

# האם המערכת יעילה

גבי בן נון

**ינואר 2014**

# מה זה יעילות כלכלית?

• יעילות (Efficient) = השגת מקסימום תפוקה עבור רמת משאבים נתונה

**או**

• יעילות = שימוש במינימום של משאבים בכדי להשיג תוצאה רצויה.

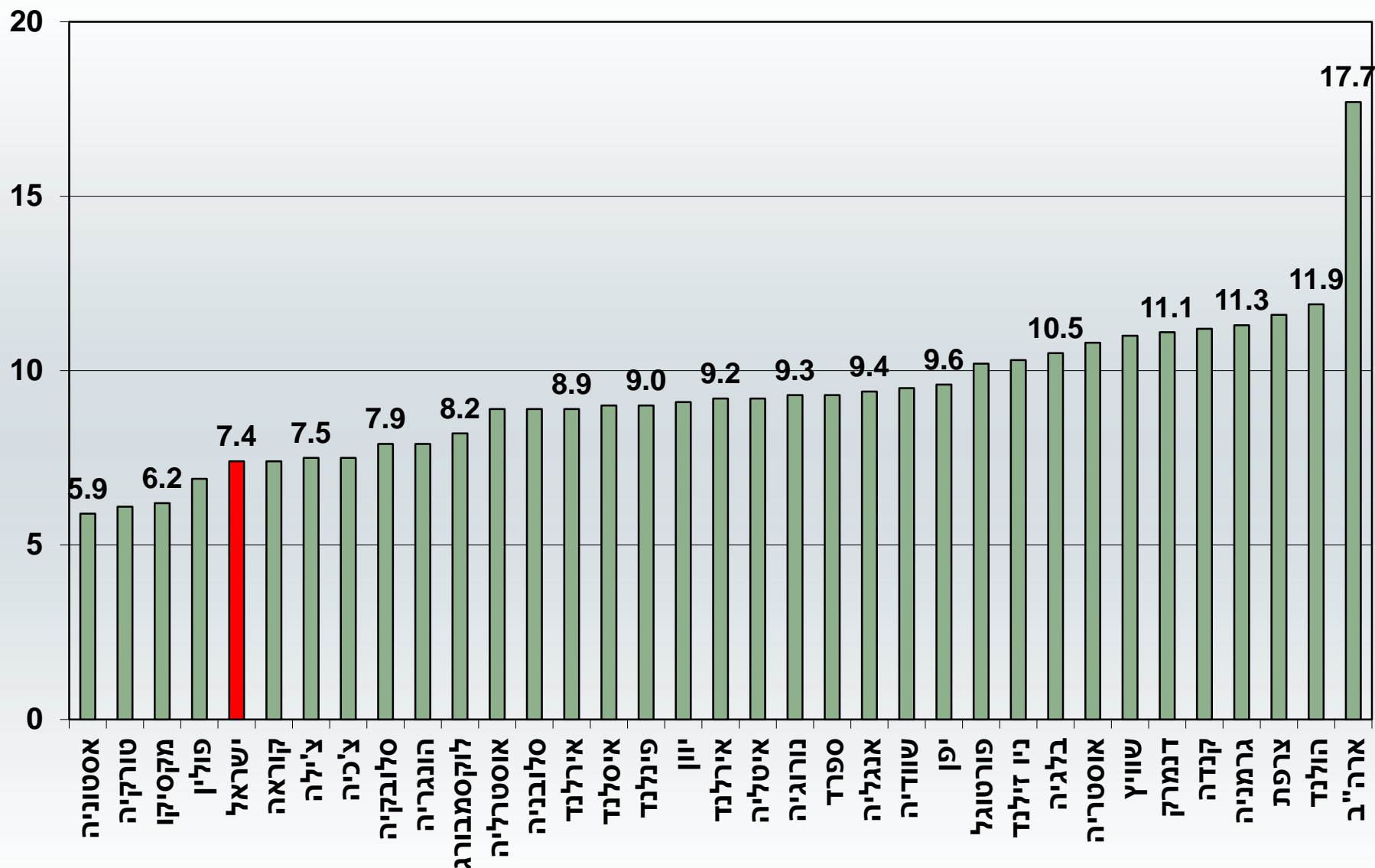
נהוג להבחין בשלושה מימדים של יעילות :

יעילות ביצור, יעילות בצריכה ויעילות בהקצאה

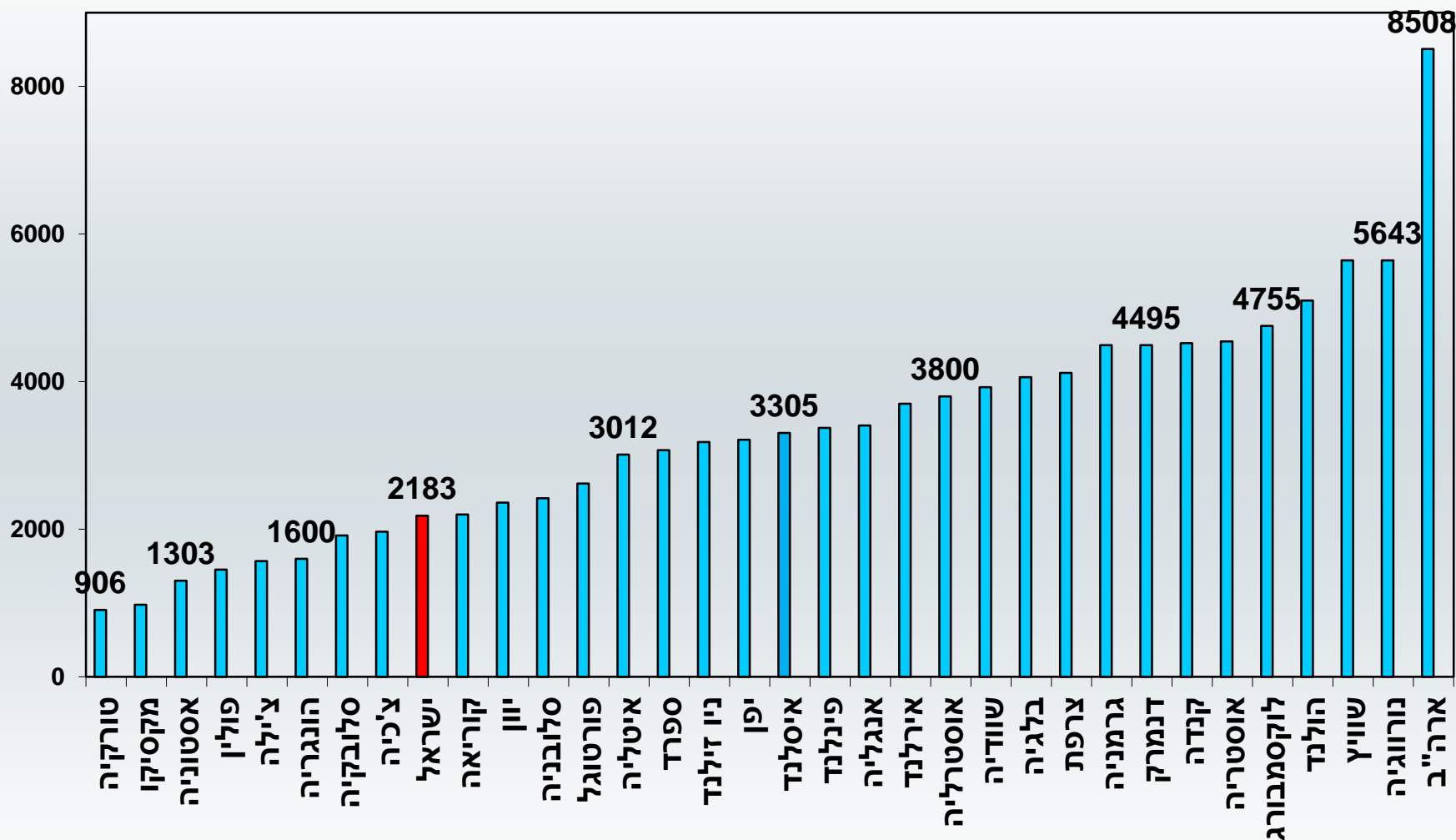
**הטענה המרכזית שתוצג במצגת היא הטענה שכיום קיימת במערכת הבריאות בעיקר חוסר יעילות בהקצאה**

