



המוסד לביטוח לאומי
מינהל מחקר ותכנון

**הוגנות אופקית, הוגנות אנכית ואי השוויון
בהוצאה הפרטית על בריאות בישראל:
1992 - 2002**

מאת

לאה אחדות¹

עמיר שמואלי²

מירי אנדבלד³

ירושלים, ניסן התשס"ז, אפריל 2007

¹ מכון ון ליר ומדרשת רופין

² האוניברסיטה העברית ומכון גרטנר

³ המוסד לביטוח לאומי

תקציר

המחקר בודק את דפוסי ההוצאה הפרטית על בריאות מהיבטים של הוגנות ופרוגרסיביות בין 1992 ו-2002. הממצאים מעידים כי העלייה בסך ההוצאה הפרטית הריאלית לבריאות הסתכמה ב-6.5% במשך העשור ומשקל ההוצאה על בריאות בסך ההוצאה הכספית לצריכה עלה מ-4.2% בשנת 1992, דרך 4.8% בשנת 1997, ועד ל-6.3% בשנת 2002.

ההוצאה הפרטית על בריאות מהווה מקור מימון של ההוצאה הלאומית לבריאות מצד אחד, ומשקפת שימוש בשירותי בריאות מצד אחר. מבחינת היותה מקור מימון, מדדי הפרוגרסיביות והשתנותם על פני זמן מעידים כי ההוצאה הפרטית היא מקור מימון רגרסיבי. כמשקפת שימוש בשירותי בריאות, ההוצאה הפרטית לבריאות נבחנת במידת ההוגנות האופקית והאנכית שלה. בחינת ההוגנות האנכית, כלומר האם משקי בית בעלי צרכים בריאותיים רבים יותר אמנם מוציאים יותר על בריאות עבור הכנסה מוחזקת קבועה, מראה כי מסתמן גידול בהוגנות האנכית על פני הזמן ועלייה ברגישות ההוצאה לצרכים. מבחינת ההוגנות האופקית, מסתבר כי גמישות ההכנסה של ההוצאה הפרטית לבריאות גבוהה מזו של סך הצריכה, כלומר ההוצאה על בריאות רגישה לשינויים בהכנסה יותר מאשר סך הצריכה הכספית, ובמובן זה אי השוויון בה גדול יותר. בחינת השינויים בגמישויות של סעיפי ההוצאה לבריאות על פני זמן מלמדת, כי לבד מהוצאה על תרופות, במרבית סוגי ההוצאה ההוגנות האופקית עלתה אם כי במידה קטנה. בכל סוגי ההוצאה (למעט תרופות) מסתמנות שתי תת-תקופות במשך העשור שנדון: בין 1992 ו-1997, חלה הקטנה באי השוויון בהוצאה הפרטית, ככל הנראה כתוצאה מהשינויים במערכת שחלו עם הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995. הקטנה זו באי השוויון הביאה גם לעלייה ברגרסיביות ההוצאה ולעלייה בהוגנות האופקית. בתת התקופה הבאה, 1997-2002, חלה עליה באי השוויון, שהביאה גם לירידה ברגרסיביות ולירידה בהוגנות האופקית.

באופן כללי, הממצאים נותנים ביטוי כמותי ומאששים את ההרגשה הכללית כי הנהגת החוק ב-1995 שיפרה את מצב המערכת מבחינת השוויון והפרוגרסיביות, ואילו חוקי ההסדרים והשינויים שחלו לאחר 1995 כרסמו בהתפתחויות אלה.

הקדמה

מאז ראשית שנות השמונים זוכות סוגיות השוויון וההוגנות בבריאות לתשומת לב הולכת וגוברת מצד חוקרים וקובעי מדיניות. הרפורמות שהונהגו במערכות הבריאות במדינות מערב אירופה במהלך שנות השמונים ובראשית שנות התשעים והדיון הממושך בארה"ב על הצורך ברפורמה היו בבחינת מאיץ נוסף להרחבת המחקר בתחום אי השוויון בבריאות. חלק נכבד מהחקירה האמפירית עסק בשניים מההיבטים המרכזיים של סוגיית ההוגנות בבריאות: מידת הפרוגרסיביות במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, ומידת ההוגנות בשימוש בשירותי בריאות. שני היבטים אלה משתקפים בעיקרון ההוגנות הכפול: מימון שירותי הבריאות בהתאם ליכולת התשלום של הפרט, אך מתן שירותי בריאות בהתאם לצרכיו של הנזקק לשירותים אלה.

המגמה של הנהגת רפורמה במערכת הבריאות לא פסחה על ישראל. עיקרון ההוגנות הכפול – מימון בהתאם ליכולת התשלום ושימוש בשירותי בריאות בהתאם לצרכים – היה בבחינת קו מנחה בעיצובו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהונהג בשנת 1995. החוק עיגן את זכותו של כל אזרח לביטוח בריאות והעניק לו את החופש לבחור את קופת החולים שבה יהיה מבוטח. הוא קבע סל שירותי בריאות מקיף ואחיד לכל, שהאחריות למימונו מוטלת על המדינה, פירט את המקורות למימון הסל ואת השיטה שעל פיה תעודכן עלות הסל וקבע את הנוסחה להקצאת המשאבים בין הקופות. עם זאת, הוויכוח הציבורי בישראל על דמותה של מערכת הבריאות לא פסק גם לאחר שהחוק הופעל הלכה למעשה. אחת מהסוגיות המרכזיות שעומדות במוקד הוויכוח עוסקת בתמהיל הרצוי של מימון ציבורי-פרטי. עדות לכך הם חילוקי הדעות שהתגלעו בשנת 1998, ערב התיקונים שהוכנסו במסגרת חוק ההסדרים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בדבר גביית תשלומים נוספים עבור שירותי בריאות, והמחלוקת בנוגע להתרת שירות רפואי פרטי (שר"פ) בבתי החולים הציבוריים.

אחדות (1999) ואחדות, שמואלי וסבג-אנדבלד (2005) בחנו את מידת הפרוגרסיביות במימון ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובמשך העשור הראשון להפעלתו, ואת תרומתם של מקורות המימון השונים לפרוגרסיביות הכוללת. מממצאי המחקר עולה שמימון ההוצאה הלאומית לבריאות היה, פחות או יותר, יחסי להכנסה. המרת דמי החבר במס בריאות וביטולו של מס מקביל הובילו לשיפור מסוים בפרוגרסיביות, אם כי עדיין מידת הפרוגרסיביות שהושגה אינה משמעותית. גם בין 1997 לבין 2002 לא נצפו שינויים של ממש במידת הפרוגרסיביות של מימון ההוצאה הלאומית לבריאות ונטל המימון התחלק בין משקי הבית כמעט כמו נטל מימון של מס יחסי על ההכנסה.

מטרתו של מחקר זה היא להוסיף נדבך נוסף לחקירה האמפירית בסוגיות ההוגנות במערכת הבריאות בישראל. המחקר מתמקד בהוצאה הפרטית של משקי הבית על בריאות, תוך הדגשת השינויים שחלו ברמת ההוצאה ובדפוסיה בשנים 1992-2002. בהתבסס על נתוני סקרי הוצאות המשפחה בשנים 1992/93, 1997 ו-2002, המחקר הזה בוחן את השינויים ברמת ההוצאה הפרטית

על בריאות ובדפוסיה, ומתמקד בניתוח ההוגנות האנכית והאופקית ואי השוויון בהוצאה הפרטית על בריאות לאורך זמן.

הבחירה בעשור 1992-2002 אינה מקרית. בשנת 1995 הונהג חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהביא לשינויים ניכרים במערכת הבריאות, וחוקי ההסדרים שלאחר מכן – ובמיוחד זה של 1998 – המשיכו וחוללו שינויים כבדי משקל במגזר הבריאות¹.

התפתחות ההוצאה הפרטית לבריאות ודפוסיה : 1992-2002

בשנים 1992-2002 גדל באופן שיטתי משקלה של ההוצאה הפרטית על בריאות בסך כל ההוצאה המשפחתית לצריכה, מ-3.4% ב-1992² ל-3.7% ב-1997 ול-4.8% ב-2002. עלייה דומה התרחשה גם במשקל ההוצאה לבריאות בסך ההוצאה הכספית לצריכה, מ-4.2% ל-4.8% ול-6.3%, בהתאמה (לוח 1). העלייה במשקל ההוצאה לבריאות בסך ההוצאה לצריכה התרחשה בעיקר בין 1997 ל-2002. היא נזקפה לא רק לגידול בכמות שירותי הבריאות שהאוכלוסייה צרכה, אלא גם לעלייה במחירי שירותי הבריאות שהייתה בשיעור גבוה יותר מעליית המחירים הכללית³.

לוח 1: משקל סעיפי ההוצאה בסך ההוצאה הפרטית לבריאות* ואחוז המדווחים על הוצאה חיובית (אחוזים)

משקל בסך סעיף בריאות			אחוז המדווחים			סעיפי ההוצאה
2002	1997	1992	2002	1997	1992	
			100	100	100	סך הוצאה כספית לצריכה
			6.3	4.8	4.2	מזה: הוצאה פרטית לבריאות
91	83	77	100	100	100	בריאות
71	38	7	20.1	11.3	5.5	ביטוח בריאות
78	77	76	79.9	88.7	94.5	בריאות ללא ביטוח בריאות
22	15	19	15.0	16.4	19.2	שירותי בריאות
15	13	--	10.1	10.7	--	מזה: רפואה פרטית**
32	33	35	30.1	38.4	43.4	רפוי שיניים
64	64	62	34.7	33.9	31.9	הוצאות אחרות
20	17	14	9.7	11.1	10.0	מזה: מכשירי שיקום
44	41	40	21.6	19.1	16.2	תרופות

* ללא דמי חבר ב-1992

** ראו פרק בסיס הנתונים.

¹ עם זאת קיימת השפעה גם לשנים עצמן. במיוחד נכון הדבר בנוגע לשנת 2002, שהייתה שנת מיתון.
² ההוצאה הפרטית לבריאות בניכוי דמי החבר. בשנה זו דמי החבר היוו כ-50% מסך כל ההוצאה הפרטית.
³ בין 1992 ל-2002 (תקופות הסקר) עלה מדד המחירים הכללי בכ-90% ואילו מחירי שירותי הבריאות בכ-120%.

