

שינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות והשפעתם על התפלגות הכנסות וצריכה

1995-2005/6

סקירה

פרופ' דב צ'רניחובסקי

המחלקה לניהול מערכות בריאות

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

ספטמבר 2008 אב תשס"ח

Department of Health Systems Management
Faculty of Health Sciences
Guilford Glazer School of Business and management
Ben-Gurion University of the Negev

המחלקה לניהול מערכות בריאות
הפקולטה למדעי הבריאות
בית הספר לניהול ע"ש גילפורד גלייזר
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב



**שינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות והשפעתם
על התפלגות הכנסות וצריכה 1995-2005/6**

סקירה

מסמך רקע ל"כח המשימה" בנושא צמצום פערים של מרכז "טאוב" לחקר המדיניות החברתית

דב צ'רניחובסקי

המחלקה לניהול מערכות בריאות

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

1. מבוא- סך המימון והרכבו

מימון מערכת בריאות על עקרונות מימון ציבורי – תשלומי חובה המבוססים על הכנסה – נועדו:

(א) לצמצם את המחסום הכספי בפני נגישות לשירותי רפואה (ש"ר);

(ב) לסייע בהגנה על צריכת משק הבית מפני הוצאה בלתי צפויה, בפרט אם גבוהה יחסית להכנסה, על שירותי הרפואה.

שתי המטרות עוסקות בסיוע לצמצום פערים חברתיים. הראשונה, לצמצום פערים בנגישות לשירותי רפואה. השנייה, לצמצום פערים בצריכה/הכנסה. השתיים מסייעות לבריאות על-ידי הפחתת הקשר בין הכנסה נמוכה לבריאות לקויה. (Chernichovsky 2009).

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בתחילת 1995, חלו שינויים בהרכב המימון של מערכת הבריאות הישראלית אשר -- בכל רמת מימון -- משפיעים על פערים בנגישות לשירותי בריאות, בצריכה ובבריאות. בסקירה זו נבחנת תרומת מקורות המימון השונים והשינויים בחלקם במימון על פערים בהכנסות ובצריכה. תקופת הבחינה היא החל ב-1997/8, עת התעבר חוק ההסדרים הראשון אשר הביא לשינויים מהותיים במימון המערכת.

2. מקורות המימון

מקורות מימון שירותי הרפואה בישראל הם, בחלוקה כללית, כלהלן:

- מימון ציבורי – מיסים כלליים, "מס בריאות" ומיסים אחרים הכלולים במיסי הביטוח הלאומי.
 - מימון "ציבורי למחצה" (semi-public) – השתתפויות בתשלום, ביטוח רפואי מרצון – "משלים" או שב"ן -- באמצעות קופות החולים.
 - מימון פרטי – הכולל ביטוח רפואי מרצון, מסחרי, ותשלומים ישירים מהכיס.
- מבין אלה, המימון ה"ציבורי למחצה" דורש הבהרה. זה מוגדר כמימון, בהסדרה ממשלתית, אשר:

(א) הוא בהקשר של שירותים הניתנים בתוקף זכאות ציבורית

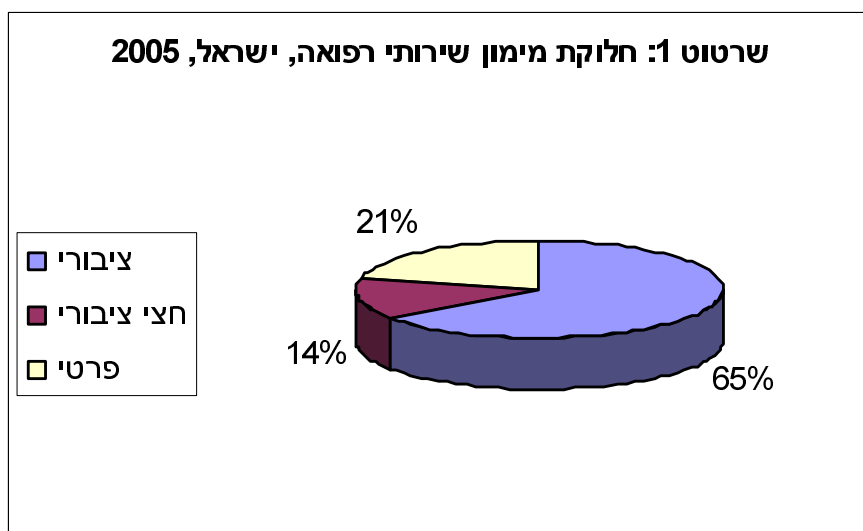
(ב) נתון לבחירתו ולשיקול דעתו של הצרכן ולא של ספק השירות

(ג) יש בו אלמנט של סבסוד

(ד) התמורה היא ב"עין".

