



INFORMATION ON EQUALITY AND SOCIAL JUSTICE IN ISRAEL
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל
מרכז "אדפה" - מללולמל חול המסלולל والعدالة الاجتماعية في إسرائيل

משרד הברללול

התקציב הרגיל של משרד הבריאות לשנת 2001 עומד על סך של 12.7 מיליארד ש"ח (במחירים שוטפים, לא כולל התקציב הישיר של בתי-החולים הממשלתיים והוצאות אחרות המותנות בהכנסה). זהו סכום קטן במעט, במונחים ריאליים, מתקציב משרד הבריאות בשנת 2000.

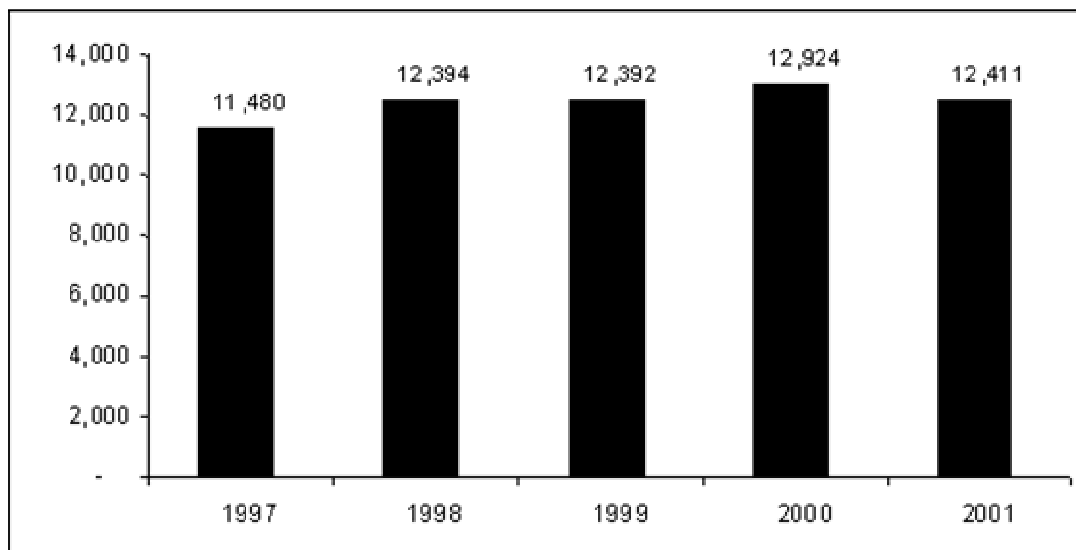
לעומת זאת, תקציב הפיתוח לשנת 2001 -- בסך 380 מיליון ש"ח -- גדול בכמעט 10% (במונחים ריאליים) מתקציב הפיתוח לשנת 2000.

תרשים 1

תקציב משרד הבריאות, 1997 -- 2001

מיליוני ש"ח, במחירים קבועים לשנת 2000

לא כולל פיתוח והוצאות מותנות בהכנסה



מקורות: משרד האוצר, הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת 2001; משרד האוצר, הוצאות תקציב משרד הבריאות, שנים שונות.

החלק הארי של תקציב משרד הבריאות -- 72% (9.183 מיליארד ש"ח) מיועד להפעלת השירותים הניתנים על ידי קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. יתרת התקציב מיועדת לשירותים המסופקים ישירות על-ידי משרד הבריאות, ובהם:

- הטיפול במחלות ממושכות -- 7% (930.5 מיליון ש"ח), כולל האשפוז הסיעודי;
- שירותי בריאות הנפש -- 7% (949.4 מיליון ש"ח);
- שירותי בריאות הציבור, המפעילים, בין היתר, תחנות בריאות המשפחה ("טיפת חלב") -- 3.6% (454.9 מיליון ש"ח);
- תמיכות בבתי חולים ובמוסדות אחרים -- 5.5% (701.6 מיליון ש"ח);
- הכשרה מקצועית ורזרבות -- 1% (147.4 מיליון ש"ח).

שלושת השירותים הניתנים מחוץ למסגרת חוק הבריאות -- בריאות הציבור, בריאות הנפש והטיפול הממושך (בעיקר אשפוז סיעודי) -- ממומנים חלקית על-ידי החולים הנזקקים לשירותים, אם בצורת אגרה לשירותי תחנות "טיפת חלב" ואם בצורת השתתפות עצמית באשפוז סיעודי או באשפוז של נפגעי נפש.

