

**מימון מערכת הבריאות בישראל – 1995-2005**

**היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה  
על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות**

**מאת : דב צ'רניחובסקי**

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

**דואר אלקטרוני:** [info@taubcenter.org.il](mailto:info@taubcenter.org.il)  
**כתובתנו באינטרנט:** [www.taubcenter.org.il](http://www.taubcenter.org.il)

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

## מימון מערכת הבריאות בישראל – 1995-2005

היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה  
על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות

מאת : דב צ'רניחובסקי

### תוכן העניינים

5	פתח-דבר
7	1. סיכום הממצאים
9	2. רקע
10	3. ההוצאה הלאומית לבריאות והרכבה
12	4. המימון הפרטי ועוני
17	5. פרוגרסיביות המימון
25	6. בקרת הגידול בהוצאה לבריאות
29	מקורות
30	נספח א': הוצאה פרטית לשירותים ולמוצרים רפואיים, לפי סעיפים
31	נספח ב': אומדן להעמקת העוני של ההוצאה הפרטית על שירותי הרפואה

### רשימת לוחות

12	לוח 1 : הוצאה לבריאות, לפי סעיפי הוצאה, סך-הכל ולפי חמישונים, והשינוי בין השנים : 1997 ו-2005
13	לוח 2 : התפלגות משקי בית, לפי חלקה של ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בסך ההוצאה, 2005
14	לוח 3 : ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, לפי קבוצות, 2005
15	לוח 4 : תרומה לעוני של ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, לפי קבוצות
28	לוח 5 : מדדי מחירים של שירותי רפואה, 1995-2004

### רשימת איורים

11	איור 1 : אחוז הוצאה לאומית לבריאות מתמ"ג
11	איור 2 : חלקו של המימון הציבורי בהוצאה הלאומית על שירותי רפואה
18	איור 3 : חלקו של "מס הבריאות" במימון הציבורי של מערכת הבריאות
20	איור 4 : התפלגויות ההכנסה הנקייה וההוצאה לבריאות ב"תנאים אופטימליים"
22	איור 5 : הגידול בסעיפי הוצאה הבסיסיים לפי חמישונים
24	איור 6 : מדדי Kakwani
27	איור 7 : מדדי התוצר לנפש וההוצאה לבריאות לנפש
27	איור 8 : התרומה של העלייה היחסית במחיר שירותי הרפואה לשחיקה בהוצאה לבריאות בממוצע לנפש

## פתח דבר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר הוחל בראשית 1995 מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994). עקרונות אלה מיושמים על-ידי מתן זכות אוניברסלית לסל שירותים נגיש לכל, הממומן לפי עקרונות של מימון ציבורי.

בפועל, למרות צמיחה של המשק בעשור האחרון, מצד אחד, ופערים מחמירים בבריאות ובנגישות לשירותי רפואה, מצד שני, חלה שחיקה מתמדת בחלקו היחסי של המימון הציבורי בהוצאה הלאומית על שירותי רפואה. התפתחות זו מתבטאת בירידה שחלה מראשית העשור באחוז ההוצאה על שירותי רפואה בתמ"ג, ואף בהוצאה הריאלית לנפש, בפרט כאשר מתחשבים בנתונים דמוגרפיים ובתנודות במחירים היחסיים.

פרופ' דב צ'רניחובסקי מתמקד בעבודה בהיבטים המימוניים של המערכת, במימון הציבורי והפרטי כאחד, תוך בחינה של השפעת השינויים בהם על עוני, שוויוניות במימון ובקרת הוצאות. המחקר מעלה, שבתהליך ההמרה של המימון הציבורי במימון פרטי, העמיקה ההשפעה של העוני, פרוגרסיביות המימון ירדה, וחלה ירידה ביכולת הקנייה של הציבור ברכישת שירותי רפואה. כתוצאה ממדיניות הממשלה, המשק הפסיד במונחי יעילות ושוויוניות כאחד.

במציאות שהתפתחה בישראל, רוב הציבור מחזיק כיום בביטוחים משלמים מרצון. הפוטנציאל של מקור זה כתחליף למימון הציבורי מוצה אלא אם יוכנסו ביטוחים חדשים למערכת, כפי שקופות-החולים אכן מבקשות. האפשרות של המשק לממן עלייה ריאלית בהוצאה לבריאות יכולה לבוא, אפוא, מגידול במימון הציבורי, או משינוי מבנה הביטוחים מרצון או מהתשלומים הישירים של הצרכנים או משילוב של הגורמים הללו. גידול בשני האחרונים, כפיצוי על ירידה יחסית במימון הציבורי, גם על-ידי תכניות ביטוח חדשות, יחמיר את המציאות המתוארת במסמך זה.

מערכת הבריאות הישראלית הגיעה לפרשת דרכים, אשר תכתיב את דמותה לשנים הבאות, את תמונת בריאות הציבור ואף תשפיע על צמיחת המשק. יש לקוות, שהממשלה תתעשת ותחזיר גלגל זה לאחור, ותשיב למימון הציבורי את תפקידו המכריע במערכת הבריאות.

יעקב קופ

ירושלים, טבת תשס"ח, דצמבר 2007



## מימון מערכת הבריאות בישראל – 1995-2005

### היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות

דב צ'רניחובסקי<sup>1</sup>\*

#### 1. סיכום הממצאים

חלקה של ההוצאה הממשלתית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות ירד בעשור האחרון משלושה-רבעים לכדי שני-שלישים. שינוי זה התבטא בתקציב הצריכה של משקי הבית, בו גדלה ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה, מ-3.7 אחוזים מכלל ההוצאה ל-5.0 אחוזים. עיקר הגידול היה בביטוחים מרצון ובהשתתפויות בתשלום. שני הגורמים תורמים להגדלת העוני, אי-השוויוניות והאינפלציה במחירי שירותי הרפואה.

#### א. עוני ורווחה של משקי הבית

▪ ל-2.4 אחוזים מבתי האב, שהם כ-48,000 במספר עם כ-161,000 נפש, הוצאה על שירותי רפואה, המשתווה ל-20 אחוז ומעלה מסך הוצאות משק הבית. הוצאה זו יכולה להיחשב – בגישה קונסרבטיבית – ל"קטסטרופלית", באשר היא עלולה להכניס את משק הבית "לנטל כבד מאוד עד בלתי אפשרי" מבחינת צריכה ורווחה.

▪ כ-1.4 אחוז מבתי האב, כ-28,000 במספר עם כ-93,000 נפש, יורדים מתחת לקו העוני (על פי הגדרת הביטוח הלאומי) עקב הוצאה פרטית על סעיפי רפואה 'חיוניים', הכוללים "השתתפויות", "ריפוי שן" ו"ביטוחים משלימים". ביטוחים אלה נחשבים לחיוניים, מאחר שבניגוד למוצרי מותרות, הם מוחזקים בידי 75-80 אחוז מהציבור והם המירו מימון ציבורי.

▪ ההוצאה הפרטית על סעיפים אלה מעמיקה את העוני וניתן לאמוד אותה, כשקולה להטלת מס בשיעור של כ-7 אחוזים על משפחות החיות מתחת לקו העוני.

<sup>1</sup> פרופ' דב צ'רניחובסקי, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; רכז הצוות הבינתחומי במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

\* תודתי נתונה לחן ישראלי ולמרים גרינשטיין על עזרתן.

- האומדנים לעיל הם אומדני חסר, מבחינת הפגיעה ברווחת משפחות עניות, מאחר שחלקן נמנעות מן ההוצאה על שירותי רפואה נחוצים עקב ההשתתפויות הנדרשות בתשלום עבורן. אלה אינן נכללות בחישובים לעיל, ומצבן עלול להיות הגרוע ביותר מבחינת רווחה.

#### **ב. גורמים לעליית הרגרסיביות של המימון**

- עלייה בחלקו של "מס הבריאות" במימון הציבורי, אשר יש לו תקרת מס והוא חל גם על גמלאות.
- ירידה בחלקו של המימון הציבורי מכלל המימון לטובת המימון הפרטי.
- אי-מימוש פוטנציאל הגידול בשוויוניות המימון הפרטי, באמצעות גידול בביטוחים מרצון, מאחר שהם המירו בעיקר מימון ציבורי ולא תשלומים ישירים מהכיס של משקי הבית.
- ככלל, המימון הופך להיות יותר דמוי מס יחסי במקום שיהיה מס פרוגרסיבי בתהליך בו משפחות חלשות משתדלות לשמור על חלקן בנגישות לשירותי רפואה.

