

חטיבת המחקר



בנק ישראל

**ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה,
התפלגות ההכנסות ועוני בישראל**

גיא נבון* ודב צ'רניחובסקי**

סדרת מאמרים לדיון 2012.13
אוגוסט 2012

בנק ישראל, <http://www.boi.org.il>

* חטיבת המחקר, גיא נבון – navong@gmail.com

** אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, דב צ'רניחובסקי – dov@som.bgu.ac.il
המחקר מומן בסיוע המוסד לביטוח הלאומי. תודה מיוחדת לעדי ברנדר מבנק ישראל על הערותיו והארותיו.
הכתוב הוא על אחריות המחברים בלבד.

הדעות המובעות במאמר זה אינן משקפות בהכרח את עמדת בנק ישראל

חטיבת המחקר, בנק ישראל ת"ד 780 ירושלים 91007
Research Department, Bank of Israel, POB 780, 91007 Jerusalem, Israel

ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, התפלגות ההכנסות ועוני בישראל

גיא נבון ודב צ'רניחובסקי

תקציר

המחקר בודק את השפעת ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בישראל על התפלגות ההכנסות, עוני, והוצאה קטסטרופלית לשירותי רפואה. המחקר מאיר גם על תפקוד מערכת הבריאות – בהיבט של משקי הבית – באמצעות בחינה של הוצאה פרטית לטיפולים מקבילים לאלה שהם בזכאות ציבורית. כן דן המחקר בשינויים בהתפלגות ההוצאה הפרטית בתקופה 2003-2009 ובהשלכות המגמה על נושאי העבודה. ברקע המחקר העלייה בחלקו של המימון הפרטי של שירותי הרפואה בישראל לכדי 40 אחוזים מסך הוצאות המערכת. אחוז זה הוא הגבוה ביותר בקרב מדינות מפותחות המעניקות ביטוח בריאות אוניברסאלי. המחקר מתבסס בעיקר על סקר הוצאות משק הבית לשנת 2009 הכולל מדגם של 6,270 משקי בית אשר מייצגים 2.136 מיליוני משקי בית בכלל האוכלוסייה. כתמישית מהם מוגדרים עניים. המחקר הוא חדשני בכך שההוצאה הפרטית מחולקת למרכיבים לפי מידת אפיונם כהוצאה הכרחית לצורך בסיסי או כהוצאה דמוית מס שיש להתחשב בה בניתוח התפלגות ההכנסות. באשר לזו, הניתוח לוקח בחשבון כי, בניגוד למס, יש משקי בית המוותרים על טיפולים בשל משמעותם הכלכלית למשק הבית. כמעט כל משקי הבית בישראל, 93%, מדווחים על הוצאה פרטית על שירותי רפואה, 5.1 אחוזים מסך ההוצאה הממוצעת לתצרוכת של משקי הבית. ככלל, ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה על מרכיביה השונים רגישה להכנסה ולא למאפיינים אחרים של משק הבית הקשורים לעוני בישראל כגון "חרדיות" או "ערביות". השתתפויות בתשלום (אשר בחלקן מותנו ב-2011), שהן בבחינת הוצאה הכרחית או דמוית מס, מדווחות על ידי 18 אחוזים ממשקי הבית. כעשירית ממשקי הבית מדווחים על הוצאה ישירה מהכיס פרטית על "מקבילים" – שירותים הכלולים בסל – וכ-4 אחוזים, כ-80 אלף בתי אב, מבטחים את עצמם באופן פרטי בגין שירותים כאלה. ההוצאה לטיפולים מקבילים גדלה יחסית להוצאות בריאות אחרות לפחות מאז 2003; מגמה זו מובלת על ידי קבוצות סוציו-אקונומיות גבוהות אשר נוטות לרכוש יותר ויותר שירותים הכלולים בסל מחוץ למערכת הציבורית. הנתונים מצביעים על עידוד ביקושים לטיפולים בסל אך במימון פרטי על ידי ספקי השירות. ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה – במיוחד זו הנוגעת להשתתפויות ולהוצאה על משלימים – היא רגרסיבית. זאת למרות שקבוצות הכנסה חלשות נוטות לוותר על צריכת טיפולים אשר ניתן להגדיר הכרחיים. חישוב המפחית הוצאות אלה מהכנסות משקי הבית מגדיל את מספר משקי הבית העניים בישראל בכ-6,270, מהם כ-1,300 – בעיקר עם ילדים – בגין הוצאות פרטיות מהכיס על שירותים שהם בסל הציבורי. כ-68 אלף מהמשפחות בישראל נושאות ברמת הוצאה לשירותי רפואה העלולה לפגוע בחיוניותן של משק הבית, לרבות פגיעה בבריאותן.

-Private Expenditure on Healthcare, Income Distribution, and Poverty in Israel

by

Guy Navon and Dov Chernichovsky

Abstract

The study examines the impact of private expenditure on healthcare in Israel on income distribution, poverty, and catastrophic spending. The study also discusses the functioning of the publicly supported system by studying private expenditure on entitled care. In addition, the study examines the trend in private spending during 2003–2009 for its implications on the various impact aspects. The context of the study is the relatively sharp rise in the share of private funding of healthcare in Israel. This share reached about 40 percent of total healthcare expenditure in Israel in 2010, and is the highest among developed economies that provide universal healthcare coverage. The study is based mainly on the 2009 Household Expenditure Survey by Israel's Central Bureau of Statistics that includes a sample of 6,270 households, representing 2.136 million Israeli households, a fifth of whom are classified as poor. The study is innovative in that it classifies into categories to by their nearness to satisfying a basic need, to be included in the measurement of the poverty line, or by their nearness to a tax, to be included in the analysis of income distribution. Special attention is given the households which, unlike in the tax situation, forgo expenditure. Nearly all Israeli households, 93 percent, report private expenditure on medical care at 5.1 percent of average spending on consumption. Households spend increasing shares of their disposable income on medical care, or they forgo more and more other consumption for the sake of medicine. The expenditure as a whole and by components is positively related to level of income, and not to other common correlates of poverty in Israel such as being religious or an Arab. Co-payments (mitigated since the end of 2011), which are considered closest to basic need or tax like, are reported by about a fifth of total households. About a tenth of households report spending out of pocket on care that parallels care included in entitlement. Four percent of households, 80,000, insure privately for such care. The share of expenditure for parallel care in total private expenditure has been increasing with time. The trend is led by high education and high income groups that increasingly forgo publicly supported care. The data suggest supplier-induced demand for parallel care. Spending on co-payments and supplementary care, which is regarded as a need or tax-like but not included in entitlement, is regressive in spite of the evidence that low income households forgo such spending because of its economic implications. This spending adds about 6,000 households to poor households in Israel of which 1,300 households join the ranks of the poor because of private expenditure on entitled care. About 68,000 households incur spending that threatens the household's vitality, including its health.

1. מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהוחל בשנת 1995, מעניק לכל תושב בישראל זכות לסל שירותי רפואה¹. שתיים הן מהמטרות הבסיסיות של החוק. האחת, צמצום הקשר בין יכולת התשלום עבור טיפול רפואי לבין הנגישות אליו. השנייה, הגנה על תקציבי משקי הבית מפני הוצאה שעלולה לזעזע את דפוסי הצריכה של משק הבית באופן שיפגע בתפקודו, רווחתו ואף בבריאות בני המשפחה. ככלל, החוק נועד, בין השאר, לסייע בשבירת מעגל הקסמים שבין עוני לבין בריאות נחותה ובצמצום פערי צריכה ובריאות באוכלוסייה.

חלקה של ההוצאה הציבורית בהוצאה הלאומית על שירותי רפואה בישראל הוא כיום הנמוכה ביותר בין המדינות המפותחות המעניקות לתושביהן ביטוח בריאות אוניברסאלי. חלק זה ירד מ-68.6 אחוזים בשנת 1996 ל-60.1 אחוזים בשנת 2010. ההוצאה הציבורית לשירותי רפואה לנפש עלתה, במחירי התוצר, מ-3,700 ש"ח ל-4,000 ש"ח בלבד בין השנים 1995 ל-2009 – עלייה אשר מרביתה מאז 2003. ההוצאה הפרטית עלתה, באותם מחירים, מ-1,600 ש"ח ל-2,700 ש"ח בתקופה המקבילה. קווי המגמה מצביעים על עלייה שנתית ממוצעת של כ-11 ש"ח לנפש בהוצאה הציבורית לעומת 80 ש"ח לנפש בהוצאה הפרטית. נתונים אלה מוצאים ביטוי בעליית חלקה של ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה בסך התצרוכת של משק הבית הממוצע מ-4.1 אחוזים ב-1997 ל-5.1 אחוזים ב-2010. משמעות מציאות זו אינה מספרית גרידא. היא עלולה לייצג תפיסת רווחה הפוטרת את המדינה מסיוע בסיפוק צרכים של האוכלוסייה אשר יכולים להיות מוגדרים בסיסיים, ומאחריות על צמצום פערים בחברה.

על רקע נתונים אלה ובהמשך לעבודה קודמת (צ'רניחובסקי, 2007) המחקר בוחן, באמצעות סקר הוצאות המשפחה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) לשנת 2009, את ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בישראל בהיבטים של התפלגות ההכנסות והעוני בישראל כמו גם בהיבט של הוצאה שהיא בבחינת הוצאה קטסטרופלית למשפחה. לצורך הבחינה, המחקר מסווג – בגישה חלוצית – את ההוצאה הפרטית למרכיבים לפי מידת היותם בבחינת הוצאה הכרחית הראויה להיכלל בהגדרת קו העוני, או הוצאה דמוית מס הראויה להיחשב בהגדרת ההכנסה הפנויה. המחקר מזהה, בהתאם, את תרומת ההוצאה הפרטית לסוגיה על ההיבטים השונים. באמצעות אלה, המחקר גם מעיד על תפקוד מערכת הבריאות הציבורית.

המחקר מזהה את משקי הבית הפגיעים החשופים ביותר לירידה לעוני ולגידול בהעמקתו, ולהוצאה קטסטרופלית – בהתאם לסוג הוצאה כזה או אחר. על ידי כך יכולים ממצאי המחקר לסייע בעיצוב מדיניות מתקנת, אשר תצמצם או תמנע את הפגיעה של ההוצאה לשירותי רפואה באוכלוסיית פגיעות.

העבודה בנויה כלהלן: בפרק השני מוצג נושא ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה והחלוקה למרכיביה. הפרק השלישי מגדיר את מאפייני משקי הבית עליהם התבסס המחקר. הפרק הרביעי מסווג את ההוצאה

¹ שירותי הרפואה (healthcare services) מוגדרים במאמר כפי שהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מגדירה את "שירותי הבריאות" (health services). אלה כוללים את שירותי משרד הבריאות (לרבות בתי החולים הממשלתיים), קופות החולים ושירותי הרפואה הניתנים במסגרת המגזר העסקי (בתי חולים פרטיים, ביקור פרטי אצל רופא, טיפולי שיניים, בדיקות, שירותי מעבדה וכדומה). לפי המדידה המקובלות בלמ"ס שירותי רפואה הניתנים במרפאות ובבסיסי צה"ל אינם נכללים בהגדרה זו. כמו כן אין נכללים שירותי טיפול סיעוד שאינו טיפול מורכב במסגרת שירותי הרפואה הכללית. להרחבה ראו למ"ס, 2008.

הפרטית לשירותי רפואה לקטגוריות לפי קרבתן להוצאה הראויה להיכלל בהגדרת קו העוני. בהתאם לאלה נבחנת הוצאה זו בישראל לפי נתוני 2009. הפרקים החמישי השישי והשביעי עוסקים בהשפעת הוצאה לסוגיה על התפלגות ההכנסות, העוני וההוצאה הקטסטרופלית, בהתאמה. הפרק השמיני בוחן את המגמה של הוצאה זו מאז 2003. הפרק התשיעי והאחרון מסכם את המאמר.

2. על ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה

ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה נתפסת כמייצגת כשלים ואי שכלולים בשוק החופשי של ביטוח הבריאות ושירותי הרפואה, אשר בנוסף לאי יעילות, מתואמים גם עם אי-שוויון, בפרט לנוכח הקשר ההדדי שבין בריאות לקויה לעוני (Arrow, 1963). עם זאת, מקובל שהוצאה פרטית היא גם בבחינת ביטוי לחופש בחירה אינדיבידואלי-דמוקרטי של צריכה שאינה מעניינו של הציבור.

לפיכך, מקובל כי רק רכיבים מסוימים של ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה – אך לא כולה – אשר משפיעים לרעה על התפלגות ההכנסות ותחולת העוני, הם בעלי "עניין לציבור". אפילו מדינות שבהן ביטוח בריאות ממלכתי, כגון גרמניה, יפן ואוסטרליה, ולא כל שכן ארה"ב, שבה אין ביטוח כזה, מכירות, לצורכי זיכוי ממס, בסעיפי הוצאה שונים לשירותי רפואה, בעיקר ביטוחי בריאות וטיפול סיעודי, כדוגמאות בולטות. במקרים אלה – בהתאם לעקרונות המנחים דיון זה – המדינה מגדילה את ההכנסה הפנויה של המשפחה כדי לאפשר הוצאה לשירותי רפואה. בכך המדינה מפחיתה את ההסתברות שבשל הוצאה זו יחמיר אי-השוויון בהתפלגות ההכנסות ואת ההסתברות שמשפחה תרד לעוני (גוטליב ופרומן, 2011; Gottlieb & Manor, 2005). במקרים אלה המדינה רואה, למעשה, בהוצאות "מוכרות" לשירותי רפואה מעין תחליף למימון באמצעות מס. מדד ה-MBM (Market Based Measure) בקנדה ומדד ה-NRC (National Research Council) בארה"ב מתייחסים לחלקים מההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בהגדרת קו העוני². פירושו של דבר שמדינות אלו רואות באותן הוצאות צורך הכרחי, שהמדינה צריכה לסייע בסיפוקו. בהקשר כללי זה, ולשם המלצה על מדיניות מתאימה, אנו בוחנים ומגדירים בפרק זה את ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בישראל על בסיס הגדרת ההכנסה הרלוונטית והגדרת קו העוני היחסי.

א. מרכיבי ההוצאה הפרטית

למרות המשמעויות של ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה בהיבט הציבורי, המחקר המקובל בהוצאה הפרטית על שירותי רפואה מתעלם לרוב מהרכבה ומהתפלגות רכיבי ההוצאה וגודלם באוכלוסייה. ככלל, הדיון רואה בהוצאה זו הוצאה הומוגנית למרות העניין הציבורי רק בחלקים ממנה. הדיון במחקר זה ממיין את ההוצאה הפרטית למרכיבים, לפי מידת קרבתו של כל אחד מהם להוצאה אשר ניתן להניח כי קל יחסית להגיע לקונצנזוס ציבורי לעניין הגדרתה כהוצאה על צורך בסיסי אשר ראוי להיכלל במדידת העוני או, לחילופין, לעניין הוצאה דמוית מס אשר ראויה להיכלל בהגדרת ההכנסה הפנויה. קיימת זהות מה בין שתי הגישות, בהיבטים של מיסוי לפחות, באשר מדידת קו העוני משפיעה על סיוע ציבורי

² על הגדרת קו העוני ראו נספח 1.

כזה או אחר ומדידת ההכנסה הפנויה גם היא תוצאה של מדיניות מיסוי אשר קשורה לעוני ולהתפלגות הכנסות. פטור או זיכוי ממס בגין הוצאה מסוימת לשירותי רפואה מבטא רעיון זה. גישה דומה ניתן לראות, בהקשר זה, בפטורים הניתנים בישראל לזכאים מהשתתפויות בתשלום³.

גישת היסוד שאנו נוקטים לצורך בחינת ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה נשענת על שני יסודות: (א) על השקפה 'ציבורית' ולא פרטית ביחס לאופי ההוצאה ונחיצותה; (ב) על קרבתה למינימום הכרחי המוגדר אובייקטיבית-טכנוקרטיית על ידי מומחה. השניים קשורים, שכן סביב הגדרה טכנוקרטיית של צורך קל ליצור קונצנזוס חברתי לסבסוד ציבורי שלו, או להפוך את ההוצאה הפרטית עליו להוצאה מוכרת שיש בה עניין לציבור⁴. מעבר להתבססות על גישה זו, שהיא, בסופו של דבר, גם נורמטיבית, אנו בוחנים אמפירית את תקפות המיון.

בהתאם, אנו ממיינים את סעיפי ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה לארבע קטגוריות ראשיות:

- a. **השתתפויות עצמיות (co-payments)** המושתות על משק הבית לצורך מימוש זכות או זכאות ציבורית. הוצאות אלה עומדות בראש הרשימה של הכרח לצורך הגדרת קו העוני, באשר הן עומדות בתנאי הגישה הבסיסית שלנו, בהיותן הוצאות שאינן מוכתבות על ידי הפרט, אלא על ידי הרופא – הטכנוקרטי. אלה גם הוצאות שמקובל לפטור מהן קבוצות חלשות, כמצוין לעיל.
- b. הוצאה על שירותים ומוצרים **המשלימים (supplemental)** את סל הבריאות הציבורי, משום שיש לציבור עניין בהן, כגון הוצאות על רפואת השן, אשר משיקולים תקציביים ואחרים אינם כלולים בזכאות הציבורית. אלה גם הוצאות שיש נטייה להכיר בהן או בהוצאה לביטוח בגינן לצורכי זיכוי ממס.
- c. הוצאה על שירותים ומוצרים **מקבילים (parallel)** לאלה שבזכאות במימון ציבורי מלא או חלקי. הגישה להוצאה על אלה בדיון זה היא אובייקטיבית ומחמירה, כלומר אינה מייצגת את גישתו הסובייקטיבית של האזרח. הבעיה עלולה להיות חריפה כאשר השירות הציבורי גרוע לדעת האזרח, ולכן הוא בוחר בשירות פרטי, שהוא בלתי נמנע מבחינתו. הבעיה חמורה עוד יותר כאשר הבחירה היא בהמלצת נותן השירות במימון הציבורי, המפנה חולה לטיפול במימון פרטי, תופעה מקובלת בישראל.
- d. הוצאה על שירותי ומוצרי **צריכה (Consumption)**, שלציבור אין עניין לסבסד בכל דרך שהיא.

