

בחינת מנגנון העדכון של עלות סל שירותי הבריאות בשנים 1995–2020

ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ'

נייר מדיניות מס' 10.2022

ירושלים, חשוון תשפ"ב, אוקטובר 2022

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכלולים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

הפרסומים של מרכז טאוב הם על דעתם ואחריותם של מחבריהם בלבד. אין בהם כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

בחינת מנגנון העדכון של עלות סל שירותי הבריאות בשנים 1995–2020

ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ'

תקציר

המונח "עלות סל שירותי הבריאות", כמצוין בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, מגדיר את היקף המקורות הכספיים הציבוריים העומדים לרשות קופות החולים להבטחת האספקה של סל השירותים הקבוע בחוק.

מטרתו של מסמך זה לבחון את השינויים בעלות סל שירותי הבריאות ואת מנגנון העדכון שלו מאז נכנס החוק לתוקפו בתחילת שנת 1995 ועד שנת 2020, תוך התמקדות בשלושה היבטים:

1. הפער שבין עלות הסל בפועל, כפי שעודכנה לאורך השנים בהתאם למקדמי העדכון שנקבעו, ובין עלות הסל לו התעדכנה לפי מקדמים שעליהם המליצו ועדות ציבוריות וגורמי מקצוע שבחנו את הנושא;
2. שחיקת המקורות התקציביים של סל הבריאות והגירעון המצטבר בעלותו;
3. מדדי ההוצאה הציבורית על בריאות (ההוצאה הציבורית על בריאות לנפש ואחוז ההוצאה הציבורית מסך כל ההוצאה הלאומית על בריאות) בהשוואה בין-לאומית – כיצד היה משתנה מקומה של ישראל בדירוג מדינות ה-OECD וביחס לממוצע ה-OECD לו התווסף לסל הבריאות התקציב החסר לכיסוי הגירעון המצטבר (סעיף 2).

* ד"ר ברוך לוי, חוקר אורח במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; פרופ' גבי בן נון, פרופסור חבר בדימוס, המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב ומנהל בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

התחשיב לצורך בחינת ההיבטים הללו מסתמך על שלושת המקדמים של עלות הסל – מקדם יוקר הבריאות, מקדם הדמוגרפיה ומקדם הטכנולוגיה – ובוחן את שיעוריהם השנתיים והמצטברים בפועל לעומת שיעוריהם המומלצים על פי דעתם של גורמי מקצוע ושל ועדות ציבוריות שונות שהוקמו לאורך השנים.

מהתחשיב עולה כי ישנה שחיקה מצטברת של סל שירותי הבריאות. בשנת 2020 עמדה עלות הסל על כ-56.7 מיליארד ש"ח. אילו התעדכן הסל בכל שנה מאז 1995 על פי המדדים שהמליצו עליהם ועדות מקצועיות ומומחים במערכת הבריאות, הייתה עלותו מסתכמת כיום ב-85–96 מיליארד ש"ח על פי מקדם העדכון הטכנולוגי החלופי. חישוב השחיקה במקורות החוק (עלות הסל) על פי מקדם הדמוגרפיה ומקדם יוקר הבריאות מעלה כי הגירעון המצטבר בסל מגיע כיום לכ-26%, שהם כ-20 מיליארד ש"ח החסרים היום לתקציבי קופות החולים.

סל שירותי הבריאות הוא הרכיב המרכזי בהוצאה הציבורית על בריאות, ושחיקתו פוגעת בזמינות השירותים, בנגישותם ובאיכותם. יתר על כן, השחיקה מביאה לידי התפתחותו של שוק בריאות פרטי, לעיתים על חשבון מערכת הבריאות הציבורית, מערעת את אמון הציבור במערכת ומרחיבה את אי-השוויון בבריאות. כדי למנוע את הפגיעה הזאת חיוני לצמצם את הפער שבין העדכון בפועל של עלות הסל ובין העדכון החלופי של עלותו עקב גידול האוכלוסייה והזדקנותה, ההתקדמות המדעית והטכנולוגית בתחום הרפואה והשינויים במחיריהם של שירותי הבריאות.

ייתכן שהמפתח להגדלת משקלה של ההוצאה הציבורית במקביל להקטנת ההוצאה הפרטית טמון בשינוי יסודי במנגנון של עדכון סל שירותי הבריאות – הן ברמה העקרונית (אופן העדכון) והן ברמה הכמותית (גובה המקדמים). בכלל זה אפשר לשוב ולדון בפתרונות אפשריים ברוח ההצעות שהעלו בעבר ועדות שונות, קרי: לעגן בחוק את מקדמי הדמוגרפיה והטכנולוגיה כדי להבטיח את מקורות המימון של סל שירותי הבריאות ולהגביר את היציבות והוודאות שבתהליך עדכנו, ובד בבד להקטין את התמריץ המניע כיום את הציבור להשתמש בשירותי השוק הפרטי, לרבות ביטוחים פרטיים.

מתוך גישה זו ניתן לשקול להעמיד את מקדם הדמוגרפיה על שיעור גידול האוכלוסייה והזדקנותה כפי שהוא מפורסם על ידי משרד הבריאות, בהסתמך על משקלות נוסחת הקפיטציה; את מקדם הטכנולוגיה אפשר לשקול להעמיד על שיעור מינימלי בהתאם להתפתחויות הטכנולוגיות החזויות; וכמו כן ניתן לשוב ולדון בהוספת מדד מחירי האשפוז למדד יוקר הבריאות בדרך שתשקף את התייקרות תשומות הבריאות בצורה הולמת יותר. כחלק מהחישוב של מקדמי העדכון הרצויים לסל שירותי הבריאות ניתן לשקול להוסיף, בהידברות עם קופות החולים, רכיב התייעלות בהתאם ליכולות המשק ולצורכי המערכת. בהזדמנות זו נעיר שיש מקום להעריך ולתקצב מדי שנה גם את סל שירותי הבריאות שבאחריות המדינה (התוספת השלישית) באופן מובנה ומסודר. לשם כך מוצע להקים

מנגנון לעדכון הסל שבאחריות המדינה, שיתבסס על שינויים דמוגרפיים וטכנולוגיים ועל שינויי מחירים, בדומה למנגנון המוצע במאמר זה עבור סל השירותים שבאחריות קופות החולים.

רקע ומטרה

מדינות רבות עושות שימוש נרחב במנגנונים פיננסיים להשגת יעדים חברתיים. יעדים אלו נגזרים מהעדפותיה הערכיות של החברה בכל מדינה. במדינת ישראל מבטא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן "החוק"), העדפה ערכית מסוימת, לפחות ברמה ההצהרתית: רוח החוק משקפת תפיסת עולם חברתית המאזנת בין שוויון זכויות לבין חירויות הפרט ומקדמת ערכים של סולידריות ושל ערבות הדדית. תפיסת עולם זו באה לידי ביטוי במימונו של סל שירותי בריאות שוויוניים ואוניברסליים באמצעות מיסוי פרוגרסיבי יותר מכפי שהיה בטרם נחקק החוק. בהתאם לכך, עלותו של סל שירותי הבריאות וחלוקת הנטל של מימונו, וכן חלוקת המשאבים המוקצים לקופות החולים והפיקוח עליהן, אמורים לשקף זאת באמצעות מדיניות ממשלתית מתאימה.¹

נדבך יסודי במדיניות זו הוא התאמת העלות של סל שירותי הבריאות לצרכיה המתפתחים של האוכלוסייה באמצעות מנגנונים פיננסיים המכונים "מקדמי סל שירותי הבריאות". באמצעות מקדמים אלו נקבע בכל שנה היקף העדכון של המשאבים המוקצים לטובת הסל.

מטרתו של מסמך זה היא לבחון את התפתחות מנגנון העדכון של עלות סל שירותי הבריאות מאז נכנס החוק לתוקפו בתחילת שנת 1995 ועד שנת 2020, תוך התמקדות בשלושה היבטים:

1. הפער שבין עלות הסל בפועל, כפי שעודכנה לאורך השנים בהתאם למקדמי העדכון שנקבעו, ובין עלותו לו התעדכנה לפי מקדמים שעליהם המליצו גורמי מקצוע וועדות ציבוריות שבחנו את הנושא (ועדת טל, ועדת אמוראי וועדת גרמן);
2. שחיקת המקורות התקציביים של סל הבריאות והגירעון המצטבר בעלותו;
3. מדדי ההוצאה הציבורית על בריאות (ההוצאה הציבורית על בריאות לנפש ואחוז ההוצאה הציבורית מסך כל ההוצאה הלאומית על בריאות) בהשוואה בין-לאומית –

1 עבודה זו מתמקדת בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים כמפורט בתוספת השנייה לחוק. יצוין כי החוק מפרט בתוספת השלישית את הסל שבאחריות משרד הבריאות, אשר כולל כיום שירותי רפואה מונעת, גריאטריה ושיקום. בשנת 2009 הועברה האחריות הביטוחית לתאונות דרכים לקופות החולים. בשנת 2016 הועברה אליהן גם האחריות הביטוחית על נפגעי תאונות עבודה, ומשנת 2015 כולל סל שירותי הבריאות שבאחריות גם את שירותי בריאות הנפש. שירותי בריאות השן נוספו לסל קופות החולים באופן מדורג החל משנת 2010.

כיצד היה משתנה מקומה של ישראל בדירוג מדינות ה-OECD וביחס לממוצע ה-OECD לזו התווסף לסל הבריאות התקציב החסר לכיסוי הגירעון המצטבר (סעיף 2).²

התחשיב לצורך בחינת ההיבטים הללו מסתמך על שלושת המקדמים של עלות הסל – מקדם יוקר הבריאות, מקדם הדמוגרפיה ומקדם הטכנולוגיה – ובוחן את שיעוריהם השנתיים והמצטברים בפועל לעומת שיעוריהם החלופיים על פי דעתם של גורמי מקצוע ושל ועדות ציבוריות שונות שהוקמו לאורך השנים.

מקור הנתונים העיקרי של עבודה זו הוא קובץ הנתונים הסטטיסטיים השנתי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי שמפרסם משרד הבריאות באתר האינטרנט שלו (משרד הבריאות, 2022). הדוח המעודכן ביותר נכון למועד כתיבת שורות אלו כולל נתונים מלאים על עדכון עלות הסל עד לשנת 2020.³

מקדמי העדכון של סל שירותי הבריאות

בעקבות המשבר המתמשך במערכת הבריאות הוקמה בשלהי שנות השמונים ועדת חקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות (ועדת נתניהו, 1988). באוגוסט 1990 המליצה הוועדה לממשלה לנקוט שורה של צעדים להבראת מערכת הבריאות. בין היתר המליצה הוועדה לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שיבטיח כיסוי ביטוחי אוניברסלי אשר יסופק על ידי קופות החולים. ביטוח הבריאות ימומן על ידי מערכת מימון מרכזית ייעודית למערכת הבריאות באמצעות גביית מיסים משכר העובדים ומן המעסיקים (רוזן ובן נון, 2007).

עם התקדמות תהליכי החקיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הסכים משרד האוצר לקדם את הצעת החוק, בשני תנאים: ראשית, הצעת החקיקה לא תרחיב את הזכאויות בסל שירותי הבריאות מעבר לאלו שהיו בתוקף באותה תקופה; ושנית, הצעת החקיקה לא תכביד את נטל התשלומים של העובדים עבור מס הבריאות (רוזן ובן נון, 2007).

כדי להבטיח מקורות מימון בלתי תלויים למימוש החוק נכללו במקורות המימון לחוק נוסף על מס הבריאות גם ההכנסות מהמס המקביל שחל על המעסיקים. מס זה בוטל בשנת 1997, והממשלה התחייבה להשלים את החסר מתקציב המדינה (צדיק, 2006). בפועל, עם השנים הוביל גם מהלך זה לכרסום ביסודות החוק ולשחיקה מתמשכת של מקורות המימון הציבוריים. אמנם בתקופת התפרצות מגפת הקורונה המדינה הקצתה תקציבים

2 אין אנו טוענים שבמדינות אחרות נהוגים מדדים דומים – אך התוצאה העובדתית היא שמקורות המימון הציבורי במדינות אחרות גדולים הרבה יותר מאשר בישראל לאורך כל השנים, ולא מסתמנת מגמה של צמצום בפער הזה.

3 יצוין כי קובץ זה מכיל גם נתונים לשנת 2021, אך מאחר שחלקם עדיין בגדר אומדנים בחרנו שלא לכלול את השנה הזאת בתחשיב.

רבים מעבר למקורות המימון שחויבו בחוק, אך ככל הנראה אין ללמוד ממצב חירום זה על ההתנהלות בשעת שגרה. בדוח המיעוט של הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן) נטען כי "ביטול המס המקביל שמט, ללא מתן אלטרנטיבה, את אחד היסודות החשובים שניסה חוק ביטוח בריאות ממלכתי להנחיל והוא מוגנות יחסית של משאבים המוקצים לתחום הבריאות" (ועדת גרמן – עמדת המיעוט, 2014, עמ' 23).

בתמורה להעברת החוק היה על תומכיו לוותר על הרחבת סל השירותים הכלולים בסל שבאחריות קופות החולים. בפועל היו אפוא השירותים שניתנו במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי השירותים שנתנה קופת חולים כללית ערב החקיקה (יש לציין כי החוק מאפשר לקופות להפעיל שירותי בריאות נוספים מעבר לסל הבסיסי). עוד הוחלט, כי התאמה אוטומטית לשינויים במחירים תיעשה על פי חוק, בהתאם למדד יוקר הבריאות, ואילו העדכון הדמוגרפי והטכנולוגי ייקבע בהחלטת ממשלה, על פי שיקול דעתה ובכפוף לסדרי העדיפויות הנקבעים מעת לעת (רוזן ובן נון, 2007). אמנם העדכון הדמוגרפי והעדכון הטכנולוגי מוזכרים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך רק כהצהרת כוונות, מבלי שתורגמו לנוסחה כמותית קונקרטית שמעוגנת בחוק. נוסחה כזאת יש כיום רק למדד יוקר הבריאות.

בפועל, מ-1995 ועד 1997 לא הוקצו מקורות ייעודיים להוספת שירותים לסל. בשנת 1998, בעקבות לחץ ציבורי ותקשורתי כבד, עודכן סל שירותי הבריאות בסך של 150 מיליוני ש"ח שיועדו להכללתן של 17 טכנולוגיות, רובן מתחום האונקולוגיה. רק בשנת 1999 החל לראשונה תהליך מסודר ושיטתי של הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל השירותים הבסיסי. היקף הרחבת הסל נקבע בהחלטות ממשלה במסגרת אישור תקציב המדינה (מלמ"ב, 2007; רוזן ובן נון, 2007).

מן האמור לעיל עולה כי החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 מבלי שנקבעו בו מנגנוני עדכון מוסכמים היא הגורם למחלוקת המתמשכת על תקציב הסל ומנגנון עדכוננו. להלן נציג בקצרה את המחלוקת סביב שלושת המדדים של עדכון הסל: מדד יוקר הבריאות, המשקף את השינויים במחיריהם של שירותי הבריאות; מדד הדמוגרפיה, המשקף את גידול האוכלוסייה והזדקנותה; ומדד הטכנולוגיה, המשקף את פיתוחן של תרופות וטכנולוגיות רפואיות חדשות.

