משלמים בבריאות

הוצאות בריאות מן הכיס

בישראל ובארצות ה-OECD
2015-2004

ד"ר שלמה סבירסקי
ד"ר מיכל לוינסקי
ברברה סבירסקי
אתי קונור אטיאס

מרכז אדוה

מרץ, 2023

משלמים בבריאות

תוכן עניינים

תקציר 4

מבוא 9

מתודולוגיה 9

משתני המחקר 12

מהם התשלומים מן הכיס על בריאות 14

הגנה מהדרדרות כלכלית 15

מהלך המחקר 17

מטרת המחקר 18

השערות 18

הוצאה מן הכיס על בריאות 20

הוצאה מן הכיס על בריאות ומשטרי רווחה 24

תשלומים מן הכיס עבור שירותי בריאות ומצוקה כלכלית 30

מבוגרים.ות בני.ות 65 ומעלה בישראל 35

תשלום על שירותי בריאות בישראל 35

גמלת הסיעוד 37

סטטיסטיקה תיאורית 41

תשלומים מן הכיס על בריאות של מבוגרים בני.ות 65 ומעלה לפי משטר רווחה 41

הוצאה קטסטרופלית על בריאות מן הכיס..... 42
מצב בריאותי של משתתפי המחקר 45
ארבעה סוגי הוצאות בריאות מן הכיס..... 49
(1). הוצאה מן הכיס על בריאות: טיפול בקהילה 51
הוצאה מן הכיס על רפואת שיניים..... 54
(2). הוצאה מן הכיס על בריאות: אשפוז 55
(3). הוצאה מן הכיס על בריאות: תרופות 58
(4). הוצאה מן הכיס על בריאות: טיפול סיעודי 61
הוצאה מהכיס על תרופות: מבט מקרוב 64
מודל הפיקוח החדש על תרופות מרשם - 2018 66
תרופות ללא מרשם 66
השוואה בינלאומית..... 69
הוצאה מן הכיס על תרופות בקרב בני.ות 65 ומעלה 70
הוצאה מן הכיס על תרופות לפי לאום ומוצא: 72
יהודים, ערבים ויוצאי ברית המועצות מאז 1990 72
הוצאה מן הכיס על תרופות – לפי מגדר 75
הוצאה מן הכיס על תרופות - מחלות כרוניות 77
הוצאה מן הכיס על תרופות - שנת חיים אחרונה..... 78
פרק סטטיסטי 79
השלכות המחקר: מה הלאה..... 86
נספח 93

תקציר

בעשורים האחרונים נפגעה מידת הנדיבות של רשת הביטחון הסוציאלי בישראל. במקביל, רמת המימון הציבורי של סל שירותי הבריאות הולכת ומתרחקת מזו הנדרשת, במיוחד עבור משקי בית שהכנסתם נמוכה. הרעיון שבבסיסו של מחקר זה היה, שבמידה ויימצא קשר סיבתי בין הרעה במצב הבריאותי לבין התדרדרות בהכנסה (נטו), בקרב מבוגרים.ות בני.ות 65 ומעלה, עקב גידול בהוצאות גדלות מן הכיס על בריאות, יצביע המחקר על צורך במענה מדיניות למצוקה זו.

המחקר בחן את ההשפעה של תשלומים מן הכיס על בריאות בקרב נשים וגברים בני.ות 65 ומעלה עבור מוצרי ושירותי בריאות – תרופות, טיפול בקהילה (כולל טיפול שיניים), אשפוז וטיפול סיעודי ביתי - על הכנסת הנטו של משקי הבית בישראל ובארצות אירופה נבחרות, בין השנים 2004 ו-2015. המחקר התבסס על סקרים של SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. הארצות במדגם היו אלה שתושביהן השתתפו בסקר של SHARE בכל אחת מארבעת השנים שנכללו במחקר: 2004, 2007, 2013 ו-2015: צרפת, בלגיה, גרמניה, ספרד, דנמרק, שבדיה, אוסטריה, איטליה וישראל.

בחלק הראשון של המחקר בוצעו ניתוחים תיאוריים של כלל משתני המחקר וכן של מספר שילובים ביניהם. בחלק השני נערכו ניתוחים סטטיסטיים לבחינת שתי השערות המחקר המרכזיות:

ההשערה הראשונה והעיקרית של מחקר זה היא כי לאורך זמן קיים קשר חיובי בין מצב בריאותי לבין מצב כלכלי (הכנסה נטו), בתיווך הגידול בהוצאות מן הכיס על בריאות. במילים אחרות, שיערנו שככל שהמצב הבריאותי של בני.ות 65 ומעלה יהיה גרוע יותר, כך

תגדל ההוצאה שלהם מן הכיס על בריאות, והוצאה גדולה מן הכיס תהיה קשורה למצב כלכלי פחות טוב.

ההשערה השנייה היתה שהקשר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי תלוי במשטר הרווחה, שמאפיין את המדינה בה מתגוררים.ות בני.ות ה-65 ומעלה. באופן ספציפי, שוער כי בישראל, המתרחקת בשנים האחרונות מהמשטר הסוציאל-דמוקרטי, ימצא קשר גבוה בין הוצאות הבריאות מן הכיס לבין המצב הכלכלי.

שלושת משתני המחקר העיקריים הם:

המשתנה התלוי: הכנסה נטו של משק הבית ביורו, מבוסס על קטגוריות מקובלות למדידת הכנסת משק הבית שחושבו על ידי SHARE בקבצים הנתונים. משתנה זה הומר לערכי PPP (שווי כוח הקנייה). המרת הערכים הנומינליים (ביורו) לשווי כוח הקנייה נעשתה על ידי ערך ההמרה הקבוע לכל שנה בכל מדינה, כפי שהוצע על ידי SHARE לשימוש החוקרים.

המשתנה הבלתי תלוי: המצב הבריאותי של הפרט, משתנה שנמדד על ידי שאלה בודדת לדירוג עצמי. בשאלה זו נתבקשו המשתתפים לדרג את מצבם הבריאותי בסולם של 1-5 (גרוע, בסדר, טוב, טוב מאוד ומצוין). בחלק מהניתוחים המשתנה חולק לשניים - אלה שדירגו את עצמם בשתי הרמות הגבוהות של בריאות (טוב מאד ומצוין) ואלה שדירגו את עצמם בשלוש הרמות הנמוכות של בריאות (טוב, בסדר, גרוע).

המשתנה המתווך: הוצאה מן הכיס על בריאות של הפרט בהמרה ל-PPP ונבדק במונחים של הוצאה כללית על בריאות (סך מרכיבי ההוצאה מן הכיס) וכן בחלוקה לארבעה מרכיבים: הוצאה על תרופות, אשפוז, טיפול בקהילה וטיפול ביתי. במהלך המחקר נעשה שימוש במשתנה זה בשני אופנים: בסכום הגולמי של ההוצאה על בריאות מן הכיס, או

בהוצאה היחסית על בריאות מן הכיס שחושבה על ידי סך ההוצאה מן הכיס על בריאות (או על אחד ממרכיבי הבריאות) מתוך ההכנסה נטו של משק הבית.

ממצאי הסטטיסטיקה התיאורית העלו כי ההידרדרות הכלכלית בעקבות הוצאות מן הכיס על בריאות בישראל היתה הרבה גבוהה במיוחד בקרב מבוגרים בחמישון ההכנסה הנמוך ביותר: בשנת 2015, הוצאות מן הכיס על בריאות של הפרט הגיעו קרוב לשליש (32.2%) מההכנסה נטו של משקי הבית בקרב משתתפים בסקר בחמישון זה.

עבור שתיים מתוך ארבע הקטגוריות של הוצאות מן הכיס על בריאות, תרופות (במרשם ולא במרשם) וטיפול שיניים (הכלול בקטגוריה של טיפול בקהילה), ההוצאה השנתית של ישראלים במונחי יורו של PPP היתה גבוהה יותר מאשר אלה בשבע מתוך תשע הארצות במדגם - שנייה רק לספרד בטיפול שיניים (1,106 יורו בשנת 2015) ושנייה רק לבלגיה בתרופות (201 יורו בשנת 2015). התופעה של הידרדרות כלכלית בעקבות הוצאות מן הכיס על בריאות היתה נפוצה יותר בישראל (4.4% מההכנסה נטו בשנת 2015, בהשוואה לממוצע של 1.1% בארצות האחרות שבמדגם). שני סוגי ההוצאה האלה (טיפול שיניים ותרופות) ידועים כמרכיבים הגדולים ביותר של הוצאות מהכיס על בריאות בישראל.

כאמור, המחקר בחן שתי השערות לגבי הקשר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי לאורך זמן: השערה ראשונה גרסה כי קיים קשר חיובי בין שני המשתנים, וכי הקשר מתווך על ידי ההוצאה היחסית כללית על בריאות מן הכיס וכן על ידי מרכיביה. השערה זו אוששה בחלקה – הקשר תווך על ידי סך ההוצאות מן הכיס בכל נקודות הזמן, אולם בעוצמה חלשה. בנוסף, מרכיבי הבריאות שנמצאו מתווכים לקשר בנקודת זמן ספציפית הם הוצאה על טיפול סיעודי ביתי והוצאה על טיפול בקהילה. ההשערה השנייה גרסה כי הקשר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי שונה בין ישראל למשטרי הרווחה השונים לאורך זמן.

השערה זו לא אוששה – הקשר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי נמצא דומה בין ישראל למשטרי רווחה אחרים.

מבט לעתיד

שנת המדגם האחרון של מחקר זה הייתה 2015 - כלומר, לפני כשמונה שנים. מאז מערכת הבריאות הציבורית בישראל חוותה את אתגר מגפת הקורונה (2019-2022) ועמדה בו יפה.

עוד לפני מגיפת הקורונה, הורגש המחסור במערכת הציבורית של רופאים.ות ושל א.נשי רפואה אחרים, כמו גם של חדרי ניתוח. התורים לרופאים יועצים ולניתוחים אלקטיביים, שהיו ארוכים גם לפני מגפת הקורונה, התארכו עוד. ההתמודדות עם בעיות אלה מתרחשת בשני כיווני פעולה שונים לחלוטין זה מזה: כיוון אחד הוא פיתוח של עוד ועוד שירותים פרטיים, כדי לספק את החסר במערכת הציבורית, והכיוון השני הוא מאמצים לחזק את המערכת הציבורית. רק הכיוון השני ימנע הידרדרות כלכלית הנגרמת עקב גידול בהוצאות בריאות מן הכיס, במיוחד בקרב נשים וגברים שהכנסתם נמוכה.

תנאי הכרחי לשינויים האלה הוא העלאת התקציב השנתי לסל השירותים המסופק במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שינוי שיאפשר לכל תושבי ישראל להנות משיפורים טכנולוגיים, תרופות ופרוצדורות חדשות. ראוי גם שהשינוי יעשה ללא הטלת השתתפויות עצמיות גבוהות. ראינו במחקר שבישראל תשלומים מהכיס עבור שירותי בריאות גבוהים יחסית לאלה המדווחים בארצות אחרות. נזכיר שממוצע ההוצאות מהכיס עבור בריאות בארצות המדגם בארבעת שנות המחקר היה בין 4.6% ו-8.0% אחוז מההכנסה השנתית הפנויה של משק הבית של המשתתפ.ת, כאשר בישראל הן היו גבוהות הרבה יותר: בין 10% ו-15.9% מההכנסה הפנויה של משק הבית. נזכיר גם כי בישראל ההוצאות מהכיס על תרופות (במרשם ולא במרשם) היו גבוהות יחסית להוצאות בארצות האחרות: רק בבלגיה היו ההוצאות מעט גבוהות יותר, כאשר שם, בניגוד לישראל, מטופלים משלמים.ות

עבור תרופות שהם נוטלים.ות במהלך האשפוזים. הגדלה עקבית של תקציב סל השירותים תאפשר לכל תושב ותושבת ישראל לקבל שירותים בהתאם לצורך. אזי הם יוציאו פחות כספים על רפואה פרטית, והמצב העגום המתואר במחקר, ישתנה.

מבוא

בישראל, כמו במרבית ארצות העולם, תקציב המדינה מכסה רק חלק מעלויות שירותי הבריאות. מראשית ימי המדינה (ומיום חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי) היו שירותי בריאות שניתנו על בסיס של מימון פרטי, חלקי או מלא – למשל, טיפול שיניים. מלכתחילה נדרשו אנשים לממן את החסר ובלשון הענף, הם נדרשו ל"הוצאה מן הכיס".

ההזדקקות לשירותי בריאות גבוהה במיוחד בשתי תקופות חיים: גיל הלידה והילדות וגיל הזקנה. ניתן לשער כי המימון של שירותים רפואיים מכביד על תקציב המשפחה בגיל המבוגר יותר מאשר בגיל הצעיר, משום שבגיל המבוגר, חלק גדול מן המטופלים כבר לא מתפרנסים בשוק העבודה והם מתקיימים מסכומים די קבועים של פנסיה תעסוקתית, קצבאות של המוסד לביטוח לאומי וחסכונות.[1]

יתרה מזאת, בעוד שההכנסות של מי שכבר פרשו מעבודה הן די קבועות, הצרכים הרפואיים ובעקבותיהם ההוצאות הרפואיות, כולל ההוצאות מן הכיס, גדלים עם הגיל והם מגיעים לשיא בשנת החיים האחרונה.[2]

הגידול בהוצאות הבריאות מן הכיס, בתורו, הופך לאחד האיומים על יכולתם של משקי בית להימנע ממצוקה ומהידרדרות לעוני.

---

[1] ליברמן, א' וקונור אטיאס א' (2021). **הכנסות של משקי בית שבראשם בני.ות 50 ומעלה. ישראל ומדינות נבחרות באירופה**. מרכז אדוה.

[2] Marshall, S., Kathleen, M.M., & Skinner, J. (2010). The Risk of Out-of-Pocket Health Care Expenditure at End of Life. **NBER**. WORKING PAPER 16170.

מחקר זה בא לבחון את השפעת הוצאות הבריאות מן הכיס על הכנסתם של משקי בית שבראשם מבוגרים בני.ות 65 ומעלה, בישראל ובארצות אירופיות נבחרות, בין השנים 2004-2015.

מתודולוגיה

המחקר שערכנו מתבסס על נתוני סקר הבריאות, ההזדקנות והפרישה שנערך באירופה ובישראל - the Survey of Health, Ageing and Retirement in – SHARE Europe. סקר זה עוקב אחר בני.ות 50 ומעלה במדינות באירופה ובישראל החל משנת 2004. בישראל, סקר SHARE נתמך על ידי המשרד לשוויון חברתי, דרך מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה בישראל שבאוניברסיטה העברית בירושלים. הסקר כולל נתוני מיקרו ברמת הפרט וברמת המשפחה בתחומים מגוונים, ביניהם תעסוקה ופרישה, הכנסות והוצאות, מצב בריאותי, הוצאות מן הכיס על בריאות ועוד. הגל הראשון של סקר SHARE נערך בין השנים 2004/5; שנה אחר כך הצטרפה ישראל למדינות המשתתפות בסקר. עד למועד כתיבת מחקר זה התפרסמו שמונה גלים לשימוש הקהל הרחב, כשבשישה מתוכם נכללה ישראל. המחקר מתבסס על נתוני ארבעת הגלים שנערכו באירופה ובישראל בשנים הבאות: הגל הראשון שנערך בין השנים 2004/5 באירופה ובין השנים 2005/6 בישראל; הגל השני שנערך באירופה בין השנים 2006/7 ובין השנים 2009/10 בישראל; ולבסוף הגל החמישי והגל השישי שנערכו בשנים 2013 ו-2015, בהתאמה. [3] גלים אלה נבחרו מכיוון שהנתונים לגבי הוצאה מן הכיס לישראל בהשוואה לארצות המדגם באירופה היו זמינים רק בגלים אלה. הרוב המכריע של המשיבים לסקר באירופה נסקרו בשני גלים או יותר; בישראל עמד השיעור על 80% לערך. הארצות שישמשו את הניתוח ההשוואתי הן

[3] הגל השביעי הוא גל רטרוספקטיבי - הנחקרים נשאלו בו על היסטוריית החיים שלהם. שאלון דומה הועבר כבר בגל השלישי אולם לא בכל המדינות, ולכן הגל השביעי מהווה מעין השלמה עבור מי שלא נשאל. ישראל עדיין לא הצטרפה ל-SHARE בגל השלישי של אירופה, ועל כן כל הנחקרים מישראל קיבלו את השאלון הרטרוספקטיבי (כמו עוד הרבה מדינות שהצטרפו בנקודה זו או סמוך אליה). בגל השמיני מכלול השאלות שעוסקות בהוצאה מכיס על בריאות לא הופיעו וממילא זה גם גל שהופסק ושונה באמצע בגלל הקורונה.

ארצות שמופיעות בכל אחד מארבעת הגלים המוצגים: ישראל, אוסטריה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, ספרד, צרפת, איטליה ושבדיה.

אוכלוסיית המחקר כללה נשים וגברים בני.ות 65 ומעלה בכל אחת מנקודות הזמן שנבדקו. כלומר, נכללו מספר מדגמים, כשבכל אחת מנקודות הזמן המדגם כלל בני.ות 65 ומעלה – בגל הראשון נכלל מדגם של 10,557 משתתפים, בשני 11,290, בחמישי 22,620, ובשישי 21,895 משתתפים. בפרק הניתוחים הסטטיסטיים, כאשר נכללו שני גלים בכל ניתוח, נלקחו בני.ות 65 ומעלה בגל הבסיס שהמשיכו לגל המעקב.

משתני המחקר

המשתנה התלוי הוא הכנסה נטו של משק הבית ביורו, מבוסס על קטגוריות מקובלות למדידת הכנסת משק הבית שחושבו על ידי SHARE בקבצים הנתונים. משתני ההכנסה המצויים בסקרי SHARE סובלים, לא אחת, מערכים חסרים בשל חוסר דיווח. בכדי להתמודד עם בעיה זו נעשה שימוש בקובץ מיוחד של SHARE הזוקף את הערכים החסרים (imputations) לכדי משתנה אחד חדש. כמו כן, משתני ההכנסה הומרו לערכי PPP (שווי כוח הקנייה).[4] המרת הערכים הנומינליים (ביורו) לשווי כוח הקנייה נעשתה על ידי ערך ההמרה הקבוע לכל שנה בכל מדינה, כפי שהוצע על ידי SHARE לשימוש החוקרים ולפי הנוסחה הבאה:

[4] שווי כוח הקנייה הוא שער חליפין מיוחד אשר באמצעותו ניתן לנכות את ההפרשים ברמת המחירים בין המדינות השונות. נתון זה, נבנה על ידי הצמדת סל מוצרים קבוע למדד המחירים בכל מדינה וכך מאפשר השוואה בין במדינות השונות, להן מטבעות שונים, על בסיס אחיד.

PPP (€) =Income variable (€)*Nominal exchange rate (year)/Constant PPP (year)

המשתנה הבלתי תלוי הוא המצב הבריאותי של הפרט, משתנה שנמדד על ידי שאלה בודדת לדירוג עצמי. בשאלה זו נתבקשו המשתתפים לדרג את מצבם הבריאותי בסולם של 1-5 (גרוע, בסדר, טוב, טוב מאוד ומצוין). בחלק מהניתוחים המשתנה חולק לשניים - אלה שדירגו את עצמם בשתי הרמות הגבוהות של בריאות (טוב מאד ומצוין) ואלה שדירגו את עצמם בשלוש הרמות הנמוכות של בריאות (טוב, בסדר, גרוע).[5]

המשתנה המתווך הוא הוצאה מן הכיס על בריאות של הפרט בהמרה ל-PPP (בדומה לאופן ההמרה שתואר במשתנה התלוי), ונבדק במונחים של הוצאה כללית על בריאות (סך מרכיבי ההוצאה מן הכיס) וכן בחלוקה לארבעה מרכיבים: הוצאה על תרופות, אשפוז, טיפול בקהילה וטיפול ביתי. במהלך המחקר נעשה שימוש במשתנה זה בשני אופנים: בסכום הגולמי של ההוצאה על בריאות מן הכיס, או בהוצאה היחסית על בריאות מן הכיס שחושבה על ידי סך ההוצאה מן הכיס על בריאות (או על אחד ממרכיבי הבריאות) מתוך ההכנסה נטו של משק הבית.

[5] מדד הדירוג העצמי של הבריאות (self-rated health) נמצא במחקרים רבים כמדד בריאותי מקיף המכסה ממדי בריאות שונים כגון בריאות פיזית ונפשית וכן מוגבלויות שונות. לפירוט ספרות בנושא ר' הערות 55-56 בנושא.

מהם התשלומים מן הכיס על בריאות

מסד הנתונים של SHARE כולל את המרכיבים הבאים של תשלומי בריאות מן הכיס: טיפול בקהילה, תרופות, אשפוז וסיעוד. תשלומים מן הכיס אינם כוללים מסי בריאות, פרמיות ביטוח בריאות פרטי וכן אינם כוללים הוצאות שהפרט קיבל שיפוי עבורן על-ידי הממשלה או מכוח הסדרי ביטוח שונים.

הוצאה מן הכיס על אשפוז: הוצאה מן הכיס של בני.ות 65 ומעלה על אשפוז במוסדות רפואיים ב-12 החודשים האחרונים (נכללים: בית חולים, מתקן רפואי טיפולי שאינו בית חולים, מוסד סיעודי, מוסד שיקומי רפואי, ועוד), זאת מבלי לקבל החזר על כך מהביטוח הרפואי, או הביטוח לאומי או כל גורם אחר.

הוצאה מן הכיס על תרופות: הוצאה מן הכיס של בני.ות 65 ומעלה על תרופות במהלך 12 החודשים האחרונים מבלי לקבל החזר על כך מהביטוח הרפואי, או הביטוח לאומי או כל גורם אחר.

הוצאה מן הכיס על טיפול בקהילה: הוצאה מן הכיס של בני.ות 65 ומעלה על טיפולים שקיבלו במסגרת מרפאות חוץ ב-12 החודשים האחרונים, מבלי לקבל החזר על כך מהביטוח הרפואי, או הביטוח לאומי או כל גורם אחר. הוצאות אלו כוללות: הוצאות עבור התייעצויות עם כל אנשי המקצוע בתחום הבריאות, רופאי שיניים, מעבדות, וכל בדיקה או טיפול עליהם הורו הרופאים, כולל ניתוחים במרפאות חוץ. לא כולל תרופות של רפואה אלטרנטיבית ו/או משלימה.

הוצאה מן הכיס על טיפול סיעודי: הוצאה מן הכיס של בני.ות 65 ומעלה על טיפולים במוסדות סיעודיים, במרכזי יום ועבור כל שירותי הטיפול הסיעודי בבית ב-12 החודשים האחרונים.

המשתנה הממתן הוא מדינת המגורים ומשטר הרווחה. בחלק מהניתוחים נעשתה השוואה בין כל המדינות באופן אינדיבידואלי, ובחלקם נעשתה השוואה של משטרי רווחה (משטר רווחה סוציאל-דמוקרטי; משטר רווחה קורופורטיסיטי-שמרני; משטר רווחה דרומי) על פי טיב המשטר הכלכלי-חברתי המאפיין אותן, כפי שיתואר בהמשך.

בנוסף, נעשה פיקוח על משתנים סוציו-דמוגרפיים ברמת הפרט ומשק הבית במודלים המתוארים.

הגנה מהדרדרות כלכלית

(Catastrophic health spending)

בשנת 2015 נקבעו על ידי האו"ם 17 יעדים מהותיים לפיתוח בר קיימא עולמי (SDG). השגת כיסוי בריאותי אוניברסלי, הכולל גם הגנה מפני סיכונים פיננסים, נקבע כאחד מהם.[6] על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO), מדיניות המימון של שירותי הבריאות בכל מדינה משפיעה באופן ישיר על ההגנה הפיננסית (Financial protection) של מי שזקוקים לשירות רפואי. כיסוי בריאות אוניברסלי עשוי להעניק לכל תושבי המדינה את שירותי הבריאות האיכותיים להם הם זקוקים, מבלי לחוות הוצאות בריאות קטסטרופליות עקב עלויות הבריאות. הוצאות בריאות קטסטרופליות (Catastrophic health spending) הן הוצאות בריאות מן הכיס, אשר עולות על אחוז מוגדר מראש מההכנסה

[6] https://www.undp.org/sustainable-development-goals

של משק בית, או שעולות על סף היכולת של משק בית לשלם על שירותי בריאות ועל כן עלולות להוביל לשינוי משמעותי בהכנסה הכלכלית של משקי הבית.[7]

הספרות מעלה כי ישנן שיטות שונות למדידת הפגיעה בהגנה הכספית (Catastrophic health spending-CS). [8] השיטה הרווחת מצויה בשימוש בקרב הבנק העולמי, ארגון הבריאות העולמי ו-SDGs ומחשבת את שיעור ה-CS מתוך התקציב המשפחתי. בשיטה זו מחשבים את סך ההוצאה מהכיס על בריאות מתוך סך ההוצאה של משק הבית או מתוך סך ההכנסה של משק הבית. [9] התוצאה המתקבלת היא שיעור שעשוי לנוע בטווחים של 10%-20% ועשוי להעיד על הוצאה קטסטרופאלית. יתרה מזאת, ארגון הבריאות העולמי מפרט את שיעור ה-CS על פני שנים לפי יבשות, מדינות, אזורים כפריים ועירוניים בעולם, ובעיקר לפי טווחים שנעים מ-10% ועד 40%. מדד זה אומץ גם על ידי חוקרי בריאות כגון וואגסטף ואח'[10] (2018). מן הראוי לציין כי ישנן שיטות נוספות האומדות את רמת ה-CS ועושות שימוש בהוצאה על מזון (הוצאה תקנית מול הוצאה בפועל), על דיור ושירותים מתוך הוצאות משקי הבית בניכוי הוצאות המחייה.[11]

---

[7] https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage

[8] Cylus,J, Thomsonb, s and Evetovitsb, T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. **Bull World Health Organ** 2018; 96:599– 609.

