

# מזכר מדיניות

אפריל 2017

## חיים ארוכים לצד הוצאת הנשמה: מערכת בריאות שהולכת בדרך הקשה

דן בן-דוד<sup>1</sup>

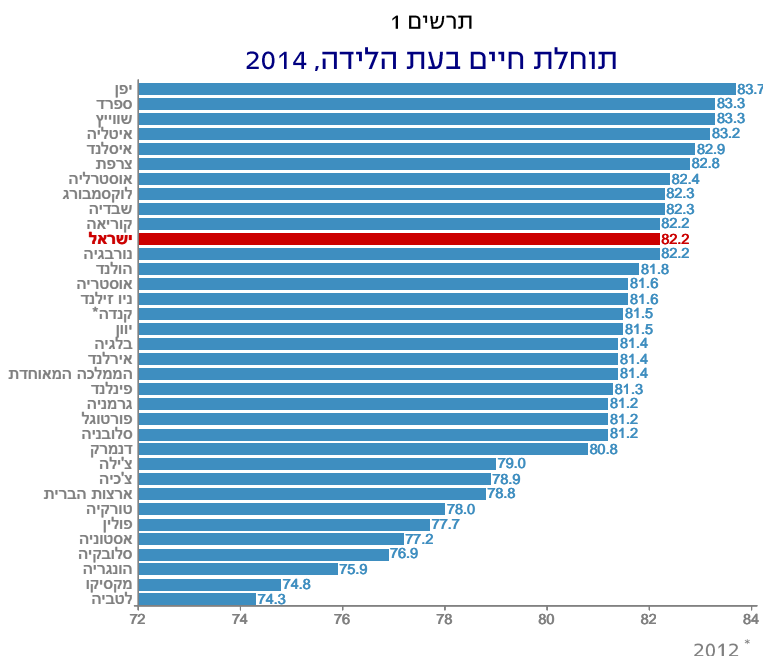
אם איכותה של מערכת בריאות נקבעת לפי תוחלת חיים, אז זו של ישראל בוודאי יכולה להיחשב בין הטובות בעולם המפותח. במהלך ארבעת העשורים האחרונים, תוחלת החיים בארץ עלתה ביותר מעשור – מקצת פחות מ-72 שנים בתחילת שנות ה-70 ליותר מ-82 שנים ב-2014. לאיכות הרופאות והרופאים, האחיות והאחים, הנמנים עם השורה הראשונה בעולם מבחינת הכשרתם ויכולותיהם, יש בוודאי תפקיד מפתח בהשגת תוחלת חיים מהגבוהות בעולם (תרשים 1). גם תזונה ים-תיכונית וגורמים ייחודיים נוספים תורמים לאורך החיים של הישראלים.

ישנם הבדלים בתוחלת החיים בין נשים וגברים, ובין יהודים לערבים. כמו במדינות אחרות, היא ארוכה יותר עבור נשים מגברים: 84.5 שנים לנשים יהודיות ו-81.2 שנים לנשים ערביות (המספר האחרון זהה לתוחלת החיים של נשים אמריקאיות); 81.1 שנים לגברים יהודים ו-76.8 שנים לגברים ערבים (לשם השוואה, לגברים אמריקאים).

יעילות המערכת מתבטאת גם בירידה של 87% בתמותת תינוקות, מ-24.2 מקרי מוות לכל 1000 לידות חיות ב-1970 ל-3.1 ב-2014 (תרשים 2). גם אם יש מספר מדינות OECD עם תוצאות טובות יותר, ישראל בכל זאת נמצאת במחצית הנמוכה של מדינות הארגון – ובמצב טוב בהרבה ממה שהיה בעבר.

