

# זה הזמן להגדיל את ההוצאה הציבורית לבריאות

ברברה סבירסקי

## כדי לשמור, למנוע ולצמצם:

- כדי לשמור על מערכת בריאות טובה ולמנוע את המשך הפגיעה באיכות הרפואה הציבורית; גם במדינות בהן ההוצאה על שירותים חברתיים נמוכה יחסית, ישנו קונצנזוס לגבי חשיבות קיומה של מערכת בריאות ציבורית חזקה והוצאה ציבורית גבוהה לבריאות. לדוגמא: שוויץ, יפן, טאיוואן.
- כדי למנוע כשלי נגישות בגלל גובה ההשתתפות העצמית של חולים ברכישת תרופות ושירותים;
- כדי למנוע כשלי נגישות בגלל הסטת תרופות וטכנולוגיות לביטוחים משלימים ומסחריים;
- כדי לצמצם פערים במצב הבריאות ובהזדמנויות בריאות בין תושבי המרכז והפריפריה, בין יהודים לערבים, בין עולים חדשים לוותיקים ובין בעלי הכנסות גבוהות ונמוכות.

## מזה שנים:

- מזה שנים **ההוצאה הלאומית לבריאות** יציבה, עם עליות וירידות קלות;
- מזה שנים **ההוצאה הממשלתית לבריאות** (שמקורה בתקציב משרד הבריאות) יורדת, לעומת **ההוצאה הפרטית לבריאות**, שעולה;
- מזה שנים נשחקת עלות סל השירותים הניתנים על-ידי קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בהיעדר עדכון קבוע של עלות הסל;
- מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, גדל הסכום המיועד להוספת תרופות וטכנולוגיות חדשות בשיעור שנתי ממוצע של פחות מ-1% מעלות הסל, כאשר הגידול הרצוי הוא כ-2%.
- מזה שנים, שנה אחר שנה, אנו מתבשרים על אנשים המדווחים שהם מוותרים על רכישת תרופה או על שימוש בשירות, בגלל העלות.

הצורך להגדיל את ההוצאה הציבורית לבריאות נובע מהאי שוויון הגדל במצב הבריאות של ישראלים בני קבוצות שונות. כל מי שדוגל בהגברת השוויון בבריאות חייב לבקש להגדיל את ההוצאה הציבורית לבריאות.

הבה נזכור כי הזכות לבריאות היא זכות חברתית בסיסית. הקשר ההולך ומתחזק בין מצבו הכלכלי של הפרט ובין איכות שירותי הבריאות שהוא מקבל פוגע בזכות הזאת.

