

סדרת ניירות מדיניות

מגמות מימון וכוח אדם במערכת הבריאות בישראל

דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב

נייר מדיניות מס' 2014.17

FINANCING AND WORK FORCE ISSUES IN ISRAEL'S HEALTHCARE SYSTEM

Dov Chernichovsky and Eitan Regev

Policy Paper No. 2014.17

* * *

הדעות המובאות להלן הן של המחברים ואינן בהכרח משקפות את דעות מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

מותר לצטט קטעי טקסט קצרים – שאינם עולים על שתי פסקאות – ללא הסכמה מפורשת, ובלבד שיינתן אזכור מלא למקור הציטוט.

סוגיות מימון וכוח אדם במערכת הבריאות

דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב*

תקציר

פרק זה מוקדש לדיון בשתי סוגיות מבניות במערכת הבריאות: המשך מגמת הירידה בחלקו של המימון הציבורי למערכת, והצמצום המתמשך בהיצע כוח האדם הרפואי ביחס לאוכלוסייה – ובעיקר הזדקנות אוכלוסיית הרופאים. בשתי הבעיות הללו יש כדי לסכן את דירוגה הגבוה של ישראל במדדים של בריאות האוכלוסייה. בניגוד למגמות במערכות בריאות מפותחות אחרות, לרבות המערכת האמריקנית, ההפרטה במימון מערכת הבריאות הישראלית נמשכת ומתגברת. מגמה זו מגדילה את הפערים בנגישות לשירותי רפואה בין קבוצות ההכנסה השונות, ואף מגדילה את הפערים הכלכליים ביניהן. ההחמרה במצב אינה נובעת רק מהצמצום בחלקו של המימון הציבורי, אלא גם מכך שהמימון הפרטי ממשיך להגיע בעיקר מהוצאה ישירה מהכיס – בניגוד למצב במדינות אחרות, שבהן הביטוח הפרטי מפותח יותר. נראה שהביטוח המשלים בישראל, שכ-80 אחוז מהציבור מבוטחים בו, אינו תורם מספיק להפחתת ההוצאה הישירה מהכיס. הזדקנות אוכלוסיית הרופאים מביאה עמה פן חיובי – ניסיון רב יותר של הרופאים במערכת הבריאות – אולם בהתחשב בצמצום הכללי במספר הרופאים ביחס לאוכלוסייה בישראל, מגמה זו עלולה להביא לירידה משמעותית עוד יותר בהשתתפות של רופאים בכוח העבודה.

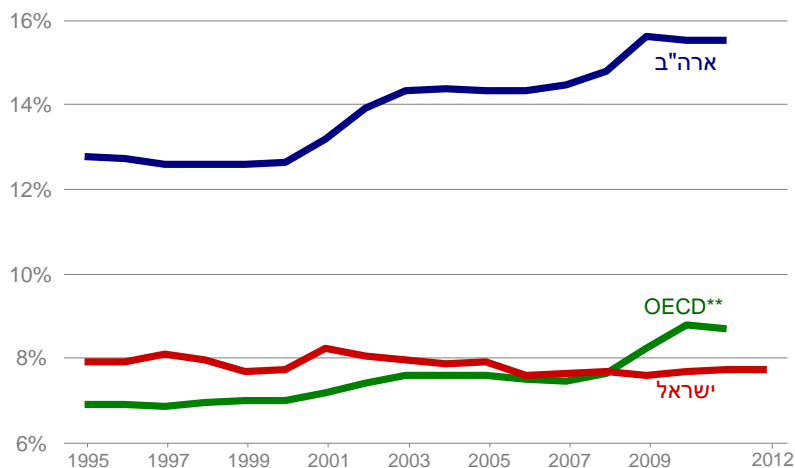
* פרופ' דב צ'רניחובסקי, ראש תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; איתן רגב, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, דוקטורנט בחוג לכלכלה באוניברסיטה העברית בירושלים.

