

השפעת תשלומי השתתפות עצמית על נגישות שירותי הרפואה הראשונית לחולי שבץ המוח

מאת נטע בנטור, רויטל גרוס, שירלי רוניצקי ושולי ברמלי-גרינברג*

העדר מעקב קבוע אחרי גורמי סיכון להישנות שבץ המוח והימנעות מטיפול בהם, ובכלל זה הימנעות מרכישת תרופות, עלולים להזיק לבריאותם של חולים שסבלו משבץ מוח ולהגביר את הסיכון לשבץ חוזר. הימנעות מקבלת טיפול שיקומי עלולה לפגוע בתפקודם ובסיכוייהם לחיות באופן עצמאי בקהילה. המחקר שמאמר זה מבוסס עליו בא לבחון האם חולי שבץ המוח מדווחים על חסמים כלכליים בנגישות לשירותי בריאות בקהילה, ולהשוות בין הנגישות שלהם לשירותים לנגישות זו באוכלוסייה הכללית. לשם כך נעשתה השוואה בין שני מחקרי חתך שנערכו באמצעות ראיונות טלפוניים בסוף 1999. קרוב למחצית מאלה ששרדו אירוע של שבץ המוח ויותר מרבע מן האוכלוסייה הכללית דיווחו שתשלומי המשפחה לבריאות מכבידים עליהם מאוד. בערך עשירית מאלה ששרדו שבץ מוח, ויתרו על טיפול רפואי ועל רכישת תרופת מרשם בגלל המחיר. אך כל ויתור על טיפול או על תרופה עלולים לפגוע בבריאותם של חולים אלה, ועקב כך הם עלולים להיות נטל על בני משפחתם ועל החברה כולה.

מבוא

במדינת ישראל, כמו במדינות מערביות אחרות, מדיניות הרווחה דוגלת בגישה של התערבות פעילה של המדינה כדי להבטיח שכל האזרחים ייהנו משירותים בתחומים שונים, ובכלל זה בתחום הבריאות. גישה זו נוטה להבטיח זכאות אוניברסלית לשירותי בריאות, ומנסה לצמצם חסמים כלכליים ואחרים בפני השימוש בהם. רוב מדינות הרווחה אימצו גישה זו בהתייחסותן לשירותי בריאות, והספקת השירותים בהן מבוססת

* מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

במידה רבה על צורך, ולא על היכולת לשלם (Van Doorslaer & Wagstaff, 1993). באימוץ גישה זו באה לידי ביטוי עמדה אידיאולוגית התופסת את הבריאות כזכות יסוד של הפרט, וכערך שיש להבטיחו באופן צודק ושוויוני. לכך עשויה להיות משמעות רבה עבור קבוצות אוכלוסייה חלשות כמו חולים כרוניים, קשישים ועניים. עקרונות אלה קיבלו חיזוק עם הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, חוק שהמשפט הפותח שלו אומר: "ביטוח בריאות ממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית." (Chernichovsky & Shirom, 1998; Gross, Rosen & Chinitz, 1996). החוק הקנה זכאות אוניברסלית לסל שירותים מוגדר, וקבע את עקרון הסולידריות, המתבטא בתשלום דמי ביטוח בריאות על-פי רמת ההכנסה, ובכך שיפר את הפרוגרסיביות בגביית מס הבריאות. החוק מבטא גם שאיפה לשוויוניות בין האזרחים, בכך שנקבע בו שכל אדם יקבל שירותים לפי צרכיו בהתאם לסל שירותים מוגדר, ובכך שהקצאת מקורות המימון לקופות החולים תתבסס על מספר הנפשות המבוטחות בכל אחת מהן ועל גילן, ולא על הכנסות המבוטחים בקופה. היום קופת החולים מקבלת תשלום גבוה יותר עבור מבוטח קשיש בהשוואה למבוטח צעיר (למעלה מפי ארבעה). אולם, מנגנון הקצאת הכספים לקופות אינו משקף הבדלים בתחלואה כרונית,¹ הבדלים בין אזורים ומשתנים חברתיים-כלכליים אחרים.

