

# השתתפות עצמית בשירותי בריאות

מאת רחל קיי\*

השתתפות עצמית בשירותי בריאות היא נושא המאמר, הסוקר ומנתח את הספרות הבינלאומית והמקומית בנושא בניסיון להגיע לסיבות ולמסקנות. הספרות מראה, שלהשתתפות עצמית יש השפעה ברורה וחשובה על הירידה בביקוש לשירותי בריאות ועל הקטנת השימוש בהם. אך יש לה גם "תופעות לוואי" רציניות מאוד וקיימים מניעים נוספים המשפיעים גם הם, ואף לא פחות מזה, על השימוש בשירותי בריאות וסך כל ההוצאה בגינם. המסקנה היא, שיש מקום להפעלת השתתפויות עצמיות בשירותים נבחרים, במטרה לכוון את המבוטחים ואף את ספקי השירותים לשימוש מושכל יותר במשאבים תוך הגנה על אוכלוסיות חלשות באמצעות הנחות ופטורים. יחד עם זאת, השתתפות עצמית חייבת להיות משולבת עם כלים נוספים לריסון הוצאות בגין שירותי בריאות.

---

## מבוא

---

ההשתתפות העצמית בשירותי בריאות היא נושא הנתון במחלוקת בקרב מעצבי מדיניות וכלכלני בריאות בכל העולם. מאחר שהוא משפיע באופן ישיר על האוכלוסייה כולה, הוא זוכה לוויכוח ציבורי ופוליטי ער. יחד עם זאת, קיימת הסכמה רבה בעניין השפעת ההשתתפות העצמית על הקטנת הביקוש לשירותים רפואיים ראשוניים, אשר אליהם יש ללקוח גישה ישירה וחופש בחירה. הוויכוח מתמקד במספר שאלות עיקריות:

- האם קיום ההשתתפויות העצמיות משפיע על ההוצאות הלאומיות לבריאות? יש הטוענים, שלמרות דיכוי הביקוש של הפרט, השתתפויות העצמיות אינן מקטינות את ההוצאות הלאומיות לבריאות בשל ההשפעה הרבה של ספקי השירותים על הוצאות אלה.
- מהי השפעת ההשתתפות העצמית על שוויון בנגישות לשירותי בריאות ובסולידריות?
- האם השתתפות עצמית מדכאת ביקושים לשירותים "מיותרים" או גורמת לדיכוי הביקוש דווקא לשירותים חיוניים?

---

\* אגף תכנון וארגון, מכבי שירותי בריאות, תל-אביב.

- האם ל"יותר" על שירות זה או אחר יש השפעה על מצב הבריאות של המבוטח? בישראל, כמו ברוב המדינות המתועשות שבהן פועלת מערכת בריאות ציבורית, הונהגה שורה של השתתפויות עצמיות. חלקן היו קיימות לפני הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והוגדרו מלכתחילה במסגרת סל השירותים של החוק וחלקן הופעלו במסגרת תוכניות קופות החולים שאישרו משרד הבריאות וועדת הכספים של הכנסת. היום המבוטח במערכת הציבורית בישראל משלם השתתפות עצמית בעת קבלת השירותים האלה: ביקור רבעוני אצל רופא מקצועי (באחת הקופות גם אצל רופא ראשוני), ביקור אצל יועץ, במרפאה מייעצת, במכון, במרפאות חוץ של בתי-החולים, בחדר מיון, עבור תרופות, בעד אשפוז סיעודי מורכב ועבור שירותים פרה-רפואיים למיניהם. בכל קופה קיימים פטורים, הנחות ותקרות על-מנת להגן על זכויותיהן של אוכלוסיות חלשות.

---

## מטרה ומגבלות

---

מטרת המאמר לסקור ולנתח את הספרות הבינלאומית והמקומית בנושא השתתפויות עצמיות. סקירת הספרות תתחלק לשלושה חלקים: הרקע התיאורטי, בעד ונגד השתתפות עצמית בשירותי בריאות, ניתוח הספרות בניסיון להגיע לסיכום ולמסקנות. יש לומר מראש, שהסקת מסקנות מן הניסיון של מדינות אחרות צריכה להיעשות בזהירות. מערכות הבריאות באירופה שונות זו מזו והן שונות גם מן המערכת הקיימת במדינת ישראל. רוב הנתונים האמפיריים בתחום זה מבוססים על ניסויים שנערכו בארצות-הברית ומערכת הבריאות הפועלת שם גם היא שונה מאוד ממערכת הבריאות בישראל. למרות ההבדלים הבולטים בין מערכת הבריאות הישראלית ובין מערכת המבוססת על ביטוח פרטי בתנאי תחרות חופשית בין המבטחים שונים, דוגמת זה הקיים בארצות-הברית, יש גם דמיון בכמה היבטים, ובין השאר: הארגונים לשמירת הבריאות (Health – HMO Maintenance Organization) בארצות-הברית דומים במידה לא קטנה לקופות החולים. חלק נכבד מן העבודות על השתתפות עצמית בארצות-הברית נעשו במסגרת Medicare, שהיא ביטוח ממשלתי לכל דבר ובכך דומה מאוד, במספר רב של מאפיינים, למערכות הפועלות באירופה ובישראל.