1. ההוצאה הלאומית על שירותי רפואה והרכב המימון למערכת

סך ההוצאה על שירותי בריאות

ההוצאה הלאומית על שירותי רפואה בישראל – הכוללת את ההוצאה הציבורית ואת ההוצאה הפרטית – עמדה בשנת 2012 על כ-73.8 מיליארד שקלים, שהם 7.7 אחוזים מהתמ"ג (תרשים 1). גם כשמביאים בחשבון את ההבדלים בהתפלגות הגילים בכל מדינה (בישראל שיעור הקשישים באוכלוסייה נמוך יחסית – 10 אחוזים בלבד, לעומת כ-16 אחוז בארצות מערב אירופה וארצות הברית) – מדובר בשיעור נמוך ביחס למדינות המפותחות שיש בהן ביטוח בריאות ממלכתי. שיעור ההוצאה הלאומית ביחס לתמ"ג בישראל נמוך גם מממוצע שיעור ההוצאה ב-23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (8.7 אחוזים). יתר על כן, בישראל בולטת העקביות היחסית של מגמת הירידה בחלקה של ההוצאה ביחס למדינות המפותחות ב-OECD ובארצות הברית. מעניין לציין גם כי ארצות הברית ממשיכה להיות חריגה בשיעור הגבוה של ההוצאה לבריאות ביחס לתוצר: 15.5 אחוז.

תרשים 1
הוצאה לאומית על שירותי רפואה
כאחוז מהתמ"ג*, 1995–2012



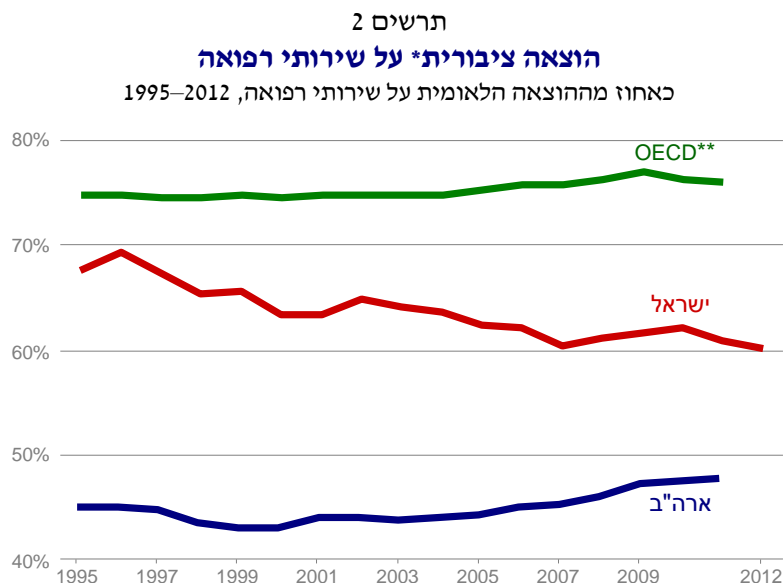
* ההוצאה לנפש מתוקנת (לפי נוסחת הקפיטציה הישנה) כאחוז מהתמ"ג לנפש רגילה.

** ממוצע 23 מדינות OECD (ללא ארה"ב).

מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

הרכב ההוצאה הלאומית על בריאות

מגמת הירידה בחלקו של המימון הציבורי מסך ההוצאות על שירותי רפואה בישראל נמשכת (תרשים 2). ב-2012 הגיע אחוז המימון הציבורי לכדי 60.1 אחוז מכלל ההוצאות על שירותי רפואה, לעומת 61.0 אחוז ב-2011. שיעור זה נמוך לעומת חלקו הממוצע של המימון הציבורי ב-23 המדינות המפותחות ב-OECD, העומד על 76.1 אחוז (להוציא את ארצות הברית, שבה השיעור הוא 47.8 אחוז).



* ההוצאה לנפש מתוקנת (לפי נוסחת הקפיטציה הישנה) כאחוז מהתמ"ג לנפש רגילה.