גישתנו לעיל מרחיבה על גישתם של (Xu et.al., 2003, 2007), וכן של Wagstaff & Van Doorslar (2003), הגורסים שכדי לאמוד את תרומת סעיף ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה לתחולת העוני, זו חייבת להיות הוצאה הכרחית, המממנת צורך בסיסי קבוע יחסית.

³ מקבלי הבטחת הכנסה פטורים מתשלומים עבור טיפולי התפתחות הילד ונהנים מהנחה של 50 אחוזים בעלות של תרופות מרשם; חולים כרוניים וניצולי שואה זכאים גם הם להנחה של 50 אחוזים בהשתתפויות על תרופות מרשם. החולים הכרוניים נהנים גם מתקרה על השתתפויות בתרופות. קשישים מעל גיל 75 זוכים להנחה של 10 אחוזים במחיר התרופות. חולים במחלות קשות פטורים ממרבית ההשתתפויות העצמיות בגין התרופות שבסל הקשורות למחלתם.

⁴ מינימום כזה יכול להתחשב בהתפלגות הצריכה הרלוונטית באוכלוסייה.

ב. ביטוח מרצון

ככלל, בכל הקטגוריות פרט להשתתפויות עצמיות, אשר מהגדרתן אינן בנות ביטוח, ההעדפה הציבורית היא לרכישה באמצעות ביטוח ולא באמצעות הוצאה ישירה מהכיס (Out of Pocket, OOP), מאחר והביטוח, בסופו של יום, שוויוני יותר מהוצאה ישירה, כאשר הוא כולל את קבוצות האוכלוסייה החלשות⁵. ההשקפה הכללית היא שביטוח מגן על הכנסת משק הבית ומגדיל את גישתו לשירות (Phelps, 2009). רעיון זה עומד ביסוד הסדרת הביטוחים המשלימים של קופות החולים בישראל: הם מבוססים על סבסוד צולב בין מבוטחים, וקופות החולים חייבות לקבל כל פונה ללא תקופת אכשרה או חיתום.

בהקשר זה חשובים המיון וההגדרה של הביטוחים הפרטיים למיניהם. בישראל שלושה סוגים של ביטוח בריאות: (א) ביטוח קבוצתי משלים ("שירותי בריאות נוספים"), שמקיימות ארבע קופות החולים; (ב) ביטוח מסחרי של חברות הביטוח, הדורש במרבית המקרים הצהרת בריאות ותהליך חיתום פרטני; (ג) ביטוח שיניים קבוצתי – בדרך כלל במקומות עבודה גדולים.

הביטוח המסחרי נחשב בדיון זה לביטוח הוצאה על שירותים מקבילים ועל צריכה, וזאת משום האיסור בחוק על כפל ביטוחים. לעומתו הביטוחים המשלימים שמציעות קופות החולים נחשבים למוצר מעורב: בחלקו הוא מבטח הוצאה על משלימים, ובחלקו – גם הוצאה על מקבילים ועל צריכה. על כן חילקנו את הפרמיה המשולמת לביטוחים המשלימים לקטגוריות ההוצאה השונות לפי עלות התביעות הכספיות בפועל, כפי שהן מדווחת על ידי קופות החולים (נספח 2). חלוקה זו אפשרית בביטוחים המשלימים של קופות החולים, משום שבהיותם ביטוחים קולקטיביים איננו נדרשים לדעת אילו שירותים בפועל צרך כל אחד מהפרטים, אלא רק את סך ההוצאה והתפלגותה המצרפית. התביעות על ניתוחים ובחירת מנתח חולקו שווה בשווה בין קטגוריית המקבילים לקטגוריית המשלימים. אשר לביטוחי השיניים – אלה הוגדרו כביטוח לשירותים משלימים. בעקבות חלוקה זו הגדרנו מחדש, לצורך הדיון, שני סוגי ביטוח: "ביטוח למשלימים", שהוא מעין תחליף לביטוח ציבורי, ו"ביטוח למקבילים ולצריכה", שאין בהם עניין ציבורי.

בהתחשב בגישה החברתית לביטוח, ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה חולקה אפוא לשישה תחומים, אשר מפורטים להלן בסדר יורד, לפי קרבתם לצורך/הכרח השקול למס:

- השתתפויות;
- הוצאה על ביטוחים למשלימים;
- הוצאה מהכיס למשלימים;
- הוצאה על ביטוחים למקבילים ולצריכה;
- הוצאה מהכיס על מקבילים;
- הוצאה מהכיס על צריכה.

⁵ ראו הרחבה ב-Chernichovsky (2012).

3. משקי הבית

הנתונים בעבודה נלקחו מסקר הוצאות משק הבית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2009. הסקר הקיף 6,270 משקי בית, המייצגים 2.136 מיליוני משקי בית בכלל האוכלוסייה, למעט הקיבוצים, המושבים השיתופיים והבדווים הגרים מחוץ ליישובים המוכרים. משק בית מוגדר בסקר כקבוצת אנשים הגרה רוב ימות השבוע באותה דירה ואשר לה תקציב הוצאות משותף למזון.

א. ההכנסה הרלוונטית

נתוני ההכנסות ותשלומי החובה מבוססים על נתונים מסקר ההכנסות (סקר ההכנסות המשולב). משתנה ההכנסה, או תקציב משק הבית, בעבודה זו הוא ההכנסה הפנויה שלו מכל המקורות – סך ההכנסות הכספיות השוטפות ברוטו וכן הכנסות לא-כספיות, המתקבלות מזקיפת שירותי דיור ורכב שבעלות משק הבית, ובניכוי תשלומי חובה. תשלומי החובה כוללים את המסים הישירים המוטלים על ההכנסות הכספיות השוטפות – מס הכנסה ותשלומים למוסד לביטוח לאומי, לרבות אלה למימון ביטוח בריאות ממלכתי.

הגדרה זו של הכנסת משק הבית שונה מהגדרת המוסד לביטוח לאומי לחישוב העוני, הכוללת תמורה כספית מעבודה, מהון ומתמיכות ממשלתיות ופרטיות – בניכוי תשלומי החובה⁶. הכנסות בעין – זקיפת הכנסה בגין מגורים בדירה בבעלות עצמית ובגין אספקת מוצרים על ידי הממשלה (למשל בתחומי החינוך והבריאות) ובגין הטבות והנחות שונות – לא נכללות בחישוב של המוסד לביטוח לאומי⁷. ההגדרה מתיישבת עם הדרישה שהמקורות לתקציב משק הבית, בחישוב מסגרת ההוצאה לשירותי רפואה בהקשרים של התפלגות ההכנסות ועוני, יהיו מקורות קבועים (Wagstaff & Van Doorslar, 2003 ; Xu et.al., 2003, 2007).

ב. עוני והתפלגות הכנסות

כ-20.5 אחוזים ממשקי הבית האמורים היו עניים בשנת 2009 לפי הגדרת העוני היחסי המקובלת בישראל. לוח 3.1 מציג סטטיסטיקה תיאורית של הסקר לפי תכונות משק הבית ולפי חמישוני ההכנסה הכוללת נטו. מהלוח עולה מתאם חיובי ברור בין הצרכים של משק הבית, מדודים במספר הנפשות המתוקננות, לבין מיקומו הנמוך בחמישוני ההכנסה. מעבר לצרכים גבוהים יותר, משקי הבית בחמישוני הנמוכים מאופיינים באפשרויות נמוכות לייצור הכנסה – מספר מפרנסים קטן ורמת השכלה נמוכה של ראש משק הבית. ראוי לציין כי משקי הבית העניים יחסית אינם קשישים יותר מאשר העשירים יחסית.

הדיון מתמקד בקבוצות אוכלוסייה לפי הסיכוי שלהן להיות עניות, בהתאם להגדרות ולדוח ממדי העוני והפערים החברתיים שמפרסם המוסד לביטוח לאומי בכל שנה. קבוצות אלו כוללות את הערבים והחרדים, חלוקה של משקי הבית לשלוש קבוצות לפי מספר המפרנסים (העדר מפרנס בגיל עבודה, מפרנס אחד ושני מפרנסים או יותר). משק בית הוגדר כחרדי אם לפחות אחד בו למד בכולל⁸. נוסף על כך התייחסנו לשת

⁶ הנתונים לגבי ההכנסות מהון חלקיים, ורמת מהימנותם נמוכה.

⁷ התעלמות מהכנסות אלה בהגדרה הרשמית יוצרת הטיה במדידה ומשפיעה על הגודל והרכב של אוכלוסיית העניים.

⁸ להרחבה על השיטה ראו Godlieb & Kushnir, 2009.

קבוצות שהביקוש שלהן לשירותי רפואה גבוה במיוחד – משקי הבית שיש בהם מבוגרים בני 65 או יותר ואלה שיש בהם ילדים עד גיל 4.

נתוני לוח 3.1 תואמים ממצאים לגבי תחולת העוני במספר אוכלוסיות הנתונות בסיכון ליפול לעוני (המוסד לביטוח לאומי, 2010)⁹: חרדים וערבים, משקי בית ללא עובדים, משקי בתי עם ילדים ומשקי בית שבהם לפחות אחד מבני הזוג בן 65 או יותר. לפיכך נתייחס בהמשך העבודה במיוחד לאוכלוסיות אלו.

לוח 3.1: מאפייני משק הבית לפי חמישוני הכנסות, ישראל 2009*

המשתנה	החמישוני התחתון	החמישוני הרביעי	החמישוני השלישי	החמישוני השני	החמישוני העליון	הממוצע באוכלוסייה
ההכנסה הפנויה (אלפי ש"ח)	5.7	9.1	12.9	17.7	29.1	14.9
מספר הנפשות המתקנות	3.2	2.8	2.7	2.6	2.4	2.7
גיל ראש משק הבית (שנים)	45.8	48.8	50.0	51.3	52.6	49.7
אישה בראש משק בית (אחוזים)	40.0	44.0	49.0	46.0	45.0	45.0
שנות הלימוד של ראש משק הבית	11.7	12.1	12.9	13.7	15.4	13.2
משק בית עם בני 65+ (אחוזים)	9.0	12.0	12.0	13.0	9.0	11.0
משק בית עם ילדים בני 0-18 (אחוזים)	39.0	28.0	20.0	18.0	13.0	24.0
משק בית חרדי (אחוזים)	10.0	6.0	3.0	1.0	1.0	4.0
משק בית ערבי (אחוזים)	38.0	20.0	8.0	3.0	1.0	14.0
מספר המפרנסים	0.7	1.1	1.4	1.6	1.6	1.3

הערה: החלוקה לחמישוני הכנסות נעשתה על סמך ההכנסה הפנויה של משק הבית מכל המקורות, בתיקון למספר הנפשות הסטנדרטיות.
מקור: סקר הוצאות משק הבית לשנת 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ועיבודי המחברים.

4. ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בישראל

כמעט כל משקי הבית, 93 אחוזים, דיווחו על הוצאה פרטית לשירותי רפואה. ההוצאה הממוצעת עמדה בתקופה הנחקרת על 646 ש"ח לחודש, שהם 5.1 אחוזים מסך ההוצאה של משקי הבית לתצרוכת. הוצאה זו אינה כוללת, כאמור, את ההוצאה הפרטית של משקי הבית על סיעוד. התפלגות ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה לפי קטגוריות וסעיפים כפי שהוגדרו לעיל מוצגת בלוח 4.1 ובאיור 4.1.

א. התפלגות ההוצאה למרכיביה

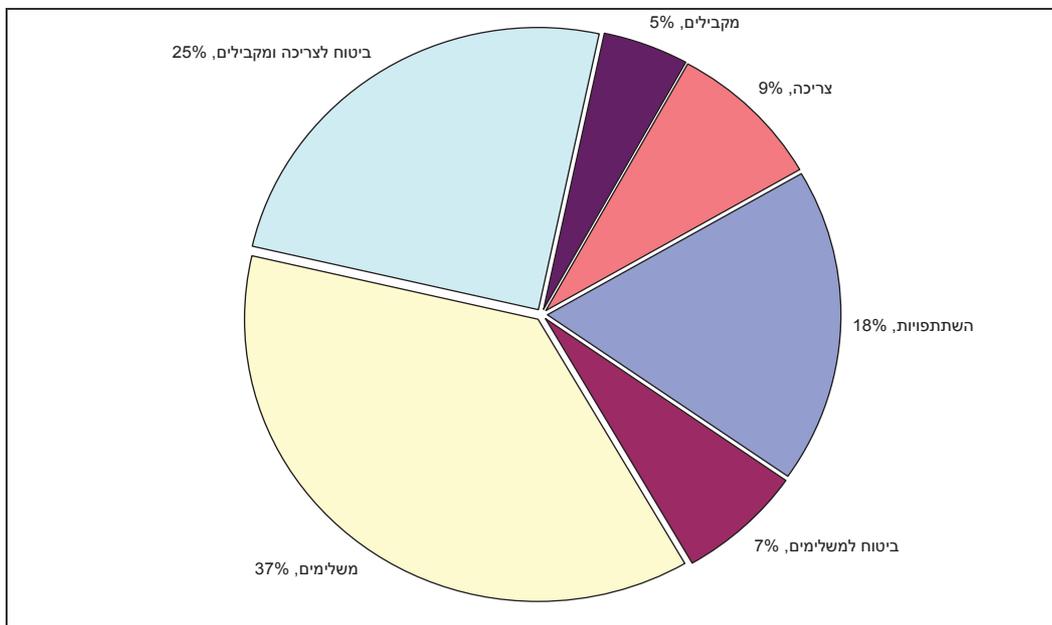
השתתפויות מהוות 18 אחוזים מסך ההוצאה הפרטית. בהקשר זה ראוי לציין כי מאז הסקר שעליו מבוסס דיון זה בוטלו בשנת 2011 ההשתתפויות בשירותי טיפת חלב, והופחתו ההשתתפויות לחלק מהאוכלוסיות החלשות ועל תרופות מרשם יקרות. ההוצאה על השתתפויות ברכישת תרופות מרשם היא סעיף ההוצאות המהותי, הן מבחינת אחוז משקי הבית המדווחים (35 אחוזים) והן מבחינת גודל ההוצאה הממוצעת (289 ש"ח), כשהיא מדווחת. **ביטוחים משלימים** מדווחים על ידי 80 אחוזים ממשקי הבית, בהוצאה ממוצעת של 56

⁹ ראו נספח 1.

ש"ח. ההוצאה אינה שווה בסעיפי הביטוח השונים נוכח ההרכבים השונים של תכניות הביטוח, גם אלה השייכות לביטוחים משלימים. לפיכך, למרות שביטוחים שונים מבוססים על אותו מספר משקי בית, מבנה ההוצאה שונה נוכח ההקצאה הפנימית השונה של ההוצאה לביטוח בין משקי הבית.

מבחינת גודלו היחסי של הסעיף ומספר משקי הבית המדווחים עליו, סעיף ההוצאה הגדול ביותר הוא על **משלימים בהוצאה ישירה מהכיס**. סעיף זה, המהווה 37 אחוזים מההוצאה, כולל הוצאה על רפואת שיניים, שאפשרויות הביטוח בה מצומצמות יחסית (צירניחובסקי ונבון, 2010). אמנם הניתוחים, הנכללים בסעיף המקבילים, מבטאים הוצאה גבוהה במיוחד, אך אלה מתייחסים לאחוז אחד בלבד מהאוכלוסייה. ככלל, שלושת הסעיפים דלעיל, אשר יש בהם מעין תחליף למס או יסוד להכרח, כמוגדר לעיל, נוגעים ל-44 אחוזים עד 80 אחוזים מבתי האב בישראל.