---

## הרקע התיאורטי להשתתפות עצמית

---

"ביטוח" הוא שיטה חברתית לפיה קבוצה גדולה של אנשים מקטינה או מרחיבה, באמצעות תרומות הוגנות, סיכונים משותפים, מוגדרים ומדודים, להפסד כלכלי. תפקידו העיקרי

להחליף אי-ודאות בוודאות לגבי ההפסד הכלכלי העלול לקרות כתוצאה מאסון מקרי. התוצאה של ביטוח היא פריסה של ההוצאה שהיתה נופלת על היחיד על כל חברי הקבוצה החשופים לאותו סיכון.

הגדרה זו חלה הן על ביטוח "מסורתי" או "פרטי", שהוא בדרך-כלל וולונטרי ובנוי על קשר עסקי פרטי בין מבוטח למבטח, והן על ביטוח סוציאלי, שהוא בדרך-כלל חובה, המופעל מטעם הממשלה על כל או על רוב אזרחיה ומבוסס על שוויון סוציאלי.

כל אדם שיש לו ביטוח בריאות, בין שהוא ביטוח חובה או וולונטרי, אישי או סוציאלי, יודע שהוא "מכוסה" ומוגן מפני הסיכון של הפסד כלכלי כתוצאה מן ההוצאה בגין שירותים רפואיים שהוא עשוי לצרוך בעת מחלה. התוצאה של ביטוח בריאות המפצה בגין כל ההוצאות הרפואיות היא להקטין עד לאפס את המחיר למבוטח בגין טיפול רפואי כלשהו בעת קבלת השירות. מצב זה עשוי להשפיע על הביקוש של המבוטח לשירותים, למרות שהוא שילם פרמיה בעת רכישת הביטוח, או (במסגרת ביטוח סוציאלי) שילם דמי ביטוח בריאות או מסים למימונו. "ייתכן שכל אדם יבין, שאם השימוש שלו בשירותי בריאות הוא מופרז, אזי קיים סיכוי טוב שבמשך הזמן הפרמיה (או המס) שהוא יידרש לשלם תעלה. אך אין תמריץ לאף אדם להגביל את שימושו בשירותים מאחר שהתועלת הנוספת עבורו היא גדולה, כאשר העלות הנוספת פרוסה על כל המבוטחים ולפיכך הוא יישא רק בחלק קטן של העלות הנובעת מן השימוש בשירותים. המסקנה היא, שהתוצאה של ביטוח בריאות מקיפה תהיה חוסר יעילות. מסקנה זו משליכה אולי יותר על ביטוח בריאות ציבורי שהוא חובה מאשר על ביטוח בריאות אישי מרצון." (Pauly, 1968, pp. 531-534).

התופעה הזאת נקראת "moral hazard" (סיכון מוסרי), דהיינו שינוי בהתנהגות הנובע מקיום הביטוח. דוגמאות של "moral hazard" בביטוח בריאות הן סיכוי מוגבר שהמבוטח יעבור בדיקה יקרה עם תועלת קלינית שולית, או יישאר בבית-חולים עוד כמה ימים, כאשר אין לכך הצדקה מבחינה רפואית (Nyman, 1998, p.57).

"moral hazard" משפיע גם על שיקול הדעת של ספקי שירותים: "רדיפה... של רופאים אחרי תגמולים כספיים נעשית קלה יותר בגלל 'הסיכון המוסרי' שיצרו ביטוח הבריאות הפרטי והציבורי. זכאות לקבלת שירותי רפואה מורידה את מחסומי המחיר הכספי בפני צריכה של שירותים אלה וכתוצאה מכך אין לחולה וגם לא לסוכן שלו, הרופא, תמריץ לחיסכון. נטל ההוצאות הכספיות של צריכת שירותי הרפואה מוטל על צד שלישי במערכת היחסים בין הרופא לחולה. בעיות התשלום בידי 'צד שלישי' זה תרמו לעלייה המהירה במחירים." (מיינרד, 1993).

חלק מכלכלני הבריאות סבורים, שאחת הדרכים המוצלחות להתמודד עם הבעיה של "moral hazard" ולרסן את הביקוש המופרז לשירותים שעלול להיווצר מקיום הביטוח היא לא לאלץ את המבוטח לשלם עבור השירות בעת קבלתו. אחרים טוענים, שהשתתפות עצמית לא תפתור את הבעיה, בגלל שלספקי השירותים, ובמיוחד לרופאים, יש תמריץ לפצות את עצמם

בגין הקטנה בביקוש באמצעות הרחבת השירות, שיינתן במחיר גבוה יותר. כמו-כן הם מדגישים את החשיבות של יצירת כלים נוספים לרסן גם את ההיצע באמצעות הקצאה קפדנית של המשאבים העומדים לרשות המערכת.

## בעד השתתפות עצמית

העבודות האמפיריות המעידות על היעילות של ההשתתפות עצמית נחלקות לשתי קבוצות:

1. עבודות שעסקו ישירות בשינויים שהתרחשו בביקוש לשירותים כתוצאה מהטלת השתתפות עצמית.

2. עבודות על ההשפעה של ביטוח משלים, המכסה השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכות בריאות ציבוריות, על הביקוש לשירותים.

