

תקציב משרד הבריאות יעדים לשנים הבאות



ברברה סבירסקי

ינואר 2013



דיוור



חינוך



בריאות

לקראת תקציב
2013

תקציב משרד הבריאות יעדים לשנים הבאות

אנו מציעים שבשנים הבאות נשאף להשיג ארבעה יעדים, שהמשותף ביניהם הוא החתירה למערכת בריאות שוויונית יותר.

- היעד הראשון הוא **עצירת הליך הפרטה במערכת הבריאות הציבורית**. להפרטה ממדים רבים. המימד שעליו אנו שמים את הדגש במסמך זה הוא הירידה בהוצאה הציבורית לבריאות והעלייה בהוצאה הפרטית לבריאות, בעיקר תשלומים של משקי בית.
- היעד השני נוגע לכוח האדם במערכת הבריאות הציבורית: **שיפור תנאי התעסוקה של רופאים ואחיות המועסקות במערכת הציבורית**, כדי לשמור על מערכת ציבורית טובה.
- היעד השלישי קשור לרמת השירותים במקומות שונים בארץ: **צמצום הפערים בנגישות לשירותי בריאות בין מרכז הארץ ובין הצפון והדרום ובין תושבי היישובים היהודיים והיישובים הערביים**.
- היעד הרביעי הוא צמצום הפערים במצב הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות: **יהודים וערבים ובעלי רמות הכנסה שונות**.



מבוא למימון מערכת הבריאות

לוח 1

מקורות המימון הציבוריים של מערכת הבריאות הציבורית, 1995-2011

במיליארדי ש"ח, מחירים קבועים לשנת 2011

טור 6	טור 5	טור 4	טור 3	טור 2	טור 1	
תקציב הפיתוח של משרד הבריאות	תקציב משרד הבריאות ללא סעיף השלמת הסל וללא תקציב הפיתוח	השלמת הסל מתקציב משרד הבריאות	השתתפות עצמית של קופות החולים	המס המקביל	מס בריאות	
0.42	3.37	2.64	1.15	8.34	8.10	1995
0.58	4.08	10.54	1.19	1.02	10.07	1997
0.39	4.94	11.18	1.25	1.07	11.24	1999
0.43	4.99	11.40	1.38	-	13.29	2001
0.24	4.91	10.89	1.35	-	12.76	2003
0.21	5.21	12.17	1.44	-	13.89	2005
0.24	5.05	11.71	1.54	-	15.28	2007
0.37	5.59	12.33	1.93	-	15.96	2009
0.49	5.07	13.43	2.10	-	17.73	2011
-15%	24%	28%	77%	-	76%	שיעור שינוי 2011-1997

הערות:

1. בחרנו להתחיל בשנת 1997 כי זו השנה שבה בוטל המס המקביל ואשר בה הושלמו שינויים נוספים שנועדו במערכת בעקבות חוק בריאות ממלכתית משנת 1994.
 2. כל הנתונים המפורטים לעיל הונחו ביצוע.
 3. לא כולל את התקציב של האישפוז הסייעודי, שתוקצב כהוצאה מותנית ונרשם בדר"ח החשב"ל כהוצאה רגילה.
- מקורות: משרד האוצר, החשב הכללי, דין וחשבון כספי, שנים שונות; משרד הבריאות, דניאלה אריאל, טוביה חורב וניר קורר, חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2011, משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות.

מס הבריאות (טור 1) אחראי לחלקו של הציבור במימון סל שירותי הבריאות.

מקור מימון שלישי של סל שירותי הבריאות הוא השתתפויות של קופות החולים (טור 3).

מקור מימון חשוב נוסף של מערכת הבריאות הציבורית הוא ההשתתפויות העצמיות שמשלמים החולים עבור תרופות ושירותים רפואיים (השתתפויות אלה אינן מוצגות בלוח שממול, שכן הוא מציג רק את מקורות המימון הציבוריים).

לוח 1 שממול מראה בבירור פערי מימון בין השירותים השונים: ההכנסות ממס בריאות גדלו ב-76%; שיעור דומה נרשם גם בהשתתפויות של קופות החולים (77%). לעומת זאת, המימון של משרד הבריאות ("השלמת הסל") גדל רק ב-28% ואילו התקציב הרגיל (ללא "השלמת הסל") גדל רק ב-24%. גרוע מכך, תקציב הפיתוח הצטמק ב-15%. נתונים אלה מעידים על החשיבות של מיסים מיועדים לשמירת רמת המימון של מערכת הבריאות הציבורית.

הדיון בשחיקה התקציבית של השירותים הניתנים ישירות על ידי משרד הבריאות ייערך בהמשך מסמך זה. עתה נפנה לדון במימון של סל שירותי הבריאות, שהוא המרכיב העיקרי של המימון הציבורי של מערכת הבריאות הציבורית.

מערכת הבריאות הציבורית בישראל אחראית בראש ובראשונה לאספקת סל שירותי הבריאות, כפי שהוא מוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. את השירותים הכלולים בסל מספקות קופות החולים. בנוסף, משרד הבריאות מספק באופן ישיר שירותים נוספים ובהם שירותי בריאות הנפש, שירותי בריאות הציבור ושירותי אשפוז סיעודיים.

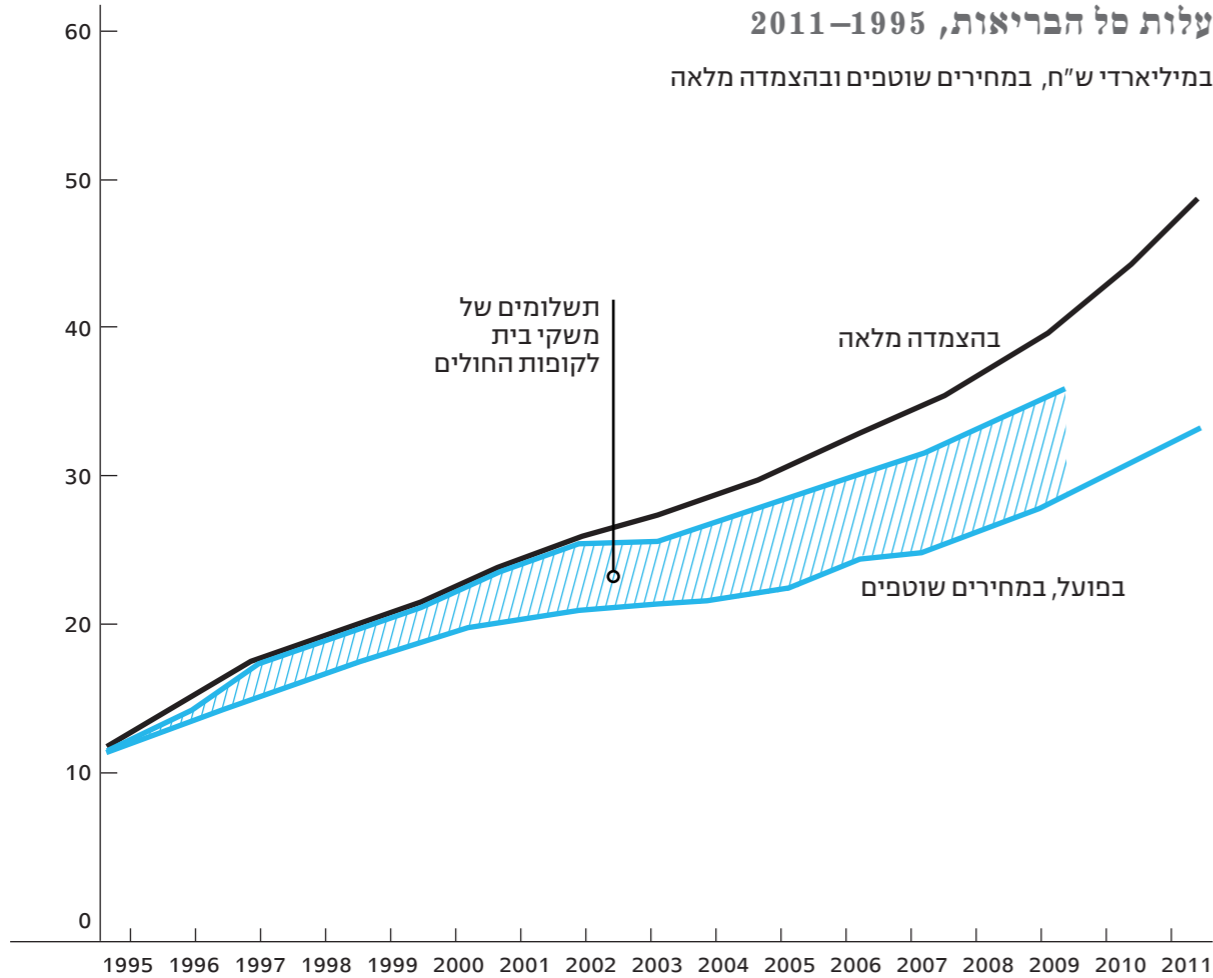
המימון של מערכת הבריאות הציבורית בא ממספר מקורות:

1. תקציב משרד הבריאות;
2. מס בריאות;
3. השתתפות קופות החולים בעלות סל שירותי הבריאות;
4. המס המקביל (שבוטל ב-1997);
5. מימון פרטי - השתתפויות עצמיות של חולים עבור תרופות ושירותים.

רוב תקציב משרד הבריאות מיועד למימון חלקה של הממשלה בעלות סל שירותי הבריאות (טור 4 בלוח שממול). יתרת תקציב משרד הבריאות מיועדת למימון שירותים אותם מספק משרד הבריאות ישירות ובהם שירותי בריאות הנפש, שירותי בריאות הציבור וסכסוד האישפוז הסייעודי (טור 5) וכן למימון פעולות הפיתוח (טור 6).

מימון סל שירותי הבריאות הניתן על ידי קופות החולים

עלות סל הבריאות, 1995–2011
במיליארדי ש"ח, במחירים שוטפים ובהצמדה מלאה



הוא רווחי מאוד וההיצע המתפתח והשיווק האגרסיבי יוצרים ביקוש. הסבר נוסף הוא שלמרות נדיבותו, הסל הציבורי אינו מתרחב בקצב התואם את הגידול בצפיפות של צרכני שירותי בריאות (לתרופות נוספות, להתייעצות עם רופא מומחה נוסף, לבחירת מנתח ועוד). כיוון שכך, קופות החולים וחברות הביטוח מציעות פתרונות מסחריים למי שנוקק לתרופות ולשירותים שטרם נכנסו לסל הבסיסי. במלים אחרות, משקי הבית מממנים חלק גדול מן הפער בין "עלות הסל" המצויה והרצויה. ר' תרשים בעמוד ממול.