איור 4.1: התפלגות ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה לפי קטגוריה, ישראל 2009



לוח 4.1 : ההוצאה הפרטית לחודש לשירותי רפואה לפי קטגוריה וסעיפי הוצאה, 2009

הקטגוריה	הסעיף בסקר הוצאות משק הבית	ההוצאה החודשית הממוצעת של משקי הבית המדווחים בש"ח	אחוז משקי בית המדווחים	ההוצאה החודשית הממוצעת של כלל משקי הבית בש"ח
1. השתפויות	טיפול בהתפתחות הילד	349	1	4
	תרופות מרשם	289	35	100
	טיפת חלב	92	1	1
	רופא מקצועי בקופת חולים	90	3	3
	בדיקות מעבדה וחומרי רפואה	68	11	8
סך הקטגוריה		265	44	117
2. ביטוח למשלימים	ניתוחים ובחירת מנתח	69	80	55
	רפואת שיניים	20	80	16
	ניתוחים וחוות דעת בחו"ל	2	80	1
סך הקטגוריה		56	80	45
3. משלימים	רפואת שיניים	620	26	161
	תיקון ראייה (משקפיים וכו')	389	11	43
	טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי	347	2	8
	עזרים רפואיים	247	2	4
	תרופות ללא מרשם	170	14	24
סך הקטגוריה		551	44	240
4. ביטוח למקבילים ולצריכה	ביטוח פרטי מסחרי	255	32	81
	ניתוחים ובחירת מנתח	69	80	55
	ייעוץ (חוות דעת שנייה)	25	80	20
	תרופות וחיסונים	20	80	16
	היריון ולידה	16	80	13
	שירותים לילד	5	80	4
סך הקטגוריה		196	82	161
5. מקבילים	ניתוחים	1,557	1	17
	רופא פרטי	175	6	11
	אחות פרטית, אמבולנס וחדר מיון	116	2	3
סך הקטגוריה		345	9	31
6. צריכה	טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי	347	2	8
	רפואה אלטרנטיבית	273	5	15
	תכשירים ללא מרשם	174	5	9
	עדשות מגע, משקפיים, ומשקפי שמש	158	8	12
	היגינה נשית	64	17	11
סך הקטגוריה		180	30	54
שירותי רפואה		695	93	646

הערה : הפרמיה על הביטוחים המשלימים של קופות החולים (סעיף 3611 בסקר) חולקה בין משלימים (36 אחוזים) לבין מקבילים (64 אחוזים). בדומה לכך חולקה ההוצאה על טיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי (סעיף 363077 סקר) שווה בשווה בין שירותי צריכה לשירותים משלימים.

המקור : הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות משק הבית לשנת 2009.

ב. ניתוח רב-משתני

כדי לבחון את השפעת התכונות של משק הבית על גודל ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, בכלל ולמרכיביה, אמדנו את המשוואה:

$$y_{i,j} = \alpha_j + \beta x_{i,j} + \gamma z_j + \varepsilon_{i,j} \quad (1)$$

כאשר $y_{i,j}$ היא ההוצאה הכספית (בשקלים) של משק הבית i על קטגוריית הוצאה j לשירותי רפואה, ו- $x_{i,j}$ הוא וקטור של משתנים המאפיינים את משק הבית ואשר מסבירים את ההוצאה. וקטור זה כולל את (לוגריתם) ההכנסה הפנויה של משק הבית, השכלת ראש משק הבית בשנות לימוד, מספר הנפשות במשק הבית, משתנה דמי למשק בית שיש בו מבוגרים בני 65+, משתנה דמי למשק בית עם ילדים בני 4-0, מספר המפרנסים, משתנה דמי למשק בית ערבי ומשתנה דמי למשק בית חרדי. Z_j הוא וקטור הכולל שישה משתני דמי של מחוזות, לצורך בקרה סטטיסטית כללית על היצע השירותים שאינם תלוי במאפייני משק הבית. מחוז ת"א הוגדר כקבוצת הבסיס. כדי להתמודד עם הטיות אפשריות, נאמדו כל המשוואות בשיטת Tobit ולפי שיטת Seemingly unrelated regression (Zellner, 1962)¹⁰.

הטיפול בהוצאה על ביטוחים הוא אתגר באומדן ההשפעות על ההוצאה הפרטית. מצד אחד, הביטוח מושפע ממצב הבריאות וממשתנים סוציו-כלכליים; מהצד האחר הביטוח משפיע על צריכת שירותי רפואה וההוצאה עליהם, נוסף על השפעת אותם משתנים. לצורך בחינת ההשפעה הסגולית של הביטוח אמדנו את השפעת המשתנים הסוציו-כלכליים על רכישת ביטוח בשיטת Tobit, ולאחר מכן הצבנו משתנה דמי המקבל ערך "1" בגין החזקת ביטוח ו"0" אחרת. זאת, במטרה לפקח על השפעת הביטוח על ההוצאה. תוצאות האמידה הסטטיסטית מפורטות בלוח 4.2.

ביטוח. עמודות 1 ו-2 מציגות את תוצאות האמידה של משוואות ההוצאה על ביטוחים מרצון. השפעת ההכנסה על ההוצאה לביטוחים היא, כצפוי, חיובית, גבוהה ומובהקת, ובפרט השפעתה על ביטוחים למקבילים ולצריכה. ממצא זה, בצירוף הממצא בדבר השפעה שלילית של גודל משק הבית, פירושו של הכנסת משק הבית לנפש השפעה חיובית על ההוצאה לביטוח. היינו, הביטוח עלול להחריף פערים בחברה באשר הוא נותן נגישות טובה לטיפול והגנה טובה יותר על הכנסה לקבוצות אמידות. בהקשר זה יש לזכור כי אפשר שללא הביטוח

¹⁰ אמידת משוואה (1) בשיטת הריבועים הפחותים עלולה ללקות בהטיה, שכן המשתנה המוסבר קטום. בעיה זו מוכרת בספרות בשם censoring. הסיבה להטיה היא שמשקי הבית יכולים להוציא הוצאה כספית חיובית כלשהי או שלא לא להוציא כלל, ולכן התפלגות השאריות (residuals) ברגרסיה אינה נורמאלית. כך, למשל, בעוד שהאחוז של משקי בית אשר דיווחו על הוצאה פרטית כלשהי על שירותי רפואה בשנת 2009 עמד על 93 אחוזים, הרי האחוז של משקי בית שהוציאו הוצאה חיובית על שירותים מקבילים עמד רק על 9 אחוזים, ועל השתתפויות עצמיות – 40 אחוזים. אמידת המשוואות לכל תחום הוצאה בנפרד עלולה ללקות גם בהטיה של שונות המקדמים, ולפיכך – באומדים לא יעילים. זאת משום שההוצאה לשירותי רפואה בתחום אחד יכולה להיות מתואמת עם ההוצאה בתחום הוצאה אחר, ומכאן שההפרעה האקראית ברגרסיה על תחום הוצאה אחד יכולה להיות מתואמת עם ההפרעה האקראית בתחומי הוצאה אחרים. המתאם של השאריות נובע בדרך כלל ממאפיינים בלתי נצפים של משק הבית. אלו יכולים להיות מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של משק הבית (למשל נגישות לשירותי רפואה), או מאפיינים כלכליים אחרים הקשורים לחלוקת ההוצאה של משק הבית. לשם כך אפשרנו מתאם בשאריות, בעיה זו אינה רלוונטית, כמובן, לאמידת המשוואות של סך ההוצאה על שירותי רפואה ללא חלוקה לפי תחומים.

המצב היה גרוע עוד יותר, לפחות מבחינות ההכנסות בקבוצות הביניים. אולם, יש לזכור שהביטוח נחות ממימון ציבורי פרוגרסיבי שאותו הביטוח הפרטי המיר בישראל (צ'רניחובסקי 2011א).

כמו כן למשכילים ולקשישים יחסית, כמו גם לחרדים, נטייה גבוהה יותר להתבטח. משמעות הממצאים היא שהביטוח רציונאלי: הרוכשים אותו הם בעלי ביקושים או צרכים גבוהים יחסית (קשישים), כאלה אשר יודעים לנצל (משכילים) ואשר יש להם זמינות גבוהה יחסית לנצלו (חרדים). עם זאת, לערביות אין השפעה נמדדת על רכישת ביטוח, כאשר כל הדברים האחרים שווים. אפשר שזה מבטא התייחסות תרבותית לעניין כמו גם חוסר פוטנציאל יחסי לנצל את הביטוח. ההשפעה החיובית של מספר מפרנסים על רמת הביטוח עקבית עם האפשרות שביטוחים למיניהם זמינים יותר במקומות תעסוקה.

לאזורי מגורים השפעה לא ברורה על רמת הביטוח. ההשפעה היא חיובית במרכז – שם שפע שירותים – ושילית באזור הפריפריה בצפון. אלה השפעות סבירות בהתחשב, אכן, בהסתברות לממש ביטוח. עם זאת, יש השפעה שלילית על רמת הביטוח, ביחס לתל-אביב – באזור משופע שירותים כירושלים. אפשר שאומדן זה קשור להשפעה החיובית שכבר נאמדה ביחס לחרדיות.

הוצאה ישירה מהכיס. עמודות 3-6 מציגות את תוצאות האמידה של משוואת ההוצאה הפרטית הישירה מהכיס. כאמור, הוספנו משתנה דמי מסביר עבור משקי בית שיש להם ביטוח להוצאה ספציפית. כצפוי, נמצא בכל האמידות שההכנסה משפיעה חיובית במובהק על ההוצאה הישירה מהכיס לשירותי רפואה. עם זאת, גמישות ההוצאה ביחס להכנסה אינה אחידה; היא נמוכה יחסית בהוצאה על השתתפויות וגבוהה במיוחד בהוצאה על מקבילים. תוצאות אלו תומכות במיון דלעיל של ההוצאה הפרטית למרכיביהם. כאמור, הגדרנו הוצאה הכרחית כהוצאה שמקיימת עניין ציבורי והיא בבחינת מינימום הכרחי, או ככזאת הנקבעת אובייקטיבית. בשני המקרים אנו מצפים שגמישות ההוצאה תהיה נמוכה יחסית. מתוצאות האמידה ניתן לראות שהגמישות הנמוכה ביותר של ההוצאה ביחס להכנסה הפנויה נמצאה אכן בהוצאה על השתתפויות (0.67) ואחריה – בביטוחים להוצאה על משלימים (0.74)¹¹.

החזקת ביטוח מעלה את ההוצאה הישירה מהכיס בכל הקטגוריות הרלוונטיות. אכן אפשר שללא הביטוח ההוצאה הייתה גבוהה יותר. כך שאין להקיש מהממצא שהביטוח אינו רציונאלי. עם זאת, יש כאן עדות לכשל מסוים שוק הביטוח ולעידוד אפשרי של ביקושים על ידי נותני שירות. הביטוח עלול לשמש בסיס למינוף הוצאה פרטית מהכיס.

כצפוי, להמצאות ילדים קטנים וקשישים בבית כמו גם למספר נפשות בכלל – ביטוי לצורך – השפעה חיובית על הוצאה על השתתפויות כאשר כל הדברים האחרים שווים. הסבר דומה ניתן לתת להשפעה השלילית של מספר מפרנסים על הוצאה להשתתפויות. ניתן לשער שמספר מפרנסים גבוה – כאשר השפעת הכנסה מבוקרת – מציין רמת בריאות גבוהה יותר וצרכים רפואיים נמוכים יותר.

¹¹ גמישות ההוצאה ביחס להכנסה לבדה אינה מעידה על מידת ההכרח של ההוצאה, לפחות בהיבט ציבורי. כך, למשל, שירותים רבים המוגדרים כשירותי צריכה מקיימים גמישות הוצאה נמוכה ביחס להכנסה כי אינם יקרים או "משמעותיים" גם ברמות הכנסה נמוכות. דוגמאות לכך הן מי-פה, מברשות שיניים וכדומה, שההוצאה עליהם צפויה להיות דומה בכל רמת הכנסה, ובכל זאת מבחינת עניין המימון הציבורי לא נגדיר אותם כהוצאה הכרחית. ואכן, גמישות ההוצאה על צריכה נמוכה מזו של מקבילים ואפילו מזו של משלימים. ראו (Chernichovsky (2012).

לרמת השכלה השפעה חיובית על הוצאה מהכיס בכל הסעיפים, להוציא השתתפויות. חשוב במיוחד הממצא שמשכילים מוציאים יותר – כאשר כל הדברים האחרים שווים – על מקבילים ועל משלימים. כלומר, בעלי שיקול דעת טוב יותר, לכאורה לפחות, משתמשים יותר באופן פרטי ברפואה המצויה ושאינה מצויה במימון ציבורי.

חרדים, אשר מתבטחים יותר, מוציאים פחות מהכיס. עובדה זו עולה בקנה אחד עם רציונאליות הביטוח בקבוצה וגם עם האפשרות שמסיבות לא ברורות (בהתחשב שההכנסה מבוקרת במשוואה) הקבוצה חשופה יחסית פחות לעידוד ביקושים מצד נותני שירות. מעניין כי כאשר כל הדברים האחרים קבועים ל"ערביות" אין השפעה סגולית על ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה. כלומר ההשפעות לגבי קבוצה זו הן סוציו-כלכליות ולא אתניות.

באשר להשפעת אזור מגורים על הוצאה ישירה מהכיס, ההשפעה היא ככלל שלילית באזורים אחרים ביחס לאזור תל-אביב. ממצא זה תומך בהשערה כי זמינות שירותים – בפרט מקבילים – מעודדת הוצאה עליהם, כאשר כל הדברים האחרים – לרבות הכנסה – שווים.

לוח 4.2: מקדמי רגרסיה – ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה לפי קטגוריות כמשתנה תלוי.
 מודל Tobit עם תיקון בשיטת Zellner (עמודות 1-6)

סה"כ ההוצאה	ההוצאה הישירה מהכיס				ההוצאה על ביטוח		המשתנה התלוי
	צריכה (6)	מקבילים (5)	משלימים (4)	השתתפויות (3)	מקבילים (2)	משלימים (1)	
0.10 (0.14)			1.29** (0.22)				ביטוח למשלימים
2.66** (0.15)	1.86** (0.28)	1.57* (0.68)					ביטוח למקבילים
0.12** (0.01)	0.05 (0.06)	0.00 (0.14)	0.36** (0.05)	0.14** (0.05)	-0.10** (-0.02)	-0.04* (-0.02)	מספר הנפשות
-0.17** (-0.06)	0.19 (0.22)	1.91** (0.53)	-0.07 (-0.21)	0.50** (0.19)	0.05 (0.08)	-0.00 (-0.07)	ילדים בני 0-4
0.73** (0.06)	-1.49** (-0.25)	1.50** (0.55)	0.40 (0.22)	2.41** (0.19)	0.89** (0.08)	0.76** (0.07)	קשישים בני 65+
0.50** (0.03)	1.14** (0.16)	2.22** (0.39)	1.46** (0.15)	0.67** (0.12)	1.10** (0.04)	0.74** (0.04)	לוג ההכנסה הפנויה
-0.01 (-0.03)	0.27* (0.12)	-0.46 (-0.28)	-0.16 (-0.11)	-0.40** (-0.10)	0.23** (0.04)	0.21** (0.03)	מספר המפרנסים
0.01** (0.01)	0.21** (0.02)	0.11* (0.05)	0.14** (0.02)	-0.03 (-0.02)	0.09** (0.01)	0.07** (0.01)	שנות הלימוד של ראש משק הבית
-0.04 (-0.17)	-1.26 (-0.85)	1.92 (1.65)	1.39* (0.61)	0.19 (0.58)	-0.08 (-0.23)	-0.04 (-0.20)	ערבי
-0.26* (-0.12)	-0.91 (-0.47)	-2.44* (-1.17)	-0.95* (-0.44)	-0.47 (-0.40)	0.32* (0.16)	0.39** (0.14)	חרדי
0.02 (0.08)	-0.17 (-0.33)	-0.20 (-0.73)	0.65* (0.30)	0.72** (0.27)	-0.86** (-0.11)	-0.81** (-0.09)	מחוז ירושלים
0.03 (0.07)	-1.18** (-0.32)	-2.06** (-0.73)	0.53 (0.28)	-0.13 (-0.25)	-0.40** (-0.10)	-0.36** (-0.09)	מחוז הצפון
-0.16* (-0.07)	-0.59* (-0.30)	-2.53** (-0.71)	-0.38 (-0.28)	-0.19 (-0.25)	-0.18 (-0.10)	-0.13 (-0.09)	מחוז חיפה
-0.02 (-0.06)	-0.22 (-0.25)	-1.33* (-0.55)	-0.41 (-0.23)	0.48* (0.21)	0.29** (0.08)	0.22** (0.07)	מחוז המרכז
0.04 (0.07)	0.11 (0.30)	-1.88** (-0.71)	0.31 (0.28)	0.63* (0.25)	-0.01 (-0.10)	-0.00 (-0.09)	מחוז הדרום
-0.17 (-0.13)	-0.94 (-0.49)	-4.28** (-1.36)	-0.60 (0.46)	0.29 (0.42)	0.24 (0.17)	0.09 (0.15)	מחוז יו"ש
-2.13** (-0.27)	-17.28** (-1.34)	-34.21** (-3.47)	-17.65** (-1.25)	-6.79** (-1.06)	-7.82** (-0.38)	-5.31** (-0.33)	הקבוע
6,270	6,270	6,270	6,270	6,270	6,270	6,270	מספר התצפיות
0.112	0.0373	0.0212	0.0219	0.0139	0.0630	0.0521	Pseudo R ²

הערות: המשתנה התלוי בכל האמידות הוא לוג ההוצאה הפרטית. סטיות התקן בסוגריים. הנתונים משוקללים על פי משקלות משקי הבית באוכלוסייה.
 * מובהק ברמה של 5%; ** מובהק ברמה של 1%.

ג. מסקנות

להכנסה השפעה חיובית על כל סעיפי ההוצאה ההכרחית, כמו גם להוצאה על ביטוח ותשלום ישיר מהכיס למקבילים. ההוצאה הגבוהה יחסית של בעלי הכנסות גבוהות, ובפרט של בעלי רמות השכלה גבוהות, על טיפולים משלימים ובפרט על טיפולים מקבילים, הן באמצעות ביטוח והן באופן ישיר מהכיס, תומכות בהשערה כי המערכת הציבורית אינה מתפקדת היטב מבחינתם של אלה. יתרה מזו, קבוצות אל "מזמינות" עידוד ביקושים מצד נותני השירות. לחילופין, סביר להניח הממצאים מאששים מציאות לפיה כבר קיימות מערכות רפואה נפרדות – לאלה היכולים לשלם ולאלה שאינם.

