

תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושוויוניות

רויטל גרוס*, שולי ברמלי-גרינברג**, ברוך רוזן***

רקע: חוק ביטוח בריאות ממלכתי מבטיח לכלל התושבים את הזכות לקבלת שירותי בריאות הנכללים בסל השירותים שנקבע. עם זאת, החוק קובע כי קופות-החולים רשאיות לגבות תשלומי השתתפות עצמית, תוך מתן פטורים והנחות על אגרת ביקור לאוכלוסיות חלשות. תשלומי השתתפות עצמית חלים על תרופות ושירותים נוספים, ולמזן שנת 1998 – גם על ביקור אצל רופא מקצועי, במכוני אבחון ובמרפאות חוץ. תשלומים אלה מיועדים לרסן ביקוש מיותר לשירותים, ולהוות מקור הכנסה לקופות. אולם, קיים חשש שהם מגבילים את נגישותם של השירותים לבעלי הכנסה נמוכה וכן לחולים כרוניים שזקוקים לשירותים רבים, ובכך פוגעים בעקרונות של "צדק, שוויון ועזרה הדדית" שעליהם הושתת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מטרת המחקר: לבחון את השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית על נגישותם של השירותים ושוויוניותם.

* פרופסור-חבר בבית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, וחוקרת בכירה במרכז סמוקלר למדיניות בריאות, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

** תלמידת מחקר במחלקה לכלכלה, אוניברסיטת תל-אביב, וחוקרת בכירה במרכז סמוקלר למדיניות בריאות, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

*** מנהל מרכז סמוקלר למדיניות בריאות, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. תודה מיוחדת לרחל גולדווג, שעזרה בסיכום סקירת הספרות, וכן למרים גרינשטיין ולרונית מצליח, על תרומתן באיסופם ובניתוחם של הנתונים שמאמר זה מתבסס עליהם. תודה גם ליוסי רוזנבלום מקופת-חולים מאוחדת, לפרנסיס ווד ממכבי שירותי בריאות ולעיריית זמורה משירותי בריאות כללית, שעזרו בניתוח הנתונים המנהליים של קופות-החולים ובפירושים. אנו מודים גם ליועצים המקצועיים של המחקר: רוג'ר פלדמן, אוניברסיטת מינסוטה, ארצות-הברית; ווילרד מנינג, אוניברסיטת שיקגו, ארצות-הברית; וג'ק סוואזינגר, אוניברסיטת רוצ'סטר, ארצות-הברית. מחקר זה מומן בעזרת המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ולמדיניות הבריאות.

שיטת המחקר: נתוני המחקר נאספו בארבעה סקרים שנערכו בשנים 1999–2005 בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. בכל סקר רואיין מדגם של כ-1,900 נפש, ושיעורי ההיענות עלו על 80%. הריאיון נעשה באמצעות שאלון מובנה הכולל מדדים מיוחדים שפותחו במכון ברוקדייל לצורך הערכת השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית לתרופות ולטיפול רפואי. נתונים נוספים בדבר השפעת התשלומים על מספר הביקורים אצל רופאים מקצועיים נלקחו ממאגרי המידע המנהליים של שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות וקופת חולים מאוחדת לשנים 1997–2002.

ממצאים עיקריים: ממצאי הסקרים מלמדים כי שיעורים ניכרים מהאוכלוסייה ויתרו על טיפול רפואי או על תרופות מרשם בגלל המחיר פעם אחת לפחות בשנה שחלפה (17% ב-2005). שיעורי הוויתור גבוהים במיוחד בקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (29% ב-2005) ובקרב חולים כרוניים (21% ב-2005). ניתוח מאגרי המידע המנהליים בשירותי בריאות כללית ובקופת חולים מאוחדת מלמד כי בקרב הפטורים מתשלום השתתפות עצמית הייתה ירידה במספר הביקורים אצל רופא מקצועי לאחר החלת תשלומי ההשתתפות העצמית לעומת הלא-פטורים. בקופת חולים מכבי נמצאה מגמה זו רק לגבי ביקורים אצל רופא בעל מומחיות לא-שכיחה (שנדרשת אליו הפניה).

דיון: ממצאי המחקר מראים כי אגרת הביקור לא השיגה את כל יעדיה. יתר על כן, תשלומים מהכיס מגבילים את נגישותו של השירות הרפואי לבעלי הכנסה נמוכה ולחולים כרוניים, ובכך פוגעים ביישום העקרונות של שוויון בנגישות ועזרה הדדית שביסוד חוק ביטוח בריאות. גם הפטור מתשלום לביקור רופא שניתן לאוכלוסיות החלשות לא השיג את מלוא יעדיו, וייתכן אף שהיו לו תוצאות-לוואי לא-רצויות. יידונו כיווני מדיניות להגדלת נגישותם של השירותים לאוכלוסיות החלשות, ביניהם: החלפת המימון הרגסיבי במימון פרוגרסיבי; קביעת תשלומי השתתפות הדרגתיים יותר והורדת גובה התקרות; פיצוי לקופת-החולים על מתן פטורים והנחות; וכן הקצאת מקורות להוספת שירותים לסל הציבורי, תוך בחינת האפשרות להקצאה פְּרִירנית (סלקטיבית).

מבוא

1. רקע
 2. תכליתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי
 3. ההצדקות לקביעת תשלומי השתתפות עצמית
- פרק א: סקירת ספרות – הנהגת תשלומי השתתפות עצמית והשפעותיהם
1. שכיחותם של תשלומי ההשתתפות העצמית והדפוסים של מתן פטור
 2. יתרונותיהם וחסרונותיהם של תשלומי השתתפות עצמית

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

3. השפעתם של תשלומי השתתפות עצמית על השימוש בשירותים
 4. השפעתם של תשלומי השתתפות עצמית על אוכלוסיות חלשות
- פרק ב: תשלומי השתתפות עצמית בישראל
- פרק ג: שיטת המחקר
- פרק ד: ממצאים – השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית בישראל
1. ממצאים מסקרי האוכלוסייה
 2. ממצאים ממאגרי המידע המנהליים של קופות החולים
- פרק ה: סיכום ודיון

מבוא

מאמר זה בוחן את הסוגיה של תשלומי השתתפות עצמית במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי,¹ ואת ההשלכות שיש לתשלומים אלה על נגישותם של השירותים ועל השוויוניות בקבלת השירותים.

תשלומי השתתפות עצמית (co-payment) הינם תשלומים ישירים מכיסו של צרכן השירות הרפואי הנגבים בעת קבלת השירות. לגבייה ישירות מהמשתמש במערכות הבריאות יש שתי מטרות: ריסון שימוש מיותר בשירותים במערכות המתבססות על ביטוח, ותוספת מקורות למערכות הבריאות.

1. רקע

לפני שנת 1995, בטרם נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חלו תשלומי השתתפות עצמית על שירותים רבים: תרופות, אביזרים רפואיים, פנייה למיון ועוד. חוק ביטוח בריאות ממלכתי סיפק ביטוח בריאות אוניוורסלי לכל תושבי המדינה. החוק ממומן בחלקו באמצעות מיסי בריאות על בסיס השכר ומתקציבים ממשלתיים כלליים. היתרה מתקבלת באמצעות אגרת ביקור ותשלומי השתתפות עצמית בגין שירותי מעבדה והדמיה, אביזרים רפואיים ותרופות. בחוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998² נקבעו תשלומי השתתפות עצמית נוספים: אגרה לביקור אצל רופא מקצועי, במכוני אבחון ובמרפאות חוץ. עם זאת, לגבי אוכלוסיות מסוימות נקבעו הנחות, פטורים ותקרות לתשלום.³ מנגנון הפטורים וההנחות אמור להבטיח שהתשלומים לא יפגעו בנגישותם של שירותי הבריאות לאוכלוסיות חלשות.

1 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ס"ח 156.

2 חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח-1998, ס"ח 48. (להלן: חוק ההסדרים 1998).

3 ס' 11(5) לחוק ההסדרים 1998.

2. תכליתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הקנה זכויות אזרחיות חשובות בתחום הבריאות, ביניהן: זכאות אוניוורסלית לשירותי בריאות לכל תושב,⁴ הפרדת הזכאות לשירות מחובת התשלום,⁵ זכאות לסל שירותים מוגדר מכוח החוק,⁶ אחריות המדינה למימון הסל⁷ וקביעת מקורות מימון ייעודיים לשירותי הבריאות.⁸

כמו-כן עיגן החוק זכויות בנוגע לדרך נתינת השירות ולדרך קבלתו:⁹ חופש בחירה,¹⁰ אי-הפליה,¹¹ מתן השירות תוך שמירה על כבוד האדם והגנה על פרטיות המידע,¹² זכויות להליך הוגן – קבלת מידע,¹³ הגשת תלונה,¹⁴ פנייה לערכאות¹⁵ וזכות הייצוג במועצת הקופה¹⁶ ובמועצת הבריאות.¹⁷

הזכות לשירותי בריאות¹⁸ עוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כעקרון-יסוד בחוק.

- 4 ס' 3(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 5 ס' 21(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 6 להגדרת סל הבריאות ראו ס' 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. לזכאות לסל ראו ס' 3(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 7 ס' 3(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 8 ס' 3(ב) וס' 13 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 9 בכך עוסק בעיקר פרק ה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 10 ס' 23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 11 ס' 21(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 12 ס' 3(ה) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 13 למשל, ס' 26(ה) ו-52(3) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 14 ס' 45-46 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 15 ס' 54 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 16 ס' 27(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- 17 ס' 49 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. להרחבה ראו כרמל שלו בריאות, משפט וזכויות האדם (2003). לדיון נרחב בנושא הזכות לבריאות ומימושה בישראל ראו אייל גרוס "בריאות בישראל: בין זכות למצרך" זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל 437 (יורם רבין ויובל שני עורכים, 2004).
- 18 זה המקום לציין כי עסקינן בזכות לקבלת שירותי בריאות, ולא בזכות לבריאות. חשוב להדגיש שהזכות לבריאות רחבה יותר מן הזכות לשירותי בריאות. ברי שקבלת שירותי בריאות אינה מבטיחה בריאות. הבריאות נקבעת במידה רבה גם על-ידי גורמים שמחוץ למערכת שירותי הבריאות, כגון מצב חברתי-כלכלי, תנאי איכות הסביבה וכדומה. הזכות לשירותי בריאות מעוגנת באמנות בין-לאומיות. אמנה בין-לאומית של ארגון הבריאות העולמי משנת 1978 קובעת כי לכל אדם יש הזכות ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה, והיקף מימושה של הזכות מותנה במשאבים ובסדר העדיפויות בכל מדינה ומדינה. לאמנה ראו www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. בישראל הכירו פסיקות של בג"ץ בזכות לרמת-מינימום של בריאות (אם כי בפסקי-הדין הרלוונטיים יש דעות סותרות בעניין). כך ציין הנשיא ברק ברע"א 4905/98 גמזו נ' ישעיהו, פ"ד (נה3)

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות כמו־כן עיגן החוק עקרונות נוספים, בקובעו כי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, היא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".¹⁹

בחוק ההסדרים 1998 אושר לקופות־החולים לגבות תשלום על ביקור אצל רופא מומחה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.²⁰ המטרות המוצהרות לתיקון היו להבטיח לקופות־החולים הכנסה נוספת, מצד אחד, ולהקטין את הוצאותיהן באמצעות הפחתת שיעור הביקורים הלא־נחוצים, מצד אחר. החלת חובת התשלום של אגרת הביקור העלתה את החשש שהיא תהווה נטל כלכלי כבד על עניים, על חולים קשים, על חולים כרוניים ועל זקנים. כן עלה החשש שהאגרה תרתיע קבוצות אוכלוסייה פגיעות אלה מלנסות לקבל טיפול נחוץ. בשל חששות אלה שהעלו אנשי משרד הבריאות וגורמים בכירים במערכת הבריאות, ניתנו פטורים למקבלי קצבאות מסוימות מהמוסד לביטוח לאומי,²¹ וכן נקבעה תקרה רבעונית לכלל תשלומי המשפחה. לא ניתן פיצוי לקופות־החולים בגין הפסד הכנסות ממתן הפטורים.²²

במאמר זה נראה כי תשלומי השתתפות עצמית הנגבים בעת קבלת שירות רפואי עלולים להגביל את הגישה לטיפול רפואי, ובכך לעמוד בסתירה למימוש הזכות לשירותי בריאות. יתר על כן, התשלומים עלולים לפגוע באופן דיפרנציאלי בקבוצות שונות, להגביל גישה של חלק מהאוכלוסייה ובכך לפגוע בשוויון.

