



■ נייר עמדה ■

נחוצה רפורמה שתגדיל את חלקו  
של המימון הציבורי ותפחית את  
הביקושים לטיפולים פרטיים  
במערכת הבריאות

דב צ'רניחובסקי

## מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

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 והצוותים הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים החברתיים-כלכליים המרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תכנית 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.

### חבר הנאמנים

**יושב ראש:** גרג רוסהנדלר

**סגן יושב ראש:** ג'פרי קולוין

הלן אבלס, אלן בטקין, פני בלומנשטיין, סטיוארט בראון, רלף יי גולדמן, אלן גיל, רון גרוסמן, ג'ון דויסון, אלן מ' הלר, קארן וולף-וכסלר, ג'וסי ז'ף, דב לאוטמן, סטיבן ליברמן, בני לנדא, אירוינג סמוקלר, ג'ונתן קולקר, שולה רקאנטי, הרווי שולווייס, מייקל שטיינהרדט

### מועצה בין-לאומית מיעצת

סטוארט אייזנשטט (ווינגטון), האן אנצינגר (אוניברסיטת אַרסמוס), הנרי ארון (ברוקינגס), מריו יי בלכר (ארגנטינה), גרי ס' בקר (אוניברסיטת שיקגו), אדם גמראן (אוניברסיטת ויסקונסין), פיטר הלר (אוניברסיטת ג'ונס הופקינס), אריק הניושק (אוניברסיטת סטנפורד), ג'יימס ג'י הקמן (אוניברסיטת שיקגו), ברטון א' וייסברוד (אוניברסיטת נורת'וסטרף), דניאל כהנמן (אוניברסיטת פרינסטון), רוברט לייטן (ברוקינגס), אהרון צ'חנובר (הטכניון), לורנס קליין (אוניברסיטת פנסילבניה), ג'נט רותנברג-פאק (אוניברסיטת פנסילבניה)

### סגל המרכז

**מנהל:** דן בן-דוד

**סגן מנהל וראש תכנית מדיניות שוק העבודה:** איל קמחי

שגית אזרי-ויזל (חוקרת), חדוה אלמכיאס (עוזרת אדמיניסטרטיבית), קסנש אמבאו (אם בית), חיים בלייד (חוקר), גל בן דור (מנהלת שיווק ותקשורת), נחום בלס (חוקר בכיר), דוד בקר (מ"מ מנהלת שותפויות אסטרטגיות), לורה ברס (קשרי חוץ), ענבל גפני (עורכת פרסומים), ערן ישיב (ראש תכנית מדיניות הכלכלה), אהרן כהן (איש תחזוקה), אשר מאיר (עמית מחקר), דניאל פרמיסלר (חוקר), סוזאן פת-בנבנישתי (סמנכ"ל תפעול וכספים), דב צ'רניחובסקי (ראש תכנית מדיניות הבריאות), יוליה קוגן (חוקרת), איתן רגב (חוקר), מיכל רובין (מנהלת שותפויות אסטרטגיות), יוסי שביט (ראש תכנית מדיניות החינוך), חיה שטייר (ראש תכנית מדיניות הרווחה החברתית), קיריל שרברמן (חוקר)

**מנהלים לשעבר:** ישראל כ"ץ ז"ל, יעקב קופ

## **בפתח המהדורה העברית**

מאמר זה פורסם בחודש אפריל האחרון בכתב העת המדעי *Health Affairs*. המגזין רב היוקרה מתפרסם בארצות הברית ומיועד בעיקר לקובעי המדיניות. אף על פי שהמאמר דן במערכת הבריאות הישראלית, נושא שלכאורה אינו רלוונטי עבור מרבית קוראי כתב העת, עורכיו מצאו עניין מיוחד בניסיון הישראלי, שניתן להגדירו כשבירה חסרת תקדים של "כללי המשחק" במימון מערכות בריאות המעניקות ביטוח בריאות ממלכתי.

בשל חשיבותו לציבור הרחב ולקובעי המדיניות בישראל, אישרה מערכת העיתון למרכז טאוב – אשר המאמר מבוסס על עבודה שנכתבה במסגרתו – לפרסם ולהפיץ את תרגום המאמר לעברית, ועל כך נתונה לה תודתנו.

הרחבה בנושא מערכת הבריאות הציבורית ונתונים מעודכנים מאלה המופיעים במאמר יתפרסמו בפרק הבריאות בספר "דוח מצב המדינה 2013" של מרכז טאוב, העתיד לראות אור בקרוב.

# נחוצה רפורמה שתגדיל את חלקו של המימון הציבורי ותפחית את הביקושים לטיפולים פרטיים במערכת הבריאות: ניתוח ופרשנות

---

דב צ'רניחובסקי\*

## תקציר

לאורך שנים נחשבה מערכת הבריאות בישראל למערכת מתפקדת היטב, המספקת לכל תושבי המדינה שירותי בריאות כוללים באיכות גבוהה ובעלות נמוכה יחסית. עם זאת, חלו במערכת כמה שינויים: במקביל לעליית ביקושים לטיפול רפואי חלה ירידה בשיעור הרופאים באוכלוסייה, כמו גם ירידה בחלקם של שירותי הבריאות הממומנים מכספי הציבור. כל אלה שינו לרעה את פני מערכת הבריאות בישראל. ישראלים רבים רוכשים כיום ביטוח בריאות פרטי, משלמים מכיסם כהשלמה לביטוח הבריאות הממלכתי, ומוציאים את עצמם מוציאים סכומים הולכים וגדלים מכיסם אפילו כשהם זקוקים לשירותים שמכוסים בביטוח הציבורי. נוסף לכך, רופאים רבים המקבלים את שכרם מהקופה הציבורית עובדים גם במסגרות פרטיות כדי להשתכר יותר. מאמר זה ממליץ להגדיל את חלקו של המימון הציבורי של מערכת הבריאות, ובמקביל לאמץ רפורמות שמטרתן לטפל בביקוש הגובר לרפואה פרטית ובעיית הרופאים המקבלים את שכרם מהקופה הציבורית, אך גם עובדים במתקנים פרטיים אשר נחיצותם מוטלת בספק, או עובדים בתשלום תוך שימוש בתשתית ציבורית.

---

\* פרופ' דב צ'רניחובסקי, ראש תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, פרופסור במחלקה לניהול בריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

## מבוא

"להציל את מערכת הבריאות הציבורית" – קראו השלטים שהונפו בהפגנות במהלך השביתה שהובילה הסתדרות הרופאים החל מאפריל 2011. אף שהמחאה שהובילו מתמחים ורופאים צעירים נמשכה עד סופה של אותה שנה, השביתה הסתיימה רשמית כאשר הממשלה הגיעה להסכם עם הסתדרות הרופאים בחודש אוגוסט של אותה שנה.

בסופו של יום, ההסכם עסק בעיקר בדרישותיה של הסתדרות הרופאים לשכר גבוה יותר ולתנאי עבודה משופרים.<sup>1, 2</sup> אך גם אם הייתה בהסכם התייחסות לשכר הרופאים בפריפריה ולתשתיות, הוא לא עסק בשינויים מהותיים שמטרתם להציל את מערכת הבריאות הציבורית באמצעות טיפול בסיסי בבעיות הנובעות בעיקר מחלקה ההולך ופוחת של המדינה במימון המערכת, דווקא בעת של צמצום בהיצע כוח האדם הרפואי באוכלוסייה. מאז חוק ההסדרים של שנת 1988 מצטמצם בעקביות חלקה של הממשלה במימון שירותי הבריאות. במקביל חלה עלייה בהוצאות על בריאות באמצעות ביטוחים פרטיים והשתתפות עצמית של הציבור. בשנת 2009 עמד חלקה של הממשלה על 58.9 אחוז מתוך כלל ההוצאות על בריאות, בהשוואה ל-68.4 אחוז ב-1998.<sup>3</sup>

כל תושבי ישראל זכאים לסל שירותי בריאות על פי חוק. אולם עם הפחתת חלקו של המימון הציבורי, מי שיכול להרשות לעצמו שירותי בריאות פרטיים אכן נוטה להשתמש בהם, במקום לפנות לשירותי הבריאות הציבוריים. התוצאה היא גידול באי השוויון בנגישות לשירותי בריאות ובחוסר יעילותם של שירותי הרפואה בכלל. לכך נוספות בעיות אתיות הנוגעות להזנחת חובותיהם של הרופאים בשירות הבריאות הציבורי ולשימוש פרטי בתשתיות ציבוריות. במקום להנהיג רפורמות אשר יתמודדו עם הצמצום בהיצע רופאים בזמן גידול בביקושים, הממשלה החמירה את המצב על ידי מדיניות הביטוחים המשלימים, אשר חרפה את בעיית היצע השירות במימון ציבורי.