הגדרה זו ברורה לגבי השתתפויות בתשלום. ביטוחים משלימים (שב"ן) מקיימים את תנאי ההגדרה בעיקר נוכח חובת הקופה לקבל את המבוטח והפרמיה הקבוצתית אשר יש בה סבסוד בין פרטים אשר מצב בריאותם אינו שווה.

בשנת 2005 בסך המימון, מקורות אלה מתחלקים כמתואר בשרטוט 1.



מקור: מעובד על פי סקר הוצאות משפחה 2005.

3. פרוגרסיביות מקורות המימון

פרוגרסיביות במימון גורסת נטל הוצאה יחסי גבוה על קבוצת הכנסה גבוהה עבור אותם צורכי רפואה (אחדות, שמואלי ואנדבלד 2007)¹. בהתאם, מקורות המימון מסודרים לעיל, בסדר יורד, לפי פוטנציאל הפרוגרסיביות שלהם או לפי יכולתם לשפר את התפלגות ההכנסה הנקייה או צריכת משקי הבית, בעיקר זו שאינה שירותי בריאות.

מקורות המיסוי הכלליים, ובראשם מס הכנסה, הם הפרוגרסיביים ביותר בישראל (ביבי-קרשאי 2005). "מס הבריאות" פרוגרסיבי פחות ממס הכנסה ונוטה להיות יחסי בשל תקרת המס (אשר אמנם בוטלה בשנת 2003 אך הושבה מחדש) ובשל הטלת "מס בריאות" על גמלאות אשר לרוב מייצגות הכנסה שוטפת נמוכה.

¹ מאחר ופרטים וקהילות ברמות הכנסה נמוכות בריאות פחות וצרכיהן הרפואיים גבוהים יותר מאשר קבוצות הכנסה גבוהות, מימון פרוגרסיבי גורס כמעט בהגדרה סבסוד של העניים יחסית על ידי העשירים יחסית. בהקשר זה ראוי לציין כי ניסיון להגדיר "צרכים" באמצעות מקדמי הקפיטציה (אחדות, שמואלי, אנדבלד 2007; צ'רניחובסקי 2007) הוא פתרון חלקי לבעיה, בפרט בהקשר הישראלי, נוכח חסרונותיו היחסיים של מנגנון הקפיטציה הישראלי לעומת מנגנונים דומים בארצות אחרות (צ'רניחובסקי 2005).

המימון החצי-ציבורי פרוגרסיבי פחות משני מקורות המימון הציבוריים, נוכח אי התחשבותו בעיקר בהכנסתו של המשלם. מימון זה פרוגרסיבי יותר מאשר מימון על ידי תשלום ישיר מהכיס אשר אין בו אלמנט של סבסוד ואשר מותנה באופן בלעדי ברצון וביכולת לשלם את מלוא העלות של השירות הרפואי.²

בהתאם, השינויים בפרוגרסיביות המימון של שירותי הרפואה בישראל נובעים משילוב של שלושה גורמים:

- הרכב סך המימון – החלוקה בין מימון פרטי לבין מימון ציבורי.
- הרכב המימון הציבורי – החלוקה בין מימון ממסים כלליים לבין מימון מ"מס הבריאות".
- הרכב המימון הפרטי – החלוקה בין "הוצאה מהכיס" לבין ביטוח וולונטרי, לרבות הביטוחים המשלימים.

באלה נדון להלן.

4. המימון הציבורי והרכבו

כאמור, המימון הציבורי מורכב ממיסוי כללי ו"מס בריאות". לאלה יש להוסיף מיסי ביטוח לאומי. מבין אלה, מס הבריאות מייחד את מערכת הבריאות. מס זה הוחל עם החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ב-1 בינואר 1995, והחליף את "המס האחיד" אשר קופות החולים גבו מציבור המבוטחים בגין שירות הרפואה. חוסר הפרוגרסיביות של המס האחיד הייתה אחת ההצדקות הבסיסיות להמרתו במס מיועד אשר מבוסס על הכנסה. מצב זה נבע בעיקר מקיומה של תקרת מס נמוכה מאד יחסית, אשר הפכה את המס האחיד לרגרסיבי בסופו של יום. מס הבריאות היה יותר פרוגרסיבי מהמס האחיד, אך מלכתחילה פחות פרוגרסיבי ממס הכנסה.

