

מערכת הבריאות: מבט-על

דב צ'רניחובסקי

.....
פרק מתוך "דוח מצב המדינה 2018"

ירושלים, טבת תשע"ט, דצמבר 2018

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

מערכת הבריאות: מבט-על

דב צ'רניחובסקי*

מערכת הבריאות של היום עלולה להיות קורבן להצלחתה בעבר. בהשוואה בין-לאומית של מודדי תמותה ותוחלת חיים, ככל שאפשר לייחס את אלו לרפואה, ביצועיה של המערכת בישראל מרשימים (תרשימים 1 ו-2). על כך מעיד גם דוח ה-OECD האחרון (OECD 2017). אולם נתוני הבריאות של ההווה הם תוצאה של פעילות המערכת לפני שנים, ואת תוצאות פעילותה כיום אפשר יהיה לדעת רק בעתיד, היות שתוצאות תפקודן של מערכות בריאות בהקשר של תוחלת חיים, חיים בריאים וכושר תפקוד מתבטאות רק לאורך שנים, לפעמים במונחים של שנות דור.

במבט לעתיד, כפי שצוין בדוחות קודמים של מרכז טאוב, המערכת ניצבת בפני אתגרים הכרוכים בהזדקנות האוכלוסייה ובעלייה בחוסר התפקוד, וכן בצורך למנוע נזקי עישון ותזונה לקויה – בעיקר השמנה וסוכרת (בוורס וצ'רניחובסקי 2017; צ'רניחובסקי ואחרים 2017). נוסף על כך, המערכת הציבורית מתאפיינת בזמני המתנה ארוכים מהרצוי לטיפולים אלקטיביים (בוורס וצ'רניחובסקי 2016). הגידול בצרכים חל בתקופה של חוסרים קיימים (בסיעוד) ומתפתחים (רופאים) בכוח אדם רפואי (צ'רניחובסקי ורגב 2014) ובמיטות, גם בשל תחרות בין המערכת הפרטית לציבורית על אותו כוח אדם. גם לשיטתם של קברניטי המערכת, מצבה הנוכחי והתחזית העתידית מטרידים ומעוררי מחשבה.¹ פתרונות נקודתיים דוגמת התוכנית לקיצור תורים הם בבחינת טלאים בלבד.

בפרק זה יסוכם מצבה של מערכת הבריאות ויתמקד בהיבטים של משבר המימון. משבר זה מועצם בשל עלייה בעלות של כוח האדם הרפואי ומחירי הרפואה, אשר קשורים גם לאסדרה הבעייתית של התמהיל הציבורי-פרטי במערכת. כל אלו מגבילים את ההתמודדות עם אתגרי העתיד ותורמים לאי יעילות ולגידול בפערים, וגם להארכת זמני המתנה במערכת הציבורית.

צעדים אחדים שהמדינה החלה ליישם לאחרונה עשויים להצביע על שיפור אפשרי ברמת המימון הנומנילי ועל התחלת הסדרת התמהיל הציבורי-פרטי במערכת – אשר משפיעה, מצידה, על המימון הריאלי דרך מערכות השכר והמחירים. אולם צעדים אלו דורשים השלמה כדי שיאפשרו את ההתמודדות עם סוגיית התמהיל, המציבה בפני המערכת אתגר מבני בסיסי.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, פרופסור (אמריטוס) במחלקה לכלכלת בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; חוקר ראשי ויל"ר תוכנית מדיניות הבריאות, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. תודתי נתונה לרועי כפיר על ההערות וההארות ולאביב בריל, להדס חזן ולקיריל מוסקלב על הסיוע בעיבוד הסטטיסטי ובהכנת החומרים.

1 להתייחסות של צמרת משרד הבריאות לנושא ראו פילוט (2018).

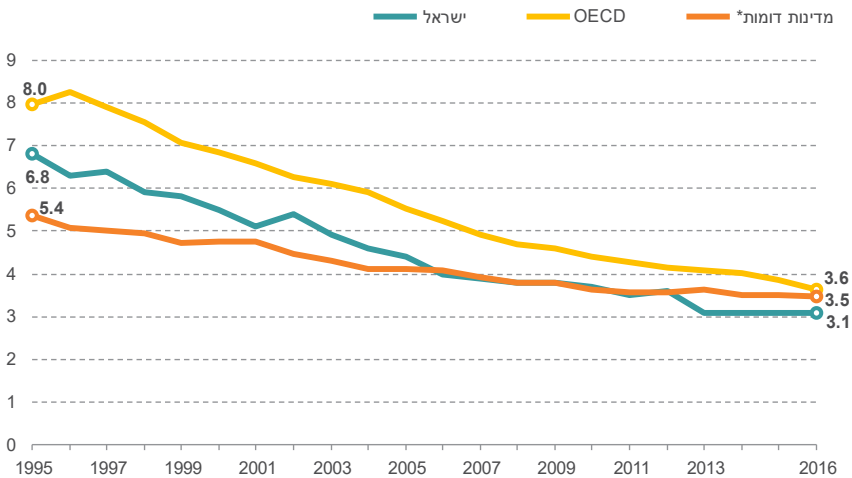
1. מודדי בריאות: השוואה בין-לאומית

כאמור, מודדי הבריאות המקובלים הנוכחיים של ישראל טובים. תמותת התינוקות נמוכה (3.1 לאלף לידות) גם בהשוואה למערכות בריאות הדומות לישראל, כלומר מבוססות על מערך של קופות חולים וגופים דומים המתחרים ביניהם: בלגיה, גרמניה, הולנד, שווייץ, ובמידה פחותה מעט – צרפת (תרשים 1).

תוחלת החיים בעת הלידה גם היא גבוהה יחסית ועומדת על 82.5 שנים (תרשים 2). עם זאת, יש סימנים לכך שבמצבה היחסי של ישראל במונחי תוחלת חיים ושנות חיים בתפקוד תקין עלולה לחול הרעה (בוורס וצ'רניחובסקי 2017).

נתון מטריד העולה מהנתונים בתרשים 1 הוא ההתייצבות בתמותת תינוקות מאז 2013, על אף הפוטנציאל לשפר מודד זה באזורי הפריפריה (צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני 2017). סימנים אלו עשויים להורות כי המערכת אינה מתקדמת דייה כבר כעת, וכי אינה נערכת במידה מספקת לעתיד. הדבר נכון בפרט אם הפערים בנגישות של שירותי הרפואה לקבוצות אוכלוסייה שונות יגדלו עקב הגידול בחלקו של המימון הפרטי והקשר בין נגישות השירותים ליכולת התשלום (ראו פירוט בסעיף 3).