למרות ההחמרה במצב, בהיבט של נתוני היסוד מצבה היחסי של ישראל עדיין טוב. בישראל כ-3.5 רופאים לכל אלף איש, יחס הגבוה בכ-20 אחוז מהממוצע ב-22 מדינות ה-OECD שבהן ההכנסה לנפש היא הגבוהה ביותר והן מספקות כסוי רפואי ממלכתי (למעט ארצות הברית וישראל, להלן: OECD-22).<sup>3, 4</sup> נוסף לכך, האוכלוסייה בישראל צעירה ובריאה יחסית: עשרה אחוזים מהאוכלוסייה הם בני 65 ומעלה נכון לשנת 2009, בהשוואה לממוצע של 15 אחוז בארצות מפותחות אחרות.<sup>5</sup>

על רקע נתונים אלו, שימוש מושכל יותר מאשר כעת בכספים אשר עומדים לרשות המערכת יכול ליעיל את השימוש בכוח האדם הרפואי ובתשתיות קיימות, בכך שיגביר את הביקוש ואת ההיצע לשירותי בריאות ציבוריים, ובמקביל יפחית את הביקוש וההיצע לשירותי בריאות פרטיים. אופן פעולתה הנוכחית של המערכת תורם לחוסר יעילות ולכך שהנגישות לשירותים רפואיים פוחתת. מטרתו של מסמך זה היא לבחון את השינויים במערכת הבריאות מבחינת תמהיל השירותים הציבוריים והפרטיים, ולבדוק את השלכותיהם של שינויים אלו על ביצועי המערכת בהשוואה למערכות הבריאות במדינות מפותחות אחרות המעניקות ביטוח בריאות ממלכתי לכלל האוכלוסייה.<sup>6</sup> המסמך מציג את מערכת הבריאות בישראל, בוחן את מדיניות שירותי הבריאות שלה מנקודת מבט של התפתחויות ארוכות טווח, ולאור התוצאות – מציע הצעות לרפורמות.

## 1. מערכת הבריאות בישראל – סקירה

**זכאות:** ב-2011 שירתה מערכת הבריאות בישראל 7,836,600 תושבים.<sup>7</sup> תושבים אלו זכאים לשירותי רפואה לנשים הרות ולילדים, לשירותי מיילדות ולשירותים בתחום בריאות הנפש כבר מאז קום המדינה. נוסף לכך זכאים תושבי המדינה לשירותי סיעוד בקהילה ובמוסדות בסבסוד המדינה מאז אמצע שנות החמישים. בעקבות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי שנכנס לתוקף בינואר 1995 זכו תושבי ישראל להטבות נוספות בתחומי רפואה מונעת וטיפוליים למחלות אקוטיות וכרוניות בקהילה ובבתי החולים (להלן: שירותים כלליים). התוצאה הייתה ייסוד זכאות אוניברסלית לשירותי רפואה מקיפים בישראל.<sup>6, 8-10</sup>

**מימון:** הביטוח הממלכתי בישראל ממומן באמצעות מסים, לרבות מס בריאות אשר מבוסס על הכנסה. עם זאת, מס זה מממן את שירותי הזכאות שהוענקה ב-1995 באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ואינו מממן באופן ישיר זכאויות לשירותי היריון, רפואת ילדים, מיילדות, בריאות הנפש ושירותי סיעוד וטיפול ממושך.

חלקו של המימון הציבורי (58.9 אחוז מסך כל ההוצאה) מגיע ממס הבריאות.<sup>3</sup> המסים למיניהם הם מקור המימון הבלעדי כמעט לשכר ולהטבות אחרות אשר ניתנות לכל כוח העבודה הרפואי המעניק טיפולים בזכאות ציבורית, בין שהתשלום מוענק ישירות על ידי המדינה ובין שהוא ניתן בעקיפין על ידי קופות החולים

וגורמים אחרים. על כן, למדינה יש עניין ברור לרסן את העלויות ההולכות וגדלות של שכר כוח העבודה הרפואי. בשל כך המדינה מנהלת מעת לעת משא ומתן מיוחד עם האיגוד המקצועי הרלוונטי על שכרם של חבריו. כשהיא מנהלת משא ומתן על שכרם של הרופאים עם הסתדרות הרופאים, החוזים שנחתמים בעקבותיו הם חוזים קיבוציים אחידים. הבדלי השכר בין רופאים נקבעים במידה רבה לאור תפקידו של הרופא – למשל רופא מול מנהל – ועל ידי ותק. יש מעט חוזים אישיים, והם היוצאים מהכלל.<sup>11</sup> בהיבט של הסכמי השכר נקודת המבט של המדינה צרה ובעייתית, באשר היא מנסה למנוע עליית מחירים במערכת במימון ציבורי במקום לעסוק במניעת עליית מחירים במערכת הלאומית בכללה.

**ארגון המערכת וניהולה:** שירותי רפואת היריון מונעת, רפואת ילדים ובריאות הנפש ניתנים ברובם במתקנים בבעלות המדינה, מידי עובדי מדינה. המדינה היא גם מחזיקת התקציב של שירותים אלו, היינו, היא אחראית ומפקחת על ביצוע התקציב הציבורי באמצעות מוסדותיה שלה. בנושא של שירותי לידה, המוסד לביטוח לאומי הוא למעשה מחזיק התקציב: הוא מבצע את התקציב לשירותים אלו באמצעות ספקים שהוא רוכש מהם את השירות. המדינה – גם באמצעות המוסד לביטוח לאומי – היא גם מחזיקת התקציב של שירותי הבריאות המסובסדים לטיפול סיעודי, הנקנים בעיקר מגופים בבעלות פרטית.

בניגוד לשירותים אלו, הזכאות לשירותים רפואה כלליים שהוענקה ב-1995 מיושמת באמצעות מודל של תחרות מנוהלת (Managed competition) בין ארבע קופות חולים מתחרות. הקופות מקבלות את התקציב מהמדינה, באמצעות המוסד לביטוח לאומי, והן משתמשות בו בדרכים שונות לצורך הספקת אותו סל ציבורי. הקופות מתחרות על מבוטחים אשר עבורם הן מארגנות ורוכשות שירותי בריאות. כל קופת חולים רשאית להחליט האם לספק את השירותים במתקנים משלה או לרכוש שירותים מספקים עצמאיים.

חשוב להדגיש כי המדינה היא גם ספק שירותי בריאות כלליים אשר ניתנים במסגרת קופות החולים; היא מוכרת לקופות שירותי אשפוז כלליים ב-40 אחוז ממיטות בתי החולים המצויות בבעלות המדינה ובהפעלתה.

