

מערכת הבריאות

מדדים רבים, כמדדי תמותת תינוקות ותוחלת חיים בישראל, מצביעים על הישגים מרשימים למדי של מערכת הבריאות. אמנם גורמים רבים, זולת שירותי הריפוי והמניעה, משפיעים על מדדים אלה, גורמים תרבותיים, ההשכלה ואורח החיים, אולם למערכת הבריאות יש תפקיד מרכזי במניעה ובהתמודדות עם מצבי תחלואה, והיא תורמת מצידה להישגים אלה.

אופייה הציבורי של מערכת הבריאות בישראל ואיכות כוח האדם במקצועות הבריאות מאפשרים לכאורה קיומם של שירותים ברמה מקצועית גבוהה, הנגישים לכלל האוכלוסייה. אולם מתברר, כי במהלך השנים התרחבו הפערים בין קבוצות אוכלוסייה, בכל הקשור למצב הבריאות ולנגישותן לשירותים. מגמה זו מתרחשת על רקע צמצום עקבי של השתתפות המדינה במימון המערכת והיא מעיבה על ההישגים, אשר הושגו בעבר. לצד התפתחות זו חלה שחיקה של ההשקעה בתשתיות חיוניות, ותחזיות, המתריעות על המחסור העתידי בכוח אדם במערכת, מצביעות על העדר מימון מספיק למערכת הבריאות, לצורך תחזוק התשתיות הציבוריות הקיימות והתאמתן לצורכי האוכלוסייה בעתיד.

הפרק סוקר השנה ממדים שונים של התפתחות מערכת הבריאות. הסעיף הראשון סוקר את התפתחות ההוצאה הלאומית על שירותי הבריאות ואת השינויים בהרכב המימון שלה, תוך השוואה למדינות OECD. ממד נוסף של סוגיית המימון עוסק בהוצאה על בריאות מסך התצרוכת ומסך-כל הוצאות משקי הבית ומבליט את הבעייתיות של עליית המימון הפרטי. הסעיף השני מעמיד במרכז את קופות-החולים, ספקיות השירותים, מן ההיבט של מקורות המימון העומדים לרשותן, ובהתייחס להרכב המבוטחים שלהן. הסעיף השלישי מתייחס ליחסי הגומלין בין סל השירותים הבסיסי, אותו הקופות מחויבות לספק מכוח החוק, לבין סלי השירותים, שהתפתחו במסגרת "תכניות השב"ן" – התכניות לשירותי בריאות נוספים (הביטוח המשלים) – אותן מציעות קופות-החולים למבוטחיהן. שאלת הכללתן של תרופות מצילות חיים בתכניות השב"ן של הקופות מוצגת כהדגמה לסוגיה זו. הסעיף האחרון

של הפרק, סעיף 4, מציג כמה מן הממדים המקובלים בתחום בריאות האוכלוסייה, ומתמקד בהישגים בתחום תוחלת החיים בישראל ובתחום תמותת תינוקות.

1. ההוצאה הלאומית על בריאות ומימונה

ההוצאה הלאומית על בריאות עלתה ב-3.3 אחוזים בשנת 2007 והסתכמה ב-53.5 מיליארדי ש"ח, המהווים 7.9 אחוזים מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג), בדומה לחלקה ממנו בשנת 2006. בהשוואה לראשית העשור, ניתן אמנם לראות ירידה מתונה, מרמה של 8.2 אחוזים מתמ"ג בשנת 2001 לרמה הנוכחית, אך הסתכלות לאחור, לאורך תקופה ארוכה יותר, מאז 1995, מלמדת, כי השיעור נע בטווח שבין 7.7 ל-8.2 אחוזים (הלמ"ס, 2008א). לעומת זאת, ברוב מדינות OECD, אליהן ישראל השתוותה, בממוצע, בנקודת המוצא, 1995 (בשיעור של 7.7 אחוזים מתמ"ג), חלה מאז עלייה הדרגתית בחלקה של ההוצאה הלאומית על בריאות מתמ"ג. במהלך העשור, 1995-2006, עלה שיעור ההוצאה המחושב ל-22 מדינות ה-OECD – הן במונחים של ערך החציון והן בממוצע – לכדי 8.9 אחוזים ב-2006 (הלמ"ס, 2008א). גם ההשוואה של ההוצאה לנפש, במונחי כוח הקנייה של הדולר¹, מצביעה על כך, שהרמה נמוכה יחסית בישראל לעומת מרבית מדינות OECD. ההוצאה בישראל נמוכה בשנת 2006 מ-2,000 דולר, היא דומה להוצאה בפורטוגל, למשל, וגבוהה לעומת צ'כיה, סלובקיה, פולין ותורכיה.

במקביל לירידה, בשיעור ההוצאה על בריאות כאחוז מהתוצר, קיימת גם ירידה בחלקו היחסי של המימון הציבורי מכלל ההוצאה הלאומית על בריאות. המימון הציבורי ירד מלמעלה מ-70 אחוז מכלל ההוצאה הלאומית במהלך שנות התשעים לכדי פחות מ-65 אחוז ב-2007, מן הנמוכים בהשוואה למדינות מפותחות. לשם השוואה, ההוצאה הציבורית בבריטניה היא בשיעור של 87 אחוז מההוצאה הלאומית על בריאות, בשבדיה – 82 אחוז, באירלנד – 78 אחוז, ובקצה השני של הרצף ארה"ב – 46 אחוז (OECD, 2007). הירידה הריאלית ניכרת גם בהוצאה הממשלתית על בריאות בממוצע לנפש במהלך העשור המדובר, מרמה של

¹ ההוצאה לנפש מוצגת במונחי כוח הקנייה של הדולר (Purchasing Power Parity) ומביאה בחשבון הבדלים בכוח הקנייה של הדולר במדינות השונות.

2,918 ש"ח ב-1996, לכדי 2,755 ש"ח בשנת 1999, 2,516 ש"ח ב-2005 ועד 2,333 ש"ח בלבד בשנת 2007 (במונחי מחירים קבועים לשנת 2006).

א. הרכב המימון וסוגיית הפרוגרסיביות

פרוגרסיביות במימון גורסת נטל הוצאה גבוה יחסית על קבוצת הכנסה גבוהה עבור אותם צורכי רפואה. ניתן לחלק את דרגות הפרוגרסיביות במימון שירותי הבריאות לשתי קבוצות עיקריות – המימון הציבורי והמימון הפרטי של משקי הבית, שכל אחת מהן נחלקת לשתי קבוצות משנה. המימון הציבורי נחלק בין מימון, המועבר למערכת הבריאות מתוך תקציב המדינה ומתבסס על תשלומי מס ההכנסה ומסים אחרים, לבין מס הבריאות, אותו גובה המוסד לביטוח לאומי. המימון הפרטי נחלק בין תשלומי מבוטחים, בהם קיים סוג של הסדרה מצד המדינה, תוך התחשבות באוכלוסיות חלשות כלכלית ו/או בריאותית, לבין תשלומים פרטיים, לגביהם לא חלה הסדרה כזו (צ'רניחובסקי, 2007).

תת הקבוצה הראשונה של המימון הפרטי כוללת את תשלומי ההשתתפות העצמית, בגין שירותי בריאות ותרופות בסל הבסיסי (לגביהם הגדיר החוק שורה של כללים להגנה על אוכלוסיות חלשות), וכן תשלומים חודשיים לתכניות השב"ן, שם קיימת מידה מסוימת של סבסוד צולב בין קבוצות². בקבוצה השנייה כלולים תשלומי משק הבית ישירות לנותן שירות, ללא מעורבות המדינה וכן תשלומי פרמיות לפוליסות ביטוח בריאות, המשוקות על-ידי חברות מסחריות, בהן הפרמיה מותאמת לסיכון ולמצב בריאותו של המשלם, ללא סבסוד צולב או מנגנוני הגנה על אוכלוסיות חלשות.

1) **מקורות מימון ציבוריים.** מקורות המיסוי הכלליים, ובראשם מס הכנסה, הם הפרוגרסיביים ביותר בישראל (ביבי-קרשאי, 2005). "מס הבריאות" הוא כיום מקור המימון הציבורי היחיד, הייעודי למערכת הבריאות³. הוא פרוגרסיבי פחות ממס הכנסה ונוטה להיות יחסי בשל תקרת המס. במהלך התקופה, 1995-2006, חלה עלייה יחסית בחלקו של מס הבריאות מכלל המימון הציבורי, מ-31 אחוז בראשית התקופה לכ-40 אחוז בסופה. במקביל חלה ירידה בשיעור המימון, המגיע כ"השלמות

² בתכניות אלה גם כללים להגנה על קבוצות חלשות בהיבטים אחרים, לדוגמה איסור חיתום.

³ "המס המקביל" היה מקור ייעודי ובוטל במסגרת חוק ההסדרים 1997.

מתקציב המדינה". הירידה היחסית במימון באמצעות המסים הכלליים לעומת "מס הבריאות" מבטאת ירידה בפרוגרסיביות של המימון הציבורי של מערכת הבריאות (צ'רניחובסקי, 2007).

2) **הוצאות משקי הבית והרכבן**. במקביל לירידה בשיעור המימון הציבורי היה גידול בשיעור המימון הפרטי במערכת הבריאות, מכ-25 אחוז מכלל ההוצאה הלאומית על בריאות בשנת 1995 עד 36 אחוז ב-2007 (הלמיס, 2008). התשלומים הישירים מהכיס של משקי הבית, לרבות השתתפויות בשירותי בריאות הכלולים בסל הבסיסי, המחייבים השתתפות עצמית, קשורים להיקף צריכת שירותי הבריאות. לעומתם ההוצאה על "ביטוחי בריאות", בתכניות השב"ן⁴ ובפוליסות של חברות ביטוח מסחריות, משולמת מידי חודש, ללא קשר לצריכת השירותים.

מבין שני סוגי ההוצאה הפרטית, שהוזכרו לעיל, התשלומים תחת הסדרה (המכונים לעתים "מימון חצי-ציבורי") פרוגרסיביים פחות משני מקורות המימון הציבוריים, היות שלא תמיד קיימת בהם התחשבות מלאה בהכנסתו של המשלם. לעיתים ההתחשבות חלקית (לא בכל השירותים חייבי התשלום) ובמקרים אחרים היא מוחלת רק על מקרי קיצון, כמו במקרה של הזכאים להבטחת הכנסה. מימון זה פרוגרסיבי יותר מהמימון בתשלום ישיר מהכיס, אשר אין בו מרכיב של סבסוד והוא מותנה באופן בלעדי ברצון וביכולת לשלם את מלוא העלות של השירות הרפואי.

