

השתתפות מטופלים בעלות תרופות לפי מרשם רופא ד"ר פיליפ סאקס

מאמר זה התפרסם במקור באנגלית בעיתון Pharma: ביטאון לענייני תרופות ותרפיה בעריכת פיליפ סאקס, כרך 8, גיליון 44 (אוגוסט-ספטמבר 2001).

בגיליון של **פארמה**, הביטאון לענייני תרופות ותרפיה משנת 1995, שפורסם בתקופה שבה הונהג חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הפנינו את תשומת לב הקוראים להבדלים בין קופות החולים השונות מבחינת השתתפות המטופלים בעלויות של תרופות מתוך מדגם תרופות, שהרופאים רושמים לעתים קרובות¹. כמו כן צוין כי דמי ההשתתפות מעוררים סוגיות שוויון חשובות, וכי במקרים מסוימים הם עלולים להשפיע על יכולתם של מטופלים לקבל את השירותים הפרמצבטיים שהם נזקקים להם². באחרונה ניתחנו את העובדה, שההכנסות מדמי ההשתתפות משלמים המטופלים ממלאות תפקיד משמעותי יותר ויותר במשק קופות החולים³⁻⁵. מעריכים כי הכנסות אלה עומדות כיום על 1.2 מיליארד שקל בשנה, ומממנות 35% מהוצאות הקופות על תרופות, לעומת 27% בשנת 1992.

בתחום ההשתתפות בעלות התרופות ניתן להבחין בשתי סוגיות משיקות: **חוסר שקיפות וחוסר שוויון**. הסוגייה הראשונה חמורה במיוחד ב"כללית" -- קופת החולים המספקת שירותי בית מרקחת לרוב הציבור -- והיא קשורה למורכבות של שיטת התשלום לפי "מנות" ולא-הבהירות הנובעת ממנה. הסוגייה השנייה מתבטאת בהופעת ראיות לא מפתיעות לכך שקבוצות מסוימות באוכלוסייה מוותרות על טיפול תרופתי בגלל ההכבדה בעול התשלום.

במאמר זה נתחיל בתיאור הרקע לתשלום דמי ההשתתפות ובניתוח שיעורי ההשתתפות של המטופלים, לפני שנבחן את שתי הסוגיות שהוזכרו לעיל. לאור העובדה שקופות החולים נעשות יותר ויותר תוקפניות בשיטות שהן נוקטות לגביית דמי ההשתתפות, אנו טוענים שהגיע הזמן שכל קופות החולים ינהיגו שיטת השתתפות אחידה, הגיונית ושקופה.

רקע

בתקופה שקדמה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי יכלו קופות החולים להעלות כרצונן את רמת ההשתתפות בעלות שירותי הבריאות שסיפקו. עם החלת החוק, נעשתה הכנסת, באמצעות הוועדה לעבודה ורווחה, למוסד המפתח המאשר העלאות או שינויים בהשתתפות המטופלים בתרופות לפי מרשם רופא. הבקשות להעלאה מוגשות, בלי יוצא מהכלל, ביוזמת קופות החולים, בהסכמת משרד הבריאות ובתמיכת האוצר, המחפש כל הזמן דרכים להפחית את המימון הממשלתי.

עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הוחלט כי בנוגע לדמי ההשתתפות בעלות התרופות תמשיך כל קופת חולים בשיטות ובמדיניות שהיו נהוגות אצלה לפני כן, עד שמשרד הבריאות יקבע (בשנת 1998 לכל המאוחר!) תקנות השתתפות **אחידות**, שיחייבו את כל הקופות. תקנות אלה עדיין לא נקבעו, ולפיכך קיימות עדיין שתי שיטות השתתפות. קופת חולים הכללית מפעילה שיטה מסובכת, המבוססת על תשלום קבוע למנה (שהוא גם סכום המינימום להשתתפות), ואילו שאר הקופות גובות מהמטופלים אחוז מסוים מהמחיר המלא (13.5% או 15%) עם תשלום מינימום (11 ש"ח למרשם). במילים פשוטות, ההבדל העיקרי הוא שההשתתפות ב"כללית" תלויה **בכמות** התרופות הניתנות, ואילו בשאר הקופות היא תלויה **בעלות** (המירבית) של התרופות.