לוח 2: ההוצאה הממוצעת לבריאות לפי סעיף הוצאה (ש) ושיעורי גידול בהוצאה (אחוזים):

1992-2002

שיעורי גידול ריאליים (אחוזים)			ההוצאה הממוצעת 2002	סעיפי ההוצאה
שנת 2002 לעומת 1992	שנת 2002 לעומת 1997	שנת 1997 לעומת 1992		
6.5	3.1	3.3	7960.2	סך הוצאה כספית לצריכה*
31.6	21.9	7.9	499.1	בריאות*
326.4	115.9	1997.5	100.5	ביטוח בריאות
11.2	9.7	1.4	398.6	בריאות ללא ביטוח בריאות
-4.0	11.7	-14.1	74.8	שירותי בריאות
--	16.6	--	50.3	מזה: רפואה פרטית**
-1.3	-2.7	1.4	150.4	ריפוי שיניים
63.7	24.9	31.0	173.3	הוצאות אחרות
72.6	26.0	36.9	48.2	מזה: מכשירי שיקום
81.9	40.0	29.9	107.6	תרופות

* ללא דמי חבר ב-1992

** ראו פרק בסיס הנתונים.

נתוני לוח 2 מראים כי בין 1992 ל-2002 גדלה ההוצאה הפרטית לבריאות בכ-32% במונחים ריאליים (בניכוי מדד מחירי שירותי הבריאות בסקר הוצאות המשפחה), כאשר עיקר הגידול התרחש בין 1997 ל-2002 (22% לעומת כ-8% בין 1992 ל-1997). הגידול הריאלי הבולט ביותר נצפה בהוצאות על ביטוח בריאות פרטי ומשלים. ההוצאות בסעיף זה ב-2002 היו גבוהות פי ארבעה מאשר ב-1997, והשינויים בו הובילו את השינויים בסך ההוצאה הפרטית על בריאות בתקופה הנסקרת בעבודה זו. עם זאת, הנתונים מראים כי בין 1992 ל-1997 התרחש הגידול בהוצאה על ביטוח משלים בלבד, ואילו בין 1997 ל-2002 חל גידול בהוצאה על ביטוח פרטי במקביל להמשך העלייה בהוצאה על ביטוח משלים.

על פי אומדן, הגידול הריאלי בהוצאה על ביטוחי בריאות מסביר כמחצית מהגידול הריאלי בסך ההוצאה הפרטית על בריאות בין 1992 ל-1997 וכ-2/3 מהגידול בין 1997 ל-2002. ההוצאה לבריאות שאינה כוללת את התשלום לביטוחי הבריאות עלתה בכ-11% בלבד בין 1992 ל-2002.

גם ההוצאה לתרופות אופיינה בעלייה ריאלית ניכרת שהתפרסה באופן שווה פחות או יותר על שתי התקופות הנסקרות. בין 1992 ל-2002 עלתה ההוצאה לתרופות ביותר מ-80%. גם בשאר מרכיבי ההוצאה הכלולים בסעיף "הוצאות אחרות" נצפתה עלייה ניכרת. לעומת זאת, ההוצאה הריאלית על רפואת שיניים נותרה פחות או יותר יציבה במהלך כל אחת משתי התקופות הנסקרות ובסך הכול ירדה בכ-1.5%. ההוצאה על "שירותי בריאות" פחתה אף בין 1992 ל-2002 – בכ-4%, אם כי ההתפתחות לא הייתה אחידה בין התקופות: ירידה של כ-14% בין 1992 ל-1997 ועלייה של כ-12% בין 1997 ל-2002.

מגמות אלו משתקפות בשינויים שהתרחשו בהרכב ההוצאה הפרטית לבריאות, לפי סוג ההוצאה. ב-1992 ההוצאה על ביטוח בריאות (שהיה פרטי בלבד, ללא משלים) הייתה 5.5% בלבד מכלל ההוצאה על בריאות. עם הנהגתו של הביטוח המשלים במקביל להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי גדל באופן בולט משקלה של ההוצאה על ביטוח – ל-11.3% ב-1997 ול-20% ב-2002. עיקר הגידול נבע מהביטוח המשלים, שכן ההוצאה על ביטוח פרטי כאחוז מסך כל ההוצאה עלתה ל-5.8% ב-1992 ול-6.8% ב-2002. מנתונים אלה עולה שב-1997 ההוצאה על הביטוח המשלים הייתה כמחצית מכלל ההוצאה על ביטוח, ושיעור זה עלה לכשני שלישים ב-2002. שיעור משקי הבית שדיווחו על הוצאה על ביטוח בריאות עלה פי 6 בין 1992 לבין 1997, ופי 2 בין 1997 ל-2002 (7%, 38% ו-71% בהתאמה). מרכיב הוצאה אחר שמשקלו בסך ההוצאה עלה, אם כי באופן מתון יותר, הוא התרופות – מ-16.2% ב-1992 ל-17.1% ב-1997 ול-20.4% ב-2002.

במקביל לעלייה במשקלן של ההוצאה לביטוח בריאות ושל ההוצאה לתרופות, בולטת הירידה במשקל של ההוצאה לרפואת שיניים⁴ – מכ-43% ב-1992 לכ-30% ב-2002 – ושל ההוצאה ל"שירותי בריאות" – מכ-19% לכ-15%, בהתאמה. בעוד שמשקל ההוצאה לרפואת שיניים ירד בהדרגה, משקל שירותי בריאות – שמרכיב חשוב בו הוא הרפואה הפרטית – פחת בעיקר בין 1992 ל-1997, אך נותר יציב למדי בין 1997 ל-2002.

ברג, רוזן ועופר (1995) ביצעו השוואות דומות בין ההוצאה הפרטית על בריאות ב-1986 וב-1992. ממצאיהם מורים כי בעוד שסך כל ההוצאה הריאלית לצריכה עלתה ב-9%, ההוצאה הריאלית על בריאות (כולל דמי חבר) עלתה ב-16%, פי 2 מהגידול שנמצא בין 1992 ל-1997 (ללא דמי חבר). ההוצאה הריאלית על ריפוי שיניים (כולל ביטוח) עלתה בתקופה 1986-1992 ב-10% לעומת עלייה קלה של 1.4% בין 1992 ו-1997. בהוצאה על שירותי בריאות פרטיים לא חל שינוי ריאלי בתקופה 1986-1992⁵. ואולם, ההוצאה הריאלית על תרופות גדלה בין 1986 ו-1992 ב-75%, בעוד שבתקופה 1992-1997 היא גדלה ב-30%. שיעור הרוכשים ביטוח פרטי עלה מ-2% ל-7%, כלומר העליה הדרמטית שנצפתה ברכישת ביטוח פרטי בתקופה 1992-1997 החלה כבר ב-1986.

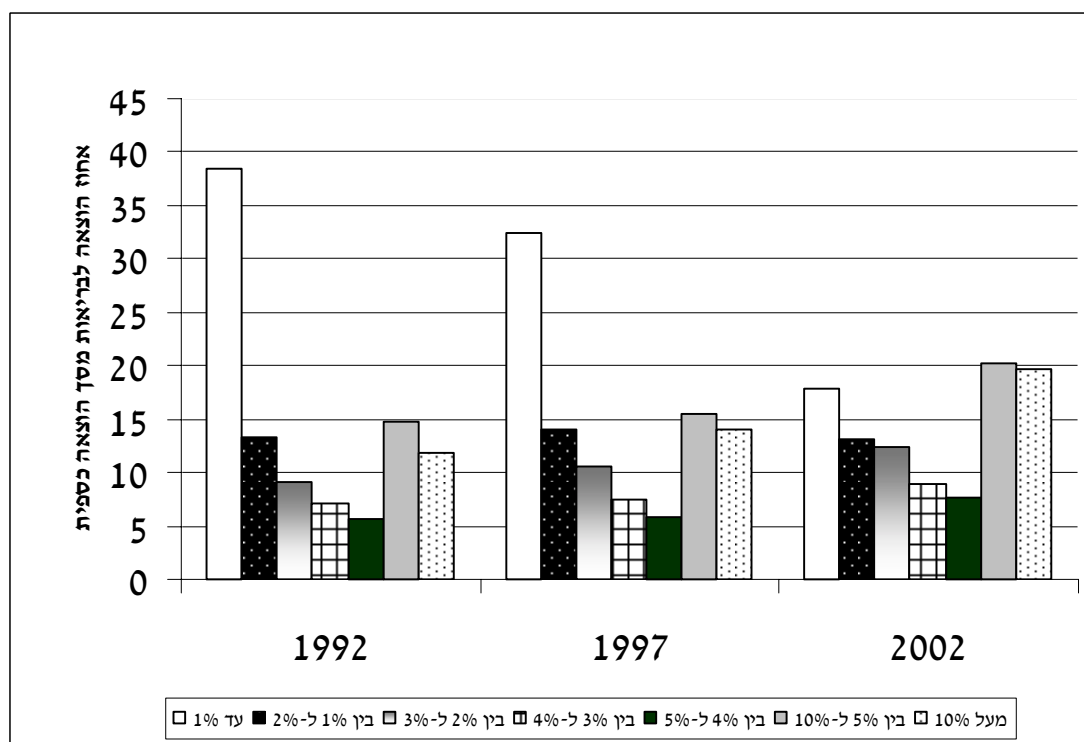
תרשים 1 מציג את התפלגות המשפחות לפי שיעור ההוצאה על בריאות מתוך סך ההוצאה הכספית לצריכה. הוא מורה מגמה ברורה של גידול בשיעור המשפחות שהוצאותיהן על בריאות עולה על 5% מסך ההוצאה הכספית שלהן על צריכה, ובמיוחד בשיעור המשפחות שההוצאה שלהן עולה על 10% מסך ההוצאה הכספית, שיעור שנחשב ל"הוצאה קטסטרופלית". המגמה המסתמנת היא שליותר ויותר משפחות יש הוצאה גדולה יחסית על בריאות.

