

המוסדות שבהם היא נערכה; והיא מציגה את מצבה של ישראל ביחס לעולם מבחינת זרם ההשקעה ומבחינת מלאי ההון הנוכחי.

ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל

1. השוואה בין-לאומית של ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות

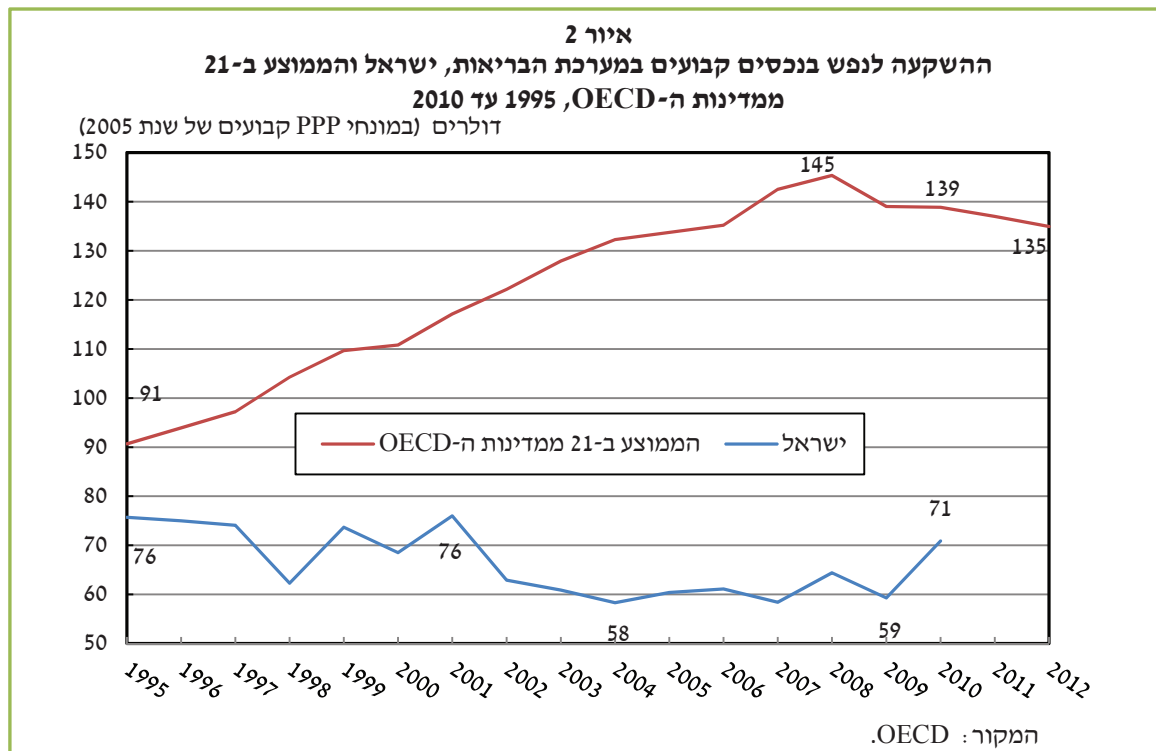
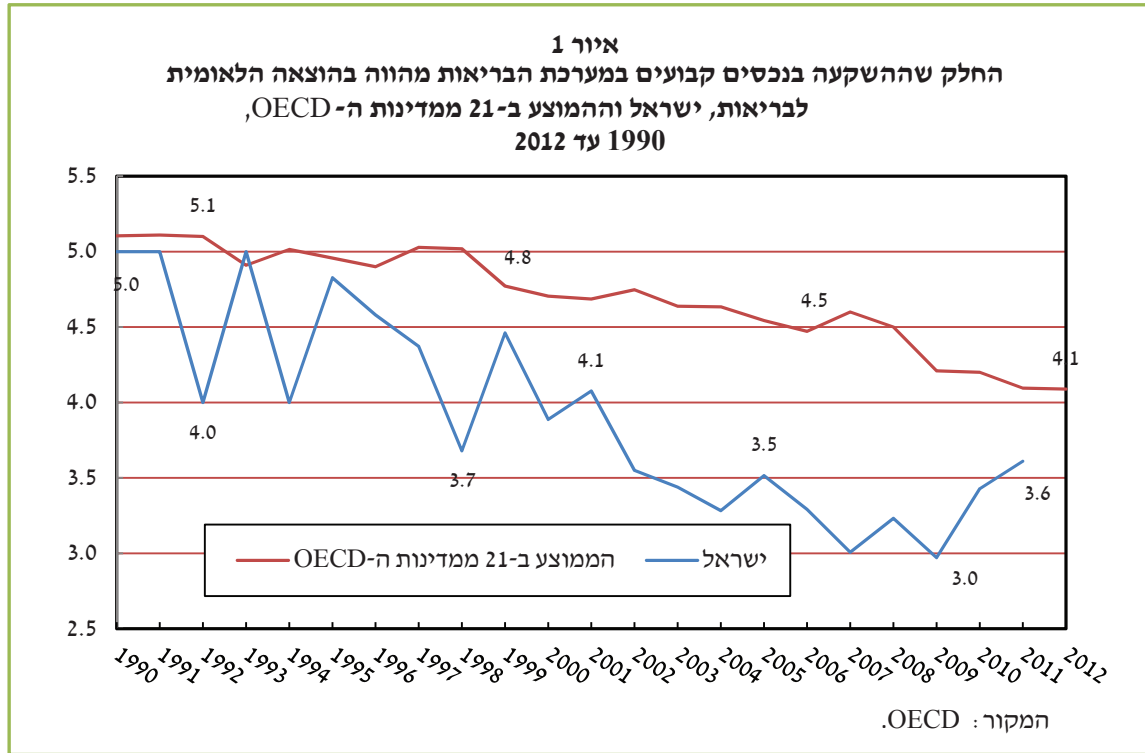
שיעור ההשקעה השנתי בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל היה תנודתי בעשור האחרון, ובין 2002 ל-2011 הוא עמד בממוצע על 3.3% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות (ראו איור 1). שיעור זה נמוך הן בהשוואה לשיעור ההשקעה המקומי בעשור שקדם לכך (4.3%), והן ביחס לממוצע ב-21 ממדינות ה-OECD (4.5% בעשור האחרון)¹. הפער בין ישראל למדינות ה-OECD התרחב במיוחד בין 2002 ל-2007, בגלל הירידה בהיקף ההשקעה בישראל, אך הוא הצטמצם בשנים האחרונות, בעיקר משום שההשקעה במדינות ה-OECD נבלמה לאחר המשבר הכלכלי. כיוון שסך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל נמוך בהשוואה בין-לאומית, הפער האבסולוטי בין ישראל ל-OECD בהשקעה לנפש גדול עוד יותר (ראו איור 2) – בשנת 2010 הסתכמה ההשקעה לנפש בישראל ב-71 דולר (במונחי שוויון כוח הקנייה)², כמחצית מההשקעה הממוצעת ב-21 החברות ב-OECD שנבדקו (139 דולר)³.

