

נשלם יותר ונקבל פחות: תרחישי האימה של משרד הבריאות  
רוני לינדר-גנץ 4

## תסריט האימה של משרד הבריאות

# בתוך עשור: עוד 1,700 שקל בשנה על בריאות, והמתנה של חודשים לרופא

במשרד הבריאות טוענים כי אם דבר לא ישתנה באופן שבו מתוקצבת ומתוכננת המערכת – ב-2027 נשלם הרבה יותר על בריאות, ונקבל הרבה פחות • מי שלא יהיה לו כסף כדי לשלם על שירות רפואי פרטי, עלול להישאר בלי שירותי בריאות אלמנטריים • שקיעתה של מערכת הבריאות הציבורית השוויינית בישראל קרובה מתמיד • כתבה שלישית בסדרה

רוני לינדר-גנץ

### תרחיש 1:

#### הידרדרות משמעותית

המסקנות של המשרד עגומות: אם לא יהיה שינוי בסדר העדיפויות וההשקעה הציבורית בבריאות תישאר בדיוק כפי שהיא, מצב מערכת הבריאות ב-2027 – עוד עשור אחד בלבד – יהיה עגום וכמעט דיסטופי. ההוצאה הלאומית לבריאות תזנק מגובה הנוכחי – 7.4% – ל-8.5% ב-2027. זוהי תוצאה בלתי-ינמנעת, בשל

ריבוי החולים, עליית שכר עירי בדי מערכת הבריאות והזדקנות האוכלוסייה.

אלא שמי שישלם את מר-בית המחיר יהיו אזרחי ישראל, שגם יקבלו שירותי בריאות ברמה מרודרת משמעותית בייחס להיום. בתרחיש כזה, שיעור ההוצאה הפרטית יזנק מ-38% כיום ל-42% ב-2027. לשם השוואה, שיעור ההוצאה הפר-

אם ממשלת ישראל תשב בחיבוק ידיים, תתעלם מנורות האזהרה ורק תפעיל את הייטיים האוטומטיים של תקצוב מערכת הבריאות, בתוך עשור בלבד צפויה המדינה להגיע למצב של שתי מערכות בריאות: מערכת פרטית, סבירה ויקרה המיועדת לבעלי ממוון; ומערכת ציבורית יקרה, לא יעילה ולא זמינה לכל השאר – כך עולה מנתוני משרד הבריאות.

במשרד הגיעו למסקנה הזו לאחר שעשו תרגיל חישובי פשוט: על בסיס המצב הנוכחי של אורכי התורים, ההוצאות הקבועות, השכר ומשתנים ידועים אחרים, תוך שקלול הגידול והזדקנות הצפויים באוכלוסייה ותכנון כוח האדם הנוכחי של מקצועות הבריאות – נבדק מה יקרה בעתיד למערכת הבריאות – הן מבחינה פיננסית והן מבחינה שירותית, ואלה המסקנות.

לסכול.

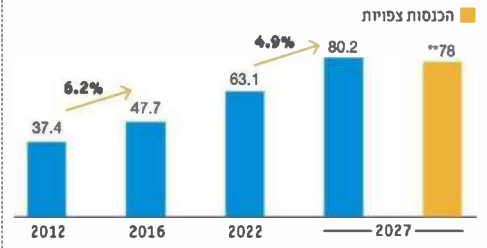
הסיבה: יש משתנים שאין דרך לשלוט בהם, כמו בייקוש (מספר המבוטחים, החולים והקשישים), והוצאות כמו שכר הרופאים. המשתנים היחידים שכן ניתן לשלוט ולחסוך בהם קשורים ברמת השירות, בדברי רים כמו זמינות התורים ומספר ההפניות לבתי החולים, לבדיקות ולמרפאות.

