

העלאת ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות ושירותים הכלולים בסל הבריאות: ניתוח טיוטת הצו בנושא והצעות חלופיות

גבי בן נון, נדב דוידוביץ' וניר קידר

נייר מדיניות מס' 06.2025

ירושלים, אב תשפ"ה, אוגוסט 2025

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'יין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז מקבל גם תמיכה שנתית נדיבה מתורמים פרטיים, מקרנות ומפדרציות יהודיות.

מרכז טאוב הוא מכון מחקר על-מפלגתי ובלתי תלוי העורך מחקרים איכותיים בנושאי חברה וכלכלה בישראל. המרכז מציג בפני מקבלי ההחלטות המובילים ובפני כלל הציבור בישראל תמונה רחבה המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית מדיניות ציבורית. הצוות המקצועי של המרכז ועמיתי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים וחוקרות בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים ומומחיות מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים מבוססי נתונים בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים שעל סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך וחלופות מדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

הפרסומים של מרכז טאוב הם על דעתם ועל אחריותם של מחבריהם בלבד. אין בהם כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

אנא צטטו מחקר זה כך:

Bin Nun, G., Davidovitch, N., & Kaidar, N. (2025). Increasing Copayments for Medications and Services Included in the Health Basket: Analysis of the Draft Regulation and Alternative Proposals. Taub Center for Social Policy Studies in Israel. <https://doi/10.5281/zenodo.15922064>

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

העלאת ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות ושירותים הכלולים בסל הבריאות: ניתוח טיוטת הצו בנושא והצעות חלופיות

גבי בן נון, נדב דוידוביץ' וניר קידר

מבוא

באוקטובר 2024 התקבלה [החלטת ממשלה](#) בנוגע להעלאת ההשתתפות העצמית של המבוטחים עבור תרופות, שירותים וטכנולוגיות רפואיות הכלולים בסל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהמשך לכך, בראשית שנת 2025 פורסמה [טיוטת צו ביטוח בריאות ממלכתי \(עדכון השתתפויות עצמיות\)](#), [התשפ"ה-2025](#), המפרטת את מטרת המהלך המוצע – איזון מקורות המימון של מערכת הבריאות – ואת השינויים המוצעים במסגרתו. ואולם מדיונים פנימיים שנערכו בנושא בין משרדי האוצר והבריאות עולה שככל הנראה האוצר אינו מתכוון להזרים את הכספים שניב מהלך זה למערכת הבריאות אלא להשתמש בהם כמקור להגדלת הכנסות המדינה. משרד האוצר מנמק זאת בצורך לכסות את החריגה בתקציב משרד הבריאות עקב ההקצאה של 1.4 מיליארד ש"ח בשנה לשנים 2024 ו-2025 לתחומי בריאות הנפש והשיקום.

מסמך זה ידון בהיבטים השונים של העלאת ההשתתפות העצמית בתרופות ובטכנולוגיות רפואיות, ינתח את השלכותיו הצפויות של המהלך ויצג כמה חלופות להגדלת מקורות המימון מתוך מערכת הבריאות שלא באמצעות העלאת ההשתתפות העצמית.

* פרופ' גבי בן נון, פרופסור חבר בדימוס, המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב והמחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; ניר קידר, מנכ"ל מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

השתתפות עצמית: רקע

הנימוק הכלכלי המרכזי להטלת תשלומי השתתפות עצמית על שירותי בריאות בכלל ועל תרופות בפרט הוא הרצון לצמצם ביקושים עודפים לשירותים רפואיים ולתרופות. שירותי בריאות מכוסים בדרך כלל על ידי מערכי ביטוח בריאות. אספקת תרופות ללא השתתפות עצמית עשויה להביא לצריכה עודפת של תרופות ללא צורך ממשי, לשימוש יתר בשירותי בריאות ולאגירת תרופות. כל אלה מטילים נטל כלכלי עודף על מערכת הבריאות ואף עשויים לגרום לפגיעה בבריאות. הדרישה להשתתפות עצמית של המבוטחים נועדה אפוא לצמצם תופעה זו, המכונה "סיכון מוסרי" (moral hazard) (Zweifel & Manning, 2000), ולסייע לשימוש מושכל בשירותים רפואיים, למניעת ביקושים עודפים ושימוש יתר ולריסון ההוצאה על בריאות.

