

בריאות וביטחון לאומי הילכו שניהם יחדיו?

משה בר סימן טוב, איריס גינזבורג



בריאות וביטחון לאומי הילכו שניהם יחדיו?

משה בר סימן טוב
איריס גינזבורג

בריאות וביטחון לאומי הילכו שניהם יחדיו?

משה בר סימן טוב ואיריס גינזבורג

סייעו בכתיבת העבודה: ד"ר דורית ניצן, עו"ד נתן סמוך

נובמבר 2021

המכון למחקרי ביטחון לאומי

משלב בתוכו את מרכז יפה למחקרים אסטרטגיים, הוקם בשנת 2006. למכון שתי מטרות מוצהרות: הראשונה היא לערוך מחקרים בסיסיים בנושאי הביטחון הלאומי של ישראל, המזרח התיכון והמערכת הבינלאומית, וזאת על פי אמות המידה האקדמיות הגבוהות ביותר, והשנייה – לתרום לדיון הציבורי ולעבודת הממשל בנושאים שנמצאים, או ראוי שיימצאו, בראש סדר היום הביטחוני של ישראל.

קהלי המטרה של המכון למחקרי ביטחון לאומי הם דרג מקבלי ההחלטות, מערכת הביטחון, מעצבי דעת קהל בישראל, הקהילה האקדמית העוסקת בתחומי הביטחון בישראל ובעולם והציבור המתעניין באשר הוא. המכון מפרסם מחקרים שלדעתו ראויים לתשומת הלב הציבורית ושומר על מדיניות נוקשה של אי־משוא פנים. הדעות המובעות בפרסומים הן של המחברים בלבד, ואינן משקפות בהכרח את העמדות של המכון, של נאמניו או של האישים ושל הגופים התומכים בו.



המכון למחקרי ביטחון לאומי

חיים לבנון 40

ת.ד. 39950

רמת־אביב

תל־אביב 6997556

info@inss.org.il

<http://www.inss.org.il/he>

ISBN: 978-965-92918-7-8

עורכת הסדרה: ד"ר ענת קורץ, מנהלת המחקר,

המכון למחקרי ביטחון לאומי

עורכת לשון: מירה ילין

הביאה לדפוס: נעם רן, המכון למחקרי ביטחון לאומי

עיצוב גרפי: מיכל סמו קובץ, המשרד לעיצוב גרפי,

אוניברסיטת תל אביב

תמונת העטיפה: (cc by-nc 2.0) IDF spokesman |

<https://flic.kr/p/2iFjyKz>

עיצוב העטיפה: יגאל טליאנסקי, המכון למחקרי ביטחון לאומי

דפוס: דיגיפריט זהב בע"מ

כל הזכויות שמורות © נובמבר 2021

תוכן העניינים

5	פתח דבר
9	הקדמה
11	חברי הפורום המלווה שעימם התייעצנו במסגרת הדיון במכון על בריאות כרכיב בתפיסת הביטחון הלאומי (לפי סדר הא-ב)
13	בריאות כחלק מתפיסת הביטחון הלאומי
15	מבנה מערכת הבריאות בישראל, התשתית החוקית להפעלתה והמעורבות הממשלתית בה
15	מאפייני מערכת הבריאות הישראלית
15	התשתית החוקית
19	מבנה המערכת
20	מבנה ההוצאה הלאומית
22	תשתיות המערכת
24	איכות כוח האדם
27	אתגרי המערכת בשנים הקרובות
33	שירותי הבריאות כרכיב יסוד באמנה החברתית של המדינה עם תושביה
35	שירותי הבריאות כמוצר ציבורי והמאפיינים הכלכליים הייחודיים של שוק הבריאות
37	הקשר בין תפקודה הנאות של מערכת הבריאות בשגרה ליכולתה לתת מענה במצבי חירום לאומיים
39	ההיבטים הכלכליים והתקציביים
39	מצב המוצא של מערכת הבריאות – תיאור כמותי ואיכותי בהשוואה בינלאומית: מדדים ותוצאות, תשומות ותפוקות
48	הצורך בסגירת פערים תקציביים בבסיס התקציב וביצירת תשתית תקציבית וכלכלית לאיתנות, חוסן וקיימות של המערכת בטווח הארוך
51	הצורך בתשתיות לאומיות חיוניות נוספות לצורך עמידה איתנה של המערכת בשגרה ובחירום
55	סיכום והמלצות לצעדים בני יישום
57	רשימת גרפים
58	הערות

פתח דבר

מערכת בריאות וניהול משברי בריאות כחלק מהביטחון הלאומי של ישראל

אלוף מיל'. עמוס ידלין, ראש המכון למחקרי ביטחון לאומי לשעבר

במארס 2020, עם פרוץ מגפת הקורונה, זיהינו במכון למחקרי ביטחון לאומי את חשיבות ההתמודדות הרב־ממדית עם המגפה שפגעה בישראל, כמו בעולם כולו. הפגיעה הייתה לא בבריאות הציבור בלבד אלא גם בכלכלת ישראל, ברווחת תושבי המדינה, באמון הציבור במוסדות ובמקבלי החלטות, במערכת החינוך ואפילו בכשירותו המבצעית של צה"ל.

על רקע זה פנה המכון לחשיבה ותכנון אסטרטגיים בתחום המאבק במגפת הקורונה, בראייה כוללת ובשקלול הממדים השונים של ההתמודדות: "הקורונה הכלכלית", חיים בנוכחות הנגיף וכן הידרשות למנגנוני ניהול וקבלת החלטות – היבטים שהם שקופים לציבור והתייחסות אליהם עשויה לעודד את אמון הציבור ברשויות המדינה והתנהגות נכונה אל מול המגפה. כל זאת לנוכח משבר שהגיע בלי התרעה ומאפייניו שונים מהמוכר, שפרץ בעידן ובסביבה של רשתות חברתיות, פייק ניוז וכן משבר פוליטי נמשך בישראל וכרסום באמון שרוחש הציבור לאיכות ההחלטות המדיניות, לשיקולים המנחים אותן וליכולת לאכוף אותן. למעשה, מגפת הקורונה הייתה ועודנה מקרה בוחן לתפקודם בשעת חירום של מערכת הבריאות ושל מנגנוני הניהול וקבלת החלטות הלאומיים, וגם של חסינות החברה בכלל בעת משבר.

בסיום הגל הראשון של המגפה וכאשר משה בר סימן טוב פרש מתפקידו כמנכ"ל משרד הבריאות, ביקשתי ממנו להצטרף למכון כחוקר אורח בכיר ולבחון את מוכנותה ואיתנותה של מערכת הבריאות כרכיב קריטי בביטחון הלאומי ובחוסן החברתי של ישראל. משה בר סימן טוב, שאליו הצטרפה לעריכת המחקר איריס גינזבורג, התבקש לגבש בסיכום העבודה המלצות למדיניות בשני תחומים עיקריים: שיפור ההתמודדות עם תחלואת הקורונה הנוכחית ועם גלי תחלואה עתידיים; יישום ההרחבה הנדרשת של תפיסת הביטחון הלאומי כך שתכלול את תחום הבריאות, על האתגרים והאיומים העלולים להיווצר במסגרתו; וכן הבטחת המוכנות של מערכת הבריאות להתמודדות עם משבר פתאומי, נרחב ועמוק.

כנקודת מוצא למחקר נדרש להסביר את הפרדוקס הקשור במערכת הבריאות: מחד גיסא, לישראל מערכת בריאות הנחשבת לאחת הטובות בעולם. ארגונים ומדדים בינלאומיים מדרגים אותה דרך קבע כאחת מעשר המערכות הטובות בעולם. מאידך גיסא ובלי קשר למגפה, המערכת הישראלית ניצבת בפני אתגרים אסטרטגיים, חלקם אוניברסליים וחלקם מקומיים.

האתגר המרכזי מכולם הוא הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתחלואה הכרונית (אתגר אוניברסלי), לצד גידול קבוע באוכלוסייה (אתגר מקומי). על אלה נוספת שורת אתגרים הכוללים עלייה בציפיות האזרחים שהמדינה בכלל ומערכת הבריאות בפרט ימצאו מזור ומענה מידיים לכל בעיה, ותסכול הנובע מכך שאין

מענה מלא לציפיות אלה. אתגר נוסף הוא התייקרות הטכנולוגיות הרפואיות, שהיא פועל יוצא של פיתוח ושכלולן המואצים. וכפי שהמחיש מחקרם של משה בר סימן טוב ואיריס גינזבורג, להיבט זה נקשרות גם הזדמנויות למערכת הבריאות, המרכזית שבהן היא השינויים הטכנולוגיים המחלחלים למערכת. יתר על כן, מסיבות היסטוריות קיימת בישראל תשתית נתוני בריאות לשימוש משני מהטובות בעולם, וזו מתחילה להוות כר פעולה לפריצות דרך טכנולוגיות שהיו רלוונטיות לכלל מערכות הבריאות בעולם. עם זאת, ההתמודדות עם הגל הראשון של המגפה ועם הגלים שבאו אחריו המחישו דילמה ישראלית מובהקת: קושי לרכז קשב לאומי לבעיות מתמשכות, קרי מגבלות היכולת של כלל החברה ושל הממשלה להתגייס להתמודדות עם אתגרים מסדר גודל, היקף ומשך לא שגרתיים.

מסקנה עקרונית שהסיקו משה בר סימן טוב ואיריס גינזבורג היא שנדרשת בניית אסטרטגיה ארוכת טווח להתמודדות ממושכת עם נגיף הקורונה, תוך הפנמה שלא ניתן לשלול תרחיש שבו הוא ילווה אותנו במשך שנים ארוכות. המסקנה השנייה היא שיש להפנים ברמה הלאומית את החשיבות של מערכת בריאות איתנה, המסוגלת לספוג זעזועים עמוקים תוך שמירה על תפקוד נאות. ומעל לכול – אי אפשר להתייחס למגפת הקורונה ללא התייחסות לאסטרטגיה הכלכלית. החוקרים מראים כי יש לחתור לשמירה על ליבה כלכלית מתפקדת בשיעור של 90 אחוזים לפחות, תוך פיתוח מנועי צמיחה שיפצו על אובדנם של עשרה אחוזים. במשברים הכלכליים הגלובליים שהתרחשו בעבר, היוזמה והיצירתיות הישראליות היו חלק מהמענה העולמי. כך היה בשנות ה-2000 המוקדמות, לאחר מתקפת הטרור ב־11 בספטמבר בארצות הברית, כך אירע גם במשבר הכלכלי שהתרחש ב־2008. אפשר לרתום את הרוח היצרנית הישראלית למאבק בנגיף הקורונה באמצעות סיוע ממשלתי לעידוד מיזמים טכנולוגיים. מדינות שיתמודדו היטב עם המגפה יהיו אלה שייגעו לעמדת הובלה כלכלית גלובלית. לצד זאת, יש להכיר בכישלון המבני של מודל החל"ת ולהמירו במודלים שישמרו שגרת יחסי עבודה פעילים.

בהתאם לתפיסה שהנחתה את המחקר – הצגת תובנות ומסקנות קונקרטיות, שאפשר יהיה להסתייע בהן כדי לתרום לקבלת ההחלטות של הגורמים המוסמכים – מוצגות בסיכומו המלצות מעשיות למדיניות, שתכליתן לשפר את מערכת הבריאות ואת מוכנותה למתן מענה במצבי חירום. המלצות אלה כוללות:

- קידום החלטת ממשלה, שתעגן את ההמלצות המרכזיות של מחקר זה לגבי כינון מסגרת תכנונית ארוכת טווח למערכת הבריאות. חלק מהשינויים יחייבו גם תיקון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שבסמכות ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.
- הפנמה של שיקולי בריאות בכל המערכים של קביעת המדיניות – שילוב מובנה של שיקולי בריאות בתכנון מדיניות ממשלתית ובחקיקה באמצעות קביעת החובה להכין תסקיר בריאות, בדומה לחובת הצגה של השפעות כלכליות־תקציביות.
- הקצאת תקציב, כוח אדם ותשתיות, באמצעות הקצאת שטחי קרקע ייעודיים לארגוני הבריאות לשם הבטחת פריסה נאותה של מרפאות קהילה, מכוני רפואה שניוניות ומרפאות טיפת חלב במרכזי האוכלוסייה, וכן באמצעות קידום מהיר של בניית שני בתי חולים שתהליך הקמתם כבר החל – בבאר שבע בדרום ובקריות בצפון. במקביל, יש להמשיך לקדם את השימוש במודלים של אשפוז וטיפול בית, שהחל לפני פרוץ מגפת הקורונה וקיבל תאוצה במהלכה.

- בחינה של העלאת דמי ביטוח בריאות, ששיעורם בישראל הוא מהנמוכים ביותר במדינות ה־OECD. העלאתם תבטיח כי יישום התוכניות המוצעות לא יפרוץ את המסגרות הפיסקליות של תקציב המדינה.
- יש להוביל לשיפור ניכר בחיבור של מערכת הבריאות לשלטון המקומי באמצעות מינוי קציני בריאות, שיהיו עובדי הרשויות המקומיות ויקשרו בין משרד הבריאות ומערכת הבריאות לבין השלטון המקומי.
- יש לפעול למיצוי פוטנציאל הצמיחה של מערכת הבריאות הישראלית בזירה הדיגיטלית.

חשוב להזכיר כי במסגרת ההסכמים הקואליציוניים שנחתמו לקראת הקמתה ביוני 2021 של הממשלה ה־36 בישראל, ניתן ביטוי לסוגיות ולנושאים אלה. כעת נדרש לוודא שההסכם הקואליציוני ייושם במלואו במסגרת הכנתו של תקציב המדינה לשנים 2021-2022. חשיבות המוכנות לחיים בנוכחות קורונה הומחשה עם ההתפרצות המחודשת של המגפה (וריאנט דלתא). קו מגן חשוב בהתמודדות מולה הוא העלאת הספיקה של מערכת הבריאות, בפרט לקראת החורף הקרוב והחורפים הבאים.

אני סבור שיש בעבודת המחקר שלפנינו, על ההמלצות למדיניות המסכמות אותה, גם בשורה ברמה הבינלאומית. זאת בין היתר על שום היותה מבוססת על הזיקה התקדימית בין תחומים שישראל ידועה כמובילה עולמית בהם – טכנולוגיה, רווחת הציבור ומערכת בריאות ציבורית. מדובר בנדבכים מרכזיים של הביטחון הלאומי.

תודתי לעורכי המחקר מר משה בר סימן טוב וגב' איריס גינזבורג ולמר פיני כהן, שתרומתו הנדיבה מימנה את מחקרם.

אלוף (מיל') עמוס ידלין
ראש המכון לשעבר

הקדמה

מגפת הקורונה משנה סדרי עולם, מאורחות חיינו הבסיסיים ביותר ועד יחסי הכוחות הגיאופוליטיים. היא משנה או צריכה לשנות גם את המקום והתפקיד של ממשלות ואת מעורבותן בחיי האזרחים ומדגישה את חשיבותן של מערכות חברתיות וציבוריות מתפקדות, יציבות ואיתנות. מגפת הקורונה צריכה לשנות גם את תפיסת הביטחון הלאומי – אילו מרכיבים נכללים בו ואילו מהם צריכים לתפוס מקום מרכזי יותר בתעדוף הלאומי – הן מבחינת הקצאת המשאבים הלאומית והן מבחינת הקשב הציבורי והפוליטי.

המגפה הוכיחה את מה שחלקנו ידענו. מערכת בריאות נאותה היא זו המבטיחה את החיים עצמם, יותר מכל מערכת ציבורית אחרת. פוטנציאל הפגיעה בחיי אדם של מערכת בריאות שאינה מתפקדת כראוי מתברר כגבוה יותר משל כל אירוע מלחמתי, ביטחוני או אחר המוכר לנו. כך למשל, הפיגוע במגדלים התאומים בניו יורק ב־11 בספטמבר 2001 השפיע באופן דרמטי על חיינו – הוא שינה את הדרך שבה אנחנו טסים ממקום למקום, הוא קידם את תעשיית הסייבר ומחשוב הענן ועוד, וגבה את חייהם של 2,977 בני אדם.

מגפת הקורונה היא אירוע משמעותי בסדרי גודל. נכון למחצית שנת 2021 נדבקו במחלה יותר מ־200 מיליון איש, ומתו כתוצאה ממנה יותר מארבעה מיליון איש ברחבי העולם. בין סוף חודש נובמבר 2020 למחצית פברואר 2021 עלה מספר המתים היומי בארצות הברית לבדה על 3,000 איש במשך ימים רבים, ועדיין איננו יכולים לומר שהמגפה מאחורינו. בתרחיש סביר היא עלולה להמשיך ללוות אותנו במשך שנים רבות, שבמהלכן היא תהפוך למצב כרוני במקום אירוע אקוטי ותישא אופי אנדמי במקום פנדמי, תוך התמודדות עם התפרצויות מעת לעת. ברור כי לצד איומי הפנדמיה ישנם איומים אזרחיים וביטחוניים אחרים שעלולים לפגוע בשלום הציבור.