בשורה התחתונה, זהו תסריט האימה של משרד הבריאות: אם שום דבר לא ישתנה באופן שבו מתוקצבת ומתוכננת מערכת הבריאות – בעוד עשור מהיום נשלם הרבה יותר על בריאות, ונקבל הרבה-הרבה פחות. מי שלא יהיה לו כסף נוסף לפנות לשירות רפואי פרטי, עלול להישאר בצד הדרך בלי שירותי בריאות אל-מנטריים. למעשה, התסריט הזה

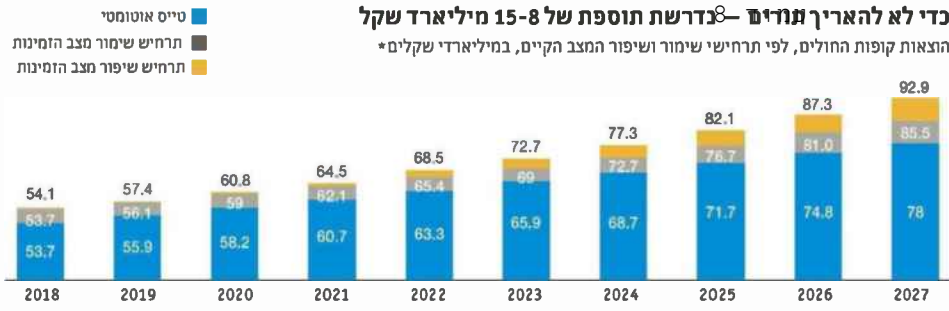
טי על בריאות ב-OECD הוא 24% בלבד. המשמעות אדירה: בתוך עשור תגדל ההוצאה של כל משפחה בישראל על בריאות ב-1,700 שקל נוספים בשנה. אבל אילו שירותי בריאות נקבל תמורת כל כך הרבה כסף פרטי? התשובה של משרד הבריאות היא שירותי בריאות ברמה נמוכה הרבה יותר מהיום. אורך התור הממוצע לרפואה מקצועית יהיה 30 יום – פי שניים מאורך התור הממוצע כיום. כבר כיום מתארך התור לקבלת שירותי בריאות ביום אחד בכל שנה שחולפת – והמציב יימשך ואף יחמיר. המשמעות היא שבעוד עשר שנים בלבד, לפחות מחצית מהציבור יאלץ להמתין יותר מחודש לרופאים, בדיקות וטיפולים. וכשרבר כזה קורה מתרחש אחד משניים: או שמשלמים יותר כסף ופונים למערכת הפרטית, או שמשיכים קשות את הבריאות וממשיכים



הגידול החזוי בהוצאות קופות החולים, במיליארדי שקלים\*


\*בהנחה שהגידול הצפוי בכספים השעתי של הרופאים הוא 3.5%, האטה משמעותית של 6% (2012-2016) \* \*בהנחת יציבות נחמשת מנגנון התקציב הנוכחי

הוצאות קופות החולים, לפי תרחישי שימור ושיפור המצב הקיים, במיליארדי שקלים\*


\*לא כלל תקציב נספי תוספת נתי חולים ציבוריים - כ-2.2 מיליארד שקל - 2017
מקור: משרד הבריאות
מקור: דוחות נכסיים של קופות החולים, הלמ"ס, משרד הבריאות תחילת שנת 2020


שר הבריאות, יעקב ליצמן צילום: אלכס קולומובסקי

## לפי המשרד, כדי להמשיך לספק בריאות ברמה הנוכחית גם ב-2027, על המדינה להוסיף כמיליארד שקל בשנה לבסיס התקציב, מעבר לטייס האוטומטי

## כדי לקצר את אורך התורים ל-13 יום ולהוריד את ההוצאה הפרטית, יש להוסיף לבסיס התקציב כ-1.5 מיליארד שקל בשנה – שהם כ-70 מיליארד שקל בעשור

טליגנציה מלאכותית וזיהוי תמונה; טלה-מדיסין (רפואה מרחוק באמצעות טלפון, מחשב ואפליקציות, שליחת מרדים רפואיים מרחוק); חיזוי מצבים רפואיים ומניעתם טרם התרחשותם; ובאופן כללי מעבר מרפואה מגיבה למונעת.

חלק ניכר מהצעדים האלה כבר קורים בשטח, אך בקנה מידה קטן בלבד, ובלי תקציבים ייעודיים. התוכנית הלאומית שעליה הכריזה הממשלה רק לפני כמה חודשים מדברת בדיוק על הרעיונות הללו, כך שהמדינה קיבלה החלטה עקרונית להיטת תרכוז בפתרונות מסוגים חדשים כדי לטפל בכעיות המחרירות של המערכת.