3. ההצדקות לקביעת תשלומי השתתפות עצמית

לגביית תשלומי השתתפות עצמית מהמשתמש נודעו כמה הצדקות. ראשית, במערכות בריאות המבוססות על ביטוח יש לפרטים הגנה מפני הפסד כלכלי עקב הוצאה על שירות רפואי שהם עשויים לצרוך בעת מחלה. הטיפול הרפואי אינו כרוך בתשלום, ולפיכך אין לפרטים תמריץ להגביל את השימוש בשירותים, וקיים אף תמריץ למבוטח להשתמש בביטוח גם ללא צורך רפואי ממשי, שכן התשלום נעשה כבר מראש.²³ תמריץ זה מכונה "הסיכון המוסרי" (moral hazard).²⁴

360, 375–376 (2001): "אדם שאין לו גישה לטיפול רפואי אלמנטרי, הוא אדם שכבודו כאדם נפגע." הזכות לבריאות בישראל היא זכות־מינימום, והיא אינה קשורה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אלא נובעת מחוק־יסוד: כבוד האדם וחירותו.

19 ס' 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

20 ס' 11(5) לחוק ההסדרים 1998.

21 ס' 11(5)(א) לחוק ההסדרים 1998.

22 שולי ברמלי־גרינברג, ברוך רוזן ורויטל גרוס "תשלומי אגרת ביקור – מהו גודל הנטל ומי נושא אותו?" (מאירס־ג'וינט־מכון ברוקדייל, ירושלים, דמ־06-470, 2006) נגיש ב־brookdale1.pionet.com/files/PDF/470rr-copayments-heb.pdf (להלן: ברוקדייל דמ־06-470).

23 ראו רחל קיי "השתתפות עצמית בשירותי בריאות" ביטחון סוציאלי 64, 45, 46–48 (2003).

24 ראו: Peter Zweifel & Willard G. Manning, *Moral Hazard and Consumer Incentives in*

גביית תשלום מהמשתמש קובעת מחיר לטיפול הרפואי, ומשפיעה על ההחלטה לפנות לקבלת טיפול. לפי גישה זו, גבייה מהמשתמש מעודדת התחשבות בשיקולי עלות-תועלת בעת קבלת החלטה על פנייה לטיפול רפואי. כך, תשלומי ההשתתפות יכולים לרסן הן את השימוש בשירות רפואי ללא צורך והן את השימוש בשירותים שתועלתם לבריאות נמוכה. אולם יש לציין שהגבייה מהמשתמש עלולה לגרום גם לויתור על שירותים נחוצים בשל העלויות. זאת, במיוחד בקרב אוכלוסיות שמתקשות בתשלום.

סיבה נוספת לגבייה מהמשתמש היא המחסור במשאבים כלכליים במערכות הבריאות, לנוכח הגידול הדרמטי בביקוש לשירותים בעשורים האחרונים. הגידול בביקוש קשור להזדקנות האוכלוסייה, להתרחבות הביטוח הרפואי ולגידול בהכנסות.²⁵ גבייה מהמשתמש מזרימה כסף רב יותר למערכות הבריאות, וכך מגייסת כספים נוספים ממקורות פרטיים שיכולים לשמש לשיפור השירותים הציבוריים לכלל המבוטחים. אולם שיטה זו גורמת להעברת נטל התשלום בגין הטיפול הרפואי ממשלמי המיסים, מהמעסיקים או ממשלמי הפרמיות אל מקבלי הטיפול הרפואי.²⁶ כאשר הטיפול הרפואי משולם באמצעות מיסים, בעלי הכנסות גבוהות משלמים חלק גדול יותר מהעלות הכוללת, ואילו כאשר הוא משולם על-ידי המשתמש, החולים הם שמשלמים חלק גדול יותר. מאחר שקיים קשר הפוך בין הכנסה לתחלואה, כך שבעלי הכנסה נמוכה חולים יותר ומשתמשים יותר בשירותי הבריאות, שיטה זו להגדלת הכנסותיה של מערכת הבריאות הינה רגרסיבית, וחושפת את החולים העניים לסיכון כלכלי.

עוד נטען כי השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית על הביקוש מוגבלת, ומתמקדת במשתמשים בעלי הכנסות נמוכות, אשר עלולים בעקבות כך לסכן את בריאותם.²⁷ יתר על כן, יש הטוענים כי סך ההוצאות של מערכת הבריאות לא יקטן מפני שלנותני השירות יש השפעה רבה על צריכתם של שירותי הבריאות (supply induced demand). כך, נותני

Health Care, in HANDBOOK OF HEALTH ECONOMICS 410 (Anthony J. Culyer & Joseph P. Newhouse eds., 2000); Joseph Kutzin, *The Appropriate Role for Patient Cost Sharing*, in CRITICAL CHALLENGES FOR HEALTH CARE REFORM IN EUROPE 78, 80–82 (Richard B. Saltman, Josep Figueras & Constantino Sakellarides eds., 1998)

25 ראו: J. ECON. PERSP. 3, 5–8 (1992); Joseph P. Newhouse, *Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?*

26 Robert G. Evans, Morris L. Barer & Greg L. Stoddart, *User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back (Or, What's Health Got to Do with It?)*, 14 CAN. J. AGING 360 (1995); W. P. Van de Ven, *Effects of Cost-sharing in Health Care*, 1 EFF. HEALTH CARE 47 (1983)

27 ראו: RICHARD B. SALTMAN & JOSEP FIGUERAS, EUROPEAN HEALTH CARE REFORM: ANALYSIS OF CURRENT STRATEGIES (WHO Regional Publications, European Series, 1997); Greg L. Stoddart, Morris L. Barer & Robert G. Evans, *User Charges, Snares and Delusions: Another Look at the Literature* (1993), available at www.chspr.ubc.ca/files/publications/1993/hpru93-14D.pdf (13.5.2007)

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

שירות, השואפים לרמת הכנסה גבוהה, ינקטו פעולות מפצות ויגדילו את ההיצע לנוכח ההקטנה בביקוש, כך שסך ההוצאות של המערכת לא יקטן.²⁸ סקירת הספרות שתפורט להלן מלמדת כי השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית על דפוסי הצריכה של השירותים אינה חד-משמעית, וכי קיים סיכון מיוחד להשפעות לא-רצויות על אוכלוסיות פגיעות. לנוכח זאת הוגדרו למחקר שבבסיס מאמר זה שלוש מטרות:

1. לבחון את השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית על נגישותם של השירותים (מימוש הזכות לשירותי בריאות);
2. לבחון את השפעת התשלומים על נגישותם של השירותים לקבוצות אוכלוסייה שונות (שוויון);
3. לבחון את השפעתה של אגרת ביקור אצל רופא מקצועי על מספר הביקורים של הפטורים לעומת החייבים בתשלום (האפקטיביות של מנגנון ההגנה על אוכלוסיות חלשות).

בפרק א נציג סקירת ספרות על הנהגת תשלומי השתתפות עצמית ועל השפעותיהם. לאחר-מכן, בפרק ב, נציג את המדיניות של תשלומי ההשתתפות העצמית בישראל. לאחר פירוט שיטת המחקר, בפרק ג, נציג בפרק ד ממצאים לגבי השפעת התשלומים על נגישות ושוויון משני מחקרים שערכנו בנושא. לבסוף, פרק ה ידון בכיווני מדיניות אפשריים כדי להתמודד עם ההשלכות הלא-רצויות של התשלומים.

פרק א: סקירת ספרות – הנהגת תשלומי השתתפות עצמית והשפעותיהם

1. שכיחותם של תשלומי ההשתתפות העצמית והדפוסים של מתן פטור

בסקירה מקיפה בנושא תשלומי ההשתתפות העצמית במדינות האיחוד האירופי, שנערכה בשנת 1997, נמצא כי ברוב מדינות האיחוד באותה העת (אחת-עשרה מתוך שלוש-עשרה) היו נהוגים תשלומי השתתפות עצמית על ביקורים אצל רופא מומחה, ובתשע מדינות – על התייעצות עם רופא כללי. שמונה מדינות גבו תשלומים על אשפוז-יום, וכל שלוש-עשרה המדינות שנכללו באיחוד באותה העת גבו תשלום על טיפולי שיניים. כל אותן מדינות הציעו פטורים לקבוצות אוכלוסייה מסוימות, כגון ילדים עד גיל שמונה-עשרה, בעלי הכנסות נמוכות, זקנים וחולים כרוניים או מוגבלים.²⁹

28 קיי, לעיל ה"ש 23, בעמ' 51-52; SALTMAN & FIGUERAS, לעיל ה"ש 27.

29 ראו SALTMAN & FIGUERAS, לעיל ה"ש 27; Kutzin, לעיל ה"ש 24, בעמ' 87-93; Ray Robinson, *User Charges for Health Care, in FUNDING HEALTH CARE: OPTIONS FOR*

להבדיל מהמצב באירופה, בארצות-הברית מבטחים פרטיים מעניקים פטורים לאוכלוסיות חלשות רק לעיתים רחוקות. עם זאת, במסגרת התוכנית Medicare אכן ניתנים פטורים.³⁰ יתר על כן, המדינות בארצות-הברית נדרשות לממן את עלות הפטורים לאוכלוסיית הקשישים מעוטי-ההכנסה.³¹ הפיצוי למבטחים מונע היווצרותו של תמריץ לדחיית מבטחים אלה. בשנים האחרונות הורחבו תשלומי ההשתתפות העצמית גם במדינות מתפתחות רבות עם רמות הכנסה בינונית ונמוכה, בעיקר במדינות ברית-המועצות-לשעבר, כחלק מהקמתן של מערכות ביטוח בריאות חדשות. מדינות זו הופעלה כתגובה על משבר כספי של מערכות הבריאות, שנבע מחוסר איזון בין הביקוש וההיצע של שירותי הבריאות, ממגבלות תקציב ומלחצים להפחית את מעורבותה של הממשלה במימון שירותים.³² ברוב המדינות הצלחתו של אמצעי זה בגיוס משאבים חלופיים למערכת הייתה מוגבלת ונמוכה מהצפוי. בפרט, לא נמצאו עדויות לכך שתשלומי ההשתתפות היו בהיקף שהיה בו כדי לתרום לשיפור איכותם של השירותים הציבוריים, ושהמשאבים שהתפנו בתקציב הממשלתי אכן הופנו לפעולות שהן cost-effective, כגון רפואה מונעת.

