

מערכת הבראות: מבט-על

דב צ'רניחובסקי

פרק מתוך "דוח מצב המדינה 2019"

ירושלים, כסלו תש"ף, דצמבר 2019

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב נוסד ב־1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיחה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחול"ל. פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

מערכת הבריאות: מבט-על

דב צ'רניחובסקי

מבוא

בישראל, כמו במדינות מתוקנות אחרות, אתגרי מערכת הבריאות עומדים כיום על סדר היום הציבורי. קרוב לוודאי שגם מערכות הבחירות החוזרות תורמות לכך, אך אין ספק שגם סיבות מהותיות. הדעה הרווחת, לפחות בקרב ציבור המטופלים ובני משפחותיהם, היא שמערכת הבריאות בארץ כושלת – לכל הפחות כשהדברים אמורים בהתמודדותה עם מצבי חירום ולחץ אזרחיים וביכולתה לשמור על כבוד האדם בנקודות החיכוך הרגישות ביותר בינה ובין הציבור: חדרי המיון ומחלקות האשפוז הפנימיות.

יש חידוש מסוים באינטנסיביות של הדיון הציבורי במצבה של מערכת הבריאות, אבל בגורמים לו אין כל חדש. מערכת הבריאות הגיעה למצבה הנוכחי בעקבות תהליכים ארוכי טווח. על אלה כבר נכתב ודובר בעבר.¹ סקירה זו, המבוססת על שפע של נתונים שפרסמו לאחרונה משרד הבריאות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וה-OECD, מבקשת להאיר היבטים ותהליכים אשר קובעי מדיניות צריכים להיות ערים להם אם ברצונם לשמר את בריאותה הטובה (מאוד) יחסית של האוכלוסייה בישראל. הסקירה מונה אפוא את הנושאים שיש לייחד להם תשומת לב ולתת להם קדימות. בהתאם, היא עוסקת בהיבטים מרכזיים, אך שונים במידת מה מהמקובל, של בריאות האוכלוסייה; ברמת המימון הציבורי של מערכת הבריאות בישראל, שהיא נמוכה יחסית למדינות מפותחות אחרות, ומעמידה בסימן שאלה את קיימותה של המערכת אפילו בטווח הקצר; במחירי הרפואה בישראל, שמאמירים בגלל שינויים בהרכב המימון הפרטי וחשיפה גדלה לכשלי שוק; ובאתגרים המתמשכים של בריאות האוכלוסייה בפריפריה ושל הביטוח הסיעודי.

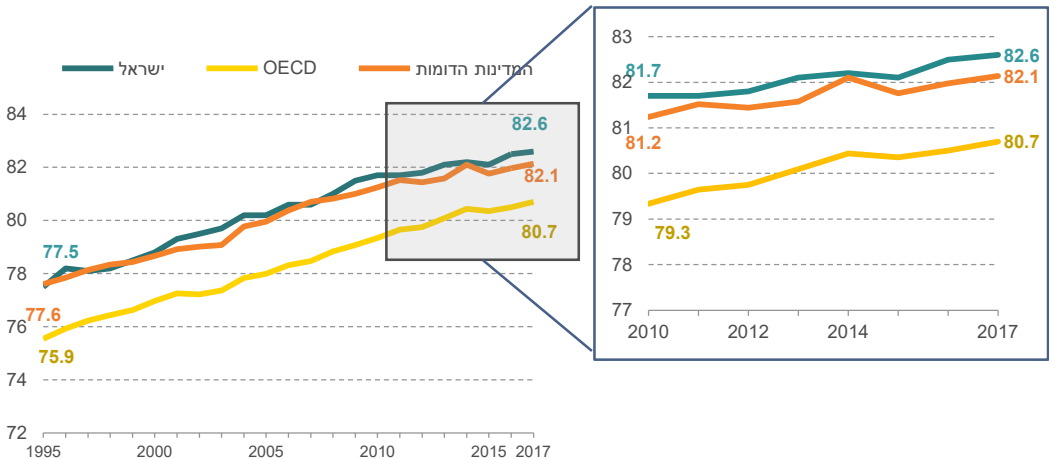
* פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר ראשי ויו"ר תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל ופרופסור אמריטוס במחלקה לכלכלת הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. תודה מיוחדת לחן שרונקי, קיריל מוסקלב, לורה שרייבר והדס חזן שסייעו בהכנת הפרק ובכתבתו.

1 ראו למשל את הדיון בהמשכו של דוח זה על מצבה של מערכת האשפוז הכללית, לרבות המצב בחדרי המיון ובמחלקות הפנימיות, שהוא ביטוי לאתגרים שהמערכת מתמודדת עימם.

בריאות האוכלוסייה: שינוי במדדים להערכה ובקדימויות

תוחלת החיים בישראל מוסיפה לעלות: בהמשך למגמת העלייה שניכרת לפחות מ-1995, בשנות העשור הנוכחי היא עלתה כמעט בשנה – מ-81.7 שנים ל-82.6 (תרשים 1) – ונשארה גבוהה מתוחלת החיים הממוצעת במדינות ה-OECD וגם מזו במדינות אירופה שבהן, כמו בישראל, שירותי הבריאות מסופקים באמצעות קופות חולים (בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ, להלן "המדינות הדומות"). ככלל, מגמת העלייה בתוחלת החיים בישראל דומה לעלייתה הממוצעת במדינות אלו ואינה שונה ממנה באופן מהותי.

תרשים 1. תוחלת החיים בעת הלידה



* המדינות הדומות: בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ.

מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

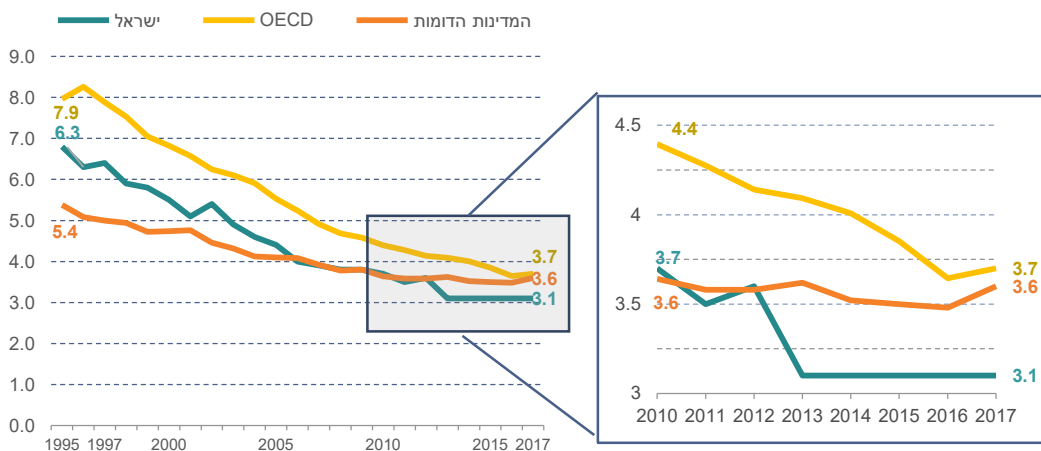
משרד הבריאות פרסם ביולי 2019 דוח מקיף על סיבות המוות המובילות בישראל מ-2000 עד 2016 (חקלאי, גולדברגר ואבורבה, 2019). מצבה הטוב יחסית של ישראל במונחי תוחלת חיים מבטא מצד אחד שיעור נמוך של תמותת תינוקות, אשר ירד בשנות העשור הנוכחי מ-3.6 ל-3.1 (תרשים 2), ומצד שני שיעורים נמוכים של תמותה מתוקנים לגיל לאלף נפש בגורמי המוות המרכזיים – שאתות² ממאירות ובייחוד מחלות לב (תרשים 3). בעיקר בתמותה משני

2 שְׁאָת – גידול שמקורו בריבוי חריג של תאים. בדרך כלל הכוונה לסרטן.

