

מסמך פנימי שהוכן עבור עבודת הוועדה - לא לציטוט ולא להפצה

חיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל: אפיון מספר בעיות עיקריות ודרכים לפתרונן¹

קובי גלזר

ינואר 2014

פתח דבר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק בישראל בשנת 1995, הוא, ללא ספק, אחת המהפכות החברתיות הצודקות והחשובות ביותר שהונהגו בישראל מאז הקמתה. זהו חוק מרשים הן בחזון שלו (סל שירותי בריאות שוויוני, צודק ויעיל, לכלל התושבים) והן באופן שבו הוא עוצב לצורך הגשמת אותו חזון (סל בריאות מקיף מאד, המסופק ע"י קופות חולים הפועלות ללא כוונות רווח והמתחרות ביניהן רק על איכות השירותים ולא על תכולת הסל ומחירו, והמתוגמלות, ע"י המדינה, לפי מספר ותמהיל החברים בכל קופה). אין פלא שחוק זה הפך דוגמא ומושא להערכה בקרב רבים מהמומחים ומקבלי ההחלטות בתחום הבריאות בעולם. אולם, חוק זה איננו נקי מפגמים, הן בעקרונות על פיהן הוא עוצב ויותר מכך באופן היישום של אתם העקרונות. בשנים שעברו מאז החלתו של החוק הצטברו לא מעט תובנות וראיות המצביעות על מספר בעיות מרכזיות במערכת הבריאות הציבורית בישראל, בעיות הנגזרות במידה רבה מהחוק. בנייר זה אתמקד בארבע מהבעיות המרכזיות בישומו של החוק. כל אחד מארבעת הפרקים הבאים יוקדש לבעיה מרכזית אחת. בכל פרק נאפיין תחילה את הבעיה, ולאחר מכן נדון במספר פתרונות אפשריים. ארבעת הנושאים העיקריים בהן נתמקד הינן:

1. הצורך בעיצוב מנגנונים להקצאת משאבים למערכת הציבורית, באופן שיבטיח את המשאבים להם היא תדרש בשנים הקרובות, על מנת לספק רפואה מתקדמת, איכותית ושוויונית, וכל זאת בלי להביא לעלייה חסרת שליטה בהוצאות.
2. הצורך בהקטנת ההשתתפויות העצמיות, בפרט, וההוצאות הפרטיות, בכלל, במערכת הבריאות בישראל.
3. כשל השוק המובנה במערכת היחסים בין בתי החולים וקופות החולים במערכת.
4. עיצוב הביטוחים המשלימים והגברת הפיקוח עליהם ועל הביטוחים המסחריים, על מנת להגדיל את השיוויוניות והיעילות של מערכת הבריאות בישראל.

למרות שאנו דנים בכל אחד מהנושאים לעיל בפרק נפרד, קיים קשר הדוק ותלות הדדית ביניהם. מערכת הבריאות, כמו מערכות רבות אחרות, היא מערכת של כלים שלובים וכל התפתחות ושינוי במרכיב אחד שלה, משפיעים באופנים שונים על מרכיבים רבים אחרים, חלקם אפילו מחוץ למערכת הבריאות. לאורך העבודה, נציין ונדון בקשרים ההדדיים הללו.

בנקודה זו חשוב לציין שארבעת הבעיות לעיל אינן הבעיות היחידות שיישנן היום במערכת הבריאות בישראל, בכלל, ובמערכת הציבורית, בפרט. ניתן להצביע על מספר בעיות נוספות, חלקן כואבות מאד ומשמעותיות מאד. בין הבעיות הללו נציין את:

- היעדר תמריצים מספיקים לקופות החולים להקצות באופן יעיל ושוויוני את המשאבים העומדים לרשותן, זאת בעיקר כתוצאה מתפקודו הלקוי של המנגנון על פיו הן מתוגמלות (נוסחת הקפיטציה).
- המחסור הצפוי בכוח אדם בתחומים רבים במערכת.
- הצורך בעיצוב וביסוס תפקידו של רופא המשפחה כ"מנהל הטיפול" של המבוטחים תחת אחריותו.
- העדר מנגנונים מספיקים לקידום אורח חיים בריא בישראל.
- המצב העגום של מערכת בריאות הנפש בישראל.
- הרפואה המתגוננת כתוצאה ממודל הרשלנות הרפואית הקיים היום.

למרות החשיבות הרבה של הבעיות לעיל, אני סבור שבמסגרת הזמן הקצוב המשאבים העומדים לרשות הוועדה, היא לא תוכל להתמודד כראוי עם בעיות אלה. אני ממליץ שבעיות אלה תדונה במסגרת ועדות מקצועיות שתקומנה במיוחד לצורך כך ותידרשנה להגיש את המלצותיהן תוך זמן קצוב.

נעבור כעת לדון בהרחבה בכל אחת מארבעת הבעיות המרכזיות שצוינו למעלה.

¹ ברצוני להודות לאורי כץ על עבודת המחקר והסיוע הרב בהכנת מסמך זה. כל הנאמר במסמך הוא על אחריותי בלבד.

פרק 1: הצורך בעיצוב מנגנונים להקצאת משאבים למערכת הבריאות הציבורית, שיבטיחו לה את המשאבים להם היא תדרש, בשנים הקרובות, על מנת לספק רפואה מתקדמת, איכותית ושוויונית, וכל זאת בלי להביא לעלייה חסרת שליטה בהוצאות.

“... it takes all the running you can do, just to keep in the same place. If you want to get somewhere else, you must run at least twice as fast!” (The Red Queen to Alice, in *Through the Looking Glass*)

פתח דבר

הציטוט לעיל משקף את הדילמה בפניה עומדות כל מערכות הבריאות המתקדמות בעולם. עולם הידע והיכולות הרפואיות מתפתח מזה מספר עשורים בקצב מהיר מאד כשהוא נישא על גבי גל אדיר של חידושים מדעיים וטכנולוגיים ההולך ומתעצם עם השנים. אנו עדים לפיתוחם של תרופות חדשות, מכשירים חדשים, טכניקות אבחוניות וטיפוליות חדשות, התמחויות חדשות ועוד. חידושים אלה תורמים רבות לא רק להארכת חיינו אלא גם לשיפור רב באיכות חיינו ובמה שביכולתנו להפיק מהם. חידושים אלה הפכו את ההשקעה בשירותי בריאות לאחת מהכדאיות והצודקות ביותר, בהשוואה לכל השקעה ציבורית או פרטית אחרת. רוב המומחים מסכימים שבשנים הקרובות נמשיך לראות עלייה כמעט לינארית בתוחלת החיים וכל זאת לא מעט בזכות השיפורים בעולם ברפואה. אולם, כדי להפיק וליהנות, ולו רק מחלק, מהפירות של החידושים האדירים הללו, נדרשים לא מעט משאבים. על פי רב התחזיות, הפריחה המדעית-טכנולוגית בתחום הרפואה, אותה חוונו בעשורים האחרונים, והעליה בהוצאות הנלוות אליה, לא רק שלא תיעצר אלא אף תתעצם בשנים הקרובות.

לא רק השיפורים הטכנולוגיים גורמים לעלייה בהוצאות הבריאות בעולם. התייקרות המשאב האנושי ברפואה (בדומה להתייקרות כל כוח העבודה עתיר ההון האנושי בעולם), העלייה בביקושים לשירותים וטיפולים מתקדמים, כתוצאה מהעלייה בהכנסה, הזדקנות האוכלוסייה והתפשטות הביטוחים הרפואיים, מעלים גם הם וצפויים להמשיך ולהעלות בשנים הקרובות את הוצאות הבריאות בעולם. הטבלה להלן מציגה את שיעור העלייה הריאלית השנתית הממוצעת בהוצאות הבריאות לנפש ואת שיעור העלייה בהוצאות, מעבר לתוצר לנפש, ב 21 מדינות, בארבעים השנים האחרונות.

	Real Per Capita Growth Rate, in Health Care Spending, 1970–2008	Excess Growth Over Per Capita GDP, 1970–2008
Denmark	2.4%	1.6%
Sweden	2.6%	1.9%
Switzerland	2.8%	2.7%
New Zealand	2.9%	1.1%
Canada	3.0%	0.6%
Netherlands	3.0%	1.0%
Germany	3.0%	1.9%
Australia	3.3%	1.4%
Finland	3.6%	1.5%
Greece	3.7%	1.7%
France	3.8%	1.3%
Japan	3.8%	1.6%
United Kingdom	3.8%	1.0%
United States	4.1%	1.7%
Austria	4.2%	1.7%
Iceland	4.4%	3.9%
Norway	4.5%	2.4%
Spain	4.8%	0.8%
Belgium	4.9%	1.8%
Ireland	5.3%	1.7%
Portugal	6.4%	2.1%

Data for Australia, Denmark, and Netherlands are from 1971 to 2007. Data for Greece and Japan from 1970 to 2007. Data for Portugal from 1970 to 2006.

כפי שניתן לראות מהטבלה, בין השנים 1970-2008 שיעור העליה השנתי הממוצע בהוצאות הבריאות לנפש, בערכים ריאליים, ב 21 מדינות מפותחות היה בסביבות 3.8%, כאשר התוצר לנפש באותן מדינות עלה בממוצע רק ב 2.1%. כלומר הוצאות הבריאות לנפש עלו בממוצע בשיעור של 1.7% מעבר לעלייה בתוצר לנפש. אין זה פלא, אם כן, שנתח הוצאה על בריאות מסך התוצר עלה באופן משמעותי בכל אותן המדינות. מרבית החוקרים מייחסים, לשינויים הטכנולוגיים, לפחות 50% מהעלייה הזו בהוצאות.

הטבלה לעיל ממחישה גם את הדילמה של רוב הממשלות במדינות המפותחות: מאין לגייס וכיצד להבטיח שבשנים הקרובות תעמוד לרשות מערכת הבריאות תוספת המשאבים הנדרשת לה כדי לספק רפואה מתקדמת, איכותית ושוויונית, בלי להביא לאבדן שליטה ולסחרור בהוצאות? זוהי בעיני גם הבעיה המרכזית של מערכת הבריאות הציבורית בישראל היום, ועליה אתמקד בפרק זה. העלייה הנדרשת בהוצאות הבריאות, המוקדשות למימון הסל הציבורי, תהייה, קרוב לוודאי, גדולה משיעור צמיחת התוצר. אם הגדלת המשאבים הנדרשת לא תתבצע, תוך זמן קצר נמצא את עצמנו עם מערכת מיושנת ומפגרת שאיננה מקיימת את אשר היא אמורה להציע. מאידך, תוספת המשאבים למערכת חייבת להתבצע בצורה זהירה וחכמה, תחת פיקוח קפדני, שאם לא כן, מהר מאד נמצא את עצמנו עם מערכת יקרה מאד ולא בהכרח איכותית.

את הנקודות העיקריות בהן ניגע בפרק זה ניתן לסכם כדלקמן:

- ברוב מערכות הבריאות המתקדמות בעולם, הוצאות הבריאות לנפש עלו בקצב מהיר מהתוצר לנפש. רוב המחקרים הראו שההשקעה הזו בבריאות, באותן המדינות, לא הגדילה באופן משמעותי את התוצר או את הפריון אך היא הגדילה אצלן מאד את הרווחה החברתית. עיקר הגידול ברווחה החברתית היה דרך העלאת תוחלת החיים ושיפור באיכות החיים של אותם הפרטים (ומשפחותיהן) אשר נזקקו לשירותי המערכת הרפואית. העלייה בהוצאות הבריאות ברוב המדינות המתקדמות הייתה, בלא ספק, הקצאה צודקת ויעילה מאד של משאבי המדינה, אם מכמתים נכון את התמורה להקצאה זו. בהנחה שהזדקנות האוכלוסיה והשיפורים הטכנולוגיים ברפואה, ימשיכו, לפחות, באותו הקצב, הרי שתוספת המשאבים הנדרשת לא תיעצר.
- לאור האמור לעיל, כל המדינות המפותחות מתמודדות למעשה עם אותן שלוש שאלות:
 1. כמה משאבים נכון להוסיף, מדי שנה, למערכת הבריאות הציבורית ומהי ההוצאה הלאומית הראויה לבריאות?
 2. מאין להשיג את תוספת המשאבים הנדרשת למערכת הציבורית ומהן המנגנונים שיבטיחו תוספת זו, מחד, ולא יביאו לעלייה מהירה בהוצאות הציבוריות והלאומיות, מאידך?
 3. כיצד להקצות את תוספת המשאבים?
- גם מדינת ישראל ניצבת בפני אותן שלוש שאלות. בראש ובראשונה היא תידרש להחליט מהי תוספת המשאבים אותה היא מוכנה להקצות, מדי שנה, למערכת הבריאות הציבורית, על מנת שזו תוכל לספק רפואה, איכותית לכלל תושבי ישראל. לאחר מכן עליה להחליט מאין יגיעו אותם המשאבים, כיצד להבטיח שהם אכן יגיעו וכיצד להקצות אותם.
- בחיפוש אחר מנגנון הקצאה אופטימלי, מערכות הבריאות המתקדמות בעולם מנסות למצוא את שביל הזהב בין שני מודלים קיצוניים ובעייתיים. מצד אחד, המודל ה"אמריקאי", בו לא מתקיים כמעט כל קיצוב, על ידי מתכנן מרכזי (כמו הממשלה), של כמות המשאבים העומדת לרשות המערכת, דבר שעלול להביא לעלייה מהירה מאד בהוצאות הבריאות (כפי שאכן קרה בארה"ב), ומצד שני, המודל ה"ישראלי", בו הממשלה נוקטת במדיניות של קיצוב הדוק מאד של הוצאות הבריאות (הציבוריות לפחות), דבר שעלול להביא לשחיקה משמעותית באיכות הטיפולים והשירותים במערכת ולפריחה של רפואה פרטית לא יעילה ולא שיוויונית (כפי שאכן קרה בישראל).
- מסקירות ומנתונים רבים שהוצגו בפני הוועדה מתקבל הרושם שהמחסור במשאבים העומדים לרשות מערכת הבריאות הציבורית בישראל, והצורך במציאת מקורות הכנסה נוספים, הוא לא רק צורך עתידי. זהו צורך זועק לשמייים (תרתי משמע, אם תרצו) כבר היום, לאור העובדה שבתחומים רבים (עליהם נדבר בהמשך) המערכת הגיע לנקודת שבר. נראה שגם תוספת שנתי של כ- 10% (כשלושה מיליארד ש"ח) למערכת הציבורית, לא תספיק כדי למלא ולו גם את הצרכים הדחופים ביותר.
- אני סבור שכדי להבטיח את תוספת המשאבים שהמערכת הציבורית בישראל תידרש לה בשנים הבאות, יש להפעיל במקביל מספר מנגנונים:
 - המנגנון הראשון והחשוב ביותר הוא עידכון נכון של המימון הציבורי המיועד למימון סל הבריאות הציבורי. עדכון כזה חייב שייקח בחשבון את השינוי במחירי התשומות במערכת, את השינויים הטכנולוגיים בעולם הרפואה ואת השינויים והדמוגרפיים במשך.

