

תקציב משרד הבריאות לשנת 2015:

מערכת הבריאות הציבורית זוכה להגנה בלתי מספקת

ברברה סבירסקי

2014 נובמבר

הגידול בהוצאה על ביטוחים משלימים ומסחריים הוא חלק ממגמת ההפרטה של מערכת הבריאות, כאשר כיום 40% מההוצאה הלאומית לבריאות מקורם במימון פרטי, בהשוואה ל-28% בארצות OECD.

לפי הצעת התקציב, התקציב הרגיל¹ של משרד הבריאות לשנת 2015 יעמוד על 27.486,796 מיליארד ש"ח (במחירים שוטפים). במונחים ריאליים, תקציב 2015 גדול בכ-14% מהתקציב המקורי ל-2014. זאת בשורה טובה. השאלה האם היא טובה מספיק נוכח המצב הנוצר: גידול מואץ בהפרטת מערכת הבריאות הציבורית, באמצעות הכיטוחים המסחריים והמשלימים.

להלן נדון בקצרה בארבעה נושאים:²

(א) עלות סל השירותים של קופות החולים וההשלמה לעלות הסל שמקורה בתקציב משרד הבריאות;

(ב) התקציב של השירותים המסופקים ישירות על-ידי משרד הבריאות;

(ג) ניתוח מגדרי של תקציב משרד הבריאות;

(ד) ההצעות, בעקבות המלצות ועדת גרמן, לבטל את הפטור ממס ערך נוסף על תשלומים עבור תיירות מרפא ולהגביל את הפעילות של בתי חולים פרטיים על-ידי קביעת תקרת הכנסות והטלת היטלים על ההכנסות החורגות מהתקרה.

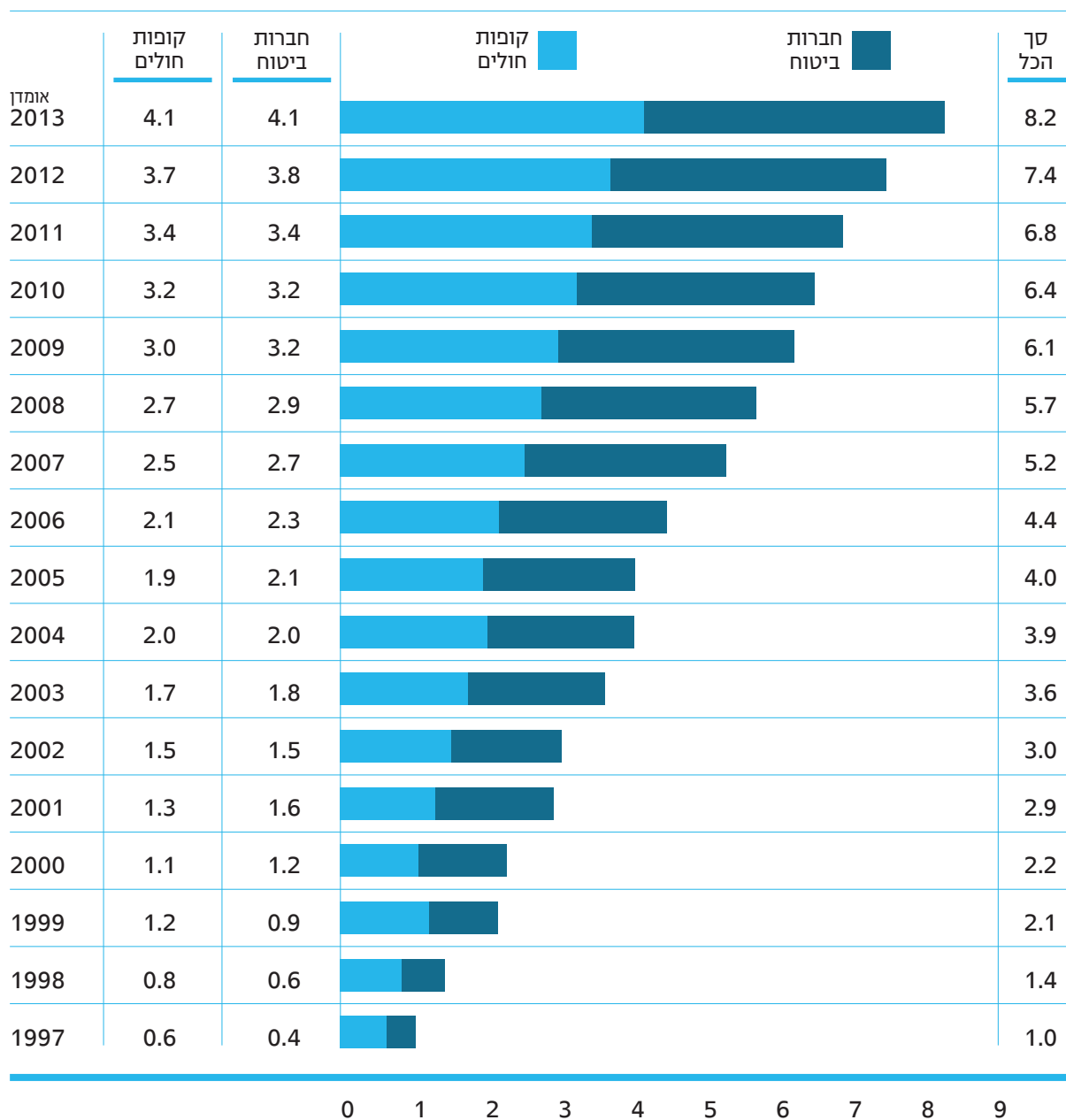
החלק הארי של תקציב משרד הבריאות – כ-20.256,292 מיליארד ש"ח – מיועד להשלמת העלות של השירותים הניתנים על-ידי קופות החולים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (עלות הסל לשנת 2015 היא כ-38.6 מיליארד ש"ח, כך שכמחצית ממימונה מקורה בתקציב משרד הבריאות). יתרת התקציב של משרד הבריאות משמשת להפעלת השירותים שהמשרד אחראי להם באופן ישיר (שירותים גריאטריים, שירותי בריאות הנפש ושירותי בריאות הציבור) ולסכומים המועברים למוסדות בריאות, בעיקר קופות החולים.