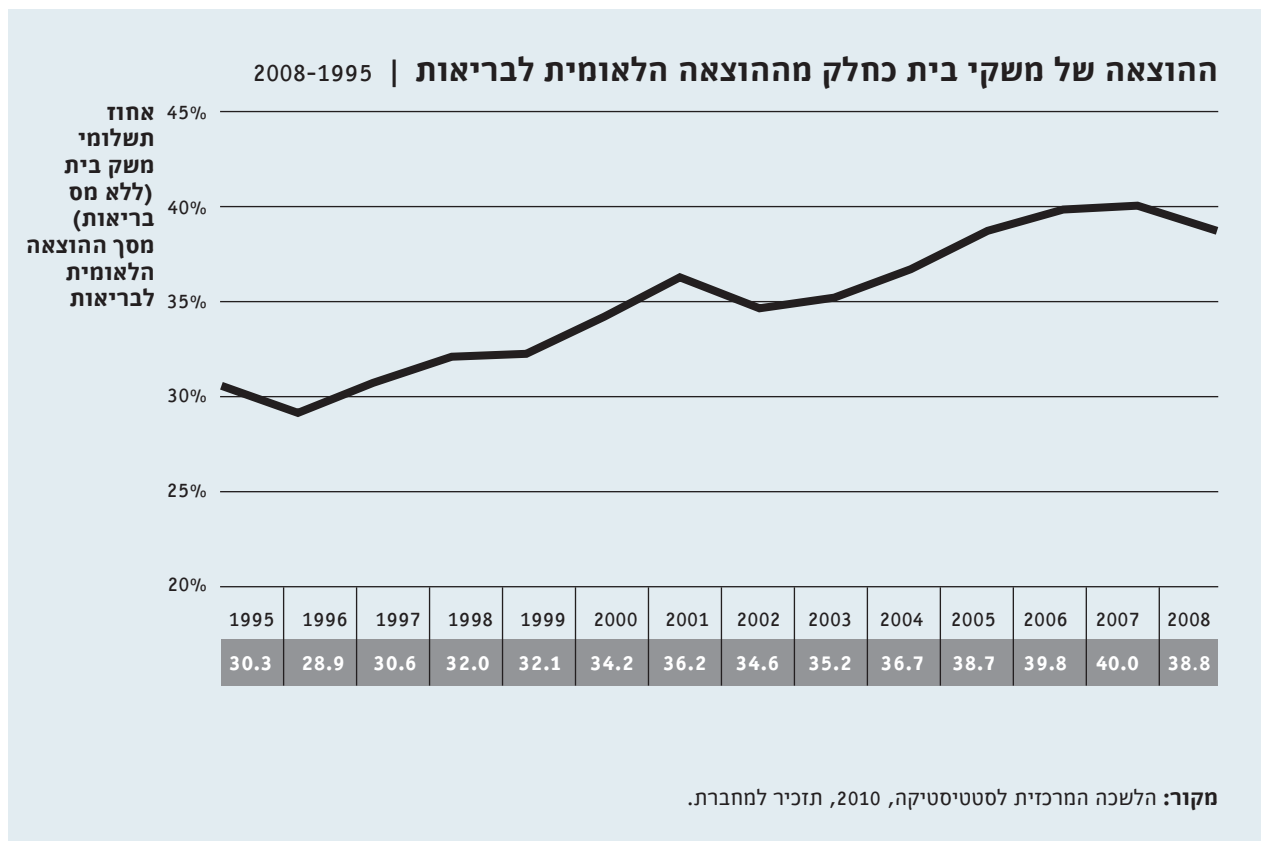
# ההוצאה הלאומית לבריאות

עמדתנו

יש להגדיל את תקציב משרד הבריאות

ב-2009, ההוצאה הלאומית לבריאות (הכוללת הן את ההוצאה הציבורית והן את זו הפרטית) היתה דומה לזו של 1995: 7.9% מהתמ"ג. בשנת 2008 ההוצאה הלאומית לבריאות היתה 7.8%. הוצאה זאת היא נמוכה בהשוואה בין-לאומית. היא זהה להוצאה בסלובקיה וגבוהה מאלה של הונגריה (7.3%), לוקסמבורג (7.2%), צ'כיה (7.1%), פולין (7.0%), צ'ילה (6.9%), קוריאה (6.5%), מקסיקו (6.0%) ותורכיה (5.9%)<sup>1</sup>. רוב הארצות המפותחות מוציאות אחוז גדול יותר מהתמ"ג על בריאות – בין 8% ל-11%. ארצות הברית, שעד לאחרונה לא היה בה ביטוח בריאות חובה, הוציאה 16%, מעל ומעבר לשאר הארצות (למ"ס, 2010, הודעה לעיתונות). בישראל, ההוצאה הלאומית לבריאות נמוכה מהחציון של ארצות OECD – 8.7% (הלמ"ס 2010.8.26).

ההוצאה הלאומית הנמוכה בישראל היא בראש ובראשונה תוצר של הוצאה ציבורית נמוכה. לעומת זאת, ההוצאה של משקי בית היא גבוהה. להלן אנו מציגים את ההוצאה של משקי בית בין השנים 1995 ו-2008 – השנה האחרונה שעבורה פורסמו נתונים. בשעה שההוצאה הלאומית לבריאות כמעט ולא השתנתה בין השנים 1995 ו-2008, ההוצאה של משקי בית לבריאות גדלה בקרוב ל-30%.