קיים מידע מועט על האפקטיביות של מנגנוני פטור והנחות במדינות המתפתחות. רוב הממשלות מכירות באופן עקרוני בצורך לתת פטורים ולהגן על העניים מפני השלכותיהם של התשלומים, אולם בדרך-כלל ההחלטה לגבי כללי הפטור מועברת לספקי השירותים הרפואיים, הקובעים את אמות-המידה לזכאות לפטור ואת קהל-היעד לפטור. לכן החלת הפטורים תלויה במידה רבה בתמריצים של נותני הפטור. כמו-כן קיימות בעיות שמונעות יישום אפקטיבי של מנגנון הגבייה והפטור, כגון הגדרה ומדידה של רמת הכנסה, קביעת גובהם של תשלומי השתתפות סבירים ואכיפת הגבייה, הערכת הזכאות של חולים לקבלת פטור, חששם של חולים מתיוג שלילי הכרוך בקבלת פטור, וכן הימנעות מקבלתו עקב קשיים בירוקרטיים.³³

EUROPE 161, 164–175 (Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras & Joe Kutzin eds., 2002); Ray Robinson & Anna Dixon, *Health Care Systems in Transition*, in EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (United Kingdom, 1999), available at www.euro.who.int/document/e68283.pdf; Reinhard Busse & Annette Riesberg, *Health Care Systems in Transition*, EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (Germany, 2004), available at www.euro.who.int/Document/E85472.pdf.

30 התוכנית Medicare בארצות-הברית מספקת ביטוח רפואי לקשישים (בני שישים וחמש ומעלה) ולמוגבלים. ביטוח אשפוז ניתן לפרטים הזכאים ללא תשלום פרמיות, והמשתמשים משלמים תשלומי השתתפות עצמית. להרחבה ראו: Earl D. Hoffman, Barbara S. Klees & Catherine A. Curtis, *Overview of the Medicare and Medicaid Programs*, 22(1) HEALTH CARE FINANCING REV. 175 (2000).

31 ראו: Stephen T. Parente & William N. Evans, *Low Income Elderly Insurance Copayment Subsidies' Effect on Medical Care Use and Cost: The Case of Qualified Medicare Beneficiaries*, 20(2) HEALTH CARE FINANCING REV. 19 (1998).

32 ראו Kutzin, לעיל ה"ש 24, בעמ' 93–97.

33 ראו: Ardeshir Sepehri & Robert Chernomas, *Are User Charges Efficiency and Equity*.

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

2. יתרונותיהם וחסרונותיהם של תשלומי השתתפות עצמית³⁴

בשנים האחרונות מתקיים דיון מתמשך בספרות המדעית לגבי היתרונות והחסרונות של תשלומי השתתפות עצמית. הדיון מתמקד בהשפעתם על שלושה פרמטרים: יעילותה של מערכת הבריאות, היקפם של משאבי המערכת ושווינויות.

השפעת התשלומים על יעילות המערכת – הטענה העיקרית של אלה המחייבים את תשלומי ההשתתפות העצמית היא שהטלתם יוצרת תמריץ לפרטים לצריכה אחראית של שירותי בריאות ולהימנעות מצריכת שירותים מיותרים ולא־נחוצים, ובכך מיעלת את המערכת. לעומתם, המתנגדים לתשלומים טוענים כי הפרטים אינם יכולים להעריך נכונה את חומרת מצבם הרפואי, ולכן חסרי האמצעים עלולים להימנע גם מצריכה של שירותים נחוצים או לעכב קבלת טיפול רפואי. בעלי האמצעים, לעומת זאת, ימשיכו לצרוך שירותים מיותרים, ולכן בסך־הכל התשלומים אינם תורמים ליעילות.

השפעת התשלומים על היקפם של משאבי המערכת – התומכים בתשלומים טוענים כי זהו מקור לתוספת של משאבים למערכת הבריאות, שיכולים לשמש להרחבת הכיסוי ולשיפור איכות השירותים. תוספת של משאבים שיכסו את הטיפול הבסיסי יכולה להפנות את משאבי הממשלה להרחבת השירותים בתחומי המניעה, החינוך לבריאות, התברואה ובריאות הסביבה. אולם ייתכנו בעיות מעשיות שעלולות לפגוע בהרחבת היקף המשאבים למערכת הבריאות כאמור,³⁵ ביניהן יכולות ניהול דלות המונעות אכיפה של התשלומים, תנודות עונתיות בהכנסות, והעדר מדיניות ממשלתית להפניית משאבים ממשלתיים שהתפנו לפעילויות של רפואה מונעת וכדומה.

השפעת התשלומים על שוויוניות – לטענתם של תומכי התשלומים, הספקת שירותי בריאות ללא תשלומי השתתפות או עם תשלומים נמוכים מאוד אינה מקדמת את השוויון. "שירותי בריאות" נחשבים למוצר נורמלי, עם גמישות הכנסה חיובית, כך שבעלי ההכנסה הגבוהה צורכים שירותי בריאות רבים יותר מהעניים. קביעת תשלומי השתתפות עצמית יכולה להגדיל את השוויון אם ישתמשו בהכנסות לצורך הרחבת הכיסוי ושיפור השירותים הציבוריים, שמהם ייהנו האוכלוסיות החלשות. כמו־כן נטען שגמישות הביקוש לשירותי בריאות נמוכה, ולכן משקי־בית רבים, גם בקרב מעוטי־ההכנסה, מוכנים לשלם בעבור בריאות. לעומתם, מתנגדי התשלומים טוענים כי מאחר שהעניים מתקשים יותר לשלם, הם יימנעו מצריכת שירותים, וכך יגדל הפער בין עניים לעשירים. עוד נטען כי הנכונות לשלם בעבור שירותי בריאות אינה מלמדת על מידת הקושי של משקי־בית עניים לגייס את הכסף הדרוש לתשלום. לטענתם, גם אם הכסף גויס, ההצטמצמות שנדרשת בתחומים

Enhancing? A Critical Review of Economic Literature with Particular Reference to Experience from Developing Countries, 13 J. INT'L DEVELOPMENT 183 (2001)

34 תת־פרק זה מתבסס על סקירת הספרות המקיפה שערכו Sepehri & Chernomas, שם.

35 ממחקרים שנעשו במדינות מתפתחות, כפי שצוין לעיל, נמצא כי בפועל היקף ההכנסות מתשלומי ההשתתפות נמוך בהרבה מן המצופה, וכי רק לעיתים רחוקות נעשה שימוש בכספים אלה לשיפור השירותים ולהרחבתם.

האחרים משפיעה לאורך זמן על רווחת משק-הבית ועל מצב הבריאות של בני המשפחה. בפרט, מחקרים על הוצאות משפחה מראים כי מימון התשלומים לבריאות מכביד מאוד על משקי-הבית של עניים ושל חולים כרוניים. משקי-בית המתקשים לשלם עשויים לעשות זאת באמצעות ויתור על מזון או על צרכים בסיסיים אחרים או על-ידי מכירת נכסים חיוניים, ולכך עלולות להיות השלכות בריאותיות בטווח הארוך.³⁶

3. השפעתם של תשלומי השתתפות עצמית על השימוש בשירותים

אחת השאלות העיקריות שהספרות נדרשת אליה היא השפעתם של התשלומים על השימוש בשירותי בריאות. המחקר הגדול והמקיף ביותר על השפעתה של ההשתתפות העצמית על שימוש בשירותי בריאות היה ניסוי ביטוח הבריאות של מכון RAND בארצות-הברית.³⁷ המחקר עקב אחר מבוטחים בקופת-חולים שונות (HMO's — Health Maintenance Organizations) שבהן נקבעו שיעורים שונים של השתתפות עצמית (0%, 25%, 50% ו-95% מעלות כל ההוצאות).³⁸ במחקר נמצא ששיעור השימוש בשירותים ירד עם העלייה בגובה ההשתתפות העצמית. המחקר של מכון RAND הראה כי שיעור השתתפות עצמית של 25% עם תקרה תלוית-הכנסה הקטין את סך הצריכה של שירותי הבריאות ב-18%, ואת צריכת השירותים של אשפוז-יום - ב-24%.³⁹ גם במחקר שנעשה ביפן הסתמנה השפעה משמעותית של תשלומי השתתפות עצמית על שיעור השימוש.⁴⁰

עם זאת, במחקר של מכון RAND נמצא שתשלומי השתתפות אומנם הפחיתו שימוש בשירותים מיותרים או לא-אפקטיביים, אך הפחיתו גם שימוש בשירותים נחוצים. ההשתתפות העצמית נמצאה קשורה לתוצאות בריאות גרועות יותר בכמה אינדיקטורים.

36 לסקירה של ספרות זאת ראו: Steven Russell, *Ability to Pay for Health Care: Concepts and Evidence*, 11 HEALTH POL'Y & PLAN. 219 (1996).

37 www.rand.org/health/projects/hie

38 בקופות החולים השונות נקבעה גם תקרה שנתית שונה - 5%, 10% או 15% מהכנסת המשפחה, ושום משפחה לא שילמה יותר מאלף דולרים בשנה. בקופת-חולים אחת כל הטיפול ניתן חינם. מהמדגם הוצאו בעלי הכנסה מה-3% העליונים, זקנים, מקבלי קצבאות נכות ומהביטוח הסוציאלי, אסירים, חיילים ויוצאי צבא בעלי מוגבלות הקשורה לשירותם הצבאי.

39 ראו: Willard G. Manning, Joseph P. Newhouse, Naihua Duan, Emmett B. Keeler, Arleen Leibowitz & M. Susan Marquis, *Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment*, 77 AM. ECON. REV. 251, 258-261 (1987); Jonathan Gruber, *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond*, The Kaiser Family Foundation Report October 2-6 (2006), available at www.kff.org/insurance/7566.cfm

40 ראו: Scott A. Kupor, Yong-chuan Liu, Jungwoo Lee & Aki Yoshikawa, *The Effect of Copayments and Income on the Utilization of Medical Care by Subscribers to Japan's National Health Insurance System*, 25 INT'L J. HEALTH SERVICES 295 (1995)

משפט ועסקים, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

כמו־כן, ההסתברות להפחתה בשימוש הייתה גבוהה יותר בקרב בעלי הכנסה נמוכה לעומת בעלי הכנסה גבוהה. גם במחקרים נוספים דווח כי השפעתם של תשלומי ההשתתפות מפחיתה את השימוש במיוחד בקרב בעלי ההכנסה הנמוכה, ופוגעת יותר בבריאותם.⁴¹

בישראל נעשה מחקר אמפירי אחד על השפעתה של אגרת הביקור על מספר הביקורים אצל רופא בקרב מבטחי מכבי לאחר הנהגת התשלום בשנת 1983. נמצא כי ההשתתפות העצמית הפחיתה את סך הביקורים אצל רופאים ב-13%. ההשפעות היו גדולות יותר במקרה של רופאים ראשוניים ומומחים בכירורגיה ובאף־אוזן־גרון.⁴² מחקר נוסף נערך על השימוש באנטיביוטיקה אצל ילדים עם דלקות חריפות בקרית־גת. במחקר זה נמצא ש-4% מהילדים לא השלימו את הטיפול בגלל ההוצאה הכרוכה בכך.⁴³

אף שברוב המחקרים דווח על הפחתה בשימוש בשירותי הבריאות עם הנהגתם של תשלומי ההשתתפות העצמית, יש מחקרים שאינם גורסים כך. מחקר שנערך בקנדה בחן את השפעתן של אגרת ביקור בסך שבעה דולרים ושל אגרת ביקורי־בית בסך עשרה דולרים על מספר ביקורי־החירום ועל מספר הביקורים במרפאות חוץ. במחקר שהתבסס על ניתוח מאגרי מידע מנהליים לשנים 1968–1971 נמצא שלא חל כל שינוי במספר הביקורים הכולל אצל רופאים, אולם הייתה ירידה של 6%–7% בצריכת שירותיהם של רופאים מומחים משניים.⁴⁴ במחקר שנערך בבלגיה בחנו החוקרים את השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית על מספר הביקורים אצל רופא משפחה ורופא מומחה, ומצאו ירידות

41 ראו Sepehri & Chernomas, לעיל ה"ש 33; Robinson, לעיל ה"ש 29.