לאורך התקופה 1995-2006 יש עלייה יחסית בחלקו של מס הבריאות מכלל המימון הציבורי (צ'רניחובסקי 2007, עמוד 18, איור 3). בתחילת התקופה מס הבריאות מממן כ-31 אחוז מן ההוצאה הציבורית לעומת כ-40 אחוז בסופה. היינו, הירידה היחסית במימון באמצעות המסים הכלליים לעומת "מס הבריאות" מבטאת ירידה בפרוגרסיביות המימון הציבורי של מערכת הבריאות.³

² נוכח הכוח המונופוליסטי של ספקי שירותים – בפרט שאינם מוסדיים – מתאפשרת בשוק שירותי הרפואה אפליית מחירים המבטאת יכולת תשלום. יתר על כן, גמישות ההכנסה של המחירים יכולה להיות גדולה מיחידתית (ופרוגרסיבית). מטעמים ברורים למדי אין נתונים על התופעה. ראה הרחבה על נושאים אלה ב-Chernichovsky 2009.

³ השינוי מבטא גם ירידה במקורות המימון לבסיס מס מעל התקרה של מס הבריאות. היינו, לצד הירידה במימון הציבורי של שירותי הרפואה, המדינה גם צמצמה את המיסוי לצורך זה של קבוצות ההכנסה הגבוהות.

5. המימון הפרטי והרכבו

ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה מורכבת, כאמור, מהוצאה על ביטוחים מרצון ותשלומים ישירים מהכיס, לרבות השתתפויות. ככלל, ביטוח וולונטרי הוא שוויוני יותר מהוצאה ישירה מהכיס (אך הוא פחות טוב לבקרת הוצאות)⁴.

בתקופה 1997-2005 אנו עדים לגידול כללי בהוצאה הפרטית בתקציב משק הבית. בכל חמישוני ההכנסה שיעור הגידול בהוצאה לבריאות עלה על שיעור הגידול בסך ההוצאה. שיעור הגידול בהוצאה לבריאות היה 82 אחוז בעוד ששיעור הגידול בסך ההוצאה היה 33 אחוז (צ'רניחובסקי 2007, עמוד 22, איור 5) כלומר, נטל ההוצאה הפרטית לבריאות ביחס להכנסה גדל בכל משקי הבית, לקבוצותיהם.

העלייה בהוצאה לביטוח בין השנים 1997 ל-2005 הייתה בשיעור של כ-44.7 אחוז, בעוד שבתשלום ישיר מהכיס הייתה ירידה של כ-8.5 אחוזים. יש לזכור, שחלק מהגידול בתשלום ישיר מהכיס נובע מגידול בהשתתפויות בתשלום, שאינן ניתנות לביטוח. היינו, אפשר שתשלומים ישירים מהכיס שלא היו מרצון, היו אף נמוכים מאלה אשר נצפים בנתונים.

לפי נתונים אלה, אפשר שהייתה אפוא המרה מסוימת מאד בין ביטוח וולונטרי לבין תשלום ישיר מהכיס. במידה והייתה, ההמרה הייתה גבוהה במיוחד בחמישון התחתון והרביעי ונעדרה לחלוטין מהחמישון העליון. בזה האחרון עלו גם חלקה של ההוצאה לביטוח פרטי וגם התשלום ישיר מהכיס⁵. כלומר המימון הפרטי -- לכשנצמז -- נעשה יותר פרוגרסיבי באותו חלק קטן יחסית בו ביטוחים המירו תשלומים ישירים מהכיס⁶.

ככלל, הביטוחים הוולונטריים לא החליפו, קרוב לוודאי, באופן משמעותי תשלום ישיר מהכיס אלא מימנו שירותי רפואה במקום המימון הציבורי. הגידול בביטוחים משלימים נבע מגידול במספר מבוטחים, כמו גם בעלות הביטוח, אך בעיקר מזה הראשון. נוכח פיזור הפרמיה הקבוצתית, או תשלום קבוע, על פני אוכלוסיה רחבה יותר, תוך הרחבת הביטוח אל אוכלוסיות חלשות, המימון נעשה יותר ויותר רגרסיבי⁷.

⁴ ראה Chernichovsky 2009.

⁵ תופעה זו עקבית עם ההשערה שהביטוחים הוולונטריים "גמרו את הסוס" עבור משפחות אמידות. הן יכולות לקנות שירות מועדף רק על-ידי תשלום ישיר מהכיס. ראה Chernichovsky 2008.

⁶ יש לשער שמדובר בביטוחי שיניים. הנושא בבדיקה.