בקבוצה הראשונה נכללות עבודות רבות אשר המפורסמת ביניהן היא ה-Rand Health "Insurance Experiment", מחקר שנערך בשנת 1974 בארצות-הברית, אשר במסגרתו הוטלו השתתפויות עצמיות על שירותי הבריאות בתוכניות אחדות לביטוח בריאות במספר מקומות בארצות-הברית. הנתונים הראו בצורה ברורה, שהשימוש בשירותי בריאות רגיש לגובה הסכום המשולם ישירות מכיסו של המבוטח. ממצאי הניסוי הראו עוד, שהשתתפות העצמית משפיעה בעיקר על מספר המגעים עם המערכת הרפואית, ולא על עוצמתם. הממצאים אינם משאירים ספק בכך, שהגמישות בביקוש לשירותי בריאות אינה אפס ושהתגובה להשתתפות עצמית אינה טריוויאלית (Manning et al., 1987, p. 267).

מחקר אמריקני נוסף הראה, שהנהגת השתתפות עצמית בביקור בחדר מיון מקטינה את מספר הביקורים שם. מבוטחים בתוכנית ביטוח עם השתתפות עצמית ביקרו בין 20 ל-40 אחוזים פחות ממבוטחים בתוכנית ללא השתתפות עצמית (O'Grady et al., 1985, pp. 484-490). עבודה נוספת בנושא השתתפות עצמית בביקור בחדר מיון בדקה האם ההשתתפות העצמית היתה מחסום לשירות זה או גרמה לעיכוב בפנייה למיון עבור אנשים עם סימפטומים של התקף לב. תוצאות המחקר הראו, שהשתתפויות העצמיות לא חסמו ואף לא עיכבו פנייה למיון עבור חולים שנזקקו באמת לשירות (Magid et al., 1997, pp. 1722-1751).

ון דה ון מהולנד סקר עבודות נוספות שנערכו בנושא (Van de Ven, 1983, pp. 47-55). מחקר שנעשה באוניברסיטת סטנפורד בארצות-הברית העלה, שהטלת השתתפות עצמית בגובה של 25% על ביקורים אצל רופאים הקטינה את מספר הביקורים ב-24% ושירותים אמבולטוריים נלווים ב-11%. כמו-כן היה צמצום גדול יותר בגין טיפול בבעיות קטנות וטריוויאליות והירידה הגדולה ביותר היתה בגין ביקורי בית. השינויים הללו נשאו תקפים גם 5 שנים אחרי הפעלת ההשתתפויות העצמיות. בפרובינציה הקנדית ססקצ'ואן הביאה הטלת השתתפות עצמית בביקורי רופאים לירידה של 17% בביקורים במרפאת הרופא ושל 60%

בביקורי בית. אבל חייבים להוסיף, שהרופאים פיצו את עצמם באופן חלקי בעזרת גידול במספר הבדיקות הרפואיות המקיפות, שמחירן גבוה יותר. בקוויבק שבקנדה, ובתוכנית "Blue Cross" של מדינת קונטיקט שבארצות-הברית, הביאה הסרת השתתפויות עצמיות קיימות להעלאה רבה מאוד של הביקוש.

המסקנה של ון דה ון היא, שממצאי העבודות שנעשו מוכיחים כולם, שהגדלת התשלום מכיסו של המבוטח מביאה לירידה בביקוש ושהסרת השתתפות עצמית מגדילה במידה רבה את הביקוש. ממצאים נוספים מן העבודות שנסקרו הם:

- השפעת ההשתתפות העצמית פחותה ככל שהשקעת הזמן של המבוטח בקבלת השירות גבוהה יותר.

- השפעת ההשתתפות העצמית גדולה יותר על אנשים בעלי הכנסות נמוכות יותר.

- השפעת ההשתתפות העצמית חזקה יותר ככל שיש למבוטח השפעה גדולה יותר על ההחלטה לקבל טיפול רפואי.

- השפעת ההשתתפות העצמית גדולה יותר ככל שהשירות דחוף פחות.

מניתוח-על שערכו מנינג וצווייפל, ואשר כלל את כל העבודות שנזכרו לעיל ועבודות נוספות שלא צוטטו כאן, הסיקו החוקרים, ש"קיימות הוכחות מוצקות לכך, שמבוטחים משתמשים פחות בשירותי בריאות ככל שההשתתפות העצמית שלהם עולה." (Zweifel Manning and, p. 434, 1999).

ברוב מדינות אירופה, שהפעילו כבר מזמן מערכות בריאות ציבוריות, הונהגו השתתפויות עצמיות בביקור אצל רופא, בתרופות, ובחלקן גם באשפוז. להלן (לוח מס' 1) מובאים פרטים על ההשתתפות העצמית בביקור אצל רופא הנהוגה במדינות שונות.

בכל המדינות המוזכרות בלוח מס' 1 יש פטורים או הנחות בהשתתפות עצמית לבעלי הכנסות נמוכות ולאוכלוסיות החלשות. בכל המדינות הללו, למעט הולנד ושווייץ, יש השתתפות עצמית ברכישת תרופות. כמו-כן, באירלנד (לקבוצה ב'), באיטליה, בבלגיה, בגרמניה, בלוקסמבורג, בפורטוגל, בצרפת ובשווייץ יש השתתפות עצמית באשפוז.