מאז שהונהג חוק ביטוח בריאות ממלכתי חלו מספר שינויים והתפתחויות:

* בדצמבר 1994, ערב הנהגת החוק, העלו כל קופות החולים את דמי ההשתתפות בשיעור של 22.5%.

* בשנת 1996 הציע האוצר להעלות בשיעור של 25% את דמי ההשתתפות בתרופות הכלולות בסל; הכנסת דחתה את ההצעה בסוף אותה שנה.

* בשנת 1998 אישרה הכנסת העלאה משמעותית בדמי ההשתתפות. ב"כללית" חלה ההעלאה על דמי ההשתתפות במחיר המנה ועל תשלום המינימום. בקופות האחרות הועלה

שיעור ההשתתפות משיעור של 10% לשיעור של 13.5% ("לאומית") או לשיעור של 15% ("מכבי", "מאוחדת") וכן הועלה תשלום המינימום.

* בשנת 1999 ושוב ביולי 2001 העלו רוב קופות החולים את תשלום המינימום; ב"כללית" פירוש הדבר שחלה עלייה גם בדמי ההשתתפות לפי מנה. מסתבר שזהו חלק מהסכם שלא פורסם, לפיו מותר לקופות החולים להעלות את התשלומים הללו עד 12 ש"ח, בלי לבקש אישור מיוחד מוועדת הכנסת.

* לפני הבחירות שנערכו בתחילת 2001 דיברו פוליטיקאים אחדים על הצורך להפחית את דמי ההשתתפות (וכן את התשלום בעד ביקור אצל רופא). הניסיון מראה, כי מרגע שנקבע שיעור השתתפות, בלתי אפשרי כמעט **להוריד** תשלום זה וכן תשלומים אחרים בעד שירותי בריאות.

האם ההשתתפות משיגה את מטרתיה?

אין כמעט ספק, כי ההשתתפות הגבילה בזבז ו"שימוש יתר" בתרופות לפי מרשם, אם כי למרבה הצער לא הפיגה את האגדה על צריכת-יתר של תרופות בישראל. כמכשיר לחלוקת עלויות (cost sharing) הפחיתה ההשתתפות את ההוצאה הציבורית הכוללת על תרופות ובמחצית השנייה של שנות התשעים פחת בצורה חדה הגידול בהוצאה זו. ואולם, הדבר נגרם מן הסתם גם על ידי גורמים אחרים, כמו העיכובים בעדכון הסל⁵ ולחצים שהופעלו על הספקים למכור את התרופות במחירים תחרותיים. הגידול בהכנסות קופות החולים מההשתתפות קיזז את הגידול בהוצאותיהן על תרופות, כך שהצטמצם הגידול בעלויות נטו (הוצאות בניכוי הכנסות) שהיו להן על תרופות⁵.

בכמה משתתפים החולים?

ב"פארמה" אנו מנטרים גם את מידת ההשתתפות של המטופלים בעלויות של תרופות ספציפיות. במקרים מסוימים יש הבדל של 100% ויותר בין קופות החולים השונות. כדי לחשב את שיעור ההשתתפות, אנו מחשבים את הסכום ששולם כשיעור מהמחיר הקמעוני המלא בכל קופות החולים. חישוב זה מתעלם מהעובדה שכל הקופות, ובעיקר ה"כללית", נהנות מהנחות משמעותיות מהספקים, וכן מהנחות מבתי-מרקחת פרטיים.

כשבודקים מדגם המבוסס בעיקר על תרופות **בעלות פטנט** (ממקור יחיד), ההשתתפות אחידה והגיונית למדי בכל קופות החולים -- 14%-16% לערך מהמחיר הקמעוני המלא. כאשר מרחיבים את המדגם לתרופות **גנריות** זולות יותר, עולה השיעור משמעותית. מצאנו גם, כי ההשתתפות גבוהה בעיקר לגבי תרופות **לחולים כרוניים** ב"כללית", וביחוד כאשר קיימות בשוק תרופות גנריות. הואיל וחולים כרוניים ב"כללית" אחראים לחלק הארי של צריכת התרופות הכללית בישראל, פירוש הדבר שרוב השימוש בתרופות בארץ כרוך בשיעורי השתתפות גבוהים.