הביטוחים מרצון אשר גם הם מותני רמת הכנסה, עלולים להגדיל את אי השוויוניות במערכת, בפרט נוכח העובדה שהם גם מעלים את ההוצאה הישירה מהכיס. ככלל, הממצאים מבטאים כשל אפשרי של שוק הביטוח אשר מגדיל הוצאה, כאשר הכנסה מוחזקת קבועה, ואינו מספק הגנה על קבוצות חלשות.

הנוזקים יותר לשירות – משקי בית עם ילדים וקשישים – מוציאים, כאשר ההכנסה קבועה, יותר מאחרים על השתתפויות ועל שירותים מקבילים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ההשערה כי קיים כשל בשוק הביטוח הפרטי במובן שאלה הזקוקים לו ביותר, גם לשירותים שהם בסל הציבורי, הם חסרי נגישות לביטוח. גם ממצא זה מעיד על ליקויים במערכת הציבורית.

ההשפעה החיובית הגבוהה והמובהקת במיוחד של הביטוחים למקבילים על סך ההוצאה הפרטית לבריאות עקבית עם ההשערה כי הביטוחים לשירותים מקבילים משמשים בידי ספקי שירות מהמערכת הציבורית מנוף לעידוד ביקושים במערכת הפרטית.

נמצא שגם למחוז המגורים יש השפעה מובהקת על ההוצאה. ההוצאה הישירה מהכיס. ההוצאה הישירה מהכיס על מקבילים גבוהה במיוחד – כאשר ההכנסה מוחזקת קבועה – במחוזות ת"א וירושלים ונמוכה בפריפריה הצפונית והדרומית. ממצא זה עשוי להעיד על העדר זמינות של משאבי מערכת הרפואה הציבורית בפריפריה או על מחסומי נגישות (שפה או מרחק). ממצא זה מתיישב עם הפערים בזמינות שירותים לרעת הפריפריה בישראל (צ'ירניחובסקי 2011 ב).

5. התפלגות ההכנסות וההוצאה הפרטית על שירותי רפואה

ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה לסוגיהם לפי חמישוני הכנסה מפורטת בלוח 5.1. באופן עקבי עם הממצאים הקודמים, החמישון העליון מוציא פי 3 מאשר התחתון: 1040 ₪ (=0.99x1051) לעומת 344 ₪ (=0.84x409). עם זאת, סך ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה רגרסיבית: משקי הבית העניים מוציאים אחוז גבוה יותר מהכנסתם הפנויה על שירותי בריאות: 6.03 אחוזים בחמישון התחתון לעומת 3.57 אחוזים בחמישון העליון.

"השתתפויות" והוצאה מהכיס ל"משלימים", שעיקרה ברפואת השן, תורמים במיוחד למצב מאחר והממוצעים לעיל מתקבלים למרות העובדה כי ההוצאה ל"מקבילים" ול"צריכה", כמו גם ביטוח למשלימים, היא פרוגרסיבית: בעלי הכנסות גבוהות מוציאים אחוזים גבוהים מההכנסה על סעיפים אלה מאשר בעלי הכנסות נמוכות (לוח 5.1).

שונוות ההוצאה (גם מתוקנת לממוצע) ל"השתתפויות" של סך משקי הבית נובעת משונוות ברמת הוצאה של המוציאים ולא משונוות ההשתתפות בהוצאה. התוצאה מצביעה על כך שצורת ההתמודדות של עניים עם השתתפויות עלולה להיות יותר בצורת מילוי חלקי של השתתפויות (מרשמים)¹².

המצב הפוך בביטוחים – כהגדרתם כאן. שונוות ההוצאה (גם מתוקנת לממוצע) של סך משקי הבית נובעת, באופן יחסי, משונוות ההשתתפות בהוצאה ולא משונוות בהוצאה של המוציאים. כשישים אחוזים ממשקי הבית מדווחים על הוצאה או החזקת ביטוח בחמישון התחתון לעומת כיסוי ביטוחי כמעט מוחלט בחמישון העליון. כלומר משקי בית בחמישוני הנמוכים בוחרים, באופן יחסי, לא להתבטח נוכח משמעות ההוצאה לביטוח בצריכתם. זאת, למרות הפרמיה הקבוצתית בביטוחים המשלימים ולמרות המשמעות החמורה האפשרית של העדר ביטוח בעת הזדקקות לטיפול.

ככלל, השונוות בהוצאה מהכיס למקבילים לצריכה, מקורה בשונוות גבוהה יחסית הן בהשתתפות והן בהוצאה של המשתתפים.

¹² להרחבה בנושא, Chernichovsky, 2012

**לוח 5.1 : התפלגות ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה
לפי קבוצות הוצאה ולפי חמישוני הכנסה**

סה"כ שירותי רפואה	הוצאה מהכיס				ביטוחים		חמישון הכנסה
	צריכה	מקבילים	משלימים	השתתפויות	למקבילים ולצריכה	משלימים	
[7]	[6]	[5]	[4]	[3]	[2]	[1]	
ההוצאה הממוצעת של משקי בית מדווחים (ש"ח לחודש)							
409	95	169	428	203	90	43	1- תחתון
486	119	366	441	223	131	51	2
631	140	296	513	272	169	56	3
834	196	306	655	303	217	59	4
1,051	265	469	639	317	312	65	5
695	180	345	551	265	196	56	ממוצע
98.85	25.81	34.70	20.86	9.24	37.43	1.24	שונות ממוצע
אחוז משקי הבית מדווחים על הוצאה							
84	18	6	36	43.0	59	57	1
89	22	6	36	43.7	73	71	2
95	30	9	43	42.8	88	86	3
98	36	11	48	44.2	94	92	4
99	42	14	55	47.0	97	95	5
93	30	9	44	44	82	80	ממוצע
0.44	3.23	1.30	1.51	0.07	3.09	3.17	שונות ממוצע
אחוז ההוצאה הממוצעת של כלל משקי הבית מההכנסה הפנויה							
6.03%	0.30%	0.18%	2.68%	1.53%	0.42%	0.93%	1
4.74%	0.28%	0.23%	1.71%	1.07%	0.40%	1.05%	2
4.67%	0.33%	0.20%	1.71%	0.90%	0.37%	1.16%	3
4.59%	0.40%	0.19%	1.79%	0.76%	0.30%	1.15%	4
3.57%	0.38%	0.22%	1.21%	0.51%	0.21%	1.04%	5
4.34%	0.36%	0.21%	1.61%	0.78%	0.30%	1.08%	ממוצע
3.02	6.53	6.50	2.29	1.70	2.58	5.72	יחס הוצאה בין חמישון עליון לתחתון

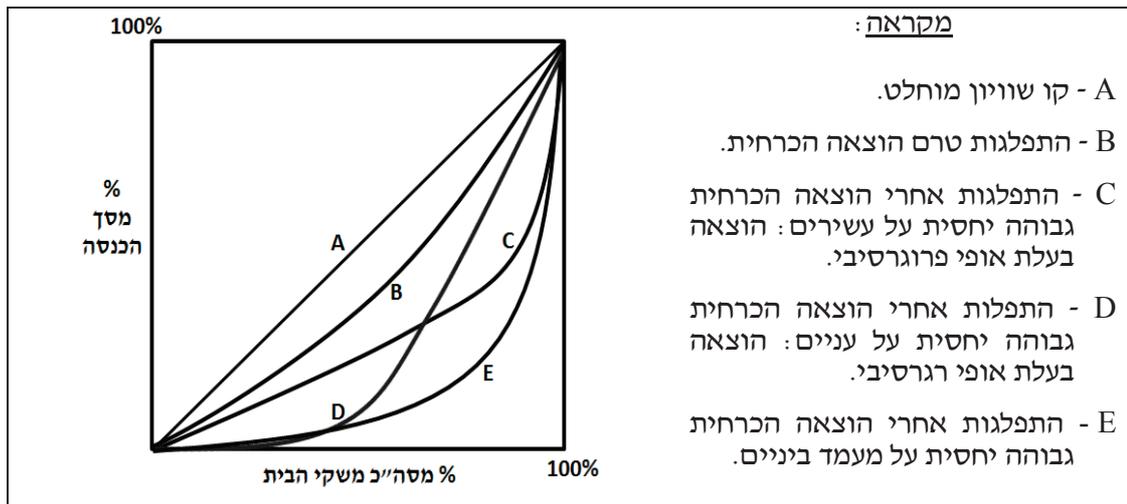
מקור : למ"ס. סקר הוצאות משפחה 2009

א. ההשפעה על התפלגות ההכנסה הפנויה

ההשפעה של ההוצאה הפרטית לסוגיה, על התפלגות ההכנסה הפנויה – לאחר הוצאה דמוית מס לבריאות – נבחנת בצורה מדויקת יותר באמצעות השפעת ההוצאה על "עקומת לורנץ" הבוחנת אי שיווין בחלוקת ההכנסה הפנויה לאחר מיסוי, לרבות העברות וסובסידיות (איור 5.1).

העקום B מציג את השפעת מערכת המיסוי הכללית, שהיא בעיקרה פרוגרסיבית, או את התפלגות ההכנסה הפנויה טרם הוצאה הכרחית או דמוית מס על שירותי רפואה. הוצאה רגרסיבית כגון סך ההוצאה לשירותי רפואה המוצגת בלוח 5.1, תבוא לידי ביטוי בעקומים מסוג E,D,C. לכל אחד מאלה משמעויות שונות מבחינת הדיון כאן.

איור 5.1: שינויים בעקומת "לורנץ" עקב הוצאה דמוית מס



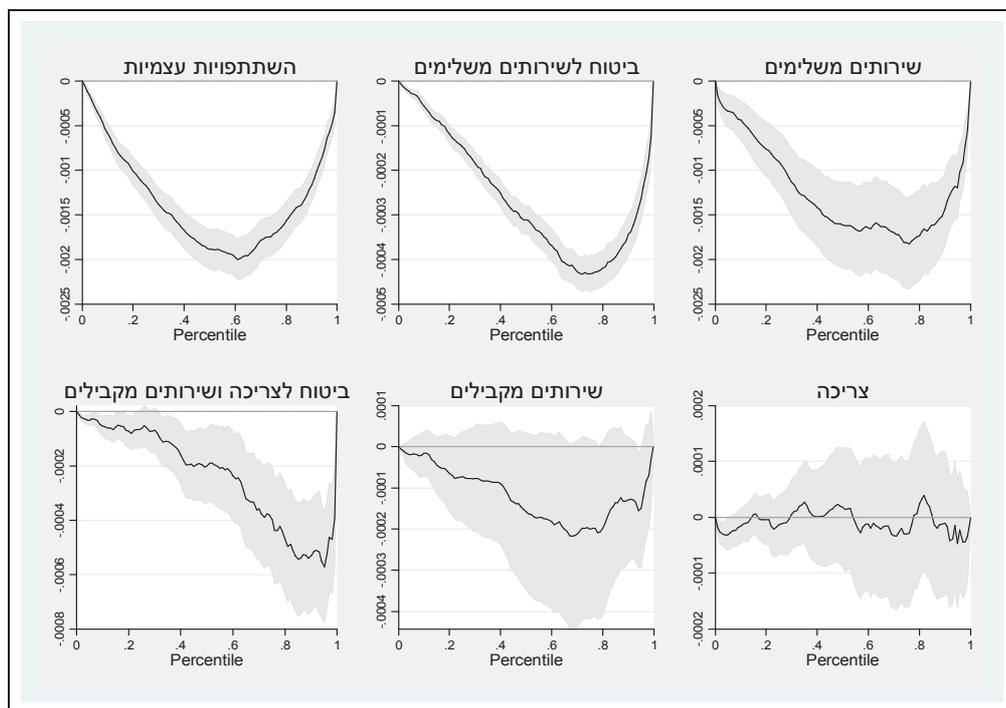
בפתח הדברים, יש להדגיש כי דיון זה בעייתי מה בנושא של הוצאה הכרחית דמוית מס מאחר וההוצאה הפרטית, גם אם נחשבת הכרחית, אפילו בהיבט אובייקטיבי-טכנוקראטי כגון בהשתתפויות, אינה כפויה בדומה למס. כלומר, בעלי הכנסות נמוכות ובכלל עלולים להחליט שלא לעמוד בהוצאה כולה או להוציא על טיפול רפואי כזה או אחר רק חלק קטן מהכנסתם הפנויה. כלומר, אנו נצפה בהשפעה פרוגרסיבית של הוצאה על טיפול רפואי (על הוצאה לפני הוצאה לשירות) מכך שבעלי הכנסות נמוכות וויתרו על הטיפול.

לפיכך, אנו עשויים לצפות בהוצאה בעלת השפעה רגרסיבית (ביחס ל-B) אשר הנטל היחסי שלה גבוה על משפחות עניות יחסית (עקום D) ובהוצאה אשר הנטל היחסי שלה גבוה על משפחות עשירות יחסית (עקום C). היינו, במצבי בריאות נתונים, השפעת הוצאה שביטויה לכוון C ביחס ל-D פירושה וויתור גדול יותר של משפחות עניות על ההוצאה או הטיפול¹³. בהתאם, אנו יכולים לצפות בהשפעה אשר ביטויה בעקום E כאשר "נטל ההוצאה" גבוה יחסית על מעמד ביניים מאחר וגם עניים יחסית וגם עשירים יחסית מוציאים על הכרח אחוזים נמוכים, ביחס למעמד זה, אולם עם סבירות לפגיעה ברמת הבריאות של העניים.

¹³ יש בגישה זו הנחת יסוד, חזקה, שמחירי הטיפול אינם תלויים ברמת הכנסה.

בהתאם לגישה זו, מדדנו את עקומת לורנץ של ההכנסה הפנויה של משקי הבית (B) ואת עקומת לורנץ אשר מתקבלת כתוצאה מהפחתה – דמוית מס – של ההוצאה הפרטית על שירותי הרפואה בקטגוריות השונות. היינו, נבדק ההפרש האנכי בין העקום B לבין העקום (אחד מהסוג C, D או E) המתקבלת לאחר הוצאה דמוית מס¹⁴. ההפרשים מוצגים באיורים 5.2 ו-5.3. התמונה של התוצאות בדבר השפעת ההוצאה מהכיס על "השתתפויות" ועל "משלימים" – הן בביטוח והן בהוצאה מהכיס, ה"פעמונים ההפוכים" (תוצאה של הפחתה אנכית של B מכל עקום אחר) הם עם נטייה מועטה יחסית לטובת קבוצות אמידות. אלה עקביים עם העקומים

איור 5.2: השינוי ב"הכנסה הפנויה" כתוצאה מההוצאה לשירותי רפואה, לפי קבוצת הוצאה

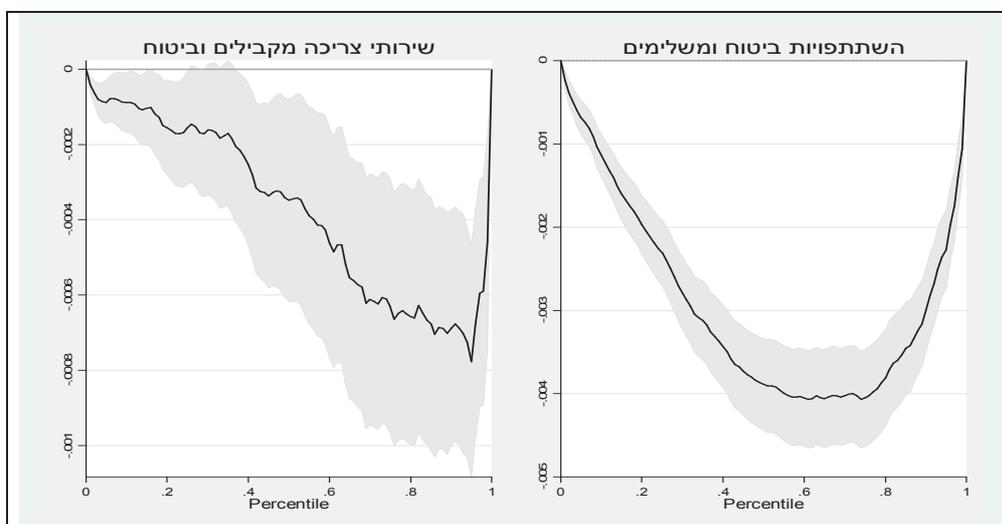


E ו-C באיור 5.1. שפירושים שגם בעלי הכנסות גבוהות יחסית וגם נמוכות יחסית, מוציאים אחוזים נמוכים מהכנסתם על סעיפים אלה. כלומר, קבוצות הכנסה נמוכות מוותרות על רכישת שירותים הכרחיים יחסית, עם סיכוי לפגיעה בבריאותם. בהקשר זה יש משמעות מיוחדת לנטייה העקום המתייחס לביטוח למשלימים לכוון

¹⁴ מאחר ובישראל הייתה המרה של חלקו היחסי של הציבורי בפרטי בסך המימון ביחס של כמעט אחד לאחד, ביחס לתוצר, קל לטעון כי הפרטי המיר ציבורי ואילו לא כן, עקומת לורנץ הייתה גם כיום כמו B באיור 5.1 (צ'רניחובסקי 2011). חשוב להדגיש שהעבודה אינה בוחנת את הדרך הנכונה או היעילה להגדיל את המיסים וההוצאה הציבורית בכדי להגיע או לחזור למצב המוצא. החישוב אינו כולל את זקיפת ההכנסה של ערך השירותים שהפרט מקבל במימון ציבורי במצב המוצא.

