

תוכן העניינים

ט	פתח דבר
1	מבוא
	פתיחה
6	ההוצאה הלאומית לבריאות
10	השווקים במערכת הבריאות וכשליהם
13	המחשת כשלי השוק במערכת הבריאות : סיפור סוכן המכירות
14	המאפיינים הכלכליים של בריאות ושירותי בריאות
18	מבנה מערכת הבריאות ושווקיה
19	מבנה הספר
21	פרק ראשון: הביקוש לבריאות ולשירותי בריאות
21	פונקציית הייצור של בריאות
22	הביקוש לשירותי בריאות
23	השפעת המחיר
27	השפעת ההכנסה
28	השפעת מצב הבריאות
28	השפעת גיל, מין והשכלה
	אומדני גמישויות המחיר וההכנסה של הביקוש לשירותי בריאות –
29	ממצאי המחקר של Health Insurance Experiment (HIE)
37	פרק שני: השוק לביטוח בריאות
37	הביקוש לביטוח בריאות
43	הגורמים המשפיעים על הביקוש לביטוח בריאות
46	כשלי השוק של שוק הביטוח הפרטי
	פרק שלישי: הסיכון המוסרי מצד ספקי שירותי הבריאות
61	וטיפול מנוהל (Managed Care)
61	תשלום עבור שירות
63	טיפול מנוהל

68	פרק רביעי: סדרי תשלום לספקי שירותי בריאות – בתי חולים
69	תשלום רטרוספקטיבי וכשלו
73	תשלום פרוספקטיבי והשלכותיו
82	תשלום מראש לנפש (חוזי קפיטציה)
87	תקציב

פרק חמישי: סדרי תשלום לספקי שירותי בריאות –

89	רופאי הקהילה
91	משכורת
92	חוזי קפיטציה עם רופאי הקהילה

פרק שישי: מדידת איכות הטיפול ותשלום לפי ביצועים

95	(Pay for Performance, P4P)
96	מדידת איכות הטיפול
104	תשלום לפי ביצועים (P4P)

פרק שביעי: תפקיד הממשלה במערכת הבריאות וביטוח

106	הבריאות הממלכתית
107	ההתערבות המסורתית של הממשלה
109	ההתערבות המודרנית של הממשלה
110	העקרונות של ביטוח בריאות ממלכתי (חברתי)
114	הקצאת תקציב הסל למבטחים וסכנת הבחירה הסמויה של סיכונים טובים
118	הקצאת תקציב הסל לפי סיכון המבוטחים (risk adjustment)

פרק שמיני: הערכות כלכליות ברפואה

132	עלויות
134	תרומה לרווחה
135	השיטות להערכה כלכלית
144	ניתוח רגישות
154	השימוש בהערכות כלכליות

סוף דבר

רשימת מושגים

161

פתח דבר

בשנים האחרונות חלה עלייה תלולה במספר הסטודנטים הלומדים קורס ב'כלכלת בריאות' בתכניות רבות ומגוונות לתואר בוגר ולמוסמך, במוסדות אקדמיים שונים, המקנות תואר במנהל (מערכות) בריאות ובסיעוד. לסטודנטים אלה הכשרה קודמת במקצועות הבריאות לסוגיהם, אך רובם אינם כלכלנים.

יש לא מעט ספרי לימוד באנגלית לקורס 'כלכלת בריאות' הנלמד בלימודי כלכלה, אבל אין ספרי לימוד – באנגלית או בעברית – לקורס 'כלכלת בריאות' הנלמד במקצועות הרפואה ללא-כלכלנים. ספר זה בא למלא את החסר. מטרתו להיות משאב לימוד לתלמידי התכניות השונות למנהל בריאות, להגיש את המידע בצורה אינטואיטיבית ולא טכנית (אף כי לעתים אין ברה...) ומעל הכול – בעברית. הספר מבוסס על קורס בכלכלת בריאות שאני מלמד שנים רבות בתכנית למוסמך בבית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטה העברית בירושלים. הקורס השתנה במשך הזמן, אך עם השנים גיבשתי תפיסה מהי ליבת קורס בסיסי בכלכלת בריאות למקצועות הרפואה: שמונה נושאים (המפורטים בתוכן העניינים) המוגשים בנוחות ב-14 פגישות בנות שלוש שעות כל אחת, ובאופן נמרץ יותר – ב-14 פגישות בנות שעתיים כל אחת.

הספר נכתב ונערך על בסיס הקלטות של הרצאותיי. בעת הכתיבה התלבטתי אם להשאיר את הרוח החיה והשפה המדוברת, כולל שאלות הסטודנטים והערותיהם, ועד כמה להפוך את ההרצאות למסכת אחידה יותר. אני מקווה שהשילוב שהתהווה נוח ונעים ללמידה.