גורמים אלו, מצבה היחסי של ישראל טוב ממצבן של ארצות הברית ושל 15 מדינות האיחוד האירופי (EU).³

לעומת אלה בולט מצבה הנחות יחסית של ישראל בשיעורי תמותה הקשורים לסוכרת, אלח-דם⁴ ומחלות כליה. בדירוג הגורמים העיקריים לתמותה, בישראל הסיבות הראשונות בדירוג (סרטן ומחלות לב) זהות לאלה שבאירופה ובארצות הברית. התמותה ממחלות כלי הדם במוח בישראל מדורגת רביעית, כמו בארצות הברית, ולא רחוק מהדירוג במדינות האיחוד האירופי, שבהן מחלות כלי הדם הן גורם התמותה השלישי בדירוג. הסוכרת, לעומת זאת, מדורגת במקום השלישי של סיבות התמותה בישראל, בדומה למחלות כלי הדם במוח, ואילו בארצות הברית היא מדורגת במקום השמיני ובממוצע מדינות האיחוד האירופי – במקום התשיעי.

תרשים 2. מקרי מוות ל-1,000 לידות



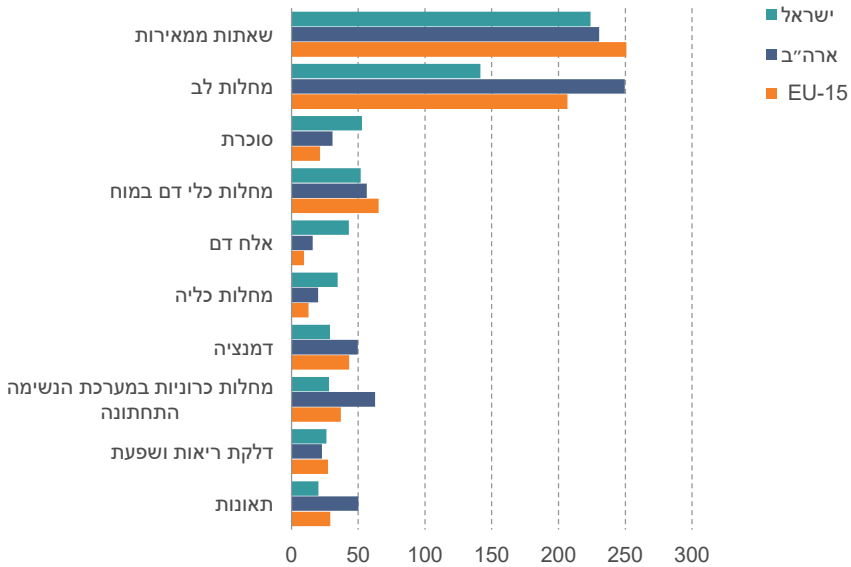
* המדינות הדומות: בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ.

מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>

3 ראוי לציין בהקשר זה שהנתונים מתוקננים לגיל ולפיכך מובא בחשבון גילה הצעיר יחסית של האוכלוסייה בישראל.

4 אֶלֶח דם (Sepsis) – זיהום חמור של מערכת הדם שעלול להידרדר במהירות למצב מסכן חיים ואפילו למוות.

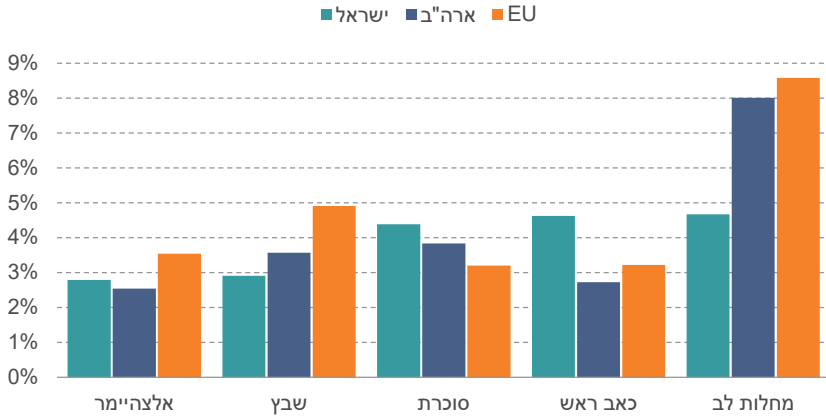
תרשים 3. סיבות מוות מובילות שיעורים ל-100,000 נפש, 2015



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: חקלאי ואחרים, 2019

המדדים המסורתיים לבחינת רמת הבריאות, אשר משויכת גם לאיכות הרפואה, מתבססים על שיעורי תמותה בקבוצות גיל ועל תוחלת החיים שמתבססת על שיעורים אלו. ואולם עצם ההישארות בחיים אינה מבטאת יכולת תפקוד ואיכות חיים, בפרט נוכח יכולתה של הרפואה המודרנית להאריך חיים. לפיכך פותחו מאז שנות התשעים של המאה שעברה מדדים המנסים לשקול שנת חיים לפי "איכותה". צ'רניחובסקי ובוורס (2014) הציגו לראשונה עבור ישראל מדד מקובל להערכת שנות חיים מתוקננות לאי תפקוד (Disability-Adjusted Life Years – DALYs). המדד מסכם את אובדן התפקוד עקב שנות החיים שאבדו במלואן בגלל מוות בטרם עת ואת אובדן התפקוד החלקי בשנות חיים עם מחלה או נכות. כלומר, מגדירים את נטל התחלואה כפער בין מצב הבריאות הנוכחי של האוכלוסייה לבין מצב שבו האוכלוסייה ממצה את מלוא פוטנציאל החיים שלה.

תרשים 4. סיבות מובילות לאובדן תפקוד (DALYs) אחוזים מסך כל ה-DALYs, 2017

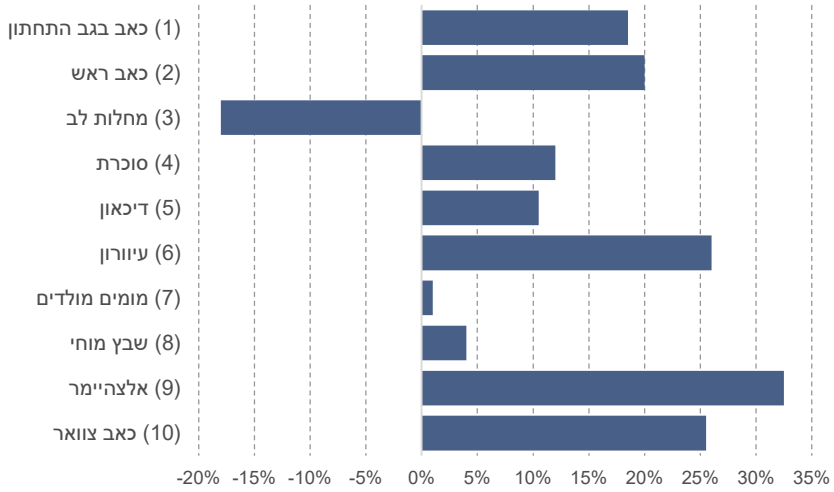


* הערה: האחוז מייצג את החלק של אותו גורם ביחס לכל הגורמים האחרים.

מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: IHME, 2018

ואכן, כאשר בוחנים את תמונת הבריאות וגורמיה במונחי DALYs, לפי נתוני GBD (Global Burden of Disease Collaborative Network), מתקבלת תמונה שונה מזו המצטיירת לפי גורמי התמותה בלבד שהוצגה לעיל. ככל שדברים אמורים במחלות לב, שבץ ואפילו דמנציה, מצבה של ישראל אכן טוב יחסית למדינות ההשוואה (תרשים 4). ואולם מבחינת אובדן תפקוד הקשור לכאבי ראש וסוכרת מצבה של ישראל נחות יחסית. בהשוואה של שינויים בסך כל ה-DALYs בישראל בין 2007 ל-2017 ניכרת עלייה בכל גורמי אי התפקוד, להוציא מחלות לב (תרשים 5). מרבית השינויים קשורים לגידול של 21% באוכלוסייה באותה תקופה ולהזדקנות האוכלוסייה.

**תרשים 5. שינויים באחוזים בעשרת הגורמים המובילים ל-DALYs
ישראל, 2007–2017**



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: IHME, 2018

זרקור

רפואת כאב בישראל

ד"ר אמנון מוסק

סגן מנהל המחלקה לנוירולוגיה

המרפאה לכאב ראש ו"העצמה גופנית", המרכז הרפואי תל אביב

במחלות הכרוניות הכאב מצוין כסיבה העיקרית לסבל. נתון זה אינו חדש; ואולם אנשים רבים יותר ויותר מדווחים על סבל מכאב ומחפשים לו מזור. שני גורמים תורמים לעלייה המתמדת בשכיחות הכאב:

- הארכת תוחלת החיים ואיתה ריבוי תסמונות הכאב הקשורות למבנה הגוף.
- שינוי בתפיסת הכאב. בעבר נתפס הכאב כדבר מה ש"צריך לחיות איתו", ואילו כיום, נוכח רמת החיים הגבוהה, שמתבטאת בין היתר בהתקדמות הרפואה מצד אחד וברצון לאיכות חיים גבוהה מצד שני, אנשים נוטים פחות להשלים עם כאב.

הצעד ההגיוני המתבקש הוא לפתח ולקדם שירותים של רפואת כאב, אולם פיתוח השירותים בתחום זה איטי מאוד ביחס לצורך. רק בשנת 2011 הונהגה בישראל תת-התמחות של שנתיים ברפואת שיכוך כאב במרכזים המוכרים לצורך זה. אפשר להתקבל להתמחות כמעט מכל התמחות רפואית אחרת. בתום ההתמחות בשיכוך כאב נדרשים הרופאים לעמוד בבחינות של המועצה המדעית של הסתדרות הרופאים, ומי שעוברים אותן בהצלחה זכאים לתואר "מומחה בשיכוך כאב".

מנתוני מרפאות ראשוניות של שירותי בריאות כללית (2014) עולה כי רק 80 רופאים מומחים בשיכוך כאב אמורים להתמודד עם כ-1.9 מיליון פניות בשנה לרופאי המשפחה בבעיות כאב. לצורך השוואה: 161 מומחים באנדוקרינולוגיה עונים על 1.6 מיליון פניות בשנה לרופאי המשפחה בנושאי לחץ דם, סוכרת וכו'; 254 מומחים בגסטרואנטרולוגיה עונים על 1.5 מיליון פניות בשנה לרופאי המשפחה בבעיות מעיים; ו-512 מומחים בקרדיולוגיה עונים על 0.6 מיליון פניות בשנה לרופאי המשפחה בבעיות לב. המחסור בתחום הטיפול בכאבי הראש גדול במיוחד. לתחום זה מגיעים רופאים לאחר התמחות בנוירולוגיה. כיום יש תת-התמחות בכאב ראש רק בחו"ל, והמומחיות בשיכוך כאב עוסקת בעיקר בתחום הכאב הכללי. בארץ יש היום רק שלושה רופאים פעילים שעברו תת-התמחות בכאב ראש ועוד ארבעה שעוסקים בכאב ראש ללא התמחות. רופאים אינם נוטים לעסוק בתחום הכאב בכלל, ובכאב ראש בפרט, והדבר תורם להעמקת

המצוקה. נוירולוגים כמעט אינם ממשיכים להתמחות בכאב או בכאב ראש, למרות ההתקדמות הטכנולוגית גם בנושא זה. משום כך ההמתנה לתור במרפאת כאב נמשכת כשנה, ולכן רבים מנצלים את הביטוח המשלים או המסחרי כדי לקבל טיפול באופן פרטי. פירוש הדבר הוא שקבוצות אוכלוסייה חלשות אינן מקבלות טיפול מתאים, ודאי שלא בתוך פרק זמן סביר. על רקע אופי הבעיה והשפעתה על הרווחה החברתית, לרבות באמצעות השפעתה על הכלכלה, זהו מצב בלתי סביר בעליל. ברור כי הבעיה חריפה בפריפריה יותר מאשר במרכז.

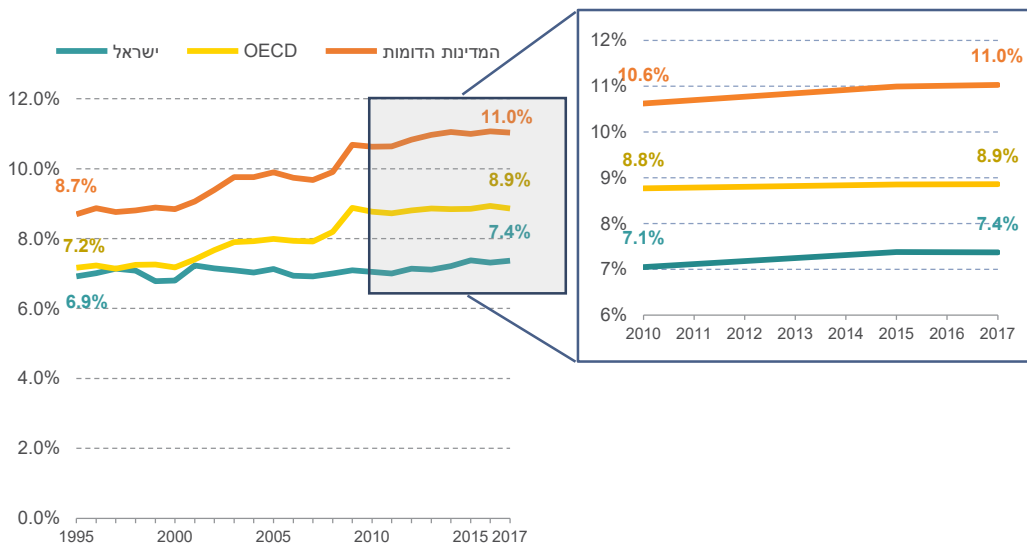
במשרד הבריאות ובקופות החולים ניסו לפתור את הבעיה על ידי הכשרת אחיות שיעניקו טיפול ראשוני בכאב. הסתדרות הרופאים ראתה בצעד הזה עילה להכרזת סכסוך עבודה, והתהליך נעצר בחלקו. בקופות החולים מייעדים רופאים שאינם מומחים בשיכון כאב לעסוק בכך ללא הכשרה מיוחדת, ומגדירים אותם "עוסק בכאב". הרפואה הולכת יותר ויותר לכיוון של התמחויות ותת-התמחויות. תחום הכאב עצמו כבר התפצל: יש מומחים בטיפול מונע, מומחים בביצוע פעולות חודרניות, מומחים בכאבי ראש. הפתרון למחסור במומחים בשיכון כאב טמון בנקיטת הצעדים האלה:

