

תקציב הבריאות במצוקה: בין הפרטי לציבורי

לאה אחדות | גבי בן נון

טיוטה לדיון לקראת יום עיון של התוכנית לכלכלה וחברה על תקציב המדינה ומדיניות כלכלית בישראל, מכון ון ליר בירושלים, 15.06.2011.

מבוא

הדיון בתקציב המדינה ובמדיניות הכלכלית הנערך מדי שנה בשנה ביום העיון של התוכנית לכלכלה וחברה שבמכון ון ליר בירושלים התמקד עד כה בעקרונות המדיניות הפיסקלית של הממשלה ובראיית מקרו של התקציב מבחינת גודלו. בכנס התקציב הקודם (מאי 2010), שהוקדש לדיון ראשון בתקציב המדינה לשנים 2011--2012, הוצג גם ניתוח של השלכות המדיניות הפיסקלית בשני העשורים האחרונים על חלוקת ההכנסות במשק – בדגש על מדיניות תשלומי ההעברה ומקומם בסדר העדיפויות של הממשלה – ועל מדיניות המסים הישירים (אחדות 2010). כנס התקציב הזה עוסק אף הוא בתקציב 2011--2012. מתוך התייחסותנו השנה לסדר העדיפויות של הממשלה בהקצאת המשאבים הציבוריים בין תחומי התערבותה בכלכלה ובחברה, בחרנו להאיר זרקור על תקציב מערכת הבריאות בישראל. שביתת הרופאים המתמשכת העלתה את תקציב מערכת הבריאות על סדר היום הציבורי, ויום העיון הוא הזדמנות נוספת לדיון בנושא. סקירה זו תציג את התפתחות היקף המשאבים הכספיים שעמדו לרשות מערכת הבריאות למימון פעולותיה בעשור האחרון, ותעמוד על השינוי בחלקם של השחקנים המעורבים במימון שירותי הבריאות. דגש יושם על מקומה של הבריאות בסדר העדיפויות של הממשלה לאורך זמן, שבא לידי ביטוי בהוצאה הממשלתית הכוללת לשירותים חברתיים ובהרכבה לפי תחומים, ועל מקומו של התקציב הממשלתי ותקציב משרד הבריאות במימון ההוצאה הלאומית לבריאות. ניתוח תקציב משרד הבריאות יהיה גם הזדמנות להתמקד בעוד כמה סוגיות הקשורות לארגון משרד הבריאות ומשתקפות במבנה תקציבו, אם כי קוצר היריעה אינו מאפשר התייחסות נרחבת לנושאים אלו.

העבודה אינה מתיימרת לעסוק בגודלה ה**ראוי** של ההוצאה הציבורית לבריאות בסדר העדיפויות של הממשלה או במידת ההתאמה שבין סדר העדיפויות של הממשלה בפועל ובין העדפותיו של הציבור בישראל, אלא בעיקר במגמות שחלו בגודלה של ההוצאה הציבורית

לבריאות ובהרכבה בפרק זמן של עשר שנים ובמידת החפיפה שבין המגמות בישראל למגמות המקבילות במדינות ה-OECD. עיקרי המסקנות העולות מהעבודה הן:

- גודלה של ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר היה יציב בעשור האחרון, בניגוד למגמת העלייה בשנים שקדמו לעשור הזה, ובניגוד למגמת העלייה במשקלה במדינות ה-OECD.
- בעשור האחרון הסתמנה מגמה ברורה של שחיקה בגודלה של ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתוצר, שוב בניגוד למגמה הרווחת במדינות ה-OECD.
- ההוצאה הציבורית לנפש ולנפש מתוקנת (במקדמי נוסחת הקפיטציה) ירדה במונחים ריאליים.
- חלקה של ההוצאה הציבורית לבריאות ביחס להוצאה הציבורית הכוללת בחברה הישראלית נותר פחות או יותר קבוע, יציבות שמעידה שירידת חלקה של המדינה במימון שירותי בריאות לא היתה ייחודית לתחום הבריאות, אלא חלה על כל תחומי השירותים החברתיים.
- ייחודה של מערכת הבריאות הוא שמול הירידה בחלקו של המימון הציבורי, חלקה של ההוצאה הפרטית לבריאות בישראל נמצא במגמת עלייה רציפה. שיעור המימון הפרטי של מערכת הבריאות בישראל הוא מהגבוהים בעולם המערבי.
- חלק ניכר מהגידול במימון הפרטי המיר את ההוצאה הציבורית הפוחתת, ישירות ובעקיפין.
- השחיקה המצטברת במקורות למימון סל השירותים שבאחריות קופות החולים בגין הפיזיו-הדמוגרפי החלקי עמדה על 15 אחוז, ושחיקת המקורות בגין שחיקת מחירים – על עשרה אחוזים. כפועל יוצא מהעדכון החלקי הסתכמה השחיקה המצטברת בשנים 1996--2009 במקורות שעמדו לרשות קופות החולים לאספקת סל השירותים שבחוק ביותר משבעה מיליארד שקל.

הפרק הראשון של העבודה דן במשרד הבריאות, בתפקידיו ובמבנה תקציבו לפי שלושת תפקידיו העיקריים. חלק זה מציג את הבעיות העיקריות העומדות על סדר יומו של המשרד, כמו שהן משתקפות בתקציבו, וממקם את מסגרת תקציב משרד הבריאות בהוצאה הלאומית לבריאות. הפרק השני דן בפירוט באחת הסוגיות העיקריות של מערכת הבריאות – עדכון עלות סל השירותים של קופות החולים. והפרק השלישי סוקר על פני זמן ובהשוואה בינלאומית את המגמות בהוצאה הלאומית לבריאות ובתמהיל הציבורי-פרטי במימון מערכת הבריאות בישראל ואת מקומה של הבריאות בסדר העדיפויות של הממשלה בהקצאת המשאבים לשירותים החברתיים לפי כמה מדדים מקובלים.

משרד הבריאות ומערכת הבריאות

תפקידיו העיקריים של משרד הבריאות

משרד הבריאות נושא באחריות הממלכתית הכוללת להבטחת בריאות תושבי המדינה. כזרוע של הממשלה משרד הבריאות משתתף בגיבושה של מדיניות הבריאות ובקביעת סדרי העדיפויות ועקרונות הפעולה של מערכת הבריאות, והוא מופקד על יישומה של מדיניות הממשלה. משרד הבריאות משמש גם רגולטור של מערכת הבריאות, ובתפקידו זה הוא מופקד על פיקוח ובקרה, רישוי, חקיקה, קביעת אמות מידה, מחקר, הכשרה ותכנון של כוח אדם, התארגנות לשעת חירום, תמיכה ומדיניות פיתוח שירותי בריאות. מלבד תפקיד הרגולטור של המערכת, שהוא ליבת העשייה של כל משרד ממשלתי, למשרד הבריאות עוד שני תפקידים:

- **ספק שירותי אשפוז כללי** – בבעלותו ובתפעולו הישיר של משרד הבריאות מצויים 11 בתי חולים כלליים, ובהם כ-6,800 מיטות אשפוז, שהן כ-67 אחוז ממיטות האשפוז הכללי בישראל. השירותים שמספקים בתי החולים הממשלתיים ממומנים בכספי גורמי הביטוח למיניהם במערכת הבריאות, שהעיקריים בהם הם קופות החולים.
- **אחראי לאספקת סל שירותים מוגדר, גורם "מבטח"** – משרד הבריאות אחראי לאספקתו של סל השירותים המוגדר בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות. סל שירותים זה כולל שירותי רפואה מונעת (בעיקר בדיקות שגרה לאישה ההרה ולתינוקה ולתלמידים בבתי ספר), שירותי אשפוז סיעודיים, שירותי בריאות הנפש והשתתפות ברכישת מכשירי שיקום. את מקצת השירותים הכלולים בסל מספק משרד הבריאות ישירות ואת מקצתם הוא רוכש מספקי שירותים אחרים. המשרד הוא הספק העיקרי של שירותי האשפוז הפסיכיאטרי, ובבעלותו ובתפעולו הישיר מצויים רוב המרכזים הגריאטריים הגדולים בישראל. המשרד מפעיל גם כמחצית מהתחנות לבריאות המשפחה, המספקים שירותי בריאות לאם ולילד. ראוי לציין שאחריותו זו של משרד הבריאות לאספקת סל השירותים היא "תלוית תקציב", מה שאין כן בסל השירותים שבאחריות קופות החולים, שאספקתו אינה תלוית תקציב.

