

סדרת ניירות מדיניות

מערכת שירותי הרפואה

דב צ'רניחובסקי

נייר מדיניות מס' 2011.13

ISRAEL'S HEALTHCARE SYSTEM

Dov Chernichovsky

Policy Paper No. 2011.13

* * *

דב צ'רניחובסקי הוא ראש תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב ופרופסור במחלקה לניהול מערכת בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. כל הטעויות הן של המחבר. הדעות המובאות להלן הן של המחבר 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.

מערכת שירותי הרפואה

דב צ'רניחובסקי*

תקציר

שירותי הרפואה בישראל לוקים בבעיות מבניות אשר המדינה תרמה להן. אלה נוגעות לחוסר המשאבים והגמישות הדרושים למערכת הציבורית, בבואה להיענות לגידול בביקושים לשירות, לנוכח צמצום הגידול בהיצע השירות בשל ירידה בקצב הגידול של כוח האדם הרפואי ביחס לאוכלוסייה. התוצאה היא גידול בלתי מבוקר בביקוש ובהיצע השירותים במגזר הפרטי – המסופקים על-ידי כוח האדם, העובד רובו ככולו במגזר הציבורי – באמצעות תשתיות במגזר הפרטי, אשר נחיצותן, חלקית לפחות, מוטלת בספק. במקום לסייע למערכת הציבורית להתמודד עם מציאות זו, המדינה תרמה להחמרת המצב על-ידי צמצום חלקו של המימון הציבורי במערכת זו והפנית משאבי הביטוחים הפרטיים, אשר המירו מימון זה, לביקושים במגזר הפרטי.

לפיכך, מצד אחד נגרם אובדן יעילות במערכת, כמתבטא באינפלציה יחסית במחירי שירותי הרפואה, ומצד שני – חלה החמרה בהתפלגות ההכנסות ובנגישות לשירותי רפואה. ההרעה מתבטאת גם בגידול הפערים בין המרכז והפריפריה, כאשר התיקון, שהוכנס בראשית 2011 לנוסחת ההקצאה למערכת (נוסחת הקפיטציה), אין בו כדי להתמודד עם. חמור מכל, ניצנים ראשוניים של המצב נראים בבריאות הציבור, כמתבטא בעלייה בתמותת תינוקות בדואים בנגב. כרגיל במצבים אלה, הפגיעה בבריאות הציבור מתחילה בחוליות החלשות של החברה.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, ראש תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב; חבר המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. תודה לקיריל שרברמן ממרכז טאוב וליאיר כהן מאוניברסיטת בן-גוריון בנגב על איסוף ועיבוד הנתונים ועל הכנת התרשימים לפרק.

הפרק נכתב בצילה של שביתת רופאים, הראשונה זה עשור, אשר מטרתה המוצהרת "להציל את הרפואה הציבורית בישראל". השביתה חושפת את המשבר המבני במערכת שירותי הרפואה, שאותו, ככל הנראה, היא לא תפתור. מערכת שירותי הרפואה נמצאת בשנים אלה על פרשת דרכים. מדינת ישראל יכולה לחזור לחיק המדינות, בעלות מערכות הבריאות המפותחות, או – להשלים תהליך "אמריקניזציה" – שארה"ב עצמה מנסה להימלט ממנו – ולהצטרף למדינות, שארגון מערכות שירותי הרפואה שלהן פחות מפותח, כארה"ב וכלכלות שונות, הנתונות במעבר. ללא השינוי המבוקש יחול כרסום – אשר אפשר שניצניו כבר נראים – בהישגיה המפוארים של המערכת גם מבחינת בריאות הציבור. הפרק עומד בסימן המשבר וחלק מהשלכותיו. הסעיף הראשון פותח בסקירה ובעדכון על הישגי המערכת בשני ממדים: הראשון, בריאות האוכלוסייה, כמתבטא בתוחלת חיים ובתמותת תינוקות, בהשוואה ל-22 המדינות המפותחות ביותר החברות ב-OECD (OECD-22)¹; והשני, בשביעות רצונה של האוכלוסייה מהמערכת. בהקשר לשני המדדים האלה, הפרק דן בשוויוניות, בבקרת ההוצאות וביעילות, כמו גם בחופש הבחירה. הסעיף השני של הפרק עוסק – על רקע הישגי המערכת מצד אחד, והשביתה מצד שני – בסוגיות מבניות של המערכת, ששורשן בביקושים הגואים לשירותי הרפואה אל מול הירידה המתמשכת בהיצע כוח האדם הרפואי, אשר המדינה החריפה את תוצאותיהם. ההרחבה של הפרק, סעיפים 3 ו-4, עוסקת בשתי סוגיות מרכזיות הנגזרות מהמצב: השפעת ההוצאה הפרטית הגואה על התפלגות ההכנסות ועל העוני; והשתקפות המצב בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית בישראל.

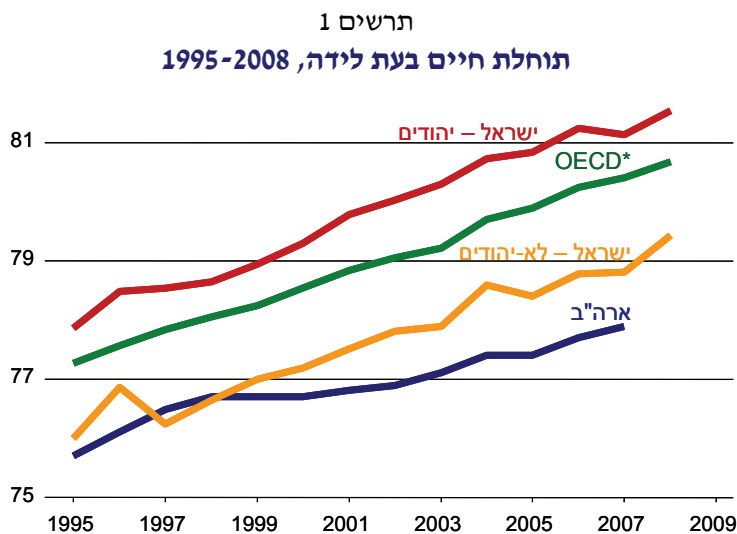
¹ ב-OECD-22 כלולות המדינות הבאות: אוסטרליה, אוסטריה, בלגיה, קנדה, דנמרק, פינלנד, צרפת, גרמניה, יוון, איסלנד, אירלנד, איטליה, יפן, דרום קוריאה, לוקסמבורג, הולנד, ניו-זילנד, נורווגיה, ספרד, שבדיה, הממלכה המאוחדת. המדינות שהוצאו הן: תורכיה, מקסיקו, צ'כיה, סלובקיה, הונגריה ופולין. היינו, ההשוואה היא עם המדינות המפותחות ביותר, בעלות הכנסה ובעיקר טכנולוגיה רפואית אשר ניתן לשייך להן גם את ישראל.

1. הישגי המערכת וביצועיה

הישגיה של מערכת שירותי הרפואה נבחנים בשני היבטים מרכזיים: בריאות האוכלוסייה ושביעות רצונה משירותי הבריאות. לאחריהם נבדקים היבטים "משניים", שהם בבחינת מטרות ביניים: שוויוניות, בקרת הוצאות, יעילות כלכלית וחופש הבחירה. מטרות אלה נוגעות להיבטים החברתיים-הכלכליים, אשר מצד אחד משרתים את המערכת, ומצד שני – תורמים לביצועיה.

1.א. רמת הבריאות של האוכלוסייה

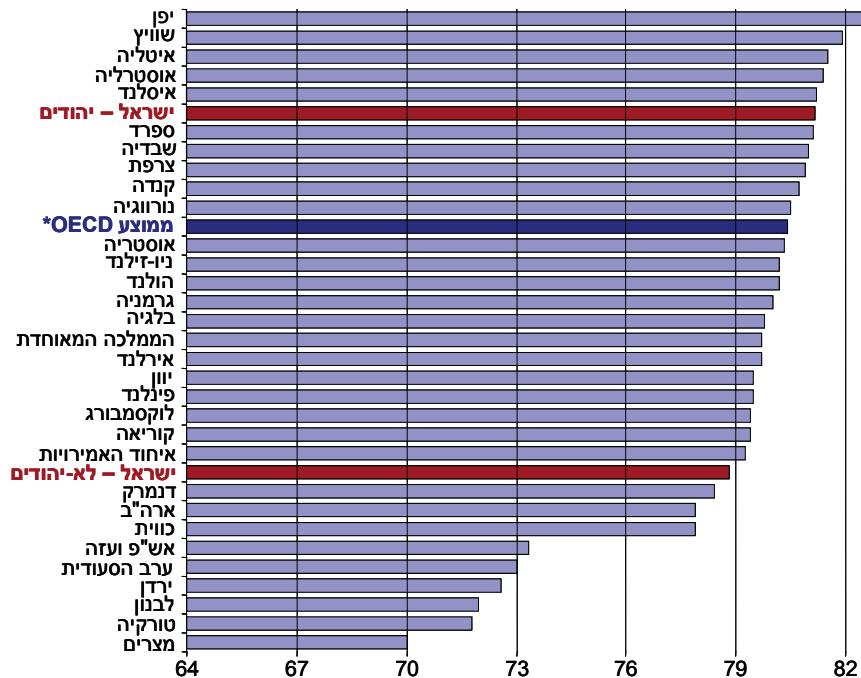
רמת הבריאות של האוכלוסייה נמדדת בפרק זה בשני מדדים בסיסיים: תוחלת חיים ותמותת תינוקות. תוחלת החיים של האוכלוסייה בישראל, היהודית והלא-יהודית, ממשיכה במגמת השיפור לאורך השנים (תרשים 1). מצבה הטוב של האוכלוסייה היהודית בישראל לעומת המדינות המפותחות בולט, ובמקביל לכך ממשיך ומשתפר גם מצבה של האוכלוסייה הלא-יהודית. מצבם של הלא-יהודים בישראל גבוה בהשוואה למדינות ערביות ומוסלמיות, לפחות אלה שבסביבת ישראל (תרשים 2).



* ממוצע 22 המדינות המפותחות ביותר של OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

תרשים 2
תוחלת חיים בעת לידה, 2007



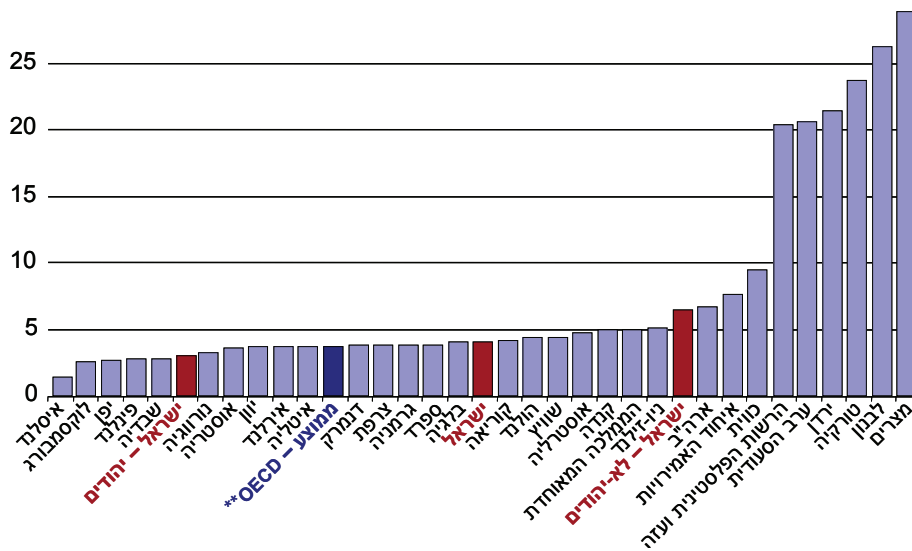
* ממוצע 22 המדינות המפותחות ביותר של OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

עם זאת, יש עדיין פוטנציאל רב לסגירת הפערים בין האוכלוסייה היהודית והלא-יהודית במדינה בשיפור רמת הבריאות של האוכלוסייה הלא-יהודית.

השיפור והמצב היחסי בתוחלת החיים מבטא שינויים בתמותת תינוקות, מדד שהשיפור בו נמשך בעקביות אך הוא עדיין מתאפיין בפערים בין יהודים ולא-יהודים, לרעת האחרונים (תרשימים 3 ו-4). הפערים בתמותת תינוקות הם אתגר מרכזי המוצב בפני מערכת הבריאות.

תרשים 3
תמותת תינוקות*, 2007



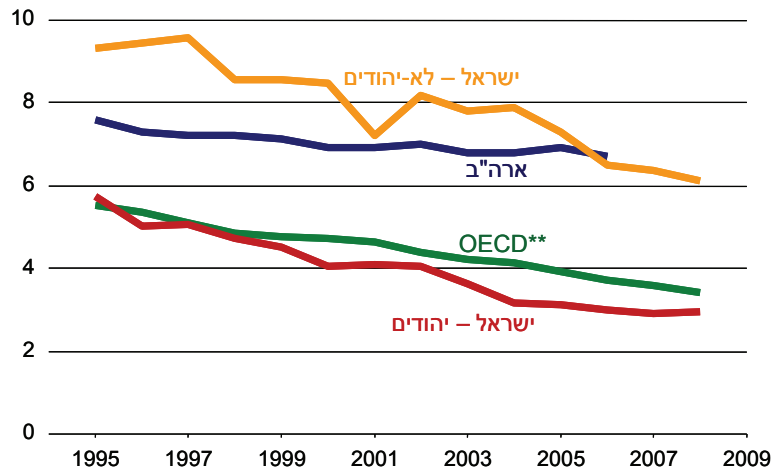
* תמותת תינוקות עד גיל שנה לאלף לידות חי.

** ממוצע 22 המדינות המפותחות ביותר של OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD, הבנק העולמי.

תרשים 4
תמותת תינוקות*, 1995-2008



* תמותת תינוקות עד גיל שנה לאלף לידות חי.

** ממוצע 22 המדינות המפותחות ביותר של OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

אולם, כפי שנראה בהמשך, האתגרים בצמצום פערים גדלים בתוך כל אחת מקבוצות האוכלוסייה, יהודים ולא-יהודים כאחד, בעיקר על פי חלוקה חברתית-כלכלית, המשקפת גם מקום מגורים. העמידה באתגרים אלה נמצאת לאחרונה בסכנה לכל המערכת לנוכח העלייה המדאיגה שחלה בתמותת תינוקות, בעיקר בקרב הבדואים בנגב (זרקור א). יש לציין, כי התפתחות זו באה לאחר שנים של הישגים, בפרט בתחום זה (צ'רניחובסקי, 2010א) והיא עלולה להיות סימן מבשר רעות – תחילת הכרסום בהישגי המערכת נראית בחוליות החלשות של החברה בישראל.

