

## **סדרת ניירות מדיניות**

### **מגמות במערכת הבריאות בישראל**

דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב

נייר מדיניות מס' 2013.14

## TRENDS IN ISRAEL'S HEALTHCARE SYSTEM

Dov Chernichovsky and Eitan Regev

Policy Paper No. 2013.14

\* \* \*

*הדעות המובאות להלן הן של המחברים 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.*

# מגמות במערכת הבריאות בישראל

## דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב\*

### תקציר

הפרק סוקר את ההתפתחויות במערכת הבריאות בשנה החולפת ומוצא כי מצב הבריאות של האוכלוסייה, ובפרט של אוכלוסיית המיעוטים, מוסיף להשתפר, וגם שביעות הרצון של האוכלוסייה מהמערכת סבירה. עם זאת, מערכת הבריאות ממשיכה לתרום להגדלת הפערים בהכנסות ולאבד מיעילותה, משום שעליית מחירי שירותי הרפואה גדולה יותר מעליית מדד המחירים לצרכן. מגמות אלו קשורות למדיניות המתמשכת של המרת המימון הציבורי למערכת במימון פרטי, ובהסדרי הספקת השירות דרך הביטוחים המשלימים. כל ירידה נוספת בחלקו של המימון הציבורי למערכת הבריאות עלולה לדרדר עוד יותר את יכולתה של המערכת הציבורית להיענות לגידול בצרכים, בעיקר עקב שינויים דמוגרפיים ואפידמיולוגיים – במקום לחזקה דווקא בתקופה של מצוקה כלכלית ושל גידול פערי ההכנסות, הידועים כגורמי סיכון בריאותיים. עקב כך, הפרק דן גם בהסדרים אפשריים לביטוחים המשלימים, אשר עשויים לשפר את המצב.

התפתחויות במערכת הבריאות ב-2013 עומדות בסימן חילופי ממשלה בישראל. יוזמות אחדות של הממשלה הקודמת לביצוע רפורמות, בעיקר בתחום בריאות הנפש, מתקדמות (כפי שאפשר לקרוא ביתר פירוט בפרקו של אורי אבירם בדוח זה, "חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים"). אולם בנושאים אחרים, כמו הטיפול הממושך, הטיפול הוקפא. אשר למדיניות הכללית, קשה להימנע מהאבחנה שאין אסטרטגיה ארוכת טווח לטיפול בבעיות היסוד של המערכת – אלה הקשורות לפערים ולביקושים ההולכים

\* פרופ' דב צ'רניחובסקי, ראש תכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב, המחלקה לניהול בריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב; איתן רגב, חוקר במרכז טאוב, דוקטורנט בחוג לכלכלה באוניברסיטה העברית.

וגדלים מצד אחד, ולצמצום בהיצע כוח האדם והתשתיות הנחוצים כדי להיענות לביקושים אלו, בפרט במערכת הבריאות הציבורית, מצד שני. בהקשר כללי זה דן הפרק בסוגיית הביטוחים המשלימים, ובעיקר בנושא טשטוש הגבולות בין השירותים המסופקים במסגרת הסל הבסיסי לאלה המסופקים בסלים המשלימים למיניהם.

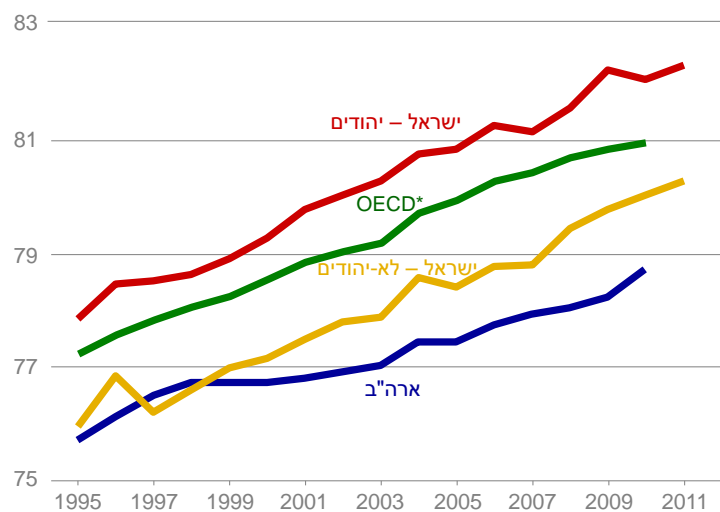
### **1. ביצועי המערכת**

הישגי מערכת הבריאות נבחנים בשני היבטים מרכזיים: שירותים בני קיימא ובריאות האוכלוסייה ושביעות רצונה מהטיפול. כמו כן נבחנים היבטים משניים התורמים לאלו המרכזיים: שוויוניות, בקרת הוצאות, יעילות כלכלית של השירותים וחופש הבחירה.

#### **רמת הבריאות של האוכלוסייה: תוחלת חיים ותמותת תינוקות**

העלייה העקבית בתוחלת החיים של האוכלוסייה בישראל נמשכת, ומצבה של ישראל בנושא זה ממשיך להיות טוב יותר מאשר במדינות המפותחות ב-OECD (תרשים 1). השיפור היחסי הגדול ביותר בתוחלת החיים נרשם בקרב האוכלוסייה הלא-יהודית: מ-80.0 שנה ב-2010 ל-80.3 ב-2011. גם בקרב האוכלוסייה היהודית נרשמה עלייה, אם כי פחותה מעט, בתוחלת החיים: מ-82.1 שנה ב-2010 ל-82.3 ב-2011.

תרשים 1  
תוחלת חיים בעת הלידה, 1995–2011

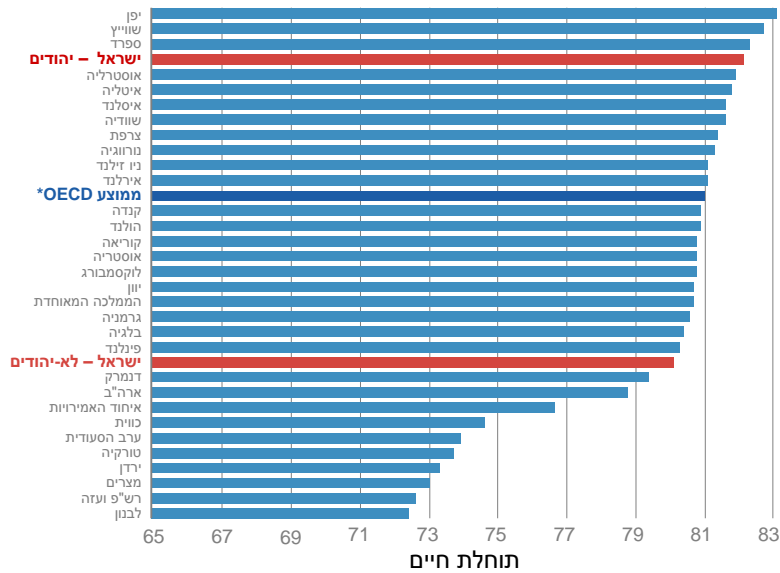


\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

ראוי לציין כי תוחלת החיים של הלא-יהודים בישראל גבוהה בהשוואה למדינות ערביות ומוסלמיות, לפחות אלה שבסביבת ישראל (תרשים 2). עם זאת, היא עדיין נמוכה ביחס לאוכלוסייה היהודית ולמרבית מדינות המערב. לכן, בשיפור תוחלת החיים של אוכלוסייה זו טמון פוטנציאל מרכזי לשיפור בתוחלת החיים בישראל בכלל.

