

A D V A ה **ו** ד **א**
C E N T E R

INFORMATION ON EQUALITY AND SOCIAL JUSTICE IN ISRAEL
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל
מרכז «אדפה» – מלומות חול המסווה והעדלה הלמלמעלע פל ישראל

ההפרטה במערכת הברלעות הצלבורלל בלשראל: בלטוולה והשלכותלה

ברברה סברסקל

לולל 2007

מרכז אדוה, ת.ד. 36529, תל-אבול 61364, טל. 03-5608871, פקס. 03-5602205
Adva Center, POB 36529, Tel Aviv 61364, Tel. 03-5608871, Fax. 03-5602205
e-mail: advainfo@bezeqint.net web site: <http://www.adva.org>

תוכן העניינים

3	תקציר
8	ההפרטה בראי הנתונים
15	ההפרטה אצל הגורמים הראשיים במערכת הבריאות
39	ההפרטה בשירותים של משרד הבריאות

תקציר

נייר עמדה זה בוחן את ביטוייה והשלכותיה של ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית בישראל, על-ידי בדיקת שלושה ממדים: (1) נתונים מקרו-כלכליים, (2) התנהגות הגורמים הראשיים במערכת הבריאות ו-(3) השינויים העוברים על שלושה שירותים שבאחריות הישירה של משרד הבריאות.

1. נתונים מקרו-כלכליים

הנתונים המקרו-כלכליים מעלים:

- גידול בחלקם של משקי הבית במימון מערכת הבריאות, לצד ירידה בחלקה של הממשלה;
- גידול בחלקו של המגזר העסקי במתן שירותים רפואיים, לצד ירידה בחלקה של הממשלה;
- גידול ברכישת שירותים רפואיים עסקיים על ידי הממשלה, לצד ירידה בביצוע שירותים שכאלה על ידי הממשלה עצמה;
- גידול בהוצאות של משקי הבית על בריאות, כאשר עיקר הגידול נרשם ברכישת ביטוחים משלימים מקופות החולים וביטוחים מסחריים מחברות ביטוח.

2. הגורמים הראשיים במערכת הבריאות

הגורמים שנבדקו הם: (1) חוק ביטוח בריאות ממלכתי; (2) קופות החולים; (3) בתי החולים הציבוריים; (4) חברות התרופות; (5) משרד האוצר; (6) משרד הבריאות; ו-(7) האיגודים המקצועיים בתחום הבריאות.

(א) חוק ביטוח בריאות ממלכתי

סלי השירותים הניתנים במסגרת החוק, הן זה המסופק על-ידי קופות החולים והן זה המסופק על-ידי משרד הבריאות, סובלים מתת-מימון שאינו לוקח בחשבון בצורה עקבית את הגידול באוכלוסיית המדינה ואת הזדקנותה, את העלויות בתשומות הבריאות ואת השיפורים הטכנולוגיים שמתרחשים בכל שנה. על כן נוצר פער בין רמת המימון הרצויה לבין זו המצויה. התוצאה: משטר תקציבי הדוחק בקופות החולים "לנהל סיכונים" על חשבון החולים וליצור לעצמן מקורות מימון נוספים, המטשטשים את הגבול בין הפרטי והציבורי ובכך מאיימים על מערכת הבריאות הציבורית כולה.

הצעד הראשון וההכרחי בתיקון המצב שנוצר הוא חקיקת חוק שיקבע מנגנון עדכון לעלות הסלים של קופות החולים ושל משרד הבריאות. הצעד השני הוא העברת חלק מהשירותים הניתנים היום על-ידי משרד הבריאות – האשפוז הסייעודי והשירות לבריאות הנפש – לקופות החולים, יחד עם העלאת התקציבים לשירותים אלה ומציאת מקורות הכנסה נוספים למימוןם.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי טרם השכיל לכלול בתוכו מהגרי עבודה ואנשים אחרים חסרי מעמד אזרחי בישראל. אמנות בינלאומיות שעליהן חתומה ישראל דורשות זאת. ועוד: אי הכללתה של

הקבוצה ההולכת וגדלה של חסרי מעמד בחוק ביטוח בריאות ממלכתי מסכנת את בריאותו של כלל הציבור הישראלי ובו בזמן גם תורמת להפרטת מערכת הבריאות.

ב. קופות החולים

מאז שנחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עברו קופות החולים שינויים משמעותיים: הן מוכרות ביטוחים משלימים, ואם אין די ברובד אחד הרי שכיום הן עומדות למכור רובד שני; הן גובות דמי השתתפות עצמית עבור שירותי בריאות שבעבר ניתנו חינם; הן מעלות את מחירי התרופות – שבמקרים רבים עולים על מחיר הרכישה של הקופות עצמן; הן מוכרות שירותי בריאות פרטיים וגם תרופות שאינן נכללות בסל, במחירים גבוהים יחסית למחיר הקנייה; הן מתנהגות על פי מודל עסקי של "ניהול סיכונים", שפירושו המעשי הוא מניעת שירותים המגיעים לחולים לפי החוק; והן בונות בתי חולים פרטיים. לאור כל אלה, ניתן להעלות את השאלה: האם קופות החולים הן עדיין גופים ציבוריים או שמא הן הפכו למעשה לגופים פרטיים?

לפחות שתיים מארבע קופות החולים הפועלות כיום בישראל, "מכבי" ו"כללית", מגלות סימנים מתקדמים של הפרטה, במובן זה שהן מחפשות כל דרך להגביר את הכנסותיהן אל מול ידו הקפוצה של משרד האוצר. השאלה היא, האם אין סכנה שההכרח הפוך אצלן לנורמה; ובמילים אחרות, האם לא השתנו "כללי המשחק" עד כדי כך שקופות החולים פועלות לא רק להשיג את החסר אלה גם למקסם הכנסות ולצמצם הוצאות (על חשבון החולים) – דפוס פעולה טיפוסי של תאגידים עסקיים.

האם תהליך ההפרטה של קופות החולים, המובל על ידי משרד האוצר, משרד הבריאות והנהלות קופות החולים "מכבי" ו"כללית", ניתן לעצירה? האפשרות קיימת, אולם לשם כך דרוש סיבוב של 180 מעלות וחזרה אל החזון של מערכת בריאות ציבורית המעניקה לכל אחת ואחד את כל מה שיש לה להציע. לשם כך דרוש גם תקציב הולם ומתעדכן תדירות של סל שירותי הבריאות, על מנת שקופות החולים תוכלנה להיות גופים ציבוריים. אפשר להשיג זאת באמצעות העלאת מסים, או שינוי בסדרי העדיפויות בתקציב הקיים, ואולי גם באמצעות שינוי בשיטת מכירת התרופות.

ג. בתי החולים הציבוריים

בשני העשורים האחרונים אנו עדים להפרטה "זוחלת" בבתי החולים הממשלתיים, באמצעות: (1) הקמת תאגידים ליד בתי החולים; (2) תיאגוד; ו-(3) הפעלת שר"פ.

התאגידים ליד בתי החולים מהווים חברות-בת של בתי החולים. אל חברות-הבת הללו מוזרמים כספים שמקורם בשירותים פרטיים המשווקים על-ידי חלק מבתי החולים, ובהם בתי מלון, תחנות דלק ומרכזי קניות. שירותים פרטיים אלה הינם דוגמא מובהקת של השימוש בפלטפורמה ציבורית (בית חולים ממשלתי) ליצירת שירותים ורווחים פרטיים. העובדה שרווחים אלה מחולקים כמשכורות ולא כדיבדנדים אינה הופכת אותם פחות פרטיים – או יותר ציבוריים.

התיאגוד הוא ביטוי נוסף של ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית. התופעה משתקפת לאו דווקא בעצמאות הניתנת למנהלי בתי החולים אלא בדרישה שבתי החולים יפעלו בסביבה עסקית

שמטרתיה אינן קשורות לבריאות הציבור או לטובת החולים, אלא להשגת יעדים עסקיים. קיימת סתירה גלויה בין הדרישה לפעול כעסק לבין הדרישה לפעול לטובת החולים – כל החולים. בספרות המקצועית הדנה בנושא התיאגוד בישראל לא נמצא ולו יעד אחד הקשור לבריאות, כדוגמת הגברת מידת השוויון בהזדמנויות בריאות בין קבוצות שונות, או שיפור איכות הטיפול.

ביטוי נוסף של ההפרטה הגלומה בתהליך התיאגוד הוא ההתייחסות לעובדים ולעובדות כאל מכשולים שיש לנטרלם, על-ידי קביעת הסדרים שונים לוותיקים ולחדשים. ההסדרים המוצעים דומים להפליא לאלה שהונהגו במקרים של מכירת תאגידים ממשלתיים לחברות פרטיות.

השר"פ – שירותים פרטיים שניתנו בבתי חולים ממשלתיים במחיר זול, יחסית למחירם בבתי חולים פרטיים - עד שבג"ץ קבע ב-2002 שהשר"פ בלתי חוקי במוסדות שלא בבעלות פרטית. השר"פ הוא דוגמא נוספת לשימוש בפלטפורמה ציבורית לשם פיתוח של שירותים עבור מי שמסוגל לשלם מכיסו הפרטי. אם יוחזר השר"פ בדלת האחורית, המרוויחים יהיו בתי החולים, הרופאים הבכירים ואלה מבין החולים המסוגלים לשלם. המפסידים יהיו חולים שאינם יכולים לשלם – ואיתם גם מערכת הבריאות הציבורית בכללותה.

ד. תעשיית התרופות

בישראל, הדימוי הציבורי של חברות התרופות הוא חיובי, בדרך כלל. למעט סוגיות יוצאות דופן, כדוגמת יחסי רופאים/חברות התרופות, עדיין לא התעוררו בישראל סוגיות שהתעוררו בחו"ל, כדוגמת העלות הגבוהה מדי של תרופות חדשות. חברות התרופות ממלאות תפקיד עקיף בהפרטת המערכת, לפחות בכל הנוגע למחירן של התרופות הנכנסות לסל, מחיר הפוגע באפשרות להכליל בסל מספר רב יותר של תרופות חיוניות.

