

תקציר מדיניות

מרס 2014

סוגיות עכשוויות במערכת הבריאות

ליאורה בוורס*

מבוא


זה זמן רב מערכת הבריאות בישראל מגיעה להישגים טובים יחסית על פי כמה אינדיקטורים: שיעור תמותת התינוקות נמוך, תוחלת החיים גבוהה, ניהול המחלות הכרוניות יעיל ואיכות רפואת המשפחה גבוהה. תוצאות אלו הן פועל יוצא של ההשקעה ארוכת השנים של המדינה בפיתוח רפואת המשפחה והטיפול בקהילה, בדגש חזק על בריאות הציבור.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק ב-1 בינואר 1995, מבטיח כיסוי בריאותי לכלל אזרחי ישראל ותושבי הקבע שלה. עם זאת, בשנים האחרונות המימון הציבורי לבריאות פוחת וחלה עלייה משמעותית בהיקף המבוטחים בביטוח פרטי, והדבר מעורר דאגה בנוגע למחויבותה המלאה של ישראל להעניק טיפול רפואי לכלל האוכלוסייה במימון ציבורי. כמו כן מתנהל דיון מתמשך על תפקידו הכפול של משרד הבריאות: הוא משמש הן כרגולטור האחראי לרישוי, לתכנון ולרגולציה של המתקנים, הצוות והטכנולוגיה במערכת הבריאות, והן כספק שירותי בריאות וכבעליהם של בתי חולים – כפל תפקידים שיש בו פוטנציאל לניגוד עניינים.

עקב מגוון בעיות הנוגעות לאיכות הטיפול המוענק בבתי החולים הציבוריים בישראל, מינתה שרת הבריאות יעל גרמן ביוני 2013 את "הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית" (ועדת גרמן). הוועדה מונה 13 חברים, ותפקידה להמליץ על מדיניות ועל שינויים בני יישום במערכת הבריאות. הנקודות המרכזיות לדיון בוועדה הן: (1) התמהיל הציבורי-פרטי בהוצאות הבריאות והשר"פ (שירותי רפואה פרטיים) – טיפולים פרטיים הניתנים במסגרת בתי חולים ציבוריים (2) הביטוחים הפרטיים, לרבות תכניות פרטיות של חברות הביטוח והביטוחים המשלימים של קופות החולים (ביטוחים אלו נחשבים ציבוריים למחצה עקב המבנה הארגוני שלהם והכללים החלים עליהם, למשל החובה לגבות תשלום אחיד מכל מבוטח באותה קבוצת גיל) (3) תפקידו הכפול של משרד הבריאות כספק שירותי בריאות וכרגולטור (4) התיירות הרפואית.

תקציר זה כולל סיכום קצר של בעיות מערכת הבריאות הרלוונטיות לדיוני ועדת גרמן.

רח' האר"י 15, ירושלים, 9103401
טל': 02-567-1818
info@taubcenter.org.il
taubcenter.org.il

מרכז טאוב 

TaubIsraelStudy 

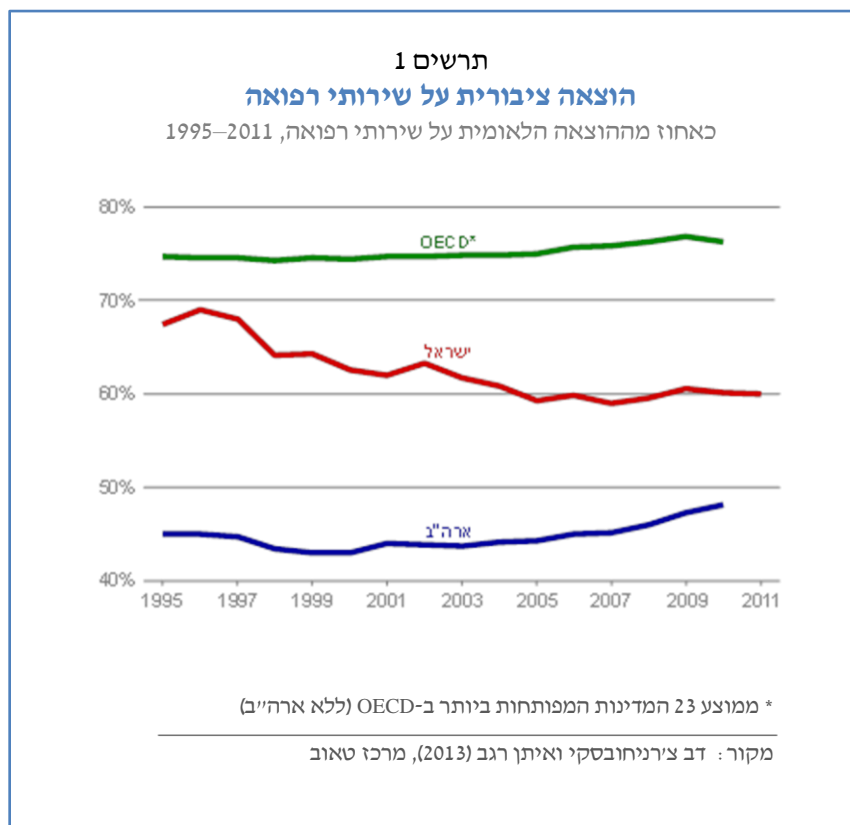
[תמכו בנו](#)

