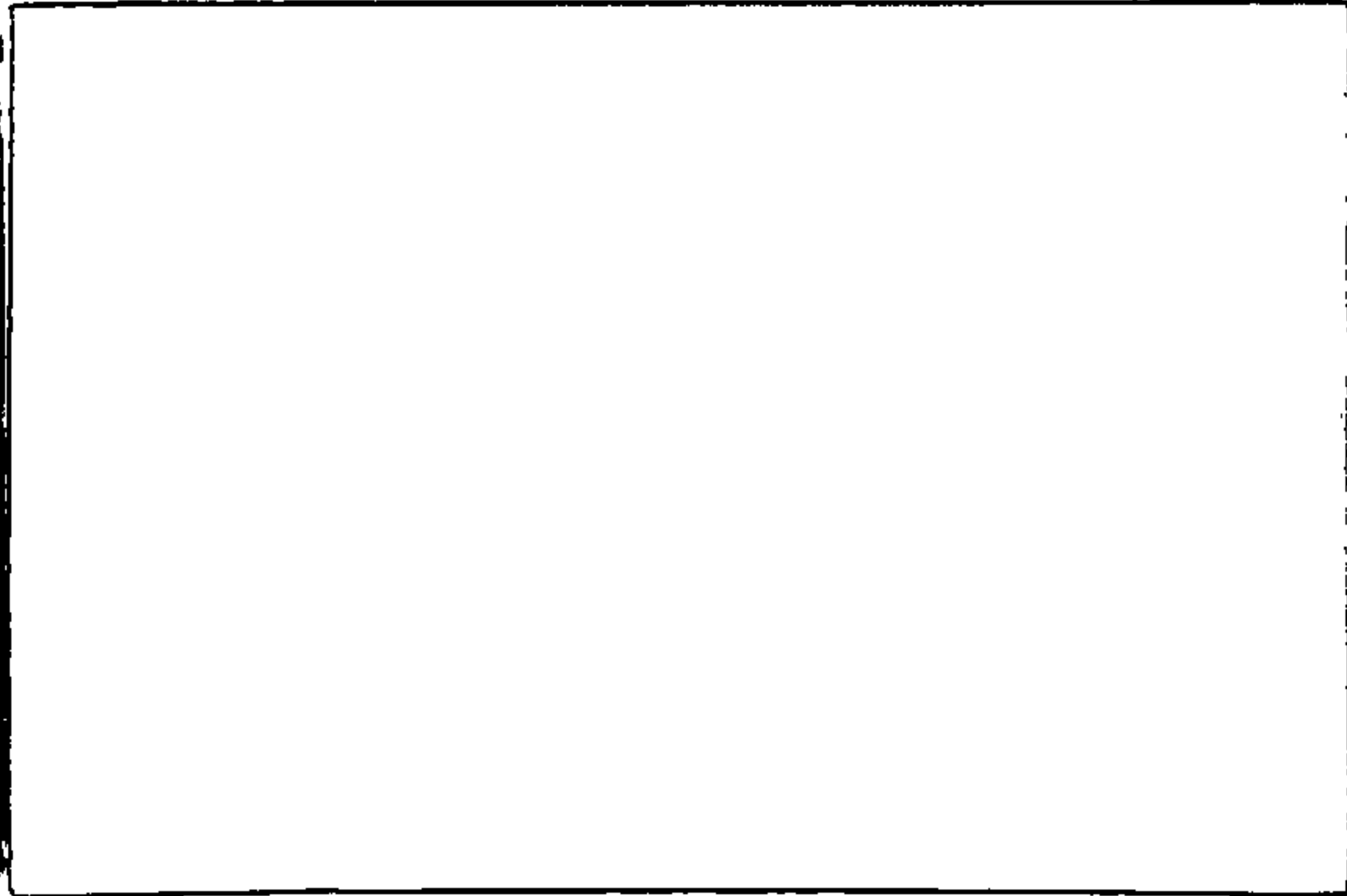


מס' 315
מס' 5



המוסד לביטוח לאומי
אגף מחקר ותכנון





המוסד לביטוח לאומי
אגף מחקר ותכנון



מוסד לביטוח לאומי
הדבז לתיעוד
ע"ש ד"ר גיורא לוטן
ירושלים

מחלקת תיעוד
ס"פ 99
A562

419

88N

זקיפת ההוצאה הציבורית בסקטור הבריאות
והשפעתה על התחלקות ההכנסות

נמאת:
יעקב שאול

ה ק ד מ ה

מחקר זה נערך במחלקה למחקר בסיסי, באגף למחקר ולתכנון במוסד לביטוח לאומי, והוגש כעבודה סמינריונית למחלקה לכלכלה באוניברסיטה העברית. במטרת המסלול הישומי לתואר מוסמן.

ברצוני להודות לפרופ' גור עופר על הדרכתו, כמו כן להודות למר יוסי תמיר, סמנכ"ל מחקר ותכנון במוסד לביטוח לאומי על הערותיו.

תודות מיוחדות מגיעות ללאה אחדות, ד"ר גדעון יניב ואסתי שרון מן המחלקה למחקר בסיסי על עזרתם בהפניה לחומר רקע. בהכנת הצגת העבודה ובדיונים על תוכן העבודה.

כמו כן, תודתי לאלכסנדר גאליה ז"ל ויעקב טל על עיבוד הנתונים במחשב.

תוכן הענינים

1		מבוא
4		פרק 1 - מערכת הבריארות הלאומית והתפתחותה
13		פרק 2 - סובסידיה, הכנסה ואי שיוויון
20		פרק 3 - שיטת המזקר
20		- זיהוי ההוצאה הציבורית לשירותי בריאות
21		- זיהוי האוכלוסיה הנהנית משירותי בריאות ציבוריים
26		- זקיפת ההוצאות
32		פרק 4 - ממצאי המחקר ומסקנות
32		- אי-תלות בין מימון ושימוש בשירותי בריאות
35		- שימוש נוסף בשירותי בריאות הממומן באופן פרטי
36		- סיכום ומסקנות
44		נספח א' - מקור הנתונים
48		נספח ב' - לוחות
52		רשימה ביבליוגרפית

מ ב א

במרוצת שנות השבעים היינו עדים לגידול ניכר בהיקף המשאבים הכספיים שהוקדשו בישראל לשירותים חברתיים ובכללם שירותי הבריאות. משקל ההוצאה הלאומית לבריאות בתוצר הלאומי הגולמי עלה מ-5.4% בראשית שנות השבעים ל-7.5% בסופן. בשנים האחרונות נבלם הגידול המתמיד בהוצאה הלאומית לבריאות ומשקלה בתל"ג ירד ל-7.2% ובממוצע לשנות התקציב 1980 עד 1983. קצב הגידול הגבוה בהוצאה השנתית לנפש לבריאות שאיפיון אח שנות השבעים הואט במידה רבה בשנים האחרונות ועמד על כ-1% בממוצע לשנות התקציב 1980 עד 1983. בכל זאת, חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות בתל"ג עולה עדיין על 7%. רמה ניכרת אף בהשוואה לארצות מפותחות.

כ-70% מכלל ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות ממומנים על ידי גורמים ציבוריים: ממשלה ומוסדות לאומיים, רשויות מקומיות ומוסדות ללא כוונת רווח. השתתפות הממשלה והמוסדות הלאומיים במימון שירותי הבריאות (הכוללת את ההקצבות מתקציב המדינה, הוצאות המוסד לביטוח לאומי, מס מקביל והשתתפות הסוכנות היהודית ומוסדות לאומיים אחרים)¹ הגיעה בשנת התקציב 1979 לשיא של 60% מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות, ומאז חלה בה ירידה עד לרמה של 52% בשנת 1983. משנות השבעים האחרונות ועד 1983/4 שמרו הרשויות המקומיות על שיעור מימון קבוע של כ-1% מכלל ההוצאה

(1) אשר למס המקביל, אפשר לראות בו מס מיועד, הנגבה על פי חוק ולכלול אותו בתוך הוצאות הממשלה. למרות הויכוח הקיים על מהותו, זו היא הדרך המקובלת ביותר לרישומו.

הלאומית לבריאות ואילו חלקם של שאר הגורמים (מלכ"רים והמגזר הפרטי) בהוצאה הלאומית לבריאות עלה מ-39% בסוף שנות השבעים ל-47% בשנת התקציב 1983.

למרות שהממשלה והרשויות המקומיות מממנות יותר ממחצית ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות, הן מבצעות באופן ישיר רק כרבע ממנה. הממשלה תומכת כספית בקופות החולים ובמוסדות ללא כוונת רווח אחרים. המספקים שירותי בריאות ציבוריים. אספקת השירותים נעשית בשיתוף פעולה עם הממשלה ועל פי נורמות הנקבעות על ידי משרד הבריאות. השירותים המסופקים על ידי קופות החולים ומוסדות ללא כוונת רווח אחרים מיועדים, בדומה לרוב השירותים הממשלתיים, לציבור הזכאי להשתמש בשירותי הבריאות הציבוריים מכח היותו מבוטח בקופות החולים או בהסדרים אחרים של מערכת הבריאות הציבורית, כאשר הזכאות אחידה בדרך כלל לכלל האוכלוסייה. ההוצאה של הגורמים הציבוריים, בניכוי תשלומי הציבור עבור קבלת שירותים ובניכוי מיסי חבר לקופות החולים, מהווה את המימון הציבורי של מערכת הבריאות הלאומית. אפשר לראותה כסובסידיה ציבורית אוניברסאלית הניתנת בעין.

מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את התחלקות הסובסידיה בין קבוצות שונות באוכלוסייה, להעריך את השפעתה על אי-השוויון הכלכלי באמצעות זקיפת ההוצאות הציבוריות על שירותי הבריאות להכנסת המשפחה, וללמוד על התחלקות נטל המימון של שירותי הבריאות בתוך קבוצות אוכלוסייה שונות. מסקנות המחקר חשובות במיוחד לאור המשבר הכספי הפוקד כיום את מערכת הבריאות בארץ ולנוכח הטענות המושמעות בדבר הצורך להקטין את שיעור הסובסידיה הממשלתית תוך כדי הגדלת חלקו של המימון הפרטי בסך כל המימון של ההוצאה על שירותי הבריאות. ממצאי המחקר עשויים לסייע בהערכת ההשפעה של שינויים בצורת המימון של מערכת הבריאות הלאומית על מידת הפרוגרסיביות של ההוצאות הציבוריות ביחס להכנסת המשפחה ועל אי-השוויון הכלכלי.

הפרק הראשון מתאר את מערכת הבריאות הלאומית והתפתחותה בשנים האחרונות מבחינת היקף ההוצאות והתפלגותן לפי סוגי שירותי הבריאות. פרק זה מציג גם את התפלגות המשתמשים בשירותים אלה לפי גיל ומין. הפרק השני סוקר את התכונות הכלליות של סובסידיה ככלי להשגת יעדים כלכליים וחברתיים, וזן במספר תכונות של הסובסידיה בכלל וסובסידיה בשירותי בריאות בפרט בהקשר של חלוקה מחדש של הכנסות, רמת הרווחה של האוכלוסיה ואי-שוויון כלכלי. הפרק השלישי מתאר את שיטת החקירה תוך התייחסות לעבודות אחרות שנעשו בתחום זה, ואילו הפרק האחרון מפרט את ממצאי המחקר וזן בהשלכותיהם.

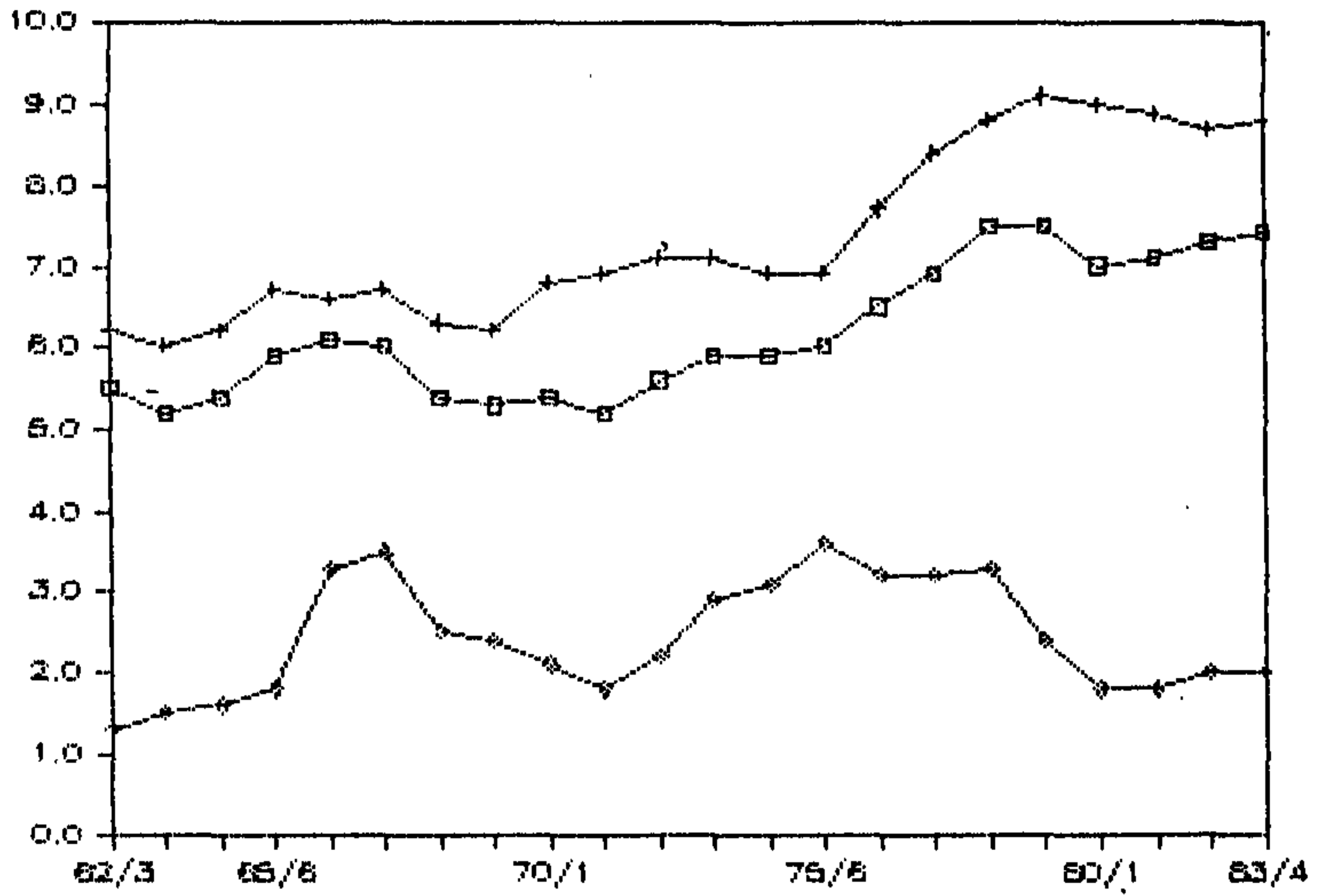
פרק 1 - מערכת הבריאות הלאומית והתפתחותה

משאבים רבים במדינת ישראל מוקדשים לשירותי בריאות. מראשית שנות הששים ועד היום ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות כאחוז מהתל"ג היתה גבוהה יחסית בהשוואה למדינות מפותחות בעולם, ולא נפלה מ-5.2%. את ההוצאה לשירותי בריאות איפיינה מגמה כללית של עלייה, ושיעור ההוצאה מתוך התל"ג הגיע לשיא של 7.5% בסוף שנות השבעים. בשנות השמונים הראשונות ההוצאה לשירותי בריאות עמדה, בממוצע, על 7.2% מהתל"ג כאשר ההוצאה הריאלית השנתית מתייצבת לאחר גידול שנתי ממוצע של כ-11% בשנות השבעים. חלק ניכר של ההוצאה הלאומית לבריאות הוקדש בשנות השבעים להשקעה בנכסים קבועים (כ-12.5% בממוצע שנתי). בעוד שבשנות השמונים הראשונות רק חלק קטן מההוצאה הוקדש למטרה זו (כ-6.2% בממוצע שנתי). ההוצאה לשירותי בריאות כחלק מן הצריכה הפרטית והציבורית האזרחית שמרה אף היא על פרופיל גבוה במרוצת השנים, עם מגמת עלייה דומה לזו של ההוצאה כחלק מהתל"ג.