תרשים 2  
תוחלת חיים בעת הלידה, 2010

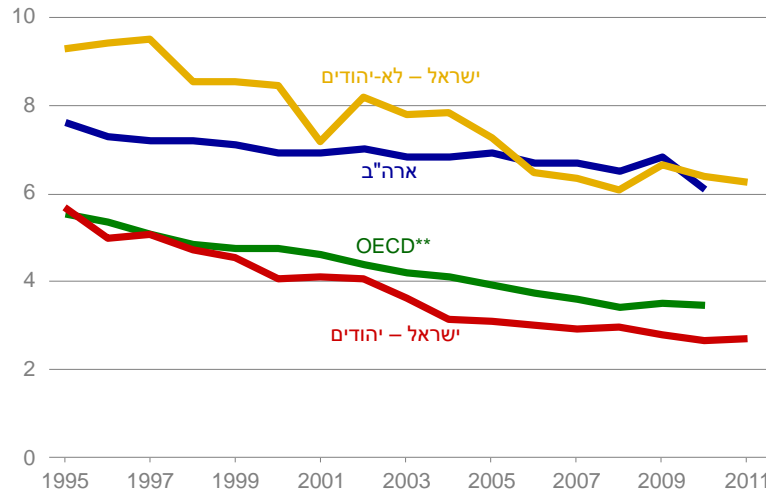


\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

מרב הפוטנציאל לשיפור תוחלת החיים טמון בשיעור תמותת התינוקות. בעניין זה חל שיפור קל בקרב הלא-יהודים, ואילו בקרב היהודים לא חל שיפור משמעותי – כפי שניתן לצפות נוכח שיעור התמותה הנמוך מראש באוכלוסייה זו. עם זאת, הפערים בין המגזרים בנושא זה עודם גדולים (תרשים 3), וצמצומם נותר אתגר מרכזי העומד בפני מערכת הבריאות.

תרשים 3  
תמותת תינוקות\*, 1995–2011



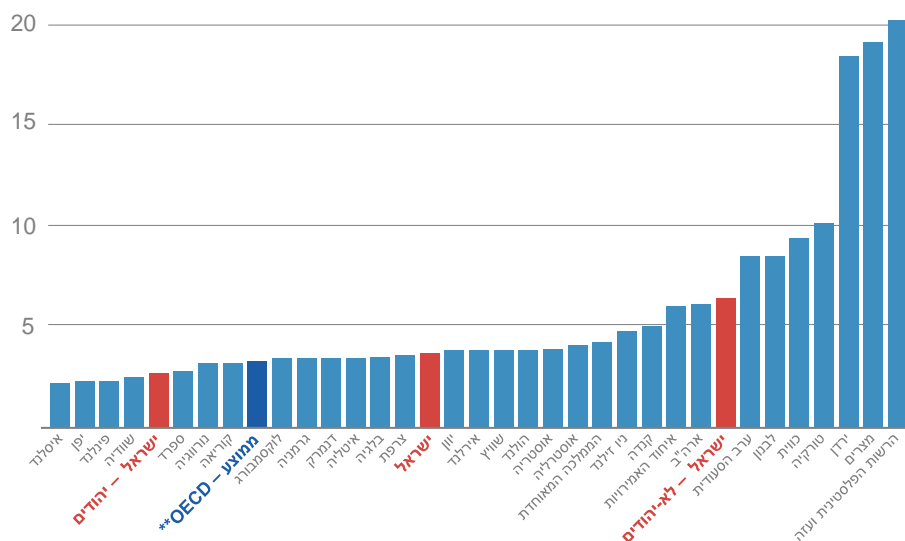
\* תמותת תינוקות עד גיל שנה לאלף לידות חי.

\*\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD, הבנק העולמי

בהשוואה בין-לאומית של שיעורי תמותת התינוקות בישראל ממשיכה לשפר את מיקומה (כשמדובר בכלל האוכלוסייה), והיא עומדת כיום על רמה דומה למוצע במדינות ה-OECD (תרשים 4).

תרשים 4  
תמותת תינוקות\*, 2010



\* תמותת תינוקות עד גיל שנה לאלף לידות חי.  
\*\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD, הבנק העולמי

**שביעות הרצון של האוכלוסייה מהמערכת**

קשה להשוות את שביעות הרצון מחלקיה השונים של מערכת הבריאות בשל מחסור בנתונים בני השוואה. בסקרים שערכו בשנים האחרונות מרכז טאוב ומכון ברוקדייל (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2011) נרשם שיפור במרבית מדדי איכות השירות שנבדקו בקופות החולים. באופן כללי, שיעור הנשאלים שהיו מרוצים או מרוצים מאוד ממערכת הבריאות גבוה יחסית (69 אחוז ב-2009 ו-63 אחוז ב-2007). עם זאת, חשוב לציין כי שיעורי שביעות הרצון ממערכת הבריאות בכללה נמוכים משביעות הרצון משירותי קופות החולים (טיפול בקהילה) – 90 אחוז מן הנשאלים אמרו שהם מרוצים או מרוצים מאוד באופן כללי מקופות החולים.

ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם המציאות בשטח. בהשוואה למרבית בת החולים השירות בקהילה מהיר יותר, התורים קצרים יותר ויש פחות עומס (ייתכן שאחת הסיבות לכך היא שבמסגרת שירותים בקהילה פחות חולים מופנים לטיפולים במימון ביטוחים משלימים).

ברמלי-גרינברג ואחרים (2011) מוצאים ששביעות רצון גבוהה יחסית ממערכת הבריאות נרשמה בקרב ערבים (85 אחוז) וקשישים (76 אחוז). קבוצות אלו מתאפיינות בפרופיל סוציו-אקונומי נמוך מן הממוצע בכלל האוכלוסייה, ושביעות רצון מתפקוד מערכת הבריאות מספקת אינדיקציה חיובית לכך שהן זוכות לרמת שירות הולמת. אך במקביל יכול ממצא זה להצביע על כך שקבוצות אלו תלויות יותר במערכת הבריאות הציבורית, נוכח עלותן הגבוהה של אלטרנטיבות פרטיות, ועל כן אינן יכולות להשוות בין הטיפול במערכת הפרטית לטיפול הציבורי – ומכאן שאולי אינן מודעות לאפשרות של רמת טיפול אחרת.

