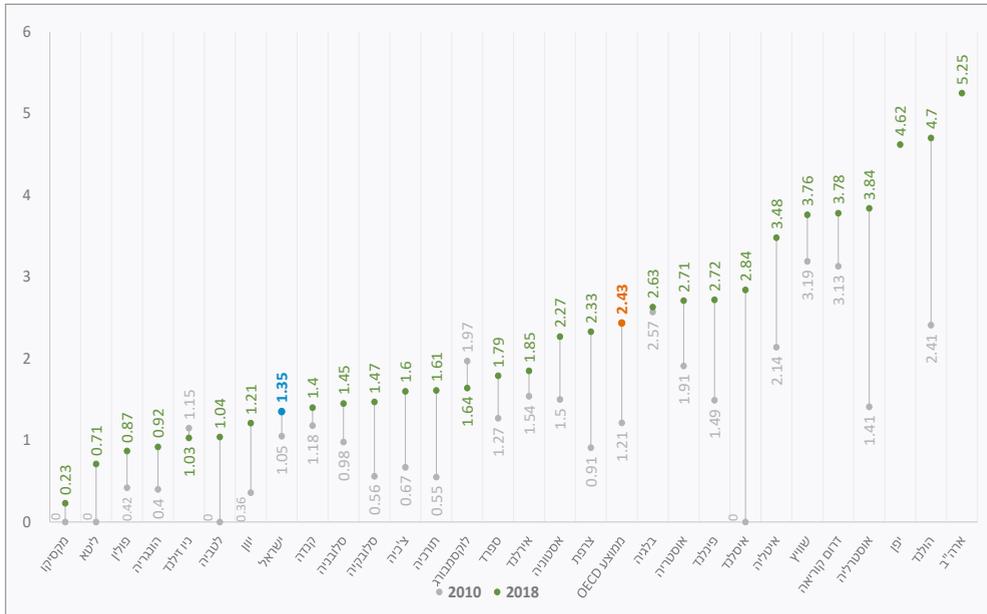


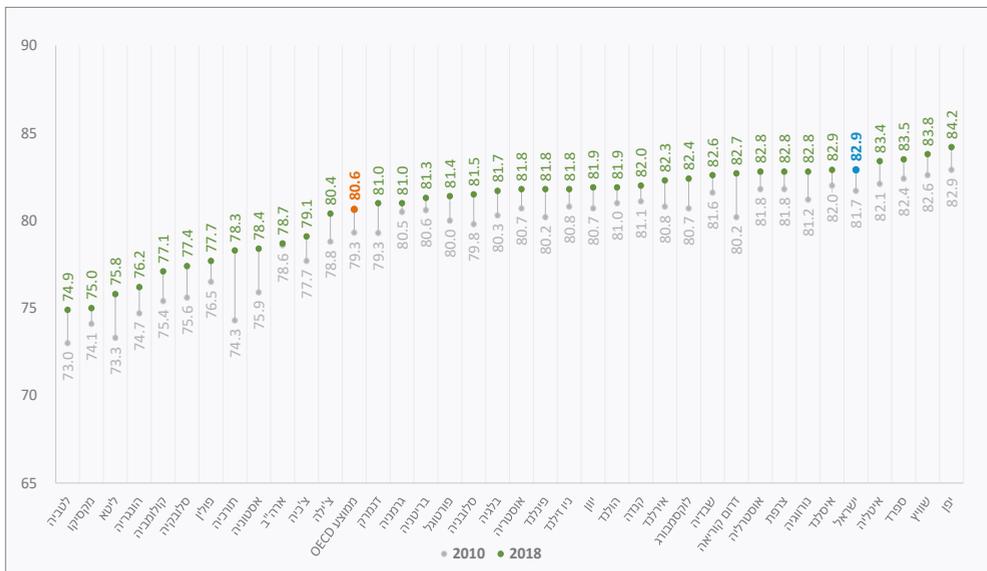
גרף מס' 18: שיעור מכשירי PET CT למיליון תושבים



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

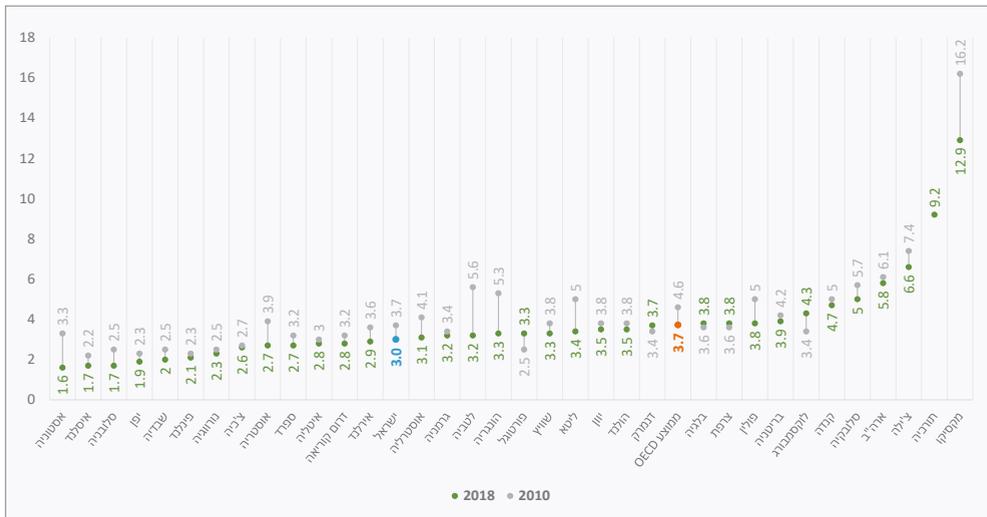
לצד זאת, מדדי התוצאה של מערכת הבריאות מצוינים, הן בתוחלת חיים בלידה והן במדדים נבחרים נוספים.