[9] במידה והנתון של הוצאות משק הבית אינו זמין יש להשתמש בנתון של הכנסות משק הבית.

[10] Wagstaff A. et al. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. **THE LANCET GLOBAL HEALTH** 6(2) e169-e179; Wagstaff A. et al. (2020). Out of Pocket Expenditures on health: A Global stocktake .**The World Bank Research Observer**. Volume 35 (2): 123-157.

[11] הוצאות המחייה כוללות: הוצאות על מזון, שכירות ושירותים (חשמל, גז, דלק וכד'). החיסרון בשיטה זו הוא כיצד יש לאמוד את רמת ההוצאה במשקי בית עניים שההוצאה שלהם שלילית.

במחקר זה, מסד הנתונים של הנתונים SHARE מאפשר לנו לאמוד את רמת ה-CS על פי גובה ההוצאה מהכיס של מבוגרים בני.ות 65 ומעלה מתוך ההכנסה נטו של משק הבית. רמת ה-CS שהוגדרה על ידינו היא כזאת שנעה מ-10% ומעלה.[12]

מהלך המחקר

המחקר מהווה ניתוח אורך של פרטים במשקי בית בישראל ובמדינות נבחרות באירופה נקודות זמן בין השנים 2004 ל-2015. בחלק הראשון בוצעו ניתוחים תיאוריים של כלל משתני המחקר וכן של מספר שילובים ביניהם. בחלק השני נערכו ניתוחים סטטיסטיים לבחינת שתי השערות המחקר המרכזיות, שתפורטנה להלן. ראשית, נערכו מתאמי פירסון למשתני המחקר העיקריים. לאחר מכן, לצורך ההשערה הראשונה בוצע ניתוח תיווך על ידי משוואת מבניות (SEM) לכל צמד גלים עוקבים. סט ניתוחי התיווך הראשונים כלל שימוש במשתנה ההוצאה היחסית הכללית על בריאות מן הכיס כמתווך, והסט השני כלל שימוש בארבעת המרכיבים של ההוצאה היחסית על בריאות מן הכיס (תרופות, אשפוז, טיפול ביתי וטיפול בקהילה). בשני הסטים של הניתוחים המשתנה הבלתי תלוי היה המצב הבריאותי בגל הבסיס, והמשתנה התלוי המצב הכלכלי (הכנסה נטו) בגל המעקב. לצורך ההשערה השנייה בוצעו ניתוחי רגרסיה עם אינטראקציות, גם כן לאורך צמדי גלים, כך שהמשתנה משטר רווחה שימש כמשתנה ממתן. המשתנה הבלתי תלוי היה המצב הבריאותי, שנבחן באינטראקציות עם משטר הרווחה, והתלוי היה המצב הכלכלי. בכל הניתוחים נעשה שימוש במשקולות הרוחב התואמים לגל שתואר, ובניתוחים בפרק

[12] יש לציין את המגבלה העיקרית למדד זה: המדד אינו יכול להבחין בין נשים וגברים שאינם מקבלים את שירותי הבריאות להם הם זקוקים עקב ירידה במצב הבריאותי שלהם, וזאת בגלל ויתור בגין אי יכולת לשלם עבורו.

הסטטיסטי, בו הופיעו צמדי גלים בכל ניתוח, נעשה שימוש במשקולות הרוחב של גל הבסיס. כל הניתוחים נערכו בתוכנת STATA 15.1.

מטרת המחקר

בעשורים האחרונים נפגעה מידת הנדיבות של רשת הביטחון הסוציאלי בישראל, לצד העובדה שבמערכת הבריאות, רמת המימון הציבורי של סל שירותי הבריאות הולכת ומתרחקת מזו הנדרשת עבור משקי בית שהכנסתם נמוכה – בין אם משכר ובין אם מפנסיה וקצבאות - ואינה צפויה עוד לעלות. בין השינויים המרכזיים שגרמו לגידול בתשלום על שירותי בריאות נמצא העלאה של מחירי התרופות, אישור לקופות החולים לגבות השתתפות עצמית לרופאים מומחים, עדכון חסר של סל שירותי הבריאות ועידוד של קופות החולים לשווק ביטוחים משלימים.[13] כיוון שכך, במידה ונמצא כי אכן קיים קשר סיבתי בין הרעה במצב הבריאותי לבין התדרדרות בהכנסה נטו עקב הוצאות גדלות מן הכיס, יצביע המחקר על צורך במענה מדיניות למצוקה זו.

השערות

- ההשערה הראשונה והעיקרית של מחקר זה היא כי לאורך זמן קיים קשר חיובי בין מצב בריאותי לבין מצב כלכלי (הכנסה נטו), בתיווך הגידול בהוצאות מן הכיס על בריאות. במילים אחרות, שיערנו שככל שהמצב הבריאותי של בני.ות 65 ומעלה

[13] סבירסקי ואח' (2021). **תקציב המדינה לשנים 2021-2022: הרחבה נקודתית ואז סיבוב פרסה**. תל אביב: מרכז אדוה. סבירסקי ואח'. **תמונת מצב חברתית**. שנים שונות. מרכז אדוה.

יהיה גרוע יותר, כך תגדל ההוצאה שלהם מן הכיס על בריאות, והוצאה גדולה מן הכיס תהיה קשורה למצב כלכלי פחות טוב.

- ההשערה השנייה היתה שהקשר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי תלוי במשטר הרווחה, שמאפיין את המדינה בה מתגוררים בני.ות ה- 65 ומעלה. באופן ספציפי, שוער כי בישראל, המתרחקת בשנים האחרונות מהמשטר הסוציאל-דמוקרטי, ימצא קשר גבוה בין הוצאות הבריאות מן הכיס לבין המצב הכלכלי.

הוצאה מן הכיס על בריאות

בבואנו לבחון את ההשערה הראשונה בדקנו תחילה את המדד המרכזי המלמד על היקף ההוצאה מן הכיס על שירותי בריאות בכל מדינה ומדינה - שיעור התשלומים מן הכיס בתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות. ארגון הבריאות העולמי מציין כי בארצות שבהן משקלם של תשלומים אלה עולה על 15% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, קיימת סכנה שהם יובילו למצוקה כלכלית של בעלי הכנסה נמוכה.[14] בישראל, משקלן של ההוצאות מן הכיס גבוה ועמד (2015) על 22.5%, לעומת ממוצע של 14.3% ב-OECD.[15]

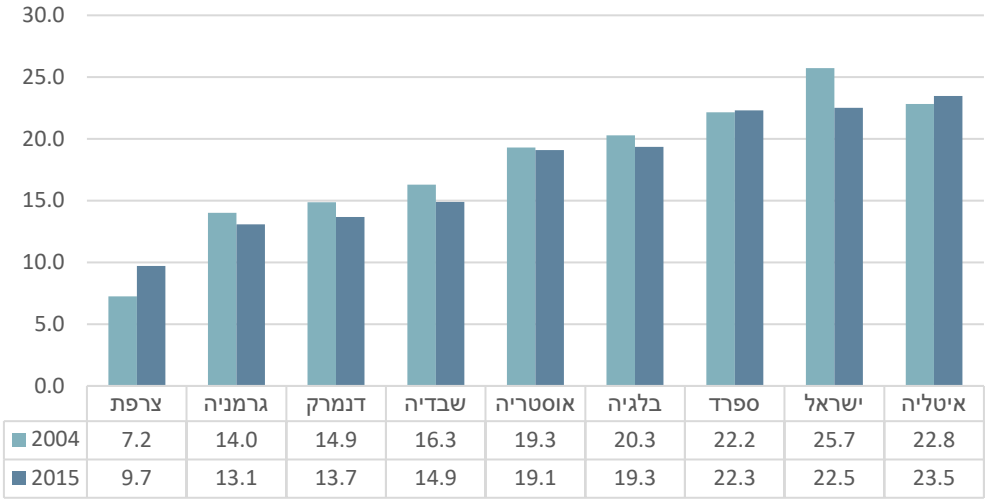
כפי שניתן לראות בתרשים שלהלן, בשנת 2015 ישראל ממוקמת במקום השני (מתוך ארצות המדגם שלנו) בסולם ההוצאה מן הכיס עבור שירותי בריאות מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות, עם שיעור של 22.5% מן ההוצאה הלאומית לבריאות. ניתן לראות עוד כי במרבית הארצות נרשמה ירידה – גם אם קטנה – במשקל ההוצאה מן הכיס בין 2004 ל-2015; רק בצרפת ובאיטליה נרשמה עלייה. בישראל נרשמה ירידה משמעותית – משיעור של 25.7% לשיעור של 22.5% - אלא שגם לאחר ירידה זו נותרה ישראל במקום השני.

[14] WHO (2019). Thomson et al. **Can people afford to pay for health care?**

[15] The World Bank Database 2022

תרשים 1. הוצאות בריאות מן הכיס מתוך סך ההוצאה הלאומית על בריאות, 2004 ו-2015

הנתונים עבור כלל האוכלוסייה, באחוזים
שיעור הירידה בין השנים 2004-2015



	צרפת	גרמניה	דנמרק	שבדיה	אוסטריה	בלגיה	ספרד	ישראל	איטליה
2004	7.2	14.0	14.9	16.3	19.3	20.3	22.2	25.7	22.8
2015	9.7	13.1	13.7	14.9	19.1	19.3	22.3	22.5	23.5

שיעור שינוי 2015-2004	צרפת	גרמניה	דנמרק	שבדיה	אוסטריה	בלגיה	ספרד	ישראל	איטליה
	34%	-7%	-8%	-8%	-1%	-5%	1%	-13%	-3%

הערה: הנתון לישראל הוא לשנת 2006 בדומה לשנה בה הועבר הגל הראשון. לפירוט והסבר ראו פרק מתודולוגי.

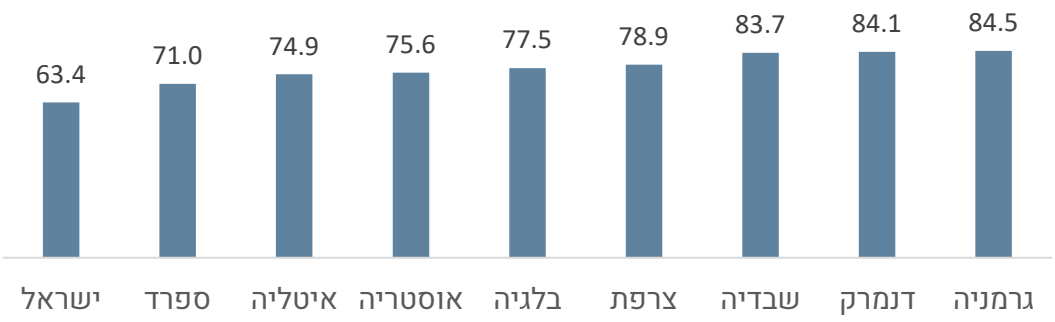
מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך The World Bank Database 2022

וואטסגף ואח' (Wagstaff et al, 2018) שחקרו את ההוצאה מן הכיס על בריאות ב-133 ארצות ברחבי העולם, סבורים כי הסיכוי להידרדר לעוני הולך וקטן ככל שחלקה של

ההוצאה הציבורית על בריאות גדולה יותר.[16] נתוני ה-OECD לשנת 2015 מעלים כי בקרב כלל ארצות ה-OECD, ההוצאה הציבורית היוותה בממוצע כ-72% מסך ההוצאה הלאומית על בריאות, אולם קיים שוני לא זניח בין הארצות החברות בארגון. מבין הארצות המשתתפות במחקר, בישראל ההוצאה הציבורית באותה השנה היתה הנמוכה ביותר ועמדה על 63% (39% העברות ממשלתיות ו-24% מס בריאות).[17] הארצות עם ההוצאה הציבורית הגבוהה ביותר היו גרמניה, דנמרק ושבדיה (84% בכל אחת מהן).[18]

תרשים 2. הוצאות ממשלתית על בריאות מתוך סך ההוצאה הלאומית על בריאות, 2015

הנתונים עבור כלל האוכלוסייה, באחוזים



מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך OECD (2018). Health at a Glance 2017

זאת ועוד, דוח של ה-OECD מלמד כי ב-15 השנים הקרובות ההוצאה לבריאות צפויה לגדול יותר מהעלייה בתמ"ג ברוב ארצות ה-OECD. התחזית מלמדת כי ההוצאה הממוצעת

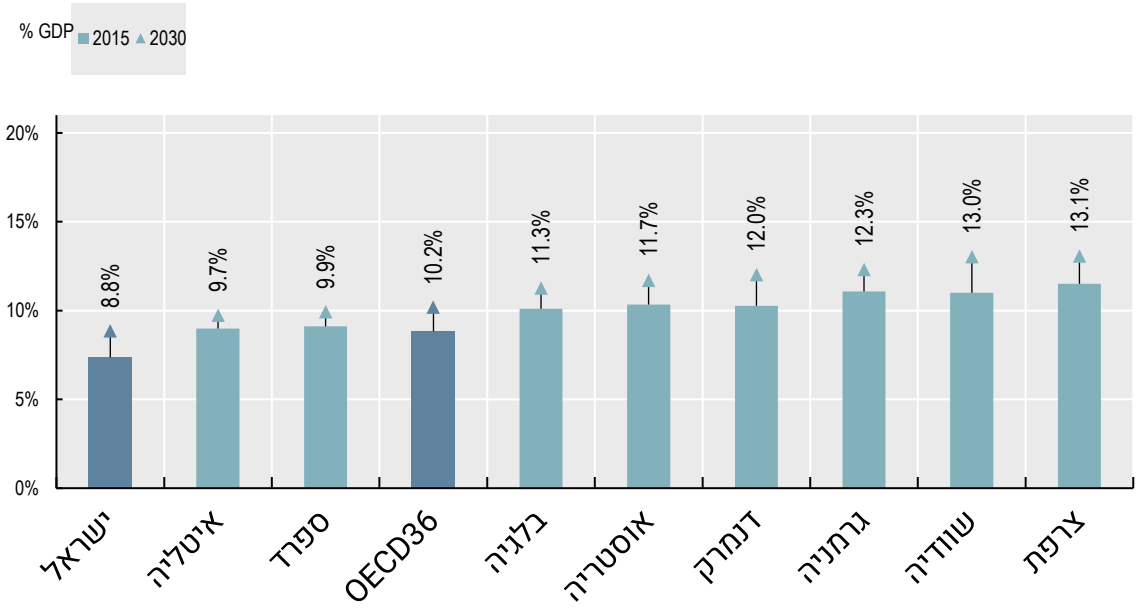
[16] Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M., Chepynoga, K., Buisman, L. R., et al. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. **The Lancet Global Health**, 6(2), e169-e179 .2012-1997 . ישראל כלולה במחקר ונבדקה בין השנים

[17] הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2021). ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2020.

[18] OECD (2018). **Health at a Glance 2017**. ההוצאה הגבוהה ביותר נרשמה בנורבגיה 85%. היא אינה מוצגת מאחר ואינה כלולה במדגם.

לבריאות כשיעור מהתמ"ג צפויה לגדול ב-2.7% בממוצע בשנה ולהגיע ל-10.2% מהתמ"ג עד שנת 2030, לעומת 8.8% בשנת 2015 בממוצע ב-OECD. לפי תחזית הארגון, הגידול הצפוי בישראל הוא מ-7.4% ב-2015 ל-8.8% ב-2030.

תרשים 3. ההוצאה לבריאות כאחוז מהתמ"ג ב-2015 ותחזית ל-2030



מקור: Health at a Glance 2019

הוצאה מן הכיס על בריאות ומשטרי רווחה

ההשערה השנייה שכיוונה את המחקר הזה היא, שקיים מתאם בין ההוצאה הממוצעת מן הכיס על בריאות ובין סוג משטר הרווחה השורר בכל אחת משמונה הארצות האירופיות וישראל, שעבורן מציג מסד SHARE נתונים ואשר נכללו במדגם שלנו. זוהי השערה מתבקשת לאור הדיון האקדמי הנרחב במשטרי רווחה, שבמרכזו ניצב המיון שהציע גוסטה אספינג-אנדרסן בספרו הקלאסי משנת 1990. [19]

אספינג אנדרסן הבחין בין שלושה סוגי משטרי רווחה: ליברליים, סוציאל-דמוקרטיים וקורפורטיסטיים. אל שלושת אלה הוסיפו חוקרים מאוחרים יותר משטרי רווחה פוסט-קומוניסטיים ומשטרי רווחה דרומיים.

אספינג-אנדרסן ביקש להגדיר את משטר הרווחה במדינות השונות על בסיס הזכויות החברתיות המוענקות לפרט בכל אחת מהן. לדבריו, מרגע שהמדינה לוקחת על עצמה את האחריות לספק לפרט שירותים ומשאבים כלכליים, היא משחררת אותו מתלות מוחלטת בשוק העבודה – תהליך זה נקרא בשם "דה-קומודיפיקציה" (Decommodification). בהתאם לכך הוא בנה מדד המורכב משלוש תת-מערכות של רווחה: פנסיה, דמי אבטלה ותשלום על ימי מחלה. השלוש שימשו אותו לניתוח שלושת משטרי הרווחה, כלהלן:

משטר ליברלי הוא משטר שבו רוב השירותים והמוצרים הם סחירים. רשת הביטחון הסוציאלי היא מינימאלית ומרכיביה מותנים במבחני הכנסה; שירותי החינוך והרווחה

---

[19] Esping-Andersen (1990). **Three Worlds of Welfare Capitalism**. Princeton University Press.

ניתנים על בסיס תמהיל של מימון ציבורי ופרטי; רמת המיסוי היא נמוכה, שכן ההנחה היא שמשקי הבית ולא המדינה, הם האחראים הראשיים להבטחת ביטחון סוציאלי ולרכישת שירותים חברתיים. המדינה הבולטת בקטגוריה זאת היא ארצות הברית. המדגם שלנו אינו כולל ארצות בעלות משטרים ליברליים.

משטר שמרני-קורפורטיסטי הוא משטר המעוצב על פי ערכי משפחה מסורתיים (ופטריארכליים), רשת הביטחון הסוציאלי נדיבה בעיקר כלפי המשתתפים בשוק העבודה, תוך שמירה על הריבוד המעמדי. המדינות הבולטות בקטגוריה זאת הן צרפת וגרמניה. במדגם שלנו יש ארבע ארצות בעלות משטר רווחה שכזה: בלגיה, צרפת, גרמניה ואוסטריה.

משטר סוציאל-דמוקרטי הוא משטר שבו מקודם השוויון כערך מרכזי המהווה בסיס למערכת תמיכות אוניברסליות המסופקות על ידי המדינה. התמיכות מוענקות על בסיס של אזרחות (או תושבות) ולאו דווקא על בסיס של השתתפות בשוק העבודה: גם מי שאינם שותפים לשוק העבודה נתפסים כזכאים לביטחון סוציאלי ולשירותים חברתיים שוויוניים. במדינות בעלות משטר רווחה שכזה קיימת הסכמה על מיסוי גבוה, מתוך הנחה שמסים ישמשו בידי המדינה להעניק ביטחון סוציאלי נדיב ושירותים חברתיים אוניברסליים. המדינות הבולטות בקטגוריה זו הן מדינות סקנדינביה. שתיים מהן – דנמרק ושבדיה - מצויות במדגם שלנו.

כאמור, חוקרים מאוחרים יותר הציעו תוספות ושינויים למיון של אספינג-אנדרסן. אחת התוספות החשובות היא אפיון של מערכת הבריאות, שבה עוסק מחקר זה. פררה (Ferrera, 1996) הציע להוסיף לרשימה של אספינג-אנדרסן את משטרי הרווחה השוררים

באיטליה, ספרד, פורטוגל ויוון וזאת תחת הכותרת משטרי רווחה "דרומיים". [20] לדעתו, ארבע הארצות הללו מאופיינות על ידי שני מרכיבים – גובה ההשתתפות בשוק העבודה, כדוגמת המשטרים הקורפורטיסטיים, וקיומם של מבחני הכנסה, כדוגמת המשטרים הליברליים. בתחום הבריאות, ארצות בעלות משטר "דרומי" הן בעלות כיסוי אוניברסלי, אולם שירותי בריאות פרטיים אינם נדחקים הצידה על-ידי המערכת הציבורית אלא משולבים בה ויוצאים נשכרים ממנה. שתיים מן הארצות – איטליה וספרד, נכללות במדגם שלנו.[21]

הספרות המחקרית העולמית אודות משטרי רווחה אינה כוללת את ישראל, אך שניים מבכירי חוקרי מדינת הרווחה בישראל, אברהם דורון (2003) וג'וני גל (2006), [22] עשו זאת. גל סבור כי מערכת הרווחה בישראל עברה לאורך השנים דרך מסועפת, וכי משטר הרווחה הדומה לה ביותר הוא זה שמתקיים לאורך הים התיכון. יחד עם זאת, הוא מציע לסווג את ישראל תחת מודל של מדינת רווחה היברידית, מודל שלא משתייך באופן מובהק לאף קטגוריה מוכרת של משטרי רווחה. אברהם דורון מתאר את הקושי למצוא את הסיווג הנכון עבור ישראל. בעשורים הראשונים לאחר הקמת המדינה ניתן היה לאפיין אותה כבעלת מדיניות סוציאל-דמוקרטית בעיקרה, דבר שבא לידי ביטוי בהקמתו של המוסד לביטוח לאומי ב-1954 ובהנהגתן של תוכניות רווחה אוניברסליות. אך באמצע שנות ה-1970

---

[20] Ferrera, M. (1996). The southern model of welfare in social Europe. **Journal of European Social Policy**, 6 (1), 17-37.

[21] יש גם המוסיפים קטגוריה חמישית של משטרי רווחה - מדינות מזרח אירופה **הפוסט-קומוניסטיות**. זאת, כיוון שארצות אלה ממשיכות להיות מושפעת מעברן הקומוניסטי ובו בזמן הן נתונות להשפעת הגלובליזציה הקפיטליסטית. במחקר זה לא נכלל מדינות ממזרח אירופה.

[22] דורון, א' (2003). משטר הרווחה במדינת ישראל: מגמות השינוי והשלכותיהן החברתיות. **סוציולוגיה ישראלית**, ה (2), עמ' 417–426 ; גל, ג' (2006). **מדינת הרווחה, בתוך אורי רם וניצה ברקוביץ (עורכים) אי שוויון**. אוניברסיטת בן-גוריון, עמ' 228-233.

התרחש מפנה, שעיקריו שניים: מעבר ממאפיינים סוציאל-דמוקרטיים למאפיינים ליברליים – בדומה לארצות הברית ולבריטניה; ומעבר מעקרונות אוניברסליים לעקרונות פרטיקולריים וקליינטליסטיים – בדומה למשטר הרווחה הדרומי לפי הגדרתו של פררה. דורון מסכם ואומר שישראל מתקרבת למודל משטר הרווחה הדרומי. יש לציין כי דבריו של דורון נכתבו טרם החלת פנסיה חובה אוניברסלית (2008) – אחד המאפיינים של משטר רווחה סוציאל-דמוקרטי.[23]

האם יש קשר בין סוג משטר הרווחה ובין רמת הבריאות והשוויון בבריאות? האם יש קשר בין סוג משטר הרווחה ובין הוצאות מן הכיס על בריאות?

סוג משטר הרווחה נמצא כמשתנה המשפיע על מידת בריאותו של הפרט. הספרות מצביעה על כך שככל שמשטר הרווחה קרוב יותר למודל הסוציאל-דמוקרטי, כפי שהוא מתקיים במדינות סקנדינביה, כך מצב הבריאות הממוצע של האוכלוסייה טוב יותר והאי-השוויון בבריאות נמוך יותר. עובדה זאת מיוחסת לשירותי הרווחה המקיפים והנדיבים בארצות הללו, אשר מחלישים את הקשר שבין מצב כלכלי ובין מצב בריאותי.[24] במחקר

---

[23] לדיון מורחב בנושא ר' : תרשיש, נ' (2017). **מדינות רווחה בראייה משווה: כיצד להגדיר את ישראל**? מרכז טאוב.

[24] Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, J., Benach, Á, & Quiroga, M. (2006). Rodríguez-sanz. Politics and Health Outcomes. **Lancet**, 368(9540), 1033-1037. Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., et al. (2011). Politics, welfare regimes, and population health: Controversies and evidence. **Sociology of Health & Illness***,* 33 (6), 946-964. Pförtner, T., Pfaff, H., & Elgar, F. J. (2019). The role of welfare state characteristics for health and inequalities in health from a cross-national perspective: A critical research synthesis. **KZfSS Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie**, 1-25.