מאז החלת החוק הצטמצם היקף המימון הציבורי של המערכת והורחב היקפם של התשלומים הפרטיים. שינוי של ממש הוחל בחוק ההסדרים לשנת 1998, שבו אישרה הכנסת לקופות החולים להעלות את דמי ההשתתפות העצמית של מבוטחיהן בגין תרופות ולגבות דמי השתתפות עצמית בגין ביקור אצל רופא מומחה, קבלת טיפולים (פיזיותרפיה, למשל) וביצוע בדיקות (כגון הדמיה). מגמה זו צפויה לפגוע בנגישות שירותי הבריאות למעוטי היכולת משום שדמי ההשתתפות העצמית אחידים לעשירים ולעניים. כמו-כן, הובעו חששות שהחולים הכרוניים ייפגעו מן השינויים, משום שהם צורכים שירותי בריאות רבים, מסוגים שונים ובתדירות גבוהה (Bentur & Gross, 1995; Chernichovsky & Shirom, 1996; Van en Bos, 2001), ומשום שהם אינם פטורים מתשלום עבור ביקורים אצל רופא מומחה, במרפאות חוץ ובמכונים, והתקרה לתשלום עבור תרופות גבוהה למדי.

בחוק ההסדרים, התשמ"ח-1998, נקבעו גם פטורים, הנחות ותקרות תשלומים למשפחה, במטרה להפחית את הפגיעה האפשרית באוכלוסיית החלשות. קבוצות האוכלוסייה הפטורות מתשלום דמי השתתפות עצמית עבור ביקור אצל רופא מומחה, במרפאות חוץ ובמכונים הן: מקבלי הבטחת הכנסה, מקבלי קצבת נכות כללית וקצבת

1 פרט לחמישה מצבים חמורים: איידס, דיאליזה, מחלת גושה, תלסמיה והמופיליה. עבור אלה קופות החולים מתוגמלות בנפרד.

מזונות מטעם המוסד לביטוח לאומי, מקבלי קצבת זקנה שקיבלו קודם לכן קצבת נכות כללית וקטינים המקבלים גמלת ניידות. קיימת תקרה מופחתת של 50 אחוזים מתקרת התשלומים הכללית למשפחות שאחד מבני הזוג בהן הוא בן 65 ומעלה (אולם קבוצות אלה אינן פטורות בהכרח מתשלום עבור תרופות ומתשלומי השתתפות עצמית אחרים, כגון תשלום עבור פיזיותרפיה וטיפול שיקום אחרים, שירותי חירום, אבזורים רפואיים ועוד). בשנת 1998 נקבעה גם תקרת תשלומים חודשית על תרופות לחולים כרוניים. כמו־כן נקבע, שקשישים בני 65 ומעלה וותיקי מלחמת העולם השנייה הזכאים לדמי הבטחת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי, יהיו זכאים להנחה של 50 אחוזים ממחירי התרופות. חולים במחלות קשות (מחלת כליות סופנית, סרטן, איידס, סיסטיק פיברוזיס, מחלת גוֹשָׁה, תְּלָסְמִיָּה, הֶמוֹפִּילִיָּה ושחפת) פטורים לגמרי מתשלומים על תרופות. אולם, מממצאי מחקר, שנערך במאירס־ברוקדייל־ג'וינט ואשר נועד להעריך את חוק ביטוח הבריאות הממלכתי עולה, שבשנת 2001 רוב הציבור (76 אחוזים) לא ידע על קיומם של פטורים, הנחות ותקרות לתשלומי השתתפות עצמית (גרוס וברמלי־גרינברג, 2003), דבר שעלול למנוע מהם להשתמש בשירותים נחוצים.

תשלומי השתתפות עצמית על שירותי בריאות נהוגים במערכות בריאות רבות, ויש להם יתרונות וחסרונות. בין יתרונותיהם ניתן למנות צמצום בצריכת שירותים לא הכרחיים, עידוד הצרכנים לעשות שימוש מושכל בשירותים, והגדלת משאבים כספיים לא־ממשלתיים למערכת הבריאות. אולם, החיסרון שלהם הוא בכך שהם יוצרים מחסומים כלכליים לקבלת טיפול בעת הצורך, ועלולים להביא עניים או חולים לוותר על טיפול נחוץ בשל ההוצאה הכרוכה בו (Johnson et al., 1997; Rasell, 1995). כתוצאה מכך, דמי השתתפות עצמית עלולים להוביל להשפעה שלילית על מצב הבריאות של קבוצות אוכלוסייה פגיעות כמו חולים כרוניים, זקנים ועניים (ברמלי־גרינברג ואחרים, 2003; Hillinger, 1997; Grootendorst, O'Brien & Anderson, 1997; Hillinger, 2003; Van Doorslaer & Vagstaff, 1993; Kincses, 1995).

