



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

## התפתחויות וסוגיות במערכת הבריאות

בישראל 2006

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

[www.knesset.gov.il/mmm](http://www.knesset.gov.il/mmm)

כתיבה: פרופ' דב צ'רניחובסקי יועץ בתחום

כלכלת ומדיניות בריאות.

י"ג אייר תשס"ו

מסמך זה סוקר בקצרה ובאופן כללי את המגמות והסוגיות המרכזיות במבנה מערכת הבריאות בישראל. הסקירה נועדה לסייע לחברי הכנסת להתעדכן באתגרים מרכזיים בפניהם ניצבת מערכת הבריאות.

## 1. הסוגיות המרכזיות

**רמת הבריאות של האוכלוסייה בישראל**, לפי תוחלת חיים בעת לידה, היא מהגבוהות בעולם. תוחלת החיים של הגבר הישראלי בעת לידה בשנת 2003 עמדה על 77.6 שנים, תוחלת החיים של האישה עמדה על 81.8 שנים.<sup>1</sup> נוכח ההבדלים בתוחלת חיים בין קבוצות אוכלוסייה, הפוטנציאל של ישראל בשיפור נוסף של תוחלת החיים טמון בצמצום ההבדלים בתוחלת החיים בין יהודים וערבים על ידי שיפור בריאות האוכלוסייה הערבית. פערים נוספים ברמת הבריאות של האוכלוסייה מחייבים צמצום הפער בין גברים ונשים על ידי שיפור בריאות האישה, צמצום הפערים בין קבוצות חזקות וחלשות, בעיקר בין אזורי המרכז והפריפריה. **באלה יש לראות את האתגרים המרכזיים של המערכת.**

**השוויוניות והצדק בחברה הישראלית** בהקשר של מערכת הבריאות שופרה בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הזכאות האוניברסאלית לסל שירותים בסיסי העניקה גישה לשירותי רפואה לכל. יותר מכל נהנתה מזכאות זו אוכלוסיית המיעוטים בה כרבע מהאוכלוסייה הייתה חסרת ביטוח בריאות. פרוגרסיביות המימון שקבע החוק שיפרה את השוויוניות שכן נקבע כי המיסוי למימון מערכת הבריאות הוא בהתאם ליכולת כלכלית. מנגנון הקפיטציה שקובע את חלוקת התקציב הציבורי בין קופות החולים השונות לפי גיל המבוטחים בקופות, כמו גם הגברת חופש הבחירה של התושבים ויצירת התחרות בין הקופות, הביאו לשיפור הנגישות של האוכלוסייה לשירותי הבריאות.

אולם, מימוש מטרות אלו של שוויוניות וצדק חברתי, נפגע בעקבות החוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח – 1998. (הידוע בכינויו "חוק ההסדרים"). במסגרת התיקון שהתקבל בחוק הבטוח מבריאות ממלכתי הורחבו **סדרי ההשתתפות בתשלום** ונקבעו כללים והוראות להפעלת **תוכניות ביטוח פרטי מרצון** על ידי קופות החולים.<sup>2</sup> כתוצאה מכך, מקורות המימון הפרטי המירו את חלקו של תקציב המדינה במימון המערכת בסדר גודל של 5% - 6% ומנעו, ככלל, את שחיקת חלקן של הוצאות הבריאות בתוצר הלאומי המקומי וברמת המימון לנפש (אשר בו מסתמנת שחיקה). אולם הגידול בהוצאה הפרטית הביא להגדלת הנטל על כל משקי הבית, על החמישון התחתון במיוחד. עליית חלקו של

<sup>1</sup> למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 2005. מס' 56 ירושלים. 2006. לוח 321 עמ' 151.

<sup>2</sup> הכנסת – מרכז מחקר ומידע. ביטוח פרטי מרצון בשירותי הרפואה בישראל. ירושלים. 2005.

המימון הפרטי שהוא רגרסיבי באופיו (בעלי יכולת כלכלית שונה צריכים לשלם באופן שווה עבור אותם שירותים) פגעה בשוויוניות.<sup>3</sup>

ההשתתפויות בתשלום כמו הביטוחים המשלימים פגעו בנגישות לשירות בקרב קבוצות חלשות. בפרט בקרב קבוצות אלה יש הימנעות מרכישת שירותים או צמצום ברכישתם עקב ההשתתפויות בתשלום.<sup>4</sup> ברור שגם אם רוכשים שירותים, יש פגיעה בצריכת המשפחה. בנוסף, קבוצות אלה מחזיקות פחות ביטוח וולונטארי.<sup>5</sup> העדר ביטוח זה לא זו בלבד שהוא מונע מקבוצות חלשות את השירותים הניתנים בגין ביטוח זה; יש יסוד להשערה שהדבר גם מצמצם את הנגישות לסל הבסיסי.