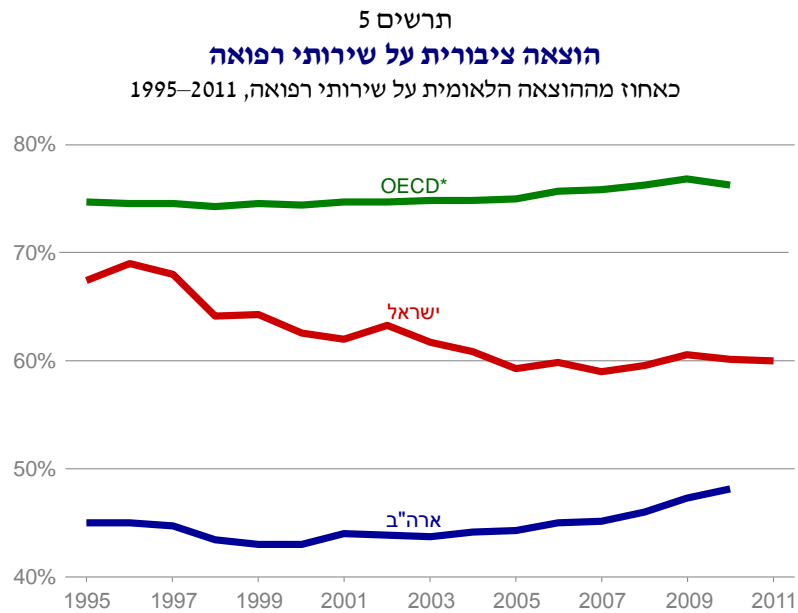
### יעדי ביניים חברתיים-כלכליים של המערכת

יעדי הביניים של המערכת הם קידום שוויוניות, הרחבת חופש הבחירה, ושיפור בקרת ההוצאות ויעילות הספקת השירותים. היבטים חברתיים-כלכליים אלו מיטיבים עם צרכני הבריאות ועם החברה, ולצד זאת תורמים לביצועי המערכת. נוסף להיבטים המעשיים, ליעדים אלו יש ערך בפני עצמם, בפרט לאלה הנוגעים לשוויוניות ולחופש בחירה.

**שוויוניות.** שוויוניות במערכת הבריאות מתבטאת בשני היבטים: (א) פרוגרסיביות במימון השירותים, אשר מסייעת להקטנת פערי הכנסות בכך שהיא מגנה על הכנסות משק הבית מפני הוצאה גבוהה בלתי צפויה על שירותי רפואה; (ב) הגברת הנגישות לשירות, בפרט על ידי צמצום הקשר בין נגישות זו ובין היכולת לשלם עבור השירות. ליקויים בשני ההיבטים הללו מובילים בסופו של דבר לפערים ברמת הבריאות בין אוכלוסיות בעלות יכולת כלכלית שונה, וכך קורה גם בישראל. בהיבט הכספי, הפרוגרסיביות מוצאת ביטוי בעיקר בחלקו של המימון הציבורי במערכת, נוכח חלקו הדומיננטי של מס ההכנסה הפרוגרסיבי במימון זה. מגמת הירידה בחלקו של המימון הציבורי בסך הוצאות הבריאות בישראל נמשכת: ב-2011 הגיע אחוז המימון לכדי 60.0 אחוז מכלל ההוצאות, לעומת 67.4 אחוז עם החלת הרפורמה במערכת הבריאות ב-1995, 76.3 אחוז במדינות OECD ו-48.2 אחוז בארצות הברית. השוואה בין ישראל לארצות הברית ולמדינות OECD אחרות



מלמדת כי בשנים האחרונות קיימת במדינות אלו מגמה הפוכה למגמה בישראל: חלקו של המימון הציבורי בהוצאות הבריאות גדל (תרשים 5).

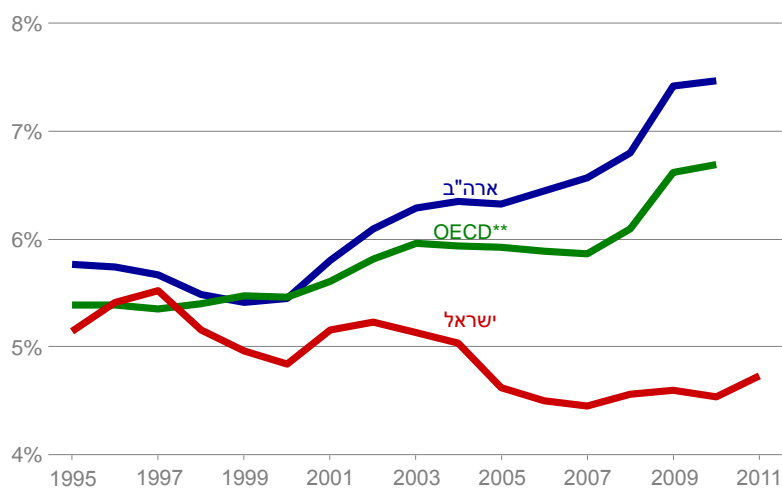


\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

הירידה בחלקו של המימון הציבורי למערכת, שכאמור ייחודית לישראל, ניכרת ביתר חדות כאשר המימון הציבורי נמדד כחלק מהתמ"ג. כפי שרואים בתרשים 6, חלקו של המימון הציבורי לבריאות מהתמ"ג בישראל הלך ופחת לאורך השנים, ולמרות עלייה צנועה שנרשמה ב-2011, הוא נותר נמוך ביחס לכל המדינות שהיא מזוהה עמן פוליטית וכלכלית – גם לאחר תקנון להרכבי הגילים השונים במדינות אלו.

תרשים 6  
**הוצאה ציבורית על שירותי רפואה\***  
 כאחוז מהתמ"ג, 1995–2011



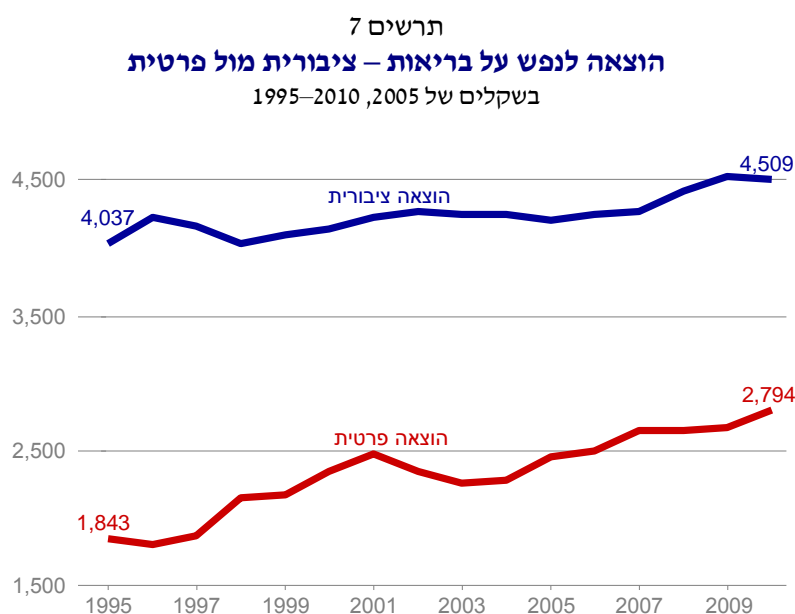
\* ההוצאה לנפש מתוקננת (לפי נוסחת הקפיטציה הישנה) כאחוז מתמ"ג לנפש רגילה.