# ההוצאה הלאומית לבריאות 2011

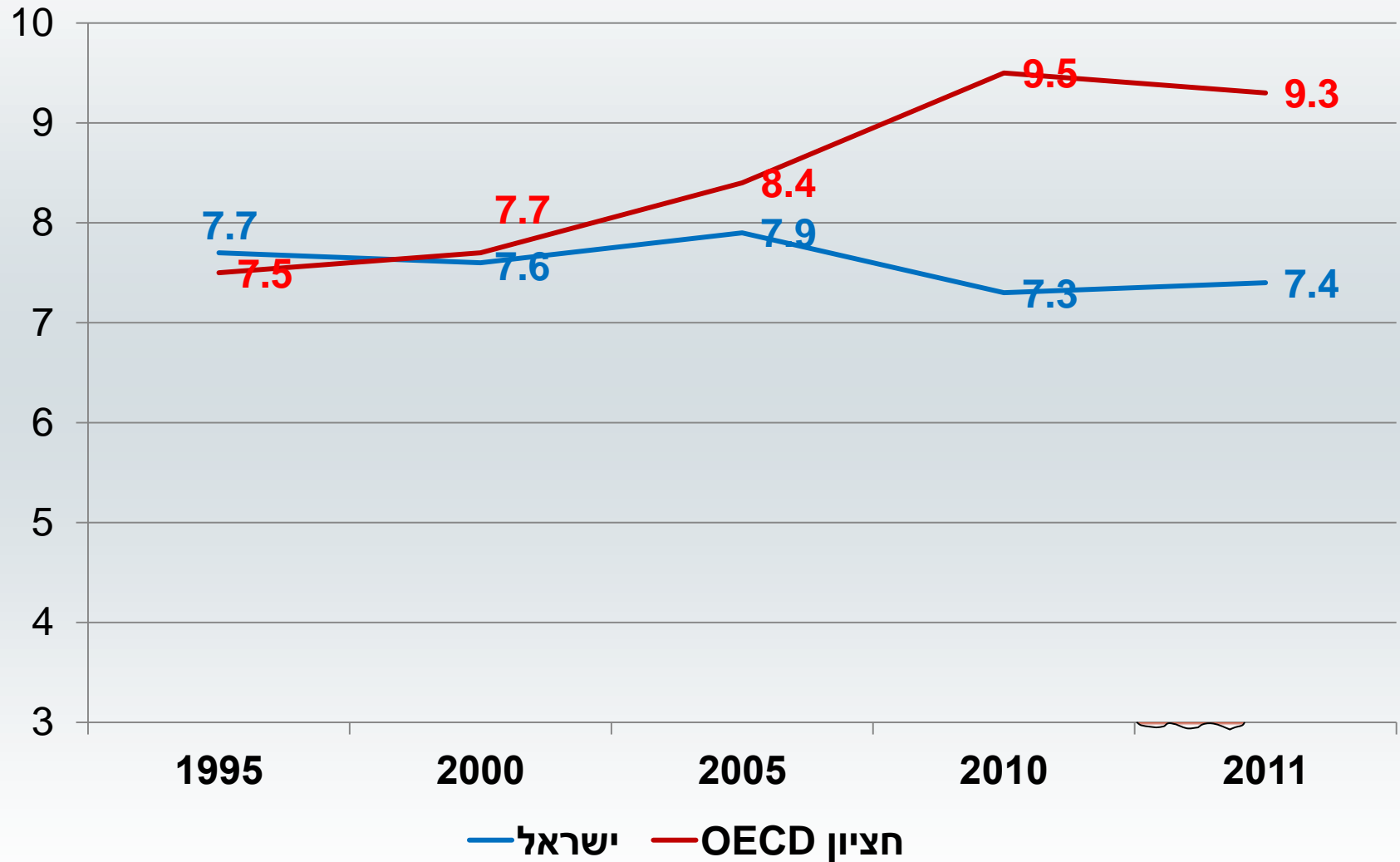
אחוז מהתמ"ג



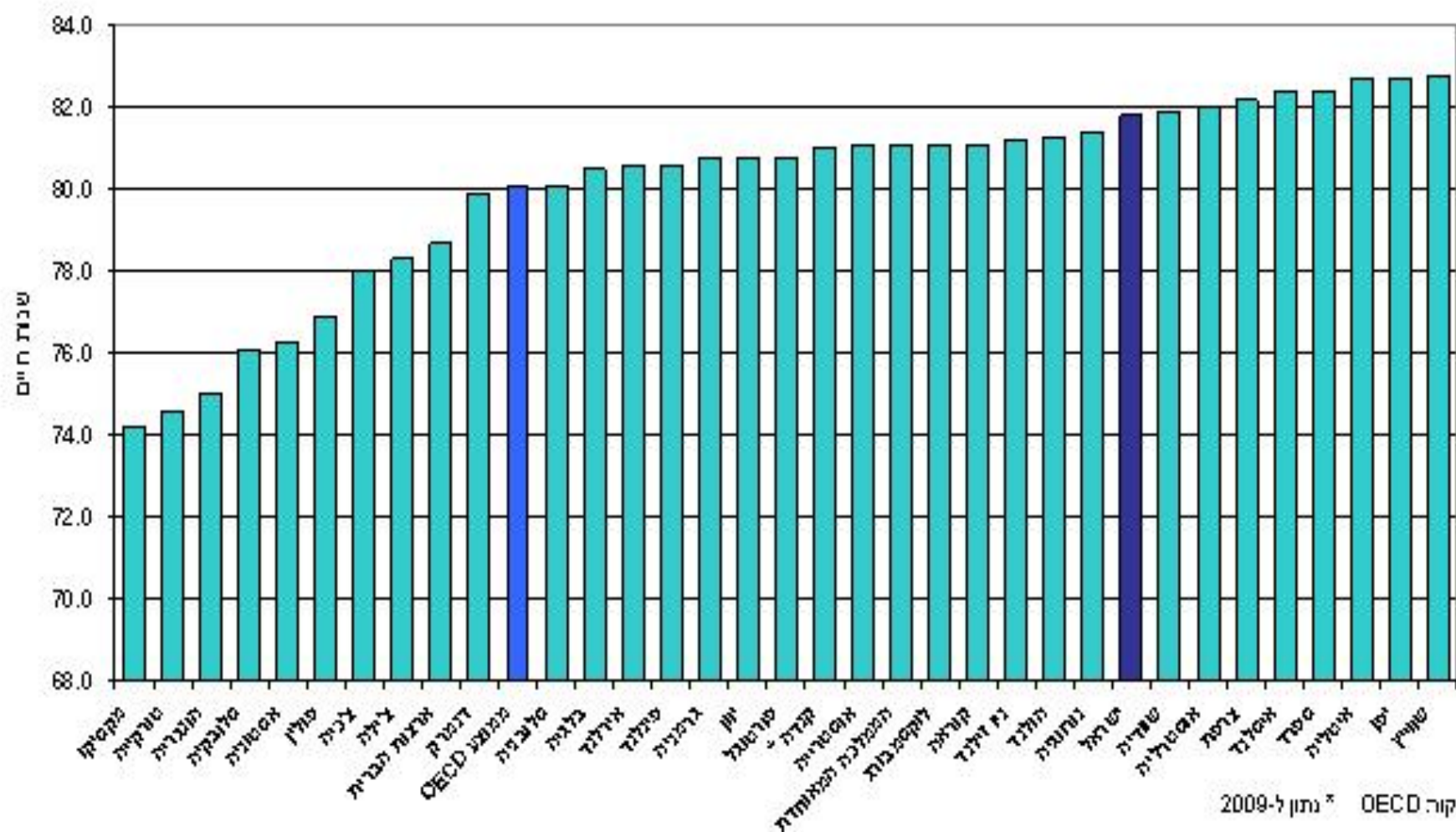
# הוצאה לבריאות לנפש (\$ppp)



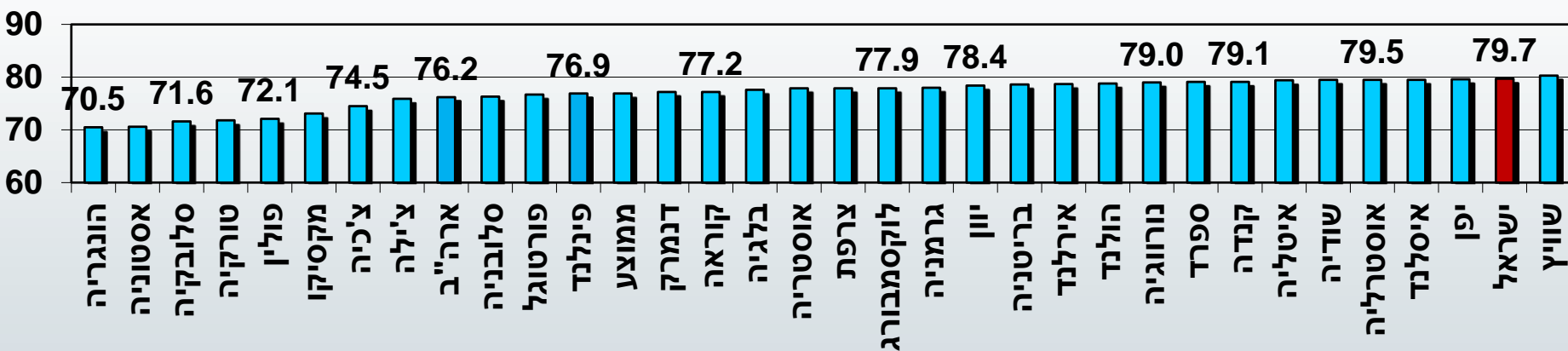
# אחוז ההוצאה הלאומית מהתמ"ג : ישראל ביחס לחציון OECD