התפתחויות אלה משתקפות בתרשים נמס. 1.

תרשים מס. 1 - אינדקטורים להיקף ההוצאה הלאומית לבריאות

בשנים נבחרות



מקור: לוח ב/1 בנספח ב'.

- + סך כל ההוצאה הלאומית בבריאות כאחוז מהתל"ג
- ההוצאה השוטפת לשירותי בריאות כאחוז מהצריכה האזרחית
- ◇ השקעה בבריאות כאחוז מהשקעה מקומית בנכסים קבועים

במדינת ישראל קיימת מערכת בריאות ציבורית המופעלת על ידי שלושה גורמים עיקריים: הממשלה, קופות החולים ומוסדות ללא כוונת רווח אחרים. רוב שירותי הבריאות במדינה, מעל 50% מכלל ההוצאה הלאומית, מסופק על ידי קופות החולים ומוסדות ללא כוונת רווח אחרים. בעוד שהממשלה מטפלת פחות מרבע מכלל השירותים. למרות זאת לממשלה יש השפעה רבה על מערכת הבריאות הציבורית באמצעות תמיכתה הכספית במוסדות הבריאות. שיתוף הפעולה איתם והפיקוח הממשלתי עליהם.

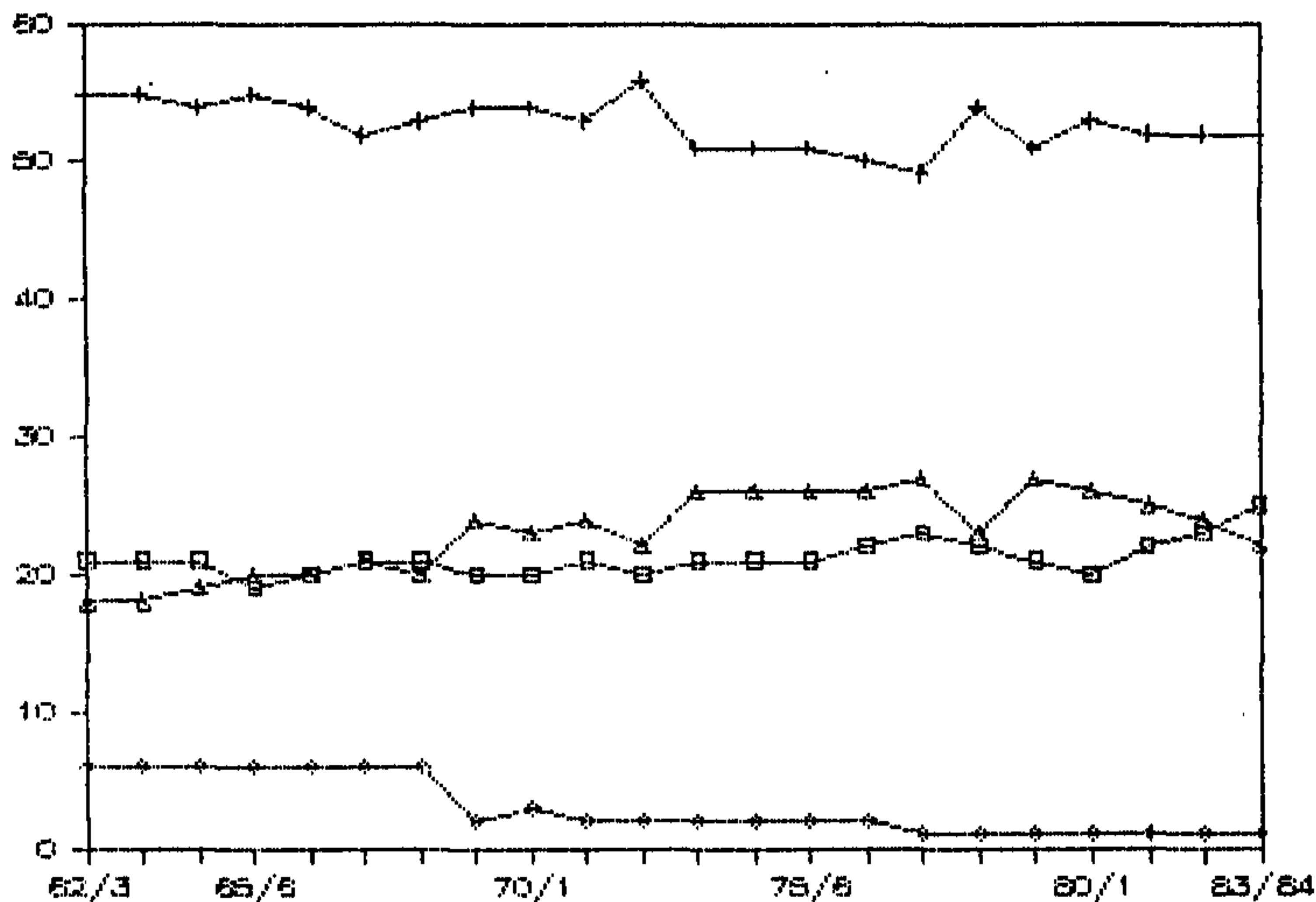
לרפואה הפרטית משקל קטן יחסית במערכת הבריאות הלאומית. הספקת שירותי הבריאות על ידי הסקטור הפרטי מהווה פחות מרבע מכלל הוצאות על השירותים המסופקים במשק.

שיעור זה יכול היה להיות קטן עוד יותר, ובאופן משמעותי, אלמלא הרמה הנמוכה יחסית של הספקת שירותי רפואת שיניים על ידי מערכת הבריאות הציבורית. רוב שירותי רפואת השיניים ניתנים על ידי הסקטור הפרטי ואלו אלה הניתנים על ידי גורמים ציבוריים מוגבלים בדרך כלל למקרים של עזרה ראשונה. ברוב המקרים טיפול שיניים אינו מכוסה על ידי ביטוח הבריאות של קופות החולים וגורמים ציבוריים אחרים.

התחלקות ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות בשנים נבחרות, לפי הגורם המבצע, מוצגת בתרשים מס. 2.

תרשים מס. 2 - ההוצאה הלאומית לבריאות לפי סקטור מבצע בשנים נבחרות

(באחוזים)



מקור: לוח ב/2 בנספח ב'.

- Δ משלה
- ◇ רשויות מקומיות
- + מוסדות ללא כוונת רווח
- אחר

מקורות המימון של מערכת הבריאות הלאומית הם: הקצבות מתקציב המדינה, השתתפות המוסדות הלאומיים, תרומות וקרנות ציבוריות, מס מקביל, מיסי חבר לקופות חולים והוצאות פרטיות אחרות. רוב מימון שירותי הבריאות (כ-70%) בא ממקורות ציבוריים. העברות כספיות בין הגורמים הציבוריים של המערכת, ומהסקטור הציבורי לסקטור הפרטי, גורמות לכך שחלוקת ההספקה של שירותי הבריאות שונה מחלוקת המימון. הממשלה והמוסדות הלאומיים נושאים במימון של מעל מחצית מההוצאה הלאומית. לרשויות המקומיות חלק קטן בלבד במימון ההוצאה הלאומית לבריאות (כ-1% בשנים האחרונות). שאר מימון המערכת מתחלק בין מוסדות ציבוריים ללא כוונת רווח והסקטור הפרטי. המימון הפרטי מגיע לכ-30% מסך הוצאות מערכת הבריאות הלאומית כאשר בתוכו נכללים מיסי החבר לקופות החולים.

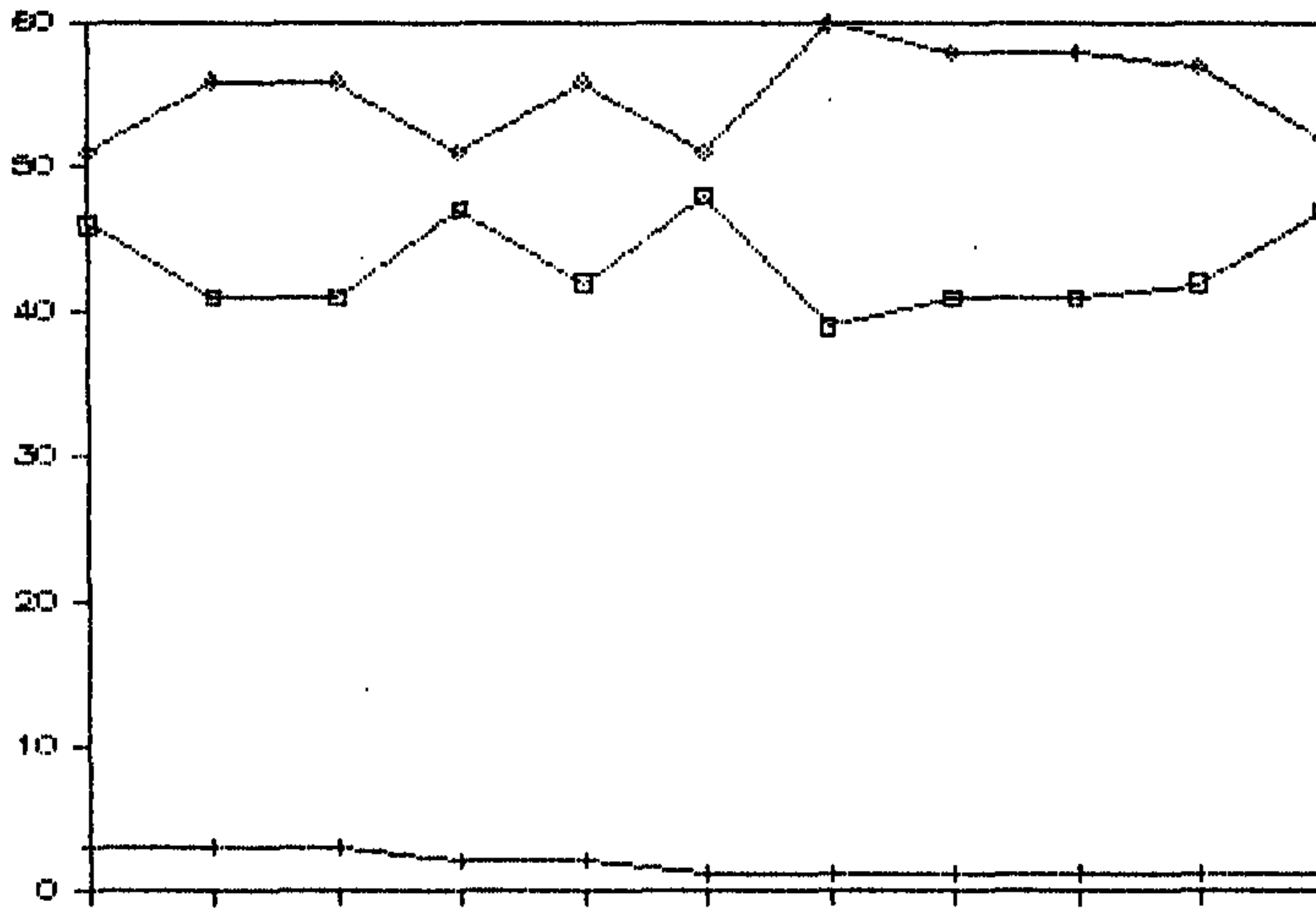
תרשים מס. 3 מלמד שבשנות השמונים הראשונות חלה ירידה בחלקם של הגורמים הממלכתיים (ממשלה, מוסדות לאומיים ורשויות מקומיות) במימון מערכת הבריאות הלאומית ובמקביל עלה שיעור ההשתתפות של המוסדות ללא כוונת רווח והסקטור הפרטי.

לוח מס. 1 מציג את ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות בשנות התקציב 1980 עד 1983 לפי סוג ההוצאה (שוטף או פיתוח) ולפי סוג השירות. הנתונים מורים שכ-94% מסך כל ההוצאה הלאומית על שירותי בריאות היו הוצאות שוטפות ורק כ-6% היו הוצאות פיתוח.

תרשים מס. 3 - ההוצאה הלאומית לבריאות לפי סקטור מממו

1983 - 1973

(באחוזים)



73/4 74/5 75/6 76/7 77/8 78/9 79/80 80/1 81/2 82/3 83/4

מקור: לוח ב/3 בנספח ב'.

◇ ממשלה

+ רשויות מקומיות

□ אחרים

מבין סוגי השירותים השונים, חלקן של ההוצאה על אשפוז בבתי חולים כלליים ושל ההוצאה על שירותי מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת בכלל ההוצאה היו הגדולים ביותר, כ-33% וכ-30% בהתאמה. ההוצאות ברפואה הפרטית וברפואת השיניים היו כחמישית מכלל ההוצאה הלאומית. כמו כן, הנתונים מראים שהתפלגות כלל ההוצאה הלאומית בין סוגי השירותים היתה פחות או יותר יציבה במרוצת שנות התקציב 1980 עד 1983, אם כי היתה ירידה קלה בחלקן של ההוצאה לשירותי אשפוז ולניהול ממשלתי ובמקביל עליה בחלקן של ההוצאה לשירותי מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת ושל ההוצאה ברפואה הפרטית ורפואת השיניים.

לוח מס. 1 - ההוצאה הלאומית לשירותי הבריאות לפי סוג השירות
1983 - 1980
(מליוני שקלים במחירי 1980)

סוג השירות	1980/1	1981/2	1982/3	1983/4	סך הכל	אחוז
הוצאות שוטפות:	<u>6,995</u>	<u>7,659</u>	<u>7,817</u>	<u>7,939</u>	<u>30,410</u>	<u>93.7</u>
-אישפוז בבי"ח כלליים	2,544	2,661	2,701	2,643	10,549	32.5
-אישפוז בבי"ח למחלות ממושכות	401	430	412	401	1,644	5.1
-אישפוז בבי"ח לחולי נפש	364	399	373	355	1,491	4.6
-מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת	2,217	2,442	2,493	2,524	9,676	29.8
-ניהול ממשלתי והוצאות שונות	103	96	94	94	387	1.2
-רפואה פרטית ורפואת שיניים	1,367	1,633	1,743	1,922	6,665	20.5
הוצאות פתוח:	<u>438</u>	<u>492</u>	<u>555</u>	<u>568</u>	<u>2,053</u>	<u>6.3</u>
- בתי חולים	329	347	383	408	1,467	4.5
- מרפאות	109	145	172	160	586	1.8
סך כל ההוצאות	7,433	8,151	8,372	8,507	32,463	100.0

מקור הנתונים: הירחון הסטטיסטי לישראל, מוסף מס. 3, מרס 1986, לוח מס. 8.