חשוב לציין, שמידת ההשתתפות משתנה עם הזמן, או ליתר דיוק עם התקדמות התרופה הנדונה בשלבי "מחזור החיים" שלה. מבחינת ההשתתפות בעלויות איתרנו חמישה שלבים במחזור חייה של כל תרופה ואלה הם, בסדר כרונולוגי:

* התרופה נכנסת לשוק -- **איננה כלולה בסל התרופות או בספר התרופות של קופת חולים כלשהי** -- 100% השתתפות, דהיינו תשלום המחיר הקמעוני המלא. שלב זה נמשך שנה עד ארבע שנים, בהנחה שבסופו של דבר תיכלל התרופה בסל התרופות.

* התרופה נכנסת לפנקס התרופות של קופת חולים אחת או יותר, אך עדיין אינה כלולה בסל -- בדרך כלל 50% השתתפות.

* התרופה כלולה בסל, אבל מיוצרת במקור יחיד (פטנט) -- 15% השתתפות לערך. ניכרת עלייה משמעותית בשימוש בשלב זה, שעלול להימשך חמש עד עשר שנים.

* התרופה בסל, אבל עתה זמינות גרסאות גנריות -- שיעור ההשתתפות נע בין שיעור של 25% לשיעור של 60% מהמחיר הקמעוני המלא, שבינתיים ירד משמעותית.

* התרופה נעשית פריט לצרכן (לדוגמה אקמול, לוריואן, פניצילין, משחת סינטומיציין -- שיעור ההשתתפות נע בין שיעור של 25% לשיעור של 100%.

את חשיבות העיתוי במדידת שיעור ההשתתפות של המטופלים ניתן לראות בדוגמה שלהלן: בתחילת השנה פקע הפטנט לתרופה סימוואסטטין, ובעקבות זאת הוכנסו גרסאות גנריות שלה. זוהי תרופה מובילה בסיווג ה"סטטין" של תרופות ליתר שומן בדם, האחראיות לסעיף הגבוה ביותר של הוצאות והכנסות בקופות החולים בשנים האחרונות, מאז הוכללו בסל התרופות.

תשלומים(ש"ח)/השתתפות (%) בשלושים טבליות סימוואסטטין 10 מ"ג

לפני פקיעת הפטנט ולאחריה

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	
27ש"ח (13.5%)	30ש"ח (15%)	30ש"ח (15%)	31.5ש"ח (15%)	פטנט בלבד
11-13.2ש"ח (13.5%-32%)	11-15ש"ח (15%-32%)	11-14ש"ח (15%-32%)	33ש"ח (34%-97%)	גרסאות גנריות

לפני פקיעת הפטנט עמדו דמי ההשתתפות בכל הקופות על סכום דומה (30 ש"ח) לתרופה שבפטנט (ר' טבלה). עם הכנסת שתי גרסאות גנריות הביאה שיטת האחוזים, המשמשת בקופות הקטנות יותר, לכך שההשתתפות נעה בין 11 ש"ח (תשלום מינימום) לבין 15 ש"ח, לפי הגרסה שרשם הרופא. בזמן כתיבת מאמר זה, עדיין לא התאימה ה"כללית" את דמי ההשתתפות כך שישקפו את המציאות החדשה. שיעור ההשתתפות של מטופליה בעלויות נע משיעור של 34% לשיעור של 97%, לפי הגרסה הנמצאת במלאי, לעומת 13.5%-32% בשאר הקופות. יש לקוות כי ה"כללית" תתקן את ה"עיוות" הזה, כך שהמטופלים יוכלו ליהנות מהשינוי במצב התרופה. בינתיים, פירוש הדבר שמטופל ב"כללית" משלם עד 100% יותר מהמחיר המוזל הבלתי-ידוע שמשלמת הקופה.