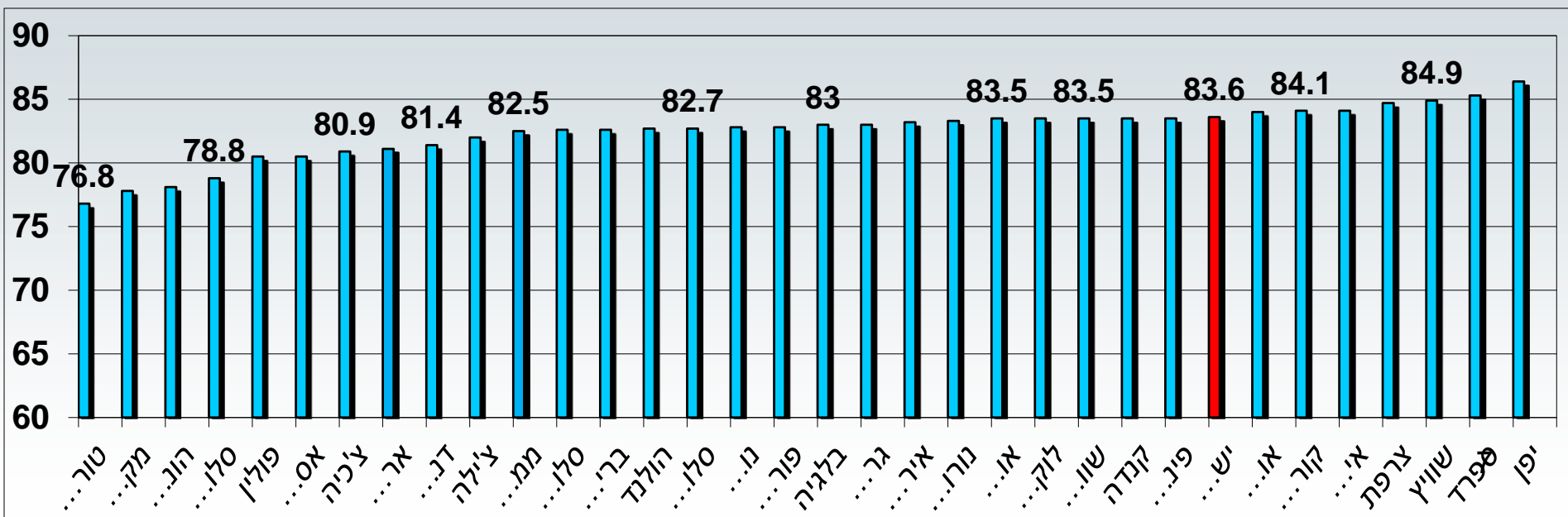
# תוחלת חיים במדינות ה-OECD 2011



# תוחלת חיים בלידה – גברים

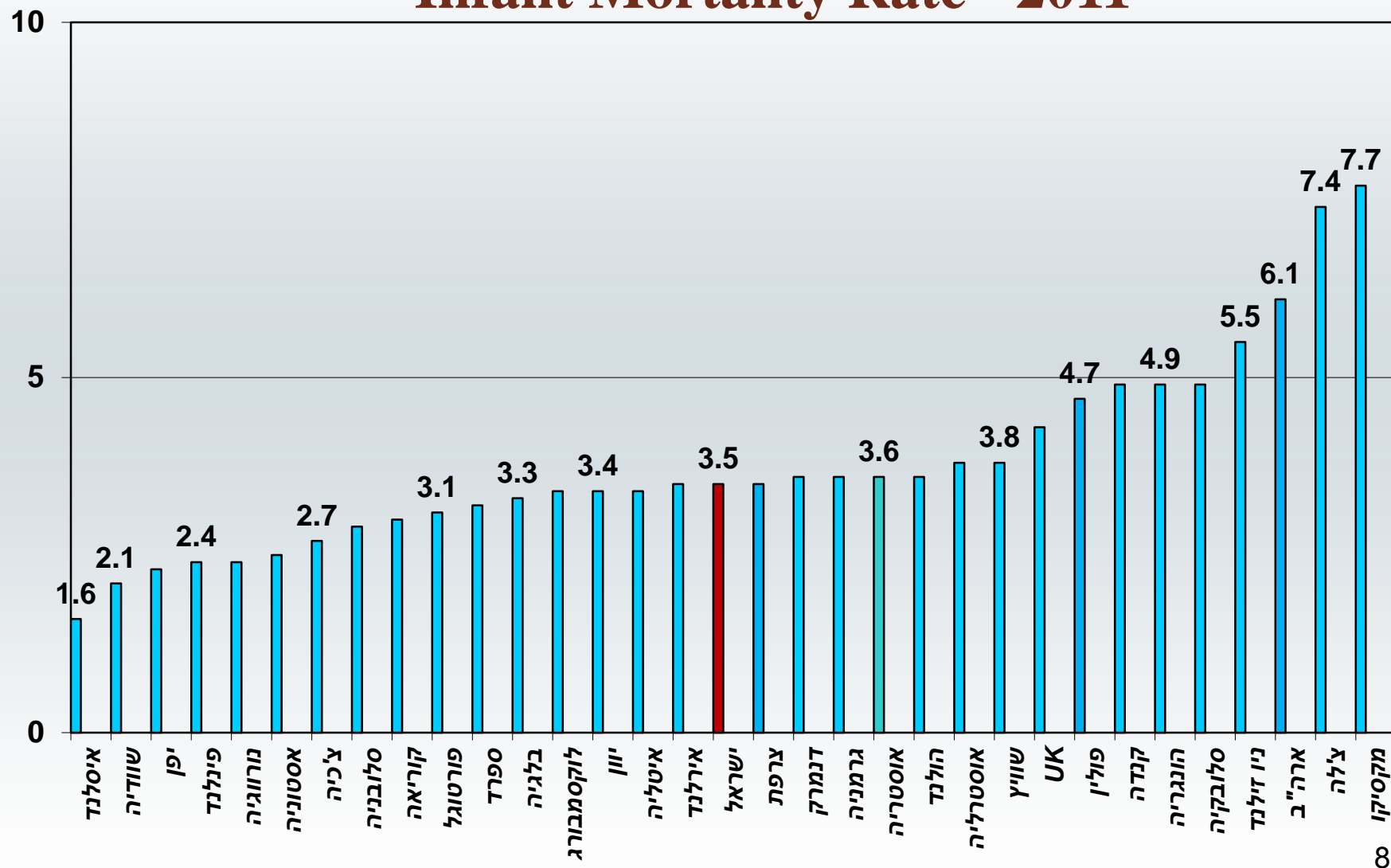


# תוחלת חיים בלידה – נשים



# תמותת תינוקות – שיעור לאלף לידות חי

## Infant Mortality Rate - 2011





# **מסקנות בניים :**

- **רמת הוצאה נמוכה כאחוז מהתוצר**
- **תוצאי מערכת הבריאות כגון תוחלת חיים, תמותת תינוקות - טובים מאוד.**
- **דוחות OECD מציבים את ישראל במקומות גבוהים מאוד בהשוואות בינלאומיות**

**מסקנה: מערכת הבריאות בישראל יעילה**

**אם כל כך טוב - אז למה רע?**

# האם מערכת הבריאות יעילה?

## לא בהכרח

פער הזמן שבין (העדר) ההשקעה בבריאות ובין  
התוצאה בבריאות  
(מערכת החינוך כמשל).

# האם מערכת הבריאות יעילה?

לא בהכרח

הקשר הבעייתי בין הוצאה לתוצאה בבריאות

*ייחוס ההשגים של מדדי תוחלת החיים ותמותת*

*תנוקות למערכת הבריאות בלבד הוא בערבון מוגבל.*

# האם מערכת הבריאות יעילה?

לא בהכרח

**תוחלת חיים ותמותת תינוקות אינם חזות הכל –**

- תוחלת החיים מודדת את משכם ולא את איכותם
- למערכת הבריאות ישנה השפעה ניכרת יותר על איכות החיים של פרטים שחייהם התארכו, ונזקקים לשירותיה.
- מדדי איכות השירות אינם זוכים לאותה רמת מדידה וציטוט כמו תוצאי בריאות של תוחלת חיים ותמותת תינוקות .

**יותר "שנים לחיים" היא מטרה ראויה , אך מטרה לא פחות ראויה היא הוספת "חיים לשנים"**

# האם מערכת הבריאות יעילה?

**משכי המתנה ארוכים – שעלו במהלך עבודת הוועדה**

- קטרקט
- ניתוחי אוזניים בילדים
- החלפות מפרקים
- ניתוחי עמוד שדרה
- ניתוחי ברכיים
- ניתוח בקע,
- בדיקות שמיעה,
- יעוץ גסטרו, פרוסטטטה
- ניתוח שקדים
- בדיקות גנטיות לאיתור סרטן
- תורים לרופאים מומחים (סכרת, קולונוסקפיה..)

# מפגעי איכות נוספים שעלו בוועדה

- תפוסה ממוצעת - **הגבוה** ביותר מבין ארצות OECD (99%), שיעור מיטות כלליות – מהנמוכים בקרב ארצות OECD (1.9) – תורמים לתופעה של חולים במסדרונות, ולא רק בחורף
- מחסור ביחידות טיפול נמרץ - **כמחצית מהמונשמים בארץ מאושפזים מחוץ למחלקות טיפול נימרץ**
- **אשפוז במחלקות פנויות ולא במחלקות הראויות (אשפוז חולה במחלקת עניים במקום נוירולוגיה פוגע בבריאות)**
- **אשפוזים חוזרים (בחלקם בשל משך השהיה הקצר - 4 ימים במוצע)**
- **משכי המתנה ארוכים במיון (אין מקום במחלקה)**
- **זיהומים**

# האם מערכת הבריאות יעילה?

## לא בהכרח

כבר לא מדובר על צפיפות, או חוסר נוחות מלונאית, גם לא רק בפגיעה בכבוד האדם.

מדובר בפגיעה בבריאות

ההתפתחויות האחרונות במערכת מלמדות על שחיקה ברמת השירות ובבריאות המטופל, ירידה באימון הציבור במערכת הציבורית הבאה לידי ביטוי בין השאר בנהירה לעבר ביטוחים משלימים, מסחריים וספקי שירותי בריאות פרטיים).

