
■ סדרת ניירות מדיניות ■

גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם

מאת: דב צ'רניחובסקי, רוני גמזו, גיא נבון

■ נייר מדיניות מס' 2010.12 ■

ירושלים, תמוז תש"ע, יולי 2010

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

המרכז נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב, וארגון הגיוינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על-ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, גיין וגיון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף, וארגון הגיוינט האמריקאי.

פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים, ואת התומכים בפעולותיו.

עריכה : דלית נחשון-שרון
הכנה לדפוס : רותי לרנר

כתובת המרכז : רחוב האר"י 15, ירושלים
טלפון : 02-5671818
פקס : 02-5671919

דוא"ל : info@taubcenter.org.il
אתר האינטרנט : www.taubcenter.org.il

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוותים הבינתחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה, יחד עם מומחים מובילים בתחומי המדיניות, והצוות המקצועי של המרכז עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים החברתיים-כלכליים המרכזיים, אשר על סדר היום במדינה. ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות מוצגים בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על-ידי קשר ישיר, תכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים, ואת התומכים בפעולותיו.

חבר נאמנים

יושבת ראש: קארן וולף וכסלר

יושב ראש כבוד: הנרי טאוב

הלן אבלס, היינץ אפלר, אלן בטקין, דן בן-דוד, סטיוארט בראון, רלף י. גולדמן, רון גרוסמן, אלן מ. הלר, גיויס זף, דב לאוטמן, סטיבן ליברמן, אירוונג סמוקלר, גרג רוסהנדלר, ג'פרי קולוין, ג'ונתן קולקר, סטיבן שוייגר, מייקל שטיינהרדט

חבר כבוד: ישראל כ"ץ

מועצה בינלאומית מייעצת

האן אנצינגר (אוניברסיטת ארסמוס), סטוארט אייזנשטט (ושינגטון), הנרי ארון (ברוקינגס), מריו י. בלכר (ושינגטון), גרי ס. בקר (אוניברסיטת שיקגו), אדם גמורן (אוניברסיטת ויסקונסין), אלחנן הלפמן (אוניברסיטת הרווארד), פיטר הלר (קרן המטבע הבינלאומית), גיימס ג'. הקמן (אוניברסיטת שיקגו), ברטון א. וייסברוד (אוניברסיטת נורת'ווסטרן), דניאל כהנמן (פרינסטון), רוברט לייטן (ברוקינגס), אהרון צ'חנובר (הטכניון), לורנס קליין (אוניברסיטת פנסילבניה), ג'נט רותנברג-פאק (אוניברסיטת פנסילבניה)

סגל המרכז

מנהל: דן בן-דוד

שגית אזארי (חוקרת), חדוה אלמכיאס (מזכירת המרכז), יובל ארז (מנהל אדמיניסטרטיבי), חיים בלייד (חוקר), נחום בלס (חוקר בכיר), לורה ברס (קשרי חוץ), ג'וני גל (ראש תכנית מדיניות הרווחה החברתית), ערן ישיב (ראש תכנית מדיניות הכלכלה), אהרן כהן (תחזוקה), רותי לרנר (פרסומים), דלית נחשון-שרון (עורכת הפרסומים), דב ציריניובסקי (ראש תכנית מדיניות הבריאות), יוליה קוגן (חוקרת), איל קמחי (סגן מנהל, ראש תכנית מדיניות שוק העבודה), יוסי שביט (ראש תכנית מדיניות החינוך), קיריל שרברמן (חוקר)

מנהלים לשעבר: ישראל כ"ץ, יעקב קופ

חברי תכנית מדיניות הבריאות של מרכז טאוב

דוד חניניץ	דב צ'רניחובסקי, יו"ר
איתן חי עם	אורי אבירם
אורית יעקבסון	מאיר אורן
אבי ישראלי	אשר אלחיאני
שלמה מור-יוסף	ליאון אפשטיין
יעקב מנציל	בשורה באשורת
גיא נבון	רן בליצר
ניר קידר	גבי בן-נון
רחל קיי	נחלה בשורה
יוחנן שטסמן	איריס גינצבורג
אריה שירום	רוני גמזו
עמיר שמואלי	חיים דורון
יאיר שפירא	יונתן הלוי
מיקי שרף	ערן הלפרן
	טוביה חורב

גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם

דב צ'רניחובסקי*, רוני גמזו**, גיא נבון***

תקציר מנהלים

הישגיה של מערכת הבריאות בישראל, שהיו טובים עד כה לפי כל אמת מידה – רמת בריאות האוכלוסייה, שביעות רצון ועלויות – נחשפים בעשור האחרון לסיכון הולך וגובר כתוצאה מהעלייה בחלקה של ההוצאה הפרטית במימון המערכת. המצב חושף את המערכת לכשלי ואי-שכלולי שוק, שהם בעייתיים במיוחד בישראל, נוכח ההסדר ה"ייחודי" לפיו יש עידוד ביקושים לשירותים פרטיים במערכת הציבורית באמצעות הביטוחים המשלימים. השינויים מתבטאים באינפלציה של מחירים בשוק שירותי הרפואה הפרטי, הגולשת גם למערכת הציבורית. אינפלציה זו מבטאת אובדן יעילות ופגיעה בשוויוניות. הציבור משלם יותר אך אינו מקבל יותר שירות באותה מידה. המערכת נחשפת להשקעות לאימוץ טכנולוגיות בצורה בלתי מבוקרת אשר עלולות להיות בלתי יעילות ואף מיותרות לחלוטין. בהיבט של שוויוניות, עם עליית מחירים, יחסית למחירים אחרים ולהכנסה, פוחתת גם הנגישות לשירות, הנפגעת מלכתחילה מהצורך הגובר במימון פרטי לצורך רכישת שירות רפואי. יתרה מזו, השינויים במחירים עלולים לאותת, בבחינת לחץ דם גבוה, את אשר עלול להתבטא בסופו של דבר בפגיעה בבריאות הציבור ובהישגיה. זה סיפורה של ארה"ב לעומת מדינות מפותחות אחרות, לרבות ישראל עד כה. למרות עליונותה של המערכת האמריקאית מבחינה טכנולוגית ומבחינת רמת המשאבים שהיא משקיעה במערכת הבריאות, ביצועי מערכת זו נחותים לפי כל אמת מידה. ה"אמריקניזציה" במקורות המימון של המערכת הישראלית, המתבטאים בשלב זה באינפלציה ובהשלכותיה, מקרבת את ישראל למצב הנחות יחסית של המערכת האמריקאית.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, ראש תחום מדיניות בריאות במרכז טאוב ופרופסור במחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

** ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות. הנייר נכתב טרם מינויו של דר' גמזו למנהל הכללי של משרד הבריאות. הכתוב אינו מבטא בהכרח את דעת המשרד.

*** ד"ר גיא נבון, מחלקת המחקר, בנק ישראל. הכתוב אינו מבטא בהכרח את דעת בנק ישראל.

◀ תודה מיוחדת לקיריל שרברמן, ממרכז טאוב, על איסוף ועיבוד הנתונים.

גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם

דב צ'רניחובסקי, רוני גמזו, גיא נבון

תוכן עניינים

9	1. מבוא
11	2. הוצאה לאומית לבריאות
13	3. הוצאה לאומית לבריאות לנפש
16	4. מדדי מחירים בשירותי הרפואה
19	5. מקורות המימון וחלוקת נטל המימון
25	6. הדינמיקה של עליית המחירים
29	7. סיכום: שחיקה ביעילות ובשוויוניות ופגיעה אפשרית בבריאות הציבור
30	מקורות

גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם דב צ'רניחובסקי, רוני גמזו, גיא נבון

1. מבוא

בשנים האחרונות נכתב רבות על הירידה בחלקו של המימון הציבורי מכלל המימון של מערכת שירותי הרפואה בישראל (צ'רניחובסקי, 2007; 2008; בן-נון, 2008). ירידה זו מתבטאת באופן מיידי בפגיעה בנגישות לשירות רפואי ובהפחתת ההגנה על תקציב משקי הבית מפני הוצאה על שירות זה. הגם שמדובר בהתפתחות על פני עשור, אין לצפות שתוצאותיה יבואו כבר עתה לידי ביטוי משמעותי במודדים של בריאות הציבור, כמו תמותת תינוקות ותוחלת חיים. בהעדר אירועים מיוחדים, השינויים במודדים אלה, כתוצאה מירידה בנגישות לשירות ומהפגיעה בתקציב משקי הבית, הם איטיים ומגיעים לידי ביטוי לאחר תקופה ארוכה.

עם זאת, ניתן להבחין כבר עתה בהתפתחות סימנים מקדימים, ובראשם האינפלציה במחירי שירותי רפואה, שהופעתה משמשת כאינדיקטור ראשוני, כילחץ דם גבוה, להתפתחויות הצפויות ברמת בריאות הציבור. זה סיפורה של ארה"ב לעומת מדינות מפותחות אחרות, ובהן גם ישראל – לפחות עד כה. ביצועיה הנחותים של המערכת האמריקאית ביחס למדינות אחרות בכל מדד, כך גם בתמותת תינוקות ובתוחלת חיים, ידועים (Chernichovsky, 2007; 2006; Schoen et al., 2007; Davis et al., 2009). אלה מלווים בעלויות מחירים הקשורות לחלקו הגבוה של המימון הפרטי בשוק הרפואה האמריקאי ביחס למדינות מפותחות אחרות. זאת למרות עליונותה של המערכת האמריקאית מבחינה טכנולוגית ומבחינת רמת המשאבים שהיא משקיעה במערכת הבריאות.

בהקשר רחב זה, העבודה בוחנת מגמות במימון מערכת שירותי הרפואה בישראל בהשוואה ל-22 המדינות המפותחות החברות ב-OECD (ללא

ארה"ב) – להלן OECD-22 – מצד אחד¹, ולעומת ארה"ב מצד שני. ההשוואה והבחינה מביאות בחשבון, לראשונה, את הפרופיל הדמוגרפי של המדינות השונות ואת השתנותו לאורך זמן. הבחינה מתמקדת בעלייה שחלה במחירי שירותי הרפואה, כביטוי לאובדן היעילות וליכולת הבקרה על ההוצאות של המערכת, זאת בנוסף לפגיעה בשוויוניות. עליית המחירים (האינפלציה) מובלת על-ידי הגידול היחסי בהוצאה הפרטית אשר מזינה את העלייה הזו במחירים.

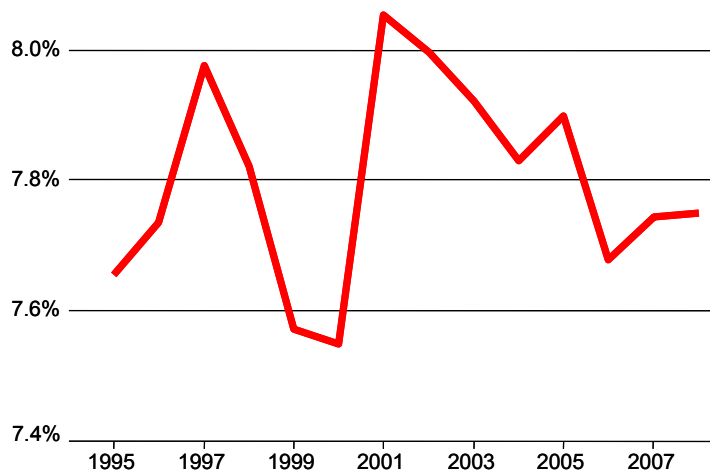
בסעיפים הבאים של העבודה מוצגת, ראשית, הבחינה של ההוצאה הלאומית לבריאות (סעיף 2) ולאחריה – של ההוצאה בממוצע לנפש (סעיף 3) בפרספקטיבה בינלאומית. הסעיף שלאחר מכן (סעיף 4) מציג את מדדי המחירים אשר העבודה משתמשת בהם. השינויים במקורות המימון ובחלוקת הנטל הציבורי והפרטי בתוך כל אחד מהם נבחנים בהמשך (סעיף 5). הדינמיקה של האינפלציה בשוק שירותי הרפואה נבחנת בסוף העבודה (סעיף 6). לאורך כל הדיון ובסיכומו (בסעיף 7) נבחנות ההשפעות של השינויים במימון על יעילות המערכת ועל שוויוניותה, כסימנים ראשונים, המתריעים על העלול להתרחש מבחינת בריאות הציבור ושביעות רצונו של הציבור ממערכת הבריאות.

¹ לאחרונה, הצטרפה ישראל לארגון ה-OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). המדינות הכלולות ב-OECD-22 הן: אוסטרליה, אוסטריה, בלגיה, קנדה, דנמרק, פינלנד, צרפת, גרמניה, יוון, איסלנד, אירלנד, איטליה, יפן, קוריאה הדרומית, לוקסמבורג, הולנד, ניו-זילנד, נורבגיה, ספרד, שבדיה, הממלכה המאוחדת. המדינות שהוצאו הן: תורכיה, מקסיקו, צ'כיה, סלובקיה, הונגריה ופולין. היינו, ההשוואה היא עם מדינות בעלות הכנסה ובעיקר טכנולוגיה רפואית אשר ניתן לשייך להן גם את ישראל.

2. הוצאה לאומית לבריאות

ההוצאה הלאומית לשירותי רפואה בישראל ב-2008 עמדה על 7.7 אחוזים מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) – ערך סך המוצרים והשירותים שהמשק מייצר (ראה תרשים 1). ככלל, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שיעור זה מההוצאה קבוע יחסית, במגמה ארוכת טווח. ה"שיא" של שנת 2001 – 8.1 אחוזי תוצר – מבטא, ככל הנראה, ירידה בתוצר באותה תקופה, אשר לא התבטאה באופן מיידי בירידה מקבילה בהוצאה הלאומית לשירותי רפואה.