- המנגנון הנוסף אותו יש להפעיל ("מנגנון המימון והשירות הפרטי לטובת הרפואה הציבורית") הוא אספקה מוגבלת וסלקטיבית של שירותים פרטיים כמו ביטוחים משלימים, שירותי רפואה פרטיים ושירותי מרפא, ע"י קופות החולים ובתי החולים הציבוריים, תוך ניצול, התשתיות, היכולות והמוניטין שלהם.
- הצורך במנגנון המשלים - מנגנון המימון והשירות הפרטי לטובת הרפואה הציבורית - נובע מכך שסביר מאד שהמנגנון הראשון לבדו לא יצליח לספק את מלוא צרכי המערכת לאורך שנים. במאבק על עוגת התקציב הציבורי, מערכת הבריאות תתקשה לקבל את מלוא התוספת הנדרשת (כפי שהיא התקשתה לקבל אותה עד עתה) ועל כן יש להפעיל מנגנונים נוספים שיהיו בלתי תלויים באילוצים ובהחלטות המערכת הפוליטית ויהיו מכוונים ישירות למערכת הבריאות.
- הפעלת המנגנון המשלים היא נכונה ומתבקשת לא רק לצורך השלמת המשאבים הנדרשים למערכת הציבורית, אלא גם מתוך שיקולים של קידום היעילות והאיכות הן של המערכת הציבורית והן של כלל מערכת הבריאות בישראל.
- המנגנון הנשלים הוא הכרחי גם לאור העובדה (עליה נדון בהרחבה בפרק השלישי של העבודה) שאת עיקר המשאבים, למימון סל הבריאות, מקבלות קופות החולים, והן לא בהכרח מעבירות את החלק היחסי הנדרש לבתי החולים. בכל מצב שלא יהיה, סביר מאד שקופות החולים תנסו, ככל שניתן, להימנע מהשקעה והעברת משאבים כלשהי לבתי החולים שאינם שייכים להם ואינם מזוהים אתם (כפי שאכן לערנו קרה בשנים האחרונות).
- התנאי הכרחי להצלחה של המנגנון המשלים - מנגנון המימון והשירות הפרטי לטובת הרפואה הציבורית – ככלי להגדלת המשאבים ולשיפור היעילות והאיכות של המערכת הציבורית, הוא רגולציה קפדנית בעיקר על ההיקפים והמאפיינים של השירותים הפרטיים שהמערכת הציבורית מספקת. רגולציה כזו היא בהחלט אפשרית ובהרבה מובנים קלה הרבה יותר לביצוע, מאשר כאשר השירותים הפרטיים נמכרים במערכת נבדלת ונפרדת מהמערכת הציבורית.
- כדאי ליזכור שכבר היום המערכת הציבורית משתמשת במקורות פרטיים לצורך מימון חלק מפעילותה (בסביבות 2.5 מיליארד ש"ח). אלה ההשתתפויות העצמיות שמבטחי כל הקופות משלמים. מנגנון ההשתתפויות העצמיות הוא מאד לא שיווינוי ולא יעיל. הוא לא שיווינוי בעיקר מאחר שהוא מפיל עלויות כבדות דווקא על היותר חולים. הוא לא יעיל מאחר שהוא מתמרץ את המבטוחים לא ליצור שירותים, שבחלקם לפחות, הם חיוניים ואיכותיים מאד. אני סבור שהמנגנון המוצע כאן יכול להיות (אם יופעל נכון) יעיל ושיווינוי הרבה יותר.
- בחלק גדול מהמדינות מתגבשת היום ההבנה שמערכות ציבוריות (ולא רק בריאות) נדרשות לנקוט באסטרטגיות של שילוב מסויים בין הפרטי והציבורי, בין היתר גם כדי להבטיח את המשאבים להן הן נדרשות.

בחלקים הבאים של פרק זה נדון תחילה בסיבות למחסור הצפוי של משאבים למערכת הציבורית ולאחר מכן במנגנונים השונים להתמודדות עם מחסור זה.

1.1 ההשקעה ברפואה: כדאית מאד אך לא זולה

עולם הרפואה חווה בעשרים-שלושים השנים האחרונות קצב מהיר מאד של התפתחויות מדעיות וטכנולוגיות מדהימות. אנו עדים לפיתוחם של תרופות חדשות, מכשירים חדשים, טכניקות איבחוניות וטיפוליות חדשות, התמחויות חדשות ועוד. כל המוצרים והשירותים הללו, התורמים רבות לא רק לתוחלת חיינו אלא גם לאיכותם, דורשים כמות לא מועטה של משאבים. מרבית החוקרים בתחום מסכימים כי הגידול בהוצאות על בריאות נובע בעיקרו משיפורים טכנולוגיים. רוב החוקרים מייחסים קרוב ל 50% מהעלייה בהוצאות הבריאות לשיפורים טכנולוגיים, בעוד שגורמים אחרים כגון הזדקנות האוכלוסייה הם חשובים גם כן, אבל פחות.^{3,2}

גם כאשר טכנולוגיות חדשות מורידות את המחיר הסופי של הטיפול, העלייה בהיקף הטיפולים, כתוצאה מהשיפורים הטכנולוגיים, מביאה לעלייה בהוצאה הכוללת על בריאות.⁴ תופעה זו של עלייה בכמות המקזזת במידה רבה את ההורדה

² Bodenheimer, T. (2005). High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation. *Annals of Internal medicine*, 142(11), 932-937.

³ Chernew, M. E., & Newhouse, J. P. (2012). Health care spending growth. *Handbook of health economics*, 2, 1-43.

⁴ אחת הדוגמאות בנושא זה הוא קולציסטקטומיה - ניתוח שמבוצע עקב סיבוכים של אבנים בכיס המרה. בעבר בוצע הניתוח בשיטה הפתוחה, במסגרתה חותכים את חלקה הימני של הבטן, המנתח בוחן את צינור המרה ומוציא ממנו את האבנים שנתקעו בו. החל מראשית שנות התשעים החלה להיות נפוצה שיטת ניתוח חדשה, לפרוסקופיה, המבוססת על

במחיר לטיפול ומובילה לעלייה בהוצאה הכוללת, חוזרת על עצמה בטכנולוגיות רבות והיא נובעת, בין השאר, גם מכיוון שטכנולוגיות חדשות מאפשרות לטפל בחולים שבעבר לא ניתן היה לטפל בהם, בעיקר עקב הסיכון הגבוהה שהיה כרוך בטיפול בהם בעזרת הטכנולוגיות הקודמות.

יתירה מכך, כניסה של טכנולוגיות חדשות מעלה לעיתים גם את השימוש והניצול של טכנולוגיות קיימות שמהוות גורם יצור משלים לטכנולוגיות החדשות. למשל, טכנולוגיות דימות חדשות מאפשרות לשפר את תוצאותיהם של ניתוחים, וכך מגדילות את הסיכוי שמטופל יבחר לעבור ניתוח.⁵ לעיתים שיפור בטיפול במחלה מסוימת המפחית את התמותה גורר עלייה בהוצאות על מחלות אחרות האופייניות לחולים במחלה הראשונה. למשל, השיפור בטיפול במחלת לב כלילית הוביל לעלייה במקרי אי-ספיקת כליות,⁶ והירידה בתמותה ממחלות לב שונות הגבירה את תדירות הטיפולים והתמותה מסרטן.⁷ גם עבור שירותי רפואה מונעת המיועדים למנוע סיבוכים רפואיים עתידיים, העדויות הנוכחיות מראות כי הם אינם חוסכים בעלויות אלא מגדילים אותן.⁸

חשוב מאד להדגיש: העלייה בהוצאות, הנובעת מאימוצן של טכנולוגיות רפואיות חדשות, אין משמעותה ששילובן של טכנולוגיות אלו איננו רצוי, אפילו אם הטכנולוגיות החדשות לא תורמות רבות לתוצר או לפיריון במשק. נתונים על יותר מ 30 מדינות מראים, לדוגמה, שבשנת 1950 ההסתברות לשרוד מגיל 80 לגיל 90 הייתה בממוצע 15-16% אצל נשים ו 12% אצל גברים. בשנת 2002 ההסתברויות הללו היו כבר 37% לנשים ו 25% לגברים. מאחר שבגילאים אלה רוב האנשים אינם נמצאים במעגל העבודה הרי לשיפור המשמעותי הזה בתוחלת החיים אין כמעט כל השלכות על התל"ג או הפיריון במשק אבל הוא מוסיף רבות לאיכות החיים ולרמת הרווחה במשק. דוגמא נוספת: התרופות החדשות ממשפחת SSRI מקצרות בממוצע ב 10 שבועות את משכה של אפיזודה אחת של התקפת דיכאון קשה בקרב החולים במחלה זו. המשמעות של שיפור כזה לרווחת החולים ומשפחותיהם היא עצומה, אבל ההשפעה שלה על החשבונות הלאומיים היא מועטה. במאמר משנת 2001 בחנו החוקרים Cutler and McClellan האם שילובן של הטכנולוגיות החדשות הוא "משתלם", כאשר מודדים את תרומתן של הטכנולוגיות על ידי תוספת שנות חיים משוקללות-איכות ומתייחסים לחמישה מצבים: אוטם שריר הלב, משקל לידה נמוך, דיכאון, קטרקט וסרטן השד.⁹ מסקנתם היא כי התועלת גדולה מהעלויות עבור ארבעת הראשונים, ופחות או יותר שווה לעלות עבור החמישי. מחקרים רבים אחרים הגיעו למסקנה דומה.

ניתן לומר, אם כן, די בבטחה שבהשוואה לכל השקעה אחרת, ציבורית או פרטית, השקעה בבריאות היא אחת ההשקעות התורמות לנו יותר מכל, אם מכמתים נכון את התרומה שלה להארכה ולשיפור האיכות של חיינו. נראה שגם הציבור, במדינות רבות, מבין זאת. בחמשת העשורים האחרונים הוצאות הבריאות ברב המדינות המפותחות גדלו בקצב מהיר בהרבה מהעלייה בתוצר הלאומי של אותן מדינות, כך שנתח ההוצאה על בריאות מתוך סך התוצר הלאומי גדל באופן ניכר (ראה את הטבלה לעיל). כלומר, אזרחי אותן מדינות סבורים שנכון להגדיל את הוצאות הבריאות (אם זה במימון ציבורי או במימון פרטי) על חשבון שירותים ציבוריים או על חשבון צריכה של מוצרים פרטיים אחרים.

על פי כמעט כל התחזיות, הפריחה המדעית-טכנולוגית אותנו חוונו בארבעת-חמשת העשורים האחרונים בעולם הרפואה, והעליה בהוצאות הנלוות אליה, לא תיעצר בשנים הקרובות. רוב החוקרים מסכימים שבשנים הקרובות נמשיך לראות עלייה כמעט לינארית בתוחלת החיים שלנו וכל זאת לא מעט בזכות השיפורים המדעיים והטכנולוגיים ברפואה.

חדירה לבטנו של המנותח דרך מספר חתכים קטנים בדופן הבטן, וביצוע הניתוח בפיקוח מצלמה המעבירה לצוות הרפואי שידור וידאו של מקום הניתוח. שיטה זו הורידה את מחירי הניתוח ב-25%, אבל הובילה לגידול של 60% במספר הטיפולים המבוצעים, מה שגרר גידול בהוצאות הכוללות. ראה:

Legorreta, A. P., Silber, J. H., Costantino, G. N., Kobylinski, R. W., & Zatz, S. L. (1993). Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 270(12), 1429-1432.