בעת כתיבת הספר עמדה לנגד עיניי חשיבותה של ההיכרות הקודמת של הסטודנטים עם מערכת הבריאות בישראל. הספר אינו עוסק בכלכלת שירותי הבריאות בישראל. הוא ספר לימוד המבוסס על ידע עדכני בסוגיות בכלכלת בריאות שצמחו במערכות בריאות שונות, וזכו להד מחקר – תאורטי ואמפירי – בעולם, והוא כולל חומר דומה לחומר הנלמד בקורסים דומים בעולם. עם זאת השתדלתי להביא דוגמאות ממערכת הבריאות הישראלית. מטרתה היא שהלומד יבין את הסוגיות בעזרת המחשות מישראל, ויבין טוב יותר את מערכת הבריאות הישראלית על רקע הידע הכלכלי. המעוניינים להרחיב את היכרותם עם הסוגיות

הבוערות במערכת הבריאות בישראל יוכלו לעיין בספר פרי עטי, 'תחלואיה של מערכת הבריאות בישראל: אבחנות ומרשמים לטיפול והבראה' (מכון ספיר לחקר החברה והכלכלה בישראל, 2012).

כל פרק בספר מסתיים בהמלצות לקריאה נוספת. העדפתי להמליץ על ספרים ומאמרים בעברית, שגם אם הם מיושנים במקצת הם עדיין רלוונטיים. בפרקים אחדים ההמלצה היא לקריאה מהספרות הרפואית באנגלית.

לנוחות הלומדים, בסוף הספר מרוכזים המונחים שהוזכרו בפרקים השונים בסדר אלף-בית, הסבריהם והפניות לעמודים שבהם נדונו בהרחבה. אני מאחל לקוראים עניין, הנאה והצלחה בלימודיהם.

מבוא

פתיחה

צירוף המילים 'כלכלת בריאות' הוא בלתי אפשרי לכאורה, ואפשרי עוד פחות למי שאינם כלכלנים. הניגוד טמון בהנחות היסוד של כל אחד מן המדעים האלה, כלכלה ורפואה.

ברפואה, החוק הבסיסי הוא חוק ההצלה (the rule of rescue). כלומר עשה הכול כדי להציל חיים, לשפר איכות חיים, למנוע נכויות. מה שחשוב הוא מי עומד מולך – החולה שבמרפאה, החולה שעל שולחן הניתוחים, החולה בחדר המיון או החולה בשטח שנפצע בתאונת הדרכים – שצריך להשקיע בו את כל המאמצים ואת כל המשאבים כדי לרפא אותו בצורה הטובה ביותר. אנו מצפים מאנשי הרפואה שישכחו בעת הטיפול את כל השיקולים האחרים ויהיו מרוכזים רק בטיפול: אם צריך שיוזמינו מסוק, ניידת טיפול נמרץ, או שיירשמו מרשם לתרופות הנחוצות. השיקולים הם שיקולים של כאן ועכשיו.

בכלכלה הסיפור אחר לחלוטין. החוק הבסיסי הוא חוק המחסור (the rule of scarcity), והוא היוצר את מדע הכלכלה. חוק המחסור אומר שבניגוד למשאבים המוגבלים, הרצונות והצרכים הם בלתי מוגבלים. זה המצב מאז הגירוש מגן העדן. באמירות 'בעצב תלדי בנים' ו'בזיעת אפיך תאכל לחם' (בראשית ג: טז, טז) מובלעים, למעשה, חוק המחסור ומדע הכלכלה: אנחנו צריכים ורוצים הרבה יותר ממה שיש, ורוצים לקבל את הכול בקלות ובחינם. בגלל חוק המחסור, עלינו לוותר מראש על מוצרים, שירותים מסוימים ועל פעילויות אחרות כדי לבצע ולקבל אחרים. עלינו לבסס את חיינו על סדר עדיפויות וקדימויות: אני רוצה דבר מה ואעשה דבר כלשהו להשגתו, אבל על מנת לעשות זאת אוותר על דבר אחר. למשל עכשיו אתם קוראים בספר הזה ולומדים, ואינכם יושבים על שפת הים או בבית קולנוע ואינכם נמצאים עם משפחותיכם, ואינכם עושים שום דבר אחר. זה מה שאתם עושים – לומדים. בחרתם לעשות את זה, ויתרתם על כל השאר כי הזמן מוגבל.

בכלכלה, אם כן, יש צורך בתכנון ובאופטימיזציה. אנחנו מנסים להגיע למצב

הטוב ביותר, אבל יש מגבלות ואילוצים. המגבלות המרכזיות הן מגבלות של משאבים: זמן, כסף, גורמי ייצור ומשאבי טבע.

הצורך בויתור ובקביעת עדיפויות יוצר מערכת מחירים – אם הכול היה חינם, ולא היו מגבלות, גם לא היה מחיר. אני זוכר שכשלמדתי מבוא לכלכלה, הדוגמה למוצר חינם הייתה חול ים, משהו שנמצא בשפע ואין לו מחיר. היום אני מעריך שזה כבר אחרת ויש מחיר גם לחול ים.