פירוש הדבר הוא כי למדינה יש תפקידים סותרים במערכת הבריאות. מצד אחד, היא "מעסיקה" את שירותי קופות החולים כקבלניות כדי לספק שירותי בריאות ציבוריים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחקיקה אחרת. מצד שני, קופות החולים "מעסיקות" את המדינה לצורך שירותי אשפוז בבתי החולים שבבעלותה. כך נוצר מצב שהמדינה, כספקית שירות, עלולה לנצל את כוחה

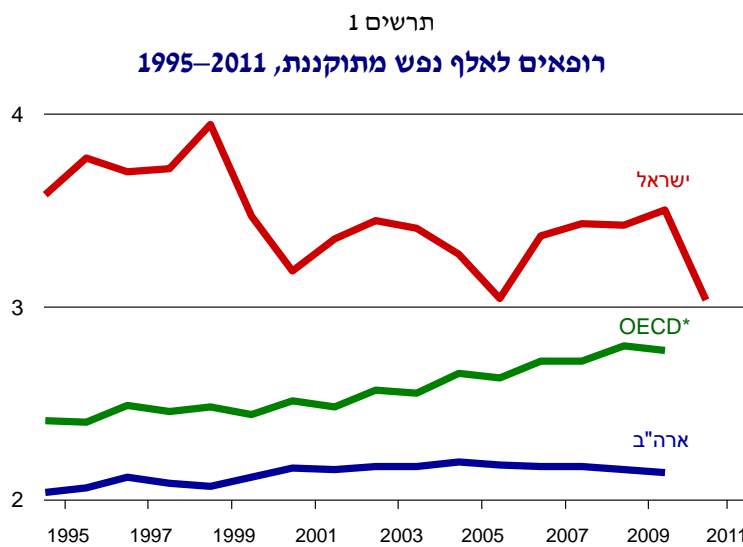
התקציבי, כמו גם את כוחה בחקיקה ובהסדרה, כדי להתחרות בצורה בלתי הוגנת בספקים אחרים כמו גם להפעיל לחצים לא ענייניים על קופות החולים. יתרה מכך: במצב עניינים זה המדינה אינה יכולה להיות גורם מפקח בלתי תלוי וחסר פניות, כפי שהיא אמורה להיות, לגבי כלל המוסדות במערכת. מזה זמן רב מוצעות רפורמות בנושא זה.<sup>11,12</sup>

בנקודה זו של הדיון חשוב להבהיר את משמעות המושגים "ספק ציבורי" ו"חוזה ציבורי". ספק ציבורי הוא מי שמעניק שירותי רפואה בזכאות בתוקף חוזה ציבורי. משמעות החוזה היא שמקור התשלומים הוא ציבורי – מסים ותשלומי חובה אחרים – ושעל הספק מגבלות שונות שהציבור, באמצעות המדינה, מטיל על הספק למען העניין הציבורי. מתקני הספק הציבורי יכולים להיות בבעלות ציבורית (כלומר בבעלות המדינה) או פרטית, בין אם למטרות רווח או לא. הגדרת אופי הספק, ציבורי או פרטי, אינה נובעת אפוא מאופי או סוג הבעלות על המתקנים ומצורת העסקת העובדים, אלא ממקור המימון עבור השירותים שהספק מציע. מרבית רופאי "שירותי בריאות מכבי" למשל נחשבים בהקשר זה לספקים ציבוריים, אף שהם נותנים שירות במתקניהם הפרטיים ואינם שכירי הקופה. חוזה ציבורי עשוי לאסור על הספק הציבורי לספק טיפולים במימון פרטי, אף שהספק עשוי להיות גוף בבעלות פרטית.<sup>13,14</sup> לפיכך, ברובם המוחלט של המקרים בעולם הספק הציבורי אינו רשאי למכור שירותי בריאות תמורת מימון פרטי (שר"פ) אלא בהסדרים מיוחדים. יש כמה סיבות לאיסור זה, והחשובה בהן היא שייתכן מצב שכספי משלם המסים (ביטוח בריאות ממלכתי) ותשתיות ציבוריות (שמימנו מסים אלו) ישמשו לעידוד ולסבסוד שירותים במימון פרטי. ואכן, פסיקה של בית המשפט העליון אסרה על בתי חולים בבעלות המדינה – כספק ציבורי – למכור שירותים במימון פרטי.<sup>15</sup>

**העלייה בביקוש לשירותי רפואה וירידת ההיצע:** בין 1995 ל-2010 גדלה ההכנסה לנפש בישראל בקצב שנתי של 1.8 אחוזים. במקביל הזדקנה האוכלוסייה בארץ: מספר גילאי 75 ומעלה עלה בקצב שנתי של 4.6 אחוזים באותן שנים – פי שניים בערך בהשוואה לצמיחת האוכלוסייה הכללית.<sup>7</sup> היינו, אף שהאוכלוסייה בישראל עדיין צעירה יחסית, היא מזדקנת במהירות. שינויים אלו בהכנסה ובדמוגרפיה הגבירו את הביקושים לשירותי בריאות, לטכנולוגיות רפואיות מתקדמות ולאפשרויות בחירה מגוונות יותר בין רופאים וסוגי טיפול.<sup>7</sup> כל אלה מבטאים גם את התחכום ההולך וגובר של האוכלוסייה ואת שיפור הגישה לידע רפואי.



במקביל לגידול בביקושים, מספר הרופאים העוסקים במקצוע פחת מ-3.85 לכל אלף בני אדם בישראל ב-1999 ל-3.03 ב-2006, ולאחר מכן עלה ל-3.50 ב-2010 (תרשים 1). מגמת היצע הרופאים בישראל עומדת בניגוד חד לעלייה הקבועה בהיצע הרופאים בארצות הברית ובמדינות ה-OECD-22.<sup>3</sup> הירידה במספר הרופאים ואנשי הסגל הרפואי האחרים בישראל משקפת את תום העלייה מברית המועצות לשעבר, שסייעה בהגדלת היצע הסגל הרפואי בישראל בשנות התשעים. אף ששיעור הרופאים עדיין גבוה יחסית, הירידה משפיעה לרעה על נגישות שירותי הבריאות לאוכלוסייה.



\* ממוצע 22 מדינות OECD, לא כולל ישראל וארה"ב

**מקור:** מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

## 2. מדיניות המערכת

**כוח אדם.** כדי להתמודד עם הירידה בשיעור הרופאים באוכלוסייה, עומדות בפני המדינה שתי אפשרויות בסיסיות: לצמצם ישירות את הירידה או לשנות את אופן מתן שירותי הבריאות כדי להפחית את הביקוש היחסי לשירותיהם של רופאים. בדרך כלל מדינה מתוקנת נוקטת בשניים יחדיו.

דרכים אפשריות לריסון הירידה בשיעור הרופאים למשל כוללות תמיכה בהתרחבות בתי הספר לרפואה וסיוע בצמצום הגירת הרופאים לחו"ל, תוך עידוד חזרתם של אלה שכבר היגרו. דרך אפשרית לשינוי אופן מתן שירותי הבריאות היא להכניס לפעולה עוזרי רופאים, תפקיד הקיים בארצות הברית.

מדינת ישראל בחרה בעיקר באפשרות הראשונה, והחליטה להרחיב את ההכשרה הרפואית. המדינה מסייעת במימון הרחבתם של ארבעת בתי הספר לרפואה הוותיקים בישראל ובהרחבת בית ספר נוסף בגליל.<sup>16-19</sup> כמו כן, היא רק זה עתה החליטה על שילוב עוזרי רופאים ברפואה בישראל. אך מאמצים אלו החלו מאוחר מדי, וכיום הם אינם מספיקים כדי להפסיק את הירידה בנגישות לשירותי הבריאות ובאספקתם. ב-2010 היו בישראל 4.1 בוגרי בית ספר לרפואה לכל מאה אלף בני אדם, בהשוואה ל-6.6 בוגרים בארצות הברית ול-10.6 במדינות ה-OECD.<sup>22</sup>

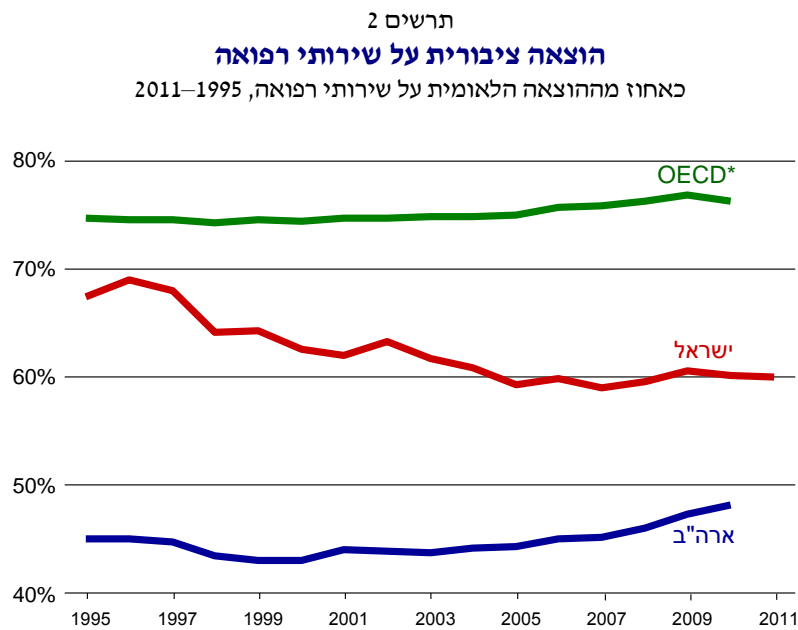
נוסף לכך, ישראל אינה עושה שימוש באפשרויות האחרות לשיפור המצב. העובדה שהמדינה יכולה וצריכה להתאים את עצמה לשיעור נמוך יותר של רופאים באוכלוסייה כבר הועלתה ב-1990 בוועדת נתניהו – ועדה שהניחה את היסודות לחוק ביטוח הבריאות הממלכתי (1995), שכאמור הקנה את הזכאות לשירותי רפואה כלליים.<sup>12</sup>

