

## שירותי בריאות

### מבוא וסיכום

מאז 1995 שירותי הבריאות בישראל פועלים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ביצועי מערכת הבריאות הישראלית ושביעות רצון האוכלוסייה משירותי הבריאות מרשימים. המערכת משיגה זאת באמצעות רמת המקורות הבלתי מבוטלת והאיכותית, בעיקר בתחום כוח האדם. האתגר העומד בפני המערכת, בהתמודדותה עם השינויים במערכת המימון בעיקר, לטובת המימון הפרטי, הוא לשמר את הקיים תוך ניסיון לשפרו. בעקבות השינויים מסתמנת הרעה מסוימת בשביעות הרצון מהמערכת וקיים חשש שהשינויים בהרכב המימון יביאו גם להרעה יחסית בבריאות האוכלוסיות החלשות, אשר נגישותן היחסית לשירותי הרפואה פוחתת.

השנה ימלא עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר העניק זכות יסוד לסל שירותי רפואה לכל תושב בישראל והסדיר את מערכת המימון המבטיחה זכות זו בצורה הוגנת ושוויונית. החוק הוא נדבך ראשון במאמצי הרפורמה של מערכת הבריאות הישראלית כפי שהוצעה במקור על-ידי "ועדת נתניהו" ולאחרונה על-ידי "ועדת אמוראי". נדבכי רפורמה חשובים אחרים, אשר נוגעים לחוק באופן ישיר ועקיף, הם נושאים אשר אינם מגיעים לידי מימוש על אף שהמערכת עוסקת בהם רבות. אנו מעלים השנה בחלקו השני של הפרק שלושה נושאים כאלה.

החלק הראשון של הפרק הוא סקירה המתמקדת בביצועי מערכת הבריאות בתקופה האחרונה, כפי שהם עולים מהנתונים העומדים לרשותנו. ביצועי מערכת הבריאות נדונים בכמה מישורים: ראשית, נציג כמה ממדים של רמת הבריאות של האוכלוסייה בישראל, תוך התייחסות לשיעורי תמותה בגילים שונים, לתוחלת חיים ולתוחלת חיים "בריאים". שנית, נעמוד על גובה והרכב ההוצאה לבריאות, והשינויים החלים בהם, מבחינת הפרטי והציבורי, במשק ובתקציב המשפחה. שלישית, נציג את השפעות השינויים במימון על השוויוניות במערכת, ונבחן את התפתחות התשומות הריאליות הבסיסיות, כמו שינויים בהיקף הרופאים המועסק

במערכת ובמיטות האשפוז. בסעיף הרביעי של חלק זה נתייחס לשביעות הרצון של הציבור ביחס לשירותי הבריאות שהוא מקבל. בחלקו השני של הפרק, כאמור, אנו דנים בשלוש בעיות יסוד של מערכת הבריאות, שטרם הגיעו לכלל פתרון. הנושא הראשון הוא הקפיטציה או מנגנון ההקצאה לשירותי רפואה, המנתב את מרבית כספי הציבור. המנגנון לא שופר ולא עודכן זה עשור. הנושא השני נוגע לניסיונות בלתי נלאים ומתסכלים להביא לתיאגוד בתי-החולים, לפחות בתי-החולים הממשלתיים על מנת לשפר את תפקוד משרד הבריאות והמערכת. הנושא השלישי שנוי במחלוקת – שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) במסגרת הציבורית. נושא אחר מתחום הבריאות, אשר מוקדש לו פרק מיוחד בספר זה (במדור הסוגיות התחומיות), הוא הרפורמה בתחום שירותי בריאות הנפש בישראל.

## **א: מגמות במערכת הבריאות**

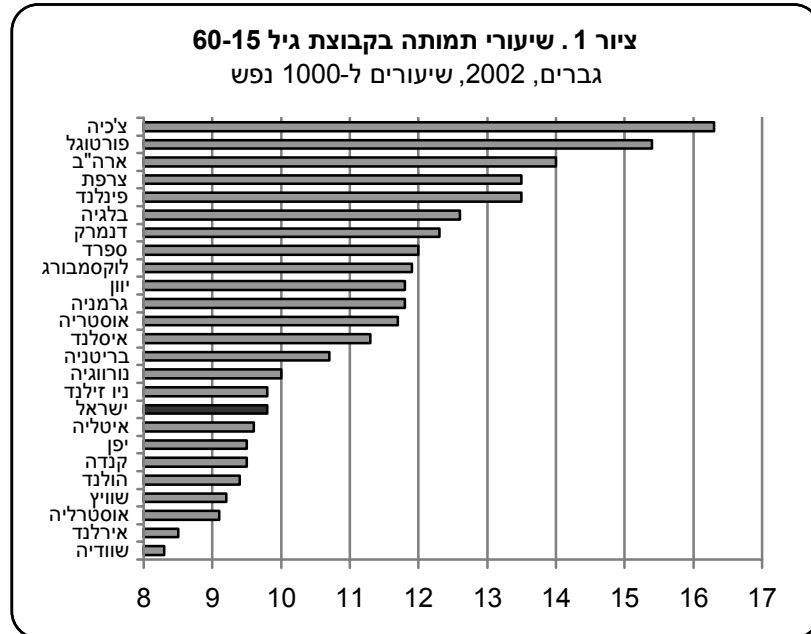
### **1. בריאות האוכלוסייה**

בישראל ובמרבית הארצות חלו שיפורים משמעותיים בבריאות האוכלוסייה, כנמדד על-ידי שיעורי תמותה, תמותת תינוקות, תוחלת חיים, ותוחלת חיים בריאים. אין בהכרח להסיק משינויים אלה על מידת האפקטיביות של שירותי הבריאות, משום שהקשר המדויק אינו ברור. קיימים גורמים אחרים רבים, זולת שירותי הריפוי והמניעה, אשר תורמים לשיפור המודדים המוזכרים – גורמים גנטיים, סביבתיים וכאלה הקשורים לתרבות, לסגנון החיים, ולהרגלי התזונה.

#### **א. שיעורי תמותה**

בהשוואה בין המדינות המפותחות, ישראל מדורגת בקבוצת המדינות בהן שיעורי התמותה נמוכים ביותר. רק במדינות ספורות בעולם (יפן, אוסטרליה, איטליה, לדוגמא) שיעורי התמותה נמוכים לעומת ישראל. בדומה למדינות אחרות, שיעורי התמותה בקרב גברים בישראל (בקבוצת הגיל 15-60) גבוהים כמעט פי שניים מהשיעורים בקרב נשים – 9.8 לאלף נפש מול 5.3, בהתאמה. מרבית הפטירות בישראל בקבוצה זו (15-60) מתרחשות עקב גידולים ממאירים (שאתות ממאירות). הסיבה השנייה

לתמותה בגיל זה היא מחלות לב, כאשר השיעור אצל גברים גבוה יותר מפי שלושה בהשוואה לשיעור אצל הנשים.



להבדיל משיעורי התמותה הנמוכים יחסית בגילי הביניים, בחישוב של שיעורי התמותה אצל ילדים עד גיל חמש, ישראל נמצאת בפיגור בהשוואה למדינות מפותחות. מכל אלף בנות עד גיל חמש מתות בישראל 5, ולכל אלף בנים – 7. בפינלנד ובאירלנד שיעור זה עומד על 3 ו-4 לאלף בהתאמה – השיעור הנמוך מבין המדינות המפותחות. בארה"ב שיעור התמותה עד גיל חמש הוא בין הגבוהים ומגיע עד 7 לאלף בנות ו-9 לאלף בנים, כאשר הממוצע האירופי הוא 5.5 לאלף נפש לבנים ו-4.6 לבנות<sup>1</sup>. גם שיעור תמותת תינוקות לאלף לידות חי עדיין גבוה בישראל בהשוואה לממוצע במדינות אירופה. בשנת 2002 שיעור זה עמד בישראל על 5.4 לאלף לעומת 4.5 לאלף במדינות אירופיות. הממוצע של ישראל מורכב משתי קבוצות האוכלוסייה העיקריות הנבדלות זו מזו ברמתן –

<sup>1</sup> כאן ובהמשך הכוונה לממוצע אריתמטי של 15 המדינות הוותיקות באיחוד האירופי.

האוכלוסייה היהודית והערבית (הנתונים בשנת ההשוואה לעיל היו 4 לאלף בקרב היהודים ו-8.6 בקרב הערבים). רק במדינות ספורות שיעור תמותת התינוקות נמוך יותר מאשר בקרב היהודים בישראל, ובינן איסלנד, שוודיה, פינלנד, יפן וספרד.

אמנם שיעורי התמותה בישראל נמצאים במגמת ירידה אצל שתי הקבוצות באוכלוסייה, אולם השיעורים במגזר הערבי עודם גבוהים בהרבה, הן בהשוואה למגזר היהודי והן בהשוואה למדינות מפותחות אחרות. בשנת 2003 שיעור תמותת תינוקות בישראל היה 4.9 לאלף לידות חי – 3.6 לאלף אצל היהודים ויותר מפי שניים אצל הערבים – 8.2.

הגורם העיקרי לתמותת תינוקות עד גיל שנה הוא סיבוכים בעת הלידה, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית. שכיחות הסיבוכים בעת הלידה במגזר היהודי עומדת על 2.6 לאלף לידות חי, ובמגזר הערבי על 2.8. הסיבה השנייה השכיחה לתמותת תינוקות היא מומים מולדים. בעניין זה קיים הבדל משמעותי בין קבוצות האוכלוסייה בישראל (0.9 לאלף לידות חי אצל היהודים לעומת 2.5 בקרב קבוצות האוכלוסייה האחרות).

