

**מגמות כלליות בצרכים ובמימון
במערכת הבריאות**

דב צ'רניחובסקי

מתוך "דוח מצב המדינה" 2016

ירושלים, טבת תשע"ז, דצמבר 2016

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

מגמות כלליות בצרכים ובמימון במערכת הבריאות

דב צ'רניחובסקי*

מערכת הבריאות הישראלית היא רבת הישגים, לפחות במבחן תרומתה היחסית לתוחלת החיים בישראל ולתמותת תינוקות. בשנת 2014 עמדה תוחלת החיים בישראל על 84.1 שנים בקרב נשים ועל 80.3 שנים בקרב גברים. נתון זה הוא מהגבוהים בעולם: גברים מדורגים במקום השלישי, ונשים במקום ה-1.11. תמותת התינוקות בישראל היא מהנמוכות בעולם ועומדת על 3.1 ל-1,000 לידות חי (נתוני 2014), ויש בכך תרומה מרכזית לתוחלת החיים הגבוהה.

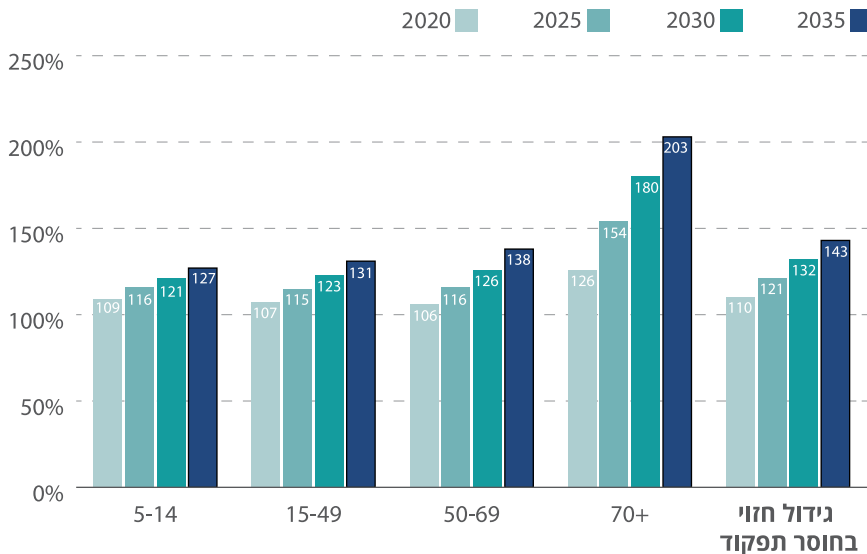
אין ספק שחלקו של המימון הציבורי במערכת הבריאות, שמוצא ביטוי בכיסוי הביטוחי האוניברסלי ובאיכותו, היה מהתורמים העיקריים להישגים אלו. אולם הכיסוי ואיכותו עומדים בסימן שחיקה מתמשכת, אשר מוצאת ביטוי בירידה בחלקו של המימון הציבורי וכן בירידה במשאבים הריאליים העומדים לרשות המערכת – וזאת נוכח גידול חד בצרכים. יחסית למדינות מפותחות, בישראל שיעור נמוך של בני 65 ומעלה באוכלוסייה: 10.56 אחוז (ב-2013) לעומת 15.94 אחוז במדינות המפותחות ב-OECD (2016). אולם קצב הגידול של אוכלוסייה זו גבוה בהשוואה לכל מדינה מפותחת אחרת.

תחזיות האוכלוסייה של ישראל עד שנת 2035 מצביעות על המשך תהליך ההזדקנות והעמקתו (תרשים 1). לפי התחזיות, אוכלוסיית בני 70 ומעלה תגדל ב-103 אחוז, לעומת גידול של כ-31 אחוז של שאר האוכלוסייה (הנתון אינו מצוין בתרשים). כלומר, אוכלוסיית בני 70 ויותר צפויה להכפיל את עצמה במשך שני עשורים, מכ-610 אלף כיום לכדי 1.24 מיליון ב-2035. התהליך הדמוגרפי יהיה מלווה בהעמקה של חוסר התפקוד, שהוא חלק מנטל התחלואה, בכ-43 אחוז² על פי הנתונים המפורטים בתרשים, תרומת האוכלוסייה המבוגרת לסך חוסר התפקוד תעלה מכ-16 אחוז בשנת 2015 לכ-23 אחוז בשנת 2035. אם כן, מאפיין בסיסי של 20 השנים הבאות בחברה ובכלכלה של ישראל הוא גידול אוכלוסייה חזוי של 1.5 אחוזים לשנה, וגידול באי התפקוד בקצב של 1.8 אחוזים לשנה. במילים אחרות, קצב הגידול של אי-התפקוד – וכך גם בצרכים הסייעודיים והרפואיים – גבוה בכ-16 אחוז לשנה מקצב גידול האוכלוסייה. אף שמדובר בשינוי מבורך המבטא את הארכת תוחלת החיים, הוא דורש היערכות של המערכת הסייעודית ושל המערכת הרפואית.

