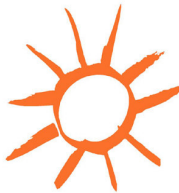


רופאים לזכויות אדם - ישראל (ע"ר)
أطباء لحقوق الإنسان-إسرائيل
Physicians For Human Rights - Israel



א ד ו ה א
A D V A
C E N T E R
INFORMATION ON EQUALITY AND SOCIAL JUSTICE IN ISRAEL
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל
مركز «أدفا» - معلومات حول المساواة والعدالة الاجتماعية في إسرائيل

נייר עמדה

תשלומי השתתפות עבור שירותי בריאות: מסכימים אבל לא עושים

יולי 2008

תשלומי השתתפות עבור שירותי בריאות: מסכימים אבל לא עושים

ברברה סבירסקי, מנהלת מרכז אדוה

קיימת הסכמה רחבה על כך שראוי כי מידת השוויון בענייני בריאות תהיה גבוהה. קיימת גם הסכמה רחבה על כך שתשלומי ההשתתפות עבור תרופות, ביקורי רופאים ובדיקות במסגרת מערכת הבריאות הציבורית מרחיבים את האי שוויון בנגישות לשירותי בריאות וקיימת הסכמה על כך שנגישות לשירותי בריאות משפיעה גם על מצב הבריאות.

רבים מציעים לצמצם את האי שוויון בנגישות באמצעות ביטול או צמצום תשלומי ההשתתפות. קיימות גם הצעות לגבי מקורות מימון חלופיים להשתתפויות העצמיות.

אם יש הסכמה, השאלה היא מדוע אין עשייה: מדוע אין הממשלה עושה להגברת הנגישות לשירותי הבריאות.

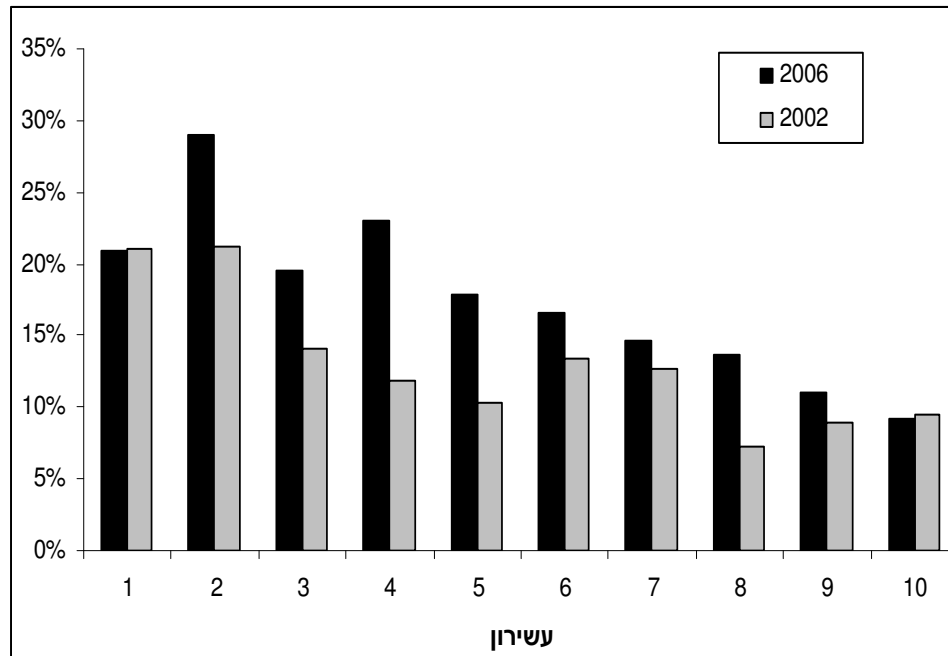
הנתונים:

להלן מספר נתונים חדשים הממחישים את המצב:

- א. התמונה הרחבה: בכל הנוגע להוצאה הלאומית לבריאות, יש מגמה ברורה של גידול בחלקם של משקי הבית ושל ירידה בחלקה של הממשלה:
 - ב-1994, חלקה של הממשלה עמד על 50% וזה של משקי הבית - על 24%;
 - ב-2000, חלקה של המדינה עמד על 42% וזה של משקי הבית - על 28%;
 - ב-2006, חלקה של המדינה עמד על 38% וזה של משקי הבית - על 33%.חלקם של משקי הבית בהוצאה הלאומית לבריאות בישראל הוא מהגבוהים בעולם המערבי.
- ב. אם נסתכל רק על חמשת השנים האחרונות (שרק לגביהן יש ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה נתונים בנושא), נמצא עלייה משמעותית בחלקן של **תרופות מרשם** מתוך סך תשלומי משקי הבית בישראל עבור בריאות.