**מימון.** מאז 1998 התנגדה המדינה בעקביות להגדיל משמעותית את המימון לנפש של שירותי הבריאות באמצעות מסים. בדולרים קבועים של 2005, עלתה תרומתה של המדינה למימון שירותי הבריאות לנפש ב-11.7 אחוז מ-1995 עד 2010: מ-1,091 דולרים ל-1,219 דולרים. באותו פרק זמן עלתה ההוצאה הפרטית לנפש ב-51.6 אחוז, מ-498 דולרים ל-775 דולרים.<sup>7</sup>

מ-1995 עד 2010 גדלה האוכלוסייה בישראל ב-37.5 אחוז. אך אם משתמשים במנגנון התקצוב על בסיס גיל (ומיין) המשמש להקצאה לקופות החולים כדי לקחת בחשבון את השינויים בהתפלגות הגילים, הגידול באוכלוסייה עומד על 44.9 אחוז (במונחי נפשות מתוקנות). לכן, כאשר מביאים בחשבון את הזדקנות האוכלוסייה,

הרי שתרומת המדינה לנפש למימון שירותי הבריאות במהלך תקופה זו גדלה רק ב-4.3 אחוזים בלבד, בעוד התרומה הפרטית גדלה ב-43.7 אחוז. תרומת המדינה לגידול במימון שירותי הבריאות הייתה אפוא זניחה יחסית, בפרט אם מביאים בחשבון את הנתונים הדמוגרפיים.

אם כן, חלקה של הממשלה בסך ההוצאות על בריאות פחת מאז 1995 – ההפך הגמור ממה שקרה בארצות הברית ובמדינות ה-OECD-22 (תרשים 2). עוד ראוי לציין כי תמיכתה של מדינת ישראל במערכת הבריאות – יחסית לתוצר – היא כעת נמוכה יותר מבכל אחת מהמדינות האלה.<sup>3</sup>



\* ממוצע 22 מדינות OECD, לא כולל ישראל וארה"ב

**מקור:** מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

יתר על כן, מאז 1998 המימון הממשלתי בישראל מוחלף באופן כמעט מלא במימון פרטי בדמות השתתפות עצמית – ובמיוחד בדמות פרמיות על ביטוח

משלים, אשר הוסדר בחוק ההסדרים מ-1998. כ-75 אחוז מהישראלים משלמים כעת עבור ביטוח משלים, בהשוואה ל-20 אחוז לערך בסוף 1998.<sup>21</sup> אף שבמקור מטרתו של הביטוח הייתה כיסוי לשירותי בריאות שאינם כלולים בזכאות הציבורית הכוללת, כיום מממן הביטוח המשלים גם שירותים הכלולים בזכאות. עם זאת, אין הוא יכול לממן השתתפות עצמית הנדרשת הן בשירותי הזכאות והן בשירותי הביטוח המשלים. הביטוח המשלים מוסדר במידה רבה כך שלמעשה אינו ביטוח: רק ארבע קופות החולים מורשות למכור אותו. עליהן למכור אותו לכל דורש, ולגבות סכום זהה מכל אדם על פי קבוצת הגיל שהוא המשתתף אליה בפרמיה קבוצתית, כלומר קופות החולים אינן יכולות להפלות על בסיס מצב בריאותי, והן מחויבות לבטח את עלות הטיפול בבעיות בריאותיות קיימות. יתרה מכך, אף שאת הביטוח המשלים מוכרות קופות החולים, אשר אחראיות לפיקוח על הזכאות הציבורית, הוא מכסה רק טיפולים הניתנים במתקני הספק הפרטי שאינם ממומנים מכספי המסים. במילים אחרות: ספק ציבורי, כגון בית חולים ממשלתי, אינו יכול לקבל תשלומים מהביטוח המשלים, וגם לא בתי חולים או מרפאות בבעלותה של קופת חולים. החריגים היחידים הם המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה והמרכז הרפואי שערי צדק בירושלים – שניהם גופים עצמאיים הפועלים ללא מטרת רווח עוד מלפני קום המדינה – המספקים שירותי בריאות במימון פרטי (שר"פ), כמו גם שירותי בריאות במימון ציבורי הכלולים בזכאות.<sup>22</sup>

### 3. תוצאות המדיניות

מדיניות המימון הזכאות הציבורית והביטוח המשלים הגדילה את הביקושים לשירותיהם של ספקים פרטיים ולשירותים רפואיים בכלל. ראוי להזכיר כי הביקושים שגדלו עקב מדיניות הממשלה נוספים לגידול בביקושים הנובע משינויים ארוכי הטווח הנובעים מעליית ההכנסה ומהזדקנות האוכלוסייה בעת של צמצום מספר ברופאים לנפש.

ברוב המקרים, אם לא בכולם, הביקושים לשירותים פרטיים נענים בסופו של יום על ידי ספקים ציבוריים (כלומר ספקים בחוזה ציבורי הממומנים מכספי ציבור, כמוגדר לעיל), כולל רופאים שהם עובדי מדינה. על פי הסקר העדכני ביותר בנושא, שנערך בשנים 2001–2002, 98 אחוז מהמומחים בישראל עבדו כדי לספק שירותים

במסגרת הזכאות הציבורית. כבר אז 48 אחוז מתוכם דיווחו גם על היצע מסוים של שירותים במסגרת פרטית.<sup>23</sup> קרוב לוודאי שמאז הסקר, עקב צמיחתו של הביטוח המשלים בעידוד המדינה, גדל היקף תעסוקתם של ספקים ציבוריים ברפואה פרטית.

מומחים רפואיים המקבלים תשלום מהציבור עובדים גם במתקנים במימון פרטי, כמו המרכז הרפואי החדש אסותא בתל אביב. הם גם עובדים במרפאות פרטיות משגשגות, כמו גם ביחידות ארגוניות נפרדות בבתי חולים בבעלות המדינה – הבולטות מביניהן נמצאות במרכז הרפואי שיבא ובמרכז הרפואי על שם סוראסקי (איכילוב) באזור תל אביב.<sup>24</sup> יחידות אלו מוכרות שירותים במימון פרטי במתקנים בבעלות ציבורית. עקב היעדר אכיפה יעילה, נמצאו דרכים לעקוף את פסיקת בית המשפט העליון שאסרה פעילות מסוג זה.<sup>15</sup> לעתים עובדים המומחים במתקנים במימון פרטי בשעות שהם אמורים להיות בתפקידם הציבורי,<sup>22</sup> ויש הטוענים כי לעתים קרובות הם מפנים מטופלים שטיפלו בהם כספקי שירות ציבורי לטיפולם שלהם עצמם כספקים פרטיים.<sup>22</sup>

תוצאה נוספת של מימון הזכאות הציבורית היא עלייה בעומס העבודה של הסגל שנותר בבתי החולים הציבוריים, במיוחד של מתמחים ומומחים בתחומים שאינם משתלמים לספקים פרטיים. העומס המוטל על המתמחים כבד במיוחד. שלא כמו בארצות הברית לדוגמה, בישראל המתמחים מבצעים מטלות רבות של עוזרי רופאים ולעתים קרובות ממלאים את מקומם של מומחים בהיעדרם, במיוחד במשמרות לילה.<sup>25</sup>