יכול לכלול הגדרה מחדש של תפקידי אנשי הצוות הרפואי (כמו עוזרי רופאים ואחיות מומדות שיקחו על עצמם חלק מפרטיות הרופאים, ויפנו יותר זמן רופא למטופלים), שימת דגש על הרצף הטיפולי של החולים בין מוסדות הבריאות השונים והגדלת הדגש על אשפוזי בית וטיפוליים בקהילה על חשבון אשפוזים בבתי חולים.

תחום נוסף שבו השקעות עשויות להניב תועלת רפואית וכלכלית הוא הכנסת טכנולוגיות חדשות למערכת – כמו מערכות של פענוח בדיקות ואבחון מחלות באמצעות אינ-

על פי התסריט הזה, מערך הבריאות הציבורית תחזור לימיה הגדולים: אורך התורים הממוצע בה יתקצר ל-13 יום בלבד (בהשוואה למצב הנוכחי, שבו זמן ההמתנה הממוצע הוא 16 יום), וחשוב מכך, ההוצאה הפרטית מכיס האזרחים תרד ל-33% (לעומת 37% היום) – חיסכון של 1,500 שקל בשנה למשק בית בישראל. כדי להגיע למצב הזה דרושה תוספת של כ-1.5 מיליארד שקל בשנה לביסס תקציב הבריאות, שמשמעותו תוספת של כ-70 מיליארד שקל בתוך עשור.

המשמעות: נוכל לקבל שירות זמין יותר, טוב יותר, ובפחות כסף פרטי. המדינה תוכל לקחת אחריות על הטיפול בחולים ובקשישים, כלומר בכלנו, ולהעניק טיפול הולם. אגב, גם בתסריט אוטומטי שכזה, ההוצאה הפרטית לבריאות בישראל עדיין תהיה גבוהה בהרבה מהמוצע במדינות OECD.

### נסף לבדו לא יספיק

במשרד הבריאות יודעים היטב: כסף לבדו לא יפתור את הבעיה – ואי אפשר להימנע משיד באותה שיטת פעולה, לאור השינויים הטקטוניים באוכלוסייה ובמערכת הבריאות שתוארו כאן בהרחבה. בנוסף, כל הנחות היסוד של משרד הבריאות מבוססות על תחשיב מתון יחסית, שבו הסכם שכר הרופאים הבא יקבע עליית שכר של 2.5% במוצע בשנים הקרובות. כל תרחיש אחר, אומרים במשרד, כבר חורג מכל תחשיב סביר אפשרי.

האתגרים שמערכת הבריאות

ניצבת בפניהם מחייבים שינוי קונספטואלי לא פחות מאשר תוספת תקציבית. שינוי כזה

משרטט במידה רבה את שקיעתה של מערכת הבריאות הציבורית השווינונית בישראל.

## תרחיש 2: שימור המצב הקיים

תסריט הביניים של המשרד מדבר רק על שימור המצב הקיים במערכת הבריאות, שכבר כיום רחוק מלהיות אידיאלי, כפי שתוארו בכתבה הראשונה בסדרה. מציאות שבה התורים ארוכים יותר מבעבר, ההמתנה בחדרי המיון מתארכת, בתי החולים סובלים מעומסים

קשים וההוצאה הפרטית גבוהה מאוד ביחד למוצע OECD. ועם זאת, מערכת הבריאות שלנו יודעת לספק את צורכי הבריאות הבסיסיים לציבור באופן סביר.