נתונים חלקיים על המאפיינים הדמוגרפיים של המשתמשים בשירותי הבריאות השונים מראים שהשימוש (במונחים של ימי אשפוז, ביקורים במרפאות וכו') מתפלג כמעט באופן שווה בין גברים לנשים, וזאת בדומה להתפלגות כלל האוכלוסייה לפי מין, אם כי שימוש אינטנסיבי יותר בשירותי אשפוז בבתי חולים כלליים התגלה אצל נשים בגיל הפריזון. לעומת זאת קיימים הבדלים משמעותיים בין קבוצות הגיל השונות בשימוש בשירותי בריאות. קבוצת הגיל המשתמשת ביותר בכל סוגי שירותי הבריאות, למעט אשפוז בבתי חולים לחולי נפש, היא קבוצת הקשישים, בגיל 65 שנה ויותר. כך למשל כ-16% מכלל השימוש בשירותי אשפוז של בתי החולים הכלליים וכ-33% מכלל השימוש בשירותי אשפוז בבתי חולים למחלות ממושכות נעשה על ידי קשישים. במקרה של אשפוז בבתי חולים כלליים הקבוצה השנייה בדירוג השימוש לאחר הקשישים היא קבוצת התינוקות עד גיל שנה אחת. חלקה של קבוצה זו דומה לזה של הקשישים, כ-13% מכלל השימוש בשירותי אשפוז של בתי החולים הכלליים. ילדים בגיל 5-14 משתמשים בשירותי אשפוז (מכל הסוגים) פחות מאשר כל קבוצת גיל אחרת.

בלוח מס. 2 מוצגת התפלגות השימוש בסך שירותי בריאות לפי קבוצות גיל ומין

לוח מס. 2 - התפלגות השימוש בסך שירותי בריאות בתקופה 1980-1984
 לפי קבוצות גיל ומין
 (אחוזים)

ס ו ג ה ש ר ו ת												גיל
מרפאות			ב"ח לחולי נפש			מחלות ממושכות			ב"ח כלליים			
סה"כ	נקבה	זכר	סה"כ	נקבה	זכר	סה"כ	נקבה	זכר	סה"כ	נקבה	זכר	
1.25	0.55	0.71	0.00	0.00	0.00	0.05	0.03	0.02	12.78	6.06	6.72	0
5.91	2.46	3.45	0.01	0.01	0.00	0.04	0.03	0.01	5.08	1.99	3.09	1-4
5.01	2.11	2.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.44	0.94	1.50	5-9
4.31	1.81	2.50	0.18	0.15	0.04	0.08	0.04	0.04	1.94	0.74	1.19	10-14
6.50	2.75	3.74	12.18	4.98	7.20	0.24	0.09	0.15	3.27	1.60	1.67	15-19
8.80	4.41	4.39	22.36	9.15	13.22	0.41	0.16	0.25	6.75	5.16	1.59	20-24
8.81	4.42	4.39	11.62	4.75	6.87	0.56	0.22	0.34	6.33	4.40	1.93	25-29
6.16	2.41	3.75	10.14	5.09	5.05	0.39	0.21	0.19	5.77	3.87	1.90	30-34
5.96	3.21	2.75	6.74	3.38	3.36	0.43	0.23	0.20	4.06	2.70	1.35	35-39
6.39	4.32	2.07	4.25	2.13	2.12	0.56	0.30	0.27	2.79	1.41	1.38	40-44
5.98	3.19	2.79	4.56	2.86	1.71	0.96	0.51	0.45	3.30	1.62	1.68	45-49
5.59	2.99	2.60	5.44	3.40	2.03	2.16	1.15	1.02	4.28	2.10	2.18	50-54
12.87	6.54	6.32	11.33	7.09	4.24	14.49	7.66	6.82	12.01	5.89	6.13	55-64
11.70	5.83	5.86	9.10	6.16	2.94	33.80	18.29	15.52	15.84	7.56	8.29	65-74
4.76	2.13	2.63	2.10	1.24	0.85	45.82	25.52	20.30	13.35	6.31	7.03	75+
100.0	49.14	50.86	100.0	50.39	49.61	100.0	54.43	45.57	100.0	52.34	47.66	סך הכל

מקור הנתונים: עבודים לצורך המחקר על בסיס דוחות מחשב של משרד הבריאות, ראה נספח א'.

לעיתים קרובות כוחות השוק החופשי אינם מובילים להקצאת מקורות יעילה, המהווה בסיס להשגת תועלת חברתית מירבית. כך, למשל, מנגנון השוק החופשי עלול להכשל בהשגת תעסוקה מלאה. בהבטחת צמיחה כלכלית. בשמירה על הבטחון הלאומי ועוד. אחת הסיבות העיקריות להתערבות הממשלה בסקטור הבריאות היא שגם בתחום זה מנגנון השוק אינו מוביל בהכרח לפתרון המשרת את טובת הציבור על פי היעדים החברתיים המקובלים. עיקר הסיבות לכך הן:

א. קיום השפעות חיצוניות:

השימוש בשירותי בריאות. במקרים רבים, משפיע לא רק על התועלת של מי שמשתמש בשירותים, אלא גם על התועלת של פרטים אחרים. כך, למשל, חיסון כנגד מחלה מדבקת הניתן לפרט אחד מקטין את סיכוייו ללקות במחלה, כמו גם את סיכוייהם של שאר הפרטים. השפעות השימוש בשירותי בריאות על ידי פרט אחד על תועלתם של שאר הפרטים יכולות להיות פחות ישירות מאשר במקרה של חיסון כנגד מחלה מדבקת, אולם לא פחות חשובות. כך, למשל, הגדלת פריון העבודה עקב שימוש בשירותי בריאות על ידי פרט מסויים עשויה להשפיע חיובית על פריון העבודה של פרטים אחרים. השפעה זו חשובה במיוחד בעבודות הדורשות שיתוף פעולה בין פרטים, שהן נפוצות מאד בכלכלה המודרנית. עקב השפעות חיצוניות מסוג זה, החברה כולה יכולה להרחיב את אפשרויותיה הכלכליות.

כאשר פעילות הפרטים בשוק מונחית על ידי העקרון של השגת תועלת אישית מירבית, ההשפעות החיצוניות משימוש בשירותי בריאות אינן נלקחות בחשבון בקביעת רמת השימוש בשירותים. מכאן שהיקף השימוש בשירותי בריאות על פי כוחות השוק החופשי עלול להיות נמוך מן ההיקף האופטימלי לחברה עקב קיומן של השפעות חיצוניות חיוביות.

ב. חוסר אינפורמציה:

התועלת שפרט יכול להפיק משימוש בשירותי בריאות אינה תמיד ידועה לו. ההשלכות של אי-שימוש בשירותי בריאות על מצב בריאות תקין הן רבות, כפי שטוענים אנשי מקצוע, אבל אי הבנה והעדר השכלה רפואית אצל חלק גדול מהציבור מונעים מודעות מספקת של הציבור לגבי השלכות אלה. כאשר ההשלכות של אי שימוש בשירותי בריאות על מצב בריאות תקין אינן מובאות בחשבון בקביעת רמת השימוש של שירותי בריאות, תועלת הפרט נמוכה מהאופטימלית מבחינתו ומבחינת החברה. מאידך, יכול להתקיים מצב הפוך, שבו הפרטים מבקשים לצרוך שירותי בריאות בהיקף גדול מהאופטימלי. מצב זה נובע אף הוא מאינפורמציה לא מלאה. כאשר הפרט משלם עבור כל שירות באופן ישיר יש תמריץ להשיג אינפורמציה רבה יותר כדי למנוע הוצאות מיותרות. אולם, במערכת בטיחותית תמריץ זה אינו קיים או מוגבל לגודל העלות האלטרנטיבית (במונחי זמן) של השימוש בשירותי בריאות. לפיכך, התערבות הממשלה מפאת העדר אינפורמציה נועדת, בדרך כלל, להגדיל את רמת התצרוכת של האוכלוסייה.

ג. קיום מוצרים ציבוריים:

יש סוג מסויים של מוצרים ושירותים שפרטים יכולים להנות מהם מבלי שיצטרכו לשלם עבורם, שכן אין אפשרות להפלות באספקתם. תאורה ציבורית, למשל, משרתת את כל העוברים והשבים במקום, מבלי שאפשר יהיה למנוע מאף אחד מהם את השימוש באור הקיים. בשוק החופשי, שבו הפרטים מבקשים להשיג תועלת אישית מרבית, אף יצרן לא יהיה מוכן לייצר מוצר או שירות שעבורו לא יוכל לגבות מחיר. מכאן שאף במצבים שבהם התועלת מן המוצר או השירות גבוהה מעלותו בשוק החופשי לא יתקיים היצע, ולכן גם לא תצרוכת, למרות שרצויה רמה מסויימת של תצרוכת.

יש בתחום הבריאות מוצרים ושירותים ציבוריים שלא ניתנים לייצור ולהקצבה על ידי מנגנון השוק מן הסיבה שתוארה לעיל. מניעת זיהום אוויר ופיקוח על תרופות, מזון וחומרים אחרים בשימוש כללי, הזדגמאות קלאסיות של שירותים ציבוריים בתחום הבריאות. אי אספקה של שירותים אלה על ידי גוף ציבורי, פירושו אי קיום של השירותים, למרות התועלת שאפשר להפיק מהם מבחינת הפרט ומבחינת החברה.

הסובסידיה היא אחד האמצעים העומדים לרשות הממשלה וגורמים ציבוריים אחרים לתקון אי-היעילות של מנגנון השוק החופשי ולהשגת רמה וחלוקת תצרוכת רצויה. הסובסידיה יעילה כאשר היא גורמת לרמה וחלוקה רצויה של תצרוכת מוצר או שירות מסויים בעלות מינימלית. על פי קריטריונים של יעילות אפשר להפנות את הסובסידיה ליצרנים או לצרכנים, לקבוע את סוג הסובסידיה והאם כדאי לסבסד בכסף או במוצרים ושירותים (סובסידיה בעין). במקרה של שירותי בריאות, שביקוש הציבור עבורם בשוק החופשי נמוד מהרצוי עקב הסיבות שהוזכרו לעיל, הסובסידיה חייבת להיות כזו שתאפשר הגדלת רמת התצרוכת של שירותי בריאות על פי חלוקה רצויה של התצרוכת באוכלוסייה.

הסובסידיה הציבורית לשירותי בריאות בישראל היא סובסידיה בעין, המופנית לצרכן המקבל את השרות באופן אישי, כך שהכמות שהוא צורך שווה תמיד לכמות שהוא מקבל. אילו היתה לצרכן אפשרות למכור את השירות, או לקבל כסף בהתאם לעלות השירותים שרצוי שיצרוך, הוא היה צורך פחות שירותי בריאות מהרצוי. והיה שומר כסף למטרות תצרוכת אחרות. זאת בגלל הערכתו המוטית את התועלת משירותי בריאות. מכאן אפשר להבין שהסובסידיה לשירותי בריאות היא סובסידיה בעין, שאינה ניתנת להעברה לפרטים אחרים, מטעמי יעילות.

אילו הממשלה והגורמים הציבוריים היו מקצים את הסובסידיה באופן סלקטיבי, היו יכולים להשיג רמה וחלוקת תצרוכת רצויה ביעילות. אולם, מערכת הבריאות הציבורית בישראל מעניקה סובסידיה אוניברסלית, מבלי שתהיה לה אפשרות לפקח על זרד ניצול הסובסידיה על ידי הפרטים.

כאשר סובסידיה אוניברסלית בעין מחליפה תצרוכת פרטית, היא משחררת הכנסות למטרות תצרוכת אחרות. תצרוכת נוספת זאת, ללא מטרה מוגדרת, היא על חשבון מערכת הבריאות הציבורית ופוגעת ביעילות הסובסידיה. מתן סובסידיה אוניברסלית נובע לעיתים מכורח המציאות. שכן אין אפשרות לזהות את הנזקים לסובסידיה, ולעיתים מאידיאולוגיה של שאיפה למתן שירות שווה ואחיד לכלל האוכלוסייה. בנוסף לתפקיד של הסובסידיה כמתקנת התוצאה של השוק החופשי בקביעת רמה וחלוקת התצרוכת של מוצר או שירות מסויים, במכוון או לא, הסובסידיה מהווה תוספת הכנסה למקבלי הסובסידיה כאשר מודדים הכנסה במונחים של תצרוכת, דבר שגורם שינויים בהתחלקות ההכנסות באוכלוסייה לטובת הנהנים מהסובסידיה.

בהערכת השפעותיה הכוללות של הסובסידיה על רווחת האוכלוסייה יש צורך להתחשב לא רק בהשגת המטרות שלהן היא נועדה (כמו למשל הבטחת תצרוכת מסוימת של שירותי בריאות) אלא גם בתוצאות הלוואי של מתן הסובסידיה כמו השפעותיה על התחלקות ההכנסות.

אם זאת ראוי לציין כי ראית הסובסידיה לשירותים חברתיים ככלי להשלמת ההכנסה בלבד אינה במקומה משום שקיימים כלים אחרים המתאימים יותר למטרה זו. אולם, השפעות הסובסידיה על הכנסת הפרטים והתחלקות ההכנסות מחייבות תאום בין מטרות הסובסידיה ויעדים הנוגעים להכנסת הפרטים והתחלקות ההכנסות.

תוספת ההכנסה הנובעת מהסובסידיה אף שהיא ניתנת בסכום אחיד לפרטים הזהים בטעמיהם ובהעדפותיהם, משפיעה על רווחתו של פרט נתון על פי רמת הכנסתו, ובאורח שונה מהשפעתה על רווחתו של פרט אחר בעל רמת הכנסה אחרת. תופעה זו נובעת מכך שהתועלת שהפרט מפיק מכל יחידת הכנסה הולכת ופוחתת ככל שההכנסה גדלה. כך שפרטים בעלי הכנסה נמוכה יחסית יהנו יותר מסובסידיה נתונה מאשר פרטים בעלי רמת הכנסה גבוהה יחסית. העובדה הזאת מאפשרת שיפור במצב אי השוויון ברווחת האוכלוסייה מבלי להזדקק לשיפור במצב אי השוויון בהתחלקות ההכנסה בקרב האוכלוסייה, ובאופן פרדוקסלי, במקרים קיצוניים, מאפשרת שיפור במצב אי השוויון ברווחת האוכלוסייה למרות הגדלת אי השוויון בהתחלקות ההכנסה.

הניתוח התיאורטי שהוצג עד כה מתייחס לכל המקרים שבהם התועלת החברתית ממתן הסובסידיה עולה על עלות הסובסידיה. במקרה ההפוך אין הצדקה לסובסידיה שכן היא עלולה להביא לתצרוכת גדולה מזו הרצויה, תופעה הגורמת להפסד חברתי הידוע כ"נטל עודף" של הסובסידיה.

בנוסף להשפעותיה הישירות של הסובסידיה בעיון על התצרוכת, על ההכנסה ועל הרווחה, שנדונו לעיל, קיימות גם השפעות עקיפות הנובעות משינויים בהתנהגות הפרטים עקב הנהגת הסובסידיה. הגדלת הכנסת הציבור במונחים של תצרוכת עקב קבלת הסובסידיה גורמת לשינויים בביקוש של המוצר או השירות המסובסד וגם בביקוש לשאר המוצרים והשירותים. הקצאת המקורות במשק משתנה בהתאם לשינויים הדרושים בייצור של המוצרים והשירותים השונים. תהליך זה מלווה בשינויים ביחסי המחירים, כולל מחירי גורמי הייצור. שינויים במחירים של מוצרים ושירותים ישפיעו על התחלקות ההכנסה במונחים של תצרוכת, או כח קניה, בהתאם לסלי התצרוכת של הפרטים. בנוסף,

הכנסות מרנטה או שכר ישתנו בהתאם לשינויים במחירי גורמי הייצור. לכן תשתנה התחלקות ההכנסה במשק אף לפני זקיפת הסובסידיה. לסובסידיה לשירותי בריאות בפרט יש השפעה נוספת על התחלקות ההכנסות ורווחת הפרט, הנובעת מכך שהשקעה בבריאות מהווה השקעה בהון אנושי, כלומר, מהאפשרות לשפר את כושר ההשתכרות ככל שמצב הבריאות טוב יותר. שיפור כושר ההשתכרות על פני זמן על ידי הנהנים מהסובסידיה משנה את מצב התחלקות ההכנסות באופן תמידי. תכונה זו חשובה בעיקר בתחום הבריאות ובתחום החינוך, ולפיכך לשני תחומים אלה יש חשיבות רבה במדיניות החברתית.