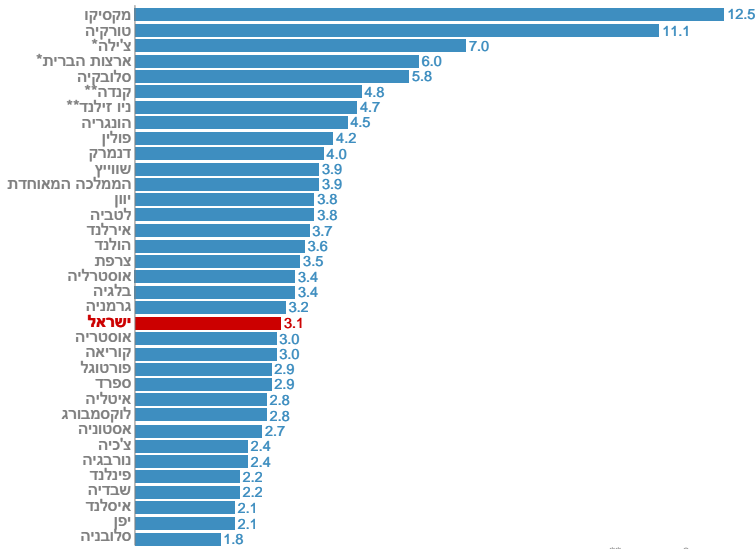
עם זאת, לא הכל כפי שאולי נדמה. ישנן מאות תקיפות של אנשי בריאות מדי שנה – כולל הרצח המזעזע של אחות במרפאה לאחרונה – המרמזות על בעיות קשות מתחת לפני השטח. כמו במקרה של נהגים לא זהירים שהורגים אחרים, האשמים הם הפוגעים. בעוד שתגבור

משטרתית בכל מרפאה ובכל צומת כבישים יוכל להקטין את הבעיות, זהו פתרון סימפטומטי בלבד. צריכים לטפל בכמה בעיות שורש שככל הנראה אינן נמצאות על רדאר המדיניות. החברה האנושית כוללת לא רק



<sup>1</sup> פרופ' דן בן-דוד, נשיא מוסד שורש למחקר כלכלי-חברתי, חבר סגל בחוג למדיניות ציבורית באוניברסיטת תל-אביב. אני מודה לפרופ' איל קמחי על הערותיו.

תרשים 2  
תמותת תינוקות. 2014



2012\*\*, 2013\*

מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב  
נתונים: OECD

אזרחים נורמטיביים אלא גם אנשים חסרי אחריות ומטורפים – קצוות החברה שצריכים להילקח בחשבון בקביעת המדיניות. הגשת כתבי אישום נגד נהגים שהורגים אחרים העומדים בשולי כבישים אינה תחליף להרחבה ניכרת של השוליים ולהרחקת מעקות הבטיחות עוד יותר כך שנהג עם תקר לא יאלץ להחליף גלגל כאשר גופו בולט לכביש.

**מעט מיטות אשפוז לנפש**

כך גם בתחום הבריאות. כאשר ישראל היתה מדינה צעירה, היא בנתה לא רק ישובים וכבישים אלא גם אוניברסיטאות מחקר ובתי חולים. בהקשר האחרון, מספר המיטות הטיפוליות בישראל גדל בקצב המקביל לקצב גידול האוכלוסייה המהיר מאוד מ-1948 עד סוף שנות ה-70. אז השתנו העדיפויות הלאומיות של המדינה. לאחר השינוי בעדיפויות, ירד בהתמדה מספר המיטות לנפש בישראל במשך עשורים שלמים ברציפות. היום ישראל ניצבת מתחת למרבית מדינות ה-OECD (תרשים 3).

זו אולי נחשבת לתוצאה חיובית על ידי מי שחושב שזה מופקר לבזבז משאבים יקרים על מיטות ריקות בבתי החולים. ההקבלה היא לטענה שכבישים צריכים להיות מנוצלים על ידי המספר הרב ביותר של כלי רכב. יתכן שזה אכן קו המחשבה המנחה את ממשלות ישראל שכן הצפיפות על כבישי הארץ (הנמדדת לפי מספר כלי הרכב לקילומטר כביש) עלתה לפי שלושה מהצפיפות הממוצעת במדינות ה-OECD – וזאת למרות שבישראל 38% פחות כלי רכב לנפש ממוצע מדינות ה-OECD. אין ספק שמספר קטן יותר של מיטות לנפש מצביע על ניצול רב יותר של הון מערכת הבריאות. אך הימנעות מגודש בעונות שיא מחייבת מיטות ריקות בתקופות אחרות.

אוכלוסייה צעירה יחסית אינה זקוקה למיטות רבות, משום שמימדי החולי בקרבה נמוכים מאלה של אוכלוסייה זקנה יותר, ואוכלוסית ישראל צעירה מאשר במרבית מדינות העולם המפותח.