מימון סל שירותי הבריאות שבמסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מאז 1996 אין סל שירותי הבריאות ממומן כראוי. לפני שנתיים (1999) הקימה הכנסת ועדת חקירה פרלמנטרית לעניין מימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הוועדה קבעה, כי יש לעגן בחקיקה את מנגנון העדכון של עלות סל השירותים של קופות החולים, כך שיכלול שלושה מקדמים:

מקדם דמוגרפי, שיתאים את עלות הסל לגידול באוכלוסייה ולהזדקנותה;

מקדם טכנולוגי בשיעור של 2%, שיאפשר לקופות החולים להוסיף לסל השירותים תרופות ופרוצדורות רפואיות חדשות;

מקדם מדד יוקר הבריאות, שיותאם לתשומות קופות החולים בפועל ויכלול גורם שחסר היום: מחיר יום אשפוז.

הממשלה החליטה להתעלם מהמלצות ועדת החקירה הפרלמנטרית ולהמשיך בשיטת העדכון הקיימת, לפיה הממשלה קובעת את עלות הסל מדי שנה לפי ראות עיניה (משרד האוצר, הצעת תקציב לשנת הכספים 2001 ודברי הסבר: משרד הבריאות: 91).

בספטמבר 2000 החליטה הממשלה כי עלות סל שירותי הבריאות של קופות החולים לשנת 2001 תעמוד על 19.187 מיליארד ש"ח, במחירי מדד יוקר הבריאות לשנת 1999 (החלטה 2345 מיום 18.9.2000). סכום זה כולל תוספת של 2% (372 מיליון ש"ח) למימון כלל השירותים, ותוספת של 1% (186 מיליון ש"ח) למימון תרופות וטכנולוגיות חדשות. התוספת הכללית אינה תואמת את העלייה המשוערת במדד הבריאות לשנת 2001 -- 2.5% והפער הזה מתווסף לפערים שנוצרו בשנים קודמות בין העלייה השנתית בעלות הסל לבין הצרכים הנובעים מהגידול באוכלוסייה הכללית ובאוכלוסיית הזקנים (הצורכת יותר שירותי בריאות מקבוצות גיל אחרות) (ר' מרכז אדוה, 1999, מבט על התקציב 2000: 8 - 9).

החלטת הממשלה נוגדת לא רק את ההמלצה של הוועדה הפרלמנטרית הישראלית, אלא גם את אחת ההמלצות העיקריות של ארגון הבריאות העולמי: "יש לדאוג למנגנוני מימון ומנגנוני הקצאת משאבים שהם בני קיימא ומבוססים על העקרונות של נגישות, שוויוניות, יעילות, סולידריות חברתית ואיכות מרבית" (מרכז אדוה, יעדים למדיניות בריאות למאה העשרים, 2000: 34).

היעדר מנגנון לעדכון מלא של עלות הסל יוצר לעתים מצב אבסורדי: בשנת 2000 היו ההכנסות ממס בריאות גבוהות ממה שנדרש על פי עלות הסל הבלתי-מעודכנת-במלואה, שאותה קבעה הממשלה. משרד האוצר, במקום שיפנה את "העודף" למערכת הבריאות, הסובלת מתת-מימון, הרשה לעצמו להשתמש בהכנסות אלה כבהכנסות מכל מס רגיל, והודיע כי הוא מפנה אותן לצרכים אחרים, ובהם ביטחון (Ynet, 16.11.2000).

קופות החולים, המספקות את השירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות, והסובלות מן הגירעונות הנוצרים כתוצאה מהיעדר מנגנון עדכון של עלות הסל, דורשות גם הן לקבוע מנגנון שכזה. שלוש קופות חולים -- כללית, מכבי ומאוחדת -- עתרו לבג"ץ בבקשה להורות לממשלה לקבוע נוסחת עדכון אשר תשקף את העלויות הריאליות של מערכת הבריאות. בפסק ביניים, הורה בג"ץ לשרי הבריאות והאוצר לנסות להגיע להסכמה ביניהם לגבי אופן העדכון. שני השרים טרם דנו בנושא.

במקום להנהיג מנגנון עדכון, בחרה הממשלה בדרך הקלה והטילה, בשנת 1998, תשלומים נוספים על החולים -- ייקור התרופות, גביית השתתפות עצמית בבדיקות ואבחונים שונים וגביית אגרת ביקור רבעוני אצל רופא מומחה בקהילה -- כל זאת כדי להוריד את ההוצאות הממשלתיות על בריאות.

