור מאישור הסדר כובל - בענין רכישה משותפת של תרופות ומוצרים פרה-רפואיים בין פארמה פלוס בע"מ לרשת בתי מרקחת מסויימת - תיק פט/16, 30.3.92; החלטה בענין פטור מאישור הסדר כובל - בענין רכישה משותפת של תרופות ומוצרים פרה-רפואיים בין מולטיפארם בע"מ לרשת בתי מרקחת מסויימת - תיק פט/31 3.11.92; החלטה בענין פטור מאישור הסדר כובל - בענין רכישה משותפת של תרופות ומוצרים פרה-רפואיים על ידי ש.ר.מ. - שירותי רוקחים מקצועיים אגודה שיתופית בע"מ - תיק פט/45 9.2.94; החלטה בענין פטור מאישור הסדר כובל - בענין הסכם על שירותי רוקחות ואספקת תרופות בין קופת חולים מאוחדת להסתדרות הרוקחים בישראל 16.10.94.

³ סעיף 47א(ג) לפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981 (להלן - "פקודת הרוקחים") קובע את הכלל בדבר חובת הרישום וסעיפים 47א(ג) ו-47ג(ב) קובעים את המקרים החריגים בהם לא נדרש רישום.

⁴ הנתונים האמורים מבוססים על דו"ח הוועדה המקצועית לשמירת טענות בנוגע לצו הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים רפואיים מיובאים), התשנ"ח - 1998 (להלן - "דו"ח הוועדה המקצועית") המצורף כנספח א' למכתבו זה. מהדו"ח עולה כי מידע מדויק ועדכני לגבי היקפו הכספי של שוק התרופות אינו קיים אף בידי קובעי המדיניות בממשלה (עמ' 6).

⁵ דו"ח הוועדה המקצועית, לעיל, עמ' 8.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 4 -

באם נתייחס לגורמים הפועלים בשוק הפרטי אזרחי, הרי שמספר הלקוחות מצטמצם, כדלקמן: ⁶ קופות חולים (93.8%), צרכנים פרטיים (6.2%).

9. 5 התפלגות ציבור המבוטחים בקופות החולים כולן, כעולה מנתוני הביטוח הלאומי (ליום 1.4.01) הינה כלהלן: ⁷

קופת החולים	שעור מבוטחים מכלל האוכלוסיה
כללית	61.3%
מכבי	20.5%
מאוחדת	9.1%
לאומית	9.1%

9. 6 הביקוש לתרופות המרשם הינו מטבעו קשיח - הצורך במתן מזור לתחלואים שונים אינו מושפע מעליה או מירידה של מחירי התרופות. אומנם קיימת תחליפיות בין תרופות מסוימות (גנריות בעיקר), באופן המאפשר השגת תוצאות טיפוליות דומות באמצעות כל אחת מהן. או אז, יהיה לשינוי במחירה של אחת מהתרופות, השפעה על צריכתה של האחרת (אולם יצויין, באגב, כי קופות החולים נוהגות בדרך כלל לרכוש רק מותג אחד מכל תרופה גנרית). עם זאת, הסתכלות על שוק התרופות בכללותו, מגלה כי הביקוש לתרופות הינו קשיח. ⁸

9. 7 זאת ועוד, כאמור, לאחר חקיקתו של חוק ביטוח בריאות, כ-93.8% מהמרשמים מונפקים על ידי קופות החולים. אלה מגדירות לרופאיהן ב"ספר התרופות" של הקופה, אילו תרופות הם רשאים לרשום לחברי הקופה. מכאן כי קופות החולים הן שיוצרות ומנתבות את הביקוש בשוק התרופות. זאת בשעה שהצרכן הסופי - החולה - אינו יכול בדרך כלל, ואף הינו חסר מוטיבציה, לבחור תרופות על פי מחיריהן, כשפעולתן הרפואית זהה.

9. 8 לכך יש לצרף את העובדה כי הליכי היצור של התרופות, רובם ככולם, מוגנים באמצעות פטנטים לתקופה של עשרים שנה, במהלכה רשאי רק מחזיק הפטנט לייצר את התרופה. עובדה זו מצמצמת מאד את פעילות כוחות השוק, משצומצמה באופן משמעותי האפשרות לקיומם של מוצרים תחליפיים בו.

הפיקוח על מחירי התרופות

9. 9 מאפיינים ייחודיים אלה של ענף התרופות הם שהביאו להנהגת מדיניות של פיקוח על מחירי התרופות בידי משרד הבריאות. מדיניות זו עברה מספר שינויים, שהאחרון מבין אלה שנעשו בחקיקה ראשית נעשה במסגרת **חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 1999)**, התשנ"ט-1999 (להלן - "**חוק ההסדרים**"). חוק ההסדרים תיקן את פקודת הרוקחים באופן שנקבע בסעיף 63 לפקודת הרוקחים כי:

⁶ ד"ח הוועדה המקצועית, לעיל, עמ' 8.

⁷ ראו מכתב מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי לשרי האוצר, הבריאות והעבודה והרווחה מיום 26 במרץ, 2001, המציב **כנספת ב'.**

⁸ ראו גם יהלום ושני, **דיני רוקחות ותרופות בישראל**, המכון למחקרי משפט וכלכלה בע"מ, 2000, ע' 233, שם מבהירים הכותבים כי חוק ביטוח בריאות הגביר את קשיחות הביקוש, שכן מרגע שתורפה מסוימת הוכנסה לסל הבריאות, היא הופכת להיות "חסרת תחליף", ועל רופאי הקופות לרשום אותה במקרה הצורך.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 5 -

"(א) לא יימכרו תכשירים במחירים העולים על המחירים שנקבעו במחירון שפרסם המנהל או מי שהוא הסמיך לענין סעיף זה; שר הבריאות ושר האוצר רשאים לקבוע כי הוראות סעיף זה לא יחולו על תכשירים או סוגי תכשירים.

(ב) מחירו של תכשיר במחירון ייקבע כממוצע מחירו של אותו תכשיר תואם במדינות המפורטות בתוספת החמישית; שר הבריאות ושר האוצר רשאים לשנות את התוספת, ובלבד שמספר הארצות לא יפחת מארבע; שר הבריאות ושר האוצר יקבעו כללים לעדכון המחירון...

...

(ז) שר הבריאות ושר האוצר רשאים לקבוע את סך התמורה המרבי שיקבל רוקח בעבור ניפוק תכשירים או שיעור התמורה המרבי שיקבל ביחס למחיר התכשיר במחירון..."

מכאן כי גובש מנגנון של "ציטוט מחירים", לפיו יקבעו מחירי התרופות המקסימליים (תוצרת הארץ ויבוא כאחד) כממוצע מחירים של תרופות תואמות במספר ארצות.⁹ עוד נקבע כי שר הבריאות ושר האוצר יהיו רשאים להסדיר את המרווח הקמעונאי המקסימלי בגין ניפוק תרופות.

הלכה למעשה, מאז 31.12.1997 לא פורסם מחירון מעודכן לגבי תרופות מיבוא או מתוצרת ישראל, וגם לאחר שינוי המצב המשפטי בעקבות תיקון פקודת הרוקחים לא פורסם מחירון כאמור. לפיכך ניתן לומר כי למעשה אין כיום בשוק מחירון רגולטורי מחייב בתוקף.¹⁰ אך אף על פי כן, השוק כולו מתנהג כאילו נותר בתוקף המחירון שפקע ביום 1.1.1999. עובדה זו כשלעצמה יש בה כדי להעיד על העדר תחרות בשוק וכשל השוק, כפי שיפורט להלן.

ביום 2.9.01 אמור להיכנס לתוקפו צו הקובע את המחיר המקסימלי לקמעונאי, והמתייחס למחירון שטרם פורסם. גם צו זה קובע מחיר מרבי בלבד לצרכן, ונמנע מלקבוע מחיר מזערי.¹¹

⁹ בהתאם לצו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים שהם תכשירי מרשם), התשס"א-2001 (להלן - "צו מחירים מרביים") אשר פורסם ביום 15.1.2001, ואשר אמור להכנס לתוקף ביום 2.9.2001 (לאחר שבצו תיקון מיום 24.5.2001 נדחתה כניסת הצו לתוקף מיום 1.6.2001). יקבעו מחירי התרופות לפי ממוצע מחירים של תרופות תואמות במספר ארצות או המחיר הקמעונאי בחולנד של תכשיר מתאים - הנמוך מביניהם.

¹⁰ בענין תרופות מיבוא, לפחות, הדבר ודאי, והמדינה אף הודתה בכך בפני בית המשפט העליון בשבתו כבית דין גבוה לצדק במסגרת בג"צ 2032/98.

¹¹ בנוסף לצו מחירים מרביים, פורסם ביום 15.1.01 גם צו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (החלת החוק על תכשירים), התשס"א-2001. צו זה, אשר נכנס לתוקף ביום 1.6.01, מתיימר להחיל על שוק התרופות את חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996. יצוין כי כנגד שני הצווים החדשים הוגשה ביום 21.5.2001 עתירה מטעם יבואני תרופות בבג"צ 3997/01 ניאופארם בע"מ נ' שר האוצר ואח', וביום 30.5.01 הוגשה עתירה נוספת מטעם הסתדרות הרוקחים (בג"צ 4251/01 הסתדרות הרוקחים - ענף בתי מרקחת נ' שר הבריאות ואח'). על כל פנים יובהר, כי אין בהליכים האמורים, המתייחסים אך ורק להיבט הרגולטורי-סטטוטורי של הפיקוח על מחירי התרופות, כדי לייתר את הצורך הדחוף בהתערבות הממונה בשוק התרופות לשם מניעת הפגיעה בבתי המרקחת ובציבור, הנובעת מכוחן של קופות החולים.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 6 -

כפי שנבהיר מיד, סובלת החקיקה החדשה מתחלואי החקיקה שהייתה קיימת עד כה - המרווח הקמעונאי אינו מוגן בחקיקה אלא נקבע, לכל היותר, כמרווח מקסימלי בלבד (ולפיכך גם אם תיושם החקיקה לא יהיה בכך כדי לסייע למרשתנו). הדבר מאפשר לקופות החולים לנגוס במרווח זה עד לבלי הכר, תוך ניצול כוחן המונופוליסטי. בנוסף, אין החקיקה מתייחסת כלל לסך התמורה לו יזכה הרוקח במקום בו נמכרות התרופות בקונסיגנציה, דהיינו, כאשר התשלום המשולם לרוקח הינו עבור השירות הניתן על ידו בלבד.

9. 10. קודם לשינוי החקיקתי האמור, פורסמו מספר צווים שקבעו בין היתר את המרווח הקמעונאי המקסימלי, דהיינו, את מתח השיווק המקסימלי של הקמעונאי (בית המרקחת) במכירת תרופות לצרכן. קביעתו של מרכיב זה ידעה תהפוכות רבות, כאשר המגמות הינן זהות הן לגבי תרופות מתוצרת הארץ והן לגבי תרופות יבוא.

השחיקה במתח הרווחים הסטטוטורי היתה כדלקמן:¹² בשנים 1985-1991 עמד מתח השיווק הקמעונאי על 36-41% מהמחיר לקמעונאי (על בסיס מחירון משרד הבריאות). באוקטובר, 1991, בעקבות מדיניות משרד הבריאות להורדת מחירים בענף התרופות, הורד מתח השיווק המשוקלל לקמעונאי ל-28% על המחיר לקמעונאי. על פי הסדר שגובש בעקבות בג"צ 5428/91 הסתדרות הרוקחים בישראל ואח' נ' שר הבריאות ואח' (לא פורסם), הועלה מתח השיווק המשוקלל המירבי לקמעונאי, באפריל, 1992, ל-32.88% על המחיר לקמעונאי.

ברם, בפועל נותר מתח השיווק האמור בגדר נתון תאורטי בלבד, שכן קופות החולים, תוך ניצול כוחן המונופוליסטי ובניגוד לכוונת המחוקק, דרשו וקיבלו "הנחות" אשר הפחיתו מתח שיווקי זה באופן ניכר. זאת, עד כדי קיפוח פרנסתם של בתי המרקחת.

כך לדוגמא מנתוני משרד האוצר¹³ עולה כי הרווח הגולמי בענף בתי המרקחת הינו נמוך ביותר, ועמד בשנת 1997 על 22.5% וזאת לאחר שנלקחו בחשבון ההנחות הכפויות לקופות החולים והרווחים ממכירת מוצרים שאינם תרופות.

כאמור לעיל, רק לאחרונה פורסמו שני צווים חדשים (אשר החליפו את הצווים הקודמים בענין שנגדם ניתן צו ביניים אשר השעה את כניסתם לתוקף)¹⁴ לפיהם החל מספטמבר 2001, ייקבעו שיעורי רווח רגרסיביים לקמעונאי בהתאם למחיר המחייב לקמעונאי, אך לא יותר מהמחיר המחייב לצרכן במחירון; על כן, ככל שעלות התרופה לרוקח גבוהה יותר, כך נשחק הרווח הקמעונאי.

זאת, מבלי לקחת בחשבון את פקטור ה"הנחות" לקופות החולים אשר מפחית גם הוא משיעור הרווח של בית המרקחת.

9. 11. במצב זה, הפיקוח החקיקתי על המחירים מנטרל את כוחות השוק ואינו מאפשר להם למלא את תפקידם הקלאסי וליצור שיווי משקל טבעי של מחירים, שנקבע במערכת יחסים בין קונים מרצון למוכרים מרצון (אך כאשר לא נקבע מתח רווחים מינימלי לרוקחים, "כוחות השוק" המסיביים של קופות החולים פועלים גם פועלים, לשחיקה עד תום של רווחי בתי המרקחת).

¹² מצ"ב כנספח ג' המקורות הרלוונטיים, מהם עולה השתלשלות הדברים בבירור.

¹³ משרד האוצר/נציבות מס הכנסה, המחלקה הכלכלית, קווי הנחיה כלכליים לבחינת סבירות הכנסה, הוצאת רונן (אפריל 1997), מצ"ב בחלקו הרלוונטי כנספח ד'. לניתוח כלכלי של ענף הרוקחות משנת 2000, ראו סקירת ענף הרוקחות שהוכנה על ידי מדור מידע במטה העסקי של בנק הפועלים, המצ"ב כנספח ה' (להלן - "סקירת בנק הפועלים").

¹⁴ בג"צ 2032/98 הסתדרות הרוקחים בישראל ואח' נ' שר הבריאות ואח', (לא פורסם).

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 7 -

במילים אחרות - בתי המרקחת נתונים במיטת סדום, באשר אין הם יכולים, בשונה מכל ספק מוצרים, להתאים את מחירי תרופות המרשם לתנאים השונים בהם הם פועלים ולאוכלוסיות השונות שהם משרתים, כפי שנעשה בשוק משוכלל. בנוסף, אין בידי בתי המרקחת לעודד את הצריכה של תרופות כאמור על ידי פניה אל קהל היעד של תרופות אלו, היות שהיקף הצריכה נקבע על ידי הרופאים - של קופות החולים - הרושמים את המרשמים לחוליהם.

9. 12. כל זאת בה בשעה שהרוקחים מחוייבים על פי דין לעמוד ברשימה ארוכה של חובת ודרישות בענין ניהול בית המרקחת, ביגוד, ציוד, מיזוג אוויר ועוד, באופן שאינו מאפשר להם להפחית את העלויות הקבועות שלהם.

9. 13. זאת ועוד, כפי שעולה מדו"ח הוועדה המקצועית:¹⁵

"...בית מרקחת פרטי או סניף של רשת פרמה אשר אינו מספק שרותים למי משתי קופות החולים מכבי או מאוחדת מאבד את יכולת הקיום שלו.

לאור האמור לעיל קשה ולא הגיוני להתייחס לעמלות הנגבות על ידי קופות החולים כחלק מיחסי קונה מוכר רגילים" (ההדגשה במקור - הח"מ).

ולמטה מכך:¹⁶

"...הוועדה אינה חושבת שבתנאים השוררים כיום של עודף יחסי בבתי מרקחת מחד ולחץ הקופות לעמלות מאידך יש מקום להעלאת התגמול לרוקח.

כל העלאה כאמור תוביל בהכרח להגברת הנטל על האזרח ולאוו דווקא להטבת מצבם של בתי המרקחת.

הסיבה לכך נעוצה כאמור בעובדה שכל העלאה בשעור התגמול, אשר תוביל בהכרח לעליה במחירי התרופות תנוצל מיידית על ידי קופות החולים להעלאת העמלות הנגבות על ידן" (ההדגשה הוספה - הח"מ).

לאור זאת הגיעה הוועדה המקצועית בין היתר למסקנה כי:¹⁷

"... אין הוועדה יכולה להתעלם מכך שלכאורה ישנה התנהגות, מצד קופות החולים, אשר מנצלת את הכח כלקוח יחיד למעשה, וכופה תנאים מסחריים לא הוגנים על בתי המרקחת.

ה. הוועדה ממליצה ברוב דעות למנכ"ל משרד הבריאות הממונה על מערכת הבריאות לשקול פניה לממונה על ההגבלים העסקיים על מנת שיבדוק האם אין בהתנהגות הקופות כלפי בתי המרקחת משום הגבל עסקי" (ההדגשה במקור - הח"מ).¹⁸

¹⁵ בעמ' 10.

¹⁶ בעמ' 23.

¹⁷ בעמ' 24.

¹⁸ למיטב הידיעה לא פעל מנכ"ל משרד הבריאות בהתאם להמלצה זו.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 8 -

והדברים מדברים בעד עצמם!

לפיכך, ברור כי נדרשת בהקדם התערבותו של הממונה להסדרת שיעור ה"עמלות" (הלא הן ההנחות הנכפות על בתי המרקחת), וכן להסדרת התשלום המשולם לבתי המרקחת בגין השירות הניתן על ידם (כאשר המכירה היא בדרך של קונסיגנציה). זאת בדרך של הכרזה על קיומה של קבוצת ריכוז ומונופולין ומתן הוראות לקופות החולים המרכיבות קבוצה זו, כמבוקש בפתח מכתבנו.

10. ענף בתי המרקחת בישראל וההתקשרויות עם קופות החולים

כללי

10.1. למיטב ידיעתנו בארץ פועלים למעלה מ-1250 בתי מרקחת (לא כולל בתי מרקחת בבתי חולים וחדרי תרופות).¹⁹ התפלגות בתי המרקחת מוערכת כדלקמן:²⁰

א. מעל 610 בתי מרקחת בבעלות פרטית.

ב. כ-120 בתי מרקחת של רשתות הפארמה, בעיקר סופר פארם וניו פארם.

ג. כ-350 בתי מרקחת של קופת החולים הכללית.

ד. כ-63 בתי מרקחת של קופת חולים לאומית.

ה. כ-38 בתי מרקחת של מכבי שירותי בריאות.

ו. כ-16 בתי מרקחת של קופת חולים מאוחדת.

10.2. כעולה מהנתונים האמורים, חלק ניכר מהשוק,²¹ בצד ההיצע הקמעונאי, מצוי כיום בידי בתי המרקחת של ארבע קופות החולים, אשר מוסיפות לספק לחבריהן שירותי רוקחות ותרופות באמצעות בתי מרקחת משלהן. אפיק נוסף של מתן שירותי רוקחות לחברי קופות החולים הינו באמצעות בתי מרקחת פרטיים ורשתות הפארמה, אשר נקשרו בהסכמים עם קופות החולים, לאספקת שירותי רוקחות לחבריהן.

10.3. המצב הנוצר הוא שקופות החולים הן הצרכן (הריכוזי) היחיד כמעט בשוק; והם גם ספק מרכזי. מכאן נטייתן להעביר ככלל את רכישות התרופות של חבריהן מבתי המרקחת הפרטיים לבתי המרקחת של הקופות, תוך הפסקת התקשרויות עם בתי מרקחת פרטיים; לרכז את רכישות התרופות היקרות בבתי המרקחת של קופות החולים; להמנע מלהתקשר עם בתי מרקחת פרטיים הסמוכים לבתי מרקחת של עצמם; ועוד.²²

¹⁹ ד"ח הוועדה המקצועית, עמ' 7.

²⁰ חלק מהנתונים נכונים לאוגוסט, 1998; ראו מסמך מפקדת פיקוד העורף, נתוני בתי מרקחת ברחבי המדינה המצ"ב כנספח ו'.

²¹ לו היו בידינו נתוני אמת של רכישת תרופות ומכירתן על ידי קופות החולים, יתכן שהיה מסתבר כי קופות החולים הן קבוצת ריכוז גם בצד המכירה הקמעונאית.

²² נטיות אלה של קופות החולים נדונו בסקירת בנק הפועלים. מצ"ב דוגמאות לביטולי התקשרויות עם בתי מרקחת מן העת האחרונה, כנספח ז', וכן מצ"ב כנספח ח' דיווח בנושא מן העתונות היומית, מיום 17 באפריל, 2001, לפיו מכבי החליטה על סיום התקשרויותיה עם 80 עד 200 בתי מרקחת, לענף ייחוד תרופות מסוימות לרכישה בבתי המרקחת של הקופות, מצ"ב כנספח ט' מרשמי קופת חולים לאומית המציגים כי המרשם הוא ל"בית מרקחת קופה בלבד", מרשם "לבן" - לבתי מרקחת של הקופה בלבד, ומרשם "כחול" - גם לבתי מרקחת פרטיים.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 9 -

10.4 קופות החולים גם מנצלות את כוחן המונופסוני בשוק, בין אם בדרך של אילוץ בתי המרקחת להעניק להן "הנחות" על מחירי תרופות המרשם ובין אם בדרך של תשלום סכומים לא ריאליים בגין מתן שירותי אספקת תרופות, במקום בו נוהג הסדר של קונסיגנציה. כך קשורה קופת חולים כללית מהסכמים עם בתי מרקחת פרטיים, לפיהם מספקת קופת חולים כללית תרופות בקונסיגנציה לבתי מרקחת אלה, כדי שאלו יסופקו לחבריה על פי מרשם. בית המרקחת זוכה לדמי שרות קבועים בעבור השירות הניתן. ברם, גובהם של דמי השירות אינו ריאלי ומשקף בבירור את כוחה המונופוליסטי של קופת חולים כללית.

שלוש קופות החולים האחרות (מכבי, מאוחדת, לאומית), קשורות עם בתי המרקחת בהסדרים לפיהם התרופות המסופקות לחברי קופות החולים נרכשות על ידי בית המרקחת עצמו, וזה בא בחשבון עם הקופה אחת לחודש. ניתן לתאר באופן סכמטי את ההתחשבות בין בית המרקחת לבין קופת חולים בעקבות רכישתה של תרופה על ידי חבר הקופה (החולה) באופן הבא:

← חבר הקופה ממציא מרשם מרופא הקופה, לבית מרקחת פרטי, הקשור עם הקופה בהסכם.

← הרוקח גובה מחבר הקופה אחוז מסוים ממחיר התרופות הרשומות במרשם דדמי השתתפות - 15% או 50%, או 90% כפי שנקבע באופן שרירותי על ידי קופת החולים של החבר;

יצוין כי למיטב ידיעת מרשנתו, קופות החולים מסרבות באופן עקבי לחשוף נתונים בקשר לסכומים הנגבים על ידם כדמי השתתפות, גם כאשר נדרשו לכך על ידי משרדי הממשלה הרלוונטיים.²³

← בסוף החודש מעביר בית המרקחת לקופת החולים את פירוט התרופות שנופקו על ידו לחבריה על פי המירשמים.

10.5 ההנחות הכפיות אותן דורשות קופות החולים, הביאו לתהליך של פגיעה בכלכליות בתי המרקחת, לכלליות הנמצאת כיום בשפל המדרגה. הנחות אלה הן בשעור מסוים מהחשבון הסופי שמגיש בית המרקחת מידי חודש, ונוגסות במתח השיווק הקמעונאי, עד לכ-50% מהמתח השיווקי המותר על פי דין. בנוסף על ההנחה האמורה מנוכים מהסכום המועבר לבית המרקחת הסכומים אשר גבה בית המרקחת ישירות מחבר הקופה (דמי השתתפות), כשהיתרה מועברת לבית המרקחת.

10.6 ענף בתי המרקחת ידע שתי תהפוכות שהטביעו חותמן. האחת, בשנים 1991-3; השניה, בשנת 1994 בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות.

הרפורמה משנת 1993 התבטאה בשני שינויים. האחד, הפחתת שיעור מתח השיווק לקמעונאי מ-36-41% על המחיר לקמעונאי ל-28% משוקלל על המחיר לקמעונאי (ראה לעיל). השני, ביטול מגבלות על פתיחת בתי מרקחת שהיו נהוגות עד אותה עת. כך, בוטלה הדרישה כי בעל בית מרקחת יהיה רוקח מוסמך, וכן בוטלה הדרישה בדבר רדיוס מינימלי בין בתי מרקחת. כתוצאה ישירה מכך, גדל מספר בתי המרקחת, בעיקר עקב כניסת רשתות הפארמה לשוק.

²³ וראו ע' 12 לדו"ח הוועדה המקצועית: "משרד הבריאות סובל מחוסר מוחלט בנתונים לגבי היקפי הצריכה של הקופות, תמהיל הצריכה, ועלויות רכישת של תרופות לפי סוגים שונים. פניות רבות שנעשו לקופות ע"י משרד הבריאות והן ע"י ועדות מקצועיות שונות על מנת שתספקנה אינפורמציה לגבי עלות הרכש של תרופות שונות נתקלו בסירוב מוחלט. במאמר מוסגר ברצוננו לציין כי הוועדה מתקשה לקבל את סרובן של הקופות מטעמים שונים ומשונים כלגיטימיות, במיוחד אמורים הדברים לגבי גופים הפונים השכם והערב לממשלה על זרועותיה השונות בבקשות לסיוע כספי גם בתחום רכש תרופות."

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 10 -

באותה עת, לא זכתה אף קופת חולים להנחות כלשהן ממחירן הסטטוטורי של התרופות, למעט קופת חולים מכבי ששיעור ההנחות להן זכתה מחברי הסתדרות הרוקחים עמד על 3%-4%. השינויים בשוק, לא השפיעו על מצב דברים זה, וזאת כיוון שבאותה עת רק מחצית מכלל רכישת תרופות המרשם בבתי המרקחת הייתה דרך קופות החולים.²⁴ המחצית השנייה נרכשה באמצעות מרשמים פרטיים שנרשמו על ידי רופאים פרטיים. מרשמים אלה ניתנו לחולים אשר לא היו מבוטחים בקופת חולים כלשהי, או לחברי קופות חולים שפנו לרופאים פרטיים שרשמו להם תרופות מחוץ לשירותי הקופה בה היו מבוטחים. מכאן שאותה עת תלותם של בתי המרקחת הפרטיים ורשתות הפארמה בקופות החולים לא הייתה מוחלטת כהיום.

מצב דברים זה השתנה עם חקיקת חוק ביטוח בריאות, בו נקבעה חובת חברות של כל תושב באחת מקופות החולים המוכרות - קופת החולים הכללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים לאומית וקופת חולים מאוחדת - והוגדר מחדש סל השירותים שאותו חייבות הקופות לתת לחבריהן. כך הפכו בתי המרקחת הפרטיים ורשתות הפארמה לתלויים לחלוטין בקופות החולים בכל הנוגע לשוק תרופות המרשם. גם רופאים מומחים אשר הפניה אליהם הינה באופן פרטי או בתשלום מסוים, החלו לרשום את המרשמים באמצעות קופת חולים כזו או אחרת.

בתהליך מהיר ביותר השתנו פניו של שוק תרופות המרשם - עתה כ-94% מכלל רכישת תרופות המרשם נעשית דרך קופות החולים, כאשר רק כ-6% בלבד נרכשים על פי מרשמים פרטיים. מהלך זה ריכוז כוח רב, ולמעשה מוחלט, בידי כלל קופות החולים, באופן שלגבי תרופות מרשם יש לבתי המרקחת למעשה רק ארבעה לקוחות²⁵ - כללית, מאוחדת, לאומית ומכבי.

כך, לשם המחשה, הפסקת עבודה עם קופת חולים מאוחדת מהווה, עבור חלק ניכר מבתי המרקחת, ויתור מיידי על לפחות 25% מהיקף מכירת התרופות שלהם, ובמקרים רבים אף על כ-75%-90% מהיקף מכירת התרופות שלהם באזורים, כמו בירושלים, בהם מרבית האוכלוסיה מבוטחת ע"י קופת חולים מאוחדת. דוגמה זו תקפה גם לגבי קופות חולים אחרות.²⁶

מכאן כי כוח רב התגבש בידי קופות החולים והפסקת עבודה עם אחת מהן, עשויה להביא בתי מרקחת מסוימים אף לכדי פשיטת רגל. כוחם הרב של לקוחות אלה החל לתת את אותותיו בדרישה של קופות החולים להנחות נוספות. כל זאת על רקע צבירת הגרעונות על ידי קופות החולים ונסיון מצידן למצוא אפיקים חדשים ל"חסכון" בהוצאות - ובין היתר, על חשבון בתי המרקחת הפרטיים.

ההתקשרויות עם קופות החולים

10.7. ביום 13.4.94 נחתם הסכם בין קופת חולים מאוחדת לבין הסתדרות הרוקחים בדבר שרותי רוקחות ואספקת תרופות. על פי הסכם זה זכתה קופת חולים מאוחדת להנחה מבתי המרקחת של חברי הסתדרות הרוקחים בשיעור של 6% "מלמעלה" (כלומר, על מחירי המכירה בבתי המרקחת לצרכן) על רכישת תרופות בסך של עד \$5000, לחודש, ואילו בית מרקחת שהרכישות בו עברו את הסף האמור, יעניק לקופה הנחה של 9% "מלמעלה", מהשקל הראשון.²⁷

²⁴ זאת על אף שגם לפני חוק ביטוח בריאות, רוב תושבי המדינה היו חברי קופות חולים.

²⁵ כאמור, קופת חולים כללית, נשענת על מערך בתי מרקחת בבעלותה. בתי המרקחת הפרטיים אשר משרתים את חברי קופה זו, קשורים בהסכמי קונסיגנציה עם קופת חולים כללית, ולפיכך אין להם כל רווח על מכירת התרופה עצמה וכל רווחם הוא בדמי השירות שהם גובים.

²⁶ ולענין זה ראו מסקנות הועדה המקצועית לעיל.

²⁷ ראו החלטת הממונה מיום 16.10.94 שעניינה הסכם זה.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 11 -

לאחר פקיעת ההסכם האמור, ומשנחתמו הסכמי ההתקשרות שידונו להלן, בין בתי מרקחת שונים לבין קופת חולים לאומית, אשר השוו את תנאי ההתקשרות של קופת חולים לאומית לאלו של קופת חולים מאוחדת, נזעקה קופת חולים מאוחדת ודרשה לשפר את מצבה ולקבל את שיעורי ההנחה הגבוהים יותר להם זכתה מכבי.

לאחר שנתקלה קופת חולים מאוחדת בסרוב, שלחה זו לבתי המרקחת עימם היא עבדה, הודעה חד צדדית בדבר "עדכון" שיעורי ההנחות שהיא מקבלת. המהלך האמור החל בהודעתה של קופ"ח מאוחדת ביום 1.9.98 באמצעות רשת המחשבים של חברי ההסתדרות הקשורים עימה לפיה:

"הנחות מחזור לקופה:

קופ"ח מאוחדת תעדכן את הנחת המחזור עם בתי המרקחת שקשורים עימה בהסכם עפ"י הפירוט שלהלן:

בימ"ק שהמחזור שלו עם הקופה הוא עד \$5,000 - 7%.

בימ"ק שהמחזור שלו עם הקופה הוא בין 5,000 ל- \$20,000 - \$10.

בימ"ק שהמחזור שלו מעל \$20,000 - 12%.

חוזים אישיים לכל בתי המרקחת עם העדכונים המתאימים ישלחו אליכם במהלך החודש, יש לחתום על החוזים ולהחזירם בהקדם למניעת עיכובים בתשלומים."

- העתק תדפיס של ההודעה הנ"ל מצ"ב כנספח י' למכתבנו.

במקביל החלה קופת חולים מאוחדת להפיץ אל בתי המרקחת הפרטיים חוזים המיועדים לחתימתם.²⁸ זאת כמובן, ללא שהיתה הסכמה לכך מצד בתי המרקחת, או דין ודברים כלשהו, תוך שהובהר כי אלה שימאנו לחתום תופסק ההתקשרות עימם, או לא תבוצע מלכתחילה, לפי הענין. פעולה זו מדגימה הדגם היטב את התהליך שתואר לעיל, ואת המצב הבלתי נסבל בו נתונים חברי הסתדרות הרוקחים בעומדם חסרי אונים למול פעולתן הדורסנית של קופות החולים.

ואכן בעקבות הלחצים שהפעילה קופת חולים מאוחדת על בתי המרקחת שבירושלים הושוו ההנחות הניתנות לה על ידי בתי המרקחת לאלו שניתנו לקופת חולים מכבי, כמפורט להלן.