כמה גורמים יכולים להסביר או להצדיק מדוע שיעור ההשקעה בבריאות בארץ נמוך בהשוואה ל-OECD. ראשית, היקף ההשקעה הנדרש נובע מהצרכים הצפויים בעתיד בכל נקודת זמן. ייתכן כי העובדה שהאוכלוסייה

- החלק שההשקעה בנכסים קבועים מהווה בסך ההוצאה לבריאות בישראל היה בעשור האחרון נמוך הן ביחס לעשור שקדם לו והן ביחס לממוצע ביתר החברות ב-OECD.
- ההשקעה הנמוכה לאורך השנים הובילה לכך שמלאי ההון במערכת הבריאות בישראל נמוך ביחס לעולם, והדבר מתבטא למשל בכך שמספרם של מכשירי הסריקה ושל מיטות האשפוז הכלליות מצומצם יחסית לגודל האוכלוסייה. על המחסור מפצה חלקית שימוש אינטנסיבי בתשתיות הקיימות, והדבר מסייע לישראל להשיג תוצאות בריאות טובות בהוצאה נמוכה, אך הוא גם פוגע ברמת השירות למטופל: מחלקות האשפוז צפופות, חלק משעות השירות אינן סטנדרטיות, ומשך ההמתנה ארוך.
- שיעור המימון הציבורי של ההשקעה במערכת הבריאות עמד ב-1995 על יותר ממחצית, אך עד 2006 ירד לשליש בלבד. מאז 2007 הוא שב לעלות, אך רוב המימון להשקעה עדיין מגיע ממקורות פרטיים, בכלל זה תרומות מהארץ ומחו"ל, הכנסות של המגזר העסקי והכנסות של תאגידי הבריאות בבתי החולים הממשלתיים.
- מ-2008 עד 2010 כרבע מסך ההשקעה בבתי חולים בארץ שימש להשקעה בבתי חולים פרטיים. זהו שיעור גבוה ביחס להיקף התשתיות שלהם, והוא יאפשר להרחיב את חלקה היחסי של אספקת השירותים במימון פרטי גם בעתיד.

ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל הסתכמה בשנת 2011 ב-2.5 מיליארדי שקלים, ואלה היוו 3.6% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות. ההשקעה מאפשרת לשפץ ולהחליף בניינים וציוד שהתבלו או התיישנו, להרחיב את ההספק העתידי של המערכת (כדי לספק שירותים לאוכלוסייה שצפויה לגדול ולהזדקן, וכדי לתת מענה לעלייה שנוצרת בביקוש עקב העלייה ברמת החיים), וכן היא מאפשרת לרכוש ציוד להטמעה של טכנולוגיות רפואיות חדשות. סקירה זו בוחנת את ההשקעה שנערכה בישראל בשני העשורים האחרונים בנכסים קבועים במערכת הבריאות, את דרכי מימונה ואת

¹ הממוצע ב-OECD הוא ממוצע פשוט של 21 המדינות שלגביהן יש נתונים רציפים בין 1990 ל-2012 (בלי ישראל): אוסטרליה, אוסטרליה, קנדה, צ'כיה, דנמרק, פינלנד, צרפת, גרמניה, יוון, הונגריה, אירלנד, איטליה, יפן, קוריאה, הולנד, נורווגיה, פולין, ספרד, שוודיה, בריטניה וארה"ב. כאשר משווים את ישראל למספר גדול יותר של מדינות – המדינות שלגביהן יש נתונים לשנת 2011 – התמונה המוצגת בסקירה אינה משתנה. ² שער החליפין של שוויון כוח הקנייה שבו נעשה שימוש משקף את ההבדלים בין המדינות במחירי התוצר, ולא במחירי מגזר הבריאות בלבד או במחיריהם של מוצרי ההשקעה בבריאות. ³ גם לאחר תקנון ההשקעה לנפש לפי הרכב הגילים באוכלוסייה ב-2010, ההשקעה לנפש בישראל נותרת נמוכה לעומת מדינות רבות. בהיעדר נתונים על פרופיל ההשקעה לנפש, השתמשנו לשם החישוב בפרופיל של סך ההוצאה לבריאות (ב-10 מדינות), כפי שהוא מופיע בתוך בנק ישראל (2013) סקירת ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים, מסי' 135, אוקטובר 2012 עד מארס 2013.



כוח אדם⁸, ובפרט מעוצמתה היחסית של רפואת הקהילה בישראל. מגזר זה מצריך השקעות הון נמוכות יחסית לבתי החולים, מסייע במניעת תחלואה ובבלימת הידרדרות במצבם של חולים כרוניים, וכך מצמצם את הצורך באשפוז בבתי החולים. לבסוף, ההשקעה הנמוכה עשויה לשקף בחירה של קובעי המדיניות: ייתכן כי הם מעדיפים לשמור על יעילות גבוהה יחסית ולהשתמש בהון מצומצם באינטנסיביות רבה, גם במחיר של פגיעה בנוחות השירות לתושבים (וראו על כך בהמשך).