ההשתתפות ב"כללית" -- דרגת שקיפות נמוכה

היה היו זמנים, שבהם היה קל להבין את הבסיס שעל פיו מחושבים דמי ההשתתפות ב"כללית". היה סכום השתתפות קבוע למנה של עשר טבליות ותשלום אחר, חודשי ומופחת, להשתתפות בתרופות לחולים כרוניים (שני תשלומי מינימום לשלושים טבליות). עם הזמן, ובעיקר בעשור האחרון, נעשה המצב מסובך הרבה יותר. בקופות האחרות, לעומת זאת, חוץ מהתאמות סדירות של תשלום המינימום, התייצבה ההשתתפות על 10% מהמחיר המלא ונותרה כך שנים רבות, עד שהועלתה משמעותית ובצורה שקופה בשנת 1998.

ב"כללית" התפתחה קשת שלמה של מנות ותשלומים, המפריעה להבנה ברורה ופשוטה של פעולת המערכת. הקופה פירסמה חוברת בת 56 עמודים עם טבלאות התשלומים והכמויות למנה לכל תרופה ותרופה; בעמוד הראשון מוגדרת החוברת "לשימוש פנימי בלבד". אין הסבר או תיאור של ההיגיון מאחורי שיטת ההשתתפות. מחוברת זו ניתן ללמוד, כי "מנה" יכולה לנוע מעשר עד 50 טבליות, וכי התשלום על טיפול חודשי של 30 טבליות עשוי לנוע מתשלום "מינימום" אחד (11 ש"ח) עד שמונה תשלומי "מינימום" (88 ש"ח), תלוי בתרופה. בנוסף לכך מציעה ה"כללית" פריטים שאינם כלולים בסל התרופות, תמורת דמי השתתפות גבוהים במיוחד. "שיטה" זו מסתירה את העובדה שבנוגע לתרופות זולות רבות, הנמכרות בהנחה גדולה, גובה ה"כללית" מהמטופלים השתתפות בסכום הקרוב למלוא העלות לקופה, ואולי אף עולה עליה.

גם ב"מכבי" יש חריגה. לקופה רשימה של תרופות, שעליהן חלה השתתפות בגובה של 50%, על אף שהן כלולות בסל. זהו נושא להתדיינות משפטית, כי משרד הבריאות מבקש לבטל את ההיתר המיוחד הזה, ספיח מהימים שקדמו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הציבור, בדרך כלל, אינו יודע שההכנסות מתרופות, שכל קופות החולים נהנות מהן, עולות בהרבה על 15 האחוזים של דמי ההשתתפות. קופות החולים מונעות את הפצת הדו"חות הכספיים שלהן, ומנעו אפילו את פרסומו של דו"ח מאוחד, המבוסס על דו"חות אלה, שהכין משרד הבריאות בתוקף תפקידו כמפקח עליהן. מניעת פרסום הדו"חות נעשתה תוך התעלמות מהחובה המוטלת על הקופות בתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק חופש המידע.

הכנסות הקופות מתרופות כשיעור מהוצאותיהן

2001	1998	1995	1994	1992	
(אומדן)					
35%	32.6%	32.8%	30.1%	27.2%	ממוצע כל הקופות
40%	37.9%	36.9%	34.8%	29.0%	כללית
30%	25.4%	26.4%	23.1%	24.1%	הקופות האחרות

השימוש בתשלום מינימום נותן הסבר חלקי בלבד לרמות הגבוהות של השתתפות בעלויות. הסיבה העיקרית לכך שההשתתפות עולה בהרבה על 15% היא הצמדתה למחיר

הקמעוני המלא, תוך התעלמות מההנחות שיכולות הקופות להשיג מהספקים. יש תקרות השתתפות ופטורים לקבוצות מסוימות של מטופלים, אבל חלק גדול מחברי הקופות אינם מודעים לזכויותיהם ואינם תובעים את החוזר/הפטור המגיע להם. אלה שכן מבקשים זאת נתקלים בבירוקרטיה, הנוגדת את המטרות שלשמן ניתנו להם הקלות מיוחדות.