** ממוצע 23 מדינות OECD (ללא ארה"ב).

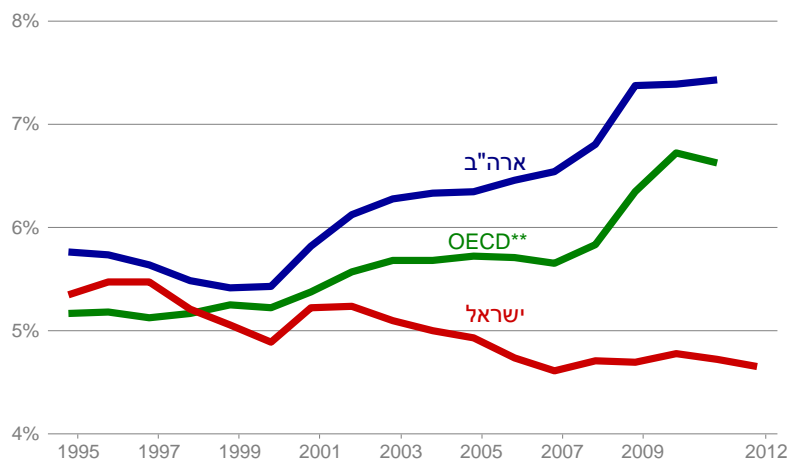
מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב

נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

הירידה בחלקו של המימון הציבורי למערכת ניכרת במיוחד במדידת ההוצאה כחלק מהתמ"ג. כפי שמראה תרשים 3, חלקו של המימון הציבורי בהוצאה על שירותי רפואה ביחס לתמ"ג בישראל הולך ופוחת לאורך השנים, והוא נותר נמוך ביחס לארצות הברית ולממוצע ה-OECD גם לאחר תקנון להרכבי הגילים השונים במדינות אלו. פירוש הדבר הוא שביחס למשאביה, ישראל מקדישה חלק נמוך

ביותר מהתוצר שלה למימון ציבורי של מערכת הבריאות ביחס לממוצע ה-OECD ולאוצות הבריית.

תרשים 3
הוצאה ציבורית* על שירותי רפואה
כאחוז מהתמ"ג, 1995–2012



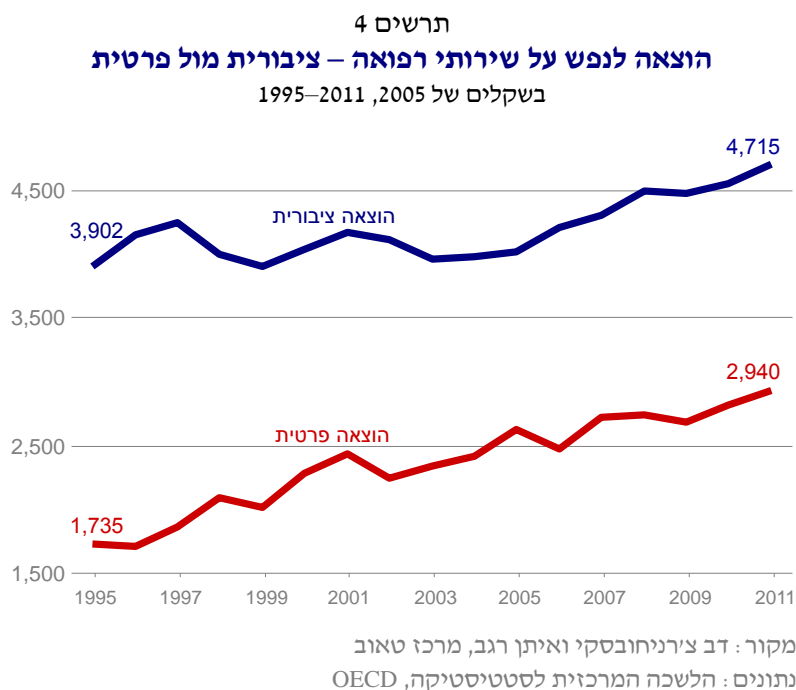
* ההוצאה לנפש מתוקנת (לפי נוסחת הקפיטציה הישנה) כאחוז מהתמ"ג לנפש רגילה.