* חוקר ראשי ויו"ר תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב. תודה רבה לחיים בלייך שסייע בכתיבה ובאיסוף הנתונים.

1 אלא אם צוין אחרת, מקור הנתונים במבוא זה הוא הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016).
2 אומדן אי-התפקוד נעשה באמצעות מדידת "נטל התחלואה" באמצעות שנות חיים מתוקננות לאי-תפקוד (Disability Adjusted Life Years – DALYs). להרחבה בנושא ראו צ'רניחובסקי ובוורס (2014).

תרשים 1. שיעורי גידול חזויים: קבוצות גיל שונות ושנות חוסר תפקוד ביחס ל-2015



מקור: דב צ'רניחובסקי וחיים בלייך, מרכז טאוב נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), תחזיות אוכלוסיות ישראל עד שנת 2035, לוח 10 (החישובים מבוססים על תחזיות "החלופה הבינונית")

שיעור המקורות הציבוריים ביחס לצריכה

מגמות אחדות זכו לתשומת לב מרובה בדוחות של מרכז טאוב בעשור האחרון. המגמה הראשונה היא היציבות בחלקה של ההוצאה על בריאות מהתמ"ג בשנים האחרונות - 7.5 אחוזים בישראל לעומת הוצאה חזיונית של 9.4 אחוזים מהתמ"ג במדינות ה-OECD. השיעור החזיוני הגבוה יחסית ב-OECD הוא תוצאה של מגמת עלייה מתמדת בהוצאה במדינות אלו.³

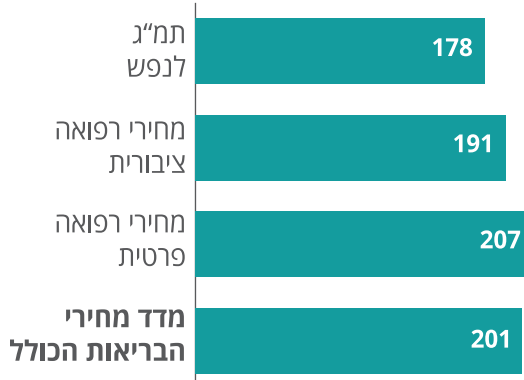
המגמה השנייה היא הירידה בחלקו של המימון הציבורי: ב-2014 חלקו של המימון הפרטי היה כ-38 אחוז מסך המימון - השיעור הגבוה ב-OECD אחרי ארצות הברית. מצב הדברים מבטא תהליך מתמשך של פתיחת פערים בין חלקו של המימון הציבורי בהוצאה על בריאות של ישראל לחלקו הממוצע ב-OECD (מרכז טאוב, 2016). אמנם חלקה של ההוצאה הציבורית לבריאות מסך ההוצאה הממשלתית עלה מ-8.8 אחוזים בשנת 2000 לכ-10 אחוזים בשנת 2014, אולם כאשר בוחנים את חלקה של ההוצאה הציבורית מהתוצר ניכרת ירידה מוערית עד אמצע שנות האלפיים, ולאחר מכן התייצבות של ההוצאה סביב 4 אחוזים מהתוצר. היינו, בעוד חלקה של ההוצאה הממשלתית על בריאות בסך ההוצאה ציבורית עלה במידת מה, אין עלייה בתרומתה של הממשלה לבריאות מסך התוצר עקב

3 לנתונים עדכניים ראו הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016).