יתר על כן, הציבור אינו יודע, שכאשר ה"כללית" מעלה את תשלום המינימום היא מעלה גם את כל מערך התשלומים, שלא כמו בקופות האחרות.

בעיית אי-השוויון

ההכנסות מדמי השתתפות בתרופות על-פי מרשם רופא אחראיות לגידול המהיר ביותר בהכנסות קופות החולים בשנים האחרונות. דמי ההשתתפות עולים מהר יותר ממדד יוקר המחיה ומן העלות של תשומות הבריאות האחרות. בעקבות זאת, יש סיבה לחשוש שמגזרי אוכלוסייה אחדים -- עניים, מובטלים, חולים קשים וחולים כרוניים אסימפטומטיים -- יוותרו על חלק מהתרופות והדבר יפגע בבריאותם. עתה ברור למדי מראיות שונות וממשאלים⁶, מסקרים בקרב מטופלים⁷ ומדו"חות של משרד הבריאות על תלונות של חברי הקופות⁸, שההשתתפות מגבילה את הגישה לטיפול רפואי אצל קבוצות אוכלוסייה מסוימות. יתר על כן, נראה שהעלייה הגדולה בדמי ההשתתפות השפיעה, לפחות בהתחלה, על הפחתת השימוש הכולל בתרופות ב"כללית" וב"לאומית" יותר מאשר ב"מכבי" וב"מאוחדת", כנראה בגלל הפרופיל החברתי-כלכלי השונה של חברי הקופות⁴.

בעידן חוק ביטוח בריאות ממלכתי נחלה ה"כללית" הצלחה מיוחדת בהעלאת הכנסותיה מתרופות, לעומת שאר קופות החולים. כבר בשנת 1994, ערב חקיקת החוק, היא השיגה את כל הקופות בתחום ההכנסה הממוצעת למטופל, גם אחרי התאמת גילם של המבוטחים, והיא מוסיפה לעשות זאת גם בעידן של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

השוואת הכנסות: ה"כללית" לעומת קופות חולים אחרות

(הממוצע לכל הקופות = 1.00 למטופל אחרי התאמת גילים)

1998	1994	1992	
1.05	1.02	0.92	כללית
0.90	0.95	1.17	הקופות האחרות

מחקרים מדויקים, שנערכו בעולם, מרמזים על כך שמדיניות ההשתתפות מפחיתה לא רק את צריכת התרופות הלא חיוניות, אלא גם את צריכת התרופות החיוניות, ואפשר שהיא מסבה יותר נזק מתועלת⁹. במחקר קנדי נמצא, שהירידה העיקרית בצריכת התרופות נבעה מירידה בצריכת תרופות חיוניות⁹.

מה מצבנו בהשוואה למדינות אחרות?

בישראל ההוצאה הפרטית על בריאות גבוהה יחסית -- 29% מההוצאה הלאומית. ההשתתפות בתרופות על-פי מרשם רופא היא אחד הסעיפים הראשיים בה.

בעוד שבישראל מממנת השתתפות המטופלים שליש מההוצאות של קופות החולים על תרופות, במדינות רבות באירופה השיעור נמוך בהרבה -- באנגליה, באיטליה ובגרמניה הוא עומד על 10% בלבד. בשוודיה, שבה המסים גבוהים, עמד שיעור ההשתתפות על 22%, לפני ביטול מתן תרופות חינם לחולים כרוניים. לאחר הביטול הוא קפץ לשיעור של 35%, אבל מדיניות הרווחה בשוודיה מעניקה הנחות לנזקקים הנדרשים להוציא מזומנים לצורכי בריאות. בצרפת, שבה צריכת התרופות גבוהה, עומד שיעור ההשתתפות על 30% בערך, אבל קיים שם ביטוח רשות משלים, המעניק למטופלים החוזר על השתתפות בעלות תרופות באמצעות הביטוח הלאומי, והוא נפוץ מאוד (80% מהציבור).