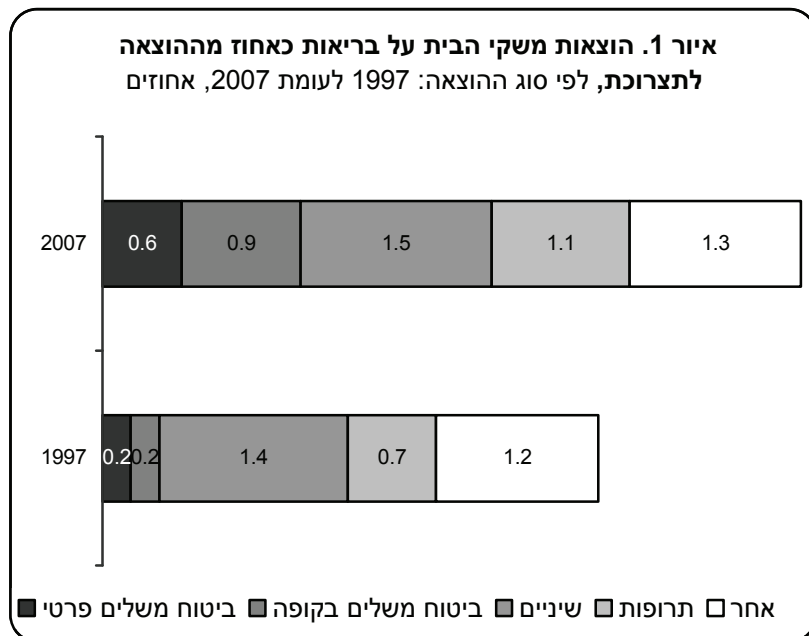
ג. ההוצאה על בריאות כחלק מהוצאות משקי הבית

ההוצאה הממוצעת של משקי הבית על בריאות (619 ש"ח לחודש) הכפילה את רמתה במהלך העשור האחרון, 1997-2007, והגדילה את חלקה מסל התצרוכת של משקי הבית בכ-40 אחוז. שיעורה הגיע לכדי 5.3 אחוזים מההוצאה הכוללת לתצרוכת בשנת 2007 לעומת כ-3.8 אחוזים ממנה ב-1997. בשנה האחרונה לבדה, 2006-2007, ההוצאה החודשית הממוצעת של משקי הבית על תצרוכת גדלה, בממוצע, בכ-4 אחוזים, מ-11,133 ש"ח ל-11,584, כאשר כחצי אחוז מהגידול מיוחס לשינוי המחירים ו-3.5 אחוזים מוגדרים שינוי ריאלי בהוצאה. לעומת

⁴ תכניות שב"ן אינן נחשבות כתכניות ביטוח אולם לצורך הדיון בפרק זה נכלול אותן בקטגוריה של "הביטוח המשלים של קופת-החולים".

זאת, ההוצאה על בריאות עלתה ב-8.6 אחוזים, כאשר 1.6 אחוזים מיוחס לשינוי המחירים וכ-7 אחוזים הם שינוי ריאלי בהוצאה.

הגידול הכללי בהוצאה הפרטית על בריאות בתקציב משקי הבית ניכר בעשור האחרון אצל כל חמישוני ההכנסה. הוא מוסבר, ראשית, בעלייה הכללית ברמת החיים, המשתקפת בעלייה בסך ההוצאות על צריכה, בעיקר משום שההוצאה הפרטית על בריאות רגישה יותר לשינויים בהכנסה. גם המודעות לצורך בשירותים נוספים, מעבר לשירותים המובטחים בסל הבסיסי, תרמה לגידול משמעותי בהוצאות על ביטוחים משלימים וביטוחים פרטיים בקופות. הדבר משקף, ככל הנראה, חוסר אמון של הציבור בסל השירותים הבסיסי, המובטח לו במערכת הבריאות הציבורית.



מקור: הלמ"ס, 2008.

בעניין הרכב ההוצאות של משקי הבית על בריאות, איור 1 מציג את ההשוואה במשקל היחסי של כל אחד ממרכיבי ההוצאה על בריאות בין השנים 1997 ו-2007. ניתן לראות, כי חל גידול משמעותי בחלק ההוצאה על ביטוחי בריאות (הן שב"ן והן בביטוחים המסחריים וכן בחלק ההוצאה המיוחס לתרופות). החלק היחסי המוקדש להוצאות על ריפוי שיניים נשאר קבוע, וייתכן שהוא מעיד על קשיחות הביקוש לשירותים אלה, לגביהם לא קיימת חלופה במימון ציבורי. מגמה דומה קיימת בהוצאה על מה שהוגדר כ"אחר", בתוכו המרכיב המשמעותי ביותר כולל משקפיים ועדשות מגע (וכן ציוד מתכלה, כגון תחבושות, צמר גפן, וכדומה). בחלק המיועד להוצאה על תרופות חל קיטון.

במהלך השנים חלו שינויים בקצב הגידול של סעיפי ההוצאה השונים, שתרומתם לגידול ההוצאה הכוללת של משקי הבית על בריאות נבדלת. השינויים במרכיבי ההוצאה השונים הביאו להבדלים במשקל היחסי של שירותי בריאות שונים לא רק כאחוז בסל התצרוכת הכללי, אלא גם כאחוז מההוצאה של משקי הבית על בריאות. כך עלה חלקם של ביטוחי הבריאות מכ-14 לכדי כמעט 26 אחוז ב-2006. חלקה של ההוצאה על ריפוי שיניים ירד מ-35 ל-28 אחוז בין 1998 עד 2006, ואף ההוצאה על משקפיים ועדשות מגע ירדה במעט, מכ-9 ל-7.4 אחוזים. לגבי התרופות, חלה ירידה במשקלן היחסי של תרופות שנרכשו מחוץ לקופה, מ-13 לכדי 10 אחוזים מהוצאות משקי הבית על בריאות, אך עלה חלקן היחסי של התרופות שנרכשו בקופה, מ-6 לכמעט 10 אחוזים.

הבעייתיות של עליית המימון הפרטי של שירותי הבריאות מומחשת בהשוואה של ההוצאה הפרטית על בריאות בין חמישוני הכנסה – החמישון העליון מוציא על "בריאות" פי 3 מהחמישון התחתון (הלמ"ס, 2008). הפער בין החמישוני גדול במיוחד, בכל הקשור להוצאה על ביטוחי בריאות (חמישון עליון מוציא פי 4.6 בהשוואה לחמישון תחתון על סעיף זה), אולם קיים הבדל בין ההוצאה על ביטוח בריאות מסחרי לבין ההוצאה על תכניות השב"ן. בכל הקשור להוצאה על השב"ן (הביטוח המשלים של הקופה), החמישון העליון מוציא פי 2.5 מהתחתון ואילו בכל הקשור להוצאה על ביטוח משלים מסחרי הוא מוציא פי 22.8. פער גדול קיים גם בביטוחי שיניים (פי 16.6), בשירותי הרפואה האלטרנטיבית (פי 8.4) ובמשקפיים ובעדשות מגע (פי 5.8).

מסתבר שבמהלך השנים, 1998-2006, חלו שינויים בהרגלי הצריכה של הציבור: בעוד הגידול בהוצאה של משקי הבית על בריאות במחירים שוטפים הסתכם בממוצע ב-68 אחוז (מ-339 ל-570 ש"ח), הגידול אצל החמישון התחתון גבוה בשיעורו, 88 אחוז. בחינה לפי סעיפי הוצאה מגלה, כי אצל החמישון התחתון ההוצאה על הביטוח המשלים של הקופה (שב"ן) גדלה פי 4.7 בהשוואה ל-1998 ואצל החמישון העליון – פי 2.6. המצב הפוך לגבי ביטוח הבריאות המסחרי – אצל החמישון העליון חל גידול פי 4.5 ואצל התחתון פי 2.7. עוד חלה עלייה רבה בהוצאות החמישון התחתון על טיפולי שיניים (פי 2) ועל תשלומים לרופא פרטי (פי 1.7), כאשר אצל החמישון העליון חלה ירידה בהוצאה על מרכיבים אלה באותה תקופה. מצד שני, אצל החמישון התחתון חלה ירידה בהוצאה על תרופות שנרכשו מחוץ לקופת-חולים ואצל החמישון העליון עלייה פי 1.6. ההוצאה על שב"ן כאחוז מההוצאה על בריאות היא מרכיב שחלקו עלה באופן בולט בהוצאות החמישון התחתון בין 1998 ל-2006, מ-6 ל-15 אחוז מההוצאה על בריאות. גם חלקן של התרופות, שנרכשו בקופה, עלה בתקופה זו בקרב החמישון התחתון, מ-11.6 ל-14 אחוז.

לגבי חלקן של התרופות, שנרכשו מחוץ לקופה – ההוצאה עליהן כפולה בממוצע מההוצאה על תרופות בקופה אך ישנם הבדלים בין החמישונים: בעוד שב-1998 ההבדל היה ניכר, פי 1.6 אצל החמישון התחתון ופי 2.9 אצל העליון, הרי ב-2006 הצטמצם היחס הכללי בין החמישונים ל-1.08 בלבד. גם המגמה התהפכה – ההוצאה בגין רכישת תרופות בקופה אצל החמישון התחתון הייתה גבוהה פי 1.5 מההוצאה בגין רכישת מחוץ לקופה, בעוד שאצל החמישון העליון ההוצאה מחוץ לקופה נותרה גבוהה יותר (יותר מפי 2 מההוצאה בגין תרופות שנרכשו בקופה). ככלל, ניתן להצביע על כך, שבמהלך התקופה האמורה חל גידול יחסי בהוצאות החמישון התחתון (מעבר לגידול הכללי בכל אחד מסעיפים אלה בנפרד), הן בביטוח המשלים של הקופה, הן בטיפולי שיניים, בתרופות שנרכשו במסגרת הקופה ובתשלומים לרופא פרטי. ירידה יחסית חלה בתרופות שנרכשו מחוץ לקופה.