המחקר של המחלקה לגנטיקה קהילתית במשרד הבריאות, אשר התפרסם ביוני 2004, מלמד, כי בשנים האחרונות (מאז 2001) חלה ירידה משמעותית בשכיחות הלידות עם מומים מולדים קשים במערכת עצבים. המומים המולדים אשר נסקרו נקראים מומים פתוחים בתעלת העצבים. מומים מסוג זה גורמים להפלה או למוות מיד אחרי הלידה או לנכות קשה. המחקר קושר את הירידה בשכיחות התופעה להחלטה של משרד הבריאות להמליץ על שימוש בחומצה פולית כטיפול מונע. בשנים 1999-2000, לפני פרסום ההמלצה, שיעור המומים הפתוחים בתעלת העצבים בכלל האוכלוסייה היה 1.46 לאלף לידות חי. בשנים 2002-2003 השיעור ירד ל-1.03. המחקר מתייחס גם לשיעורים הגבוהים במיוחד בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב, המוסברים על-ידי סיבות גנטיות ואולי גם בשימוש השונה במזונות המעושרים בחומצה פולית. המחקר מצביע על ההשפעה הפוטנציאלית של מדיניות משרד הבריאות על מודדים של בריאות הציבור.

### ג. תוחלת חיים ותוחלת חיים בריאים

ישראל מדורגת במקום גבוה בין המדינות לפי אורך החיים הממוצע בהן. מיקום זה מושפע במידה רבה מתוחלת החיים הגבוהה של גברים ישראליים בהשוואה לגברים במדינות אחרות. ככלל, ניתן להצביע על עלייה נמשכת בתוחלת החיים אצל נשים וגברים בישראל: בתחילת שנות השמונים תוחלת החיים הממוצעת לגברים הייתה 72.1, וב-2002 היא הסתכמה ב-77.5 – תוספת של 5.4 שנים. באותו פרק זמן העלייה בתוחלת החיים של נשים הייתה מהירה יותר – מ-75.7 ב-1980 ל-81.5 ב-2002 (תוחלת החיים במגזר הערבי נמוכה יותר בהשוואה למגזר היהודי – 74.7 שנים לגברים ו-77.9 לנשים). החישוב הכללי לשנת 2002 (ללא התייחסות להבדל בין המינים), מלמד, כי תוחלת החיים בישראל הייתה 79.4 בהשוואה לממוצע של 78.6 שנים במדינות אירופה. המדינות הדומות לישראל במודד זה הן אוסטרליה (79.4), ספרד (79.6) ואיטליה (79.7).

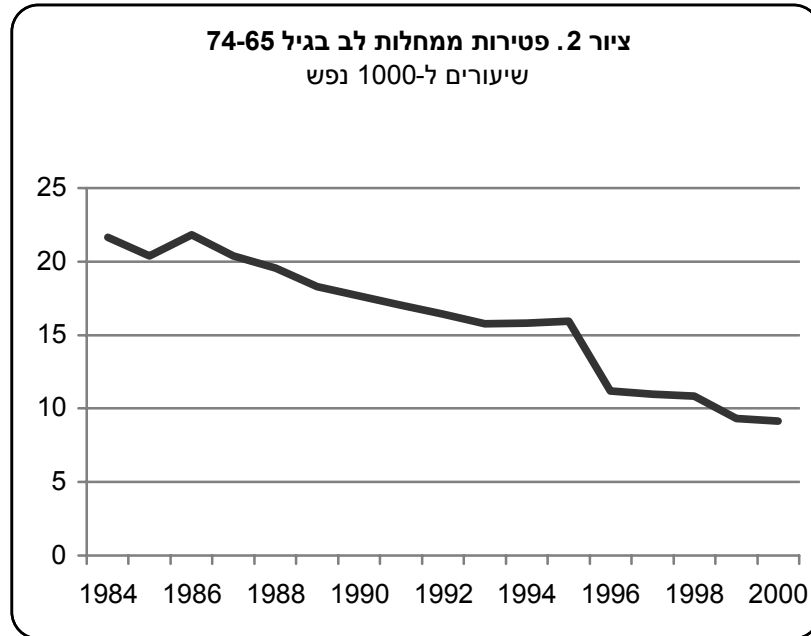
גם תוחלת החיים המחושבת לאוכלוסייה המבוגרת עלתה בצורה משמעותית בתקופה האחרונה – בסוף שנות השבעים גברים בני 60 היו צפויים לחיות עוד 17.6 שנים ונשים – 19.4, ולקראת שנת 2000 מספר השנים הנוסף עלה ל-20.2 ו-22.6, בהתאמה. ההסבר העיקרי לשינוי זה הוא הירידה שחלה בשיעורי הפטירה כתוצאה ממחלות לב. ירידה זו משקפת שתי התפתחויות משלימות או מפצות. הראשונה היא הירידה בשכיחות התחלואה במחלות לב, והשנייה היא שיפור היעילות של הטיפול במחלה ועליית ההישגים במניעת תמותה, אם על-ידי טיפולים תרופתיים ואם באמצעים כירורגיים ברמות שונות.

מדד אחר, הנוגע לעניין, הוא המצב התפקודי של אנשים בגיל 60 ומעלה. אחת השאיפות של המערכות החברתיות היא, ללא ספק, להאריך את חיי האדם, אבל חשוב מאד שהארכת החיים תהיה מלווה ביכולת לתפקד באופן עצמאי או קרוב לכך. ארגון הבריאות העולמי אוסף נתונים המציינים את "תוחלת החיים הבריאים" (Hale). הכוונה היא לשיטה המחשבת את מספר שנים אשר האדם צפוי לחיות בבריאות טובה, על בסיס תוחלת החיים בלידה עם תיקון לזמן החיים בבריאות לא טובה (time spent in poor health)<sup>2</sup>. הנתונים שנאספו לגבי מדינות מפותחות

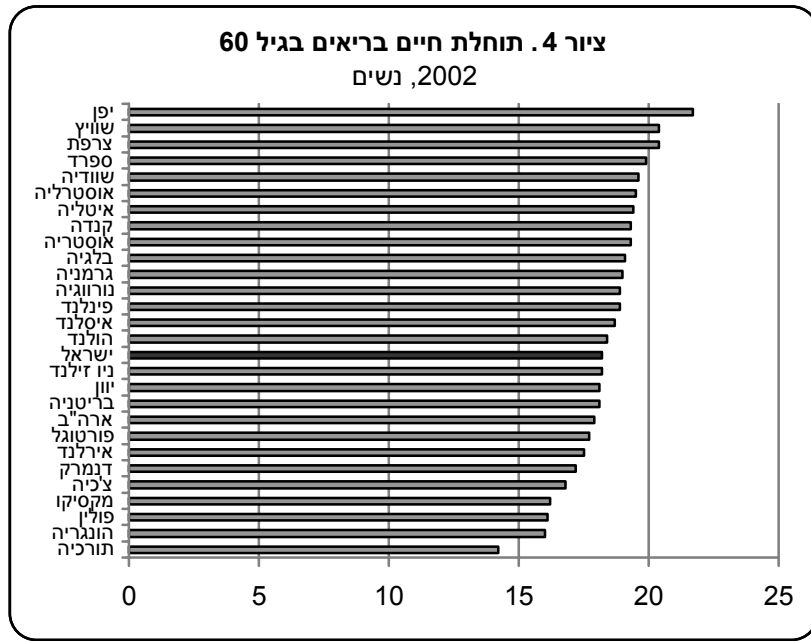
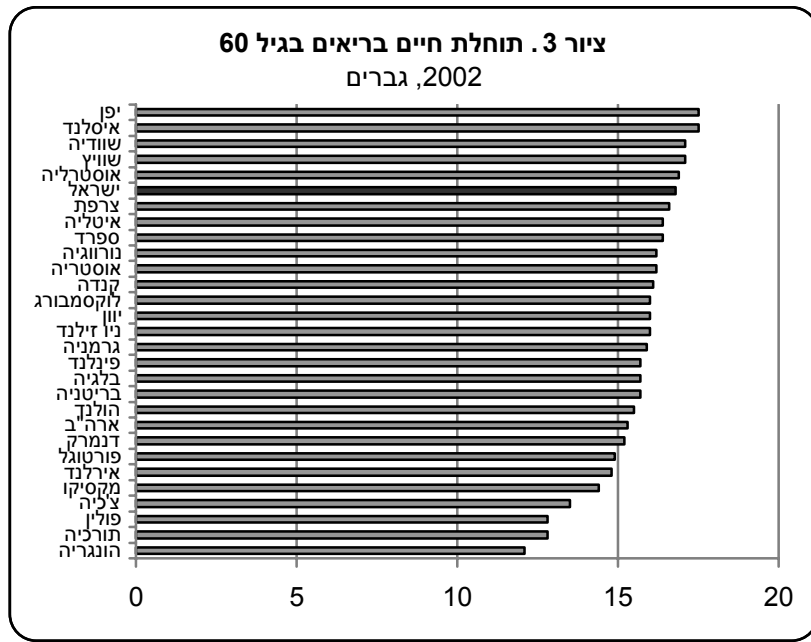
<sup>2</sup> לגבי שיטת המחקר ראה בפרסום של ארגון הבריאות העולמי:

WHO, 2004, The World Health Report, statistical annex, p.94.

מלמדים, כי תוחלת החיים הבריאים במדינות אלה התארכה אמנם בשנים האחרונות אך תוחלת החיים הכללית התארכה עוד יותר. כלומר, בריאות "ממוצעת" לא משתפרת בהכרח עם הארכת החיים.

