

מבנה מערכת הבריאות בישראל, התשתית החוקית להפעלתה והמעורבות הממשלתית בה

מאפייני מערכת הבריאות הישראלית

מערכת הבריאות הישראלית נחשבת לאחת הטובות והיעילות בעולם. ארגונים בינלאומיים רבים המשווים בין מערכות בריאות מדרגים באופן קבוע את המערכת הישראלית בצמרת, במדדים של עלות-תועלת ומדדי איכות. ארגון ה־OECD הגדיר את המערכת הישראלית כמעוררת קנאה.⁵ חברת בלומברג, המדרגת מערכות בריאות לפי איכות ויעילות, דירגה את מערכת הבריאות הישראלית במקום השלישי בדירוג המערכות היעילות לפני פרוץ המגפה (אחרי הונג קונג וסינגפור) ובמקום החמישי מפרוץ המגפה,⁶ וכך גם ארגונים רבים אחרים. תפקוד מערכת הבריאות והאורגנים המרכיבים אותה בתקופת משבר הקורונה הביא למודעות הציבורית בישראל ובעולם את היכולות הגבוהות של המערכת. העובדה ששיעורי התמותה מקורונה מבין החולים בישראל הם מהנמוכים בעולם מלמדת כי ניתן טיפול איכותי ומיטבי לחולים, וזוהי תעודת כבוד למערכת. יש מעט מערכות בריאות אחרות בעולם, לרבות במדינות המפותחות ביותר, שיכולות לזכות בהערכה כזאת. נשאלתי לא פעם השאלה מהו סוד ההצלחה של המערכת. כמו לכל הצלחה, גם להצלחת מערכת הבריאות הישראלית אבות רבים, וכמו בכל נושא בציבוריות הישראלית, קיימת מחלוקת על המחוללים של הצלחת המערכת ועל משקלם. עם זאת, יש הסכמה רחבה יחסית כי ההצלחה נובעת מהמאפיינים הבאים:

- התשתית החוקית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שבמסגרתה פועלים שירותי הבריאות בישראל. בתוספת השלישית לחוק נכללים גם שירותי בריאות הציבור.
- מבנה המערכת וריכוזיות קבלת ההחלטות, אופן פריסת התשתיות מוטת הקהילה, התמהיל הציבורי-פרטי של המימון ואספקת השירותים.
- האופי הציבורי בעיקרו של המערכת.
- הכשרת עובדי הבריאות ואיכות כוח האדם.
- מוכנות לשעת חירום (IHR – International Health Regulation).
- מחקר ופיתוח.

בהמשך נרחיב על כל אחד מהמאפיינים לעיל.

התשתית החוקית

מערכת הבריאות פועלת בתוך מסגרת ענפה של חוקים המסדירים את פעילותה, החל מפקודת בריאות העם המנדטורית, דרך חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994 ועד חוק זכויות החולה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא תוספת מאוחרת למאגר החקיקתי הסוציאלי. הוא נחקק 40 שנים ויותר לאחר חקיקת חוק הביטוח הלאומי ורוב דברי החקיקה המרכזיים העוסקים בתחומי הרווחה ובקצבאות הקיום. באופן פרדוקסלי, עובדה זאת אינה משקפת הזנחה היסטורית של תחום הבריאות אלא את ההיסטוריה הייחודית

של מערכת הבריאות, שנבנתה לאורך שנים ביוזמת ארגונים חוץ-ממשלתיים כרשת מקיפה של תשתיות פיזיות ואנושיות, אך גם של הסדרים ביטוחיים מקיפים אשר סיפקו מענה לרוב הצרכים של רוב האוכלוסייה. משברים כלכליים שאלהם נקלעו גופים במערכת הבריאות במרוצת השנים זכו למענה המקובל במקרים של שירותים ציבוריים חיוניים פרטיים או פרטיים למחצה, שהמדינה רואה חשיבות בקיומם התקין: הממשלה התגיסה להעמיד סיוע תקציבי (לעיתים בהיקפים עצומים), אך המשברים חלפו בדרך כלל מבלי להתיר רושם משמעותי על שגרת הגישה של האוכלוסייה לשירותי בריאות. בפועל, כ־96 אחוזים מאוכלוסיית המדינה הייתה מבוטחת באחת מארבע קופות החולים עוד בטרם נחקק ביטוח בריאות ממלכתי. עובדה זו היא גם האחראית לכך שבניגוד לתחומי רווחה אחרים, שבהם מעורבות המדינה והסדרה חקיקתית נחשבות תנאי הכרחי, שאלת "הכרחיותו" של חוק ביטוח בריאות ממלכתי או הטעם בקיומו מלווה את מערכת הבריאות, ברמות משתנות, לפני וגם אחרי חקיקתו, גם לאור הרקע הפוליטי שלו, שלא כאן המקום להרחיב בו.