**יכולת בקרת הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות** פוחתת עם הגידול בחלקו של המימון הפרטי. להוצאה לשירותי רפואה נטייה לגדול מעבר לגידול בהכנסות כתוצאה מלחצים אינפלציוניים הנובעים בעיקר ממעמד מונופוליסטי של נותני שירות, ומשיפורים טכנולוגיים. לגידול זה שתי השפעות שליליות. ראשית הוא מטיל מעמסה על תקציבי משק הבית כפי שזה עתה צוין או על ידי נטל מיסים או על ידי נטל ביטוח ותשלומים פרטיים. היינו, הגידול בהוצאה בא על חשבון צריכה אחרת (מזון וכו') אשר אף היא עשויה לתרום לבריאות בעיקר בקרב אוכלוסיות חלשות. שנית, העלייה בהוצאה עלולה לפגוע בעלויות ייצור ובצמיחה.<sup>6</sup> אכן מאז 1999, עם הגידול בחלקו של המימון הפרטי מסתמנת מגמת האצה בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות בתוצר.<sup>7</sup> חלק מהעלייה מבטאת עליית מחירים יחסית בשירותי הרפואה.<sup>8</sup>

קשה לאמוד בצורה כוללת את **יעילות ייצור שירותי רפואה** של מאות ואלפי יחידות השירות המרכיבים שירותים אלה. בהסתכלות כללית ולפי קריטריונים רחבים ניתן להצביע על יעילות המערכת. לישראל שיעור רופאים לאוכלוסיה מהגבוהים בעולם ושיעור מיטות כלליות נמוך מהמוצע של מדינות אירופה המערביות, למשל. מנגד, גם אוכלוסיית המדינה צעירה יחסית למדינות אלה, בישראל כ-10% הם בני 15 ומעלה מהאוכלוסיה לעומת כ-15%, באירופה וארה"ב.<sup>9</sup>

אחוז ההוצאה לבריאות מהתל"ג הוא ברמה של כ-9% (המבטאים כ-2000 \$ של ארה"ב לנפש לשנה). אחוז זה הוא הממוצע של ארצות מערב אירופה. היינו, היקף כוח האדם ורמתו הגבוהים יחסית אינם מתבטאים (עדיין) בהוצאה גבוהה יחסית, למרות היותם מרכיב דומיננטי בהוצאה לבריאות. מצב הדברים נובע מיכולת המערכת – עד לשנים האחרונות – לשמור על רמת ההכנסות

<sup>3</sup> אחדות ל. , שמואל ע. , ומ. סבג – אנדבלד " מימון סל השירותים בעשור להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – מגמות וסוגיות". הביטוח הלאומי. ירושלים. 2005. (בתהליך)

<sup>4</sup> דגני א. וד. דגני. עמדות הציבור כלפי מערכת הבריאות הציבורית בישראל. ההסתדרות הרפואית. רמת גן. 2004. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2005. ירושלים. 2005.

<sup>5</sup> ראה הערה 2 לעיל.

<sup>6</sup> נתונים אמריקאים מצביעים על כך שגידול של 10% בפרמיות ביטוח בריאות, מצמצמות את הסיכוי לתעסוקה ב-1.6% ושעות עבודה ב-1.0%.

Baicker, K. and A. Chandra " Labor Market Effects of Rising Health Insurance Premiums". NBER. Working Paper no. 11160. Boston. 2005

<sup>7</sup> מרכז טאוב, הערה 4 לעיל.

<sup>8</sup> למ"ס. הודעה לעיתונות. ירושלים. 7 באוגוסט 2005.

<sup>9</sup> בן נון ג. ו ח. כ"ץ. השוואות בינלאומיות בערכות בריאות: ארצות ה-OECD וישראל 1980-2003. משרד הבריאות. ירושלים. 2006.

"סבירה" של כוח אדם רפואי. יכולת זו עומדת בסכנה עם הגידול בחלקו של מימון פרטי במערכת.

**שביעות הרצון של הציבור** ממערכת הבריאות בישראל בהשוואה בינלאומית, ככל שהשוואה כזו ניתנת לביצוע, גבוהה. יחד עם זאת החל משנת 1999 מסתמנת מגמת ירידה בשביעות רצון הציבור מהמערכת.<sup>10</sup>

## זכאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מקנה לכל תושב זכאות לסל שירותי רפואה בסיסי המכיל ככלל את הרפואה הכללית המקובלת (Common Practice). זה מתעדכן מדי שנה בטכנולוגיות חדשות המתווספות לסל. זאת בנוסף לזכאות לשירותי מניעה, שירותי בריאות הנפש, שירותי לידה וסיוע לטיפול סיעודי. במסגרת הזכאות הציבורית אין נכללים: שירותי בריאות השן ושירותי טיפול ממושך לקשישים שאינו רפואי או שיקומי. בהקשר זה יש לציין את המלצות "וועדת נתניהו" וחוק ביטוח הבריאות המקורי אשר גרסו כי יש לכלול בזכאות<sup>11</sup>:

- טיפול שיניים לצעירים עד גיל 18 ולקשישים
- טיפול סיעודי כולל

בהקשר זה יש לשקול מנגנון אשר יבחן, בעת תוספת תקציבית למערכת הבריאות, חלופות בין הוספת טכנולוגיות חדשות (במסגרת וועדת הסל) לבין הוספת שירותים כגון בריאות השן, בצורה חלקית לפחות. בחינת שיפור הזכאות רק בהיבט הטכנולוגי אינה בהכרח עקבית עם קידום בריאות הציבור. היינו, יש לפתח מנגנון שיבחן שימוש בתוספת לתקציב הבריאות גם לצרכי הרחבת תחומי רפואה החסרים בסל ולא רק טכנולוגיות.

## מבנה

מערכת הבריאות הישראלית מתוארת בצורה כללית לפי פונקציות כלליות (צד שמאל) באיור. מקורות המימון הישירים של המערכת נכון לשנת 2004 הם: תקציב מדינה (42%), מס בריאות (25%) והוצאה ישירה של משקי הבית (30%)<sup>12</sup>. למערכת כ-3.4 רופאים—שיעור גבוה ממוצע ארצות מפותחות – וכ-6.1 מיטות ל-1000 נפש – כממוצע של מדינות מפותחות – עם שיעור נמוך של מיטות כלליות<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> מרכז טאוב, הערה 4 לעיל.