#### **ג. בקרה על ההוצאות**

- כצפוי, הגדלת חלקו של המימון הפרטי הביאה לאינפלציה מואצת בעלות שירותי הרפואה, לפחות במגזר הפרטי.
- חלקה של עליית המחירים היחסית בשירותי רפואה בשחיקת הסל הריאלי הולכת ועולה ביחס לשחיקה על-ידי המרכיב הדמוגרפי.
- בהמרת המימון הציבורי במימון פרטי, כל שקל בהוצאה פרטית קונה פחות ופחות משקל בהוצאה ציבורית.



## 2. רקע

מימון שירותי רפואה המבוסס על עקרונות של מימון ציבורי נועד לקדם שוויוניות ובקרה על גידול ההוצאה הלאומית לבריאות.

לגבי השוויוניות – המימון הציבורי מקדם שוויון בנגישות לשירותי רפואה לבעלי הכנסות שונות על-ידי הסרת מחסומים כספיים בפני נגישות זו. מעבר לכך, ולא פחות חשוב, למימון הציבורי יש תפקיד מרכזי בצמצום ההסתברות להורדת משקי בית לעוני ובמניעת גידול בפערים בין קבוצות הכנסה שונות בצריכה שאינה שירותי רפואה. השניים עלולים לנבוע, בעיקר בקרב אוכלוסיות חלשות, מהוצאה גבוהה יחסית להכנסה על שירותי רפואה. מקובל שהוצאה על שירותי רפואה בשיעור של כ-10 עד 20 אחוז מסך ההוצאה על צריכה נחשבת ל"הוצאה קטסטרופלית".

השפעתה של הוצאה "גבוהה", יחסית להכנסה, על שירותי רפואה, יכולה להיות שלילית, לא רק על רווחתה הכללית של המשפחה, אלא גם על בריאותה. ההשפעה השלילית על בריאות של הוצאה "יתרה" על שירותי רפואה עלולה לנבוע בטווח הקצר מצמצום צריכה אחרת, התורמת לבריאות (מזון, מגורים וכו') ובטווח הארוך – מפגיעה אפשרית בהשכלה ובחינוך הילדים, שבסופו של דבר היא הגורם המכריע ביותר לבריאות טובה.

מצבן הבריאותי הנחות יחסית של משפחות מעוטות הכנסה לעומת משפחות אמידות, בין היתר, כתוצאה מבריאות לקויה, מחריף את הבעיה. כלומר, שהוצאה גבוהה, יחסית להכנסתן, של משפחות חלשות על שירותי רפואה עלולה להחריף את מעגל העוני ואת הבריאות הנחותה של משפחות אלה.

באשר לבקרת הגידול בהוצאה – קצב הגידול בהוצאה על שירותי רפואה נוטה להיות גבוה מקצב הגידול של ההכנסה או של התוצר. זוהי תוצאת השילוב של השפעת גידול בהכנסות בתי אב, של השפעת ספקי השירות על צריכת שירותי רפואה ושל עלות טכנולוגיות חדשות. אלה תורמות לגידול בביקושים מצד אחד, ולגידול בעלויות שירותים מצד שני. הסוגיה המרכזית בנושא זה כרוכה בגידול במחירי טיפול או בעלויותיו, בייחוד כאשר המחירים הגבוהים יותר אינם מבטאים שיפור בכמות השירות ובאיכותו. במקרה כזה קיימת הוצאה נוספת על שירותי רפואה שאינה תורמת דבר. בטווח הקצר כל גידול בהוצאה "בלתי מוצדקת" מחריף את בעיית ההגנה על צריכתם של משקי הבית, שהוזכרה לעיל. בטווח הארוך הוא צפוי לפגוע בתעסוקה ובצמיחה, לפי

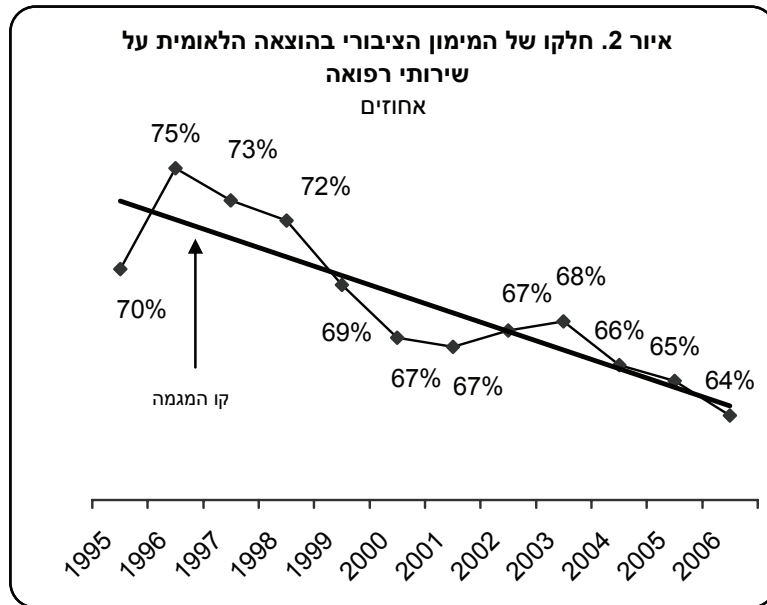
שעלויות בלתי מבוקרות של שירותי הרפואה מיתרגמות לבסוף לגידול בעלויות שכר וייצור. השפעתה של פגיעה כזו עלולה להיות שלילית על בריאות בפועל עקב אבטלה ובפוטנציה עקב צמצום צמיחה. במסגרת דיון זה נבחנות התמורות שחלו במימון מערכת הבריאות בישראל בעשור האחרון.

### **3. ההוצאה הלאומית לבריאות והרכבה**

מגמת העלייה בהוצאה לבריאות כאחוז מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) נבלמה בשנת 2001. החל בשנה זו מסתמנת מגמת ירידה עד לשנת 2006, אשר עשויה לציין מפנה (איור 1). בהיבט זה, ההוצאה בישראל היא מהנמוכות במדינות המפותחות של OECD (למ"ס, 2007). בין השאר, מקורן של התנודות סביב קו המגמה הוא בהתאמות בין השינויים בהוצאה הלאומית על שירותי רפואה לבין שינויים בתוצר. עם זאת, אין אפשרות להסביר את המגמה העקבית והמתמשכת מאז תחילת העשור במונחי התאמות.

יתר על כן, כפי שיפורט בהמשך, הירידה גבוהה מזו המסתמנת בנתונים אלה בשל הגידול במספר הנפשות הסטנדרטיות (לפי נוסחת הקפיטציה) מעבר לגידול האוכלוסייה ובגלל האינפלציה היחסית בשירותי רפואה.

הנתונים מאז תחילת העשור מבטאים את המשך הירידה בחלקו היחסי של המימון הציבורי בישראל, אשר ירד מ-74 אחוז מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות בתחילת התקופה ל-64 אחוז בשנת 2006 אשר לא הודבק על ידי הגידול במימון הפרטי (איור 2). וזאת למרות הגידול בהוצאה הפרטית על שירותי רפואה, שאינה מסים, בתקציב משקי הבית מ-3.7 ל-5.0 אחוזים (לוח 1).



מקור לאיורים 1 ו-2: למ"ס, 2007א.  
 הערה: אין בשינוי ההגדרות בשנת 2003 כדי לשנות את המגמה או את המסקנות.

**לוח 1. הוצאה לבריאות, לפי סעיפי הוצאה, סך-הכל ולפי חמישונים, והשינוי בין השנים: 1997 ו-2005**

שנה	סעיף	סך-הכל	חמישון				
			1	2	3	4	5
1997	הכנסה כוללת (ש"ח)	9,431	2,805	5,625	8,680	12,741	24,739
	% הוצאה לבריאות מסך ההכנסה	3.7	3.9	3.1	3.8	3.9	3.9
2005	הכנסה כוללת (ש"ח)	10,068	3,293	5,938	9,438	13,846	25,889
	% הוצאה לבריאות מסך ההכנסה	5.0	4.6	4.7	5.0	4.9	5.8
% השינוי בין השנים	הכנסה כוללת	109.0	117.4	105.6	108.7	108.7	104.7
	הוצאה לבריאות	134.9	118.5	148.4	133.3	125.2	149.3

מקור: למ"ס, 1997, 2005.