מדד יוקר הבריאות

בחישוב מדד יוקר הבריאות משוקללים רכיבים שונים, ובהם מדד השכר למשרת שכיר במגזר הבריאות, מדד המחירים לצרכן, מדד תשומות הבנייה ועוד. הביקורת העיקרית על מדד זה היא שאין בו ביטוי למחיר שירותי האשפוז, שהוא רכיב מרכזי בעלות סל השירותים שבאחריות קופות החולים, וממילא יש להביאו בחשבון בעת עדכון עלות סל שירותי הבריאות. עם זאת יש לציין כי שתי החלטות ממשלה, שהתקבלו ב-2012 וב-2016, שינו את רכיביו של מדד יוקר הבריאות כך שישקף בצורה טובה יותר את שינויי המחירים במערכת הבריאות. עיקר השינוי היה הגדלת משקלו של רכיב מדד השכר במגזר הבריאות ביחס לרכיבים אחרים כגון מדד השכר במגזר הציבורי ומדד המחירים לצרכן (משרד הבריאות, 2021א).

לוח 1. השינויים ברכיבי מדד יוקר הבריאות

החל משנת 2016	2015-2012	עד שנת 2011	
61.70%	40.30%	35.96%	מדד השכר במגזר הבריאות
3.50%	18.20%	22.04%	מדד השכר במגזר הציבורי
0.50%	6.50%		מדד השכר בממשלה המרכזית
3.00%			מדד שכר המינימום
26.80%	32.00%	40.00%	מדד המחירים לצרכן
4.50%	3.00%	2.00%	מדד תשומות הבנייה
100%	100%	100%	סך הכול

מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב, בהתבסס על משרד הבריאות, 2021א, עמ' 10

משרד הבריאות פיתח מדד חלופי, "מדד תשומות הבריאות", אשר תכליתו לאמוד את השינויים במחירי התשומות לאספקת סל השירותים בקופות החולים. מדד זה כולל את הרכיב של מחיר יום אשפוז, שמשקלו 40% מהמדד. אמנם התיקונים שנעשו לאורך השנים בהרכב מדד יוקר הבריאות קירבו אותו למדד תשומות הבריאות, אולם עדיין נותר ביניהם פער, והניסיונות שנעשו לאורך השנים לקבוע מדד של מחירי תשומות המערכת (כפי שהלמ"ס קובעת את מדד מחירי תשומות הבנייה ומדדים אחרים) לא צלחו (בן נון ועופר, 2020).

במסגרת החישוב של עלות הסל בפועל לעומת העלות החלופית נבחן בהמשך את הפערים שבין שני המדדים הללו. במילים אחרות, נחשב מה הייתה עשויה להיות עלות הסל לו התעדכן לפי מדד תשומות הבריאות ולא לפי מדד יוקר הבריאות.

מדד הדמוגרפיה

כאמור, העדכון הדמוגרפי אינו מחויב בחוק. הממשלה רשאית לעדכן את עלות סל שירותי הבריאות בהתאם לשינויים הדמוגרפיים באוכלוסייה. ראוי לציין כי בהקשר של בריאות יש להביא בחשבון לא רק את השינוי בגודל האוכלוסייה אלא גם את הזדקנותה, שכן ההוצאות על שירותי בריאות גבוהות יותר בקרב מבוגרים. שיעור התקציב הדרוש מחושב לפי משקלות הגיל של נוסחת הקפיטציה, האומדות את היקף השימוש בשירותי בריאות בקבוצות גיל שונות (נפשות מתוקנות).

במשך שנים היה מקדם הדמוגרפיה נמוך יותר מקצב גידול האוכלוסייה. החל משנת 2014, בהתאם להחלטת ממשלה, הסל מתעדכן על בסיס גידול האוכלוסייה בפועל (משרד הבריאות, 2021א). שינוי זה אמנם הביא לכך שבשנים האחרונות מקדם הדמוגרפיה מדביק את קצב גידול האוכלוסייה (בסביבות 2% בשנה), אך הוא אינו מפצה על הזדקנות האוכלוסייה. כדי לעמוד על פער העלויות בהיבט הדמוגרפי, נשווה בהמשך את שיעור העדכון הדרוש לפי הגידול במספר הנפשות המתוקנות בקופות החולים, כפי שחושב על ידי משרד הבריאות (לאחר התאמת הנפשות המתוקנות לשינויים בנוסחת ההקצאה), לעומת העדכון בפועל לאורך השנים.

בשל העלייה בתוחלת החיים והשינויים בהרכב גיל האוכלוסייה הקצאת המקורות נבחנת מעת לעת על ידי ועדה ייעודית ("ועדת הקפיטציה"⁴). ועדה זו בוחנת את משקלות ההוצאה על בריאות של קבוצות הגיל השונות, והיא אף הגדילה את מספר קבוצות הגיל של נוסחת הקפיטציה – מתשע קבוצות לפי נוסחת הקפיטציה הראשונה ל-11 קבוצות – באמצעות פיצול קבוצות הגיל הראשונה והאחרונה בשנת 2005. עדכונים אלו הם מחויבי המציאות בשל השינויים בצריכת שירותי בריאות בקבוצות הגיל השונות עקב התמורות הדמוגרפיות.⁵ זאת ועוד, חשוב לזכור כי קצב ההזדקנות של האוכלוסייה בישראל צפוי להיות מהיר בעשורים הקרובים ולהביא לידי גידול האוכלוסייה המבוגרת הן במספרים מוחלטים והן באופן יחסי. על פי תוכנית המתאר הארצית למערכת הבריאות בישראל (תמ"א 49), עד שנת 2048 צפויים בני ובנות 65 ומעלה להיות כ-16% מהאוכלוסייה – ויש לכך משמעויות מרחיקות לכת, בעיקר על מערכת הבריאות.

4 ראו באתר משרד הבריאות, ועדת קפיטציה: לבחינת החלוקה של מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

5 במאמר מוסגר ייאמר כי במחקר אין תמימות דעים באשר להשפעתה של העלייה בתוחלת החיים על ההוצאה על בריאות. מבלי להרחיב בנושא נציין כי יש חוקרים הסבורים שההוצאה על בריאות גדלה בעיקר סמוך לגיל המוות, ועל כן לא עצם העלייה בתוחלת החיים היא שמשפיעה על ההוצאה, שכן היא בעיקר דוחה את ההוצאה לגיל מאוחר יותר ולא בהכרח מגדילה אותה. מנגד ישנן ראיות להשפעת ההזדקנות כשלעצמה על הגדלת ההוצאות על בריאות, אם כי הללו אכן גדלות במידה ניכרת סמוך למוות, בהתאם לסוג התחלואה ולטיפול הרפואי (Breyer & Lorenz, 2021).

מדד הטכנולוגיה

כאמור, מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי חלה התקדמות מדעית אדירה בפיתוח תרופות וטכנולוגיות רפואיות חדשות. כבר בשלהי שנות התשעים נוצר צורך לעדכן את עלות סל שירותי הבריאות בדרך שתשקף את ההתפתחויות המדעיות ולהכליל בתוכו מספר תרופות וטכנולוגיות רפואיות חדישות, בעיקר בתחום האונקולוגיה, אולם מנגנון עדכון עלות הסל לא כלל תוספות תקציביות להרחבת תכולת הסל.

בעקבות הפגנות חולים ולחץ ציבורי גובר והולך לעדכן את תכולת הסל עקב ההתקדמות הטכנולוגית בתחום הרפואה, קבעה הממשלה שבכל שנה יוקצה סכום מסוים לעדכון באמצעות החלטת ממשלה, בהתאם לצרכים ועל פי סדר העדיפויות כפי שתראה הממשלה לנכון. בהתאם לכך, בכל שנה מאז שנת 1998 ניתנת תוספת תקציבית מסוימת לסל – בכפוף להחלטת ממשלה ולא על פי מנגנון עדכון קבוע בחוק. בדרך כלל הסל מתקצב בחסר לעומת ההערכות של הממסד הרפואי ושל גורמים מקצועיים למיניהם (ההסתדרות הרפואית בישראל, קופות החולים ועוד), הקובעים שהעדכון הטכנולוגי הנדרש צריך להיות לפחות 2% מעלות סל השירותים (הר"י, 2011). לפי אומדני משרד הבריאות, בכל שנה מגיעות לישורת האחרונה של עבודת הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות תרופות וטכנולוגיות רפואיות בעלות כוללת של כשני מיליארד ש"ח, אשר כולן עברו את כל שלבי הוועדה ונמצא כי יש בהן צורך רפואי ברור (מבקר המדינה, 2022). סכום זה מהווה בשנים האחרונות 3.5%–4% מעלות הסל. עוד על פי משרד הבריאות, הסכום השנתי המיועד להרחבת הסל נמוך משמעותית מהסכום האמור, ועל כן לא כל התרופות והטכנולוגיות מאושרות (מבקר המדינה, 2022).

ממחקר שנערך במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל עולה כי מקדם הטכנולוגיה המקובל בעולם הוא 3%–4% (זמורה ואחרים, 2003). על פי בן נון וגלזר (2014), ברוב המדינות המפותחות שיעור העלייה השנתית בהוצאות הבריאות לנפש בגין הרכיב הטכנולוגי הוא כ-2%. עדכון בשיעור זה צפוי אפוא לשמור על איכות סל השירותים, שכן הוא יאפשר למערכת הבריאות לעמוד בקצב ההתפתחויות הטכנולוגיות והמדעיות בתחום הרפואה. גם מבקר המדינה, בדוח שבחן את תהליך עדכנו של סל שירותי הבריאות, המליץ למשרד הבריאות לבחון את קביעתו של שיעור מינימלי לעדכון סל שירותי הבריאות בגין תרופות וטכנולוגיות רפואיות, כדי להגביר את הוודאות התכנונית במערכת הבריאות אל מול הקדמה המדעית והטכנולוגית (מבקר המדינה, 2022).

במהלך השנים הועלו בכנסת ישראל כמה הצעות חוק ברוח זו (סבירסקי, 2012). כולן נתקלו בהתנגדות משרד האוצר ונדחו בתואנה שאין להוציא מידי הממשלה את השליטה על התוספת התקציבית לסל. בפועל מקדם העדכון אינו מתקרב בדרך כלל לשיעור המוצע של 2%. לדוגמה, עבור השנים 2017–2019 הוחלט כי לשם הוספת טכנולוגיות ותרופות חדשות לסל יוקצו בכל שנה 500 מיליון ש"ח, כלומר כ-1% מעלות הסל, לעומת כ-380

מיליון ש"ח בשנת 2016, כולל טיפולי שיניים (מבקר המדינה, 2022). 500 מיליון ש"ח הוקצו לסל גם לשנת 2020. במסגרת תוספת זו המליצה הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות להכניס לסל 141 תרופות וטכנולוגיות חדשות בהתוויות רפואיות שונות.⁶

מחקרים קודמים והתייחסויות ועדות ציבוריות וגורמי מקצוע לסוגיה של עדכון מקדמי הסל

כבר בשנת 1997 המליצה מועצת הבריאות לשנות את מקדמי העדכון של סל שירותי הבריאות שנקבעו בתוספת החמישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ההמלצה הייתה לקבוע מנגנון עדכון אוטומטי של עלות הסל, אשר יבטא את גידול האוכלוסייה והזדקנותה ויכלול רכיב של שיפורים טכנולוגיים (המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, 1999). בשנת 1999 קראה ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ועדת טל) לעגן בחקיקה את המנגנון לעדכון עלותו של הסל השנתי, על שלושת מקדמיו, כדי לצמצם את שחיקת הסל ולאפשר למערכת הבריאות לפעול בתנאים של ודאות גבוהה יותר (ועדת טל, 1999). הוועדה המליצה כי מקדם הדמוגרפיה ייתן ביטוי מלא לגידול האוכלוסייה והזדקנותה, מקדם הטכנולוגיה יעמוד על 2% מעלות הסל בשנה, ומקדם יוקר הבריאות יותאם לתשומות קופות החולים בפועל ויכלול גם מחיר של יום אשפוז. עוד המליצה הוועדה להכניס לחישוב רכיב התייעלות, כך שבכל שנה יופחתו עד 0.5% ממנגנון העדכון של הסל.

ועדה נוספת שנדרשה לסוגיה של עדכון הסל הייתה הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי, 2002). גם ועדה זו המליצה בין השאר לכוון מקדם יוקר בריאות שייטיב לבטא את שינויי המחירים, אבל היא נמנעה מהכללת מחיר יום אשפוז במדד יוקר הבריאות (ועדת אמוראי, 2002). כקודמתה, הוועדה המליצה לעגן בחקיקה מקדם דמוגרפי שייתן ביטוי מלא לגידול האוכלוסייה והזדקנותה בהתאם לנוסחת הקפיטציה. אשר למקדם הטכנולוגי, דעת הרוב בוועדה הייתה כי על המדינה לשאוף לעדכן את סל השירותים הבסיסי בקביעות ולהוסיף לו טכנולוגיות חדשות, אך נמנעה מלנקוב במפורש בשיעור העדכון הרצוי. לבסוף התייחסה הוועדה לסוגיית התייעלות והמליצה לקבוע מקדם התייעלות אשר לא יפחת מ-15% ולא יעלה על 20% משיעור העדכון השנתי הנובע ממקדם יוקר הבריאות וממקדם הדמוגרפיה.

במהלך השנים נעשו ניסיונות אחדים לאמוד את הפערים המצטברים בין עלות הסל בפועל לעלות החלופית לפי שלושת מקדמי העדכון. עבודה של מרכז המחקר והמידע של הכנסת (לוי ושוורץ, 2007) העלתה כי מנגנון עדכון עלות הסל מפצה רק באופן חלקי על

6 ראו באתר משרד הבריאות, הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2020 הגישה את המלצותיה לשר הבריאות יעקב ליצמן (הודעת דוברות, 17.1.2020).

עליית מחירי הבריאות, גידול האוכלוסייה והזדקנותה. כתוצאה מכך, בשנים 1997–2007 לא חל שינוי בעלות סל שירותי הבריאות לנפש על אף התוספות שניתנו בגין תרופות וטכנולוגיות חדשות. תחשיב דומה של מרכז אדווה מ-2012 לשנים 1995–2011, אשר הביא בחשבון את כל שלוש המקדמים – דמוגרפיה, טכנולוגיה ושינוי מחירים – הצביע על פער מצטבר של כ-16 מיליארד ש"ח בין עלות הסל בפועל לעלותו החלופית. החוקרים המליצו לעגן בחקיקה מקדם טכנולוגי בשיעור שנתי של 2% מעלות הסל ומקדם דמוגרפי בהתאם לגידול האוכלוסייה והזדקנותה, וכן להצמיד את עלות הסל למדד תשומות הבריאות במקום למדד יוקר הבריאות (סבירסקי, 2012).