- א. הגדלת התקנים ומספר מקומות ההכשרה המתאימים.
- ב. עידוד רופאים לפנות ללימודי כאב על ידי מתן תמריצים, מקומות עבודה ושכר הולם.
- ג. תכנון כוח אדם רפואי בהתאם לצרכים.
- ד. הכפלת מספר מומחי הכאב בישראל – להערכתי, זה המינימום הנדרש לקיצור התורים; יש להוסיף אפוא לפחות 80 מומחים.
- ה. שיתוף תקנים עם קופות החולים בהבטחה שהרופא יעבור לאחר מכן לשירות בקהילה (נעשה חלקית כבר היום).

ההוצאה הלאומית על בריאות ומקורות המימון שלה: גדלים הפערים בין ישראל למדינות הדומות

למרות מגמת העלייה בחלקה של ההוצאה הלאומית על בריאות בתמ"ג (תוצר מקומי גולמי), מ-7.1% ב-2010 ל-7.5% ב-2018 (תרשים 6), בישראל חלקה של המדינה בהוצאה על בריאות נמוך מן הממוצע במדינות ה-OECD, ומן הממוצע במדינות הדומות לא כל שכן (תרשים 7). כפי שרואים בתרשים 6, הפער בין ישראל ובין ממוצע ה-OECD ובינה ובין ממוצע המדינות הדומות הולך וגדל מאז 1995, בעיקר בגלל היציבות היחסית של חלקה של ההוצאה על בריאות בישראל מהתמ"ג⁵. מתחילת העשור מסתמן צמצום מסוים בפער בין ישראל ובין ממוצע ה-OECD, אך לא בינה ובין המדינות הדומות.

תרשים 6. ההוצאה הלאומית על בריאות כאחוז מהתמ"ג



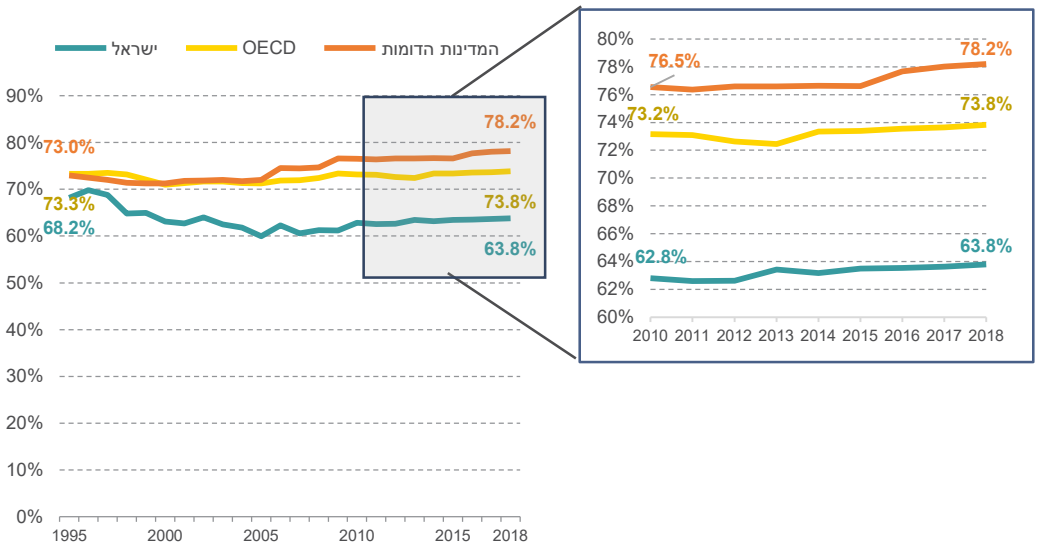
* המדינות הדומות: בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ.

מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

5 מצב הדברים נובע בחלקו מהצמיחה המהירה יחסית של התמ"ג הישראלי, לפחות בעשור האחרון. כלומר, ההוצאה לבריאות בקושי מדביקה את קצב גידול התוצר.

השיעורים הללו מתורגמים להוצאה ממוצעת על בריאות לנפש של 5,700 דולר במדינות הדומות לעומת 2,950 דולר לנפש בישראל (נכון ל-2018) (הלמ"ס, 2019א; 2019ב). הפערים בין ישראל ובין המדינות הדומות מצטמצמים, אבל אינם נמחקים, לאחר שמביאים בחשבון את ההבדלים הדמוגרפיים ביניהן. תקנון מתאים לדמוגרפיה יעלה את שיעור ההוצאה מהתמ"ג בישראל לכ-8.4%, ואת ההוצאה לנפש – ל-3,300 דולר. חלקו של המימון הציבורי בסך ההוצאה בישראל ממשיך להיות נמוך יחסית ועומד על 64%, לעומת 78% במדינות הדומות (תרשים 7), למרות מגמת העלייה בישראל מאז 2010.

תרשים 7. חלק ההוצאה הציבורית בהוצאה הלאומית על בריאות



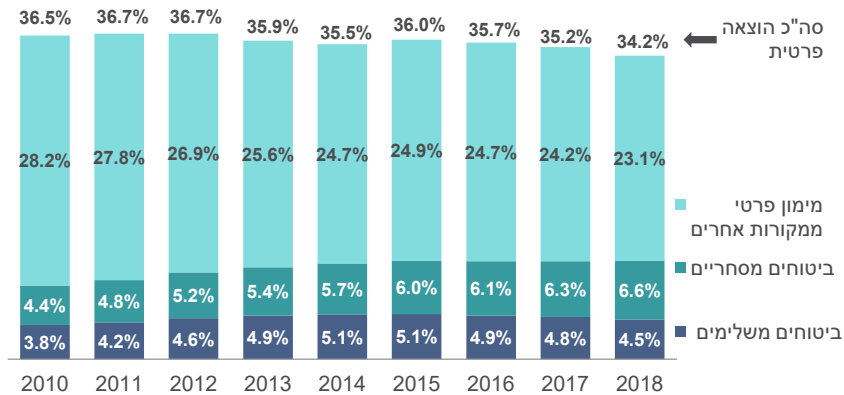
* המדינות הדומות: בלגיה, גרמניה, הולנד צרפת ושווייץ.
 מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: OECD.Stat

הרכב ההוצאה הפרטית על בריאות – סימן מדאיג

חלקה הנמוך של ההוצאה על בריאות בתוצר, כמו גם ההוצאה לנפש, אשר דובר בהם לעיל, אינם בהלימה, לכאורה לפחות, עם חלקו הגבוה יחסית של המימון הפרטי במערכת הבריאות, באשר ההוצאה על בריאות בתוצר וההוצאה לנפש נוטים להיות ביחס ישיר וחיובי עם חלקה של ההוצאה הפרטית. ההוצאה הפרטית, בנוסף לתרומתה לגידול בפערים, חושפת את המערכת לכשלי שוק. הדוגמה המובהקת לכך היא ארצות הברית, שם ההוצאה הפרטית גבוהה במיוחד; זו גוררת מצידה מחירי רפואה גבוהים, אשר מתבטאים בסך הוצאה גבוהה לבריאות. הרכב מימון ההוצאה במערכת הבריאות בישראל לטובת הוצאה פרטית הולך ונעשה דומה לזה שבארצות הברית, וההוצאה נראית.