42 תמיר רוטר "היש להנהיג היטל ביקור רופא בישראל? מסקנות מנסיונה של קופ"ח מכבי" רבעון לכלכלה 43 146 (1996). אולם אין ודאות שניתן להחיל ממצאים אלה על כלל האוכלוסייה, היות שמכבי שירותי בריאות מתאפיינת בחברים צעירים, בריאים ובעלי הכנסה בינונית־גבוהה. נוסף על כך, מערכת הבריאות בישראל השתנתה באופן קיצוני במהלך עשרים השנים האחרונות, וקשה להחיל את הממצאים לגבי ימינו.

43 ראו: Haim Reuveni, Boaz Sheizaf, Asher Elhayani, Michael Sherf, Yehuda Limoni, S. Scharff & Ronit Peled, *The Effect of Drug Co-Payment Policy on the Purchase of Prescription Drugs for Children with Infections in the Community*, 62 HEALTH POL'Y (2002) 1. למחקר נוסף שבדק את השפעתה של ההשתתפות העצמית על השימוש בשירותים ראו שמעון שרף, רונית פלד ויעל ארבלי "השפעת מדיניות משרד הבריאות על השימוש בשירותי התחנות לבריאות המשפחה במחוז אשקלון" דוח מחקרים שנתי (המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2000–2001). פרט למחקרים שצינו לעיל נכתבו כמה ניירות־עמדה. לבולטים מביניהם ראו קיי, לעיל ה"ש 23; דין וחשבון הוועדה הציבורית לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי) (2002) www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=1&catId=6, בעמ' 81–84 התייחסה הוועדה לנושא ההשתתפות העצמית.

44 ראו: R.G. Beck & J.M. Horne, *Utilization of Publicly Insured Health Services in Saskatchewan Before, During and After Copayment*, 18 MED. CARE 787 (1980)

קלות בלבד.⁴⁵ גם במחקר שנערך בצרפת לא נמצאו השפעות של ההשתתפות העצמית על מספר הביקורים אצל רופאים.⁴⁶ כנגד מחקרים אלה, המצביעים על העדר שינוי של ממש בשימוש בשירותי הבריאות בעקבות הנהגת תשלומי השתתפות עצמית, נטען כי הממצאים בדבר קשיחות הביקוש לשירותי הבריאות קשורים בחלקם להנחות שגויות שעמדו ביסוד המודל הכלכלי.⁴⁷

4. השפעתם של תשלומי השתתפות עצמית על אוכלוסיות חלשות

בניתוח משני של הנתונים מהמחקר של מכון RAND, על השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית, נמצא כי תשלומים אלה פגעו במצב בריאותם של מבוטחים שרמת הכנסתם נמוכה ומצב בריאותם גרוע. למשל, הסיכוי למוות כתוצאה מיתר לחץ דם בקבוצה זו היה גבוה ב-14% בתוכניות עם השתתפות עצמית לעומת תוכניות ללא השתתפות עצמית. מחקרים נוספים שנערכו בשנים האחרונות בארצות הברית הראו אף הם כי תשלומי השתתפות מפחיתים את השימוש בשירותים. הפחתה זו אינה פוגעת במצב בריאותם של מבוטחים שמצבם הבריאותי טוב, אולם פוגעת במבוטחים עם מחלות כרוניות וקשות, במיוחד בהיבט של צריכת תרופות. למשל, הגדלת תשלומי ההשתתפות העצמית על תרופות העלתה את שיעורי האשפוז בקרב קשישים חולים כרוניים.⁴⁸ עם זאת, ממצאי המחקרים המאוחרים אינם חד-משמעיים. במחקר אחר שנעשה בארצות הברית,⁴⁹ נמצא כי לתשלומי ההשתתפות העצמית לא הייתה השפעה כה גדולה על מבוטחים שמצב בריאותם אינו טוב בהשוואה למבוטחים שמצב בריאותם טוב יותר. הסבר אפשרי שניתן לכך היה שאנשים שבריאותם רופפת יכולים פחות להרשות לעצמם לוותר על טיפול רפואי מאשר אנשים שמצב בריאותם טוב יותר.

במדינות אחדות נבחנת השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית באמצעות סקרים שבהם המרואיינים נשאלים אם ויתרו בשנה האחרונה על טיפול רפואי או על תרופה בגלל התשלום. ניתוח התשובות לפי רמת ההכנסה מלמד כי בכל המדינות שנסקרו (אנגליה, קנדה, אוסטרליה, ניו־זילנד וארצות הברית) שיעורי הוויתור גבוהים

45 ראו: Bart Cockx & Carine Brasseur, *The Demand for Physician Services – Evidence from a Natural Experiment*, 22 J. HEALTH ECON. 881 (2003).

46 ראו: Pierre-Andre Chiappori, Franck Durand & Pierre-Yves Geoffard, *Moral Hazard and the Demand for Physician Services: First Lessons from a French Natural Experiment*, 42 EUR. ECON. REV. 499 (1998).

47 ראו Sepehri & Chernomas, לעיל ה"ש 33.

48 ראו Gruber, לעיל ה"ש 39.

49 ראו: Dahlia K. Remler & Adam J. Atherly, *Health Status and Heterogeneity of Cost-Sharing Responsiveness: How Do Sick People Respond to Cost-Sharing*, 12 HEALTH ECON. 269 (2003).

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

יותר בקרב בעלי הכנסה נמוכה (מתחת לממוצע) לעומת אחרים.⁵⁰ גם בשוודיה נמצאו ממצאים דומים.⁵¹

מחקרים אחרים בחנו באופן מיוחד את השפעתם של תשלומי ההשתתפות על אוכלוסיות חלשות – כגון קשישים, חולים כרוניים ובעלי הכנסות נמוכות – שעשויות להיות רגישות במיוחד לעלויות. במחקר הקנדי אכן נמצא כי אגרת ביקור אצל רופא הורידה את היקף הצריכה של העניים ב-18%, לעומת 6%-7% בלבד בקרב שאר האוכלוסייה.⁵² מגמה נוספת שנמצאה בקרב קבוצות חלשות היא בחירה בשירותים חלופיים, כלומר, שימוש בשירות הניתן חינם במקום בשירות שנדרש תשלום בעבורו. למשל, בקרב האוכלוסייה של מקבלי Medicaid⁵³ בארצות-הברית נמצאה ירידה של 11% בשיעורי הביקורים אצל רופא (שירות בתשלום) ועלייה של 17% באשפוז (שירות חינם).⁵⁴

מחקרים שנעשו על השפעתם של תשלומי ההשתתפות במדינות מתפתחות נמצא כי התשלומים מפחיתים את השימוש בשירותים נחוצים, בפרט בקרב מעוטי-ההכנסה, וכן מעודדים אותם לדחות את השימוש בשירותים בעת הצורך. כמו-כן נמצא כי הביקוש לשירותי בריאות גמיש, ומושפע מהעלאה בתעריפי התשלומים, וכי השפעה זו חזקה יותר בקרב עניים מאשר בקרב עשירים. יתר על כן, נמצא כי מנגנוני הפטור להגנה על עניים אינם אפקטיביים במקרים רבים, ולכן תשלומי ההשתתפות העצמית מגדילים בפועל את הפערים בצריכת שירותי הבריאות.⁵⁵

50 ראו: Cathy Schoen, Robin Osborn, Phuong Trang Huynh, Michelle Doty, Karen Davis, Kinga Zapert & Jordon Peugh, *Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries*, HEALTH AFF. w487-w503 (2004), available at www.healthaffairs.org/indexhw.php

51 ראו Robinson, לעיל ה"ש 29.

52 ראו: R.G. Beck, *The Effects of Co-Payment on the Poor*, 9 J. HUM. RESOURCES 129 (1974).

53 התוכנית Medicaid בארצות-הברית מספקת ביטוח בריאות לפרטים מסוימים ולמשפחות עם הכנסות נמוכות ודלות-משאבים. כל מדינה קובעת את אמות-המידה לזכאות, ויכולה לקבוע תקופות אכשרה סמליות והשתתפות עצמית (אתויות או בתעריף אחיד) על קבלת שירותים מסוימים. אין השתתפות עצמית על שירותי-חירום ועל שירותים לתכנון המשפחה. להרחבה ראו Hoffman, Klees & Curtis, לעיל ה"ש 30.

54 ראו: Milton I. Roemer, Carl E. Hopkins, Lockwood Carr & Foline Gartside, *Copayments for Ambulatory Care: Penny-Wise and Pound-Foolish*, 13 MED. CARE 457 (1975).

55 ראו Sepehri & Chernomas, לעיל ה"ש 33.

פרק ב: תשלומי השתתפות עצמית בישראל

תשלומי השתתפות עצמית היו נהוגים בקופות-החולים עוד לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. התשלומים נגבו בעבור שירותים שונים, ביניהם תרופות, אביזרים רפואיים ופנייה למיון. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקף בינואר 1995, התיר לקופות-החולים להמשיך לגבות תשלומים שהיו נהוגים קודם.

במסגרת חוק ההסדרים 1998 אושר לקופות לגבות תשלומים נוספים, כגון אגרת ביקור אצל רופא מקצועי, במרפאות חוץ ובמכוני אבחון. לגבי תשלומים חדשים אלה נקבעו תקרות תשלום ופטורים לאוכלוסיות חלשות. הזכאים לפטור מלא מתשלום אגרת ביקור⁵⁶ היו מקבלי הבטחת הכנסה, מקבלי קצבת נכות כללית ומקבלי קצבת מזונות של הביטוח הלאומי; מקבלי קצבת זקנה אשר קיבלו קודם קצבת נכות כללית; קטינים שטרם מלאו להם שמונה-עשרה שנה ושלושה חודשים ואשר מקבלים גמלת ניידות; וכן אברך והתלויים בו המקבלים הבטחת הכנסה ממועד הדתות.⁵⁷ במסגרת החוק להבראת כלכלת ישראל משנת 2003⁵⁸ צומצמה הזכאות לפטורים, כך שרק קשישים המקבלים הבטחת הכנסה פטורים מאגרת ביקור אצל רופא.