העבודה הנוכחית מתייחסת רק להשפעות הישירות של הסובסידיה הציבורית לשירותי בריאות על התחלקות ההכנסות ורווחת הפרט. ההשפעות הנובעות מהיות הבריאות הון אנושי פועלות באותו כיוון של ההשפעות הישירות ומחזקות אותן, ואילו ההשפעות העקיפות יכולות לפעול בכל הכיוונים, אולם בדרך כלל הן השפעות שוליות ופחות משמעותיות ביחס להשפעות הישירות.

בדרך כלל מקובלת הטענה שהתועלת הנובעת משימוש בשירותי בריאות גבוהה במיוחד, גם מעצם היותה של הבריאות הון אנושי, וגם מהעובדה שככל שמצב הבריאות טוב יותר, רווחת הפרט גבוהה יותר (מבחינת הרגשה ומניעת כאבים והטרדות אחרות). בנוסף לכך, מצב בריאות טוב יותר מאפשר הפקת תועלת גבוהה יותר ממוצרים ושירותים אחרים (למשל טיול ברגל).

הטענה המוזכרת לעיל בדבר קיומה של תועלת גבוהה במיוחד בשימוש בשירותי בריאות, מבטיחה בדרך כלל תועלת חברתית נטו משימוש בשירותי בריאות שהם מוצרים ציבוריים. כפי שצויין הסובסידיה מאפשרת את אספקתם של שירותים אלה, שאחרת לא היו קיימים בשוק

החופשי. יחד עם זאת יש לזכור שרוב שירותי הבריאות הם מוצרים ספציפיים (לא ציבוריים) הניתנים לאספקה על ידי מנגנון השוק החופשי. התערבות הממשלה לגבי השירותים הספציפיים נועדה לתקן את הבעיות הנובעות מאי יכולת השוק החופשי להתחשב בהשפעות חיצוניות בתצרוכת וחוסר מודעות של הציבור לגבי התכונות של הבריאות ומשמעותן.

בנוסף לבעיות שנדונו לעיל, הגורמות לכשל השוק החופשי בהשגת פתרון חברתי אופטימלי בהקצאת המקורות, קיימות בעיות רבות אחרות-ואולם שלוש הבעיות שנוונו הן הבעיות הקלאסיות.

נציין רק סיבה נוספת אחת להתערבות הממשלה, והיא הנחתה שהפרטים אינם מתנהגים בצורה רציונלית ולכן יש לדאוג לרווחתם על ידי הבטחת תצרוכת מסוימת.

בדיקת מידת ההשפעה של ההוצאה הציבורית לשירותי בריאות על התחלקות ההכנסות כללה את השלבים הבאים:

- א. זיהוי ההוצאות הציבוריות לשירותי בריאות.
- ב. זיהוי האוכלוסייה הנהנית משירותי הבריאות הציבוריים למיניהם.
- ג. חישוב ההכנסה הזקופה משימוש בשירותי בריאות בכל עשירון באוכלוסייה.

עבודה זו מבוססת על נתוני 1980-1983 וההתייחסות לשנות תקציב אלו היא כאל יחידת זמן אחת. זאת במטרה להמנע מתוצאות המושפעות במידה רבה מזעזועים זמניים במערכת ומבעיות של זמינות וטיב הנתונים השנתיים.

- א. זיהוי ההוצאה הציבורית לשירותי בריאות:
חלקה של הממשלה במימון שירותי הבריאות באמצעות המשרדים: בריאות, בטחון, עבודה ורווחה, ובאמצעות המוסד לביטוח לאומי, וחלקן של הרשויות המקומיות והמוסדות הלאומיים וההוצאות נטו של המוסדות ללא כוונת רווח (כולל קופות החולים), מוגדרים כהוצאה הציבורית לשירותי בריאות. בדרך כלל מקובל להשתמש בהגדרה רחבה זו עקב שיתוף הפעולה ההדוק הקיים בתכנון ובביצוע בין הגורמים השונים, והפיקוח של משרד הבריאות על המערכת.

נתונים ישירים על ההוצאה הציבורית לשירותי בריאות כפי שהוגדרה לעיל אינם בנמצא. ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות שבמערכת החשבונאות הלאומית כוללת את ההוצאה הציבורית והפרטית ביחד, אך לא ניתן להבחין בנפרד בין שני סוגי הוצאה אלה. לפיכך, במטרה

למצוא את היקף ההוצאה הציבורית. יש צורך לאמוד את היקף ההוצאה הפרטית ולהחסירה מההוצאה הלאומית. ההוצאה הפרטית לשירותי בריאות מורכבת מההוצאה של משקי הבית ומההוצאה הפרטית של חברות. ההוצאה של משקי הבית חושבה על בסיס נתוני סקר הוצאות המשפחה 1979/80 כשהם מקודמים בשיעור הגידול של מדד המחירים לשירותי בריאות². היקף ההוצאה הפרטית של חברות עיסקיות נמוך למדי, ולפיכך היא זניחה בחישוב אומדן ההוצאה הפרטית לשירותי בריאות.

קיימות שתי בעיות בזיהוי ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות לפי סוגים. מצד אחד, הנתונים הקיימים על ההוצאות בדוחות הכספיים של הגורמים השונים של מערכת הבריאות ובמערכת החשבונאות הלאומית אינם מפורטים מספיק. מצד שני, אין אפשרות טכנית לחלק הוצאות כלליות בלתי מוגדרות במונחים של שירותים ספציפיים. לפיכך אפשרית רק חלוקה כללית יותר של ההוצאה לשירותי בריאות לסוגים שונים של שירותים.

ב. זיהוי האוכלוסייה הנהנית משירותי בריאות ציבוריים:

נתונים על ההוצאה לשירותי בריאות ונתונים על השימוש בשירותי בריאות, מאפשרים להגדיר ששה סוגים שונים של שירותי בריאות שלגבי כל אחד מהם ניתן לזהות בנפרד את ההוצאה ואת התפלגות השימוש על פי מאפיינים דמוגרפיים. סוגי השירותים הם:

(2) ההוצאה של משקי בית נופחה באופן אחיד בכ-15% על פי היחס שבין אוכלוסיית הסקר לבין אומדן סך כל האוכלוסייה במדינה על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ניפוח זה של ההוצאה של משקי הבית וקידומה על בסיס נתוני סקר הוצאות המשפחה בשיעור הגידול של מדד המחירים לשירותי בריאות מתבססים על ההנחה שהביקוש הפרטי הריאלי לשירותי בריאות לנפש אינו רגיש כמעט לשינויי הכנסה ושינויי מחיר בטווח הקצר של התקופה הנחקרת.

- א. אשפוז בבתי חולים כלליים.
- ב. אשפוז בבתי חולים למחלות ממושכות.
- ג. אשפוז בבתי חולים לחולי נפש.
- ד. מרפאות ציבוריות והפואה מונעת.
- ה. רפואה פרטית ורפואת שיניים.
- ו. ניהול ממשלתי והוצאות שונות.

כך למשל, ידוע שההוצאה הלאומית לשירותי אשפוז בבתי חולים כלליים היא כ-33% מסך כל ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות וכן ידועה התפלגות המשתמשים בשירות זה לפי גיל ומין. באותו אופן קיימת אינפורמציה כזו על שאר שירותי הבריאות. מתוך נתונים אלה אפשר לחשב את ההוצאה לכל קבוצת מין וגיל באוכלוסיה, וכן את ההוצאה הממוצעת לכל פרט באוכלוסיה על פי המאפיינים הדמוגרפיים שלו.

מקובל להגדיר את ההנאה משירותי בריאות על פי הזכאות לשימוש בשירותים ולא על פי השימוש בפועל. זכאות לשימוש בשירותי בריאות הניתנת על ידי מערכות שונות של ביטוח בריאות גורמת הנאה למבוטח גם כאשר הוא אינו זקוק לשימוש בפועל. ההנאה נמדדת לפי תוחלת השימוש בשירותים בפועל, המחושבת בעבודה זו בהתאם למאפיינים הדמוגרפיים של הפרט.

הנסיון להגדיר את הזכאים לכל סוג של שירותי בריאות מלמד בסופו של דבר שכל האוכלוסיה הינה זכאית, פרט למעטים שאינם מבוטחים על ידי קופות החולים או גורמים ציבוריים אחרים. מנתוני שנת 1981 עולה ש-95.5% מהאוכלוסיה בגיל 20 ומעלה מבוטחת בקופות החולים. נתונים אלה מוטים כלפי מטה משום שאינם כוללים בין המבוטחים חברי קיבוצים (המבוטחים כולם), ומבוטחים המתגוררים

במוסדות סגורים. גם חיילים בשירות סדיר (קבע וחובה) אינם כלולים בנתוני המבוטחים למרות שחלק ניכר מהם חברים בקופות חולים. מצב דומה קיים לגבי בדואים בנגב.

בנוסף לקופות החולים, קיימות מסגרות אחרות של ביטוח בריאות ציבורי, כמו הסדרים במסגרת האוניברסיטאות, משרד הבטחון ובמוסד לביטוח לאומי (ריפוי נפגעי עבודה ואשפוז יולדות).

קיימים הבדלים בין קופות החולים השונות ביחס לאופי מתן השירותים על ידן, אולם הבחירה הזוופשית של הפרט מאפשרת התאמה של שיטת מתן השירות לצרכיו האינדיבידואליים. ובכך גם ניצול יעיל יותר של מערכת שירותי הבריאות הציבוריים. שיקולים לא כלכליים בבחירת קופת חולים כמו שיקולים אידיאולוגיים אינם מונעים קבלת שירותים דומים מבחינה רפואית למבוטחים בקופות החולים השונות. רוב המבוטחים (כ-80%) שייכים לקופת החולים הכללית של ההסתדרות.

ההתפלגות לפי מין וגיל של המשתמשים בפועל בשירות מהווה בסיס לחלוקת השירותים באוכלוסייה הנהנית. תוחלת השימוש בשירותי בריאות, במונחים של עלויות, קובעת את חלוקת השירותים בין הפרטים לפי גיל ומין. שיטה זו אקווילנטית לקביעת פוליסת ביטוח אישית לכל סוג של שירות על פי מאפיינים דמוגרפיים.

גיל ומין, הם שני מאפיינים דמוגרפיים המוכיחים את עצמם כמשתנים מסבירים של שימוש בשירותי בריאות. במיוחד במקרים שבהם קיימת זכאות לשימוש בשירותים. הסיבה לכך היא פיזיולוגית ונובעת ממצב הבריאות הטבעי של הפרט במשך החיים. מאפיין דמוגרפי נוסף המקובל בדרך כלל כמשתנה מסביר של שימוש בשירותי

בריאות הוא ארץ המוצא של הפרט. הסיבה לכך היא פיזיולוגית ותרבותית גם יחד. לא נמצאו נתונים מספיקים ומתאימים כדי להשתמש בגורם זה בחלוקת השימוש בשירותי בריאות באוכלוסיה, אולם מסקר שנערך על ידי המכון הישראלי למחקר חברתי שימושי (1981) עולה שמגמת השפעתו של מאפיין זה אינה ברורה. מסקנה דומה מתקבלת מניתוח נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

בנוסף למאפיינים הדמוגרפיים קיימים מספר גורמים אחרים העשויים להסביר את השימוש בשירותי בריאות בתנאים של זכאות לשימוש בשירותים. למשל רמת ההכנסה עצמה, רמת ההשכלה, זמינות אפקטיבית של השירותים, טיב השירות ועלותו. הנתונים הקיימים על הקשר בין השימוש בשירותי בריאות לבין משתנים אלה אינם מספקים, ולכן נאלצנו לוותר עליהם בהנחה שעקב מבנה מערכת הבריאות בישראל חשיבותם קטנה יחסית.

אשר לרמת ההכנסה, ראוי להדגיש שאין המדובר בהשפעת ההכנסה הישירה הקלאסית היות וברוב המקרים הצרכן הזכאי לקבלת שירותים ציבוריים אינו חייב לשלם עבור כל השירותים הספציפיים שהוא מקבל. כלומר, רמת השימוש בשירותים של הזכאי אינה מותנת ברמת הכנסה, אלא אם כן יש לשימוש בשירותי בריאות עלויות נילוות ועלויות אלטרנטיביות (פנאי או משכורת, למשל). השפעת ההכנסה הישירה הקלאסית בביקוש לשירותי בריאות מתבטאת בתצרוכת הממומנת על ידי הפרטים ואילו ההשפעות של עלויות נילוות ועלויות אלטרנטיביות מתבטאות בתצרוכת הממומנת על ידי הסקטור הציבורי.

רמת ההכנסה מתואמת חיובית עם רמת ההשכלה שגם היא מתואמת חיובית עם המודעות לחשיבות הבריאות ועם היכולת להתמודד עם המנגנון הביורוקרטי של המערכת. מצד אחד, המודעות מגדילה את

היקף השימוש בשירותי בריאות, אך מצד שני היא מונעת מחלות ומקטינה את היקף השימוש. כך שהשפעתה הכוללת אינה ברורה. אשר ליכולת להתמודד עם המנגנון הביורוקרטי, אפשר לצפות להשפעה חיובית של רמת ההשכלה על השימוש בשירותי בריאות. הנתונים החלקיים הקיימים בנושא זה והסקר של המכון הישראלי למחקר חברתי שימושי שהוזכר לעיל, אינם מצביעים באופן ברור על כיוון מסויים של השפעת ההשכלה על השימוש בשירותי בריאות, אם כי ישנם סימנים המעידים על קשר שלילי. המונח "זמינות אפקטיבית" של השירותים מתייחס לקושי האובייקטיבי הקיים באזורים מסויימים בקבלת השירות. קושי זה יכול להתבטא בתורים ארוכים או בנסיעות ארוכות המקטינות את מידת השימוש בפועל. אזורים אלה מאוכלסים בדרך כלל בבעלי הכנסה נמוכה יחסית. לעתים באותם אזורים, טיב השירות נמוך יחסית עקב חוסר ציוד וכח אדם מתאימים. עובדה זו מביאה לכך שהשימוש בשירותי בריאות, במדידה הומוגנית, נמוך יותר, אם כי עלות השירות (עלות הבנין, משכורות ועוד) גם היא נמוכה יותר.

להשפעות הזמינות האפקטיבית של השירות ועלות השירות, שלא נלקחו בחשבון בחלוקה של השימוש בשירותי הבריאות, חשיבות פחותה יחסית בישראל שבה המרחקים אינם גדולים כל כך. הבעיה קיימת במידה מסויימת בתחום של מרפאות וטיפול אמבולטורי, אולם לא בתחום השירותים של בתי החולים. בדרך כלל יש למרפאות המשרתות את האוכלוסיה של הפריפריה פחות משאבים, אבל אותה אוכלוסיה מקבלת שירות בבתי חולים אזורים שמשרתים גם את האוכלוסיה של המרכזים העירוניים. הקרבה של המרפאות למקום המגורים חשובה מהקרבה של בתי החולים בגלל אופי השירות שלהם.

על ידי הגדרת הסוגים השונים של שירותי הבריאות, נעשה ניסיון לזהות את הנהנים משירותים אלה לפי רמות הכנסה. מכיוון שהנתונים הקיימים אינם מאפשרים את מדידת הקשר הישיר בין רמת ההכנסה לבין שימוש בשירותי בריאות, היה צורך לפתח שיטה שתאפשר את זקיפת ההוצאה לבריאות לקבוצות בעלות רמת הכנסה שונה, באמצעות מציאת מכנה משותף בין מאפייני המשתמשים בשירותי בריאות לבין מאפייני האוכלוסייה השייכת לעשירי הכנסה שונים. המכנה המשותף הוא המאפיינים הדמוגרפיים.