⁵ Lee, D. W. (1991). Estimating the effect of new technology on Medicare Part B expenditure and volume growth: do related procedures matter?. *Advances in health economics and health services research*, 13, 43-64.

⁶ Port, F. K. (1995). End-stage renal disease: Magnitude of the problem, prognosis of future trends and possible solutions. *Kidney international. Supplement*, 50, S3.

⁷ Honoré, B. E., & Lleras-Muney, A. (2006). Bounds in competing risks models and the war on cancer. *Econometrica*, 74(6), 1675-1698.

⁸ Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. (2008). Does preventive care save money? health economics and the presidential candidates. *New England Journal of Medicine*, 358(7), 661-663.

⁹ Cutler, D. M., & McClellan, M. (2001). Is technological change in medicine worth it?. *Health affairs*, 20(5), 11-29.

הביקוש ההולך וגובר למשאבים מצד מערכת הבריאות איננו נגזר רק מהאימוץ של טכנולוגיות חדשות. גם המשאב האנושי צפוי להתייקר בשנים הקרובות.

1.2 הביקוש הגובר לכוח אדם איכותי ברפואה: "פרמיית הכישור"

הביקוש הגובר לכוח אדם איכותי הינו תופעה המאפיינת את כל הכלכלות המתקדמות בעולם. ביקוש גובר זה הביא לעלייה ממשמעותית בשכר העובדים ה"מוכשרים" בהשוואה לשכר של עובדים רבים אחרים (תופעה שנקראת בספרות הכלכלית the skill premium). הספרות הכלכלית דנה בהרחבה בסיבות לתופעה זו ואין זה המקום לפרט. מובן שתופעה זו לא פסחה גם על מערכות הבריאות. כוח אדם מיקצועי ואיכותי ברפואה הינו "מצרך" מבוקש מאד על ידי מערכות שונות ורבות, חלקן עם יכולות תשלום ומשאבים לא מעטים. במדינות רבות, כולל ישראל, ה"איום" הגדול ביותר הוא מצד מערכות הבריאות הפרטיות. גם אם נדע להבטיח שהמערכת הבריאות הציבורית תקבל (על בסיס מתמשך וקבוע) את המשאבים הנדרשים לה כדי לקיים רפואה טובה לכלל התושבים, זו לא תהייה מערכת מושלמת (בטח לא בכל הקשור לנגישות ולתנאי הטיפול) ותמיד יהיה אלה שיהיו להם האמצעים הנדרשים ו/או אלה שמצבם הבריאותי, או המצב הבריאותי של מישור הקרוב אליהם, מדאיג אותם מספיק, שביקשו לרכוש רפואה פרטית ברמה ובתנאים מעבר לאלה המוצעים על ידי המערכת הציבורית. אין דרך לעצור ביקוש זה ואני סבור שאין זה נכון לעשות זאת. מעבר לכך, הביקוש לכוח אדם איכותי בתחום הבריאות הולך וגובר גם ממדינות אחרות, חלקן מציעות תנאי השתכרות גבוהים ביותר. רק בארצות הברית, הצפי הוא למחסור של 80,000-100,000 רופאים בשנים הרבות. זאת ועוד, הביקוש לכוח אדם איכותי עם ידע והכשרה רפואיים איננו נעצר במערכות הבריאות והוא הולך ומתחזק גם מצדם של סקטורים אחרים, ביניהם כאלה העוסקים בפיתוח, שיווק ואפילו מימון של מוצרים רפואיים. אין סיבה לחשוב שבשנים הקרובות כוחות אלה יחלשו. יתירה מכך, ועם כל הכאב שבדבר, קשה לצפות מהרופאים בישראל להישאר לגמרי אדישים לאווירה הציבורית, התרבות המטריאליסטית והסגידה לבעלי הממון המתפתחים כאן. גם אם כוונתם הכנה של הרופאים היא לטפל בחולים, חלקם הגדול כבר לא חש פסול בכך שהם יקבלו פיצוי, ולו גם חלקי, על השקעתם רבת השנים, על יכולותיהם הגבוהות ועל תרומתם הרבה לבריאות של כלנו. כדי לשמר את כוח האדם האיכותי הזה, מערכת הבריאות הציבורית תזדקק ליותר ויותר משאבים.

1.3 מנגנון עדכון המשאבים הנוכחי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: יישום כושל של רעיון נכון

אלה אשר חוקקו את חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל הבינו היטב את הצורך בקיומו של מנגנון עצמאי שיבטיח את היקף המשאבים המופנה למימון הסל הציבורי. במסגרת החוק הוגדר התקציב אותו חייבת המדינה להעביר לחלוקה בין קופות החולים והוגדר מנגנון אוטומטי על פיו תקציב זה יתעדכן מדי שנה. זהו בעיני מרכיב חשוב מאין כמוהו בחוק, לא רק ברמה הפרקטית אלא גם ברמה העקרונית, מאחר שהוא מדגיש את החשיבות הרבה שייחס המחוקק לאבטחת היקף המקורות למימון הסל, באופן שיהיה בלתי תלוי בנסיבות חיצוניות למערכת. זוהי תופעה יוצאת דופן, בישראל ובעולם, שהמערכת הפוליטית (קרי הממשלה ובית המחוקקים) מוותרת מראש על אחד מתפקידיה המשמעותיים והעוצמתיים ביותר: בחירת סדר עדיפויות להקצאת המשאבים הציבוריים. לא במהרה מוותרת המערכת הפוליטית על תפקיד מרכזי ומוקד כוח כזה. נראה שהסיבה המרכזית לצעד חריג זה הייתה ההבנה (הנכונה), של מעצבי ומחוקקי החוק, שללא התחייבות כזו, לא ירחק היום והתקציב המיועד למימון הסל הציבורי יישחק באופן משמעותי.

המערכת הציבורית מונעת הרבה פעמים משיקולים ואילוצים (חלקם פוליטיים) של טווח קצר, ואלה בדרך כלל אינם פועלים לטובת מערכת הבריאות. המציאות של שני העשורים האחרונים ממחישה יותר מכל שלפני שתרחיב את כמות המשאבים המופנית למערכת הבריאות, בהיקף הנדרש מהשינויים במחירי התשומות, מהשינויים הדמוגרפיים ומההתפתחויות הטכנולוגיות, הממשלה תמצא מקומות אחרים להשקיע בהם ותמצא גם את הדרך לנמק השקעות אלה. בפני הוועדה הוצגו נתונים רבים ומשכנעים שהציגו באופנים שונים את השחיקה בתקציב אותו מפנה הממשלה למימון הסל, מאז כניסתו של החוק ב-1995. ההשלכות של שחיקה זו באות לידי ביטוי, בין היתר, בהוצאה הנמכרת יחסית של ישראל על שירותי בריאות ובהוצאה הפרטית הגבוהה מאד בהשוואה למדינות אחרות. נכון הדבר שהעדכון של היקף המקורות למימון הסל נעשה בהתאם למנגנון הקבוע בחוק. אולם, עצם העובדה שלמרות שהעידכון כפי שהוא בוצע לא תאם כלל את הצרכים האמיתיים של המערכת והביא לשחיקה משמעותית באיכות הסל אותו היא מספקת (ובשיוויונותו), הממשלה לא עידכנה ביזמתה את כמות המשאבים המופנים למימון הסל, מצביעה על מיקומה של מערכת הבריאות במיכלול השיקולים והעדיפויות של המערכת הציבורית.

טוב עשה המחוקק הישראלי כאשר קבע מראש מנגנון עידכון של המשאבים המיועדים למימון הסל. רק חבל שמנגנון זה איננו מותאם כלל לניצול מלוא ההזדמנויות ולהתמודדות עם מלוא האיומים הניצבים היום מול עולם הרפואה. בצד ההזדמנויות, מנגנון העדכון הנוכחי איננו מותאם כלל לקצב הגידול הנדרש בתקציב בכדי לנצל ולו רק חלק מההתפתחויות המדעיות והטכנולוגיות המהירות בעולם הרפואה. בצד האיומים, מנגנון העידכון הנוכחי איננו מותאם כלל להתמודדות עם הצורך הגדל במשאבים אל מול הביקוש ההולך וגובר לכוח אדם איכותי, עם ידע והכשרה רפואית

ואחרת. נכון הדבר שכל מערכת מתקצבת (תהיה זו מערכת ציבורית או פרטית) סובלת ממחסור כמעט כרוני במשאבים. אולם, כאשר מדובר במערכות בריאות, הדרישה לתוספת קבועה של משאבים היא בהחלט הגיונית, אם אנו מעוניינים להעניק לתושבי ישראל רפואה סבירה, גם אם לא המתקדמת ביותר.

למעשה, במערכת הבריאות הציבורית בישראל, פועלים היום שלושה מנגנונים עיקריים להקצאת המשאבים. מנגנון אחד הוא המנגנון "האוטומטי" המתעדכן, מדי שנה, לפי מדד הנקרא "מדד עלות הסל". מדד זה משקלל מספר מדדי מחירים חלקם מתוך מערכת הבריאות וחלקם מחוצה לה. על פי מדד זה נקבע מדי שנה התקציב המינימלי המועבר למימון הסל. מעבר לעובדה שמדדי המחירים מהם מורכב מדד זה והמשקלות הניתנים למדדים אלה הם אינם המדדים הנכונים, מדד עלות הסל סובל משתי מגרעות עקרוניות: האחד, הוא איננו תלוי בגודל האוכלוסיה ובמבנה הדמוגרפי שלה והשני, הוא איננו מותאם לעלייה בתקציב הנדרשת כתוצאה מהשינויים הטכנולוגיים. במילים אחרות, גידול של האוכלוסיה בישראל, וחשוב יותר, הזדקנותה, אינם מביאים לעליה הנדרשת בתקציב המועבר על ידי המדינה למימון הסל. מעבר לכך, ההתפתחויות הטכנולוגיות המשמעותיות בעולם הרפואה, עליהן דברנו בהרחבה בחלק הקודם של עבודה זו, אינן נלקחות כלל בחשבון על ידי המדד הקובע את התקציב. כדי להתמודד עם הצורך בתוספת משאבים, הנובע מהשינויים הטכנולוגיים, נוהגת הממשלה להפעיל מנגנון תיקצוב נוסף וזהו תיקצוב, אד הוק, הנקבע מדי שנה כחלק מתקציב הממשלה. תוספת זו איננה מוגדרת וקבועה בחוק ועל כן היא יכולה להשתנות (כפי שאכן קרה לאורך השנים) מדי שנה בהתאם לאילוצים ולשיקולים של המערכת הפוליטית¹⁰.

המנגנון השלישי המופעל במסגרת החוק לצורך מימון המערכת הציבורית הוא ההשתתפויות העצמיות המשולמות "מן הכיס" על ידי המבוטחים בהתאם להיקף השירותים אותם הם צורכים. נכון להיום ההשתתפויות העצמיות ממנות בסביבות 6-7% (כ 2.5 מיליארד ש"ח) מתקציב סל הבריאות הממלכתי. בפרק 2 של עבודה זו, נדון ביתר הרחבה בנושא ההשתתפויות העצמיות אולם בשלב זה רק נציין שמדובר במנגנון מאד לא יעיל ולא שיויוני (לפחות באופן בו הוא מופעל היום).

המציאות של עשר-חמש עשרה השנים האחרונות מראה באופן די ברור שהמנגנונים המופעלים היום על ידי המדינה, לעידכון התקציב המופנה למימון סל הבריאות הציבורי, אינם מבטיחים אפילו שמירה על הקיים והם הביאו לשחיקה הן בכמות והן באיכות השירותים אותם מקבלים תושבי ישראל. בנקודה זו חשוב לציין שגם אם המדינה הקציבה מדי שנה סכום מסוים להכנסת טכנולוגיות חדשות לסל, הרי שהמדינה לא הקציבה סכומים משמעותיים לפעולות רבות אחרות הכרחיות לשימורו של הסל הציבורי. בפועל, בשנים האחרונות, ההחלטה של פרוצדורות וטכנולוגיות חדשות לסל הציבורי (פעולה שהיא ברוכה לכשעצמה), גבתה מחיר כבד מאד מהפרוצדורות והטכנולוגיות הקיימות, שהן חשובות לא פחות! מהנתונים שהוצגו בפני הוועדה נראה שהתקציב הכולל של סל הבריאות הציבורי נשחק ביותר מ 30% מאז כניסת החוק בשנת 1995. במונחים כספיים מדובר על שחיקה של מעל ל 9 מיליארד ש"ח!