מלבד זאת, בחוק ההסדרים 1998 נקבע כי תיקבע לכלל האוכלוסייה תקרה שנתית לתשלומי השתתפות עצמית.⁵⁹ בתוכניות הגבייה של קופות-החולים שהוגשו לאחר-מכן למשרד הבריאות אכן נקבעו תקרות המתייחסות להוצאות של כל בני המשפחה ברבעון (בשלושה חודשים). התקרה נעה בין כ-100 ל-140 ש"ח (תלוי בקופה) לתשלום של כל המשפחה לכל הרופאים המקצועיים והמכוני שאליהם פנו ברבעון.

בכל הקופות קיימת תקרה מופחתת לקשישים: משפחה של קשיש בן שישים וחמש

56 הפטורים מתשלומי אגרת הביקור אינם פוטרים מתשלום בעבור תרופות ומתשלומי השתתפות עצמית אחרים.

57 ס' 11(א) לחוק ההסדרים 1998. הדין-וחשבון של המוסד לביטוח הלאומי על חברות בקופות-חולים (ז'ק בנדלק חברות בקופת חולים 2003-2004 (המוסד לביטוח לאומי, יוני 2005)) ורשימת הזכאים להנחות מתשלומי אגרת ביקור מלמדים כי משפחות עם ארבעה ילדים או יותר הרשומים באותה קופה זכאים לפטור או להנחות על תשלומי אגרת ביקור. כמו-כן, מבדיקה שנעשתה במוסד לביטוח לאומי עלה כי תקליטור עם פרטי המשפחות מרובות-הילדים מועבר בכל רבעון לקופות-החולים יחד עם רשימת כל הזכאים להנחות ולפטורים. אולם "משפחה מרובת-ילדים" אינה כלולה ברשימת הזכאיות לפטור בתוכניות הגבייה של קופות-החולים ובמסמכים של משרד הבריאות, כגון בחוברת "זכויות המבוטחים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי", נגיש ב-www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=73&catid=654&pageid=3626.

58 חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנות הכספים 2003 ו-2004), התשס"ג-2003, ס"ח 386 (להלן: החוק להבראת כלכלת ישראל).

59 ס' 5(א)(א) לחוק ההסדרים 1998.

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

ומעלה מקבלת הנחה של 50% על התקרה, כלומר, התשלום לא יעלה על 50 עד 70 ש"ח למשפחה לרבעון (תלוי בקופה). הנחה של 50% על התקרה ניתנת גם למשפחה של עולה חדש בשנה הראשונה.

במסגרת חוק ההסדרים 1998 אושר לקופות גם להעלות את תעריפי ההשתתפות העצמית בתרופות, ובד בבד נקבעו הנחות גם לתשלומים אלה.⁶⁰ לחולים כרוניים⁶¹ נקבעה תקרה לתשלום חודשי של בין 220 ל-240 ש"ח (תלוי בקופה) לכל התרופות שהוא קונה אשר כלולות בסל. כלומר, התקרה כוללת גם את התרופות לטיפול במחלה הכרונית שלו וגם תרופות אחרות שהוא משתמש בהן (פרצטמול, אנטיביוטיקה וכדומה). נוסף על כך, חולים במחלה קשה – כגון סרטן, מחלת כליות סופנית, המופיליה ועוד – פטורים מתשלום בעבור התרופות לטיפול במחלה הקשה, ובקופות החולים מכבי ומאוחדת הם מקבלים פטור מלא לכל התרופות. גם קשישים (מגיל שישים וחמש ומעלה לגבר ומגיל שישים ומעלה לאישה) שמקבלים גמלת הבטחת הכנסה זכאים לפי החוק לקבל 50% הנחה על כל התרופות שהם קונים אשר כלולות בסל. ותיקי מלחמת העולם השנייה זכאים לקבל 75% הנחה על תרופות אלה, ואסירי-ציון זכאים להנחה של 50%. מנגנון הפטורים וההנחות היה אמור להבטיח שהתשלומים לא יפגעו בנגישותם של שירותים לאוכלוסיות חלשות.⁶²

פרק ג: שיטת המחקר

כדי ללמוד על השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית על תושבי ישראל, השתמשנו בשני מקורות מידע: סקרי אוכלוסייה בקרב מדגם מייצג של תושבי ישראל ומאגרי נתונים מנהליים של קופות החולים.⁶³

א. סקרי האוכלוסייה שבחנו את השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית נערכו על-ידי מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בקרב האוכלוסייה הבוגרת (גילאי עשרים ושתיים ומעלה) בחודשים אוגוסט-אוקטובר⁶⁴ 1999, 2001, 2003 ו-2005. בכל סקר רואינו

60 ס' 11(א)(א)(1) לחוק ההסדרים 1998. תקרה זו הייתה נהוגה גם קודם בחלק מהקופות, אך לא בכולן.

61 חולה כרוני הזכאי להנחה הוא חולה שמקבל תרופת מרשם טיפולית אחת לפחות במשך חצי שנה ברציפות; או חולה שאובחן באחת המחלות הכרוניות שברשימה הקבועה בחוק (למשל, אי-ספיקת לב, פרקינסון, אלצהיימר); או חולה שמטופל באחת התרופות הרשומות בחוק.

62 להרחבה ראו ברוקדייל דמ-06-470, לעיל ה"ש 22.

63 בדות המלא של המחקר נערך גם ניתוח של סקרי שימוש בשירותי בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לגבי ביקורים אצל רופאים מומחים. ניתוח סקרים אלה עוזר בלמידת מגמות בצריכת השירותים הרפואיים לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומשלים את התמונה באשר להשפעתה של אגרת הביקור. ראו ברוקדייל דמ-06-470, לעיל ה"ש 22.

64 תקופת המחקר (חודשים אוגוסט-אוקטובר) נקבעה בסקר הראשון, שנערך בשנת 1995 על-

כ-1,900 נפש, ושיעורי ההיענות היו יותר מ-80%. השאלון תורגם לערבית ולרוסית. הנתונים שוקללו לפי יחס הדגימה והרכב האוכלוסייה על-מנת להגיע לייצוג מדויק.⁶⁵ מקור זה סיפק מידע על השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית על נגישותם של השירותים, ועל ההשפעה בקרב קבוצות האוכלוסייה השונות.⁶⁶

ב. נתונים ממאגרי מידע מנהליים של שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות וקופת-חולים מאוחדת, לשנים 1997-2002, על מספר הביקורים אצל רופאים מקצועיים ברבעון לגבי מדגם אקראי של 50,000 מבוטחים. הנתונים כללו מידע על גיל, מין, אזור מגורים וזכאות לפטורים, ובמאגר של שירותי בריאות כללית נכלל גם מידע על קיום מחלות כרוניות. מקור מידע זה אפשר לבחון את השפעתה של אגרת הביקור אצל רופא מקצועי, שהונהגה בשנת 1998, על מספר הביקורים של הפטורים לעומת זה של החייבים בתשלום. זאת, כדי לעמוד על השפעתם של התשלומים על החייבים בתשלום, מחד גיסא, ועל מידת האפקטיביות של מנגנון ההגנה על האוכלוסיות החלשות, הפטורות מתשלום, מאידך גיסא.⁶⁷

מנת לתת מידע מיידי לקובעי המדיניות בדבר תפיסות הציבור בתקופה הראשונה להחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חודשים אלה נשארו חודשי המחקר גם בסקרים הבאים כדי לאפשר מעקב אחר מגמות והשוואה בין השנים (תוך נטרול השפעת העונתיות הקיימת בצריכת שירותי בריאות).

65 לפירוט שיטת הדגימה ראו רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג ורונית מצליח "דעת הצבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" (מאיר-ס'ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, דמ' 06-487, 2007).

66 הניתוח הסטטיסטי נעשה באמצעות תוכנת SPSS. הניתוח הדו-משתני נעשה באמצעות מבחן חי בריבוע, המתאים למשתנים נומינליים, והניתוח הרב-משתני נעשה באמצעות רגרסיה לוגיסטית, מאחר שהמשתנה התלוי הוגדר באופן דיכוטומי (ויתר על טיפול או לא ויתר על טיפול).

67 את הניתוח הסטטיסטי עשינו באמצעות התוכנה הסטטיסטית STATA. לפירוט שיטת הניתוח ראו ברוקדייל דמ' 06-470, לעיל ה"ש 22. נציין כי לנתונים של קופת-החולים יש מגבלה משמעותית, מאחר שייתכן כי בשתי הקבוצות - קבוצת הפטורים וקבוצת הלא-פטורים - התרחשו בתקופה הרלוונטית שינויים מעבר לתחום ההתעניינות שלנו, קרי, מעבר להנהגת אגרת הביקור. למשל, תוכניות השב"ן (שירותי בריאות נוספים) נרכשו במהירות גדולה יותר על-ידי אוכלוסיות בעלות הכנסה גבוהה מאשר על-ידי מעוטי-הכנסה. זאת הסיבה, כפי שיוצג להלן, לכך שאיננו יכולים לייחס בוודאות ממצאים בולטים בנוגע לשינויים בשיעור השימוש רק לתשלומי השתתפות עצמית. בבחירת המודל הרב-משתני הבאנו בחשבון שני מאפיינים של קובץ הנתונים: (1) המשתנה התלוי הוא משתנה בדיד (מספר הביקורים לרופא ברבעון) בעל התפלגות עם מסה באפס וזנב ימני (מאפיין זה של המשתנה התלוי פוסל את מודל האמידה הלינארי); (2) מבנה הקובץ הוא מבנה של פנל עם מדידות חוזרות לאורך עשרים רבעונים לכל אדם בקובץ. לנוכח שני מאפיינים אלה התבססה האמידה על מודלים של Poisson — random effect. בחרנו בהם משום שהתפלגות הסטטיסטית של תדירות הביקורים הייתה עקיבה ביחס להנחות המודל, ונתנה את האומדנים הטובים ביותר. ראו: Rainer Winkelmann, *Co-payments for Prescription Drugs and the*

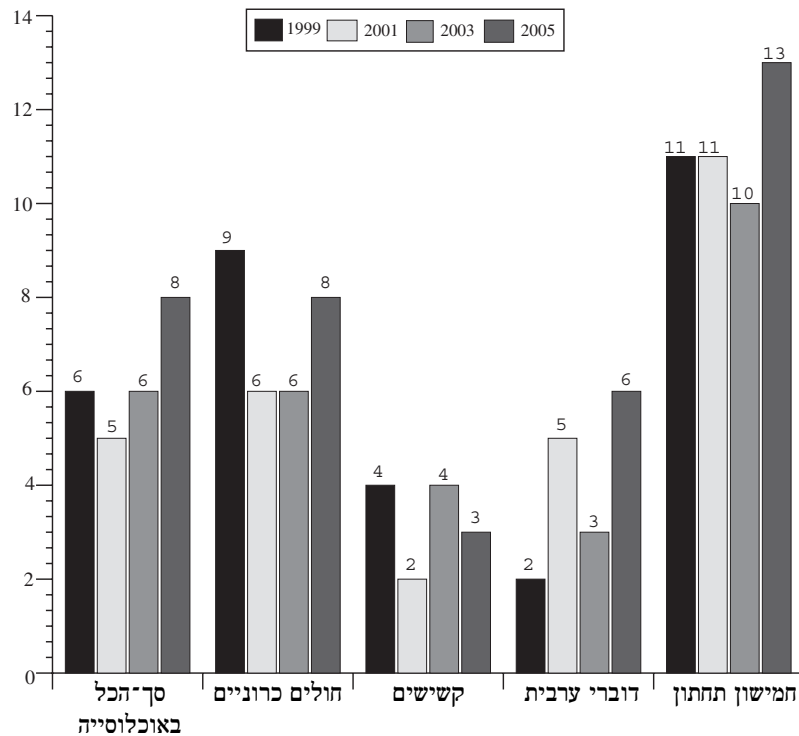
משפט ועסקים ו, התשי"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

פרק ז: ממצאים – השפעתם של תשלומי ההשתתפות העצמית בישראל

1. ממצאים מסקרי האוכלוסייה

בסקרי האוכלוסייה שאלנו את המרואיינים: "בשנה האחרונה האם קרה לך שוויתרת על טיפול רפואי בקופה בגלל התשלום הנדרש?" (לא כולל תרופות). מתרשים 1 עולה כי בשנים 1999, 2001 ו-2003 ויתרו כ-6% על טיפול רפואי בגלל התשלום, ואילו ב-2005 חלה עלייה, ו-8% דיווחו כי ויתרו על טיפול רפואי בגלל התשלום. שיעורי הוויתור גבוהים במיוחד בקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (13% ב-2005 לעומת 6% בקרב בעלי הכנסה גבוהה יותר).

