

התפתחויות עכשוויות במערכת הבריאות

דב צ'רניחובסקי

מתוך "דוח מצב המדינה 2017"
ירושלים, טבת תשע"ח, דצמבר 2017

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובח"ל.

פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

התפתחויות עכשוויות במערכת הבריאות

דב צ'רניחובסקי*

פרק מבוא זה עוסק בחלקו הראשון בהתפתחויות במימון מערכת הבריאות. חלקו השני, הנחלק לכמה סעיפים, דן בסוגיות מרכזיות במערכת, כפי שהן מופיעות בתוכנית משרד הבריאות לשנת 2016 (משרד הבריאות, 2016א):

- הרחבת זמינות השירותים ואפשרויות הבחירה במערכת הציבורית (יעד 1.1 בתוכנית)
- היערכות מערכת הבריאות להזדקנות האוכלוסייה (יעד 4.1 בתוכנית)
- התאמת מערכת הבריאות לשינוי במאפייני התחלואה הכרונית (יעד 4.3 בתוכנית)

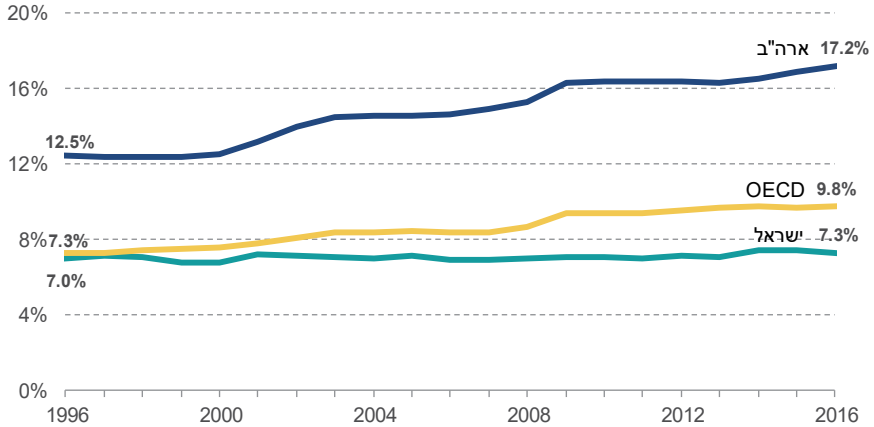
1. מימון המערכת

ההוצאה על בריאות בישראל עמדה על 7.3 אחוזים מהתוצר המקומי הגולמי בשנת 2016. אחוז זה נמוך בכ-2.5 נקודות אחוז מהמוצע במדינות המפותחות ב-OECD וב-10 נקודות אחוז מאשר בארצות הברית (תרשים 1).

בניגוד למגמת העלייה בחלקו של התוצר המוקדש לבריאות בעולם המפותח, חלקה של ההוצאה על התחום בישראל נותר קבוע יחסית לאורך 20 השנים האחרונות (כ-7 אחוזים מהתוצר). בתחילת העשור הנוכחי ניכרה מגמת עלייה קלה, אולם היא התהפכה בשנתיים האחרונות.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב. תודתי נתונה לאביב בריל, שסייע רבות באיסוף הנתונים לפרק וביצירת התרשימים.

תרשים 1. ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג ישראל, ארה"ב וממוצע ה-OECD

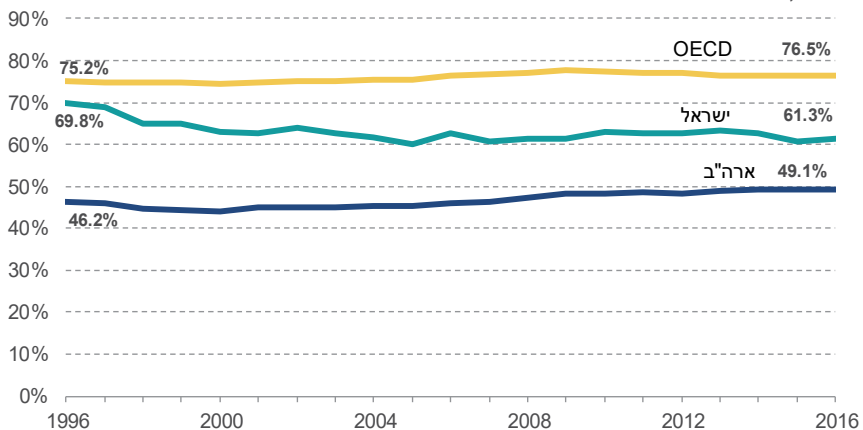


* ממוצע ההוצאה ב-21 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD.

מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: OECD, Health spending (indicator)

ההוצאה הלאומית על בריאות נחלקת לשני מקורות מימון: ציבורי ופרטי. חלקו של המימון הציבורי בסך ההוצאה במדינה ירד מאמצע שנות התשעים עד 2005, אך מאז נותר יציב למדי ונע בין 60 ל-65 אחוזים (תרשים 2). חלקו של המימון הציבורי בישראל נמוך בכ-15 נקודות אחוז מהממוצע במדינות ה-OECD המפותחות, שגם בהן מונהג ביטוח בריאות אוניברסלי, וגבוה ב-12 נקודות אחוז מאשר בארצות הברית, שאין בה ביטוח כזה.

תרשים 2. אחוז ההוצאה הציבורית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות ישראל, ארה"ב ו-OECD

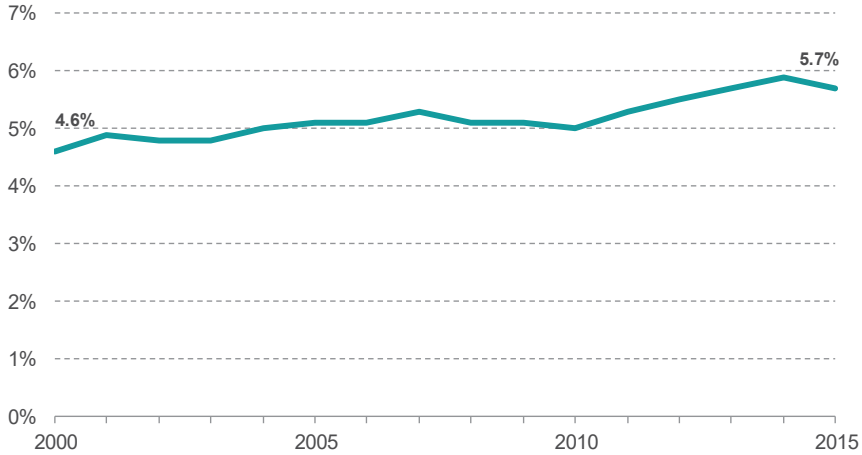


* ממוצע ההוצאה ב-21 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD.

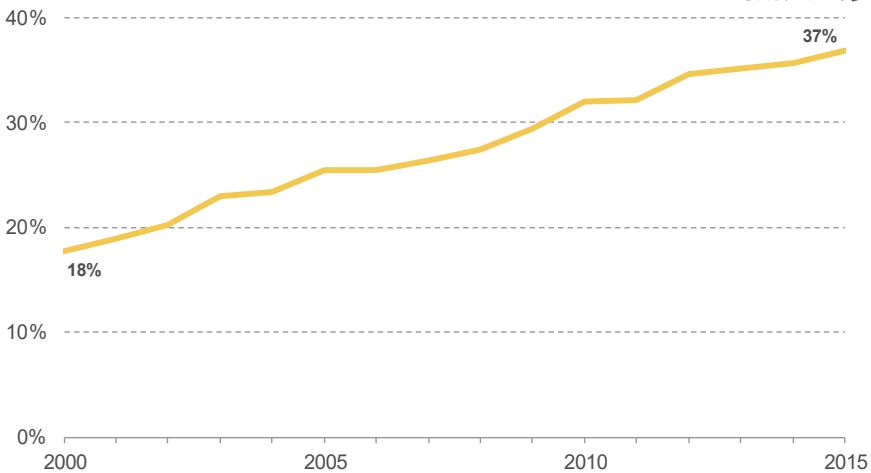
מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: OECD, Health spending (indicator)

הירידה שחלה בחלקו של המימון הציבורי לאורך השנים מוצאת ביטוי בגידול בהוצאה על בריאות מתוך סך הוצאות משקי הבית: מ-4.6 אחוזים בשנת 2000 ל-5.7 אחוזים בשנת 2015 (תרשים 3). עלייה זו נובעת בעיקר מהעלייה בהוצאה על ביטוחים פרטיים (תרשים 4), אשר משקלם בסך ההוצאה הפרטית לבריאות גדל מכ-18 אחוזים בתחילת התקופה לכ-37 אחוזים ב-2015.