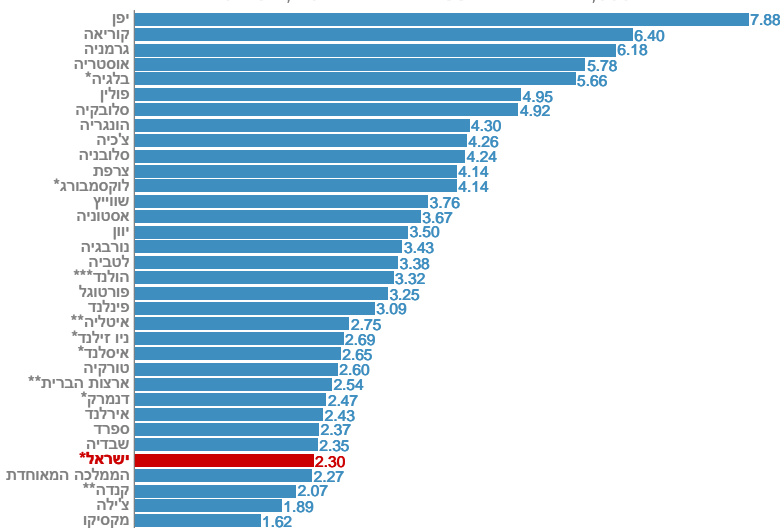
עם זאת ישראל כיום מבוגרת – וגם עשירה – יותר משהיתה לפני שלושה עשורים. אף על פי כן, ב-1988 מספר מיטות לנפש שמימנה ישראל היה גבוה ב-60% ממספרן היום. אם כן, הבעיה קיימת לא רק בהשוואה למדינות אחרות. המצב בישראל התדרדר גם בהשוואה למה שהיה בעבר.

**בתי חולים עם התפוסה הגבוהה בעולם המפותח**

במקרים מסוימים, יש חלופות זולות יותר לאשפוז בבתי חולים. כשאכן קיימות חלופות כאלה, אז יש הגיון למספר קטן יותר של מיטות אשפוז. אך המראות השכיחים של חולים במסדרונות ובפינות אוכל מרמז על כך שבזמן שחלה נפילה חדה במספר המיטות לנפש במהלך העשורים האחרונים, לא התבצע שיפור מקביל ביצירת חלופות.

תרשים 3  
מיטות טיפוליות בבתי חולים

לכל 1,000 נפשות בכל 35 מדינות ה-OECD, 2014



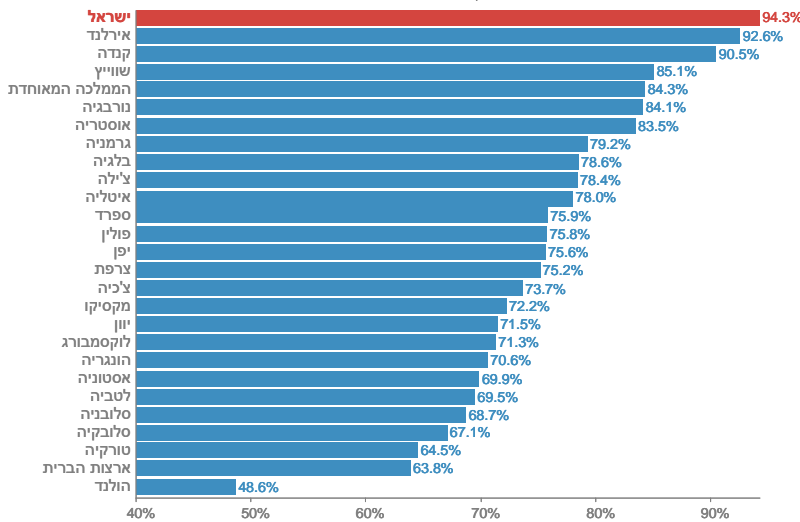
2012\*\*\*, 2013\*\*, 2015\*

מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב  
נתונים: OECD

תרשים 4

**שיעורי תפוסה בבתי החולים**

כאחוז מכלל המיטות, ממוצע עבור 2010-2014



מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב ותוניום: OECD

כתוצאה מהיעדר השקעה מספקת במיטות אשפוז, התפוסה בבתי החולים בישראל, 94%, גבוהה מבכל שאר מדינות ה-OECD וגבוהה ברבע מהממוצע בשאר מדינות הארגון, 75% (תרשים 4). נתון זה מגלם ממוצע שנתי עבור מדינה שלמה. הוא אינו משקף את הלחץ העצום בעונות קשות באזורים צפופים במיוחד.

יתכן ויש הרואים בכך יעילות. אך זה גורם לסבל קשה למאושפזים ולמשפחותיהם. לעיתים רבות מדי, המצב מוביל גם לחיכוכים ולאלימות.