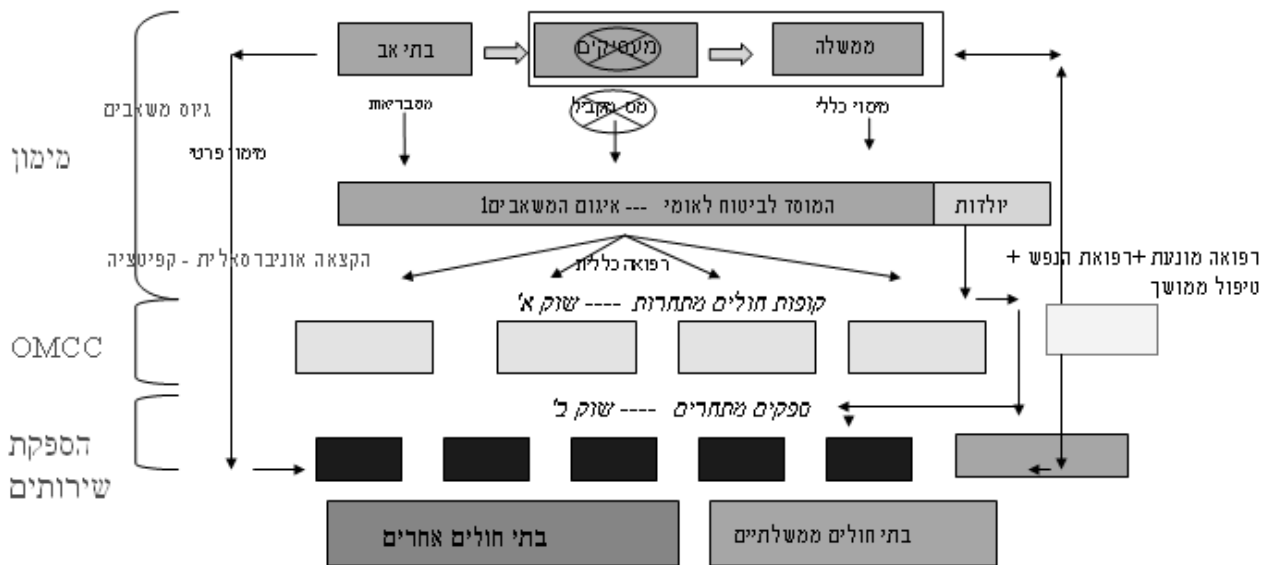
<sup>11</sup> מדינת ישראל. דו"ח הוועדה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (וועדת נתניהו). ירושלים. 1990.

<sup>12</sup> למ"ס. הודעה לעיתונות. ירושלים. 8 באוגוסט 2005

<sup>13</sup> בן נון וכ"ץ. לעיל.

מרבית המימון הציבורי מועבר באמצעות הביטוח הלאומי לקופות החולים לפי מנגנון קפיטציה עליו ידובר בהמשך. קביעת אופן צריכת השירותים על ידי התשובים, בתחום הרפואה הכללית מתבצע על ידי ארבע קופות החולים: בתחומי הרפואה המונעת (בעיקר בריאות האם והילד), בריאות הנפש והטיפול הממושך בקשישים מתבצע על ידי משרד הבריאות. אספקת השירותים מתבצעת על ידי מכלול של גורמים ציבוריים ופרטיים למטרות ושלא למטרות רווח<sup>14</sup>.

## מערכת הבריאות הישראלית לאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי



<sup>14</sup> אין לבלבל בין פונקציה זו לבין פונקציית הספקת השירותים. מדובר בפונקציה, של "קבלן", בו גוף מבצע עבור המדינה את תקציב הבריאות על ידי ארגון השירותים, הסכמים עם ספקים ובקרה עליהם. נוסח פעילותה של 'שירותי בריאות מכבי' בישראל מקיים דפוס כזה. אותו גוף - קופת החולים בעיקר, במקרה הישראלי - אינו חייב לתת שירותים. באירופה המערבית, למשל, קופות החולים על פי רוב אסורות במתן שירות, אלה רשאיות רק לארגן ולנהל את דפוסי צריכת השירותים. ראה:

Chernichovsky, D. "Health System Reforms in Industrialized Economies; An Emerging Paradigm." *The Milbank Quarterly* 1995. (73). No. 3: 339-372.  
 Chernichovsky, D. "Pluralism, Choice, and the State in the Emerging Paradigm in Health Systems." *The Milbank Quarterly*. 2002. (80). No.1:5-40.

## חופש בחירה

הענקת חופש בחירה לאזרח בין גופים המתחרים על ארגון צריכת שירותי הרפואה והספקתם היא ממטרותיו העיקריות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. היותו של המבוטח לקוח בעל חופש הבחירה מחייבת את קופות החולים ונותני השירות לגלות יותר אחריות כלפי האזרח, ולשפר את השירות הניתן לו.

ככלל, מספר קופות החולים בישראל קטן ביחס למדינות אירופה המערבית בהן יש הסדר דומה של קופות. פוטנציאל התחרות נמוך מלכתחילה. התחרותיות ועימה רמת השירות קטנה במיוחד באזורים בהם אין כל הקופות פועלות<sup>15</sup>.

ברפואה הכללית האזרח רשאי לבחור בין קופות החולים המתחרות בינו על אופן הספקת סל הבסיסי. קרי, אין תחרות בין הקופות על הרכב הסל הבסיסי. לתושב הזכות להחליף קופה מדי שישה חודשים. האזרח נעדר חופש בחירה בתחומים המנוהלים על ידי משרדי הבריאות והרווחה, והביטוח הלאומי.