התרשים בעמוד הבא מראה על גידול מתמשך בהכנסות של קופות החולים מביטוחים משלימים (של קופות החולים) ומביטוחים מסחריים (של חברות הביטוח). מאז 2002, חלקיהן של קופות החולים ושל חברות הביטוח דומים בהיקפם. בשנת 2013 הגיעו התשלומים עבור ביטוחי בריאות משלימים ומסחריים לסך של 8.2 מיליארד ש"ח (במחירי 2013). זאת ההתפתחות שוועדת גרמן ותקציב משרד הבריאות לשנת 2015 באו לרסן.

1 התקציב הרגיל = ההוצאה הממשלתית ללא ההוצאה המותנית בהכנסה וללא ההרשאה להתחייב.
2 אלא אם כן צוין מקור שונה, המקורות למידע בדו"ח הם ספר הצעת התקציב של משרד הבריאות לשנת 2015 (נובמבר 2014) ומסד נתוני התקציב של מרכז אדוה.

הכנסות של קופות החולים ושל חברות הביטוח מתשלומים של משקי בית עבור ביטוחים משלימים ומסחריים, 1997-2013

במיליארדי ש"ח, במחירי 2013



הערה: הנתונים לשנת 2013 הינם בגדר אומדן.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך נתונים שהתקבלו מגף חשבונאות לאומיים בלמ"ס, נובמבר 2014.



עלות סל השירותים של קופות החולים ותקציב להשלמה לעלות הסל

לתוספות טכנולוגיות נשאר כפי שהיה בשנה שעבר. סכום זה מהווה תוספת של פחות מאחוז אחד מעלות הסל בשנה שעבר, כאשר ההמלצה של אנשי מקצוע היא תוספת של שני אחוזים לשנה.

כידוע, תקציב סל השירותים של קופות החולים נשחק מאז שחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הן בגלל עדכון דמוגרפי חסר (שעתה, בהתאם להמלצת ועדת גרמן, יתוקן), הן בגלל עדכון טכנולוגי נמוך והן בגלל עדכון לא ריאלי של יוקר הבריאות.

לגבי העדכון הדמוגרפי, בשנים קודמות לא הגדילו את הסל בהתאם לשיעור הגידול הצפוי באוכלוסייה ובהזדקנותה אלא בשיעור קטן יותר ואזי נצבר פער בין המצוי והרצוי. לגבי העדכון הטכנולוגי עבור תרופות ופרוצדורות רפואיות חדשות, בין השנים 1995 ו-1997 לא היה שום עדכון. מאז 1998 נוסף עדכון שנתי ברוב השנים, אולם העדכון היה, בדרך כלל, בשיעור של פחות מאחוז אחד מעלות הסל בשנה הקודמת; לכן נוצר פער בין המצוי והרצוי – שהוא כאמור עדכון של שני אחוזים. לגבי העדכון של מחירי הבריאות, המדרד שלפני מערכנים באופן אוטומטי את עלות סל הבריאות משנה לשנה הוא "מדרד יוקר הבריאות". מדרד זה אינו כולל את תשומת הבריאות העיקרית האחראית לעלייה במחירים הלא היא עלות יום אשפוז ועל כן נוצר פער בין המצוי והרצוי גם מהגורם הזה.