נוסף לכך, פערי ההכנסה בין רופאים העובדים במסגרת פרטית וציבורית לאלה העובדים במתקנים ציבוריים בלבד הולכים ומתרחבים. רופאים צעירים יותר, שעליהם מוטל חלק גדול מהעומס של הרופאים הוותיקים – העוזבים לטובת עבודה במסגרות פרטיות – מפגרים מאחור בשכר, בעודם עובדים שעות ארוכות ומאומצות ומטפלים בחולים במימון ציבורי.<sup>24-26</sup>

אין בנמצא נתונים בנוגע להתפתחויות המתוארות בפסקה הקודמת. עם זאת, הראיות הנסיבתיות מוצקות. בעקבות ההסכם שנחתם בין הסתדרות הרופאים לממשלה באוגוסט 2011 יצאו המתמחים לרחובות ורבים מהם התפטרו – אף שהייתה זו התפטרות זמנית – בטענה כי מצבם החמור לא נפתר באמצעות ההסכם אשר הביא לסיום השביתה. עוד הם טענו כי אינם רואים עתיד במערכת שבה עליהם לעסוק בהפניית חולים לעצמם ובעבודות צדדיות על מנת להתפרנס בכבוד. מספר גדול של מומחים צעירים לא מרוצים בהסתדרות הרופאים הצטרפו

למתמחים, וטענו כי הסתדרות הרופאים בגדה במטרות סכסוך העבודה. עקב כך נאלצה המדינה לחתום בנובמבר 2011 על הסכם משני עם המתמחים, ששיפר את מצבם על ידי העלאת שכרם והפחתת שעות העבודה. אך שוב, כמו בהסכם של אוגוסט, הממשלה לא הבטיחה שינוי כלשהו במדיניות הבסיסית.<sup>25, 26</sup>

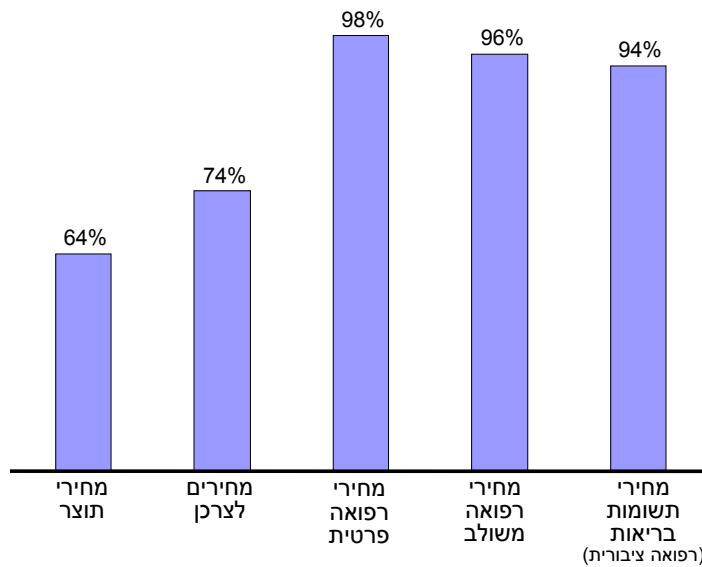
העלייה היחסית במחירי שירותי הבריאות בהשוואה למחירי התוצר הלאומי והצריכה (תרשים 3) משקפת ארבע תופעות עיקריות הקשורות להתפתחויות שתוארו לעיל). ראשית, מכיוון שהמומחים "רוקדים על שתי חתונות", ישראלים המשלמים באופן פרטי על שירותי בריאות – באמצעות ביטוח או מכיסם הפרטי – למעשה משלמים לעתים פעמיים על אותו טיפול: פעם אחת דרך שכרו של סגל רפואי נעדר ועלות תשתיות בלתי מנוצלות הממומנים מכספי המסים, שהיו צריכים לממן את הטיפול מלכתחילה, ופעם שנייה באופן פרטי, כאשר הם מקבלים את הטיפול בפועל באמצעות אותו כוח אדם ותשתיות מקבילות לאלה שאינן מנוצלות. כמו כן, ולא פחות חשוב מכך, נראה כי החולים משלמים יותר ויותר באופן פרטי על שירותי בריאות בעידוד ספקי שירות העוסקים בהפניית חולים לעצמם – מהפרקטיקה הציבורית לפרקטיקה הפרטית שלהם. על פי נתונים מ-2009, משק הבית הממוצע בישראל מוציא 5.1 אחוזים מהכנסתו הפנויה (לאחר מסים, שחלקם מוקדשים גם כן לרכישת זכאות לשירותי בריאות) על שירותים רפואיים פרטיים, בהשוואה ל-3.7 אחוזים בממוצע ב-1998. מתוך כלל ההוצאות על שירותי בריאות, הגידול הרב ביותר בין השנים 2003 ל-2009 (השנים שאפשר להשוות בין הנתונים עבורן) היה בהוצאות על ביטוח, וכן בהוצאה מהכיס למימון פרטי של שירותים הכלולים בזכאות הציבורית.<sup>21</sup> המציאות בולטת במיוחד באזורים שהספקת שירותי הבריאות בהם גבוהה – תל אביב והסביבה.

תופעה שנייה, הנגרמת בשל צמצום היצע הרופאים הממומן מכספי המסים, היא שימוש הולך ופוחת בתשתית הציבורית – לדוגמה, מעבדות ויחידות הדמיה או ניתוחים המושבתים בשעות אחר הצהריים והערב.<sup>20</sup> בה בעת, ההשקעות הפרטיות במתקנים דומים ומקבילים פורחת ומשגשגת.

תופעה שלישית, הכרוכה בקודמותיה, היא עידוד לאימוץ בלתי מרוסן של טכנולוגיות חדשות.

תופעה רביעית שכנראה משתקפת בעליית ההוצאה היא אי השוויון בהתפלגות שכר עובדי הרפואה. הפער ההולך וגדל בין מדד מחירי שירותי הבריאות הפרטיים למדד התשומות הרפואיות (תרשים 3) משקף את פער ההכנסות ההולך וגדל בין סגל העוסק בפרקטיקה פרטית וציבורית גם יחד ובין אלה המועסקים רק במגזר הציבורי, ששכרם מתבטא במדד התשומות הרפואיות. השינוי הגדול יותר באחוזים במדד התשומות הרפואיות בהשוואה לתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) עשוי להעיד על הלחץ שמפעיל השכר במגזר הפרטי על השכר במגזר הציבורי: הרופאים הנשארים במערכת הציבורית בלבד מתוסכלים ומפעילים לחץ להורדת שכרם, והמנהלים המעוניינים להשאיר אצלם את המומחים חייבים להציע להם תגמול הולך וגדל כדי להשתוות לשכר במגזר הפרטי.

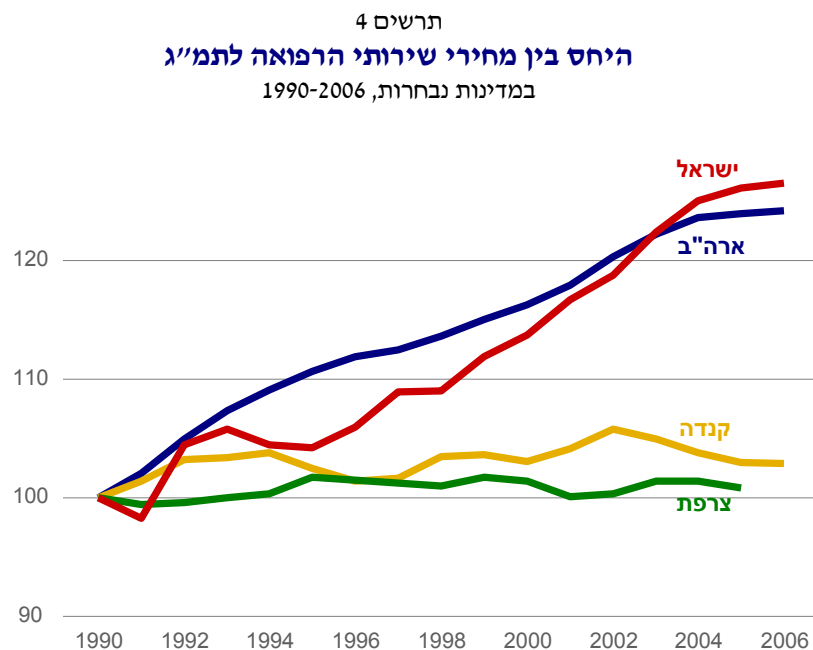
תרשים 3  
שינויים במדדי המחירים, 1995–2011



