

רופאים לזכויות אדם - ישראל (ע"ר)
أطباء لحقوق الإنسان - إسرائيل
Physicians For Human Rights - Israel



מרכז אדוה
A D V A ה ז כ ר מ
C E N T E R
INFORMATION ON EQUALITY AND SOCIAL JUSTICE IN ISRAEL
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל
מרכז «אדפה» - מלומות חול המסוואة والعدالة الاجتماعية في إسرائيل

תקציב חסר הופך לנורמה: תקציב מערכת הבריאות הציבורית לשנת 2007

ברברה סבירסקי

דצמבר 2006

מרכז אדוה, ת.ד. 36529, תל-אביב 61364, טל. 03-5608871, פקס. 03-5602205
advainfo@bezeqint.net <http://www.adva.org>
רופאים לזכויות אדם, רחוב גולומב 52, תל-אביב 66171, טל. 03-6873718, פקס 6873029
mail@phr.org.il www.phr.org.il

תקציב חסר הופך לנורמה: תקציב מערכת הבריאות הציבורית לשנת 2007

תקציב הבריאות לשנת 2007 ממשיך את המגמות של השנים האחרונות במערכת הבריאות הציבורית: קיצוץ ושחיקה בתקציבים; היעדר תוכנית ארצית כוללת לסגירת פערים במצב הבריאות ובפריסת שירותי בריאות; הפרטה - וניסיון של משרד האוצר להשתלט על קופות החולים.

יש גם התפתחות חיובית: הסכם בין משרדי האוצר והבריאות, שמטרתו העברת רוב השירותים בתחום בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. ההסכם יוגש לכנסת כחוק נפרד הצמוד לחוק התקציב. עם זאת, יש לבצע בהסכם זה כמה וכמה תיקונים מהותיים לפני שהוא יוכן כחוק, על מנת שהוא יהווה התקדמות אמיתית ולא נסיגה.

הקשר בין הזכות לבריאות ותקציבי הבריאות

הזכות לבריאות מוגדרת בסעיף 12 לאמנה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות (ICECR) אשר אומצה על-ידי האו"ם ונכנסה לתוקף ב-1976. בשנת 1991 אישרה ישראל אמנה זו, אם כי לא אימצה את כל סעיפיה בחקיקה ישראלית.

הזכות לבריאות באמנה הבינלאומית מורכבת ממספר מרכיבים, ביניהם:

- זכות כל אדם ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה;
- חובת המדינה לספק שירותי בריאות נאותים אשר יבטיחו טיפול נאות לכל;
- חובת המדינה לספק תנאים מקדימים לבריאות, כמו מים ראויים לשתיה, תשתיות ביוב ועוד.

שלושה מרכיבים אלה של הזכות לבריאות מהווים נורמה בינלאומית.

מימוש זכותו של הפרט לשירותי בריאות ראויים תלוי במידה בה מקיימת המדינה את חובתה לספק טיפול נאות לכל. מידת מחויבות המדינה למרכיב זה של הזכות לבריאות ניתנת למדידה דרך בחינת תקציבי הבריאות.

בישראל חלה שחיקה מתמשכת במימון הממשלתי של שירותי הבריאות. הירידה במימון הציבורי של שירותי הבריאות מביאה לעליה במימון הפרטי של שירותי הבריאות ולפערים הולכים וגדלים בנגישות לשירותי הבריאות בין בעלי אמצעים לחסרי אמצעים. משום כך ניתן לומר כי השחיקה התקציבית מבטאת **נסיגה של המדינה** מהמחויבות ליישום הזכות לבריאות. עצם הנסיגה היא הפרת הזכות לבריאות על פי האמנה.