תרשים 1: ויתור על טיפול בקופה בגלל תשלום בשנה שקדמה לסקר, לפי קבוצות אוכלוסייה, 1999-2005 (באחוזים)



Demand for Doctor Visits – Evidence from a Natural Experiment, 13 HEALTH ECON.
1081, 1085 (2004)

טבלה 1: ויתור על טיפול בקופה בגלל תשלום בשנה שקדמה לסקר, לפי קבוצות אוכלוסייה, 2005-1999 (באחוזים)

צעירים מגיל 64	קשישים גיל 65+	דוברי עברית או רוסית	דוברי ערבית	אחר	חמישון תחתון	בריאים	חולים כרוניים	סך-הכל באוכלוסייה	ויתרו ב-
8	3*	8	6	6	13*	7	8	8	2005
6	4	6	3*	4	10*	5	6	6	2003
5	2*	5	5	4	11*	4	6	5	2001
7	4*	7	2*	5	11*	5	9*	6	1999

* p<0.05

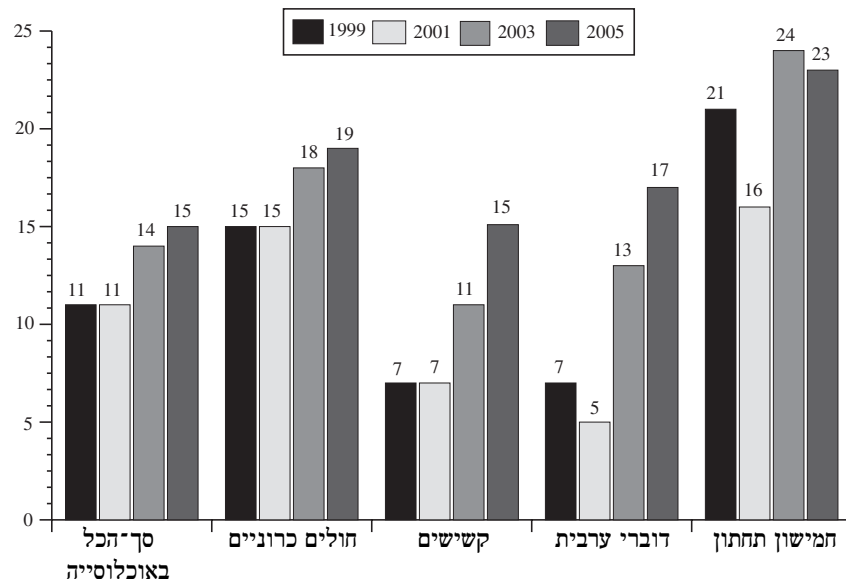
בתשובה לשאלה פתוחה לגבי מהות הטיפול שעליו ויתרו, ענו 56% מהמרוויינים בסקר של 2005 כי ויתרו על רופא מקצועי, ו-25% ענו כי ויתרו על בדיקות וטיפולים מיוחדים. מבין המוותרים, 19% אמרו כי קיבלו טיפול תחליפי - 27% מהם פנו לרופא משפחה או לרופא מקצועי, ואילו 19% נטלו תרופה במקום טיפול.

המרוויינים נשאלו גם בנוגע לויתור על תרופה: "בשנה האחרונה האם קרה לך שבגלל המחיר הנדרש לא קנית תרופות שהרופא רשם לך או לבני משפחתך?" מתרשים 2 עולה כי שיעורי הויתור על תרופה (15% בסקר של 2005) גבוהים משיעורי הויתור על טיפול רפואי. שיעורים אלה גבוהים במיוחד בקרב חולים כרוניים (19% ב-2005 לעומת 13% בקרב בריאים) ובקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (23% ב-2005 לעומת 12% בקרב בעלי הכנסה גבוהה).

בתשובה לשאלה פתוחה לגבי התרופה שעליה ויתרו, ענו כ-20% כי ויתרו על תרופה למחלה כרונית, ו-14% ויתרו על תרופה נגד כאבים. כמחצית מבין המוותרים (46%) קיבלו תרופה תחליפית.

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

תרשים 2: ויתור על תרופות שהרופא רשם בגלל המחיר בשנה שקדמה לסקר, לפי קבוצות אוכלוסייה, 2005-1999 (באחוזים)



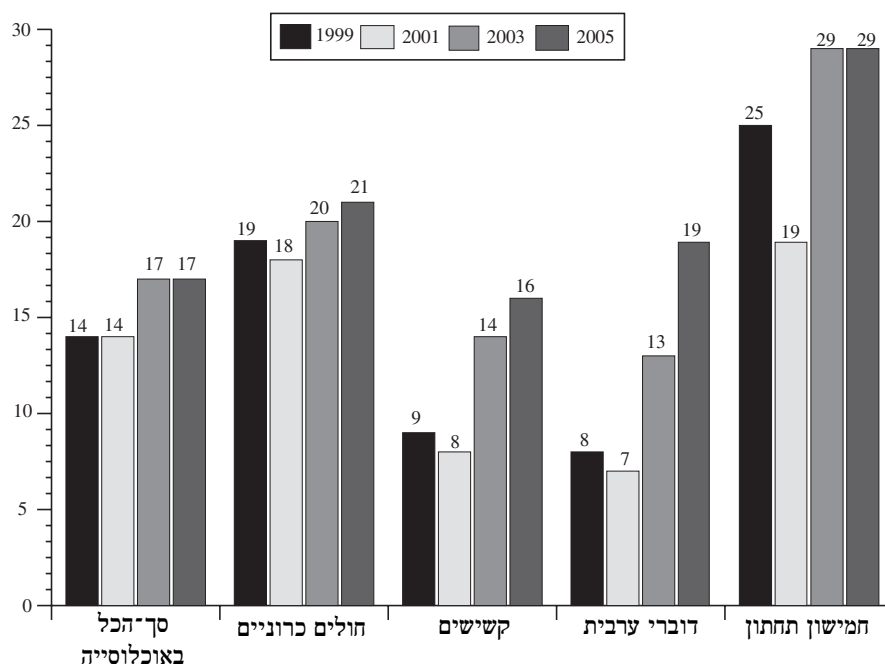
טבלה 2: ויתור על תרופות שהרופא רשם בגלל המחיר בשנה שקדמה לסקר, לפי קבוצות אוכלוסייה, 2005-1999 (באחוזים)

צעירים מגיל 64	קשישים גיל 65+	דוברי עברית או רוסית	דוברי ערבית	אחר	חמשון תחתון	בריאים	חולים כרוניים	כמה-הכל באוכלוסייה	
14	15	14	17	12	23*	13	19*	15	ויתרו ב-2005
15	11	14	13	12	24*	12	18*	14	ויתרו ב-2003
12	7*	13	5*	11	16*	10	15*	11	ויתרו ב-2001
12	7*	11	7*	9	21*	9	15*	11	ויתרו ב-1999

* p<0.05

חישוב של שיעור המותרים על טיפול רפואי או על תרופת מרשם מלמד כי בשנת 2005 ויתרו 29% מבעלי ההכנסה בחמישון התחתון (לעומת 14% מבעלי הכנסה גבוהה יותר) ו-21% מהחולים הכרוניים (לעומת 16% מהבריאים) על אחד מהשירותים האלה בגלל התשלום. שיעורים דומים ויתרו גם בשנים הקודמות שבהן נערך הסקר (תרשים 3).

תרשים 3: ויתור על טיפול רפואי בקופה או על תרופות מרשם בשנה שקדמה לסקר, לפי קבוצות אוכלוסייה, 1999-2005 (באחוזים)



משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

טבלה 3: ויתור על טיפול רפואי בקופה או על תרופות מרשם בשנה שקדמה לסקר, לפי קבוצות אוכלוסייה, 1999-2005 (באחוזים)

ויתרו ב-	סך-הכל האוכלוסייה	חולים כרוניים	בריאים	חמישון תחתון	אחר	דוברי ערבית	דוברי עברית או רוסית	קשישים גיל 65+	צעירים מגיל 64
ויתרו ב-2005	17	21*	16	29*	14	19	17	16	18
ויתרו ב-2003	17	20*	15	29*	14	13	17	14	17
ויתרו ב-2001	14	18*	12	19*	12	7*	15	8*	15
ויתרו ב-1999	14	19*	12	25*	12	8*	15	9*	15

* p<0.05

בטבלה 4 מוצג ניתוח רב-משתני לבחינת ההשפעה של משתני-רקע שונים על ויתור על טיפול רפואי או תרופות בגלל התשלום בסקר של 2005. מהטבלה עולה כי ההסתברות לויתור על טיפול רפואי או על תרופת מרשם גבוהה יותר בקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (OR=2.4), בקרב חולים כרוניים (OR=1.6) ובקרב נשים (OR=1.4). מהטבלה עולה גם שבקרב קשישים (OR=0.3) ובקרב דוברי ערבית (OR=0.5) ההסתברות לויתור על טיפול רפואי נמוכה יותר לעומת אחרים.

במודל הגרסיה נפרד להסברת הויתור על טיפול רפואי הוספנו משתנה אינטראקציה "להיות חולה כרוני וגם בחמישון הכנסה תחתון". נמצא כי בקרב קבוצה מיוחדת זו ההסתברות לויתור על טיפול רפואי גבוהה יותר (OR=2.3) מאשר בקרב כלל החולים הכרוניים (OR=1.4).