להשתתפות העצמית בשירותי הבריאות יש עוד מטרה: היא מהווה אמצעי להגדלת המקורות הכספיים העומדים לרשות מערכת הבריאות, אם לשם מימון צרכים שונים של המערכת ואם כמקור חלופי שיאפשר להקטין את חלקו של המימון הציבורי בהוצאה הלאומית על בריאות.¹

הניסיון הבין-לאומי משימוש בהשתתפות העצמית ככלי לצמצום ביקושים עודפים ולריסון עלויות מלמד על תוצאות מגוונות: מחקרים מצביעים על כך שההשתתפות העצמית עשויה לצמצם ביקושים לשירותי בריאות חיוניים ושיש בה כדי להסית ביקושים משירותים שמוטל עליהם תשלום לכאלה שממשיכים להינתן חינם (Kolasa & Kowalczyk, 2019). הניסיון מלמד עוד שהשפעת הדרישה להשתתפות עצמית שונה עבור שירותי בריאות שונים, עבור אוכלוסיות מרמות הכנסה שונות ועבור טווחי זמן שונים. במטה-אנליזה של Sinnott et al. (2013) נמצאה עלייה של 11% בסיכוי לאי-התמדה בשימוש בתרופות בקרב אוכלוסיות המבוטחות בביטוח בריאות ציבורי בשל הדרישה להשתתפות עצמית בתרופות; ובקרב אוכלוסיות של חולים במחלות כרוניות דוגמת סוכרת ואי-ספיקת לב נרשמה ירידה בהיענות לטיפול תרופתי עקב העלאת ההשתתפות העצמית (Gourzoulidis et al., 2017).

ואולם בעוד הממצאים לגבי השפעת התשלומים על יעילות המערכת אינם חד-משמעיים, אין חולק על כך שככל שהתשלומים במערכת הבריאות גבוהים יותר, כן גדלה הפגיעה באופייה השוויוני. הצורך בתשלום עבור שירותי בריאות פוגע בנגישות לשירותים אלו

1 הגדלת מקורות המימון למערכת הבריאות יכולה כמובן להיעשות באופנים רבים אחרים, ועל כך נדון בהמשך. ואולם חשוב להדגיש כי ההצעה בטיטות צו ביטוח בריאות ממלכתי שבמוקד סקירה זו אמנם מגדילה את מקורות המימון של קופות החולים, אך נכון לזמן כתיבת מסמך זה ידוע על כוונה לקצץ במקביל תקציבים אחרים מקופות החולים; כך שאפשר לומר שמטרת המהלך היא לממן את כלל הוצאות הממשלה ולא לחזק את קופות החולים ואת מערכת הבריאות.

ומגדיל פערים בבריאות. הניסיון שנצבר בעולם בנושא זה מלמד שדרישה זו משפיעה בעיקר על אוכלוסיות חלשות, ושתופעת הוויתור על שירותים חיוניים מחריפה בעיקר בתקופות שבהן מתרחבים הפערים הכלכליים בין קבוצות שונות באוכלוסייה (Aaltonen, 2023).