כפי שניתן לראות מהתרשים ומהלוח שבעמוד 7, יש כיום הפרש של כ-16 מיליארד ש"ח בין עלות הסל בהצמדה מלאה ועלות הסל כפי שהיא כיום. ההפרש גדל וימשיך לגדול (או, במילים אחרות, המימון ימשיך להישחק) אלא אם כן יוחלט לממן את חוק בריאות ממלכתי ברמה גבוהה יותר (באמצעות העלאת "עלות הסל" וכתוצאה מכך גם העלאת עלות המימון הממשלתי של הסל).

סל שירותי הבריאות הניתן על ידי קופות החולים ממומן משני מקורות עיקריים: ההכנסות ממס בריאות והמימון הממשלתי של "השלמת הסל". ההכנסות ממס הבריאות תלויות בשני גורמים: שיעורו של המס ומצב השכר במשק. ככל שהשכר במשק עולה, כך עולות גם ההכנסות שמניב מס הבריאות.

לעומת זאת, גודלו של סעיף "השלמת הסל" תלוי בהחלטה ממשלתית. חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994 מסמך את הממשלה להחליט, אחת לשנה, על גובה "עלות הסל". מרגע שהממשלה קובעת את "עלות הסל" (רי בהמשך) ומרגע שידוע מה היקף התקבולים ממס בריאות ומהשתתפות קופות החולים בעלות הסל, ידוע גם מה גודל ההתחייבות הממשלתית ל"השלמת הסל". הממשלה יודעת, כמובן, ש"עלות סל" גבוהה פירושה התחייבות שלה עוצמה להגדלת מימון "השלמת הסל".

השחיקה במימון הממשלתי של עלות הסל והגידול בהוצאות של משקי הבית

מערכת הבריאות הציבורית בישראל היא טובה וסל השירותים הבסיסי שמקבלים כל תושבי ישראל בתמורה למס בריאות הוא נדיב, יחסית לסלים במערכות בריאות ציבוריות אחרות בעולם. הבעיה היא, שמשקי הבית בישראל מוציאים יותר ויותר כספים על ביטוחי בריאות נוספים.

מדוע? תשובה חלקית לכך היא שענף הביטוחים הרפואיים

העלאת המימון של הסל כרוכה באימוץ נוסחת עדכון המבוססת על שלושה ממדים:

1. שינויים דמוגרפיים (גידול באוכלוסייה והזדקנותה);
2. שינויים בעלויות של תשומות בריאות (שכר, חומרי גלם, יום אשפוז ועוד);
3. שינויים טכנולוגיים (תרופות ופרוצדורות רפואיות חדשות).

ערכון מלא של "עלות הסל" דורש סל שעלותו גבוהה בכ-50% מעלות הסל בפועל.

כדי שעלות הסל תגדל, המימון הציבורי שלו צריך לגדול, באחת משתי דרכים:

1. חקיקה שתנהיג מנגון עדכון וכתוצאה מכך תגדיל את המימון הממשלתי של "עלות הסל";
2. העלאת מס בריאות.

היום שיעור העדכון הדמוגרפי נקבע אחת לשלוש שנים במו"מ בין שרי האוצר והבריאות שנגמר תמיד בהחלטה על עדכון חסר. העדכון הטכנולוגי נקבע בהחלטת ממשלה אחת לשנה, בהתאם לסולם העדיפויות של הממשלה. והעדכון של תשומות הבריאות אף הוא עדכון חסר, שכן הוא נעשה בהתאם למדר הנקרא "מדר יוקר הבריאות" שאינו נותן פיצוי מלא לעלויות שחלות בתשומות הבריאות. כפי שאפשר לראות בתרשים,

במיליארדי ש"ח, במחירים שוטפים ובהצמדה מלאה

שנה	עלות סל הבריאות, במחירים שוטפים	תשלומים של משקי בית לקופות החולים, במחירים שוטפים	עלות סל הבריאות, בהצמדה מלאה
1995	12.24	1.א	12.24
1996	13.86	1.א	14.72
1997	15.36	1.80	16.87
1998	16.61	2.20	18.73
1999	18.01	3.00	20.74
2000	19.27	3.30	22.96
2001	20.27	3.70	24.35
2002	21.12	4.30	26.27
2003	21.14	4.80	27.15
2004	22.01	5.30	28.94
2005	22.77	5.80	31.15
2006	24.04	6.23	33.15
2007	24.95	6.70	35.02
2008	26.58	7.10	37.52
2009	28.14	7.60	40.95
2010	30.33	1.א	44.41
2011	32.59	1.א	48.83

הערות:

- עלות סל הבריאות בהצמדה מלאה. העלות חושבה על פי שלושה מדדים: שינוי דמוגרפי, שינוי טכנולוגי ושינוי במדד תשומות הבריאות.
 - שינוי דמוגרפי - חושב על פי ממוצע הנפשות המתוקנות. התון התקבל ממשרד הבריאות ולוקח בחשבון את השינוי בנוסחת הקפיטציה משנת 2005. התקנון רגיש לשינויים בגודל האוכלוסייה.
 - בסל הבריאות קיימים גם שינויים אחרים מלבד אלו שנסקרו כאן.
 - הוצאות משקי הבית על בריאות (מעבר למס הבריאות) מחושבות מתוך הדוחות המסכמים את פעילות קופות החולים. ר' מרכז אדוה, תמונת מצב חברתית, שנים שונות; הן כוללות הוצאות של משקי בית על ביטוחים משלימים וביטוחים פרטיים וכן הוצאות על תרופות והשתתפויות שונות בסל ומחוץ לסל.
- מקורות: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995-2011, קובץ נתונים סטטיסטיים, ערכו: דניאלה אריאלי, טוביה חורב וניר קידה, ינואר 2012; מרכז אדוה, תמונת מצב חברתית 2011, דצמבר 2012.

2. העלאת מס בריאות ואיסור מכירת ביטוחי בריאות משלימים (של קופות החולים) וביטוחי בריאות מסחריים

בשנת 2011, הכנסות קופות החולים מפרמיות עבור ביטוחים משלימים הסתכמו ב-3.4 מיליארד ש"ח והכנסות חברות הביטוח מפרמיות עבור ביטוחי בריאות רפואיים הסתכמו ב-3.1 מיליארד ש"ח.² ביחד, פרמיות אלה הסתכמו ב-6.5 מיליארד ש"ח. לפי תחקיר של רוני לינדר-גנץ, שני סוגי הביטוח האלה מתאפיינים בכיסויים חופפים ובשיעור ניצול נמוך, במיוחד הביטוחים של חברות הביטוח.³ לפי משרד הבריאות, "בממוצע, על כל שקל שמשלם האזרח בישראל לחברות הביטוח הפרטיות עבור ביטוחי בריאות, הוא מקבל פחות מ-50% בחזרה עבור שירותי בריאות".⁴

לכ-80% מהמבוטחים בקופות החולים יש ביטוח משלים ול-39% יש גם ביטוח משלים וגם ביטוח מסחרי.⁵ קיים קשר בין הכנסת משק הבית והרכישה של ביטוחים נוספים: בשנת 2011, משקי בית בעשירון השני הוציאו כל חודש, בממוצע, 110 ש"ח על ביטוחים נוספים, משקי בית בעשירון השישי, 223 ש"ח ומשקי בית בעשירון העליון, 523 ש"ח.⁶

ההכנסות מביטוחים נוספים - 6.5 מיליארד ש"ח - שקולות לכשליש מרמי הבריאות שנגבו בשנת 2011. לרעתנו, היה זה יעיל יותר ובוודאי שוויוני יותר לגבות דמי בריאות מעט גבוהים יותר על מנת שאפשר יהיה להגדיל את הסל הבסיסי עבור כל תושבי ישראל (היות ויש שתי רמות תשלום, מקבלי שכר נמוך יידרשו להוסיף סכום קטן מאוד). במקום לרכוש ביטוח רפואי נוסף שכדאיותו הכספית מוטלת בספק, מוטב שתושבי ישראל ישלמו מס בריאות מעט יותר גבוה ויקבלו הרבה יותר שירותי בריאות בעת הצורך.

למי שבכל זאת חפץ לרכוש ביטוח נוסף, ניתן לשמור את תחום הביטוח המסחרי לניתוחים אלקטיביים שאין להם קשר חיוני למצב הבריאות.

1. חקיקת מנגנון עדכון קבוע

דרך אחת להגדיל את המימון הממשלתי של "עלות הסל" היא לחוקק מנגנון עדכון קבוע לעלות הסל. ראוי להבטיח לסל הבסיסי גידול שנתי של 2% עבור שיפורים טכנולוגיים ועוד כ-2% עבור הגידול באוכלוסייה והזדקנותה. מאז 1997, אוכלוסיית המבוטחים המתוקננים (הלוקחת בחשבון את גיל המבוטחים) עלתה בשיעור ממוצע של 2.46% לשנה, בשעה שהתוספת השנתית הממוצעת שניתנה עבור שינויים דמוגרפיים הסתכמה בשיעור של כ-1.52%. התוספת הממוצעת עבור שיפורים טכנולוגיים הסתכמה בלא יותר מאשר 1.1% מעלות הסל, כאשר התוספת הממוצעת בארצות מפותחות שלהן מערכת בריאות ציבורית היא כ-2%.

לוח 3

עלות הסל: העדכון השנתי הממוצע הרצוי לעומת העדכון השנתי הממוצע בפועל

1997-2010, באחוזים

שינויים טכנולוגיים	שינויים דמוגרפיים	שינויים בתשומות בריאות	ממוצע שנתי של העדכון הרצוי
2.00	2.46	3.64	ממוצע שנתי של העדכון הרצוי
1.10	1.52	2.98	ממוצע שנתי של עדכון עלות הסל ע"י הממשלה

הערות:

- העדכון הרצוי מחושב על פי הנתונים בפועל של השינוי הדמוגרפי ושל מדד תשומות הבריאות בין השנים 1997-2010. התון של השינוי הטכנולוגי מבוסס על המלצות בין לאומיות.
 - הממשלה עדכנה את עלות סל הבריאות על פי מדד יוקר הבריאות הממוצע (2.98%) ולא על פי מדד תשומות הבריאות הממוצע (3.64%).
 - השינוי הדמוגרפי הרצוי חושב על פי הממוצע השנתי בפועל של הנפשות המתוקנות המבוטחות בקופות החולים.
- מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים, ערכו: דניאלה אריאלי, טוביה חורב וניר קידה, שנים שונות.