בקופות עצמן, לאזרח חופש בחירה בין נותני שירות כפי שזה נקבע על ידי הקופה. ככלל, לתושב כיום חופש בחירה רחב יחסית במסגרת הרפואה הקהילתית של הקופות, לרבות רפואת מומחים. אין לו חופש בחירה באשפוז. חופש זה מוקנה כיום לתושב היכול והרוצה לשלם באמצעות הסדרי שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) לסוגיהם.

אכן, לאזרח חופש בחירה מרבי ברכישת רפואה במימון פרטי לרבות זו המוקנית לו באמצעות ביטוחים וולונטאריים. עם זאת יש לציין כי אחת המגבלות על חופש הבחירה של התושב בהקשר זה נובעת מהעובדה כי מבוטח המבקש לרכוש לעצמו ביטוח פרטי (ביטוח משלים) של קופת חולים אינו יכול לבחור. הוא יכול לבטח עצמו רק בקופה בה הוא חבר לצורך הביטוח הממלכתי.

על כן יש לבחון:

- אפשרויות להגברת התחרות במערכת על ידי הגדלת מספר הקופות כפי שראתה לנגד עיניה "וועדת נתניהו". יש לציין שקופה בסדר גודל של 50-100 אלף חברים היא יציבה פיננסית<sup>16</sup>.
- לתת לקופות אפשרות להציע סלים שונים לכלל האוכלוסייה, אך במסגרת ביטוח משלים חובה נוסח בלגיה.
- לתת לתושב אפשרות לרכוש ביטוח משלים מכל קופה באופן בלתי תלוי בתברותו בקופה זו או אחרת.
- לתת לתושב אפשרות לחופש בחירה באשפוז אשר יפחית את הביקוש לשר"פ. לענין זה נציין כי קיומו של שר"פ בתוך המסגרת הציבורית שנוי במחלוקת ולפי המלצות וועדת טל ומרבית חברי וועדת אמוראי יש להמירו בהסדרים אחרים<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> אנגליין – ניסן א. קופות חולים בישראל ונחות הקפיטציה: ריכוזית נגישה מרחבית ושביעות רצון. עבודת תיזה לתואר שלישי אוניברסיטת בן-גוריון, 2005

<sup>16</sup> יצוין שאי תחרות מספקת בין הקופות על דפוסי מתן שירות וסלים, מעמידים בסימן שאלה את הצדקת קיומן בהתחשב בחלופה הזולה יותר: מודל (NHS) National Health Service הקיים בבריטניה ומדינות אחרות.

## מימון

המאפיין הבסיסי של מימון מערכת הבריאות הישראלית בעשור האחרון הוא ירידת חלקו של המימון הציבורי ועליית חלקו של המימון הפרטי. חלקו של זה האחרון עלה מ 26% ערב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ל 30% בשנת 2004.<sup>18</sup> שיעור המימון הפרטי בישראל הוא מהגבוהים מבין המדינות בהן יש זכאות ציבורית לשירותי רפואה.

כאמור, עליית המימון הפרטי התבטאה בגידול חד יחסית בהשתתפויות בתשלום ובביטוחים משלימים. יצויין שכ- 80% מאוכלוסיית המדינה מחזיקים בביטוח משלים. מרבית אלה שאינם מחזיקים הם בני השכבות החלשות בחברה.<sup>19</sup> כתוצאה מכך, כפי שצוין לעיל, ניכרת פגיעה בשוויוניות בשל צמצום הנגישות לשירותים לאלה שידם אינה משגת. בנוסף, כל השכבות בחברה חשופות למצב של פגיעה של ממש בתקציב משק הבית בעת הצורך בטיפול רפואי יקר, זה שחלקה של ההוצאה עליו בתקציב המשפחה גבוהה. נראה שהפטורים מתשלום הניתנים לקבוצות חלשות בתחום זה אינם אפקטיביים. קבוצות אלה מצמצמות את צריכת השירותים בשל התשלומים, כמו גם רוכשים שירותי רפואה על חשבון צריכה אחרת.

שנית, עליית חלקו של המימון הפרטי באמצעות תשלומים ישירים של משקי בית ובאמצעות ביטוח מרצון, מצמצם את המשמעת התקציבית של המערכת ועלול להוביל לפגיעה בתקציב משקי הבית ואף לפגיעה בצמיחה של המשק.

ניתן לתקן את המצב על ידי:

- **ביטול ההשתתפויות בתשלום**, לרבות האגרה בתחנות לבריאות המשפחה, כפי שהמליצו וועדות 'טל' ו'אמוראי'
- הנהגת **ביטוח משלים חובה**, כאשר המדינה נושאת במימון "זכאים" כגון מקבלי מענק אבטלה, הבטחת הכנסה וכו'.

## עדכון התקציב

לעניין התקציב, שאלת רמת המימון של מערכת הבריאות עולה חדשות לבקרים, בפרט בהקשר של התוספות לסל. בעיקרון, במערכת הנשענת על מימון ציבורי אין לנתק את מערכת הבריאות ממדיניות כלכלית וחברתית כללית. צמיחה ותעסוקה תורמים לבריאות בדרכים רבות שאינן נופלות מתרומת שירותי הרפואה. לפיכך, ניסיונות לקבוע הסדרים אוטומטיים המתייחסים לעלייה בצד הביקושים בלבד, אינם יעילים או שוויוניים. קביעת התקציב הציבורי לבריאות צריכה לייצג שינויים בצרכים ובטכנולוגיה, מחד גיסא, ומדיניות כלכלית-תקציבית כוללת מאידך

---

<sup>17</sup> הכנסת. מסקנות ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ועדת טל). ירושלים. 2000.