בתחשיב שערך בן נון וגלזר במסגרת הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן) נמצא כי השחיקה המצטברת שנגרמה למקורות המימון לחוק בגין עדכונים דמוגרפיים ושינוי מחירים בשנים 1995–2013 הסתכמה בכ-12.5 מיליארד ש"ח – כ-35% מעלות הסל (בן נון וגלזר, 2014). בהתאם לכך המליצו השניים לוועדה לעגן בחקיקה את מקדם הדמוגרפיה כך שיבטא את גידול האוכלוסייה והזדקנותה במלואם, לשנות את הרכיבים של מדד יוקר הבריאות בדרך שתבטא באופן מדויק יותר את עליית מחירי תשומות קופות החולים, בדגש על מחיר יום אשפוז, ולעגן בחקיקה עדכון קבוע של סל שירותי הבריאות בגין תרופות וטכנולוגיות חדשות בשיעור של 1% בשנה. כמו כן הם המליצו להוסיף למשך חמש שנים פיצוי שנתי בשיעור של 1%–2% מעלות הסל בגין שחיקת המקורות המצטברת במימון עלות הסל בעבר.

ועדת גרמן אימצה את המסקנות הללו בשינויים מסוימים והמליצה, בין היתר, על הצעדים האלה: לעגן בהחלטת ממשלה (ולא בחקיקה) את הדרישה שמקדם הדמוגרפיה יבטא במלואו את הגידול באוכלוסייה (בלי להתייחס באופן מפורש להזדקנותה); לבחון הצמדה מלאה יותר של התקציב לשינוי המחירים במערכת הבריאות (ללא התחייבות מפורשת להוספת מחיר יום אשפוז למדד יוקר הבריאות); ולעגן בחקיקה או בהחלטת ממשלה תוספת טכנולוגית שנתי של 0.8% מעלות הסל (ועדת גרמן, 2014).

בעבודה נוספת נבחנה השפעתם המצטברת של העדכונים החלקיים בתחומי המחירים והדמוגרפיה של סל שירותי הבריאות עד לשנת 2016 (בן נון ועופר, 2020). ממצאי העבודה העלו כי במשך 21 שנים הגיעה השחיקה המצטברת של עלות הסל לכ-10 מיליארד ש"ח (21% שחיקה). על חלק מהשחיקה פיצו הסכמי ייצוב שנחתמו מעת לעת עם קופות החולים. ואולם יודגש כי התמיכה שניתנה במסגרת הסכמי הייצוב לא נכללה בבסיס העלות של הסל ולא השלימה את הפער המצטבר במקורות המימון של החוק. פער זה התבטא כאמור בגירעונות שנתיים חוזרים ונשנים של קופות החולים, ובעקבותיהם – בשחיקה של איכות סל השירותים וזמינותו.

הפער בין עלות סל שירותי הבריאות בפועל לעלותו החלופית

עבודה זו משתמשת במתודולוגיה ששימשה בעבודות שצוטטו לעיל, דהיינו חישוב הפערים המצטברים בין עלות הסל בפועל לעלותו החלופית בהתאם להמלצותיהם של גורמי מקצוע בנוגע לשיעורים החלופיים של שלושת מקדמי העדכון – הדמוגרפיה, הטכנולוגיה ושינויי המחירים. העלות החלופית תחושב אפוא על סמך עדכון דמוגרפי מלא בגין גידול האוכלוסייה והזדקנותה לפי מדד הנפשות המתוקנות של משרד הבריאות, עדכון טכנולוגי בגובה 1.5% ו-2% מעלות הסל בכל שנה להדבקת ההתקדמות הטכנולוגית העולמית בתחום הרפואה, ועדכון מחירים על סמך מדד תשומות הבריאות שמפרסם משרד הבריאות כחלופה למדד יוקר הבריאות.

יש לציין כי בין מקדמי יוקר הבריאות והדמוגרפיה לבין מקדם הטכנולוגיה יש הבדל חשוב ומהותי: מקדמי יוקר הבריאות והדמוגרפיה נועדו לשמור על הערך הריאלי של עלות הסל לנפש באמצעות הצמדת הסל לשינויי המחירים ולשינויים דמוגרפיים באוכלוסיית ישראל. העדכון הטכנולוגי, לעומת זאת, נועד לשפר את סל שירותי הבריאות בהתאם להתפתחויות הטכנולוגיות והמדעיות ברפואה, כלומר לעדכן את תכולת הסל מבחינה כמותית ואיכותית (הוספת תרופות וטכנולוגיות רפואיות חדשות).

בעדכון הטכנולוגי טמון אפוא ממד נורמטיבי מובהק. מכאן שהניסיון לכמת אותו משקף במידה רבה עמדה ערכית סובייקטיבית, מתוך הבנה שלא יהיה אפשר לכלול בכל שנה את כל התרופות והטכנולוגיות המועמדות להכללה בסל, ובדרך כלל אף לא יהיה אפשר לכלול אפילו את אלו שזועדת הסל מדרגת אותן כחיוניות ביותר. לכן נציג בעבודה זו שתי חלופות לכימות העדכון הטכנולוגי: האחת מעדכנת את הסל ב-2%, בהתאם לרף הגבוה של המלצות המומחים, והאחרת – ב-1.5% בלבד.

נוסחת העדכון

עלותו השנתית של הסל מחושבת על בסיס עלותו בשנה הקודמת ועדכונו באמצעות שקלול שלושת המקדמים כמפורט להלן:⁷

$$X_t = [(1 + dem_t) * X_{t-1} + tech_t + mis_t] * (1 + pr_t)$$

X_t עלות הסל בשנה הנוכחית

X_{t-1} עלות הסל בשנה הקודמת (בסיס)

dem התוספת הדמוגרפית באחוזים (demography)

tech התוספת הטכנולוגית בשקלים (technology)

mis "שונות" (תיקונים הנערכים מדי שנה בעלות הסל, לרבות קיצוצים מעת לעת) בשקלים (miscellaneous)

pr – שיעור שינויי המחירים (price rate)

עלותו החלופית של הסל מחושבת באותה צורה, אך בשינוי המקדמים כפי שהוסבר לעיל. כך, עבור משתנה dem נציב את התוספת עבור נפשות מתוקנות, ועבור tech נציב מקדם של 1.5% או 2% כשיעור התוספת המומלצת עבור תרופות וטכנולוגיות חדשות לדעת מומחים. בשינויי המחירים נציב את ערכי מדד תשומות הבריאות במקום את ערכי יוקר הבריאות.

לדוגמה, חישוב עלות הסל בפועל בשנת 2001:

- שנת הבסיס: בשנת 2000 עמדה עלות הסל על 19.27 מיליארד ש"ח
- העדכון הדמוגרפי לשנת 2001 עמד על 2%, שהם 386 מיליון ש"ח
- העדכון הטכנולוגי עמד על 193 מיליון ש"ח
- הופחתו 10 מיליון ש"ח מהתקציב בגין "שונות"
- מקדם יוקר הבריאות עמד על 0.0213 (כלומר 2.13%)

הצבה בנוסחה:

$$X_{2001} = [(1.02 * 19.27) + 0.193 - 0.01] * 1.0213 = 20.27$$

מכאן שעלות הסל לשנת 2001 עמדה על כ-20.27 מיליארד ש"ח.

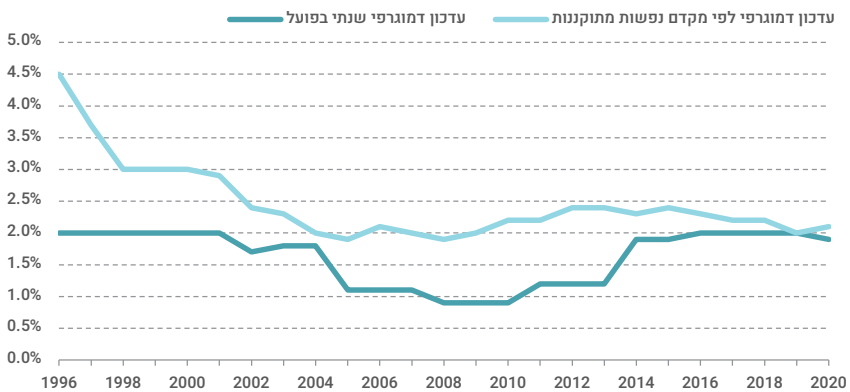
7 על פי משרד הבריאות, מדדי יוקר הבריאות והדמוגרפיה נקבעים באחוזים, ואילו תוספות בגין טכנולוגיה ו"שונות" נקבעות בשקלים.

אפשר לערוך חישוב כזה לכל אחת מהשנים מ-1996 ועד 2020 הן לגבי עלות הסל בפועל והן לגבי עלות הסל החלופית. כך ניתן לאמוד את ההפרש בין שתי העלויות, ובהמשך – את הגירעון המצטבר בעלותו על בסיס השחיקה במקורותיו התקציביים.

ערכי המקדמים מתפרסמים בקובץ השנתי של משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי – נתונים סטטיסטיים (משרד הבריאות, 2022). הקובץ המעודכן ביותר הנמצא כיום באתר האינטרנט של המשרד מכיל את נתוני כל המקדמים הדרושים לחישוב עד לשנת 2020. שנת 1995 – השנה הראשונה לקיומו של סל שירותי בריאות המעוגן בחוק – משמשת שנת הבסיס.

בתרשימים 1–3 מוצגים הערכים השנתיים של שלושת מקדמי העדכון בשנים 1996–2020 בהשוואה למקדמים החלופיים. מהתרשימים עולים הפערים לאורך השנים בין המקדם בפועל למקדם החלופי בכל אחד מרובדי העדכון – דמוגרפיה, טכנולוגיה ושינויי מחירים.

תרשים 1. עדכון דמוגרפי שנתי בפועל לעומת מקדם נפשות מתוקנות

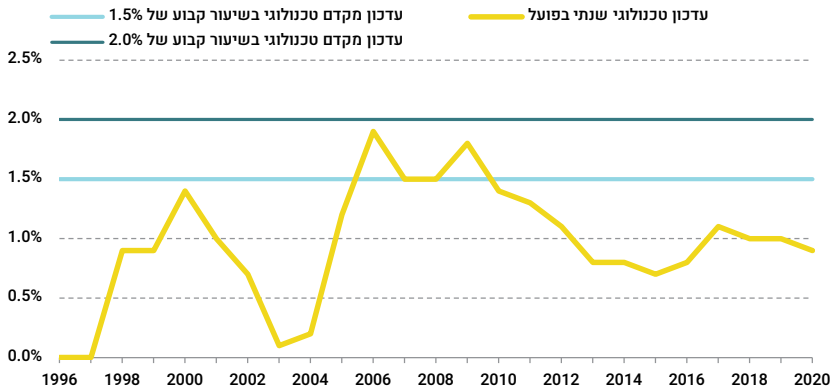


מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022

תרשים 1 מצביע על פער גדול לאורך השנים בין העדכון בפועל ובין המקדם הדמוגרפי לפי נפשות מתוקנות. בשנות התשעים הגיע מקדם הנפשות המתוקנות לערכיו הגבוהים ביותר בעקבות גלי העלייה הגדולים מברית המועצות לשעבר. לירידה בערכים של מקדם זה התלוותה במקביל ירידה בערכי מקדם הדמוגרפיה בפועל, ועל כן נשמר הפער בין השניים. ואולם החל משנת 2014 הפער בין העדכון בפועל למקדם המוצע מצטמצם במידה רבה בעקבות עלייה ניכרת בערכי העדכון בפועל, בעוד מקדם הנפשות המתוקנות שומר על יציבות יחסית – מעט יותר מ-2% בשנה.

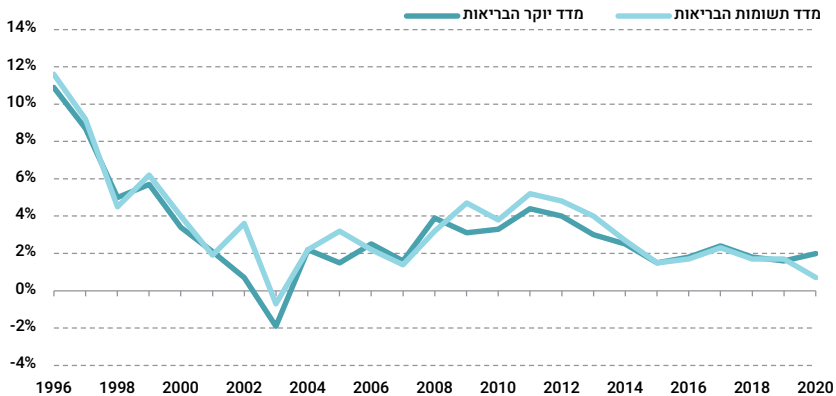
בתרשים 2 ניתן לראות כי לאורך השנים חלו תנודות רבות בגובה מקדם הטכנולוגיה. לצד שנים שבהן היה עדכון כמעט אפסי, היו שנים מעטות שבהן העדכון הטכנולוגי עבר את הרף הנמוך של העדכון המוצע (1.5%), אם כי בדרך כלל לא הגיע אליו, ומכאן שלא הגיע אל רף העדכון הגבוה יותר של 2%.

תרשים 2. עדכון טכנולוגי שנתי בפועל לעומת מקדמי עדכון קבועים



מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022

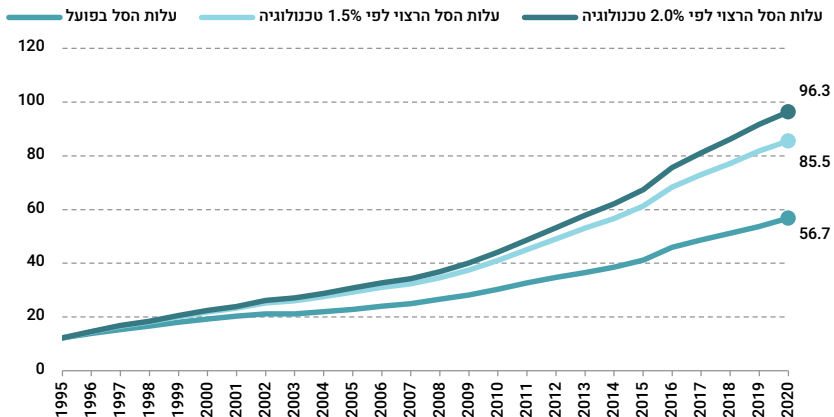
תרשים 3. עדכון מחירים שנתי על פי מדד יוקר הבריאות לעומת מדד תשומות הבריאות



מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022

מתרשים 3 עולה כי על פי רוב מדד תשומות הבריאות גבוה מעט ממדד יוקר הבריאות. עם זאת ניתן לראות כי משנת 2015 לא זו בלבד שהפער בין המדדים נסגר כמעט לחלוטין, אלא שמדד יוקר הבריאות אף עולה על מדד תשומות הבריאות בשנים מסוימות, ובייחוד בשנת 2020. עוד עולה מהתרשים שהיו שנים שבהן ערכיהם של שני המדדים היו שליליים או קרובים לאפס (שנות המיתון במחצית הראשונה של שנות האלפיים). בעזרת הנוסחה שתוארה מעלה ועל בסיס נתוני המקדמים מוצגת בתרשים הבא עלותו השנתית של הסל בפועל לעומת עלותו לו התעדכן מדי שנה לפי שיעורי המקדמים החלופיים.