10.8. **מכבי שירותי בריאות** קשורה בהסכמי התקשרות פרטניים עם בתי מרקחת שונים.²⁹ על פי הסכמים אלה זכתה קופת חולים מכבי להנחה מבתי המרקחת בשעור של 7% "מלמעלה" על רכישת תרופות בסך של עד \$5000 לחודש.

עוד נקבע כי בית מרקחת שהרכישות בו עברו את הסף האמור, יעניק לקופה הנחה של 10% "מלמעלה", מהשקל הראשון, ואילו רכישות שיעברו את סף \$20,000 לחודש יזכו להנחה (על היתרה בלבד) בשעור של 12% "מלמעלה".

²⁸ נוסח ההסכמים מצ"ב כנספח יא'

²⁹ נוסח ההסכם לדוגמא מצ"ב כנספח יב'.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 12 -

10.9. קופת חולים לאומית התקשרה בהסכמים פרטיים עם כ-40 בתי מרקחת החברים בהסתדרות הרוקחים (בעקבות לחץ כבד שהופעל על אותם בתי מרקחת),³⁰ המעניקים לה הנחות בשעור של 9%-15% "מלמעלה". כל יתר בתי מרקחת הפרטיים התקשרו עם קופת חולים לאומית ביום 25.8.98 במאגד באמצעות הסתדרות הרוקחים, בהסכם³¹ ששיעור ההנחות בו זהה לאלו שנקבעו בהסכם שנהג בתחילה עם קופת חולים מאוחדת, קרי, 6% "מלמעלה" על רכישת תרופות בסך של עד \$5000, לחודש, ואילו בית מרקחת שהרכישות בו עברו את הסף האמור, יעניק לקופה הנחה של 9% "מלמעלה", מהשקל הראשון.

בעקבות השוואת שיעור ההנחות שקיבלה קופת חולים מאוחדת לאלו שבהן זכתה מכבי, דרשה אף קופת חולים לאומית כי שיעור ההנחות לו היא זוכה יעודכן באופן דומה.

- מכתבה של המחלקה לבקרה חשבונאית רפואית בקופת חולים לאומית להסתדרות הרוקחים מיום 24 במרץ, 1999, מצ"ב כנספח טו'.

בתי המרקחת נאלצו להענות לדרישה, באופן שהחל מיום 1.5.99 נוהג מדרג ההנחות בקופת חולים באופן הבא: הנחה בשיעור של 6% מ"למעלה" על רכישת תרופות בסך של עד \$2500 לחודש; הנחה בשיעור של 7% מ"למעלה" (מהשקל הראשון) על רכישת תרופות בסך של עד \$5000 בחודש; הנחה בשיעור של 9% מ"למעלה" (מהשקל הראשון) על רכישת תרופות בסך של עד \$7500 בחודש; הנחה בשיעור של 10% מ"למעלה" על רכישת תרופות בסך של עד \$20,000 והנחה בשעור של 12% מ"למעלה" על רכישת תרופות בסך של \$20,001 ואילך לחודש.

10.10. קופת חולים כללית עובדת עם מיעוט מצומצם של בתי המרקחת הפרטיים, ועם בתי מרקחת של רשתות פארמה. אלו העובדים עמה קשורים בהסכמים המבוססים על הסדר קונסיגנציה.³² באופן כללי, קופת החולים מספקת לבית המרקחת מלאי בסיסי של תרופות, ובית המרקחת מספק לחברי הקופה תרופות על פי מרשמים של רופאי הקופה, תוך גביית ההשתתפות העצמית של החבר עבור הקופה. קופת החולים משלמת לבית המרקחת עמלה בגין השירות הניתן.

למיטב ידיעת ההסתדרות, עד לאוקטובר, 2000, העמלה שהונהגה על ידי קופת חולים כללית היתה בסך 7 ש"ח למרשם, כאשר מאז מנהיגה קופת חולים כללית שיטת של תגמול לפי שורת מרשם, בשעור הנע בין 4.3 ש"ח לבין 4.9 ש"ח לשורה. עמלות אלה משקפות שעור רווח בלתי ריאלי לרוקחים, והם נמוכים משעור הרווח הנותר בידי הרוקח לאחר מתן ההנחות לקופת החולים האחרות.

10.11. מן המקובץ עולה בברור כי במידה ולא ינקטו על ידם צעדים אשר יאפשרו הבטחתו של מתח שיווק מינימלי לבתי המרקחת ועמידה כנגד הכוח המונופסוני אשר מפעילות קופת החולים, עתידים בתי מרקחת רבים להגיע אל עברי פי פחת, והתופעה של פשיטת רגל בקרב בתי מרקחת (לה חיינו עדים לאחרונה) תלך ותתגבר, תוך פגיעה בציבור הרחב.³³

³⁰ דוגמה להתייחסות קופת חולים לאומית לרוקח שחתם על הסכם פרטי מקפח תחת לחץ, ראו בתכתובת המצ"ב כנספח יג'.

³¹ נוסח ההסכם מצ"ב כנספח יד'.

³² דוגמת הסכם מצ"ב כנספח טז'.

³³ נשמח להוסיף ולפרט בענין הנוקים שתגרום תופעה זו לזמינות השירות הרוקחי ולאיכותו, ככל שנתבקש.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 13 -

פרק ב'

קופות החולים כקבוצת ריכוז כמונופולין במונחי החוק

11. כללי: קבוצות ריכוז כמונופולין בחוק ההגבלים העסקיים

11.1. כידוע, סעיף 26(א) לחוק קובע כי לענין החוק -

"...יראו כמונופולין ריכוז של יותר ממחצית מכלל אספקת נכסים או מכלל רכישתם, או של יותר ממחצית מכלל מתן שירותים, או מכלל רכישתם, בידיו של אדם אחד."

מנוסח הסעיף נובע בבירור כי המונח "מונופולין" בחוק כולל לא רק את המונופול (monopoly) אלא גם את המונופסון (monopsony) - גורם יחיד המרכז בידיו את עיקר הרכישה של נכס או שירות מסויימים.³⁴

נפקות היותו של אדם (לרבות תאגיד) בעל מונופולין על פי החוק היא רבה, ודי בקריאת פרק ד' לחוק בכדי להבין כי על כתפי בעל המונופול מטיל החוק נטל משמעותי של חובות העשויות להגביל במידה רבה או למנוע ממנו את ניצול מעמדו המונופוליסטי (או המונופסוניסטי).

11.2. סעיף 26(ב) לחוק מחיל בתנאים מסויימים את החובות המוטלות על בעל המונופולין גם על מי שאינו כשלעצמו בעל מונופולין:

"היה הריכוז האמור בסעיף קטן (א) או שנקבע לפי סעיף קטן (ג) נתון בידי שני בני אדם או יותר שאין ביניהם תחרות או קיימת ביניהם תחרות מועטה בלבד (להלן - קבוצת ריכוז), יראו את הריכוז כמונופולין ואת קבוצת הריכוז כבעל המונופולין, אם הממונה קבע זאת לפי סעיף 43(א)(4)."

בסעיף זה ביקש המחוקק בישראל כי חוק ההגבלים העסקיים יסדיר באופן מפורש וישיר גם את הבעיה האנטי-תחרותית הידועה כאוליגופול (oligopoly) - וכאשר הריכוז הוא ברכישת נכס - אוליגופסון (oligopsony).³⁵

³⁴ ראה R.D. Blair and J.L. Harisson, "Antitrust Policy and Monopsony", 76 Cornell Law Review 268, 301 (1991):

"Pure monopsony entails a single buyer. It is the demand side analog of the monopolist who is a single seller. Just as the monopsonist has market power in selling its wares, the monopolist has buying power in purchasing its requirements. Further, the economist objects to the exercise of monopsony power for the same reasons she objects to the exercise of monopoly power - both cause social welfare losses".

ראה, במשפט הישראלי, הכרזת הממונה על ההגבלים העסקיים בדבר קיום מונופולין לפי סעיף 26(א) לחוק - מפעלי פלדה מאוחדים בע"מ, ההגבלים העסקיים, כרך ג', חוזאת ועד מחוזי של לשכת עו"ד בישראל, עמ' 124; וכן יצחק יגור, דיני הגבלים עסקיים, חושן למשפט, 1997, ע' 366.

³⁵ אוליגופול ואוליגופסון יוצרים דמויות-מראה זה של זה, וכל האמור על אוליגופול ניתן לחקש ממנו על אוליגופסון (ראה R. Whish and B. Sufrin, Competition Law, 3rd ed., Butterworths, London, 1993, p. 467, n. 1); ההגדרה המקובלת של אוליגופול ואוליגופסון הינה הגדרה כמותית בלבד, שעניינה ריכוזיות השוק, ואין בה התייחסות להתנהגות בפועל של רכיבי האוליגופול. למשל, ראה שם:

"An oligopolistic market is one which is characterized by the presence of a few suppliers, none of which individually is in a position of market dominance, but each of which is relatively large ;"

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 14 -

לא בכדי עשה כן המחוקק: במערכות משפט זרות מוכר המצב בו קיימת תופעה אנטי-תחרותית הנובעת ממבנה שוק אוליגופולי, אך אין בידי הרשויות שתפקידן למנוע תופעות כאלה הכלים הראויים להתמודדות עם אוליגופולים, בהעדר מונופול, מחד גיסא, ובהעדר ראיות לקיום הסדר בין השחקנים, מאידך גיסא.³⁶

בישראל, תופעת האוליגופול אינה מחוזה נדיר, מאחר והשוק הכולל במדינה הינו קטן יחסית, אך בענפים רבים בהם ישנם יתרונות רבים לגודל, אין מקום למספר רב של שחקנים.³⁷

מפאת הריכוזיות היחסית במשק הישראלי, ועל סמך נסיון של מערכות משפט אחרות, התייחס אם כן המחוקק הישראלי באופן מפורש לבעית האוליגופול והחיל עליה את הכללים להסדרת מונופולין.

זו תכלית סעיף 26(ד) לחוק: לפשט את הטיפול בתוצאות האנטי-תחרותיות של קבוצת ריכוז על ידי קביעת מבחן פשוט יחסית לזהוי קבוצת הריכוז (הדומה למבחן זהוי המונופול), והמשך התייחסות לקבוצת הריכוז כאל מונופול לכל דבר וענין.

11.3. בסעיף 43(א)(4) לחוק הוסמך הממונה לקבוע אם קבוצת ריכוז היא מונופולין. בהפעילו סמכות זו, יפנה הממונה אל סעיף 26 לחוק ולמבחן קבוצת הריכוז הקבוע שם. על פי הגדרה זו, המצוטטת לעיל, קבוצת ריכוז היא קבוצה של "שניים או יותר" בני אדם, שלמעלה מחמישים אחוזים מכלל אספקת נכסים או מכלל רכישתם נתון בידיהם, ואשר "אין ביניהם תחרות או קיימת ביניהם תחרות מועטה בלבד". לפיכך, במבחן קבוצת הריכוז שבסעיף 26(ד) שני יסודות: יסוד ריכוזיות השוק ויסוד העדר או מיעוט התחרות.

פוזנר (ראה R.A. Posner, "Oligopoly and the Antitrust Laws: A Suggested Approach", 21 Stanford Law Review (1969) 1562, 1562. מגדיר אוליגופולים כך:

"markets in which a few sellers account for most of the output"

ישנם המוסיפים להגדרה הכמותית גם יסוד של מיעוט תחרות, כמו במילון Webster's Third International Dictionary (1993):

"a market situation in which each of a limited number of buyers is strong enough to influence the market but not strong enough to ignore the reaction to such influence by his competitors".

יצחק יגור מגדיר שוק אוליגופוליסטי (בעקבות J.S. Bain, Industrial Organization, 1959) כשוק:

"...[ה]נשלט על ידי מספר מצומצם של פירמות גדולות. במצב זה, מחד גיסא, אף אחת מאותן פירמות גדולות איננה שולטת בשוק לבדה. מאידך גיסא, אין מדובר בשוק אטומיסטי, שכן כוח השוק מרוכז בידי מספר מצומצם של גופים. ככל שהשוק ריכוזי או אוליגופוליסטי יותר, כך קיימים בו יותר מאפיינים של שוק מונופוליסטי, וגדלה הנטייה לניצול לא יעיל של המשאבים הכלכליים."

³⁶ הדברים אמורים בפרט בהקשר של ארה"ב, שם לשון ה-Sherman Act אינה מתייחסת במפורש לבעיות האוליגופול, באופן המקשה על מעורבות הרשויות ובתי המשפט בפתרון בעיות אלה (ראה, למשל, G.A. Hoy, "Oligopoly, Shared Monopoly, and Antitrust Law", 67 Cornell Law Review 439 (1982), 440-41). ניכר כי המחוקק הישראלי העדיף שלא להקלע למלכודת זו, ועל כן הכניס באופן מפורש את קבוצת הריכוז - האוליגופול והאוליגופסון - לגדר החוק.

³⁷ נתן דעתו על כך הממונה על ההגבלים העסקיים (כתוארו אז), זאב גלמור:

"סוג ההגבל הרביעי, קבוצת הריכוז, הוא הגבל שהטיפול בו הוא הבעייתי ביותר. התופעה של 'קבוצת ריכוז', או 'אוליגופול', של מספר מועט של חברות בענף המתנהגות התנהגות עסקית מקבילה, דהיינו, קובעות מחירים דומים ומשנות אותם בו-זמנית ובשיעורים דומים, היא תופעה נפוצה למדי. בענפים ריכוזיים מאוד, מודעות חברות לנזק היכול להיגרם לכל אחת על-ידי התחרות בינהן, ומתנהגות באופן שהן נמנעות מהתחרות גם ללא קיום שום הסדר ביניהן. הפתרון החוקי, המוצע גם בחוק שלנו, הוא להתייחס ל'קבוצת ריכוז' כאילו היתה מונופולין, ולפקח על ההתנהגות העסקית בתוקף אותן הוראות חוקיות המאפשרות הסדרת התנהגות מונופולין." ³⁷ (החדגשה הוספה - הח"מ).

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 15 -

רק ענף בו מתקיימים שני היסודות הללו של מבחן קבוצת הריכוז הינו ענף אוליגופוליסטי; רק קבוצת בני אדם המקיימים יסודות אלו הינה קבוצת ריכוז, ורק כאשר מתקיימים יסודות אלו, רשאי הממונה להכריז על קבוצת ריכוז כמונופול, שהוא הצעד הנדרש לקראת מתן הוראות לרכיבי אותה קבוצה.

11.4. יודגש כי במבחן קבוצת הריכוז שבסעיף 26(ד) לחוק אין כל יסוד התנהגותי. בכך עולה הגדרת הסף של קבוצת הריכוז בקנה אחד עם ההגדרות הכלכליות של האוליגופול,³⁸ וכן עם ההגדרה של המונופול - בה אין בוחנים כשאלת סף את התנהגותו המונופוליסטית של בעל המונופול, אלא ראשית מזהים את תמונת המצב של קיום המונופולין, כשאלה מבנית, ורק אז בוחנים את התנהגות המונופול.

העדרו של יסוד התנהגותי מדגיש כי קביעת המחוקק לפיה קבוצות ריכוז יוסדרו על פי החוק באה להוסיף על הסדרת המונופולין וההסדרים הכובלים, שכן כאשר קיימים בין רכיבי קבוצת ריכוז הסדרים אנטי-תחרותיים, יילכדו אלו ממילא בהגדרת ההסדר הכובל. על פי החוק, קבוצת ריכוז הינה תופעה מבנית, כמו מונופולין, המחייבת הסדרה כאילו היתה מונופולין, ואין צורך בזהוי התנהגות כובלת או אחרת על מנת להכריז על קבוצת ריכוז כעל מונופולין.

נפנה עתה להסבר ופרשנות כל אחד מן היסודות המופיעים במבחן קבוצת הריכוז: יסוד הריכוזיות ויסוד מיעוט התחרות.

12. יסוד הריכוזיות במבחן קבוצת הריכוז

12.1. יסוד הריכוזיות במבחן קבוצת הריכוז שבסעיף 26(ד) בא לידי ביטוי במילים "היה הריכוז [של חמישים אחוזים מאספקת נכס או מרכישתו - הח"מ] נתון בידי שני בני אדם או יותר".

12.2. תנאי מקדמי לקיומה של קבוצת ריכוז (וזאת בדומה לקיומו של בעל מונופולין), הוא הגדרת השוק או הענף הרלוונטי בו נטען כי יש לקבוצה מונופולין. לאחר שהגדרנו את השוק הרלוונטי, יש לבחון, בענייננו, האם בשוק זה מחזיקה הקבוצה ביותר ממחצית מכלל רכישת הנכס.³⁹

12.3. עוד נזכיר כי בחינת הענף או השוק הרלוונטי, מבוצעת בפועל בשני מישורים מקבילים: האחד שוק המוצר והשני, השוק הגאוגרפי.⁴⁰

שוק המוצר הרלוונטי הינו קבוצת המוצרים אשר ביצוע העלאת מחירים על ידי היצרן תגרור מעבר של הצרכנים לרכישה של מוצר אחר בקבוצה, כלומר, כל המוצרים המשמשים תחליפים למוצר שבבדיקה (מבחן תחליפיות הביקוש).

השוק הגאוגרפי הינו אותו אזור בו יכול אדם בעל כח שוק להפעיל בהצלחה את המדיניות האנטי תחרותית שלו ושתנאי התחרות האובייקטיביים באזור בקשר למוצר האמור הינם זהים לכל המתחרים הנמצאים באזור.

12.4. משנעברו המשוכות האמורות, יש להידרש לסיפא בהגדרה האמורה, דהיינו, "נתון בידי שני בני אדם או יותר".

³⁸ ראו ה"ש 35 לעיל.

³⁹ ראו למשל הכרזה על קיומו של מונופולין - שרותי תעופה בע"מ (לא פורסם).

⁴⁰ שם.

על פי ההגדרות המקובלות של האוליגופול, היסוד המבני, הכמותי, ולעתים אף היחיד, בזהו הכלכלי של האוליגופול, הוא ריכוז הרכישה או ההספקה של הנכס בשוק על ידי "מספר מועט" של שחקנים. "מספר מועט" הינו מושג יחסי - מעט ביחס למה?⁴¹

כך, נראה כי אין מנוס אלא להמנע מלהגדיר סף עליון למספר השחקנים שייחשבו לאוליגופול, כאשר כל מקרה ייבדק לגופו, ובלבד שהמדובר בשחקנים ספורים. יתר על כן, מובן כי ככל שמספר השחקנים המרכזים בידיהם את מחצית השוק קרוב לשניים - יתקיים ביתר שאת יסוד הריכוזיות ותגבר החזקה כי המדובר באוליגופול.⁴²

13. יסוד מיעוט התחרות במבחן קבוצת הריכוז

13.1. יסוד מיעוט התחרות במבחן קבוצת הריכוז בא לידי ביטוי במילים "אין ביניהם תחרות או קיימת ביניהם תחרות מועטה בלבד". אולם כיצד ניתן לבחון העדר או מיעוט תחרות בהקשר של האוליגופול? על מנת להשיב על שאלה זו יש לפנות לתאוריה הכלכלית של האוליגופול.⁴³

13.2. כפי שהראינו לעיל, ההגדרה המלאה של האוליגופול בתיאוריה הכלכלית של האוליגופול מציינת קיומם של מעט שחקנים גדולים (יסוד הריכוזיות, בו עסקנו כבר), אך מוסיפה כי כל אחד מן השחקנים כשלעצמו מחזיק די כוח שוק על מנת להשפיע על השוק (בניגוד לשחקן הבודד בשוק אטומיסטי ובו תחרות משוכללת), מחד גיסא, אך נעדר די כוח על מנת להתעלם מתגובותיהם של יתר השחקנים להשפעתו, מאידך גיסא.

זוהי תלות הגומלין (interdependence) בין רכיבי האוליגופול המאפיינת את השוק האוליגופולי, והמהווה את הגורם להעדר או מיעוט התחרות בין רכיביו.⁴⁴

⁴¹ לדיון בסוגיה זו ראו Whish הנ"ל בע' 467.

⁴² מן הבחינה הלשונית, יצויין כי כאשר מדובר בשני שחקנים בלבד המרכזים את עיקר הכוח בשוק - הרי שהמדובר בדואופול, והמונח אוליגופול נדרש רק החל מן המצב בו מדובר בשלושה שחקנים בריכוז.

⁴³ לפירוט בנושא תאוריית האוליגופול ראו Scherer and Ross, *Industrial Market Structure and Economic Performance*, 3rd ed., 1990, chs 6-8.

⁴⁴ ראה שם:

"...so long as there are two or more large firms, each of which is conscious of its individual power to affect price, oligopoly prevails. The profound effect of oligopolistic structure is consciousness of interdependence."

וראה גם P.E. Areeda et al., *Antitrust Law: An Analysis of Antitrust Principles and their Application*, Vol. IIA, Little, Brown and Co., Boston, 1995, p. 7.

"...oligopoly differs from competition in that that substantial output variations by any one of the leading sellers has a noticeable impact on market price and on rivals. Oligopoly differs from monopoly in that no one firm can unilaterally determine market price by varying output because the larger rivals can offset or magnify the effect by output changes of their own."

וראה גם Whish הנ"ל, p. 468.

"The main argument against oligopoly is that the structural conditions of the market in which oligopolists operate are such that they will not compete with one another on price and will have little incentive to compete in other ways; ... In a perfectly competitive market a firm which cuts its price will have an imperceptible effect on its competitors, so that they will not need to respond."

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 17 -

13.3. ודוק: מבנה השוק ומאפייניו מביאים לתלות הגומלין בין רכיבי האוליגופול לבין עצמם; תלות הגומלין היא שגוררת מיעוט תחרות ואף את העדרה. מיעוט התחרות מתבטא בראש ובראשונה במיעוט תחרות על מחירים בין רכיבי האוליגופול; אך ניתן להוכיח כי קיימת תחרות מועטה גם מהתנהגות מקבילה של רכיבי האוליגופול בתחומי תחרות אחרים, ואף מתנאים אחרים. וכדברי Whish:

"Thus the theory runs that in an oligopolistic market rivals are interdependent: they have a heightened awareness of each other's presence and are bound to match one another's marketing strategy. The result is that price competition between them will inevitably be minimal or even non-existent."⁴⁵

(ההדגשה הוספה - הח"מ).

13.4. עתה, הלכה למעשה: נדגיש כיצד מתקיימים יסודות הריכוזיות ומיעוט התחרות בשוק תרופות המרשם בישראל.

14. יסוד הריכוזיות בשוק רכישת תרופות המרשם בבתי המרקחת

14.1. הריכוזיות בשוק רכישת תרופות המרשם בבתי המרקחת הפרטיים בישראל הינה כמעט בגדר המובן מאליה, ובכל זאת ראינו לנכון להבהיר מספר נקודות הקשורות לנושא זה.

14.2. לענין הנכס שברכישתו ישנה ריכוזיות בשוק (שוק המוצר), הרי שכלל מובן כי אין תחליפיות בין תרופות מרשם לבין מוצרים אחרים; מוצר בעל תחליפיות אמיתית לתרופת מרשם - יש להניח כי כדי שישווק בישראל יהיה חייב גם הוא ברישום בפנקס התכשירים של משרד הבריאות ויהיה לתרופת מרשם בעצמו. על כן, אין כל סיבה להתייחס לתרופות המרשם כאל חלק משוק רחב יותר.

ניתן אולי להקשות ולטעון כי תרופות המרשם אינן מהוות מוצר אחד כי אם מוצרים רבים, שהרי לכל תרופה יעוד ואף מותג משלה. עם זאת, אין כל תועלת בהתייחסות פרטנית לכל תרופה בנפרד, מאחר ולענייננו המאפיינים של כל תרופות המרשם הם דומים ואף זהים, בין היתר מן הטעמים הבאים:

ראשית, אמנם כל תרופה נצרכת בכמות שונה מתרופות אחרות, אך אין להסיק מכמות נצרכת שונה על גמישות בביקוש; הביקוש לכל סוג של תרופת מרשם הינו קשיח, והביקוש המצרפי לכל תרופות המרשם הינו קשיח.

שנית, אמנם קיימים הבדלים משמעותיים בין מחירי היסוד של תרופות, אולם כל תרופות המרשם ומחיריהן כפופות לאותה מערכת רגולטיבית. לפיכך, גם מבנה התמחור של כלל תרופות המרשם זהה.

שלישית, גובה ההשתתפות של החולה במחיר התרופה, כמו גם הסכמי רכישת התרופות של קופות החולים אצל בתי המרקחת, אינם מכירים בכל שונות בין תרופות מרשם שונות, ומתייחסים לכל תרופות המרשם כאל מוצר הומוגני, מבחינת תנאי המסחר, תנאי ההשתתפות, גובה ההנחות וכו'.

In an oligopoly a reduction in price would swiftly attract the customers of the other two or three rivals, the effect upon which would be so devastating that they would have to react immediately by matching the cut... Oligopoly produces non-competitive stability".

⁴⁵ראה שם.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 18 -

לפיכך, מידת הריכוזיות שיש למדוד היא מידת הריכוזיות בשוק רכישת תרופות המרשם.

14.3. עוד נוסף ונדגיש בענין זה כי לצרכי בקשה זו מן הראוי לבחון את שוק רכישת תרופות המרשם בבתי המרקחת הפרטיים כשוק ארצי. זאת ביחוד לאור העובדה שההסכמים אשר כורתות קופות החולים עם ההסתדרות וחבריה הינם דרך כלל הסכמים ארציים, בהם בא לידי ביטוי כוחן של קופות החולים בקנה מידה ארצי.

כך למשל, על אף שנתח השוק של קופת חולים מכבי בשוק הירושלמי קטן בהרבה מזה של קופת חולים מאוחדת, עדיין זוכה הראשונה להנחות מעט גבוהות יותר בשל כוחה בשוק הארצי.

14.4. למעשה, הרוכשים היחידים בשוק תרופות המרשם הם קופות החולים, והן מרכזות את כוח הרכישה של כלל חבריהן - הם כלל תושבי המדינה. מכאן כי בענייננו נתקיים התנאי לפיו מחזיקים חברי קבוצת הריכוז בחמישים אחוז לפחות מרכישת הנכס שבמונופולין (דהיינו, תרופות המרשם). על סמך האמור, מובן כי בשוק רכישת תרופות המרשם בבתי המרקחת הפרטיים קיים ריכוז גבוה, המהווה ריכוז אוליגופסוני קלאסי: שוק ובו ארבעה צרכנים גדולים ותו לא.

לפיכך, אין ספק כי בשוק דגן מתקיים יסוד הריכוזיות שבמבחן קבוצת הריכוז.

15. מיעוט התחרות בין קופות החולים בשוק רכישת תרופות המרשם

15.1. על מנת להראות כי קיימת אך תחרות מועטה בין קופות החולים כצרכנים בשוק רכישת תרופות המרשם, לשם קיום יסוד מיעוט התחרות במבחן קבוצת הריכוז, יש להראות קיומן של אינדיקציות מסוימות למיעוט התחרות.

יודגש כי מיעוט התחרות הנסקר הינו בין קופות החולים לבין עצמן, כצרכנים, ולא כספקי ביטוח ושירותי בריאות; אין מניעה כי במדרג אחר זה תתנהל תחרות משמעותית בין קופות החולים, בעוד שבתור צרכני תרופות מרשם - תתחלל התחרות ביניהן.

נסקור עתה חלק מן האינדיקציות המתקיימות בענייננו.

דמיון ואף זהות מחירים

15.2. מחירי המחירון הישן של משרד הבריאות הנוהגים בשוק משמשים כיום לכל קופות החולים כנקודת התייחסות מדריכה. זאת על אף שאין המחירון בתוקף חוקי, ולכאורה היה השוק צריך להשתחרר מכבליו. עם כניסתו לתוקף של מחירון חדש, יש להניח כי "נקודת התייחסות" תעודכן בהתאם. חלק מבתי המרקחת נדרשים לתת הנחות בשעורים קבועים על מחירים אלה של תרופות המרשם (כאשר מדרג ההנחות הינו כמעט זהה). אחרים - הפועלים בשיטת הקונסיגנציה - נדרשים לגבות עבור השירות הניתן סכומים נמוכים ובלתי ריאליים, הדומים מבחינה כלכלית למתח הרווחים הנותר בידי בתי המרקחת כאשר המדובר במכירה "רגילה".

כפי שתואר לעיל, ההנחות לקופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית דומות ואף זהות. באשר לקופת חולים כללית הפועלת בשיטת קונסיגנציה, תחשיב התשלום לבית המרקחת בגין המכירה מחושב על מתח הרווחים במכירה רגילה, תוך גילום ההנחות המקובלות אצל קופות החולים האחרות.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 19 -

יציבות מבנה התמחור של התרופות לאורך זמן בשילוב מגמה כללית להורדת המרווח הקמעונאי

15.3. בתקופה של כעשר שנים חלו שינויים מעטים בלבד במבנה המחיר של התרופות המשולם על ידי קופות החולים לבתי המרקחת. נקודת היחוס למחיר הנוהג כיום הינה מחירון חסר כל תוקף חוקי, באופן שלכאורה ניתן היה לצפות למחירים רבגוניים.

יתר על כן, חשובה גם מגמת השינויים שהיו: מן הנתונים שהבאנו לעיל (מצירוף מתחי הרווחים המותרים במחירונים שנהגו מעת לעת עם ההנחות הגדלות לקופות החולים) ניתן לראות כי מתח השיווק הקמעונאי בפועל ירד באופן יחסי בשנים האחרונות בשעור משמעותי - מכ-40% לפחות מ-15%. ירידה זו הינה פועל יוצא, בין היתר, מן הירידה בתחרות בין רוכשי התרופות, שנוצרה באחת עם חקיקת חוק ביטוח הבריאות, עם ייחוד רכישת התרופות בפועל לארבעה צרכנים - קופות החולים - תוך סילוקן של רכישות השוליים על ידי צרכנים פרטיים.

העדר שחקני שוליים; חסמי כניסה גבוהים

15.4. על העדרם של שחקני שוליים בשוק רכישת תרופות המרשם בבתי המרקחת הפרטיים אין צורך להכביר מילים. ברם, מיעוט התחרות בשוק הנדון בא לידי ביטוי גם בחסמי כניסה גבוהים במיוחד, אשר בצילם חוסות קופות החולים הפועלות בלא חשש מיצירת מתחרים חדשים.

15.5. חסמי הכניסה נובעים בעיקרם מן היתרונות לגודל שבהפעלת מערכת כוללת להספקת שירותי בריאות; ניתוח כלכלי היה בו להדגים זאת, אלא שהמחוקק ומחוקק המשנה בישראל לא הותירו את ענין הקמתן והפעלתן של קופות חולים לכוחות השוק, וקבעו כללים ברורים לשם כך. כללים אלו מצאו את מקומם בסעיף 25 לחוק ביטוח בריאות ובתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הכרה בקופת חולים), התשנ"ו-1995.

אין ספק כי חסמי הכניסה אשר נקבעו בתקנות האלה הם חריגים בגובהם, וזאת במישור הסטטוטורי בלבד; בפועל, נראה כי חסמי הכניסה הכלכליים גבוהים עוד יותר, ולראיה - מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות לא נוספה בישראל ולו קופת חולים חדשה אחת ואף לא שמענו על יזמה או התחלת פעילות ממשית לייסוד קופה חדשה; עוד יוזכר כי קופת חולים מאוחדת, למשל, הינה בעצמה איחוד של שלוש קופות חולים קטנות, אשר התאחדו לקופה אחת בעבר הרחוק.

מכל אחד מהטעמים שלעיל ובודאי שעל בסיס משקלם המצטבר, ברור כי בשוק צריכת תרופות המרשם בישראל מתקיים יסוד מיעוט התחרות במבחן קבוצת הריכוז שבחוק.

משהראינו כי בשוק הנדון מתקיימים הן יסוד הריכוזיות והן יסוד מיעוט התחרות, מתבקשת המסקנה כי קופות החולים מהוות קבוצת ריכוז ברכישת תרופות מרשם בבתי המרקחת הפרטיים בישראל, ללא כל צורך בהוכחת תנאים ויסודות נוספים.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 20 -

16. המימד ההתנהגותי: פעילות מתואמת בין קופות החולים

16.1. כפי שנתח לעיל, מבחן קבוצת הריכוז במשפט הישראלי אינו דורש בדיקה של יסוד התנהגותי כלשהו.⁴⁶ די אם יימצא כי השוק הנבדק הינו ריכוזי וכי בפועל מועטה בו התחרות, ואין בודקים איזו התנהגות ואילו פעולות הביאו למיעוט התחרות; ודאי שאין צורך לבדוק אם קיים תיאום בין רכיבי קבוצת הריכוז.