**ירידה מתמדת במספר האחים והאחיות – לתחתית העולם המפותח**

כאילו אין די בכך, חולים בישראל צריכים להתמודד עם אתגר נוסף – מחסור חמור באחיות ואחים. מספר האחים הפעילים

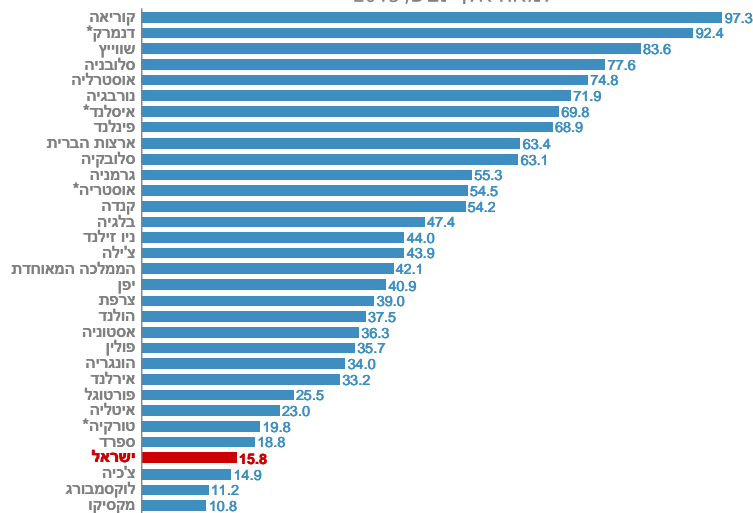
לנפש בישראל נמוך מאוד ביחס לממוצע ה-OECD, שגדל במהלך שנות האלפיים בכשליש (תרשים 5). בישראל הוא ירד בעשירית כמעט. התוצאה: בשנת 2000 מספר האחים לנפש בישראל היה שלושה רבעים מממוצע ה-OECD, וכעבור קצת יותר מעשור בלבד, מספר האחים לנפש בישראל ירד לכמחצית מממוצע ה-OECD.

כך נראית תמונת המלאים. אך תמונת הזרם – המספר השנתי של בוגרי לימודי סיעוד – מדאיגה עוד יותר כי היא מצביעה על העתיד. ממוצע בוגרי לימודי סיעוד ב-OECD (47 לכל 100 אלף נפש) גבוה כמעט פי שלושה מהמספר בישראל (16), הנמצאת קרוב לתחתית ה-OECD (תרשים 6). יש לכך השלכות לא מבוטלות על החולים והחלשים בשעתם הפגיעה ביותר, בה הם נזקקים לטיפול ולתשומת לב מירביים. צפיפות כזו, עם מצבת כח אדם מקצועי כה קטנה, לא רק יכולה להעביר את הפחות יציבים על דעתם. היא גם מסוכנת מבחינה בריאותית.