ארגוני הצרכנים, ובהם "אצבע על הדופק" (קואליציה של כעשרים ארגוני בריאות וזכויות האדם), צב"י (צרכני בריאות ישראל) וברית ההתארגנויות בירושלים, תובעים לבטל את ההיטלים הללו. הממשלה מסרבת לבטלם, והתוצאה היא ייקור שירותי הבריאות.

על היוקר העולה של שירותי הבריאות ניתן ללמוד מן הנתונים הבאים : בשנת 1995, שנת החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עמדה הכנסתן של ארבע קופות החולים מתשלומים של חולים על 760 מיליון ש"ח ; בשנת 1999, שנה לאחר התשלומים הנוספים על החולים, עלתה הכנסה זו לכדי 1.5 מיליארד ש"ח (ויטקובסקי ושות', 2000, דו"ח על פעילות קופות החולים לשנת 1999). מעריכים כי בשנת 2000 יעמוד הסכום על 1.7 מיליארד ש"ח.

כל זה עדיין איננו מספיק כדי לממן את מלוא העלות של סל השירותים : אם בשנת 1999 הצליחו קופות החולים להקטין את הגירעון שלהן, מסכום של 1.5 מיליארד בשנת 1997 וסכום של כמעט 800 מיליון בשנת 1998, לכדי 200 מיליון ש"ח בשנת 1999, הרי שבשנת 2000 הוא צפוי לעלות שוב -- לסכום של 600 מיליון ש"ח. שוב תידרש הממשלה לשאלה כיצד מחסלים את הגירעון -- האם באמצעות הכלי השוויוני והאוניברסליסטי ביותר, הלא הוא עדכון ריאלי של עלות סל שירותי הבריאות, או באמצעות הכלי הבלתי-שוויוני ביותר, הלא הוא הטלת עוד ועוד תשלומים על החולים.

אחת התוצאות של התפתחויות אלה, היא שבעלי הכנסות נמוכות מתקשים לשלם עבור שירותים להם הם זקוקים. סקר של מכון ברוקדייל, שנערך בחודשים אוגוסט-אוקטובר 1999 בקרב מדגם מייצג של בני 22 ומעלה (בריאים וחולים כאחד), העלה כי 11% מהמשתתפים המשתתפים לחמישון התחתון דיווחו, כי ויתרו על טיפול בגלל התשלום (לעומת 5% מהנסקרים בחמישונים האחרים), 21% דיווחו כי ויתרו על תרופות בגלל התשלום (לעומת 9% מהנסקרים בחמישונים האחרים). שני-שלישים מבעלי רמת הכנסה הממוקמת אותם בחמישון התחתון, העידו כי התשלומים לבריאות מכבידים עליהם במידה רבה או בינונית (לעומת 56% בקרב נסקרים בחמישונים האחרים) (גרוס, רויטל ושולי ברמלי-גרינברג, דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999, 2001 : 47). אמנם, אי אפשר לקבוע בוודאות שמקור ההכבדה הוא בתשלומים החדשים, שכן בסקרים שנערכו לפני הטלת התשלומים החדשים (1998), לא נשאלו שאלות מקבילות ; אך סביר להניח, שהתשלומים החדשים תרמו תרומה נכבדת לעול הכספי שעליו דיווחו המרואיינים.

הסקר של מכון ברוקדייל מלמד עוד, כי לא יותר מאשר 30% ממקבלי קצבאות הקיום, כדוגמת קצבת זקנה או גמלת הבטחת הכנסה, המזכות אותם בפטור מאגרת ביקור אצל רופא מומחה, היו מודעים לזכאותם לפטור. ממצא זה מתווסף לעדויות אחרות אודות שיעורי מיצוי נמוכים בקרב זכאים לגמלאות הניתנות על בסיס סלקטיבי.

לבסוף נזכיר, כי רמת המימון הנמוכה של סל השירותים אינה מאפשרת את הכללתם בסל של שני תחומי טיפול נוספים : בריאות הנפש והאשפוז הסייעודי (ר' המשך הפרק הזה).

פנייה גוברת לרפואה פרטית ופרטית-למחצה

הירידה ברמת השירותים הניתנים ללא תשלום נוסף, והגידול בתשלומים עבור שירותים שאמורים היו להינתן חינם, מגבירים את הפנייה למסגרות פרטיות ופרטיות-למחצה. הסקר הנ"ל של מכון ברוקדייל מקיף 1999 מצביע על מגמה זאת :

- (1) מאז 1997 גדל פי שניים (מרמה של 9% לרמה של 18%) שיעור הנשאלים המדווחים כי פנו לרופא פרטי בשלושת החודשים שקדמו לסקר ;
- (2) מאז 1997 גדל בשיעור של 40% (מרמה של 37% לרמה של 51%) מספר הרוכשים ביטוח משלים ;
- (3) מאז 1997 גדל בשיעור של 50% (מרמה של 16% לרמה של 24%) מספר הרוכשים ביטוח מסחרי.