# האם מערכת הבריאות יעילה?

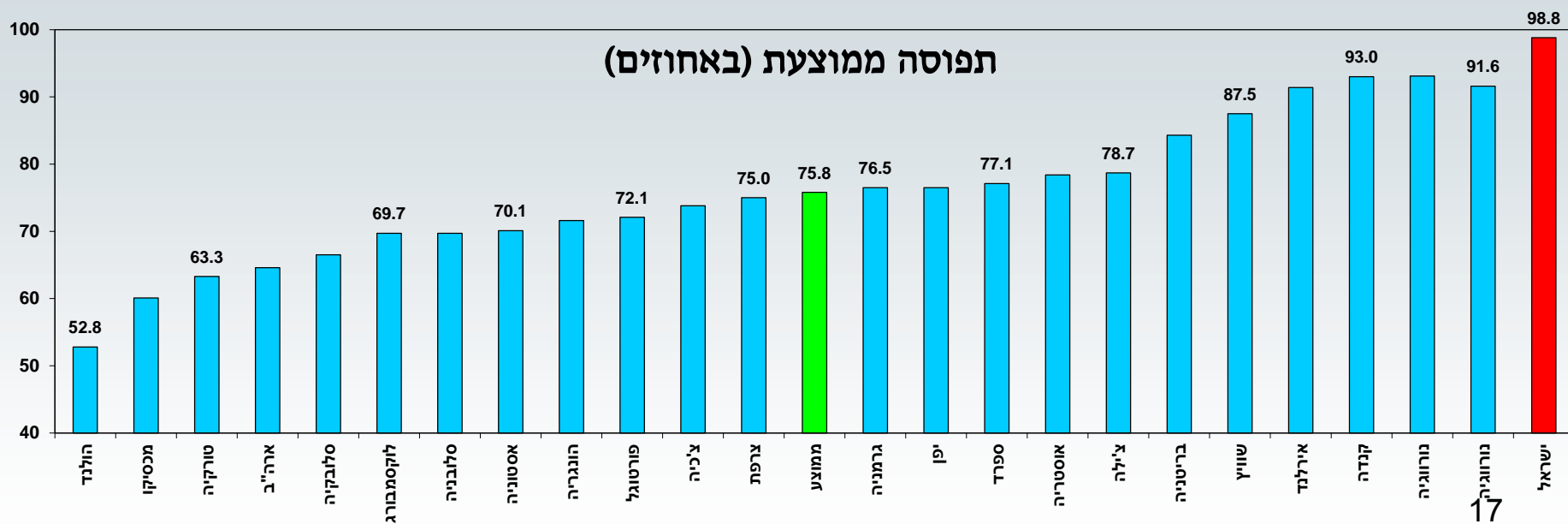
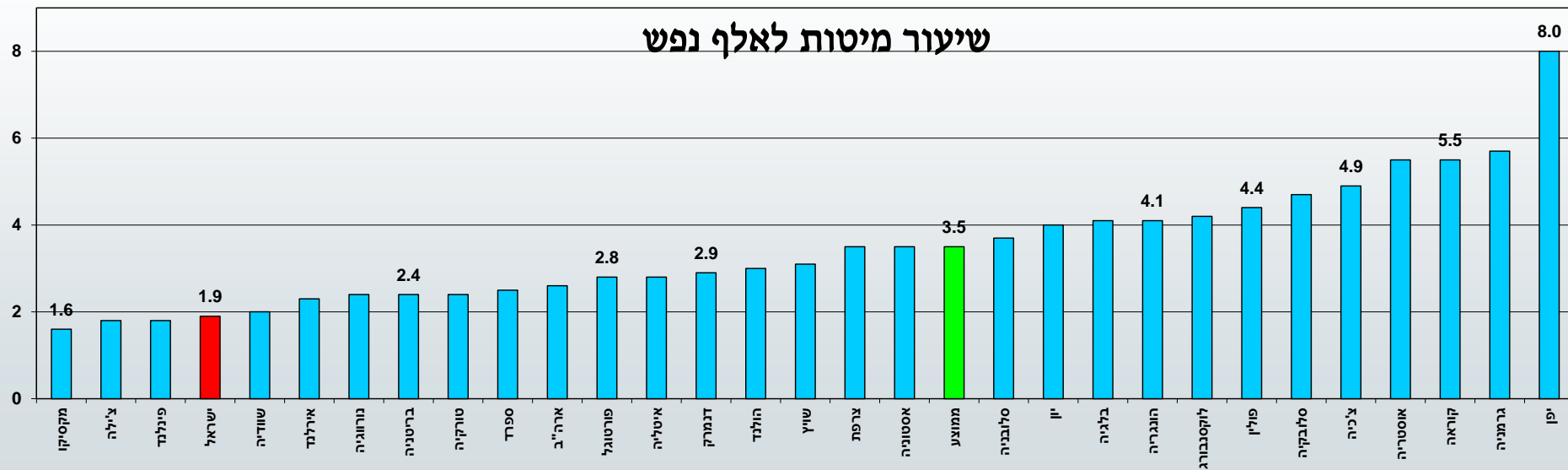
## לא בהכרח

**בשל הקושי בהגדרת תפוקות (תוצאי) מערכת הבריאות ובשל המחסור בנתונים מדידים של מרכיבי איכות - ישנה חשיבות למדידת תשומות המערכת כאומד למדדי איכות.**

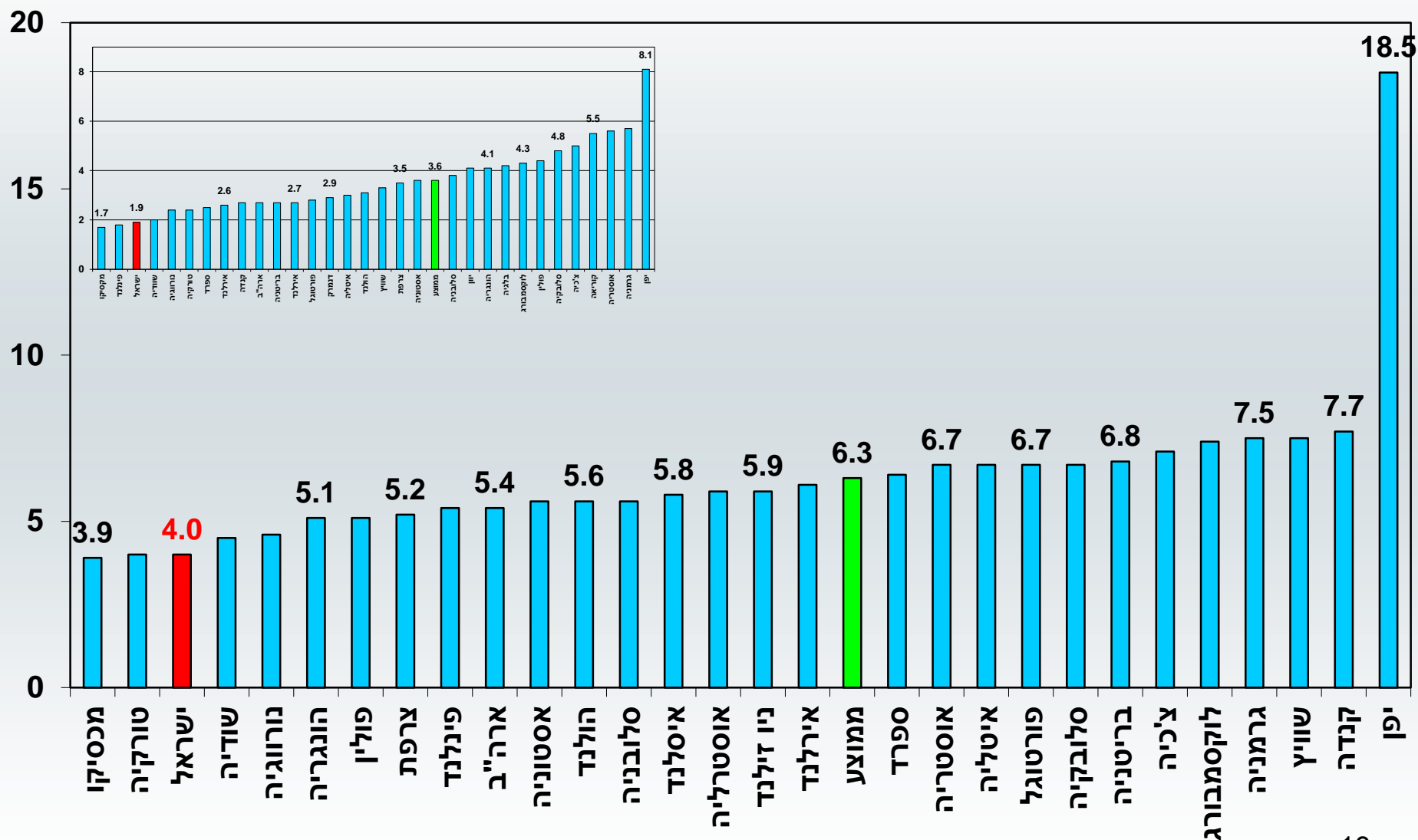
- **המציאות מלמדת על שחיקה בתשתיות – כוח אדם רפואי (רופאים, אחיות), מיטות אשפוז, אמצעי אבחון וטיפול.**
- **המציאות מלמדת על שחיקה במקורות הציבוריים של המערכת.**
- **חוסר היעילות בהקצאה בא לידי ביטוי בעיקר בנקודה זו (שחיקת המקורות הציבוריים)**