ההשקעה הנמוכה במערכת הבריאות בישראל מתאפשרת באמצעות שליטה הדוקה של הממשלה בהיקף ההשקעות בתחום זה: הממשלה מנתבת את ההשקעה מתקציב המדינה, מאשרת את תכניות הפיתוח של קופות החולים, מחייבת אישור מוקדם לכל בנייה או הרחבה של בתי חולים (גם במגזר העסקי⁹), וכן מחייבת קבלת רישיון לכל מכשיר רפואי מיוחד, למשל מכשירי CT ו-MRI. מדיניות כזו קיימת במידה מסוימת גם במדינות אחרות¹⁰, והיא מסייעת לשמור על יעילותה של מערכת הבריאות הישראלית (יש לזכור כי לצד הוצאות נמוכות, תוצאות הבריאות בישראל טובות יחסית¹¹). אולם קשיחותה הרבה של המדיניות פוגעת ברמת השירות לתושבים, מובילה למחסור בתשתיות, ועלולה להקשות על מערכת הבריאות להתמודד בעתיד עם האתגרים שמציבים גידול האוכלוסייה והזדקנותה. יש לציין כי גם המחסור הצפוי בכוח אדם רפואי יקשה על ההתמודדות עם אתגרים אלה; מחסור זה משקף במידה רבה השקעה נמוכה בהכשרת רופאים, והוא מצריך פיתוח של מסגרות הכשרה נוספות.

⁸ לרוב הון ועבודה אינם מהווים במערכת הבריאות גורמי ייצור תחליפיים אלא משלימים. אולם קיימת תחלופה מסוימת בין מערכת הבריאות בקהילה ובבתי החולים, ועתירות ההון בקהילה נמוכה יותר. נציין כי בקרב ההון האנושי קיימת תחלופה מסוימת גם בין המקצועות (למשל בין רופאים, אחיות, טכנאים וצוות מנהל).
⁹ הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ("ועדת גרמן") המליצה לדרוש אישור הקמה גם ממרפאות כירורגיות בינוניות, וכך לשפר את שליטתו של משרד הבריאות בהיקף התשתיות במערכת הפרטית.
¹⁰ מדינות אלה דורשות רישיון (Certificate Of Need : CON) להשקעות מסוימות במערכת הבריאות, מחשש שהגידול בקיבולת יגרום לגורמים במערכת לעודד ביקושים מיותרים (ביקושים שנובעים מהיצע, Supply Induced Demand).
¹¹ למשל, תוחלת החיים בישראל גבוהה מהממוצע ב-OECD (במיוחד בקרב גברים), והשיפור בתוחלת החיים מאז 1990 היה זהה לשיפור בקרב המדינות המפותחות החברות בארגון.

במדינות ה-OECD הזדקנה בעשורים האחרונים עודדה את המדינות האלה להיערך לכך שהביקוש לשירותי בריאות יעלה בעתיד⁴, ולכן השקעתן במערכת הייתה גבוהה יותר. אולם גם קצב הגידול המהיר של האוכלוסייה בישראל – הוא היה גבוה מהקצב ב-OECD לאורך כל התקופה⁵ – תרם לגידול בצורכי הבריאות העתידיים של ישראל בכל נקודת זמן והיה אמור להוביל לשיעור השקעה גדול יותר בבריאות. יתר על כן, בשנים האחרונות גם האוכלוסייה בארץ החלה להזדקן בקצב המהיר שאפיין את מדינות ה-OECD⁶, ופירוש הדבר שגם אם ההצדקה הנדונה הייתה תקפה בעבר, הרי שכיום היא איבדה את תוקפה. שנית, ההשקעות הנמוכות עשויות לנבוע מכך שהציוד הדרוש להטמעת טכנולוגיות חדשות נרכש בישראל בקצב אטי ומחושב יותר. קצב אטי ומדורג של הטמעת ציוד חדיש עלול להוביל לכך שאזרחי ישראל יקבלו שירות נחות בהשוואה לאזרחים במדינות המפותחות, אך הוא עשוי גם לסייע בהטמעה סלקטיבית וחסכונית, המתמקדת בטכנולוגיות שיש עדויות לתועלתן וליעילותן⁷. שלישית, ההשקעה הנמוכה עשויה לנבוע מהסתמכות רבה יותר על