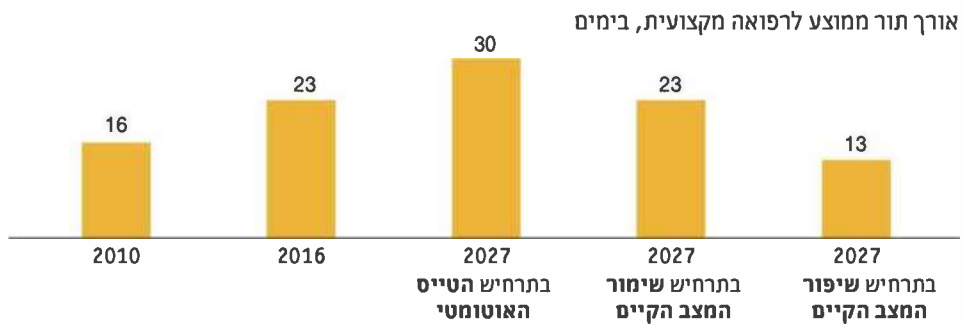
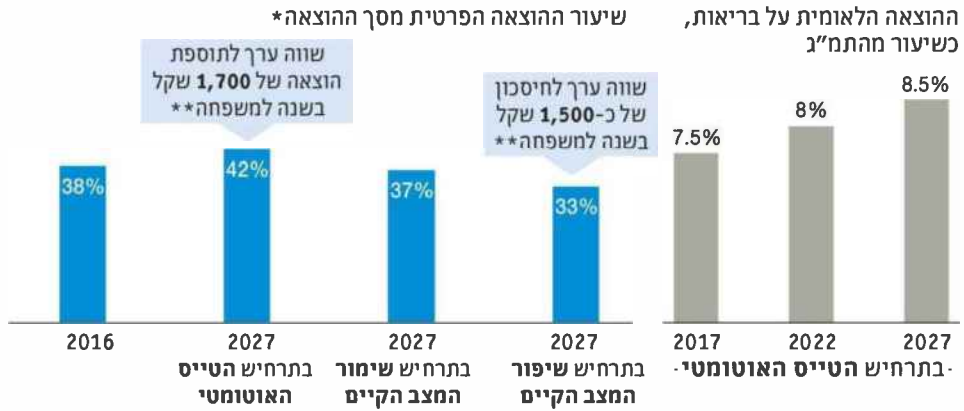
כדי להמשיך ולספק בריאות ברמה הנוכחית גם בעוד עשור, אל מול הגידול הרמוגרפי, הזרקות האוכלוסייה וריבוי המחלות הכרוניות – לפי הערכת משרד הבריאות, על המדינה להוסיף כמיליארד שקל (מעבר לטייס האוטומטי) בשנה לבסיס התקציב, סכום שצטטנו ל-30 מיליארד שקל נוספים בתוך עשור. לאן ילך הכסף? לשכר, לתוספת תקנים, ולשיפורים טכנולוגיים. זאת לא החלטה קלה, אלא כוז שכרוכה בשינוי סדרי עדיפויות – כלומר הפחתה של מיליארד שקל מסעיפי הוצאה אחרים של ממשלת ישראל. אך זוהי הדרך היחידה לא להידרדר ביחס למצב הנוכחי ולשמור על מסוגלותה של מערכת הבריאות הציבורית לספק בריאות סבירה לאזרחים.

## תרחיש 3: שיפור במצב הקיים

במגירות של משרד הבריאות יש גם תסריט שלישי, אופטימי. כזה שמעז להציע שיפור ושרווג במצב הקיים – למרות האתגר האדיר של הגידול הזרקות האוכלוסייה ולמרות מגבלות התקציב הידועות של ישראל.



## תוואי ההוצאות הקיים על בריאות יקרוס כבר בטווח הבינוני



מקור: משרד הבריאות, הלמ"ס, משרד האוצר

\*השיעור הממוצע ב-OECD: 24% \*\*במחנחי 2017



בית החולים לניאדו בנתניה. אנשים יצטרכו להחליט: לשלם הרבה כסף – או לסבול צילום: ניר כפרי