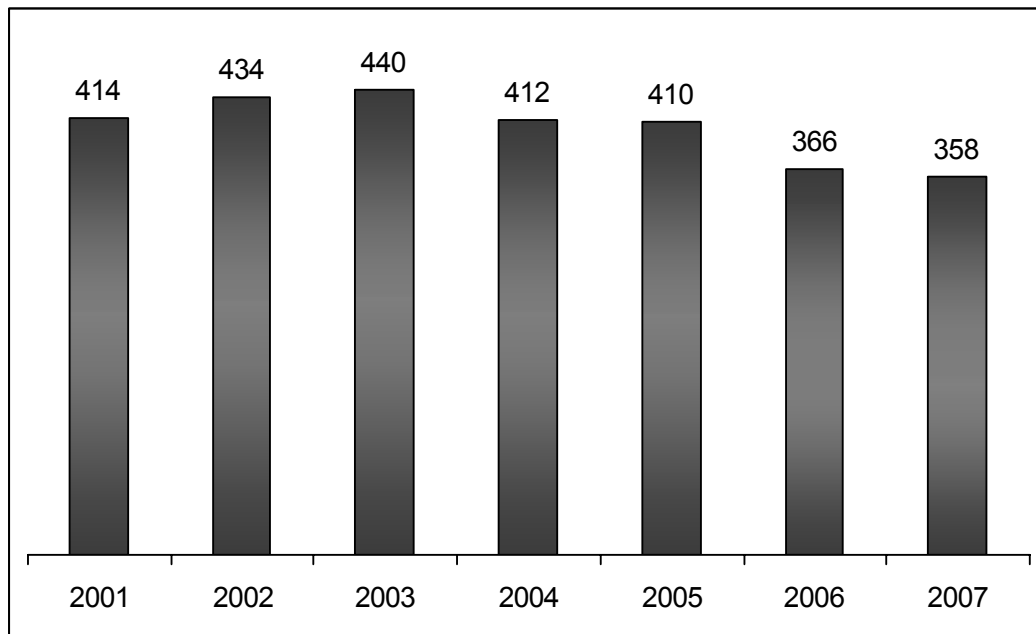
קיצוץ ושחיקת תקציבים

את תקציבי מערכת הבריאות הציבורית ניתן לחלק לשלושה חלקים: תקציב ההוצאות הרגיל, המורכב מההוצאות הרשומות בספר התקציב של משרד הבריאות (ללא ההוצאות המותנות בהכנסה); תקציב הפיתוח, המורכב מסעיפי תקציב הפיתוח הרשומים בספר התקציב של משרד הבריאות; ועלות סל השירותים של קופות החולים, המורכב מדמי בריאות, מתשלומים שמקבלות קופות החולים עבור שירותים ומהשלמה הניתנת כחלק מתקציב משרד הבריאות. שלושת החלקים האלה של תקציב הבריאות עוברים זה שנים תהליך של קיצוץ ושחיקה.

תקציב ההוצאות הרגיל של משרד הבריאות

בשנת 2007, התקציב הרגיל של משרד הבריאות לנפש מתוקנת ("נפש מתוקנת" לוקחת בחשבון את ההרכב הגילי של האוכלוסייה, היות ובגילאים הצעירים והמבוגרים, ההוצאות על בריאות גבוהות יותר), ללא ההשלמה לסל השירותים של קופות החולים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי וללא שירותי בריאות הנפש – בהן נדון בהמשך – קטן ב-14% מהתקציב לנפש ב-2001.

התקציב משרד הבריאות לנפש מתוקנת 2001 - 2007
בשקלים, במחירי 2005



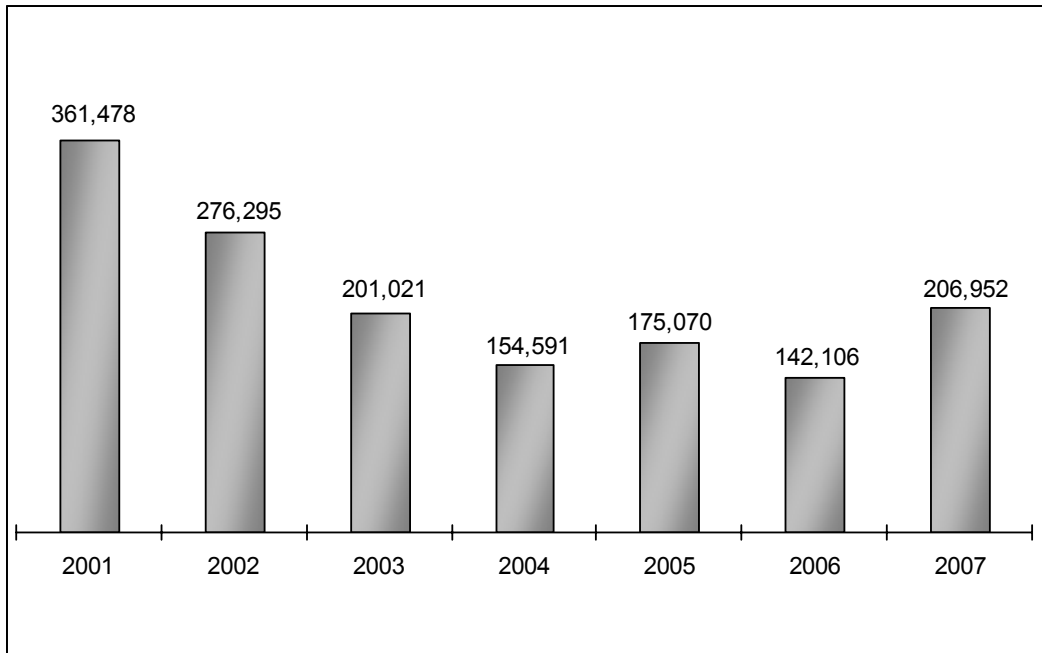
הערה: תקציב הבריאות לנפש מתוקנת: ללא חוק השלמת ביטוח בריאות ממלכתי וללא תקציב בריאות הנפש.
מקורות: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד האוצר – החשב הכללי, דין וחשבון לשנים 2001 – 2005; משרד האוצר, הוראות התקציב לשנת 2006; משרד הבריאות; משרד האוצר, הצעת התקציב לשנת 2007; משרד הבריאות, אוקטובר 2006; הלמ"ס, שנתון סטטיסטי, שנים שונות.

תקציב הפיתוח של משרד הבריאות

ב-2006, תקציב הפיתוח של משרד הבריאות היה קטן ב-60% מתקציב הפיתוח בשנת 2001. בהצעת התקציב לשנת 2007 יש תוספת של 20 מיליון ₪ לתקציב הפיתוח המיועדת לפיתוח בתי חולים ממשלתיים והבטחה כי תוספת דומה תינתן גם בכל אחת מהשנים 2008 ו-2009. לפי הצעה זו, תקציב הפיתוח יעמוד ב-2007 על 214.7 מיליון ₪, במחירים שוטפים - תקציב שהוא קטן ב-43% מתקציב הפיתוח בשנת 2001.

תקציב הפיתוח של משרד הבריאות 2007 - 2001

באלפי שקלים, במחירי 2005



מקורות: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד האוצר – החשב הכללי, דין וחשבון לשנים 2001 – 2005; משרד האוצר, הוראות התקציב לשנת 2006; משרד הבריאות; משרד האוצר, הצעת התקציב לשנת 2007; משרד הבריאות, אוקטובר 2006.