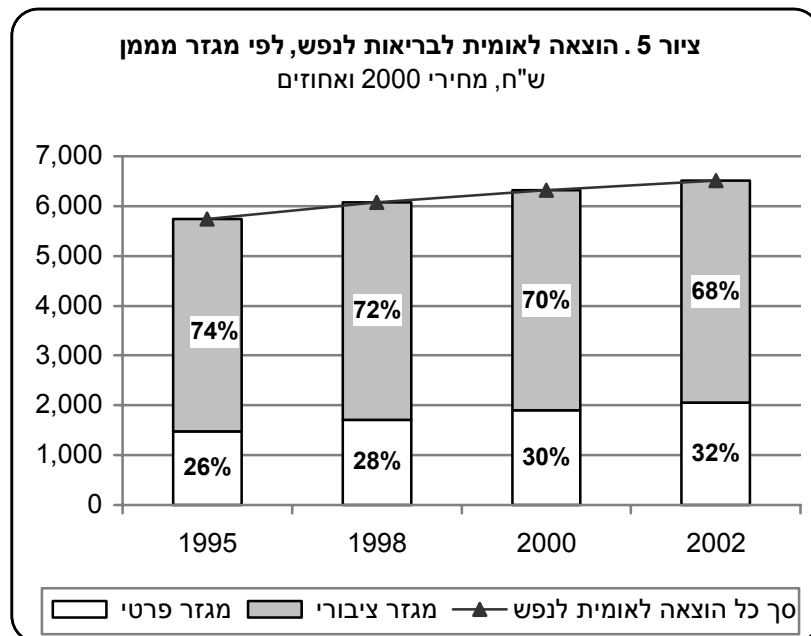


לגבי ישראל עולה, כי הגברים מדורגים במקום השישי והמכובד בעולם בחישוב תוחלת החיים הבריאים בגיל 60 – בהגיעם לגיל זה, הם צפויים לחיות עוד 16.8 שנה בבריאות טובה. הגברים היפנים והאיסלנדים מובילים בעולם במודד החיים הבריאים עם תוחלת של 17.5 שנה בגיל 60. "בליגת הנשים" ישראל מדורגת הרבה יותר נמוך – מקום 17 מבין המדינות המפותחות. אישה בישראל תזכה בממוצע ל-18.2 שנה של חיים סדירים ועצמאיים בהגיעה לגיל 60 – כשנה וחצי יותר מאשר הגבר. אצל הנשים, היפניות מדורגות במקום הראשון בתוחלת חיים בריאים בגיל 60, בינן לבין הישראליות פער של שלוש וחצי שנים. באופן כללי, ניתן לומר, כי בישראל, בדומה לשאר מדינות, נשים אמנם זוכות לחיים ארוכים יותר מהגברים אך הן גם חולות יותר. בישראל, לדוגמה, נשים בגיל 60 צפויות לחיות 1.8 שנים יותר מאשר גברים אך התקופה שהן צפויות בה, בממוצע, לבריאות ירודה ארוכה יותר – 1.2 שנה לעומת 0.8 אצל גברים.



## 2. השפעת מימון שירותי הבריאות על שוויוניות

השחיקה בשיעור הגידול של תמיכת המדינה בתקציב הבריאות והרחבת מסגרות המימון הפרטי, המשולבות במערכת השירותים הציבורית – ההשתתפויות בתשלום והביטוחים הפרטיים מרצון – הביאו לשינוי בהרכב המימון של מערכת הבריאות: ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה בישראל עלתה מ-26 אחוז בשנת 1995 לכדי כ-31 אחוז בשנת 2003 מסך ההוצאה הלאומית לבריאות<sup>3</sup>. שיעור זה הוא מן הגבוהים במדינות שבהן יש זכאות ציבורית לשירותי רפואה. הסעיפים הבולטים ביותר בגידול ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה בכל חמישוני ההכנסה הם "ביטוחים משלימים" ו"תרופות" (לפי נתונים ל-1997-2000).



<sup>3</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), 2004.



ההוצאה הלאומית לבריאות עלתה בקצב גדול מהגידול בתוצר, במיוחד מאז 1998. חלקה של הוצאה זו בתוצר המקומי הגולמי לשנת 2003 נאמד ב-8.8 אחוזים לעומת 8.0 אחוזים בשנת 1998. המגמה הנשקפת מנתוני השנה האחרונה מעוררת דאגה לגבי ההוצאה לנפש בעיקר. למרות העלייה בשיעור ההוצאה הלאומית לבריאות, יש ירידה בהוצאה לנפש בין 2002 ל-2003, בשיעור של 1.25 אחוז במחירי 2000 וירידה בתוצר לנפש של כ-0.5 אחוז במונחי אותם מחירים. היינו, קשה להצביע על הירידה בתוצר כמקור לתוצאה. לעומת זאת, עליית המחירים בבריאות גבוהה מאז 1998 לעומת עליית מחירי התוצר. ראוי לציין שגידול לא מרוסן בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות, בעיקר אם הוא מלווה באינפלציה, יכול לפגוע בצמיחה כלכלית ובתעסוקה, כיוון שהוא מבטא ירידה בחיסכון משקי הבית לצד עלייה פוטנציאלית בעלויות עבודה.

התמורות בהרכב המימון מוצאות ביטוי בצמצום בחלקו של המימון הציבורי בתקציבן של קופות-החולים אשר נשענות יותר ויותר על הכנסות מההשתתפויות עצמיות (ציור 6). במקביל חל שינוי בחלקה של ההוצאה על בריאות בתקציב משקי הבית, שעלתה מ-3.8 אחוזים בשנת 1977 ל-4.8 אחוזים בשנת 2002. שיעור הגידול בהוצאה לשירותי הרפואה במשך התקופה בשני העשירונים התחתונים היה כ-85 אחוז בעוד ששיעור הגידול בשני העשירונים העליונים היה כ-64 אחוז<sup>4</sup>.

כשלושה-רבעים מהאוכלוסייה בישראל מחזיקים בביטוח בריאות מרצון במימון פרטי בשנת 2001, באמצעות קופת-חולים וביטוח מסחרי ובאמצעות חברת ביטוח מסחרית<sup>5</sup>. בסוף שנת 2002 החזיקו 66 אחוז מהציבור בביטוח משלים – 4 אחוזים יותר מאשר בשנה קודמת. יותר מ-20 אחוז מהאוכלוסייה החזיקו בשני סוגי הביטוח – משלים ומסחרי<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> מדינת ישראל, משרד הבריאות, 2004.

<sup>5</sup> נתוני הביטוח הפרטי לקוחים מהמקורות הבאים (אלא אם מצוין אחרת): גרוס,

ברמלי-גרינברג, 2001; המכון הלאומי, 2003; Gross, Brammli-Greenberg, 2004.

<sup>6</sup> לפי הלמ"ס ל-30 אחוז מבני 20+ בישראל אין ביטוח משלים (למ"ס, 2004).

בשנת 2002 שיעור בעלי הביטוח הפרטי באוכלוסייה היה כמעט כפול משיעורם בשנת 1995. כ-50 אחוז מאוכלוסייה בשני החמישונים התחתונים אינם מבוטחים בביטוח פרטי, לעומת 20 אחוז בלבד בשני החמישונים העליונים.



הגידול בביטוחים המשלימים ובהשתתפויות בתשלום פגע בעליל בשוויוניות האנכית: גם התשלומים וגם פרמיות הביטוח, גם אם קבוצתיות, הם רגרסיביים<sup>7</sup>. נגיסת התשלומים השונים לבריאות בתקציב המשפחה העמיקה, והתופעה בולטת יותר אצל החמישונים התחתונים

<sup>7</sup> "שוויוניות אנכית" – הקשורה ל**מימון שירותי הרפואה** – גורסת חיוב בתשלום שונה לבעלי יכולת כלכלית שונה, בעיקר באמצעות מיסוי פרוגרסיבי. לפיכך השתית חוק ביטוח הבריאות את מערכת המימון על מסים כלליים ועל מס בריאות שהם פרוגרסיביים. "שוויוניות אופקית" – הקשורה ל**הספקת שירותים** – גורסת נגישות לטיפול ושירות שווים לבעלי צרכים שווים. לפיכך השתית החוק את ההקצאה של כספי החוק על מנגנון הקפיטציה לפי גיל. במנגנון זה קופות-החולים מקבלות תקציב לפי גודל האוכלוסייה והתפלגות הגילים שלה, בלי תלות במקור המשאבים. אין בהקצאה תנאי מספיק לשוויוניות אופקית.

מאשר בעליונים, כפי שצוין לעיל. יתרה מזו, לפחות בתחום הביטוחים הפרטיים, הקבוצות החזקות יותר מנצלות את השירות שמאפשר הביטוח הפרטי יותר מהקבוצות החלשות. כלומר, אלה האחרונות מסבסדות את החזקות בהסדרי הביטוח למיניהם.

מצב הדברים החמיר את בעיית השוויוניות האופקית: הנגישות של קבוצות חלשות ושל תושבים בפריפריה לשירותי רפואה הייתה בעייתית גם קודם לשנת 1998<sup>8</sup>. הבעיות קיבלו ממד חריף יותר מאז. כיום השתתפויות בתשלום מביאות לויתור על שימוש בטיפול רפואי בעיקר בקרב קבוצות חלשות. לפי הלמ"ס, 16 אחוז מהזקוקים לתרופות במרשם רופא ויתרו על התרופות ו-50 אחוז, שאין להם ביטוח בריאות משלים, מוותרים עליו בגלל קשיים כלכליים<sup>9</sup>. ממצאים אלה עלו גם בסקר הרווחה של מרכז טאוב, שמצא כי כ-22 אחוז מן הציבור ויתרו על ביקור או שירות רפואי בשנה האחרונה בשל עלותם<sup>10</sup>. תמונה זו עולה גם מהאחוז הנמוך יחסית של מחזיקי ביטוח פרטי בשני החמישונים התחתונים. הבעיה חמורה במיוחד כאשר הנגישות של קבוצות חלשות לשירותים בביטוח הממלכתי מותנית בצורה זו או אחרת בהחזקת ביטוח פרטי, זאת בשל השילוב הגבוה הנהוג בישראל במיוחד, בין הציבורי והפרטי בנקודות מתן השירות.

### 3. התפתחות התשומות במערכת הבריאות

קשה לבחון פריון במערכת הבריאות בפרט בשל הקושי לשייך את רמת הבריאות לרמת שירותי רפואה. לפיכך אנו מסתפקים בדיון על התפתחות התשומות במערכת בהיבט בינלאומי.