ה. משרד האוצר

משרד האוצר התנגד לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מיום חקיקתו, והוא מתנגד לו גם כיום. עמדתו מונחית על-ידי שני עקרונות שניתן לתארם כאידיאולוגיים: הראשון - יש לצמצם ככל האפשר את ההוצאה הציבורית; השני, שירות פרטי עדיף - תמיד - על שירות ממשלתי. כיוון שכך, יש להפריט את כל הניתן להפרטה.

משרד האוצר מחזיק בידי את עתיד מערכת הבריאות הציבורית. זאת, כל עוד לא תעלה דרישה ציבורית רחבה להקצאת תקציב הולם למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי. רק כאשר התקציב יהיה הולם ניתן יהיה להתפנות לשאלה מה ראוי שיהיה ציבורי ומה פרטי ומהם הגבולות הראויים בין השניים.

1. משרד הבריאות

עמדתו של משרד הבריאות בסוגיית ההפרטה אינה חדה וחלקה. מצד אחד, מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מנהלים שרי הבריאות המתחלפים והפקידות הבכירה במשרד מאבק למען הגדלת התקציב, ללא הצלחה יתרה.

נראה כי למרות הידע המקצועי הרב שלהם, ראשי משרד הבריאות אינם רואים את עצמם כמסוגלים להוביל את מדיניות הבריאות בישראל. כיוון שכך, ולמרות חילוקי הדעות הפנימיים, אנשי משרד הבריאות נכנעים לתכתיבי פקידי משרד האוצר.

2. איגודים מקצועיים בתחום הבריאות

הר"י - ההסתדרות הרפואית בישראל, בהיותה ארגון חזק, יכולה למלא תפקיד מפתח במאבק ציבורי למען העמדת תקציב מתאים למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

אלא שבכל הנוגע להליך ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית, מי שעומדים בפרץ הם דווקא האיגודים הפחות חזקים במערכת הבריאות: איגודי האחיות ואיגוד עובדי המשק והמנהל. זה האחרון הביא ב-1992 להקפאת תיאגוד בתי החולים הממשלתיים. ובשנים האחרונות, איגוד אחיות בריאות הציבור הוא זה שהנהיג את המאבק נגד העברת שירות "טיפת חלב" לקופות החולים.

3. השינויים בשלושת השירותים הנמצאים עדיין באחריות משרד הבריאות: (א) רפואה מונעת; (ב) מחלות ממושכות; ו-(ג) בריאות הנפש.

א. רפואה מונעת: בריאות התלמיד ו"טיפת חלב"

שירותי הרפואה המונעת עלו על מסלול ההפרטה: שירות התלמיד כבר הופרט וספק אם בג"ץ ישנה את המצב. תחנות "טיפת חלב", שתקציביהן קוצצו ומצבת כוח האדם שלהן נשחקה, הן בדרך אל קופות החולים - מוסדות ציבוריים שאצלם הגבול בין הפרטי והציבורי מיטשטש והולך.

האם ניתן לעשות סיבוב פרסה ולהחזיר את השירותים המונעים לאחריותה של המדינה? הדבר אפשרי; לא זו בלבד, אלא שאפשר גם לשקם את שני השירותים. לשם כך דרושים תקציבים הולמים ודרוש גם שינוי בתפיסת התעסוקה של עובדי בריאות הציבור - אחיות בעיקר - שתראה בהן עובדות הראויות לשכר ולתנאי עבודה הוגנים.

ב. האשפוז הסיעודי

הפרטת האשפוז הסיעודי משתקפת בריבוי בתי החולים הסיעודיים הפרטיים ובהיערכות גוברת למימון האשפוז הסיעודי בדרכים פרטיות, באמצעות מכירת ביטוח סיעודי על-ידי קופות החולים ועל-ידי חברות הביטוח. הממשלה מעודדת את שתי התופעות.

הכללת האשפוז הסיעודי בסל השירותים של קופות החולים תחסוך את הכספים הרבים המושקעים בביטוח סיעודי פרטי. במבט כוללני, עדיף היה שאותם כספים המושקעים היום בביטוח סיעודי כדי לספק את הצרכים של חלק מהחולים הסיעודיים לעתיד יושקעו במס בריאות (באמצעות העלאתו) כדי לספק את הצרכים של כל החולים הסיעודיים לעתיד.

עדיף לשמור את הפעילות הזאת בתחום הציבורי, וזאת בגלל איכות השירות הציבורי ובגלל תנאי העבודה הטובים יותר המובטחים לעובדי המוסדות הציבוריים. הכללת האשפוז הסיעודי בסל של קופות החולים תמקם את ישראל לצד ארצות מתקדמות אחרות שהוסיפו את האשפוז הסיעודי לסל הבסיסי שלהן: דנמרק, קנדה, ויפן.

ג. שירותי בריאות הנפש

בתחום של שירותי בריאות הנפש, הליך ההפרטה מוצא ביטוי בתופעות הבאות, רובן קשורות להסכם להעברת השירות לקופות החולים:

- אם תסגור הממשלה את מרפאותיה לבריאות הנפש, קופות החולים תידרשנה למלא את החסר. יש להניח שקופות החולים תפנינה למגזר הפרטי. אזי העובדים במרפאות הממשלתיות צפויים לפיטורים והמרפאות שתקומנה תהיינה אלה שיציעו את שירותיהן במחיר הנמוך ביותר, עם כל ההשלכות הצפויות לשכר ולתנאי העבודה של העובדים.
- הכפלת תעריף הביקור לאנשי מקצוע חיצוניים מגדילה מאד את ההשתתפות העצמית – דהיינו, את המימון הפרטי של שירותי בריאות הנפש.
- הביטול המוצע של סל שירותי השיקום: אם תאשר הכנסת את ביטול הסל, יצטרכו חולים לרכוש שירותי שיקום באופן פרטי; רק משפחות היכולות לשלם תקבלנה טיפול.
- פיתוח שירותי שיקום בקהילה: בהיעדר שירותים ממשלתיים בתחום הזה, הפיתוח נעשה באמצעות הסקטור הפרטי והציבורי (עמותות), הניגשים למרכזים לשירותי דיור (הוסטלים), שירותי הכשרה מקצועית, שירותים חברתיים ועוד.

השינוי המשמעותי והמסוכן ביותר המתחולל במערכת הבריאות הציבורית בישראל הוא לא דווקא ריבוי השירותים והמוסדות פרטיים, הפועלים לצד מוסדות ציבוריים, אלא התהליכים המתרחשים בתוככי המוסדות הציבוריים – בתי החולים הציבוריים וקופות החולים. התפתחויות אלה משנות את מהות פעולתם של המוסדות הציבוריים ומקרבות אותם לנקודה שבה הם עלולים לנטוש את המטרה העיקרית של מערכת הבריאות הציבורית – מתן שירותי בריאות טובים לכל.

פרק א: ההפרטה בראי הנתונים

נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן הלמ"ס) מצביעים באופן ברור על תהליך של הפרטה במערכת הבריאות. ניתן להצביע על ארבע מגמות ברורות:

1. גידול בחלקם של משקי הבית במימון מערכת הבריאות, לצד ירידה בחלקה של הממשלה;
2. גידול בחלקו של המגזר העסקי במתן שירותים רפואיים, לצד ירידה בחלקה של הממשלה;
3. גידול ברכישת שירותים רפואיים עסקיים על ידי הממשלה, לצד ירידה בביצוע שירותים שכאלה על ידי הממשלה עצמה;
4. גידול בהוצאות של משקי הבית על בריאות, כאשר עיקר הגידול נרשם ברכישת ביטוחים משלימים מקופות החולים וביטוחים מסחריים מחברות ביטוח.

בכל הנוגע למשקלה של מערכת הבריאות בתמ"ג, ישראל ניצבת עדיין במקום טוב באמצע, מעל ארצות שמערכות הבריאות שלהן אינן מפותחות דיו, ועל כן העלות שלהן נמוכה, ורחוק מארצות הברית, שבה הרפואה היא בעיקרה פרטית ועשירים משלמים הרבה על שירותים ייחודיים. אולם ההפרטה הגוברת מאיימת, מצד אחד, להגדיל את ההוצאה הלאומית לבריאות בתמ"ג, ולחליפין, לדרדר את מערכת הבריאות הציבורית ובדרך זאת לצמצם את ההוצאה הלאומית לבריאות, כאשר הנפגעים הם חולים הנסמכים על מערכת ציבורית מדולדלת.

1. ההוצאה הלאומית לבריאות - לפי מגזר מממן

ההוצאה הלאומית לבריאות ממומנת על ידי שני שחקנים עיקריים: הממשלה, באמצעות תקציב הבריאות ומס הבריאות, ומשקי הבית, באמצעות ההוצאות שלהם על בריאות. אם נבדוק את חלוקת נטל המימון בין משקי הבית ובין הממשלה נמצא, כי בעשור שבין 1995 ו-2005 נרשם גידול בחלקם של משקי הבית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, מ-26% ב-1995 ל-31% ב-2005 – גידול של 19%; מנגד, חלקה של הממשלה ירד מ-70% ב-1995 (ו-74% ב-1996) ל-65% ב-2005.

לוח 1: ההוצאה הלאומית לבריאות, 1995-2005, לפי גורם מממן
באחוזים

גורם	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
משקי בית: רכישת תרופות/שירותים	26	26	24	26	27	28	28	29	30	30	31
ממשלה	70	74	73	73	70	67	67	67	67	67	65
מס בריאות	22	24	25	25	25	25	26	26	26	26	26
מס מקביל	22	22	2	0	0	0	0	0	0	0	0
מימון מתקציב המדינה	26	28	46	48	45	42	41	41	41	41	39
אחר	4	0	3	1	3	5	5	4	3	3	4

מקור: הלמ"ס, ההוצאה הלאומית לבריאות, שנים שונות.

עד שנת 2001, הגידול בחלקם של משקי הבית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות נבע בעיקר מייקור התרופות והשירותים (מרכז אדוה, 2003). באשר לתקופה שאחרי 2001, יתכן והגידול המתמשך משקף לא רק ייקור של תוצרים ושירותים, אלא גם רכישה של ביטוחי בריאות המשווקים על-ידי קופות החולים ועל-ידי חברות הביטוח המסחריות.

