

## ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל

דב צ'רניחובסקי, חיים בלייך ואיתן רגב

---

מתוך "דוח מצב המדינה" 2016  
ירושלים, טבת תשע"ז, דצמבר 2016

## מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב 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'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובח"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.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים  
טלפון: 02-567-1818  
פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: [info@taubcenter.org.il](mailto:info@taubcenter.org.il)  
אתר אינטרנט: [www.taubcenter.org.il](http://www.taubcenter.org.il)

## ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל

דב צ'רניחובסקי, חיים בלייך ואיתן רגב\*

### תקציר

פרק זה דן בהוצאה הפרטית של משקי בית על הבריאות לשני סוגיה: הוצאה מהכיס ופרמיות לביטוחים משלימים ומסחריים. ההוצאה הפרטית החודשית הממוצעת של משקי בית בישראל על שירותי רפואה עומדת על 906 שקלים (במחירי 2014), שהם כ-5.9 אחוזים מההכנסה הכספית הממוצעת נטו של משקי הבית, לעומת סכום הוצאה שעמד על כ-3.9 אחוזים מההכנסה בשנת 1997. ההוצאה מהכיס – הכוללת השתתפויות עצמיות, טיפולים משלימים (בעיקר טיפולי שיניים), טיפולים מקבילים לאלה שבזכאות ציבורית וצריכה של מוצרים ושירותים בעלי אופי רפואי (למשל משקפיים) – היא 61 אחוז מסך ההוצאה. יתרת ההוצאה הפרטית (39 אחוז) מוקדשת לביטוחי בריאות.

להכנסת משק הבית יש השפעה חיובית על כל סעיפי ההוצאה הפרטית, למעט השתתפויות עצמיות. עם זאת, נטל ההוצאה (כלומר גובה ההוצאה על בריאות ביחס להכנסה נטו) פוחת עם העלייה ברמות ההכנסה של משק הבית: סך ההוצאה החודשית על שירותי רפואה פרטיים עומד על 9.7 אחוזים מההכנסה הכספית הפנויה בחמישון ההכנסה הנמוך ביותר, לעומת 4.7 אחוזים בחמישון הגבוה ביותר. בחישוב המנטרל את השפעתם של משתנים סוציו-דמוגרפיים שונים נמצא כי ההוצאה על ביטוחים משלימים, ובייחוד על השתתפויות עצמיות, מתואמת עם גודל משק הבית (בנפשות מתוקננות).

ההוצאה על טיפולים משלימים שאינם נכללים בזכאות הציבורית (בעיקר טיפולי שיניים) ועל טיפולים מקבילים לאלו הניתנים במימון ציבורי גבוהה יותר במקומות זממינות השירותים הציבוריים והשימוש בהם פחותים – בעיקר במגזר הערבי, ובמידה מסוימת גם במגזר החרדי. ההוצאה על ביטוחים, בפרט משלימים, נובעת משיקולי תועלת: הרוכשים אותו הם בעלי צרכים גבוהים יחסית (קשישים), והם נהנים מגישה טובה הן לתשלום בעבור הביטוח והן לאפשרויות לנצל.

\* פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר ראשי ויו"ר תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב; חיים בלייך, חוקר במרכז טאוב; איתן רגב, חוקר בכיר במרכז טאוב. אנו מודים לנופר גואטה ולאילן סייקס על הסיוע הכתיבת הפרק.

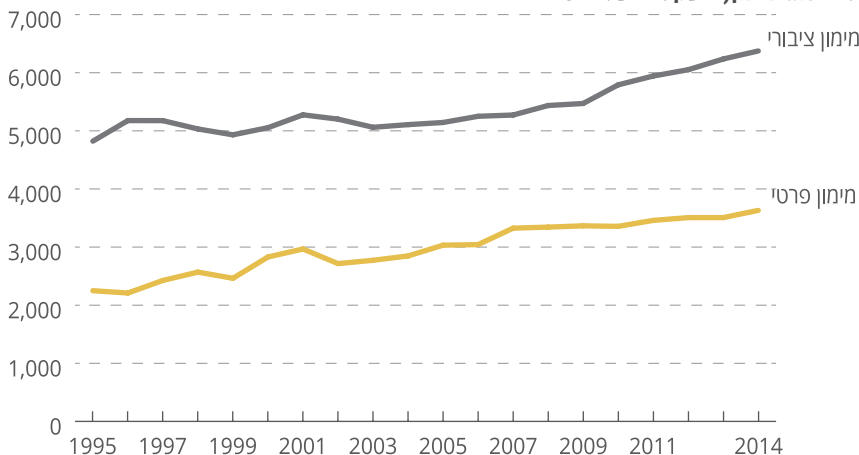
## מבוא

ההוצאה הלאומית על בריאות נחלקת לשני חלקים: הוצאה ציבורית, הממומנת מכספי המדינה, והוצאה פרטית שמממנים האזרחים (שירות מהכיס או באמצעות ביטוחים). מקובל לראות בהוצאה פרטית על שירותי בריאות ביטוי לחופש הבחירה הצרכני האינדיבידואלי, שאינו מעניינו של הציבור. לצד זאת, הוצאה זו חשובה לכשלים בשוק החופשי של ביטוחי הבריאות ושירותי הרפואה. כמו כן, ההוצאה הפרטית תורמת לגידול באי השוויון ובפערים בחברה, בפרט נוכח הקשר ההדדי שבין בריאות לקויה לעוני (Arrow, 1963). בשל השפעות אלו, ובשל התפיסה כי שירותי בריאות אינם יכולים להיחשב למוצר הנסמך על כללי השוק החופשי בלבד, מונהגת מדיניות של מעורבות ציבורית כבדה יחסית במערכות בריאות במדינות רווחה.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל, שנחקק ב-1995, נועד להבטיח גישה אוניברסלית לשירותים רפואיים. אולם במשך השנים שחלפו מאז, ובפרט מאז שנחקק חוק ההסדרים ב-1997, חלה ירידה בחלקו של התקציב הציבורי במימון המערכת ועלייה בחלקו של התקציב הפרטי. תהליך זה מוצא ביטוי בנתונים המפורטים בתרשים 1. ההוצאה הציבורית על בריאות לנפש עלתה מ-4,819 שקלים (במחירי 2014) בשנת 1995 ל-6,377 שקלים בשנת 2014, ושיעור הגידול השנתי הממוצע שלה היה כ-1.3 אחוזים. לעומת זאת, ההוצאה הפרטית עלתה באותה תקופה מסך של 2,247 (במחירי 2014) שקלים ל-3,634 שקלים – שיעור גידול שנתי ממוצע של 2.6 אחוזים, כלומר כפול משיעור הגידול בהוצאה הציבורית. כפי שצוין בפרק המבוא לחלק הבריאות בספר, ההוצאה הריאלית על בריאות לנפש מתקנת נמוכה מהנתונים המוצגים כאן, שהם נתוני הוצאה לאדם, בשל שינויים דמוגרפיים בהרכב האוכלוסייה ושינויי מחיריהם של שירותי בריאות ביחס למוצרים ושירותים אחרים.