תרשים 1. תמותת תינוקות
מספר מקרי תמותה לאלף לידות חי

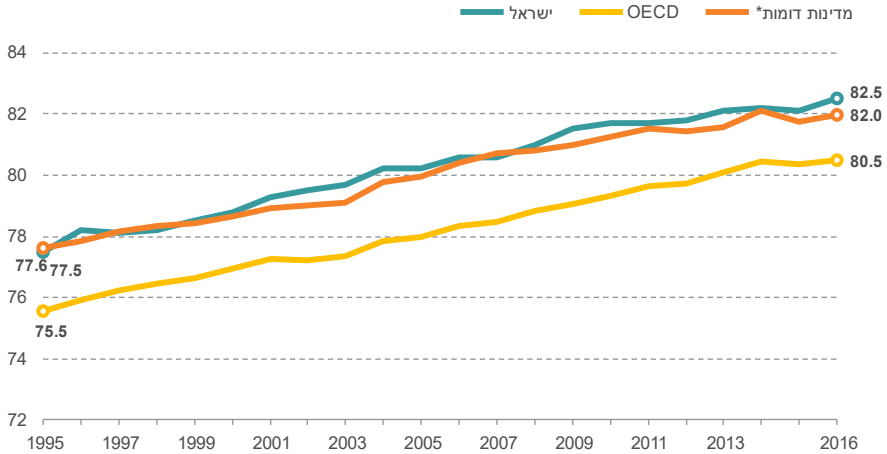


* מדינות שיש בהן מודל של תחרות מנוהלת בין קופות חולים וגופים דומים (בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ).

מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב

נתונים: OECD.stat

תרשים 2. תוחלת חיים בעת הלידה



* מדינות שיש בהן מודל של תחרות מנוהלת בין קופות חולים וגופים דומים (בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ).

מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב

נתונים: OECD.stat

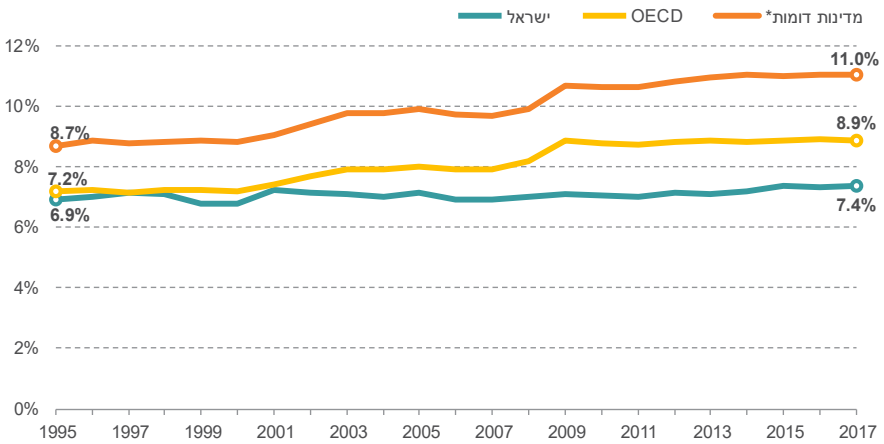
2. מקורות המימון

בדומה לשנים קודמות, בחינת מצב המערכת כוללת השוואה בין-לאומית של המקורות העומדים לרשותה. הנחת היסוד היא שישיראל אינה יכולה להמשיך להיות ייחודית במגמות המימון הניכרות בה ובפרט במימון הציבורי אשר היא מעמידה לרשות המערכת, במיוחד לנוכח האתגרים העומדים בפניה.

בשנת 2017 הוסיף חלקה של ההוצאה הלאומית השוטפת על בריאות מתוך התמ"ג לדשדש ברמה של 7.4 אחוזים, לעומת 8.9 אחוזים במוצע במדינות ה-OECD (תרשים 3).² הפער גדול אף יותר בהשוואה למדינות המעניקות ביטוח בריאות ממלכתי הכולל מודלים מערכתיים של קופות חולים, בדומה לישראל. במדינות אלו חלקה של ההוצאה על בריאות מתוך התמ"ג הוא 11.0 אחוזים.

2 אלא אם מצוין אחרת, הנתונים מתבססים על הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018א).

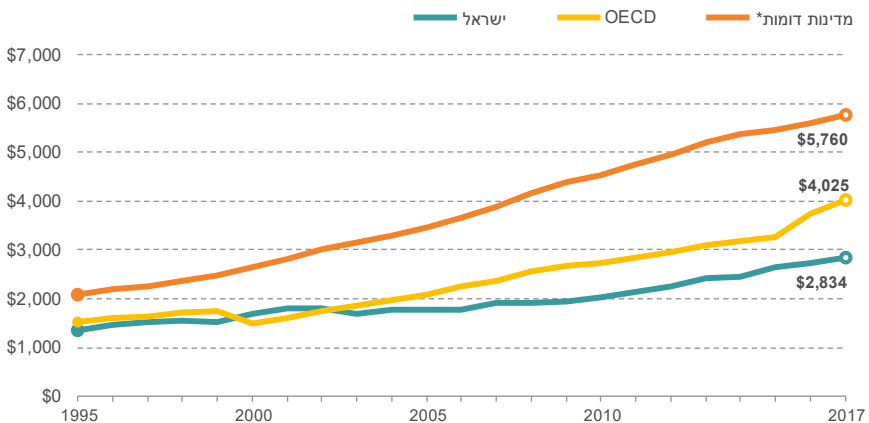
תרשים 3. ההוצאה על בריאות כאחוז מהתמ"ג



* מדינות שיש בהן מודל של תחרות מנוהלת בין קופות חולים וגופים דומים (בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ). מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: OECD.stat

נוכח הצמיחה הכלכלית המרשימה של ישראל, התקבעותו של חלק ההוצאה על בריאות מתוך התוצר אין פירושה הוצאה קבועה על בריאות. אולם הגידול בהוצאה על בריאות לנפש בישראל, יחסית למדינות אחרות, מצביע ביתר שאת על הגידול בפערים בינה ובין העולם. בין 1995 ל-2017 ההוצאה על בריאות לנפש גדלה פי 2.7 במדינות שמערכת הבריאות בהן דומה לזו של ישראל ופי 2.6 בממוצע במדינות ה-OECD, הכולל גם מדינות מתפתחות – ואילו בישראל היא גדלה פי 2 בלבד (תרשים 4).

