



פרופ' עמיר שמואלי מהאוניברסיטה
העברית, מומחה לכלכלת בריאות:

שילובם של שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים כדי לחלץ את הרפואה הציבורית מהמשבר הוא הטעייה

מנחם פרידמן <


סמוך למועד הראיון עם פרופ'
עמיר שמואלי התפרסמו כמה
נתונים כמותיים מעורכנים על
אודות מגזר הבריאות בישראל.
הנה כמה מהם:

ב

מנתוני ה־OECD, ארגון המדינות המפותחות
שישראל חברה בו, מתברר שמערכת הבריאות
בארץ סובלת ממצוקה של ממש. שיעורם של
רופאים שעברו את גיל 50 הוא הגבוה ביותר
בקרב מדינות הארגון, ומצד שני, שיעור
מסיימי בתי הספר לרפואה בישראל הוא הנמוך
במדינות הארגון.

חריפה עוד יותר המצוקה בתחום הסיעוד.
שיעורם של מסיימי בתי ספר לסיעוד נמוך מאוד.



מערכת הבריאות בישראל מתפקדת היטב  מאז יושם כאן ב־1995 חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אינני מקבל את ההערכות המחמירות שלפיהן רמת של מערכת הבריאות הציבורית נמוכה. המודל הישראלי משמש, בתמהילים כאלה או אחרים, מודל למערכות בריאות במדינות מערביות

משקיעות במחקרי בריאות פי שבעה מישראל. פרופ' עמיר שמואלי, מביה"ס לבריאות הציבור "הרסה" והאוני. העברית, חוקר כלכלת בריאות, בוחן כבר יותר מ־25 שנה את תפקודה של מערכת הבריאות בישראל, והוא אינו מקבל את ההערכות המחמירות שלפיהן מערכת הרפואה הציבורית בישראל ברמה נמוכה. "מדובר במערכת טובה", הוא אומר, "בעיקר באופן שהיא מתפקדת מאז יושם חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב־1995". מערכות הרפואה הציבורית ברוב המדינות המפותחות מתפקדות לפי מודלים שהם תמהילים שונים של השיטה של המערכת שלנו. אנחנו רואים תוצאות טובות של ביצועי המערכת הישראלית כמונחים של תוחלת חיים, איכות חיים ותמותת תינוקות; מדדים המקובלים למדידה של איכות הבריאות הלאומית."

שכלכלתן במשבר. גם בארה"ב ובקנדה הייתה ירידה של אחוז, כממוצע, אולם בישראל וכיפן היה באותה תקופה גידול בהוצאה הלאומית לבריאות לנפש. בישראל הגיע הגידול השנתי הממוצע ל־3.4%, בהמשך לגידול שנתי ממוצע של 1.3% בשנים 2000 עד 2009. חשוב עם זאת לציין, כי 25% מההוצאה הלאומית לבריאות, מקורה בכיס האזרחים, מקום שביעי בדירוג מדינות הארגון. למרות ההוצאה הגדולה יחסית על בריאות, מתברר מהנתונים כי ישראל מדורגת אחת לפני האחרונה בקרב מדינות ה־OECD בשיעור ההשקעה במחקרי בריאות. רק 0.7% מתקציבי המחקר והפיתוח הופנו ב־2011 למחקרים רפואיים. מדינות החברות ב־OECD, ובהן גם כאלה השרויות במשבר כלכלי, כמו יוון וספרד,

תפוסת המיטות בבתי החולים בישראל מגיעה ל־98%, השיעור הגבוה ביותר בקרב מדינות ה־OECD. בהתאמה, ממצאי סקר שבדק את חוויותיהם של המטופלים מצביעים על כך שישיראל מדורגת במקום נמוך, וחולים רבים קובלים על שהביקור אצל הרופא היה קצר מדי. ביטוחי הרפואה המשלימים מרחיבים את הפערים בנגישות לשירותים רפואיים. ל־81% מהאוכלוסייה יש ביטוח משלים, ואולם בקרב החמישון העליון שיעור הביטוח המשלים הוא כ־98%, בעוד שבחמישון התחתון הוא נחלתם רק של כ־53% בלבד. ב־11 מ־33 המדינות החברות בארגון הייתה, בין 2009 ל־2011, ירידה של ממש בהוצאה הלאומית לבריאות לנפש, בעיקר במדינות

היכן הבעיות והכשלים?

"כצמתיים ייחודיים שבהם יש השפעה רבה לאסדרה, לרגולציה הממשלתית", אומר פרופ' שמואלי. "כדי להבהיר את העניין, ניקח לדוגמה את ההתחשבות הממשלתית עם בתי החולים ועם קופות החולים. כל ההסדרים בתחומים הללו הם כישלון אחד גדול וטוטאלי.