16.2. לדעתנו, די במצב הדברים כפי שהוצג בפרק הקודם לבקשה זו, בדבר קיום יסודות הריכוזיות ומיעוט התחרות בשוק רכישת תרופות המרשם בבתי המרקחת הפרטיים, כדי לבסס החלטה על הכרזה על קופות החולים כקבוצת ריכוז במונופולין; עם זאת, למען הסר ספקות ולמעלה מן הצורך, ראינו לנכון להציג במסגרת הבקשה גם את הפעילות המתאמת והמתואמת המתבצעת, למיטב ידיעת המבקשת וחבריה, על ידי קופות החולים, המהווה, לצורך הענין, "דבר מה נוסף" לתמיכה במסקנה שהתהוותה בדבר קיומה של קבוצת ריכוז בענייננו.

סעיפי "most favourable client" בחוזים עם קופות החולים

16.3. עיון בחוזים שנחתמו עם קופות החולים מגלה כי אלו דאגו לשימור רמת מחירים קבועה בשוק באמצעות שילוב סעיפים המבטיחים כי המחירים שישלמו לא יהיו גבוהים מאלה שמשלמות קופות החולים האחרות:

בחוזה עם קופת חולים מאוחדת -

סעיף 5.5 קובע כי "מבלי לגרוע מהאמור לעיל, מתחייב בית המרקחת כי המחירים אותם תשלם הקופה לא יהיו גבוהים מהמחירים אותה [!] תגבה [!] בית המרקחת מקופות חולים אחרות, ממשרדי הממשלה או מהמוסד לביטוח לאומי וזאת בין אם התרופה מסופקת באריזה מקורית, בתפזורת או במשקל ובין אחרי רכיחה בבית המרקחת" (הטעויות במקור - ה"ח"מ).

סעיף 6.4 קובע כי "על אף האמור לעיל לא יפול שעור ההנחה, כאמור בסעיף 6.1-6.3 משיעור ההנחה שמגיש בית המרקחת לכל קופה אחרת, הן באופן מוחלט והן באופן יחסי למחזור המכירות הכולל לחברי קופת חולים מאוחדת".

בחוזה עם קופת חולים לאומית -

סעיף 31 קובע כי "גובה ההנחות הניתנות לקופ"ח לפי הסדר זה יהיה זהה לגובה ההנחות הניתנות ע"י בתי המרקחת המאוגדים בהסתדרות הרוקחים לכל קופ"ח אחרת בסדר גודל דומה".

חוזה עם קופת חולים מכבי -

סעיף 16 קובע כי: "בית המרקחת מתחייב לא לנקוט מדיניות מחירים המפלה לרעה את מכבי או את חבריה".

⁴⁶ זהו אף המצב בדיון האנגלי. חשווה סעיף 6 ל- Fair Trading Act, 1976 בסעיפים קטנים (1)(c) ו-(2).

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 21 -

נגישות למידע - קופת חולים מאוחדת מגלה היכרות מלאה עם מבנה ההנחות המוענקות ל"מכבי" ומאמצת באופן חד צדדי מבנה זה

16.4. מבנהו הריכוזי של שוק קופות החולים מאפשר זרימה של מידע בין קופות החולים הפועלות בשוק. מידע זה אף מתורגם למעשים. כפי שתארנו לעיל, פעולתו של השוק האוליגופוליסטי הינה כזו שבה שואף השוק להגיע לשיווי משקל בין הפועלים בו. לאיש מהפועלים אין רצון, דרך כלל, לשבור שיווי משקל זה, שכן בסופה של דרך, עתיד הוא לספוג נזקים בשל כך.

עם זאת, מידי פעם קם לו "price leader" המושך את השוק לשיווי משקל חדש. בעבר היו מקרים בהם קם באופן בולט "מנהיג" שכזה בכפיית ההנחות על בתי המרקחת, כאשר יתר קופות החולים נהו אחריו. למשל, בשנת 1998 ביקשה קופת חולים מאוחדת להשוות את שיעור ההנחות שהיא קיבלה אל שיעור ההנחה הגבוהה יותר שקיבלה קופת חולים מכבי. כפי שהראינו בפרק הקודם, בעת פנייתה של מאוחדת לבתי המרקחת בענין זה, מבנה ההנחות לה זכתה מכבי ושאותו היא ביקשה לעצמה היה ידוע לקופת חולים מאוחדת במדויק. בעקבות סעיפי ה"most favourable client" שתוארו לעיל, הענקת אותה הנחה במקרה זה - משמעותה הענקתה לכלל קופות החולים, וייצוב השוק בנקודת שיווי המשקל הרצויה לקופות החולים - וכל זאת ללא תיאום פעיל ביניהן.

17. קופות החולים כמונופולין בקרב חבריהן

17.1. הצגנו כיצד יש לראות בקופות החולים קבוצת ריכוז המהווה מונופולין. למען הסר כל ספק בדבר כוחן המונופוליסטי של קופות החולים בשוק תרופות המרשם, נציג עתה בתמצית חלופה לדיון לניתוח דלעיל. על פי חלופה זו, מהווה כל קופת חולים מונופסון העומד מול בתי המרקחת הפרטיים ורשתות הפארמה עם כוח רכישה עצום, המספיק כדי להשפיע באופן בלתי הוגן על מערך היחסים עם בתי המרקחת.

17.2. במשא ומתן מסחרי עם בית מרקחת, ההסתדרות או רשת פארמה, מייצגת כל קופת חולים את רבבות חבריה. מן הבחינה הזו ניתן לראות בקופות החולים כאגודות לרכישה משותפת, דבר שלולא עיגון קופות החולים בחוק, היה מהווה הסדר כובל אסור.

17.3. למעשה, ככל שהמדובר ברכישת תרופות מרשם, נראה כי ניתן להגדיר את מאגר החברים של כל קופת חולים כשוק נפרד בעצמו. למשל, כיוון שכל קופת חולים קובעת את רשימת תרופות המרשם הנרכשות על ידי חבריה בעצמה, קיימים הבדלים משמעותיים בין המוצרים הנמכרים לחברי הקופות השונות. אדם החבר בקופה אחת אינו יכול לרכוש תרופה הנמכרת לחברי קופה אחרת, אלא אם יממן מכיסו את מלוא מחיר התרופה.

17.4. ברור גם מחוק ביטוח בריאות, שלא ניתן להיות חבר ביותר מקופת חולים אחת בו זמנית, היינו, אין חפיפה בין צרכני הקצה המרכיבים כל "שוק-קופה" נפרד. יתר על כן, קיים גם חסם משמעותי למעבר בין קופה לקופה. בהתאם לסעיף 5 לחוק ביטוח בריאות, תושב רשאי לעבור לקופת חולים אחרת רק אם חלפה שנה מיום שנרשם בקופה הנוכחית בה הוא חבר.

משמע, מעבר חבר מקופה אחת לשניה הינו ארוע יוצא דופן; ניתן אפילו להשוותו לשינוי כתובת. משעבר אדם מקופה לקופה, לא יוכל לשוב אל הראשונה או לעבור לקופה שלישית מבלי שתחלוף שנה. בתחום רכישת התרופות, המשמעות היא שברור כי אדם המעוניין לרכוש ברגע נתון תרופת מרשם, אינו יכול להחליט בו במקום לעבור לקופה אחרת ולרכוש את התרופה באמצעותה; כל רכישת תרופה תתבצע באמצעות הקופה בה הוא חבר באותו זמן.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 22 -

17.5. בנסיבות אלה, כאשר המעבר משוק או פלח שוק אחד למשנהו הינו כה בעיתי, נדמה שניתן להכריז על כל קופת חולים כמונופסון בשוק רכישת תרופות מרשם עבור חברה (והרי המדובר בתמונת ראי של היות כל קופת חולים מונופול בהספקת שירותים לחברה).

17.6. יצויין כי הדבר דומה בהשאלה למצב המוגדר בסעיף 26(ב) לחוק, בו מונופול יכול להיות שיהיה באזור מסויים. בהתאם לסעיף זה הכריז הממונה על כל אחת מזכייניות הטלויזיה בכבלים כבעלת מונופולין בתחום עיסוקה בכל אחד מאזורי הזכיון בו היא פועלת.⁴⁷ הרי גם שם לא ניתן לומר כי קיימת הפרדה מוחלטת בין השווקים הנפרדים, שכן אדם יכול לשנות מקום מגוריו ולהנות משירותי זכיון אחר. ובעניינו - אדם יכול להמתין שנה ולעבור לקופה חדשה.

17.7. כך או כך - בין אם נביט על קופות החולים כעל קבוצת ריכוז, ובין אם נראה בכל אחת מהן מונופולין כשלעצמה - ברור כי קופות החולים מרכזות כוח מונופוליסטי בשוק רכישת תרופות המרשם בישראל, ומן הראוי להכריז עליהן כמונופולין, ואף לנקוט בצעדים להגבלת כוחן וניצולו לרעה.

⁴⁷ הכרזת מונופולין בהתאם לסעיף 26 לחוק ההגבלים העסקיים, תשמ"ח-1988, על זכייניות הכבלים בישראל, החלטה מיום 8.11.99.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 23 -

סיכום: הסעדים המבוקשים

18. לנוכח האמור והמפורט לעיל, נראה כי המוצא היחידי מהעיוות הקיים בשוק תרופות המרשם כתוצאה מכוחן המונופוליסטי של קופות החולים, הוא התערבות הממונה על הגבלים העסקיים.

19. לפיכך הנכם מתבקשים, מתוקף תפקידכם כממונה על הגבלים עסקיים, לפעול בדחיפות ולהפעיל את סמכויותיכם לפי סעיף 43(א)(4) לחוק ההגבלים העסקיים, התשמ"ח-1988, ולקבוע כי קופות החולים כללית, מכבי, לאומית ומאוחדת מהוות יחדיו קבוצת ריכוז כהגדרתה בסעיף 26(ד) לחוק, בשוק צרכני תרופות המרשם במדינת ישראל, וכי יש לראות בקבוצת ריכוז זו בעל מונופולין;

לחילופין, הנכם מתבקשים לקבוע כי כל אחת מקופות החולים הינה בעל מונופולין בשוק רכישת תרופות המרשם לחבריה.

20. בהמשך לכך תתבקשו, בין היתר, להפעיל סמכויותיכם כאמור להלן:

20. 1 לפי סעיף 27(א)(1) לחוק - לדרוש מכל אחת מקופות החולים כי תגיש בקשה לבית הדין לחוזים אחרים לפי חוק החוזים האחרים, התשמ"ג-1982 (להלן - "חוק החוזים האחרים"), לאישור חוזי ההתקשרות בינה לבין בתי המרקחת להספקת תרופות מרשם לחבריה;

20. 2 לפי סעיף 43(א)(5) לחוק - למצוא כי קופות החולים ניצלו לרעה את מעמדן בשוק בניגוד להוראות סעיף 29א לחוק, ולסעיף 29א(ב)(1) לחוק, בפרט, בקובען רמת מחירים בלתי הוגנת לרכישת תרופות מרשם מבתי המרקחת, ולשירות מכירת תרופות המרשם, אשר ניתן על ידי בתי המרקחת. זאת, תוך סירוב בלתי סביר להתקשר עם בתי מרקחת - הן כלפי אלה אשר התנגדו לקביעת מחירים בלתי הוגנים כאמור ובכלל, בניגוד להוראת סעיף 29 לחוק, והן מתוך שרירות גרידא;

20. 3 לפי סעיף 30 לחוק - לקבוע כי כתוצאה מקיומו של המונופולין בשוק צרכני תרופות המרשם, ואף כתוצאה מהתנהגותן של בעלות המונופולין, נפגעת התחרות בעסקים הן בצד הביקוש (בין קופות החולים) והן בצד ההיצע (בין בתי המרקחת), ואף נפגע הציבור; וכן נפגעים היקף שירותי אספקת תרופות המרשם על ידי בתי המרקחת וסדירות שירותים אלה; ולפיכך ליתן לבעלות המונופולין הוראות בדבר הצעדים שעליהן לנקוט כדי למנוע את הפגיעות כאמור;

בפרט, תתבקש לקבוע בהוראות לבעלות המונופולין איסור על קבלת הנחות מבתי המרקחת ממחירי תרופות המרשם הנוהגים בשוק הישראלי בהתאם למחירון שיהיה בתוקף על פי דין מעת לעת ובכלל; כמו כן תתבקש לקבוע שיעור מינימלי עבור השירות הניתן על ידי בתי המרקחת המספקים תרופות בקונסיגנציה.

בנוסף, תתבקש להורות לקופות החולים שלא לשנות לרעה את תנאי התשלום והסדרי הגביה הנוהגים עם בתי המרקחת ללא אישור; שלא לשלב בחוזהן תניות בדבר הצמדת ההנחות המתקבלות על ידן לאלו של שאר חברות "קבוצת הריכוז", ושלא להפלות בתנאי התקשרותן עם בתי המרקחת השונים;

עוד נבקש להורות לקופות החולים להתקשר עם כל בית מרקחת המעוניין בכך במגבלות שיפורטו; ולאפשר לכל בית מרקחת להתקשר עם מי מבין חברות "קבוצת הריכוז" מבלי שהדבר יגרור סנקציות נגדו מידי החברות האחרות.

אפרים אברמזון ושות'

משרד עורכי-דין

- 24 -

21. ככל שנדרש, אנו נשמח לפרוש בפניך כל מידע נוסף אשר יסייע בידך להגיע להחלטה בבקשה זו, וכן להופיע בפניך להצגת טענותינו בעל פה.

22. מן הדין ומן הצדק להענות לבקשה זו.

בכבוד רב,


איל פלום, עו"ד
קלס-פלום, משרד עורכי דין


תומר ברודי, עו"ד
אפרים אברמזון ושות', משרד עורכי דין


א. בר, עו"ד
אפרים אברמזון, עו"ד

העתק: מר ניסים דהן, שר הבריאות, משרד הבריאות

MAROKHIM/030

הוועדה המקצועית לשמיעת טענות בנוגע לצו הפיקוח

על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים

רפואיים מיובאים), התשנ"ח 1998.

נובמבר 1998



מחיר 416
2 - 12-8661
מחיר 416

דף תיקוני הגהה והשלמות

עמוד 4 ו- 5

פרק ב-

1. סעיף ב' - יש להוסיף בסוף הסעיף את המשפט הבא - דעת המיעוט המתנגדת להוספת פקטור כאמור, משיקולי הרמוניזציה ומתוך רצון להשוות את המחיר בעולם למחיר בישראל, מובאת בהרחבה בעמוד 17 לדו"ח.
2. סעיף ה' - יש למחוק את המילה "לפחות".
3. סעיף ח' - יש להוסיף לאחר המילה "ממליצה" את המילים ברוב דיעות.
4. סעיף יב' - יש להוסיף בסוף הסעיף את המשפטים הבאים - דעת המיעוט המתנגדת להמלצה, לשקול פניה לממונה על ההגבלים מהשיקול כי פניה שכזאת צריכה להעשות ע"י הרוקחים עצמם מופיעה בהרחבה בעמוד 24 סעיף ה', פסקה שניה ואילך.

הוועדה המקצועית לשמיעת טענות בנוגע לצו הפיקוח

על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים

רפואיים מיובאים), התשנ"ח 1998.

נובמבר 1998



מספרנו / 11080

דו"ח הוועדה לבחינת מודל הפיקוח על תרופות מיובאות

א. מבוא -

בתאריך 6 באפריל מונתה על ידי וועדת המחירים המשותפת למשרדי האוצר והבריאות, בראשותו של היועץ הכלכלי הבכיר למנכ"ל משרד האוצר מר יאיר כהן, ובהסכמת מנכ"ל משרד הבריאות הפרופ' גבי ברבש, וועדה מקצועית אשר תפקידה לבחון ולייעץ בנושא המודל לפיקוח על תרופות מיובאות לפי המחיר בארבע ארצות יחוס.

בוועדה חברים:

1. גבי יעל זילברברג- הממונה על המחירים במשרד הבריאות.
2. מגר' שגב שני- סגן מנהל אגף הרוקחות במשרד הבריאות.
3. עו"ד זהר יהלום- לשכה משפטית במשרד הבריאות.
4. מר זהר ינון- רפרנט תחום בריאות, אגף תקציבים במשרד האוצר.
5. מר יצחק בן שיטריי- רפרנט תחום מקרו, אגף תקציבים במשרד האוצר.
6. מר יעקב נבו- ראש אגף בקרה על קופות חולים במשרד הבריאות.
7. רו"ח אריק משה- יו"ר הוועדה.

כתב המינוי של הוועדה מצורף ומסומן בת - 1.

ענינה של הוועדה הינו בצו הפיקוח על מחירי מצרכים ושרותים, מחירים מרביים לתכשירים רפואיים מיובאים, התשנ"ח 1998 והמסומן בת - 2, ובדו"ח הוועדה לבחינת מחירי תרופות מיובאות אשר מסומן בת - 3. וכן בטעונים כפי שעולים מעתירות לבג"ץ שהוגשו על ידי ניאופרס ואח' והסתדרות הרוקחים,

מבין חברי הוועדה נמנים שלושה חברים אשר היו חברים בוועדה לבחינת מחירי תרופות מיובאות ואלו הם:

1. גבי יעל זילברברג.
2. מר יעקב נבו.
3. רו"ח אריק משה.



-2-

הוועדה שמה לעצמה למטרה לבחון, באופן אובייקטיבי וללא משוא פנים, את טענות היבואנים והסתדרות הרוקחים בדבר פגמים אשר נפלו לטענתם בצו הפיקוח על מחירי תרופות מיובאות (ת-2). ולהמליץ בנדון לגורמים הממנים.

הוועדה התכנסה לראשונה ביום 8 לאפריל 1998 במשרד האוצר בירושלים לשם שמיעת טענות וסיעוני הגורמים הבאים:

- א. נציגי יבואני התרופות והחברות הרב לאומיות.
- ב. נציגי הסתדרות הרוקחים.
- ג. נציגי רשתות הפרמה (סופר פארם וניו-פארם).
- ד. נציגי קופות החולים.

בפני הוועדה הופיעו הגברות והאדונים הנכבדים:

א. מטעם היבואנים והחברות הרב לאומיות -

1. מר מורי ארקין - מנכ"ל אגיס בע"מ.
2. מר אלכס אייזנברג - פרומדיקו בע"מ.
3. גב' סופי קורונובסקי - מנכ"ל M.S.D. ישראל בע"מ.
4. מר דויד פורר - מנכ"ל ניאופרס בע"מ ויו"ר סקציית יבואני התרופות באיגוד לשכות המסחר.
5. מר פייר נורקיה - מנכ"ל J.C. HALTR CARE, ישראל בע"מ. (ג'ונסון את ג'ונסון).
6. מר מוריס אלחדף - מנכ"ל פארמה סקופ בע"מ (חברת בת של S.K.B.).
7. עו"ד אהוד סול - משרד הרצוג פוקס נאמן ושו"ת.
8. עו"ד אמיר שרייה - משרד הרצוג פוקס נאמן ושו"ת.
9. עו"ד צח גרניט - משרד הרצוג פוקס נאמן ושו"ת.
10. עו"ד מאיר לינזן - משרד הרצוג פוקס נאמן ושו"ת.
11. עו"ד ריצ'ארד לוטי ממשרד לוטי ושו"ת.
12. עו"ד משה מעוז ממשרד לוטי ושו"ת.



-3-

מטעם קופות החולים הופיעו בפני הוועדה:

1. מגר' ג'ורג שריקי - רוקח ראשי קופת חולים מאוחדת.
2. מגר' רונית אוהלי - סגנית רוקחת ראשית קופת חולים מאוחדת.
3. מגר' יעקב רוזנפלד - רוקח ראשי קופת חולים לאומית.

מטעם הסתדרות הרוקחים הופיעו בפני הוועדה:

1. מגר' האוורד רייס - יו"ר הסתדרות הרוקחים.
2. מר יוסי שנר - מנכ"ל הסתדרות הרוקחים.
3. עו"ד אייל פלום - היועץ המשפטי להסתדרות הרוקחים.

מטעם רשתות הפארמה הופיעו בפני הוועדה:

1. מר זאב רוכמן - סמנכ"ל תפעול סופר פארם בע"מ.
2. מר אריה פלמן - סמנכ"ל תפעול ניו-פארם בע"מ.
3. מג' מני אלישע - רוקח ראשי ניו-פארם בע"מ.

ישיבות הוועדה תומללו והוקלטו מלבד הישיבה עם נציגי רשתות הפרמה (עקב קושי טכני).

הוועדה התכנסה במטרה לבחון מחדש, את הטיעונים החדשים אשר הועלו על ידי היבואנים וכן את טענותיהם של הרוקחים בדבר קיפוח פרנסתם במקרה שיחול צו הפיקוח החדש לתרופות מיובאות.

מעבר לפגישה עם נציגי העוסקים בתחום התרופות, הן מצד הספקים והן מצד הלקוחות, קיימה הוועדה עוד כ- 7 פגישות פנימיות ובנוסף התיעצויות טלפוניות.

כן התקיימו פגישות של חלק מחברי הוועדה עם נציגי היבואנים במטרה להסדיר קבלת מידע כפי שיפורט בהמשך.

הוועדה שאפה להסתייע בשירותיו של רו"ח צבי יוכמן ממשרד סוארי ושו"ת לצורך בדיקת טענות היבואנים כפי שעולות מחוות דעת שהוגשה על ידי פרופ' אמיר ברנע ממשרד זינגר ברנע ושו"ת.



-4-

הוועדה לא יכלה להסתייע ברו"ח יוכמן מסיבות שיפורטו בגוף הדו"ח.

הוועדה אירחה את מר ואן דה וולדה ממשרד הבריאות ההולנדי האחראי על ישום מודל הפיקוח על המחירים בהולנד, אשר הינו מודל ציטוט מחירים בדומה למודל שהומלץ על ידי הוועדה המקצועית הראשונה.

מר ואן דה וולדה סקר בפני הוועדה את התפתחות מודל הפיקוח בהולנד ואת ישומו הלכה למעשה.

ב. המלצות ומסקנות עיקריות -

הוועדה ממליצה לאמץ את מסקנות הוועדה המקצועית הראשונה בכפוף לתנאים ולשינויים הבאים -

א. תוך שנה מישום לראשונה של הצו תערך בדיקה של השפעת הצו ושיטת הפיקוח כציטוט מחירים.

ב. בשונה מהמלצות הוועדה המקצועית הראשונה ממליצה הוועדה, ברוב דיעות, כי שער המטבע לחישוב המחיר בשקלים ישקף את שער מכירת המט"ח בבנקים. לאור העובדה כי רק השער היציג הינו נתון רשמי יש להוסיף למחיר הציטוט פקטור המייצג את עלות רכישת המטבע (כ- 0.8% מעל השער היציג).

ג. הוועדה ממליצה ברוב דעות, כי המרווח מעל מחיר הציטוט לא יעלה בנוסף לאמור בסעיף ב' לעיל על המרווח הנגזר מדרישות סטטוטוריות ודרישות מנהלתיות של משרד הבריאות כגון בדיקות אצווה, הכנת עלונים ואריזות בעברית, ביטוח אחריות מוצר וכן ביטוח אשראי המתחייב מיכולת התשלום של לקוחות היבואנים - להערכת הוועדה מדובר בשעור תוספת של כ- 1.5%. תוספת זאת מורכבת מהרכיבים הבאים - 0.7% בגין עלונים ואריזות בעברית 0.4% בגין בדיקות אצווה, 0.1% בגין ביטוח אחריות המוצר ו- 0.3% בגין ביטוח אשראי. סך התוספת מעל מחיר הציטוט יעמוד איפה על 2.3% (כולל השפעת פקטור שער החליפין).

מיעוט מבין חברי הוועדה חושבים שאין מקום למרווח בגין ביטוח האשראי.

אין בהמלצה זאת משום מניעה או אי המלצה על תקופת הסתגלות מסוימת אשר תקל על היבואנים במעבר לשיטה החדשה.

ד. הוועדה ממליצה כי עדכון מחירים בהתאם לשינוי שער חליפין יתבצע כל שינוי מצטבר בשער חליפין של המטבע של 3% או בחלוף שנה ממועד העדכון הקודם כמוקדם שבהם.

ה. הוועדה ממליצה כי עדכון המחירים כתוצאה משינוי מחירי הבסיס יעשה לפחות פעמיים בשנה.



-5-

ו. הוועדה ממליצה להוציא תרופות O.T.C. (תרופות ללא מרשם), הן מתוצרת חוץ והן מתוצרת מקומית, מפיקוח לתקופת נסיון, בכפוף לכך שתובטח תחרות באופן פרטני לכל התוויה ובתנאי שיתבצע ניטור תמידי של המגמות והמחירים בשוק התרופות ללא מרשם.

ז. הוועדה ממליצה להחיל את מודל הפיקוח בשיטת ציטוט מחירים גם על תרופות מתוצרת הארץ.

ח. הוועדה ממליצה בפני מנכ"ל משרד הבריאות להפעיל את סמכותו בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ולפעול לקבלת נתוני אמת מלאים מקופות החולים לגבי היקפי הצריכה של התרופות השונות ומחירי הרכישה שלהן.

ט. הוועדה ממליצה לשנות בטווח הארוך את שיטת התגמול לרוקחים כך שינותק התגמול ממחיר התרופה לגבי תרופות שמחירן לרוקח הינו מעל -36 ש"ח.

לגבי מחירי תרופות שמחירן הינו מתחת ל-36 ש"ח הוועדה ממליצה להשאיר את המצב הקיים על כנו.

י. ההמלצה בסעיף ט' לעיל הינה בתנאי שלא יועלה התגמול הכספי בממוצע משוקלל לרוקח, כתוצאה משינוי השיטה לתגמול.

יא. מאחר ואין מדובר בהעלאת התגמול לרוקח הרי שלדעת הוועדה יש להמתין עם החלת השינוי האמור בסעיפים ט' וי' לעיל עד להסמעת שיטת פיקוח על מחירי תרופות והתייצבות שוק התרופות.

יב. הוועדה ממליצה ברוב דעות למנכ"ל משרד הבריאות לשקול פניה לממונה ההגבלים העסקיים על מנת שיבדוק האם אין בהתנהגות קופות החולים כלפי בתי המרקחת הפרטיים משום הגבל עיסקי.

יג. הוועדה ממליצה, ברוב דעות, לאפשר מסלול לטיפול כחריגים לגבי קביעת המחיר לפי מודל ציטוט המחירים למקרים בהם יתברר כי נוצרו תנאים השונים באופן מהותי לתרופה מסוימת משאר התרופות והמחייבים התייחסות שונה ממודל ציטוט המחירים.

ג. סקירת המצב הקיים

נהוג להתייחס לשוק התרופות בישראל כאל שוק מפוקח במלואו, הן מהיבטי פיקוח על מחירים והן מהיבטי האיכות.

המופקד על הפיקוח הינו משרד הבריאות.

במשרד הבריאות קיימות שתי זרועות האחראיות על הפיקוח מחד גיסא- הממונה על המחירים האחראית על פיקוח מחירים ומאידך גיסא- אגף הרוקחות האחראי על רישוי ופיקוח איכות.

ראוי לציין כי הפיקוח על תרופות מיבוא נעשה בחמש השנים האחרונות למעשה בהסכמה על פי מחירוני משרד הבריאות ולא מכך סמכות סטטוטורית כל שהיא.



-6-

היקפו הכספי של שוק התרופות בכללו נע על פי הערכות שונות סביב כ- 650 מיליוני דולר נהוג להניח כי כ- 40% עד 45% מהתרופות הינן תרופות מיובאות.

מידע מדויק ועדכני לגבי היקפו הכספי של שוק התרופות לא קיים בידי הוועדה ולא בידי קובעי המדיניות השונים בממשלה.

רוב רובן של התרופות המיובאות מחו"ל הינן תרופות פטנטיות ומותגים מובילים, בשנים האחרונות הוחל ביבוא בהיקפים הולכים וגדלים של תרופות גנריות.

מבנה השוק -

יבואנים וצרכנים -

בארץ פועלים כ- 70 יבואני תרופות אשר חלק מהם גם יצרנים. למעשה בגלל מדיניות הרישוי ופיקוח המחירים אשר נהוגה היום נוהגים חלק מיבואנים ליבא לארץ תרופות מוגמרות בצובר ולארוז אותן בארץ.

עקב מדיניות הרישוי הקיימת כיום אריזה בארץ של תרופה מוגמרת (יתכן ואף רק הכנסה לקופסאות קרטון+עלון) משמעותה יצור בישראל עובדה הגוזרת פיקוח על מחיר התרופה ועל רישויה כתרופה מקומית.

הפיקוח הרוקח, על תרופות מיובאות, גם מהחברות המובילות בעולם הינו הדוק יותר וכולל בדיקות אצווה אשר אינן מקובלות לגבי תרופות מתוצרת מקומית. ומעניק הטבת מחיר לתרופות המקומיות.

כדוגמא לחוסר הסימטריה ניתן להשתמש בתרופה נפוצה מסוג אמוקסיצילין (מוקסיפון).

אמוקסיצילין הינה תרופה אנטיביוטית ממשפחת הפנצילינים המשמשת לטיפול במגוון זיהומים.

בארץ מיוצרת התרופה על ידי חברת טבע בשם המותג מוקסיפון.

תרופה דומה בעלת חומר פעיל זהה מיובאת לארץ על ידי חברת ג'ינמדיקס תחת שם המותג אמוקסי. כתוצאה מהשוני בשיטות הפיקוח נקבע מחירה של האמוקסי כפונקציה של מחיר ה- F.O.B בעוד שמחיר המוקסיפון נקבע היסטורית ומעודכן אחת לחצי שנה בהתאם לחוק הפיקוח או במקרה של הפעלת דו"ח רמות רווח נורמטיביות (דו"ח סוארי).

בנוסף חייבת האמוקסי בבדיקת אצווה לכל משלוח בעוד שמוקסיפון לא (לכאורה סומך משרד הבריאות את ידיו על בדיקות המתבצעות בחברת טבע).



-7-

מפיצים

חלק גדול מיבואני ויצרני התרופות משמשים גם כמפיצים של התרופות המשווקות על ידם. בנוסף קיימים גופים המתמחים בהפצה בלבד של תרופות.

בתי מרקחת

בארץ פועלים למעלה מ-1250 בתי מרקחת (לא כולל בתי מרקחת בבתי חולים וחדרי תרופות).

התפלגות בתי המרקחת הינה כדלקמן -

מעל 610 בתי מרקחת הינם בבעלות פרטית.
כ-490 בתי מרקחת של קופות החולים, בעיקר קופת חולים כללית.
כ-120 בתי מרקחת של רשתות הפרמה השונות, בעיקר סופר פארם וניו פארם (לשעבר כלל פארם).

שיטת התגמול לבתי מרקחת הינה שיטה דיפרנציאלית הבנויה על 4 מדרגות תגמול שונות (ככל שמחיר התרופה גבוה יותר שעור התגמול נמוך יותר).

שעורי התגמול כיום

<u>תגמול במקסימום</u>	<u>תגמול בנקודת מינימום</u>	<u>% תגמול</u>	<u>מחיר בש"ח לפני מע"מ</u>	
12.58	0	37%	עד 36	עד 36
29.67	11.73	34.5%	עד 92	מ-36
43.75	21.5	25%	עד 187	מ-92
לא רלוונטי	30.62	17.5%	187	מעל-187

הערות

- שעור התגמול רלוונטי רק לבתי מרקחת פרטיים ולאילו של הרשתות.
- שעור התגמול רלוונטי רק לרכישות המתבצעות על ידי קופות חולים מאוחדת, מכבי, לאומית וללקוחות פרטיים ברכישה פרטית ולא לקופת חולים כללית.
- במקרים שקופת חולים כללית רוכשת תרופות בבתי מרקחת פרטיים (סופר פארם בעיקר) התגמול הינו לפי תעריף קבוע (כ-7 שקלים לשורת מרשם).



-8-

ד. קופת חולים מכבי, מאוחדת ולאומית גובות עמלה מבתי המרקחת הפרטיים (רשתות) (כולל רשתות) כתנאי להתקשרות. גובה עמלה זו נע סביב 10% מהמחיר כולל מע"מ, כך ששעור האפקטיבי לעסקאות עם קופות אלו הינו כדלקמן -

מחיר בש"ח לפני מע"מ	% תגמול תאורטי	% תגמול אפקטיבי
36 - 0	37%	25.3%
92 - 36	34.5%	22.8%
187 - 92	25%	13.3%
מעל 187	17.5%	5.8%

ניתן לראות בברור כי לעמלות קופות החולים ישנה השפעה מהותית ביותר על רווחיות בתי המרקחת והשחיקה ברווחיות כתוצאה מעמלות אלו נעה בין 31.6% מהתרומה של מכירת מוצר יחיד ל- 66.8% מהתרומה למכירה.