הצעת חוק שהוגשה לכנסת ה-18 על-ידי חברי כנסת רב חנין, מוחמד ברכה, חנא סוייד ועפו אגבריה (ואשר הוגשה קודם לכן על-ידי חבר כנסת חיים אורון) קובעת עדכון קבוע לעלות הסל של 2% לשנה עבור שירותי בריאות חדשים. אם יאושר החוק יהיה בו כדי לתרום לשיפור הסל.



ההוצאה הלאומית לבריאות: חלקה של המדינה קטן, חלקם של משקי הבית גדל

לוח 4

ההוצאה הלאומית לבריאות לפי גורם מממן: ממשלתי ומשקי בית, 1995–2010

באחוזים מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות

שנה	מימון ממשלתי: מתקציב המדינה ומסים מיועדים	מימון פרטי: תשלומים ישירים של משקי בית ותשלומים עבור ביטוחים פרטיים
1995	67%	28%
2000	62%	33%
2005	62%	36%
2008	61%	36%
2010 (אומדן)	61%	36%

הערה: שאר ההוצאה כולל תרומות מחו"ל ומלכ"רים פרטיים.
מקורות: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן הלמ"ס), הודעה לעיתונות, "בשנת 2011: ההוצאה הלאומית לבריאות 7.7% מהתמ"ג", 13.8.2012. נתונים שהתקבלו מגף חשבונות לאומיים, אפריל 2012.

הוצאות משקי הבית

היום משקי הבית משלמים חלק גדול יותר מהכנסותיהם עבור שירותי בריאות מאשר בעבר: בשנת 1997 משקי בית הוציאו בממוצע 3.8% מסך הוצאותיהם החודשיות על בריאות (מעבר למס בריאות) ובשנת 2010 - 5.0%⁸ זאת בשעה שבארצות ה-OECD, השיעור עמד על 3.2%⁹.

עיקר הגידול בהוצאות לבריאות של משקי הבית מקורו בתשלומים עבור ביטוחים רפואיים (מעבר למס בריאות): ביטוחים משלימים של קופות החולים וביטוחים מסחריים של חברות ביטוח. בשנת 1997 החליטה הכנסת, באמצעות חוק ההסדרים, שאחת הדרכים של קופות החולים לאזן את תקציביהן תהיה מכירת ביטוחים משלימים של שירותי בריאות לא חיוניים. שנתיים אחרי החלטה זאת, ב-1999, מסך המבוטחים בקופות החולים כבר רכשו ביטוח משלים מקופת החולים שלהם; ב-2012 עלה השיעור לכ-80%¹⁰. באותה שנה (2012), ל-39% מהמבוטחים היה גם ביטוח משלים וגם ביטוח מסחרי.¹¹

בין 1997 ו-2010, תשלומי משקי הבית הממוצעים לחודש עבור ביטוחים משלימים של קופות החולים עלו פי 5.75 בממוצע, מ-23.5 ש"ח ל-135.3 ש"ח (במחירי 2010). תשלומי משקי הבית עבור ביטוחי בריאות המשוקים על-ידי חברות ביטוח עלו פי 4.4, מממוצע של 17.6 ש"ח לחודש ל-77.4 ש"ח (במחירי 2010).¹²

ראינו, כי התוצאה של היעדר מנגנון לעדכון מלא של עלות סל שירותי הבריאות היא, גידול במימון מצד משקי הבית. הדבר בא לידי ביטוי ברור כאשר בודקים את ההוצאה הכוללת בישראל על בריאות - מה שקרוי "ההוצאה הלאומית לבריאות": בהשוואה בינלאומית, ההשתתפות הממשלתית במימון מערכת הבריאות קטנה, יחסית, בעוד שההשתתפות של משקי הבית גדולה, יחסית.

ההוצאה הלאומית לבריאות: משקל המימון הממשלתי יורד, משקל המימון הפרטי גדל

לוח 4 מראה כי מאז 1995, משקל המימון הממשלתי של מערכת הבריאות ירד, מ-67% ל-61%, ובמקביל, משקל מימון משקי הבית גדל, מ-28% ל-36% (הנתונים לשנת 2010 זמניים ויתכן שישתנו).

זאת בשעה שבארצות ה-OECD, המימון הציבורי הממוצע עמד על 72% (לעומת 61% בישראל ב-2009).⁷



מימון השירותים הניתנים ישירות על ידי משרד הבריאות

תקציב בריאות הנפש, 2001–2011

במיליארדי ש"ח, במחירי 2011



הערות:

1. הנתונים לעיל הינם נתוני ביצוע נטו.
 2. הנתון לשנת 2011 מורכב מסעיף 13 (בריאות הנפש) ומסעיף 0713 (שירותי בריאות הנפש).
- מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד האוצר, החשב הכללי, דין וחשבון כספי, שנים שונות.

1. נסיבותיה; אנשי בריאות הנפש טוענים שהשירותים חייבים לשרת את כל סוגי החולים;
2. האם הטיפול שיינתן במסגרת הרפורמה יענה על הצרכים של החולים? אנשי בריאות הנפש טוענים שאם מספר הטיפולים יהיה מוגבל מדי, השירות לא יענה על צרכי החולים;
3. הרפורמה כוללת הפרטה חלקית של השירות - לחולים תהיה אפשרות לבחור את המטפלים שלהם, בתמורה לתשלום. אנשי בריאות הנפש טוענים שהסדר הזה מהווה מדרון חלקלק שייצור שתי רמות טיפול.
4. הרפורמה כוללת הפרטה חלקית של השירות - לחולים תהיה אפשרות לבחור את המטפלים שלהם, בתמורה לתשלום. אנשי בריאות הנפש טוענים שהסדר הזה מהווה מדרון חלקלק שייצור שתי רמות טיפול.

שירותי בריאות הנפש

בתקציב המדינה לשנת 2011, ההקצאה נטו לשירותי בריאות הנפש (ללא הוצאה מותנית בהכנסה) עמדה על 1.9 מיליארד ש"ח - 10% מהתקציב הרגיל של משרד הבריאות. בעשור האחרון השיעור הזה היה יציב.

לפני 5 שנים (2007) הוצע חוק המשלב את שירותי בריאות הנפש בשירותי קופות החולים ("הרפורמה").¹³ הרפורמה עלתה על שרטון בגלל תיקצוב שהיה נמוך מדי, להערכת קופות החולים ומומחים אחרים, ובגלל החשש של אנשי מקצוע מפני פגיעה בחולים ובתנאי ההעסקה של המטפלים.

ב־2012 החליט הקבינט להחיל את "הרפורמה" (שבניתיים עברה שינויים רבים, שהוצעו על ידי אנשי מקצוע וארגונים חברתיים) בצו¹⁴ במקום בחקיקה. קופות החולים הסירו את התנגדותן לשילוב שירותי בריאות הנפש במכלול שירותיהן האחרים. באשר לאנשי מקצוע, אלה עדיין חלוקים בדעותם.

נותרו מספר סוגיות במחלוקת:

1. האם המרפאות המופעלות כיום על-ידי משרד הבריאות ימשיכו לתפקד, אם באמצעות קופות החולים ואם באמצעים אחרים; אנשי בריאות הנפש טוענים שסגירת המרפאות תפגע בפריסת השירותים ובחולים;
2. האם הטיפול הנפשי הניתן במסגרת הרפורמה יינתן רק לחולים עם מחלה מאובחנת או גם לאנשים החווים מצוקה

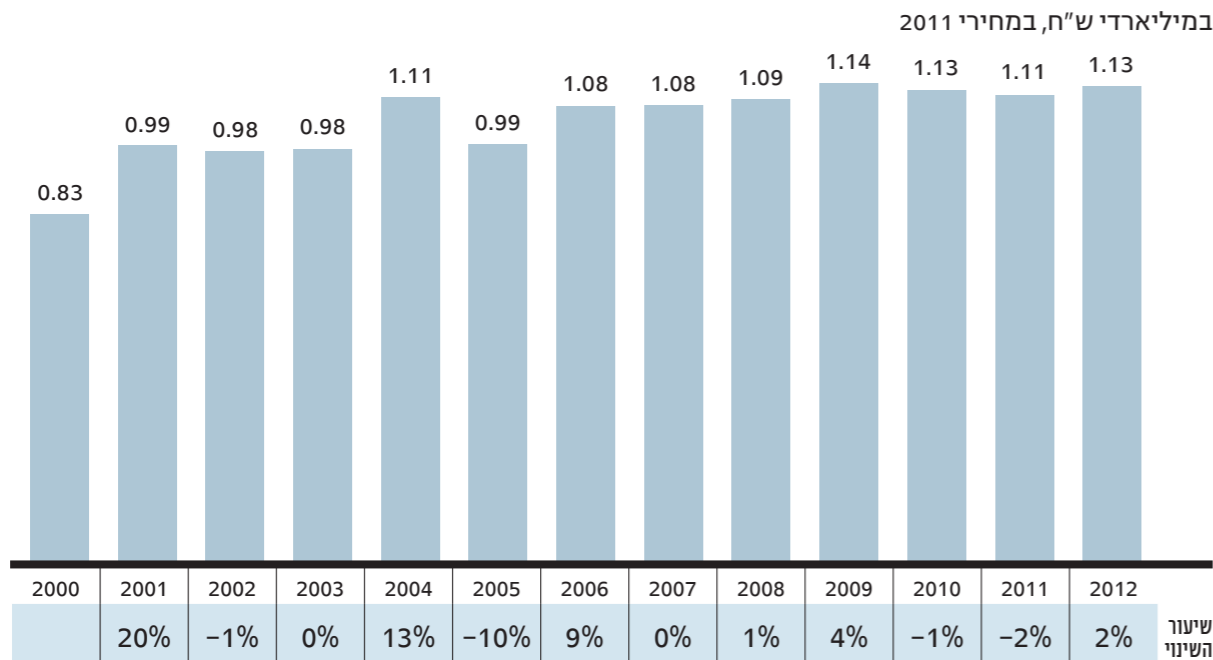
מבוא

לוח 1 לעיל הראה בבירור כי תקציבי השירותים הניתנים ישירות על-ידי משרד הבריאות גדלים בשיעור נמוך משמעותית מהתקציבים המממנים את השירותים הניתנים על-ידי קופות החולים. התוצאה היא שחיקה ברמתם של שירותים אלה.