#### 4. המימון הפרטי ועוני

התפלגות משקי הבית בישראל (2005) לפי חלקה של ההוצאה על בריאות לנפש מתוקנת לפי נוסחת הקפיטציה, בסך ההוצאה לנפש מתוקנת לפי הלמ"ס, מוצגת בלוח 2.<sup>2</sup> 2.4 אחוזים מכלל משקי הבית בישראל, שהם כ-48.2 אלף במספר או כ-160.9 אלף נפש, מוציאים "הוצאה קטסטרופלית" על שירותי רפואה.<sup>3</sup> לצורך האומדנים, נחשבה הוצאה כזו אם היא מעל 20 אחוז מן ההכנסה של משקי הבית.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> התיקון הראשון נועד לבטא צרכים רפואיים, והשני – צרכים בכלל.  
<sup>3</sup> חישוב מספר משקי הבית נעשה על פי למ"ס, 2007, לוח 5.1, לפיו בישראל 2,007.3 אלף בתי אב בגודל ממוצע של 3.34 נפשות למשק בית. בחישוב האחוזים נעשה שימוש במשקלות המדגם של הלמ"ס, המצויים בנתוני הסקר.  
<sup>4</sup> יצוין, כי אחוז נמוך יותר, בתחום 10-20 אחוז היה מחמיר את התמונה, כפי שעולה מנתוני לוח 2. מקובל, לעיתים, לחשב את ההוצאה הקטסטרופלית ביחס לסך ההוצאה של משק הבית בניכוי ההוצאה על מזון, כדי להציג את "כושר הספיגה" של הוצאה גבוהה על שירותי רפואה. גם גישה זו הייתה מחמירה את הצגת המצב מאשר המוצג פה. במחקר נוסף תיבדק התרומה של המאפיינים של בתי אב לירידה אל מתחת לקו העוני עקב הוצאה על שירותי רפואה שונים.

**לוח 2. התפלגות משקי בית, לפי חלקה של ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בסך ההוצאה, 2005**

							שירותי רפואה מההוצאה הפרטית (%)
+26	25-21	20-16	15-11	10-6	5-1	0	
							משקי הבית (%)
1.7	0.7	1.3	2.7	7.9	54.8	30.8	

מקור: למ"ס, 2005 (עיבוד).

הערה: ההוצאה לבריאות לנפש מתוקנת לפי נוסחת הקפיטציה. ההוצאה הכללית מתוקנת לפי שיטת הלמ"ס לצריכה כללית.

ניתן לדרג את ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה לפי קבוצות ההוצאה בסדר יורד לפי דמיונם ל"מס" או לפי מידת היותם מקובלים כ"כפויים" על משק הבית (ראה הנתונים המפורטים בלוח 3)<sup>5</sup>. השתתפויות בתשלום הן בראש הרשימה, שכן הן נגזרת של הפניה מהשירות במימון ציבורי. ריפוי שיניים, שהוא בסיסי במהותו, הוא שני עקב אי-הכללתו בסל הבריאות. בסוף הרשימה "הוצאות אחרות", הנחשבות ל"מותרות". בסעיף זה מצויים גם ערכים שליליים, הכוללים, ככל הנראה, החזרים ככלל, השתתפויות מאפיינות בתי אב (נפשות משוקללות קפיטציה) עם צרכים גבוהים ובמצב חברתי-כלכלי נמוך (שנות לימוד), ואילו טיפולים פסיכולוגיים-פסיכיאטריים מאפיינים בתי אב עם צרכים רפואיים כלליים נמוכים ובמצב חברתי-כלכלי גבוה.

<sup>5</sup> בהגדרה הכלכלית, הכוונה למוצרים ולשירותים בעלי גמישות מחיר נמוכה, שמשמעותה שעליית מחירם, לא כל שכן צורך בתשלום עבורם, מביאים לגידול חלקה של ההוצאה על אלה מן ההוצאה הכוללת.

## לוח 3. ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, לפי קבוצות, 2005

שנות לימוד של ראש משק הבית	ערכים לממוצע המדווחים			הוצאה בש"ח לחודש	% מדווחים על הוצאה	קבוצת הוצאה
	גודל משפחה	גודל משפחה נפשות משוקללות - צריכה	גודל משפחה נפשות משוקללות - קפיטציה			
12.5	5.6	2.8	3.4	242	44.0	השתתפות עצמית (תרופות מרשם, רופא מקצועי, טיפת חלב)
13.4	5.1	3.0	3.8	423	35.0	ריפוי שיניים כולל ביטוח
13.4	4.9	2.7	3.3	116	75.0	ביטוח משלים בקופת-חולים
14.0	5.1	2.6	3.1	222	24.0	ביטוח מסחרי בחברת ביטוח או ביטוח אחר
15.9	3.9	2.7	3.2	518	1.6	טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי
13.6	5.0	2.9	3.5	148	36.0	אחרות

מקור: למ"ס, 2005 (עיבוד נתוני הסקר).  
הערות:

1. הממוצעים משתמשים במשקלות המדגם של הלמ"ס.
2. תשלומים לרופא פרטי, לבדיקות מעבדה ולצילומים, לרפואה אלטרנטיבית, לאחות פרטית, לאמבולנס ולחדר מיון.

התרומה לעוני של קבוצות ההוצאה השונות מוצגת להלן באופן מפורט בלוח 4. מסתבר, כי אחוז מהאוכלוסייה מדווחים על "השתתפויות". הוצאה זו מורידה 0.3 אחוז מבתי האב, שהם כ-6,000 בתי אב או כ-20,000 נפש מתחת לקו העוני<sup>6</sup>. הוצאה על בריאות השן מורידה מתחת לקו העוני 0.4 אחוז מבתי האב בישראל, שהם כ-8,000 בתי אב או כ-27,000 נפש. מעניינת במיוחד השפעתם של הביטוחים המשלימים, כאשר כ-6,000 בתי אב "בוחרים" ביטוח זה, גם כשהוא כופה עליהם עוני.

<sup>6</sup> מדובר בדיווח על ההוצאה בפועל ולא נכללות בדיווח משפחות שנמנעו מהוצאה.

## לוח 4. תרומה לעוני של ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, לפי קבוצות

קבוצת הוצאה	% בתי אב המצטרפים לעוני עקב הוצאה	% בתי אב המצטרפים לעוני עקב הוצאה בסעיף זה והקודם לו	% תרומה מצטרבת של סעיפים להעמקת העוני
בתי אב מתחת לקו העוני ללא הוצאה לבריאות על פי נתוני הסקר	19.3		
השתתפות עצמית (תרופות מרשם, רופא מקצועי, טיפת חלב)	0.3	19.6	1.5
ריפוי שיניים כולל ביטוח	0.4	20.1	4.1
ביטוח משלים בקופת-חולים	0.3	20.7	7.3
ביטוח מסחרי בחברת ביטוח או ביטוח אחר	0	20.8	7.8
טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי	0	20.8	7.8
הוצאות אחרות	0.2	20.9	8.3

**מקור:** למ"ס, 2005 (עיבוד נתוני הסקר).  
**הערה:** קו העוני של הביטוח הלאומי הוא 1493.1 ש"ח לנפש מתוקנת לפי יחידות צריכה סטנדרטיות.

השפעתן המצרפית של קבוצות ההוצאה השונות על העוני גדולה מהשפעתן הבודדת, שהרי אם אין בידי קטגוריה אחת של הוצאה להוריד את משק הבית לעוני, שתיים או יותר קטגוריות יכולות לעשות כן. על כן השפעתם המשותפת של "השתתפויות" ושל "בריאות השן" על מעגל העוני היא 0.8 אחוז, כלומר ב-0.1 אחוז מעבר לסכום האחוזים של השניים. באופן צפוי, עקב שכיחותם של הביטוחים בקרב האוכלוסייה, התרומה שלהם להורדת משפחות לעוני כפולה מהשפעתם הבלעדית. בשל המאפיין החברתי-כלכלי, הגבוה יחסית, של "ביטוח מסחרי" ושל "טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי", אין הם תורמים להרחבת מעגל העוני, אם כי יש בתי אב (0.1 אחוז), שבגלל הוצאות רפואיות אחרות מצטרפים למעגל העוני גם בגין הוצאות אלה. תרומתן הסגולית של "הוצאות אחרות" למעגל העוני היא 0.2 אחוז, אולם תרומתן המצטרפת היא 0.1

אחוז בלבד. כפי הנראה עובדה זו מצביעה על החזרים, שיש להפחיתם מקבוצות הוצאה אחרות. מהנתונים עולה כי השפעתם של אלה נמוכה. ככלל, אם נתעלם משלושת סעיפי הוצאה האחרונים, שהם בעלי אופי וולונטרי ושל "מותרות" יחסית, שלושת סעיפי הוצאה הראשונים, דמויי המס, מוסיפים למעגל העוני 1.3 אחוז מכלל משקי הבית, שהם כ-26,000 בתי אב או כ-87,000 נפש<sup>7</sup>.

ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה אף מחמירה את העוני על-ידי צמצום ההכנסה הפנויה לצריכה, שאינה שירותי רפואה, של אלה שהיו מתחת לקו העוני עוד טרם הוצאה זו. הנתונים בעמודה השמאלית של לוח 4 מציינים את החרפת העוני בגין ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה. ה"השתתפויות" מרחיבות את מעגל העוני ב-1.5 אחוזים, ואלה בצירוף רפואת שיניים מחריפות אותו ב-4.1 אחוזים. 2.2 אחוזים מוסיפים להעמקת העוני על-ידי ההוצאה על ביטוחים משלימים<sup>8</sup>. בסך-הכל, העמקת העוני על-ידי מה שניתן להגדרה כהוצאה "בלתי-נמנעת", שקולה להטלת מס בסך כ-7.3 אחוזים על משפחות עניות. נתוני לוח 3, לפיהם ההשתתפויות מאפיינות בתי אב חלשים יחסית, תומכים בהשערה שהתמונה כאן חלקית בהצגת חומרת הבעיה מבחינת הפגיעה ברווחה. ההסתברות של בתי אב מעוטי הכנסה לא להיכלל במדידה היא גבוהה משל בתי אב אמידים. וזאת, מאחר שעקב לחצי צריכה בסיסיים, בתי אב חלשים כלכלית יימנעו מצריכת שירותי רפואה בתשלום. יש בתי אב שאינם מוציאים על שירותי רפואה עקב מצבם הכלכלי הירוד ואינם נכללים באומדני העוני כאן מאחר ש"אינם עניים מספיק". מצבם של אלה עלול להיות גרוע יותר יחסית לאחרים מבחינת פגיעה בצריכה ובבריאות כאחד.

<sup>7</sup> ביטוח משלים נכלל כהוצאה בעלת אופי של מס משום שסעיף זה בצירוף ההשתתפויות, המיר את ירידת חלקה של הממשלה במימון, כפי שמפורט בהמשך. הנתון 1.3% מבוסס על הפחתה של 0.1% בגין השפעה פוטנציאלית של החזרים בסעיף "אחרים" מאפקט מצטבר של 1.4% של שלושת הסעיפים הראשונים.

<sup>8</sup> על הגדרת "עומק העוני" ומדידתו ראה נספח ב'. העמקת העוני היא שוות ערך למס המושת על משקי הבית העניים בגין הוצאה בלתי נמנעת על שירותי רפואה. המספרים בלוחות הם קירובים ליניאריים של נתונים כמוצג במסמך. העקום שהם מתווים אינו ליניארי. נתונים אלה ייבדקו בעתיד. בשל סדרי הגודל הקטנים שבהם מדובר, הקירובים הליניאריים מייצגים נאמנה את המציאות.



## 5. פרוגרסיביות המימון

פרוגרסיביות המימון גורסת נטל יחסי גבוה על קבוצות הכנסה גבוהות עבור אותם צורכי רפואה. השינויים בפרוגרסיביות המימון של שירותי הרפואה בישראל נובעים משילוב של שלושה גורמים:

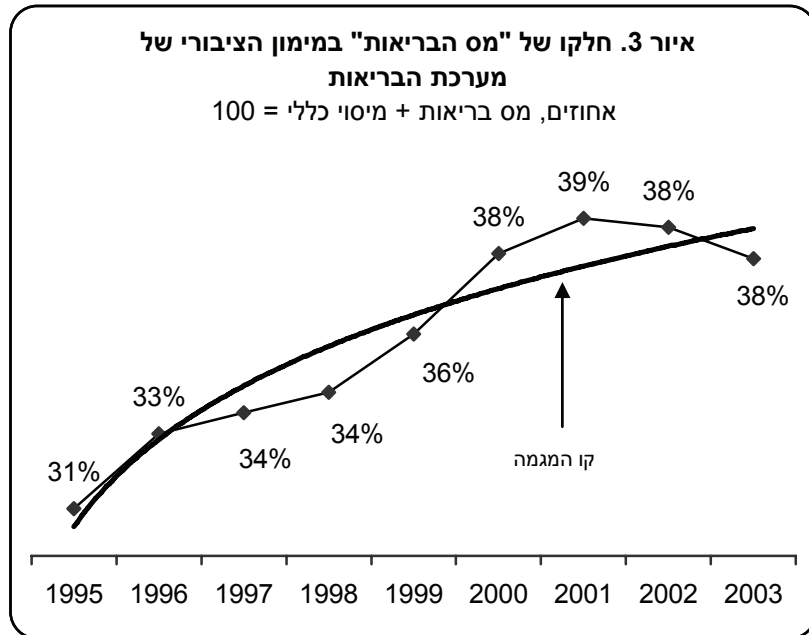
- הרכב סך המימון – החלוקה בין מימון פרטי לבין מימון ציבורי;
  - הרכב המימון הציבורי – החלוקה בין מימון ממסים כלליים לבין מימון מ"מס הבריאות";
  - הרכב המימון הפרטי – החלוקה בין "הוצאה מהכיס" לבין ביטוח וולונטרי, לרבות הביטוחים המשלימים.
- התמורות בפרוגרסיביות המימון בישראל ייבחנו מהיבטים של השניים האחרונים בתת הסעיפים הבאים שכן על הראשון כבר דובר.

### א. שינויים בהרכב המסים

מקורות המיסוי הכלליים, ובראשם מס הכנסה, הם הפרוגרסיביים ביותר בישראל (ביבי-קרשאי, 2005). "מס הבריאות" פרוגרסיבי פחות ממס הכנסה ונוטה להיות יחסי בשל תקרת המס, אשר אמנם בוטלה בשנת 2003, אך הושבה מחדש, ובשל הטלת "מס בריאות" על גמלאות. לאורך התקופה יש עלייה יחסית בחלקו של מס זה מכלל המימון הציבורי (איור 3). בתחילת התקופה המס מממן כ-31 אחוז מן ההוצאה הציבורית לעומת כ-40 אחוז בסופה ב-2006. הנתון האחרון, אשר אינו מופיע באיור, לקוח מנתוני הביטוח הלאומי ומשרד הבריאות והוא הולם את קו המגמה המצוין באיור – היינו, הירידה היחסית במימון באמצעות המסים הכלליים לעומת "מס הבריאות" מבטאת ירידה בפרוגרסיביות המימון הציבורי של מערכת הבריאות.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> השינוי מבטא גם ירידה במקורות המימון לבסיס מס מעל התקרה של מס הבריאות. היינו, לצד הירידה במימון הציבורי של שירותי הרפואה, המדינה גם צמצמה את המיסוי לצורך זה של קבוצות ההכנסה הגבוהות.



**מקור:** משרד הבריאות, 2005 (לוח מס' 39).  
**הערה:** על-פי נתונים בלתי מפורסמים של הביטוח הלאומי ושל משרד הבריאות, חלקו של מס הבריאות במימון הציבורי הוא כ-40-41 אחוז בשנת 2006.

### ב. שינויים בהרכב המימון הפרטי<sup>10</sup>

הדיון בפרוגרסיביות המימון הפרטי מורכב במידה מסוימת נוכח הקשר בינה לבין נגישות לשירותי רפואה שונים או למבנה ההוצאה הפרטית של משקי הבית על שירותי רפואה ועל התפיסה החברתית ביחס למבנה זה<sup>11</sup>. ניתן לחלק זאת לשני היבטים: האחד, החשיבות של סעיפי ההוצאה הפרטית השונים מבחינה חברתית והשני, החלוקה של ההוצאה הפרטית בין ביטוח מרצון לבין תשלומים ישירים מהכיס.