גרף מס' 19: תוחלת חיים בלידה – כלל האוכלוסייה (שנים)



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

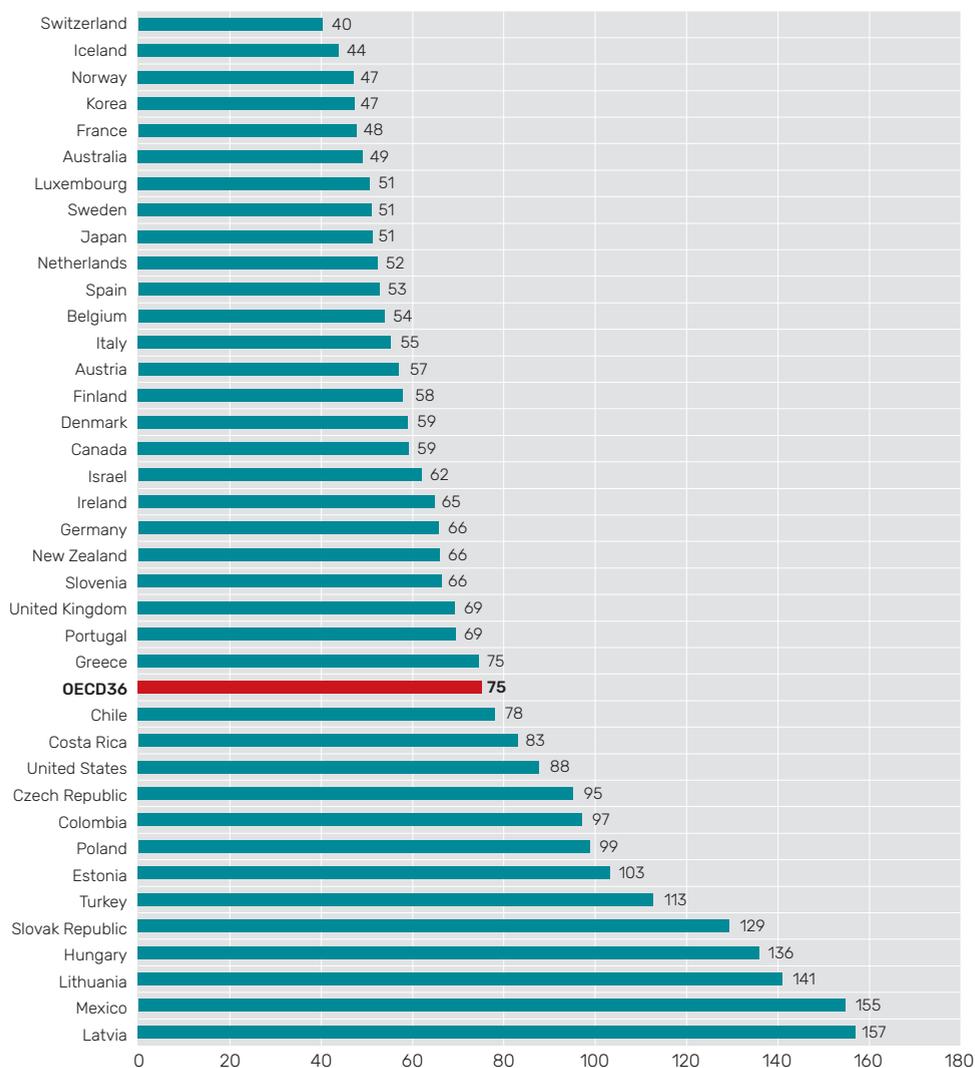
גרף מס' 20: שיעור תמותת תינוקות לאלף לידות חי



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

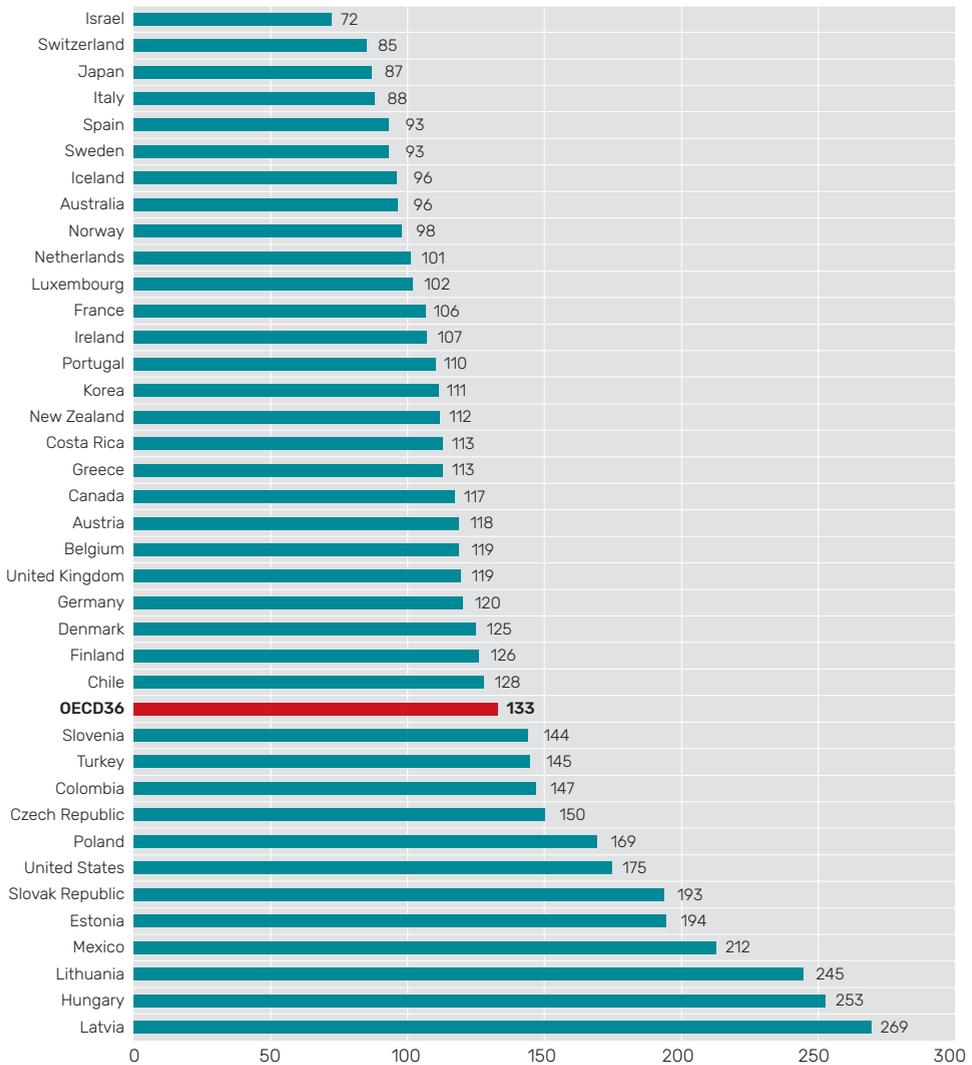
מעבר למדדים הבסיסיים של תוחלת חיים ותמותת תינוקות, שהם מדדים חשובים אך השפעת מערכת הבריאות עליהם מוגבלת, נהוג היום גם לבחון ולנתח מדדי עומק נוספים המשקפים תמונת מצב מלאה יותר על איכות מערכת הבריאות, ובהם מוות בר־מניעה ותמותה לפי מחלות נבחרות, שהן גורם מוות מרכזי במדינות המפותחות.