בנייתה, פיתוחה ותפקודה של מערכת הבריאות לאורך 45 שנים ויותר שחלפו מאז הקמת המדינה (ובחלקים מסוימים אף קודם לכן) ועד לחקיקת החוק מספקים הזדמנות יוצאת דופן להשקף על שתי התקופות ולהשוות ביניהן, וכן לבחון את מצבה של המערכת, את מצבן של זכויות המבוטחים או משתנים מגוונים של הפרופיל הרפואי של האוכלוסייה, בפרט מאחר שהחוק יצר "יש מיֵש". למעשה הוא סיפק מעטפת רעיונית, נורמטיבית ותקציבית חדשה למבנה קיים שאותו שימר בשלמותו, בלא שהוסיף או גרע ממנו, לא אז ולא מאז. גם היום ארבע קופות החולים הן המבטחות הציבוריות היחידות, לצד המדינה בתחומי אחריותה המשתנים. לצד זאת, אי אפשר להפריז בחשיבותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובשינוי התפיסתי שחולל: ממודל חוזי וולונטרי בין קופות החולים למבוטחיהן למודל של "פוליסה קולקטיבית" יציר החוק – שבה המדינה היא "בעלת הפוליסה" ואחראית למימונה מהמקורות שהיא אוגמת, לרבות ממיסוי המבוטחים; הקופות הן המבטחות (הזכאיות ל"פרמיה" על פי מודל המוגדר לפרטיו בחוק) והמבוטחים הם כלל תושבי המדינה (הזכאים ל"תגמולים בעין" על פי רשימת שירותים סגורה ומפורטת); מזכות חוזית על פי התקשרות אישית החוסה תחת כללי המשפט הפרטי, ללא חובת ביטוח וללא חובה לבטח, ל"ביטוח חובה" שבו הפן החוזי המסורתי המוסיף להתקיים להלכה מוחלף כמעט בכל היבט מהותי בחוזה סטטוטורי, המותר מרווחים צרים בלבד לחופש פעולה של המבוטחים או המבטחים.

אך העיקר הוא בצידו השני של מטבע החובה: זכותו של כל תושב לקבל בזכות החוק אגד שירותים רפואיים מקיף, אוניברסלי, שווה ושוויוני במימון המדינה, המתעדכן מעת לעת, באמצעות אחת מקופות החולים לפי בחירתו, ואחריותה של המדינה היא לממן הסדר זה ממקורותיה. מקורות אלה כוללים גם מס חדש – "דמי ביטוח בריאות" – אך שיעורו, היקף גבייתו ואף עמידת המבוטחים בחובת התשלום שלו אינם משפיעים על התקציב שמעמידה המדינה לרשות המערכת ("עלות סל שירותי הבריאות") או על זכותו של המבוטח לשירותי בריאות, וכן על עדכונו הריאלי ("מדד יוקר הבריאות"). סעיף 3 לחוק מבטא בתמציתיות מרשימה את התורה כולה על רגל אחת:

- א. כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר.
- ב. המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 13 (תיקון מס' 50) תש"ע-2010.

ג. קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, ואולם לגבי מי שרשום בתאגיד ייעודי – יהיה התאגיד הייעודי אחראי כלפיו למתן שירותי רפואת השיניים הכלליים המנויים בתוספת השנייה.

ד. שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13.

ה. שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית. מסעיף זה ואילך מפרט החוק את ההסדרים השונים המרכיבים את המארג המבני והנורמטיבי הנדרש ליישום של החוק, לרבות סל השירותים (סעיף 7 לחוק), עלות סל הבריאות ועדכונו (סעיף 9), מקורותיו (סעיף 13), מנגנון הרישום לקופות החולים ופתרון לאוכלוסייה שלא מימשה את זכותה וחובתה להירשם (סעיפים 4-5), מעמדה של המדינה בתחומי השירות המוסיפים להיות נתונים לאחריותה (סעיף 69) ועוד.

ההפרדה או החיץ בין המקורות או אף המנגנון האדמיניסטרטיבי האחראי לגבייתם, לאיגום ולהקצאתם בידי המוסד לביטוח לאומי ובין המנגנון הרפואי ("קופות החולים"), המספק את השירותים למבוטחים (שירותים שהם הביטוי המעשי של "הזכויות" הנתונות להם בחוק) ללא תלות במידת תרומתו הכספית של כל מבוטח לסל המקורות, הם ביטוי המובהק של הבסיס הרעיוני-אידיאולוגי של החוק, כפי שהוא מופיע בסעיף 1 שלו: "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".

עקרונות אלה מכתבים אומנם גם את המנגנון הפרוגרסיבי של מבנה מס הבריאות ותורמים לאופי ההרמוני של החקיקה על כל חלקיה, אולם ל"חומה הסינית" שמעמיד החוק בין הזכויות לשירותים ומימון האוניברסלי ("לכל אחד לפי צרכיו") למנגנון הגבייה הדיפרנציאלי ("כל אחד לפי יכולתו") משמעות סמלית עמוקה, שגם מייחדת את חוק ביטוח בריאות ממלכתי מרוב החקיקה המסדירה את רשתות הביטחון הסוציאליות שפורסת המדינה למבוטחיה, אף שהם מבוססים ברובם על תפיסה עקרונית דומה של סולידריות או ערבות הדדית. כרסום מה בעקרון האוניברסליות גרע גם מיציבותה של ה"חומה", כאשר יצירת סל תשלומי השתתפות עצמית דיפרנציאלי לכל קופת חולים מחייבת גם התחשבות מסוימת ביכולתו הכלכלית של כל מבוטח וביחסי המבוטח עם הקופה שבה הוא רשום. ואולם הכרסום נבלם כמעט במלואו לאחר חקיקתם של סעיפים 8(א) ו-2(א) לחוק ("שינויים בשירותי הבריאות ותשלומים"). סעיפים אלה מבטאים את שיאו של מהלך זה, שלא היה לו המשך ואשר מימש רק חלק קטן ממטרותיהם של יוזמיו.