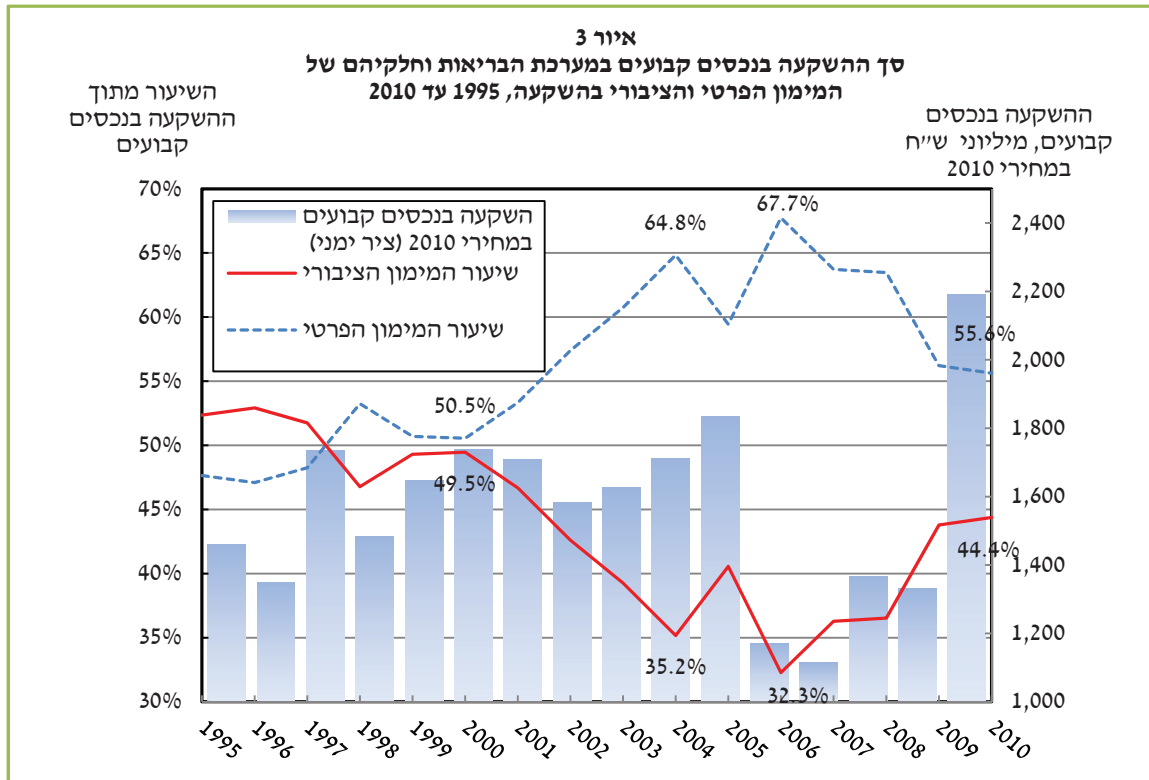
⁴ תוחלת החיים של כמה מרכיבי ההשקעה (למשל מכשירי וציוד) אינה ארוכה מאוד, והיקפם של רכיבים אלה נובע מהצרכים הצפויים בעתיד הקרוב ולא בעוד שנים רבות. רכיבים אחרים (למשל בינוי) מושפעים מצרכים ארוכי טווח.
⁵ שיעור הגידול הממוצע של האוכלוסייה בישראל עמד בין 1990 ל-2012 על 2.6% בשנה, לעומת 0.7% ב-21 החברות ב-OECD.
⁶ שיעור בני ה-65 ומעלה ב-21 מדינות ה-OECD עמד ב-2011 על 16.3% מהאוכלוסייה – 3.1 נקודות אחוז מעל שיעורם בשנת 1990. שיעורם של בני קבוצת גיל זו בישראל עלה רק ב-0.9 נקודות אחוז מאז 1990, והסתכם בשנת 2011 ב-10% מהאוכלוסייה. אולם בעשרים השנים הבאות שיעור זה צפוי לעלות בישראל בעוד 4.6 נקודות אחוז (לפי תחזית הביניים של הלמ"ס).
⁷ Chandra and Skinner (2011) מביאים כדוגמה לאימוץ טכנולוגיות מהיר – וכנראה בזבזני – את הקצב שבו אימצה ארה"ב את טכנולוגיית הפרוטונים (proton beam therapy) לטיפול בסרטן הערמונית. אף על פי שהטיפול החדש יקר פי שניים ויותר מהטיפול הקיים ואין עדויות מדעיות לעליונותו, עד 2013 קמו בארה"ב, בהשקעה גדולה, מרכזים רבים (ומתחרים) לטיפול זה. בישראל, ועדה מקצועית שמייצגת למשרד הבריאות המליצה שלא להקים כאן כלל מרכז כזה (לפי ההערכות, עלות הקמתו של מרכז יחיד מגיעה ל-100 מיליון דולר), ולהטיס לחו"ל את החולים המועטים שטיפול זה כנראה מסייע להם. ראו: Chandra, Amitabh, and Jonathan S. Skinner (2011), "Technology growth and expenditure growth in health care", NBER Working Paper No. 16953

2. מימון ההשקעה במערכת הבריאות

גדלה לאחר המשבר, שיעורה בסך ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות נותר נמוך מ-50%, והיא נמוכה בהשוואה בין-לאומית: בשנת 2010 הסתכמה ההשקעה הציבורית בישראל ב-31 דולר לנפש, לעומת ממוצע של 82 דולר במדינות ה-OECD¹³ (\$PPP).

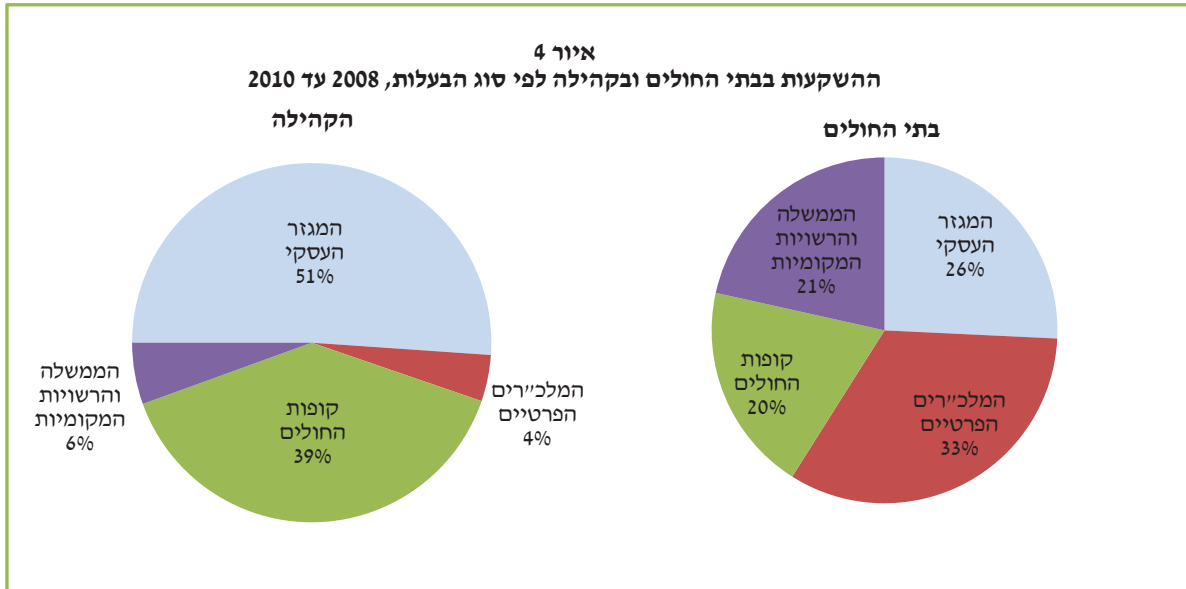
לאחר שתקציב הפיתוח של משרד הבריאות גדל במהירות בשנים 2008–2010 (בקצב שנתי ריאלי של 30%), הוא שב והצטמצם בשלוש השנים האחרונות (בשיעור שנתי ממוצע של 8%), וב-2013 הוא הסתכם ב-470 מיליון שקלים. כשני שלישים מתקציב הפיתוח מועברים לגופים ממשלתיים, והם התחלקו בשנה שעברה בין בנייה (85%) והצטיידות (13%)¹⁴. ב-2012 מימן תקציב הממשלה כ-70% מההשקעות ברכוש קבוע בבתי החולים הממשלתיים, ושאר ההשקעה בהם מומן מהכנסותיהם של תאגידי הבריאות