1.4 הצרכים המידיים של המערכת: תוספת שנתית נדרשת של יותר מ 3-4 מיליארד ש"ח

במסגרת דיוני הוועדה הובאו בפנינו לא מעט ראיות ודוגמאות למחסור החמור במשאבים כבר היום. **מתקבל הרושם שלמערכת נדרשת תוספת מיידית של לפחות כ 3-4 מיליארד ש"ח, לצורך שיקום ופיתוח, ולו רק חלק מהמטרות ההכרחיות הבאות:**

- הפחתת ההשתתפויות העצמיות, אותן משלמים הפרטים היום על השירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שסכומן מגיע לכ 2.5 מיליארד ש"ח. כאמור, ההשתתפויות העצמיות המוטלות היום על המבוטח הישראלי מהוות מקור מימון מאד לא שיויוני ולא יעיל (על נושא ההשתתפויות העצמיות נדון בהרחבה בהמשך).
- חיזוק התשתיות והוספת כוח אדם לצורך שיקום מערכת בריאות הנפש שהגיעה למצב מחפיר.
- חיזוק רפואת המשפחה, בין היתר כדי להתמודד עם הצורך (לפי מסמך שהוגש לוועדה ע"י איגוד רופאי המשפחה) בתוספת של כ 200! מתמחים חדשים מדי שנה. רוב המומחים מסכימים שחיזוק רפואת המשפחה תורם רבות לא רק לשיפור בריאות האוכלוסיה אלא גם לחיסכון בהוצאות המערכת בטווח הארוך.
- המחסור החמור בכוח אדם הן בחלק מהמקצועות הרפואיים והן בסיעוד.
- חיזוק הרפואה בפריפריה, הסובלת ממחסור חמור בכוח אדם ובטכנולוגיות ומשחיקה של התשתיות הפיסיות.

¹⁰ על הבעיות והכשלים במנגנון העידכון הנוכחי ניתן לקרוא ביתר הרחבה במסמך אותו גבי בן נון ואנוכי הכנו לצורך הדיון בוועדה.

- הגדלת מספר מיטות האישפוז בכל בתי החולים בארץ ושיקום התשתיות הפיסיות של בתי החולים הקטנים (לא רק אלה בפריפריה)¹¹.
- תוספת משמעותית של משאבים לטובת פרויקטים לאומיים למלחמה בעישון, השמנה, סוכרת, יתר לחץ דם, אלכוהוליזם ועוד מחלות ובעיות אחרות הגורמות לתחלואה רבה והוצאות גבוהות מאד.
- הרחבת הפעילות של בתי החולים והשארית הרופאים הבכירים במערכת בשעות אחר הצהריים, על מנת להגדיל את הנוכחות של רופאים בפעולות דחופות, לקצר תורים לפעולות אלקטיביות,

כל אלה צעדים חשובים הדורשים תוספת משאבים משמעותית ולא חד פעמית!

1.5 התייעלות: לא זו הבעיה ולא זה הפתרון

טענה אחרת שיכולה לעלות היא שהתקציב, המופנה היום למימון מערכת הבריאות הציבורית, הוא בהחלט מספיק, אך הוא מנוצל באופן לא יעיל. סביר, להניח שבמערכת גדולה, מורכבת ודינמית כל כך, ישנם מוקדים של חוסר יעילות. אל מוקד אחד של חוסר יעילות - המנגנון הפגום של הקצאת המשאבים בין בתי החולים וקופות החולים - אתייחס בהרחבה בפרק 3 של עבודה זו, ואל מוקד אחר של חוסר יעילות - הביטוחים הפרטיים - אתייחס בפרק 4 של עבודה זו. אולם, וכפי שנדון בהרחבה רבה מאד בספרות הכלכלית של ארבעת העשורים האחרונים, בדיוק אותם הגורמים הפוגעים ביעילות המערכת (פערים באינפורמציה, רציונליות חסומה ושינויים טכנולוגיים מהירים) הם גם אלה שהופכים את ההתמודדות עם חוסר היעילות הזו לקשה מאד, ובמידה רבה לבלתי אפשרית. גם אם נעשה כל מאמץ ליעול המערכת, התוצאות תתקבלנה במנות קטנות ולאט. אולם, וחשוב הרבה יותר, גם אם נדע להתמודד עם חלק ממוקדי חוסר היעילות הללו, התוספת הנדרשת במשאבים לא תיעלם. הצורך הגובר במשאבים בשנים הקרובות הוא לא תוצאה של חוסר יעילות אלא של ההתפתחויות הטכנולוגיות המהירות, הזדקנות האוכלוסיה והתחרות הגוברת על כוח אדם איכותי. לחצים אלה על המערכת ימשיכו להתקיים גם אם היא תהיה יעילה יותר. זאת ועוד, מניתוח התמריצים והלחצים הפועלים היום במערכת הבריאות הציבורית בישראל, מהשוואה של ביצועי המערכת למערכות בריאות אחרות בעולם (ככל שהשוואה כזאת אפשרית) וממכלול העובדות והנתונים שהוצגו בפני הוועדה, אין סיבה להניח שחוסר יעילות היא הגורם העיקרי לשחיקתה והיחלשותה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל. אני משוכנע שהבעיות במערכת נובעות, בראש ובראשונה, ממחסור במשאבים ולא מניצולם הלא יעיל.

1.6 מנגנוני עדכון אפשריים להבטחת המשאבים למערכת הבריאות הציבורית בישראל

מה שנכון וטוב לרוב מערכות הבריאות בעולם, נכון גם למערכת הבריאות הציבורית בישראל. כדי שמערכת הבריאות הציבורית שלנו תוכל לספק רפואה ברמה טובה ושיויונית, לכלל התושבים, היא איננה יכולה לדרוך במקום והיא חייבת לעדכן באופן משמעותי ועל בסיס קבוע את סל השירותים, הטיפולים והטכנולוגיות אותם היא מספקת, כמו גם את ההכשרה, הכמות והאיכות של כוח האדם האמור לספק שירותים אלה. כמו בכל המדינות המפותחות, העליה בהוצאות הבריאות המוקדשות למימון הסל הציבורי תהיה חייבת להיות בשיעור גדול מצמיחת התוצר, שאם לא כן, מהר מאד נמצא את עצמנו עם מערכת מיושנת שאיננה מצליחה לספק אפילו חלק ממה שהיא יכולה וממה שרובנו רוצים לראות אותה מציעה. יתירה מכך, ככל שמערכת הבריאות הציבורית תישחק יותר, המערכת הפרטית, שהיא יעילה פחות ושיויונית פחות, תצמח יותר. במילים אחרות, כדי שההזדמנויות העומדות בפניה תנוצלה כראוי, הן לטובת החולים והן לטובת כלל המשק, וכדי שהיא תדע להתמודד כראוי עם האיומים העומדים בפניה, בעיקר מצד המערכת הפרטית, מערכת הבריאות הציבורית בישראל תדרש בשנים הקרובות לכמות גדלה והולכת של משאבים.

כיצד, אם כן, ניתן להבטיח שמערכת הבריאות הציבורית בישראל תקבל על בסיס מתמשך וקבוע את תוספת המשאבים הנדרשת לה כדי לספק את אותה רפואה מתקדמת, טובה ושיויונית אותה אנו מעוניינים לראות אותה מספקת? נניתן לחשוב על מספר מנגנונים המשלימים זה את זה.

המנגנון הראשון, החשוב והמשמעותי ביותר, הוא עידכון נכון של המימון הציבורי. במסגרת זו, יש צורך לשנות את מנגנון עידכון עלות הסל באופן שיקח בחשבון את השינויים במחירי התשלומים ואת השינויים הדמוגרפיים והטכנולוגיים עליהם דברנו בהרחבה בתחילת פרק זה. התקציב הציבורי המופנה למימון סל הבריאות הציבורי צריך להתעדכן מדי שנה בהתאם לשינויים הבאים:

- השינוי במחירי התשלומים של קופות החולים.

¹¹ בנושא המחסור במיטות אשפוז ניתן לקרוא גם במסמך שהוכן על ידי גבי בן נון לצורך עבודת הוועדה.

לפי הנתונים שהוצגו בפנינו, מדד יוקר הבריאות, על פיו מתוגמלות הקופות היום, "מפגר" מדי שנה בממוצע ב 0.7% אחרי מדד מחירי התשומות במערכת, דבר שהביא לשחיקה מצטברת של כ 6 מיליארד ש"ח בתקציב סל הבריאות.

- **שינויי העלויות, של קופות החולים, הנגזר מהשינויים הדמוגרפים, הנמדדים על פי השינוי במספר הנפשות המתקננות בישראל, על לפי נוסחת הקפיטציה.**
לפי השינויים הדמוגרפיים בשנים האחרונות מדובר על תוספת שנתית נדרשת של כ 2.2% בשנה לעומת תשלום בפועל של כ 1% בשנה בגין מדד זה, דבר שהביא לשחיקה מצטברת של כ 6 מיליארד ש"ח.
- **תוספת שנתית של 1% לתקציב הכולל, לצורך התאמת הסל לשינויים הטכנולוגיים הנדרשים.**
תוספת זו גדולה במעט מהתוספת בפועל שניתנה למערכת בגין המרכיב הטכנולוגי.
- **תוספת שנתית של 1-2% בחמש השנים הקרובות, לצורך פיצוי על השחיקה במשאבי המערכת בשנים האחרונות.**

אני סבור שמנגנון העדכון המוצע לעיל הוא טוב בהרבה מהמנגנון הפועל היום, שהוא רק בחלקו "אוטומטי" ובחלקו נקבע מדי שנה במסגרת הדיונים על תקציב הממשלה. המנגנון המוצע לעיל אמור לעזור גם בהתמודדות עם בעייה נוספת שנוצרה במערכת והיא העליה המשמעותית בחלקו היחסי של המימון הפרטי והירידה המשמעותית בחלקו היחסי של המימון הציבורי במערכת הבריאות בישראל. הגדלת תשלומי הממשלה למימון המערכת, כפי שמוצע לעיל, תתקן במידת מה את העיוות שנוצר והפגיעה בשכבות החלשות.

עם כל היתרונות שבו, אני סבור שהמנגנון המוצע לעיל אין בו לבדו כדי לספק את המשאבים להם תדרש המערכת בשנים הבאות. ראשית, עלינו ליזכור שכבר היום נדרשת תוספת מיידית בשיעור של למעלה מ 10% (כפי שהראנו בסעיף 1.4 לעיל) מעלות הסל כדי לתקן כמה מהפגמים החמורים שנוצרו כתוצאה משחיקת המשאבים בשנים האחרונות. הפיצוי בגין שחיקה בשיעור של 1-2%, אותו הצענו לעיל, אין בו כדי לכסות את "נזקי השחיקה" המתמשכת, אלא אולי בעוד מספר שנים. מעבר לכך, הפיצוי הטכנולוגי, בשיעור של 1%, אותו הצענו לעיל, צפוי לכסות כמחצית מהצרכים של המערכת בגין השיפורים הטכנולוגיים. כפי שכבר ציינו, העלייה השנתית בהוצאות הבריאות לנפש, בין השנים 1970-2008, ב 21 מדינות, רק בשל השיפורים הטכנולוגיים, הייתה בסביבות 2%.

כאמור, למרות שבעיני המנגנון המוצע לעיל הוא הכרחי, הוא בשום אופן איננו מספיק כדי למלא את כל הצרכים של המערכת הציבורית בשנים הקרובות. אולם, לצערי, אינני מאמין שניתן לצפות שהמערכת הפוליטית (כלומר, הממשלה והכנסת) תציע מנגנון ציבורי "נדיב" יותר. אילוצים פוליטיים הם כמו כל אילוץ כלכלי אחר, ואין זה ריאלי, וחשוב עוד יותר, אין זה הוגן, כלפי אלה שיזדקקו לשירותי המערכת בשנים הבאות, להתעלם מאילוצים אלה כאשר אנו מתכננים את המערכת לשנים הבאות. במציאות הפוליטית בה פועלות הממשלות בישראל, לא ניתן יהיה, לדעתי, להגדיל את המימון הציבורי המופנה לטובת סל הבריאות הממלכתי, מעבר לזה המוצע במנגנון האוטומטי לעיל. גם אם בנקודת זמן כזו או אחרת הממשלה תעביר היקף משאבים גדול יותר, סביר מאד שזה יהיה מאוחר עד פועמי, שיקוזז בשנים שאחרי כן, כפי שאכן קרה בעשרים השנים האחרונות.

בהקשר זה חשוב להזכיר נקודה מהותית: מס הבריאות איננו מכסה את מלוא עלות סל הבריאות וחלק משמעותי ממימון הסל מגיע מתקציב המדינה. משתמע מכך שהעלאת מס הבריאות בלבד (אם זה על חשבון ביטול הביטוחים המשלימים, כפי שהוצע על ידי דוברים שונים, ואם זה בדרך אחרת) אין בה לשעצמה כדי להבטיח את תוספת המשאבים הנדרשת למערכת הציבורית, ובטח ובטח שלא לאורך זמן. גם אם תתבצע עליה מסויימת במס הבריאות, עלול להיווצר מצב (כפי שאכן קרה בחמש עשרה השנים האחרונות) שהתוספת למימון הסל שתגיע מהגדלת מס הבריאות "תקוזז" לאורך זמן ע"י הקטנת המימון המגיע מתקציב הממשלה. בשנת 1999 קרוב למחצית המימון של סל הבריאות הציבורי הגיע מתקציב הממשלה והמחצית השניה הגיעה ברובה מכספי מס הבריאות (בסביבות 5% הגיעו דרך ההשתתפויות העצמיות). בשנת 2011 עלה חלק המימון שהגיע ממס הבריאות ל 54.4% והחלק של תקציב הממשלה ירד ל- 39.2%. זהו בדיוק הקיזוז עליו אני מדבר וממנו אני חושש.