תרשים 1
הוצאה לאומית לשירותי רפואה בישראל כאחוז מתמ"ג, 1995-2008



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

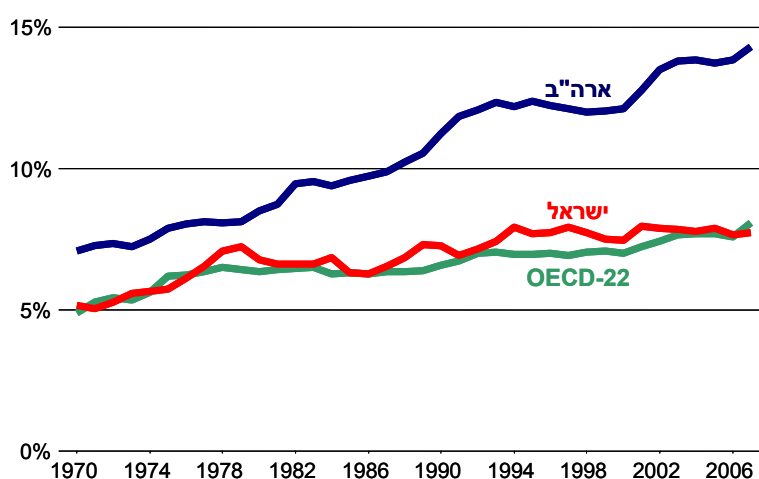
לאורך למעלה מ-40 שנה ישראל שומרת על צמידות יחסית של חלק ההוצאה שלה לבריאות מתוך התוצר, הן ביחס ל-OECD-22 והן ביחס לארה"ב (תרשים 2). במרבית התקופה האחוז בישראל אף גבוה מהמוצע למדינות

ה-OECD-22, במיוחד לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. האחוז מתכנס לממוצע של OECD-22 בשנת 2007, עם סימן ראשוני, אשר איננו מצביע בהכרח על שינוי מגמה, לירידה מתחת לממוצע ה-OECD-22 בשנה זו. לאורך זמן המשק הישראלי מקדיש, אפוא, לשירותי רפואה – כחלק מהתוצר – בדומה לממוצע של מדינות מפותחות אחרות, המעניקות ביטוח בריאות ממלכתי.

האחוזים בישראל וב-OECD-22 נמוכים בהשוואה לארה"ב. בולטת במיוחד מגמת הגידול בפער החל בשנות ה-80 בין ארה"ב ובין שאר המדינות המפותחות, לרבות ישראל².

תרשים 2

הוצאה לאומית לשירותי רפואה כאחוז מתמ"ג*
ישראל, OECD-22 וארה"ב, 1970-2007



* הוצאה לשירותי רפואה לנפש סטנדרטית במונחי נוסחת הקפיטציה הישראלית.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה; פורטל סטטיסטי OECD.

² בהתייחס להוצאה הגבוהה יחסית של ארה"ב על שירותי רפואה, הפרדתה מהסדרה המלאה של ה-OECD-22 וההתמקדות במדינות בהן הזכאות לשירותי בריאות אוניברסלית (לרבות ישראל, למעשה, גם בטרם הוחל חוק ביטוח הבריאות הממלכתי), מורידה את ממוצע ה-OECD ומשפרת את מעמדה היחסי של ישראל בהשוואה.

3. הוצאה לאומית לבריאות לנפש

החל בשנת 1995 יש הלימה בין השינויים בתוצר לנפש בישראל ובין השינויים בהוצאה לאומית לשירותי רפואה לנפש רגילה ואף לנפש סטנדרטית, המביאה בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה (ראה הקווים העליונים בתרשים 3). ממצא זה מתבטא בהשוואה הבינלאומית לעיל, לפיה ישראל שומרת באופן יחסי על חלק ההוצאה על שירותי רפואה בתוצר, כמו מדינות ה-OECD-22, כאשר כל הנתונים מביאים בחשבון את הרכב הגיל של האוכלוסיות השונות. הסדרות לעיל מתוקנות למחירי התוצר אך לא למחיר היחסי של שירותי הרפואה – המשקלל מדד ציבורי ופרטי – ביחס לתוצר (ראה להלן בסעיף 4).

החל בשנת 2001 השפעתה של האינפלציה היחסית במחירי שירותי הרפואה לעומת מחירי התוצר מתגברת. אינפלציה זו מקוזזת בצורה הולכת וגדלה את הגידול בהוצאה הריאלית – מתוקנת מחירי תוצר בלבד – לנפש סטנדרטית, כפי שמתואר על-ידי הקו התחתון בתרשים 3. כלומר חלק מהגידול בהוצאה במחירי התוצר אינו גידול ריאלי או ממשי בכמות שירותי הרפואה אלא בעלותם.

נפש סטנדרטית

השימוש ב"נפש סטנדרטית" מסייע להביא בחשבון צורכי רפואה של אוכלוסייה באמצעות התפלגות הגילים שלה (ומשתנים אפשריים אחרים), על-ידי ביטוי צרכים אלה במונחים של צרכים יחסיים של קבוצות גיל שונות. בהתאם, לכל גיל או לקבוצת גילים משקל במונחי קבוצת בסיס מסוימת. לפי נוסחת הקפיטציה הישראלית, למשל, אם מניחים שקבוצת גיל הבסיס הם בני 35-55, היינו שמשקלם שווה 1, כי אז המשקל של בני 85 ומעלה בנוסחה הוא 6. קביעה זו מניחה כי עלות צורכי הרפואה של הקבוצה הקשישה היא פי 6 מצורכי הקבוצה הצעירה. לפיכך, אוכלוסייה מבוגרת יותר תהיה גדולה יותר במונחי נפשות משוקללות, או תהיה עם צרכים רפואיים גבוהים יותר, מאשר אוכלוסייה בגודל זהה אך צעירה יותר.



* מתוקן לנפשות סטנדרטיות במונחי נוסחת הקפיטציה הישראלית.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

סביר להניח, שמחירים גבוהים יותר משקפים גם איכויות טיפול ושירות שונות, לרבות חיסכון בזמן המתנה. אולם הדבר נכון גם לגבי מחירי התוצר. אין סיבה להניח שהאינפלציה היחסית מבטאת איכויות אלה מאחר שאין סיבה להניח כי השינויים הטכנולוגיים ברפואה גבוהים מאשר בתחומי חיים אחרים וכי השפעתם דומיננטית דווקא במגזר שהוא עתיר עבודה, כפי שיידון בהמשך.

אין נתונים מסודרים ובני השוואה על עליית המחירים היחסית של שירותי הרפואה במדינות OECD הרלוונטיות, להוציא את צרפת וקנדה, אשר אינן בהכרח מייצגות (ראה תרשים 4). יחד עם זאת, קשה להתעלם מההבדל הבולט בין צרפת וקנדה לבין ישראל ומה"אמריקניזציה" המתפתחת במגמת המחירים של שירותי הרפואה בישראל.