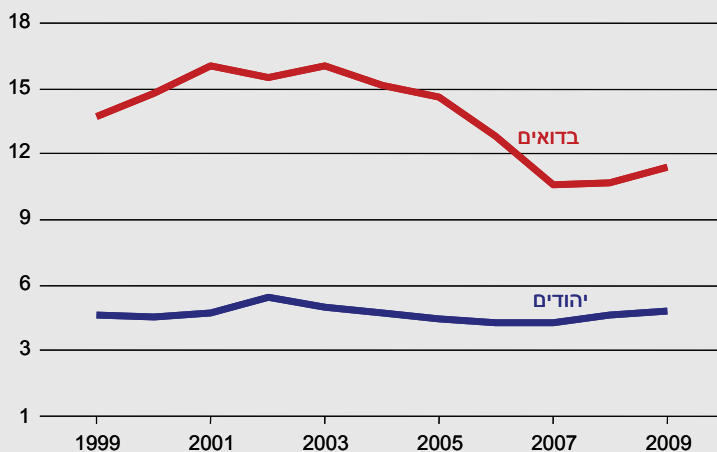
זרקור א: תמותת תינוקות בדואים ויהודים בנגב*

שיעור תמותת תינוקות בדואים בנגב בשנת 2010 היה 13.6 לאלף לידות חי בהשוואה ל-4.1 לאלף בקרב היהודים. בשתי קבוצות האוכלוסייה מסתמנת עלייה בתמותת תינוקות מאז 2008 וזאת לאחר תקופה שהתאפיינה בירידה משמעותית, שהסתמנה מאז 2003, בעיקר בקרב הבדואים (תרשים 5). בשנת 2010, סיבת המוות המובילה בקרב התינוקות הבדואים הייתה מומים מולדים ומחלות תורשתיות; ובקרב התינוקות היהודיים – פגות וסיבוכיה.

הגם שאין הסבר חד-משמעי לתופעה, אין להתעלם מהמשבר הקשה במתן השירות המונע לאם ולילד לאוכלוסייה הבדואית עקב מחסור בכוח אדם בנגב. הנתונים על העלייה בשיעור הנשים הבדואיות המגיעות ללדת בבית-החולים סורוקה ללא טיפול טרום לידתי תומכים בהסבר זה.

תרשים 5

תמותת תינוקות יהודים ובדואים בנגב*, 1999-2009



* תמותת תינוקות עד גיל שנה לאלף לידות חי; ממוצע נע 3 שנים.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; לשכת הבריאות המחוזית, מחוז הדרום.

* תודה לפרופ' אילנה שהם ורדי, לד"ר אילנה בלמקר, לד"ר חגית פרץ, לד"ר נטליה בילנקו, לד"ר דניאלה לנדאו, לד"ר פרחאן אלסנע, ולגבי ליאורה שחר-רוטברג, שהעמידו לרשותנו את הנתונים המעודכנים ואפשרו את הצגת הזרקור בדו"ח זה.

1.ב. שביעות רצון הציבור

הערכת שביעות הרצון של האוכלוסייה מהשירותים הרפואיים – ובעיקר הצגתה בממד של השוואה בינלאומית – מורכבת. עם זאת, יש חשיבות רבה להשוואה של שביעות הרצון על פני זמן בתוך כל מדינה.

הסקר החברתי של מרכז טאוב לשנת 2010 מדווח על שביעות רצון גבוהה מרמת שירותי הבריאות, הן באופן כללי והן ביחס לשירותי הבריאות העומדים לרשות המשפחה (הרחבה ב"הבריות ובריאותן" בתוך "הסקר החברתי – 2010", בדו"ח זה). סקר המרכז, שנערך ברציפות מאז 1999 וכולל מעקב רציף אחר שביעות הרצון של הציבור, מצביע על כך, ששביעות הרצון של הציבור משירותי הבריאות ב-2010 גבוהה מאוד – 41 אחוז מהציבור סבורים שחל שיפור ברמת השירותים שהוא מקבל ו-84 אחוז מרוצים ברמות שונות מהשירותים שלהם ושל משפחתם. מעניין כי שביעות רצון גבוהה מהמוצע לכלל האוכלוסייה מתגלה בקרב החרדים ובקרב ערביי ישראל, תופעה שנמצאה גם בסקרים הקודמים.

הסקר של מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל על השימוש בשירותי הבריאות, שנערך בישראל בסוף 2009, והשווה ממצאים לסקר קודם משנת 2007, מצביע גם הוא על שביעות רצון גבוהה של הציבור מהשירותים בקופות-החולים השונות (גרוס, ברמלי-גרינברג, וייצברג, 2009). אולם, סקר זה מצביע על כך, שמתגלים סדקים בשביעות הרצון כאשר מבררים בקרב הציבור את מידת הקושי לקבל מענה רפואי בעת ההיזקקות לטיפול רפואי. מסתבר כי חל גידול בשיעור המדווח על עלייה במידת הקושי לקבל מענה רפואי בעת ההיזקקות לטיפול רפואי. שיעור המשיבים הכללי על השאלה, "קשה" או "קשה מאוד" לקבל טפול רפואי כשנוקקתי" עמד על 14 אחוז ב-2009. אולם בהבחנה לפי קבוצות אוכלוסייה נמצאה עלייה בשיעור המשיבים "קשה" או "קשה מאוד" בקרב בעלי הכנסה נמוכה, למשל (18 אחוז ב-2009 לעומת 13 אחוז ב-2007); אצל דוברי ערבית, לגביהם מדובר ב-12 אחוז ב-2009 לעומת 4 אחוזים בלבד ב-2007; ובקרב הקשישים, לגביהם מדובר ב-17 אחוז ב-2009 לעומת 11 אחוז ב-2007. לממצאים אלה חשיבות מיוחדת בהקשר לגידול ההוצאה הפרטית לשירותי הרפואה, נושא שיידון בהמשך (וגם בממצאים נוספים שיובאו בהקשר לדיון זה).

1.1 ג. מטרות ביניים חברתיות-כלכליות של המערכת

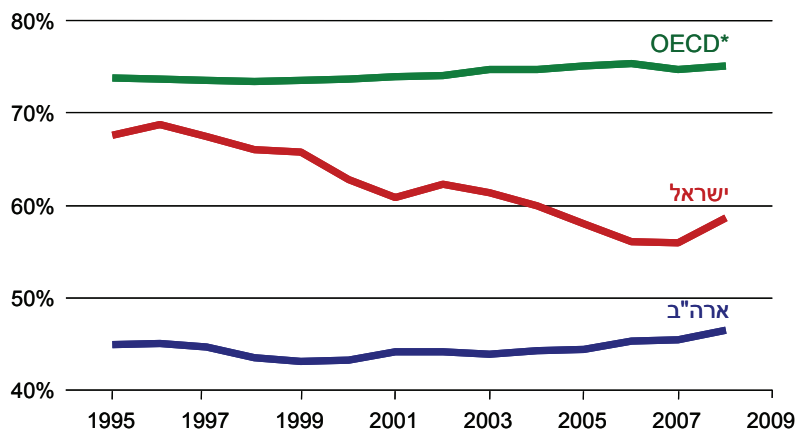
כאמור, מטרות הביניים של המערכת נוגעות להיבטים חברתיים-כלכליים, המשרתים את המערכת, מצד אחד, ותורמים לביצועיה, מצד שני. להיבטים אלה גם יש ערך עצמי משלהם.

שוויוניות. השוויוניות במערכת נוגעת לפרוגרסיביות במימון השירותים או למידה בה המימון מפחית את הנטל היחסי של ההוצאה על משפחות עניות על מנת להגן על תקציבן מהוצאה גבוהה על שירותי רפואה, שהם לעיתים קרובות בלתי נמנעים. השוויוניות גם נוגעת לשאלת הקשר בין הכנסה ונגישות לטיפול רפואי. למרות העלייה המסתמנת בנתוני 2008, ברמת המאקרו, הירידה בחלקו של המימון הציבורי במערכת בולטת על פני זמן לפחות בהשוואה בינלאומית (תרשים 6), ובתוך המימון הציבורי – בחלקו של המיסוי הכללי בתוך סך חלקו של המימון הציבורי, הכולל גם גביית "מס בריאות". כפי שנראה בהמשך, בעיקר בסעיף 3, הדברים מתבטאים בתקציבי משקי הבית: מימון המערכת תורם להרעה של התפלגות ההכנסות ולעוני של קבוצות חלשות מלכתחילה. הוא גם תורם לצמצום נגישות לשירות של קבוצות אלה.

תרשים 6

הוצאה ציבורית על שירותי הרפואה, 1995-2008

כאחוז מההוצאה הלאומית על שירותי הרפואה



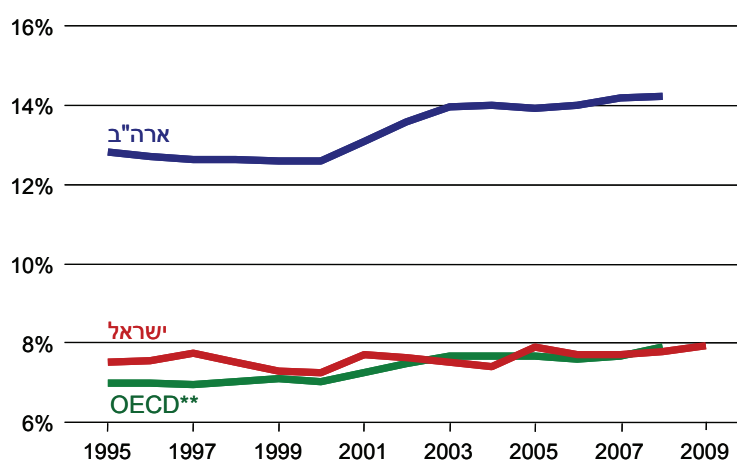
* ממוצע 22 המדינות המפותחות ביותר של OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

בקרת הוצאות. ההוצאה הלאומית לשירותי רפואה בישראל עמדה בשנת 2009 על כ-60 מיליארד ש"ח, שהיוו 7.9 אחוזים מהתמ"ג (תוצר מקומי גולמי). השיעור ממשיך להיות דומה ברמתו לממוצע של 22 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD, להוציא ארה"ב, החורגת בשיעור הגבוה של ההוצאה לבריאות ביחס לתוצר (תרשים 7). התרשים ממחיש את היציבות בשיעור ההוצאה לשירותי רפואה מתוך התוצר בישראל, הן על פני זמן והן בהשוואה, כאמור, למדינות מפותחות אחרות, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995.

תרשים 7
הוצאה לאומית לשירותי רפואה, 1995-2008

כאחוז מתמ"ג*



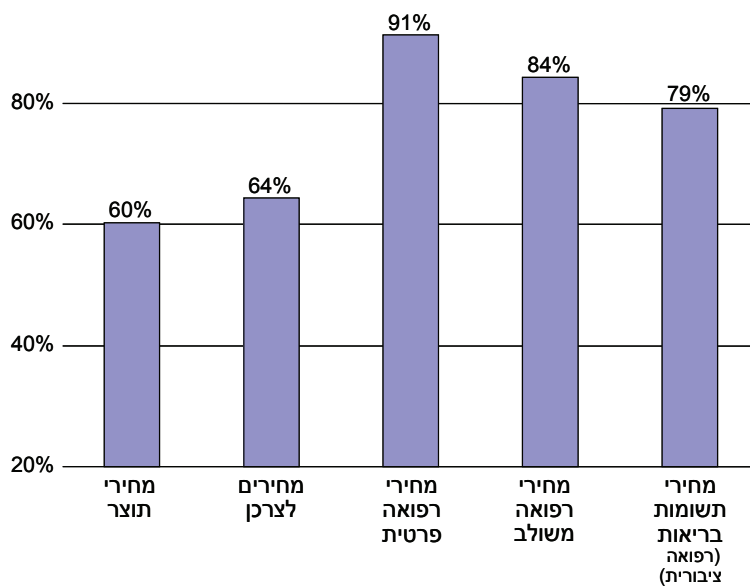
* ההוצאה לנפש מתוקנת (לפי נוסחת הקפיטציה הישנה) כאחוז מתמ"ג לנפש רגילה.
** ממוצע 22 המדינות המפותחות ביותר של OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

אולם, לנוכח השינוי במבנה המימון בישראל, השמירה על רמתה של ההוצאה הושגה בעלויות גבוהות למערכת בכל היבט, כפי שיפורט בהמשך בסעיף הבא, הדן בשינויים מבניים במערכת. עלות אשר ניתן להצביע עליה, כבר בשלב זה, היא עליית המחירים היחסית של שירותי הרפואה. מדובר באינפלציה גדלה במחיר שירותי

הרפואה בישראל, המובלת על-ידי האינפלציה במחיר השירותים הפרטיים (תרשים 8). המצב מתאר המשך אובדן שליטה על בקרת ההוצאות במערכת ועל יעילותה, כפי שיובהר בהמשך.

תרשים 8
שינויים במדדי המחירים השונים, 1995-2009



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות.

חופש בחירה. נתונים על מידת חופש הבחירה במערכת שירותי הרפואה אינם זמינים. אולם בהקשר לדיון בבעיות מבניות של המערכת ולנושאים המרכזיים שעל סדר היום הציבורי, בעיקר "שירות רפואי פרטי – שר"פ", חשוב להדגיש, כי בניגוד למקובל בשירותי הרפואה למיניהם בקהילה, לתושב בישראל אין חופש בחירת רופא במוסדות אשפוז, שממונם ציבורי (להלן "בתי-חולים ציבוריים"), להוציא את המרכזים הרפואיים "הדסה" ו"שערי צדק" בירושלים, המאפשרים בחירה במסגרת השר"פ. זאת, למרות שהאשפוז לעיתים מהותי לחיי התושב ולרווחתו.

2. סוגיות מבניות

הדיון בסוגיות המבניות של המערכת מושתת על כמה עובדות יסוד הקשורות לכלכלה ולחברה בישראל, וכאלה הקשורות להתפתחויות בסיסיות במקורות העומדים לרשות מערכת שירותי הרפואה ולאופן מימונם. עובדות אלה משפיעות על ביקושים לשירותי רפואה מצד אחד, ועל ההיצע שלהם, מצד שני; ולכן את הסוגיות המבניות של המערכת ניתן להציג באמצעות המתחים בין הביקוש לשירותי הבריאות וההיצע שלהם.