המחירים נובעים ממגבלות המשאבים ומהעובדה שאני עושה דבר מסוים ולא עושה דבר אחר, קונה דבר אחד ואיני קונה אחר. המחיר אינו בהכרח כספי, לאו דווקא המחיר בשוק, אלא מחיר פנימי. כלומר עד כמה כדאי לי לראות סרט ולא ללמוד; עד כמה כדאי לי לאכול בנה ולא לאכול עוגה. המחירים נובעים אפוא ממערכת העדפות של הצרכן וטעמיו.

מכאן ברור הניגוד המהותי בין חוק היסוד ברפואה לבין זה שבכלכלה. לפי חוק המחסור בכלכלה, כלל לא ברור שכדאי לתת את הטיפול שהרופא רוצה לתת לחולה לפי חוק ההצלה שברפואה, כי ייתכן ששימוש אחר במשאבים יביא לרווחה גדולה יותר. לכל דבר יש מחיר, אם משקיעים יותר בחולה אחד, חולים אחרים לא יקבלו טיפול. אין זה נובע מרוע לב, אלא משיקול של יעילות מרבית בהתחשבות במגבלות המשאבים.

לשם המחשה, ידוע שחסרות מיטות בטיפול נמרץ. נניח שיש מיטה אחת פנויה ושני חולים מחכים לטיפול. סיכויי של הראשון לשרוד בלא טיפול נמרץ הוא 0.1. אם הוא יקבל טיפול נמרץ, סיכויי לשרוד יגדלו פי שלושה, ל-0.3. לעומת זאת סיכויי של השני לשרוד בלא טיפול נמרץ הם 0.8, ועם טיפול נמרץ – 0.9, שינוי קטן יחסית. השאלה היא: למי מן השניים צריך לתת את המיטה הפנויה? זאת דוגמה לחתירה ליעילות מרבית כשיש מגבלות. במקרה זה השאלה היא מה אנחנו רוצים למקסם. אם אנחנו רוצים למקסם את הרווח (להוציא את המרב) מהטיפול הנמרץ היקר, נבחר בחולה הראשון. אם רוצים למקסם את ההישרדות – יש לבחור בשני. ברוב המקרים הפתרון אינו ברור ומגבלת המקורות אינה ברורה. למשל רופא שצריך להחליט אם להפנות מטופל לבדיקת MRI שהיא יקרה יחסית אינו מבין על חשבון מה הבדיקה הזאת באה, על אף שברור שהמשאבים מוגבלים. מה גם שלאור חוק ההצלה, הוא אינו צריך להבין.

על אף המתח בין כלכלה לבין בריאות, חלה עלייה דרמטית בפופולריות של כלכלת בריאות ושל כלכלני בריאות ב-25 השנים האחרונות, והנה גם אתם לומדים קורס בכלכלת בריאות ונעזרים בספר הזה. השימוש בכלים ובמונחים כלכליים, ושילוב הממד הכלכלי בתכנון, בדיונים ובהקצאות משאבים בתחום הבריאות והרפואה נפוץ עכשיו ומקובל בכל העולם.

מה גרם לעלייה בפופולריות הזאת? הסיבה הראשונה והעיקרית היא העלייה בהוצאות על בריאות, ההולכות ומתרבות כל הזמן. הסיבות לכך ברורות: שיפורים מתמידים בטכנולוגיה הביורפואית, תוחלת חיים ארוכה יותר והקשיים הנלווים אליה (חיים עם מוגבלות ותחלואה כרונית) ועלייה בסוגי הביטוחים ובביטוח הבריאות הממלכתי שנפוץ ברוב מדינות העולם המפותח. כשיש ביטוח השירותים נגישים יותר, משתמשים בהם יותר וההוצאה הולכת וגדלה.

עלייה בהוצאות היא צד אחד במטבע הפופולריות הגדלה. הצד האחר הוא מקורות הבריאות המוגבלים, הן מבחינת החברה כולה הן מבחינת הממשלה. התוצר המקומי הגולמי (תמ"ג – gross domestic product, GDP) מייצג את מה שעומד לרשות החברה במשך שנה. בכל שנה ושנה הכמות מוגבלת. עליית ההוצאות על בריאות משמעותה שמייחידים יותר ויותר משאבים לבריאות ומוותרים על הקצאת משאבים למגזרים אחרים במשק. מבחינת הממשלה התקציב מייצג את המקורות שעומדים לרשותה למלא את תפקידיה. עלייה בהוצאת הממשלה על בריאות דורשת צמצום בתקציבים של משרדים אחרים. כולנו מכירים זאת היטב מן הדיונים על גובה תקציב הביטחון והוויטורים הנדרשים ממשרדים חברתיים אחרים.