תרשים 3. ההוצאה על בריאות מתוך סך ההוצאה של משקי הבית



תרשים 4. ההוצאה על ביטוחים פרטיים מתוך סך ההוצאה של משקי בית על בריאות



מקור (לשני התרשימים): דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים (לשני התרשימים): הלמ"ס, סקר הוצאות משקי הבית

את נתוני המימון הללו – יציבות בחלקה של ההוצאה על בריאות בתוצר לצד ירידה בחלקו של המימון הציבורי – יש לבחון על רקע כמה התפתחויות רחבות:

- הביקוש לטיפול רפואי גדל בסדר גודל של כ-2 אחוזים בשנה בעשור האחרון עקב הזדקנות מואצת של האוכלוסייה בישראל (צ'רניחובסקי ואחרים, 2017), וכן עקב עלייה בהכנסה הכוללת לנפש.
- בד בבד חל צמצום בהיצע כוח האדם הרפואי במערכת, לפחות במימון הציבורי: מספר הרופאים עד גיל 65 ירד מ-3.43 לאלף נפש בתחילת שנות האלפיים ל-3.08 בשנת 2015, ומספר האחיות עד גיל 65 ירד מ-6.4 ל-5.7 אחיות לאלף נפש (משרד הבריאות, 2016). לצד זאת יש לציין כי ייתכן שהמחסור הוא לטווח קצר, היות שמספרם של סטודנטים לרפואה, של מקבלי רישיונות לעסוק ברפואה ושל התחלות ההתמחות, וכן מספרם של מקבלי הרישיון לעסוק בסייעוד, נמצאים במגמת עלייה (משרד הבריאות, 2016ב).
- שוק הביטוח הרפואי ושוק שירותי הבריאות חשופים יותר ויותר לכשלי שוק, בעיקר עקב כוח מונופולי של נותני השירות. הכשלים מועצמים לאור שיטת הביטוחים המשלימים של קופות החולים, שמאפשרת לנצל את שירותי הביטוח רק במתקנים בבעלות פרטית, אם כי לרוב המטפלים הם רופאים שעובדים בעיקר במערכת הציבורית.

כל ההתפתחויות הללו באות לידי ביטוי בעליית מחירי הטיפול הרפואי. נוכח היציבות של החלק המוקדש להוצאה על בריאות מתוך התוצר וירידה בחלקה של ההוצאה הציבורית, ניתן להסיק שמספר הטיפולים העומד בפועל לרשות התושב פחת לאורך זמן. מצב הדברים מסוכם במדדים המובאים בתרשים 5. מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995 ההוצאה הכספית על בריאות עלתה בשיעור דומה לגידול בתוצר: סדר גודל של כ-40 אחוזים (כפי שניכר גם ביציבות בחלקה של ההוצאה הלאומית על בריאות מתוך התוצר, ראו תרשים 1 לעיל). אולם נתונים אלו אינם מביאים בחשבון שני גורמים המשפיעים על משמעות ההוצאה: תקנון דמוגרפי לצורכי האוכלוסייה וההתפתחות במחירי שירותי הרפואה.

תקנון דמוגרפי: כאשר מודדים את גודל האוכלוסייה במונחי נפשות מתוקנות (קפיטציה), המביאים בחשבון את השפעות השינויים הדמוגרפיים של האוכלוסייה על הצרכים, מתקבל כי ההוצאה הכספית נשחקה בכ-10 נקודות אחוז בשנים אלו.¹