\*\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב

נתונים: OECD

בהיבט של הוצאות בריאות לנפש, ההוצאה הציבורית בישראל גדלה ב-11.7 אחוז בלבד בין השנים 1995–2010: מ-4,037 ל-4,509 שקלים (במחירי 2005). כמו כן, ההוצאה התאפיינה בתנודתיות רבה – תוספות תקציב נקודתיות שלאחריהן תקופות ארוכות של שחיקה הדרגתית. תוספות תקציב משמעותיות ניתנו רק אחת לכמה שנים, ובדרך כלל הגיעו כתגובה למשברים אשר נבעו מאותן תקופות של שחיקה תקציבית. במקביל לכך, ההוצאה הפרטית לנפש גדלה בעקביות בשנים אלו, והגידול הסתכם ב-51.6 אחוז: מ-1,843 ל-2,794 שקלים (תרשים 7).



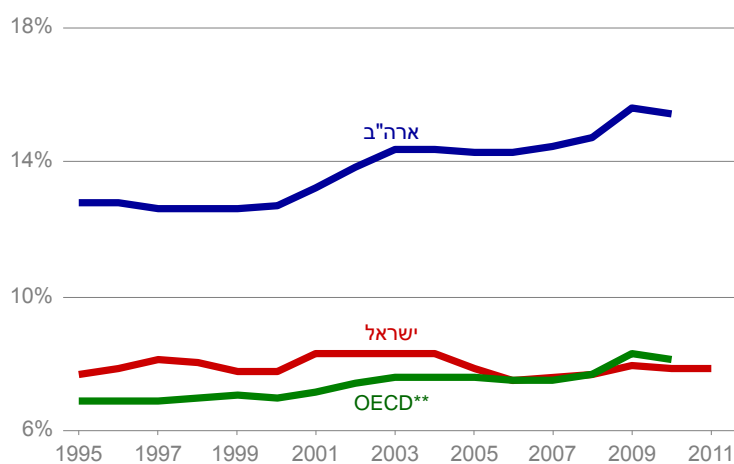
מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
נתונים: OECD

האופי הרגרסיבי של מימון שירותי הרפואה מקבל ביטוי בתקציבי משקי הבית: הגידול במימון הפרטי של מערכת הבריאות מקצין את הפערים בהתפלגות ההכנסות הפנויות (לאחר תשלומים עבור טיפול רפואי), ותורם להחמרת העוני של קבוצות חלשות מלכתחילה. הוא גם תורם לצמצום נגישות השירותים הרפואיים עבור קבוצות אלו, הן בשל ירידה ביכולתן לשלם את המחירים העולים והן בשל אי זמינות של שירותי הרפואה (נבון וצ'רניחובסקי, 2012). יתרה מזו, החמרה בהתפלגות ההכנסות לכשעצמה היא גורם סיכון בריאותי (צ'רניחובסקי וחיניץ, 2013).

בסופו של יום עלולים הפערים הגדולים בנגישות לשירותי רפואה, כמו גם התרומה של מימון השירותים להחמרת פערי ההכנסות, להחמיר גם את הקיטוב במצב הבריאות בין אוכלוסיות חזקות וחלשות בישראל, ועקב כך לצמצם את פוטנציאל השיפור של רמת הבריאות הממוצעת של כלל האוכלוסייה בישראל.

**בקרת הוצאות.** ההוצאה הלאומית לשירותי רפואה בישראל – הכוללת את ההוצאה הציבורית ואת ההוצאה הפרטית – עמדה בשנת 2011 על כ-67.4 מיליארד שקלים, שהם 7.9 אחוזים מהתמ"ג<sup>1</sup>. כשמביאים בחשבון את ההבדלים בהתפלגות הגילים בכל מדינה (בישראל שיעור הצעירים באוכלוסייה גבוה יחסית), מדובר בשיעור הוצאה נמוך ביחס למדינות המערביות, אשר משאיר את ישראל מתחת לממוצע של 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (8.1 אחוזים) – להוציא ארצות הברית, שממשיכה להיות חריגה בשיעור הגבוה של ההוצאה לבריאות ביחס לתוצר: 15.5 אחוז (תרשים 8).

תרשים 8  
**הוצאה לאומית על שירותי רפואה\***  
 כאחוז מהתמ"ג, 1995–2011



\* ההוצאה לנפש מתוקנת (לפי נוסחת הקפיטציה הישנה) כאחוז מתמ"ג לנפש רגילה.

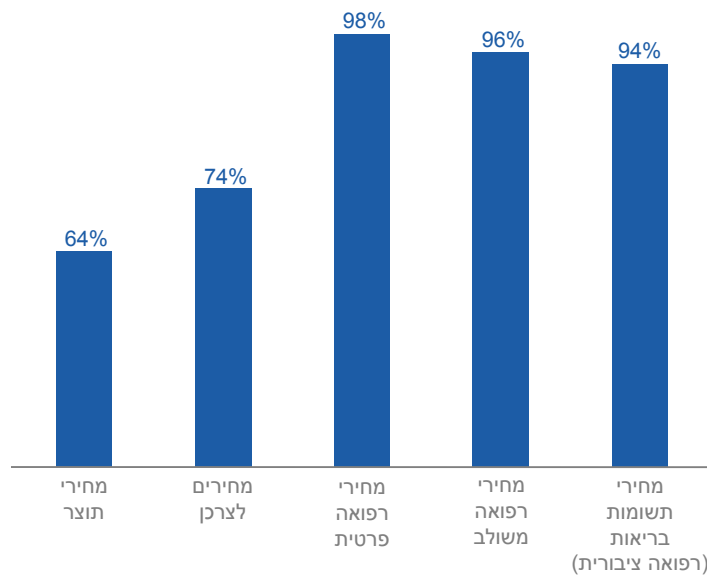
\*\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
 נתונים: OECD

<sup>1</sup> ראוי להזכיר כי אחוז ההוצאה מהתוצר מייצג את ההוצאה לשירותי בריאות לנפש בהשוואה ליכולת הייצור של המשק.