לסיכום, העלייה בחלקו של המימון הפרטי במערכת הבריאות ובחלקו היחסי של מס הבריאות במימון הציבורי תרמו יחדיו לירידה בפרוגרסיביות של מימון המערכת. לכאורה ניתן להבחין בשיפור מסוים בפרוגרסיביות המימון הפרטי, עקב הגדלת החלק היחסי של תשלומים המבוצעים תחת הסדרה, מתוך כלל התשלומים של משקי הבית על

בריאות, אולם במגמה הכללית של ירידה בפרוגרסיביות המימון לא חל שינוי מהותי. שינויים אלה הביאו, ככל הנראה, להפחתת הנגישות לשירותי רפואה, שניתן היה למנעה בשמירת חלקה של הממשלה במימון, בשיעור של כ-75 אחוז מתוכו, כמקובל במדינות מערב אירופה.

2. קופות-החולים – הקצאת המשאבים והרכב המבוטחים

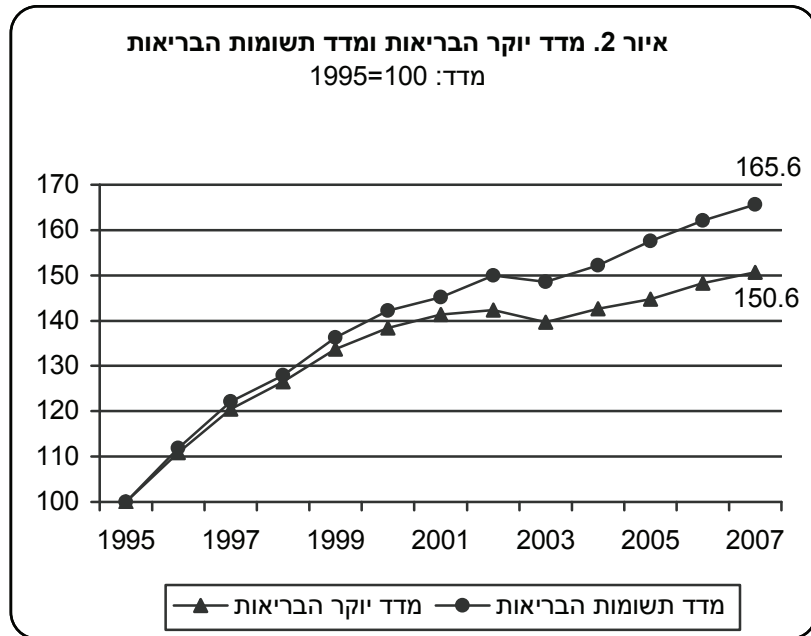
התפלגות ההוצאה הלאומית על בריאות לפי מגזר מבצע מראה, כי בשנת 2006 ההוצאה בגין שירותים, שסופקו על-ידי קופות-החולים, דומה לשנתיים הקודמות, 16.7 מיליארד ש"ח, ומהווה 34 אחוז מכלל ההוצאה על שירותי הבריאות. רבע מיליארד ש"ח עמדו לרשות הקופות לצורך הספקת סל שירותי הבריאות, בהתאם לחוק ביטוח הבריאות. מדובר בעלייה של 3.7 אחוזים בהשוואה לשנת 2006 (בן נון, קידר, 2007א), המבטאת את עדכון עלות הסל לפי השינויים במדד יוקר הבריאות, עדכון בגין גידול האוכלוסייה ותוספת עבור תרופות וטכנולוגיות חדשות.

התקציב מתחלק בין קופות-החולים, כך ש-90 אחוז ממנו (22.3 מיליארד ש"ח) מבוסס על שימוש בנוסחת הקפיטציה, המתחשבת בהרכב הגיל של המבוטחים בכל קופה. עוד 5 אחוזים (1.3 מיליארד ש"ח) חולקו בהתאם למספר חברי הקופה, החולים באחת מחמש המחלות הקשות שהוגדרו בחוק (דיאליזה, גושה, טלסמיה, המופיליה ואידס). ההקצאה הנפרדת בגין החולים במחלות הקשות נובעת מהעובדה שהטיפול בהן יקר יחסית וממושך, ומכך שתחלואה זו איננה קשורה לגיל המבוטח, כמשתקף בנוסחת ההקצאה. 5 אחוזים נוספים מתקציב קופות-החולים מיוחסים להכנסות שלהן מהשתתפויות עצמיות של החברים בגין שירותים רפואיים, המחויבים בתשלום ההשתתפות העצמית של המבוטח, מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בנוסף להקצאה הרגילה תוגמלו הקופות בהתאם להישגים שלהן מול יעדי ההוצאות שהותוו לכל קופה על-ידי משרד האוצר.

א. מנגנון עדכון התקציב והקצאתו לקופות-החולים

עם החלתו של החוק נקבע תקציב, המכסה את עלות סל שירותי הבריאות של קופות-החולים ונקבע, כי סכום זה יתעדכן מידי שנה בהתאם למדד יוקר הבריאות ובהתאם לגידול האוכלוסייה. הרכבו של מדד יוקר הבריאות עוגן בתוספת החמישית לחוק.

בתחילת הדרך (עד 2004) כלל מדד זה את מדדי המשנה הבאים: מדד המחירים לצרכן (23 אחוז ממדד יוקר הבריאות), המדד הסיטונאי של מחירי תרופות (17 אחוז), מדד תשומות הבנייה (2 אחוזים) מדד השכר במגזר הציבורי (22 אחוז) ומדד השכר במגזר הבריאות (36 אחוז). בהמשך (מינואר 2005) שונתה הנוסחה, כך שאיננה כוללת את המדד הסיטונאי של מחירי התרופות. במקום זאת עלה המשקל היחסי של מדד המחירים לצרכן ל-40 אחוז ומשקלם היחסי של שאר המדדים נותר בעינו. קופות-החולים טוענות, כי מדד זה איננו משקף את ההתייקריות הריאליות בשוק הבריאות ומפגר אחרי מדד 'תשומות הבריאות', הנבנה כמודד לעליית מחירי התשומות להספקת סל השירותים בקופות-החולים. מדד זה מורכב ממחיר יום אשפוז (שמשקלו היחסי במדד תשומות הבריאות 50 אחוז), מדד השכר במגזר הבריאות (30 אחוז) ומדד המחירים לצרכן (20 אחוז).



מקור: בן נון, קידר, 2007א.

בין השנים 1995-2007 עלה מדד יוקר הבריאות ב-51 אחוז, בעוד שמדד תשומות הבריאות עלה ב-66 אחוז (ראה איור 2 לעיל). בנוסף לעדכון על פי מדד יוקר הבריאות, אמור התקציב לקופות להתעדכן בהתאם לגידול האוכלוסייה והזדקנותה. אולם, גם כאן העדכון מביא בחשבון רק חלק מגידול האוכלוסייה. היות שהאוכלוסייה מזדקנת ובהתאם לכך חלה עלייה בצרכים הרפואיים (ובהוצאות של הקופות), השחיקה התקציבית גדלה עוד יותר. כך לדוגמא, הגידול הדמוגרפי (בנפשות מתוקננות, המביא בחשבון את הרכב הגיל) הסתכם ב-38 אחוז בין 1995-2007, כאשר העדכון המצטבר של עלות סל שירותי הבריאות, בגין שינויים דמוגרפיים אלה הסתכם ב-23 אחוז בלבד (בן נון, קידר, 2007א).

מעבר לשאלת התקציב הכללי, העומד לרשות מערכת הבריאות ככלל וקופות-החולים בפרט, קיימת גם שאלה לגבי אופן חלוקת התקציב בין הקופות. נוסחת הקפיטציה הנוכחית מביאה בחשבון רק את גיל המבוטחים (כמנבא מקורב של ההוצאה בגינם), אולם על פי הניסיון המצטבר בעולם, הגיל מנבא רק חלק קטן מההוצאה. לכן יש הדוגלים בהוספת משתנים, כגון מצב חברתי-כלכלי של המבוטחים או מצב תחלואה (כרונית). שיטת הקצאה, שלא תנבא באופן הולם את ההוצאה בגין אוכלוסייה עתירת הוצאה למבטח (קופת-חולים), עלולה להביא לניסיונות של מבטחים לבצע 'ברירת מבטחים', היינו ניסיון של הקופה למשוך מבטחים צעירים ובריאים ולדחות מבטחים עתירי הוצאה – פעילות כזו נוגדת את העיקרון הבסיסי עליו מושתת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולכן התבססות על נוסחת קפיטציה נכונה ומינון נכון של רכיבי תשלום פרוספקטיביים ורטרוספקטיביים לקופות-החולים עשויים להוות מפתח להגברת היעילות והשוויוניות במערכת הבריאות (גלזר, מסיקה, 2007). כפי שצינו, הן גובה ההקצאה לקופה והן גובה הוצאותיה קשורים להרכב המבוטחים של הקופה. נוסחת קפיטציה נכונה, חובת קבלת כל פונה כמבוטח של הקופה, והבטחת חופש מעבר של מבוטחים בין הקופות היו אמורים לשמש ככלי מדיניות בעזרתם קיווה המחוקק להביא למצב בו לקופות לא יהיה התמריץ ולא היכולת לברור מבטחים, ובהמשך אולי אף להביא לכך, שהרכב המבוטחים בקופות השונות יהיה דומה. להלן נציג את ההבדלים בהרכב המבוטחים בין קופות-החולים ונתאר את המגמות בהקשר זה.

ב. הרכב המבוטחים בקופות-החולים

ניתן להצביע על שינוי עקבי בחלקן היחסי של הקופות מכלל המבוטחים. במאי 1995, חודשים ספורים לאחר כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף, התפלגו כלל המבוטחים באוכלוסיית ישראל בין הקופות כלהלן: 62 אחוז השתייכו לקופת-חולים כללית, 20 אחוז לקופת-חולים מכבי, 9 אחוזים היו בלאומית ו-9 אחוזים במאוחדת. במהלך השנים שחלפו מאז הקופות הקטנות נגסו בחלקה של קופת-חולים הכללית, כך שכעבור תריסר שנים ירד שיעור המבוטחים בכללית ל-53 אחוז בלבד לעומת 24 אחוז במכבי, 13 אחוז במאוחדת ו-9.5 אחוזים בלאומית. סך המבוטחים ב-2007 הסתכם ב-7.25 מיליון (בנדלק, 2008).

הגודל היחסי של קופות-החולים, כאמור לעיל, מביא בחשבון את מספר הנפשות המבוטחות בכל קופה, ללא קשר להרכב הגיל של מבוטחי הקופה. אולם, כפי שצינו, ההקצאה לקופות-החולים נעשית לפי גודלה היחסי של הקופה בנפשות מתוקננות, היינו על בסיס תחשיב (נוסחת הקפיטציה), הנותן משקל גבוה יחסית (מעל 1) לאוכלוסיות מבוגרות ולתינוקות, ומשקל נמוך יחסית (מתחת ל-1) לצעירים. מטבע הדברים, יוקצו לקופה, בה קיים שיעור גבוה יחסית של קשישים, יותר משאבים מאשר לפי חלקה היחסי בחישוב הרגיל.