### תרשים 1. הוצאה לנפש על בריאות

לפי סוג מימון, בשקלים של 2014

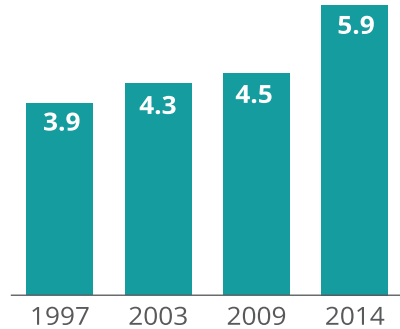


מקור: דב צ'רניחובסקי, חיים בלייך ואיתן רגב, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2016)

בהתאם לירידה בחלקה של ההוצאה הציבורית, לאורך זמן משקלה של ההוצאה הפרטית בתקציבם הממוצע של משקי הבית עולה באופן עקבי: מ-3.9 אחוזים בשנת 1997 ל-5.9 אחוזים ב-2014 (תרשים 2).

בפרק זה ייבחן מבנה ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה וינתחו השינויים בגובה ההוצאה לפי כמה משתנים חברתיים-כלכליים של משקי הבית. בסיס הנתונים הוא מדגם של 8,261 בתי אב מסקר הוצאות המשפחה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2014. המטרה היא לבחון את השפעת ההוצאה על השוויוניות ועל נגישות שירותי הרפואה, ואת המשתמע מכך לתפקוד המערכת הציבורית. בהיבטים אלו הפרק הנוכחי הוא המשך לעבודות קודמות (נבון וצ'רניחובסקי, 2013; צ'רניחובסקי, 2007).

## תרשים 2. הוצאה חודשית על בריאות כאחוז מההכנסה הכספית הפנויה של משק הבית



מקור: עדכון המחברים לנבון וצ'רניחובסקי (2012)  
נתונים: הלמ"ס, סקרי הוצאות

## 1. מרכיבי ההוצאה הפרטית על בריאות

בהתאם למיון אצל נבון וצ'רניחובסקי (2013), ההוצאה הפרטית נחלקת לשני מרכיבים בסיסיים: הוצאה ישירה מהכיס וביטוחי בריאות. סעיפי ההוצאה הישירה מהכיס לשירותי רפואה ממוינים לפי ארבע קטגוריות ראשיות:

- השתתפויות עצמיות (Co-payments): הוצאות הנדרשות מהפרטים לצורך מימוש זכות או זכאות ציבורית. הוצאות אלו אינן נקבעות לפי החלטת הפרט אלא לפי החלטת אנשי מקצוע (אם כי כמובן לכל אדם זכות לא לרכוש את הטיפול או התרופה שהוצעו לו, הגם שהם בוצאות ציבורית). מקובל לפטור קבוצות חלשות מההוצאות הללו (צ'רניחובסקי, 2013).

- שירותים ומוצרים משלימים (Supplemental): ההוצאות המשלימות את השירותים הנכללים בסל הבריאות הציבורי, כגון הוצאות על רפואת השן למבוגרים בישראל. משיקולים תקציביים ואחרים, שירותים או טיפולים אלו אינם כלולים בוצאות הציבורית אולם יש לציבור עניין בהן, לכן במדינות שונות יש נטייה להכיר בהוצאות אלו, או בהוצאה לביטוח בגינן, לצורכי זיכוי ממס.

- שירותים ומוצרים מקבילים (Parallel): הוצאות על שירותים דומים לאלה שניתנים במימון ציבורי מלא או חלקי, למשל: ניתוח אלקטיבי במסגרת פרטית. הוצאות אלו עלולות לעורר בעיה חריפה כאשר הן נדרשות מפני שהשירות הציבורי גרוע לדעת האזרח ולכן הוא בוחר בשירות פרטי, שהוא בלתי נמנע מבחינתו. הבעיה חמורה עוד יותר כאשר הבחירה היא בהמלצת נותן השירות במימון ציבורי, המפנה חולה לטיפול במימון פרטי – תופעה שאינה נדירה בישראל.
- שירותים ומוצרי צריכה (Consumption): הוצאה על שירותים שקשורים לתחום הבריאות אולם אינם נחשבים רפואיים (למשל, מוצרי היגיינה) ולציבור אין עניין לסבסד אותם בכל דרך שהיא.

באשר לביטוחי בריאות, בישראל קיימים שלושה סוגים של ביטוח: **ביטוח קבוצתי משלים (שירותי בריאות נוספים – שב"ן):** הביטוח ניתן באמצעות ארבע קופות החולים ונחשב פרטי למחצה מפני שהקופות מחויבות לבטח כל אדם ואינן יכולות לקבוע פרמיה אישית, אלא רק עלות קבועה לכל קבוצת גיל.

**ביטוח מסחרי של חברות הביטוח:** ביטוח אישי או דרך מקום העבודה, הדורש במרבית המקרים הצהרת בריאות ותהליך קביעת פרמיה פרטני.