⁴ כולל ביטוח לטיפול שיניים המהווה ב-2002 כ-5% מכלל ההוצאה לרפואת שיניים.

⁵ ההוצאה לרפואה פרטית אינה בת-השוואה בין 1992 ל-1997 בשל מגבלות של פירוט הנתונים בקובץ. ראו בפרק "בסיס הנתונים".

תרשים 1:

התפלגות המשפחות לפי ההוצאה לבריאות (ללא דמי חבר) כאחוז מסך כל ההוצאה הכספית: 1992, 1997 ו-2002



בחנית דפוסי ההוצאה הפרטית לבריאות לפי חמישוניים (לוח 3) מעידה, כי חלקו של החמישון התחתון בסך ההוצאה הפרטית לבריאות עלה מ-1992 ל-1997, אך ירד ב-2002 חזרה לרמה הקרובה לזו ששררה בשנת 1992. לעומת זאת, חלקו של החמישון העליון ירד משנה לשנה ברציפות והגיע ב-2002 לרמה של 32.8% בהשוואה ל-33.7% ב-1992. מכאן שבין שתי התקופות נרשמה עלייה דווקא בעשירוני הביניים, אם כי גם היא לא הייתה דרמטית.

לוח 3: חלקו של החמישון* בסך ההוצאה לבריאות (אחוזים)**

סעיפי ההוצאה	2002		1997		1992	
	עליון	תחתון	עליון	תחתון	עליון	תחתון
בריאות	32.8	9.9	33.1	12.8	33.7	10.3
ביטוח בריאות	37.3	8.1	38.1	8.0	48.9	2.8
בריאות ללא ביטוח בריאות	31.6	10.4	32.4	13.4	32.8	10.8
רפואה פרטית***	41.5	5.7	38.4	19.4	31.7	9.2
ריפוי שיניים	32.3	7.7	35.5	9.0	36.5	7.9
תרופות	24.2	17.9	21.9	19.0	23.1	21.2

* החמישוניים דורגו בהתאם להכנסה הפנויה המשפחתית וכל חמישון מונה 20 אחוז מן המשפחות.

** ללא דמי חבר ב-1992.

***ב-1997 ישנה תצפית חריגה בחמישון התחתון, שההתעלמות ממנה מניבה גם היא מגמה עליה לעומת 1992, אם כי מתונה הרבה יותר.

חלקו של החמישון התחתון בסך כל ההוצאה לביטוח בריאות עלה מפחות מ-3% ב-1992 לכ-8% ממנה ב-1997 (והוא התייצב ברמה זו גם ב-2002), במקביל לירידת חלקו של החמישון העליון בהוצאה זו מ-49% ב-1992 ל-37% ב-2002. עלייה זו בהוצאה על ביטוח משלים בחמישון התחתון באה על חשבון הירידה בהוצאות על רפואה פרטית ותרופות, שכן ישנה השלמה בין שירותים אלה: השתתפות בביטוח המשלים מאפשרת ביקורים אצל רופא פרטי במחיר מוזל למדי, וכך גם לגבי תרופות שאינן כלולות במסגרת ה"סל". בחמישון העליון נראית עלייה הדרגתית אך שיטתית בחלקו בסך הרפואה הפרטית, ויציבות בחלקו בסך ההוצאה על תרופות.

הוגנות אופקית, אנכית ואי שוויון בהוצאה על בריאות: רקע מדעי

המחקר האמפירי בנושא אי השוויון בבריאות שאל מתחום התחלקות ההכנסות שני מושגי הוגנות (אי שוויון): אנכית ואופקית. עניינה של הוגנות אופקית הוא ב"יחס שווה לשווים", ובאופן ספציפי בתחום הבריאות, היא מציגה את השאלה, האם דומה ההוצאה על בריאות של משפחות בעלות רמת צרכים בריאותיים שווה. הוגנות אנכית עוסקת בשאלה האם שונה ההוצאה על בריאות של משפחות הנבדלות זו מזו ברמת הצרכים הבריאותיים, והאם ההוצאה משתנה באופן ישיר עם צרכים אלה.

אנו מתמקדים בעבודה זו במדידת אי שוויון והוגנות באמצעות כמה מדדים. סדרת המדדים הראשונה כוללת את גמישויות ההוצאה ביחס להכנסה והגמישויות ביחס לצרכים בריאותיים. נסמן את פונקציית תוחלת ההוצאה הפרטית על בריאות באמצעות המשוואה:

$$\log(C) = a + b \log(I) + d \log(S) + e X$$

C היא רמת ההוצאה המשפחתית על בריאות, I היא ההכנסה המשפחתית ו-S הוא מדד לצורכי הבריאות במשפחה. הפרמטר b מייצג את גמישות ההוצאה ביחס להכנסה עבור רמת צרכי בריאות נתונים, והפרמטר d מודד את גמישות ההוצאה ביחס לצורכי הבריאות המשפחתיים עבור רמת הכנסה נתונה. סדרת המשתנים הנוספים X מייצגת מאפיינים של משקי הבית המשפיעים על דפוסי ההוצאה על בריאות מעבר להשפעת ההכנסה או הצרכים הבריאותיים (לדוגמה, מאפיינים הקובעים את העדפות משק הבית או את שוק מוצרי הבריאות לפי אזור גאוגרפי וכו'). גמישות ההכנסה (הפרמטר b) מודדת למעשה את מידת (אי) ההוגנות האופקית. אם משפחות בעלות צורכי בריאות שווים היו בעלות הוצאה דומה על צריכה, אזי גמישות ההכנסה הייתה צריכה להיות אפס. ככל שגמישות זו גבוהה יותר, רב אי השוויון האופקי, כלומר רב ההבדל בין רמות ההוצאה של משפחות בעלות צורכי בריאות דומים.

באופן דומה, גמישות ההוצאה ביחס לצורכי הבריאות (הפרמטר d) מודדת את מידת ההוגנות האנכית. עבור רמת הכנסה נתונה, ככל שגבוהה מידת הרגישות של ההוצאה על בריאות לשינויים בגובה צורכי הבריאות, כך גבוהה מידת ההוגנות האנכית.

סדרת המדדים השנייה למדידת אי שוויון והוגנות כוללת מדדי ריכוז ועקומות ריכוז (Concentration curves and indices). המחקרים הראשונים שדנו במדדים אלה היו של Le Grand (1987, 1982), והיוו בבחינת צעד חשוב במחקר על אי שוויון אופקי בשימוש בשירותי בריאות ובאספקתם. על פי גישתו, השוויון האופקי מושג כאשר רמת השימוש לנפש "חולה" זהה בכל הקבוצות הסוציו-כלכליות, או לחילופין כאשר החלק היחסי של כל קבוצה בסך כל השימוש שווה לחלקה היחסי בסך כל הפרטים החולים. על גישתו של Le Grand נמתחה ביקורת מתודולוגית ובעקבותיה הוצעו גישות חלופיות. גישות אלו מוצגות בסקירה רחבה שהוכנה בידי Wagstaff et al. (1991) ו-Wagstaff and Doorslaer (2000).

ההוצאה הפרטית על בריאות מיועדת לרכישת שירותי בריאות, ולכן ההוצאה מייצגת את ערך השימוש בשירותים אלה. מדד ראשון, לכן, הוא מדד הריכוזיות של ההוצאה הפרטית על בריאות ביחס להכנסה (של משקי הבית), המודד את אי השוויון הגולמי (לא מתוקן לאף מאפיין אחר של משק הבית). מדד זה – שיסומן C_m – מורה על הקשר בין האחוז המצטבר של המשפחות, מדורגות לפי הכנסתן, לבין האחוז המצטבר של ההוצאה הפרטית על בריאות. המדד נע בין 1 לבין 100. כאשר המדד שווה לאפס, קיים שוויון מלא, כלומר, 10% משקי הבית העניים מוציאים 10% מכלל ההוצאה הפרטית במשק, 20% משקי הבית העניים מוציאים 20% מכלל ההוצאה במשק וכו'. ככל שהמדד מתקרב ל-1, גדל אי השוויון לטובת העשירים, וכאשר המדד מתקרב ל-100, אי השוויון הוא פרו-עניים. ואולם אין ספק שחלק מאי השוויון בהוצאה שנמדד על ידי C_m נובע לא מהבדלי הכנסות אלא מהבדלים בצרכים הבריאותיים של משק הבית. כדי לדייק במדידת אי השוויון הנובע מהבדלים בהכנסות, יש לנכות את ההבדלים בצרכים הבריאותיים. לפיכך, המדד השני מבוסס על תיקון לצרכים הבריאותיים של משקי הבית (נסמנו כ- C_{mm}). כאשר התיקון נעשה באופן ישיר, מדד זה מחושב כמדד הריכוז של ההוצאה הפרטית לבריאות החזויה על בסיס הצרכים הבריאותיים של משק הבית (כלומר, כלל מאפייני משקי הבית ללא הכנסה) לכל חמישון וחמישון, בנקודת הממוצעים של מאפייני משקי הבית בכלל האוכלוסייה. כאשר התיקון נעשה באופן עקיף, המדד הוא ההפרש בין מדד הריכוז הגולמי (C_m) לבין מדד הריכוז של ההוצאה על בריאות החזויה, לכל משפחה ומשפחה, לאור צרכיה הבריאותיים (ללא הכנסתה).

