

סדרת מחקרי מדיניות

מחקר מדיניות 20



סדרת מחקרי מדיניות

מחקר מדיניות 20

פרופיל ההוצאה על בריאות לפי גיל בישראל ובמדינות OECD

לאה אחדות

המחלקה לכלכלה וניהול, המרכז האקדמי רופין
התוכנית לכלכלה וחברה, מכון ון ליר בירושלים

גבי בן נון

המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

ערן פוליצר

חטיבת המחקר, בנק ישראל

המחקר מומן באמצעות מענק מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות



התוכנית לכלכלה וחברה
במכון ון ליר בירושלים

מכון ון ליר בירושלים
THE VAN LEER JERUSALEM INSTITUTE
معهد فان لير في القدس

Policy Studies

No. 20

Health Expenditure Profile by Age in Israel and the OECD Countries

Leah Achdut

Gabi Bin Nun

Eran Politzer

עורכת לשון: אורנה יואלי-בנבנישתי
מפיקה אחראית: יונה רצון

הדעות המובאות בסדרת מחקרי המדיניות משקפות את דעתם של הכותבים
ולאו דווקא את עמדתה של התוכנית לכלכלה וחברה במכון ון ליר בירושלים

© תשע"ו – 2016, מכון ון ליר בירושלים
סדר וגרפיקה: נדב שטכמן פולישוק
נדפס בדפוס "גרפית", ירושלים

התוכנית לכלכלה וחברה

התוכנית לכלכלה וחברה במכון ון ליר בירושלים הוקמה לנוכח המשימה שהמכון קיבל על עצמו לזהות את הפערים המתרחבים בחברה בישראל, לנתח אותם ולהציע דרכי פעולה מעשיות לצמצומם. מטרת התוכנית ליצור כלים שיאפשרו לציבור להשתתף בשיח הכלכלי-חברתי ולהשפיע על המדיניות הכלכלית-חברתית בישראל, מתוך התמקדות בשאלות מרכזיות העומדות על סדר היום, בין השאר בתחומי חלוקת ההכנסות, שוק העבודה והכלכלה הציבורית.

משתתפי התוכנית הם כלכלנים מוכרים באקדמיה ובמשק הישראלי וחוקרים ממדעי החברה, ובמסגרתה נכתבים ניירות עמדה ונעשים מחקרים שנעזרים בשיטות כלכליות מקובלות. התוכנית מציגה חלופות מקצועיות למדיניות הכלכלית הנהוגה, בשאיפה לקדם צמיחה בת קיימא המתבססת על טובת כל האזרחים ועל הקטנת האי-שוויון בחברה.

התוכנית מבטאת קול ייחודי בשיח הציבורי בישראל, והיא שואפת לתרום לשינוי התפיסה הרווחת בשאלות כלכלה וחברה בשתי דרכים מרכזיות: הראשונה, פיתוח ראייה ביקורתית המבוססת על הבנה יסודית של תיאוריות ושל מונחים כלכליים המשמשים בשיח הציבורי. השנייה, הספקת כלים להתמודדות עם טיעוניהם של מייצגי התפיסות הכלכליות השמרניות – כלים שאינם מפותחים דיים כיום – מתוך הישענות על נתונים המעובדים בשיטות מקובלות כדי להציגם לפני הציבור, אמצעי התקשורת וקובעי המדיניות. הדבר יאפשר התערבות בזמן אמת בדיון בסוגיות המעסיקות את הציבור והשפעה על תהליך קביעת המדיניות הכלכלית-חברתית.

פרסומי התוכנית

- מחקרי מדיניות
- ניירות עמדה
- מחלוקות בכלכלה
- נקודה למחשבה

פעילות לציבור

- ערבי דיון וימי עיון
- סדנאות ודיוני שולחן עגול בהשתתפות קובעי מדיניות
- כינוסים שנתיים

פרסומי התוכנית לכלכלה וחברה ומידע על פעילותה נמצאים באתר האינטרנט של מכון ון ליר בירושלים, www.vanleer.org.il/economics



תוכן העניינים

תקציר 9

מבוא 11

פרק א: חישוב פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל: מקורות הנתונים,
שיטת המחקר ותוצאות 15

1. נתוני מקרו על ההוצאה על בריאות והמבנה הדמוגרפי 15
2. פרופיל ההוצאה הציבורית על בריאות לפי גיל במדינות OECD:
נתונים ושיטת חישוב 15
3. פרופיל ההוצאה הציבורית על בריאות לפי גיל בישראל:
נתונים ושיטת חישוב 17
4. פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל: תוצאות 19

פרק ב: חישוב פרופיל ההוצאה הפרטית לפי גיל: מקורות הנתונים,
שיטת המחקר ותוצאות 24

1. פרופיל ההוצאה הפרטית על בריאות לפי גיל במדינות OECD ובישראל:
נתונים ושיטת חישוב 24
2. פרופיל ההוצאה הפרטית מן הכיס לפי גיל: תוצאות 28

פרק ג: פרופיל ההוצאה הלאומית לפי גיל 31

פרק ד: השפעת הדמוגרפיה ופרופיל ההוצאה לפי גיל על דירוג המדינות
לפי ההוצאה הציבורית על בריאות 35

1. שיטת החישוב 35
2. ההוצאה הציבורית המתוקנת למבנה דמוגרפי אחיד 36
3. תוצאות: ההוצאה הציבורית המתוקנת לפרופיל אחיד של הוצאה
לפי גיל במדינות OECD 40
4. תוצאות של מבחני רגישות נוספים 43

פרק ה: דירוג המדינות לפי ההוצאה הלאומית על בריאות

המתקנת לדמוגרפיה ולפרופיל ההוצאה לפי גיל 44

1. תוצאות של עשר המדינות שעבורן חושב פרופיל ההוצאה הלאומית

לפי גיל 44

2. תוצאות דירוג כל 34 המדינות החברות ב־OECD 44

3. מבחני רגישות נוספים 49

סיכום 50

ביבליוגרפיה 52

נספחים: לוחות ותרשימים 54

תקציר*

במסגרת הדיון הציבורי שמתנהל בישראל בשנים האחרונות על השחיקה בהוצאה הציבורית על שירותי בריאות הועלתה הטענה כי הרכב הגילים הצעיר יחסית של האוכלוסייה בישראל הוא הסיבה העיקרית להוצאה הנמוכה יחסית על בריאות בהשוואה בינלאומית. מחקר מדיניות זה בוחן את מיקומה של ישראל במדרג המדינות החברות ב-OECD לפי היקף ההוצאה הציבורית והלאומית בהתחשב בהבדלים בהרכב הגילים של האוכלוסייה ובהבדלים בפרופיל ההוצאה לפי גיל. פרופיל ההוצאה לפי גיל משקף לא רק את העלייה בצרכים הרפואיים עם הגיל, אלא גם את השפעתם של גורמים מוסדיים וחברתיים-תרבותיים הייחודיים לכל מדינה על היצע שירותי הבריאות ועל הביקוש להם.

הממצאים מלמדים שמיקומה היחסי של ישראל במדרג המדינות לפי גודל ההוצאה על בריאות משתפר במידה מסוימת אם מתחשבים בהרכב הגיל הצעיר יחסית של האוכלוסייה, אולם גם אז היא נותרת בדרך כלל בשליש התחתון של הסולם. עוד מלמדים הממצאים כי תיקון ההבדלים בהתפלגות הגיל של סך כל ההוצאה הלאומית על בריאות מקטין אמנם את השונות בין המדינות ברמת ההוצאה על בריאות, אך אינו משנה באופן מהותי את מיקומן היחסי. ממצאים אלה מבהירים שאת השחיקה שחלה לאורך זמן בהוצאה הציבורית יש לתלות בגורמים אחרים מצד ההיצע של שירותי בריאות והביקוש להם – ובהם מדיניות הממשלה.

תיקון ההוצאה הציבורית על בריאות למבנה דמוגרפי אחיד של ישראל או של האיחוד האירופי מעלה מעט את דירוגה של ישראל והיא עולה מהמקום ה-30 למקום ה-27 במדרג ההוצאה הציבורית כאחוז מהתוצר, ומהמקום ה-27 למקום ה-25 (לפי הדמוגרפיה של ישראל) או ה-24 (לפי הדמוגרפיה של האיחוד האירופי) במדרג ההוצאה לנפש בדולרים במחירים קבועים. לפי ההוצאה המתוקנת לפרופיל של ישראל או לפרופיל של האיחוד האירופי, ישראל עולה בין שניים לשלושה מקומות, מהמקום ה-30 למקום ה-28 במדרג ההוצאה הציבורית כאחוז מהתוצר, ומהמקום ה-27 למקום ה-24 במדרג ההוצאה לנפש בדולרים במחירים קבועים.

* תודה לגל בן חורין שסייע במסירות באיסוף הנתונים למחקר ובעיבודים הסטטיסטיים.

השיפור במיקומה היחסי של ישראל בסולם המדרג את מדינות OECD לפי ההוצאה הלאומית הוא משמעותי מעט יותר מהשיפור בסולם המתייחס להוצאה הציבורית. תיקון ההוצאה למבנה דמוגרפי אחיד משפר את מצבה של ישראל והיא עולה מהמקום ה-28 למקום ה-23 כשמדובר בהוצאה כאחוז מהתוצר, ומהמקום ה-25 למקום ה-23 כשמדובר בהוצאה לנפש. כאשר מתקנים את ההוצאה הלאומית לפרופיל הוצאה לפי גיל אחיד לכל המדינות, ישראל עולה מהמקום ה-25 למקום ה-22 לפי מדד ההוצאה הלאומית על בריאות לנפש, אך התיקון מצמצם מאוד את ההבדלים בין המדינות במדד ההוצאה הלאומית כאחוז מהתוצר וישראל עולה מהמקום ה-28 למקום ה-17.

תוצרי לוואי חשובים של המחקר הם הממצאים הנוגעים לפרופילים של ההוצאה הציבורית, הפרטית והלאומית במדינות השונות, עם הוצאה על טיפול ממושך ובלעדית. מעניינים במיוחד הממצאים הנוגעים לדפוס התמהיל בין הציבורי לפרטי במימון ההוצאה הלאומית לפי גיל: נמצא שהמגזר הציבורי דומיננטי מאוד במימון ההוצאות על ילדים קטנים ועל מבוגרים מאוד, אך חלקו במימון שאר קבוצות הגיל קטן בהרבה. לכתובת המחקר קדם תהליך ארוך של איסוף נתונים על ההוצאה על בריאות לפי גיל במדינות OECD ממגוון מקורות נתונים, אך המחקר שלפניכם מדגיש את הצורך בשיפור תשתיות הנתונים האלה לצורך השוואה בינלאומית.

מבוא

בהשוואה בינלאומית, ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל נמוכה.¹ בשנת 2014 היא עמדה על 7.6 אחוזי תוצר לעומת 9.4 אחוזי תוצר בממוצע במדינות OECD. גם שיעור ההוצאה הציבורית נמוך בישראל (4.6 אחוזי תוצר) לעומת מדינות OECD (6.7 אחוזי תוצר). מבין 34 המדינות החברות ב-OECD ישראל ממוקמת במקום ה-32 מבחינת היקף ההוצאה הציבורית על בריאות כאחוז מהתוצר. נוסף על כך, בחינה של תמהיל ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל מלמדת על שיעור גבוה יחסית של מימון פרטי ביחס למימון הציבורי: 39% מההוצאה הלאומית על בריאות ממומנים על ידי משקי הבית בהשוואה ל-28% במדינות OECD. במקומה היחסי של ישראל בכל המדרגים הנדונים לא חלו שינויים משמעותיים בעשור האחרון.

במסגרת הדיון הציבורי שמתנהל בישראל בשנים האחרונות על השחיקה בהוצאה הציבורית על שירותי בריאות הועלתה הטענה כי הרכב הגילים הצעיר יחסית של האוכלוסייה בישראל הוא הסיבה העיקרית להוצאה הנמוכה יחסית על בריאות בהשוואה בינלאומית. כיוון שהוצאות הבריאות עולות עם הגיל, ההוצאה על אוכלוסייה צעירה נמוכה יותר. בישראל רק כ-10% מהאוכלוסייה הם בני 65 ומעלה לעומת כ-15% בממוצע במדינות OECD. ואולם במחקר מדיניות זה נציג ממצאים – חלקם שאובים ממחקרים קודמים וחלקם חדשים – המלמדים כי גם כאשר מנטרלים בעזרת חישובים שונים את השפעת ההרכב הגילי של האוכלוסייה, מיקומה של ישראל במדרג ההוצאה על בריאות אינו משתפר או משתפר אך במעט. ההוצאה הלאומית על בריאות מורכבת למעשה משני גורמים מרכזיים: הרכב הגילים של האוכלוסייה (להלן מבנה דמוגרפי) ופרופיל ההוצאה לפי גיל. הדרך לנטרל את ההשפעה של ההבדלים במבנה הדמוגרפי בין מדינות על גודל ההוצאה על בריאות היא להניח מבנה דמוגרפי אחיד לכל המדינות ולחשב עבור כל מדינה את ההוצאה המתוקנת על בריאות על בסיס פרופיל ההוצאה שלה לפי גיל. לשם כך נחוץ מידע על פרופיל ההוצאה לפי גיל בכל מדינה הכלולה בהשוואה הבינלאומית. פרופיל ההוצאה לפי גיל מלמד על דפוס היחסיות בהוצאה לנפש בין קבוצות הגיל השונות. נהוג למדוד יחסיות זו באמצעות סולם "שקילות", המבטא את ההוצאה הממוצעת לנפש בכל קבוצת גיל במונחים של ההוצאה הממוצעת לנפש בקבוצת הבסיס, כאשר האוכלוסייה כולה או קבוצת גיל מסוימת יכולות

1 ההוצאה הלאומית כוללת את ההוצאה הציבורית, שממומנת ממקורות ציבוריים כמו תקציב המדינה ומסים ייעודיים לבריאות, ואת ההוצאה הפרטית של משקי הבית על רכישת שירותי בריאות וביטוחי בריאות.

לשמש קבוצת בסיס. "נפש ממוצעת" בקבוצת הבסיס נקראת "נפש תקנית". סולם מעין זה מאפשר גם לחשב את מספר "הנפשות התקניות" בכלל האוכלוסייה. המבנה הדמוגרפי לפי גיל הוא נתון גלוי הנמדד ומעורכן באופן שוטף בכל מדינות OECD ונגיש לכול. לעומת זאת, פרופיל ההוצאה על בריאות לפי גיל הוא מושג מורכב יותר. הוא מבוסס על ההוצאה בפועל לכל קבוצת גיל, ולפיכך הוא משקף לא רק את השינוי בצרכים הרפואיים עם עליית הגיל,² אלא גם מכלול של מאפיינים מוסדיים, חברתיים-תרבותיים וכלכליים שלהם השפעה על ההיצע של שירותי בריאות ועל הביקוש להם. מאפיינים מוסדיים כוללים, למשל, את מבנה מערכת הבריאות ואת סדרי העדיפויות בהקצאת המשאבים העומדים לרשותה (למשל העדפת קשישים באמצעות תוכניות ייחודיות); את מבנה העלויות של שירותים שונים, את זמינות השירותים ואת הנגישות להם. עם הגורמים החברתיים-תרבותיים נמנים, למשל, מידת הבריאות של אורח החיים ודפוסי המגורים בקהילה של קשישים. רמת ההכנסה היא גורם כלכלי מרכזי המשפיע על הביקוש לשירותי בריאות. השפעתה ניכרת בקביעת ההוצאה הציבורית על בריאות, אך במיוחד בקביעת ההוצאה הפרטית על בריאות. כיוון שרמת ההכנסה משפיעה על גודל ההוצאה, התפלגות ההכנסות בכל מדינה ומדינה, בין ובתוך שכבות הגיל, משפיעה גם היא על פרופיל ההוצאה לפי גיל. ההבדלים בין מדינות ביחס לפרופיל ההוצאה לפי גיל משקפים אפוא הבדלים במאפיינים מעין אלה. זאת ועוד, אפשר ששתי מדינות תהיינה זהות במבנה הדמוגרפי שלהן, אך שונות בפרופיל ההוצאה על בריאות לפי גיל.

במחקרים שהשוו את ההוצאה על בריאות בישראל לזו שבמדינות OECD מופיעות שלוש גישות להתחשבות בהבדלים במבנה הדמוגרפי בין מדינות שונות. הגישה הראשונה מתקנת את ההוצאה על בריאות על פי המשקל היחסי של בני 65 ומעלה בכלל האוכלוסייה (דהן וחזן 2012). שיטה זו לוקה בחסר שכן היא מייחסת את כל ההוצאה על בריאות לקשישים (פרופיל שבו המשקל של נפש מתחת לגיל 65 שווה לאפס) ומתעלמת ממבנה הגילים המפורט יותר. הגישה השנייה מניחה פרופיל הוצאה אחיד לפי גיל לכל המדינות ומתקנת לפי פרופיל זה את ההוצאה על בריאות. כך למשל, לאה אחדות וגבי בן נון (2013) ורב צ'רניחובסקי ואיתן רגב (2013) ערכו השוואה בינלאומית של ההוצאה על בריאות באמצעות תיקון ההוצאה לפי סולם הקפיטציה הישראלי. תיקון זה מנטרל אמנם את ההבדלים בהשפעה המצרפית של כל אותם גורמים הקובעים את פרופיל ההוצאה לפי גיל, אך אינו מנטרל את

2 הקושי ליצור סולם שקילות המשקף אך ורק את השינוי בצרכים הרפואיים עם עליית הגיל הוביל מדינות רבות ובהן ישראל להשתמש בפרופיל ההוצאה בפועל לפי גיל, בעיקר לצורך הקצאת משאבים לקופות החולים.

ההשפעה של ההבדלים במבנה הדמוגרפי בין מדינות; נהפוך הוא, הוא מביא אותם לידי ביטוי.³ הגישה השלישית מתייחסת אף היא לשני הגורמים המשפיעים על גודל ההוצאה ומנסה לבודד את התרומה של כל אחד מהם. גישה זו אומצה על ידי ערן פוליצר (בנק ישראל 2013), שהשתמש במתודולוגיה שהציעו כריסטיאן הגיסט ולורנס קוטליקוף (Hagist and Kotlikoff 2009) ובכסיס הנתונים שלהם (בצירוף ישראל).

המידע על פרופיל ההוצאה על בריאות לפי גיל במדינות שונות הוא חלקי ביותר. רק מדינות מעטות מפרסמות נתונים רשמיים מסוג זה, וגם בקרב אלה שמפרסמות שיטות החישוב ואיסוף הנתונים אינן אחידות. גופים בינלאומיים אינם מפרסמים נתונים כאלה באופן שוטף. יתר על כן, מעטים המחקרים שהשתמשו בפרופיל ההוצאה לפי גיל של מדינות שונות לשם השוואת גודל ההוצאה הציבורית על בריאות. עם זאת, בשנים האחרונות עלתה המודעות של גופים בינלאומיים לחשיבות של איסוף נתונים על ההוצאה על בריאות לפי גיל לצורכי מחקר ותכנון מדיניות. כך למשל, ארגון OECD יזם פרויקט שבמסגרתו גובשה מערכת הנחיות שנועדה להטמיע בקרב המדינות החברות בו תהליך של איסוף נתונים על הוצאה לפי גיל, מגדר ומחלות (OECD 2008). הפרויקט נמצא בשלבים ראשוניים בלבד. האיחוד האירופי אמנם אסף מידע על פרופיל ההוצאה הציבורית על בריאות לפי גיל במדינות האיחוד (וגם בנורווגיה) לצורך ניבוי ההוצאה בעתיד (European Commission 2012; 2014), אך מטעמי חיסכון נציבות האיחוד אינה מפרסמת את המידע ברמת המדינה, אלא רק את הפרופיל הממוצע למדינות האיחוד. זמינות המידע על פרופיל ההוצאה הפרטית על בריאות בעייתית אף יותר.

למחקר מדיניות זה שתי מטרות: המטרה הראשונה היא לאסוף נתונים עדכניים ואחידים ככל האפשר על פרופיל ההוצאה הציבורית על בריאות לפי גיל במדינות OECD שונות, ובכך לשפר את ההשוואה הבינלאומית של מדדי ההוצאה על בריאות. יש להדגיש כי המחקר אינו מבקש לאמוד נוסחת התאמה לסיכון (נוסחת קפיטציה)⁴ המציגה את השתנות ההוצאה לפי גיל בניכוי השפעתם של גורמים אחרים כגון מצב הבריאות, הכנסה, מגדר או אזור מגורים, אלא רק לחשב פרופיל הוצאה לפי גיל המשקף את דפוס היחסיות בהוצאה הממוצעת לנפש בין קבוצות הגיל השונות.

3 גישה מעין זו דומה בתפיסתה לשימוש בסולם השקילות של ארגון OECD כסולם אחיד לכל המדינות לצורך השוואה בין רמת החיים של משפחות בגודל שונה בתחום מדידת עוני ואי-שוויון.

4 נוסחה זו נאמדה עבור מדינות רבות וגם עבור ישראל (אחדות ושמואלי 2015). "סולם הקפיטציה" בישראל, שבאמצעותו מחלקים את מקורות המימון של סל הבריאות הממלכתי בין קופות החולים, הוא דוגמה לפרופיל הוצאה לפי גיל המבוסס בעיקרו על ההוצאה הממוצעת בפועל בהתחשב בהבדלים בין נשים לגברים בלבד אך לא בגורמים אחרים.