"הם גובשו כאשר הגירעון של קופות החולים הגיע לכ־1.7 מיליארד שקל. כולם הזדעזעו וזעקו להציל את הקופות באמצעות מערך תשלומים המעניק להן הנחות של ממש בתמחור השירותים שהן רוכשות מבתי החולים. אבל התברר שבמקום לסייע למערכת לטפל בקשיים האמתיים שלה, ובראשם החריגה הגדולה בתפוסה, מחסור במיטות אשפוז ותורים ארוכים לניתוחים, גרמה ההתערבות הזאת להחרפת כל הכשלים הללו, ובתי החולים נקלעו לגירעונות בהיקפים שאינם נופלים מאלה של הקופות. בתי החולים הממשלתיים מקבלים את המימון מהמדינה במסגרת התקציב, ואולם אלה שאינם ממשלתיים, כמו "הרסה", מתמוטטים. תמחור

השירותים של בתי החולים ואופן ביצועם של התשלומים הם כישלון חרוץ".

מה באשר לנתונים על מחסור של ממש ברופאים?

"ראשי המערכת חייבים להבין, שהרופאים הצעירים בוחרים להתמחות במקצועות הרפואה שבהם התגמול הכספי הגבוה יותר. הפעלת מדיניות נכונה של תמריצים יכולה, על פני זמן, לפתוח את צווארי הבקבוק גם במקצועות המוגדרים כיום במצוקה. גם המצוקה של מקצועות רפואיים נובעת מכשל של הממשלה".

אומר הפרופ' שמואלי. אין חולק על כך שמערכת הרפואה הציבורית סובלת ממצוקה תקציבית הגורמת לרוב תחלואיה.

שרת הבריאות, יעל גרמן, מדברת על שלושה תוואים להגדלת בסיס המימון של הרפואה הציבורית: התייעלות, תוספת של ממש מהתקציב הציבורי ואפשרות לשילובם של שירותי רפואה פרטיים בבתי החולים הציבוריים.

התייעלות המערכת, אומר פרופ' שמואלי,

היא תמיד מקור טוב להגדלת המשאבים לטובת ההוצאות החיוניות כאמת, בעיקר נוכח הנתונים שפורסמו לאחרונה על הפיריון הנמוך של עובדים ישראלים, מצב המאפיין בוודאי גם את מגזר הבריאות.

"באשר לשילוב שר"פ בבתי החולים הציבוריים, להערכתי יש כאן הטעיה של הציבור, ובגדול", אומר פרופ' שמואלי.

השר"פ אינו הבעיה, מוסיף פרופ' שמואלי, וגם לא הסימפטום שלה. הוא זניח, יחסית להיקף המשבר ברפואה הציבורית. מדובר בסוג מסוים של מתן שירותים רפואיים, שבטעות מייחסים לו יכולת לסייע בפתרון המצוקה. שר"פ לא יציל את הרפואה הציבורית בדיוק כפי שלא הציל את בתי החולים של הרסה, שם מפעילים כבר עשרות שנים שירותי רפואה פרטיים. שר"פ הם סוגיה חברתית הרבה יותר מכלכלית. האם אנחנו רוצים שבבתי חולים ציבוריים, מיטה ליד מיטה, ישכבו שני מטופלים – האחד במסגרת פרטית, שיזכה ביחס ובתנאים מועדפים על ידי צוות בית החולים, ולידו חולה הסובל בדיוק מאותה מחלה, המאושפז במסגרת הרפואה הציבורית הרגילה. אותן תוצאות יש, כמוכן, גם לשילובה של התיירות הרפואית בבתי החולים הציבוריים. במצב של מחסור במיטות אשפוז, מקבלים החולים הפרטיים ותיירי הרפואה שירותים על חשבון חולי הרפואה הציבורית.

"התנאי לשילוב שר"פ ותיירות רפואית בבתי חולים ציבוריים הוא הפרדה מוחלטת בין הרפואה הציבורית לפרטית; הפרדה פיזית וחשבונאית, ואולי אפילו העברתם לבעלות אחרת".

"אני מאוד חושש מהחלטות שתקבל ועדת גרמן בשני הנושאים הללו, השר"פ ותיירות המרפא", אומר פרופ' שמואלי. הוא מצפה כי הוועדה תמליץ על הגדלה של ממש של תקציב הרפואה הציבורית ועל הנהגת מערך של תשלומי תמריצים, בעיקר באמצעות שינוי שיטת התמחור של השירותים הרפואיים, וכאלה שיבטיחו כי



צילום אילוסטרציה: shutterstock

לישראל אין בעיה במספרם המוחלט של רופאים. המדדים של מספר הרופאים לאלף נפש היו תמיד טובים כאן, ובעשנים הקרובות הם ישתפרו כתוצאה מהגדלת מספר הסטודנטים בבתי הספר לרפואה. הבעיה היא באילו מקצועות בוחרים בוגרי בתי הספר לרפואה להתמחות



מוסכם על כל הגורמים, שתאגוד בתי החולים הציבוריים הוא מהלך חיוני ואפשרי, אולם בתחום יחסי העבודה, בתוך בתי החולים, לא הצליחו לגשר על הפערים בין תביעות של נציגות העובדים בדיסציפלינות השונות, והעניין 'תקוע' וזה להערכתי כשל, שאם לא היה עצוב הוא היה מצחיק

דיווחים כאלה, איזה שיח פנימי מתחולל בין האדם שבך לבין הכלכלן שבך?