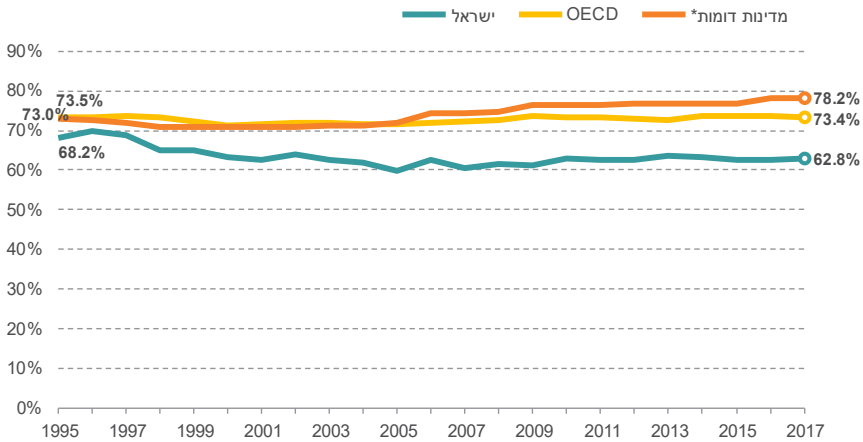
תרשים 4. ההוצאה על בריאות לנפש (בדולרים שוטפים של ארצות הברית)



* מדינות שיש בהן מודל של תחרות מנוהלת בין קופות חולים וגופים דומים (בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ). מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: OECD.stat

כפי שיובהר בסעיף הבא, המצב חמור עוד יותר ממה שמשקף בנתונים נוכח הזדקנות מהירה יותר יחסית של האוכלוסייה בישראל, מצד אחד, והעלייה הגבוהה יחסית בשכרם של הרופאים – המשפיעה על מחירי הרפואה – מצד אחר. בישראל חלקה של ההוצאה הציבורית בסך ההוצאה על בריאות עומד על 62.8 אחוזים, לעומת 73.4 אחוזים בממוצע ב-OECD ו-78.2 אחוזים בקבוצת המדינות שמערכת הבריאות בהן דומה לזו של ישראל (תרשים 5). חמור מכך: ישראל מתייחדת במגמה של גידול בהוצאה הפרטית – אשר לה, כאמור, השלכות שליליות על השוויוניות ברמת הבריאות ובנגישותם של שירותי רפואה, וכן על היעילות, נוכח כשלי השוק (ראו פירוט בסעיף הבא).

תרשים 5. חלקה של ההוצאה הציבורית מסך ההוצאה על בריאות



* מדינות שיש בהן מודל של תחרות מנוהלת בין קופות חולים וגופים דומים (בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ).

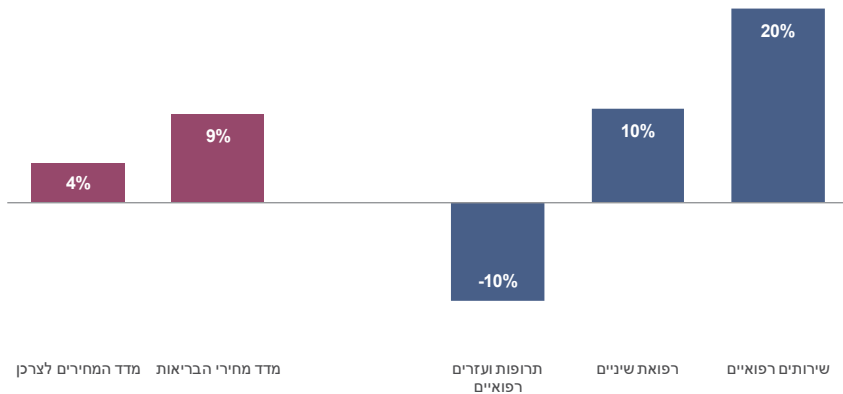
מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: OECD.stat

בשנת 2017 חל גידול של 3.8 אחוזים בהוצאה על בריאות מתוך התמ"ג, אולם לצורך הדיון על שינוי בשירותי הרפואה שעומדים בפועל לרשות הציבור יש צורך לתקן את העלייה הזו תוך התחשבות בשני היבטים עיקריים: (א) מחירי הרפואה עלו יותר מהמדד הכללי; (ב) האוכלוסייה המשיכה להזדקן (שינויים דמוגרפיים).

בהיבט של עליית המחירים, האינפלציה במחיר שירותי הרפואה הפרטיים בשנים 2011–2018 גבוהה יותר מפי שניים מהאינפלציה על פי מדד המחירים לצרכן: כ-9 אחוזים לעומת כ-4 אחוזים, בהתאמה (תרשים 6). את העלייה מוביל הסעיף "שירותים רפואיים", הכולל השתתפויות ושירותים שהאזרח קונה בקופות החולים (ביטוח משלים), וכן תשלום על ביטוחים פרטיים ורפואה פרטית. העלייה במחיריהם של אלו עמדה על כ-20 אחוזים בעשור הנוכחי, וחלקם בהוצאה על בריאות עולה בהתמדה.

בהיבט הדמוגרפי, בין 2011 ל-2017 עלה היחס בין מספר הנפשות המתוקננות למספר הנפשות ללא תקנון ב-2.4 אחוזים (משרד הבריאות 2018).³ כאשר מביאים בחשבון שינויים אלו, העלייה בהוצאה הריאלית על בריאות מצטמצמת לכ-1.6 אחוזים בלבד.

תרשים 6. שינויים במחירי שירותי הרפואה הפרטיים ובמדד המחירים לצרכן לפי קטגוריית הוצאה, ינואר 2011–אוקטובר 2018



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב
נתונים: הלמ"ס, מדד המחירים לצרכן

המצב לאורך זמן מסוכם בתרשים 7. מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 חלה עלייה של כ-45.0 אחוזים בהוצאה הלאומית על בריאות לנפש. עלייה זו כמעט זהה לעלייה בתמ"ג לנפש, כלומר חלקה של ההוצאה על בריאות מהתוצר אכן נשאר קבוע ברמה של כ-7 אחוזים. אולם נתונים אלו אינם מביאים בחשבון את שני הגורמים שצוינו לעיל: ההתפתחות במחירי שירותי הרפואה והשינויים הדמוגרפיים.