כדי להקל את הנטל הכלכלי הכרוך בהשתתפות העצמית ולהקטין את היקף התופעה של ויתור על תרופות ושירותי בריאות חיוניים בשל הצורך בתשלום נקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כמו במקומות אחרים בעולם, מנגנונים של פטורים, הנחות ותקורות לקבוצות אוכלוסייה מסוימות. עם זאת נראה כי אין די בכך, ומבוטחים רבים עדיין בוחרים לוותר על תרופות ושירותים רפואיים נחוצים למרות הנזקים הבריאותיים שעשויים להיגרם בשל כך.²

המצב בישראל

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק בשנת 1994 קבע את המסגרת להשתתפות עצמית בתרופות ובשירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות. נוסף על כך, החוק קבע כי ההשתתפויות העצמיות יהוו חלק ממקורות המימון של קופות החולים ("עלות הסל"). לאורך השנים בוצעו כמה תיקוני חקיקה ביחס להשתתפות העצמית על תרופות שבסל, בעיקר כדי להקל את נטל התשלומים לקבוצות אוכלוסייה שונות.

ההשתתפות העצמית עבור תרופות שבסל נחלקת לשניים: עבור תרופות שמחירן המרבי לצרכן הוא עד כ-160 ש"ח ישלם המבוטח השתתפות עצמית בגובה 20 ש"ח או המחיר המרבי לצרכן, הנמוך מביניהם. עבור תרופות שמחירן המרבי לצרכן גבוה מ-160 ש"ח, גובה ההשתתפות העצמית הוא 10%-15%.

חולים כרוניים זכאים לתקרה רבעונית של השתתפות עצמית עבור התרופות שבסל. גובה התקרה הרבעונית עומד על כ-1,100 ש"ח לרבעון והוא משתנה מקופה לקופה. עבור חולים כרוניים מעל גיל פרישה המקבלים גמלת השלמת הכנסה או השלמה לגמלת נכות – גובה התקרה הרבעונית הוא מחצית מהתקרה שנקבעה לכלל הציבור.

עבור חולים כרוניים, ההוצאה המרבית על תרופות מרשם שבסל היא כ-367 ש"ח בחודש.³ אם במשק הבית יש כמה חולים כרוניים או בני משפחה הזקוקים לתרופות, ההוצאה גדולה יותר. בשנת 2022 הוציא משק בית ממוצע בישראל 151 ש"ח בחודש עבור תרופות (יצוין כי לא כל ההוצאה על תרופות היא בגין תרופות מרשם שבסל).

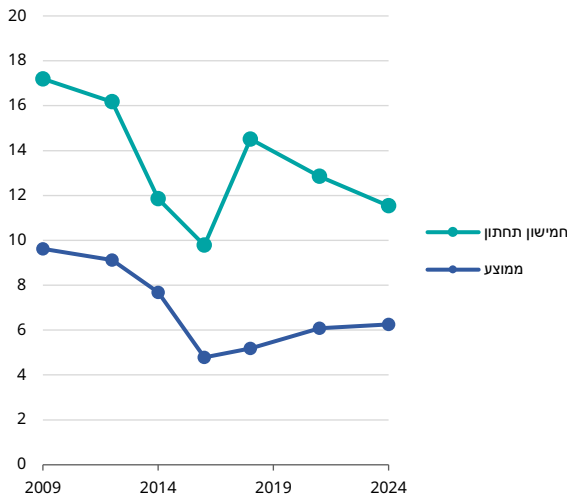
2 מחקרים מראים שעלייה בהשתתפות העצמית עשויה להביא לעלייה בתמותה, ואילו הורדת השתתפות עצמית מביאה לעלייה בהיענות לטיפול במחלות כרוניות (Cong et al., 2021; Doshi et al., 2009).

3 התקרה מחושבת ברמה רבעונית. גובה התקרה אינו אחיד בין קופות החולים.

בשנת 2023 עמד היקף ההשתתפויות העצמיות של המבוטחים על תרופות שבסל על כ-2.9 מיליארד ש"ח, כ-30% מהוצאות קופות החולים על תרופות שבסל (משרד הבריאות, 2024).