קבוצות הכנסה גבוהות. ממצא זה משקף ביתר שאת את העובדה שקבוצות חלשות מוותרות על ביטוח על כל המשתמע מכך באי נגישות לשירות ובחשיפת הכנסה להוצאה בלתי צפויה לשירותי רפואה. מנגד, צריכה שאין בה עניין ציבורי, מתנהגת באופן יחסי להתפלגות ההכנסה הפנויה (עקום B באיור 5.1). גם להוצאה מהכיס למקבילים נטייה כזו, יחסית, כפי שעולה גם מהשטח האפור מסביב לעקום המצביע על השונות הגבוהה של הסטיות של הוצאה זו ביחס להכנסה הפנויה. לביטוחי מקבילים וצריכה יש נטייה ברורה נוסח עקום C (איור 5.1). מצב הדברים מסוכס לפי קבוצות עיקריות באיור 5.3. יש נטייה לפרוגרסיביות בהוצאה בכל הסעיפים אולם במיוחד באלה הקשורים לצריכה ולמקבילים. בעלי הכנסות נמוכות מוותרים על הוצאה גם בנושאים הכרחיים, לרבות השתתפויות.

איור 5.3: השינוי ב"הכנסה הפנויה" כתוצאה מההוצאה לשירותי רפואה, לפי קבוצות הוצאה מקובצות



ב. מסקנות

סך ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה פרוגרסיבית נוכח הרגישות הגבוהה יחסית שלה להכנסה. אולם, ההוצאה אשר יש בה עניין ציבורי, זו דמוית המס הנוגעת להשתתפויות ולמשלימים – הן בביטוח והן בהוצאה ישירה מהכיס – אשר המירו בעליל מימון ציבורי בעשור האחרון, היא רגרסיבית.

ככלל, בהיבט של רגרסיביות או נטל על הכנסה פנויה, קבוצות הביניים נושאות בנטל רב יחסית של ההוצאה על שלוש קטגוריות ההוצאה אשר יש בהן עניין ציבורי. כלומר, חמישוני ההכנסה הגבוהים מוציאים אחוז נמוך מהכנסתם הפנויה על קטגוריות אלה, לרבות הוצאה על השתתפויות, בעוד שחמישוני ההכנסה הנמוכים גם הם מוציאים אחוז נמוך, אך זאת בשל ויתור על צריכה ונגישות לטיפול, אפילו כזה המחייב השתתפויות. בין השאר על ידי ויתור על ביטוח, אפילו למשלימים. בהיבט של השפעה על בריאות, משמעות הממצאים חמורה עוד יותר באם נניח שעניים זקוקים יותר לטיפול רפואי מאשר עשירים.

גם הממצאים בניתוח זה של הנתונים תומכים בטענה לעיל כי הביטוחים הפרטיים בישראל עלולים להחמיר את אי השוויוניות באשר הם נותנים גם יותר נגישות וגם יותר הגנה על צריכה לבעלי הכנסות גבוהות. כלומר, יתרונות הביטוח, גם למשלימים, אשר המיר מימון ציבורי, מוקנים לקבוצות הכנסה גבוהות.

6. ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה והעוני

תפיסת חלק מההוצאה הפרטית לשירותי רפואה כהוצאה הכרחית, דמוית מס, למימון צורך בסיסי משפיעה, ראשית, על תחולת העוני – מספר משקי הבית שהכנסתם לנפש סטנדרטית נמוכה מקו העוני; ושנית, על עומק העוני (של העניים) – המרחק הממוצע של ההכנסה הפנויה של המשפחות העניות מהכנסה המגדירה את קו העוני, חלקי ההכנסה הפנויה (Sen 1992, 1997; Foster, Greer & Thotbecke, 1984). בשני אלה אנו מתייחסים לרמתם במצב המוצא ולשינוי ביחס אליו כתוצאה מהוצאה רלוונטית על שירותי רפואה. בהמשך אנו אומדים את הקשר בין תכונות משק הבית עם מספרם ושיעורם של משקי הבית היורדים לעוני בשל הוצאה פרטית כזו או אחרת על שירותי רפואה. ולבסוף – את ההסתברויות המותנות לרדת לעוני בשל תכונות אלה בהקשר של ההוצאות השונות.

א. קו העוני

ביסוד הגדרת קו עוני – לפי גישת העוני המוחלט – עומדת התפיסה כי לשם סיפוק צרכים בסיסיים, המוגדרים באופן אובייקטיבי ככל האפשר, צריכה לעמוד לרשות משק הבית הכנסה מינימאלית לנפש סטנדרטית במונחי צריכה. עם זאת, לפי הגישה המובילה להגדרה יחסית של עוני, צורת סיפוקם של צרכים אלה – למשל מכסת הקלוריות היומית לנפש סטנדרטית – אינה מנותקת מהצורה המקובלת בחברה לספקם. צורה זו קשורה לרמת החיים ואף ולתרבות. גם ההגדרה של צורך בסיסי משתנה. התוצאה היא הגדרת עוני יחסי במונחים פיננסיים, כמקובל בישראל. בהיבט של סך ההכנסה הפנויה של משק הבית, מאחר שהקו מוגדר לנפש סטנדרטית, לכל משק בית קו עוני משלו, לפי מבנהו הדמוגרפי (Cowell, 2000).

אנו משתמשים בעבודה זו בקו העוני לפי הגדרת העוני היחסי המקובלת בישראל (נספח 1). משק בית בישראל נחשב עני אם הכנסתו הכספית הפנויה לנפש סטנדרטית (במונחי צריכה) נמוכה ממחצית ההכנסה הכספית הפנויה החציונית. לפי הגדרת ההכנסה הפנויה בעבודה זו עמד קו העוני בשנת 2009 על 1,890 ש"ח לנפש סטנדרטית, מעל לקו העוני שהמוסד לביטוח לאומי עושה בו שימוש – 1,741 ש"ח (המוסד לביטוח לאומי, 2010, עמ' 15, לוח 2). הפער – 298 ש"ח בחודש בממוצע למשק בית – משקף הכנסות שאינן כספיות, המתקבלות מזקיפת שירותי דיור ורכב שבבעלות משק הבית.

ב. מדידת השפעת ההוצאה הפרטית על העוני ועומקו

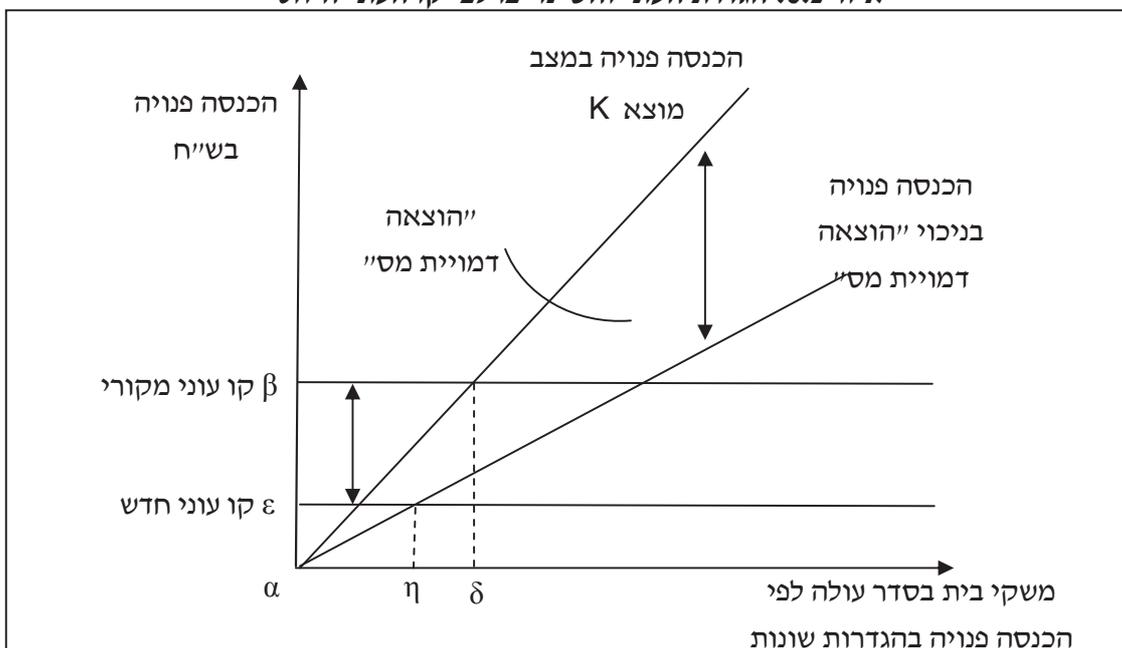
את השינוי בתחולת העוני ובעומקו בשל הוצאה הכרחית דמוית מס ניתן להציג באמצעות איור 6.1. העקום L מבטא את המצב לאחר הוצאה "מוכרת" המורידה את ההכנסה הפנויה לצורכי חישוב קו העוני¹⁵.

¹⁵ גמישות העקום L אינה בהכרח גבוהה מזו של העקום K.

בהתחשב בשיטה היחסית לאומדן עוני המקובלת בישראל, שינוי בהכנסה הפנויה מחייב גם את שינוי קו העוני של משק הבית, באשר זה משתנה ביחס לחציון ההכנסה הפנויה. לפיכך, לצורך חישוב השפעת ההוצאה לשירותי רפואה על העוני ועומקו, הגדרנו את קו העוני לכל משק בית בנפרד לפי ההכנסה הפנויה לנפש סטנדרטית וסעיף ההוצאה שבו מדובר. החישוב נערך בשני שלבים: בראשון חישבנו את ההכנסה הפנויה פחות קו העוני המשפחתי במצב המוצא – לפני הוצאה הכרחית לשירותי רפואה; בשלב השני חישבנו את ההכנסה הפנויה לאחר ניכוי ההוצאה הרלוונטית לשירותי רפואה (המס), ותיקנו את קו העוני החדש, שהוא חציון ההכנסה הפנויה החדשה. כך משתנים גם ההכנסה הפנויה של משק הבית וגם קו העוני, שהוא יחסי. לכן מתקבל קו עוני חדש, כמודגם באיור 6.1.

חשוב להדגיש את מה שלכאורה נוגד את האינטואיציה – כי מהשימוש במדד עוני יחסי עשוי להתקבל שהגדלת ההוצאה של משקי הבית עשויה דווקא להקטין את תחולת ועומק העוני, כפי שמודגם באיור 6.1: הסיכוי שתתקבל תוצאה כזאת גבוה יותר ככל שגדל אותו חלק של ההוצאה ההכרחית הנופל על בעלי ההכנסות הגבוהות, כי אז מצבם של העניים ביחס למצב המוצא משתפר (כפי שמצבם מורע כאשר הכנסתם הפנויה אינה משתנה ואף עולה, אך העשירים נעשים עשירים יותר יחסית לעניים). לדוגמה: אם נניח כי השתתפויות בתשלום מושתות על עשירים בלבד, עשויה להתקבל התוצאה לפיה תחולת עוני יורדת. זה המצב המתואר באיור על ידי קו העוני החדש ε אשר בעטיו מספר משקי הבית העניים יורד מ- δ ל- η בהתאם לשינויים אלה ברור כי גם עומק העוני של משק הבית העני הממוצע משתנה.

איור 6.1: הגדרת העוני והשינוי בו לפי קו העוני היחסי



מנתוני סקר הוצאות משקי הבית עולה כי 22.7 אחוזים ממשקי הבית בשנת 2009 היו עניים לפי הגדרת העוני היחסי המקובלת בישראל ועל פי ההכנסה הפנויה הכוללת. כן עולה מהסקירה השנתית של המוסד לביטוח לאומי על ממדי העוני, כי האוכלוסיות בסיכון העיקרי לעוני הן הערבים, החרדים ומשקי הבית ללא מפרנסים (שחלק מהם ערביים או חרדיים).

חישוב המניח כי סך ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה היא דמוית מס מוריד ב-3,500 את מספר משקי בית העניים (לוח 6.1). תוצאה זו מושפעת מהעובדה שצוינה לעיל כי בסך משפחות הכול אמידות מוציאות יחסית יותר ממשפחות עניות, בפרט בכל הקשור להוצאה על מקבילים ועל צריכה. כפי שהוסבר לעיל, יש באלה כדי להסיט את קו העוני כך שתתקבל אף ירידה של מספר העניים.

אולם, כפי שאנו מדגישים, לא כל ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה היא בבחינת הוצאה הכרחית או דמוית מס. לפי הקריטריונים והממצאים אשר נוסחו לעיל, ההשתתפויות ראויות ביותר להיות מוגדרות כהכרח, ולאחריהן הביטוחים לשירותים משלימים כמו גם ההוצאה מהכיס על שירותים אלה. אלה מעלים את תחולת העוני ב-879 משקי בית, 1,270 משקי בית ו-6,273 משקי בית, בהתאמה¹⁶.

התרומה הגדולה ביותר של ההוצאה על משלימים לתחולת העוני היא דווקא בקרב משקי הבית עם מפרנסים ובקרב האוכלוסייה הערבית¹⁷. ההוצאה על שירותים מקבילים הנכללים בזכאות הציבורית תורמת להגדלת תחולת העוני בקרב משפחות עם ילדים ועם שני מפרנסים ויותר. ממצאים אלה מעידים על אי שביעות רצון מסוימת של משפחות עובדות עם ילדים קטנים מהמערכת הציבורית, אשר דוחפת אותן להוצאה פרטית על שירותים מקבילים, אפילו במחיר ירידה לעוני.

¹⁶ לקשישים, חולים כרוניים ולמקבלי הבטחת הכנסה הנחה בהשתתפויות. לא ברור כיצד אלה באים לידי ביטוי בנתונים. הנתונים מתייחסים להוצאה בעת קבלת שירות/מוצר. כך שאם הייתה הנחה או פטור בעת קבלת השירות, היא אמורה לבוא לידי ביטוי בנתון כאי הוצאה. יחד עם זאת, ידוע שאפשר שחלק מההנחות והפטורים ניתנים בדיעבד ואינם מובאים בחשבון ההנחה. במקרה זה ההשפעה של הפטורים אינה נלקחת בחשבון והשפעת ההשתתפויות על עוני מוטית כלפי מעלה, בפרט כאשר החוזרים בדיעבד אינם מדווחים גם כמעין הכנסה.

¹⁷ בהקשר זה חשוב להדגיש כי מדידת ההכנסה, בפרט בקרב האוכלוסייה הערבית, עלולה להיות מוטת כלפי מטה, באופן יחסי, ולפיכך להגדיל את תחולת העוני באוכלוסייה זו.

לוח 6.1: השפעת ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה על מספר משקי הבית העניים, לפי קטגוריות הוצאה ומאפייני משק הבית (2009)

שני מפרנסים או יותר	מפרנס אחד	ללא מפרנסים	משפחות עם ילדים (0-18)	משפחות עם מבוגרים (+65)	חרדים	ערבים	כלל האוכלוסייה	
מצב מוצא מבלי להתחשב בהוצאה לשירותי רפואה								
880,858	709,947	532,317	975,401	331,658	80,406	297,084	2,123,122	מספר משקי בית בקבוצה
52,624	238,232	279,872	279,856	46,182	39,886	158,135	482,070	מספר משקי בתי עניים במצב המוצא
6.0%	33.6%	52.6%	28.7%	13.9%	49.6%	53.2%	22.7%	% העניים במצב המוצא
השפעת סך ההוצאה על שירותי רפואה (1)								
-0.1%	-0.7%	0.7%	-0.5%	1.1%	-1.1%	-0.5%	-0.2%	הגידול ב-% העניים
-660	-5,058	3,531	-5,330	3,556	-877	-1,412	-3,290	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו
השפעת השתתפויות (2)								
0.0%	-0.4%	0.8%	-0.2%	1.5%	-1.1%	0.3%	0.0%	הגידול ב-% העניים
332	-2,540	4,322	-1,998	4,982	-877	878	879	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו
השפעת הוצאה על ביטוחים למשלימים (3)								
0.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.1%	1.0%	-0.1%	0.1%	הגידול ב-% העניים
186	1,229	-205	728	366	807	-200	1,270	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו
השפעת הוצאה ישירה מהכיס על משלימים (4)								
0.2%	0.5%	0.1%	0.3%	-0.4%	-0.8%	1.3%	0.3%	הגידול ב-% העניים
2,105	3,366	671	2,931	-1,217	-609	3,828	6,273	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו
השפעת הוצאה על ביטוחים למקבילים ולצריכה (5)								
-0.1%	-0.5%	-0.1%	-0.3%	0.2%	-0.7%	-0.9%	-0.2%	הגידול ב-% העניים
-1,089	-3,491	-437	-3,076	774	-564	-2,604	-4,986	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו
השפעת הוצאה ישירה מהכיס על מקבילים (6)								
0.1%	0.0%	-0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.3%	0.1%	הגידול ב-% העניים
1,245	-	-383	1,055	-	-	874	1,272	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו
השפעת הוצאה ישירה מהכיס על צריכה (7)								
0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	0.1%	0.0%	-0.2%	-0.1%	הגידול ב-% העניים
286	-1,169	-1,138	-661	195	15	-692	-1,538	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו
ההשפעה סך ההוצאה על השתתפויות + ביטוחים + הוצאה מהכיס למשלימים (8)								
-0.1%	-0.3%	0.9%	-0.3%	1.4%	-1.1%	0.0%	0.0%	הגידול ב-% העניים
-913	-2,393	4,635	-2,834	4,611	-877	-140	-299	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו
ההשפעה סך ההוצאה על השתתפויות + ביטוחים + הוצאה מהכיס למשלימים (9)								
0.1%	0.0%	0.7%	0.0%	1.2%	-1.3%	1.2%	0.2%	הגידול ב-% העניים
838	215	3,676	-388	3,958	-1,016	3,471	3,714	מספר משקי בית המתווספים לעניים נטו

מקור: סקר הוצאות המשפחה, למ"ס, 2009.