**ביטוחי שיניים וביטוחים סיעודיים קבוצתיים:** בדרך כלל מוצעים לעובדים במקומות עבודה גדולים.

ההוצאה הפרטית לסוגיה לפי נתוני הסקר מפורטת בלוח ב'1' בנספחים.

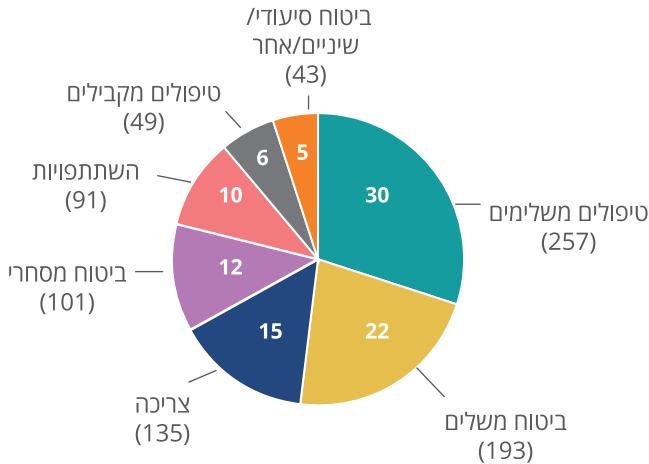
### התפלגות ההוצאה בין המרכיבים

סך ההוצאה הפרטית החודשית הממוצעת של משק בית על בריאות עומדת על 906 שקלים – שהם, כאמור, כ-5.9 אחוזים מההכנסה הכספית הממוצעת נטו של משקי הבית. חלקה של ההוצאה מהכיס (הוצאות על שירותים משלימים ומקבילים, על מוצרי צריכה ועל השתתפויות עצמיות) מסך ההוצאה עומד על 61 אחוז, והיתרה (39 אחוז) מוקדשת לתשלום על ביטוחים (תרשים 3).

סעיף ההוצאה המשמעותי ביותר בהוצאה מהכיס הוא טיפולים משלימים: 30 אחוז מסך ההוצאה הפרטית. חלקן של השתתפויות עצמיות עומד על 10 אחוזים, ושל הוצאה על טיפולים מקבילים היא כ-6 אחוזים בלבד.<sup>1</sup> ההוצאה על ביטוחים משלימים היא 22 אחוז מסך ההוצאה הפרטית, וההוצאה על ביטוח מסחרי – 12 אחוז.

1 חשוב לציין בהקשר זה כי נוכח הקשר ההדוק בין שירותי רפואה משלימים לשירותים הממומנים בסל הביטוחים של קופות החולים, ייתכן שחלק מהנסקרים התבלבלו בסיווג השירותים שקיבלו.

### תרשים 3. התפלגות ההוצאה הפרטית על בריאות, 2014 ההוצאה החודשית הממוצעת של משקי הבית (בסוגריים: סכום ההוצאה בשקלים)



מקור: דב צ'רניחובסקי, חיים בליך ואיתן רגב, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, סקר הוצאות

## 2. התפלגות ההוצאה על בריאות בקרב משקי בית

כפי שאפשר לצפות, ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה גדלה עם ההכנסה (תרשים 4). משקי בית בחמישון ההכנסה הגבוה ביותר מוציאים בממוצע 1,418 שקלים לחודש על שירותי רפואה פרטיים, לעומת כשליש מסכום זה (498 שקלים לחודש בממוצע) שמוציאים משקי הבית בחמישון ההכנסה הנמוך ביותר.

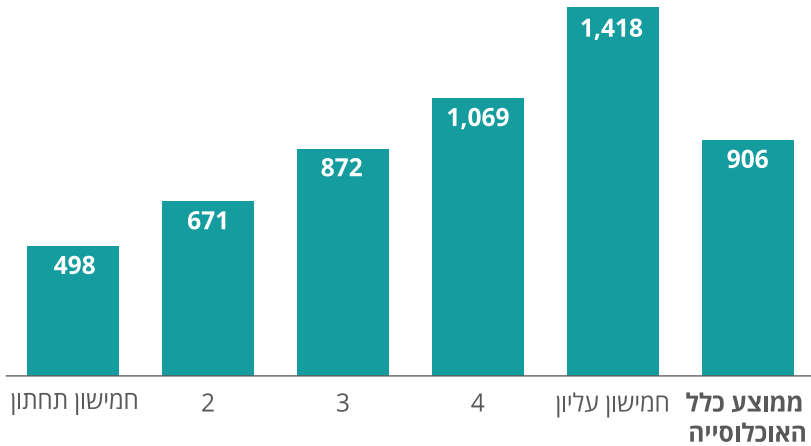
כפי שרואים בתרשים 5, הסעיף הדומיננטי בהוצאה הישירה מהכיס הוא על שירותי רפואה משלימים – הוצאה של 257 שקלים בממוצע. לאחר מכן מדורגים הסעיפים שירותי צריכה (134 שקלים), השתתפויות עצמיות (91 שקלים) ושירותי רפואה מקבילים (49 שקלים).

יש הבדלים משמעותיים בין מרכיבי ההוצאה בחמישונים השונים. ההוצאה המושפעת ביותר מרמת ההכנסה היא על שירותי רפואה משלימים, שעיקרה טיפולי שיניים. לעומת זאת, ההוצאה על השתתפויות עצמיות אינה משתנה כמעט בכלל לפי רמת ההכנסה. משמעות הנתונים היא כי ההוצאה הפרטית תורמת לגידול בפערים בין שירותי הבריאות שכל חמישון נהנה מהם.