בסקרים של מכון ברוקדייל והלמ"ס ישנן עדויות רבות לויתור על צריכת תרופות מרשם וביקורים אצל רופא בשל הצורך בהשתתפות עצמית, בייחוד בקרב אוכלוסיות מהעשירונים התחתונים. מהנתונים המוצגים בתרשים 1 עולה שככל, בעשור וחצי האחרונים תופעת הויתור על תרופות מרשם נמצאת במגמת ירידה, ככל הנראה בעקבות שיפור במערכי הפטורים וההנחות שניתנו. עם זאת, ראוי לשים לב לשיעורי הויתור בחמישון התחתון, הגבוהים כמעט פי שניים מן השיעורים בקרב כלל האוכלוסייה, וכן לכך שבשנת 2016 חל היפוך מגמה בממוצע של כלל האוכלוסייה ושיעורי הויתור החלו לעלות.

תרשים 1. שיעור המבוטחים שוויתרו על תרופה או טיפול בגלל המחיר, 2009-2024



מקור: גבי בן נון, נדב דוידוביץ' וניר קידר, מרכז טאוב | נתונים: מכון ברוקדייל

מסקר שערך מכון ברוקדייל על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה בשנת 2024 (לרון ואחרים, 2024) וממחקר של ההסתדרות הרפואית בישראל על השפעת הנטל הכלכלי על צריכת שירותי בריאות (דגני ודגני, 2023) עולים כמה ממצאים מעניינים:

- בשנת 2024 6% מהאוכלוסייה ויתרו על תרופות מרשם או טיפול רפואי בגלל עלותם, לעומת 9% בשנת 2009. אמנם ככלל מדובר בשיפור, אך זהו עדיין שיעור לא מבוטל.
 - בקרב בעלי הכנסה נמוכה, שיעור הוויתור גבוה כמעט פי שניים מהממוצע.
 - חולים כרוניים מוציאים מאות שקלים בחודש על תרופות, סכום המשפיע על יכולתם לממן צרכים בסיסיים אחרים.
 - 11% מהחולים הכרוניים בישראל דיווחו כי הפחיתו מינוני תרופות או ויתרו עליהן כליל כדי לחסוך בעלויות.
 - בשנת 2023 26% מהקשישים דיווחו כי התשלומים על תרופות מכבידים עליהם "במידה רבה", ו-17% ממקבלי גמלת הבטחת הכנסה ויתרו על תרופות עקב קשיים כלכליים.
 - בקרב החברה הערבית, שיעור הוויתור על תרופות מרשם בשל מחירן עומד על 18.3%, כפול מהממוצע הלאומי.
- ניתן אפוא לראות שהדרישה להשתתפות עצמית משפיעה בעיקר על אוכלוסיות מוחלשות, תוך הפרת עקרון השוויון המעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

טיוטת צו ביטוח בריאות ממלכתי (עדכון השתתפויות עצמיות), התשפ"ה-2025

המהלך המוצע בטיטת הצו כולל הפחתה של 4.5% מתקרת ההשתתפות העצמית לחולים כרוניים וכן הרחבת האוכלוסייה שתקרת ההשתתפות שלה עבור תרופות היא 50% מהתקרה הרבעונית. במקום שהתקרה המופחתת תהיה רק לקשישים מקבלי הבטחת הכנסה, מתווספים אליה כלל מקבלי גמלת הבטחת הכנסה. לפי האומדנים בטיטת הצו, המשמעות הכלכלית של צעדים אלו היא הפסד הכנסה של כ-34 מיליון ש"ח בשנה.

לעומת הפחתות אלה מוצע בטיטת הצו להעלות ב-18% את גובה ההשתתפות העצמית עבור כל התרופות שמחירן בין 20 ל-220 ש"ח.⁴ העלאה זו תקפה גם לחולים כרוניים ולמקבלי הבטחת הכנסה שאינם מגיעים לתקרה הרבעונית. הצעה זו מנומקת בדברי ההסבר לצו בצורך באיזון מקורות המערכת. יש לציין כי בטיטת הצו לא מצוין השוויון הכלכלי של העלאת ההשתתפות העצמית.