עלות סל השירותים של קופות החולים

”עלות הסל” הוא הסכום שנועד לממן את השירותים שקופות החולים מעניקות למבוטחיהן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ב-1995, כאשר הונהג החוק, סל השירותים נקבע כסל השירותים שהוצע אז על ידי קופת חולים הכללית - הקופה הגדולה ביותר במשק והיחידה שתיעדה את תוכן הסל.

כדי שעלות הסל לא תישחק, יש לעדכנו אחת לשנה בהתאם לכמה מדדים: האחד הוא הגידול של האוכלוסייה והשינוי באחוז הזקנים בה. מדד שני הוא מדד תשומות הבריאות (תשומות הבריאות העיקריות: עבודה, ציוד וחומרים). בנוסף, יש להוסיף מדי שנה סכום המיועד לממן את השיפורים הטכנולוגיים המתרחשים כל הזמן: תרופות חדשות, מכשור חדש ופרוצדורות רפואיות חדשות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו כולל הוראה באשר לעדכון עלות הסל לפי מדדים אלה. במקום זאת הוא קובע שעלות הסל תעלה כל שנה בהתאם למדד יוקר הבריאות. במשרד הבריאות גורסים שיש לעדכן את עלות הסל לא לפי מדד יוקר הבריאות אלא לפי מדד תשומות הבריאות; במהלך העשור האחרון, מדד תשומות הבריאות עלה ב-25% יותר ממדד יוקר הבריאות. נוסף על כן, עמדת משרד הבריאות היא שדרוש מנגנון עדכון שיאפשר הכנסת שיפורים טכנולוגיים (תרופות, מכשירים, פרוצדורות) כל שנה לסל השירותים של הקופות החולים.

הממשלה אינה מקבלת את עמדת משרד הבריאות. בכל פעם שסוגיית עדכון עלות הסל עולה לדיון ציבורי, הממשלה טוענת שיש להמשיך במדיניות לפיה שיעור התוספת הריאלית לעלות סל הבריאות ייקבע מדי שנה בידי הממשלה, "בהתאם לצרכים ובמסגרת סדר העדיפויות התקציבי ולא על פי מנגנון של נוסחה אוטומטית" (הצעת תקציב לשנת הכספים 2007 ודברי הסבר, 2006: 58).

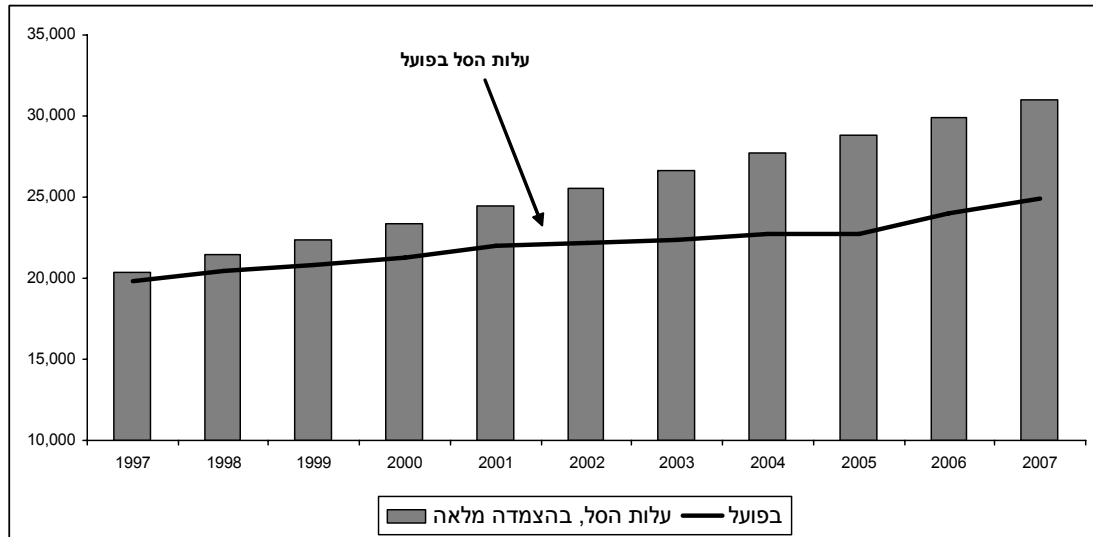
כדי לעדכן את עלות הסל מעבר לעלייה במדד יוקר הבריאות - שהוא העדכון היחידי המעוגן בחוק - על הממשלה לקבל החלטה מפורשת. כך, בשנת 2004, חתמו שרי האוצר והבריאות על הסכם הקובע שבכל אחת מהשנים 2005, 2006 ו-2007, תוגדל עלות הסל בשיעור של 1.13% לעומת השנה הקודמת, כדי לפצות על הגידול וההזדקנות של האוכלוסייה. אולם זהו פיצוי חלקי בלבד.

באשר לתוספת לעלות הסל עבור שיפורים טכנולוגיים, משרד הבריאות גורס שיש לקבוע מנגנון אוטומטי של כ-2% לשנה; למעשה, התוספת נקבעת בהתאם ללחץ הציבורי המופעל על הממשלה, בעיקר בנושא התרופות. הלחץ הציבורי מופעל לא רק על-ידי החולים הזקוקים לתרופה זו או אחרת, אלא גם - ואולי בעיקר - על-ידי תאגידי התרופות הבינלאומיים: כל גידול בתוספת עבור שיפורים טכנולוגיים המיועדת לתרופות מגדיל את הרווחים הפוטנציאליים שלהם. כתוצאה מכך, היו שנים בהן התוספת לשיפורים טכנולוגיים הייתה חסרה או אפסית והיו שנים בהן התוספת הייתה גדולה, יחסית לשנים האחרות.