גרף מס' 21א: שיעורי תמותה מגורמים הניתנים לטיפול, לפי גיל למאה אלף נפש



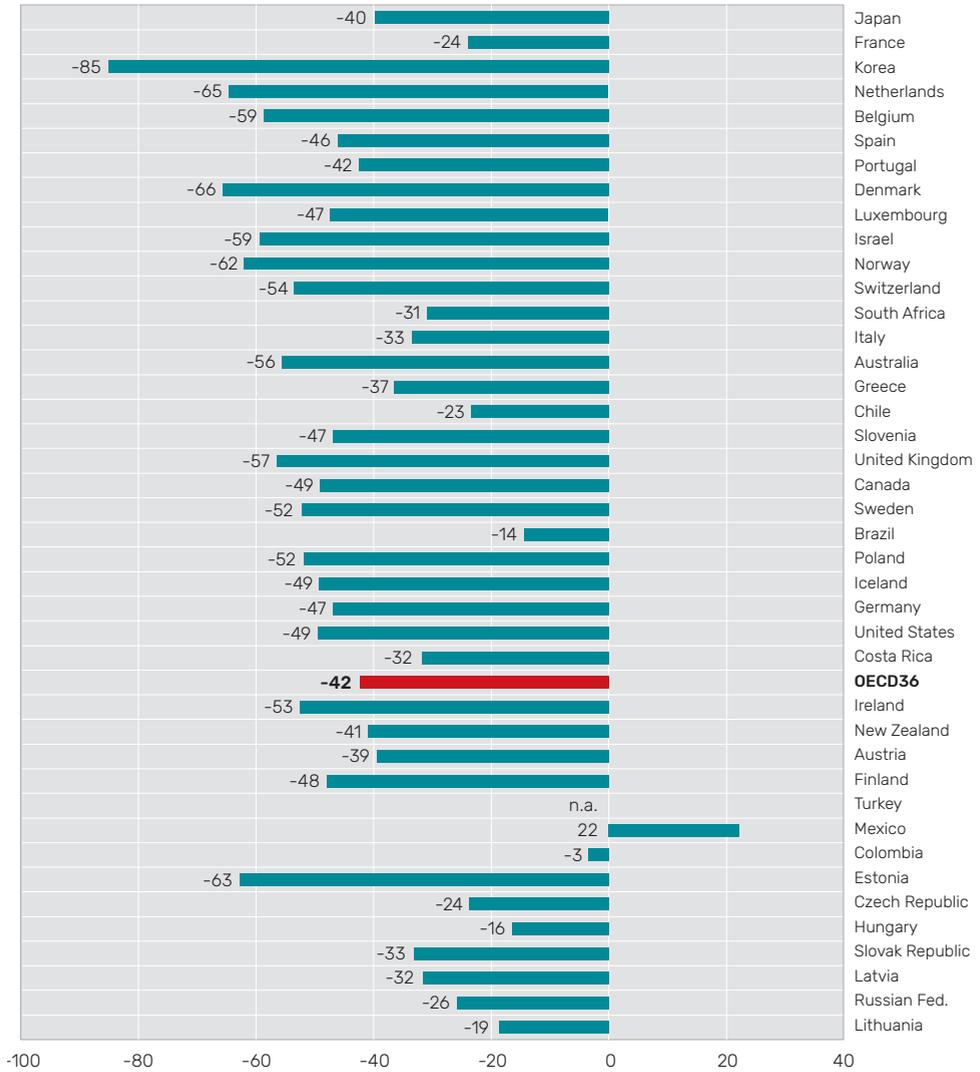
מקור: OECD, <http://doi.org/10.1787/888934014973>

גרף מס' 21ב: שיעורי תמותה מגורמים בני מניעה, לפי גיל למאה אלף נפש



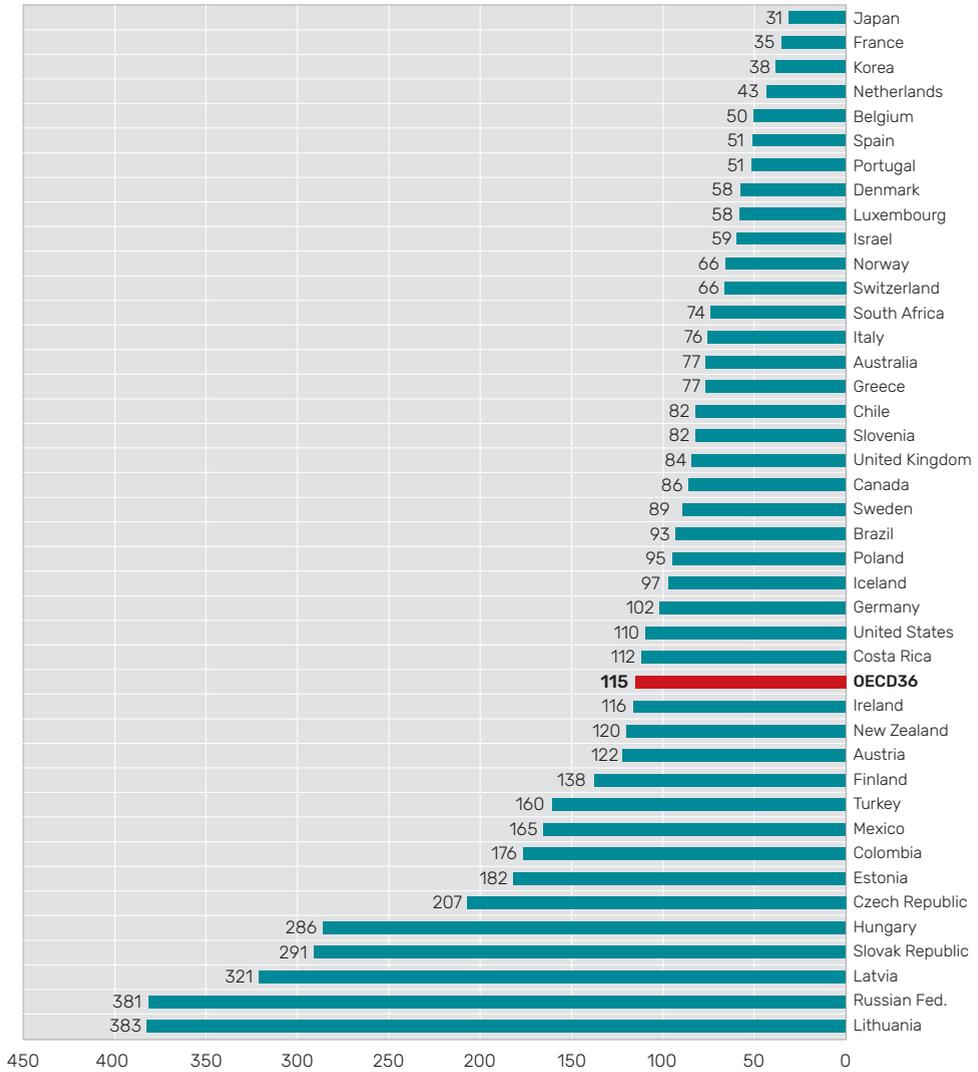
מקור: OECD, <http://doi.org/10.1787/888934014973>