כעת נבחן את המהלך המוצע תוך ניתוח השוואתי של השווי הכלכלי הנובע מהפחתת ההשתתפויות בתרופות והשווי הכלכלי הנובע מייקורן.

הפחתת ההשתתפויות העצמית ברכישת תרופות לחולים כרוניים ולמקבלי הבטחת הכנסה והפחתת ההשתתפויות העצמית ליום אשפוז סיעודי מורכב המוצעת בטיטות הצו היא ללא ספק צעד מבורך. בטיטות הצו מצוין כי שוויון של סך כל ההפחתות עומד על 34 מיליון ש"ח. מה שנעדר כאמור מטיטות הצו, ולא במקרה, הוא השווי הכלכלי של הגידול בהכנסות עקב העלאת ההשתתפויות העצמית ברכישת תרופות ב-18%, מ-20 ש"ח ל-23.5 ש"ח.

בהיעדר נתונים בטיטות הצו לגבי שווי הגידול בהכנסות כתוצאה מעדכון זה, ערכנו חישוב גס המתבסס על שווי ההכנסות מהשתתפויות עצמית בתרופות של ארבעת הקופות בשנת 2023. הנתון האחרון שהתפרסם בדוחות של משרד הבריאות על הוצאות קופות החולים מראה שהכנסות הקופות מהשתתפויות עצמיות של המבוטחים בתרופות עמד על כ-3 מיליארד ש"ח (משרד הבריאות, 2024).

על בסיס נתון זה (שאותו יש לעדכן לשנת 2025) ועל בסיס גובה ההתייקרות המוצג בטיטות הצו (כ-18%) ניתן לראות כי אפילו אם ההתייקרות תחול רק על מחצית התרופות, הגידול בהכנסות מעדכון תעריף ההשתתפויות העצמית יהיה **מעל 250 מיליון ש"ח**, וזאת לעומת הפחתה בהשתתפויות העצמיות לאוכלוסיות מיוחדות בהיקף של 34 מיליון ש"ח. כלומר, **הגידול הצפוי בהכנסות עקב העלאת ההשתתפויות העצמית גדול פי 8 מן הירידה הצפויה בהכנסות כתוצאה מן ההפחתה לאוכלוסיות מיוחדות**.

אימוץ הצעה זו יביא ככל הנראה לכמה תופעות לוואי:

- **פגיעה בנגישות.** העלאת מחיר ההשתתפויות העצמית תכביד את הנטל על כלל האוכלוסייה ובעיקר על חולים ממעמד הביניים ומהשכבות החלשות. יש חשש שהעלייה בהשתתפויות העצמית תוביל לויתור על רכישת תרופות חיוניות בקרב חלקים מהציבור ותביא לפגיעה בבריאות.
- **אי-שוויון מבני.** ההצעה אינה פותרת את בעיית היסוד של ההשתתפויות העצמית ככלי מימון גרסיבי אלא רק מחריפה אותה. גם אם קיים צורך מהותי בהגדלת מקורות המערכת, ניתן למצוא דרכים אחרות לעשות זאת בלי לפגוע באופייה השוויוני.
- **הסטת תקציבים ממערכת הבריאות למימון הוצאות שאינן קשורות לבריאות.** כפי שנאמר בפתח הדברים, התקציבים שיתווספו כתוצאה מהגידול בהכנסות עקב העלאת ההשתתפויות העצמית לא יופנו ככל הנראה למערכת הבריאות אלא ישמשו להקטנת חלקה של המדינה במימון עלות הסל. למרבה הצער, אין זו הפעם הראשונה

שבה על מנת להגדיל את הכנסות המדינה או להקטין את הוצאותיה משתמשים בכלים הנמצאים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי שלא למטרות הקבועות בו.⁵ זאת בעוד מקורות מימון פרוגרסיביים (כגון מיסים) אינם מובאים בחשבון כחלופה אפשרית להגדלת מקורות ההכנסה של המדינה.