המטרה השנייה היא להרחיב עד כמה שאפשר את ההשוואה הבינלאומית ולהתייחס לא רק להוצאה הציבורית אלא גם להוצאה הפרטית ולכלל ההוצאה הלאומית על בריאות. במילים אחרות, המטרה היא לאסוף מידע שיאפשר לאמוד גם את פרופיל ההוצאה הפרטית של משקי הבית לפי גיל. על רקע ההבדלים בין המדינות ביחס בין החלק הציבורי לחלק הפרטי במימון ההוצאה הלאומית על בריאות, חשוב לבחון אם פרופיל ההוצאה הפרטית לפי גיל דומה לפרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל או שונה ממנו. ההבדלים בין דפוסי ההוצאה הפרטית לדפוסי ההוצאה הציבורית לפי גיל יכולים לספק תובנות רבות על השפעת מבנה המערכת על מימון השירותים הרפואיים בקבוצות גיל שונות. מחקר מדיניות זה הוא אפוא בבחינת נדבך נוסף על מחקריהם של לאה אחדות וגבי בן נון (2013) ושל ערן פוליצר (בנק ישראל 2013). במסגרת מחקר זה נאספו נתונים ממדינות OECD רבות. עם זאת, לא תמיד עלה בידינו להשיג נתוני הוצאה לפי גיל בהתאם להגדרה אחידה. חוסר האחידות נובע בעיקר מהעובדה שכמה מהמדינות שמסרו נתונים בדבר ההוצאה לפי גיל כללו בהם גם את ההוצאה על טיפול ממושך, אך לא כסעיף נפרד שניתן לבודד אותו. יש להדגיש כי מדובר רק על טיפול ממושך בתחום הבריאות ולא על שירותים סיעודיים הניתנים בקהילה או באמצעות שירותי רווחה אחרים שאינם שירותי בריאות. מטבע הדברים, פרופיל ההוצאה הכולל את סעיף הטיפול הממושך תלול יותר מפרופיל ההוצאה בהשמת סעיף זה, שכן הוא מתמקד באוכלוסייה מבוגרת מאוד. בבואנו לפרש את ממצאי המחקר יש להתחשב במגבלה זו, אם כי נערכו כמה מבחני רגישות במטרה להעריך את ההשפעה של אי-הכללת ההוצאה על טיפול ממושך בפרופיל ההוצאה הציבורית או הלאומית על דירוג המדינות לפי גודל ההוצאה על בריאות. להלן מבנה מחקר המדיניות: בפרק א מוצגים מקורות הנתונים ושיטת המחקר לחישוב פרופיל ההוצאה הציבורית על בריאות לפי גיל, וכן תוצאות הפרופילים שנתקבלו עבור מדינות OECD ובהן ישראל ופרופיל ההוצאה הממוצעת למדינות האיחוד האירופי. בפרק ב מתוארים מקורות הנתונים ושיטת המחקר לחישוב פרופיל ההוצאה הפרטית לפי גיל ומוצגות התוצאות שנתקבלו עבור מדינות OECD שונות, ואילו בפרק ג מוצגים פרופיל ההוצאה הלאומית לפי גיל במדינות OECD שונות וממוצע של מדינות האיחוד האירופי. פרק ד ופרק ה מוקדשים להצגת דירוג המדינות לפי ההוצאה הציבורית על בריאות ולפי ההוצאה הלאומית על בריאות, בהתאמה, כאשר ההוצאה מתוקנת הן למבנה דמוגרפי אחיד והן לפרופיל הוצאה לפי גיל אחיד. בשני פרקים אלה מוצגות גם התוצאות של דירוג המדינות לפי ההוצאה על בריאות כולל טיפול ממושך. את המחקר חותמים סיכום הממצאים ודיון בהם וכן נספחי לוחות ותרשימים.

פרק א: חישוב פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל: מקורות הנתונים, שיטת המחקר ותוצאות

1. נתוני מקרו על ההוצאה על בריאות והמבנה הדמוגרפי

נתוני המקרו על ההרכב הדמוגרפי של האוכלוסייה במדינות שונות לפי גיל ומגדר ועל ההוצאה הלאומית על בריאות על שני מרכיביה – ההוצאה הציבורית וההוצאה הפרטית – נלקחו מבסיס הנתונים הסטטיסטיים של ארגון OECD (OECD 2014; 2015). הנתונים מעורכנים לשנת 2012 או לשנה האחרונה שלגביה התפרסמו נתונים במקרים שבהם נתוני 2012 לא היו זמינים בעת עריכת המחקר. בנספח 1 מוצגים נתונים על גודל ההוצאה הציבורית והלאומית לפי שני מדדים: ההוצאה כאחוז מהתוצר וההוצאה לנפש בדולרים במחירים קבועים (במונחי PPP של 2005). כן מוצגים בנספח זה נתונים על התמהיל של הציבורי והפרטי במימון ההוצאה הלאומית ועל שיעור הקשישים במדינות הארגון. בנספח 1 ב מוצגים נתונים על ההוצאה על בריאות ללא טיפול ממושך ועל ההוצאה על טיפול ממושך. המדינות דורגו לפי היקף ההוצאה על בריאות כולל סעיף הטיפול הממושך,⁵ אם כי השתמשנו גם בהוצאה ללא טיפול ממושך על מנת לבחון את הרגישות של התוצאות לסוג ההוצאה שעל פיה המדינות מדורגות.

2. פרופיל ההוצאה הציבורית על בריאות לפי גיל במדינות OECD: נתונים ושיטת חישוב

מרבית הנתונים על ההוצאה לפי גיל המוצגים במחקר זה הושגו על ידי פנייה ישירה לנציגי גופים במדינות שונות ולא מגופים בינלאומיים. למיטב ידיעתנו, לתחום הבריאות בארגון OECD אין עדיין מידע על ההוצאות על בריאות לפי גיל. האיחוד האירופי אמנם אסף נתונים על ההוצאה על בריאות לפי גיל ב-24 מתוך 27 המדינות החברות בו (וכן על ההוצאה בנורווגיה), אך מטעמי חיסיון נציבות האיחוד האירופי הסכימה להעביר לידעתנו נתונים רק על ההוצאה הממוצעת לפי גיל ב-25 מדינות אלה (ומעתה נתייחס לנתונים אלה כאל ממוצע של האיחוד האירופי, EU27). לפיכך פנינו בבקשה ספציפית לכל אחד מנציגי מדינות האיחוד וכן לנציג נורווגיה, שהשתתפה אף היא בפרויקט איסוף הנתונים. כמו כן פנינו

5 מערכת חשבונאות הבריאות SHA 1.0, המשמשת גופים בינלאומיים, מסווגת את סעיפי ההוצאה השונים על בריאות. לפי מערכת זו ההוצאה הלאומית כוללת את הסעיפים HC.1-HC.9 ו-HC.R.1 כמפורט בנספח 3. ראו OECD 2011.

למשרדי הבריאות של מדינות שונות, ללשכות הסטטיסטיקה, למכוני מחקר ולקבוצות מחקר בתחום הבריאות.

בסופו של דבר 17 מדינות מסרו לנו נתונים על פרופיל ההוצאה הציבורית על בריאות, תשע מהן חברות באיחוד האירופי. בנספח 2 מופיעה רשימת המדינות שעל אודותיהן נאספו נתונים על ההוצאה הציבורית לפי גיל ומקורות המידע של הנתונים.

מדינות עם נתונים על הוצאה ציבורית ללא טיפול ממושך: נתונים על ההוצאה הציבורית לפי גיל נתקבלו מנציגי המדינות שוודיה, נורווגיה, פינלנד, גרמניה, צרפת, איטליה, צ'כיה, סלובניה והולנד.⁶ נתונים אלה מתייחסים להוצאה הציבורית על בריאות הכוללת את קטגוריות הליבה (HC.1–HC.9)⁷ במערכת החשבונאות של תחום הבריאות, אך בהשמטת ההוצאות על טיפול ממושך (Long-term care — HC.3) ובתוספת השקעות הון בבריאות (HC.R.1). במקרה של הולנד נאספו נתונים גם על ההוצאה הציבורית לפי גיל עם סעיף הטיפול הממושך.

מדינות עם נתונים על הוצאה ציבורית או לאומית עם טיפול ממושך: במקביל נאספו נתונים על ההוצאה הציבורית לפי גיל גם עבור ארצות הברית, קנדה, דרום קוריאה ויפן, וכן נאספו נתונים על ההוצאה הלאומית לפי גיל עבור אוסטרליה, אוסטרליה ושווייץ. באשר לשלוש המדינות האחרונות הנחנו שפרופיל ההוצאה הציבורית זהה לפרופיל ההוצאה הכוללת. הנחה זו פחות בעייתית במקרה של אוסטרליה, המתאפיינת בשיעור גבוה של הוצאה ציבורית מסך ההוצאה הלאומית (76% לעומת 66%–68% באוסטרליה ובשווייץ). ככל שבע מדינות אלה הנתונים על ההוצאה על בריאות כוללים את ההוצאות על טיפול ממושך (HC.3), אך לא כסעיף בודד שניתן להפרידו מסך ההוצאה.

במחקר זה חולקה האוכלוסייה לעשר קבוצות גיל (בהתאם לחלוקה המופיעה בסולם הקפיטציה הישראלי, למעט האחדת קבוצת הגיל 0–1 עם קבוצת הגיל 1–4). נתוני ההוצאה שהתקבלו מכמה מהמדינות התייחסו לקבוצות גיל שאינן חופפות את קבוצות הגיל שהוגדרו במחקר; בדרך כלל היה מדובר בקבוצות גיל רחבות יותר. במקרים אלה נאמדה ההוצאה לקבוצות הגיל שבסולם של המחקר לפי השיטות המוצגות בנספחים 4 ו-5.

מקדמי פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל של כל מדינה חושבו באופן הבא: תחילה חושבה ההוצאה הממוצעת המשוקללת לנפש (כאשר המשקל שיוחס לכל

6 בנספח 2 מופיע פירוט של מקורות הנתונים של המדינות השונות.

7 לפירוט הקטגוריות ראו נספח 3.

קבוצת גיל שווה לחלקה היחסי של קבוצת הגיל באוכלוסייה), ולאחר מכן חושבו מקדמי הפרופיל על ידי חילוק ההוצאה הממוצעת לנפש בכל קבוצת גיל בהוצאה הממוצעת המשוקלת לנפש.⁸

3. פרופיל ההוצאה הציבורית על בריאות לפי גיל בישראל: נתונים ושיטת חישוב

ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל סווגה לפי שמונה סוגי הוצאה: אשפוז כללי ושירותי קופות החולים בקהילה, אשפוז יולדות, בריאות הנפש, רפואה מונעת אישית, טיפול ממושך, שיניים, הוצאות פרטיות על ביקורים אצל רופא ותרופות, והוצאות אחרות. בהוצאה הציבורית נכללות בדרך כלל ההוצאות על ארבעת הסעיפים הראשונים, על חלק ניכר מהטיפול הממושך ועל חלק מסוים של ההוצאות האחרות. ואולם במטרה להתאים את הנתונים של ישראל לאלו שנתקבלו על אודות מדינות האיחוד האירופי, הוגדרה ההוצאה הציבורית בישראל בשתי הגדרות: האחת ללא ההוצאות על טיפול ממושך והשנייה עם הוצאות כאלה. כמו כן, הנחנו ש־40% מסעיף ההוצאות האחרות הם במימון ציבורי (בהתבסס על הרכבן).

ההוצאה הציבורית חושבה לפי נתוני הלמ"ס לשנת 2010. חלוקת ההוצאה בסעיף של אשפוז כללי ושירותי קופות החולים בקהילה לפי קבוצות גיל מבוססת על משקלות סולם הקפיטציה שבאמצעותו המדינה מחלקת את מקורות המימון של כל הבריאות ממלכתי בין ארבע קופות החולים.⁹ החלוקה של סעיפי ההוצאה האחרים לפי קבוצות גיל התבססה על מידע בדבר השימושים בשירותי בריאות בכל אחד מסעיפי ההוצאה. מידע זה נאסף מכמה מקורות: נתונים על שימושים בתחום האשפוז לסוגיו נלקחו מפרסום של משרד הבריאות (2010) ונתונים על ביקורים אצל רופאים נלקחו מסקר שימוש בשירותי בריאות שערכה הלמ"ס (2010).

לוח 1 שלהלן מפרט את סעיפי ההוצאה הלאומית, את היקף ההוצאה בכל סעיף וכן את תשתית הנתונים שעל פיהם ניתן לאמוד את פרופיל ההוצאה לפי גיל בכל סעיף. נספח 6 מציג את האומדנים להתחלקות סך ההוצאה (בש"ח) בכל סעיף לפי קבוצות גיל; בהתבסס עליו אפשר לחשב את פרופיל ההוצאה הציבורית עם הוצאות על טיפול ממושך ובלעדיהן. הלוח שבנספח 6 כולל גם אומדנים

8 מקדם פרופיל ההוצאה הציבורית של קבוצת גיל i הוא $\frac{y_i}{\sum_{i=1}^{10} y_i * P_i}$ כאשר y_i הוא ההוצאה

הממוצעת לנפש בקבוצת גיל i ו- P_i הוא המשקל היחסי של קבוצת גיל i באוכלוסייה.

9 ראו "המלצות הצוות הבין-משרדי לעדכון נוסחת חלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין קופות החולים, הוגש לשרי הבריאות והאוצר", 2010 (עותק נמצא בידי כותבי מחקר המדיניות). וראו גם אחדות ושמואלי 2015.

המאפשרים לחשב את פרופיל ההוצאה הפרטית לפי גיל, אך כפי שיובהר בהמשך בחרנו לאמץ את הגישה של אמידת מודל רגרסיה על בסיס הנתונים של סקר הוצאות משקי הבית של הלמ"ס.

לוח 1: חלוקת ההוצאה הלאומית בישראל לפי סוגי הוצאה, 2010

| סעיף הוצאה | היקף ההוצאה 2010, הלמ"ס (במיליוני ש"ח) | תשתית הנתונים לחלוקת ההוצאה לפי גיל |
|---|--|--|
| אשפוז כללי ושירותי קופות החולים בקהילה | 38,080 | סולם הקפיטציה של חלוקת המקורות למימון סל הבריאות |
| בריאות הנפש | 1,570 | ימי אשפוז לחולי נפש לפי גיל |
| יולדות | 2,030 | ימי אשפוז ליולדות לפי גיל |
| טיפול ממושך ¹⁰ | 4,830 | ימי אשפוז לחולים סיעודיים, סיעודיים מורכבים ותשושי נפש לפי גיל |
| רפואה מונעת אישית | 1,900 | ביקורים אצל רופא לפי גיל |
| שיניים | 4,890 | ביקורים אצל רופא שיניים לפי גיל, סקר שימושים בשירותי בריאות, הלמ"ס |
| הוצאה פרטית אחרת: ביקורים אצל רופא פרטי ותרופות | 5,580 | ביקורים אצל רופא לפי גיל, סקר שימושים בשירותי בריאות, הלמ"ס |
| כל השאר | 3,820 | חולקו לפי התפלגות כלל האוכלוסייה לפי גיל |
| סך הכול | 62,700 | פילוח ההוצאה לפי גיל |

10 במחקר זה התייחסנו לסעיף ההוצאות על גריאטריה לפי הגדרות הלמ"ס כמקביל לסעיף על טיפול ממושך לפי הגדרות מערכת חשבונאות הבריאות SHA 1.0 המשמשת את ארגון OECD.

4. פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל: תוצאות

לוח 2 ותרשימים 1א ו-1ב מציגים את פרופילי ההוצאה הציבורית של 17 מדינות ואת הממוצע של האיחוד האירופי. תרשים 1א מציג את פרופיל ההוצאה הציבורית של מדינות שהנתונים על אודותיהן אינם כוללים את ההוצאה על טיפול ממושך. אפשר לראות כי הפרופילים המוצגים בתרשים זה, המייצגים מדינות אירופיות בלבד, דומים מאוד זה לזה. ובפרט, פרופיל ההוצאה הציבורית של ישראל ללא טיפול ממושך דומה לסעיף זה ביתר המדינות, אולם רק עד גיל 54; מקבוצת הגיל 55-64 ומעלה הפרופיל של ישראל נעשה תלול יותר בהשוואה לשאר הפרופילים.

תרשים 1ב מציג את הפרופילים של ההוצאה הציבורית של מדינות שהנתונים על אודותיהן כוללים את ההוצאה על טיפול ממושך. ניתן לראות כי הפרופילים בתרשים זה תלולים יותר מאלה המוצגים בתרשים 1א, וזאת משום ששירותי טיפול ממושך ניתנים בעיקר לאוכלוסייה המבוגרת. יוצאות דופן הן יפן ודרום קוריאה – מדינות שהנתונים שהושגו על אודותיהן כוללים את ההוצאה על טיפול ממושך, אולם פרופיל ההוצאה של יפן דומה לפרופיל הממוצע של האיחוד האירופי ואילו פרופיל ההוצאה של דרום קוריאה נעשה שטוח בגילים מבוגרים ומקדם הפרופיל של קבוצת הגיל +85 אף יורד. פרופיל ההוצאה לפי גיל משקף, כאמור, לא רק את העלייה בצרכים הרפואיים עם הגיל, אלא גם את השפעתם של גורמים מוסדיים וחברתיים-תרבותיים הייחודיים למדינה, ועל כן הסבר אפשרי למקרה של דרום קוריאה הוא שלא זו בלבד שההוצאה הציבורית בדרום קוריאה נמוכה מאוד בהשוואה בינלאומית, אלא שהמערכת הציבורית שלה נדיבה עוד פחות (במונחים של גובה הכיסוי או הסיוע לאוכלוסייה הזכאית לסיוע) בתחום הטיפול הממושך ולמבוגרים בכלל.¹¹

אינדיקציה נוספת למידת השפעה של ההוצאה על טיפול ממושך על פרופיל ההוצאה הציבורית עולה מהמקרים של הולנד וישראל, שעל אודותיהן נתקבלו נתונים בדבר ההוצאה הציבורית עם ההוצאה על טיפול ממושך ובלעדיה. תרשים 2 מראה בבירור, כצפוי, שפרופיל ההוצאה בגילים המבוגרים תלול הרבה יותר כאשר נכללות בו ההוצאות על טיפול ממושך.

11 פרופילי ההוצאה של דרום קוריאה ושל יפן מבוססים על נתוני 2008 ו-2009 בהתאמה. בשנים אלה עמדה ההוצאה הציבורית של דרום קוריאה על 3.6 אחוזי תוצר, ורק 7.8% מההוצאה הציבורית הופנו לטיפול ממושך (בהשוואה ל-9.5% ביפן ו-13.5% בממוצע במדינות OECD).