גרף מס' 22א: שיעורי תמותה ממחלות לב – שינוי באחוזים בשנים 2000–2017



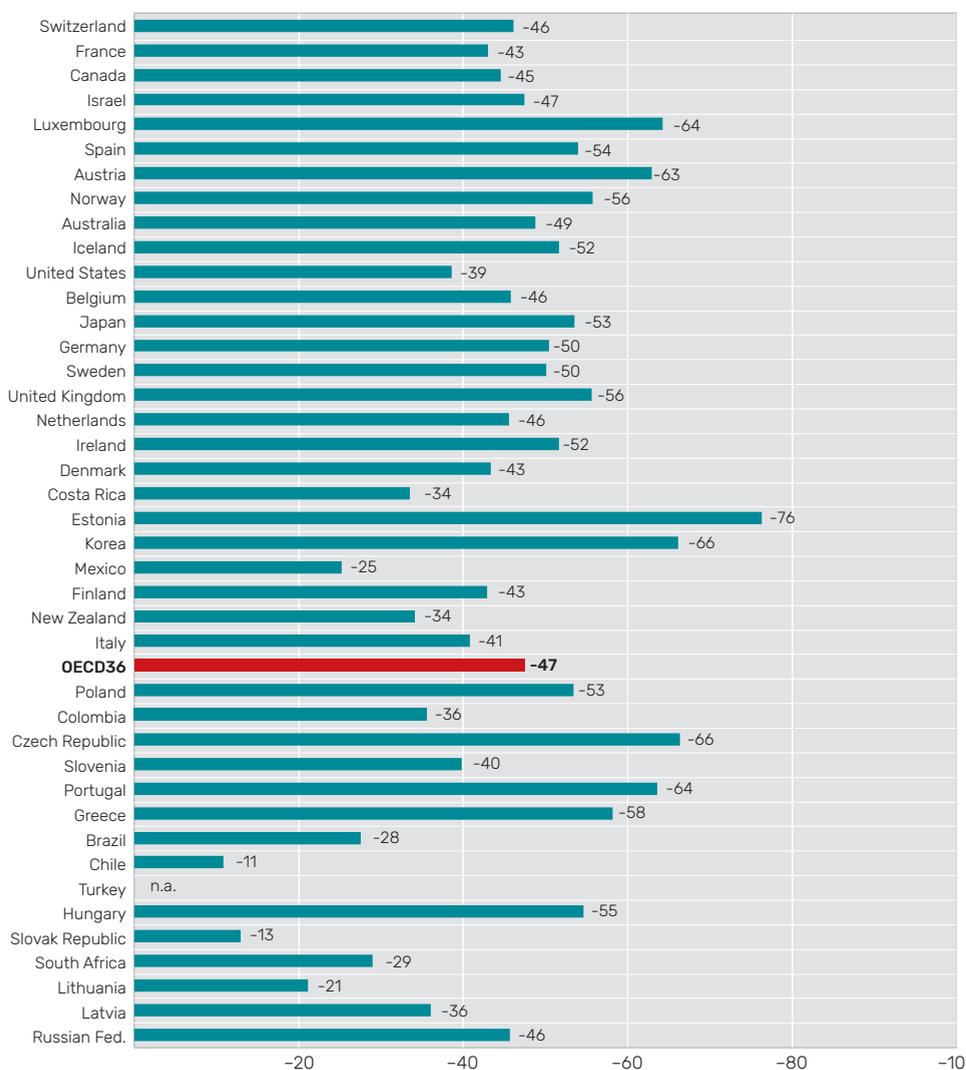
מקור: OECD, 2019 <http://doi.org/10.1787/888934014992>

גרף מס' 22: שיעורי תמותה ממחלות לב לפי גיל למאה אלף נפש, 2017



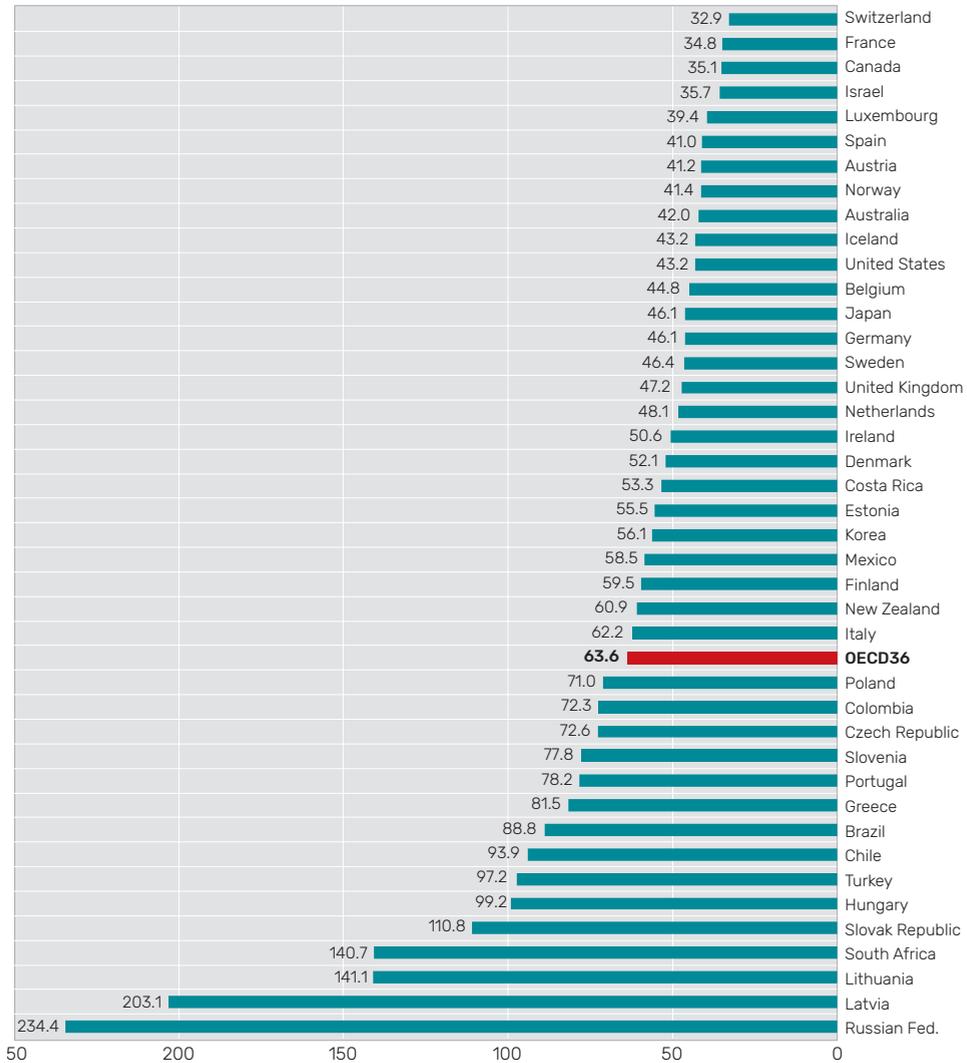
מקור: OECD, 2019 <http://doi.org/10.1787/888934014992>