בשני העשורים האחרונים קטן שיעור המימון הציבורי של ההשקעה במערכת הבריאות וגדל חלקו של המימון הפרטי מהארץ ומחו"ל, כלומר המימון באמצעות תרומות, הכנסות של המגזר העסקי, והכנסות של תאגידי הבריאות שליד בתי החולים הממשלתיים (איור 3). בשעה שבשנת 1995 עמד המימון הציבורי על מעט יותר ממחצית ההשקעה, ב-2006 הוא ירד עד כות פחות משליש. היקף המימון הציבורי שב ועלה בין 2008 ל-2010, וזאת בניגוד למדינות השוואה, היות שבהן המשבר הכלכלי הוביל לקיצוץ בהשקעה בבריאות¹². בשנת 2010 נרשם גידול בכל רכיבי המימון של ההשקעה, ובכלל זה בהיקף התרומות מחו"ל, רכיב שבעקבות המשבר הצטמצם ב-2009 ב-30% (במונחים שקליים). אף שההשקעה הציבורית בבריאות



¹³ המדינות המופיעות בסקירה זו, למעט פולין, בריטניה והולנד, היות שלגביהן חסרים נתונים על מימון ההשקעות.
¹⁴ ההשקעה בבנייה – סעיפי תקציב 6701 (בניית מחלקות אשפוז) ו-6702 (בניית מבנים לשירותים). ההשקעה בהצטיידות – סעיף 6704. 2% מהתקציב הופנו לפרויקט מחשוב מרכזי (סעיף 6705).

¹² ברבות ממדינות אירופה המימון הציבורי להשקעות בבתי חולים פחת באופן משמעותי בעקבות המשבר הכלכלי הגלובלי – תכניות השקעה עתידיות נזנחו ונרשמה האטה במימוש תכניות לשדרוג של ציוד קיים. פירוט מופיע אצל: Thomson, Sarah et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy", WHO, 2014



בירידה של היקף ההשקעות בבתי חולים והן בירידה של היקף ההשקעות בקהילה (מרפאות ומכונים מחוץ לבתי החולים). היחס בין יעדי ההשקעה האלה נותר יציב מאז 2001: ההשקעה בבתי החולים מהווה כשלושה רבעים מסך ההשקעה, והשאר מופנה להשקעה בקהילה¹⁷.

בין 2008 ל-2010 ההשקעה בבתי חולים פרטיים (בבעלות המגזר העסקי) היוותה כ-26% מסך ההשקעה בבתי חולים בישראל (השיעור הושפע מכך שב-2009 נערכה השקעה גבוהה במיוחד במגזר העסקי¹⁸). שיעור זה גבוה ביחס לגודלם של בתי החולים הפרטיים, היות שהם החזיקו ב-3.3% מסך מיטות האשפוז הכלליות בישראל וב-12%

שליד בתי החולים¹⁵. בשעה שהמימון מתקציב המדינה מתחלק בין בתי החולים באופן התואם את נתח הפעילות של כל אחד מהם, בתי החולים הגדולים (במרכז הארץ) נהנים בדרך כלל ממימון גדול במיוחד ממקורות תאגיד הבריאות שלהם. כך בסיכומו של דבר יש בבתי החולים הקטנים (והפריפריאליים) השקעות נמוכות יותר ברכוש קבוע (ביחס לנתח הפעילות) וצידוד מיושן יותר בדרך כלל¹⁶.

3. יעדי ההשקעה במערכת הבריאות – בתי החולים לעומת הקהילה והמגזר הציבורי לעומת העסקי

הירידה שחלה בעשור האחרון בחלק שההשקעות בנכסים קבועים מהוות בהוצאה הלאומית לבריאות התבטאה הן

¹⁵ השקעות אלה מסווגות כהשקעות במימון פרטי, אף על פי שרק כרבע מהכנסות התאגידים הגיעו (ב-2012) ממקורות פרטיים (למשל תרומות, מכירת שירותים של תיירות מרפא, ומכירת שירותים מחוץ לסל הבריאות). שאר הכנסות הגיעו ממכירת שירותים לקופות החולים, גופים שמקור כספם ציבורי. עם זאת, סיווג זה אינו משנה כמעט את התמונה הכוללת. ראו "דוח פיננסי 2012, המרכזים הרפואיים הכלליים והממשלתיים", משרד הבריאות.

¹⁶ כך עולה מנתוני העלות המופחתת של הצידוד בבתי החולים הממשלתיים, המופיעים בדוח הכספי לשנת 2012. מבקר המדינה (בדוח שנתי 61 לשנת 2010) התריע מפני הסתמכות על כספי תרומות (באמצעות תאגיד הבריאות או באמצעות אגודות הידידים) למימון פיתוח תשתיות בבתי החולים, ואף קבע כי "בשנים האחרונות רק בתי חולים המצליחים לגייס תרומות (בעיקר בתי החולים הגדולים במרכז הארץ) מוסיפים מבנים, מכונים וכן משפרים מבנים קיימים".

¹⁷ דוח מבקר המדינה (דוח שנתי 63, 2012) קבע כי בגלל חוסר תכנון, ובשל חסמים שהטיל משרד הבריאות, נאלצו קופות החולים לפנות בעיקר לאפיק של שכירת מבנים במקום רכישה או בנייה עצמית של מרפאות – שינוי שכדאיותו הכלכלית לא נבדקה. בנתונים הקיימים בנייתם של מבנים שכורים אלה איננה נחשבת להשקעה בבריאות. אין ביכולתנו להעריך מה היה היקף ההשקעה בקהילה אילו בנו את המבנים האלה בהשקעה עצמית, ומה הייתה ההשפעה של תופעה זו, אם בכלל, על מיקומה היחסי של ישראל בהשוואה הבין-לאומית. ¹⁸ בשנת 2009 נפתח בית החולים החדש של חברת "אסותא" בתל אביב, והקמתו הייתה כרוכה כנראה בהשקעה ניכרת.