⁷ אם יוטל ה"מס העיתי" המוצע בימים אלה על יד האוצר, הוא יחמיר יותר את הרגרסיביות.

6. סיכום- השפעת שינויים בסך המימון

בתקופה 1997-2005 עולה חלקו של המימון הפרטי במימון מערכת הבריאות מ 24 אחוזים לכדי 33 אחוזים.

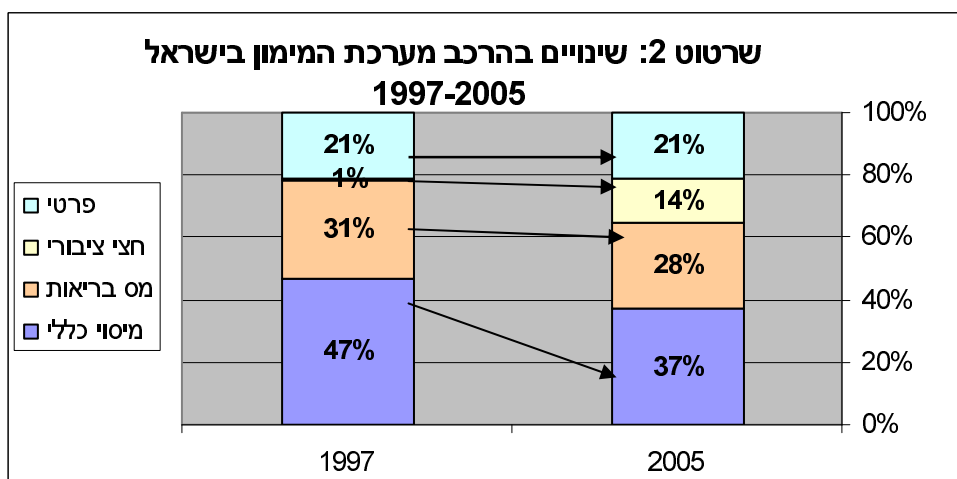
לפי הנתונים שהוצגו עד כה מתקבלת התמונה המוצגת בטבלה ובשרטוט 2. ככלל, עלה חלקו של מס הבריאות במימון הציבורי. זה תרם לירידה בפרוגרסיביות של מימון המערכת. חלקו של המימון הציבורי בסך המימון ירד לטובת עלייה במימון החצי-ציבורי. מאחר וההשפעה של השיפור בפרוגרסיביות עקב שינויים בהרכב המימון הפרטי זניחה, הייתה לגידול בחלקו של המימון החצי-ציבורי השפעה נוספת על ירידה בפרוגרסיביות המערכת.

למימון מערכת הבריאות בעשור האחרון, לערך, הייתה תרומה להגדלת הפערים בהכנסות ובצריכה תוך הפחתת הנגישות לשירותי רפואה. אלה לעומת מצב בו הממשלה הייתה שומרת על חלקה במימון המערכת ברמה של כ 75% מסך המימון כמקובל במערב אירופה.

טבלה: שינויים בהרכב מימון מערכת הבריאות ישראל 1997-2005

שנה	1997	2005
מיסוי כללי	47%	37%
מס בריאות	31%	28%
מימון חצי ציבורי	1%	14%
מימון פרטי	21%	21%
סה"כ	100%	100%

מקורות: החשבונאות לאומית (למ"ס 2007, לוח 6.3 עמוד 310) וסקרי הוצאות משפחה (2005).



מקורות: החשבונאות לאומית (למ"ס 2007, לוח 6.3 עמוד 310) וסקרי הוצאות משפחה (2005).

7. רשימה ביבליוגרפית

אחדות, ל., שמואלי, ע. ומ. אנדבלד (2007). הוגנות אפקטית, הוגנות אנכית ואי השוויון בהוצאה הפרטית על בריאות בישראל: 1992-2002. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון.

ביבי-קרשאי, נ. (2005). נטל המיסים הישירים והעקיפים על משקי הבית בישראל והשפעתם על אי השוויון ב-2003. נייר מספר 8, סדרת ניירות עבודה. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) (2005). סקר הוצאות המשפחה.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) (2006). סקר הוצאות המשפחה.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) (2007). שנתון סטטיסטי לישראל, מס' 58.

צ'רניחובסקי, ד. (2005). השינויים הראויים במנגנון הקפיטציה. ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע.

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

Chernichovsky, D. (2008). *Voluntary Health Insurance – the Potential Trap and the Risk: the Case of Israel* (processed).

Chernichovsky, D. (2009). *Elements of Health System Finance* (Processed).



<http://cmsprod.bgu.ac.il/fohs>