דומה נמצא, כי מצב הבריאות הטוב ביותר דווח על ידי נחקרים בארצות הסוציאל-דמוקרטיות, כשאחריהן הארצות הליברליות, הארצות השמרניות-קורפורטיסטיות, הארצות הדרומיות ולבסוף ארצות מזרח אירופה. בריאות ירודה הופיעה בשיעורים גבוהים יותר בגילאים המבוגרים, בקרב נשים, ובקרב בעלי השכלה נמוכה, מעמד כלכלי נמוך ורשת חברתית דלה. [25]

פורסטר ואח' (Forster at el, 2018) מציינים כי למרות העובדה שמשטרי הרווחה הסקנדינביים מעניקים את שירותי הרווחה הנדיבים ביותר, פערי הבריאות בהן אינם בהכרח נמוכים מאלה שבארצות בעלות משטרי רווחה אחרים. החוקרים מכנים ממצא זה בשם "The Nordic public health puzzle". עם זאת, מצב הבריאות של הקבוצות העניות ביותר בארצות האלה טוב יותר מזה של קבוצות מקבילות במשטרי רווחה אחרים.[26] עוד נמצא, כי הן בארצות בעלות משטר רווחה דרומי והן בארצות בעלות משטר רווחה סוציאל-דמוקרטי, נשים דיווחו על מצב בריאותי ירוד או ירוד מאוד, יותר מאשר גברים. [27]

פורסטר ואח' (Forster at el, 2018) לא הסתפקו במיון משטרי הרווחה של אספינג-אנדרסן והציעו מיון המתמקד במודלים של מערכות בריאות. מודל אחד הוא שירותי בריאות ממלכתיים אוניברסליים, כמו בבריטניה, אירלנד וארצות סקנדינביות; גם לספרד ולאיטליה מערכות דומות, אם כי הן מנוהלות ברמה איזורית. מודל שני הוא ביטוח ציבורי המתבסס על מקום העבודה, כפי שקורה בגרמניה, צרפת, הולנד וקרואטיה. המודל

---

[25] Eikemo, T. A., Bambra, C., Judge, K., & Ringdal, K. (2008). Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis. **Social Science & Medicine**, 66 (11), 2281-2295.

[26] Forster, T., Kentikelenis, A., and Bambra, C. (2018). Health inequalities in Europe: Setting the stage for progressive policy action. TASC.

[27] Bambra, C. (2006). Health status and the worlds of welfare. **Social Policy and Society**, 5 (1), 53-62.

השלישי מבוסס בעיקר על הסקטור הפרטי, עם השתתפויות עצמיות גבוהות וביטוחים פרטיים לרוב. באירופה, יוון היא הקרובה ביותר למודל הזה, אם כי יש בה אלמנטים של שני המודלים האחרים.[28] כפי שאפשר לראות, מודל מערכת הבריאות לא בהכרח דומה למשטר הרווחה: דוגמא מובהקת היא בריטניה, שהיא בעלת משטר רווחה ליברלי אך יש לה מערכת בריאות ממלכתית אוניברסלית.

בסיכומו של דבר, הסיווג הקלאסי של מדינות רווחה אין בו כדי לסייע לנו להבין את אשר מתרחש בכל אחת מארצות המדגם שלנו – כולל את אשר מתרחש בישראל. לכן, הסטטיסטיקה התיאורית בעמודים הבאים תציג גם נתונים עבור כל אחת מהארצות המשתתפות במחקר בנפרד. [29]

[28] Forster, T., Kentikelenis, A., and Bambra, C. (2018). Health inequalities in Europe: Setting the stage for progressive policy action. TASC

[29] ההשערות הסטטיסטיות נשארות כפי שנכתבו במקור.

תשלומים מן הכיס עבור שירותי בריאות ומצוקה כלכלית

כל הארצות המפותחות, בלא קשר למשטר הרווחה, פיתחו מערכות בריאות ציבוריות הנותנות מענה לחלק גדול מצרכי הבריאות – אך לא לכולם. כך, למשל, במרבית המדינות, א/נשים נדרשים להוסיף מן הכיס עבור תרופות וטיפולי שיניים.

תשלומים מן הכיס הם בעייתיים במיוחד עבור חלק גדול מהקשישים, הן משום שהם צורכים שירותי בריאות יותר מהאוכלוסייה הצעירה והן משום שרבים מהם, אם לא רובם, פרשו משוק העבודה וקיומם תלוי במידה רבה בחסכונות שצברו, בפנסיה תעסוקתית או בגמלאות של מערכת הביטחון הסוציאלי.[30] מבחינה זאת, העלייה בתוחלת החיים משמעותה גידול בתחולת העוני או בקרבת העוני.[31]

הקשר בין הוצאות משקי בית על בריאות ובין עוני מוכר היטב בספרות המחקר.[32] קשר זה קיבל הכרה במסגרת אמנת טאלין, שנחתמה בשנת 2008 על-ידי כל מדינות אזור אירופה

---

[30] שטייר, ח' ובליך, ח' (2014). **עוני בקרב האוכלוסייה המבוגרת בישראל**. ירושלים: מרכז טאוב.

[31] סבירסקי, ש', ליברמן, א' וקונור אטיאס, א' (2019). **קרבת העוני: סיכון לעוני, סיכוי להצטרפות למעמד הבינוני**. תל אביב: מרכז אדוה.

[32] Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R., et al. (2006). Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. **The Lancet,** *368*(9549), 1828-1841.Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M., Chepynoga, K., Buisman, L. R., et al. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. **The Lancet Global Health,** *6*(2), e169-e179. Forster, T., Kentikelenis, A., and Bambra, C. (2018). **Health inequalities in Europe: Setting the stage for progressive policy action**. TASC

החברות בארגון הבריאות העולמי ובהן ישראל. האמנה מחייבת את המדינות החתומות לדאוג לכך שאנשים החיים בתחומן לא יתדרדרו לעוני כתוצאה ממצבם הבריאותי או כתוצאה מהשימוש בשירותי בריאות.[33]

בחלק מארצות אירופה המערבית ובישראל קיימות מערכות בריאות אוניברסליות, חלקן ממומנות על-ידי קופת האוצר וחלקן על ידי ביטוח בריאות חובה. אולם לדברי ארגון הבריאות העולמי, אין בתוכניות בריאות אלה כשלעצמן כדי להבטיח הגנה מפני מצוקה כלכלית. זאת מכיוון שבכל המדינות, ללא יוצאת מן הכלל, ישנם שני סוגי הוצאה בהם נדרשים המטופלים להשתתפות עצמית: תרופות ורפואת שיניים. ברוב מדינות אירופה החברות בארגון הבריאות העולמי, הוצאה על תרופות היא אכן הגורם העיקרי למצוקה כלכלית (Financial hardship) הנגרמת על ידי תשלומי בריאות מן הכיס.[34]

באשר להוצאות על סיעוד, מחקרם של פנדרס ואח' (Penders at el, 2017) מנתח את הוצאות הבריאות של מבוגרים באירופה שכוללות גם הוצאות על טיפול סיעודי בקהילה. הממצא הבולט הוא כי ההוצאה הגבוהה ביותר של מבוגרים היתה על טיפול סיעודי בקהילה (homecare). עוד נמצא כי קיימת שונות גבוהה בשיעור ההוצאה על בריאות מסך הוצאות משק הבית בין המדינות – השיעור הנמוך ביותר נמדד באיטליה, גרמניה והולנד –

---

[33] WHO Regional Office for Europe (2008). **The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth**. Tallinn, Estonia.

[34] WHO Regional Office for Europe (2019). **Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe**. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. לצד תשלומים נוספים עבור אשפוז ורפואת שיניים.

2%, בבלגיה, דנמרק, ספרד, יוון, אוסטריה וצרפת –בין 5% ל-9%, בשוויץ, פולין והולנד – בין 11% ל-16% והשיעור הגבוה ביותר נמדד בצ'כיה – 25%. [35]

כאמור לעיל, ההוצאה מן הכיס על בריאות בארצות ה-OECD מתוך כלל ההוצאה הלאומית על בריאות בשנת 2015 עמדה על 14.3%. ההוצאה העיקרית היתה על תרופות ומוצרי בריאות אחרים; ההוצאה השנייה בגודלה היא עבור רופאים ורופאי שיניים. [36] לפי ה-OECD, ביטוח בריאות ציבורי הינו תנאי הכרחי אבל לא מספיק להגנה בפני הידרדרות כלכלית בגלל הוצאות בריאות וזאת בגלל הדרישה להשתתפויות עצמיות ובגלל הוצאות אחרות מן הכיס. השוואה בקרב ארצות OECD מגלה, כי בישראל הוצאות מן הכיס של כלל האוכלוסייה כאחוז מהוצאות משקי הבית הן מעט נמוכות מהממוצע בארצות OECD, ההסבר לכך עשוי להיות טמון כנראה בשיעורם הנמוך יחסית של בני.ות 65 ומעלה בישראל. [37]

סיבה נוספת לכך שמערכות בריאות ציבוריות לא בהכרח מונעות הוצאות גדולות מן הכיס עבור שירותי בריאות ומוצרי בריאות היא שמאז שמערכות אלה הונהגו, חלק ממדינות אירופה (וגם ישראל) הגדילו את ההשתתפויות העצמיות עבור השירותים. עדות לכך עולה ממחקרו של פלדינו (Palladino, 2016) שבדק את ההוצאות מן הכיס על בריאות ב-11

---

[35] Penders, Y. W., Rietjens, J., Albers, G., Croezen, S., & Van den Block, L. (2017). Differences in out-of-pocket costs of healthcare in the last year of life of older people in 13 European countries. **Palliative Medicine**, 31(1), 42-52.

המחקר נערך על בסיס נתוני SHARE לשנים 2005-2012, וכלולות בו גם מדינות המשתתפות במחקר שלנו.

[36] הנתון האחרון של הוצאות בריאות מהכיס שהתפרסם הוא לשנת 2019 והוא גבוה יותר ועמד על 20% לערך. OECD (2021). **Health at a Glance 2021: OECD Indicators,** OECD Publishing, Paris.

[37] שם, שם. התייחסות מפורטת לכך ר' בהמשך.

ארצות אירופאיות בין השנים 2006-2013.[38] המחקר שהיה מבוסס על נתוני SHARE העלה, כי חלה עלייה בשיעור המשתתפים שדיווחו כי היו להם הוצאות על בריאות מן הכיס, מ-63.6% ל-80.0%. הגידול הממוצע הגדול ביותר בהוצאות מן הכיס נרשם בצרפת ובאוסטריה, שתי ארצות בעלות משטר רווחה קורפורטיסטי. אולם ניתוח סטטיסטי העלה שהתוצאות לא היו מובהקות בהתאם לסוג משטר הרווחה: בכל הארצות פרט לשוויץ נמצאה הסתברות לעלייה בהוצאות עבור טיפול רפואי ושירותי סיעוד ביתיים. לגבי תרופות, התמונה הייתה מעורבת: באוסטריה, גרמניה ושוויץ נמצאה הסתברות לירידה בהוצאות מן הכיס, ובצ'כיה, דנמרק, צרפת, הולנד, ספרד ושוודיה, עלייה בהוצאות מן הכיס. באשר להוצאות בריאות מן הכיס שמובילות לשינוי משמעותי בהכנסה של משק הבית (Catastrophic health spending), שהוגדר במחקר של Palladino כהוצאות על בריאות העולות על 30% מהכנסה השנתית של משק הבית, נצפתה עליה בשיעור של אנשים שדיווחו על הוצאות גדולות כאלה: מ-2.3% ב2006-2007 ל-3.9% ב-2013. עוד עולה כי, העלייה בנטל ההוצאות מן הכיס על בריאות היתה קשורה לחלקם ההולך וגדל של בני.ות 50 ומעלה המתגוררים באירופה – בשונה מהמצב שתואר לעיל בישראל - וכי האנשים בחמישוני ההכנסה הנמוכים היו חשופים פחות מהשאר לגידול בהוצאה מן הכיס על

---

[38] Palladino, R., Tayu Lee, J., Filippidus, T, & Millet. C. (2016). The Great Recession and Increased Cost Sharing in European Health Systems. **Health Affairs**. 35 (7).

ממצאים דומים עולים ממחקרו של Rice (2018). המחקר סיווג את מדינות המערב לפי גודל ההוצאה מהכיס על בריאות בעבר ובשנים האחרונות. הנתונים העלו כי בכל הארצות אותן בדקו חלה עלייה בגובה ההוצאה מהכיס על שירותי בריאות. המחקר ממליץ לצבור ידע שעל בסיסו ניתן יהיה לשנות מדיניות המונעת נגישות לשירותי רפואה כתוצאה מהוצאות מהכיס. Rice, T., Quentin, W., Aneil, A., Barnes, A. Rosenau, P.,Unruh, L., & van Ginneken,E. (2018). Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers and policy in ten high-income countries. **Health Services Research**. 18: 371.

בריאות מאשר אנשים בחמישונים הגבוהים, הודות לצעדים ממשלתיים שנועדו להגן על בעלי הכנסה נמוכה.[39]

ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2019) מדד לראשונה, על סמך סקרי הוצאות של משקי הבית, את מידת המצוקה הכלכלית (Financial hardship) של משקי בית הנדרשים לשלם מן הכיס עבור שירותי בריאות. נמצא כי ב-9% לערך ממשקי הבית במדינות האירופיות החברות בארגון (כולל ישראל) נרשמו הוצאות בריאות מן הכיס שגרמו להידרדרות לעוני. עוד עולה, כי רוב המידרדרים לעוני מרוכזים בחמישון ההכנסה התחתון של האוכלוסייה, בישראל אוכלוסייה זו מלכתחילה נמצאת מתחת לקו העוני.[40] לפי Wagstaff ואחרים, תשלומי בריאות מן הכיס יכולים לגרום להידרדרות לעוני הן בארצות העניות והן בארצות העשירות.[41]

---

[39] שם, שם.

[40] WHO Regional Office for Europe (2019). **Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe**, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

[41] Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M., Chepynoga, K., Buisman, L. R., et al. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. **The Lancet Global Health**, 6(2), e169-e179.

מבוגרים.ות בני.ות 65 ומעלה בישראל

ב-2015, כאשר אוכלוסיית ישראל מנתה 8.38 מיליון נפש, 919,600 איש ואישה היו בני.ות 65 ומעלה ושיעורם באוכלוסייה עמד על 11%.[42] כידוע, אוכלוסייתה של ישראל היא צעירה יחסית, עקב שיעור הפריון הגבוה לעומת שיעורי פריון נמוכים מאוד בחלק מהארצות שמצוינות כאן. בצרפת, הנתון המקביל היה 19.5%, בשבדיה 20.1%, באיטליה 21.5% ובגרמניה 22.1%.[43]

במדינות המפותחות, תוחלת החיים מתארכת ובעקבות זאת גדלה האוכלוסייה המבוגרת ומשקלם באוכלוסייה גדל גם הוא. בישראל, מספר בני.ות 65 ומעלה, צפוי לגדול עד 2025 לכ-1.303 מיליון ובשנת 2035 לכדי 1.66 מיליון איש ואישה. שיעורם באוכלוסייה צפוי לעלות מ-11% ב-2015 ל-14.6% ב-2035.[44] שיעורם הנמוך יחסית – אך נמצא בעלייה – של בני.ות 65 ומעלה בישראל הוא אחת הסיבות לעובדה שההוצאה הלאומית על בריאות של בני.ות 65 ומעלה בישראל נמוכה מן המקבילה לה ב-OECD – 31% לעומת 40%.[45]

כמו בשאר העולם, גם בישראל ישנם שלושה גורמים מרכזיים המשפיעים על הזדקנות האוכלוסייה: ירידה בפריון הילודה, התארכות תוחלת החיים וכניסת מהגרים אל המדינה.

---

[42] עיבוד של מרכז אדוה מתוך הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. **שנתון סטטיסטי לישראל 2016-מס' 67.** לוח 2.3.

[43] הנתונים הם לשנת 2016. הנתון המקביל לישראל באותה השנה עמד על 11.1%. מאיירס-ג'ויינט-ברוקדייל (2017). **בני 65+ בישראל: שנתון סטטיסטי 2016.**

[44] אומדן המבוסס על פי תחזית האוכלוסייה של הלשכה המרכזית לסטטיטיקה – חלופה בינונית. מאיירס-ג'ויינט-ברוקדייל (2017). **בני 65+ בישראל: שנתון סטטיסטי 2016.**

[45] נתון לשנת 2015. Tzvi Dwolatzky, MD; Jenny Brodsky, MA.; Prof. Faisal Azaiza, PhD; Prof. A Mark Clarfield, MD.; Jeremy M Jacobs, MBBS; Prof. Howard Litwin, PhD. (2017). Coming of age: health -care challenges of an ageing population in Israel. **In Health in Israel Series**, Vol. 389

נזכיר כי בתחילת עשור ה-1990 היגרו לישראל קרוב למיליון נפש, ובהם שיעור גבוה של מבוגרים.

בישראל, מרבית המבוגרים מתגוררים בקהילה, כאשר רק 3.5% גרים באחד מן המוסדות המיועדים למבוגרים – שיעור נמוך מזה של הממוצע בארצות ה-OECD – 4.1%. בישראל, גם בקרב מבוגרים נכים, כ-80% מתגוררים בקהילה.[46] נתון גבוה זה משקף נטייה מסורתית של טיפול משפחתי בהורים, הן בקרב יהודים והן בקרב מוסלמים.

באופן כללי, בריאותם של בני.ות 65 ומעלה ישראליים טובה פחות מזו של בני.ות גילם בארצות ה-OECD ובתוך ישראל, מצבם הבריאותי של ערבים בני.ות 65 ומעלה טובה פחות מזו של בני גילם היהודים ומצבם הבריאותי של עולים ממדינות ברית המועצות לשעבר טוב פחות מזה של בני גילם הוותיקים. פערי בריאות מגדריים בישראל היו בולטים פחות מאשר בארצות ה-OECD.[47]

השוואה שנערכה ב-2010 בין ישראלים.ות בני.ות 65 ומעלה עם בני.ות גילם ב-16 מן הארצות המשתתפות ב-SHARE העלתה, כי 30% מהמבקרים במרפאות בקהילה בישראל

---

[46] בשנת 2018, 78% מבני.ות 65 ומעלה התגוררו בדירה בבעלותם-במשקי בית של בודד או זוג. זאת לעומת 66.5% מכלל האוכלוסייה. שנור, י' וכהן י' (עורכים) (2020). **בני 65+ בישראל: שנתון סטטיסטי 2020.** ירושלים: מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל וג'וינט אשל.

[46] Dwolatzky, T. MD; Brodsky, J. MA.; Azaiza, F. PhD; Clarfield, A. MD.; Jacobs, J. MBBS; Litwin, H. PhD (2017). Coming of age: health -care challenges of an ageing population in Israel. **In Health in Israel Series**, Vol. 389

[47] הנתון לשנת 2017: בני.ות 65 ומעלה בישראל ובארצות ה-OECD התופסים את מצב בריאותם כטוב או טוב מאוד, לפי דיווח עצמי. שם, שם.

הם בני.ות 65 ומעלה, ובחשבון כולל, הם מבצעים 11-12 ביקורים שנתיים אצל רופאים וזאת בהשוואה לממוצע של 3 ביקורים שנתיים בקרב כלל האוכלוסייה.[48]

תשלום על שירותי בריאות בישראל

בישראל, מדיניות הצנע התקציבי שפגעה בעשור הקודם בתקציבי המשרדים החברתיים פסחה בדרך כלל על תקציב משרד הבריאות, אך מנעה תוספות חיוניות בחלקה של הממשלה במימון סל שירותי הבריאות של קופות החולים.[49] סל זה לא עודכן במלואו בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כך, בעוד שבשנת 2003 מומנו 44% מעלות הסל על ידי הממשלה, בשנת 2014 ירד שיעור זה ל-41% בלבד. את החלק הממשלתי שנגרע מעלות הסל מימנו משקי הבית. משרד הבריאות ער לקשר שבין מדיניות הריסון התקציבי ובין הגדלת נטל התשלומים מן הכיס על מבוטחי קופות החולים.[50]

יש לציין כי בישראל ישנם מספר הסדרים המקלים על הוצאות הבריאות של אוכלוסייה מבוגרת, חלקם אוניברסליים וחלקם תלויים במבחן הכנסות. משרד הבריאות מעניק לתושבים שהגיעו לגיל פרישה (65 לנשים ו-67 לגברים)[51] ואשר מקבלים גמלת הבטחת הכנסה, פטור מהשתתפות עצמית בעת ביקור אצל רופא, מרפאות חוץ ומכונים. משנת 2016 כל המבוטחים מעל גיל 72 זכאים להנחה בגובה של 10% ברכישת תרופות שמצויות בסל התרופות. כמו כן, אזרחים ותיקים בני 75 ומעלה זכאים לטיפולי שיניים מונעים

---

[48] שם, שם.

[49] מרכיבי סל הבריאות מעודכנים על פי מדדים שונים. המרכזיים שבהם הינם: מדד יוקר הבריאות, שיעור השינוי במספר הנפשות המתוקננות ועדכון בגין התפתחויות טכנולוגיות.

[50] פלוטניק, ר' וקידר, ניר (2015). **חוק ביטוח בריאות ממלכתי בעקבות 20 שנים להחלת החוק**. מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. משרד הבריאות. סבירסקי, ש' ואח' (2021). תקציב המדינה לשנים 2021-2022: הרחבה נקודתית ואז סיבוב פרסה. מרכז אדוה.

[51] החל מינואר 2022 גיל הפרישה לנשים מועלה בהדרגה מ-62 ל-65 בהתאם לתאריך הלידה שלהן.

ומשמרים ללא תשלום בקופות החולים. מגיל 80 זכאות זו כוללת גם טיפולי שיניים משקמים.[52]

מבוגרים הזקוקים לשירותי טיפול ביתי, קרי מבוגרים סיעודיים עד רמת מוגבלות מסוימת, זכאים לגמלת סיעוד ו/או העברות אחרות מהמוסד לביטוח לאומי. כמו כן, יש באפשרותם לקבל טיפול ביתי או טיפול ופעילות חברתית במסגרת מרכזי יום – הטיפולים הללו כוללים: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, אינטראקציה חברתית ועוד. זאת ועוד, המדינה מסייעת במימון אשפוז במוסד סיעודי ("קוד") למבוגרים סיעודיים או תשושי נפש שאין באפשרות משפחתם לממן זאת ללא סיוע. קיימת השתתפות עצמית והיא נקבעת לפי מבחן הכנסות של המבוגר.ת, בני זוגם וילדיהם הבגירים.[53]

בכל זאת מבוגרים בני.ות 65 ומעלה נדרשים להוצאות מן הכיס על בריאות. מכון ברוקדייל, העוקב משנת 1995 אחר תפקוד מערכת הבריאות מנקודת המבט של הצרכנים, מצא כי למרות העובדה שמשרד הבריאות מנהיג הנחה על ביקור אצל רופא ו/או תרופות, גובה ההשתתפות העצמית על שירותי הבריאות והתרופות הכלולות בסל התרופות ממשיך להוות חסם בפני האוכלוסייה המבוגרת בישראל. בשנים 2017-2019, 8.1% ו-6.7% מבני.ות 65 ומעלה דיווחו כי ויתרו על טיפול או תרופה בשל עלותם הגבוהה, קצת פחות מהשיעור שנרשם באותן השנים , 9.4% ו-7.1% בקרב כלל המבוטחים.[54]

---

[52] ניצולי שואה ונרדפי המלחמה בנאצים פטורים מתשלום על תרופות. אתר האינטרנט של משרד הבריאות, נובמבר 2022.

[53] חורב, ט', קידר, נ', והרשקוביץ, ע' (2011). **ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה**. ירושלים: אגף כלכלה וביטוח בריאות. משרד הבריאות. הרן-רוזן, מ., כהן קובץ', ג. ורמות-ניסקה, ת. (2018), **הביטוח הסיעודי בישראל**. ניירות תקופתיים מס' 2018.01 בנק ישראל. אתר האינטרנט של כל זכות, ינואר 2023.

[54] מאיירס ג'וינט ברוקדייל (2021). **שנתון סטטיסטי לבני 65 ומעלה**. עורכים: יצחק שנור ויניב כהן.

גמלת הסיעוד

בשנת 1986 נערך תיקון בחוק הביטוח הלאומי[55] כך שיכלול הטבה חדשה בדמות גמלת סיעוד, שנועדה לסייע בעיקר לאנשים בזקנה. התיקון, שנכנס לתוקף ב-1988, שנה אחרי פרוץ האינתיפאדה, בא בעקבות עלייה במספר הזקנים במדינה, בשילוב עם תפיסה ערכית חדשה, שזיהתה יתרונות בהזדקנות בבית (להבדיל ממסגרת מוסדית).[56] ואולם, בשל סיבות תקציביות, הועמד גובה הגמלה בתחילה על 25% או 37.5% מהשכר הממוצע במשק, בהתאם למידת התלות של הזקן הסיעודי, והוא נועד לממן 11 או 16 שעות עבודה שבועית (של עובד.ת סיעוד בשירות מקבל.ת הגמלה) בהתאמה.[57] כך נוצר המצב, שמצד אחד חלחלה התפיסה הנורמטיבית החדשה בדבר הערך של הזדקנות בבית, לעיתים תוך המשגתו כזכות, אך מצד שני המדינה לא ניאותה לממן משרה מלאה של עובדות סיעודיות שנועדו לסייע לזקנים להמשיך ולחיות בין כתלי בתיהם (שהרי 37.5% מהשכר הממוצע במשק נמוך משכר המינימום למשרה מלאה, אף ללא זכויות סוציאליות), וכל זאת ביחס לזקנים שעברו מבחני תלות מחמירים (ורבים מהם זקוקים לסיעוד "מסביב לשעון"), והשוהים בבתיהם.[58] כן נקבע בתחילה (ועד לפני שנים ספורות), שהגמלה תינתן "בעין" (דהיינו, כתשלום שיועבר מן הביטוח הלאומי לארגון לא-מדינתי, שיספק את השירות

---

[55] **חוק ביטוח סיעוד (חוק הביטוח הלאומי**, תיקון מס' 61), תשמ"ו-1986. החוק נכנס לתוקף שנתיים מאוחר יותר, ראו: שטסמן, י'. חוק ביטוח סיעודי לאחר שתים-עשרה שנה: בעיות ופתרונות, **ביטחון סוציאלי 60**, 8, 9.