חלקו של מס בריאות בהוצאה הלאומית לבריאות נותר כמעט ללא שינוי של ממש מאז 1997. זאת, מכיוון שמס בריאות מהווה, על פי חוק, חלק קבוע של השכר.

באשר לחלקה של הממשלה במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, הנתונים מראים בבירור כי הוא מצוי בירידה מתמשכת. כבר ציינו את חלקה של הממשלה לעומת חלקם של משקי הבית; דרך נוספת ולא פחות חשובה להצביע על הירידה בחלקה של הממשלה במימון ההוצאה הלאומית לבריאות היא, לחבר את המס המקביל עם המימון הבא ישירות מתקציב המדינה. הלוח מצביע על ירידה ברורה: ב-1996, המס המקביל בצירוף עם המימון מתקציב המדינה מימנו 50% מההוצאה הלאומית לבריאות; בשנת 2005 – רק 39%. צריך להזכיר כי המס המקביל היה מס שהמעסיקים שילמו למוסד לביטוח לאומי, כהשלמה ל"דמי חבר" ששילמו העובדים, עד 1994, לקופות החולים השונות. ב-1997, שלוש שנים לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ביטלה הממשלה את המס, במטרה להיטיב עם המעסיקים. במקביל, הממשלה התחייבה לממן מקופת האוצר את הסכום שעד אז שילמו המעסיקים.¹ אלא שהנתונים מראים כי הממשלה עומדת בהבטחתה רק באופן חלקי, וכי חלק זה הולך ונשחק עם השנים. במלים אחרות, המעסיקים הרוויחו אך מערכת הבריאות הפסידה.

¹ במסגרת סעיף תקציבי מס 2420, "השלמת סל הבריאות".

בהקשר זה יש לציין כי בהשוואה למעסיקים בארצות אחרות, רמת ההשתתפות של המעסיקים הישראליים במימון התנאים הסוציאליים של עובדיהם היא נמוכה (סבירסקי, ש. ואתי קונור-אטיאס, 2006 : 15).

2. הוצאה לאומית לבריאות - לפי מגזר מבצע

את ההאצה בהפרטה של מערכת הבריאות ניתן לראות גם בנתוני ההוצאה לאומית לבריאות לפי מגזר מבצע, ובמלים אחרות, לפי המגזר המגיש בפועל את השירות הרפואי.

הלמ"ס מחלקת את המבצעים לארבע קטגוריות:

- (1) ממשלה ורשויות מקומיות ;
- (2) קופות החולים ;
- (3) מלכ"רים (מוסדות ללא כוונת רווח) פרטיים ;
- (4) המגזר העסקי.

מאז 1985 ירד חלקן של הממשלה, הרשויות המקומיות וקופות החולים בביצוע שירותי הבריאות, מכ-69% ל-62%, בעוד שחלקו של המגזר העסקי עלה, מכ-19% לכ-25%. הדבר מעיד על שתי התפתחויות: האחת, התרחבות הפעילות של גורמים עסקיים בתחום הבריאות והשנייה, ההישענות הגוברת של מערכת הבריאות הציבורית על גורמים עסקיים פרטיים.

הירידה היא משמעותית; עם זאת, מן הראוי להדגיש כי חלקם של הגורמים הציבוריים בביצוע שירותי הבריאות הוא עדיין הגדול ביותר. במלים אחרות, ישראל עדיין לא הגיעה לנקודת האל-חזור בכל הנוגע להפרטתה של מערכת הבריאות הציבורית, ובהינתן התמיכה הפוליטית והציבורית הראויה, ניתן לשמר ואף לחזק את אופייה הציבורי של המערכת.

לוח 2: ההוצאה הלאומית לבריאות, לפי מגזר מבצע, 2005-1984/85
באחוזים ובמיליוני ₪

שנה	ממשלה/רשויות מקומיות		קופות חולים		מלכ"ר פרטי		מגזר עסקי	
	מיליוני ₪	אחוזים	מיליוני ₪	אחוזים	מיליוני ₪	אחוזים	מיליוני ₪	אחוזים
1984/85	4,252	24%	7,973	45%	2,126	12%	3,366	19%
1990	4,938	22%	9,427	42%	2,918	13%	5,163	23%
1995	7,453	22%	14,228	42%	4,404	13%	7,791	23%
2000	8,827	20%	18,978	43%	5,296	12%	11,034	25%
2005	9,609	20%	20,179	42%	6,246	13%	12,011	25%

הערה: המגזר העסקי כולל בתי חולים פרטיים, רופאים ואחיות פרטיים, תרופות ותכשירים רפואיים שנקנו על ידי משקי בית על בסיס עסקי. אומדנים אלה הם בעלי מהימנות נמוכה.

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך הלמ"ס, ההוצאה הלאומית לבריאות 2005-1962, ירושלים, ינואר 2007: לוח 1א', ע' 34.

3. ההוצאה הממשלתית על בריאות: הממשלה כמבצעת, הממשלה כרוכשת שירותים מהשוק

תהליכי ההפרטה ניכרים גם בדרך שבה הממשלה מבצעת את תפקידה כספקית של שירותי בריאות (שני הטורים הימניים של לוח 2 לעיל). הממשלה יכולה לבצע את השירות בעצמה, באמצעות עובדי בריאות המועסקים על ידה, ואז יצוין הדבר בתקציב המדינה כ"תמורה לעבודה". מצד שני, הממשלה יכולה להציע שירותים המבוצעים על ידי ספקים פרטיים, ואז יצוין הדבר בתקציב המדינה כ"רכישת סחורות ושירותים". במערכת בריאות ציבורית, הממשלה תהיה המבצעת הראשית; במערכת בריאות המצויה בתהליכי הפרטה, נראה גידול בסעיף "רכישת סחורות ושירותים". ואכן, בעשור האחרון עלה חלקה של ההוצאה על "רכישת סחורות ושירותים" וירד חלקה של "תמורה לעבודה", כפי שניתן לראות בלוח 3 להלן.

לוח 3: "תמורה לעבודה" ו"קניות נטו של סחורות ושירותים" במשרד הבריאות ומוסדותיו, 2003-1995
כאחוז מסך ההוצאה הממשלתית לצריכה בבריאות

2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	סוג הוצאה
33.0	33.8	33.7	35.4	37.2	41.4	42.4	41.5	47.1	תמורה לעבודה
62.7	61.9	62.1	60.1	58.1	53.5	52.5	53.6	47.3	קניות נטו של סחורות ושירותים

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך הלמ"ס, חשבונות המגזר הממשלתי 2003-1995, פברואר 2006.

הנתונים בלוח 3 מצביעים על ירידה בהעסקה של עובדים ועובדות במסגרת התקן של משרד הבריאות ועל גידול ברכישת שירותים וסחורות מעמותות, חברות כוח אדם וקבלני

שירות. אחת ההשלכות של התהליך היא, שעובדי מערכת הבריאות, שנהנים מתנאי עבודה המובטחים במסגרת הסכם קיבוצי, מוחלפים אט-אט על ידי עובדים ועובדות המועסקים על ידי ארגונים ועסקים לא ממשלתיים, שלפחות חלקם אינם מוגנים על ידי הסכמים קיבוציים. במלים אחרות, הגידול בסעיף "רכישת סחורות ושירותים" הוא עדות נוספת לתהליך ההפרטה במערכת הבריאות.

מן הראוי לציין, כי לפחות בכל הנוגע למעבר מ"תמורה לעבודה" ל"רכישת סחורות ושירותים", ההפרטה במערכת הבריאות מתקדמת יותר מאשר בתחומי פעילות אחרים של הממשלה. בתחום שירותי הבריאות, הירידה בחלקה של "התמורה לעבודה" עמדה על כ-30% בין השנים 1995 ו-2003, בעוד שבתחומי הביטחון והשירותים הכלכליים הוא עמד על כ-16% לערך, בתחום הסדר הציבורי – על כ-6%, ובתחום השירותים הציבוריים – על כ-4%. בתחום החינוך אף נצפתה עלייה מזערית.

לוח 4: "תמורה לעבודה" לפי תחום, 1995, 2000, 2003, ושיעור השינוי בין 1995 ו-2003

באחוזים

שנה	בריאות	ביטחון	שירותים כלכליים	סדר ציבורי	שירותים ציבוריים	חינוך
1995	47.1%	49.1%	33.4%	73.0%	57.2%	85.5%
2000	35.4%	43.5%	31.7%	67.9%	55.1%	85.2%
2003	33.0%	41.1%	28.1%	68.9%	55.1%	86.2%
% שינוי 1995-2003	-29.9%	-16.3%	-15.8%	-5.6%	-3.7%	0.8%

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך הלמ"ס, חשבונות המגזר הממשלתי 1995-2003, פברואר 2006.

4. הוצאות משקי הבית

ממדי ההפרטה ניכרים גם בנתונים על הוצאות משקי הבית על בריאות. בין 1997 ו-2005, חלקה של ההוצאה לבריאות בתוך סך ההוצאה לתצרוכת של משקי הבית עלה מ-3.8% ל-5.1%, כאשר מגמת העלייה עקבית:

לוח 5: חלקה של ההוצאה לבריאות בסל התצרוכת הממוצע של משקי הבית, 1997-2005, באחוזים

שנה	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
חלקה של ההוצאה לבריאות בסל התצרוכת	3.8	4.0	4.1	4.6	4.9	4.8	4.8	5.0	5.1

מקור: הלמ"ס סקר הוצאות משק הבית 2005, עמ' 16, פברואר 2007.

סקר הוצאות משקי הבית של הלמ"ס מציג ארבעה סוגי הוצאה בריאותית לאורך זמן:

- (1) ביטוחי בריאות (מעבר למס בריאות);
- (2) ריפוי שיניים;
- (3) הוצאות על שירותי בריאות (הכוללים תשלומים לרופא פרטי, בדיקות מעבדה וצילומים, רפואה אלטרנטיבית, אחות פרטית, אמבולנס-חדר מיון, רופא מקצועי בקופת חולים וטיפת חלב וטיפולים להתפתחות הילד);
- (4) הוצאות אחרות לבריאות (תרופות בקופות חולים, תרופות לא בקופות חולים, צמר גפן-טמפונים-תחבושות, חומרי רפואה אחרים, משקפיים ועדשות מגע, ויטמינים ללא מרשם רופא).