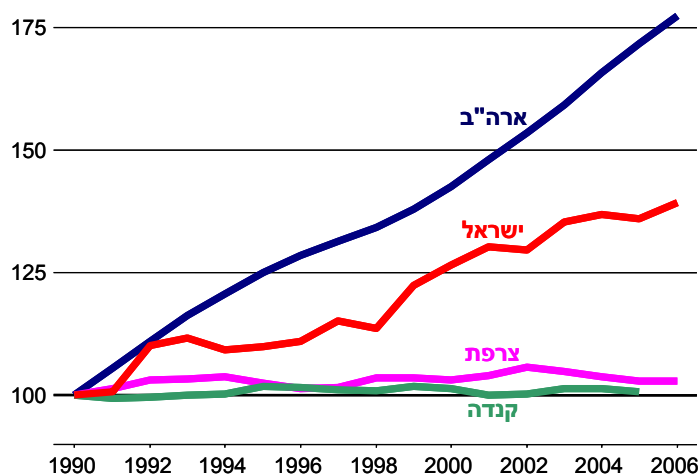
אינפלציה יחסית

אינפלציה היא תהליך עליית מחירים ליחידת מוצר סטנדרטית, במונחי איכות. עליית מחירים עשויה לבטא שינוי באיכות המוצר אך עלולה להתרחש ללא שינוי כזה. כי אז אינפלציה מצביעה על אובדן יעילות; היא מבטאת מחיר גבוה יותר לאותו דבר כמו גם יכולת קנייה מצומצמת יותר בהכנסה נתונה. כן, אינפלציה תורמת לפגיעה בשוויוניות בהיותה "מס" אשר אינו מבחין בין קבוצות הכנסה.

שינוי מחירים יחסי מבטא שינוי מחירים של מוצר או סל מוצרים ביחס לשינוי מחירים של מוצר או סל מוצרים שונים, או ביחס להכנסה. במקרה של אינפלציה או עליית מחירים יחסיים, יכולים לקנות פחות מהמוצר או הסל שמחירו היחסי עלה, אלא אם הקונה מסיט הכנסה מצריכה אחרת לטובת קנייה של אותה כמות ממוצר או סל זה.

תרשים 4

מדד מחירים של שירותי רפואה ביחס למחירי תמ"ג
ארה"ב, ישראל, צרפת וקנדה, 1990-2006



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

4. מדדי מחירים בשירותי הרפואה

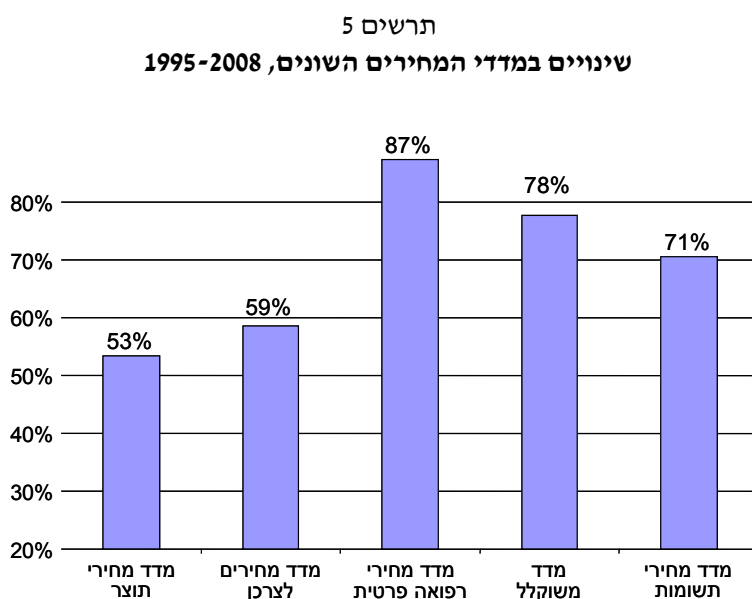
בישראל שלושה מדדי מחירים הנוגעים לשירותי רפואה. אלה כלהלן:

- **מדד מחירי שירותי הבריאות** של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מתייחס למחירי ההוצאה הפרטית ומורכב בעיקר ממחירי מרכיבי הוצאה זו: ביטוחי בריאות, רפואת שיניים, תרופות והוצאה על טיפולים במימון פרטי. מדד זה מפורסם בפרקי ה"מחירים" בשנתונים הסטטיסטיים של הלמ"ס.
- **מדד יוקר הבריאות** הוא "מדד מחירים, שעל פיו מעודכנת עלות של שירותי הבריאות מדי שנה. מרכיבי מדד מחירים זה, כמו משקלו של כל מרכיב, מפורטים בתוספת החמישית לחוק. החל בינואר 2005 בוטל מרכיב המדד הסיטונאי של מחירי התרופות ומרכיב מדד המחירים לצרכן גדל בהתאם" (קידר וחורב, 2010).
- **מדד תשומת הבריאות** הוא "מדד שפותח במשרד הבריאות ותכליתו לאמוד שינויים במחירי התשומות לאספקת של השירותים בקופות-החולים. בפרסום זה כוללים מרכיבי מדד תשומות הבריאות את מחיר יום אשפוז (שמשקלם 50 אחוז), מדד השכר במגזר הבריאות (30 אחוז) ומדד המחירים לצרכן (20 אחוז)" (קידר וחורב, 2010).

למעשה במובנים רבים המדד השני מוכל במדד השלישי ותנועת שני המדדים קרובה ומייצגת את עלויות הייצור של מערכת הבריאות הציבורית, אשר אינה עומדת במבחן שוק בדומה למערכת הפרטית המיוצגת על-ידי המדד הראשון³. בהתאם, בעבודה זו המדד "מחירי שירותי הבריאות" משמש לתיקון ההוצאה הפרטית בעוד ש"מדד התשומות" משמש לתיקון ההוצאה הציבורית. ה"מדד המשוקלל" של סך ההוצאה לבריאות משמש לתיקון ההוצאה הלאומית לבריאות והוא מתקן הוצאה זו לפי שני המדדים, בהתייחס לחלקם היחסי בסך ההוצאה.

³ על הבעייתיות בנושא המדדים האחרונים לרבות המלצות לתיקון, ראה דו"ח "ועדת אמוראיי" (מדינת ישראל, 2002).

סיכום ההתנהגות של המדדים השונים לאורך זמן נתונים בתרשים 5, בו בולטות העליות היחסיות של מדדי הרפואה ביחס למחירי התוצר וביחס למדד המחירים לצרכן. במיוחד בולטת עלייתו היחסית של מדד המחירים הפרטי.

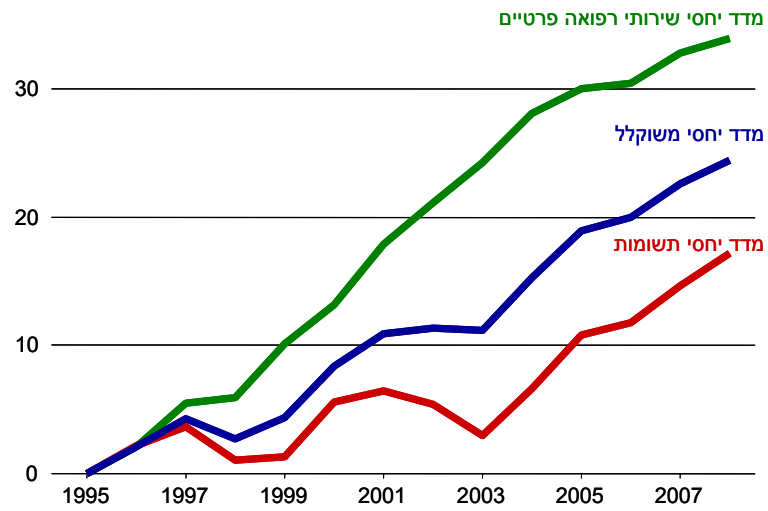


מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות.