החוקרות קושרות את הגידול ברכישת ביטוחים משלימים ופרטיים למאמצי השיווק המוגברים של הקופות ושל חברות הביטוח. הן גם מציינות, כי גידול זה ממתן את הירידה במידת שביעות הרצון של הנשאלים משירותי קופות החולים : בין שנת 1997 לשנת 1999 לא נרשם שינוי מובהק במידת שביעות הרצון של הנשאלים (שם).

המצב הנוכחי עלול להתפרש על ידי הממשלה כ"הצלחה" של המהלך בו היא התחילה לפני שלוש שנים. כיום, לכמעט 60% מאוכלוסיית הבוגרים בישראל יש ביטוח בריאות נוסף על זה שמעניק חוק ביטוח בריאות ממלכתי (38.4% בעלי ביטוח משלים, 9.8% בעלי ביטוח מסחרי, 13.5% בעלי גם ביטוח משלים וגם ביטוח מסחרי. אם נחבר את כל אלה, נעלה כי 62% מן הנסקרים היו בעלי ביטוח רפואי נוסף, משלים או מסחרי. לעומת זאת, 38% מן הנסקרים לא היו בעלי כל ביטוח נוסף (גרוס, רויטל ושולי ברמלי-גרינברג, ביטוח משלים: שינויים במדיניות והתנהגות צרכנים, ביטחון סוציאלי, בהכנה לפירסום).

הגידול במספר רוכשי הביטוחים המשלימים והפרטיים הוא תוצאה של התת-מימון של סל שירותי הבריאות. עתה, כאשר 62% מהישראלים בעלי ביטוחים נוספים, יכולה הממשלה לטעון כי "אין צורך" בעדכון מלא של סל השירותים, ואף לא בהוספת טיפולים ותחומים לסל -- שהרי רוב החולים יכולים לקבל את הכל במסגרת ביטוחים נוספים!

אל מול עמדה אפשרית זאת של הממשלה יש לשוב ולהתעקש על הנהגת מנגנון לעדכון מלא של סל שירותי הבריאות, וזאת מן הטעמים הבאים:

1. קרוב לארבעים אחוז מהישראלים אינם נהנים מביטוחים משלימים או פרטיים. סביר להניח כי רובם משתייכים לעשירונים הנמוכים (רק לשליש מהנסקרים בחמישון התחתון היה ביטוח משלים; מכון ברוקדייל, שם: 6).
2. עבור ישראלים מן המעמד הבינוני, התשלומים הנוספים מהווים נטל כבד, המתווסף לשאר תשלומים עבור שירותים שהמדינה אמורה להעניק חינם, ובהם התשלומים עבור חינוך "חינם".
3. הביטוחים המשלימים והמסחריים הם שוק פרוץ ללא פיקוח ראוי. רוב הרוכשים ביטוחים משלימים אינם יודעים בדיוק מה רכשו -- עד אשר הם נזקקים לשירותים.

הפתרון, יש לומר, אינו טמון בהגבלה על רכישות ביטוחים על ידי בעלי אמצעים. בעלי אמצעים רשאים לעשות בכספם ככל העולה על רוחם. הפתרון טמון בכך שהמדינה תעצור את השחיקה באיכות שירותי הבריאות ותעניק לכלל האזרחים והאזרחיות שירותי בריאות בסיסיים באיכות גבוהה.

השר"פ

בימים אלה דנים במשרד הבריאות על השר"פ -- השירות הפרטי הקיים בכמה בתי-חולים ציבוריים. השר"פ מאפשר לחולה הנזקק לניתוח, בתמורה לתשלום נוסף (לביית-החולים, לחברת הביטוח או לקופת החולים, בצורת ביטוח משלים), לבחור רופא/ה פרטי/ת שיבצע את הניתוח, לזכות בקדימות בתור לניתוח ולפרוצדורות רפואיות אחרות, והטבות נוספות.

משמעו של השר"פ הוא שתחת גגו האחד של אותו בית חולים ציבורי מאושפזים חולים שווים ושווים יותר. בעלי האמצעים המסוגלים לשלם עבור שר"פ זוכים לבחור ברופאים הבכירים ולהקדים את מועד הניתוח והטיפול, וזאת על חשבון מעוטי האמצעים, הנאלצים להסתפק ברופאים הפחות בכירים ובמועד ניתוח מאוחר יותר.