**לגבי סעיפי ההוצאה – ככלל, במערכת רפואה במימון פרטי לחלוטין, התפלגות ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה מתוך ההכנסה הפנויה צפויה להיות פחות שווה מהתפלגות כלל ההוצאה הפרטית. זאת, כי**

<sup>10</sup> ראה Chernichovsky, 2008.

<sup>11</sup> הדיון כאן חורג במידה מסוימת מהמקובל, נוכח ההתייחסות הערכית למבנה ההוצאה הפרטית של משקי בית על שירותי רפואה והתפלגותה באוכלוסייה.

גמישות ההכנסה של ההוצאה על שירותי רפואה גבוהה מיחידתית, או אחוז ההוצאה על שירותי רפואה עולה עם הגידול בהוצאה הפרטית ובכלל, כפי שאפשר לראות גם באיור 1, ברמת המשק וגם בלוח 1 ברמת בית האב<sup>12</sup>.

בתנאים אלה יש לצפות התפלגויות של סך ההוצאות של משקי הבית והוצאה על בריאות כמבוטא באיור 4 על-ידי העקומים A ו-B בהתאמה, הניתנים לסיכום על-ידי מדדי GINI או מדדי אי-שוויון<sup>13</sup>.

במערכת שהיא ציבורית ואפקטיבית, אי-השוויון של ההוצאה הפרטית לבריאות, המוצג על-ידי העקום B, ביחס ל-A, יהיה אף גבוה מאשר במערכת במימון פרטי. מאחר שלפחות שכבות חלשות מקבלות שירות במימון ציבורי, הן ייטו לצאת, לפחות בחלקן ובחלק מהמימון, משוק שירותי רפואה במימון פרטי. לעומתן תהיה נטייה גבוהה יחסית לכניסה לשוק הפרטי של משפחות אמידות. ההוצאה הפרטית במקרה זה תתרכז יותר בידי שכבות אמידות מאשר במערכת במימון פרטי בלבד. לפי גישה זו, ההוצאה הפרטית היא למעשה ביטוי של ההוצאה הציבורית ויעילותה בהשגת מטרותיה בנגישות.

יתר על כן, כאשר המשק בצמיחה, בפרט עם גידול בהתפלגות ההכנסות, יש לצפות להתרחקות של העקום B מהעקום A, או לעלייה בפרוגרסיביות: משפחות אמידות יותר נושאות בנטל תשלומים יחסי גדול יותר. יתרה מזו, אי-השוויון בהוצאה הפרטית לשירותי רפואה ביחס להוצאה בכלל – הפרוגרסיביות כהגדרתה כאן – תהייה גבוהה יותר, בכל רמת צמיחה והתפלגות הכנסות, ככל שהמערכת הציבורית יעילה יותר במילוי תפקידה.

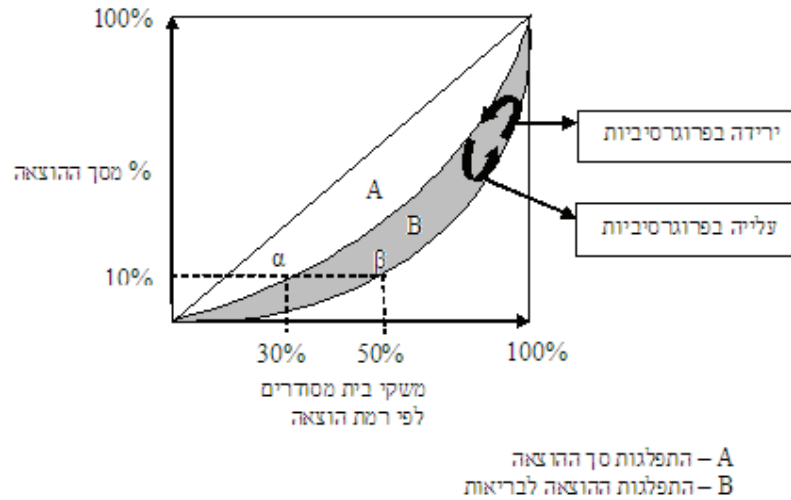
כלומר, בעולם, שבו ההוצאה הציבורית עונה על צרכים בצורה 'משביעת רצון', אין מקום להוצאה פרטית 'מוצדקת' חברתית. על כן אין

<sup>12</sup> ההבחנה בדיון זה בין "שוויון" (equality) לבין "שוויוניות" (equity) היא מהותית. הקורא נדרש להבדיל בין הביטוי "בלתי שווה" לבין הביטוי "אי שוויוני" וכן להבדיל בין "אי-שוויון" לבין "אי שוויוניות". ראוי להוסיף כי נושא השוויוניות מתייחס גם לפרוגרסיביות המימון אך גם לנגישות.

<sup>13</sup> נקודה כגון  $\alpha$ , למשל, על העקום A גורסת ש 30% מבתי האב – בתחתית סולם ההכנסות – מוציאים רק 10% מסך ההוצאה במשק. נקודה כגון  $\beta$ , למשל, על העקום B גורסת ש 50% מבתי האב – בתחתית סולם ההכנסות – מוציאים רק 10% מסך ההוצאה. אי-השוויון גדול במצב המתואר על-ידי B מאשר על-ידי A. זה ניתן למדידה כיחס בין השטח הכלוא בין קו 450 – השוויון המוחלט – לבין עקום מסוג A או B. היחס ידוע כמדד GINI. ככל שהעקום קעור יותר, מדד אי-השוויון גדול יותר. כאשר A מייצג את סך ההוצאה ו B את ההוצאה לשירותי רפואה, העקום האחרון ידוע כעקום ריכוזיות (המימון).

צורך בתיקון המימון הציבורי באמצעות מימון פרטי. לחילופין, כאשר ההוצאה הציבורית מספקת, ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה נתפסת כהוצאה על צריכה שאינה מעניינת את הציבור ואינה נושא לדיון ציבורי. בעולם זה אי-השוויון או הפרוגרסיביות של ההוצאה הפרטית מבורכת. היא מבטאת שוויוניות כמוצג בתחילת הדיון.

איור 4: התפלגויות ההכנסה הנקייה וההוצאה לבריאות ב"תנאים אופטימליים"



אולם, הדיון משתנה כאשר המימון הציבורי אינו מספק והאמידים יותר אכן קונים בהוצאתם הגבוהה יחסית גם נגישות גבוהה יותר, יחסית לעניים, לשירות או למוצר רפואי חשוב חברתית (תרופות מצילות חיים או רפואת שיניים, להבדיל). כאן עולה שאלת מחיר הפרוגרסיביות של ההוצאה הפרטית במונחי שוויון בנגישות לשירות 'חשוב'. במקרה זה, פרוגרסיביות בהוצאה הפרטית משמעותה גם אי-שוויון בנגישות לשירותים; השיפור בשוויוניות, המושג על-ידי השיפור בפרוגרסיביות המימון, נפגע מהשינוי בהתפלגות הנגישות לרעת קבוצות חלשות. ההוצאה הפרטית בפרט של משפחות חלשות הופכת ל'דמוית מס' בסעיפי הוצאה, המוכרים כ'ראויים חברתית'. גישה זו ננקטה בסעיף הקודם ביחס להוצאה בגין "השתתפויות", "ריפוי שיניים" ואף "ביטוחים משלימים". זאת, כי ההוצאה – המבטיחה או מגדילה נגישות לשירותי רפואה רלבנטיים – אינה תלויה בהכנסה כמו מיסים פרוגרסיביים. לצורך

שיפור בנגישות, משפחות חלשות 'מיישרות קו' עם האמידות מבחינת הוצאה. ההוצאה אמנם שווה יותר אך רגרסיבית. אי-השוויון של ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה מתקרבת לאי-שוויון ההוצאה הפרטית בכלל (B לכיוון A).

שאלת היסוד היא, אפוא, האם יש מחיר לפרוגרסיביות ומהו במונחי נגישות? התשובה מורכבת נוכח הסוגיה של תפיסת ה'ראוי', התלויה גם בהשקפת עולם ולא רק ביעילות טיפול ועלותו.

לצורך הדיון תוגדר ההוצאה הציבורית של התקופה 1997-1995 כ"ראויה". בתקופה זו המדינה מימנה כשלושה-רבעים מסך ההוצאה לבריאות. שיעור המימון נתפס כ"ראוי" לפחות בהיבט בינלאומי של מדינות מפותחות (להוציא ארה"ב), אשר רמת המימון הציבורי בהן היא בסדרי גודל של כ-70 עד 80 אחוז. גם שיעור ההוצאה מתמ"ג בסדר גודל של 8 אחוזים היה הממוצע של מדינות אלה. מאז, שני האינדיקטורים ירדו יחסית למדינות אלה (למ"ס, 2007, ב).