דרך המלך למניעת שחיקה זאת היא שילוב השירותים הללו - בריאות הנפש, האשפוז הסיעודי וטיפול שיניים לילדים ולוקנים - בסל הבסיסי של שירותים הניתנים על-ידי קופות החולים

בעת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994), התכוון המחוקק לשלב בעתיד את שירותי בריאות הנפש ואת האשפוז הסיעודי בסל השירותים הניתנים על-ידי קופות החולים. שילובם של שירותים אלה בסל קופות החולים עשוי לתרום לרציפות הטיפול, בין אם מדובר ברציפות גילית ובין אם באי הפרדה בין גוף ונפש האדם. באשר לרפואת שיניים, מדובר בתחום שהיה ממוקם מאז ומתמיד במגזר הפרטי, מה שגרם לכך שבעלי הכנסות נמוכות סובלים מבעיות שיניים וחניכיים.

תקציב האשפוז הסיעודי: מוסדות ציבוריים ופרטיים, 2000–2012



הערות:

אשפוז סייעודי מורכב מסעיפי התקציב הבאים: 1008 לשנים 2000–2010; 1007 לשנים 2000–2005; 071001 לשנים 2011–2012. הנתונים לשנים 2000–2010 הם נתוני ביצוע נטו. הנתון לשנים 2011–2012 לקוח מתוך הוראות התקציב.

מקורות: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד האוצר, החשב הכללי, דין וחשבון כספי, שנים שונות; משרד האוצר, הוראות התקציב לשנת הכספים 2012, משרד הבריאות, מרץ 2011.

המחלקה לרפואת שיניים קהילתית בפקולטה לרפואת שיניים בבית החולים הרסה. הקואליציה גם ניסחה הצעת חוק חדשה המעניקה טיפול שיניים לקשישים. ניתן לומר שהפיכת טיפול שיניים מונע לילדים משירות פרטי לשירות ציבורי היא אחת ההתפתחויות החיוביות שהתרחשו במערכת הבריאות הציבורית בשנים האחרונות. יש להניח שהיא תתרום רבות לשיפור מצב השיניים והחניכיים של תושבי ישראל.

האשפוז הסייעודי בסל השירותים של קופות החולים, אולם משרד האוצר התנגד לה. מר יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות, בשיתוף עם ארגונים חברתיים החותרים אף הם לשילוב, מעוניין לקדם את הנושא. הרפורמה שמוכיל סגן השר ליצמן אמורה לעלות 1.2 מיליארד ש"ח ולהיות ממומנת מהעלאה הדרגתית של עד 0.5% במס הבריאות. התוכנית מעוררת התנגדות לא רק במשרד האוצר אלא גם במוסד לביטוח לאומי, הגוף המפקד על הטיפול בחולים סייעודיים בקהילה. גם חברות הביטוח מתנגדות.¹⁵

הרפורמה של סגן השר ליצמן מאחדת את שירותי האשפוז ומעבירה את עיקר האחריות לטיפול הסייעודי לקופות החולים. היא מעניקה טיפול סייעודי לכל נזקק בתמורה להעלאה מוערית במס הבריאות.

רפואת שיניים

עד לתקציב 2011–2012, רפואת שיניים לא היתה נושא תקציבי, משום שהיא מבוצעת על ידי המגזר הפרטי. ב-2010 החליטו הממשלה והכנסת לממן טיפול שיניים מונע לילדים עד גיל 8 ולממן זאת מהתוספת שניתנה לסל השירותים של קופות החולים עבור שיפורים טכנולוגיים לאותה שנה. בתקציב המדינה לשנים 2011–2012 נמצא לראשונה ביטוי לרפואת שיניים, במסגרת קביעת עלות סל השירותים של קופות החולים. נקבע שבשנת 2011, כחלק מהתוספת הטכנולוגית, יוקצה סכום של 127 מיליון ש"ח לטיפול שיניים לילדים ושככל אחת מהשנים 2012 ו-2013, יוקצה סכום של 80 מיליון ש"ח נוספים. המטרה הייתה להעלות בהדרגה את גיל הילדים הזכאים לטיפול שיניים עד ל-14.¹⁶ ביולי 2011 הורחב השירות לילדים עד גיל 10.

המסע להכללת טיפול שיניים מונע לילדים בסל השירותים של קופות החולים החל בעבודה מאומצת של "הקואליציה לבריאות שיניים ציבורית", המאגדת 9 ארגונים, יחד עם

התוכנית לשילוב שירותי בריאות הנפש בקופות החולים באה באיחור רב ועל רקע הקצאות תקציביות שאינן עונות על הצרכים. תקופת ההמתנה לקבלת טיפול היא ארוכה, עד שישה חודשים או יותר לביקור ראשון.¹⁵

האשפוז הסייעודי

כל שנה מחליטה הממשלה על תוספת תקציבית שאמורה לסבסד מספר גדול יותר של אשפוזים סייעודיים בבתי חולים סייעודיים, ממשלתיים ופרטיים. הסבסוד נקרא "קוד"; דרך סעיף תקציבי זה מסייע משרד הבריאות לכ-70% מהמשפחות הנאלצות לאשפוז את יקיריהן במוסדות סייעודיים. גובה הסבסוד נקבע על בסיס מבחן אמצעים של החולה, ילדיו ובני הזוג של ילדיו.

מאז 2000 ידע תקציב האשפוז הסייעודי עליות וירידות. הגידול הממוצע בשנים 2000–2012 היה 3.0%. השאלה היא האם גידול זה עונה על הצרכים.

התשובה שלילית. בעיה ידועה היא גובה הסבסוד של משרד הבריאות. משפחות עניות משלמות רק את קצבת הזקנה/השלמת הכנסה של החולה (במקרה של זקנים – שהם הרוב). משפחות שאינן עניות משלמות בין 2,350 ש"ח ל-9,000 ש"ח לחודש כהשתתפות עצמית.¹⁶ ויש משפחות ששילמו אף יותר. רמות תשלומים אלה מאיימות למוטט משפחות רבות.

הטיפול הסייעודי הציבורי כולל לא רק אשפוז, אלא גם טיפול בקהילה – שעות טיפול המשולמות על-ידי המוסד לביטוח לאומי במסגרת חוק סיעוד (1988), כשחלק מהתשלומים מכסים חלק משעות העבודה של מהגרות עבודה מחו"ל.

בשנת 2009, שיעור המוגבלים בקרב בני 65 – אלה הזקוקים לסיוע בבית ואלה המאושפזים בבתי חולים סייעודיים – עמד על כ-23%; 19.5% קיבלו סיוע בבית ו-3.5% היו מאושפזים.¹⁷ לפני שנים הגיש משרד הבריאות תוכנית שמטרתה לשלב את

היעד: שיפור תנאי התעסוקה של רופאים ואחיות המועסקות במערכת הציבורית, כדי לשמור על מערכת ציבורית טובה

האחיות

בשנה האחרונה היינו עדים לסנקציות בהן נקטו אחיות בתי החולים במחאה על עומס העבודה – ועל רמת השכר. לפי הדו"ח של OECD, *Health at a Glance, 2011*, ישראל היא "במקום טוב באמצע" כאשר מדובר בשכר האחיות- ממוצע של 43,000 דולר לשנה (במונחי כוח קניה – USD PPP; עמ' 77). בשנת 2010 היו בישראל 57,609 אחיות, 37% מהן מעל גיל 55. 10.5% היו גברים. מאז שנת 2003, מספר הרשיונות החדשים במקצועות הסיעוד נמצא במגמת ירידה (אתר משרד הבריאות, "מקצועות הסיעוד": 107). בעוד ששכר האחיות בישראל מדורג במקום טוב באמצע, הרי שבדירוג מספר האחיות ל-1,000 נפש מדורגת ישראל במקום 31 מתוך 41 ארצות, עם 4.5 אחיות לכל 1,000 תושבים. גם היחס בין מספר האחיות למספר הרופאים נמוך בישראל – 1.3 אחיות לרופא, לעומת ממוצע של 2.8 אחיות לרופא ב-OECD.

העתיד הקרוב לא נראה שונה מההווה: בדירוג של מספר

בוגרות מקצוע הסיעוד בשנה, ישראל, עם 11.4 בוגרות לכל 100,000 תושבים, נמצאת במקום נמוך בהשוואה לממוצע בארצות OECD (2009) – 25 בוגרות ל-1,000 אחיות עובדות (שם: 75).

תפקיד האחיות

בשנים האחרונות חלו שינויים רבים בעבודת האחיות, הן בקהילה והן בבתי החולים. כאן נתמקד באחיות העובדות בבתי החולים ובאחיות העובדות בשירותי בריאות הציבור: תחנות אם וילד ("טיפת חלב") ושירותי הבריאות לתלמיד (חיסונים ובדיקות ראייה, שמיעה, משקל גוף ועוד).

לאחיות המוצבות בתחנות אם וילד יש משימות רבות מבעבר. עליהן לבצע חיסונים חדשים ולעקוב אחרי סימני תופעות כמו אלימות במשפחה, דיכאון אחרי הלידה וילדים בסיכון. האחיות נדרשת לטפל בהתפרצות מחלות מדבקות ברמה המקומית והארצית. הן היחידות המטפלות באופן מוסדי במהגרי עבודה. בהתאם להלך הרוח הרואה ב"התייעלות" את צו השעה, משרד

האוצר אינו מאפשר למחלקות לבריאות הציבור להוסיף תקנים, דבר שהיה מגדיל את מספר האחיות במרפאות ומקל עליהן לבצע את המשימות החדשות.

גם עבודת האחיות המועסקות בשירותי הבריאות לתלמיד בבתי הספר התרחבה והיא כוללת היום הרבה יותר פעולות מבעבר: יותר חיסונים ויותר בדיקות. מסירת שירותי אחות בית ספר לקבלנים פרטיים הביאה להכבדה נוספת בעומס המוטל על האחיות המועסקות על-ידי הקבלנים, להפחתת הזמן המוקדש לכל תלמיד וגרוע מכל, להיעדר מעקב במקרים של גילוי ליקויי בריאות אצל תלמידים.²⁰

אחיות בבתי חולים מבצעות גם הן במסגרת תפקידן יותר פעולות מבעבר. בין הפעולות החדשות: מיון חולים, לקיחת בדיקות דם ומתן תרופות נגד כאבים על פי שיקול דעתן. יש מגמה של הגדרת האחיות כמרכזות הטיפול בחולה. מגמה זו היא בין היתר תולדה של מחסור ברופאים מצד אחד ואקדמיזציה של מקצוע האחיות מהפן האחר. אם בעבר הכשרת האחיות הייתה שלוש שנות לימוד וקבלת תעודה של אחות מוסמכת, כיום מדובר בארבע שנות לימוד אינטנסיביות וקבלת תואר ראשון.