למעשה, השר"פ מעניק לישראלים בעלי אמצעים -- הן הרופאים הבכירים והן החולים בעלי האמצעים -- סובסידיה ציבורית, המגולמת במתקן בית החולים ובציודו. לו נאלצו חולים אלה לממן את מלוא העלות של טיפול פרטי, המחיר היה גבוה הרבה יותר. לו נאלצו הרופאים להעניק טיפול פרטי, היו צריכים להשקיע בהקמת תשתית רפואית עצמאית. השר"פ, למרות שמו, איננו פרטי במלוא מובן המלה: המדינה -- דהיינו, כל הישראלים -- מממנת את עיקר העלות של הקמת בית החולים, ואילו בעלי האמצעים זוכים בטיפול פרטי תמורה תוספת פעוטה, יחסית לעלות הכוללת. אלא שתוספת זו גבוהה מספיק כדי להותיר ישראלים רבים לחסדי הטיפול הרגיל.

וזה אינו כל הסיפור. שכן מרגע שמתחיל התהליך, יש סכנה מתמדת של "גלישה" מהתחום הציבורי לתחום הפרטי. חולים רבים יודעים לספר על רופאים שהציעו את שירותיהם הפרטיים בתוך בית החולים הציבורי (ר' למשל הארץ, "כליה, אוטו או 21 אלף שקל תמורת ניתוח לב", מאת רן רזניק, 8.6.2001). החולים שחשים שאלה הצעות שאי אפשר

לסרב להן. לא תמיד ברור להם שגם אם לא ייענו בחיוב להצעה, הם זכאים לקבל את הטיפול הדרוש, במיוחד אם מציע השירות הפרטי הוא לא אחר מאשר ראש המחלקה.

ההסתדרות הרפואית רוצה בהרחבת השר"פ לכל בתי החולים הציבוריים, מסיבות ברורות: השירות הפרטי מספק מקור הכנסה נוסף לרופאים הבכירים, שהם גם החברים המובילים בהסתדרות הרפואית. הם גם מזהירים שאם יבוטל השר"פ, ידירו רופאים את רגליהם מבתי החולים הציבוריים. אפשר להטיל ספק בטענה זאת, שכן הפקולטות לרפואה באוניברסיטאות בארץ, הממומנות מתקציב המדינה, קשורות לבתי חולים הציבוריים: בכריהן הם בכירי הרופאים בבתי-חולים ציבוריים, ותלמידיהם רוכשים את כישוריהם המעשיים בבתי-חולים ציבוריים.

תומכי השר"פ טוענים עוד שההסדר מונע "רפואה שחורה" -- תשלומים "מתחת לשולחן" עבור ניתוח פרטי והקדמת התור לניתוח. עוד הם טוענים, שבמקום לאסור רפואה שחורה, עדיף למסד אותה. אלא שאין כל עדות לכך שהשר"פ אכן מפחית את הרפואה השחורה: זו מתקיימת הן כאשר יש שר"פ והן בהיעדרו. במקום למסד את הרפואה השחורה, עדיף לשמור על מידה גבוהה של שוויון במערכת הבריאות הציבורית, באמצעות מתן שכר הולם לרופאים המועסקים בבתי חולים הציבוריים.

השר"פ הוא הסוס הטרויאני של הרפואה הציבורית. במקום לתת לסוס להיכנס לכל בית חולים ציבורי ולחסל את מידת השוויון שעדיין קיימת בו, יש לחסום את כניסתו בעוד מועד. יש לנתק את הרפואה הפרטית מהרפואה הציבורית: ניתוחים פרטיים יש להתיר אך ורק בבתי חולים פרטיים. מי שרוצה ויכול לקנות ניתוח פרטי, שיקנה אותו בכסף מלא בבית חולים פרטי שנבנה ומופעל בכסף פרטי, ולא בבית חולים ציבורי, שנבנה ומופעל מכספי כל משלמי המסים.

בריאות הנפש

מרבית שירותי בריאות הנפש אינם כלולים בסל השירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי; למרות כוונת המחוקק לכלול אותם בסל, שירותים אלה נותרו באחריות הישירה של משרד הבריאות.

תקציב שירותי בריאות הנפש מהווה חלק קטן -- ברמה של 7% בלבד -- מסך התקציב של משרד הבריאות (כולל המס המקביל, ואחרי 1997, תמיכת האוצר הבאה במקום המס המקביל). בשנת 2001 עומד תקציב שירותי בריאות הנפש על 949.4 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים), 5% פחות מהתקציב בשנה שעברה.