**לגבי החלוקה בין ביטוח מרצון ותשלומים ישירים – בהוצאה הפרטית לשירותי רפואה אפשר להבחין בשני מרכיבים בסיסיים: הוצאה על ביטוחים מרצון ותשלומים ישירים מהכיס. ככלל, ביטוח וולונטרי הוא שוויוני יותר מהוצאה ישירה מהכיס, אך הוא פחות טוב לבקרת הוצאות<sup>14</sup>.**

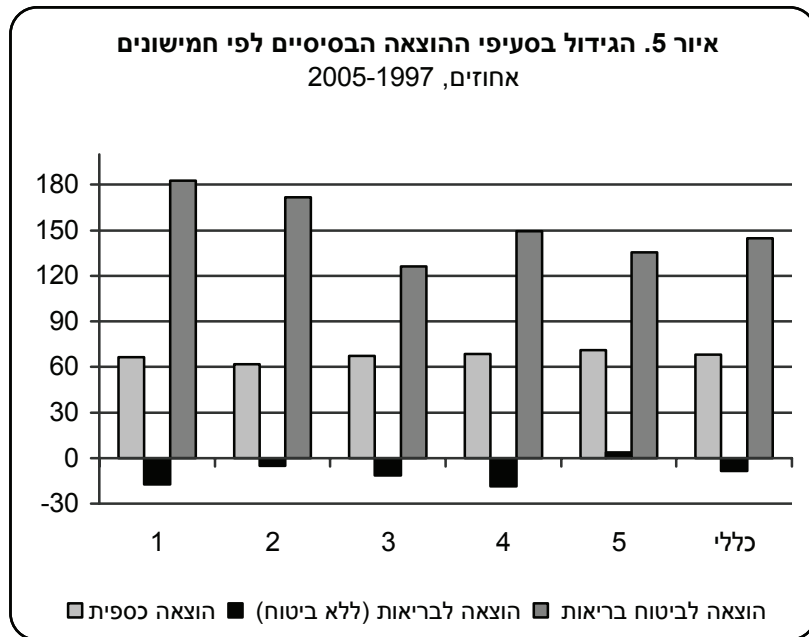
#### **ג. פרוגרסיביות ההוצאה הפרטית**

את השינויים בהרכב ההוצאה הפרטית לבריאות בישראל יש לבחון על בסיס הדיון לעיל.

מעיון בתמורות בהוצאה הפרטית של משקי הבית בין השנים 1997 ל-2005 אנו עדים לגידול כללי בהוצאה זו בתקציב משק הבית. בכל חמישוני ההכנסה שיעור הגידול בהוצאה לבריאות עלה על שיעור הגידול בסך ההוצאה. שיעור הגידול בהוצאה לבריאות היה 82 אחוז בעוד ששיעור הגידול בסך ההוצאה היה 33 אחוז (ראה לוח 1 ואיור 5). כלומר, נטל ההוצאה הפרטית לבריאות ביחס להכנסה גדל בכל משקי הבית.

---

<sup>14</sup> ראה Chernichovsky, 2008.



מקור: למ"ס, סקר הוצאות משקי הבית, שנים שונות.

העלייה בהוצאה לביטוח בין השנים 1997 ל-2005 הייתה בשיעור של כ-44.7 אחוז, בעוד ששיעור הירידה בתשלום ישיר מהכיס היה כ-8.5 אחוזים. יש לזכור, שחלק מהגידול בתשלום ישיר מהכיס נעוץ בגידול בהשתתפויות בלתי וולונטריות, שאינן ניתנות לביטוח. היינו, אפשר שתשלומים ישירים מהכיס מרצון היו אף נמוכים מאלה המופיעים בנתונים. לפי נתונים אלה, הייתה אפוא המרה מסוימת בין ביטוח וולונטרי לבין תשלום ישיר מהכיס. ההמרה הייתה גבוהה במיוחד בחמישון התחתון והרביעי ונעדרה לחלוטין מהחמישון העליון. בזה האחרון עלו גם חלקה של הוצאה לביטוח פרטי וגם התשלום ישיר מהכיס<sup>15</sup>.

ככלל, לא הייתה, אפוא, המרה משמעותית בהרכב ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה. כלומר, הביטוחים הוולונטריים לא החליפו תשלום ישיר מהכיס אלא מימנו שירותי רפואה במקום המימון הציבורי.

<sup>15</sup> תופעה זו עקבית עם ההשערה שהביטוחים הוולונטריים "גמרו את הסוס" עבור משפחות אמידות. הן יכולות לקנות שירות מועדף רק על-ידי תשלום ישיר מהכיס.

הביטוחים מרצון, המשלימים בעיקר, המירו מקור מימון פרוגרסיבי יותר מביטוחים וולונטריים. המרה מעין זו טובה יותר, כאמור בהיבט של שוויוניות (מבחינת נגישות), מאשר המרת מימון ציבורי בתשלום ישיר מהכיס, אך השינוי בכללו רגרסיבי, תוך התרת רסן בקרת הוצאות.

בהקשר זה, חשוב להתייחס לטענה, כי הביטוחים המשלימים אינם מבטאים פגיעה בסל הבסיסי אלא תוספת עליו. הטיעון חסר משמעות במובן שהוא נופל בתחום ה-counterfactual או מה היה אילו לא היו ביטוחים משלימים, למרות הירידה בתקציב הציבורי? התשובה אינה ידועה. ברור מאריתמטיקה פשוטה, נוכח משקל סעיף הבריאות בתוצר ובהוצאה לנפש, שתשלומים פרטיים המירו מימון ציבורי. היינו, בהתחשב במדיניותה המצמצמת של הממשלה, התרחבות הביטוחים המשלימים היו אפוא הרע במיעוטו. אילו הציבור היה נדרש לשלם מהכיס, כדי למלא את החסר, המצב היה גרוע יותר, גם מבחינת המקורות אשר היו מוקצים לשירותי רפואה וגם מבחינת הנגישות לשירותים.

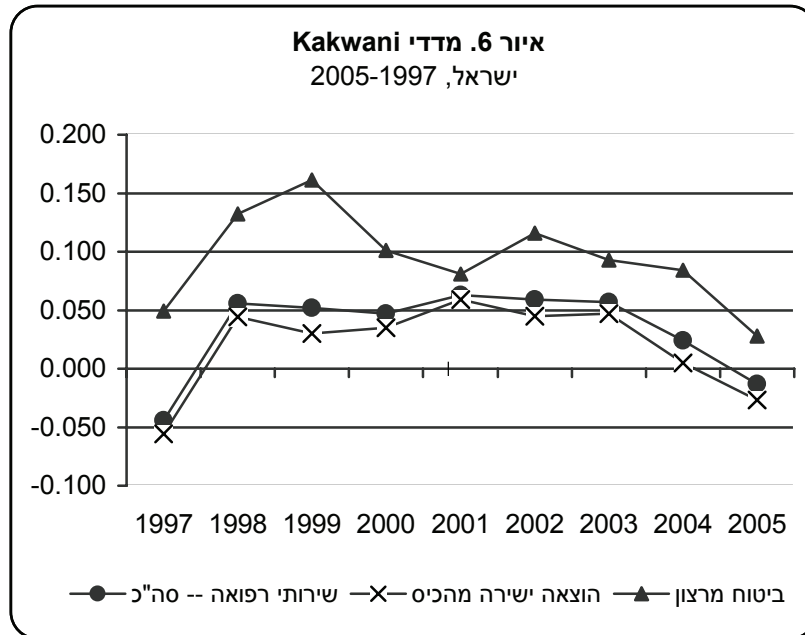
באזור 6 מוצגים ההפרשים – מדדי Kakwani (2007) לתקופה 1997 עד 2005 בין השטח הכלוא בין קו  $45^{\circ}$ , באזור 4, לבין העקום A לבין השטח הכלוא בין הקו לבין עקום B. היינו, מדובר בשטח בין A לבין B באזור 5. ככל שההפרש (נקודה גבוהה יותר באזור) בין התפלגות סך ההוצאה לצריכה לבין התפלגות ההוצאה לשירותי רפואה גדול, ההוצאה לשירותי רפואה שווה פחות, אך פרוגרסיבית יותר.