הקטיגוריה שבה נרשם הגידול המשמעותי ביותר היתה זו של ביטוח בריאות. חלקם של ביטוחים רפואיים (מעבר למס בריאות) גדל בצורה עקבית מאז 1997, כפי שניתן לראות בלוח 6 להלן:

**לוח 6 : חלקן של הוצאות משקי בית על ביטוח בריאות (מעבר למס בריאות)
בסל התצרוכת הממוצע, 2005-1997**

כאחוז מסך סל התצרוכת וכאחוז מסך התצרוכת לבריאות

שנה	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
הוצאה על ביטוח בריאות כ-% מסך התצרוכת	0.4	0.5	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3
הוצאה על ביטוח בריאות כ-% מסך ההוצאה על בריאות	10.5	12.5	17.1	17.4	18.4	20.8	22.9	24.0	25.5

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך הלמ"ס סקר הוצאות משק הבית 2005, עמ' 58, פברואר 2007.

בין 1997 ל-2005, ההוצאה על ביטוח בריאות (מעבר למס בריאות) כאחוז מסך התצרוכת גדלה ביותר מפי שלושה. כידוע, חוק ההסדרים לשנת 1998 התיר לקופות החולים למכור ביטוחים משלימים. במקביל, חברות הביטוח החלו למכור ביטוחי בריאות מסחריים. אלה גם אלה מצאו קרקע פורייה לשיווק, בגלל שהמימון הממשלתי של סל שירותי הבריאות לא התעדכן לפי הצרכים. בתוך שמונה שנים, חלקם של הביטוחים המשלימים בהוצאה של משקי בית לבריאות גדל מ-10.5% ל-25.5%. במלים אחרות, יותר מרבע מכלל התצרוכת הממוצעת של משקי בית לבריאות מיועד כיום לביטוחי בריאות נוספים. שלוש עשרה שנים לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהבטיח סל שירותי בריאות אחיד ונדיב, בתמורה לתשלום דמי בריאות, ישראלים משלמים היום כסף רב נוסף עבור ביטוח בריאות; הבעיה היא שכסף חדש זה אינו זורם לקופה הציבורית, שם הוא יכול היה לשרת את כלל האוכלוסייה, אלא לקופה של חברות הביטוח, שם הוא משרת רק חלק מהציבור – רוכשי הביטוח – או לקופות החולים, שגם בהן הוא משרת רק את הרוכשים.

הגידול הרב בהוצאות משקי הבית על ביטוחי בריאות נוספים (של קופות החולים ושל חברות ביטוח) מהווה ביטוי נוסף של ההפרטה של מערכת הבריאות. גידול זה מוביל לאי שוויון בהזדמנויות בריאות בין בעלי רמות הכנסה שונות – שהרי משקי הבית נבדלים זה מזה ביכולתם לרכוש ביטוחי בריאות נוספים.

5. ההוצאה הלאומית לבריאות - כללי

בשנת 2004, ההוצאה הלאומית לבריאות² (שעמדה על כ-45 מיליארד ₪), היוותה 8.2% מהתמ"ג הישראלי. נתון זה הציב את ישראל במקום ה-20 ברשימה של 28 ארצות שרובן חברות בארגון ה-OECD (הלמ"ס, 2007). ההוצאה הלאומית לבריאות, בחישוב לנפש, עמדה על 2,002 דולר (ב-2004; במונחי כוח קנייה). נתון זה הציב את ישראל במקום ה-23 ברשימה של 30 ארצות שרובן חברות ב-OECD (למ"ס, 2007).

ישראל ניצבת בין קצוות: בקצה העליון נמצאת ארצות הברית, שבה ההוצאה הלאומית לבריאות עמדה על 15.3%, ובין קוריאה, שבה היא עמדה על 5.6%. הפרשנות המקובלת לגבי ארצות הברית היא שמערכת הבריאות שלה לא שוויונית ולכן גם לא יעילה: המערכת היא פרטית בחלקה הגדול ומיטב מתקניה מיועדים לבעלי הכנסות גבוהות, המשלמים כסף רב – המנפח את ההוצאה הלאומית. בארצות אירופה המערבית, שבהן מערכת הבריאות היא ציבורית, ההוצאה הלאומית כחלק מן התמ"ג נמוכה מאשר בארצות הברית – בין 9% ל-10% מהתמ"ג. הוצאה שכזאת מצביעה על מערכת המתבססת על שירות לכל האוכלוסייה ועל כן היא זולה יותר מזו האמריקנית, מכיוון שהיא אינה מטפחת שירותי יוקרה לבעלי יכולת. מערכות שכאלה הן גם יעילות יותר מבחינה כלל חברתית, שכן מחירן הנמוך יותר מאפשר להפנות משאבים לאומיים לצרכים אחרים, מעבר לתחום הבריאות.

לעומת זאת, כאשר ההוצאה הלאומית לבריאות מהווה חלק קטן של התמ"ג, כמו בקוריאה (5.6%) או בפולין (6.5%), הדבר מצביע על פיתוח חסר של מערכת הבריאות.

ישראל נמצאת כיום במקום טוב באמצע. מערכת הבריאות היא מפותחת ועל כן היא עולה יותר מזו של פולין. מצד שני היא גם ציבורית ושוויונית במידה רבה – עדיין – ולכן היא עולה פחות מזו של ארצות הברית. עם זאת, הנתונים ההשוואתיים מעלים שני כיווני פיתוח אפשריים, הקשורים לסוגיית ההפרטה: כיוון אפשרי אחד הוא, שתהליכי ההפרטה המתרחשים בישראל יובילו, כמו בארצות הברית, לפיתוח של שירותים ייחודיים ויקרים לבעלי יכולת, להמרצת ביצוע פעולות רפואיות עודפות ולתקורות גבוהות – תופעות שתגדלנה דבר שיגדיל את ההוצאה הלאומית תוך הגברת האי שוויון הפנימי; כיוון אפשרי נוסף ואולי אף משלים עלול להיות הידרדרות באיכות שירותי הבריאות המיועדים לכלל

² ההוצאה על כל שירותי הבריאות הניתנים במרפאות קופות החולים ובבתי חולים, במתקנים פרטיים ועל-ידי רופאים פרטיים ורופאי שיניים, הוצאות על תרופות ומכשירים רפואיים, מחקר ומנהל ממשלתי בתחום הבריאות וכן השקעה במבנים ובציוד במוסדות בריאות.

האוכלוסייה, דבר שיקטין את ההוצאה הלאומית, או יאזן את הגידול בהוצאה על שירותים לבעלי יכולת.

פרק ב: הפרטה אצל הגורמים הראשיים במערכת הבריאות

בפרק זה נבחן את תהליכי ההפרטה כפי שהם באים לידי ביטוי אצל כל אחד מן הגורמים הראשיים במערכת הבריאות. הגורמים הראשיים הם: (1) חוק ביטוח בריאות ממלכתי, (2) קופות החולים, (3) בתי החולים הממשלתיים, (4) חברות התרופות, (5) משרד האוצר, (6) משרד הבריאות, ו-(7) איגודים מקצועיים בתחום הבריאות.

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי

הביטוי העיקרי של הפרטה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא העברת מימון החוק לחולים, אם באמצעות התרת תשלומי השתתפות ואם באמצעות עידוד מכירת ביטוחים משלימים על-ידי קופות החולים. היעדרו של מנגנון עדכון של עלות הסל של קופות החולים גורם לקופות החולים להתנהג בצורה "עסקית". אי עדכון עלות הסל של משרד הבריאות גורם לדלדול השירותים הניתנים על-ידו ולהעברתם לגופים עסקיים. לבסוף, אי הכללתם של אנשים חסרי מעמד אזרחי החיים בישראל תורם אף הוא להפרטת מערכת הבריאות. על כל אלה נרחיב להלן.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי - 1994 הוא החוק המסדיר את הפעלת מערכת הבריאות הציבורית בישראל. החוק הבטיח ביטוח רפואי לכל תושב ותושבת בישראל, ובו בזמן הוא הבטיח את מימון המערכת על ידי המדינה. אולם החוק לא קבע מנגנון עדכון של גובה המימון. כתוצאה מכך, שירותי הבריאות עוברים תהליך זוחל של הפרטה, אם כתוצאה מהטלת תשלומים נוספים על החולים ואם כתוצאה מהתפתחות שוק מסחרי של ביטוחי בריאות, המיועדים להשלים את המימון של המערכת.

החוק לא שינה באופן משמעותי את מערך שירותי הבריאות הציבוריים שהיו קיימים קודם לו: החוק הותיר על כנו את אותן 4 קופות חולים, אותם 29 בתי חולים כלליים של הממשלה ושל שירותי בריאות כללית, אותה חלוקת אחריות בין משרד הבריאות לבין קופות החולים (כאשר משרד הבריאות היה ונשאר אחראי לשירותי רפואה מונעת, לטיפול במחלות ממושכות, לשירותי השיקום ולשירותי בריאות הנפש).

החוק גם לא שינה את פריסת השירותים השונים בין המרכז לפרפריה, אם כי בסמוך לחקיקת החוק, ותוך כדי היערכות לחקיקתו, הרחיבו קופות החולים את פריסת שירותיהן ושיפרו אותם.

מה כן נשתנה, בעקבות החוק? ראשית, הורחב כיסוי ביטוח הבריאות לכל תושבי ישראל, ושנית, גברה מידת השוויוניות במערכת. העשירונים התחתונים נדרשו לשלם מס בריאות נמוך ממה ששילמו קודם לחוק והעשירונים הגבוהים – יותר (אחדות, 1999). כמו כן, הצטמצם הפער בין ההוצאה לנפש בקופות החולים השונות (חושב מרוזן, איבנקובסקי ונבו, 1998 : 19). שני דברים נוספים שונו : אופן המימון של שירותי הבריאות הציבוריים ומעמדן של קופות החולים.

נדון תחילה בסוגיית המימון.