[56] Hila Shamir, Migrant Care-Workers In Israel: Between Family, Market and State, 28 *Israel Studies Review* 192 (2013); Hila Shamir, The State of Care: Rethinking the Distributive Effects of Familial Care Policies in Liberal Welfare States, 58 **American Journal of Comparative Law** 953 (2010)

[57] שטסמן, הערה 55 לעיל, בע' 16. בתיקוני חקיקה מאוחרים יותר הועלה מספר שעות הטיפול להם זכאים מקבלי הגימלה, אך הוא עדיין רחוק ממספר שעות העבודה של עובד במשרה מלאה. ראו סעיף 224(א) לחוק הביטוח הלאומי.

[58] סעיף 227 לחוק הביטוח הלאומי קובע מפורשות שאדם השוהה במוסד סיעודי לא יהיה זכאי לגימלה.

למטופל הזקן), ולא בכסף.[59] ההטבה הסוציאלית החדשה יצרה, אם כן, או הרחיבה מאד את הביקוש לסוג חדש של משרה: סיעוד ביתי, לרבות במתכונת של לינה בבית המטופל; אך הערך הנמוך יחסית של ההטבה הממשלתית חייב את מרבית המעסיקים (הזקנים עצמם או קרוביהם) לחפש עובדי סיעוד שהעסקתם זולה.[60] זאת, בין היתר, לאור העובדה שלא תמיד היו לקשיש הסיעודי בני משפחה שיכלו או נכונו "להשלים" את הטיפול הסיעודי של הקרוב הנזקק, במהלך השעות הנותרות, מעבר ל-11 או 16 השעות שממומנו באמצעות גמלת הסיעוד. החיפוש אחר עובדים שיסכימו להעניק טיפול ביתי "מסביב לשעון" עבור שכר נמוך הוביל את הרשויות ואת השוק גם יחד לסמן את מהגרי העבודה כמועמדים המתאימים ביותר להעסקה בענף החדש. ואמנם, זמן קצר לאחר שגמלת הסיעוד התווספה לחוק הביטוח הלאומי, החלה רשות האוכלוסין וההגירה של משרד הפנים להנפיק עשרות אלפי אשרות כניסה ורישיונות עבודה למהגרות עבודה מהפיליפינים וממדינות אחרות, לצורך עבודה בענף הסיעוד הביתי. אשרות אלה היו קורלטיביות להיתרים שהנפיק משרד העבודה והרווחה (וכיום רשות האוכלוסין וההגירה) עבור זקנים ישראלים, שקיבלו היתרים להעסקת מהגרי עבודה כעובדי סיעוד.[61]

---

[59] אייזנשטדט, מ' ורוזנהק, ז'. הפרטה ודפוסי מעורבות חדשים של המדינה: תוכנית הסיעוד בישראל", **ביטחון סוציאלי 60**, 113, 119. רק החל מה- 1.11.2018 ניתן לקבל את הגימלה, כולה או חלקה בכסף. לפרטים ראו: https://www.btl.gov.il/benefits/Long_Term_Care/Pages/money.aspx

[60] בשנים האחרונות נקבע כי מקבלי גמלת סיעוד שמעסיקים מטפל צמוד יכולים לקבל את כל הגמלה בכסף. החל מה-01.11.2018 גם מי שאינם מעסיקים מטפל צמוד רשאים להחליף חלק משירותי הסיעוד בגמלה כספית. בן ישראל, ח' (2018). **החוט השברירי אל החיים עצמם: עבודה, הגירה וטיפול בין אלטרואיזם לאינסטרומנטליזם**, עבודת תזה שהוגשה בפקולטה למשפטים באוניברסיטת תל אביב. אתר האינטרנט של כל זכות.

[61] הזכאות לגמלת סיעוד מותנית בעמידה במבחן הכנסות ובמבחן תלות. ההסדר ביחס לקבלת היתר להעסקת עובד זר בסיעוד הוא, שכל מי שזכאי לגמלת סיעוד (דהיינו, עמד במבחן התלות ובמבחן ההכנסות) זכאי באופן אוטומטי גם להיתר להעסקת עובד זר. ביחס למי שאינו זכאי לגמלת סיעוד משום שאינו עומד במבחן ההכנסות, ביכולתו לעבור מבחן תלות לשם קבלת ההיתר.

סטטיסטיקה תיאורית

תשלומים מן הכיס על בריאות של מבוגרים בני.ות 65 ומעלה לפי משטר רווחה

דפוסי השינויים בהוצאה מן הכיס בישראל על פני שני העשורים האחרונים הם יוצאי דופן בהשוואה לארצות האחרות המוצגות בתרשים 4 שלהלן, למעט המדינות שלהן משטר רווחה סוציאל דמוקרטי. בשנת 2015, ההוצאה מן הכיס על בריאות בישראל עמדה על 747 יורו לנפש (במונחי שווי כוח הקנייה) והיתה הגבוהה ביותר בקרב המדינות הנסקרות כאן. הוצאה זו היתה גבוהה ב-73% מההוצאה הנמוכה ביותר - שנרשמה במדינות בעלות משטר רווחה סוציאל דמוקרטי - 431 יורו לנפש.

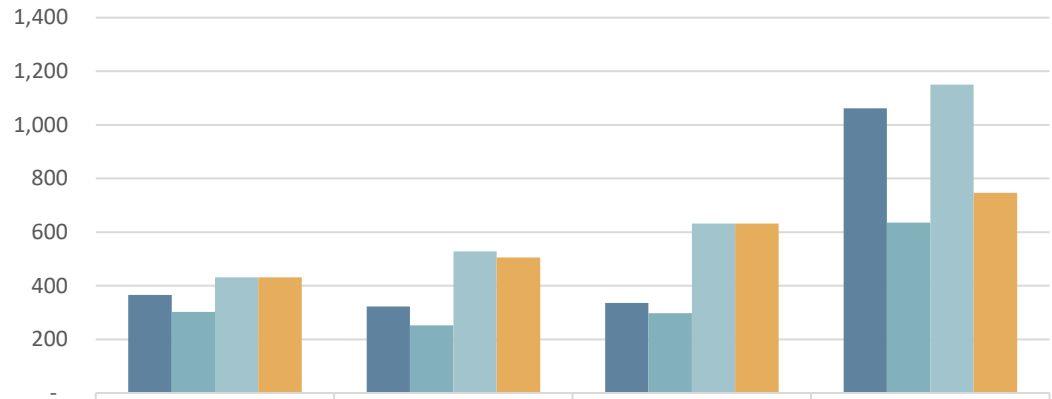
בין השנים 2004-2015, ההוצאה מן הכיס על בריאות עלתה בכל אחת מהמדינות המיוצגות לפי משטרי רווחה. ישראל, שאותה אנו מעמידים לצורך הדיון כמדינה בודדת (לא ממוצע של סוג משטר זה או אחר) – היא בעלת ההוצאה הגבוהה ביותר בכל הגלים, למרות שבה נרשמה ירידה של 30%.

ישראל שונה מן הארצות האירופיות גם בדפוס השינוי בין גל אחד למשנהו: בשלושת המשטרים – הסוציאל-דמוקרטי, השמרני-קורפורטיסטי והדרומי, רמת ההוצאות מן הכיס בשני הגלים הראשונים (2004 ו-2007) היתה דומה למדי. בשני הגלים המאוחרים יותר נרשם גידול קטן יחסית במשטרים הסוציאל דמוקרטיים, גידול מעט גדול יותר במשטרים השמרנים-קורפורטיסטיים וגידול עוד יותר משמעותי במשטרים הדרומיים. ואולם בכל אחד מן הגלים ההוצאות מן הכיס הגדולות ביותר נרשמו בישראל. לא רק זאת, דפוס השינוי בישראל היה מאוד בלתי יציב: עלייה-ירידה-עלייה-ירידה; אלא שגם בשנים בהן נרשמה ירידה בישראל, רמת ההוצאה נותרה הגבוהה ביותר.

תרשים 4. הוצאה מן הכיס על בריאות: הוצאה שנתית ממוצעת לבני.ות 65 ומעלה

ביורו לנפש על פי הסיווג של משטרי רווחה, 2004-2015

במונחי שווי כוח הקנייה (PPP); הוצאה על בריאות ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי; לפי סדר עולה בשנת 2015



	סוציאל- דמוקרטי	שמרני-קורפורטיסטי	דרומי	ישראל
W1-2004	365	322	336	1,062
W2-2007	302	252	298	636
W5-2013	431	528	632	1,150
W6-2015	431	506	632	747

שיעור שינוי 2004-2015	סוציאל-דמוקרטי	שמרני-קורפורטיסטי	דרומי	ישראל
	18%	57%	88%	-30%

הערה: הגל הראשון עבור ישראל (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

בדומה לממצאיו של פורסטר (Forster, 2018) גם אנו מצאנו הבדלים משמעותיים בין התשלומים מן הכיס על בריאות, לא רק בין משטרי רווחה השונים אלא גם בתוך כל טיפוס

משטרי. יש לומר כי תשלומים שכאלה עשויים להיות מושפעים לא רק ממהלכים ברמה המשטרית אלא גם מצעדי מדיניות ספציפיים כדוגמת היקף הכיסוי של ביטוח הבריאות הציבורי, הנפוצות והכיסוי של ביטוחים וולונטריים, הצורך בהשתתפויות עצמיות עבור שירותי בריאות אוניברסליים וולונטריים וזמני ההמתנה לתורים לרופאים.ות יועצים.ות ולניתוחים. זמני המתנה ארוכים מביאים לכך שמבוטחים בעלי אמצעים פונים לשירותים פרטיים במקום לאלה הציבוריים כדי לקבל שירות מהיר יותר – ומשלמים עליהם. מאחר וראינו כי סיווג ההוצאה על בריאות מן הכיס על פי משטרי רווחה אינו תורם רבות לצרכים שלנו, בחרנו על כן לבסס את ההשוואות הבינלאומיות על נתונים מדינתיים של תשע המדינות שצויינו לעיל.

הוצאה קטסטרופלית על בריאות מן הכיס

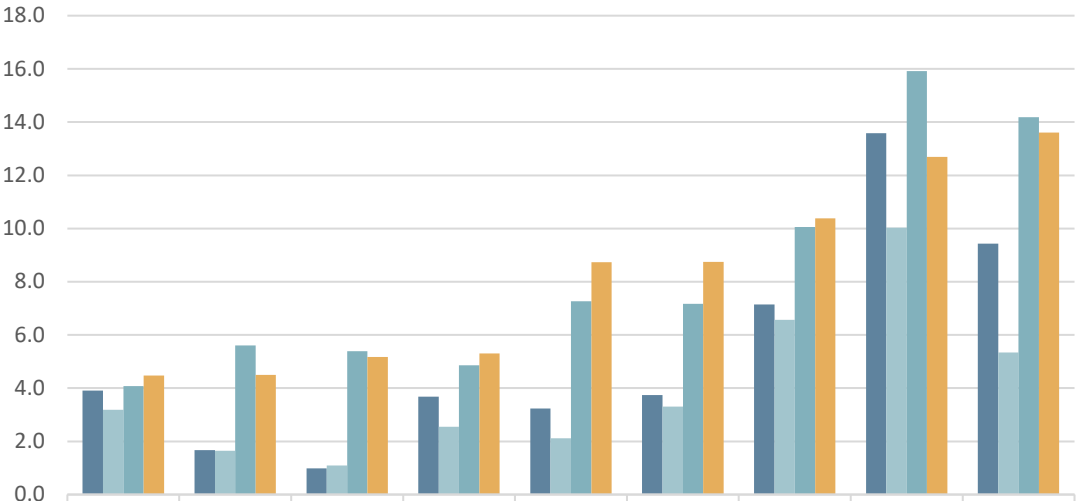
הלוח שלהלן מעלה כי ב-2004, ההוצאה הקטסטרופלית הנמוכה ביותר נרשמה בצרפת, דנמרק, ספרד וגרמניה, בעוד שההוצאה הגבוהה ביותר נרשמה בבלגיה, איטליה וישראל. הגידול המשמעותי ביותר מאז 2004 נרשם בארצות שבהם השיעור היה נמוך מלכתחילה: צרפת (422%), ספרד ודנמרק (169%) ואוסטריה (134%).

בין השנים 2004-2015, שיעור ה-Catastrophic Spending - הוצאה מן הכיס על בריאות מתוך ההכנסה של משק בית בגובה של 10% או יותר, עלתה בממוצע בקרב כלל הארצות המשתתפות במחקר, מ-4.6% ל-8%, בהתאמה. בישראל, שיעור משקי הבית שלהם הוצאות בגובה של 10% או יותר היה גבוה לאין ערוך מהממוצע בכל אחד מהגלים, למעט הגל האחרון של שנת 2015, שבו לאיטליה נרשם שיעור מעט גבוה יותר - 13.6% לעומת 12.7% בישראל.

תרשים 5. Catastrophic Spending: הוצאות על בריאות מן הכיס מתוך ההכנסה של משקי בית בני.ות 65 ומעלה, בשיעור שנתי ממוצע העולה על 10% מהכנסת משק הבית, 2004-2015

הוצאות על בריאות ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי;

לפי סדר עולה בשנת 2015



	שבדיה	דנמרק	צרפת	גרמניה	ספרד	אוסטריה	בלגיה	ישראל	איטליה
w1	3.9	1.7	1.0	3.7	3.2	3.7	7.2	13.6	9.4
w2	3.2	1.7	1.1	2.6	2.1	3.3	6.6	10.0	5.3
w5	4.1	5.6	5.4	4.9	7.3	7.2	10.1	15.9	14.2
w6	4.5	4.5	5.2	5.3	8.7	8.7	10.4	12.7	13.6

מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

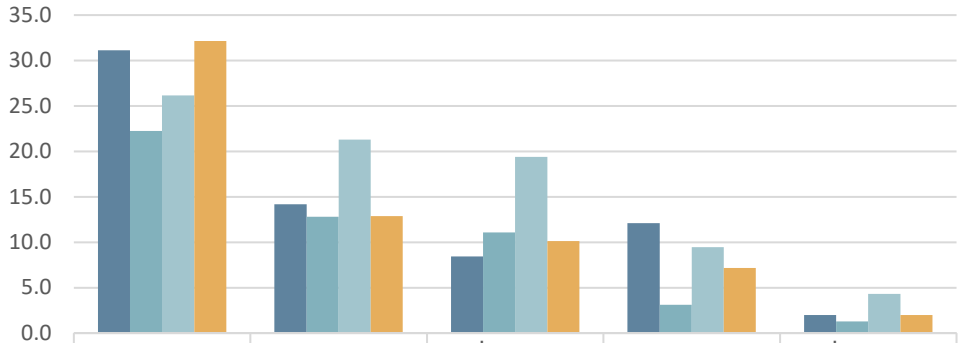
בישראל ההוצאה הקטסטרופלית הגבוהה היותר – בחמישון התחתון

בישראל, בין השנים 2004-2015, שיעור ה-Catastrophic Spending - הוצאה מן הכיס על בריאות מתוך ההכנסה של משק בית בגובה של 10% או יותר, היתה גבוהה מאוד

בחמישון התחתון של ההכנסות. כשליש ממשקי הבית בחמישון התחתון של ההכנסות הוציאו יותר מ-10% מההכנסה שלהם על בריאות. זאת לעומת 12.9% בחמישון השני, 10.1% בחמישון השלישי, 7.2% בחמישון הרביעי ורק 2% בחמישון העליון.

תרשים 6. Catastrophic Spending: הוצאה מן הכיס על בריאות בישראל לפי חמישונים, הוצאה שנתית ממוצעת לבני.ות 65 ומעלה, בשיעור שנתי ממוצע העולה על 10% מהכנסת משק הבית, 2004-2015

הוצאה על בריאות ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי; באחוזים מתוך סך בכל חמישון ובכל שנה



	חמישון תחתון	חמישון שני	חמישון שלישי	חמישון רביעי	חמישון עליון
W1-2004	31.1	14.2	8.4	12.1	2.0
W2-2007	22.3	12.8	11.1	3.1	1.3
W5-2013	26.2	21.3	19.4	9.5	4.3
W6-2015	32.2	12.9	10.1	7.2	2.0

הערה: הגל הראשון עבור ישראל (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.
מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

מצב בריאותי של משתתפי המחקר

בשנים האחרונות גוברת ההתעניינות לא רק במספר השנים שאדם צפוי לחיות אלא גם באיכותם, ולכן פותחו בעולם מדדים שונים של "תוחלת חיים בריאים". מדדים אלו משלבים בחישוב תוחלת החיים המבוסס על שיעורי תמותה, גם מדדים של תחלואה

ומוגבלות. זאת כדי להעריך את השנים שאדם צפוי לחיות בבריאות טובה או ללא מוגבלות, מתוך סך השנים שהוא צפוי לחיות. בישראל חושב נתון זה לראשונה בשנת 2016 על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. בשנה זו שנות החיים הבריאות הצפויות לאזרחי ישראל עמדו על 65.4 שנים בקרב גברים ו-65.1 שנים בקרב נשים. כיוון שגברים חיים פחות, הם צפויים לחיות 81% מתוחלת החיים ללא מוגבלות ונשים רק 77%. כלומר גברים צפויים ל-15 שנים עם מגבלות בריאות המפריעות בתפקוד ונשים ל-19. מכאן, שתוחלת החיים אומנם גבוהה יותר בקרב נשים לעומת גברים (ב-3.5 שנים), אך היא כוללת פרופורציה גדולה יותר של שנות חיים עם בעיה בריאותית המפריעה בתפקוד.[62]

במחקר זה, המצב הבריאותי של אוכלוסיית בני.ות ה-65 ומעלה נבדק על פי דיווח עצמי של המשיבים. התשובות סווגו לפי סולם אמריקאי המחולק לחמש קטגוריות מגרוע ועד למצוין:Excellent, Very good, Good, Fair, Poor . מדד הדירוג העצמי של הבריאות (self-rated health) נמצא במחקרים רבים כמדד בריאותי מקיף המכסה ממדי בריאות שונים כגון בריאות פיזית ונפשית וכן מוגבלויות שונות. [63] המדד נמצא בשימוש תדיר בסקרי האוכלוסייה המבוגרת, וסדרה של ניתוחים במדינות מערביות הראתה בעקביות כי הוא

---

[62] הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (11.12.2017). תוחלת חיים בישראל 2016. **הודעה לעיתונות.**

[63]König, R., Seifert, A. & Doh, M. (2018). Internet use among older Europeans: an analysis based on SHARE data. **Univ Access Inf Soc 17**, 621–633 (2018).;Lima-Costa et al., (2012). Self-rated Health Compared With Objectively Measured Health Status as a Tool for Mortality Risk Screening in Older Adults: 10-Year Follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging**. American Journal of Epidemiology**, Volume 175, Issue 3, 1.

מנבא טוב להבדלים בבריאותם של אנשים מבוגרים, ובפרט הוא מדד מהימן לתמותה עקב מחלות שונות. [64]

כזכור, ההשערה אותה אנו מבקשים לבחון במחקר זה היא, האם תפנית לרעה בבריאות גורמת לאנשים להוציא כסף מן הכיס – על אשפוז, על תרופות, על טיפול בקהילה או על סיעוד – ברמה כה גבוהה עד שהם מוצאים עצמם עם הכנסה פנויה קטנה יותר.

נדרשנו לבדוק על כן האם חל שינוי משמעותי כלשהו ברמת הבריאות של הנחקרים בין השנים 2004 ו-2015. לשם כך הסתמכנו על נתוני SHARE המבוססים על דיווח עצמי. הנחקרים התבקשו לדווח על מצב בריאותם לפי חמש קטיגוריות: "מעולה", "טוב מאוד", "טוב", "בסדר" ו"גרוע". הנתונים בתרשים שלהלן מתייחסים לאלה שסיווגו עצמם בשלוש הקטיגוריות הנמוכות – טוב, בסדר וגרוע, וזאת מתוך הנחה שאם היתה הרעה במצב הבריאות, סביר הוא שהיא נרשמה אצל נחקרים אלה.

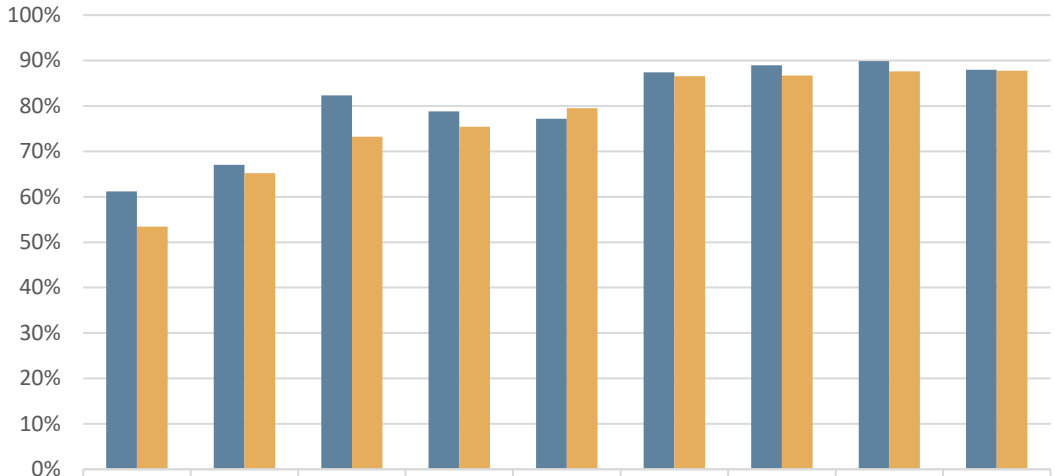
התרשים שלהלן מעלה כי בין 2004 ל-2015 שיעור המדווחים על מצב "טוב" ומטה נותר עקבי בכל ארצות המדגם שלנו, למעט ישראל ודנמרק. השיעור הגבוה ביותר נרשם בספרד, גרמניה, ואיטליה (87%-88%) והנמוך ביותר בשבדיה (65%) ודנמרק (53%). השיעור בישראל עמד על 82% בשנת 2004 וירד ל-73% בשנת 2015.

---

[64] Bunda and Busseri (2019). Lay theories of health, self-rated health, and health behavior intentions**. Journal of health Psychology.** Volume 24 Issue 7**;** Schnittker, J., and Bacak, V. (2014**).** The Increasing predictive validity of self-rated health. **PLOS ONE**. 9(1).

תרשים 7. שיעור המדווחים על מצב בריאותי: "טוב ומטה", 2004 ו-2015

ממוצע של שלושת התשובות: טוב, בסדר וגרוע; לפי סדר עולה בשנת 2015



	דנמרק	שבדיה	ישראל	אוסטריה	בלגיה	צרפת	איטליה	גרמניה	ספרד
W1-2004	61%	67%	82%	79%	77%	87%	89%	90%	88%
W6-2015	53%	65%	73%	75%	80%	87%	87%	88%	88%

הערה: הגל הראשון עבור ישראל (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

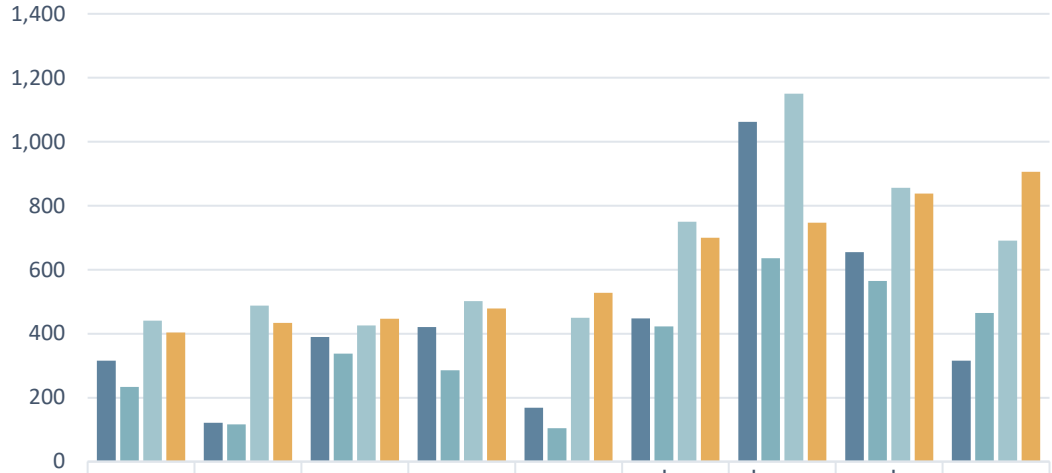
ארבעה סוגי הוצאות בריאות מן הכיס

הוצאה מן הכיס על בריאות כוללת את ארבעת מרכיבי ההוצאה: טיפול בקהילה, אשפוז, תרופות וטיפול סיעודי. בין השנים 2004-2015 ההוצאה הממוצעת על בריאות בקרב בני.ות 65 ומעלה בקרב תשע הארצות הנכללות במחקר עלתה ב-62% : מ-341 יורו לנפש ל-554 יורו לנפש ב-2015 (במונחי שווי כוח קנייה).

התרשים שלהלן מעלה כי בין 2004 ל-2015 ההוצאה על בריאות בקרב בני.ות 65 ומעלה היתה תנודתית. בשנת 2015 ההוצאות הגבוהות ביותר נרשמו באוסטריה (906 יורו לנפש), בבלגיה (838 יורו לנפש) ובישראל (747 יורו לנפש). הוצאות נמוכות על בריאות נרשמו בדנמרק בשבדיה, בצרפת ובדנמרק. ההוצאה על בריאות בישראל היתה גבוהה מבין כל המדינות בשלושת הגלים הראשונים שנבדקו (2004, 2007 ו-2013).