מדינת ישראל. דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי). ירושלים. 2002.

<sup>18</sup> למ"ס. הודעה לעיתונות. 8 לאוגוסט 2005.

<sup>19</sup> כנסת, מרכז מחקר ומידע. ביטוח פרטי מרצון..... (לעיל).

גיסא. ככלל, לצורך הגדרת צד הביקושים ניתן להשתמש בהמלצות של וועדת "טל" אשר המליצה לעדכן את התקציב באמצעות:

- מקדם דמוגראפי, גידול האוכלוסייה והזדקנותה - ביטוי מלא של השינוי השנתי במספר הנפשות המתוקננות ע"פ דיווחי המוסד לביטוח לאומי
  - מקדם טכנולוגי - בשיעור של 2%
  - מקדם מדד יוקר הבריאות - מדד מחירים שיותאם לתשומות קופות החולים בפועל ויכלול גם מחיר יום אשפוז
- כאמור, יש להתחשב בנתוני המשק והתקציב. מכאן המלצות – המאוזנות יותר ופחות אוטומטיות מהמלצות וועדת טל-- וועדת אמוראי:
- מדי שנה ייקבע מימון ממשלתי לשינוי בסל שירותי הבריאות ולשיפור רמתו. גובה הסכום ייקבע במסגרת הדיונים השנתיים על תקציב המדינה (קידום טכנולוגי)
  - צמצום במימון סל הבריאות מתקציב המדינה יתבצע באמצעות הגדלה מקבילה של מקורות המימון הייעודיים או באמצעות גריעה ממרכיבי הסל.

ראוי לציין שמנגנון הקפיטציה, עליו מדובר בהמשך, אינו מאפשר הקצאה ליעדים אשר לשמם הוקצבו הכספים. למשל, תוספת בגין הזדקנות אוכלוסייה, אינה בהכרח מגיעה לקשישים אלא "מפוזרת" בעצם לכלל האוכלוסייה<sup>20</sup>. זאת בניגוד למשל לאישור תרופות המיועדות לחולים במחלות מסוימות. אך גם כאן, אין כל מנגנון המבטיח שאכן כל החולים הללו יקבלו את מה שהוקצב. כך או כך ההמלצות לעיל מתייחסות לרמת המימון הציבורי ולא להוצאה הלאומית. בהקשר זה חשוב לציין את התמהיל הפרטי-ציבורי של המימון. לפיכך, רצוי לקבוע כי אחוז המימון הפרטי בהוצאה הלאומית לבריאות ינוע בתחום 25%-30%.

#### **הקצאת מקורות ציבוריים**

מנגנון הקפיטציה הוא האמצעי המרכזי להקצאת המימון הציבורי למערכת הבריאות. כ-80% מהתקציב הציבורי של מערכת הבריאות מופנה לקופות החולים באמצעות מנגנון זה. כ-20% הנותרים מועברים בעיקר למשרד הבריאות. יצוין שהמנגנון אינו מכתוב את רמת המקורות הציבוריים, אלא רק את אופן חלוקתם בין הקופות. מנגנון הקפיטציה נועד לקדם שוויוניות ויעילות במערכת בעיקר על-ידי מניעת העדפה של מבוטח על רעהו או קבוצת מבוטחים על רעותה בקופות החולים או במערכת הבריאות. לפיכך, מבחנו הבסיסי של המנגנון הוא באיזו מידה הוא מונע העדפות כאלה. מנגנון הקפיטציה מורכב מנוסחת הקפיטציה, פיצוי עבור "מחלות קשות", "רשת ביטחון" והסדרים אדמיניסטרטיביים<sup>21</sup>.

לפי כל אמת מידה המנגנון הישראלי חסר ואינו מנוהל כראוי. הנוסחה הישראלית חסרה משתנים מקובלים (למשל מגדר, מחלות כרוניות/שימוש קודם בשירות, "פריפריה"), לוקה בחלוקה

<sup>20</sup> צ'רניחובסקי ד. וש. מרקוביץ.

<sup>21</sup> כנסת. מרכז המחקר והמידע. השינויים הראויים במנגנון הקפיטציה. ירושלים. 2006.



לקבוצות גיל מועטות, ואינה מתעדכנת בצורה נאותה. מרכיב "המחלות הקשות" אינו מטפל בצורה מלאה בנטייה המוצדקת במצב הדברים הקיים להפלות לרעה חולים יקרים במיוחד. מרכיב "רשת הביטחון" חסר עקרונות ברורים ושקופים הראויים לרשת ביטחון.

ההוראות האדמיניסטרטיביות לפיהן הרישום לקופות הוא במשרדי הדואר לצורך אי הפליית נרשמים לקופה, עלולות להתרוקן מתוכן נוכח הביטוח המשלים אותו חייב התושב לרכוש בקופה בה הוא רשום לצורך הביטוח הבסיסי. היינו, הביטוח המשלים מאפשר לקופה "לזהות" את המבוטח ולהפלות בין מבוטחים לפי שיקוליה. יתרה מזו, המנגנון הישראלי חשוף ללחצים פוליטיים שאינם מחויבי מציאות.