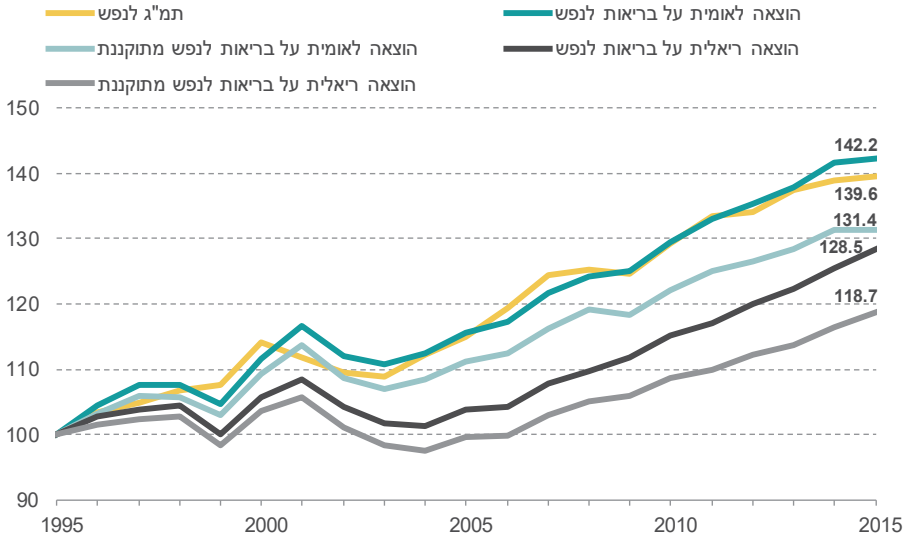
התפתחות מחירי הרפואה: נוסף לשחיקה הנובעת מהרכב האוכלוסייה, ההוצאה הכספית על בריאות נשחקה בעוד כ-10 אחוזים עקב העלייה היחסית במחירי הרפואה. מטבע הדברים שינויים אלו מלווים בירידה בשוויון ובגידול הפערים בנגישות של שירותי רפואה עבור אזרחים שונים; משקי בית ברמות הכנסה נמוכות נאלצים להוציא חלק גדול יותר מהכנסתם על ביטוח בריאות ועל שירותים רפואיים.

אם כן, העלייה בהוצאה הריאלית לבריאות – כלומר טיפולים העומדים לרשות הציבור, בחישוב לנפש מתוקנת – היא בסדר גודל של כ-20 אחוזים מאז 1995, לעומת עלייה של

1 נוסחת הקפיטציה היא מפתח ההקצאה של תקציב הבריאות לקופות החולים. המפתח מבוסס על גילם ומינם של המבוטחים, ויש בו תוספת למבוטחים הגרים בפריפריה. ההקצאה לכל תושב נקבעת לפי גילו ומינו ביחס לנפש מתוקנת, ובהתאם אפשר לבטא את גודל האוכלוסייה במונחי נפשות מתוקנות.

כ-40 אחוזים בהוצאה שאינה מביאה בחשבון את הגורמים הללו. עם זאת, יש להביא בחשבון שמצב הדברים טוב יותר במידת-מה מהמתבטא בנתונים, היות שחלו ברפואה התקדמויות טכנולוגיות, המתבטאות ביעילות רבה יותר של טיפול נתון או בתועלת רבה יותר ממנו – אף שקשה להביא את השפעתם לביטוי כמותי.

תרשים 5. מדדי הוצאה על בריאות ותמ"ג לנפש
מדד: שנת 1995=100



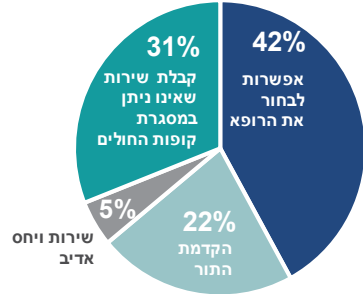
* החישוב לנפש מתוקנת נערך לפי נוסחת הקפיטציה, המביאה בחשבון גיל ומין. ההוצאה הריאלית כוללת התאמה לאינפלציה במחירי שירותי הרפואה.
 מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב
 נתונים: השנתון הסטטיסטי של הלמ"ס (2016)

2. הרחבה של זמינות השירותים ואפשרויות הבחירה במערכת הציבורית

זמני ההמתנה לטיפולים רפואיים, ובפרט לאשפוזים אלקטיביים לצורך ניתוחים, הם ארוכים יותר במערכת הציבורית מאשר במערכת הפרטית. כפי שהוצג במחקר קודם של מרכז טאוב בנושא (בוורס וצ'רניחובסקי, 2016), זמני ההמתנה לאשפוז אלקטיבי בישראל עומדים ביחס הפוך לזמינות מיטות האשפוז במחוזות השונים (ולכן זמני ההמתנה בפריפריה ארוכים יותר). נתונים אלו מבטאים את הפער הגדל בין ביקוש להיצע במערכת הציבורית, אשר דובר בו בסעיף הקודם.