נוסחת הקפיטציה עברה במהלך השנים מספר שינויים: בשנת 1997 בוצע בה שינוי עקב החזרת שירותי המיילדות למימון המוסד לביטוח לאומי (מ-1995-1997 מומנו שירותים אלה על-ידי הקופות) ובשנת 2006 הוחלט על שינוי נוסף, קבוצת הגיל הראשונה (עד 5 שנים) פוצלה לשניים וניתן משקל שונה לתינוקות עד גיל שנה ועד 4 שנים. בדומה גם קבוצת בני 75 ומעלה פוצלה, לבני 75-85 ולבני 85 ומעלה, כשלכל אחת מהן ניתן משקל שונה.

התפלגות הנפשות המבוטחות והנפשות המשוקללות בקופות השונות מוצגת בלוח 1 להלן. כדי להציג את ההבדלים במשקלן היחסי של הקופות בין השנים 1998 ו-2007, הן במונחים של נפשות מבוטחות והן במונחים של נפשות מתוקננות, בצענו תחילה את ההשוואה בשתי השנים הנ"ל, תוך הפעלה של נוסחת הקפיטציה שנהגה עד שנת 2006. רק לאחר מכן (בשתי העמודות השמאליות ביותר) השוינו את השפעתה של הנוסחה הנוכחית.

לוח 1. התפלגות נפשות מבוטחות ומתוקננות בין קופות-החולים, 1998 ו-2007

2007					1998			קופת-חולים
לפי נוסחה נוכחית		לפי נוסחה קודמת			לפי נוסחה קודמת			
יחס מתוקננות/מבוטחות	גודל יחסי נפשות מתוקננות	יחס מתוקננות/מבוטחות	גודל יחסי נפשות מתוקננות		יחס מתוקננות/מבוטחות	גודל יחסי נפשות מתוקננות	נפשות מבוטחות	
			נפשות מבוטחות	נפשות מתוקננות				
1.09	57.9	1.16	57.4	53.2	1.14	63.2	58.2	כללית
0.91	22.2	1.01	22.5	24.3	0.92	19.0	21.6	מכבי
0.93	8.8	1.01	8.8	9.5	0.96	9.1	9.9	לאומית
0.85	11.1	0.94	11.3	13.1	0.88	8.6	10.3	מאוחדת

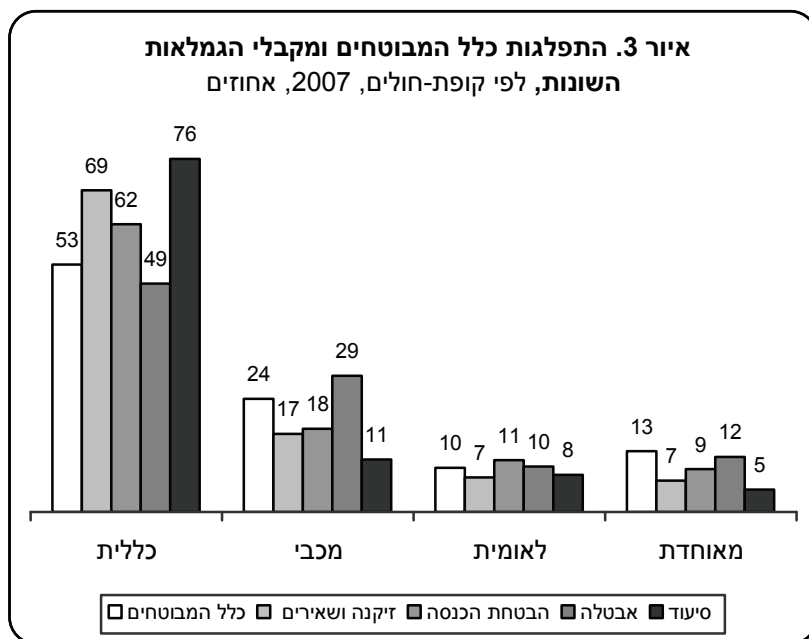
מקור: עיבודים על בסיס בן נון, קידר, 2007א ובנדלק, 2008.

ההבדלים בגודל היחסי של הקופות ניכרים בהתאם לשיטות החישוב השונות – גודל יחסי לפי נפשות מבוטחות (ללא קשר לגיל) וגודל יחסי לפי נפשות מתוקננות (על פי נוסחת הקפיטציה). נוסחת הקפיטציה הביאה במהלך התקופה לגידול בחלקה היחסי של קופת-חולים הכללית בהשוואה לגודלה היחסי לפי נפשות מבוטחות. השינוי נעשה על חשבון ירידה בגודל היחסי של כל אחת מקופות-החולים האחרות. חלקה של קופת-חולים כללית ירד מ-58 ל-53 אחוז ובנפשות מתוקננות היא ירדה מ-63 אחוז ל-57 אחוז בהתאמה. ניתן לראות גם את הירידה בחלקה היחסי של לאומית, הן בנפשות מבוטחות והן במתוקננות, ובמקביל לכך גידול בחלקן של מכבי ומאוחדת.

היחס שבין נפשות מתוקננות לנפשות מבוטחות משקף את ההבדל בהרכב המבוטחים בקופות השונות: בכללית שיעור גבוה יחסית של מבוטחים בגיל מבוגר ולכן היחס בין נפשות מתוקננות לנפשות מבוטחות גדול מ-1. במאוחדת, לדוגמא, יחס זה קטן ביותר בהתאם לגילם הצעיר יחסית של המבוטחים. יחס זה גדל בכל הקופות ובשנת 2007 לפי הנוסחה הקודמת הוא אמור היה להיות מעל 1, דבר המשקף ככל הנראה גידול יחסי בגיל של מבוטחי הקופות.

שתי העמודות השמאליות בטבלה מציגות את השפעת השינוי בנוסחת הקפיטציה על הגודל היחסי של כל אחת מהקופות: הנוסחה במתכונתה החדשה הגדילה את חלקה היחסי של הכללית (מעבר לגודלה על פי חישוב

נפשות מתוקננות לפי הנוסחה הקודמת), היא השאירה את גודלה היחסי של לאומית, והקטינה את גודלן היחסי של מכבי ומאוחדת. בכל הקשור ליחס נפשות מתוקננות למבוטחות היא החזירה את המצב לקדמותו במובן זה, שבשלוש מבין הקופות יחס זה עומד על מספר הנמוך מ-1. הערכים בטבלה מדגישים הבדלים דמוגרפיים בין הקופות: כך לדוגמא, בעוד ששיעור בני 65 ומעלה באוכלוסייה הכללית כעשרה אחוזים, שיעורם בשירותי בריאות כללית 13 אחוז, לעומת 8 אחוזים בלאומית, 7 אחוזים במכבי ו-5.5 אחוזים בלבד במאוחדת. בנוסף לכך, 72 אחוז מכלל בני ה-75 ומעלה באוכלוסייה מבוטחים בשירותי בריאות כללית, בעוד שחלקה בכלל המבוטחים עומד, כאמור, על 53 אחוז. גם חלוקת המבוטחים בין הקופות מבחינה גיאוגרפית איננה מאוזנת. עוד קודם לחקיקת חוק ביטוח הבריאות, קופת-חולים הכללית פעלה ביישובים מרוחקים, באזורי הפיתוח וביישובים ערביים; וגם היום, יותר מ-80 אחוז מתושבי היישובים הערביים מבוטחים בכללית. ביישובי הדרום, כגון ירוחם ודימונה, הכללית מבטחת קרוב ל-70 אחוז מהתושבים, ובצפון, בשלומי למשל, בסביבות 60 אחוז. מכבי, מנגד, מבטחת 44 אחוז מתושבי תל-אביב-יפו, ואחוז דומה ביישובים מבוססים במרכז; ומאוחדת בולטת בחלקה בירושלים ובסביבותיה (כ-40 אחוז). הקופות שונות זו מזו גם ברמת ההכנסה של המבוטחים: 55 אחוז ממבוטחי קופת-החולים הלאומית משתכרים עד מחצית השכר הממוצע במשק, לעומת 51 אחוז בכללית, 50 אחוז במאוחדת ו-44 אחוז במכבי. הבדלים ניכרים קיימים בכל הקשור לקבוצות החלשות כלכלית (לפי זכאות לגמלאות המוסד לביטוח לאומי, למשל). איור 3 להלן מציג את גודלה היחסי של כל אחת מהקופות בכלל המבוטחים ליד חלקם של מקבלי הגמלאות השונות. מסתבר, כי שיעור גבוה יחסית של חברי הכללית מקבל גמלת סיעוד וגמלת זיקנה ושאיירים. בקרב מקבלי גמלת אבטלה גבוה שיעור החברים במכבי ובקרב מקבלי הבטחת הכנסה קיים שיעור גבוה יחסית לגודל הקופה של מבוטחי כללית ולאומית. שיעור מבוטחי מאוחדת בקרב מקבלי הגמלאות קטן יחסית לגודלה באוכלוסייה.



חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע מספר קבוצות, הזכאיות להנחות מתשלומים רפואיים. בשנת 2007 מדובר בכרבע מהמבוטחים (כ-1.8 מיליון) כולל מקבלי קצבאות הביטוח הלאומי (ובמיוחד מקבלי קצבת נכות כללית, קצבת ניידות לילד נכה, קצבת זיקנה ושירים עם השלמת הכנסה), במשפחות עם יותר מ-4 ילדים ובעולים במהלך השנה הראשונה בארץ. התפלגות הזכאים להנחות לפי קופות-החולים (לוח 2 להלן) מצביעה על כך, שבכל הקופות, למעט מכבי, שיעורם מן הסך-הכל גבוה משיעור המבוטחים בקופה. רוב הזכאים להנחות הם משפחות מרובות ילדים (60 אחוז), מקבלי קצבת נכות (22 אחוז), ומקבלי קצבת זיקנה (18 אחוז).