יחסית לעולם אכן הוביל למלאי הון נמוך במערכת, והדבר מתבטא בין היתר בשימוש בבניינים ישנים²² ובציוד מתיישן²³, וכן במספר נמוך של מיטות אשפוז ומכשירי סריקה. מספר מיטות האשפוז הכלליות לאלף איש – מדד להיקף התשתיות של מערך האשפוז בבתי החולים – נמוך בישראל באופן ניכר (ב-45%) מהמוצע במדינות ה-OECD (איור 5). אולם את מיטות האשפוז הקיימות בישראל מנצלים באופן "אינטנסיבי" יותר מאשר במדינות אחרות: שיעור התפוסה של מיטות האשפוז בישראל – 96.6% ב-2012 – הוא הגבוה ב-OECD (המוצע בארגון עומד על 75.1%), ומשך האשפוז הממוצע בארץ – 4.3 ימים – קצר ביומיים מהמוצע ב-OECD. ניצול אינטנסיבי כזה ממצה את תשתיות האשפוז המוגבלות, אך יש לו גם השפעות שליליות על איכות הטיפול והשירות. שיעור התפוסה מעיד על צפיפות רבה, וזו מצדה מובילה לעתים לאשפוז במסדרונות ובחדרי האוכל (כאשר התפוסה עולה על 100%)²⁴, מקשה על כוח האדם המוגבל להעניק טיפול מיטבי (היקפו של כוח האדם נקבע על פי מספר המיטות), והיא עלולה לתרום להידבקות בזיהומים.

אמנם הרכב הגילים המבוגר ברבות ממדינות ה-OECD מחייב אותן כנראה לקיים מערך אשפוז נרחב יותר מאשר בישראל. אולם הפער הגדול בין ישראל למוצע ושיעורי התפוסה הגבוהים, כמו גם תהליך ההזדקנות של האוכלוסייה בישראל, מחייבים להתחיל כבר היום בהשקעה שתרחיב את יכולות האשפוז ו/או תצמצם את העומס על בתי החולים. ממשלת ישראל אכן החליטה בשנת 2011 על מהלך כזה: היא החליטה להוסיף 960 מיטות אשפוז במשך שש שנים²⁵, נוסף על 300 המיטות

מחדרי הניתוח¹⁹. ההשקעה הגדולה בתשתיות בבתי החולים הפרטיים מעידה כי מערכת הבריאות הפרטית בישראל התרחבה בשנים האחרונות²⁰, וכי נבנתה בה קיבולת אשר, בהיעדר צעדים נוספים, תאפשר לה להמשיך ולהתרחב בעתיד²¹. שיעור ההשקעה בבתי החולים שבבעלות מלכ"ר (למשל הדסה ושערי צדק) עמד על 33% – גבוה גם כן ביחס לנתח התשתיות בבתי החולים האלה, היות שהם מפעילים 20% ממיטות האשפוז הכלליות. לעומת זאת, שיעור ההשקעה בבתי החולים שבבעלות הממשלה וקופות החולים (41%) היה נמוך מחלקם היחסי בתשתיות בתי החולים הכלליים בישראל (77% ממיטות האשפוז הכלליות).

ההשקעה בקהילה התחלקה שווה בשווה בין ספקים "ציבוריים" ללא כוונת רווח (הממשלה, קופות החולים ומלכ"רים) לבין ספקים במגזר העסקי. השיעור הגבוה של ההשקעה במגזר העסקי מעיד על השימוש הנרחב שעושות קופות החולים בנותני שירותים מחוץ לקופות (רופאים עצמאיים, מכוני בדיקה וכו') על מנת לספק את השירותים הכלולים בסל הבריאות הציבורי. אולם ייתכן כי שיעור זה מושפע גם מצמיחתן של מרפאות (עסקיות) המספקות שירותים במימון פרטי לבעלי הביטוחים הפרטיים ולמשקי בית המשלמים מכיסם.