מחקרים שנעשו באוסטרליה, באנגליה ובארצות הברית מראים שהעליות בהוצאות הבריאות בארצות האלה שיוחסו לשינויים טכנולוגיים נעו, בממוצע, בין 2% ל-3% לשנה (ווד, 2006). בישראל, התוספת הממוצעת לסל השירותים בגין שינויים טכנולוגיים מאז 1995 היא לא יותר מאשר 0.8% לשנה. בשנים הראשונות להחלת החוק לא הייתה שום תוספת; בשנים שאחריהן, שיעור התוספת נע בין 0.1% ל-2.0% מעלות הסל.

חוקרים שבדקו את השינויים שחלו בעלות הסל במהלך העשור הראשון להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קבעו כי "... התקציב שהועמד לצורך הטיפול הרפואי באוכלוסייה הישראלית בשנת 2003 היווה, במונחים ריאליים, כשני שלישים בלבד מזה שעמד לצורכי האוכלוסייה עם הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995" (אחדות

עלות הסל בפועל, ועלות הסל בהצמדה מלאה 1997 - 2007
 באלפי שקלים, במחירי 2005



הערות: 1. עלות הסל בשני המקרים חושבה לפי מדד תשומות הבריאות.
 2. עלות הסל בהצמדה מלאה כוללת את גידול האוכלוסיה המתוקנת בפועל, וכן גידול שנתי של תוספת טכנולוגיה (2%).
מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, עשור לחוק בריאות ממלכת: 1995 – 2005, עורכים: גבי בן-נון וגור עופר, 2006.

הצעת התקציב לשנת 2007 מעמידה את עלות הסל על כ-25 מיליארד ₪ (במחירי 2005). למעשה, עלות הסל תכלול גם 378.6 מיליון ₪ עבור תוספות טכנולוגיות שעליהן הוחלט עוד ב-2006, כאשר מיצוי ההקצאה נקבע לשנת 2007. בשנתיים האחרונות, גדל התקציב לתוספות טכנולוגיות, ובעיקר תרופות, בשל לחץ ציבורי: ב-2006 ניתנה בפועל תוספת של כ-449 מיליון ₪ (מזכר, מחלקת הכלכלה והתכנון, משרד הבריאות, אוקטובר 2006).

בהיעדר מנגנון עדכון מלא, הסכום המיועד למימון סל שירותי הבריאות הולך ונשחק. מחלקת התכנון של משרד הבריאות חישבה, כי עד שנת 2006 הצטבר מחסור של 17% בעלות הסל, הנובע מכך שעלות הסל עודכנה רק בחלקה: עקב עדכון חלקי בלבד עבור הגידול וההזדקנות של האוכלוסייה ועקב הצמדה למדד יוקר הבריאות במקום למדד תשומות הבריאות, נוצר מחסור של כ-3.5 מיליארד ₪. ב-2006 הייתה שחיקה נוספת של כ-350 מיליון ₪, שנבעה אף היא מפיצוי חלקי עבור השינויים הללו.

והערה אחרונה בנושא מנגנון העדכון: מן הראוי לקבוע מנגנון עדכון לא רק לתרופות חדשות אלא גם לחידושים אחרים, כגון אלה שבתחום בריאות הציבור, בתחום הטיפול במחלות ממושכות ובתחומי השיקום הנפשי והגופני.

השתתפות עצמית של חברי/ות קופות החולים

השחיקה במימון הציבורי של מערכת הבריאות מביאה לעלייה במימון הפרטי של שירותי בריאות.

ב-1998 הוכנס תיקון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שאיפשר לקופות החולים לגבות השתתפות עצמית עבור ביקור אצל רופא מומחה, אבחונים ושירותים אחרים. התיקון גם איפשר לקופות החולים להגדיל את ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות - ואכן ההשתתפות הזאת עלתה מאז בכשליש.

בשנים האחרונות יש גידול עקבי במספר האנשים המדווחים כי ויתרו על רכישת תרופה או על טיפול רפואי בגלל המחיר. הסקרים הדו-שנתיים של מכון ברוקדייל מעלים כי בשנת 2005, 8% מהמרוויינים דיווחו על ויתור על טיפול רפואי (לא כולל טיפול שיניים ותרופות), לעומת 6% בסקר של 2003. שיעור המוותרים על תרופות מרשם נשאר 15%, כמו בשנת 2003. שיעור המוותרים היה גבוה יותר בקרב חולים כרוניים - 19% ובקרב בעלי הכנסה נמוכה - 23% (מכון ברוקדייל, 2006).

תשלומי ההשתתפות מסייעים לקופות החולים להמשיך להעניק שירותי בריאות ברמה גבוהה למרות השחיקה בתקציבים. אלא שהדבר מעיד על הגברת האי שוויון במערכת הבריאות הציבורית: בעלי הכנסות גבוהות ובינוניות ממשיכים לקבל את כל השירותים, בשעה שבעלי הכנסות נמוכות נאלצים לוותר על שירותים. העדויות לכך הן רבות - והפתרונות, אשר עולים כסף, אינם נשקלים במסגרת התקציב לשנת 2007.

שירותי בריאות הנפש עוברים לקופות החולים

בספטמבר 2006 נחתם הסכם בין משרד האוצר ומשרד הבריאות שעיקרו העברת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים בשנת התקציב 2007 (שירותי שיקום נפגעי נפש בקהילה אמורים לעבור בשנת התקציב 2008).