יתירה מכך, גם אם תתבצע תוספת מסויימת של משאבים ציבוריים למימון הסל, ע"י העלאת מס הבריאות, קשה להאמין שמדי שנה הממשלה תוסיף ותעלה את מס הבריאות, בשיעור הנדרש למימון התוספת המתבקשת לצורך הספקתו של הסל ברמה ובאיכות סבירה. תוספת המשאבים הנדרשת איננה יכולה להיות חד פעמית, אלא רציפה ומתמשכת והיא איננה יכולה להיות מבוססת על העלאה חד פעמית של מס הבריאות. לדעתי, אין זה סביר שהמדינה תרצה ותוכל להתחייב למנגנון אוטומטי, מעבר למנגנון אותו הצעתי לעיל, וגם אם היא תעשה זאת, קשה להאמין שהיא תוכל לעמוד בהתחייבות זו לאורך זמן. הלחצים האדירים על תקציב המדינה, שיקולים פוליטיים כאלה ואחרים, שינויים במצב הבטחוני ו/או הכלכלי, יביאו בסופו של דבר (וזו יכול לקרות מהר מאד) לכך שהמדינה תמצא דרכים כאלה ואחרות לשחוק במידה מסויימת את המשאבים המופנים למימון הסל. אולי ההוכחה החותכת ביותר לחוסר היכולת של מנגנון כזה להבטיח את

ההגדלה הנדרשת במשאבים לצורך תיחזוקו של החוק הוא גורלה של מערכת הבריאות הציבורית בעשר-חמש עשרה השנים האחרונות. בעוד שבכל מדינות העולם נתח העוגה הלאומית המופנה לבריאות הלך וגדל הרי שבמדינת ישראל נתח זה נשאר קבוע פחות או יותר, וחמור מכך, נתח ההוצאה המופנה למימון מערכת הבריאות הציבורית הלך וקטן. ההסבר לכך הוא פשוט מאוד: כל מי שמפקיד את כל תקציבה של המערכת הציבורית בידיה של המערכת הפוליטית, דן אותה לשחיקה ואולי אף לקריסה. המערכת הפוליטית מונעת ע"י אילוצים ושיקולים שבדרך כלל אינם שמים את מערכת הבריאות בראש סדר העדיפויות שלה. קשה לחשוב על פוליטיקאי שהבטיח לבוחריו שאם יבחר יגדיל את תקציב הבריאות ובודדים הם אנשי הציבור שכאשר נבחרו, בקשו לעצמם את תפקיד שר הבריאות. אין זה פלא, איפוא, שתקציב מערכת הבריאות הציבורית נשחק עם השנים.

נקודה נוספת שחשוב להבהיר, ושעליה נדון בהרחבה בפרק 3 של עבודה זו, היא שגם אם הממשלה תדאג להגדיל את המשאבים המופנים למימון סל הבריאות אין כל בטחון שכמות מספקת מתקציב זה תגיע לבתי החולים. קופות החולים נאנקות היום תחת מחסור במשאבים וגם אם הן תקבלנה תוספת תקציב, סיכוי סביר שהן תשאנה את חלק הארי ממנו ברשותן ולמימון פעולותיהן, ולא תעברנה אותו לבתי החולים. בעיני אין מנוס מיצירת מקורות תקציביים נוספים שיגיעו ישירות לבתי החולים.

- למרות שאני סבור שעיקר נתח המימון של סל הבריאות הציבורי צריך להמשיך להגיע דרך המימון הציבורי (כלומר, מתקציב הממשלה וממס הבריאות) ולמרות שאני סבור שנכון וצריך להגדיל משמעותית נתח זה, אני מאמין שבשל השיקולים והאילוצים בהם פועלת המערכת הפוליטית, הממשלה לבד לא תוכל להעביר את מלוא המשאבים הנדרשים לאספקת הסל הציבורי ברמה נאותה.

- התעלמות מהמציאות והאילוצים בה פועלת המערכת הפוליטית והישענות רק על מקורות ציבוריים לצורך מימון הסל הציבורי תביא בסופו של דבר לשחיקה בסל השירותים ולפגיעה באיכות הטיפוליים אותם מקבלים אלה הנזקקים למערכת הציבורית.

- לאור זאת אני משוכנע שצריך להפעיל מנגנון משלים ("מנגנון המימון והשירות הפרטי לטובת הרפואה הציבורית") שיבטיח מקור הכנסה נוסף לקופות החולים ולבתי החולים ויבטיח ניצול יעיל יותר של התשתיות הפיסיות והאנושיות הפועלות במסגרת המערכת הציבורית.

המנגנון המשלים אותו אני מציע להפעיל, מקובל מאוד ופועל, בצורות כאלה ואחרות, במספר רב של מדינות בעולם¹². הרעיון הבסיסי הוא שהמערכת הציבורית תנצל את היתרונות לגודל ולרוחב, התשתיות, הידע והמוניטין הרב שיש לה, כדי למכור ביטוחים ושירותים פרטיים, ותפנה את עיקר ההכנסות ממכירת ביטוחים ושירותים אלה למימון הסל הציבורי.

המנגנון המוצע כאן מורכב למעשה משלושה רכיבים. הרכיב הראשון הוא אספקת ביטוחים משלימים על ידי קופות החולים, הרכיב השני הוא אספקת שירותי רפואה פרטיים, לתושבי ישראל, על ידי בתי החולים הציבוריים, והרכיב השלישי הינו תיירות מרפא. חשוב לציין שמעבר למטרה של יצירת מקורות הכנסה נוספים למערכת הציבורית, המנגנון לעיל משמש גם להשגת מספר מטרות נוספות. בהמשך אציג מספר בעיות מרכזיות אחרות הקיימות היום במערכת ואראה כיצד שלושת הרכיבים של המנגנון לעיל מסייעים גם בהתמודדות עם בעיות אלה. בשלב זה, אתמקד רק במספר נקודות עיקריות.

לגבי הרכיב הראשון – הביטוחים המשלימים – הרעיון המרכזי הוא שקופות החולים תנצלנה את התשתיות (הפיסיות והאנושיות), הידע והמוניטין שיש להן, כדי להציע ביטוחים משלימים, כאשר חלק מן התמורה ממכירת ביטוחים אלה תשמש את קופות החולים לצורך מימון הסל הציבורי. חשוב לי לציין (וכפי שאדון ביתר הרחבה בפרק 4 של עבודה זו) שאני רואה בביטוחים משלימים, המוצעים על ידי קופות החולים, נדבח חשוב מאוד ברצף השירותים, בין הציבורי ובין הפרטי במערכת הבריאות הישראלית. המטרה של יצירת מקור הכנסה נוסף למערכת הציבורית משתלבת יפה מאוד עם המטרות האחרות של הביטוחים המשלימים.

הרכיב השני (השר"פ) והרכיב השלישי (תיירות מרפא) דומים בהרבה מאד היבטים אם כי הם אינם זהים. בשניהם הרעיון המרכזי הוא שבתי החולים יספקו כמות מוגבלת של שירותי רפואה פרטיים (אם זה לתושבי ישראל ואם זה לזרים), תחת תחת רגולציה קפדנית מאד של סוגי וכמויות השירותים הפרטיים אותם הם רשאים לספק.

¹² סקירה מקיפה מאד של המודלים השונים המשלבים רפואה ומימון פרטיים וציבוריים במדינות השונות, מופיעה בעבודתה של שולי ברמלי גרינברג ו שהוצגה בפני הוועדה.

ההבדל בין המנגנון המשלים הנדון כאן- מנגנון המימון והשירות הפרטי לטובת הרפואה הציבורית- והמנגנון הקודם עליו דברנו – מנגנון המימון הציבורי לטובת המערכת הציבורית- בו הממשלה היא המקור היחיד למימון המערכת הציבורית, הוא בשני היבטים עקריים: ראשית המנגנון המוצע כאן הוא עצמאי במידה רבה ובכך הוא מבטיח תוספת מסוימת של משאבים לקופות החולים ולבתי החולים הציבוריים, בלי תלות במערכת הפוליטית. אם אנו רוצים להבטיח שתקציבי קופות החולים ובתי החולים הציבוריים יהיו מוגנים, במידה מסוימת לפחות, משינויים הנובעים משיקולים ואילוצים פוליטיים ואחרים, היכולים לפגוע ביכולתה של המערכת לספק את השירותים אותם היא אמורה לספק, הרי המנגנון המשלים המוצע כאן הוא בהחלט הפתרון הנכון.

מעבר לכך, המנגנון, המוצע כאן, מתמודד (לפחות באופן חלקי) עם כשל מובנה הניגזר מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בכל הקשור להקצאת המשאבים ולמערכת היחסים בין בתי החולים וקופות החולים. כשל זה, עליו אדון בהרחבה בפרק 3 של עבודה זו, נובע מהעובדה שעיקר התחרות בין קופות החולים, מתמקדת ברפואה הראשונית והשניונית, המתבצעים במסגרת ועל ידי קופות החולים, והיא כמעט שאיננה קיימת בשירותי האישפוז. היעדר תחרות זו קיים אף בבתי החולים השייכים לקופות ועל אחת כמה וכמה בבתי החולים שאינם שייכים ואינם מזוהים עם הקופות. כיום התחרות העיקרית הנכפית על בתי החולים על ידי הקופות, איננה על איכות השירות אותו מספקים בתי החולים, אלא על גובה ההנחות אותם הם נותנים לקופות החולים. המשמעות העיקרית של תופעה זו היא שקופות החולים "שומרות לעצמן" נתח ניכר מן המשאבים אותם הן מקבלות גם לצורך הטיפול האישפוזי של מבטחיהן, ובתי החולים אינם מקבלים נתח ראוי מן העוגה. כפי שנדון בפרק 3, ההתמודדות עם כשל זה היא כלל וכלל איננה פשוטה ואין לה לדעת פתרון מושלם. המנגנון המוצע כאן, במסגרתו בתי החולים ימכרו שירותים פרטיים, מהווה כלי אחד בהתמודדות עם כשל זה, שכן הוא מבטיח לבתי החולים מקור הכנסה נוסף (הניגזר לא מעט מאיכות השירות אותם מספקים) שהוא עצמאי ובלתי תלוי בתשלומים אותם הם מקבלים או לא מקבלים מקופות החולים.

ההבדל נוסף בין המנגנון הנדון כאן וזה הקודם (בו כל המשאבים למערכת מגיעים מהממשלה) הוא בכך שהמנגנון הנוכחי מאפשר למשק לנצל תשתיות קיימות ממילא והוא חוסך את הקמתם והחזקתם של מערכות מקבילות ואת הנדירה של הרופאים למערכות אלה בשעות אחר הצהריים. **במילים אחרות, המנגנון המשלים המוצע כאן, יאפשר למערכת הציבורית לא רק להבטיח לעצמה את תוספת המשאבים לה היא תדרש בשנים הבאות לאור ההתקדמויות הטכנולוגיות המהירות אלא גם לשמר את הרופאים והעובדים האחרים, בעלות נמוכה יחסית.**

מובן שהפעלת שירותי רפואה פרטיים ע"י המערכת הציבורית כרוכה בלא מעט סכנות שחובה עלינו להתייחס אליהן במלוא כובד הראש. אולם, ובניגוד אולי לדעה המקובלת אצל רבים, אני משוכנע שניתן בהחלט להתמודד עם סכנות אלה בצורה יעילה שתקטין עד מאד את עוצמתן. במסמך זה אין כוונתי להציע את את מודל השר"פ המדויק אותו יש להפעיל ואני סבור שהוא צריך להיתגבש במסגרת דינוי הוועדה. הרעיון הבסיסי הוא לאפשר לבתי החולים להציע שירותי בחירת מנתח או מטפל, לאלה המעוניינים בכך, כאשר התשלום בגין שירות זה יבוא מכספי הביטחים המשלימים או המסחריים או מכיסו של המטופל. באופן דומה יתאפשר לבתי החולים להציע בחירת מנתח לתושבי חו"ל (תיירות מרפא). תנאי הכרחי להפעלתם של מנגנונים אלה הינו שהם יעשו בהיקפים קטנים יחסית, תוך הגבלה קפדנית של הסוגים והיקף הניתוחים הפרטיים שכל רופא, כל מחלקה או יחידה וכל בית החולים יוכלו להציע. ניתן להחליט, לדוגמא, שבית החולים החולים לא יורשה לבצע ניתוחים דחופים במסגרת השר"פ, שהוא לא יוכל לבצע ניתוחים בהם יש תורים ארוכים במיוחד, והוא לא יוכל לבצע במסגרת השר"פ (ו/או תיירות המרפא) יותר מ 15% מסך הניתוחים אותם הוא מבצע מדי חודש. אני מאמין שפיקוח קפדני על מיגבלות אלה יפתור חלק ניכר מהבעיות עליהן מצביעים אלה החוששים משילוב הרפואה הפרטית במערכת הציבורית.