אחות בית החולים, לא זו בלבד שהיא מבצעת יותר משימות מבעבר, אלא שהעבודה נעשתה קשה ותובענית יותר. החולים של היום הם מבוגרים יותר (בגלל העלייה בתוחלת החיים) ומחלותיהם מורכבות יותר עקב טכנולוגיות המאפשרות לחולים עם מחלות סופניות להישאר בחיים זמן רב יותר מבעבר. החולים מודעים יותר לזכויותיהם במערכת הבריאות הציבורית (דבר חיובי כשלעצמו) והם בעלי ידע רב יותר מקודמיהם לגבי מצבם הבריאותי. גם בני המשפחה של החולים המאושפזים מודעים יותר – הן לגבי זכויות החולה והן לגבי המחלות מהן סובלים יקיריהם. גם החולה וגם בני המשפחה

דורשים יותר תשומת לב מבעבר, ואשת הרפואה בה הם נתקלים לעתים הקרובות ביותר היא האחיות.

השינויים האלה מתרחשים על רקע צפיפות גוברת בבתי החולים הציבוריים בישראל, כאשר בתי החולים סובלים מחוסר מיטות ומחוסר תקנים לאחיות ולרופאים. אחיות בכירות רואות פתרון חלקי של הבעיה בהוספת תקני אחיות בבתי החולים. הן מציעות גם יצירת משרת ביניים של עוזר/ת אחות.

במרץ 2012 חתמו משרד האוצר, עיריית תל אביב-יפו, חיפה וירושלים, שירותי בריאות כללית, ההסתדרות המדיצינית הדסה, הסתדרות העובדים הכללית החדשה והסתדרות האחים והאחיות הסכמים להגדרת היצע האחיות בבתי חולים ובקהילה ולהפחתת העומס במוסדות הרפואיים. העניין המרכזי היה לאפשר לאחיות לעבוד שעות נוספות, הן בבתי החולים והן בשירותים בקהילה, בתנאים מסוימים ובתגמול נאה. ההסכם מהווה הכרה במחסור באחיות אולם הוא אינו מרחיק לכת עד כדי יצירת תקנים חדשים.

שכר האחיות

גובה השכר של אחות תלוי בוותק שלה, ההשכלה ושעות עבודתה, קרי משמרות – בעיקר בלילות ובסופי השבוע. שכר הבסיס של אחות ללא משמרות לילה וסופי שבוע הוא נמוך למדי. בסוף דצמבר 2012, אחרי שביתה בת 17 יום, נחתם הסכם שכר בין משרד האוצר והסתדרות האחיות ובו תוספת שכר בגובה אחיד של 1,300 ש"ח שיינתן על פני 4.5 שנים, כאשר מרבית התוספת אמורה להינתן בשנה הראשונה להסכם (גלונס, 2012.12.23).

מה צריך להשתנות?

- יש ליצור יותר תקנים לאחיות, הן בבתי החולים והן במרפאות בקהילה;

- יש להגדיר מחדש את התקינה – יחס אחות־מטופלים;
- יש ליצור מדרג בסיסית: בנוסף לאחות מוסמכת, יש להגדיר תפקידים כאחות בכירה, אחות מומחית קלינית בעלת סמכויות לאבחון וטיפול ועוזרת אחות.
- יש להחזיר את שירותי הבריאות לתלמיד לאחריותו הישירה של משרד הבריאות;
- מבנה השכר של האחות צריך לאפשר פרנסה הוגנת גם ללא משמרות לילה וסופי שבוע;
- יש להפוך את עיסוק האחות למושך יותר, כדי שיותר צעירות וצעירים יבחרו בו, על־ידי עיצובו מחדש כמקצוע עם אופק מאתגר שיש לו גם היבט קליני וגם היבט ניהולי;
- אחת הדרכים להעלות את יוקרת המקצוע היא לשתף נציגות של האחיות בכל פורום ציבורי הדין בסוגיות רפואיות ובמדיניות בריאות.

הרופאים

בישראל בולטות כיום שלוש בעיות בכל הנוגע לרופאים: השיעור הנמוך של רופאים ל־1,000 נפש; גילם המבוגר של קרוב למחצית הרופאים; ומספרם הקטן של בוגרי לימודי הרפואה כל שנה בהשוואה לצורך הנצפה. בישראל היו כ־34,046 רופאים, כאשר 45% מהם נשים (אתר משרד הבריאות: "רופאים": 19). שיעור הרופאים עמד אמנם על 3.4 ל־1,000 נפש – שיעור גבוה מהמוצע בארצות OECD – 3.1 (HEALTH AT A GLANCE, OECD, 2011). אלא שמספר הרופאים אינו משקף בהכרח את המצב בשטח: חלק מהמחזיקים ברשיון נמצא בחו"ל וחלק אינו עוסק ברפואה; לישראל אין רישום של רופאים המועסקים בענף הרפואה²¹. דיווחים מהשטח – אם מבתי החולים ואם ממרפאות קופות החולים בקהילה – מעידים על מחסור ברופאים ועל עומס יתר, במיוחד למתמחים ולרופאים בקהילה.

בישראל, 46% מהרופאים הם מעל גיל 55 (שם, 62) – השיעור הגבוה ביותר של רופאים מבוגרים בקרב ארצות OECD.

לישראל גם שיעור תחלופת רופאים הנמוך ביותר בקרב ארצות OECD – 4 בוגרים לכל־100,000 נפש, כאשר הממוצע בקרב ארצות OECD הוא יותר מכפול מזה – 9.9 לכל 100,000 נפש. גם אם משווים את מספר הבוגרים למספר הרופאים העובדים, ישראל נמצאת בתחתית, עם 11.6 בוגרי רפואה לכל 1,000 רופאים עובדים, בהשוואה לממוצע בארצות OECD – 32.5 (שם, 65). נתונים אלה מצביעים על הצורך ביותר בוגרי רפואה ויותר תקנים לרופאים בבתי חולים ובמרפאות בקהילה.

מחסור בתקנים לרופאים ועומס יתר על הרופאים במרפאות בקהילה ועל המתמחים

המערכת סובלת ממחסור ברופאים, הן בבתי החולים והן בקהילה. כתוצאה ממחסור זה נוצר עומס כבד על רופאי הקהילה ועל המתמחים בבתי החולים. הסכם העבודה שנחתם בספטמבר 2011 עם רופאי בתי החולים הביא לכמה שיפורים. אולם המצב עדיין רחוק מלהשביע את רצונם של רופאים רבים, הקוראים להקלת העומס למען בריאותם, למען בריאות המטופלים ולמען בריאותה של מערכת הבריאות הציבורית.

באוגוסט 2012, כשנה לאחר החתימה על ההסכם, דיווחה ההסתדרות הרפואית בישראל על תוספת לבתי החולים של 416 תקנים מתוך 1,000 שעליהם הוסכם ("שנה לחתימה על הסכם הרופאים – סיכום ביניים"). בהסכם נוסף שנחתם עם נציגי המתמחים, נקבעו צעדים שמטרתם להקל את העומס על המתמחים, ביניהם קנס לבתי חולים הדורשים ממתמחה לבצע מעל 6 תורנויות בחודש. בינתיים דווח שאין מפעילים את הקנס (לינדר־גנץ, רוני, "הסכם הרופאים הביא להישגים – אך אמונם במערכת עדיין לא שוקם", 16.8.2012, דה מרקד) ושמתמחים ממשיכים לעשות מעל 6 תורנויות בחודש. לעומת זאת, שיפור שהמתמחים מרוצים ממנו הוא מתן אפשרות לעשות, פעם בשבוע, "תורנות שליש" עד שעה 21:00 בערב במקום תורנות מלאה לאורך כל הלילה (שם).

למרות ההסכם, המתמחים עדיין מדווחים על עומס בלתי־סביר, הנובע לא רק מתורנויות רבות אלא גם ממספר החולים במחלקות לעומת מספר הרופאים ומהצורך לבצע פעולות רבות שהן לא רק רפואיות אלא גם פרה־רפואיות. את הפתרון

הם רואים בהוספת תקנים וביצירת משרות ביניים של עוזרי רופאים, כמו מנהלי רשומות רפואיות, מזכירות רפואיות, טכנאי דמים וטכנאי אקג (וייסבוך, 2012).²²

מחסור בתקנים מאפיין לא רק את בתי החולים אלא גם את המרפאות בקהילה. שירותי בריאות כללית, המפעילה גם בתי חולים וגם מרפאות קהילתיות, חתמה במרץ 2012 על הסכם נפרד עם ההסתדרות הרפואית עבור הרופאים בקהילה. ההסכם לא הוסיף תקנים לרפואה הקהילתית אלא קבע לרופאים במרפאות "נורמה" של 5 תורים לשעה במקום 6. מנקודת המבט של הרופאים, מטרת הקטנת הנורמה הייתה להוריד את העומס מהרופאים על־ידי הוספת רופאים למערכת. לעומת זאת, מנקודת המבט של הקופה, מטרת הקטנת הנורמה הייתה לעורר את הרופאים לקבל יותר חולים על־ידי תגמול נוסף על כל חולה שמעבר לנורמה. במקרים רבים הקופה אינה מאפשרת לרופאים לסרב לקבל חולים חדשים (וזאת בניגוד לנאמך בהסכם) והרופאים בקהילה מוצאים את עצמם עובדים שעות נוספות רבות.

אולם הנורמה אינה כל הסיפור: בשטח, אחרי קביעת התורים הרגילים, חולים המוגדרים כרחופים מתווספים לחולים שתוריהם נקבעו מראש. אזי ניצב הרופא בפני שתי ברירות: לצמצם את הזמן הניתן לכל חולה או לתת לכל חולה את הזמן שנחוצו על מנת להעניק לו טיפול נאות ובכך להאריך את שעות הקבלה. רופאים המועסקים במרפאות בקהילה אינם מקבלים תשלום עבור שעות נוספות אלה. לא רק זאת אלא שאחרי סיום שעות הקבלה, על הרופא לעבור על תוצאות הבדיקות של מטופליו ועל השאלות שהוגשו באינטרנט במסגרת ה"אל־תור". גם עבור הפעולות האלה אין תמורה; וההסכם החדש רק מאריך את שעות העבודה.

בשורה התחתונה: בעקבות הסכם השכר החדש, הרופאים בקהילה עובדים יותר שעות, כאשר חלקן אינן מחושבות או מתוגמלות. שכרם בפועל של הרופאים כמעט ולא השתנה.