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

הישראלים משלמים אפוא יותר ויותר על שירותי בריאות בהשוואה להוצאות על מוצרים ושירותים אחרים. אין זה סביר להניח כי העלייה היחסית במחירי שירותי הרפואה משקפת יתרון טכנולוגי בהשוואה למוצרים ושירותים אחרים. המשמעות היא שהישראלים מקבלים תמורה נמוכה יותר עבור כסף שניתן היה להניח לאור העלייה בהוצאות. בערך נומינלי, סך ההוצאות על שירותי בריאות עלה ב-29.9 אחוזים בין השנים 1995 ל-2010. עלייה זו מקבילה לצמיחה בהכנסתם הממוצעת של הישראלים. אולם לאחר התאמה להזדקנות האוכלוסייה ולעלייה היחסית במחירי שירותי הבריאות, יורדת הצמיחה בפועל לשליש מהעלייה לכאורה, כלומר ל-10.6 אחוזים בלבד.<sup>7</sup>

העלויות במחירי שירותי הבריאות בישראל מתחילים להיראות כתואמות את המצב בארצות הברית – ומנוגדים למה שקורה בקנדה ובצרפת, למשל (תרשים 4).



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



הנתונים (אף שאינם מעודכנים לשנים האחרונות) מעידים שבמדינות אלו נוטים מחירי שירותי הבריאות להשתנות במקביל למחירים אחרים. לכן, תושבים במדינות הללו אינם ניצבים מול שירותי בריאות הולכים ומתייקרים ביחס לשאר המחירים, ועל כן אינם נאלצים לצמצם את השימוש בשירותי הבריאות, ואולי אף את רכישתם של מוצרים ושירותים אחרים, בגין מחירים יחסיים גואים של שירותי רפואה. ויתור מסוג זה נעשה נפוץ יותר ויותר בארצות הברית. ככל הנראה זה ויתור כזה מתחיל להיות נעשה נפוץ יותר בישראל (כפי שניכר ביתר עוז בנתונים מהשנים האחרונות, שאינן מובאות כאן).

העול שנגרם מעליות המחירים היחסיות בהוצאות הפרטיות של משקי הבית על שירותי בריאות מכביד יותר באופן יחסי על משקי בית שהכנסתם נמוכה. ישראלים בעלי הכנסה נמוכה מוותרים על צריכה בתחומים שאינם רפואיים, כמו גם על שירותי בריאות הכרחיים, לרבות רכישת תרופות מרשם.<sup>21</sup> הם גם ממתנינים שבועות כדי לקבל שירותי מומחים במימון ציבורי.<sup>27</sup> לכן, עקב ההסתמכות המוגברת על מימון פרטי במערכת הבריאות כתוצאה ממדיניות הממשלה, אי השוויון בין העשירים לעניים העמיק, הן בשימוש בשירותי בריאות והן בצורה רחבה יותר.<sup>27, 21</sup> אין בנמצא ראיות ישירות לירידה באיכות שירותי הבריאות הציבוריים בישראל. עם זאת, ניתן לשער כי זמני ההמתנה הארוכים יותר לשירות, לפחות במערכת הציבורית, לא תרמו לשיפור איכות הרפואה.

למצב זה יש גם השלכות חברתיות וגיאוגרפיות. אזורים המאופיינים בהכנסה נמוכה, כמו הנגב והגליל, סובלים יותר מכל מכיוון שהסגל הרפואי בכלל, והמומחים בפרט, מעדיפים לעבוד במקומות מתגמלים יותר במרכז הארץ, שם אפשרויות העיסוק ברפואה פרטית רחבות יותר. אזורים אלו סובלים מתת-שירות של אנשי סגל רפואי, במיוחד מומחים, ומצבה הבריאותי של האוכלוסייה גרוע יותר משל תושבי מרכז הארץ, במיוחד של תושבי תל אביב והסביבה.<sup>28</sup> שירותי הבריאות נעשים אפוא נגישים פחות וקבוצות בעלות הכנסה נמוכה, בעיקר בפריפריה, מסתמכות על מערכת ציבורית מתכווצת וחשות יותר ויותר כי הן מושלכות אל השוליים.<sup>28, 20</sup>

למצב זה יש גם השפעה אתית ומוסרית שלילית על החיים בישראל. לעתים קרובות אלה שאמורים לשמש כמודל לחיקוי לסטודנטים לרפואה, לסטאזירים ולמתמחים מתעלמים מאתיקת המקצוע, והמתח בקרב הסגל הרפואי גדול יותר. השקיפות והמחויבות למתן דין וחשבון נעלמות כשמדובר בשימוש בנכסי הציבור ובכסף, וההבדל בין הציבורי לפרטי מיטשטש.

#### 4. הצעות לרפורמה

כדי להתמודד עם הבעיות שפורטו לעיל, נחוצה רפורמה שתעסוק במבנה ומימון שירותי הרפואה, בשכר ובתנאי העבודה של הסגל הרפואי, בהיצע העובדים וביכולתה של המערכת הציבורית להגיב לשינויים בהיצע השירותים ובביקוש להם. ניתן לנקוט כמה צעדים כלהלן.

**הגדלת חלקו של המימון, בפרט הציבורי, לשירותי רפואה:** ראשית, על ישראל להגדיל את הנתח שהיא מוציאה על שירותי בריאות מ-8 אחוזים מתוך התוצר המקומי הגולמי ל-9 אחוזים, בפרט נוכח עליות המחירים היחסיים של שירותי רפואה.<sup>7</sup> גידול זה ניתן להשגה על ידי הגדלה הדרגתית של ההוצאה הלאומית הריאלית המוקדשת לבריאות ב-1.5 עד 2.0 אחוזים לשנה במשך שבע עד שמונה שנים.

שנית, בהקשר זה, על המדינה לחזור לממן את מערכת הבריאות מכספי מסים בשיעור שהיה נהוג בשנים 1997-1998: עליה להגדיל את חלקה מ-58.9 אחוז ממימון המערכת כיום ל-69.0 אחוז, כפי שהיה ב-1995. שיעור זה תואם את השיעור המקביל במדינות ה-OECD-22, המאופיינות בהכנסה גבוהה ובביטוח בריאות ממלכתי.

הצעד הראשון בכיוון זה קל יחסית, מפני שהוא כרוך רק בשינוי צורת הניצול של כספי הביטוחים המשלמים אשר כבר קיימים במערכת. ההצעה היא להפוך את כספי הביטוח המשלמים לתשלום חובה על משקי הבית, או טוב מכך, לחלק ממס הבריאות הפרוגרסיבי. הסדר זה ידרוש מהמדינה להוסיף למיליארד הדולרים הקיימים בביטוחים המשלמים כ-235 מיליון דולרים בשנה, עבור נתמכים שיהיו פטורים מתשלום ביטוח משלמים חובה. לעומתם יהיו תושבים בעלי אמצעים שאינם מבוטחים, בעיקר צעירים שיצטרפו למעגל הביטוח. על בסיס נתונים מ-2010, ההסדר המוצע יוסיף כ-1.5 אחוזים לתקציב הבריאות הלאומי, כ-0.1 אחוז לנתח ההוצאות על בריאות מתוך התמ"ג, ו-0.5 אחוז לחלקה של המדינה במימון מערכת הבריאות.

בניגוד לכספי המס האחרים, ביטוח החובה יממן חבילות שירות מוגדרות מראש לבחירת התושב, בדומה למצב הקיים בקופות החולים כיום בעניין הביטוחים המשלמים. אולם חבילות אלו יינתנו על ידי ספקים ציבוריים כמוגדר לעיל. השינוי יביא לשני הישגים מידיים. מימון המערכת יהפוך להיות שוויוני יותר, ויותר משאבים יופנו לספקים ציבוריים, לרבות בתי החולים שבבעלות המדינה.

משאבים אלו יבואו על חשבון ההסדרים הקיימים, שבהם הביטוח המשלים מממן הספקת שירות פרטי. השינוי חייב להתבצע אגב רפורמות נוספות במערכת.