אם נסתכל על ההוצאה הפרטית לבריאות כמקור מימון של ההוצאה הלאומית על בריאות, הפרמטר המעניין הוא מידת הפרוגרסיביות של ההוצאה. כלומר, באיזו מידה משקי בית עשירים מוציאים על בריאות אחוז גבוה יותר מהכנסתם מאשר משקי הבית העניים. המדד השלישי שישמש בעבודה הוא מדד הפרוגרסיביות של Kakwani, והוא מוגדר כהפרש בין מדד הריכוזיות הגולמי (C_m) לבין מדד גייני של ההכנסה. ככל שההפרש בין מדד הריכוזיות ומדד גייני גבוה יותר, כך גבוהה מידת הפרוגרסיביות. ככל שההפרש קטן יותר (ושלילי), רבה מידת הרגרסיביות בהוצאה הפרטית על בריאות.

הנתונים, המשתנים והאסטרטגיה המחקרית

בסיס הנתונים

העיבודים במחקר נעשו על בסיס סקרי הוצאות משקי בית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לשלוש שנות סקר: 1992/93, 1996/97 ו-2002.⁶ הסקרים מספקים מידע מפורט על הוצאותיו של משק הבית בקבוצות הצריכה השונות וכן מידע על מאפיינים דמוגרפיים וסוציו-אקונומיים של המשפחות.

המשתנים

באופן כללי הגדרות ההוצאות בסקרים וכן ההגדרות לגבי משתנים סוציו-אקונומיים ודמוגרפיים זהות בשלושת הסקרים שלגביהם נערכו החישובים, חוץ מהבדלים המתחייבים מהמציאות המשתנה (לדוגמה, ההוצאה הממוצעת ל"דמי חבר" בסקר 1992/93, המהווה כמחצית מההוצאה הממוצעת לבריאות, הושמטה בשני הסקרים האחרונים המשמשים לעבודה זו עקב החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וההוצאה לביטוח משלים דרך קופות החולים ישנה בשני הסקרים האחרונים אך לא בסקר 1992/93). בנוסף, עם השנים הורחבה היריעה והתקבלו הגדרות מפורטות יותר של הוצאות בקבצים שהועברו למוסד לביטוח לאומי. כדי לאפשר השוואה בין שלוש התקופות, הובאו סוגי ההוצאות השונים לבסיס אחיד.

המשתנים התלויים

בכל אחד מהסקרים הוגדרו 13 סוגים של ההוצאה הפרטית על בריאות:

- (1) סך ההוצאה הפרטית לבריאות – עם דמי חבר ובלעדיהם: דמי החבר לקופות החולים ששולמו על ידי הרוב המכריע של משקי הבית (כ-95%) חדלו להתקיים עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995. דהיינו הוצאה זו קיימת בסקר המוקדם יותר ששימש לנתוני מחקר זה (1992/93) ואינה קיימת בשני הסקרים המאוחרים יותר (1996/97 ו-2002). ההוצאה בת-ההשוואה לשלושת הסקרים היא אפוא ההוצאה על "בריאות ללא דמי חבר".
- (2) ביטוח בריאות – פרמיה לביטוח פרטי בלבד בסקר 1992/93, ופרטי ומשלים (של הקופות) בשני הסקרים האחרים. בשנת 1992 חושבו האומדנים גם עבור "דמי חבר לקופות חולים".
- (3) ביטוח בריאות פרטי בלבד (זהה ל [2] בשנת 1992).
- (4) בריאות ללא ביטוח בריאות (ההפרש בין [1] ל-[2] לעיל).
- (5) ריפוי שיניים (כולל ביטוח שיניים המהווה מרכיב קטן בסך ההוצאה).
- (6) שירותי בריאות (כולל תשלום לרופא פרטי, בדיקות וטיפולים, מוסדות סיעוד וכו'). נציין כי הגדרה זו שונה בשנים השונות.
- (7) רפואה פרטית – לקבלת הוצאה זו, הופחתה ממרכיב [6] לעיל ההוצאה לשירותי סיעוד ותשלומים לרופא בקופות החולים בסקר האחרון, 2002. בסקר 1996/97.

⁶ עד שנת 1997 נערכו הסקרים מאמצע שנה ועד לאמצע השנה העוקבת. מ-1997 הסקרים מתייחסים לשנה קלנדרית אחת.

הופחתה ההוצאה לשירותי סיעוד בלבד, ובסקר 1992/93 הוצאה זו זהה להוצאה על שירותי בריאות, שכן רמת הפירוט שהתקבלה בקובץ הנתונים לא אפשרה לחלץ את ההוצאה עבור שירותי סיעוד. מכאן שאת ההוצאה על רפואה פרטית ניתן להשוות רק בין 1997 ו-2002.

(8) הוצאות אחרות (מכשירי שיקום, תרופות והוצאות בלי ציון נוסף, שווה ל [11]+[10]+[9])

(9) מכשירי שיקום (משקפיים, עדשות מגע וכד').

(10) תרופות בקופת חולים.

(11) תרופות לא בקופת חולים (בסקרים ששימשו לעיבוד הנתונים אין אבחנה ברורה בין תרופות מרשם לתרופות שאינן דרך מרשם רופא⁷. לפיכך קבוצה זו כוללת תרופות הנקנות בבתי מרקחת פרטיים, גם אם מקורן במרשם של רופא קופת החולים).

(12) תרופות בקופת חולים ותרופות לא בקופת חולים [10+11].

(13) סך הכול תרופות (בסקר 2002 ישנה הוצאה נוספת של "תרופות בצ"ני", שכלולה אף היא בקבוצה זו. בשני הסקרים האחרים קבוצה זו זהה ל- [12] לעיל).

המשתנים המסבירים

המשתנים המסבירים ששימשו לאומדנים הם משתנים כלכליים ודמוגרפיים של משקי הבית. שני המשתנים המסבירים המרכזיים בניתוח הם ההכנסה המשפחתית הפנויה (הכנסה לאחר תשלומי העברה ומיסים ישירים), וצורכי הבריאות של משק הבית. בעוד שמשנתה ההכנסה הוא ברור, מדד צורכי הבריאות דורש פירוט. כפי שצוין לעיל, הבעיה בניתוח ההוצאה הפרטית על בריאות תוך שימוש בסקרי הוצאות המשפחה היא היעדר נתונים על מצב הבריאות של חברי משק הבית, שהוא בעל השפעה מכרעת על השימוש בשירותי בריאות בכלל ועל ההוצאה הפרטית לבריאות בפרט. בניתוח הנוכחי השתמשנו במדד מקורב של מצב הבריאות: סולם צרכים המבוסס על סולם הקפיטציה בהקצאת המקורות לקופות החולים. סולם זה מודד את ההוצאה על שירותי בריאות של פרטים בגילים שונים ביחס לממוצע, ונותן ערכים גבוהים יותר לתינוקות ולקשישים. כך למשל, לפרט בגיל 0-4 משויך ערך של 1.17 בסולם הקפיטציה. לפרט בגיל 75+ משויך ערך של 3.48. הסולם מפרט ערכים כאלה לתשע קבוצות גיל. לכל משק בית חישבנו את סכום ערכי הסולם המשויכים לחברים בו לאור גילם. למשל, משק בית המורכב משני קשישים בני 65-74 יקבל ערך של 5.56 במשתנה זה. משק בית הכולל זוג בני 25-34 וילד בגיל 5-14 יקבל ערך של 1.91.

כדי לאמוד את השפעת ההכנסה וצורכי הבריאות בצורה חסרת הטיה, כללנו בניתוח מאפיינים רבים הצפויים להשפיע על רמת ההוצאה הפרטית לבריאות במשק הבית, כמפורט להלן:

- גודל משק הבית.
- מחוז מגורים (ירושלים, תל אביב, מרכז, חיפה, צפון ודרום).
- עולים חדשים (מוגדרים כמי שעלו משנת 1990 ואילך).

- מוצא (ילידי ישראל, אירופה-אמריקה, אסיה-אפריקה וערבים).
- תכונות ראש משק הבית: מצב משפחתי, גיל, מצב תעסוקתי ורמת השכלה.
- מספר נכים במשק הבית (חושב על פי מספר המקבלים קצבת נכות במשק הבית).
- מאפייני בן/בת זוגו של ראש משק הבית: גיל, מצב תעסוקתי ורמת השכלה.

האסטרטגיה המחקרית

בהסתמך על הרקע המחקרי שתואר לעיל, ניתוח ההוגנות ואי השוויון בהוצאה הפרטית על בריאות בדוח זה כולל שני מרכיבים:

1. אמידת "פונקציית ההוצאה" לסוגי ההוצאה על בריאות. הפרמטרים המרכזיים בניתוח זה הם גמישות ההוצאה ביחס להכנסה, וגמישות ההוצאה ביחס לצרכים הבריאותיים של משקי הבית.
2. בניית עקומות ריכוז וחישוב מדדי הפרוגרסיביות והריכוז המתארים את התחלקות הוצאות הבריאות הגולמית והמתוקנת לצורכי הבריאות על פני משקי בית. לשם הגדרת החמישונים, חישוב מדדי הפרוגרסיביות והריכוז, משקי הבית מוינו לפי ההכנסה הפנויה ללא תיקון לגודל משק הבית.