קיימת ספרות ענפה בנושא כיסוי השתתפויות עצמיות בעזרת ביטוח משלים והשפעתו על ביקושים לביטוח המשלים ב"Medicare" בארצות-הברית - הוא הביטוח הממשלתי לאוכלוסייה הקשישה. ביטוח משלים זה מכסה, בעיקר, את ההשתתפויות העצמיות הנהוגות ב"Medicare". החוקרים הארד ומקגארי מצאו, שמבוטחי "Medicare" עם ביטוח משלים המכסה את ההשתתפויות העצמיות משתמשים יותר בשירותי בריאות (Hurd and McGarry, 1987, pp. 129-154).

חוקרים אחרים מצאו, שביטוח משלים הגביר את השימוש הן בשירותי רופאים והן בשירותי אשפוז והגדיל את סך-כל השימוש בשירותים. ממצא זה היה בולט ביותר לגבי

## לוח מס' 1. השתתפות עצמית בביקור אצל רופאים

שיעור ההשתתפות העצמית	המדינה
אין	איטליה
יש, עם השתתפות עצמית גבוהה יותר לביקורים מחוץ לשעות העבודה וביקורי בית האוכלוסייה מתחת לתקרת ההכנסות (37%) אינה משלמת; השאר משלמים את מלוא העלות	איסלנד
25%	אירלנד
אין	בלגיה
אין	בריטניה
אין	גרמניה
קבוצת המבוטחים עם חופש לבחור ברופאים חייבת בהשתתפות עצמית; הקבוצה המוגבלת בחופש לבחור אינה חייבת בהשתתפות עצמית	דנמרק
לבעלי ביטוח ציבורי אין; לבעלי ביטוח פרטי (32% מן האוכלוסייה) יש	הולנד
אין, אבל רופאים פרטיים גובים תוספת מחוליהם	יוון
יש	לוקסמבורג
יש	פורטוגל
25%	צרפת
יש	שוודיה
יש	שווייץ

מבוטחים עם ביטוח שכיסה את ההוצאה מן הדולר הראשון, דהיינו, לא שילמו כלל את ההשתתפות העצמית. החוקרים האלה ציינו, שפוליסות הביטוח המשלים המכסות את כל ההוצאות, פועלות בניגוד לכוונת התוכנית. "Medicare", ובסופו של חשבון משלמי המסים, נושאים בהוצאות בגין הצריכה הנוספת של השירותים. (McCal et al., 1991, pp. 276-287).

החוקרים לינק, לונג וסטל בדקו גם את השפעת כיסוי השתתפויות עצמיות בעזרת ביטוח משלים ל"Medicare". הם מסכמים את ממצאיהם בצורה חד-משמעית: "ביטוח משלים המכסה השתתפויות עצמיות מגביר את השימוש בשירותים בהיקפים גדולים מבחינה סטטיסטית. הגדלת השימוש בשירותי רופאים ואשפוז מתרחשת דווקא בקרב האוכלוסייה שאינה סובלת מבעיות כרוניות. באוכלוסייה הסובלת ממחלות כרוניות לא נמצאו הבדלים גדולים בשימוש בשירותים, בין אצל אלה שיש להם ביטוח משלים ובין אלה שאין להם ביטוח כזה. לפיכך יש להניח, שההשתתפויות העצמיות ב"Medicare" אינן מהוות מחסום חשוב לשירותים אמבולטוריים למבוטחים הסובלים מבעיות בריאות כרוניות. מצד שני,

השתתפויות עצמיות כן מהוות מחסום חשוב לשימוש יתר בשירותים שעושים מבוטחים שאינם סובלים ממחלות כרוניות. (Link, Long and Settle, 1980, pp. 25-29).  
 על כך יש להוסיף, שלדעת כלכלנים צרפתיים אחת הסיבות לעלייה המתמדת בהוצאות הלאומיות לבריאות בצרפת היא הכיסוי הרחב של השתתפויות עצמיות בעזרת ביטוח משלים (Pomey and Poullier, 1997, p. 67).

## נגד השתתפות עצמית

הטיעונים נגד השתתפות עצמית הם כדלקמן: מאחר שחלק גדול מן העבודות העוסקות בנושא מגלה השפעה גדולה יותר של השתתפות עצמית על אוכלוסיות בעלות הכנסות נמוכות, קיימת דאגה שהשתתפות העצמית תהווה בשבילן מחסום על הגישה לשירותים ועקב כך תפגע בשוויון בגישה לשירותים. לפיכך, אם היא מהווה מחסום לשירותים חיוניים ומונעים, הדבר עלול לפגוע גם במצב בריאותן (Kutzin, 1988, p. 80). תופעה זו בולטת במיוחד במדינות מתפתחות שאין להן מערכות בריאות מקיפות ומסודרות (Tenkorang-Arhin, 2001).

יש שירותים רפואיים ספציפיים שכדאי לעודד את השימוש בהם לטובת הציבור, בכלל זה שירותים מונעים נגד מחלות מידבקות ושירותים של גילוי מוקדם של מחלות. השתתפות עצמית עלולה להביא לירידה בשירותים אלה, מה שיגרום בסופו של דבר הוצאות גדולות יותר. משום כך השתתפות עצמית בשירותים אלה אינה רצויה.