מימון החוק

עד 1994, מועד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שירותי הבריאות בישראל מומנו על ידי שתי מערכות נפרדות. השירותים שבאחריות משרד הבריאות מומנו על ידי תקציב המדינה. קופות החולים, לעומת זאת, מימנו כל אחת את עצמה, בנפרד.

לקופות החולים היו שלושה מקורות מימון : (1) "מס חבר", שחברי קופות החולים שילמו ישירות, כל אחד ואחת לקופה בה היה/תה חברה ; (2) המס המקביל, שבאמצעותו השתתפו המעסיקים במימון הבריאות של עובדים : הוא שולם על-ידי המעסיקים למוסד לביטוח לאומי – שהעביר את התקבולים לקופות החולים השונות ; ו-(3) משרד הבריאות, ששילם את מס החבר עבור ישראלים מעוטי הכנסה שהתקיימו מקצבאות קיום של המוסד לביטוח לאומי.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר מערכת מימון אחת, והפך את המדינה לאחראית על מערכת זו. קופות החולים, שעד אז מימנו את עצמן, אמורות היו להתרכז מעתה בהספקת שירותי בריאות עבור הממשלה.

את מקומם של "דמי חבר" ממלא היום מס בריאות, הנגבה על ידי המוסד לביטוח לאומי מכל תושב ותושבת. עד 1997, גם המעסיקים השתתפו במימון, באמצעות המס המקביל ; באותה שנה בוטל המס המקביל והאוצר התחייב למלא את החסר ; כפי שראינו, ההתחייבות מקוימת רק בחלקה.

החידוש הגדול שהביא עמו חוק ביטוח בריאות ממלכתי בסוגיית מימון שירותי הבריאות הציבוריים היה הקביעה, שהמדינה אחראית למימון "סל שירותי הבריאות" של קופות החולים.

"עלות הסל"

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע שהממשלה תחליט, אחת לשנה, על "עלות סל שירותי הבריאות". העלות, מצדה, תמומן מכספי מס בריאות ומכספי קופת המדינה. החוק קובע עוד, ש"עלות הסל" תעודכן אחת לשנה בהתאם למדד יוקר הבריאות.³ כל עדכון אחר אמור להיות תלוי בסדר העדיפויות של הממשלה ועליו להיעשות "בהתאם לצרכים ובמסגרת סדר העדיפויות התקציבי ולא על פי מנגנון של נוסחה אוטומטית" (משרד האוצר, 2006א': 58).

וזהו לב הבעיה: עדכון העלות על פי מדד יוקר הבריאות בלבד אינו מספיק, ולכן אנו עדים לשחיקה מתמדת של "עלות הסל" – הסכום המממן את פעילות קופות החולים.

"עלות הסל", על מנת שלא תישחק, יש לעדכנה אחת לשנה בהתאם לכמה מדדים:

- (1) הגידול באוכלוסייה והשינוי באחוז הזקנים בה;
- (2) מדד תשומות הבריאות (תשומות הבריאות העיקריות הן עבודה, ציוד וחומרים);
- (3) השיפורים הטכנולוגיים המתרחשים באופן שוטף: תרופות חדשות, מכשור חדש ופרוצדורות רפואיות חדשות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו כולל הוראה באשר לעדכון עלות הסל לפי מדדים אלה, ועל כן השחיקה ב"עלות הסל".

השחיקה בעלות הסל אחראית, במידה רבה, לשחיקה במידת "הציבוריות" של קופות החולים. במלים אחרות, "כאן קבור הכלב".

בהיעדר מנגנון קבוע בחוק לצורך עדכון מלא של "עלות הסל", מעבר לעלייה במדד יוקר הבריאות, הרי שכל עדכון מצריך החלטת ממשלה מפורשת. הממשלה בהחלט יכולה לעשות זאת, אם רצונה בכך. כך, למשל, ב-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, וזאת כדי לפצות על הגידול וההזדקנות של האוכלוסייה. הבעיה היא שהסכם זה סיפק פיצוי חלקי וחד-פעמי והוא לא הפך לנוהל קבוע של עדכון "עלות הסל". ואכן, ביוני 2007 נמסר שבכוונת האוצר להקטין את העדכון הדמוגרפי ל-0.9% מעלות הסל (הארץ, 29.6.2007).

העובדה ש"עלות הסל" תלויה ברצון הטוב של הממשלה מביאה לכך שאפילו כאשר מערכת הבריאות מצליחה לגייס כספים, אין בכך כדי להבטיח שהם ינוצלו לצורכי בריאות: בשנת 2000, שנה של צמיחה כלכלית, כאשר הגבייה של דמי בריאות עלתה על התחזית, הכספים לא הופנו לבריאות אלא לקופת האוצר הכללית (סבירסקי ב. ושות', 2001: 8)

³ במשרד הבריאות גורסים שיש לעדכן את עלות הסל לפי מדד תשומות הבריאות ולא לפי מדד יוקר הבריאות; במהלך העשור האחרון, מדד תשומות הבריאות עלה ב-25% יותר ממדד יוקר הבריאות.

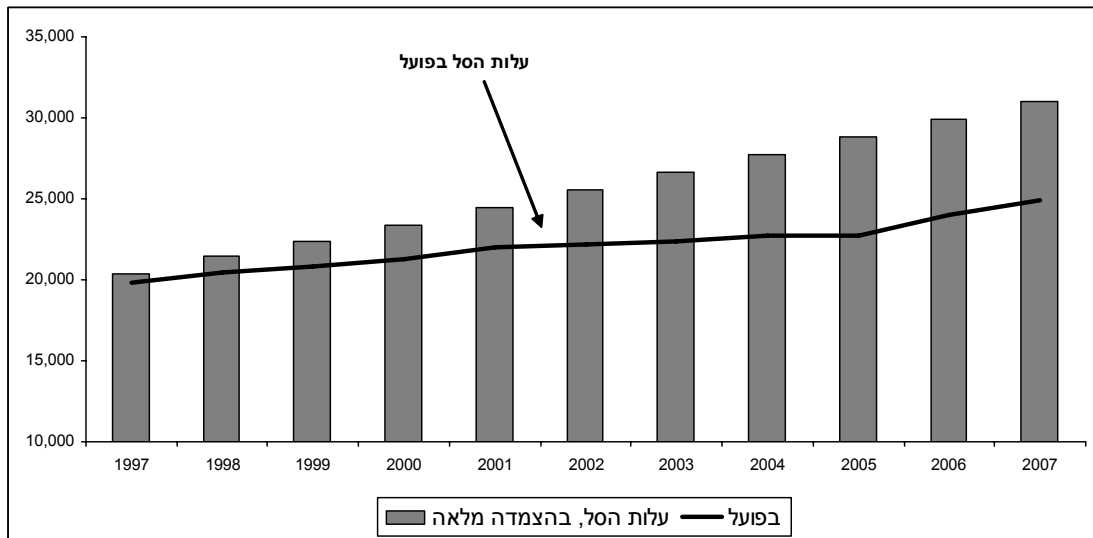
באשר לתוספת ל"עלות הסל" עבור שיפורים טכנולוגיים, משרד הבריאות גורס שיש לקבוע מנגנון עדכון אוטומטי בגובה של כ-2% לשנה. בפועל, גובה התוספת מושפע מעוצמת הלחץ הציבורי שמגזרים שונים מצליחים להפעיל על הממשלה, בעיקר בנושא התרופות. הלחץ הציבורי מופעל לא רק על-ידי החולים הזקוקים לתרופה זו או אחרת, אלא גם על-ידי תאגידי התרופות הבינלאומיים, ביניהם חברת "טבע": כל גידול בתוספת עבור שיפורים טכנולוגיים המיועדת לתרופות מגדיל את הרווחים הפוטנציאליים שלהם. כתוצאה מהשיטה, היו שנים שבהן התוספת לשיפורים טכנולוגיים הייתה חסרה או אפסית ולעומת זאת שנים שבהן התוספת הייתה גדולה, יחסית לשנים האחרות. ביוני 2007 נמסר כי בכוננת משרד האוצר להוסיף 200 מיליון ש"ח לסל התרופות (סכום שהוא פחות מאחוז אחד מעלות הסל) – וכנגד – לדרוש קיצוצים מקופות החולים (הארץ, 29.6.2007).

בכמה יש להגדיל את התקציב כך שהוא יאפשר להכליל שיפורים טכנולוגיים? מחקרים שנעשו באוסטרליה, באנגליה ובארצות הברית מראים שמדובר, בממוצע, ב-2% עד 3% לשנה (ווד, 2006). בישראל, התוספת הממוצעת לסל השירותים בגין שינויים טכנולוגיים מאז 1995 עמדה על לא יותר מ-0.8% לשנה. בשנים הראשונות להחלת החוק לא ניתנה שום תוספת; בשנים שאחריהן, שיעור התוספת נע בין 0.1% ל-2.0% מעלות הסל.

חוקרים שבדקו את "עלות הסל" בעשור 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 ושות', 2006: 227). החוקרים מציינים כי הדבר לא השפיע ככל הנראה על רמת השירותים – אך זאת רק משום שקופות החולים מצאו מקורות הכנסה אחרים, שאותם נפרט להלן.

התרשים שלהלן מראה את הפער הגדל והולך בין "עלות הסל" בפועל (הקו) ובין "עלות הסל" אילו הוצמדה לשלושת המדדים אותם מנינו לעיל: (1) הגידול באוכלוסייה ושינויים בהרכב הגילאים שלה; (2) מדד תשומות הבריאות – במקום מדד יוקר הבריאות; ו-(3) תוספת עבור תרופות, מכשירים ופרוצדורות חדשות, בשיעור של 2% כל שנה.

תרשים 1. עלות הסל בפועל ועלות הסל בהצמדה מלאה, 2007-1997 באלפי שקלים, במחירי 2005



מקורות: עיבוד של מרכז אדוה מתוך המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, עשור לחוק בריאות ממלכתו 1995 – 2005, "קובץ נתונים סטטיסטיים", עורכים: גבי בן-נון וגור עופר, 2006; משרד הבריאות, האגף לכלכלת בריאות, מזכר למרכז אדוה, נובמבר 2006.