ניתוח השינויים מתקבל באמצעות השוואת הממצאים מסקרי 1992, 1997 ו-2002.

תוצאות אמידת פונקציית ההוצאה הפרטית על בריאות: הוגנות אופקית ואנכית

הניסוח האקונומטרי

פונקציית הוצאה מתארת את הקשר בין ההוצאה לבין ההכנסה. בדוח זה השתמשנו בניסוח מקובל של פונקציות הוצאה, שבו המשתנה התלוי הוא הלוג (הטבעי) של ההוצאה, והמשתנה המסביר הוא לוג ההכנסה. המקדם הנאמד הוא גמישות ההכנסה של ההוצאה, המונחת כקבועה בניסוח זה לכל רמות ההכנסה וההוצאה⁸. במקביל, הכללנו את רמת הצרכים הבריאותיים של משק הבית כפי שתואר לעיל כלוג – צרכים, ולכן גם גמישות ההוצאה ביחס לצרכים מתקבלת ישירות, ומונחת כקבועה אף היא.

ברוב סוגי ההוצאה, לחלק ניכר ממשקי הבית אין כלל הוצאות על בריאות⁹. קיומם של אפסים כה רבים כערכי המשתנה התלוי (צנזור) עלול לגרום להטיות באמידת פונקציית ההוצאה בריבועים פחותים רגילים. במצב זה אומדנים עדיפים מתקבלים באמצעות שימוש במודל TOBIT.

מודל ה- TOBIT מניח את הקשר הבא:

$$y = \beta'x + u$$

⁷ בסקרים מאוחרים יותר האבחנה בין תרופות מרשם לתרופות שאינן במרשם רופא חדה יותר.
⁸ היות שקיימים משקי בית שאינם מוציאים על מרכיב זה או אחר של בריאות (הוצאה = 0), הגדרנו שבמקרים אלה לוג ההוצאה הנו אפס.
⁹ ולכן זהו מצב של פתרון פינתי הדורש התייחסות מיוחדת.

כאשר y הוא המשתנה התלוי המצונזר (ריכוז גבוה של אפסים), x הוא וקטור של משתנים מסבירים ו- β הוא וקטור של פרמטרים. u הוא הפרעה מקרית נורמלית עם תוחלת אפס וסטיית תקן σ . אמידה בריבועים פחותים רגילים מניחה כי התוחלת של y היא $\beta'x$, וההשפעות השוליות של x על y הן β . ואולם, אם אמנם קיים ריכוז גבוה של אפסים, ניתן להראות כי התוחלת של y היא למעשה $[\beta'x + \alpha\sigma]$ כאשר $\Phi(\beta'x/\sigma)$ היא פונקציית הצפיפות הנורמלית, ו- Φ היא פונקציית ההתפלגות הנורמלית. כלומר, ההשפעות השוליות של x על y הן β $\Phi(\beta'x/\sigma)$. ההשפעות השוליות של לוג-הכנסה ולוג-צרכים הן הגמישויות המבוקשות. האומדן SCALE הינו, בהתאם, $\phi(\beta'x/\sigma)$.

לכל סוגי ההוצאה הפרטית על בריאות הותאמה פונקציית הוצאה זהה. כפי שהוזכר לעיל, המשתנה התלוי הוא לוג ההוצאה. המשתנים המסבירים כוללים את לוג ההכנסה, לוג של סולם הצרכים הבריאותיים, לוג מספר נפשות, ושאר המשתנים המסבירים שתוארו לעיל.

משוואת ההוצאה לכל סוג הוצאה נאמדה בנפרד. זאת למרות שקיימים קשרים בין הגמישויות במשוואות מסוימות. למשל, גמישות ההכנסה של סך ההוצאה על בריאות היא ממוצע משוקלל של גמישויות ההכנסה בסוגי ההוצאה המרכיבים את הסך הכל, עם משקלות שהם משקלות ההוצאות בסך הכל. אמידת מערכת משוואות טוביט תחת מגבלות כאלה היא מורכבת מאוד (אמידה כזו אפשרית בריבועים פחותים מוכללים למשוואות לינאריות). העדפנו להשתמש במודל הטוביט ולהתעלם מהמגבלות הבין-משוואתיות.

אומדני המשוואות עצמן על כלל ההשפעות של המשתנים המסבירים אינם מפורטים משיקולי חוסר מקום (ניתן לקבלם ישירות מהחוקרים). להלן נתמקד בגמישויות ההכנסה והצרכים.

ממצאים

להלן נביא את פירוט הממצאים לגבי ארבעת הצירים שנבדקו: גמישות אופקית, גמישות אנכית, רמת פרוגרסיביות ומדדי הריכוז. הממצאים מוצגים בלוחות 4 עד 8, תוך ציון אילו מההבדלים בין השנים נמצאו מובהקים. נתייחס גם להבדלים שנמצאו מובהקים ברמה של 10%, אם כי תיעשה הבחנה בין ממצאים בעלי מובהקות "גבולית" (בין 5% ל-10%) וממצאים ברמת מובהקות של עד 5%.

גמישויות ההכנסה – הוגנות אופקית בהוצאה על בריאות

גמישויות ההכנסה – והשינוי בהן במהלך השנים – הן מוקד החקירה של ההוגנות האופקית. לוח 4 מרכז את גמישויות ההכנסה לסוגי ההוצאה השונים בשלושת מועדי הסקרים. להשוואה, בשורה הראשונה, מוצגות גם גמישויות ההכנסה לסך ההוצאה הפרטית (הכספית) לנפש, שנאמדו ממודל זהה לזה שנאמד עבור ההוצאה על בריאות. גמישויות אלה נאמדו כ-0.613 ב-1992, כ-

0.451 ב-1997, וכ-0.274 בשנת 2002. ממצאים אלה מעידים כי אי השוויון בהוצאה על צריכה בין משקי הבית קטן בעשור האחרון: אם הכנסתו של משק בית א' גבוהה ב-10% מזו של משק בית ב', ושני משקי הבית דומים בשאר המאפיינים, ב-1992 צריכת משק בית א' הייתה גבוהה בכ-6.1% מאשר זו של משק בית ב', בשנת 1997 – בכ-4.5%, ובשנת 2002 – בכ-2.7%.

גמישות ההכנסה של סך ההוצאה הפרטית על בריאות בניכוי דמי חבר ירדה על פני השנים, ואולם ירידה זו לא נמצאה מובהקת. לעומת זאת עלתה גמישות ההכנסה להוצאה על ביטוח בריאות משלים ופרטי. בין 1992 ל-1997 הגמישות גדלה פי 2 בקירוב באופן מובהק ונותרה כמעט ללא שינוי ב-2002. שינויים אלה נובעים משילוב של עלייה בבעלות על ביטוחים וולונטריים בעשור האחרון יחד עם שינויים בגובה הפרמיות השונות לפי גיל ומצביעים על עלייה באי השוויון בהוצאה על ביטוחי בריאות. ביחס לרפואה פרטית המהווה חלק גדול מסעיף "שירותי בריאות", גמישות ההכנסה ירדה באופן מובהק בין 1992 ל-2002. גמישות ההכנסה של ההוצאה על תרופות עלתה על פני השנים (אם כי רמת המובהקות גבולית). כצפוי, גמישות ההכנסה על ההוצאה על תרופות בקופות החולים (שאינה מוצגת בלוח) היא קטנה ולמעשה אינה שונה מאפס.

לוח 4: גמישויות הכנסה בסוגי ההוצאה הפרטית על בריאות

2002	1997	1992	סוגי ההוצאה
0.274	0.451	0.613	סך הוצאה כספית לצריכה
0.506	0.783	0.642	סך בריאות
-	-	0.655	דמי חבר
0.506	0.783	0.821	בריאות ללא דמי חבר
0.551	⁽¹⁾ 0.581	0.250	ביטוח בריאות
0.546	0.688	0.722	בריאות ללא ביטוח בריאות
0.487	0.500	0.538	רפואת שיניים
0.270	0.244	0.358	שירותי בריאות**
⁽²⁾ 0.166	0.180	0.358	רפואה פרטית**
0.362	0.478	0.379	הוצאות אחרות
0.190	0.128	*0.037	סה"כ תרופות

** ראו פרק בסיס הנתונים.

הערה כללית ללוחות 4 עד 8:

1. הבדל בין 1992 ל-1997 מובהק.
2. הבדל בין 1997 ל-2002 מובהק.
3. הבדל בין 1992 ל-2002 מובהק.

יצוין כי גמישויות ההכנסה של סך ההוצאה לבריאות (ללא דמי חבר), גבוהה במידה ניכרת מגמישויות ההכנסה של סך ההוצאה הפרטית, בשלוש נקודות הזמן שנבדקו. במילים אחרות, ההוצאה הפרטית על בריאות רגישה יותר לשינויים בהכנסה מאשר סך ההוצאה לצריכה.

גמישויות ההוצאה ביחס לצרכים בריאותיים – הוגנות אנכית בהוצאה על בריאות

כפי שנדון לעיל, החולשה העיקרית של השימוש בסקרי הוצאות המשפחה לניתוח ההוצאה על שירותי בריאות נעוצה בהיעדר מדידה ברורה של מצב הבריאות, או הצרכים. בדרך כלל משתמשים החוקרים במבנה גיל משק הבית כקירוב לצרכים הבריאותיים. בניתוח המפורט כאן השתמשנו, כאמור, בסולם צרכים המבוסס על נוסחת הקפיטציה לחלוקת משאבי הבריאות בין קופות החולים, ולכן הוא משקף טוב יותר את הצרכים הבריאותיים של משק הבית מאשר מבנה הגיל.