עלות סל השירותים של קופות החולים לשנת 2015 מוערך ב-38.6 מיליארד ש"ח, במונחי מדרד יוקר הבריאות לשנת 2013 (עיקרי התקציב: 132). עלות זאת כוללת עדכון טכנולוגי לתרופות ופרוצדורות חדשות, בסכום של 300 מיליון ש"ח (0.7%), עדכון דמוגרפי בסך 820 מיליון ש"ח (1.88%), ועדכון בהתאם לעלייה במדרד יוקר הבריאות ולעלויות הקשורות להסכם עם הרופאים (530 מיליון ש"ח)³. בנוסף, הוחזר לסל הבריאות סך של 500 מיליון ש"ח שנגרעו ממנו בשנת 2014 בעקבות ההצעה (שנפלה) להטיל מס בריאות על עקרות בית (נשים העובדות אך ורק במשק ביתן).

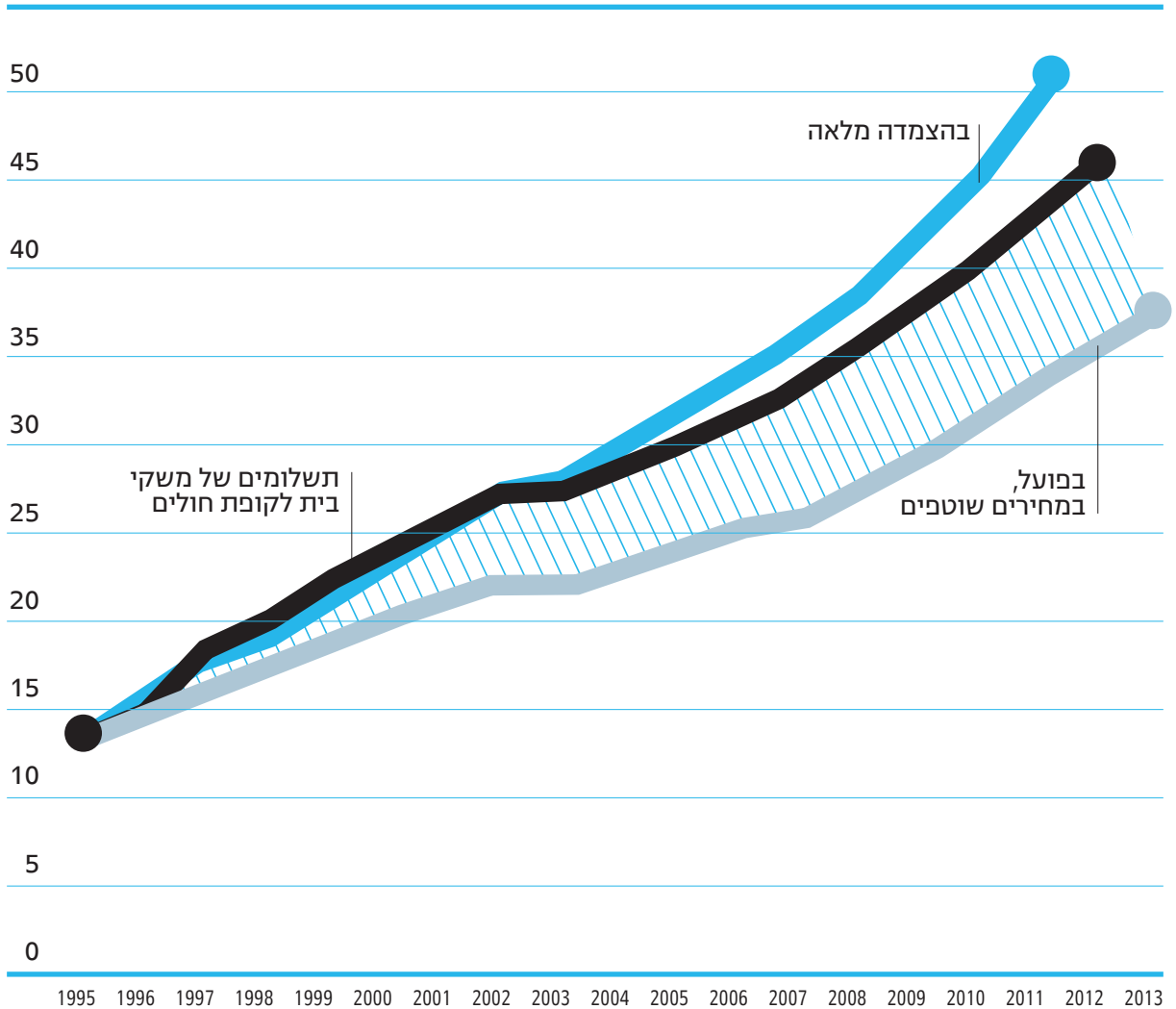
מקורות המימון של סל השירותים של קופות החולים הם מס בריאות, השתתפות עצמית של קופות החולים והשלמה מתקציב המדינה. האחרון מהווה חלק מתקציב משרד הבריאות. הסעיף התקציבי "השלמת עלות סל שירותי בריאות עפ"י סעיף 13 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" לשנת 2015 עומד על כ-20.256 מיליארד ש"ח – כ-17% יותר מהתקציב המקורי לסעיף זה בשנת 2014.