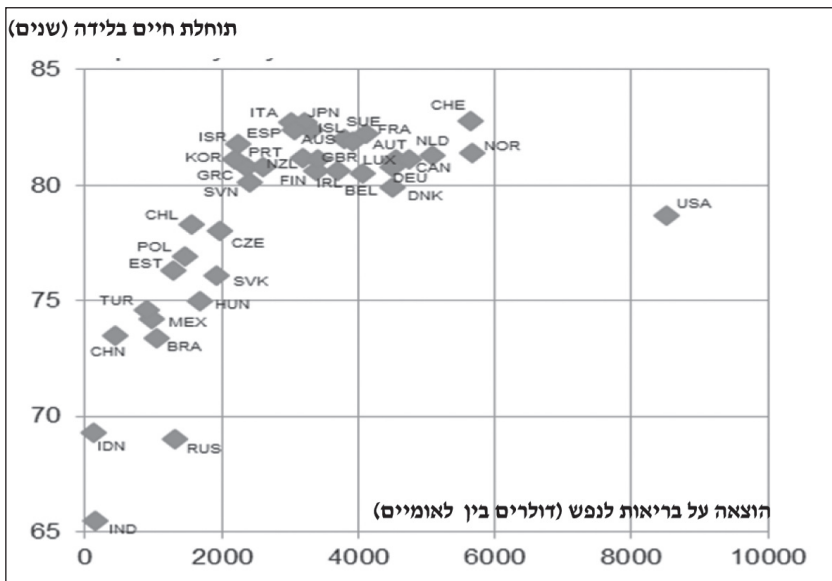
עליית ההוצאות לבריאות ותופעת המשאבים (ותקציב הממשלה) המוגבלים הפנו את תשומת הלב להיבט הכלכלי של הרפואה והבריאות, שיש לדון בו וללמוד אותו. עם זאת השאלה הכלכלית האמתית נגלית כאשר מוסיפים למשוואה את ממד התועלת, הרווחה והבריאות המתקבלים משירותי הרפואה: האם אנחנו מקבלים תמורה מספקת בבריאות להוצאה ההולכת וגדלה? האם אנו נהנים מ'תמורה לאגרה' במערכת הבריאות? אם ההוצאות רק גדלות ואין ביטחון שההוצאות האלה יביאו תועלת, עולה שאלה אחרת: האם ההוצאות האלה ועלייתן מצדיקות את עצמן, או שמא אפשר להעביר משאבים ממערכת הבריאות לתחומים אחרים ובתמורה לקבל רווחה חברתית גדולה יותר? דיון זה הוא ההצדקה לקיומה של הכלכלה בכלל, וכלכלת בריאות בפרט.

החשש העיקרי מפני בזבוז משאבים, או אי-קבלת 'תמורה לאגרה', נובע מהאפיון הטכנולוגי של 'ייצור בריאות'. אפשר לראות בבריאות תהליך של ייצור, לא ייצור בבית חרושת, אלא 'ייצור ביתי', כלומר הוא נעשה במסגרת הפרט, במשק הבית (עוד על ייצור בריאות ותשומות המשמשות בייצור נפרט בפרק הראשון). ה'הוצאה על בריאות' מייצגת כאן את כל התשומות בייצור הבריאות. רמת הבריאות היא התפוקה בתהליך הייצור הזה. הצורה הטכנולוגית של פונקציית הייצור מלמדת כמה בריאות מקבלים מכל רמה של תשומה.

תרשים 1 מציג את הצירופים של התשומה (ההוצאה הלאומית השנתית

לבריאות לנפש בדולרים בין-לאומיים – PPP; מונחים אלה יובהרו מיד) והתפוקה (תוחלת חיים בלידה) של 35 מדינות ברמות התפתחות שונות. בתרשים בולטת עלייה תלולה בתוחלת החיים – עד כ-78 שנים, המלווה בעליית ההוצאה לבריאות לנפש, עד כ-2,000 דולר. אולם אם מוסיפים ומגדילים את ההוצאה לנפש מעבר ל-2,000 דולר, תוחלת החיים גדלה אך במעט. במילים אחרות, מדינות המוציאות בשנה כ-2,500 דולר לנפש ומדינות המוציאות 5,000 דולר נהנות מאותה תוחלת חיים בלידה. עולה מכאן החשש שהוספת הוצאה של 2,500 דולר לנפש לשנה, נוסף על הוצאה של 2,500 דולר לשנה שכבר קיימת, אינה מוסיפה משמעותית לבריאות. אדרבא, ארצות הברית בולטת בהוצאה גבוהה לבריאות (כ-8,500 דולר לנפש לשנה) ותוחלת חיים נמוכה יחסית (כ-78 שנים), כלומר הטענה שהגדלת התשומות וההוצאות על בריאות ישפרו בהכרח את הבריאות אין לה סימוכין במציאות. נכון הוא שתוחלת חיים אינה 'בריאות', ויש להוסיף לה מדדים של איכות חיים ושביעות רצון, אולם אין ספק כי שנות חיים הוא מדד חשוב מאוד של בריאות האוכלוסייה.