על כן יש צורך לחולל את השינויים שיבטיחו את יכולתן של המערכות הציבוריות לתת מענה מהיר לאירועים באמצעות מנגנונים שיאפשרו רציפות תפקודית מינימלית, חזרה מהירה לתפקוד ומתן מענה מהיר לנפגעים כבסיס להתאוששות מערכתית.

כמו בכל אירוע משבש, נוצרו באירוע הקורונה גם הזדמנויות. אחת המרכזיות שבהן היא ההפנמה הלאומית בדבר חשיבותה של מערכת בריאות איתנה, המספקת מענה הולם בשגרה ובחירום. ארגוני הבריאות השונים בישראל הצטיינו במתן מענה לחולים במהלך המגפה, אך הם מתחו את יכולותיהם ומשאביהם למקסימום האפשרי ונמצאים כתוצאה מכך במצב של שחיקה המאיימת על יכולת התפקוד שלהם בהמשך. לשם התמודדות עם אתגרים אלה נדרשת נקודת מבט לאומית אחרת על מערכת הבריאות ומסגרת דיון שונה ורחבה על אודות הביטחון הלאומי. בתוך כך מתחייב גם דיון מחודש על סדרי העדיפויות הלאומיים בהקצאת המשאבים ומתן מענה מרכזי יותר לתחום הבריאות, ולא פחות חשוב מכך – על מעורבות המדינה באספקת שירותי הבריאות. נראה שיש מקום לקיים במסגרת זו גם דיון בנטל המס המיועד למימון שירותי בריאות, על מנת להבטיח מסגרת משאבים יציבה ועצמאית יחסית של המערכת בקביעת המסגרות בתנאי הוודאות הנדרשים.

בעוד ההבנה כי לשירותי הבריאות יש מקום מרכזי בתפיסת הביטחון הלאומי נראית אינטואיטיבית וברורה מאליה לנו, כותבי חיבור זה ולגורמים אחרים במכון למחקרי ביטחון לאומי, הרי במשך שנים ארוכות

היא לא זכתה ליחס כזה וגם לא למקום הראוי בסדר העדיפויות התקציבי והפוליטי, ולעיתים הושמה בקרן זווית. גם כיום, תפיסות רבות מצמצמות את הגדרת הביטחון הלאומי לאיומים ביטחוניים חיצוניים או לאיומים שמקורם בגורם חיצוני.

אין ספק שמגפת הקורונה שהחלה בשנת 2020 הגבירה באופן חסר תקדים את המודעות הציבורית, את העיסוק של הממשלה בתחום הבריאות ואף את סדר העדיפויות התקציבי לטווח הקצר. עם זאת ולאור ההיסטוריה הידועה, יש להניח כי אם לא יונחו כיום התשתיות הציבוריות שיבטיחו את המשך מתן המשקל הראוי לבריאות בתכנון המדיניות הממשלתית לטווח הארוך במסגרת הביטחון הלאומי, הרי עם חלוף הזמן ייחלש זיכרון המגפה בתודעה הציבורית, וכך גם הפקת הלקחים ממנה ויישומם.

במסגרת הדיון על הרחבה של תכולת הביטחון הלאומי עולים קולות הקוראים להרחיב הגדרה זו עוד, כך שתקיף את השירותים החברתיים באופן רחב. עם זאת, ברי כי לא ניתן להרחיב את תפיסת הביטחון הלאומי כך שתכליל את כל המערכות הציבוריות. אם הכול חשוב, אז שום דבר לא חשוב במיוחד. כפי שנפרט להלן, מקומה של הבריאות בביטחון הלאומי נובע מההשפעה הישירה שיש לה על חיי אדם, בדומה למטרה הראשונית של מערכות הביטחון.

הפער שזיהינו בין מסגרת הדיון המקובלת על הביטחון הלאומי בישראל לבין ההבנה האינטואיטיבית בנוגע לחשיבותה של מערכת הבריאות בתפיסת הביטחון הלאומי המעודכנת הוא הזרז לעבודה זו. לאחר פרישתי ממשד הבריאות פנה אליי אלוף (מיל') עמוס ידלין (שהיה אז ראש המכון) בבקשה להוביל דיון זה במסגרת המכון למחקרי ביטחון לאומי, מתוך הבנה כי זהו צו השעה וכי לא מדובר באירוע חד-פעמי וחולף, אלא בשינוי פרמננטי בתפיסות המנחות אותנו בקביעת האסטרטגיה הלאומית. הנכונות לקיים דיון כזה במסגרת המכון למחקרי ביטחון לאומי אינה מובנת מאליה. היא מחייבת אומץ ציבורי וחשיבה מחוץ לקופסה, ועל כך אני מודה לו.

על מנת לבצע עבודה זו באופן ראוי פניתי לעמיתתי לשעבר איריס גינזבורג, מומחית בכלכלת בריאות ובמדיניות ציבורית, וביקשתי שתצטרף אליי במשימה זו. במקביל פנינו לעו"ד נתן סמוך, המשנה לשעבר ליועצת המשפטית במשרד הבריאות, וביקשנו שסייע לנו בכתיבת החלקים המשפטיים בעבודה. כן פנינו לד"ר דורית ניצן, מנהלת תחום החירום של אזור אירופה בארגון הבריאות העולמי, שתרמה ממומחיותה ברגולציה הבריאותית הבינלאומית וסייעה בכתיבת הפרק העוסק בתשתיות הבריאות הלאומיות הנדרשות בשגרה ובחירום.

עם תחילת העבודה הקמנו מעין פורום מלווה בכיר שעימו קיימנו דיונים על הנושא. שמות חברי הפורום מפורטים להלן. אנו מבקשים להודות לחברי הפורום שהעמיקו בקריאה ואשר הערותיהם התרומות שולבו בגרסה הסופית של הדוח: פרופ' חיים ביטרמן מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות, פרופ' אבי פורת מהפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון, אלוף (מיל') עמוס ידלין ותת-אלוף (מיל') ד"ר מאיר אלרן מהמכון למחקרי ביטחון לאומי.

מטעם המכון למחקרי ביטחון לאומי ליווה את העבודה תת-אלוף (מיל') איתי ברון, ששימש עבורנו מומחה תוכן לעניין הגדרת הביטחון הלאומי על גלגליה השונים בישראל, ובכך סייע לנו רבות בעבודה. אנו מודים לו כך.

אנו מודים גם ליו"ר חבר הנאמנים הישראלי של המכון למחקרי ביטחון לאומי מר פנחס (פיני) כהן, שיזם והוביל את העיסוק של המכון בשאלת הבריאות כחלק מהביטחון הלאומי, ואשר אחראי במידה רבה להתנעתה של עבודה זו.

מערכת הבריאות הישראלית הדגימה פעם אחר פעם – בעיתות משבר על רקע ביטחוני או בריאותי וכן בעיתות שגרה – את חשיבותה ביצירת מרקם עבודה משותף של כל חלקי החברה הישראלית, ואנו מקווים כי היא תהיה חלק מהשיקום גם ממשבר זה.

מבחנה של כל עבודת מטה היא בתרומה המעשית שלה לדין הציבורי ולעיצוב המדיניות. על מנת לאפשר דיון ציבורי פורה כללנו בעבודה המלצות מעשיות שאפשר ליישמן בפרק זמן קצר יחסית. אנחנו מקווים שעבודה זו תתרום את תרומתה לדין הציבורי באופן שיבטיח קביעת מדיניות ארוכת טווח, שתאפשר התמודדות הולמת עם האתגרים הצפויים לנו בעתיד.

משה בר סימן טוב

איריס גינזבורג

חברי הפורום המלווה שעימם התייעצנו במסגרת הדין במכון על בריאות כרכיב בתפיסת הביטחון הלאומי (לפי סדר הא-ב)

תת־אלוף (מיל") ד"ר מאיר אלרן – המכון למחקרי ביטחון לאומי

ד"ר אילנה ארבל – החוג לפילוסופיה, אוניברסיטת תל אביב

פרופ' חיים ביטרמן – המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות

ד"ר דני בכר – מכון ברוקינגס, ארצות הברית

תת־אלוף (מיל") איתי ברון – המכון למחקרי ביטחון לאומי

פרופ' מומי דהן – ביה"ס למדיניות ציבורית, האוניברסיטה העברית

ד"ר נתן זקס – מכון ברוקינגס, ארצות הברית

אלוף (מיל") עמוס ידלין – המכון למחקרי ביטחון לאומי

ד"ר דורית ניצן – ארגון הבריאות העולמי

ד"ר דורון נצר – שירותי בריאות כללית

עו"ד נתן סמוך – הלשכה המשפטית במשרד הבריאות (לשעבר)

פרופ' אבי פורת – הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן־גוריון

פרופ' קרנית פלוג – המכון הישראלי לדמוקרטיה

בריאות כחלק מתפיסת הביטחון הלאומי

תפיסת הביטחון הלאומי המצומצמת מוגדרת כיכולת של לאום להגן על ערכיו הפנימיים מאיומים חיצוניים.¹ בדיון המתקיים בארץ ובעולם בנושא ביטחון לאומי מתרחבים בשנים האחרונות גבולות ההגדרה של ביטחון לאומי – מתחום העוסק באתגר העומד בפני המדינה בהתמודדותה עם אירועים חיצוניים הבאים לידי ביטוי בהפעלת כוח (איומים צבאיים) לכיסוי רחב יותר של איומים אחרים, המסכנים את הקיום ואת האינטרסים הלאומיים. לפי התפיסה הרחבה, העיסוק בביטחון לאומי צריך לכלול את כלל מרכיבי העוצמה של החברה במדינה ולטפל בהם, שכן עליהם נבנית יכולת ההגנה. עם אלה נמנים הכלכלה, השסעים החברתיים, החינוך, הטיפול באוכלוסיות חלשות, בזהותה של החברה, ביכולתה ליצור אחידות בין כלל מרכיבי העוצמה של החברה אלו קובעים את יכולת החברה לעמוד בלחצים, באיומים ובמלחמות. כך, על פי יעקב עמידור,² הוחלט במכללה לביטחון לאומי של צה"ל לנקוט דרך ביניים ולהתמקד בשאלת המוכנות לאיומים מבחוץ מצד מדינות יריבות ואיבודת וגופים שאינם מדינה ולאיומים פנימיים מצד גורמים שונים. עם זאת הוחלט לא להתעלם מתחומי הכלכלה, חברה, יחסי חוץ ואתיקה, תוך שימת דגש על השפעותיהם הישירות על הביטחון הלאומי. ההגדרה של ביטחון לאומי בארצות הברית בשנים האחרונות רחבה אף יותר. כך נוסחה אסטרטגיית הביטחון הלאומי של ארצות הברית על ידי הנשיא טראמפ בשנת 2017: הגנה על האינטרסים הלאומיים החיוניים, ביניהם הגנה על המולדת, על אזרחי ארצות הברית ועל דרך החיים האמריקאית; קידום שגשוג אמריקאי; שימור שלום מתוך עוצמה; וקידום השפעה אמריקאית.³

בשנת 2021, בעקבות מגפת הקורונה וחילופי הממשל בארצות הברית, ניתן ביטוי גם להיבטים נוספים וגלובליים במסגרת סדרי העדיפויות במדיניות הביטחון הלאומי, וביניהם הגנה מפני איומים שאינם מדינתיים כגון שינויי אקלים, מחלות זיהומיות, מתקפות סייבר ודיסאינפורמציה.⁴ כאמור, הדיון בארץ ובעולם על היקף גזרת הביטחון הלאומי והתחומים שיש לכלול בו הוא ארוך שנים ומקיף תפיסות מגוונות ואף אידיאולוגיות פוליטיות, אך אין ספק שמגפת הקורונה הגלובלית מזכירה וממחישה עד כמה תחום הבריאות נמצא בראש רשימת האיומים הקיומיים על כל מדינה מחד גיסא, וכי הוא מהווה תשתית חיונית מרכזית לקיום המדינה ותושביה, מאידך גיסא. לפיכך נראה היום שאי-הכללת מערכת הבריאות במסגרת מדיניות הביטחון הלאומי היא בלתי נתפסת.

תחום הבריאות נמצא על רצף שבין בריאות הציבור לשירותי בריאות אישיים לפרט, על פי מצבו והעדפותיו ובהתאמה לצורכי הקהילה. תחום בריאות הציבור נועד לספק הגנה שוויונית ומקיפה לתושבי המדינה מפני איומים בריאותיים קולקטיביים על האוכלוסייה, כגון מניעת מחלות מדבקות, הבטחת תשתיות מים ומזון ברמה תברואתית נאותה, הגנה מפני זיהומים סביבתיים ועוד. שירותי בריאות הציבור אמונים על שלושה תחומים עיקריים של שירותי בריאות: הגנה על הבריאות, מניעת תחלואה וקידום הבריאות. בשל כך, שירותי בריאות הציבור הם מוצר ציבורי מובהק כמו שירותי ביטחון ושיטור, המסופק על ידי המדינה, גם במדינות שבהן לא קיים ביטוח בריאות ממלכתי. תחום בריאות הציבור כולל היערכות והתמודדות בפועל עם תרחישי חירום מסוגים שונים, תוך קיום ממשקים עם מערכות ציבוריות רלוונטיות נוספות בהתאם לסוג האירוע. למשל, עם משרד החקלאות במקרה של התפרצות מחלות זואוונטיות; עם המשרד להגנת הסביבה במקרים של זיהומים

בריאות וביטחון לאומי: הילכו שניהם יחדיו? / משה בר סימן טוב ואיריס גינזבורג

סביבתיים מסכני בריאות; עם גורמי אכיפה וביטחון במקרים שמקור המפגע הבריאותי הוא חבלה במזיד ועוד. לפיכך אפשר לומר שיש הקבלה כמעט מושלמת בין שירותי בריאות הציבור לבין שירותי ביטחון אחרים. בתחילת מגפת הקורונה עמדו שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות בארץ ומקביליהם בעולם בחזית ההתמודדות של המדינות השונות עם מצב החירום החדש, החל מאיסוף נתונים וביצוע הערכות מצב ועד גיבוש דרכי ההתמודדות, המלצות מדיניות לממשלה בכל תחומי החיים והנחיות לציבור. עם התקדמות המגפה והתרחבות מעגל הנדבקים והחולים, התרחבה במהירות ההתמודדות של מערכת הבריאות והגיעה לכל אחד מחלקיה, החל מבתי החולים, המעבדות, שירותי רפואת החירום (מגן דוד אדום), המוסדות הגריאטריים ועד לאחרונת המרפאות של קופות החולים. מערכת האשפוז, שהיוותה את הקו הראשון בטיפול בחולים ובהתמודדות בפועל עם המגפה החדשה, למעשה גם הייתה "המטופלת" החשובה ביותר להגנה מפני קריסה, כשלמעשה אחת ההצדקות הראשונות לסגר הראשון בישראל ומחוצה לה, שהוחל על כל משמעויותיו הכלכליות, הייתה מניעת מצב של אי-ספיקה של מערכת האשפוז. ככל שהתקדמה המגפה ולמדנו יותר על המחולל ועל מהלך המחלה החדשה, קופות החולים, האמונות על הרפואה הראשונית בקהילה, נטלו תפקיד משמעותי יותר עד למצב שבו טיפול ברוב המכריע של חולי הקורונה, ובכך הותירו לבתי החולים את הטיפול בחולים הקשים יותר. שיא תפקודן של קופות החולים ואשר בו הצטיינו גם בהשוואה בינלאומית הוא מבצע החיסונים, אשר לא היה מגיע לתוצאותיו המרשימות אלמלא קיומה של תשתית קופות החולים הייחודית בישראל (כפי שיפורט בהמשך).

על כן אפשר לומר היום כי ללא מערך אשפוז נאות וללא פריסה של שירותי בריאות בקהילה, המשמשים בשגרה למתן שירותי בריאות אישיים, לא ניתן להתמודד עם אירוע חירום בריאותי כבד משקל כמו מגפת הקורונה. התנסות זו ממחישה למעשה את מרכזיותה של מערכת הבריאות בכללותה בתשתיות הביטחון הלאומי, ומובילה למסקנה שלא ניתן לרדד אותה בהיבט זה לשירותי בריאות הציבור בלבד.

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 שאליהם 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 השלישית 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 לפריפריה. 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 הגון 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.