- **יחסי הגומלין בין הגדלת מקורות המימון לפגיעה בבריאות הציבור.** הגידול בהכנסות עקב העלאת ההשתתפות העצמית למבוטחים יגדיל ככל הנראה את היקף תופעת הוויתור על תרופות ועל טיפולים רפואיים ויוביל לפגיעה בבריאות הציבור.

חלופות אפשריות להגדלת ההשתתפות העצמית

טיטת הצו הנדון מגדילה באופן משמעותי את נטל ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות וטיפולים ובשימוש בטכנולוגיות רפואיות – מהלך שנושא עימו כאמור סיכון ממשי לפגיעה בבריאות הציבור ובשוויוניות. כפי שהערנו לעיל, האוצר מתכוון ככל הנראה להשתמש בפתרון זה להגדיל את הכנסות המדינה, והבחירה לעשות זאת דווקא באמצעות כלי מימון שקשור לתחום הבריאות נובעת לטענתנו מן הצורך לכסות את החריגה הגדולה בתקציב משרד הבריאות לשנים 2024–2025 עקב ההקצאה לתחומי בריאות הנפש והשיקום. בלי להיכנס לשאלת תקפותו של טיעון זה, ישנן דרכים אחרות להגדלת מקורות המימון מתוך מערכת הבריאות שאינן צפויות לפגוע באופייה השוויוני של המערכת. להלן העיקריות שבהן:

- **ביטול תקרת התשלום של דמי ביטוח בריאות.** כיום עבור חלק השכר שמעל 5 פעמים השכר הממוצע במשק (כ-50 אלף ש"ח בחודש) העובדים פטורים מתשלום דמי ביטוח בריאות. ביטול הפטור יאפשר להגדיל את מקורות המימון העומדים לרשות מערכת הבריאות וישפרו את מידת הפרוגרסיביות של דמי ביטוח הבריאות, כפי שהוצע **בנייר שפרסם מרכז טאוב בשנת 2024**.

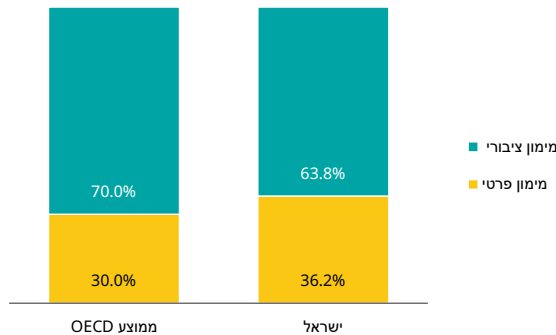
- **העלאת המס על מוצרי עישון.** העלאת המס על מוצרי עישון הוכחה במחקרים רבים ככלי אפקטיבי להפחתת שיעור המעשנים באוכלוסייה. בהעלאת המס טמונה תועלת כפולה: היא גם צפויה להגדיל את הכנסות המדינה וגם עשויה להביא להפחתת התחלואה והתמותה ועקב כך לחיסכון כלכלי למערכת הבריאות. ניתן לייחד חלק מההכנסות ממס הטבק לקידום פעולות למניעת עישון ולקידום בריאות, כפי שנהוג בכמה מדינות בעולם.

5 לפני כשנה הועלו דמי ביטוח הבריאות על מנת לממן שירותים שאינם כלולים בחוק באמצעות קיזוז השתתפות המדינה במימון עלות הסל.

■ **מיסוי משקאות ממותקים.** מחקרים רבים הוכיחו שמיסוי משקאות ממותקים מביא לירידה בצריכתם ועקב כך להפחתת הסיכון להשמנה ולסוכרת. בתקופה הקצרה שבה הוחל המס בישראל אכן נצפתה ירידה בצריכת משקאות ממותקים, בייחוד באוכלוסייה החרדית. גם במקרה זה מדובר בתועלת כפולה – הגדלת הכנסות המדינה לצד הפחתת התחלואה והתמותה וחיסכון כלכלי למערכת הבריאות. חשוב לציין כי בתקופת החלת החוק כל גורמי בריאות הציבור תמכו במס, לרבות אנשי בריאות הציבור מקרב החברה החרדית.