על בסיס התפלגות השימוש בפועל בשירותי בריאות בתקופה הנחקרת לפי גיל ומין, כפי שהתקבלה מהנתונים שברשותנו, נעשתה חלוקה של ההוצאה הלאומית לשירותי בריאות לקבוצות גיל ומין של כלל האוכלוסייה. בשלב ראשון, בתוך כל קבוצה חולקה ההוצאה באופן שווה בין הפרטים ובאופן זה התקבלה ההוצאה הממוצעת לנפש או העלות הצפויה של השימוש בשירותי בריאות לכל פרט על פי מאפייניו הדמוגרפיים, כאשר חלוקת השימוש הינה בלתי תלויה ברמת הכנסה (ראה לוח מס. 3 בפרק 4).

מיון האוכלוסייה לעשירי משפחות לפי הכנסות נטו למבוגר סטאנדרטי התבסס על נתוני סקר הוצאות המשפחה 1979/80*. בהתאם להרכב הדמוגרפי של כל עשירי חושבה העלות האגרטיבית הצפויה של השימוש בשירותי בריאות לכל עשירי ועשירי. במטרה למצוא את ההוצאה הציבורית לכל עשירי, יש צורך לנכות מההוצאה הלאומית שחושבה לכל עשירי את ההוצאה הפרטית המתאימה לו על פי האומדן המבוסס על סקר הוצאות המשפחה 1979/80. שיטה זאת אינה מבדילה בין מקור המימון של השירותים, בהנחה שהוצאה פרטית מחליפה הוצאה ציבורית ואינה משלימה אותה. כך שני פרטים, הזהים

במאפייניהם הדמוגרפיים אך שונים בהוצאותיהם הפרטיות על שירותי בריאות, נהנים באותה מידה משימוש בשירותי בריאות.

ויתור על שימוש בשירותי בריאות במסגרת הזכאות יהיה עיקבי עם ההנחה הנ"ל רק כאשר הוא מבוסס על הערכה סובייקטיבית של הפרטים על פערים בטיב השירות בין שירות ממומן באופן פרטי לבין שירות ממומן באופן ציבורי. הבדלים ממשיים בטיב השירות, המתבטאים בזמן הספקה, נגישות, איכות וכו' גורמים לכך שויתור על שירותי בריאות הממומנים על ידי הסקטור הציבורי לטובת שירותים הממומנים באופן פרטי מביא לשימוש בשירותי בריאות בהיקף שונה, במדידה הומוגנית, בין פרטים הזוהים במאפייניהם הדמוגרפיים אך שונים בהוצאותיהם הפרטיות על שירותי בריאות. התייחסות מתאימה למקרה זה ולמקרה של שימוש נוסף בשירותי בריאות הממומנים באופן פרטי - ללא ויתור על שירותים הממומנים באופן ציבורי - מופיעה בהמשך הדיון.

כאשר שימוש נוסף בשירותי בריאות ממומן על ידי הפרטים, כמו במרבית שירותי רפואת השיניים, אי אפשר להניח עוד שקיימת אי-תלות בין ההוצאה הפרטית על שירותי בריאות לבין השימוש בשירותים. לצורך חישוב התפלגות השימוש בשירותי רפואת שיניים, וכדי לתקן את החישוב של המקרה הקודם, נזקף השימוש הממומן

(3) מאחר שסקר הוצאות המשפחה מתייחס לאוכלוסייה העירונית בלבד, המהווה כ-87% מכלל האוכלוסייה, נופחו הנתונים באופן אחיד כדי להגיע ל-100%. האוכלוסייה הממוצעת בתקופה הנחקרת חושבה בהתאם לשיעור גידול האוכלוסייה מאז 1979 ובהנחה שלא חלו שינויים בהרכב הדמוגרפי של העשירונים. (ראה לוח מס. 4 בנספח מס. 2).

באופן ציבורי בדומה למקרה הקודם, בעוד שהשימוש הממומן באופן פרטי נזקף בהתאם להוצאה הפרטית לרפואת שיניים של כל עשירון. חלוקת הנטל במימון שירותי הבריאות בכל עשירון חושבה בדומה למקרה הקודם על ידי פירוק של סך עלות השימוש בשירותי בריאות של כל עשירון על פי מימון פרטי ומימון ציבורי.

לגבי הוצאות פרטיות אחרות לשירותי בריאות המהוות גם ויתור על שימוש בשירותים הממומנים באופן ציבורי וגם שימוש נוסף בשירותים, אין באפשרותנו לתקן את החישובים שעשינו תחת ההנחה של אי-תלות בין השימוש בשירותים לבין ההוצאה הפרטית, וזאת משום שלא ידוע באיזו מידה היא מחליפה הוצאה ציבורית ובאיזו מידה היא מגדילה את השימוש בשירותי בריאות של המשלמים. מידת תחלופה זו אינה ניתנת לאמידה משום שפונקציית הביקוש הפרטי לשירותי בריאות אינה ידועה ואין אפשרות לזהותה כל עוד קיים ביטוח בריאות ציבורי והפרטים אינם נדרשים לגלות את הערכותיהם לגבי שירותי הבריאות. בענין זה עלינו להסתפק בדיון התיאורטי.

כאשר פרט מממן באופן פרטי שימוש בשירותי בריאות על מנת לקבל שירות טוב יותר או מהיר יותר מזה שהיה יכול לקבל במימון ציבורי, הוא מוותר למעשה על השירות הממומן באופן ציבורי. ההוצאה הפרטית מחליפה בחלקה שימוש בשירותי בריאות (החלק האקוילנטטי לויתור), ובחלקה מוסיפה שימוש בשירותים למשלמים. חלק ההוצאה הפרטית האקוילנטטי לויתור משפיע רק על צורת המימון של השימוש בשירותי בריאות, כמו במקרה הראשון שהצגנו, ואילו חלק ההוצאה הפרטית המוסיף שימוש בשירותים משפיע על התפלגות השימוש בין העשירונים, כמו במקרה של שירותי רפואת שיניים הממומנים באופן פרטי.

רוב העבודות האמפיריות שניסו לאמוד את השפעת הסובסידיה בעין על התחלקות הוזכנסות עסקו בעיקר בזיהוי האוכלוסיה הנהנית וחלוקת הסובסידיה בין קבוצות אוכלוסיה שונות. מעטות העבודות שעסקו בהערכה יסודית של הסובסידיה במונחים של הכנסת הפרט ורווחתו. כפי שציינו קודם לכן הערכת הסובסידיה מנקודת ראותו של הפרט שונה לעיתים קרובות מזו שמנקודת ראות הממשלה. בתנאים שבהם מושגת יעילות בפעולת השוק החופשי, התועלת מהתצרוכת במונחים של הכנסה כפי שהפרט מעריך אותה, היא אמת המידה הנכונה לבדיקת השפעת הסובסידיה על השוויון הכלכלי; אולם, בתנאים שבהם השוק החופשי אינו יעיל בשל השפעות חיצוניות בתצרוכת, מוצרים ציבוריים, בעיות של אינפורמציה, והפרעות אחרות, הערכת הסובסידיה על ידי הממשלה במונחים של הכנסת הפרט, היא הרלבנטית. בדומה לפרט בשוק החופשי הצורך מוצר או שירות נתון כל עוד התועלת השולית ממנו עולה על מחירו, כך גם הממשלה בהתערבותה בפעולת השוק תסבסד מוצר או שירות נתון כל עוד התועלת השולית של הסובסידיה במונחים של הכנסת הפרט גדולה מעלות הסובסידיה או שווה לה. התנהגות זו תביא לכך שהעלות הממוצעת של הסובסידיה תהא אקויוולנטית למחיר המוצר או השירות בתנאים של שוק חופשי יעיל.

עקב המבנה של מערכת הבריאות בישראל, בעבודה זו נעשה שימוש בעלות הממוצעת של הסובסידיה להערכת התועלת של הפרט במונחים של הכנסתו ללא הבחנה ברמת ההכנסה. זו הדרך המקובלת ביותר לזקיפת הוצאות הסובסידיה להכנסת הפרטים. במקרים שבנוסף לסובסידיה קיים למוצר או לשירות שוק חופשי, מחיר המוצרים או השירותים בשוק יכול לשמש בסיס להערכת הסובסידיה. MOON AND SMEEDING (1980) משווים הכנסה ותצרוכת של שירותי בריאות של שתי אוכלוסיות, האחת זכאית לסובסידיה והשניה זכאית. באמצעות

פונקצית הביקוש לשירותים של האוכלוסיה הלא זכאית, החוקרים מעריכים את הסובסידיה במונחים של תועלת הכנסת הפרט הנובעת מקבלת שירותי בריאות על ידי הזכאים, שבהנחה אינם שונים בהעדפותיהם, משאר האוכלוסיה. שיטה זו מניחה יעילות בשוק החופשי, הנחה הסותרת את הנימוק הבסיסי להצדקת סובסידיה במקרה של שירותי בריאות. כמו כן השיטה האמורה אינה ניתנת תמיד להפעלה מאחר שבמקרים רבים לא קיים שוק חופשי מקביל למוצר המסובסד, כך שלא ניתן לאמוד את פונקצית הביקוש הפרטי. SMEEDING (1985) עצמו משתמש בעבודה מאוחרת יותר בעלות השירותים המסובסדים כבסיס להערכת הסובסידיה במונחים של הכנסת הפרט.

בישראל נערך מחקר על ידי מוריה אבנימלך (1974), שאמד את השפעת ההוצאות הציבוריות לשירותים חברתיים על התחלקות הכנסות. המחברת בחרה בשיטה של הערכת הסובסידיה על בסיס העלות. בעבודה זו אמצנו באופן עקרוני את השיטה של אבנימלך אם כי אופן זקיפת ההוצאות הציבוריות להכנסת הפרט היה שונה מזה שננקט על ידה. זקיפת ההוצאה הציבורית לבריאות להכנסת הפרטים בעבודתה של אבנימלך התבססה בעיקר על התפלגות ההוצאה של קופות החולים בין העשירונים השונים כאשר המפתח לחלוקה היה מספר המבוטחים בקופות החולים השונות בכל עשירון. לעומת זאת, בעבודה זו המפתח לחלוקת כל ההוצאה הציבורית לשירותי בריאות הוא המאפיינים הדמוגרפיים של המשתמשים בשירותי הבריאות מצד אחד ושל אוכלוסיית העשירונים השונים מצד שני. ראוי להדגיש שההוצאה של קופות החולים לשירותים המוענקים למבוטחים שלהן אינה משקפת את העלות הריאלית של השירות הניתן להם. זאת מאחר וקופות החולים אינן נדרשות לשאת במלוא העלות של השירותים הניתנים למבוטחים שלהן על ידי גורמים אחרים של מערכת הבריאות הציבורית.

לאור מבנה מערכת הבריאות בישראל וסוג הנתונים העומדים לרשותנו, השימוש בשיטת הערכת הסובטידיה על בסיס העלות שלה נראה כדרך נכונה לבדוק את השפעת המערכת על התחלקות ההכנסות. עם זאת אין להתעלם מחסרונותיה של שיטה זו. לוסקי והוכמן (ראה רשימה ביבליוגרפית) בסקירתם על הערכת ההשפעה של ההוצאות הציבוריות על התחלקות ההכנסות הצביעו על הבעייתיות הכרוכה בבחירת שיטה זו או שיטות אחרות שחלק מהן הוזכר לעיל. כמו כן, סקירתם כוללת דיון בשיטות שונות של הערכת ההוצאה על מוצר ציבורי וזקיפתה להכנסת הפרטים. בעבודה זו לא נעשתה הבחנה בין הוצאות לשירותי בריאות שהם מוצר ציבורי (על פי הגדרתו הכלכלית) כמו הוצאות על רפואה מונעת ופקוח על המערכת לבין שאר ההוצאות לשירותי בריאות. ההוצאות לשירותי בריאות שהם מוצר ציבורי נזקפו לקבוצות האוכלוסייה השונות בהתאם להתפלגות עלות השימוש של השירותים הספציפיים בין קבוצות אלו. כמו כן זקיפת ההשפעות החיצוניות בתצרכת בריאות, הגלומה כבר בזקיפת המימון הציבורי של שירותי הבריאות. נעשתה על בסיס התפלגות עלות השימוש של השירותים הספציפיים.

- אי-תלות בין מימון ושימוש בשירותי בריאות:
התחלקות השימוש בשירותי בריאות למיניהם לפי קבוצות גיל ומין
במונחי העלות השנתית הממוצעת לנפש, חושבה על בסיס המידע הקיים על
השימוש בשירותי בריאות במונחים פיסיים של ימי אשפוז וביקורים
במרפאות, ועל סך כל ההוצאות למימון שירותי הבריאות בתקופה הנחקרת.

מן התוצאות המוצגות בלוח מס. 3 משתקפת התמונה הבאה: עלות השימוש
לנפש הגבוהה ביותר היא בקרב קבוצת הקשישים בני 65 שנה ומעלה.
הקבוצה השניה עם עלות שימוש גבוהה היא קבוצת התינוקות עד גיל שנה.
לאחר גיל שנה מסתמנת ירידה דרסטית בעלות השימוש, כך שברוב שנות
הילדות, עד גיל 14, עלות השימוש לנפש נמוכה למדי. החל מגיל 15
עולה עלות השימוש לנפש, עלייה הנמשכת עד גיל 50, אם כי עלות
השימוש נותרת עדיין נמוכה יחסית. החל מגיל 51 עלות השימוש לנפש
הולכת וגדלה בקצב מהיר יותר ומגיעה לשיאה בגיל הזיקנה. עלות
השימוש לנפש בגיל 65 ומעלה גבוהה פי 3 מהעלות הממוצעת לנפש של שאר
קבוצת הגיל.

התפלגות השימוש לנפש בשירותי בריאות לפי גיל דומה אצל גברים
ונשים, אולם בדרך כלל עלות השימוש לנפש אצל גברים גבוהה מזו של
נשים, פרט לשנות גיל הפיריון של האשה שבהן עלות השימוש לנפש אצל
נשים גבוהה במיוחד. עלות השימוש הממוצעת אצל האשה ללא הבחנה של
גיל שווה כמעט לזו של הגבר.

במקרה של תינוקות עד גיל שנה, הגורם העיקרי בקביעת עלות השימוש
הממוצעת לנפש בשירותי בריאות הינו ההיזדקקות לשירותי אשפוז בבתי

חולים כלליים שעלוחם גבוהה יחסית לשירותים אחרים. כך גם לגבי נשים בגיל הפריור, מבוגרים מעל גיל 55 וקשישים. במקרים אחרים הגורם המכריע בקביעת עלות השימוש הממוצע לנפש בשירותי בריאות הינו ביקורים במרפאות ציבוריות ורפואה מונעת. עלות השימוש לנפש במרפאות ציבוריות כמו גם רפואה פרטית ורפואת שיניים עולה בהדרגה עם הגיל. עלות השימוש בשירותים אלה אצל הקשישים גבוהה פי שלוש מזו שאצל תינוקות.

סך כל עלות השימוש בשירותי בריאות נזקף בין עשירוני ההכנסה השונים בהתאם לעלות השימוש הממוצע לנפש לפי גיל ומין והרכב הדמוגרפי של כל עשירון ועשירון. כפי שניתן לראות בלוח מס. 4 עלות השימוש הממוצע לנפש בשירותי בריאות שווה כמעט בכל עשירון ועשירון, פרט לעשירון התחתון והעליון. שבהם עלות השימוש הממוצע לנפש גדולה בכ-18% ובכ-30%. בהתאמה, מזו שבשאר העשירונים. מדד ההשתנות של עלות השימוש לנפש בין העשירונים השונים (היחס בין סטיית התקן לבין הממוצע של כל העשירונים) עומד על 9.6%. כאשר מתחשבים בעשירון השני עד התשיעי בלבד מקבלים שמדד ההשתנות הוא פחות מ-2%.