2.א. הגידול בביקושים

הגידול ברמת ובהתפלגות ההכנסה לנפש. בין השנים 1995-2010 ההכנסה לנפש עלתה ב-1.7 אחוזים בממוצע. העלייה ברמת החיים כשלעצמה מביאה להגדלת ביקושים לשירותי רפואה ולרוב מדובר באחוז גבוה במעט מאחוז עליית ההכנסות. מטעם זה, הגידול בהתפלגות ההכנסות, אשר התפתח תוך כדי הצמיחה הכלכלית, מעצים את הגידול בביקושים. היינו, יש לצפות, כי כתוצאה מהגידול בהכנסה ומהשינויים שחלו בהתפלגותה, הביקוש לשירותים רפואיים יעלה בסדר גודל של לפחות 1.7 אחוזים לשנה או ברמה של כ-30 אחוז מעל הרמה של 1995.

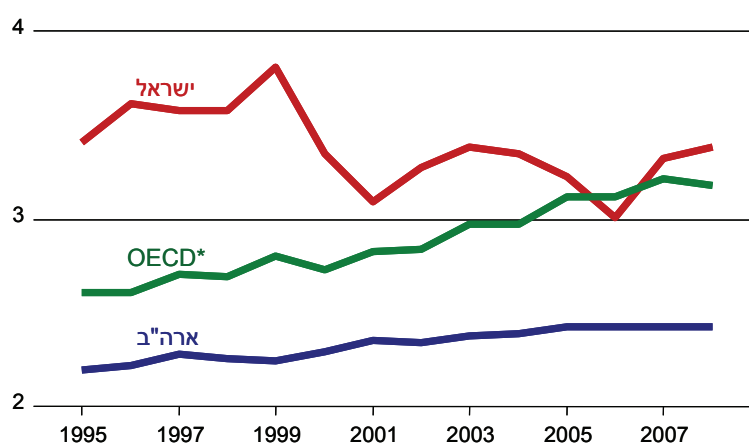
הזדקנות האוכלוסייה. האוכלוסייה בישראל מזדקנת. עם תום גלי העלייה לישראל מארצות חבר העמים לשעבר, ועקב שיעורי הפריור הגבוהים, יחסית, הזדקנות האוכלוסייה התמתנה. עם זאת, אין בכך כדי לשנות את המגמה הנמשכת של ההזדקנות.

לסיכום, בישראל היה צפוי גידול בביקושים לשירותי רפואה, לפחות עד מחצית שנות העשור האחרון בסדר של 2-3 אחוזים לנפש לשנה. זאת, כתוצאה מתהליכים מבורכים כשלעצמם, התורמים לעלייה בביקושים לכמות הטיפול הרפואי, כמו גם לאיכותו הטכנולוגית והצרכנית, במובן של רצון גובר של הציבור בחופש בחירת הרופא והטיפול.

2.ב. הצמצום בהיצע

רופאים. ישראל נהנתה באופן מסורתי מיחס גבוה של רופאים לאוכלוסייה בהשוואה למדינות מפותחות אחרות ובהשוואה לארצות-הברית (תרשים 9). מאז סוף שנות התשעים – עם דעיכת גל העלייה הגדול ממדינות חבר העמים לשעבר – קיימת מגמת התכנסות ברורה במספר הרופאים בישראל לממוצע הקיים במדינות ה-OECD². ברור שהממוצע אינו מבטא ירידה חמורה יותר בהתמחויות מסוימות, כגון בהרדמה, או באזורים מסוימים במדינה, כגון בפריפריה, עליה ידובר בהמשך. יש לציין, כי היחס של מספר הרופאים לאוכלוסייה הוא עדיין לטובת ישראל, בפרט בהשוואה לארצות-הברית³.

תרשים 9
רופאים לאלף נפש באוכלוסייה, 1995-2008



* ממוצע 22 המדינות המפותחות ביותר של OECD ללא ארה"ב.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

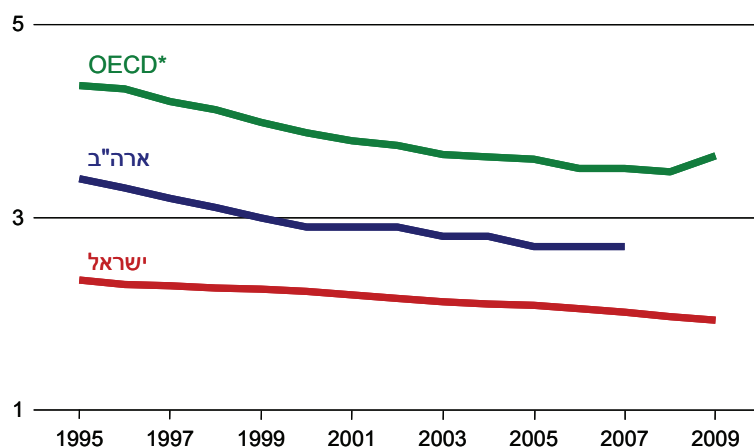
² התנודה השנתית במספרי רופאים קשורה לגלי העלייה ולרישוי ורישום רופאים.
³ קיימים הבדלים בין מדינות בהגדרה של מספר הרופאים. בישראל מדובר בבעלי רישיונות לעסוק ברפואה ובמדינות אחרות – בעוסקים ברפואה. אולם אין בהבדלים אלה כדי לסתור את המגמה ביחס לפערים.

הירידה במספר הרופאים לאוכלוסייה מבטאת גם ירידה בכוח אדם סיעודי ובמקצועות נלווים, וכן מחדדת את סוגיית המחסור בכוח עזר סיעודי מעשי. כלומר, בישראל חלה ירידה משמעותית באופן יחסי בכוח אדם במגזר שירותים עתיר עבודה. השפעת ירידה כזו בהיצע כוח האדם על היצע השירותים חריפה במיוחד במגזר עתיר עבודה כמו טיפול רפואי.

מיטות. השוואה בינלאומית של מספר המיטות בבתי-החולים ביחס לאוכלוסייה עשויה להיות בעייתית לנוכח הבדלים בהגדרת המיטות. תרשים 10 להלן מציג נתונים עדכניים שפורסמו לאחרונה על-ידי ה-OECD לגבי מיטות כלליות בבתי-חולים. מההשוואה עולה, כי שיעור המיטות לנפש מתוקנת בישראל נמוך לעומת המדינות המפותחות הכלולות בהשוואה ולעומת ארצות-הברית. תופעה זו אינה נחשפת כאשר מוצגים נתונים על סך-כל המיטות בישראל, הכולל גם מיטות לטיפול נמרץ, לטיפול סיעודי ולטיפול פסיכיאטרי. יש לציין, כי הנתונים האחרונים שפורסמו מספקים תמיכה ברורה מאוד לתחושת "המחסור במיטות" באשפוז הכללי בישראל.

תרשים 10

מיטות כלליות בבתי-חולים לאלף נפש באוכלוסייה*, 1995-2008



* ממוצע 15 מדינות OECD: אוסטרליה, בלגיה, קנדה, דנמרק, פינלנד, גרמניה, יוון, אירלנד, איטליה, יפן, דרום קוריאה, הולנד, נורווגיה, ספרד ושבדיה.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פורטל סטטיסטי OECD.

כמו בדיון בעניין מספר הרופאים, חשוב למקד את הדיון במגמות ולא במספרים המתמייחים לנקודת זמן. מגמת הירידה הכללית במספר המיטות הכלליות בבתי-החולים בשני העשורים האחרונים, הנראית גם ב-OECD וגם בארה"ב מצביעה על צמצום בשיעור המיטות לאוכלוסייה, המשקף, ככל הנראה, שינויים טכנולוגיים בכיוון של הפחתת אשפוז כללי, לפחות. עם זאת, מגמת הירידה בישראל חדה יותר וברמה נמוכה יותר.

לסיכום, מטבעם של מצבים כאלה במערכת בריאות עם ביטוח בריאות ממלכתי – שעיקרה בתקצוב ציבורי – שעודפי ביקוש מוצאים מוצא בביקושים לטיפול במימון פרטי. זאת, לנוכח קשיי התאמה והסתגלות של מערכות מתוקצבות ציבורית ביחס למערכת במימון פרטי.

2.ג. החמרת עודפי ביקוש כתוצאה ממדיניות הממשלה

במקום לתכנן ולהיערך לקראת הבלתי נמנע אך הצפוי לחלוטין, ולסייע למערכת, בפרט הציבורית, להתאים את עצמה לשינוי או לעבור "תהליך גמילה" – מגידול בהיצע כוח אדם רפואי בשנות התשעים, שאין לו מקבילה בהיסטוריה המודרנית – ממשלות ישראל החמירו את המצב בתחום הביקוש, בכך שהפחיתו בעקביות מאז 1998 את שיעור השתתפותן במימון במערכת הבריאות במידה שאין דומה לה בארצות מפותחות אחרות, המעניקות ביטוח בריאות אוניברסלי לאוכלוסייתן – מדינות ה-OECD, מלבד ארצות-הברית (תרשים 6 לעיל).

התמיכה הממשלתית במערכת הבריאות בישראל ירדה משיעור של 67 ל-59 אחוז מסך מימון המערכת, והוחלפה במימון באמצעות השתתפויות בתשלום ופרמיות ביטוח פרטי, בעיקר "ביטוח רפואי משלים", בו מחזיקים כיום 80 אחוז מבתי האב. חמור מכך, הביטוח הזה הוסדר למימון הטיפול במתקנים רפואיים פרטיים, שאינם נהנים ממימון ציבורי. זאת בניגוד לפתרונות אפשריים, נוסח המרכזים "הדסה" ו"שערי צדק", אשר מסיבות היסטוריות יכולים ליהנות באופן ישיר גם ממימון ציבורי וגם מפרטי מוסדר (חצי ציבורי). היינו, ממשלות ישראל בעשור וחצי האחרון תרמו להגדלת עודפי הביקוש לטיפול רפואי במימון פרטי בצורה שאין לה אח ורע בשום מדינה אחרת, מפותחת כלא-מפותחת.

מהן התוצאות של התפתחות זו? בשל העדר מידע נגיש לציבור, תוצאות המצב הצפוי, לפחות תיאורטית, ידועות לציבור כאנקדוטות נפוצות. לנוכח העובדה, שרובו ככולו של כוח האדם הרפואי במדינה מועסק במרפאות ובבתי-חולים במימון ציבורי, המענה לעודפי הביקוש לטיפול רפואי במימון או במגזר הפרטי, כמתואר לעיל, נעשה ברובו באמצעות הצוות הרפואי המועסק במתקנים אלה – חלקם אף

בבעלות ממשלתית. מומחי רפואה, גם אלה המועסקים כעובדי המדינה, מעניקים טיפולים רפואיים במימון פרטי – לעיתים במהלך אותן השעות בהן עליהם למלא את תפקידם הציבורי. מדובר בפעילות הנעשית במתקנים פרטיים וב'תאגידים' בבתי-החולים הממשלתיים. מומחים אלה מטפלים בחולים, אשר לעיתים קרובות הם עצמם מפנים ממתקנים במימון ציבורי לעצמם, למתקנים בהם הטיפול הוא במימון פרטי. החולים, מצידם, מבקשים את הטיפול הפרטי, בעיקר כדי להימנע מתורים ומזמני ההמתנה, ההולכים ומתארכים, במערכת הבריאות הציבורית, ההולכת ומצטמקת, באופן יחסי. זאת ועוד, ככל שההשקעה הציבורית הולכת ופוחתת, יחסית לעלייה בביקושים, תשתיות פרטיות מתפתחות ומציעות לחולים טיפולים בטכנולוגיות החדשות ביותר, המאומצת לא-פעם מבלי שנבדקו תחילה. כתוצאה מכך, העומס הקיים על אנשי הצוות, הנותרים לעבוד בבתי-החולים הציבוריים, גובר – בעיקר הכוונה למתמחים ולמומחים בתחומים הפחות מושכים לרפואה הפרטית. זאת ועוד, פערי ההכנסה בין רופאים העובדים במגזר הפרטי לבין אלה שנותרו לעבוד רק ברפואה הציבורית הולכים ומתרחבים. הרופאים הצעירים יותר, הנושאים במרבית הנטל, נותרים הרחק. יתרה מכך, מומחים עם הכנסות גבוהות בהרבה נוטים בעקבות זאת לצמצם את מספר שעות העבודה שלהם, ובכך – מחרפים עוד את המצב.

למרות שהנתונים אינם גלויים לחלוטין ואינם חשופים בפני הציבור, התסמינים הכלכליים של ההתפתחויות הללו אינם נעלמים. יש לראותם על רקע היציבות של ההוצאה הלאומית לשירותי רפואה, בסדר גודל של 8 אחוזים מהתמ"ג בעשור האחרון. הכוונה היא, שהשמירה על רמתה הקבועה של ההוצאה למרות העלייה בעודפי הביקושים, פירושה, שהתושב בישראל מוציא בממוצע – לכאורה – עבור שירותים ברמה מקבילה לעלייה בהכנסתו. זאת, למרות שהביקושים שלו לטיפול הרפואי עולים בקצב גבוה מעלייה זו. האוצר רואה ביציבות זו "הישג" למרות שהוא אינו עקבי עם חוקי כלכלה בסיסיים במצבים של עודפי ביקוש.

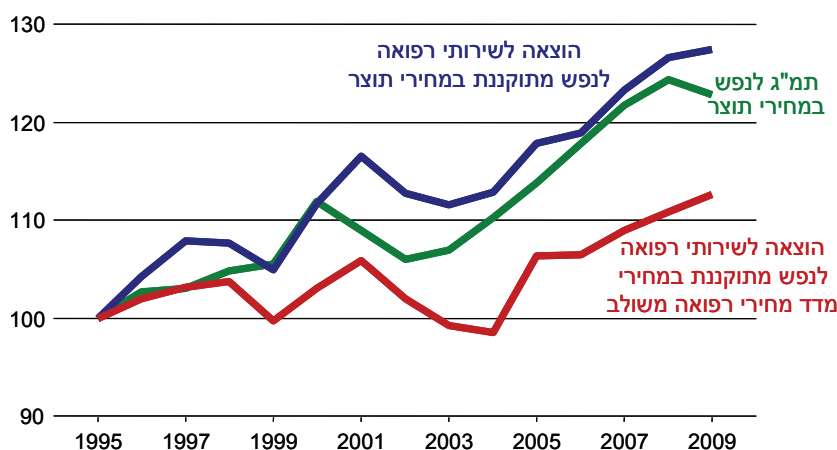
ובכן, יש לומר, שהעלויות הכלכליות והחברתיות של המצב נעלמו מעיניו של משרד האוצר. ראשית, בישראל התפתחה עליית מחירים או אינפלציה יחסית במחירי שירותי הרפואה – מאז 1995 (ועד 2009) עלה מדד המחירים של הטיפולים הפרטיים בכ-90 אחוז בעוד שמדד המחירים לצרכן עלה ב-64 אחוז. מדד מחירי התשומות הרפואיות, המשקף עלויות במערכת הבריאות הציבורית, עלה ב-79 אחוז (תרשים 8 לעיל) (צ'רניחובסקי, גמזו, נבון, 2010). הפער המתעצם בין מדד מחירי הטיפולים הפרטיים לבין מדד מחירי הטיפולים (התשומות) הציבוריים משקף, בין השאר, את הפער המעמיק בין שכר העובדים במסגרות הציבוריות ואלה העובדים

גם במסגרות הפרטיות, ואת הלחץ שההכנסות מהמימון הפרטי מפעילות על השכר הציבורי.