סל השירותים של קופות החולים קיבל השנה, בעקבות המלצות ועדת גרמן, תוספת גדולה יותר מבעבר עבור שינויים דמוגרפיים – ועל כך יש לברך. לעומת זאת, הסכום שהוקצב

3 חושב מ"עיקרי התקציב", עמוד 132.

עלות סל השירותים של קופות החולים: המצוי והרצוי

במחירים שוטפים, במיליארדי ש"ח



במצב שבו עלות הסל סובלת ממימון חסר, משקי הבית משלמים את החסר באמצעות רכישת ביטוחים נוספים על מס הבריאות ובאמצעות רכישת שירותים פרטיים אחרים.

התרישים מראה את העדכון הרצוי והעדכון המצוי של עלות הסל בין השנים 1995 ו-2013. יש לזכור שלמרות שהעדכון הדמוגרפי תוקן במסגרת תקציב משרד הבריאות לשנת 2015, המימון החסר משנים עברו נשאר.

עלות סל השירותים של קופות החולים: המצוי והרצוי

במחירים שוטפים, במיליארדי ש"ח

עלות סל הבריאות, במחירים שוטפים במיליארדי ש"ח	עלות הסל השוטפת הוצאות מעבר למס הבריאות במיליארדי ש"ח	עלות סל הבריאות, במחירים שוטפים במיליארדי ש"ח	שנה
12.24	12.24	12.24	1995
14.59	13.86	13.86	1996
16.87	17.16	15.36	1997
18.56	18.81	16.61	1998
20.74	21.21	18.01	1999
22.76	22.77	19.27	2000
24.35	24.47	20.27	2001
26.27	25.82	21.12	2002
27.15	26.54	21.14	2003
28.94	27.91	22.01	2004
31.15	28.97	22.77	2005
33.15	30.74	24.04	2006
35.02	32.45	24.95	2007
37.52	34.58	26.58	2008
40.95	36.74	28.14	2009
44.41	39.43	30.33	2010
48.83	42.27	32.67	2011
53.46	45.28	34.78	2012
57.96	.1.א	36.55	2013

הערות:

1. עלות סל הבריאות בהצמדה מלאה – העלות חושבה על פי שלושה מדדים: שינוי דמוגרפי, שינוי טכנולוגי של 2 אחוזים לשנה ושינוי במדד תשומות הבריאות; מספר הנפשות מתוקננות – ממוצע הנפשות המתוקננות התקבל ממשרד הבריאות ולוקח בחשבון את השינוי בנוסחת הקפיטציה. בסל הבריאות קיימים גם שינויים אחרים מלבד אלו שנסקרו כאן. אולם, בלוח זה, שינויים אלו לא נלקחו בחשבון.
2. הנתונים של התשלומים של משקי בית לקופות החולים מעודכנים עד לשנת 2012.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד הבריאות, עורכים: דניאלה אריאלי, טוביה חורב וניר קידר, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995–2013, קובץ נתונים סטטיסטיים, אוקטובר 2014.



תקציב השירותים המסופקים ישירות על-ידי משרד הבריאות

להפעלתה. בתקציב משרד הבריאות לשנת 2015 הוקצה סך של 285 מיליון ש"ח לתמיכה בתוכנית. הסכום הזה נקבע אחרי משא ומתן ארוך, כאשר הצעת התמיכה ההתחלתית עמדה על 100 מיליון ש"ח.

כספים המיועדים לבתי חולים הם 90 מיליון ש"ח להבראה של בית חולים הדסה ו-230 מיליון ש"ח שנוספו לבסיס תקציב בתי החולים עבור התייקרות העלות של יום אשפוז.

ספר התקציב של משרד הבריאות מציין גם תוספת לתקציב בסך 350 מיליון ש"ח לשם "ביצוע תוכנית לאומית לקיצור תורים ושיפור השירות" (עמוד 136). לא נכתב דבר על התוכנית עצמה, שלה מיוחסת חשיבות רבה במשימה של שיפור השירות במערכת הבריאות הציבורית ויש להניח שהתוכנית טרם הושלמה. לא ברור באיזה סעיף תקציבי נמצאים כספי התוכנית הזאת.