1 נתונים של 2008 או השנה האחרונה שלגביה התקבלו נתונים: הלמ"ס, הודעה לעיתונות, 26.8.2010.

ההוצאה הציבורית לבריאות מורכבת בעיקר מתקבולים ממס בריאות ומתקציב משרד הבריאות. חלקם של התקבולים ממס בריאות הוא יציב: מאז 1998 הוא מהווה כ-25% מההוצאה הלאומית לבריאות. לעומת זאת, חלקו של תקציב משרד הבריאות בהוצאה הלאומית לבריאות ירד מאז 1998 בכ-23%.

רוב הירידה נובע מביטול המס המקביל – מס שהמעסיקים היו משלמים עבור עובדיהם. בעת ביטול המס המקביל – צעד שנעשה במסגרת מדיניות להוזלת עלות התעסוקה – הובטח שהמדינה תתמיד ותוסיף לתקציב הבריאות את הכספים שקודם לכן שולמו על-ידי המעסיקים. כפי שניתן לראות בלוח להלן, ההבטחה לא קוימה.

#### חלקו של תקציב המדינה במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, 1995-2008

שנה	חלקו של תקציב המדינה במימון ההוצאה לבריאות
1995	43.3%
1996	41.8%
1997	38.4%
1998	38.7%
1999	36.8%
2000	35.0%
2001	33.6%
2002	34.7%
2003	34.1%
2004	32.4%
2005	31.1%
2006	29.3%
2007	28.9%
2008	29.6%

#### הערות:

- 1 השנים 1995 ו-1996 כוללות את המס המקביל ששולם על-ידי המעסיקים (כ-21%); השנים 1997 ו-1998 כוללות סכום קטן כמס מקביל.
  - 2 הנתונים עבור 2007 ו-2008 אינם סופיים.
- מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך הלמ"ס, ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2008, יוני 2010, לוח 5.

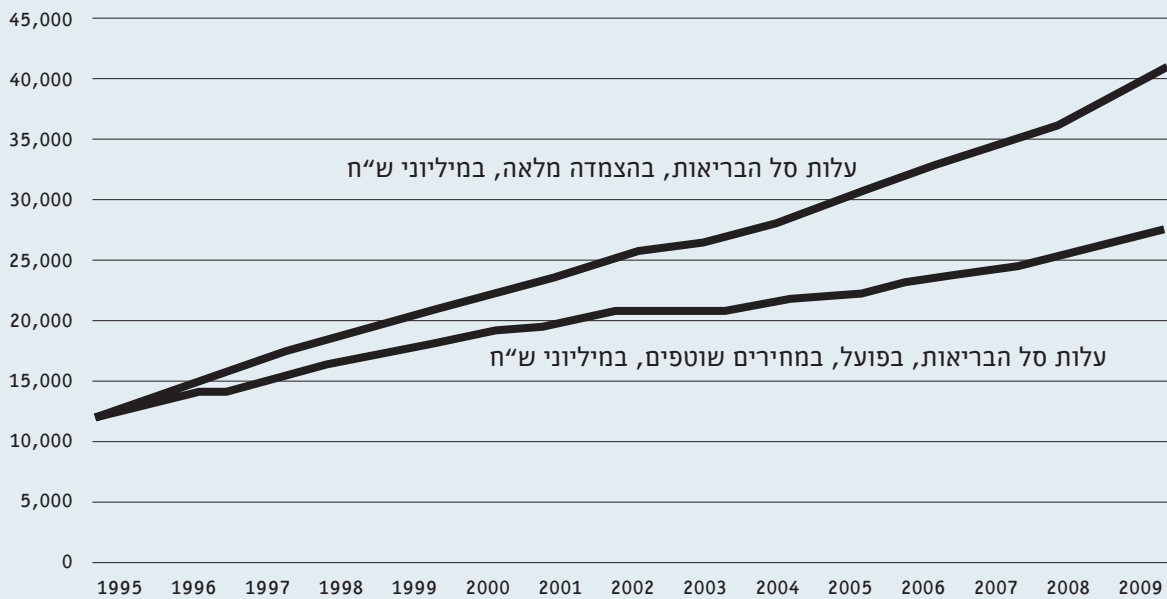
# השחיקה בעלות סל השירותים של קופות החולים