בשנת 2011 חלה עלייה קלה בשיעור ההוצאה הלאומית על שירותי רפואה בישראל, הנובעת גם מן הגידול שחל בשנה זו בהוצאה הציבורית ביחס לתוצר (תרשים 6 לעיל). אלא שהתמונה משתנה כשמביטים בהוצאה הריאלית, הנבחנת על פי השינוי במחירי שירותי הרפואה ביחס לשינוי בהוצאה הנומינלית. ההוצאה הריאלית מצביעה על השינוי ברמת השירותים העומדים לרשות הציבור. בהקשר זה מערכת הבריאות בישראל מאבדת את היכולת לבקר את הגידול בהוצאה לבריאות, שמקורו באינפלציה היחסית בעלויות השירותים. כפי שניתן לראות בתרשים 9, מדד מחירי הרפואה המשולב עלה בכ-96 אחוז ומדד מחירי הרפואה הפרטית עלה ב-94 אחוז בין 1995 ל-2011, בעוד שמדד מחירי התוצר עלה רק ב-64 אחוז. פירוש הדבר הוא שבמונחים של השירותים העומדים לרשות התושב, חלקם של שירותי הרפואה בתמ"ג ירד בשנים אלו במידה רבה יותר ממה שמראים השיעורים בתרשים.

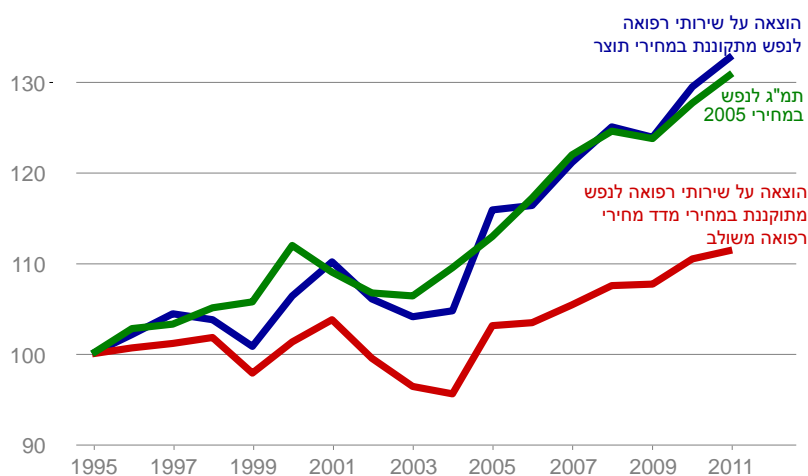
תרשים 9  
שינויים במדדי המחירים בין 1995 ל-2011



**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות

משמעות עליית המחירים נראית בתרשים 10: מאז 1995 חל גידול ריאלי של כ- 11.6 אחוזים בלבד בכוח הקנייה של שירותי הרפואה לנפש מתוקנת בישראל – אף שהתמ"ג הריאלי לנפש עלה בכ-33 אחוז בתקופה זו. המצב חמור אף יותר אם מביאים בחשבון שנתח ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות גדל לאורך השנים, והשירותים הפרטיים נעשו יקרים יותר.

תרשים 10  
**הוצאה על שירותי רפואה לנפש תקנית\*, 1995–2011**  
 מדד: 1995=100



\* מתוקן לנפשות מתוקנות במונחי נוסחת הקפיטציה בישראל עד סוף 2010.

**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

## 2. סוגיות מבניות והיעדר מדיניות לטווח ארוך

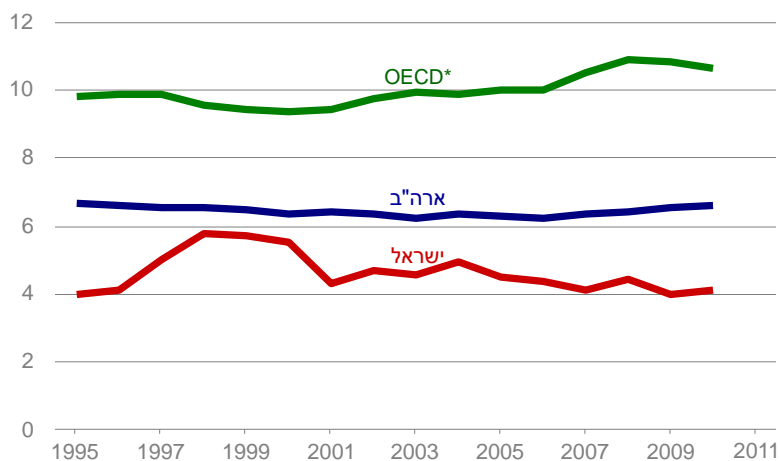
חוסר התכנון והאסטרטגיה לטווח ארוך במערכת הבריאות מתבטא בהיעדר השקעה מספקת הן בכוח אדם והן בתשתיות, אף על פי שהזדקנות האוכלוסייה והעלייה בהכנסות צפויים להביא לגידול בביקושים לשירותי רפואה. הפער הגדול בין הביקושים ובין ההיצע מביא לגידול בביקושים במערכת הפרטית ולאנפליציה במחירי השירות, ומגמות אלו הוחמרו נוכח הפניית כספי הביטוחים המשלימים לרפואה בבעלות פרטית.

**רופאים.** ישראל נהנתה לאורך השנים מיחס גבוה של רופאים לאוכלוסייה בהשוואה למדינות מפותחות אחרות. גידול משמעותי בשיעור זה נרשם בראשית שנות התשעים, בשל הרופאים הרבים שהגיעו ארצה בגל העלייה הגדול ממדינות חבר העמים לשעבר. עם זאת, כבר בסוף שנות התשעים החלה מגמת ירידה במספר הרופאים ביחס לאוכלוסייה בישראל, והצטמצמו הפערים בינה ובין מדינות ה-OECD (בחישוב לאלף נפש). בשנת 2011 נרשמה ירידה חדה במיוחד בשיעור הרופאים בישראל (ככל הנראה בעקבות המשבר והשביתה שפקדו באותה שנה את מערכת הבריאות). את הסיבה למגמה זו ניתן לראות בתרשים 11, אשר מציג את כמות הרופאים החדשים המוסמכים מדי שנה בישראל, בארצות הברית ובמדינות OECD נבחרות.

בשנים האחרונות עומד שיעור בוגרי לימודי הרפואה על כ-4.1 בוגרים למאה אלף נפש בלבד, לעומת כ-6.6 בוגרים למאה אלף נפש בארצות הברית וכ-10.6 בוגרים ב-OECD. מגמה זו מדאיגה ביותר, והיא הגורם העיקרי לצניחה בשיעור הרופאים בישראל.