יש הטוענים, שלמרות ההשפעה המוכחת של ההשתתפות העצמית על הקטנת השימוש בשירותים, היא אינה מקטינה את סך-כל ההוצאות, מפני שעל ההוצאות הרפואיות שולטים בעיקר גורמים הכרוכים בהיצע השירותים, וגם משום שכל הקטנה בשימוש באמצעות דיכוי הביקוש תחבטל עקב הגברת השימוש ביוזמת נתן השירות (Stoddart, Barer and Evans, 1994, p. 2). ההוכחות לכך בעבודות האמפיריות הן עקיפות. בשנת 1977 הופעלו השתתפויות עצמיות בתוכנית הביטוח של איגוד עובדי המכרות של אמריקה (United Mine Workers of America), בין היתר, בגין ביקורים אצל רופאים, שגרמו ירידה חדה מאוד בשימוש בשירותים מצד המבוטחים. בניתוח הממצאים התייחסה אחת החוקרות לתגובת הרופאים. היא מצאה, שהרופאים פיצו את עצמם בגין הירידה בביקוש בעזרת הגברת השירותים עבור מבוטחים בתוכניות ביטוח אחרות. לדבריה: "מניתוח זה נראה, שרופאים ינקטו פעולות מפצות בעקבות ירידה בהטבות מצד ספק ביטוח גדול." (Fahs, 1992, p 39).

ראיה נוספת המובאת להוכחת טענה זו היא, שבארצות-הברית יש השתתפות עצמית גבוהה, מספר קטן יחסית של ביקורי רופאים לנפש ומספר נמוך של ימי אשפוז לנפש, ולמרות

זאת, ההוצאות הלאומיות על בריאות הן הגבוהות ביותר בעולם. במדינות אחרות, ההשתתפות העצמית נמוכה יותר, הביקוש מוגבר יותר, אך סך-כל ההוצאות הלאומיות הוא נמוך יותר. עובדות אלה, כך טוענים, מעידות על כך, שיש משתנים אחרים המשפיעים על ההוצאה לבריאות ושאוּלי גישות אחרות, כגון תקרות תקציב, הן יעילות יותר מהשתתפות עצמית (Kutzin, 1988, p. 102).

השתתפות עצמית פוגעת בסולידריות בתחום הבריאות בין בריאים לחולים ובין עשירים לעניים. אם מסתכלים על השתתפויות עצמיות כעל אחד ממקורות המימון למערכת הבריאות, אזי חשוב לראות כיצד הן משפיעות על ההתפלגות מחדש של הכנסות המבוטחים במימון המערכת. השתתפות עצמית היא רגרסיבית בשני מישורים: היא מהווה הזזה של ההוצאה ממשלמי מסיים למשתמשים בשירותים והיא מעלה את האחוז מן הכנסות שמשלמים אלה שהכנסותיהם נמוכות יותר, ככל שהם נמצאים בקבוצת "המשתמשים בשירותים" (Evans and Barer, 1995, p. 362). מצד אחר, את ההשפעה של השתתפויות עצמיות ניתן לבטל בעזרת ביטוח משלים (Van de Ven, 1983, p. 47).

רבים טוענים, שהמטרה העיקרית של השתתפויות עצמיות היא הגברת ההכנסות למערכת הבריאות. מטרה זו אינה פסולה כשלעצמה, אך בהרבה מדינות הכנסות אלה חוזרות למשרד האוצר ואינן מגיעות כלל למערכת הבריאות. מן הזווית של משרד הבריאות יש זכות קיום להשתתפויות עצמיות רק בתנאי שההכנסות הנובעות מהן מוחזרות למערכת הבריאות לשם שיפור האיכות והנגישות של שירותי הבריאות ובעיקר עבור אלה המיועדים לאוכלוסיות החלשות (Creese, 1991, p. 318).