תרשים 8. הוצאה מן הכיס על בריאות:
הוצאה שנתית ממוצעת ביורו לנפש של בני.ות 65 ומעלה, 2004-2015

במונחי שווי כוח הקנייה (PPP); הוצאה על בריאות ללא החזר מביטוח לאומי,
קופות חולים או ביטוח מסחרי; לפי סדר עולה בשנת 2015



	דנמרק	צרפת	שבדיה	גרמניה	ספרד	איטליה	ישראל	בלגיה	אוסטריה
W1-2004	316	121	390	420	168	448	1,062	655	316
W2-2007	233	117	338	286	105	423	636	565	465
W5-2013	441	488	426	502	449	750	1150	856	691
W6-2015	404	434	446	479	527	699	747	838	906

הערה: עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.
מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

בעמודים הבאים, נבחן את המרכיבים השונים של ההוצאה על בריאות לאורך גלי המחקר.

(1). הוצאה מן הכיס על בריאות: טיפול בקהילה

הוצאה מן הכיס על טיפול בקהילה כוללת הוצאות על התייעצויות עם רופאים ו/או אנשי מקצוע בתחום הבריאות, רופאי שיניים ובדיקות למיניהן.

בין השנים 2004-2015 ההוצאה הממוצעת לנפש על טיפול בקהילה עלתה ב-125%: בשנת 2015, ההוצאה השנתית הממוצעת לנפש של בני.ות 65 ומעלה על טיפול בקהילה בארצות הנכללות במחקר עמדה על 210 יורו. עשור לפני כן, בשנת 2004, ההוצאה עמדה על 93 יורו לנפש (במונחי שווי כוח הקנייה).

מבין הארצות הנחקרות, ההוצאה השנתית הממוצעת לנפש הגבוהה ביותר על טיפול בקהילה בשנת 2015 היתה באיטליה – 351 יורו לנפש– מדובר בעלייה של 90% מאז 2004. באותה השנה, ההוצאה השנייה בגובהה היתה באוסטריה (256 יורו לנפש). הבאות בתור היו שבדיה וישראל שחלקו הוצאה דומה: 230 יורו לנפש. בשאר הארצות הטווח נע מ-179 יורו לנפש בדנמרק ועד 135 יורו לנפש בצרפת (במונחי שווי כוח הקנייה).

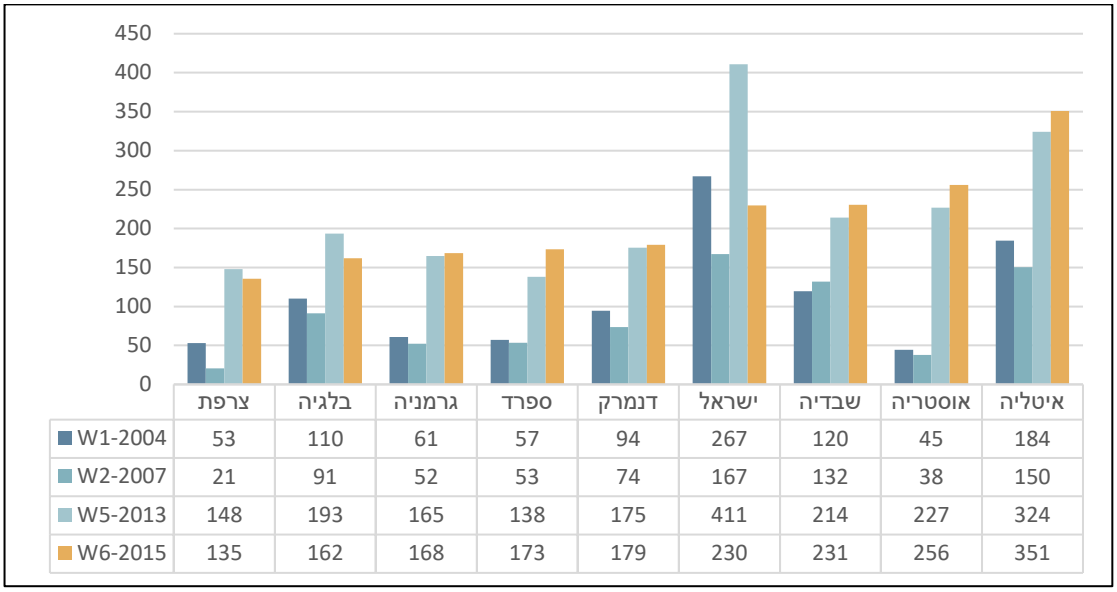
בכל אחד משלושת הגלים הראשונים במחקר, ההוצאה מן הכיס על טיפול בקהילה בישראל היתה הגבוהה מבין כל הארצות הנחקרות.

תרשים 9. הוצאה מן הכיס על טיפול בקהילה:
הוצאה שנתית ממוצעת על טיפול בקהילה לבני.ות 65 ומעלה, 2015-2004

ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)

הוצאה על טיפול בקהילה ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי;

לפי סדר עולה בשנת 2015



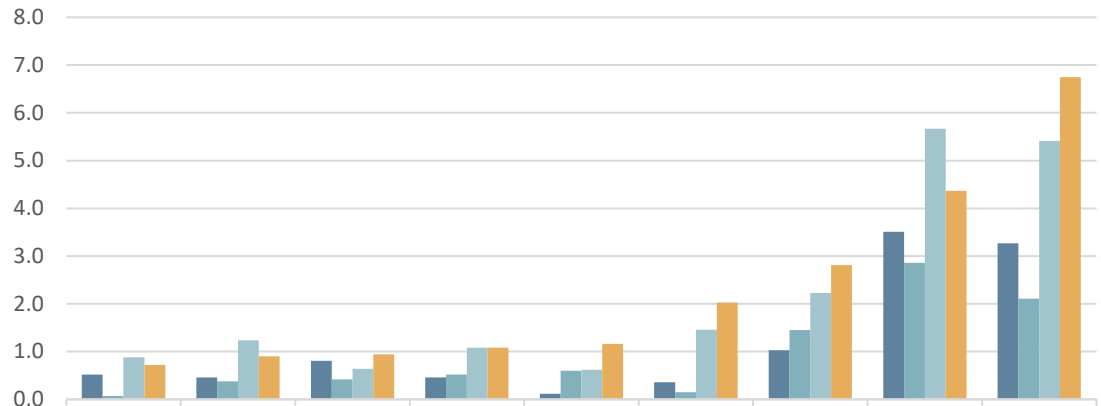
	צרפת	בלגיה	גרמניה	ספרד	דנמרק	ישראל	שבדיה	אוסטריה	איטליה
W1-2004	53	110	61	57	94	267	120	45	184
W2-2007	21	91	52	53	74	167	132	38	150
W5-2013	148	193	165	138	175	411	214	227	324
W6-2015	135	162	168	173	179	230	231	256	351

הערה: עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.
מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

בין השנים 2004-2015, שיעור ה-Catastrophic Spending - הוצאה מן הכיס על טיפול בקהילה מתוך ההכנסה של משק בית בגובה של 10% או יותר, עלתה בקרב כלל הארצות הנכללות במחקר, מ-1.2% ל-2.6%, בהתאמה. בישראל, שיעור משקי הבית שלהם הוצאות בגובה של 10% או יותר היה גבוה מהממוצע בכל אחד מהגלים, למעט הגל האחרון של שנת 2015, שבו לאיטליה נרשם שיעור מעט גבוה יותר – 6.8% לעומת 4.4% בישראל.

תרשים 10. Catastrophic Spending: הוצאות מן הכיס על טיפול בקהילה מתוך ההכנסה של משקי בית בני.ות 65 ומעלה, שיעור שנתי ממוצע העולה על 10%, 2004-2015

הוצאה על טיפול בקהילה ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי; לפי סדר עולה בשנת 2015



	צרפת	דנמרק	בלגיה	גרמניה	שבדיה	אוסטריה	ספרד	ישראל	איטליה
w1	0.5	0.5	0.8	0.5	0.1	0.4	1.0	3.5	3.3
w2	0.1	0.4	0.4	0.5	0.6	0.2	1.5	2.9	2.1
w5	0.9	1.2	0.6	1.1	0.6	1.5	2.2	5.7	5.4
w6	0.7	0.9	0.9	1.1	1.2	2.0	2.8	4.4	6.8

הערה: עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

הוצאה מן הכיס על רפואת שיניים

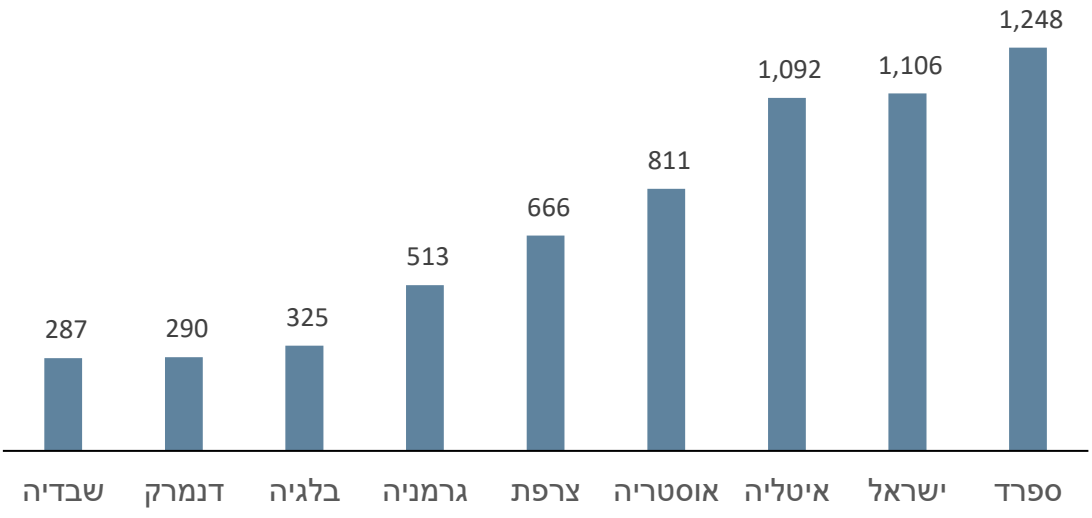
ההוצאה על טיפול בקהילה כוללת, בין היתר, הוצאה על רפואת שיניים.

בשנת 2015 ההוצאה השנתית הממוצעת על רפואת שיניים בקרב הארצות הנכללות במחקר עמדה על כ-700 יורו לנפש (במונחי שווי כוח הקנייה). הארצות שרשמו את ההוצאה הגבוהה ביותר מעל הממוצע היו ספרד (1,248 יורו לנפש), ישראל (1,106 יורו לנפש) ואיטליה (1,092 יורו לנפש). הוצאה נמוכה על רפואת שיניים נרשמה בארצות בעלות משטר רווחה סוציאל דמוקרטי, דנמרק (290 יורו לנפש) ושבדיה (287 יורו לנפש).

תרשים 11. הוצאה מן הכיס על רפואת שיניים:
הוצאה שנתית ממוצעת לבני.ות 65 ומעלה, 2015

ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)

הוצאה על רפואת שיניים ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי



מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

(2). הוצאה מן הכיס על בריאות: אשפוז

הוצאה מן הכיס על אשפוז כוללת הוצאות מן הכיס על אשפוז בבתי חולים או מוסדות רפואיים אחרים. מבין ארבעת מרכיבי ההוצאה על בריאות מן הכיס, ההוצאה על אשפוז היתה הנמוכה ביותר בקרב בני.ות 65 ומעלה בישראל.

בין השנים 2004-2015 ההוצאה הממוצעת מן הכיס על אשפוז לנפש, במדינות נבחרות באירופה וישראל בקרב בני.ות 65 ומעלה, ירדה ב-40% לערך, מ-31 יורו לנפש ב-2004 ל-19 יורו לנפש ב-2015 (במונחי שווי כוח הקנייה).

בשנת 2015, ההוצאה השנתית הממוצעת הגבוהה ביותר מן הכיס על אשפוז היתה באוסטריה – 62 יורו לנפש – עלייה של פי שתים לערך מאז 2004. באותה השנה, ההוצאה השנייה בגובהה היתה בבלגיה והיא עמדה על 44 יורו לנפש, למרות ההוצאה הגבוהה זוהי ירידה של 65% לערך מאז 2004. ישראל, בדומה לשבדיה, דנמרק וספרד, נמנית עם המדינות בהן ההוצאה על אשפוז נמוכה מאוד. [65]

---

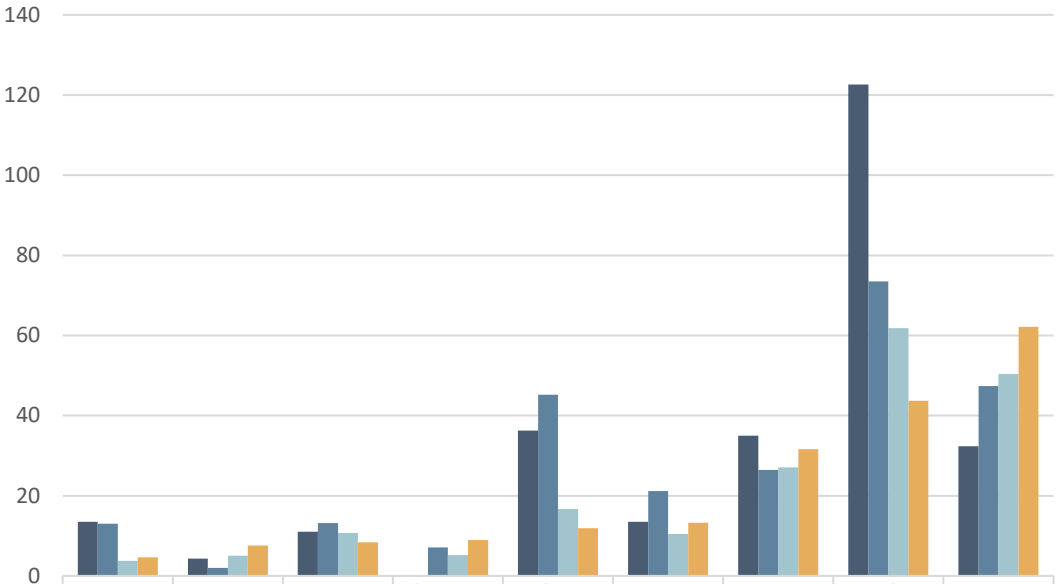
[65] בגל הראשון שנערך עבור ישראל ההוצאות על אשפוז היו גבוהות למדי ולא עקביות עם הנתונים בגלים שלאחר מכן-ולכן לא הוצג הנתון, אך נכנס לחישוב הכללי. נערכו בדיקות נוספות כדי להבין את הפער החריג בין הגלים אולם לא נמצא ממצא יוצא דופן. בין היתר, נמצא כי ערכי המקסימום בגל הראשון היו גבוהים יותר, אולם כל הערכים, ללא יוצא דופן, היו גבוהים יותר ולא נמצא הבדל בהתפלגויות בין הגלים. יחד עם זאת, קיים הבדל בין אלו שאמרו שלא הוציאו כלום על אשפוז, משמע עם הערך 0: בגל 1 - 95%, גל 2 - 97%, ושני הגלים האחרונים קרובים ל99% שלא הוציאו כסף על אשפוז.

תרשים 12. הוצאה מן הכיס על אשפוז:
הוצאה שנתית ממוצעת על אשפוז לבני.ות 65 ומעלה, 2004-2015

ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)

הוצאה על אשפוז ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי

לפי סדר עולה בשנת 2015



	ספרד	דנמרק	שבדיה	ישראל	איטליה	צרפת	גרמניה	בלגיה	אוסטריה
W1-2004	13	4	11		36	14	35	123	32
W2-2007	13	2	13	7	45	21	26	73	47
W5-2013	4	5	11	5	17	10	27	62	50
W6-2015	5	8	8	9	12	13	32	44	62

הערות:

1. עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.
2. בגל הראשון שנערך עבור ישראל ההוצאות על אשפוז היו גבוהות למדי ולא עקביות עם הנתונים בגלים שלאחר מכן-ולכן לא הוצג הנתון, אך נכנס לחישוב הכללי.

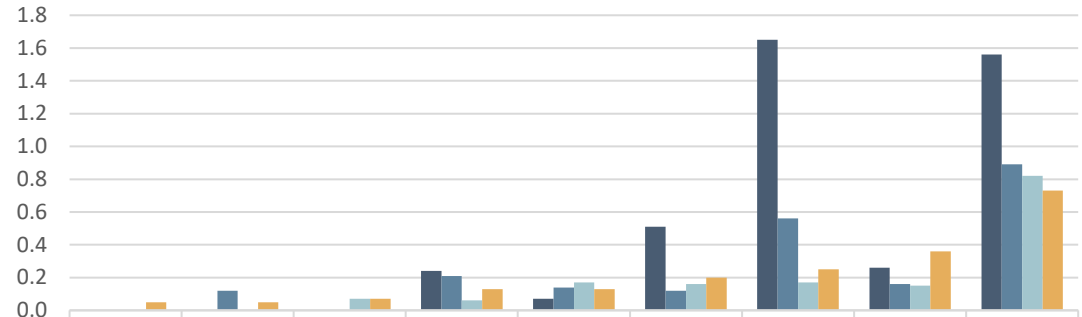
מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

שיעור משקי הבית שהוציאו יותר מ-10% מהכנסתם על אשפוז הינו זניח בכל אחת מהמדינות ובכל אחד מגלים. בין השנים 2004-2015, שיעור ה-Catastrophic Spending - הוצאה מן הכיס על אשפוז מתוך ההכנסה של משק בית בגובה של 10% או יותר, ירדה בקרב המדינות המשתתפות במחקר, מ-0.6% ל-0.2%, בהתאמה. בישראל, שיעור משקי הבית שלהם הוצאות בגובה של 10% או יותר היה נמוך מהממוצע בכל אחד מהגלים, למעט הגל הראשון.

תרשים 13. Catastrophic Spending:

הוצאות מן הכיס על אשפוז מתוך ההכנסה של משקי בית בני.ות 65 ומעלה, שיעור שנתי ממוצע העולה על 10%, 2004-2015

הוצאה על אשפוז ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי; לפי סדר עולה בשנת 2015



	שבדיה	ישראל	דנמרק	ספרד	צרפת	אוסטריה	איטליה	גרמניה	בלגיה
w1	0.0		0.0	0.2	0.1	0.5	1.7	0.3	1.6
w2	0.0	0.1	0.0	0.2	0.1	0.1	0.6	0.2	0.9
w5	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.8
w6	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.7

הערות:

1. עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.
2. בגל הראשון שנערך עבור ישראל ההוצאות על אשפוז היו גבוהות למדי ולא עקביות עם הנתונים בגלים שלאחר מכן-ולכן לא הוצג, אך נכנס לחישוב הכללי.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

(3). הוצאה מן הכיס על בריאות: תרופות

הוצאה מן הכיס על תרופות כוללת הוצאות מן הכיס על תרופות מרשם ועל תרופות שאינן במרשם.[66] בין השנים 2004-2015 ההוצאה הממוצעת מן הכיס על תרופות לנפש, בקרב בני.ות 65 ומעלה, בקרב הארצות הנכללות במחקר נותרה כמעט לא שינוי: 114 יורו לנפש ו-111 יורו לנפש, בהתאמה (במונחי שווי כוח הקנייה).

בשנת 2015, ההוצאה הגבוהה ביותר מן הכיס על תרופות היתה בבלגיה – 287 יורו לנפש. באותה השנה, ההוצאה השנייה בגובהה היתה בישראל – 201 יורו לנפש. הוצאות גבוהות נוספות נרשמו באוסטריה (180 יורו לנפש) איטליה (153 יורו לנפש) ודנמרק (144 יורו לנפש).

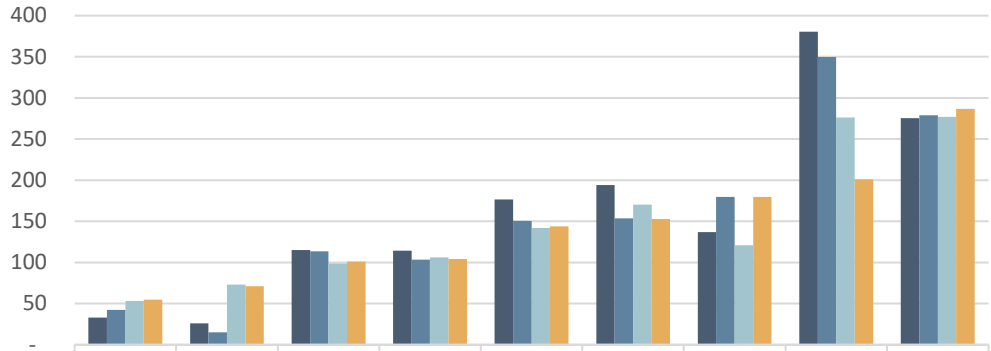
בכל אחת מהשנים, למעט 2015, ההוצאה על תרופות בישראל היתה גבוהה מזו של שאר הארצות הנכללות במחקר.

[66] הסקר אינו מאפשר לערוך הפרדה בין תרופות במרשם לתרופות שאינן במרשם.

תרשים 14. הוצאה מן הכיס על תרופות:
הוצאה שנתית ממוצעת על תרופות לבני.ות 65 ומעלה, 2004-2015

ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)

הוצאה על תרופות מרשם ועל תרופות ללא מרשם, ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי; לפי סדר עולה בשנת 2015



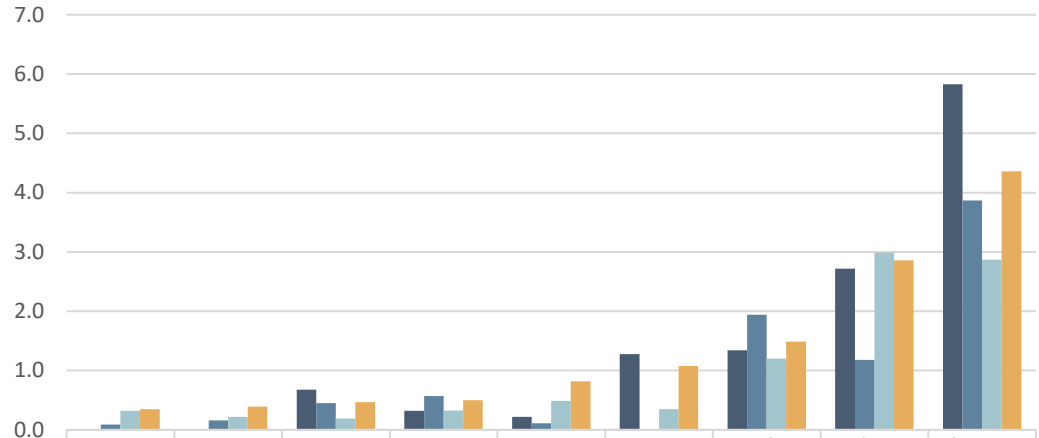
	צרפת	ספרד	שבדיה	גרמניה	דנמרק	איטליה	אוסטריה	ישראל	בלגיה
W1-2004	33	26	115	114	177	194	137	381	275
W2-2007	42	15	113	104	151	154	180	350	279
W5-2013	53	73	99	106	142	170	121	276	277
W6-2015	55	71	101	104	144	153	180	201	287

הערה: עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.
מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

שיעור משקי הבית שהוציאו יותר מ-10% מהכנסתם על תרופות היה נמוך מאוד בכל אחת מהמדינות ובכל אחד מהגלים. בין השנים 2004-2015, שיעור ה- Catastrophic Spending- הוצאה מן הכיס על תרופות מתוך ההכנסה של משק בית בגובה של 10% או יותר, נותרה כמעט ללא שינוי בקרב הארצות הנכללות במחקר, מ-1% ל-1.2%, בהתאמה. בישראל, שיעור משקי הבית שלהם הוצאות בגובה של 10% או יותר היה גבוה מהממוצע בכל אחד מהגלים.

תרשים 15. Catastrophic Spending: הוצאות מן הכיס על תרופות מתוך ההכנסה של משקי בית בני.ות 65 ומעלה, שיעור שנתי ממוצע העולה על 10%, 2004-2015

הוצאה על תרופות במרשם ולא במרשם ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי; לפי סדר עולה בשנת 2015



	שבדיה	צרפת	גרמניה	דנמרק	ספרד	אוסטריה	בלגיה	איטליה	ישראל
w1	0.0	0.0	0.7	0.3	0.2	1.3	1.3	2.7	5.8
w2	0.1	0.2	0.5	0.6	0.1	0.0	1.9	1.2	3.9
w5	0.3	0.2	0.2	0.3	0.5	0.4	1.2	3.0	2.9
w6	0.4	0.4	0.5	0.5	0.8	1.1	1.5	2.9	4.4

הערה: עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

(4). הוצאה מן הכיס על בריאות: טיפול סיעודי

הוצאה מן הכיס על טיפול סיעודי בקהילה כוללת הוצאות על טיפול אישי, מטפל.ת בבית, קניית ארוחות מוכנות עקב בעיה פיזית, נפשית, רגשית או כזו שקשורה לזיכרון.

בין השנים 2004 ל-2015 ההוצאה הממוצעת מן הכיס לנפש, בקרב בני.ות 65 ומעלה במדינות נבחרות באירופה ובישראל, על טיפול סיעודי עלתה ב-107%: מ-103 יורו לנפש בשנת 2004 ועד ל-214 יורו לנפש ב-2015 (במונחי שווי כוח הקנייה).

בשנת 2015, ההוצאה השנתית הממוצעת לנפש הגבוהה ביותר של בני.ות 65 ומעלה על טיפול סיעודי היתה באוסטריה – 408 יורו לנפש– עלייה של 300% מאז 2004 באותה השנה, הוצאות גבוהות נרשמו גם בבלגיה (346 יורו לנפש) ובישראל (307 יורו לנפש).