ירידת חלקו של התקציב הציבורי (ירידה בהוצאה משמעה כמובן גם ירידה בנטל המיסוי). בהקשר זה יש לציין כי נוכח הגידול בביקושים ובצרכים, שאינו נענה על ידי גידול במימון הציבורי, ההוצאה הפרטית עולה – ועלייה זו חורגת מעבר לגידול שהיה נדרש בהוצאה הציבורית לאותן מטרות. עלייה זו מקורה בכשלי שוק, ולו אותו סכום היה מושקע ברפואה ציבורית התמורה הייתה רבה יותר, כפי שיודגם בהמשך.

המגמה השלישית שזכתה לתשומת לב בפרסומי מרכז טאוב קשורה לירידות המתמשכות במשאבים הריאליים העומדים לרשות מערכת הבריאות: מספרי המיטות, הרופאים וכוח האדם הסייעודי לנפש.⁴ השינויים במדד מחירי הבריאות המשלב בין מחירי רפואה פרטית לרפואה ציבורית, מבטאים את השינוי בתמהיל בין הפרטי לציבורי ואת משמעות השינוי ביחס למקורות הריאליים במערכת. בשנים 2014-1995 עלו מחירי הבריאות מעבר לעליית מחירי מדד התמ"ג (תרשים 2); בעוד מדד מחירי התמ"ג עלה בתקופה האמורה ב-78 אחוז, מדד מחירי הבריאות עלה ב-101 אחוז, כלומר עלייה הגבוהה ב-23 נקודות אחוז מהעלייה במדד מחירי התמ"ג.⁵ מדד מחירי הרפואה הפרטית עלה ב-107 אחוז בשנים אלו, לעומת עלייה של 91 אחוז במחירי הרפואה הציבורית, והוא המוביל את עליית מחירי הרפואה. מאחר שאין סיבה שהשינויים בטכנולוגיה הרפואית יהיו יקרים יותר משינויים טכנולוגיים בכלל, נראה כי עליית המחירים מבטאת בעיקר גידול ריאלי בעלויות העבודה. זוהי תוצאה של ירידה בהיצע כוח אדם והזדקנותו במגזר עתיר עבודה, ושל "כפל התשלומים" עבור הספקת טיפולים הנמצאים בזכאות ציבורית במרפאות הפועלות במימון פרטי.⁶

תרשים 2. השינוי במדד מחירי הבריאות, 2014 לעומת 1995 (100=1995)



מקור: דב צ'רניחובסקי וחיים בלייך, מרכז טאוב | נתונים: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2015)

4 ראו התייחסות מיוחדת להזדקנות אוכלוסיית הרופאים אצל צ'רניחובסקי ורגב (2014).

5 מדד המחירים המשולב הוא ממוצע משוקלל של מחירי הרפואה הפרטית (למ"ס, שנים שונות) ושל מחירי הרפואה הציבורית (פלוטניק וקידר, 2015). המשקולות הן חלקה של ההוצאה הפרטית וחלקה של ההוצאה הציבורית בסך ההוצאה על בריאות (בהתאמה).

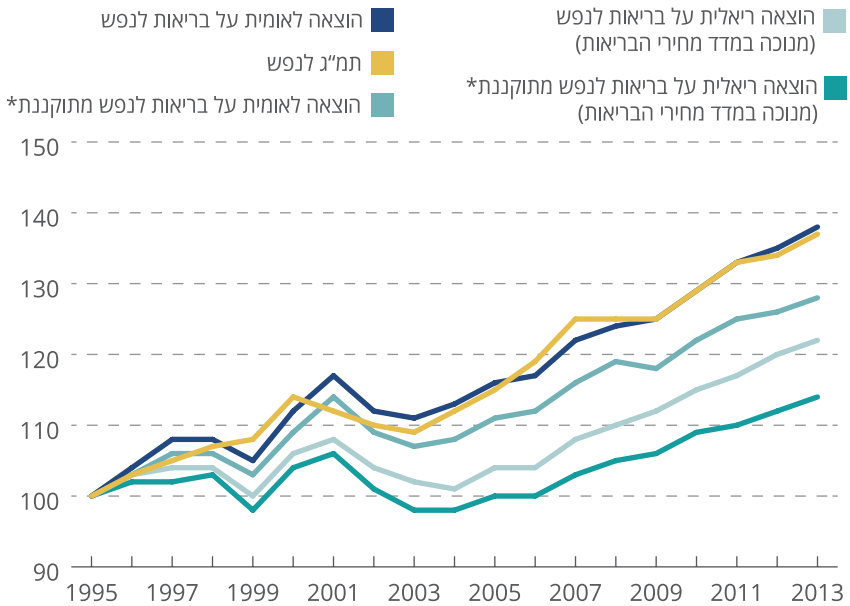
6 להרחבה בנושא ראו צ'רניחובסקי, נבון וגמזו (2011).