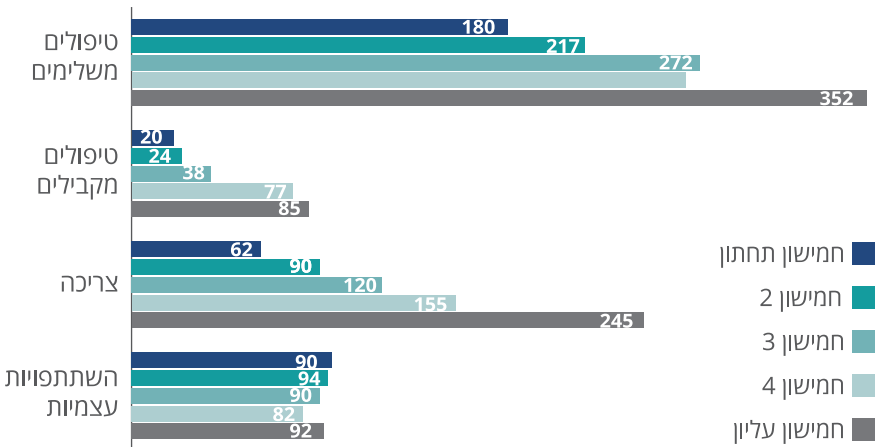
סכום ההוצאה על השתתפויות עצמיות שווה כמעט בכל משקי הבית, אולם השוויון המספרי מעיד כי הנטל היחסי של ההוצאות הללו יותר בקרב בעלי הכנסות נמוכות, שחלקן של סכום זה בהכנסותיהם גדול יותר. לצד זאת, הפערים בקבלת השירותים

המשלימים מראה שככל הנראה השירותים הציבוריים אינם מספקים בעיני מרבית הציבור, לכן מי שידו משגת בוחר לשלם כדי לקבל שירותים דומים במימון פרטי.

**תרשים 4. הוצאה חודשית על בריאות, 2014**  
לפי חמישון הכנסה\* של משק הבית



**תרשים 5. הוצאה חודשית מהכיס על שירותי בריאות, 2014**  
לפי חמישון הכנסה\* של משק הבית וסוג הוצאה

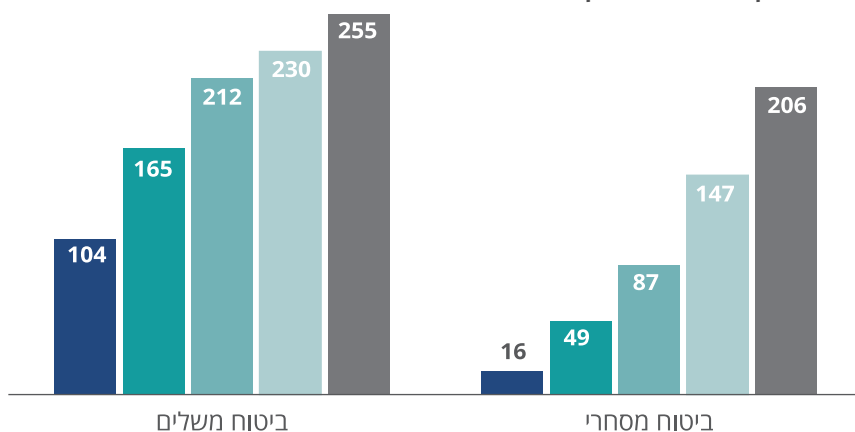


\* דירוג משקי הבית חושב לפי ההכנסה הכספית הפנויה לנפש מתוקנת.  
מקור: דב צ'רניחובסקי, חיים בלייך ואיתן רגב, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, סקר הוצאות



ההוצאה הממוצעת על ביטוחים משלימים היא 193 שקלים לחודש, ועל ביטוחים פרטיים מסחריים – 101 שקלים (תרשים 6). סטיית התקן לפי חמישוני הכנסה גבוהה יותר בביטוחים מסחריים מאשר במשלימים (76.3 לעומת 59.7, בהתאמה), והנתון מצביע על כך שההוצאה על ביטוחים מסחריים מושפעת מרמת ההכנסה במידה רבה יותר מאשר הביטוחים המשלימים של קופות החולים.<sup>2</sup> ואכן, נראה שהביטוחים המשלימים הם בגדר נורמה – כ-80 אחוז ממשקי הבית מבוטחים בהם – ואילו תפוצתם של הביטוחים המסחריים עומדת על כמחצית מכך (40 אחוז) (צ'רניחובסקי ובוורס, 2016).

### תרשים 6. הוצאה חודשית על ביטוחי בריאות, 2014 לפי חמישון הכנסה\* של משק הבית וסוג ביטוח



\* דירוג משקי הבית חושב לפי הכנסה הכספית הפנויה לנפש מתוקנת.

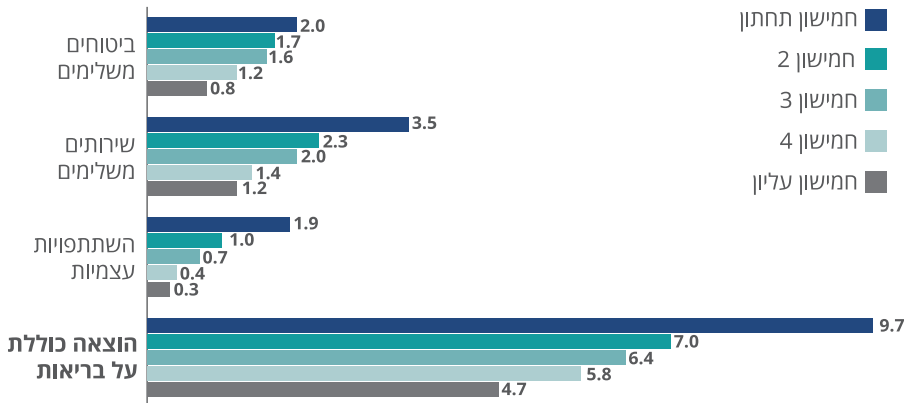
מקור: דב צ'רניחובסקי, חיים בלייך ואיתן רגב, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, סקר הוצאות

כצפוי, במונחי נטל ההוצאה (שיעור ההוצאה הפרטית למרכיביה על שירותי בריאות מתוך ההכנסה הפנויה של משק הבית) הנטל הגבוה ביותר ניכר בקרב משקי בית ברמות ההכנסה הנמוכות, והוא פוחת עם העלייה ברמת ההכנסה (תרשים 7). סך ההוצאה החודשית על שירותי רפואה פרטיים עומד על 9.7 אחוזים מסך ההכנסה הכספית הפנויה בחמישון ההכנסה הנמוך ביותר, לעומת 4.7 אחוזים בחמישון הגבוה ביותר. בהקשר זה בולט נטל ההוצאה הגבוה יחסית על השתתפויות, שהן בבחינת הוצאה הכרחית אם החולה מבקש לממש את זכותו הציבורית: כ-2 אחוזים מההכנסה הפנויה בחמישון הנמוך לעומת כ-0.3 אחוזים בחמישון הגבוה.