ההסכם קובע כי לשם ביצועו, החל בשנת התקציב 2007, יעבור רוב תקציב שירותי בריאות הנפש - כ-950 מיליון ש"ח, ממשרד הבריאות לקופות החולים. עוד נקבע שבכל אחת מארבע השנים הבאות, תינתן לקופות החולים תוספת למימון הרחבת השירותים האמבולטוריים, בסך של כ-40 מיליון ש"ח (מזכר, מחלקת הכלכלה והתכנון, משרד הבריאות, אוקטובר 2006).

ההסכם מביא למיצוי הליך שהחל עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995. בעת חקיקת החוק נקבע כי שירותי בריאות הנפש, שרובם נשארו בתחום האחראיות של משרד הבריאות, יועברו בעתיד אל קופות החולים. הצידוק לקביעה זו הוא שבריאות הנפש אינה נפרדת מבריאות הגוף ויש לטפל בשני הממדים גם יחד. בשני המקרים, המטפלים הראשוניים אמורים להיות רופאי המשפחה.

ההסכם קובע סל שירותים מחייב לכל מבוטח/ת נזקק/ת. עמותת "עוצמה" – פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש – מברכת הן על עצם ההעברה של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים והן על קביעתו של סל שירותים לנפגעי נפש ("עוצמה", 2006).

העלות האמיתית של שירותי בריאות הנפש היא סוגייה הנתונה במחלוקת בין משרד האוצר, מחד, ובין משרד הבריאות וקופות החולים, מאידך. לדידו של משרד האוצר, הסכום שהוקצב מספיק; הוא גם טוען כי על קופות החולים להתייעל ולחסוך בתחומים אחרים על מנת שתוכלנה להעביר סכומים לתחום בריאות הנפש. משרד הבריאות, מצדו, גורס שהקופות זקוקות לתוספת של 120 מיליון ₪ לשנה על מנת להעניק שירותי בריאות נפש נאותים; עוד טוען המשרד כי כל דרישה "לחסוך" או "להתייעל" סופה פגיעה ברמת השירותים. מצדן, קופות החולים חוששות שמא תידרשנה להעניק שירותים ללא תקציב מספיק.

בכירי משרד הבריאות ופעילי עמותת "עוצמה" תומכים בהעברת השירותים והם רואים את הדיונים הצפויים בוועדות הכנסת (ועדת העבודה, הרווחה והבריאות וועדת הכספים), כהזדמנות לעשות את השינויים הדרושים כדי שהחוק יוביל לשיפור השירותים – ביניהם – הגדלת התקציב.

ואולם מעבר להגדלת התקציב, יש צורך להוסיף לחוק ארבעה תיקונים נוספים:

התיקון הראשון והחשוב שבהם הוא קביעה כי מרפאות החוץ בקהילה, המופעלות על-ידי משרד הבריאות, לא ייסגרו. לפי ההסכם, עם העברת תחום האחראיות לבריאות הנפש אל קופות החולים, יסגור משרד הבריאות כ-50 מרפאות ותחנות לבריאות הנפש שבבעלותו. במקומן, אמורות קופות החולים ליצור שירותים חלופיים – יש מאין. אלא שכלל לא ברור כיצד הן תעשינה את זאת. יש לציין שהמרפאות לבריאות הנפש בקהילה מטפלות באוכלוסייה החלשה ביותר שאין ביכולתה לממן טיפול נפשי פרטי (נקר, 2006).

במקום לסגור את התחנות, ראוי שההסכם יקבע כי המרפאות תמשכנה לפעול וקופות החולים תרכושנה מהן שירותים, בדיוק כפי שהן רוכשות שירותים מבתי חולים ממשלתיים. למצער יש לקבוע הליך של העברת המרפאות לקופות החולים – או מתן פרק זמן לפיתוח מערך חלופי של מרפאות על-ידי קופות החולים.

ועוד : המרפאות והתחנות האמורות להיסגר מעסיקות כ-1,500 עובדים ועובדות (נקר : 2006). יש להבטיח כי ההסכם יבטיח את מעמדם והמשך העסקתם של עובדים אלה במקרה שהמרפאות תסגרנה.

התיקון השני הנדרש בחוק הוא, הרחבת סל שירותי בריאות הנפש כך שהוא יכלול טיפול לא רק במי שקיבל אבחנה פסיכיאטרית, אלא גם באנשים במצבי מצוקה, כמו נוער בסיכון, נפגעות תקיפה מינית וילדים ומבוגרים במשבר (ר' מלחמת לבנון השנייה). אנשי בריאות הנפש מזהירים שאי הכללת טיפול במצבי משבר בסל השירותים של קופות החולים יביא לפגיעה באוכלוסייה שאין בידה לשלם עבור טיפול פרטי (נקר, 2006).

התיקון השלישי הנדרש בחוק הוא הורדת ההשתתפות הגבוהה שישלמו נפגעי נפש הפונים לטיפול בידי פסיכולוג/ית מחוץ למרפאות קופות החולים : 94 ₪ לביקור לעומת 22 ₪ לביקור במרפאות ציבוריות – כמעט פי ארבע (מזכר, מחלקת הכלכלה והתכנון, משרד הבריאות, אוקטובר 2006). ייתכן ויש הצדקה להשתתפות עצמית גבוהה יותר לחולים הבוחרים במטפלים חיצוניים, אך תשלום הגבוה פי ארבע הוא גבוה מדי. יש לקחת בחשבון את העובדה שהמסגרות הציבוריות אינן ערוכות לטפל בכולם ושהטיפול הנפשי דורש התאמה בין המטפל והמטופל.