---

## הניסיון בישראל

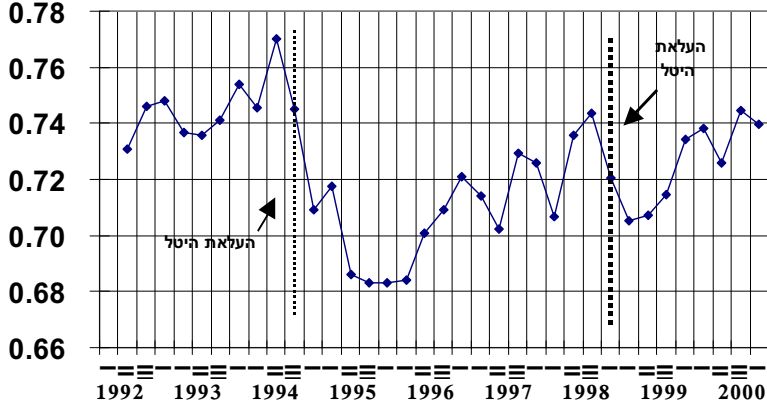
---

עד היום בוצעו בישראל מעט עבודות על הנושא. העבודה שעשו בשנה שעברה גרוס וברמלי-גרינברג ממכון ברוקדייל מראה, שיש ירידה בכיקושים כתוצאה מן ההשתתפויות העצמיות שהנהיגו קופות החולים ב-1999 דווקא בקרב האוכלוסיות החלשות הפטורות מתשלום, כנראה מפני שקופות החולים לא הצליחו ליידע מבוטחים אלה בצורה טובה מספיק על זכויותיהם (גרוס וברמלי-גרינברג, 2001). עבודה נוספת פרסמו חוקרים מאוניברסיטת בן-גוריון כנגב על השימוש באנטיביוטיקה אצל ילדים עם דלקות אקוטיות בקרית גת, אחת הערים העניות בישראל. מחקר זה גילה, ש-4% מן הילדים האלה לא השלימו את הטיפול באנטיביוטיקה בגלל ההוצאה הכרוכה בכך, שהיא ההשתתפות העצמית שנדרשה המשפחה לשלם בעד התרופה (Reuveni et al., 2001). הניסיון של מכבי שירותי בריאות, שהפעילה השתתפות עצמית בביקור אצל רופאים כבר בתחילת שנות ה-80 מראה, שהשתתפות זו היא אפקטיבית במניעת ביקורי סרק, ולא נצפתה כתוצאה מכך פגיעה במצב בריאותם של



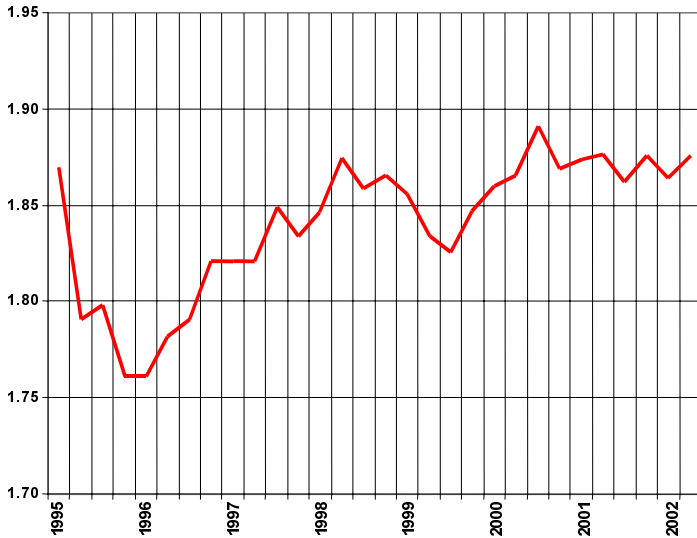
איור מס' 2. ביקורים ראשונים לרבעון לנפש – רופאים מקצועיים

ממוצע נע: שני רבעונים



איור מס' 3. ביקורים לנפש לשנה אצל רופאים מקצועיים

ארבעה רבעונים אחרונים



## דיון

הנתונים שהובאו כאן מוכיחים, שלהשתתפות עצמית יש השפעה ברורה וחשובה על הירידה בביקוש לשירותי בריאות ועל הקטנת השימוש בהם. מצד שני, יש לה "תופעות לוואי" רציניות מאוד, שאולי החשובה שבהן היא ההשפעה המוגברת על התנהגות האוכלוסיות החלשות יותר. במערכות הבריאות באירופה, שבהן נהוגות השתתפויות עצמיות, יש עירנות לבעיה זו ובכולן נהוגים פטורים והנחות מהשתתפות עצמית ותקרות, לבעלי הכנסות נמוכות ואוכלוסיות חלשות.

בעיה נוספת היא, שהשתתפויות עצמיות, בפני עצמן, אינן מורידות רק את ביקוש-היתר לשירותים "מיותרים", אלא פועלות גם להורדת הביקוש לשירותים "חיוניים". אחד התפקידים של מעצבי מדיניות במערכת הבריאות הוא להחליט באיזה שירותים תונהג השתתפות עצמית ובאיזה לא. נראה, שקיים קונסנזוס על כך שעדיף שלא להפעיל השתתפות עצמית על שירותים מונעים, לדוגמה, שהעלות-תועלת שלהם מוכחת וטובת המערכת כולה מחייבת עידוד השימוש בהם. לגבי שירותים אחרים, כגון ביקור אצל רופא, אין תמימות דעים, למרות שלא ניתן להבחין בקלות בין ביקורים חיוניים לביקורים מיותרים. ראינו, שיש עבודות המראות שהשתתפות עצמית אינה מהווה מחסום כאשר השירות נתפס בעיני המבוטח כחיוני. ביטול האפקט של השתתפויות עצמיות בעזרת ביטוח משלים מהווה בעיה קלה יחסית לפתרון באמצעות הפעלת מדיניות האוסרת על כסוי השתתפויות עצמיות בתוכניות של ביטוחים פרטיים ומשלימים. יש מדינות בעולם הנוהגות כך. בשווייץ כיסוי השתתפויות העצמיות בעזרת ביטוחים משלימים אסור במפורש, ובאוסטרליה קיים איסור לכסות את ההשתתפות העצמית בביקור אצל רופא בקהילה. במדינות אחרות לא קיים איסור מפורש, אך נוהג זה אינו זוכה לעידוד וגם אינו נהוג. במספר קטן של מדינות, כגון צרפת ולוקסמבורג, הוא כן נהוג ובצרפת רואים בו את אחד הגורמים העיקריים לעלייה החדה של ההוצאה הלאומית לבריאות (קיי ורוטר, 2001, עמ' 54).