הבדל נוסף הוא שהמערכת הציבורית אינה מאפשרת בחירה של הרופא המטפל, בניגוד למערכת הפרטית. כפי שניתן לראות בתרשים 6, מבין משקי הבית שמדווחים

תרשים 6. התפלגות הסיבות לשימוש בשירותי רפואה פרטיים, 2015



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי

על שימוש ברפואה פרטית, 42 אחוזים מעידים שעשו כן כדי שיוכלו לבחור את הרופא המטפל. 22 אחוזים פנו לרפואה פרטית כדי להקדים תור ביחס לזמן ההמתנה הנדרש במערכת הציבורית. שתי הסיבות קשורות זו לזו, באשר לעיתים מזומנות התור שמבקשים להקדים הוא לרופא מסוים העובד במערכת הציבורית, אך ניתן להגיע אליו מהר יותר במערכת במימון פרטי (לרבות ביטוחים משלימים). אשר לתחרות ולחופש בחירה, שתי מגמות התעצמו בשנה האחרונה: רכישה של מרפאות לביצוע ניתוחים בידי חברות ביטוח בריאות מסחריות, ורכישה מלאה או חלקית של מוסדות רפואיים פרטיים בידי קופות החולים.

הנושאים הללו דורשים בחינה מעמיקה מעבר למתאפשר פה, אולם כבר מעין ראשוני עולות מהם כמה סוגיות הראויות לתשומת לב מצד המדינה. מצב הדברים מצביע על ערבוב בין המערכות ותנודות בתמהיל בין רפואה ציבורית לפרטית, המשקפים היעדר מדיניות ברורה ורגולציה מתאימה. לא זו בלבד שהמצב עלול לפגוע ביכולת הבחירה המושכלת של הציבור, בנותני השירות וביכולתה של המערכת לעקוב אחר ההוצאה – הם עלולים גם לפגוע בבריאות הציבור.

יש לתת את הדעת לכך שרכישת מוסדות לטיפול רפואי, ובעיקר חדרי ניתוח, מטעם חברות ביטוח מסחריות עלולה לעודד ביקושים בשני אופנים: הן ביקוש גובר לביטוח רפואי, הן הפניה לפרוצדורות רפואיות שנחיצותן עלולה להיות מוטלת בספק. ברור שחברות הביטוח ינתבו חולים לנותני שירות הנמצאים בבעלותן, וכך יצמצמו גם את חופש הבחירה המושכל של הציבור.

חשש דומה קיים ביחס לרכישת נותני שירות פרטיים מצד קופות החולים, שעלולה ליצור סתירה בין שני תפקידים במערכת (מנהלי טיפול ומבטחים מצד אחד, ונותני שירות מצד אחר) ולצמצם את החופש של המטופלים לבחור בין נותני השירות. בהקשר זה ראוי לציין שבאירופה ובארצות הברית רכישות כאלו אינן מקובלות, ובמדינות מסוימות (למשל בגרמניה) אסור למבטחים רפואיים, לרבות קופות החולים, לשמש גם ספקי שירות.² בנובמבר 2017 התפרסם בתקשורת כי עלו חשדות שקופות חולים מסוימות שילמו סכום גדולים לרופאים כדי שאלו יעברו לעבוד עבורן ויעבירו את מטופליהם להיות מבוטחים אצלן. פרשות אלו הביאו להצעת חקיקה הכוללת כמה סעיפים:

2 קופות החולים הן מוסדות ללא כוונת רווח הפועלות על חשבון משלם המיסים, וגם בביטוחים המשלימים שהן מוכרות יש ממד ציבורי (למשל, באיסור לגבות ממבטחים סכום גבוה יותר מטעמי מצב בריאותי). הקופות אינן יכולות לצבור רווחים; יתרה מזו, כמוסדות נתמכים, אין הן יכולות ללוות לטווח ארוך. בהקשר זה עולה סוגיה ציבורית מהותית באשר למקורות המימון של המוסדות הפרטיים שהן רוכשות: אם הרכישה היא בכספי ציבור, מי הם הבעלים של המוסדות הללו?