תרשים 11  
**בוגרי לימודי רפואה בשנה**

למאה אלף נפש, 1995–2010



\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

**מקור:** דב צירניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

כתוצאה ממגמה זו ירד שיעור הרופאים לאלף נפש בישראל והוא עומד על 3.0, לעומת 3.4 במדינות ה-OECD ו-2.4 בארצות הברית. עם זאת, כאשר מתקננים את המספרים לגיל האוכלוסייה, ובפרט כשמביאים בחשבון שבישראל שיעור הצעירים בכלל האוכלוסייה גבוה ביחס למדינות ה-OECD, מצבה היחסי של ישראל עדיין טוב יותר כאמור: 3.0 רופאים לאלף נפש בישראל, לעומת 2.8 ב-OECD ו-2.1 בארה"ב (תרשים 12).





\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

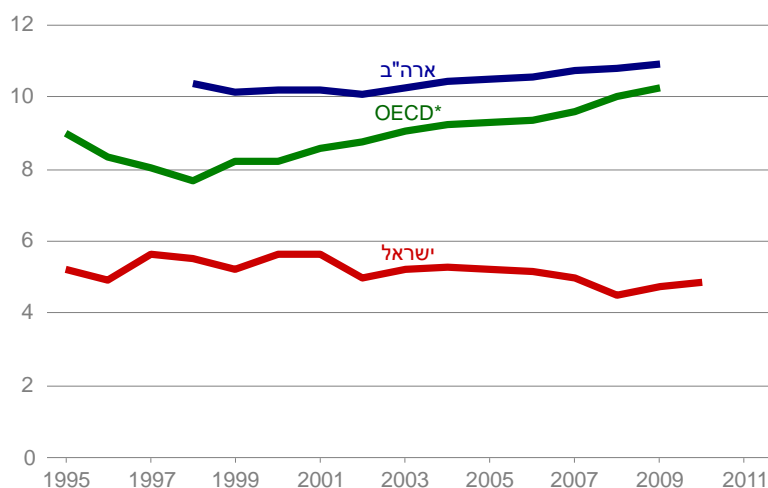
**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

הנתונים כמובן אינם משקפים חוסרים יחסיים בהתמחויות מסוימות, ולא את התפלגות הרופאים בין הרפואה הציבורית לפרטית ובין המרכז לפרפריה. עם זאת, ידוע שיש זליגה של רופאים, בעיקר מומחים, מן השירות הציבורי אל השוק הפרטי, ושבמערכת הציבורית גובר המחסור היחסי ברופאים, בעיקר באותם מומחים שעוזבים. כפי שצוין לעיל, ביסוד התהליך עומדת המרת המימון הציבורי בביטוחים משלימים, אשר יוצרים ביקוש הולך וגובר מחוץ למערכת הציבורית.

**כוח אדם סיעודי.** בקרב כוח האדם הסיעודי המצב מדאיג אף יותר. בניגוד למגמת העלייה שנרשמה בשנים האחרונות בשיעור האחים הסיעודיים לאלף נפש בארצות הברית וב-OECD, בישראל המגמה הפוכה: שיעור האחים ירד במהלך כל העשור האחרון. ב-2011 היו בישראל רק 4.9 אחים לאלף נפש, לעומת 10.3 ב-OECD ו-11.0 בארצות הברית (תרשים 13). במילים אחרות, שיעור האחים

הסיעודיים לאלף נפש במדינות המערב הוא יותר מכפול משיעורם בישראל – ועוד נמצא במגמת עלייה ביחס לקצב הגידול בישראל.

תרשים 13  
מספר אחים מוסמכים לאלף נפש, 1995–2010

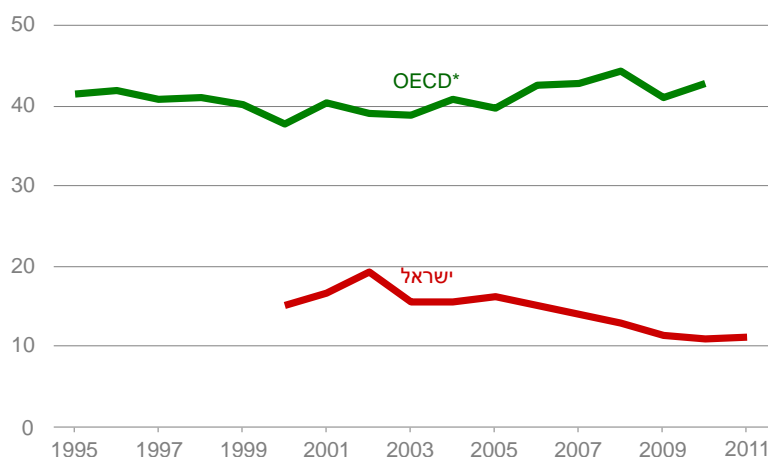


\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא אר"ב).

מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

בדומה למצב בקרב הרופאים, גם הירידה בשיעור האחים והאחיות הסיעודיים באוכלוסייה נובעת מירידה מתמשכת בשיעורי ההסמכה השנתיים. בשנת 2011 עמד השיעור השנתי של בוגרי לימודי סיעוד בישראל על 11.2 למאה אלף נפש בלבד, לעומת 42.8 ב-OECD – כמעט פי ארבעה מישראל. מטרידה לא פחות היא העובדה שבעשור האחרון בלבד ירדו שיעורי ההסמכה השנתיים של אחים בישראל בכ-43 אחוז. ירידה זו מקורה בשני גורמים עיקריים המעצימים זה את זה – השכר שאינו מהווה תמריץ מספק להצטרפות אחים חדשים, ועומס העבודה הנובע מן המחסור באחים ובאחיות. גורמים אלו הפכו את המקצוע לאטרקטיבי פחות והיו זרז משמעותי למגמת הנטישה המדאיגה (ניראל ואחרים, 2010).

תרשים 14  
**בוגרי לימודי סיעוד בשנה**  
 למאה אלף נפש, 1995–2011



\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD.