גרף מס' 23א: שיעורי תמותה משבץ – שינוי באחוזים בשנים 2000-2017



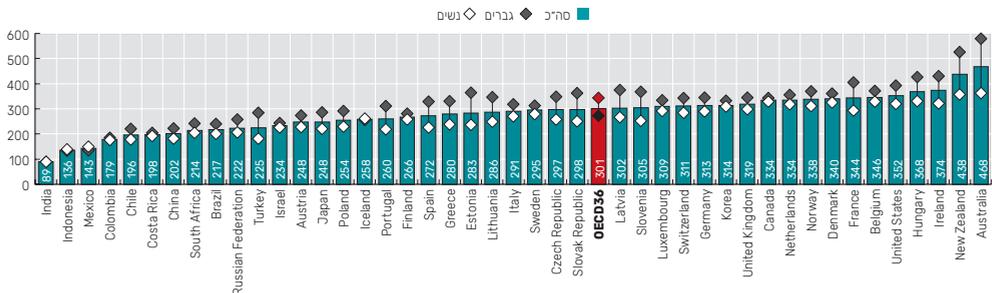
מקור: OECD Health Statistics 2019

גרף מס' 23: שיעורי תמותה משבץ לפי גיל למאה אלף נפש, 2017

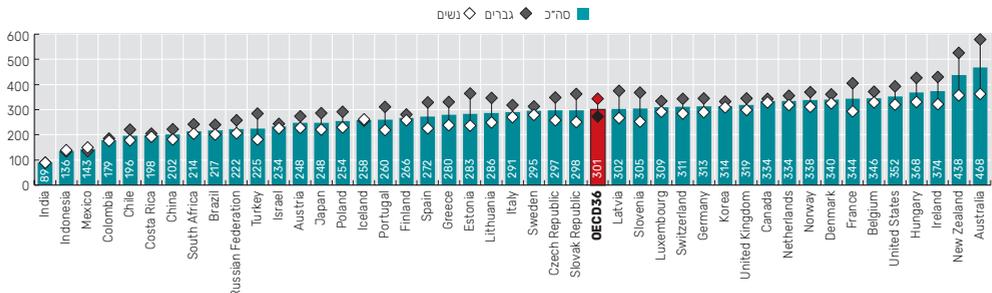


מקור: OECD Health Statistics 2019

גרף מס' 24א: שיעורי תחלואה בסרטן לפי מין למאה אלף נפש, 2017



גרף מס' 24ב: שיעורי תחלואה בסרטן לפי גיל למאה אלף נפש, 2018



מקור: OECD, 2019, <https://doi.org/10.1787/ac388762-en>

הצורך בסגירת פערים תקציביים בבסיס התקציב וביצירת תשתית תקציבית וכלכלית לאיתנות, חוסן וקיימות של המערכת בטווח הארוך

הנה כי כן, במערכת הבריאות הישראלית מתקיימת דואליות של מצוינות ויעילות גבוהות מאוד לצד מחסור כרוני במשאבים. המחסור במשאבים מעמיד בספק את יכולתה של המערכת לתת מענה למצבי חירום או לעומסים עונתיים והבעיה הולכת וגוברת משנה לשנה, בשל המגמות הטבעיות של גידול באוכלוסייה והזדקנותה, לצד העלייה בתחלואה הכרונית.

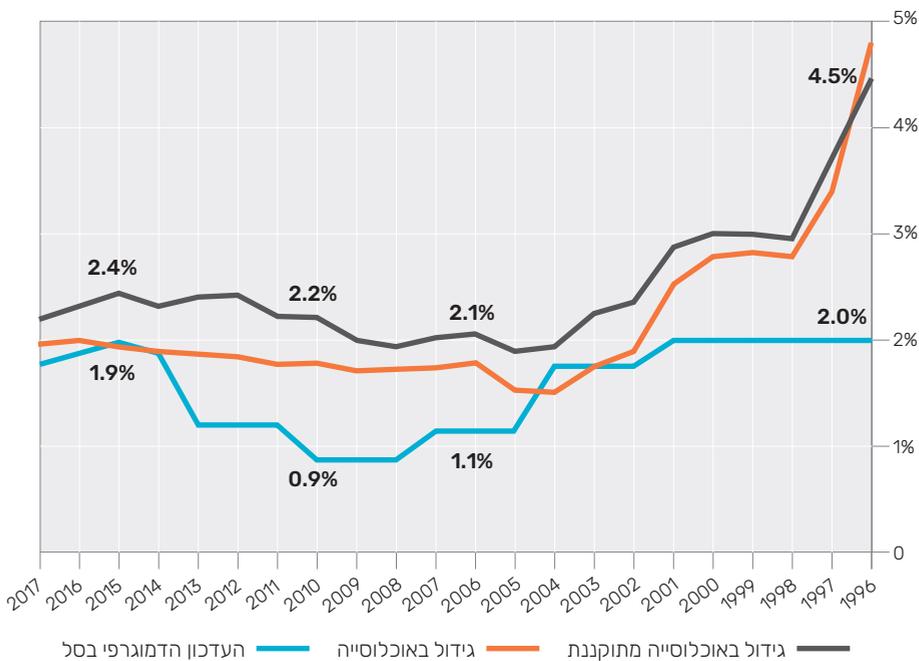
לשם כך גובשו תוכניות רבות שנועדו לשפר את מצבה התקציבי של המערכת ולהכין אותה לאתגרי העתיד בעשור הקרוב לפחות. התוכנית האחרונה הוכנה על ידי אגף התכנון האסטרטגי במשרד הבריאות במהלך שנת 2019.