- א. רופאים לא יוכלו לעבור לעבוד בקופה אחרת ברדיוס 30 ק"מ מעבודתם הנוכחית.
- ב. תבוטל האפשרות לעבור בין קופות באינטרנט.
- ג. מספר מועדי המעבר בין הקופות יצומצם מ-6 ל-4 בשנה.
- ד. תיאסר פעילות של מוקדי שיווק טלפוניים, סוכני מכירות או תועמלנים מטעם הקופות.
- ה. ייאסר על הקופות לקיים פעילויות נלוות לבריאות, כמו חוגים, חדרי כושר ושיעורי ספורט.

ו. במקרה של הפרת החוק תוטל אחריות פלילית על מנהלי קופות החולים. בעוד סעיפים ד וה מובנים, היות שהם נועדו למנוע שימוש בכספי ציבור שלא למטרות רפואיות, הסעיפים האחרים טומנים בחובם כמה בעיות. סעיף א פוגע בחופש העיסוק של רופאים, ואף הוביל למחאה מצידם ולשביתת אזהרה בת שעתיים של רופאי בתי החולים (ההסתדרות הרפואית בישראל, 2017). כמו כן איסור זה, וגם סעיפים ב וג, פוגעים בתחרות בין קופות החולים. האיסור לעבור בין הקופות באינטרנט גם מגביר את יכולתן של הקופות לברור את המבוטחים הכדאיים ולדחות את הבלתי כדאיים, היות שהוא מגדיל את האפשרות של הקופות להיחשף אל המטופלים פנים אל פנים וכך להיווכח במצבם הרפואי.

הנתונים מראים בבירור כי הציבור מייחס חשיבות רבה לבחירת הרופא המטפל, והקופות מנסות לספק את הביקוש. אולם נראה שהתנהלות הקופות גורמת לצמצום התחרות וחופש הבחירה בין נותני השירות. במציאות זו יש מקום לחשיבה מחודשת על הצורך בקופות חולים בישראל. מחד גיסא, לא נראה שיש תחרות ממשית בין הקופות: מספר הקופות בישראל הוא הנמוך ביותר בעולם המפותח לפי כל קריטריון, ורק כ-2 אחוזים מהאוכלוסייה עוברים מדי שנה בין הקופות (לעומת הולנד למשל, מדינה שאוכלוסייתה כפולה מישראל, שבה עוברים כ-7 אחוזים מהאוכלוסייה בין 24 קופות חולים). מאידך גיסא, הקופות מאבדות את צביון הממלכתי: הדמיון בינן ובין מבטחים מסחריים הולך וגדל, ואין משמעות לעובדה שקופות החולים פועלות שלא למטרות רווח. לאור זאת, ישראל יכולה לשקול הנהגת שירות בריאות ממלכתי נוסח בריטניה (מעין קופה אחת) הקונה שירותים מספקים מתחרים, ללא תחרות בין קופות על רופאים ומבוטחים. מודל זה מקובל מאוד בעולם ואינו דורש פעולות נרחבות. הוא גם זול יותר לתפעול ממודל קופות החולים, שכן מדובר במנגנון אחד ולא בארבעה, כפי שקיימים כיום בישראל. לחלופין, בהסדרה מתאימה ניתן להפוך גם מבטחים פרטיים לקופות חולים המספקות טיפול בהוראת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכל הספקים ירכשו שירות מספקים מתחרים. אפשרות מעין זו עשויה ליצור תחרות מנוהלת של ממש בין הקופות והמבטחים, נוסח גרמניה, שווייץ או הולנד.

3. היערכות המדינה להזדקנות האוכלוסייה

דוח מבקר המדינה האחרון קובע כי "איכות הטיפול הביתי שניתן לקשישים סיעודיים רבים לקויה, לעתים עד כדי הזנחת הקשישים. לא זו בלבד שיש בכך פגיעה בזכות הקשיש להזדקן בכבוד בביתו, אלא שהדבר אף עלול להחמיר את מצבו הבריאותי הפיזי והנפשי [...]" (מבקר המדינה, 2017).