לוח 2. מבוטחים זכאים להנחות לעומת כלל המבוטחים, 2007

מבוטחים זכאים להנחות	סך-כל המבוטחים	סך-כל המבוטחים
100.0	100.0	100.0
54.6	53.2	כללית
18.2	24.2	מכבי
15.4	13.1	מאוחדת
11.8	9.5	לאומית

3. סל השירותים⁵

א. הסל הבסיסי והסל המשלים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 קובע, כי כל תושב בישראל זכאי לסל שירותי בריאות, שהוגדר בחוק, וכי ביטוח הבריאות יהיה מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. החוק קובע, כי "קופת-החולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות להם הוא זכאי לפי חוק זה". החוק מתייחס בהרחבה לסל השירותים הבסיסי, שנקבע כמינימום, המחייב כל אחת מהקופות ומבהיר את עקרונות הספקת שירותי בריאות נוספים, מעבר לסל הבסיסי. בפועל, קיימים היום בישראל מספר רבדים של ביטוח בריאות: הסל הבסיסי מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה רובד ראשון והרובד השני הינן התכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות-החולים. הספקת שירותים אלה הותרה לקופות-החולים על בסיס עקרונות, שהותוו בסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ההצטרפות אליהן היא וולונטרית והקופה מחויבת לקבל לתכניות אלה כל פונה מקרב מבוטחיה. בתכניות כלולים שירותי בריאות, שאינם מסופקים במסגרת הסל הבסיסי (לדוגמא ניתוחים פלסטיים ורפואה משלימה) וכן שירותים הכלולים בסל הבסיסי אולם לגביהם קיימת הגבלה כלשהי של מכסות שנתיות (כגון שירותים בתחום התפתחות הילד) או הגבלה

⁵ סעיף זה נכתב בשיתוף עם פרופ' גבי בן-נון, לשעבר סמנכ"ל לכלכלה וביטוח במשרד הבריאות.

בהוצאה של הקופה עד לתקרה מסוימת (לדוגמא טיפולים מצילי חיים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל).

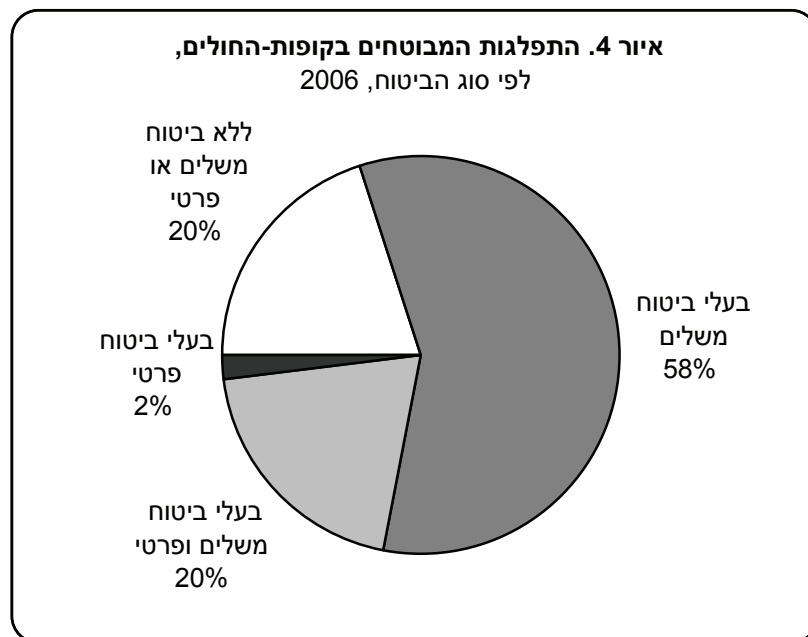
בכל אחת מקופות-החולים קיימים היום שני רבדים של תכניות שב"ן – רובד שב"ן בסיסי ורובד שב"ן עליון. סלי השירותים המוצעים בכל אחד מהרבדים אינם זהים בקופות השונות אם כי קיים דמיון רב ביניהן. רובד ביטוחי נוסף, מעבר לתכניות השב"ן, הוא ביטוחי בריאות פרטיים, המשווקים על-ידי חברות ביטוח מסחריות. יש לציין, כי ההתייחסות לקבוצה זו כרובד ביטוחי נוסף שנויה במחלוקת מאחר שבמקרים מסוימים שירותים בפוליסות הקיימות בחברות המסחריות מתחרים למעשה עם אלה המוצעים בקופות-החולים (לדוגמא השתלות וטיפולים מצילי חיים בחו"ל). במקרים אחרים הם מהווים אכן השלמה או תוספת לשירותים המוצעים בקופות.

קרוב ל-80 אחוז מתושבי ישראל אינם מסתפקים בסל הבריאות הבסיסי ובחורים לרכוש לעצמם ביטוח בריאות נוסף מסוג כלשהו⁶. הרוב מצטרף לתכנית השב"ן של קופת-החולים, אך חלק לא מבוטל בוחר לרכוש בנוסף גם ביטוח רפואי דרך חברת ביטוח, אם כפוליסת ביטוח אישית או במסגרת פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית דרך מקום העבודה. בהשלמה לכך, כ-20 אחוז מאזרחי המדינה לא מחזיקים בבעלותם ביטוח בריאות כלשהו לא שב"ן ולא ביטוח מסחרי. שיעור המבוטחים בביטוחי בריאות מסוג כלשהו בקרב אוכלוסיות חלשות נמוך בהרבה מאשר בכלל האוכלוסייה: מדובר על כמחצית בקרב הערבים, כשליש (30 אחוז, ליתר הדיוק) מהעולים (שהגיעו מ-1989 ואילך), וב-46 אחוז מבעלי הכנסה נמוכה. ביישובים שדירוגם החברתי-כלכלי נמוך (לפי דירוג הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה), שיעור אלה שלא רכשו ביטוח משלים כלשהו נע בין 30 ל-40 אחוז. כמו כן כרבע מבני 65+, שצורכיהם הבריאותיים רבים יותר, בדרך-כלל, אינם מבוטחים בביטוח בריאות משלים, כך שהם אינם מכוסים מעבר לסל השירותים הבסיסי, המוצע במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

העובדה שלא כל האוכלוסייה מכוסה בביטוחים משלימים מביאה לכך, ששירותים חיוניים, הקיימים במסגרת תכניות אלה, אינם נגישים לאוכלוסיות חלשות. הקופה אמנם חייבת לקבל כל פונה לתכנית השב"ן, אולם, הרכב הסל של שירותי השב"ן של הקופה כשלעצמו יכול להוות

⁶ עיבודי מרכז טאוב מתבססים על סקר הוצאות משק הבית של הלמ"ס, שאינו כולל את אוכלוסיות הקיבוצים, המושבים, בדואים מחוץ לערים ודיירי מוסדות.

אמצעי לברירת מבוטחים – לדוגמא, סל שיהיה אטרקטיבי יותר למשפחות צעירות, ופחות לקשישים, עלול להביא לכך, שדווקא אוכלוסייה צעירה תבחר לעבור מקופה לקופה ומבוגרת תירתע מכך. לכן הפיקוח של משרד הבריאות על תכניות השב"ן נועד, בין השאר, למנוע ברירה של מבוטחים באמצעותן. הסעיף הבא ממחיש את המורכבות של יחסי הגומלין בין סל השירותים הבסיסי לבין סל השב"ן, באמצעות תיאור הסוגיה הנתונה במחלוקת – תרופות מצילות חיים בסל שירותי השב"ן.



מקור: חישוב על סמך הלמ"ס (2008ג), סקר הוצאות משקי הבית 2006.

ב. תרופות מצילות חיים בתכניות השב"ן של קופות-החולים

סעיף 10 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התיר, כאמור, לקופות-החולים להציע לחבריהן תכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן), הכוללות סל שירותים מעבר לזה המובטח על פי החוק. מאז הפעלת החוק (1995) ולאורך כשמונה שנים לא נכללו תרופות מצילות חיים בתכניות השב"ן, גם לא כשלב ביניים עד הכללתן בסל הבסיסי. עיקרון זה נפרץ לראשונה בשנת 2004 על-ידי קופת-חולים מאוחדת, בתכנית "מאוחדת שיא", בה ניתן אישור להחזר חלקי והוא חל על תרופות שאושרו על-ידי ועדה מיוחדת של הקופה, שפעלה מכוח היתר מיוחד בפקודת הרוקחים. גובה השתתפות הקופה באותם מקרים היה צנוע יחסית. בהמשך יצאה קופת-חולים לאומית בתכנית שב"ן חדשה, שנקראה "לאומית מקסימום", אשר שיווקה פוליסת ביטוח מסחרית, שכללה פיצוי בגין תרופות מצילות חיים. באותה עת התנגד משרד הבריאות לתכנית זו.⁷ השינוי המהותי ביותר בנושא תרופות מצילות חיים חל בסוף ינואר 2007, כאשר שירותי בריאות כללית קיבלה אישור לתכניתה "כללית פלטיניום", הכוללת תרופות לחולי סרטן וכחודש לאחר מכן קיבלה מכבי שירותי בריאות אישור להרחיב את תכנית השב"ן ולכלול בה את כל התרופות שמחוץ לסל.⁸ בספטמבר 2007 גם שירותי בריאות כללית יצאה במכרז על תכנית שב"ן חדשה, דומה לתכנית של מכבי, הן בתחולת השירותים (כל התרופות שאינן בסל) והן בדרך ההצטרפות (הצטרפות מחייבת).⁹

התפתחות זו שינתה באופן יסודי את אופיין של תכניות הביטוח המשלים, בשל העברתן למרכז העשייה הרפואית והיא מחייבת בחינה מחודשת של ההשפעה על אופייה הציבורי של מערכת הבריאות הישראלית. חוק ההסדרים 2008 הוסיף נדבך נוסף בהתפתחות שתוארה, בהטילו איסור על הכללת תרופות מצילות חיים בתכניות השב"ן ובקובעו הסדרים נוספים, הנוגעים לתקופת המעבר לגבי מבוטחים שכבר הצטרפו לתכנית, ותקנות נוספות בניהול תכניות השב"ן.

⁷ מדובר בפוליסת ביטוח מסחרית מטעם חברת הביטוח "הראל", הכוללת חיתום, שאיננה תכנית שב"נית באופייה.

⁸ כל מבוטחי תכנית השב"ן "מגן זהב" של מכבי שירותי בריאות נכללו באופן אוטומטי בהרחבה.

⁹ אין מדובר בביטוח אובליגטורי אלא בתוספת לסל השב"ן בתכנית קיימת, ללא אפשרות להישאר בתכנית במתכונת שאיננה מורחבת וכוללת התוספת החדשה.