כדי לבחון את השפעת תשלומי ההשתתפות העצמית על קבוצות אוכלוסייה פגיעות, התמקדנו באנשים שלקו בשבץ מוח. זוהי מחלה קשה הגורמת לעתים קרובות מוגבלות מתמשכת ותופעות קליניות רבות, ואשר בעקבותיה נוצרת תלות ארוכת שנים בשירותי בריאות רבים ושונים (Ebrahim & Harwood, 1999). העדר מעקב קבוע אחרי גורמי הסיכון להישנות המחלה והימנעות מטיפול בהם, ובכלל זה הימנעות מרכישת תרופות, עלולים להזיק לבריאותם של חולי שבץ המוח ולהגביר את הסיכון לשבץ חוזר (Biset et al., 1997; De Haan et al., 1993; Redfern et al., 2002). בנוסף לכך, הימנעות מקבלת טיפול שיקומי, ובמקרה הצורך גם למשך תקופה ארוכה לאחר האירוע, עלולה לפגוע בתפקוד החולה ובסיכוייו לחיות באופן עצמאי בקהילה (Biset et al., 1997; Ebrahim & Harwood, 1999; Van Doorslaer & Vagstaff, 1993).

מחקרים רבים בחנו את תהליכי הטיפול והשיקום של חולים לאחר שבץ מוח בתקופה הסמוכה לאירוע, ואת התוצאות הרפואיות והתפקודיות שלהם, אולם רק מעטים בחנו את צורכי הטיפול ואת השימוש שהחולים עושים במשאבים רפואיים בתקופה מאוחרת יותר לאחר האירוע. כך, למשל, חוקרים בדקו את צורכי הבריאות והתפקוד הלא-מסופקים של חולי שבץ מוח (Scholte op Reimer et al., 1999), והיבטים שונים של שביעות רצון שלהם משירותי בריאות (Pound et al., 1999; Scholte op Reimer et al., 1996), אך ככל הידוע לנו, אף אחד מן החוקרים לא עסק בחסמים הכלכליים הקיימים אצל חולים לאחר שבץ מוח בפני קבלת טיפול בשירותי הבריאות בקהילה, ואיש מהם לא השווה ביניהם ובין קבוצות אוכלוסייה אחרות. מטרת המחקר הנוכחי היא אפוא לבדוק האם חולי שבץ מוח מדווחים על חסמים כלכליים בנגישות לשירותי הבריאות ולהשוות בין נגישות השירותים עבורם ובין הנגישות לכלל האוכלוסייה.

שיטות

א. מערך המחקר ושאלות המחקר

נערכה השוואה בין שני מחקרי חתך שבוצעו בסוף שנת 1999, והוצגו בה שלוש שאלות זהות, אשר עסקו בנטל תשלומי המשפחה לבריאות ובוויתור על טיפול או על תרופות בגלל התשלום הנדרש כדמי השתתפות עצמית. השאלות היו: (1) "באיזו מידה מכבידים עליכם מבחינה כלכלית התשלומים של המשפחה לבריאות (כולל מס בריאות, תשלומים לקופה ולרופא פרטי)?" התשובות האפשריות היו: א. מכבידים במידה רבה, ב. מכבידים במידה בינונית, ג. מכבידים במידה מועטה, ד. לא מכבידים. (2) "בשנה האחרונה, האם קרה לך שוויתרת על טיפול רפואי בקופה בגלל התשלום הנדרש (לא כולל תרופות)?" התשובות האפשריות היו: א. כן. ב. לא. ג. לא נזקק לשירות. (3) "בשנה האחרונה, האם קרה לך שבגלל התשלום הנדרש לא קנית תרופות שהרופא רשם לך או לבני משפחתך?" התשובות האפשריות היו כמו בשאלה מס' 2.

ב. אוכלוסיית המחקר והמדגם

אוכלוסיית המחקר הראשון כללה מדגם מייצג של 349 איש בני 50 ומעלה אשר התקבלו לאשפוז בשבעה בתי-חולים כלליים גדולים בישראל (שיש בהם יותר מ-500 מיטות) עקב אבחנה של שבץ מוח (על-פי ספר הקידוד הבינלאומי למחלות ICD-9, CM9 430, 433, 436), ואשר שרדו שנה אחרי האירוע (Bentur & Gross, 2001). אוכלוסיית המחקר כללה את כל החולים שהגיעו ברציפות לחדרי המיון של כל אחד מבת-החולים בין אמצע אוקטובר 1998 לאמצע ינואר 1999 ואושפזו בהם עם אבחנה