לדיון חשובים השינויים מאז שנת המוצא 1997. בנתונים ניתן להבחין בשתי תקופות, עד 2001 לערך ואחריה. אלה ניתנות לזיהוי גם באזור 1, במגמות, בחלק של ההוצאה לבריאות בתוצר. בתקופה הראשונה פרוגרסיביות ההוצאה הפרטית עולה, כאשר היא בעיקרה מובלת על-ידי ההוצאה על ביטוחים מרצון. בתקופה השנייה הפרוגרסיביות יורדת ובסופה, בשנת 2005, היא מתכנסת להתפלגות סך ההוצאה הפרטית.

כאמור, שאלת ההשקפה החברתית ביחס להוצאה הפרטית מהותית להתייחסות לפרוגרסיביות ההוצאה הפרטית בהקשר של שוויוניות בכלל. כמו-כן, הובהר לעיל, שניתן להתייחס להוצאה הציבורית בתקופת הבסיס (1997) כ"ראויה" לפחות באמות מידה בינלאומיות.

בתקופה הראשונה – עם התפתחות והתבססות הביטוחים המשלימים (הן במחיר והן בכיסוי באוכלוסייה) כמו גם תחילת ההשתתפויות – הייתה תוספת מימון לשירותי רפואה (אזור 1, גם לנפש, כפי שנראה בהמשך). ואלה, למרות תחילת מגמת הירידה בהוצאה הציבורית. כלומר, הגידול הפוטנציאלי בנגישות היחסית של קבוצות חזקות לשירותי

רפואה, בשל העלייה בפרוגרסיביות המימון, לא היה אולי מהותי במובן של הפגיעה בחסרי הביטוח הוולונטרי, מאחר שסך המקורות גדל ככלות הכל<sup>16</sup>. כלומר, בתקופה זו ניתן לראות בביטוח מרצון הוצאה שיאינה מעניינת חברתית בטווח הקצר. ייתכן ששכבות חלשות אף נהנו מתוספת המימון למערכת. בתקופה זו ניתן, לפחות לטעון, שביטוחים מרצון "לא היו על חשבון סל בסיסי".



מקור: למ"ס, סקר הוצאות משפחה, שנים שונות (עיבוד).

<sup>16</sup> הדינמיקה של השינוי חשובה בשני מובנים – האחד, המשמעות של הביטוחים מרצון לנגישות. ניתן לשער שעד שהציבור והספקים, כאחד, למדו לנצל את הביטוחים הללו במונחי נגישות עבר זמן מה. הוא הדין בתשלומים ישירים מהכיס. ייתכן שהייתה התאמה, במובן של התאמת הרצון לשלם ליכולת התשלום, גם בביטוח וגם בתשלום ישיר מהכיס. נושאים אלה, כמו נושא הנגישות לסל הבסיסי, בהקשר של הביטוחים מרצון הם נושאים למחקר.



בתקופה השנייה – במקביל להתפשטות הביטוחים המשלימים באוכלוסייה – מסתמנת גם מגמת ירידה בהוצאה על שירותי רפואה בתמ"ג (וגם לנפש)<sup>17</sup>. כלומר, המימון הפרטי – מובל על-ידי ביטוח מרצון – אינו מספיק כדי למלא את הפערים הנוצרים מהירידה במימון הציבורי. היינו, כדי לשמור על הקיים וה'ראוי', המימון הפרטי קונה בעליל "שירותים ראויים" מבחינה ציבורית. כלומר, הירידה בפרוגרסיביות המימון, עם התרחבות הביטוחים מרצון באוכלוסייה, מבטאת מאמץ יחסי של שכבות חלשות, ומצטרפות בהדרגה למעגל המבוטחים מרצון, שנועד לשמור על רמת שירותים ונגישות לשירותים, כפיצוי על המשך מגמת הירידה בחלקו של המימון ציבורי.

הגידול היחסי בהוצאה הפרטית על שירותי רפואה, בייחוד בביטוחים ובהשתתפויות, קיזז את הצמצום היחסי בהוצאה הציבורית, אולם הקיזוז לא היה מלא מאז תחילת העשור. למרות עליית ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה מעבר לגידול בהוצאה לתצרוכת, לא היה בה כדי להדביק את קצב הירידה של ההוצאה הציבורית. מציאות זו מתבטאת במגמת הירידה בסך ההוצאה על שירותי רפואה בתוצר (איור 1).

## 6. בקרת הגידול בהוצאה לבריאות

השאלה הנשאלת היא, האם בתהליך המרת המימון הציבורי במימון פרטי קנו משקי הבית, בשקל של הוצאה פרטית, את אשר איבדו בשקל של הוצאה ציבורית? או לחילופין, מה אירע להוצאה הריאלית על שירותי רפואה?

את נתוני ההוצאה על שירותי רפואה יש לתקן לתמורות דמוגרפיות המבטאות שינויים בצרכים – לפי הגדרתם בישראל – ולשינויי מחירים, המשקפים השתנות ביכולת הקנייה של ההוצאה על שירותי רפואה. התיקונים מוצגים במונחי מדדים באיור 7. שני העקומים העליונים מציגים את התוצר לנפש ואת נתוני ההוצאה על שירותי רפואה, כפי שאלה נגזרים מנתוני ההוצאה מתמ"ג. גם ללא כל תיקון, משנת 2001 יש מגמת ירידה של ההוצאה לשירותי רפואה לנפש ביחס לתוצר, בהתאמה עם נתונים המוצגים באיור 1.

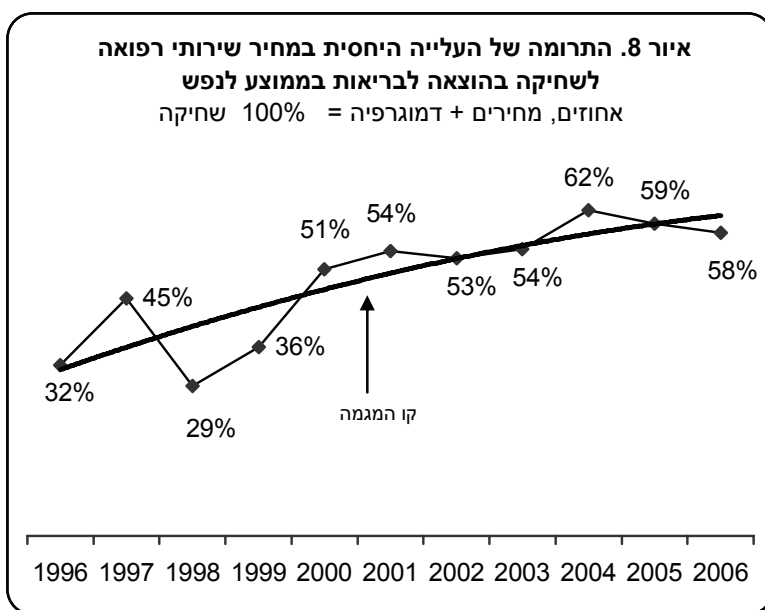
<sup>17</sup> על ביטוחים משלימים ראה ברמלי-גרינברג, גרוס, מצליח, 2007.

בחישוב לנפש "רגילה" ובמחירי התוצר, לפי הפרסום המקובל, בסוף התקופה (2004) ההוצאה גבוהה יותר בכ-7 אחוזים מאשר בתחילתה. בחישוב לנפש, המשקלל הוצאה סטנדרטית על בריאות לנפש לפי נוסחת הקפיטציה, ההוצאה גבוהה יותר רק בכ-3 אחוזים מבתחילתה, כאשר בכל התקופה קצב העלייה נמוך יותר במונחי נפשות מתוקנות מאשר במונחי נפשות "רגילות". תיקון עבור מחירי בריאות מצביע על ירידה של כ-3 אחוזים בהוצאה הריאלית על שירותי רפואה לנפש מתוקנת קפיטציה, ביחס לשנת המוצא 1995.

הנתונים המשולבים באיור 8 מצביעים על התרומה היחסית של מחירי שירותי רפואה לשחיקה בהוצאה הריאלית לבריאות לנפש משוקלת. בנתונים בולטת עליית ההשפעה של האינפלציה על השחיקה בסל הריאלי, בייחוד במגזר הפרטי, לעומת המרכיב הדמוגרפי. כאמור, סוגיית המחירים מרכזית לדיון בנושא בקרת הוצאות. נתוני המחירים אשר בבסיס איור 7 מופיעים בלוח 5, ומורים באופן ברור על העלייה היחסית של מחיר שירותי רפואה, בייחוד הפרטיים. המדד המשולב גבוה הן מהמדד של התוצר והן ממדד המחירים לצרכן.