העלייה היחסית של מחירי הרפואה ביחס למחירי התוצר מתוארת בתרשים 6. חשוב לזכור, שמדדי הרפואה השונים מוכלים במחירי התוצר ובמחירים לצרכן. לו הוצאו ממדדים אלה, כראוי, התמונה ביחס לעלייה היחסית במחירי שירותי הרפואה הייתה עגומה יותר.

תרשים 6

עליית מחירים של שירותי רפואה פרטיים
מחירי תשומות ומדד משוקלל ביחס למחירי תוצר, 1995-2008



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות.

5. מקורות המימון וחלוקת נטל המימון

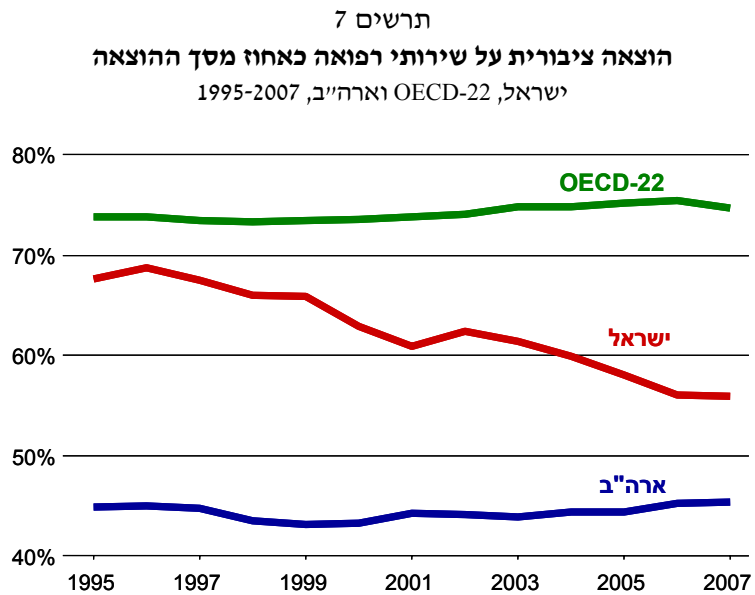
בחינת מקורות המימון וחלוקת נטל המימון נוגעת לתמהיל הציבורי-פרטי, להרכב המימון הציבורי, ולהרכב המימון הפרטי. באלה יש כדי להצביע על המקורות להתנהגות המחירים, כמו גם על מגמות בפרוגרסיביות המימון.

א) **התמהיל הציבורי-פרטי.** המימון הפרטי בישראל כולל גם ביטוחים משלימים (שירותי בריאות נוספים – שב"ן), אשר יש להם אופי "חצי ציבורי". היות שקיימת חובה של הקופה לקבל לביטוח המשלים כל פונה, ללא תקופת אכשרה, הפרמיה היא קבוצתית והשירותים ניתנים בעין (צירניחובסקי, 2008). אף על פי כן, הביטוחים המשלימים נחשבים בדיון זה כהוצאה פרטית.

לפי החלוקה החדשה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2009א), חלקו של המימון הציבורי ירד מ-68.7 אחוז מסך ההוצאה לשירותי רפואה בשיאו, ל-57.8 אחוז בשנת 2008 (ראה תרשים 7). למרות שאין בסדרה החדשה כדי לשנות את המגמה של העלייה בחלקו של המימון הפרטי, הסדרה מעמידה את ישראל, אגב השוואה נכונה יותר, במקום נחות יותר ביחס לכלל מדינות ה-OECD מאשר הסדרה הקודמת.

יש לזכור כי השנים 1995 ו-1996 היו שנות מעבר: המס המקביל עדיין היה תקף ובמקביל התחילו לגבות מס בריאות. עם זאת, ב-1998, לאחר שהמס המקביל בוטל לחלוטין, אחוז ההוצאה הציבורית במימון ההוצאה הלאומית לשירותי רפואה היה עדיין גבוה יחסית – 65.4 אחוזים.

אמנם אחוז המימון הציבורי במערכת היה נמוך מהממוצע של ה-OECD-22 לאורך התקופה 1995-2007 (תרשים 7), והפער הצטמצם בשנים 1995-1996, כאשר ישראל, לאחר החלת החוק, הצטרפה למדינות המפותחות בהבטחת זכאות אוניברסלית לשירותי רפואה. אולם, מאז ישראל מתרחקת בקצב הולך וגדל מהדפוס של ממוצע OECD-22 ומתקרבת לתמהיל הציבורי-פרטי של ארה"ב במימון מערכת הבריאות. זהו המאפיין הבולט ביותר במימון המערכת הישראלית מאז שהוחל בה חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

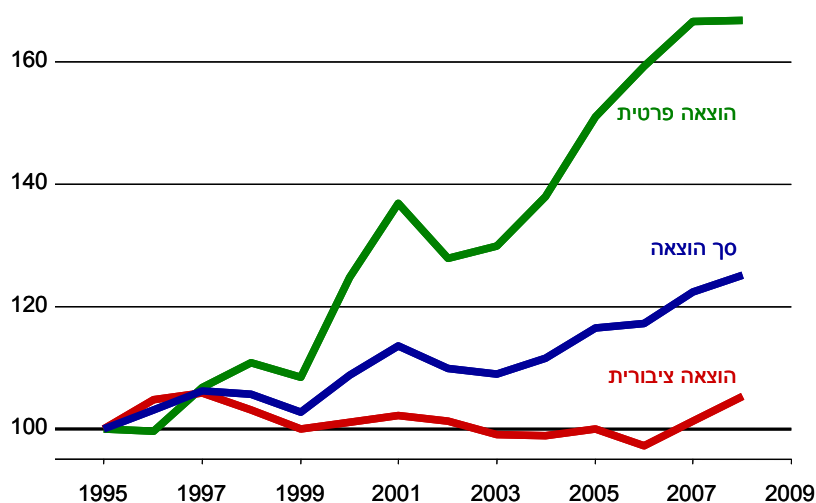


מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

הגידול בהוצאה לנפש סטנדרטית מאז 1997 היה כולו במימון הפרטי (והחצי-פרטי) והעלייה בהוצאה לנפש, במונחי מחירי תוצר, מומנה בעוד שההוצאה הציבורית לנפש נשארה קבועה במחירי התוצר (תרשים 8).

תרשים 8
**מדדי הוצאה פרטית, הוצאה ציבורית וסך ההוצאה לשירותי רפואה
 לנפש סטנדרטית, מחירים קבועים של תמ"ג 2007**

1995-2008
 שנת הבסיס 1995



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
 נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה; פורטל סטטיסטי OECD.

(ב) **המימון הציבורי**. המימון הציבורי מורכב מהקצאה מתקציב המדינה ו"מס הבריאות" הנגבה באמצעות המוסד לביטוח לאומי. לאורך השנים חלה עלייה בחלקו של מס הבריאות מכלל מקורות המימון הציבורי, מ-31.5 אחוז מסך המימון הציבורי בשנת 1995 (כולל המס המקביל אשר היה קיים בשעתו), ל-44.6 אחוז בשנת 2008.⁴

⁴ ראוי לציין כי מס הבריאות פרוגרסיבי פחות מהמס הכללי, כך שאם במשך התקופה תמהיל המיסים הכלליים לא השתנה או חלקו של מס הכנסה לא ירד ביחס למיסים אחרים, הרי שיש ירידה בפרוגרסיביות המימון של שירותי הרפואה עקב שינוי בתמהיל הציבורי.