הממצאים מראים (לוח 5) שברוב המוצרים, כצפוי, ככל שעולה רמת הצרכים המשפחתיים – עולה ההוצאה על מוצרי בריאות אלה, שאר הגורמים קבועים. יתר על כן, באופן כללי נמצא כי השפעת הצרכים **התחזקה** עם הזמן. עם זאת תוצאות מובהקות נמצאו רק בחלק קטן מהמקרים. למעשה, המקרים היחידים שבהם הייתה עלייה מובהקת בהוגנות האנכית הם העלייה בין 1997 ל-2002 בביטוח בריאות ובתרופות. עלייה של 10% בסולם הצרכים הביאה ב-2002 לעלייה של 9.3% בהוצאה על ביטוח בריאות, ולעלייה גבוהה, של כ-37%, בהוצאה על תרופות.

לוח 5: גמישויות ההוצאה הפרטית על בריאות לסוגיה ביחס לצרכי בריאות

2002	1997	1992	סוגי ההוצאה
0.896	0.667	0.388	סך בריאות
-	-	0.457	דמי חבר
0.896	0.667	0.535	בריאות ללא דמי חבר
⁽³⁾ 0.933	0.370	*0.050	ביטוח בריאות
0.889	0.618	0.516	בריאות ללא ביטוח בריאות
*0.079	*0.005	*-0.037	רפואת שיניים
0.354	*0.087	*0.066	שירותי בריאות**
*0.129	*-0.039	*0.066	רפואה פרטית**
0.808	0.606	0.651	הוצאות אחרות
⁽³⁾ 1.367	1.027	0.775	סה"כ תרופות

* לא מובהק ברמת מובהקות של 1% אך מובהק ברמה של 5%.

** ראו פרק בסיס הנתונים.

לגבי המספרים (1) – (3) ראו הערה ללוח 4 לעיל.

היעדר מובהקות בממצאים על ההוצאה על רפואת שיניים ועל רפואה פרטית מלמד אותנו שהוצאות אלה אינן מושפעות מרמת הצרכים המשפחתית בכל השנים. הצרכים הדנטליים שונים מהצרכים הרפואיים המשתקפים בסולם הקפיטציה, ולכן ההוצאה על רפואת שיניים אינה רגישה לשינויים במדד הצרכים. בנוגע להוצאה על רפואה פרטית, ההוצאה העיקרית היא על רפואה מניעתית (כגון בדיקות תקופתיות) או גניקולוגית, שייתכן ואינה תלויה בסולם הצרכים הכללי.

תוצאות מדדי הריכוז של ההוצאה ביחס להכנסה ורמת הפרוגרסיביות של ההוצאה הפרטית על

בריאות

כפי שפורט ברקע המדעי, עקומות ומדדי הריכוז מתארים את ריכוזיות ההוצאה על בריאות מבחינת ההכנסה. אי השוויון הגולמי בשלוש השנים בהוצאות על בריאות מבחינת ההכנסה המשפחתית מתואר באמצעות עקומות הריכוז שבתרשים 2 (לסוגי הוצאה נבחרים), ומתומצת באמצעות המדדים שבלוח 6, והוא מייצג – נוסף על הגמישות ביחס להכנסה – את רמת ההוגנות האופקית של ההוצאה הפרטית לבריאות. לוח 7 מציג את מדדי גייני של התחלקות ההכנסות המשפחתיות ואת מדדי הפרוגרסיביות.

לוח 6: מדדי ריכוז לאי השוויון גולמי

2002	1997	1992	סעיפי ההוצאה
0.2312	0.2161	0.2259	בריאות
0.2312	0.2161	0.2353	בריאות ללא דמי חבר
⁽³⁾ ⁽²⁾ 0.2915	⁽¹⁾ 0.3201	0.4676	ביטוח בריאות
0.2172	0.2031	0.2218	בריאות ללא ביטוח בריאות
0.2593	0.2740	0.2717	ריפוי שיניים
⁽²⁾ 0.3392	0.1586	0.2770	שירותי בריאות*
⁽³⁾ 0.0567	0.0349	0.0047	סה"כ תרופות

* ראו פרק בסיס הנתונים.

לגבי המספרים (1) – (3) ראו הערה ללוח 4 לעיל.

לוח 7: מדדי פרוגרסיביות

2002	1997	1992	סעיפי ההוצאה
⁽³⁾ 0.38386	0.38957	0.35176	מדד גייני של ההכנסה המשפחתית
⁽³⁾ -0.1527	⁽¹⁾ -0.1735	-0.1259	בריאות
⁽³⁾ ⁽²⁾ -0.1527	⁽¹⁾ -0.1735	-0.1165	בריאות ללא דמי חבר
⁽³⁾ -0.0923	⁽¹⁾ -0.0695	0.1158	ביטוח בריאות
-0.1666	⁽¹⁾ -0.1865	-0.1300	בריאות ללא ביטוח בריאות
-0.1246	-0.1156	-0.0801	ריפוי שיניים
⁽²⁾ -0.0447	⁽¹⁾ -0.2309	-0.0748	שירותי בריאות*
-0.3272	-0.3547	-0.3471	סה"כ תרופות

* ראו פרק בסיס הנתונים.

לגבי ההערות הממוספרות (1) – (3) ראו הערה ללוח 4 לעיל.

לוח 8: מדדי ריכוז מתוקננים לצורכי בריאות

2002	1997	1992	סעיפי ההוצאה
0.1689 (3)	0.1456	0.1412	בריאות
0.1689	⁽¹⁾ 0.1456	0.1519	בריאות ללא דמי חבר
0.1655 (3)	⁽¹⁾ 0.1449	0.2957	ביטוח בריאות
0.1578	0.1372	0.1501	בריאות ללא ביטוח בריאות
0.1288	0.1269	0.1234	ריפוי שיניים
0.2241 (2)	0.0959	0.2126	שירותי בריאות*
0.0744 (3)	0.0488	0.0154	סה"כ תרופות

* ראו פרק בסיס הנתונים.

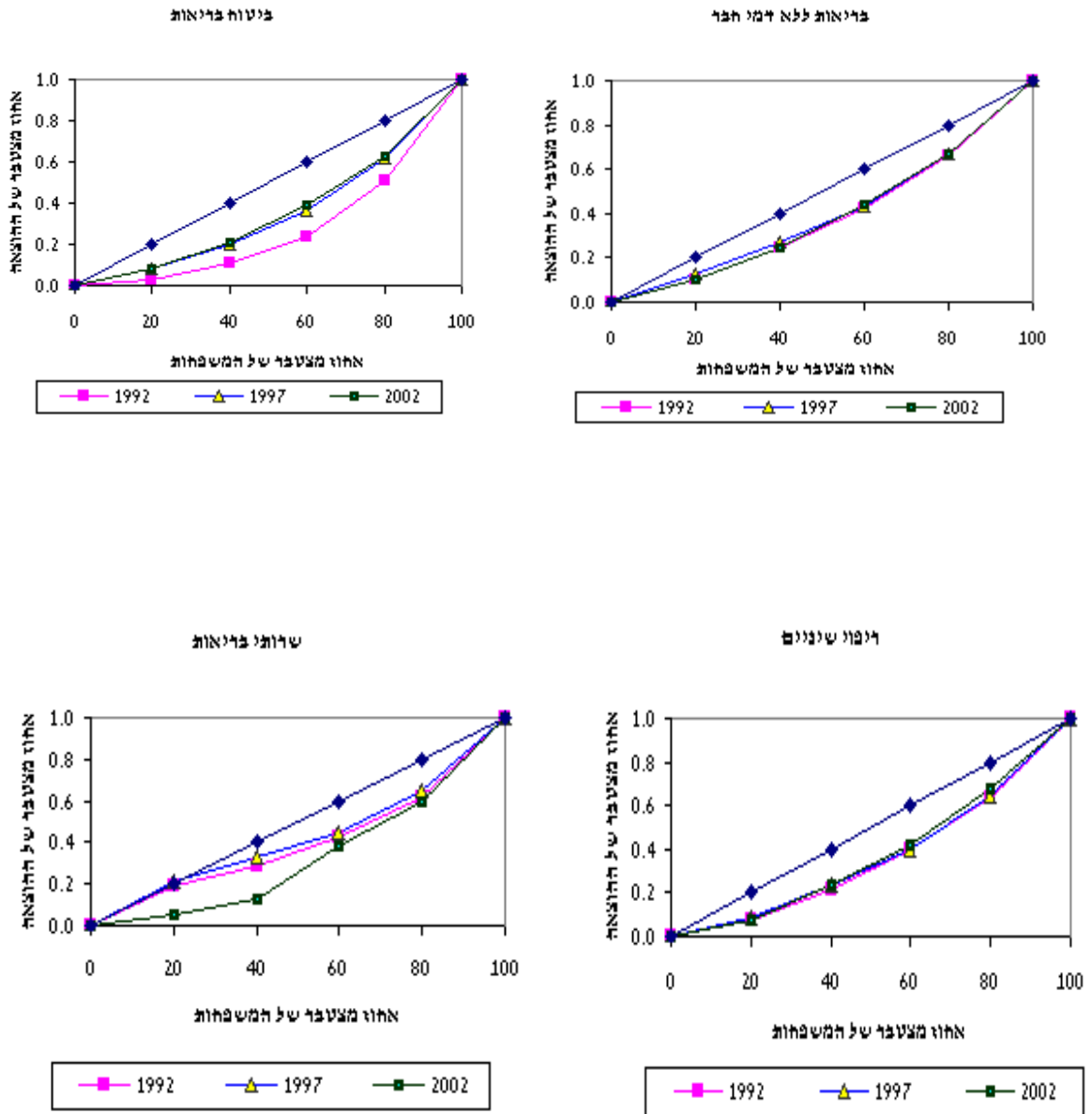
לגבי המספרים (1) – (3) ראו הערה ללוח 4 לעיל.

