

# הוצאת הנשמה לחולים – מערכת בריאות שאיבדה את דרכה

דן בן-דוד

הרצח המזעזע של אחות במרפאה הוא מקרה קיצוני בין מאות תקיפות אלימות של אנשי בריאות מדי שנה. כמו במקרה של נהגים לא זהירים שהורגים אחרים, האשמים הם הפוגעים. נקודה. בהינתן שהחברה האנושית כוללת לא רק את הנורמטיבים אלא גם את חסרי האחריות ומטורפים, האם הפתרון הוא שוטר בכל מרפאה ובכל צומת כבישים? האם לא עדיף שמתכננים יקחו בחשבון עובדה זו במקום לבנות מערכות המכוונות רק לזהירים ולנורמטיביים. במקום להסתפק בהאשמת נהגים שהורגים אחרים העומדים בשולי כבישים, אולי אפשר להרחיב במידה ניכרת את השוליים ולהרחיק עוד יותר את מעקות הבטיחות כך שנהג עם תקר לא יאלץ להחליף גלגל כאשר גופו בולט לכביש.

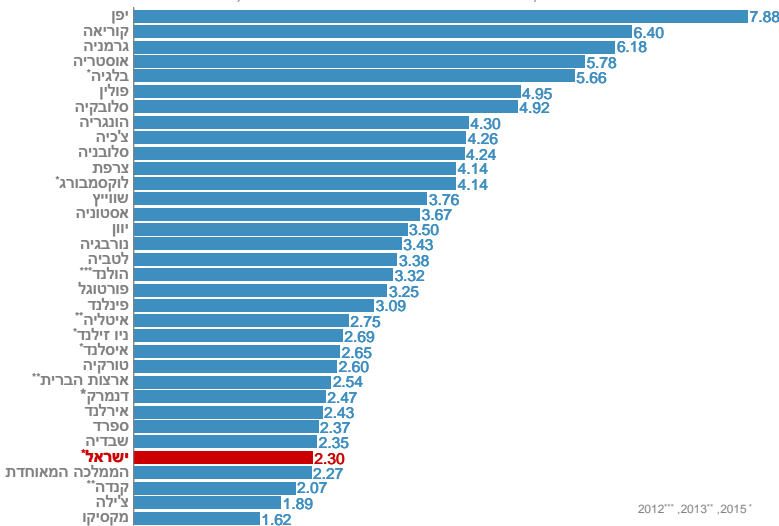
## לאן הלכו מיטות האשפוז?

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

זו אולי נחשבת לתוצאה חיובית על ידי קובעי מדיניות החושבים 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.

## מיטות טיפוליות בבתי חולים

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



מקור: דן בן-דוד, מוסד שורש ואוניברסיטת תל אביב  
נתונים: OECD, 2015, 2013, 2012

יתכן שזהו אכן קו המחשבה המנחה את ממשלות ישראל שכן הצפיפות על כבישי הארץ (הנמדדת לפי מספר כלי הרכב לקילומטר כביש) תפחה למימדים עצומים שהינם גבוהים פי שלושה מהצפיפות הממוצעת במדינות ה-OECD. "הישג" הזה הצלחנו להגיע למרות שבישראל פחות כלי הרכב לנפש, באופן משמעותי, ממוצע מדינות ה-OECD. אם זוהי השיטה הישראלית למדידת יעילות, אולי הגיעה העת למצוא מדדים אחרים. 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.