רוני לינדרגנץ

מערכת  
הבריאות בדרך  
להתרסקות

## הנס עומד להסתיים

רוני לינדרגנץ



# בדרך להתרסקות ודאית

אולי ההוכחה הטובה ביותר ליעילות. אבל יש אינדיקציות נוספות, כמו "סכב המיטות" הגבוה ביישראל (מיעוט מיטות אשפות, תפוסה גבוהה ומשך אשפוז קצר במיוחד) ומיעוט מכשירי MRI מול מספר הבריכות הגבוה ביותר בארגון על כל מכשיר. אלא שישראל מתמודדת בשנים האחרונות, ובשנים הקרובות צפויה להתמודד באופן משמעותי אף יותר, עם אתגרי בריאות עצומים: גידול דמוגרפי, הודקנות מואצת של האוכלוסייה, והתפתחות הטכנולוגיות הרפואיות והתייקרותן. בעוד יש הוצאות שכמעט בלתי-אפשרי לשלוט בהן – כמו שר, עלויות אשפוז ומחירי תרופות וטכנולוגיות שבסל – המשתנים היחידים שכן אפילו שר לקצץ בהם הם אורכי התורים, מספר הניתוחים, היקף כוח האדם למטופל ואפשרויות הבחירה של מטופלים. אלה בדיוק הרברים המברילים בין מערכות בריאות שווייטית, איכותית וזמינה לבין מערכות

כת בריאות שמי שיכול להרשות לעצמו בחדר ממנה למערכת הפרטית בתשלום מלא.

וכך, כבר כיום, אורך התור הממוצע לשירותי בריאות גדל בכל שנה ביום נוסף, ולפי התסריט הדיאלי של משרד הבריאות, הוא עלול להגיע למצב משברי של חורשי המתנה ארוכים למפגש רפואי והוצאה פרטית לבריאות של עוד אלפי שקלים למשפחה בשנה.

במדינות מערביות אחרות מקדימים את ישאל בכמה שנים מבחינת הודקנות האוכלוסייה והגידול בצורכי הבריאות. לפיכך, בעשור האחרון הגדילו מדינות OECD את ההוצאה שלהן לבריאות, בקצב של 1.5% יותר מעליית התוצר השנתי. בישראל, לעומת זאת, ההוצאה על בריאות כשיעור מהתוצר נשארה קבועה בעשור האחרון (7.4% מהתוצר, לעומת 9% במדינות OECD) – וגדלה בקצב נמוך מעליית התוצר.



בית החולים אסותא באשדוד צילום: אייל טואג

מערכת הבריאות הציבורית היא אחד המסעלים המפוארים שקמו במדינת ישראל. עם תקציב נמוך ושמרני, שיטת הפעולה ייחודית, כוח אדם מעולה וקונצנזוס ציבורי רחב – הצליחה ישראל לספק לאזרחיה רפואה ברמה מהגבוהות בעולם, בזמנות מרשימה ובשוויון יחסי. הזק ביטוח בריאות ממלכתי הדיסטורבי, שנחקק ב-1995, ביצר את הזכות של כל ישראלי לקבל רפואה באיכות סבירה, תוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו. החוק נפתח בהתחייבות לספק את שירותי הבריאות תוך התבססות על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.

ואולם בשטח, בשנים האחרונות הולכים ונשחקים הערכים הבסיסיים האלה – של רפואה מתקדמת וזמינה הניתנת באופן שוויוני וסולידרי בין תושבי ישראל – והעיקרון המכונן של מערכת בריאות שווייטית וצודקת עומד בפני סכנה אמיתית. לפי הנתונים שפירסמו פה בשבוע האחרון, בשנים האחרונות היתה נסיגה באיכות הרפואה שמערכת הבריאות מסוגלת לספק. הסימנים לכך רבים: התורים המתארכים לרופאים ולפרוצדורות רפואיות, העומס על תשתיות האשפות, המצב הקשה של חררי המיון, המתסור בצוותים רפואיים, ההוצאה הפרטית לבריאות שגדלה והולכת בחסות הנהיגה של הישראלים לביטוחים הפרטיים.

תמונת המצב היא של גירעונות הולכים ומעמיקים בכל חלקי מערכת הבריאות: קופות החולים בגירעונות של 1.7 מיליארד שקל, בבתי החולים הממשלתיים הגירעונות מתקרבים ל-2 מיליארד שקל בשנה, ובתי החולים הציבוריים גם הם כולם נמצאים בגירעונות קבועים. חלקם, כמו הדסה וליניאר, כבר אחרי קריסה ותוכנית הבראה, ואחרים נמצאים תחת איום רומה. אפילו בית החולים הציבורי

ברדי אסותא אשרוד החדש, שנפתח רק לפני פחות משנה, כבר נמצא בגירעון עמוק המאיים על היציבות הפיננסית של בעליו, מכבי שירותי בריאות, ובעיקר מוכיח שוב כי בשיטת התקצוב הנוכחית, אין ררך לנהל בית חולים בישראל בלי להיכנס לגירעון.