צרכנים -

לכאורה צרכני התרופות הינם כל תושבי מדינת ישראל עם זאת התייחסות לפי גורם מממן רכישה תראה כי למעשה קיימות ארבע קבוצות צרכנים עיקריות ואלו הן:

נתח שוק באחוזים	
75%	א. קופות חולים
10%	ב. גורמים מחשליים
10%	ג. צה"ל ושרותי בתי הסוהר
5%	ד. אזרחים וגורמים פרטיים
100%	סה"כ

באם נתייחס לגורמים הפועלים בשוק הפרטי אזרחי הרי שקיימים שני סוגי לקוחות -

% נתח שוק	
93.8%	א. קופות חולים
6.2%	ב. צרכנים פרטיים
100%	סה"כ



-9-

התפלגות ציבור המבוטחים בקופות החולים כפי שעולה מנתוני הביטוח הלאומי
(נכון ל- 1 בינואר 1998) מראה על ההתפלגות הבאה -

שעור באוכלוסיה

58.6%	קופת חולים כללית -
21%	קופת חולים מכבי -
10.3%	קופת חולים מאוחדת -
10.1%	קופת חולים לאומית -
100%	סה"כ
=====	=====

מאחר וקופת חולים הכללית מספקת את תצרוכת התרופות למבוטחיה בעיקר בבתי
המרקחת שלה הרי שכשולק הפרטי (בתי מרקחת פרטיים ורשתות פרמה) פועלות בעיקר
קופות חולים מכבי מאוחדת ולאומית.

התפלגות הרכישות בבתי המרקחת הפרטיים ורשתות הפרמה המבוטסת על
אקסטרפולציה של הנתונים שהובאו לעיל תראה כי חלקן של קופות החולים ברכישות
מבתי מרקחת פרטיים ורשתות הפרמה מתקרב לכ- 85% ממכירות גופים אלו.

מהתמונה המוצגת עולה כי בית מרקחת פרטי או סניף של רשת פרמה אשר אינו מספק
שרותים למי משתי קופות החולים מכבי או מאוחדת מאבד למעשה את יכולת הקיום
שלו.

לאור האמור לעיל קשה ולא הגיוני להתייחס לעמלות הנגבות על ידי קופות החולים
כחלק מיחסי קונה מוכר רגילים.

שעור המקובל כשעור המספק רווחיות הולמת לבית מרקחת פרטי על פי הסתדרות
הרוקחים הינו כ- 8.000. תושבים לבית מרקחת. בהולנד לדוגמא השעור נע סביב
10.000 תושבים לבית מרקחת, לעומת זאת בישראל השעור הינו כ- 4,800 תושבים
לבית מרקחת ובנטרול חיילי צה"ל המקבלים את תצרוכת התרופות שלהם ישירות
מצה"ל הרי שהמספר נמוך יותר.

המספר הנמוך יחסית של תושבים לבית מרקחת, בעיקר בריכוזי האוכלוסיה העיקריים,
ביחד עם מערך העמלות לקופות היגן כנראה הסיבות העיקריות לטענותיהם של בעלי
בתי המרקחת על שחיקה ברווחיות.

ד. הפיקוח על מחירי התרופות ותפקידו בשוק

כפי שנכתב בתחילת דו"ח זה נהוג לראות בשוק התרופות בישראל שוק בפיקוח מחירים
מלא.

עד כה נהוגות בישראל שיטות פיקוח שונות לתרופות ביצור מקומי ולתרופות מיבוא.
כאשר כפי שהוזכר הפיקוח על תרופות מיבוא היה בשנים האחרונות בהסכמה לא
מכח סמכות סטטוטורית.



-10-

שיטת הפיקוח על תרופות מיצור מקומי מתבססת בקביעת מחיר הפתיחה על שיטת COST. + והמתבססות על תחשיבי החברה וכן על השוואה בחלק מהמקרים למחיר חו"ל (אנגליה בעיקר) תוך עדכון חצי שנתי ע"י משרד הבריאות והאוצר בהתאם לנוסחת התיקרות.

לאחרונה לאור עבודת מטה שנערכת בנושא הפיקוח על מחירי התרופות החליטו שרי האוצר והבריאות שלא לעדכן את המחירים של תרופות מתוצרת הארץ כמתחייב ממודל הפיקוח הקיים לגבי תרופות מתוצרת הארץ, והנושא תלוי ועומד בפני בג"ץ.

השיטה שהיתה נהוגה לגבי תרופות מיובאות עד לתיקון הצו, נשוא עתירת היבואנים היבואנים והסתדרות הרוקחים, התבססה על קביעת מחיר כפונקציה של מחיר הפו"ב ועדכון בהתאם לשינוי בשער החליפין.

לגבי יצרני תרופות מתוצרת הארץ קיים כלי נוסף בצורת "דו"ח רווחיות נורמטיבית" הידוע גם כדו"ח סווארי (על שם פרופ' סווארי אשר פיתח את הכלי). המשווה את את הרווחיות של החברה ביחס להון הפעיל וביחס לרווחיות הנורמטיבית המוכרת על פי הדו"ח, ובמידה והרווחיות נמוכה מהנורמה מעניק לחברה פיצוי ולהיפך.

מן הראוי לציין כי כלי דומה לדו"ח סווארי אומץ כבריטניה לאותה מטרה.

חסרונו העיקרי של דו"ח סווארי נובע מהתימוך שהוא נותן בעקיפין ליצרנים לא יעילים וכן מהסתמכות הקיימת בו על נתונים מבוקרים של החברות עצמן, אשר האינטרס שלהן ברור.

שתי שיטות הפיקוח, הן על תרופות מקומיות והן על תרופות מיבוא, מתעלמות מההתפתחות הטכנולוגית בענף הפרמצבטיקה ומכך שכתוצאה מכניסת תרופות חדשות ו/או תפוגת פטנט וכניסת מתחרים גנרים ישנה ירידה של המחירים בעולם וגם ירידת מחירים אפקטיבים בארץ.

כדוגמא לכך ניתן להשתמש באותה תרופה שהוזכרה בתחילת הדו"ח אמוקסיצקלין.

עד לפני מספר שנים מוקסיפן מתוצרת טבע היתה התרופה מסוג אמוקסיצקלין השלטת בשוק הישראלי וכתוצאה מכך מחירה היה גבוה באופן משמעותי מהמחיר בפועל כיום.

עם כניסת מתחרים גנרים בעיקר מוקסיוויט מתוצרת ויטאמד, אשר הפך למותג היחיד בקופות חולים כללית, וכן עם כניסתה של אנטיביוטיקה חדישה יותר לטיפול בהתוויות דומות בשם אוגמנטין, הוזילה טבע באופן חד את מחיר המוקסיפן כך שמחירו לקופות כיום הינו כ- 5 ש"ח לאריזה. (נמוך מההשתפות העצמית של המבוטח).

מחיר המקסימום של מוקסיפן לפי הפיקוח על מחירים במשרד הבריאות נשאר עם זאת סביב כ- 10 ש"ח לאריזה.

הנפגעים העיקריים ממצב זה הינם מבוטחי קופות החולים והצרכנים הפרטיים הנדרשים לשלם מחיר גבוה בשעור ניכר מהמחיר האמיתי של התרופה.



-11-

מאחר ובשוק התרופות לתצרוכת אזרחית קיימים למעשה ארבעה שחקנים (קופות החולים) המחירים האפקטיביים אשר בהם הן רוכשות את התרופות נגזרים מניהול מו"מ פרטני של כל קופה מול ספקים ומושפעים רבות מגודלה של הקופה.

משרד הבריאות סובל מחוסר מוחלט בנתונים לגבי היקפי הצריכה של הקופות, וההיל הצריכה, ועלויות רכישה של תרופות לפי סוגים שונים.

פניות רבות שנעשו לקופות ע"י משרד הבריאות והן ע"י ועדות מקצועיות שונות על מנת שתספקנה אינפורמציה לגבי עלות הרכש של תרופות שונות נתקלו בסרוב מוחלט.

במאמר מוסגר בדצמבר 1991 כי הוועדה מתקשה לקבל את סרובן של הקופות מטעמים שונים ומשונים כלגיטימית, במיוחד אמורים הדברים לגבי גופים הפונים השכם והערב לממשלה על זרועותיה השונות בבקשות לסיוע כספי גם בתחום רכש תרופות.

הוועדה פונה למנכ"ל משרד הבריאות וממליצה בפניו לפעול לקבלת נתוני אמת מלאים מקופות החולים לגבי היקפי הצריכה השונים ומחירי רכש של תרופות.

לדעת רוב חברי הוועדה המידע האמור הינו חיוני למשרד הבריאות בכואו לגבש כל מדיניות בנושא רישוי, פיקוח והכנסת תרופות לסל הבריאות הממלכתי וכל עוד לא קיים מידע זה בידי המשרד הרי שכל החלטה המתקבלת בענין מתבססת בעיקרה על דע חלקי ואינטואיציה של מקבלי ההחלטות וכזאת חשופה להשפעות מצד גורמים בעלי ענין.

דעת המיעוט גורסת כי דרישה שכזאת מהווה פגיעה בסוד מסחרי של הקופות.

מהאמור לעיל עולה כי הפיקוח על מחירי התרופות בישראל מהווה למעשה גבול עליון למחיר התרופות הגבוה מהמחיר האפקטיבי של התרופה לגורמים המממנים.

בפועל משמש המחיר המפוקח לשתי מסרות עיקריות -

א. כגורם לקביעת השתתפות המבוטח - בחלק מהקופות נקבע סך ההשתתפות כשעור ממחיר המקסימום של התרופה. (שלא מחיר האפקטיבי) כפי שהוזכר במקרים מסוימים סך ההשתתפות גבוה מהעלות לגורם המממן.

ב. כגורם יחוס לעדכון מחירים בהתקשרויות בין הקופות השונות לבין חברות התרופות - כפי שעולה מדיוני הוועדה וממידע המצוי בידה נוהגות חברות התרופות וקופות החולים להתקשר ביניהן בהתקשרות ארוכת טווח לגבי הספקת תרופות במחיר מסוים הנמוך ממחיר המקסימום. מנגנון עדכון המחיר המוסכם נקבע בדרך כלל כשעור השינוי במחיר המקסימום כפי שנקבע ע"י משרד הבריאות או כמחיר ממנו נגזר המחיר האפקטיבי (בהתאם לשעור ההנחה).



-12-

ה. מודל ציטוט המחירים

בצו הפיקוח על מחירי תרופות מיובאות, נשוא עתירת יבואני התרופות והסתדרות הרוקחים לבג"ץ, אומצה שיטת פיקוח חדשה אשר הומלצה על ידי הוועדה לבחינת מחירי תרופות מיובאות בנובמבר 1997.

הרעיון בבסיס השיטה הינו ניתוק מערכת הפיקוח מהצורך בהסתמכות על נתוני היבואנים וקביעת מנגנון פיקוח אוניקטיבי, כמעט אוטומטי, אשר יביא את מחירי התרופות בישראל לרמה סבירה הדומה למדינות בעלות פרופיל דומה.

פרק הזמן שעבר מאז המלצות הוועדה בנובמבר 1997 ועד כתיבת דו"ח זה הבהיר בצורה שאינה משתמעת לשתי פנים הן את הקשיים הטכניים הרבים הכרוכים באימוץ מודל ציטוט מחירים והן את הקשיים המתודולוגיים בכואנו לבחון התאמת המודל.

למעשה כפי שנמסר לוועדה משרד הבריאות עדיין נתקל בקשיים טכניים בישום מודל הפיקוח כפי שנקבע בצו ואשר כולל את המדינות הבאות -

- א. צרפת
- ב. גרמניה
- ג. בלגיה
- ד. אנגליה

המדינות אשר נקבעו בצו הפיקוח נקבעו מהסיבות הבאות -

- א. זמינות נתונים.
- ב. אמינות נתונים.
- ג. רמת חיים ותוצר דומה לישראל.
- ד. מערכת בריאות מקומית מתקדמת המספקת לתושבים שרותי בריאות מקיפים וטובים.
- ה. יכולת להסתמך על חוק שחוקק ע"י ממשלת הולנד.
- ו. יכולת להסתמך על הנסיון הנצבר בהולנד בנושא.

יתרונות המודל של ציטוט מחירים ממספר ארצות על פני השיטה אשר היתה נהוגה עד הצו -

- א. נתונים אקסוגנים למשק ולשחקנים בשוק ולכן אינם מושפעים ממניפולציות.
- ב. מנגנון כמעט אוטומטי לאחר ביצועו לראשונה.
- ג. מוביל לרמת מחירים סבירה ונאותה המשקפת מחירים בינלאומיים כתנאי שנבחרו ארצות מתאימות ומייצגות.
- ד. מיזעור הצורך בבדיקת רווחיות היבואנים/ יצרנים על פי נתונים המסופקים על ידם.



-13-

ה. ניתוק המחיר המפוקח ממערכת העלויות הישירה (ביטול שיטת ה- COST + כבטים לתימחור).

ו. עידוד יעילות - מאחר ואין פיצוי על חוסר יעילות כאמור בסעיף ה' וכללי המשחק זהים לכולם.

חטרונות השיטה של ציטוט מחירים על פני השיטה אשר היתה נהוגה עד הצו -

א. קושי בקביעת המדינות המתאימות לישראל.

ב. קושי בבחירת בסיס הנתונים המתאימים.

ג. קושי טכני בישום לראשונה.

ד. מצריך מאגרי מידע ויכולת מחשוב- כלומר צריכת משאבים כספיים לעומת המצב הקיים.

על פניו נראה לוועדה כי מודל פיקוח מחירים למחירי תרופות כציטוט מחירים ממספר מדינות עדיף על פני השיטה אשר היתה קיימת עד לצו הפיקוח על מחירי תרופות מיובאות וכן עדיף על השיטה הקיימת לתרופות תוצרת הארץ.

מתעוררת השאלה האם המדינות אשר נבחרו הינן המדינות המתאימות ביותר למשק הישראלי.

התשובה לשאלה זו לוקה בחוסר בהירות הנובע בעיקרו משתי סיבות-

א. חוסר במידע מלא על מדינות נוספות/אחרות.

ב. חוסר במידע מלא לגבי השוק בישראל.

הוועדה ממליצה כי ליישם המודל המופיע בצו הפיקוח בשינויים מסויימים, וכי לא יאוחר משנה מיום תחילת הפיקוח תתבצע בחינה מקיפה של השפעות ישום המודל.

הוועדה מדגישה כי בבואם של מקבלי ההחלטות, דהיינו משרד האוצר והבריאות, לקבל החלטה בדבר הכללתה או אי הכללתה של מדינה במסגרת מודל הציטוט אין לשקול כשיקול יחיד את רמת המחירים הנהוגה באותה מדינה אלא לשקול בנוסף היבטים מהותיים נוספים כגון -

א. רמת החיים במדינה הנבחרת.

ב. רמת יוקר המחיה באותה מדינה.

ג. רמת שרותי הבריאות במדינה הנבחרת.

ד. זמינות השרותים במדינה הנבחרת לכלל התושבים.



-14

ה. זמינות תרופות במדינה הנבחרת לכלל התושבים.

ו. מבנה שדות הבריאות באותה מדינה.

ז. מבנה שוק התרופות באותה מדינה (ריבוי/מיעוט שחקנים).

ח. מדיניות רישוי התרופות בארצות הנבחרות.

מבדיקות שערך הממונה על מחירי התרופות במשרד הבריאות עולה, כי המחירים במדינות היחס שנבחרו במודל כפי שמופיע בצו הפיקוח אינם מהנמוכים באירופה, ובחלק מהתרופות מדובר אף בהעלאת מחירי המקסימום כתוצאה מישום המודל.

לדעת הוועדה העלאת מחיר המקסימום לא תשפיע במקרים הנזכרים על המחיר האפקטיבי אותו משלמות קופות החולים.

ו. עמדות הגופים שהופיעו בפני הוועדה -

ו. 1. כללי

עמדות הגופים אשר הופיעו בפני הוועדה בתאריך 8 לאפריל 1998 הוקלטו ותומללו מלבד הישיבה עם נציגי רשתות הפרמה.

ו. 2. עמדת קופות החולים -

בפני הוועדה הופיעו נציגי קופת חולים מאוחדת ולאומית. עמדת הקופות הנ"ל כפי שהוצגה בעיקר ע"י מגר' ג'ורג' שריקי מקופת חולים מאוחדת הינה -

א. הרווחים של היבואנים הינם עצומים ובלתי סבירים.

ב. צו הפיקוח (המודל ההולנדי) מוביל למחירים גבוהים מדי. לדעת מר שריקי המחירים המקסימליים בישראל צריכים להיות מחיר המקסימום בהולנד פחות 28%.

ג. ניתן להסתדר גם ללא פיקוח מחירים.

ד. יש להקים גוף בחסות הממשלה/משרד הבריאות בו תהיינה חברות כל קופות החולים - גוף זה ירכז את הרכש בעבור כל הקופות ויוביל להוזלת מחירים. בנוסף יש להוציא את תיקי הרישום ואת זכויות הבלעדיות מיידי היבואנים ולהעבירם לידי וועדת הרכש המרכזית.

ה. לגבי הוצאת תרופות O.T.C מפיקוח - הקופה תסתדר עם הבעיה אם כי מצריך מחשבה בנדון.



-15-

כאשר באים להתייחס לטענות קופת חולים מאוחדת ולמעשה קופות החולים בכלל חשוב לשים לב לעובדה כי טענות אלו אינן מגובות בנתונים למרות בקשות הגורמים הממשלתיים והמקצועיים השונים.

כמו כן קשה מאד להתייחס לטענות כלליות בדבר רווחיות עצומה ובלתי סבירה.

לגבי הטענה הנוגעת לכך שהמחיר בצו צריך להיות מחיר הולנד - פחות 28% טענה זאת התבססה על טענה שמחיר המקסימום בהולנד גבוה מההחזר הכספי למבוטח והפער הינו כ- 28% וכי יש צורך בקביעת מחיר המקסימום בארץ בגובה השתתפות חברות הביטוח בהולנד במחיר התרופה.

הטענה כפי שהועלתה לגבי היחס מחיר מקסימום/ החזר למבוטח נבדקה מול משרד הבריאות ההולנדי ונמצאה כלא נכונה.

למועד הבדיקה רובם המוחלט של מחירי המקסימום בהולנד היו מתחת למחיר ההחזר למבוטחים, וההחזר למבוטחים היה מלוא מחיר התרופה.

יתרה מזאת, הוועדה חושבת שגם אם מחיר המקסימום היה גבוה מההחזר אין לכך רלוונטיות לגבי קביעת מחיר המקסימום בישראל, וזאת לאור העובדה שבכל קופה בישראל נהוגה שיטת החזר שונה המשמשת גם לויסות הביקוש ואין זה הגיוני שמחיר ההחזר ומחיר המקסימום יהיו זהים.

הוועדה חושבת, בניגוד לעמדתו של מר שריקי כי פיקוח על מחירי התרופות הינו נחוץ גם בתנאים הקיימים שבהם קופות החולים מנהלות מו"מ פרטני עם הספקים לגבי המחיר האפקטיבי מהסיבות הבאות -

1. הפיקוח נועד להבטחת זמינותו במחיר סביר של מוצר (תרופות) לכלל האזרחים. ללא קשר ליכולת המיקוח שלהם.

2. חלק מהתרופות אינן נמצאות בסל התרופות של הקופות וממומנות בלעדית ע"י האזרחים.

3. מנגנון ההשתתפות במחירי תרופות הקיים כיום בקופות החולים יוביל בהעדר פיקוח להעמסת מלוא המחיר האפקטיבי של התרופה על האזרחים.

לגבי עמדת קופות החולים כי יש להקים גוף רכש מרכזי בחסות הממשלה שייעל את הרכש בעבור קופות החולים הרי שנושא זה חורג ממנדט הוועדה ולכן לא נחוה דעה בענין והרעיון יועבר לידיעת מקבלי ההחלטות.

יש לציין שכל פעולה בנדון כפופה להוראות כל דין במיוחד אמורים הדברים לגבי מניעת התארגנות קרטלית.



-16-

3. עמדת היבואנים -

השימוע שנערך ליבואנים הוקלט ותומלל במלואו.

עמדת היבואנים כפי שעלתה בשימוע שנערך להם ב- 8 לאפריל 1998 מתמקדת בארבעה מישורים עיקריים -

א. הססיה בין צו הפיקוח נשוא העתירה לבין המלצות הוועדה המקצועית הראשונה.

ב. הבדלי עלויות בין המצב בישראל להולנד המחייבים לדעת היבואנים תוספת למחיר מעל מחיר הציטוט.

ג. הבדלים בהגנות על הקנין הרוחני המחייבים לדעת היבואנים תוספת נוספת מעל מחיר הציטוט.

ד. טיעונים פרוצדורליים לגבי הליך התקנת הצו נשוא העתירה.

לענין הססיה בין צו הפיקוח לבין דו"ח הוועדה המקצועית התמקדו הטענות במרווח שנקבע בוועדה המקצועית כמרווח הראוי לבין האמור בצו הפיקוח.

לעצם הטענות הרי שהוועדה, למרות שמונתה על ידי וועדת המחירים במשרד האוצר ומנכ"ל משרד הבריאות, אינה בקיאה בכל השיקולים שהנחו את וועדת המחירים, בכללם שיקולי רוחב שענינם חורג מתחום הבריאות, לסטות מהמלצות הוועדה המקצועית בעת תיקון הצו מתוקף המנדט שהוענק לה לדרוש בנושא.

יחד עם זאת חשוב לציין כי הססיה מתמקדת בעיקר בדחיית מועד הוצאת תרופות O.T.C מפיקוח, מהלך הדחייה כוצע לבקשת משרד הבריאות עד להשלמת עבודת מסה בנושא, וכן ממרווח נמוך יותר מעל מחיר הציטוט.

הועלתה על ידי היבואנים טענה הנוגעת לשחיקת מחירים מתמדת כתוצאה מאי עדכון שוטף של המחירים בהתאם להשתנות שער החליפין וכן טענה הנוגעת לכך ששער החליפין היציג של הדולר אינו מייצג את השער בו הם רוכשים מסבע זר ולכן יש להוסיף למחיר את עלויות רכישת המטבע.

הוועדה חושבת כי טענות היבואנים בקשר עם עדכון המחירים השוטף כתוצאה מהשתנות שער החליפין וכן לגבי עלויות רכישת המט"ח בדין יסודן.

אומנם לגבי שער החליפין לצורך התרגום ניתן היה לטעון כי המחיר המצוטט כולל בתוכו את השפעת התרגום הבין מסבעית אך לא כך הדבר.

ההבדל נובע בעיקר מהעובדה כי עלויות המרת המטבע באירופה, במקרים המעטים בהם ההתחשבות אינה נעשית במטבע הארץ הרוכשת, נמוכות יותר מהנהוג בישראל. עם החלת המטבע האירופי האחיד (היורו) תקבל טענה זאת משנה תוקף.



-17-

לגבי מועד העדכון השוטף ודרך העדכון הרי שהתקופה האחרונה בה אנו עדים לפיחות חד ומתמשך בשקל לעומת המטבעות השונים, ובעיקר לעומת המטבעות האירופים מעניקה לסענה זאת משנה תוקף.

הוועדה ממליצה כי העדכון השוטף ביחס לשער החליפין של השקל אל מול מטבע היבוא יהיה באופן רציף בכל פעם ששער החליפין משתנה באופן מצטבר שינוי של 3% לכל כיוון או אחת לשנה ממועד העדכון הקודם כמוקדם ביניהם.

הוועדה ממליצה, ברוב דעות, כי השער לצורך ביצוע התרגום המטבע לשקל ישקף את עלויות רכישת המטבע (שער מכירה של הבנקים העברות והמחאות). לאור העובדה כי השער היציג המתפרסם על ידי בנק ישראל הינו נתון הרישמי הוועדה ממליצה להוסיף למחיר הציטוט פקטור המייצג את עלות רכישת המטבע (כ- 0.8% מעל השער היציג).

מיעוט מבין חברי הוועדה חושבים כי אין להוסיף פקטור המייצג את עלות רכישת המטבע, זאת מהטעם שמטרת ציטוט המחירים היא להשוות את המחיר בעולם למחיר בישראל, ומודל הפיקוח אינו אמור לשקף את מחיר הרכישה בפועל של התרופות ע"י היבואנים.

בהתייחס לעמדת המיעוט הרי רוב חברי הוועדה חושבים שהמחיר הבינלאומי אותו יש לראות הינו מחיר כשהוא מתורגם לשקלים. כפועל יוצא של הנחה זאת הרי שהמחיר המתורגם צריך לכלול בתוכו את מחיר התרגום דהיינו עלויות המרת המטבע.

סענה נוספת של היבואנים נוגעת לסטיה בצו הפיקוח לעומת דו"ח הוועדה הראשונה נוגע לתרופות ללא מרשם O.T.C.

תרופות ללא מרשם הינן תרופות אשר ההתוויה הרפואית שלהן הינה כזאת ששימוש סביר בהן אינו גורם נזק או אינו מחייב מעקב רפואי צמוד.

בדרך כלל תרופות ללא מרשם הינן תרופות גנריות אשר הנסיון הרפואי הנצבר לגביהן או לגבי החומרים הפעילים בהן הוא רב ולכן הן פטורות מחובת מרשם רפואי.

בישראל מותר לפרסם לציבור הרחב תרופות ללא מרשם וזאת בניגוד לתרופות מרשם שהפרסומת שלהן לציבור הרחב אסורה.

למעשה התחרות הרבה בתחום תרופות ללא מרשם מחד, הנובעת מהיצע רב של מוצרים בכל קטגוריה והזכות של הצרכן הסופי לבחור מאידך מחייבת לדעת הוועדה התייחסות אל תרופות אלו כאל מוצרי צריכה לכל דבר וענין וכפועל יוצא מכך אין צורך בפיקוח מחירים לגבי תרופות אלו.

הוועדה ממליצה לבטל את הפיקוח לתקופת נסיון על תרופות ללא מרשם O.T.C בכפוף להבטחת תחרות פרטנית לכל התוויה.

יודגש כי בין הפרמטרים לבדיקת תחרותיות או חוסר בתחרותיות יש צורך לבדוק, בנוסף לבדיקה של מספר התרופות לאותה התוויה את קשרי הבעלות בין המשווקים/ מפיצים/יצרנים/ יבואנים של התרופות הנ"ל ולהבטיח העדר קשרים מיוחדים העשויים להשפיע על המחיר.



-18-

יש להקפיד כי במידה ויבוטל הפיקוח על O.T.C. לא יהיה מחיר אחיד מוסכם אשר יוביל להעלאות מחירים, הכוונה הינה בעיקר לשימוש שנעשה במערכת מחשבים אחידה לכל בתי המרקחת לצורך קביעת המחיר המונעת למעשה תחרותיות.

בהקשר לאמור בפסקה הקודמת חשוב לציין כי לדעת חלק מחברי הוועדה, ניתן להניח ברמת וודאות גבוהה כי השארת המצב הקיים בו כל התרופות ה O.T.C. נמכרות מאחורי דלפק, בניגוד לנהוג בארצות הברית למשל, יפגע בכוונה להגביר את התחרותיות בענף.

בתי המרקחת הינם יחידות כלכליות עצמאיות אשר מונעות ע"י תמריצים כלכליים בין השאר בצורה של בונוסים מחברות התרופות, על מכירות. השארת המצב הקיים תוביל בהכרח למצב שבו יתומרן הצרכן לרכוש את המוצר שיוכיל את הרוקח לתמריץ גדול ולא דווקא את המוצר האפקטיבי או הזול יותר.

לפיכך מוצע בנוסף לשקול, לאחר בדיקת ישום ההמלצה לגבי תרופות ה- O.T.C., הגדרה של התרופות ללא מרשם במספר מקטעים כדלהלן:

1. תרופות שימכרו רק בבית מרקחת, מעבר לדלפק, ע"י רוקח תוך מתן הסבר ללקוח.

2. תרופות שימכרו רק בבית מרקחת אך יהיה מותר להציבם באופן חופשי בבית המרקחת בהתאם לשיקולי הכדאיות של בית המרקחת. ולחייב את הרוקח במתן הסבר ללקוח, במידה והזכר נדרש על ידי הלקוח.

3. תרופות ותכשירים שמכירתם תותר גם ברשתות השיווק הרגילות כגון: שופרסל, היפרמארקט וכו'.

ניתן לקבוע כי בתחילה כל התרופות הנ"ל ירשמו במקטע מס' 1 כנהוג כיום ובתהליך הדרגתי ומבוקר יינתנו היתרים ע"י אגף הרוקחות (בהתאם לכללים שיקבעו) ולהעביר את התרופות שלגבי השימוש בהן יש לציבור נסיון רב יועברו למקטעים מס' 2 ו- 3.

טענה נוספת שהושמעה נוגעת לגבי רצונם של היבואנים בכיסול הפיקוח על תרופות אשר אינן נכללות בסל הבריאות.

טענה זאת נסמכת על העובדה שבהולנד שם נהוג מודל של ציטוט מחירים לא נכללות בפיקוח תרופות שאינן בסל הבריאות ההולנדי.

הוועדה דוחה טענה זאת מכל וכל.

הסיבות לפיקוח על מחירי תרופות הינן לדעת הוועדה:-

1. קיום הריכוז באספקה של סוג מסוים (כל תרופה ותרופה) בידי היבואן/יצרן.

2. המוצרים הינם מוצרים חיוניים ויש צורך בפיקוח על מחירים משיקולים של טובת הציבור.



-19-

3. ניתנת לגבי רכש תרופות תמיכה מתקציב המדינה.

בשתי הסיבות הראשונות שנמנו לעיל די על מנת להחיל על התרופות פיקוח מחירים נוסף לכך את העובדה שבחלק מהמקרים גם תרופות שאינן בסל ממומנות כולן או חלקן על ידי קופות החולים הנסמכות על תקציב המדינה והרי לנו טיעונים מוצקים להכללת הפיקוח גם על תרופות שאינן בסל הבריאות.

חשוב מאד לציין כי רובן של התרופות שאינן בסל התרופות הממלכתי בישראל הינן תרופות חדישות אשר טרם הוכנסו לסל בין אם מסיבות מנהלתיות או מסיבות תקציביות. תרופות אלו הינן בחלק מהמקרים חיוניות ביותר ואין להן תחליף.

כן חשוב לציין כי סל התרופות בהולנד הינו רחב ומקיף יותר מהנהוג בישראל.

היבואנים טוענים כי במודל הציטוט כפי שאומץ בצו יש משום חוסר התייחסות למותג של תרופה והשוואת המחירים על פי החומר הפעיל פוגעת ביבואנים.

לדעת הוועדה תרופות מרשם אינן מוצר צריכה רגיל, השליטה בביקוש להן מצויה באופן כמעט בלעדי בידי הרופאים אשר כבעלי מקצוע בתחומם חזקה עליהם שיתעלמו ממותג כמותג כשלעצמו וישקלו את איכות התרופה והשפעתה התרפויטית.

לאור האמור הרי שישנה הצדקה בהשוואת מחירי תרופות זהות או דומות בעלות מותגים שונים ממדינות שונות ואף ממדינות דומות.

טעון מרכזי שהעלו היבואנים נוגע להבדלי עלויות בין הולנד לישראל. לצורך המחשת והוכחת טיעוניהם הגישו היבואנים את חוות דעתו של פרופ' אמיר ברנע המצורפת לדו"ח הוועדה (ת-4).

פרופ' ברנע הנכבד קובע כי לדעתו יש להוסיף למחיר הבסיס (דהיינו מחיר הציטוט) כ- 10.69% כתוצאה משוני בעלויות בין ישראל להולנד.

מבלי לפגוע בכבודו של פרופ' ברנע, כבר מעיון ראשוני ושיטחי בחוות דעתו עולות תמיהות רבות לגבי אופן קביעת התוספת ועל אילו נתונים נסמך פרופ' ברנע הנכבד.

בקליפת אגוז נציין כי חוות דעתו של פרופ' ברנע הסתמכה כולה על נתונים גולמים שהתקבלו מהיבואנים ועל סיכום מצרפי של הנתונים הללו ללא תיקנון ביחס לגודל החברה או ללא בדיקה של איכות הנתונים.

נתוני היבואנים כפי שהתברר בהמשך הינם חלקיים ושוניים במתכונתם מיבואן אחד למשנהו. בחלק מהמקרים התקבלו באחוזים ובחלק אחר בסכומים נומינליים ואף במקרה אחד לפחות במלל בלבד.

יתרה מזאת כפי שניתן לראות "מאישורים של רואי חשבון", אשר הומצאו לרו"ח יוכמן על פי בקשתו, כל רואי החשבון למעט אחד הסתייגו מחוות דעת ומהנתונים וזאת בניגוד מוחלט לאמור בחוות הדעת החתומה אשר הוכנה כתצהיר לבג"ץ.



-20

חשוב לציין שאישורי רואי החשבון הנזכרים לעיל הומצאו לנו כחות שהם מופיעים
בנספח לדו"ח הוועדה כלומר ללא ציון שם רואי החשבון וללא ציון שם החברה, לא
לא ברור לוועדה האם פרופ' ברנע עצמו יודע לאיזה רואי חשבון הכוונה ולאילו
חברה משתייך האישור המסויים.