התוצאה היא מערכת תמריצים של הקופות המעודדת אפליה בין מבוטחים שונים, בפרט חולים כרוניים וקשישים, תוך פגיעה בשוויוניות ויעילות הטיפול באלה. השינוי האחרון והמינורי בנוסחת הקפיטציה שנעשה ביוני 2005 משקף פשרה פוליטית בין הקופות בעקבות פנייה של שירותי בריאות כללית לבג"ץ, ולא תהליך מוסדר של התאמת מנגנון מרכזי זה. ראוי לאמץ בנושא את המלצות מתאימות של "וועדת אמוראי":

- הקצאת המימון לקופות החולים תמשיך להתבסס על ההוצאה היחסית בפועל בכל קבוצת גיל וב"מחלות קשות". העדכון של ההוצאה היחסית בפועל לפי גיל יבוצע על בסיס נתונים תקופתיים, שייאספו על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ושקופות החולים יחויבו לספקם.
- תיערך בחינה מיידית של רשימת "המחלות הקשות" הנוכחיות ושל העלות השנתית של הטיפול בכל אחת מהן.
- שר הבריאות בהתאם לסעיפים 17 ו-60 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, יבחן את נוסחת הקצאת המקורות ("קפיטציה"), לרבות בדיקת אפשרות של הכנסת משתנים נוספים בנוסחה לפחות אחת ל-4 שנים. אם יוחלט על עדכון ההוצאה היחסית בפועל על בסיס משתנים נוספים, הם ייאספו על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (ראה המלצה 3.2)

כן ראוי:

- להסדיר את נושא 'רשת הביטחון'
- לבחון דרכים לצקת תוכן ל"משתנה המרחק" בחוק ביטוח ממלכתי או לחילופין לשקול הקצאה אזורית לפי המלצות "וועדת נתניהו" לצורך הקצאה צודקת יותר לפריפריה.

### **ביצוע התקציב - ארגון וניהול צריכת השירותים**

כאמור, לצורך מימוש הזכאות הציבורית, האחריות על ביצוע התקציב למימוש הסל הבסיסי ברפואה הכללית מוטלת על קופות החולים בעוד שהאחריות על ביצוע התקציב לשירותי מניעה בתחום בריאות האם והילד, שירותי בריאות הנפש ושירותי טיפול ממושך הם באחריות הממשלה, בעיקר משרד הבריאות. המוסד לביטוח לאומי מנהל את תקציב היולדות.

ביצוע התקציב באופן ישיר על ידי משרדי הממשלה לרבות הביטוח הלאומי היא לפי מודל NHS National Health Service 'ישן'. מצב זה, מחבל ביכולת המשרד לעסוק בצורה יעילה ונקיית כפיים בנושאים של קביעת מדיניות תקינה ובקרה אשר בהם מחויבת המדינה.

יתרה מזו, מודל ה- NHS בתור שכזה, אינו מאפשר פיתוח תחרות בתחומים שביצוע התקציב מופקד בידי המדינה. על כן:

- בתחומים שהם רפואיים מובהקים כגון רפואה מונעת ובריאות הנפש, על המדינה, להסדיר את ארגונם וניהול צריכתם של קופות החולים כפי שחוק ביטוח בריאות ממלכתי המקורי קבע.

יצוין שהעברת שירות בריאות הנפש לקהילה תסייע גם לאל-מיסוד של חלק מרפואה זו באשר לקופות החולים תשתיות מתאימות אשר אינן עומדות לרשות משרד הבריאות<sup>22</sup>.

חלופה בתחום הרפואה המונעת וקידום בריאות מצויה בהמלצת וועדת אמוראי. לפי חלופה זו משרד הבריאות יבחן -

- את הצורך בהקמת גוף עצמאי לקידום בריאות האם, הילד והמתבגר. גוף זה במידה ויוחלט על הקמתו, יעסוק בכל היבטי בריאות הציבור לאוכלוסייה זו בנושאי חינוך לבריאות, קידום בריאות, רפואה מונעת ושמירת הבריאות לרבות בריאות השן, וגיבוש אורח חיים בריא בסביבה בריאה לקראת החיים הבוגרים של הילד המתבגר.
- זה אם יקום יפעל גם בקרב אוכלוסיית המתבגרים למען הגברת המודעות לזכויות המבוטחים, ויפעל להטמעת התנהגות צרכנית רציונאלית בשירותי הבריאות.
- במידה ויוקם גוף זה, התחנות לבריאות המשפחה המופעלות על ידי משרד הבריאות יועברו לידי, תוך קביעת הסדרים מתאימים עם העובדים.
- פעולות גוף זה ימומנו כחלק מההקצאה הציבורית לבריאות.
- הגוף הנ"ל יפעיל שירותים בעצמו, יפעל באמצעות קופות החולים, באמצעות הרשויות המקומיות, באמצעות ספקי שירותים כגון בתי חולים ורופאים עצמאיים, או בשילובן של אפשרויות אלה מתוך שיקולי טובת בריאות הציבור, זמינות ונגישות השירות ויעילות כלכלית.

פתרון זה (NHS לצורך העניין) אמנם יימנע תחרות אך מכיל נושאים רבים בעיקר חינוך לבריאות אשר מצריכים התערבות מעבר למערכת הבריאות ובחלקה דורשת התערבות (ציבורית) רחבת היקף הקשורה גם לתקשורת המונית.

בתחום הטיפול הממושך בקשישים, אשר כולל מרכיבים רבים אשר אינם רפואיים, יש לשקול חלופות (NHS או קופות חולים) – בתחומים בו פועלת הממשלה -- כמו לגבי הרפואה המונעת שדובר לעיל.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> צ'ריחובסקי, ד. ומרקוביץ ש. "הזדקנות האוכלוסייה וההוצאה הלאומית לבריאות: סוגיות מושגיות וסוגיות של מדיניות". גרונטולוגיה. כרך לג (1). 2006. עמ' 93-120.