#### א. רופאים

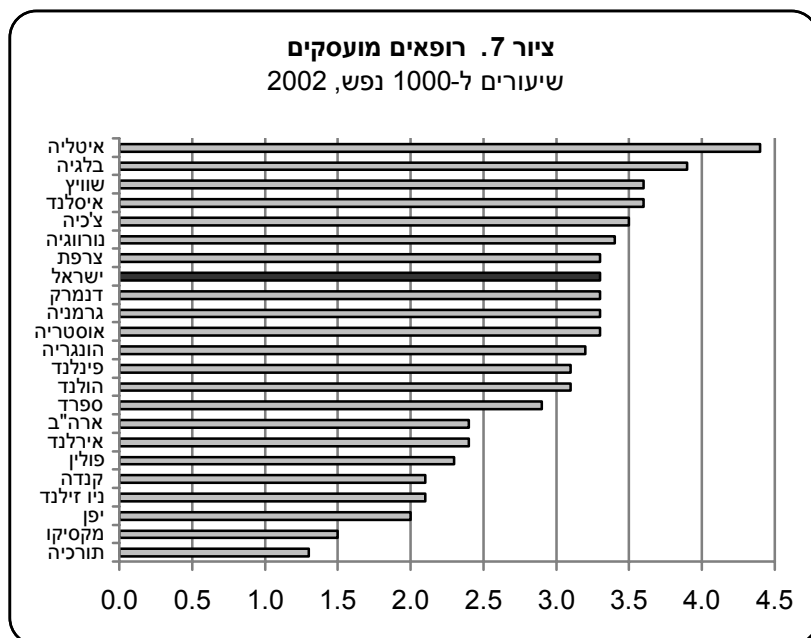
בשנת 2002 הועסקו בישראל 21.7 אלף מתוך 24.4 אלף רופאים עד גיל 65 אשר קיבלו רישיון לעסוק ברפואה בישראל. דהיינו, פחות מתשעים אחוז מבעלי הרישיון. נקודה זו חשובה, מפני שרוב הנתונים הזמינים מתייחסים לרופאים עד גיל 65, ולא לעובדים בפועל ולכן ישנה הטיה

<sup>8</sup> צ'רניחובסקי ואחרים, 2004.

<sup>9</sup> הלמ"ס, 2004ב.

<sup>10</sup> ראה סקר הרווחה בדו"ח זה.

מסוימת כלפי מעלה. לדוגמא, שיעור הרופאים שהועסקו בישראל ב-2002 היה 3.3 לאלף נפש בזמן ששיעור הרופאים עד גיל 65 היה 3.7.



ב-2003 עלה מספר הרופאים עד גיל 65 שהחזיקו ברישיון ל-24.6 אלף, ומתוכם 40 אחוז עולים שהגיעו לישראל אחרי 1989. מעניין לציין, שבקרב הרופאים הצעירים (עד גיל 45), רופאים עולים מהווים כמעט מחצית (47 אחוז).

בהשוואה למדינות OECD, ישראל נמנית עם המדינות בהן שיעור הרופאים המועסקים גבוה ביותר – יותר משלושה לאלף נפש. הבעיה הבסיסית, אפוא, במערכת הישראלית הוא פיזורם באוכלוסייה<sup>11</sup>: כמה מחקרים בחנו האם הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל קטנו ונמצא, שבמרבית ההיבטים, הפערים בין הדרום ליתר הארץ נותרו גם לאחר הפעלת החוק<sup>12</sup>. נתונים המתייחסים למחוז הדרום מצביעים על כך, שלמרות הגידול בכוח אדם רפואי במהלך שנות התשעים, כולל

<sup>11</sup> ראה צ'רניחובסקי ואחרים, 2003.

<sup>12</sup> ניראל ואחרים, 2001; צ'רניחובסקי ואחרים, 2003.

התקופה שמאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עדיין יחסי כוח האדם לאוכלוסייה נחותים בדרום לעומת המרכז<sup>13</sup>. יתרה מזו, הפערים לא הצטמצמו. הזמינות הנמוכה יחסית של כוח אדם באזורים פריפריים, לאור צרכים גבוהים יותר באזורים אלה, מתבטאת בביקושים היחסיים או בלחץ על רופאים: לרופאים בדרום ובצפון יש רשימות חולים עמוסות יותר מאשר במרכז, ורופאים בדרום רואים יותר חולים מאשר רופאים במרכז ובצפון. תמונה דומה נמצאה גם לגבי מספר מיטות אשפוז. באזורי המרכז (סביב הערים הגדולות), כמו ירושלים, תל-אביב וחיפה נמצא שיעור גבוה של מיטות כלליות לאלף נפש בהשוואה לאזורים ה"חלשים", כמו דרום וצפון. לאורך כל שנות התשעים הצביעו הנתונים על יחס מיטות אשפוז לרעת מחוז הדרום.

### ב. מערכת האשפוז

במהלך השנים ניתן לראות את מגמת הירידה בשיעור המיטות הכלליות והמיטות לבריאות הנפש בממוצע לאלף נפש. לעומת זאת, קיימת עלייה בשיעור המיטות לאלף נפש, ומה שחשוב יותר, לאלף בני 65+, בתחומים של מחלות ממושכות ושיקום.

#### לוח 2. שיעור המיטות בבתי-חולים לפי סוג מיטה

מחלות ממושכות ושיקום	בריאות הנפש	אשפוז כללי	סך-הכל	
שיעורים לאלף נפש בני 65	שיעורים לאלף נפש	שיעורים לאלף נפש	שיעורים לאלף נפש	
18.4	2.2	3.0	6.7	1980
20.3	1.8	2.8	6.5	1985
22.0	1.5	2.6	6.0	1990
24.8	1.2	2.4	5.9	1995
30.2	0.9	2.2	6.1	2000
32.1	0.8	2.1	6.1	2003

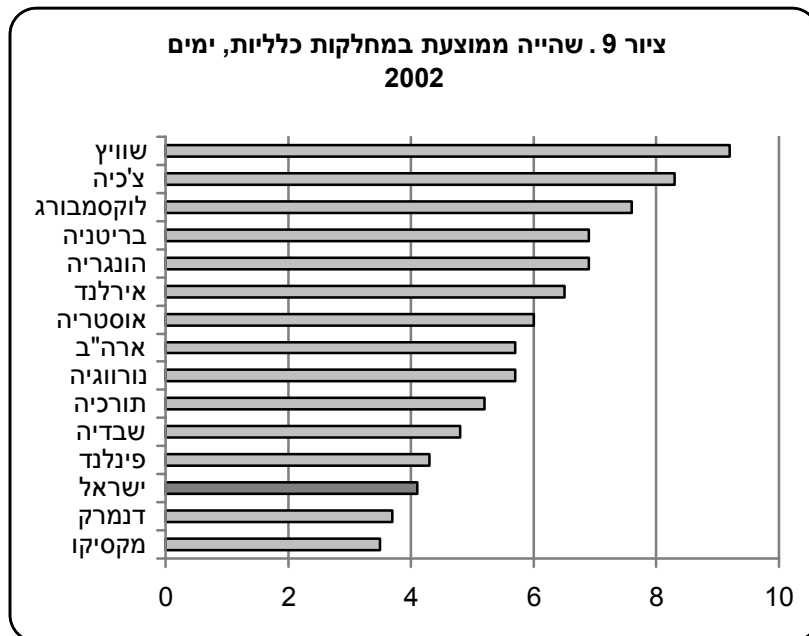
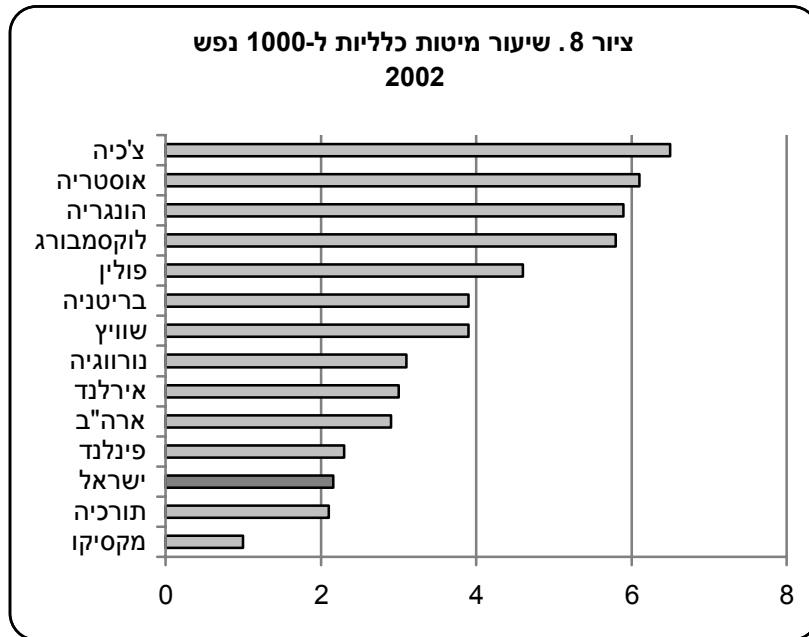
ההתפתחות הנבדלת בשיעור המיטות, המוצגת בלוח 2, מבטאת את השינויים הרבים בכל אחד מתחומי האשפוז. בתחום הגריאטרי (מחלות ממושכות), התנופה בשיעור המיטות באה לפצות על החסר אשר שרר

<sup>13</sup> הנתונים להלן עד סוף הפיסקה מבוססים על נייראל ואחרים, 2001.

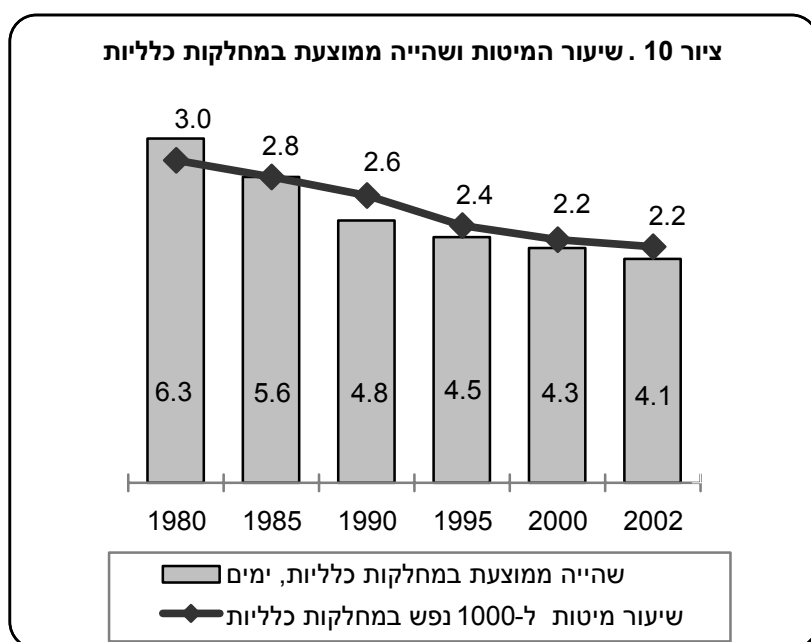
בתחום מאז שנות השבעים. תנופה זו משקפת גם את הגברת הפעילות של המגזר העסקי בתחום. בתחום בריאות הנפש אנו רואים על פני שני העשורים האחרונים ירידה של יותר מ-50 אחוז בשיעור המיטות במוצע לנפש באוכלוסייה. ירידה זו בוודאי אינה תולדה של ירידה מקבילה בשכיחותן של מחלות נפש. ניתן להסביר אותה ברפורמה, אשר הציבה לה למטרה את העברת הטיפול מבתי-החולים לקהילה. לגבי המיטות הכלליות – הירידה נובעת מן הירידה בשיעור המיטות במחלקות גדולות – פנימית (ירידה של 13 אחוז מאז שנות השמונים), כירורגיה כללית (40 אחוז), יולדות (33 אחוז), ילדים (52 אחוז).