עמדתנו

יש לעגן בחקיקה מנגנון עדכון קבוע לסל שירותי הבריאות של קופות החולים<sup>3</sup>

יש פער גדול בין עלות הסל בפועל ובין עלות הסל כפי שהיתה אמורה להיות אילו הונהגה הצמדה מלאה לשלושה מדדים: השינוי הדמוגרפי (גידול האוכלוסייה והזדקנותה), השינוי בתשומות בריאות והשינוי בסל הטכנולוגי – האחרון בקצב גידול שנתי של 2% מעלות סל הבריאות. בשנת 2009 עמד הפער על כ-47%.

עלות סל הבריאות | 1995-2009 | במחירים שוטפים ובהצמדה מלאה | במיליוני ש"ח



## הערות:

1. עלות סל הבריאות בהצמדה מלאה - נתוני סל הבריאות חושבו על פי שלושה מדדים: שינוי דמוגרפי, שינוי טכנולוגי ושינוי במדד תשומות הבריאות. עבור כל אחד מהמדדים נבדק השינוי בו משנה לשנה.
  2. בסל הבריאות קיימים גם שינויים אחרים מלבד אלו שנסקרו כאן. שינויים אלו לא נלקחו בחשבון.
  3. הנתון של עלות הסל בהצמדה מלאה מראה לנו כמה אמור היה להיות בסל הבריאות בהשוואה לסל שנקבע בשנת 1995. כלומר, מה היה השינוי הכספי הדרוש בכדי לשמור על הרמה שנקבעה בשנת 1995.
  4. יש להשוות את עלות הסל בהצמדה מלאה לעלות הסל בפועל, במחירים שוטפים, בצורה זו אפשר לראות את הפער בין הנתון השוטף לבין מה שאמור היה להיות אילו היו מבוצעים השינויים שנסקרו לעיל.
- מקור:** עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2009; הנתונים לשנת 2009 התקבלו מהאגף לכלכלה וביטוח בריאות שבמשרד הבריאות, 5.8.2010.

על העדכון הקבוע בעלות הסל לכלול את שלושת המרכיבים שהוזכרו לעיל. האחד, פיצוי קבוע על השינוי הדמוגרפי בגובה הגידול באוכלוסייה. השני, שינוי מדד יוקר הבריאות כך שיידמה יותר לתשומות הבריאות ובהן השינוי בעלות יום אשפוז בבית חולים; השלישי, עדכון קבוע של 2% עבור הסל הטכנולוגי (ר' הסעיף הבא).

הצעה לעדכון הסל הטכנולוגי בשיעור של 2% נכללה בהצעת חוק פרטית שעברה קריאה ראשונה במושב הקודם של הכנסת (אביב 2010) אולם נעצרה בגלל התנגדות הממשלה.

3 הסל כולל את הסל הטכנולוגי: ר' המשך.

# הקצאה לסל התרופות של שירותי הבריאות של קופות החולים

**עמדתנו** יש לעדכן את הסל הטכנולוגי בשיעור גבוה יותר; ויש לשאוף לעדכון שנתי בגובה של 2% – בשנת 2010 כ-600 מיליון ש"ח

בשנים האחרונות ההקצאה לסל התרופות גדלה והתקרבה לגידול הרצוי.