ג. אומדן ההסתברות המותנית לרדת לעוני

למשקי הבית תכונות העלולות להיות מתואמות עם ההסתברות לרדת אל מתחת לקו העוני עקב הוצאה מסוימת לשירותי רפואה. בהתאם, אנו מניחים כי ההסתברות $[prob(NP_{i,j})]$ שההוצאה של משק בית i על קטגוריית הוצאה j תוריד את משק הבית אל מתחת לקו העוני המשפחתי המתאים היא:

$$prob(NP_{i,j} > 0) = \alpha_j + \beta x_{i,j} + \gamma z_j + \varepsilon_{i,j} \quad (2)$$

כאשר $NP_{i,j}$ הוא משתנה דמי המקבל את הערך 1 לגבי משק בית שלא היה עני לפני הוצאה, סך הכול או בקטגוריה זו או אחרת, וירד אל מתחת לקו העוני בעטיה. יתר המשתנים המסבירים זהים לאלו שתוארו במשוואה (1)¹⁸. קו העוני המשפחתי חושב מחדש לכל סוג הוצאה ולכל משק בית. מכאן שבתחומים אשר בהם ההוצאה על שירותי רפואה היא פרוגרסיבית מאוד ייתכן ששיעור העוני ירד כתוצאה מהוצאה זו.

בלוח 6.2 מוצגות תוצאות האמידה של משוואה (2). כמצופה, לגובה הכנסה השפעה שלילית על ההסתברות לרדת לעוני בשל סך הוצאה לשירותי רפואה, ובמיוחד – הן מבחינת גודל ההשפעה והן מבחינת מובהקות סטטיסטית – בהשתתפויות¹⁹. יתרה מזו, נוכח העובדה שביטוח אינו מוחזק על ידי עניים יחסית, הוא גם אינו תורם או מציל מעוני. לגודל משק הבית בנפשות סטנדרטיות השפעה על ההסתברות לרדת לעוני כאשר נבחנת סך ההוצאה. אולם ההשפעה היא בהוצאה על משלמים ומקבילים. ממצא מתיישב עם ההשערה שמשפחות עם צרכים גבוהים שאינן בהכרח מזוהים עם ילדים וקשישים, עלולים לרדת לעוני גם בשל הוצאה על טיפולים שבסל. קרוב לוודאי עקב העדר יחסי של שירותים, ההסתברות גבוהה יותר לרדת לעוני באזור הצפון, כאשר כל הדברים האחרים קבועים.

מספר מפרנסים גבוה ומגורים במחוזות עתירי רופאים – חיפה, ירושלים ומרכז – תורמים להסתברות לרדת לעוני בעיקר על הוצאה לטיפולים מקבילים. ממצא מתיישב עם ההשערה כי יש עידוד ביקושים לטיפולים מקבילים על ידי ספקי שירותי, עד כדי הורדת משפחות לעוני.

ד. מסקנות

לחרדיות ולערביות, או אפילו זקנה, אין השפעות סגוליות על ההסתברות לירידה לעוני, כאשר ההכנסה מוחזקת קבועה. הכנסה נמוכה היא המנבא המובהק ביותר לירידה לעוני עקב הוצאה פרטית לשירותי רפואה, בעיקר על השתתפויות. חמור במיוחד הממצא המתיישב עם ממצאים קודמים, כי משפחות יורדות לעוני בשל הוצאה על שירותים מקבילים אותם הם אמורים לקבל במסגרת זכאות ציבורית. הממצאים מתיישבים עם עידוד ביקושים על ידי ספקים לטיפולים מקבילים במימון פרטי.

¹⁸ באופן ספציפי, נבחר תת-מדגם של משקי הבית המוציאים משקי הבית בקטגוריה מסוימת או בסך הכול, ונבחן מי מאלה יורד לעוני עקב הוצאה

¹⁹ ראוי להזכיר כי שבסוף 2011 הורחבו ההנחות והפטורים בגין השתתפויות.

לוח 6.2: מקדמי רגרסיה – היות משק הבית עני (1=) או לא (0=) כמשתנה תלוי בה.
 מודל Logit עם תיקון בשיטת Zellner (עמודות 1-6)

סד ההוצאה	הוצאה ישירה מהכיס				ביטוחים		המשתנה
	צריכה	מקבילים	משלימים	השתתפויות	מקבילים	משלימים	
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
-0.10 (-0.93)			-0.58 (-0.40)				ביטוח למשלימים
0.02 (0.91)	0.28 (1.41)	0.27 (1.29)					ביטוח למקבילים
**0.27 (0.10)	-0.18 (-0.33)	**0.82 (0.15)	**0.26 (0.08)	0.18 (0.23)	(0.01) (0.23)	(0.46) (0.39)	מספר הנפשות
-0.68 (0.55)	**0.82 (0.19)	-2.35 (-2.58)	-0.95 (-0.49)	0.28 (1.04)	0.55 (0.70)	0.16 (1.43)	ילדים 0-4
0.47 (0.42)		1.14 (1.03)	-0.42 (-0.48)	0.83 (0.92)	-1.19 (-1.12)	-1.95 (-1.51)	קשישים +65
**0.81 (-0.20)	*-0.90 (-0.42)	-0.58 (-0.49)	*-0.59 (-0.21)	*-0.80 (-0.31)	-0.52 (-0.28)	-0.66 (-0.38)	לוג ההכנסה הפנויה
*-0.67 (-0.27)	-0.72 (-0.56)	*-2.04 (-0.84)	-0.36 (-0.27)	-0.96 (-0.63)	*-1.98 (-0.89)	-0.42 (-0.85)	מספר המפרנסים
0.06 (0.03)	0.09 (0.11)	0.23 (0.18)	0.02 (0.04)	0.04 (0.06)	0.1 (0.09)	-0.06 (-0.09)	שנת הלימוד של רמ"ב
0.24 (1.06)			0.68 (0.83)				ערבי
-1.78 (-1.21)		-6.67 (-6.27)	-0.85 (-1.08)	-0.76 (-1.95)			חרדי
0.23 (0.66)	0.42 (1.67)	**16.42 (4.16)	1.83 (0.97)	-0.10 (-1.2)			מחוז ירושלים
*0.94 (0.46)	-0.37 (-1.65)		**2.55 (0.77)	0.99 (0.74)	1.33 (1.69)	1.86 (1.61)	מחוז צפון
0.6 (0.45)		**15.32 (4.98)	*1.89 (0.80)	0.72 (0.67)	0.25 (1.45)	0.43 (1.47)	מחוז חיפה
-0.22 (-0.51)		**16.33 (4)	0.74 (0.91)	-0.42 (-0.92)	1.33 (1.22)	0.65 (1.43)	מחוז מרכז
-0.30 (-0.62)			-1.01 (-1.04)	0.08 (0.96)	0.12 (1.48)	0.37 (1.57)	מחוז דרום
-0.17 (-1.09)			1.58 (1.24)		1.78 (1.81)		מחוז יו"ש
1.67 (1.54)	1.55 (3.59)	-21.94 (20.10)	-1.08 (-1.83)	0.88 (2.19)	-2.38 (-3.07)	1.15 (3.35)	קבוע
6.264	1.906	4.335	6.264	5.968	5.408	5.227	מספר תצפיות
0.133	0.145	0.446	0.16	0.147	0.204	0.17	Pseudo R ²

הערות: סטיות התקן בסוגריים. הנתונים עם משקולות באוכלוסייה.
 * מובהק ברמה של 5%; ** מובהק ברמה של 1%.

7. הוצאה קטסטרופלית

"הוצאה קטסטרופלית" לשירותי רפואה עלולה לפגוע בחיוניותו של משק הבית לרבות פגיעה בבריאות בני המשפחה. הוצאה כזו מוגדרת כהוצאה שחלקה גדול מערך סף מסוים בסך ההכנסה רלוונטית (Pradhan & Prescott, 2002). ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) קבע כי הכנסה זו היא ההכנסה השנתית הפנויה של משק הבית ממקורות קבועים בניכוי ההוצאה למזון (Xu et.al., 2003, 2007). הפרש זה בא לאמוד את יכולת הספיגה של משק הבית בהוצאה, עד לפגיעה בהוצאה בסיסית כמו מזון. לגבי ערך הסף אין מוסכמה בספרות, באשר הוא תלוי במאפייני המשק כמו ברמת החיים הכללית. המאפיינים בדרך כלל נלקחים בחשבון, כמו בעבודה זו, על ידי קביעת גודל משק הבית ביחידות צריכה סטנדרטיות. באשר לרמת החיים או רמת הכנסה, ההנחה הבסיסית היא שככל שזו גבוהה יותר או שההוצאה למזון היא חלק נמוך יותר מההכנסה, ניתן לקבוע אחוז גבוה יותר מההפרש כהוצאה קטסטרופלית. Berki (1986) משתמש בערך סף של 5 אחוזים המתאים למדינות עניות. Waters ואחרים (2004) משתמשים ב-10 אחוזים, ו-Xu ואחרים (2003, 2007) גורסים סף של 40 אחוזים המתאים יותר למדינות עשירות. לפיכך, בחרנו להשתמש בעבודה זו בסף שרירותי בשיעור של 30 אחוזים מההכנסה השנתית הנקייה בניכוי ההוצאה למזון, ואנו עוסקים בזיהוי משקי הבית הפגיעים ביותר בהיבט של הוצאה קטסטרופלית, עם התייחסות לאלה שאינם מדווחים על הוצאה בשל השלכותיה הכלכליות.

א. השפעת רכיבי ההוצאה הפרטית על ההוצאה הקטסטרופלית

מהנתונים בלוח 7.1 עולה כי ל-3.2 אחוזים או ל-68,350 בתי אב הייתה בשנת 2009 הוצאה קטסטרופלית לשירותי רפואה. שיעור זה גבוה יחסית לממוצע במדינות המפותחות ודומה לממוצע במדינות המתפתחות בהן אין ביטוחי רפואה ממלכתיים אוניברסאליים (Xu et.al., 2003, 2007). אחוז משקי הבית שהוציאו הוצאה קטסטרופלית גבוה במיוחד בקרב משקי בית שאין בהם מפרנסים בגיל עבודה (9.7 אחוזים ממשקי בית אלו), בקרב הערבים (6.1 אחוזים), ובקרב המשפחות עם מבוגרים בני 65 ומעלה (5.9 אחוזים). ההוצאה הישירה מהכיס למשלימים תורמת ביותר למצב, ולאחריה ההוצאה בגין השתתפויות. ההוצאה למשלימים משיתה הוצאה קטסטרופלית על 1.7 אחוזים מבתי האב, במיוחד על אלה ללא מפרנס בגיל העבודה (4.9 אחוזים) וערבים (3.6 אחוזים). משקי הבית הפגיעים בהיבט זה מבחינת השתתפויות הם שוב אלה ללא מפרנס בגיל העבודה (4.1 אחוזים) וערבים (1.9 אחוזים)²⁰.

²⁰ חשוב לזכור כי קיימות קורלציה בין תכונות שונות; היינו, אותם בתי אב עלולים להימצא בקטגוריות מיון שונות.

לוח 7.1: אחוז משקי הבית עם הוצאה קטסטרופלית לפי מאפייני משקי בית בסיכון לעוני וקטגוריות הוצאה (אחוזים)

שני מפרנסים או יותר	מפרנס אחד	ללא מפרנס בגיל עבודה	משפחות עם ילדים (0-4)	משפחות עם מבוגרים (+65)	חרדים	ערבים	כלל האוכלוסייה	קטגוריות הוצאה
1.4	2.6	9.7	2.6	5.9	1.8	6.1	3.2	סך ההוצאה על שירותי רפואה
0.2	0.4	1.9	0.4	0.0	0.4	0.8	0.5	ביטוחים למשלימים
0.2	0.5	2.0	0.5	0.0	0.4	0.8	0.6	ביטוחים למקבלים וצריכה
0.2	0.5	4.1	0.7	1.2	0.6	1.9	0.9	השתתפויות
0.3	0.4	2.1	0.5	0.1	0.4	1.0	0.7	מקבילים
1.0	1.2	4.9	1.7	1.6	0.7	3.6	1.7	משלימים
0.2	0.4	2.2	0.5	0.1	0.4	0.8	0.6	צריכה
0.2	0.5	4.2	0.7	1.4	0.6	1.9	1.0	השתתפויות וביטוחים למשלימים
1.0	1.5	7.9	2.1	3.6	1.0	5.1	2.4	השתתפויות, ביטוחים למשלימים, ומשלימים

סך ההוצאה ההכרחית או דמוית המס, אינו משנה את התמונה בדבר הפגיעות של בתי אב ללא מפרנס בגיל עבודה, ערבים, וכאלה עם קשישים. במפתיע אולי, האחוז של משקי בית חרדיים שההוצאה לגביהם קטסטרופלית אינו גבוה יחסית (1.0 אחוז); ייתכן שההסבר לכך נעוץ באחוז הגבוה של משקי הבית החרדיים המבטחים את עצמם (גם בביטוחים משלימים של קופות החולים וגם בביטוחים מסחריים). כן נעזרת אוכלוסייה זו במקרים רבים בביטוח הדדי קהילתי (גמ"ח) – הכנסה בעין, שאינה ניתנת לזיהוי בנתוני הסקר. חשוב לציין כי ההוצאה על ביטוחים למשלימים אינה מביאה להוצאה קטסטרופלית משמעותית בקרב אף טיפוס של משק בית, להוציא כאלה ללא מפרנס בגיל העבודה (1.9 אחוזים) למרות היותה הוצאה הכרחית. זאת משום שזו עדיין אינה הוצאה גבוהה – הודות למבנה הביטוחי: ביטוח הדדי המחלק את הסיכונים בין משקי הבית ללא תלות בסיכון הספציפי של כל משק בית.

ב. ההסתברות המותנית להוצאה קטסטרופלית

ההסתברות של משק בית להיקלע להוצאה קטסטרופלית נאמדה באמצעות רגרסיה לוגיסטית שבה המשתנים המסבירים הם אלו שהוצגו במשוואה (1). $CAT_{i,j}$ הוא משתנה דמי המקבל את הערך 1 לכל משק בית בעל הוצאה קטסטרופלית ו-0 אחרת:

$$prob(CAT_{i,j} > 0) = \alpha_j + \beta x_{i,j} + \gamma z_j + \varepsilon_{i,j} \quad (3)$$

תוצאות האומדנים מפורטים בלוח 7.2. חשוב להדגיש בראשית הדברים כי מהתוצאות עולה כי שני הביטוחים הפרטיים (גם למשלימים וגם למקבילים) – אשר תפקידם הבסיסי הוא למנוע הוצאה קטסטרופאלית – אינם משפיעים על ההסתברות שמשק הבית ייקלע להוצאה כזו.

חשובה ההשפעה החיובית של ההכנסה על ההסתברות להוצאה קטסטרופלית לביטוח על מקבילים ואי השפעה של הכנסה על הסתברות זו בהוצאה מהכיס על מקבילים. הממצא מתיישב עם השערה כי כאשר משקי בית נצרכים להוצאה פרטית לטיפול שהוא בסל, הם עשויים לעשות ביטוח בעת האירוע (דבר הידוע כאנקדוטה) בעידוד ובעצת נותני שירות וחברות ביטוח.

להוציא ממצא זה, כצפוי, כאשר כל הדברים האחרים קבועים, הכנסה נמוכה ומספר מפרנסים נמוך הם המנבאים המובהקים ביותר להוצאה קטסטרופלית. עם זאת, השפעות אלה על ההסתברות להיקלע להוצאה קטסטרופלית אינן אחידות. הכנסה ומספר מפרנסים גבוהים, כמו גם השכלה גבוהה, חשובים יחסית במיוחד בהוצאה על השתתפויות. כאשר כל הדברים האחרים שווים, מוצא ערבי והשתייכות למחוז הצפון מעלים את ההסתברות להוצאה קטסטרופלית בהוצאה על צריכה ועל משלימים בהתאמה. יש באלה בפרט בנושא המשלימים, כדי להצביע על חוסר יחסי בהיצע שירותים.

להימצאות ילדים קטנים במשק הבית השפעה שלילית על ההסתברות להוצאה קטסטרופלית בקטגוריית המשלימים, ורכיב עיקרי בהם הוא ריפוי שיניים. ממצא זה תואם את האפשרות שמשקי בית עם ילדים מגנים על עצמם מעוני על ידי הימנעות מהוצאה, גם כשזו הוצאה הכרחית.

ג. מסקנות

כ-68,350 בתי אב בישראל מוציאים למעלה משליש מהכנסתם הפנויה, לאחר הוצאה למזון, על שירותי רפואה שעיקרם גורמים להוצאה דמוית מס: השתתפויות והוצאה למשלימים, הן בפרמיות ביטוח והן בהוצאה ישירה מהכיס. משפחות אלה, בעיקר ללא מפרנסים וקשישים, נושאות ב"נטל מס" אשר קרוב לוודאי הוא הרגרסיבי ביותר.