* ליאורה בוורס, מנהלת תחום מדיניות במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. ברצוני להודות לדוד חנינץ, לזאב פלדמן, לדב צירניחובסקי ולרחל קיי, וכן לעמיתיי במרכז טאוב דן בן-דוד, איל קמחי ואיתן רגב, על תרומתם החשובה לתקציר זה. כל הדעות המובעות בתקציר הן של המחברת ועל אחריותה בלבד.



מימון שירותי הבריאות

- ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל, שעמדה על 7.7 אחוזים מהתמ"ג ב-2011, מדורגת במקום ה-21 מתוך 24 המדינות המתקדמות ב-OECD. ההוצאה בישראל נמוכה גם מממוצע ההוצאה באותן המדינות, העומד על 9.7 אחוז מהתמ"ג. לאחר שקלול גילי האוכלוסייה עמדה ההוצאה הלאומית לבריאות באותה שנה על 7.9 אחוזי תמ"ג – נתון המציב אותה במקום ה-16 בדירוג של 24 מדינות OECD. הממוצע ב-23 המדינות האחרות שנבדקו הוא 8.1 אחוז מהתמ"ג (עיבוד של איתן רגב ל-OECD, 2011).
- ב-23 מדינות נוספות ב-OECD חלקו של המימון הציבורי בהוצאות על בריאות הוא כ-76 אחוז בממוצע, ושיעור זה נותר יציב לאורך 15 השנים האחרונות. בניגוד לכך, חלקו של המימון הציבורי בישראל צנח בכמעט 10 אחוזים במהלך אותן שנים (תרשים 1), והוא עומד על כ-60 אחוז (צ'רניחובסקי ורגב, 2013). חלקו הנמוך יותר של המימון הציבורי בישראל נובע, בין השאר, מכך שהמימון הממשלתי לטיפול סיעודי ממושך בקשישים בישראל קטן בהרבה מאשר במדינות OECD אחרות.
- כאמור, חלקה של ההוצאה הציבורית בסך ההוצאה הלאומית על בריאות עומד על כ-60 אחוז. הוצאה זו מומנה באמצעות מסים כלליים ומסי בריאות. חלקה של ההוצאה הפרטית עומד על 40 אחוז מסך ההוצאה הלאומית לבריאות (מתוכם 26 אחוז עבור רכישה ישירה של שירותים פרטיים, 12 אחוז עבור ביטוח משלים ציבורי למחצה וביטוחים פרטיים, ו-3 אחוזים עבור תשלומי השתתפות על שירותים בזכאות ציבורית) (ניתוח של ליאורה בוורס לצ'רניחובסקי ורגב, 2012).





ביטוחי בריאות

- במהלך העשור האחרון הגדילה הממשלה את תקציב הבריאות בכאחוז לשנה, כדי שיכלול טכנולוגיות ותרופות חדשות. ב-2007 התעורר ויכוח ציבורי סביב השאלה האם הסל הולם, והוא הוביל לעלייה זמנית באחוזי הגדלת הסל לכ-1.8 אחוז מדי שנה בשלוש השנים שלאחר מכן (Rosen and Samuel, 2009). יש לציין שעלויות אלו נוספו לגידול הנובע משקלולים שנתיים קבועים של השינויים הדמוגרפיים והעלייה במחירי שירותי הבריאות.
- נראה שהמימון לסל הבריאות אינו מספיק כדי לכסות את כלל השירותים שהישראלים זכאים להם על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ב-2011 נקלעו ארבע קופות החולים, הפועלות ללא כוונות רווח, לגירעון של 3.6 אחוז מהתקציב שלהן לאותה שנה, ונדרשה תמיכה ממשלתית נוספת כדי לצמצם את הגירעון ל-2.3 אחוז מהתקציב הכולל ב-2012 (כלומר גירעון של 861 מיליון שקלים). הגירעונות הובילו את קופות החולים ללוות כסף מהבנקים ולדחות את התשלומים לספקי שירותי הבריאות (משרד הבריאות, 2013).
- לעתים קרובות מי שמשלם על שירותים כגון טיפול פסיכולוגי ובחירת רופאים או אחיות במצבים אקוטיים הם משקי הבית או הביטוחים הפרטיים. עם זאת, בימים אלו מיושמות כמה רפורמות להגדלת הכיסוי הציבורי בתחומי בריאות הנפש ורפואת השיניים.
- בין 1999 ל-2011 עלה שיעור הישראלים שברשותם ביטוח משלים של קופות החולים מ-46 אחוז ל-73 אחוז, ושיעור הישראלים בעלי ביטוח מסחרי עלה מ-24 אחוז ל-41 אחוז (בן-נון, 2013) (ראו לוח 1).