העלייה היחסית במחירי שירותי הרפואה, בפרט אלה הפרטיים, מבטאת את התמורה הגבוהה יותר בפועל של רופאים המקבלים "כפל שכר" – מתשלומים פרטיים וציבוריים כאחד – מכפל תשתיות, מאימוץ טכנולוגיות בצורה לא מבוקרת, ומחשיפת התושב לאי-שכלול שוק בסיסי – ניצולו הפוטנציאלי של המבקש סעד רפואי על-ידי נותן השירות.

לנוכח היציבות ברמתה של ההוצאה הלאומית לשירותי רפואה בתמ"ג, המשמעות של העלייה היחסית במחירים של שירותי רפואה היא, שלמרות שההוצאה לשירותי רפואה, בממוצע לנפש, עולה בקצב גידול ההכנסה בכללה, במונחי מחירי התוצר, הרי התושב מקבל בפועל – כחלק מהכנסתו – חלק הולך ויורד בממוצע של טיפול רפואי. בנוסף, עם תיקון לשינויים דמוגרפיים או לצרכים, ההוצאה לנפש מתוקנת צריכה, למעשה גדלה בכ-13 אחוז בלבד (תרשים 11).

תרשים 11
הוצאה על שירותי רפואה לנפש מתוקנת*, 1995-2009
שנת הבסיס 1995=100



* מתוקן לנפשות סטנדרטיות במונחי נוסחת הקפיטציה בישראל עד סוף 2010.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

התכווצות הגידול הריאלי בשירותי רפואה בהכנסה היא אכן בראש ובראשונה ביטוי לירידה היחסית בהיצע כוח האדם הרפואי למול הגידול בביקושים, המתורגם לעליית מחירים. חמור מכך, בנוסף לאובדן היעילות – במונחי אינפלציה יחסית – ההתכווצות אינה מתפלגת שווה בהיבטים שונים, כמפורט להלן:

- בהעברת הכנסות מהציבור הרחב לטובת הממסד הרפואי, בעיקר במגזר הפרטי.
- בירידה יחסית בהיצע השירותים במגזר הציבורי לטובת המגזר הפרטי.
- בירידה בשכר הריאלי לשעת עבודה במגזר הציבורי ביחס לפרטי.
- בגידול שחל בנטל ההוצאה על שירותי רפואה מתוך ההכנסה הפנויה על חמישונה הכנסה נמוכים בהשוואה לגבוהים – כך מימון מערכת הבריאות נעשה רגרסיבי יותר. ההוצאה לשירותי רפואה תורמת לגידול באי-השוויון בצריכת טיפולים, מוצרים ושירותים שאינם רפואיים.
- בפגיעה ביעילות הטיפול הרפואי. יש יותר ויותר ראיות לכך, שישראלים בעלי הכנסה נמוכה, רובם בני 65 ומעלה – חלק ניכר עם מחלות כרוניות – מוותרים על טיפולים רפואיים נחוצים, ובכלל זה על רכישת תרופות שנרשמו להם, מאחר שידם אינה משגת לשלם עליהם (גרוס, ברמלי-גרינברג, וייצברג, 2009). כך גדל אי-השוויון בצריכת מוצרים ושירותים רפואיים.
- בהחמרת פערים בין מרכז לפרפריה. אזורים המתאפיינים ברמה נמוכה של הכנסות, דוגמת הנגב והגליל, סובלים ביותר מאחר שבנוסף למחסור הולך וגדל בתשתיות, בפרט לנוכח צרכים רפואיים גבוהים יותר, מומחים נמנעים מלפקוד אזורים אלה לטובת עבודה רווחית יותר בתל-אביב ובמרכז (סעיף 4 מרחיב בעניין זה). שינוי בנוסחת ההקצאה הנהוגה בישראל, שנכנס לתוקפו בינואר האחרון, אמור היה לצמצם פערים – ולתרום לחלוקה שווה יותר של הנטל – בין מרכז לפרפריה (צ'רניחובסקי, 2011).

ד.2 סיכום

מערכת שירותי הרפואה הישראלית צריכה יותר מתיקוני שכר ותוספות תקנים. עליה להתמודד עם שמירה על רמת כוח האדם הקיים לנפש, ברמה הדומה לארצות המפותחות ביותר, תוך התאמת הטיפול הרפואי לשינויים הטכנולוגיים – חלקם חוסכי כוח אדם, ועליה להביא ליצירת תנאים אשר יאפשרו למגזר הציבורי להתמודד עם שינויים בביקוש ובהיצע לטיפול רפואי, לרבות היכולת להיענות

לצרכים מקומיים. לשם כך, נדרשת רפורמה מערכתית אשר תתבצע עד לסוף העשור לערך, על בסיס העקרונות הבאים:

- קביעת מסגרת תקציבית לרפורמה המבוססת על שני קריטריונים:
 - ההוצאה הלאומית לשירותי רפואה בתמ"ג תעלה ל-9.5-9 אחוזים עד 2020;
 - חלקו של המימון הציבורי במערכת יוחזר לרמה של 1995 – כמקובל במדינות OECD-22 – לכדי 70 אחוז מסך מימון המערכת. חלק ניכר מנתח זה ניתן להשיג על-ידי הפיכת הביטוחים המשלימים לביטוח חובה או לחלק ממס הבריאות, כאשר המדינה משלמת עבור "זכאים".
- שיפור היצע הרופאים על-ידי בחינה של, והסקת מסקנות, בדבר:
 - קיצור לימודי הרפואה וההתמחות תוך שמירה על הרמה הקיימת;
 - צמצום או ביטול תכניות ההכשרה לסטודנטים ומתמחים זרים, כדי לפנות מקום להכשרת סטודנטים ומתמחים ישראלים. הוויתור על הסבסוד שמקבלים מהכשרת הסטודנטים הזרים יקוזז בחיסכון עקב ביטול הצורך בהקמת בתי-ספר חדשים להכשרת רופאים ישראלים;
 - מתן תמריצים לישראלים הלומדים בחו"ל לחזור ארצה בגמר לימודיהם;
 - בחינת דרכים להקצות התמחויות לפי צרכים;
 - האצלת סמכויות רופאים לכוח עבודה פרה-רפואי;
 - פיתוח תכניות ותשתיות ל"רפואה מרחוק", כמו טכנולוגיות רפואיות אחרות החוסכות בכוח אדם.
- הגברת התחרותיות וחופש הבחירה במערכת הציבורית על-ידי:
 - חופש בחירת הרופא באשפוז צריך להיות זכות אוניברסלית וכך גם הזכות לקבלת חוות דעת שנייה בדומה למתקיים בבחירת רופא מומחה בקהילה;
 - העסקת רופאים כמומחים במשרה מלאה אשר יעבדו רק במוסדות במימון ציבורי ויתחייבו לא לעסוק בפרקטיקה פרטית;
 - העסקת רופאים בחוזים אישיים, אשר יבטאו ביקושים להתמחויותיהם, גם באזורים שונים של המדינה. היינו, מנהלי בתי-החולים יזכו ביד חופשית יותר בניהול – עם כספים ציבוריים – ויוכלו להציע בתקציבים העומדים לרשותם תנאי שכר בהתאם לצורך, לתנאי היצע העובדים ולשינויים הטכנולוגיים. יתרה מכך, יהיה בכך כדי להעניק למנהלים שליטה משופרת בצוות שלהם (זרקור ב וזרקור ג להלן מרחיבים בעניין זה);
 - שיפור תנאי השכר והעבודה של מתמחים ושל הצוות הרפואי כמו גם השקעה מחודשת בתשתיות רפואיות שהוזנחו.

- בנוסף לעקרונות הללו, כפי שהומלץ על-ידי ועדות ציבוריות שונות, על המדינה להפסיק לספק שירותי רפואה, כלהלן:
 - בתי-החולים בבעלות הממשלה, המחזיקים כ-40 אחוז מכלל מיטות האשפוז הכללי, ובתי-החולים של קופות-החולים, צריכים להפוך לתאגידיים מתחרים, הפועלים ללא מטרות רווח או לנאמנויות עצמאיות, המחויבות בדיווח לציבור. לחילופין, ניתן להקים רשות אשפוז אשר תפעיל את המוסדות האלה;
 - שירותים אחרים, שהממשלה מספקת – כמו שירותי בריאות לאם ולילד ושירותי בריאות הנפש – יועברו לקופות-החולים. ועדות שונות, שמונו בעבר על-ידי ממשלות שונות, המליצו מזמן על הצורך בביצוע רפורמה במערכת הבריאות;
 - על המדינה לפעול בנושאים אלה במתכונת שהיא פעלה בתחומים אחרים במשק – להגיע להסדר עם העובדים, בפרט אלה המועסקים על-ידיה, באופן שלכל הפחות לא ירע את תנאיהם.

זרקור ב: גמישות בקביעת השכר – חיבור בין סמכות ואחריות*

הסמכות לקביעת השכר נתונה בישראל בידי הממונה על השכר, בעוד האחריות לתוצאות הנובעות מהחלטותיו מוטלת על גורמים אחרים: משרדי הממשלה, תאגידים ציבוריים, חברות ממשלתיות וגופים נתמכים אחרים.

ריכוז הסמכות לניהול מו"מ קיבוצי בצד המעסיק בכתובת יחידה (משרד האוצר, הממונה על השכר) מחזק את המגמה של ריכוזיות גם בצד נציגויות העובדים. הדינמיקה הנוצרת במצב הזה מביאה לעיתים לשימוש בצעדים ארגוניים הגורמים לכניעתה של הממשלה לדרישות שכר חריגות, המייצרות מטבען כדור שלג של העלאות שכר בשיעורים גבוהים יותר מאלה שהיו מושגים, לולא נעשה שימוש בצעדים אלה. כלומר, ריכוז הסמכות גורם בהכרח ליצירת השוואות והצמדות בין גופים, שאין בינם קרבה ארגונית או מגזרית כלשהי; ואלה מקשות על מציאת פתרונות ייחודיים כאשר מתעורר הצורך.

מידת היכולת של הממונה על השכר לשלב פתרונות לצרכים המיוחדים של הגופים הציבוריים השונים במסגרת המו"מ לחידוש הסכמי העבודה מוגבלת, במיוחד לאור העובדה, שהמו"מ מתנהל בדרך-כלל תחת לחץ כבד ובמסגרת אילוצים, שאינם בהכרח רלוונטיים לבעיות המיוחדות המחייבות פתרון. כדי להימנע "מהשלכות רוחב", הממונה על השכר נאלץ לעתים לספק תשובה לאילוצים ספציפיים בדרך יצירתית, המסבכת בהכרח את מבנה השכר ומטפחת עיוותים ההולכים וגדלים עם הזמן.

כך לדוגמא, כשמדובר במתן מענה לאילוצים, בדרך של העלמת עין ממתן תוספות שכר והטבות סמויות אחרות, מ"חוץ לתלוש השכר" הרגיל, על-ידי "גוף חיצוני" לארגון בו מועסקים העובדים – כמו תשלום שכר נוסף בתלוש נפרד מ"תאגיד בריאות", הפועל בחסות בית-חולים ממשלתי – מדובר בתופעה שלילית. תשלומים כאלה אינם בשליטתו של הממונה על השכר ואינם כלולים בניתוח ההשוואתי שלו על רמת ההשתכרות של העובדים בגופים הציבוריים לסוגיהם.

אין בדברים אלה משום המלצה על ביזור מוחלט בנושא קביעת השכר בגופים הנתמכים על-ידי תקציב המדינה אלא על חשיבה מחודשת בנושא.

* הזרקור הוכן בעקבות הרצאה של ד"ר אביגדור קפלן בפני חברי תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב.

זרקור ג: שכר הרופאים והתקינה*

יש לבסס את השינויים בשכר הרופאים ובתקינה של כוח האדם הרפואי על כמה עקרונות:

- **שיפור דיפרנציאלי.** רופאים רבים מקופחים בתנאי שכרם ומועסקים בתנאי עבודה בלתי סבירים ומגיעה להם העלאת שכר מיידית וגבוהה ושיפור בתנאי ההעסקה. אך רופאים רבים אחרים מקבלים מספר משכורות, המשולמות מהקופה הציבורית, כמו משכורת מהמדינה כרופאים בבית-חולים ומשכורות נוספות מקופות-החולים ו/או מתאגידי הבריאות שליד בתי-החולים. רופאים אלה אינם זכאים להעלאת שכר בשיעור גבוה, כל עוד הסדרי העבודה הנוכחיים שלהם נמשכים.

- **עדיפות לפריפריה.** בהעלאת שכר יש לתת עדיפות ממשית לרופאים בפריפריה, ויש הצדקה לקבוע את שכרם ברמה שתהיה אטרקטיבית מספיק, כדי שיבואו לעבוד בבתי-החולים בפריפריה ולידם.

- **עדיפות לפי התמחויות.** בדומה למתן העדפה מתקנת לרופאים בפריפריה, יש צורך בהעלאות שכר חריגות לרופאים בהתמחויות מסוימות נדרשות או ולרופאים העובדים בתנאים מיוחדים.

- **הוספת תקנים במקומות נדרשים.** יש צורך להוסיף תקנים במערך הרפואי של בתי-החולים, במיוחד במקומות בהם המחסור בתקנים ברור, כמו בפריפריה. אין הצדקה לכך שתוספת התקנים תהיה גורפת, היות שתוספת תקנים כשלעצמה לא תפתור את מצוקת המחסור ברופאים: יש מחלקות ויחידות אשפוז בהן קיימים תקנים פנויים אך אין בנמצא רופאים המעוניינים לאיש אותם.

* הזרקור הוכן בעקבות הרצאה של ד"ר אביגדור קפלן בפני חברי תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב.

3. ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה והשפעתה על התפלגות הכנסות ועוני*

רמת ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה בישראל והתפלגותה, על השינויים שחלו בהם, הם מהביטויים הבולטים של הסוגיות המבניות שתוארו לעיל, הנובעות מצמצום יחסי במימון הציבורי והמרתו במימון פרטי. סעיף זה מסכם מספר ממצאים בנושא ההוצאה הפרטית על פי נתוני סקר הוצאות המשפחה לשנת 2009, הנוגעים להתפלגות הכנסות ולעוני (הרחבה בנבון וצ'רניחובסקי, 2011).