תרשים 6

**בוגרי לימודי סיעוד בשנה**

למאה אלף נפש, 2013



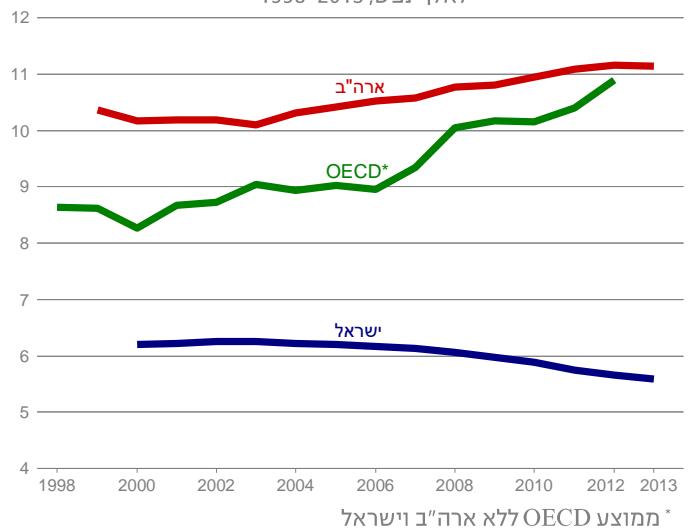
2012\*

מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב ותוניום: OECD

תרשים 5

**מספר אחים פעילים**

לאלף נפש, 1998-2013



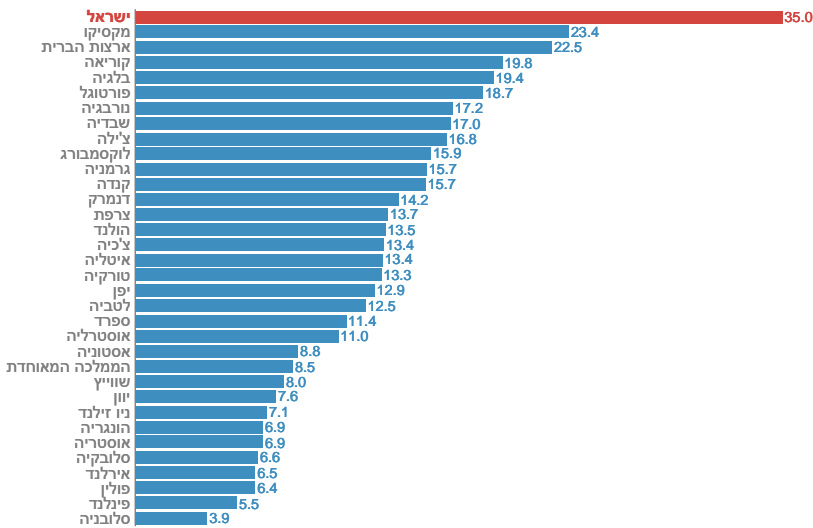
\* ממוצע OECD ללא ארה"ב וישראל

מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב ותוניום: OECD

תרשים 7

**תמותה ממחלות זיהומיות**

לכל 100,000 תושבים, ממוצע עבור 2010-2014



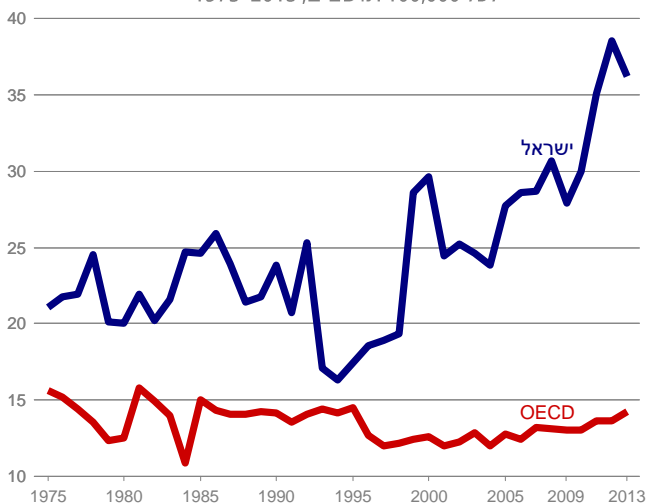
\* מותאם לפי היחס בין האוכלוסיה המנורמלת לבין האוכלוסיה בפועל

מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב  
נתונים: OECD

תרשים 8

**תמותה ממחלות זיהומיות**

לכל 100,000 תושבים, 1975-2013



\* מותאם לפי היחס בין האוכלוסיה המנורמלת לבין האוכלוסיה בפועל

מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב  
נתונים: OECD

**מקום ראשון במחלות זיהומיות**

במידה מסוימת, תנאי האשפוז בישראל דומים לצלחות פטרי ענקיות – מיבשלות של ממש לזיהומים ולמחלות. שיעור הישראלים המתים ממחלות זיהומיות הוא הגבוה ב-OECD. כאשר מביאים בחשבון את מקרי המוות ממחלות זיהומיות לפי גילאים שונים ועושים סטנדרטיזציה בכל המדינות המפותחות כדי לאפשר השוואה מדויקת יותר, הפער בין ישראל לכל שאר המדינות מציב אותה בליגה משל עצמה. מספר המתים ממחלות זיהומיות בישראל (35 לכל 100 נפש) גבוה ב-50% מהמספר במדינה המדורגת במקום השני, מקסיקו (עם 23 מתים לכל 100 אלף נפש), וכמעט כפול מהמספר בממוצע במדינות ה-OECD ללא ישראל (תרשים 7).

כמובן שלא כל מקרי המוות ממחלות זיהומיות קשורים לתנאים בבתי החולים, אך מדובר במספר יוצא דופן מאוד בישראל. מי שחושב שישראל מתקדמת לעבר המצב בעולם המפותח, שיחשוב שוב. קיים פער עצום לרעת ישראל בשיעור מקרי התמותה מזיהומים מאז שנות ה-70. בעת שהתמותה לנפש מזיהומים ב-OECD יציבה, ואף נמצאת במגמה של ירידה קלה, בישראל היא נמצאת בעליה חדה בשני העשורים האחרונים (תרשים 8). מאז הרפורמה שהונהגה במערכת הבריאות ב-1995, הוכפלה התמותה לנפש ממחלות זיהומיות בישראל.