של שבץ מוח. אנשים שנפטרו בחדר המיון או ששוחררו ללא אשפוז לא נכללו במחקר. החולים רואיינו חמש פעמים במהלך השנה שלאחר האירוע: בעת הקבלה לאשפוז, בזמן השחרור מבית החולים, אחרי שלושה, שישה ושנים-עשר חודשים. כמו-כן הוצאו נתונים מן הגיליונות הרפואיים שלהם. הנתונים המדווחים במאמר מבוססים על הראיונות הטלפוניים האחרונים, שנערכו עמם שנה לאחר השבץ. שיעור הנשירה מן המדגם המקורי עמד על 40 אחוזים, מאחר ש-31 אחוזים מן החולים נפטרו במהלך השנה שלאחר האירוע (17 אחוזים נפטרו לאחר הקבלה לבית החולים), ו-10 אחוזים לא אותרו, משום שעברו למקום מגורים אחר (בעיקר למוסד סיעודי) או סירבו להמשיך ולהתראיין. המחקר אושר בידי ועדת הלסינקי של כל בית החולים בנפרד.

המחקר השני נערך בסוף שנת 1999 כחלק מסדרת מחקרים הנערכים בקביעות במאייס-ג'וינט-מכון ברוקדייל במטרה להעריך את השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על האוכלוסייה הכללית בישראל (גרוס וברמלי-גרינברג, 2001). הסקרים נערכים בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל, בני 22 ומעלה, שנלקח מתוך רשימת הטלפונים הארצית הממוחשבת של בוק (המכסה יותר מ-95 אחוזים מן האוכלוסייה). נעשו מאמצים חוזרים ונשנים במשך חודשיים במטרה לראיין את כל האנשים ממשקי הבית שנכללים במדגם. בסקר רואיינו 1,727 איש, ושיעור ההיענות היה 83 אחוזים. כדי לאפשר השוואה לסקר על חולי שבץ מוח נכללו בהשוואה רק 681 מרואיינים שנכללו בקבוצת הגיל 50 ומעלה. נעשתה השוואה בין התפלגות הגילים במדגם ובין התפלגות הגילים הארצית על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ונמצאו שיעורים דומים של אנשים בני 50 ומעלה: 40 אחוזים במדגם שלנו ו-37 אחוזים בנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הדבר מצביע על כך, ששיעורי ההיענות במדגם הכולל ובתת-הקבוצה של בני 50 ומעלה היו זהים.

ג. ניתוח סטטיסטי

הנתונים נותחו באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for Social Sciences). ניתוחים דר-משתניים בוצעו תוך שימוש במבחני χ^2 . ההשפעה העצמאית של המשתנה "סובל משבץ מוח" נבחנה בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית. המשתנים העצמאיים היו מין, גיל (+65 לעומת 50-64), תושבים ותיקים לעומת עולים חדשים (שעלו לישראל לאחר 1990) השכלה (13 שנות לימוד ויותר לעומת פחות), ומצב בריאות (מחלה כרונית וקיום שבץ מוח). כדי להימנע ממצב של מולטי-קוליניאריות (מאחר שכל החולים הלוקים בשבץ מוח סובלים גם ממחלה כרונית אחת לפחות), המשתנה "מצב בריאות" הוגדר כבעל שלוש קטיגוריות: בריא ללא מחלה כרונית וללא שבץ מוח; חולה במחלה כרונית שאינה שבץ מוח; חולה בשבץ מוח. לרגרסיה הוכנסו הקטיגוריות השנייה והשלישית, כאשר אוכלוסיית הבריאים שימשה בסיס.

בגלל השיעור הגבוה של הנתונים החסרים למשתנה "הכנסה" נעשה שימוש בהשכלה בתור מייצג מצב סוציו-אקונומי.

ד. תוצאות

הגיל הממוצע של החולים ששרדו שנה לאחר אירוע של שבץ המוח עמד על 72, והגיל הממוצע של המרואיינים מן האוכלוסייה הכללית היה 63 ($p < 0.01$). חמישים ושמונה אחוזים מחולי השבץ היו גברים, בהשוואה ל-49 אחוזים מן האוכלוסייה הכללית. בקרב האנשים ששרדו שבץ מוח היה שיעור גבוה יותר של לא נשואים ובעלי השכלה נמוכה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, אולם לא נמצאו הבדלים בשיעור העולים במהלך העשור האחרון (לוח מס' 1).