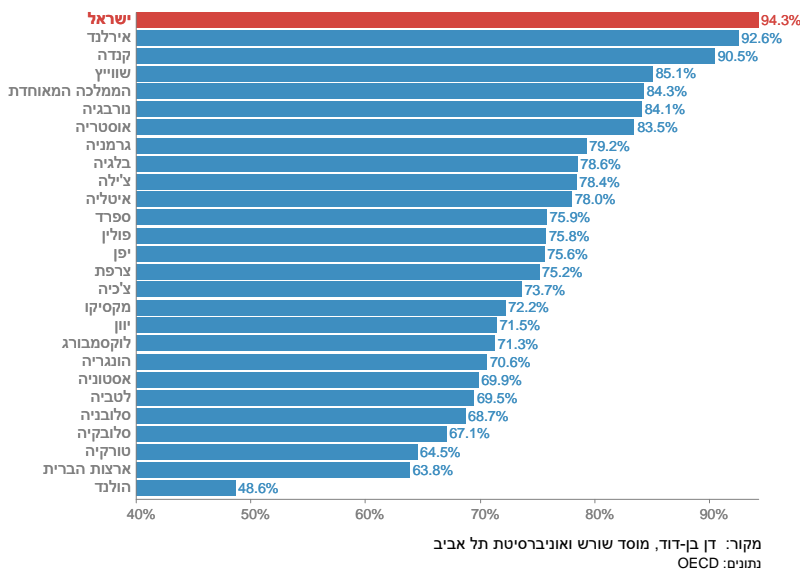
אוכלוסייה צעירה יחסית אינה זקוקה למיטות רבות כי מימדי התחלואה בקרבה נמוכים מאלה של אוכלוסייה זקנה יותר, ואוכלוסיית ישראל צעירה מהאוכלוסיות במרבית העולם המפותח. עם זאת ישראל כיום בכל זאת מבוגרת – וגם עשירה – יותר משהיתה לפני שלושה עשורים. אף על פי כן, ב-1988 מספר מיטות לנפש שמימנה ישראל היה גבוה ב-60% ממספרן היום. אז הבעיה אינה קיימת רק בהשוואה למדינות אחרות. המצב בישראל התדרדר גם בהשוואה לאיך שהיא עצמה היתה בעבר.

## בתי חולים עם התפוסה הגבוהה במערב

אפשר לטעון שבמדינה מודרנית יש חלופות שעדיפות על פני אשפוז בבתי חולים. יתכן. אך לו היו חלופות כאלה במדינת ישראל, לא היינו עדים למראות השכיחים – והמבישים – של חולים במסדרונות ובפינות אוכל, נטולי פרטיות, ברגעיהם הקשים ביותר.

# שיעורי תפוסה בבתי החולים

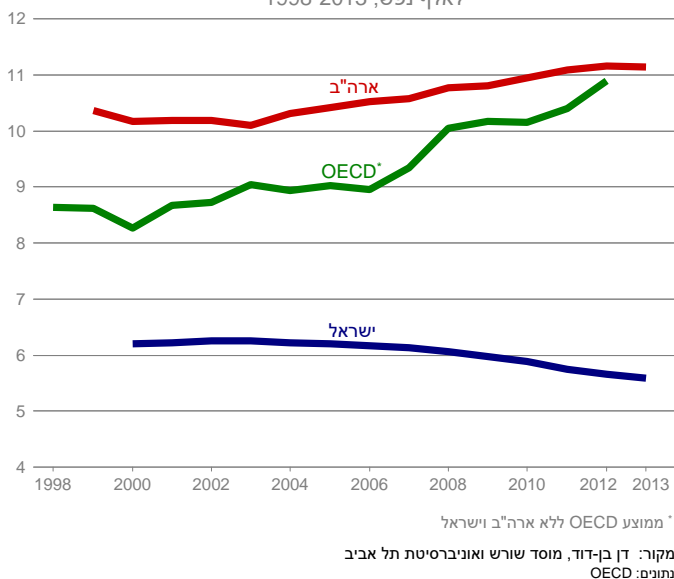
כאחוז מכלל המיטות, ממוצע עבור 2010-2014



כתוצאה מהיעדר השקעה מספקת במיטות אשפוז, התפוסה בבתי החולים בישראל – 94% – גבוהה מכל שאר מדינות ה-OECD וגבוהה ברבע מהממוצע בשאר מדינות הארגון – 75% (ראו תרשים). נתון זה מגלם ממוצע שנתי עבור מדינה שלמה ואינו משקף את הלחץ הנוראי בעונות קשות באזורים צפופים במיוחד. יעיל! אולי. אך זה גורם לסבל קשה למאושפזים ולמשפחותיהם. לעיתים רבות מדי, תנאי אשפוז מחפירים גורמים לחיכוכים ולאלימות – שלא לדבר על פגיעה בהגינת האשפוז, על כל המשתמע מכך. וכאילו אין די בכך, חולים בישראל צריכים להתמודד עם אתגר נוסף – מחסור חמור באחיות ואחים.