רופאים ורפואות

קרוב למחצית הרופאים הן נשים. מצב הרפואות דומה לזה

של הרופאים, בתוספת סוגיות הרלוונטיות לרופאות בלבד. בין הסוגיות האלה: הפרשי שכר לטובת הרופאים, מקרים של הטרדה מינית, היעדר התייחסות לצרכיהן המיוחדים הנובעים מתפקידיהן של הרפואות במשפחה, והיעדר ייצוג בהסתדרות הרפואית בישראל.

ארגון הרפואות בישראל, הפועל בתוך ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), נוסד בשנות השלושים על־ידי רופאות שעלו מגרמניה במטרה לקדם את מעמד הרפואה ולקדם נושאי בריאות הרלוונטים לנשים. לארגון אין ייצוג או סמכות בתוך ההסתדרות הרפואית בישראל. הארגון פועל לפתור בעיות של רופאות הנובעות מהיותן נשים ולאחרונה הוא התריע על היעדר ייצוג רופאות במוסדות הר"י.

שכר הרופאים

מאבקם של רופאי בתי החולים לקראת חתימת הסכם חדש התמקד כמובן בסוגיית השכר. לפי דו"ח הביניים של ההסתדרות הרפואית, עד לפעימת אוגוסט 2012 של ההסכם החדש, קיבלו הרופאים בבתי החולים תוספת שכר של "לפחות 12.1%", כאשר התוספת הכוללת אמורה להגיע ל־38%. קשה לאמוד את התוספת בשקלים, כיוון ששכר הרופא תלוי בגורמים שונים, כמו מעמד, דרגה, ותק, תורנויות וכוננויות. סימולציה שנעשתה על־ידי ההסתדרות הרפואית מראה כי עבור רופאים מומחים בדרגה 5 בעלי וותק של 10 שנים העושים שני חצאי־תורנויות וארבע כוננויות, התוספת הסתכמה בכ־3,500 ש"ח לחודש עבור אורטופדים, 4,800 ש"ח עבור רופאים פנימיים ו־5,400 ש"ח עבור רופאים כירורגיים המועסקים במרכז. בפריפריה התוספות היו גדולות יותר: 5,000 ש"ח, 6,600 ש"ח ו־7,000 ש"ח, בהתאמה.

ההסכם היה אמור לכלול מענקים בסך 300,000–500,000 ש"ח למתמחים הבוחרים להתמחות בפריפריה. בעקבות ההבטחה, עברו מאות מתמחים לבתי חולים בפריפריה. אולם חלק מהם לא קיבל את המענקים המובטחים (וייסבוך, 2012) ואלה שכן קיבלו גילו שמה שמשרד האוצר נותן ביד ימין הוא מושך חזרה ביד שמאל: המענקים ממוסים בשיעור של 48% (שם). באוקטובר 2012 הודיע משרד הבריאות כי בשנת 2013 יופחתו



היעד: סגירת פערים בנגישות לשירותים

בקהילה. יש גם בעיות נגישות לשירותי שיקום, שירותי פיזיותרפיה והשירות הסוציאלי – בעיקר במחוזות הצפון והדרום (שם: 88). קיימות עדויות גם על עיכוב במתן עזרה דחופה בקהילה לתושבי היישובים המרוחקים בדרום (שם).

שיעור רופאים מומחים מועסקים ל-1,000 נפש

לפי מחוז תעסוקה, ממוצע לשנים 2006-2008

תל אביב	חיפה	מרכז	ירושלים	דרום	צפון
2.7	2.1	1.8	1.8	1.2	1.1

מקורות: עיבוד של מרכז אדוה מתוך ענת שמש, מאפיינים תעסוקתיים של רופאים בישראל, דו"ח מחקר שהוגש למכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות בריאות, מאי 2012; הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 2011: לוח 2.6.

לפי הנתונים המעודכנים ביותר שיש בידינו, התמונה עבור רופאים מומחים דומה מאוד לזאת של רופאים כלליים: השיעורים הגבוהים ביותר של רופאים לאוכלוסייה הם במחוזות תל אביב והמרכז בעוד שהשיעורים הנמוכים ביותר הם במחוזות דרום וצפון.

אי שוויון במיטות אשפוז

באשר למיטות אשפוז בבתי חולים כלליים, יש לציין כי:

1. השיעור הכללי של מיטות אשפוז בארץ נמצא במגמת ירידה;
2. השיעור הכללי בארץ נמוך יחסית לשיעור הממוצע בארצות OECD;
3. קיימים פערים גדולים בשיעור מיטות האשפוז בין חלקי הארץ השונים.

בסוף 2011 היו בארץ 14,771 מיטות לאשפוז כללי, גידול של 96 מיטות בהשוואה לשנה הקודמת. אולם תוספת זאת לא

רבות נכתב על הפערים בנגישות לשירותי בריאות בין מרכז הארץ לבין הדרום והצפון. על כן, במסמך הזה נזכיר רק שלוש סוגיות: שיעור הרופאים, שיעור מיטות האשפוז הכלליות והמחסור בשירותי בריאות הנפש. חלק מהנתונים מקורם בדו"ח שפירסם משרד הבריאות בשנת 2010: אי-שוויון בכריאות וההתמודדות עמו.

אי שוויון בשיעור הרופאים

שיעור רופאים מועסקים ל-1,000 נפש

לפי מחוז תעסוקה, ממוצע לשנים 2006-2008

תל אביב	חיפה	מרכז	ירושלים	דרום	צפון
5.5	3.8	3.8	2.6	2.1	1.6

הערה: במחוזות הדרום והצפון קיים סיכוי לטעות דינמה גבוהה. מקור: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, 2010: 82. מקור הנתונים הוא סקרי כוח אדם של הלמ"ס. "מועסקים" כולל אנשים שדיווחו שעבדו לפחות שעה אחת בשבוע בעבודה כלשהי תמורת שכר, רווח או תמורה אחרת.

היתרון של מחוז תל אביב ברור, עם 5.5 רופאים לכל 1,000 נפשות. מעקב החל משנת 1995 מעלה כי בכל המחוזות פרט לתל אביב נרשמה ירידה. הירידה הגדולה ביותר נרשמה בירושלים, שבה היו בשנים 1995-1997 4.3 רופאים לכל 1,000 נפשות, לעומת 2.6 בשנים 2006-2008.

באשר לרופאים מומחים, הדו"ח של משרד הבריאות מציין שקיימות עדויות על מחסור של קבע ברופאים מומחים ומתמחים, במיוחד בבתי החולים (שם: 82). לוועדה שהוקמה במשרד הבריאות, לבחינת דרכי התמודדות עם מחסור בכוח אדם בפריפריה, הגיעו עדויות על מחסור בתחום הרפואה המקצועית, כולל רפואת ילדים, כירורגיה ואורתופדיה

- רפואה, אחד באוניברסיטת תל אביב לבעלי תואר ראשון במדעים והשני באוניברסיטה העברית לעתודאים (וופנה, 2012). דרך נוספת להגדיל את מספר הרופאים היא להקל על הקליטה של ישראלים שלמדו רפואה בחו"ל (וייסבוך, 2012). מדי שנה מסיימים כ-600 ישראלים את לימודי הרפואה בבתי ספר בארץ וכ-700 בבתי ספר בחו"ל (שם).
- יש להגדיל את מספר התקנים, הן בבתי החולים והן במרפאות הקהילתיות.
- יש ליצור משרות ביניים של עוזרי רופאים שיבצעו עבודות פרה-רפואיות וישררו את הרופאים לפעולות רפואיות.
- יש להגביר את המאמצים למשוך רופאים צעירים לפריפריה, על-ידי משיכת רופאים ידועים לפריפריה, אולי רופאים בפנסיה, כדי שאלה ימשכו את הצעירים אחריהם (וייסבוך, 2012). כמו כן יש לקיים את ההבטחות לתמורה מוגברת לרופאים העוברים לעבוד בפריפריה.
- יש לנקוט בצעדים כדי להשוות את שכר הרופאות לשכר הרופאים.
- יש לשנות את המיסוי הגבוה המוטל על התמרוצים הניתנים למתמחים העוברים לפריפריה.

המענקים לחלק מהמתמחים (לינדר-גנץ, "הקריטריונים יוחמרו: המענקים למתמחים ברפואה יקוצצו", דה מרקר, 28.10.2012).

בעיית הייצוג

מאבק הרופאים לקראת החתימה על הסכם העבודה החדש בשנת 2011 הבליט את בעיית הייצוג של חלק מציבור הרופאים. המתמחים גילו שהסוגיות שבראש מעייניהם – עומס העבודה ושכר הרופאים הצעירים – אינם נמצאים על סדר יומה של ההסתדרות הרפואית, הנשלטת על-ידי ראשי המחלקות בבתי החולים.

מצידם, הרופאים בקהילה גילו שהם אינם שותפים להסכם החדש המתגבש. אחרי מאבק, הם קיבלו מידע חלקי אולם התנגדויותיהם לא הובאו בחשבון. ההסכם החדש הרע את תנאי העבודה של רופאי הקהילה; הורדת ה"נורמה" לא הביאה להפחתת העומס אלא להגברתו. עבור חלק מהרופאים, ההכבדה בעומס לא מצאה ביטוי של עלייה בשכר. ההסתדרות הרפואית אינה פועלת לאכוף את הנורמה החדשה, אינה דורשת תוספת תקנים ואינה נאבקת כדי שהרופאים בקהילה יקבלו שכר עבור כל שעות העבודה שלהם – כל אלה דרישות של הרופאים במרפאות.

כאמור, הרפואות המועסקות במערכת הבריאות הציבורית התריעו, באמצעות ארגון הרפואות בישראל, על היעדר ייצוג בתוך הר"י. חוסר הייצוג גורם לכך שהאיגוד המקצועי הרשמי של הרופאים בישראל – אחד האיגודים המקצועיים החזקים בארץ – אינו נוקט בשום צעדים כדי להשיג שוויון הזדמנויות ושוויון בשכר בין רפואות לרופאים, אינו מחפש פתרונות לצרכים המיוחדים של רפואות אמהות ואינו פועל להשיג תנאי פרישה הולמים לרפואות.

מה צריך להשתנות?

- יש ליצור יותר מקומות לישראלים בבתי הספר לרפואה. כמה צעדים בכיוון הזה כבר ננקטו: הוקם בית ספר לרפואה בצפת ונפתחו שני מסלולים חדשים ללימוד



היעד: סגירת פערים במצב הבריאות

כמו בנושא הפערים בנגישות לשירותי בריאות כך גם בנושא הפערים במצב הבריאות, מספר הסקירות והניתוחים הוא רב. על כן, במסמך הזה נגביל את ההצגה לפערים בתמותת תינוקות, בתוחלת חיים, בתחלואה ממחלת הסכרת ובמצוקה נפשית.