כפי שניתן לראות בלוח שלהלן, בשנים 1996 ו-1997 לא הוקצה שום תקציב לתרופות וטכנולוגיות חדשות. בחמשת השנים האחרונות (2006-2010), גדלה ההקצאה. בהסכם בין משרדי האוצר והבריאות לשנים 2011, 2012 ו-2013, נקבע שבשנת 2011 עלות הסל הטכנולוגי תסתכם ב-416 מיליון ש"ח, כאשר 116 מיליון ש"ח מיועדים לטיפולים משמרים בתחום בריאות השן לילדים. עוד נקבע שבשנים 2012 ו-2013 תסתכם עלות הסל הטכנולוגי ב-380 מיליון ש"ח; בשנים אלה, 80 מיליון ש"ח מיועדים לבריאות השן. רמת ההקצאה של הסל הטכנולוגי תישמר בשנת 2011, אולם היא תרד בשנתיים 2012-2013.

## התוספות לתרופות ולטכנולוגיות, כאחוז מעלות הסל, 1996-2010

שנה	תוספת שהוקצתה לתרופות וטכנולוגיות, כאחוז מעלות הסל בשנה הקודמת
1996	-
1997	-
1998	0.84
1999	0.81
2000	1.35
2001	0.98
2002	0.72
2003	0.09
2004	0.18
2005	1.15
2006	1.87
2007	1.52
2008	1.41
2009	1.75
2010	1.37 אומדן

**מקורות:** ניר קידר וטוביה חורב, חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2009, לוח 31; תזכיר האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, אוגוסט 2010.

# הגידול בהוצאות משקי בית על בריאות

**עמדתנו**  
הדרך הטובה ביותר להפסיק את ההוצאות הגדלות על ביטוחים משלימים היא להקצות יותר כספים לתקציב משרד הבריאות, להגדיל את עלות הסל, להגדיל את תקציב הסל הטכנולוגי ולהפחית את ההשתתפויות העצמיות. את ההקצאה הנדיבה יותר יש ללוות בקמפיין ציבורי שיידע את המבוטחים כי עתה יש למערכת הבריאות הציבורית מענה לרוב הצרכים הנוכחיים והעתידיים שלהם

מאז 1997 גדלה ההוצאה החודשית הממוצעת לבריאות של משקי בית (מעבר לחס בריאות) בכ-34%, מ-3.8% מכלל ההוצאה ל-5.1% ממנה, כפי שניתן לראות בלוח שלהלן.

## ההוצאה החודשית הממוצעת לבריאות, כאחוז מכלל ההוצאות של משקי בית, 1997-2008

2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
5.1	5.3	5.1	5.1	5.0	4.8	4.8	4.9	4.6	4.1	4.0	3.8

מקור: למ"ס, סקרי הוצאות משקי בית, שנים שונות.

רוב העלייה בהוצאה לבריאות של משקי הבית מקורה בתשלומים עבור ביטוחים נוספים על דמי הבריאות. הכוונה לביטוחים המשלימים של קופות החולים ולביטוחים הפרטיים של חברות הביטוח. בלוח שלהלן אפשר לראות את העלייה בהוצאות משקי בית בעשירונים השני, השישי והעשירי על ביטוחים משלימים ועל ביטוחים פרטיים. משקי בית בשלושת העשירונים הגדילו את ההוצאותיהם על ביטוחי בריאות פי שלושה, לערך: העשירון השני והשישי הגדילו את ההוצאותיהם בכ-170% והעשירון העשירי בכ-190%.

כאשר ההוצאה הממשלתית לבריאות (תקציב משרד הבריאות) יורדת, ההוצאה הפרטית עולה. ההוצאה הפרטית מורכבת בעיקר מתשלומים של משקי בית. כאשר משקי בית משלמים עבור שירותי בריאות – השתתפויות עצמיות, ביטוחי בריאות מעבר לחס בריאות ושירותים פרטיים – האי שוויון גדל כי משקי בית בעלי הכנסה גבוהה יותר יכולים להרשות לעצמם לרכוש שירותים ומוצרים שאינם בהשג ידם של משקי בית בעלי הכנסה נמוכה.