תרשים 4. הפער המצטבר בין עלות הסל בפועל לעלותו החלופית במיליארדי ש"ח



מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | משרד הבריאות, 2022

בשנת 1995 עמדה עלות הסל על כ-12 מיליארד ש"ח. בשנת 2020 כבר הגיעה עלותו לכ-56.7 מיליארד ש"ח, לפי המקדמים שנקבעו בחוק ובהחלטות ממשלה. ואולם לו התעדכן הסל על פי המקדמים החלופיים, הייתה מגיעה עלותו ל-85–96 מיליארד ש"ח – כלומר מדובר בפער של 29–40 מיליארד ש"ח בין עלות הסל בפועל לעלותו החלופית (תלוי בגובה מקדם הטכנולוגיה).

באחוזים מדובר בפער מצטבר של 51%–70% בין עלות הסל בפועל לעלותו החלופית. הפער בין שני הסלים הלך ותפח עם השנים. הסיבה לגידול בפער היא שתוספות הניתנות לסל בגין שלושת המקדמים נכנסות לבסיס התקציב לצורך חישוב התוספות לשנה הבאה, וכן הלאה. כך גדל בסיס הסל תוך הכפלתו במקדמיו בכל שנה.

שחיקת מקורות המימון של סל שירותי הבריאות: הגירעון המצטבר בעלות הסל

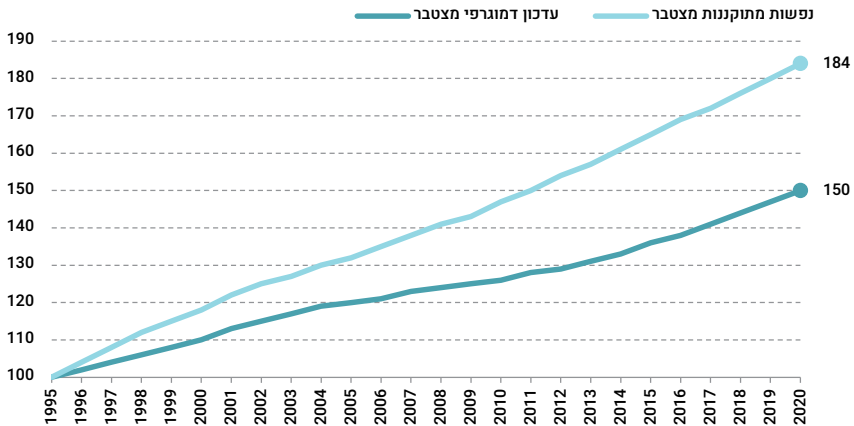
עד כה חישבנו תרחיש היפותטי שבו העמדנו זו מזל זו את עלות הסל בפועל ואת עלות הסל החלופית לפי המקדמים החלופיים בהתאם להמלצות גורמי מקצוע למיניהם. ואולם אין להסיק מכאן כי הפער שבין הסל הקיים לסל החלופי הוא הסכום החסר כיום לסל שירותי הבריאות, משום שהתחשיב ההיפותטי כולל בתוכו תוספות טכנולוגיות שהיו רלוונטיות לשעתן לפי סט מחירים ומספרי מטופלים ספציפיים. יש להבין כי עלות הסל החלופית כוללת כביכול תרופות וטכנולוגיות שלא נכללו בסל בפועל, אולם אין לדרוש כיום את הגדלת תקציב הסל בגין תרופה שהכללתה בסל לצורך טיפול במחלה כלשהי בהתוויה מסוימת עבור קבוצת מטופלים ספציפית התבקשה בשנת 2003, למשל.

זאת ועוד, לאורך השנים התווספו לסל רכיבים שונים שאמנם הגדילו את תכולתו, אך לאמיתו של דבר מדובר ברכיבים שכבר היו קיימים קודם לכן במסגרות אחרות: בשנת 2009 הועברה האחריות הביטוחית לתאונות דרכים מחברות הביטוח לקופות החולים; בשנת 2016 הועברה אליהן גם האחריות הביטוחית על נפגעי תאונות עבודה; ומשנת 2015 סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים כולל גם את שירותי בריאות הנפש, שקודם לכן ניתנו ברובם על ידי משרד הבריאות. שירותים אלו מומנו גם בעבר על ידי המערכת הציבורית. כאן יש להזכיר גם את שירותי בריאות השן, שנוספו לסל באופן מדורג החל משנת 2010. ואולם להבדיל משירותי בריאות הנפש, למשל, בשירותי בריאות השן אפשר לראות שירות רפואי חדש שהוכנס לסל שירותי הבריאות, וקודם לכן ניתן כמעט אך ורק במסגרות פרטיות. הרפורמה בבריאות הנפש לא הרחיבה את הסל באופן דומה, אלא בעיקר העבירה שירות ציבורי קיים מסל ציבורי אחד למשנהו – שירות שהיה בעבר באחריות משרד הבריאות או גופים ציבוריים אחרים עבר לאחריות קופות החולים.

מכל האמור לעיל עולה כי כדי לחשב את התוספת הדרושה כיום לכיסוי הגירעון הנוכחי בסל שירותי הבריאות יש לנטרל את התוספות הטכנולוגיות והאחרות שניתנו לאורך השנים במטרה להרחיב את תכולת הסל. תחת זאת יש להתמקד במקדמי הדמוגרפיה ויוקר הבריאות, שהשימוש בהם אמור למנוע את שחיקת הסל על ידי הצמדתו לשינויים באוכלוסיית ישראל ובמחירי הבריאות.

על סמך הנתונים שבלוח נ'1 בנספח ניתן לחשב את הפערים המצטברים עבור כל אחד משני המקדמים, הדמוגרפי והטכנולוגי, עד שנת 2020, כפי שרואים בתרשימים 5–7 להלן.

תרשים 5. הפער המצטבר בעדכון המדד הדמוגרפי 1995=100

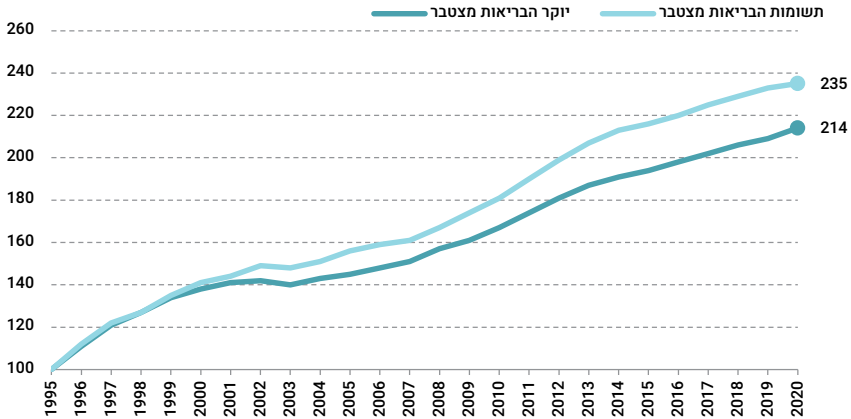


מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022

מהתרשים עולה שישנו פער של כ-22.7% בין הסל הראוי לסל המצוי בגין השחיקה במקדם הדמוגרפיה. על אף הגידול בשיעורי העדכון הדמוגרפיים בשנים האחרונות (כפי שעולה מלוח נ'1), מקדם הדמוגרפיה עדיין אינו מפצה על מלוא הגידול באוכלוסייה והזדקנותה. התרשים מצביע על פער של כ-9.9% בין הסל הקיים לסל החלופי בגין שינויי המחירים. נכון לשנת 2020 עלות הסל עומדת על כ-56.7 מיליארד ש"ח. הכפלת "פער מדדי המחירים" ב"פער מדדי הדמוגרפיה" הייתה מוסיפה לסל 19.7 מיליארד ש"ח – סכום שהיה מביא את עלות סל שירותי הבריאות לכ-76.4 מיליארד ש"ח. פירוש הדבר הוא גירעון של כ-25.8% בעלות הסל.⁸

8 דרך חישוב אחרת, מורכבת יותר ו"אלגנטית" פחות, היא לחשב את עלותו של הסל בכל אחת מהשנים בנפרד (במקום הכפלת פערי המקדמים המצטברים כמתואר מעלה). בדרך זו העלות החלופית של הסל עומדת על כ-75 מיליארד ש"ח. יתרונה בכך שהיא משמרת את הנוסחה שהוצגה לעיל, שלפיה יש לחבר את התוספת הדמוגרפית לתוספת הטכנולוגית ולרכיב ה"שונות" טרם ההכפלה במקדם יוקר הבריאות, בעוד שיטת החישוב המתוארת לעיל מתבססת על מכפלה ישירה של "פער מדדי הדמוגרפיה" ב"פער מדדי המחירים".

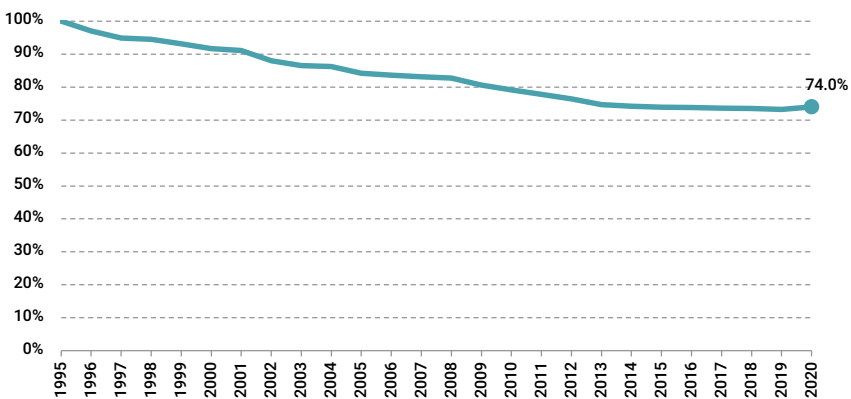
תרשים 6. הפער המצטבר בעדכון מדד שינויי המחירים 1995=100



מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022

באופן דומה ניתן להראות את השחיקה המצטברת בכל שנה בעלות הסל לפי מדדי דמוגרפיה ומחירים מאז נכנס החוק לתוקף (תרשים 7).

תרשים 7. שחיקת עלות הסל במדדי דמוגרפיה ומחירים 1995=100



מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022

מהתרשים עולה כי משנת 1995 ועד 2020 נשחקה עלותו הריאלית של הסל לנפש מתוקנת באופן עקבי והדרגתי, אם כי בסביבות שנת 2015 התמתן מאוד תהליך השחיקה עקב צמצום הפערים בין המקדמים בפועל למקדמים החלופיים, ובשנת 2020 אף חלה עלייה מזערית בעלותו הריאלית של סל שירותי הבריאות לעומת שנת 2019 לכדי 74% מעלותו בשנת 1995. התמתנות זו קשורה בין היתר להגדלת משקלו של רכיב השכר במגזר הבריאות בתוך מקדם יוקר הבריאות בשנת 2016 (ראו לוח 1 לעיל). צעד זה הדביק במידה רבה את העלייה בהוצאה על שכר הרופאים והרופאות בעקבות ההסכם הקיבוצי שנחתם עימם בשנת 2011 והעלייה במספרם במערכת הבריאות. מנגד יש לזכור כי הצמדה אוטומטית של רכיב השכר במערכת הבריאות למנגנון העדכון של עלות הסל עלולה לגרום לאדישות של קופות החולים למחירים של גורמי הייצור (דהיינו שכר הרופאים והרופאות ושכרם של שאר העובדים והעובדות במערכת הבריאות), ועל כן חשוב שקביעת המשקלות של יוקר הבריאות תשקף מצד אחד את השינויים במחירי גורמי הייצור, אך מצד שני לא תפרוץ את הסכר המגביל את עלויות השכר במערכת הבריאות. ניתן אפוא לסכם ולומר כי על אף מגמת ההתמתנות בשחיקה בעלות הסל בשנים האחרונות, עלותו הריאלית כיום עדיין נמוכה ביחס לסל השירותים המקורי.

בהקשר זה נציין כי ניתן לכלול בכל אחד ממקדמי מנגנון העדכון גם רכיב של התייעלות, שמשמעותו בפועל תהיה ריסון בשיעור מסוים של תקציב הסל. ואולם הכללתו של רכיב התייעלות חייבת להיות שקופה, סבירה ומוגדרת מראש. עליה להתבסס על רציונל כלשהו ועל ראיות אמפיריות הקשורות במגמות בולטות בתחומי הרפואה ובריאות הציבור. דוגמה לכך עשויה להיות תחשיב המצביע על הפחתת הנטל הכלכלי על כלל מערכת הבריאות בשל מגמת הירידה העקבית בשיעור המעשנים בישראל לאורך השנים או בשל עלייה בשיעור חולי הסוכרת שהגיעו לאיזון רמות הסוכר בדם בהתאם למדדי האיכות ברפואת הקהילה.

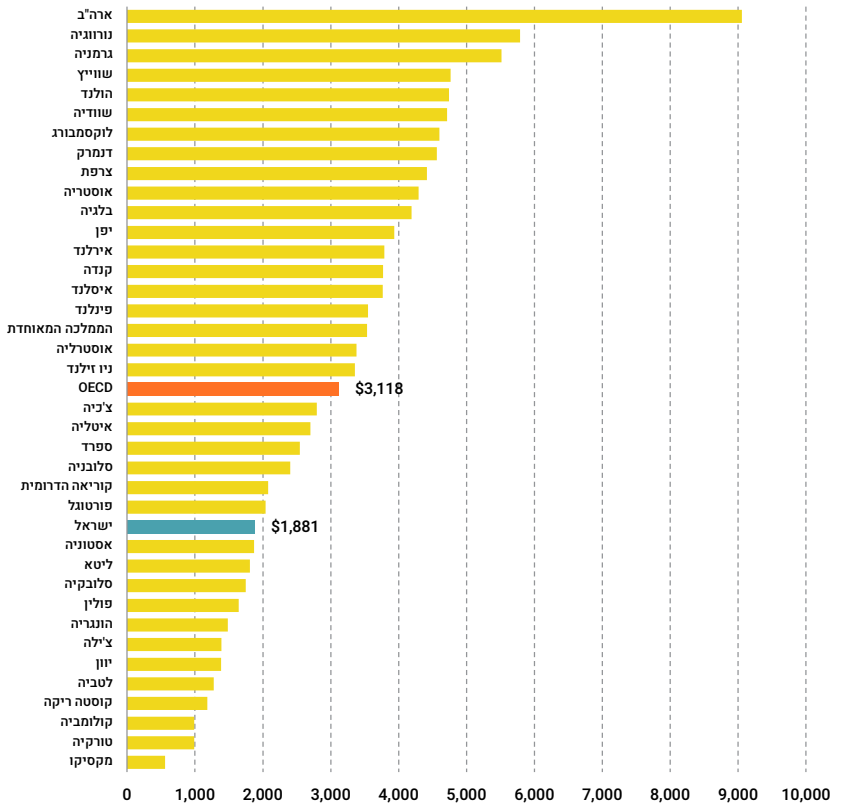
המשמעות הכלכלית של עדכון עלות הסל בפרספקטיבה בין-לאומית

לפי נתוני ה-OECD (OECD Health Statistics), בשנת 2019 הוצאה הציבורית השוטפת לנפש בישראל עמדה על 1,881 דולר לנפש, בעוד הממוצע ב-OECD עמד על 3,118 דולר לנפש במונחי PPP (שווה ערך כוח קנייה). מכאן שההוצאה הציבורית השוטפת על בריאות בישראל היא כ-60.3% מההוצאה הממוצעת במדינות ה-OECD, נתון שמציב אותה במקום ה-26 מתוך 38 המדינות בדירוג זה.