** ממוצע 23 מדינות OECD (ללא ארה"ב).

מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב

נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

מצב הדברים מוצא ביטוי במגמת גידול בהוצאה הפרטית על שירותי רפואה לנפש. ההוצאה הציבורית לנפש גדלה במצטבר ב-20.8 אחוז בלבד במהלך השנים 1995–2011: מ-3,902 ל-4,715 שקלים (במחירי 2005) – קצב גידול של כ-1.2 אחוזים בשנה. לעומתה ההוצאה הפרטית לנפש גדלה בשנים אלו ב-69.5 אחוז: מ-1,735 ל-2,940 שקלים – קצב גידול ממוצע של כ-3.4 אחוזים בשנה (תרשים 4).

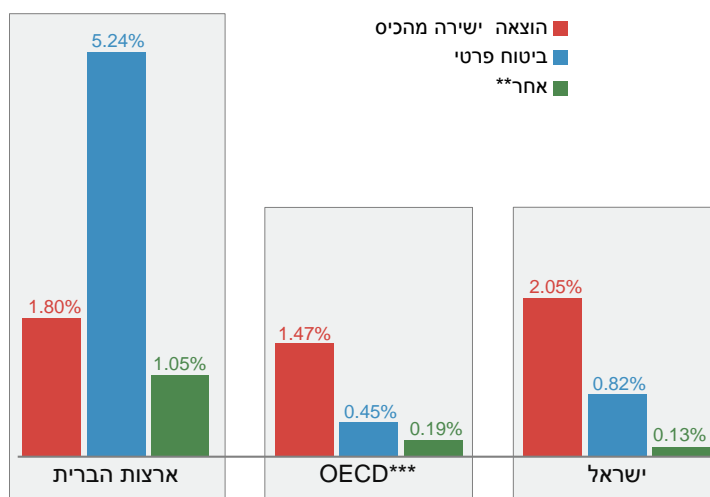


לנתונים הללו יש השפעה על תקציבי משקי הבית: הם מביאים לעלייה ברגרסיביות המימון של שירותי רפואה, תורמים להחמרה בהתפלגות ההכנסות, ומפחיתים את ההגנה על תקציב משקי הבית מפני הוצאות רפואיות ואת הנגישות לשירותי רפואה (צ'רניחובסקי ונבון, 2012).

הרכב ההוצאה הפרטית על בריאות

תרשים 5 מציג את התפלגות המימון הפרטי לשירותי רפואה כחלק מהתמ"ג. בישראל כלל ההוצאה במימון פרטי עומדת על 3 אחוזים מהתמ"ג. אחוז ההוצאה על ביטוחים פרטיים הוא 0.82 אחוז מהתמ"ג, בהשוואה ל-0.45 אחוזי תוצר בלבד ב-OECD, ו-5.24 אחוזים בארצות הברית. שיעור ההוצאות הישירות מהכיס בישראל גבוה בהרבה וניצב על 2.05 אחוז מהתוצר, בעוד שב-OECD עומדת ההוצאה מהכיס על 1.47 אחוז, ובארצות הברית – על כ-1.80 אחוז (תרשים 5).

תרשים 5
התפלגות ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה*
 כאחוז מהתמ"ג, 2011



* ההוצאה לנפש מתוקנת (לפי נוסחת הקפיטציה הישנה) כאחוז מתמ"ג לנפש רגילה.

** אחר – ארגונים ללא מטרות רווח התורמים למשקי בית (לא כולל קופות חולים) ותאגידים (שאינם מספקים ביטוחי בריאות).

*** ממוצע 20 מדינות OECD (ללא ארה"ב).

מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

משמעותם של הנתונים הללו היא שבישראל חשיבותו של הביטוח הפרטי גדולה יותר מחשיבות הביטוח הציבורי ביחס לממוצע ה-OECD, אך קטנה יותר מאשר בארצות הברית. בנושא זה ישראל נמצאת במצב ביניים נוכח הירידה היחסית במימון או בביטוח הציבוריים. בנושא חשוב יותר – פגיעה בשוויוניות – מצבה של ישראל טוב פחות, מפני שחלקה של ההוצאה הישירה מהכיס בישראל גבוה מממוצע ה-OECD ואף מההוצאה הישירה בארצות הברית.