**שכר ותנאי עבודה:** במסגרת רפורמה משלימה, רופאים שעובדים כעת גם במסגרת פרטית יהפכו לעובדים המחויבים לעבוד רק במערכת במימון ציבורי. בתמורה הם יקבלו תגמול נוסף מתוך כספי ההקצאה החדשים. תגמול זה יתבסס על חוזים אישיים, במקום על החוזים הקיבוציים האחידים שנחתמו אחרי המשא ומתן של הסתדרות הרופאים.

הסדר זה יקנה למנהלי בתי חולים גם את האוטונומיה ניהולית והמימון שהם זקוקים להם כדי לנהל את סגל הרופאים שלהם ביעילות רבה יותר מאשר היום. המנהלים יוכלו להציע חוזים ושכר בהתאם לביקוש לשירותיו של הרופא, להיצע כוח העבודה ולשינויים טכנולוגיים.

פעולות מסוימות בכיוון זה ננקטו לאחר ההסכם שהושג באוגוסט 2011.<sup>2</sup> לדוגמה, המדינה הגיעה להסכם עם הסתדרות הרופאים כי השכר אינו חייב מעתה להיות אחיד בכל חלקי הארץ. לרופאים באזורי פריפריה הובטח שכר גבוה יותר מרופאים במרכז הארץ, כדי להפוך את האזורים הללו לאטרקטיביים יותר. עם זאת, ניתן לעשות יותר בתחום זה: לבטל את אחידות השכר, ללא קשר למומחיות, לצורך וכן הלאה.

**חופש בחירת רופא (חב"ר) באשפוז.** חב"ר הוא נדבך נוסף ברפורמה המוצעת. כאשר מדובר בשירות הנכלל בזכאות הציבורית אך ניתן בקהילה, תושבי ישראל יכולים לבחור בכל רופא משפחה או רופא מומחה שיחפצו. אולם ברירה דומה אינה עומדת בפניהם בזמן אשפוז: בשירותי אשפוז במימון ציבורי בית החולים קובע מי יהיה הרופא המטפל. עקב כך, ישראלים המעוניינים לבחור את הרופא המטפל בבית החולים נאלצים לשלם עבור שירותים במתקן פרטי. ברוב המקרים הם מקבלים שם את טיפול מרופא שעוסק בכך כעבודה נוספת, כמתואר לעיל.

כדי לתקן את המצב, יש לדאוג להסדרים אשר יאפשרו לציבור לבחור רופא מטפל בבית החולים, שהוא ספק ציבורי, מבין המומחים שיהפכו כעת לרופאים העובדים רק במערכת הציבורית תמורת תשלום נוסף. במילים אחרות, הבחירה שקיימת כעת רק במימון פרטי תתאפשר גם במימון ציבורי, ותינתן על ידי מספקי שירות אשר עומדים בתנאי ספק ציבורי.

ניתן להגביר את האוטונומיה הניהולית והגמישות בבתי חולים במימון ציבורי, כמו גם את יעילות המערכת ושביעות הרצון ממנה, באמצעות רפורמות נוספות שהוצעו עוד ב-1990.<sup>11, 12</sup> על פי אלה, על המדינה לחדול מלהיות הן מחזיקת תקציב

והן ספקית שירות. החזקת התקציב יכולה לעבור לאחריות קופות החולים בתחומי רפואת הנפש (כפי שכבר נעשה בהדרגה), רפואת האם והילד ושירותי לידה. אשר לטיפול ממושך, גם בתחום זה ניתן לבחון חלופה של רשות ממלכתית מתאימה. בתחום הספקת שירות, המדינה תפסיק להיות ספק שירות המוכר שירותים לקופות חולים או לגופים אחרים אשר מחזיקים תקציב ציבורי. תפקיד הספק (לרבות סוגיית הנכסים ועובדי המדינה) יכול לעבור לתאגידים ולרשויות בעלות אופי ציבורי, בדומה לרשויות כגון הנמלים והדואר. הסדר שבו המדינה אינה גורם מפתח בבעלות על בתי חולים ובהפעלתם הוא ההסדר הנפוץ ברוב המדינות המפותחות. עיקרון בסיסי העומד מאחורי הצעה זו הוא שהמדינה תהפוך לגורם חסר פניות אשר כל משאביו מופנים לקביעת מדיניות, הסדרה, פיקוח ואכיפה.<sup>11,12</sup>

**היצע כוח העבודה:** תשלום נוסף לרופאים המחויבים לעבוד רק במערכת הציבורית במשרה מלאה, כפי שהוצע למעלה, יוכל להפחית את הירידה בהיצע הרופאים, לפחות במערכת הציבורית. השכר הגבוה יותר המוצע למומחים מבוקשים עשוי גם לצמצם את זליגת המוחות של הרופאים מישראל. שיעור ההגירה של רופאים הוא הגבוה ביותר בקרב אנשי מקצוע בישראל,<sup>29</sup> וישראלים רבים לומדים רפואה בחו"ל. שכר גבוה יותר ותנאי עבודה משופרים עשויים לעודד רבים יותר מתוכם לחזור לישראל.

נוסף לכך, כדאי לשקול מחדש כמה דרכים להרחיב את הכשרתם הרפואית של הישראלים. ראשית, יש לתת עדיפות לסטודנטים ישראלים בתהליך ההכשרה הרפואית. ישראל קולטת כמאה סטודנטים לרפואה בכל שנה, רובם מארצות הברית.<sup>30-32</sup> יש הטוענים כי סטודנטים אלו מסובסדים מכספי משלם המסים הישראלי ומונעים מסטודנטים ישראלים הזדמנויות להכשרה.

כמו כן, יש להעביר את האחריות להתמחות ולהסדרי ההסמכה המתלווים לה מהסתדרות הרופאים למדינה. להסתדרות הרופאים, כאיגוד מקצועי, יש אינטרס לשמור על היצע נמוך של ספקי שירותים רפואיים, כדי ששכרם יהיה גבוה. נוסף לכך יש לערוך הערכה מחודשת של הסדרים אלו, מכיוון שייתכן שחלק מדרישות ההתמחות אורכות זמן רב מדי או מיושנות.

**אכיפת החוק:** על פי ההסכם שהושג באוגוסט 2011 בין הסתדרות הרופאים למדינה, רופאים בבתי חולים יחתימו כרטיסי נוכחות כדי להבטיח למעסיק הציבורי שלהם שהם אכן מבליים את שעות העבודה במימון הציבור במתן שירותים בזכאות ציבורית. דרישה זו עשויה להפחית את התמריץ לעבוד במסגרת פרטית נוספת, במיוחד במהלך שעות העבודה שהציבור משלם עליהן, אך היא לא תבטל את

המנהג של רופאים המפנים לעצמם חולים מהרפואה הציבורית לרפואה הפרטית. על הרשויות להקצות משאבים ותשומת לב רבים יותר להסדרה ולאכיפת החוק בכלל, ובנושא זה בפרט.

## 5. סיכום

מערכת הבריאות בישראל הגיעה להישגים גבוהים. תוחלת החיים בלידה בארץ (79.8 שנים ב-2010) היא מהגבוהות בעולם.<sup>3</sup> שיא זה הושג תוך התמודדות עם אוכלוסיות פליטים ואוכלוסייה מקומית מאתגרות מבחינה רפואית. את התוצאות שהושגו עד כה בתחום הבריאות ניתן לייחס לשיעור גבוה יחסית באוכלוסייה של רופאים בעלי רמה גבוהה ביותר ומערכת שוויונית ויעילה.

כיום, מספר הרופאים – והסגל הרפואי בכלל – אשר יכולים להיענות לצרכיה הרפואיים ההולכים וגדלים של האוכלוסייה הולך ופוחת. עם זאת, ישראל עדיין נהנית משיעור גבוה של רופאים באוכלוסייה ומאוכלוסייה צעירה ביחס לכל מדינה מפותחת. הסיכונים האמיתיים שהמערכת עומדת מולם הם ככל הנראה הירידה שאין לה מקבילה בחלקו של המימון הציבורי להוצאות הבריאות וקידום הרפואה במימון פרטי, אשר חריפו את בעיות היסוד של השינויים בביקושים ובהיצע שירותי הרפואה.