שילוב תפקידים זה של משרד הבריאות כמשרד ממשלתי ורגולטור מכאן, וכספק ומממן של שירותי בריאות מכאן, יוצר כמה בעיות: מצד אחד אחראי המשרד, בתפקידו כמשרד ממשלתי, על פיקוח ובקרה על כלל ספקי שירותי הבריאות בישראל, ומן הצד האחר המשרד מתחרה בספקי שירותי בריאות בתחומי שירות שונים. כפילות זו עשויה ליצור ניגודי עניינים. ריבוי תפקידי המשרד פוגע גם באיכות תפקודו של המשרד כרגולטור. עיסוק המשרד בשלושת התפקידים בו זמנית אינו מאפשר לו למלא ביעילות את תפקידיו המיניסטריאליים. המשרד טרוד בהפעלה שוטפת של שירותי בריאות לפרט, בעיקר באמצעות בתי החולים שהוא מנהל, והצרכים היומיומיים הדחופים דוחקים את תפקידו כרגולטור (מתכנן, מפקח ומבקר).

במשך שנות פעילותה של מערכת הבריאות חזר ועלה נושא ריבוי התפקידים של משרד הבריאות בכל ועדה ציבורית שבחנה את ארגונה ואת תפקודה של מערכת הבריאות, ובכולן חזרה הקביעה שיש להפריד בין תפקידיו המיניסטריאליים של המשרד ובין תפקידיו כספק ומממן של שירותי בריאות. ניסיונות רבים להפרדת בתי החולים הממשלתיים הכלליים מתפעולו הישיר של

משרד הבריאות לא צלחו, וגם הניסיונות להעברת האחריות הביטוחית-מימונית של השירותים מכוח התוספת השלישית שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוספת השנייה – כלומר העברת האחריות הביטוחית מאחריות משרד הבריאות לאחריות קופות החולים – נתקלה עד כה בקשיים רבים. חלק מהקשיים האלה נובעים ממחלוקות עקרוניות בנוגע למקומם הנכון של שירותים מסוימים (שירותי הרפואה המונעת, למשל), ואחרים יש לתלותם במחלוקות הנוגעות להיקף הפיזי הכספי שיינתן לקופות בגין העברת השירותים לאחריותן ובהשלכות של עיגון הזכאות בחוק על היקף ההוצאה (שירותי הגריאטריה והפסיכיאטריה).

תקציב משרד הבריאות לפי התפקידים העיקריים של המשרד

תקציב משרד הבריאות מבטא את תוכנית העבודה של המשרד, ואת הפעולות ואת המטלות שעל המשרד לבצע. את מסגרת התקציב קובעת הממשלה, והיא מובאת לאישור הכנסת כחלק מתקציבה הכולל של המדינה (חוק תקציב המדינה). קביעת מסגרת תקציב המשרד נעשית בדרך כלל על בסיס התקציב בשנה הקודמת (תקציב היסטורי), בתוספת התאמות לשינויי מחירים, לשינויים דמוגרפים ולקיצוצים או תוספות בהתאם לעדיפויות שקובעת המדינה מעת לעת. את תקציב משרד הבריאות אפשר להציג בחתכים שונים, ובעבודה זו בחרנו להציג את התקציב בחלוקה המשקפת את שלושת תפקידיו העיקריים של המשרד: רגולציה ותמיכה בהשלמת עלות סל השירותים שבאחריות קופות החולים, הבטחת סל השירותים שבתוספת השלישית, ואספקת שירותי אשפוז כללי.

לוח 1 מציג את התקציב (ברוטו) של משרד הבריאות לשנת 2011. בשנה זו עומד תקציב משרד הבריאות על כ-30.8 מיליארד שקל (כשבעה אחוזים מתקציב הברוטו של המדינה). בסכום זה כלול גם תקציב בתי החולים הממשלתיים הכלליים בסכום של כ-7.3 מיליארד שקל, המוקצה בנפרד בסעיף תקציב המפעלים העסקיים של המדינה (שבו כלולים גם תקציב נמל יפו וחדרה, מינהל מקרקעי ישראל, לשכת הפרסום הממשלתית והמדפיס הממשלתי).

לוח 1: תקציב משרד הבריאות לשנת 2011

תחום	תקציב ברוטו (במיליוני שקלים)	באחוזים
1.1. רגולציה (כולל תמיכה ורזרבה)	1,400	4.4
1.2. תמיכה בקופות החולים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי	16,900	55.1
1.3. פיתוח	400	1.3
2.0 סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות – התוספת השלישית	4,800	15.6

23.6	7,300	3.0 הפעלת בתי חולים ממשלתיים כלליים
100.0	30,800	סך הכול

מקור: תקציב משרד הבריאות לשנים 2011-2012, נובמבר 2010.

במסגרת תקציב משרד הבריאות מותרת העסקתם של כ-28 אלף עובדים, שהם כמחצית מסך כל תקני עובדי המדינה. חלוקת תקציב הוצאות המשרד על פי התפקידים העיקריים של המשרד:

- **1.1 רגולציה** – בתקציב הזה כלולות ההוצאות הישירות של המשרד לביצוע תפקידו כמשרד ממשלתי (פיקוח ובקרה, רישוי, חקיקה, קביעת אמות מידה, מחקר, תכנון כוח אדם, התארגנות לשעת חירום), ההוצאות להכשרה מקצועית (בעיקר בתי ספר לסיעוד) ותמיכה במוסדות ובארגונים (כמו מגן דוד אדום ובתי חולים ציבוריים). מרכיב זה הוא כ-4.5 אחוזים מתקציב המשרד בשנת 2011.
- **1.2 תמיכה בקופות החולים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי** – על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, על המדינה להשלים מתקציבה את עלות סל השירותים שבאחריות קופות החולים. מאז ביטולו של המס המקביל כמס ייעודי ב-1997, הוצאה זו היא הנתח הגדול ביותר בתקציב משרד הבריאות. חלקו של התקציב המיועד לתמיכה בקופות החולים על פי חוק ביטוח בריאות עומד בשנת 2011 על כ-55 אחוז מסך תקציב הברוטו של משרד הבריאות. ראוי לציין שחלק גדול זה של תקציב משרד הבריאות נגזר מקביעת הערך הכספי של "עלות סל השירותים", והדיון הציבורי העיקרי בנושא זה נסב על מנגנון העדכון הראוי של "עלות סל השירותים" במעבר משנת תקציב אחת לאחרת (ראו דיון להלן). חלק זה של תקציב משרד הבריאות ייוחס בעבודה זו לתפקידי המשרד כרגולטור.
- **1.3 תקציב פיתוח** – תקציב הפיתוח כולל הצטיידות ובנייה חדשה במוסדות במערכת הממשלתית והציבורית, והוא עומד בשנת 2011 על כ-400 מיליון שקל. חלקו של תקציב הפיתוח עומד בשנת 2011 על כ-1.5 אחוזים מתקציב ההוצאות של המשרד, שיעור נמוך מאוד לעומת היקף תקציבי ההשקעות הנהוגים בארגונים כלכליים. ראוי לציין כי היקף תקציב הפיתוח של משרד הבריאות לא השתנה בעשור האחרון במונחים נומינליים. גם חלק זה בתקציב משרד הבריאות ייוחס לתפקידו כרגולטור.
- **2.0 תקציב משרד הבריאות להבטחת שירותי הבריאות בתוספת השלישית** – כאמור, על פי חוק ביטוח בריאות, משרד הבריאות מופקד על אספקת שירותי בריאות המוגדרים בחוק כ"תוספת השלישית". חלק מהשירותים האלה מספק המשרד ישירות, וחלק אחר הוא קונה מספקי שירות חיצוניים. חלקו של מרכיב זה עומד בשנת 2011 על ארבעה מיליארד שקל (16.1 אחוז מתקציב המשרד). מתוך תקציב משרד הבריאות לאספקת שירותי הבריאות שבתוספת השלישית, כמחצית מיועדת לתפעול שוטף של שירותים באמצעות מוסדות שנמצאים בבעלות משרד הבריאות, וכמחצית לרכש שירותים מגורמי חוץ ציבוריים ופרטיים (בייחוד שירותי אשפוז סיעודי ושירותי בריאות הנפש).