התיקון הרביעי הנדרש הוא מחיקת הביטול של סל שירותי השיקום לנפגעי נפש בקהילה והשאת הסל על כנו (ר' המשך).

שיקום נפגעי נפש בקהילה

כאמור, בשנת הכספים 2007 יישאר עדיין נושא השיקום של נפגעי נפש בקהילה בתחום האחריות של משרד הבריאות.

בחמש השנים האחרונות נערכה "רפורמה" בנושא השיקום : התקציב לשיקום נפגעי נפש בקהילה גדל בסכום 140 מיליון ₪ בין 2002 ו-2007 (משרד אוצר, הצעת תקציב לשנת הכספים 2007 *ודברי הסכר : משרד הבריאות* : 59). נקבע סל שיקום ונוספו שירותים רבים. שיפור שירותי השיקום מתבטא גם בתקציב 2007, הכולל תוספת של 25.5 מיליון ₪ לשירותי שיקום בקהילה והמגיע לסך של כ-322 מיליון ₪.

אולם מסתמנת גם פגיעה : בהחלטה שאושרה על-ידי הממשלה ביום 12.9.2006, בוטל סל השירותים לנפגעי נפש. משמעות הביטול היא צמצום המימון של השירותים להם זכאים כיום נפגעי נפש בשיקום. פירוש הדבר כי כאשר ייגמרו הכספים שהוקצבו למטרה זאת, יצטרכו חולים שעדיין זקוקים לשירותי שיקום לחכות לשנה הבאה.

בינתיים, הסעיף המבטל את הסל לא נכלל בחוק ההסדרים שהוגש לכנסת ביום 30.10.2006. אולם אליה וקוף בה: ביטול הזכאות של נפגעי נפש לסל שירותי שיקום יוגש לכנסת כתיקון לחוק המעביר את שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים!

כשם שלא אושר הביטול של סל השירותים שהיה כלול בהחלטות הממשלה, חובה לא לאשר את הביטול של הסל אותו מנסים להכניס "בדלת האחורית".

פעם נוספת: ניסיון של משרד האוצר להשתלט על קופות החולים

במסמך "מחליטים" מיום 12.9.2006, שקבע את סדרי העדיפויות התקציביים של הממשלה לשנת 2007, נמצא סעיף שנראה על פניו כלא מזיק: סעיף 469 - "הסדרת מבנה תאגידי של קופות החולים". הסעיף חוזר על עצמו בספר התקציב של משרד הבריאות.

כיום, קופות החולים בנויות כארגוני חברים: נציגי הסניפים בוחרים מועצה והמועצה בוחרת את חברי הדירקטוריון. כל הבוחרים הם חברי/ות קופות החולים.

בשנת 2004 העלה משרד האוצר לראשונה הצעה "להסדיר" את המבנה: החברים ימשיכו לבחור שלישי מחברי הדירקטוריון, אך את שני השלישים הנותרים – זאת אומרת, הרוב – יבחרו חברי "ועדה ציבורית". ומי ימנה את חברי הוועדה הציבורית? התשובה: שרי האוצר והבריאות!

במילים אחרות, סעיף זה בחוק ההסדרים מציע שני דברים המנוגדים למדיניות הנהוגה בארצות אחרות והמנוגדים לקו המדיניות של משרד האוצר עצמו: החזרת הפוליטיקה למערכת הבריאות הציבורית, דרך מינויים – שעשויים להיות פוליטיים – לוועדה הציבורית ולדירקטוריון – והגברת המעורבות הממשלתית בניהול הארגונים האחראיים לביצוע חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

סעיף זה פוגע הן במבנה הדמוקרטי של קופות החולים והן בעצמאותן של קופות החולים.

ב-2004 נדחתה ההצעה. יש לדחות אותה גם השנה. ויש לעמוד על המשמר ולדחות אותה כאשר תשוב ותעלה בעתיד.

המשך הפרטה של שירותי בריאות

מסמך "מחליטים" של הממשלה מיום 12.9.2006 כולל סעיף המקדם הליך הפרטה של בתי החולים הממשלתיים, במסגרת מה שמכונה "תיאגוד".

סעיף 471 למסמך "מחליטים" מהווה המשך להחלטות שהתקבלו בשנים 2003 ו-2004. מדובר בו על מינוי צוות מקצועי "אשר יפעל להעברת ניהולם של בתי-החולים לידי חברות מנהלות. . . . וזאת עד יום 1.7.2007".

המבנה הניהולי של בתי החולים הממשלתיים זקוק לשינוי – אבל השינוי הנדרש הוא הקמת רשות אשפוז ציבורית שתוציא את הניהול היום-יומי של בתי החולים מידי משרד הבריאות, אך בה בעת תשאיר את בתי החולים בידי הציבור.

לא זו כוונת חוק ההסדרים: המשמעות של העברת ניהולם של בתי החולים לחברות ניהול היא הסרת האחריות הכוללת של המדינה מבתי החולים ומסירתם לגופים עסקיים שמחויבותם הראשונה תהיה למאזן הרווח וההפסד של החברה - ולא לבריאותה של אוכלוסיית המדינה.

העברת הניהול לידי חברות עסקיות תפתח פתח לפיטורי העובדים הקיימים ולהעסקת אחרים, זולים יותר, באמצעות קבלני כוח אדם. עד כה איגודי האחיות ועובדי המשק והמנהל עמדו בפרץ והצליחו למנוע את התיאגוד.