בנקודה זו יש להבהיר כי תוצאות אלו אינן מתוקנות להרכב הגילים באוכלוסייה. האוכלוסייה בישראל צעירה יחסית לאוכלוסייה ברוב מדינות ה-OECD. עובדה זו עשויה

להסביר באופן חלקי את ההבדלים בהוצאות על בריאות בין ישראל לשאר המדינות. עם זאת, עבודות קודמות שפורסמו בנושא הראו כי תקנון לפי גיל אינו משנה באופן משמעותי את מקומה היחסי של ישראל בדירוג. בהקשר זה יש לזכור כי בשנות החיים הראשונות (בעיקר עד גיל שנה) ההוצאות על בריאות עשויות להיות גבוהות יחסית (המוסד לביטוח לאומי, 2021), וכי שיעורה של קבוצת גיל זו בישראל הוא מהגבוהים במדינות ה-OECD. כתוצאה מפיריון הילודה הגבוה בישראל. ייתכן שיש בכך הסבר מסוים להשפעתו המתונה יחסית של התקנון לגיל על ההוצאה על בריאות בישראל. על כל פנים, הנתונים מראים כי אף שהתקנון לגיל מצמצם באופן טבעי את השונות בהוצאות בין המדינות, מקומה של ישראל בדירוג משתפר אך במעט (אחדות ואחרים, 2016; בנק ישראל, 2013).

תרשים 8. ההוצאה הציבורית על בריאות לנפש במדינות ה-OECD, 2019
 דולרים, במנחי PPP



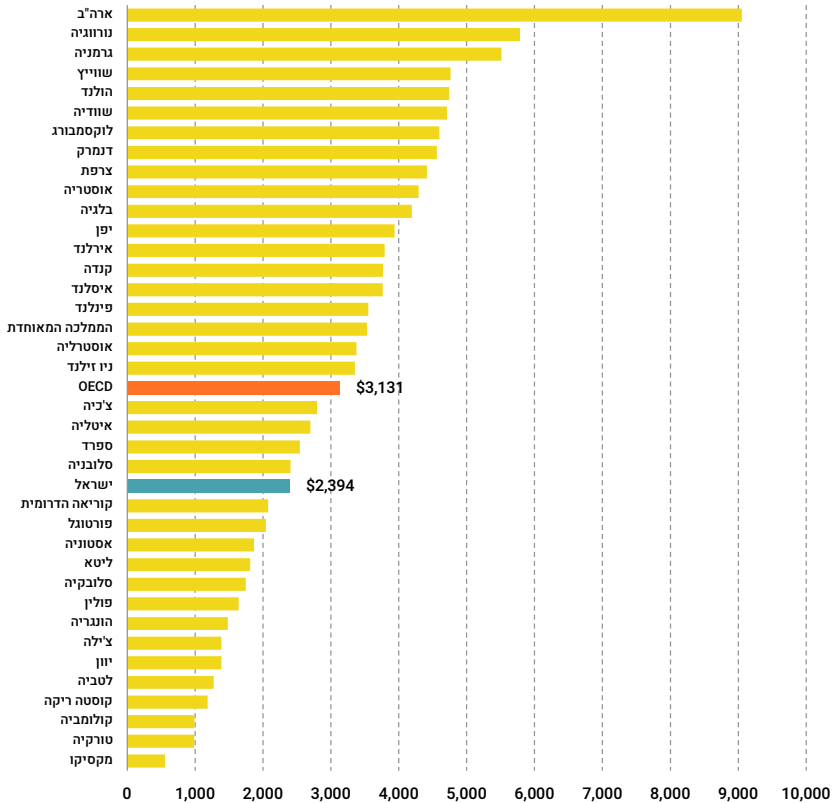
מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: OECD Health Statistics

כיצד היה משתנה מקומה של ישראל בדירוג מדינות ה-OECD לו התעדכן הסל לפי המקדמים החלופיים?⁹ כדי לבחון זאת נוסף לסך ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל את 19.7 מיליארד השקלים המצטברים שנגרעו מסל הבריאות, בניכוי הרכיב הפרטי הכלול בהם.¹⁰ לפי חשבון זה, להוצאה הציבורית על בריאות אשר עמדה בשנת 2019 על כ-68 מיליארד ש"ח לפי נתוני ה-OECD, התווספו לכאורה 18.5 מיליארד ש"ח – כלומר ההוצאה על בריאות כולה עמדה באותה שנה על 86.45 מיליארד ש"ח.

לפי מסד הנתונים של ה-OECD, בשנת 2019 היה ערכו של דולר אחד 3.99 שקלים במונחי PPP.¹¹ מכאן שלו עודכן הסל לפי המקדמים החלופיים הייתה ההוצאה הציבורית לנפש בישראל (כ-9.05 מיליון נפשות באותה שנה) עומדת על כ-2,394 דולר, לעומת 1,881 דולר בפועל (במונחי PPP). פירוש הדבר הוא שגם לאחר תוספת לפי עדכון אופטימלי של מקדמי הסל לא הייתה ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל מגיעה לממוצע ה-OECD, אך הייתה עולה שני שלבים אל המקום ה-24 בדירוג.

-
- 9 בזמן כתיבת המאמר היו נתוני ה-OECD עבור רוב המדינות החברות מעודכנים לשנת 2019, ולכן לצורך ההשוואה הבין-לאומית חושב הגירעון המצטבר לשנה זו ולא לשנת 2020. מלבד זאת, שנת 2020 הייתה שנת התפרצותה של מגפת הקורונה, אשר השפיעה רבות על ההוצאה על בריאות במדינות רבות, ועל כן היא רחוקה מלהיות שנה מייצגת לצורך חישוב זה.
- 10 תקציב סל שירותי הבריאות בישראל כולל בתוכו רכיב של מימון פרטי: השתתפות עצמית של משקי הבית בשיעור 6.5%, אשר נקבעה כחלק ממקורות המימון של הסל. רכיב זה אינו מוגדר כחלק מההוצאה הציבורית אלא כהוצאה פרטית.
- 11 רשויות בין-לאומיות מחשבות ערכי PPP שונים לצרכים שונים. לצורך חישוב העלות של שירותי בריאות ציבוריים ה-OECD משתמש בערך "PPP for actual individual consumption". ערך זה מתייחס לחישוב הוצאות הצריכה של משקי הבית ומכסה גם את השירותים הממשלתיים שמשקי הבית צורכים, לרבות בריאות. להרחבה ראו [Purchasing Power Parities](#) – [Frequently Asked Questions \(FAQs\)](#) באתר האינטרנט של הארגון.

תרשים 9. ההוצאה הציבורית על בריאות לנפש במדינות ה-OECD בתוספת התקציב לכיסוי שחיקת עלות הסל, 2019
דולרים, במונחי PPP



הערה: ממוצע ה-OECD חושב מחדש בהתאם לנתוני ישראל.
מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: OECD Health Statistics

השינוי ביחס בין ההוצאה הפרטית להוצאה הציבורית

בשנת 2019 עמד שיעור ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל על 65% בקירוב מן ההוצאה הלאומית הכוללת על בריאות (68 מיליארד ש"ח מתוך 105 מיליארד ש"ח, לפי נתוני ה-OECD). תיקון של עלות סל שירותי הבריאות יעמיד את ההוצאה הציבורית על 86.45 מיליארד ש"ח. ההוצאה הפרטית תגדל מ-37 מיליארד ש"ח ל-38.28 מיליארד ש"ח

בעקבות הוספת 1.28 מיליארד ש"ח, שהם כאמור 6.5% מתוספת התיקון לסל. פירוש הדבר ששיעור ההוצאה הציבורית יעמוד בעקבות התיקון על 69%, ואילו ההוצאה הפרטית תרד מ-35% ל-31%. בכך ישראל תתקרב מעט אל שיעור ההוצאה הציבורית הממוצע במדינות ה-OECD, העומד כיום על כ-74%.

דיון: פרדוקס הבריאות של ישראל – הוצאה נמוכה ותוצאות טובות מאוד. האומנם?

התחשיב שהוצג לעיל מראה כי לו התעדכן הסל בכל שנה מאז 1995 על פי המדדים כפי שהמליצו עליהם במהלך השנים מומחי בריאות בוועדות ציבוריות שונות, הייתה עלות עומדת כיום על 85–96 מיליארד ש"ח (בהתאם לגובה מקדם הטכנולוגיה – 1.5% או 2%). פירוש הדבר שישנו פער של 51%–70% בין עלות הסל בפועל לעלותו החלופית. חישוב של שחיקת הסל לפי מדדי דמוגרפיה ומחירים בלבד מעלה כי שחיקת המדדים גרמה לפער מצטבר של כ-20 מיליארד ש"ח בעלות הסל, שהם 26% מעלותו לו התעדכן לפי מדד הנפשות המתוקנות ומדד תשומות הבריאות.

על פני הדברים, לאחר שמערכת הבריאות הורגלה במשך שנים להתנהל בתוך סד תקציבי נוקשה, עלות הסל החלופית עשויה להישמע מופרזת. ואולם בחינה מדוקדקת יותר מעלה כי הפער בין העלות בפועל לעלות החלופית מסתכם בתוספת שנתית ממוצעת של כ-800 מיליון ש"ח לאורך 25 שנה. יתרה מזו, גם בעולם אידיאלי שבו היה סל שירותי הבריאות מתעדכן בכל שנה לפי המקדמים החלופיים, השוואה בין-לאומית מראה כי גם אז ההוצאה הציבורית על בריאות של ישראל הייתה רק מתקרבת מעט אל סביבות ממוצע ההוצאה הציבורית במדינות ה-OECD, אך לא מגיעה אליו.¹²

כפי שעולה גם מממצאים של תחשיבים קודמים, עלות הסל נשחקה והלכה בהדרגה לאורך השנים מאז נכנס חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף. תוצאות אלו מצביעות על צורך בהדבקת הפערים שנוצרו בתקציב סל שירותי הבריאות עקב גידול האוכלוסייה והזדקנותה ובשל התייקרות מחירי הבריאות, גם אם בשנים האחרונות התמתנה ואף נבלמה השחיקה עקב צמצום הפערים בין מקדם הדמוגרפיה בפועל למדד הנפשות המתוקנות וכן בין מקדם יוקר הבריאות למדד תשומות הבריאות. עלותו של סל שירותי הבריאות היא חלק הארי של ההוצאה הציבורית על בריאות. על כן ניתן למצוא קשר בין שחיקת עלות

12 השימוש בממוצע מדינות ה-OECD כנקודת ייחוס בהשוואות בין-לאומיות בתחום הבריאות מקובל בגופים רבים העוסקים במחקר, באיסוף נתונים ובתכנון מדיניות, ובהם הל"מ"ס, משרד הבריאות, בנק ישראל וכמובן ה-OECD עצמו. חרף מגבלותיה של נקודת ייחוס זו, הנובעות בעיקר מ"עיוורונה" להבדלים מבניים, ארגוניים וכלכליים בין מערכות בריאות, היא מבטאת את שאיפתן של מדינות, לרבות ישראל, להשתוות למדדים המקובלים בקבוצת המדינות המפותחות מבחינה כלכלית וטכנולוגית. מבחינה זו ממוצע המדינות מספק מידע חשוב לחוקרים ולמקבלי החלטות.

הסל לשיעור הנמוך של ההוצאה הציבורית על בריאות מהתוצר בישראל – 4.8% מהתוצר לעומת ממוצע של 6.6% ב-OECD (OECD Health Statistics).

לנוכח נתוני הוצאה אלו נשאלת כמעט מאליה שאלת תפקודה של מערכת הבריאות בישראל. זו מקפלת בתוכה תופעה המכונה לעיתים בשיח המקצועי והציבורי "פרדוקס הבריאות של ישראל" (אבן, 2013; טרכטנברג, 2020). פרדוקס זה בא לידי ביטוי בתוצאי בריאות מרשימים לפי מדדים מקובלים (כגון תוחלת חיים ותמותת תינוקות), לצד מדדי הוצאה, תשתיות וכוח אדם נמוכים יחסית לרוב המדינות המפותחות. תופעה זו מרמזת לכאורה על יעילות יוצאת דופן של מערכת הבריאות הישראלית. מכאן אפשר להעלות את הסברה שעלות סל שירותי הבריאות לא נשחקה כלל, ואולי אין צורך בתוספת משאבים למערכת בריאות המגיעה להישגים מרשימים כל כך. אלא שבפועל בריאות האוכלוסייה כפי שהיא נמדדת כיום מלמדת מעט מאוד על תפקודן של מערכות בריאות, לרבות זו הישראלית. המדדים המקובלים לבחינת רמת בריאותן של אוכלוסיות הם תוחלת חיים, תמותת תינוקות ושיעורי תמותה ממחלות שכיחות. על אף חשיבותם, מדדים אלו מלמדים בעיקר על אורך חייהם של בני אדם ופחות על איכות חייהם, ובוודאי אינם מקיפים את כל עולם התוכן של בריאות הציבור, בדגש על חשיבות המשתנים החברתיים, הכלכליים והסביבתיים המשפיעים על הבריאות. הם אינם מבטאים את איכות שירותי הבריאות וזמינותם לאוכלוסייה, ואינם משקפים למשל את משך ההמתנה לניתוחים בבתי חולים ולשירותי בריאות בקהילה (ביקורים אצל רופא מומחה, בדיקות אבחון וכדומה). כמו כן יש לזכור כי מדדים אלו משקפים את מצב הבריאות הממוצע של האוכלוסייה, אך מאחוריו עשויים להסתתר פערי בריאות רחבים בין קבוצות שונות באוכלוסייה (בן נון ועופר, 2020; טרכטנברג, 2020).