הספקת שירותי בריאות ובתי חולים

- לאורך העשור האחרון קידמו קופות החולים רפורמות בתחום רפואת המשפחה, לרבות השקעה נרחבת במחשוב תיקי החולים, פיתוח תכנית לאומית למדידת איכות הטיפול במחלות כרוניות וייסוד מרפאות רב-תחומיות.
- אילוצים בתקציב הממשלה וניסיונות של האוצר לצמצם את ההוצאות הכלליות על בריאות הובילו להידרדרות בתשתיות בתי החולים, ובפרט במצב המתקנים, הקיבולת והטכנולוגיה.
- מספר מיטות בתי החולים המשמשות לטיפולים אקוטיים בישראל הוא מהנמוכים מבין כל מדינות ה-OECD, והגידול בקיבולת לאורך העשור האחרון היה זניח. ב-2011 היו בישראל 1.9 מיטות לכל אלף בני אדם, בהשוואה לממוצע של 3.0 מיטות לאלף איש ב-23 מדינות ה-OECD המפותחות (צ'רניחובסקי ורגב, 2013).
- שיעורי התפוסה בבריאות החולים בישראל הם הגבוהים ביותר ב-OECD: 96 אחוז, בהשוואה לממוצע של 76 אחוז ב-25 מדינות ב-OECD. שיעורים אלו גבוהים בהרבה גם בהשוואה למה שנחשב לגבול הבטוח בבריטניה, באוסטרליה ובאירלנד: 85 אחוז (OECD, 2012).
- נתוני ה-OECD מצביעים על מתאם גבוה בין היצע מיטות נמוך ובין המתנה ממושכת לטיפול רפואי, ועל מתאם מעט נמוך יותר בין ההוצאה הכוללת על בריאות לזמני המתנה ארוכים. בהתאם לכך, ה-OECD מחשיב את ישראל כמדינה בעייתית בתחום זמני המתנה לטיפול בקרב חולים מאושפזים ולא-מאושפזים כאחד (Siciliani et al, 2013).
- כ-96 אחוז מהמיטות נמצאות בבתי החולים הציבוריים. הבעלות מתחלקת כך: בעלות ממשלתית – 46 אחוז; קופת חולים כללית – 30 אחוז; ארגונים ללא כוונות רווח (כגון הדסה) – 20 אחוז; גופים פרטיים, כמו אסותא – 4 אחוזים (Rosen and Samuel, 2009).
- ככלל, המטופלים יכולים להגיע לכל בית חולים על פי בחירתם, אף שקופות החולים מכוונות אותם יותר ויותר לבתי חולים המציעים להן חוזים נוחים יותר. בעת שהותם בבתי החולים הציבוריים המטופלים אינם רשאים לבחור את הרופא המטפל.

זמני המתנה בבתי החולים

דוח מבקר המדינה לשנת 2009 הדגיש כי משרד הבריאות וקופות החולים אינם מספקים מידע אמין בנוגע לזמני המתנה, מכיוון שרישומי המתנה מפוזרים בין מחלקות שונות בבתי החולים. הדוח אף ציין כי משרד הבריאות לא פרסם תקנים של זמני המתנה, וכי בתי החולים אינם ממלאים אחר הנהלים הדורשים מהם לפקח על זמני המתנה ולקבוע תקנים לנושא.

למרות מיעוט המידע, הדוח ציין כי זמני המתנה לבית החולים אלקטיביים מסוימים היו ארוכים בשל כמה גורמים, וביניהם:

- א. מיעוט רופאים מרדמים (30 אחוז פחות מהתקן המומלץ) ואחיות חדר ניתוח
- ב. היעדר תגמול שיספיק כדי לתמרץ לרופאים לערוך ניתוחים מסוימים אחר הצהריים
- ג. מעבר של מנתחים לעבודה פרטית או עבודה בקהילה אחר הצהריים

הדוח גם הצביע על כך שמכיוון שלעתים קרובות יש לרופאים יותר ממעסיק אחד, קשה לקבל הערכות טובות בנוגע להכנסתם הכוללת.

על סמך חששות אלו, יש לקבוע שיטות לפקח על זמני המתנה לפעולות אלקטיביות בבתי החולים.