שאלת היחס בין מרכיביו הציבוריים והפרטיים של החוק, המתייחסת גם לזהותם של המבוטחים, גם לזהות הספקים וגם לאפיונם של מקורות המימון שלו מלווה את החוק משחר חקיקתו, וביתר שאת מאז חקיקתו של סעיף 8(א) ו-2(א) והחלפתו של סעיף 10 ("שירותי בריאות נוספים", הידועים גם בשם "הביטוח המשלים"). באופן כללי שאינו יכול לעשות צדק מלא עם הנושא במסגרת דיון זה, אפשר לומר כי אף ששאלת היחס בין הציבורי לפרטי חוצה או משיקה כמעט תמיד לשאלות של דיפרנציאליות לעומת אוניברסליות ושל שוויון לעומת יצירה או העמקה של פערים, שיקפו התמורות בחוק בהיבטים אלה נאמנות עקבית לרוב מאפייניו המקוריים. סל הבריאות שמר על מבנהו האוניברסלי; סמכותן של קופות החולים להציע סל תשלומים דיפרנציאלי לא הובילה בדרך כלל לפערים משמעותיים במנגנוני ההשתתפות העצמית ובסכומיהם; איסור

הבחנה על בסיס מצב רפואי נותר עיקרון שאין סוטים ממנו גם בעיצוב עקרונותיה של התוכנית לשירותי בריאות נוספים, שבתודעה הציבורית עודנה נחשבת למייצגת המובהקת של רעיון ההפרטה (אף שסעיף 20 לחוק העוסק בנושא, בנוסחו העדכני, מתון בהרבה בהיבט זה מן הסעיף בנוסחו המקורי); ויוזמות להכללת מבטחים פרטיים או בבעלות גופים למטרת רווח נגנזו או נזנחו.

למעשה הפך שימור אופייה הציבורי של מערכת הבריאות למטרה קונצנזואלית של רוב הגורמים שלהם השפעה על מערכת הבריאות, כל גורם מסיבותיו. רבים מן ההסדרים שנכללו בחוק בשנים האחרונות או אף במהלכי חקיקה מקבילים מעצימים את זהותה הציבורית של המערכת, לעיתים על ידי המרה הדרגתית של מרכיבים פרטיים כך שישקפו או יטמיעו מאפיינים ציבוריים: בית החולים הציבורי הראשון בבעלות פרטית (אסותא אשדוד) אינו מציע שירותי רפואה פרטיים (שר"פ); בתי חולים פרטיים רבים מייחדים נתח גדל והולך של השירותים לטובת השוק הציבורי ומציעים גרסה ציבורית של מאפייני שירות פרטיים (בחירת רופא ללא תשלום פרטי, במימון ציבורי מלא); התוכניות לשירותי בריאות נוספים מאפשרות מעבר מלא של מבטחים מקופה לקופה בין רובדי שירות מקבילים, ואינן מאפשרות את מימוש הזכות לניתוחים באמצעות החזר לרכישה פרטית (או תשלום פרטי על שדרוגים של שירות המוצע על ידי מנתחי הסדר); איסור על קבלת שירות מאותו רופא באופן פרטי וציבורי, אלא לאחר "תקופת צינון", שהוביל להסדרי רציפות טיפולית במימון ציבורי בין שירותי הקהילה הציבוריים לרפואה השלישנית הניתנת במערכת הפרטית הקשורה עם חלק מקופות החולים, ועוד. אף שסל השירותים מפורט בחוק, שומר החוק על עמימות יחסית ביחס לפרמטרים של איכות, מרחק וזמינות שעל פיהם יינתנו השירותים שבסל. הצהרת הכוונות המקורית של החוק בדבר פירוט נוסף של הסל ביחס לסעיף 8 (i): "זמני ההמתנה לשירות, מרחק הינתנו מבית המבוטח, הגורם המחליט על מתן השירות, דרך הינתנו ואיכותו" – תוך שנתיים מעת חקיקתו בטלה עם ביטולו של סעיף 8 (i). כך נותרנו עם סעיף 3 (ד) לחוק, הקובע כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13".

סעיף זה מבטא את ההבנה כי אין משמעות רבה לזכות לשירות רפואי אם קופת החולים חופשית לספקו בזמן, במרחק או באיכות הנראים לה, אך לצידה גם את ההכרה בכך שמקורותיה של המערכת אינם בלתי מוגבלים, ולכן פשרה מסוימת בין דרישות המבוטחים או ציפיותיהם ובין יכולתה של מערכת הבריאות להגשימן היא בלתי נמנעת.

לאורך השנים ניסה הרגולטור לצקת תוכן לדרישת הסבירות בחוק, לרבות באמצעות קביעת מדדי זמן מוגדרים, המשקפים לשיטתו את מבחן הסבירות בחוק, בגזרות שירות מסוימות (למשל רפואת שיניים או שירותי התפתחות הילד), אך ברוב תחומי השירות מרכיבי הזמן, המרחק והאיכות עודם נתונים לאילוצים תקציביים, למחסור בתשתיות ובמשאבים ובעיקר למחסור בכוח אדם (ולתחרות על כוח אדם זה בין המגזר הציבורי לפרטי, ולעיתים גם בין גורמי המגזר הציבורי לבין עצמם) וכן לפערים המסורתיים בין המרכז לפרפריה. הוויכוח ארוך השנים ביחס לצורך, לתועלת או למעשיות שבהגדרה מפורטת של מדדי הזמינות לא יוכרע בקרוב, והדעת נותנת כי גם להבא, קביעת דרישות מפורטות יותר תיעשה רק במקרים כדלקמן: חוסר סבירות בולט בדרך שבה ניתנים שירותים מסוימים; כאשר יש דרך לספק שירותים אלו בזמינות טובה יותר, באמצעות הכשרה וגיוס