ג) **המיימון הפרטי**. ההוצאה הפרטית של משקי הבית על שירותי בריאות עלתה נומינלית בתקופה 1997-2007 ב-103 אחוז (7.6 אחוזים בממוצע שנתי), בעוד ההוצאה לתצרוכת עלתה באותה תקופה ב-43 אחוז (3.6 אחוזים ממוצע שנתי⁵). הגידול היחסי בהוצאה על שירותי בריאות הביא לעלייה בחלקה של ההוצאה הפרטית על בריאות כאחוז מכלל ההוצאה לתצרוכת – מ-3.8 אחוזים בשנת 1997 ל-5.3 אחוזים ב-2007.

הגידול בהוצאה הנומינלית הפרטית על שירותי בריאות לא היה אחיד בתקופה הנסקרת. לוח 1 מציג את השינוי בהוצאה הפרטית לשירותי רפואה וברכיבי ההוצאה בשנת 2007 בהשוואה ל-1997. בתקופה הנסקרת התרחב מאוד שיעור המבוטחים בביטוחים וולונטריים בעיקר משלימים. תופעות אלו באו לידי ביטוי גם בגידול בהוצאה על ביטוחים אלה. בשנת 2007 ההוצאה עליהם הגיעה ל-26 אחוז מסך ההוצאה הפרטית של משקי הבית לשירותי בריאות לעומת 11 אחוז בשנת 2007. זאת, לצד גידול מתון יותר בשירותי הבריאות הפרטיים האחרים, הכוללים בעיקר הוצאה על תרופות ורפואת השן⁶.

כפי שכבר צוין, הגידול בהוצאה הפרטית לשירותי בריאות במהלך העשור 1997-2007 משקף עליית מחירים גבוהה יחסית בהוצאה הפרטית לשירותי רפואה. בתקופה הנסקרת נרשמה עלייה כמותית של 3.2 אחוזים⁷ ועליית מחירים של 4 אחוזים בממוצע שנתי. הגידול במחירי שירותי הרפואה בתקופה הנסקרת היה גבוה מהגידול במדד המחירים לצרכן, שעלה ב-2.3 אחוזים, בממוצע שנתי. הגידול החד בהוצאה על ביטוחי בריאות, למשל, משקף בעיקר גידול של 11.2 אחוז בכמויות לצד גידול של 4.7 אחוזים במחירים. גידול זה עולה רק במקצת על עליית המחירים הכוללת בבריאות (4 אחוזים בממוצע).

⁵ מקור הנתונים: סקרי הוצאות משקי הבית לשנים 1997-2007.

⁶ דו"ח נפרד בנושא ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה נמצא בהכנה.

⁷ השינויים בכמות, במחיר ובסך ההוצאה מחושבים על בסיס ממוצע גיאומטרי רב-שנתי לשנים 1997-2007.

לוח 1. השינוי בהוצאה הפרטית לבריאות ובריכייה לנפש מתוקנת לפי נוסחת הקפיטציה, 2007 לעומת 1997, ממוצע גיאומטרי שנתי (אחוזים)

הוצאות אחרות לבריאות**	שירותי רפואה*	רפואת השן	ביטוחי בריאות	סך-כל שירותי הבריאות	
33.0	13.0	28.0	26.0	100.0	המשקל ב-2007
34.0	17.0	38.0	11.0	100.0	המשקל ב-1997
6.7	4.6	4.1	16.9	7.0	השינוי הכולל (כמות* מחיר)***
3.3	0.6	0.4	11.2	3.0	הגידול בכמות
3.4	4.0	3.7	4.7	4.0	הגידול במחירים
1.1	1.7	1.4	2.4	1.8	הגידול היחסי במחירים

* מדובר בעיקר בהוצאות על ניתוחים, טיפולים פסיכולוגיים ופסיכיאטריים וטיפולים להתפתחות הילד.

** מדובר בעיקר בהוצאות על תרופות (המינוח הוא של הלמ"ס).

*** השינוי הכולל הוא מכפלה של השינוי במחירים בשינוי של הכמויות.

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקרי הוצאות משק הבית, שנים שונות (השינוי במחירים חושב על בסיס מדד מחירי הבריאות ומדדי מחירים לכל תחום הוצאה בסקרים).

נתוני ההוצאה הפרטית מאששים ומחזקים את נתוני ההוצאה הלאומית בדבר התפתחות אינפלציה יחסית בשירותי הרפואה בכל סעיפי ההוצאה הפרטית.

ד) **סך-כל השינויים בהרכב המימון.** סיכום השינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות בישראל בתקופה 1997-2008 מוצג בלוח 2. לנוכח הירידה היחסית במקורות הציבוריים במימון, ובעיקר בחלקו של התקציב הכללי, יש עלייה במימון של משקי בית, בעיקר באמצעות ביטוחים משלימים או מימון בעל גוון חצי-ציבורי. המימון הופך יותר רגרסיבי בעליל.

לוח 2. שינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות בישראל, 1997 ו-2008
(אחוזים)

2008	1997	
100.0	100.0	סך-הכל
29.6	38.1	תקציב המדינה
25.9	26.2	מס בריאות
42.2	33.1	הוצאות משקי בית
2.3	2.6	תרומות

מקור: הלמ"ס, 2009: שנתון סטטיסטי לישראל, מסי' 60, לוח 6.3.

6. הדינמיקה של עליית המחירים

האינפלציה – המבטאת אובדן יעילות, שוויוניות ורווחה בכלל – מבטאת במיוחד במקרה הישראלי את האינטראקציה בין הפרטי והציבורי במערכת שהיא למעשה של כלים שלובים. אכן את האינפלציה היחסית, שהיא חסרת מקבילה בשירותי הרפואה ב-OECD-22, ניתן לייחס להסדרי התמהיל הציבורי-פרטי בישראל. ההסדרים בין הביטוחים הפרטיים, בעיקר הביטוחים המשלימים, לבין הספקת השירותים, שביטוחים אלה מממנים, מעצימים כשלי ואי-שכלולי שוק. נזקם של אלה גדול אף יותר מנזקם של ביטוח ורפואה פרטיים, שאין בהם מעורבות ציבורית כלל. היינו, המצב בישראל עלול להתפתח למצב חמור יותר מהמצב בארה"ב.

ביטוחים אלה, אשר כמעט כל הציבור מחזיק בהם היום, מגבירים ביקושים לשירות רפואי בעידוד הקופות ובעידוד ספקי שירות הפועלים במערכת הציבורית⁸. קופת-החולים או נתן השירות במערכת הציבורית יכולים למיין את החולים לפי יכולתם לשלם באופן ישיר מהכיס או באמצעות הביטוח ולהפנותם לטיפול פרטי של נתן השירות המפנה לעצמו. זה מצב קלסי של חיזוק מעמד מונופוליסטי של מבטחים/קופות ושל ספקי שירות ביחס לציבור, בעידוד הסדרי מימון ציבוריים בסופו של דבר.