במבט ארוך טווח, ההוצאה הלאומית על בריאות עלתה בקצב של עליית התמ"ג לנפש – 1.7 אחוזים בממוצע לשנה – ובסך כולל של כ-38 אחוז בשנים 1995–2013 (תרשים 3). הצמידות בין שני המדדים מתבטאת בשיעור הקבוע יחסית של ההוצאה לבריאות מתוך התוצר, העומדת כאמור על סדר גודל של כ-7.5 אחוזים. אך תמונה זו אינה מביאה בחשבון את המגמות שהוצגו לעיל: הגידול בביקושים ובצרכים שמקורם בשינויים הדמוגרפיים המהירים בישראל, כמו גם עליית מחירי הבריאות ביחס למחירי התוצר. במדד ההוצאה המשוקללת על בריאות במחירי תמ"ג לנפש, אשר מביאה בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה. העלייה בהוצאה לנפש מסתכמת בכ-28 אחוז, או בגידול שנתי ממוצע של כ-1.25 אחוזים. אם מתחשבים בעליית מחירי הרפואה, העלייה בהוצאה לנפש (רגילה) במחירי תמ"ג מסתכמת בעלייה בסך 22 אחוז, או בגידול שנתי ממוצע של כ-1.0 אחוזים – כלומר, עליית מחירים זו מקוזת כ-0.8 אחוזים מהגידול השנתי בהוצאה על בריאות במחירי תמ"ג.

כאשר מביאים בחשבון את שני המשתנים – הן המחירים של שירותי הבריאות ביחס לתמ"ג והן הזדקנות האוכלוסייה – העלייה הריאלית בהוצאה על שירותי בריאות לנפש (משוקללת צרכים) היא כ-14 אחוז, או גידול שנתי ממוצע של 0.6 אחוזים בלבד לאורך שני עשורים.

תרשים 3. מדדי הוצאה על בריאות ותמ"ג לנפש

מדד: שנת 1995=100



* לפי נוסחת הקפיטציה | מקור: דב צ'רניחובסקי וחיים בלייך, מרכז טאוב | נתונים: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2015)

לסיכום, מאז יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי יש מגמת שיפור מתמדת ברמת הרפואה הממוצעת העומדת לרשות התושב בישראל. אולם השיפור נמוך בכשני שלישים מזה אשר מתבקש מהעלייה הכללית ברמת החיים באותה תקופה. היינו, מערכת הבריאות בישראל נהנית באופן חלקי בלבד מפירות הצמיחה הכלכלית של המשק הישראלי. התמודדות מוקדמת יותר עם ירידה במשאבים העומדים לרשות המערכת, בעיקר עם הזדקנות הרופאים, כמו גם הכנה להזדקנות האוכלוסייה ונקיטת מדיניות מימון מתאימה לצמצום אינפלציית מחירי הבריאות – בעיקר בתחום הביטוחים המשלימים – הייתה מביאה היום לרפואה טובה ושוויונית יותר, אשר נתמכת ביכולתו של המשק. כדי לשפר את המצב בעתיד, על הממשלה לנקוט בצעדים מתקנים כבר כיום.

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013), **תחזיות אוכלוסיות ישראל עד שנת 2035**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016), **השנתון הסטטיסטי לישראל 2015**, פרק 3: בריאות, עמ' 41-52.
- מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (2016), **תמונת מצב המדינה**, עמ' 28.
- פלוטניק, רני וגיר קידר (2015), **חוק ביטוח בריאות ממלכתי בעקבות 20 שנים להחלת החוק: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2014**, משרד הבריאות.
- צ'רניחובסקי, דב, גיא נבון ורוני גמזו (2011), **גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, דב וליאורה בוורס (2014), "מצב הבריאות ותקצוב המערכת בישראל בראי שיטת ה-DALYs", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות 2014**, עמ' 437-451.
- 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' 407-436.
- OECD (2016), *OECD Labor Force Statistics 2015 - Demography - Elderly Population*.