עלות השימוש הממוצע לנפש בשירותי בריאות בעשירון התחתון גבוהה במיוחד בגלל קיומה של אוכלוסייה גדולה יחסית של קשישים בעשירון זה (כ-20% מסך הקשישים באוכלוסייה ו-19% מסך אוכלוסיית העשירון), הצורכים שירותי בריאות יחסית יותר מכל קבוצת אוכלוסייה אחרת. לעומת זאת, עלות השימוש הממוצע לנפש בשירותי בריאות בעשירון העליון גבוהה במיוחד בגלל המשקל הגדול של מבוגרים בקבוצת הגיל 45-64 באוכלוסיית העשירון זה (כ-40%) ומשקלם בסך האוכלוסייה בגילים האלה (כ-16%). קבוצת גיל זו היא השנייה במידרג של עלות השימוש הממוצע

לנפש כמעט בכל סוגי שירותי הבריאות, והשלישית בכלל השירותים. על אף ההבדלים בהרכב הדגמורפי של שאר העשירונים (שאינם בולטים כמו אלה שבין העשירון התחתון לעליון) עלות השימוש הממוצעת לנפש בשירותי בריאות אינו שונה באופן משמעותי בין עשירונים אלה.

החלק המסובסד בעלות השימוש בשירותי בריאות בכל עשירון חושב על ידי הורדת ההוצאות הפרטיות לשירותי הבריאות והוא מוצג בלוח מס. 5 לפי עשירונים. הסובסידיה הממוצעת לנפש לשירותי בריאות באוכלוסיה בהתאם למימון הציבורי של מערכת הבריאות הלאומית, מגיעה לכ-70% מסך עלות השימוש הממוצעת לנפש. סובסידה זו מתחלקת בין העשירונים בצורה שונה, וחלקה הגדול מגיע לעשירונים הנמוכים (כ-66% מסך הסובסידיה לחמשת העשירונים התחתונים), כך שהסובסידיה הממוצעת לנפש בעשירון התחתון היא מעל פי שתיים מזו שבעשירון העליון, ויורדת בהדרגה ככל שרמת ההכנסה גבוהה יותר.

הסובסידיה הממוצעת לנפש כאחוז מההכנסה הפנויה הממוצעת לנפש יורדת בהדרגה מכ-56% בעשירון התחתון לכ-2.2% בעשירון העליון. פרוגרסיביות הסובסידיה מקטינה את פער ההכנסה הפנויה לנפש בין העשירונים העליונים לבין העשירונים הנמוכים. לאחר קבלת הסובסידיה ההכנסה הפנויה הממוצעת לנפש בעשירון העליון גדולה פי 6.2 מזו שבעשירון התחתון, זאת לעומת 9.5 לפני זקיפת הסובסידיה. לגבי הפערים בהכנסה הפנויה באוכלוסיה של כל העשירונים, מדד ג'יני לאי שוויון התחלקות ההכנסות מראה ירידה של כ-15%, מ-0.35 לפני זקיפת הסובסידיה ל-0.29 אחרי זקיפת הסובסידיה (הערך 0 מבטא שוויון מלא והערך 1 מבטא אי שוויון מלא).

- שימוש נוסף בשירותי בריאות הממומן באופן פרטי:

כפי שדנו בפרק 3, צורת המימון של השימוש בשירותי בריאות עשויה להשפיע על התפלגות השימוש בין העשירונים, כמו במקרה של רוב שירותי רפואת השיניים בישראל. לפיכך, נעשה תיקון באומדנים של השפעת ההוצאות הציבוריות בסקטור הבריאות על התחלקות ההכנסה ובאומדנים של התחלקות הנטל במימון שירותי הבריאות. התוצאות המתוקנות שהתקבלו מוצגות בלוחות מס. 8-9-10 להלן. מהן עולה שעלות השימוש הממוצע לנפש בשירותי בריאות בין העשירונים היא פחות שיוויונית מאשר במקרה הקודם, והולכת וגדלה עם עליית רמת ההכנסה. רמת שימוש ממוצע לנפש גבוהה יחסית נשמרת בשני העשירונים הקיצוניים (התחתון והעליון) מאותן סיבות של הרכב דמוגרפי שצינו קודם לכן. מדד השתנות של עלות השימוש לנפש בין העשירונים השונים עומד על 13% במקום 9.6% במקרה הקודם, וכאשר מתחשבים בעשירון השני עד התשיעי בלבד מקבלים שמדד ההשתנות הוא כ-5% במקום כ-2% במקרה הקודם. פרוגרסיביות הסובסידיה יורדת, אם כי לא במידה רבה; הסובסידיה הממוצעת לנפש כאחוז מההכנסה הפונדית הממוצעת לנפש יורדת בהדרגה מכ-53% (במקום 56%) בעשירון התחתון לכ-3% (במקום 2.2%) בעשירון העליון. השינוי בפרוגרסיביות הסובסידיה אינו מספיק משמעותי כדי להתבטא במדד ג'יני, המראה גם במקרה זה ירידה של כ-15% אחרי זקיפת הסובסידיה. תיקון נוסף של האומדנים עבור הוצאות אחרות לשירותי בריאות המהוות ויתור על שימוש בשירותים ממומנים באופן ציבורי וגם שימוש נוסף בשירותים, היה מחזק את התיקונים עבור שימוש נוסף בשירותי בריאות עקב הוצאות פרטיות למימון ריפוי שיניים. פרוגרסיביות הסובסידיה היתה יורדת עוד יותר.

היות והיקף ההוצאה הציבורית במערכת הבריאות הוא כה גדול ומהווה מעל 18% מההכנסה הפנויה של המשפחות, הרי שמנקודת המבט של שיוויין כלכלי רצוי היה שהסובסידיה לשירותי בריאות תחלק באופן יותר פרוגרסיבי אולם מבלי לפגוע בסובסידיה כמכשיר להבטחת רמה מינימלית רצויה של שימוש בשירותי בריאות. פרוגרסיביות גדולה יותר ללא הקצאת משאבים נוספים אפשר היה להשיג על ידי התחלקות שונה של היקף הסובסידיה הקיים ועל ידי הורדת הסובסידיה לעשירונים הגבוהים, דבר שהיה מאפשר שיחרור משאבים לצרכים אחרים של המדינות הכלכלית והחברתית. ככל שמידת התחלופה בין השימוש בשירותים הממומנים באופן ציבורי, ובין השימוש בשירותים הממומנים באופן פרטי גבוהה יותר, הרי שבהנחה שבריאות היא מוצר נורמלי, הורדת הסובסידיה לעשירונים הגבוהים לא תפגע במידה משמעותית ברמת השימוש בשירותים. התחלקות שונה של היקף הסובסידיה הקיים, בתנאי הזכאות הנוכחיים, אפשר להשיג רק על ידי מתן עדיפות גבוהה יותר בהקצאת המשאבים לשירותי בריאות שבהם משתמשים בעיקר אוכלוסיות המצויות בעשירונים הנמוכים, על חשבון שירותי בריאות שבהם מרבית המשתמשים שייכים לעשירונים העליונים. זאת, למשל, על-ידי העברת משאבים משירותי בריאות שמרבית המשתמשים בהם נמנים על קבוצת הגיל 45-64 - המרוכזת בעשירונים העליונים - לשירותי בריאות שמרבית המשתמשים בהם קשישים (כמו אשפוז במחלקות גריאטריות ובבתי חולים למחלות ממושכות). אולם, במדינות מסוג זה מתעוררת הבעיה של הבטחת רמת שימוש רצויה בשירותי בריאות לאוכלוסיות בקבוצות הגיל שנפגעו מן ההקצאה החדשה של המשאבים, ובעיקר לאלו השייכים לעשירונים הנמוכים. מדיניות זאת עלולה לפגוע ברמת שירותי הבריאות במקרה שבו הסובסידיה היא אוניברסלית.

פתרון אפשרי להגדלת הפרוגרסיביות תוך שמירה על רמת ההוצאות הנוכחי הוא להגדיל את חלקו של המימון הפרטי בסך כל מימון ההוצאות לבריאות, כאשר הנטל הכרוך בהגדלת המימון הפרטי יפול על בעלי ההכנסה הגבוהה יחסית במשק. מעשית אפשר לצמצם במידה מסוימת את האוניברסליות של הסובסידיה באמצעות הטלת תשלום חלקי או מלא בגין קבלת שירות על בעלי הכנסה גבוהה. תשלום חלקי עדיף מבחינה של הבטחת רמת תצרכת רצויה לכל האוכלוסייה. כמו כן אפשר להגדיל את שיעור מיסי החבר המשולמים על ידי המבוטחים לקופות החולים. הגזלת השיעור יכולה להיות אחידה או הולכת ועולה עם רמת ההכנסה, בדומה למס הכנסה פרוגרסיבי. צעד כזה יביא להגדלת חלקו של המימון הפרטי בסך השימוש של העשירונים העליונים ולהורדת חלקו של המימון הציבורי, קרי הסובסידיה.

הגדלה מתאימה של השתתפות הפרטים על פי רמת הכנסה במימון שירותי הבריאות אפשר לעשות רק בצורה הדרגתית כדי לא לפגוע ברמת השימוש היות והביקוש הפרטי אינו ידוע.

עקב הפרוגרסיביות של הסובסידיה לשירותי בריאות, הורדת הסובסידיה הציבורית באופו אחיד לכל שירותי הבריאות תגדיל את אי-השיוויון הכלכלי. צעד זה יפגע גם ברמת התצרוכת של שירותי בריאות בכלל האוכלוסייה ובעיקר באוכלוסייה בעלת הכנסה נמוכה.

ליוו נוס. 3 - הוצאה שנחית ממוצעות לנפש בשרותי גריאות בתקופה 1984-1980
(אלפי שקלים, במחירי 1980)

ג י ל																
סך הכל	75+	65-74	55-64	50-54	45-49	40-44	35-39	30-34	25-29	20-24	15-19	10-14	5-9	1-4	0	
בחי חולים כלליים																
15.42	3.58	2.31	1.28	0.83	0.59	0.48	0.33	0.35	0.34	0.27	0.27	0.17	0.18	0.47	3.98	זכר
15.19	2.86	1.83	1.08	0.72	0.53	0.47	0.64	0.72	0.78	0.92	0.30	0.10	0.12	0.32	3.79	נקבה
15.26	3.20	2.05	1.17	0.77	0.56	0.47	0.49	0.54	0.56	0.59	0.28	0.13	0.15	0.40	3.89	סך הכל
מחלות ממושכות																
2.64	1.61	0.67	0.22	0.06	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	זכר
2.84	1.80	0.69	0.22	0.06	0.03	0.02	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	נקבה
2.75	1.71	0.68	0.22	0.06	0.03	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	סך הכל
בחי חולים לחולי נפש																
1.50	0.06	0.12	0.13	0.11	0.08	0.10	0.12	0.13	0.17	0.32	0.16	0.00	0.00	0.00	0.00	זכר
1.61	0.08	0.21	0.18	0.17	0.13	0.10	0.11	0.13	0.12	0.23	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	נקבה
1.56	0.07	0.17	0.16	0.14	0.11	0.10	0.11	0.13	0.15	0.28	0.15	0.00	0.00	0.00	0.00	סך הכל
מרפאוח																
10.63	1.18	1.43	1.16	0.87	0.85	0.63	0.59	0.62	0.68	0.66	0.53	0.30	0.31	0.46	0.37	זכר
10.25	0.85	1.24	1.05	0.90	0.93	1.27	0.67	0.40	0.69	0.69	0.45	0.22	0.24	0.35	0.30	נקבה
10.43	1.00	1.33	1.11	0.88	0.89	0.96	0.63	0.51	0.68	0.68	0.49	0.26	0.27	0.40	0.34	סך הכל
רפואה פרטית ושניים																
6.91	0.76	0.93	0.76	0.56	0.55	0.41	0.83	0.40	0.44	0.43	0.34	0.20	0.20	0.30	0.24	זכר
6.65	0.55	0.80	0.68	0.59	0.60	0.83	0.44	0.26	0.45	0.45	0.29	0.14	0.15	0.23	0.20	נקבה
6.78	0.65	0.86	0.72	0.57	0.58	0.62	0.41	0.33	0.44	0.44	0.32	0.17	0.18	0.26	0.22	סך הכל
סך הכל ללא ניהול																
37.10	7.19	5.46	3.55	2.43	2.10	1.63	1.42	1.51	1.64	1.69	1.31	0.67	0.69	1.22	4.59	זכר
36.54	6.14	4.77	3.22	2.43	2.22	2.69	1.88	1.51	2.05	2.29	1.18	0.47	0.51	0.89	4.29	נקבה
36.78	6.63	5.09	3.37	2.43	2.16	2.17	1.65	1.51	1.84	1.99	1.25	0.57	0.60	1.06	4.45	סך הכל
ניהול ממשלתי																
0.45	0.09	0.07	0.04	0.03	0.03	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.06	זכר
0.44	0.07	0.06	0.04	0.03	0.03	0.03	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.05	נקבה
0.44	0.08	0.06	0.04	0.03	0.03	0.03	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.05	סך הכל
סך הכל כללי																
37.55	7.28	5.53	3.59	2.46	2.13	1.65	1.44	1.53	1.66	1.71	1.32	0.68	0.70	1.24	4.65	זכר
36.98	6.21	4.82	3.26	2.46	2.25	2.72	1.90	1.53	2.07	2.32	1.19	0.48	0.52	0.90	4.35	נקבה
37.22	6.71	5.15	3.42	2.46	2.19	2.19	1.67	1.53	1.86	2.01	1.26	0.58	0.61	1.08	4.50	סך הכל

מקור: עיבוד נתונים לצורך המחקר, ראה פרק מס. 3 "שיטת המחקר".