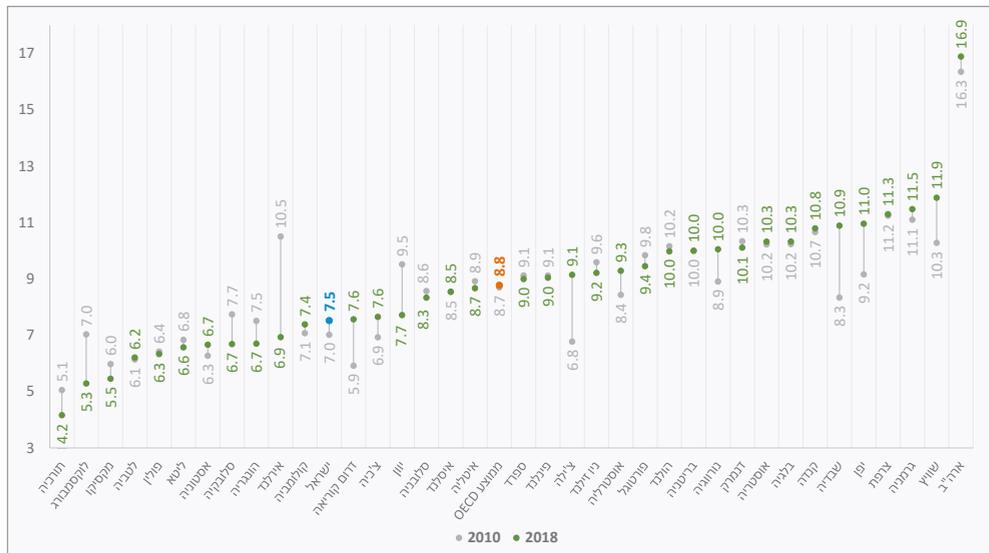
נוסף על כך ומבלי להיכנס לפירוט רב מהנדרש, אחד מצירי היעילות כמו גם החיכוך במערכת הוא המתח בין מערך שירותי הבריאות בקהילה לבתי החולים. כמו כן, ישראל מאופיינת במספר מיטות אשפוז נמוך מאוד (1.75 מיטות לעומת כשלוש מיטות לאלף נפש במדינות החברות ב-OECD).

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.

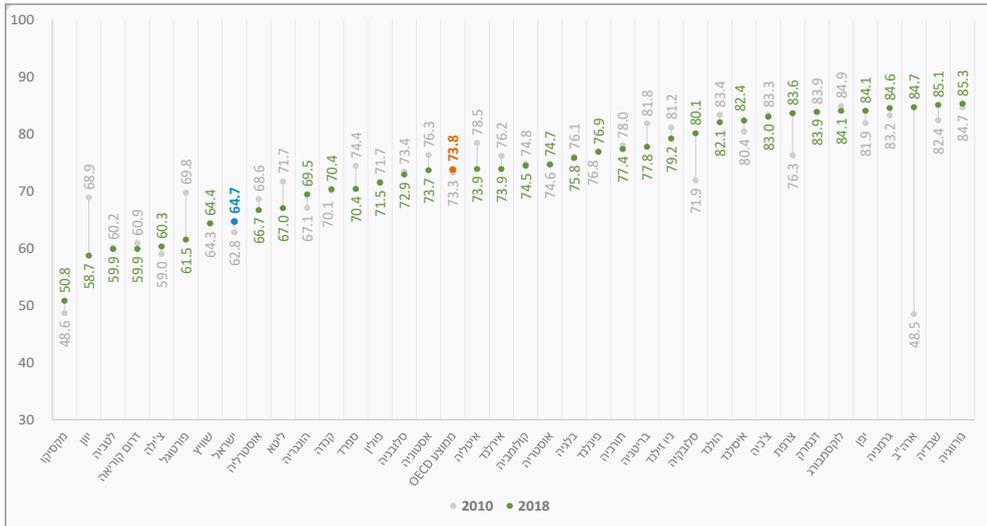
גרף מס' 1: שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג (באחוזים)



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).

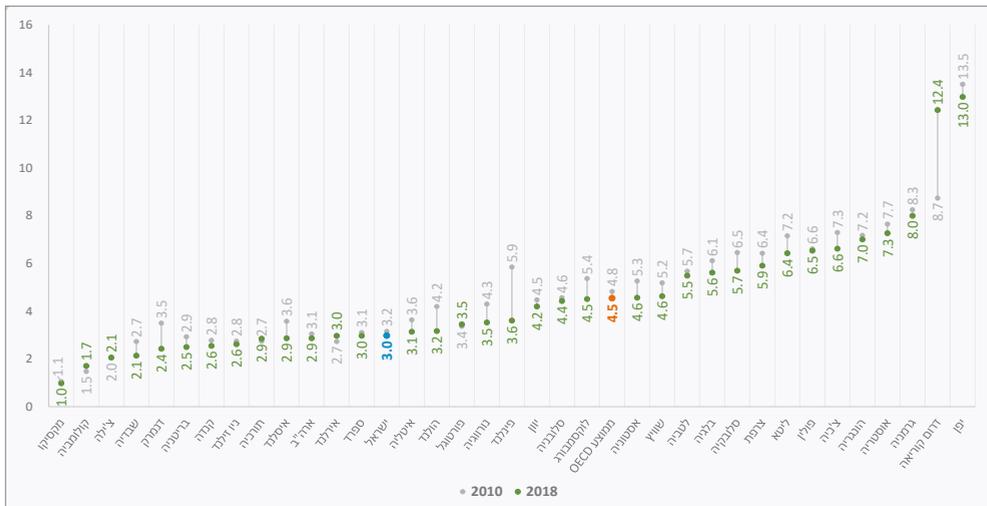
בשנים האחרונות בוצעו מספר מהלכי חקיקה ואסדרה אחרים שנועדו להתמודד עם הקונפליקטים והעיוותים המובנים בהפעלת מערכת היברידיית באופן זה, אך מטבע הדברים הצלחתם חלקית בלבד.

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).

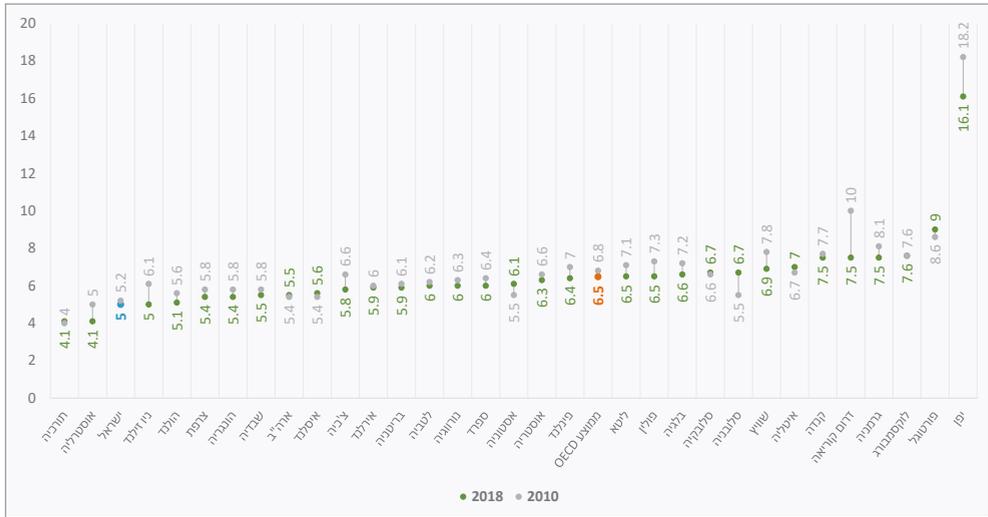
גרף מס' 3: שיעור מיטות אשפוז בבתי החולים הכלליים לאלף נפש



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

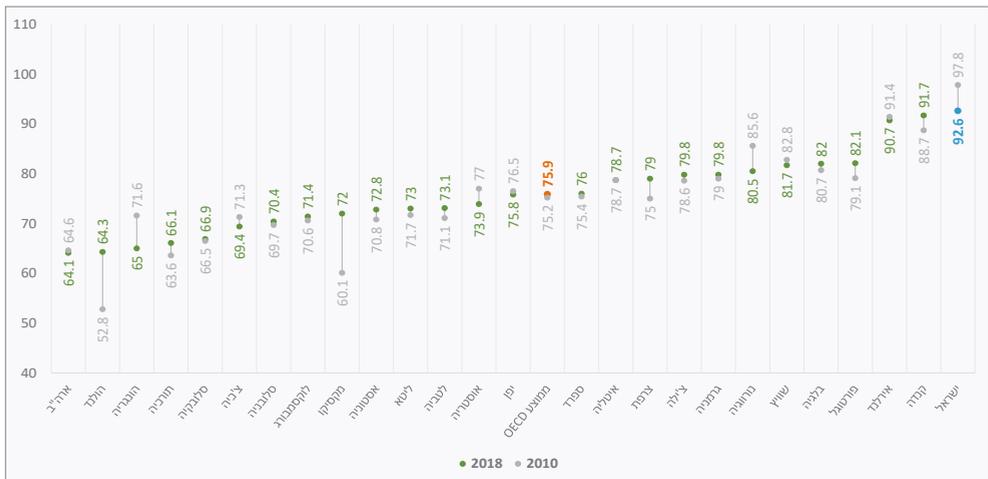
שיעור המיטות הנמוך גורם לכך שמשך האשפוז בבתי החולים הכלליים בישראל הוא מהקצרים בקרב המדינות המפותחות, ושיעור התפוסה הוא מהגבוהים בהן (ראו גרפים מס' 4 ו-5).

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

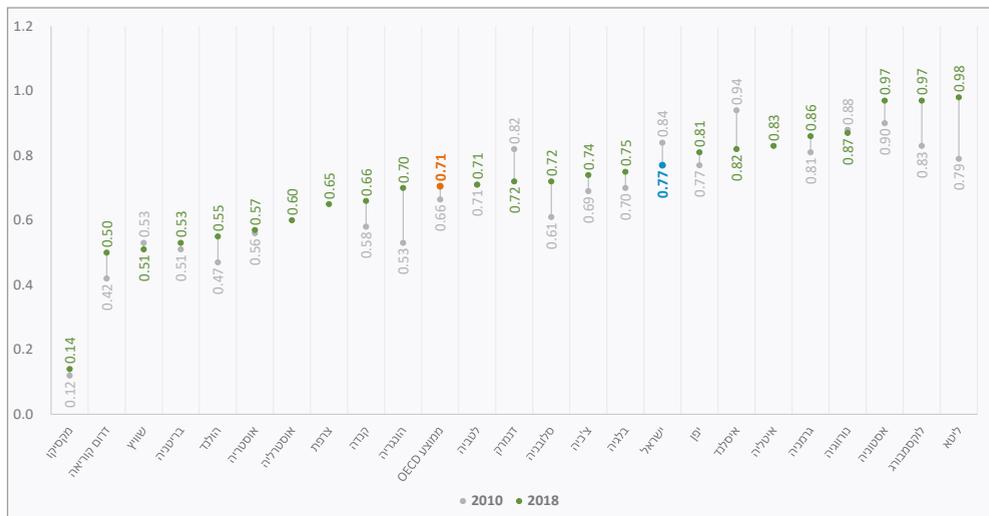
לצד עובדה זו, אין עוררין על כך שהמחסור בתשתיות מערך האשפוז יוצר עבור קופות החולים תמריצים לחתירה למצוינות באספקת שירותים קהילתיים מחוץ למסגרת בית החולים, לרבות אשפוזי בית, ובכך לאפשר טיפול שפעמים רבות הוא באיכות ובהתאמה טובות יותר למטופל.

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).

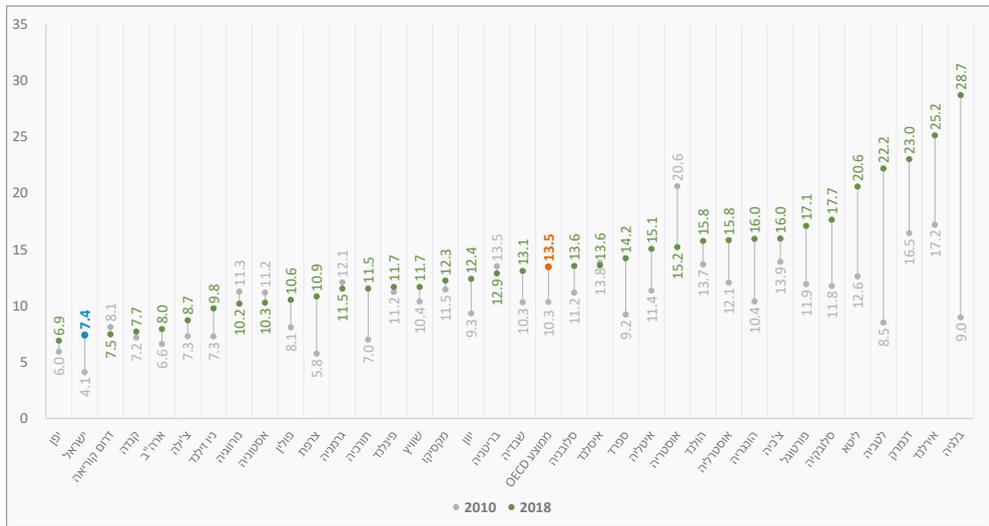
לאחרונה מנסה משרד הבריאות לקבוע סטנדרט להכרה בהכשרה של כוח אדם רפואי, דבר שעלול להביא לכך שהיקף ההכשרה הכולל יפחת מאוד והמחסור הצפוי בכוח אדם יאתגר את המערכת. לצד זאת קיים קושי ממשי בהגדלת מספר הסטודנטים לרפואה הלומדים בישראל, הנובע בעיקרו ממחסור בשדות קליניים (תשתיות הכשרה מעשית בבתי החולים האוניברסיטאיים) 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



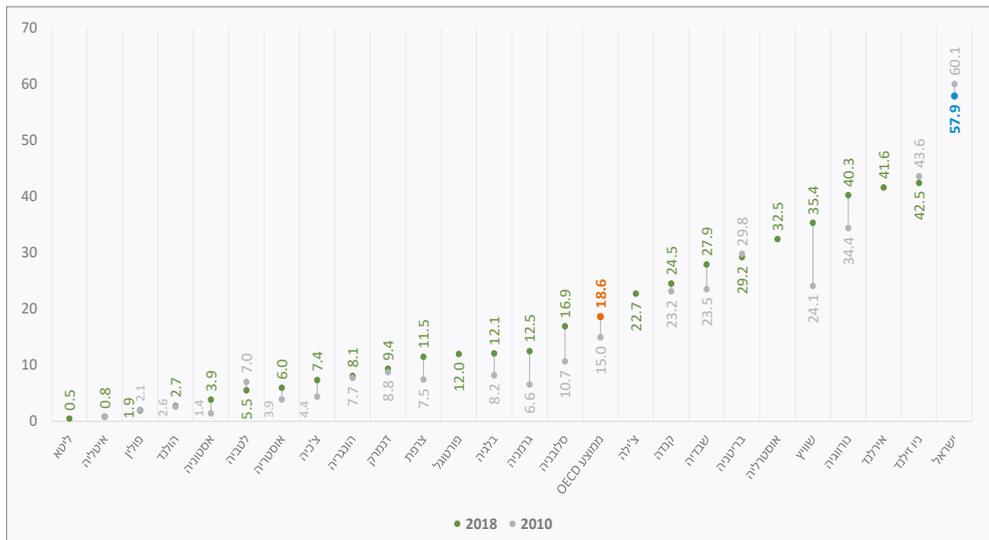
מקור: מערכת הבריאות בישראל בראי OECD לשנת 2018, משרד הבריאות

גרף מס' 7: שיעור מסיימי לימודי רפואה למאה אלף נפש



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

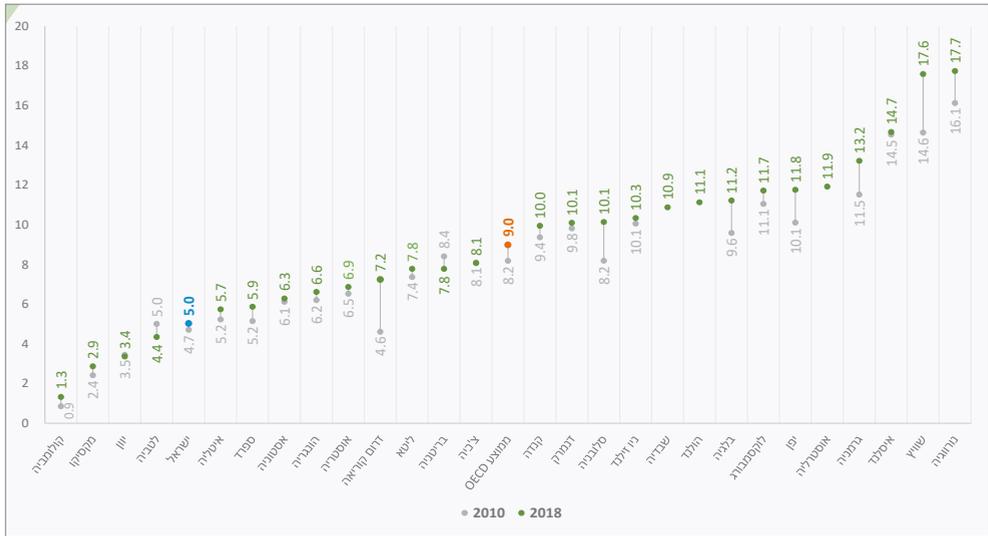
גרף מס' 8: שיעור הרפואות והרופאים המועסקים שהוכשרו מחוץ למדינה, מתוך כלל המועסקים



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

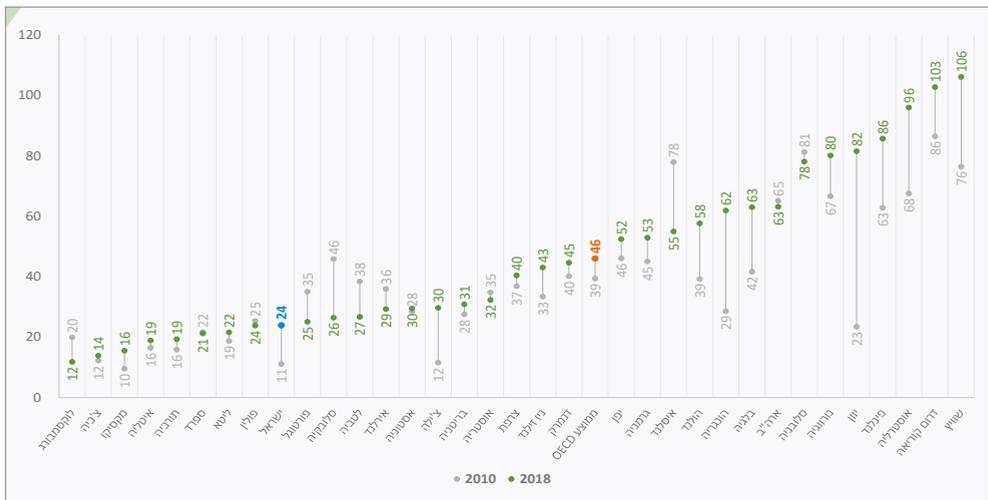
לצד זאת חל שיפור מסוים, אך רחוק ממספק, בשיעור האחיות והאחים לאלף נפש, ועל המדינה להמשיך להשקיע בהגדלת מספר הלומדים בתוכניות אלה (ראו גרפים מס' 9 ו-10).