## מספר אחים פעילים

לאלף נפש, 1998-2013



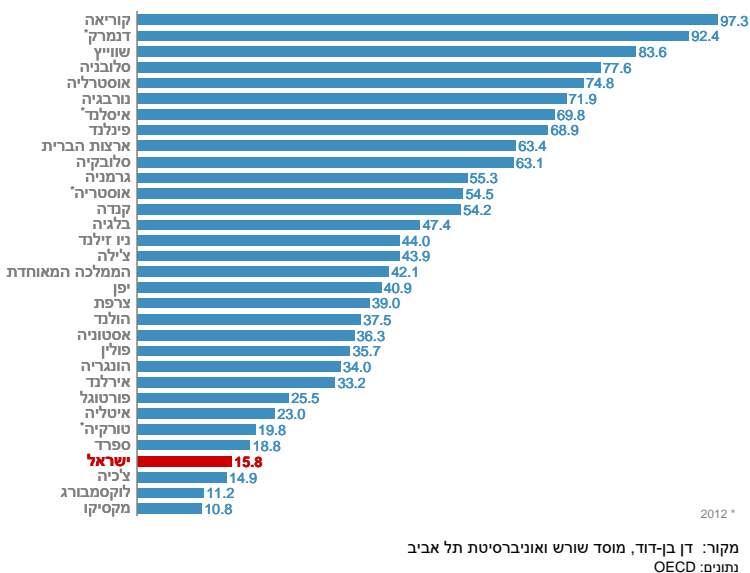
## ירידה מתמדת במספר האחים והאחיות לתחתית העולם המפותח

מספר האחים הפעילים לנפש בישראל נמוך מאוד ביחס לממוצע ה-OECD, שגדל בשנות האלפיים בכשליש. אצלנו? 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 (ראו תרשים).

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 (ראו תרשים). איך מצפים שחולים וחלשים בשעתם הפגיעה ביותר, יתמודדו עם הקשיים כאשר דווקא במצבים אלה הם נזקקים לטיפול ולתשומת לב מירביים? האם זה מפתיע שהפחות יציבים מביניהם יוצאים מדעתם? האם שוטרים הם הפתרון או אולי שינוי משמעותי בעדיפויות הלאומיות של ישראל? צפיפות כזו, עם מצבת כח אדם מקצועי כה קטנה, לא רק מעבירה אנשים על דעתם. היא גם מסוכנת.