חשוב להבהיר שכדי שמנגנון השילוב של רפואה פרטית במערכת הציבורית יתפקד בהצלחה, הוא חייב להיות מלווה במנגנון מיקצועי וקפדני של פיקוח. בניגוד לטענות הנשמעות לפרקים, אני סבור שאין זה קשה לעצב ולהפעיל מנגנון פיקוח שיתמודד בהצלחה עם רוב הסכנות הכרוכות בשילוב מסויים של רפואה פרטית במערכת הציבורית. בהקשר זה אינני יכול שלא להתייחס לטענה הנשמעת לפרקים ש "על מערכת הבריאות לא ניתן לפקח". באמירה זו יש, לטעמי, לא מעט הגזמה, חוסר הבנה ודמגוגיה. ראשית עלינו לזכור שכל אמירה מסוג זה צריכה להיבחן לעומת האלטרנטיבות. אם אנו סבורים שהאלטרנטיבה לשילוב מסויים של רפואה פרטית במערכת הציבורית, היא קיומן של שתי מערכות נפרדות, האחת פרטית והשנייה ציבורית, הרי השאלה הרלבנטית היא באיזה משני המודלים הפיקוח על הרפואה הפרטית יהיה יעיל יותר. קל להראות, לדעתי, שבמערכת משולבת, הפיקוח על הרפואה הפרטית יהיה יעיל הרבה יותר מאשר אם היא פועלת במערכת נפרדת.

כאשר אנו מדברים על פיקוח של מערכת רפואית חשוב מאד לעשות הפרדה בין פיקוח על המרכיבים "הכמותיים" ובין פיקוח על המרכיבים "הרפואיים" של השירות. **כאשר אנו מדברים על פיקוח על המרכיבים הכמותיים של השירות הרי אין כל הבדל בין פיקוח על מערכת רפואית ופיקוח על כל גוף או ארגון או מערכת כלכלית אחרת.** הדרישה שבית חולים לא יבצע יותר מ 5% מהניתוחים שלו במסגרת השר"פ קלה לדעתי הרבה יותר לפיקוח מאשר הדרישה שמפעל

רהיטים ישלם על 20% מרווחיו, מס חברות או מהדרישה שדמי הניהול בקופות הגמל לא יעלו על 1.2%. העובדה שמדובר במערכת רפואית אין לה כל חשיבות כאשר אנו מדברים על פיקוח על המרכיבים הכמותיים (או, אם תרצו, הכלכליים) של השירות. כל גוף כלכלי, אם זה בנק, או חברת מזון או בית חולים, איננו שמח להיות מפקח ויעשה כל שניתן להתחמק מההשלכות של הפיקוח. אם הוא יעשה זאת בדרך לא חוקית (לדוגמא, ע"י העלמות הכנסות) המנהל לוקח את הסיכון שהוא יתפס וייענש, ואם הוא עושה זאת בדרך חוקית (לדוגמא על ידי "תכנון" מס), הרי תפקידו של המפקח לנסות ולשנות את החוק באופן שלא יאפשר לעשות זאת שוב. הוא הדין לגבי בתי חולים. אם המנהלים או הרופאים יפרו את המיגבלות הכמותיות על הרפואה הפרטית, בדרך שאיננה חוקית, הם מסתכנים בעונשים של עבירה על החוק, ואם הם יעשו זאת בדרך חוקית, אזי יהיה על המפקח לשנות את הכללים באופן שלא יאפשר לבית החולים לעשות זאת שוב. מעבר לכל זאת, אני סבור שפיקוח על המרכיבים הכמותיים של הרפואה הפרטית היא קלה הרבה יותר כאשר זו מתבצעת במסגרת המערכת הציבורית מאשר כאשר היא מתבצעת במערכת פרטית נפרדת (לגבי המרכיבים האיכותיים נרחיב בהמשך).

אחת ה"הוכחות" שאנו שומעים לעיתים לחוסר היכולת לפקח על מערכות רפואיות היא העובדה שבמערכת הבריאות בישראל ישנן לא מעט דוגמאות בהן "הפיקוח נכשל" (לדוגמא, הפיקוח על השר"פ בהדסה). אני סבור שזוהי אמירה שגויה ומטעה. ראשית, יש למיטב הבנתי לא מעט דוגמאות בהן הפיקוח הצליח (גם אם לא באופן מושלם). לדוגמא, נראה לפחות שהפיקוח על היקף "הססיות" המבוצעות על ידי תאגידי הבריאות בבתי החולים (שזו דוגמא קלאסית של פיקוח על כמויות, שאני משוכנע שלפני שהוא הופעל לראשונה היו חששות רבים לגביו כמו לגבי השר"פ היום) או הפיקוח על הטכנולוגיות שבתי החולים רשאים לרכוש, מתבצע כהלכה. יתירה מכך, בחלק גדול מהמקרים בהם הפיקוח לכאורה "נכשל", למעשה לא היה כל פיקוח ולא היה כוונה לפקח. בחלק מהמקרים מלחתחילה לא הוחלט לפקח (לדוגמא במקרה של השר"פ בירושלים מעולם לא הייתה החלטה לפקח), ובמקרים אחרים גם אם הייתה החלטה לפקח לא הייתה שום כוונה רצינית לפקח ולא הופנו לכך המשאבים והאמצעים החוקתיים המתאימים.

אחת האלטרנטיבות לשר"פ המועלות לפרקים היא לאפשר את קיומה של מערכת פרטית נפרדת ולהגביל את היקפה (כדי להתמודד עם כל ההשלכות של מערכת פרטית גדולה מדי), בין היתר, ע"י הפעלת מיגבלות הן על הביקושים לרפואה פרטית (בעיקר דרך מגבלות שונות על הבטוחים הפרטיים) והן על ההיצע של רפואה כזו (בעיקר דרך מיגבלות שונות על רופאים העובדים במערכת הפרטית ועל בתי החולים הפרטיים). אני סבור שזו אלטרנטיבה מאד בעייתית. ראשית, כפי שההיסטוריה הכלכלית הוכיחה שוב ושוב, וביחוד כאשר מדובר בשירותי בריאות, קשה מאד לנטרל את כוחות השוק (הן מצד הביקוש והן מצד ההיצע) רק באמצעים רגולטוריים, ובדרך כלל נדרשים אמצעים אחרים. האם זה כל כך פשוט למנוע מתושבי ישראל לרכוש ביטוח בריאות עבור טיפולים אותם הוא יקבל בארץ, מחברת ביטוח זרה? כבר היום ישנם לא מעט חברות ביטוח בינלאומיות המאפשרות למבוטחיהן לקבל טיפולים במדינות שונות. האם כל כך פשוט למנוע מקבוצת רופאים ישראלית לפתוח מרפאה פרטית לחלוטין ולממן חלק מהפעילות של מתיירות מרפא? האם זה כל כך פשוט למנוע מקבוצת רופאים ישראלית לפתוח מרפאה פרטית או להתחבר לבית חולים בקפריסין או בתורכיה או במדינה קרובה אחרת, ולבצע שם ניתוחים (בין היתר גם על מטופלים ישראלים) מספר ימים בשבוע או בחודש? עלינו לזכור שכאשר פרטים נמצאים במצב של מצוקה רפואית (הם או מישהו הקרוב אליהם) הם יהיו מוכנים לשלם מחיר גבוה מאד כדי לקבל את הטיפול שהם סבורים שהוא הטוב ביותר בשבילם. יש לא מעט סיבות לחשש שניסיונות להגביל במידה ניכרת את הביקושים וההיצעים של הרפואה הפרטית יהפכו את ישראל מיצואנית של תיירות מרפא ליבואנית של רפואה כזו! מעבר לכל זאת, אם אכן ניתן להקטין, בעזרת כלים רגולטוריים שונים, את הביקושים וההיצעים של הרפואה הפרטית, אזי על אחת כמה וכמה קל ויעיל יותר לעשות זאת כאשר הרפואה הפרטית המצומצמת פועלת במסגרת המערכת הציבורית ולא מחוצה לה. ראשית, מעקב ופיקוח יעיל יותר על אי חריגה מהיקף הרפואה הפרטית הרצוי ניתן לבצע כאשר זו מתבצעת במערכת הציבורית. שנית, המערכת הציבורית תהנה מכל התרומות שהרפואה הפרטית יכולה להעניק לה, בלי חשש שהיא תיפגע מהמערכת הפרטית שהיקפה יהיה מוגבל.

אחד החששות הכבדים ביותר שאנו שומעים, בהקשר של הפעלת השר"פ בבתי החולים, הוא שהרופא (או בית החולים) יסיטו מטופלים מהטיפול הציבורי לזה הפרטי, כדי להגדיל הכנסות. אולם, אם תהייה מיגבלה על סוג וכמות השירותים שהרופא, המחלקה ובית החולים יכולים לבצע במסגרת הפרטית, ואם אכן תהייה הקפדה על מיגבלה זו (דבר שכאמור בעיני הוא קל מאד לביצוע) אזי החשש הזה כמעט שלא קיים. אם, לדוגמא, יאסר על רופאים לבצע רפואה דחופה במסגרת השר"פ, אזי לא יהיה מצב בו בית החולים או הרופא ינסו לשכנע חולים שהגיעו למיון, לבצע את הפרוצדורה במסגרת השר"פ, אלא אם הם עבריינים ומוכנים להסתכן בענישה. הוא הדין לגבי מיגבלת הכמויות שתוטל על המערכת. אם לא יתאפשר לרופא לבצע יותר מ 15%, לדוגמא, מהפעילות שלו במסגרת השר"פ, הרי, סביר שהרופאים יצליחו להגיע למיכסה הזו גם בלא הסטה של חולים מהציבורי לפרטי. גם כאן, רופא או בית חולים שיחרגו ממיגבלה זו מסתכנים בעבירה על החוק ובענישה. לסיכום נקודה חשובה זו, אני מאמין שמיגבלה על סוג והיקף הרפואה הפרטית במערכת הציבורית, עשוי לפתור חלק גדול מן הבעיות העולות בהקשר של הפעלת שר"פ במסגרת המערכת הפרטית.

בעוד שאני סבור שאין כל קושי בפיקוח על המימדים הכמותיים של השירות הרפואי (הציבורי או הפרטי), ביחוד כאשר זה מתבצע במסגרת המערכת הציבורית, הרי אין ספק שיש קושי רב בפיקוח על האיוכות של הטיפול הרפואי. קושי זה נדון בהרחבה בספרות הכלכלית והוא מתמקד בעיקר בהיבט הקליני של השירות. כדאי לשים לב שמספר מימדים של איוכות השירות, כמו זמינות, נגישות ואפילו שביעות רצון מטופלים, למרות שהם לכאורה מרכיבים של איוכות הטיפול, הרי במובנים רבים אלה משתנים "כמותיים" שיחסית קל מאד למדוד אותם ולפקח עליהם. המימד העיקרי עליו קשה לפקח הוא המימד של האיוכות "הקליני" של הטיפול הרפואי. כאן בדיוק מתעוררת השאלה של האלטרנטיבה. נשאלת השאלה: באיזה מסגרת הפיקוח על איוכות הרפואה הפרטית, וההשלכות שלה על הרפואה הציבורית, יהיה יעיל יותר. האם קל יותר לפקח על איוכות הטיפולים הפרטיים כאשר הם מבוצעים במסגרת המערכת הציבורית או כאשר הם מבוצעים במסגרת נפרדת? בספרות הכלכלית נעשית הבחנה בין איוכות שהיא verifiable (כלומר ניתנת לכימות ואימות) ואיוכות שהיא observable (כלומר ניתן "לראות" אותה אך היא לא ניתנת לכימות לאימות). במידה רבה, איוכות הטיפול היא observable אך לא verifiable ובמקרה כזה הדרך העיקרית לפקח על האיוכות היא באמצעות בקרת עמיתים ומנהלים. לי (ולרבים מאלה שהופיעו בפני הוועדה) אין ספק שהפיקוח על איוכות הרפואה הפרטית יהיה יעיל וזול יותר אם היא תתבצע במסגרת הציבורית מאשר אם היא תתבצע במערכת נפרדת שהיא, במידה רבה, "נסתרת" מן העין. במיוחד נכון הדבר בכל הקשור לאיוכות הקליני, שבמערכת הציבורית נאכפת לא מעט באמצעות בקרת עמיתים, דבר שלפחות היום הוא ממוסד הרבה פחות בחלקים שונים של המערכת הפרטית.

חשש נוסף העולה לפעמים בהקשר של הפעלת השר"פ בבתי החולים הציבוריים הוא של חוסר השוויוניות. הטענה היותר מדויקת היא שאין זה סביר שבאותו בית חולים ישכבו זה ליד זה חולים "ציבוריים" וחולים "פרטיים". אני סבור שמידת חוסר השוויוניות בפועל, ולא פחות חשוב, תחושת חוסר הצדק, אותה יחושו החולים ה"ציבוריים", תלויה יותר מכל באיוכות הטיפול והשירות אותו הם יקבלו. אם הטיפול והשירות אותו יקבלו החולים הציבוריים, יהיו באיוכות גבוהה (גם אם לא כמו זו של החולה הפרטי), חוסר השוויוניות ותחושת חוסר הצדק יהיו קשים הרבה פחות. דומה הדבר לנוסעים באוטובוסים. אם השירות באוטובוסים הוא איוכותי, כלומר הנהג אדיב דיו, האוטובוסים מגיעים בזמן והם נקיים, נוחים ולא צפופים, חוסר השוויוניות האובייקטיבי ותחושת התיסכול שחשים אלה היושבים (בהנחה שהם יושבים ולא נאלצים לעמוד בדוחק) באוטובוס, בהיבטם דרך החלון (בהנחה שהחלון נקי ולא מנופץ) על אלה הנוסעים לידם ברכב פרטי, היא קשה הרבה פחות (ובצדק), מאשר אם השירות באוטובוס הוא באיוכות ירודה מאד. אם, ולו רק במעט בעזרת הרפואה הפרטית, הטיפול והשירות ברפואה הציבורית יהיה איוכותי, חוסר השוויוניות יהפוך לגורם משני. מעבר לכך, אם, כפי שהצעתי לעיל, היקף הרפואה הפרטית בבתי החולים יהיה מצומצם (לכדי 15%-20%) מהיקף הפעילות האלקטיבית בכמה מהמחלקות, לא נראה לי שחוסר השוויון יהיה כה בולט ומציק.