סוגיית הטיפול והביטוח הסיעודיים קיבלה משנה תוקף עם הודעת הממונה על הביטוח שבתחילת 2018 יפקע תוקף הביטוחים הקבוצתיים של כמיליון איש אשר בוטחו באמצעות מקומות עבודה. נוכח הסערה הציבורית אשר קמה בעקבות הודעה זו הכריזה הממשלה על כמה צעדים, בעלות של כמיליארד שקלים:

- העלאת קצבת הזקנה המרבית לטיפול סיעודי בקשישים ל-5,000 שקלים
- ביטול מבחן האמצעים לילדים לצורך קביעת סבסוד טיפול ממושך במוסד
- אפשרות מעבר של מבוטחים בביטוחים קבוצתיים של מקומות העבודה לביטוחים סיעודיים הנמכרים באמצעות קופות החולים, ללא תקופת אכשרה וחיתום צעדים אלו, לצד ההחלטה על מתן טיפול שיניים חינם לקשישים בני 75 ומעלה, עשויים ללא ספק לתרום לשיפור המצב בנושא הטיפול הסיעודי בישראל, שהוא נחות יחסית למדינות אירופה המערבית, אוסטרליה, קנדה ויפן, למשל (צ'רניחובסקי ואחרים, 2017). יתר על כן, למרות הסיכון המוסרי שבדבר יש בביטול מבחן האמצעים לילדים תרומה לאוניברסליות של מערכת שירותי הסיעוד.

אולם בהיבט של המימון, לצורך מערכת שוויונית יותר (לפחות לפי המקובל במדינות שהוזכרו) יש צורך להמיר סכומים ניכרים של כסף ממקור פרטי במימון ציבורי. כיום מושקעים במערכת הטיפול הסיעודי 15–14 מיליארד שקלים, כמחציתם ממקור ציבורי וכמחציתם הוצאה פרטית, וכדי להגדיל את חלקו של המימון הציבורי נחוצה הוצאה בסדר גודל של כ-3 מיליארד שקלים. כל שינוי בכיוון הגדלת חלקו של המימון הציבורי חייב להבטיח הסדרי מימון לכ-3 מיליון ישראלים, חלקם קשישים, אשר כיום אינם מחזיקים בביטוח סיעודי שיוכל להשלים את השירותים שהמדינה מעניקה לקשישים, וסביר שחלקם אינם יכולים לשלם את פרמיית הביטוח (כהן קובץ', רמות ניסקה והרן רוזן, 2017).

כמו כן, אין בצעדים שהממשלה הכריזה עליהם לאחורונה כדי לטפל בבעיית הפיצול בשירותים וחוסר התכלול של הטיפול בידי גורם אחד, אשר גורמת לסבל רב לקשישים ולבני משפחותיהם ומהווה אתגר מרכזי עבור המערכת (צ'רניחובסקי ואחרים, 2017). ככלל, נראה כי המדינה דוחה פתרון כולל לנושא הטיפול הסיעודי ומימון, כפי שקיים במדינות בעלות ביטוח רפואי אוניברסלי.

4. התאמת מערכת הבריאות לשינוי במאפייני התחלואה הכרונית

מחקר קודם של מרכז טאוב מצביע על התגברות האיומים של השמנה וסוכרת על בריאות האוכלוסייה בישראל, באופן החורג מהממוצע במדינות אירופה (בוורס וצ'רניחובסקי, 2017). ממצאים אלו בולטים על רקע מחקר אחר (אזרייבה ואחרים, 2017), המצביע על כך שככל הנראה משקי בית המשתייכים לחמישון ההכנסות הנמוך בישראל אינם יכולים להרשות לעצמם לצרוך את מה שהוגדר כ"סל מזון בריא".

אם ברצונה של הממשלה לטפל באופן יעיל בבעיות אלו, רצוי לשקול לייסד תוכנית לאומית המשלבת את מרבית משרדי הממשלה, באשר הנושא נוגע לחינוך, למחירי מזון ולהסדרה בתחומים שונים (שחלקם כבר מטופלים כיום ממילא). על רקע זה ניכרים המאמצים להוציא משקאות ומזונות לא בריאים ממוסדות החינוך, והמאמץ של משרד הבריאות לסמן מוצרים לפי הסכנות התזונתיות הטמונות בהם.