ניתן לקבל פרספקטיבה לגבי חומרת הבעיה כאשר משווים אותה לסוגיות אחרות הזכות לתשומת לב ציבורית נרחבת. למשל, מספר הנרצחים מפעולות טרור מדי שנה בישראל נמדד בעשרות לכל היותר ומספר ההרוגים בתאונות דרכים נמדד במאות. אך מספר מקרי המוות ממחלות זיהומיות נמדד באלפים בכל שנה ושנה. לא מדובר בגזירת גורל. זה עניין של עדיפויות לאומיות.

**הבעיה אינה מחסור בכסף אלא באופן שימוש – ובמי משלם**

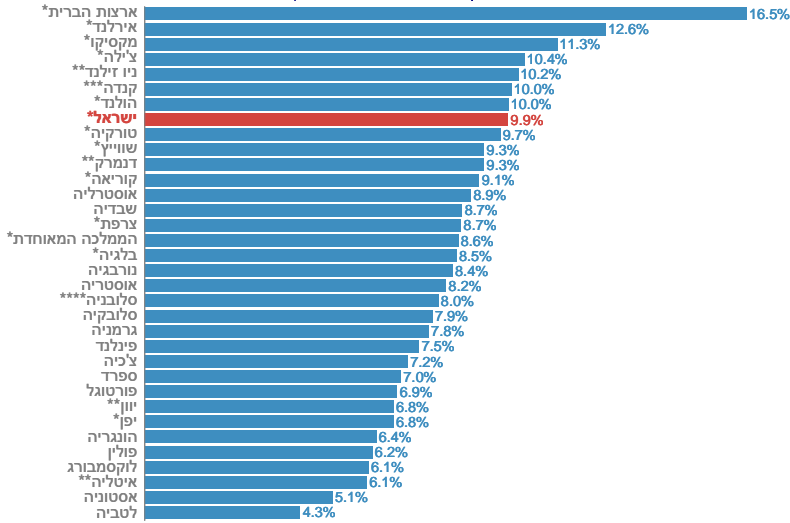
הצפיפות, מיעוט האחים והאחיות, והמספר העצום של מתים ממחלות זיהומיות אינם מספרים כמובן את כל הסיפור של מערכת הבריאות הישראלית. לעיתים מציגים את תוחלת החיים הגבוהה בארץ לצד ההוצאה הנמוכה על בריאות כאינדיקטור ליעילות מערכת הבריאות. במבט ראשון, ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל אכן נמוכה (יחסית לתמ"ג, כדי לאפשר השוואה בינלאומית). למעשה, היא נמוכה יותר מההוצאה הלאומית על בריאות ב-71% ממדינות החברות ב-OECD (תרשים 9.א). אולם, חלק לא מבוטל מהסיבה להוצאה הנמוכה אינו קשור ליעילות המערכת אלא להרכבה הצעיר של אוכלוסיית ישראל. ככל שהאוכלוסיה זקנה יותר, שיעורי התמותה וכן הוצאות

**הוצאות לאומיות לבריאות**

כאחוז מהתמ"ג

תרשים 9.9

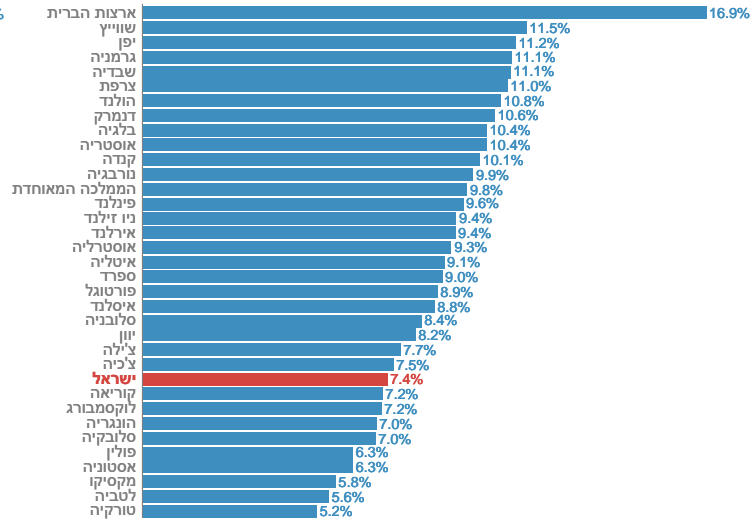
הוצאות בריאות מותאמות לפי היחס בין האוכלוסיה המנומלת לבין האוכלוסיה בפועל, 2014



2010 \*\*\*\*, 2011 \*\*\*, 2012 \*\*, 2013 \*

תרשים 9.9

הוצאות בריאות לא מותאמות, 2015



מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב  
נתונים: OECD

הטיפול עולים. כאשר מנרמלים את ההוצאה הלאומית לבריאות על ידי שקלול חלקן היחסי של קבוצות הגיל השונות ושיעורי התמותה בקרבן, תמונת ההוצאה מתהפכת. מתברר שההוצאה המנומלת לבריאות בישראל הופכת לגבוהה יותר מזו של 76% ממדינות ה-OECD (תרשים 9.9).