ונקודה אחרונה בנושא זה (בשלב זה). בנסגרת המאבק בשר"פ שמענו, במיוחד לאחרונה, לא מעט תיאורים, חלקם קשים מאד על אשר מתחולל במסגרת השר"פ בבתי החולים בירושלים. ניתן להתייחס באריכות לנושא זה אולם אומר רק מספר דברים: ראשית, כאשר אנו בוחנים את השר"פ בירושלים חשוב ליבחון גם את אשר הוא נתן למערכת (בין היתר, בדרך של הכנסות בתי החולים שאיפשרו רכישת טכנולוגיות מתקדמות, הישארות הצוות הרפואי בבית החולים עד השעות המאוחרות שאיפשרה טיפול גם בחולים קשים שהגיעו לבית החולים בשעות אלה והדרכה של סטודנטים במשך כל שעות היום, ועוד) ולא רק את ה"מחיר" שהוא אולי גבה. מעבר לכך, כאשר אנו בוחנים את השלכות השר"פ בירושלים, חשוב אולי לעשות זאת בפרספקטיבה רבת שנים (השר"פ בירושלים פועל כבר כמה עשורים) ולא רק את השנים האחרונות. יתירה מכך, לפי מיטב ידיעתי, על בתי החולים בירושלים לא הוטלה כל מיגבלה, על ידי המדינה, לגבי היקף וסוג הפעולות אותן הם יכולים לבצע במסגרת השר"פ. סביר להניח שאם על השר"פ בבתי החולים בירושלים הייתה מוטלת מיגבלת כמויות (בהתאם למודל עליו דברתי לעיל), ואם היו אוסרים עליהם לבצע רפואה דחופה דרך השר"פ, הרי שחלק גדול מאד מהבעיות עליהם אנו שומעים לאחרונה, לא היו מתעוררות. אחת הטענות העיקריות שעלו וחזרו ועלו בהקשר של השר"פ בירושלים, הייתה שחולים שהגיעו למערכת הציבורית "שוכנעו" על ידי הרופאים לבצע את הניתוח במסגרת הפרטית. אני חייב לומר שלו החוק לא היה מאפשר לבצע ניתוחים דחופים במסגרת השר"פ ולו כל רופא היה מוגבל במספר הטיפולים שהוא יכול לבצע במסגרת השר"פ, הבעיות לעיל היו מתמעטות מאד (אלא אם הרופא הוא עבריין שאיננו חושש לעבור על החוק). ומילה לסיום, יש המעלים את "עוולות" השר"פ בירושלים כהוכחה עד כמה קשה לפקח על הרפואה הפרטית בבתי החולים הציבוריים. העובדה הפשוטה שרבים "שוכחים" לציין היא שעד היום לא היה שום פיקוח על השר"פ בירושלים. בעיני הדבר דומה לאמירה, שעצם העובדה שעד היום אף אחד, אפילו לא רשתות המזון הגדולות ביותר, לא שילם מע"מ על פירות וירקות היא ההוכחה לכך שאם ננהיג מע"מ כזה, אף אחד לא ישלם...

1.8 סיכום

מערכת הבריאות הציבורית תדרש בשנים הקרובות לתוספת משאבים משמעותית כדי לספק לתושבי ישראל סל שירותים באיוכות טובה. כדי להבטיח את התוספת הנדרשת של משאבים יש להפעיל במקביל שני מנגנונים. המנגנון הראשון והעיקרי הוא הקצאת משאבים על ידי המדינה המתעדכן, מדי שנה, על פי נוסחה קבועה וידועה מראש התואמת את

העלויות האמיתיות והצרכים האמיתיים וההולכים וגדלים של המערכת. המנגנון השני הוא אספקת ביטחים פרטיים על ידי קופות החולים ושירותים פרטיים על ידי בתי החולים, בכמות מוגבלת. התנאי ההכרחי להפעלת המנגנון השני הוא פיקוח קפדני על המרכיבים השונים של השירותים והביטוחים הנמכרים על ידי קופות החולים ובתי החולים, במסגרת זו. פיקוח כזה הוא בהחלט ניתן לביצוע.

מעבר לעובדה שהמנגנונים, אותם הצעתי לעיל, אמורים להתמודד עם בעיית המחסור במשאבים במערכת, הם אמורים להשתלב עם מנגנונים אחרים כדי להתמודד עם מספר בעיות נוספות במערכת. נעבור עכשיו לדון בכמה מהבעיות הללו ובמיכלול הפתרונות להן.

פרק 2: הצורך בהקטנת ההשתתפויות העצמיות בפרט ושיעור ההוצאה הפרטית בכלל, במימון מערכת הבריאות בישראל

פתח דבר

על פי החזון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי תושבי ישראל יהיו זכאים לסל שירותי בריאות בסיסי אותו הם ייהיו זכאים לקבל אך ורק על פי צרכיהם הרפואיים, ללא תלות ביכולתם הכלכלית, או בכל מאפיין או משתנה אחר. אולם, בשנים האחרונות אנו עדים למספר תופעות המצביעות על שחיקה בישומו של חזון זה. תופעה אחת מדאיגה הינה העלייה בשיעור המימון הפרטי של שירותי הבריאות בישראל, המצביעה גם על אפשרות של שחיקה במידת השיוויוניות במערכת וגם על אפשרות של שחיקה באיכותו של הסל הציבורי. העלייה בשיעור המימון הפרטי נובעת הן מעליה בשיעור "ההוצאה מן הכיס" של הפרטים על שירותי בריאות והן מעליה בשיעור הרכישות של ביטוחים משלימים ומסחריים. כל אחת משתי התופעות הללו היא מדאיגה בפני עצמה. העלייה בשיעור ההוצאה מן הכיס מורכבת מעלייה בשיעור ההשתתפות העצמית לרכישת שירותים במסגרת הסל ומרכישת שירותים מחוץ לסל. המשמעות של עליה בהוצאות מן הכיס היא משולשת. היא מעידה על אפשרות של פגיעה הן בשיוויוניות במימון השירותים, הן בשיוויוניות בצריכת השירותים, והן ביעילות. זוהי פגיעה בשיוויוניות במימון השירותים שכן החולים יותר נאלצים לשלם יותר, בגין השירותים אותם הם צורכים, והעניים יותר מוציאים חלק גדול יותר מהכנסתם לרכישת שירותים, חלקם לפחות חיוניים. זוהי פגיעה בשיוויוניות בצריכת השירותים, שכן חלק מהתושבים אינם צורכים שירותים, שתושבים אחרים באותו מצב בריאות כן צורכים. זוהי פגיעה ביעילות, שכן, כתוצאה מהעלות הגבוהה, חלק מהתושבים מוותרים על שירותים חיוניים, דבר שמביא, בחלק מהמקרים, לפגיעה בבריאותם ולעלייה בהוצאות המערכת בהמשך. העלייה בהיקף הרכישה של ביטוחים משלימים היא גם כן מדאיגה שכן היא מצביעה על אפשרות של שחיקת הסל הציבורי.

בפרק זה נדון תחילה בבעיות הכרוכות בשיעור הגבוה של הוצאה פרטית על שירותי בריאות בישראל ונציע מספר דרכים להתמודד עם בעיות אלה. המגננים אותם נציע הינם:

1. הגדלת השתתפות הממשלה במימון הסל (ראה את הפרק הקודם של עבודה זו).
2. הקטנת ההשתתפויות העצמיות על חלק מהשירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
3. צמצום הביטוחים המסחריים.

2.1 שיעור הוצאה פרטית גבוה בישראל: גם סימפטום לבעיה וגם בעיה בפני עצמה

שיעור ההוצאה הפרטית, מתוך סך ההוצאה על שירותי בריאות בישראל, עומד על קרוב ל 40%. זהו שיעור גבוה מאד ביחס לרוב המדינות המפותחות. שיעור הוצאה הפרטית הממוצע במדינות ה OECD הוא נמוך מ 30%. שיעור הוצאה פרטית גבוה כל כך יכול להיות בעייה בפני עצמה והוא יכול גם להיות סימפטום לבעיות אחרות. שיעור הוצאה פרטית גבוה הוא בעייה בפני עצמה אם ההוצאה הפרטית אינה "נחלתם" של העשירים בלבד והיא נופלת באופן משמעותי גם על המשפחות מעוטות היכולת. אם משפחות מעוטות יכולות מוציאות חלק משמעותי מהכנסתם על שירותי בריאות הרי סביר שאלה שירותים חיוניים שהן (כלומר המשפחות) אינן יכולות לקבלם (בעלות נמוכה) במסגרת הסל. המשמעות הראשונה של תופעה זו היא שיקיים חוסר שיוויוניות מסויים במימון של שירותים חיוניים. ממילול הנתונים שהוצגו בפני הוועדה ניתן לראות שזו בהחלט אחת הבעיות במערכת הישראלית. המשפחות מעוטות היכולת (לדוגמא אלה בחמישון התחתון של ההכנסה) מוציאות חלק משמעותי מהכנסתן על רכישת שירותי וביטוחי בריאות. תופעה זו הוכחה בין היתר, גם על ידי התוצאות שהציגה בפני הוועדה פרופ' לאה אחדות שהראתה שקיימת פרוגרסיביות שלילית במימון הפרטי של שירותי הבריאות בישראל.

מעבר לחוסר השיוויוניות במימון, שיעור הוצאה פרטית גבוה מצביע גם על אפשרות של חוסר שיוויוניות בצריכה של שירותים חיוניים. חוסר שיוויוניות בצריכה מתקיים כאשר פרטים עם צרכים רפואיים (כלומר מחלות) דומים אינם צורכים (או מקבלים) אותה רמה של שירותים. חוסר שיוויוניות בצריכה יכול להתקבל מסיבות כלכליות (עשירים יותר צורכים יותר כי יש ביכולתם לקנות יותר שירותים), או מסיבות אחרות (לדוגמא, אפליה על בסיס מוצא, גזע וכו). בשנת 2010, משפחה בחמישון התחתון בישראל צרכה שירותים פרטיים בעלות כוללת של 350 ש"ח בחודש ומשפחה בחמישון העליון צרכה שירותים פרטיים בעלות כוללת של 1089 ש"ח בחודש. מאחר שאין סיבה לחשוב שהאוכלוסיות בשכבות העשירות יותר הן חולות יותר (אם כבר אז להיפך), הרי סביר מאד שפרטים עשירים יותר צרכו יותר שירותים מאשר העשירים פחות, גם כאשר הם היו באותו מצב בריאות. מאחר שסביר שלפחות חלק מהשימושים ה"עודפים" הללו של העשירים יותר הם עבור שירותים חיוניים, הרי בהחלט מתקבלת תמונה מדאיגה של חוסר שיוויוניות בצריכה של שירותי בריאות חיוניים.

מעבר לעובדה שהוצאה פרטית גבוהה היא בעייה במני עצמה (כפי שהראינו לעיל) היא יכולה גם להוות סימפטום לבעיה אחרת: האיכות הנמוכה יחסית של מערכת הבריאות הציבורית. מחקרים רבים הראו שכאשר פרטים אינם שבעי רצון מהשירות או הביטוח הציבורי, גדל הביקוש שלהם לביטוחים ושירותים פרטיים. בשנת 1995, כאשר הופעל לראשונה חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שיעור ההוצאה הפרטית היה 30% מסך ההוצאה על שירותי בריאות, כיום שיעור ההוצאה הפרטית עומד על 40%. תופעה זו יכולה להיות מוסברת בשני אופנים (או השילוב ביניהן): ירידה בהיקף המימון הציבורי של המערכת או עליה בביקושים הפרטיים. כל אחד מהשניים מצביע על סבירות גדולה של שחיקת הסל הציבורי.

כפי שציינו בראשיתו של פרק זה, ההוצאה הפרטית מורכבת משני מרכיבים עקריים: הוצאות מן הכיס וביטוחים פרטיים. כעת אדון מעט בכל אחד מן השניים.