של כוח אדם מתאים והרחבה של התקשרויות עם כוח אדם כזה; כשתועלתה של הסדרה עולה על חסרונותיה (ובכלל זה החשש כי סטנדרט "מינימלי" יהפוך ל"מקסימלי" ויהווה בלם לשיפור נוסף, מעבר לרף שנקבע). אפשר להסכים כי מגבלת מקורות המימון הנזכרת בסעיף 3(ד) אינה משקפת אמת מידה נורמטיבית מדידה או אפקטיבית, בהיעדר אפשרות מעשית "לתרגם" את היקף המקורות לאמות מידה מוגדרות של זמינות, מרחק או איכות, וכי היא לא נועדה להכשיר מדדי זמינות שמשמעותם חריגה מרף ה"סבירות" במובנו האובייקטיבי. המשמעות המעשית היא כי על הרגולטור – המחזיק בידע ובמומחיות מיוחדים, גם בהיבטים הרפואיים וגם בהיבטים הכלכליים הנוגעים למימוש הזכויות – להגדיר בזירות את היקף חובתן של קופות החולים ולהחליט מה סוג ההתערבות הנדרש ממנו, החל במתן הנחיה נקודתית (במענה לתלונה ספציפית) ועד הסדרת רוחב, אם הניסיון מראה כי בהיעדרה לא יתאפשר להגיע למימוש הוגן של הזכות הנתונה בחוק.

מבנה המערכת

אפשר לומר שמבנה מערכת הבריאות הישראלית מורכב משילוב של עיוותים מבניים היסטוריים, אשר נמצאים בשיווי משקל תפקודי ופועלים בצורה יעילה ואיכותית. קשה לחשוב שמתכנן מרכזי כלשהו, אילו נדרש לתכנן מערכת בריאות, היה יוצר מבנה כמו של המערכת הישראלית. שילוב של מבנים היסטוריים (שחלקם קודם להקמת המדינה), מערכת תמריצים כלכליים, חקיקה ורגולציה הביא את המערכת למקום שבו היא נמצאת היום. הארגונים המרכזיים המנווטים את המערכת הם משרדי הבריאות והאוצר, ארבע קופות החולים – כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית ומערך האשפוז בבתי החולים.

מערך קופות החולים התגבש במקור לפי 'מודל ביסמרק' של ארגוני בריאות שנוסדו בעיקר במסגרת ארגוני העובדים (ההסתדרות הכללית וההסתדרות הלאומית) המבטחים את חבריהם ואשר התפתחו לארגונים כלכליים רבי עוצמה הפועלים שלא למטרות רווח, אך בסביבה תחרותית מנוהלת תחת רגולציה ממשלתית נרחבת. לצד מערך קופות החולים פועלים בתי החולים הכלליים, אשר למעט בשוליים הם בעיקרם ארגונים ציבוריים ללא מטרות רווח ונמצאים בבעלות מרכזית. כמחצית ממיטות האשפוז הכלליות (בבתי החולים הכלליים) נמצאת בבעלות ישירה של הממשלה; שליש נוסף בבעלות קופות החולים (כמעט כולם בבעלות שירותי בריאות כללית ורשת בתי החולים 'אסותא' בבעלות מכבי), והיתר בבעלות פרטית ללא מטרות רווח (הדסה, שערי צדק, מעייני הישועה, לניאדו ובתי החולים בנצרת).

התחרות במערכת מנוהלת בגבולות של רגולציה כבדה, הן בין קופות החולים והן בין בתי החולים (שם התחרות בעוצמה נמוכה יותר בשל הגבלת חופש הבחירה של המבוטחים במערכת האשפוז, באמצעות קופות החולים), והיא אחד הגורמים ליעילות ולרמת שביעות הרצון הגבוהה יחסית של הציבור הישראלי ממערכת הבריאות. תושבי ישראל יכולים לעבור בכל עת בין קופות החולים ללא הגבלות, כך שהמתח התחרותי ביניהן מוביל לשיפור השירות למבוטחים, גם אם לא תמיד באופן מיטבי ובאמצעים המשפריים את רמת השירות במערכת.

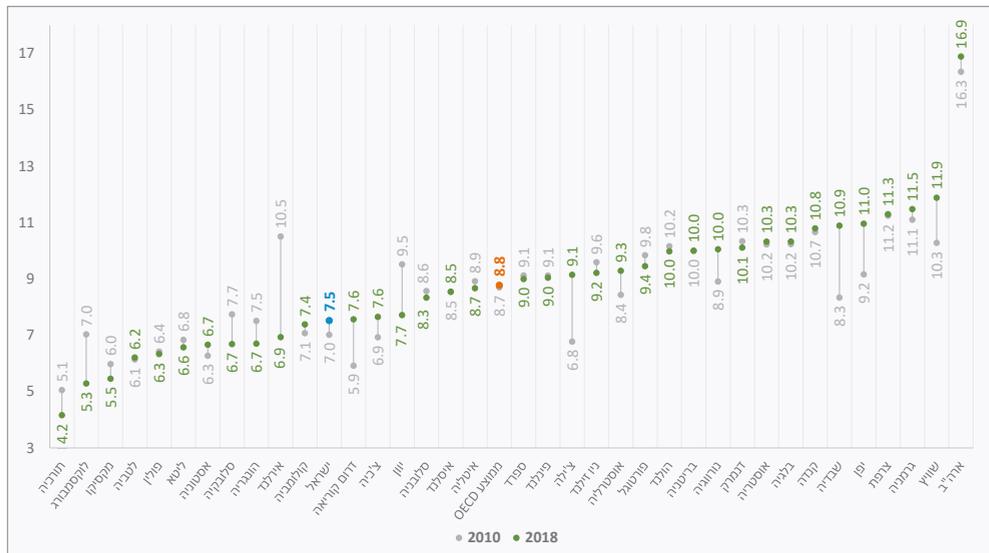
נוסף על כך ומבלי להיכנס לפירוט רב מהנדרש, אחד מצירי היעילות כמו גם החיכוך במערכת הוא המתח בין מערך שירותי הבריאות בקהילה לבתי החולים. כמו כן, ישראל מאופיינת במספר מיטות אשפוז נמוך מאוד (1.75 מיטות לעומת כשלוש מיטות לאלף נפש במדינות החברות ב-OECD).