במסגרת זו הוצעו מספר שינויים במנגנוני התקצוב של מערכת הבריאות, על מנת להבטיח את חוסנה ואת יכולתה להתמודד עם אתגרי העתיד בעשור הקרוב. להלן המרכזיים שבהם:

• **תיקון מנגנון העדכון הדמוגרפי של עלות סל שירותי הבריאות**

סעיף 9(ב)(3) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי "שר הבריאות ושר האוצר רשאים, על פי המלצת מועצת הבריאות ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת [...] לעדכן את עלות הסל לקופות בשל השינויים הדמוגרפיים שחלו באוכלוסייה". החל משנת 2014 שיעור העדכון נקבע לפי שיעור גידול האוכלוסייה, אך לא ניתן פיצוי לקופות החולים בשל הזדקנות האוכלוסייה בשווי כמחצית האחוז מעלות סל השירותים מדי שנה, לבסיס התקציב המממן את עלות הסל. ההשפעה המצטברת של שחיקה זו דרמטית, ובראייה קדימה – עד סוף העשור צפוי מספר הקשישים בני ה-75 ומעלה להכפיל את עצמו כש השחיקה העתידית צפויה להיות משמעותית יותר, בייחוד בשל העובדה שבני ה-75 ומעלה הם צרכני הבריאות הגדולים ביותר, עד כדי פי שישה ממשקלם באוכלוסייה.

גרף מס' 25: שיעור העדכון הדמוגרפי בסל מול שיעור גידול האוכלוסייה והזדקנותה, והשחיקה המצטברת שנוצרה בעלות הסל בשל עדכון חלקי של המקדם הדמוגרפי



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

בהתאם לכך, מעבר לצורך לתת מענה לשחיקה שנוצרה, יש להבטיח כי בראייה קדימה התקצוב ייתן מענה לצורכי האוכלוסייה באמצעות מתן מענה להזדקנות האוכלוסייה, לפי הנוסחה הקבועה לשם כך על ידי משרדי הבריאות והאוצר.

• **תיקון מנגנון המחירים בסל שירותי הבריאות**

מנגנון עדכון עלות הסל בשל שינויי המחירים קבוע בתוספת החמישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אולם קיים פער מובנה בין מחירי הסל בפועל למדד המחירים הקבוע בתוספת לחוק, בשל שימוש במדדי קרבה (פרוקסי) במקום במדדים המשקפים את השינויים בפועל, וזאת כדי למנוע מצב שבו קופות החולים אדישות לשינויים במחירים. מוצע אם כן לתקן אותו כך שיתן מענה לפער בין מדדים אלה, תוך שמירה על מערך תמריצים שימנע אדישות של הקופות.

• **קביעת טווח מקדמים קבוע לעדכון הטכנולוגי**

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מטיל על שרי הבריאות והאוצר לעדכן את סל השירותים בהתאם להתפתחויות הטכנולוגיות. מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד היום נחשב סל השירותים הישראלי לאחד מהמעודכנים בעולם, אולם קצב התפתחות הטכנולוגיה המואץ בשנים האחרונות, הבא לידי ביטוי בעלות הטיפול בטכנולוגיות החדשות כפי שמתואר (ראו גרף 13) מאתגר את היכולת להבטיח רמת עדכון זו גם בעתיד. בשל כך מוצע לקבוע שיעור עדכון מינימלי או טווח עדכון לסל השירותים בהיקף שינוע בין 1.5 לשני אחוזים בשנה.

לצד תיקונים אלה מוצע לבצע תיקונים נוספים שיבטיחו את האיתנות ואת יכולת הספיקה של מערך האשפוז בשני מנגנונים: הראשון – קביעת תוספת שנתית של מיטות אשפוז כלליות באופן שימנע את המשך הירידה בשיעור מיטות האשפוז הכלליות ויעמוד על 1.8 מיטות לאלף נפש לפחות. המשמעות היא תוספת של כ-300–350 מיטות אשפוז כלליות ובנייה של תשתיות אשפוז נוספות, באמצעות בניית בית החולים החדש בבאר שבע ובית החולים הנוסף בקרית.

המנגנון השני הוא קביעת מנגנון לתקצוב שוטף של בתי החולים הציבוריים שאינם ממשלתיים או בבעלות שירותי בריאות כללית. בתי חולים אלה, המהווים תשתית חיונית ביכולת לתת מענה לצורכי האשפוז בשגרה ובחירום, סובלים מתת-תקצוב ביחס לבתי החולים האחרים וכן מקשיים בתזרים המזומנים. אלה משיתים עליהם עלויות מימון ניכרות או גוזרים עליהם מתן הנחות למבטחים באופן המחריף את מצבם הכלכלי. מוצע אם כן להבטיח את תקציבם השוטף של בתי החולים שאינם ממשלתיים או בבעלות קופות החולים באמצעות מנגנון תקצוב מוסדר מתקציב המדינה.

לצורך מתן מענה לצרכים אלה מוצע לקבוע כי מס הבריאות בישראל, שהוא אחד הנמוכים במערב וגם אינו מושת על המעסיקים, יגדל ב-0.5 אחוז עד אחוז אחד ביחס לבסיס המס. גם לאחר העלאת מס זו, שיעור המיסוי הייעודי למערכת הבריאות יישאר נמוך ביחס למדינות ה-OECD.

ברי כי השינויים שחלו בעקבות מגפת הקורונה המחישו את הצורך במתן מענה לצורכי המערכת, אך נדרשת חשיבה נוספת לגבי מנגנון המיסוי, וזאת בשל השינויים שחלו בשוק העבודה בתקופה זו והחשש כי העלאת המיסוי תפגע בתמריצים להגדלת היקף התעסוקה, הן מצד המעסיקים והן מצד העובדים.

בראייה כוללת, יישום צעדים אלה יבטיח את יכולתה של המערכת לתת מענה הולם הן לצורכי השגרה והן לצורכי החירום, וכן יבטיח את איתנות המערכת ואת יכולתה לספק שירותים בטווח הארוך, בשים לב לאתגרים החשובים הצפויים לה בעשור הקרוב.