גרף מס' 9: שיעור אחיות ואחים פעילים לאלף נפש



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

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



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

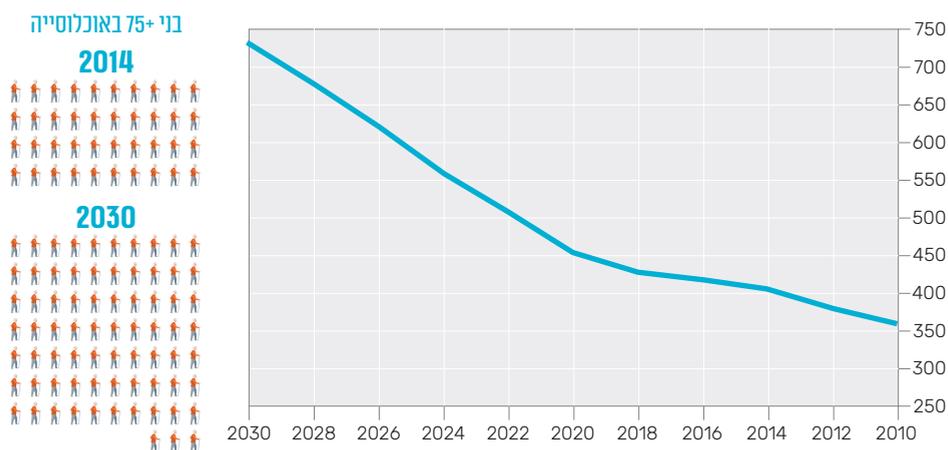
אתגרי המערכת בשנים הקרובות

מערכת הבריאות הישראלית, כמו מערכות תשתית אחרות בארץ ובעולם, נמצאת תמיד על סף אי־ספיקה. הביקוש לשירותי בריאות הולך וגובר, בעיקר בשל הזדקנות האוכלוסייה, לצד התפתחות מואצת של הטכנולוגיות בשירותי הרפואה, ואילו היכולת של המערכת לתת לכך מענה הולם במודל אספקת השירותים הקיים נעשית מורכבת יותר ויותר.

ישראל מתמודדת עם האתגרים הגלובליים של מערכות הבריאות בעולם, ולצד זה גם עם האתגרים המקומיים האופייניים לה.

האתגרים הגלובליים הם העלייה המתמדת בביקוש לשירותי בריאות, הנובעת מהזדקנות האוכלוסייה. בישראל אתגר זה נמצא בעצימות גבוהה יותר בשל מצב מוצא שבו האוכלוסייה בישראל הייתה תמיד צעירה יותר בהשוואה למדינות המפותחות האחרות. כך למשל, עד סוף העשור צפוי מספרם של בני ה־75 ומעלה בישראל, שהם הצרכנים הגדולים ביותר של שירותי הבריאות, להכפיל את עצמו (ראו גרף מס' 11), ואילו הגידול נטו במספר בני 75 ומעלה בשנת 2021 יהיה גדול פי ארבעה מהגידול שחל במספרם בשנת 2018.

גרף מס' 11: מספר בני 75 ומעלה באוכלוסייה (אלפים) 2010–2030



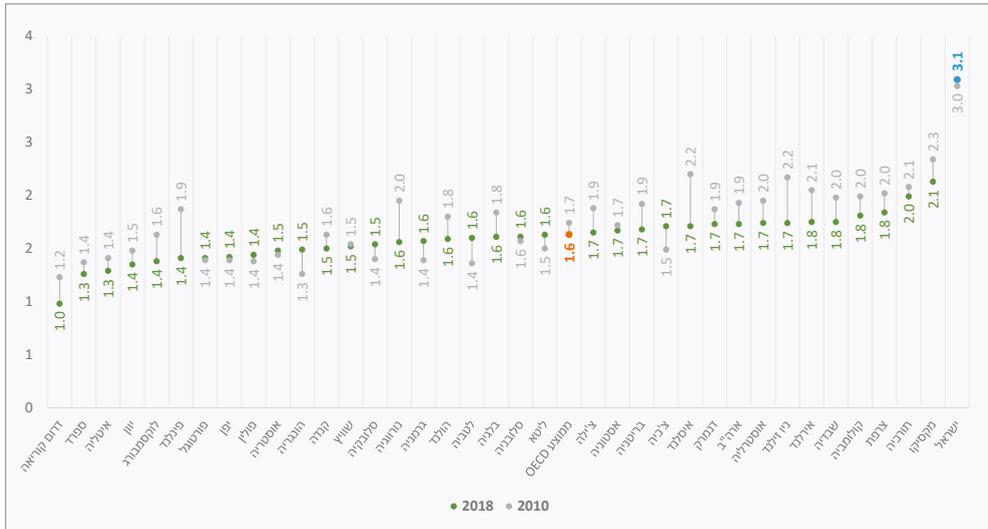
מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

לצד זאת חלה עלייה בתחלואה הכרונית, מעבר לזו הנובעת מהזדקנות האוכלוסייה. אנו עדים לכך שהיקף התחלואה הכרונית הולך ועולה, ויותר אנשים חולים ביותר מחלות כרוניות בגיל צעיר יותר. אתגר זה מצטרף כאמור לאתגר הזדקנות האוכלוסייה ומגביר את עומס התחלואה על המערכת. אתגר נוסף וייחודי לישראל הוא הגידול באוכלוסייה. בעוד שבמרבית מדינות המערב היקף האוכלוסייה צפוי להצטמצם או להישאר יציב, בישראל קצב גידול האוכלוסייה עומד על 1.8–2 אחוזים בשנה, כל שנה.

בריאות וביטחון לאומי: הילכו שניהם יחדיו? / משה בר סימן טוב ואיריס גינזבורג

ברי כי הגידול הדמוגרפי (ראו גרף מס' 12), הכולל ילודה גבוהה ועלייה בתוחלת החיים, מציב אתגר אדיר לכלל המערכות הציבוריות – מחינוך ועד דיור ותשתיות, אך הוא מהווה אתגר גדול בפני עצמו גם למערכת הבריאות, שצריכה להדביק את הגידול בביקוש בשל מספר רב של גורמים מעבר למקובל במדינות המפותחות.

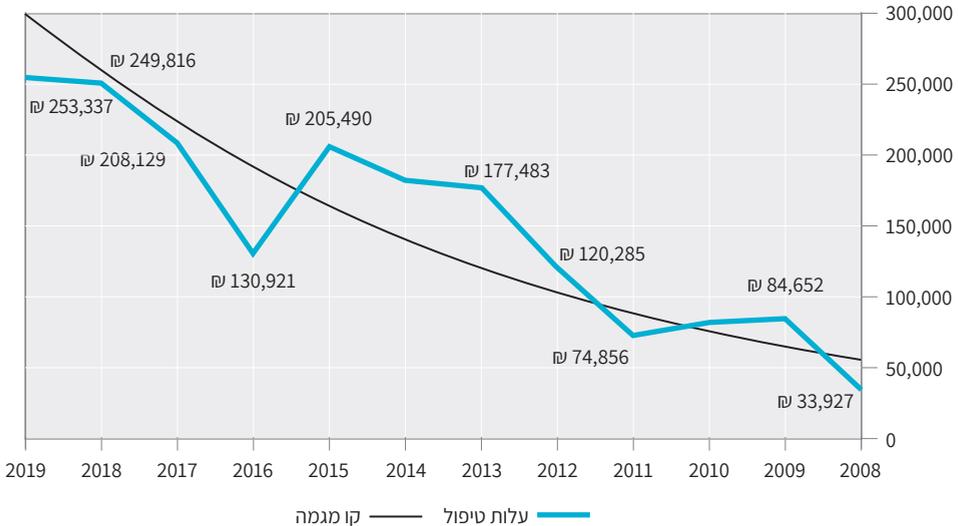
גרף מס' 12: שיעור הפרייון לאישה



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

לצד העלייה בביקוש לשירותי בריאות חלה גם עלייה במחירי הטכנולוגיות הרפואיות. כך, עלות הכניסה של טיפול רפואי לסל הבריאות לחולה אונקולוגי עלתה פי שבעה בשנת 2019 לעומת שנת 2008 (ראו גרף מס' 13).

גרף מס' 13: עלות טיפול שנתית בתרופה או בטכנולוגיה חדשה בעדכון הטכנולוגי של סל הבריאות



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

נוסף על כך, אנו רואים מגמה הולכת וגוברת של עלייה במחירי התרופות היקרות ביותר, לצד עלייה במספר המטופלים הזכאים לטיפולים אלו. כך לדוגמה, בעבר היינו רגילים לכך שהתרופות היקרות ביותר עולות עשרות או מאות אלפי שקלים בשנה למטופל, והן ניתנו למספר מצומצם מאוד של מטופלים, לפעמים חד-ספרתי, אולם בשנים האחרונות נכנסו לסל הבריאות תרופות חדשות שמחיריהן עולים לעיתים גם על מיליון ש"ח לשנה, והיקף הזכאים להן עולה על 100 מטופלים בשנה.

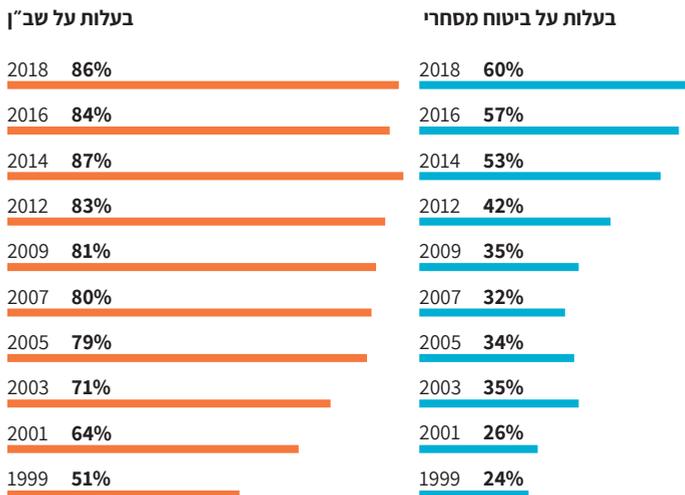
טכנולוגיות שנכנסו בשנים האחרונות הן למשל טיפול בילדים הסובלים ממחלת SMA, שמחירן הראשוני עמד על כשני מיליון ש"ח, ובהמשך נחתך בכמחצית. מספר הזכאים לטיפול זה עומד על כ-100 בשנה, כל שנה. עלות טיפול אונקולוגי מסוג CAR-T עומדת אף היא על כמיליון ש"ח למטופל (במקרה זה הטיפול חד-פעמי), כאשר בכל שנה יש כ-100 חולים חדשים הזכאים לטיפול. קיימות דוגמאות נוספות לטיפולים בעלות גבוהה אף יותר.

התפתחויות טכנולוגיות אלה הן ככל הנראה רק תחילתן של גל פריצות טכנולוגיות מבורכות, הצפויות לאתגר את המודלים הקיימים של מימון ציבורי ואוניברסלי של תרופות בישראל ובכל העולם. ישראל, להבדיל ממספר מדינות מפותחות אחרות, אינה נהנית מהתקבולים של תעשיית התרופות והטכנולוגיות הרפואיות משום שאין בה תעשייה פרמצבטית וביו-טכנולוגית חדשנית נרחבת. זאת למרות שמתקיימת בישראל פעילות ענפה של חדשנות בתחומים אלה בשלבים מוקדמים, במסגרת חברות הזנק. לצערנו, בדרך כלל מרכזי הרווח שלהם עוברים אל מחוץ למדינה בשלב הבשלות המסחרית.

מאפיין נוסף המשפיע על מערכות הבריאות במדינות המפותחות הוא התחזקות המודעות הצרכנית בתחום עד כדי הפיכת שירותי הבריאות למוצר צריכה – health on demand. כך, הנכונות של הצרכנים להמתין לרופא מקצועי או במחלקה לרפואה דחופה הולכת ופוחתת ויש רצון לקבל שירות כאן ועכשיו, בדומה לחוויית לקוח שהולכת ומשתפרת בענפי שירות אחרים.

אתגר אחר של המערכת הוא שמירה על רמת האמון הציבורי ורמת שביעות הרצון הגבוהה שיש לציבור הישראלי מהמערכת, בהשוואה לשירותים ציבוריים אחרים. המערכת הישראלית נהנית מרמת גבוהה של אמון ושל שביעות רצון, מה שמאפשר להמשיך לשמור על אופייה הציבורי של המערכת ועל מסה גדולה מאוד של שירותים שלא ניתן לרכוש באופן פרטי. עם זאת יש סימני שחיקה רבים בעניין זה, הבאים לידי ביטוי בגידול שחל לאורך השנים בשיעור הכיסוי של הביטוח הפרטי בישראל, שהוא גבוה ביחס לעולם (אשר חלקו מוסבר בביטוחים הפרטיים המשלימים הקולקטיביים של קופות החולים, לצד עלייה בשיעור המבוטחים בביטוחים הפרטיים המסחריים). נוסף על כך, שיעור האנשים הסבורים שיצטרכו להפעיל קשרים על מנת לקבל טיפול נאות בזמן מחלה קשה עומד על 84 אחוזים.

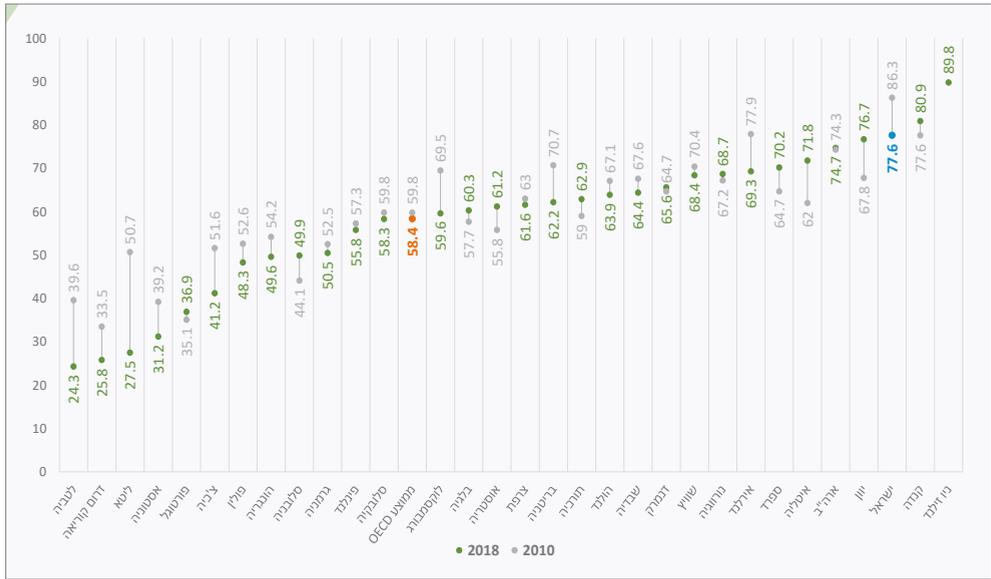
גרף מס' 14: התפתחות הבעלות על ביטוחי בריאות מסחריים ושב"ן (באחוזים)



מקור: מכון ברוקדייל

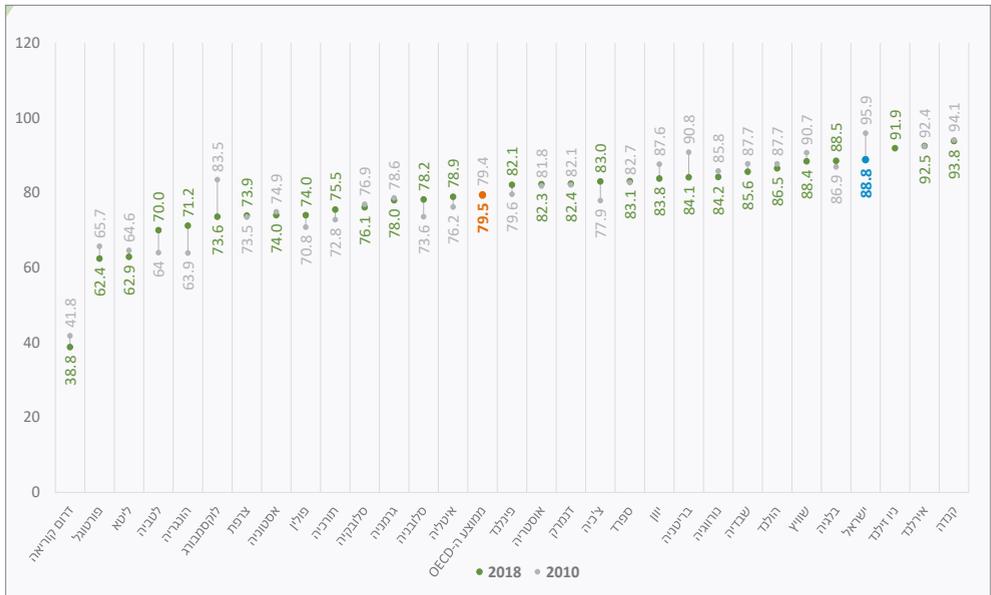
לצד זאת, שיעור המדווחים על רמת בריאות גבוהה באוכלוסייה גבוה באופן יחסי, הן בחמישון ההכנסה התחתון והן בזה העליון (ראו גרפים מס' 15 ו-16). עובדה זו מצביעה על רמה גבוהה של אמון ושביעות רצון מהמערכת מצד התושבים.