לוח נמט. 4 - הוצאה פרטית ממוצעת לנפש לשירותי בריאות לפי עשירונים בתקופה 1984-1980 (בשקלים, במחירי 1980)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	עשירון סוג ההוצאה
1,346	1,404	1,904	2,234	2,633	3,062	3,679	3,957	4,874	8,000	סך הכל
535	645	868	955	1,217	1,344	1,644	1,622	1,932	2,571	מס חבר
291	281	483	731	777	975	1,054	1,231	1,626	2,536	ויפוי שיניים
520	478	553	548	639	743	981	1,401	1,316	2,893	אחרות

לוח נמט. 5 - הוצאת בריאות ממוצעת לנפש לפי עשירוני משפחה בתקופה 1984-1980 (בשקלים, במחירי 1980)

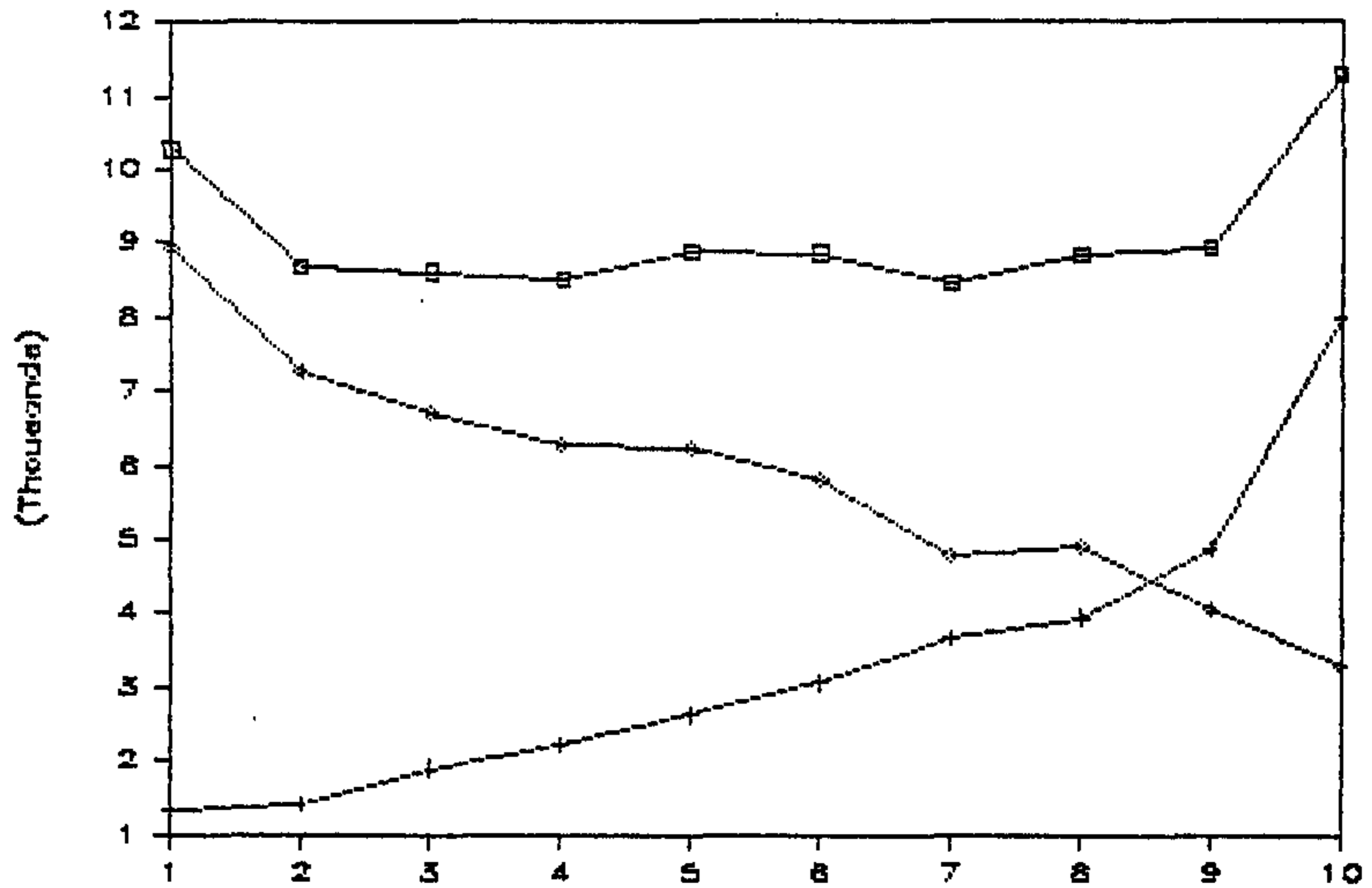
(מקרה של אי-תלות בין מימון ושימוש בשירותי הבריאות)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	עשירון סוג ההוצאה
10,286	8,668	8,616	8,513	8,884	8,870	8,480	8,861	8,934	11,292	הוצאה לאומית
1,346	1,404	1,904	2,234	2,633	3,062	3,679	3,957	4,874	8,000	הוצאה פרטית
8,940	7,264	6,712	6,278	6,251	5,808	4,800	4,903	4,059	3,292	הוצאה ציבורית (או טובסידיה)

מקור: עיבוד נתונים לצורך המחקר ראה פרק נמט. 3 "שיטת המחקר".

תרשים מס. 4 - הוצאת בריאות ממוצעת לנפש לפי עשירוני משפחה
 בתקופה 1980-1984
 (אלפי שקלים, במחירי 1980)

(מקרה של אי תלות בין מימון ושימוש בשירותי בריאות)



מקור : לוח מס' 5.

- הוצאה לאומית
- ◇ הוצאה ציבורית (סובסידיה)
- ⊕ הוצאה פרטית

לוח מס. 6 - הכנסה פנוייה ממוצעת לנפש לפי עשירוני משפחה בתקופה 1984-1980
 (בשקלים, במחירי 1980)
 (מקרה של אי-תלות בין מימון ושימוש בשירותי בריאות)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	סוג והזכנסה
										לפני זקיפת סובסידיה לבריאות
15.854	21,576	27,775	33,794	42,295	49,449	59,918	70,561	88,352	150,826	
										אחרי זקיפת סובסידיה לבריאות
24.794	28,840	34,487	40,072	48,546	55,257	64,718	75,464	92,411	154,118	

מקור: עיבוד נתונים לצורך המחקר ראה פרק מס. 3 "שיטת המחקר".

לוח מס. 7 - פרוגרסיביות הסובסידיה הממוצעת לנפש
 (מקרה של אי תלות בין מימון ושימוש בשירותי בריאות)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	עשירונים
										סובסידיה כאחוז מהכנסה פרטית
56.4	33.7	24.2	18.6	14.8	11.7	8.0	6.9	4.6	2.2	

מקור: עיבוד נתונים לצורך המחקר.

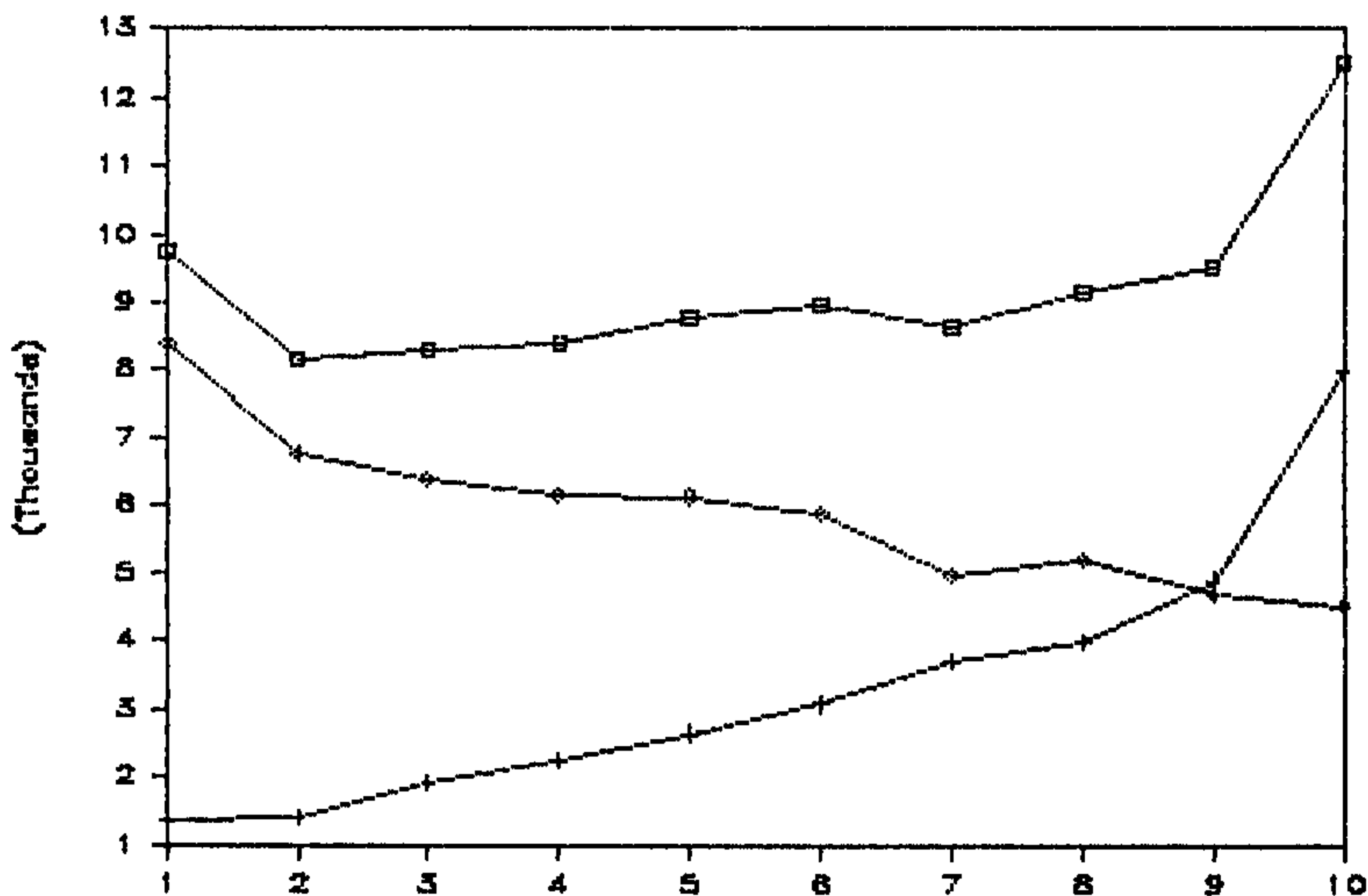
לוח מס. 8 - הוצאות בריאות ממוצעת לנפש לפי עשירוני משפחה בתקופה 1984-1980
 (בשקלים, במחירי 1980)
 (מקרה של שימוש נוסף בשירותי בריאות ממומן באופן פרטי)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	סוג והוצאה
9,735	8,172	8,294	8,400	8,770	8,946	8,625	9,134	9,526	12,501	הוצאה לאומית
1,346	1,404	1,904	2,234	2,633	3,062	3,679	3,957	4,874	8,000	הוצאה פרטית
8,389	6,768	6,390	6,166	6,137	5,884	4,946	5,177	4,652	4,501	הוצאה ציבורית (או סובסידיה)

מקור: עיבוד נתונים לצורך המחקר ראה פרק מס. 3 "שיטת המחקר".

תרשים מס. 5 - הוצאת בריאות ממוצעת לנפש לפי עשירוני משפחה
 בתקופה 1980-1984
 (אלפי שקלים, במחירי 1980)

(מקרה של שימוש נוסף בשירותי בריאות ממומן באופן פרטי)



מקור: לוח מס' 8.

- הוצאה לאומית
- ◇ הוצאה ציבורית
- + הוצאה פרטית

לוח נמט. 9 - הכנסה פנוייה ממוצעת לנפש לפי עשירוני משפחה בתקופה 1984-1980
 (בשקלים, במחירי 1980)
 (מקרה של שימוש נוסף בשירותי בריאות ממומן באופן פרטי)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	טו ג והזכנסה
										לפני זקיפת סובסידיה
15,854	21,576	27,775	33,794	42,295	49,449	59,918	70,561	88,352	150,826	לבריאות
										אחרי זקיפת סובסידיה
24,243	28,344	34,165	39,970	48,432	55,333	64,864	75,738	93,004	155,327	לבריאות

מקור: עיבוד נתונים לצורך המחקר ראה פרק מס. 3 "שיטת המחקר".

לוח מס. 10 - פרוגרסיביות הסובסידיה הממוצעת לנפש
 (מקרה של שימוש נוסף בשירותי בריאות ממומן באופן פרטי)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	עשירונים
										סובסידיה כאחוז מהכנסה פרטית
52.9	31.4	23.0	18.2	14.5	11.9	8.3	7.3	5.3	3.0	

מקור: עיבוד נתונים לצורך המחקר ראה פרק מס. 3 "שיטת המחקר".

שימוש בפועל בשרותים:

הנתונים הקיימים מאפשרים להגדיר ששה סוגים שונים של שירותי בריאות שלגבי כל אחד מהם ניתן לזהות בנפרד הוצאות ציבוריות ומשתמשים בשירות. ששת השרותים הללו מכסים את כל השרותים בסקטור הבריאות. השרותים הם:

1. אישפוז בבתי חולים כלליים.
2. אישפוז בבתי חולים למחלות ממושכות.
3. אישפוז בבתי חולים לחולי נפש.
4. מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת.
5. רפואה פרטית ורפואה שיניים.
6. ניהול ממשלתי והוצאות שונות.

חלוקה זו קיימת החל משנת 1980 נרשום ההוצאות בסקטור הבריאות בנתוני החשבונאות הלאומית.

התפלגות השימוש בפועל. בשירותי בריאות חושב על בסיס נתוני משרד הבריאות לגבי השימוש בשירותי בריאות במוסדות ממלכתיים בלבד בתקופה הנחקרת. השימוש בשירותי בריאות במוסדות אלה יכול לייצג את השימוש במוסדות אחרים, משום שהציבור המגיע למוסדות הממלכתיים רחב ביותר ושייך למסגרות בטוח שונות.

חלוקת ההוצאות על אישפוזים נעשתה בהתאם להתפלגות ימי האישפוז לפי גיל ומין. החלוקה בוצעה בנפרד לכל אחד מסוגי האישפוז השונים שהוזכרו לעיל. הנתונים הקיימים מתייחסים לשנות התקציב 1981-1984. ההתפלגות של השימוש בשירותי אישפוז לפי מין וגיל היא יציבה למדי, ולפיכך הנתונים של שנת 1980 נאמדו על ידי הממוצע של שאר השנים.

1. אישפוז בבתי חולים כלליים:

הנתונים כוללים את סך כל ימי האישפוז במחלקות השונות של בתי החולים הממלכתיים הבאים:

- המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר
- בית חולים רמב"ן, חיפה
- בית חולים אסף הרופא, צריפין
- בית חולים פוריה, טבריון
- בית חולים צפת
- בית החולים ע"ש ד"ר הלל יפה, חדרה
- בית החולים נהריה
- בית החולים רוטשליד, חיפה
- בית החולים ע"ש א. וולפסון, תל-גיבורים, חולון
- מרכז רפואי ע"ש ישראל ברזילי, אשקלון
- מרכז רפואי עירוני ממשלתי איכלוב
- מרכז רפואי עירוני ממשלתי ע"ש רוקח
- מרכז רפואי עירוני ממשלתי לילדות

הנתונים כוללים כ-46.5% מסך כל ימי האישפוז של כלל האוכלוסיה בבתי חולים כלליים. הוצאות האישפוז במחלקות השונות אינן זהות, אולם קיים קושי טכני בזיהוי ההוצאות על פי מחלקה ולכן נאלצנו לתת ערך שווה לכל יום אישפוז בחלוקת ההוצאות. באותה מידה, הנחנו שעלויות האישפוז שוות לגבי כל המוסדות.

2. אישפוז בבתי חולים למחלות ממושכות:

נתונים על ימי אישפוז נאספו לגבי בתי החולים הבאים:

- בית חולים שמואל הרופא, באר-יעקב

- בית חולים ממשלתי למחלות ממושכות ע"ש בלימן, חיפה

לא להוסיף נתונים על ימי אישפוז במחלקות גריאטריות. מחלקות ממושכות ושיקום בבתי החולים הכלליים, שצויינו קודם לכן. מחלקות אלו נותנות שירותים דומים ולכן סביר להניח שהן משרתות אותו סוג של ציבור. הנתונים שעל פיהם חושבה התפלגות ימי האישפוז בבתי החולים למחלות ממושכות הם כ-12% מסך כל האישפוזים מסוג זה.

3. אישפוז בבתי חולים לחולי נפש:

עקב המחסור בנתונים על בתי חולים לחולי נפש התחשבנו רק בנתונים על ימי אישפוז במחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים שצויינו קודם לכן. נתונים אלה מהווים כ-3% מסך ימי האישפוז מסוג זה ומיועדים לייצג את התפלגות ימי האישפוז של בתי החולים לחולי נפש. גם במקרה זה ההנחה היא שהתפלגות ימי האישפוז בבתי החולים לחולי נפש דומה לזו שבמחלקות הפסיכיאטריות בבתי חולים כלליים.

4. מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת:

השימוש בשירותים של מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת הוצג באמצעות הנתונים הקיימים לגבי מרפאות חוץ של בתי החולים הכלליים שצויינו קודם לכן. נתונים אלו מציגים את התפלגות הביקורים לפי גיל ומין.