3.א. ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה

ההוצאה הפרטית של משקי הבית על שירותי רפואה היא 5.1 אחוזים מסך ההוצאה של משקי הבית לתצרוכת בשנת 2009 לעומת 4.1 אחוזים בשנת 1997. התפלגות ההוצאה לסעיפיה השונים לפי חמישוני הכנסה מוצגת בתרשים 12 (לוח מפורט אצל נבון וצ'רניחובסקי, 2011). כמעט כל משקי הבית בישראל, 93 אחוז מהם, מדווחים על הוצאה פרטית לשירותי רפואה ואלה המדווחים מוציאים כ-695 ש"ח לחודש.

סעיף ההוצאה המרכזי, מההיבט של גודלו היחסי ומספר משקי הבית המדווחים עליו, הוא **מוצרים ושירותים "משלימים"**, שאינם נכללים בסל במימון ציבורי. בסעיף זה כלולה גם הוצאה לרפואת שיניים, עליה מדווחים 26 אחוז מסך בתי האב, המוציאים עליה בממוצע 620 ש"ח לחודש.

הביטוחים ה"משלימים", המוגדרים כאן כביטוחים שאינם בסל, ממומנים על-ידי 80 אחוז ממשקי הבית בישראל, בהוצאה ממוצעת של 56 ש"ח לחודש על-ידי המדווחים⁴. ה"השתתפויות", המהוות 18 אחוז מסך ההוצאה הפרטית, סעיף הוצאות מהותי – הן בבחינת אחוז מספר משקי הבית המדווחים (35 אחוז) והן בבחינת גודל ההוצאה הממוצעת (289 ש"ח לחודש) כאשר היא מדווחת – הוא ההוצאה על תרופות מרשם⁵.

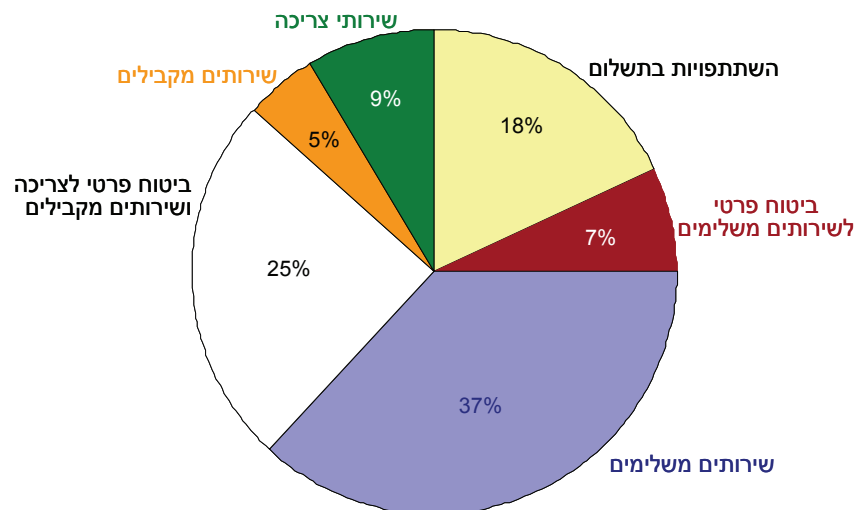
* תודה לד"ר גיא נבון, עמית מחקר במרכז טאוב וחוקר בבנק ישראל, שותפי לעבודה על ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה וניתוח השפעתה על התפלגות הכנסות והעוני (נבון וצ'רניחובסקי, 2011). עם זאת, יש לציין, כי סעיף זה בפרק הינו באחריות מחבר פרק זה בלבד.

⁴ הגדרת "הביטוח" כאן מתייחסת רק לביטוח מוצרי ושירותי הרפואה שאינם בסל הבסיסי ושאינם מוגדרים "צריכה" (נבון וצ'רניחובסקי, 2011).

⁵ מאז נערך הסקר עליו מבוסס דיון זה בוטלו ההשתתפויות ב"טיפת חלב". אולם, הביטול (שהינו מהותי ביותר, בבחינת ביטול אינולת) נוגע לאחוז אחד בלבד מבתי האב.

אמנם "ניתוחים" בסעיף ה"מקבילים" – בבחינת שירותים הניתנים גם במימון ציבורי – מבטא הוצאה גבוהה במיוחד אך ההוצאה מתייחסת לאחוז אחד בלבד מהאוכלוסייה.

תרשים 12
התפלגות ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, 2009



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

ככלל, שלושת הסעיפים, המעוררים "עניין ציבורי", בהיותם "קרובי מס" – השתתפויות ביטוחים והוצאה למשלימים – נוגעים לשיעור של בין 44 עד 80 אחוז מבתי האב בישראל.

ראוי לציין, כי נתונים אלה מצביעים על רצון ועל אפשרות רחבים יחסית לבטח ניתוחים וחווה דעת שניות. שני המרכיבים הללו בהוצאה רלוונטיים לאחוז נמוך מאוד באוכלוסייה לעומת ביטוח רפואת השיניים, הנוגע לרבע מהאוכלוסייה ועלותו גבוהה.

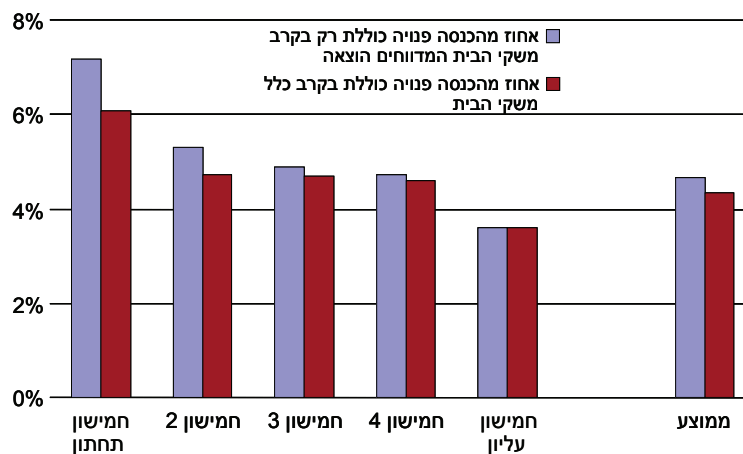
3.ב. ההוצאה הפרטית ושווינות

ההתפלגות ההוצאה הפרטית לפי תחומי הוצאה ולפי חמישוני הכנסה מוצגת בהרחבה בעבודה המלאה (נבון וצירניחובסקי, 2011: לוח מפורט על השפעת ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה על מספר בתי אב עניים, לפי תחומי הוצאה ומאפייני משק הבית בשנת 2009). כל תחומי ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה רגישים להכנסה: ההוצאה עולה עם עליית ההכנסה, לרבות ההוצאה על השתתפויות שהן התשלום עבור "הצורך" אשר לכאורה אינו תלוי בהכנסה. לפי הנתונים בדבר יחסי ההוצאה בין החמישוניים, כמו גם סיכומי שונות ההוצאה מתקנת לממוצע שלה, הפערים בין חמישוניים נמוכים ביותר ב"השתתפויות" ו"בביטוחים" משלימים. כלומר, לתחומי הוצאה אלה מאפיינים של צורך יותר מאשר לתחומי הוצאה אחרים, במובן שעניים כעשירים מוציאים סכומים דומים. ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה רגרסיבית בעליל (תרשים 13). משקי הבית העניים מוציאים אחוז גבוה יותר מהכנסתם הפנויה על שירותי בריאות: 7.2 אחוזים בחמישון הנמוך לעומת 3.6 אחוזים בחמישון העליון.

תרשים 13

אחוז ההוצאה לשירותי רפואה מההכנסה, 2009

לפי חמישוני הכנסה

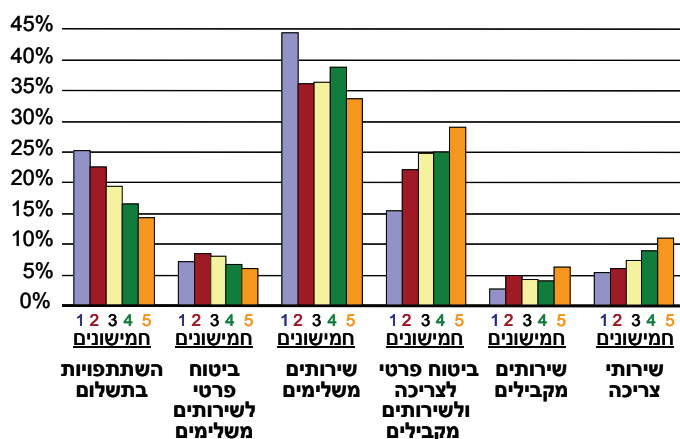


מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

משקי בית אלה מוציאים חלקים גדולים יותר מסך ההוצאה לשירותי רפואה על השתתפויות ועל שירותים "משלימים", לרבות רפואת השן (תרשים 14). היינו, אלה תחומי ההוצאה – ההכרחיים – התורמים ביותר לרגסיביות ההוצאה ולתרומת ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה להתפלגות ההכנסות.

תרשים 14 התפלגות ההוצאה לשירותי רפואה, 2009

מסך ההוצאה לשירותי רפואה, לפי חמישוני הכנסה*



* החמישון הראשון הוא החמישון התחתון והחמישון החמישי הוא העליון.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

מתוך השונות בסעיפי ההוצאה למיניהם, לפי חמישוני הכנסה, ניתן ללמוד גם על הפערים בנגישות לשירותי רפואה. השונות גבוהה ביותר בביטוח פרטי ל"שירותים מקבילים" – לשירותים אשר בזכאות ציבורית – ולשירותים שהם בבחינת "צריכה". היינו, במידה שהוצאה הפרטית – ובפרט לביטוח – לשירותים הכלולים בסל הציבורי מבטיחה יותר נגישות לשירותים אלה, יש בנתונים כדי להעיד על תרומת הביטוחים להרחבת הפערים בנגישות לשירותים, גם אלה אשר בסל, לטובת בעלי הכנסות גבוהות.

יש לכך תמיכה בממצאים מסקר הבריאות של מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, המצביעים על עלייה באחוז המדווחים על כך, שהתשלומים לבריאות מכבידים עליהם במידה רבה – 24 אחוז ב-2009 לעומת 22 אחוז ב-2007; וכן חלה ירידה באחוז המדווחים על כך, שהתשלומים לא מכבידים עליהם בכלל – 21 אחוז ב-2009 לעומת 30 אחוז ב-2007. הממצאים מגלים, כי שיעור גבוה של מדווחים על הכבדה בתשלומי המשפחה נמצא בקרב בעלי הכנסה נמוכה ובקרב חולים כרוניים. כן נמצא, כי חלה עלייה משמעותית בשיעור המדווחים על הכבדת תשלומי המשפחה בקרב דוברי הערבית, 24 אחוז ב-2009 לעומת 12 אחוז ב-2007. למרות שאין שינוי בין 2009 ו-2007 בשיעורי המוותרים של שירות עקב הנטל הכספי, מתגלה, כי 14 אחוז ב-2009 לעומת 12 אחוז ב-2007 ויתרו על טפול רפואי או על תרופה או על שניהם. בסקר התגלה כי שיעור המוותרים גבוה יותר בקרב בעלי ההכנסה הנמוכה (22 אחוז) ובקרב חולים כרוניים (18 אחוז). עוד נמצא כי 28 אחוז מהמרואיניים דיווחו על כך, שבשנה האחרונה ויתרו על טפול שיניים בשל המחיר לפחות פעם אחת. שיעור המדווחים על ויתור על טיפולי שיניים גבוה בהרבה בקרב בעלי ההכנסה הנמוכה (38 אחוז) ובקרב צעירים (30 אחוז) (גרוס, ברמלי-גרינברג, וייצברג, 2009).

3.ג. השפעה של ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה על עוני

כ-3,500 בתי אב, בהם מבוגר בן 65+ בראש משק הבית ו/או שהם משקי בית ללא מפרנסים, נדחקים לעוני בהשפעת ההוצאה בעיקר על "השתתפויות". הוצאה על שירותים "מקבילים", הכלולים בזכאות ציבורית, תורמת לעוני בקרב משפחות עם ילדים ועם שני מפרנסים ויותר. יש בממצאים אלה כדי להצביע על אי-שביעות רצון מסוימת של זוגות עובדים עם ילדים מהמערכת הציבורית.

3.ד. סיכום

ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בישראל רגרסיבית בעליל – כלומר, מהווה אחוז גדול יותר מהכנסת העניים לעומת שיעורה אצל בעלי הכנסה גבוהה יותר. היא גם מצביעה על חוסר יחסי באפשרות ביטוח למוצרים ושירותים משלימים, כגון ביטוח רפואת השן, לעומת ביטוח מוצרים ושירותים שהם בסל, כגון ניתוחים, ואף טיפולים שהם בבחינת צריכה. מציאות זו מתורגמת לגידול בפערים בנגישות לטיפול, גם כזה שבסל.

4. משמעות הפריפריה במערכת שירותי הרפואה: השפעת השינוי בנוסחת ההקצאה לקופות-החולים על הפריפריה*

ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת אישרה ב-13 באוקטובר 2010 את תקנות ביטוח הבריאות הממלכתי ("הקצאה לקופות-החולים"), לפיהן נוסחת ההקצאה החדשה – נוסחת הקפיטציה – מתגמלת את קופות-החולים לא רק לפי גיל חבריהן אלא גם לפי מינם ולפי פריסת סניפי הקופה והיקף השירותים שלה ב"פריפריה" (כנסת ישראל, 2010). התקנות הוחלו בראשית 2011 מנגנון הקפיטציה – אשר הנוסחה היא מרכיב מרכזי בו – נועד לקדם שוויון הזדמנויות בבריאות, בעיקר באמצעות הבטחת נגישות שווה לשירותי רפואה במצבי בריאות שווים. המנגנון מקדם בכך שוויוניות וגם יעילות והוא מורכב מהנוסחה, מהסדרות אדמיניסטרטיביות, מפיצוי עבור מחלות קשות ומרשת ביטחון. משמעותו הכלכלית-הפיננסית היא בחלוקה של כ-80 אחוז מהמשאבים הציבוריים, העומדים לרשות שירותי הרפואה בישראל – אלה הניתנים באמצעות קופות-החולים.⁶

בהקשר לדיון לעיל, בדבר הבעיות המבניות של המערכת, השינוי בנוסחה הוא צעד חשוב בשכלול מנגנון הקפיטציה הישראלי, כדי לקדם את מטרות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן החוק) ואת הוראותיו הראשוניות בנושא ההקצאה לפריפריה. לפי התיקון, יינתן משקל למבוטחים לפי גיל ומין בחישוב מספרם המשוקלל בכל אחת מקופות-החולים. בנוסף לכך – יינתן משקל נפרד גם לפי קריטריון של מגורים ברשויות מקומיות, המסווגות באחד מארבעת האשכולות התחתונים של "מדד הפריפריאליות של הרשויות המקומיות 2004" וכפי "שפורסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2008 (להלן – תושב פריפריה)" (בהרחבה אצל צ'רניחובסקי, 2011).