## בוגרי לימודי סיעוד בשנה

למאה אלף נפש, 2013

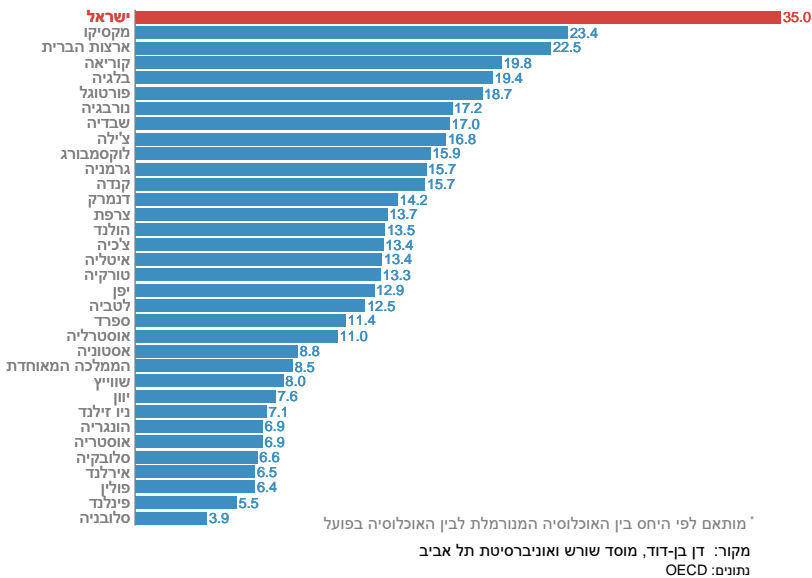


## מקום ראשון במחלות זיהומיות

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

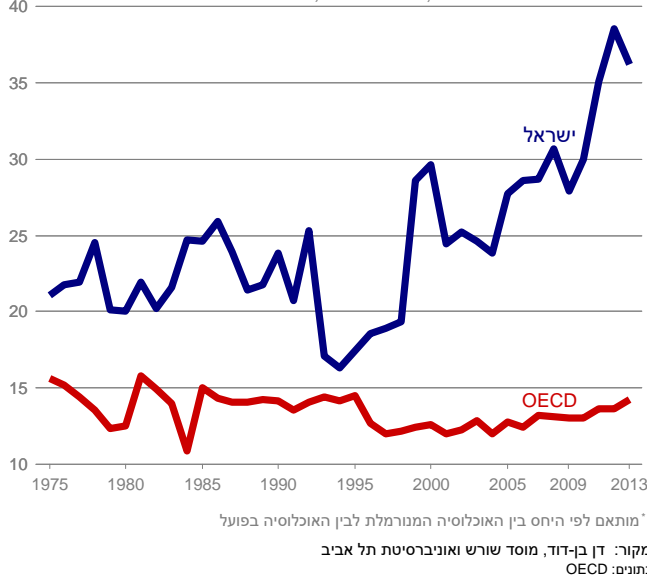
## תמותה ממחלות זיהומיות\*

לכל 100,000 תושבים, ממוצע עבור 2010-2014



## תמותה ממחלות זיהומיות\*

לכל 100,000 תושבים, 1975-2013



המספר העצום של מתים ממחלות זיהומיות כמובן אינם מספרים את כל הסיפור של מערכת הבריאות הישראלית. לעיתים מציגים את תוחלת החיים הגבוהה בארץ לצד ההוצאה הנמוכה על בריאות כאינדיקטור ליעילות מערכת הבריאות. תוחלת החיים בישראל היא אכן מהגבוהות בעולם והיא נובעת, בין השאר, מאיכות הרופאות והרופאים, האחיות והאחים, הנמנים עם השורה הראשונה בעולם מבחינת הכשרתם ויכולותיהם. גם תזונה ים-תיכונית וגורמים ייחודיים נוספים תורמים לאורך החיים של הישראלים.

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. אולם, חלק לא מבוטל מהסיבה להוצאה הנמוכה אינו קשור ליעילות המערכת אלא להרכב הצעיר של אוכלוסיית ישראל. ככל שהאוכלוסיה זקנה יותר, שיעורי התמותה עולים והוצאות הטיפול ממריאות. כאשר מנרמלים את ההוצאה הלאומית לבריאות על ידי שקלול חלקם היחסי של קבוצות הגיל השונות ושיעורי התמותה בקרבן, תמונת ההוצאה מתהפכת. מתברר שההוצאה המנורמלת לבריאות בישראל הופכת לגבוהה יותר מזו של 76% ממדינות ה-OECD. אז אנחנו כבר פחות יעילים מכפי שנדמה.

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% (!) ממספרם במדינה המדורגת במקום השני, מקסיקו (עם 23 מתים לכל 100 אלף נפש), וכמעט כפול מהמספר במוצע במדינות ה-OECD ללא ישראל (ראו תרשים).

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. בזמן שמספר התמותה לנפש מזיהומים ב-OECD יציב, ואף נמצא במגמה של ירידה קלה, בישראל הוא נמצא בתנופה מהדהדת בשני העשורים האחרונים (ראו תרשים). מאז הרפורמה שהונהגה במערכת הבריאות ב-1995, הוכפל מספר המתים לנפש ממחלות זיהומיות בישראל.