הפרטת בתי החולים הממשלתיים לא תחסוך עלויות למדינה: הניסיון הבינלאומי מראה שבתחום הבריאות, מערכות פרטיות הרבה פחות יעילות ממערכות ציבוריות.

ועוד: הניסיון של אנגליה מראה כי ניהול פרטי של בתי חולים תורם לקיטוב מערכת השכר: הדבר הראשון שקורה אחרי מסירת הניהול לידיים פרטיות הוא העלאת שכר המנכ"ל ושכר הרופאים הבכירים - והורדת שכר האחיות ואנשי המשק והמנהל.

סגירת פערים בתחום הבריאות

כשם שחוק ביטוח בריאות ממלכתי אימץ את סל השירותים של קופת החולים הכללית, כך הוא אימץ גם את האי שוויון במתן שירותי בריאות לקבוצות אוכלוסייה שונות ולאזורים גיאוגרפיים שונים. מאז חקיקת החוק נכתבו רבות אודות הפערים במצב הבריאות ובפריסת שירותי בריאות, אולם מעט מאד נעשה כדי לסגור את הפערים. זאת למרות הקביעה של ארגון הבריאות העולמי שיש לקבוע יעדים לסגירת פערים פנים-ארציים ולהתקדם לקראת מימושם (ר' למשל, סבירסקי ושות', *יעדים למדיניות בריאות למאה ה-21*, 2000).

למשרד הבריאות יש מספר תוכניות נקודתיות לסגירת פערים, אולם אין התייחסות כללית לנושא פערי הבריאות. בתחום השירותים המונעים, מאז שנות התשעים המוקדמות, נבנות כל שנה תחנות "טיפת חלב" חדשות ביישובים ערביים, כולל ביישובים "לא מוכרים" בנגב. הליך בניית תחנות ביישובים "הלא מוכרים" הוא על-ידי בג"ץ שהוגש על-ידי ארגון עדאלה. יש תוכנית התערבות לצמצום תמותה ותחלואה של תינוקות ממומים מולדים

כדי להמחיש את הצורך בתוכנית ארצית לסגירת פערים, נביא להלן כמה מסקנות של מחקר שבדק את השינויים בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות לקשישים בישראל בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (גינדן ושות', 2006). המחקר בדק את מידת הזמינות של שירותי בריאות לזקן, כאשר "זמינות" נמדדה על-ידי שלושה מדדים: האם השירות קיים, האם השירות מפורז באופן שווה ברחבי הארץ ומהו מספר המיטות הממוצע ל-1000 בני/ות +65. הממצאים:

1. אותם השירותים שהיו קיימים בשנת 1990 היו קיימים גם בשנת 2000;
2. לגבי פיזור השירותים: השתפר הפיזור של שירותי חיסונים. לעומת זאת, ירד מעט שוויון הפיזור של שירותי רופא המשפחה. לא השתנה הפיזור הבלתי שוויוני של רפואה שניונית, מחלקות גריאטריות, שיקום ובתי חולים גריאטריים.
3. לגבי מיטות שיקום גריאטרי, נשאר אי שוויון גדול בין מחוז המרכז ומחוזות הצפון והדרום (שם).

לגבי פערים במצב הבריאות, פרסומים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ושל משרד הבריאות מספקים נתונים רבים על פערים - שאינם מצטמצמים. להלן כמה דוגמאות:

1. **תוחלת חיים**: בקרב יהודים ו"אחרים", תוחלת החיים של נשים עלתה מ-80.3 שנים בשנת 1996 ל-82.2 שנים ב-2003 ול-82.7 ב-2005 ותוחלת החיים של גברים עלתה מ-76.6 שנים ב-1996 ל-78.1 שנים ב-2003 ול-78.8 ב-2005. בקרב ערבים, תוחלת החיים של נשים עלתה מ-77.2 שנים ב-1996 ל-78.2 שנים ב-2003 ול-78.7 ב-2005. תוחלת החיים של גברים ירדה מ-75.1 שנים ב-1996 ל-74.9 שנים ב-2003 ושוב עלתה ל-75.0 ב-2005 (למ"ס, 2006: לוח 3.22).

תוחלת חיים בלידה: יהודים/אחרים וערבים, לפי מין, 1996, 2003, 2005

שנה	יהודים ואחרים		ערבים	
	גברים	נשים	גברים	נשים
1996	76.6	80.3	75.1	77.2
2003	78.1	82.2	74.9	78.2
2005	78.8	82.7	75.0	78.7

2. **שיעור התמותה**: בדיקה ב-106 יישובים המונים מעל 10,000 תושבים העלתה הבדלים גדולים בין יישובים. בין עשרת היישובים עם התמותה (המתוקנת) הגבוהה ביותר נמצאים 8 יישובים ערביים (טמרה, אוס אל-פחם, באקה אל-גרביה, טייבה, כפר קרע, ג'דידה-מכר, קלנסווה וג'יסר א-זרקא) ושני יישובים

3. **תמותת תינוקות**: הפער העיקרי הוא בין יהודים וערבים; במהלך השנים ירדה התמותה אצל שתי הקבוצות, אולם הפער נשמר. בשנים 1999-2003, תמותת התינוקות בקרב יהודים עמדה על 4.2 פטירות לכל 1,000 לידות חי ובקרב "בני דתות אחרות" - על 8.5 (למ"ס, 2006ב', לוח 3.32). בשנת 2005, נרשמו 8 פטירות לכל 1,000 לידות חי בקרב הערבים ו-3.3 בקרב יהודים ואחרים (שם, לוח 3.10). גם כאן, ככל שהישוב מצוי במיקום גבוה יותר במדרג החברתי-כלכלי, כך שיעור תמותת התינוקות נמוך יותר. ביישובים ערביים קיימת שונות גדולה בשיעורי תמותת התינוקות אך שונות קטנה במדד החברתי-כלכלי, ואילו ביישובים יהודיים קיימת שונות קטנה בין היישובים בשיעורי תמותת תינוקות ושונות גדולה יותר במדד חברתי-כלכלי (למ"ס, 2006א': 47).