מדוע ההוצאה הפרטית על בריאות עולה? יש לכך מספר סיבות: משקי בית של חולים משלמים יותר על השתתפויות עצמיות; אנשים בריאים חוששים שמערכת הבריאות הציבורית לא תענה על צרכיהם העתידיים ועל כן הם רוכשים עוד ועוד ביטוחים פרטיים. חברות הביטוח תורמות לחששות אלה כאשר הן מזהירות השכם וערב שבעתיד עלולים תושבי ישראל למצוא את עצמם חשופים להוצאות בריאות גדולות שבהן הם לא יוכלו לעמוד.

## סך ההוצאות של משקי בית על ביטוח בריאות (משלימים ופרטיים), 1998-2008

עשירונים 2, 6 ו-10; לפי עשירוני הכנסה כספית נטו למשק בית; בש"ח, במחירי 2009

2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	
85	76	75	65	52	60	57	47	40	28	31	עשירון 2
165	176	154	145	131	116	110	98	91	65	61	עשירון 6
352	338	338	336	263	261	238	200	210	167	120	עשירון 10

### הערות:

ביטוח בריאות כולל ביטוח משלים בקופת חולים וביטוח מסחרי בחברת ביטוח. סך ההוצאה על ביטוח בריאות כוללת גם הוצאה על ביטוח בריאות אחר. הנתונים שלעיל אינם כוללים את ההוצאה הזו. מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך נתונים שהתקבלו מגף צריכה שבמ"ס.

## הוויתורים על קבלת שירותי בריאות בגלל המחיר

### עמדתנו

הדרך הטובה ביותר להקל על המעמסה של בעלי הכנסה נמוכה וחולים כרוניים היא לבטל לחלוטין את התשלומים עבור קבלת שירותי בריאות הכלולים בסל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, או להפחיתם. דרך זאת תחסוך בהוצאות מינהליות ותבטיח מיצוי מלא

אנו מציעים לבטל את התשלומים בשני שלבים: בשלב הראשון, לבטל תשלומי השתתפות עצמית על שירותי בריאות מונעים (כגון, חיסונים לילדים ולמבגרים, בדיקות סריקה למיניהן); בשלב השני, לבטל תשלומי השתתפות על תרופות ושירותים הנצרכים על-ידי חולים כרוניים.

הסקר האחרון של מכון ברוקדייל (2009) מראה כי אחוז לא מבוטל של חולים מדווחים שהתשלומים לבריאות מכבידים עליהם במידה רבה מאוד: 24% לעומת 22% בשנת 2007. התופעה שכיחה יותר בקרב בעלי הכנסה נמוכה (36%) וחולים כרוניים (35%).

כ-10% מהמראוינים דיווחו על ויתור על תרופות מרשם; 14% דיווחו כי ויתרו על טיפול רפואי או על תרופה או על שניהם. התופעה שכיחה יותר בקרב בעלי הכנסה נמוכה (22%) ובקרב חולים כרוניים (18%).

אנו קוראים לכל הנוגעים בדבר לנקוט בצעדים שהוזכרו בנייר עמדה זה ובצעדים אחרים כדי להביא להיפוך של המגמה הנוכחית של מערכת הבריאות בישראל – המגמה של הפחתה בהוצאה הציבורית לבריאות ועלייה בהוצאה הפרטית לבריאות. שינוי המגמה דרוש כדי לצמצם את הפערים הקיימים במצב הבריאות של תושבים ממעמדות שונים, מיישובים שונים ומקבוצות חברתיות שונות.

כמו כן, אנו קוראים לראש הממשלה ליזום תוכנית לאומית לצמצום הפערים בבריאות.