בהשוואה בינלאומית של שיעור המיטות הכלליות לאלף נפש, ישראל נמצאת במקום נמוך למדי בין מדינות OECD. יחד עם זאת, בהשוואה זו, שהיא בעייתית ביותר לכשעצמה, חשוב לקחת בחשבון את השוני בהרכב האוכלוסייה מבחינת מבנה גילים. אין ספק, כי המדינות "המבוגרות" חייבות מערכת האשפוז גדולה יותר כדי לספק את צורכי הבריאות של אוכלוסייה מבוגרת.

הצמצום של מספר המיטות הכלליות והמיטות לחולי נפש בא בד בבד עם ירידת **השהייה הממוצעת** במהלך שני העשורים האחרונים. לעומת זאת, במחלקות למחלות ממושכות ובמחלקות השיקום השהייה התארכה (במקביל לגידול במספר המיטות). השהייה הממוצעת בבתי-החולים בארץ ב-2003 הייתה 4.2 במחלקות כלליות, 100.6 בבריאות הנפש, 171.2 במחלות ממושכות ו-44.6 בשיקום. ההשוואה הבינלאומית של שהייה ממוצעת במחלקות כלליות מגלה, כי ישראל נמצאת בין המדינות בהן משך האשפוז הוא הקצר ביותר. צריך לציין, כי ברוב המדינות שהייה ממוצעת במחלקות כלליות התקצרה בעשור האחרון. השינוי הגדול ביותר התרחש בשוויץ ובצ'כיה, שם משך האשפוז הממוצע התקצר מאז 1990 ב-4.2 ו-3.7 ימים בהתאם, אך עדיין השהייה הממוצעת במדינות אלה היא גבוהה מאוד. בישראל ההתקצרות הייתה ב-0.7 יום.



ההסברים להתקצרות האשפוז יכולים להיות בשני מישורים – רפואי וכלכלי. במישור הרפואי בתקופה האחרונה חלו שינויים, אשר, ללא ספק, השפיעו על משך האשפוז. ראשית, חל שיפור בטכנולוגיות רפואיות, שהעלה את יעילות הטיפול הרפואי. שנית, עלתה היעילות של שירותי הרפואה בקהילה, כמתבטא באבחון מוקדם (דבר שייעל גם את הטיפול במהלך האשפוז), במציאת סידור חליפי לאשפוז בבית-החולים, ובשחרור מוקדם יחסית של מאושפזים והרחבה רבה שחלה במחלקות לאשפוז יום.



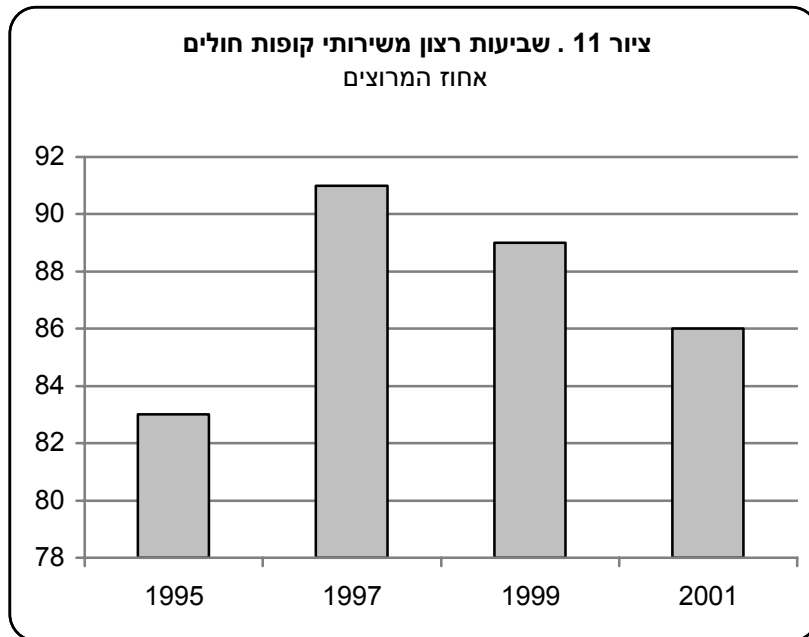
במישור הכלכלי, מגמת הירידה בשהייה הממוצעת מוסברת על-ידי הגברת הבקרה בה נוקטות קופות-החולים, ועל-ידי שיטת התגמול של בתי-החולים עבור חלק מהאשפוזים, המבוססת על תשלום לפי קבוצות טיפול (לדוגמא, תשלום עבור ניתוח מעקפים בלב), במחיר קבוע לפרוצדורה הניתוחית. התגמול איננו מביא בחשבון את משך השהייה בפועל. הגורם הנוסף הוא מחסור במיטות בחלק מהמחלקות – תופעה שיכולה להביא לכך שבית-החולים חותר לקצר את משך האשפוז באותן



מחלקות, על מנת לפנות מיטות לחולים חדשים. כך, שיעור תפיסת מיטות במחלקות פנימיות עמד ב-2003 על 106 אחוז, במחלקות עור ומין – על 118 אחוז, ביולדות – על 114 אחוז ובטיפול מיוחד ביילוד – על 102 אחוז. שיעור התפוסה הגבוה ביותר נמצא בשנת 2003 במחלקות ההשהיה (190 אחוז). ככלל, המגמות מצביעות על התייעלות מערכת האשפוז והיענות לצרכים, כמו לשינויים טכנולוגיים.

#### 4. שביעות רצון ממערכת הבריאות

ככלל שביעות הרצון ממערכת הבריאות בישראל היא טובה. בסקר של מרכז טאוב נמצא, כי מחצית מהנשאלים סבורים שמערכת הבריאות היא טובה ואף טובה מאד, ושליש נוסף מעריך אותה כסבירה. גם נתונים של משרד הבריאות מצביעים על כך שבשנים האחרונות חלה נסיגה מסוימת בשביעות רצון הציבור ביחס למערכת הבריאות (ציור 11).



בישראל קיימת שביעות רצון גבוהה ממערכת הבריאות ושביעות רצון נמוכה ממערכת החינוך<sup>14</sup>. כך עולה גם מתוצאות הסקר החברתי-אירופי 2003, שנערך ב-22 מדינות בספטמבר-דצמבר 2002<sup>15</sup>. המרואיינים בכל המדינות התבקשו לציין מה דעתם על מערכת החינוך ועל מצב שירותי הבריאות היום והתשובות דורגו על פני סולם הנע מ-0 ל-10, כאשר 10 מבטא "מאד טוב" ו-0 מבטא "מאד רע". טווח הציונים הממוצעים גדול – בין 3.9 ל-7.8 למערכת החינוך ובין 3.4 ל-6.6 למערכת הבריאות. כלומר יש מדינות בהן מערכת החינוך והבריאות זוכות להערכה גבוהה לעומת מדינות אחרות בהן מצבן של מערכות אלה נתפס כלא טוב ואפילו גרוע. באופן כללי, בכל המדינות, למעט ישראל וספרד, הציונים הממוצעים למערכת החינוך גבוהים בהשוואה לאלו של מערכת הבריאות.

- לבחינת מידת ההתאמה בין שביעות הרצון משתי המערכות נעשתה הבחנה על פי רמת שביעות הרצון (רמה גבוהה או נמוכה על פי נקודת אמצע הסולם), המאפשרת לאפיין את המדינות על פי ארבעה טיפוסים:
1. שביעות רצון גבוהה ממערכות הבריאות והחינוך (מדינות סקנדינביה, שוויץ והולנד).
  2. שביעות רצון נמוכה ממערכת הבריאות וגבוהה ממערכת החינוך (אנגליה, אירלנד, צ'כיה, הונגריה, סלובניה).
  3. שביעות רצון גבוהה ממערכת הבריאות ונמוכה ממערכת החינוך (ישראל וספרד).
  4. שביעות רצון נמוכה ממערכות הבריאות והחינוך (פורטוגל, יוון, פולין).

<sup>14</sup> בר, אורן, לוי-אפשטיין, 2003.

<sup>15</sup> **סקר חברתי אירופי 2003 – ESS** (European Social Survey) הוא פרי יוזמה של קבוצת מחקר באירופה (כולל ישראל) במימון ועידוד הקרן האירופית למדע והאיחוד האירופי. השתתפות ישראל בסקר הינה פרי יוזמה ומימון של האקדמיה הלאומית הישראלית למדעים. עבודת השדה בישראל וההכנות הכרוכות בכך נעשו על-ידי מכון ב.י. כהן למחקרי דעת קהל באוניברסיטת תל-אביב, בהנחיית ועדת היגוי עם נציגים מאוניברסיטאות ומדיסציפלינות שונות.

## ב: בעיות יסוד של מערכת הבריאות

### 1. נוסחת הקפיטציה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי<sup>16</sup>

סוגיית שינוי ועדכון נוסחת ההקצאה של המקורות מלווה את מערכת הבריאות כמעט מהיום הראשון ליישומה והיא נידונה בהרחבה הן בוועדת העבודה והרווחה (עד לסוף שנות התשעים) והן בוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה<sup>17</sup>.