מאחר ופרופ' ברנע או מי מטעמו אף לא הגדיר את דרישות הנתונים לצורך חוות הדעת
אלה הוגדרו, ללא תאום עם פרופ' ברנע, על ידי ר"ח בכר ממשרד ליבוביץ קסירר
ולאור העובדה שחוות הדעתו רצופה באמירות כגון "נמסר לי" או "למיטב ידיעתי", הרי
שלא יכולנו להתייחס אליה כאל כזאת ראה וקדש.

אם נוסיף לעובדות שהוזכרו לגבי חוות הדעת את העובדות כי חוות הדעת בחרה
כמודע להתעלם מנתוני עלויות הגבוהים בהולנד לעומת ישראל (כגון שכר) וכן את
העובדה כי מדובר בצרוף פשטני של נתונים חלקיים שסופקו על ידי היבואנים ומלבד
מקרה אחד לא בוקרן על ידי אף גורם חיצוני, הרי שדרישת הוועדה לאפשר למומחה
מטעמה גישה למידע אשר שימש כבסיס לחוות הדעת הינה הגיונית וסבירה.

הוועדה מינתה את ר"ח צבי יוכמן ממשרד סווארי ושות' כמומחה מטעמה.

התנאים אותם הציעו היבואנים ופרק הזמן הארוך להחלטות הן בקרב הוועדה והן
ובעיקר אצל היבואנים ובעיקר העובדה שבסיכומו של דבר לא ניתנה ע"י היבואנים
גישה חופשית ומלאה למידע של שתי חברות לפחות, כפי שביקשה הוועדה, מנעה
מהוועדה להעזר בחוות הדעת של ר"ח יוכמן, וכפועל יוצא מכך להסתמך על חוות
דעתו של פרופ' ברנע מבחינה מקצועית.

הוועדה חצתה כנספחים את מכתבו של רואה חשבון יוכמן מיום 27 באוגוסט 1998
(ת-5) מכתבו של יו"ר הוועדה אל מר דויד פורר מיום 1 לספטמבר 1998 (ת-6) מכתבו
של עו"ד סול מיום 9 בספטמבר (ת-7) את מכתבו של יו"ר הוועדה אל עו"ד סול מיום
16 בספטמבר (ת-8) וכן מכתבו של עו"ד סול מיום 8 באוקטובר 1998 (ת-9) כעדות
מייצגת להשתלשלות הדברים ולקשיים בהתייחסות לחוות הדעת של פרופ' ברנע
מבחינה מקצועית.

למרות התמיהות והספקות העולות מחוות הדעת הנזכרת ברצוננו להתייחס למספר
נקודות בחוות הדעת מהבחינה הערכית-

א. הוצאות הובלה ימית ואוירית - בחוות הדעת נמסר כי הסיטונאי ההולנדי מייבא
תרופות בעיקר ממדינות השוק. לא נמצאו תימוכין לסענה זאת במסמכים.

ב. בדיקות אצווה - דרישה זאת אומנם יחודית לישראל והוועדה המליצה להתייחס
לתוספת העלות הנוגעת ממנה. מחישוב שנערך על ידי הוועדה עולה כי התוספת
הנדרשת בדיון בבדיקות אצווה הינה 0.4%.

ג. מחלקת רישוי- לא הובן כיצד שיקפו העלויות בחוות הדעת תוספת עלות מעל הולנד
שהרי באם לא הסיטונאי הוא זה המממן את המחלקה הנ"ל בהולנד הרי החברה הרב
לאומית (היבואן/יצרן) היא זאת המממנת, ולכן עלות זאת מתומחרת במחיר התרופה.



-21-

ד. הוצאות תפעול מחסן- לא מצאנו עדות לכך שנערכה, לצורך חוות הדעת של פרופ' ברנע, הפרדה מבוקרת על ידי רואי החשבון או כל גוף חיצוני אחר ולכן קשה להתייחס לטענות במישור זה. גם אם היתה נערכת הפרדה כאמור הרי שניתן להניח בוודאות גבוהה כי מחיר התרופה נטו ליבואן (בניכוי השתתפות, החברות הרב לאומיות בהוצאות) תביא את היבואן למצב מוצא זהה לזה של כל סיסטונאי אירופאי וטרובס של היבואנים לחשוף את מלוא הנתונים מעיד על כך אלף מונים.

ה. הוצאות מימון- בהנחה שהנאמר לגבי תנאי האשראי הנהוגים בארץ נכון הרי שאין כל תימוכין בחוות הדעת לטענה בדבר ימי האשראי בהולנד. יתרה מזאת עלות המימון כפי שהיא מופיעה בחוות הדעת גוזרת ריבית של 15.22% לשנה. ריבית גבוהה לכל הדעות לטווח הארוך. הוועדה לא מצאה לנכון לקבל את טענות היבואנים בנושא זה.

ו. ביטוח אחריות מוצר - ביטוח אחריות מוצר הינו נגזרת של חובה סטטוטורית החלה על היבואן מתוקף חוק, האחריות למוצרים פגומים תש"מ 1980, המטיל את האחריות על מוצרים פגומים גם על היבואן.

הוועדה ממליצה להוסיף למחיר הציטוט את העלות התוספתית הנגזרת מביטוח אחריות המוצר. הוועדה מקבלת את עמדת היבואנים- בנוגע לעלות הנגזרת מביטוח זה והעומדת על 0.1%.

ז. ביטוח אשראי- ההנחה בחוות דעתו של פרופ' ברנע כי לסיטונאי בהולנד אין בעית אשראי מול לקוחות אין לה על מה להסתמך. יתכן כי מוסר התשלומים בישראל נמוך מאשר בהולנד (בעיקר בסקטורים אחרים) אך גם במצב זה וגם על אף הקשיים בהם נמצאת מערכת הבריאות אין אנו מבחינים בתופעה תדירה של שמיטת חובות או קריסת חייבים בענף.

למרות האמור לעיל ומתוך ראייה מפוכחת של ההתפתחויות הכלכליות בתחום הבריאות והקשיים התורמים של לקוחות היבואנים, הוועדה ממליצה להוסיף את עלות ביטוח האשראי למחיר הציטוט. הוועדה נוטה לקבל את עמדת היבואנים כי מדובר בעלות תוספתית של 0.3%.

ח. לענין הטענה בדבר פיצוי בגין אי עדכון מחירים כפי שמופיעה בדו"ח של פרופ' ברנע הרי שהוועדה ממליצה בנושא זה לעדכן את המחירים לא על בסיס קלנדרי אלא על בסיס השתנות שער החליפין, ולכן טיעון זה הופך ללא רלוונטי.

ט. הוצאות סימון בעברית ועלונים- אין ספק כי בניגוד לנהוג באירופה עלונים וכן האריזות משמשות אך ורק לשוק הישראלי ולא למספר מדינות, למעשה ניתן לפלח את אירופה למספר גושי שפה כגון עיקריים כגון, צרפתית, אנגלית, גרמנית, פלמית, כאשר ניתן להפיק עלונים ואריזות לפי פלחים אלו במספר שפות ובכך לצמצם עלויות.

הוועדה מקבלת את עמדת היבואנים כי הוצאות סימון בעברית לאריזות ועלונים הינן הוצאות תוספתיות שאינן קיימות בהולנד ונגזרות למעשה מדרישות סטטוטוריות.



-22-

הוועדה ממליצה להוסיף למחיר הציטוט את העלות התוספתית הנגזרת מהוצאה
זאת הוועדה מקבלת את עמדת היבואנים כי מדובר בתוספת של 0.7% למחיר
הציטוט.

י. היבואנים פנו בבקשה לקבוע מנגנון אשר יאפשר טיפול בתרופות חריגות אשר רמת
המחיר הנקבעת כתוצאה ממודל הציטוט הופכת את שיווקן בארץ ללא כדאית
ולבלתי אפשרית.

לדעת הוועדה יש מקום למנגנון שכזה.

הוועדה ממליצה על הקמת מנגנון טיפול בחריגים תוך הגדרה ברורה של המקרים בהם
ניתן להפעיל מנגנון זה על מנת למנוע סחף במדיניות קביעת המחירים והפיקוח.

מנגנון זה צריך שיהיה מופעל רק במקרים קיצוניים כמו למשל תרופות שאינן נכללות
בסל הבריאות הממלכתי והיקף השוק הפוטנציאלי שלהן נמוך.

יא. טענה מרכזית של היבואנים נוגעת לשוני בהגנה פטנטית בין ישראל לאירופה.

לטענת היבואנים, הגורם המכריע בנפח השוק אותו תופסת תרופה מסוימת הינו מצב
ההגנה הפטנטית שלה.

לדברי עו"ד לוטי בא כוחם של היבואנים, הרי שהמצב הפטנטי בהולנד שונה
בצורה מהותית מהמצב בישראל.

לדברי עו"ד לוטי ההגנה הפטנטית בישראל נמוכה מהגנה הקיימת בהולנד.

הגנה נוספת הניתנת בהולנד וכרגע לא ניתנת בישראל אך אמורה להינתן החל משנת
2000 הינה לדברי עו"ד לוטי השיווק הבלעדי מתוקף הסכם הסחר TRIPS.

טענות היבואנים בקשר עם ההגנה על הקניין הרוחני הינן בעלות משקל, יחד עם זאת
אין טענות אלו שונות לגבי כל מוצר פטנטי אחר ולא דווקא תרופות (מלבד הטענה על
שיווק בלעדי מתוקף הסכמי הסחר אשר תשתנה בעוד שנה וכל זמן שאין יבוא מקביל
מהותי היא אינה רלוונטית).

הדיון בתחום הקניין הרוחני וההגנות הפטנטיות בישראל לעומת העולם חורג מתחום
המנדט של הוועדה ודורש התייחסות כוללת למצב בישראל בנושא הגנה פטנטית.

ראוי לציין כי, לדעת הוועדה, היקף השוק בישראל ביחס לשוק העולמי הינו קטן ביותר
ואינו בא לביטוי בשיקולי פיתוח תרופה פטנטית זאת או אחרת, וכפועל יוצא אינו בא
לידי ביטוי בקביעת המחיר העולמי של התרופה או בהחלטה על פיתוח או אי פיתוח.

מאחר והוועדה היתה מעונינת לשמוע ולקבל את טענות היבואנים במקום בו הדבר נכון
וצודק גם במקרים שהדבר חורג ממנדט הוועדה, ביקשנו פעמיים מעו"ד לוטי ומהחברות
הרב לאומיות נתונים תמחירים של החברות הרב לאומיות המשתתפות בעתירה אשר
יראו לנו את השפעת מרכיב השוני בהגנה הפטנטית בקביעת המחיר לישראל, עד היום
לצערנו לא קיבלנו מידע שכזה.



-23-

בהעדר נתונים כאמור לא נוכל להתייחס אף באופן ערכי לסענות אלו.

1. 4. עמדת נציגי הסתדרות הרוקחים ורשתות הפרמה -

השימוע עם נציגי הסתדרות הרוקחים ונציגי רשתות הפרמה נערך בנפרד לבקשת הצדדים. הדיון עם הסתדרות הרוקחים תומלל והוקלט במלואו.

סענות הסתדרות הרוקחים ורשתות הפרמה נוגעות בסיכומו של ענין באותם נושאים, כאשר לסענות הסתדרות הרוקחים נוספת טענה כנגד התפשטות רשתות הפרמה על חשבון בתי המרקחת הקהילתיים כתוצאה מביטול החוק המחייב רדיוס מינימלי בין בית מרקחת אחד למשנהו.

לסענת הרוקחים צו הפיקוח נשוא העתירה מחמיר את מצבם הקשה בלאו הכי של בתי המרקחת ופוגע ברווחיותם.

הרוקחים רואים בצו פתיחה של הסכם בין המדינה להסתדרות בתי המרקחת משנת 1992 ופגיעה בעקרונות ובשעור הרווח הגולמי שהוסכם עליו.

מניתוח טיעוניהם של הרוקחים עולה כי כל הוזלה במחיר תרופות פוגעת ברווחיותם, לא משנה אם הוזלה זו היא כתוצאה של החלטה אדמינסטריבטיבית או כפועל יוצא של תפוגת פטנט וכניסת תחרות גנרית לשוק.

הרוקחים מבקשים לנתק את התגמול לרוקח ממחיר התרופה כפי שנהוג היום ולקבוע אותו לפי שירות (תמורה למרשם).
באותה הזדמנות יש לדעתם להעלות את התגמול הממוצע לרוקח.

המודל שהוצע על ידי הסתדרות הרוקחים לקביעת התגמול בהזדמנות קודמת הינו מודל של "בית המרקחת הטיפוסי" זהו למעשה מודל של COST+ אשר מגרעותיו עולות במצב הקיים (עודף בתי מרקחת) על יתרונותיו.

הוועדה מקבלת את עמדת הרוקחים כי אין לקשור באופן עקרוני בין מחיר התרופה לתגמול לרוקח אלא בין השרות הניתן לתיגמול.

יחד עם זאת הוועדה אינה חושבת שכתנאים השוררים כיום של עודף יחסי בבתי מרקחת מחד ולחץ הקופות לעמלות מאידך יש מקום להעלאת התגמול לרוקח.

כל העלאה כאמור תוביל בהכרח להגברת הנטל על האזרח ולא דווקא להסבת מצבם של בתי המרקחת.

הסיבה לכך נעוצה כאמור בעובדה שכל העלאה בשעור התגמול, אשר תוביל בהכרח לעליה במחירי התרופות תנוצל מיידית על ידי קופות החולים להעלאת העמלות הנגבות על-ידן.

הוועדה רואה את התפתחות של רשתות הפרמה לסוגיהן כתהליך טבעי אשר למחשלה אסור להתערב בו, למרות הפגיעה כתוצאה מכך בבתי המרקחת הקהילתיים.



-24-

תהליך דומה לזה העובר על בתי המרקחת הקהילתיים עבר גם על ענף המזון והביגוד עם השתלטות רשתות השיווק למינהן.

גם אם הוועדה ערה לחסרונות מסוימים, בעיקר ברמת הקשר האישי בין הרוקח ללקוח, בהתפשטות רשתות הפרמה כל נסיון התערבות בנושא לא רק שלא ימנע את התופעה אלא יוביל לכישלי שוק בעלי משמעות כספית כבדה.

לאור האמור לעיל :

א. הוועדה ממליצה לשנות בסווח הארוך את שיטת התגמול לרוקחים כך שינותק התגמול ממחיר התרופה לגבי תרופות שמחירן לרוקח הינו מעל - 36 ש"ח.

ב. לגבי מחירי תרופות שמחירן הינו מתחת ל- 36 ש"ח הוועדה ממליצה להשאיר את המצב הקיים על כנו.

ג. ההמלצה בסעיף א' לעיל הינה בתנאי שלא יועלה התגמול הכספי בממוצע משוקלל לרוקח, כתוצאה משינוי השיטה לתגמול.

ד. מאחר ואין מדובר בהעלאת התגמול לרוקח הרי שלדעת הוועדה יש להמתין עם החלת השינוי האמור בסעיפים א' וג' לעיל עד להסמעת שיטת פיקוח על מחירי תרופות והתייצבות שוק התרופות.

טענה מרכזית שהועלתה על ידי הרוקחים נוגעת למערכת ההתקשרויות עם קופות החולים אשר הינה מערכת לא הוגנת לדעת הרוקחים וגורמת לשחיקה קשה ברווחיותם.

נושא ההתקשרויות בין בתי המרקחת לקופות החולים חורג ממנדט הוועדה.

עם זאת הוועדה אינה יכולה להתעלם מכך שלכאורה ישנה התנהגות, מצד קופות החולים, אשר מנצלת את הכח כלקוח יחיד למעשה, וכופה תנאים מסחריים לא הוגנים על בתי המרקחת.

ה. הוועדה ממליצה ברוב דעות למנכ"ל משרד הבריאות הממונה על מערכת הבריאות לשקול פניה לממונה על ההגבלים העיסוקיים על מנת שיבדוק האם אין בהתנהגות הקופות כלפי בתי המרקחת משום הגבל עיסוקי.

עמדת המיעוט גורסת כי אם לדעת בתי המרקחת יש בהתנהגות הקופות משום הגבל עסקי עליהן לפנות בעצמן לממונה על הגבלים עיסוקיים.

להערכת דעת המיעוט שיעורם הגבוה יחסית של בתי המרקחת לאלף נפש בישראל בהשוואה למדינות מערביות אחרות, חזירתן המקיפה (בפריסה ארצית) של רשתות הפארמה (סופר פארם, ניו-פארם) וכן התגברות התודעה הצרכנית, הינם הגורמים הדומיננטיים המשפיעים על ריווחיות בתי המרקחת הקהילתיים, מספרם הרב של השחקנים בענף, כמפורט בדו"ח, משפיע בכיוון של צמצום כוחם המסחרי בכל הקשור למערכת היחסים העסקית של בית המרקחת.



-25-

סיכום ומסקנות -

לאחר שימוע מקיף של כל הנוגעים בדבר צו הפיקוח על מחירי תרופות מיובאות ולאחר דיונים פנימיים רבים בענין, הגיעה הוועדה למסקנה העיקרית כי מודל פיקוח מחירים כפי שבא לידי ביטוי בצו הפיקוח הינו מודל עדיף מבחינת טובת המשק והוגן יותר, על פני המצב אשר שרר ערב תיקון הצו.

הוועדה הבחינה במספר נקודות אשר מן הראוי שימצאו את תיקונן בצו.

הנקודות אשר מן הראוי ימצא להן תיקון הינן -

- א. יש לתת ביטוי לשער החליפין המשמש לרכישת המט"ח כבסיס לחישוב המחיר בשקלים- הוועדה ממליצה על שימוש בשער החליפין היציג בתוספת פקטור של 0.8% למחיר הציטוט.
- ב. מועדי העדכון של המחירים - כתוצאה מהשתנות שער החליפין- הוועדה ממליצה על עדכון בתלות בשעור השתנות שער החליפין ולא על בסיס קלנדרי.
- ג. העדכון של המחירים- כתוצאה מהשתנות של מחירי הבסיס המצוטטים מהארצות הנבחרות צריכים לפחות פעמיים בשנה במועדים קבועים.
- ד. התוספת מעל המחיר המצוטט- הוועדה ממליצה ברוב דעות כי תוספת זאת תכלול עלויות הנגזרות מדרישות סטטוריות ואדמיניסטרטביות הקיימות בישראל ואינן קיימות במדינות היחוס וכן תוספת המתיחסת לביטוח האשראי אשר הינו מתחייב בידי "בעל העסק הסביר" לאור מצבה של מערכת הבריאות.
- עמדה זאת שונה מעמדת הוועדה המקצועית הראשונה אשר גרסה תוספת שתבטא הפרשי עלויות שונות כגון מימון ותפעול.
- לדעת הוועדה דהיום בחינה של מבנה העלויות הכולל והשוואתו להולנד אינה רלוונטי במקרים בהם רוצים ליצור הרמוניזציה גלובלית של מחירים לצרכן.
- כן חושבת הוועדה כי העלויות אשר יש צורך להתחשב בהן הינן עלויות הנגזרות מחובות סטטוריות המוטלות על היבואנים וכן סיבות הנגזרות ממצב מערכת הבריאות המחייב לדעת רוב חברי הוועדה ביטוח אשראי.
- סך התוספת מעל מחיר הציטוט יעמוד איפה, כולל התוספת בגין שער החליפין על כ- 2.3%.
- למרות שלדעת הוועדה אין צורך, לאור פרק הזמן שעבר מהנסיון להחיל את הצו, בתקופת ביניים בעלת שעור הוספה גבוה יותר אין הוועדה מחווה דעה בנושא.
- ה. לענין תרופות ללא מרשם- לדעת הוועדה יש להוציאן מפיקוח לתקופת נסיון מחירים בתנאי שתובטח תחרותיות בכל התוויה.



-26-

- ו. לענין חריגים- הוועדה ממליצה להקים מנגנון לטיפול במחירי תרופות חריגות בתנאי שיוגדרו כללים ברורים להפעלת מנגנון זה.
- ז. לדעת רוב חברי הוועדה יש צורך בבחינה של מערכת היחסים וההתקשרויות שבין קופות החולים לבין בתי המרקחת לאור העדויות העולות לגבי ניצול כוחן של קופות החולים המשמשות כלקוח כמעט יחיד מול בתי המרקחת.
- מאחר ובחינה שכזאת חורגת ממנדט הוועדה, הוועדה פונה בענין למנכ"ל משרד הבריאות על מנת שישקול פניה למחונה על ההגבלים העיסקיים על מנת שיבדוק האם אין בהתנהגות זאת משום הגבל עיסקי.
- ח. לאורך כל פעילותה נתקלה הוועדה בחוסר בנתונים אמין ואובייקטיביים לגבי שוק התרופות.
- מאגר הנתונים העיקרי הקיים כיום הינו מאגר ה-I.M.S המופעל באופן פרטי.
- מאגר זה מקיף רק את המכירות בבתי מרקחת פרטיים ולשתות (כ- 40% מהשוק) ובנוי על סמך מחירי מקסימום ולא על סמך מחירים אפקטיביים. לאור העובדות הנ"ל הרי מאגר זה הינו חסר ביותר לצורך קבלת החלטות ברמה לאומית.
- קופות החולים אשר בידיהן נמצא מידע אמין ומקיף בנוגע לרכש התרופות על ידן מסרבות לשתף את משרד הבריאות במידע בטענות של שמירה על סודות מסחריים.
- לדעת הוועדה אין מקום לטענות אלו.
- קופות החולים הינן גופים אשר נועדו לשרות הציבור כגופים שכאלו לא ברורה התנהגות המסתירה מידע מפני הרשויות הממונות.
- התמיהות לגבי התנהגות הקופות גוברות לאור העובדה שהקופות כולן נסמכות על תקציב המדינה.
- הוועדה ממליצה בפני מנכ"ל משרד הבריאות להפעיל את סמכותו בהתאם חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולתקן תקנות במידת הצורך לגבי חיוב קופות החולים השונות לספק מידע מלא ואמין לגבי היקף רכש תרופות סוגים ומחירים.
- ח. מצב בתי המרקחת בישראל מושפע ממספר גורמים, העיקרים שבהם הינם:
 1. עודף יחסי הקיים במספר בתי המרקחת.
 2. מערך העמלות לקופות החולים.
 3. התפשטות רשתות הפרמה.



-27-

הוועדה חושבת כי כל גידול ברמות התגמול כיום ינציח מצב של עודף בתי מרקחת או לחילופין ילקח על ידי קופות החולים בצורת הגדלת העמלות.

הוועדה אינה רואה כל פסול בהתרחבות רשתות הפרמה ורואה בתופעה זאת חלק משינוי שחל בהרגלי הצריכה והשרותים בכלל המשק ומאופיו בכניסת רשתות שיווק לכל תחום בצריכה.

הוועדה רואה פגם בקשר הישיר בין מחיר התרופה לבין התגמול לרוקח למרות העובדה שכיום אין כמעט קשר בין מחיר התרופה להיקף השירות שמוענק בגינה על ידי הרוקח.

לאור האמור הוועדה ממליצה לנתק את התגמול לרוקח ממחיר התרופה ולהנהיג שיטת תגמול לפי שרות.

הוועדה ממליצה להנהיג שיטה זו לגבי תרופות שמחירן מעל 36 ש"ח, וזאת על מנת לא ליצור יקור חד של תרופות זולות.

הוועדה ממליצה על התגמול לרוקח בשיטה החדשה בתנאי שלא יעלה את התגמול, לרוקח במוצע משוקלל, לעומת המצב הקיים כיום.

כן חושבת הוועדה כי יש להמתין עם צעדים אלו עד להתייצבות השוק לאחר החלת מודל ציטוט המחירים.

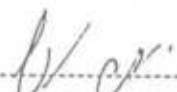
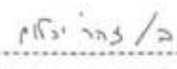
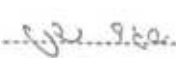
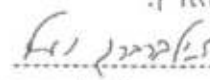
ט. שוק התרופות בישראל ובעולם הינו שוק מורכב שבו רב הנסתר על הגלוי, דרישות סטטוטוריות רבות והבחנות אשר לא תמיד יש להן מקום גורמות להבדלי מחירים ולרמות מחירים אשר לא תמיד יש להן הצדקה- כך הוא המקרה בהבחנה בתרופות בין תוצרת הארץ לתוצרת חוץ.

אין זה מתפקידו של משרד הבריאות לעודד את תוצרת הארץ אלא להבטיח שרותי בריאות לתושבי ישראל ושיקולי העדפה של תוצרת הארץ אסור להם שיבואו על חשבון שיקול זה.

לאור האמור אין הוועדה רואה טעם בשיטות פיקוח שונות על מחירי תרופות מיבוא לעומת תרופות מתוצרת הארץ.

עמדת הוועדה מקבלת משנה תוקף כאשר בוחנים את המצב - הרישוי הקיים לפיו די באריזה בישראל של תרופה מוגמרת על מנת להחשיבה כתוצרת הארץ.

הוועדה ממליצה איפה להחיל את שיטת ציטוט המחירים גם על תרופות מתוצרת הארץ.

 מר יעקב נבז	 מר זהר יהלום	 מר שגב שני	 גב' יעל זילברברג
--	---	---	--

 מר יעל זילברברג	 מר יצחק בן שטרית	 מר זלברברג
--	---	--

סיכום ישיבת ועדת המחירים הבינמשרדית מ-6.4.98

ועדת המחירים בישיבתה מיום 6.4.98, בהסכמת מנכ"ל משרד הבריאות, החליטה למנות ועדה מקצועית לשמיעת טענות בנוגע לצו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים רפואיים מיובאים), התשנ"ח-1998.


חברי הועדה הם:

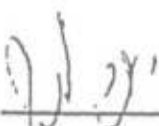
נב' יעל זילברברג
רו"ח אריק משה
מר יעקב נבו
מר איציק בן-שטרית
עו"ד זוהר יהלום
מר זוהר יגון
מגר' שגב שני


יו"ר הועדה - רו"ח אריק משה

הועדה תשמע את כל הגורמים שהוזמנו להופיע בפני ועדת המחירים ב-8.4.98 ותגיש את המלצותיה בכתב, עד ה-25.4.98, לוועדת המחירים הבינמשרדית ולמנכ"ל משרד הבריאות.

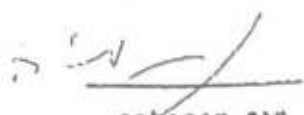
ב ב ר כ ה,


אבשלום פלכר
משרד האוצר


יעקב נבו
משרד הבריאות


יאיר כהן
יו"ר

משרד האוצר


מיח מוהלבר
מפקחת על המחירים
משרד הבריאות

הערה: מרופ' נ. ברבש, מנכ"ל משרד הבריאות
מרופ' ב. זילברברג, מנכ"ל משרד האוצר
חברי הועדה

נספחים לדו"ח הוועדה

צו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים והחלת החוק על תכשירים רפואיים מיובאים, התשנ"ח-1998

בתוקף סמכותו לפי סעיפים 21(ג) ו-22 לחוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ז-1996 (להלן - החוק), לאחר שהתקבלה המלצת ועדת המחירים לפי סעיף 8 לחוק, אנו מצווים לאמור:

1. כצו זה, "תכשיר רפואי" - כהגדרתו בחקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים, התשמ"ז-1986).
2. החוק יחול על תכשירים רפואיים מיובאים.
3. רמת הפיקוח על תכשירים רפואיים מיובאים תהיה קביעת מחירים לפי פרק ד' לחוק.
4. תחילתו של צו זה ביום ה' בניסן התשנ"ח (1 באפריל 1998).

כ"ז בטבת התשנ"ח (25 בינואר 1998)

י. ע. ק. ב. נ. א. מ.
שר האוצר
שר הבריאות

י. ס"ח התשנ"ז, עמ' 192.
י. ק"ח התשמ"ז, עמ' 406.

צו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרבניים לתכשירים רפואיים מיובאים), התשנ"ח-1998

בתוקף סמכותו לפי סעיף 21(א) לחוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ז-1996 (להלן - החוק), לאחר שהתקבלה המלצת ועדת המחירים לפי סעיף 8 לחוק, אנו מצווים לאמור:

1. כצו זה -

המחיר המחייב - ממוצע המחירים לקמעונאי של תכשירים מתאימים, במדינות שבהן משוקים תכשירים מתאימים מבין רגורנות הנקבות בחוספת הראשונה, או המחיר לקמעונאי בהולנד של תכשיר מתאים, הנמוך מבין השניים, לפי קביעת המפקח על המחירים במשרד הבריאות, כשהוא נקוב כשקלים חרשים (להלן - מחיר הבסיס, בחוספת אחת וחצי);

המחירון - רשימת המחירים המחייבים לתכשירי מרשם מיובאים, שהומקדה לעיון העיבור במשרד המפקח על המחירים במשרד הבריאות, רח' בן טבאי 2, ירושלים, ובלשכות המחוזיות של משרד הבריאות;

"תכשיר מרשם" - תכשיר רפואי ששיווקו התנה כמרשם רופא;

תכשיר מתאים - תכשיר רפואי הוזה לתכשיר הרפואי המיוכא בהרכב החומר הפעיל, בחוזק ובאופן נחיתות;

"תכשיר פטור" - תכשיר רפואי ששיווקו לא הותנה כמרשם רופא;

י. ס"ח התשנ"ז, עמ' 192.

קובץ החקנות 5881, כ"ז בטבת התשנ"ח, 19.2.1998

"תכשיר רפואי" - כהגדרתו בצו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים והחלת החוק על תכשירים רפואיים מיובאים, התשנ"ח-1998.

"תקופת המעבר" - התקופה שמיום תחילתו של צו זה עד יום י' בתשרי התשנ"ט (30 בספטמבר 1998).

2. המחיר לקמעונאי בעד תכשיר מרשם מיוכא לא יעלה על המחיר המחייב לאותו תכשיר במחירון.
3. המחירון יעודכן ב"ז במאי וב"ז בנובמבר של כל שנה.
4. (א) בתקופת המעבר לא יעלה המחיר לקמעונאי בעד תכשיר פטור מיוכא על המחיר הנקוב לצדו של התכשיר בחוספת השנייה.
- (ב) על אף האמור בסעיף 1, יהיה המחיר המחייב בתקופת המעבר - מחיר הבסיס בחוספת שלושה אחוזים וחצי.

5. תחילתו של צו זה ביום ה' בניסן התשנ"ח (1 באפריל 1998).

תחילה

חוספת ראשונה (סעיף 1)

הרפובליקה המרדלית הגרמנית
בייטניה

חוספת שנייה (סעיף 4)

מחיר מרבי לקמעונאי בעד תכשיר פטור

שם התכשיר	מחיר מרבי לקמעונאי בסקלים חרשים
A-200 GEL 10 OZ	17.14
A-200 SHAMPOO 2 OZ	18.46
A-200 SHAMPOO 4 OZ	18.98
ABIDEC DROPS 2*25ML	8.96
ACNE MASK 58GR	16.76
AGIOCUR GRANUL 200 GR	19.98
AGIOLAX GRANUL 100 GR	7.73
AGIOLAX GRANUL 200 GR	14.53
AKNEROXID 10 GEL	21.16

י. ס"ח התשנ"ט, עמ' 410.

קובץ החקנות 5881, כ"ז בטבת התשנ"ח, 19.2.1998

3-1

הוועדה לבחינת מחירי
תרופות מיובאות

דין וחשבון מסכם

אוקטובר 1997

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

ב' בחשון התש"ח
2 בנובמבר 1997

האגף לתכנון, תקצוב ותמחור
The Division of Planning,
Budgeting and Pricing

ועדה לבחינת מחירי תרופות מיובאות

כללי
בתאריך 17 ביוני 1997 מונתה ע"י מנכ"ל משרד הבריאות ועדה שמטרתה לבחון את נושא המרווח ליבואן תרופות מהעלות ליבואן.

בכתב המיטי של הוועדה נאמר בין השאר:

"...יש כוונה לשנות את נוסחת המחיר המרבי לתרופה - מיובאת. המחיר המירבי לתרופה לקמעונאי נקבע עד היום עפ"י נוסחה שכללה בתוכה מרווח של 47% ליבואן".

אודה לכם, אם בהקשר למרווח זה תבדקו את הדברים הבאים;

- א. כיצד חושב המרווח ליבואן.
- ב. איזה רווח ליבואן כולל המרווח.
- ג. מה המרווח שלדעתכם יש לקבוע" (ראה נספח א)

הצורך בבחינה מחדשת של מרווח היבואן וכפועל יוצא לכך את מחירי התרופות המיובאות נולד בעת גיבושו של טהל חדש במשרד הבריאות לקביעת מחירן של תרופות מיובאות בין השאר כפונקציה של מחיר ממוצע בחמש ארצות (ראה נספח ב').

הוועדה התכנסה לראשונה ב- 24 ליוני וקיימה עד למועד כתיבת דו"ח זה כשבעה דיונים וכן כעשרה דיונים טלפונים.

הוועדה התייעצה במסגרת דיוניה עם נציגי קופת חולים מכבי ומאוחדת.