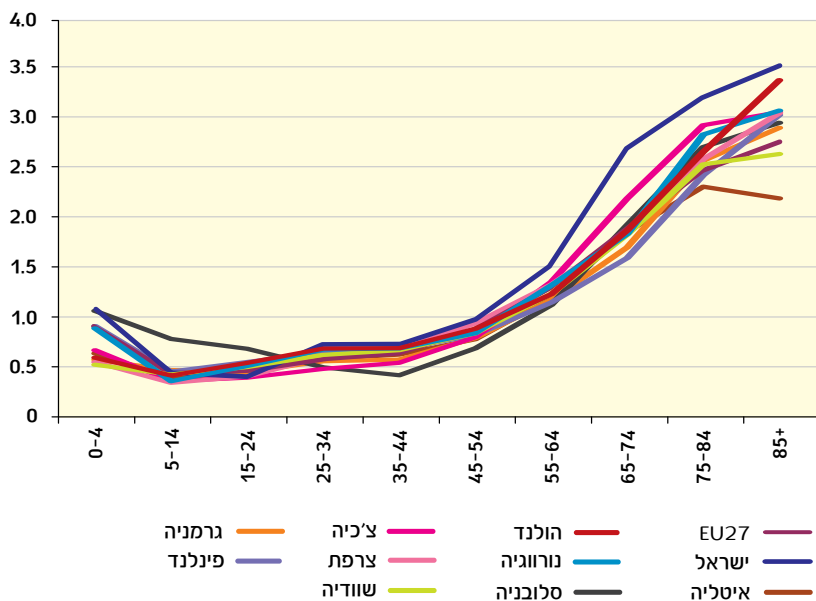
לוח 2: מקדמי פרופיל ההוצאה הציבורית במדינות OECD נבחרות

| קבוצת גיל | 4-0 | 14-5 | 24-15 | 34-25 | 44-35 | 54-45 | 64-55 | 74-65 | 84-75 | 85+ |
|------------------------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| פרופילים ללא טיפול ממושך | | | | | | | | | | |
| EU27 | 0.9 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.9 | 1.3 | 1.9 | 2.5 | 2.8 |
| איטליה | 0.7 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.8 | 1.2 | 1.9 | 2.3 | 2.2 |
| גרמניה | 0.6 | 0.5 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.8 | 1.2 | 1.7 | 2.6 | 2.9 |
| הולנד | 0.6 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.9 | 1.2 | 1.9 | 2.7 | 3.4 |
| ישראל | 1.1 | 0.5 | 0.4 | 0.7 | 0.7 | 1 | 1.5 | 2.7 | 3.2 | 3.5 |
| ישראל – נוסחת קפיטציה | 1 | 0.4 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 1.1 | 1.7 | 2.9 | 3.7 | 3.8 |
| נורווגיה | 0.9 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.7 | 0.9 | 1.3 | 1.8 | 2.8 | 3.1 |
| סלובניה | 1.1 | 0.8 | 0.7 | 0.5 | 0.4 | 0.7 | 1.1 | 1.9 | 2.7 | 3 |
| פינלנד | 0.9 | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 1.2 | 1.6 | 2.4 | 3 |
| צ'כיה | 0.7 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.8 | 1.4 | 2.2 | 2.9 | 3.1 |
| צרפת | 0.6 | 0.4 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 1 | 1.3 | 1.9 | 2.6 | 3.1 |
| שוודיה | 0.5 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.9 | 1.2 | 1.8 | 2.5 | 2.6 |
| פרופילים הכוללים טיפול ממושך | | | | | | | | | | |
| אוסטריה* | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.8 | 1.2 | 1.8 | 2.9 | 5.1 |
| אוסטרליה* | 0.7 | 0.2 | 0.4 | 0.7 | 0.7 | 0.9 | 1.4 | 2.3 | 3.5 | 4.2 |
| ארצות הברית | 0.8 | 0.3 | 0.5 | 0.6 | 0.5 | 0.7 | 1.1 | 2.5 | 2.5 | 6.2 |
| הולנד | 0.5 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.8 | 1.1 | 1.6 | 3.2 | 7.3 |
| יפן | 0.7 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 1.1 | 1.9 | 2.9 | 3.3 |
| ישראל | 1 | 0.4 | 0.4 | 0.7 | 0.7 | 0.9 | 1.4 | 2.7 | 3.9 | 6.3 |
| דרום קוריאה | 0.7 | 0.6 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 1.1 | 1.7 | 2.4 | 2.5 | 1.9 |
| קנדה | 0.9 | 0.3 | 0.4 | 0.6 | 0.6 | 0.7 | 1.1 | 1.9 | 3.5 | 6.8 |
| שווייץ* | 0.3 | 0.3 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.8 | 1.2 | 1.8 | 3.1 | 5.9 |

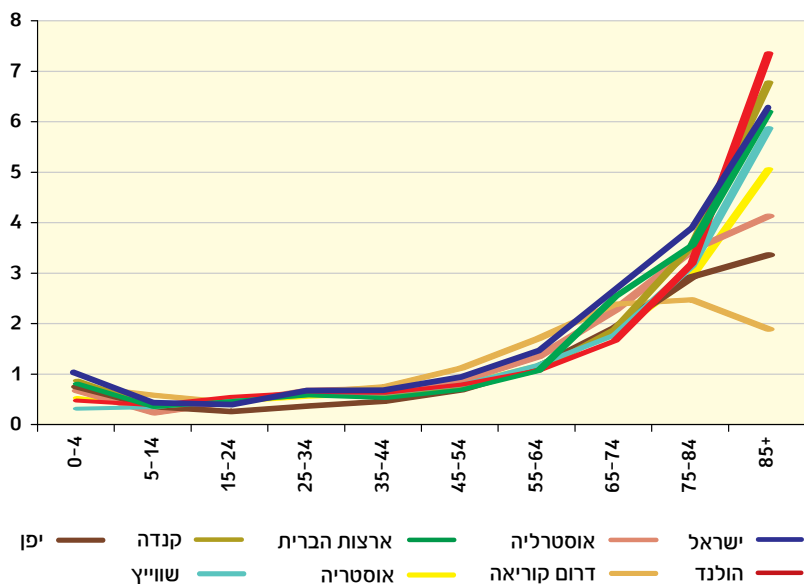
הערכים מייצגים את היחס בין ההוצאה הממוצעת של האוכלוסייה בכל קבוצת גיל לבין ההוצאה הממוצעת בכלל האוכלוסייה.

* מדינות שעבורן יש רק פרופיל של ההוצאה הכוללת על בריאות, אך אין בנמצא פרופיל נפרד של ההוצאה הציבורית.

תרשים א: פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל במדינות נבחרות, ללא טיפול ממושך



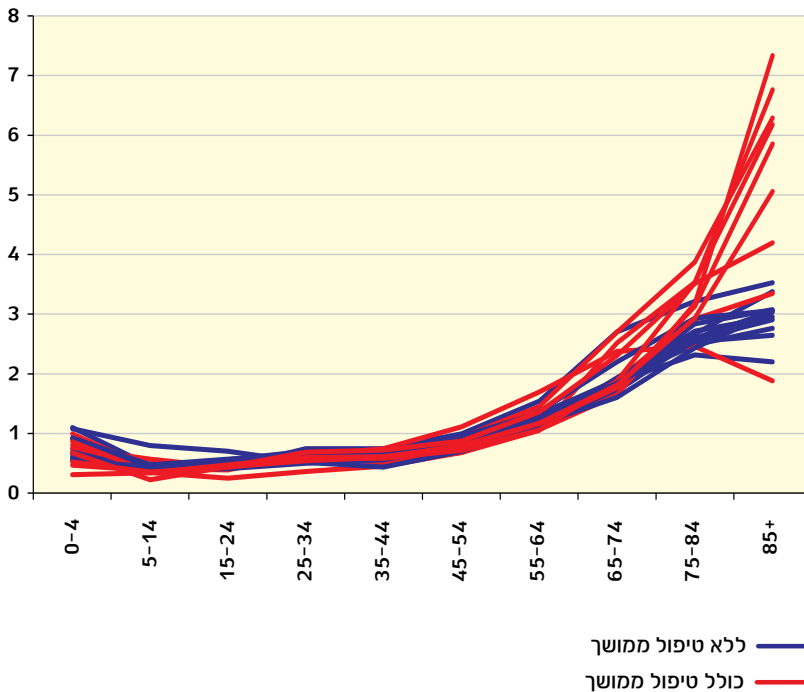
תרשים ב: פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל במדינות נבחרות, כולל טיפול ממושך



במקרה של ישראל ראוי לציין את ההבדל בין פרופיל ההוצאה הציבורית ללא טיפול ממושך לבין סולם הקפיטציה שבאמצעותו מקצים את מקורות המימון של סל הבריאות בין קופות החולים.¹² פרופיל ההוצאה הציבורית ללא טיפול ממושך הוא תלול פחות משום שסעיפי ההוצאה המוטים יותר כלפי אוכלוסיות צעירות יחסית (כמו הוצאות על יולדות ובמידה מסוימת גם הוצאות בתחום בריאות הנפש) כלולים בהוצאה הציבורית, אך לא בהוצאות שהוכאו בחשבון באמירת נוסחת הקפיטציה.

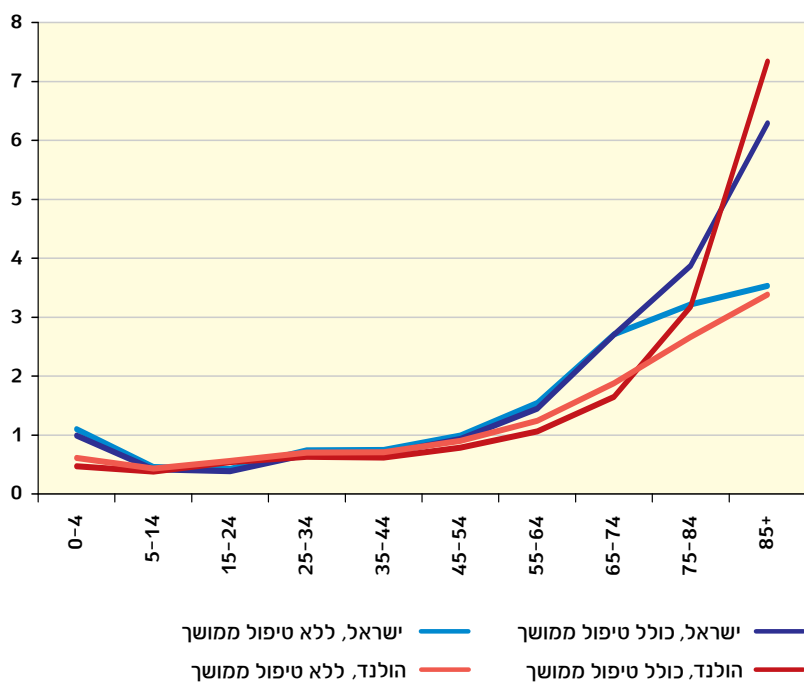
תרשים 2: השפעת ההוצאות על טיפול ממושך על פרופיל ההוצאה לפי גיל

א. פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל



12 כ-70% מסך ההוצאה הציבורית על בריאות מוקצים באמצעות סולם הקפיטציה לקופות החולים. מימון ההוצאה על טיפול ממושך אינו מוקצה באמצעות סולם זה (ראו לוח 2).

ב. פרופיל ההוצאה הציבורית בישראל ובהולנד



פרק ב: חישוב פרופיל ההוצאה הפרטית לפי גיל: מקורות הנתונים, שיטת המחקר ותוצאות

1. פרופיל ההוצאה הפרטית על בריאות לפי גיל במדינות OECD ובישראל: נתונים ושיטת חישוב

ההוצאה הפרטית של משקי בית על בריאות כוללת שני מרכיבים: הוצאה מן הכיס והוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים. ההוצאה מן הכיס (Out of pocket expenditure) כוללת הן את ההוצאה הישירה של משקי הבית על רכישת תרופות ושירותי בריאות שונים מחוץ לסל הציבורי והן את תשלומי ההשתתפות העצמית עבור שירותי בריאות הכלולים בסל הציבורי. ההוצאה על ביטוחים פרטיים כוללת את תשלומי הפרמיה לחברות המבטחות (בישראל מדובר על פרמיה עבור ביטוחי בריאות מסחריים ועבור ביטוחי בריאות משלימים של קופות החולים). ההכנסה הכוללת של משק הבית ומערכת ההעדפות שלו משפיעות על ההוצאה הפרטית יותר מאשר על ההוצאה הציבורית.

רק מדינות מעטות מפרסמות נתונים שוטפים על ההוצאה הפרטית לפי גיל, וגם הספרות המחקרית העוסקת בכך דלה למדי. מקורות הנתונים העיקריים שמהם ניתן לשאוב מידע על ההוצאה הפרטית הם סקרי חתך מדגמיים הנערכים באופן שוטף על ידי לשכות סטטיסטיות במדינות שונות, למשל סקרי הוצאות משפחה, אולם גם אלה אינם תמיד זמינים לכול. במסגרת סקרים אלה משקי הבית מדווחים על ההוצאה הפרטית לסוגיה ברמת משק הבית בלבד. במיוחד נהוגה ההבחנה בין ההוצאה מן הכיס לבין הוצאה על רכישת ביטוחי בריאות פרטיים. על בסיס סקרים אלה ובאמצעות מודלים אקונומטריים ניתן לאמוד את ההוצאה ברמת הפרט בהתאם לגילו של כל אחד מבני משק הבית.

ההוצאה הפרטית לפי גיל נאמדה או חושבה עבור שבע מדינות החברות ב־OECD: אוסטרליה, איטליה, ארצות הברית, הולנד, סלובניה, צרפת וקנדה. הנתונים על אודות חמש מן המדינות – אוסטרליה, איטליה, סלובניה, צרפת וקנדה – נלקחו ממאגר המידע של פרויקט חקר ההכנסות של לוקסמבורג (LIS). מאגר זה כולל סקרים שבהם מידע על ההוצאה הפרטית של משקי הבית ועל גילם של בני משק הבית במדינות אלה. באשר להולנד ולארצות הברית נתקבלו נתונים רשמיים שאפשרו את חישוב הפרופיל. מקורות הנתונים על ההוצאה הפרטית מצוינים אף הם בנספח 2. ואולם הנתונים שנאספו על ההוצאה הפרטית על בריאות לפי גיל במדינות השונות אינם אחידים משום שהסקרים במאגר של LIS מספקים נתונים על ההוצאה מן הכיס בלבד ולא על ההוצאה על רכישת ביטוחים פרטיים.

כמו כן, למיטב הבנתנו ההוצאה מן הכיס במדינות LIS כוללת טיפול ממושך.¹³ באשר לשתי המדינות האחרות, הולנד וארצות הברית, ההוצאה הפרטית כוללת את סעיף הטיפול הממושך, אך רק במקרה של הולנד ניתן להפרידו.¹⁴ לוח 3 מציג את תוצאות אמידת המודלים על בסיס נתוני LIS.¹⁵ המשתנה התלוי במודל הוא ההוצאה מן הכיס של משק הבית על שירותי בריאות, ואילו המשתנים המסבירים הם מספר הנפשות בכל אחת מעשר קבוצת הגיל (מודל רגרסיה ללא פרמטר קבוע). מקדם הרגרסיה של קבוצת גיל מסוימת מעיד על תוספת ההוצאה הממוצעת למשק הבית עבור אדם בקבוצת גיל זו. כאמור, ממוצע זה מחושב עבור בני שכבת גיל הנבדלים ברמת ההכנסה שלהם, בהעדפותיהם, בנגישות שלהם לשירותי הבריאות הפרטיים וכו' – מאפיינים המשפיעים על רמת ההוצאה הייחודית של כל פרט ופרט. רמה זו מושפעת גם ממספר הנפשות במשק הבית שאליו הפרט שייך. אמנם המקדם המתקבל ברגרסיה אינו אומד את סך ההוצאה אלא את ההוצאה השולית הנובעת מתוספת של פרט בכל שכבת גיל למשק בית ממוצע, אך כיוון שמטרתנו ליצור פרופיל הוצאה יחסי לפי גיל, הנחנו כאן כי היחס בין ההוצאות הממוצעות של הנפשות השוליות בכל שכבת גיל דומה ליחס שבין ההוצאות המלאות. בהתחשב ביעד זה – יצירת פרופיל יחסי – נמנענו גם מעריכת תיקון לרמת ההוצאה, הנקובה במטבע המקומי של כל מדינה, על מנת להתחשב בהבדלים בין המדינות ברמת המחירים ובשער החליפין.

13 ההוצאה על צריכת שירותי בריאות בפרויקט לוקסמבורג מוגדרת לפי קוד 6 בסיווג של סעיפי התצורות הפרטית שמבוצע על ידי המחלקה לסטטיסטיקה של האו"ם, Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP).

14 מאגר הנתונים של LIS כולל את סקר הוצאות המשפחה של ארצות הברית, אך בחרנו להתבסס על מקור מידע אחר המוצג בנספח 4.

15 כאשר התעוררה בעיה של מתאם סטטיסטי מלא בין משתנים מסבירים (מולטיקוליניאריות) (במקרה של קנדה), או כאשר התוצאות לא נמצאו מובהקות בשל מספר קטן של תצפיות, איחדנו קבוצות גיל וכך צמצמנו את מספר המשתנים המסבירים במודל. כך למשל, בקנדה, באיטליה ובאוסטרליה אוחדו קבוצות הגיל הראשונה והשנייה (0-4, 5-14), בקנדה ובאיטליה אוחדו הקבוצות השלישית והרביעית (15-24, 25-34), ובאוסטרליה, בסלובניה ובקנדה אוחדו הקבוצות התשיעית והעשירית (75-84, 85+). במקרים אלה פרופיל ההוצאה של כל עשר קבוצות הגיל חושב בדרך כלל על בסיס היחסיות בגודל ההוצאה בין כל שתי קבוצות גיל סמוכות, כפי שמעידים הנתונים על אודות ישראל. כמו כן, עבור שלוש מדינות – סלובניה, קנדה וצרפת – מאגר הנתונים של LIS כולל שני סקרים משנים שונות עם מידע על ההוצאה מן הכיס, ולפיכך נאמד מודל רגרסיה עבור כל סקר ופרופיל ההוצאה מן הכיס לפי גיל חושב על בסיס הממוצע של מקדמי הרגרסיה בשני המודלים.

לוח 3: תוצאות אמירת משוואות הרגרסיה על כטיסי הנתונים של מאגר המידע של LIS

| קנדה 2010 | קנדה 2007 | צרפת 2010 | צרפת 2005 | סלובניה 2010 | סלובניה 2007 | איטליה 2008 | אוסטרליה 2010 | גיל |
|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|--------------|-------------|---------------|------------------------|
| ***79.66 | ***74.91 | ***68.89 | **116.27 | ***146.64 | **20.50 | 36.83 | ***186.95 | 4-0 |
| | | ***55.02 | ***95.00 | ***56.78 | | | 14-5 | |
| ***220.03 | ***227.82 | ***50.38 | *61.39 | ***66.32 | ***80.71 | **43.53 | ***478.56 | 24-15 |
| | | ***200.66 | ***345.16 | ***87.88 | | | ***497.67 | 34-25 |
| ***433.05 | ***315.49 | ***297.35 | ***499.89 | ***115.83 | ***115.74 | ***201.69 | ***747.46 | 44-35 |
| ***549.73 | ***428.48 | ***233.68 | ***569.03 | ***197.28 | ***136.66 | ***224.21 | ***897.00 | 54-45 |
| ***674.22 | ***602.42 | ***236.85 | ***588.06 | ***243.3 | ***148.8 | ***257.68 | ***1148.29 | 64-55 |
| ***908.47 | ***850.48 | ***271.66 | ***561.18 | ***285.25 | ***159.71 | ***328.24 | ***1903.40 | 74-65 |
| ***823.13 | ***853.69 | ***321.67 | ***639.43 | ***182.76 | ***164.27 | ***228.97 | ***874.82 | 84-75 |
| | | ***367.91 | ***745.53 | | | ***283.42 | | 85+ |
| 25,019 | 26,745 | 15,797 | 10,240 | 3,924 | 3,697 | 7,977 | 9,773 | מספר תצפיות (משקי בית) |

הערכים מייצגים את המקדמים של רמת ההוצאה מזו הכיס עבור כל קבוצת גיל בערכים נומינליים במטבע מקומי. מאחר שאנחנו מעוניינים רק בפורפלי ההוצאה לפי גיל, לא נדרש תיקון של ההוצאה לרמת המחירים ביז מדינות ושנים.

* רמת מובהקות של 10%; ** רמת מובהקות של 5%; *** רמת מובהקות של 1%

פרופיל ההוצאה הפרטית לפי גיל מחושב על ידי חלוקת מקדם הרגרסיה של כל קבוצת גיל בהוצאה הפרטית הממוצעת המשוקללת.¹⁶ שיטת החישוב של פרופיל ההוצאה הפרטית לפי גיל של הולנד וארצות הברית דומה לשיטת החישוב של פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל במדינות אלה.¹⁷

פרופיל ההוצאה של ישראל נאמד באותה שיטה. מודל הרגרסיה המקשר בין ההוצאה הפרטית של משקי הבית למבנה הגיל של בני משק הבית נאמד על בסיס נתונים מחמישה סקרי הוצאות משפחה של הלמ"ס שנערכו בשנים 2009–2013. איחוד הסקרים אפשר לנו להגדיל משמעותית את מספר התצפיות. נתוני ההוצאה בסקרים השונים קודמו למחירי 2013.¹⁸ שלושה מודלים נאמדו: הראשון עבור כלל ההוצאות של משק הבית על בריאות, השני עבור ההוצאות על ביטוחי בריאות והשלישי עבור ההוצאות מן הכיס על בריאות. לוח 4 מרכז את תוצאות הרגרסיות.

לוח 4: תוצאות אמידת משוואות הרגרסיה על בסיס נתונים מסקרי הוצאות המשפחה – ישראל

| גיל | הוצאה מן הכיס | ביטוחים | הוצאה כוללת |
|------------------------|---------------|-----------|-------------|
| 4–0 | **23.14 | ***31.74 | ***54.88 |
| 14–5 | **15.60 | *0.86 | **16.47 |
| 24–15 | ***48.83 | *1.79 | ***50.62 |
| 34–25 | ***115.54 | ***40.87 | ***156.42 |
| 44–35 | ***214.58 | ***124.56 | ***339.14 |
| 54–45 | ***250.92 | ***168.18 | ***419.09 |
| 64–55 | ***319.47 | ***199.36 | ***518.82 |
| 74–65 | ***384.74 | ***202.14 | ***586.89 |
| 84–75 | ***386.91 | ***172.39 | ***559.30 |
| 85+ | ***328.56 | ***141.47 | ***470.02 |
| מספר תצפיות (משקי בית) | 35,647 | 35,647 | 35,647 |

הערכים מייצגים את המקדמים של רמת ההוצאה של כל קבוצת גיל בערכים נומינליים. * רמת מובהקות של 10%; ** רמת מובהקות של 5%; *** רמת מובהקות של 1%

16 מקדם פרופיל ההוצאה של קבוצת גיל i הוא $\frac{b_i}{\sum_{i=1}^{10} b_i \cdot P_i}$ כאשר b_i הוא מקדם הרגרסיה

של קבוצת גיל i ו- P_i הוא המשקל היחסי של קבוצת גיל i באוכלוסייה.

17 חשוב לציין שעמד לרשותנו סקר הוצאות המשפחה של ארצות הברית וגם עבורה היה אפשר לאמוד מודל רגרסיה.

18 לפי מדר מחירי הבריאות שבמדרד המחירים לצרכן.

מקדם סולם ההוצאה הפרטית לפי גיל עבור כל אחד משלושת המודלים חושב על ידי חלוקת מקדם הרגרסיה של כל קבוצת גיל בהוצאה הפרטית הממוצעת המשוקללת.