2.2 הוצאה מן הכיס גבוהה ושיעור השתתפות עצמית גבוה במסגרת הסל הציבורי

בטבלה שלהלן אנו רואים את שיעור ההוצאה מן הכיס במדינות שונות. כפי שניתן לראות, שיעור ההוצאה בישראל הוא גבוה משמעותית ממדינות רבות אחרות.

country	Health expenditure - % of GDP (2011)	Public expenditure - % of total (2011)	Out of pocket - % of total (2011)	Per capita expenditure, PPP \$ (2011)
Australia	9	68.5	19.8	3,692
Austria	10.6	75.6	16.3	4,482
Belgium	10.6	75.9	19.1	4,119
Canada	11.2	70.4	14.4	4,520
Chile	7.5	47	37.2	1,292
Czech R.	7.4	83.5	15.1	1,923
Denmark	11.2	85.2	13.2	4,564
Estonia	6	78.9	18.6	1,334
Finland	8.9	74.8	19.2	3,332
France	11.6	76.7	7.5	4,085
Germany	11.1	75.9	12.4	4,371
Greece	10.8	61.2	36.7	2,918
Hungary	7.7	64.8	26.2	1,669
Iceland	9.1	80.4	18.2	3,264
Ireland	9.4	70.4	14.5	3,894
Israel	7.7	61.5	21.4	2,172
Italy	9.5	77.2	19.9	3,130
Japan	9.3	80	16.4	3,120
Korea, Rep.	7.2	57.3	32.9	2,181
Luxembourg	7.7	84.3	11.4	6,876
Mexico	6.2	49.4	46.5	940
Netherlands	12	85.7	5.1	5,123
New Zealand	10.1	83.2	10.5	3,033
Norway	9.1	85.6	13.6	5,674
Poland	6.7	71.2	22.9	1,423
Portugal	10.4	64.1	27.3	2,624
Slovak R.	8.7	63.8	26.2	2,088
Slovenia	9.1	72.8	13	2,519
Spain	9.4	73.6	20.1	3,041
Sweden	9.4	80.9	16.9	3,870
Switzerland	10.9	65.4	25	5,564
Turkey	6.7	74.9	16.1	1,161
UK	9.3	82.7	9.2	3,322
United States	17.9	45.9	11.3	8,608

"הוצאה מן הכיס" היא מקרה פרטי של הוצאה פרטית בכך שהיא מורכבת רק מההוצאות של הפרטים על רכישה של שירותים, ואיננה לוקחת בחשבון את ההוצאה של הפרטים על ביטוחים (משלימים או מסחריים). אין ספק ששיעור ההוצאה מן הכיס הגבוהה בישראל מצביע על אותן הבעיות (עליהן דברנו בהרחבה בסעיף 2.1 לעיל), ואולי אפילו ביתר חומרה, עליהן מצביעה ההוצאה הפרטית הגבוהה בישראל.

אחד המרכיבים המרכזיים והמדאיגים במיוחד, של ההוצאה מן הכיס הגבוהה בישראל הוא **ההשתתפויות העצמיות** אותן משלמים התושבים עבור שירותים במסגרת הסל הציבורי. בשנת 2012 קרוב ל 6.5% מהכנסות קופות החולים הגיעו מהשתתפויות עצמיות (הוצאה כוללת של משקי הבית של מעל ל 2 מיליארד ש"ח). הישתתפויות עצמיות בשירותי בריאות הן אחת הדוגמאות ה"קלאסיות" למתח שעלול להתעורר בין הרצון לקדם יעילות והרצון להגדיל שיווינויות. השתתפות עצמית עשויה לשמש כלי חשוב להגדלת היעילות במערכת אם היא גורמת להקטנת השימושים והצריכה של שירותים מיותרים. פרטים מבוטחים נוטים ליצור יותר שירותים מפרטים שאינם מבוטחים (מחקרים בארה"ב הראו שפרטים המבוטחים באופן מלא צורכים 40% יותר מאשר אלה שאינם מבוטחים). מובן שלא כל הצריכה העודפת הזו היא בזבוז וחלק ממנה בהחלט משפר את בריאות המטופלים. מחקרים שנעשו בעיקר בארה"ב הראו שבסביבות 50% מהצריכה הנוספת כתוצאה מן הביטוח היא מועילה ותורמת ו כ 50% היא מיותרת ואף מזיקה. אולם, עלינו ליזכור גם שכל השתתפות עצמית, גם כזו שמשפרת את היעילות, פוגעת בשיווינויות מאחר שמשמעותה הגדלת ההוצאה מן הכיס דווקא של הפרטים החולים. לאור כל זאת, ברור שהשימוש בהשתתפות עצמית, כמנגנון להגדלת היעילות, צריך להיעשות בצורה מדודה וזהירה מאד, ורק באותם מקרים בהם הוא מביא בוודאות להקטנה משמעותית של הצריכה המיותרת (או הפוגעת).

למרות שהנושא לא נחקר לעומק בישראל, מתקבל הרושם שהשימוש בהשתתפויות עצמיות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי נעשה באופן לא חכם ולא צודק. הוא איננו צודק מאחר שהוא בוודאות פוגע בשיווינויות. הוא איננו חכם מאחר שהוא (כנראה) מקטין את הצריכה של שירותים מיותרים וחיוניים כאחד. מעבר לכך, במערכת הישראלית, השימוש בהשתתפויות עצמיות כמנגנון להקטנת הצריכה העודפת והמיותרת הוא לא חיוני, במיוחד מאחר שבמסגרת החוק מופעלים על ידי הקופות לא מעט מנגנונים אחרים לצורך הקטנת הצריכה. וחשוב מכל, במסגרת החוק ניתן להפעיל מנגנון אחר שעל פי כל המחקרים וההיגיון הוא יעיל הרבה יותר לצורך הקטנת הצריכה העודפת והפוגעת, וזהו רופא המשפחה כ"שומר שער" של הפציינט שאמור להמליץ למטופל אילו שירותים או טיפולים עליו ליצור ולהפנות אותו רק לאותם שירותים שהם באמת תורמים לשיפור או שימור בריאותו. כיום מנגנון זה איננו מופעל כיאות, על ידי אף אחת מן הקופות, אך אם יופעל הוא עוי לשמש להקטנת הצריכה העודפת בצורה יעילה ושיוויונית הרבה יותר מהשתתפויות העצמיות.

2.3 ביטוחים משלימים ומסחריים

מעבר להוצאה מן הכיס, המרכיב השני המרכזי בהוצאה הפרטית על שירותי בריאות בישראל היא ההוצאה על ביטוחים משלימים ומסחריים. בשנת 1997 היוו הביטוחים המשלימים והמסחריים 4% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות (כמחצית מתוך הוצאה זו היוו הביטוחים המסחריים והמחצית השנייה המשלימים) ואילו בשנת 2011 היוו הביטוחים הללו 13% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות (5% ביטוחים מסחריים ו- 8% משלימים). אנו נקדיש פרק נפרד לנושא זה, אולם, בהקשר של הפרק הנוכחי, חשוב לציין שאותן הבעיות עליהן הצבענו בהקשר של ההוצאה הפרטית הגבוהה בישראל (ראה, סעיף 2.1 לעיל) רלבנטיות גם לגבי ההוצאה על ביטוחים משלימים ומסחריים. ראשית, העובדה שפרטים רוכשים ביטוחים כאלה עלולה להצביע על שחיקה וחוסר שביעות רצון מן הסל הציבורי הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. שנית, מאחר שבדרך כלל פרמיות הביטוח אינן מותנות בהכנסה של הפרטים, הרי שהן גרסבייות מטבען ומן הסתם מביאות להגדלת חוסר השיווינויות במימון השירותים המבוטחים. מעבר לכל זאת, נראה שבחלק מהמקרים מתקיים "כפל ביטוח" בין הביטוחים המסחריים והמשלימים (כלומר פרטים מבוטחים פעמיים על אותו שירות) שמשמעותו הוצאה פרטית מיותרת.

2.4 מנגנונים להקטנת שיעור ההוצאה הפרטית והגדלת השיווינויות

הדיון לעיל המחיש, כך אני מקווה, את הצורך לשנות את תמהיל מימון השירותים במערכת הבריאות בישראל. השינוי צריך להתבטא בהקטנת מרכיב ההוצאה הפרטית, ביחוד בקרב החולים ובקרב המשפחות מעוטות היכולת, והגדלת מרכיב ההוצאה הציבורית, ביחוד על שירותים חיוניים. לשם כך אני ממליץ להפעיל את המנגנונים הבאים (שחלקם, משתלבים עם מנגנונים אותם הצענו בפרק הקודם ועם כאלה אותם נציע בפרקים הבאים):

- **הגדלת המימון הציבורי של הסל הציבורי הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.** זהו המנגנון הראשון אותו הצענו בפרק הקודם. אם מנגנון העידכון של עלות סל הבריאות יתוקן בהתאם להצעתנו בפרק הקודם, שיעור ההוצאה הציבורית בסך ההוצאה הלאומית לבריאות יגדל באופן משמעותי, גם אם לא יתבצע כל שינוי אחר.
- **הפחתה משמעותית של ההשתתפויות העצמיות על השירותים הניתנים במסגרת הסל.** הצעתי היא לבטל לחלוטין את ההשתתפויות העצמיות פרט לאותם שירותים בהם אנו משוכנעים שההשתתפויות העצמיות מקטינות צריכה עודפת ומיותרת.
- **הקטנת הביטוחים הפרטיים תוך התמקדות בצמצום כפל הביטוחים והביטוחים המיותרים.** נושא זה ידון בהרחבה בפרק 4 אולם בנקודה זו חשוב להבהיר שהגדלת המידע למבוטחים בדבר הכיסויים השונים בביטוחים אותם הם רוכשים עשויה לשמש כלי מרכזי לצמצום הביטוחים הכפולים והמיותרים ובכך להביא להורדה ניכרת של ההוצאה הפרטית.

מהטבלא שהוצגה לעיל ניתן לראות שישנה שונות מסויימת בין מדינות בשיעור ההוצאה הציבורית לבריאות מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, אך אצל חלק גדול מאד מהן ההוצאה היא מעל 70%. ממוצע ההוצאה הציבורית במדינות ה OECD עומד, נכון לעכשיו על 72% (לעומת 59% בישראל). אני סבור שעלינו לנקוט בשורה של צעדים שיביאו אותנו לשיעור דומה לזה שבמדינות המפותחות.

בנקודה זו חשוב להתייחס לטענה שעלולה לעלות, בדבר הסתירה, כביכול, בין הכנסת השר"פ למערכת הציבורית ובין המטרה של הקטנת נתח ההוצאה הפרטית מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות. עלולה לעלות הטענה שהפעלת השר"פ בבתי החולים הציבוריים, משמעותה הגדלת חלקה היחסי של ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה לבריאות, צעד הפועל בדיוק בכיוון ההפוך למטרה המרכזית שלנו בפרק זה. אני סבור שזוהי טענה שגויה. ראשית עלינו ליזכור שההמלצה הראשונה והמרכזית שלנו בפרק הקודם הייתה שינוי מנגנון עידכון המשאבים המועברים על ידי המדינה למימון הסל באופן שיגדיל באופן משמעותי את חלקה של המדינה במימון מערכת הבריאות. שנית, עלינו ליזכור שכאשר אנו בוחנים את ההשלכות של הפעלת השר"פ במערכת הציבורית, עלינו ליבחון זאת בהשוואה למצב בו לא ניתן לבתי החולים לבצע השר"פ והרפואה הפרטית כולה מתבצעת במערכת נפרדת. מאחר שאני מאמין שהפיקוח על היקפי הרפואה הפרטית יהיה יעיל הרבה יותר אם היא תתבצע במסגרת בתי החולים הציבוריים, ומאחר שאני סבור שיש להגביל מאד את סוגי והיקפי השר"פ במערכת הציבורית, אני סבור שההוצאות של הפעלת השר"פ במערכת הציבורית פוגעות הרבה פחות לעומת המצב בו הרפואה הפרטית מתבצעת במערכת נפרדת עם לא מעט קשיים בפיקוח. לדעתי, לא ניתן לפסול על הסף את האפשרות שבית החולים אסותא ברמת החייל לא היה קם, לו הותר, לפני יותר מעשר עשר שנים, לבתי החולים הציבוריים באזור תל אביב לבצע השר"פ. הדרך הטובה ביותר להגביל את צמיחת הרפואה הפרטית בישראל למימדים סבירים היא לא על ידי הרחקתה מהעין הציבורית אלא, להיפך, על ידי הכללתה בתוך המערכת הציבורית. יתירה מכך, הרחבת ההוצאה על רפואה פרטית איננה לכשעצמה בעיה. הרחבה כזו היא בעיה אם היא פוגעת בצורה כלשהי בשיויוניות או ביעילות של המערכת הציבורית. לעומת זאת, אם ההרחבה נוצרת על ידי הגדלת ההוצאה הפרטית של השכבות העשירות ואם ההכנסות משירותים אלה מסייעות לשיפור ומימון הרפואה הציבורית, הרי שזוהי פעולה מבורכת. לבסוף, עלינו ליזכור שבמקביל להפעלת השר"פ אנו מציעים לאפשר לבתי החולים הציבוריים לימכור שירותי תיירות מרפא שההכנסות ממהם יממנו את המערכת הציבורית ללא כל הגדלה בהוצאות הפרטיות של תושבי ישראל.

2.4 סיכום

ההשתתפויות העצמיות הגבוהות, אותם נאלצים התושבים לשלם עבור השירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל, יוצרים חוסר יעילות וחוסר שיויוניות. מעבר לכך, שיעור ההוצאה הפרטית הגבוהה על שירותים שאינם בסל, יוצרים גם הם חוסר יעילות וחוסר שיויוניות והם מעידים על חוסר שביעות רצון מהסל הציבורי. יש לפעול במהרה להקטנת ההשתתפויות העצמיות במסגרת הסל ויש לפעול כדי לחזק את המערכת הציבורית, ועל ידי כך להביא להקטנת ההוצאה הפרטית הגבוהה על שירותי בריאות בישראל.