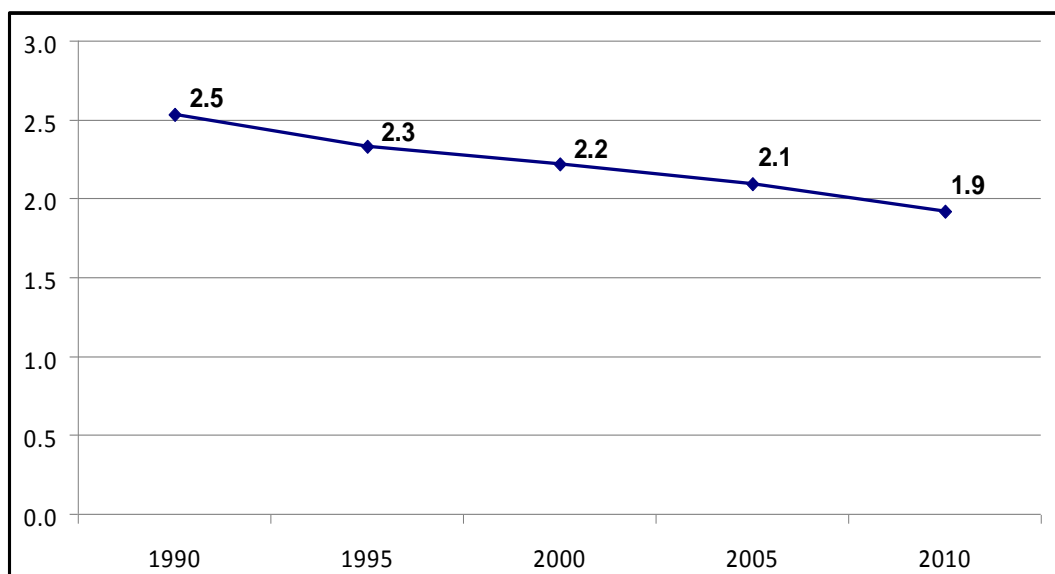
- **3.0 תקציב המשרד להפעלת בתי חולים ממשלתיים כלליים** – משרד הבריאות מפעיל באופן ישיר 11 בתי חולים ממשלתיים לאשפוז כללי. תקציב הפעלתם של בתי החולים האלה הוא כרבע מסך כל תקציב המשרד לשנת 2011. כל תקציב ההוצאות של בתי החולים הכלליים ממומן מהכנסות ממכירת שירותים (בעיקר לקופות החולים).

השתקפות בעיות משרד הבריאות בתקציב המשרד

מניתוח תקציב משרד הבריאות אפשר לעמוד על כמה בעיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות:

- **שחיקת תשתיות המערכת** – אחד הביטויים העיקריים לשחיקת תקציב הפיתוח של משרד הבריאות הוא הירידה בשיעור המיטות הכלליות לאלף נפש בישראל. בארבעים השנים האחרונות לא נבנה בית חולים ציבורי חדש במדינת ישראל, ובעשור האחרון כמעט לא נוספו מיטות כלליות. בשנים 1990--2010 ירד שיעור המיטות הכלליות לאלף תושבים מ-2.5 ל-1.9 אחוזים (תרשים 1). ראוי לציין ששיעור מיטות זה הוא מהנמוכים במדינות ה-OECD (להוציא מקסיקו), ושיעורי התפוסה בבתי החולים הכלליים בישראל הם מהגבוהים במדינות החברות בארגון (OECD FILE 2010).

תרשים 1: שיעור המיטות הכלליות לאלף נפש, 1990--2010



- **ניגוד העניינים המובנה במשרד בשל היותו גם משרד ממשלתי וגם ספק שירותי אשפוז כללי** – אחד הביטויים העיקריים לניגוד העניינים המובנה במשרד נוגע לקביעת מחירי שירותי האשפוז הכללי: כמשרד ממשלתי משתתף משרד הבריאות בקביעת תעריפי האשפוז הכללי (כגון מחיר יום האשפוז הכללי, תעריפים דיפרנציאליים) לכלל המערכת. בוועדת המחירים חברים נציגי משרד האוצר ונציגי משרד הבריאות. אלא שמשרד הבריאות גם מפעיל שירותי אשפוז כללי שהתשלום תמורתם מתקבל בעיקר מקופות

החולים. כלומר בידי המשרד להגדיל את הכנסותיו כספק שירותים באמצעות העלאת תעריפי האשפוז הכללי, שתוביל לעלייה בהוצאות קופות החולים – מצב שהמשרד כמשרד ממשלתי רוצה למנוע.

- **מנגנון עדכון עלות הסל ותמיכת תקציב משרד הבריאות בקופות החולים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי** – אחת הסוגיות העיקריות שנותרה במחלוקת מאז חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי נוגעת למנגנון עדכון "עלות סל השירותים" שבאחריות קופות החולים. לסוגיה זו השפעה רבה לא רק על רמת השירותים שתוענק לאוכלוסייה, אלא גם על מידת התלות של המערכת בהקצאת המשאבים הלאומיים ועל היציבות הפיננסית של קופות החולים. עלות הסל צריכה להתעדכן על פני ציר הזמן בשלושה משתנים: עדכון למחירי תשומות הבריאות, עדכון בגין גידול האוכלוסייה והשינוי בהרכבה הגילי, ועדכון בגין שיפורים טכנולוגיים ברפואה.

בשל חשיבותן הרבה של סוגיות הפרדת תפקידי משרד הבריאות ומנגנון עדכון עלות הסל, להלן יורחב בדרכים לפתרון.

הרפורמה הנדרשת בבתי החולים הממשלתיים הכלליים

אחד המרכיבים העיקריים בכל הצעה לרפורמה במערכת הבריאות בישראל שהועלתה מאז ראשית שנות התשעים של המאה הקודמת היה רפורמה בבתי החולים הממשלתיים הכלליים. לרפורמה זו שתי מטרות עיקריות: שחרור משרד הבריאות לתפקידיו המיניסטריליים ושיפור יעילות התפקוד של בתי החולים באמצעות האצלת סמכויות ניהוליות ומתן אפשרות לתנאים תחרותיים יותר.