כמשוער, הגדלת חלקו של המימון הפרטי עקבית עם אינפלציה מואצת בעלותם של שירותי הרפואה, לפחות במגזר הפרטי, שחלקו במימון עולה. הירידה היחסית במימון הפרטי צמצמה את הכוח המונופסוני של המדינה ושל קופות-החולים ביחס לכוח המונופולי של ספקי השירות על האזרח הבודד. זה מצב שגם מדינות עם השקפות עולם ליברליות מנסות להימנע ממנו.

כלומר, פתיחת המערכת בקצב הולך וגובר למימון פרטי חושפת אותו ללחצים אינפלציוניים הולכים וגוברים, וכצפוי מפחיתה את יכולת בקרת ההוצאות שלו. בהיבט זה – כמו באחרים – צועדת המערכת הישראלית לעברה של המערכת האמריקאית: גידול בהוצאה מהתוצר יבטא בקצב הולך וגובר אינפלציה בשירות במקום עלייה ריאלית, תוך תרומה לעוני ולהגדלת פערים כמו גם לאי יעילות כלכלית כללית בעלת יכולת פגיעה בצמיחה.



מקורות לאיורים 7 ו-8: למ"ס, 2007א; בנדלק, ז', 2007.  
 הערה: ב-2005 שונו מפתחות הקפיטציה. חישוב הנפשות המשוקללות לצורך הניתוח במסמך זה משתמש במפתחות הישנים על-מנת לאפשר עקביות של המדדים.

## לוח 5. מדדי מחירים של שירותי רפואה, 1995-2004

שנה	מדד תשומות שירותי רפואה	מדד שירותי רפואה פרטיים	מדד שירותי רפואה משוקלל (0.7 תשומות, 0.3 פרטי)	מדד מחירים לצרכן	מדד מחירי התוצר
1995	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1996	111.80	111.70	111.77	111.33	110.00
1997	122.20	124.10	122.77	121.36	119.03
1998	128.00	132.90	129.47	127.91	127.46
1999	136.20	145.00	138.84	134.56	135.46
2000	142.20	149.80	144.48	136.10	137.52
2001	145.10	156.50	148.52	137.60	140.11
2002	149.90	165.60	154.61	145.35	146.07
2003	148.50	169.70	154.86	146.37	145.33
2004	152.10	173.40	158.49	145.79	145.25
2005	154.85	176.54	161.36	147.68	146.64
2006	156.94	180.51	164.01	150.88	149.81

**מקורות:** משרד הבריאות, 2005; למ"ס, 2007א.

**הערה:** בהיעדר מחיר תשומות שירותי רפואה לשנים 2005-2006, נעשה אומדן לשתי השנים לפי המגמה שנוסחתה (1994)  $97.42 + 23.9 \ln$ . שקלול שני מדדי הבריאות נעשה לפי יחסם בהוצאה בתקופה, בהנחה שהמימון הציבורי הוא מבוסס תשומות.

## מקורות

- אחדות, ל', שמואלי, ע' וסבג-אנדבלד, מ' (2005). **מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – מגמות וסוגיות**. נייר עבודה, המוסד לביטוח לאומי.
- ביבי-קרשאי, נ' (2005). **נטל המסים הישירים והעקיפים על משקי הבית בישראל והשפעתם על אי-השוויון ב-2003**. נייר מס' 8, סדרת ניירות עבודה. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- בנדלק, ז' (2007). **חברות בקופות-חולים 2005-2006**. המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- ברמלי-גרינברג, ש', גרוס, ר', מצליח, מ' (2007). **תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות-החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006**. מאירס-גוינט – מכון ברוקדייל, ירושלים.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994**.
- לשכה מרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) (1997). **סקר הוצאות משקי הבית**.
- (2005). **סקר הוצאות משקי הבית**.
- (2005). **סקר הוצאות המשפחה**.
- (2006). **שנתון סטטיסטי של ישראל, מס' 57**.
- (2007א). **שנתון סטטיסטי של ישראל, מס' 58**.
- (2007ב). **הודעה לעיתונות, 29 נובמבר 07**.
- משרד הבריאות (2005). **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2004**.

Central Bureau of Statistics (CBS) (2006). *Household Expenditure Survey, 2005*.

[http://www.cbs.gov.il/publications/expenditure\\_survey05/pdf/t01\\_2.pdf](http://www.cbs.gov.il/publications/expenditure_survey05/pdf/t01_2.pdf)

CBS (2007). *National Health Expenditure, 19, 62-2005*. (Hebrew).

[http://www.cbs.gov.il/briut/briut07/pdf/h\\_print.pdf](http://www.cbs.gov.il/briut/briut07/pdf/h_print.pdf)

Chernichovsky, D. (2008). *Elements of Health systems Finance*, Processed.

Kakwani, N. and J. Silber. (2007). *Quantitative Approaches to Multidimensional Poverty Measurement*. London.

**נספח א': סעיפי הוצאה פרטית לשירותים ומוצרים רפואיים**

**ביטוח בריאות:** ביטוח משלים של קופות-החולים; ביטוח בריאות בחברת ביטוח; ביטוח אחר.

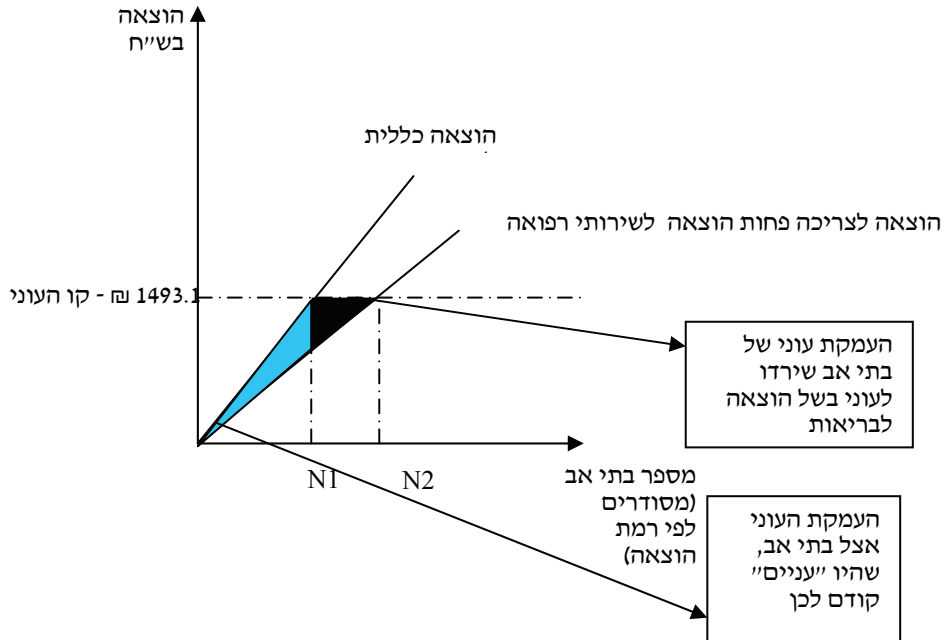
**ריפוי שיניים:** טיפולי שיניים; אורתודנטיה; צילום במכון לצילומי שיניים; ביטוח שיניים.

**הוצאות על שירותי בריאות:** רופא פרטי; בדיקות מעבדה וצילומים; רפואה אלטרנטיבית; אחות פרטית; אמבולנס וחדר מיון; טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי; רופא מקצועי בקופת-חולים; טיפת חלב

**הוצאות אחרות:** צמר גפן; טמפונים ותחבושות; חומרי רפואה אחרים; מכשירי שיקום או ציוד רפואי; תרופות מרשם שנקנו בקופת-חולים; תרופות ללא מרשם שנקנו בקופת-חולים; תרופות ללא מרשם שנקנו בבית מרקחת; תרופות ללא מרשם שנקנו בבית מרקחת.

**נספח ב': אמדן העמקת העוני של ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה**

א. הצגה של תוספת עומק העוני בגין הוצאה לשירותי רפואה



ב. לפיכך אינדקס התרומה לעוני של ההוצאה הפרטית ה"הכרחית" לשירותי רפואה

$$\frac{(N1-N2)}{N1}$$