**תרשים 1: פונקציית הייצור של בריאות:
הוצאה על בריאות לנפש ותוחלת חיים בלידה**



אם נדמיין עקומה המתאימה ביותר לכל הנקודות בתרשים, היא תהיה קעורה כלפי מטה, כלומר העקומה עולה בתלילות בהוצאות הנמוכות ולאט לאט משתטחת. מהי המשמעות של השתטחות העקומה? מעבר לרמת הוצאה מסוימת, ישפרו הוצאות גדלות אך במעט את מצב הבריאות ואולי כלל לא. משמעותה של התכונה הזאת של פונקציית הייצור היא שהתפוקה השולית פוחתת (decreasing marginal product). עם הגדלת התשומה, התפוקה הנוספת, הנובעת מיחידה נוספת של תשומה, הולכת וקטנה. השאלה העולה עכשיו היא: האם תוספת ההוצאה 'שווה' את תוספת הבריאות? כי הרי החלק השטוח של העקומה הוא מלכודת לבזבוז משאבים.

ברוב תהליכי הייצור יש תפוקה שולית פוחתת. מדוע הדבר כה חשוב בבריאות? בגלל חשיבותה, רבים החושבים שצריך להשקיע בבריאות כמה שיותר: יותר מיטות, יותר רופאים, יותר בתי חולים, יותר מכוני רנטגן. רואים זאת היטב במדינות מתפתחות. יש נטייה לשפוט את המערכת לפי התשומות שלה. יתר על כן, ייתכן שהגדלת היקף הטיפול הרפואי נובעת מכשלי השוק של שירותי הבריאות או של שוק הביטוח (מונחים אלה יתבהרו בהמשך הפרק), ולא מצורך רפואי ממשי. התפוקה השולית הפוחתת של הטיפול הרפואי בייצור בריאות מעוררת דאגה בחברה בגלל האפשרות הממשית לעלייה בטיפול הרפואי ובהוצאות ללא שיפור הולם במצב הבריאות.

שטף 'ועדות החקירה הממלכתיות לתפקודה של מערכת הבריאות' ששטף את מערב אירופה ומזרחה, אוסטרליה וניו זילנד, ישראל וארצות הברית בשנות התשעים של המאה העשרים העיד על אי-נחת של החברה מתפקודן של מערכות הבריאות בכל העולם, כלומר אי-נחת מגובה ההוצאות על בריאות לעומת התועלת החברתית שהן מעניקות. קודם לכן השאלה הזאת לא נשאלה. היה ברור שככל שיש יותר שירותי בריאות כך טוב יותר. העלאתה של שאלת 'התמורה לאגרה' בבריאות הזמינה דיון של כלכלני בריאות ובעקבותיו עלייה בפופולריות של כלכלת בריאות. תרומה נוספת לעליית הפופולריות של כלכלת בריאות הייתה ההכרה שתמריצים כלכליים משנים התנהגות. למשל, אחד הדברים שאנסה לשכנע אתכם (בפרקים הרביעי והחמישי להלן) הוא שהחלטות קליניות של רופא תלויות בצורה שהוא מתוגמל. אם הוא מתוגמל בצורה אחת, ההחלטות הקליניות שלו יהיו מסוימות, אם הוא מתוגמל בצורה אחרת, ההחלטות הקליניות שלו לגבי אותו חולה יהיו אחרות. דוגמה אחרת, בית חולים ינהג אחרת אם הוא מתוגמל לפי ימי אשפוז או מתוגמל מראש בעת קבלת החולים. יש צורך, אם כן, לחקור את התמריצים המתעוררים בעת הפעילות של המערכת, ולעצב אותם לאור מטרות החברה. חקר תמריצים ועיצובם הוא תחום עיסוקם של כלכלנים.

ההוצאה הלאומית לבריאות

ההוצאה הלאומית לבריאות (National Health Expenditure או National Health Spending) כוללת את כל ההוצאות, פרטיות וציבוריות, של מגזר הבריאות בשנה מסוימת, כפי שנמדדו בסוף אותה השנה. ההוצאה מייצגת למעשה את סך כל מקורות המשק שיוחדו לבריאות.

ההוצאה הלאומית לבריאות תלויה, בין השאר, בגודל האוכלוסייה ובמידת עושרה (התמ"ג). יש שתי דרכים להעריך את היקף המקורות שהוקצו לבריאות. דרך אחת היא באמצעות ההוצאה לנפש (expenditure per capita), המתחשבת בגודל האוכלוסייה. הדרך השנייה היא בחינת ההוצאה הלאומית כאחוז מהתמ"ג. כאמור, התמ"ג מודד את סך כל המשאבים העומדים לרשות החברה (תמ"ג לנפש הוא המדד המקובל לרמת חיים, והשתנותו במשך השנים הוא מדד לצמיחה). אותנו מעניין כמה מתוך סך כל מה שעומד לרשות החברה מוקדש לבריאות.