בכל אחת מהארצות הנכללות במחקר, למעט שבדיה וגרמניה, נרשמה עלייה בהוצאה על טיפול סיעודי. העלייה הגבוהה ביותר נרשמה בצרפת, של 950% לערך מ-22 יורו לנפש ב-2004 ועד ל-231 יורו לנפש ב-2015. בשבדיה, שבה קיים ביטוח סיעודי אוניברסלי, נרשמה ירידה בגובה ההוצאה מן הכיס של 26%: מ-144 יורו לנפש ועד ל-106 יורו לנפש ב-2015. בגרמניה, הירידה היתה מתונה יותר ועמדה על 17%: מ-210 יורו לנפש ועד ל-174 יורו לנפש (במונחי שווי כוח הקנייה).

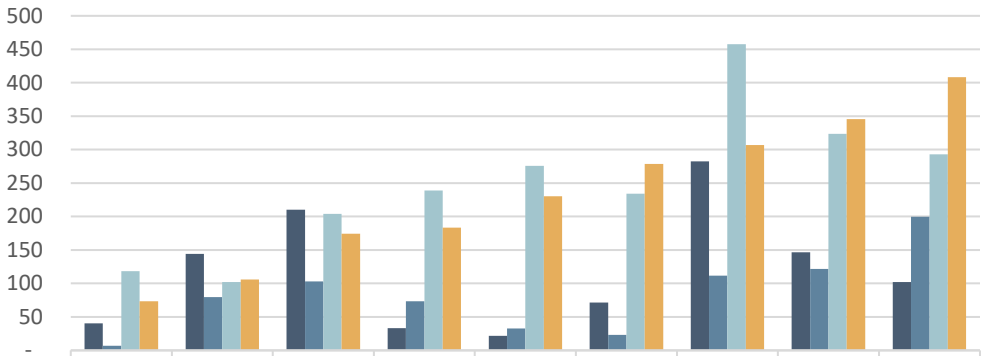
בישראל, בגל הראשון ובגל השלישי של המחקר, ההוצאה מן הכיס על טיפול סיעודי היתה הגבוהה מבין כל הארצות הנחקרות.

תרשים 16. הוצאה מן הכיס על טיפול סיעודי ביתי: הוצאה שנתית ממוצעת על טיפול סיעודי בבית לבני.ות 65 ומעלה, 2004-2015

ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)

הוצאה על טיפול סיעודי בבית, ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי

לפי סדר עולה בשנת 2015



	דנמרק	שבדיה	גרמניה	איטליה	צרפת	ספרד	ישראל	בלגיה	אוסטריה
W1-2004	40	144	210	33	22	72	282	147	102
W2-2007	7	80	103	74	33	23	112	122	200
W5-2013	119	102	204	239	276	234	458	324	293
W6-2015	73	106	174	184	231	279	307	346	408

הערה: עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.
מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

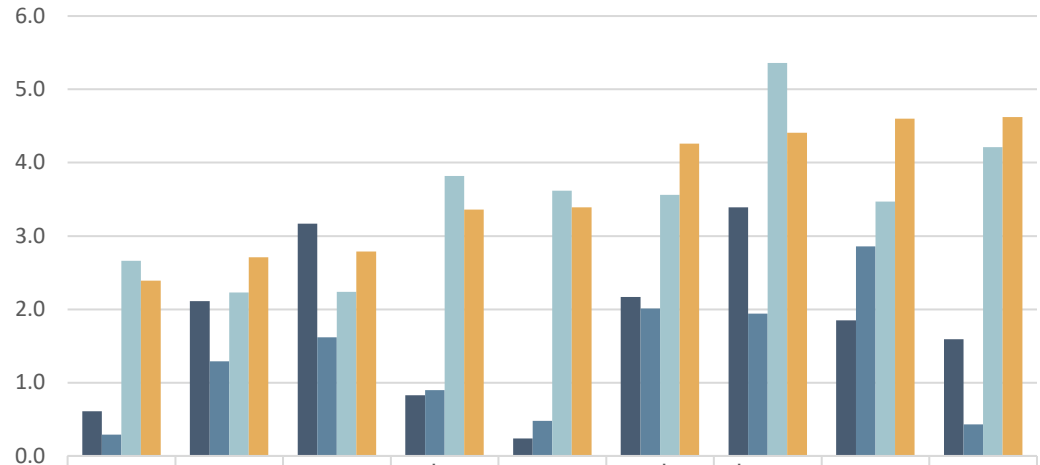
שיעור משקי הבית שהוציאו יותר מ-10% מהכנסתם על טיפול סיעודי ביתי עלה בכל אחת מהארצות ובכל אחד מגלים, למעט שבדיה בה קיים ביטוח סיעוד אוניברסלי. בין השנים 2015-2004, שיעור ה-Catastrophic Spending - הוצאה מן הכיס על טיפול סיעודי ביתי מתוך ההכנסה של משק בית בגובה של 10% או יותר, עלה ב-140% לערך בקרב הארצות הנכללות במחקר, מ-1.4% ל-3.4%, בהתאמה. בישראל, שיעור משקי הבית שלהם הוצאות בגובה של 10% או יותר היה גבוה מהממוצע בכל אחד מהגלים.

תרשים 17. Catastrophic Spending:

הוצאות מן הכיס על טיפול סיעודי ביתי מתוך ההכנסה של משקי בית בני.ות 65 ומעלה, שיעור שנתי ממוצע העולה על 10%, 2004-2015

הוצאה על טיפול סיעודי ביתי ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי;

לפי סדר עולה בשנת 2015



	דנמרק	גרמניה	שבדיה	איטליה	צרפת	בלגיה	ישראל	אוסטריה	ספרד
w1	0.6	2.1	3.2	0.8	0.2	2.2	3.4	1.9	1.6
w2	0.3	1.3	1.6	0.9	0.5	2.0	1.9	2.9	0.4
w5	2.7	2.2	2.2	3.8	3.6	3.6	5.4	3.5	4.2
w6	2.4	2.7	2.8	3.4	3.4	4.3	4.4	4.6	4.6

הערה: עבור ישראל הגל הראשון (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

הוצאה מהכיס על תרופות: מבט מקרוב

מחירי תרופות המרשם בישראל נקבעים מכוח חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 וצו הפיקוח על מצרכים ושירותים התשס"א-2001. משרד הבריאות, באמצעות צו הפיקוח התשס"א-2001 מסדיר גם את מחירי התרופות שאינן במרשם.[67] עבור צרכני הבריאות, מדובר בשוק ריכוזי מאחר וקופות החולים אחראיות על רוב (85%) תרופות המרשם הנמכרות בישראל.

למשרד הבריאות תפקיד מפתח ברגולציה של מחירי התרופות. בתחילת שנות האלפיים תיקן משרד הבריאות את החקיקה ואיפשר, הלכה למעשה, ייבוא מקביל של תרופות לישראל. זאת, כדי להקל את כניסתם של שחקנים נוספים לשוק, לאפשר תחרות ולהביא להפחתה במחירי התרופות.[68]

מדינת ישראל אינה יכולה להשפיע על מחירי התרופות. השוק הישראלי קטן מדי, ורוב התרופות מיובאות לישראל. עובדה זו גורמת לתלות גבוהה של מחירי התרופות בשער החליפין של מטבעות בהם מתבצעת הרכישה. לא אחת, נטען כי זו אחת הסיבות למרחב התמרון, הצר יחסית, של קופות החולים ושל חברי ועדת הסל שמתכנסים מדי שנה.[69]

החל משנת 2001 מחירון תרופות המרשם בישראל נקבע באופן יחסי לפי שיטת "המודל ההולנדי" שקבע, כי מחירי התרופות יקבעו, פעם בשנה, על פי ממוצע מחירי התרופות

---

[67] אתר האינטרנט של משרד הבריאות, 21.11.2022.

[68] מרקוביץ-ביטון, מ', נחמיאס, י' ורוזנצוויג-פלדמן ת' (2021). **אסדרת שוק התרופות בישראל**. מחקרי רגולציה כרך ד'.

[69] מן הראוי לציין, כי נתוני SHARE מאפשרים לבדוק את גובה ההוצאה מהכיס של מרכיבי הבריאות גם בשקלים. על כן, חישבנו, עבור כל אחד מהמרכיבים לאורך גלי המחקר, במחירים קבועים לשנת 2015.

בארבע מדינות: צרפת, בלגיה, גרמניה ובריטניה, או לפי המחיר בהולנד-הנמוך מבין השניים.[70] מודל זה הצליח באופן חלקי לרסן את מחירי התרופות, אולם עד מהרה התעוררה ביקורת שלפיה מדובר במדינות עם תוצר לנפש גבוה יותר מזה של ישראל, וכי מחירי התרופות במדינות אלה גבוהים ביחס לרוב המדינות. לכן בשנת 2007 הוחלט לערוך תיקון במחירון התכשירים שאינם כלולים בסל הבריאות ולהוסיף מדינות חדשות למודל הציטוט: פורטוגל, ספרד, הונגריה ופולין. בשנת 2010, משרד הבריאות נדרש להסדרה חוזרת של צווי הוראת השעה, לצד עדכונים נוספים במודל התמחור ושינויים במדינות הציטוט. לאור התנודתיות והדינמיות הזו הוחלט במשרד הבריאות לבחון מחדש את אופן הפיקוח על מחירי התרופות ולמנות בשנת 2016 ועדה שתבחן את מודל הפיקוח על תרופות המרשם בישראל. [71]

בסופו של דבר, התוצאה היא שמחירי תרופות גבוהים בישראל מכפי שהם אמורים להיות. מן הראוי לציין, כי עוד לפני הקמת הוועדה, משרד הבריאות סבר כי "שיטת הציטוט הוכיחה עצמה בהפחתת מחירי התרופות לאורך השנים וכי השינויים במחירי התרופות מאז 2001 הושפעו בעיקר מהשינויים בשערי המטבע, מהשינויים בשיטות הציטוט בין מדינות הציטוט השונות, ומשינוי שיטת הציטוט בארץ בין 2006 ו-2010. [72] עמדה זו אינה עולה בקנה אחד עם דוח מבקר המדינה העוסק במערכת הבריאות באותן שנים, המציין כי ההשתתפות העצמית של החולים, בין היתר על תרופות, הופכת למעשה למס המושת על

---

[70] המודל יושם באותה עת בהולנד, על כן נקרא "המודל ההולנדי". מלבד מנגנון זה הצו קבע, כי במידה וחל שינוי חודשי ממוצע של 3% בשער החליפין של האירו יקבע מנגנון עדכון מיוחד. משרד הבריאות (אוקטובר 2016). האגף לתכנון תקצוב ותמחר. **מודל הפיקוח על מחירי תרופות מרשם**.

[71] לפירוט מלא של השינויים ר': משרד הבריאות (אוקטובר 2016). האגף לתכנון תקצוב ותמחר. **מודל הפיקוח על מחירי תרופות מרשם**. ניב, ש' (2016). מה עם יוקר התרופות. ג**לובס**.

[72] שם, שם: 25-26.

החולים נוסף לתשלום מס בריאות על פי החוק. התוצאה היא התייקרות במחירי התרופות למבוטחים. בחלק מקופות החולים שנבדקו על ידי המבקר חלה עלייה של למעלה מ-15% ביותר מ-700 תרופות. המבקר מציין כי המבוטחים לא נהנו מהפחתת מחירי התרופות; הקופות הן הנהנות העיקריות מהפחתת המחירים. עוד עולה כי שכבות מסוימות באוכלוסייה מוותרות על צריכת תרופות ועל שירותי בריאות אחרים. [73] מסמך אחר של ההסתדרות הרפואית בישראל מציין כי מחיר התרופות החדשות בכלל והאונקולוגיות בפרט מצוי במגמת עלייה ברחבי העולם ובישראל. מגמה זו מציבה אתגר בפני מערכת הבריאות בישראל מאחר והתייקרויות אלה שוחקות את תקציב סל התרופות. לדברי ההסתדרות הרפואית, קופות החולים נהנות מגביית שיעורי השתתפות עצמית גבוהים, חברות התרופות נהנות מהצמדת מחירי התרופות למדינות "יקרות", ומשרד הבריאות - מיציבות פיננסית של קופות החולים. [74]

מודל הפיקוח החדש על תרופות מרשם – 2018

בשנת 2016 מונתה ועדה לבחינת מודל פיקוח חדש על מחירי תרופות מרשם, על ידי שר הבריאות ליצמן. המלצות הועדה פורסמו בחודש אוקטובר 2016 ואושרו על ידי שר האוצר משה כחלון בשנת 2018.

המלצות הועדה נסובו סביב יצירת מודל פיקוח חדש שקבע כי תרופות המרשם יחולקו לשתי קבוצות בהתאם לרמת התחרות: בקבוצה הראשונה יכללו תרופות שעדיין חלה עליהן הגנת הפטנט ואילו הקבוצה השנייה היא קבוצת התרופות הגנריות. מחירן של כל

---

[73] דוח מבקר המדינה מס' 58, 2007.

[74] ההסתדרות הרפואית בישראל (דצמבר 2016). מסמך רקע: התייקרות התרופות בעולם ובישראל-ההתמודדות עימה.

התרופות הנמנות על הקבוצה הראשונה, ללא התחרות, ייקבע על פי המחיר הממוצע של כל אחת מהן מבין שלוש המדינות הזולות: בלגיה, הונגריה, ספרד, צרפת, הולנד, בריטניה וגרמניה. כל התרופות בקבוצה השנייה יהיו מחויבות לקבל את אישור המפקח על המחירים, ועליו יהיה לבדוק את הבקשה לאישור התרופה לכניסה לשוק, בהתאם לכללים המקובלים. בסמכות המפקח לאשר או לדחות את הבקשה שתוגש לו בהתאם לתוצאות בדיקתו. עוד נקבע, כי כל יתר תרופות המרשם שיש להן תחרות גנרית, מחיריהן יוקפאו והמחיר המרבי הקבוע שלהן לא ישתנה בהתאם לשינויי המחיר במדינות הייחוס, אלא אם המשווק הגיש למפקח על המחירים בקשה מנומקת להעלאת מחיר לפי הוראות החוק. [75]

במסגרת דיוניה הוועדה ניסתה, בין היתר, לאמוד את ההיקף הכספי של שוק התרופות בישראל. על פי הערכות שנמסרו לוועדה על ידי משרד האוצר, בשנת 2013 היקף ההוצאה הכוללת (ציבורית ופרטית) על תרופות מרשם בישראל נאמד ב- 9 מיליארד ₪ (במחירים שוטפים), מזה ההוצאה הפרטית של משקי בית על תרופות עמדה על 3.8 מיליארד ₪ לערך. [76]

תרופות ללא מרשם

מחירי תרופות ללא מרשם (OTC) בישראל נתונים בפיקוח מאז 2001. הם נקבעים על ידי משרד הבריאות, שנשען על מחירוני התרופות באירופה - ועליהם מוסיף מעין "עמלת שיווק" שנעה בין 10% ל-37%. המחיר שמתקבל, בתוספת מע"מ, מוגדר כמחיר תקרה קמעוני. המחיר הזה, שכבר בשלב זה מבטיח רווחיות גבוהה, לא משקלל את כוח הרכישה

---

[75] מרקוביץ-ביטון, מ', נחמיאס, י' ורוזנצוויג-פלדמן ת' (2021). **אסדרת שוק התרופות בישראל**. מחקרי רגולציה כרך ד'.
[76] אין נתונים מעודכנים מעבר לשנה זו. שם, שם.

הגדול שנמצא בידי קופות החולים, או של רשתות הפארם. בזכות העובדה שמדובר בגופים גדולים, הן זוכות בהנחות מחברות התרופות ולא ממהרות לגלגל אותן לצרכנים. כך, הן מצליחות בזכות כוח המיקוח שלהן להגיע למרווחי רווח של 60%–70% ביחס למחיר המחירון הרשמי - מה שהופך את שוק התרופות ללא מרשם לאחת הפעילויות הרווחיות ביותר של קופות החולים ושל רשתות הפארם.[77]

בשנים האחרונות, היקף ההכנסות השנתי של שוק התרופות ללא מרשם בישראל נאמד ב-1.45 מיליארד ₪. כלומר, הגבייה העודפת מהציבור עשויה להסתכם במאות מיליוני שקלים מדי שנה, כאשר חלקה משמש למילוי קופתן המדולדלת של קופות החולים וחלקה מנפח את כיסיהם של בעלי רשתות הפארם. [78]

למרות גובהם, מחירי התרופות בארץ, במרשם ושלא במרשם, אינם מעוררים שיח ביקורתי או מחאה ציבורית. הסיבה העיקרית לכך היא שמערכת הבריאות מציעה הטבות והנחות לרבים מן המבוטחים. כך למשל, חולים כרוניים נהנים מתקרות רבעוניות של השתתפות עצמית (התקרות נוגעות לכל התרופות במרשם – לא רק לאלה עבור המחלה הכרונית): מדובר בתקרות שנעות מ-990 ₪ בקופת חולים מכבי ל-1,200 ₪ בקופות החולים מאוחדת ולאומית. עבור חולים כרוניים שהגיעו לגיל פרישה ומקבלים גמלת הבטחת הכנסה, גובה התקרות הוא מחצית התקרות הללו. עבור מקבלי קצבת נכות כללית, התקרות הן בגובה של 75% מאלה של חולים כרוניים. בנוסף, בקופת חולים מאוחדת יש הנחה נוספת בגין תרופות עבור מחלות כרוניות בסך 50% - בחישוב חצי שנתי; בקופת חולים מכבי יש הנחה

---

[77] דברת מזריץ, ע' (2019). 1.45 מיליארד שקל במתנה: כך נהפכו התרופות ללא מרשם - לביצת זהב. **TheMarke**r.
[78] שם, שם.

של 50% בתקרה לחולה מונשם. לבסוף, לניצולי שואה ולחולי סרטן יש פטור מהשתתפות עצמית, ותרופות יקרות כמו אווסטין וארביטוקס נכנסו לסל התרופות הממלכתי.[79]

השוואה בינלאומית

בארצות ה-OECD, ההוצאה על תרופות מהווה חלק ניכר מן ההוצאה הלאומית לבריאות. בשנת 2019 היא היוותה שישית מכלל ההוצאה לבריאות שם, אחרי הוצאה על סיעוד וטיפול בקהילה. [80] המימון לתרופות במדינות הללו התחלק בין תכניות ביטוח בריאות חובה ובתי החולים שנשאו ב-56% מעלות המימון לבין החולים עצמם שמימנו 41% מההוצאה.[81]

הארצות המפותחות בעולם קובעות את מחירי התרופות בשיטות שונות.[82] אחת הדרכים היא על ידי השוואה למחירים בינלאומיים על פי מודלי ציטוט שונים. כך למשל, בבלגיה מחיר כל התרופות, במרשם ושלא במרשם, נקבע על פי המחיר הממוצע ב-27 מדינות. ספרד, לעומת זאת, לא הגדירה אף מדינה "כציטוט" ומסתפקת במחיר הנקבע "בשער המפעל". [83]

הספרות מתקשה להסביר את ההבדלים בגובה ההוצאה מן הכיס על תרופות באירופה. בספרות שנסקרה ראינו כי אחת הסיבות לכך היא שמחיר התרופות והאחריות למימון משתנים לאו דווקא על פי טיב המשטר הפוליטי-כלכלי - למשל, טיב משטר הרווחה –

---

[79] אתרי האינטרנט של קופות החולים ומשרד הבריאות.

[80] לא כולל תרופות שניתנות בבתי החולים. .OECD (2021)**. Health at a Glance**

[81] השיעור מחושב מתוך כלל ההוצאה על בריאות. החישוב אינו מסתכם ל-100%, השאר כולל "אחר". שם, שם.

[82] הדברים נכונים לשנים בהם המחקר התמקד. משרד הבריאות (אוקטובר 2016). האגף לתכנון תקצוב ותמחר. **מודל הפיקוח על מחירי תרופות מרשם**.

[83]. המחיר הנקוב הוא מחיר הסחורה בשער המפעל. ההוצאות והאחריות הכרוכות בהעברת הסחורה חלות על הקונה, כולל ביטוח מאותו מקום ואילך, כך שמחיר המכירה אינו כולל את הוצאות ההובלה. בספרד הכוונה רק לתרופות מסובסדות.

אלא על פי גורמים נסיבתיים שונים, כדוגמת שינויים בשערי החליפין (רלוונטי רק לישראל) והסדרים מקומיים בין קבוצות אינטרסים.

הוצאה מן הכיס על תרופות בקרב בני.ות 65 ומעלה

חוקרי זקנה מחלקים את האוכלוסייה המבוגרת לשלוש קטגוריות של גיל: צעירים-מבוגרים (65-74), מבוגרים (75-84) והמבוגרים ביותר (גילאי 85 ומעלה). מפאת גודל המדגם, בפרק זה חילקנו את האוכלוסייה המבוגרת לשתי קבוצות: בני.ות 65-74 ובני.ות 75 ומעלה. [84] בעמודים הבאים נסקור את דפוסי ההוצאה מן הכיס על תרופות בארצות הנכללות במחקר, לפי קבוצות גיל ומאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים.

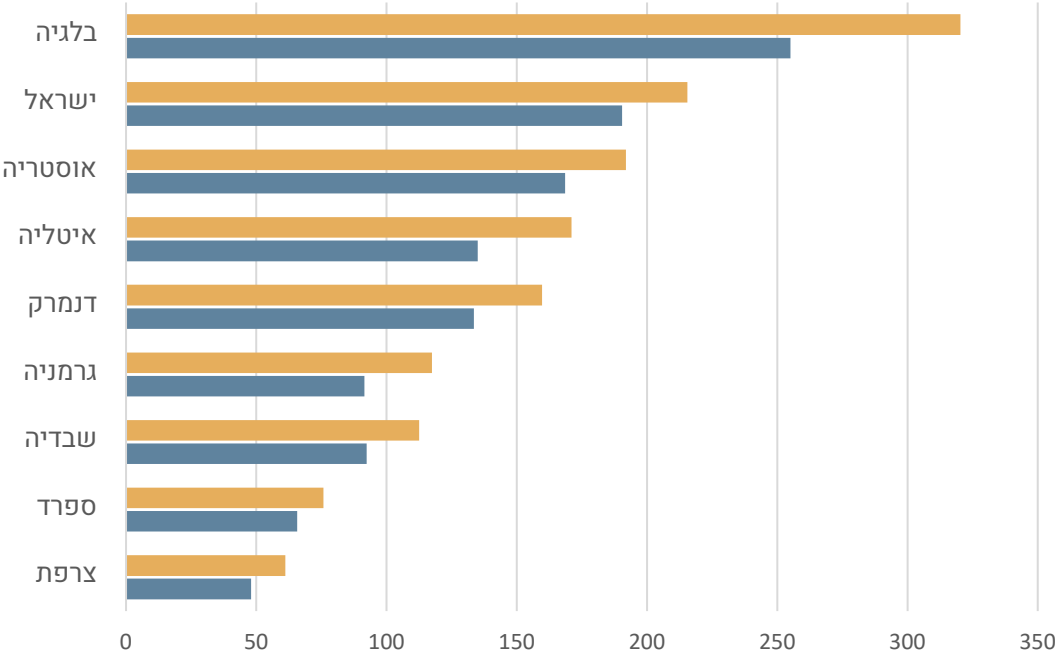
בשנת 2015, ההוצאה הגבוהה ביותר מן הכיס על תרופות, בכל אחת מהארצות הנכללות במחקר, נרשמה בקרב בני.ות 75 ומעלה. בישראל, ההוצאה מן הכיס היתה גבוהה בשתי קבוצות הגיל: 190 יורו לנפש בקרב בני.ות 65-74 ו-215 יורו לנפש בקרב בני 75 ומעלה (במונחי שווי כוח הקנייה).

[84] Comploj, E., West, J., Mian, M., Kluth, L.A., Karl, A., Dechet, C., Shariat, S.F., Stief, C.G., Trenti, E., Palermo, S., Lodde, M., Horninger, W., Madersbacher, S. & Pycha, A. (2015) Comparison of complications from radical cystectomy between old-old versus oldest-old patients**. Urol. Int**., 94, 25-30.

תרשים 18. הוצאה מן הכיס על תרופות לפי קבוצת גיל, 2015

הוצאה שנתית ממוצעת ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)

לפי סדר יורד בגובה ההוצאה של גילאי 75 ומעלה



	צרפת	ספרד	שבדיה	גרמניה	דנמרק	איטליה	אוסטריה	ישראל	בלגיה
75 ומעלה	61	76	112	117	160	171	192	215	320
74-65	48	66	92	91	134	135	169	190	255

הערה: יש לשים לב כי הנתונים המופיעים פה דומים לנתונים שהוצגו בפרק על הוצאות בריאות מן הכיס, אולם אינם זהים. הנתונים בחלק הראשון בנויים על פי מדגם פאנל ואילו פה הם מוצגים על פי המשקולות לשנת 2015 בלבד.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך סקר SHARE, גל 6 לשנת 2015.

הוצאה מן הכיס על תרופות לפי לאום ומוצא: יהודים, ערבים ויוצאי ברית המועצות מאז 1990

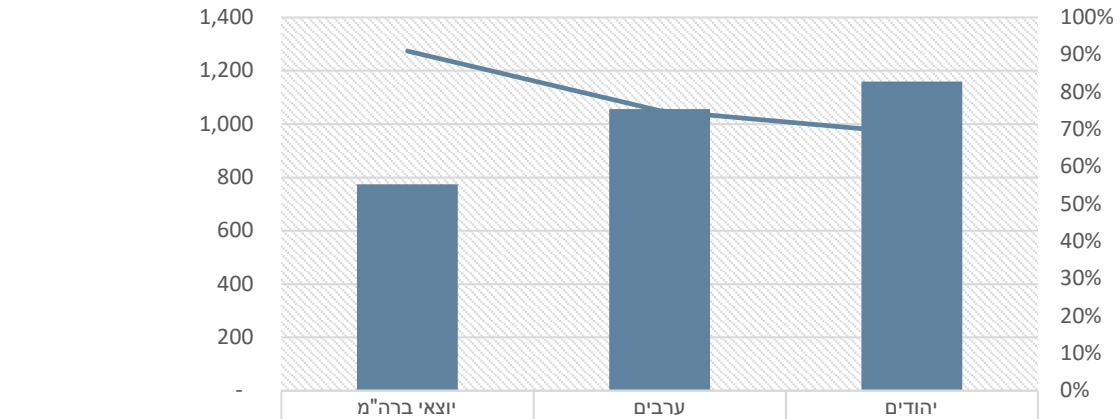
נתוני SHARE בישראל מתבססים על שאלון המועבר בשלוש שפות: עברית, ערבית ורוסית. על כן, יש באפשרותנו לבחון את ההוצאה עבור תרופות בקרב יהודים, ערבים ויוצאי ברה"מ מאז 1990. בגלל גודל המדגם, לא נוכל להפריד בין שתי קבוצות הגיל כפי שעשינו בלוחות הקודמים ועל כן הם יוצגו לגילאי 65 ומעלה.