הרכבו של המימון הפרטי משתנה לטובת ביטוחים מרצון בכלל וביטוחים מסחריים בפרט. בין 2010 ל-2018 ניכרת עלייה במימון באמצעות ביטוחים מרצון בכ-3 נקודות האחוז, מ-8.2% ב-2010 ל-11.1% ב-2018 (תרשים 8). כ-75% מעלייה זו נובעים מרכישת ביטוחים מסחריים. יתר על כן, הנתונים מראים מאז 2014 ירידה יחסית בחלקם של הביטוחים המשלימים לטובת חלקם של הביטוחים המסחריים.

תרשים 8. חלקה של ההוצאה הפרטית בסך ההוצאה לבריאות וחלקיהם של מרכיבי ההוצאה הפרטית

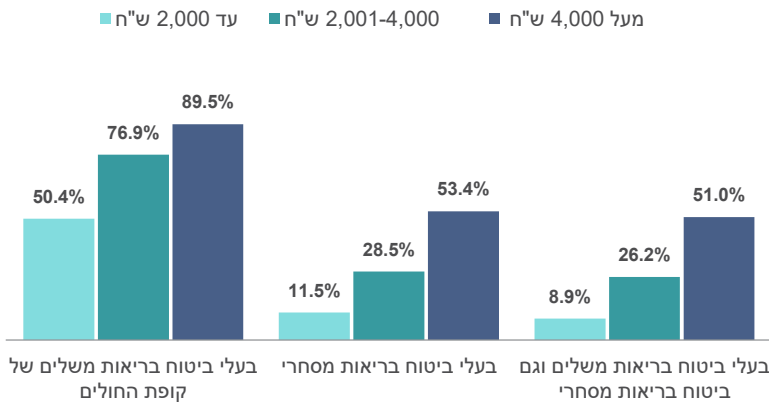


מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, 2018; 2019

לפחות על פני הדברים, ירידה בחלקו של המימון העצמי הפרטי לטובת ביטוחים מרצון יכולה לתרום להגברת השוויוניות במערכת. ואולם, מגמת העלייה בחלקם של הביטוחים המסחריים על חשבון חלקם של הביטוחים המשלימים עלולה כאמור לנטרל השפעה זו, כמו גם את העלייה המתונה של חלקו של המימון הציבורי (תרשים 7), שכן בביטוחים המשלימים יש סבסוד צולב ואין חובת חיתום. הפרופיל החברתי-כלכלי של המבוטחים יש בו כדי לתמוך בהשפעה המנטרלת הזאת, שביטויה הוא הגדלת אי השוויון ואובדן יעילות.

מניתוח נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס (2019ג) בנושא ביטוחי בריאות שפורסם לאחרונה עולה כי הביטוח המסחרי רגיש לרמת ההכנסה יותר מהביטוח המשלים (תרשים 9); שיעור המבוטחים בביטוחים המשלימים גבוה משיעור המבוטחים בביטוחים המסחריים, והשונויות בין שיעורי המבוטחים בביטוחים המשלימים לפי קבוצות הכנסה נמוכה מהשונויות בביטוחים המסחריים ובכפל הביטוחים.⁶ יתרה מזו, מרבית המבוטחים, בעיקר בביטוח המסחרי ובכפל הביטוחים, מדווחים על מצב בריאות טוב יותר מזה של המבוטחים פחות (תרשים 10), והם מבטחים את עצמם לצורך מימון ניתוחים, רופא לפי בחירתם – שפירושו במרבית המקרים קיצור זמני המתנה – ותרופות שאינן בסל, שירותים שהשפעתם המיידית על בריאות מהותית. במילים אחרות, מצבם הבריאותי של מחזיקי הביטוח מרצון, והביטוח המסחרי בפרט, טוב יותר – בכוח ובפועל – ממצבם של מי שאינן להם ביטוח מרצון, מסחרי בפרט. הגידול היחסי של הביטוחים המסחריים על חשבון ההוצאה מהכיס ובעיקר על חשבון הביטוחים המשלימים, עלול לפגוע בעליל בשוויוניות בבריאות ובנגישות לשירותי רפואה, לרבות ניתוחים ותרופות, והמצב עלול להחמיר עם עליית מחירי הרפואה.

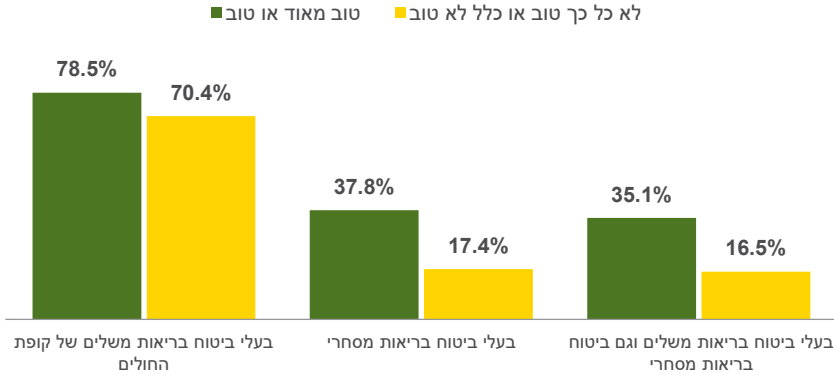
תרשים 9. אחוז המדווחים על החזקת ביטוחים מרצון, לפי סוג הביטוח וקבוצת ההכנסה החודשית



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: <https://tinyurl.com/sv4ne4e>

6 ניתוח נתוני הסקר לפי רמת ההשכלה מצביע גם הוא על קשר בין רמת ההשכלה לבין ביטוח מרצון בכלל וביטוח מסחרי בפרט.

תרשים 10. שיעור המדווחים על ביטוחים מרצון, לפי סוג הביטוח והערכה עצמית של מצב הבריאות



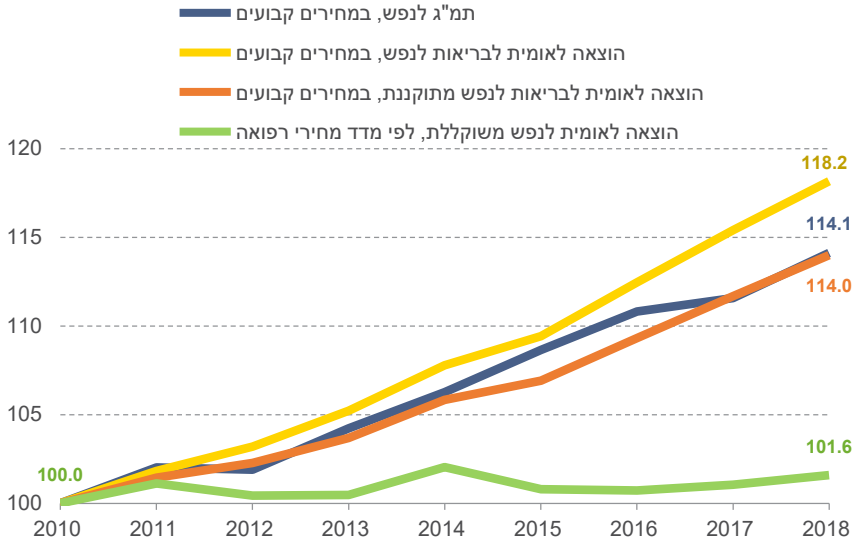
מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: <https://tinyurl.com/sv4ne4e>

מחירי הרפואה בישראל: האם נפרץ הסכר?