בריאות הציבור מושפעת ממשתנים רבים, ובהם גורמים ביולוגיים, גנטיים וסביבתיים (ביוב, איכות מי השתייה, זיהום אוויר), מהרגלי חיים (עישון, פעילות גופנית, תזונה) וממשתנים חברתיים-כלכליים (תעסוקה, הכנסה, השכלה, תנאי מגורים). בהשוואה לכל אלה, השפעתה של מערכת הבריאות על בריאות הציבור קטנה יחסית, ולכן יש להסתייג במידת מה מלייחס הישגים בתחום בריאות הציבור למערכת הבריאות (בן נון ועופר, 2020), ולנסות ולהתמקד בהיבטים אחרים בפעילותה של מערכת הבריאות, כגון נגישותה לציבור, איכות הטיפול הרפואי הניתן בה ובטיחותו. בדירוג האיכות והנגישות של שירותי בריאות ב-195 מדינות שפורסם בשנת 2018 הגיעה ישראל רק למקום ה-35 (GBD 2016). דירוג זה מתבסס בעיקר על היחס בין מקרי תמותה להיארעות (incidence) של מחלות קשות כגון סוגים שונים של סרטן וסוכרת, ולכן הוא מתאים להערכת תפקודן של מערכות בריאות יותר מלהערכת מדדי תמותה כלליים או תוחלת חיים, שבהם ישראל נמצאת בדרך כלל במקום גבוה יותר בצמרת העולמית.

מערכת הבריאות הישראלית בכלל ורפואת הקהילה בפרט זכו בשבחים רבים על תפקודן (OECD, 2012) ועל מגמת השיפור שניכרת בדרך כלל במדדי האיכות בקהילה (רוז ואחרים, 2021), ואין להתעלם מכך. עם זאת, נראה כי ישנה הפרזה מסוימת הן בתיאור רמת הבריאות של אוכלוסיית ישראל והן בתיאור הישגיה של מערכת הבריאות הישראלית, לעיתים אגב התעלמות מצדדים מוצלחים פחות בתפקודה. ישראל מצטיינת בעיקר במניעת תמותה ובהארכת חיים, אך נראה שכמה מן ההישגים הללו קשורים להשקעות המערכת בעבר ולצמיחה הכלכלית בכלל (צ'רניחובסקי, 2019). כאשר מתבוננים בתמונת הבריאות במונחים של אובדן תפקוד בשל מוות בטרם עת ופגיעה בתפקוד עקב מחלה ונכות בחיים (DALYs) מתקבלת תמונה מרשימה פחות, וניכרת השפעתם של מרכיבי איכות חיים כגון כאבי גב, כאבי ראש ודיכאון על חוסר תפקוד, מעבר לאובדן חיים בשל סרטן ומחלות לב. נוסף על כך ניכרת עלייה מדאיגה בתחלואת הסוכרת, אשר משפיעה על תמותה וחוסר תפקוד כאחד, ובמדד זה ישראל בולטת לרעה בהשוואה למדינות מפותחות אחרות (צ'רניחובסקי, 2019). ייתכן כי יש בכך כדי להסביר במידה מסוימת את השיעור הגבוה יחסית של ישראלים (10.9% לעומת 8.7% בממוצע ב-OECD) שמגדירים את מצב בריאותם "רע" או "רע מאוד",¹³ אף על פי שאוכלוסיית ישראל היא מהצעירות שבמדינות הארגון (OECD, 2019).

מצבה של ישראל רחוק מלהשביע רצון גם כאשר מתמקדים בהרגלי החיים של בני הנוער. כשליש מהילדים ובני הנוער בישראל (בגילי 10–19) סובלים מעודף משקל או מהשמנת יתר – רק בארבע מדינות באירופה שיעורי ההשמנה גבוהים יותר (WHO, 2022). סקר שכלל יותר מ-40 מדינות העלה כי בישראל שיעור התלמידים שאינם עוסקים בפעילות גופנית סדירה הוא הגבוה ביותר (16.2%). עוד עולה מהסקר כי הזמן שמקדישים תלמידי ישראל לצפייה בטלוויזיה ולמשחקי מחשב הוא מהגבוהים ביותר. גם שיעור המעשנים בקרב תלמידי ישראל גבוה יחסית (מקום 12): כ-7% מהתלמידים דיווחו על עישון סיגריות או מוצרי טבק לפחות פעם בשבוע (הראל-פיש ואחרים, 2016). בהקשר זה חשוב לציין כי נוכח ההידרדרות של שירות הבריאות לתלמיד, בייחוד באזורי הפריפריה, תלמידי ישראל כמעט אינם זוכים לחינוך לבריאות בבתי הספר (לוי ואחרים, 2022). התפתחותם של הרגלי חיים אלו בגיל מוקדם, בין השאר בגלל היעדר השקעה מספקת בשירותי בריאות הציבור, צפויה לגרום לבעיות בריאות בגיל מאוחר יותר ולהטיל על סל הבריאות מעמסה כבדה שהיה אפשר למנוע מלכתחילה.

מדד מקובל נוסף לבחינת איכות הטיפול במערכות בריאות הוא אשפוזים חוזרים. הללו עשויים להעיד על רמת טיפול שאינה מיטבית, הגורמת לחזרה של מטופלים לאשפוז.

13 להשוואות מעין אלו של תפיסות סובייקטיביות של בריאות יש להתייחס בזהירות בשל הבדלים חברתיים, תרבותיים ומתודולוגיים בין מדינות.

דוח ה-OECD שסקר את תוצאי הטיפול בתחלואת לב ובשבץ ב-15 מדינות, בהן ישראל, הראה כי ישראל מצטיינת בשיעורי תמותה נמוכים יחסית משבץ (איסכמי והמורגי) (Barrenho et al., 2022). לעומת זאת, שיעור האשפוזים החוזרים אחרי שבץ בישראל הוא אחד הגבוהים במדינות ההשוואה. אשר לאי-ספיקת לב, ישראל מתבלטת בשיעורים גבוהים של תמותה מסיבה כלשהי במהלך השנה שלאחר השחרור מאשפוז (28 מקרי מוות לכל 100 מקרים של אי-ספיקת לב) ושל אשפוז חוזר מסיבה כלשהי (45 אשפוזים חוזרים לכל 100 מקרים). במדד המשולב של תמותה או אשפוז חוזר מסיבה כלשהי במהלך השנה שאחרי האשפוז בגלל אי-ספיקת לב, ישראל מדורגת במקום הגרוע ביותר, כלומר ראשונה בשיעורי התמותה והאשפוז החוזר. במדד המשולב לשבץ איסכמי ישראל תופסת את המקום הרביעי, כלומר רק בשלוש מדינות השיעור המצטבר של תמותה ואשפוז חוזר גבוה יותר (צ'כיה, דנמרק ואסטוניה). יש לציין כי הפערים בין המדינות עשויים להיגרם בין היתר מהבדלים בדרכי האספקה של שירותי הבריאות וממאפייני המטופלים (למשל, חומרת מחלתם). כמו כן מדובר בשיעורי חישוב גולמיים (כלומר בלי תיקון לגיל או למאפיינים אחרים) – אולם חישוב נוסף שנערך לאחר תיקון לגיל לא שינה משמעותית את מקומה של ישראל בדירוג.

היארעות אשפוזים חוזרים קשורה באופן ישיר למצבה של מערכת האשפוז הכללי. שיעור מיטות האשפוז הכללי בישראל הוא מהנמוכים במדינות ה-OECD (2.2 מיטות לאלף נפש בישראל לעומת 3.5 ב-OECD), ותפוסת המיטות היא מהגבוהות בארגון ומתקרבת בדרך כלל ל-95%, לעומת ממוצע של 76% תפוסה במדינות ה-OECD (OECD Health Statistics). גם סבב המיטות (מספר האשפוזים הממוצע למיטה בשנה) בישראל גבוה במיוחד, ומשך האשפוז למטופל קצר בהשוואה למדינות ה-OECD (צ'רניחובסקי וכפיה, 2019). מבקר המדינה עמד בעבר על הקשר שבין מצוקת האשפוז בישראל לתופעת האשפוזים החוזרים. ממצאי הביקורת העלו כי עקב אחוזי התפוסה הגבוהים במחלקות הפנימיות בישראל והצורך לפנות מיטות למאושפזים חדשים, האשפוז בישראל קצר במידה שעלולה לפגוע באיכות הטיפול הרפואי (מבקר המדינה, 2011, עמ' 171).

מבקר המדינה עמד גם על הקשר שבין צפיפות האשפוז לשכיחותם של זיהומים נרכשים, הגורמים למותם של אלפי מטופלים בשנה (לפי ההערכות מדי שנה מתים בארץ 4,000–6,000 בני אדם בשל זיהומים בבתי חולים). עקב הצפיפות הרבה בחדרי האשפוז, במסדרונות המחלקות ובחדרי האוכל שלהן והעומס על הצוות הסיעודי גוברת בין השאר גם סכנת ההידבקות של החולים בחיידקים עמידים (מבקר המדינה, 2013, עמ' 672).

שחיקת עלות הסל מתבטאת אפוא בפגיעה בזמינות, בנגישות ובאיכות של שירותי הבריאות שמקבלים תושבי מדינת ישראל. רופאים ורופאות, אחים ואחיות ומכשירי CT ו-MRI – המספר לנפש של כל אלה נמוך מן הממוצע במדינות המפותחות (OECD Health Statistics). בעיות של זמינות שירותי בריאות בקהילה ובבתי חולים, לרבות זמני המתנה

ממושכים לניתוחים ולרופאים מומחים בקהילה, ניכרות בתחומי רפואה שונים ובאזורים גיאוגרפיים שונים, בעיקר בפריפריה (בוורס וצ'רניחובסקי, 2016; משרד הבריאות, 2021ב). עיקר הפגיעה היא באוכלוסיית הפריפריה ובמעמדות הנמוכים מבחינה כלכלית, החסרים את הנגישות לשירותי בריאות ואת האמצעים הכספיים לטיפול רפואי מהיר. קבוצות אוכלוסייה אלו נאלצות להתמודד עם זמני המתנה ארוכים ומיעוט חלופות זמינות (בוורס וצ'רניחובסקי, 2016).

לפי דוח ה-OECD (2020), בעיית זמני ההמתנה בישראל חמורה במיוחד גם בהשוואה בין-לאומית: הדוח מציג סקר שנערך בקרב בכירי משרדי בריאות במדינות הארגון. הבכירים נשאלו אם זמני המתנה נחשבים בעיניהם סוגיה הדורשת טיפול בשמונה תחומים שונים: ניתוחים מתוכננים, תורים למומחים, תורים לאבחון, חדרי מיון, רפואה ראשונית, טיפולי סרטן, בריאות הנפש וטיפולים קרדיולוגיים. בישראל שבעה מתוך שמונת התחומים (למעט תחום טיפולי הסרטן) נחשבים תחומים הדורשים טיפול, כלומר יש בהם בעיה של זמני המתנה. רק בשש מ-24 מדינות ההשוואה זמני ההמתנה ארוכים יותר מאשר בישראל. תמונת המצב של בריאות הציבור בישראל היא, אם כן, מורכבת הרבה יותר מכפי שנהוג לתארה בהקשר של "פרדוקס הבריאות". אמנם יש למערכת הבריאות הישגים במניעת תמותה, אבל היא מתקשה לספק מענה בתחומים חשובים של בריאות כגון אובדן תפקוד, התמודדות עם כאב, איכות חיים, אשפוזים חוזרים וזיהומים נרכשים. הללו קשורים לחסמים המעכבים או מונעים נגישות לשירות הרפואי, לזמינות השירות ולאיכותו. זמני המתנה ארוכים, מחסור במטפלים ובתשתיות, צפיפות, עומסים ותפוסה גבוהה במוסדות הרפואה – כל אלה נגרמים במידה רבה בשל השחיקה בעלותו של סל שירותי הבריאות. חסמים אלו משפיעים על כלל הציבור ופוגעים בעיקר בתושבי הפריפריה ובשכבות החלשות.

ההשלכות הכלכליות והמבניות של שחיקת הסל על מערכת הבריאות

המחסור הכרוני בתקציב סל הבריאות אינו נחלתן של קופות החולים בלבד. הוא מחלחל הלאה ומשפיע על כל הגורמים במערכת, לרבות בתי החולים. "השמירה התקציבית הקצרה" מגבירה למשל את לחץ הקופות על בתי החולים לקבל תעריפים מופחתים או הנחות במחירים של שירותי האשפוז ויוצרת גירעונות מובנים גם במערכת האשפוז. אחרי שמערכת הבריאות צברה גירעונות מכוונים, המדינה מאלצת את קופות החולים לחתום על "הסכמי ייצוב" (תלת-שנתיים) לכיסוי גירעונותיהן – בתמורה לעמידתן בתנאים שונים. במסגרת הסכמי הייצוב לשנים 2017–2019 שנחתמו בין משרד הבריאות ומשרד האוצר ובין קופות החולים התחייבה הממשלה להעביר סכומי תמיכה לשלוש השנים הללו בהיקף כולל של כ-5.3 מיליארד ש"ח. את העברתו של סכום זה התנתה המדינה בעמידה של הקופות במספר תנאים, שעיקרם התחייבות של קופות החולים לפעול לאיזון תקציבי;

פיקוח על השכר; הידוק הפיקוח והבקרה; והתחייבות קופות החולים למיצוי תביעות הקופה כנגד המדינה (כלומר, התחייבות מצד הקופות שלא יבואו בדרישות נוספות אל המדינה בעתיד). כמו כן נקבע בהסכמים כי אי-עמידה ביעדי האיזון תגרוור בעקבותיה סנקציות – בין היתר קיצוץ של 5% בשכר הנהלה.¹⁴ הסכמי הייצוב נועדו לאזן את תקציב קופות החולים ולקדם תהליכים של שיפור והתייעלות, אך בה בעת הם מנציחים את העיוותים שבמנגנון עדכון הסל וגורמים לא-יודאות כלכלית המקשה תכנון ארוך טווח במערכת הבריאות.¹⁵

בנקודה זו יש להבין כי הדיון על מנגנון עדכון הסל איננו ויכוח כמותי גרידא על גובהם הרצוי של המקדמים אלא גם ויכוח עקרוני על אופן העדכון: האם יש להגדיר מראש את מנגנון העדכון ולעגן אותו בחקיקה כדי לנתקו מהתלות בהחלטות ממשלתיות, בדיונים תקציביים ובצורך הקבוע במשא ומתן? או שמא עליו להיות כפוף לסדרי העדיפויות המשתנים של הממשלה ותלוי בביצועי הכלכליים של המשק? (בן נון ואחרים, 2020).