בין בתי החולים מתקיימת תחרות מוגבלת יותר על הפעילות, בשל מעמדן החוקי של קופות החולים בקביעת הסדרי הבחירה בבתי החולים עבור מבוטחיהן, אך המתח התחרותי ביניהם רב ודוחף גם אותם למציאות משרדי הממשלה מעורבים מאוד בניהול השוטף של המערכת, גם בשל העובדה שמשרד הבריאות פועל בשלושה כובעים במערכת (רגולטור, בעלים של בתי חולים ממשלתיים וספק ישיר של שירותי בריאות הציבור), וגם בשל ההסתמכות של ארגוני הבריאות על תקציב ורגולציה ממשלתיים. כאמור, למשרד הבריאות שלושה תפקידים במערכת – בליבת תפקידו הוא רגולטור וקובע מדיניות; בתפקידו השני הוא ספק שירות המפעיל כמחצית ממערכת האשפוז הכללית, מרבית מערכת האשפוז הפסיכיאטרית וחלק ממערכת האשפוז הגריאטרית, וכן מרפאות לבריאות הנפש וטיפות חלב; הוא גם מבטח – במסגרת חובתו החוקית לספק שירותים הקבועים בתוספת השלישית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שבה נקבעה חובתו לספק שירותי רפואה מונעת, גמילה מהתמכרויות, שירותי טיפת חלב, שירותי בריאות התלמיד ואשפוז גריאטרי (שאותם הוא מפעיל באמצעות מיקור חוץ) ועוד.

מבנה ההוצאה הלאומית

מבנה ההוצאה במערכת הבריאות מורכב ממספר רבדים. הרובד הראשון הוא שיעור ההוצאה הלאומית הכוללת על בריאות (ציבורית ופרטית) מהתוצר הלאומי. במסגרת זו מוציאה ישראל כ-7.5 אחוזים מהתוצר באופן עקיב על פני שנים. נתון זה נמוך באופן משמעותי ממוצע ההוצאה במדינות החברות בארגון ה-OECD (ראו גרף מס' 1). הדבר מבטא יעילות גבוהה של המערכת בשל הדירוג הגבוה של התוצאות ביחס להוצאה הנמוכה, אך גם רמת הוצאה היוצרת לחץ תקציבי מתמיד שמוביל לשחיקה מתמשכת ברמת הטיפול.

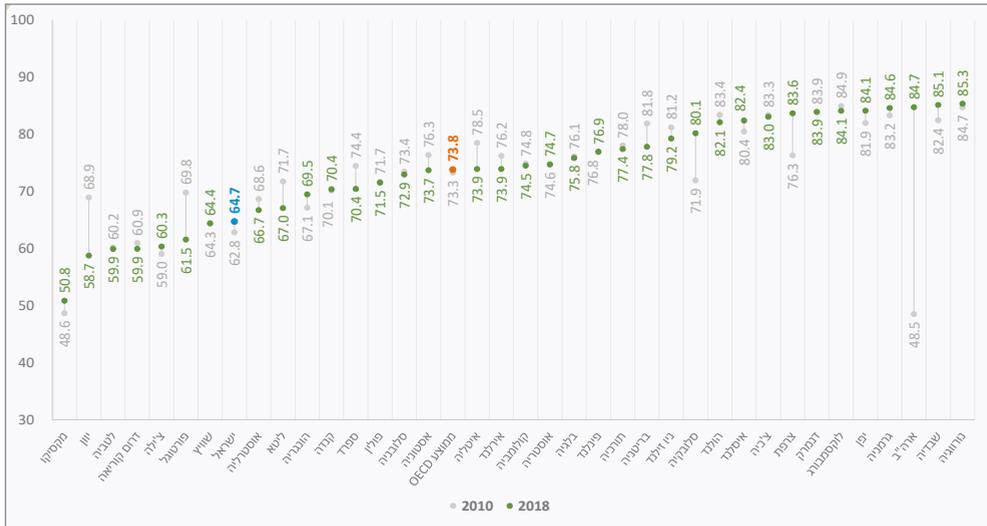
גרף מס' 1: שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג (באחוזים)



מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2018, משרד הבריאות

ממד נוסף במבנה ההוצאה הוא החלוקה בין ההוצאה הפרטית לזו הציבורית. חלוקה זו השתפרה בשנים האחרונות (בראייה ציבורית) ועומדת על כ־65 אחוזי הוצאה ציבורית מול כ־35 אחוזי הוצאה פרטית (ראו גרף מס' 2).

גרף מס' 2: שיעור ההוצאה הציבורית על בריאות מסך ההוצאה הלאומית (באחוזים)



מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי OECD לשנת 2018, משרד הבריאות

עם זאת, כפי שניתן לראות, יחס זה נמוך אף הוא באופן ניכר מהחלוקה המקובלת במדינות ה-OECD ויוצר אתגרים בשמירה על אופייה הציבורי של המערכת ועיוותים במודל הפעלתה. כך לדוגמה, שיעור ניכר מהרופאים הבכירים במערכת הציבורית מועסקים במקביל גם במערכת הפרטית, וכך נוצר פוטנציאל לקונפליקט בקשר להפניית חולים מהמערכת הציבורית לפרטית. אותו הדבר נכון גם לגבי קופות החולים, המתפקדות כמערכת הציבורית במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך במקביל מציעות למבוטחיהן, גם במסגרת החוק, שירותי בריאות משלימים הפועלים פעמים רבות כמסלולי קיצור תורים למערכת הציבורית. כמעט כל הקופות מעורבות בדרך זו או אחרת גם בהפעלת תשתית פרטית לביצוע ניתוחים במימון או הפעלה פרטיים. כך מפעילה מכבי את אסותא תל אביב – בית החולים הפרטי הגדול בישראל המספק שירותים גם במסגרת ציבורית; שירותי בריאות כללית מעורבים במרכז הרפואי הרצליה; מאוחדת ברשת נאר"א ולאומית מחפשת גם היא תשתית פרטית שבה תוכל להיות מעורבת.