שני אחוזים מעלות סל השירותים של קופות החולים המהווים כ-500 מיליון ש"ח. זהו סכום לא קטן, אולם הוא הרבה יותר קטן מהסכום ששילמו מבוטחים עבור ביטוחים מעבר למס בריאות – הביטוחים המשלימים של קופות החולים והביטוחים של חברות הביטוח. בשנת 2004, סכום זה הסתכם ב-3.4 מיליארד ש"ח (סבירסקי, ש. ואתי קונור-אטיאס, 2006: 25). במקום להמשיך ולהפריט את הרחבת סל השירותים, דבר שיובייל לגידול בהוצאה הלאומית לבריאות ולהכבדה על משקי הבית, אפשר לעדכן את הסל בקצב של 2% לשנה: זה יעלה פחות כסף, בסך הכל, ויגדיל את השוויון בהזדמנויות בריאות.

השחיקה ב"עלות הסל"

סיבה אחת לשחיקת "עלות הסל" היא ביטול המס המקביל, אותו שילמו המעסיקים עבור עובדיהם בתקופה שקדמה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כפי שראינו לעיל, המס בוטל ב-1997, ואילו הבטחת הממשלה, כי היא תמלא את החסר, מקויימת רק באופן חלקי. יש לציין כי בניגוד לנוהג בעבר, כיום המעסיקים לא משתתפים כלל במימון מערכת הבריאות: הם אינם משתתפים במימון מס הבריאות.

כאמור, מעבר לביטול המס המקביל, השחיקה משקפת את היעדרו של מנגנון לעדכון "עלות הסל" – וכתוצאה מכך, את העברת חלק מן העלות מן המדינה אל החולים. כיצד?

ב-1998, שנים ספורות לאחר אישור חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קבע חוק ההסדרים כי על קופות החולים לתרום למימון "עלות הסל" באמצעות כספים שהן תגבינה עבור תרופות ושירותים. חוק ההסדרים של אותה שנה קבע שבכל שנה התרומה של הקופות תעמוד על "סכום נורמטיבי" השווה ל-5.37% מעלות הסל. במלים אחרות, חוק ההסדרים קבע

שעלות הסל תמומן בחלקה מגביית כספים נוספים מחברי קופות החולים. לצעד הזה יש המשך: בסוף יוני 2007 נמסר שבכוונת משרד האוצר להגדיל את חלקן של קופות החולים בכיסוי עלות הסל ל-6.62% - דהיינו, עוד כ-350 מיליון ש"ח שייגבו מן החולים (הארץ, 29.6.2007).

חוק ההסדרים לשנת 1998 קבע גם שלושה שינויים נוספים: (1) הוא התיר לקופות החולים להעלות את ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות בכ-30%, בממוצע; (2) הוא התיר לקופות החולים לגבות השתתפות עצמית רבעונית עבור ביקורים אצל רופאים מומחים (מקבלי הבטחת הכנסה קיבלו פטור מהתשלום הרבעוני, אולם פטור זה בוטל בשנת 2003 לכל מקבלי הקצבה פרט לזקנים); (3) והוא התיר לקופות החולים למכור ביטוחים משלימים לחבריהן.

שינוי נוסף שהוצע בחוק ההסדרים לשנת 1998 ולא התקבל: ביטול הסל האחד והיתר לקופות החולים לקבוע כל אחת את הסל שלה – כפי שהיה נהוג לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ההצעה נדחתה, בטענה שהיא תמוטט את החוק. אבל ההצעה שבה ועלתה ביוני 2007, כאשר משרד האוצר מסר למשרד הבריאות שבכוונתו לאפשר לקופות החולים לנצל שלישי מהתקציב לתרופות חדשות לפי ראות עיניהן (הארץ, 29.6.2007). צעד כזה מאיים על חוק ביטוח בריאות ממלכתי כיום לא פחות משהוא איים עליו ב-1998.

כל שלושת התיקונים שנעשו לקראת 1998 הם ביטויים של הפרטה של מימון שירותי בריאות הציבוריים, במובן זה שהם מאפשרים למדינה להשיל מעל עצמה אחריות ולהעבירה אל משקי הבית, המתבקשים להגדיל את חלקם במימון ההוצאה הלאומית לבריאות, מעבר לתשלום מס בריאות. כל שלושת התיקונים גם משנים את מעמדן של קופות החולים: בעוד שחוק ביטוח בריאות ממלכתי הועיד אותן להיות ספקיות שירותים, כאשר המימון הוא באחריות המדינה, תיקונים אלה אילצו את קופות החולים ליטול חלק גם באחריות למימון – ובאופן שכזה הם דחקו בהן לאמץ אופני התנהגות של תאגידים עסקיים.

דוגמא מובהקת להתנהגות תאגידית שכזאת ניתן למצוא בסוגיית התרופות. גיליון פברואר 2006 של ביטאון פארמה למדיניות תרופות מגלה כי בשירותי בריאות כללית, חברי הקופה נושאים בנטל שיא של 52% מן העלות של כלל התרופות, ובסך של 43% מן העלות של התרופות הכלולות בסל השירותים הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לדברי פארמה, שיעורים אלה הם מהגבוהים בעולם המפותח.

בדיקה שנעשתה על-ידי פארמה (גיליון פברואר-מרץ 2007) גילתה, כי עבור 15 מתוך 23 תרופות נפוצות, ההשתתפות העצמית של מבוטחי שירותי בריאות כללית ברכישתן הייתה גבוהה מהמחיר שבו הן נרכשו על ידי קופת החולים! גובה ההשתתפות מבוסס על המחיר הרשמי (ממשלתי) לתרופה, מחיר הגבוה ב-87% מהמחיר שמשלמים בפועל קופות החולים ובתי החולים (המצליחים להשיג מחיר טוב מן המחיר הרשמי). לדברי פארמה, המחיר

הממשלתי הפך למעשה אמצעי סיוע כספי לקופות החולים. (יש להוסיף כי המחיר הממשלתי משמש גם לחישוב עלות תרופות חדשות הנכנסות לסל).

במלים אחרות, במשטר התקציבי שנוצר תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המחיר הממשלתי של התרופות מסייע לקופות החולים לאזן את תקציבן. משרד האוצר מרוצה, כי ההסדר מפחית את הדרישה הכספית מקופת המדינה; קופות החולים מרוצות, כי יש להן מקור מימון נוסף על התמיכה הממשלתית להוצאותיהן במסגרת הסל. המפסידים היחידים הם החולים, המשלמים יותר עבור תרופות.

אחת התוצאות של הסדר זה הוא הגידול במספר החולים המוותרים על תרופות ועל שירותי בריאות שונים בגלל שידם אינה משגת לשלם. לפי הסקר הדו-שנתי של מכון ברוקדייל מסוף 2005, 15% מהמרוואיינים, 19% מהחולים הכרוניים ו-23% מהמרוואיינים בעלי הכנסה נמוכה, דיווחו כי ויתרו בשנה שקדמה לסקר על נטילת תרופות במרשם, בגלל גובה התשלום (גרוס ושות', 2007: 21-24). ההשלכה החברתית של ההסדר ושל אי יכולת של חולים בעלי הכנסות נמוכות לרכוש תרופות: אי שוויון גדל בהזדמנויות בריאות.

על ההשלכות של העלאת השתתפות החולים במימון התרופות ניתן לעמוד גם באמצעות נתונים של מחקר שהשווה בין ישראל לארצות ה-OECD: בשנת 2002, ההוצאה הציבורית על תרופות בישראל הייתה נמוכה מזו של כל 26 החברות בארגון OECD שנבדקו. באותה שנה, ההוצאה הציבורית על תרופות בישראל הייתה רק כ-52% מסך ההוצאה הלאומית על תרופות – שיעור נמוך בהשוואה בין לאומית (Sax, 2005).

לסיכום תת-פרק זה על מימון "עלות הסל" נשאל, האם עברנו את נקודת האל-חזור שאחריה לא ניתן יהיה עוד לשנות את השיטה? דעתנו היא שעדיין ניתן להציל את חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וזאת על-ידי קביעת מנגנון עדכון עם תוספת שנתית של 2% ל"עלות הסל" (ולא פחות חשוב - לאותם השירותים שנותרו באחריותו של משרד הבריאות, שאליהם נתייחס מאוחר יותר).

האנשים שחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא השכיל לכלול אותם

כאשר נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ב-1994, הוא השית על כל *תושב ותושבת* בישראל את החובה לשלם מס בריאות, ובתמורה הוא העניק להם את הזכות לקבל שירותי בריאות. בעת חקיקת החוק, תנועת מהגרי העבודה ("עובדים זרים") לישראל מארצות שמעבר לים היתה בתחילתה ולכן אין זה פלא שהחוק לא התייחס אליהם. מה שכן מפליא הוא העובדה שעד היום הזה לא הפך נושא הביטוח הרפואי של מהגרי עבודה – ושל קבוצה הולכת וגדלה של חסרי מעמד אזרחי בישראל – לנושא הנחשב ראוי לדיון ולפתרון. הדבר מפליא במיוחד על רקע הדיווחים מן העולם הגדול על מחלות מדבקות

חדשות, דוגמת שפעת העופות, שאינן מכבדות גבולות, כמו גם על רקע האמנה הבינלאומית לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, עליה חתומה מדינת ישראל, הקובעת, כי זכותו של אדם ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה וכי חובת המדינה לספק שירותי בריאות נאותים אשר יבטיחו טיפול נאות לכל.

לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שר הבריאות "רשאי לקבוע הסדרים מיוחדים . . . למי שנמצא בישראל ואינו מבוטח לפי חוק זה בהיקף ובתנאים שייקבעו". כאמור, עד היום הזה לא נוצלה סמכות זאת עבור אנשים החיים בישראל ואינם מוגדרים כתושבים לפי חוק הביטוח הלאומי: מהגרי עבודה (עם ובלי אשרת עבודה), בני/ות זוג בעלי נתינות זרה של אזרחים ישראלים הנמצאים בהליך של איחוד משפחות או שהליך איחוד המשפחות בעניינם הוקפא, ילדים שנולדו להורים שאחד מהם הוא אזרח ישראלי והשני אזרח זר, נשים ערביות שמעמד התושבות נשלל מהן בגלל נישואים לפלסטינים תושבי השטחים, ילדים שמעמד התושבות נשלל מהם עקב שלילת תושבותו של אחד ההורים, תושבים חוזרים מחו"ל הממתנינים עד להכשרת זכויותיהם ועוד (אבני, 2007). עמותת רופאים לזכויות אדם מעריכה שמדובר בכ-190,000 בני אדם (רופאים לזכויות אדם (רופאים לזכויות אדם, אפריל 2007).