סעיף 17 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי פרט את דרכי הקצאת מקורות החוק בין קופות-החולים החל בינואר 1995. משנה זו, ההקצאה נעשית על בסיס נוסחה המשקללת את מספר הנפשות המבוטח בכל קופה, לפי תשע קבוצות גיל להם נקבעו משקלות יחסיים, ששיקפו את ההבדלים בעלויות השימוש לפי גיל.

נוסחת הקצאה נועדה לחלק את מקורות החוק בין קופות-החולים על פי צורכי המבוטחים, וליצור חלוקה יעילה וצודקת יותר שלהם. יש לזכור, כי הקצאת המקורות קודם לחוק הייתה מבוססת ברובה על הכנסות המבוטחים בכל קופה. לנוסחת ההקצאה הכלולה בחוק הייתה גם מטרה נוספת, לצמצם ולהחליש את התמריצים של קופות-החולים לבחור את המבוטחים באופן מפלה או לסגן לעצמן מבוטחים "טובים".

משקלות הנוסחה נקבעו כאמור עם כניסת חוק ביטוח בריאות לתוקף ושונו לראשונה בינואר 1997, בעקבות העברת האחריות למימון אשפוז יולדות מקופות-החולים למוסד לביטוח לאומי. השינוי בשנת 1997 כלל גם עדכון של תשתית הנתונים שעליהם הייתה מבוססת הנוסחה (דפוס צריכת שירותי בריאות, דפוסי הוצאה, והתפלגות הגילאים), לנתונים העדכניים ביותר שהיו זמינים באותה עת – נתוני 1995.

בנוסף להקצאת מקורות החוק לפי גיל, קיימת התחשבות נפרדת עבור החולים במחלות הקשות הבאות: דיאליזה, גושה, טלסמיה, המופיליה, ועליהן נוספה בשנת 1999 מחלת האיידס. ההתחשבות עם הקופות נעשית על בסיס מספר החולים במחלות אלו בכל קופה לפי תעריף קבוע. הפיזי הנפרד שנקבע לקופות עבור החולים במחלות

<sup>16</sup> סעיף זה הוכן על-ידי גבי בן-נון, סמנכ"ל למחקר, משרד הבריאות. הכתוב הוא על דעת צוות הבריאות של המרכז.

<sup>17</sup> ועדת אמוראי, 2002, וראה בהרחבה גם במאמר שפורסם במרכז טאוב: זמורה, ציריניחובסקי ושמואלי, 2003.

הקשות נובע מהעובדה שהטיפול במחלות אלו יקר וממושך, ושהתחלואה בהן אינה קשורה בהכרח לגיל המבוטח. התקצוב למחלות הקשות נוטל כ-5 אחוזים מסך-כל מקורות החוק, כאשר כ-95 אחוז חולקו על בסיס נפשות מתוקננות המבוטחות בקופות.

הלוח להלן מציג את השפעת נוסחת ההקצאה הכלולה בחוק על חלוקת המקורות היחסית בין קופות-החולים בסוף שנת 2002:

<b>סה"כ כללית לאומית מכבי מאוחדת</b>					
התפלגות באחוזים:					
מבוטחים	100.0	55.5	10.0	23.5	11.0
מקורות החוק	100.0	61.0	9.2	20.6	9.2

לאורך השנים הועלתה הטענה שיש לעדכן את המשקלות שנקבעו לכל קבוצת גיל, היות שחלו שינויים הן בדפוס צריכת שירותי הבריאות (באשפוז ובקהילה), הן בדפוס ההוצאה של קופות-החולים, והן בחלקה היחסי של כל קבוצות גיל באוכלוסייה. לפי בדיקה שנעשתה במשרד הבריאות, ניתן לעדכן באופן מיידי את תשתיות הנתונים של נוסחת ההקצאה הקיימת כיום על בסיס נתוני 2002.

מעבר לדרישה לעדכון תשתית הנתונים של נוסחת ההקצאה, הועלו לאורך השנים הצעות שונות לגבי הכללת משתנים נוספים בנוסחה (מעבר למשתנה הגיל), אשר יבטאו באופן מדויק יותר את הצרכים הדיפרנציאליים של המבוטחים בכל קופה. קבוצה אחת של הצעות הציגה את הצורך לכלול בנוסחה משתנים המשפיעים על הביקוש לשירותי בריאות, כגון מצב הבריאות (תחלואה), המצב החברתי-כלכלי (תעסוקה), ועוד. קבוצה אחרת של הצעות הציגה את הצורך לכלול משתנים המשפיעים על היצע השירותים, כגון הבדלים בפיזור הגיאוגרפי של שירותים, יתרונות לגודל, הבדלים במחירי התשומות ועוד.

בשנת 2002 המליצה ועדת אמוראי על המשך הקצאת מקורות החוק על בסיס קבוצות הגיל והמחלות הקשות. המלצתה כללה קריאה לעדכון תשתיות הנתונים שעל בסיסם נקבעים משקלות קבוצות הגיל. בנוסף המליצה הוועדה על פיצול והרחבת קבוצות הגיל בקצוות (פיצול קבוצת 0-4 לשתי קבוצות, 0-1 ו 1-4, ופיצול קבוצת הגיל 75+, ל-75-84 ו-85+).

בשנת 2003 הגישה שירותי בריאות כללית בג"צ לתיקון מיידי של נוסחת הקפיטציה, ובעקבות הדיונים שהתקיימו בנושא מינה שר

הבריאות בנובמבר 2003 צוות בין-משרדי (משרדי הבריאות והאוצר), לבחינת אופן הקצאת מקורות החוק. צוות זה טרם הגיש את המלצותיו. **לסיכום חשוב לציין**, שנוסחת ההקצאה על בסיס קפיטציה, קובעת את אופן החלוקה של רמת מקורות נתונה בין קופות-החולים. כל שינוי בנוסחה משנה את חלקה היחסי של כל קופה במקורות (יותר לקופה אחת = פחות לאחרת). עובדה זו מסבירה במידה רבה את כישלון כל הניסיונות לעדכון ו/או שינוי הנוסחה מאז 1997.

## 2. תיאגוד בתי-חולים<sup>18</sup>

הבעלות וצורת הניהול של בתי-החולים הממשלתיים עומדת על סדר היום הציבורי זה למעלה משני עשורים. במהלך 15 השנים האחרונות עסקו בנושא זה שלוש ועדות ציבוריות עם סמכויות שונות והשאלה נבחרה בנושא מרכזי במספר כנסים מובילים, בהם דנו בנושאים חברתיים וכלכליים<sup>19</sup>.

תיאגוד בתי-החולים הוא לכאורה פשוט. בתי-החולים הממשלתיים הנמצאים בבעלות הממשלה מנוהלים על-ידי משרד הבריאות. בנוסף לכך משרד הבריאות משמש כמיניסטרוון האמון על קביעת מדיניות ופיקוח על יישומה. במסגרת זאת הוא המפקח על בתי-החולים. כפל תפקידים זה מכיל בתוכו ניגוד אינטרסים ברור גם בפעילות של המשרד מול בתי-החולים וגם בפעילות המשרד מול קופות-החולים. הקופות נמצאות מצד אחד בפיקוח משרד הבריאות ומצד שני הן חולקות אתו משא ומתן שבין הלקוח לבין ספק השירותים. זאת הגדרת הבעיה כאשר בוחנים את משרד הבריאות. לגבי בתי-החולים נתקלים בבעיה נוספת – בתי-החולים, השונים בגודלם, באופיים ובמיקומם הגיאוגרפי מנוהלים לפי אותם כללים ותלויים זה בביצועיו של זה.

הפתרונות השונים לשתי בעיות אלה צריכים להביא בחשבון נושאים כלכליים ונושאים של יחסי עבודה, אך חשוב מכל הם חייבים להדגיש את המשך אחריותה הגלובלית של המדינה לטיפול רפואי איכותי ומספק בכל יישוב במדינה. כלומר המבחן אינו מבחן כלכלי או מבחן יעילות התפעול.

<sup>18</sup> הסעיף נכתב על-ידי פרופ' שלמה מור-יוסף, מנכ"ל הדסה. הכתוב הוא על דעת צוות הבריאות של המרכז.

<sup>19</sup> מדובר בכנסים כמו כנס קיסריה של המכון הישראלי לדמוקרטיה או כנס ים-המלח של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

גם במסגרת תיאגוד או הפרטה, המדינה חייבת לדאוג לבתי-החולים אשר אינם יכולים להגיע לאיזון תקציבי, כאשר חשוב למדינה שהם יתקיימו. עליה להבטיח שרמת הרפואה הגבוהה הקיימת בארץ תמשיך להתקיים, וזאת בתמיכה ובעידוד שיינתנו למרכזים הרפואיים האוניברסיטאיים, הקובעים את הסטנדרט הרפואי במדינה, ואשר מושכים את כלל המערכת לרמות הגבוהות של הטיפול הרפואי.

אחת הוועדות אשר הטביעו את חותמן על מערכת הבריאות במדינת ישראל, אשר אחראית במידה רבה לחוק הבריאות היא "ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל" בראשות השופטת שושנה נתניהו, אשר פרסמה את מסקנותיה ב-1990. בנושא התיאגוד עמדתה הייתה ברורה וחד-משמעית: "מטעמים אלה, ממליצה הוועדה על העברת בתי-החולים הללו לניהול עצמאי בהתאם לעקרונות שיפורטו בהמשך"<sup>20</sup>.

שנים-עשרה שנים מאוחר יותר, בשנת 2002, פרסמה "הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה", בראשותו של עדי אמוראי את מסקנותיה בנושא זה. המלצה מס' 7 של "ועדת אמוראי" הייתה: "בתי-החולים הממשלתיים ובתי-החולים של שירותי בריאות כללית יועברו למעמד של תאגידים עצמאיים שלא למטרות רווח". שנתיים לאחר מכן, התפרסמו במאי 2004 מסקנות "הוועדה לבחינת תפעול, ניהול, תקצוב והבעלות על בתי-החולים הממשלתיים", בראשותו של מר משה ליאון. המסקנה העיקרית של ועדה זו הייתה, שיש לפעול להפרדת בתי-החולים מתפעול ישיר של המדינה. גם כאן הוצע הפתרון של הפיכת כל בתי-החולים הכלליים (הממשלתיים ושל הקופות) לבתי-חולים ציבוריים, הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא מטרות רווח.