תקציב הפיתוח (סעיף ראשי 67) של משרד הבריאות לשנת 2015 מסתכם ב-516.6 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). ההקצאה גבוהה ב-57% מזו של שנת 2014, שהייתה קטנה ב-22% מזו של 2013. לפי דברי ההסבר לתקציב משרד הבריאות, תקציב הפיתוח כולל 100 מיליון ש"ח לשתי מטרות: הוספת מיטות כלליות ופסיכיאטריות, בהתאם לתוכנית רב-שנתית, ומיגון בית חולים ברזילי; תקציב הפיתוח כולל גם 97 מיליון ש"ח לבית חולים אסותא באשדוד – בית חולים פרטי בו יהיה מותר

משרד הבריאות אחראי ישירות לאספקת שירותי שיקום, שירותי בריאות הנפש, שירותים גריאטריים ושירותי בריאות הציבור. בנוסף על כן, משרד הבריאות מפעיל בתי חולים כלליים, בתי חולים גריאטריים ובתי חולים פסיכיאטריים. הוא גם תומך בקופות החולים באמצעות תקציבים שאינם כלולים בסעיף "השלמה לעלות הסל".

ספר התקציב של משרד הבריאות לשנת 2015 מונה מספר תוספות לתקציבים אלה לשנת 2015. תוספת אחת מיועדת לקופות החולים ושמה "תקציב המועבר לקופות החולים באמצעות סל הבריאות והסכמי ייצוב". ההקצאה למטרה הזאת עומדת על סך של 2.311 מיליארד ש"ח במחירים שוטפים, והיא גדולה ריאלית בכ-70% מהקצאה דומה שהוקצבה בשנת התקציב 2014.

לפי ספר התקציב של משרד הבריאות (עמ' 136), תוספות שניתנו לשירותים שמפעיל משרד הבריאות באופן ישיר מסתכמות ב-585 מיליון ש"ח. תוספות אלה כוללות, בין היתר, 120 מיליון ש"ח לשיקום ושילוב של נכי נפש בקהילה ו-56 מיליון ש"ח לסובסידיות ("קודים") לאשפוז סיעודי.

ביולי 2015 השירותים לבריאות הנפש אמורים לעבור ממשרד הבריאות לקופות החולים, במסגרת תוכנית שביצועה נדחה זמן רב בגלל ההתנגדות של גופים מקצועיים ובגלל דרישות קופות החולים לקבל ממשרד הבריאות סכומים גדולים יותר

מקור שני הוא דברי ההסבר של ספר התקציב של משרד הבריאות לשנת 2015, שם נכתב: "בשנת 2014 הוקצו כ-124 תקני רופאים (בעיקר למומחים) למקצועות במחסור כגון רפואה פנימית, מיון, מיון ילדים, גריאטריה פסיכיאטריה ועוד" (עמ' 27). לא ברור מה הסיבה לאי ההתאמה בין המספרים. עוד נכתב שבין השנים 2011-2013 הוקצו כ-645 תקני רופאים, מתוכם כ-585 תקני מתמחים למטרת הפחתת תורנויות.

נוסף על התקציב הרגיל, כולל תקציב משרד הבריאות הוצאות המותנות בהכנסות, כמו השתתפויות עצמיות עבור שירותים הניתנים על-ידי משרד הבריאות. התקציב כולל גם סוג הוצאה הנקרא "הרשאה להתחייב"; כשמו כן הוא: סכומים שמשרד הבריאות מורשה להתחייב עליהם ב-2015 כאשר התשלום אינו מידי. ספר התקציב לשנת 2015 כולל סעיף אחד בר עניין רב למתעניינים בשוויון בבריאות: 100 מיליון ש"ח כולל הרשאה להתחייב עבור תוכנית לצמצום פערים בבריאות לשנים 2015 ו-2016 (עמ' 132). זאת תוכנית שחמישה ארגונים חברתיים המליצו עליה עוד בשנת 2010 בפירסום משותף, לצמצום היום את פערי המחר: יעדים לצמצום פערים בבריאות (<http://www.adva.org/uploaded/briut%20full%20report%20hebrew%20final.pdf>). השאלה היא האם הסכום הזה גדול דיו לאפשר פעולות שיצמצמו את הפערים הגדולים הקיימים במצב הבריאות בין יהודים וערבים ובין תושבי יישובים שונים בארץ.