2. פרופיל ההוצאה הפרטית מן הכיס לפי גיל: תוצאות

לוח 5 ותרשים 3 מציגים את פרופיל ההוצאה מן הכיס לפי גיל במדינות שעל אודותיהן נתקבלו נתונים. התרשים מראה גם שבישראל פרופיל ההוצאה מן הכיס תלול יותר מהפרופיל הממוצע שחושב לשמונה המדינות המוצגות בלוח 5. ההבחנה בין ההוצאה מן הכיס לבין ההוצאה על רכישת ביטוחים פרטיים בארצות הברית ובהולנד מלמדת ששיעור ההוצאה מן הכיס מסך ההוצאה הפרטית עולה בגילים המבוגרים מאוד (נספח 7א) וכן שפרופיל ההוצאה מן הכיס לפי גיל תלול יותר מפרופיל ההוצאה על ביטוחים פרטיים (נספח 7ב). לעומת זאת, בישראל לא נצפה הבדל של ממש בין הפרופילים של שני סוגי ההוצאה הפרטית, אם כי בגילים המבוגרים גרף פרופיל ההוצאה על ביטוחים יורד באופן חד יותר (תרשים 4). בהשוואה לפרופיל ההוצאה הציבורית (גם כשלא כוללים את ההוצאה על טיפול ממושך), פרופיל ההוצאה מן הכיס שטוח יותר ובגילים המבוגרים מאוד גרף פרופיל ההוצאה אף יורד. תרשים 5 ממחיש את ההבדלים בין הפרופיל הציבורי לפרופיל הפרטי בארצות הברית, בהולנד ובישראל, כאשר ההוצאה כוללת את סעיף הטיפול הממושך.

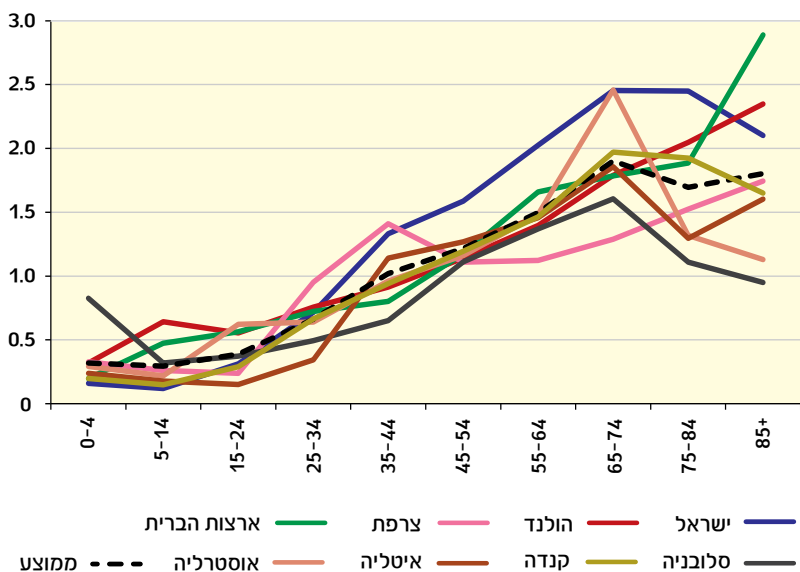
לוח 5: פרופיל ההוצאה מן הכיס לפי גיל במדינות נבחרות

| קבוצת גיל | 4-0 | 14-5 | 24-15 | 34-25 | 44-35 | 54-45 | 64-55 | 74-65 | 84-75 | 85+ |
|-------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| אוסטרליה | 0.3 | 0.2 | 0.7 | 0.7 | 1.0 | 1.2 | 1.6 | 2.6 | 1.4 | 1.2 |
| איטליה | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.4 | 1.2 | 1.3 | 1.5 | 1.9 | 1.3 | 1.7 |
| ארצות הברית | 0.5 | 0.5 | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 1.3 | 1.9 | 1.2 | 1.1 | 2.2 |
| הולנד* | 0.3 | 0.6 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | 1.1 | 1.3 | 1.7 | 1.9 | 2.2 |
| ישראל | 0.2 | 0.1 | 0.3 | 0.8 | 1.4 | 1.7 | 2.1 | 2.6 | 2.6 | 2.2 |
| סלובניה | 1.0 | 0.4 | 0.4 | 0.6 | 0.8 | 1.3 | 1.6 | 1.9 | 1.3 | 1.1 |
| צרפת | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 1.0 | 1.5 | 1.2 | 1.2 | 1.4 | 1.6 | 1.9 |
| קנדה | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.7 | 1.0 | 1.3 | 1.6 | 2.1 | 2.0 | 1.8 |
| ממוצע | 0.4 | 0.3 | 0.4 | 0.7 | 1.1 | 1.3 | 1.6 | 1.9 | 1.7 | 1.8 |

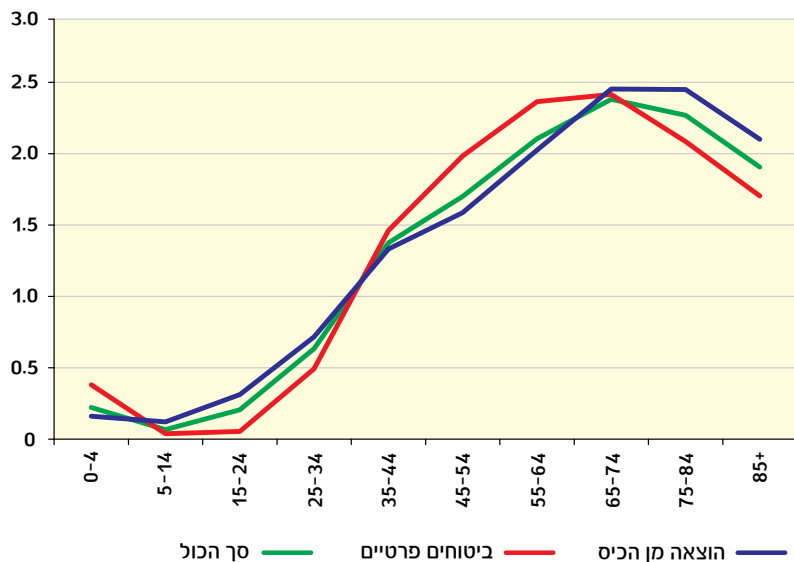
הערכים מייצגים את ההוצאה מן הכיס הממוצעת לאדם בקבוצת הגיל ביחס להוצאה מן הכיס הממוצעת בכלל האוכלוסייה.

* הנתונים שיש ברשותנו על אודות הולנד מאפשרים לחשב את פרופיל ההוצאה מן הכיס עם טיפול ממושך ובלעדיו, אולם בשל חלקו הגדול של המימון הציבורי לסעיף זה אין הבדל משמעותי בין שני הפרופילים של ההוצאה לפי גיל.

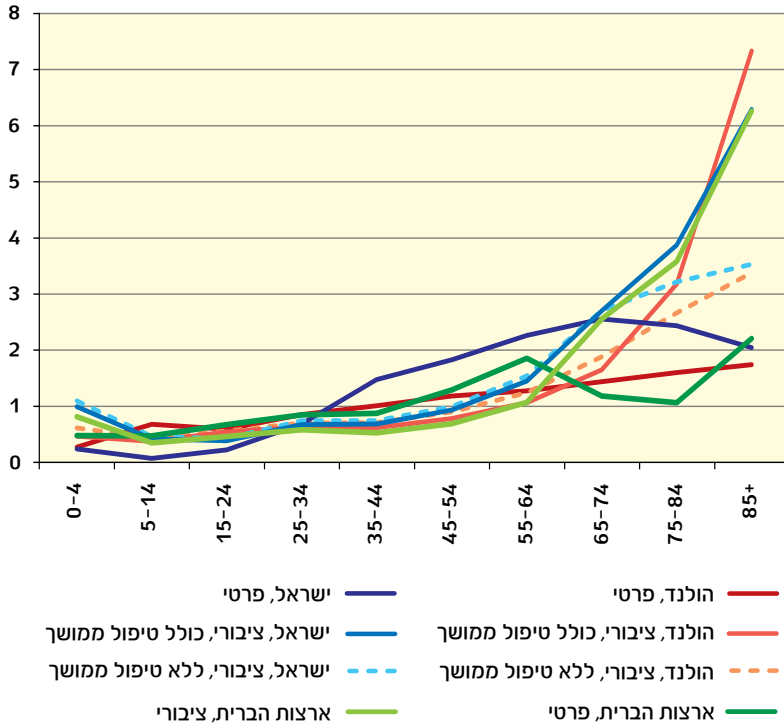
תרשים 3: פרופיל ההוצאה מן הכיס לפי גיל במדינות OECD נבחרות



תרשים 4: פרופיל ההוצאה הפרטית בישראל לפי גיל ולפי סוג ההוצאה, ממוצע 2009-2013



תרשים 5: פרופיל ההוצאה הציבורית ופרופיל ההוצאה הפרטית לפי גיל (כולל טיפול ממושך) בארצות הברית, בהולנד ובישראל



פרק ג: פרופיל ההוצאה הלאומית לפי גיל

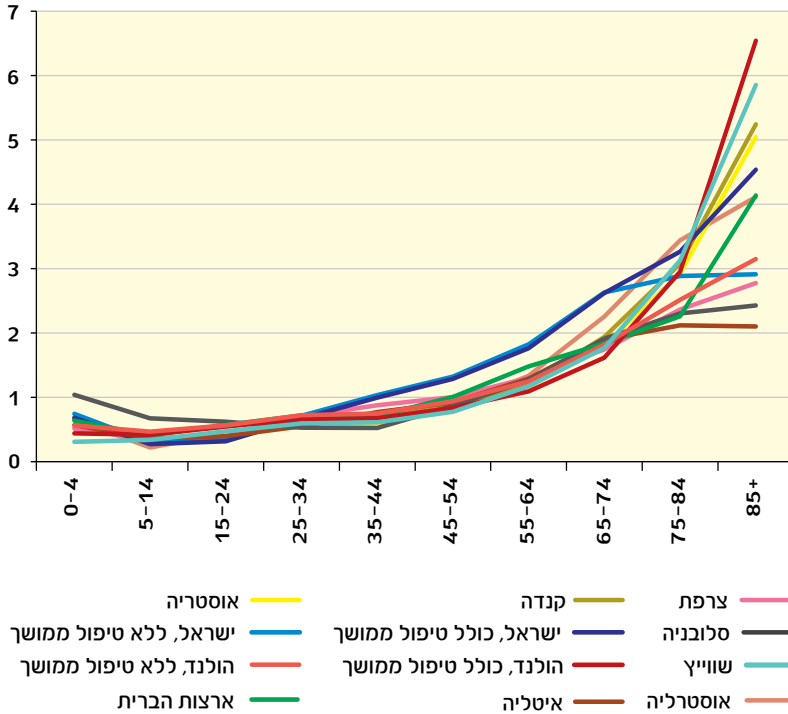
פרופיל ההוצאה הלאומית (הציבורית והפרטית גם יחד) לפי גיל חושב עבור עשר מדינות (הנתונים מוצגים בלוח 6 ובתרשים 6). פרופיל ההוצאה הלאומית חושב כממוצע משוקלל של פרופיל ההוצאה הציבורית ופרופיל ההוצאה הפרטית, כאשר המשקל שניתן לכל סוג הוצאה שווה לחלק היחסי שלו בסך ההוצאה הלאומית בהתאם לנתונים שפרסם ארגון OECD. החישוב הזה אינו תקף כמובן למדינות שהנתונים שהושגו על אודותיהן מדווחים רק על ההוצאה הלאומית, מבלי שאפשר להבחין בין הוצאה ציבורית להוצאה פרטית. באשר להולנד ולישראל מוצגים שני פרופילים – עם הוצאות על טיפול ממושך ובלעדיהן.

לוח 6: פרופיל ההוצאה הלאומית על בריאות לפי גיל במדינות OECD נבחרות

| קבוצת גיל | 4-0 | 14-5 | 24-15 | 34-25 | 44-35 | 54-45 | 64-55 | 74-65 | 84-75 | 85+ |
|------------------------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| פרופילים ללא טיפול ממושך | | | | | | | | | | |
| איטליה | 0.6 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.8 | 0.9 | 1.3 | 1.9 | 2.1 | 2.1 |
| הולנד | 0.6 | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.9 | 1.2 | 1.8 | 2.5 | 3.1 |
| ישראל | 0.7 | 0.3 | 0.3 | 0.7 | 1 | 1.3 | 1.8 | 2.6 | 2.9 | 2.9 |
| סלובניה | 1 | 0.7 | 0.6 | 0.5 | 0.5 | 0.9 | 1.3 | 1.9 | 2.3 | 2.4 |
| צרפת | 0.5 | 0.3 | 0.4 | 0.7 | 0.9 | 1 | 1.3 | 1.7 | 2.4 | 2.8 |
| ממוצע | 0.7 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.8 | 1 | 1.4 | 2 | 2.4 | 2.7 |
| פרופילים הכוללים טיפול ממושך | | | | | | | | | | |
| אוסטריה | 0.5 | 0.3 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.8 | 1.2 | 1.8 | 2.9 | 5 |
| אוסטרליה | 0.7 | 0.2 | 0.4 | 0.7 | 0.7 | 0.9 | 1.3 | 2.3 | 3.4 | 4.1 |
| ארצות הברית | 0.6 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 1 | 1.5 | 1.8 | 2.3 | 4.1 |
| הולנד | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 1.1 | 1.6 | 3 | 6.5 |
| ישראל | 0.7 | 0.3 | 0.3 | 0.7 | 1 | 1.3 | 1.8 | 2.6 | 3.3 | 4.5 |
| קנדה | 0.7 | 0.3 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 0.9 | 1.2 | 1.9 | 3.1 | 5.2 |
| שווייץ | 0.3 | 0.3 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.8 | 1.2 | 1.8 | 3.1 | 5.9 |
| ממוצע | 0.6 | 0.3 | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.9 | 1.3 | 2 | 3 | 5.1 |

הערכים מייצגים את ההוצאה הכוללת הממוצעת לאדם בקבוצת הגיל ביחס להוצאה הכוללת הממוצעת בכלל האוכלוסייה.

תרשים 6: פרופיל ההוצאה הכוללת על בריאות לפי גיל במדינות נבחרות



בסך הכול פרופיל ההוצאה הלאומית דומה לפרופיל ההוצאה הציבורית, אם כי פחות תלול ממנו – במיוחד במדינות שבהן שיעור ההוצאה הציבורית מתוך ההוצאה הלאומית גבוה מאוד. הנתונים שנאספו מאפשרים לבחון גם את התמהיל שבין החלק הציבורי לחלק הפרטי במימון ההוצאה הלאומית על בריאות לפי גיל. באופן כללי, תרשים 7 מראה שהקשר בין שיעור ההוצאה הציבורית מכלל ההוצאה הלאומית לבין הגיל הוא בצורה של פרבולה שלילית (צורת U), כלומר שהמגזר הציבורי נוטל חלק מרכזי במימון ההוצאות על ילדים קטנים ועל מבוגרים מאוד, ואולם בשאר קבוצות הגיל חלקו דומיננטי הרבה פחות. המדינות המוצגות בתרשים שונות זו מזו בעומק הפרבולה: לישראל אופיינית הפרבולה העמוקה ביותר ואילו להולנד השטוחה ביותר. המגזר הציבורי בישראל מממן כ-85% עד 90% מההוצאה של שתי קבוצות הגיל הצעירות ביותר, 0-4 ו-5-14, 40% בקבוצת הגיל 35-44

וכ-70% בגיל 85 ומעלה.¹⁹ בהולנד השיעור הנמוך ביותר של ההוצאה הציבורית (בקבוצת הגיל 35-44) עומד על כ-80%. בארצות הברית צורת הקשר דומה יותר לטרפו הפוך: שיעור ההוצאה הציבורית על ילדים קטנים (0-4) הוא בסביבות 50%, בגילים 5-64 הוא יורד ל-30%, ואילו בקבוצות הגיל המבוגרות הוא קופץ ל-70% ומעלה. התמהיל של החלק הציבורי והחלק הפרטי במימון ההוצאה הלאומית על בריאות לפי גיל מושפע בוודאי ממבנה תוכניות הבריאות הציבוריות במדינות השונות. כך למשל, בארצות הברית נשים בהיריון ותינוקות עד גיל שנה נהנים מזכאות רחבה יותר לתוכנית Medicaid, אשר מעניקה ביטוח רפואי לבעלי הכנסה נמוכה; תוכנית CHIP (Children's Health Insurance Program) מעניקה ביטוח לילדים ממשפחות שהכנסתן גבוהה רק במעט מסף הזכאות לתוכנית Medicaid; ותוכנית Medicare מספקת ביטוח בריאות לקשישים בני 65 ומעלה.

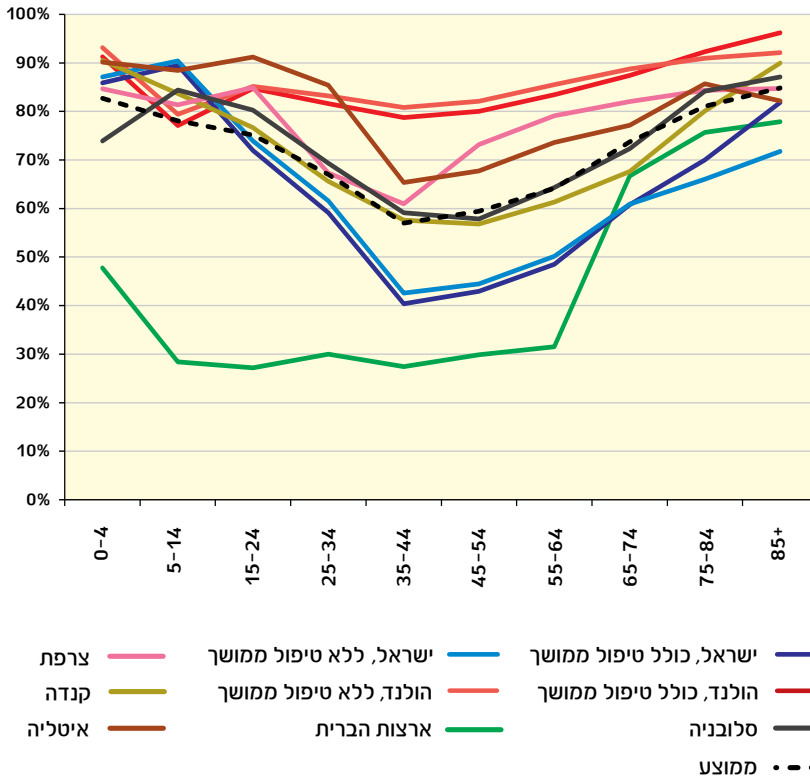
לוח 7: שיעור ההוצאה הציבורית מכלל ההוצאה לפי קבוצת גיל במדינות נבחרות (אחוזים)

| קבוצת גיל | 4-0 | 5-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75-84 | 85+ |
|--------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| איטליה | 90.2 | 88.5 | 91.2 | 85.4 | 65.3 | 67.7 | 73.6 | 77.1 | 85.7 | 82.2 |
| ארצות הברית* | 47.8 | 28.4 | 27.2 | 30.0 | 27.4 | 29.9 | 31.5 | 66.7 | 75.7 | 77.9 |
| הולנד* | 91.3 | 77.1 | 84.7 | 81.6 | 78.7 | 80.0 | 83.4 | 87.4 | 92.3 | 96.2 |
| הולנד | 93.2 | 79.4 | 85.1 | 83.2 | 80.8 | 82.1 | 85.5 | 88.8 | 90.9 | 92.1 |
| ישראל* | 85.9 | 89.5 | 72.0 | 59.1 | 40.4 | 42.9 | 48.5 | 60.8 | 70.0 | 81.9 |
| ישראל | 87.1 | 90.4 | 73.9 | 61.6 | 42.6 | 44.4 | 50.1 | 60.9 | 66.0 | 71.7 |
| סלובניה | 73.9 | 84.4 | 80.3 | 69.3 | 59.1 | 57.9 | 64.3 | 72.3 | 84.2 | 87.1 |
| צרפת | 84.6 | 81.4 | 84.9 | 67.3 | 61.0 | 73.2 | 79.1 | 82.1 | 84.4 | 84.7 |
| קנדה* | 90.5 | 83.7 | 76.7 | 65.6 | 57.6 | 56.8 | 61.3 | 67.6 | 80.1 | 90.0 |
| ממוצע | 82.7 | 78.1 | 75.1 | 67.0 | 57.0 | 59.4 | 64.2 | 73.8 | 81.0 | 84.9 |

* פרופיל שכולל הוצאה על טיפול סיעודי.

19 במקרה שההוצאות בגיל 85 ומעלה כוללות טיפול סיעודי, המגזר הציבורי בישראל מממן יותר מ-80% מההוצאות.

תרשים 7: שיעור ההוצאה הציבורית על בריאות מכלל ההוצאה הלאומית על בריאות לפי גיל



פרק ד: השפעת הדמוגרפיה ופרופיל ההוצאה לפי גיל על דירוג המדינות לפי ההוצאה הציבורית על בריאות

1. שיטת החישוב

המבנה הדמוגרפי של האוכלוסייה ופרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל משפיעים כאמור על מיקומן של המדינות בסולם המדרג אותן לפי גודל ההוצאה הציבורית. המבנה הדמוגרפי משתקף בחלקה היחסי של כל קבוצת גיל בכלל האוכלוסייה במדינה, ופרופיל ההוצאה לפי גיל מייצג את ההשקעה הדיפרנציאלית של המערכת הציבורית באנשים מקבוצות גיל שונות. אפשר לבחון את ההשפעה הנפרדת של כל אחד משני גורמים אלה באמצעות מענה על שתי השאלות הבאות: השאלה הראשונה היא כיצד מיקומה של מדינה מסוימת בסולם ההוצאה הציבורית היה משתנה אילו הנחנו מבנה דמוגרפי קבוע לכל המדינות; השאלה השנייה היא כיצד מיקומה של מדינה מסוימת בסולם ההוצאה הציבורית היה משתנה אילו הנחנו פרופיל הוצאה לפי גיל אחיד לכל המדינות. כפי שנכתב במבוא, ההנחה של פרופיל הוצאה קבוע מאפשרת לשלוט במאפיינים של המערכת הציבורית (למשל העדפה של קבוצות גיל מסוימות או מבנה עלויות של הספקת שירותים) ובגורמים מוסדיים וחברתיים אחרים שעשויים להיות בעלי השפעה על דפוסי השינוי (קצב העלייה או הירידה) בהוצאה על בריאות עם העלייה בגיל.