תמותת תינוקות

תמותת תינוקות – מספר התינוקות הנפטרים במהלך השנה הראשונה לחייהם לכל 1,000 לידות חי – היתה מאז ומתמיד גבוהה בקרב הערבים יותר מאשר בקרב היהודים. גם כאשר שיעור הפטירות ירד בהתמדה בקרב שתי הקבוצות, הפער ביניהן נשאר. בשנת 2010, היחס היה 2.7, כאשר שיעור תמותת התינוקות היה 2.7 לכל 1,000 לידות חי אצל היהודים ו-7.3 לכל 1,000 לידות חי אצל המוסלמים, הקבוצה הגדולה ביותר בקרב הערבים (הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל, 2011: 191).

תמותת תינוקות, 2010, ל-1,000 לידות חי

יחס תמותת מוסלמים ליהודים	מוסלמים	יהודים
2.7	7.3	2.7

הערה: שיעור תמותת תינוקות לעיל מחושב על פי שיעורים ממוצעים לשנים 2008-2010. מקור: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 2011, לוח 3.11.

תוחלת החיים

כידוע, תוחלת החיים בארצות המפותחות הולכת ומתארכת; כך קורה גם בישראל, הן אצל יהודים והן אצל ערבים. פחות ידועה העובדה שהפערים בין שתי הקבוצות גדולים: בשנת 2010, תוחלת החיים הממוצעת של גברים יהודים עמדה על

ואת פריסתם הגיאוגרפית אולם הדרך לשוויון עוד רחוקה. המענקים הניתנים למתמחים במקצועות נדרשים ובמקומות עבודה בפריפריה בעקבות ההסכם אינם מגיעים בזמן אמת והם מחויבים ב-48% מס הכנסה. יש צורך לייעל את הטיפול בבקשות של המתמחים למענקים ולשנות את גובה המס, שהרי המטרה הייתה להעלות את שכר המתמחים באופן משמעותי ולא לעשות עיסקה סיבובית בין כיס ימין (ההוצאה) לכיס שמאל (ההכנסה) של תקציב המדינה.

בלבד. במצפה רמון ובירוחם אין שירות קבע. מחברי דו"ח המומחים מוסיפים שהמצב ביישובים הערביים קשה במיוחד. להוציא מרפאה אחת ברהט, אין מרפאות פסיכיאטריות ציבוריות ביישובים הערביים בנגב – ותושביהם אמורים להגיע לבית החולים סורוקה לשם קבלת טיפול (שם). בצפון יש מרפאות ציבוריות בשני יישובים ערבים בלבד: אום אלפחם וסכנין.

יתר על כן, לפי נייר העמדה של צוות המומחים, תורי ההמתנה לטיפול נפשי הם "בלתי נסבלים" – במקרים רבים, זמן ההמתנה לתור ראשון במרפאה ציבורית הוא חצי שנה ואף יותר.

כיצד אפשר לקדם את היעד של סגירת פערים בנגישות לשירותים?

הפתרון מתחלק לשניים: פתרונות בתחום פריסת השירותים ופתרונות בתחום כוח האדם. בשני התחומים, המפתח נמצא בידי הממשלה והוא קשור לתקציב. יש צורך בבניית מיטות אשפוז נוספות בצפון ובדרום, דבר המצריך גידול בתקציב הפיתוח של משרד הבריאות. לגבי התגבור של השירותים בקהילה, הגורמים בעלי האחריות הישירה הם קופות החולים. משרד הבריאות, בתור רגולטור, יכול להעניק לקופות החולים תמריצים לפתח שירותים חסרים באזורים פריפריאליים.

אם לא ינקטו צעדים לשמור על המרפאות לבריאות הנפש המופעלות היום על-ידי משרד הבריאות ואם לא יוגדלו הפריסה וההיצע של השירותים האמבולטוריים, "הרפורמה" עשויה להחריף את מצב הנגישות לשירותי בריאות הנפש במקום לשפרו.

כל הנתונים מצביעים על מחסור באחיות וברופאים, במיוחד בפריפריה. כאשר לאחיות, הפתרון אינו יכול להיות הורדת היוקרה של מקצוע האחות על-ידי שימת הדגש על אחיות מעשיות, אלא בהעלאת היוקרה של המקצוע, דרך שמירה על רמת ההכשרה, הגדלת מספר התקנים של אחיות בבתי חולים ומתן סמכות לאחות לכצע פעולות רפואיות.

הסכם הרופאים שנחתם לפני כשנה שיפר את שכר הרופאים

היה בה כדי לבלום את מגמת הירידה בשיעור מיטות האשפוז: בשנת 2000, שיעור המיטות ל-1,000 נפש עמד על 2.22; ב-2005 הוא ירד ל-2.09; ב-2010 הוא ירד עוד ל-1.19 ובסוף 2011 הוא עמד על 1.88 (אתר האינטרנט של משרד הבריאות, "מיטות אשפוז ועמדות רישוי: 2010-2011").

שיעור זה נמוך מהממוצע בארצות OECD – 3.8 מיטות לנפש ב-2010 (משרד הבריאות, אי השוויון וההתמודדות עימו, 2011: 89). כמו בנושאים אחרים, המחסור בולט במיוחד בדרום ובצפון.

שיעור המיטות לאשפוז כללי לבי מחוז, 2010

סה"כ	חיפה	תל אביב	ירושלים	מרכז	צפון	דרום
1.9	2.6	2.5	2.2	2.0	1.5	1.4

מקור: אתר משרד הבריאות, מיטות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2010: 38.

אי שוויון נמצא גם במיטות אשפוז בתחומים אחרים: פסיכיאטרי, שיקומי, סיעודי (משרד הבריאות, 2010: 91).

כל עוד תקציב הפיתוח של משרד הבריאות ימשיך להישחק, לא תהיה אפשרות לצמצם את הפערים במיטות אשפוז בין חלקי הארץ השונים. נהפוך הוא: ככל שהתקציבים הציבוריים יישחקו, הפערים יגדלו, כי לבתי החולים הגדולים במרכז הארץ אפשרויות רבות יותר לגייס תרומות לתשתיותיהם מאשר לבתי החולים בפריפריה.

מחסור בשירותי בריאות הנפש אמבולטוריים

לפי נייר עמדה של ועדת המומחים של המאבק החברתי של 2011, "רק חלק קטן מהזקוקים [לטיפול נפשי] מקבלים טיפול מרפאתי בקהילה – קרוב ל-75% מהאנשים הזקוקים לטיפול אינם מקבלים טיפול במסגרת ציבורית". לדברי חברי הוועדה, באזורים רבים בארץ, בעיקר בפריפריה, אין כמעט או שאין כלל שירותים מרפאתיים. הם מציינים שבדימונה ובערד, למשל, מגיע פסיכיאטר אחת לשבוע – למבוטחי מכבי וכללית

80.4 שנים – כארבע שנים יותר מתוחלת החיים בקרב גברים ערבים – 76.8 שנים. הפער בין נשים יהודיות וערביות היה קטן יותר: 2.7 שנים. הפער בין המינים גבוה יותר, הן אצל הערבים והן אצל היהודים: 4.2 ו-3.3 שנים, בהתאמה.

תוחלת חיים, יהודים וערבים, 2010

נשים יהודיות	נשים ערביות	גברים יהודים	גברים ערבים
83.7	81.0	80.4	76.8

מקור: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 2011, לוח 3.24.

ברו"ח חדש העומד להתפרסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות, נמצאו פערים גדולים בתוחלת החיים בין תושבי יישובים שונים: פער של 8.5 שנים בתוחלת החיים הממוצעת בין תושבי רעננה ותושבי רהט ופער של 2.8 שנים בתוחלת החיים הממוצעת בין תושבי רמת גן ותושבי באר שבע (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, דצמבר 2012).

תחלואה: מחלת הסוכרת

בישראל אין מתפרסמים נתונים סדירים על הברלים בתוחלת החיים ובתמותת תינוקות לפי עדה או מעמד חברתי-כלכלי (הנתונים האחרונים שהתפרסמו לגבי מעמד חברתי-כלכלי הם לשנים 2003–2004). נתונים מעורכנים יותר קיימים עבור מחלות שנבדקו ברו"ח התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. הנתונים שלהלן הם מהרו"ח לשנים 2008–2010.

במסמך הזה נתייחס רק למחלת הסוכרת, שבה הפערים גדולים. סוכרת היא אחת המחלות הכרוניות השכיחות ביותר בארץ ובעולם ושכיחותה ממשיכה לעלות.

בשנת 2010 היו בישראל 355,326 חולי סוכרת המטופלים בתרופות – 4.96% מכלל אוכלוסיית ישראל. שכיחות המחלה גדולה יותר בקרב שלוש קבוצות שעבורן יש נתונים: בעלי הכנסה נמוכה, אזרחים ערבים ועולי אתיופיה.

- בקרב בעלי הכנסה נמוכה, שיעור המחלה היה גבוה פי

- 4.7 מזה של מבוטחים אחרים (2010) (המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות בישראל ומועצת הבריאות, התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל: דו"ח לשנים 2008–2010: 124).
- בקרב גברים ערבים בישראל, שכיחות הסוכרת גבוהה פי 1.8 מזו שבקרב גברים יהודים – 12.5% לעומת 7.1% בקרב נשים ערביות בישראל השכיחות גבוהה פי 2.2 – 11.5% לעומת 5.3% אצל נשים יהודיות (2003–2004). (המרכז הלאומי לבקרת מחלות (INHS): 62).
- מחלת הסוכרת נפוצה מאוד בקרב עולי אתיופיה הנמצאים בישראל 10 שנים ויותר: 16%. שכיחות המחלה עולה עם הוותק של העולים בארץ (2001).²³

דיכאון, חרדה והפרעות נפשיות אחרות

אנשי מקצוע מתארים שלושה מעגלים של אנשים הזקוקים לשירותים בתחום של בריאות הנפש: כ-70,000 חולים במחלות נפש קשות; מעגל גדול יותר של חולים הסובלים מהפרעות נפשיות מאובחנות – שבחלקן מוגדרות כמחלות קשות; ומעגל גדול עוד יותר של האוכלוסייה הכללית, הנוקטת לעזרה נפשית עקב מצוקה זמנית או קבועה (מיעוטם בעלי הפרעה מאובחנת ורובם ללא הפרעה מאובחנת) (גרוס ואחרים, 2009).