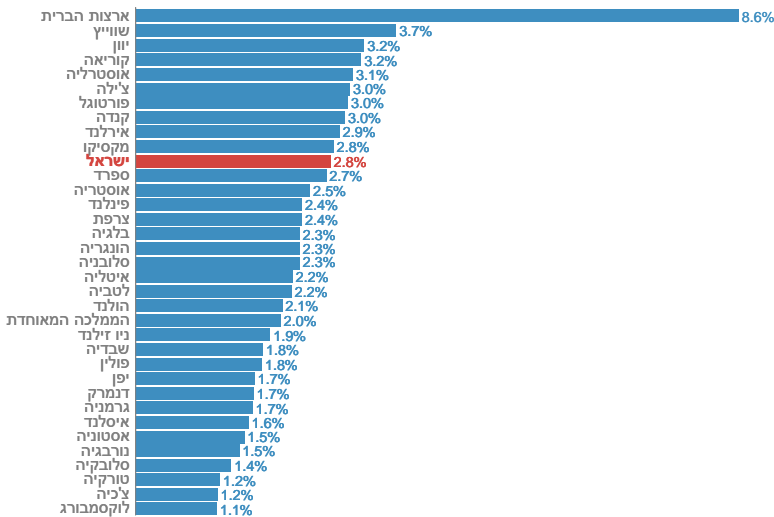
ניתן לקבל פרספקטיבה לגבי חומרת הבעיה כאשר משווים אותה לסוגיות אחרות הזכות לתשומת לב ציבורית נרחבת: מספר הנרצחים מפעולות טרור מדי שנה בישראל נמדד בעשרות לכל היותר ומספר ההרוגים בתאונות דרכים נמדד במאות. אך מספר מקרי המוות ממחלות זיהומיות נמדד באלפים בכל שנה ושנה. לא מדובר בגזירת גורל. זה בידנו.

## לא חסר כסף. הבעיה נעוצה באופן שימוש ובמי משלם.

הצפיפות, מיעוט האחים והאחיות,

## הוצאות פרטיות לבריאות

כאחוז מהתמ"ג, 2015



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

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. מצד אחד, היא אינה גבוהה במיוחד ואינה נמוכה במיוחד לעומת שאר העולם המפותח. מצד שני, קצב ההזדקנות של האוכלוסיה בישראל הוא מהמהירים בעולם המפותח ונדרשות שנים כדי להכשיר את כח האדם ולבנות את התשתיות הנחוצות כדי להתמודד עם התופעה.

המקור להוצאה הלאומית הגבוהה על בריאות בישראל הוא ההוצאה הפרטית. כפי שניתן לראות בתרשים, 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, צריכה לשאול את עצמה אם היא מעוניינת גם בשיא דומה בתחום הבריאות – כי זו המשמעות של מרכיב גבוה של הוצאה פרטית. לא כל אחד יכול לשאת אותה. כמו כן, הוצאת הנשמה לחולים אינה מרכיב מתחייב של הארכת תוחלת החיים. בני משפחה וחברים אינם יכולים להוות תחליף לאחיות ולאחים בבתי החולים. מסדרונות מיועדים למעבר ופינוק אוכל מיועדות לארוחות. חולים צריכים להתאשפז רק בחדרי אשפוז – ואינם צריכים להידבק במחלות אחרות מהסובבים אותם. אין כאב גדול יותר מאובדן היקרים לנו מזיהומים לא הכרחיים.

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

מערכות בריאות עוסקות באחת הבעיות הסבוכות שיש במדע הכלכלה. אלה מערכות שבהן שניים משלושת גורמי המפתח מכריעים כמה ישלם הגורם השלישי. בארה"ב למשל, החולים והרופאים קובעים כמה ישלמו חברות הביטוח. בישראל, קופות החולים (או חברות הביטוח) והרופאים הם אלה המחליטים איזה מחיר ישלמו החולים – בין אם בכסף, באורך התורים או בבריאות. לכן, בעיות מערכת הבריאות בישראל גדולות בהרבה מהסוגיות שהועלו כאן. איך ניתן לתגמל כח אדם איכותי כדי למשוך ולשמור אותו במערכת ובה בעת לשמור על רמת הוצאות סבירה לאוכלוסיה בישראל, שמחציתה אפילו לא מגיעה 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 ולקוות שהיא תיפתר. במקום לעסוק בטיפולים סימפטומטיים אינסופיים של טלאי על טלאי המייצרים סתירות אינהרנטיות, הגיעה העת לתת מענה לשאלה הגדולה – איזו מערכת בריאות מדינת ישראל רוצה שיהיה לה בעוד עשור? רק אז ניתן יהיה להתחיל לבנות אותה מהחלקים הקיימים היום ומהחלקים שצריך להוסיף לה.