הועדה פנתה לנציגי היבואנים בתאריך 24 ליוני 1997 על מנת לידע אותם על פעולתה ולקבל את עמדתם לטשא בכתב (נספח ג').

עמדת היבואנים התקבלה במשרד הבריאות בתאריך 16 ביולי 1997. (נספח ד').

כמו-כן פנתה הועדה לשלטונות הבריאות של הולנד לשם קבלת הבהרות כפי שיצוין בחמשך.

הוועדה שמח למטרה עיקרית לנסות וליצור מנגנון אובייקטיבי ככל האפשר למחירי התרופות המיובאות תוך מניעת מצב של פגיעה באינטרסים הציבוריים של איכות התרופות וזמינותן והמבחר שלהן ומתוך שאיפה להגביר את התחרותיות בענף ומניעת ריכוזיות בידי ספקים בודדים.

במהלך הדיונים עלו נושאים אשר חורגים מתחום המנדט של הוועדה אך לדעתה מחייבים את התייחסותה כחלק מבחינה כוללת של נושא שוק התרופות המיובאות ולכן מצאו את ביטויין בדו"ח.

סקירה כללית של שוק התרופות המיובאות ופיקוח המחירים עליהן

שוק התרופות בכללותו בישראל מוערך בהיקף של כ-2.5 מיליארד ש"ח לשנה. שוק זה כולל הן תרופות אתיות (בעלות פטנט) והן תרופות גנריות (תרופות אשר הפטנט עליהן פג או שאינן ברות פטנט).

חלקן של התרופות המיובאות בשוק עומד על כ-40% מחשוק (קרוב ל-800 מיליון ש"ח בשנה).

מבחינת נפח העלויות רובן המכריע של התרופות המיובאות הינן תרופות אתיות (כ-90% לערך).

מבחינת תימחור התרופה המיובאת על ידי היצרן בחו"ל רב הנסתר על הגלוי יחד עם זאת ניתן לזהות בבירור התנהגות של מוטפול מפלה של היצרנים הבינלאומיים בעיקר בתרופות האתיות. התנהגות זאת באה לידי ביטוי בפערי מחירים בסדרי גודל של עד למעלה מ-50% במחירי תרופות מסוימות בין מדינה אחת לשניה.

עובדה נוספת הינה כי לקראת תום תקופת פטנט של תרופה מתרחשת ירידת מחירים דרסטית המגיעה לעתים לשיעורים גבוהים מ-50%.

שוק התרופות בישראל בדומה למצב הקיים בכל העולם המפותח הינו שוק המפוקח במלואו הן מבחינה פרמקולוגית והן מבחינה כלכלית.

השוק הישראלי מאופיין בהיותו שוק של ספקים בעלי בלעדיות על מותגים שונים מחד ומוטפסונים ברכש התרופות (קופות החולים השונות).

על פי נתונים ממאזני קופות החולים אשר בידנו רכשו הקופות בשנת 1996 תרופות וציוד רפואי בסך של 2.77 מיליארדי ש"ח כאשר על פי ההערכות חלקו של הציוד הרפואי ושכר הרוקחים מסתכם בכ-250 מיליון ש"ח. לפי נתונים אלו התפלגו הרכישות בצורה הבאה:

קופת חולים	מיליון ש"ח
כללית	1,708
לאומית	189
מכבי	450
מאוחדת	174
סה"כ	2,521

שיטת הפיקוח הנהוגה היום גרמה לכך שמחירי המקסימום הנקבעים על ידי גבוהים באופן משמעותי מחמחירים הנתונים באירופה ומחירים המשולמים ע"י קופות החולים.

דוגמא קיצונית לכך מופיעה במכתבו של מר ג'ורג' שריקי הרוקח הראשי של קופת חולים מאוחדת אל הוועדה (נספח ה') - במכתבו מדבר מר שריקי על תרופה בשם ATENOL אשר מחירה המירבי לבתי המרקחת כפי שנקבע ע"י הממונה על המחירים במשרד חבראות, הינו 29.80 ש"ח ואילו לקופה המחיר הינו 3 ש"ח.

מר שריקי טותן במכתבו דומא נוספת לגבי תרופה בשם ALPRAZOLAM אשר מחירה המירבי הינו 30.73 ש"ח ואילו לקופה מחירה הינו 6 ש"ח.
הועדה מיחסת את הפרשי המחירים לתחרות בתכשירים גנריים ולא לכשל הפיקוח.
המחירים באירופה בתכשירים אלה דומים למחירי המכסימום.

מנגנון הפיקוח הקיים כיום:

מנגנון הפיקוח על מחירי התרופות המיובאות שואב את סמכותו משני מקורות -

1. סעיף 63 לפקודת הרוקחים (נוסח חדש) התשמ"א 1981 - קובע לא ימכרו תכשירים רפואיים בבית מרקחת במחיר העולה על המחיר המירבי שאישר, שר הבריאות, או מי שהסמיכו לכך.

2. סעיף 12 לחוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים התשנ"ו - 1996 קובע: השרים רשאים לקבוע בצו מחיר מירבי למצרך, שיעור שבו מותר לגרוע או להוסיף מחיר, וכן רווח מירבי שמותר להפיק ממכירת מצרך.

דרך הפיקוח על מחירי תרופות מיובאות נקבעה בטהל פנימי של משרד הבריאות (נספח ו') בשם טהל לקביעת מחירי תכשירים רפואיים מיבוא.

הנוהל קובע נוסחה עקרונית למחיר מיובא - מחיר מירבי = $A * B * 1.47$

A - מחיר מ"ב או 90% מהמחיר לסיטונאי בארץ הייצור, הנמוך שבהם.

B - שער החליפין.

הנוהל הקיים גובש בתקופתו של שר הבריאות, מר אהוד אולמרט כחלק מרוויזיה מקיפה שנערכה בטשא הפיקוח על מחירי התרופות.

כחלק מרוויזיה זו הוקטן המרווח ליבואן ל- 47% ונקבעה למעשה תקרה גם למחיר היבוא כ- 90% ממחיר הפ"ב בארץ המקור.

צעד זה שלווה במהלך של הורדת המרווח לרוקחים בא מסיבות הטבעות ממבנה שוק התרופות ולא מכשל בפיקוח.

בעקבות שינויים חקיקתיים שעברה מדינת ישראל, (חוק ביטוח בריאות ממלכתי) שינויים ארגוניים והתנהגותיים של קופות החולים, מהווה המחיר המירבי של משרד הבריאות חסם עליון בלבד כאשר המחיר האפקטיבי שמשלמות הקופות נמוך משמעותית מהמחיר המירבי.

הועדה פתה לנציגי היבואנים במטרה לברר את עמדתם בטשא המרווח הסביר וקיבלה את תגובתם המצורפת (בנספח ז').

עמדתם המנומקת של היבואנים כפי שעולה ממכתבם קובעת כי המרווח הסביר, לדעתם, הינו 187% ממחיר היסוד של התרופה. כמו כן, דורשים היבואנים כי במקרים מיוחדים יותר מרווח גדול יותר בהתחשב בנסיבות מיוחדות.

הוועדה לא מקבלת את עמדת היבואנים, מאחר ומעל יוצא של עמדתם המבוססת לטענתם על מבנה ההוצאות בפועל הרי שכל היבואנים זקוקים, במצב הקיים היום לתמיכה מאסיבית עקב ההפסדים שנגרמים להם - ולא כך הדבר.

יתר על כן, במרווח המומלץ על ידי היבואנים לא נמצא זכר למרכיב הרווחיות שלהם, עובדה זו בתוספת התעלמות מהשתתפות החברות הרב לאומיות בהוצאות היבואנים מעמידה בספק את אמיתות הנתונים שסופקו.

ניתוח ומסקנות

הוועדה בבואה לבחון את סוגיית הפיקוח על מחירי התרופות המיובאות תוך שימת לב לכתב המיני של שמה לה למטרה לקבוע מחירים סבירים ביחס למחירים במדינת אירופה המערבית תוך בחינת הטשאים הבאים;

1. בדיקת המרווח ליבואן הקיים כיום.
2. קביעת המרווח האופטימלי.

כבר בשלב מוקדם של הדיונים היה ברור לוועדה כי לא רצוי לקבוע מהו הרווח הסביר ליבואן וזאת מחסיבות הבאות;

א. המחיר הבסיסי עליו בא מרווח היבואן גבוה בהשוואה למחירים ברוב מדינות אירופה והינו הסיבה העיקרית למחיר הגבוה של התרופות.

ב. קביעת רווח נורמטיבי כל שהוא תעניש יבואנים יעילים ותעודד יבואנים כושלים.

ג. קביעה כאמור בסעיף א' לעיל תחייב את משרד הבריאות בניתוח הדוחות הכספיים של היבואנים דבר אשר יצרוך משאבים רבים ויעילותו מוטלת בספק (ראה דו"ח סוארי).

הוועדה הגיעה למסקנה כי האינטרס הלאומי מחייב ליצור מצב בו מחירי התרופות בישראל יהיו סבירים ביחס למחירים בארצות מערביות מתקדמות.

לשם מטרה זו בדקה הוועדה את המודל ההולנדי אשר המחירים בה הינם ממוצע של המחירים במדינות בלגיה, צרפת, גרמניה ואנגליה).

כמו-כן ממליצה הוועדה לבחון הכנסות מדינות נוספות (איטליה וספרד).

המודל ההולנדי אשר הוחל בשומו ב-1996 הביא לירידת מחירים בהולנד בשיעור ממוצע של 15% - 20%. המודל בחר ארבע מדינות יחוס בעלות פרופיל דמוגרפי וכלכלי דומה ובחר בכל מדינה את התכשיר הזול ביותר לפי החומר הרפואי הפעיל מיטון וצורת האריזה, לאחר מכן מתבצע ממוצע מחירים פשוט בין ארבעת המחירים לשם קביעת מחיר המקסימום.

במידה וישו תכשיר שקיים רק במדינה אחת לא נקבע לו מחיר מקסימום.

השיטה ההולנדית אינה מפקחת על מוצרי O.T.C ומוצרים שאינם נכללים בסל התרופות של המבטחים ההולנדים (אין שיפוי כספי).

השיטה אינה מתייחסת לכך שתרופות נצרכות בכמות שונה בין מדינה למדינה, דבר שאמור להשפיע לכאורה על מחירן.

כמו כן, השיטה אינה מתייחסת לכך שחלק מהתרופות אינן נמצאות בסל התרופות של המבטחים במדינה אחת לעומת השניה. הממוצע ההולנדי מביא בחשבון את מחירי היבוא המקביל במידה וקיים בארץ היחוס.

ההבהרות שהתקבלו הניחו את דעת הועדה בדבר היכולת ליישם את המודל ההולנדי בישראל. הועדה פנתה למשרד הבריאות ההולנדי לשם קבלת הבהרות על המודל ודרך ישומו (ראה נספחים ח' ו-ט'). לאור האמור לעיל ממליצה הועדה לאמץ את המודל ההולנדי בכפוף לעיל.

בשלב הראשון יאומץ בסיס הנתונים של הולנד כאשר בעתיד תישקל תוספת מדינות נוספות. מאחר ובסיס הנתונים היט בגילדנים הולנדים דבר שעלול לחשוף את היבואנים לתנודות בשערי מטבע היבוא לגילדן ההולנדי. יש לשקול מתן פיצוי בשיעור של 1% בגין ביטוח שער.

בקרב חברי הועדה התעוררו חילוקי דעות לגבי הצורך בקביעת מחיר פוב' מקסימלי. עמדת רוב חברי הועדה שוללת קביעת מחיר פוב' מקסימלי מטעמים שיובאו בהמשך בעד דעת המיעוט הינה כי יש לקבוע מחיר פוב' מקסימלי. הועדה בחרה לפרט את השיקולים והעמדות השונות ולהביא את הנושא להכרעת מנכ"ל משרד הבריאות.

עמדת הרוב בוועדה גורסת כי אין לקבוע מחיר פוב' מקסימלי מהטעמים הבאים:

1. אחת הסיבות לשיטה המוצעת כאן, היתה להמנע, מויטוח על המרווח של היבואן, שהיה בעצם נושא הבדיקה של הועדה. נושא זה הינו בעייתי ולכן ההצעה להשוות למחירי הולנד באה לעקוף את הטשאה הנ"ל.
2. חרוב חושב שיש פגם ביצירת קשר בין מחיר הפוב' למחירים הקמעוניים, כיוון שבמקרה זה ליבואנים וליצרנים ישנה מטרה משותפת להעלות את מחירי הפוב' כפי שקיים היום. מאז החלת השיטה הקיימת כיום מרבית מחירי פוב' שהוגשו לאישור היו 90% מהמחיר לסיטונאי בארץ המוצא.
3. לדעתנו יש להשאיר את מחירי הפוב' למו"מ בין היצרן ליבואן בעיקר, כאשר גם היבואנים טוענים שמחיר הפוב' משקף בין השאר את השתתפות היצרן בהוצאות כגון פרסום שיווק והחדרה לשוק.
4. לדעתנו, לאי קביעת מחירי פוב' אין שום השפעה למחירים אותם משיגות קופות החולים. ידוע לנו שהיום משיגות הקופות מחירים למרבית המוצרים הנמוכים בהרבה מ- 90% מהמחיר לסיטונאי.
5. אשר לטענה, כי היבואנים לא יוכלו לספק סחורה בגלל הורדת המחירים, הרי נשמעה טענה הפוכה ע"י התברות הרב לאומיות, כי הן לא תוכלנה לספק את התרופות במחירי פוב' של 47% פחות מהמחיר הקמעוני בחולנד.
4. לדעתנו, במקום לקבוע מהי הטענה הנכונה, יש להשאיר את המו"מ על קביעת המחיר בין היצרן ליבואן כיוון שלשני הצדדים אינטרס ברור למכור את התרופות בישראל.
6. חוק הפיקוח על מצרכים ושרותים קובע שיש לקבוע רווח מירבי ליבואן או ליצרן. דרישת היבואנים למחירי פוב' של 68% מהמחיר בחולנד, משמשת קביעת שיעור רווח מינימלי כאשר הרווח המירבי אינו ידוע.

עמדת המיעוט הגורסת כי יש לקבוע מחיר פוב' מקסימלי נסמכת על הטענות הבאים:

א. המחיר בפועל הנקבע היום לקופות החולים הינו בן מחיר הפוב' לבין המחיר המקסימלי כפי שנקבע על ידי המפקחת על המחירים ולכן ישנה חשיבות להגדרת מחיר הפוב' אשר תאפשר לקופות החולים להשיג הנחות משמעותיות יותר מהיבואנים.

ב. משרד חבריאות שואף להוזיל את מחירי התרופות, אך לא לפגוע באספקתן השוטפת, מצב בו תישחק רווחיות היבואנים העוסקים בענף ותביא ליציאתם מהשוק ועלולה להוביל לפגיעה באספקה השוטפת של התרופות, דבר שאין בכוונת המשרד לאפשר.

ג. אמנם, אין זה מתפקידו הישיר של משרד הבריאות לדאוג לחכנסות המדינה ממסים, אך בבואנו לקבוע תקנות אשר יש להן השלכה על הכנסות המדינה ממסים, עלינו לשים לב לכך שאי קביעה של תיקרה למחיר הפוב', תגרום לכך שהחברות הרב לאומיות הפועלות בארץ תפעלנה למוער את ההכנסות החייבות במס בישראל, על ידי קביעת מחירי העברה גבוהים וקרובים למחיר המקסימלי לרוקח. עמדת המיעוט גורסת כי יש לקבוע תקרה למחיר הפוב' באחת משתי האפשרויות הבאות:

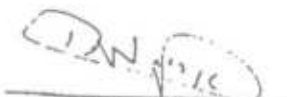
1. מחיר הפוב' לא יעלה על 72% מהמחיר לרוקח בישראל.

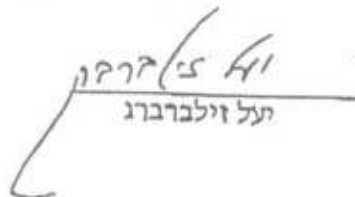
2. מחיר הפוב' לא יעלה על 90% מהמחיר לסיטונאי בארץ המקור (בדומה לנהוג כיום).

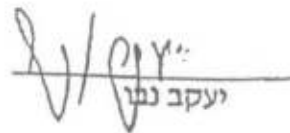
חשוב לציין, כי עמדת לשכות המסחר כפי שהוצגה בפנינו מחייבת קביעת מחיר פוב' בעוד שעמדת החברות הרב לאומיות כפי שהוצגה בפנינו, מתנגדת לקביעת מחיר פוב' מקסימלי כפי שבאה לידי ביטוי באופציה 1 הנזכרת לעיל.

סיכום והמלצות

- מומלץ לשנות את מודל הפיקוח על מחירי התרופות המיובאות מהמודל הקיים למודל כדי שפורט בגוף הדו"ח.
- למרות האמור בסעיף א' ממליצה הועדה על תוספת של כ- 4% - 3% מעבר למחיר לרוקח בחולד, על למנת להקל על היבואנים.
- הועדה ממליצה לשקול מתן פיצוי בגין החשיפה הבין-מטבעית שחלה על היבואנים.
- הועדה פונה למנכ"ל משרד הבריאות, על מנת שיקבע את עמדת המשרד בנושא מחיר מ"ב.
- הועדה ממליצה שלא להוציא מפיקוח תרופות מרשם אשר אינן בסל התרופות של קופת החולים.
- הועדה ממליצה לבטל את הפיקוח על תרופות O.T.C ולאחר שנה יבחנו המחירים, תרופות אשר מחירן יעלה מעבר למדד יוכנסו חזרה לפיקוח.
- הועדה חושבת שיש לבדוק הפעלת המודל הנ"ל גם על תוצרת הארץ תוך התחשבות בהבדלים הקיימים.
- לגבי מרשם תרופות אשר אינן נמצאות במודל ההולנדי, מציעה הועדה להשתמש במאגרי המידע של מדינת היבוא ומדינות נוספות לפי הצורך.
- מומלץ ליישם בהקדם צעדים ריאליים בתחום הרישוי של תרופות בכלל ותרופות מיובאות בפרט על מנת להגדיל את התחרות הגרית והאתית בענף. מהלך שכזה יוביל בלא כל ספק להוזלה משמעותית במחירי התרופות בישראל.


ארון משה


יעל זילברברג


יעקב נטו

כ"ח אלול, תשנ"ז
30 ספטמבר, 1997

נספח לדוח' הועדה

<u>שם התרופה</u>	<u>* ההפרש באחוזים בין מחיר המכסימום למחיר בהולנד</u>	<u>הערות</u>
ZOVIRAX	- 50%	יבוא - אין תחליף
NORVASC	- 50%	יבוא - אין תחליף
CASODEX	- 30%	יבוא - אין תחליף
PARLODEL	- 45%	יבוא - יש תחליף - טבע PARILAC (אותו פער)
TEGRETOL	- 50%	תחליף גנרי גינמדיקס CARBI - 40%
SANDIMUN	- 50%	יבוא - אין תחליף
VEPESID	- 50%	יבוא - אין תחליף
DIFLUCAN	- 25%	תחליף מתוצרת הארץ TRICAN
ROACCUTAN	- 30%	אין תחליף
MINOCIN	- 25%	יש תחליפים גנריים - במחירים כמו בהולנד
SEROXAT	- 25%	אין תחליף
MOXYPEN	0%	יש תחליפים
LAMISIL	- 25%	אין תחליף
AUGMENTIN	0%	אין תחליף
LOSEC	- 40%	מיצור מקומי (אין תחליף)
OSMO ADALAT	- 60%	מיצור מקומי (יש תחליפים - באותם מחירים)

* הפער הינו בין מחירי המכסימום והמחירים בהולנד ולא במחירים האפקטיביים לקופות החולים ולמוסדות.

נספח א



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

יב' בסיון התשנ"ז
17 ביוני 1997
מספרנו: ג.ב. 1306/97
(במענה, ציין מספרנו)

אל: רו"ח א. משה, קרן מחקרים, ביה"ח איכילוב
גב' מ. מוהילבר, ממנה על מחירי התרופות
מר י. נבו, ממנה על תחום תכנון ותקצוב

הנדון: מינוי ועדה לבדיקת מרווח היבואן

בימים אלה נערכים במשרד הבריאות דיונים באשר לשיטת הפיקוח על מחירי התרופות מיבוא.

בדיונים אלו, יש כוונה לשנות את נוסחת המחיר המירבי לתרופה. המחיר המירבי לתרופה לקמעונאי (לבית מרקחת) נקבע עד היום עפ"י נוסחה שכללה בתוכה מרווח של 47% ליבואן.

אודה לכם, אם בהקשר למרווח זה תבדקו את הדברים הבאים:

- א. כיצד חושב מרווח היבואן.
- ב. איזה רווח ליבואן כולל המרווח.
- ג. מה המרווח שלדעתכם יש לקבוע.

בכבוד רב

פרופ' ג. ברבש
המנהל הכללי

העתק: ד"ר ב. לב, המשנה הרפואי למנכ"ל
גב' מ. מוהילבר, סמנכ"ל לתקצוב ותמחור
גב' מ. עבאדי, עוזרת השר

$\frac{1}{\sqrt{2}}$

שם הנוהל: נוהל לשביעת מחירי תכשירים רכנאיים סויבוא	
תאריך: מאי 1997	מספר תנוהל 3
עמוד 1 מתוך 2	

1. כללי:

תכשיר רפואי מייבוא הרשום בפנקס התכשירים הרפואיים על-פי (תכשירים רפואיים) התשמ"ו-1986, חייב לקבל אישור הממונה על במשרד-הבריאות (להלן: הממונה) לסחיר המירבי בו הוא ימכר.

1.1 על-פי סעיף 63 למקודת הרוקחים (נוסח חדש) התשמ"א-1981, לא ימכרו תכשירים רפואיים בבית-מרקחת במחיר העולה על המחיר המירבי שאישר שר-הבריאות, או מי שהסמיכו לכך.

1.2 על-פי סעיף 12 לחוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים התשנ"ו-1996, השרים רשאים לקבוע בצו מחיר מירבי למצרף, שיעור שבו מותר לגרוע או להוסיף מחיר, וכן רווח מירבי שמותר להפיק ממכירת מצרף.

עסרונות:

הסחיר המירבי לתרופה לקיסמנואי (לבית-המרקחת) נקבע עד היום ע"פ הנוסחא:

מחיר פו"ב,	X	X	שער החליפין	X
או 90% מהמחיר לסיטונאי				1.47
כארץ הייצור, הנמוך מביניהם				

מרווח היבואן

המחיר המירבי לצרכן נקבע על-פי המחיר לקימעונאי כאמור בתוספת המרווח שנקבע לרוקח (לכית-מסקחת) מעת לעת - ראה נספח 1.

2. הנדירות:

2.1 מחיר פו"ב: (FREE ON BOARD) F.O.B - מחיר התכשיר הרפואי בשער הנמל (כפי שמופיע בחשבוון הספק מחו"ל ורשומון הייבוא).

2.2 ממוצע המחירים לסיטונאי: ממוצע המחירים של התכשיר הרפואי לסיטונאי ב-5 הארצות: אנגליה, איטליה, הולנד, ספרד וצרפת.

סם הנוהל: נוהל לקביעת מחירי תכשירים רפואיים מייבוא		
תאריך: מאי 1997	מספר הנוהל: 3	עמוד 2 מתוך 2

3. תוכן הנוהל:

- 3.1 על-פי הנוהל החדש יסבע המחיר המירבי לתכשיר רפואי על-פי הנוסחה לעיל כאשר בנוסחה יילקח A, או במקומו 90% מ"ממוצע המחירים לסיטונאי", הנמוך מבין שניהם.
- 3.2 בקשה לאישור/עידכון מחיר מירבי לתכשיר רפואי מייבוא תוגש לממונה על-ידי בעל-הרישום של התכשיר או הסוכן על-גבי טופס המיועד לכך - נספח 2.
- 3.3 אחת לשנה יבדק מחיר המחיר הסירבי שאושר. בעל הרשיון/הסוכן יגיש לממונה על-גבי הטופס הנ"ל את כל הנתונים העדכניים לתאריך הבקשה.

4. אחריות לביצוע:

הממונה על מחירי התרופות במשרד הבריאות.

5. נספחים:

- 5.1 נספח-1
5.2 נספח-2

6. מסמכים יסימים:

- 6.1 פקודת הרוקחים (נספח חדש) התשמ"א-1981.
6.2 חוק פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים התשנ"ו-1996.

7. תפוצה:

מנכ"ל
משנה למנכ"ל
יועצת משפטית
אגף הרוקחות
אגף התקציבים משרד הבריאות
יבואני תרופות

כותבות הנוהל: נב' יעל זילברברג מנר' בתיה הרן		תפקיד: הממונה על המחירים
		תפקיד: מנהלת אגף הרוקחות
מאשר הנוהל: דר' בעז לב		תפקיד: המשנה הרפואי למנכ"ל

י"ט סיון, תשנ"ז
24 יוני, 1997

לכבוד
מר דוד פורר
יו"ר ענף התרופות המיובאות
חב' נאופארם
ת.ד. 3506
פתח - תקוה 49130

מכובדי,

הנדון: ועדה לבדיקת מררוחי תרופות מיובאות

מנכ"ל המשרד מינה ועדה שמטרתה לבדוק את המרווח ליבואן ממחיר הפוב'.

מנדט הועדה להמליץ בין השאר בנושאים הבאים:

1. המרווח ליבואן

2. שיעור הרווח ליבואן מהמרווח האמור.

על מנת שנוכל להתייחס לעמדתכם, נבקשך להעביר אלינו בהקדם ולא יאוחר מ- 6/7/97 נייר עמדה

בנושא, תוך התייחסות למרכיבי העלות והרווח.

לאחר בחינת הנושאים, נזמן את נציגיכם להצגת העמדה ולקבלת הבהרות.

בשם חברי הועדה,

יעל זילברברג
ממונה על מחירי התרופות

העתק: פרופ' ג. ברבש - מנכ"ל המשרד
ד"ר ב. לב - המשנה למנכ"ל
גבי מ. מוהילבר - סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור
גבי מ. עבאדי - יועצת כלכלית לשר
חברי הועדה

150



16 יולי 1997

לידי הגב' יעל זילברברג
הממונה על מחירי התרופות

לכבוד
הועדה לבדיקת מרווחי תרופות מיובאות
משרד הבריאות
רחוב בן-טבאי 2
ירושלים 93591

א.ג.ג.

הנדון: מרווחי תרופות מיובאות

בהמשך למכתבה של הגב' יעל זילברברג מיום 24 יוני 1997, אנו מתכבדים בזאת להציג בפניכם את עיקרי עמדת חברי ענף התרופות באיגוד לשכות המסחר בישראל, בנוגע לקביעת מרווחי תרופות מיובאות לישראל.

מבוא

1. מתכונתו הנוכחית של הפיקוח על מחירי תרופות מיובאות הינה תולדה של ביקורת אשר הושמעה בתחילת שנות ה-90 על מחיריהן הגבוהים לכאורה של התרופות מיובאות ועל הרווחים המופרזים לכאורה של יבואני התרופות.
2. מדרכה של ביקורת ציבורית כי מוזכרים בה אך ורק אותם המקרים החריגים והבעייתיים בהם נמכרו תרופות במחיר הגבוה באופן חריג ממחירן בארץ ייצורן. אשר על כן ביצירת המתכונת של הפיקוח על מחירי תרופות נקבעה מדיניות מחמירה ביותר לעניין מרווח היבואן, וזאת מבלי שניתן המשקל הראוי למקרים הרבים בהם נמכרו תרופות במחירים נמוכים במיוחד (לדוגמה במקרים בהם מחירי הפו"ב נמוכים מ-90% ממחיר המוצר לסיטונאי בארץ הייצור).
3. בחינה מחודשת של מרווח היבואן בקביעת מחירי התרופות מיובאות מחייבת להביא בחשבון את מכלול הבעיות המאפיינות את שוק יבוא התרופות. בהקשר זה יצוין כי מעבר לבעיות אשר אפיינו שוק זה עת נקבעה מדיניות הפיקוח הקיימת, ואשר כאמור לא ניתן להן המשקל הראוי, נוספו בשנים האחרונות בעיות חדשות, המחייבות התייחסות הולמת בקביעת המרווח האמור. כך, לדוגמה, הגידול בתחרות הקיימת בשוק התרופות בישראל, מחייב את היבואנים ליתן דגש רב יותר מבעבר להשקעות בתעמולה רפואית, בפרסום ובשיווק מחד גיסא, ולמתן הנחות משמעותיות (הנחות כמות ו"בונוסים") מאידך גיסא. כמו כן, השחיקה בסל המטבעות בשנים האחרונות בהשוואה לעליית מדד המחירים לצרכן באותה תקופה, הביאה לגידול בהוצאות המקומיות של היבואנים, ולהקטנה ריאלית של המרווח שהוקנה להם. בעניין זה יצוין כי יבואני התרופות



איגוד
לשכות
המסחר

בית לשכת המסחר, רח' החשמלאים 24, ת"ד 67132 • ת"ד 20027 ת"א 51200
טל' 03-551010 • פקס' 5512614, 5519025, 03-5519027
HTTP://WWW.CHAMBER.ORG.IL • E-MAIL: FEEDBACK@CTCOM.CO.IL

ארגון העסקים של ישראל

מקופחים לרעה ביחס להסדרים החקיקתיים הקיימים במוצרים אחרים, לגביהם נקבעו בצוויי מנגנוני הצמדה למדד המגנינים מפני שחיקה שכזו (לדוגמה ראה צו יציבות מחירים במצרכים ובשירותים (הוראת שעה) (מוצרי חשמל מיובאים), התשמ"ח-1987, וצו שעת חירום (יציבות מחירים במצרכים ובשירותים) (מחיר מרבי לחלקי חילוף למכוונות חקלאיות שיובאו לישראל) התשמ"ו-1986).

4. יתרה מזאת, הגידול בתחרות הקיימת בשוק התרופות משמש כבר היום כלי ריסון ראשון במעלו של מחירי תרופות רבות. ריבוי המוצרים מביא לקביעת מחיריהם על בסיס של היצע וביקוש וכתוצאה מכך מתייטר הצורך בפיקוח ממשלתי במקרים רבים. לפיכך בקביעת מדיניות הפיקוח העתידית, יש לקבוע מידת פיקוח מתונה יותר מבעבר, בדומה להתמתנות הפיקוח בענפים אחרים של המשק.
5. לאור כל אלה יובא להלן פירוט של מרכיבי העלות והרווח השונים אותם יש להביא בחשבון לצורך קביעת מרווח היבואן לעניין תרופות מיבוא.

מחיר היסוד

6. כבר עת גובשה המתכונת הנוכחית של הפיקוח על מחירי התרופות, השמענו את דעתנו כי גישו זאת אינה ראויה, שכן מחיר הפו"ב משקף את חלוקת הוצאות התעמולה הרפואית, השיווק המחקרים הקליניים וכדומה בין היצרן לבין היבואן.
7. אנו סוברים כי הבסיס הראוי לקביעת מחיר היסוד צריך להיות ממוצע המחירים של התכשיר הרפואי לסיטונאי בארץ המקור ובארבע מחמש הארצות הבאות: אנגליה, איטליה, הולנד, צרפת וגרמניה. בדרך זאת אנו סבורים תושג הרמוניזציה בין מחירי התרופות בישראל לבין המחיר הבינלאומי של התרופות.
8. מכל מקום, למען ייעול ופישוט הדיון להלן, אנו מתייחסים למחיר הבסיס הנורמטיבי כפי שנקב על ידיכם ולא למחיר הפו"ב.

קביעת מרווחי העלות

9. לצורך קביעת המרווח ליבואן, מוצע לנתח העלויות במספר קבוצות של הוצאות שונות, וזתמר את העלות של כל קבוצה וקבוצה בנפרד. להלן תפורטנה קבוצות אלה:



איגוד
לשכות
המסחר

בית לשכת המסחר, רח' החשמלאים 34, הר"א 67132 • ת.ד. 20027 הר"א 61200
טל' 03-5631010 • פקס' 5612614, 5619025, 03-5619027
HTTP://WWW.CHAMBER.ORG.IL • E-MAIL: FEDCCI@ACTCOH.CO.IL

ארגון העסקים של ישראל

א. הוצאות יבוא

הוצאות אלה כוללות את ההוצאות הבאות: הובלה (ימית או אווירית), ביטוח הובלה, מיסים ואגרות, עמילות מכס, הובלה ופריקה למחסן היבואן, בדיקות אצווה, מימון מע"מ והפרשי שער, עמלות והוצאות בנקאיות.

ב. הוצאות תפעול בית מסחר לתרופות

הוצאות אלה כוללות: הוצאות הכרוכות בהפעלת בית המסחר לתרופות (שכר דירה, ארנונה, חשמל, בקרת טמפרטורה וכיוצא באלה), עלות שכר כח אדם מקצועי, הוצאות הפצה והוצאות סימון בעברית לתוויות ולעלוניס.