חישוב ההוצאה הציבורית המתוקנת למבנה דמוגרפי אחיד לכל המדינות: כאשר אנו מניחים פרופיל הוצאה ייחודי לכל מדינה אך מבנה דמוגרפי אחיד לכל המדינות, אזי ההוצאה המתוקנת של מדינה j לפי מבנה דמוגרפי של ישראל, למשל, תסומן ב- \overline{EX}^{1j} , כאשר W_t^j מסמן את היחס בין ההוצאה הציבורית על פרט ממוצע בקבוצת הגיל i לבין ההוצאה הציבורית על פרט ממוצע במדינה j ; P_t^{Israel} מסמן את חלקה היחסי של קבוצת הגיל i בישראל; ו- EX^j הוא ההוצאה הציבורית המקורית (לא מתוקנת).

$$EX^j * A^j = \overline{EX}^{1j}$$

$$\sum_{i=1}^{10} P_t^{Israel} * W_t^j = A^j$$

חישוב ההוצאה הציבורית המתוקנת לפרופיל הוצאה אחיד לכל המדינות: כאשר אנו מניחים מבנה דמוגרפי ייחודי לכל מדינה אך פרופיל הוצאה לפי גיל אחיד לכל המדינות, אזי ההוצאה המתוקנת של מדינה j לפי המבנה הדמוגרפי של ישראל, למשל, תסומן ב- \overline{EX}^{2j} , כאשר:

$$EX^j * \frac{1}{B^j} = \overline{EX}^{2j}$$

$$\sum_{i=1}^{10} P_i^j * W_i^{Israel} = B^j$$

החישוב בוצע בדרך כלל עבור שני בסיסי השוואה: ישראל והממוצע של האיחוד האירופי (EU27). כמובן שאפשר לבחור מדינה אחרת או ממוצע של קבוצת מדינות אחרת כבסיס להשוואה. ההשוואה של ההוצאה הציבורית המתוקנת למבנה דמוגרפי קבוע נערכה לגבי 17 המדינות שעל אודותיהן הושגו נתונים לחישוב פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל, כפי שנדרש לחישוב ההוצאה המתוקנת לדמוגרפיה. ואולם אם מניחים שפרופיל ההוצאה הציבורית של המדינות האחרות (שאינן בקבוצה של 17 המדינות) זהה לפרופיל הממוצע של האיחוד האירופי (או לחלופין של ישראל), ניתן להשוות את ההוצאה המתוקנת לדמוגרפיה בכל מדינות OECD.²⁰ ההשוואה של ההוצאה הציבורית המתוקנת לפרופיל הוצאה אחיד נערכה בין כל המדינות החברות ב-OECD ללא צורך בהנחה כלשהי מפני שהמבנה הדמוגרפי של כולן ידוע.

2. ההוצאה הציבורית המתוקנת למבנה דמוגרפי אחיד

תוצאות עבור 17 המדינות החברות ב-OECD שעל אודותיהן הושג מידע על פרופיל ההוצאה לפי גיל: לוח 8 מראה את דירוג 17 המדינות (המקום הגבוה ביותר=1) לפי שני מדדי הוצאה: ההוצאה הציבורית על בריאות מהתוצר וההוצאה הציבורית על בריאות לנפש בדולרים במונחי PPP (מחירים קבועים). בצד הדירוג ה"רגיל" (ללא תיקון) של המדינות מופיעים דירוגים לפי ההוצאה המתוקנת למבנה הדמוגרפי של ישראל ולמבנה הדמוגרפי הממוצע של האיחוד האירופי. בדירוג הרגיל ישראל ממוקמת במקום ה-16 לפי שני מדדי ההוצאה הציבורית על בריאות, כאשר דרום קוריאה מדורגת במקום האחרון. ישראל נשארת במקום הלפני אחרון לפי שני מדדי ההוצאה, בין שבוחרים במבנה הדמוגרפי של ישראל כבסיס ובין שבוחרים בממוצע של האיחוד האירופי.

20 השוואה מעין זו אינה אידיאלית שכן כאשר לכמחצית מהמדינות החברות ב-OECD אנו מניחים הן מבנה דמוגרפי אחיד והן פרופיל הוצאה אחיד.

לוח 8א: דירוג 17 המדינות לפי ההוצאה הצרכנית על בריאות המדינות המתקנת למבנה המוגרפי אחיד

| הוצאה צרכנית על בריאות לנפש בדולרים (PPP) | | | | | הוצאה צרכנית על בריאות כאחוז מהתמ"ג | | | | |
|---|-------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| מדינה | מיקום מקורי | תיקון למבנה דמוגרפי של ישראל | תיקון למבנה דמוגרפי של EU27 | תיקון למבנה דמוגרפי ממוצע של EU27 | מדינה | מיקום מקורי | תיקון למבנה דמוגרפי של ישראל | תיקון למבנה דמוגרפי של EU27 | תיקון למבנה דמוגרפי ממוצע של EU27 |
| הולנד | 1 | 1 | 1 | 1 | הולנד | 1 | 1 | 1 | 1 |
| צרפת | 2 | 2 | 2 | 2 | צרפת | 2 | 2 | 2 | 2 |
| גרמניה | 3 | 3 | 3 | 3 | גרמניה | 3 | 5 | 3 | 6 |
| יפן | 4 | 4 | 4 | 4 | יפן | 4 | 12 | 4 | 11 |
| אסטריה | 5 | 5 | 5 | 5 | אסטריה | 5 | 6 | 5 | 4 |
| גרמניה | 6 | 6 | 6 | 6 | גרמניה | 6 | 3 | 6 | 3 |
| שוודיה | 7 | 7 | 8 | 9 | שוודיה | 7 | 4 | 7 | 5 |
| צרפת | 8 | 9 | 8 | 8 | שוודיה | 8 | 8 | 8 | 8 |
| קנדה | 9 | 7 | 9 | 7 | קנדה | 9 | 7 | 9 | 7 |
| יפן | 10 | 12 | 10 | 12 | שווייץ | 10 | 10 | 10 | 9 |
| אסטריה | 11 | 10 | 11 | 10 | איטליה | 11 | 13 | 11 | 13 |
| פינלנד | 12 | 11 | 12 | 11 | פינלנד | 12 | 11 | 12 | 14 |
| איטליה | 13 | 13 | 13 | 13 | סלובניה | 13 | 9 | 13 | 12 |
| סלובניה | 14 | 14 | 14 | 14 | צ'כיה | 14 | 15 | 14 | 15 |
| צ'כיה | 15 | 15 | 15 | 15 | אסטריה | 15 | 14 | 15 | 14 |
| ישראל | 16 | 16 | 16 | 16 | ישראל | 16 | 16 | 16 | 16 |
| דרום קוריאה | 17 | 17 | 17 | 17 | דרום קוריאה | 17 | 17 | 17 | 17 |

בסוגריים: שינוי במיקום לעומת דמת ההוצאה המקורית

לוח 88: דירוג מדינות OECD לפי ההוצאה הצבאית על בריאות המתקנת למבנה דמוגרפי אחיד

| ההוצאה הצבאית כנפש במחזירים קבועים כדולרים | | | | ההוצאה הצבאית כאחוז מהתמ"ג | | | | | | | | | | | | |
|--|----|-----------------|------|----------------------------|-------|------|-------|-----------------|----|-----------------|-------|-------|-----|----|------|-------------|
| מבנה דמוגרפי של | | מבנה דמוגרפי של | | מקורי | | של | | מבנה דמוגרפי של | | מבנה דמוגרפי של | | מקורי | | | | |
| EU27 | | ישראל | | | | EU27 | | ישראל | | | | | | | | |
| -(1) | 3 | 4,432 | (0) | 2 | 3,719 | 2 | 4,375 | (0) | 1 | 10.2 | (0) | 1 | 8.6 | 1 | 10.1 | הולנד |
| (0) | 4 | 4,029 | (0) | 4 | 3,448 | 4 | 4,029 | (0) | 2 | 9.4 | (0) | 2 | 8.1 | 2 | 9.4 | דנמרק* |
| (0) | 11 | 3,278 | -(1) | 12 | 2,694 | 11 | 3,317 | (0) | 3 | 8.9 | (0) | 3 | 7.3 | 3 | 9.0 | צרפת |
| (0) | 8 | 3,439 | (0) | 8 | 2,902 | 8 | 3,691 | -(5) | 9 | 8.1 | -(4) | 8 | 6.8 | 4 | 8.6 | גרמניה |
| -(6) | 19 | 2,529 | -(6) | 19 | 2,049 | 13 | 2,997 | -(10) | 15 | 7.1 | -(12) | 17 | 5.8 | 5 | 8.4 | יפן |
| (0) | 7 | 3,633 | (0) | 7 | 2,942 | 7 | 3,716 | (0) | 6 | 8.2 | -(3) | 9 | 6.7 | 6 | 8.4 | אוסטריה** |
| (2) | 17 | 2,623 | (1) | 18 | 2,245 | 19 | 2,623 | (2) | 5 | 8.3 | (2) | 5 | 7.1 | 7 | 8.3 | ניד זילנד* |
| (0) | 10 | 3,323 | (1) | 9 | 2,844 | 10 | 3,323 | (1) | 7 | 8.2 | (2) | 6 | 7.0 | 8 | 8.2 | בלגיה* |
| (1) | 2 | 4,560 | (0) | 3 | 3,668 | 3 | 4,160 | (5) | 4 | 8.8 | (5) | 4 | 7.1 | 9 | 8.0 | ארצות הברית |
| (0) | 1 | 5,417 | (0) | 1 | 4,594 | 1 | 5,222 | (2) | 8 | 8.2 | (3) | 7 | 6.9 | 10 | 7.9 | נורווגיה |
| (0) | 15 | 2,762 | (0) | 15 | 2,364 | 15 | 2,762 | (0) | 11 | 7.8 | (1) | 10 | 6.7 | 11 | 7.8 | בריטניה* |
| -(3) | 12 | 3,269 | -(2) | 11 | 2,739 | 9 | 3,336 | (0) | 12 | 7.6 | (0) | 12 | 6.4 | 12 | 7.8 | שוודיה* |
| (3) | 9 | 3,376 | (2) | 10 | 2,761 | 12 | 3,224 | (3) | 10 | 8.0 | (2) | 11 | 6.6 | 13 | 7.7 | קנדה |
| (0) | 5 | 4,010 | -(1) | 6 | 3,190 | 5 | 4,001 | (1) | 13 | 7.5 | -(1) | 15 | 6.0 | 14 | 7.5 | שווייץ** |
| (0) | 14 | 2,847 | (1) | 13 | 2,437 | 14 | 2,847 | (1) | 14 | 7.3 | (2) | 13 | 6.2 | 15 | 7.3 | איסלנד* |
| (0) | 20 | 2,329 | (0) | 20 | 1,965 | 20 | 2,481 | -(2) | 18 | 6.7 | -(3) | 19 | 5.6 | 16 | 7.1 | איטליה |
| -(1) | 18 | 2,604 | (1) | 16 | 2,277 | 17 | 2,669 | -(3) | 20 | 6.7 | (1) | 16 | 5.8 | 17 | 6.8 | פינלנד |

פרופיל ההוצאה על בריאות לפי גיל | לאה אחדות גבי בן נון ערן פוליצר

| סלובניה | 6.7 | 18 | 6.0 | 14 | (4) | 6.7 | 17 | (1) | 1,907 | 22 | 1,723 | 22 | (0) | 1,904 | 22 | (0) |
|-------------|-----|-------|-----|-------|------|-----|-------|------|-------|--------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| ספרד* | 6.7 | 19 | 5.7 | 18 | (1) | 6.7 | 19 | (0) | 2,142 | 21 | 1,833 | 21 | (0) | 2,142 | 21 | (0) |
| צ'כיה | 6.3 | 20 | 5.2 | 22 | -(2) | 6.4 | 21 | -(1) | 1,745 | 23 | 1,432 | 23 | (0) | 1,757 | 23 | (0) |
| יוון* | 6.2 | 21 | 5.3 | 21 | (0) | 6.2 | 22 | -(1) | 1,617 | 24 | 1,384 | 24 | (0) | 1,617 | 25 | -(1) |
| אוסטרליה** | 6.2 | 22 | 5.4 | 20 | (2) | 6.8 | 16 | (6) | 2,733 | 16 | 2,368 | 14 | (2) | 2,975 | 13 | (3) |
| אירלנד* | 6.0 | 23 | 5.1 | 23 | (0) | 6.0 | 23 | (0) | 2,628 | 18 | 2,249 | 17 | (1) | 2,628 | 16 | (2) |
| לוקסמבורג | 5.9 | 24 | 5.1 | 24 | (0) | 5.9 | 24 | (0) | 3,821 | 6 | 3,270 | 5 | (1) | 3,821 | 6 | (0) |
| פורטוגל* | 5.9 | 25 | 5.1 | 25 | (0) | 5.9 | 25 | (0) | 1,539 | 25 | 1,317 | 26 | -(1) | 1,539 | 26 | -(1) |
| סלובקיה* | 5.7 | 26 | 4.9 | 26 | (0) | 5.7 | 26 | (0) | 1,468 | 26 | 1,256 | 27 | -(1) | 1,468 | 27 | -(1) |
| הונגריה* | 5.0 | 27 | 4.3 | 28 | -(1) | 5.0 | 28 | -(1) | 1,128 | 30 | 965 | 30 | (0) | 1,128 | 30 | (0) |
| פולין* | 4.7 | 28 | 4.0 | 29 | -(1) | 4.7 | 29 | -(1) | 1,065 | 31 | 911 | 31 | (0) | 1,065 | 31 | (0) |
| אסטוניה* | 4.6 | 29 | 4.0 | 30 | -(1) | 4.6 | 30 | -(1) | 1,139 | 29 | 975 | 29 | (0) | 1,139 | 29 | (0) |
| ישראל | 4.4 | 30 | 4.4 | 27 | (3) | 5.3 | 27 | (3) | 1,377 | 27 | 1,377 | 25 | (2) | 1,652 | 24 | (3) |
| דרום קוריאה | 4.2 | 31 | 3.8 | 31 | (0) | 4.5 | 31 | (0) | 1,248 | 28 | 1,142 | 28 | (0) | 1,358 | 28 | (0) |
| טורקיה* | 4.1 | 32 | 3.5 | 32 | (0) | 4.1 | 32 | (0) | 756 | 33 | 647 | 33 | (0) | 756 | 33 | (0) |
| צ'ילה* | 3.6 | 33 | 3.1 | 33 | (0) | 3.6 | 33 | (0) | 776 | 32 | 664 | 32 | (0) | 776 | 32 | (0) |
| מקסיקו* | 3.1 | 34 | 2.7 | 34 | (0) | 3.1 | 34 | (0) | 531 | 34 | 454 | 34 | (0) | 531 | 34 | (0) |
| ממוצע | 6.7 | (2.3) | 5.7 | (1.3) | | 6.7 | (1.4) | | 2,541 | (1164) | 2,141 | (764) | | 2,550 | (898) | |

באדום: דירוג המדינות בסדר אורבנלי מחוגה לנמוך לפי רמת ההוצאה.

בסוגריים: השינוי ביחס לידידת המקורי.

בעמודות הממוצע הערכים בסוגריים ובהאום מסויינים את הפער בין ההוצאה הממוצעת ב־OECD להוצאה בישראל.

* מדינות שעל אדמותיהן לא התקבל פרופיל הוצאה ציבורית לפי גיל ולכן השתמשנו בפרופיל ההוצאה הציבורית הממוצעת של האזור האירופי.

** מדינות שעברון התקבל רק פרופיל ההוצאה הכולל ולכן השתמשנו בו ולא בפרופיל ההוצאה הציבורית.

תוצאות עבור כל המדינות החברות ב-OECD: כאשר מייחסים למדינות OECD שאינן נמנות עם קבוצת 17 המדינות הנ"ל את פרופיל ההוצאה הממוצע של האיחוד האירופי (המחושב, כאמור, ללא טיפול ממושך), אזי שליטה על המבנה הדמוגרפי מעלה מעט את דירוגה של ישראל מהמקום ה-30 למקום ה-27 במדד ההוצאה הציבורית כאחוז מהתוצר, ומהמקום ה-27 למקום ה-25 (לפי הדמוגרפיה של ישראל) או ה-24 (לפי הדמוגרפיה של האיחוד האירופי) במדד ההוצאה לנפש בדולרים במחירים קבועים. תוצאות אלה מוצגות בלוח 8 לעיל. אותן תוצאות מתקבלות כאשר מייחסים למדינות שאינן נמנות עם קבוצת ה-17 את פרופיל ההוצאה לפי גיל של ישראל.²¹

3. תוצאות: ההוצאה הציבורית המתוקנת לפרופיל אחיד של הוצאה לפי גיל במדינות OECD

לוח 9 מראה את דירוג המדינות לפי מדד ההוצאה כאחוז מהתמ"ג בהתאם להוצאה המקורית ובהתאם להוצאה המתוקנת לפי ארבעה פרופילים של הוצאה: של ישראל, של האיחוד האירופי, של ארצות הברית ושל שוודיה. פרופילים אלה משקפים מבנים שונים של מערכות בריאות. לוח 10 מראה את הדירוגים במצבים השונים בהתייחס להוצאה לנפש במחירים קבועים. שליטה על פרופיל ההוצאה לפי גיל משפרת מעט את מצבה היחסי של ישראל, אך היא נותרת בתחתית הסולם ורחוקה מהממוצע של 27 מדינות האיחוד האירופי ומהממוצע של 34 המדינות החברות ב-OECD. לפי ההוצאה המתוקנת לפרופיל של ישראל או לפרופיל של האיחוד האירופי, ישראל עולה בין שניים לשלושה מקומות, מהמקום ה-30 למקום ה-28 במדד ההוצאה הציבורית כאחוז מהתוצר, ומהמקום ה-27 למקום ה-24 במדד ההוצאה לנפש בדולרים במחירים קבועים. גם לו תיקנו את ההוצאה בפרופיל של ארצות הברית או של שוודיה – שלהן מערכות בריאות שונות מאוד זו מזו – מיקומה של ישראל היה משתפר בשני מקומות. בהשוואה של קבוצת 17 המדינות שהוזכרו בסעיף הקודם, ישראל אינה משפרת כלל את מצבה היחסי.

21 לוחות נוספים, שאינם מופיעים במחקר מדיניות זה, מצויים בידי כותבי המחקר ואפשר לעיין בהם.

לוח 9: ההוצאה הציבורית על בריאות כאחוז מהתמ"ג מתוקנת לפרופיל הוצאה לפי גיל אחר

| מדינה | מיקום רגיל | מיקום פרופיל ישראל | מיקום פרופיל EU27 | מיקום פרופיל שוודיה | מיקום פרופיל קנדה |
|-------------|------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| הולנד | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| דנמרק | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| צרפת | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 |
| גרמניה | 4 | 10 | 9 | 9 | 11 |
| יפן | 5 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| אוסטריה | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 |
| ניו זילנד | 7 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| בלגיה | 8 | 9 | 8 | 8 | 10 |
| ארצות הברית | 9 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| נורווגיה | 10 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| בריטניה | 11 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| שוודיה | 12 | 13 | 13 | 13 | 14 |
| קנדה | 13 | 11 | 11 | 11 | 9 |
| שווייץ | 14 | 14 | 14 | 14 | 13 |
| איסלנד | 15 | 8 | 10 | 10 | 6 |
| איטליה | 16 | 18 | 17 | 17 | 24 |
| פינלנד | 17 | 20 | 18 | 18 | 19 |
| סלובניה | 18 | 19 | 19 | 20 | 18 |
| ספרד | 19 | 21 | 20 | 21 | 21 |
| צ'כיה | 20 | 23 | 22 | 22 | 20 |
| יוון | 21 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| אוסטרליה | 22 | 17 | 21 | 19 | 17 |
| אירלנד | 23 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| לוקסמבורג | 24 | 22 | 23 | 23 | 22 |
| פורטוגל | 25 | 26 | 26 | 26 | 27 |
| סלובקיה | 26 | 24 | 24 | 24 | 23 |
| הונגריה | 27 | 29 | 29 | 29 | 29 |
| פולין | 28 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| אסטוניה | 29 | 32 | 32 | 32 | 33 |
| ישראל | 30 | 28 | 28 | 27 | 28 |
| דרום קוריאה | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 |
| טורקיה | 32 | 27 | 27 | 28 | 26 |
| צ'ילה | 33 | 33 | 33 | 33 | 32 |
| מקסיקו | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |

בסוגריים: שינוי במיקום לעומת רמת ההוצאה המקורית.

לוח 10: ההוצאה הציבורית על בריאות לנפש (PPP) מתוקנת לפרופיל הוצאה לפי גיל אחיד

| מדינה | | מיקום רגיל | מיקום פרופיל ישראל | מיקום פרופיל EU27 | | מיקום פרופיל שוודיה | | מיקום פרופיל קנדה |
|-------------|----|------------|--------------------|-------------------|----|---------------------|----|-------------------|
| נורווגיה | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| הולנד | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| ארצות הברית | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| דנמרק | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| שווייץ | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| לוקסמבורג | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| אוסטריה | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| גרמניה | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| שוודיה | 9 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| בלגיה | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| צרפת | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| קנדה | 12 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| יפן | 13 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| איסלנד | 14 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| בריטניה | 15 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| אוסטרליה | 16 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| פינלנד | 17 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| אירלנד | 18 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |
| ניו זילנד | 19 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| איטליה | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| ספרד | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| סלובניה | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| צ'כיה | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| יוון | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| פורטוגל | 25 | 27 | 27 | 27 | 27 | 27 | 27 | 27 |
| סלובקיה | 26 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| ישראל | 27 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| דרום קוריאה | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| אסטוניה | 29 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| הונגריה | 30 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 |
| פולין | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 |
| צ'ילה | 32 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| טורקיה | 33 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 |
| מקסיקו | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |

בסוגריים: שינוי במיקום לעומת רמת ההוצאה המקורית.