■ **שינוי סדרי העדיפויות בתקציב המדינה והגדלת הנתח המיועד למערכת הבריאות.** ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל היא מהנמוכות במדינות ה-OECD (תרשים 2). צורכי המערכת ההולכים וגדלים לנוכח קצב גידול האוכלוסייה בישראל והזדקנות האוכלוסייה מחייבים שינוי בסדר העדיפויות הלאומי והגדלת החלק המוקצה לבריאות בתקציב המדינה.

תרשים 2. מקורות המימון של מערכות בריאות – ישראל וממוצע ה-OECD, 2023



מקור: גבי בן נון, נדב דוידוביץ' וניר קידר, מרכז טאוב | נתונים: OECD

סיכום

העלאת ההשתתפות העצמית כאמצעי להגדלת מקורות המימון של מערכת הבריאות צפויה להחריף את אי-השוויון בבריאות ולהוביל להרעה בתוצאים קליניים, בייחוד במחלות כרוניות. המהלך המוצע, אף שמשולבות בו הפחתות נקודתיות לאוכלוסיות מסוימות, עתיד להכביד את הנטל על רוב האוכלוסייה ועלול להגדיל את היקף תופעת הוויתור על תרופות ושירותים רפואיים. משמעות נוספת של המהלך היא הגדלת חלקו של המימון הפרטי במערכת הבריאות, אשר כבר היום נחשב לאחד הגבוהים במדינות ה-OECD.

אנו קוראים למקבלי ההחלטות לדחות את התוכנית המוצעת להעלאת ההשתתפות העצמית ולבחון חלופות מימון פרוגרסיביות ויעילות יותר למען השמירה על בריאות הציבור.

מקורות

דגני, א', ודגני, ר' (2023). **מחקר בנושא השפעת הנטל הכלכלי על צריכת שירותי בריאות. ההסתדרות הרפואית בישראל.**

לרון, מ', פיאלקו, ש', גורליק, י', ונורמן, ט' (2025). **סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה 2024 – ממצאים ראשוניים.** מאירס ג'וינט ברוקדייל.

משרד הבריאות (2024). **דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2023.**

Aaltonen, K. (2023). **Austerity, economic hardship and access to medications: A repeated cross-sectional population survey study, 2013–2020.** *Journal of Epidemiology and Community Health*, 77(3), 160–167.

Cong, M., Chaisson, J., Cantrell, D., Mohundro, B. L., Carby, M., Ford, M., Liu, M., Kemp, L. S., Ouyang, J., Zhang, Y., Williams, H. C., Vicidomina, B. V., & Nigam, S. C. (2021). **Association of co-pay elimination with medication adherence and total cost.** *The American Journal of Managed Care*, 27(6), 249–254.

Doshi, J. A., Zhu, J., Lee, B., Kimmel, S., & Volpp, K. (2009). **Impact of a prescription copayment increase on lipid lowering medication adherence in veterans.** *Circulation*, 119(3), 390–397.

Gourzoulidis, G., Kourlaba, G., Stafylas, P., Giamouzis, G., Parissis, J., & Maniadakis, N. (2017). **Association between copayment, medication adherence and outcomes in the management of patients with diabetes and heart failure.** *Health Policy*, 121(4), 363–377.

Kolasa, K., & Kowalczyk, M. (2019). **The effects of payments for pharmaceuticals: A systematic literature review.** *Health Economics, Policy and Law*, 14(3), 337–354.

Sinnott, S-J, Buckley, C., O'Riordan, D., Bradley, C., & Whelton, H. (2013). **The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; A systematic review and meta-analysis.** *PLoS One*, 8(5), e64914.

Zweifel, P., & Manning, W. G. (2000). **Moral hazard and consumer incentives in health care.** In: Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Part A (pp. 409–459). Elsevier.