ארבעים וארבעה אחוזים מן הלוקים בשבץ מוח מסרו שהתשלומים לשירותי בריאות מכבידים עליהם מאוד מבחינה כלכלית, בהשוואה ל-28 אחוזים מן האוכלוסייה הכללית ($p < 0.01$) (לוח מס' 2). כאשר החזקנו קבוע את המאפיינים הדמוגרפיים (גיל,

לוח מס' 1. מאפיינים דמוגרפיים ומצב בריאות של השורדים משבץ מוח ושל האוכלוסייה הכללית (באחוזים)

מאפיינים דמוגרפיים	סך הכל	שורדי שבץ מוח	אוכלוסייה כללית
מין: גבר	52	58	49
גיל*			
59-50	31	10	41
64-60	16	15	16
69-65	15	14	16
74-70	13	18	10
75 ומעלה	25	42	17
מצב משפחתי: נשוי*	73	64	77
רמת השכלה:			
8-0	32	48	25
12-9	34	27	37
13 שנים ויותר	34	25	38
ותק בארץ: עולה חדש	20	18	20
מצב בריאות:			
סובל ממחלות כרוניות (שאינן שבץ מוח)		—	51
סובל משבץ מוח		100	—

מין, קיום מחלות כרוניות נוסף על השבץ, השכלה ועלייה לארץ) נמצאה לשבץ מוח השפעה עצמאית על דיווח לפיו התשלומים מכבידים מאוד מבחינה כלכלית (OR=2.76; 95% CI 1.88 - 4.06; p<0.01). גם לקיום מחלות כרוניות אחרות נמצאה השפעה עצמאית על הכבדה רבה (OR=1.58; 95% CI 1.10 - 2.27; p=0.02). לוותק בארץ לעומת עלייה לארץ במהלך העשור האחרון נמצאה השפעה עצמאית שלילית (OR=3.30; 95% CI 2.07 - 5.28; p<0.01). אפשר שהעולים מקבלים הנחות על תשלומי השתתפות עצמית לשירותי בריאות, ומשום כך הם חשים פחות שהתשלומים מכבידים עליהם.

חמישה אחוזים וחצי מחולי שבץ המוח ששרדו מסרו, שוויתרו על טיפול רפואי בקופה, כגון ביקור אצל רופא מומחה, טיפול בפזיותרפיה ובדיקות הדמיה, בגלל התשלום הנדרש כדמי השתתפות עצמית, בהשוואה ל-4.8 אחוזים מן האוכלוסייה הכללית (ראו לוח מס' 2). כאשר החזקנו קבוע את המאפיינים הדמוגרפיים (גיל, מין, מחלה כרונית נוסף על השבץ, השכלה ועלייה) נמצאה לשבץ המוח השפעה כמעט מובהקת על ויתור על הטיפול בגלל המחיר הנדרש (OR=2.23; 95% CI 0.97 - 5.12; p=0.06). לוח מס' 4). לגיל 50-64 (לעומת גיל 65 ומעלה) נמצאה השפעה עצמאית על ויתור על טיפול בגלל התשלום הנדרש (OR=2.24; 95% CI 1.19 - 4.23; p<0.05).

לוח מס' 2. התפלגות מידת ההכבדה של התשלומים לבריאות ושל ויתור על טיפול רפואי וקניית תרופות בגלל התשלום הנדרש (באחוזים)

מאפיינים	סך הכל	שורדי שבץ מוח	אוכלוסייה כללית
התשלומים על בריאות מכבידים*			
במידה רבה	33	44	28
במידה בינונית	28	20	31
במידה מועטה	12	12	13
לא מכבידים	28	24	28
ויתור על טיפול בגלל התשלום הנדרש			
כן	5	6	5
לא נזקק לטיפול	11	8	12
לא ויתר על טיפול	84	86	83
ויתור על קניית תרופות בגלל התשלום הנדרש*			
כן	9	11	8
לא נזקק לתרופות	3	0	4
לא ויתר על תרופות	88	89	88

* p = 0.01

לוח מס' 3. מידת ההכבדה של תשלומי המשפחה על בריאות, בקרב שורדים משבץ מוח ובאוכלוסייה הכללית (ניתוח רב משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית)

תשלומי בריאות מכבידים במידה רבה		
Odds ratio (CI 95%)	B	
2.76 (1.88–4.06)	*1.015	לקה בשבץ (לעומת לא לקה בשבץ)
		סובל ממחלות כרוניות מלבד שבץ מוח (לעומת לא סובל)
1.58 (1.10–2.27)	**0.458	
3.30 (2.07–5.28)	*1.195	ותיק (לעומת עולה חדש)
1.17 (0.86–1.59)	0.156	גיל 50–64 (לעומת גיל +65)
0.87 (0.63–1.20)	-0.135	13 שנות השכלה ויותר (לעומת פחות מ-13)
1.02 (0.76–1.37)	0.017	אישה (לעומת גבר)

* p<0.05
** p = 0.06

לוח מס' 4. ויתור על טיפול רפואי ועל תרופות בגלל התשלום בקרב שורדים משבץ המוח והאוכלוסייה הכללית (ניתוח רב משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית)