מדינות מפותחות המעניקות לתושביהן ביטוח בריאות ממלכתי מוציאות על שירותי רפואה כ-11–9 אחוזים מהתמ"ג, וכ-70 עד 80 אחוז מכספים אלו מגיעים ממימון ציבורי. הדמיון בין הנתונים הללו במדינות הרלוונטיות מעיד שהתגבשה בעולם מעין מוסכמה בדבר מימון ביטוח בריאות ממלכתי המתחשב בצורכי הכלכלה והרפואה המודרניים. הניסיון הישראלי מלמד כי סטייה חדה יחסית מנתוני מימון אלו, בעיקר בתמהיל הציבורי-פרטי והסדרת השימוש בו, עלולה להביא לאי-שוויון עמוק, שיש לו השלכות חמורות על תפקוד המערכת ויעילותה. על כן יש לטפל במצב בישראל בכובד ראש.

מבחינה פיננסית, הרפורמות המוצעות כאן דרמטיות ומהפכניות פחות ממה שהן נראות. באופן עקרוני, על המערכת לחזור להסדרי המימון והרגולציה שהיו נהוגים לפני 1998, ובכך להידמות שוב למדינות אחרות המתאפיינות בהכנסה גבוהה ומעניקות לתושביהן זכאות כוללת לשירותי בריאות. יתרה מכך, הרפורמה הכספית עשויה לתמוך בשינויים מבניים שהחברה הישראלית מחכה להם כבר זמן רב,

היכולים – כמו במערכות אחרות של תחרות מנוהלת – לתמוך בגמישות ניהולית ובאפשרות בחירה רחבה יותר של הציבור מקרב ספקי השירות הציבוריים. על המדינה לקחת על עצמה מחדש את המנהיגות במימון השירותים הרפואיים בישראל, ובה בעת לוותר על תפקידה הנרחב יחסית שיש לה כיום כמחזיקת תקציב וכספקית של שירותי רפואה במימון ציבורי.

## מקורות

1. דן אבן, "שביתת הרופאים הסתיימה אחרי חמישה חודשים בחתימת הסכם פורץ דרך", **הארץ**, 25 באוגוסט 2011.
2. צירניחובסקי, דב ואיתן רגב (2012), "מערכת שירותי הרפואה", זרקור א': עמדת הר"י (זאב פלדמן), בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2011-2012**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
3. OECD StatExtracts, נדלה ב-25 בפברואר 2013. [stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
4. Nissanholtz, Rachel and Bruce Rosen (2011), "The medical workforce and government-sponsored medical education in Israel," Myers-JDC-Brookdale Institute, נדלה ב-25 בפברואר 2013. [jhf.org/Resources/PaperPdfs/137-11-Workforce-and-Medical Education-6-REP-ENG.PDF](http://jhf.org/Resources/PaperPdfs/137-11-Workforce-and-Medical-Education-6-REP-ENG.PDF)
5. Chernichovsky, Dov, Michal Koreh, Sharon Soffer, and Shirley Avrami (2010), "Long-term care in Israel: Challenges and reform options," *Health Policy*, 96, No. 3, pp. 217-225.
6. Chernichovsky, Dov (2009), "Not 'socialized medicine' – An Israeli view of health care reform," *New England Journal of Medicine*, 361, No. 21.
7. **הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2012.**
8. משרד החוץ, ביטוח בריאות ממלכתי
9. Chernichovsky, Dov and David Chinitz (1995), "The political economy of health system reform in Israel," *Health Economics*, 4, No. 2, pp. 127-141.
10. Rosen, Bruce and Hadar Samuel (2009), *Israel health system review*, World Health Organization
11. אמוראי, עדי, דב צירניחובסקי, אבי ישראלי, יוסי תמיר, ברכה רמות, יעקב דנון ועמי סגיס (1990), **דו"ח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה**, המדפיס הממשלתי.
12. נתניהו, שושנה, דב צירניחובסקי, מרדכי שני ושמואל פנחס (1990), **דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל**, המדפיס הממשלתי.

13. Chernichovsky, Dov, "Health system reforms in industrialized democracies: An emerging paradigm", *Milbank Quarterly*, 73, No. 3, pp. 339-372.
14. Chernichovsky, Dov (2002), "Pluralism, public choice and the state in the emerging paradigm in health systems," *Milbank Quarterly*, 80(1), pp. 5-39.
15. פסק דין בג"ץ מספר 4,425/02, 4,325/02, פרופ' גבי ברבש נגד מדינת ישראל, 17 במרס. 2009.
16. הוועדה לתכנון ולתקצוב במועצה להשכלה גבוהה (2002), דו"ח הוועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים.
17. הוועדה לתכנון ולתקצוב במועצה להשכלה גבוהה (2007), דו"ח ועדת לבחינת הצורך בהקמת בית ספר לרפואה נוסף בישראל.
18. משרד הבריאות (2007), דו"ח הוועדה לבחינת אומדן צורכי כוח האדם העתידיים במערכת הבריאות, דו"ח ביניים: רופאים ואחיות.
19. מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2010), היעדרם של כלים לתכנון כוח-האדם הרפואי בישראל.
20. צ'רניחובסקי, דב, גיא נבון ורוני גמזו (2010), "גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם", נייר מדיניות 2010.12, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
21. נבון, גיא ודב צ'רניחובסקי (2012), ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, התפלגות ההכנסות ועוני בישראל, בנק ישראל, סדרת מאמרים לדיון. 2012.13.
22. Steinberg, Jessica (2011), "After doctor's strike, Israelis take stock of health care system's woes," *JTA*, accessed February 25, 2013. [jta.org/2011/09/18/news-opinion/israel-middle-east/after-doctors-strike-israelis-take-stock-of-health-care-systems-woes](http://jta.org/2011/09/18/news-opinion/israel-middle-east/after-doctors-strike-israelis-take-stock-of-health-care-systems-woes)
23. ניראל, נורית, אריה שירום, שורוק איסמעיל, "מאפייני ההעסקה של רופאים יועצים ברפואה השניונית בישראל", הרפואה, 143, חוברת ז', נובמבר 2004, עמ' 482-488.
24. Siegel-Itzkovich, Judy, "Our doctors' recurring condition," *The Jerusalem Post*, April 17, 2011, accessed February 25, 2013. [jpost.com/Health/Article.aspx?id=216913](http://jpost.com/Health/Article.aspx?id=216913)



25. צירניחובסקי, דב, ואיתן רגב (2012), "מערכת שירותי הרפואה", זרקור ג': עמדת מרש"ם (יונה וייסבוד), בתוך דן בן-דוד (עורך), **זוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות**, 2011-2012, עמ' 456-457.
26. צירניחובסקי, דב, ואיתן רגב, "מערכת שירותי הרפואה", זרקור ב': עמדת ארב"ל (אמנון מוסק), בתוך דן בן-דוד (עורך), **זוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות**, 2011-2012, עמ' 454-455.
27. ברמלי-גרינברג, שולי, רויטל ברוס, יפעת יאיר ואייל עקיבא (2011), **זעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות**, נדלה ב-4 במרס 2013.  
[brookdale.jdc.org.il/?CategoryID=192&ArticleID=25](http://brookdale.jdc.org.il/?CategoryID=192&ArticleID=25)
28. צירניחובסקי, דב (2011), **שינויים בהקצאה במערכת הבריאות לקידום שוויון בין המרכז לפריפריה – האומנם?**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל
29. גולד, אריק ועומר מואב (2007), "בריחת המוחות מישראל", **הרבעון לכלכלה**, 53, מס' 1, עמ' 46-69.
30. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, בית הספר לרפואה בין-לאומית בשיתוף המרכז הרפואי אוניברסיטאי קולומביה, נדלה בתאריך 25 פברואר 2013.  
[in/bgu.ac.il/en/fohs/Msih/Pages/default.aspx](http://in/bgu.ac.il/en/fohs/Msih/Pages/default.aspx)
31. הטכניון, מכון טכנולוגי לישראל, Medical student's program, נדלה בתאריך 25 פברואר 2013.  
[/teams.technion.ac.il](http://teams.technion.ac.il)
32. אוניברסיטת תל אביב, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, נדלה ב-25 פברואר 2013.  
[medicine.tau.ac.il/english/index.php/ny/about](http://medicine.tau.ac.il/english/index.php/ny/about)