טענה נוספת נגד השתתפויות עצמיות היא, שאת השימוש בשירותים קובע הרופא ולא החולה. אמנם טענה זו נשמעת הגיונית, אך גם בקרב הכלכלנים יש רבים שאינם משוכנעים בקיום נתונים אמפיריים המוכיחים בוודאות את הקיום של ביקוש ספק יוצר, וביניהם הכלכלן המפורסם מארק פאולי. אפילו אוונס ובארר אינם מצליחים להביא מחקרים המעידים על כך בצורה חד-משמעית. על-פי הניסיון האמריקני בשנות ה-70, ההשתתפות העצמית של המבוטח דווקא כן השפיעה על שיקול הדעת של הרופא ובמיוחד כשלא היתה לכך השפעה גדולה מאוד על הכנסותיו. בשנות ה-60 כיסו רוב הביטוחים (לרבות הביטוחים הציבוריים) הוצאות אשפוז ללא השתתפות עצמית של המבוטח, בעוד שהיו השתתפויות עצמיות כמעט לכל השירותים האמבולטוריים, לרבות שירותי אבחון. על-מנת לחסוך לחוליהם תשלום

השתתפויות אלה נהגו הרופאים לאשפו את חוליהם לצורך ביצוע בדיקות אבחון. ברגע שהמבטחים שינו את המדיניות, שינו גם הרופאים את התנהגותם. מכאן שיהיה זה ציני מדי לטעון שהרופא דואג רק לכיסו שלו ולא לכיס החולה ושתמיד ינהג להגדלת הכנסותיו אפילו על חשבון חוליו. יחד עם זאת, מבטחי הבריאות חייבים להתמודד עם בניית תמריצים להתנהגות רצויה של ספקי השירותים. בעשור האחרון נעשתה עבודה רבה במסגרת "טיפול מנהל" (managed care) בניסיון לבנות מערכות תגמול לרופאים שיתמרוצו אותם להשתמש בצורה מושכלת במשאבים בשירותי הרפואה.

הטענה החזקה ביותר נגד השתתפויות עצמיות היא, שלמרות השפעתה בריסון הביקושים היא אינה מצליחה להקטין את סך-כל ההוצאות על בריאות, שכן משתנים אחרים משפיעים יותר מן הביקושים של הצרכנים. אוונס ובראר כותבים בעניין זה: "להחלטות אינדוידואליות בנוגע לשימוש יש רק קשר מועט עם הוצאות כלליות על טיפול. שימוש בשירותי בריאות מושפע בעיקר מהיצע." (Evans and Barer, 1995, p. 371).

משום כך מספר הרופאים, מספר מיטות האשפוז, מספר מכוני ההדמיה, וכניסת תרופות וטכנולוגיות חדשות לשימוש הם המשתנים בעלי ההשפעה הגדולה ביותר על סך-כל ההוצאות של מערכת הבריאות. לדברי שני החוקרים האלה, המדיניות המתגלה כמוצלחת ביותר לריסון הוצאות, בקנדה ובחוף-לארץ, היא להגביל את צמיחת היכולות של המערכות ולקבוע תקציבים מוגבלים.

במערכות בריאות מודרניות יש סימנים לכך, שיהיו ללקוח מעמד וכוח גדולים מבעבר. החולה של היום מושכל יותר גם בנוגע לשירותי בריאות ויש לו גישה נוחה יותר למידע. האסימטריה בידע בין הרופא לחולה מצטמצמת. בכל מערכות הבריאות קיימת מגמה לחזק ולהעצים את הלקוח ולשתף אותו בצורה פעילה יותר בקבלת ההחלטות הנוגעות לטיפול הרפואי שיקבל. יש להניח אפוא, שהחלטות הלקוח בנוגע לשימוש בשירותים יקבלו משקל רב יותר והן עשויות להשפיע יותר מבעבר, לטוב ולרע, על סך-כל ההוצאות לבריאות. לפיכך שיטות כגון השתתפות עצמית, המשפיעות דווקא על השיקולים של הלקוח, עשויות להיות יותר "אפקטיביות" בעידן החדש.

גם המתנגדים החריפים ביותר להשתתפויות עצמיות מודים, שיש להן מקום כאשר הן משולבות עם סטנדרטים חיצוניים נאותים. לדוגמה, כאשר אנשים פונים לקבלת שירות לספק הלא מתאים, כגון פנייה ביוזמה עצמית למומחים בתת-התמחויות ייחודיות מאוד, או שימוש בחדרי מיון לקבלת רפואה ראשונית כאשר קיימות חלופות מתאימות יותר, ניתן להשתמש בהשתתפות עצמית כדי לכוון אותם לנותן השירות המתאים יותר (Evans and Barer, 1995, p. 382). לפיכך ניתן לומר, שקיים קונסנזוס לכך שיש מקום להנהגת השתתפויות עצמיות לשירותי בריאות בגין שירותים ספציפיים, למרות שיימשכו חילוקי הדעות בשאלה באילו שירותים דבר זה אפקטיבי. המחקר האמפירי בנושא רחוק מלהיות ממצה.