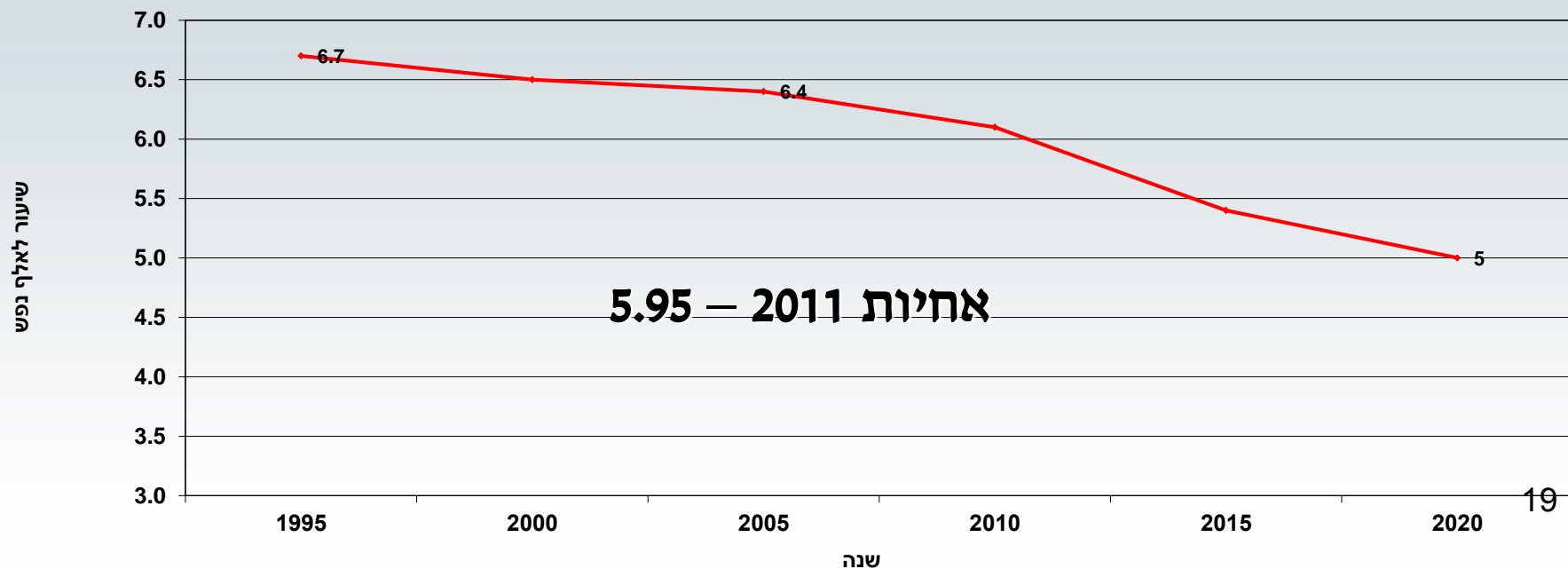
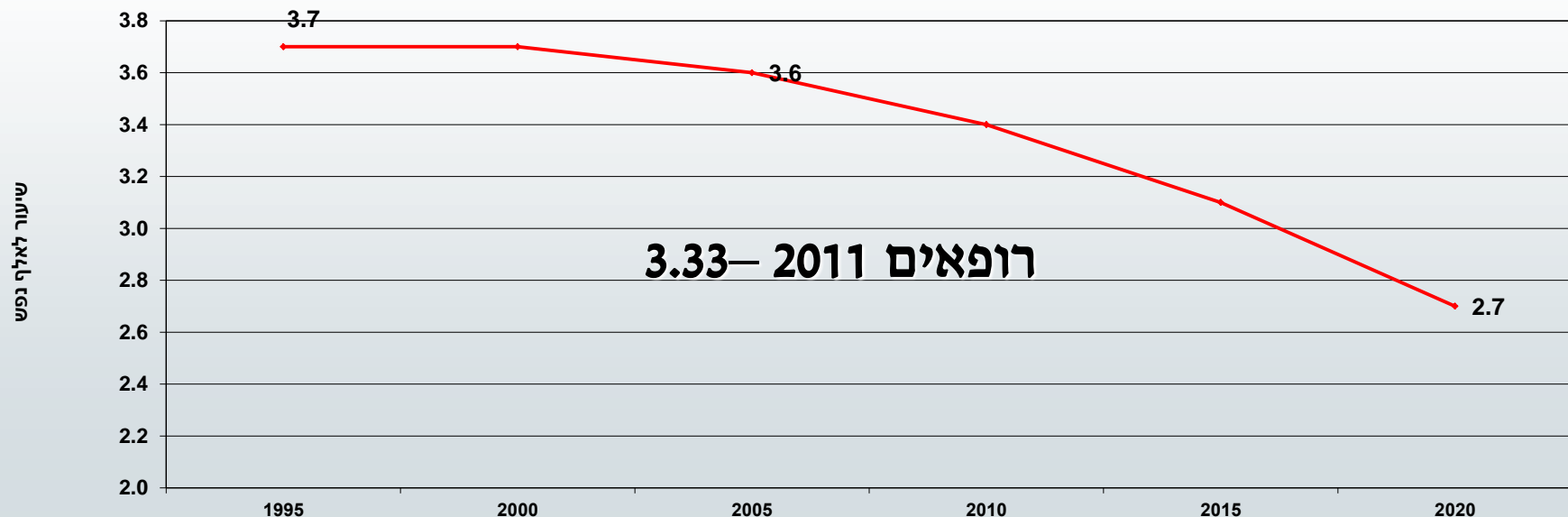
# מיטות לאשפוז כללי



## שהיה ממוצעת (ימים) – אשפוז כללי

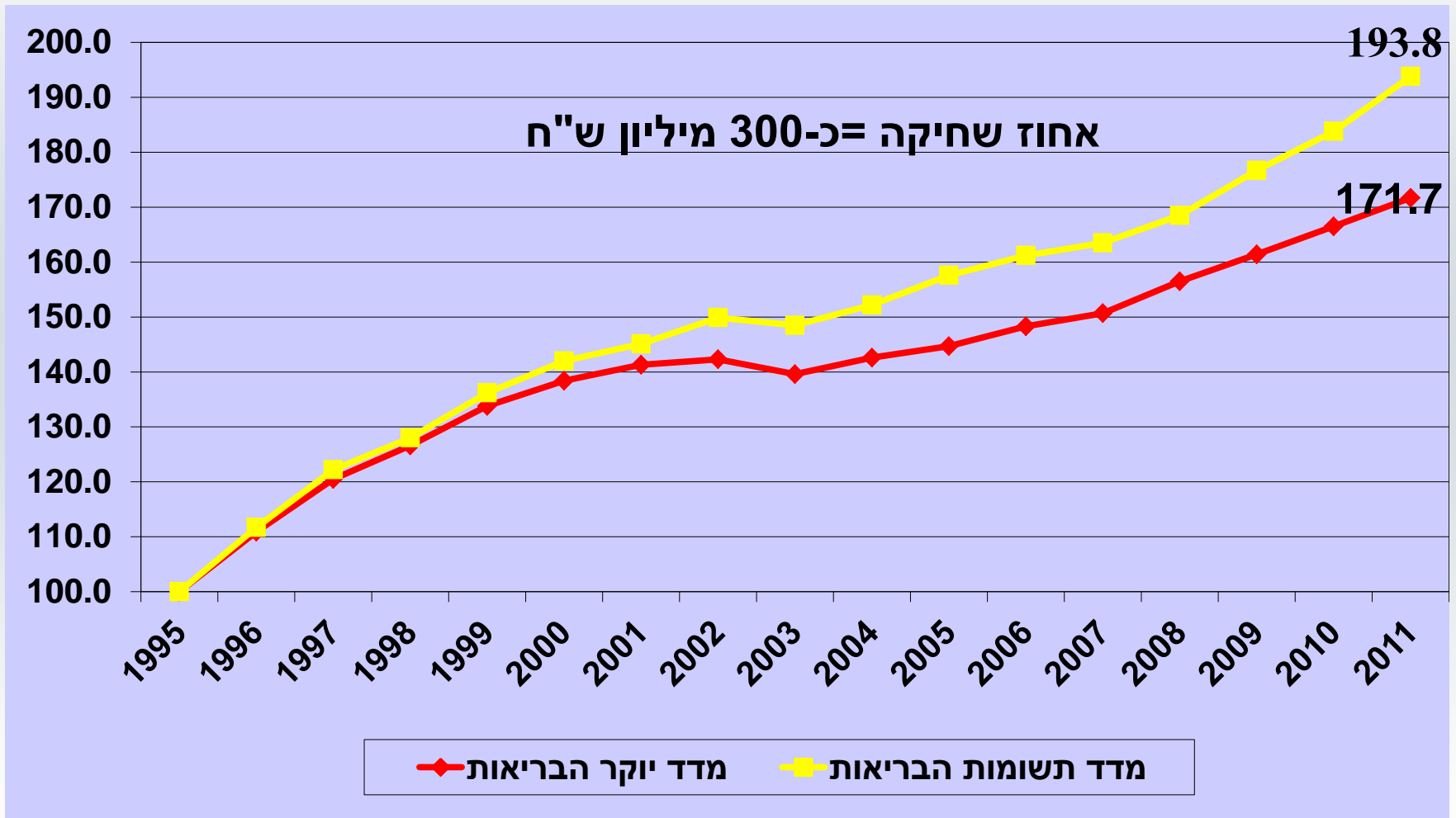


# שיעור רופאים והאחיות (עד גיל 65) לאלף נפש: 1995-2011 ותחזית לשנת 2020

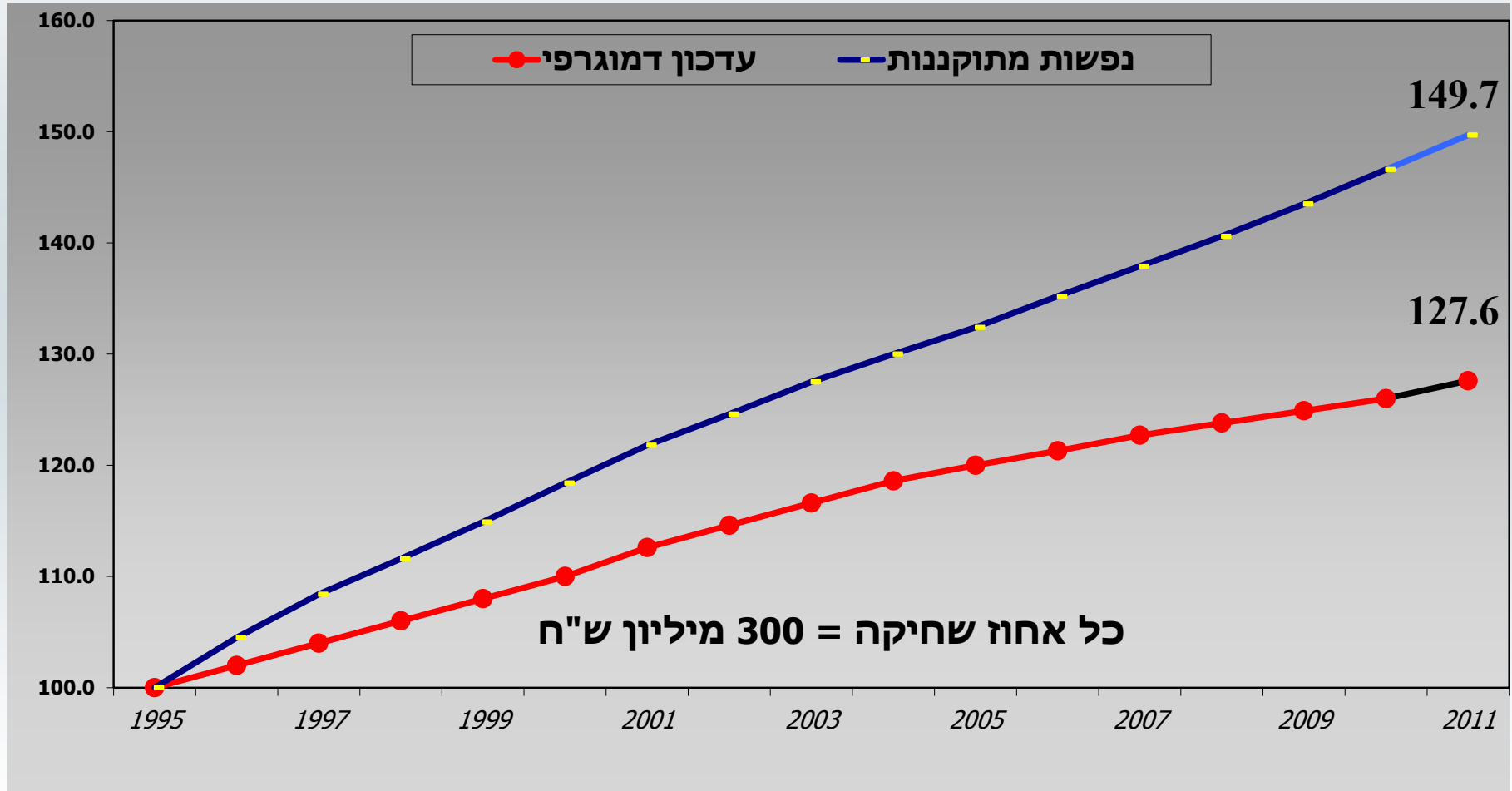


# השינוי המצטבר במדד יוקר הבריאות לעומת מדד תשומות הבריאות

1995 – 2011 (100=1995)