לוח 1 מציג את ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש והאחוז שלה מהתמ"ג במדינות ה-OECD. בישראל, בשנת 2012, 7.5% מהתמ"ג הוקדשו לבריאות. מבחינה זו ישראל נמצאת בחלק התחתון של הרשימה, עם מדינות כמו צ'ילה, צ'כיה ודרום קוריא. רוב המדינות המפותחות – שאנו שואפים להיות כמוהן – מוציאות על בריאות למעלה מ-9%; ארצות הברית מובילה עם 17% מהתמ"ג המוקדשים לבריאות. נציין כי בישראל אחוז ההוצאה מהתמ"ג על בריאות נמוך אך במעט מאחוז ההוצאה מהתמ"ג על חינוך ועל ביטחון בעשור האחרון – כ-10%.

לוח 1: ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות ה-OECD

הוצאה לנפש בדולרים, במונחי כוח הקנייה של התוצר המקומי הגולמי (דולרים בין-לאומיים)			אחוז מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג)	
2012 (2) (1)	2000	1990	2012 (2)	
4,896	2,901	1,627	11.1	אוסטריה
3,997	2,283	1,207	9.1	אוסטרליה
3,209	2,030	1,353	9.2	איטליה
3,536	2,743	1,659	9.0	איסלנד

הוצאה לנפש בדולרים, במונחי כוח הקנייה של התוצר המקומי הגולמי (דולרים בין-לאומיים)			אחוז מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג)	
2012 (2) (1)	2000	1990	2012 (2)	
3,890	1,787	785	8.9	אירלנד
1,447	513	..	5.9	אסטוניה
8,745	4,791	2,851	16.9	ארצות הברית
4,419	2,248	1,351	10.9	בלגיה
4,811	2,681	1,793	11.3	גרמניה
4,698	2,510	1,537	11.0	דנמרק
5,219	2,343	1,410	12.1	הולנד
1,803	854	..	8.0	הונגריה
3,289	1,829	959	9.3	בריטניה
984	433	158	5.4	טורקיה
2,409	1,453	843	9.3	יוון
3,649	1,971	1,114	10.3	יפן
2,334	1,786	951	7.5	ישראל
4,578	3,273	..	7.1	לוקסמבורג
1,048	497	296	6.2	מקסיקו
6,140	3,046	1,364	9.3	נורווגיה
3,172	1,611	981	10.0	ניו זילנד
2,667	1,453	..	9.4	סלובניה
2,077	984	..	8.1	סלובקיה
2,998	1,539	869	9.4	ספרד
1,540	584	288	6.8	פולין
2,642	1,646	626	10.2	פורטוגל
3,559	1,855	1,359	9.1	פינלנד

הוצאה לנפש בדולרים, במונחי כוח הקנייה של התוצר המקומי הגולמי (דולרים בין-לאומיים)			אחוז מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג)	
2012 (2) (1)	2000	1990	2012 (2)	
1,577	610	..	7.3	צ'ילה
2,105	606	548	7.5	צ'כיה
4,288	2,547	1,440	11.6	צרפת
2,291	765	316	7.6	דרום קוריאה
4,602	2,521	1,735	10.9	קנדה
4,106	2,289	1,589	9.6	שוודיה
6,080	3,225	2,023	11.4	שווייץ

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD.

- (1) נתוני שנת 2012 או השנה אחרונה שהתקבלו בה נתונים.
- (2) הנתונים עבור ישראל, מקסיקו וצ'ילה הם אומדן מוקדם.

ההוצאה הלאומית לנפש בישראל בשנת 2012 הסתכמה ב-2,334 דולר לנפש. יחידות המדידה הן דולרים של ארצות הברית המתוקנים לכוח הקנייה (Purchasing Power Parity, ובקיצור: PPP; מכונים גם דולרים בין-לאומיים, international dollars).

דולר PPP קונה כמות זהה של מוצרים ושירותים בכל המדינות ובכל השנים שדנים בהן. המחשה פשוטה לשער החליפין של PPP היא 'מדד הביג-מק': ארוחת ביג-מק היא מוצר סטנדרטי וזהה בכל המדינות. נניח שארוחה כזאת עולה 5 דולר בארצות הברית, ו-35 ₪ בישראל. שער החליפין של PPP הוא 1 דולר = 7 ₪. כדי להמיר הוצאה בסך 3,500 ₪, למשל, למונחי דולרים של PPP, נחלק את ההוצאה בשער החליפין ונקבל שההוצאה שקולה ל-500 דולר PPP. היות וכוח הקנייה קבוע יש משמעות להשוואה.