במשך השנים הסתמנו כמה מתווים של שינוי ורפורמה בתפעולם של בתי החולים, ובכללם הקמת רשות אשפוז; הפרדה ארגונית במשרד הבריאות בין תפקידיו המיניסטריליים (בית א) ובין תפעול בתי החולים הממשלתיים, באמצעות יחידה ארגונית במשרד הבריאות (בית ב); הפיכת בתי החולים הממשלתיים לישות משפטית עצמאית (רעיון התאגוד שעליו המליצו ועדת נתניהו, ועדת אמוראי וועדת ליאון); והעברת בתי החולים הממשלתיים לתפעולן של חברות-בנות בשליטת קופות החולים (רעיון שהעלה משרד האוצר בשנת 2003). החלטת הממשלה האחרונה בנושא, להקים קופת חולים נוספת שתוכל להחזיק בית חולים ציבורי כללי, התקבלה בעת הדיונים במדיניות הכלכלית לשנת 2008.

הקו המנחה את כל הרעיונות לרפורמה בבתי החולים היה ההכרה שאי-אפשר לנהל בית חולים מודרני בשליטה מרחוק, וכדי להבטיח את יעילות תפקודו יש להאציל סמכויות ואחריות. במשך שנים היה המכשול העיקרי בפני יישום התאגודים של בתי החולים התנגדותם של ארגוני העובדים, שחששו לביטחונם התעסוקתי של חבריהם. בשנים האחרונות החסמים העיקריים ביישום הרפורמה הם מחלוקות פנימיות בין משרדי הממשלה בנוגע למתווה הרפורמה: משרד הבריאות דוגל בהפיכתם של בתי החולים לתאגידים עצמאיים, ומשרד האוצר דוגל בהעברתם של בתי החולים לבעלותן של קופות החולים.

מנגנון עדכון המקורות למימון הסל שבאחריות קופות החולים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הגדיר "סל שירותים" אחיד שכל תושב זכאי לקבלו וכל קופת חולים חייבת לספקו, והבטיח את המקורות למימונו באמצעות הגדרת "עלות סל השירותים" שנקבעה לראשונה בשנת 1995. "עלות סל השירותים" מגדירה מראש את מסגרת המקורות העומדים לרשות קופות החולים לצורך אספקתו של סל השירותים ("תקציב הסל"), ואינה משקפת בהכרח את העלות בפועל של אספקת סל השירותים. "עלות סל השירותים" (בניכוי השתתפות עצמית של המבוטחים) ממומנת מהמסים הייעודיים (דמי ביטוח בריאות) ומתקציב המדינה, שאמור להשלים את המקורות למימונה (לפי סעיף 3א13 לחוק). אחת הסוגיות העיקריות שנותרה, כאמור, במחלוקת מאז חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי נוגעת למנגנון הראוי של עדכון "עלות סל השירותים" בנושא זה אפשר להבחין בין שתי גישות עיקריות:

- **עדכון פתוח** – כנהוג בתחומים אחרים שבתקציב המדינה, עלות הסל אמורה לשקף – אם כי לא במלואם דווקא – את השינויים שחלים בצורכי הבריאות של האוכלוסייה ובמחירי התשומות, אך קביעת היקף העדכון צריכה להיעשות במסגרת המדיניות הפיסקלית על גודל התקציב ובמסגרת סדרי העדיפויות המשתנים של הממשלה. לפיכך יש לדון בשיעור עדכון עלות הסל מדי שנה בשנה במסגרת המשא ומתן שבין האוצר למשרד הבריאות ובמסגרת הדיונים בתקציב המדינה בממשלה ובכנסת.
- **עדכון סגור** – עלות הסל על פני זמן אמורה לכל הפחות להבטיח את אספקתו של סל השירותים הקבוע בחוק, באיכות, בזמינות ובמרחק סבירים, ולפיכך במעבר משנה לשנה נדרש עדכון בכל השינויים בצורכי הבריאות של האוכלוסייה, שבאים לידי ביטוי בדמוגרפיה ובמחירי התשומות של השירותים – באמצעות מנגנון אוטומטי מוסכם ואף מעוגן בחקיקה, ולא באמצעות החלטות אד הוק הנגזרות מסדרי עדיפויות משתנים של תקציב המדינה.

משרד האוצר פועל לפי הגישה הראשונה וגורס שאי-אפשר להגדיל באופן אוטומטי שום שירות, יהיה חיוני ככל שיהיה, שלא במסגרת סדרי העדיפויות הכלליים של המדינה. בדרך זו אפשר גם לשלוט בהוצאה לבריאות ולייעל את מערכת הבריאות. עמדת מערכת הבריאות, לעומת זאת, היא שיש לקבוע ולהבטיח בחוק מקורות מימון ודאיים לאורך זמן למערכת הבריאות, ללא צורך במשא ומתן מתחדש בכל שנה על היקף המקורות שיוקצו למערכת. נוסחת עדכון אוטומטי (על פי תפיסה זו) כבר אומצה בחוק, והיא אינה סותרת את הדרישה להתייעלות. את זו אפשר לשקף גם במנגנון עדכון אוטומטי. מתוך שלושת העדכונים של הסל על פני ציר הזמן שהזכרנו לעיל – הפיצוי על השינוי במחירי תשומות הבריאות, הפיצוי על השינוי בגודל האוכלוסייה ובהרכב הגיל שלה, והפיצוי השנתי בגין שיפורים טכנולוגיים ברפואה¹ – חוק ביטוח בריאות נדרש לעדכון עלות הסל בשני הסעיפים הראשונים בלבד:

¹ שיפורים טכנולוגיים בתהליכי ייצור "רגילים" בדרך כלל מוזילים את תהליך הייצור. בתחום הבריאות שיפורים טכנולוגיים בדרך כלל מייקרים את תהליך הטיפול הרפואי, ובכל שנה ישנן תרופות וטכנולוגיות חדשות (טיפוליות ואבחנתיות) המתדפקות על הסל הציבורי. מנגנון העדכון הטכנולוגי אינו קבוע היום בחוק, והוא נקבע בכל שנה לפי סדרי העדיפויות המשתנים של התקציב.

- **מחירי תשומות הבריאות** – בתוספת החמישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מוגדר "מדד יוקר בריאות" שלפיו מעדכנים באופן אוטומטי את עלות הסל בגין עליית מחירי תשומות הבריאות. המדד מוגדר בחוק כממוצע משוקלל של כמה מרכיבים.² במשך שנים רבות הועלה הטיעון שהשינוי השנתי של המרכיבים ב"מדד יוקר הבריאות" מפגר אחרי העלייה האמיתית במחירי התשומות שקופות החולים משתמשות בהן – והעיקריים שבהם הם מדד מחירי האשפוז ותשומות שכר עובדי המערכת – ולפיכך יש להנהיג שינוי במרכיבי המדד ובמשקל היחסי שלהם.³
- **שינויים דמוגרפיים** – צורכי הבריאות אמנם קשים למדידה, אך נהוג למדוד אותם על פי מקדמי הסיכון המופיעים בנוסחת הקפיטציה, לשם התאמה בין המשאבים המוקצים לקופות החולים ובין רמת הסיכון של מבוטחיהן. נוסחת הקפיטציה בישראל מביאה בחשבון את גודל האוכלוסייה ואת הרכב הגיל שלה, והמשמעות של הצמדה מלאה לנתונים הדמוגרפיים היא הגדלת עלות הסל בשיעור הגידול במספר הנפשות המתוקנות, כך שתקציב הסל לנפש מתוקנת לגיל יישמר קבוע במונחים ריאליים. בסעיף 9 לחוק נקבע ששר הבריאות ושר האוצר רשאים לעדכן את "עלות סל השירותים" בשל שינויים דמוגרפיים (גידול האוכלוסייה והזדקנותה). המחלוקת בעניין המקדם הדמוגרפי שיש לכלול בעדכון עלות הסל נוגעת הן לשיעור העדכון (מלא או חלקי) והן לאופיו (עדכון אוטומטי או לפי החלטה אד הוק).