גרף מס' 15: שיעור המדווחים על רמת בריאות גבוהה בחמישון ההכנסה התחתון (באחוזים)



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

גרף מס' 16: שיעור המדווחים על רמת בריאות גבוהה בחמישון העליון (באחוזים)



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

שירותי הבריאות כרכיב יסוד באמנה החברתית של המדינה עם תושביה

היקף הדיון על מקומה של מערכת הבריאות במערכות הציבוריות רחב מהיכולת להכילו במסגרת מסמך זה, אך קיימת מוסכמה רחבה בקרב המדינות המפותחות (וגם בקרב מדינות מתפתחות רבות) כי למדינה יש מקום מרכזי בהבטחת אספקה של סל שירותי בריאות בסיסיים ויותר מכך לכלל האוכלוסייה, הן בשל החובה החברתית לעשות כן והן בשל המאפיינים של בריאות כמוצר ציבורי, לרבות כשלי השוק המאפיינים אותו, כפי שיפורט בהמשך.

בריאות בכלל ובריאות הציבור בפרט היא מוצר ציבורי במאפיינים הכלכליים שלו (כמפורט להלן). מעבר לכך, שירותי הבריאות הם אחד ממרכיבי היסוד בשירותים החברתיים המוענקים על ידי המדינה לתושביה. בישראל, המאופיינת בהטרוגניות חברתית וכלכלית גבוהה יחסית, הבריאות מהווה מעין אבן ראשה לתשתית הסולידריות החברתית. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הנחשב לאחד החוקים החברתיים המתקדמים ביותר בחקיקה הישראלית, מושתת באופן מוצהר על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.

כל המדינות המפותחות, למעט ארצות הברית, ממננות מערכת בריאות אוניברסלית המעניקה סל שירותים בסיסי ויותר מכך לכלל האוכלוסייה, ואף מעורבות בביטוח ובהפעלה של השירותים. ארצות הברית היא דוגמה קיצונית, אנקדוטלית כמעט, למערכת בריאות המבוססת על כלכלת שוק עם התערבות רגולטורית מינימלית. התוצאה מכך ברמה הלאומית היא רמת שירות נמוכה מאוד בממוצע (כ־10 אחוזים מהאוכלוסייה אינם מבוטחים כלל, ועוד עשרות אחוזים מבוטחים בביטוחים חלקיים מאוד), וזאת בעלות הגבוהה ביותר, בפער גדול, משאר המדינות בעולם (ראו גרף 2 לעיל).

על מנת לשמור על אופיים הציבורי והאוניברסלי של שירותי הבריאות יש צורך להבטיח רמת שירותים מתקדמת יחסית, ובכך להימנע ממצב שבו השירות הציבורי מיועד לאוכלוסיות החלשות והשירותים הפרטיים – לחזקות. הצורך להימנע ממצב זה נובע מאתגרי האיזון בין הפרטי לציבורי הקיימים בכל מערכות הבריאות בעולם, בשל מערכת הכלים השלובים ויחסי הגומלין בין המערכת הציבורית לפרטית. בקצרה, שתי המערכות נשענות על אותו משאב הנמצא במחסור – כוח אדם רפואי – אשר הכשרתו נעשית תוך מימון ציבורי באוניברסיטאות ובבתי החולים הציבוריים. מרבית המדינות מתמודדות עם אתגר זה באמצעות מימון ציבורי נרחב, כך ששיעור המימון הציבורי הממוצע במערכות הבריאות בקרב מדינות ארגון ה-OECD עומד על כ־74 אחוזים. התקציב הציבורי נועד לממן את השירות האוניברסלי, כאשר לצד המימון הציבורי נקבעת מערכת כללים המסדירה את יחסי הגומלין בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית.

בישראל שיעור המימון הציבורי נמוך באופן מובהק מממוצע מדינות ה-OECD, אף שהוא נמצא בעלייה בשנים האחרונות, ואופייה הציבורי של המערכת נשמר בעיקר באמצעות כללים רגולטוריים ונוסף על משקלם הגבוה של הביטוחים המשלימים בביטוחי הבריאות הפרטיים. קופות החולים שמפעילות את הביטוחים המשלימים הן גופים ציבוריים הנתונים לפיקוח רגולטורי הדוק. כך, מרבית הביטוחים הפרטיים אינם מסחריים אלא נמכרים במסגרת הביטוחים המשלימים הוולונטריים של קופות החולים, המוסדרים

במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והם אינם למטרת רווח. הרגולטור מוודא שמתקיים איזון בין הפרמיה הנגבית לערך התמורה שמקבלים המבוטחים. יותר מ־80 אחוזים מהאוכלוסייה המחזיקים ביטוח בריאות פרטי, וכ־75 אחוזים מתוכם מחזיקים בביטוחים המשלימים של קופות החולים (ושיעור ניכר מבוטח גם בביטוח המשלים וגם בביטוח פרטי מסחרי של אחת מחברות הביטוח). זאת ועוד, קופות החולים מעורבות גם באספקת שירותי הבריאות הפרטיים באמצעות בעלות ואחזקות בבתי חולים ובחדרי ניתוח פרטיים כגון אסותא, הרצליה מדיקל סנטר, נאר"א ועוד.

כך, למרות שיעור החדירה הגבוה של הביטוחים הפרטיים, המשפיע על משקלה הגבוה יחסית של ההוצאה הפרטית מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות, חלק ניכר מהמימון ומהאספקה הפרטיים מבוצע באמצעות גופים ציבוריים ובכך מקנה אופי ציבורי מסוים גם לחלק הפרטי של המערכת ומצמצם את פוטנציאל הפגיעה בשוויון הכרוך בשירותי הבריאות הפרטיים (לדוגמה, באמצעות החובה לבטח בביטוחים המשלימים של קופות החולים כל אדם המעוניין בכך, ללא אפשרות החרגה על רקע גיל או מצב רפואי ובאמצעות כללים המונעים הפניה של מטופל לטיפול מהמערכת הציבורית לפרטית).

עם זאת, לתשתיות הבריאות הפרטיות יש השלכות שליליות על המערכת כמו תופעת "גריפת שמנת" (cream skimming)⁷ באשר למטופלים, וגם על תחומים שלמים, באופן שמגביר את מורכבות החולי בתמהיל המקרים המגיע למערכת הציבורית. המערכת הפרטית מייצרת גם מחסור בחלק מהשדות הקליניים החיוניים לצורך הכשרת כוח אדם רפואי בבתי החולים, וכך מחלישה אותם. גם אם הבעלות על חלק מהתשתיות הפרטיות היא של גופים ציבוריים וחלק גדול והולך מהרפואה שהם מספקים הוא ציבורי, קיים מתח בין רתימת התשתיות לרפואה הציבורית ולהגברת התחרות בה ובין מניעת ניצול לרעה של יכולתם לברור מטופלים ותחומי שירות, הגדלה ככל שהם מתחרים גם על נתח מעוגת המקורות הציבוריים (כספקים של הסל הציבורי).

שירותי הבריאות כמוצר ציבורי והמאפיינים הכלכליים הייחודיים של שוק הבריאות

מוצר ציבורי (public good) מוגדר בתחום הכלכלה כמוצר שקשה למנוע מאנשים את השימוש בו גם אם לא שילמו עבורו, או שצרכתו בידי אדם אחד אינה מפחיתה את זמינותו לאחרים. מוצרים ציבוריים קלאסיים הם שירותי ביטחון, שיטור, מוצרים סביבתיים כגון אוויר נקי, תשתיות תחבורה, חשמל, תקשורת וכן תפקוד של מוסדות חברתיים כגון מערכת המשפט, חופש ביטוי, הגנה על זכויות קניין ועוד. בשל אופיים של שירותים אלה, הבא לידי ביטוי בקושי לגבות עבורם תשלום מכלל הנהנים מהם, או שערכם החברתי גבוה מנכונות הפרטים לשלם עבורם (בעיקר משום שאי־קיומם גורם להשפעות חיצוניות שליליות שפוגעות בכלל הציבור), שוק חופשי בדרך כלל לא יצליח לייצר ולספק מוצרים אלו, והם ימומנו או יסופקו על ידי הממשלה או גופים מטעמה. באשר לשירותי בריאות, למרות שלא ניתן להגדירם בכללותם כמוצר ציבורי טהור, יש הסכמה כללית על כך שהגדרת מוצר ציבורי חלה לכל הפחות על שירותי בריאות הציבור והרפואה המונעת, ובכללם דוגמאות מובהקות כמו חיסון ואוכלוסיות מפני מחלות זיהומיות, הבטחת איכות מזון, מים ואויר ועוד. עם זאת, לא בכדי מרבית המדינות המפותחות בוחרות לספק במימון ציבורי מטרייה רחבה של שירותי בריאות לכלל האוכלוסייה, מעבר לשירותי בריאות הציבור כמוצר ציבורי מובהק. זאת לאור מאפייניה הייחודיים של כלכלת הבריאות, שמביאים לכשלי שוק משמעותיים בהתנהלות של שוק חופשי. בתנאים אלו, מימון ואספקה ציבוריים של שירותי בריאות יעילים יותר מבחינה כלכלית ומשיגים תוצאות טובות יותר בעלות נמוכה יותר. עובדה זו באה לידי ביטוי בכל השוואה בינלאומית שבה עולה הזיקה בין מידת הציבוריות של מערכת הבריאות לתוצאי הבריאות במונחים של תוחלת חיים, מניעת תחלואה, ועד הצלחה בהתמודדות עם אירועי בריאות קיצוניים כמו פנדמיה עולמית, כפי שנוכחנו להכיר גם לאחרונה. שוק הבריאות מאופיין בראש ובראשונה באסימטריה של מידע בין היצרנים לצרכנים. כך לעולם תהיה לספק הבריאות (בית החולים, הרופאים) שליטה במידע הנדרש לקבלת החלטות על הנחיצות לביצוע פעולות רפואיות, ואילו הצרכן יהיה בדרך כלל בעמדת נחיתות. במצב כזה, ספקי השירותים יקבעו בפועל את היקף הפעילות וההוצאה הכוללת של הציבור על שירותי בריאות. מנגד, הביקוש לשירותי בריאות, בעיקר בקרות אירוע בריאות, הוא קשיח בצד הצרכן. כך, כשהמידע המקצועי נמצא בידי ספקי השירותים והצרכן נמצא בנחיתות ובמצוקה שמייצרת ביקוש קשיח, גם מחירי השירותים יגיעו לרמה המרבית שיוכל הספק לגבות. התנהלות של שוק פרטי בתנאים אלו מסתכמת במכפלות של פעילות עודפת במחירים גבוהים מהנדרש, כך שהתמורה על ההוצאה במונחי תפוקת בריאות לעולם תהיה נמוכה יותר מזו המתקבלת במערכת בריאות ציבורית, שבה מרוסנים כוחות השוק באמצעים שונים. לראיה, על פי נתוני ה־OECD⁸ שיעור ההוצאה הלאומית ביחס לתמ"ג בארצות הברית, שבה מתנהל שוק בריאות פרטי (גם לאחר רפורמת אובמה־קר שהעלתה אומנם את שיעור המימון הציבורי, אך מבנה השוק נותר פרטי), הוא הגבוה בעולם והגיע בשנת 2019 ל־16.8 אחוזים, לעומת ממוצע מדינות ה־OECD שבהן עומד השיעור הממוצע על 8.8 אחוזים בלבד, והשיעור בישראל עומד על 7.5 אחוזים. זאת מול מתאם הפוך בתוצאי בריאות, שבראשם מדד תוחלת החיים הממוצעת: בארצות

בריאות וביטחון לאומי: הילכו שניהם יחדיו? / משה בר סימן טוב ואיריס גינזבורג

בריאות וביטחון לאומי: הילכו שניהם יחדיו?

הברית – 78.7 שנים, ממוצע מדינות OECD – 80.6 ובישראל – 82.9 שנים; ותמותת תינוקות לאלף לידות
חי: בארצות הברית – 5.8, ממוצע מדינות OECD – 3.7 ובישראל – 3.

הקשר בין תפקודה הנאות של מערכת הבריאות בשגרה ליכולתה לתת מענה במצבי חירום לאומיים

מעבר לדיון החברתי והכלכלי על מקומה של מערכת הבריאות כרכיב במארג השירותים החברתיים, יש למערכת הבריאות מקום מרכזי בכל מתאר חירום. מדינת ישראל מאופיינת במצבי חירום אפשריים רבים עם פוטנציאל לאירועים מרובי נפגעים, חלקם אוניברסליים כמו פנדמיה או אירוע ביולוגי אחר, תרחישי טבע קיצוניים כגון רעידות אדמה או התממשות של סיכונים אחרים כמו אירוע סייבר. לצד אלו קיימים מצבי החירום האופייניים לישראל יותר מאשר למדינות אחרות, בכל הקשור למצבי חירום ביטחוניים. מערכת הבריאות, כחלק מפעילות השגרה שלה, נערכת לתרחישי חירום ולתרחישי קיצון אפשריים. כך לדוגמה נערכת המערכת למתאר מלחמה שבו יהיו פצועים רבים בגוף או בנפש, לרבות פגיעה ישירה במתקני בריאות; לטרור ביולוגי או נשק כימי; לרעידת אדמה (בישראל שני קווי שבר ומספר בתי חולים ממוקמים בסמוך אליהם); לשריפה; לשפעת עונתית היוצאת משליטה, לפנדמיה או לאירוע ביולוגי אחר; לשביתת רעב נרחבת של אסירים ביטחוניים היוצרת עומס קיצוני על המערכת, ולעוד תרחישים רבים שאי אפשר לשער מראש.

מעבר לצורך להתכונן ולהיערך למתארי החירום השונים, הבסיס לתפקוד נאות בחירום הוא תפקוד נאות בשגרה. במובן העמוק יותר, ברי כי לא ניתן להכין את המערכת לכל תרחיש קיצון (מיגון מפני טילים, רעידות אדמה, שריפה), שכן עלותן של יתירות משאבי אשפוז ותשתיות רפואיות עודפות מגיעה למיליארדים רבים הנדרשים לצרכים השוטפים של המערכת, כגון בינוי חדרי מיון, עדכון סל התרופות ועוד. לכן, הגישה המקובלת והמונחית גם על ידי ארגון הבריאות העולמי היא גישת ההיערכות הכוללת לכלל הסיכונים האפשריים (all hazards approach), אשר בבסיסה עומדת ההכרה כי לא ניתן להכין את המערכת לכל תרחיש ותרחיש בנפרד, ולכן נדרש ליצור את התנאים לחזרה לתפקוד של המערכת במהירות רבה ובהיקף נרחב ככל האפשר. לקראת כנס אלי הורוביץ 2020 של המכון הישראלי לדמוקרטיה ריכזו כותבי מסמך זה קבוצת עבודה שבה נכללו מומחים ובכירים ממערכת הבריאות וממערכות אחרות, בעבר ובהווה, במטרה לבחון את מוכנות המערכת מצבי חירום שונים. ההמלצות המרכזיות כללו יצירת יתירות מערכתית, הן בקהילה והן במערכת האשפוז, לצורך מתן מענה רפואי למצבי חירום מסוגים שונים, תוך שמירה על תפקוד מלא ככל האפשר של רפואת השגרה ושיפור הממשקים עם הגורמים השונים גם בשגרה, שכן תפקוד נאות במצבי חירום תלוי למעשה באיכות תפקוד המערכת בשגרה, לרבות הממשקים בין הגורמים השונים הפועלים באירוע. זאת משום שבאופן טבעי, במצבי חירום נדרש שיתוף פעולה הדוק בין גורמים רבים המעורבים בתפעול המערכת הציבוריות וכן שיפור מנגנוני השליטה והבקרה המערכתיים, שיפור הממשקים עם גורמים מחוץ למערכת הבריאות והקמת גופי מטה המונחים על ידי מערכת הבריאות ברשויות המקומיות.