גם לפי מדד זה ההוצאה של ישראל על בריאות קטנה יחסית. שיאנית ההוצאה לנפש היא שוב ארצות הברית עם הוצאה של למעלה מ-8,700 דולר לנפש בשנת 2012. עם זאת, כפי שראינו בתרשים 1, הוצאות גבוהות אלה על בריאות לא העלו במיוחד את רמת הבריאות (תוחלת חיים) בארצות הברית. לוח 1 מציג גם את העלייה בהוצאה הלאומית לנפש לבריאות במדינות

השונוות בשנים 1990, 2000 ו-2012. במבט כללי אפשר לראות כי ההוצאה לנפש הוכפלה במהלך 10–15 שנים (זכרו כי זו הוצאה ראלית המותאמת לכוח הקנייה, ולכן העלייה משקפת עלייה בכמות הטיפול הרפואי ובתחכומו הטכנולוגי). בישראל ההוצאה לנפש גדלה מ-951 דולר בשנת 1990, ל-1,786 דולר לנפש בשנת 2000, ול-2,334 דולר לנפש בשנת 2012. בנורווגיה למשל ההוצאה לנפש גדלה מכ-1,400 דולר בשנת 1990, לכ-3,000 דולר לנפש בשנת 2000 ולכ-6,000 דולר לנפש בשנת 2012. זאת המחשה לעלייה הדרמטית בהוצאות על בריאות במהלך השנים שהייתה אחד הגורמים, כפי שהוזכר לעיל, לעליית הפופולריות של כלכלת בריאות.

הבחנה חשובה ומעניינת היא ההבחנה בין ההוצאה הפרטית לבין ההוצאה הציבורית (של הממשלה) על בריאות. ההוצאה הפרטית (מהכיס, out-of-pocket) על בריאות כוללת את הוצאות משקי הבית על שירותי בריאות, כלומר תשלומים עבור שירותי בריאות ותשלומי ביטוח פרטי (private insurance). בישראל המרכיבים העיקריים של ההוצאה הזאת הם ההוצאות על ביטוח בריאות מרצון (ביטוח משלים ומסחרי) ועל רפואת שיניים. ההוצאה הציבורית כוללת את הוצאות הממשלה וביטוח לאומי (הכולל גם את מס הבריאות).

תרשים 2 מציג את שיעור ההוצאה הפרטית והציבורית לבריאות מסך התוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) במדינות ה-OECD בשנת 2012. בישראל הייתה ההוצאה הפרטית כ-3% מהתמ"ג, וההוצאה הציבורית – כ-4.5% מהתמ"ג (סך הכול 7.5% מהתמ"ג, זהו משקל ההוצאה הלאומית לבריאות שהוצג בלוח 1). במילים אחרות, שיעור ההוצאה הפרטית מההוצאה הלאומית על בריאות מגיע לכ-40%, ושל ההוצאה הציבורית – 60%. ישראל נמצאת בקצה הגבוה של מדינות ה-OECD מבחינת משקל ההוצאה הפרטית בסך כל ההוצאה – הממוצע ב-OECD של ההוצאה הפרטית על בריאות הוא 26% מההוצאה הלאומית על בריאות. במילים אחרות, בממוצע במדינות ה-OECD, 74% מסך ההוצאה הלאומית על בריאות מממנת הממשלה (כולל ביטוח לאומי), ואילו בישראל רק 60% מההוצאה הלאומית באים מתקציב הממשלה ומהביטוח הלאומי.

חלקה של הממשלה בהוצאה על בריאות ברוב המדינות הוא גדול. היא הנושאת בעיקר הנטל של העלייה בהוצאות הבריאות ובחשש שהתמורה במונחי בריאות אינה מספקת. אפילו בארצות הברית (המדינה בקצה הימני בתרשים 2), מעוז השוק הפרטי, כמחצית מההוצאה הלאומית היא ציבורית (ביטוח בריאות לקשישים ולנכים [Medicare], סיוע לעניים [Medicaid], ולחיילים משוחררים [VA – Veterans Affairs]). זאת הסיבה לריבוי ועדות החקירה ועודות שהממשלות ממנות כדי לשפר את פעילות המערכת ולהקטין את הנטל על תקציב הממשלה.