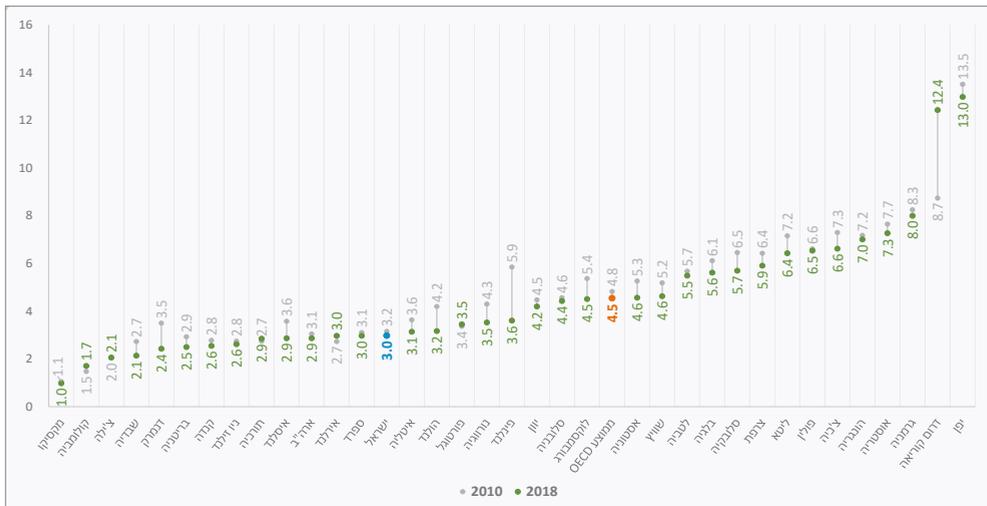
במקביל, בתי החולים שאינם בבעלות הממשלה או שירותי בריאות כללית מציעים שירותי בריאות פרטיים בתשתית הציבורית שהם מפעילים (שר"פ, הנהוג בעיקר בבתי החולים הדסה ושערי צדק). בשנים האחרונות בוצעו מספר מהלכי חקיקה ואסדרה אחרים שנועדו להתמודד עם הקונפליקטים והעיוותים המובנים בהפעלת מערכת היברידיית באופן זה, אך מטבע הדברים הצלחתם חלקית בלבד.

על אף אתגרים אלה של מבנה המערכת ומקורות המימון שלה, מערכת הבריאות הישראלית פועלת במסגרת אתוס ציבורי. כפי שפורט לעיל, מזה כ-26 שנים מופעל בישראל ביטוח בריאות ממלכתי המכסה את כלל תושבי המדינה באמצעות ביטוח באחת מארבע קופות החולים, על פי בחירת המבוטח. סל השירותים הציבורי הישראלי מקיף שירותי בריאות מהמתקדמים ביותר והוא אחד הרחבים בעולם. סל הבריאות מתעדכן אחת לשנה באמצעות תקציב תוספתי, שמממן תוספת ריאלית של שירותים שנקבעת על ידי הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות, המתמנה מדי שנה על ידי שרי הבריאות והאוצר. זאת ועוד, המדינה מספקת שירותים נרחבים של רפואה מונעת ובריאות הציבור במסגרת מערך טיפות החלב ושירותי בריאות התלמיד, כאשר מרבית הגופים במערכת פועלים שלא למטרות רווח. היסוד לכל אלה הוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק בשנת 1994 על בסיס עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.

תשתיות המערכת

תשתיות מערכת הבריאות הציבורית העיקריות מורכבות ממערך האשפוז, שכולל את כלל בתי החולים הציבוריים (כלליים, גריאטריים ופסיכיאטריים) על בעלויותיהם השונות ואת המרפאות ומגוון שירותי הבריאות בקהילה המופעלים על ידי קופות החולים. ההשוואה הבינלאומית המקובלת בנושא תשתיות בריאות היא של מספר המיטות הכלליות (בבתי החולים הכלליים) לאלף נפש. במסגרת השוואה זו ישראל נמצאת בתחתית הדירוג עם מספר מיטות נמוך מאוד, עד כדי קושי ממשי לעמוד בעומסים העונתיים במערך האשפוז (ראו גרף מס' 3).

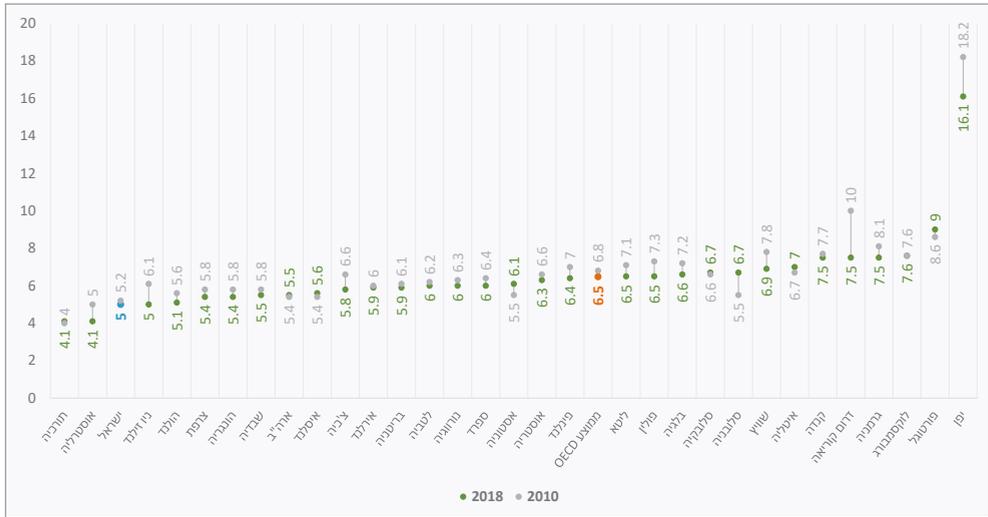
גרף מס' 3: שיעור מיטות אשפוז בבתי החולים הכלליים לאלף נפש



מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי OECD לשנת 2018, משרד הבריאות

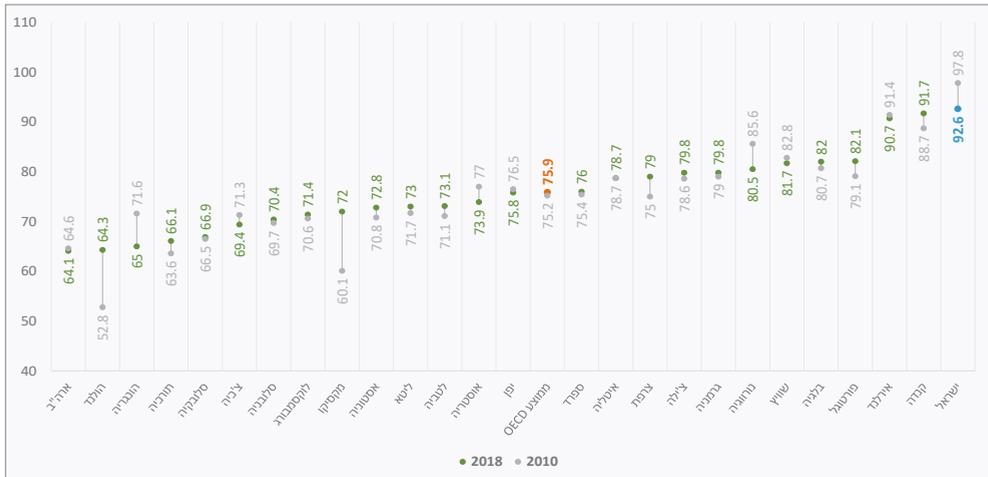
שיעור המיטות הנמוך גורם לכך שמשך האשפוז בבתי החולים הכלליים בישראל הוא מהקצרים בקרב המדינות המפותחות, ושיעור התפוסה הוא מהגבוהים בהן (ראו גרפים מס' 4 ו-5).

גרף מס' 4: ממוצע ימי שהייה באשפוז הכללי



מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2018, משרד הבריאות

גרף מס' 5: שיעור התפוסה של מיטות באשפוז הכללי (באחוזים)



מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2018, משרד הבריאות

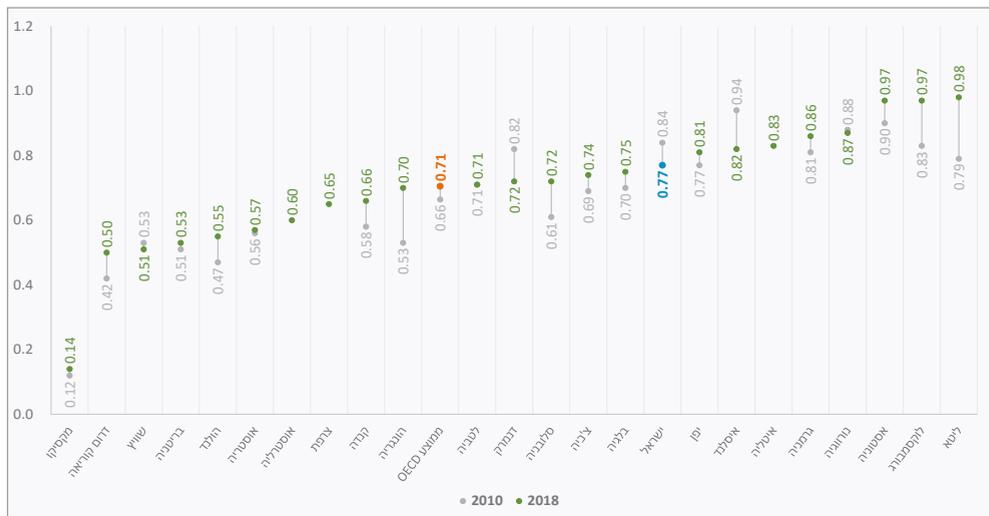
לצד עובדה זו, אין עוררין על כך שהמחסור בתשתיות מערך האשפוז יוצר עבור קופות החולים תמריצים לחתירה למצינונות באספקת שירותים קהילתיים מחוץ למסגרת בית החולים, לרבות אשפוזי בית, ובכך לאפשר טיפול שפעמים רבות הוא באיכות ובהתאמה טובות יותר למטופל.