הצורך בתשתיות לאומיות חיוניות נוספות לצורך עמידה איתנה של המערכת בשגרה ובחירום

כדי להבטיח ביטחון לאומי יש לכלול בו גם איתנות של מערכת הבריאות על תשתיותיה החיוניות. מאמץ זה צריך להיות מושתת על חיזוק הממשקים בין יכולות הליבה של מערך הבריאות ובריאות הציבור ובין היכולות הלאומיות ליישום החוקים הבינלאומיים בתחום הבריאות.⁹ לצורך כך על הממשלה לחזק במהירות את יכולות הליבה של מערך הבריאות כולו, כולל בריאות הציבור, ולהתייחס אליו כאל חלק בלתי נפרד מהביטחון הלאומי. הערכה אובייקטיבית, עצמאית ושקופה של ביצועי המדינה במוכנות, בתגובה ובשיקום בהיבטים של סיכונים ספציפיים (hazard specific) ושל כל הסיכונים (all hazards) צריכה להתבסס על אמות המידה של ארגון הבריאות העולמי. פעולות הערכה וניטור של יכולות המדינה חשובות כדי לזהות את הפערים ביכולות הקיימות בכל עת בישראל ולאפשר תכנון, עדכון ויישום תוכנית לאומית להשגה ולשמירה על יכולות אלה. התוכנית צריכה להיות מפורטת, לכלול לוח זמנים וזמני הערכה ולתקצב את המשאבים הנדרשים לכך. התוכנית צריכה להוביל לקביעה ולעדכון של מדיניות וחקיקה ייעודיות למוכנות, למענה ולשיקום משעת חירום, וכן היבטים שונים כולל הפעלת מערכת פיקוד, שליטה ותיאום. על מערך זה להיות מוכר, מתורגל, מוכן ורגיל לביצוע התפקידים ברמת המדינה, עם זרועות קשובות בקהילה שמתאימות את היישום שם (הרשות המקומית והחברה האזרחית).

הביטחון הבריאותי הלאומי חייב להתגבר על חסמים מבניים ופרוצדורליים רבים הקשורים להבטחת ריבונות הבריאות הלאומית. מערכת הבריאות צריכה להיות כוללת ולאפשר נגישות לשירותי בריאות והרחבת התכולה של תשתיות הבריאות המקומיות החיוניות מעבר לתשתיות הליבה הקיימות – כוח אדם רפואי, מיטות אשפוז, מרפאות, מכשירים רפואיים מיוחדים ועוד. עליה לכלול גם מענה לאוכלוסיות שאינן תושבות קבע במדינה, באמצעות הסדרים וולונטריים או אחרים, ולכלול לכל הפחות את שירותי הרפואה המונעת. תכנון ושיתופי פעולה בכל הרמות, החל מהרמה המקומית וכלה בגלובלית, חיוניים לצורך התמודדות עם האיומים הנוכחיים והעתידיים לביטחון הבריאותי הלאומי. רבים מהאיומים הללו, בדומה לפנדמיה, מתרחשים בממשקים שבין האדם, בעלי החיים והסביבה, מה שמכונה one health או "בריאות אחת". הגורמים המאיימים האפשריים הם תוצאות התלות ההדדית של הקיום האנושי בשינויי אקלים, אובדן בתי גידול, דילול המגוון הביולוגי והשפעתם על ערעור הביטחון התזונתי, כלכלה, חברה, סכסוכים והגירה. הכללת "בריאות אחת" בביטחון הלאומי הבריאותי חשובה לצורך התנעה ויישום פעולות מנע, מוכנות ותגובה שמפעילות את קשרי הגומלין המורכבים בין השחקנים הרלוונטיים ומכנסות אותם לעבודה משותפת תחת מטריית הביטחון הלאומי והגלובלי. פלטפורמת הביטחון הלאומי צריכה על כן לפעול בתחום שינויי אקלים ודרכים להפחתה של רבים מהאיומים הכרוכים בו: זיהומים מתעוררים (emerging infections) וזיהומים מתעוררים מחדש (reemerging infections), עמידות מיקרוביאלית, שינויי מזג אוויר, בטיחות תעסוקתית מעבדתית וכן איסוף מידע ודיווח שקוף באופן ממוקד וזמין, כדי לאפשר איתור מהיר של אירועים

שעלולים להתפתח. מערכות התרעה מוקדמת צריכות לנטר את בריאות בעלי החיים והאדם, להיות מקושרות לרצף שירותי הבריאות (של בעלי חיים, אדם וצומח) ולאפשר דיווח אמין ושקוף ברמה הלאומית, האזורית והבינלאומית, כנדרש על ידי ארגון הבריאות העולמי. ביטחון סייבר חיוני ביותר לתפקוד מערך הבריאות ומחייב תוכנית ייעודית.

מתקנים לאומיים לשעת חירום שמושגת על דרכי פעולה ותזרימים נאותים צריכים להבטיח את תפקוד מערכת הבריאות כולה למשך שישה חודשים, ללא אספקה מחו"ל. הם צריכים גם להבטיח אספקה למשך שלושה חודשים של צרכים שניתן לחזותם מראש למקרי חירום ספציפיים, לכלל האוכלוסייה, תוך שימת דגש על אנשים וקהילות עם צרכים מיוחדים. יש לפזר את המתקנים במחסנים תת־קרקעיים ברחבי המדינה ולחדש אותם באופן רציף, כך שיהוו מאגר זמין לשימוש המערכת בעת שגרה. הם חייבים להיות זמינים ונגישים גם לאספקה מספקת של משאבים למדינות שכנות ואחרות, בתיאום עם ארגון הבריאות העולמי. ברמה הלאומית יש לעודד מחקר, גילוי ופיתוח של תרופות וטכנולוגיות רפואיות ודיגיטליות. יש להדגיש היבטים כוללניים שנדרשים להבטיח את ריבונות הבריאות של ישראל וכוללים את שירותי הבריאות ובריאות הציבור, מעבדות, חקלאות וסביבה. תמיכה ממשלתית למוסדות אקדמיים ולמוסדות מחקר וביטחון במדינה תאפשר האצת תחום זה. יש לנקוט צעדים כדי להבטיח שזכויות פטנט ותמחור לא יהוו חסמים לזמינות ולסבירות של מתן טיפולים וחיסונים נחוצים, תוך עידוד ייצור מלא ומקיף של תרופות גנריות ושירותים דיגיטליים. יש למפות את הרכיבים והמוצרים שאינם מיוצרים או מפותחים בארץ ואשר תלויים ביבוא, ולבחון אילו מהם אפשר לייצר בתוך גבולות ישראל.