2. ההתפלגות הדמוגרפית של אוכלוסיית הרופאים

הירידה החדה בכוח האדם הרפואי בישראל היא בעיה מבנית יסודית במערכת, והשלכותיה מחמירות עם הגידול בביקושים. גידול זה נובע במידת מה מהזדקנות האוכלוסייה, ולא פחות מכך משינוי במבנה הביקושים בחסות המדינה, המביא לכך שהביקוש לרפואה במימון פרטי גדל – ובעקבות זאת גדלים הביקושים באופן כללי (צ'רניחובסקי ורגב, 2013).

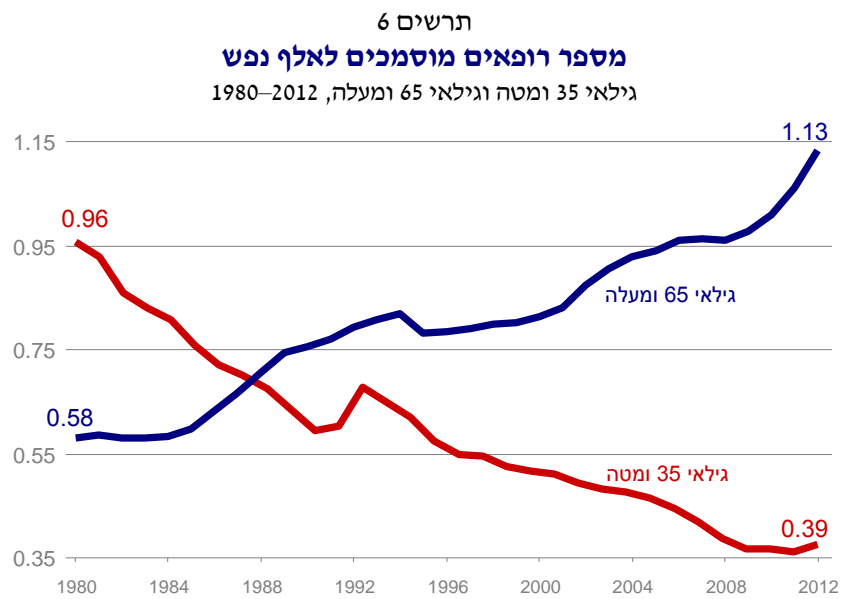
כפי שנכתב בעבר, בישראל חלה ירידה חדה במספר הרופאים לאלף נפש, בעוד שבמדינות אחרות חלה עלייה (צ'רניחובסקי ורגב, 2013). ניתוח דמוגרפי של הרכב אוכלוסיית הרופאים בהיבטים של גיל ומגדר מצביע על בעיה חריפה יותר מזו המשתקפת בנתונים המספריים הגולמיים בלבד.

הרכב הגילים של רופאים בישראל

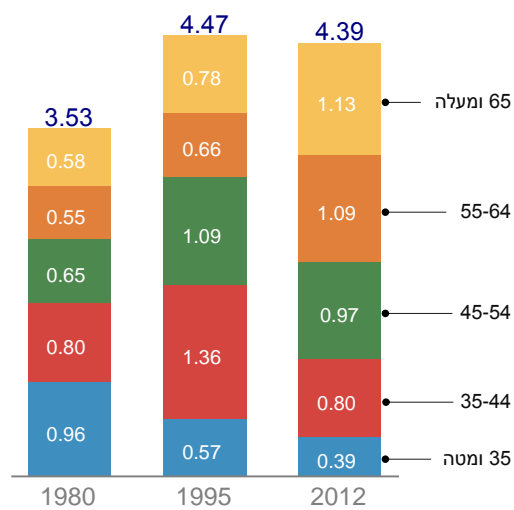
נכון לשנת 2012 היו רשומים בישראל כ-35,000 רופאים מוסמכים (חלקם אינם פעילים)¹. בשלושת העשורים האחרונים חלה ירידה של 60 אחוז בשיעורם של רופאים צעירים (בני 35 ומטה) באוכלוסייה: ב-1980 היו בישראל 0.96 רופאים צעירים לאלף נפש, לעומת 0.39 כיום. במקביל חלה עלייה של 95 אחוז בשיעורם של רופאים מבוגרים (בני 65 ומעלה) באוכלוסייה: מ-0.58 רופאים לאלף נפש ב-1980 ל-1.13 ב-2012 (תרשים 6).