מערכת הבריאות הישראלית מאופיינת בממשקים רבים בשגרה ובחירום. לדוגמה, במצבי חירום צבאיים יש ממשק ברור עם מערכת הביטחון – הן עם חיל הרפואה והן עם פיקוד העורף. במסגרת זו פועלת רשות אשפוז עליונה, שהיא הגורם המתכלל העליון להפעלת המערכת. בראש הרשות עומד מנכ"ל משרד הבריאות ולצידו

פועלים קצין הרפואה הראשי של צה"ל ומנכ"ל שירותי בריאות כללית (האחראית על כ-30 אחוזים ממערך האשפוז הכללי), וחברים בה כל ארגוני הבריאות – קופות החולים, בתי החולים, מד"א, פיקוד העורף ועוד. מעבר לכך וכפי שבא לידי ביטוי במהלך מגפת הקורונה, למשרד הבריאות ממשקים עם כל משרדי הממשלה ועם השלטון המקומי והקהילות. על כן, כדי לשפר את התפקוד בחירום יש להמשיך לשפר את הממשקים עם השלטון המקומי, תוך שמירה על יכולתה של הממשלה לקבל החלטות באופן מרכזי.

השלטון המקומי הוא גורם דומיננטי בשגרת חיי האזרחים, ובפרט בשל היותו אחראי על אספקת חלק משירותי החינוך בהתאמה לצורכי הקהילה ומעורב בחלקים האחרים, וכן אחראי על אספקת שירותי רווחה. כאמור, במסגרת הדוח שנכתב לכנס הורוביץ גובשה שורת המלצות לחיזוק הממשקים עם השלטון המקומי, העיקרית שבהן היא תְּקִינָה של ממוני בריאות ברשויות המקומיות, שיהוו ציר מקשר בין משרד הבריאות לרשות המקומית ולגופי הבריאות הפועלים בתחומה, ויוסמכו על ידי משרד הבריאות כאחראים על הפעלת מדיניות הבריאות בשגרה ובחירום ברמה המקומית.

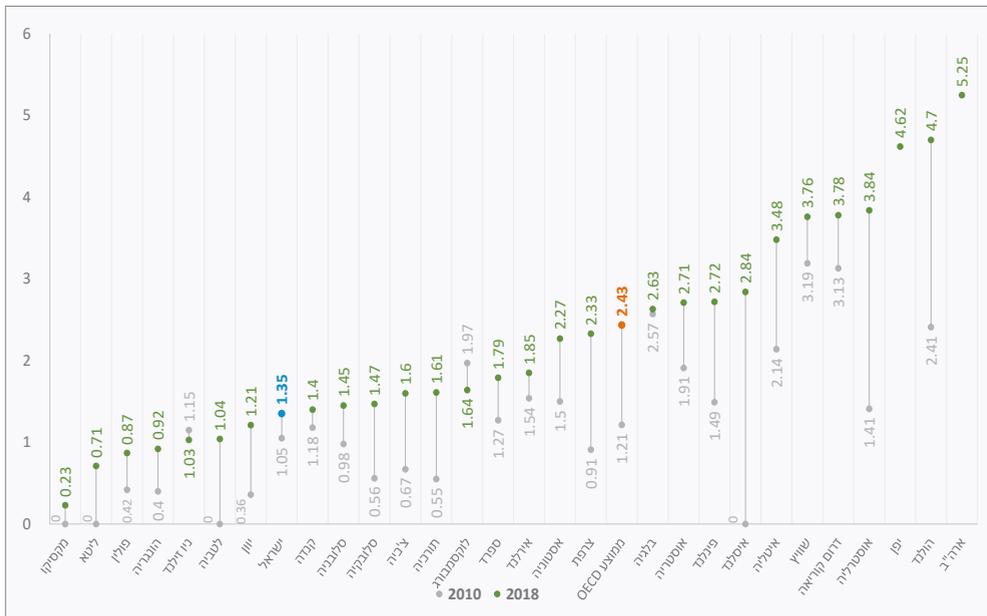
בנוגע לממשקים עם המערכת הכלכלית והמגזר העסקי, נכון שפעילות זו תרוכז על ידי משרדי הממשלה המקצועיים הרלוונטיים (אוצר, כלכלה, עבודה ורווחה וכיוצא בזה), בהתאם להחלטת הדרג המדיני, ומשרד הבריאות יהיה גורם מרכזי בדיונים ובקבלת ההחלטות.

פעמים רבות עולה הטענה כי במצבי חירום ניתן להסתמך על המערך הצה"לי של בתי חולים שדה, אולם הצעות אלה חסרות ערך ממשי שכן לצה"ל אין מערכי ציוד להפעלת בתי חולים ואין כמעט כוח אדם רפואי המסוגל להפעיל בתי חולים. צה"ל נסמך ברפואת השגרה והחירום על המערכת האזרחית, ובמידת הצורך מגייס במסגרת שירות מילואים כוח אדם מהמערכת האזרחית, כך שמדובר במשחק סכום אפס בין המערכת הצבאית לאזרחית. מעבר לכך, בבתי החולים הציבוריים פרוסה תשתית מוכנה להקמת מערך אשפוז חירום, בין היתר בחניונים של בתי חולים, באופן המאפשר להגדיל את מספר המיטות הפיזיות או לשמור על שגרה תפקודית במצבי מלחמה או במצבי חירום אחרים.

בהתאם לכך, על מנת לבסס יכולת מענה נרחבת במצבי חירום יש לייצר יתירות מערכתית מסוימת בזמני שגרה, שתתרום גם לשיפור השירות בשגרה ותפחית את העומסים העונתיים שבהם מאופיינת המערכת, ואשר מקשים על תפקודה. יתירות זו צריכה לבוא לידי ביטוי הן בתוספת מיטות והן בהרחבת מערך טיפולי הבית. ישראל מאופיינת בשיעור תפוסת המיטות באשפוז הכללי מהגבוהים במערכת (ראו גרף 5), כך שבתקופות השיא התפוסות בבתי החולים עולות על 100 אחוזים באופן ניכר ולאורך זמן.

על מנת להגיע ליתירות הנדרשת, תחילה יש צורך לצמצם את פערי התקציב הבסיסיים שמהם סובלת מערכת הבריאות הישראלית באופן כרוני, כפי שיפורט להלן.

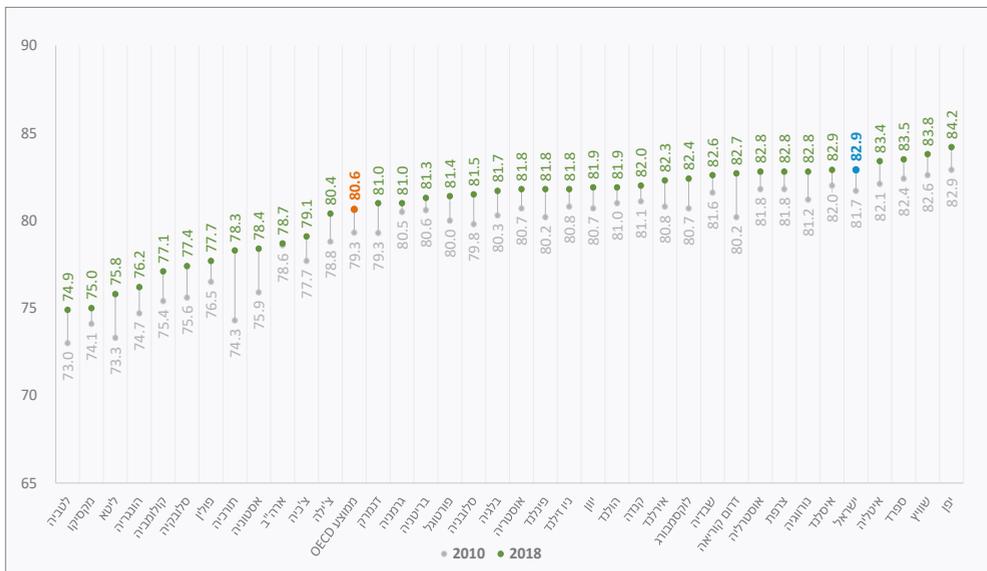
גרף מס' 18: שיעור מכשירי PET CT למיליון תושבים



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

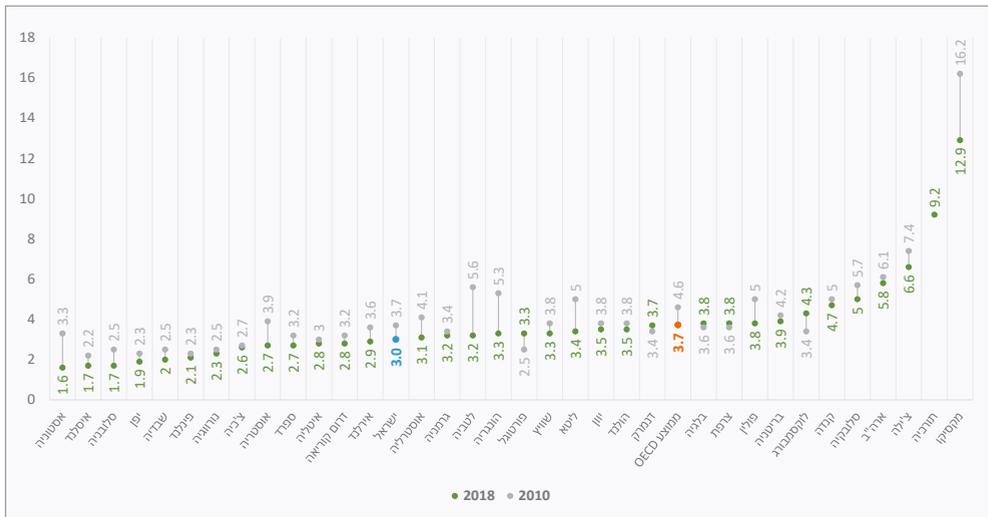
לצד זאת, מדדי התוצאה של מערכת הבריאות מצוינים, הן בתוחלת חיים בלידה והן במדדים נבחרים נוספים.

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



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

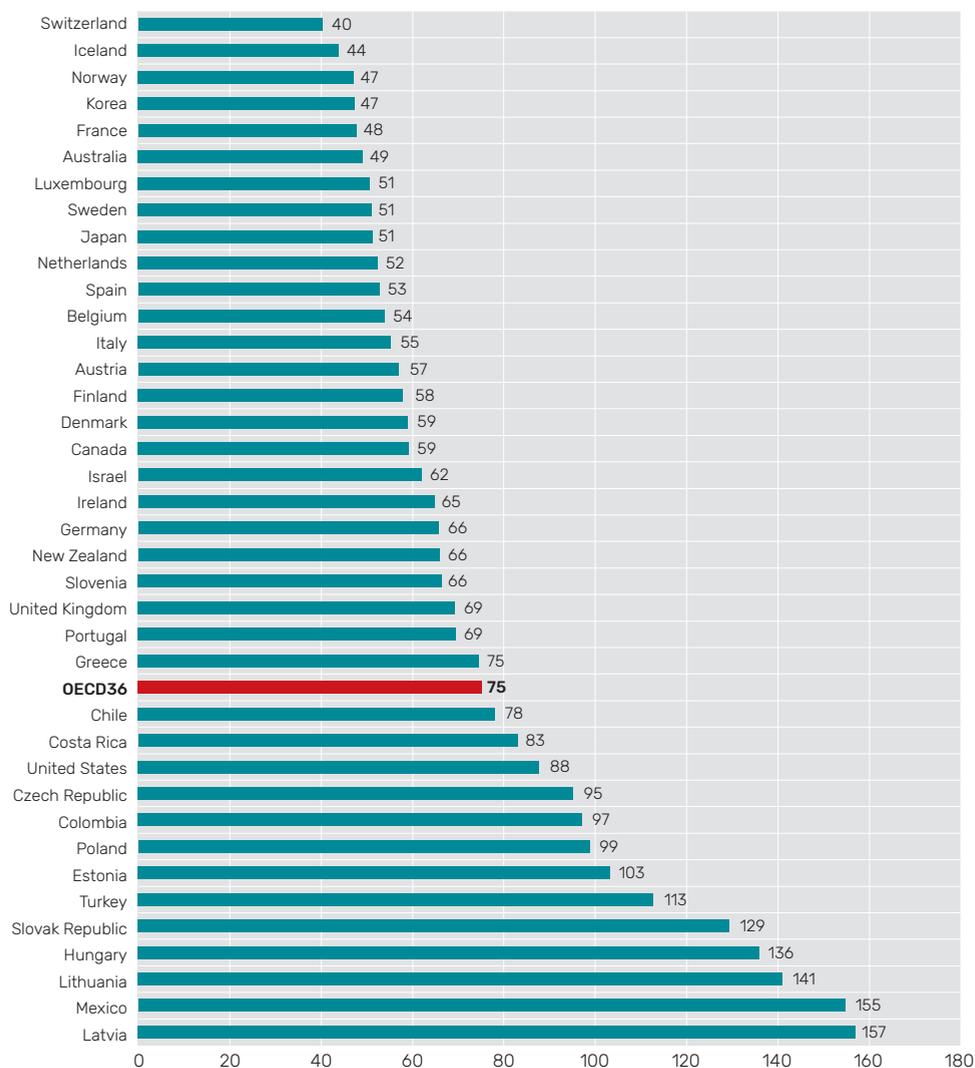
גרף מס' 20: שיעור תמותת תינוקות לאלף לידות חי



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

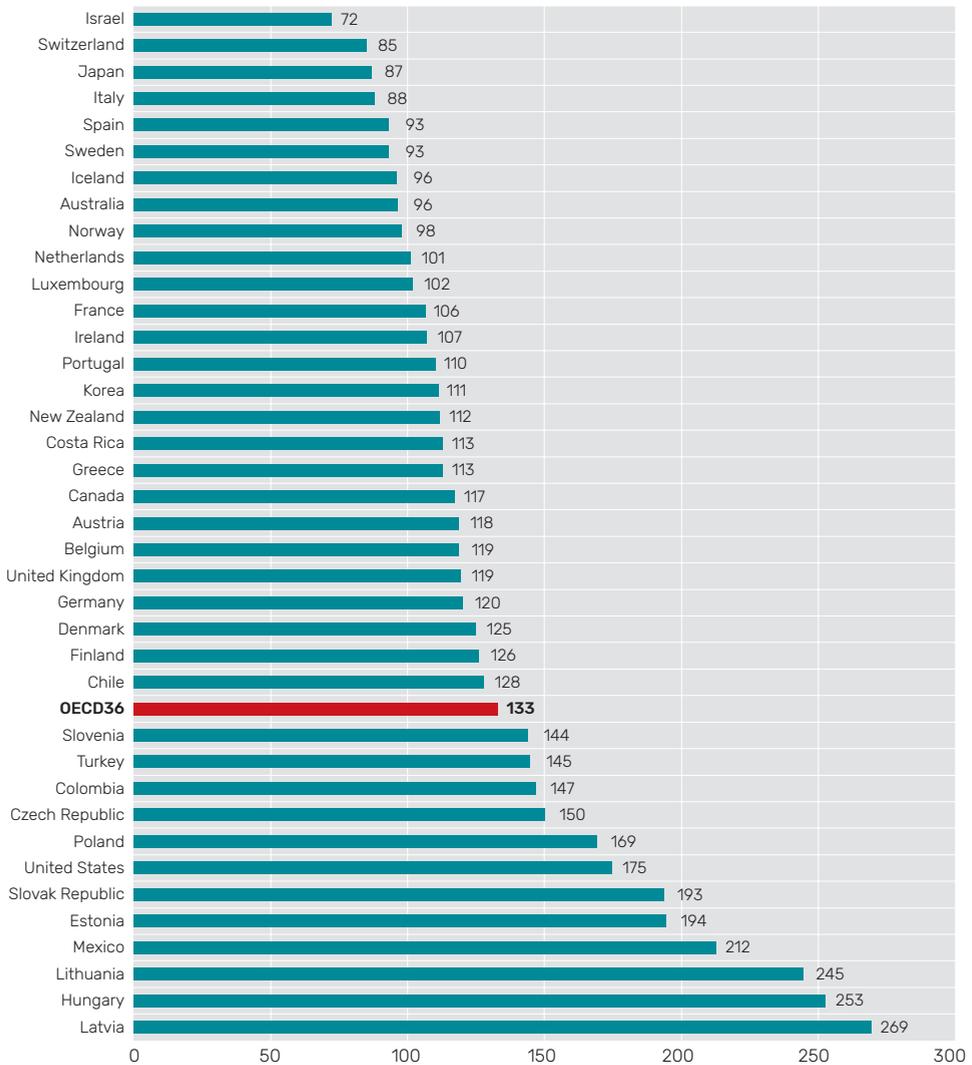
מעבר למדדים הבסיסיים של תוחלת חיים ותמותת תינוקות, שהם מדדים חשובים אך השפעת מערכת הבריאות עליהם מוגבלת, נהוג היום גם לבחון ולנתח מדדי עומק נוספים המשקפים תמונת מצב מלאה יותר על איכות מערכת הבריאות, ובהם מוות בר־מניעה ותמותה לפי מחלות נבחרות, שהן גורם מוות מרכזי במדינות המפותחות.