בחינת מקדמי העדכון האלה בשנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (לוח 2) מלמדת שבשני המקדמים חלה שחיקה במקורות למימון סל השירותים שבאחריות הקופות: הפיצוי הדמוגרפי שניתן מאז הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי שיקף באופן חלקי בלבד את השינויים הדמוגרפיים בפועל, ומנגנון עדכון המחירים שיקף גם הוא רק חלקית את עליית מחירי השימוש בתשומות העיקריות לאספקת סל השירותים שבחוק. מן הלוח עולה כי שחיקת המקורות בגין הפיצוי הדמוגרפי החלקי עמדה על 15 אחוז, ושחיקת המקורות בגין שחיקת מחירים – על עשרה אחוזים. כפועל יוצא מהעדכון החלקי בגין שינויים דמוגרפיים ועליית מחירים, הסתכמה השחיקה המצטברת בשנים 1996--2009 במקורות שעמדו לרשות קופות החולים לאספקתו של סל השירותים שבחוק ביותר משבעה מיליארד שקל. חלק מהשחיקה ספגה המערכת הציבורית בצעדי התייעלות, אבל אין ספק שהיא באה לידי ביטוי גם בפגיעה באיכות שירותי הבריאות, בזמינותם ובמידת הנגישות להם.

² עד 2004 היו מרכיבי המדד: מדד המחירים לצרכן (23 אחוז), מדד המחירים הסיטונאיים של תרופות (17 אחוז), מדד תשומות הבנייה (שני אחוזים), מדד השכר במגזר הציבורי (24 אחוז) ומדד השכר במגזר הבריאות (36 אחוז). מאז 2005 הוצא מדד המחירים הסיטונאיים של תרופות ממדד יוקר הבריאות, ובתמורה גדל משקלו של מדד המחירים לצרכן לארבעים אחוז. משקלם של שאר המדדים נותר בלא שינוי.

³ בהקשר זה מתעוררת השאלה הנוגעת לצורך לנטרל את השינויים במחירי התשומות שבשליטת קופות החולים עקב חוזים והסכמים עם ספקים ועם ארגוני עובדים. עניין זה נמצא היום בדיון משפטי בבג"ץ.

לוח 2: השינוי במקדמי העדכון של מקורות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1996--2009

שנה	היקף העדכון הדמוגרפי (באחוזים)	היקף השינוי בפועל במספר הנפשות המתוקנות (באחוזים)	עליית מדד יוקר הבריאות	עליית מדד תשומות הבריאות בפועל
1996	2.0	4.5	10.9	11.8
1997	2.0	3.7	8.7	9.3
1998	2.0	3.0	5.0	4.7
1999	2.0	3.0	5.6	6.4
2000	2.0	3.0	3.4	4.4
2001	2.0	2.9	2.1	2.0
2002	1.7	2.4	0.7	3.3
2003	1.8	2.3	-1.9	-0.9
2004	1.7	2.0	2.1	2.5
2005	1.1	1.9	1.5	3.5
2006	1.1	2.0	2.5	2.9
2007	1.2	2.0	1.6	2.1
2008	0.9	2.0	3.9	3.0
2009	0.9	2.0	3.3	5.0
מצטבר (בסיס 100)	124.9	143.4	161.7	179.0

מקור: קידר וחורב 2010

"עלות סל השירותים" מגדירה, כאמור, את המקורות העומדים לרשות קופות החולים לצורך אספקתו של סל השירותים ("תקציב הסל"), והאחריות למימונו של תקציב עלות הסל היא של המדינה. עלות הסל עמדה בשנת 2010 על 29.33 מיליארד שקל. 6.4 אחוזים מהמקורות למימון עלות הסל מגיעים מהכנסות הקופות מהשתתפות עצמית של המבוטחים (ניכוי "נורמטיבי"), כ-54 אחוז ממקורות מימון עלות הסל מגיעים מהכנסות הביטוח הלאומי מתשלומי דמי ביטוח בריאות. יתרת הסכום למימון עלות הסל (כ-39 אחוז מעלותו) ניתנת מתקציב המדינה בסעיף להשלמת עלות הסל המופיע בתקציב משרד הבריאות.

לוח 3: עלות הסל שבאחריות קופות החולים ומקורות מימונו, 2009--2000

מקורות המימון (באחוזים)			עלות הסל (במיליוני שקלים, מחירים שוטפים)	
השתתפות תקציב המדינה	דמי ביטוח בריאות	השתתפות עצמית		
45.0	49.7	5.4	19,269	2000
42.8	51.8	5.4	20,268	2001
43.4	51.2	5.4	21,118	2002
43.8	50.8	5.4	21,135	2003
44.2	50.4	5.4	22,008	2004
42.9	51.8	5.4	22,768	2005
43.1	51.5	5.4	24,041	2006
41.3	53.4	5.4	24,946	2007
38.8	54.8	6.5	26,583	2008
40.7	52.8	6.4	28,242	2009
39.3	54.3	6.4	30,324	*2010

* אומדן. ב-2010 החל הביטוח הלאומי להקצות לקופות החולים את הכספים בגין הוצאות ריפוי לנפגעי תאונות דרכים לפי נוסחת הקפיטציה. סכום זה כלול בנתון של דמי הביטוח ב-2010.
מקור: קידר וחורב 2010

מלוח 3, המציג את השינויים בעלות הסל ובמקורות מימונו בעשור האחרון, אפשר ללמוד על השינויים העיקריים הבאים:

- החל בשנת 2008 חל גידול במקור המימון הנורמטיבי מהשתתפות עצמית. המשמעות המעשית של גידול זה היתה הפחתה מקבילה בהשתתפות תקציב המדינה.
- במקורות המימון מדמי ביטוח בריאות חלו במשך העשור שינויים שנבעו הן מהצמיחה במשק והן משינוי תקרת דמי ביטוח בריאות ושיעורו. באופן כללי נמצא מקור מימון זה במגמת עלייה.
- חלקה של השתתפות המדינה במימון עלות הסל נגזר כאמור מהשינויים בשני מקורות המימון הקודמים, והנתונים מראים שחלקה במימון ירד מ-45 אחוז בשנת 2000 לכ-41 אחוז בשנת 2009.

השתתפות תקציב משרד הבריאות בהוצאה הלאומית לבריאות ובתמהיל הציבורי-פרטי במימונה

התפתחות הוצאה לבריאות והתמהיל הציבורי-פרטי במימון

במימון הציבורי של מערכת הבריאות בישראל נכללים המסים הייעודיים למערכת הבריאות (דמי ביטוח בריאות, וכן מימון שירותי הבריאות באמצעות המוסד לביטוח לאומי ומשרדי ממשלה אחרים) והכספים המגיעים מתקציב המדינה (מהמיסוי הכללי). במימון הפרטי של מערכת

הבריאות נכללים הוצאות משק הבית על רכש שירותי בריאות למיניהם, חלקם כלולים בסל הציבורי שבאחריות קופות החולים או משרד הבריאות, וחלקם מחוץ לסל הציבורי, תשלומי משקי הבית לתוכניות ביטוח משלים של קופות החולים (שב"ן) או לתוכניות ביטוח מסחרי. המקור אחרון למימון ההוצאה הלאומית לבריאות הוא התרומות מחו"ל (כשני אחוזים ממקורות מימון ההוצאה). בעבודה זו נכלול את התרומות מחו"ל במקורות המימון הציבורי.