טבלה 4: ויתור על טיפול רפואי בקופה, על תרופות מרשם או על אחד מהם בשנה שקדמה לסקר של 2005 – ניתוח רכי-משותני מסוג רגרסיה לוגיסטית

ויתור על טיפול רפואי או על תרופה		ויתור על תרופה		ויתור על טיפול רפואי		
Odds Ratio	B	Odds Ratio	B	Odds Ratio	B	
0.71	-0.33	0.92	-0.08	0.30	1.18*	גיל: +65
1.40	0.33*	1.09	0.09	2.31	0.84*	מין: אישה
1.56	0.44*	1.59	0.46*	1.45	0.37*	מחלה כרונית
2.40	0.87*	2.03	0.71*	2.44	0.89*	חמישון תחתון
0.81	-0.19	0.80	-0.21	0.80	-0.21	חברות במכבי
0.94	-0.05	0.98	-0.01	0.84	-0.16	חברות במאוחדת
1.18	0.17	1.27	0.24	0.67	-0.39	חברות בלאומית
0.73	-0.31	0.91	-0.09	0.45	0.77*	דוברי ערבית
0.80	-0.21	0.79	-0.23	0.62	-0.46	דוברי רוסית

* p<0.05

2. ממצאים ממאגרי המידע המנהליים של קופות-החולים

ניתחנו את מספר הביקורים אצל רופא מקצועי לפני הטלת אגרת ביקור בשנת 1998 ואחריה. השווינו את מספר הביקורים אצל האוכלוסיות החייבות בתשלום לעומת אלה הפטורות מתשלום (אשר לא היו אמורות להיפגע מאגרה זו כלל).⁶⁸ כך יכולנו ללמוד הן על השפעת הטלתה של אגרת הביקור והן על האפקטיביות של מנגנוני ההגנה על האוכלוסיות החלשות.

הבחנו בין תחומים רפואיים שכיחים ולא-שכיחים. התחומים השכיחים כוללים, למשל, רפואת עיניים ורפואת עור, שבהם רופאים ראשוניים הם תחליף חלקי ושיעור הפנייה העצמית אליהם גבוה יותר, ולכן בביקורים אצל רופאים אלה יש מקום רב יותר לשיקול-דעת של הצרכן. תחומים לא-שכיחים כוללים, למשל, קרדיולוגיה ונוירולוגיה, שאליהם

68 יש לציין כי זכאותם של מבוטחים לפטור יכולה להשתנות במהלך התקופה – מה שאכן קרה לעיתים. בניתוחנו התמקדנו בהשוואה בין אלה שהיו זכאים לפטור מתשלום אגרה במשך כל התקופה לבין אלה שהיו חייבים בתשלום זה במשך כל התקופה.

משפט ועסקים ו, התשי"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות נדרשת בדרך-כלל הפניה ושיעור הפנייה העצמית אליהם נמוך. ממצאי הניתוח הרב-משתני מפורטים בטבלה 5.

טבלה 5: סיכום ההשפעה של החלת ההשתתפות העצמית – ממצאי הניתוח הרב-משתני (פיקוח על זכאות לפטור, גיל, מין ואזור מגורים)

שינוי כללי בין המצב לפני החלת אגרת ביקור רופא ב-1998 לבין המצב אחריה	ביקורים אצל רופאים מומחים	ביקורים אצל רופאים עם מומחיות שכיחה	ביקורים אצל רופאים עם מומחיות שאינה שכיחה
מכבי שירותי בריאות			
חייבים בתשלום	-0.04*	-0.07*	0.02
פטורים מתשלום	0.04*	0.08*	-0.01*
השפעה (הבדל בשינוי) על החייבים בתשלום לעומת הפטורים	-0.08	-0.15	0.03
שירותי בריאות כללית			
חייבים בתשלום	-0.04	-0.03	-0.06
פטורים מתשלום	-0.10*	-0.11*	-0.07
השפעה (הבדל בשינוי) על החייבים בתשלום לעומת הפטורים	0.06	0.08	0.01
קופת-חולים מאוחדת			
חייבים בתשלום	0.35	0.39*	0.30*
פטורים מתשלום	0.22*	0.19*	0.24*
השפעה (הבדל בשינוי) על החייבים בתשלום לעומת הפטורים	0.13	0.20	0.06

* $p < 0.05$ – אחרי השתתפות לעומת לפני השתתפות, בניכוי מגמת השינוי במספר הביקורים לאורך זמן (שאינה קשורה להחלת תשלומי ההשתתפות).

במכבי שירותי בריאות ירד כצפוי שיעור הביקורים של אוכלוסיית החייבים בתשלום אגרה (ב-4%), אך זה של אוכלוסיית הזכאים לפטור עלה (ב-4%). ממצא זה אפשר ללמוד כי ההשפעה נטו של אגרת הביקור הסתכמה בהפחתת שיעור הביקורים ב-8% בקרב החייבים בתשלום לעומת הזכאים לפטור. לעומת זאת נמצא הבדל בין תחומי המומחיות בהשפעתה של אגרת הביקור: ההשפעה נטו (חייבים בתשלום לעומת זכאים לפטור) על תחומי המומחיות

השכחים נאמדה ב־15%, ועל תחומי מומחיות שאינם שכחים – ב־3%. כלומר, בתחומי המומחיות שאינם שכחים הגדילו החייבים בתשלום במעט את מספר הביקורים לעומת הזכאים לפטור, ואילו בתחומים השכחים הם הפחיתו את מספר הביקורים לעומת הזכאים לפטור.

בשירותי בריאות כללית ירד מספר הביקורים בשתי הקבוצות (כלומר, הן בקרב החייבים בתשלום והן בקרב הזכאים לפטור), אבל בניגוד לציפיות נרשמה ירידה גדולה יותר דווקא בקרב הזכאים לפטור (10%, לעומת 4% בקרב החייבים בתשלום). ההשפעה נטו של אגרת הביקור הסתכמה בהגדלת ממוצע הביקורים ב־6% בקרב החייבים בתשלום לעומת הזכאים לפטור. בנייתוח לפי סוג מומחיות בשירותי בריאות כללית נאמדה ההשפעה נטו (חייבים בתשלום לעומת זכאים לפטור) על תחומי המומחיות השכחים ב־8%, ועל תחומים שאינם שכחים – ב־1%. כלומר, בתחומי המומחיות השכחים הגדילו החייבים בתשלום באופן ניכר את מספר הביקורים לעומת הזכאים לפטור (8%), ואילו בתחומי המומחיות שאינם שכחים לא נמצא הבדל ניכר (1%).

בקופת-חולים מאוחדת הצביעו הנתונים המנהליים על גידול משמעותי במספר הביקורים לנפש, הן בקבוצת הזכאים לפטור והן בקבוצת החייבים בתשלום. בניגוד לציפיות (אך בדומה לממצאים בשירותי בריאות כללית) הייתה העלייה בשיעור הביקורים אצל רופאים מומחים גדולה יותר בקרב אוכלוסיית החייבים בתשלום מאשר בקרב הזכאים לפטור (35% לעומת 22%). מכאן שההשפעה נטו של אגרת הביקור הייתה בהגדלה של 13% בשיעור הביקורים של החייבים בתשלום לעומת שיעור הביקורים של הזכאים לפטור. בנייתוח לפי סוג מומחיות בקופת-חולים מאוחדת נאמדה ההשפעה נטו (חייבים בתשלום לעומת זכאים לפטור) על תחומי המומחיות השכחים ב־20%, ועל תחומים שאינם שכחים – ב־6%. כלומר, גם כאן, כמו בשירותי בריאות כללית, העידו הממצאים כי הירידה במספר הביקורים אצל רופאים מומחים בקרב חייבים בתשלום לעומת זכאים לפטור הייתה בולטת במיוחד בתחומי ההתמחות השכחים יותר.

פרק ה: סיכום ודיון

הממצאים מסקרי האוכלוסייה מלמדים כי תשלומי ההשתתפות העצמית מהווים מחסום בנגישותם של שירותים רפואיים ותרופות. בשנת 2005 דיווחו 17% מהתושבים כי ויתרו על טיפול רפואי או על תרופת מרשם בגלל התשלום הנדרש. התשלומים פוגעים במיוחד בבעלי הכנסה נמוכה (חמישון ההכנסה התחתון), אשר כ־30% מהם ויתרו על שירות בגלל התשלום, וכן בחולים כרוניים, שכ־20% מהם ויתרו על שירות בגלל התשלום. השפעת התשלומים על קבוצות אוכלוסייה אלה נשמרה גם בנייתוח רב־משתני שבו פיקחנו על משתני־רקע אחרים. יצוין עוד כי בדומה לממצאים שהתקבלו במחקר של מכון RAND,⁶⁹

69 ראו Gruber, לעיל ה"ש 39.

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

חולים כרוניים בעלי הכנסה נמוכה פגיעים יותר להשפעת התשלומים מאשר חולים כרוניים אחרים.

במילים אחרות, תשלומי ההשתתפות העצמית אינם מאפשרים לחלק מהתושבים לממש את הזכות לשירותי בריאות שנקבעה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. התשלומים גם פוגעים בעקרון השוויון, על-אף היותו עיקרון מנחה בחוק,⁷⁰ שכן הפגיעה רבה יותר באוכלוסיית העניים, שאין להם מקורות לתשלום, ובאוכלוסיית החולים, הצורכים שירותים רבים יותר ולכן נדרשים לשלם יותר.

ממצאים דומים לגבי השפעותיהם של התשלומים על נגישות ועל שוויון דווחו גם במדינות אחרות שבהן נהוגים תשלומי השתתפות עצמית: אנגליה, קנדה, אוסטרליה, ניו-זילנד וארצות-הברית.⁷¹

תשלומי השתתפות עצמית מיועדים למנוע שימוש מיותר בשירותי בריאות, ולהפחית את התמריץ לצריכת שירותים שאינם הכרחיים. אולם לנוכח הממצאים לגבי ויתור על תרופות במרשם רופא – ביניהן תרופות למחלות כרוניות שחשוב ליטול אותן באופן רציף – עולה ספק לגבי יעילות השימוש במנגנון זה, שכן אם כתוצאה מהתשלומים חולים מוותרים על טיפול רפואי הכרחי, קיים חשש שהדבר יפגע בבריאותם, ובטווח הארוך עלות הטיפול בהם תהיה גבוהה יותר. בפרט מדאיג שיעורם הגבוה של המוותרים על תרופה למחלה כרונית – ויתור אשר עלול להוביל להידרדרות במצב בריאותו של החולה ולאשפוזים.

חשוב לציין כי הפגיעה בנגישות ובשוויון נמצאה אף-על-פי שבישראל קיימים מנגנונים שנועדו להגן על האוכלוסיות הפגיעות – מתן פטורים והנחות. חוסר יעילות של מנגנונים כאלה דווח גם בסקירה נרחבת על הנהגת תשלומי השתתפות עצמית במדינות מתפתחות.⁷²

אחד ההסברים לחוסר היעילות של מנגנוני הפטור בישראל קשור לידע לקוי על קיומם. במחקר שערכנו בשנת 2003⁷³ ראינו כי רק 27% מהציבור ידעו על קיומן של תקרות תשלום. גם בקרב חולים כרוניים, אפילו כאלה שביקרו אצל רופא במהלך שלושת החודשים האחרונים שלפני המחקר, רק כשליש ידעו על קיום תקרה. בקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון רק כחמישית ידעו על קיום תקרה. ייתכן אפוא כי מבוטחים ויתרו על טיפול רפואי או על תרופות עקב חוסר ידע לגבי קיומן של תקרות וחשש מפני תשלומים גבוהים. בכל קופות-החולים ניתן אומנם פטור אוטומטי מתשלום בעבור ביקור אצל רופא מקצועי, במרפאות חוץ ובמכונים כאשר המבוטח הגיע לתקרת התשלום, אולם חוסר הידע בדבר קיום הפטור משפיע ככל הנראה על ההתנהגות.