התהליך של הכללת התרופות, שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות הבסיסי בשנת 2007 וביטולן בשנת 2008, מעורר סדרה של שאלות עקרוניות לגבי אופייה של מערכת הבריאות ומידת מחויבותה לערכי הצדק, השוויון והעזרה ההדדית שבבסיס החוק. היו שסברו, שהכללת התרופות בסל המשלים מחזקת עקרונות אלו, בעוד אחרים סברו, שיש בכך משום פגיעה בהם. להלן נבחן את הטענות בעד ונגד מהלכים אלו.

1) התפתחות תכניות השב"ן

כפי שהזכרנו, סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התיר לקופות-החולים להציע לחבריהן תכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן), מעבר לכלול בסל השירותים המפורט בחוק. בחוק נקבע, כי ההצטרפות לתכניות הביטוח המשלים תהיה וולונטרית וכרוכה בתשלום פרמיה, הנקבעת על פי גיל המצטרף בלבד. חוק ההסדרים משנת 1998 הסדיר את תנאי ההפעלה של תכניות אלה, לפי כמה עקרונות עיקריים:

- חופש הצטרפות – תכנית הביטוח המשלים חייבת לקבל כל מבוטח ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי (אך מותרת תקופת המתנה).
- איזון כספי – ההוצאות להספקת שירותי הבריאות הנוספים בתכנית בכל שנה לא יעלו על הכנסות התכנית מתשלומי החברים.
- התכנית תכלול מתן שירותים בעין ולא מתן פיצוי כספי.
- פרמיית הביטוח בתכנית אחידה לכל קבוצת גיל.

יש הטוענים, כי תכליתן של תכניות השב"ן, כפי שהוסדרו באותה עת, הייתה לספק שירותי בריאות המוגדרים כ-"Nice to Have"¹⁰, בהנחה שתורפות ושירותי בריאות חיוניים אחרים (ובמיוחד שירותים מצילי חיים) ייכללו בסל הבסיסי. יש להדגיש, עם זאת, כי בחלק מהקופות תכניות הביטוח המשלים היו קיימות זמן רב לפני חקיקת חוק בריאות ממלכתי (לדוגמא במכבי ומאוחדת מאז 1989) והן כללו כיסוי של שירותים מצילי חיים בחו"ל. לאורך השנים של שירותי השב"ן התרחב וכלל אמנם מגוון שירותי בריאות, שאינם כלול בסל הבסיסי, ובעיקר ניתוחים בבת-חולים פרטיים, חוות דעת שנייה, השתלות וניתוחים בחו"ל, הפריית חוץ-גופיות, בדיקות גנטיות לנשים בהריון, כמו גם שירותים מתוך הסל הבסיסי אך בתנאים משופרים (למשל, בחירת רופא), אולם בדרך-כלל לא צורפו לסל זה טיפולים מצילי חיים או תרופות מצילות חיים.

¹⁰ השם המקורי של התכניות ביטא את הרעיון הזה והן נקראו תחילה: "ביטוח נוסף".

אשר להיקף החדירה של תכניות השב"ן, בשנת 1999, לאחר העדכון בסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, באמצעותו הוסדרו עקרונות ההפעלה של תכניות השב"ן, הן כללו כ-2.8 מיליון מבוטחים, כמעט מחצית מסך המבוטחים בקופות ועלותן הסתכמה בכ-660 מיליון ש"ח, פחות מ-4 אחוזים מעלות סל השירותים באותה עת. לאחר שבע שנים עלה מספר המבוטחים בתכניות השב"ן לכדי 5.2 מיליון נפש (יותר מ-70 אחוז מכלל המבוטחים) ועלותן הגיעה לכדי שני מיליארד ש"ח, כ-9 אחוזים מהעלות הכוללת של הסל.

לוח 3. אחוז המבוטחים בביטוחים משלימים מכלל מבוטחי קופות-החולים, 1999 ו-2006

שנה	סך-כל הקופות	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
1999	46	44	72	63	35
2006	72	68	85	67	64

מקור: משרד הבריאות, 2008 (דו"ח זה מסתמך על דיווח הקופות לסוף שנת 2007, לגבי כלל המבוטחים בהן, כולל שוהים בחו"ל מעל שנתיים).

אמנם הגידול בשיעור ההוצאה היחסית על השב"ן נבע מהגידול העצום במספר המבוטחים, אך הוא גם קשור לגידול בהרכב סל שירותי השב"ן. בנוסף, חלו שינויים בשיטת חישוב ההוצאות של השב"ן ובשיטת ההפרדה בין התקציב, המיועד לשירותי הסל הבסיסי, לבין זה המשמש למימון שירותי השב"ן. השינוי המשמעותי ביותר מסוג זה הוא החלת מלוא ההוצאה של ניתוחים המבוצעים למבוטחי השב"ן במסגרת שר"פ בבתי-חולים ציבוריים, על תכנית השב"ן (מימון מהשקל הראשון). זאת, בניגוד למצב בו השב"ן שילם לבית-החולים רק את התוספת הנדרשת מעל עלות טופס ההתחייבות הכספית באמצעותו כיסתה הקופה (ולא תכנית השב"ן) את העלות הבסיסית של האשפוז והניתוח וזאת במסגרת התקציב המיועד לשירותי הסל הבסיסי. השינויים הנ"ל הביאו לגידול בתעריפי פרמיות הביטוח בשב"ן משנת 2003¹¹.

¹¹ להרחבת היקף המבוטחים בשב"ן והדגשת השירותים הפרטיים בו הייתה גם השפעה שחרגה מההשפעה הישירה על ענף הביטוחים המשלימים, וזאת בתרומתה הנכבדה להסטת ביקושים וכוח אדם מהמגזר הממשלתי לפרטי, ובלחצים לפיתוחם של בתי-חולים פרטיים בבעלות קופות-החולים.

למעשה, תכניות השב"ן יצאו כבר מהשוליים הכלכליים של מערכת הבריאות, בהקיפן יותר ויותר מבוטחים. גם העלות הכספית של התכניות הלכה וגדלה ותשלומי המבוטחים, הן בתשלומי פרמיה והן בתשלומי השתתפות עצמית, הלכו והתרחבו. הדבר ניכר בסקר הוצאות המשפחה, המצביע על עלייה בהוצאות משקי הבית על צריכת שירותי בריאות, שעיקרן כפי שהצבענו קודם לכן, בסעיפי הביטוחים המשלימים: שיעור ההוצאה של משקי הבית על רכישת תכניות שב"ן הוכפל בחמש השנים האחרונות, בעת שהיקף המימון הפרטי מההוצאה הלאומית על בריאות בישראל במגמת עלייה, והוא מהגבוהים בעולם המערבי. בשנת 2007 כרבע מהוצאות משקי הבית על בריאות היו על ביטוחים משלימים (הלמ"ס, 2008). מאחר שהרחבת שירותי השב"ן גוררת הגדלת פרמיות, סביר להניח שמגמת הגידול בהוצאה של משקי הבית על תכניות השב"ן הייתה נמשכת, לולא ביטול סעיף תרופות מצילות חיים בשנת 2008.

2) הכללת תרופות מצילות חיים בתכניות שב"ן – יתרונות וחסרונות

כפי שצינו, שירותי בריאות נוספים – כדוגמת תרופות שאינן כלולות בסל, ובמיוחד תרופות מצילות חיים, מאריכות חיים או משיגות שיפור משמעותי באיכותם – יכלו לכאורה להיכלל בתכניות הביטוח המשלים כבר מיום שניתן לקופות היתר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי להציע למבוטחיהן ביטוח משלים (ינואר 1995). אולם, מגמת צירופן של תרופות אלה לסל המשלים החלה, כאמור, רק בשלבים מאוחרים יותר. באופן כללי, תכניות שב"ן מבוססות על חופש ההצטרפות, בניגוד לתכניות ביטוח בריאות מסחריות. עלות ההצטרפות נמוכה יחסית, למול הפרמיות הנדרשות בתכניות הביטוח המסחריות, בעיקר בשל יתרונות לגודל ושיעורי תקורה נמוכים. מאפיינים אלה הפכו את תכניות השב"ן נגישות לציבור הרחב יותר מתכניות הביטוח המסחריות, ולכן הרחבתן והכללת התרופות מצילות החיים בתכניות אלה נתפסה בקרב תומכי המהלך כצעד מגביר סולידריות חברתית. תומכי הכללת תרופות חיוניות בתכניות השב"ן טוענים, כי עקב מגבלות התקציב הציבורי, יהיה תמיד פער בין תכולת סל השירותים הציבורי ובין כלל הטכנולוגיות והיכולות הטיפוליות (המוכחות והיעילות), הקיימות ברפואה המודרנית. לכן קיים יתרון למסגרות דוגמת השב"ן (במיוחד לאור שיעור החדירה של תכניות אלה בציבור ולאור העקרונות החברתיים העומדים בבסיסן), המאפשרות למספר רב, ככל הניתן, של מבוטחים ליהנות משירותים מתקדמים אלה,

אותם לא ניתן כאמור להכליל בסל הבסיסי או לממנם מהתקציב הציבורי.

לטענתם, איסור הכללת תרופות חיוניות במסגרת תכנית השב"ן עלול לחסום את גישתם של מבוטחים רבים לתרופות חיוניות אלה. שינוי כזה עלול לגרום לכך, שרק מבוטחים בריאים וברמות הכנסה גבוהות יוכלו לרכוש ביטוח מסחרי, שיכסה שירותים אלה, או לממן מכיסם בעת הצורך את רכישת התרופות החיוניות האלה, בעוד מבוטחים משכבות חברתיות-כלכליות נמוכות לא יוכלו לרכוש פוליסות ביטוח מסחריות או לשלם עבור התרופות מכיסם הפרטי. לטענתם, איסור על הכללת התרופות בסל השב"ן יסיט מבוטחים מהשב"ן לביטוחים הפרטיים ויפגע בעיקרון השוויון (בפוליסות מסחריות קיים חיתום רפואי ועלותן גבוהה) ויגדיל את ההוצאה הלאומית על בריאות. טענה נוספת של קבוצה זו נוגעת למניעת הפגיעה באוטונומיה של הקופות לבחור את סל השירותים בשב"ן. דבר זה עלול להשפיע באופן שלילי על מגמת עידוד התחרות בין הקופות.

התייחסנו, אם כן, למספר יתרונות של תכניות השב"ן: בטווח הקצר, הן מרחיבות את מעגל הזכאים לתרופות חיוניות שאינן בסל, לרבות בקרב אוכלוסיות חלשות; הן מחליפות את הצורך לשלם מאות אלפי ש"ח לתרופות אלה; הן מתחרות בפרמיה נמוכה יותר בתכניות דומות, המוצעות על-ידי גורמים מסחריים (ביטוח) ויכולות להקטין את ההוצאה הלאומית ולהוות נדבך נוסף בעידוד התחרות בין הקופות.