הוצאה חודשית לתרופות מרשם, כחלק מההוצאה לבריאות של משקי בית

לפי עשירוני הכנסה כספית נטו לנפש סטנדרטית, באחוזים



מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך נתונים שהתקבלו מגף צריכה וכספים בלמ"ס, 12.5.2008.

בין השנים 2002 ו-2006, ההוצאה הממוצעת לחודש על תרופות מרשם עלתה מ-60 ש"ח ל-89.10 ש"ח, גידול של קרוב ל-50%; ההוצאה כאחוז מסך ההוצאה לבריאות עלתה מ-11.6% ל-15.6%. ההוצאה הממוצעת בשקלים של כל משקי הבית עלתה, וההוצאה כאחוז מסך ההוצאה לבריאות של משקי הבית עלתה בכל העשירונים פרט לעשירון התחתון ולעשירון העליון. מובן שמשקי בית בעשירונים העליונים מוציאים יותר על שירותי בריאות בכלל ועל תרופות מרשם בפרט, כשם שהם מוציאים יותר על כל מוצרי תצרוכת.

ג. אם נסתכל על סך ההוצאה הממוצעת של משקי הבית עבור בריאות - כאחוז מסך ההוצאה לתצרוכת, נמצא שההוצאה לבריאות גדלה, מ-3.8% מההוצאה לתצרוכת בשנת 1997 ל-4.8% ב-2000 ל-5.1% ב-2006.

ד. אם נסתכל על הכנסות של קופות החולים מהשתתפויות עצמיות עבור תרופות וציוד בסל, כאחוז מסך ההוצאות של קופות החולים עבור תרופות וציוד בסל, נמצא כי ב-2006, צרכני שירותי בריאות שילמו לא פחות מ-36% מעלות התרופות והציוד (מחושב מתוך ולדמן, אשורב והילמן, 2008, דוח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2006).

ה. ההוצאות הגדלה של משקי הבית על השתתפויות עצמיות עבור תרופות ועבור שירותים אחרים וההכנסות הגדלות של קופות החולים מהשתתפויות אלה, משתקפות באחוז האנשים המדווחים כי ויתרו על רכישת תרופות או על קבלת שירותי בריאות אחרים בגלל המחיר:

**אחוז האנשים שדיווחו כי ויתרו על טיפול רפואי או על רכישת תרופות בגלל המחיר,
אחוז האנשים בחמישון התחתון שדיווחו על ויתור,
1999-2005**

| 1999 | % המוותרים על טיפול רפואי | % המוותרים על תרופות מרשם | % המוותרים מהחמישון התחתון | % המוותרים מהחמישון התחתון |
|------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6 | 11 | 11 | 21 | |
| 5 | 11 | 11 | 16 | |
| 6 | 10 | 14 | 24 | |
| 8 | 13 | 15 | 23 | |

מקור: גרוס רויטל, שולי ברמלי-גרינברג ורונית מצליח, דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים: מכון ברוקדייל, מרץ 2007.

הלוח מלמד כי:

- קיימת מגמה של גידול בשיעור המדווחים על ויתור על טיפול רפואי או על רכישת תרופות, בגלל המחיר, ובמלים אחרות – **בגלל ההשתתפות העצמית**;
- הוויתור על טיפול רפואי קטן מהוויתור על רכישת תרופות, בכ-50%;
- הוויתור בחמישון התחתון גדול יותר – בכ-50% - מהוויתור בכלל האוכלוסייה.

הסיכום שהתפרסם אודות הסקר של מכון ברוקדייל לשנת 2007 מצין ירידה בשיעור המבוטחים המדווחים על ויתור. לא ניתן לפרש את הממצא ללא ממצאים מהשנים הבאות.

הצעות

להלן מספר הצעות שהוגשו בנושא תשלומי ההשתתפות: האחת של רופאים לזכויות האדם ומרכז אדוה, השנייה של החוקרים ליאון אפשטיין וטוביה חורב, והשלישית של הסמנכ"ל לשעבר של משרד הבריאות, גבי בן-נן.