לוח 7.2: מקדמי רגרסיה – משק בית עם הוצאה קטסטרופלית (=1) או לא (=0) כמשתנה תלוי בה. מודל Logit עם תיקון בשיטת Zellner (עמודות 1-6)

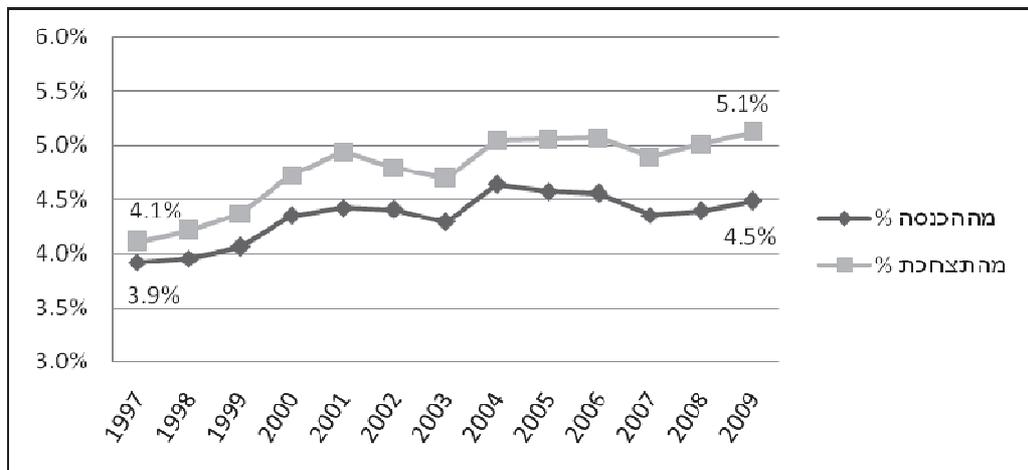
סך ההוצאה	הוצאה ישירה מהכיס				ביטוחים		המשתנה התלוי
	צריכה	מקבילים	משלימים	השתתפויות	מקבילים	משלימים	
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
0.04 (0.46)			-0.28 (0.31)				ביטוח למשלימים
0.25 (0.49)	0.60 (1.33)	-0.24 (0.96)					ביטוח למקבילים
0.08 (0.05)	0.06 (0.19)	-0.18 (0.17)	0.10 (0.08)	0.08 (0.11)	0.40 (0.36)	0.37 (0.23)	מספר הנפשות
-0.78** (0.29)	-1.28 (1.10)		-0.75 (0.39)	-0.95 (0.68)	0.17 (1.26)		ילדים בני 0-4
0.19 (0.21)	-0.46 (0.92)	0.29 (0.85)	0.04 (0.37)	0.04 (0.48)			קשישים +65
-0.42** (0.09)	-0.42** (0.08)	0.05 (0.42)	0.32** (0.07)	-0.51** (0.13)	0.58* (0.22)	-0.42** (0.10)	לוג ההכנסה הפנויה
-0.71** (0.15)	-1.61* (0.73)	0.09 (0.74)	-0.54** (0.20)	-2.59** (0.62)	-0.06 (0.47)		מספר המפרנסים
-0.01 (0.02)	0.13* (0.06)	0.01 (0.06)	0.04 (0.03)	-0.07* (0.03)	0.00 (0.03)	-0.01 (0.05)	שנת הלימוד של רמ"ב
0.14 (0.59)		3.13** (0.87)	-0.27 (0.82)	-0.28 (1.12)			ערבי
-0.50 (0.46)			-1.89 (1.07)	-0.33 (1.09)			חרדי
0.33 (0.32)	1.85 (1.23)		0.59 (0.48)	1.30 (0.82)	0.31 (1.55)		מחוז ירושלים
0.58* (0.26)	0.63 (1.43)	-0.98 (0.99)	0.92** (0.35)	0.96 (0.76)	-0.27 (1.58)		מחוז הצפון
0.22 (0.27)		-1.25 (1.20)	0.31 (0.41)	0.58 (0.81)	-0.20 (1.38)		מחוז חיפה
-0.49 (0.30)	-0.18 (1.47)	-1.32 (1.19)	-1.30* (0.55)	0.56 (0.81)	-1.10 (1.59)		מחוז המרכז
0.10 (0.30)	0.74 (1.47)	-0.91 (1.13)	-0.37 (0.55)	1.36 (0.78)			מחוז הדרום
-0.43 (0.63)	1.57 (1.54)	0.66 (1.22)	-0.99 (1.05)	1.79 (1.22)	1.84 (1.38)		מחוז יו"ש
0.64 (0.78)	-4.33* (1.71)	-5.53 (3.59)	-1.49* (0.72)	0.43 (1.25)	-3.85** (1.22)	-2.95* (1.39)	חותך
6270	5068	4411	6270	6270	4557	80	מספר תצפיות
0.108	0.190	0.0801	0.0973	0.247	0.0965	0.320	Pseudo R ²

הערות: * מובהק ברמה של 5%; ** מובהק ברמה של 1%.

8. מגמות על פני זמן

מאז 1997 גדלה ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה כאחוז מתקציב משק הבית (איור 8.1). העלייה בהוצאה כאחוז מסך ההוצאה לתצרוכת גבוהה מן העלייה של סך ההכנסה הפנויה. משמע שבאופן יחסי הוויתור של משקי הבית על צריכה כללית (שאינה של שירותי רפואה) לטובת צריכת שירותי רפואה גדל. המצב חמור יותר ממה שמראים נתונים אלו, משום שעליית המחירים של שירותי רפואה גבוהה מזו של יתר סל המוצרים שצורך משק הבית²¹.

איור 8.1: אחוז ההוצאה על שירותי רפואה מההכנסה הפנויה ומסך ההוצאה על תצרוכת, 1997–2009



המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקרי הוצאות המשפחה, שנים שונות.

בפרק זה אנו בוחנים את מבנה הגידול בהוצאה הפרטית על שירותי רפואה בתקציב משק הבית לפי קבוצות ההוצאה. ההגדרות של רכיבי הצריכה הפרטית של שירותי רפואה בסקרי משק הבית מלפני שנת 2003 אינן תואמות את ההגדרות שבעבודה זו, המתבססת על נתוני 2009. לפיכך נערכה ההשוואה רק משנת 2003 ואילך. השינויים בהתפלגות סך ההוצאה על שירותי רפואה במשך התקופה מוצגים בלוח 8.1. אחוז משקי הבית המדווחים על הוצאה והוצאתם הממוצעת של אלה מוצגים בלוח 8.2.

באשר לביטוחים, יש עלייה שיטתית בחלקה של ההוצאה לביטוח על פני התקופה מ-27 אחוזים ל-32 אחוזים (לוח 8.1) אשר מבטאת גידול באחוז משקי הבית המבוטחים, בעיקר במשלימים, מ-70 אחוזים ל-80 אחוזים ובהכפלת פרמיות הביטוח בביטוחים אלה מ-28 ש"ל ל-56 ש"ל (לוח 8.2). כך יש עלייה, מתונה יותר, באחוז בתי האב המתבטחים בביטוחים המוגדרים למקבילים ולצריכה, מ-74 אחוזים ל-82 אחוזים, ובסכומי הביטוח מ-129 ש"ל ל-196 ש"ל.

²¹ צ'ריניחובסקי, נבון וגמזו (2010).

באשר להוצאה הישירה מהכיס, יש קביעות יחסית באחוז משקי הבית המדווחים הוצאה, אולם בולטת במיוחד ההכפלה בהוצאה הממוצעת על מקבילים, מ-174 ש"ח ל-345 ש"ח (לוח 8.2). בשני הלוחות רואים מגמת עלייה של אחוז משקי הבית המבוטחים, וכן בהוצאה לביטוח, בהתאם, יש ירידה של אחוז משקי הבית המוציאים באופן ישיר מהכיס.

שינויים אלה מביאים בסיכומו של דבר לעלייה יחסית בסך ההוצאה בסעיפים המתייחסים למקבילים ולצריכה זו, בהגדרה על חשבון הסעיפים האחרים (לוח 8.1). היינו, ככלל, יש ירידה באחוז ההוצאה על הסעיפים שהם הכרחיים או שיש בהם עניין ציבורי – השתתפויות וביטוח והוצאה ישירה מהכיס למשלמים – 70 אחוזים בשנת 2003 ל-62 אחוזים ב-2009.

היינו, בהיבט של משקי הבית, הביטוח ממלא את ייעודו; נוכח העלייה העקבית בהוצאה הפרטית מהכיס – הן כתוצאה מעליית הכנסות והן כתוצאה ממדיניות הצמצום היחסי בתמיכה הממשלתית במערכת – משקי הבית מתבטחים כדי לצמצם את משמעות ההוצאה הפוטנציאלית מהכיס על צריכה. כמו כן, עם עליית ההכנסות, הנתונים יכולים להיות צפויים בנושאי השתתפויות וההוצאה על משלמים ועל צריכה, כי לטיפולים שהם בבחינת הכרח גמישות הכנסה נמוכה, לעומת גמישות הכנסה גבוהה של צריכה. הנתון הבעייתי, מבחינת המערכת, הוא במגמת הגידול על פני זמן בהוצאה על מקבילים לטיפולים שהם בסל הציבורי, גם באמצעות ביטוח פרטי וגם באופן ישיר מהכיס. נתון זה מעיד שהמערכת הציבורית ממלאת פחות ופחות את תפקידה מבחינת הציבור.

לוח 8.1: התפלגות ההוצאה הפרטית לסעיפיה, בשנים 2003, 2006 ו-2009

2003	2006	2009	סעיף ההוצאה	
6%	6%	7%	למשלמים	ביטוח
21%	24%	25%	למקבילים ולצריכה	
22%	20%	18%	להשתתפויות	הוצאה ישירה מהכיס
42%	38%	37%	למשלמים	
3%	3%	5%	למקבילים	
6%	9%	8%	לצריכה	

המקורות: סקרי הוצאות משק הבית של הלמ"ס 2003, 2006, 2009.

לוח 8.2: אחוז מדווחים על הוצאה והוצאתם הממוצעת בש"ח לחודש של בתי אב המדווחים על הוצאה, בשנים 2003, 2006, 2009

2003		2006		2009		סעיף הוצאה	
הוצאתם הממוצעת בש"ח	אחוז המדווחים	הוצאתם הממוצעת בש"ח	אחוז המדווחים	הוצאתם הממוצעת בש"ח	אחוז המדווחים		
28 ש"ח	70 ש"ח	33 ש"ח	77 ש"ח	56 ש"ח	80 ש"ח	למשלימים	
129	74	161	80	196	82	למקבילים ולצריכה	
211	46	240	44	265	44	להשתתפויות	
425	43	448	42	551	44	למשלימים	
174	7	225	8	345	9	למקבילים	
134	33	170	34	180	30	לצריכה	

המקור: סקרי הוצאות משק הבית של הלמ"ס 2003, 2006, 2009.

9. סיכום

על רקע ירידת חלקו של המימון הציבורי במערכת שירותי הרפואה הישראלית לרמה שאין לה מקבילה בארצות מפותחות המעניקות ביטוח בריאות ממלכתי, המחקר בוחן את משמעות ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה על התפלגות ההכנסות והעוני בישראל, לרבות הכנסת בתי אב ל"הוצאה קטסטרופאלית". הבחינה, בעיקר על בסיס סקר הוצאות משק הבית לשנת 2009, היא חדשנית בהיבטים של חלוקת ההוצאה הפרטית למרכיביה ובחינתם של אלה לפי מידת היותם הוצאה דמוית מס לפי גישות הנוגעות להגדרת קו העוני. הממצאים העיקריים של העבודה הם להלן:

- כמעט כל משקי הבית בישראל, 93%, מדווחים על הוצאה פרטית על שירותי רפואה. הוצאה זו היא בסדר גודל של 5.1% מסך ההוצאה הממוצעת לתצרוכת של משקי הבית (2009).
- בין 44-80 אחוזים ממשקי הבית מדווחים על הוצאה שיש בה 'עניין לציבור' במובן שהיא מעין מס על משקי הבית, בהתאם להגדרת העוני בישראל. זו כוללת הוצאה להשתתפויות, ולפרמיות ביטוח ולהוצאה ישירה מהכיס לטיפולים "משלימים" – בעיקר לטיפול שיניים – שאינם בסל²².
- השתתפויות בתשלום הן בבחינת הוצאה הכרחית או שהיא דמוית מס ביותר. זו מדווחת ע"י 18% ממשקי הבית אשר מוציאים עליו כ-290 ₪ בממוצע לחודש.
- ככלל, הוצאה הפרטית לשירותי רפואה על מרכיביה השונים רגישה להכנסה ולא למאפיינים אחרים של משק הקשורים לעוני בישראל כגון "חרדיות" או "ערביות".
- בהכנסה נתונה, גורמים אשר ניתן לשייך לבריאות לקויה ולצרכים רפואיים – המצאות ילדים וקשישים בבית וחוסר במפרנסים בגיל עבודה – תורמים לגידול בהוצאה הפרטית לשירותי רפואה.

²² להזכיר, מאז תקופת הסקר נוספה רפואת שיניים לילדים עד גיל 12 לסל.

- כעשירית ממשקי הבית מדווחים על הוצאה ישירה מהכיס פרטית על "מקבילים" – שירותים הכלולים בסל – וכ-80 אלף בתי אב מתבטחים בגינם. ההוצאה בגין אלו מוערכת בכ-400 ₪ לחודש למשפחות המוציאות אותה. ההוצאה לטיפולים מקבילים גדלה יחסית להוצאות אחרות לפחות מאז 2003 ורגישה במיוחד להכנסה ולהשכלה. היינו, קבוצות סוציו-אקונומיות גבוהות נוטות לרכוש יותר ויותר שירותים הכלולים בסל מחוץ למערכת הציבורית.
- ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה – במיוחד זו הנוגעת ל"השתתפויות" ולהוצאה ישירה מהכיס "משלימים" – היא רגרסיבית; היא תורמת להרעה בהתפלגות ההכנסות או הצריכה בישראל.
- ככלל, במונחי הוצאה, קבוצות הביניים נושאות בנטל הרב יחסית של ההוצאה על שלוש קטגוריות ההוצאה אשר יש בהן "עניין ציבורי ישיר". חמישוני ההכנסה הגבוהים מוציאים אחוז נמוך מהכנסתם הפנויה על קטגוריות אלה, לרבות הוצאה על השתתפויות, בעוד שחמישוני ההכנסה הנמוכים גם הם מוציאים אחוז נמוך, אך זאת בשל ויתור על צריכה ונגישות לטיפול בטווח קצר וארוך, גם על ידי ויתור על ביטוח למשלימים. זאת גם כדי להגן על תקציב משק הבית מפני הוצאה קטסטרופלית של שירותי רפואה.
- משמעות הממצאים בהיבט ההשפעה על בריאות חמורה עוד יותר באם נניח – בקטגוריות הוצאה רחבות המוגדרות במחקר זה – שעניים זקוקים יותר לטיפול רפואי מאשר עשירים.
- למרות שסך ההוצאה לשירותי רפואה – עם התיקונים המתאימים להגדרת קו העוני היחסי – מורידה את מספר העניים בישראל, ההוצאות על השתתפויות, ביטוחים למשלימים, כמו ההוצאה מהכיס עליהם וההוצאה הישירה על טיפולים שהם בסל מוסיפים למעגל משקי הבית העניים ב-1,270, 879, 6,273 ו-1272 משקי בית, בהתאמה. מעניין לראות כי התרומה הגדולה ביותר למספר העניים ב"משלימים" היא דווקא בקרב משקי הבית עם מפרנסים.
- העוני מעמיק בגין ההוצאה על שירותי רפואה במיוחד במשקי בית עם מבוגרים.
- 68,350 מהמשפחות בישראל, בפרט אלה ללא מפרנסים וקשישים, נושאות בהוצאה לשירותי רפואה ברמה העלולה לפגוע בחיוניותו של משק הבית, לרבות פגיעה בבריאותו.
- החשיבות של הוצאה פרטית על "מקבילים" – טיפולים אשר בסל – הולכת וגדלה בקרב בעלי רמות הכנסה והשכלה גבוהות יחסית. כלומר, המערכת הציבורית מאבדת את חשיבותה על-פני-זמן, בפרט עבור אלה היכולים להרשות זאת לעצמם. יתרה מזו, ההוצאה לטיפולים מקבילים עולה עם צרכים, המצאות ילדים ומבוגרים בבית, ועלולה להוריד משפחות לעוני גם עם מפרנסים.
- הקשר החיובי בין ההוצאה הישירה על טיפולים מקבילים וההשפעה החיובית של הביטוח על ההוצאה מהכיס על טיפולים אלה, כמו גם ההשפעה החיובית של המצאות שירותים, מצביעים על אפשרות של עידוד ביקושים לשירותים שהם בסל על ידי ספקי שירות מחוץ למערכת הציבורית.
- כ-1,300 משקי בית בישראל – בעיקר כאלה עם ילדים – מצטרפים למעגל העוני בגין הוצאה פרטית מהכיס על שירותים שהם בסל הציבורי. זאת למרות שבחלק מרבי של משקי הבית הללו שני מפרנסים ויותר.