שיעור הרופאים בני 35–44 באוכלוסייה עלה מ-0.80 רופאים לאלף נפש ב-1980 ל-1.36 ב-1995. עלייה זו נבעה מריבוי הרופאים שהגיעו לישראל מברית המועצות לשעבר בראשית שנות התשעים. עם זאת, בשנים האחרונות צנח שוב שיעור הרופאים בקבוצת הגיל הזו, וחזר לרמה של 0.80 רופאים לאלף נפש ב-2012. במקביל עלה שיעורם של הרופאים בני 55 ומעלה מ-1.44 רופאים לאלף נפש ב-1995 ל-2.22 ב-2012 (תרשים 7). משמעות הנתונים היא שדור העולים, שהיה חלק הארי במצבת הרופאים בישראל בשני העשורים האחרונים, מתקרב לגיל פרישה, אך במקומו לא נכנסו למערכת די רופאים צעירים. למעשה, בהשוואה ל-1995 ול-1980 חלה ירידה חדה בשיעורם של רופאים בני 44 ומטה באוכלוסייה.

¹ הנתונים המוצגים בתרשים 6 מתייחסים לרופאים פעילים בלבד.



תרשים 7
מספר רופאים מוסמכים לאלף נפש, לפי קבוצת גיל
1980, 1995 ו-2012

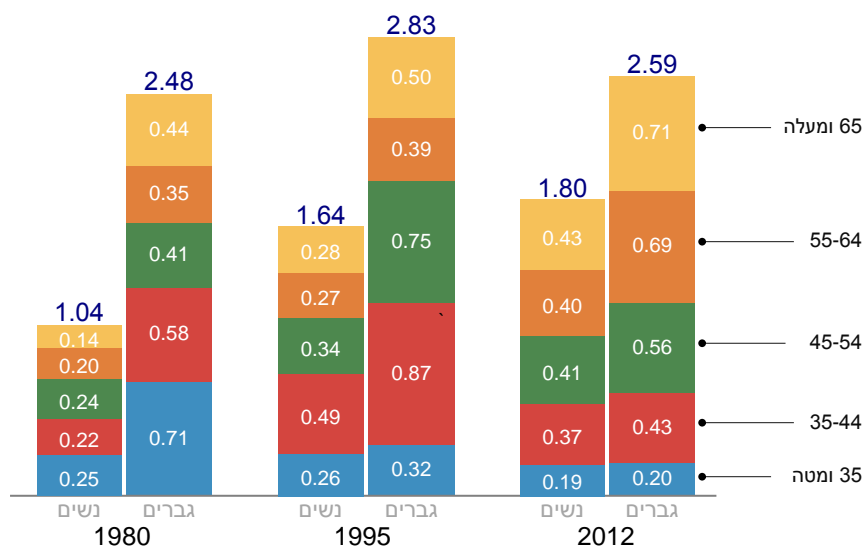


מקור (לשני התרשימים): דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב נתונים (לשני התרשימים): הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

ההתפלגות המגדרית של הרופאים

במקביל לשינויים במבנה הגילים של הרופאים בישראל, יש שינויים בהתפלגות בין המינים באוכלוסייה זו לאורך זמן. בין 1980 ל-2012 שיעורן של הרופאות באוכלוסייה כמעט הוכפל: מ 1.04 לאלף נפש לכדי 1.80 (תרשים 8). באותה התקופה נרשמה יציבות יחסית במספר הרופאים הגברים לנפש. ראוי לציין כי העלייה בחלקן של הנשים בכוח העבודה של הרופאים הביאה להתמתנות מה בהזדקנותו.

תרשים 8
מספר רופאים מוסמכים לאלף נפש, לפי מין וקבוצת גיל
1980, 1995, 2012



מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

בהזדקנות אוכלוסיית הרופאים והרופאות יש ממד איכותי חשוב – ניסיון רב יותר. ודאי שיש ברכה ביתר שוויוניות בין המינים במערכת. אולם בהתחשב בהרכבו הדמוגרפי של כוח העבודה של רופאים בישראל, האתגר הניצב בפני המערכת חמור יותר ממה שמראים הנתונים המספריים הגולמיים, והנתונים בתחום זה מדגישים ביתר חומרה את ההזנחה בתכנון כוח אדם רפואי בישראל.