המתנגדים להכללת התרופות מצילות החיים בתכניות השב"ן העלו את הטענות העיקריים הבאים: ראשית, החיסרון העיקרי כרוך בעובדה הבסיסית, שכ-30 אחוז מהאוכלוסייה (יותר משני מיליון איש) נותרים ללא תרופות מצילות חיים (או לפחות אלה מתוכם שלא יכולים לממן מכיסם). הפגיעה בשוויוניות ובסולידריות מוחרפת, מפני ששיעור חסרי תכניות השב"ן בקרב קשישים, מעוטי הכנסה וחולים כרוניים אף גבוה יותר.

לטענת המתנגדים, הדינמיקה של התפתחות הרובד הנוסף עשויה ליצור בתוך זמן קצר שני סלי בריאות, לשני סוגי חולים: הסל הבסיסי (סל א'), אשר יעודכן באופן חלקי ביותר, מפני שלקופה לא יהיה תמריץ לעדכנו, והסל המשלים, אליו יתועלו רוב השיפורים הטכנולוגיים (סל ב'). בתוך זמן קצר יתפלגו החולים לפי זכאותם לשני סוגי הסלים באותה מערכת בריאות: סל א' (בסיסי) צונח, וסל ב' (משלים) צומח. התפתחות

זו משיגה את מערכת הבריאות אחורה לעידן של טרום החוק ופוגעת בעקרונות הצדק, השוויון והעזרה ההדדית, שהיו עקרונות יסוד עליהם הושתת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בנוסף, בניגוד לרושם המסתמן, כאילו התשלומים בתכניות השב"ן נמוכים ושווים לכל נפש, מסתבר, כי התשלומים החודשיים בתכניות השב"ן עלולים להסתכם במאות שקלים למשפחה, כתשלומי פרמיה, ובאלפי שקלים של השתתפות עצמית בעת קבלת התרופות (כך עולה מבחינה של תשתיות הנתונים בדו"חות כספיים של הקופות, בסקרי הלמ"ס, ועוד). הרחבה בלתי מבוקרת של סל השב"ן עלולה להביא לגידול משמעותי בפרמיות שלהן, עד למצב בו אוכלוסיות חלשות, שכיום חברות בשב"ן, ייפלטו מהתכנית מפני שלא יוכלו לעמוד בתשלומים החודשיים.

לטענתם, הצירוף של תרופות מצילות חיים לתכניות הביטוח המשלים של הקופות נוגע לא רק לבעיית השוויוניות. עלולה להיות השפעה על איכות שירותי הבריאות ויעילותם. לדבריהם דווקא טענת התחרות בין הקופות עלולה להביא לתוצאות חמורות. מנגנון ה"תיעדוף", לאימוץ תרופות וטכנולוגיות חדשות בסל הבסיסי, כפי שהוא פועל כיום ברמה לאומית, חותר לשקול עלויות למול תועלות ולהפעיל שיקול דעת לאומי בקבלת ההחלטות. לעומתו, הפיתרון השב"ןי מייצר מנגנון "תיעדוף" של כל קופה לעצמה. התפתחות כזו עלולה להרחיב לא רק את ההבדלים בין תכניות השב"ן, הן בתוכן והן בפרמיה, אלא להביא למעבר של אוכלוסיות מבוססות לקופות שמציעות שב"ן, הכולל טכנולוגיות מצילות חיים בפרמיות גבוהות יחסית ולהעמיק את ההבדלים בהרכב המבוטחים בין הקופות ובאיכות השירותים בהן.

בנוסף לכך, במציאות בה הסל הבסיסי, הכלול בחוק ביטוח בריאות, נתון לעיתים לפרשנויות רבות, הרי אימוץ פרשנות קשוחה ודקדקנית מצד הקופה לגבי תכולת הסל הבסיסי – ככל שתכולת הסל הבסיסי ותנאי נתינתו גרועים יותר – תגדיל את מכסת המועמדים לסל המשלים. לטענתם, ניתן להגיע, מאידך, באמצעות השב"ן, למצב בו תהיה "זריזות" יתר בשימוש בתרופות ובטכנולוגיות בטרם נצבר בהן ניסיון טיפולי מוכח. עוד נטען כי, כבר היום קופות-החולים עוסקות יותר במאמצי שיפור האיכות והתחרות בתכניות השב"ן, ופחות בשיפור איכות הסל הבסיסי. הכללת תרופות מצילות חיים בשב"ן עלולה להחריף מגמה זו.

לסיכום טענות קבוצה זו, תכניות השב"ן מנצלות את התכונה, המוכרת בכלכלת בריאות, של צרכן "שונא סיכון" ואת היותם של

מבוטחי הקופה "לקוחות שבויים". התכניות המוצעות במסגרת הביטוח המשלים מנצלות את מוכנות הציבור לשלם יותר בעבור כיסוי סיכוני בריאות. הטענה היא, ש"כשל שוק" זה חייב להיות מתוקן על-ידי התערבות המדינה והמקרה של תרופות מצילות חיים אכן מצדיק לשיטתם התערבות כזו.

לסיכום, גורמים שונים במערכת הבריאות חלוקים בגישתם לגבי כיוון ההשפעה של הכללת תרופות מצילות חיים בתכניות הביטוח המשלים על תפקודה של מערכת הבריאות באופן צודק ושוויוני. מצד אחד, ניתן להציג תכניות אלו כמקדמות שוויוניות חברתית, בספקן פיתרון צודק ושוויוני יותר מפתרונות של ביטוח מסחרי ו/או רכישה במימון מלא של צרכן השירות. אולם, מצד שני, ישנה טענה, כי התרחבות המגמה, של הכללת מרכיבים טיפוליים חיוניים בסל המשלים, עלולה להעמיק את הפער בין הרמות השונות של סלי הבריאות, המוצעים לקבוצות אוכלוסייה שונות הנבדלות בהכנסתן, ובעקבות זאת יעמיק אי-השוויון בנגישות לשירותים רפואיים. המתנגדים סבורים, כי תרופות מצילות חיים צריכות להיות זמינות לכל האוכלוסייה וכי הדרך היחידה להבטיח זאת היא בהסדרה (בחקיקה) של מנגנון עדכון טכנולוגי לסל הבסיסי לאורך זמן.

4. בריאות האוכלוסייה – תמותת תינוקות ותוחלת חיים

במרבית המדינות ובישראל בכללן התרחשו שיפורים משמעותיים ברמת בריאות האוכלוסייה, כמתבטא במדדים של שיעורי תמותה כלליים, תמותת תינוקות ותוחלת חיים. אמנם לא תמיד ניתן להסיק משינויים אלה על מידת האפקטיביות של שירותי הבריאות, היות שהקשר המדויק אינו ברור. גורמים אחרים רבים, זולת שירותי הרפואה והמניעה, משפיעים על המדדים המוזכרים, גורמים גנטיים, סביבתיים וגורמים תרבותיים, המשתקפים בסגנון חיים ובהרגלי התזונה. עם זאת, קיימים ממצאים ברורים, המעידים על השפעת מערכת הבריאות על מדדים אלה, למשל, במדיניות מכוונת להפחתת תמותת תינוקות (אפשטיין ואחרים, 2007).

א. תמותת תינוקות

בשנים האחרונות חל שיפור רב בשיעור תמותת תינוקות. עוד בתחילת שנות התשעים קרוב ל-9 תינוקות מכל אלף נולדים היו נפטרים במהלך

שנת החיים הראשונה, ואילו כיום (2007) שיעור זה ירד לפחות ממחצית – לכדי 3.9 לאלף לידות חי. שיעור זה דומה לרוב המדינות המפותחות. מ-152 אלף תינוקות, הנולדים בישראל בשנה, כ-8 אחוזים נולדים במשקל נמוך (פחות מ-2.5 קילו) וכאחוז נולדים במשקל נמוך מאוד (פחות מ-1.5 קילו). שיעור התינוקות במשקל נמוך מתואם, בדרך-כלל, עם תמותת תינוקות גבוהה ומחייב התייחסות מיוחדת של מערכת הבריאות, היות שתינוקות אלה נמצאים בקבוצת סיכון, החשופה יותר לזיהומים, לקשיי התפתחות, ואף למוות לאחר הלידה. יש לציין, כי שיעור התינוקות במשקל נמוך בישראל גבוה בהרבה בהשוואה למדינות אירופה (בשנת 2005 מדובר בישראל על תינוקות במשקל נמוך מ-2.5 ק"ג, ששיעורם גבוה מ-8 אחוזים מכלל לידות חי, לעומת ממוצע של כ-6 אחוזים ב-OECD) (בן-נון וקידר, 2007). נתון זה, בשילוב עם תמותת תינוקות נמוכה, יחסית, מצביע על רמה רפואית גבוהה מאד של מערכת הבריאות הישראלית. מעניין, כי רק מדינה אחת, יפן, יכולה להתפאר בהישג מרשים אף יותר – רמה נמוכה במיוחד של תמותת תינוקות (2.6 לאלף לידות חי) בשילוב עם שיעור גבוה במיוחד מבין המדינות המפותחות של הנולדים במשקל נמוך (9.5 אחוזים מכלל לידות חי).

המדד של תמותת התינוקות בכלל האוכלוסייה מסתיר הבדלים בין תת קבוצות בתוכה: הפערים בולטים במיוחד בין האוכלוסייה הערבית, ששיעור תמותת התינוקות בקרבה 6.9 לאלף, לאוכלוסייה היהודית, אצלה השיעור 2.8 לאלף. השיעור בקרב היהודים נמוך מאוד ורק במדינות מעטות השיעור נמוך ממנו. כך לדוגמא בשוודיה (2.8), בפינלנד (2.8), ביפן (2.6), בלוקסמבורג (2.5), ובאיסלנד (1.4). לגבי המגזר הערבי, יש לציין, כי גם בתוכו ישנם הבדלים בין קבוצות דת שונות, כאשר בקרב המוסלמים השיעור גבוה במיוחד – 7.2 לאלף לידות חי, בקרב הדרוזים – 6.0 לאלף, ובקרב הנוצרים השיעור זהה לזה של היהודים – 2.8 (הלמ"ס, שנתון סטטיסטי, 2008).