רשימת מושגים

ICUR – מודד את העלות לשחמ"א נוספת (cost per QALY gained) בניתוח CUA

148

חוק ההצלה – החוק היסודי במקצועות הרפואה האומר שיש לעשות הכול כדי להציל חיים או למנוע נכות 1

אבדן פריון (תפוקה) – היעדרות מעבודה (בבית או במקום עבודה) בגלל המחלה או בגלל הטכנולוגיה המשמשת לטיפול בה. עלות אבדן התפוקה מוערכת על ידי השכר 135

אי ודאות – חוסר ידיעה לגבי העתיד. קיימת אי ודאות לגבי מצב הבריאות ולכן גם לגבי ההוצאות הרפואיות. ביטוח מקטין אי ודאות ולכן הוא רצוי בקרב שונאי סיכון 15
ראו שנאת סיכון

אישור צרכים (C.O.N) – דרך של הממשלה לווסת תשתיות רפואיות כגון בתי חולים, מיטות, מעבדות, מכוני הדמיה וכו' ולפקח עליהם. הקמתן של תשתיות אלה דורשת אישור של משרד הבריאות 108

ארגון טיפול מנוהל – ארגון המשלב בין ביטוח ואספקת שירותים, כגון קופות החולים בישראל או ארגוני בריאות בארצות הברית (HMO). הטיפול מנוהל הן על ידי סקרי השוואות ביצועים והנחיות קליניות ומנהליות הן על ידי הסדרים של שיטות תשלום פרוספקטיביות, במטרה להקטין את הביקוש הנגזר מההיצע 63

בחירת סיכונים טובים גלויה – תגובת המבטחים לבררה השלילית שבמסגרתה מוקטן הכיסוי הביטוחי (או מתייקר הביטוח) לסיכונים גבוהים (רעים) 55 ראו גם **בחירת סיכונים טובים סמויה; גריפת השמנת**

בחירת סיכונים טובים סמויה – פעולות של המבטחים (קופות החולים) להרחיק סיכונים גרועים מהממוצע בקבוצות הסיכון המוגדרות על ידי מנגנון ההתאמה לסיכון. היות וכל תושב זכאי (וחייב) להיות מבטח, פעולות אלה מכוונות לדחות מבטחים באופן סמוי. כינוי ציורי לפעולות אלה הוא **גריפת השמנת** (cream skimming), כלומר איסוף החלק העשיר של כד החלב 115. ראו **הקצאה מותאמת לסיכון המבוטחים**

ביטוח בריאות ממלכתי (NHI) – מערכת בריאות שבה שירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים הרפואיים מסופקים על ידי מבטחים (קופות חולים) המתחרים ביניהם על איכות הטיפול וחווית השירות. הדגם הזה הונהג בגרמניה ב-1883, והתפשט בשנות התשעים של המאה העשרים לרוב מדינות מערב ומזרח אירופה, דרום אמריקה ומדינות נוספות 109. ראו תחרות מנוהלת

ביטוח הוגן – ביטוח שבו הפרמיה הוגנת 41

ביטוח מלא – ביטוח שבו התשלום היחיד הוא עבור פרמיה, ללא השתתפות עצמית 41

ביטוח קבוצתי (קולקטיבי) – ביטוח הניתן לקבוצה של מבטחים (ולא באופן אישי). הקבוצה מוגדרת בדרך כלל על ידי מקום עבודה או מקום מגורים. תנאי הביטוח משופרים, בעיקר מבחינת בחירת סיכונים טובים על ידי המבטח 58

ביקוש הנגזר מההיצע – מונח נרדף לסיכון מוסרי מצד הספקים שמשמעו הגדלת הביקוש לשימוש בטיפול רפואי שאינו נובע מהצרכנים אלא יזום על ידי הספקים

62

ביקוש, פונקציית (עקומת) ביקוש – תגובות הצרכנים במונחי כמות מבוקשת למחירים שונים, עבור הכנסה ושאר הגורמים המשפיעים מוחזקים כקבועים 21, 23

בררה שלילית – תופעה המתארת את רצונם של החולים מהממוצע באוכלוסייה בביטוח ואת הימנעותם של הבריאים מהממוצע מקניית ביטוח. בררה שלילית נובעת מעודף מידע על מצב בריאות שבידי הפרט ביחס למידע שבידי המבטח 46, 53

גמישות הכנסה – אחוז השינוי בכמות חלקי אחוז השינוי בהכנסה 27

גמישות מחיר (נקודתית וקשתית) – אחוז השינוי בכמות חלקי אחוז השינוי במחיר 25,

26

דולר PPP – דולר המתוקנן לכוח הקנייה במדינות השונות ולכן מאפשר השוואות בינלאומיות ולאורך זמן. מכונה גם דולר בינלאומי 8

הוגנות – קריטריון להערכת תפקוד של שווקים ומערכות, המתרכז בשאלת ההתחלקות של מה שיוצר ונמכר בשווקים בקרב האוכלוסייה. נוגע במושגים שוויון וצדק 12

הוצאה לאומית לבריאות – סך כל ההוצאה במשק על בריאות, כלומר סך המקורות המוקדשים לבריאות בשנה נתונה. מורכבת מהוצאה הפרטית על בריאות ומהוצאה ומציבורית על בריאות 6

הוצאה פרטית על בריאות – כוללת את ההוצאות על בריאות שלא נעשו על ידי הממשלה. כוללת בעיקר הוצאה על בריאות (מהכיס) של משקי הבית 9