מעבר לשלוש ועדות מכובדות אלו, בהן השתתפו מיטב המומחים בארץ בתחום מנהל מערכות בריאות וכלכלת בריאות, נדרש לנושא גם מבקר המדינה. לדעתו, העובדה ששוק מערכת הבריאות אינו שוק משוכלל מגבירה את חשיבות הפיקוח הממשלתי, אולם כל עוד הגורם המפקח – המשרד – הוא גם הבעלים של בתי-החולים הממשלתיים, הרי שאלת יכולתו למלא תפקידו כמפקח נותרת בעינה<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> דו"ח ועדת נתניהו, 1990, כרך ראשון, דעת הרוב, עמ' 128.

<sup>21</sup> מבקר המדינה, 2004, דו"ח שנתי 54ב, לשנת 2003: מחיר שירותי בריאות בבתי-החולים הכלליים (עמוד 468).

במהלך התקופה, בה התקיימו דיוני הוועדות השונות והדיונים בפורומים האקדמיים השונים, גיבשה גם ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) את עמדתה בנושא. היא משקפת הסכמה מסוימת על הגדרת הבעיה בצד העקרוני וכך גם באשר לפתרון. במסמך שהגישה הר"י ל"ועדת אמוראי" (פרק 7 תיאגוד בתי-חולים) נכתב "גם הר"י סבורה כי העברה מסוימת של אחריות וסמכות מהממשלה להנהלות בתי-החולים יכולה להביא תועלת". גם למסקנות ועדת ליאון התייחסה הר"י במסמך נרחב, המציג את יתרונות התיאגוד לצד מחירו, ברמה הלאומית וברמת העובד.

מול המסקנה הכמעט אחידה הנשמעת מכל עבר לעניין הפרדת בתי-החולים ממשד הבריאות ותיאגודם, נוקט משרד האוצר "עמדת מיעוט"<sup>22</sup>. לגישתו "המגמה העיקרית של תיאגוד בתי-החולים היא הינתקות הממשלה מתפעול וניהול בתי-החולים", כלומר התפקיד הכפול של משרד הבריאות נתפס כבעייתי, אולם פתרון האוצר הוא שונה – "רק מהלך שיכפוף את בתי-החולים לאחריות קופות-החולים יאפשר ריסון אמיתי של ההוצאה לבריאות, תוך ניהול בתי-החולים באופן כלכלי, במסגרת תקציב נתונה ותוך ראייה כוללת של צורכי המערכת".

אחידות ההמלצות של הוועדות השונות לאורך השנים והקונצנזוס בשטח ביחס לפתרון המועדף מעורר את השאלה, מדוע הפרדת בתי-החולים מממשלתיים ממשד הבריאות לא התבצעה? יש לכך שלוש סיבות עיקריות:

1) **סיבה כלכלית.** ביצוע המהלך ידרוש משאבים רבים וזאת משום שהחבות הכספית של בתי-חולים ציבוריים או של תאגידי בריאות היא גדולה יותר משל בתי-חולים מממשלתיים, במיוחד ב-4 סעיפים עיקריים: מס מעסיקים, ביטוח רשלנות רפואית, הפרשת המעביד לפנסיה והסבסוד הישיר הקיים היום במערכת. לפי הערכת משרד הבריאות, אשר הוגשה לוועדת ליאון, מדובר בתוספת עלות של כ-900 מיליון ש"ח לשנה ("בתי-החולים סובסדו בשנת 2002 בהיקף זה ובמסגרת עבודת הוועדה יש להבטיח המשך העברתם של זרמי המקורות הנדונים אם על-ידי הבטחת היקף סבסוד זה בעתיד או על-ידי התאמת מחירים במערכת"). יש לזכור כי תוספת עלות זו היא בעיקרה מלאכותית, מפני שחלק גדול מהכספים

<sup>22</sup> הפרסום היחיד שהופץ לציבור מטעם משרד האוצר, המסכם את עמדתו הוא "עמדת המיעוט לעניין הפיכת בתי-החולים לחברות ממשלתיות", נספח ג' 1 לדו"ח "ועדת ליאון".

הללו חוזרים לממשלה על-ידי מיסים או על-ידי הורדת החבות הקיימת היום לפנסיה ולרשלנות רפואית. יש גם לזכור, כי כספים אלו מוצאים בכל מקרה היום על-ידי הממשלה תחת סעיפים אחרים (כלומר הם יוצאים מכיס אחד וחוזרים לכיס אחר). העלות האמיתית נובעת מהצורך לתת תנאים שווים בסעיפים אלו לבתי-החולים האחרים (הציבוריים ושל שירותי בריאות כללית). ניתן להעריך את ההוצאה הנוספת בסעיף זה בכמיליארד ש"ח לשנה.

**2) סיבה ארגונית ויחסי עבודה.** הנושא נתפס בעיני רבים כמורכב ובעייתי ביותר לפתרון וההתעסקות בו מרתיעה את הגורמים השונים מלעסוק בכך, למרות שבמשק הישראלי כבר בוצעו מהלכים מורכבים מזה. הבעיה המרכזית היא של אמון. העובדים במגזרים השונים מבינים כי המניע של הממשלה להיפטר מבתי-החולים הממשלתיים הוא כלכלי. כאשר העובדים מסתכלים על תאגידים קיימים במשק הבריאות, כמו "הדסה" ובתי-חולים ציבוריים אחרים, הם רואים בעלים פעילים, שיש להם תחושת אחריות לנעשה, ואילו תהליך התיאגוד מלווה בתחושה של הינתקות הבעלים מבתי-החולים.

מחויבות המדינה לשירותי האשפוז תמשיך ותתקיים בכל מסגרת ארגונית. לכן חשוב שהמדינה תצהיר זאת מעל כל במה ובצורה מאוד ברורה ומפורטת. מעבר לזה המדינה חייבת להבהיר, כי במקרה של אי ציבות כלכלית, מעבר להחלפת ההנהלה והדירקטוריון, המדינה תפרוס רשת ביטחון להבטחת הזכויות הבסיסיות של העובדים.

חשוב לזכור, כי גם לאחר השלמת תיאגוד בתי-החולים, הצלחתם הכלכלית תיקבע על-ידי הממשלה וזו משתי סיבות עיקריות: הסכמי השכר נחתמים על-ידי הממשלה ובכל צורת תיאגוד עובדים ומעסיקים יהיו חתומים על הסכם קיבוצי, כאשר השכר מהווה כ-75 אחוז מכלל הוצאות בית-החולים. גם התעריפים נקבעים על-ידי המדינה וכך כנראה יהיה גם בעתיד. יש לזכור, כי 90 אחוז מהכנסות התאגיד הן ממתן שירותים רפואיים הקשורים לתעריפים אלו. כלומר, גם בעתיד החלטות הממשלה מול נציגות העובדים מצד אחד ובגיבוש מדיניות התעריפים מצד שני הן שייקבעו את הצלחתו הכללית של התאגיד.

**3) העדר סביבה פוליטית מתאימה.** בכדי להעביר מהלך מורכב ומסובך כזה, על מנהיגי המערכת, הן המקצועית במשרדי האוצר והבריאות והן הפוליטית, לראות במהלך זה נושא בעל חשיבות ממדרגה ראשונה. עליהם לגייס לשם כך את המשאבים הכספיים של המדינה אך



גם את הזמן הדרוש בכדי להעמיד את הנושא בראש סדר היום הלאומי בתחום הבריאות.

**לסיכום**, קידום התיאגוד של בתי-החולים מצריך התאמת "כללי המשחק" ומנהיגות מקצועית ופוליטית, אשר מצד אחד תדגיש את מחויבות המדינה לשירותי האשפוז ומצד שני תנהל את התהליך.

### 3. שירות רפואי פרטי (שר"פ)<sup>23</sup>

סוגיית קיום השר"פ בבתי-החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית מורכבת וכוללת שיקולים כלכליים, ארגוניים ואתיים של בעלי עניין וברמה הלאומית. הסוגיה זכתה לדיונים רבים ולוהטים עוד בדיוני ועדת נתניהו לפני כ-15 שנה והיא טרם מוצתה במובן של הנהגת מדיניות ברורה והחלטית.

אזרחי ישראל מממנים מכיסם (מעבר למסים ותשלומי הביטוח הלאומי) למעלה משלושים אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות. חלק ממקורות אלה מיועדים לממן שירות רפואי פרטי בבתי-החולים, ובעיקר בחירת מנתח או הקדמת תור. בבתי-החולים הציבוריים הירושלמיים (הדסה ושערי צדק) נהוג שר"פ רשמי ובבתי-החולים הממשלתיים נאסר על הסדר כזה, אך הוא מנוהל במסגרת "קרנות המחקר" של בתי-החולים. עם זאת, רופאים בבתי-החולים הלא-פרטיים רשאים, מחוץ לשעות העבודה, לקבל חולים במרפאות ולבצע ניתוחים במתקנים פרטיים. בהדסה ובשערי צדק ניתוחים בשר"פ מהווים כעשרה אחוז מסך הניתוחים, אך קיימת שונות רבה לפי סוגי הניתוחים. במקרים רבים הביטוח המשלים משלם חלק מההוצאה.

#### הביקוש לשר"פ

טיפול רפואי מאופיין, בין היתר, באי-וודאות לגבי תוצאות הטיפול. במקרים רבים הסכנה מטיפול באיכות נמוכה אינה רבה ואולם במצבים של בעיות בריאות קשות ושל טיפול רפואי חודרני, איכות הטיפול חשובה מאד, והחולה ירצה לשפר ככל האפשר את התוצאות הבריאותיות ולהקטין ככל האפשר את הסיכונים על-ידי בחירת מנתח והקדמת תור.

<sup>23</sup> הסעיף הוכן על-ידי ד"ר עמיר שמואלי, ביה"ס לבריאות הציבור באוניברסיטה העברית, ומכון גרטנר. הכתוב הוא על דעת צוות הבריאות של המרכז.