התוצאות מראות ראשית כי כל מדדי הריכוז הגולמיים הם חיוביים. כלומר, עקומות הריכוז נמצאות מתחת לאלכסון. מכאן, אי השוויון בהתחלקות ההוצאות היא "פרו-עשירים": כל אחוז מצטבר נתון של האוכלוסייה (משקי הבית מסודרים לפי הכנסה עולה) מוציא על בריאות אחוז נמוך יותר מסך ההוצאה על בריאות במשק.

בסך ההוצאה על בריאות (ללא דמי חבר ב-1992), מדד הריכוז הגולמי יורד בין 1992 ל-1997 אך ב-2002 עולה חזרה לרמה הדומה לזו שהייתה בשנת 1992. דהיינו בין 1992 ל-2002 לא חל שינוי מהותי במידת אי השוויון של סך ההוצאה. רמת הפרוגרסיביות מצביעה על ירידה בין 1992 ל-2002 (אם כי רמת המובהקות גבולית) – דהיינו ההוצאה לבריאות כמקור מימון הפכה רגרסיבית יותר בין שתי השנים. התוצאות בנוגע לביטוח הבריאות מצביעות על ירידה מובהקת במדד הריכוז בין כל שתי תקופות זמן, דהיינו אי השוויון ירד על פני זמן. מנגד ירדה רמת הפרוגרסיביות של ההוצאה על ביטוחי בריאות כמקור מימון, דבר זה משתקף מן הנתונים המצביעים על עלייה דרמטית בהוצאה על ביטוחי בריאות בעשור המדובר, בעיקר בקרב בעלי ההכנסות הנמוכות. התוצאות על תרופות, מלמדות שבין 1992 ל-2002 חלה עלייה מובהקת ברמת אי השוויון כפי שמשקפים בנתוני מדד הריכוז. במקביל ירדה גם רמת הפרוגרסיביות, אם כי לא באופן מובהק. תוצאות דומות של עלייה ברמת אי השוויון לפי מדד הריכוז הגולמי בין 1997 ל-2002 מתקבלות גם לגבי ההוצאה על שירותי בריאות, במקביל לעלייה ברמת הפרוגרסיביות של הוצאה זו באותה תקופה.

תרשים 2:

עקומות הריכוז של ההוצאות לבריאות* לפי סוגי הוצאה נבחרים – 1992, 1997 ו-2002.

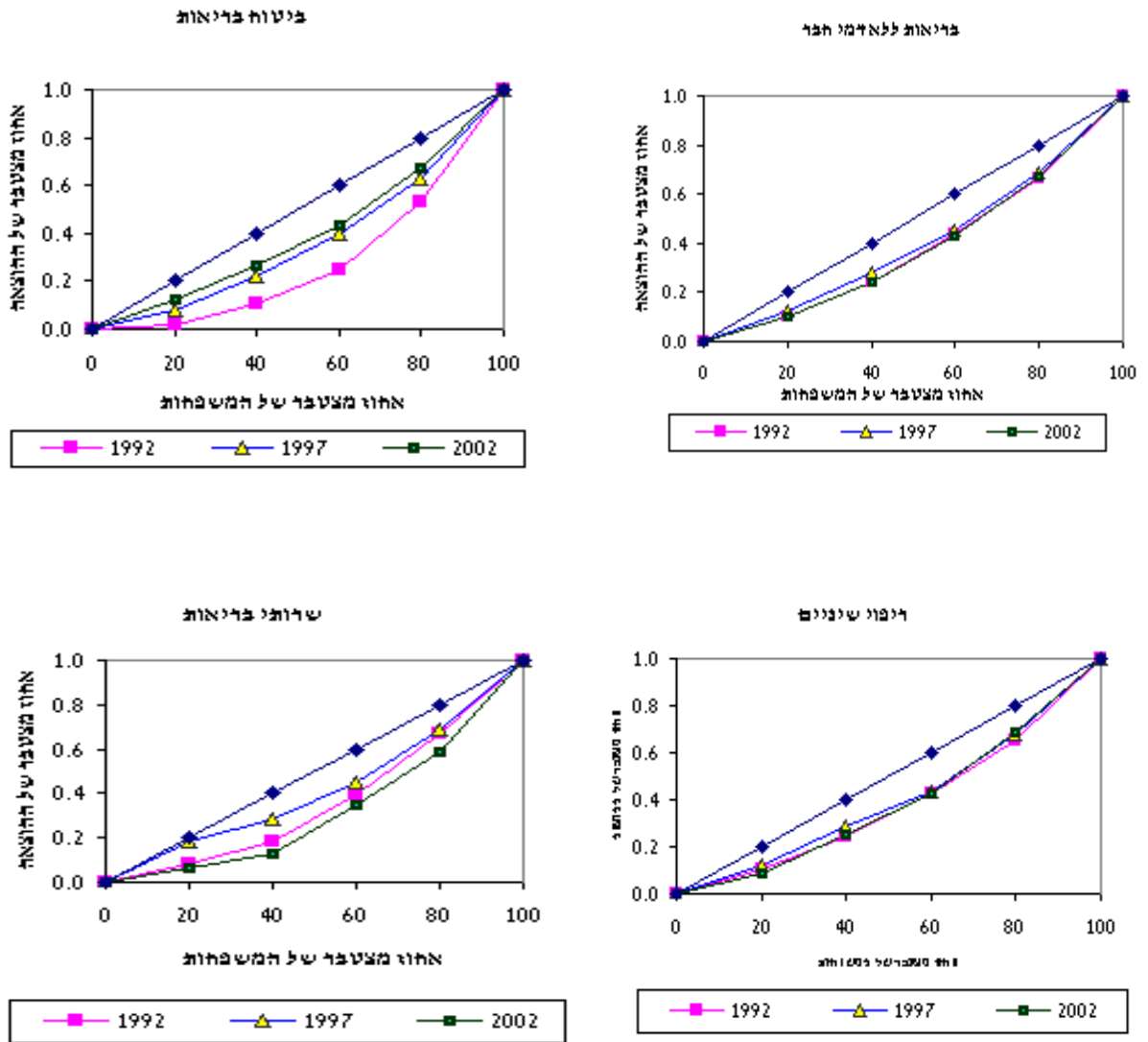


* החמישונים דורגו לפי הכנסה משפחתית פנויה. כל חמישון מונה 20% מהמשפחות.

הערה: קו ה-45 מעלות הוא קו השיוויון.

תרשים 3:

עקומות הריכוז של ההוצאות לבריאות – הוצאה מתוקנת לצרכי בריאות*, 1992, 1997 ו-2002



* החמישונים דורגו לפי הכנסה משפחתית פנויה. כל חמישון מונה 20% מהמשפחות.

הערה: קו ה-45 מעלות הוא קו השיוויון.

כללית, מדדי הפרוגרסיביות הם כולם שליליים ובסדרי גודל של 0.1 ועד 0.3 (יוצא מן הכלל הוא המדד החיובי להוצאה על ביטוח בריאות בשנת 1992). משמעות הדבר היא כי ההוצאה הפרטית על בריאות – כמקור מימון של ההוצאה הלאומית על בריאות – היא רגרסיבית: חלקם של העשירונים הנמוכים בסך ההוצאה על בריאות גבוה מחלקם בסך ההכנסה הפנויה.

לבסוף, מדדי הריכוז המנוכים מהשפעות הצרכים ושאר המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים (Cmm) מוצגים בלוח 8. המסקנה הכוללת היא כי בכל סוגי ההוצאה, חוץ מההוצאה על ביטוח בריאות, אי השוויון האופקי בשנת 2002 גבוה מזה שבשנת 1992, אם כי לא במידה רבה. העלייה הרצופה והבולטת ניכרת בהוצאה על תרופות, עם מדד ריכוז של 0.02 בשנת 1992, של 0.05 בשנת 1997 ושל 0.07 בשנת 2002. העלייה המצטברת שבין 1992 ל-2002 היא מובהקת. במבט על כלל המוצרים והשירותים המרכיבים את סל הבריאות הפרטי, ניתן להבחין בירידה כללית באי השוויון האופקי בין 1992 ו-1997, ובעלייה גבוהה מפצה בין השנים 1997 ו-2002.

דיון ומסקנות

עבודה זו התמקדה באי השוויון ובמידת ההוגנות בהוצאה הפרטית על בריאות ובמגמות שהסתמנו בהם בין 1992 ו-2002. נושא זה חשוב במיוחד במערכות שבהן קיים חוק ביטוח בריאות ממלכתי, דוגמת ישראל, השואף להפריד בין מימון שירותי הבריאות על ידי מס (התלוי ברמת ההכנסה) לבין השימוש בהם דרך קופות החולים. היות שההוצאה הפרטית על בריאות בישראל היא בין הגבוהות בעולם כמקור מימון של ההוצאה הלאומית על בריאות, ומשקפת באותה עת גם שימוש בשירותי בריאות, קיומם של אי שוויון וחוסר הוגנות בהוצאה הפרטית עלול לחתור תחת היעדים השוויוניים של המערכת בכללותה.

הממצאים מעידים כי ההוצאה הפרטית הריאלית על בריאות עלתה ב-8% בין 1992 ו-1997, וב-22% בין 1997 ו-2002. העלייה בסך ההוצאה הריאלית לצריכה הסתכמה ב-6.5% במשך העשור. משקל ההוצאה על בריאות בהוצאה הכספית לצריכה עלה מ-4.2% בשנת 1992, דרך 4.8% בשנת 1997, ועד ל-6.3% בשנת 2002. העלייה בסך ההוצאה על בריאות נובעת הן מעלייה ברמת החיים (כפי שמשקפת בעלייה בסך ההוצאה על צריכה) והן מעלייה בצרכים, שייתכן ואינם מסופקים על ידי מערכת הביטוח הבסיסי הציבורי. ייתכן שחלק מהעלייה בהוצאה על בריאות מעבר לנובע מעליית רמת החיים הוא למעשה פועל יוצא של תחלופה של שירותים שסופקו בידי הקופות בשירותים קנויים בשוק הפרטי. העלייה בהוצאות על ביטוחים משלימים ופרטיים ועל תרופות יכולה להיות מוסברת באופן זה.