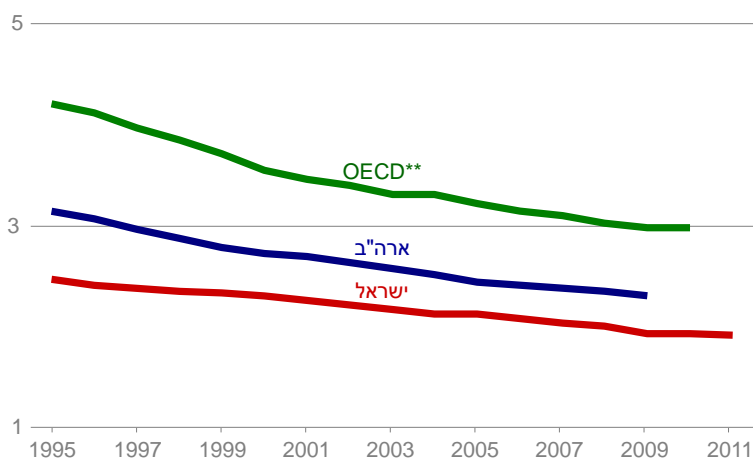
כאמור, מגמות אלו הובילו למצוקת כוח אדם חמורה – והדבר בא לידי ביטוי בעומסים כבדים על האחים והאחיות, אשר נדרשים למשמרות ארוכות ומתישות. יתר על כן, בגלל הירידה בשיעורי ההסמכה של אחים חדשים, עלה משמעותית גילם הממוצע של האחים והאחיות הסיעודיים, וכמחציתם בני 45 ומעלה. כלומר, האחים כיום גם מבוגרים יותר וגם סובלים מעומס רב יותר. לפיכך, לא מפתיע שבשלהי 2012 הוכרזה "שביתת האחיות", שמטרתה הייתה להביא לשיפור בתנאי השכר שלהם. השביתה הסתיימה לאחר כחודש של מאבק, בחתימה על הסכם שכר חדש ובו תוספות משמעותיות. יש לקוות שיהיה בכך די כדי להעלות בחזרה את שיעורי ההצטרפות למקצוע זה (ניראל ואחרים, 2010).

**תשתיות – מיטות טיפוליות.** במקביל למחסור המחריף בכוח אדם, ממשיכה גם מגמת השחיקה במשאבים. ניתן לראות כי בשנת 2011 שיעור המיטות הטיפוליות לאלף נפשות מתוקננות בישראל המשיך לרדת, ונותר נמוך באופן משמעותי לעומת

המדינות המפותחות ב-OECD ולעומת ארצות הברית: 1.91 מיטות לאלף נפש בלבד בישראל, לעומת 2.30 מיטות בארצות הברית ו-2.98 מיטות במדינות ה-OECD (תרשים 15).

חשוב לציין כי מצב זה אינו משתקף בנתונים על סך כל המיטות בישראל, אשר כוללים גם מיטות לטיפול נמרץ, לטיפול סיעודי ולטיפול פסיכיאטרי. עם זאת, נתוני 2011 מאשרים את טענות הקהילה הרפואית באשר למחסור במיטות.

תרשים 15  
מיטות טיפוליות בבתי חולים  
לאף נפשות מתוקננות\*, 1995–2011

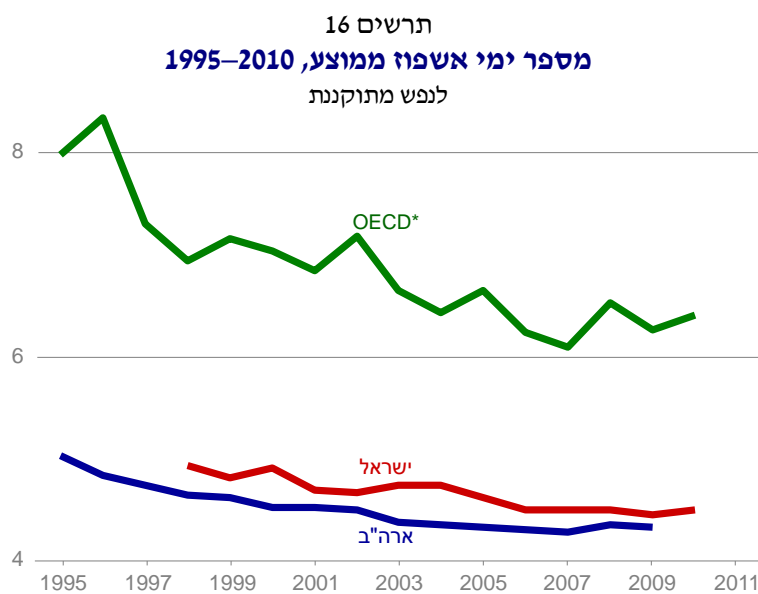


\* ההוצאה לנפש מתוקננת (לפי נוסחת הקפיטציה הישנה) כאחוז מתמ"ג לנפש רגילה.

\*\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

מקור: דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

מגמת הירידה במספר המיטות הכלליות בעשורים האחרונים, הנצפית גם בארצות הברית וב-OECD, משקפת ככל הנראה בעיקר שינויים טכנולוגיים התורמים להפחתת מספר ימי האשפוז הממוצע לנפש. ואכן, בעוד שב-OECD עומד מספר ימי האשפוז הממוצע (לנפש מתוקנת) על 6.4, ובארצות הברית על 4.3, בישראל מדובר ב-4.5 ימים (תרשים 16). משמעות הדבר היא שבהתחשב במספר המיטות באוכלוסייה, ישראל יעילה מעט יותר ביחס ל-OECD ויעילה מאוד ביחס לארצות הברית בניצול מספר מיטות לנפש לצורך ימי אשפוז. כל זה, בתוספת כוח אדם רב יחסית, מסייעים למערכת הישראלית לפצות במשהו על המחסור במיטות אשפוז ומסייעות לביצועיה.



\* ממוצע 23 המדינות המפותחות ביותר ב-OECD (ללא ארה"ב).

**מקור:** דב צ'רניחובסקי ואיתן רגב, מרכז טאוב  
**נתונים:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, OECD

### **3. הביטוחים המשלימים בישראל: רעיונות להסדרה נוסח הולנד ובריטניה**

סוגיית הביטוחים המשלימים היא סוגיה מבנית מרכזית במערכת הבריאות הישראלית, בשל הפניית הכספים המתקבלים מביטוחים אלו – אשר יש להם מאפיינים ציבוריים – למימון רפואה הניתנת במוסדות בבעלות פרטית. תוצאותיו של מצב זה נידונו בהרחבה בדוחות קודמים של מרכז טאוב, כמו גם בפרק זה. הסוגיה גם עמדה במרכז יום עיון שערך מרכז טאוב בפברואר 2013, בהשתתפות מומחים בין-לאומיים וצמרת משרד הבריאות. חלק זה של הפרק מתבסס, בין היתר, על דברים שהשמיעו בכנס מומחה מבריטניה, מר מארק באסט, ומומחה מהולנד, פרופ' וינארד ואן-דן ון. השניים טוענים כי הגדרת הסל הבסיסי בישראל אינה מספקת מבחינת זכויות התושב, וכי במערכת חסרים מידע ותחרותיות מספקת הנחוצים לשם שמירת זכויות בנושא הסל הבסיסי.

בסעיף זה נסקרות כמה נקודות מרכזיות אשר נועדו להציג את הסוגיה בפרספקטיבה רחבה ככל האפשר. כדי לעשות זאת יושוו הביטוחים המשלימים בישראל לא לביטוחים ספציפיים בארצות אחרות, אלא לגישות הכלליות לנושא המתבטאות במערכות הבריאות של הולנד ושל בריטניה. עיקר הגישות הללו אינו טמון בגורם המציע את השירותים הנכללים בביטוחים הפרטיים, אלא בשאלה כיצד האזרח יכול לשלוט בזכויותיו בצורה יעילה ומושכלת.