## הספקת שירותים

הספקת השירותים היא המהותית ביותר במפגש בין התושב למערכת הבריאות. שאר פונקציות המערכת שתוארו לעיל מכוונות למפגש זה בו באה לידי ביטוי איכות הטיפול ויעילותה. מפגש זה גם מכתוב את שביעות רצון האזרח מהשירות.

מבין הסוגיות המרכזיות בתחום הספקת השירותים הן: חופש בחירת רופא; פיתוח הרפואה הקהילתית, לרבות היחס בין הרפואה בקהילה לבין הרפואה האשפוזית; תפקידו של משרד הבריאות במתן שירותים; העירוב הפרטי – ציבורי; וקביעת מחירים במערכת.

בנושא חופש בחירת רופא דובר לעיל. הנושאים המרכזיים בתחום זה, כאמור, הם חופש בחירה בין קופות בביטוח המשלים וחופש בחירת רופא בתחום האשפוז במסגרת זכאות ציבורית.

בתחום פיתוח וקידום הרפואה הקהילתית על ידי הרחבת הרפואה המקצועית בקהילה, ראוי להזכיר שוב את המלצות וועדת אמוראי:

- שירותי הרפואה המקצועית בקהילה יינתנו על ידי רופאים מומחים ועל ידי מתמחים- בהשגחת רופאים מומחים ובפיקוחם
- יש לתת עדיפות לכך ששירותי הרפואה המקצועית יינתנו במסגרות הקהילה. במקרים שלא ניתן יהיה לתת להם מענה בקהילה, אלה יינתנו בבית החולים
- יש לעשות כל מאמץ למנוע כפילויות בין מסגרות הקהילה לאלו של בתי החולים

בתחום הקשר בין בית החולים והשירותים בקהילה. ככלל יש לחשוב על:

- הידוק הקשר בין קופות החולים ומוסדות האשפוז בין השאר על ידי ברחבת הנוכחות של הקופות במוסדות האשפוז והרחבת הנוכחות של האחרונים בקהילה, כמו שמבטא רעיון מחלקות האם

- שימוש במערכת מידע אחידה ומקוונת בכל המערכות<sup>24</sup>

בתחום התמהיל או השילוב הפרטי והציבורי, הסוגיה המרכזית בתחום הספקת השירותים היא שאותם נותני שירות נותנים שירות גם במימון ציבורי וגם במימון פרטי. שילוב זה יוצר מערכת תמריצים לעידוד הרפואה הפרטית על חשבון הציבורית והורדת רמת הרפואה הציבורית, תוך פגיעה בשוויוניות וביכולת המערכת לבקר את ההוצאה הלאומית לבריאות. סוגיה זו צריכה לבוא על פתרונה במסגרת הסכמי שכר עם הרופאים אשר ימנעו מרופאים בכירים לעסוק גם ברפואה פרטית לפחות במוסדות אשר נתמכים על ידי מימון ציבורי<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> כנסת – מרכז מחקר ומידע בשיתוף עם אוניברסיטת בן גוריון בנגב סוגיות בטיפול הממושך בישראל וקווים לרפורמה (בתהליך). 2006.

<sup>24</sup> וייס, ו. בירנבאום, י. וש. מור יוסף. היחסים בין שירותי הרפואה בקהילה ומערכת האשפוז. מרכז טאוב. ירושלים. 2005.

<sup>25</sup> רצוי כי הממשלה וגורמים אחרים, בעיקר ההסתדרות הרפואית לישראל, ימשיכו בתהליך שאחת מאבני הדרך המרכזית שלו הייתה 'וועדת אמוראי', העוסק בהסדרת שכר ומעמד הרופא במערכת. השקט היחסי הקיים בנושאים אלה עלול לבטא יותר פריצת מערכות מאשר סדר.

מעורבות המדינה בתחום אספקת שירותים—בעיקר שירותי מניעה ושירותי אשפוז כלליים-- היא סוגיה מרכזית אשר מלווה את המערכת מאז קום המדינה. קיימת אחידות דעים שאל לה לממשלה לעסוק בהספקת שירותים. אין הממשלה יכולה למלא את תפקידה בצורה נאותה כל עוד היא עוסקת באלה. בהמשך להמלצת 'וועדת נתניהו' קבע חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מסגרת לתיאגוד בתי חולים שעניינה:

- הפיכת בתי החולים של הממשלה לתאגידי עצמאיים.
  - ביישום הנושא טיפלה גם 'וועדת ליאון' אשר הגישה את המלצותיה לשר הבריאות הקודם<sup>26</sup>.
- למרות שיש לבתי החולים של המדינה יותר חופש פעולה מאשר בעבר, ענינה של המדינה בהם לא ישתנה לפי שעה.

### **ממשלה**

תפקידה הבסיסיים של הממשלה, בעיקר באמצעות משרד הבריאות, הם קביעת מדיניות ותכנון, תקינה, בקרה ואכיפה.

כבר נכתב בסקירה זו שעיסוקו של משרד הבריאות בארגון וניהול צריכת שירותים (אחריות על ביצוע התקציב) כמו על הספקתם פוגעים ביכולת המשרד לבצע את תפקידיו הבסיסיים.

היריעה קצרה בסקירה זו מלעמוד על מכלול הנושאים העומדים על הפרק. כאן יוזכרו מספר נושאים מרכזיים: תכנון כוח אדם ומיטות אשפוז, איכות טיפול והסדרה בתחומי הטכנולוגיה והמחירים.