ג. הוצאות בגין מלאי

הוצאות אלה כוללות: פחת, ביטוח מלאי ועלות החזרת סחורה בגין פגי תוקף.

ד. הוצאות מימון

הוצאות אלה כוללות הן הוצאות למימון מלאי והן הוצאות למימון אשראי לקוחות בהתאם לתנאים המקובלים במשק וכן הוצאות בגין חובות אבודים.

ה. ביטוח אחריות מוצר

ו. הוצאות תעמולה רפואית, פרסום ושיווק

לאור הדרישה כי לצורך קביעת המחיר בישראל לתרופה מיובאת ישמש 90% מהמחיר לסיטונאי של התרופה בארץ הייצור (או ממוצע של מספר ארצות), מסרבים יצרני התרופות בחו"ל ליטול על עצמם את הוצאות הפרסום והשיווק של התרופות בישראל ולפיכך חלות הוצאות אלו על היבואן. עקב כך נדרשים יבואני התרופות להקדיש מקורות רבים לצורך עריכת פעילות תעמולה רפואית, פרסום ושיווק בישראל, פעילות החיוני במיוחד לאור מצב השוק בישראל.

ז. הנחות כמות

כידוע, רוכשות קופות החולים כמויות ניכרות של תרופות, וכתוצאה מכך הן נהנו מעמדת מיקוח מוגברת. אשר על כן נאלצים יבואני התרופות להעניק הנחות כמו משמעותיות ביותר ממחיר התרופה המבסימלי. לכך יש להוסיף הנחות כמות ("בונוסים" הניתנים ללקוחות במגזר הפרטי ואשר הפכו כבר למעין נורמה בענף.



איגוד
לשכות
המסחר

בית לשכת המסחר, רח' המשטמה 34, ת"א 67132 • ת.ד. 20027 ת"א 61200
טל' 03-5631010 • פקס' 5612614, 5619025, 03-5619027
HTTP://WWW.CHAMBER.ORG.IL • E-MAIL: FECC12ACTCOM.CO.IL

ארגון העסקים של ישראל

ח. הוצאות תיפעול וניהול משרדים

במסגרת הוצאות אלה כלולות כל ההוצאות הנלוות של היבואן הקשורות בתיפעול ובניהול משרדיו ועסקו: תשלום שכר לעובדים, הוצאות הנהלה, שכר דירה, מסים עירוניים ואגרות, רכב, נסיעות עסקים לח"ל וכיוצא באלה.

10. על בסיס קבוצות אלה יפורטו להלן שיעורי ההוצאות השונים ממחיר היסוד, כפי שהם עולים מבדיקה משווה של ההוצאות אשר היבואנים השונים מוציאים בתקופה האחרונה:

- | | | |
|----|---------------------|---|
| א. | הוצאות יבוא | - 8% על מחיר הבסיס. |
| ב. | הוצאות תפעול | - 13% על המחיר מהמחזור (147 נקודות) (19.11 על הבסיס). |
| ג. | הוצאות בגין מלאי | - 2% על מחיר הבסיס. |
| ד. | הוצאות מימון | - 6% על מחיר הבסיס. |
| ה. | ביטוח אחריות מוצר | - 0.5% על מחיר הבסיס. |
| ו. | הוצאות פרסום ושיווק | - 15% על המחיר מהמחזור (22.05 על הבסיס). |
| ז. | הנחות כמות | - 10% על המחיר מהמחזור (14.70 על הבסיס). |
| ח. | הוצאות משרד | - 10% על המחיר מהמחזור (14.70 על הבסיס). |

11. בהתאם לנתונים אלה, יש לקבוע את מרווח העלות של היבואן על 187% ממחיר היסוד ש"התרופה. בנוסף יש להשאיר על כנה את האפשרות הקיימת כיום לפנות לקבלת אישור למרווח גדול יותר במקרים חריגים, כגון מקרים בהם נדרשת אחזקה מיוחדת של התרופות או כאשר אורח חי המדף של התרופות הינו קצר במיוחד.

סיכום

מתכונת הפיקוח הקיימת על מחירי התרופות המיובאות הינה בעייתית, אינה תואמת את מצב השו ומטילה נטל כבד ביותר על היבואן. מהנתונים דלעיל עולה בבירור כי נדרשת הרחבה של



אגוד
לשכות
המסחר

בית לשכת המסחר, רח' החשמלאים 34, ת"א 57132 • ת.ד. 20027 ת"א 61200
טל' 03-5619027, 03-5619028, 03-5612614 • פקס' 03-5610100 • E-MAIL: FEDCC@ACTCOM.CO.IL
HTTP://WWW.CHAMBER.ORG.IL

ארגון העסקים של ישראל

המרווח שנקבע לתרופות מיבוא, על מנת לאפשר ליבואנים להמשיך ולתפקד באופן סביר בתנאי השוק הקיימים.

בכבוד רב,

דוד כהן
יו"ר ענף הפרומות

נספח-ה

KUPAT HOLIM
MEUHEDET



קופת חולים
מאוחדת

10 באוגוסט 1997
ז' באב תשנ"ז
מאוחדת כ"ד

לכבוד
גב' יעל זילברברג
מנהלת אגף התחשיבים
משרד הבריאות
רבקה 29
ירושלים

ג.ג.

הנדון: קביעת מחירי יבוא לתרופות

בישיבה שהתקיימה ביום חמישי 7.8.97 בנוכחות הנציגים גב' יעל זילברברג, אריק משה, יעקב נבו ואנוכי ג'ורג' שריקי, התבקשתי להמליץ על חמש מדינות בעולם, שעל פיהן יקבע מחיר מינימום לסל תרופות מיובא.

אינני יכול להמליץ על מהלך שכזה היות והמהלך נראה לי לא מעשי: כוונתכם לפעול ברמת "סל התרופות" ולא "הפריט", ובממוצע אחוזי ולא נומינלי.

כידוע, כל עליה במחיר המאושרת ע"י משרד הבריאות או משרד האוצר נעשית ברמת הסל, כאשר בפועל החברה היצרנית או היבואנית היא הקובעת את העליה במחיר של כל פריט ופריט.

הרופה, שמחזור הכספי הוא גדול, החברה היבואנית/יצרנית תוכל לעלות את מחירה באחוז גבוה יותר מאשר לתרופה שמחזור הכספי קטן יותר. ברור מאליי שהממוצע האחוזי לא ישתנה.

לדוגמה, חברת SQUIBB : ספקטרום התרופות שלה הוא גדול (כפי שהוא בחו"ל), אך רק מספר קטן ממוצריה משווק בארץ. מחיר עלות סל התרופות של חברה זו בארץ יצא הזול ביותר. אך ברמת הפריט, העלות הממוצעת תהיה גבוהה יותר בארץ.

באותה ישיבה, דברנו על יבוא מקביל. יבוא מקביל הוא דרך נכונה לעקוף את תקרת המחיר הנקבע בארץ ע"י חברת היבוא. למעשה, רמת המחירים נקבעת ע"י חברות האס בחו"ל. בנושא זה יש להם מונופול על אותן התרופות שהן מייצרות לארצנו. במידה ופקודת הרוקחות הקובעת בלעדיות על תרופה תבוטל, ניתן יהיה ליבא אותן הרופות ממדינות. בהן רמת המחירים נמוכה יותר.

בנוסף לכך - ברגע שיש אפשרות לתחרות מבחינת המחיר, החברות היבואניות באות בעצמן, ומורידות המחירים, כגון: תחרות בין ROFERON ל INTRON. היום מחיר ה- ROFERON ו- INTRON בארץ הוא מתנמוכים שיש בעולם.

דוגמה נוספת: כ- ACE INHIBITOR קיימת קבוצה של תרופות כגון, TENSOPRIL, VASACE, VASOPRIL, CONVERTIN, מחיר ה- VASACE ירד עד ל- 26 ש"ח (לחבילה של 28 טבליות). אין לנו ספק ששאר ה- ACE INHIBITORS יורידו מחיר כתוצאה מכך.

KUPAT HOLIM
MEUHEDET



קופת חולים
מאוחדת

בנוסף, ב OTC : ארצות הברית היא למיטב ידיעתי הזולה ביותר במחירי OTC. לחברת "טבע" בארץ. מחירון OTC לקופות. כשבארצות הברית מחיר מוצריהם ועם שינוי קטן מאד בנוסחאות) הוא הרבה יותר זול מהמוצר המקביל לו בארץ. אז, יחית אפסו לייבא אותו OTC של TEVA מארצות הברית לארץ ועל ידי כך להוזיל את מחירי "טבע" בארץ בצורה משמעותית.

ואפילו מוצרי מרשם - נא לפנות לתופעת ה- ALPRAZOLAM וה- ATENOL לדוגמה מחיר 50mg ATENOLOL לבית המרקחת הוא 29.80 ש"ח. מחירו לקופה - 3 ש"ח. אם הוא נמכר לתוך הקופה או אם הוא נמכר דרך בית המרקחת הפרטי כנגד מרשם של הקופה. ALPRAZOLAM מחירו לבית המרקחת הוא 30.73 ש"ח. לקופה 6 ש"ח לאותם מקרים - ודוגמאות רבות אחרות לא חסרות בזמן שהיום, למעשה שוק התרופות הוא שוק של קופת חולים בלבד.

אם מטרת משרדי הממשלה האוצר והבריאות היא הורדת עלות סל התרופות בארץ ועלויות ההוצאות הרפואיות, לדעתנו, רק מעשה אמיץ יעזור: הורדת הריהנת המונופוליסטית הנותית בלעדיות ליבוא לרושם התרופה.

בכבוד רב

בברכה,

ג'ורג' שריקי
הרוקח הראשי

העתק: ע. סלנט - מנכ"ל
י. נבו - משרד הבריאות
אריק משה - בי"ח איכילוב

א. למציא הובא מחירי צרפת מצורף כפי שהבחינו לך.

שפה ז'



איגוד
לשכות
המסחר

בית לשכת המסחר, רח' החשמלאים 84, ת"א 67132 • תד. 2727 • 61205
טל' 03-5631010 • פקס' 5612614, 5519025 • 03-5631010
HTTP: WWW.CHAMBER.ORG.IL • E-MAIL: FEDCCI@ACTCOM.CO.IL

ארגון העסקים של ישראל

22 בספטמבר 1997

לכבוד
הועדה לבדיקת מרווחי תרופות מיובאות
משרד הבריאות
רח' בן טבאי 2
ירושלים 93591

לידי גב' יעל זילברברג
הממונה על מחירי תרופות

ג.נ.

הנדון: מרווחי תרופות מיבוא

בהמשך לישיבתנו המשותפת עמכם שנערכה ביום 8 בספטמבר 1997, מצאנו לנכון לשוב ולהעלות על הכתב עמדת חברי ענף התרופות באיגוד לשכות המסחר בישראל לענין הנוסחה לקביעת המרווח הראוי למחירי תרופות מיבוא.

לאחר ליבון הנושא בישיבתנו הנ"ל, עמדתנו היא כי הבסיס הראוי לקביעת מחירי היסוד לתרופה מיבוא צריך להיות ממוצע המחירים של תרופה לרוקח בארבע הארצות כדלקמן: אנגליה, צרפת, בלגיה וגרמניה (הסיבות לעמדה זאת בוארו בהרחבה בישיבתנו).

עם זאת, ברי כי למחיר ממוצע זה יש להוסיף את אותן העלויות שהינן ספציפיות לישראל ואשר בהן נאלץ היבואן לשאת לצורך יבוא התרופה. עלויות אלה הינן כדלקמן:

א. הוצאות מימון - קיים הפרש משמעותי בין הוצאות המימון למלאי, לאשראי לקוחות ולחובות אבודים בישראל ביחס לאירופה בשל עלויות הריבית הגבוהות יחסית בישראל. הפרש זה הינו בשיעור של 4%-5% ממחזור המכירות.

ב. הוצאות יבוא - אף כאן מדובר בהוצאות יחודיות ליבואן הישראלי. הוצאות אלו כוללות את עלויות ההובלה הימית או האווירית, ביטוח ההובלה, מסים ואגרות ביבוא, עמילות מכס, הובלה ופריקה למחסן היבוא, מימון מע"מ, הפרשי שיוך, עמלות והוצאות בנקאיות. הוצאות אלו הינן בשיעור של 8% ממחיר היסוד.



איגוד
לשכות
המסחר

בית לשכת המסחר, רח' החשמלאים 84, ת"א 67132 • ת.ד. 20027 ת"א 61200
טל' 03-5631010 • פקס' 5612614, 5619025, 03-5619027
HTTP://WWW.CHAMBER.ORG.IL • E-MAIL: FEEDBACK@ACTCOM.CO.IL

ארגון העסקים של ישראל

- ג. ביטוח אחריות מוצר - עפ"י החוק הישראלי בעלות של 0.5% מהמחזור.
- ד. הוצאות בגין עמידה בדרישות ספציפיות לישראל - סימון בעברית של אריזות, החלפת עלונים (לעלונים בשפה עברית, אנגלית וערבית), אחזקת רוקח ממונה/אחראי (מדובר בעלות כוח אדם יקרה בישראל), בדיקות אצווה (אגרה למשה"ב ודוגמאות), הוצאות בגין רישום תכשיר חדש וחידוש רישום (לרבות עלות ניסיונות להוכחת יעילות התרופה) - 3% מהמחזור.
- העולה מהאמור לעיל הינו כי למוצע מחיר היסוד של התרופה מיבוא יש להוסיף כ- 15.5%-16.5% על מנת לנטרל את ההפרש הנגרם על ידי ההוצאות הספציפיות בהן נושא היבואן הישראלי. נציין עוד כי בנתונים דלעיל לא נלקחה בחשבון העמסת הוצאות אחרות הקיימות אף בארצות הייחוס לעיל וכן לא הועמס (ולו גם באופן חלקי) מרווח סביר - מעבר להוצאות, לו זכאי לעמדתנו היבואן הישראלי.
- למען הסדר הטוב, נציין אך כי עמדתנו לגבי יתר הנושאים שהועלו על ידינו בפגישתנו - ביטול הפיקוח על מחירי תרופות OTC, ביטול הפיקוח על מחירי תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וקביעת מחיר פו"ב מכסימלי עומדת בעינה.

בכבוד רב,

דוד פורר
יו"ר ענף התרופות

משרד הבריאות

STATE OF ISRAEL

האגף לתכנון, תקצוב ותמחור
The Division of Planning,
Budgeting and Pricing

Ministry of Health
Jerusalem

April 29, 1997

Director, Pharmaceutical Division
Ministry of Public Health, Welfare and Sport
P. O. Box 5496 MK Risjswijk
The Netherlands

Dear Sir/Madam,

The Israeli Ministry of Health is conducting an check-over of drug prices in Israel by comparing them to those in Europe.

We should greatly appreciate receiving from you your new drug price-list which, we understand, contain the average prices coordinated with several European countries.

The price-list would be of great help.

Thank you for your attention to this request.

Yours sincerely,

Yael Zilberberg
Drug Prices Controller

cc: Dr. Boaz Lev, Associate Director General

(2) 1-1201

Ministry of Health
Mr. Yael Zilberberg
P.O. Box 1176
JERUSALEM 93591

Ons kenmerk
GMV 973189

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer
070-3407330

Rijswijk
27 May 1997

Onderwerp
drug prices

Bijlagen:
1

Uw brief
29 April 1997

Dear Yael Zilberberg,

In response to your letter of 29 April I send you two lists of maximum prices on floppy disc.

These drug prices are calculated in accordance with the Drug Pricing Act (WGP), introduced by the Dutch government in February 1996.

The WGP states that companies are not permitted to offer for sale, sell or supply medicines to pharmacists and dispensing doctors at a purchase price (ex-wholesale price) that is higher than the average of the purchase prices in four European reference countries: Belgium, France, Germany and the United Kingdom. These countries were chosen as reference countries because they are comparable to the Netherlands with respect to the standard of living, national insurance system and level of health care.

Under the WGP, minimally two times a year pharmacy purchase prices are calculated for reimbursable medicines, based on the average of those with comparable products in the four reference countries. Products are deemed as comparable when they meet the following criteria:

- contain the same active ingredient;
- contain the same unit strength of the active ingredient;
- be available in a comparable pharmaceutical form.

Maximum prices are determined for medicines of which price is higher than the calculated average of the prices of comparable products in the reference countries.

The maximum prices present on the floppy disk came into force in February/March 1997.

On the floppy disk comparable Dutch products are clustered in a group with a name composed of the active ingredient(s), its strength(s) and the pharmaceutical form. Each group has a maximum price per unit product, e.g. tablet, capsule, millilitre eye drops, etcetera.

In front of each product the Dutch registration number (RVG number) is mentioned.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kanmerk

GMV 973189

V/V/V

I hope that the information given above is satisfactory. If you have any questions please do not hesitate to call Mr. M.J. van de Velde (+31 70 3407330).

Yours sincerely,



C.M. de Vos, MD PhD,
Executive Director of Pharmaceutical Affairs.

STATE OF ISRAEL

משרד ה
try of Health
ירושלים

6-805

האג לתכנון, תקצוב ותמחור
The Division of Planning,
Budgeting and Pricing

Mr. M.J. Van de Velde
Pharmaceutical Division,
Netherlands Ministry of Public Health, Welfare and Sport

18 September 1997

Dear Mr. Van de Velde,

Re: The Drug Pricing Act (wgp)

The Israeli Ministry of Health is at present planning to establish a new method of price control for drugs and medications and we are thinking of adopting the Dutch Maximum Prices system.

Dr. C.M. de Vos has sent us a disk containing the list of maximum prices of medications to Dutch pharmacists and has referred us to you for further information on this subject. To enable us to fully understand your system, I should be grateful if you would answer the following questions:

1. Do the maximum prices take into account the corresponding import prices in the reference countries?
2. What weight did you give to each country in calculating the mean price?
3. Did you take into consideration the differential market volume of each drug in The Netherlands as compared to the reference countries?
4. Do you use the same pricing system for ethical and generic drugs?
5. Are the prices of O.T.C. drugs and non-reimbursable medications controlled by a different method or not controlled at all?
6. Why did you not include Spain and Italy as reference countries?
7. Do the prices on the disk sent us include V.A.T.?
8. Which data bases in the reference countries did you use?

9. How has the introduction of your new system affected drug suppliers?

I thank you in anticipation of your help.

Yours sincerely,

Jacob Nevo
Director, Planning, Budgeting and Pricing Divn.

26 n20J

TELEFAX

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

DIRECTIE GENEES- EN HULPMIDDELENVOORZIENING

Telefoonnr.: 070 - 3407330

Telefaxnr.: 070 - 3407187

To : Mr. Jacob Nevo,
Director, Planning, Budgetting and Pricing Division,
Ministry of Health, Israel

Fax : 972-2-6785453

From : Marco van de Velde
Ministry of Public Health, Welfare and Sport
The Netherlands

Date : 22 September 1997

Pages : 6 (incl example)

Ref : Drug Pricing Act

Dear Mr. Nevo,

Thank you for your fax with the questions about the Drug Pricing Act (WGP) which came into force in February 1996.

The answers to the questions are listed below. In addition I enclose an example to illustrate how a maximum price is calculated.

1.

The calculation of maximum prices is based on the purchase price of comparable products present in the price lists of the reference countries, including imported products. Therefore, prices of imported products contribute to the calculated maximum price.

2.

Each reference country contribute to the same extent. If comparable products are present in two or more reference countries the maximum price is calculated by taking the average. At the moment that comparable products are present in only one of the reference countries no average can be calculated and no maximum price will be determined.

3.
No, market volumes are not taken into consideration.

4.
The WGP states that maximum prices can be calculated for pharmaceutical products which are included into the reimbursement system. Reimbursed ethical and generic drugs which are comparable (active substance; strength; pharmaceutical form) are clustered in a group. Subsequently, comparable products (ethical and generic) present in the price lists of the four reference countries are clustered in the same group and a maximum price is calculated. The calculated maximum price applies for the Dutch pharmaceutical products in the group with a purchase price above the calculated maximum price without regard to its status e.g. ethical or generic.

5.
At this moment the prices of OTCs and non-reimbursed pharmaceuticals are not controlled.

6.
The following criteria determined the choice of the four reference countries:
-The four reference countries are comparable with The Netherlands with regard to the prevalence of diseases and disorders.
-The reference countries represent almost 60% of the population of the European Union and consume approximately 60% of the pharmaceuticals.
-The reference countries are comparable with The Netherlands with respect to the standard of living, national insurance system and level of health care.

7.
The maximum prices present on the floppy disk are purchase prices excluding V.A.T.

8.

Belgium:	APB-Delphi/Tarief Algemene Pharmaceutische Bond Archimedesstraat 11, B-1000, Brussel
France:	SEMP (Societe d'Editions Medico-pharmaceutiques) 26, Rue le Brun, 75013, Paris
Germany:	ABDATA Pharma-Daten-Service Ginnheimer Strabe 26, 65760, Eschborn IFA Hamburger Allee 26-28, 60486, Frankfurt am Main
United Kingdom:	Chemist & Druggist (Miller Freeman) Sovereign Way, Tonbridge, Kent

9.

Introduction of the WGP in February 1996 caused a 15-20% reduction of prices of pharmaceutical products. Profits of drug suppliers declined and stabilised at a lower level. Since February 1996 undercover drug imports (parallel trade) seem to decline. A more detailed evaluation of the introduction of the WGP will be made in October/November this year.

PLEMENT

in this supplement I make a few explanatory remarks on the calculation of a maximum price.

At first, products with the same active substance, strength and pharmaceutical form present in the price lists of the four reference countries are grouped. In the example products with the active substance 'enalapril' with the strength of 20 milligram and in the pharmaceutical form 'tablet' are grouped by country: BE (Belgium), DU (Germany), FR (France), and UK (United Kingdom). In successive columns the article number, product name, pharmacy purchase price (local currency), package size and pharmacy purchase price per tablet (local currency) are shown.

Subsequently, the mean pharmacy purchase price (local currency) is calculated for each country. Within the group products with the same product name are grouped by country:

Belgium:	Renitec	30.727763 BEF
Germany:	Pres	1.285667 DM
	Pres	1.284400 DM
	Pres	1.193400 DM
	Pres	0.000000 DM
	Xanef	1.285667 DM
	Xanef	1.284400 DM
	Xanef	1.193400 DM
	Xanef	0.000000 DM
France:	Renitec	4.661071 FF
	Renitec	0.000000 FF
United Kingdom:	Innovace	0.526339 P
	Innovace	0.526500 P

For each product name the cheapest product is selected by country (products with the price 0.0000 are not taken into account) and average pharmacy purchase prices for each country are calculated:

Belgium:	Renitec	30.727763 BEF	Average 30.727762 BEF
Germany:	Pres	1.193400 DM	1.193400 DM
	Xanef	1.193400 DM	
France:	Renitec	4.661071 FF	4.661071 FF
United Kingdom:	Innovace	0.526339 P	0.526339 P

The country averages are converted to guilders and the average is the maximum purchase price for Dutch products with the active substance 'enalapril' in the strength of 20 milligram and the pharmaceutical form 'tablet':

Country	Local currency	Dutch guilders
Belgium:	30.727763	1.674817
Germany:	1.1934000	1.342157
France:	4.6610710	1.555865
United Kingdom:	0.526339	1.652704

Average (=maximum purchase price): 1.556386

Best regards.

6 באפריל, 1998

חוות דעת

בענין

הצו לקביעת מחירים מרביים
לתכשירים רפואיים מיובאים

דינגר ברנע ושות' בע"מ

בענין:

1. ניאופרס בע"מ
2. אגיס סוכנויות מסחריות (1989) בע"מ
3. ניי סי הלתיקר בע"מ
4. דיסקוטרייד בע"מ
5. דיפריס ושות' בע"מ
6. טי.פי. טכנולוגי פרמסיוטיקלס בע"מ
7. טרדיס גת בע"מ
8. כ.צ.ט. בע"מ
9. כמיפארס בע"מ
10. לוכטמבורג תרופות בע"מ
11. לפידות ע. פרמצבטיקלס בע"מ
12. מגאפארס בע"מ
13. מדיליין בע"מ
14. מרק שארפ ודוהם (ישראל 1996) בע"מ
15. נובו נורדיסק בע"מ
16. סלומון לוין ואלשטיין בע"מ
17. ה. פסקלוביץ בע"מ
18. פרומדיקו בע"מ
19. פרמבסט בע"מ
20. פרמה מדיס בע"מ
21. פרמהטיס בע"מ
22. פרמהסקופ בע"מ
23. פרמשלום בע"מ
24. רון פולנק ישראל בע"מ

כולם ע"י ב"כ עוה"ד הרצוג, פוקס, נאמן ושות'
מבית אסיה, רחוב ויצמן 4, תל-אביב 64239
טל': 03-6922020, פקס: 03-6966464

העותרות

נגד

1. שר האוצר
2. ישר הבריאות
3. ועדת המחירים לפי חוק הפיקוח על
מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו - 1976

ע"י פרקליטות המדינה, משרד המשפטים
רח' צאלח א-דין 29, ירושלים 91010
טל': 02-6708550, פקס: 02-6708780

המשיבים

החתום מטה, פרופ' אמיר ברנע, מגיש בואת חוות דעת מומחה לקביעת היקף ההוצאות היתודיות והפרשי עלויות החלים על יבואני התרופות בישראל בהשוואה לסיטונאים בהולנד לשם הערכת שיעור התוספת ההוגן והסביר (fair & reasonable), שיש להוסיף למחיר הבסיס, כהגדרתו בצו הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים רפואיים מיובאים), התשנ"ח - 1998.

חוות הדעת מוגשת על פי בקשת עו"ד אהוד סול ממשרד הרצוג פוקס נאמן, עו"ד בשם החברות בענף יבואני התרופות באיגוד לשכות המסחר בישראל.

חוות דעת זו ניתנת במקום עדות בבית משפט. אני מצהיר, כי ידוע לי היטב שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית משפט, חוות דעתי כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה בבית משפט.


פרופ' אמיר ברנע

6.4.98
תאריך

חוות דעת מומחה

1. נתונים ביוגרפיים:

שם: פרופ' אמיר ברנע

השכלה:

תואר ראשון בכלכלה וסטטיסטיקה, האוניברסיטה העברית, 1964.
תואר שני בכלכלה ומינהל עסקים, האוניברסיטה העברית, 1967.
תואר שלישי במימון וכלכלת עסקים, אוניברסיטת קורנל, ניו-יורק, ארה"ב 1972.

נסיון מקצועי:

הנני מכהן כפרופסור מן המניין בפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב, מרצה בנושאי מימון ובנקאות וכדיקאן ביה"ס למנהל עסקים במרכז הבינתחומי בהרצליה. שימשתי כפרופסור אורח במספר אוניברסיטאות בארה"ב (אוניברסיטת ניו-יורק 1973, אוניברסיטת קורנל 1975, אוניברסיטת ויסקונסין-מדיסון 1979, 1989, ואוניברסיטת RICE ביוסטון, טקסס 1989-1992).

אני משמש כיועץ למוסדות פיננסיים בארץ, חבר במספר ועדות ציבוריות כולל הועדה למבנה שוק ההון (ועדת ברודט). בשנים 1984-1988, כיהנתי כדירקטור מטעם הציבור בבורסה לניירות ערך בת"א. מתחילת שנת 1993 אני משמש כמנכ"ל ושותף בחברת זינגר ברנע ושות' בע"מ.

בתחום היעוץ אני עוסק, בין היתר, בהערכת חברות ציבוריות עבור משקיעים פרטיים ומוסדיים, כתיבת חוות דעת בנושאים כלכליים שונים, הגשת חוות דעת למשרדי הממונה על ההגבלים העסקיים, משרדי הממונה על המחירים ועוד.

2. נושא חוות הדעת

במסגרת הליך הערעור בענין צו הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מרביים לתכשירים רפואיים מיובאים), התשנ"ח- 1998 (להלן - "צו הפיקוח"), נתבקשתי על ידכם לאמוד היקף ההוצאות היחודיות והפרשי עלויות החלים על יבואני התרופות בישראל בהשוואה לסיטונאים בהולנד, לשם הערכת המרווח הראוי מעבר ל"נוסחה ההולנדית".

להערכתנו, לאור הנתונים שקיבלנו והבדיקות שביצענו, האחוז ההוגן והסביר (fair & reasonable), שיש להוסיף ל"מחיר הבסיס", כהגדרתו בצו הפיקוח הינו כ- 10.69%, ובתוספת פיצוי בגין אי עדכון מחירים, מסתכם שיעור התוספת הראוי למחיר הבסיס בכ- 12.94% (להלן - "שיעור התוספת"), כפוף לתקנון מחזור המכירות (ראה סעיף 9 להלן).

אומדני לגבי שיעור התוספת הראוי גבוה באופן משמעותי מהתוספת הכלולה במחיר המחייב לפי צו הפיקוח שהיא 1.5% (ובתקופת המעבר 3.5%). הערכת שיעור התוספת ההוגן מבוססת על נתונים שהתקבלו ממרבית החברות בענף יבוא תרופות, המגובים בחלקם באישורי רואי-החשבון של החברות הרלוונטיות, על דו"ח הועדה לבחינת מחירי תרופות מיובאות, על החומר הכלול בעתירה לבג"צ מחודש 3/98 ובמכתבים של עורכי-דין בנושא שבנדון, על שיחות עם גורמים שונים בענף התרופות המיובאות ועוד. לא בדקתי את הנתונים באופן בלתי תלוי, ולפיכך חוות דעתי אינה מהווה אימות לנכונותם, לשלמותם ולדיוקם של נתונים אלה.

3. כפי שנתבקשתי, עוסקת חוות הדעת אך ורק בנושא הערכת שיעור התוספת ההוגן מעבר למחיר לסיטונאי בהולנד. לא התייחסתי לשאלה האם המחיר שמשלם הסיטונאי בהולנד הוא המחיר שמשלם היבואן הישראלי, או שישנה הצדקה כלכלית להישענות על ממוצע המחירים בהולנד כבסיס לקביעת מחירי מקסימום בישראל.

4. אני מניח, שהסיבות להישענות צו הפיקוח על טבלת המחירים לסיטונאים בהולנד הן:

- (א) זמינות האינפורמציה;
 - (ב) היות המחיר בהולנד ממוצע של מחירים לסיטונאים בשוק המשותף. כלומר, הנהגת המחיר כמחיר בסיס עקבית עם חשיפת השוק הישראלי לשוק המשותף.
 - (ג) פישוט הליך הפיקוח.
- התנחל ביסוד צו הפיקוח היא, שבממוצע משקף המחיר לסיטונאי בהולנד את המחיר (פ"ב) בו ניתן לייבא תרופות לארץ מארצות השוק המשותף.

* צו הפיקוח מנדיר כדלקמן:

"המחיר המחייב" - ממוצע המחירים לקמעונאי של תכשירים מתאימים, במדינות שבהן משווקים תכשירים מתאימים מבין המדינות הנקובות בתוספת הראשונה, או המחיר לקמעונאי בהולנד של תכשיר מתאים, הנמוך מבין השניים, לפי קביעת המפקח על המחירים במשרד הבריאות, כשהוא נקוב בשקלים חדשים (להלן - מחיר הבסיס), בתוספת אחוז וחצי;

כאמור, יצרני תרופות בעולם מוכרים את תוצרתם במחירים שונים לארצות שונות וליבואנים שונים. אפליית מחירים זו אפשרית עקב המונופול שיש ליצרני התרופות בתוקף פטנטים. לא התבקשתי, וחוות הדעת אינה בודקת את רווחיות היבואנים, או משווה בין המחיר ההולנדי לבין עלות התרופות ליבואנים הישראליים.

מכאן, שאני מקבל כנתונה את החלטת ועדת המחירים שהמחיר ההולנדי אכן משקף את המחיר הבסיסי, ובדקתי רק את פער ההוצאות החלות על יבואני התרופות בישראל בהשוואה להוצאות הרלוונטיות בהולנד.

5. דוקומנטציה

לצורך הכנת חוות הדעת קבלתי לידי את המסמכים הבאים:

- (א) נתונים מהיבואנים השונים המפרטים את ההוצאות היחודיות והפרשי עלויות החלים עליהם בהשוואה לסיטונאים בהולנד.
- נתונים אלה גובו באישורי רי"ח של היבואנים השונים. אישורי רואי החשבון מתייחסים לנתוני העלויות שפרטו היבואנים, ואין הם מתייחסים ספציפית לשאלה האם הנתונים משקפים הפרשי עלויות בלבד. בהמשך כלול הסבר מפורט לגבי ההתייחסות לנושא העלויות שנלקחו בחשבון כמשקפות את הפרשי העלויות בין יבואן ישראלי לסיטונאי הולנדי;
- (ב) דו"ח הועדה לבחינת מחירי תרופות מיובאות מיום 2 בנובמבר 1997 על נספחיו;
- (ג) צו פיקוח על מחירי מצרכים ושרותים (מחירים מדביים לתכשירים רפואיים מיובאים), התשנ"ח - 1998;
- (ד) עתירה לבג"צ מחודש מרץ 1998 שהגישו יבואני התרופות;
- (ה) מכתב של משרד עורכי הדין הרצוג, פוקס נאמן ושות' למשרד הבריאות מיום 11 במרץ 1998;
- (ו) מכתב של משרד עורכי דין לוטי ושות' למשרד הבריאות מיום 19 במרץ 1998;
- (ז) חוות דעת שונות מתוך עתירה לבג"צ של ועד המפיקים והמשווקים מחודש נובמבר 1991;
- (ח) חומר מתוך עתירה לבג"צ של הסתדרות הרוקחים מחודש נובמבר 1991;
- (ט) צו אספקה רפואית (מחירים מקסימליים) תשנ"ב - 1992;
- (י) דו"ח של חברת IMS על היקפי מכירת תרופות לשוק הפרטי בעולם ובארץ בשנת 1997.