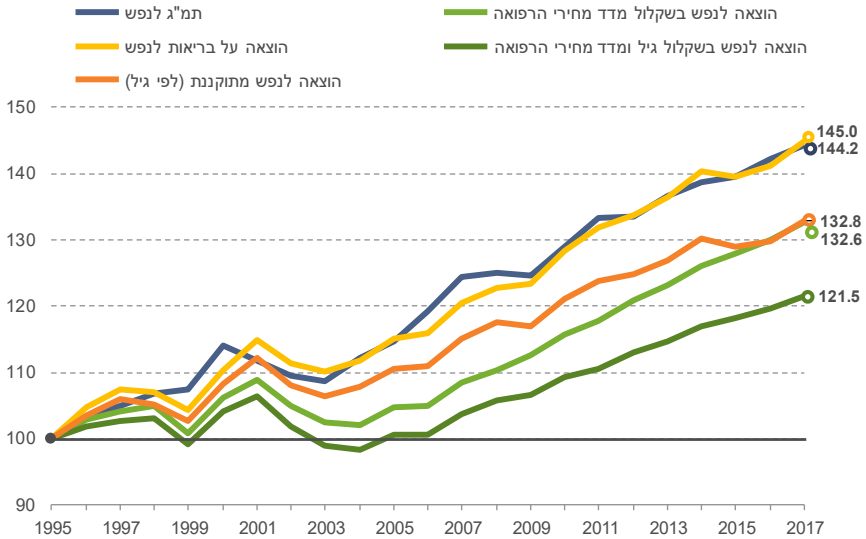
כאשר מביאים בחשבון את העלייה היחסית במחירי הרפואה,⁴ נשחקת העלייה בהוצאה בכ-12 נקודות אחוז (העקומה הירוקה הבהירה בתרשים 7). התייחסות לשינויים הדמוגרפיים, המעידה על שינוי בצרכים הרפואיים של האוכלוסייה, שוחקת את העלייה בשיעור דומה: 11 נקודות אחוז (העקומה הכתומה בתרשים 7). מדד המביא בחשבון את ההשפעה המשולבת של גורמים אלו (העקומה הירוקה הכהה בתרשים) מראה כי העלייה נשחקת בכ-23 נקודות אחוז ועומדת על 21.5 נקודות אחוז. המשמעות היא שהגידול

3 החישוב של נפש מתוקננת נעשה בהתאם לנוסחת הקפיטציה הישראלית, המשמשת להקצאת משאבים לקופות החולים לפי הצרכים היחסיים של לקוחותיהן. נוסחה זו מביאה בחשבון את הגיל והמגדר של כל תושב, ולכן חישוב מספר הנפשות המתוקננות הכולל שונה מחישוב מספר הנפשות המתבסס על מספר התושבים בלבד.

4 נוכח התמהיל בין ציבורי לפרטי, יש למערכת שני מדדי מחירים רלוונטיים: "מדד מחירי הרפואה" רלוונטי לתקצוב הרפואה הציבורית, ו"מדד מחירי הבריאות" של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה רלוונטי לצריכה במימון פרטי. כדי להעריך את ההוצאה הלאומית הריאלית על בריאות, הכוללת הוצאה ציבורית ופרטית, משקללים את שני המדדים בעזרת משקולות המבטאות את חלקו של כל סוג בכלל ההוצאה. לדיון במדד הראשון ראו משרד הבריאות (2018, עמ' 12); מגמות המדד השני מפורטות בתרשים 6.

בתוצר לנפש (המבטא את העלייה ברמת החיים) עמד על כ-1.7 אחוזים לשנה בממוצע, אך בהוצאה על הבריאות חל גידול של 0.9 אחוזים בלבד לנפש מתוקנת.

תרשים 7. הגידול בתמ"ג לנפש ובהוצאה על בריאות מדד: שנת 1995=100



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: למ"ס, שנתונים סטטיסטיים לישראל

כדי לטפל בשחיקת ההוצאה נקטה המדינה בשנים האחרונות שני צעדים אשר עשויים לשפר את התמונה העתידית בכל הקשור לתקצוב מערכת הבריאות הציבורית בכלל, וקופות החולים בפרט. ראשית, שונה אופן חישוב הנפשות לצורך התקצוב: עד שנת 2014 חושב שיעור המקדם הדמוגרפי בסל לפי שיעור קבוע מראש לשלוש שנים, בהתאם להחלטת ממשלה.⁵ השיעורים נעו בשנים 2005–2013 בין 0.9 ל-1.2 אחוזים לשנה. אך החל בשנת 2014 שיעור המקדם מחושב בכל שנה לפי הגידול הדמוגרפי בפועל בשנה הקודמת, וכך ניתן ביטוי רב יותר לשינוי בצרכי הבריאות של האוכלוסייה.

שנית, החל ב-2016 מדד יוקר הבריאות נותן משקל רב יותר (61.7 אחוזים, לעומת 36 עד 40 אחוזים בשנים שלפני 2016) למדד השכר במגזר הבריאות, שיש לו השפעה גדולה יחסית על עלות השירותים. שינויים אלו, הנתונים ביטוי להזדקנות האוכלוסייה וכן לעלייה בשכר הרופאים, יביאו לתקצוב ציבורי שיהלום יותר את הגידול בצרכים מצד אחד, ואת האמצעים הדרושים לספק אותם מצד אחר.

כל עדכון מסוג זה בתקציב הציבורי יש בו כדי להביא להקלה פוטנציאלית של הנטל על תקציב משקי הבית. לנוכח הנתונים, הקלה כזו אכן נחוצה: חלקה של ההוצאה על

5 המקדם הדמוגרפי הוא שיעור גידול האוכלוסייה בנפשות מתוקנות, לפי נוסחת הקפיטציה הישראלית. נוכח שינויים בהתפלגות הגילים והמדדים באוכלוסייה, השינוי במספר הנפשות המתוקנות יכול להיות שונה מהשינוי במספר התושבים.