**כוח אדם רפואי** בשירותי הרפואה הוא המשאב הבסיסי שלה. ישראל התברכה גם באיכות וגם בכמות אשר ניוזנה מגלי העלייה כמו גם מהכשרה מקומית מעולה וישראלים חוזרים. בעשור האחרון מסתמנת, לראשונה מאז קום המדינה, התייצבות ואף ירידה במספר הרופאים ל-1000 נפש בישראל. כאמור, לישראל מספר רופאים מהגבוהים לנפש. בפני המערכת עומדת, אפוא, החלטה אסטרטגית ראשונה במעלה אשר חלופות מרכזיות בה הן: לצמצם את מספר הרופאים באוכלוסייה בטווח הארוך, או לחילופין להתארגן לשמירת יחס הרופאים הקיים כיום באוכלוסייה. מערכת השיקולים העומדת על הפרק צריכה לקחת בחשבון את איכות הרפואה, פיזור הרופאים באוכלוסייה ויכולת המערכת לבקר את גודל ההוצאה הלאומית לבריאות עם מספר רופאים גבוה יחסית.

באשר לכוח אדם לא רפואי, חלה בישראל בעשור האחרון הרחבה ניכרת ביותר של הכשרת כוח אדם ניהולי. יש לשמר ולהמשיך מגמה זו.

**מספר מיטות אשפוז** בתחומים שונים ופיזורן הגיאוגרפי גם הוא נושא בעל חשיבות עליונה באשר אלה יוצרים במידה ניכרת את התשתית לאיכות הרפואה באזור. מה עוד שבישראל קיימת אי

---

<sup>26</sup> מדינת ישראל. דו"ח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים (וועדת ליאון). תל אביב. 2004.

שוויוניות רבה בפיזור שירותי מומחים ואשפוז. כאמור, לישראל מספר מיטות כלליות נמוך יחסית, עם אוכלוסייה מזדקנת. מצב הדברים – בטכנולוגיה הקיימת – דורש הערכות מתאימה הלוקחת בחשבון את המאמצים להעתיק את מירב משקלה של הרפואה לקהילה תוך הגדלת חלקה של הפריפריה במספר המיטות. משרד הבריאות מכין תוכנית אשר מטפלת בנושא בצורה מערכתית.

בחינת מדדי **איכות רפואה** מתאימים למערכת ופיתוחם הם נושאים חיוניים לבחינת תפקודה של המערכת. למרות מורכבות הנושא, חשוב שמשרד הבריאות יתרכז במשימה זו. פתוח מדדי איכות לאומיים אשר ישרת את הציבור בבחירה מושכלת כמו את קופות החולים ונותני השירותים בארגון וניהול צריכת השירותים הספקתם.

**הסדרה בתחומי טכנולוגיה ומחירים** הם נושאים מרכזיים הנוגעים לתפקודה של מערכת הבריאות. על משרד הבריאות לטפל בצורה ברורה באימוץ טכנולוגיות יקרות (אשר הגדרתן משתנה מעת לעת). רמתן, פיזורן באוכלוסייה וקצב אימוצן. אלה משפיעים על איכות הרפואה, יעילותה ושוויונותה.

אלה מצריכים כללים ברורים למימון ההשקעה, סבסוד נחוץ לעיתים בתפעול וקביעת מחירים מתאימים. לצורך העניין, הספקה של שירותים לאוכלוסיות דלילות ובאזורים מרוחקים, כגון בית החולים באילת, מצריכים פתרונות דומים. לרשות משרד הבריאות עומדים הכלים המתאימים אך עליו להפעילם בצורה אפקטיבית יותר.

הוא הדין בסיוע הממשלה בקביעת התקשרויות בין ספקי שירות וקופות חולים על ידי קביעת סטנדרטים מינימאליים לחוזים בין קופות ונותני שירותים, כמו גם פתוח מערכות מחירים מתאימות כגון הסדרי קפיטציה בין קופות לרופאים ואף יותר מכך, הסדרי תשלום עבור אשפוז כמו ה (DRG) Diagnostic Related Grouping.

## **סיכום**

רמת הבריאות הגבוהה של אוכלוסיית ישראל הושגה הודות לעלייה ברמת החיים ותרומת שירותי הרפואה. תרומתם של אלה התבטאה ביכולת, במיוחד של שירותי המניעה, להתמודד עם אוכלוסיות חלשות, בעיקר עולים, החשופות במיוחד לגורמי סיכון מיוחדים להן. מערכת הבריאות חייבת להמשיך ולהתמקד באוכלוסיות חלשות אלה ובגורמי הסיכון המיוחדים להם. זאת, בין השאר, על אי צמצום הנגישות של אוכלוסיות חלשות לשירותים על ידי השתתפויות, מתד גיסא, והרחבת זמינות השירותים לקבוצות אלה, גם במרכז ובפרט בפריפריה על ידי מנגנוני הקצאה מתאימים, מאידך גיסא. יכולת המערכת לעמוד באתגרים אלה הסתייעה בכמות ובאיכות כוח האדם בעיקר הרפואי בישראל וביכולת המערכת לבקר את ההוצאה לבריאות למרות אלה. בהקשר זה, כמו בנושא השקעה גם בהון לא אנושי, המערכת עומדת על פרשת דרכים.

כל המערכת תצא נשכרת משינויים אשר יגבירו את התחרות במשק שירותי הרפואה, במסגרת המימון הציבורי. אלה, על ידי הגברת התחרות וחפש בחירה בין הקופות ומיקוד תפקידי המדינה – על ידי הוצאתה מתחומי ארגון וניהול צריכת השירותים והספקתם—במימון המערכת ובהסדרת התחרות לצורך יעילות ושוויוניות בהספקת שירות.