כאמור, ההוצאה הפרטית על בריאות מהווה מקור מימון של ההוצאה הלאומית לבריאות מצד אחד, ומשקפת שימוש בשירותי בריאות מצד אחר. מבחינת היותה מקור מימון, מדדי הפרוגרסיביות והשתנותם על פני זמן מעידים כי ההוצאה הפרטית היא מקור מימון רגרסיבי. מדדי הפרוגרסיביות ברוב סוגי ההוצאה נעים סביב 0.2-. מחקרים בינלאומיים מתחילת שנות התשעים הראו מדדי פרוגרסיביות להוצאה הפרטית לבריאות שנעו בין 0.2- לבין 0.3-. לדוגמה, בארה"ב בשנת 1987 התקבל מדד של 0.3168-, ובצרפת בשנת 1989 התקבל מדד של 0.3054-. אלו

המדינות עם מידת הרגרסיביות הגדולה ביותר בין מדינות OECD שנבחנו. בגרמניה בהולנד ובאנגליה מדדי הפרוגרסיביות היו קרובים לאפס (Wagstaff and van Doorslaer, 2000). המדדים הישראליים בשנת 1992 מעידים כי מידת הפרוגרסיביות בהוצאה הפרטית הישראלית הייתה בינונית בהשוואה בינלאומית. עם זאת, יש לציין, שבשנת 1992 רכישת ביטוח פרטי הייתה נחלתם של העשירים (מדד הפרוגרסיביות של ההוצאה על ביטוח בשנת 1992 עמד על +0.1158), דפוס שהעלה את הפרוגרסיביות של ההוצאה (ללא דמי חבר). ההוצאה על תרופות היא סעיף ההוצאה בעל מידת הרגרסיביות הגבוהה ביותר מכלל סעיפי ההוצאה הפרטית על בריאות. משמעות הדבר היא כי המשפחות העניות מוציאות על תרופות אחוז גבוה יותר מהכנסתן מאשר המשפחות העשירות. ההוצאה על ביטוח בריאות היא ההוצאה עם מידת הרגרסיביות הנמוכה ביותר (המדד קרוב לאפס, כלומר משקי הבית מוצאים אחוז קבוע מהכנסתם על ביטוח בריאות פרטי ומשלים).

בכל סוגי ההוצאה חוץ מההוצאה על תרופות, מידת הרגרסיביות בשנת 2002 הייתה גבוהה יותר מאשר בשנת 1992. שינוי כולל זה מורכב, בכל המקרים, מעלייה ברגרסיביות בין 1992 ו-1997, וירידה ברגרסיביות לאחר מכן, ואולם זו ירידה שלא הצליחה לבטל את העלייה ברגרסיביות בתקופה הקודמת. אין אפשרות להסיק על כך באופן מוחלט, אך מסתבר כי השינויים שחלו בדפוסי ההוצאה הפרטית על בריאות סביב הנהגת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי בשנת 1995 העמיקו את הרגרסיביות של ההוצאה הפרטית על בריאות, כלומר המשפחות העשירות הגדילו את הוצאותיהן באופן יחסי להכנסותיהן פחות מאשר המשפחות העניות. חלק משינויים אלה קשור בעלייה הדרמטית בבעלות על ביטוחים פרטיים, בעיקר בקרב המשפחות העניות (למשפחות העשירות היה כבר ביטוח פרטי). בין 1997 לבין 2002, חלה ירידה ברגרסיביות, כלומר המשפחות העשירות הגדילו את הוצאותיהן באופן יחסי להכנסתן יותר מאשר המשפחות העניות.

כמשקפת שימוש בשירותי בריאות, ההוצאה הפרטית לבריאות נבחנת במידת ההוגנות האופקית והאנכית. ההוגנות האופקית תלויה במידת השפעת ההכנסה עבור רמת צרכים בריאותיים נתונה. בעבודה זו אמדנו את רמת הצרכים המשפחתית באמצעות סולם הקפיטציה הלאומי. מדידה זו עדיפה על פני מדידת צרכים באמצעות מבנה הגיל בלבד. מידת ההוגנות האופקית נמדדה בשתי דרכים שונות: גמישות ההכנסה ומדד הריכוזיות המתוקן לצרכים. ההוגנות האנכית נמדדה באמצעות גמישות ההוצאה ביחס לצרכי הבריאות של משק הבית עבור רמת הכנסה נתונה.

בחירת ההוגנות האנכית, כלומר האם משקי בית בעלי צרכים בריאותיים רבים יותר אמנם מוציאים יותר על בריאות עבור הכנסה מוחזקת קבועה, מראה כי ההוצאה לריפוי שיניים ולרפואה פרטית אינן מושפעות מרמת הצרכים. ההוצאה על תרופות מתגלה כהוצאה הרגישה ביותר לצורכי משק הבית. בשאר סוגי ההוצאות נמצאה תלות חיובית בצרכים, כלומר משקי בית בעלי צרכים גבוהים יותר אמנם מוציאים יותר על בריאות עבור רמת הכנסה נתונה. בכל סוגי ההוצאה, מסתמן גידול בהוגנות האנכית על פני הזמן ועלייה ברגישות ההוצאה לצרכים. בשנים 1992 ו-1997 ההוצאה על שירותי רפואה לא הושפעה מצורכי הבריאות, בדומה להוצאה על רפואה פרטית. בשנת 2002 עלתה הרגישות של ההוצאה על שירותי בריאות לצורכי המשפחה, ככל הנראה

דרך ההשתתפויות העצמיות על השימוש בשירותי בריאות של קופות החולים שהועלו דרמטית בשנת 1998.

מבחינת ההוגנות האופקית, מסתבר כי גמישות ההכנסה של ההוצאה הפרטית לבריאות גבוהה מזו של סך הצריכה. כלומר ההוצאה על בריאות רגישה לשינויים בהכנסה יותר מאשר סך הצריכה הכספית, ובמובן זה אי השוויון בה גדול יותר. בחינת השינויים בגמישויות של סעיפי ההוצאה לבריאות על פני זמן מלמדת, כי לבד מההוצאה על תרופות, במרבית סוגי ההוצאה ההוגנות האופקית עלתה אם כי במידה קטנה. ההוצאה על תרופות בקופות החולים אינה תלויה כלל בהכנסה, וההוגנות האופקית בסך ההוצאה על תרופות קטנה. מסקנות דומות מתקבלות מניתוח מדדי הריכוז הגולמיים והמתוקננים, המודדים את מידת אי השוויון הגולמי בהוצאה ואת מידת ההוגנות האופקית בהתאמה.

בכל סוגי ההוצאה למעט מתרופות, מסתמנות שתי תת-תקופות במשך העשור שנדון: בין 1992 ו-1997, חלה הקטנה באי השוויון בהוצאה הפרטית, ככל הנראה כתוצאה מהשינויים במערכת שחלו עם הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995. הקטנה זו באי השוויון הביאה גם לעלייה ברגרסיביות ההוצאה ולעלייה בהוגנות האופקית. בתת התקופה הבאה, 1997-2002, חלה עליה באי השוויון, שהביאה גם לירידה ברגרסיביות ולירידה בהוגנות האופקית. שינויים אלה קשורים, ככל הנראה, בשינויים בדפוסי צריכת השירותים של קופות החולים כתוצאה מחוקי ההסדרים שהונהגו בתקופה זו. ההוצאה על תרופות התנהגה באופן שונה: אי השוויון עלה בה לאורך כל התקופה, וגרם לעלייה רצופה בפרוגרסיביות ולירידה בהוגנות האופקית.

באופן כללי, ממצאים אלה נותנים ביטוי כמותי ומאששים את ההרגשה הכללית לגבי ההתפתחויות בתחום הפרוגרסיביות, אי השוויון וההוגנות של מערכת הבריאות בעשור 1992-2002. הנהגת החוק בשנת 1995 שיפרה את מצב המערכת מבחינות אלה, ואולם חוקי ההסדרים והשינויים שחלו לאחר 1995 כרסמו בהתפתחויות אלה. יוצא אפוא, שמצב המערכת, מבחינות אלה גרוע בשנת 2002, אף יותר מאשר בשנת 1992.

התייחסויות

אחדות ל., "מימון ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל – היבטים של פרוגרסיביות", מאמר לדיון מס' 3, המכון למחקר כלכלי-חברתי, הסתדרות העובדים הכללית, מרץ 1999.

אחדות ל., שמואלי ע., ואנדבלד מ., מימון סל שירותי הבריאות במשך העשור הראשון להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ישראל: מגמות וסוגיות. המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות, 2005.

ברג א., רוזן ב. ועופר ג., "התפתחות הוצאות משקי הבית על בריאות בין השנים 1986/87 ו-1992/93" דו"ח מחקר ד"מ 95-235, מכון ברוקדייל, 1995.

Kakwani N.C., 1976, Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison, Economic Journal 87, 71-80.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. and Paci, 1991, On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care, Journal of Health Economics, 10, 169-205.

Le Grand, J., 1978, The Distribution of Public Expenditure: The Case of Health Care, Economica, 45, 125-142.

Le Grand, J., 1982, The Strategy of Equality (Allen and Unwin, London).

Wagstaff A., Van Doorslaer E., 2000, Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care, Journal of Human Resources, 35: 716-733.