גבולות המדינה הם נקודות ממשק המחייבות תשומת לב ייחודית. לשם כך חשוב שהמדינה במסגרת ביטחונה הלאומי תהדק את הקשר ותמריץ את במות שיתופי הפעולה בתחומי בריאות (כולל "בריאות אחת") עם הרשות הפלסטינית, ירדן ומצרים, וכן עם סוריה ולבנון ועם כל המקושרים דרך הנמלים (אוויר, ים ויבשה). יש לוודא שבתוכניות הבריאות יהיה ייצוג של כל מגוון הקבוצות באוכלוסייה לרבות אוכלוסיות החיות בעוני, אוכלוסיות עם שונות, אוכלוסיות פגיעות ואוכלוסיות עם צרכים מיוחדים וייחודיים. כל תוכנית צריכה להיות נגישה לכל ולא להשאיר מאחור או בשוליים פרטים או קהילות.

בראייה הרחבה של הביטחון הלאומי, נראה שיש צורך להרחיב את תכולת תשתיות הבריאות המקומיות החיוניות מעבר לתשתיות הליבה הקיימות של מערכת הבריאות – כוח אדם רפואי, מיטות אשפוז, מרפאות, מכשירים רפואיים מיוחדים וכדומה, אל עבר תשתיות נוספות אשר בימי השגרה שעד להתפרצות מגפת הקורונה נטינו להסתמך בעניינן על יבוא מחו"ל. המגפה הנוכחית לימדה אותנו שיש סיכון ממשי בהשגת מוצרים מסוימים הנדרשים למערכת הבריאות ולאוכלוסייה בשעות חירום גלובליות כמו שעת החירום שנוצרה במגפת הקורונה, וביניהם ציוד מיגון, חומרי מעבדה, מכשירי הנשמה, תרופות, חיסונים ועוד.

מעבר לכך, יש לשפר את תשתיות מערכת המידע הארגונית והבין־ארגונית במערכת הבריאות, וכן את יכולות המחקר והפיתוח, ולא רק את אלו הפיזיות.

מדינת ישראל, שכלכלתה מוטת יצוא ובעיקר יצוא מסחר ושירותים, צמצמה בעשורים האחרונים את הייצור המקומי של מוצרים רבים, לרבות מוצרים המשמשים את מערכת הבריאות, והסתמכה על יבוא של מוצרים אלה. בין היתר, במסגרת צמצום הפעילות היצרנית של חברת טבע הופסק לאחרונה הייצור של

תמיסות החינויות להכנות הרוקחות, כמו גם ייצור של תרופות רבות שיוצרו בארץ, וישראל החלה לייבא מוצרים חיוניים אלה. הפסקת ייצור התמיסות היא דוגמה למוצר שבלעדיו לא ניתן לספק שירותי רפואה רבים, בשל התבססותם על התמיסות (לדוגמה, לחולי דיאליזה). מוצר זה מיוצר על ידי יצרנים מעטים ברחבי העולם וקיים חשש תמידי מאי־סדירות של אספקתו. על אף חשש זה, לא הצלחנו עד כה להחזיר כושר ייצור מקומי של מוצר זה לישראל.

עם פרוץ המגפה נוצר מחסור עולמי במוצרים חיוניים רבים המשמשים את מערכת הבריאות בשגרה ונדרשים בהיקפים גדולים הרבה יותר בשל המגפה. כך היה עם ציוד המיגון וכך היה עם מכונות ההנשמה. המגפה העלתה את הביקוש למוצרים אלה במקביל לירידה בכושר הייצור שלהם או של רכיבי היסוד למוצרים אלה, בין היתר בסין, בשל הסגר שהוטל על אזורים נרחבים שם. ברי כי מחיריהם של מוצרים אלה האמירו בשניים־שלושה סדרי גודל ואף יותר, אך מעבר לכך היה קושי ממשי להשיגם גם תמורת תשלום מופקע.

התגובה הישראלית בתחילת האירוע הייתה לרכוש בכל מחיר כל כמות אפשרית מכל מקור אמין, ובמקביל להיערך לייצור מקומי של מוצרים אלה. לצד המחסור המוחשי במוצרים אלה נוצר גם חשש כי ייווצר מחסור גם במוצרים המיוצרים במדינות שונות, שחומרי הגלם שלהם מיוצרים בסין, ועל כן נערכה מערכת הבריאות להגדלת המלאים של מוצרים אלה. אין ספק כי לא ניתן לייצר בישראל את כל המוצרים שעלול להיווצר בהם מחסור עולמי, אך נדרש לקבוע אסטרטגיה לאומית להיערכות למחסור עולמי במוצרים אלה.

אסטרטגיה זו צריכה לכלול החלטה על רשימת מוצרים שיווצרו באופן מקומי בהיקף מסוים בשגרה, גם אם ניתן לייבא אותם בתנאים כלכליים עדיפים; הגדלת מלאים של מוצרים אחרים וחוזים עם חברות או מדינות שיהוו אופציה להגדלת הרכש בתנאים מועדפים, במצבים שבהם ייווצר עודף ביקוש גלובלי. זאת ועוד, יש לבחון כיצד אפשר להמיר כושר ייצור מקומי בתחומים שונים לצרכים של מערכת הבריאות (ומערכות אחרות) בשעת חירום. מערכת הבריאות ותקציב המדינה יכולים להכיל את העלויות הכרוכות במימוש אסטרטגיה זו, שהן עדיפות על המחירים שאנו צפויים לשלם בעיתות חירום, ובוודאי על מצב שבו ייווצר מחסור במוצרים אלה.

המגפה יצרה מחסור במוצרים מסוימים, אך אין להסיק מכך שאלה המוצרים שיהיו במחסור באירועי חירום עתידיים מסוגים שונים, ולכן יש לגבש רשימת ציוד רחבה יותר מזו ששימשה באירוע הקורונה. ככלל, בשל הקושי להגדיר רשימת ציוד אחידה לכלל מתארי החירום, יש להסתמך על הגדלת כושר הייצור כקו ראשון. משרד הבריאות גיבש רשימה של מוצרי בריאות הנדרשים לכל תרחיש ומהווים את הקו הראשון באספקת השירותים, ובלעדיהם לא ניתן לספק שירותי בריאות בסיסיים (תמיסות, תרופות לחולי סוכרתי וכדומה).