נספחים

נספח 1: עוני – תפיסה, הגדרה ומדידה

עוני הוא תופעה רב-ממדית. בעוד שהביטוי המיידי שלה עלול להיות בהכנסה וצריכה נמוכות לפי הגדרה כזאת או אחרת, התופעה מתבטאת גם בבריאות לקויה, חסכים בהשכלה ותחושה של מצוקה כלכלית וחברתית. לאלה יש שתי גישות: האחת מההיבט של החברה או הציבור – הגישה האובייקטיבית; השנייה מההיבט של הפרט לגבי עצמו – הגישה הסובייקטיבית. ברור שהתפיסות, וכל מדידה המבוססת עליהן, שונות. יתירה מזאת, ההתייחסות לעוני, לגורמיו ולהשלכותיו מושפעת מתפיסות ערכיות, ועל כן מדידת העוני מורכבת ומעוררת שאלות מושגיות, ערכיות ומעשיות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2008).

ככלל, מדידת העוני מנסה להיות אובייקטיבית ומתמקדת במדדים הניתנים לביטוי מוניטרי-כספי²³. במדידה זו יש הבחנה בסיסית בין מדידת "עוני יחסי", שלפיה העוני נקבע ביחס לרמת החיים הכללית, לבין מדידת "עוני מוחלט", שלפיה העוני נקבע על פי היכולת לספק "צרכים בסיסיים הכרחיים" בהגדרות שונות, בעיקר מזון.

הגישה המשולבת מתמקדת ביכולת משק הבית לספק צרכים הכרחיים, בדומה לגישת העוני המוחלט. אולם הרמה ההכרחית של רכיבי הצריכה ההכרחית נקבעת לפי גישה יחסית, כלומר גישה שאינה טכנוקרטית לחלוטין (למשל, במונחי הצריכה המינימלית של קלוריות), אלא במונחי התפלגות הצריכה של סעיפים רלוונטיים בקהילה (למשל מקורות הקלוריות לפי קבוצות מזון). על כן המינימום הרלוונטי יכול לעלות עם עליית רמת החיים מעבר למינימום טכנוקרטי.

מדד עוני כולל מספר פרמטרים: הראשון, קו העוני הוא ערך מספרי המבטא גם במונחים כספיים את יחסה של החברה לשאלה מהו עוני; השני – הרמה ומקורות ההכנסה העומדים לרשות משק הבית ביחס לקו העוני²⁴. השלישי – גודל המשפחה והרכבה, שההתאמה להם נועדה לאפשר השוואת רמת החיים של משפחות שונות בגודלן ובהרכבן. התאמה כזאת עשויה להביא בחשבון גם יתרונות לגודל בצריכה. אל אלה אנו מתייחסים בדיון להלן.

א. עוני היחסי

מדידת העוני היחסי מבטאת גישה שיש בה גם אלמנט של תחושה סובייקטיבית, אשר לפיה רווחתו של הפרט תלויה לא רק בסיפוק צרכיו הבסיסיים, אלא גם במקומו היחסי בחברה מבחינת סיפוקם של צרכים אלו. יתר על כן, תחושות בדבר אי סיפוקם עלולות להוות גורם סיכון בעל משמעויות פיזיות-ריאליות במובנים של השפעה לרעה על מצב הבריאות הנפשית והפיזית (Marmot & Wilkinson, 2003, 2006).

²³ גישה תיאורטית שאינה מסתפקת במונחים הכספיים של העוני היא גישת היכולות, הבוחנת את מידת יכולתו של אדם להשתלב בחברה. לפי גישה זו קו העוני נגזר מרמת צריכה נאותה של סל מוצרים המשקף אומדן לרמת חיים נאותה (Citro & Michael, 1995).

²⁴ יש גם גישה המתייחסת להכנסה הפוטנציאלית כאל מקור הכנסה. לפי גישה זו אומדים את יכולת ההשתכרות של משפחה במקום להתרכז רק בהכנסתה בפועל (Coudouel, Hentschel & Wodon, 2009; David & Maligalig, 2001).

בגישה היחסית שתי אפשרויות בסיסיות לבחירת המשתנה המייצג רמת חיים של הקהילה: רמת ההכנסה או רמת ההוצאה לתצרוכת. לגבי כל משתנה נשאלת השאלה אם להתייחס, לצורך המדידה, לממוצע של המשתנה באוכלוסייה או לחציון שלו.

האיחוד האירופי מגדיר עניי כמי שהכנסתו נמוכה מ-60 אחוזים מההכנסה הכספית החציונית. בחירת אחוז גבוה יחסית מההכנסה מיועדת לכלול במדד לא רק את העניים, אלא גם את מי שנמצא בסיכון גבוה יחסית להתדרדר לעוני. במדינות סקנדינביה אין מדדי עוני רשמיים. עם זאת, גם שם מדווחים בדרך כלל על מדד עוני יחסי לפי 60 אחוזים מההכנסה החציונית. גם קנדה מפרסמת מדד תחולת עוני יחסי על פי 50 אחוזים מההכנסה החציונית (European Commission, 2007).

במדינות המתעוררות, בעיקר אלו מהגוש הקומוניסטי לשעבר ובמדינות מתפתחות, הגישה היחסית פחות מקובלת. שם מקובל מדד **עוני יחסי לפי התצרוכת**, שלפיו משפחה מוגדרת ענייה אם תצרוכתה נמוכה מ-60 אחוזים מההוצאה החציונית לתצרוכת²⁵. מדד עוני זה משקף עוני פרמננטי יותר ממדדים יחסיים המבוססים על ההכנסה השוטפת, משום שהצריכה של משפחה נקבעת בעיקר לפי הכנסתה הפרמננטית, יותר מאשר לפי ההכנסה השוטפת, שהיא תנודתית. ואולם מדד זה מתעלם מהבעייתיות של עוני זמני, שגם הוא דורש לעיתים התערבות.

ב. עוני מוחלט

מדידה של עוני מוחלט מבטאת גישה אובייקטיבית, שיש בה, כאמור, אלמנט טכנוקרטי, אשר לפיו על החברה להבטיח "צרכים הכרחיים" ותו לא. לשם מדידת עוני מוחלט יש לקבוע מהם אותם הצרכים – מזון, ביגוד ודיר, או שמא גם הוצאות לבריאות, חינוך ועוד. כמו כן יש להחליט לגבי כל אחד מצרכים אלה מהי הרמה אשר תגדיר את קו העוני. הגדרת מידת הכורח של הצרכים השונים שונה מחברה לחברה בהתאם לרמת החיים שלה (אלפנדרי, 2005).

השימוש במדידת עוני מוחלט מקובל בעיקר במדינות העניות, הנאבקות במצבים של מחסור בצורכי מחיה בסיסיים והכרחיים. באלה דיון המבוסס על התפלגות ההכנסות והצריכה הוא בבחינת מותרות. המדינות העניות, הנאבקות בעוני בסיועו של הבנק העולמי, מתמקדות בעיקר בעוני החריף, שנמדד על ידי הכנסה יומית נמוכה מדולר או שניים לנפש ליום. גם האו"ם בחר את מדד העוני המבוסס על דולר אחד ליום כמדד שלפיו נקבעה המטרה להקטין את תחולת העוני בעולם.

ואולם מדידה כזאת מקובלת עקרונית גם בארה"ב, אשר, מסיבות אידיאולוגיות של התעלמות יחסית מסוגיות של התפלגות, בחרה במדד עוני מוחלט במסגרת תוכניתה למאבק בעוני מ-1964. קו העוני בארה"ב מחושב לפי העלות של סל מזון מינימלי כפול 3. סל המזון שנבחר נקבע במשרד החקלאות האמריקאי על בסיס שיקולים רפואיים, ובכל שנה מעדכנים אותו לפי מדד המחירים לצרכן. ההתאמה של קו העוני לגודל המשפחה מתחשבת ביתרונות לגודל ובהרכב המשפחה. משפחה מזוהה כענייה אם הכנסתה הכספית ברוטו נמוכה מקו העוני.

²⁵ להרחבה ראו: Ravallion, 1992; Chaudhuri & Ravallion, 1994; Deaton, 1997.

ג. מדדי עוני מעורבים

יש יתרונות וחסרונות הן למדידת העוני בצורה יחסית והן למדידה המוחלטת. חסרונה העיקרי של הגישה היחסית הוא שקשה להבחין בשינוי בעוני בדרך שתיחשב אובייקטיבית ובלתי שנויה במחלוקת. עצם תהליך הצמיחה במשק מגדיל במקרים רבים את ההכנסה החציונית (ולכן את מחציתה), ולפיכך יגדל שיעור העוני היחסי כמעט באופן אוטומטי גם כאשר הכנסת העניים גדלה, אך לאט יותר מאשר הכנסת קו העוני. כן קשה, בגישה היחסית, להתייחס ביתר פרטנות למאפייני המשפחה מעבר לגיל ולמגדר (Gottlib & Kushnir, 2005; אחדות, 2009; גוטליב ופרומן, 2011).

גישת סל הצרכים הבסיסי או המינימלי עונה על צורך זה באמצעות בניית סל צרכים נפרד לכל קבוצת אוכלוסייה. כך, למשל, סל הצרכים של זוג צעירים יהודים חילוניים ששניהם עובדים שונה מסל הצרכים של משפחה חרדית, והוא שונה גם מסל הצרכים של אם חד-הורית.

גם למדידת העוני בגישת סל הצרכים הבסיסי חסרונות הנובעים מההגדרה של סל המוצרים הנכלל בהגדרת העוני, ומהעובדה ששינוי הסל לפי רמת החיים היחסית נעשה בצורה מנהלתית – החשופה ללחצים פוליטיים. כך, לדוגמה, לא עודכן סל המזון שבאמצעותו מחשבים את קו העוני האמריקאי מאז הוחל בחישובו. זה מצמצם את מספר העניים האמריקאים הנמדד, יחסית למספרם שהיה מתקבל לו עודכן הסל מדי פעם בפעם.

החסרונות היחסיים של הגישה היחסית והמוחלטת, זו מול זו, הביאו להתפתחות מדדי העוני המעורבים. אלו הפכו למקובלים בארה"ב (NRC – National Research Council) ובקנדה (MBM – Market Base Measure). בדומה למדדים המוחלטים גם קו עוני לפי הגישה המעורבת נקבע על בסיס היכולת לספק צרכים הכרחיים (Citro & Michael, 1995). עם זאת הגישה המעורבת מוסיפה, באמצעות מכפיל (משקלות), סעיפי צריכה נוספים, הנקבעים באופן יחסי לפי התפלגות הצריכה של כל אחד מהם באוכלוסייה. בארה"ב הסל המעורב כולל הוצאות על תחבורה ופנאי, ובסל הקנדי נכללות גם הוצאות משק הבית על חינוך ועל בריאות.

נספח 2: התפלגות תביעות בביטוחים משלימים

לוח נ' 1- התפלגות עלות התביעות העיקריות בביטוחים המשלימים של קופות החולים
בניכוי ההשתתפויות העצמיות, לפי סוג הכיסוי, ישראל, 2005 ו-2009

2009	2005	קטגוריית הוצאה	סוג הכיסוי
43.7%	52.7%	½ מקביל ו-½ משלים	ניתוחים ובחירת מנתח
12.7%	14.9%	מקבילים	תרופות וחיסונים
16.0%	16.0%	מקבילים	ייעוץ (חוות דעת שנייה)
10.5%	10.8%	מקבילים	היריון ולידה
12.7%	-	משלימים	רפואת שיניים
3.3%	3.2%	מקבילים	שירותים לילד
1.0%	2.4%	משלימים	ניתוחים וחוות דעת בחו"ל

המקור: "דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים",
משרד הבריאות, שנים שונות.

ביבליוגרפיה

- אחדות, ל' (2009). "על המוחלט והיחסי בהגדרת קו העוני", בתוך עורכים: א. ארנון ומ. יוסטמן, מחלוקות בכלכלה, ירושלים: מכון ון-ליר בירושלים והוצאת הקיבוץ המאוחד, עמ' 122-158.
- אלפנדרי, י' (2005). "מדדת עוני מוחלט בישראל", נייר לדיון, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- גוטליב, ד' וא' פרומן (2011). "מדדת עוני לפי סל צריכה הולם בישראל 1997-2009", המוסד לביטוח לאומי.
- המוסד לביטוח הלאומי (2010), "דוח ממדי העוני והפערים החברתיים – דוח שנתי, 2009", ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2010). סקר הוצאות משק הבית לשנת 2009. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2008). "דוח הצוות לפיתוח מדדי עוני נוספים".
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2007). סקר הוצאות משק הבית לשנת 2006. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2004). סקר הוצאות משק הבית לשנת 2003. ירושלים.
- משרד הבריאות, שנים שונות. "דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים". ירושלים, ישראל.
- צ'רניחובסקי, ד' (2007). "מימון מערכת הבריאות בישראל 1995 – 2005 היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות", מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, ישראל.
- <http://taubcenter.org.il/index.php/publications/discussion-papers/health/health-system-finance-in-israel-1995-2005-aspects-of-poverty-progressivity-and-cost-containment/lang/he/>
- צ'רניחובסקי, ד', ג' נבון ור' גמזו (2010). "גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם", מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, ישראל.
- <http://taubcenter.org.il/index.php/publications/discussion-papers/health/a-malignant-growth-in-the-share-of-the-private-expenditure/lang/he/>
- צ'רניחובסקי, ד' וג' נבון (2010). "רפואת השן: נטל ההוצאה על משקי הבית". נייר מדיניות 2010.10, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, ישראל.
- <http://taubcenter.org.il/index.php/publications/discussion-papers/health/dental-health-the-household-expense/lang/he/>
- צ'רניחובסקי, ד. (2011 א). "מערכת שירותי הרפואה" בתוך עורך: בן-דוד, ד. דו"ח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות 2010. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, ישראל. עמ' 295-344.
- <http://taubcenter.org.il/index.php/publications/discussion-papers/health/the-healthcare-system/lang/he/>
- צ'רניחובסקי, ד. (2011 ב). "שינוי בהקצאה במערכת הבריאות לקידום שוויון בין המרכז לפרפריה – האמנם?" מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, ישראל.
- <http://taubcenter.org.il/index.php/publications/discussion-papers/health/healthcare-system-allocation-change/lang/he/>
- Arrow, K. J. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review* 53 (5): 941-973.
- Berki, S.E. (1986). "A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor", *Health Affairs* 5: 139-145.
- Citro, C. and R. Michael (1995). *Measuring Poverty: A New Approach*, National Research Council, N.A.P., Washington DC.
- Chaudhuri, S. and M. Ravallion, (1994). "How Well Do Static Welfare Indicators Identify the Chronically Poor?", *Journal of Public Economics* 53(3): 367-394.

- Chernichovsky, D. (2012). Disaggregating Household Discretionary Expenditure on Medical Care, for Improved Policy Making. Processed.
- Coudouel, A., J. Hentschel and Q. Wodon (2009). *Poverty Measurement and Analysis*, Washington, DC: The World Bank.
- Cowell, F. (2000). "Measurement of Inequality", in: A. Atkinson and F. Bourgunon (Eds.) *Handbook of Income Distribution*. Measuring Inequality, Prentice Hall, 2nd Edition. Vol. 1: 87-166.
- David, P. and S. Maligalig (2001). *Issues in Estimating the Poverty Line*. <http://secnet087.un.org/unsd/methods/poverty/Sid%20May%202001%20Issues%20in%20estimating%20poverty%20line.PDF>
- Deaton, A. (1997). *The Analysis of Household Surveys: A Microeconomic Approach to Development Policy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- European Commission (2007). Joint Report on Social Protection and Social Inclusion, Brussels.
- Foster, J., J. Greer and E. Thorbecke (1984). "A Class of Decomposable Poverty Measures", *Econometrica* 52(3): 761-766.
- Gottlieb, D. and R. Manor (2005). *On the Choice of a Policy-oriented Poverty Measure: The Case of Israel 1997-2002*. Jerusalem: Bank of Israel.
- Gottlieb D. and L. Kushnir (2009). "Social Policy Targeting and Binary Information Transfer between Surveys", Economics Discussion Paper No. 2009-19. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1726718> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1726718>
- Marmot, M. and R. Wilkinson (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Copenhagen: World Health Organization (WHO).
- Marmot, M. and R. Wilkinson (2006). *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press.
- Phelps. C. (2009), *Health Economics*, Fourth Edition, Addison Wesley Press.
- Pradhan, M. and N. Prescott, (2002). "Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia", *Health Economics* 11(5): 431-446.
- Ravallion, M. (1992). "Poverty Comparisons: A Guide to Concepts and Methods". *LSMS Working Paper*, No. 88. The World Bank.
- Sen, A.K. (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press
- Sen, A. K. (1997). *On Economic Inequality, Expanded edition with a substantial annex* by J. E. Foster and A.K. Sen. Oxford: Clarendon Paperbacks.
- Waters, H., G. Anderson, and J. Mays (2004). "Measuring Financial Protection in Health in the United States", *Health Policy* 69 (3): 339-349.
- Wagstaff, A. and E. Van Doorslaer (2003). "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-1998", *Health Economics* 12: 921-934.
- Xu, K., D. Evans, K. Kawabate, R. Zeramdini, J. Klavus and C.J.L. Murray (2003). "Household Catastrophic Health Expenditure: a Multicountry Analysis", *Lancet*, 362 (9378): 111-117.
- Xu, K., D. Evans, G. Carrin, A. Aguilar-Rivera, P. Musgrove and T. Evans, (2007). "Protecting Households from Catastrophic Health Spending", *Health Affairs* 26 (4): 972-983.
- Zellner, A. (1962). "An Efficient Method of Estimating Seemingly Unrelated Regressions and Tests for Aggregation Bias", *Journal of the American Statistical Association* 57: 348-368.