2 הפרק אינו מרחיב בנושא הביטוחים האחרים היות שאינם שייכים לדיון, וממילא ההוצאה עליהם קטנה בהרבה.

### תרשים 7. שיעור ההוצאה על בריאות למשק בית, 2014

כאחוז מההכנסה הכספית הפנויה, לפי חמישון הכנסה\* של משק הבית וסוג הוצאה\*\*



\* דירוג משקי הבית חשוב לפי ההכנסה הכספית הפנויה לנפש מתוקנת.

\*\* הנטל הכולל אינו שווה לסכום של כלל ההוצאות האחרות מפני ששתי קטגוריות הוצאה (צריכה וביטוחים אחרים) אינן נכללות בתרשים.

מקור: דב צ'רניחובסקי, חיים בלייך ואיתן רגב, מרכז טאוב

נתונים: הלמ"ס, סקר הוצאות

### 3. התפלגות ההוצאה הפרטית: ניתוח רב-משתני

כדי לבחון לעומק את המתאם בין גובה ההוצאה הפרטית למשתנים החברתיים-כלכליים והדמוגרפיים של משק הבית, נערך ניתוח רב-משתני של נתוני הסקר באמצעות גרסיה בשיטת Tobit (לפירוט תוצאות הרגרסיה ראו לוח נ'2' בנספחים). ממצאי הניתוח מאששים ומחזקים את התוצאות שהוצגו לעיל בדבר השפעתה של ההכנסה על ההוצאה הפרטית על בריאות לסוגיה, ומוסיפים תובנות ביחס להשפעה של תכונות משק הבית והעומד בראשו על הוצאה זו.

#### הוצאה על ביטוחים רפואיים

הממצאים ממחישים היטב את ההבדלים בין הביטוח המשלים לביטוח המסחרי. כאמור, שני סוגי הביטוח נמצאים במתאם חיובי עם ההכנסה, אולם רמת השינוי בתפוצתו של הביטוח המסחרי המתלווה לשינוי ברמת ההכנסה גבוהה בערך פי שלושה מאשר השינוי בביטוח המשלים (כפי שמודגם גם בתרשים 6 לעיל). יתרה מזאת, לרמת ההשכלה של ראש משק הבית יש השפעה חיובית על רכישת ביטוח מסחרי, אולם השפעתה על רכישת ביטוח משלים אינה ניכרת.

הממצאים תואמים את העובדה שלביטוח המשלים יש כאמור מאפיינים ציבוריים, לכן נגישותו גבוהה יותר. כמו כן, אין לשלול את ההשערה שהביטוח המשלים מעודד ומאפשר סיכון מוסרי: פרטים הזקוקים לטיפול יכולים לרכוש ביטוח משלים בדיעבד, כאשר הם יודעים שהם זקוקים לו. טיעון זה נתמך בממצא כי ההוצאה על הביטוחים המשלימים עולה

עם רמת הצרכים הרפואיים של משק הבית.<sup>3</sup> לא נמצא קשר סטטיסטי בין הצרכים הרפואיים להוצאה על ביטוח מסחרי. את ההשפעה החיובית שיש להשכלה על הוצאה על ביטוחים מסחריים ניתן לייחס גם לכך שמעסיקים במקומות עבודה מסודרים, שלרוב מתאפיינים בעובדים משכילים יותר, תומכים בביטוחים אלו.

בכחינה של התפלגות הביטוחים לפי קבוצת אוכלוסייה (בנטרול כל המשתנים האחרים) נמצא כי הנטייה לרכישת ביטוחים באוכלוסייה הערבית פחותה מזו של האוכלוסייה היהודית, בפרט ברכישת ביטוחים מסחריים. ניתן להסביר התנהגות זו באפשרויות המוגבלות לממש ביטוחי בריאות ביישובים ערביים, ואולי גם בחוסר מודעות לנושא הביטוח הרפואי באוכלוסייה זו. בקרב האוכלוסייה היהודית, חרדים רוכשים בממוצע פחות ביטוחים מסחריים מאשר אחרים. ייתכן שההסבר לכך הוא הסתמכות על גמ"חים ועזרה הדדית בתוך הקהילה, המהווה מעין ביטוח עצמי.

ככלל, למגורים באזור הפריפריה יש השפעה שלילית בלתי מובהקת סטטיסטית על רכישת ביטוחים מסחריים, והשפעה שלילית מובהקת סטטיסטית (באזור "פריפריאלי") על רכישת ביטוחים משלימים. ממצא זה עשוי לחזק את ההשערה כי הנטייה לרכוש ביטוח נמוכה כאשר היכולת לנצל אותו נמוכה.<sup>4</sup>

### הוצאה ישירה מהכיס

ככלל, ההוצאה הפרטית על בריאות מתואמת חיובית עם הצרכים הרפואיים של משק הבית (כפי שהם נמדדים בתקנון לפי גודל משפחה, גיל בני הבית ומינם – ראו הערת שוליים 3), וגם עם רמת ההכנסה. לרמת ההשכלה של ראש משק הבית אין השפעה מובהקת סטטיסטית על ההוצאה הישירה מהכיס.<sup>5</sup> הניתוח הרב-משתני אישר כי ההוצאה על השתתפויות עצמיות אכן אינה מתואמת עם רמת ההכנסה של משק הבית, אולם היא מתואמת באופן חיובי עם רמת הצורך הרפואי שלו ובאופן שלילי עם השכלתו של ראש משק הבית (אם כי המתאם אינו מובהק).