# הגידול המצטבר במספר הנפשות המתוקננות למול העדכון הדמוגרפי של עלות הסל (100=1995) 1995-2011



# האם מערכת הבריאות יעילה? אולי כן אולי לא ומה עם בעיית השוויוניות.

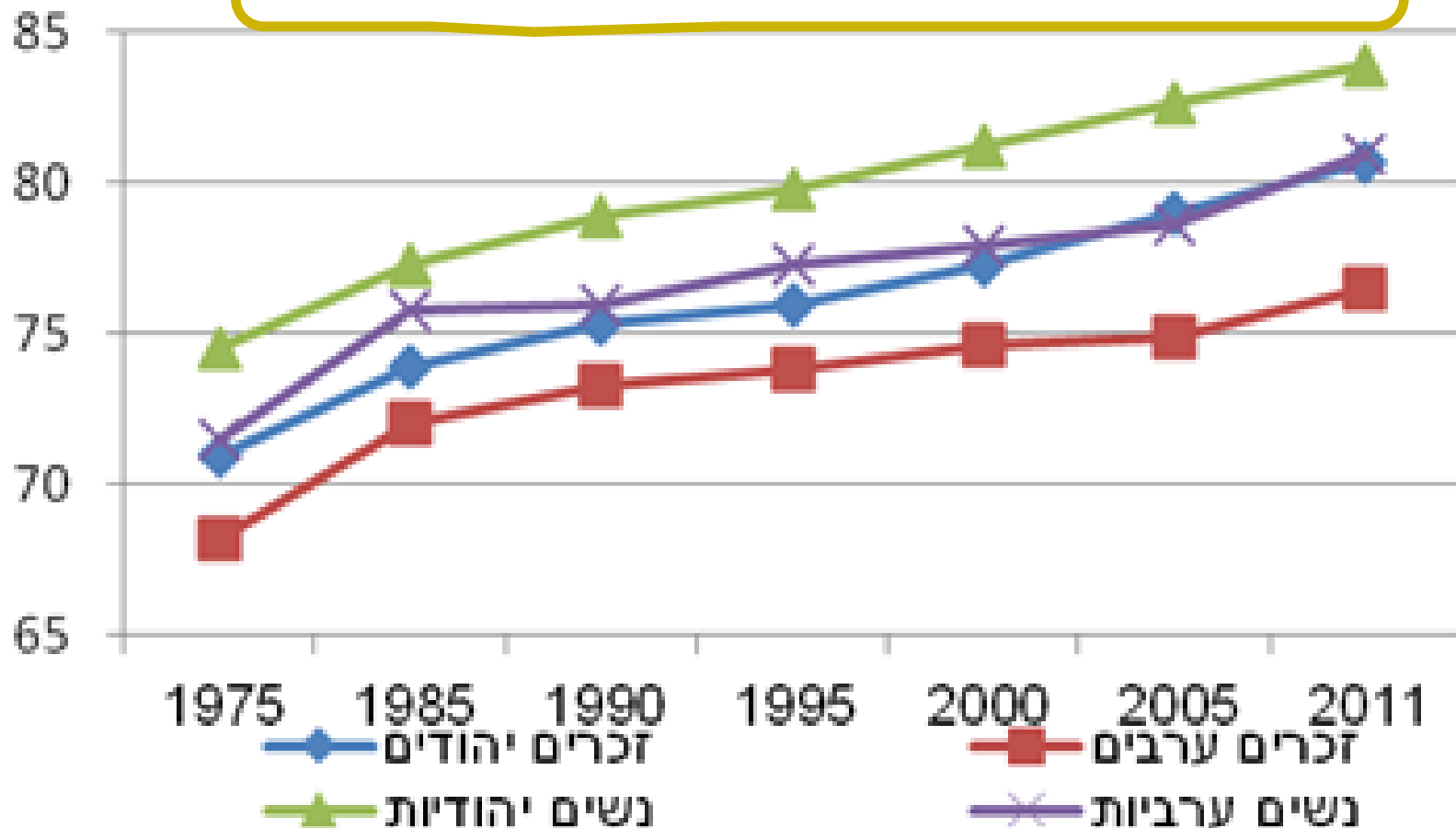
- אי-שוויון בבריאות מתייחס לפערים במצב בריאות בין פרטים או קבוצות באוכלוסייה הנתנים למניעה או לצמצום.

# בעיות השוויוניות

נתוני תוצאי הבריאות (תוחלת חיים ותמותת תינוקות)  
ברמה הלאומית מייצגים ערכים ממוצעים ברמה  
ארצית ומסתירים פערים במצב בריאות בין קבוצות  
שונות באוכלוסייה.

# פערים בתוחלת חיים

בגברים הפער גדל מ- 2.7 שנים ל-4.2

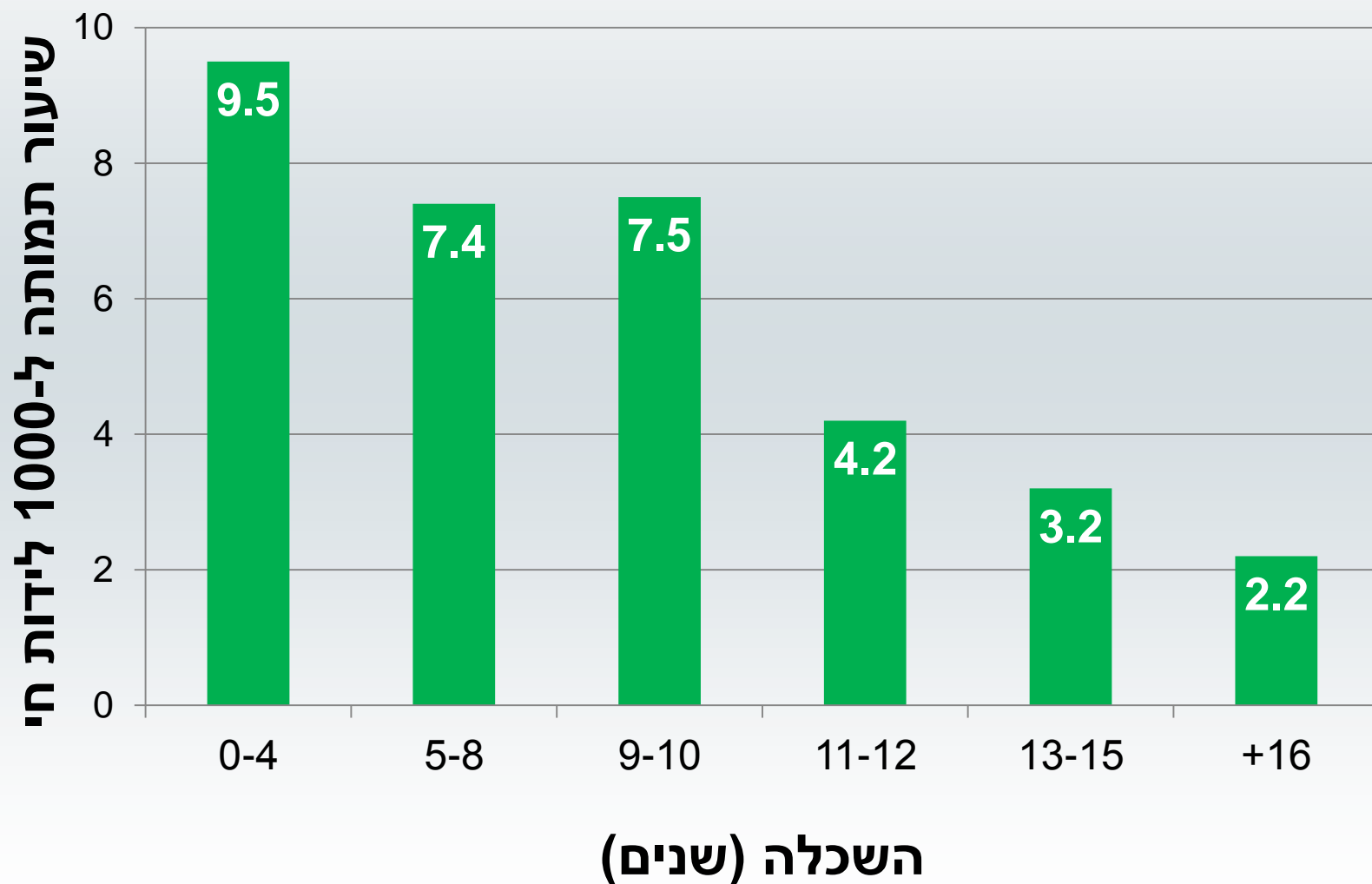




# ביטויים לבעיית השוויוניות בבריאות

- דפוסי תמותה ותחלואה
- הערכה עצמית של מצב בריאות
- התנהגות בריאות – פעילות גופנית, עישון, תזונה
- זמינות ונגישות לשירותי בריאות – כ"א, מיטות אשפוז, אמצעי אבחון וטיפול רפואי
- חסמים כלכליים ותרבותיים בפני צריכה נחוצה של שירותי בריאות
- תופעות הוויתור על שירותי בריאות כתוצאה מחסם כספי