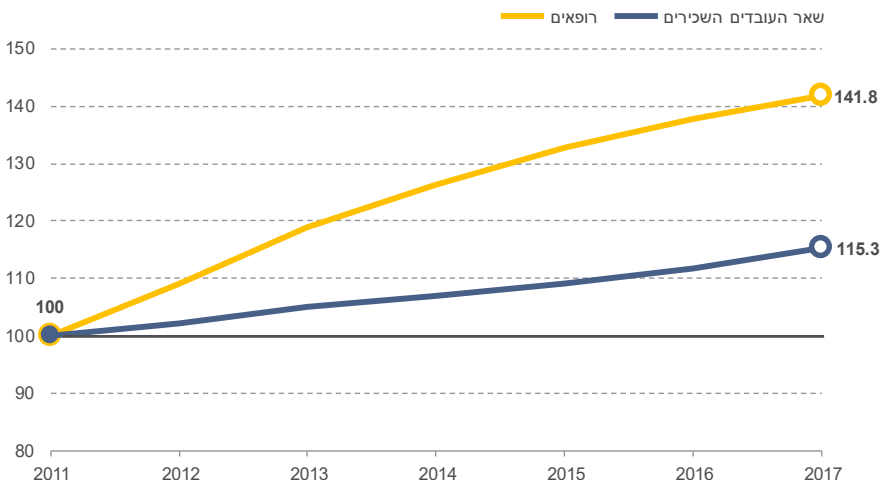
בריאות בהכנסה הפנויה של משקי הבית עלה מ-3.9 אחוזים ב-1997 ל-5.9 אחוזים ב-2016, ובאותה תקופה ירד חלקו של המימון הציבורי בהוצאה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 2016; צ'רניחובסקי, בלייך ורגב 2016).

3. שכר הרופאים

כאמור בסעיף הקודם, יש לבחון את הגידול בהוצאה הלאומית על בריאות לנפש לנוכח שני מדדים: ההתפתחויות הדמוגרפיות והגידול יחסי במחירי הרפואה ביחס למדד המחירים לצרכן. לעומת ההשפעה הדמוגרפית, שהיא בלתי נמנעת, השפעת המחירים היא תוצאה של מדיניות בשני תחומים הכרוכים זה בזה: שכר הרופאים והסדרת התמיהל הציבורי-פרטי, שיידון בסעיף הבא.

שכר הרופאים השכירים עלה בכ-42 אחוזים במונחים נומינליים בשנים 2011–2017, ואילו שכר כלל השכירים במשק עלה בכ-15 אחוזים בלבד באותה תקופה (תרשים 8). עוד חל גידול בהכנסות של רופאים מרפואה פרטית. בדוח של משרד האוצר נכתב כי "השכר הממוצע לרופא המועסק בבתי החולים הממשלתיים, בעל ותק של לפחות עשר שנים, עמד בשנת 2016 על 790 אלף שקלים (ברוטו שנתי), מזה 29 אחוזים שכר הנובע מרפואה פרטית. שכר זה מבטא עלייה ריאלית של 76 אחוזים בהשוואה לשנת 2007. מזה, עלייה של 84 אחוזים בשכר שמקורו ברפואה ציבורית ועלייה של 59 אחוזים בשכר הנובע מרפואה פרטית" (בלינסקי, בן נאים והכט 2018, עמ' 1). בהשוואה בין-לאומית, העלייה בשכר הרופאים בישראל בעשור הנוכחי היא חריגה (משרד הבריאות 2018). משקלה של עלות העבודה במדד מחיר שירותי הרפואה עומד כיום על כ-70 אחוזים.

תרשים 8. מגמות בשכר הרופאים בהשוואה לשכר הכללי מדד: השכר בשנת 2011=100



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס (2018ב)

אופי השירותים שמעניקים רופאים מביא לשוק בלתי משוכלל. אחד הכשלים נוגע לכוח המונופולי שיש בדיעבד לרופא (ex-post small numbers) על המטופל, אשר נותן ברופאו אמון ומפקיד בידי את בריאותו. בשל כך קיימת אפשרות שהרופא יעודד ביקוש לשירותיו ויגבה את שכרו לפי יכולתו של המטופל לשלם. זו אחת הסיבות העיקריות למעורבות הנרחבת יחסית של המדינה במערכות בריאות. מטרת התערבות זו היא, בין השאר, להעמיד משקל נגד של הציבור – באמצעות הממשלה וקופות החולים – על ידי קנייה מרוכזת של שירותי רופאים. אחד הביטויים של הקנייה הם הסכמי שכר בין המדינה לרופאים בשירות הציבורי, הסכמים שקופות החולים מאמצות גם הן בסופו של דבר. מסיבה זו, במרבית מערכות הבריאות המתוקנות מונעים מרופאים לעבוד גם במערכת הציבורית וגם במערכת הפרטית – קל וחומר להפנות חולים מן הרפואה הציבורית לפרטית, שבה הרופא יכול לעודד ביקושים. דרך אחרת היא להנהיג מערכת משולבת מוסדרת (ראו הרחבה על שתי השיטות בסעיף הבא).

בישראל אף לא אחת משתי השיטות שלטת, ומתקיים ביניהן מעין שעטנז. בדוח משרד האוצר נכתב כי "בניגוד לרוב משלחי היד במשק, שבהם יש הפרדה מאוד ברורה בין עיסוק במערכת הציבורית לבין עיסוק במערכת הפרטית, ואף נמתחת ביקורת על מעברים בין שתיהן (לעיתים אף נדרשת 'תקופת צינון' בין מעבר מהמגזר הציבורי לפרטי), עיסוק של רופאים בשתי מערכות בו-זמנית אינו דבר חריג ואף נתפש בציבור כמקובל" (בלינסקי, בן נאים והכט 2018, עמ' 1).

כיום רופאים העובדים במערכת הציבורית יכולים להפנות חולים לקבל אצלם טיפול במערכת הפרטית, לרוב במימון הביטוחים המשלימים והמסחריים. במערכת הפרטית הם גובים תשלום בעבור הטיפולים אשר אמורים ויכולים, לפחות חלקם, להתבצע במערכת הציבורית. הפעילות הפרטית היא במחירים גבוהים מאלו שהיו מקבלים במערכת הציבורית. יתר על כן, הרופאים מצמצמים את עבודתם במערכת הציבורית באופן חלקי לשם כך. מצב הדברים יוצר לחצי שכר ועליית מחירים במערכת הציבורית – וזו התופעה שמנסים למנוע באמצעות הפרדה בין המערכות או שילוב מוסדר ביניהן.