כיוון שחוק ביטוח בריאות אינו חל על האנשים האלה, ברירת המחדל עבורם היא רכישה של ביטוח פרטי. אלא שרבים מחסרי המעמד אינם יכולים להרשות לעצמם ביטוח פרטי, שעלותו נעה בין 0.9 ל-1.4 דולר ליום (רופאים לזכויות אדם, מזכר מיום 7.5.2007). בנוסף על כך, הזכויות המוענקות בביטוח הפרטי נחותות מאלה שמעניק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מכל מקום, 190,000 אנשים החיים בישראל ואינם מבוטחים בביטוח בריאות ממלכתי מהווים כיום חלק של מערכת בריאות פרטית, הפועלת לצדה של מערכת בריאות ציבורית – שהיא עצמה מצויה בתהליכי הפרטה.

מהגרי עבודה המצוידים באשרת עבודה, מעסיקיהם מחויבים לרכוש עבורם ביטוח בריאות פרטי מאחת מחברות הביטוח. יוצא שבמקום שהמדינה תהיה אחראית לביטוח בריאותם, אחריות זו הוטלה על המעסיקים. יש לציין שביטוח זה אינו שייך לעובד/ת אלא למעסיק: הוא זה שבוחר את חברת הביטוח והוא זה שיכול לבטל את הפוליסה (רופאים לזכויות אדם, 2007: 14).

שיפור אחד במצב הושג בפברואר 2001, באמצעות הסדר מינהלי לילדים שלהוריהם אין מעמד אזרחי. הסדר זה מעניק לילדים סל שירותים שווה לסל השירותים שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כל ילד הנמצא לפחות שישה חודשים בארץ או שנולד בארץ לאישה הנמצאת בארץ לפחות שישה חודשים, יכול להירשם בקופת חולים "מאוחדת" (שזכתה במכרז מטעם המדינה); הוריו משלמים עבורו 195 ₪ לחודש (390 ₪ עבור שני ילדים) (מזכר מקופת חולים מאוחדת, 14.5.2007). במאי 2007 היו מבוטחים בקופת חולים

"מאוחדת" 1,472 ילדים של מהגרי עבודה חסרי אשרת כניסה (מזכר מקופת חולים מאוחדת, 15.4.2007).

לסיכום, אי הכללתם של א/נשים חסרי מעמד אזרחי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי תורמת להפרטת מערכת הבריאות בכללותה. מן הראוי הוא שמערכת הבריאות הציבורית תכלול את כל הציבור – כולל מהגרי עבודה ובני אדם שלהם בעיות מעמד. אלה קבוצות צעירות, יחסית, שעלות הטיפול בהן נמוכה. הכללת קבוצות אלה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי מתבקשת כפועל יוצא של הזכות האוניברסלית לבריאות.

2. קופות החולים

קופות החולים הן ספקיות שירותי הבריאות בישראל (להוציא את השירותים שמספק משרד הבריאות). השירות אמור להיות ממומן במלואו על ידי מס בריאות ועל ידי השלמות של המדינה. אולם כפי שראינו, חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו כולל מנגנון עדכון מלא, והממשלה הטילה על קופות החולים את האחריות להשיג את המימון החסר. בעקבות כך, קופות החולים החלו מאמצות דפוסי פעולה של תאגידים עסקיים - שלעתים פוגעים בחולים.

הקופות כגופים ציבוריים, הממשלה כמקדמת הפרטה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התבסס על שירותי הבריאות על ארבע קופות החולים, הקיימות עוד מלפני קום המדינה. החוק קבע סל שירותים המחייב את כל הקופות. "הסל" נקבע כמינימום, כאשר החוק מתיר לקופות החולים להציע סלים נדיבים יותר מהסל הבסיסי – על חשבונן.

קופות החולים הן עמותות ללא כוונת רווח, והן כפופות לפיקוח ולהוראות של משרדי הבריאות והאוצר, ונציבות שירות המדינה מפקחת על מערכות השכר שלהן. הקופות חייבות על פי חוק לנהל תקציב מאוזן ולפתוח את ספריהן הכספיים לבדיקה חיצונית. הקופות גם חייבות באישור ממשלתי על שינויים במחירי שירותיהן. גם אופן הניהול של הקופות נתון לפיקוח ממשלתי, והממשלה אכן קובעת מעת לעת כללים הנוגעים לניהול הקופות. הצעת חוק ההסדרים לשנת 2007 הרחיקה לכת וקבעה כי ועדה ציבורית, שתמונה על ידי שרי הבריאות והאוצר, תבחר 60% מחברי מועצות קופות החולים, הגוף הייצוגי העליון, וגם את המועמדים לשליש מדיירקטוריון הקופות (הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה – 2006, סעיף 14, ע' 26-27). ההצעה, שהוגשה במסגרת חוק ההסדרים, לא התקבלה בכנסת, אך היא הוגשה שוב במסגרת של חוק נפרד.

כל אלה מצביעים בבירור על כך, שקופות החולים עוצבו על ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי כגופים ציבוריים לכל דבר ועניין. אלא שהממשלה עצמה, בהיותה מודרכת על ידי

מדיניות של צמצום תקציבי, דוחקת בקופות לאמץ דפוסי התנהגות עסקיים. לא זו בלבד, אלא שהיא גם לוחצת להפרטה של הקופות. דוגמא ברורה אחת לכך היא ההצעה שהעלתה הממשלה ב-1998, להתיר הקמה של קופת חולים למטרת רווח. זאת, למרות שהדבר מנוגד לכוונת המחוקק בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שקבע כללים לפתיחת קופות חולים נוספות, שאחד העיקריים שבהם הוא שאין להקים קופה חדשה אלא אם כן היא גוף הפועל שלא למטרות רווח. הצעת הממשלה נדחתה אמנם, אבל מאז חוזרת הממשלה ומעלה אותה מדי פעם - עד כה ללא הצלחה.

קופת חולים עסקית שתפעל בתוך מערכת שבה שאר ספקי שירותי הבריאות הם גופים ללא מטרות רווח תהווה מעין "סוס טרויאני": היא עלולה להשפיע על שאר הקופות ולעודד את הפיכתן לגופים עסקיים לכל דבר.

חדירת שיקולים עסקיים לדרך ניהול קופות החולים

קופות החולים הן ספקיות השירותים, כאשר המימון הוא באחריות המדינה. אולם כפי שכבר ראינו, סל השירותים המובטח בחוק ממומן ברמה נמוכה מדי והתוצאה היא שלקופות חסר כסף למימונו המלא. קופה עשירה יחסית כדוגמת "מכבי" יכולה להוסיף משאבים עצמיים אל הכספים שהיא מקבלת מהממשלה; למשל, כדי לספק לחבריה תרופות שטרם נכנסו לסל הבסיסי. לעומתה, קופת חולים "כללית", שרבים מחבריה הם מרובי צרכים ומעוטי משאבים (עם חבריה נמנים 71% מבני 65 + המקבלים קצבת זקנה [בנדלק, 2006, לוח 30], 60% ממקבלי הבטחת הכנסה [שם: לוח 32] וכ-57% ממקבלי הנחות בתשלומים [שם: 36]) הופכת פחות ופחות נדיבה, כדרך לצמצם עלויות.

במהלך השנים, וכדרך למשוך מבוטחים, פיתחו קופות החולים שירותים נוספים שאינם חלק מהסל, כגון שירותי חיסונים לקראת נסיעתם של משוחררי צבא לחו"ל, מרכזים לבריאות האישה ומרכזים לשירותי בריאות אלטרנטיביים. בנוסף על כך, קופות החולים מוכרות תרופות שלא נמצאות בסל ותרופות ללא מרשם ובמחירים גבוהים, יחסית לעלותן (פארמה, גיליון 77 (פברואר-מרץ 2007) וגיליון 71 (אפריל 2006)).

החל מ-1998 מותר לקופות החולים למכור ביטוחים משלימים שאינם מיועדים לכלל חברי/ות בקופה אלא רק לרוכשי הביטוח הנוסף. ההבדל בין הביטוחים המשלימים של קופות החולים ובין ביטוחים מסחריים רגילים הוא, שקופות החולים אינן רשאיות לדחות מבוטחים בגין מצב בריאותם, כפי שניתן לעשות בביטוח מסחרי.

את תוצאות השינויים בכלכלת קופות החולים ניתן לראות בבירור כאשר משווים את הכנסותיהן ממקורות עצמיים (השתתפויות, תרופות בסל ומחוץ לסל, עודפי שב"ן (שירותי בריאות נוספים) [רק בשנת 2004], שירותים מחוץ לסל ו"אחרות") ב-1997 וב-2004. בשנת 1997 – שנה לפני התיקון שאפשר לקופות החולים למכור ביטוחים משלימים, להעלות את מחירי התרופות ולחייב השתתפות עבור ביקור רופאה מומחה, ההכנסות העצמיות של

ארבעת קופות החולים הסתכמו ב-851.6 מיליון ₪, במחירי 2006, שהיוו 4.5% מסך הכנסות קופות החולים באותה השנה – 18,945.6 מיליון ₪ במחירי 2006 (מחושב מויטקובסקי ושות', 1999 : 33-34). לעומת זאת, בשנת 2004, ההכנסות העצמיות של קופות החולים הסתכמו ב-3,650 מיליון ש"ח, במחירי 2006, שהיוו 14.4% מסך ההכנסות של הקופות – 25,273 מיליון ₪, במחירי 2006 (מחושב מרו"ח מירב ולדמן אשרוב ורו"ח רון אברהם, 2006 : 20) – עלייה של יותר מפי שלוש.