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



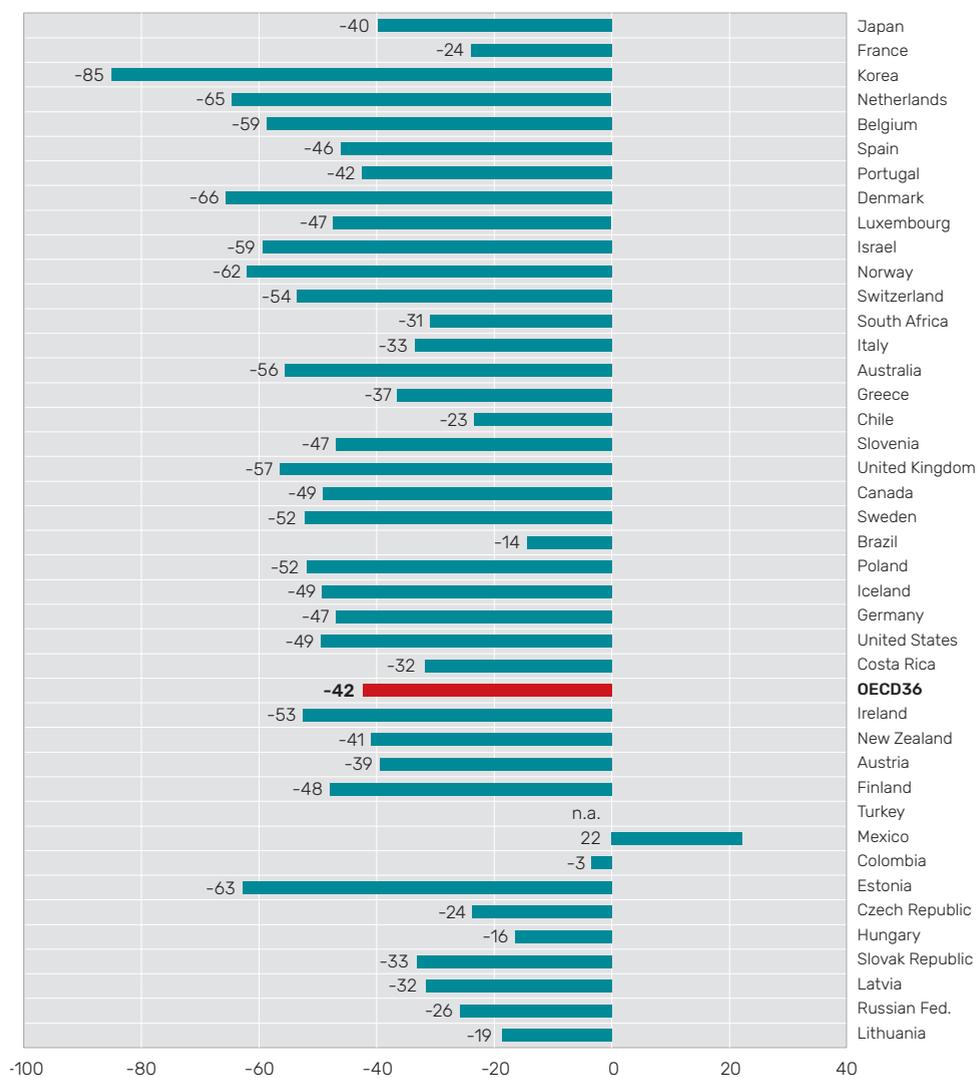
מקור: OECD, <http://doi.org/10.1787/888934014973>

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



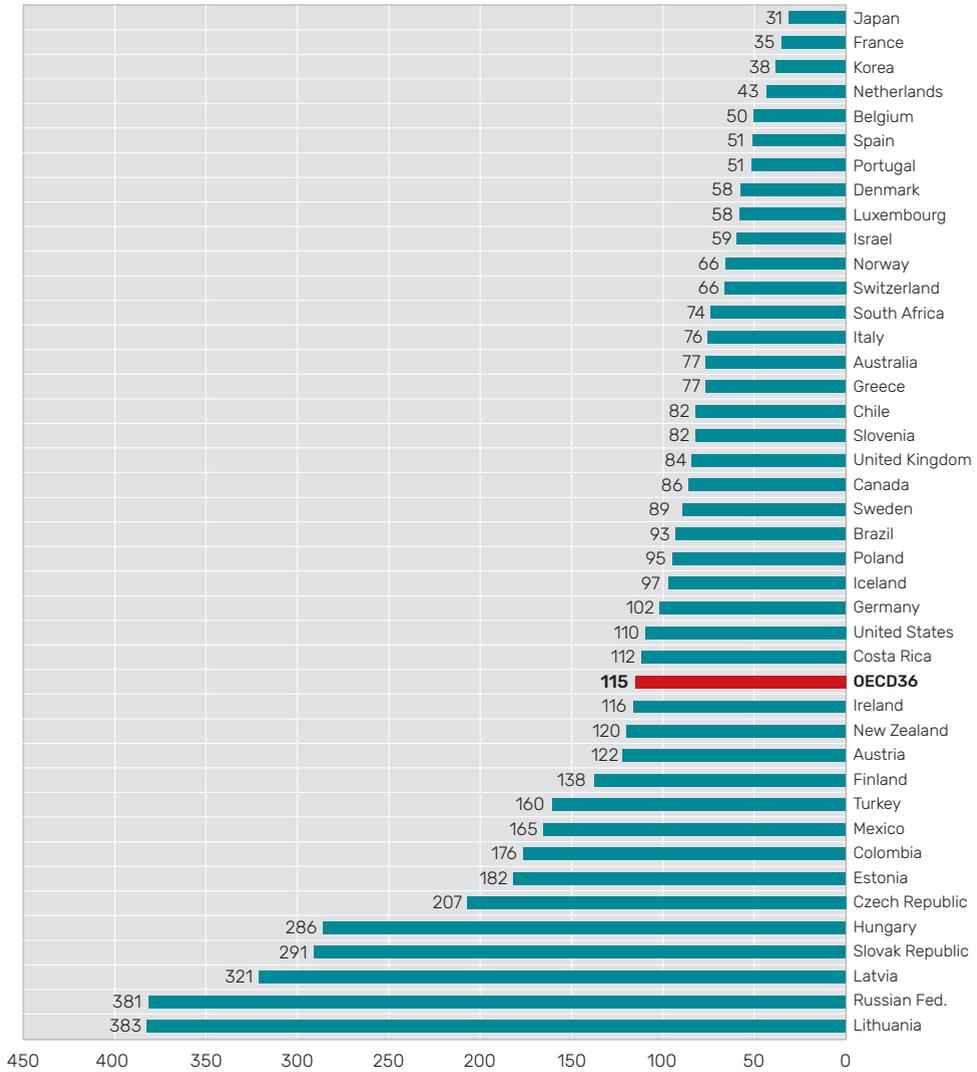
מקור: OECD, <http://doi.org/10.1787/888934014973>

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



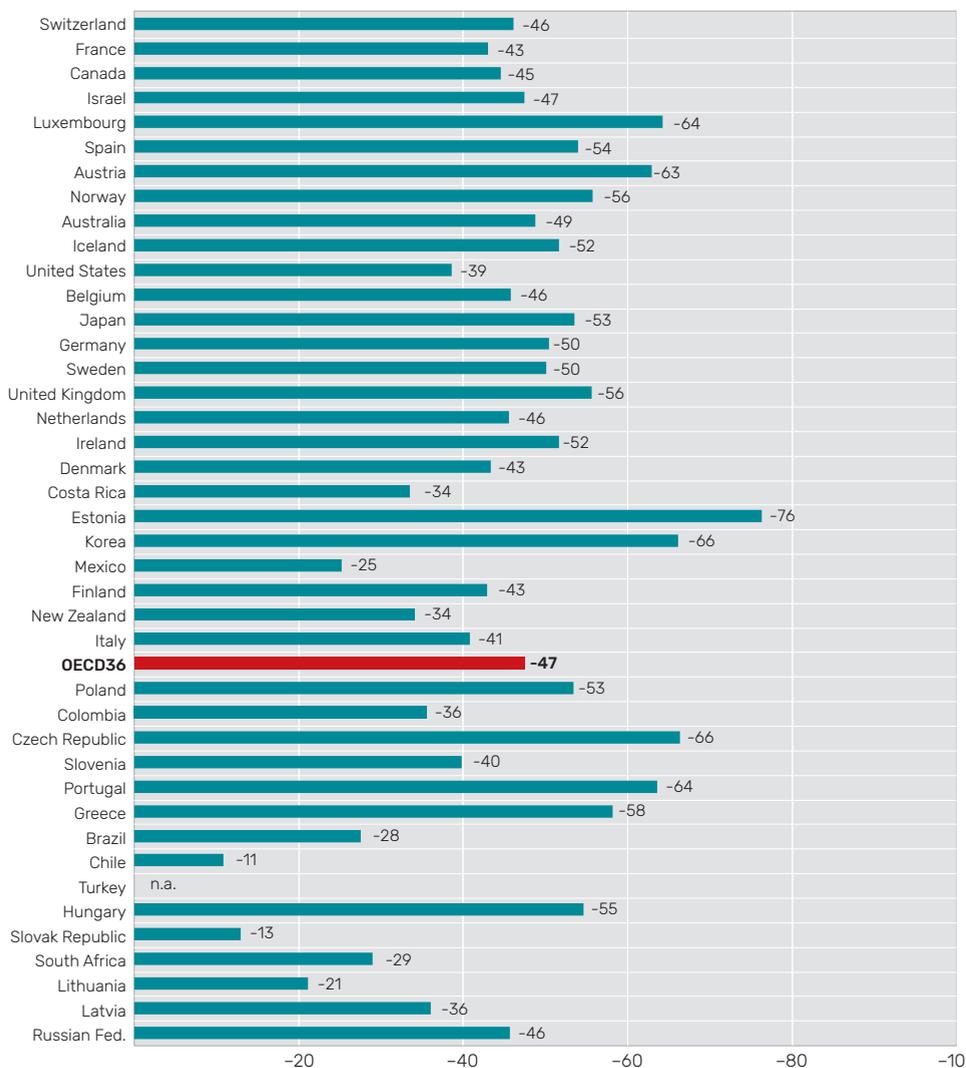
מקור: OECD, 2019 <http://doi.org/10.1787/888934014992>

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



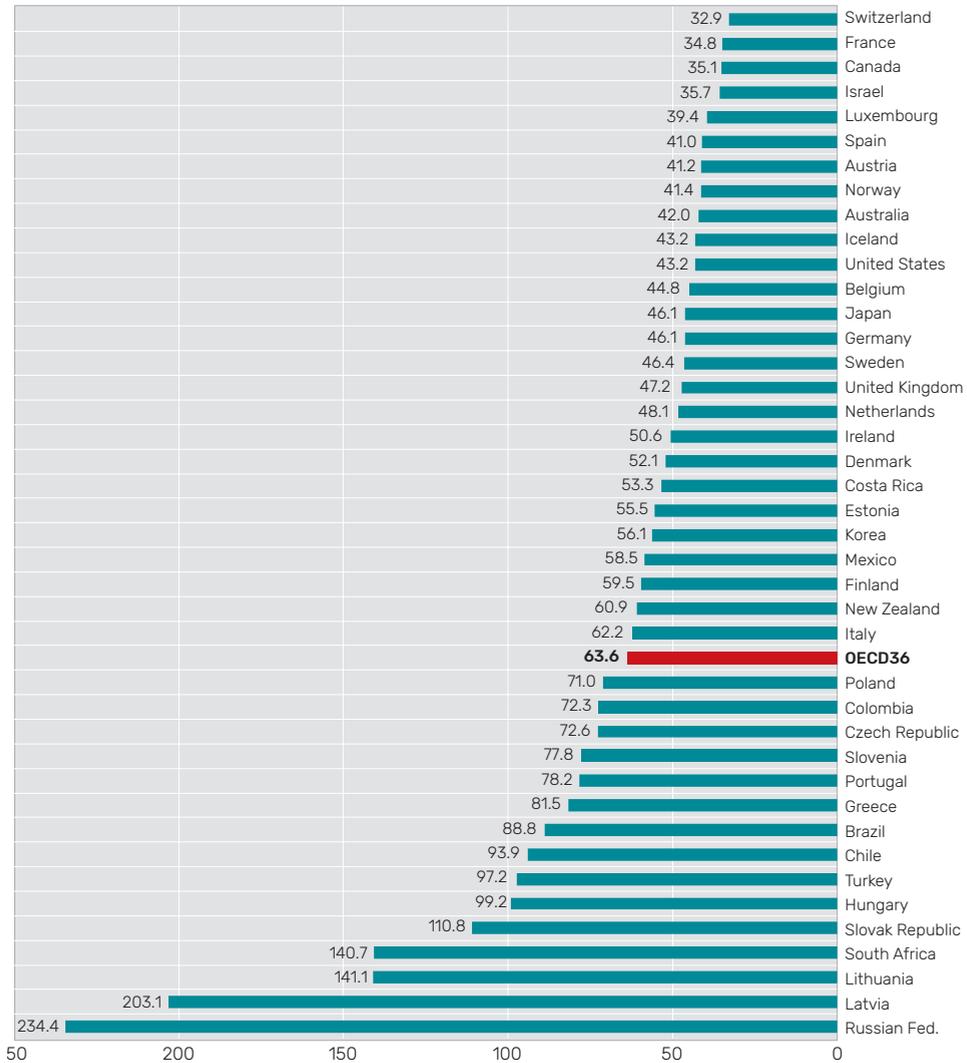
מקור: OECD, 2019 <http://doi.org/10.1787/888934014992>

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



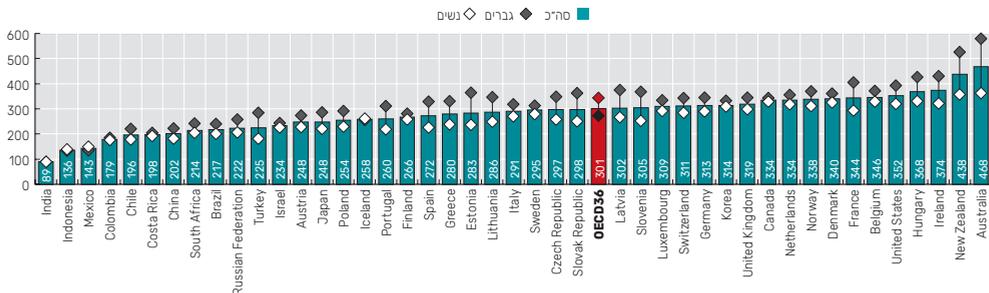
מקור: OECD Health Statistics 2019

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

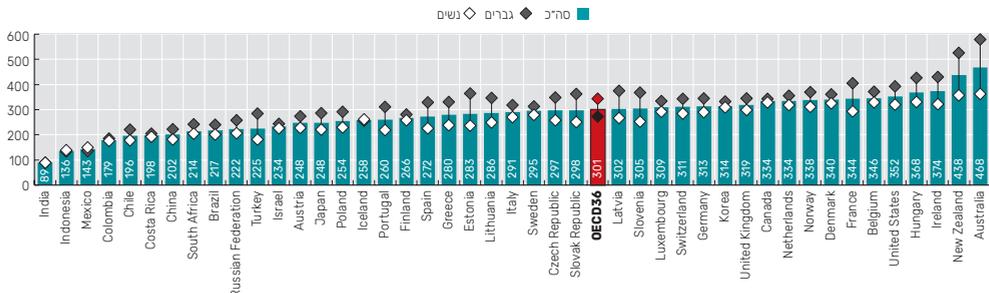


מקור: OECD Health Statistics 2019

גרף מס' 24: 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.