מרבית תקציב שירותי בריאות הנפש מופנית לבתי-חולים -- עבור שירותי אשפוז ועבור מרפאות חוץ הממוקמות בבתי החולים. רק 19% מופנים לשירותים בקהילה, מחוץ לכותלי בתי-החולים. זאת, על אף שרוב חולי הנפש הכרוניים -- בערך 70,000 מתוך מספר כולל של 76,300 -- מתגוררים בקהילה ולא בבתי חולים (ראיון עם יחיאל שרשבסקי, אחראי על שיקום באגף לבריאות הנפש של משרד הבריאות, יולי 1999).

משרד הבריאות מכיר במחסור בשירותים בקהילה. בשנת 1999 יצאה לדרך תוכנית ניסיונית "לשיקום ושילוב מטופלי נפש בקהילה". החל מאותה שנה, מופיע בהוראות התקציב סעיף חדש: "תוכנית לשילוב ושיקום חולי נפש בקהילה". ההקצאה לצורך זה עומדת בשנת 2001 על 37.1 מיליון ש"ח; סכום זה נותר קבוע, לערך, מאז 1999.

התוכנית אמורה להעניק "סל שירותים" למספר של 1,350 נפגעי נפש, כל אחד לפי רמת תפקודו. הסל מממן משכורות של case managers, שכל אחד מהם אמור לפקח על תהליך השיקום של 20 עד 40 חולים (שרשבסקי, 1999). "סל השיקום" אמור לכלול עוד, בין השאר, טיפול שיניים, תמיכה בדיור ובתעסוקה, השתתפות במועדונים חברתיים, השלמת השכלה ותמיכה בבני משפחה של החולה.

התוכנית "לשילוב ושיקום של חולי נפש בקהילה" החלה לפעול באפריל 1999, עם תקציב של 36 מיליון ש"ח. בדיונים לקראת תקציב 2001 ביקש משרד הבריאות תוספת של 50.4 מיליון ש"ח לשם תפעול השירותים שפותחו במהלך שנת 2000, ולשם פיתוח שירותים

חדשים, ובכלל זאת קבוצות תמיכה למשפחות. השאיפה הייתה להציע תוכנית שיקום לעוד כאלף נפגעי נפש (דפי עבודה של משרד הבריאות שנמסרו למרכז אדוה על-ידי הפורום הארצי למשפחות נפגעי נפש). התוספת התקציבית לא התקבלה. משמעות הדבר היא שרק 1,300 נפגעי נפש נהנים מתוכנית שיקום כיוון שאין הקצאה לחולים נוספים, מלבד אלה שהתקבלו לתוכנית בתחילת דרכה.

כיוון שאין מקצים סכומים נוספים לשיקום נפגעי נפש בקהילה, נותר חוק שיקום נכי נפש בקהילה, שנכנס לתוקף בינואר 2001, ריק מתוכן. חוק זה קובע הקמת ועדות שיקום אזוריות לבחינת זכאותם של נפגעי נפש לקבל תוכנית שיקום. תוכניות אלה אמורות לכלול "סל שיקום" עם סיוע בתחומי התעסוקה, הדיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי וטיפול שיניים. נוסף על אלה, משפחותיהם של נפגעי הנפש אמורות לקבל שירותי ייעוץ והדרכה.

לדברי פרופסור אלי שמיר, יו"ר הפורום הארצי של משפחות נפגעי נפש, המחסור בתקציב ובתקינת כוח אדם לשירותים לנפגעי נפש בקהילה גורם להזדקקות מוגברת לאשפוזים מיותרים ולהישענות על טיפול פרטי, ובמקרים הגרועים ביותר, להזנחה. פרופסור שמיר מוסיף, כי לא ניתן להפעיל את חוק שיקום נכי נפש בקהילה בלא להגדיל את ההקצאה לשירותי שיקום בקהילה (מכתב למרכז אדוה מיום 20.6.2001).

לאחרונה פורסם, כי משרדי הבריאות והאוצר אמורים להסכים על תכנית רב-שנתית לתגבור השיקום בקהילה (הארץ, 6.7.2001). יש להמתין ולראות האם הסכם זה יתממש.