היות שהטיפול הציבורי אינו יכול להתיר בחירת מנתח או הקדמת תור במסגרת הסל הציבורי, צפוי להיווצר ביקוש לשירותים פרטיים תמורת תשלום נוסף. ביקוש זה הוא לגיטימי וצפוי במסגרת ריבונות הצרכן. מחקרים שנעשו לאחרונה מראים, עם זאת, שביקוש זה הוא מורכב יותר ממה שאפשר היה לצפות. כמו כן אין עדויות כי מנותחי השר"פ משיגים תוצאות בריאותיות טובות יותר מאשר מנותחים ציבוריים דומים.

### **נימוקי המצדדים בהנהגת שר"פ בבתי-החולים הציבוריים**

1. הנהגת שר"פ תיצור מקורות הכנסה לבתי-החולים הציבוריים ותקל על המצוקה התקציבית בה הם מצויים. באופן זה, חולים המשתמשים בשר"פ יסבסדו בעקיפין את החולים המשתמשים בסל הציבורי.
2. הנהגת שר"פ בשעות אחה"צ והערב תגדיל את ניצול התשתיות הרפואיות בבתי-החולים הציבוריים, ותקטין את ההוצאה הממוצעת לחולה/ליום. הקטנה זו תתעצם ככל שיגדל משקלה של ההוצאה הקבועה על תשתיות פיסיות ואנושיות בסך ההוצאות.
3. הפעלת שר"פ בבתי-החולים הציבוריים תתמרץ את הרופאים הבכירים, המבוקשים לבלות את מרבית זמנם בבית-החולים הציבורי, וכך ייהנו גם החולים המטופלים במסגרת הסל הציבורי וכן המתמחים בבית-החולים, וכך החברה כולה והדורות הבאים.
4. הפעלת השר"פ תאפשר הנהגת סולם השתכרות אינדווידואלי לפי ביצועים ומוניטין, וכך תשמור על הרופאים הטובים במערכת הציבורית.
5. השר"פ קשור לסוגיית התיאגוד של בתי-החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית. עם הפיכת בתי-החולים לתאגידי עצמאיים, ההתקשרויות בינם לבין הצוות הרפואי, עם קופות-החולים ועם מבטחים אחרים תהיינה בעלות אופי פרטני ותחרותי (קשה יהיה אז להצדיק את איסור השר"פ בבתי-חולים אלה לעומת השר"פ המסורתי בתאגידי הוותיקים בירושלים).
6. הנהגת שר"פ בבתי-החולים הציבוריים תקטין את היקפו של השוק השחור והאפור בשירותי בתי-החולים הציבוריים. קיומם של שווקים אלה נובע מלחצי ביקוש כפי שנדון לעיל, והם בעלי תרומה שלילית לרווחה החברתית ומסכנים לעתים את בריאות החולים.

### **נימוקי המתנגדים להנהגת שר"פ בבתי-החולים הציבוריים**

1. חלק מהנימוקים להנהגת השר"פ נובעים מאוזלת ידה של המערכת: הפיקוח על נוכחות הרופאים בשעות העבודה בבתי-החולים או מניעת

- תשלומים ישירים לרופאים (שוק שחור) הם נושאים לפיקוח ואכיפה ולא ייפתרו בהנהגת שר"פ.
2. הנהגת שר"פ בבת-החולים הציבוריים תתמרץ רופאים להסיט פעילות בוקר לשר"פ. כלומר, פעילות השר"פ תחליף את הפעילות הציבורית, דבר שיגרום להארכת התורים לניתוחים במערכת הציבורית, שתביא מצידה להגדלת הביקוש לשר"פ וחוזר חלילה. פיקוח על כמויות שני סוגי הניתוחים קשה לביצוע.
3. הנהגת שר"פ תביא להגדלת מספר הניתוחים (מעבר להסטתם מבת-חולים פרטיים לציבוריים) ביוזמת מנתחי השר"פ ולעלייה בהוצאה הלאומית לבריאות (חלק מהניתוחים יהיו מיותרים מבחינה רפואית).
4. ייווצר אי-שוויון בין המנותחים הציבוריים והפרטיים באותו ניתוח, באותו בית-חולים ובאותו זמן, עם חשש לאפליה מעבר לזהות המנתח.
5. הנהגת שר"פ בכירורגיה תביא ללחצים להסדרים דומים לשיפור מעמדם של הבכירים גם באגפים אחרים ובמקצועות רפואיים אחרים.
6. בטווח הארוך תיתכן פגיעה ברמת ובקצב ההתמחות של הרופאים הצעירים עם הסטת יותר ניתוחים למסגרת השר"פ.
7. הנהגת שר"פ תפתח פתח להיווצרות שוק פרטי בתוך מוסד ציבורי למוצרים רפואיים נוספים. מוצרים ויוזמות אלה אמורים להוות חלק מהתחרות בין בת-החולים על שירותי האשפוז המוצעים לחברי קופות-החולים במסגרת הציבורית.

**לסיכום,** הסיבה המרכזית לחוסר ההחלטה המפורשת לאסור או להתיר את השר"פ בבת-החולים הציבוריים (כפי שקורה בקנדה, למשל) היא, כי גם המצדדים בהנהגתו מסכימים על הצורך במערכת פיקוח מפותחת. הצדדים מסכימים על מספר סייגים נוספים להפעלת השר"פ, כדי להבטיח שהפעילות במסגרת הציבורית לא תיפגע, שתתקיים הפרדה בין ההתחשבות הפרטית והציבורית, ושלא תתאפשר הקדמת תור שלא מסיבות רפואיות.

אין ספק שסוגיית השר"פ טעונה בשיקולים כלכליים וחברתיים, וההחלטה תעצב במידה רבה את דמותה של מערכת האשפוז והבריאות הישראלית בעתיד. נראה, כי למרות שנימוקי המצדדים בהנהגת שר"פ בבת-החולים הציבוריים הם מוצקים, הרי הסייגים להבטחת המסגרת הציבורית שתפעל בצידה של מסגרת פרטית הינם קריטיים, ומערימים קשיים שלא ניתן להתגבר עליהם בשלב זה.

ייתכן כי הפתרון לסוגיה הוא בלתי נפרד מנושא תיאגוד בתי-החולים הציבוריים. כאשר בתי-החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית יהפכו לתאגידיים עצמאיים, הרי הנהגת השר"פ בהם תהיה הרבה פחות בעייתית. בנוסף, לא יתאפשר לאסור עליהם נוהג המקובל זה שנים בתאגידיים הוותיקים הירושלמיים. כאשר בתי-החולים הציבוריים יהיו תאגידיים עצמאיים, ההתקשרויות בינם לבין הרופאים המועסקים על-ידם על היקף ואופי עבודתם, ובינם לבין קופות-החולים ומבטחים אחרים על היקף וסוג השירות הנקנה, יהיו פתוחות למשא ומתן עניני ותחרותי.

## מקורות

- בר, ק., אורן ע., לוי-אפשטיין, נ., (2003), "ישראל באירופה: קרוב יותר למזרח היבשת מאשר למערבה", **דעות בעם**, גיליון 9, דצמבר.
- גרוס, ר., ברמלי-גרינברג ש., (2001), "ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות צרכנים", **ביטוח סוציאלי** 61, עמ' 154-171.
- דו"ח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית בישראל ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי), (2002), מדינת ישראל, ירושלים.
- דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו) (1990), דעת הרוב, המדפיס הממשלתי, הכנסת-ירושלים.
- דו"ח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי-החולים הממשלתיים (ועדת ליאון), (2004), תל-אביב, מאי.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), (2004א), "ירידה של 10% בהוצאה הלאומית לבריאות הנפש בשנת 2003", הודעה לעיתונות, 13 ביולי.
- , (2004), "רווחת האוכלוסייה בישראל; ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי 2003", הודעה לעיתונות, 9 באוגוסט.
- , **שנתון סטטיסטי לישראל**, שנים שונות.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות וגוינט-מכון ברוקדייל, (1999), **ביטוחי בריאות משלימים: סוגיות במדיניות ובהתנהגות השוק**.
- , (2003), "הביטוח המשלים", בתוך: **דו"ח כנס ים-המלח הרביעי לפערים ואי-שוויון במערכת הבריאות בישראל**.
- זמורה, ע., צ'רניחובסקי, ד. ושמואלי, ע., (2003), **מנגנון הקפיטציה הישראלי וההקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל. ירושלים (נובמבר).
- חבושה, צ., ושיף ר., (2002), **דו"ח השוואתי על פעילות קופות-החולים לשנת 2002**, משרד הבריאות, ירושלים.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי**, התשנ"ד-1994.
- חורב, ט., (2004), **השתקפותה של מדיניות הבריאות בראי החקיקה**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. ירושלים (יולי).
- מבקר המדינה, (2004), **דו"ח שנתי 54 לשנת 2003**: מחיר שירותי בריאות בבתי-החולים הכלליים (עמוד 468).

מדינת ישראל, משרד הבריאות, (2004), **כוח אדם במקצועות הבריאות 2003**, ירושלים.

--, (2004), המחלקה לגנטיקה קהילתית, שירותי בריאות הציבור, **מומים פתוחים בתעלת העצבים בישראל**, יוני.

--, (2004), קובץ נתונים סטטיסטיים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2002, ירושלים.

ניראל, נ., פלפל, ד., רוזן, ב., זמורה, ע., גרינשטיין, מ., וזלצברג, ס., (2001), "נגישות לשירותי הבריאות בדרום וזמינותם; האם נסגרו פערים לרעת הדרום לעומת אזורים אחרים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי?" **ביטחון סוציאלי**, 76: 59-95.

צ'רניחובסקי ד., אלקנה י., אנסון י., ושמש ע., (2003), **שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

European Social Survey ESS – 2003.

WHO, (2004), The World Health Report, statistical annex.

OECD HEALTH DATA 2004, 2nd edition.

Gross R., and Brammli-Greenberg S., (2004), "Evaluating the Effect of Regulatory Prohibitions against Risk Selection by Status on Supplemental Insurance Ownership in Israel", **Social Science & Medicine**, 58 pp. 1609-1622.