4. תוצאות של מבחני רגישות נוספים

בכל הניתוחים שהוצגו עד כה דורגו המדינות לפי ההוצאה הציבורית כולל טיפול ממושך בהתאם להגדרה של OECD. ואמנם, הטוב ביותר הוא להשתמש עבור כל מדינה בפרופיל ההוצאה הכוללת את הטיפול הממושך. ואולם, כאמור, הפרופילים שחושבו אינם אחידים, ועל כן בחרנו לדרג את המדינות גם לפי ההוצאה הציבורית בהשמטת סעיף הטיפול הממושך (נתון שארגון OECD מפרסם על אודות 28 מתוך 34 המדינות החברות בו), וגם אותה לתקן למבנה דמוגרפי אחיד ולפרופיל הוצאה אחיד. התוצאות מלמדות שגם בחישוב זה מצבה של ישראל משתפר, אך במעט. כך למשל, כאשר מתקנים את ההוצאה לפי פרופיל הוצאה אחיד של ישראל או של האיחוד האירופי ישראל עולה מהמקום ה-26 בדירוג המקורי של מדד ההוצאה כאחוז מהתוצר למקום ה-23. כאשר מדרגים לפי ההוצאה לנפש ומתקנים לפי הפרופיל של האיחוד האירופי ישראל עולה מהמקום ה-24 למקום ה-21.

פרק ה: דירוג המדינות לפי ההוצאה הלאומית על בריאות המתוקנת לדמוגרפיה ולפרופיל ההוצאה לפי גיל

1. תוצאות של עשר המדינות שעבורן חושב פרופיל ההוצאה הלאומית לפי גיל

לוחות 11 ו-12 מציגים את ההוצאה הלאומית כאחוז מהתוצר ואת ההוצאה הלאומית לנפש, בהתאמה, בעשר מדינות, לאחר שההוצאות תוקנו פעם למבנה הדמוגרפי של ישראל ופעם לפרופיל ההוצאה לפי גיל של ישראל. התיקון לפרופיל ההוצאה של ישראל בוצע פעמיים: עם שירותים לטיפול ממושך ובלעדיהם. לפי מדר ההוצאה כאחוז מהתוצר, מצבה של ישראל משתפר בשני מקומות כאשר מתקנים למבנה דמוגרפי אחיד ובשלושה מקומות כאשר מתקנים לפרופיל הוצאה אחיד. בחירת פרופיל ההוצאה של ישראל כבסיס – עם טיפול ממושך או בלעדיו – אינה משנה את התוצאות. השיפור במיקומה של ישראל לפי מדר ההוצאה לנפש קטן יותר: תיקון ההוצאה למבנה דמוגרפי אחיד אינו משנה את מיקומה של ישראל והיא נותרת במקום העשירי (האחרון), ואילו תיקון ההוצאה לפרופיל ההוצאה של ישראל משפר את מצבה של ישראל במקום אחד, והיא עולה למקום התשיעי.

2. תוצאות דירוג כל 34 המדינות החברות ב-OECD

באופן כללי, הפערים בגודל ההוצאה הלאומית בין המדינות החברות ב-OECD קטנים יותר מהפערים בגודל ההוצאה הציבורית בלבד. ואולם, ישראל עדיין ממוקמת בשליש התחתון של הסולם.

במטרה לדרג את כל המדינות לפי הוצאה מתוקנת למבנה דמוגרפי אחיד נדרשנו שוב להנחה שלכל 24 המדינות שעבורן לא חושב פרופיל ההוצאה הלאומית לפי גיל יש אותו פרופיל. הפרופיל שיוחס להן היה הפרופיל הממוצע של תת-קבוצה מתוך עשר המדינות – אלה שעבורן חושב פרופיל הוצאה עם טיפול ממושך. לוח 13 מציג את דירוג מדינות OECD לפי ההוצאה המקורית ולפי ההוצאה המתוקנת למבנה הדמוגרפי של ישראל. ישראל משפרת את מצבה ועולה מהמקום ה-28 למקום ה-23 כשמדובר בהוצאה כאחוז מהתוצר, ומהמקום ה-25 למקום ה-23 כשמדובר בהוצאה לנפש. דירוג המדינות לפי ההוצאה הלאומית המתוקנת למבנה הדמוגרפי של האיחוד האירופי מניב פחות או יותר אותן תוצאות לגבי ישראל.

לוח 14 מציג דירוג של מדינות OECD לפי ההוצאה המתוקנת לפרופיל הוצאה לפי גיל שהוא אחד לכל המדינות, כאשר הפרופיל האחד שנבחר הוא של ישראל. לפי מדד ההוצאה הלאומית על בריאות לנפש, ישראל עולה מהמקום ה-25 למקום ה-22, אך התיקון מצמצם מאוד את ההבדלים בין המדינות במדד ההוצאה הלאומית כאחוז מהתוצר וישראל עולה מהמקום ה-28 למקום ה-17.

לוח 11: ההוצאה הלאומית כאחוז מהתוצר המתוקנת למבנה דמוגרפי ולפרופיל ההוצאה לפי גיל

| שליטה על פרופיל הוצאה לפי גיל כולל טיפול ממושך | | פרופיל הוצאה לפי גיל אחד ללא טיפול ממושך | | מבנה דמוגרפי אחד | | הוצאה מקורית | | מדינה |
|--|------|--|------|------------------|------|--------------|------|-------------|
| (1) | 14.5 | (1) | 14.7 | (1) | 15.1 | (1) | 16.9 | ארצות הברית |
| (3) | 9.4 | (3) | 9.5 | (2) | 10.0 | (2) | 11.8 | הולנד* |
| (4) | 9.1 | (4) | 9.3 | (4) | 9.5 | (3) | 11.6 | צרפת |
| (5) | 9.0 | (5) | 9.2 | (6) | 9.1 | (4) | 11.4 | שווייץ |
| (2) | 9.5 | (2) | 9.6 | (3) | 9.6 | (5) | 11.1 | אוסטרליה |
| (6) | 8.9 | (6) | 9.1 | (5) | 9.2 | (6) | 10.9 | קנדה |
| (8) | 7.2 | (8) | 7.3 | (7) | 8.3 | (7) | 9.4 | סלובניה |
| (10) | 6.6 | (10) | 6.9 | (10) | 7.1 | (8) | 9.2 | איטליה |
| (9) | 7.0 | (9) | 7.1 | (9) | 7.2 | (9) | 9.1 | אוסטריה |
| (7) | 7.3 | (7) | 7.3 | (8) | 7.3 | (10) | 7.3 | ישראל |
| | 8.9 | | 9.0 | | 9.2 | | 10.9 | ממוצע |

המספרים בסוגריים מציינים את דירוג המדינות.

* פרופיל הוצאה לפי גיל של הולנד כולל טיפול ממושך. התוצאות אינן משתנות מהותית כאשר מחשבים את פרופיל ההוצאה ללא טיפול ממושך.

לוח 12: ההוצאה הלאומית לנפש בדולרים (PPP) לבריאות המתוקנת למבנה דמוגרפי ולפרופיל ההוצאה

| מדינה | | הוצאה לאומית לנפש בדולרים (PPP) | | מבנה דמוגרפי אחיד | | פרופיל הוצאה לפי גיל אחיד ללא טיפול ממושך | | פרופיל הוצאה לפי גיל אחיד עם טיפול ממושך | |
|----------------|-------|---------------------------------------|-------|----------------------|-------|---|-------|--|--|
| ארצות הברית | 8,745 | (1) | 7,796 | (1) | 7,589 | (1) | 7,510 | (1) | |
| שווייץ | 6,080 | (2) | 4,847 | (2) | 4,874 | (2) | 4,786 | (2) | |
| הולנד* | 5,099 | (3) | 4,406 | (3) | 4,123 | (3) | 4,065 | (3) | |
| אוסטריה | 4,896 | (4) | 3,877 | (4) | 3,852 | (4) | 3,771 | (4) | |
| קנדה | 4,602 | (5) | 3,870 | (5) | 3,821 | (5) | 3,769 | (5) | |
| צרפת | 4,288 | (6) | 3,520 | (6) | 3,440 | (7) | 3,343 | (7) | |
| אוסטרליה | 3,997 | (7) | 3,464 | (7) | 3,460 | (6) | 3,422 | (6) | |
| איטליה | 3,209 | (8) | 2,493 | (8) | 2,393 | (8) | 2,320 | (8) | |
| סלובניה | 2,667 | (9) | 2,363 | (9) | 2,090 | (10) | 2,060 | (10) | |
| ישראל | 2,304 | (10) | 2,304 | (10) | 2,304 | (9) | 2,304 | (9) | |
| ממוצע | 4,441 | | 3,797 | | 3,698 | | 3,643 | | |

* פרופיל הוצאה לפי גיל של הולנד כולל טיפול ממושך. התוצאות אינן משתנות מהותית כאשר מחשבים את פרופיל ההוצאה ללא טיפול ממושך.

לוח 13: הוצאה לאומית מתוקנת למבנה הדמוגרפי של ישראל

| הוצאה לאומית כאחוז מהתמ"ג | | | | הוצאה לאומית לנפש (PPP) | | | |
|---------------------------|---|-------------------|----|-------------------------|----|-------------------|----|
| רמה מקורית | | מבנה דמוגרפי אחיד | | רמה מקורית | | מבנה דמוגרפי אחיד | |
| 16.9 | 1 | 15.1 | 1 | 8,745 | 1 | 7,796 | 1 |
| 11.8 | 2 | 10.0 | 2 | 5,099 | 4 | 4,326 | 4 |
| 11.6 | 3 | 9.5 | 4 | 4,288 | 11 | 3,520 | 12 |
| 11.4 | 4 | 9.1 | 8 | 6,080 | 3 | 4,847 | 3 |
| 11.3 | 5 | 9.7 | 3 | 4,811 | 6 | 4,149 | 5 |
| 11.1 | 6 | 8.8 | 10 | 4,896 | 5 | 3,877 | 8 |
| 11.0 | 7 | 9.5 | 5 | 4,698 | 7 | 4,052 | 6 |
| 10.9 | 8 | 9.2 | 7 | 4,602 | 8 | 3,870 | 9 |

לוח 13: הוצאה לאומית מתוקנת למבנה הרמוגרפי של ישראל (המשך)

| הוצאה לאומית לנפש (PPP) | | | | | הוצאה לאומית כאחוז מהתמ"ג | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|------------|-------|---------------------------|-------|-----|------------|------|-------------|
| מבנה דמוגרפי אחיד | | | רמה מקורית | | מבנה דמוגרפי אחיד | | | רמה מקורית | | מדינה |
| (0) | 10 | 3,811 | 10 | 4,419 | (3) | 6 | 9.4 | 9 | 10.9 | בלגיה |
| (0) | 15 | 3,146 | 15 | 3,649 | (1) | 9 | 8.9 | 10 | 10.3 | יפן |
| (1) | 19 | 2,736 | 20 | 3,172 | (0) | 11 | 8.6 | 11 | 10.0 | ניו זילנד |
| (1) | 11 | 3,541 | 12 | 4,106 | -(1) | 13 | 8.3 | 12 | 9.6 | שוודיה |
| -(1) | 24 | 2,119 | 23 | 2,457 | -(1) | 14 | 8.2 | 13 | 9.5 | פורטוגל |
| (0) | 22 | 2,363 | 22 | 2,667 | (2) | 12 | 8.3 | 14 | 9.4 | סלובניה |
| (1) | 20 | 2,576 | 21 | 2,987 | (0) | 15 | 8.0 | 15 | 9.3 | ספרד |
| (0) | 2 | 5,295 | 2 | 6,140 | (0) | 16 | 8.0 | 16 | 9.3 | נורווגיה |
| (0) | 18 | 2,836 | 18 | 3,289 | (0) | 17 | 8.0 | 17 | 9.3 | בריטניה |
| -(1) | 25 | 2,077 | 24 | 2,409 | (0) | 18 | 8.0 | 18 | 9.3 | יוון |
| -(2) | 21 | 2,493 | 19 | 3,209 | -(5) | 24 | 7.1 | 19 | 9.2 | איטליה |
| (0) | 16 | 3,069 | 16 | 3,559 | (0) | 20 | 7.8 | 20 | 9.1 | פינלנד |
| (0) | 13 | 3,464 | 13 | 3,997 | (2) | 19 | 7.9 | 21 | 9.1 | אוסטרליה |
| (0) | 17 | 3,049 | 17 | 3,536 | (1) | 21 | 7.8 | 22 | 9.0 | איסלנד |
| (0) | 14 | 3,354 | 14 | 3,890 | (1) | 22 | 7.7 | 23 | 8.9 | אירלנד |
| (0) | 27 | 1,815 | 27 | 2,105 | -(1) | 25 | 7.0 | 24 | 8.1 | סלובקיה |
| (0) | 29 | 1,555 | 29 | 1,803 | -(1) | 26 | 6.9 | 25 | 8.0 | הונגריה |
| (0) | 26 | 1,976 | 26 | 2,291 | -(1) | 27 | 6.6 | 26 | 7.6 | דרום קוריאה |
| (0) | 28 | 1,791 | 28 | 2,077 | -(1) | 28 | 6.5 | 27 | 7.5 | צ'כיה |
| (2) | 23 | 2,304 | 25 | 2,304 | (5) | 23 | 7.3 | 28 | 7.3 | ישראל |
| (0) | 30 | 1,360 | 30 | 1,577 | (0) | 29 | 6.3 | 29 | 7.3 | צ'ילה |
| (2) | 7 | 3,948 | 9 | 4,578 | (0) | 30 | 6.1 | 30 | 7.1 | לוקסמבורג |
| (0) | 31 | 1,328 | 31 | 1,540 | (0) | 31 | 5.8 | 31 | 6.8 | פולין |
| (0) | 33 | 904 | 33 | 1,048 | (0) | 32 | 5.3 | 32 | 6.2 | מקסיקו |
| (0) | 32 | 1,247 | 32 | 1,447 | (0) | 33 | 5.1 | 33 | 5.9 | אסטוניה |
| (0) | 34 | 849 | 34 | 984 | (0) | 34 | 4.6 | 34 | 5.4 | טורקיה |
| | (680) | 2,984 | (1,180) | 3,484 | | (0.7) | 8.0 | (2.0) | 9.3 | ממוצע |

באדום: דירוג המדינות בסדר אורדינלי מהגבוה לנמוך לפי רמת ההוצאה.

בסוגריים: השינוי ביחס לדירוג המקורי.

בעמודות הממוצע הערכים בסוגריים באדום מציינים את הפער בין ההוצאה הממוצעת ב־OECD להוצאה בישראל.

לוח 14: הוצאה לאומית על בריאות במדינות OECD מתוקנת לפרופיל
ההוצאה לפי גיל של ישראל

| הוצאה לאומית כאחוז מהתמ"ג | | | | | | הוצאה לאומית לנפש בדולרים (PPP) | | | | | | |
|---------------------------|-------|------|-------|------|-------|---------------------------------|-------|------|-------|------|-------|----------------|
| (3) | | (2) | | (1) | | (3) | | (2) | | (1) | | מדינה |
| (1) | 14.5% | (1) | 14.7% | (1) | 16.9% | (1) | 7,510 | (1) | 7,589 | (1) | 8,745 | ארצות הברית |
| (14) | 7.7% | (14) | 7.8% | (16) | 9.3% | (2) | 5,062 | (2) | 5,152 | (2) | 6,140 | נורווגיה |
| (5) | 8.9% | (4) | 9.1% | (4) | 11.4% | (3) | 4,755 | (3) | 4,853 | (3) | 6,080 | שווייץ |
| (2) | 9.4% | (2) | 9.5% | (2) | 11.8% | (4) | 4,065 | (4) | 4,123 | (4) | 5,099 | הולנד |
| (8) | 8.5% | (8) | 8.7% | (6) | 11.1% | (6) | 3,771 | (6) | 3,852 | (5) | 4,896 | אוסטריה |
| (10) | 8.2% | (10) | 8.4% | (5) | 11.3% | (10) | 3,481 | (9) | 3,574 | (6) | 4,811 | גרמניה |
| (6) | 8.7% | (6) | 8.8% | (7) | 11.0% | (8) | 3,719 | (8) | 3,777 | (7) | 4,698 | דנמרק |
| (4) | 8.9% | (5) | 9.1% | (8) | 10.9% | (7) | 3,769 | (7) | 3,821 | (8) | 4,602 | קנדה |
| (30) | 6.0% | (30) | 6.1% | (30) | 7.1% | (5) | 3,856 | (5) | 3,896 | (9) | 4,578 | לוקסמבורג |
| (9) | 8.5% | (9) | 8.7% | (9) | 10.9% | (11) | 3,451 | (11) | 3,532 | (10) | 4,419 | בלגיה |
| (3) | 9.1% | (3) | 9.3% | (3) | 11.6% | (13) | 3,343 | (13) | 3,440 | (11) | 4,288 | צרפת |
| (16) | 7.4% | (16) | 7.6% | (12) | 9.6% | (15) | 3,159 | (14) | 3,240 | (12) | 4,106 | שוודיה |
| (13) | 7.8% | (13) | 7.9% | (21) | 9.1% | (12) | 3,422 | (12) | 3,460 | (13) | 3,997 | אוסטרליה |
| (12) | 8.1% | (12) | 8.1% | (23) | 8.9% | (9) | 3,543 | (10) | 3,545 | (14) | 3,890 | אירלנד |
| (24) | 7.0% | (21) | 7.2% | (10) | 10.3% | (19) | 2,476 | (19) | 2,573 | (15) | 3,649 | יפן |
| (25) | 6.9% | (23) | 7.1% | (20) | 9.1% | (17) | 2,721 | (17) | 2,776 | (16) | 3,559 | פינלנד |
| (11) | 8.1% | (11) | 8.2% | (22) | 9.0% | (14) | 3,177 | (15) | 3,198 | (17) | 3,536 | איסלנד |
| (15) | 7.4% | (15) | 7.6% | (17) | 9.3% | (18) | 2,636 | (18) | 2,689 | (18) | 3,289 | בריטניה |
| (28) | 6.6% | (27) | 6.9% | (19) | 9.2% | (20) | 2,320 | (20) | 2,393 | (19) | 3,209 | איטליה |
| (7) | 8.7% | (7) | 8.8% | (11) | 10.0% | (16) | 2,755 | (16) | 2,780 | (20) | 3,172 | ניו זילנד |
| (20) | 7.2% | (18) | 7.3% | (15) | 9.3% | (21) | 2,304 | (21) | 2,361 | (21) | 2,987 | ספרד |
| (19) | 7.2% | (19) | 7.3% | (14) | 9.4% | (23) | 2,060 | (23) | 2,090 | (22) | 2,667 | סלובניה |
| (22) | 7.1% | (20) | 7.3% | (13) | 9.5% | (25) | 1,844 | (25) | 1,888 | (23) | 2,457 | פורטוגל |
| (26) | 6.9% | (24) | 7.1% | (18) | 9.3% | (27) | 1,794 | (26) | 1,841 | (24) | 2,409 | יוון |
| (17) | 7.3% | (17) | 7.3% | (28) | 7.3% | (22) | 2,304 | (22) | 2,304 | (25) | 2,304 | ישראל |
| (27) | 6.7% | (28) | 6.7% | (26) | 7.6% | (24) | 2,023 | (24) | 2,012 | (26) | 2,291 | דרום קוריאה |
| (23) | 7.0% | (26) | 7.0% | (24) | 8.1% | (26) | 1,805 | (27) | 1,805 | (27) | 2,105 | סלובקיה |
| (31) | 6.0% | (31) | 6.0% | (27) | 7.5% | (28) | 1,643 | (28) | 1,657 | (28) | 2,077 | צ'כיה |

**לוח 14: הוצאה לאומית על בריאות במדינות OECD מתוקנת לפרופיל
ההוצאה לפי גיל של ישראל (המשך)**

| הוצאה לאומית כאחוז מהתמ"ג | | | | | | הוצאה לאומית לנפש בדולרים (PPP) | | | | | | |
|---------------------------|------|--------|------|--------|------|---------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|---------|
| (3) | | (2) | | (1) | | (3) | | (2) | | (1) | | מדינה |
| (29) | 6.2% | (29) | 6.3% | (25) | 8.0% | (30) | 1,411 | (30) | 1,428 | (29) | 1,803 | הונגריה |
| (18) | 7.2% | (22) | 7.2% | (29) | 7.3% | (29) | 1,560 | (29) | 1,548 | (30) | 1,577 | צ'ילה |
| (33) | 5.6% | (33) | 5.7% | (31) | 6.8% | (31) | 1,278 | (31) | 1,288 | (31) | 1,540 | פולין |
| (34) | 4.6% | (34) | 4.7% | (33) | 5.9% | (33) | 1,128 | (33) | 1,147 | (32) | 1,447 | אסטוניה |
| (21) | 7.2% | (25) | 7.0% | (32) | 6.2% | (32) | 1,218 | (32) | 1,193 | (33) | 1,048 | מקסיקו |
| (32) | 5.8% | (32) | 5.7% | (34) | 5.4% | (34) | 1,059 | (34) | 1,045 | (34) | 984 | טורקיה |
| (0.3%) | 7.6% | (0.4%) | 7.7% | (2.0%) | 9.3% | (532) | 2,836 | (575) | 2,879 | (1,180) | 3,484 | ממוצע |

הנתונים בסוגריים מייצגים את המיקום האורדינלי של המדינות מהגבוה ולנמוך. בעמודת הממוצע הערכים בסוגריים מייצגים את הפער בין ההוצאה הממוצעת להוצאה בישראל. העמודות המסומנות ב-(1) מייצגות את הרמה המקורית. העמודות המסומנות ב-(2) מייצגות את הרמה תחת פרופיל אחיד של הוצאה כוללת כאשר בסיס ההשוואה הוא הפרופיל של ישראל ללא טיפול ממושך. העמודות המסומנות ב-(3) מייצגות את הרמה תחת פרופיל אחיד של הוצאה לאומית כאשר בסיס ההשוואה הוא פרופיל ההוצאה של ישראל עם טיפול ממושך.