את ההוצאה הלאומית לבריאות ניתן לחלק להוצאה ציבורית ולהוצאה פרטית. ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל (לאחר נרמול לפי קבוצות גיל באוכלוסיה) כאחוז מהתוצר מציבה את המדינה במרכז הדירוג של מדינות ה-OECD (תרשים 10). היא אינה גבוהה במיוחד ואינה נמוכה במיוחד לעומת שאר העולם המפותח. אך למרות שהאוכלוסיה בישראל צעירה יחסית היום, קצב ההזדקנות שלה הוא מהמהירים בעולם המפותח ונדרשות שנים להכשרת כח האדם ולבניית התשתיות הנחוצות כדי להתמודד עם התופעה.

המקור להוצאה הלאומית הגבוהה על בריאות בישראל הוא ההוצאה הפרטית. כפי שניתן לראות בתרשים 11, ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל (לאחר נרמול וחלוקה בתוצר) אמנם אינה מתקרבת להוצאה הפרטית של האמריקאים, אך היא בהחלט גבוהה מזו של שלושה רבעים מהמדינות המפותחות.

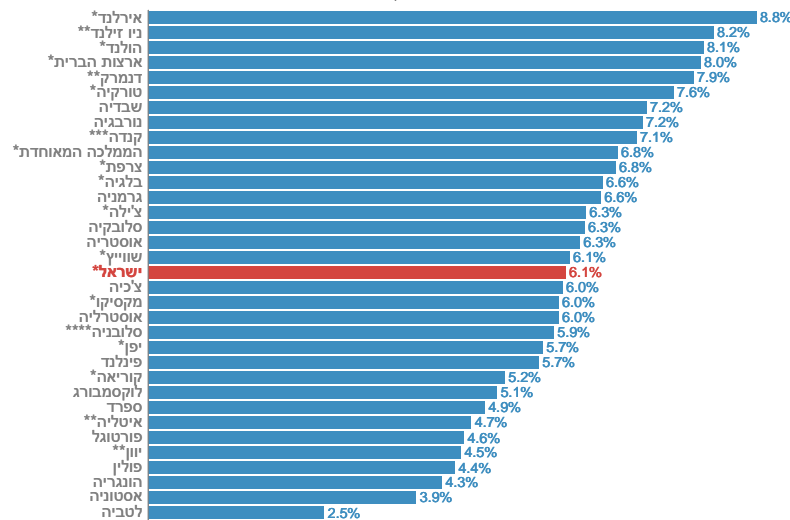
ישראל, שבה פערי השכלה ופערי הכנסה מהגבוהים בעולם המפותח, מסתכנת בשיא דומה בתחום הבריאות – כי זו המשמעות של מרכיב גבוה של הוצאה פרטית. לא כל אחד יכול לשאת בה.

כמו כן, מערכת בריאות בעלת מאפיינים כפי שתוארו לעיל יכולה לגרום להוצאת הנשמה לחולים רבים. בני משפחה וחברים אינם צריכים להוות תחליף לאחיות ולאחים בבתי החולים.