בשנת 2015 הרוב המוחלט של יוצאי ברית המועצות לשעבר (91%) דיווחו כי מצבם הבריאותי הוא טוב ומטה, לעומת 75% מן הערבים ו-69% מהיהודים. ההוצאה על התרופות הנמוכה ביותר נרשמה בקרב יוצאי ברה"מ לשעבר– 714 ₪ (במחירים שוטפים). חלק מההסבר נעוץ בהכנסה השנתית הנמוכה של יוצאי ברה"מ לשעבר – 8,266 ₪ לעומת 10,703 ₪ בקרב בני.ות 65 ערבים ו-18,943 ₪ יהודים. [85]

[85] יהודים-לא כולל יהודים יוצאי ברה"מ לשעבר. נתוני ההכנסה הינם הכנסה שנתית נטו לנפש סטנדרטית בש"ח, במחירים שוטפים. חלק מההסבר להוצאה הנמוכה יכול להיות קשור לקשיי נגישות לשירותי בריאות. עיבוד של מרכז אדוה מתוך סקר SHARE, גל 6 לשנת 2015.

תרשים 19. הוצאה מן הכיס על תרופות: יהודים, ערבים ויוצאי מברה"מ מאז 1990 שדיווחו על מצב בריאותי טוב ומטה, 2015

הוצאה שנתית ממוצעת בש"ח לנפש בקרב בני.ות 65 ומעלה, במחירים שוטפים; באחוזים; לפי סדר עולה בגובה ההוצאה



	יוצאי ברה"מ	ערבים	יהודים
הוצאה על תרופות	774	1,057	1,159
מצב בריאותי "טוב ומטה"	91%	75%	69%

הערה: מצב הבריאותי כולל ממוצע של שלושת התשובות: טוב, בסדר וגרוע.

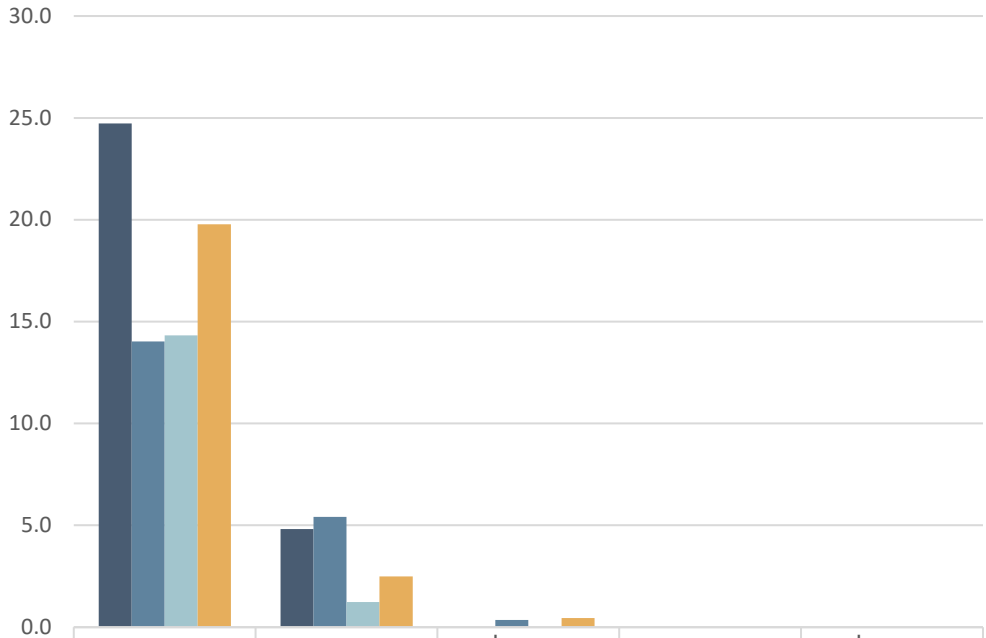
מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך סקר SHARE, גל 6 לשנת 2015.

בין השנים 2004-2015, שיעור ה-Catastrophic Spending, ההוצאה מן הכיס על תרופות בגובה של 10% או יותר מתוך ההכנסה של משק הבית, היתה גבוהה מאוד בחמישון התחתון של ההכנסות. בגל הראשון, כרבע ממשקי הבית המצויים בחמישון התחתון של ההכנסות הוציאו יותר מ-10% מההכנסה שלהם על תרופות. זאת לעומת 5% בחמישון השני ושיעור מזערי, אם בכלל, בשאר החמישונים. בגל האחרון (2015), שיעור משקי הבית בחמישון התחתון שהוציאו מעל 10% על תרופות ירד לחמישית. גם כאן, בשאר החמישונים ההוצאה נמוכה מאוד, אם בכלל.

תרשים 20. Catastrophic Spending: הוצאה מן הכיס על תרופות בישראל, לפי חמישונים. הוצאה שנתית ממוצעת של בני.ות 65 ומעלה, בשיעור שנתי ממוצע העולה על 10% מהכנסת משק הבית, 2004-2015

הוצאה על תרופות ללא החזר מביטוח לאומי, קופות חולים או ביטוח מסחרי;

באחוזים מתוך סך בכל חמישון ובכל שנה



	חמישון תחתון	חמישון שני	חמישון שלישי	חמישון רביעי	חמישון עליון
W1-2004	24.7	4.8	0.0	0.0	0.0
W2-2007	14.0	5.4	0.4	0.0	0.0
W5-2013	14.3	1.2	0.0	0.0	0.0
W6-2015	19.8	2.5	0.5	0.0	0.0

הערה: הגל הראשון עבור ישראל (W1) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2) נערך בשנת 2009/10. הכותרת נשארה עם השנים המקוריות.

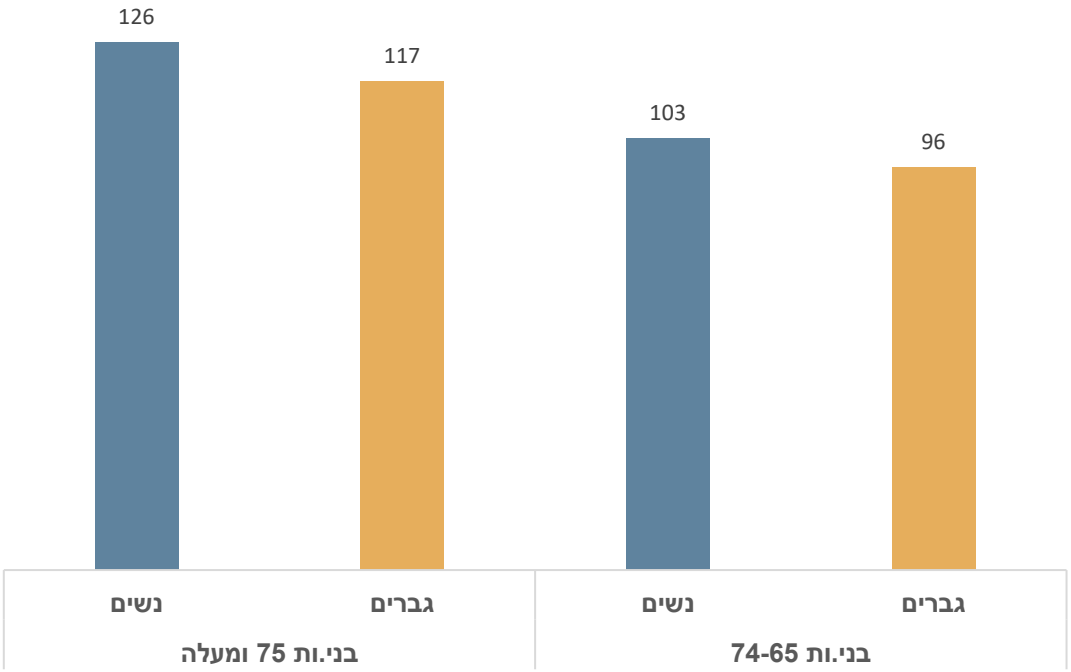
מקור: עיבוד של מרכז אדוה לנתוני SHARE.

הוצאה מן הכיס על תרופות – לפי מגדר

נתוני 2015 ביחס לכלל ארצות המחקר מעלים כי בני.ות 75 ומעלה מוציאים על תרופות יותר מאשר בני.ות 65-74 וכי נשים בכל קבוצת גיל, מוציאות יותר מאשר גברים.

תרשים 21. ממוצע ההוצאה מן הכיס על תרופות לפי מגדר וגיל, 2015

הוצאה ממוצעת ביורו לנפש במונחי שווי כוח הקנייה (PPP);
כלל הארצות הנכללות במחקר



מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך סקר SHARE, גל 6 לשנת 2015.

כמעט בכל הארצות ובשתי שכבות הגיל, נשים ערירויות הוציאו מן הכיס על תרופות יותר מגברים ערריים. בשכבת הגיל הצעירה יותר, ישראל – נשים וגברים כאחד - ניצבת במקום השני בגובה ההוצאות מן הכיס על תרופות; כך גם בשכבת הגיל המבוגרת יותר.

טבלה 1. הוצאה מן הכיס על תרופות בארצות אירופיות נבחרות - לפי מגדר וגיל

גברים ונשים ללא בן או בת זוג

הוצאה שנתית ממוצעת ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)

לפי סדר עולה בגובה ההוצאה מן הכיס של נשים בנות 75 ומעלה

	בני.ות 65-74		בני.ות 75 ומעלה	
	גברים	נשים	גברים	נשים
צרפת	31	61	40	67
ספרד	41	61	51	84
גרמניה	108	88	124	117
שבדיה	94	100	108	119
דנמרק	147	136	133	162
איטליה	94	111	137	169
אוסטריה	150	163	169	185
ישראל	220	216	230	221
בלגיה	265	285	261	346
הוצאה ממוצעת	**92**	**96**	**107**	**125**

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך סקר SHARE, גל 6 לשנת 2015.

הוצאה מן הכיס על תרופות - מחלות כרוניות

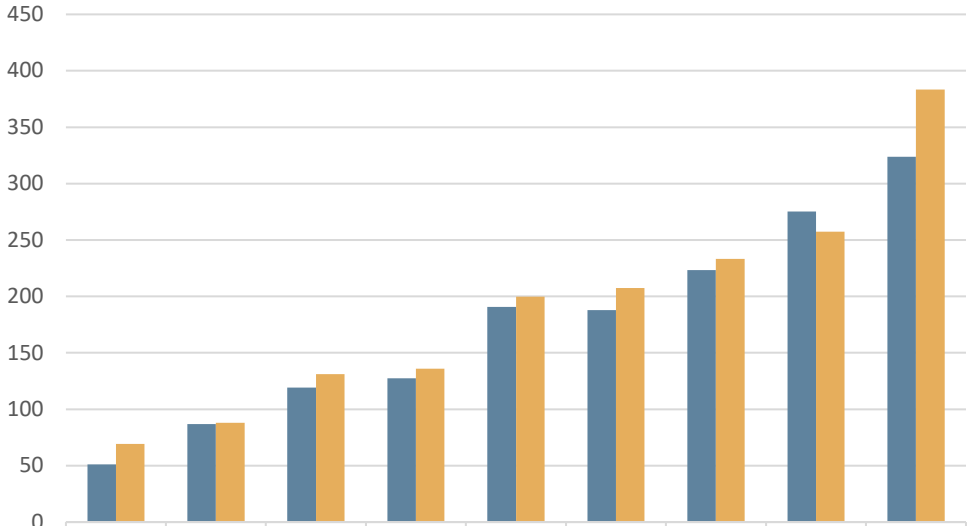
בשנת 2015, בכל הארצות הנבחרות, ההוצאה על תרופות בקרב בני.ות 75 ומעלה, עבור מי שלהם.ן שתי מחלות כרוניות או יותר, היתה גבוהה מזו של בני 65-74, למעט ישראל.

בישראל, המחלות הכרוניות שבגינן נרשמו הוצאות מן הכיס גבוהות היו מחלות לב, לחץ דם, סכרת וכולסטרול.

תרשים 22. הוצאה מן הכיס על תרופות:
חולות.ים בשתי מחלות כרוניות או יותר לפי קבוצת גיל, 2015

הוצאה שנתית ממוצעת ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)

לפי סדר יורד בגובה ההוצאה מן הכיס על שתי מחלות ויותר



	צרפת	ספרד	גרמניה	שבדיה	דנמרק	איטליה	אוסטריה	ישראל	בלגיה
74-65	51	87	119	128	191	188	223	275	324
75 ומעלה	69	88	131	136	200	208	233	257	383

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך סקר SHARE, גל 6 לשנת 2015.

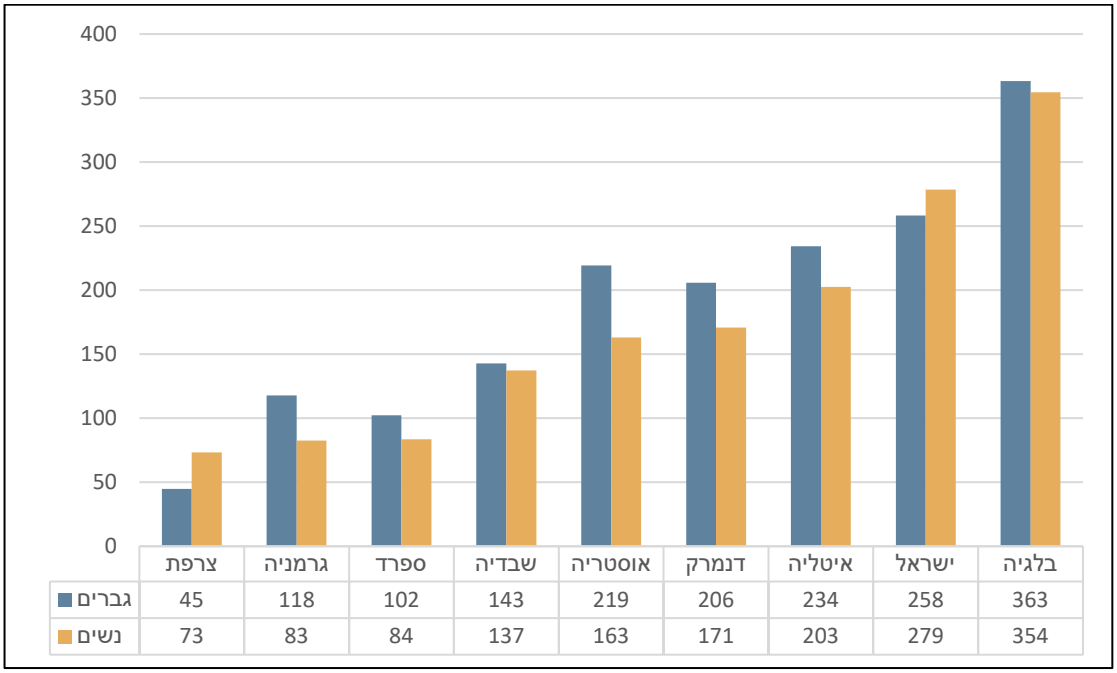
הוצאה מן הכיס על תרופות - שנת חיים אחרונה

הנתונים שלהלן מציגים את ההוצאה מן הכיס על תרופות בשנת החיים האחרונה של בני 75 ומעלה, כפי שהם דיווחו בשנת 2013 (גל 5) – ונפטרו ב-2015 (גל 6).

למעט ישראל וצרפת, בארצות שנבדקו, ההוצאה של נשים בשנת חייהן האחרונה על תרופות היתה גבוהה יותר מזו של גברים.

תרשים 23. הוצאה מן הכיס על תרופות – בשנת החיים האחרונה בני.ות 75 ומעלה שנפטרו עד שנת 2015

הוצאה שנתית ממוצעת ביורו לנפש, במונחי שווי כוח הקנייה (PPP)
לפי סדר עולה בגובה ההוצאה של נשים



	צרפת	גרמניה	ספרד	שבדיה	אוסטריה	דנמרק	איטליה	ישראל	בלגיה
גברים	45	118	102	143	219	206	234	258	363
נשים	73	83	84	137	163	171	203	279	354

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך סקר SHARE, גל 6 לשנת 2015.

פרק סטטיסטי

ההשערה הראשונה והעיקרית של מחקר זה היתה כי לאורך זמן קיים קשר חיובי בין מצב בריאותי לבין מצב כלכלי, בתיווך הגידול בהוצאות מן הכיס על בריאות. במילים אחרות, שיערנו שככל שהמצב הבריאותי של בני.ות 65 ומעלה יהיה גרוע יותר, כך תגדל ההוצאה שלהם מן הכיס על בריאות, והוצאה גדולה מן הכיס תהיה קשורה למצב כלכלי פחות טוב.

משתני המחקר העיקריים היו מצב הבריאות, ההוצאה היחסית מן הכיס על בריאות (הוצאה כללית וכן הוצאה שמחולקת לארבעה מרכיבים: תרופות, אשפוז, טיפול ביתי וטיפול קהילתי), ומצב כלכלי של משק הבית (הכנסה נטו למשק בית). לצורך בחינה ראשונית של הקשרים הדו-משתניים בין משתני המחקר בכל הגלים בוצעו מתאמי פירסון. בטבלה 1 שלהלן מוצגים הקשרים של מצב הבריאות עם ההוצאה היחסית מן הכיס על בריאות והמצב הכלכלי לאורך השנים.

מהנתונים בטבלה שלעיל ניתן לראות כי המצב הבריאותי קשור להוצאה מן הכיס על בריאות בקשר שלילי – ככל שהמצב הבריאותי טוב יותר, כך ההוצאה היחסית מן הכיס על בריאות קטנה יותר. יוצא דופן הוא המצב הבריאותי בשנת 2015, לגביו לא נמצא קשר עם הוצאה על בריאות מן הכיס בשנים המוקדמות יותר (2004, 2007).

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.5

[a]הגל הראשון עבור ישראל (W1 - 2004) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2 - 2007) נערך בשנת 2009/10.

טבלה 2. מתאמי פירסון בין מצב בריאותי להוצאות בריאות יחסיות מן הכיס ומצב כלכלי בין השנים 2004-2015[a]

		מצב בריאותי			
		2004	**2007**	**2013**	**2015**
הוצאה יחסית מן הכיס על בריאות	**2004**	-0.045***	-0.036***	-0.039***	-0.017
	2007	-0.029***	-0.025***	-0.017*	-0.01
	2013	-0.056***	-0.065***	-0.063***	-0.053***
	2015	-0.069***	-0.061***	-0.079***	-0.075***
מצב כלכלי	**2004**	0.020***	0.117***	0.114***	0.179***
	2007	0.122***	0.163***	0.152***	0.167***
	2013	0.098***	0.124***	0.189***	0.182***
	2015	0.117***	0.173***	0.229***	0.209***

לעומת זאת, המצב הבריאותי נמצא קשור באופן חיובי ומובהק למצב הכלכלי בכל גלי המחקר – ככל שהמצב הבריאותי של אדם טוב יותר, כך גם ההכנסה שלו גבוהה יותר. קשר זה נשמר לאורך כל גלי המחקר בכל נקודות הזמן, אם כי עוצמתו חלשה יותר בדרך כלל כאשר הזמן שעבר בין הגלים גדול יותר.

בטבלה 2 מוצגים הקשרים של ההוצאה מן הכיס על בריאות עם המצב הכלכלי לאורך השנים.

טבלה 3. מתאמי פירסון בין הוצאות בריאות יחסיות מן הכיס ומצב כלכלי בין השנים 2015-[a] 2004

		הוצאה יחסית מן הכיס על בריאות			
		2004	**2007**	**2013**	**2015**
מצב כלכלי	**2004**	-0.009	-0.030***	-0.040***	-0.052***
	2007	-0.044***	-0.093***	-0.043***	-0.038***
	2013	-0.013	-0.002	-0.076***	-0.041***
	2015	-0.020	-0.011	-0.045***	-0.104***

[a]הגל הראשון עבור ישראל (W1 - 2004) נערך בשנת 2006, ואילו הגל השני (W2 - 2007) נערך בשנת 2009/10.

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.5

מהנתונים בטבלה 2 שלעיל ניתן לראות כי ברוב המקרים קיים קשר שלילי ומובהק בין ההוצאה על בריאות מן הכיס לבין המצב הכלכלי – ככל שההוצאה היחסית על הבריאות

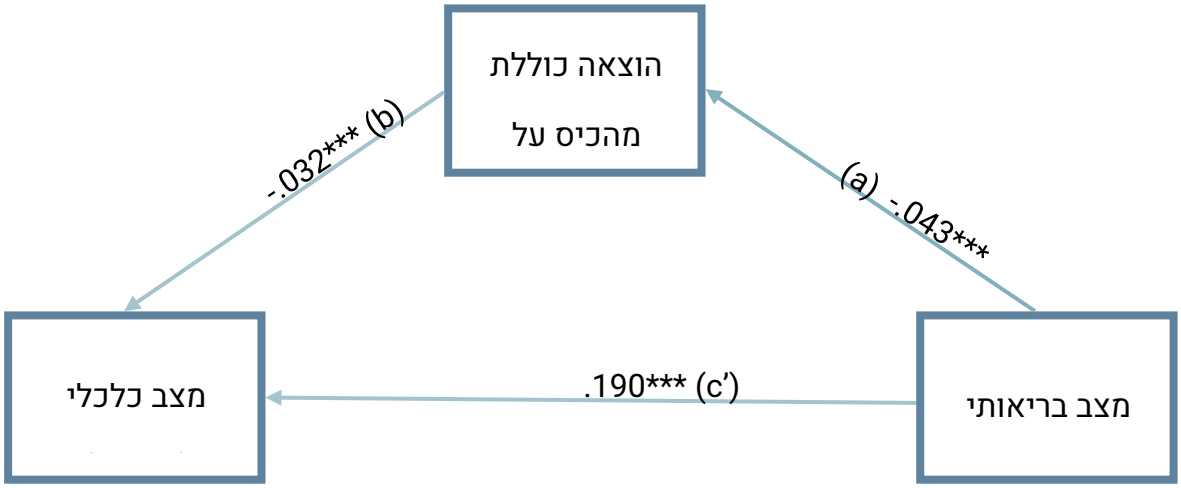
מן הכיס גבוהה יותר, כך המצב הכלכלי פחות טוב. הקשר לא התקיים בין שני המשתנים בשנת 2004, וכן בין מצב הבריאות בשנים 2004 ו-2007 למצב הכלכלי בשנים 2013 ו-2015.

כך, הקשרים הדו-משתניים איששו את כיוון ההשערה באופן כללי - מצב בריאותי פחות טוב של בני.ות 65 ומעלה קשור להוצאה גדולה יותר מן הכיס על בריאות, והוצאה גדולה יותר מן הכיס על בריאות קשורה למצב כלכלי פחות טוב.

לצורך בדיקת קשרים אלה במודל אחד ולבדיקה האם מתקיים אפקט תיווך בין שלושת המשתנים, בוצעו ניתוחי תיווך באמצעות משוואות מבניות. הניתוחים בוצעו שלוש פעמים, לאורך כל שני גלים, גל בסיס וגל מעקב, על מנת לבחון את אפקט התיווך לאורך זמן – בצמדים של השנים 2004-2007, 2007-2013 ו-2013-2015. בכל ניתוח נלקחו המצב הבריאותי וההוצאה מן הכיס מגל הבסיס, ואילו המצב הכלכלי נלקח מגל המעקב. איור 1 מציג את תוצאות אפקט התיווך בין משתני המחקר העיקריים בין השנים 2013-2015. באיור ניתן לראות כי ההוצאה מן הכיס על בריאות נמצאה כמתווכת את הקשר בין המצב הבריאותי בשנת 2013 למצב הכלכלי בשנת 2015. כך, האפקט הישיר בין המצב הבריאותי להוצאה על בריאות מן הכיס נמצא מובהק בקשר שלילי (נתיב a), וכן האפקט הישיר בין ההוצאה על בריאות מן הכיס למצב הכלכלי (נתיב b). האפקט הישיר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי נמצא חיובי מובהק (נתיב c'). אפקט התיווך העקיף בין מצב בריאותי למצב כלכלי דרך ההוצאה על בריאות מן הכיס נמצא גם הוא מובהק, אם כי יש לציין כי בעוצמה נמוכה. ממצאים דומים נמצאו בין שאר נקודות הזמן. התוצאות המלאות של אפקטי התיווך, וכן של הצמדים הנוספים, מוצגות בנספח א' טבלה 1.