לכניסת רופאים צעירים למערכת יש חשיבות בכמה רמות. בהיבט האיכותי, חשוב להזכיר כי כוח עבודה צעיר הוא חדשני ומעודכן – מרכיב חשוב ברפואה המודרנית, המתפתחת בקצב מהיר ביותר, ועניין חשוב במיוחד לאור זאת שאין שום בחינה הבודקת את עדכניות הידע של רופאים בישראל. נוסף לכך, אין להתעלם מההיבט הכלכלי: גם אם יש לכך הצדקה, רופאים מבוגרים יותר עולים יותר למערכת מכיוון שלרוב שכרם גבוה יותר.

ההיבט החשוב ביותר של התמעטות מספר הרופאים הצעירים ביחס לאוכלוסייה הוא צמצום כוח העבודה האפקטיבי. מספר הרופאים הפורשים גדל בקצב מהיר יחסית, במיוחד בקרב רופאים גברים. העלייה היחסית בחלקם של רופאים מבוגרים, כמו גם בחלקן של נשים, עלולה להתבטא לא רק בצמצום מספר הרופאים הפעילים, אלא גם בירידה ברמת ההשתתפות בכוח העבודה של אלה הנותרים בשוק העבודה, שכן לרופאים צעירים – בפרט למתמחים – יש נטייה לעבוד שעות ארוכות יותר מאשר לרופאים מבוגרים יחסית.

אין ספק שהמאמצים שנעשו בשנים האחרונות כדי להרחיב את מסגרות ההכשרה של רופאים, לרבות בית הספר החדש לרפואה בצפת וקליטת סטודנטים לרפואה ורופאים מחו"ל, הם צעדים בכיוון הנכון לפתרון הבעיה. אולם נוכח חוסר התכנון לעתיד וההיערכות הבלתי מספקת בעבר, ישראל עומדת בפני ירידה בהיצע כוח העבודה האפקטיבי של רופאים. גם אם בתקופה הקרובה תהיה כניסה מהירה של רופאים צעירים למערכת עם תום הכשרתם, לישראל צפויה תקופה של כ-20 שנה שבה היא תחווה שיעור נמוך של רופאים בני 40–60 – קבוצת הגיל הפרודוקטיבית ביותר, במונחים של איכות העבודה ויעילותה.

3. סיכום

תהליך ההפרטה של מערכת הבריאות הישראלית נמשך, בניגוד למגמה הכללית במדינות ה-OECD (לרבות ארצות הברית). הצמצום בחלקו של המימון הציבורי, לצד העובדה שהמימון הפרטי מגיע בעיקר מהוצאה ישירה מהכיס (ולא מביטוחי בריאות), מביאים לכך שהפערים בנגישות לשירותי רפואה ממשיכים להתרחב, וההוצאה של משקי בית לבריאות מחמירה את אי השוויון בין עשירוני ההכנסה השונים באופן כללי.

בתחום ההרכב הדמוגרפי של אוכלוסיית הרופאים חלו שני שינויים משמעותיים: גידול בחלקן של הנשים מכלל הרופאים, ולעומת זאת צמצום בחלקם של הרופאים הצעירים. למרות היתרונות שיש לרופאים מנוסים יותר, להזדקנות אוכלוסיית הרופאים עלולות להיות השלכות קשות על כוח העבודה האפקטיבי של רופאים, וישראל עלולה לחוות מחסור משמעותי ברופאים בגילי הביניים. ראוי לציין כי המחסור בכוח אדם רפואי יורגש אף יותר עם מגמת הגידול בביקושים, הניזונה מהעלייה בחלקו של המימון הפרטי למערכת הבריאות.

מקורות

צ'רניחובסקי, דב וגיא נבון (2012), **ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בישראל**, נייר דיון 2012.13, בנק ישראל.

צ'רניחובסקי, דב ואיתן רגב (2013), "מגמות במערכת הבריאות בישראל", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה – חברה כלכלה ומדיניות 2013**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 323–346.