לוח 4 מציג את ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג (תוצר מקומי גולמי) ואת מקורות המימון של הוצאה זו (באחוזים). מהלוח אפשר לראות כי חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות בתוצר נותר יציב במשך השנים, והחלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 לא האיצה את הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר, אך לאחר יישומו של החוק, ובעיקר בעקבות תיקוני חקיקה שנעשו בחוק עם השנים, חלו תמורות בהרכב מקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות. גביית תשלומים נוספים תמורת שירותי בריאות המוענקים במסגרת סל השירותים של קופות החולים (החל ב-1998) והתרחבות התופעה של רכישת ביטוחים משלימים, בעיקר במסגרת קופות החולים, היו הקטרים שהאיצו את קצב גידולה של ההוצאה הפרטית במימון מערכת הבריאות בישראל. שחיקת מקורות המימון של סל הבריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי בעקבות עדכון חלקי של עלות הסל ביחס לשינויים הדמוגרפיים, לעליית מחירי תשומות שירותי הבריאות ולהקפאת התשומות העיקריות במערכת הבריאות הובילה אף היא לצמצום חלקו היחסי של המימון הציבורי של ההוצאה הלאומית לבריאות (ראו להלן תרשים 2).⁴

לוח 4: ההוצאה הלאומית לבריאות ומקורות מימונה, 1995--2010

מקורות המימון (באחוזים)					ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג	שנה
סך הכול	אחר	מימון פרטי	דמי ביטוח בריאות	תקציב המדינה		
100.0	2.6	30.3	21.3	45.8	6.7	1995
100.0	2.6	28.8	24.1	44.5	7.7	1996
100.0	2.2	30.2	24.0	43.6	7.9	1997
100.0	2.2	33.8	24.2	39.7	7.8	1998
100.0	2.7	33.4	25.2	38.7	7.5	1999
100.0	2.2	35.5	25.4	36.8	7.5	2000
100.0	1.9	36.4	25.4	36.3	8.1	2001
100.0	2.1	34.7	25.6	37.6	8.0	2002

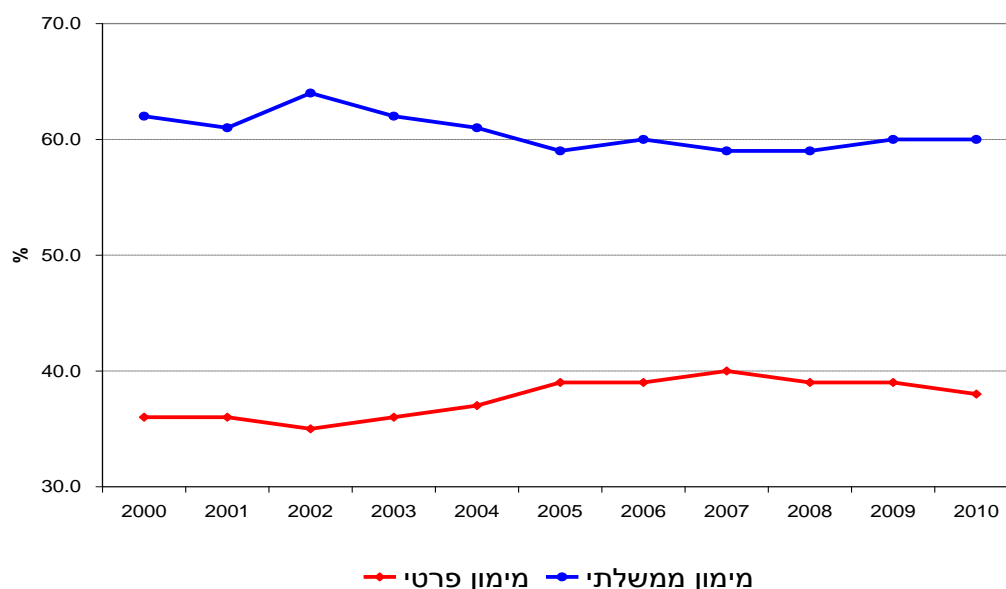
⁴ אחדות ואחרים 2006; בן נון וקידר 2010; אחדות ובן נון 2011.

100.0	1.9	36.3	25.6	36.2	8.0	2003
100.0	2.2	36.9	25.7	35.3	7.8	2004
100.0	2.0	38.7	25.2	34.2	7.8	2005
100.0	2.1	38.8	25.5	33.7	7.6	2006
100.0	1.9	39.8	25.8	32.5	7.6	2007
100.0	2.0	39.2	26.2	32.7	7.7	2008
100.0	1.7	38.5	25.6	34.2	7.6	2009
	1.7	38.2	26.6	33.5	7.5	2010

* בשנים 1995 ו-1996 כללנו בתקציב המדינה את ההכנסות מהמס המקביל.

מקור: למ"ס, 2011

תרשים 2: מגמות במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, באחוזים 2000--2010



בחינת מגמות השינוי במקורות המימון של מערכת הבריאות בישראל בעשור האחרון מלמדת על ירידה בחלקו היחסי של המימון הציבורי (הוצאות הממשלה ודמי ביטוח הבריאות) ובד בבד על עלייה בחלקו היחסי של המימון הפרטי (תרשים 2). שיעור המימון הפרטי עלה מ-35.5 אחוז בשנת 2000 ל-38.5 אחוז בשנת 2009 – שיעור שהוא מהגבוהים במדינות ה-OECD. עיקר הירידה בשיעור המימון הציבורי חלה בהשתתפות תקציב המדינה במימון המערכת מ-36.8 אחוז בשנת 2000 ל-34.2 אחוז בשנת 2009. ירידה זו בהשתתפות תקציב משרד הבריאות במימון המערכת באה לידי ביטוי בכל מרכיבי ההוצאה העיקריים הכלולים בתקציב משרד הבריאות – הוצאות המשרד כרגולטור (ובעיקר בהוצאות הפיתוח), הוצאות המשרד להשלמת מימון עלות הסל שבאחריות קופות החולים, והוצאות המשרד למימון ולאספקה של סל השירותים שבתוספת השלישית.

לוח 5: ההוצאה לבריאות לנפש במחירים קבועים ומקורות מימונה, 1995--2010

שנה	הוצאה לבריאות לנפש (בשקלים, במחירי 2005)	מימון ציבורי (באחוזים)	מימון פרטי (באחוזים)	מימון ציבורי לנפש (בשקלים)	סך ההוצאה לנפש 1995=100	מימון ציבורי לנפש 1995=100
1995	6,146	69.7	30.3	4,284	100	100
1996	6,312	71.2	28.8	4,494	1.05	1.03
1997	6,273	69.8	30.2	4,379	1.02	1.02
1998	6,478	66.2	33.8	4,288	1	1.05
1999	6,579	66.6	33.4	4,382	1.02	1.07
2000	6,655	64.5	35.5	4,292	1	1.08
2001	6,858	63.6	36.4	4,362	1.02	1.12
2002	6,852	65.3	34.7	4,474	1.04	1.11
2003	6,795	63.7	36.3	4,328	1.01	1.11
2004	6,801	63.1	36.9	4,291	1	1.11
2005	6,867	61.3	38.7	4,209	0.98	1.12
2006	6,975	61.2	38.8	4,269	1	1.13
2007	7,108	60.2	39.8	4,279	1	1.16
2008	7,128	61.5	38.5	4,384	1.02	1.16
2009	7,270	61.5	38.5	4,471	1.04	1.18
2010	7,340	61.8	38.2	4,536	1.06	1.19

בין השנים 2000 ל-2010 גדלה ההוצאה הלאומית לנפש במחירים קבועים ב-19% לעומת גידול של 6% בלבד בהוצאה הציבורית לבריאות לנפש, כלומר עיקר התרומה לגידול בהוצאה לבריאות לנפש הייתה של המימון הפרטי. (לוח 5). הגידול בחלקה של ההוצאה הפרטית בכלל המימון הוביל לצמצום הפרוגרסיביות במימון ההוצאה הלאומית לבריאות ולהקטנת ממדי ההוגנות במערכת (אחדות 1999).