כאמור לעיל, ההוצאה על בריאות עלתה מ-7.1% מהתל"ג ב-2010 ל-7.5% מהתל"ג ב-2018. עלייה זו, מעבר לגידול בתוצר, אינה מבטאת את משמעותה של העלייה הריאלית במונחים של כמות השירותים ושל איכות הטיפול והשירות, כאשר מביאים בחשבון את הגידול בצרכים עקב השינויים הדמוגרפיים הנובעים מהזדקנות האוכלוסייה ומהפריון הטבעי הגבוה מצד אחד, ואת עליית מחירי הרפואה ביחס למדד מחירי התוצר מצד שני.

בתרשים 11 רואים כי ההוצאה על בריאות לנפש עלתה בשנות העשור הנוכחי בקצב גבוה מעליית התוצר לנפש בכ-4 נקודות האחוז. הגידול הזה פיצה על הגידול הדמוגרפי במובן שהגידול בהוצאה על בריאות לנפש מתוקנת היה בערך בקצב גידול התוצר. כשמביאים בחשבון את עליית מחירי הרפואה ביחס לעליית מחירי התוצר, מתברר שהגידול לנפש מתוקנת קטן בכ-13 נקודות האחוז מהגידול שמתקבל ללא הבאת מחירים אלה בחשבון. במילים אחרות, במונחים ריאליים, ההוצאה על הבריאות לנפש מתוקנת הצטמצמה לאמיתו של דבר עקב עלייה יחסית במחירי הרפואה, כפי שאכן עלול לנבוע מן הירידה ארוכת הטווח בחלקו של המימון הציבורי לטובת מימון פרטי שבו עולה חלקם של הביטוחים המסחריים.

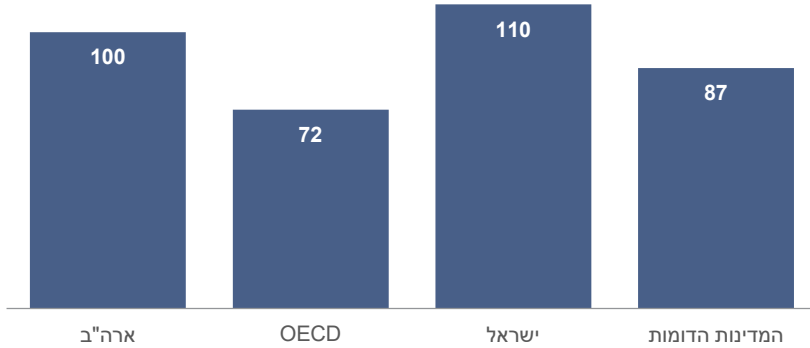
תרשים 11. אינדקס ההוצאה על בריאות לנפש עם התאמות לשינוי דמוגרפי ולעליית מחירי הרפואה בישראל (שנת 2010=100)



מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: הל"מ, 2019א

סוגיית מחירי הרפואה בישראל אכן מקבלת ביטוי חריף, מפתיע-משהו, בפרסום חדש של ה-OECD. הארגון בוחן את מחירי הרפואה של המדינות החברות, לרבות ישראל, ביחס לארצות הברית, המשמשת בסיס להשוואה. מהבחינה עולה כי ישראל היא החמישית במדינות ה-OECD מבחינת רמת מחירי הרפואה, אחרי שווייץ, איסלנד, נורווגיה ושוודיה. לאמיתו של דבר, רמת מחירי הרפואה בישראל גבוהה ב-10% מרמתם בארצות הברית, ב-53% מרמתם הממוצעת במדינות ה-OECD, וב-26% אחוז מרמתה במדינות הדומות (תרשים 12).

תרשים 12. אינדקס מחירי סל רפואה לשנת 2017 (בסיס, ארה"ב=100)



* המדינות הדומות: בלגיה, גרמניה, הולנד, צרפת ושווייץ.

מקור: דב צ'רניחובסקי, מרכז טאוב | נתונים: <https://tinyurl.com/tdd9q8k>, Health at a Glance, 2019.

מדינת ישראל עומדת אפוא לפני האתגר של עליית מחירי הרפואה יחסית למחירי התוצר. אין בידינו נתונים השוואתיים על השינוי במחירים אלו בהשוואה למדינות אחרות לאורך זמן, כלומר איננו יודעים על האינפלציה היחסית בישראל בהשוואה למדינות הדומות. ואולם, השוואת המחירים שעושה ה-OECD מנפצת את המיתוס שמחירי הרפואה בישראל נמוכים יחסית. הסיבה קשורה לתמהיל הציבורי-פרטי שדובר בו לעיל, בעיקר עליית חלקם של הביטוחים מרצון, בייחוד אלו המסחריים, במימון המערכת.

שוב, הפערים בין המרכז לפריפריה

לאחרונה פרסמה הלמ"ס את הדוח ה-11 על פני החברה בישראל שעניינו הפערים בין המרכז לפריפריה – לרעת הפריפריה כמובן (הלמ"ס, 2019). הדוח מצביע גם על פערים ברמת הבריאות ובנגישות לשירותי רפואה שאף גדלים עם הזמן (ראו גם הלמ"ס, 2019). מרכז טאוב מתריע זה שנים על הרחבת פערים ומזהיר שהמדיניות הנוכחית אינה תורמת לפתרון מהותי (צ'רניחובסקי, 2013). לפחות באשר לשירותי הרפואה התופעה היא אוניברסלית; שירותי רפואה (איכותיים) נוטים להתרכז מסיבות רבות במרכזים חברתיים-כלכליים, שהם גם מוקדי הכוח הפוליטיים, גם של הממסד הרפואי.

בהיעדר הקצאה על בסיס גיאוגרפי, אין מנגנון שימנע את המשך התנקזות המשאבים הכספיים ל"מרכז", בעיקר במערכת כמו מערכת הבריאות הישראלית, המתקצבת ציבורית אך רופאיה חשופים לביקושים במימון פרטי. זו מערכת המזינה את עצמה. תקציבים זורמים למקומות שהרופאים והציוד נמצאים בהם, אלה נשאבים באמצעות ביקושים במימון פרטי לאזורי המרכז, שבהם ההכנסות הגבוהות יחסית מזינות ביקושים אלו, וחוזר חלילה – הכול על חשבון הפריפריה.

שוב, הביטוח הסיעודי

באוקטובר 2019 הכריזו חברות הביטוח המסחריות בישראל שלא תמכורנה עוד פוליסות ביטוח סיעודי מסחרי שלא באמצעות הביטוחים הקבוצתיים של קופות החולים. צעד זה שומט את הקרקע מתחת לגישה המסורתית של האוצר, שלפיה הביטוח הסיעודי בישראל יוסדר בשוק הביטוח המסחרי.