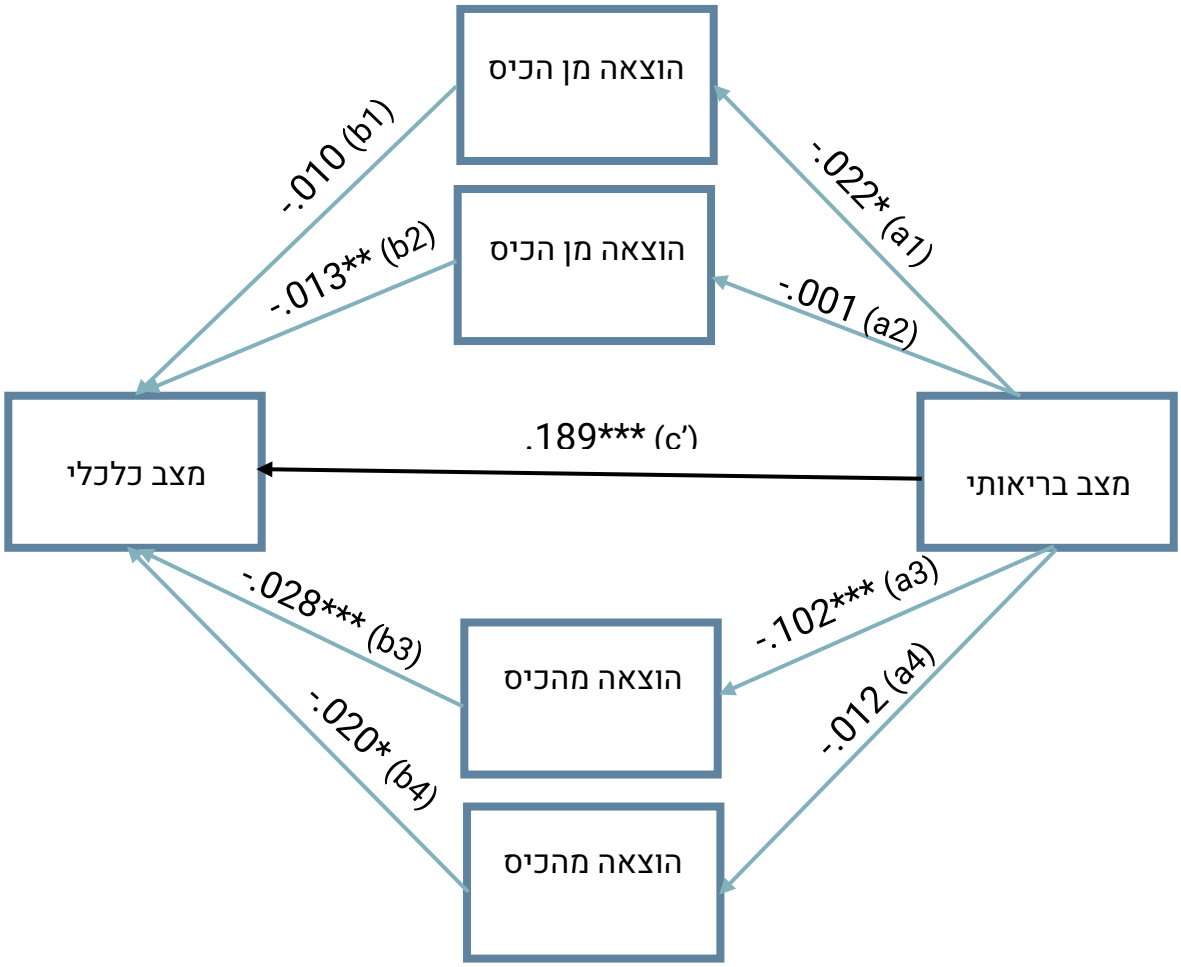
בשלב שני בוצעו הניתוחים בפיקוח של משתני הרקע – גיל, מגדר והשכלה. ניתוח זה העלה שהתיווך נשמר רק בין שני הגלים האחרונים של הסקר (2013-2015).

איור 1. מסלולי תיווך בין מצב בריאותי, הוצאה כוללת מהכיס על בריאות ומצב כלכלי לשנים 2013-2015



בבדיקה נוספת נערכו ניתוחי תיווך דומים לאורך כל שני גלים, אולם המשתנה הוצאה מן הכיס על בריאות חולק לארבעת המרכיבים שהוכנסו יחד למודל – הוצאה על תרופות, אשפוז, טיפול סיעודי (ביתי) וטיפול בקהילה. באיור 2 מוצגות התוצאות עבור הגלים 2013-2015. מהתוצאות ניתן לראות כי בחלוקה למרכיבים השונים, התיווך בין מצב בריאותי למצב כלכלי עובר רק דרך המרכיב של הוצאה מן הכיס על טיפול סיעודי (ביתי). באשר לשאר צמדי הגלים (נספח 1, טבלה 2), ניתן לראות כי תיווך נוסף קיים רק בין הגלים 2004-2007 על ידי המשתנה הוצאה מן הכיס על טיפול בקהילה. גם במקרים אלה אפקטי התיווך נמצאו קטנים מאד בעצמתם. התוצאות המלאות של אפקטי התיווך לפי מרכיבי הבריאות, וכן של הצמדים הנוספים, מוצגות בנספח 1 טבלה 2.

איור 2. מסלולי תיווך בין מצב בריאותי, הוצאה מן הכיס על ארבעת מרכיבי הבריאות ומצב כלכלי לשנים 2015-2013



ההשערה השנייה היתה שהקשר בין מצב בריאותי למצב כלכלי שונה תלוי במשטר החברתי-כלכלי. באופן ספציפי, שוער כי בישראל, המתרחקת בשנים האחרונות ממשטר סוציאל-דמוקרטי ומתקרבת למשטר ליברלי, ימצא קשר גבוה יותר בין הוצאות הבריאות מן הכיס לבין המצב הכלכלי. השערה זו נבדקה בכל אחד מצמדי הגלים על ידי רגרסיות ליניאריות עם אינטראקציות בין המצב הבריאותי למשטרי הרווחה (התוצאות מדווחות ואינן מוצגות), אך לא אוששה, כך, שישראל לא שונה משאר משטרי הרווחה בקשר שבין הוצאות על הבריאות לבין המצב הכלכלי של בני.ות 65 ומעלה.

לסיכום, המחקר הנוכחי בחן שתי השערות לגבי הקשר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי לאורך זמן: השערה ראשונה גרסה כי קיים קשר חיובי בין שני המשתנים, וכי הקשר מתווך על ידי ההוצאה היחסית כללית על בריאות מן הכיס וכן על ידי מרכיביה. השערה זו אוששה בחלקה – הקשר תווך על ידי סך ההוצאות מן הכיס בכל נקודות הזמן, אולם בעוצמה חלשה. בנוסף, מרכיבי הבריאות שנמצאו מתווכים לקשר בנקודת זמן ספציפית הם הוצאה על טיפול סיעודי ביתי והוצאה על טיפול בקהילה. ההשערה השנייה גרסה כי הקשר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי שונה בין ישראל למשטרי הרווחה השונים לאורך זמן. השערה זו לא אוששה – הקשר בין המצב הבריאותי למצב הכלכלי נמצא דומה בין ישראל למשטרי רווחה אחרים.

השלכות המחקר: מה הלאה

שנת המדגם האחרון של מחקר זה הייתה 2015 - כלומר, לפני כשמונה שנים. מאז מערכת הבריאות הציבורית בישראל חוותה את אתגר מגפת הקורונה (2019-2022) ועמדה בו יפה. חלק גדול מאוכלוסיית ישראל חוסן על חשבון המדינה, עוד לפני שרוב המדינות האחרות התארגנו למבצע שכזה, ואנשים שחלו קשה טופלו בבתי חולים, שצוותיהם היו מחויבים למאמץ גדול להציל את החולים.

אחד הממצאים החשובים במחקר זה עסק בהוצאה מן הכיס על טיפולי שיניים בקרב מבוגרים. המחקר העלה כי מבין המשתתפים.ות במדגם, ישראלים הם שהוציאו את הסכום הגדול ביותר מהכיס על רפואת שיניים - פרט למשתתפים.ות מספרד, שבה מערכת הבריאות הציבורית לא כללה כיסוי כלשהו לטיפול שיניים.[86] כבר בשנת 2016 במסגרת יעדי הבריאות לשנת 2020, משרד הבריאות מציין כי המדד העיקרי לבחינת בריאות הפה בקרב מבוגרים הוא חוסר שיניים. ולראייה, מחקר משנת 2002 מצא כי האחוז הגבוה ביותר של מחוסרי שיניים נמצא בחברה הערבית (67%), גבוה יותר מכל ארץ אחרת באירופה באותה התקופה. עוד נמצא, כי קיימים פערים בבריאות השן בין אלו שדיווחו על הכנסה נמוכה.[87]

מאז 2015, התרחב בישראל המימון הציבורי של רפואת שיניים, ועתה הוא כולל שירותים רבים לילדים ונוער עד גיל 18 (2019) ושירותים מלאים, הכוללים טיפול משקם, לא.נשים

---

[86] OECD (2019). State of Health in the EU: Spain Country Profile 2019**. European Observatory on Health Systems and Policies.**

[87] 88% מהמבוגרים שדיווחו על הכנסה נמוכה ציינו כי יש להם שיניים תותבות בלסת אחת לפחות לעומת 63% מכלל אוכלוסיית המבוגרים. משרד הבריאות (2016). **בריאות הפה והשיניים בישראל. יעדים לשנת 2020.**

בני 72 ומעלה (2022). עם זאת יש לציין שחוק ביטוח בריאות ממלכתי עדיין לא מכסה טיפול שיניים למרבית המבוגרים. ראוי שהחוק יורחב כדי שיכלול את השירותים הנפוצים ביותר גם לתושבים.ות מעל גיל 18. זאת הייתה אחת ההמלצות של "הוועדה להעצמת שירותי הבריאות בישראל ואסדרה מערכת הבריאות הציבורית והפרטית" (ועדת אש), שפירסמה את המלצותיה בנובמבר 2022.

אחרי ההתגייסות להתמודדות עם מגפת הקורונה, מערכת הבריאות הציבורית בישראל המשיכה לפגר הן אחרי הגידול באוכלוסייה והן אחרי דרישות המבוטחים.ות לשירותי בריאות. עוד לפני מגיפת הקורונה, הורגש המחסור במערכת הציבורית של רופאים.ות ושל א.נשי רפואה אחרים, כמו גם של חדרי ניתוח. התורים לרופאים יועצים ולניתוחים אלקטיביים, שהיו ארוכים גם לפני מגפת הקורונה, התארכו עוד. [88] ההתמודדות עם בעיות אלה מתרחשת בשני כיווני פעולה שונים לחלוטין זה מזה: כיוון אחד הוא פיתוח של עוד ועוד שירותים פרטיים, כדי לספק את החסר במערכת הציבורית, והכיוון השני הוא מאמצים לחזק את המערכת הציבורית.

מגמת ההפרטה החלה עוד לפני תחילה המאה הנוכחית, בשנת 1998, כאשר נקבע שלקופות החולים מותר לשווק ביטוחים נוספים, המכסים שירותים שאינם נכללים בסל השירותים המוענקים לכל תושבי ישראל במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. [89] פתרון ההפרטה בא במקום מימון מלא של החוק; במילים אחרות, הוא חסך כסף למדינה והתקציב של "עלות הסל" (הכספים המועברים לקופות החולים לשם מימון שירותי הבריאות הציבוריים שהן מספקות במסגרת החוק) המשיך להישחק. בתוך זמן קצר, חברות הביטוח

---

[88] ר' אתר האינטרנט של ההסתדרות הרפואית בישראל: ועידת הר"י ה-43 – מאי 2018.

[89] השב"ן, שבלשון הפופולרית נקרא "הביטוח המשלים".

החלו אף הן לפתח ולשווק באופן נמרץ ביטוחים פרטיים, שחלק משירותיהם היו זהים לאלה המשווקים על-ידי קופות החולים.[90] כיום, כ-80% מהישראלים משלמים מדי חודש בחודשו עבור פוליסות ביטוח משלים (ששירותיהם דורשים גם השתתפויות עצמיות), וכ-40% משלמים עבור ביטוחים מסחריים המשווקים ישירות על-ידי חברות הביטוח. ל-96% אחוז מרוכשי ביטוח מסחרי יש גם ביטוח משלים.[91]

התפתחות אחרת שהתחילה עוד לפני מגפת הקורונה והמשיכה להתפתח בעקבותיה היא הכניסה של רופאים בכירים המועסקים בבתי חולים ובקופות החולים לעסקים פרטיים, על-ידי פתיחה, לבד או בקבוצות, של מרפאות פרטיות הפועלות בשעות אחרי הצהריים ובערב. רסולי ואח' (2020) קוראים לתופעה הזאת "אנשי רפואה ההופכים ליזמים". המרפאות הפרטיות מציעות את שירותיהן הן למטופלים פרטיים והן לקופות החולים. 92

בנוסף על כך, קופות החולים, שהן מוסדות ציבוריים הניזונים מכספי מיסים, המשיכו להפעיל בתי חולים פרטיים שבנו או רכשו קודם לכן, אשר מציעים עוד ועוד שירותים מחוץ למערכת הציבורית - לקופות החולים ולמטופלים פרטיים - ולצד השירותים הציבוריים שהן מעניקות. קופות החולים, כמו הרופאים.ות עצמם.ן, נהיות יזמיות, בין

---

[90] יש לציין שהביטוחים המשווקים על-ידי קופות החולים הם פרטיים: המשלמים עבור הטיפולים בסופו של דבר הן חברות הביטוח איתן מתקשרות הקופות. הקופות עצמן גובות את ההחזר עבור המבטחים. היתרון שלהם היא שניתן לרכוש פוליסה ללא חיתום ושהמיצוי שלהם גבוה הרבה יותר מזה של הביטוחים המשווקים ישירות על-ידי חברות הביטוח.

[91] המחקר לא עסק בעלות הביטוחים הפרטיים או השירותים בעין. סבירסקי ואח' (2022). **תמונת מצב חברתית 2022: מגיפת האי-שוויון נמשכת**. מרכז אדוה.

[92] Rasooly, Alon, Nadav Davidovitch and Dani Filc. (2020). The Physician as a neoliberal subject – A qualitative study within a private-public mix setting. **Social Science and Medicine**. Vol. 259; Michael, Tal, Dani Filc, and Nadav Davidovitch. 2022. What motivates physicians to propose private services in a mixed private-public health care system? A mixed methods study. **BMC Health Services Research**. Vol. 22, Article 51.

השאר כי המערכת הציבורית אינה עונה לא על הדרישה לשכר הולם (במיוחד של הרופאים.ות אבל לא רק) של ולא על הצרכים של המבוטחים.ות. בתי החולים, שרובם מוסדות ציבוריים, פיתחו גם הם - ובתנאים הקיימים ימשיכו לפתח - שירותים פרטיים לצד אלה הציבוריים, שהידועים ביניהם הם בתי מלון ליולדות, שירותי אבחנה ותיירות רפואית.

הכיוון הזה של התפתחות פוגע ברפואה הציבורית, כי שתי המערכות, הציבורית והפרטית, ניזונות לרוב מאותם המשאבים: השכלה גבוהה מסובסדת, אותם רופאים.ות ואנשי רפואה אחרים, כספים, ומבנים ציבוריים.

הכיוון השני של פעילות הוא מאמצים לחזק את מערכת הבריאות הציבורית ולהגביל את השירותים הפרטיים. הכוחות העיקריים כאן הם משרד הבריאות וארגוני החברה האזרחית.

בעשור האחרון, משרד הבריאות הקים שתי ועדות ציבוריות שמטרתן לבחון את מערכת הבריאות הציבורית ולהציע דרכים לחזקה. בשנת 2014 היתה זאת ועדת גרמן, בהנהגת שרת הבריאות דאז יעל גרמן, שפירסמה דו"ח מקיף על מערכת הבריאות הציבורית שכלל שלל המלצות. [93] הוועדה המליצה, בין השאר, על מימון גבוה יותר של מערכת הבריאות הציבורית, הכולל העלאת השכר של רופאים ורופאות המקדישים.ות את כל זמנם.ן לעבודה במוסדות ציבוריים; עצירת הרחבת השר"פ – שירותי רפואה פרטיים עבורם משלמים מטופלים ישירות לבתי החולים, לצד השירותים הציבוריים המאפשרים גם הקדמת הניתוח וגם בחירת הרופא.ה המנתח.ת. [94]

---

[93] ועדת גרמן-הועדה לחיזוק מערכת הבריאות.

[94] הסדרי שר"פ קיימים רק במעט בתי חולים ציבוריים בירושלים שהם בבעלות פרטית.

המאמץ האחרון לחזק את מערכת הבריאות הציבורית נעשה על ידי ועדת אש שהוזכרה לעיל, שהגישה את המלצותיה בנובמבר 2022. [95] שלושת ארגוני החברה האזרחית – רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח ומרכז אדוה - הגישו נייר עמדה לוועדת אש תחת הכותרת, "תנאי הכרחי לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית – הפרדתה מהפרטית". [96]הטענה העיקרית של הארגונים הייתה שהביטוח המשלים, שהוא למעשה פרטי, פוגע במערכת הבריאות הציבורית, ועל כן "יש לבטל את המשלים ולהטמיע בסל הציבורי את השירותים החיוניים הכלולים בו, לאפשר בחירה [של רופא.ה מנתח.ת] בתוך הסל [סל שירותי הבריאות המגיעים לכל התושבים.ות] ולהעלות את מס הבריאות בכאחוז אחד."

ההמלצות של ועדת אש לא התמקדו בהפרדת השירותים הפרטיים מאלה הציבוריים אלא בתופעה של כפל ביטוחים – של השירותים הכלולים גם בביטוחים המשלימים וגם בביטוחים המסחריים המשווקים ישירות על-ידי חברות הביטוח. ההמלצה העיקרית הייתה לחזק את הביטוחים המשלימים על-ידי הטלת איסור על הביטוחים המסחריים להציע שירותי בריאות הכלולים בביטוחים המשלימים, פרט לכיסוי ההשתתפות העצמית בשירותים אלה. מטרתה של ההמלצה הזאת (שאומצה בהצעת חוק ההסדרים לשנים 2023-24) היה למנוע כפל ביטוחים ולתרום לירידת יוקר המחיה: האיסור אמור להוזיל את כל הפוליסות. לוועדה היו גם המלצות נוספות ללא פירוט: להכניס חלק מהשירותים שבביטוח המשלים לסל הכללי ולהוסיף כמיליארד ₪ לסל הכללי.

---

[95] משרד הבריאות (2022). הוועדה להעצמת שירותי הבריאות בישראל, ואסדרת מערכת הבריאות הציבורית והפרטית "(ועדת אש)".

[96] מרכז אדוה, רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח (18.5.2022). **תנאי הכרחי לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית – הפרדתה מהפרטית**.

כאמור, ארגוני החברה האזרחית דוגלים לא בחיזוק של הביטוחים המשלימים אלה בביטולם, בהיותם למעשה שירותים פרטיים, יחד עם הטמעת השירותים החיוניים הניתנים בהם בתוך סל השירותים שמקבלים כל תושב ותושבת במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הארגונים מסנגרים גם בעד משרות מלאות בשכר גבוה יותר לרופאים.ות העובדים.ות במערכת הציבורית בלבד; בעד הסדרים שיאפשרו הכשרת יותר רופאים.ות, אחיות וא.נשי רפואה אחרים; ובעד תקצוב מיטות אשפוז נוספות, כדי לשרת טוב יותר את אוכלוסיית ישראל הגדלה.

תנאי הכרחי לשינויים האלה הוא העלאת התקציב השנתי לסל השירותים המסופק במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שינוי שיאפשר לכל תושבי ישראל להנות משיפורים טכנולוגיים, תרופות ופרוצדורות חדשות. ראוי גם שהשינוי יעשה ללא הטלת השתתפויות עצמיות גבוהות. ראינו במחקר שבישראל תשלומים מהכיס עבור שירותי בריאות גבוהים יחסית לאלה המדווחים בארצות אחרות. נזכיר שממוצע ההוצאות מהכיס עבור בריאות בארצות המדגם בארבעת שנות המחקר היה בין 4.6% ו-8.0% אחוז מההכנסה השנתית הפנויה של משק הבית של המשתתפ.ת, כאשר בישראל הן היו גבוהות הרבה יותר: בין 10% ו-15.9% מההכנסה הפנויה של משק הבית. נזכיר גם כי בישראל ההוצאות מהכיס על תרופות (במרשם ולא במרשם) היו גבוהות יחסית להוצאות בארצות האחרות: רק בבלגיה היו ההוצאות מעט גבוהות יותר, כאשר שם, בניגוד לישראל, מטופלים משלמים.ות עבור תרופות שהם נוטלים.ות במהלך האשפוזים.[97] זאת ועוד, דו"ח המכון הלאומי לחקר

[97] OECD (2019). State of Health in the EU: Belgium - Country Health Profile. **European Observatory on Health Systems and Policies.**

שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (מלמ"ב)[98] שהתפרסם בימים אלו מציין כי למעלה ממיליון איש ואישה בישראל, נאלצים לוותר על שירותים רפואיים בשל התשלום הנדרש עבורם, כולל בדיקות וטיפולים, ייעוץ רפואי ותרופות. שיעור המבוטחים שמוותרים על טיפול רפואי גבוה במיוחד בקרב נשים ובקרב העשירונים התחתונים באוכלוסייה, והיא אינה פוסחת גם על מי שמוגדרים כחולים כרוניים. עוד עולה, כי המבוטחים.ות בקופות החולים לא מוותרים על טיפולים רק מסיבות כלכליות, אלא גם בשל חוסר זמינות השירותים.

בשנת 2020, תקציב סל השירותים המסופקים על-ידי קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתית הסתכם ב-56.7 מיליארד ש"ח. מאז 1995, השנה הראשונה להחלת חוק הבריאות, התוספת הממוצעת של התקציב לסל היה לא יותר מ-1.0% כאשר ברוב הארצות המפותחות הממוצע היה 2.0% אחוז, בהתאם להמלצת מומחים לכלכלת בריאות.[99] הגדלה עקבית של תקציב סל השירותים תאפשר לכל תושב ותושבת ישראל לקבל שירותים בהתאם לצורך. אזי הם יוציאו פחות כספים על רפואה פרטית, והמצב העגום המתואר במחקר, ישתנה.

---

[98] קלדרון-מרגלית, ר' (20.3.2023). **מדדי מיקוד בפערים בבריאות בישראל- ממצאים מתכנית המדדים הלאומית לרפואת הקהילה בישראל.** מצגת. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. מלמב.

[99] לוי, ב', בן נון ג' ודבידוביץ, נ' (2022). בחינת מנגנון העדכון של עלות סל שירותי הבריאות בשנים 1995-2020. מרכז טאוב.

נספח

טבלה 1. מדדים מתוקננים של אפקטי התיווך של הוצאה יחסית כוללת על בריאות מן הכיס, על האפקט מצב בריאותי-מצב כלכלי, בנקודות זמן שונות בין השנים 2004-2015

		2013-2015	2006-2013	2004-2006
אפקטים ישירים (direct effects):				
בלתי תלוי ← מתווך (Path a)	מצב בריאותי ← הוצאה כוללת על בריאות	-.043***	-.046**	-.069***
מתווך ← תלוי (Path b)	הוצאה כוללת על בריאות ← מצב כלכלי	-.032***	-.006*	-.025*
בלתי תלוי ← תלוי (Path c')	מצב בריאותי ← מצב כלכלי	.190***	.064**	.106***
אפקט עקיף - תיווך (indirect effect):				
בלתי תלוי ← מתווך ← תלוי (Path a*b)	מצב בריאותי ← הוצאה כוללת על בריאות ← מצב כלכלי	.001*	.001*	.002*
סך הכל אפקט (Total effect) :				
סך הכל אפקט (Path c)	מצב בריאותי ← מצב כלכלי (כולל תיווך)	.192***	.064**	.107***

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

טבלה 2. מדדים מתוקננים של אפקטי התיווך של הוצאות בריאות יחסיות מן הכיס, על האפקט מצב בריאותי-מצב כלכלי, בנקודות זמן שונות בין השנים 2004-2015

		2013-2015	2006-2013	2004-2006
אפקטים ישירים (direct effects):				
בלתי תלוי ← מתווך (Paths a)	מצב בריאותי ← הוצאה על תרופות	-.022*	-.039***	-.066***
	מצב בריאותי ← הוצאה על אשפוז	-.001	-.044	-.034***
	מצב בריאותי ← הוצאה על טיפול ביתי	-.102***	-.050*	-.037***
	מצב בריאותי ← הוצאה על טיפול חוץ	-.012	-.006	-.044***
מתווך ← תלוי (Paths b)	הוצאה על תרופות ← מצב כלכלי	-.010	-.003	-.016
	הוצאה על אשפוז ← מצב כלכלי	-.013**	-.001	.006
	הוצאה על טיפול ביתי ← מצב כלכלי	-.028***	.007	-.006
	הוצאה על טיפול חוץ ← מצב כלכלי	-.020*	-.007	-.018*
בלתי תלוי ← תלוי (Path c')	מצב בריאותי ← מצב כלכלי	.189***	.064**	.105***
אפקטים עקיפים - תיווך (indirect effects):				
בלתי תלוי ← מתווך ← תלוי	מצב בריאותי ← הוצאה על תרופות ← מצב כלכלי	.002	.000	.001
	מצב בריאותי ← הוצאה על אשפוז ← מצב כלכלי	.000	.000	.000

	מצב בריאותי ← הוצאה על טיפול סיעודי (ביתי) ← מצב כלכלי	.003***	.000	.000
	מצב בריאותי ← הוצאה על טיפול בקהילה ← מצב כלכלי	.000	.000	.001*
סך הכל אפקט תיווך	מצב בריאותי ← מתווכים ← מצב כלכלי	.003***	-.0001	.002*

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

מחקר זה מומן על ידי:

קרן המחקרים של המוסד לביטוח לאומי
טבע בע"מ
הקרן החדשה לישראל