פערים בתמותת תינוקות קיימים גם בין אזורים גיאוגרפיים, כאשר בדרום ובצפון המדינה (בהם שיעור גבוה יחסית של אוכלוסייה ערבית) שיעורי תמותת התינוקות גבוהים יותר לעומת המרכז. מעניין לציין, כי שיעורי תמותת התינוקות נבדלים בין יהודים וערבים גם כאשר שתי קבוצות האוכלוסייה משתייכות ל"אזורים החלשים": הפער בין שתי

האוכלוסיות בדרום הוא פי 3.5, במחוז חיפה – פי 2 ואילו באזור המרכז – 1.5 (הלמ"ס, 2008)¹².

המחקר מצביע על כך, שגיל האם הינו הגורם המשפיע ביותר על הסיכון לפטירת תינוקות (הלמ"ס, 2008). שיעור פטירת תינוקות, שנולדו לאימהות צעירות (בנות פחות מ-20) או לאימהות מבוגרות (בנות 40 ויותר) גבוה בהשוואה לשיעור אצל אימהות בנות 20-39. בקרב היהודים השיעור הנמוך ביותר נמצא אצל תינוקות לאימהות בקבוצת בנות 30-34 ואילו אצל ערבים – בקרב אימהות בנות 25-29.

ג. תוחלת חיים ותוחלת חיים בריאים

תוחלת חיים והשינויים החלים בה היא מדד מקובל לרמת הבריאות של האוכלוסייה. לישראל מקום גבוה למדי בטבלת המדינות לפי אורך החיים הממוצע בהן, והמיקום מושפע במידה רבה מתוחלת החיים הגבוהה, יחסית, של גברים ישראלים, הנמצאים בקבוצת המדינות עם תוחלת החיים הגבוהה ביותר, הכוללת את יפן, אוסטרליה, שוודיה, ושווייץ – ברמה של 79 שנים. הנשים הישראליות נמצאות בקבוצה ברמה השנייה, כאשר תוחלת החיים שלהן (82 שנים) דומה לזו של נשים בגרמניה, בלגיה, פורטוגל, הולנד ואירלנד, אך נמוכה לעומת יפן (86 שנים), צרפת, שווייץ, ספרד ואיטליה (84 שנים), אוסטרליה, נורווגיה, שוודיה, קנדה ופינלנד (83 שנים).

העלייה בתוחלת החיים אצל נשים וגברים בישראל נמשכת ברציפות בשנים האחרונות ובכל התקופות תוחלת החיים של היהודים גבוהה לעומת הערבים – הפער בין שתי האוכלוסיות עומד על 4 שנים אצל גברים ו-3.8 שנים אצל נשים.

גם תוחלת חיים בקרב האוכלוסייה המבוגרת התארכה משמעותית בשנים האחרונות: בסוף שנות השבעים תוחלת החיים של גברים בני 60 הייתה 17.6 שנים ושל הנשים – 19.4 שנים; ובאמצע שנות האלפיים עלה המספר ל-21.9 ו-24.5, בהתאמה. עליית תוחלת החיים אצל אנשים מבוגרים נובעת בעיקר מירידה בשיעורי הפטירה כתוצאה ממחלות לב, והיא משקפת שתי התפתחויות משלימות או מפצות: ירידה בשכיחות התחלואה במחלות לב, כתוצאה משיפור תנאי החיים ועליית המודעות

¹² בפרסום זה מוצגים נתונים שונים, מהמוצג באופן שוטף בשנתונים הסטטיסטיים של הלמ"ס, לרבות בשנתון הסטטיסטי, על שכירות תקופתית של תמותת תינוקות. מדובר בנתוני קוהורט של לידות ופטירות של ילודים לפני הגיעם לגיל שנה.

לחשיבות של אורח חיים בריא; ושיפור ביעילות הטיפול במחלה והישגים במניעת תמותה, על-ידי טיפולים תרופתיים ואמצעים כירורגיים, ברמות שונות.

בהקשר זה, קיים מודד נוסף, המתייחס למצבם התפקודי של אנשים מבוגרים, בתהליך הארכת חייהם. אין ספק, שחשוב שהארכת החיים תהיה מלווה ביכולתו של האדם לתפקד באופן עצמאי או קרוב לכך. ניתן ללמוד על מצב הבריאות של האוכלוסייה המבוגרת ועל המוגבלות התפקודית שלה מסקר בריאות לאומי, אשר נערך בשנים 2003-2004 (הלמ"ס, 2006). מתברר, כי 18 אחוז בלבד מבני 65+ מגדירים את מצב בריאותם הכללית (גופני ונפשי) כטוב מאוד או מצוין ואילו רבע מביניהם דיווחו על בעיה גופנית, הגורמת קושי גדול או גדול מאד בביצוע פעולות יומיומיות. שיעור דומה (24 אחוז) דיווח כי אושפז לניתוח או לטיפול רפואי במהלך השנה שקדמה לראיון.

נתוני ארגון הבריאות העולמי, המציינים את "תוחלת החיים הבריאים" (HALE), מציגים חישוב של מספר השנים, אשר האדם צפוי לחיות בבריאות טובה, על בסיס תוחלת חיים בלידה עם תיקון לזמן החיים בבריאות לא טובה (time spent in poor health)¹³. ניתן ללמוד, כי תוחלת החיים הבריאים במדינות המפותחות התארכה בתקופה האחרונה אך תוחלת החיים הכללית התארכה עוד יותר. במלים אחרות, הבריאות "הממוצעת" של האוכלוסייה איננה משתפרת בהכרח עם הארכת החיים.

ישראל נמצאת במקום מכובד בהשוואה למדינות אחרות, בחישוב תוחלת החיים הבריאים בלידה אצל גברים. גברים ישראלים צפויים לחיות 70 שנה בבריאות טובה, בדומה לגברים בגרמניה, קנדה, הולנד, נורווגיה וספרד, אך אחרי הגברים באיטליה, שבדיה, אוסטרליה (71 שנה), וגם ביפן ובאיסלנד (72). "בליגת הנשים" מקומה של ישראל נמוך בהרבה. אישה ישראלית תזכה בממוצע ל-72 שנה של חיים סדירים ובריאים, כשנתיים יותר מאשר גבר ישראלי, אך יש להשוות זאת לטווח, הנע בין 71 שנה בארה"ב ל-78 שנה ביפן. באופן כללי, נשות ישראל, בדומה לשאר המדינות, אמנם זוכות לחיים ארוכים יותר בהשוואה לגברים, אך הן גם חולות יותר. בישראל, לדוגמה, נשים צפויות לחיות 3

¹³ ראה ההגדרות של ארגון הבריאות העולמי (WHO), WHO Statistical Information System (WHOSIS).

שנים יותר מהגברים, אך התקופה שהן צפויות בה, בממוצע, לבריאות ירודה ארוכה יותר – 10 שנים לעומת 9 שנים אצל גברים. ראוי לציין, כי בהקשר לתוחלת החיים, כמו גם בתמותת תינוקות, קיימים הבדלים בין תת קבוצות באוכלוסייה, הנבדלות זו מזו במשתנים כגון השכלה, הכנסה ורקע תרבותי-אתני. ממצאים אלה נדונו בהרחבה בפרסומים אחרים של מרכז טאוב (אפשטיין, חורב, 2007; וכן "אסטרטגיות לצמצום פערים חברתיים-כלכליים" – דו"ח כוח המשימה של נשיא המדינה, 2008).

מקורות

- אחדות, ל., שמואלי, ע. ומ. אנדבלד (2007). **הוגנות אופקית, הוגנות אנכית ואי-שוויון בהוצאה הפרטית על בריאות בישראל: 2002-1992**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון.
- אפשטיין, ל., חורב, ט. (2007). **אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות: הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- אפשטיין, ל., גרוטו, א., דוידזון, י., דונחין, מ., היימן, א., וולנסקי, ל., חורב, ט., לבנטל, א., ליון, ד., רנרט, ג., שמחן, א., שרף, מ. (2007). "קידום בריאות, מניעת מחלות ובריאות העם בעידן החוק". בתוך בן-נון, ג., עופר, ג. (עורכים). **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 2005-1995**. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- ביבי-קראשי, נ. (2005). **נטל המסים הישירים והעקיפים על משקי הבית בישראל והשפעתם על אי-השוויון ב-2003**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סדרת ניירות עבודה, נייר מספר 8.
- בן נון, ג., קידר, נ. (2007). **חוק ביטוח בריאות ממלכתי 2007-1995: קובץ נתונים סטטיסטיים**. ירושלים: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- (2007). **השוואות בינלאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל 2005-1970**. ירושלים: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- בנדלק, ז'. (2008). **חברות בקופות-חולים 2007-2006**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, סקר מס' 218.
- גלזר, ק., מסיקה, ד. (2007). "מנגנון הקצאת המשאבים בין קופות-החולים: מטרות, התפתחויות והמלצות". בתוך בן-נון, ג., עופר, ג. (עורכים). **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 2005-1995**. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס). **שנתונים סטטיסטיים**, שנים שונות.
- (2008). "בשנת 2007: ההוצאה הלאומית לבריאות – 7.9 מתמ"ג". הודעה לעיתונות, 167/2008, (אוגוסט).
- (2008). **מצאים מסקר הוצאות משק הבית 2007**. הודעה לעיתונות 179/2008 (ספטמבר).
- (2008). **סקר הוצאות משק הבית 2006 – סיכומים כלליים**. פרסום מיוחד מס' 1310.

- (2008). תמותת תינוקות 1997-2004 – מאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים. פרסום מיוחד מס' 1332.
- (2007) סקר הוצאות משק הבית 2005 – סיכומים כלליים. פרסום מיוחד מס' 1287.
- (2006). סקר בריאות לאומי, 2003-2004: ממצאים כלליים (לקט 10/2006).
- מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (2008). **אסטרטגיות לצמצום פערים חברתיים-כלכליים**. דו"ח כוח המשימה מוגש לנשיא המדינה ולשר הרווחה והשירותים החברתיים.
- משרד הבריאות, האגף לפיקוח בקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים (2008). **דו"ח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים (השב"ן) של קופות-החולים לשנת 2007**. הדו"ח נערך על-ידי ברזלי ושות', רואי חשבון (דצמבר).
- צ'רניחובסקי, ד. (2007). **מימון מערכת הבריאות בישראל 1995-2005: היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- (2005). **השינויים הראויים במנגנון הקפיטציה**. ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע.
- Chernichovsky, D. (2008). *Voluntary Health Insurance – the Potential Trap and the Risk: the Case of Israel* (processed).
- (2009). *Elements of Health System Finance* (processed).
- OECD (2007). *Health Data 2007*. July.