הטיפול במצוקה נפשית אמור להתבצע בתוך הקהילה. אנשי מקצוע מצביעים על פערים גדולים בין יהודים לערבים בכל הנוגע לצרכים בקהילה כמו גם על פערים גדולים בנגישות לשירותי בריאות הנפש. שאלה קריטית הקשורה לרפורמה בבריאות הנפש היא, האם הרפורמה תצמצם את הפערים או תרחיב אותם.

אין בנמצא נתונים רבים על מצוקה נפשית. בחרנו להציג את הנתונים שנאספו על ידי המרכז לבקרת מחלות במסגרת סקר בין-לאומי; הנתונים הם מן השנים 2003–2004 והם מתוקננים לפי גיל.

דיווחו על מתח או לחץ "כל הזמן" או "רוב הזמן" בארבעת השבועות שקדמו לסקר

נשים ערביות	גברים ערבים	נשים יהודיות	גברים יהודים
21.1%	16.2%	14.7%	10.0%

מקור: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, INHS, 81.

נשים וגברים ערבים מדווחים על לחץ נפשי יותר מאשר נשים וגברים יהודים. בקרב שתי הקבוצות, התופעה נפוצה יותר אצל הנשים – והיא משמעותית יותר אצל הנשים הערביות.

דיווחו על יאוש או דיכאון "כל הזמן" או "רוב הזמן" בארבעת השבועות שקדמו לסקר

נשים ערביות	גברים ערבים	נשים יהודיות	גברים יהודים
7.9%	4.7%	4.5%	2.9%

מקור: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, INHS, 83.

גם כאשר מדובר ביאוש או דיכאון, התופעה נפוצה יותר אצל הנשים משתי הקבוצות אך היא נפוצה יותר בקרב הנשים הערביות.

כיצד אפשר לסגור את הפערים במצב הבריאות?

אנו חוזרים ומציעים לממשלה להקים תוכנית לאומית לצמצום פערים בבריאות ובשירותי בריאות, לפי ההצעה שפורטה בחוברת לצמצום היום את פערי המחר: יעדים לצמצום פערים בבריאות.

משרד הבריאות, בשיתוף הגורמים הרשמיים העוסקים בבריאות בישראל, נדרש לקבוע את המדרים השונים וכן את הפעולות בהן יש לנקוט. על המערכת לבחון באופן מתמיד האם המדרים שנקבעו עדיין רלוונטיים וריאליים והאם נדרשת הערכה מחודשת שלהם.

אנו שבים וממליצים כי בכל שנה יוצג בכנסת דו"ח פערי

בריאות ובו תמונת מצב עדכנית, פירוט יעדי הממשלה לצמצום הפערים ודו"ח על שלבי ההתקדמות של המשרדים השונים בקידום הנושא. בריאות האוכלוסייה, עניין בעל חשיבות לאומית, מחייבת נראות ציבורית גבוהה, כמו גם זרזים ואמצעי בקרה להשגת המטרה.

אבן, דן, "שנה להסכם הרופאים: השכר עלה ב-12%, אך הבכירים אינם שבעי רצון", הארץ 10 לאוגוסט 2012.

אריאלי, דניאלה, טוביה חורב וניר קידר, ניואר 2012, חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2011, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.

אריאלי, דניאלה, ניר קידר וטוביה חורב, הוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים בישראל מול מדינת ה-OECD, מצגת, מרץ 2012, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוחי בריאות.

בנק ישראל, דוברות והסברה כלכלית, מרץ 2012, "מערך השירותים הציבוריים לטיפול הממושך בקשישים בישראל".

גרוס, רוית, שולי ברמלי-גרינברג, ברוך רוזן, נורית ניראל ורות וייצברג, 2009, מצוקה נפשית ודמיון קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת מבט על צרכני השירותים, מכון ברוקדייל.

ההסתדרות הרפואית בישראל, "שנה לחתימה על הסכם הרופאים-סיכום ביניים", אוגוסט 2012.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס), סקר הוצאות משקי הבית, שנים שונות. הלמ"ס, "הבדלים בתוחלת חיים בין ערים בישראל בשנים 2005-2009", דצמבר 2012.

וועדת המומחים של המאבק החברתי, "בריאות הנפש וצדק חברתי - עקרונות יסוד". חורב טוביה, ענת שמש וציונה חקלאי, מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל, דוח סופי למחקר, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, מאי 2012.

לינדר-גנין, רוני, "החצר האחורית של מערכת הבריאות", דה מרקר, 21.5.2012.

לינדר-גנין, רוני, "מנכ"ל משרד הבריאות: הכל מתרסם לנגד עינינו", דה מרקר, 6.9.2012.

לינדר-גנין, רוני, הסכם הרופאים הביא להישגים אם אמונם במערכת לא שוקם", דה מרקר, 6.9.2012.

לינדר-גנין, רוני, "הקריטריונים יוחמרו: המענקים למתמחים ברפואה וקוצצו", דה מרקר, 28.10.2012.

משרד האוצר, החשב הכללי, דין וחשבון כספי, שנים שונות.

משרד האוצר, הצאת תקציב המדינה לשנות הכספים 2012-2011 ודברי הסבר: משרד הבריאות, אוקטובר 2010.

משרד הבריאות, לשכת הדובר, מרץ 2012, הודעה לעיתונות: "קצב הגידול בביטוחי בריאות פרטיים בישראל גבוה משמעותי מאשר במדינות ה-OECD".

משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות בישראל ומועצת הבריאות, התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל: דו"ח לשנים 2008-2010, אפריל 2012.

משרד הבריאות, יולי 2011, ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה.

משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, דצמבר 2010, אישויון בבריאות וההתמודדות עמו - 2010.

משרד הבריאות, אתר אינטרנט, "רופאים".

משרד הבריאות, אתר אינטרנט, "מיטות אשפוז".

משרד הבריאות, אתר אינטרנט, "מקצועות הסיעוד".

ניב, שי, "הסתיימה שבתת האחריות: יקבלו תוספת שכר של כ-1,300 שקל על פי 4.5 שנים", נלוכס, 23.12.2012.

סבירסקי, ברברה (עורכת), אפריל 2010, לצמצם היום את פערי המחיר: יעדים לצמצום פערים בבריאות, נייר עמדה משותף ל-5 ארגוני החברה האזרחית.

סבירסקי שלמה ואתי קונור-אטיאס, תמונת מצב חברתית 2011, מרכז אדוה, דצמבר 2011.

שמש, ענת, מאי 2012, מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל, דו"ח מחקר שהוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

פרופסור צופיה אישי-שלום, יו"ר ארגון הרופאות בישראל, 19.11.2012.

יונה וייסבוך, יו"ר עמותת מרש"ם, 16.10.2012.

גלי וייס, אחות ראשית בבית חולים שערי צדק, 9.9.2012.

מנינה שרון, אחות ראשית במחלקה לרפואה דחופה, בית חולים הדסה עין כרם, 9.9.2012.

אהובה שפיץ, אחות מתאמת מחקרי סיעוד, בית החולים הדסה עין כרם, 1.8.2012.

עו"ד אורי פליישמן, מנכ"ל, הסתדרות האחריות והאחים בישראל, 4.9.2012.

עו"ד לאה וופנה, מנכ"לית ההסתדרות הרפואית בישראל, 29.8.2012.

מוריה אשכנזי, יו"ר חטיבת בריאות הציבור, הסתדרות האחריות והאחים בישראל, 28.5.2012.

Cohen, MP, E. Stern, Y. Rusesecki and A Zeidler, 1988, "High Prevalence of Diabetes Mellitus in Young Adult Ethiopian Immigrants to Israel," *Diabetes*, Vol 37, pp. 824-827; Todjman & Jaffe, unpublished data.

OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators.

הערות

1. בחרנו להתחיל בשנת 1997 כי זו השנה שבה בוטל המס המקביל ואשר בה הושלמו שינויים נוספים שנועשו במערכת בעקבות חוק בריאות ממלכתית משנת 1994.
2. סבירסקי שלמה ואתי קונור-אטיאס, תמונת מצב חברתית 2012.
3. רוני לינדר-גנין, "החצר האחורית של מערכת הבריאות", דה מרקר, 21.5.2012.
4. משרד הבריאות, הודעה לעיתונות, 14.3.2012.
5. לינדר-גנין, רוני, דה מרקר, 6 ספטמבר, 2012.
6. סבירסקי שלמה ואתי קונור-אטיאס, תמונת מצב חברתית 2012.
7. OECD, Health at a Glance 2011: 157.
8. הלמ"ס, סקר הוצאות משק הבית לשנים 1997 ו-2010.
9. OECD, Health at a Glance 2011: 135.
10. לינדר-גנין, רוני, דה מרקר, 6 ספטמבר, 2012.
11. שם.
12. עיבוד של מרכז אדוה לנתונים שהתקבלו מגף הוצאות בלמ"ס.
13. מאז הקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו ניסיונות שונים לשלב את שירותי בריאות הנפש במערך השירותים של קופות החולים, בהתאם לכוונה המקורית של המחוקקים.
14. הצו אמור להכנס לתוקף ב-2015. עד אז אמורות קופות החולים להערך לקבלת האחריות המלאה להספקת השירותים האלה.
15. לפי נייר עמדה של צוות המומחים של המחאה החברתית של 2011.
16. רוני לינדר-גנין, דה מרקר, 21.5.2012.
17. משרד הבריאות, ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה, יולי 2011: 45.
18. לינדר-גנין, שם.
19. משרד האוצר, 2010: 74.
20. במרץ 2012, משרד הבריאות החזיר את שירותי הבריאות לתלמיד במחוזות אשקלון והדרום לטיפולו הישיר, בעקבות שיעור חיסונים נמוך שגרם במקומות אלה. ביתר המקומות, השירותים עדיין ניתנים על-ידי קבלנים פרטיים.
21. לפי מחקר של טוביה חורב, ענת שמש וציונה חקלאי לגבי שנת 2008, מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל, שבוצע במסגרת המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, רק כ-63% מהרופאים הרשומים עבדו בענף הבריאות בישראל.
22. את התפקידים האלה ניתן לאייש, בין השאר, בצעירים חרדים וערבים בשירות לאומי, אם יהיה גיוס חובה לכל.
23. Cohen, MP, E. Stern, Y. Rusesecki and A Zeidler, 1988, "High Prevalence of Diabetes Mellitus in Young Adult Ethiopian Immigrants to Israel," *Diabetes*, Vol 37, pp. 824-827; Todjman & Jaffe, unpublished data.