נתונים על המבקרים במרפאות חוץ מוצגים בקבוצות גיל גדולות מאלה של המאושפזים, ולכן היה צורך לחלק אותם לפי חלוקת המאושפזים. דבר זה נעשה על ידי חלוקה נוספת של כל אחת מקבוצות המבקרים במרפאות חוץ על פי התפלגות כלל האוכלוסיה בגילים המתאימים.

הנתונים הקיימים לגבי ביקורים מתייחסים לשנים 1980-1982 וגם הם מעידים על יציבות בהתפלגות לפי גיל ומין כמו זו שנתגלתה לגבי האישה. לכן גם במקרה זה אפשר לאמוד את הנתונים של שנת התקציב 1984 על ידי הממוצע של שאר השנים.

הנתונים לא מתייחסים לשימוש בשירותים לאם ולילד בתחנות בריאות המשפחה, ולכן ההשתתפות של תינוקות ואמהות בשימוש של שירותי מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת מוטה כלפי מטה.

5. רפואה פרטית ורפואה שיניים:

שירות זה מבוצע על ידי הסקטור הפרטי אולם בדומה לכל שירות אחר שהגדרנו בעבודה זו הוא ממומן בחלקו באופן פרטי ובחלקו באופן ציבורי. נתונים על השימוש בשירות זה לפי מאפיינים דמוגרפיים של המשתמשים אינם בנמצא, ולכן הוחלט להשתמש באותה התפלגות של המבקרים במרפאות חוץ של בתי החולים הכלליים, כמובן שבזלוקה זו של השימוש של שירותי רפואה שיניים ניתן משקל יתר לתינוקות ואומדן השימוש בשירותים אלה על ידי תינוקות מוטה כלפי מעלה. עם זאת, ראוי להדגיש שהטייה זאת מקוזת במידה מסוימת במישור האגרטיבי את ההטייה הצפויה באומדן השימוש במרפאות ציבוריות ורפואה מונעת על ידי תינוקות.

6. ניהול ממשלתי והוצאות שונות:

שירותי הניהול של הממשלה שונים מכל השירותים הספציפיים שהוגדרו ומשרתים בעקיפין את כל האוכלוסיה הנהנית משירותי הבריאות. לפיכך הוחלט לחלק את השימוש בניהול ממשלתי ובהוצאות השונות על פי התפלגות סך ההוצאות על שאר שירותי הבריאות לפי מין וגיל.

נספח ב - לוחות

לוח ב/1 - אינדיקטורים להיקף ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-1984

שנה	סך כל ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתל"ג	ההוצאה השוטפת לשירותי בריאות כאחוז מהצריכה האזרחית	השקעה בבריאות כאחוז מההשקעה המקומית בנכסים קבועים
1962/63	5.5	6.2	1.3
1963/64	5.2	6.0	1.5
1964/65	5.4	6.2	1.6
1965/66	5.9	6.7	1.8
1966/67	5.1	6.6	3.3
1967/68	6.0	6.7	3.5
1968/69	5.4	6.3	2.5
1969/70	5.3	6.2	2.4
1970/71	5.4	6.8	2.1
1971/72	5.2	6.9	1.8
1972/73	5.6	7.1	2.2
1973/74	5.9	7.1	2.9
1974/75	5.9	6.9	3.1
1975/76	6.0	6.9	3.6
1976/77	6.5	7.7	3.2
1977/78	6.9	8.4	3.2
1978/79	7.5	8.8	3.3
1979/80	7.5	9.1	2.4
1980/81	7.0	9.0	1.8
1981/82	7.1	8.9	1.8
1982/83	7.3	8.7	2.0
1983/84	7.4	8.8	2.0

מקור: שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

לוח ב/2 - ההוצאה הלאומית לבריאות לפי סקטור מבצע
 1983-1962
 (באחוזים)

שנה	ממשלה	רשויות מקומיות	מוסדות ללא כוונת רווח	אחר	סך הכל
1962/63	18	6	55	21	100
1963/64	18	6	55	21	100
1964/65	19	6	54	21	100
1965/66	20	6	55	19	100
1966/67	20	6	54	20	100
1967/68	24	6	52	21	100
1968/69	20	6	53	21	100
1969/70	24	2	54	20	100
1970/71	23	3	54	20	100
1971/72	24	2	53	21	100
1972/73	22	2	56	20	100
1973/74	26	2	51	21	100
1974/75	26	2	51	21	100
1975/76	26	2	51	21	100
1976/77	26	2	50	22	100
1977/78	27	1	49	23	100
1978/79	23	1	54	22	100
1979/80	27	1	51	21	100
1980/81	26	1	53	20	100
1981/82	25	1	52	22	100
1982/83	24	1	52	23	100
1983/84	22	1	52	25	100

מקור: שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

לוח ב/3 - הוצאה הלאומית לביטוח לפי סקטור מממן
 1983-1973
 (באחוזים)

שנה	ממשלה	רשויות מקומיות	אחרים	סך הכל
1973/74	51	3	46	100
1974/75	56	3	41	100
1975/76	56	3	41	100
1976/77	51	2	47	100
1977/78	56	2	42	100
1978/79	51	1	48	100
1979/80	60	1	39	100
1980/81	58	1	41	100
1981/82	58	1	41	100
1982/83	57	1	42	100
1983/84	52	1	47	100

מקור: שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

לוח 4/ב - התפלגות אוכלוסיית סקר הוצאות המשפחה 1979-1980 (אזורי ג' פרוז)
(נ פ ש ר ה)

מספרים \ גיל וסיו	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	סה"כ
0	10,452	12,435	1,700	11,012	6,762	12,850	7,716	8,489	9,602	3,481	94,500
זכר	5,586	3,515	6,257	4,328	3,229	7,871	5,657	3,464	6,177	1,665	47,748
נקבה	4,865	8,922	5,443	6,685	3,533	4,980	2,059	5,024	3,425	1,817	46,752
1-4	31,228	50,007	42,941	43,726	33,680	33,131	38,799	25,820	22,120	10,988	332,441
זכר	17,603	22,939	26,588	23,171	18,535	13,525	20,388	11,455	13,689	5,765	173,658
נקבה	13,623	27,067	16,353	20,556	15,145	19,607	18,411	14,365	8,432	5,223	158,783
5-9	45,158	58,353	46,731	45,130	34,107	41,505	35,231	32,068	22,742	9,785	371,311
זכר	18,714	32,245	20,194	24,025	15,427	21,297	17,577	14,828	13,469	5,346	183,121
נקבה	26,444	26,608	26,537	21,106	18,680	20,207	17,656	17,240	9,273	4,440	188,191
10-14	50,149	57,998	50,381	54,349	37,267	27,828	20,704	27,418	20,299	9,327	355,720
זכר	27,643	29,979	28,648	27,399	19,855	12,195	8,891	13,350	10,378	4,974	183,211
נקבה	22,506	28,119	21,732	26,949	17,412	15,634	11,812	14,070	9,921	4,353	172,509
15-19	40,681	54,778	40,187	35,122	29,927	22,056	25,645	25,799	14,791	10,349	299,333
זכר	20,033	27,763	19,173	17,753	15,193	9,961	13,493	11,722	9,192	3,521	147,804
נקבה	20,649	27,014	21,014	17,368	14,734	12,095	12,153	14,078	5,599	6,829	151,533
20-24	23,715	27,839	27,467	30,383	29,125	32,460	19,830	26,983	20,580	13,761	252,142
זכר	12,891	12,598	13,534	13,347	11,876	13,279	7,241	13,472	10,527	7,480	116,245
נקבה	10,823	15,241	13,933	17,035	17,249	19,182	12,590	13,512	10,054	6,282	135,902
25-29	18,659	23,507	24,946	31,948	33,242	40,481	43,324	31,854	36,839	24,715	309,416
זכר	8,770	11,263	11,700	13,159	16,057	18,004	18,997	13,255	16,954	11,206	139,364
נקבה	9,889	12,244	13,145	18,789	17,185	22,477	24,327	18,599	19,884	13,510	170,049
30-34	8,784	25,354	22,874	28,109	25,322	34,597	33,062	29,322	31,858	13,161	252,443
זכר	1,688	11,421	9,861	15,193	11,888	18,280	17,975	14,213	14,616	7,452	122,588
נקבה	7,096	13,933	13,012	12,917	13,434	16,316	15,086	15,109	17,241	5,708	129,851
35-39	17,477	13,844	20,632	20,949	19,674	17,748	17,414	17,434	15,232	6,787	167,191
זכר	8,692	7,408	9,852	7,836	8,874	9,308	7,740	8,373	8,397	3,485	79,964
נקבה	8,785	6,436	10,780	13,113	10,801	8,440	9,674	9,061	6,835	3,302	87,228
40-44	8,813	22,609	19,025	20,560	14,260	14,718	20,430	22,674	19,504	9,499	172,093
זכר	3,945	10,724	10,273	13,374	7,024	8,327	9,476	10,878	8,207	5,122	87,351
נקבה	4,868	11,885	8,753	7,186	7,236	6,392	10,954	11,796	11,297	4,377	84,743
45-49	14,437	15,425	13,774	13,788	15,412	14,163	12,707	25,171	23,398	18,983	167,257
זכר	7,230	6,215	8,457	6,201	8,381	5,307	7,341	11,997	8,899	6,111	76,142
נקבה	7,207	9,209	5,318	7,587	7,030	8,856	5,366	13,175	14,499	12,873	91,119
50-54	9,989	8,398	17,842	15,039	17,135	18,768	15,668	17,759	25,500	30,770	176,866
זכר	5,698	2,512	7,708	7,128	7,244	8,007	5,592	9,858	14,555	14,901	83,203
נקבה	4,291	5,886	10,134	7,910	9,891	10,760	10,075	7,901	10,944	15,869	93,661
55-64	24,954	26,315	21,851	26,767	30,828	28,395	25,667	27,928	22,418	49,475	284,599
זכר	5,383	8,823	8,630	11,208	13,609	13,635	13,991	13,346	13,011	25,828	127,465
נקבה	19,572	17,490	13,221	15,558	17,220	14,761	11,676	14,583	9,409	23,646	157,135
65-74	42,248	35,724	24,957	27,942	24,586	19,283	15,747	12,381	13,877	24,235	240,979
זכר	16,426	16,375	10,433	13,945	12,421	10,507	8,926	8,154	7,153	12,330	116,670
נקבה	25,820	19,349	14,526	13,997	12,164	8,777	6,820	4,227	6,724	11,905	124,308
75-99	29,854	15,554	12,487	8,469	7,539	6,543	4,150	8,038	3,401	10,746	106,780
זכר	15,575	9,906	6,934	4,772	4,010	3,253	2,842	4,289	1,810	5,668	59,058
נקבה	14,278	5,648	5,553	3,697	3,529	3,289	1,308	3,749	1,591	5,078	47,721
סה"כ	376,596	448,638	397,696	413,291	358,864	364,528	336,094	339,139	302,160	246,064	3,583,071
זכר	175,878	213,585	198,245	202,839	173,623	172,757	166,126	162,655	157,031	120,855	1,743,593
נקבה	200,716	235,051	199,452	210,455	185,242	191,772	169,966	176,489	145,128	125,210	1,839,483

רשימה ביבליוגרפית

1. אבנימלך מוריה - השפעת ההוצאה הציבורית לשירותים סוציאליים על חלוקה מחדש של ההכנסות. (המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, ירושלים, אפריל 1974).
2. בן-סירא זאב, דוכין רבקה - השירות הרפואי האמבולטורי: דפוסי פניה ותדמית. (מכון ישראלי למחקר חברתי שמושי - בהזמנת משרד הבריאות, ירושלים, אוגוסט, 1981).
3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות - סקר שימוש בשירותי בריאות 1977. (הוצאת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סדרת פירסומים מיוחדים מס. 639). (ירושלים, תשמ"א).
4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות - סקר שימוש בשירותי בריאות 1981. (הוצאת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סדרת פירסומים מיוחדים מס. 717). (ירושלים, תשמ"ג).
5. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות - סטטיסטיקה אבחנתית של אשפוזים 1974. (הוצאת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סדרת פירסומים מיוחדים מס. 577). (ירושלים, תשל"ח).
6. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות - סטטיסטיקה אבחנתית של אשפוזים 1976. (הוצאת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סדרת פירסומים מיוחדים מס. 708). (ירושלים, תשמ"ג).
7. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - סקרי הכנסות 1980, 1981, 1982, 1983, 1984. (הוצאת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סדרת פירסומים מיוחדים), (ירושלים, שנים שונות).
8. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - הירחון הסטטיסטי לישראל, מוסף 2, (ירושלים, פברואר 1984).
9. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - הירחון הסטטיסטי לישראל, מוסף 3, (ירושלים, מרס 1986).
10. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - שנתון סטטיסטי לישראל (שנים שונות).
11. המכון לחקר המדיניות הכלכלית בישראל - הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1985. (יעקב קופ, עורך, ירושלים, דצמבר 1985).
12. חביב ג'ק וטוויל יוסי - "רמת החיים וגודל המשפחה". תדפיס מ"רבעון לכלכלה" מס. 82, ספטמבר 1974.
13. מואב יצחק - סובטידיה למוצרי מזון כאמצעי להבטחת הכנסה - (המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, ירושלים, מרס 1979).
14. משרד הבריאות - מוסדות האישפוז והיחידות לטיפול יום בישראל. (המחלקה לכלכלה רפואית וסטטיסטיקה, ירושלים, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984).
15. לוסקי והוכמן. השפעת תקציב המשלה והרשויות המקומיות על רמת הרווחה של קבוצות שונות. (הצעת מחקר מפורטת, תדפיס מחלקה לכלכלה, אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע).

1. Atkinson A.B. The Economics of Inequality. (Second Edition) (Clarendon Press, Oxford. 1983).
2. Frank Richard G., Lave Judith R. "Length of Stay of Medicaid Psychiatric Patients." *The Journal of Human Resources*, Volume 21, No. 3. Summer 1986. PP 321-337.
3. Lampman Robert J. Measured Inequality of Income: What Does It Mean and What Can It Tell Us? And What Does It Do For the Poor? A New Test for National Policy. Institute for Research on Poverty. (Reprint Series 117). (Wisconsin. 1974).
4. Manning Willard G., Wells. Kenneth B. "PGP's and Outpatient Use of Mental Health Services". *The Journal of Human Resources*. (Volume 21, No. 3. Summer 1986). PP 293-320.
5. Moon Marilyn. The Measurement of Economic Welfare. Its Application to the Aged Poor." Institute for Research on Poverty Monograph Series. (New York, Academic Press 1977).
6. Ofer Gur. "Public Spending and Civilian Services." *The Israeli Economy*. (Yoram Ben-Porath, Editor). (Harvard University Press. 1986). PP 192-208.
7. Purola T., Sievers K., Kalimo E., Nyman K. The Utilization of the Medical Services and Its Relationship to Morbidity, Health Resources and Social Factors. Publication of the National Pensions Institute of Finland, Series A:3. (Helsinki. Government Printing Centre. 1968)
8. Scheffler Richard M., Watts Carolyn A. "Inpatient Mental Health Use Among the Heavily Insured." *The Journal of Human Resources*. Volume 21, Number 3. Summer 1986. PP 338-358.
9. Smeeding T., Moon M. "Valuing Government Expenditures: the case of Medical Care Transfers and Poverty". *Review of Income and Wealth*, September 1980. PP 305-324.
10. Smeeding T. "The Anti-Poverty effect of in-kind transfers: a good idea gone too far?". American Statistical Association, 1985.
11. U.S. Department of Health, Education and Welfare. *The Nation's Use of Health Resources*. 1979. National Center for Health Statistics. U.S. Government Printing Office, 1980.