השינוי בנוסחה אמור להתבטא בתוספת של כ-6 אחוזים מכלל תקציב הבריאות לפריפריה. על-פי תחשיב משרד הבריאות, שהובא בפני ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, הנוסחה החדשה תביא לשינויים הבאים: בעקבות הנוסחה החדשה "שירותי בריאות כללית" תקבל תוספת של כ-150 מיליון ש"ח, "מכבי

* תודה לחן ישראלי מאוניברסיטת בן-גוריון בנגב על איסוף ועיבוד הנתונים ששימשו לכתבת העבודה המלאה על השינוי בנוסחת ההקצאה החדשה לקופות-החולים (צ'רניחובסקי, 2011 – בהכנה לפרסום).

⁶ נידון בהרחבה אצל צ'רניחובסקי, 2005; 2010; Shmueli, Chernichovsky and Zmora, 2003.

שירותי בריאות" – כ-15 מיליון ש"ח, "קופת-חולים לאומית" – 8 מיליון ש"ח; ולעומתן, מ"קופת-חולים מאוחדת" ייגרעו 22 מיליון ש"ח (משרד הבריאות, 2010א).

סעיף זה של הפרק בוחן את משמעות השינוי של נוסחת ההקצאה על רקע סקירה קצרה וניתוח משמעות הפריפריה בישראל בהתייחס לשירותי הרפואה.

4.א. פריפריה גיאוגרפית ופריפריה חברתית בישראל

"הפריפריה" קיימת תמיד ובכל מקום או בכל הגדרת מרחב – גיאוגרפי, תרבותי, כלכלי, וכו'. היא מציינת בדרך-כלל את השוליים ה"נמוכים", לפי הגדרה עניינית כזו או אחרת, של התפלגות משתנה רלוונטי אחד או יותר. לפיכך, בהקשר של מדיניות מסוימת, על הגדרת הפריפריה להיות פונקציונלית למול מטרות המדיניות והאמצעים העומדים לרשותה.

הבסיס למיון המשתנים – בעיקר לצורכי מדיניות – הוא לרוב גיאוגרפי; וזאת גם הסיבה לכך, שהסיכומים מוצגים בעבודה על בסיס מחוזותיה האדמיניסטרטיביים של ישראל. ברור כי ככל שקיים מתאם גדול יותר בין משתנים רלוונטיים להגדרת הפריפריה, לרבות המשתנה הגיאוגרפי, כך הפעלת מדיניות תהיה מתאימה וקלה יותר פוליטית ומעשית.

בהקשר של שירותים חברתיים, לרבות שירותי רפואה, יש חשיבות מושגית להבחין בהגדרת הפריפריה בין משתני "צורך" או ביקוש פוטנציאלי לשירות, לבין משתני זמינות שירותים או ההיצע פוטנציאלי שלהם. אמצעי המדיניות העומדים על הפרק תלויים בשניים.

יש שלושה מגדירי פריפריה מרכזיים הרלוונטיים להקצאה הקפיטיונית במערכת שירותי הרפואה: (א) מצב הבריאות; (ב) גורמי סיכון השייכים לרמת ההכנסה והתפלגותה, להשכלה ולסביבה, כמו אף מאפיינים אתניים; ו(ג) זמינות שירותי הרפואה ואיכותם.

בהקשר כללי זה חשובים מספר הדגשים: ראשית, תפקידה של מערכת הבריאות היא לקדם בריאות באמצעות שירותי רפואה ולא באמצעות קובעי בריאות אחרים היכולים להגדיר פריפריה, כגון השכלה, ויהיו חשובים ככל שיהיו. שנית, עם הסרת מחסומים כלכליים בפני נגישות לשירות – נוסח חוק ביטוח בריאות ממלכתי – זמינות השירות היא תנאי הכרחי לקיום נגישות. לפיכך, הבטחת זמינות שירותים היא מכשיר בסיסי, העומד לרשות מערכת הבריאות לקידום בריאות; היינו, בדרך להורדת חסמי נגישות חברתיים-תרבותיים לשירות, הבטחת היצע שירות רפואי היא תנאי מקדים.

הנקודה האחרונה כרוכה גם בצדק חברתי, כמו גם בעיקרון הדמוקרטיה. גם אם שירותים עלולים להיחשב בלתי יעילים בשל חוסר ביקוש של אוכלוסייה מסוימת, יש לספקם בצורה שווה לכל, אם הציבור המממן חושב שאלה השירותים הראויים לכל. יתרה מזו, בהקשר זה דרושה הפליה מתקנת לא רק בנושא זמינות שירות אלא גם בנושאי מצב בריאות וגורמי סיכון המכתיבים גם נגישות.

4.ב. הפריפריה הגיאוגרפית-כלכלית והמחוזות בישראל

מדד המרכזיות ("הפריפריאליות")⁷, המיושם לצורך הפעלת נוסחת הקפיטציה החדשה, מתבסס על הגישה הכלכלית המסורתית, לפיה לאזורי המרכז יש לכל הפחות יתרונות כלכליים ביחס לפריפריה. יתרונות אלה הולכים וגדלים ככל שמיקום האזור מרכזי יותר. המדד מאפיין ומסווג את הרשויות המקומיות לפי מיקומן הגיאוגרפי במובן הרחב, דהיינו, על פי הקרבה לפעילות הכלכלית המתקיימת במרכז הארץ. המדד חושב כשקלול של שני מרכיבים (במשקלות שווים): מדד נגישות פוטנציאלית של רשות מקומית, המשקלל בין קרבת הרשות המקומית לכל הרשויות המקומיות בארץ, לבין גודל האוכלוסייה שלהן; וקרבה של רשות מקומית לגבול מחוז תל-אביב.

הקרבה בין יחידות גיאוגרפיות נמדדה לפי הדרך הקצרה ביותר במערכת צירי התנועה בכבישים, באילוץ של חסימת כבישים הסגורים מטעמי בנייה או ביטחון. הרשויות המקומיות מסווגות לעשרה אשכולות, כאשר אשכול "1" מייצג את הפריפריאליות הגבוהה ביותר ואשכול "10" את המרכזיות הגבוהה ביותר (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010א).⁸ סיכום של מדד המרכזיות, לפי מחוזות, מוצג בתרשים 15.

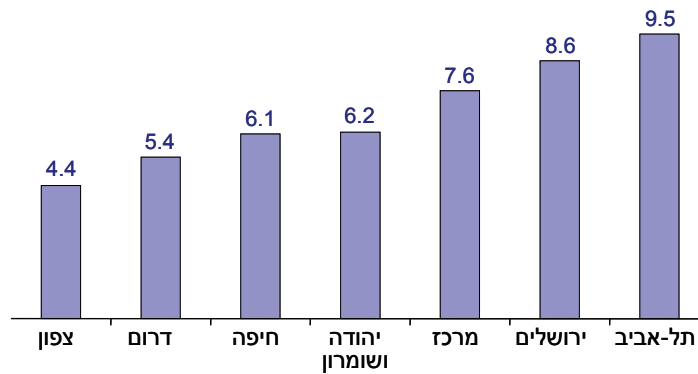
מחוזות ה"צפון" וה"דרום" הם בהגדרה בעלי מדד מרכזיות נמוך, נוכח המבנה הגיאוגרפי האורכי של המדינה ומיקומן של תל-אביב, ירושלים וסביבותיהן. מחוז צפון הוא הפריפריאלי ביותר לפי המדד (4.43) ואחריו מחוז דרום (5.37). מחוזות תל-אביב וירושלים הם המרכזיים ביותר (9.45 ו-8.56 בהתאמה).

⁷ בניגוד למונח המקובל "פריפריאליות" נבחר המונח "מרכזיות" המייצג נאמנה את משמעות המדידה. המונח מרכזיות גם נוח לאינטרפרטציה של קשרים בין משתנה זה ואחרים.

⁸ ראה גם סיכום יום עיון של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "בין מרכז לפריפריה – פני החברה בישראל". 05 לינואר, 2011:

http://www1.cbs.gov.il/reader/kenes/kns_kenes_sug.html?kod_sug=2&number=12

תרשים 15
מדד פריפריאליות ממוצע, 2004
 משוקלל לגודל האוכלוסייה



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

4.ג. הפריפריה הבריאותית, על פי מדדי בריאות האוכלוסייה

הפריפריה הבריאותית מוצגת על פי תמותת תינוקות ותוחלת חיים (בהמשך לסעיף 1 בפרק)⁹.

• **תמותת תינוקות.** מדד הבריאות המקובל, שהנתונים לגביו זמינים ונפוצים לגבי היישובים בישראל (מבוסס על 110 יישובים) – תרשים 16.
 כפי שניתן לראות, תמותת תינוקות גבוהה יותר בצפון ובדרום בהשוואה למחוזות המרכז ותל-אביב. שיעור תמותת תינוקות גבוה במיוחד במחוז הצפון (4.6 ל-1,000 לידות חי) ובמחוז הדרום (4.6 ל-1,000 לידות חי). גם במחוז ירושלים תמותת תינוקות גבוהה באופן יחסי (4.1 ל-1,000 לידות חי). לעומת אלה, תמותת תינוקות נמוכה במיוחד במחוז המרכז (2.3 ל-1,000 לידות חי) ובמחוז תל-אביב (3.1 ל-1,000 לידות חי). לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, המסוכמים על-ידי

⁹ קיימים משתנים נוספים אובייקטיביים פחות, כגון הערכה עצמית של בריאות. ככלל, הפערים המוצגים כאן עקביים עם המדווח על-ידי משרד הבריאות (2010ד).

משרד הבריאות (2010ד), הצמצום היחסי בתמותת תינוקות היה נמוך במחוזות הצפון והדרום (משרד הבריאות, 2010ד).



* תמותת תינוקות עד גיל שנה לאלף לידות חי; במחוז יהודה ושומרון אין די נתונים לחישוב שיעורי תמותת תינוקות.

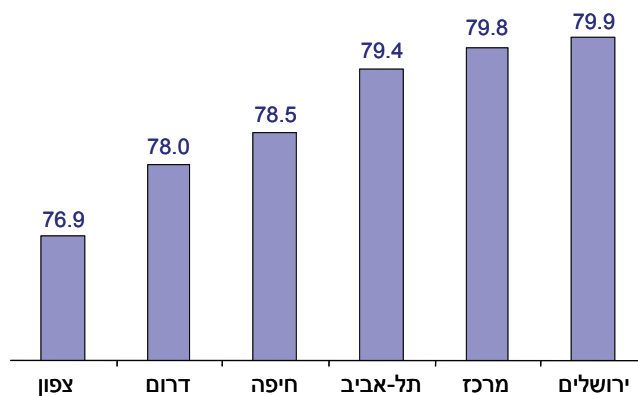
מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

- **תוחלת חיים.** תוחלת החיים המדווחת כאן (תרשים 17) מבוססת על נתונים של 29 יישובים מרכזיים בלבד. תוחלת החיים הנמוכה ביותר בישראל נמצאה במחוזות הצפון והדרום (חלוקה מפורטת יותר לנפות וליישובים בודדים מציגה פערים גבוהים אף יותר (משרד הבריאות 2010ד, עמ' 35)).

תרשים 17

תוחלת חיים, 2004-2008*

ממוצע לשנים 2004-2008, משוקלל לגודל האוכלוסייה**



* בתרשים זה הדגש הוא על ההבדלים בין המחוזות. עם זאת, יש לציין, כי תוחלת החיים המדווחת איננה תואמת לממוצע הארצי המוצג בתרשים 1, המבוסס על נתוני ה-OECD.

** מחוז יהודה ושומרון אינו מופיע בשל העדר נתונים. כך גם בהמשך כאשר מחוז זה אינו מופיע.

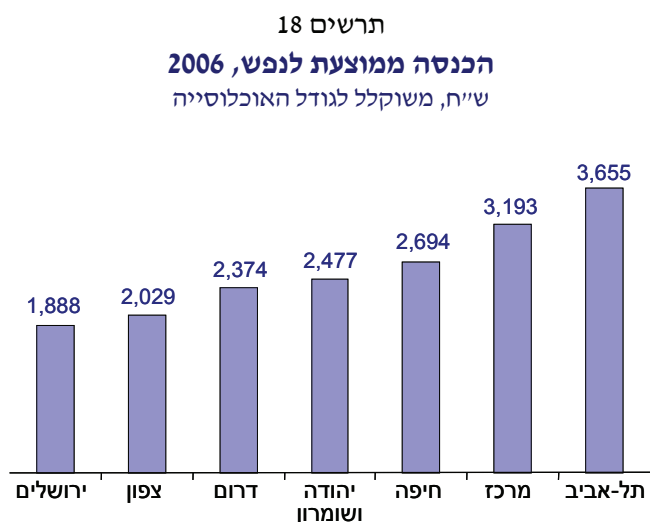
מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

4.4. הפריפריה על פי גורמי סיכון חברתיים-כלכליים

הכנסה ומצב חברתי-כלכלי נמוכים באופן יחסי ובאופן מוחלט הם גורמי סיכון (בהרחבה: חורב, 2008). כמו בכל מקום אחר, קיים קשר מובהק בישראל בין מצב חברתי-כלכלי לבין מצב בריאות, כפי שיובהר גם בהמשך (משרד הבריאות, 2010) עמ' 36). בהתאם לכך נבחנים להלן שלושה מדדים: הכנסה לנפש, המדד החברתי-כלכלי, ומדד גייני, המסכם את התפלגות ההכנסות:

- **ההכנסה לנפש** מורכבת מסך ההכנסה ביישוב על-פי סך השכר הברוטו, ששולם לשכירים במשך השנה; ההכנסה ברוטו של עצמאיים ביישוב, סך הגמלאות הניתנות על-ידי המוסד לביטוח לאומי והבטחת ההכנסה ממשרד הדתות. סך ההכנסה חולק

ב-12 חודשי עבודה ובמספר התושבים ברשות המקומית (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009). ההכנסה הממוצעת לנפש בישראל לפי מחוזות מוצגת בתרשים 18.