יש לציין שבהשוואה בינלאומית, ההשקעה בנכסים קבועים (מבנים וציוד רופאים) במערכת הבריאות בישראל נמוכה (בנק ישראל, "השקעות בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל", נובמבר 2014). מדובר בהשקעות מתקציב המדינה ביחד עם השקעות של גורמים פרטיים. לדברי בנק ישראל, שניתח את נתוני OECD, נתונים אלה אינם מעידים בהכרח על טיפול רפואי נחות אלא על ניצול יעיל ואינטנסיבי יותר במבנים וציוד הקיים. עם זאת, ההשקעה הנמוכה גורמת, בין היתר, לתורים ארוכים לבריקות סריקה ולתופעות עונתיות של חולים במסדרונות. להשקעה הנמוכה תהיינה השלכות בעתיד, עם הגידול באוכלוסייה והזדקנותה.

נתון חמור יותר העולה מנתוני ה-OECD שנותחו על-ידי בנק ישראל הוא, שברבע מסך ההשקעה בבתי חולים בארץ הופנתה לבתי חולים פרטיים. הנתון הזה משקף את המגמה שאיתה ניסתה להתמודד ועדת גרמן: התחזקות המערכת הפרטית, המשרתת רק חלק מהישראלים, על חשבון המערכת הציבורית, המשרתת את כל הישראלים.

בעקבות הסכמי השכר עם הרופאים, תקציב המדינה לשנת 2015 אמור לשקף גידול במספר הרופאים ובשכרם בבתי החולים הממשלתיים. חיפשנו מידע על תקנים בבתי חולים ממשלתיים כלליים ומצאנו שני מקורות מידע: אחד הוא סיכום של מספר התקנים בשנת 2015 ושל תקציב השכר. להלן לוח המשווה את מספר התקנים ואת עלות השכר בשנים 2015 ו-2014.

מספר תקני רופאים בבתי חולים ממשלתיים כלליים ועלות השכר במיליוני ש"ח, 2014 ו-2015

במחירים שוטפים

גידול בין 2014 ו-2015	2015	2014	
554.5	21,334	20,779.5	מספר התקנים
389	7,020	6,631	עלות השכר

מקורות: הצעת תקציב לשנת הכספים 2015 ודברי הסבר: משרד הבריאות, נובמבר 2014: 141; הצעת תקציב לשנת הכספים 2013-2014 ודברי הסבר: משרד הבריאות, יוני 2013: 78.



ניתוח מגדרי של תקציב משרד הבריאות

מצבת ה"קודים" בחודש ספטמבר 2014 שיעור הגברים הזכאי ל"קוד" היה כ-31% לעומת שיעור של 69% אצל הנשים.

5. הפערים הגדולים בין המגדרים נובעים בעיקר מתוחלת החיים הגבוהה של נשים לעומת זו של גברים בישראל. נשים – 83.6, גברים – 79.9, נכון לשנת 2012 לפי נתוני הלמ"ס.

בספר התקציב של משרד הבריאות, כמו בספרי התקציב של כל משרדי הממשלה ויחידות הסמך, מופיע השנה פרק חדש, "ניתוח מגדרי של הצעת התקציב". בהתאם להחלטת ממשלה מספר 2084, נדרשו משרדי הממשלה להציג ניתוח מגדרי של 10% מתקציביהם. משרד הבריאות בחר להציג ניתוח מגדרי של תקציבי הסובסידיות ("קודים") לאשפוז הסיעודי ושל הוצאות השכר במערכת הבריאות הממשלתית.

בגלל החידוש שבהצגה הזאת, אנו מביאים את הפרק בלשונו ובמלואו:

1. אשפוז סיעודי (קודים):

- קשיש הזקוק לאשפוז במוסד סיעודי או במחלקה לתשושי נפש – זכאי לקבל סיוע במימון האשפוז ממשרד הבריאות, זאת מתוקף התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובהתאם לנהלי משרד הבריאות.
- הסיוע במימון מותנה בתשלום השתתפות עצמית, כפי שהיא נקבעת לפי נוהלי משרד הבריאות, בהתאם לגובה ההכנסות של הקשיש המועמד לאשפוז ובני משפחתו.
- משרד הבריאות מסייע במימון אשפוז של קשישים סיעודיים ותשושי נפש (אשפוז ב"קוד"), רק במוסדות העומדים בשני התנאים הבאים:
 - המוסד קשור עם משרד הבריאות בהסכם מתאים ותקף
 - המוסד הוא ברישוי משרד הבריאות
- ניתוח שנעשה לצורך בדיקת פילוח ה"קודים הסיעודיים" לפי קבוצות מגדר המוצג בלוח שלהלן, מראה כי על פי