מדדים לגודל ההוצאה הלאומית והציבורית לבריאות ומקורות מימונם

מניתוח נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) ומנתוני ההוצאה לבריאות לנפש במחירים קבועים (ראו להלן לוח 6) עולה כי ב-2009 עמדה ההוצאה הלאומית לבריאות על 7.9 אחוזי תוצר (כשישים מיליארד שקל), בהשוואה ל-8.7 אחוזי תוצר בממוצע במדינות ה-OECD. ישראל ממוקמת בשליש התחתון של הסולם המדרג את מדינות ה-OECD לפי גודל ההוצאה לבריאות במונחי תוצר. בעשור הקודם (עד שנת 2001) היה אחוז

ההוצאה הלאומית לבריאות במונחי תוצר במגמת עלייה ברוב מדינות ה-OECD, וגם בישראל (מ-6.7 ל-8.1 אחוזי תוצר, אם כי לא ברציפות). אלא שבישראל הסתמנה החל ב-2002 מגמה מתונה של ירידה, עד לרמה ששררה ערב הפעלת חוק ביטוח בריאות, מה שאין כן במדינות ה-OECD, שהמשיכו במגמת הגידול בהוצאה לבריאות.

בחלקה של ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתמ"ג ניכרה מאז 1997 מגמת ירידה – מ-5.4 אחוזים בשנת 1997 ל-4.6 אחוזים ב-2009. השוואת המגמות הרב-שנתיות בהוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתמ"ג בין ישראל למדינות ה-OECD מלמדת שמגמות ההתפתחות של המימון הציבורי במדינות ה-OECD היו הפוכות מאלו שבישראל.

ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתוצר היא מדד ל"נדיבות", המודד את ההוצאה לנפש ביחס לרמת החיים במונחי תוצר לנפש. במדד זה אנו מניחים שצרכי הבריאות מושפעים מגודלה של האוכלוסייה בלבד. ואולם ברור שלא רק לפי גודלה של האוכלוסייה נקבעים צרכי הבריאות שלה, אלא גם לפי הרכבה הדמוגרפי (ובעיקר הגיל) ולפי התפתחויות אחרות המשפיעות על רמת הבריאות של האוכלוסייה, על הביקוש לשירותי בריאות ועל ההיצע שלהם. ההרכב הגילי של האוכלוסייה הוא משתנה חשוב (אך לא יחיד) בקביעת הצרכים (ההוצאה לבריאות גבוהה בגילים הצעירים מאוד, ועוד יותר בקרב המבוגרים מאוד), ומכיוון שהמידע על הגיל זמין על פני שנים ובין מדינות אפשר להשתמש בו בזיהרות הראויה גם לצרכי השוואה בינלאומית.

בהשוואה על פני זמן בישראל בחרנו להשתמש בהוצאה הציבורית לנפש מתוקנת לפי נוסחת הקפיטציה שבאמצעותה מקצים את הכספים בין קופות החולים, שכן הוצאות קופות החולים הן כ-75 אחוז מסך ההוצאה הציבורית⁵. לוח 6 מציג כמה מדדים לגודל ההוצאה הציבורית לנפש ולנפש מתוקנת בישראל מאז 1995. הנתונים מראים שבהוצאה הציבורית כאחוז מהתוצר חלו לאורך השנים עליות וירידות. ההוצאה הציבורית לבריאות לנפש במחירים קבועים עלתה מאז 1995 בכ 5% בעוד שההוצאה הציבורית לנפש מתוקנת, המביאה בחשבון גם את הזדקנות האוכלוסייה, כמעט ולא השתנתה. גם לצרכי השוואה בינלאומית, המביאה בחשבון את הרכב הגיל של האוכלוסייה במדינות, נעשה שימוש במקדמי הגיל של נוסחת הקפיטציה הישראלית שבאמצעותם חושבה ההוצאה הציבורית לנפש מתוקנת (במחירים קבועים) בכל אחת ממדינות ה-OECD. הנתונים (שאינם מוצגים במסמך זה) מורים שהתיקון להרכב הגיל מותיר את ישראל בשליש התחתון של הסולם.

⁵ מחקרים אחרים השתמשו בהוצאה לבריאות לקשיש כאחוז מהתוצר לנפש (למשל, מומי דהן ומשה חזן, 2011, בנק ישראל 2011).

לוח 6: מדדים להוצאה הלאומית לבריאות, 1995--2010

שנה	ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג	ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מהתמ"ג	חלקו היחסי של המימון הציבורי (באחוזים)	ההוצאה הציבורית לבריאות לנפש (בשקלים, במחירי 2005)	ההוצאה הציבורית לבריאות לנפש מתוקנת קפיטציה (בשקלים, במחירי 2005)
1995	7.6	5.3	69.7	4,284	4,284
1996	7.7	5.5	71.2	4,485	4,494
1997	7.9	5.5	69.8	4,350	4,379
1998	7.8	5.2	66.2	4,222	4,288
1999	7.5	5	66.6	4,314	4,382
2000	7.5	4.8	64.5	4,206	4,292
2001	8.1	5.2	63.6	4,259	4,362
2002	8	5.2	65.3	4,354	4,474
2003	7.8	5	63.7	4,196	4,328
2004	7.7	4.9	63.1	4,157	4,291
2005	7.8	4.8	61.3	4,073	4,209
2006	7.6	4.7	61.2	4,122	4,269
2007	7.6	4.6	60.2	4,131	4,279
2008	7.7	4.7	61.5	4,248	4,384
2009	7.6	4.7	61.5	4,250	4,471
2010	7.5	4.6	61.8	4,290	4,536

ההוצאה הציבורית לבריאות ומקומה בסדר העדיפויות

לוח 7 מראה שההוצאה הציבורית לבריאות היתה ב-2010 כ-37 מיליארד שקל (מחירים שוטפים) מתוך כ-209 מיליארד שקל שהוצאו על כל השירותים החברתיים. ההוצאה למדינת הרווחה (שירותים חברתיים) עמדה על כ-66 אחוז מההוצאה הציבורית ללא ריבית, וההוצאה לבריאות עמדה על 17.8 אחוז מההוצאה של מדינת הרווחה⁶.

⁶ על סדרי העדיפויות בתקציב הממשלה ראה גם דהן וחזן 2011.