האשפוז הסייעודי

האשפוז הסייעודי אינו כלול בסל השירותים הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כיוון שכך, קשישות וקשישים הנזקקים לאשפוז סייעודי, ועמם בניו/ות משפחותיהם, חייבים לשאת בהוצאות האשפוז. משרד הבריאות מסייע למשפחות שאינן מסוגלות לעמוד במלוא עלות האשפוז, אולם ההקצאה המיועדת למטרה הזאת אינה עונה על הצרכים; כתוצאה מכך נוצר תור של ממתנינים ל"קודים" או מיטות אשפוז המסובסדות על-ידי משרד הבריאות. לפי האומדן, השתתפות משפחות החולים הסייעודיים באחזקת יקיריהם במוסדות אשפוז מגיעה לסכום של 45% מההוצאה (ברודסקי, גיני ונירה שמאי, 1999, הטיפול הממושך בקשישים: היבטים ארגוניים וכלכליים -- סיכום מנהלים: 3).

הטיפול של מערכת הבריאות באזרחים הקשישים, כולל האשפוז הסייעודי, לוקה בשלושה תחומים עיקריים:

- (1) היעדר רצף בטיפול ותיאום בין המוסדות האחראים למתן שירותים לקשישים: קופות החולים, משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי ומשרד העבודה והרווחה;
- (2) תור מתמשך של קשישים הזקוקים לאשפוז סייעודי אשר אינם יכולים להתאשפז בלא סיוע כספי ממשרד הבריאות;
- (3) עלות גבוהה לממשלה ולמשפחות החולים גם יחד. בשנת 1999 עמדה העלות הכוללת של שירותי האשפוז לקשישים על 7 מיליארד ש"ח, לפי החלוקה הבאה: 1 מיליארד לאשפוז הסייעודי, 500 מיליון לאשפוז סייעודי מורכב, 5.5 מיליארד לאשפוז בבתי חולים כלליים (מחושב על בסיס האומדן בסיכום דיונים של ועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסייעודיים והרפואיים לקשישים במדינה, שם: 9). הצפי הוא שעלות זאת תגדל ככל שהאוכלוסייה תזדקן.

כפתרון לשתי הבעיות הראשונות, תובעים ארגונים של צרכני בריאות כדוגמת "אצבע על הדופק" וברית ההתארגנויות בירושלים, לכלול את האשפוז הסייעודי בסל השירותים. גם ועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי המליצה לכלול את האשפוז הסייעודי בסל השירותים (פברואר 2000: 7). לעומת זאת, ועדת מומחים בין-משרדית, שמונתה על-ידי שרי הבריאות והרווחה באוגוסט 1999, הגיעה למסקנה הפוכה. חברי הוועדה גרסו, כי עיגון הזכאות לאשפוז סייעודי בחוק, על-ידי העברתו לקופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, יגרום לעלייה בביקוש ולעלייה בהוצאות, שמשרדי הבריאות והרווחה לא יוכלו לעמוד בה (שם, 14). במקום הפתרון של העברת הטיפול לקופות החולים, הם המליצו על "איגום משאבי הטיפול בחולה הקשיש (כולל היחידות של קופות החולים העוסקות בגריאטריה ובטיפול ממושך) במסגרת ארגונית אחת, תוך עבודה משותפת של כל הגורמים בתחום הסייעודי" (שם).

פתרון זה אמור לענות על בעיית חוסר הרציפות בטיפול בקשישים, אולם אין זה ברור כיצד יפתור את בעיית התור של ממתנינים ל"קודים" ואת בעיית העלות הגבוהה (כיום) של השירותים, גם אם איגום השירותים השונים יוביל לחיסכון-מה במערכות השונות.

נראה שחברי הוועדה הניחו מראש, כי הכללת הטיפול הסיעודי בסל השירותים תהיה כרוכה בהגדלת עלויות לממשלה ולכן "זה לא ילך". בכך הם קבעו את המשך אפלייתם של קשישים ובעיקר של קשישות (70% מהמיטות הסיעודיות תפוסות על-ידי נשים).

בשנת 2001 משתתפת המדינה בתשלום עבור 10,050 מיטות סיעודיות. תקציב הסיוע לחולים ולמשפחותיהם לשנת 2001 גדול בארבע אחוז, במונחים ריאליים, מזה של השנה שעברה. באפריל 2001 היה תור של 2,090 חולים סיעודיים הממתנינים ל"קוד"; חלקם השלימו כבר את תהליך קביעת הזכאות הכלכלית וחלקם לא (חיים שדמי, "הרשויות לא סוגרות עשרות בתי אבות לא חוקיים", הארץ, 2.7.2001). מאז ששרד הבריאות הגדיל את ההקצאה ל"קודים", קטן התור, אך לא חוסל. השאלה היא האם המדינה תמשיך להגביר את סבסוד המיטות הסיעודיות בהתאם לעלייה הצפויה בביקוש למיטות אלה.