1. **ההמלצות של רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה, יוני 2007:**
 - ביטול תשלומי ההשתתפות על התרופות;
 - ביטול תשלומי ההשתתפות על שירותים רפואיים.

תשלומי ההשתתפות מהווים מקור מימון לקופות החולים. ניתן להרחיב את מקורות המימון באמצעים הבאים, כחלופה לגביית תשלומי ההשתתפות:

 - הסרת תקרת התשלום של מס בריאות, שהיא היום חמש פעמים השכר הממוצע במשק;
 - הגדלת מס הבריאות על מנת שזה ייגבה באופן פרוגרסיבי יותר;
 - החזרת המס המקביל אותו שילמו המעסיקים עד ל-1997;
 - הרחבת פטורים והנחות על תרופות עבור תרופות ושירותים רפואיים כדי להקל על מבוטחים שונים (שלומית אבני, צדק, שוויון ועזרה הדדית: אתגרים במערכת הבריאות הציבורית בישראל).
2. **ההמלצות של ליאון אפשטיין וטוביה חורב, מרכז טאוב, ספטמבר 2007:**
 - ביטול מוחלט של ההשתתפות העצמית בשירותי מניעה, כמו אגרת "טיפת חלב", חיסונים, בדיקת חלבון עוברי, ואביזרים לבדיקה עצמית לחולי סוכרת;

- פטור מאגרת מכונים ואגרת רופא מקצועי בביקורים שמטרתם בדיקות מונעות, כגון ממוגרפיה, סרטן צוואר הרחם וסרטן המעי הגס, ייעוץ גנטי לקבוצות בסיכון גבוה למומים מולדים, ייעוץ דיאטטי לסובלים מסוכרת או השמנת יתר;
 - פטור מתשלום השתתפות עצמית לאוכלוסיות זכאיות על פי ההגדרה שבסעיף לחוק (כגון מקבלי הבטחת הכנסה) על כלל השירותים שבסל הבריאות, המחייבים כיום את מקבל הטיפול בתשלום השתתפות עצמית;
 - פטור מאגרת תרופות לחולים כרוניים, הנמנים על מקבלי הבטחת הכנסה, הזכאים לפטור מאגרת ביקור רופא, וכן לקבוצות באוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים, כגון ניצולי שואה, בעלי מוגבלויות ונכים. הפטור יינתן בגין תרופות בסל הבריאות המיועדות לטיפול במחלתם הכרונית. אפשרות אחרת: הקטנת התקרה לחולים אלה לכדי מחצית התקרה הנהוגה לחולים כרוניים שאינם מקבלי הבטחת הכנסה (אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות: הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה: 33-34).
- בין מקורות המימון האלטרנטיביים, אפשרטיין וחורב מונים העלאת רף ההכנסה העליון לעניין חישוב מס בריאות, שימוש בחלק מההכנסות המתקבלות מתשלומי מס על סיגרות והשלמת מימון על-ידי המדינה. הם גם מציעים העלאת השתתפויות לאנשים שאינם בקבוצות סיכון ואינם מקבלי הבטחת הכנסה. לפי הערכתם, ההנחות והפטורים שהם מציעים יעלו בין 160 ל-200 מיליון ש"ח לשנה (שם: 34).

3. ההמלצות של גבי בן-נון, אפריל 2008:

- ביטול ההשתתפויות הבאות:
 - בשלושת החודשים הראשונים של אשפוז סיעודי מורכב;
 - בגין בדיקת חלבון עוברי;
 - בגין אביזרים לבדיקה עצמית של חולי סוכרת;
 - עבור בדיקות מונעות (ממוגרפיה, סרטן צוואר הרחם והמעי הגס);
 - בגין אגרת אם וילד;
 - עבור חיסון נגד שפעת ודלקת ריאות לקבוצות סיכון;
 - בגין ייעוץ גנטי לקבוצות בסיכון גבוה למומים מולדים;
 - בגין ביקור אצל רופא מקצועי במרפאות חוץ ובמכונים, לכל המבוטחים מעל 65.
 - קביעת תקרות, הנחות ופטורים לאוכלוסיות מיוחדות:
 - תקרה משפחתית לתרופות לחולים כרוניים, שתכלול תרופות במרשם;
 - הפחתה בחצי של התקרה הרבעונית לתרופות לחולה כרוני;
 - הפחתת בחצי של התקרה המשפחתית עבור היטלים למשפחות המקבלות הבטחת הכנסה;
 - מתן הנחה של 50% בתרופות מרשם לבני +65;
 - מתן פטור מתשלום בתרופות מרשם לבני +65 שהם מקבלי הבטחת הכנסה.
 - להגדיר מראש שיעור של הכנסות מהשתתפויות כאחוז מעלות הסל, כדי למנוע תופעת ה"זחילה" כלפי מעלה של הכנסות מהשתתפויות כאחוז מעלות הסל. הכנסות מהשתתפות עצמית העולות על שיעור זה, יקוזזו בצמצום ההשתתפות של המדינה בהשלמת עלות הסל (חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות, אפריל 2008: 18).
- מקורות מימון האלטרנטיביים המוצעים על-ידי בן-נון: העלאת תקרת תשלומי ביטוח בריאות ל-6 פעמים השכר הממוצע ושימוש מושכל בכלי המחיר לצמצום התנהגות מזיקה, כגון העלאת המיסוי על סיגרות (שם: 19).

לא כל ההצעות שוות

יש חפיפה גדולה בין שלוש ההצעות.

לעניות דעתנו, ריבוי פטורים והנחות יקשה מאד על המערכת. נוסף על כך, יש להניח שלא כל הזכאים לפטור או להנחה יהיו מודעים לזכאותם ולכן הצעדים לא ישיגו את יעודם.

במקום לנקוט בשורה ארוכה של פטורים והנחות, אנו מציעים לבטל כליל את ההשתתפויות העצמיות עבור תרופות ושירותים שבסל. ב-2006, הכנסות קופות החולים מהשתתפויות עצמיות עבור תרופות ושירותים בסל הסתכמו ב-1.939 מיליארד ש"ח, שהיוו כ-8.07% מסך הכנסות קופות החולים (ולדמן אשורב, מירה וטובה הילמן, דוח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2006, ינואר 2008: 28). מדובר בסכום לא קטן, אולם למען הסולידריות החברתית, עדיף להחליפו בחלופות כדוגמת העלאת התקרה לחישוב של מס הבריאות - כדי שבעלי הכנסות גבוהות ישלמו אחוז גדול יותר מהכנסתם כמס בריאות - והטלה מחדש של מס בריאות על המעסיקים - כדי שאלה יתרמו מעט יותר לרווחת עובדיהם. ב-2005, תשלומי מעסיקים ישראליים לרווחת עובדיהם היוו 15.7% מעלות השכר לשעה של עובדי ייצור, בעוד שהממוצע באירופה עמד על 23.3% ובארצות הברית - על 22.5% (סבירסקי, שלמה ואתי קונור-אטיאס, תמונת מצב חברתית - 2007, מרכז אדוה, דצמבר 2007: 15).

ניתן להפחית את ההשתתפויות עבור תרופות ועבור שירותים אחרים שבסל בהדרגה. לדוגמה, אפשר להוריד את כל התשלומים ב-20% בכל שנה על פני חמש שנים. במקביל, ניתן להעלות את התקרה של מס בריאות בהדרגה ולהטיל מס בריאות על המעסיקים בהדרגה. אפשרות אחרת: להתחיל עם ביטול ההשתתפויות עבור שירותים מוגנים ועם הורדת תקרות תשלום.

אפשר גם לאמץ את ההצעות לייעד מסים על סיגריות (ועל דלק) למערכת הבריאות, יחד עם קנסות המוטלים על פעולות מזהמות של מפעלי ייצור.

עקרון שראוי לשמור עליו הוא עקרון האוניברסליות. את המיסוי ראוי להטיל באופן פרוגרסיבי, אולם את השירותים ראוי להעניק באופן שווה לכל נפש, לפי הצורך, ללא שום קשר להכנסה. רק כך ניתן יהיה לשקם מערכת בריאות ציבורית המתפתחת בכיוון של מערכת ענייה לעניים, בשעה שמי שיכול מחפש פתרונות פרטיים-למחצה או פרטיים במלואם. רק כך יישמר האינטרס של המעמד הבינוני במערכת ציבורית איכותית ורק כך תישמר הסולידריות החברתית.