# פערים בתמותת תינוקות (ל-1000 לידות חי) לפי השכלת האם 2005-2007



**פערים בהערכה עצמית של בריאות לפי הכנסה:  
אחוז המדווחים על בריאות לא כל כך טובה או לא  
טובה בגיל 20 ומעלה**

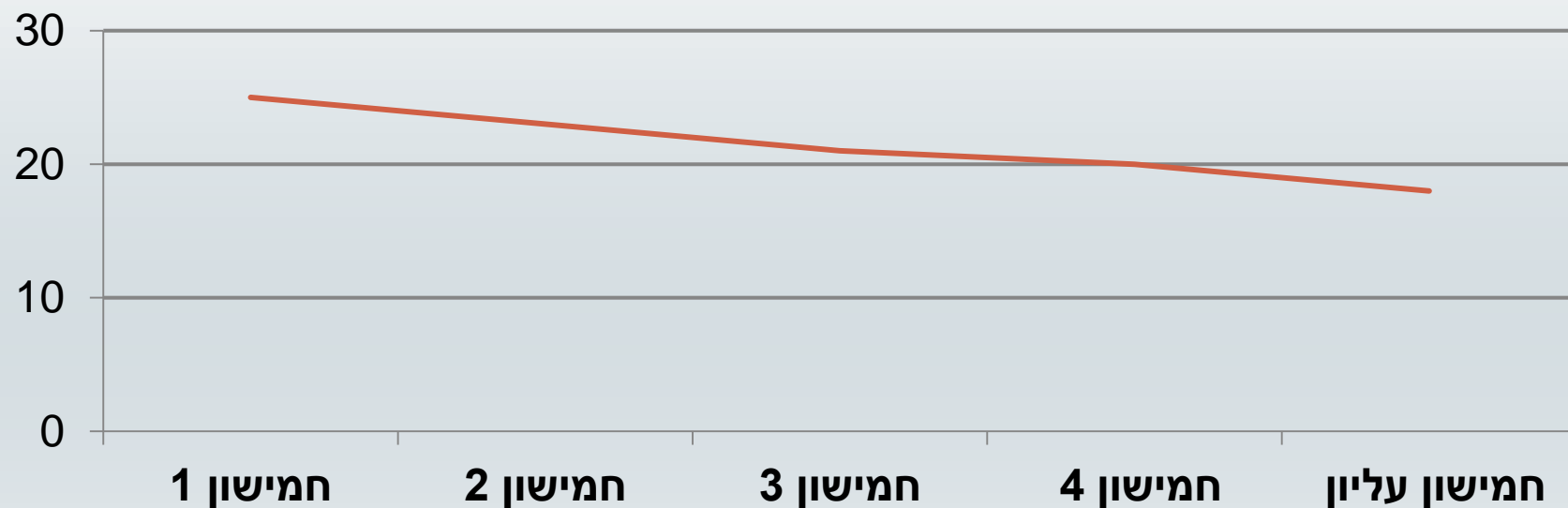
**הכנסה – לנפש  
במשק הבית ברוטו**

---

עד 2000 ₪	30.1%
2001-4000 ₪	19.1%
מעל 4000 ₪	10.5%

## רמת הכנסה ושכירות מחלות -

### הצלבת נתוני סקר הכנסות וסקר בריאות – למ"ס 2013

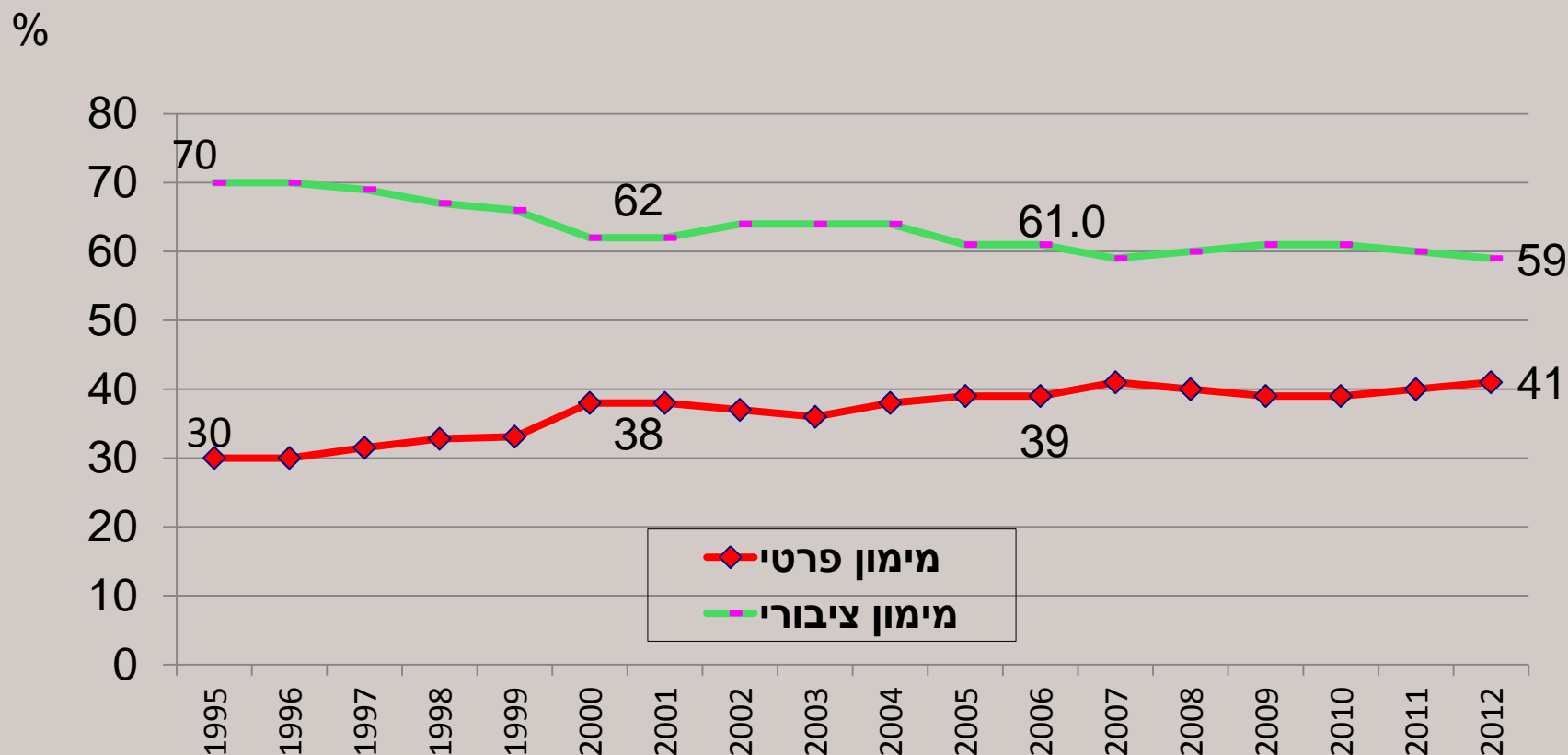


ככל שרמת ההכנסה עולה, יורד אחוז הדיווח על :

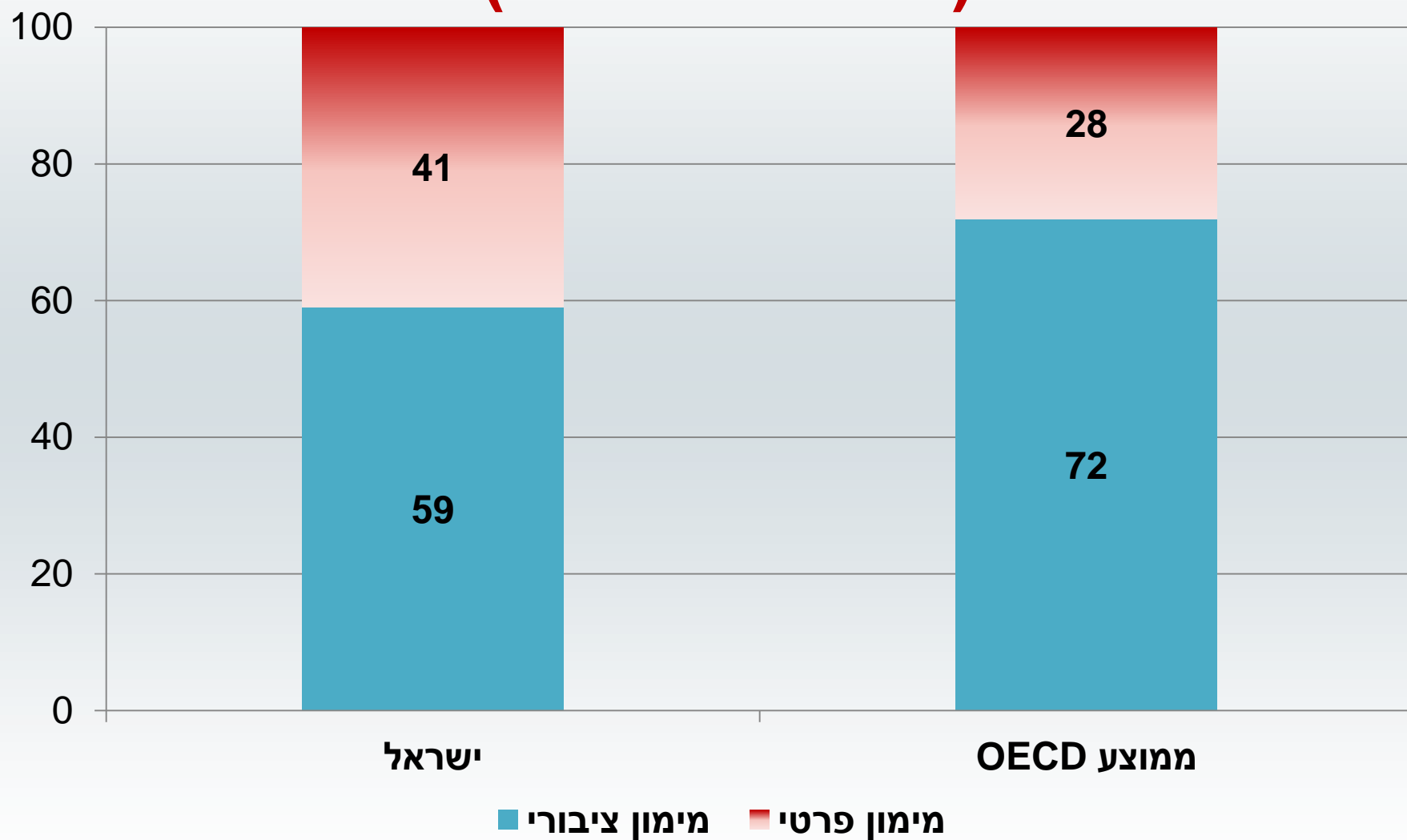
סכרת, מחלות לב, אסטמה, מחלות ריאה, בעיות כרוניות ומוגבלויות  
בתפקוד