בראש מדרג ההוצאות על השתתפויות עצמיות ניצבים ערבים, לאחר מכן יהודים לא-חרדים ולבסוף חרדים. אפשר להסביר זאת ברמת בריאות נמוכה יחסית בקרב יהודים לא-חרדים ובקרב ערבים ביחס לאוכלוסייה החרדית. להחזקת ביטוח משלים יש השפעה חיובית על גובה ההוצאה על השתתפויות, וניתן לייחס זאת לכך שהביטוח מעודד את השימוש בשירותי הבריאות.

כאשר כל המשתנים האחרים קבועים, ההוצאה על שירותים משלימים (בעיקר טיפולי שיניים) מושפעת כאמור במידה הרבה ביותר מרמת ההכנסה של משק הבית, והיא גם

3 בהיעדר משתנה בדבר מצב הבריאות של משק הבית, נאמדו הצרכים הרפואיים של משק הבית בהתאם לתכונותיו הדמוגרפיות ולנוסחת הקפיטציה המשמשת להקצאת כספי ציבור לקופות החולים: לכל נפש הותאם מקדם או משקל לפי גיל ומין ביחס לנפש מתוקנת, וכך התקבל גודל משק הבית לפי ערך הצורך הרפואי של הנפשות בו.

4 במחקר קודם (נבון וצ'רניחובסקי, 2012) שימש אזור המגורים (מחוז) כאומדן להיצע שירותים. התוצאות הצביעו על היצע נמוך של שירותים רפואיים באזורי הפריפריה (הצפון והדרום) ביתר עוז מאשר התוצאות במחקר זה. ניתן לייחס את ההבדל לכך שבמחקר זה נכללו במשתנים המסבירים נתונים חברתיים-כלכליים, כגון השכלה והכנסה, שבהם נעוצים חלק מן ההבדלים בין מרכז לפריפריה.

5 התוצאה נובעת ככל הנראה מהמתאם הגבוה בין השכלה ובין רמת ההכנסה.

מתואמת חיובית עם רמת ההשכלה של ראש משק הבית כאשר רמת ההכנסה נתונה. ממצא זה – וכמוהו ההשפעה החיובית של הכנסה על גובה ההוצאה – יכול לנבוע מכך שעם העלייה ברמת ההשכלה עולה המודעות לחשיבות הטיפולים הרפואיים שאינם בסל הציבורי (בעיקר טיפולי השיניים). לעומת זאת, ההוצאה על שירותים משלימים מתואמת סטטיסטית עם גודל משק הבית ועם הצרכים הרפואיים של בני המשפחה.

בנטרול משתנים שאינם קשורים ללאום נמצא שערכים מוציאים סכום גדול יותר מיהודים על שירותים משלימים, אולי בשל מחסור בשירותי רפואה ציבוריים במגזר הערבי, וכן בשל רמת בריאות נמוכה יותר.

להחזקת ביטוח מסחרי יש קשר חיובי עם ההוצאה על שירותים משלימים. ייתכן שהסיבה לכך היא שאנשים בעלי בעיות בריאות סבורים שהוצאות הטיפולים שלהם יהיו גבוהות ונוטים לרכוש ביטוחים בשיעור נרחב יותר. אפשרות נוספת היא שביטוחים אלו מלווים בהשתתפויות בתשלום.

ההוצאה על טיפולים מקבילים מעניינת במיוחד, היות שהיא מבטאת ויתור על המערכת הציבורית לטובת טיפולים דומים במימון פרטי. כצפוי, עלייה ברמת הכנסה אכן קשורה לבחירה לוותר על המערכת הציבורית. לעומת זאת, לרמת ההשכלה של ראש משק הבית אין קשר סטטיסטי להוצאה על טיפולים מקבילים, וגם לא לצרכים הרפואיים של משק הבית. עם זאת, יש בממצאים אלו כדי לרמוז כי האוכלוסייה המשכילה אינה תופסת את השירותים המקבילים כטובים יותר מאלה הניתנים במגזר הציבורי, אלא אולי רק כנוחים יותר ומותנים ביכולת תשלום.

ההוצאה של חרדים על טיפולים מקבילים גבוהה יותר משני המגזרים האחרים (בנטרול השפעת משתנים אחרים). ממצא זה יכול לנבוע מהסדרי רפואה פרטית בתוך הקהילה, המחליפה את הרפואה הציבורית.

ההוצאה על טיפולים מקבילים מתואמת חיובית עם החזקת ביטוחים, משלימים ומסחריים כאחד – היינו, הביטוחים מעודדים תשלום על טיפולים במקום ניצול הזכאות להם במערכת הציבורית. למעשה ייתכן שזו אחת הסיבות לרכישת הביטוחים מראש, ואפילו המערכת הציבורית עצמה מעודדת את המחזיקים בביטוח לקבל טיפול מקביל במסגרת הפרטית.

## סיכום ומסקנות

המצאים מצביעים על כמה אתגרים העומדים בפני המערכת. ראשית, ההוצאה הגבוהה יחסית של בעלי הכנסה גבוהה על טיפולים מקבילים ומשלימים (ובמקרה השני, גם של בעלי רמות השכלה גבוהה) תומכת בהשערה כי המערכת הציבורית אינה מספקת מבחינתם בסוגי הטיפולים, וכנראה גם באיכותם. יתרה מזו, אפשר שהביקוש לשירותים פרטיים מצד בעלי רמות ההכנסה הגבוהות מעודד את נותני השירות לספק שירותים כאלו בשל יכולתם של אוכלוסיות אלו לשלם, הן באמצעות תשלום ישיר מהכיס והן בשל שיעורים גבוהים יותר של מבטוחים בקרבם ביחס לבעלי הכנסות ורמות השכלה נמוכות.