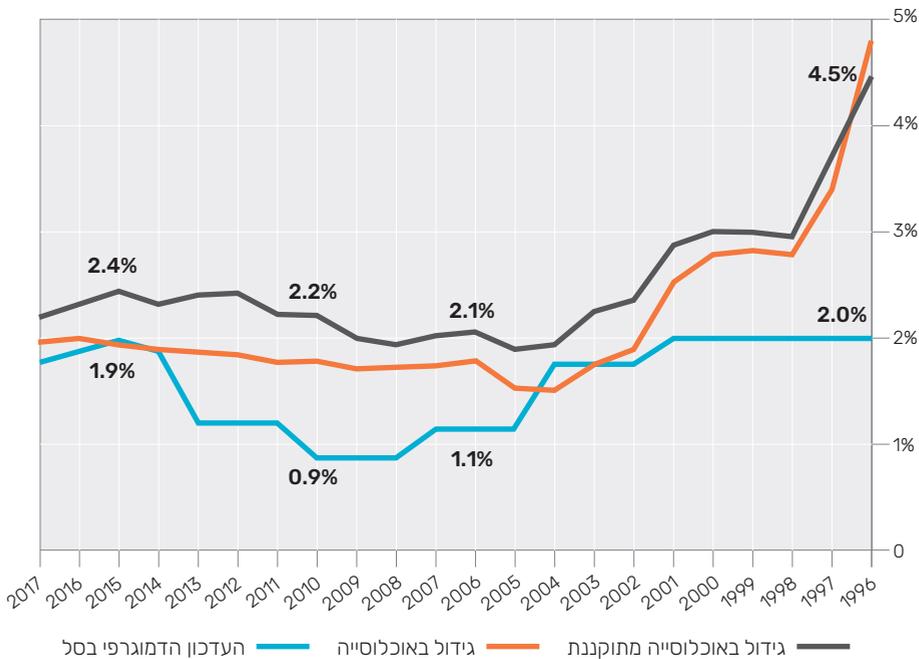
לשם כך גובשו תוכניות רבות שנועדו לשפר את מצבה התקציבי של המערכת ולהכין אותה לאתגרי העתיד בעשור הקרוב לפחות. התוכנית האחרונה הוכנה על ידי אגף התכנון האסטרטגי במשרד הבריאות במהלך שנת 2019.

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 כך שהשחיקה 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).

סיכום והמלצות לצעדים בני יישום

לסיכום מוצגות המלצות בדבר שורה של צעדים מעשיים הניתנים ליישום באופן תכליתי ובטווח זמן סביר. בראש המלצות אלה עומדות חשיבותו של ניהול הדיון הציבורי על כלל מרכיביו בחברה הישראלית והפנמה של הציבור והממשלה באשר למעמד המיוחד שיש למערכת הבריאות – הן כגורם המבטיח שמירה על חיי תושבי המדינה והן כגורם המקדם באופן מובהק סולידריות ושוויון בחברה הישראלית.

ברמה המעשית, תפיסה זו צריכה לבוא לידי ביטוי ביצירת מסגרת תוכניות רב־שנתיות למערכת הבריאות, שתכליתן זיהוי ומתן מענה לאתגרים ארוכי הטווח של המערכת שעל אודותם הרחבנו בעבודה זו ועיקרם העלייה התלולה בביקוש לשירותי בריאות הצפויה בשל הזדקנות האוכלוסייה, הגידול באוכלוסייה, העלייה בתחלואה הכרונית לצד זאת והעלייה במחירי הטכנולוגיות הרפואיות החדשות.

ההתמודדות עם עליית הביקוש הצפויה כאמור לשירותי בריאות צריכה להתבצע באמצעות הקצאת מכלול המשאבים הנדרשים למערכת – תקציב, כוח אדם רפואי ואדמיניסטרטיבי ותשתיות בריאות – ראשית באמצעות הקצאת שטחי קרקע ייעודיים לארגוני הבריאות כדי לאפשר פריסה נאותה של מרפאות קהילה, מכוני רפואה שניוניות ומרפאות טיפות חלב במרכזי האוכלוסייה, ושנית באמצעות קידום מהיר של בניית שני בתי חולים שתהליך הקמתם כבר החל – בית החולים החדש בבאר שבע על שם שמעון פרס ובית החולים הנוסף בקרית. במקביל יש להמשיך לקדם את השימוש במודלים של אשפוז וטיפול בית, שהחל לפני פרוץ מגפת הקורונה וקיבל תאוצה במהלכה.

את המשאבים כאמור יש להקצות באופן יעיל על מנת להבטיח את התמורה הראויה לציבור. כפי שנכתב לעיל, לאחר ההתאוששות הכלכלית ממשבר הקורונה יש מקום גם להעלאת דמי ביטוח הבריאות, אשר שיעורם בישראל הוא מהנמוכים ביותר במדינות ה־OECD. בכך אפשר יהיה להבטיח כי יישום תוכניות אלה לא יפרוץ את המסגרות הפיסקליות של תקציב המדינה.

שינוי נדרש נוסף הוא הצורך להפנים את שיקולי הבריאות בכל מערכי קביעת המדיניות, בשל ההשפעה שיש להיבטים אלה על בריאות הציבור – "בריאות בכל מדיניות". במסגרת זו יש לשלב באופן מובנה שיקולי בריאות בתכנון הסביבתי באמצעות קביעה של חובת הכנת תסקיר בריאות, בדומה לחובת הצגתן של השפעות כלכליות־תקציביות.

זירה נוספת שבה נדרש שיפור ניכר בחיבור עם מערכת הבריאות היא השלטון המקומי. לרשויות המקומיות השפעה רבה מאוד על בריאות תושביהן. השפעה זו באה לידי ביטוי חלקי במגפת הקורונה, אך גם באמצעות החלטות רבות המתקבלות בימי שגרה כגון תזונה במסגרות החינוך, קידום תכנון עירוני המקדם אורח חיים בריא והקצאת שטחי קרקע למוסדות בריאות.

בעבודה שהוכנה על ידינו בנושא חיזוק מוכנות מערכת הבריאות למצבי משבר במסגרת המכון הישראלי לדמוקרטיה,¹⁰ המלצנו על מינוי קציני ביטחון בשלטון המקומי שיהיו עובדי הרשויות המקומיות ויהוו חוליה מקשרת בין משרד הבריאות ומערכת הבריאות לבין השלטון המקומי. עובדים אלה ידווחו למשרד הבריאות ולראש הרשות המקומית במקביל. הם יהיו אמונים על יצירה ושמירה על קשר רציף של הקהילה עם מערכת הבריאות על גווניה ושירותיה: בתי החולים, קופות החולים, נותני שירותי חירום (מד"א, ארגוני חירום והצלה,

בריאות וביטחון לאומי: הילכו שניהם יחדיו? / משה בר סימן טוב ואיריס גיטנבורג

מכבי אש, משטרה), שירותי רווחה וארגוני מתנדבים. נוסף על כך הם יהיו אמונים על היערכות הקהילה למצבי החירום השונים.

לצד הקצאת המשאבים הרב־שנתית יש להמשיך לקדם את התוכניות למיצוי פוטנציאל הצמיחה של מערכת הבריאות הישראלית בזירה הדיגיטלית. עוד לפני המגפה עמדה ישראל בעמדת זינוק להיותה שחקנית מפתח בזירת הבריאות הדיגיטלית. הגורמים לכך הם איכות המידע הרפואי הדיגיטלי הקיים בישראל, האינטגרציה, העומק ההיסטורי ורציפות המידע, לצד הגיוון הגנטי של האוכלוסייה הישראלית. מגפת הקורונה האיצה את השימוש בטלה־רפואה, זאת במקביל להתפתחות המואצת של יישומי רפואה דיגיטלית המתבססים על בינה מלאכותית ויכולות ניתוח נתוני עתק (big data) – תחומים שבהם יש לישראל יתרון מובנה, לצד המוניטין המצויין שיש למערכת הבריאות הישראלית בעולם, שהועצם גם בעקבות המגפה ומבצע החיסונים המוצלח בפרט.

המלצתנו המרכזית היא אם כן לקדם החלטת ממשלה שבה יעוגנו ההמלצות המרכזיות לכינון מסגרת תכנונית ארוכת טווח למערכת הבריאות, כפי שפורט במסמך זה. חלק מהשינויים יחייבו גם תיקון התוספות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי שבסמכות ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת. לסיכום, נדגיש שמערכת הבריאות הישראלית נמצאת תמיד בתפר שבין מצוינות לאי־ספיקה – מצוינות ויעילות מובילות ברמה עולמית לצד שחיקה ארוכת שנים של משאבי המערכת באופן המתאגר דרך קבע את יכולתה להמשיך לספק שירות נאות לתושבי ישראל.

מגפת הקורונה יצרה מצב שבו הצורך במערכת איתנה ומתפקדת לאורך זמן הפך ברור יותר, לצד המקום המרכזי של המערכת בשמירה על חייהם של תושבי המדינה והתמודדות טובה עם מצבי חירום צפויים ובלתי צפויים, וכן לצד המקום המרכזי שלה בשמירה על סולידריות חברתית וקידום ערכים לאומיים של צדק, שוויון ועזרה הדדית. לצד זאת, המערכת הוכיחה את יכולתה להשתפר ולתת שירות מצוין, אם רק תקבל את המשאבים הראויים לשם כך. זו הזדמנות גדולה מאוד למערכת להמשיך לבסס את מובילותה ולהסדיר את יכולתה לשמור על איתנותה ולתת מענה הולם לאתגרים האדירים הצפויים לה בשנים הקרובות. זאת ועוד, הרחבת השיח על הביטחון הלאומי היא צו השעה והזדמנות להתקדם שלב אל עבר נקודת מבט רב־ממדית ומורכבת על הביטחון הלאומי של ישראל – מדינה שחיה במארג אתגרים ייחודיים – אימים ביטחוניים רציניים עד כדי ניסיונות לערער על קיומה, לצד מורכבות חברתית הנובעת מהטרוגניות רבה מאוד של האוכלוסייה. מערכת הבריאות מהווה חלק חשוב במענה לאתגרים ולאיומים הקיימים, לצד היותה רכיב מרכזי בדבק המחזיק אותנו כחברה ואבן הראשה במבנה התומך בלכידות החברתית הישראלית. שינוי השיח ויצירת מסגרת תכנונית ויישומית ארוכת טווח למערכת יבטיחו כי גם בעתיד תמשיך מערכת הבריאות הישראלית למלא תפקידים אלה בהצלחה.

רשימת גרפים

מס' גרף	כותרת	עמוד	מקור
1	שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג (באחוזים)	20	
2	שיעור ההוצאה הציבורית על בריאות מסך ההוצאה הלאומית (באחוזים)	21	
3	שיעור מיטות אשפוז בבתי החולים הכלליים לאלף נפש	22	
4	ממוצע ימי שהייה באשפוז הכללי	23	
5	שיעור התפוסה של מיטות באשפוז הכללי (באחוזים)	23	מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2018, משרד הבריאות
6	שיעור רופאות ורופאים פעילים לאלף נפש	24	
7	שיעור מסיימי לימודי רפואה למאה אלף נפש	25	
8	שיעור הרופאות והרופאים המועסקים שהוכשרו מחוץ למדינה, מתוך כלל המועסקים	25	
9	שיעור אחיות ואחים פעילים לאלף נפש	26	
10	שיעור מסיימי לימודי סיעוד למאה אלף נפש	26	
11	מספר בני ה-75 ומעלה באוכלוסייה (אלפים) 2010-2030	27	מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, 2019
12	שיעור הפריין לאישה	28	מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2018, משרד הבריאות
13	עלות טיפול שנתי בתרופה או בטכנולוגיה חדשה בעדכון הטכנולוגי של סל הבריאות	29	מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, 2019
14	התפתחות הבעלות על ביטוחי בריאות מסחריים ושב"ן (באחוזים)	30	מכון ברוקדייל
15	שיעור המדווחים על רמת בריאות גבוהה בחמישון ההכנסה התחתון (באחוזים)	31	
16	שיעור המדווחים על רמת בריאות גבוהה בחמישון ההכנסה העליון (באחוזים)	31	
17	שיעור מכשירי CT למיליון תושבים	39	מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2018, משרד הבריאות
18	שיעור מכשירי PET CT למיליון תושבים	40	
19	תוחלת חיים בלידה – כלל האוכלוסייה (שנים)	40	
20	שיעור תמותת תינוקות לאלף לידות חי	41	
21א	שיעורי תמותה מגורמים הניתנים לטיפול, לפי גיל למאה אלף נפש	42	OECD, http://doi.org/10.1787/888934014973
21ב	שיעורי תמותה מגורמים בני מניעה, לפי גיל למאה אלף נפש	43	
22א	שיעורי תמותה ממחלות לב – שינוי באחוזים בשנים 2000-2017	44	OECD, 2019 http://doi.org/10.1787/888934014992
22ב	שיעורי תמותה ממחלות לב לפי גיל למאה אלף נפש, 2017	45	
23א	שיעורי תמותה משבץ – שינוי באחוזים בשנים 2000-2017	46	OECD Health Statistics 2019
23ב	שיעורי תמותה משבץ לפי גיל למאה אלף נפש, 2017	47	
24א	שיעורי תחלואה בסרטן לפי מין למאה אלף נפש, 2017	48	OECD, 2019 https://doi.org/10.1787/ac388762-en
24ב	שיעורי תחלואה בסרטן לפי גיל למאה אלף נפש, 2018	48	
25	שיעור העדכון הדמוגרפי בסל מול שיעור גידול האוכלוסייה והזדקנותה, והשחיקה המצטברת שנוצרה בעלות הסל בשל עדכון חלקי של המקדם הדמוגרפי	49	מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, 2019

בריאות וביטחון לאומי: הילכו שניהם יחדיו? / משה בר סימן טוב ואיריס גינבורג

הערות

- 1 International Encyclopedia of the Social Sciences, 1968
- 2 יעקב עמידרור, "מהו ביטחון לאומי?", בתוך: הרצליה אפרתי (עורכת), **מבוא לביטחון לאומי**, 2002 (עמ' 7-20).
- 3 National Security strategy of the United States of America, 2017
- 4 Interim National Security Strategic Guidance, March 2021
- 5 OECD Reviews of Health Care Quality: Israel, 2012
http://www.oecd.org/israel/ReviewofHealthCareQualityISRAEL_ExecutiveSummary.pdf
- 6 Lee J. Miller & Wei Lu, These are the Economies with the Most (and Least) Efficient Health Care, Bloomberg, September 19, 2018, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>
- 7 "גריפת שמנת" בכלכלת בריאות מתייחסת לתופעה שבה מבטחים וספקי שירות רפואי מרכזים מאמצי שיווק בקרב אוכלוסיות בסיכון בריאותי נמוך, שעלות הטיפול בהם נמוכה יותר, בעוד שהמחיר הנגבה בעבורם הוא מחיר אחיד ממוצע, במטרה להשיא את רווחי חברות הביטוח או ספקי שירותי הבריאות.
- 8 OECD Health Statistics 2021, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- 9 International Health Regulations (2005), Areas of work for implementation June 2007
- 10 רפי ביאר, משה בר סימן טוב, איריס גינזבורג, דורית ניצן, אבי פורת, **מוכנות מערכת הבריאות למצבי משבר**, 2021, המכון הישראלי לדמוקרטיה.

מגפת הקורונה משנה סדרי עולם - מאורחות חיינו הבסיסיים ביותר ועד יחסי הכוחות הגיאופוליטיים, ונראה כי זה המצב גם אחרי החיסון. השלכות המגפה יישארו עימנו עוד זמן רב ויחייבו שינויים באורחות חיינו, בדומה לאירועים משמעותיים אחרים בעבר. השפעתה של המגפה על החיים בישראל ובעולם הייתה כבדת משקל וחרגה מעבר לתחום הבריאות.

לקיחה המגוונים ורבי העוצמה של מגפת הקורונה אמורים להרחיב את תפיסת הביטחון הלאומי של מדינת ישראל, כך שייכללו בה גם יציבותה ואיתנותה של מערכת הבריאות הציבורית. המגפה, על השלכותיה רבות העוצמה, הוכיחה כי תפקוד נאות של מערכת הבריאות הציבורית חיוני להבטחת החיים עצמם יותר מתפקודה של כל מערכת ציבורית אחרת, וכי פוטנציאל הנזק של מערכת בריאות שאינה מתפקדת באורח מיטבי הוא ניכר - למעשה יותר מזה שגרם כל אירוע מלחמתי שהמדינה עברה בעשורים האחרונים.

אירוע המגפה המחיש את חשיבות היערכותן של מדינות להתמודדות עם מערך נרחב של איומים, המסכנים לא רק את ביטחונם של תושבים אלא גם את שגרת החיים על כל היבטיה.

עבודה זו נכתבה במסגרת המכון למחקרי ביטחון לאומי מתוך ההבנה כי הגיעה העת לעדכן את תפיסת הביטחון הלאומי. ארגוני הבריאות בישראל הצטיינו במתן מענה לחולים במהלך המגפה, אך הם מתחו את יכולותיהם ומשאביהם במידה המרבית האפשרית, ובשל כך הם נמצאים במצב של שחיקה המאיימת על יכולת התפקוד שלהם בהמשך. בהתאם לכך, השינוי הנדרש בתפיסת הביטחון הלאומי צריך לבוא לידי ביטוי לא רק בשיח הציבורי והפוליטי אלא גם במנגנון הקצאת המשאבים הלאומי, גם על חשבון נושאים אחרים.