**הוצאות ציבוריות לבריאות<sup>1</sup>**

כאחוז מהתמ"ג, 2014

תרשים 10

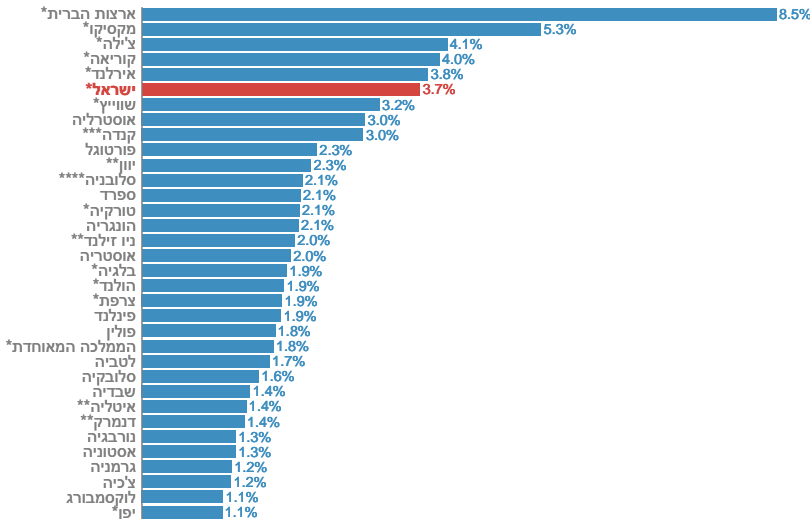


<sup>1</sup> מותאם לפי היחס בין האוכלוסיה המנומלת לבין האוכלוסיה בפועל  
2010 \*\*\*\*, 2011 \*\*\*, 2012 \*\*, 2013 \*

מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב  
נתונים: OECD

תרשים 11  
**הוצאות פרטיות לבריאות<sup>1</sup>**

כאחוז מהתמ"ג, 2014



<sup>1</sup> מותאם לפי היחס בין האוכלוסיה המנורמלת לבין האוכלוסיה בפועל  
\* 2010, \*\* 2012, \*\*\* 2011, \*\*\*\* 2010

מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל-אביב  
נתונים: OECD

שמחציתה אפילו לא מגיע לרף התחתון של סולם מס ההכנסה? בהינתן שכבר היום 20% בלבד מהאוכלוסיה מממנים 90% מכלל מס ההכנסה המשולם בישראל, התשובה אינה הגדלת הנטל על אותן כתפיים צרות, אלא שינוי מהותי בעדיפויות הלאומיות של ישראל. הגיעה העת לחלוקה אחרת של עוגת התקציב המוגבלת בכיוונים שיסייעו לכלל האוכלוסיה, במקום לאינטרסים צרים וסקטוריאליים. אולם, אין די בשפיכת כסף על בעיה בתקווה שזו תיפתר. במקום לעסוק בטיפולים סימפטומטיים אינסופיים של טלאי על טלאי, המייצרים סתירות אינהרנטיות, הגיעה העת לתת מענה לשאלה הגדולה – איזו מערכת בריאות רוצה מדינת ישראל שתהיה לה בעוד עשור? רק אז ניתן יהיה להתחיל לבנות אותה מהחלקים הקיימים היום ומהחלקים שצריך להוסיף לה.

מסדרונות מיועדים למעבר ופינות אוכל מיועדות לארוחות. חולים צריכים להתאשפז רק בחדרי אשפוז – ולא בתנאים המגבירים את הסיכוי להידבקות במחלות אחרות.

**שאלת השאלות: איזו מערכת בריאות רוצה ישראל?**

מערכות בריאות עוסקות באחת הבעיות הסבוכות שיש במדע הכלכלה. אלה הן מערכות בהן שניים משלושת גורמי המפתח מכריעים כמה ישלם הגורם השלישי. בארה"ב למשל, החולים והרופאים הם אלה הקובעים לרוב כמה תשלמנה חברות הביטוח. בישראל, קופות החולים (או חברות הביטוח) והרופאים הם אלה המחליטים איזה מחיר ישלמו החולים – בין אם בכסף, באורך התורים או בבריאות. לכן, שאלת מערכת הבריאות בישראל גדולה בהרבה מהסוגיות שהועלו כאן. איך ניתן לתגמל כח אדם איכותי כדי למשוך ולשמור אותו במערכת ובה בעת לשמור על רמת הוצאות סבירה לאוכלוסיה בישראל,

מוסד שורש הוא מכון עצמאי ובלתי-תלוי לחקר מדיניות. המוסד עורך מחקרים מבוססי עובדות ובלתי מוטים על המשק ועל החברה האזרחית בישראל. מטרת המוסד לסייע בהנעת המדינה לתוואי ארוך טווח בר-קיימא, המעלה את רמת החיים בישראל ומקטין את הפערים בה. לקידום מטרה זו, מוסד שורש מספק מידע למקבלי ההחלטות המובילים בישראל ולציבור הרחב במדינה ומחוצה לה באמצעות תדריכים ופרסומים ברורים ונגישים על מקורן, אופיין ומימדיהן של סוגיות שורש מולן ניצבת המדינה. המוסד מציע חלופות מדיניות לשיפור רווחת כל חלקי החברה בישראל וליצירת הזדמנויות שוות יותר לאזרחיה.

מחקרי מוסד שורש הינם באחריות ועל דעתם של הכותבים בלבד.