4. סבך התמהיל הציבורי-פרטי

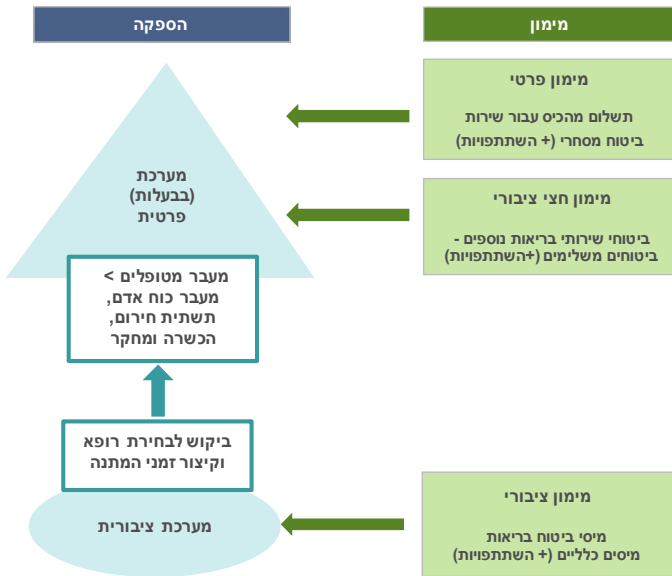
סבך התמהיל הציבורי-פרטי במערכת הרפואה הישראלית מתואר בתרשים 9. נוסף על מימון פרטי לחלוטין ומימון ציבורי לחלוטין מצויים בתוכם ביטוחי שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן), הידועים כביטוחים המשלימים. ביטוחים אלו נרכשים בקופות החולים בתשלום אולם אינם מסחריים, באשר הפרמיה היא קבוצתית ואינה מבוססת על מאפייניו האישיים של המבוטח אלא רק על הגיל ועל גודל משק הבית, ואין בהם חיתום אלא תקופת אכשרה (המתנה).⁶

למרות אופיים הציבורי (למחצה) של ביטוחים אלו, בדומה לביטוחים מסחריים ולתשלום פרטי הם יכולים לממן פעילות במוסדות בבעלות פרטית בלבד. לפיכך, ביטוחים אלו מביאים להעתקת חלק מהפעילות במערכת הציבורית למערכת בבעלות פרטית: הביקוש לתורים קצרים יותר, וכן לאפשרות לבחירת רופאים, נענים בהיצע של נותני שירות העובדים במערכת הציבורית (תרשים 9). המערכת הציבורית גם מעניקה לפרטית,

6 בשל מאפיינים אלו ביטוחי השב"ן אינם בפיקוח הממונה על הביטוח במשרד האוצר, אלא בפיקוח משרד הבריאות.

כברירת מחדל, רשת ביטחון במקרה של סיבוכים ומצבי חירום, וכן שירותים אחרים.

תרשים 9. התמהיל הציבורי-פרטי במערכת הבריאות



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב

מצב דברים זה מביא לכמה תוצאות בלתי רצויות:

- עליות השכר והמחירים שהוזכרו לעיל;
- הקמת תשתיות פרטיות, בחלקן מיותרות, לצד התשתיות הציבוריות הקיימות;
- חשש מביצוע הליכים רפואיים מיותרים.

למרות השכר הגבוה יחסית במערכת הפרטית, שעוד הולך ועולה, גם הרווחיות בפעילות בה גדלה – כפי שמעידה המגמה של קופות חולים ומבטחים פרטיים הרוכשים מוסדות רפואה פרטיים. הדוגמאות הבולטות לכך הן מפעלות אסותא, המרכז הרפואי נארא והרצליה מדיקל סנטר.

מערכת הבריאות הישראלית מאבדת אפוא את הבקרה על ההוצאה הפרטית על בריאות בטווח הקצר, ועל כלל ההוצאה על בריאות בטווח הארוך (כפי שקורה בארצות הברית). המערכת נעשית יעילה פחות; משקי בית מוציאים יותר ויותר מהכנסתם הפנויה על רפואה במימון פרטי; ואי השוויון בזמינות השירותים גדל. היתרונות של חופש הבחירה וקיצור התורים אפשריים בעיקר בשוק הפרטי.

מודלים לפתרון: הפרדה או מיזוג

הניסיון בעולם מצביע על שני כיוונים למודלים של פתרונות. האחד מבוסס על הפרדה מוחלטת בין המערכת הציבורית לפרטית, והאחר – על איחוד (שנעשה בצורה מוסדרת).

מודל ההפרדה

לפי מודל זה, שתי המערכות יתקיימו ברבדים נפרדים מבחינת המימון ומבחינת התשתיות. המימון הציבורי יורכב מכספי מיסים בתוספת התשלומים המועברים כיום לקופות במסגרת ביטוחי השב"ן (שהם ממילא כמעט אוניברסליים – כ-80 אחוזים מהאוכלוסייה מבוטחים בהם). הממשלה תשלם מימון ביטוח משלים לזכאים לכך.⁷ נוסף על כך, בדומה למצב השורר כיום, תהיה אפשרות לבחירת סל רחב יותר מהסל הבסיסי גם במסגרת הציבורית (תרשים 10).

הגדרת מוסד כ"ציבור" תיעשה על סמך התקשרות עם המדינה ומימון ממנה, ללא קשר לבעלי המוסד. העיקרון הוא שאין פסול בבעלות פרטית על מוסדות בריאות המקבלים מימון ציבורי – זה ההסדר השכיח בעולם. המשמעות היא שכל בתי החולים, בכל סוגי הבעלות, יכולים להתחרות על מטופלים במימון ציבורי; אולם מוסדות הנהנים מכספי ציבור יהיו חייבים לעמוד בקריטריונים מסוימים, ובהם הפעלת מערך חירום והיצע מחלקות מינימלי, וכן הסדרה קפדנית של טיפולים במימון פרטי, אם בכלל יתאפשרו כאלה. בהקשר זה חשובה ההחלטה שהתקבלה להכיר בבית החולים אסותא באשדוד, הנמצא בבעלות "מכבי שירותי בריאות", כמוסד ציבורי, משום שיש בו חדר מיון.⁸ עוד החלטה חשובה בכיוון זה היא שבמסגרת הסדרי התוכנית לקיצור תורים מופנים חולים (בעיקר במסגרת "מכבי שירותי בריאות") באמצעות טופס 17 – כלומר במימון ציבורי – גם למוסדות בבעלות פרטית.