ויתור על טיפול בגלל התשלום ויתור על תרופות בגלל התשלום				
הנדרש	הנדרש			
Odds ratio (CI 95%)	B	Odds ratio (CI 95%)	B	
1.81 (0.98–3.36)	*0.596	2.23 (0.97–5.12)	*0.803	לקה בשבץ (לעומת לא לקה בשבץ)
				סובל ממחלות כרוניות מלבד שבץ מוח (לעומת לא סובל)
1.67 (0.93–3.01)	0.515	2.52 (1.06–4.79)	**0.812	
1.83 (0.86–3.88)	0.604	3.44 (1.10–10.79)	**1.237	ותיק (לעומת עולה חדש)
				גיל 50–64 (לעומת גיל +65)
1.52 (0.94–2.45)	0.418	2.24 (1.19–4.23)	**0.807	
				13 שנות השכלה ויותר (לעומת פחות מ-13)
0.76 (0.45–1.29)	-0.277	1.09 (0.57–2.09)	0.082	
0.61 (0.38–0.98)	**0.499	1.26 (0.70–2.28)	0.232	אישה (לעומת גבר)

* p<0.01
** p = 0.06

אפשר שהדבר קשור לכך שקיימת תקרה מופחתת של 50 אחוזים מתקרת התשלומים הכללית למשפחות שאחד מבני הזוג בהן הוא בן 65 ומעלה. יתר על כן, 10.7 אחוזים מן החולים ששרדו את השבץ דיווחו על ויתור על רכישת תרופות מרשם בגלל התשלום הנדרש, בהשוואה ל-8 אחוזים מן האוכלוסייה הכללית ($p < 0.01$). (ראו לוח מס' 2). כאשר החזקנו קבוע מאפיינים דמוגרפיים נמצאה, לשבץ המוח השפעה עצמאית כמעט מובהקת על ויתור על רכישות תרופות בגלל התשלום הנדרש ($OR=1.81, 95\% C.I. 0.98- 3.36, p=0.06$).

דיון

שבץ המוח הוא מחלה שכיחה וקשה, המלווה לעתים קרובות בליקויים רבים בתפקוד, ויש לה השפעה רבה על איכות החיים של השורדים. עקב הטיפול המגוון והממושך הנחוץ להם בעקבות האירוע, הטיפול בשורדים כרוך בעלויות גדולות לפרט ולחברה (בנטור ואחרים, 2002; Van Doorslaer & Vagstaff, 1993). לטיפול שהלוקים בשבץ מוח מקבלים בקהילה במהלך השנה שלאחר האירוע עשויה להיות השפעה רבה על מצב בריאותם ותפקודם, ומשום כך הם זקוקים לטיפול רפואי תכוף, לתרופות, לטיפולי שיקום, לבדיקות חוזרות ולשירותי מניעה שניוניית בקהילה כדי לצמצם את הסיכון לשבץ חוזר ולהשפעת סימני המחלה. לפיכך, ויתור על מעקב רפואי או על שימוש בשירותי שיקום ומניעה, ומעל לכל, על רכישת תרופות, עלול לגרום תוצאות שליליות לטווח ארוך.

המחקר הזה סיפק הזדמנות לבחינה חלקית של השאלה האם תשלומי השתתפות עצמית הנהוגים במערכת הבריאות מונעים מאנשים שסבלו משבץ מוח לקבל טיפול רפואי ותרופות מרשם ואפשר להשוות ביניהם ובין האוכלוסייה הכללית. ממצאי המחקר מלמדים, שהתשלומים על שירותי הבריאות מכבידים מאוד על קרוב למחצית הלוקים בשבץ המוח, שיעור שהוא גבוה בהרבה משיעור האזרחים האחרים המדווחים כך. יתר על כן, יותר מעשירית מן החולים ששרדו את האירוע מסרו שוויתרו על רכישת תרופות מרשם בגלל התשלום הנדרש, ו-6 אחוזים בערך מהם דיווחו שוויתרו על טיפול רפואי. שיעור החולים בשבץ המוח שוויתרו על טיפול או תרופה כלל אינו נמוך, ואפילו גבוה כמעט מזה שבקרב האוכלוסייה הכללית. מאחר שהרוב המכריע של אלה ששרדו אירוע של שבץ המוח זקוקים למעקב קבוע ולטיפול רפואי בקהילה, ומאחר שרובם המכריע, אם לא כולם, צריכים ליטול תרופות קבועות, הרי שוויתור על טיפול או על תרופה בגלל תשלומי השתתפות עצמית, ולו גם בקרב בודדים מתוכם, לא כל שכן בידי

עשירית מהם, עלול להיות בעל תוצאות הרות גורל ולהביא להשלכות ארוכות טווח על מצבם הרפואי.