איכות כוח האדם

ישראל התברכה בכוח אדם מקצועי איכותי בכלל הגופים המרכיבים את מערכת הבריאות. הביקוש ללימוד מקצועות הבריאות, מרפואה וסיעוד ועד ליתר מקצועות הבריאות גבוה ומאפשר קבלה של מועמדים איכותיים, המעוניינים במיוחד לעסוק במקצוע ולעבור את מסלול ההכשרה המפרך. עם זאת יש אתגרים גדולים גם בתחום זה – הלחץ על כוח האדם הנמצא במחסור תמידי הולך וגובר וסממני השחיקה ניכרים במערכת. עם חילופי הדורות, הרופאות והרופאים המתמחים מערערים כיום על נורמת שעות העבודה הארוכות, שהייתה מובנת מאליה במערכת הבריאות בעבר. גם אירועי האלימות שמתרחשים מעת לעת כלפי אנשי הצוות הרפואי פוגעים בחוסן של הצוותים. לצד זאת, היקף ההכשרה המקומית של רופאות ורופאים נמצא בחוסר הלימה הולך וגדל ביחס לצרכים, באופן הגורם לכך ששיעור הרופאים לאלף נפש נשחק ויותר ממחצית מכוח האדם הרפואי הנכנס למערכת הוכשר מחוץ לישראל, גם במדינות שרמת ההכשרה בהן לא בהכרח עומדת בסטנדרט מערבי (ראו גרפים מס' 6-8).

לאחרונה מנסה משרד הבריאות לקבוע סטנדרט להכרה בהכשרה של כוח אדם רפואי, דבר שעלול להביא לכך שהיקף ההכשרה הכולל יפחת מאוד והמחסור הצפוי בכוח אדם יאתגר את המערכת. לצד זאת קיים קושי ממשי בהגדלת מספר הסטודנטים לרפואה הלומדים בישראל, הנובע בעיקרו ממחסור בשדות קליניים (תשתיות הכשרה מעשית בבתי החולים האוניברסיטאיים) וכן מרצון של דיקני הפקולטות לשמור על גודל הקבוצות הקיים כדי להבטיח את רמת ההוראה. זהו אחד מנושאי הליבה שעל המערכת לעסוק בהם בשנים הקרובות, לצד הצורך לתכנן גם את מערך ההתמחויות של הרופאים.

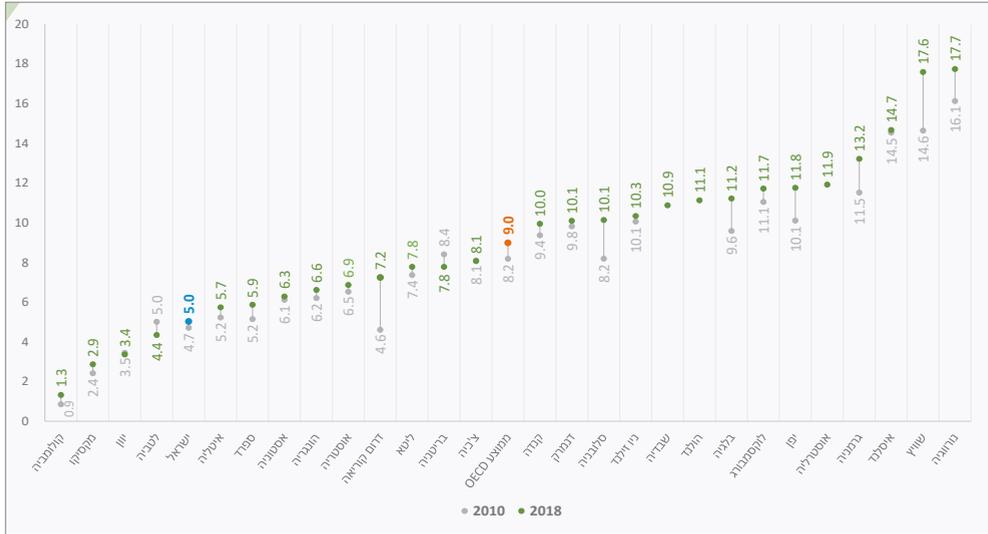
גרף מס' 6: שיעור רופאות ורופאים פעילים לאלף נפש



מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי OECD לשנת 2018, משרד הבריאות

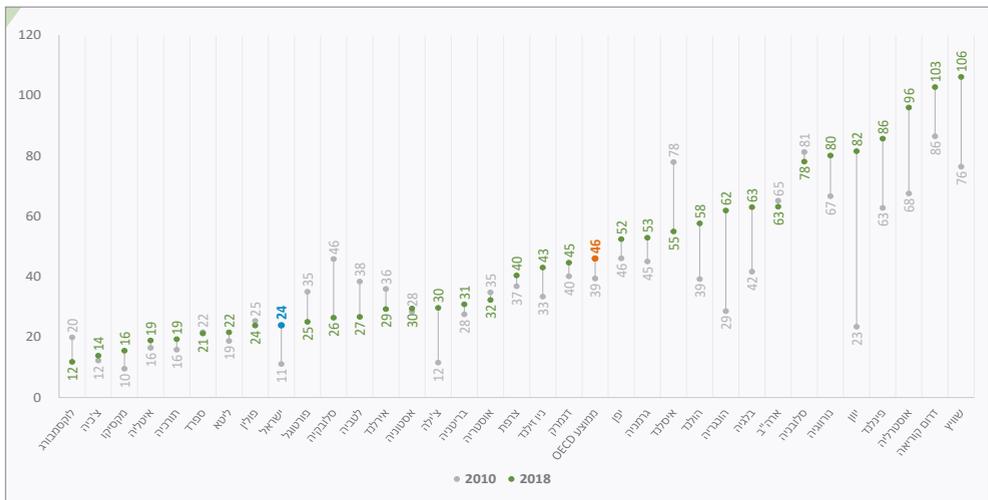
לצד זאת חל שיפור מסוים, אך רחוק ממספק, בשיעור האחיות והאחים לאלף נפש, ועל המדינה להמשיך להשקיע בהגדלת מספר הלומדים בתוכניות אלה (ראו גרפים מס' 9 ו-10).

גרף מס' 9: שיעור אחיות ואחים פעילים לאלף נפש



מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2018, משרד הבריאות

גרף מס' 10: שיעור מסיימי לימודי סיעוד למאה אלף נפש



מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2018, משרד הבריאות