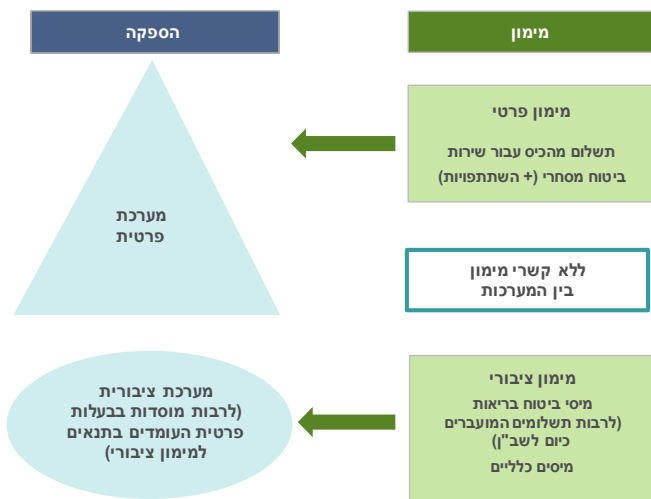
במקביל למערכת הציבורית, יש להבטיח את קיומה של מערכת בריאות במימון פרטי בלבד, כראוי לדמוקרטיה שבה יש חופש בחירה ושוך חופשי.⁹ במערכת הפרטית תושבים יכולים לשלם עבור טיפול לפי בחירתם באמצעות ביטוחים מסחריים מגוונים או ישירות מכיסם, על בסיס תשלום עבור שירות. אולם שלא כמקובל כיום, מטופלים לא יוכלו לנוע בין המערכת הציבורית לפרטית כדי להמשיך באותו טיפול, לרבות ביטול האפשרות לקבל תרופות במימון ציבורי כנגד מרשם מהמערכת הפרטית. הלכה למעשה, כל מטופל יצטרך לבחור לפני כל פנייה למערכת באיזו מן המערכות יעדיף להיות מטופל, ובחירה זו תחייב אותו לאורך הטיפול כולו – בדומה לשיטת הפעולה של מערכות הבריאות במימון ציבורי בבריטניה ובארצות הברית.

משמעות נוספת של מבנה זה היא שעובדים שהכנסתם מגיעה מכספי ציבור לא יציעו טיפול תמורת תשלום פרטי, ושירותי חירום הניתנים במערכת הציבורית לא יתמכו במערכת הפרטית.

7 בדומה להיום, גם לזכאים להבטחת הכנסה שאינם משלמים מיסי בריאות יוענק ביטוח ציבורי. 8 זאת מבלי להיכנס לסוגיית נחיצותו של בית החולים במקום שהוקם, ולסוגיית הבעלות הפרטית על בית חולים שהוקם בכספי ציבור.

9 מטבע הדברים, מימון פרטי אינו יכול לממן טיפול במוסד רפואי הנמצא בבעלות המדינה. לעומת זאת, כאמור לעיל, מימון ציבורי יכול לממן מוסד בבעלות פרטית.

תרשים 10. הפרדה מלאה בין המערכת הפרטית לציבורית: מודל פעולה



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב

מודל השילוב

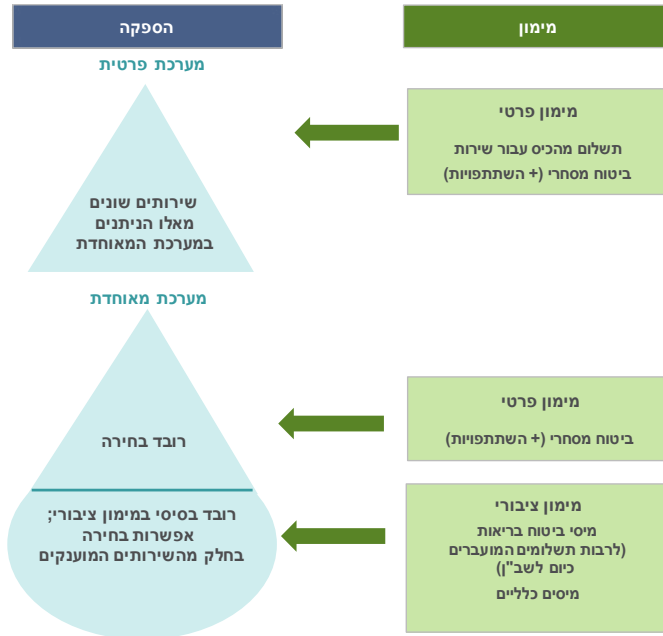
לפי מודל זה המערכת הפרטית והציבורית ימוזגו. במסגרת המודל, שהסדרים על בסיס עקרונות דומים לו קיימים באירופה, כל תושב ייהנה מביטוח ציבורי בסיסי, המשלב את הכיסוי הבסיסי והמשלים הקיימים כיום – כמו במודל המופרד. לכן יתווסף רובד ביטוח נוסף במימון פרטי לחלוטין, אולם בניגוד למודל ההפרדה, השירותים לבחירה (הרובד של הביטוח המשלים וכן הרובד של ביטוח מסחרי) יסופקו במסגרת אותה המערכת המספקת את השירותים הציבוריים (תרשים 11). השילוב יתבטא בכך שכל תושב יוכל להרכיב מעין ביטוח או סל אישי משלו, המשלב עקרונות של ביטוח ציבורי וביטוח מסחרי.

הסל במימון ציבורי יגדיר זכאות לטיפולים ואולי אף יאפשר חופש בחירה מסוים – אך לא קיצור של זמני ההמתנה ולא תרופות מצילות חיים. השירותים יסופקו בזמן ובמרחק מרביים שיוגדרו בחוק, במוסדות מוסדרים לעניין זה (בבעלות פרטית או ציבורית), ותיקבע גם אסדרה לטיפולים ממקורות מימון שונים.