לוח 1. השוואת הביטוח הממשלתי, המשלים והמסחרי בישראל

ביטוח בריאות ממשלתי	ביטוח משלים "ציבורי למחצה"	ביטוחים מסחריים (פרטיים)
האוכלוסייה המכוסה, 1999	כל האזרחים ותושבי הקבע	46 אחוז
האוכלוסייה המכוסה, 2011	כל האזרחים ותושבי הקבע	41 אחוז, רובם מבוטחים גם בביטוח משלים
הגורם המבטח	ארבע קופות החולים (כללית, מכבי, לאומית, מאוחדת)	חברות ביטוח פרטיות (לדוגמה: הראל, הפניקס, כלל)
אופן ההצטרפות	עצמאי, בחירה באחת מארבע הקופות	45 אחוז עצמאית ו-55 אחוז דרך המעסיק או האיגוד המקצועי
מדיניות הכללת מבוטחים, חיתום רפואי וכיסוי	<ul style="list-style-type: none"> חובה להציעו לכל האזרחים ותושבי הקבע, ללא קשר למצבם הבריאותי. השירותים הנכללים בביטוח מוכתבים בחוק. 	<ul style="list-style-type: none"> דרגת פיקוח גבוהה. חובה להציעו לכל המבוטחים, ללא קשר למצבם הבריאותי. לא ניתן להציע תרופות מצילות חיים שאינן כלולות בסל הבריאות, או תנאי זכאות נמוכים יותר לטיפולים בחו"ל מאלו שבחוק הבריאות הממלכתי.
פרמיות וביצועים פיננסיים של התכנית	<ul style="list-style-type: none"> קופות החולים מקבלות תשלום קבוע מהממשלה בגין כל מבוטח (כ-4,100 ש"ח ב-2012). גובה התשלום משתנה רק בשל גיל, מין ומקום מגורים. הפרמיות מגיעות מהממשלה ומשולמות דרך המסים הכלליים ומסי הבריאות המדורגים של העובד. המבוטחים אינם משלמים פרמיות, אך תיתכן השתתפות עצמית בגין שירותים. ההכנסה הכוללת של קופות החולים מביטוחי חובה ב-2012: 34.7 מיליארד ש"ח. הגירעון התפעולי בכל קופות החולים: 861 מיליון שקלים. 	<ul style="list-style-type: none"> הפרמיות תלויות בתכנית שנבחרה (כל קופת חולים מציעה שתי אפשרויות). הפרמיות משתנות רק על בסיס גיל (הפרמיה לגיל 65 גבוהה בערך פי שניים מהפרמיה לגיל 25). טווח המחירים לשנה ללקוח ב-2012: מממוצע של 595 ש"ח במאוחדת עד 622 ש"ח במכבי. ההכנסה הכוללת של קופות החולים מביטוחים משלימים ב-2012: 3.5 מיליארד ש"ח. 82 אחוז מההכנסה הכוללת של הביטוחים המשלימים ב-2012, 2.9 מיליארד ש"ח, הוצאו ישירות על טיפולים רפואיים עבור המבוטחים. היתר הושקע בכיסוי עלויות, שיווק, ניהול וכו'.
שירותים הנכללים בכיסוי	<ul style="list-style-type: none"> החוק מציינ רשימת שירותים שחייבים להיכלל בכיסוי: אבחון ייעוץ רפואי, שירותי מעבדה וטיפול אשפוז שיקום טיפול בחו"ל (במקרים מוגבלים) גישה למגוון אביזרים, ציוד רפואי, טכנולוגיות ותרופות שירותי בריאות האם והילד, סיעוד ובריאות הנפש ניתנים ישירות משרד הבריאות (האחרון מועבר כיום לקופות החולים). 	<ul style="list-style-type: none"> קופות החולים מתכננות את הכיסוי בעצמן, והוא כולל: ש"פ (שירותים פרטיים בבתי חולים ציבוריים) או טיפול במתקנים פרטיים רפואה מונעת (בדיקות, חיסונים, ציוד למעקב רפואי בבית, רפואת ספורט, שיקום, נעליים אורתופדיות) ריפוי (חוות דעת שנייה, השתלות, טיפול במחלות כרוניות) טיפולים (שיניים, אורתודנטיה, הפריות מלאכותיות, דיאגנוסטיקה) שירותים אחרים (רפואת היריון, תזונה, אורח חיים וכו')
גורם מפקח	משרד הבריאות	הממונה על הביטוח במשרד האוצר
שיעור המבוטחים שהשתמשו בהטבות בשנתיים האחרונות (2013)	אין נתונים	21 אחוז

מקור: ליאורה בוורס, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל נתונים: מקורות שונים (ראו רשימת מקורות)



המערכת הפיננסית בבתי חולים

- לבתי החולים הציבוריים יש שליטה מעטה בלבד על חלקו של התקציב המושקע בעלויות עבודה (כ-70 אחוז) (חיניץ וישראל, 2011). כמעט כל בתי החולים הציבוריים בישראל סובלים מגירעון תפעולי – דבר שהוביל להשתרשות שיטת פעולה של "כיבוי שריפות", המעכבת מאמצים לתכנון ארוך טווח ולהשקעה בתשתיות.
- בתי החולים הציבוריים מפעילים תאגידי בריאות בלתי תלויים, שהכנסותיהם עומדות על כ-10 אחוזים מתקציבם, כדי למשוך רופאים מהשורה הראשונה לעבוד אצלם באמצעות שכר גבוה יותר. הכנסותיהם של תאגידי אלו מגיעות ממכירת שירותים ציבוריים לקופות החולים לאחר שעות הפעילות (Rosen and Samuel, 2009).
- בתי החולים הציבוריים אינם רשאים לקבל כספים מהביטוחים הפרטיים (שר"פ). עם זאת, עקב תקדימים היסטוריים, איסור זה אינו חל על בתי החולים בירושלים השייכים לארגונים ללא כוונות רווח (הדסה ושערי צדק).
- התיירות הרפואית בישראל עדיין מצומצמת יחסית מבחינת היקפה ומספר בתי החולים המעורבים בה, אך היא צומחת במהירות רבה. הנתונים על התופעה מוגבלים, אך על פי ההערכה ב-2012 הרוויחו בתי החולים הציבוריים העוסקים ברפואה אקוטית כ-470 מיליון שקלים מתיירות רפואית – כ-3 אחוזים מהכנסתם הכוללת (לינדר-גנץ, 2013; עיבוד של איתן רגב לנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013). בתי חולים שבבעלות הממשלה, קופת חולים כללית והדסה הרוויחו מתיירות מרפא 291 מיליון שקלים, 70 מיליון שקלים ו-108 מיליון שקלים, בהתאמה. בתי החולים שיבא ואיכילוב הרוויחו יחד כמעט 80 אחוז מההכנסות מתיירות רפואית בבתי חולים שבבעלות הממשלה (לינדר-גנץ, 2013).