נראה כי בארץ גם יש פחות הנחות לקבוצות נזקקות מאשר במקומות אחרים. במדינות רבות קשישים, חולים כרוניים וילדים אינם משלמים דמי השתתפות בעלות תרופות. במדינות מסוימות הפטור מתשלום מבוצע בהליך פשוט של חתימה בבית המרקחת על טופס שבאחורי המרשם. כך למשל נהוג באנגליה, שם 85% מהפריטים על-פי מרשם רופא פטורים מתשלום.

האם צריכה להיות שיטה אחידה?

אפשר לטעון, שיש להמשיך בשיטות השתתפות שונות, כדי לאפשר לחברי קופות החולים לבחור קופה ולקבל החלטות על סמך מידע. אולם בשל הבעיות שהותוו לעיל, ניתן בהחלט לטעון גם בעד הנהגת שיטה אחידה, שתהיה שקופה יותר ומובנת למטופלים ולאנשי הרפואה ותאפשר פיקוח של משרד הבריאות. דבר זה מעלה שאלה רגישה: איזו שיטה? - מנות או אחוזים, בהנחה שלא נאמץ גישה שונה לגמרי.

מדינות רבות אינן ששות להנהיג השתתפות המבוססת על כמות התרופות שמטופל זקוק להן. אף על פי כן נמסר, שמשרד הבריאות בוחן הצעה לפיה כל קופות החולים ישתמשו בשיטת המנות, כנראה כתוצאה מניסוי שערכה ה"כללית", אשר בו הנהיגה את שיטת האחוזים למשך תקופה קצרה בסוף 1998. הניסוי הופסק מפני ש"לא היה טוב לקופה", ולפעמים מפני ש"לא היה טוב לחברים" -- תלוי את מי שואלים. לדברי ד"ר יעקב פטרברג, מנכ"ל ה"כללית", משרד הבריאות הורה לקופה להפסיק את הגבייה בשיטת האחוזים⁸. על כל פנים, אם תיבחר שיטת המנות, עליה להיות ברורה ופשוטה, ולא השיטה המסובכת והלא-שקופה שהתפתחה ב"כללית".

לשיטת האחוז האחיד, כשהיא נבנית כהלכה, יש יתרון -- היא עשויה לעודד את המטופלים להיות "צרכנים נבונים", וכתוצאה מכך לקדם רישום תרופות וצריכת תרופות יעילות יותר. יתרון נוסף בשיטת האחוזים הוא שיקל לנטר את השפעתם של שינויים, להשוות בין קופות החולים ולקבוע מדיניות השתתפות בעתיד. בארצות הברית ובכמה מדינות אחרות נהוגה שיטת השתתפות מבוססת תמריצים, שבה המשתמשים משלמים את דמי ההשתתפות הנמוכים ביותר בקניית תרופות גנריות, דמי השתתפות גבוהים יותר על תרופות מומלצות או תרופות מותג הנמצאות בספר התרופות, ודמי ההשתתפות הגבוהים ביותר בעד תרופות מותג, שאינן בספר התרופות.

לסיום, אולי פחות חשוב איזו שיטה תיבחר, ויותר איך היא תנוהל -- בצורה אגרסיבית או באופן אחר. לדוגמה, "מכבי" ו"כללית", שבכל אחת מהן נקוטה שיטת השתתפות אחרת ופרופיל המטופלים בהן שונה, הגיעו בשנת 1988 לרמות הכנסה דומות וגבוהות לכל מטופל, אחרי התאמת גילים: 173 במכבי, 167 ש"ח, לעומת 99 ש"ח בלבד ב"לאומית", ובמאוחדת -- 138 ש"ח⁴.

סיכום

ההשתתפות בעלות תרופות על פי מרשם רופא, הכלולות בסל התרופות, מספקת מכשיר כיוול יעיל לבקרת ההוצאה הציבורית על תרופות. בסביבה פיננסית קשה, שבה שיעור התמיכה הממשלתית יורד, פונות קופות החולים למדיניות אגרסיבית יותר ויותר.

מה נחוץ:

* מידע, כדי שמטופלים, רופאים ורוקחים יוכלו לקבל החלטות מושכלות.