# מקורות מימון ההוצאה הלאומית לבריאות

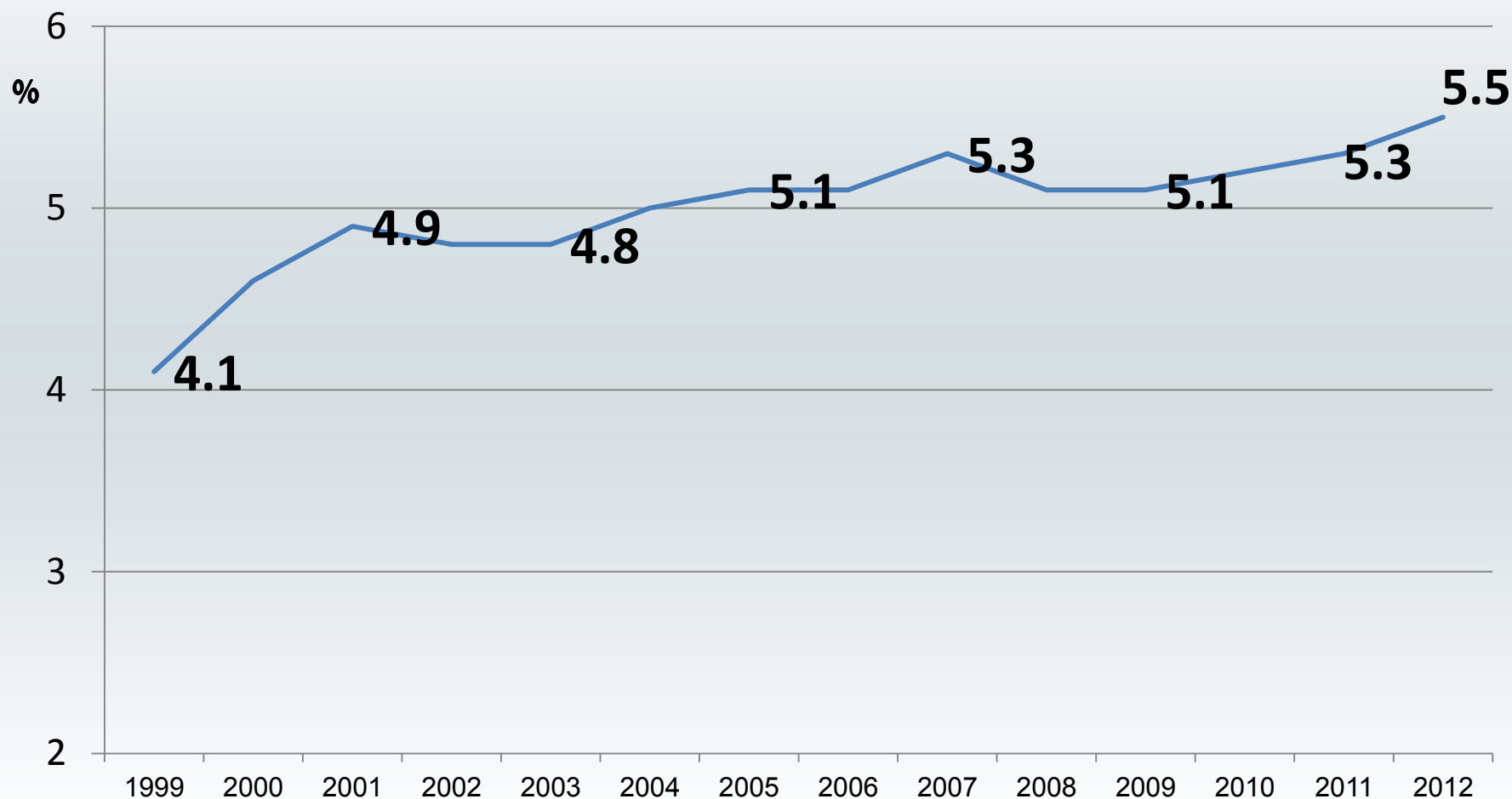
## 1995 – 2012 (באחוזים)



# מקורות המימון של מערכות בריאות (באחוזים 2011)

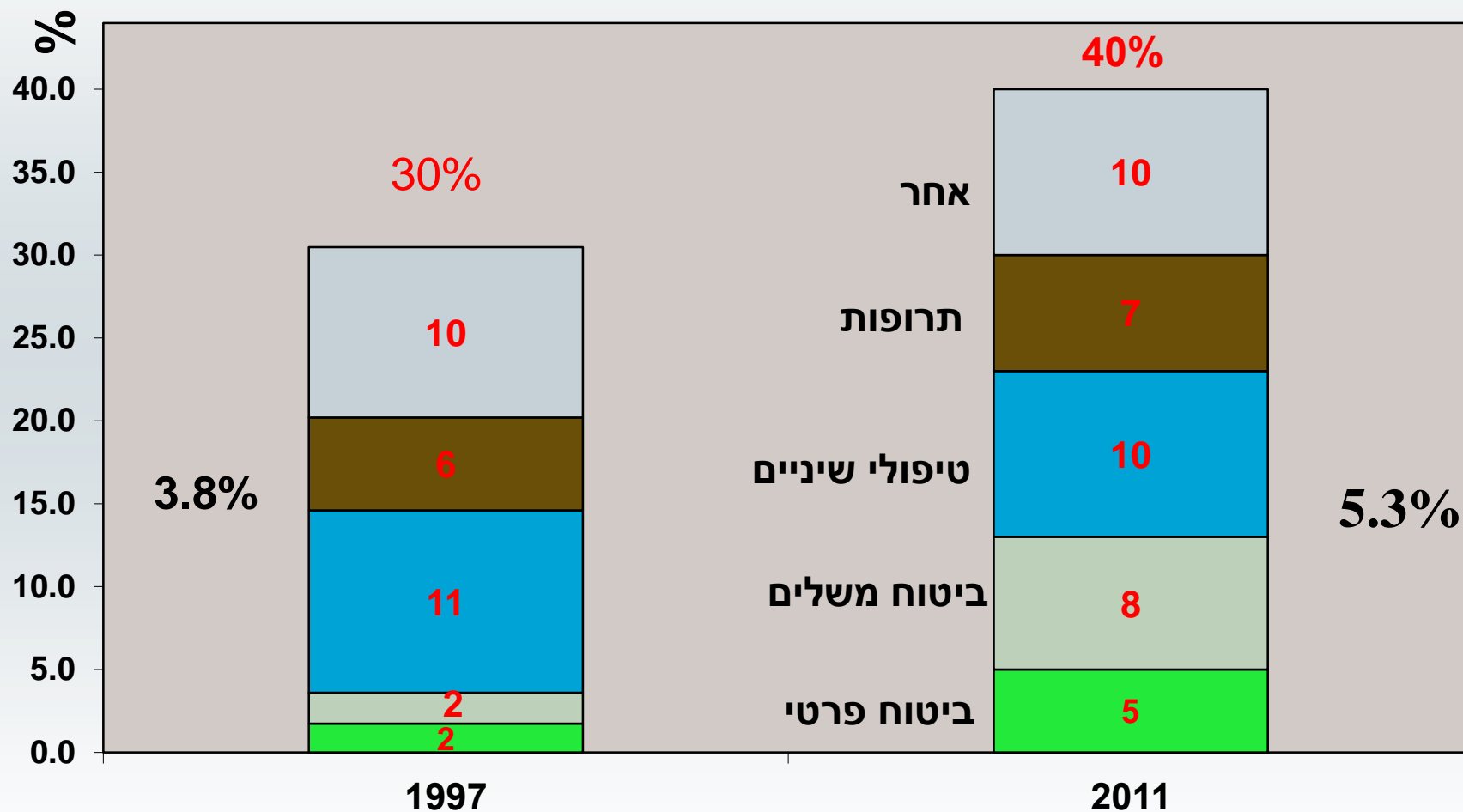


# הוצאות משקי הבית על בריאות כאחוז מסה"כ ההוצאות משקי הבית לתצרוכת



# עיקר העלייה בהוצאות משקי הבית על בריאות הייתה בביטוחים פרטיים

מבוסס על סקר הוצאות המשפחה של הלמ"ס



בשנת 2012 – הוצאות משקי הבית על בריאות עלו ל - 5.5%



# סכום

- ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל נמוכה ומצויה במגמת ירידה.
- התרחבות המימון הפרטי ובעיקר התרחבות ענף ביטוחי הבריאות פרטיים (משלים ומסחרי) – פגיעה הן ביעילות המערכת והן במימדהשוויוניות המובנה בה.
- מערכת שבה כל השחקנים הציבוריים המרכזיים מצויים בגירעונות (בתי חולים וקופות החולים).
- פגיעה באיכות, זמינות ונגישות לשירותי בריאות (תורים).
- שחיקה באמון וברמת השירות הציבורי לאזרח (בעיקר בתחום שירותי האשפוז הכללי).
- התרחבות הפערים ואי השוויון - המדדים המקובלים למצב בריאות ברמה לאומית מסתירים פערים בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה.

**תודה**