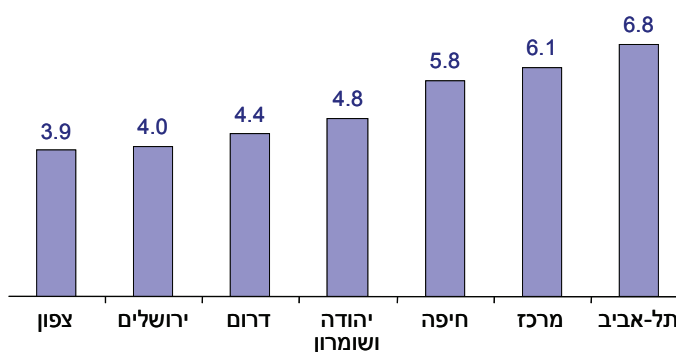
מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

המחוז בו ההכנסה לנפש נמוכה ביותר הוא מחוז ירושלים (1,888 ש"ח). גם מחוזות הצפון (2,029 ש"ח) והדרום (2,374 ש"ח) מציגים נתונים נמוכים יחסית, וזאת במיוחד בהשוואה למחוזות תל-אביב (2,694 ש"ח) והמרכז (3,193 ש"ח), בהם ההכנסות הממוצעות לנפש הגבוהות ביותר.

• **המדד החברתי-כלכלי.** מתבסס על הגישה, שההכנסה מהווה ממד מרכזי אך איננו הממד היחיד לבטא את הרמה החברתית-כלכלית של אוכלוסייה. קיימים ממדים נוספים, המתואמים חלקית עם הכנסה כספית כמו תעסוקה אך אינם זהים לה. הממד מורכב ממשתנים, אשר נבחרו כך שישקפו את רוב הממדים החברתיים-כלכליים: המקורות הכספיים של התושבים, תחום הדיור (צפיפות, איכות ושאר מרכיבים בתחום זה), ציוד דירה, רמת מינוע, חינוך והשכלה, מאפייני תעסוקה

ואבטלה, מצוקות חברתיות-כלכליות מסוגים שונים ומאפיינים דמוגרפיים. חשוב לציין, בפרט בהקשר לדיון זה, כי המדד אינו מכיל משתני בריאות ורפואה. הרשויות המקומיות סווגו לעשרה אשכולות, כאשר אשכול "1" מייצג את הרמה החברתית-כלכלית הנמוכה ביותר ואשכול "10" את הרמה החברתית-כלכלית הגבוהה ביותר (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010א). המדד החברתי-כלכלי מוצג לפי מחוזות בתרשים 19. ניתן לראות כי המדד החברתי-כלכלי במחוזות תל-אביב (6.77) והמרכז (6.14) גבוה באופן משמעותי מהמחוזות האחרים. במחוזות הצפון (3.95), ירושלים (4.01) והדרום (4.39) המדד החברתי-כלכלי נמוך יחסית.

תרשים 19
מדד חברתי-כלכלי*, 2006
משוקלל לגודל האוכלוסייה



* המדד החברתי-כלכלי מבוסס על הסיווג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לפי עשרת האשכולות, מרמה 1 הנמוכה ביותר לרמה 10, הגבוהה ביותר.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

התפלגות הכנסות – פריפריה חברתית-כלכלית¹⁰. כאמור, פריפריה קיימת תמיד, גם במקומות "מרכזיים", היות שמעבר להגדרה של הפריפריה על בסיס גיאוגרפי קיימת פריפריה חברתית-כלכלית גם "במרכז".

¹⁰ המונח הוטבע על-ידי שירותי בריאות מכבי ופורסם אצל צ'רניחובסקי, 2010א.

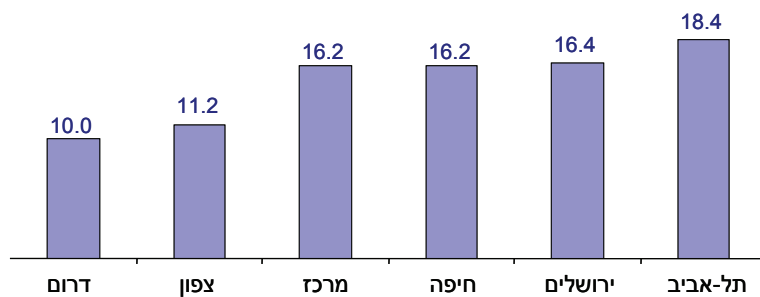
הפריפריה החברתית בירושלים היא הגבוהה ביותר בישראל (0.25) (צירניחובסקי, 2011) ואחריה הפריפריות הגיאוגרפיות של הצפון והדרום. בהיבט זה מצבם של מחוז תל-אביב והמרכז הוא הטוב ביותר. בהקשר של הדיון בפריפריה חברתית ומנגנון הקפיטציה, חשוב להדגיש, כי מבחינת מצבם של "שני עניים זהים", שהאחד ב"פריפריה" והשני ב"מרכז", מצבו של האחרון טוב יותר נוכח זמינות השירותים הגבוהה יותר במרכז. בהיבט זה בלבד, מצבו של עני במרכז אף עשוי להיות טוב יותר ממצבו של "עשיר" בפריפריה.

4.ה. הפריפריה על פי זמינות שירותי הרפואה

הפריפריה בזמינות שירותים מוגדרת בהתאם לזמינות כוח אדם, בעיקר רופאים, מיטות אשפוז כלליות בבתי-חולים ומרחק האוכלוסייה ממקום אשפוז, כביטוי לזמינות וגם לאיכות טיפול.

• **כוח אדם רפואי.** התפלגות כוח-אדם רפואי לפי מחוזות מוצגת בתרשים 20. שיעורי המועסקים במקצועות הבריאות ל-1,000 נפש מתוקנת, לפי הגדרת ה"צורך" המובנית בנוסחת הקפיטציה החדשה, הנמוכים ביותר נמצאים במחוז הדרום (10) ובמחוז הצפון (11). מחוז תל-אביב נהנה משיעור המועסקים במקצועות הבריאות ל-1,000 נפש מתוקנת הגבוה ביותר (18). כמו כן, מחוזות חיפה, המרכז וירושלים נהנים משיעורי מועסקים במקצועות בריאות גבוהים בהרבה ממחוזות הפריפריה. מצוקת כוח האדם בולטת במיוחד בקרב מומחים, כמתבטא ביחסי מומחים לאוכלוסייה, וביחס המומחים לרופאים אחרים. מדדים אלה חמורים במיוחד בצפון ובדרום, כפי שמפורט בתרשים 21.

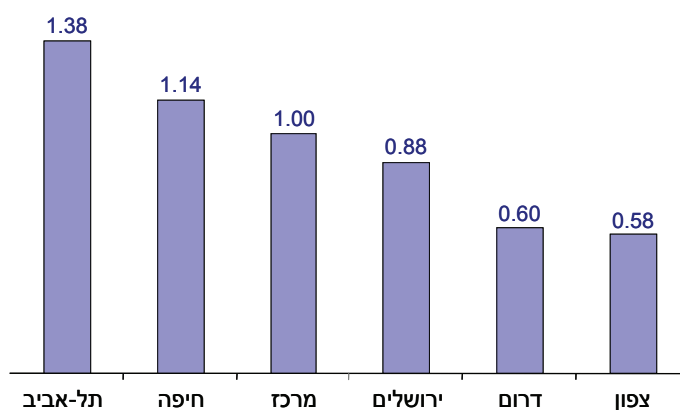
תרשים 20
שיעור מועסקים במקצועות הבריאות לאלף נפש*, 2006-2008



* נפשות מתוקננות לפי נוסחת הקפיטציה החדשה ללא התיקון לפריפריה.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
 נתונים: משרד הבריאות.

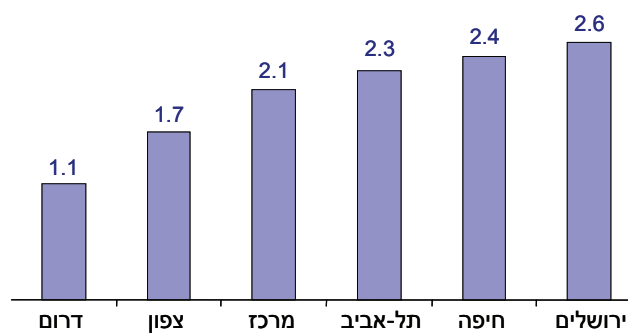
תרשים 21
יחס רופאים מקצועיים לרופאים ראשוניים, 2006-2007



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
 נתונים: משרד הבריאות.

• **מיטות כלליות בבתי-חולים ביחס לאוכלוסייה.** פיזורן הגיאוגרפי של המיטות הכלליות בישראל מוצג בתרשים 22. מחוזות ירושלים, חיפה ותל-אביב נהנים משיעור המיטות הכלליות העולה על הממוצע הארצי (2.0). לעומת זאת, שיעור המיטות הכלליות במחוזות הדרום והצפון נמוך ביחס לשאר המחוזות וביחס לממוצע הארצי.

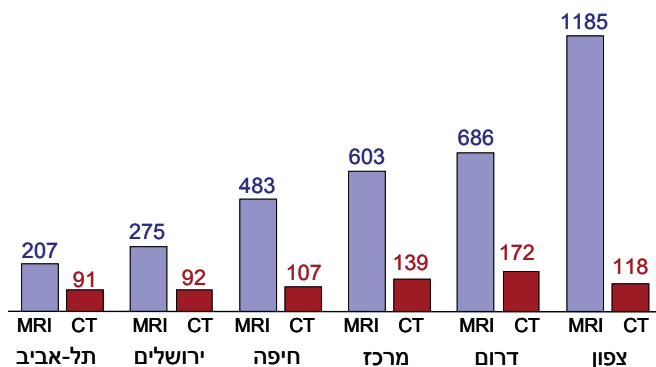
תרשים 22
שיעור מיטות כלליות בבתי-חולים לאלף נפש, 2008
 משוקלל לגודל האוכלוסייה



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: משרד הבריאות.

• **זמינות ציוד מתוחכם.** ציוד מתוחכם וטכנולוגיה מתקדמת מיוצגים באמצעות מכשירי MRI ו-CT. תרשים 23 מציג אוכלוסייה ביחס למכשירים עם פערים של פי 3-5 במכשירי MRI בין ירושלים ותל-אביב מצד אחד, לבין הדרום והצפון מצד שני. הפערים מצומצמים יותר במכשירי CT בהם הדרום במיוחד מופלה לרעה. אפשר שיותר מכל, הפערים הללו מייצגים פערים באיכות הרפואה בין המרכז לבין הפריפריה בישראל.

תרשים 23
נפשות מתוקננות באלפים למכשירי MRI ו-CT, 2008
משוקלל לגודל האוכלוסייה



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: רפאים לזכויות אדם; משרד הבריאות.

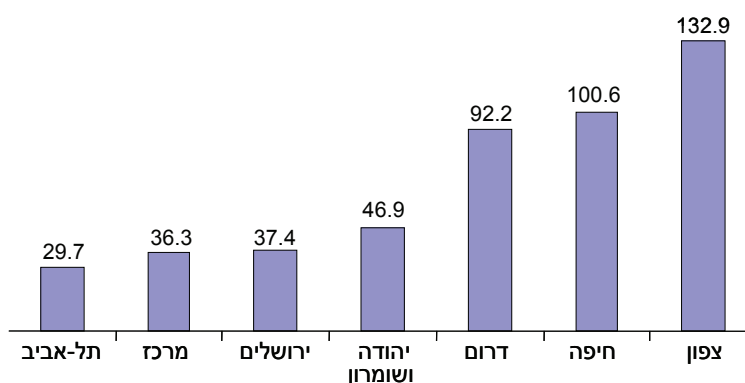
• **מרחק מאשפוז**: לצורך בחינה של זמינות לשירות רפואי, כמו גם לאיכותו, נבדקו מרחקי היישובים למוסדות אשפוז כלליים לפי כמה מדדים: המרחק בק"מ לבית-החולים הקרוב; המרחק בק"מ למרכז רפואי אזורי: "רמב"ם" מקו חדרה צפונה; "סורוקה" מקו אשקלון וכך גם דרומה; והמרכזים הארציים בחלקי המדינה האחרים. עוד נבחן המרחק בק"מ של חבר קופה לכל אחד מהמרכזים הארציים: "איכילוב", "בילינסון", "שיבא" ו"הדסה".

הקו המנחה חלוקה זו הוא, שבמקרים קלים יחסית חולה מופנה לבית-החולים הקרוב ביותר. במקרים מורכבים יותר – למרכזים הרפואיים באזורי הדרום והצפון בהתאמה; ובמקרים מיוחדים – למרכזים הארציים. הנתונים המוצגים כאן מתייחסים למרחקים למרכזים הארציים, המתואמים חיובית עם משתני המרחק האחרים (הרחבה אצל צ'רניחובסקי, 2011).

תרשים 24 מציג את המרחק הממוצע של כל מחוז ממרכז רפואי ארצי. גם כאן ניתן לראות, כי מחוזות הפריפריה הם הרחוקים ביותר ממרכז רפואי ארצי. הצפון (132.9 ק"מ), הדרום (92.2 ק"מ) וגם מחוז חיפה (100.6 ק"מ), מחוז פריפריאלי למחצה, צריכים לנסוע את המרחק הרב ביותר למרכז ארצי. זאת, לעומת מחוז תל-אביב, למשל (29.7 ק"מ), אשר תושביו נהנים מהמרחק הקטן ביותר למרכז אשפוז כללי ארצי.

תרשים 24

מרחק ממוצע בק"מ ממרכז רפואי ארצי*, 2008

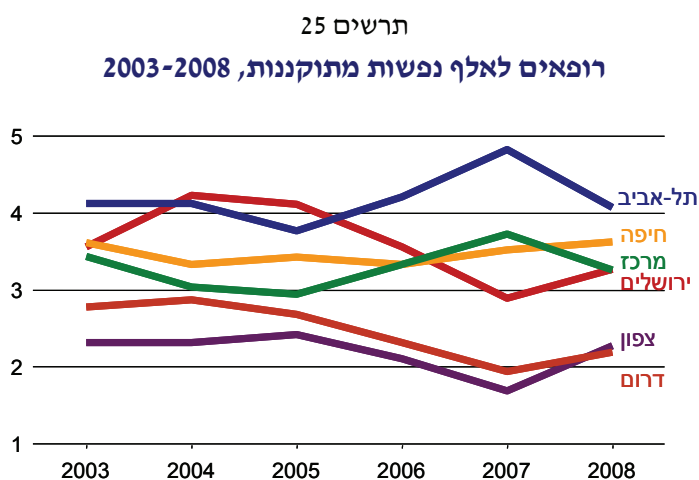


* בישראל כמה מרכזים רפואיים ארציים: איכילוב, בילינסון, שיבא והדסה.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: צ'רניחובסקי ואנגלצ'ין-ניסן, 2008.