צ'רניחובסקי, קפלן, רגב ושטסמן (2017) דנים בסוגיות של מימון הטיפול הסיעודי בישראל ושוללים את פתרון הביטוח הסיעודי המסחרי בישראל משום שהענף חשוף לכשלי שוק מכמה סיבות (לפי Pesticau & Ponthiere, 2010):

- מידה ניכרת של קוצר ראות ושל סיכון מוסרי: תושבים אינם נוטים לרכוש ביטוח מסחרי מתוך אמונה שגורם אחר (בעיקר המדינה) ידאג לרווחתם אם יגיעו למצב סיעודי, גם אם אין ברשותם ביטוח מתאים.
- בסיס כלכלי צר יחסית לתשלומי התביעות: הבסיס הצר נובע מממדי קהל היעד, שצפוי להיות מצומצם למדי – בעלי הכנסה נמוכה אינם יכולים להרשות לעצמם את הביטוח, ואילו בעלי הכנסה גבוהה אפשר שיעדיפו לשאת בהוצאות באופן ישיר ולא לרכוש פוליסת ביטוח, בפרט לנוכח מחירה הגבוה. יתרה מזו, אף שבדיעבד ייתכן שיתברר כי החלופות הציבוריות אינן מספקות, עצם קיומן עשוי להקטין את הביקוש לביטוח מסחרי.
- אקטואריה בעייתית בשל הקושי לחזות לטווח הארוך את הגידול באוכלוסייה הסיעודית ואת צורכי הטיפול. אי ודאות זו תורמת גם לפרמיות הגבוהות יחסית בביטוח הסיעודי.
- צבירת עתודות ביטוח לאורך זמן מחייבת השקעות שיהיו חשופות לסיכונים שוק ההון.
- קיים חשש להתפתחותה של "בחירה שלילית" (adverse selection): פרטים שנמצאים בסיכון גבוה יותר, בעיקר כאלו שגורמי הסיכון שלהם קשים לאיתור, נוטים לרכוש ביטוח בשיעורים גבוהים יותר.⁷

הגורמים השונים קשורים זה לזה. הימנעותם של צעירים מרכישת ביטוח – בעיקר בקרב אלה שנולדו למציאות של ביטוח הבריאות הממלכתי – נובעת הן מקוצר ראות והיעדר מודעות לצורכיהם בעתיד והן מחוסר בקיאות בשוק הביטוח הסיעודי, שבגללו נדמה להם שהזכאות הציבורית תקנה להם טיפול מספק בבוא העת.

בעיה מבנית בביטוח הסיעודי שמחמירה את המצב היא חוסר הסימטריה הניכר במאזן הכוחות בין המבוטח למבטח: כשהמבוטח צריך להפעיל את חברת הביטוח ולקבל שיפוי, הוא אינו מסוגל בעצם למצות את זכויותיו ללא סיוע.

לבעיות יסוד אלו נלוות כמה סוגיות המאפיינות את שוק הביטוח המסחרי בישראל:

7 הדעות חלוקות באשר למידת החשיבות של כשל שוק זה בהקשר של ביטוחי חיים, פנסיה, סיעוד וירושה, היות שהמידע שבידי הפרט אינו עולה בהכרח על התחזית שבידי חברת הביטוח, שלרשותה עומד התיק הרפואי המלא של המבוטח (Hendel & Lizzeri, 2003).

- ביטוח סלקטיבי: מכיוון שחברות הביטוח אינן מחויבות לקבל כל פונה, בדרך כלל האוכלוסייה הנזקקת ביותר – קשישים וחולים – נותרת ללא הגנה ביטוחית. לכאורה אפשר לטעון שהקשישים של היום היו צריכים לדאוג לביטוח בעוד מועד, אולם שוק ביטוחי הסייעוד הוא חדש למדי, ולכן טענה זו חסרת יסוד. יתרה מזו, כל עוד אין חובת ביטוח אוניברסלית מוסדרת (גם באמצעות הטלת מס), תמיד צפויה להיות קבוצה שלא רכשה ביטוח בגיל צעיר ובשעת הצורך תיאלץ להישאר ללא טיפול סיעודי או לקבל טיפול על חשבון הציבור.
- מחסור במידע מספיק לבחירה מושכלת: בידי הציבור אין כיום כלים הולמים לבחירה מושכלת בין פוליסות ביטוח שונות, בעיקר בכל הנוגע למידע על הכיסוי הביטוחי ועל תנאי הפוליסה (החרגות, הצמדת התגמולים למדד וכו'). כמו כן חסר לציבור מידע על הסיכון להפוך לחולה סיעודי. היקף חוסר הידע מתבטא בשיעור הניכר של מבוטחים שאינם יודעים כלל אם הם מבוטחים בביטוח סיעודי, ועל אחת כמה וכמה אינם בקיאים בתנאי הפוליסה ובהיקף הכיסוי שרכשו.
- הגבלה של רמת הכיסוי הביטוחי: תגמולי הביטוח מוגבלים בתקרה מוגדרת מראש. בשיטה זו המבוטח חשוף לסיכון של עלייה במחיר שירותי הטיפול הסיעודי, ואין לו ערובות לכך שדמי הביטוח העתידיים יהיו בעלי ערך ריאלי (גרוס וברמלי-גרינברג, 2003). יתר על כן, לרוב המבוטחים בביטוח סיעודי אין כיסוי לכל תקופת הצורך בטיפול סיעודי והם מוגבלים בפרקי זמן של שלוש עד חמש שנים. כאשר אדם נתון במצב סיעודי פרק זמן ממושך יותר, ייתכן שמשפחתו תיאלץ לממן את כל עלות הטיפול כשתסתיים תקופת המימון שמקצה המבוטח. פרקי הזמן הקצרים מפחיתים את רמת הסיכון של המבוטח – ועקב כך את הפרמיה למבוטח – אולם הם מגבירים מאוד את אי הוודאות של המבוטח בדבר זכויותיו כאשר יצטרך לממש את הביטוח.
- פגיעה ברצף הביטוחי: בעיית הרצף הביטוחי מתעוררת כאשר מבוטחים בביטוח קבוצתי עוזבים את הקבוצה (עקב פרישה, פיטורים וכדומה), וכאשר הביטוח הסיעודי של הקבוצה אינו מתחדש בתום תקופת הביטוח. במקרים אלו המבוטחים בפוליסה נותרים ללא כיסוי. בעיה זו חמורה במיוחד עבור מבוטחים קשישים או חולים, שיש סבירות קלושה בלבד שחברת ביטוח חדשה תסכים לבטחם. הוראות המפקח על הביטוח נועדו לפתור את בעיית הרצף על ידי חיוב החברה המבוטחת לאפשר לפרט לרכוש פוליסה מסחרית ללא חיתום מחדש. נראה שאפשרות זו נעלמת מהשוק.