שיקולים מאקרו-כלכליים של ריסון תקציבי והקטנת משקלה של ההוצאה הציבורית ביחס לתוצר הניעו את המדינה שלא לעגן את מנגנון העדכון בחוק, אלא לשמור בידיה את השליטה בו. כך למשל, עד שנת 1996 היו תשלומי המעסיק לביטוח הבריאות של העובדים ("המס המקביל") מקור מרכזי למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כ-40% מעלות הסל). בשנת 1997, במסגרת חוק ההסדרים, בוטל המס המקביל כמקור מימון מסומן למערכת הבריאות, ובמקביל הגדילה המדינה את השתתפותה במימון המערכת בסכום שווה להכנסות מהמס המקביל באותה העת. זה היה מהלך יזום של משרד האוצר בהתאם לתפיסתו שהכנסת ומשרד האוצר הם שצריכים לקבוע את סדר הקדימויות החברתי והכלכלי לקראת כל שנת תקציב. האוצר נימק את המהלך לביטול המס המקביל בשיקולים מאקרו-כלכליים של הפחתת עלות העבודה, אולם בפועל לא חל כל שינוי בעלות זו (בן נון ועופר, 2020). ביטול המס המקביל החליף למעשה מקור מימון ייעודי בעל רמת ודאות גבוהה, הצמוד לקצב הצמיחה של המשק, במקור תקציבי לא ייעודי ויצב פחות מקודמו משום שהוא תלוי בהתדיינות תקציבית שנתית. כיוון שזכאות המבוטחים לסל שירותים מעוגנת בחקיקה, מן הראוי היה להבטיח לקופות החולים גם מקורות מימון מסומנים בחקיקה ואופק תקציבי לטווח ארוך יותר מהשנה שעד ההתדיינות התקציבית

14 בתוכנית הכלכלית ("חוק ההסדרים") לשנת 2020 כלול סעיף אשר אמור לרסן התנהלות תקציבית זו: במקום תקצוב גירעוני ואחריו התחשבנות במסגרת הסכמי ייצוב, יקבלו הקופות מראש תקציב שיאפשר להן לפעול ללא גירעון. אם יחרגו ממנו ולא יעמדו ביעדי הגירעון, יופעלו נגדן סנקציות כגון מניעת תקציב פיתוח והגבלות על תקציבי הפרסום והשיווק, ולקופת חולים שלא תעמוד ביעדי הגירעון ימונה חשב מלווה. עם זאת, לפי שעה לא ברור כיצד יתוקן מנגנון הקצאת המשאבים לקופות, אם הוא אכן יספק את צורכי הבריאות הגדלים של האוכלוסייה, ובאיזו מידה, אם בכלל, ייענו קופות החולים לסעיפי הסנקציות שמציע משרד האוצר.

15 ראו באתר משרד הבריאות, **הסכמי הייצוב של קופות החולים** (הודעת דוברות, 30.4.2019).

הבאה. ברוב מדינות העולם שיש בהן ביטוחי בריאות כבר נהוג מיסוי ייעודי לבריאות הכולל את השתתפות המעסיקים בדמי ביטוח הבריאות של עובדיהם. ביטולו של המס הייעודי בישראל הנציח את התלות של מימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי בתקציב המדינה (בן נון ועופר, 2020).

באופן פרדוקסלי, דווקא מדיניות זו של שחיקת המקורות הציבוריים של מערכת הבריאות תרמה לפגיעה החמורה במשק עם התפרצות מגפת הקורונה בשנת 2020. ערב התפרצות המגפה סבלה מערכת האשפוז ממחסור בכוח אדם ומתפוסה גבוהה מדי בבתי החולים, שהשאירו אותה מחוסרת עתודות (מבקר המדינה, 2021; דוידוביץ' ואחרים, 2021). צוואר הבקבוק העיקרי בטיפול בחולי הקורונה הקשים נגרם בשל מחסור בכוח אדם רפואי בעל מומחיות בטיפול נמרץ ובהנשמה ובכוח אדם סיעודי המיומן בטיפול בחולים במצב מורכב וקשה. במצב עניינים זה נוצר צורך בהול לשטח את עקומת התחלואה באמצעות סגרים והגבלות קשות וממושכות על תנועת האזרחים, אגב צמצום ניכר של הפעילות הכלכלית במשק. היעדרם של שולי ביטחון במערכת הבריאות תרם אפוא תרומה מכרעת לאימוץ מדיניות קשיחה של הטלת סגרים ומגבלות להתמודדות עם המגפה. הפסד התוצר למשק בשנת 2020 עמד על כ-6%, שהם כמאה מיליארד ש"ח (בנטל ושאמי, 2021).¹⁶ קשה להעריך אם הפגיעה במשק הייתה נמנעת לו עמדו לרשות מערכת הבריאות עתודות גדולות יותר של תשתיות וכוח אדם; גם מדינות כגון צרפת וגרמניה, שבהן הוצאה על בריאות גבוהה יותר מאשר בישראל, נקטו מדיניות מחמירה של סגרים והגבלות וספגו נזקים כלכליים קשים במהלך המגפה. עם זאת, כיוון שערב המשבר עמדה התפוסה במערכת האשפוז על כ-100%, ניתן להבין מדוע האסטרטגיה העיקרית של משרד הבריאות עם פרוץ המגפה התמקדה באופן כמעט בלעדי בהגנה על מערכת האשפוז מפני קריסה באמצעות מדיניות מחמירה של הטלת סגרים והגבלות (צ'רניחובסקי ואחרים, 2020). לפיכך, השארת שולי ביטחון למערכת הבריאות על ידי הרחבת תשתיותיה מבלי שתצטרך לעבוד בספיקה מלאה בשגרה הייתה עשויה אפוא לתרום להקלה כלשהי בסגרים והגבלות שהוטלו על המשק, והפגיעה הכלכלית במשק אולי הייתה מצטמצמת במידה מסוימת.

דוגמה אחת מני רבות – קיצונית ולכן בולטת במיוחד – של הכפפת עדכון הסל לסדר העדיפויות הממשלתי היא החלטת הממשלה משנת 2003 שלא לעדכן את סל שירותי הבריאות בגין שיפורים טכנולוגיים כחלק מתוכנית ההבראה של המשק. החלטה זו גררה בשעתה ביקורת ציבורית נוקבת. האגודה לזכויות האזרח, ההסתדרות הרפואית בישראל וארגון צ"ב (צרכני בריאות ישראל) אף עתרו נגדה לבג"ץ (האגודה לזכויות האזרח, 2003)

16 אומדן זה מביא בחשבון את הצמיחה שהייתה צפויה במשק בשנת 2020 על סמך נתוני השנה שקדמה לה. בשנת 2020 רשם המשק צמיחה שלילית של כ-3.8% תוצר, לעומת צמיחה של כ-2.2% בשנת 2019. בהנחה שקצב צמיחה זה היה נשמר בשנת 2020, המשק הפסיד כ-6% תוצר בסך הכול.

והצביעו בין השאר על הליקויים במנגנון של עדכון הסל, ובעיקר על היעדרו של "טייס אוטומטי". בתגובה לעתירה התחייבה המדינה להקצות סכום כולל של 60 מיליון ש"ח לעדכון הסל לשנים 2003-2004 – סכום מזערי ביחס לעלות הסל, שעמדה באותן שנים על כ-21 מיליארד ש"ח. בעקבות התחייבות זו נמחקה העתירה (דין, 2003).

זו לא הייתה הפעם היחידה שבית המשפט נדרש להתערב בעדכון הסל. בשנת 2012, לאחר כעשור של דיונים, הורה בג"ץ למדינה, בעקבות עתירה של קופות החולים, להגיע בתוך חצי שנה להסכמה עימן בדבר הרכבו הרצוי של מדד יוקר הבריאות כך שישקף כראוי את הגידול בהוצאותיהן וימנע את השחיקה בתקציביהן. בפסק הדין נזף בג"ץ במשרד האוצר ובמשרד הבריאות וקבע כי הם חרגו באופן משמעותי מ"מתחם הסבירות", משום שבמשך פרק זמן ארוך באופן חריג לא עשו מאמץ סביר לגיבוש עמדתם (לינדר, 2012; ניב, 2016). התערבות בג"ץ הביאה לידי גידול מסוים במדד יוקר הבריאות, אך ללא פיצוי טרואקטיבי על השחיקה המצטברת בשנים הקודמות.

שחיקת עלות הסל אילצה ארגונים רבים במערכת הבריאות לתור אחר מקורות הכנסה אלטרנטיביים. כך, בעידוד או בהסכמה שבשתיקה מצד משרד האוצר, החלה מערכת הבריאות להישען על מקורות פרטיים ולנוע לעבר מגמות של מסחור והפרטה. הגידול בהכנסות קופות החולים מתוכניות השב"ן (שירותי בריאות נוספים, הידועים בכינוי "ביטוחים משלימים") החליף את המקורות מתקציב המדינה והקטין את הלחצים מצד קופות החולים לקבל תוספות מתקציב המדינה. נוסף על כך התרחבות התופעה נתפסה כמקטינה את הלחץ מצד הרופאים להטבות שכר במגזר הציבורי. אפשר שסיבות אלו גרמו למעורבות נמוכה יחסית של משרד האוצר על אגפיו השונים בהסדרת ענף ביטוחי הבריאות הפרטיים. לאמיתו של דבר, הסיבה המרכזית לצמיחת הביטוחים הפרטיים טמונה בקיצוץ השתתפות הממשלה במימון המערכת באמצעות שחיקת מקורות המימון של הסל הציבורי. שחיקה זו גרמה לפגיעה מתמשכת בזמינותו ובאיכותו של הסל הציבורי, וזו גרמה לפיחות מתמשך באמונו של הפרט במערכת הבריאות הציבורית והניעה אותו לחפש אחר כיסויי ביטוח פרטיים שיאפשרו לו לקבל שירותי בריאות משופרים, ובייחוד יקצרו את זמני ההמתנה לפרוצדורות רפואיות (בן נון ואחרים, 2020; בן נון ועופר, 2020).

על שירותי השב"ן יש להוסיף גם את תיירות המרפא, המותרת כיום במסגרת המערכת הציבורית, ואת השר"פ (שירותי בריאות פרטיים), המותר בבתי החולים בירושלים ומשמש מקור הכנסה פרטי לספקי בריאות ציבוריים. ההכנסה ממקורות אלו מתווספת לתשלומי ההשתתפות העצמית של המבוטחים במימון שירותי הבריאות כאחד מרכיבי המימון של מערכת הבריאות הציבורית. מכאן אפשר להבין מדוע, על אף קיומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חל גידול מסוים בחלקו של המימון הפרטי בהוצאה הלאומית על בריאות מכ-32% בשנת 1995 לכ-35% בשנת 2019 – שיעור המימון הפרטי מהגבוהים ביותר במדינות OECD (שהממוצע בהן עומד על כ-26%). בד בבד קטן חלקו של המימון הציבורי, והוא

עומד כיום כאמור על כ-65%, לעומת ממוצע של כ-74% מסך ההוצאה הלאומית על בריאות במדינות ה-OECD (OECD Health Statistics). בעבודה שבה הזהירו צ'רניחובסקי ועמיתיו (2010) מפני תהליך כלכלי הרה אסון של הפרטה זוחלת של מערכת הבריאות כונה תהליך זה "ה'אמריקניזציה' במקורות המימון של המערכת הישראלית". בתהליך זה מתגברת התופעה של מוסדות פרטיים ש"גורפים את השמנת" על חשבון המוסדות הציבוריים, מתעצמים כשלי שוק האופייניים לשוק בריאות פרטי, מתערער אמון הציבור במערכת הציבורית ומתרחב אי-השוויון בבריאות על רקע חברתי-כלכלי.

אחרית דבר

מהתחשיב המוצג בעבודה זו עולה כי ישנה שחיקה מצטברת של סל שירותי הבריאות. בשנת 2020 עמדה עלות הסל על כ-56.7 מיליארד ש"ח. אילו התעדכן הסל בכל שנה מאז 1995 על פי המדדים שהמליצו עליהם ועדות מקצועיות ומומחים במערכת הבריאות, הייתה עלותו מסתכמת כיום ב-85–96 מיליארד ש"ח על פי מקדם העדכון הטכנולוגי החלופי. חישוב השחיקה במקורות החוק (עלות הסל) על פי מקדם הדמוגרפיה ומקדם יוקר הבריאות מעלה כי הגירעון המצטבר בסל עומד היום על כ-26%, שהם כ-20 מיליארד ש"ח החסרים לתקציבי קופות החולים.

סל שירותי הבריאות הוא הרכיב המרכזי בהוצאה הציבורית על בריאות, ושחיקתו פוגעת בזמינות השירותים, בנגישותם ובאיכותם. יתר על כן, השחיקה מביאה לידי התפתחות של שוק בריאות פרטי, לעיתים על חשבון מערכת הבריאות הציבורית, מערערת את אמון הציבור במערכת ומרחיבה את אי-השוויון בבריאות. לנוכח הסחף הגובר לעבר השוק הפרטי בשנים האחרונות החלו במשרד האוצר ובמשרד הבריאות לנקוט אמצעים לבלימתו באמצעות סדרת מהלכים יזומים לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ולהקטנת היקף ההוצאה הפרטית. המהלכים העיקריים היו הגדלת תקציבי בתי החולים הציבוריים לצורך קיצור תורים במערכת הציבורית, שיפור שכרם של רופאים ורופאות שיתחייבו לעבוד במשרה מלאה במערכת הציבורית בלבד ("פול טיימרים"), ושינוי הסדרי התגמול של רופאים ורופאות במסגרת הביטוחים המשלימים כדי להקטין את היקף ההוצאות של משקי הבית על שירותי רפואה פרטיים. ואולם ריסון השוק הפרטי מחייב במקביל הגדלה משמעותית יותר של המערכת הציבורית.¹⁷

17 כאמור, עבודה זו מתמקדת בסל שבאחריות קופות החולים (התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי). יש לזכור שישנו סל שירותים נוסף, הנמצא באחריות משרד הבריאות (התוספת השלישית לחוק), הכולל שירותי רפואה מונעת וקידום בריאות. אמנם המנגנון של עדכון הסל שבאחריות הקופות ראוי לבחינה מחדש, אך לפחות הוא קיים. לסל שבאחריות משרד הבריאות, לעומת זאת, אין כלל מנגנון עדכון. הרכבו של סל זה, עלותו והאופן הראוי לעדכונו ראויים לסקירה נפרדת, אך כאן חשוב להדגיש כי קידום בריאות ורפואה מונעת הם נדבכים יסודיים בכל מערכת בריאות, והשקעה בהם עשויה לתרום לא רק לבריאות הציבור אלא גם להקטנת ההוצאה על בריאות – הן הפרטית והן הציבורית – ועשויה גם לצמצם פערי בריאות.

ייתכן שהמפתח להגדלת משקלה של ההוצאה הציבורית על בריאות במקביל להקטנת ההוצאה הפרטית טמון בשינוי יסודי של מנגנון עדכון עלות סל שירותי הבריאות, הן ברמה העקרונית (אופן העדכון) והן ברמה הכמותית (גובה המקדמים). בכלל זה אפשר לשוב ולדון בפתרונות ברוח אלה שהציעו בעבר ועדות שונות: לעגן בחוק את מקדמי הדמוגרפיה והטכנולוגיה כדי להבטיח את מקורות המימון של סל שירותי הבריאות ולהגביר את היציבות והוודאות שבתהליך עדכנו, ובבד בבד להקטין את התמריץ המניע כיום את הציבור להשתמש בשירותי השוק הפרטי, לרבות ביטוחים פרטיים.