3. מבחני רגישות נוספים

ברומה לניתוח שנערך בהתייחס להוצאה הציבורית, 28 מדינות OECD שעל אודותיהן יש נתונים על טיפול ממושך דורגו לפי ההוצאה הלאומית בניכוי סעיף הטיפול הממושך. תיקון ההוצאה הלאומית ללא טיפול ממושך לפרופיל ההוצאה (ללא טיפול ממושך) של ישראל משפר את מצבה של ישראל במדרד ההוצאה כאחוז מהתוצר והיא עולה מהמקום ה-22 למקום העשירי. השיפור ניכר, אם כי במידה פחותה, גם במדרד ההוצאה לנפש – מהמקום ה-22 למקום ה-18. תיקון ההוצאה הלאומית ללא טיפול ממושך למבנה דמוגרפי אחיד של ישראל או של האיחוד האירופי משפר אף הוא את מיקומה של ישראל, אך בעיקר במדרד ההוצאה כאחוז מהתוצר.

סיכום

מחקר מדיניות זה בחן את מיקומה של ישראל במדרג המדינות החברות ב-OECD לפי גודל ההוצאה הציבורית והלאומית בהתחשב בהבדלים במבנה הדמוגרפי בין מדינות ובהבדלים בפרופיל ההוצאה לפי גיל. חלק מרכזי של העבודה שקדמה לכתיבת המחקר היה איסוף נתונים על ההוצאה על בריאות לפי גיל במדינות OECD ממקורות נתונים מגוונים ואמידת פרופילים של הוצאה לפי גיל. ל-OECD מדינות נאמד פרופיל של הוצאה ציבורית ולעשר מדינות נאמד פרופיל של הוצאה פרטית, ולפיכך גם פרופיל של הוצאה לאומית. לא תמיד עלה בידינו להשיג נתוני הוצאה לפי גיל בהתאם להגדרה אחידה, בעיקר משום שבכמה מהמדינות סעיף ההוצאה על טיפול ממושך כלול בנתוני ההוצאה ואי-אפשר לבודדו. כדי להעריך את ההשפעה של סעיף הטיפול הממושך על דירוג המדינות בוצעו כמה מבחני רגישות. כמו כן, ברוב המדינות (שבע מתוך עשר) כללו נתוני ההוצאה הפרטית את ההוצאה מן הכיס בלבד, אך לא את ההוצאה על רכישת ביטוחים פרטיים.

הממצאים מלמדים שההתחשבות בהרכב הגיל הצעיר יחסית של האוכלוסייה בישראל משפרת במידה מסוימת את מיקומה היחסי במדרג המדינות לפי גודל ההוצאה, אך בדרך כלל היא נותרת בשליש התחתון של הסולם. השיפור במיקומה היחסי של ישראל בסולם המדרג את המדינות לפי ההוצאה הציבורית הוא פחות משמעותי מהשיפור בסולם המתייחס להוצאה הלאומית. עוד מלמדים הממצאים כי תיקון ההבדלים בהתפלגות הגיל של סך כל ההוצאה הלאומית על בריאות מקטין אמנם את השונות ברמת ההוצאה על בריאות בין המדינות, אך אינו משנה באופן מהותי את מיקומן היחסי.

הממצאים הנוגעים לפרופילים של ההוצאה הציבורית, הפרטית והלאומית במדינות שונות הם תוצר לוואי חשוב של המחקר. המסקנות העיקריות העולות מהממצאים הן: הפרופילים של ההוצאה הציבורית שחושבו עבור המדינות האירופיות (שנתוני ההוצאה שלהן לפי גיל אינם כוללים את ההוצאה על טיפול ממושך) דומים מאוד זה לזה, וברוב המדינות הדמיון ניכר גם בקבוצות הגיל המבוגרות מאוד. גם ישראל דומה להן, אם כי הפרופיל תלול יותר בקבוצות הגיל המבוגרות. כאשר פרופיל ההוצאה הציבורית מתבסס על הוצאה לפי גיל הכוללת טיפול ממושך נמצא כצפוי שהוא תלול יותר בגילים המאוחרים, ובמיוחד במדינות הולנד, ישראל, ארצות הברית וקנדה. לעומת זאת, פרופיל ההוצאה של דרום קוריאה נעשה שטוח בגילים מבוגרים ומקדם הפרופיל של קבוצת הגיל +85 אף יורד. פרופיל ההוצאה הפרטית שטוח יותר ובגילים המבוגרים אף יורד. ממצא מעניין במיוחד הוא דפוס התמהיל בין הציבורי לפרטי במימון ההוצאה הלאומית

לפי גיל: נמצא שהקשר בין שיעור ההוצאה הציבורית מכלל ההוצאה הלאומית לבין הגיל הוא בצורה של פרבולה שלילית (צורת u), כלומר שהמגזר הציבורי דומיננטי מאוד במימון ההוצאות על ילדים קטנים ועל מבוגרים מאוד, אך חלקו במימון שאר קבוצות הגיל קטן בהרבה. עם זאת, המדינות שונות זו מזו בעומק הפרבולה. כך למשל, לישראל אופיינית הפרבולה העמוקה ביותר ואילו להולנד אופיינית הפרבולה השטוחה ביותר. בארצות הברית צורת הקשר דומה יותר לטרפז הפוך: שיעור ההוצאה הציבורית על ילדים קטנים הוא גבוה יחסית (50%), בגילים 5-64 הוא יורד, ובקבוצות הגיל המבוגרות הוא קופץ שוב (לכ-70% ומעלה). כפי שנאמר במבוא, פרופיל ההוצאה לפי גיל משקף לא רק את העלייה בצרכים הרפואיים עם הגיל, אלא גם את השפעתם של גורמים מוסדיים וחברתיים-תרבותיים ייחודיים למדינה על היצע שירותי הבריאות ועל הביקוש להם. עם גורמים אלה נמנים, למשל, מבנה מערכת הבריאות וסדרי העדיפויות בהקצאת המשאבים העומדים לרשותה (למשל העדפת קשישים באמצעות תוכניות ייחודיות); מבנה העלויות של שירותים שונים ומידת זמינותם והנגישות להם; רמת ההכנסה כגורם כלכלי מרכזי המשפיע על הביקוש לשירותי הבריאות ובמיוחד על ההוצאה הפרטית; ודפוסי המגורים בקהילה של קשישים. זיהוי הגורמים הספציפיים שעשויים להסביר את ההבדלים בפרופיל ההוצאה בין שתי מדינות או יותר כפי שנמצאו במחקר זה חורג ממטרתנו – אם כי העלנו השערות באשר לכמה מדינות כמו דרום קוריאה וארצות הברית. עם הגורמים האלה נמנים הדומיננטיות של המערכת הציבורית; מידת הנדיבות שלה לקבוצות גיל שונות במונחים של כיסוי שירותי בריאות ציבוריים לאוכלוסייה הזכאית; והיקף השירותים הניתנים.

ביבליוגרפיה

- אחדות, לאה, וגבי בן נון, 2013. מצגת שהוצגה בכנס הבריאות הבינלאומי של המכון הלאומי למחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, The 5th International Conference on Health Policy, Governing Health System, June.
- אחדות, לאה, ועמיר שמואלי, 2015. הקצאת מקורות למימון סל הבריאות: בחינה מחדש של נוסחת הקפיטציה – הוספתם של משתנים חברתיים-כלכליים כמתאמי סיכון (מחקרי מדיניות, 19), ירושלים: התוכנית לכלכלה וחברה, מכון ון ליר בירושלים.
- בנק ישראל, 2013. "ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים 135: אוקטובר 2012 עד מארס 2013", ירושלים: בנק ישראל, חטיבת המחקר.
- דהן, מומי, ומשה חזן, 2012. "סדרי העדיפויות בתקציב הממשלה", הרבעון לכלכלה 59(1/2), עמ' 21-50.
- הלמ"ס, 2010. "סקר שימושי בריאות", ירושלים: הלמ"ס.
- משרד הבריאות, 2010. "דוח תנועת חולים", ירושלים: משרד הבריאות.
- צ'רניחובסקי, דב, ואיתן רגב, 2013. "מגמות במערכת הבריאות בישראל", דן בן-דוד (עורך), דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2013, ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 323-346.
- European Commission, 2012. *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010–2060)*, Brussels: European Union.
- , 2014. *The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*, Brussels: European Union.
- , 2015. *The 2015 Aging Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*, Brussels: European Commission.
- Hagist, Christian, and Laurence Kotlikoff, 2009. "Who's Going Broke? Comparing Growth in Public Healthcare Expenditure in Ten OECD Countries", *Revista de Economia Pública* 188(1), pp. 55–72.
- OECD, 2008. "Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender under the System of Health Accounts (SHA) Framework: Final Report," (online).

- , 2011. *A System of Health Accounts 2011*, Eurostat, World Health Organization, OECD Publishing.
- , 2014. “OECD Health Statistics 2014: Definitions, Sources and Methods,” (online).
- , 2015. “OECD Health Statistics 2015: Definitions, Sources and Methods,” (online).

נספחים: לוחות ותרשימים
נספח 1א: תמונת מצב 2102 – ההוצאה על בריאות במדינות OECD

מחקר מדיניות 20

| מדינה | הוצאות לאומית | | | הוצאות ציבורית | | | % האוכלוסייה בגילאי 65+ |
|-------------|-----------------|-------|------|-----------------|-------|------|-------------------------|
| | דולרים לנפש PPP | מהמ"ג | | דולרים לנפש PPP | מהמ"ג | | |
| ארצות הברית | (1) | 8,745 | (1) | (3) | 4,160 | (9) | (26) |
| | (2) | 5,099 | (2) | (2) | 4,375 | (1) | (18) |
| | (3) | 4,288 | (3) | (11) | 3,317 | (3) | (12) |
| | (4) | 6,080 | (4) | (5) | 4,001 | (14) | (14) |
| | (5) | 4,811 | (5) | (8) | 3,691 | (4) | (2) |
| אוסטריה | (6) | 4,896 | (6) | (7) | 3,716 | (6) | (8) |
| דנמרק | (7) | 4,698 | (7) | (4) | 4,029 | (2) | (10) |
| קנדה | (8) | 4,602 | (8) | (12) | 3,224 | (13) | (21) |
| בלגיה | (9) | 4,419 | (9) | (10) | 3,323 | (8) | (13) |
| יפן | (10) | 3,649 | (10) | (13) | 2,997 | (5) | (1) |
| | (11) | 3,172 | (11) | (19) | 2,623 | (7) | (25) |
| שוודיה | (12) | 4,106 | (12) | (9) | 3,336 | (12) | (6) |
| פורטוגל | (13) | 2,457 | (13) | (25) | 1,539 | (25) | (5) |
| סלובניה | (14) | 2,667 | (14) | (18) | 1,907 | (18) | (17) |
| ספרד | (15) | 2,987 | (15) | (19) | 2,142 | (19) | (11) |
| נורווגיה | (16) | 6,140 | (16) | (3) | 5,222 | (10) | (20) |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|-------|------|-----|------|------|------|-------|------|-----|-----------------|
| (16) | 17.0 | (15) | 2,762 | (11) | 7.8 | (5) | 84.0 | (18) | 3,289 | (17) | 9.3 | בריטניה יוון |
| (4) | 19.9 | (24) | 1,617 | (21) | 6.2 | (26) | 67.1 | (24) | 2,409 | (18) | 9.3 | |
| (3) | 20.6 | (20) | 2,481 | (16) | 7.1 | (13) | 77.3 | (19) | 3,209 | (19) | 9.2 | |
| (7) | 18.5 | (17) | 2,669 | (17) | 6.8 | (18) | 75.0 | (16) | 3,559 | (20) | 9.1 | פינלנד |
| (22) | 14.2 | (16) | 2,733 | (22) | 6.2 | (24) | 68.4 | (13) | 3,997 | (21) | 9.1 | אוסטרליה |
| (28) | 12.5 | (14) | 2,847 | (15) | 7.3 | (10) | 80.5 | (17) | 3,536 | (22) | 9.0 | איסלנד |
| (29) | 12.0 | (18) | 2,628 | (23) | 6.0 | (25) | 67.6 | (14) | 3,890 | (23) | 8.9 | אירלנד |
| (27) | 13.0 | (26) | 1,468 | (26) | 5.7 | (22) | 69.7 | (27) | 2,105 | (24) | 8.1 | סלובקיה |
| (15) | 17.0 | (30) | 1,128 | (27) | 5.0 | (29) | 62.6 | (29) | 1,803 | (25) | 8.0 | הונגריה |
| (30) | 11.8 | (28) | 1,248 | (31) | 4.2 | (31) | 54.5 | (26) | 2,291 | (26) | 7.6 | דרום קוריאה |
| (19) | 16.5 | (23) | 1,745 | (20) | 6.3 | (4) | 84.0 | (28) | 2,077 | (27) | 7.5 | צ'כיה |
| (31) | 10.3 | (27) | 1,377 | (30) | 4.4 | (30) | 59.8 | (25) | 2,304 | (28) | 7.3 | ישראל |
| (32) | 9.5 | (32) | 776 | (33) | 3.6 | (33) | 49.2 | (30) | 1,577 | (29) | 7.3 | צ'ילה |
| (24) | 14.0 | (6) | 3,846 | (24) | 5.9 | (6) | 83.5 | (9) | 4,578 | (30) | 7.1 | לוקסמבורג |
| (23) | 14.0 | (31) | 1,065 | (28) | 4.7 | (23) | 69.2 | (31) | 1,540 | (31) | 6.8 | פולין |
| (34) | 6.4 | (34) | 531 | (34) | 3.1 | (32) | 50.6 | (33) | 1,048 | (32) | 6.2 | מקסיקו |
| (9) | 17.8 | (29) | 1,139 | (29) | 4.6 | (11) | 78.7 | (32) | 1,447 | (33) | 5.9 | אסטוניה |
| (33) | 7.5 | (33) | 756 | (32) | 4.1 | (14) | 76.8 | (34) | 984 | (34) | 5.4 | טורקיה |
| | 14.9 | | 2,542 | | 6.7 | | 72.2 | | 3,484 | | 9.3 | מוצע OECD |

כטורניים: מיקום אורדינלי. מקור: OECD 2014.

נספח ב1: תמונת מצב 2102 – ההוצאה על בריאות ללא ההוצאה על טיפול ממושך וההוצאה על טיפול ממושך

| הוצאה ציבורית לנפש (PPP) | | הוצאה לאומית לנפש (PPP) | | ההוצאה הציבורית על בריאות מהתמ"ג | | ההוצאה הלאומית על בריאות מהתמ"ג | | מדינה |
|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|--|-----|---------------------------------------|------|-------------|
| (85) | 2,529 | (91) | 3,775 | (0.2) | 5.8 | (0.2) | 8.6 | אוסטרליה |
| (541) | 2,917 | (666) | 3,862 | (1.2) | 6.5 | (1.5) | 8.6 | אוסטריה |
| (764) | 2,517 | (924) | 3,300 | (1.8) | 6.1 | (2.2) | 8.0 | בלגיה |
| (495) | 2,541 | (602) | 3,702 | (1.2) | 6.0 | (1.4) | 8.8 | קנדה |
| (79) | 1,614 | (79) | 1,942 | (0.3) | 5.6 | (0.3) | 6.8 | צ'כיה |
| (1005) | 2,841 | (1084) | 3,428 | (2.3) | 6.5 | (2.5) | 7.9 | דנמרק |
| (49) | 1,089 | (69) | 1,374 | (0.2) | 4.4 | (0.3) | 5.6 | אסטוניה |
| (295) | 2,267 | (360) | 3,042 | (0.7) | 5.6 | (0.9) | 7.6 | פינלנד |
| (465) | 2,712 | (472) | 3,573 | (1.2) | 7.2 | (1.3) | 9.5 | צרפת |
| (419) | 3,128 | (637) | 4,056 | (1.0) | 7.2 | (1.5) | 9.3 | גרמניה |
| (10) | 1,570 | (17) | 2,312 | (0.0) | 6.1 | (0.1) | 9.0 | יוון |
| (51) | 1,016 | (62) | 1,635 | (0.2) | 4.5 | (0.3) | 7.3 | הונגריה |
| (698) | 2,143 | (698) | 2,828 | (1.7) | 5.3 | (1.7) | 7.0 | איסלנד |
| (130) | 1,304 | (163) | 2,167 | (0.4) | 4.1 | (0.5) | 6.8 | ישראל |
| (280) | 2,685 | (326) | 3,266 | (0.8) | 7.5 | (0.9) | 9.2 | יפן |
| (197) | 1,010 | (271) | 1,871 | (0.6) | 3.2 | (0.8) | 5.8 | דרום קוריאה |
| (827) | 2,781 | (984) | 3,387 | (1.3) | 4.2 | (1.5) | 5.1 | לוקסמבורג |
| (1306) | 3,113 | (1306) | 3,776 | (2.8) | 6.8 | (2.8) | 8.2 | הולנד |
| (333) | 2,242 | (361) | 2,853 | (1.1) | 6.7 | (1.2) | 8.6 | ניו זילנד |
| (1507) | 3,429 | (1661) | 4,162 | (2.3) | 5.2 | (2.5) | 6.3 | נורווגיה |
| (93) | 921 | (101) | 1,347 | (0.4) | 4.0 | (0.4) | 5.8 | פולין |
| (45) | 1,591 | (48) | 2,454 | (0.2) | 5.9 | (0.2) | 9.1 | פורטוגל |
| (6) | 1,421 | (6) | 1,971 | (0.0) | 5.5 | (0.0) | 7.7 | סלובקיה |
| (246) | 1,537 | (258) | 2,225 | (0.9) | 5.4 | (0.9) | 7.8 | סלובניה |
| (205) | 1,893 | (318) | 2,610 | (0.6) | 5.8 | (1.0) | 8.0 | ספרד |
| (1170) | 2,837 | (1212) | 3,531 | (2.7) | 6.5 | (2.8) | 8.0 | שוודיה |
| (811) | 3,162 | (1201) | 4,940 | (1.5) | 5.7 | (2.1) | 8.8 | שווייץ |
| (280) | 3,780 | (485) | 7,970 | (0.5) | 7.3 | (0.9) | 15.5 | ארצות הברית |

בסוגריים: ההוצאה על טיפול ממושך בלבד. חיבור של הערכים המצוינים בכל סעיף עם הערכים שבסוגריים ייתן את כלל ההוצאה על בריאות באותו סעיף.