הקצאות לאוכלוסיות מיוחדות

בשנת 1993 יזם משרד הבריאות תוכנית רב-שנתית לבנייה, איוש והצטיידות של תחנות "טיפת חלב" ביישובים ערביים. מטרת התוכנית הייתה לצמצם פערים בין יישובים יהודיים לערביים. מאז נבנו 68 תחנות, כולל 9 תחנות חדשות שהחלו לפעול בשנת 2000 ביישובים הבאים: פקיעין, כאבול, אבו סנאן, נצרת, בקעה אל גרביה, אום אל פחם, וכן אל אטראש, אל הוושלה ואל עסאם -- שלושה יישובים בדואים "בלתי מוכרים" בנגב. בשנת 2001 עומד התקציב ל"בניית תחנות לבריאות המשפחה במגזר הערבי והדרוזי" על 2.044 מיליון ש"ח -- בדומה לתקציב בשנת 2000; ואילו התקציב ל"בניית תחנות לבריאות המשפחה למגזר הבדווי בנגב" עומד על 891 אלף ש"ח -- 26% פחות מהתקציב בשנה שעברה. התקציב ל"סגירת פערים במגזרי המיעוטים", שהוא המקור למימון האיוש וההצטיידות של התחנות החדשות, עומד בשנת 2001 על 8 מיליון ש"ח -- כמעט 9% פחות מהתקציב בשנה שעברה. משרד הבריאות נמסר, כי התקציב לשנת 2001 "קוצץ על ידי משרד האוצר במסגרת הקיצוץ הכללי ולנו אין שליטה על כך, למרות שביקשנו הגדלה בסעיף זה" (מכתב משירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, 17.6.2001).

קיימות מספר הקצאות נוספות ייעודיות ליישובים הערביים (במחירים שוטפים, משרד האוצר, הוראות תקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 2001):

* 265 אלף ש"ח לקורס הכשרה לאחיות בדואיות, המתקיים בבית-החולים ברזילי;

* 14.5 מיליון ש"ח לתוכנית למניעת מומים מולדים בתינוקות -- הקצאה הגבוהה כמעט 54% מן ההקצאה בשנת 2000. משרד הבריאות נמסר כי תוכניות התערבות למניעת מומים מולדים מתקיימות ביישובים הבדואים בדרום חורה ותל שבע, וכן באבו גוש, טייבה, קלנסווה, נצרת ובמספר יישובים בנפות נצרת ובבקה אל גרביה. תוכניות מופעלות גם בשלושה יישובים יהודיים: אשדוד, צפת ואור עקיבא. עוד נמסר כי מופעלת תוכנית נוספת, שהיא חדשנית ומכוונת לנשים שטרם נכנסו להריון, ביישובים הבאים: חורה, אשדוד, מודיעין, טובה-זנגרייה, מעיאר, כפר מנדא, איכסל ועין מאהל (פרופ' יונה אמיתי, שירותי בריאות הציבור, מכתב למרכז אדוה, 18.6.2001).

* 820 אלף ש"ח לפרויקט התערבות בנושא תמותת תינוקות.

הקצאות ייעודיות לעולים חדשים

* באגף להכשרה מקצועית -- הקצאה של 15 מיליון ש"ח להעסקת עולים חדשים במערכת הבריאות; סכום זה קטן בכמעט חצי (42%) מהסכום שהוקצה בשנת 2000;

* באגף לבריאות הציבור, תוכנית ארצית למלחמה בשחפת, מחלה שממנה סובלים עולים מאתיופיה ומחבר העמים -- תקציב של 4 מיליון ש"ח, בדומה לתקציב של שנת 2000 (מכתב משירותי בריאות הציבור למרכז אדוה, 7.6.2001);

* תוכנית הסברה למניעת איידס בקרב עולי אתיופיה -- תקציב של 4.5 מיליון ש"ח,
שמתוכם 1.7 מיליון מוקצים על ידי משרדי החינוך וקליטת העלייה (מכתב משירותי
בריאות הציבור למרכז אדוה, 10.6.2001).

מרכז אדוה, ת.ד. 36529, תל-אביב 61364, טל. 03-5608871, פקס. 03-5602205

Fax. 03-5602205 ,Adva Center, POB 36529, Tel Aviv 61364, Tel. 03-5608871

e-mail: advainfo@netvision.net.il