סיכום ומסקנות

בריאות האוכלוסייה. הישגיה של ישראל מרשימים, בעיקר במונחי מניעת תמותה והארכת החיים, אך ככל הנראה כמה מהם קשורים להשקעות המערכת בעבר ולצמיחה הכלכלית בכלל. כאשר מתבוננים בתמונת הבריאות במונחים של אובדן תפקוד כתוצאה ממוות בטרם עת ופגיעה בתפקוד עקב מחלה ונכות בחיים (DALYs) ניכרת גם השפעה של כאבי גב, כאבי ראש ודיכאון על חוסר תפקוד, מעבר לאובדן חיים בשל סרטן ומחלות לב. בנוסף ניכרת עלייה מדאיגה בסוכרת, אשר משפיעה על תמותה וחוסר תפקוד כאחד, ואשר מייחדת את ישראל לרעה בהשוואה למדינות מפותחות אחרות. מהנתונים מתבקש להרחיב את הדיון בשיטת המדידה של בריאות האוכלוסייה לדיון באובדן תפקוד ורווחה, ולא להסתפק בדיון במניעת התמותה. בהתאם יש להתייחס גם לטיפול בכאב, בדיכאון, וביתר שאת לטיפול בסוכרת.

מימון המערכת ומחירי הרפואה. חלקה של ההוצאה על בריאות באחוזי תוצר וחלקו של המימון הציבורי בסך כל המימון נמוכים בעליל הן בהשוואה בין-לאומית והן בהשוואה לישראל עצמה בעת החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995). אמנם ביסוד הנתונים יש גם רכיבי יעילות יחסית של המערכת הישראלית עד כה, אך השאלה הבסיסית היא אם שיעורי הוצאה ומימון אלו הם בני קיימא: האם המערכת יכולה להמשיך לאורך זמן בביצועיה, הטובים יחסית לעולם, עם הוצאה נמוכה יחסית על בריאות בהשוואה למדינות מפותחות אחרות? בפרט נוכח האינפלציה במחירי הרפואה, שנובעת בדרך כלל מכשלים של שוק ביטוח הבריאות ושוק הרפואה, קרוב לוודאי שהמצב איננו בר קיימא, בין השאר גם מבחינה חברתית, בשל הגידול באי השוויון בנגישות לשירותי רפואה, המתלווה למערכת הנשענת על מימון פרטי גבוה יחסית.

הקצאה לבריאות. סוגיית הפריפריה הגיאוגרפית עולה חדשים לבקרים. הפתרון המקובל בעולם לצמצום הפערים בנגישות לשירותי רפואה, בייחוד במדינות שאינן פדרציות, הוא הקצאה על בסיס גיאוגרפי. כך גם המליצה ועדת נתניהו (1990), שהניחה את היסודות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: לפצל את ישראל למחוזות ולחלק את המשאבים לרשויות מחוזיות לפי אינדקס מחוזי. קופות החולים, אשר פועלות כמרכזי עלות אזורים, יקבלו רק בשלב השני מימון לפי מנגנון הקפיטציה או ההקצאה המקובל, עם תיקון לפערים קיימים בתשתיות. המלצה זו לא יושמה.

ביטוח סיעודי. במדינות מפותחות אחרות לא הצליח שוק הביטוח המסחרי להשתלב בפתרון סוגיית המימון של הטיפול הסיעודי. הכרזתן של חברות הביטוח המסחריות בישראל כי הן זונחות את ענף הביטוח הזה מצרפת את ישראל למעגל. המדינות המפותחות (להוציא שווייץ וארצות הברית כמובן) ויתרו עליו למעשה. על כן הציעו צ'רניחובסקי ואחרים (2017) להנהיג בישראל ביטוח סיעודי ממלכתי חובה, אשר יזכה את התושב (אפשר לפי מבחן אמצעים) ברובד ביטוחי בסיסי שיישען – במסגרת ארגונית מאוחדת – על השירותים הניתנים כיום במימון ציבורי ועל שירותים נלווים. לרובד הבסיסי ניתן יהיה להוסיף שירותי ביטוח משלים לפי בחירה חופשית.

הטיפול ימומן בחלקו מן המקורות הציבוריים הקיימים, ויהיה צורך להוסיף עליהם מקורות חדשים. על הפרק עומדות שתי חלופות: הראשונה היא הצעת משרד הבריאות להגדיל את מס הבריאות ב-0.5% ולבטל את מבחן האמצעים ("קודים") של משרד הבריאות לקביעת זכאות לסיוע ציבורי בטיפול מוסדי; והשנייה היא ההצעה של מחברי הדוח של מרכז טאוב למימון ייעודי בלתי תלוי במערכת הבריאות – באמצעות ביטוח חובה, מיסים או שילוב של השניים. מקור מימון אפשרי חדש להרחבת האחריות הציבורית לביטוח הסיעודי טמון במהלך להעלאת גיל הפרישה במשק, תחילה של הנשים ואחר כך גם של הגברים.

נוכח קצב הזדקנות האוכלוסייה והגידול בצרכים מעבר לקצב הגידול בתוצר, יואט גם קצב הגידול של המשאבים שתוכל המדינה להקצות למימון הטיפול הסיעודי. לפיכך יש לשקול שילוב בין מנגנון ציבורי, המבוסס על מיסוי ועל תשלומי חובה במערכת בשיטת Pay as You Go, ובין מנגנון נוסף של ויסות בין-דורי, אשר יעמיד לרשות המערכת מקורות יציבים בדמות תשלום ביטוח חובה צובר לאורך זמן.

עדיף לקבוע בהסדר שכל התשלומים למימון הטיפול הסיעודי הממלכתי ייגבו על ידי המוסד לביטוח לאומי, יופקדו בקרן ייעודית וינהלו – כמקובל בארצות אחרות – על ידי רשות אחת שאינה חלק ממערכת הבריאות.

מקורות

- גרוס, ר', וברמלייגרנברג, ש' (2003). **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2001, והשוואה לשנים קודמות**. ירושלים: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- דוח ועדת נתניהו (1990). **ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל**. ירושלים.
- הלמ"ס (2018). **הודעה לתקשורת (16.8.2018): ההוצאה הלאומית לבריאות – 2017**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2019). **שנתון סטטיסטי לישראל 2018**, מספר 69, פרק 6, לוחות 6.1, 6.2. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2019). **הודעה לתקשורת (18.8.2019): ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2018**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2019). **הודעה לתקשורת (3.2.2019): ביטוחי בריאות ומידע בנושאי בריאות מתוך הסקר החברתי 2017**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2019). **דוח פני החברה בישראל מספר 11: פערים בין מרכז לפריפריה**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2019). **הודעה לתקשורת (4.12.2019): פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל, 2011–2017**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- חקלאי, צ', גולדברגר, נ', ואבורבה, מ' (2019). **אובדנות בישראל, עדכון יוני 2019**. ירושלים: משרד הבריאות.
- צ'רניחובסקי, ד' (2013). **שינויים בהקצאה במערכת הבריאות לקידום שוויון בין המרכז לפריפריה – האומנם?** ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, ד', ובוורס, ל' (2014). **מצב הבריאות ותקצוב המערכת בישראל בראי שיטת ה-DALYs**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, ד', קפלן, א', רגב, א', ושטסמן, י' (2017). **ביטוח סיעודי בישראל: סוגיות ארגון ומימון**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- Hendel, I., & Lizzeri, A. (2003). The role of commitment in dynamic contracts: Evidence from life insurance. *Quarterly Journal of Economics*, 118(1), 299–327.

IHME (2018). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation.

Pestieau, P., & Ponthiere, G. (2010). *Long term care insurance puzzle*. Paris: Paris-Jourdan Sciences Economiques.