4. **שניים מתוך שלושת גורמי המוות העיקריים, מחלות לב וסרטן**: שיעור (מתוקן לפי גיל) התמותה ממחלות לב לכל 100,000 נפש בשנים 1998-2000: 220.7 עבור גברים יהודיים ו"אחרים" ו-262.6 עבור גברים ערביים (המגמה: ירידה לגברים יהודיים ותנודות עלייה וירידה לגברים ערביים); 142 עבור נשים יהודיות ו-223.6 עבור נשים ערביות (המגמה: ירידה לנשים יהודיות ותנודות עלייה וירידה לנשים ערביות) (משרד הבריאות, 2005: 91).

בעוד שהתמותה ממחלות לב גבוהה יותר בקרב ערבים מאשר בקרב יהודים, התמותה מסרטן גבוהה יותר בקרב יהודים: בקרב גברים יהודים ו"אחרים" נרשמו 246.8 פטירות עבור כל 100,000 נפש, לעומת 208 פטירות בקרב גברים ערביים (המגמה: ירידה לגברים יהודיים ועלייה לגברים ערביים); 199.1 פטירות בקרב נשים יהודיות לעומת 120.5 פטירות בקרב נשים ערביות (המגמה: ירידה לנשים יהודיות ועלייה לנשים ערביות) (משרד הבריאות, 2005: 85).

כדי להתקדם בכיוון של מימוש הזכות לבריאות לכל, אנו ממליצים לאמץ את היעדים שהוצגו במסמך של מרכז אדוה, *יעדים למדיניות בריאות למאה ה-21* לקראת שנת 2020 :

יעדים כלליים :

1. צמצום הפערים בתמותה בין אזרחים יהודים וערבים ב-50% ;
2. השקעה בתשתיות ביישובים ערביים עד להשוואתן למערכת הקיימת ביישובים יהודיים.
3. מתן הכרה ביישובים הערביים הבלתי-מוכרים, יחד עם הספקת חשמל, מים זורמים ומערכות סניטריות לתושביהם.
4. הספקת שירותי בריאות נאותים ליישובים הערביים, כולל היישובים שהיום בלתי-מוכרים.

לגבי תמותת תינוקות :
הקטנת הפער בתמותת תינוקות בין יהודים לערבים ב-50% לפחות.

לגבי התמותה בטרם עת ממחלת לב וסרטן :
צמצום הפער בין יהודים וערבים בתמותה ממחלות לב.

מרכז אדוה ועמותת רופאים לזכויות אדם מפעילים יחד פרויקט המסייע לתושבי המדינה לממש את זכותם לשירותי בריאות. לפרויקט מוקד המעניק מידע וסיוע לפונים שנתקלו בבעיה במערכת הבריאות הציבורית:
טלפון 03-5373703
מידע נוסף בדבר פעילותו של הפרויקט ניתן למצוא באתרי האינטרנט: www.adva.org ; www.phr.org.il

מקורות

אחדות לאה, עמיר שמואלי, מירי סבג-אנדבלד, "מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת החוק – מגמות וסוגיות", בתוך גבי בן-נון וגור עופר (עורכים), 2006, *עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995-2000*, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

בן-נון, גבי וגור עופר (עורכים) 2006, *עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005*, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

גינדין יעקב, קרן שמאי, יעל עופר, שרה לוי ואירוס רסולי, "השינויים בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות לקשישים בישראל, 1990-2000", 2006, בתוך גבי בן-נון וגור עופר (לעיל).

גרוס, רויטל, ברמלי-גרינברג שולי ומצליח רונית, 2005, *דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003 והשוואה לשנים קודמות*. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2007). 2006.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), 2006א', *פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002*, פרסום מס' 1270, ירושלים.

למ"ס, 2006ב'. *שנתון סטטיסטי לישראל 2006*, מספר 57, ירושלים.

ווד, פרנסיס, 2006, "המקדם הטכנולוגי והגידול בהוצאות על בריאות", 25.10.2006. מצגת. מזכירות הממשלה, *המדיניות הכלכלית לקראת תקציב 2007: החלטות ממשלה מיום 12.9.2006*.

מזכר, מחלקת הכלכלה והתכנון, משרד הבריאות, אוקטובר 2006.

מכון ברוקדייל, 2006, "הודעה לעיתונות: סקר חדש בודק את דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות", 8 בפברואר.

משרד הבריאות, 2005, *בריאות בישראל 2005: נתונים נבחרים*, ירושלים.

משרד האוצר, 2006, *הצעת תקציב לשנת 2007 ודברי הסבר: משרד הבריאות*, ירושלים.

נקר, יפה, 2006, "הרפורמה בשירותי בריאות הנפש: התנגדות ליישום הרפורמה וביקורת. בעיות מקצועיות וסיכונים ביישום ההסכם", הכנסת, שירותי מידע-ספריה.

עוצמה – פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש, "דחיית הרפורמה בבריאות הנפש – בכייה לדורות!". 2006, נייר עמדה.