ההוצאה על השתתפויות עצמיות היא מעין מס רגרסיבי. התושבים הנצרכים ביותר – בעיקר קשישים – נושאים בנטל כלכלי גבוה יחסית לקבוצות אחרות (והם מוציאים יותר מאחרים במונחים מוחלטים כאשר הכנסתם מוחזקת קבועה). המצב דומה ביחס לערבים וליהודים חרדים, במידה פחותה: כאשר כל המשתנים האחרים, לרבות הכנסה, מוחזקים

קבועים – קבוצות אלו מוציאות במספרים מוחלטים יותר מהכיס על השתתפויות (בסכומים מוחלטים) בשל זמינות פחותה יחסית של טיפול במימון ציבורי. מצבים אלו סותרים את תפיסת הצדק החברתי והשוויוניות שביסוד חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כמו ההוצאה הישירה מהכיס, גם תפוצת הביטוחים הפרטיים מותנית ברמת ההכנסה, לכן הם מגדילים את הפערים במערכת – בפרט נוכח העובדה שלהחזקת ביטוחים יש קשר חיובי עם ההוצאה הישירה מהכיס.

אם כן, הגידול בחלקה של ההוצאה הפרטית במימון שירותי הבריאות בישראל, וכן ההסדרים המאפשרים למבוטחים לממש את הביטוחים המשלימים במוסדות פרטיים בלבד, מבטאים אי שביעות רצון מסוימת מהמערכת הציבורית, ותורמים לחוסר היעילות של המערכת ולגידול בפערים בנגישותם של שירותי הרפואה.

## מקורות

נבון, גיא ודב צ'רניחובסקי (2012), *ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, התפלגות הכנסות ועוני בישראל*, סדרת מאמרים לדיון, 2012.13, בנק ישראל.

צ'רניחובסקי, דב (2007), *מימון מערכת הבריאות בישראל 1995–2005: היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות*, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *The American Economic Review*, 53, No. 5, pp. 941-973.

Zellner, Arnold (1962), "An Efficient Method of Estimating Seemingly Unrelated Regressions and Tests for Aggregation Bias," *Journal of the American Statistical Association*, 57, pp. 348-368.

## נספחים

**לוח נ'1. ההוצאה הפרטית של משקי בית על בריאות, לפי סעיף הוצאה**  
**ההוצאה חודשית ממוצעת בשקלים, 2014**

סעיף הוצאה	כלל משקי הבית	אחוז משקי הבית המדווחים	ההוצאה בקרב משקי בית מדווחים
<b>השתתפות</b>	<b>90.8</b>	<b>30.8%</b>	<b>294.8</b>
תרופות שנקנו בקופ"ח	6.1	2.2%	279.8
תרופות מרשם שנקנו בקופ"ח	35.9	12.7%	281.6
תרופות מרשם שנקנו בבית מרקחת	48.4	18.4%	263.3
תרופות מרשם (מקום קנייה לא ידוע)	0.4	0.2%	178.6
<b>צריכה</b>	<b>134.5</b>	<b>52.7%</b>	<b>255.0</b>
טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי*	8.5	1.2%	355.7
טיפולים אסתטיים	7.7	1.8%	425.6
צמר גפן, טמפונים ותחבושות	12.8	17.1%	74.9
חומרי רפואה אחרים	3.0	8.0%	38.0
משקפיים ועדשות (כולל משקפי שמש אופטיים)	45.6	12.6%	362.4
עדשות מגע	4.3	2.6%	168.6
משקפי שמש (לא אופטיים)	7.6	6.1%	125.4
מוצרים לחלל הפה (כולל מברשת ומשחת שיניים)	15.5	23.4%	66.3
ויטמינים ללא מרשם	10.6	3.8%	275.8
רפואה אלטרנטיבית	18.8	5.4%	346.2

ההוצאה בקרב משקי בית מדווחים	אחוז משקי הבית המדווחים	כלל משקי הבית	סעיף הוצאה
287.1	17.5%	48.8	טיפולים מקבילים
143.5	11.5%	14.9	תשלומים לרופא פרטי/מומחה בקופ"ח
1599.4	1.0%	16.3	תשלום עבור ניתוח פרטי רפואי
173.3	4.4%	7.6	בדיקות מעבדה וצילומים
131.1	1.9%	2.4	אחות פרטית, אמבולנס וחדר מיון
472.7	1.6%	7.6	טיפולים שיקומיים והתפתחותיים
<b>629.1</b>	<b>40.9%</b>	<b>257.0</b>	<b>טיפולים משלימים</b>
611.9	24.5%	149.7	טיפול שיניים
970.0	1.4%	13.4	אורתודנטיה
2199.2	2.3%	49.6	ניתוחי פה ולסת
82.3	3.2%	2.7	צילום במכון לצילומי שיניים
355.7	1.2%	8.5	טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי
169.2	1.2%	2.0	דיאגנוסטי (דרך קופ"ח)
158.6	4.0%	6.3	תרופות שנקנו בבית מרקחת
232.7	2.1%	5.0	מכשירי שיקום או ציוד רפואי
195.2	1.8%	3.5	תרופות בלי מרשם שנקנו בקופ"ח
160.7	9.8%	15.8	תרופות בלי מרשם שנקנו בבית מרקחת
116.1	0.5%	0.6	תרופות בלי מרשם (מקום קנייה לא ידוע)
<b>386.1</b>	<b>87.4%</b>	<b>337.3</b>	<b>ביטוחים</b>
226.9	85.1%	193.1	ביטוח משלים
283.8	35.6%	101.0	ביטוח מסחרי
260.3	8.9%	23.0	ביטוח סיעודי
124.4	9.7%	12.0	ביטוח שיניים
127.8	6.4%	8.2	ביטוח אחר

\* סעיף זה התחלק באופן שווה בין צריכה למשלימים

מקור: דב צ'רניחבסקי, חיים בלייך ואיתן רגב, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, סקר הוצאות המשפחה

## 2. ניתוח רב-משתני

המשוואה שנאמדה היא:

$$y_{i,j} = \alpha_j + \beta x_{i,j} + \gamma z_j + \varepsilon_{i,j} \quad (1)$$