4. מלאי ההון במערכת הבריאות בישראל

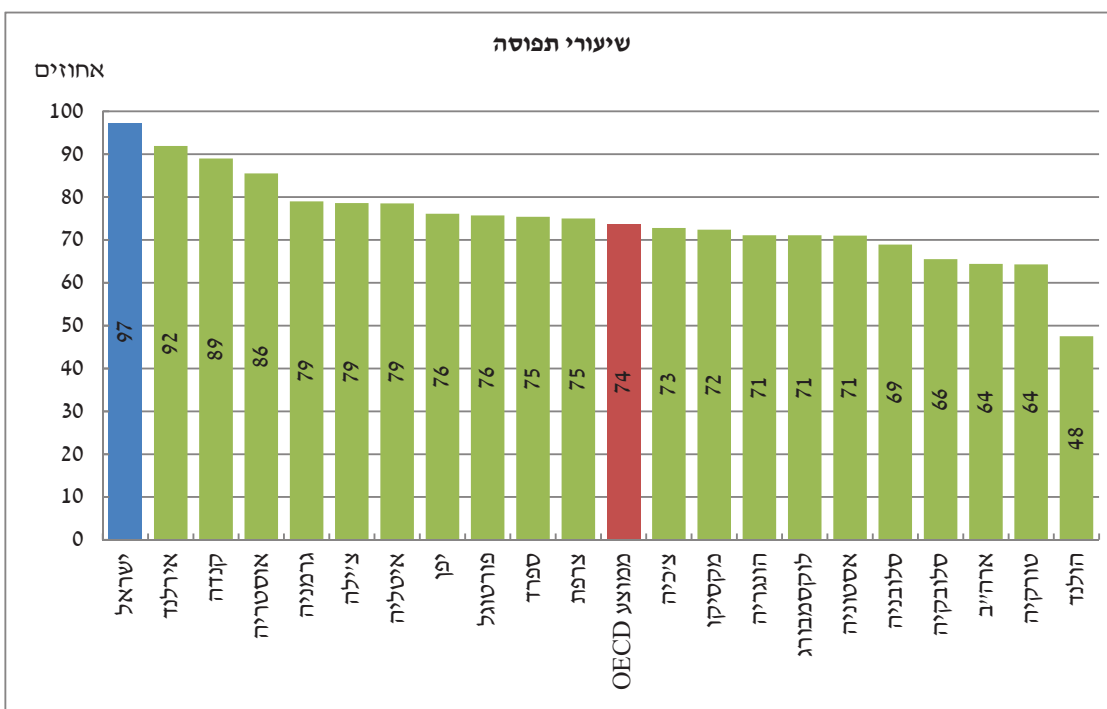
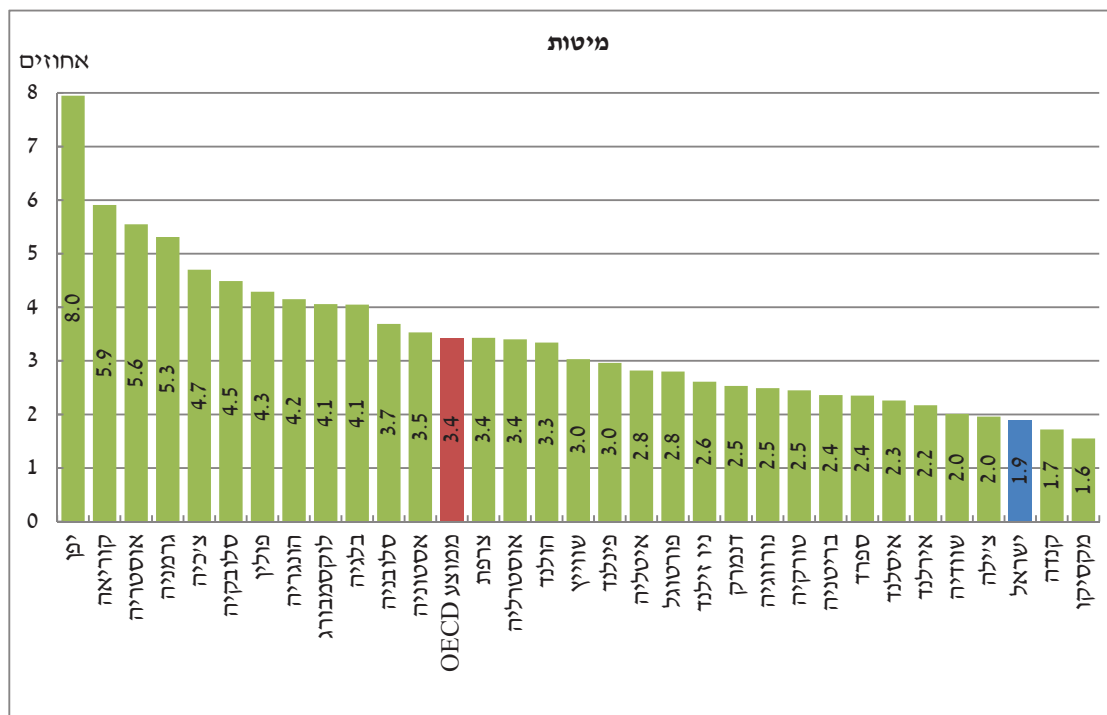
כאשר בוחנים את תשתיות הטיפול הקיימות במערכת הבריאות בישראל, מוצאים כי שיעור ההשקעה הנמוך

¹⁹ הנתח של המגזר הפרטי בכלל מיטות האשפוז בישראל גבוה יותר (35%) כיוון שמגזר זה מפעיל 60% מהמיטות למחלות ממושכות (בבתי אבות ומוסדות גריאטריים), אולם עתירות ההון בבתי חולים אלה נמוכה מאשר בבתי החולים הכלליים. הנתונים על התפלגות המיטות מופיעים אצל: הלל ס' וצ' חקלאי, (2013), "מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, 31 בדצמבר 2012", משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב. ²⁰ הנתונים הקיימים משקפים רק את השנים שבין 2008 ל-2010. ²¹ בתי החולים הפרטיים אמנם נהנים מהכנסות מביטוחי הבריאות הפרטיים, אך הם מספקים גם שירותים במסגרת סל הבריאות הציבורי, וגם חלק מההשקעה בהם יכול להגיע ממקור ציבורי. לשם המחשה, בבית החולים שחברת "אסותא" בונה בימים אלה באשדוד יהיו השירותים הציבוריים לפחות 75% מפעילות בית החולים (שירותי הרפואה הפרטיים, אם לא יבוטלו, יהוו לכל היותר 25% מההכנסות). בית החולים עצמו נבנה בעזרת מענק מהמדינה, וזה מממן את רוב ההשקעה בהקמת בית החולים.

²² מבקר המדינה (דוח שנתי 163, 2012) התריע כי רבות ממחלקות האשפוז והיחידות בבתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים הממשלתיים פועלות בבניינים ישנים, רעועים ומסוכנים, ומבחינות רבות אינן עומדות בדרישות שמשד הבריאות מציב למחלקות ויחידות מודרניות. המבקר התריע גם מפני השקעה נמוכה מדי במיגון בתי החולים לעת חירום. ²³ הדוחות הכספיים של בתי החולים הממשלתיים מעידים כי הציוד שבו הם משתמשים בשנים האחרונות צבר בלאי וגילו הממוצע עלה (העלות המופחתת של הציוד והמכשור הרפואי בבתי החולים הממשלתיים עמדה בסוף שנת 2012 על כ-27% מעלותם המקורית, לעומת 32% ב-2007). ²⁴ בעיה זו חמורה במיוחד במחלקות הפנימיות, היות שהתפוסה הממוצעת בהן עמדה ב-2013 על 100%. ²⁵ החלטה 2917 של הממשלה ה-32, מתאריך 27 בפברואר 2011 ("חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והרחבת מערך האשפוז הציבורי").

איור 5

מספרן של מיטות האשפוז הכלליות לאלף איש ושיעורי תפוסתן הממוצעים במדינות ה-OECD, 2012