נשים	סה"כ קודים סיעודיים	אחוז מכלל התקציב	סה"כ תקציב באלש"ח
9,639	69%	1,379,413	
4,361	31%	624,091	
14,000		2,003,504	

2. הוצאות שכר במערכת הבריאות הממשלתית:

- א. מערכת הבריאות הממשלתית מעסיקה עשרות אלפי עובדים וכוללת בין השאר את המוסדות הבאים:
- בתי חולים כלליים כגון שיבא ואיכילוב
 - בתי חולים פסיכיאטריים כגון באר שבע ובאר יעקב
 - בתי חולים גריאטריים כגון שמואל הרופא ופרדס חנה
 - טיפות חלב
 - מערכי המיניסטריון בירושלים, תל אביב ולשכות הבריאות ברחבי הארץ

- ב. מערכת בריאות מעסיקה עובדים ב-4 סקטורים שונים:
1. רופאים
 2. אחיות
 3. פארא רפואי, כגון קלינאיות תקשורת, רנטגנאים, פסיכולוגים
 4. מנהל ומשק כגון כלכלנים, מהנדסים, עורכי דין

ג. לפי ניתוח שערך האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות המפורט בלוח להלן ב-2013 הועסקו במערכת הבריאות הממשלתית כ-30.5 אלף עובדים ב-26.7 אלף משרות. 71% מכלל העובדים במערכת הבריאות הממשלתית הינן נשים. עם זאת, מתוך כלל הוצאות השכר, חלקן של הנשים עמד על 62.7%.

שנה	מגדר	מספר משרות	שיעור מכלל המשרות	מספר עובדים	שיעור מכלל העובדים	סה"כ הוצאה באלפי שקלים
2013	גבר	8,286	31%	8,952	29%	1,945,983
	אשה	18,434	69%	21,571	71%	3,270,130
סה"כ		26,720		30,523		5,216,113

אנו מוסיפים: בחינת הלוח מגלה פרט מגדרי נוסף: הפרש בעלות שכר הממוצעת של גברים ונשים: עלות השכר הממוצעת של גברים היא 217,000 ש"ח לשנה, לעומת עלות השכר הממוצעת של נשים - 151,000 ש"ח.



היטל תיירות מרפא וביטול הפטור ממע"מ על ההכנסות מתיירות מרפא בבתי חולים פרטיים, קביעת תקרה לפעילות פרטית בבתי חולים פרטיים והטלת היטלים במקרה של פעילות פרטית החורגת מהתקרה

תיירות מרפא

במסגרת הצעת תקציב משרד הבריאות מוצע להטיל מס בגובה 15% על הכנסות בתי החולים הציבוריים והפרטיים שמקורן בתיירות מרפא ולהעביר את כספי המס לטובת מימון תכנית לאומית לקיצור תורים במערכת הבריאות הציבורית. בנוסף על כך, מוצע לבטל את הפטור ממס ערך מוסף על פעילות תיירות המרפא, הפעם על בתי חולים פרטיים בלבד. אנו רואים את ההצעות האלה כחיוניות, אולם אנו סבורים ששירותים ציבוריים ופרטיים (תיירות מרפא) אינם יכולים לדור בכפיפה אחת עם אלה הציבוריים מבלי שהשירותים הציבוריים יפגעו. ואכן, אנו עדים לפגיעה בזמינות של שירותי בתי החולים הציבוריים לחולים ישראלים המתבטאת, בין השאר, בהארכת זמן ההמתנה לניתוח וליצירת תורים. על כן אנו שבים ואומרים שיש לבטל לחלוטין את תיירות המרפא בבתי החולים הציבוריים.

בתי חולים פרטיים ומרפאות כירורגיות פרטיות

בהתאם להמלצות ועדת גרמן לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, כולל תקציב משרד הבריאות לשנת 2015 כמה הצעות הקשורות לבתי חולים פרטיים ומרפאות כירורגיות פרטיות. אחת ההצעות היא לקבוע שהתשלום למוסדות הפרטיים יכלול את מלוא השירותים שהחולה מקבל/ת במסגרת הטיפול במוסד, כולל השירותים המתקבלים מרופאים. הצעה זו מטרתה למנוע ממוסדות פרטיים לשמש אכסניות לרפואה שחורה – והוא צעד חיובי.

הצעה אחרת היא לקבוע לבתי חולים פרטיים תקרת הכנסה מפעילות פרטית, פעילות הכוללת ניתוחים המתבצעים במסגרת הביטוחים המשלימים והמסחריים, וזאת כיוון שכרברי ספר התקציב, "אין כיום כלי רגולטורי אפקטיבי שמאפשר לתחום את הגידול בפעילות הבריאות הפרטית ולצמצם את השפעותיה השליליות על מערכת הבריאות הציבורית... הצעת התקציב מציעה להחיל מנגנון הקובע תקרת הכנסות מפעילות במימון פרטי גם על פעילות מוסדות רופאים פרטיים" [כפי שיש תקרה על הפעילות של בתי חולים ציבוריים – ב.ס.].