לסיכום, יש מקום להשתתפות עצמית בשירותים נבחרים, במטרה לכוון את המבוטחים ואף את ספקי השירותים לשימוש מושכל יותר במשאבים, תוך הגנה על אוכלוסיות חלשות באמצעות הנחות ופטורים. יחד עם זאת, ההשתתפות העצמית אינה יכולה להיות כלי בלעדי לריסון הוצאות בגין שירותי בריאות, אלא היא חייבת להיות משולבת עם כלים נוספים, כגון: תמריצים לספקים להקטנת הפניות לשירותים שהתועלת הרפואית שלהם שולית, תקצוב, תקרות, יעדי הוצאה, הגבלות על היקף השירותים ושיטות תגמול.

---

## ביבליוגרפיה

---

גרוס, ר', ברמלי-גרינברג, ש' (2001), דעת הציבור על רמת השירות ותיפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.

מיינרד, א' (1993), "טיפול רפואי למי - הפעלת העדפות ציבוריות", בטחון סוציאלי, 39: 39-50.

קיי, ר', רוטר, ר' (2001), ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה והמערכ: דילמות וכוונות, ירושלים: ג'וינט - מכון ברוקדייל.

רוטר, ת' (1996), "היש להנהיג היטל ביקור רופא בישראל? מסקנות מניסיונה של קופ"ח 'מכבי'", רבעון לכלכלה, 43 (1): 146-168.

- Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M. and Mossialos, E. (1995), *Choices in Health Care Policy: An Agenda for the European Union*, London: The London School of Economics and Political Science and European Communities, Dartmouth Publishing Company.
- Arhin-Tenkorang, D. (2001), "Mobilizing resources for health : The case for user fees revisited", Working Paper, Center for International Development at Harvard University, Cambridge, Mass.
- Creese, A. (1991), "User charges for health care: A review of recent experience", *Health Policy and Planning*, 6 (4): 309-319.
- Evans, K.G. and Barer, M.L. (1995), "User fees for health care: Why a bad idea keeps coming back (or, what's health got to do with it?)", *Canadian Journal on Aging*, Vol. 14 (2): 360-390.
- Fahs, M.C. (1992), "Physician response to the United Mine Workers (cost sharing program: The other side of the coin", *Health Services Research*, 27: 25-45.
- Hurd, M. and McGarry, K. (1987), "Medical insurance and the use of health care services by the elderly", *Journal of Health Economics*, 16: 129-155.
- Kutzin, J. (1988), "The appropriate role for patient cost sharing", in: Saltman et al. (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham: Open University Press.

- Link, C., Long, S. and Settle, R. (1980), "Cost sharing, supplementary insurance, and health services utilization among the Medicare elderly", *Health Care Financing Review*, Fall: 25-31.
- Magid, D.J., Koepsell, T.D., Every, N.R., Martin, J.S., Siscovick, D.S., Wagner, E.H. and Weaver, W.D. (1997), "Absence of association between insurance co-payments and delays in seeking emergency care among patient with myocardial infarction", *New England Journal of Medicine*, Vol. 336 (24): 1722-1751.
- Manning, W., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E., Leibowitz, A. and Marquis, S. (1987), "Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment", *The American Economic Review*, Vol. 77 (3): 251-277.
- Manning, W.J. and Zweifel, P. (1999), "Moral hazard and consumer incentives in health care", in: Cyler, A.J. and Newhouse, J.P. (eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, Boston, Mass.: Boston Socioeconomics Institute, North Holland, Ch. 8, pp. 408-459.
- McCall, N., Rice, T., Boismeur, J. and West, R. (1991), "Private health insurance and medical care utilization: Evidence from the Medicare population", *Inquiry*, 28: 276-287.
- Nyman, J. (1998), "Theory of health insurance", *Journal of Health Administration Education*, 16(1): 41-66.
- O'Grady, K.F., Manning, W.G., Newhouse, J.P. and Brook, R.H. (1985), "The impact of cost sharing on emergency department use", *New England Journal of Medicine*, 313: 484-490
- Pauly, M. (1968), "The economics of moral hazard: Comment", *The American Economic Review*, 58: 531-537.
- Pomey, M. and Poullier, P. (1997), "France's health policy conundrum", in: Raffel, M. (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Pennsylvania: Pennsylvania State University Press, University Park, pp. 49-69.
- Reuveni, H., Sheizaf, B., Elhayani, A., Sherf, M., Limoni, Y., Scharff, S. and Peled, R. (2001), *The Effect of Co-payment Policy on the Purchase of Prescription Medication for Children in the Community with Acute Infections*, Beer-Sheva, Israel: Ben-Gurion University of the Negev.
- Stoddart, G.L., Barer, M.L. and Evans, R.G. (1994), *User Charges, Snares and Delusions: Another Look at the Literature*, The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, Ontario, Canada.
- Van de Ven, W. (1983), "Effects of cost-sharing in health care", *Effective Health Care*, Vol.1 (1): 47-56.