1.4. העצמה של התרחבות הפערים

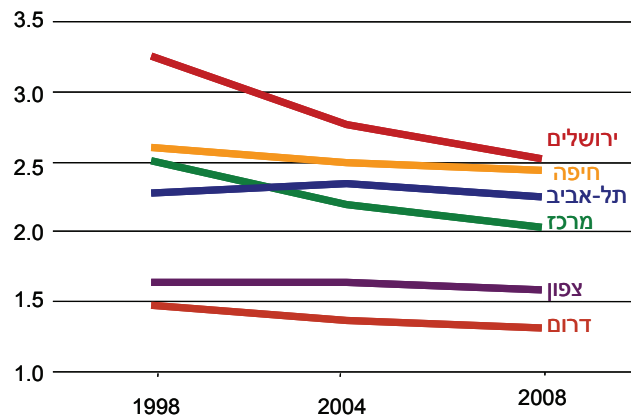
מצבה היחסי של הפריפריה בצפון ובדרום מחמיר. נתוני כוח אדם (תרשים 25) ונתוני המיטות הכלליות ביחס לאוכלוסייה (תרשים 26) מצביעים על מגמות של התרחבות פערים. בהקשר של כוח אדם, חשוב לציין כי נתוני כוח אדם מבוססים על מקום המגורים. כלומר, הסבירות גבוהה יותר שרופאים המתגוררים בדרום נוסעים לעבוד במרכז מאשר ההיפך ובנושא זה של כוח האדם, המקצועי במיוחד, התמונה כפי הנראה עגומה מזו המוצגת בתרשימים 9 ו-10 בסעיף הקודם. הנתונים המוצגים במסמך זה משקפים רק חלק מהחמרה כללית, הקשורה להיבטים שונים של הספקת שירותים (משרד הבריאות, 2010).



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: משרד הבריאות.

תרשים 26

מיטות כלליות לאלף נפשות מתוקננות, 1998-2008



מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: משרד הבריאות.

4.4. שיפור ההקצאה האזורית

לצורך בחינת המשמעות של הקצאה של משאבי הבריאות למחוזות, נבדקו חלופות בהנחות שונות בדבר "הגדרת" ירושלים כפריפריה, כאשר הצפון והדרום מוכרים בכל החלופות כאזורי פריפריה. הנתונים מפורטים בלוח 1, בו ההנחה היא, כי מחוז ירושלים מוגדר כפריפריה ברמה של 50 אחוז, נוכח זמינות גבוהה לשירות רפואי, מצד אחד, ומצבו החברתי-כלכלי, לרבות קיומה של פריפריה חברתית נמוכה יחסית, מצד שני. בהתאם לכך, אנו מאמצים את חלופת ה"הקצאה", לפיה ירושלים 50 אחוז פריפריה.

לוח 1. התפלגות נפשות רגילות ונפשות מתוקננות
לפי גיל, מגדר ופריפריה (צפון דרום וירושלים* באופן חלקי)
(אחוזים)

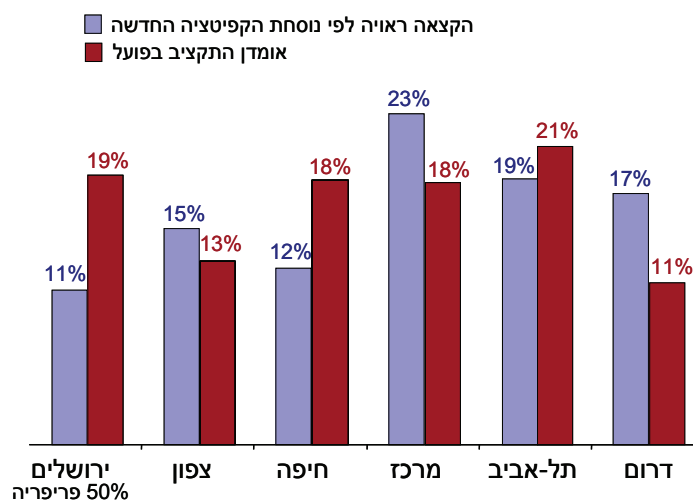
מחוז	נפשות רגילות	נפשות משוקללות
ירושלים	10.5	10.8
צפון	15.1	15.1
חיפה	12.3	12.3
מרכז	23.1	23.0
תל-אביב	18.5	18.5
יהודה ושומרון	2.8	2.8
דרום	17.5	17.5
ישראל	100.0	100.0

* ירושלים הוערכה כ- 50% פריפריה, למרות שאינה כלולה במדדי הפריפריה לפי הנוסחה החדשה, וזאת בשל המצב החברתי-הכלכלי הנמוך של תושביה.

ההערכה של ההקצאה בפועל למחוזותיה השונים של המדינה מבוססת על חישוב גס אך בסיסי, לפי ההקצאות בפועל של כוח אדם (תרשים 20) ושל המיטות הכלליות (תרשים 22) לאזורים השונים. החישוב מבוסס על המציאות לפיה עלויות כוח האדם הן כ-70 אחוז מסך עלויות הייצור של טיפול רפואי בעוד ש-30 אחוז הנתרים הן עלויות ההון. יחסים אלה יושמו על שיעורי ההקצאה בפועל של כוח אדם ומיטות המייצגים עלויות. ראוי לציין, שמדובר באומדן חסר לפריפריה, שאינו מתקן עבור "איכות" כוח אדם ומיטות, במונחי מומחים וציוד מתוחכם שהם נמוכים יחסית באזור הדרום והצפון, כפי שמוצג להלן.

בתרשים 27 מוצגת התפלגות ההקצאה בפועל לעומת ההקצאה הראויה לפי נוסחת ההקצאה החדשה (כאשר מחוז ירושלים מוגדר 50 אחוז פריפריה) במונחי ההקצאה לקופות של 2010 בסך של כ-30 מיליארד ש"ח. התרשים מציג את הפערים בין המחוזות השונים, לפי ההתפלגות של ההקצאה בפועל לעומת ההקצאה הראויה, כנובע מלוח 2.

תרשים 27
אומדן חלק התקציב בפועל וחלק התקציב הראוי להקצאה
 על פי הנוסחה החדשה*



* עקב אי-הכללת יהודה ושומרון ועיגול המספרים, המספרים אינם מסתכמים ל-100.

מקור: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

בלוח 2 ניתן לראות, כי אזורי הצפון, המרכז והדרום ראויים לתוספת משאבים על חשבון מחוזות תל-אביב וירושלים. אזור הדרום ראוי לתוספת הקצאה שנתית (לפי ההקצאות ב-2009-2010) בסדר גודל של כ-1.95 מיליארד שקל לעומת תוספת של כ-0.8 מיליארד למחוז הצפון וכ-1.6 מיליארד למרכז.

למול נתונים אלה, נתוני המוסד לביטוח לאומי מצביעים על השינוי בהקצאה בין קופות-החולים עם יישום הנוסחה החדשה, כמפורט בלוח 3, המצביע על כך, ששינויי ההקצאה בין הקופות מזעריים למרות ייצוגן השונה בפריפריה, והפערים הקיימים בין מרכז לפריפריה.

לוח 2. תוספת תקציבית לפי הקצאה מחוזית
על פי נוסחה חדשה (סכום התוספת 30 מיליארדי ש"ח)

מחוז	תוספת תקציבית מיליוני שקלים סך-הכל 30 מיליארד ש"ח
ירושלים (50% פריפריה)	-2,208
צפון	797
חיפה	-1,680
מרכז	1,575
תל-אביב	-512
דרום	1,959
יהודה ושומרון	0
סך-הכל	0

לוח 3. התפלגות ההקצאה בין קופות-החולים
לפני ואחרי שינוי נוסחת הקפיטציה

קופת- החולים	הקצאה חדשה מ-1.1.2011	הקצאה ישנה מ-1.12.2010 עד 31.12.2010	תוספת בנקודות אחוז
סך-הכל	100.00	100.00	0.00
כללית	56.69	56.71	-0.018
לאומית	8.56	8.57	-0.014
מכבי	23.16	23.14	+0.022
מאוחדת	11.59	11.58	+0.010

מקור: בנדלק, 2010.

4.ח. סיכום

הפערים שהוצגו בסעיף זה בין המרכז לפריפריה ברמת הבריאות, בגורמי הסיכון ובמשאבים רפואיים, ובחינת ההשפעה של נוסחת הקפיטציה החדשה, מביאים למסקנות הבאות:

- דומה, שהבסיס לקביעת פיצוי של כ-6 אחוזים בממוצע לפריפריה הינו, על פניו, שרירותי.
- לנוכח הפערים בין המרכז לפריפריה בכל המדדים הרלוונטיים, ספק אם הפיצוי – גם אם יגיע לפריפריה – יהיה אפקטיבי.
- בחירת מדד המרכזיות כמדד הפריפריאליות בהקשר של מערכת שירותי הרפואה לוקה בחסר. המדד החברתי-כלכלי או מדד משולב, הכולל גם מרחק מאשפוז, טובים יותר בהיבטים מושגיים וענייניים.
- אין מנגנון המבטיח כי המשאבים שהוקצו לפריפריה אכן יגיעו אליה. בעניין זה לא חל שינוי – הפריפריה לא קבלה את ההקצאה שהיה עליה לקבל לפני השינוי בנוסחת הקפיטציה אך גם השינוי בנוסחה איננו מספק את המענה הנדרש.
- נתוני המוסד לביטוח לאומי בדבר השינויים המזעריים בהקצאה החדשה לקופות ביחס לעבר מצביעים על כך, שמה שהיה הוא קרוב לוודאי מה שהיה – לקופות יש תמריץ מועט מאד, אם בכלל, לשנות ההקצאה שלהן לפריפריה.

בהעדר הקצאה על בסיס גיאוגרפי, אין מנגנון שימנע את המשך המשיכה של המשאבים הכספיים ל"מרכז", בעיקר במערכת כמו הישראלית, המתקצבת ציבורית אך רופאה וצידה חשופים לביקושים במימון פרטי. זו מערכת המזינה את עצמה. תקציבים זורמים למקומות שהרופאים והציוד נמצאים בהם ואלה, מצידם, נשאבים באמצעות ביקושים במימון פרטי – לאזורי "המרכז", שם ההכנסות הגבוהות מזינות ביקושים אלו, וחוזר חלילה, וזאת על חשבון הפריפריה. היינו, במיוחד במציאות הישראלית של היום, עם לחצי ביקוש להספקת שירותים פרטית באמצעות הביטוחים מרצון, אשר יש להם גמישות הכנסה גבוהה, אין מנוס מהקמת "חומה סינית" סביב להקצאה המיועדת לפריפריה (גם בן-אליא, 2006). זאת הסיבה לכך, שהוועדה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות הישראלית – "ועדת נתניהו" (מדינת ישראל, 1990) – אשר הניחה את היסודות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המליצה את ההמלצה הבאה: "...לפצל את ישראל למחוזות ולחלק את המשאבים לרשויות מחוזיות לפי אינדקס מחוזי. רק בשלב השני קופות-החולים, הפועלות כמרכזי עלות אזוריים, יקבלו מימון..." (מדינת ישראל, 1990).

מקורות

- בן-אליא, נחום (2006). *החוליה החסרה: שלטון אזורי בישראל*. מכון פלורסהיימר למחקרי מדיניות בע"מ. ירושלים.
- בנדלק, זיק (2010). *חברות בקופות-חולים 2009*. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.
- גרוס, רויטל, שולי ברמלי-גרינברג ורותי וייצברג (2009). *דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007 והשוואה לשנים קודמות*. ירושלים: מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, דמ-541-09.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2009). *אפיון רשויות מקומיות וסיווג לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה 2006*. פרסום מיוחד, מס' 1401. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- (2010א). *הרשויות המקומיות בישראל 2008*. פרסום מיוחד, מס' 1414. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- (2010ב). *שנתון סטטיסטי לישראל 2010*, מס' 61. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות (2006). *פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002*. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות.
- חורב, טוביה (2008). *צמצום אי-השוויון בבריאות: הניסיון הבינלאומי ויישומו לישראל*. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (אוקטובר).
- כנסת ישראל, ועדת העבודה והרווחה והבריאות (2010). *פרוטוקול מס' 342 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, יום רביעי, ה' בחשוון התשע"א (13 באוקטובר)*. ירושלים: כנסת ישראל.
- (2010). *הודעה לעיתונות: הוועדה החליטה: הקופות יתוקצבו אחרת*. כנסת ישראל 13/10/2010.
- מדינת ישראל (1990). *ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון ("ועדת נתניהו")*.
- משרד הבריאות (2008). *מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2007*. ירושלים: משרד הבריאות.

- (2010א). הודעה לעיתונות: שינוי נוסחת הקצאת מקורות המימון של קופות-החולים (קפיטציה). משרד הבריאות 13/10/2010. <http://www.health.gov.il/news/news.asp?Id=862>
- (2010ב). מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2008. ירושלים: משרד הבריאות.
- (2010ג). כוח-אדם במקצועות הבריאות 2009. ירושלים: משרד הבריאות.
- (2010ד). אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו. ירושלים: משרד הבריאות.
- נבון, גיא ודב צ'רניחובסקי (2011). השפעת ההוצאה הפרטית לבריאות על עוני בישראל. ירושלים: בנק ישראל ואוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- צ'רניחובסקי, דב (2011). שינוי בהקצאה לקופות-החולים לצמצום פערים בין מרכז ופריפריה – האמנם? מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית. סדרת ניירות מדיניות (טיוטה פורסמה במאי).
- (2010א). "מערכת הבריאות". בתוך דן, בן-דוד (עורך). דו"ח מצב המדינה, חברה כלכלה ומדיניות 2009. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (מרץ).
- (2010ב). "השינויים הראויים במנגנון הקצאת המקורות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי – מנגנון הקפיטציה". בתוך: בן-נן, גבי ורחלי מגנוי (עורכים). היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל, 57-75.
- (2005). השינויים הראויים במנגנון הקפיטציה. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- צ'רניחובסקי, דב ואסתי ניסן-אנגלצ'ין (2008). חסרונות מנגנון הקפיטציה הישראלי והשלכותיהם על חברי קופת-החולים "לאומית". נייר עמדה המוגש לוועדת שימוע בנושא קפיטציה. תל-אביב: עוז דב בע"מ.
- צ'רניחובסקי, דב, רוני גמזו וגיא נבון (2010). גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי רפואה ובמחיריהם. נייר מדיניות מס' 2010.12. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, סדרת ניירות מדיניות (יולי).
- רופאים לזכויות אדם (2010). אי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות בישראל. קובץ ניירות עמדה ומחקרים מאת רופאים לזכויות אדם. תל-אביב.
- Shmueli, Amir, Dov, Chernichovsky and Irit Zmora (2003). "Risk Adjustment and Risk Sharing: The Israeli Experience". *Health Policy*, 65(1), 37-48.