מתוך גישה זו ניתן לשקול להעמיד את מקדם הדמוגרפיה על שיעור גידול האוכלוסייה והזדקנותה כפי שהוא מפורסם על ידי משרד הבריאות בהסתמך על משקלות נוסחת הקפיטציה, ואת מקדם הטכנולוגיה על שיעור מינימלי בהתאם להתפתחויות הטכנולוגיות החזויות. כמו כן ניתן לשוב ולדון בהוספתו של מדד מחירי האשפוז למדד יוקר הבריאות כך שישקף את התייקרות תשומות הבריאות בצורה הולמת יותר. בה בעת, כחלק מחישוב מקדמי העדכון הרצויים לסל שירותי הבריאות, ניתן לשקול להוסיף בהידברות עם קופות החולים גם רכיב התייעלות לפי יכולות המשק ובהתאם לצורכי המערכת.

בהזדמנות זו כדאי לבחון גם את מקורות המימון של סל שירותי הבריאות שבאחריות המדינה (התוספת השלישית). כדי להעריך את הסל הזה ולתקצב אותו באופן מובנה ומסודר מדי שנה, מוצע להקים מנגנון המבוסס גם הוא על שינויים דמוגרפיים וטכנולוגיים לצד שינויי מחירים, בדומה למנגנון שהוצע במאמר זה עבור עלות סל השירותים שבאחריות קופות החולים.

מקורות

- אבן, ד' (2013, 3 באפריל). **מערכת הבריאות בישראל: הדיאגנוזה חיובית, התסמינים שליליים. הארץ.**
- אחדות, ל', בן נון, ג', ופוליצר, ע' (2016). **פרופיל הוצאה על בריאות לפי גיל בישראל ובמדינות OECD.** מחקר מדיניות 20. מכון ון ליר בירושלים.
- בוורס, ל', וצ'רניחובסקי, ד' (2016). **מיקומך בתור: זמני המתנה בבתי החולים הציבוריים בישראל.** מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בנטל, ב', ושאמי, ל' (2021). **מגמות מאקרו-כלכליות: מבט-על.** בתוך א' וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2021** (עמ' 17–48). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בן נון, ג', ברלוביץ', י', ושני, מ' (2020). **מערכת הבריאות בישראל.** קוראים הוצאת ספרים.
- בן נון, ג', ועופר, ג' (2020). **היבטים כלכליים של מערכת הבריאות בישראל.** בתוך א' בן-בסט, ר' גרונאו וא' זוסמן (עורכים), **אורות וצללים בכלכלת השוק: המשק הישראלי 1995–2017** (עמ' 634–677). עם עובד.
- בן נון, ג', וגלזר, ק' (2014). **בעיות במנגנון עדכון המקורות למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי והמלצות לתיקונו.**
- בנק ישראל (2013). **ההוצאה לבריאות בישראל – גורמים דמוגרפיים ומבנה עלויות בהשוואה בין-לאומית. ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים 135 – אוקטובר 2012 עד מארס 2013.** בנק ישראל, חטיבת המחקר.
- דוידוביץ', נ', לוי, ב', וארזי, ר' (2021). **כוח אדם רפואי בישראל בימי קורונה: מבט-על.** בתוך א' וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2021** (עמ' 121–149). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- דיין, א' (2003, 29 בדצמבר). **האוצר מסכים להעביר תרופות לחלק מהחולים רק אם יילקחו תרופות מאחרים. הארץ.**
- האגודה לזכויות האזרח בישראל (2003, 17 בפברואר). **ההחלטה לא להרחיב את סל הבריאות גוזרת את דינם של מאות חולים.** האגודה לזכויות האזרח בישראל.
- המוסד לביטוח לאומי (2021). **חישוב מפתח חלוקת כספי ביטוח בריאות בין קופות החולים ליום 1.5.2021.** המוסד לביטוח לאומי.
- המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל (1999). **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1999.**
- הראל-פיש, י', וולש, ס', שטיינמץ, נ', לובל, ש', רייז, י', טסלר, ר', וחביב, ג' (2016). **נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל 2014.** ממצאי המחקר הארצי השביעי. אוניברסיטת בר-אילן ומכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- הר"י (2011). **עדכון סל שירותי הבריאות, מהדורת 2011.** ההסתדרות הרפואית בישראל.
- ועדת אמוראי (2002). **הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה.**
- ועדת גרמן (2014). **הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית: דין וחשבון.** משרד ראש הממשלה.

- ועדת גרמן – עמדת המיעוט (2014). **הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית – ועדת גרמן: דו"ח עמדת מיעוט**. משרד ראש הממשלה.
- ועדת טל (1999). **מסקנות ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי**.
- ועדת נתניהו (1988). **ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל**.
- זמורה, ע', צ'רניחובסקי, ד', ושמואלי, ע' (2003). **מנגנון הקפיטציה הישראלי והקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- טרכטנברג, מ' (2020). **מערכת הבריאות על פרשת דרכים**. מוסד שמואל נאמן למחקר מדיניות לאומית.
- לוי, ב', דוידוביץ, נ', ואדוט, ר' (2022). **שירות הבריאות לתלמיד בישראל: בין הפרטה להלאמה**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- לוי, ש', ושוורץ, א' (2007). **סוגיות מרכזיות בתקציב הבריאות ובמדיניות הבריאות – ניתוח והשלכות**. הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- לינדר, ר' (2012, 24 ביוני). **בג"ץ: המדינה ייבשה את קופות החולים; "הזכות לבריאות מתרוקנת מתוכן". דה מרקר**.
- מבקר המדינה (2011). **דוח שנתי 61 לשנת 2010 ולחשבונות שנת הכספים 2009**. מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים, עמ' 169–219.
- מבקר המדינה (2013). **דוח שנתי 63 לשנת 2012 ולחשבונות שנת הכספים 2011**. ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה, עמ' 671–715.
- מבקר המדינה (2021). **דוח מיוחד: התמודדות מדינת ישראל עם משבר הקורונה**. משרד מבקר המדינה.
- מבקר המדינה (2022). **דוח שנתי של מבקר המדינה, מאי 2022**. הרחבת סל שירותי הבריאות – תוספת תרופות וטכנולוגיות, עמ' 1055–1130.
- מלמ"ב (2007). **קופות החולים: המשטר התאגידי, הגבולות וסלי השירותים**. כנס ים המלח השמיני. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- משרד הבריאות (2021א). **דוח מסכם על פעילות קופות החולים – שנת 2020**. משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים.
- משרד הבריאות (2021ב). **אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, בשגרה ובקורונה, 2020**. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- משרד הבריאות (2022). **חוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים 2021**. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- ניב, ש' (2016, 27 במרץ). **למה תקציב קופות החולים מושפע מהנפט ולא מהזדקנות האוכלוסייה? גלובס**.
- סבירסקי, ב' (2012). **המדינה לא שומרת על הבריאות: על מימון מערכת הבריאות בישראל**. מרכז אדווה.

צדיק, ע' (2006). **הפחתת מסי מעסיקים לביטוח הלאומי – אומדן והשלכות חברתיות**. הכנסת, מרכז המחקר והמידע.

צ'רניחובסקי, ד' (2019). **מערכת הבריאות: מבט-על**. בתוך א' וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2019** (עמ' 321–340). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

צ'רניחובסקי, ד', בנטל, ב', ארזי, ר', וסלע, א' (2020). **המאבק בניגף הקורונה בראי מערכת הבריאות: מבט-על**. בתוך א' וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2020** (עמ' 19–55). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

צ'רניחובסקי, ד', גמזו, ר', ונבון, ג' (2010). **גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

צ'רניחובסקי, ד', וכפיר, ר' (2019). **מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב**. בתוך א' וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2019** (עמ' 341–376). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

רוז, א', הורוביץ, א', פלטיאל, א', מנור, א', בן-יהודה, א', לורנס, ג', וייסבנד, י', וולף-שגיא, י', קריגר, מ', עבדל רחמן, נ', קלדרון-מרגלית, ר', ברמלי, ש', ורבל-וילק, ש' (2021). **התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל: דו"ח לשנים 2017–2019**. משרד הבריאות, מלמ"ב ומועצת הבריאות.

רוזן, ב', ובן נון, ג' (2007). **חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – למה דווקא בשנת 1994?** מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

Barrenho, E., Haywood, P., Kendir, C., & Klazinga, N. S. (2022). *International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure*. OECD Health Working Papers No. 142.

Breyer, F., & Lorenz, N. (2021). The "red herring" after 20 years: Ageing and health care expenditures. *The European Journal of Health Economics*, 22, 661–667.

GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators (2018). *Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet*, 391(10136), 2236–2271.

OECD (2012). *OECD reviews of health care quality: Raising standards, Israel 2012*. OECD Publishing.

OECD (2019). *Health at a glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing.

OECD (2020). *Waiting times for health services: Next in line*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

WHO (2022). *WHO European regional obesity report 2022*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

נספח

לוח נ'1. שיעורים שנתיים של מקדמי הסל

שנות	מקדמי עדכון שנתיים חלופיים				מקדמי עדכון שנתיים בפועל			שנות
	מדד תשומות הבריאות	עדכון טכנולוגי בשיעור קבוע של 2.0%	עדכון טכנולוגי בשיעור קבוע של 1.5%	עדכון דמוגרפי לפי נפשות מתוקנות	מדד יוקר הבריאות	עדכון טכנולוגי שנתי בפועל	עדכון דמוגרפי שנתי בפועל	
0.000	0.116	0.02	0.015	0.045	0.109	0.000	0.020	1996
0.000	0.092	0.02	0.015	0.037	0.087	0.000	0.020	1997
0.000	0.045	0.02	0.015	0.030	0.050	0.009	0.020	1998
-0.003	0.062	0.02	0.015	0.030	0.057	0.009	0.020	1999
0.000	0.040	0.02	0.015	0.030	0.034	0.014	0.020	2000
-0.001	0.019	0.02	0.015	0.029	0.021	0.010	0.020	2001
0.010	0.036	0.02	0.015	0.024	0.007	0.007	0.017	2002
0.002	-0.007	0.02	0.015	0.023	-0.019	0.001	0.018	2003
0.000	0.022	0.02	0.015	0.020	0.022	0.002	0.018	2004
-0.004	0.032	0.02	0.015	0.019	0.015	0.012	0.011	2005
0.000	0.022	0.02	0.015	0.021	0.025	0.019	0.011	2006
-0.006	0.014	0.02	0.015	0.020	0.016	0.015	0.011	2007
0.002	0.032	0.02	0.015	0.019	0.039	0.015	0.009	2008
-0.001	0.047	0.02	0.015	0.020	0.031	0.018	0.009	2009
0.019	0.038	0.02	0.015	0.022	0.033	0.014	0.009	2010
0.006	0.052	0.02	0.015	0.022	0.044	0.013	0.012	2011
0.000	0.048	0.02	0.015	0.024	0.040	0.011	0.012	2012
0.001	0.040	0.02	0.015	0.024	0.030	0.008	0.012	2013
0.002	0.027	0.02	0.015	0.023	0.025	0.008	0.019	2014
0.025	0.015	0.02	0.015	0.024	0.015	0.007	0.019	2015
0.060	0.017	0.02	0.015	0.023	0.018	0.008	0.020	2016
0.005	0.023	0.02	0.015	0.022	0.024	0.011	0.020	2017
0.003	0.017	0.02	0.015	0.022	0.018	0.010	0.020	2018
0.005	0.017	0.02	0.015	0.022	0.016	0.010	0.020	2019
0.001	0.007	0.02	0.015	0.021	0.020	0.009	0.019	2020

מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022

לוח נ'2. שיעורים מצטברים של מקדמי הסל

שנות מצטבר 1995=100	מקדמי עדכון מצטברים חלופיים				מקדמי עדכון מצטברים בפועל			
	מדד תשומות הבריאות מצטבר 1995=100	עדכון טכנולוגי בשיעור קבוע של 2.0% מצטבר 1995=100	עדכון טכנולוגי בשיעור קבוע של 1.5% מצטבר 1995=100	עדכון דמוגרפי לפי נפשות מתוקנות מצטבר 1995=100	מדד יוקר הבריאות מצטבר 1995=100	עדכון טכנולוגי מצטבר בפועל 1995=100	עדכון דמוגרפי מצטבר בפועל 1995=100	
100	112	102	102	104	111	100	102	1996
100	122	104	103	108	121	100	104	1997
100	127	106	105	112	127	101	106	1998
100	135	108	106	115	134	102	108	1999
100	141	110	108	118	138	103	110	2000
100	144	113	109	122	141	104	113	2001
100	149	115	111	125	142	105	115	2002
101	148	117	113	127	140	105	117	2003
101	151	120	114	130	143	105	119	2004
101	156	122	116	132	145	106	120	2005
100	159	124	118	135	148	109	121	2006
100	161	127	120	138	151	110	123	2007
100	167	129	121	141	157	112	124	2008
100	174	132	123	143	161	114	125	2009
100	181	135	125	147	167	115	126	2010
102	190	137	127	150	174	117	128	2011
102	199	140	129	154	181	118	129	2012
102	207	143	131	157	187	119	131	2013
102	213	146	133	161	191	120	133	2014
103	216	149	135	165	194	121	136	2015
105	220	152	137	169	198	122	138	2016
111	225	155	139	172	202	123	141	2017
112	229	158	141	176	206	125	144	2018
112	233	161	143	180	209	126	147	2019
113	235	164	145	184	214	127	150	2020

מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022

לוח נ'3. עלות הסל בפועל מול עלות הסל החלופית

במיליוני ש"ח

יחס בין הסל החלופי (2.0%) לסל בפועל	יחס בין הסל החלופי (1.5%) לסל בפועל	עלות לפי מקדמים חלופיים (טכנולוגיה 2.0%)	עלות לפי מקדמים חלופיים (טכנולוגיה 1.5%)	עלות הסל בפועל	
1.00	1.00	12,244	12,244	12,244	1995
1.05	1.05	14,555	14,487	13,859	1996
1.09	1.08	16,812	16,654	15,358	1997
1.11	1.09	18,436	18,176	16,614	1998
1.14	1.12	20,502	20,116	18,008	1999
1.16	1.13	22,397	21,871	19,270	2000
1.18	1.15	23,925	23,252	20,268	2001
1.24	1.20	26,108	25,253	21,117	2002
1.28	1.23	27,083	26,070	21,135	2003
1.31	1.25	28,783	27,573	22,008	2004
1.35	1.29	30,740	29,306	22,768	2005
1.36	1.29	32,688	31,013	24,041	2006
1.37	1.30	34,279	32,365	24,946	2007
1.39	1.30	36,837	34,614	26,583	2008
1.42	1.33	40,065	37,465	28,142	2009
1.46	1.35	44,137	41,079	30,333	2010
1.49	1.38	48,645	45,059	32,669	2011
1.53	1.41	53,212	49,053	34,778	2012
1.58	1.45	57,838	53,062	36,555	2013
1.61	1.47	62,108	56,706	38,582	2014
1.64	1.49	67,415	61,264	41,217	2015
1.65	1.49	75,612	68,402	45,903	2016
1.67	1.50	81,052	72,974	48,672	2017
1.68	1.51	86,188	77,226	51,157	2018
1.71	1.52	91,742	81,810	53,724	2019
1.70	1.51	96,342	85,500	56,729	2020

מקור: ברוך לוי, גבי בן נון ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, 2022