חשוב להדגיש כי גם בחלופה זו יש להבטיח את קיומה של מערכת פרטית נפרדת לחלוטין, שבה תושבים יוכלו לשלם מכיסם או מכספי ביטוחים ולקבל טיפולים או שירותים שאינם נכללים בהסדרים במערכת המשולבת (למשל קיצור זמני המתנה). לשם המחשה, המערכת תדמה למטוס שבו אפשר לבחור בין מחלקת תיירים, מחלקת עסקים או מחלקת ראשונה – ואפשר גם לבחור לטוס במטוס פרטי נפרד.

בשתי החלופות כל המוסדות הנהנים ממימון ציבורי חלקי או מלא – ללא קשר לבעלות – מתחרים על אותה פעילות, לרבות על חופש בחירת רופא וקיצור זמני המתנה במסגרת הסדר ביטוח מסוים.

תרשים 11. מיוזג מוסדר בין המערכת הפרטית לציבורית: מודל פעולה



מקור: דב צ'רינובסקי, מרכז טאוב

סיכום

בפרק זה הוצג מצבה של מערכת הבריאות הישראלית בשני היבטים הקשורים זה בזה: (א) רמת המימון והתפלגותו בין הפרטי לציבורי; (ב) התמהיל הפרטי-ציבורי בכלל המערכת. במובנים רבים היבטים אלו לא השתנו בשנים האחרונות, כלומר המערכת נמצאת בקיפאון. פירוש הדבר הוא כי קיימת סבירות גבוהה שבריאותה היחסית של האוכלוסייה תידרדר – מפני שהישגים כמו תוחלת החיים בישראל כיום אינם מהווים סימן למצבה הנוכחי של המערכת אלא ביטוי להשקעת העבר, ואת מגמות הקיפאון בהווה אנו (או הדור הבא) עלולים לראות רק בעתיד.

הממשלה נוקטת כמה צעדים בכיוון הנכון כדי להתמודד עם בעיותיה של מערכת הבריאות. לפי התקציב האחרון, ההוצאה הציבורית על בריאות צפויה לגדול בכ-7 אחוזים (כ-2.4 מיליארד שקלים) בשנת 2018 ובכ-7.1 אחוזים (כ-2.5 מיליארד שקלים) בשנת 2019. זהו גידול נרחב בהשוואה לגידול הצפוי בשנים אלו בתוצר (בהתאם לתחזית בנק ישראל מאוקטובר 2018), העומד על 3.8 ו-3.7 אחוזים (בהתאמה), ולגידול בתקציב המדינה בסך 4.7 ו-5.5 אחוזים, בהתאמה (משרד האוצר 2018). מכאן שחלקו של תקציב הבריאות הציבורי בתמ"ג ובכלל התקציב אמור לגדול בשנים המדוברות, אם כי הקיצוץ הרוחבי בתקציב משרדי הממשלה שהוחלט עליו באחרונה אינו מבשר טובות בנושא.

אשר לתמהיל הציבורי-פרטי, יש כמה צעדים שהממשלה נקטה שיש בהם כדי לצמצם את הבעיה המבנית:

1. הגדרת תקופת צינון בת שישה חודשים, שבמהלכה רופא אינו יכול להפנות לעצמו חולים מהמערכת הציבורית לפרטית;
 2. הנהגת נוהל Full timers – רופאים המועסקים במשרה מלאה רק במערכת הציבורית;
 3. קליטה לשירות המדינה של עובדי "תאגידי הבריאות" ו"קרן המחקרים", שנהפכו למסלול עוקף להעסקת עובדים שלא באמצעות שירות המדינה בבתי החולים שבבעלותה;
 4. המשך יישום ופיתוח התוכנית לקיצור התורים, אשר הביאה לכך שבמקרים מסוימים יש מימון ציבורי להקדמת תור גם במסגרת במוסדות פרטיים.
- אולם אין באלו כדי לפתור באופן מהותי את סבך התמהיל הציבורי-פרטי במערכת הישראלית. סבך זה דורש טיפול שורש, הכולל אסדרה של המימון בין המערכות – סל בסיסי במימון ציבורי בתוספת סל בחירה פרטי בהסדר כזה או אחר – וכן קביעת מערכת שכר חדשה ומוסכמת לרופאים והעסקתם במערכת אחת, ללא תלות בבעלות על המוסד.

מקורות

- בוורס, ליאורה ודב צ'רניחובסקי (2016), **מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים הציבוריים בישראל**, תקציר מדיניות, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בוורס, ליאורה ודב צ'רניחובסקי (2017), **חשיבה מחודשת על סדר העדיפויות של טיפולים רפואיים בישראל**, נייר מדיניות מס' 02.2017, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בלינסקי, אלכסיי, גלית בן נאים ויואב הכט (2018), **שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית – ממצאים ומגמות**, סדרת מאמרים לדיון, משרד האוצר.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016), **הכנסה והוצאה חודשית לתצרוכת בעשירונים של משקי בית, לפי הכנסה כספית ברוטו למשק בית, 2016**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018א), **ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2017 הייתה 5.7% מהתמ"ג**, הודעה לעיתונות, 16 באוגוסט 2018.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018ב), "מדדי שכר חודשי ממוצע למשרת שכיר במחירים שוטפים", **ירחון שכר ותעסוקה**, אוגוסט.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (שנים שונות), **מדד המחירים לצרכן**.
- משרד האוצר (2018), **עיקרי התקציב 2019**.
- משרד הבריאות (2018), **דוח מסכם על פעילות קופות החולים – 2017**.
- פילוט, אדריאן (2018), "משרד הבריאות מתריע: המערכת במצב אנוש", **כלכליסט**, 24 באוקטובר 2018.
- צ'רניחובסקי, דב, חיים בלייך ואיתן רגב (2016), "ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל", בתוך אבי וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2016**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 333-347.
- צ'רניחובסקי, דב, בשארה בשאראת, ליאורה בוורס, אביב בריל וחן שרוני (2017), "בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל", בתוך אבי וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2017**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 275-315.
- צ'רניחובסקי, דב, אביגדור קפלן, איתן רגב ויוחנן שטסמן (2017), **טיפול סיעודי בישראל: סוגיות מימון וארגון**, נייר מדיניות מס' 01.2017, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, דב ואיתן רגב (2014), "סוגיות מימון וכוח אדם במערכת הבריאות", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2014**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 425-436.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing, 2017.
- OECD.Stat. OECD Database.