6. לצורך הכנת חוות הדעת בצעתי באופן ישיר, או באמצעות עובדים ממשרדי, את הפעולות הבאות:

- (א) עיינתי במסמכים המפורטים בסעיף 5 לעיל;
- (ב) קיימתי ברורים עם נציגים מהנהלות היבואנים;
- (ג) ערכתי ניתוח כלכלי של הנתונים, כמפורט בהמשך.

7. נתוני העלויות, הכלולים בלוח בסעיף 16, חושבו על בסיס ממוצע רגיל של הנתונים שהתקבלו מ- 15 יבואני תרופות בישראל, מתוך רשימת היבואנים שהגישו את העתירה לבג"צ (רשימה המונה 24 יבואנים). עקב מגבלות זמן, חלק מהיבואנים לא מסרו לנו החומר הנדרש. רשימת היבואנים שהגישו נתונים כלולה בנספח 2 לחוות דעת זו.

8. הנתונים שהתקבלו מהיבואנים מתייחסים לתוצאות הפעילות של היבואנים בשנת 1997 בשקלים נומינליים (למעט יבואן אחד שכלל הן נתונים נומינליים והן מותאמים), זאת משום שהדו"חות הכספיים של מרבית היבואנים, בהיותם חברות פרטיות, אינם מותאמים לאינפלציה.

לנכי נתונים של 10 יבואנים קבלנו אישורים של רואי החשבון במתכונת המקובלת לפי גילויי הדעת של לשכת רואי חשבון בישראל. יבואנים אלה מזהים בנספח 2.
חלק מהחברות מסרו לי את נתוני העלויות שלהם רק כאחוז מהמחזור.

על פי הדו"ח של חברת IMS (חבי בינלאומית הסוקרת את השווקים הפרטיים של התרופות בעולם), הכולל מחזורי מכירות של היבואנים בארץ בשנת 1997 לשוק הפרטי, ערכתי חישוב של ממוצע העלויות, כשהוא משוקלל על פי מחזורי המכירות. הממוצע הרגיל של הנתונים והממוצע המשוקלל הם מספרים דומים.

9. לא ערכתי ניתוח של השפעת שינוי שיטת קביעת המחיר והשינוי במחיר לצרכן הנגזר ממנה, על מחזור המכירות של התרופות הכפופות לצו. מכיון שאין בידי נתונים על השינוי במחזור המכירות, הנובע מהנהגת השיטה החדשה וכיוונו, הנחתי שהיקף המכירות ישאר ללא שינוי.

שיעור ההוספה הראוי צריך להיקבע לאחר תקנון נתוני המכירות באופן שיבטא את השפעות שינוי שיטת המחירים על היקף מחזור המכירות. זאת משום שחלק מההוצאות אינן פונקציה של המחזור הכספי של המכירות והעמסתן על מחזור המכירות מחייבת שיעור תוספת מתוקנן למחזור המכירות החדש.

10. בסעיפים 16-11 כלולות תוצאות ניתוח עלויות היבואנים הישראלים והנחות החישוב. הנתונים המפורטים כלולים בנספח 1 לחוות הדעת. טבלה המסכמת את התוצאות כלולה בסעיף 16.

11. הנחות התחשיב:

- (א) התחשיב כולל הוצאות ישירות ועקיפות ביבוא תרופות שהוצאו בשנת 1997, והן מוצגות כאחוז מהמכירות של היבואנים;
- (ב) חלק מההוצאות (כגון הוצאות תקורה אצל חלק מהיבואנים) נזקפו על פי יחס המחזור של התרופות המיובאות מסך המחזור הרלוונטי;
- (ג) ההנחה ביסוד החישוב היא, כי ההוצאות הישירות והעקיפות אינן תלויות במחזור המכירות, כלומר היקפן האבסולוטי לא ישתנה אם יופחתו המחירים ומחזור ההכנסות כתוצאה מאימוץ השיטה החדשה לקביעת מחירי מקסימום;

(ד) הוצאות המימון חושבו באופן נורמטיבי על בסיס נומינלי בצרוף 13% ריבית שנתית לגבי אשראי לקוחות שהוא אשראי שקלי לא צמוד, והן חושבו על בסיס ריבית ריאלית שנתית הולנדית (3.5%) לגבי המלאי והספקים, כמפורט בהמשך.

12. העלויות המוצגות לעיל ומפורטות בנספח 1 להלן, נכללו על פי הקריטריון של העלויות הספציפיות שבהן נושא היבואן הישראלי מעבר לעלויות של הסיטונאי ההולנדי, כמפורט להלן:

(א) הוצאות יבוא תרופות

(1) הובלה אווירית וימית

כפי שנמסר לי, הסיטונאי ההולנדי מייבא תרופות בעיקר ממדינות השוק המשותף. הובלה זו מתבצעת יבשתית, באמצעות משאיות, ישירות למחסני הסיטונאי. לפיכך, התחשיב אינו כולל עלויות הובלה יבשתית, אך כולל עלויות הובלה אווירית וימית, לרבות העלויות הנלוות (עמילות מכס, ביטוח יבוא וכיו"ב).

(2) בדיקות אצווה

התרופות המיוצרות בחו"ל נבדקות על ידי המעבדות בחו"ל. עלויות אלו נכללות, מן הסתם, ב"מחיר ההולנדי". בנוסף לכך, היבואן הישראלי נדרש להמציא למשרד הבריאות תעודת אנליזה של היצרן בחו"ל, לה הוא מצרף 3 דוגמאות של התרופה ואגרה למשרד הבריאות, שבודק את התרופות במעבדתו. הוצאות נוספות אלו נכללו בתחשיב.

(3) מח' רישום ורוקחות

בארץ, בשונה מהנהוג באירופה, נדרש היבואן למנות רוקח אחראי ורוקח ממונה (בחברות הקטנות נהוג למנות את אותו הרוקח לשני התפקידים) לטיפול בכל הנוגע לרשיונות של התרופות, רישום תכשירים חדשים או חידוש רשיונות לתרופות (אחרי 5 שנים). ההוצאות שכלולות, בתחשיב משקפות למעשה את תוספת העלויות, שנושא בה היבואן הישראלי, מעבר למעטפת הרגולטורית הנהוגה בהולנד.

הוצאות אלו נכללו בתחשיב.

על פי בקשתי לא נכללו בתחשיב ההוצאות לנסיונות קליניים שמבצעים היבואנים והחברות הרב-לאומיות בתכשירים שימושיים לרישום בישראל, מאחר שלא מצאנו דרישה מנדטורית לקיום נסיונות אלה כתנאי לרישום התרופות בישראל. הוצאות אלו לא נכללו, הגם שהיבואנים מסרו לנו, שנסיונות קליניים אלה מסייעים בהשגת רשיונות למוצרים חדשים, תוך קיצור מהלך הרישום.

(ב) הוצאות תפעול מחסן
 נמסר לי, כי הנתונים שקיבלתי משקפים את עלויות תפעול המחסנים כיבואנים בלבד, ולא כסיטונאים, ולפיכך הם מהווים תוספת לעלויות, בהן נושא הסיטונאי ההולנדי.

(ג) הוצאות שיווק
סימון תוויות ועלונים
 השפות הנהוגות בהולנד הינן הולנדית או פלמית או גרמנית או אנגלית או צרפתית. התרופות, שמייבא הסיטונאי ההולנדי, כוללות תוויות ועלונים באחת מהשפות שצוינו לעיל או בכמה שפות יחד, לפיכך, הסיטונאי ההולנדי אינו נדרש להדפיס עלונים. היבואן הישראלי, לעומת זאת, מחויב לצרף עלונים בעברית, ערבית ואנגלית ואף מומלץ לצרף את השפה הרוסית.

13. הוצאות מימון
 קיבלתי מחלק מהיבואנים את ימי אשראי לקוחות, ימי אשראי ספקים וימי המלאי הרלבנטיים. חישבתי ממוצע פשוט כדלקמן:

מס' ימים	
82	אשראי לקוחות (נומינלי כולל מימון מע"מ)
100	תקופת החזקת מלאי (ריאלי פלורניום)
(90)	אשראי ספקים (ריאלי פלורניום)

* החוק מחייב אספקה סדירה ושוטפת כתנאי לרשיון אספקה.

לאחר מכן, חושבה עלות המימון כאחוז ממחזור המכירות של כל היבואנים הנ"ל. ממוצע עלות זו לגבי היבואנים הנ"ל באופן יחסי מהמכירות מוצג להלן:

העלות כ- % ממחזור המכירות	
15.24%	אשראי לקוחות
3.42%	מלאי
0.78%	ספקים
(0.70%)	עלויות המימון הנ"ל
3.50%	

אני מניח, על פי אינפורמציה שקיבלתי, שאשראי הספקים הנהוג בהולנד מכסה את עלויות המימון בבנין אשראי לקוחות ואחזקת המלאי.
 עלות המימון בישראל נובעת ממשך חייבים גדול יותר ומשך החזקת מלאי ארוך יותר. אי לכך, אשראי ספקים אינו מכסה את עלויות המימון הנ"ל.

14. בטוח אחריות מוצר

בשונה מהנהוג בעולם, חוק האחריות למוצרים פגומים - תש"ס 1980 מטיל את האחריות על מוצרים פגומים גם על היבואן ולא רק על היצרן. ביטוח אחריות המוצר מתביעות של לקוחות, הוערך בעלות בשיעור של 0.1% ממחזור המכירות הכללי, אם באמצעות חברת ביטוח או ישירות על ידי היבואן. הוצאה זו נכללה באופן נורמטיבי לכל היבואנים, ולא נכללה בנתונים בפועל.

15. בטוח אשראי

ימי אשראי הלקוחות שנלקחו בתחשיב עלויות המימון הינם ימי האשראי בפועל בשנת '97, פרוט לעיל בסעיף 13.

לאור הירידה במסר התשלומים, והמצב הקשה אליו נקלעו קופות החולים (לראיה הסדר הנושים של קופי"ח כללית בשנת '97 וההצהרות בתקשורת של הקופות ושל משרד הבריאות על מצבן הקשה של קופות החולים), אני מעריך את החשיפה הנוספת של היבואנים בגין חובות רעים וגידול כפוי בימי אשראי ללקוחות מוסדיים בהוצאה בשיעור של 0.3% ממחזור המכירות הכללי. ניתן לבטח חשיפה זו בחברת ביטוח או שהיבואן ישא בה באופן ישיר. הערכה זו מבוססת על נתון שנמסר לי מהחברה הישראלית לביטוח אשראי, לפיו עלות ביטוח אשראי ליבואני תרופות נעה בין פרומיל ל-1 אחוז ממחזור המכירות המבוטח (מחזור המכירות למעט מכירות לעיריות, ממשלה ולמגזר הערבי שמעבר לקו הירוק). חישוב זה מתבסס על ההנחה כי לסיטונאי בהולנד אין בעיה של משיכת אשראים או מחיקת חובות. הוצאה זו נכללה באופן נורמטיבי לכל היבואנים, ולא נכללה בנתונים בפועל.

16. ריכוז נתוני עלויות היבואנים באחוזים ממחזור המכירות:

%	
100	מחזור ההכנסות מיבוא ללא מע"מ על בסיס שנת 1997
<u>הוצאות ספציפיות ליבואן ישראלי שאינו מוטלות על ריזיטונאי ההולנדי (% מהמכירות)</u>	
2.86	א) הוצאות יבוא תרופות (הובלה ורישום)
6.8	ב) הוצאות תפעול מחסן יבואן
3.16	ג) הוצאות שיווק (סימון תוויות ועלוניים)
0.77	סה"כ הוצאות - ראה נספח 1
6.79	הוצאות מימון (הסבר להלן)
3.50	סה"כ הוצאות כולל מימון
10.29	בטוח אחריות מוצר
0.1	בטוח אשראי
0.3	סה"כ הוצאות ליבואן ישראלי
10.69	

17. כימות השחיקה עקב אי עדכון מחירים

על פי צו הפיקוח מעודכנים המחירים אחת לששה חודשים ללא התייחסות לקצב הפיחות. העלות ליבואנים הנגזרת מאי עדכון המחירים ניתנת להערכה מתוך עלות עסקאות חיסוי בבנקים, כאשר עלות קניה עתידית של פלוריינים הולנדיים מחושבת על פי פער הריבית בין הריבית המוניטרית בשקלים לבין ריבית ליבור בפלוריינים. פער זה הוא כיום כ- 9%, ומכיוון שהתקופה הממוצעת לחיסוי היא מחצית תקופת אי העדכון נוצרת עלות בסדר גודל של 2.25%.

הפיצוי הראוי בנין אי עדכון מחושב בנפרד ולא נלקח בחשבון בטבלה בסעיף 16.

1000

מספר	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
44.65%			25.87%	59.66%					45.63%	39.33%	34.04%	44.91%	62.34%
55.35%			74.13%	40.34%					54.37%	60.67%	65.16%	55.09%	37.66%
100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

1.62%	1.34%	1.12%	1.76%					5.63%	0.63%	0.46%	1.21%	1.41%	1.02%
0.10%	0.08%	0.08%	0.08%					0.35%	0.36%	0.16%	0.19%	0.34%	0.09%
0.43%	0.71%	0.65%	0.71%					0.65%	0.60%	0.44%	0.38%	0.46%	0.51%
1.14%	2.42%	1.26%	2.32%					0.65%	0.60%	0.10%	0.10%	1.24%	1.71%

2.86%	1.56%	3.76%	3.11%	4.07%	0.12%	4.00%	1.88%	5.98%	1.63%	1.65%	1.89%	3.45%	3.33%
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

0.16%			0.19%	0.10%				0.06%	0.00%	0.65%	0.08%	0.20%	0.20%
1.76%		2.00%	2.21%	1.90%				2.81%	0.39%	5.64%	0.20%	0.60%	0.60%
1.02%			1.87%					1.85%	1.73%	0.00%	3.11%	0.60%	0.60%
3.16%	2.50%	2.00%	4.28%	2.00%	3.41%	1.25%	2.50%	4.71%	5.00%	2.18%	6.30%	3.39%	1.54%

0.77%	0.85%	1.00%	0.29%	0.90%	0.23%	0.20%	0.50%		0.43%	0.41%	0.26%	1.96%	2.99%
0.77%	0.05%	1.00%	0.29%	0.90%	0.23%	0.20%	0.50%		0.43%	0.41%	0.26%	1.96%	2.99%
6.78%	4.91%	6.78%	7.68%	7.77%	3.75%	5.45%	4.87%	10.69%	7.07%	4.24%	8.45%	6.60%	7.00%

82	74	128	68	82	95	90	75	88	75	75	78	63
100	137	N/A	75	120	30	*	N/A	61	120	90	135	10
90	150	45	90	50			150	90	60	90	105	

הנתונים על מדידת קצביות נעשו בעזרת מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

המדידה נעשתה באמצעות מכשירי מדידה

נספח 2

שם החברה	נתונים	אישור ר"ח	הערות
1. ניאופרס בע"מ	+	+	
2. אגיס טוכנויות מסחריות (1989) בע"מ	+	+	
3. גיי סי הלתיקר בע"מ	+	+	
4. דיסקוטריויד בע"מ	+	+	
5. דיפריס ושות' בע"מ	+	+	
6. טי.פי. טכנולוגי פרמסיוטיקלס בע"מ	-		
7. טרדיס גת בע"מ	+	+	
8. כ.צ.ט. בע"מ	-		
9. כמיפארם בע"מ	+		
10. לוכסמבורג תרופות בע"מ	+	+	
11. לפידות ע. פרמצבטיקלס בע"מ	-		
12. מגאפארם בע"מ	-		(1)
13. מדיליין בע"מ	+		
14. מרק שארפ ודוהם (ישראל 1996) בע"מ	+	+	כלול בחב' 11
15. נובו נורדיסק בע"מ	-		
16. סלומון לויין ואלשטיין בע"מ	+	+	
17. ה. פסקלוביץ בע"מ	-		
18. פרומדיקו בע"מ	-		
19. פרמבסט בע"מ	+	+	כלול בחב' 2
20. פרמה מדיס בע"מ	-		
21. פרמהטים בע"מ	+		
22. פרמהסקופ בע"מ	-		(2)
23. פרמשלום בע"מ	+		
24. רון פולנק ישראל בע"מ			

הערות:

- (1) נמסר לי, כי החל משנת 1998 היקף יבוא התרופות בחברה הוא זניח.
- (2) מנכ"ל החברה מסר לי שהוא מעריך שתוך כחודש מוצריו יוסרו מפיקוח, שכן הם יוגדרו מעתה כתוספי מזון (מינרלים וויטמינים). גם כיום, מוצריו אינם חלק מתרופות לפי מרשם.

Prof. Itzhak Swary & Co. C.P.A (ISR.)
Financial Consulting

Itzhak Swary
Zvi Yochman
Ran Ben-Or
Uri Cohen
Gabi Trabelsy

5-8
תל-אביב, 27 באוגוסט 1998

ד"ר יצחק סוארי ושות' רו"ח
יט"ז כלכלי

הנדסאי סוארי
בני יוכנן
רן בן-אור
אורי כהן
גבי טרבלסי

לכבוד

מר אריק משה, רו"ח

יו"ר הוועדה המקצועית לענין פיקוח על מחירי תרופות מיובאות

משרד הבריאות

רח' בן טבאי 2

ירושלים 93591

א.נ.

הנדון: נתונים עסקיים של יבואני התרופות

בהמשך לשיחתנו ומכתבנו לזינגר ברנע ושות' בע"מ מיום 20 ביולי 1998 ולתגובתם המפורטת מיום 19 באוגוסט 1998, הריני לחשב את תשומת לבך, כדלקמן:

1. נתבקשנו על ידך כיו"ר הוועדה לחוות את דעתנו המקצועית על חוות הדעת של משרד זינגר ברנע ושות' מיום 6 באפריל 1998.
2. לאחר תהליך ראשוני של לימוד העניין ברצוננו להודיעך כי ללא גישה ישירה לנתונים של החברות יבואני התרופות אין ביכולתנו לחוות דעה מקצועית ועניינית בנושא מחירי התרופות המיובאות.
3. דרך העקיפה והמתפשרת שבה רצינו ללכת באמצעות שאלון שיועבר למשרד זינגר ברנע, הינה דרך לא אפקטיבית שעשויה לקחת פרק זמן ארוך של תהליך המורכב משאלות, ובעקבותיהן תשובות שאינן מספקות, שיביאו לסט נוסף של שאלות, וחוזר חלילה.
4. מכתב החברות של זינגר ברנע רצוף אמירות וקביעות חמסתמכות על החברות בעל פה של החברות המייבאות, והביטויים "ננסה לט", "למיטב ידיעתנו" וכו', חוזרים כחוט השני במכתב זה. מבחינתנו, קיים קושי מיקצועי להתייחס לאמירות אלה ולבדוקם ללא גיבוי בנתונים ישירים של החברות.

5. לאור וזאמור לעיל ועל מנת שנוכל להמשיך בעבודתנו, אנו מבקשים לקבל נתונים עסקיים מלאים על 2 חברות לפחות, לרבות ביקור באתרי החברה, במחסניה וכו'. רק בדרך זו נוכל להתייחס עניינית ובצורה רצינית לחוות הדעת של משרד זינבר ברנע.

6. בהתחשב בעובדה כי חוות הדעת המתבקשת עוסקת בהשוואות מבנה העלויות של היבואן בישראל ובחולנד, הרי יתכן ולצורך השלמת חוות הדעת יהיה צורך גם בניתוח מבנה העלויות הספציפי לחולנד.

7. על מנת לייעל את תהליך ההתדיינות עם החברות ולקדם את עניינכם, אנו ממליצים לשקול שינוי בגישתכם ולחדד כי חוועדה אימצה את מחירי חולנד, ככתבם וכלשונם, וכי תוספת האחוזים נועדה אך ורק לצורך מימון ההתארגנות של החברות לשינוי השיטת. תאחוז חנוסף שנקבע לא בא לבטא את תוספת העלויות בישראל בהשוואה לחולנד, שכן לא ניתן ואולי גם אין ממש צורך להשוות בין המדינות, כשם שלא ניתן היה להשוות בין הסביבה העסקית בחולנד וזו של 4 המדינות שמחן נגזרו המחירים אשר נקבעו בחולנד, ללא תוספת כלשהי של אחוזים.

8. מתכה להנחיות נוספות.

בברכה,

צבי יוכמן, רו"ח

סוארי ושות'

א/ג 371/א



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

1/9/98
מספרנו/ 9001

ד"ר הכללי
Director General

לכבוד
מר ד"ר פורר
יו"ר סקציית התרופות
אגוד לשכת המסחר
מכובדי,

הנדון: המצאת נתונים לוועדה המקצועית שליד ועדת המחירים

מבדיקה שערך רו"ח צבי יוכמן ממשרד סוארי ושות' בעבור הוועדה המקצועית לחוות דעתו של פרופ' ברנע וכן מקריאת חוות דעתו של פרופ' ברנע עולה כי על חנת להתייחס בכובד ראש לטענותיכם בדבר אי יכולתכם לתפקיד תחת מודל מחיר לרוקח כמחיר ממוצע בארבע ארצות, עלינו לקבל נתונים גולמיים לגבי ארבע חברות לפחות מתוך רשימה של 8 מצורפות.

נתונים אלו יכללו פתיחה ספרים מוחלטת וגישה מלאה למערכת הנהלת החשבונות וכן זכות ביקור באתרי החברות ובמחסניהן בפני רו"ח יוכמן ואנשיו.

חשיפת הנתונים הגולמיים מתחייבת לאור העולה מחוות דעתו של פרופ' ברנע, וכן ממכתב התשובות לשאלותיו של רו"ח צבי יוכמן לפי לא עמדו בפני פרופ' ברנע הנתונים הגולמיים של החברות השונות וכי הדרישות לנתונים המעובדים כלל לא נוסחו על ידו ולא הוגדרו על ידו בצורה מלאה.

כן עולה מחוות הדעת של פרופ' ברנע ובעיקר ממכתב ההבהרות כי ישנה הסתמכות המעלה תמיהות לגבי תשובות בעל-פה של החברות המייבאות והביטויים "נמסר לנו" ו"למיטב ידיעתנו" וכו', חוזרים כחוט השני במכתב זה.

אנו רואים קושי מקצועי רב להתייחס לאמירות אלו ולבודקם באופן יסודי וענייני ללא נתונים ישירים של החברות.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

-2-

החברות אותם נרצה לבדוק הינן:

1. אגיס טוכנויות מסחרית (1989) בע"מ.
2. פרומדיקו בע"מ.
3. מר שארפ ודוהם (ישראל 1996) בע"מ.
4. פרמהסקופ בע"מ.
5. נובל נורציק בע"מ.
6. ניאופרס בע"מ.
7. רון פולק בע"מ.
8. לוכסמבורג בע"מ.

ברצוני להבהיר כי אנו רואים בשיתוף הפעולה מצידכם תנאי להתייחסות לסענותכם.

אודה לכם על קבלת תשובתכם החיובית תוך שבע מקבלת מכתב זה על מנת שנוכל להשלים את לימוד טענותיכם, בצורה יסודית.

בברכה,

אריק'ל משה רו"ח
יו"ר הוועדה

העתק: פרופ' גבי ברכש, המנהל הכללי.
פרופ' יהושע שמר, המשנה למנכ"ל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות.
מר יאיר כהן, יועץ כלכלי בכיר למנכ"ל משרד האוצר ויו"ר וועדת המחירים.
עו"ד מלכיאל בלאס, פרקליטות המדינה.
רו"ח צביקה יוכמן, משרד סוארי ושות'.
חברי הוועדה.

הרצוג, פוקס, נאמן ושות' עורכי-דין

7-1

בית אסיה, רחוב ויצמן 4
תל-אביב 64239
טל 03-692-2020
פקס 03-696-6464
דואר אלקטרוני: hfa@hfa.co.il

ימק שטיין	מנכ"ל מוקס
דוד ברזל	מנכ"ל ארליך
דוד דוד	מנכ"ל ליון
גורן כהן	אלן סאנס
דוד חילר	יעקב ברגס
אליהו טאקס	ימק הרצוג
חאל חיל	אהוד כול
של רוזנשטיין	ער ברר
ענת סביס	דניאל צין
קרן ויליג	גוט לוי מרבה
אדם איתן	קליף פיליג
אדלף גרבר	אלדד בן-דובי
צחי גרניט	אמיר סדיה
משה דוד	יעל (נאמן) ב-ש
גלעד קסלמן	עוז רות
בועז טל	הים קראק

9 בספטמבר, 1998

תיק מס' 5767

בפקסימיליה ומסיויה ביד
6973786

לכבוד
מר אריק משה, רו"ח
יו"ר הועדה שליד ועדת המחירים
אצל קרן המחקרים
רחוב ויצמן 6
תל-אביב 64239
רו"ח משה הנכבד,

הנדון: עתירת יבואני התרופות בענין קביעת מחירים מורביים
לתכשירים רפואיים מיובאים (בג"צ 2009/98)

1. בשם מרשותינו העותרות בעתירה שבנדון, הריני לאשר קבלת מכתבך מיום 1 בספטמבר 1998 (הכתוב על נייר המכתבים של מנכ"ל משרד הבריאות) ליושב ראש אגף יבואני התרופות באיגוד לשכות המסחר, הדברים שהועלו במכתבך והאכטניה שבה שוכנים דברים אלה, מעוררים תחושות כבדות ותמיהות רבות אצל מרשינו.

2. כנראה בעליל, הזמן שחלף מאז יצא מלפני בית המשפט הגבוה לבדק צו ביניים המשעה את כניסתו לתוקף של צו הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מורביים לתכשירים רפואיים מיובאים), התשנ"ה-1998 ("צו מחירי התרופות" או "הצו") מצדיק כנראה, לדעתכם, את היסוד היוצרות.

3. עתירת מרשותינו, מגלה על פניה פגמים חמורים ביותר שנפלו בתהליכי התקנת צו התרופות. צו זה, הינו משהו שרירותי, העומד בסתירה, מיניה וביה, להמלצות "ועדה מקצועית" שאינה נמנית על חברה. אכן, בדיון שקדם להוצאת צו הביניים, הביע כב' השופט אנגלרד תמיהה, על שום מה ולמה מצאו מתקיני הצו לסטות מהמלצות הועדה המקצועית (אשר כשלעצמן התעלמו אף הן השטות מרשותינו). נוכחותך בדיון, איפשרה לך לשמוע את הדברים מכלי ראשון.

מאז הותקן צו התרומות, מתדפקות מרשותינו כתגריניות בשוק, על הדלתות בבקשה לקבל לדיהן הטעמים שבעטים מצאו השרים לסטות לחלוטין מחמלצות הועדה המקצועית שמנה מנכ"ל משרד הבריאות ולאמץ שיטת פיקוח שעטנזית, שרירותית וחסרת כל הגיון פנימי. עד לשעת כתיבת מכתב זה, נותרו מרשותינו מגששות באפילה, שתיקת השרים ושתיקת ועדת המחירים, מעידה כמאה עדים כי לבד מן הרצון לפרנס את קופת המדינה על חשבונן של מרשותינו, מושתת חצו על אדני שווא.

התשתית העובדתית שהונחה בעתירה על התחמכות שחלו עד להוצאת צו המחירים, מטילה על המשיבים בעתירה את נטל הצדקתו של חצו. הרושם הברור שנוצר, הינו כי בבסיס חצו, לא עמד טעם ענייני כלשהו, מלבד רצון להיטיב עם קופות החולים הסמוכות על שולחן המדינה וכמוהו כמגדלים המורחים באוויר. כדי לבסס את צידקתו של חצו, אין השרים צריכים בדיעבד ולאחר התקנתו, למידע ולפרטים ממרשותינו, שכן כל התשתית העובדתית הנחוצה היתה אמורה לעמוד לנגד עיניהם בשעת שניגשו להתקינו. מרשותינו חוזרות ומבקשות, בפעם המי יודע כמה, כי הרשות תציג בפניהם הנתונים שעמדו לנגד עיניה בשעת התקנת חצו ואשר הביאו השרים לקביעת עמדה קיצונית שונה בתכלית מזו שהוצגה על ידי הועדה המקצועית.

מרשותינו עשו מאמץ עילאי להמציא לכם תוך זמן קצר ביותר, חוות דעת כלכלית של פרופ' אמיר ברנע, מבכירי הכלכלנים במדינת ישראל. נסיונה של הועדה שבראשה אתה עומד, להטיל דופי בחוות הדעת על ידי הפרחת מספר אמירות גורפות - אין לו על מי שישמוך, התנאי האולטימטיבי, לפיו יותר לוועדה הנוכחית (באמצעות "רו"ח יוכמן ואנשיו") לפלוש, ללא כל הגבלה לסודותיהן המסחריים הכמוסים ביותר של מרשותינו, כתנאי להתייחסות הועדה לטענותיהן, מעיד על נסיון, שלא יצלה, להפוך על פיו את מאזן הנטלים בפרשה. בנסיבות הענין, אין זה מחובתן של מרשותינו להבדוק את עמדתן, התעלמות (בלתי מוצדקת) מחוות דעתו של פרופ' ברנע אינה מאפשרת לרשות להשתמש מחובתה, על רקע גלגלי הפרשה, להצדיק את עמדתה. אין חולק כי הרשות (דהיינו - השרים) גיבשו עמדתם ללא שהיו בפניהם נתונין של מרשותינו. תתכבד, איפוא הרשות ותסביר כיצד ועל יסוד אילו נתונים, הגיעה לכלל מסקנה כי המגבלות החמורות שנקבעו בצו (שחלקו הגדול מנוגד להמלצות ועדה מקצועית) מאפשרות מרווח מחיה הגיוני ל"בואן סביר". בהקשר זה, ראוי לציין כי צו הביניים שיצא מלפני בית המשפט הגבוה לצדק לא נשען על חוות דעתו של פרופ' ברנע אשר הושלמה רק לאחר מתן חצו האמור.

דרישתכם כי תנתן לרו"ח יוכמן אפשרות "לחטט", כאוות נפשו, בספריהן ובדו"חותיהן של מרשותינו (לרבות בענינים שאין להם כל נגיעה לנשוא המחלוקת) אין לה יסוד חוקי. היא גם בלתי סבירה. רו"ח יוכמן לא היה מוכן להתחייב לסודיות נתוני מרשותינו כלפי חברי הועדה ואילו חברי הועדה, טוענים כי אינם יכולים ליטול על עצמם התייבות לשמירת סודיות הנתונים כלפי הממונים עליהם במשרדי האוצר והבריאות. נמצא, הענות לדרישתכם, תהפוך מידע סודי ביותר לנחלתם של אנשים רבים. זהו סיכון שמרשותינו אינן יכולות ליטול על עצמן. מן הראוי שתדע כי המידע הנוגע לכל אחת ממרשותינו ואשר נמסר לידי רו"ח יוכמן (ללא חשיפת שם מוסר המידע) הינו חסוי גם מפניהן של מרשותינו האחרות. אין כל אפשרות מעשית למנוע דליפת מידע במקרה שזהותו של חושף המידע תהפוך לנחלת רבים.

כאמור, בחוות דעתו של פרופ' ברנע מבוססת חוות הדעת, בין היתר, על נתונים מבוקרים על ידי רואי חשבון של עשר חברות. במכתבך פורטו שמותיהן של שמונה חברות, שלפחות ארבע מהן התבקשו לפתוח את ספריהן בפני רו"ח יוכמן. בכלל עשר החברות שנתונין אשרו בידי רואה חשבון כלולות גם ארבע מבין החברות המנויות במכתבך. נמצא, הדרישה ל"פתחת ספרים", שעת שבידיכם נתונים מבוקרים של ארבע חברות שנמצאו על ידיכם ראיות להכלל בבדיקה מדגמית, אין לה יתד ועוגן. הנני מדרש לעצמי להניח כי הינך מודע לאחריות המוטלת על רואה חשבון בשל אישור הנימון על ידיו. בהיעדר עובדה זו, נפלא ממרשותינו להבין, כיצד הינך מרשה לעצמך לפקפק באיכות קולמוס, בנתונים שעמדו לנגד עיניו של פרופ' ברנע. דומה כי לאחר שהשאלות שהציג