לפגיעה כזו עלולה להיות השפעה לא רק על בריאות החולים ועל איכות חייהם וחיי בני משפחותיהם, מאחר שהויתור על טיפול או על תרופה בגלל המחיר הנדרש בעת קבלת הטיפול עלול לגבות מחיר גבוה גם בטווח הארוך, בצורת אירועי שבץ חוזרים ואשפוזים חוזרים שניתן היה למונעם, בגלל אותה מחלה ובגלל סיבוכיה, בעזרת הגברת השימוש בשירותי שיקום בקהילה ובבית-חולים ובאשפוז בית. נוסף על כך, הויתור על טיפול ותרופה בגלל התשלום הנדרש בעת השימוש עלולים להגדיל גם את ההוצאות של הפרט והמדינה עבור שירותי טיפול ממושך בעקבות התדרדרות מצבו של החולה (Van Doorslaer & Vagstaff, 1993; Wolfe, 2000). מטבע הדברים, ברור שיש לכך השפעה גדולה גם על המטפלים הבלתי-פורמליים של החולים ועל בני משפחותיהם הנושאים בנטל הטיפול בבית (Jorgensen et al., 1997).

למחקר זה יש מספר מגבלות. ראשית, דיווח עצמי הוא בהכרח סובייקטיבי, ויש להתחשב בכך. אולם, הערכת השימוש בשירותים על-פי דיווח עצמי נתפסת בעיני קובעי המדיניות, מממנים וספקי שירותים כרלוונטית ותקפה, ונעשה בה היום שימוש נרחב (Ebrahim, 2000; Scholte op Reimer, 1998; Ware, Davies-Avery & Stewart, 1978; Williams, 1994). כמו-כן, חוקרים אחרים בדקו באותה שיטה את דפוסי הטיפול ותוצאותיו בקרב חולי שבץ המוח (De Haan et al., 1993; Scholte op Reimer, 1996). שנית, המידע שנאסף יכול להיות מושפע ממאפיינים אישיים שלא פיקחנו עליהם במחקר זה, כגון רמת הכנסה. שלישית, אין אנו יודעים במפורט על אילו טיפולים או תרופות החולים ויתרו, ומה היתה ההשפעה הספציפית של הויתור על מצב בריאותם. כדי להעריך במדויק את השפעת הויתור על מצב הבריאות ועל הסיכון לשבץ חוזר ולמחלות אחרות יש צורך במידע מפורט וספציפי על סוגי השירותים והתרופות שהחולים ויתרו עליהם. אולם, למרות שזהו מידע רב ערך, לא ניתן היה לאסוף אותו במסגרת המחקר הנוכחי. גם מחקרים אחרים שבדקו את המשכיות הטיפול הקהילתי בחולי שבץ המוח לא בחנו את השפעתם של טיפול ספציפי או של תרופה כלשהי על גורמי הסיכון לשבץ חוזר (Biset et al., 1997; Ebrahim & Harwood, 1999; Hillinger, 1998).

למרות מגבלותיו, ניתן לדעתנו להסיק בזהירות מממצאי המחקר, שבנוסף לצמצום שימוש יתר בשירותים רפואיים מנעו תשלומי ההשתתפות העצמית טיפול נחוץ מחולים לאחר שבץ המוח וקיים חשש, שתשלומים אלה עלולים לפגוע בבריאותם. לאור זאת, נראה שיש מקום לבחון דרכים להפחתת נטל התשלומים לבריאות המוטל על חולים במחלות קשות הנוקקים לתרופות קבועות ולטיפולים רבים, דוגמת חולי שבץ המוח. למשל, ניתן לתת להם הנחה גדולה בתשלומי ההשתתפות העצמית, ולקבוע תקרות על

כלל תשלומי ההשתתפות, או להוריד את גובה התקרה הקיימת עבור תרופות ועבור ביקורים אצל רופא מומחה, במרפאות חוץ ובמכונים. לבסוף, יש מקום לבחון מה הן ההשלכות של הכבדת הנטל הכלכלי על המטופל על מצב הבריאות ועל תוצאות הבריאות לטווח ארוך.