(תקציב משרד הבריאות: 135).

יתר על כן, מוצע שבתי חולים פרטיים שיחרגו מתקרת ההכנסה יחויבו בהיטל ושההכנסות מהיטל זה יועברו למערכת הבריאות הציבורית.

הצעה זאת עוררה התנגדות חריפה מצד בתי החולים הפרטיים ומצד רופאים רבים, המגייסים סוללה של לוביסטים למשימת דחיית ההצעה. גם חולים נזעקו לדחות את ההוצאה, מחשש שיאבדו אופציות השמורות לבעלי ביטוחים משלימים ומסחריים במצב שבו מערכת הבריאות הציבורית אינה נותנת מענה לצרכיהם. ב-19.11.2014 נמסר בעיתון דה מרקר שבעקבות התנגדות זאת, הודיעו משרדי האוצר והבריאות שהם שוקלים לאסור העברת כסף פרטי (במסגרת הביטוחים המשלימים) לרשת בתי החולים אסותא הפרטית (לינדרגנגן, 2014).

האם ההצעות שבתקציב משרד הבריאות יצליחו לרסן את הליך הפרטת מערכת הבריאות הציבורית?

ההצעות שהועלו בתקציב משרד הבריאות מטרתן להתמודד עם כניסה מסיבית של הרפואה הפרטית למערכת הבריאות, רפואה פרטית שמתקיימת על חשבון מטופלי המערכת הציבורית. אולם אנחנו בדעה שהפתרונות המוצעים אינם פותרים את הבעיה של החלשת מערכת הבריאות הציבורית והמשך הפגיעה בטיפול נגיש למטופליה ובבריאותם.

המלצות ועדת גרמן והצעת התקציב של משרד הבריאות לשנת 2015 אינן כוללות ביטול של ביטוחי הבריאות המשלימים המשוקים על-ידי קופות החולים; הן גם לא כוללות הצעות להכניס חלק מהשירותים המוצעים בביטוחים המשלימים לסל הבסיסי. לפי דעתנו, הביטוחים המשלימים הם אלה שאיפשרו ועדיין מעודדים את הפיתוח של מוסדות בריאות פרטיים.

במקום זאת, מציע תקציב משרד הבריאות לרסן את הגידול בהיקף הפעילות הפרטית של בתי החולים הפרטיים, באמצעות הטלת היטלים כספיים על פעילותם.

יש להוסיף כי הצעת תקציב הבריאות, כמו המלצות ועדת גרמן, מבוססות על הפרדה בין סוגי רפואה פרטיים שונים הפועלים בתוך מערכת הבריאות הציבורית. במקום לעסוק בכולם יחד, כחלק מתופעה אחת של הפרטה גוברת של מערכת הבריאות הציבורית, מבחינים שני המסמכים בין תיירות מרפא, פעולות פרטיות בבתי חולים פרטיים והשר"פ. אנו סבורים שיש להתייחס לכל שלוש התופעות כאל מקשה אחת, חלק מאותו מכלול ומאותה הבעיה.

לכסוף, יש לציין שפתרונות כמו אלה המוצעים בתקציב משרד הבריאות לשנת 2015 עלולים ליצור בעיות חדשות שיצריכו אף הן התמודדות בבוא העת. למשל, ריסון פיתוח של שירותי בריאות פרטיים במסגרת בתי חולים פרטיים הוא צעד חיובי כשלעצמו, אולם כל עוד מערכת הבריאות הציבורית אינה מספקת מענה מלא לצרכים הרפואיים של הישראלים, צעד זה עלול להגביר את הביקוש לרפואה השחורה. ועוד אפשרות: בהעדר חיזוק של המערכת הציבורית באמצעות השקעה מהירה ומספקת, הביקוש לרפואה פרטית יכול להתבטא בעתיד בתיירות מרפא של ישראלים מחוץ לגבולות ישראל. צעדים להגבלת הרפואה הפרטית כמו אלה המוצעים בתקציב משרד הבריאות לשנת 2015 חייבים להיות מלווים בתוכנית לחיזוק המערכת הציבורית על-ידי השקעה במערכת הזאת עצמה. תקציב 2015 כולל כמה צעדים בכיוון זה: אבל לא בטוח שהם באים במהירות ובעוצמה הנדרשת.

הדרך הטובה ביותר לשמור על מערכת הבריאות הציבורית היא ליצור הפרדה בין הרפואה הציבורית והפרטית.