סגל רפואי

- שיעור הרופאים באוכלוסייה בישראל היה גבוה בכ-10 אחוז מהמוצע ב-OECD ב-2009, במידה רבה בשל זרם העלייה של רופאים מברית המועצות לשעבר בשנות התשעים.
- עם זאת, בישראל יש כיום מחסור ברופאים מרדימים ובגריאטרים, והיא עומדת, בין השאר, מול סכנת מחסור עתידי במנתחים כלליים, ברופאים פנימיים וברופאי ילדים.
- עקב מיעוט מקומות בבתי הספר לרפואה, מספרם היחסי של בוגרי בתי ספר לרפואה בישראל ב-2009 היה הנמוך ביותר מתוך 23 מדינות ה-OECD שנבדקו. עם זאת, יוזמה משמעותית שנקטה המדינה להרחבתם של מוסדות להכשרת רופאים הכפילה את מספר הסטודנטים לרפואה בשנים האחרונות, וצפויה להיות לה השפעה חיובית על היצע הרופאים בתוך שש עד שמונה שנים.
- היצע האחיות והאחים המוסמכים העוסקים במקצועם בישראל נמוך, ומספר בוגרי לימודי הסיעוד החדשים המוסמכים בכל שנה נמוך מאוד.

שכר הרופאים

- המשא ומתן על חוזהם של רופאים בבתי החולים הציבוריים נערך באופן קולקטיבי בין הסתדרות הרופאים לבעלי בתי החולים: הממשלה, קופת חולים כללית והארגון הרפואי הדסה. משרד האוצר עיכב באופן מגמתי את העלייה בשכרם של הרופאים, מחשש שהדבר ישפיע על שכרם של עובדים אחרים במגזר הציבורי (Rosen and Samuel, 2009).
- רבים מהמומחים בבתי החולים הציבוריים עובדים גם בבתי חולים פרטיים או במסגרות בקהילה בעבור הכנסה נוספת. מחקר שנערך ב-2001 ובדק שישה תחומי התמחות (עיניים, עור, אף-אוזן-גרון, גינקולוגיה, כירורגיה כללית וקרדיולוגיה) הצביע על כך ש-84 אחוז מהרופאים החזיקו ביותר ממשרה אחת, ומעל 40 אחוז מתוכם עבדו בשלושה מקומות או

יותר. עוד נמצא שהרופאים שהשתתפו במחקר עבדו 63 שעות בשבוע בממוצע (ניראל ואחרים, 2003).

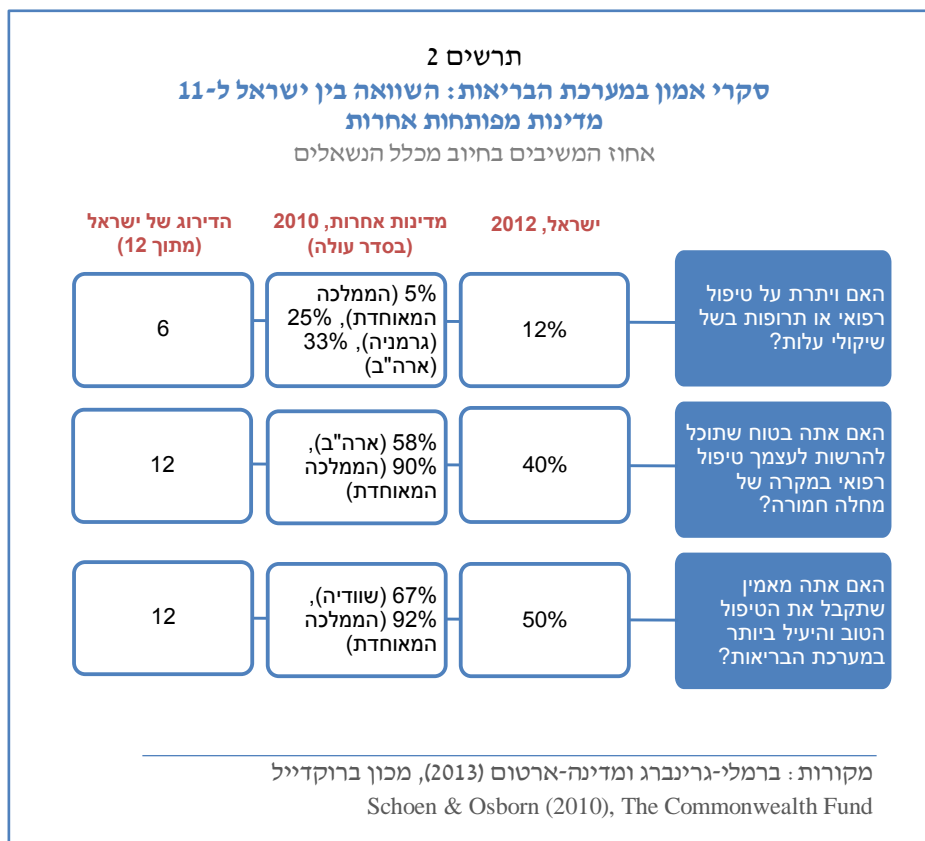
- שבתות רופאים מסיבות הקשורות לשכר הן עניין נפוץ בישראל. השביתה האחרונה, שהתקיימה ב-2011, הסתיימה בהסכם לתשע שנים שהדעות עליו חלוקות (ראו הרחבה בצד שמאל).