70 ס' 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

71 ראו Schoen et al., לעיל ה"ש 50; Robert J. Blendon, Cathy Schoen, Catherine M. DesRoches, Robin Osborn, Kimberly L. Scoles & Kinga Zapert, *Inequities in Health Care: A Five-Country Survey*, 21(3) HEALTH AFF. 182 (2002).

72 ראו Sepehri & Chernomas, לעיל ה"ש 33.

73 ראו רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג ורונית מצליח "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003, והשוואה לשנים קודמות" (מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, דמ"5-455, 2005) (להלן: ברוקדייל דמ"5-455).

נוסף על בעיית הידע, ממצאי המחקר מלמדים כי מנגנוני ההגנה שנקבעו על-מנת להגן על אוכלוסיות חלשות אינם אפקטיביים במידה הרצויה. למשל, תקרות התשלום החודשיות לחולים כרוניים גבוהות למדי (220-240 ש"ח לחודש לחולה - כ-10% מגובהה של קצבת הזקנה הבסיסית מביטוח לאומי, העומדת על 1,159 ש"ח ליחיד ו-1,738 ש"ח לזוג). כמו-כן, בחלק מהקופות ההחזר נעשה למפרע, רק כעבור חודשים מספר - הסדר שעלול להכביד כלכלית על החולים. יתר על כן, לבעלי הכנסה נמוכה ומקבלי קצבאות אין הנחות ברכישת תרופות כלל, ועליהם לשלם את המחיר המלא. בשנת 2003, במסגרת החוק להבראת כלכלת ישראל,⁷⁴ צומצמו הפטורים וההנחות שניתנו למקבלי קצבאות צעירים (מתחת לגיל שישים וחמש) בעבור ביקור אצל רופא מקצועי, במרפאות חוץ ובמכוניס. ייתכן כי שינוי זה מסביר את העלייה שנצפתה בשיעור הוויתורים ב-2005 לעומת 2003 (8% ו-6%, בהתאמה). יצוין כי בקרב קשישים שהמשיכו לקבל פטור כבעבר לא חל שינוי בשיעור הוויתורים בין השנים האלה.

לנוכח זאת חשוב לבחון מחדש את מדיניות התשלומים במערכת הבריאות, כדי לצמצם את הפגיעה בשכבות החלשות. על-מנת לרסן את הביקוש המיותר ולא לפגוע בפנייה הכרחית לשירות, חשוב לתכנן הפצה יעילה יותר של המידע על פטורים ועל תקרות קיימות. כמו-כן, כדי להגן טוב יותר על אוכלוסיות חלשות, ניתן להרחיב את הגדרת האוכלוסיות הזכאיות להקלות בתשלומים לשירותים ולתרופות, וכן להקל את התהליך של קבלת ההחזרים על תשלומים לתרופות. כדי שהתשלומים לא ירחיבו את אי-השוויון, ניתן לשקול קביעת תשלומי השתתפות הדרגתיים לפי הכנסה, גם לתרופות וגם לשירותים אמבולטוריים, כך שיינתנו הנחות גם לבעלי הכנסה נמוכה שגבוהה מסף הזכאות לקצבאות הביטוח הלאומי. כמו-כן ניתן לבחון את האפשרות להורדת גובה התקרות, במיוחד לגבי תרופות לחולים כרוניים.

כדי להגביר את השוויון, ניתן לשקול גם החלפת חלק מתשלומי ההשתתפות העצמית, שהם גרסיביים, בתשלומים פרוגרסיביים, כלומר, הגדלת מס הבריאות. כך יהיה אפשר להרחיב את מקורות ההכנסה של מערכת הבריאות ולפור את הנטל באופן שוויוני יותר בין התושבים.⁷⁵

לבסוף, אם קובעי המדיניות רואים באגרת ביקור אמצעי להפחתת מספרם הכולל של הביקורים אצל מומחים (ולא רק מקור הכנסה), עליהם לפתח מערכת של תשלומי אגרה, שתגביל באמת את השימוש בקרב כלל פלחי האוכלוסייה. אחת הדרכים לעשות זאת מבלי לפגוע בשוויוניות היא לקבוע את גובהה של אגרת הביקור באופן מדורג לפי הכנסת המשפחה, כך שבעלי הכנסה גבוהה ישלמו יותר. ייתכן שצעד זה יביא לידי הפחתת הביקורים הלא-נחוצים בקרב בעלי הכנסה בינונית, ואולי אף גבוהה.⁷⁶

74 ס' 69 לחוק להבראת כלכלת ישראל.

75 ראו ברוקדייל דמ" 455-05, לעיל ה"ש 73.

76 ראו המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות כנס ים המלח הרביעי - פערים ואי שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים 129-177 (2003); וכן ברוקדייל דמ" 470-06, לעיל ה"ש 22.

משפט ועסקים ו, התשס"ז תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושווינויות

ניתוח הנתונים המנהליים של קופות-החולים לגבי השפעתה של אגרת ביקור רופא על מספר הביקורים הראה כי אגרת הביקור לא השיגה את כל יעדיה. במיוחד, מן הנתונים המנהליים של קופות-החולים עולה כי בשתי קופות-חולים – כללית ומאוחדת – לא הפחיתו תשלומי האגרה את מספר הביקורים בכל תחומי המומחיות, ובקופות-חולים מכבי הם לא הפחיתו את מספר הביקורים בתחומי המומחיות שאינם שכיחים. הממצאים לגבי ביקור אצל רופא מומחה בקופת-חולים מאוחדת ובשירותי בריאות כללית (גם במכבי – לגבי התמחויות לא-שכיחות) מנוגדים לרוב הממצאים ממדינות אחרות, שבהן נמצא כי הטלת אגרה מרסנת את הביקוש לשירותים. ייתכן שהממצאים הייחודיים לישראל נובעים מכמה גורמים:

ראשית, התעריף של אגרת הביקור בישראל נמוך מזה הנהוג במדינות אחרות בעולם. לפיכך התשלומים של אגרת הביקור מהווים חלק קטן מכלל ההוצאות במשקי-הבית של בעלי הכנסות בינוניות או גבוהות, וייתכן שמשום כך השפעתה של אגרת הביקור על החלטתם לפנות לרופא מומחה – מוגבלת.

שנית, שיעור הזכאים בישראל לפטור מתשלום אגרת ביקור היה גדול, במיוחד בקרב תת-קבוצות באוכלוסייה שתשלומי האגרה היו עלולים למנוע מהן ביקור אצל רופא מומחה.

שלישית, ניתוח הנתונים המנהליים הראה עוד כי מספר הביקורים של אוכלוסיית החייבים בתשלום עלה בשיעור גבוה יותר מאשר בקרב אוכלוסיית הזכאים לפטור. ממצא זה מעורר שאלה לגבי קיום תוצאות לא-צפויות ולא-מתוכננות של האגרה. ייתכן שניתן להסביר מגמה זו בכך שקופות-החולים התמקדו בפיתוח שירותים (כגון הגדלת מספר המומחים בשירות הקהילתי או הרחבת היקף שעות העבודה) באזורים שבהם שיעורה של אוכלוסיית החייבים בתשלום אגרת ביקור גבוה יחסית.⁷⁷ נוסף על כך, ייתכן שקופות-החולים אפשרו לקבוע תור אצל רופא מומחה בקלות רבה יותר – הן לכל מבוטחיהן באזורים המתאפיינים בבעלי הכנסה גבוהה והן לבעלי הכנסה גבוהה באזורים אחרים (הקופות יכולות ככל הנראה לעשות זאת מאחר שהן מקבלות באופן אוטומטי מידע מעודכן מהמוסד לביטוח לאומי על מצב הפטור של כל מבוטח). חיזוק לסברה זו ניתן למצוא במאמרים שהתפרסמו בעיתונים ובקובלנות שהוגשו למשרד הבריאות.⁷⁸

אם כך, ממצאי המחקר מאירים בעיה נוספת במנגנון הקיים להגנה על אוכלוסיות חלשות. מאחר שקופות-החולים אינן מקבלות מהממשלה פיצוי על הפטורים שהן נדרשות לתת, הכנסותיהן לנפש באזורים שבהם אין פטורים רבים גבוהות מהכנסותיהן באזורים שבהם היקף הפטורים רחב.⁷⁹ בכך יש תמריץ עקיף לקופות-החולים לתת שירות עדיף

77 ייתכן שהדבר מסביר מדוע בשירותי בריאות כללית הירידה הגדולה ביותר במספר הביקורים אצל רופא מומחה הייתה באזורים המתאפיינים בשיעור גבוה של בעלי הכנסה נמוכה ושל זכאים לפטור.

78 ראו דוח נציבת הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי לשנים 2002–2003, עמ' 170–177, www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=21&catid=60&pageid=2646.

79 בסקר של מאירס-ג'וניט-מכון ברוקדייל נמצא כי לעומת האחרים, יש סבירות גדולה יותר

לבעלי הכנסה גבוהה. תמריץ זה מתווסף לתמריצים נוספים שקיימים במערכת בכיוון זה – למשל, מתן אפשרות לקופות לשווק ביטוח משלים וכן שירותים מחוץ לסל בתשלום נוסף.⁸⁰

לנוכח זאת על קובעי המדיניות לשקול היטב מתן פיצוי לקופות-החולים על אובדן הכנסות כתוצאה מהפטורים שהוענקו על-ידי הממשלה. פיצוי כזה יבטל (או לכל-הפחות יפחית) את התמריץ שנוצר על-ידי מערכת התשלומים של אגרת הביקור להעדפת פיתוח של שירותים באזורים המתאפיינים בבעלי הכנסה גבוהה. מומחי הבנק העולמי ממליצים על מערכת פיצוי מעין זאת למדינות ברחבי העולם.⁸¹ יש לזכור כי פיצוי כזה יהיה יעיל יותר אם הוא ייועד לפיתוח שירותים באזורים המתאפיינים במצב חברתי-כלכלי נמוך או לפיתוח תוכניות לחולים כרוניים ועניים.

לבסוף, על-מנת לעצב מערכת של תשלומי השתתפות עצמית שתשיג את היעד של ריסון ביקוש מיותר לשירותים ללא פגיעה בשוויון בנגישותם של השירותים, יש צורך במחקר שיספק לקובעי המדיניות מידע לגבי שתי סוגיות-יסוד:

1. מה מידת נחיצותם של ביקורים ותרופות שהמבוטחים מוותרים עליהם בעקבות הנהגת תשלומי השתתפות עצמית?
2. מה גובהם המיטבי של תשלומי ההשתתפות לפי רמת הכנסה לצורך ריסון ביקוש מיותר ללא פגיעה בנגישותם של שירותים נחוצים?

שמקבלי קצבאות יחכו יותר משבועיים לקביעת ביקור אצל רופא. ראו ברוקדייל דמ-05-455, לעיל ה"ש 73.

80 ראו ברוקדייל דמ-06-470, לעיל ה"ש 22.

81 ראו: The World Bank Group, *Fee Waivers for Health Services*, www1.worldbank.org/sp/safetynets/Fee%20Waivers.asp (4.5.2007).