סיכום

ככל שניתן ללמוד מהמגמה ארוכת הטווח ומנתוני המימון של השנים האחרונות, הנגישות של טיפול רפואי, גם בכמות וגם באיכות (זמני המתנה ובחירת רופא) תלויה במידה גוברת והולכת במימון פרטי – והצורך במימון זה מטיל נטל הולך וגדל על תקציב משקי הבית. הקיפאון בהרחבת המשאבים העומדים לרשות המערכת הציבורית מגביל את יכולת הפעולה של משרד הבריאות והממשלה בתחום הבריאות.

לצד זאת, בשנים האחרונות ניכרו יוזמות מבורכות של הממשלה בכמה נושאים: תוספת מכשירי MRI למערכת; הקצאה של 900 מיליון שקלים לתוכנית לאומית לקיצור זמני ההמתנה לטיפול רפואי; הרחבת המערך של Full timers – רופאים מומחים העובדים רק במימון ציבורי – במוסדות האשפוז; ואיסור על רופא להפנות אנשים שמגיעים אליו מהמערכת הציבורית לטיפולו שלו עצמו במערכת הפרטית. עדיין יש מקום לשקול פעולות נחוצות בתחומים אחרים, ובהן הקמת מנגנונים שיאפשרו בחירת רופא במערכת האשפוז הציבורית, הרחבת תקני כוח אדם במערכת הציבורית – צעד הכרחי להיערכות לגידול במספר תלמידי הרפואה ומקבלי הרישיונות לעסוק בתחום ולהגדלת היצע העבודה – וייעוד הכסף המתקבל מהביטוחים המשלימים למימון טיפול רפואי במערכת האשפוז במימון ציבורי.

יתרה מזו, מאמצי הממשלה בנושא קיצור זמני המתנה ובחירת רופא באשפוז ציבורי הם בבחינת ניסיון לרבע את המעגל, נוכח מערכת התמריצים המובנית כיום בהסדרי הביטוחים המשלימים. הסדרים אלו – המאפשרים להשתמש בכספי הביטוחים המשלימים רק במוסדות בבעלות פרטית – ממריצים את קופות החולים ואת חברות הביטוח המסחריות לרכוש מוסדות רפואיים, ופעולות אלו מגדילות את ההוצאה על בריאות אף שתוצאותיהן הבריאותיות מוטלות בספק. הכניסה של חברות ביטוח מסחריות לתחום הספקת טיפול רפואי מצד אחד, ורכישת מוסדות לטיפול רפואי פרטי בידי קופות החולים מצד אחר, מצמצמות את התחרות בין ספקי שירות, ומעלות תהיות באשר לכדאיותו של מודל קופות החולים הקיים היום בישראל.

מקורות

אזרייבה, ג'נטה, בן אוריון, רבקה גולדשמיט, אבידור גינסברג, רן מילמן ודב צ'רניחובסקי (2016), "סל מזון בריא בישראל", בתוך אבי וייס (עורך), **דוח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות בישראל 2016**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 315–326.

בוורס, ליאורה ודב צ'רניחובסקי (2016), **מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים הציבוריים בישראל**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

בוורס, ליאורה ודב צ'רניחובסקי (2017), **חשיבה מחודשת על סדר העדיפויות של טיפולים רפואיים בישראל**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

ההסתדרות הרפואית בישראל (2017), **שביתת הרופאים 29.11.17**, אתר ההסתדרות הרפואית בישראל.

כהן קובץ, גלעד, תמר רמות ניסקה ומאיה הרן רוזן (2017), **הביטוח הסיעודי בישראל**, בנק ישראל.

מבקר המדינה (2017), **דוח ביקורת מיוחד: טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים בביתם**, משרד מבקר המדינה.

משרד הבריאות (2016א), "תכנית עבודה לשנת 2016", **ספר תכניות עבודה לשנת 2016**, עמ' 81–102.

משרד הבריאות (2016ב), **נכח אדם במקצועות הבריאות**.

צ'רניחובסקי דב, אביגדור קפלן, איתן רגב ויוחנן שטסמן (2017), **ביטוח סיעודי בישראל: סוגיות מימון וארגון**, נייר מדיניות מס' 01.2017, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

OECD (2017), *Health Spending*, OECD Database.