לוח 7: מקומה של הבריאות בהוצאה הציבורית ובהוצאה לשירותים חברתיים, 2010

באחוזים		במיליארדי שקלים (במחירי 2010)	
		345.5	ההוצאה הציבורית – סך הכול
	100.0	316.0	ההוצאה הציבורית ללא ריבית
100.0	66.0	208.8	ההוצאה על מדינת הרווחה
17.8	11.7	37.2	מזה: בריאות
27.9	18.4	58.2	חינוך
46.2	30.5	96.7	ביטוח חברתי ושירותי רווחה
8.1	5.4	16.7	אחר

מקור: בנק ישראל 2011, נספח סטטיסטי

לוח 8 מראה את השינוי בגודלן של ההוצאה הציבורית (ללא ריבית) ושל ההוצאה לשירותים חברתיים (מדינת הרווחה) ואת חלקה של ההוצאה לבריאות בשנים 1995--2010. בשנים 2002--2007 ירד משקלה של ההוצאה הציבורית ללא ריבית בתוצר ב-6.5 נקודות אחוז, ומשקלה של ההוצאה האזרחית ללא ריבית ירד כמעט בחמש נקודות אחוז. משנת 2008 מסתמנת מגמה של עצירת הירידה. במדינות ה-OECD, לעומת זאת, נשאר משקלה הממוצע של ההוצאה האזרחית ללא ריבית בעשור האחרון קבוע פחות או יותר וברמה גבוהה מאשר בישראל, ואף ניכרה עלייה קלה (בנק ישראל 2011). הכלל הפיסקלי שעל פיו נבנה תקציב המדינה לשנים 2011--2012 כופה גידול אטי של הוצאות הממשלה בהשוואה לצמיחת התוצר, ולפיכך מוביל לצמצום נוסף בגודל ההוצאה במונחי תוצר.

תהליך השחיקה בהוצאה הציבורית לא פסח על השירותים החברתיים, שההוצאה עליהם במונחי תוצר פחתה בשנים 2002--2007 בכארבע נקודות אחוז, ולא על ההוצאה לבריאות, שפחתה ב-0.6 נקודות האחוז, אם כי השחיקה בהוצאה לבריאות היתה מתונה מעט מזו שהסתמנה בכלל ההוצאה על שירותים חברתיים, שכן חלקה של ההוצאה לבריאות בהוצאה על שירותים חברתיים עלה במעט. השיפור בשנים 2008--2010, לעומת זאת, היה מתון יותר בבריאות בהשוואה לשיפור בכלל השירותים החברתיים.

לוח 8: מקומה של הבריאות בהוצאה הציבורית ובהוצאה לשירותים חברתיים, 1995--2010

שנה	הוצאה ציבורית ללא ריבית כאחוז מהתוצר	הוצאה לשירותים חברתיים כאחוז מהתוצר	הוצאה ציבורית לבריאות כאחוז מהתוצר	הוצאה ציבורית לבריאות כאחוז מכלל ההוצאה	הוצאה ציבורית לבריאות כאחוז מההוצאה לשירותים חברתיים
1995	41.2	27.5	5.2	12.6	18.9
2000	41.4	26.4	4.8	10.2	18.1
2001	43.8	28.3	5.0	10.2	17.8
2002	45.4	28.6	5.1	10.1	17.8
2003	44.0	27.7	4.9	9.8	17.7
2004	41.4	26.2	4.8	10.2	18.2
2005	40.1	25.5	4.7	10.4	18.4
2006	39.8	24.9	4.5	10.2	18.3
2007	38.9	24.7	4.5	10.3	18.1
2008	39.2	25.1	4.6	10.7	18.2
2009	39.1	25.6	4.6	10.7	18.0
2010	39.0	25.7	4.6	10.8	17.8

מקור: בנק ישראל 2011, נספח סטטיסטי

סיכום

תקציב משרד הבריאות הוא מקור אחד, ולא העיקרי, במימון ההוצאה הלאומית לבריאות. משרד הבריאות נושא באחריות הממלכתית הכוללת להבטחת בריאות האוכלוסייה כולה, ומתוקף אחריות זו הוא מופקד על קביעת מדיניות הבריאות, על תכנון ארוך טווח, על פיקוח ובקרה, על הבטחת איכות, על רישוי, על תמיכה ועל תיאום תפקודה של כלל מערכת הבריאות. מלבד תפקידיו אלה, מפעיל המשרד באורח ישיר כ-45 אחוז ממיטות האשפוז הכללי ואחראי לאספקת סל השירותים הכלולים בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ריבוי תפקידים זה הוא אחת הבעיות הארגוניות העיקריות של מערכת הבריאות עד היום, והוא מוצא את ביטויו בהרכב תקציב משרד הבריאות.

ניתוח תקציב משרד הבריאות שהוצג במאמר מלמד שחלה שחיקה בקורות התקציב המיועד למילוי שניים מתפקידיו העיקריים של המשרד – רגולטור ואחראי לאספקת שירותי הבריאות שבתוספת השלישית. שחיקה זו באה לידי ביטוי בעיקר בשחיקת תקציב הפיתוח של המשרד ותקציב המשרד לתמיכה במימון עלות סל השירותים שבאחריות קופות החולים. ביטוי לשחיקת תקציב משרד הבריאות אפשר למצוא גם בחשבונאות הלאומית: חלקו של המימון הציבורי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות נמצא זה שנים במגמת ירידה, ואילו המימון הפרטי

– במגמת עלייה. הירידה במימון הציבורי נזקפת כולה לחובת הירידה בהיקף המימון מתקציב המדינה.

המדיניות הפיסקלית שעל פי עקרונותיה נבנה תקציב המדינה בשנים האחרונות ביטאה את התפיסה של "ממשלה קטנה". ממשלות ישראל החליטו על רמת הוצאה נמוכה לשירותים החברתיים ועל רמת מיסוי נמוכה. תפיסה זו הובילה לכך שההוצאה הציבורית האזרחית בישראל נמוכה מהממוצע של מדינות ה-OECD. כל תחומי ההוצאה הציבורית נשחקו במקורות המימון, ולפיכך חלקה של ההוצאה לבריאות בסך ההוצאה לשירותים חברתיים נותר פחות או יותר יציב ברמה של כ-18 אחוז. הפגיעה בביטוח החברתי כבר ניכרה בהעמקת הפערים הכלכליים בחברה בישראל, וצמצום ההוצאה יוביל ללא ספק לפגיעה בזמינות ובנגישות של שירותים חברתיים בכלל, ושירותי הבריאות בפרט.

ביבליוגרפיה

לאה אחדות, עמיר שמואלי ומירי סבג-אנדבלד " מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת החוק- מגמות וסוגיות", עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995- 2005 בעריכת גבי בו נון וגור עופר, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2006.

אחדות, ל', 2010. "תקציב המדינה ואי השוויון בחלוקת ההכנסות: ישראל במבט של שני העשורים האחרונים", מסמך שהוכן לקראת יום עיון של התוכנית לכלכלה וחברה על תקציב המדינה לשנים 2011--2012, מכון ון ליר בירושלים, מאי 2010.

לאה אחדות וגבי בן נון, 2011 "בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של שר"פ", דיון במחלוקת במסגרת יום עיון של התוכנית לכלכלה וחברה מכון ון ליר בירושלים מאי 2011.

בנק ישראל, 2011. דין וחשבון 2010, ירושלים: בנק ישראל.

למ"ס, 2011. "ההוצאה הלאומית לבריאות 2010", ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הודעה לעיתונות, אוגוסט 2011.

קידר, נ', וט' חורב, 2010. חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995—2009, ירושלים: משרד הבריאות.

הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2011--2012, מרכז המחקר והמידע, המחלקה לפיקוח תקציבי הכנסות, נובמבר 2010

מגמות בהוצאה הלאומית לבריאות ובדרכי מימונה. האם הכיוון הוא הפרטה? ג. בן נון, ניר קידר, היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל, ספטמבר 2010

מומי דהן ומשה חזן, "סדרי העדיפויות בתקציב הממשלה", 2011.

אחדות, ל', 1999. "מימון ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל: היבטים של פרוגרסיביות", מאמר לדיון מס. 3, ההסתדרות הלאומית החדשה, המכון למחקר כלכלי חברתי.

OECD Health Statistic File, 2010