* פחות אגרסיביות בשיטת ההשתתפות, כדי להימנע מחסימת גישה לטיפול רפואי. גובה דמי ההשתתפות צריך להיות קשור ליכולתו של היחיד לשלם ואין להתעלם מכך, כפי שקורה עכשיו. יש לפרסם בהרחבה, על גבי כרזות ובמודעות, את התקרות והפטורים הקיימים, וכן לפשט את ההליך הביורוקרטי לקבלת פטור או החזר.

* קבוצות סינגור וארגוני צרכנים נדרשים להיות פעילים יותר בהעלאת סוגיות השתתפותם של מטופלים בעלות התרופות.

מהי גישה של התעשייה הפרמצבטית בתחום ההשתתפות? ככלל, תומכת התעשייה בהשתתפות המטופלים, הואיל והדבר מבטיח מימון וכניסה לסל התרופות, והוא עדיף על פני אופציות מדיניות אחרות, כגון פיקוח על המחירים ואי-כניסה לסל התרופות.

בהשוואה למדינות אחרות, בישראל יש עיוות מפני שהישראלי הממוצע מוציא הרבה יותר על השתתפות בעלות תרופות לפי מרשם רופא, הזכאיות להחזר (180 ש"ח לנפש לשנה) ועל תרופות הנמכרות מעל לדלפק, ללא מרשם רופא (60 ש"ח לנפש לשנה). **בפארמה** אנו מנטרים גם את המידה שבה נותנות קופות החולים הנחות לחבריהן, הקונים מבחר תרופות ללא מרשם רופא בבתי המרקחת של הקופה. הניתוח שלנו מראה, כי ככל שהקופה גדולה יותר ("כללית", "מכבי") כך נמוכה יותר ההנחה שהיא נותנת והיא מקמצת יותר במתן שירות זה.

איזו קופת חולים עדיפה?

קופת החולים, אשר מוציאה את הסכום הגדול ביותר על תרופות למטופל, היא "מכבי". הקופה האגרסיבית והחשאית ביותר באמצעים שהיא נוקטת להשתתפות המטופלים בעלויות היא ה"כללית". "מכבי" ו"כללית" נותנות את ההנחות הנמוכות ביותר על רכישת פריטים ללא מרשם רופא. "לאומית" נראית כ"עסקה" הטובה ביותר לציבור הנזקק לתרופות, עם ובלי מרשם. העצה הטובה ביותר למטופלים הזקוקים לטיפול תרופתי היא להשגיח בשבע עיניים על קופת החולים שלהם, להשוות אותה עם קופות אחרות ולהתלונן כשצריך.

מקורות

1. סאקס פ, זמינות ומימון של תרופות חדשות, פארמה, ביטאון מס' 5, 1995
2. options, PHARMA Bulletin No. 8, 1995 Containing drug expenditure: Evaluating the ,Sax P
3. .No. 15, 1998 ,*ibid* ,Sick fund expenditure and income from drugs ,Sax P
4. .No. 35, 2000 ,*ibid* ,Sick funds' management of drug economy ,Sax P
5. in the wake of national health insurance, Changes in drug economy in Israel's sick funds ,Sax P
605 Israel Medical Association Journal ,3: 2001
6. גרוס ר וברמלי-גרינברג ש, דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות, מכון ברוקדייל, 2001.
7. ראובני ח, השפעת ההשתתפות העצמית על רכישת תרופות מרשם בקהילה עבור ילדים עם זיהום, כנס מכון גרטנר, דצמבר 2000.
8. משרד הבריאות, נציב קבילות לחוק ביטוח בריאות, דו"ח 9-1998, 2000.
9. international experience in controlling pharma expenditure: Lessons from ,Bloor K & Freemantle N
patients, BMJ 312:1469, 1997 influencing
10. .Canada, Pharmacoeconomics 14(S1):81, 1998 Pharmaceutical policies in ,Karpetz H & Angus E

מרכז אדוה, ת.ד. 36529, תל-אביב 61364, טל. 03-5608871, פקס. 03-5602205

Fax. 03-5602205 ,Adva Center, POB 36529, Tel Aviv 61364, Tel. 03-5608871

e-mail: advainfo@netvision.net.il