כאשר  $y_{i,j}$  היא ההוצאה הכספית (בשקלים) של משק הבית  $i$  על קטגוריית הוצאה  $j$  לשירותי רפואה, ו- $x_{i,j}$  הוא וקטור של משתנים המאפיינים את משק הבית ומסבירים את ההוצאה. כדי לצמצם הטיות אפשריות הנובעות מכך שבכל נקודת זמן בתי אב רבים יחסית אינם מדווחים כלל על הוצאה, נאמדו כל המשוואות בשיטת Tobit (Zellner, 1962). ההתייחסות להוצאה על ביטוחים מהווה אתגר באומדן ההשפעות על ההוצאה הפרטית. מצד אחד, הביטוח מושפע ממצב הבריאות וממשתנים חברתיים-כלכליים; מצד אחר, הביטוח משפיע על צריכת שירותי רפואה ועל ההוצאה עליהם, מפני שהוא מוזיל את עלויות הטיפוליים הפרטיים. לצורך בחינת ההשפעה הסגולית של הביטוח נאמדה השפעת המשתנים החברתיים-כלכליים על רכישת ביטוח בשיטת Tobit, ולאחר מכן הוצב ברגרסיה משתנה דמי עבור החזקת ביטוח (=1). המטרה הייתה לפקח במידה המרבית האפשרית על השפעת הביטוח על ההוצאה. תוצאות האמידה הסטטיסטית מפורטות בלוח נ'2. מבין המשתנים הבלתי תלויים בלוח יש להרחיב על שניים: "נפשות מתוקננות" ו"פריפריאליות של אזור מגורים". הראשון מבטא את הפרופיל הדמוגרפי של משק הבית בנפשות משוקללות לפי נוסחת הקפיטציה הישראלית. זהו אומדן לצרכים הרפואיים של משק הבית, המבטא גם את גודל משק בית בנפשות ואת התפלגות הגילים בו. יצוין שהמתאם הסטטיסטי הפשוט בין משתנה זה ובין גיל ראש משק הבית הוא 0.8. אשר למשתנה פריפריאליות: לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2008), פריפריאליות של יישוב מבוססת על:

- מדד נגישות פוטנציאלית של הרשות המקומית, המשקלל את קרבת הרשות המקומית לכל הרשויות המקומיות בארץ עם גודל האוכלוסייה שלה.
- קרבה של הרשות המקומית לגבול מחוז תל אביב; קרבה רבה יותר משמעותה ערך גבוה יותר.

לכל משק בית נקבע מדד פריפריאליות על פי מקום מגוריו. לצורך האומדנים בפרק הוסבו המדדים למשתני דמי בעלי ערך 1 (אם משק הבית נמצא בפריפריה מסוימת) או 0 אם לא. "תל אביב" הוא האזור שאינו כלול באומדן, ואליו מושווים האזורים האחרים לצורך הערכת השפעת זמינות שירותים רפואיים.



**לוח נ'2. ההשפעות של תכונות משק הבית על הוצאה פרטית על בריאות**  
**לפי סוג ההוצאה ותכונות נצפות של משק הבית והעומד בראשו, מקדמי גרסיה בשיטת Tobit**  
**(בסוגריים: סטיית התקן)**

סה"כ הוצאה פרטית	משתנים מוסברים					משתנה מסביר	
	סה"כ הוצאה מהכיס	שירותים מקבילים	שירותים משלימים	השתתפות עצמית	מסחרי	משלים	ביטוחים
<b>תכונות ראש משק הבית</b>							
-44.82 (36.10)	-90.84* (36.63)	-38.93 (42.58)	-30.53 (51.57)	-33.02 (18.73)	3.00 (13.94)	3.88 (4.81)	גבר (=1)
10.03 (5.57)	7.22 (5.55)	2.43 (6.08)	20.37** (7.42)	-3.34 (2.29)	12.09** (1.67)	0.25 (0.59)	שנות לימוד
31.36 (78.32)	414.23** (105.05)	122.65 (65.09)	688.86** (160.92)	188.51** (32.31)	-412.82** (37.18)	-124.33** (9.34)	ערבי (=1)
-28.29 (75.24)	187.67* (85.67)	420.12** (138.18)	281.37* (111.78)	-16.82 (38.63)	-354.63** (41.57)	8.11 (10.20)	חרדי (=1)
<b>תכונות משק הבית</b>							
222.68** (20.10)	141.82** (19.63)	37.69 (20.82)	58.12* (25.66)	122.04** (9.23)	1.67 (6.62)	37.70** (2.33)	נפשות מתוקננות לפי צורך רפואי
529.79** (30.82)	319.67** (30.51)	158.77** (38.76)	362.34** (45.44)	7.64 (14.53)	275.20** (14.64)	96.69** (3.85)	לוג הכנסה כספית פנויה
<b>פריפריאליות אזור מגורים</b>							
82.64 (92.49)	93.60 (100.44)	22.54 (92.52)	122.51 (147.07)	-61.77 (42.75)	-51.66 (37.50)	18.77 (10.10)	מאור (=1)
-60.50 (38.54)	-47.15 (39.62)	139.19** (48.19)	-49.54 (56.71)	-5.71 (22.16)	-13.78 (15.49)	-4.47 (5.39)	בינוני (=1)
-73.02 (49.23)	-42.62 (51.15)	-66.79 (67.21)	-120.49 (72.08)	5.13 (26.48)	-46.06* (19.41)	21.11** (6.94)	מרכזי (=1)
131.54 (97.35)	219.53* (102.74)	190.18* (73.58)	237.16 (136.74)	-15.14 (31.53)	-10.35 (25.70)	-23.57** (8.05)	רגיל (=1)
<b>בעלות על ביטוח</b>							
-	109.17 (58.97)	251.60** (70.48)	124.28 (93.68)	56.70 (26.58)	-	-	משלים (כן = 1)
-	248.94 (57.24)	212.53** (58.98)	230.20** (80.35)	21.40 (20.50)	-	-	מסחרי (כן = 1)
-4460.51** (286.82)	-3126.26** (292.98)	-3102.10** (499.22)	-4705.12** (518.40)	-551.14** (140.69)	-2896.868** (142.96)	-767.45** (35.65)	קבוע
0.0059	0.0039	0.0053	0.0050	0.0079	0.0399	0.0243	<b>R<sup>2</sup></b>

\* מובהק ברמה של 5% \*\* מובהק ברמה של 1%

מקור: דב צ'רניחובסקי, חיים בלייך ואיתן רגב, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, סקר הוצאות משקי הבית