ביסוד הביקורת על הביטוחים המשלימים בישראל עומדת הטענה שהביטוחים הללו אינם מוסדרים דיים, ועל כן הם תורמים לטשטוש הגבולות בין הזכאות הנכללת בסל השירותים הבסיסי ובין הזכאות שמקנה הסל המשלים. מעבר לכך, טשטוש גבולות זה תורם לגידול באי השוויון הן בשל האופי הרגרסיבי של מימון הביטוחים המשלימים, הן בפגיעה בנגישות לסל הבסיסי והן בשל הירידה ביעילות השירותים – המתבטאת באינפלציה, כפי שהודגם בדיון לעיל.

#### **ביטוחים משלימים: רקע כללי**

ביטוחים משלימים נועדו להשיג שתי מטרות הכרוכות זו בזו: ראשית, לאפשר לאוכלוסייה חופש בחירה אשר המערכת במימון ציבורי אינה יכולה לאפשר. שנית, למתן את הלחץ למימון שירותים המוטל על התקציב הציבורי.

**זכויות התושב.** מנקודת מבטו של מקבל השירות, הבעיה המרכזית של ביטוחי הבריאות המשלימים היא אי הבהירות ביחס לאפשרות למצות את זכויותיו

במסגרת הביטוח הבסיסי, לפני התשלום לביטוחים המשלימים. כאמור, יש במערכת טשטוש גבולות אשר מאפשר למבטחים ולספקי שירותים כאחד לממן באמצעות ביטוחים משלימים שירותים אשר לכאורה אמורים להיות ממומנים באמצעות המיסוי הכללי ומס הבריאות.

בהולנד נמצא פתרון לסוגיה זו, המבוסס על חתימת פוליסת ביטוח אישית בין הקופה לאזרח, גם בביטוח הבסיסי. הפוליסה מפרטת את זכויות התושב בגין כל אחד מסוגי הביטוח – הבסיסי והמשלים (אם האזרח בחר באחרון).

עיקרי הפוליסה ביחס לסל הבסיסי צריכים להיות מפורטים בבהירות ולהתייחס לנקודות הבאות:

א. סוגי האבחנות והטיפולים שהאזרח זכאי להם בכל אחד משני סוגי הביטוח

ב. סטנדרטים מינימליים להספקת הטיפולים, בעיקר משך ההמתנה המקסימלי לטיפול

ג. הגדרת הספק אשר חייב בהספקת השירות (כדי למנוע מצב שאותו ספק מציע את אותו השירות במימון פרטי וציבורי כאחד)

ד. קריטריונים לאיכות הטיפול

ה. קריטריונים לאחריות משפטית בגין הטיפול

בעניין הביטוחים המשלימים יש לקבוע אמות מידה בכמה סוגיות כדי להסדיר את חובת הביטוח ואת הפרמיה הקבוצתית אשר מאפיינת את הביטוחים הללו:

א. לקבוע רשימת זכאויות ברורה וחד-משמעית להבחנות ולטיפולים הנכללים בביטוחים משלימים

ב. לקבוע רשימת ספקי שירות מורשים

ג. לקבוע מחירי מקסימום לטיפול ולהשתתפויות עצמיות, אם יש בהן צורך

הגם שיש בפתרון ההולנדי לסוגיית הביטוחים המשלימים מהפכה מבחינה מעשית, אין בו מהפכה בתפיסת העולם. מבחינה זו אין ספק שפתרון זה מתאים גם לישראל.

**הגברת התחרותיות.** המערכת הישראלית מבוססת על תחרות מנוהלת (Managed Competition) בין קופות חולים מצד אחד, ובין ספקים מצד אחר. בהקשר זה יש לציין את מספרן הנמוך של קופות החולים בישראל, המעמיד בספק את מידת

התחרותיות של השוק ואת ההצדקה לקיים מערכת המבוססת על קופות חולים (במקום קופה אחת בנוסח שירות הבריאות הממלכתי הבריטי). בהקשר זה יש להזכיר כי ועדת נתניהו המליצה בשעתו להגדיל את מספר קופות החולים לשמונה, במטרה להגדיל את התחרות על מתן השירות בישראל.

הגברת התחרות על ידי הוספת קופות חולים למערכת, כך שהיחס בין מספר הקופות לאוכלוסייה יהיה קרוב יותר לזה שקיים בהולנד<sup>2</sup>, עשויה לסייע להמריץ את הקופות לשפר את הסל הבסיסי, וגם כל סל משלים שיוצע לבחירה. במקביל יש להסדיר את נושא הספקת השירותים לקופות השונות, בעיקר את השירות הניתן בבתי החולים הציבוריים.

**מידע.** מידע הוא תנאי בסיסי לתחרות מנוהלת יעילה והוגנת. פעולות ממשלתיות להפצת מידע זמין וברור בנושא זכויות התושב, בפרט בתחום הסל הבסיסי וביצועי הקופות בהספקתו, הן כלי מהותי לבחירה מושכלת בקופה אשר מבטיחה לחבריה את מיטב השירותים, בעיקר בהיבט של הבטחת הזכאות לשירותי הסל הבסיסי.

---

<sup>2</sup> בהולנד קיימות כ-40 קופות חולים המשרתות אוכלוסייה של כ-17 מיליון איש. אין מחקר המצביע על יתרונות לגודל לקופות בסדר הגודל הישראלי, אולם אם יתגלו יתרונות לגודל הרלוונטיים לגודלן של הקופות הישראליות – ובפרט של קופת חולים כללית, הגדולה מביניהן – כדאי לשקול קופה לאומית אחת, היינו שירות בריאות ממלכתי נוסח בריטניה.



## מקורות

ברמלי-גרינברג, שולי, רויטל גרוס, יפעת יאיר ואייל עקיבא (2011), **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות**, מכון ברוקדייל.

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, "הסקר החברתי", בתוך **דוח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות**, שנים שונות.

נבון, גיא ודב צ'רניחובסקי (2012), **ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, התפלגות ההכנסות ועוני בישראל**, סדרת מאמרים לדיון, מס' 13-2012, בנק ישראל.

ניראל, נורית, יפעת יאיר, הדר סמואל, שושנה ריב"א, סימה רייכר ואורלי תורן (2010), **אחיות מוסמכות בישראל: כוח העבודה – דפוסים ומגמות**, מכון ברוקדייל.

צ'רניחובסקי, דב ודוד חניניץ (2013), "על הקיצוץ משלמים בבריאות", **הארץ**, 19 באוגוסט 2013, <http://www.haaretz.co.il/opinions/.premium-1.2101104>

OECD Data Base, [stats.oecd.org](http://stats.oecd.org).