סיכום

תקציר זה סוקר בכלליות כמה מההיבטים העיקריים של מערכת הבריאות בישראל, כגון מימון, תקציבים ויחסים עם בעלי עניין – בעיות שבהן מתמקדת כעת ועדת גרמן. כשבוחנים את חוסנה של מערכת הבריאות, חשוב להתייחס לאופן שבו היא נתפסת בעיני הציבור ולאמון שהוא נותן בה. על פי סקר שנערך ב-2012 במאייירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, רבים מהישראלים (90 אחוז) מביעים שביעות רצון רבה מרופאי המשפחה ומהתכניות הבסיסיות של קופות החולים. מרבית הישראלים יכולים להרשות לעצמם את הטיפול הרפואי והתרופות שהם נזקקים להם (תרשים 2). עם זאת, כשמדובר בצרכים רפואיים אקוטיים יותר, הדורשים אשפוז או טיפול מורכב, האמון במערכת נמוך בהרבה. באופן ספציפי, הישראלים מביעים רמות נמוכות מאוד של אמון בכך שיקבלו במערכת את הטיפול הטוב ביותר, או יוכלו להרשות לעצמם לשלם על הטיפול במקרה של מחלה קשה. חרדות אלו דרבנו ככל הנראה את הפנייה לביטוחים המשלימים והמסחריים, ומצביעות על חשיבותן של הסוגיות הנדונות בוועדת גרמן.

בין קבוצות שונים של רופאים – ובפרט בין ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) ובין ארגון רופאי בתי החולים (ארב"ל) ואיגוד המתמחים בישראל (מרש"ם) – ניטש ויכוח עז בנושא תוצאות שביתת הרופאים של 2011. עמדת הר"י היא ששביתת הרופאים הביאה לעלייה ניכרת בשכר הרופאים, להפחתה בעומס העבודה, לעלייה משמעותית בשכר בפריפריה ובתחומי התמחות הסובלים מתת-איוש, ולתמיכה בלימודים ובהשתלמויות.

לעומת זאת, עמדתם של ארב"ל ושל מרש"ם היא שההסדר שהושג לא מספק. לדעתם ההסכם לא סייע מספיק בהעלאת שכרם הכולל של הרופאים, בצמצום עומס העבודה בבתי החולים, בעצירת המעבר לשוק הפרטי, או בטיפול בפער בין שכרם הגבוה יחסית של הרופאים בקהילה לשכר הרופאים בבתי החולים (ע"פ צ'רניחובסקי ורגב, 2012).





בזמן שוועדת גרמן והמדינה כולה עסוקות בדיון ציבורי זה, ראוי להפנות זרקור לכמה נושאים חשובים שכדאי לקובעי המדיניות ולכלל הציבור להרהר בהם:

- הגירעון הגדול בקופות החולים ובבתי החולים הציבוריים והפיגור בתשתיות בתי החולים, שאינן עומדות בקצב הגידול הדרוש, לצד הגידול המתמיד במימון הפרטי של שירותי הבריאות, עשויים להעיד שההשקעה הציבורית בשירותי רפואה בישראל אינה משביעת רצון. לצד זאת, השקעה נוספת בשירותי הבריאות חייבת להתבצע באופן שיבטיח יעילות מתמשכת במערכת, ולקחת בחשבון את הצורך להשקיע בתחומים נוספים המצויים במעלה סולם העדיפויות הלאומי, כגון דיור וחינוך.
- לאור העלייה הניכרת בפנייה לביטוחי בריאות פרטיים במהלך העשור האחרון, יש לשקול מדיניות חדשה המיועדת להרגיע את חששם של הישראלים מטיפול לא מספק במקרים אקוטיים, ולהפוך שירותים מסוימים לנגישים לכל. על שירותים אלו לכלול אפשרות לקבלת חוות דעת שנייה ובחירה מסוימת בבחירת המנתח, כמו גם שירותי תיאום בין הגורמים המטפלים במקרים מורכבים. אפשר להוסיף את השירותים הללו ישירות לסל הבריאות, או לכלול אותם בביטוח המשלים של קופות החולים כדי שיכסו את כל האוכלוסייה, תוך סבסוד בעת הצורך.
- בהתחשב במספרן המועט מאוד של מיטות בית חולים בישראל, ובחולשתו של מערך הבקרה והפיקוח על זמני ההמתנה, ייתכן מאוד כי זמני ההמתנה הממושכים לטיפול רפואי הם בעיה מרכזית במערכת. סביר להניח כי הדבר תורם לחששם של הישראלים מתלות במערכת הציבורית ולרכישה מוגברת של ביטוחים פרטיים. על ישראל לשקול לאמץ אסטרטגיה לאומית כדי לצמצם את זמני ההמתנה, כפי שנעשה במדינות OECD רבות כמו קנדה, אוסטרליה ודנמרק. המדינה צריכה לשקול לנקוט גם בכמה צעדי מדיניות שהביאו לצמצום זמני ההמתנה במדינות אחרות ב-OECD: תשלום לבתי חולים בשיטה המעודדת יעילות (במקום תשלום על פי מספר המאושפזים או משך האשפוז); ניהול טוב יותר של רישום זמני ההמתנה; התוויית קווים מנחים לסדר עדיפויות בין מטופלים על פי צורך רפואי; הטלת סנקציות על ספקים שלא יעמדו בזמני ההמתנה שנקבעו; והרחבת אפשרויות בחירת הספקים העומדות בפני המטופלים (Siciliani et al, 2013).
- לאור זאת שרק חמישית מהמבוטחים השתמשו ביתרונות הביטוח המסחרי שלהם בשנתיים האחרונות, נראה שישיראלים רבים מבוטחים ב"ביטוח יתר" או רוכשים כיסוי כפול שלא לצורך. מומלץ לנקוט בצעדים משמעותיים יותר שיסייעו להם להבין טוב יותר את זכויותיהם כמבוטחים.
- הצלחת השביתה של 2011 שנויה במחלוקת, אולם ברור כי הגורמים להפרטת מערכת הבריאות עודם קיימים. יש לשפר את השכר הנמוך יחסית ולהקל את עומס העבודה הכבד שהם מנת חלקם של הרופאים בבתי החולים הציבוריים, אף שיש לסייג זאת בהכרה בכך שהגורמים המושכים רופאים למערכת הפרטית ולהשלמת הכנסה יתקיימו תמיד.
- יש החוששים כי השר"פ והתיירות הרפואית מחמירים את המחסור בכוח אדם סיעודי ובמיטות בבתי החולים, מפחיתים את נגישותם של הרופאים המנוסים ביותר לציבור, ומארכים את זמני ההמתנה של אזרחי ישראל במערכת הציבורית. עם זאת, מימון פרטי עשוי לסייע בשיפור איכות הטיפול, לשמור על מחויבותם של רופאים מהשורה הראשונה לעבודה בבתי החולים הציבוריים באמצעות שכר גבוה יותר, ולהוות מקור הכנסה המאפשר לשפר את השירות הכולל בבתי החולים. לפיכך, על ישראל לשקול דרכים לפיקוח טוב יותר על תיירות המרפא ועל השר"פ, כדי ליהנות מהיתרונות של הרווחים האפשריים הגלומים בהם ולחזק את המערכת הציבורית כאחד.
- העובדה שמשרד הבריאות הוא בעליהם של בתי חולים ציבוריים מעלה חשש בנוגע ליכולתו לשמש רגולטור אובייקטיבי של בתי החולים ולעסוק בתכנון יעיל לטווח ארוך ברמה



הלאומית, ומצב זה עלול להשפיע לרעה על השירות ללקוח ועל הגמישות התפעולית בבתי החולים. הפתרונות האפשריים נעים בטווח שבין הקניית גמישות תפעולית רבה יותר לבתי החולים בבעלות הממשלה, הפיכתם לארגונים ללא כוונת רווח ומכירתם לקופות החולים.

הסוגיות הנשקלות בוועדת גרמן הן חלק מדיון אסטרטגי רחב על אופי מערכת הבריאות בישראל, גודלה והכיוון שהיא הולכת בו. ישראל נמצאת בעמדה מצוינת כדי לנצל את ההתקדמות בתחומי הטכנולוגיה והתקשורת, המשנה את אופי הרפואה המודרנית ומוציאה את שירותי הרפואה מחוץ למרפאות ובתי החולים. טיפול בבעיות הבערות של מערכת בתי החולים יצטרך להיות משולב בקידום ובתיאום של טיפול רפואי בבית, במרפאות ובקהילה. המסורת החזקה של טיפול בקהילה והשמירה על בריאות האוכלוסייה הן הבסיס של מערכת הבריאות בישראל, והן תורמות במידה רבה מאוד להישגיה המרשימים במדדים השונים.