ביבליוגרפיה

- בנטור, נ', דייזיס, מ', ברודסקי, ג' (2002). טיפול בחולי שבץ מוח: שיקומם במהלך שנה לאחר האירוע. דמ-373-02. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ברמלי-גרינברג, ש', רוזן, ב', ווד, פ', (2003). משקי בית, קופות חולים והוצאות על תרופות. דמ-406-02. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר', ברמלי-גרינברג, ש', (2001). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997 ו-1999. דמ 362-01. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר', ברמלי-גרינברג, ש', (2003). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2001, והשוואה לשנים קודמות. דמ-421-03. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- Bentur, N. & Gross, R. (2001). The reform of the Israeli health care system: A comparison between older and younger consumers, one year and three years after its implementation. *American Journal of the Geriatric Society*, 49, 56-64.
- Biset, A.F., Macduff, C., Chesson, R. et al. (1997). Stroke services in general practice: Are they satisfactory? *British Journal of General Practice*, 47(425), 787-793.
- Chernichovsky, D. & Shirom A. (1996). Equity in the Israeli health system: Allocation of resources to social services in 1996. Centre for Studies in Israeli Policy, 157-182
- Cleary, P.D., Edgman-Levitan, S., McMullen, W. et al. (1992). The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *Quality Review Bulletin*, 18(2), 53-59.
- De Haan, R., Limburg, M., Van der Meulen, J. et al. (1993). Use of health care services after stroke. *Quality in Health Care*, 2, 222-227.
- Ebrahim, S. (2000). Cost-effectiveness of stroke prevention. *British Medical Bulletin*, 56(2), 557-570.
- Ebrahim, S. & Harwood, R. (1999). *Stroke epidemiology: Evidence and clinical practice*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Grootendorst, P.V., O'Brien, B.J. & Anderson, G.M. (1997). On becoming 65 in Ontario. Effect of drug plan eligibility on use of prescription medicines. *Medical Care*, 35, 386-398.
- Gross, R., Rosen, B. & Shirom, A. (2001). Reforming the Israeli health system: Findings of a three-year evaluation. *Health Policy*, 56, 1-20.

- Gross, R., Rosen, B. & Chinitz, D. (1998). Evaluating the Israeli health care reform: Strategies, challenges, and lessons. *Health Policy*, 45, 99-117.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1998). Meta analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine*, 27, 637-644.
- Hillinger, F.J. (1998). The effect of managed care on quality: A review of recent literature. *Archives of Internal Medicine*, 158, 833-841.
- Johnson, RE., Goodman, M.J., Hornbrook, M.C. et al. (1997). The effect of increased prescription drugs cost-sharing on medical care utilization and expenses of elderly health maintenance organization members. *Medical Care*, 35, 1119-1131.
- Jorgensen, H.S., Nakayama, H., Reith, J., et al. (1997). Stroke recurrence: Predictors, severity and prognosis: The Copenhagen stroke study. *Neurology*, 48, 891-895.
- Kincses, G. (1995). *The role of co-payments: The possibilities and barriers of adaptation in central-eastern Europe*. Budapest: National Information Centre for Health Care.
- Pound, P., Tilling, K., Rudd, A.G. et al. (1999). Does patient satisfaction reflect differences in care received after stroke?. *Stroke*, 30, 49-55.
- Rasell, M.E. (1995). Cost sharing in health insurance – a reexamination. *New England Journal of Medicine*, 332(17), 1164-1168.
- Redfern, J., McKeivitt, C., Rudd, A.G. et al. (2002). Health care follow-up after stroke: Opportunities of secondary prevention. *Family Practice*, 19(4), 378-382.
- Scholte op Reimer, W.J.M., De Haan, R.J. & Limburg, M. (1996). Patients' satisfaction with care after stroke: Relation with characteristics of patients and care. *Quality in Health Care*, 5, 144-150.
- Scholte op Reimer, W.J.M., De Haan, R.J. & Rijnders, P.T. (1998). The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke*, 29, 1605-1611.
- Scholte op Reimer, W.J.M., De Haan, R.J. & Rijnders, P.T. (1999). Unmet care demands as perceived by stroke patients: Deficits in health care?. *Quality in Health Care*, 8, 30-35.
- Van en Bos G.A.M. (1995). The burden of chronic diseases in terms of disability, use of health care and healthy life expectancies. *European Journal of Public Health*, 5, 29-34.
- Van Doorslaer, E. & Vagstaff, A. (1993). *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective*. Oxford: Oxford University Press.

- Ware, J.E., Davies-Avery, A. & Stewart, A.L. (1978). The measuring and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Service Review*, 1, 2-15.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept?. *Social Science and Medicine*, 38, 509-516.
- Wolfe, D.A. (2000). The impact of stroke. *British Medical Bulletin*, 56(2), 275-286.