חמור מכך, הביטוחים הפרטיים למיניהם יכולים לממן רק פעילות המתבצעת מחוץ למערכת במימון ציבורי. היינו, הביקושים שנוצרו בעקבות הביטוחים למיניהם בתוך המערכת הציבורית מנותבים למערכת מתן שירות פרטית של אותם נותני שירות העובדים במערכת הציבורית. הביטוחים הפכו כלי לבחירת רופא ולהקדמת תור.

גם הקופות וגם נותני השירות מעודדים ביקושים והוצאות פרטיים באמצעות ביטוחי שירותי בריאות נוספים (שב"ן). בכל קופות-החולים ההחזר בגין פעולה בביטוח המשלים מגיע עד ל-80 אחוז מהעלות או לתקרה אחרת שהקופה קובעת. השירותים הפרטיים מיישרים קו וקובעים את המחיר של השירות הפרטי לפי 1.25 פעמים מגובה התקרה (של 80 אחוז). הציבור – המקבל שירות ב"הנחה גדולה" – כמעט אדיש לתוספת ההוצאה

⁸ מטרת השב"ן, כשמו, להעניק שירותים נוספים ולא מקבילים לאלה שבסל הפכה אתגר בלתי מציאותי.

בגין השירות אליו הופנה מהמערכת הציבורית, הוצאה שחלקה אינו מוצדק מאחר שהשירות בחלקו היה אמור להינתן במערכת הציבורית על-ידי אותם נותני שירות.

התפתחות זו מביאה לתוצאות הבאות:

(א) **העלאת שכר ריאלי.** טובי המומחים עוזבים את המערכת הציבורית לטובת עבודה פרטית באותן שעות בהן הם אמורים להיות במחלקותיהם – בגין השכר שהם מקבלים במימון הציבורי. יש לזכור כי רופא המחסיר שעת עבודה מיום עבודה של שמונה שעות, שכרו במערכת הציבורית עלה ב-12.5 אחוז לשעת עבודה. במגזר עתיר עבודה, בו חלקו של השכר כ-70 אחוז מסך העלויות, מדובר בגידול בעלויות במערכת הציבורית, בגין אי-הפעילות של אותו רופא בסדר גודל של 8.75 אחוזים ($0.7 \times 12.5\%$). עלייה זו אינה מתבטאת בסטטיסטיקה לנוכח אי-מדידת התפוקה במערכת הציבורית. אולם היא מתבטאת במערכת הפרטית, כאשר התושב משלם עבור שירות אותו הוא אמור לקבל במערכת הציבורית. הרופא הנותן במרפאה הפרטית שלו טיפול, שהוא היה אמור לתיתו בבית-החולים הציבורי גבה למעשה פעמיים מחיר עבור הטיפול.

(ב) **תשתיות כפולות.** לצורך פעילותם מחוץ למערכת הציבורית, רופאים מקימים תשתיות מקבילות לאלה שהזניחו לטובת הפרקטיקה הפרטית. אלה מעלות את עלויות המערכת.

(ג) **אימוץ בלתי מבוקר של טכנולוגיות.** בנושא טכנולוגיות רפואיות – לרבות "תרופות מצילות חיים" – הציבור הוא ההדיוט הנפחד לעומת גופים אינטרסנטיים בעלי עוצמה כלכלית ופוליטית. לעניין זה, המעורבות הציבורית בכל מדינה מתוקנת נועדה להגן על הציבור.

יכולתו של המימון הציבורי לעמוד, לפי שעה, בפרץ האינפלציה היחסית בשירותי הרפואה מוצגת בתרשים 6. הנתונים מצביעים על עלייה מתונה יחסית במחירי השירות הציבורי ביחס למחירי השירות הפרטי. תצפית זו איננה מפתיעה מכיוון שקידום העלויות במערכת הציבורית מפקח ומבוקר על-ידי משרדי האוצר והבריאות ואף נתונים לדרישות של התייעלות, קיצוצים והחלטות על הגבלת משאבים, לרבות אימוץ מבוקר של טכנולוגיות.

מהנתונים עולה, שאינפלציה בשוק הרפואה הפרטי אכן הוצתה. האם האינפלציה במחירים במערכת הפרטית יכולה להצית אינפלציה גם במערכת הציבורית ועימה הפחתה ביעילותה של המערכת הציבורית? התשובה על כך חיובית.

ראשית, כפי שהודגם לעיל, יש גידול בשכר הריאלי במגזר הציבורי מעצם עזיבת רופאים את מקום עבודתם הציבורי בשעה שהם אמורים להיות בו. שנית, ברור מהתנהגות הרופאים, העובדים במערכת הפרטית וגם בציבורית, כי בשוליים קיימים "פערי שכר" לטובת המערכת הפרטית. בהקשר זה ראוי להדגיש, כי אף שהשכר בשתי המערכות עשוי להיות שווה – במוצע לשעת עבודה – ואף גבוה בציבורית, העובדה שהרופא מקבל במערכת הציבורית שכר בלתי מותנה בפעילות ובפרטית – לפי פעילות (fee-for-service), די בכך כדי להסיט את פעילותו לטובת עבודה במימון פרטי.

גידול בתמורה במערכת הפרטית יוצר לחץ להעלאת השכר הציבורי והשכר במסגרות של תאגידי הבריאות בברי-החולים הממשלתיים או במערכת קיצורי התורים (קצ"ת) של בתי-החולים של שירותי בריאות כללית. הם יוצרים את הרקע וההקשר של דרישות השכר של הרופאים. הסכם הבוררות עם הרופאים מדצמבר 2008 קובע העלאה מדורגת בשכר המשולב של הרופאים ב-24.2 אחוז במוצע. בסעיף 16.6.11 בפסק הבוררות מוסבר, שאחד השיקולים בקביעת תוספת השכר לרופאים הביאה בחשבון את סוגיית בריחת המוחות. במקומות אחרים בפסק נכתב מפורשות, שתוספת השכר היא מעבר לגורם השחיקה בכדי לשמור על אטרקטיביות המגזר הציבורי.⁹

שנית, באשר לאימוץ טכנולוגיות, בישראל לא נעשה עד כה שימוש שיטתי במדדי עלות-תועלת לבדיקת היחס בין העלות לחולה ובין התרומה המתקנת-איכות של הטכנולוגיה במונחים כספיים. כלומר, שהשיקולים להכנסת טכנולוגיות רפואיות מגוונים ואינם מתבססים רק על עלות-תועלת¹⁰. זאת, במידה מסוימת של צדק. יחד עם זאת, הכנסת הטכנולוגיות בשוק הפרטי היא בלתי מבוקרת לחלוטין, מצד אחד, ויוצרת לחצים

⁹ ראה אתר של ה"י: <http://www.ima.org.il/MainSite/Default.aspx>

¹⁰ להרחבה בנושא זה ראה, דוח בנק ישראל 2006, פרק ח'.

פוליטיים ואחרים על מערכת קבלת ההחלטות, מצד שני¹¹. כך, למשל, בשנת 2007 הציעו שתי קופות-החולים הגדולות רובד ביטוחי נוסף לשב"נים (שירותי בריאות נוספים, הם הביטוחים המשלימים) שלהם, שכלל בין השאר "תרופות מצילות חיים". מהלך זה הוביל, לאחר שינויי חקיקה, להגבלה של הכללת תרופות כאלה בשב"נים ובהמשך – להגדלת התוספת הטכנולוגית לסל לצורך הכנסתם לסל. אולם, כעת מתחדשת המגמה באמצעות חברות ביטוח פרטיות, כאשר לא ברור מהי "תרופה מצילה חיים". יש לזכור, כי כאשר תרופה מסוימת הוכנסה לשימוש קשה מאוד להוציאה מן הסל גם כאשר יעילותה מוטלת בספק.