האם מדובר בגופים בזבזנים ולא יעילים? אף שתמיד יש מקום להתייעלות, ואף שיש איים של זכויות במערכת שמגלגלת יותר מ-90 מיליארד שקל בשנה, קשה להתווכח עם העובדה שמערכת הבריאות רווקא נחשבת לאחת המערכות הציבוריות היעילות, יש אף שיאמרו כי היא יעילה מדי. ההוצאה הציבורית הנמוכה לבריאות ביחס למדינות OECD (בישראל ההוצאה הציבורית היא רק 4.5% מהתוצר לעומת כמעט 7% בממוצע ב-OECD), לעומת תוצאות הבריאות המרשימות כמו תוחלת חיים הולכת ועולה ותמותת תינוקות נמוכה, היא

ישראל הצליחה לספק לאזרחיה רפואה ברמה מהגבוהות בעולם, בזמנות מרשימה ובשוויון יחסי – וכל זאת בתקציב שמרני ונמוך. אך כיום, העיקרון של מערכת בריאות שווייטית וצודקת עומד בפני סכנה אמיתית.

בשנים האחרונות אנו עדים לנסיגה באיכות הרפואה בישראל. התורים מתארכים, העומס על תשתיות האשפות גדל, חררי המיון במצב קשה, הצוותים הרפואיים סובלים ממחסור, ההוצאה הפרטית גדלה, ובכל חלקי מערכת הבריאות נרשמים גירעונות שרק מעמיקים.

אי אפשר להתחמק מהמסקנה שהגם של מערכת רה ויעילה, המספקת שירותי בריאות ברמה גבוהה ובאופן שוויוני – הסתיים. כרי להחזיק מערכת מתפקדת בעידן של הודקנות האוכלוסייה והתפתחות טכנולוגית, תידרש תוספת משאבים. המחמור המלא בעמ' 5



**כדי לדרוש מהמשלה להוסיף תקציבים למערכת הבריאות על חשבון מטרות אחרות וחשובות, עליה להוכיח כי כל שקל יוקצה ביעילות ויוקדש ליצירת גידול בפעילות הרפואית. לצורך כך יידרש שינוי תפישתי עמוק**

בשורה התחתונה, אי־אפשר להתחמק מהמסקנה שהגם של מערכת רוזה ויעילה, המספקת שירותי בריאות ברמה גבוהה ובאופן שוויוני – הסתיים. כדי להחזיק מערכת בריאות מתפקדת בעידן של הזדקנות והתפתחות טכנולוגית, תידרש תוספת משאבים – אם באמצעות שינוי סדר העדיפויות הממשלתי, אם באמצעות העלאת מס הבריאות, שיגריל את העצמת צמאות של המערכת, יגן עליה מזעזועים בתקציב המדינה ויאפשר לה לבצע תכנון לטווח ארוך.

השאלה האחרונה והקריטית היא כמובן כיצד יחולק הכסף: מערכת הבריאות אמנם סובלת משחיקה קשה, אך היא צורכת תקציבים גדולים כבר כיום. כדי לדרוש מהמשלה להוסיף לה תקציבים על חשבון מטרות אחרות וחשובות כמו חינוך, רווחה וביטחון, עליה להוכיח כי כל שקל נוסף לא יופנה לייקור הפעילות הקיימת, אלא יוקצה ביעילות ויוקדש ליצירת גידול בפעילות הרפואית.

לצורך כך יידרש שינוי תפישתי עמוק, החל בשינויים וחידושים טכנולוגיים, דרך שינוי תמהיל המטופלים בבתי חולים והמשך העברת מרכז הכובד לקהילה ולבית, ועד ליצירת מקצועות רפואיים חדשים ושינוי הגדרות התפקיד הקיימות.

דבר אחד ברור, הטייס האוטומטי מוביל אותנו לשום מקום – ומרחיק אותנו שנות אור מחזונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.