מקורות

- אבן, דן (2010), "תוכנית ליצמן להפחתת הצפיפות: חדרי מיון בערים בלי בתי חולים", **הארץ**, 30 בדצמבר 2010.
- אבן, דן (2013), "שנתיים אחרי תחקיר 'הארץ' - זרם החולים מחו"ל נמשך", **הארץ**, 24 באפריל 2013.
- אמסטרדמסקי, שאול (2013), "כמה הייתם מוכנים לשלם בחודש כדי שרופא אדיב יענה לשאלותיכם באופן ברור?", **כלכליסט**, 15 באוגוסט 2013.
- ברמלי-גרינברג, שולי ורויטל גרוס (2011), **ההתפתחויות בסלי השירותים של הביטוחים המשלימים – עשור לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ברמלי-גרינברג, שולי ותמר מדינה-הרטום (2013), **תמצית ממצאי הסקר התשיעי העוקב אחר זעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, רויטל ושולי ברמלי-גרינברג, **תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), **מחסור ברופאים** (מתוך אתר האינטרנט של הארגון).
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013), שנתון סטטיסטי לישראל 2013.
- סופר חבר טוב, רויטל וברטוב שלומי (2013), **דוח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לשנת 2012**, משרד הבריאות ופאהן קנה ושות'.
- לינדר-גנץ, רוני (2012), "ביטוחי הבריאות הפרטיים רווחיים פי 4 מהקבוצתיים", **דה מרקר**, 17 באוקטובר 2012.
- לינדר-גנץ, רוני (2013), "ההכנסות מתיירות רפואית זינקו לחצי מיליארד שקל בשנה", **דה מרקר**, 29 באוקטובר 2013.
- מבקר המדינה (2009), **כוח אדם רפואי וסיעודי – תמונת מצב, דו"ח ביקורת שנתי 59ב'**, עמ' 355–397.
- משרד הבריאות (2013), **דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012**.
- ניב, שי (2013), "בתי החולים הממשלתיים במצוקה: יזה ייגמר באסון", **גלובס**, 2 בספטמבר 2013.
- נירל, נורית, אריה שירום ושורוק אסמעיל (2003), **רופאים מומחים בישראל: מאפייני העסקה והשלכות על חיי העבודה שלהם**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- צ'רניחובסקי, דב (2013), **נחוצה רפורמה שתגדיל את חלקו של המימון הציבורי ותפחית את הביקושים לטיפולים פרטיים במערכת הבריאות**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רניחובסקי, דב ואיתן רגב (2012), "מערכת שירותי הרפואה בישראל", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה 2011-2012 – חברה, כלכלה ומדיניות**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 435–492.
- צ'רניחובסקי, דב ואיתן רגב (2013), "מערכת שירותי הרפואה בישראל", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה 2013 – חברה, כלכלה ומדיניות**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 348–323.
- שטייר, חיה ועליזה לוי, "מצוקות חומריות בישראל", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה 2013 – חברה, כלכלה ומדיניות בישראל**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 285–302.



- Chernichovsky, Dov (2009), "Not 'Socialized Medicine' – An Israeli View of Health Care Reform," *New England Journal of Medicine*, 361, No. 21: e41.
- Chinitz, David and Avi Israeli (2011), "Hospital Governance in Eight Countries: Israel," in Richard Saltman et al. (2011ed.), *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gross, Revital and Hava Tabenkin (2008), *Multi-Year Budget for Update of Health Basket*, Myers-JDC-Brookdale Institute.
- OECD (2011), *Health at a Glance: OECD Indicators*, OECD Publications.
- OECD (2012), *OECD Reviews of Healthcare Quality: Israel*, OECD Publications.
- OECD (2013), *Key Tables on Health: Total Expenditure on Health as a Percent of GDP*, OECD Publications.
- OECD Health Statistics (2013), "Curative (Acute) Care Beds Per 1,000 Population," *OECD Health Data, Health Care Resources*.
- Rosen, Bruce and Hadar Samuel (2009), *Health Systems in Transition*, World Health Organization.
- Schoen, Cathy and Robin Osborn (2010), *The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries*, The Commonwealth Fund.
- Siegel-Itzkovich, Judy (2012), "Most Israelis have supplemental health insurance," *The Jerusalem Post*, December 12, 2012.
- Siegel-Itzkovich, Judy (2013), "Maccabi: Health funds' deficit somewhat lowered, but root solution needed," *The Jerusalem Post*, October 1, 2013.
- Siciliani, Luigi, Michael Borowitz, and Valerie Moran (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies.



מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין ממדים חברתיים וכלכליים. 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 ובחו"ל.

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.

רח' האר"י 15, ירושלים, 9103401

טל': 02-567-1818

info@taubcenter.org.il

taubcenter.org.il

מרכז טאוב



TaubIsraelStudy