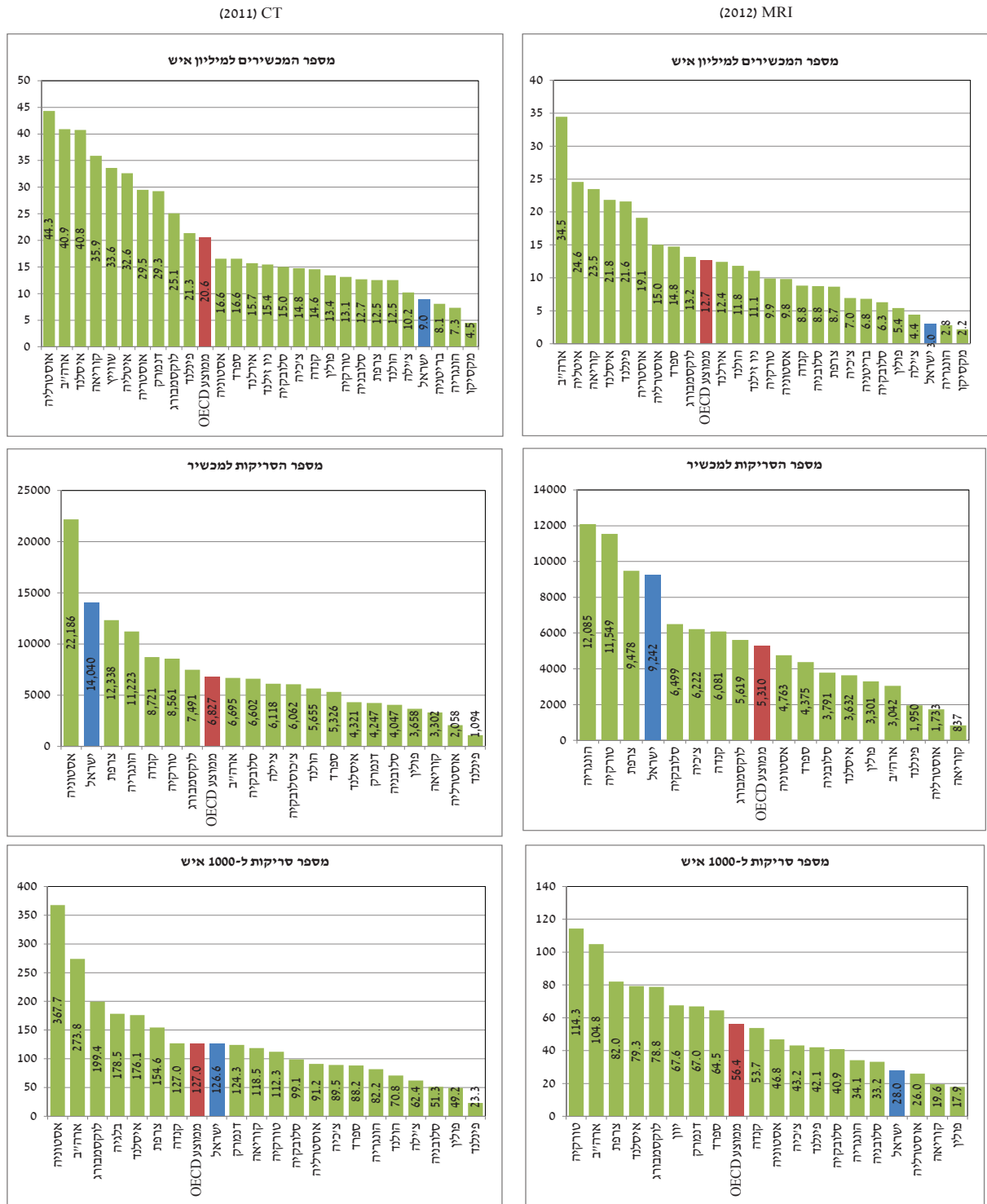
המקור: OECD.

המתוכננות בבית החולים החדש באשדוד. אולם שיעור התוספת המתוכנן (8.5%) נמוך אף מהשיעור הצפוי של גידול האוכלוסייה בשנים אלה (קרוב ל-12%), והוא ודאי נמוך ביחס לשיעור הגידול של האוכלוסייה המתוקנת לגיל. הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ("וועדת גרמן") קבעה כי יש להוסיף על מספר זה עוד מיטות אשפוז או חלופות אשפוז בקהילה.

עדות נוספת למלאי ההון הנמוך במערכת הבריאות בישראל מצויה במספרם של מכשירי הסריקה וההדמיה. יש בישראל 9 מכשירי CT ו-3.03 מכשירי MRI לכל מיליון איש (בשנים 2011 ו-2012 בהתאמה), וזהו שיעור נמוך מאוד ביחס לממוצע ה-OECD – 20.6 מכשירי CT ו-12.67 מכשירי MRI למיליון איש (איור 6). גם במקרה זה השימוש שנעשה בישראל בצידוד הקיים אינטנסיבי הרבה יותר מאשר במדינות אחרות, ומספר הסריקות הממוצע בכל מכשיר בארץ גבוה לעומת הנתון ב-OECD. כתוצאה מכך מספרן של סריקות ה-CT לנפש בישראל כמעט זהה לממוצע ב-OECD, אך בשימוש במכשירי MRI נותר פער. השימוש האינטנסיבי בצידוד הסריקה הקיים אמנם חוסך השקעות נוספות ומרסן את הגידול בהוצאות השוטפות, אולם הוא עלול לפגוע ברמת השירות, היות שהתושבים נאלצים לעתים להמתין בתור ארוך²⁶ או להיבדק בשעות מאוחרות מאוד. כאשר השימוש האינטנסיבי אינו מצליח לפצות על המחסור בתשתיות (וזהו כנראה המצב בתחום ה-MRI), המחסור עלול לפגוע באיכות השירות הרפואי ובבריאות האוכלוסייה. יש לציין כי בשנים האחרונות העניק משרד הבריאות רישיונות שאפשרו להוסיף מכשירי MRI חדשים, ומספרם עלה מ-9 בשנת 2000 ל-25 בשנה שעברה (כאמור, 3.03 מכשירים למיליון נפש). המשרד פועל לאפשר תוספת של 14 מכשירים חדשים בשנים הקרובות.

²⁶ סקר שנערך ב-2012 מצא כי כ-40% מהפונים לבדיקות אבחון בלתי שכיחות, לרבות CT ו-MRI, נאלצו להמתין יותר מחודש ממועד ההפניה עד מועד הבדיקה. ראו: ברמלי-גרינברג ש', ר' וייצברג וד' גוברמן (2014) "זמני המתנה לרפואה יועצת ובדיקות אבחון והדמיה בקהילה מנקודת מבטו של המבוטח", דוח מחקר דמ-14-678, מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל.

איור 6
 מספר מכשירי MRI ו-CT, מספר הסיקות למכשיר ומספר הסיקות ל-1,000 נפש במדינות ה-OECD, 2012/2011



המקור: OECD.