ככלל, קובעי המדיניות במערכת הבריאות מנסים לחזק את המערכת הציבורית גם בתמחור נכון יותר של השירותים הרפואיים, תוך מתן התייחסות לפעולות דחופות, לתעריפים דיפרנציאליים (DRG) ולקידומים טכנולוגיים מבוקרים – כל אלו גם ממנים עליות מחירים בשירותי הרפואה במימון ציבורי.

אכן ולפיכך בקרת ההוצאה הלאומית לבריאות, בעיקר על-ידי מניעת אינפלציה, היא משימה מרכזית של מערכת הבריאות הציבורית במדינה המודרנית. מעבר לסיוע שיש בכך להבטחת קיומה הכלכלי של המערכת, בקרת ההוצאות משרתת כל מטרה אחרת של המערכת והכלכלה, לרבות תעסוקה וצמיחה כלכלית. המפתח לבקרת הוצאות הוא מערכת בריאות במימון ציבורי. על כן מנהיגים שמרניים ביותר (שלא ייכנסו להיכל התהילה של הסוציאליזם), כגון הגב' מרגרט תאצ'ר ולאחרונה ראש הממשלה האוסטרלי לשעבר, מר ג. הווארד, לא פגעו באושיות המימון הציבורי שלהם כפי שעושות ממשלות ישראל בעשור האחרון.

¹¹ בניגוד למדינות אחרות, מנגנון רישום התרופות בישראל – בניגוד למנגנון עדכון הסל – ואכיפתו בלתי יעילים בנושא מדיניות הכנסת תרופות. במדינות אחרות המנגנון הוא אמצעי מרכזי לבקרת אימוץ טכנולוגיות גם בשוק הפרטי.

7. סיכום: שחיקה ביעילות ובשוויוניות ופגיעה אפשרית בבריאות הציבור

למרות שההוצאה על שירותי רפואה לתושב (סטנדרטי) בישראל גדלה בעשור האחרון, התושב אינו מקבל את הגידול בשירות, מלבד אלה המגולמים בשיפורים טכנולוגיים, אשר היה מתבקש מהצמיחה הכללית או מהגידול בתוצר. אובדן היעילות והרווחה בהוצאה גבוהה יותר על אותה רמת שירות ריאלית, ואולי אף פחות ממנה, ברור. בנוסף, נפגעים – כמו בכל אינפלציה – מרכיבים נוספים של יעילות, כמו גם שוויוניות וצמיחה כלכלית.

שוויוניות. בנושא המימון הקשור לשוויוניות האנכית, אינפלציה היא מס גרסיבי, באשר היא מכה בכל השכבות ללא הבחנה. להשפעה שלילית זו מתווספים הגידול ברגרסיביות במימון המערכת עם עליית חלקו של המימון הפרטי בסך המימון. השפעות רגרסיביות אלה מוקהות במידת-מה על-ידי עליית חלקם של הביטוחים המשלימים אשר יש להם אופי חצי ציבורי. אולם אין באלה – אשר המירו מימון ציבורי – כדי לצמצם משמעותית את הגידול ברגרסיביות במימון המערכת. מימון מערכת הבריאות בישראל בעשור האחרון מחמיר את התפלגות ההכנסות והצריכה במשק, ללא תוספת ריאלית משמעותית, אם בכלל, בשירותים לנפש. יתרה מזו, ההוצאה הפרטית על שירות רפואה, לרבות ביטוחים מרצון, תורמת להצטרפות משקי בית למעגל העוני (צ'רניחובסקי, 2008).

בנושא הנגישות לשירות או השוויוניות האופקית, האינפלציה היחסית במחירי שירותי רפואה, בפרט הפרטיים, גורמת לירידה בנגישות לשירותים אשר נפגעת מלכתחילה מעליית חלקו של המימון הפרטי.

יעילות. כאמור האינפלציה בשירותי הרפואה מבטאת בראש ובראשונה אובדן יעילות ב"ייצור שירותי רפואה". לשינויים במימון גם השפעות פוטנציאליות שליליות על יעילות "ייצור בריאות". הוצאה על שירותי רפואה גורמת למשקי בית, במיוחד לקשישים ולמשפחות מעוטות יכולת, לוותר על צריכה אשר גם היא מקדמת בריאות, כגון צריכת מזון, למשל.

העלייה בחלקו של המימון הפרטי והאינפלציה היחסית שזה מלבן במחירי שירותי רפואה מלוות, אפוא, באובדן יעילות ושוויוניות, תוך פגיעות אפשריות בבריאות האוכלוסייה.

מקורות

- בן-נון, ג. (2008). **חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות**. ירושלים: משרד הבריאות.
- בן-נון, ג. וקידר, נ. (2007). **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - קובץ נתונים סטטיסטיים 2007-1995**. ירושלים: משרד הבריאות.
- בנק ישראל. דין וחשבון 2006.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס). (2009א). הודעה לעיתונות. 31.5.2009.
- (2009ב). **שנתון סטטיסטי לישראל, מס' 60**. ירושלים: למ"ס.
- (2009ג). פרסום מיוחד "חשבונות לאומיים", **2007-1995**. ירושלים: למ"ס.
- **סקרי הוצאות משקי הבית, 2007-1997**. ירושלים: למ"ס.
- **שנתון סטטיסטי לישראל**. מספרים 47-59. ירושלים: למ"ס.
- מדינת ישראל (2002), דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת-אמוראי), ירושלים.
- נבון, ג. וצ'רניחובסקי, ד. (2010). **רפואת השן: נטל ההוצאה על משקי הבית – השלכות לביטוח בריאות ממלכתי**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית.
- צ'רניחובסקי, ד. (2007). **מימון מערכת הבריאות בישראל 1995-2005. היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- (2008). **שינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות והשפעתם על התפלגות הכנסות וצריכה 2005/6-1995**. סדרת ניירות עבודה, המחלקה לניהול מערכות בריאות. באר-שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- קידר נ., חורב, ט. (2010). **חוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים 2009-1995**. ירושלים: משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות.

- Chernichovsky, D. (2009). Not 'Socialized Medicine' – An Israeli View of Health Care Reform. *New England Journal of Medicine*, Vol. 361, No. 21: e41.
- Davis, K., Schoen, C., Schoenbaum, S. C., Doty, M. M., Holmgren, A. L., Kriss, J.L., and Shea, K.K. (2007). *Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*. W.P. No. 1027. New-York: Commonwealth Fund.
- Schoen, C., Davis, K., How, S. K., and Schoenbaum, S. C. (2006). "U.S. Health System Performance: A National Scorecard". *Health Affairs* (Project Hope), 25(6): 457-475. doi:10.1377/hlthaff.25.w457.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J., and Murukutla, N. (2007). "Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries, 2007". *Health Affairs* 26(6): 717-734. doi:10.1377/hlthaff.26.6.w717.