נספח 2: מקורות הנתונים ומאפייני הנתונים

| מדינה | סוג | עדכניות | קבוצות גיל | מקור |
|-------------|--------------|---------|--|--|
| אוסטריה | כולל | 2011 | 0, 1-4, 5-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+ | Statistics Austria, The Information Manager, "Health Expenditure in Austria," http://tinyurl.com/zwj8kx |
| אוסטרליה | כולל | 2008 | 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-85, 85+ | Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), <i>Australia's health 2014</i> , p. 56, www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129547205 |
| אוסטרליה | פרטי | 2010 | ניתן להתאמה | Cross-National Data Center in Luxembourg (LIS) |
| איטליה | פרטי | 2008 | ניתן להתאמה | LIS |
| איטליה | ציבורי | 2012 | 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85+ | MEF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, RGS, "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario (Mid-long term trends for the pension, health and long term care systems)," http://tinyurl.com/zz6murs |
| ארצות הברית | פרטי וציבורי | 2013 | ניתן להתאמה | Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), http://meps.ahrq.gov/mepsweb |
| ארצות הברית | כולל | 2010 | 0-18, 19-44, 45-64, 65+ | Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) |
| ארצות הברית | פרטי | 2013 | ניתן להתאמה | LIS |
| גרמניה | ציבורי | 2012 | ניתן להתאמה | Risk Adjustment Network (RAN) |

| מדינה | סוג | עדכניות | קבוצות גיל | מקור |
|-------------|--------------------|------------|---|---|
| דרום קוריאה | ציבורי | 2006 | 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95+ | OECD 2008 |
| הולנד | כולל, פרטי וציבורי | 2011 | 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95+ | Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Dutch Cost of Illness Study 2011, www.costofillness.eu |
| ישראל | ציבורי | 2009-2013 | 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-85, 85+ | נוסחת קפיטציה |
| ישראל | פרטי | 2009-2013 | ניתן להתאמה | הלמ"ס, סקרי הכנסה |
| יפן | ציבורי | 2009 | 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85+ | http://e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001082598 |
| נורווגיה | ציבורי | 2013 | ניתן להתאמה | European Commission 2015 |
| סלובניה | ציבורי | 2012 | 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95+ | European Commission 2015 |
| סלובניה | פרטי | 2007, 2010 | ניתן להתאמה | LIS |

פרופיל ההוצאה על בריאות לפי גיל | לאה אחדות גבי בן נון ערן פוליצר

| מדינה | סוג | ערכניות | קבוצות גיל | מקור |
|--------|--------|--------------|--|---|
| פינלנד | ציבורי | 2012 | ניתן להתאמה | European Commission 2015 |
| צ'כיה | ציבורי | 2012 | ניתן להתאמה | European Commission 2015 |
| צרפת | ציבורי | 2012 | 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95+ | Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), http://tinyurl.com/zev9knq |
| צרפת | פרטי | 2005 2010 | ניתן להתאמה | LIS |
| קנדה | ציבורי | 2012 | 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90+ | Canadian Institute for Health Information (CIHI), "National Health Expenditure Trends," http://tinyurl.com/hf79fj3 |
| קנדה | פרטי | 2007 2010 | ניתן להתאמה | LIS |
| שוודיה | ציבורי | 2010 | ניתן להתאמה | European Commission 2015 |
| שווייץ | כולל | 2012 | 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95+ | Swiss Statistics http://tinyurl.com/heaargn |
| EU27 | ציבורי | 2012 | ניתן להתאמה | European Commission 2015 |

נספח 3: רכיבי ההוצאה הלאומית על בריאות בהתאם להגדרת OECD

| | |
|--------|---|
| HC.1 | Curative care |
| HC.2 | Rehabilitative care |
| HC.3 | Long-term care (health) |
| HC.4 | Ancillary services (non-specified by function) |
| HC.5 | Medical goods (non-specified by function) |
| HC.6 | Preventative care |
| HC.7 | Governance and health system and financing administration |
| HC.9 | other health care services not elsewhere classified (n.e.c) |
| HC.R.1 | Capital investment in health |

נספח 4: חישוב ההוצאה הציבורית וההוצאה הפרטית בארצות הברית

1. קושי בהבחנה בין ההוצאה הפרטית להוצאה הציבורית: שתי תוכניות הבריאות הציבוריות העיקריות בארצות הברית הן Medicare ו-Medicaid, אך המימון של תוכנית Medicare אינו ציבורי בלבד. נוסף על כך, במדינות מסוימות בארצות הברית ישנה השתתפות ציבורית במימון ביטוחי הבריאות. במחקר זה התבססנו על הנחה מפשטת שההוצאה הציבורית כוללת את שירותי Medicare ו-Medicaid וכן את ההוצאה על תוכניות ציבוריות אחרות או את ההוצאה הממומנת על ידי גורמים אחרים (שאינם משקי הבית), ואילו ההוצאה הפרטית כוללת את ההוצאות מן הכיס וביטוחים פרטיים של משקי הבית. שיעור ההוצאות הציבוריות והפרטיות מכלל ההוצאה לפי חלוקה זו קרוב מאוד לשיעורן בפועל.

2. זמינות של נתונים רשמיים של הוצאה לפי גיל רק לקבוצות גיל גדולות: הנתונים הרשמיים בדבר ההוצאות על בריאות בארצות הברית מופקים על ידי Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), אך הנתונים מתייחסים לחמש קבוצות גיל בלבד (18-0, 19-44, 45-64, 64-84, +85); קבוצות אלה אינן תואמות את קבוצות הגיל שנבחרו במחקר זה.

3. אי-התאמה בנתונים בין מקורות שונים: מקור הנתונים העיקרי שמשמש את CMS לחישוב ההוצאות על בריאות הוא Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), שנערך על משפחות ויחידים, ספקי שירותי בריאות ומעסיקים ברחבי ארצות הברית. שימוש בנתונים שהגיעו ממרכיב בתי האב ב-MEPS מאפשר

לקבל את פרופיל ההוצאה לפי גיל עבור סעיפי ההוצאה הציבורית והפרטית שצוינו בסעיף 1. אולם הנתונים שמתקבלים בדרך זו שונים משמעותית מהנתונים שמופיעים בפרסומים הרשמיים של CMS.

לאור זאת בחרנו להשתמש בשני מסדי הנתונים באופן משולב כדי להגיע לחישוב מדויק ככל האפשר של פרופיל ההוצאה על בריאות לפי גיל. תחילה שלפנו מ-MEPS את נתוני ההוצאה הציבורית וההוצאה הפרטית על בריאות לפי גיל עבור קבוצות הגיל המתאימות לנתונים מ-CMS וכן עבור עשר קבוצות הגיל שהגרדנו במחקר. לאחר מכן השתמשנו בנתוני MEPS לחישוב היחסיות הפנימית של ההוצאה בין קבוצות הגיל השונות והתאמנו את הנתונים לאלה המופיעים בפרסומי CMS מלמעלה למטה. כך למשל, בהתאם לנוסחה הרשומה להלן, ההוצאה הציבורית מנתוני CMS על קבוצת הגיל 45-54 שווה להוצאה על קבוצת הגיל 45-64 מנתוני CMS, כפול היחס שבין ההוצאה של קבוצת הגיל 45-54 לבין ההוצאה של קבוצת הגיל 45-64 מנתוני MEPS. באותו אופן חושבה ההוצאה על קבוצות הגיל האחרות.

$$expenditure_{45-54} = (expenditure_{45-64})_{cms} * \frac{(expenditure_{45-54})_{meps}}{(expenditure_{45-64})_{meps}}$$

נספח 5: התאמת קבוצות הגיל של ההוצאה על בריאות באוסטריה

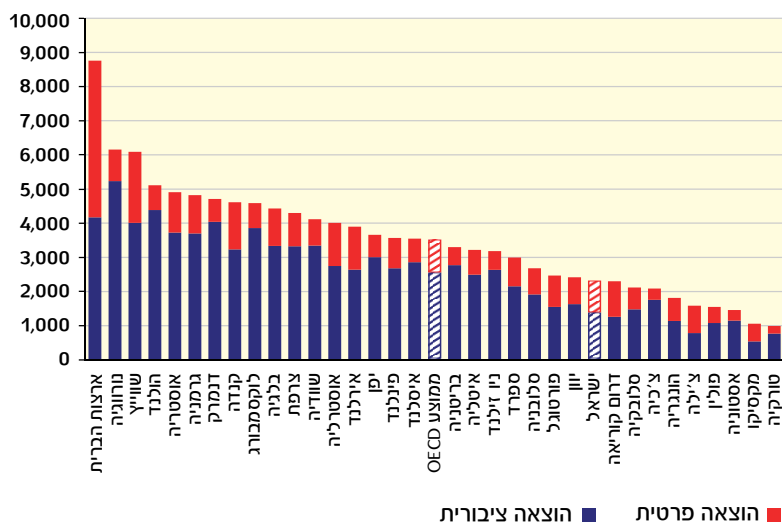
כאמור, את פרופיל ההוצאה הכוללת על בריאות באוסטריה חישבנו לפי פרסום של הלשכה האוסטרית לסטטיסטיקה; קבוצות הגיל שהופיעו בפרסום זה לא תאמו את קבוצות הגיל שבמחקר. בפרסום האוסטרי הופיעו נתונים על ההוצאה הכוללת הממוצעת לאדם בקבוצות הגיל: 0, 1-4, 5-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84, +85. ההתאמה נערכה באופן הבא: קבוצות הגיל 0 ו-1-4 בפרסום האוסטרי אוחדו באופן משוקלל כדי שיתאימו לקבוצת הגיל 0-4. שתי קבוצות הגיל 15-44 ו-45-64 פורקו לחמש הקבוצות המופיעות במחקר בהתאם ליחסיות של ההוצאה בין קבוצות הגיל בפרופיל ההוצאה הממוצע של האיחוד האירופי. לדוגמה: בהתאם לנוסחה הרשומה להלן, ההוצאה באוסטריה על קבוצת הגיל 45-54 שווה להוצאה על קבוצת הגיל 45-64 כפול היחס שבין ההוצאה של הקבוצה 45-54 לבין ההוצאה של הקבוצה 45-64 בפרופיל הממוצע לאיחוד האירופי.

$$(expenditure_{45-54})_{AT} = (expenditure_{45-64})_{AT} * \frac{(expenditure_{45-54})_{EU27}}{(expenditure_{45-64})_{EU27}}$$

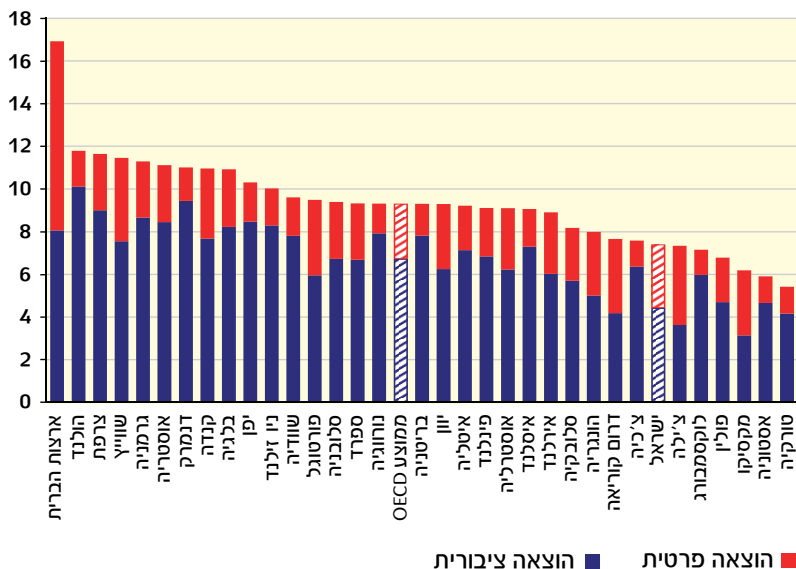
נספח 6א: נתונים לחישוב פרופיל ההוצאה הציבורית לפי גיל בישראל מתוך אומדנים להתפלגות ההוצאה הלאומית בישראל לפי סעיפי הוצאה וקבוצות גיל, שנת 2010 (במיליוני ש"ח)

| אחוז מסך ההוצאה | סך הכול | כל השאר | רופאים פרטיים ותרופות | שיניים | מונעת | גריאטריה | בריאות הנפש | יולדות | אשפוז כללי וקהילה | קבוצת גיל |
|-----------------|---------|---------|-----------------------|--------|-------|----------|-------------|--------|-------------------|-----------|
| 9.6 | 6,010 | 388 | 646 | 99 | 912 | 5 | 0 | 0 | 3,960 | 4-0 |
| 8.7 | 5,455 | 681 | 582 | 770 | 646 | 10 | 63 | 0 | 2,704 | 14-5 |
| 7.1 | 4,445 | 590 | 387 | 730 | 114 | 15 | 165 | 426 | 2,018 | 24-15 |
| 10.0 | 6,293 | 562 | 438 | 592 | 95 | 10 | 352 | 1,198 | 3,046 | 34-25 |
| 9.6 | 5,994 | 477 | 711 | 746 | 76 | 58 | 283 | 406 | 3,237 | 44-35 |
| 9.9 | 6,226 | 393 | 592 | 592 | 57 | 203 | 314 | | 4,075 | 54-45 |
| 13.6 | 8,513 | 352 | 850 | 784 | - | 251 | 259 | 0 | 6,017 | 64-55 |
| 12.9 | 8,091 | 197 | 706 | 301 | - | 662 | 94 | 0 | 6,131 | 74-65 |
| 11.9 | 7,449 | 132 | 501 | 201 | - | 1,666 | 36 | 0 | 4,912 | 84-75 |
| 6.7 | 4,225 | 48 | 166 | 74 | - | 1,951 | 5 | 0 | 1,980 | 85+ |
| 100.0 | 62,700 | 3,820 | 5,580 | 4,890 | 1,900 | 4,830 | 1,570 | 2,030 | 38,080 | סך הכול |

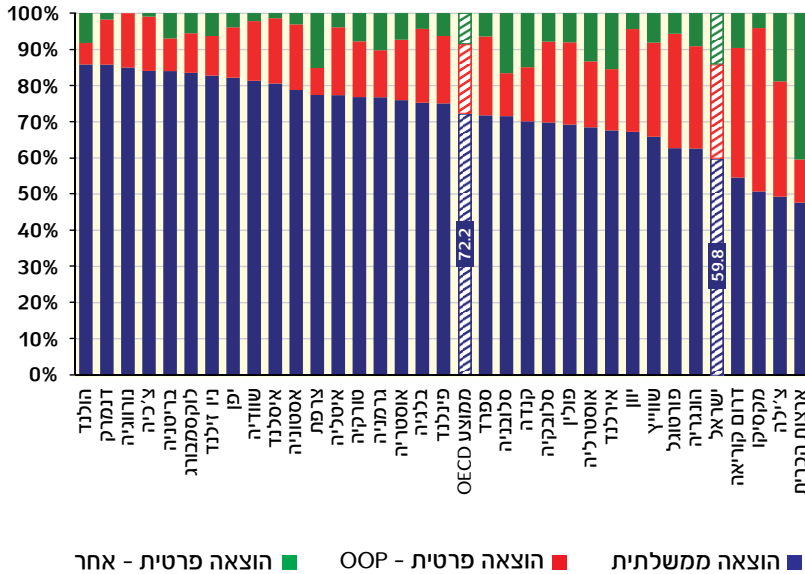
נספח 26: ההוצאה על בריאות במונחי כוח קנייה לנפש, 2012 (PPP)



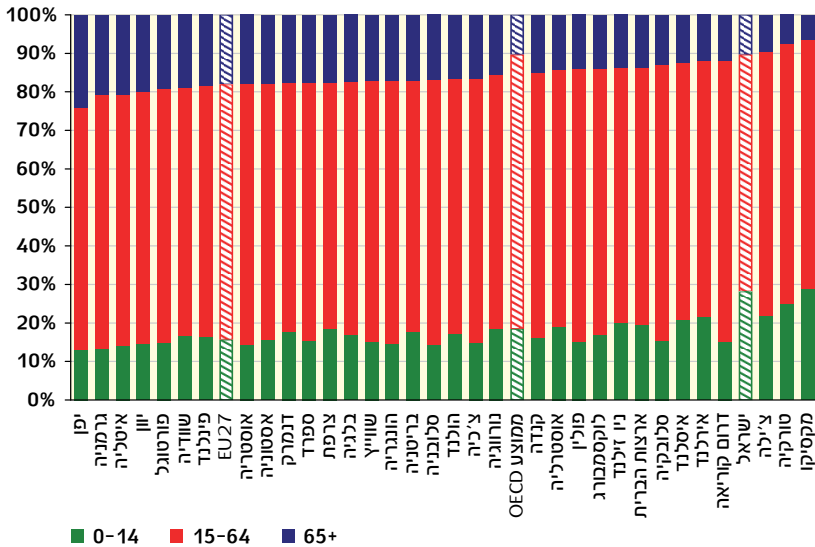
נספח 26: ההוצאה על בריאות כאחוז מהתוצר, 2012



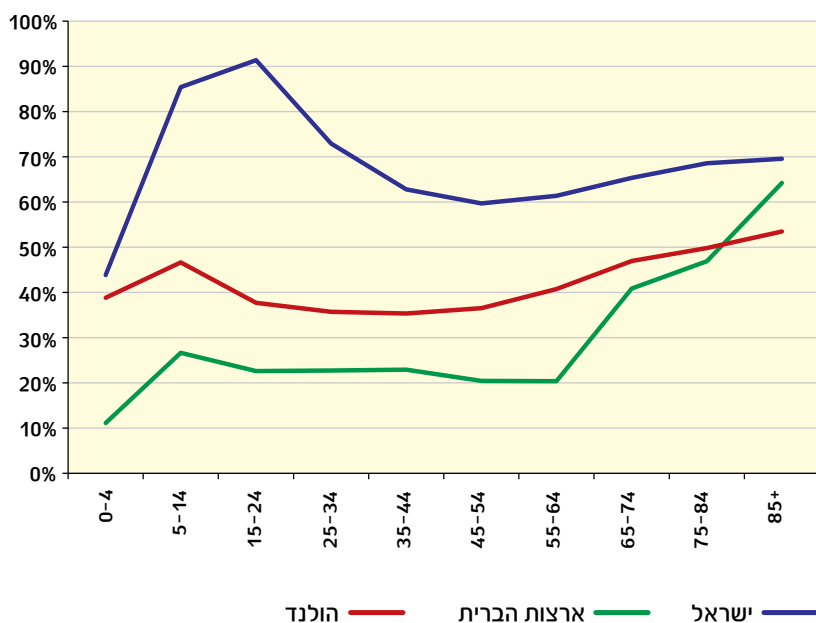
נספח 6ד: התפלגות ההוצאה על בריאות לפי מקור מימון, 2012



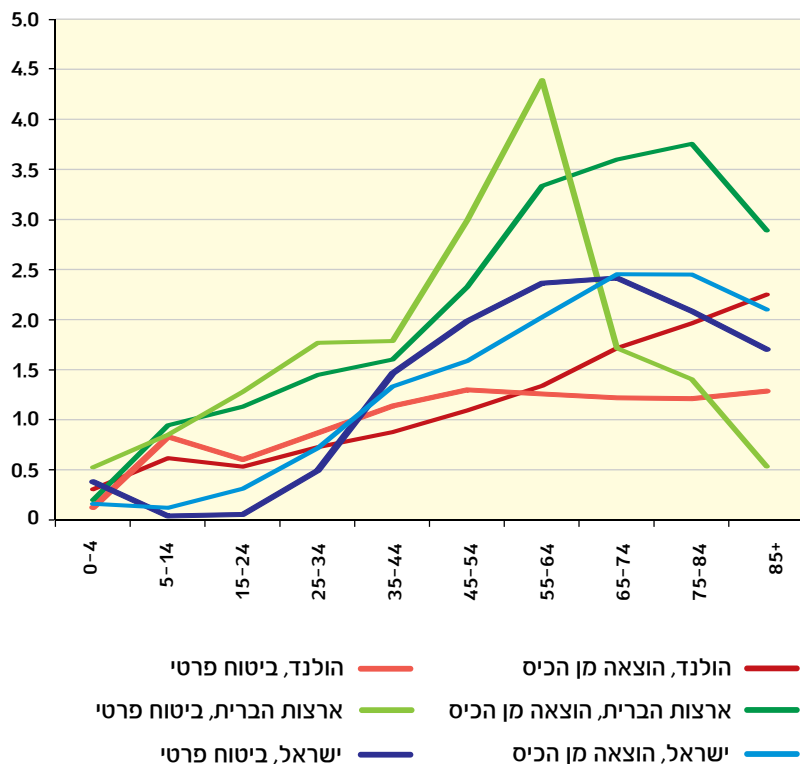
נספח 6ה: מבנה דמוגרפי, 2012



נספח 7א: שיעור ההוצאה מן הכיס כאחוז מכלל ההוצאה הפרטית לפי גיל



נספח 27: פרופיל ההוצאה מן הכיס לפי גיל ופרופיל ההוצאה על ביטוח בריאות פרטי לפי גיל בישראל, בהולנד ובארצות הברית



הופיעו בסדרת מחקרי מדיניות

1. האיגוד המקצועי וגידול אי-השוויון הכלכלי בישראל 1970–2003
מאת: טלי קריסטל ינון כהן גיא מונדלק
2. אי-השוויון בחלוקת ההכנסות של משקי הבית של השכירים בישראל
1967–2003
מאת: יצחק ספורטא סאלם אבו זאיד דותן לשם
3. האבטלה בישראל: מבט ארוך טווח וצעדי מדיניות אפשריים
מאת: נטליה פרסמן אריה ארנון
4. העוני וההתנהגות בשוק העבודה בחברה החרדית
מאת: דניאל גוטליב
5. עולם הפנסיה החדש: אחרי המפץ של 2003
מאת: רמי יוסף אביה ספיבק
6. עוני, חינוך ותעסוקה בחברה הערבית-כדואית: מבט השוואתי
מאת: סלימאן אבו-כדר דניאל גוטליב
7. מקורות ההכנסה של עובדים שכירים בישראל
מאת: טלי קריסטל ינון כהן גיא מונדלק
8. מערכת הפנסיה בישראל לאחר חמש-עשרה שנות רפורמה
מאת: לאה אחדות אביה ספיבק
9. הדינמיקה של אוכלוסיית מקבלי גמלת הבטחת הכנסה ותיקים 1986–2002
מאת: אריה שרמן ליאון זולוטוי
10. האם מצטמצמים הפערים בחינוך?
מאת: יעקב גלבוש
11. כיצד הצמיחה והשינוי באי-שוויון משפיעים על העניים: ישראל בין 1990 ל-2006
מאת: יוסף דויטש ז'ק סילבר
12. מענק האיוון של משרד הפנים: האם הוא מצמצם את הפערים בין הרשויות המקומיות?
מאת: טל שחור
13. תקציב הממשלה החדשה: הצעת התוכנית לכלכלה וחברה, מכון ון ליר בירושלים
מאת: לאה אחדות מישל סטרבצ'נסקי אביה ספיבק

14. שיקולים פוליטיים בהקצאת מענקים לרשויות המקומיות בישראל
מאת: עמיר שוסטר
15. מבט אל המשבר הכלכלי: פרספקטיבה ישראלית ובינלאומית
מאת: לאה אחדות אריה ארנון מישל סטרבצ'נסקי אביה ספיבק
16. השפעת הבעלות הממשלתית על ביצועיהן של קבוצות הבנקים הגדולות
בישראל
מאת: עמנואל ברנע
17. תשואה מהשכלה: אי-שוויון בין קבוצות אוכלוסייה
מאת: יעל מלצר
18. תקציב המדינה לשנת 2015: הכנס החמישי של התוכנית לכלכלה וחברה
במכון ון ליר בירושלים
19. הקצאת מקורות למימון סל הבריאות: בחינה מחדש של נוסחת הקפיטציה
הוספתם של משתנים חברתיים-כלכליים כמתאמי סיכון
מאת: לאה אחדות עמיר שמואלי