"גם בנושא הרגיש הזה, ברוב המקרים, מדובר, להערכתי, קודם לכל בסדר קדימויות", אומר פרופ' שמואלי. קשה להתעלם מהתמונות שבהן נראה תור ארוך של אנשים הצובאים על מחסן לחלוקת מצרכי מזון, בעיקר בערכי הגים. רבים שעמדו בתורים הללו שוחחו, תוך כדי כך, במכשירי טלפון סלולאריים. מי שמחליט להעדיף תקשורת סלולארית ועישון סיגריות על פני בריאות, זה בסדר ולגיטימי, זה עניין של החלטה אישית על סדר עדיפויות. ככלל, אין בישראל מדיניות של הפקרת החלשים.

"יחד עם זאת, יש בקרב האוכלוסייה שיעור מסוים של מי שנמצאים במצוקה גדולה במיוחד, להם חייבת המערכת לסייע נקודתית".

למרות זאת, יש לפרופ' שמואלי ביקורת על ההשתתפות העצמית של חולים במימון תרופות. בעולם עוברים לשיטה אחרת של השתתפות עצמית, כאחוז מעלות התרופות, לפי מידת התועלת שלהן. ברכישת תרופות שיעילותן מוכחת, כמו סטיינים להתמודדות עם מחלות בכלי הרם, צריך לגבות השתתפות עצמית מאוד נמוכה. יש כאן היבט של רפואה מונעת, שתמנע חולי כרוני בעתיד, ולפיכך תביא למיתון ההוצאה לבריאות. לעומת זאת, תרופות שיעילותן לא הוכחה במידה מספקת, שם צריך לגבות השתתפות עצמית יותר גבוהה. ●

אסדרה שתבטיח את תפקודן, זו לצד זו, של מערכת הרפואה הציבורית והפרטית באופן שימנע את הרחבת הפערים?

"כדי לענות על כך אני חייב לחזור עשרות שנים לאחור, ל-1988, להמלצות ועדת השופטת נתניהו להפריט את בתי החולים הממשלתיים, מה שנקרא אז תאגוד בתי החולים. יישום המהלך הזה יאפשר להפעיל אסדרה ראויה בבתיה"ח הציבוריים. תאגוד בתי החולים הציבוריים הוא מהלך חיוני ואפשרי ואולם בתחום יחסי העבודה, בתוך בתי החולים, לא הצליחו לגשר על הפערים בין תביעות של נציגות העובדים בדיסציפלינות השונות, והעניין 'תקוע' וזה להערכתי כשל, שאם לא היה עצוב הוא היה מצחיק". אומר הפרופ' שמואלי.

בשנים האחרונות מעמיק מאוד אי-השוויון בחברה הישראלית, ורבים הדיווחים על חלשים בקרבנו הנאלצים לבחור בין מזון לתרופות, ובעיקר מדובר בקשישים. כשאתה שומע

רופאים יבחרו להתמחות במקצועות רפואיים במצוקה ויעברו לפריפריה.

ההוצאה לבריאות במדינות המערב גדלה בהדרגה. קצב הגידול של ההוצאה לבריאות גבוה מקצב הגידול של התוצר המקומי הגולמי, ולפיכך חייבים לבצע שינויים בסדר הקדימויות בהקצאת משאבים מהתקציב הציבורי. בישראל זה יותר מסובך בגלל ההוצאה הגדולה לביטחון. מצד שני, מאחר שמדובר בתקציב ציבורי, יהיה צורך לבצע קיצוב, בדומה לזה המכתיב את אופי דיוניה של ועדת סל התרופות. חייבים להחליט מה לכלול במסגרת המימון ומה להשאיר בחוץ. שירותים רפואיים מצילי חיים יישארו במסגרת הציבורית, אולם שירותים אחרים, בעלי אופי יותר רווחתי, אישי, יעברו למסגרת הרפואה הפרטית. כל זאת, בהנחה שהתקציב יהיה תקציב הגיוני ולא נמוך מאוד, כפי שהוא היום.

האם במוצב התשתיות, המשפטיים והפיזיות, הקיימות אפשר ליצור מערכת של

מי שמחליט להעדיף תקשורת סלולארית ועישון סיגריות על פני בריאות, זה בסדר ולגיטימי, זה עניין של החלטה אישית על סדר עדיפויות. ככלל, אין בישראל מדיניות של הפקרת החלשים. יחד עם זאת, יש בקרב האוכלוסייה שיעור מסוים של מי שנמצאים במצוקה גדולה במיוחד, להם חייבת המערכת לסייע נקודתית"