אי אפשר לחתום את תת-הפרק בלי להזכיר שינוי נוסף שהתרחש לפחות בחלק מקופות החולים, שינוי שמוזכר בדו"ח של נציבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי לשנת 2006 : מקרים של סירוב קופות החולים לממן לחולים תרופות וטיפולים המגיעים להם על פי חוק (נציב קבילות, 2007 : 48-49 ; 52-53) וזאת בגלל עלותם הגבוהה. ותופעה נוספת : במקרים בהם קיים ספק אם מגיעה לחולה תרופה או טיפול, גוברת הנטייה להחמיר. הדבר מצביע על מדיניות של "ניהול סיכונים", המזכירה דפוסי פעילות עסקית של חברות ביטוח. התופעה היא גילוי נוסף של הפרטה במערכת הבריאות הציבורית.

בתי חולים פרטיים השייכים לקופות חולים

קופת החולים "מכבי" מחזיקה בשישה בתי חולים פרטיים, שכולם הוקמו או נרכשו לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במרץ 2007 הודיע מנכ"ל קופת החולים "כללית" כי קופתו מתכוונת להקים בית חולים פרטי במרכז הארץ (על-ידי יזם פרטי, בשיטת BOT). לדבריו, בית החולים ישמש לניתוחים פרטיים וכן לפרוצדורות שהן חלק מהביטוח המשלים (דה מרקר, הארץ, 3.3.06). אלה בדיוק השימושים שעושה קופת חולים מכבי בבתי החולים הפרטיים שלה. משרד הבריאות נתן את הסכמתו העקרונית לצעד של קופת חולים "כללית".

בתי חולים פרטיים מאיימים על אופיין הציבורי של קופות החולים. ראשית, מערכת השיקולים של קופות החולים כבר לא תהיה ציבורית אלא מעורבת – חציה ציבורית חציה פרטית-עסקית. במצב שכזה, מנהלי בתי החולים הפרטיים עשויים ליצור לחץ נגד הנהלות קופות החולים שתבקשנה להיצמד לשיקולים ציבוריים (תופעה שהיתה נפוצה בעבר בתאגידים הסתדרותיים). שנית, סביר להניח כי יכולת הממשלה לפקח על הנעשה בבתי חולים אלה תהיה פחותה מזו שהיא מפעילה במנגנון הציבורי של הקופות.

לא זו בלבד, אלא שבתי החולים הפרטיים מאיימים על השוויון בין החברים השונים בקופת החולים, וליתר דיוק, בין אלה המבוטחים ברבדים רבים של ביטוחים משלימים ובין החברים הרגילים. זאת כיוון שבתי החולים הפרטיים עלולים לשאוב אליהם משאבים ו/או כוח אדם מבתי החולים הרגילים. ניתן ללמוד על כך מתלונות שמשמיעים כיום מנהלי בתי החולים הממשלתיים, הטוענים שבתי החולים הפרטיים "גונבים" את הרופאים שלהם : "בתי החולים שיבא ואיכילוב מאבדים יום יום, כך ממש, בעלי תפקידים בכירים שעמל וממון רב הושקע בהכשרתם, לטובת פיתויי המערכת הפרטית, מקום שם עודפי

הפרמיות האדירים וההסטות מהסל הבסיסי לביטוחים המשלימים מתדלקים את משכורות העתק המוצעות להם" (הארץ, 4.4.2007).

הפעלת בתי חולים פרטיים על-ידי קופות החולים דוחפת אותן בכיוון של מסחריות. בתי חולים פרטיים מאפשרים להן להסיט את כל תשלומי הפעילויות הרפואיות הכרוכות בניתוח פרטי למסגרת הביטוח המשלים. בדרך זו יכולות קופות החולים להעביר משאבים לפעילות הפרטית שלהן. בה בעת, ככל שהיא מתרחבת, התופעה של בתי חולים פרטיים השייכים לקופות החולים תשנה את משקל הרפואה הציבורית מול זו הפרטית בתוככי קופות החולים.

עמדתנו היא שאם קופות החולים הן מוסדות ציבוריים, עליהן לצמצם את פעילותן למישור הציבורי ועליהן לקבל את מלוא המימון הדרוש להן לשם הפעלת השירותים הציבוריים. אין להתיר להן לנצל את הפלטפורמה הציבורית ליצירת שירותים פרטיים – ורווחים פרטיים.

רובד נוסף של ביטוח משלים בתוך קופות החולים

במרץ 2007 הודיעו קופות החולים "מכבי" ו"כללית" על הנהגת רובד נוסף של ביטוחים משלימים, וזאת לאחר שקיבלו את אישור משרד הבריאות. רובד הביטוחים החדש כולל תרופות חיוניות שמחוץ לסל ובהן תרופות למחלות קשות כדוגמת סרטן. בקופת חולים מכבי, התכנית שאושרה כוללת את כל התרופות שאינן בסל הבסיסי. למותר לציין שהוספת רובד חדש של ביטוחים משלימים, כמוה כבניית בתי חולים פרטיים, משנה את האיזון העדין שבין הציבורי והפרטי בתוך הקופות.

מנהלי קופות החולים טוענים שהביטוחים החדשים הם פתרון לבעיית אי עדכון הסל: בהיעדר מנגנון קבוע לעדכון הסל עבור תרופות וטכנולוגיות חדשות, רק חולים בעלי הכנסה גבוהה מאוד יכולים להרשות לעצמם לרכוש באופן פרטי תרופות חדשות שאינן נכללות בסל. כיוון שכך, הביטוחים החדשים מהווים פתרון חלקי, לפחות למעמד הבינוני. מנגד, ארגוני צרכנים טוענים שהכנסת תרופות מצילות חיים לרובד החדש של ביטוח משלים תמנע בעתיד את הכנסתן לסל הבסיסי (מידד גיסין, יו"ר צרכני בריאות ישראל, שיחה עם המחברת, 9.5.2007; הארץ, 15.4.2007).

יש לציין כי במשרד הבריאות הדעות באשר לבתי חולים פרטיים של קופות החולים ובאשר לרבדים חדשים של ביטוח משלים חלוקות. שר הבריאות, יעקב בן יזרי וסמנכ"ל המשרד לעניין קופות החולים, יואל ליפשיץ, אישרו את הביטוחים המשלימים החדשים, אולם סמנכ"ל משרד הבריאות לכלכלה וביטוח בריאות, גבי בן-נון, התנגד הן לביטוחים המשלימים החדשים והן להקמת בית חולים פרטי על ידי קופת חולים "כללית": "המצב הבלתי תקין שלפניו חולה הזקוק לתרופה מצילת חיים חייב לחזר על פתחיהם של נדבנים, צריך להיות מוחלף לא על ידי ביטוחים פרטיים או משלימים (של חברות ביטוח ושל

קופות החולים) אלא על ידי מנגנוני הסל הציבורי . . . " (הארץ, 4.4.2007). בן נון הזהיר ש"זו רק שאלה של זמן" עד שבתי חולים הממשלתיים יבקשו להפעיל בית חולים פרטי או שבית החולים פרטי המופעל על-ידי בית חולים ממשלתי יבקש להפעיל קופת חולים פרטית (שם).

ואכן, באותו חודש (אפריל 2007) הכריז פרופ' מרדכי שני, מנכ"ל לשעבר של בית החולים שיבא, שבכוונת הנהלת בית החולים שיבא להקים קופות חולים כחברת-בת (לה מרקר, הארץ, 1.4.2007).

קופות החולים: גופים ציבוריים או גופים פרטיים?

ראינו, כי מאז שנחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994, קופות החולים עברו שינויים משמעותיים: הן מוכרות ביטוחים משלימים, ואם אין די ברובד אחד הרי שכיום הן עומדות למכור רובד שני; הן גובות דמי השתתפות עצמית עבור שירותי בריאות שבעבר ניתנו חינם; הן מעלות את מחירי התרופות; הן מוכרות שירותי בריאות פרטיים וגם תרופות שאינן נכללות בסל; הן מתנהגות על פי מודל עסקי של "ניהול סיכונים", שפירושו המעשי הוא מניעת שירותים המגיעים לחולים לפי החוק; והן רוכשות או בונות בתי חולים פרטיים. לאור כל אלה, השאלה המתבקשת היא, האם קופות החולים הן עדיין גופים ציבוריים או שמא הן הפכו למעשה לגופים פרטיים?

התשובה תלויה בתפקידו של הנשאל. ראובן כגן, רכז בריאות באגף התקציבים במשרד האוצר, רואה את קופות החולים כארגון המתנהג כחברה פרטית, לפי הדגם של חברת ביטוח (כגן, 14.3.2007). אין ספק שמנקודת הראות של משרד האוצר, השואף לצמצם את ההוצאה הציבורית, רצוי היה שקופות החולים יאמצו דפוסי פעולות של חברות פרטיות. לעומתו, פרופסור שוקי שמר, מנכ"ל מכבי שירותי בריאות, אומר ללא היסוס שהקופות הן מוסדות ציבוריים, ולראייה הוא מצביע על כך שמשרד הבריאות מפקח עליהן ("נכנס ממש לקרביים"), מתערב בשאלת מבנה הניהול של הקופות ועוד. יחד עם זאת, שמר אומר שהקופות אכן מתנהגות כגופים פרטיים: מתחרות על לקוחות ומנסות למקסם רווחים – לטובת החולים, כמובן (שמר, 5.2.2007). גם גבי בן-נון, סמנכ"ל משרד הבריאות, אומר ללא היסוס שקופות החולים הן מוסדות ציבוריים וזאת בגלל שהן מקבלות כ-24 מיליארד ₪ מקופת המדינה. אולם הוא מוסיף שקופות החולים הופכות להיות יותר ויותר עסקיות בהתנהגותן, הן כגופים מבטחים (ביטוחים משלימים) והן בפעילותן כספקיות שירותים (בן-נון, 28.3.2007).

מכל מקום, בעת כתיבתו של מסמך זה (מאי 2007), לפחות שתיים מארבע קופות החולים ("מבכ"י ו"ככלית") מגלות סימנים מתקדמים של הפרטה, לפחות במובן זה שהן מחפשות כל דרך להגביר את הכנסותיהן אל מול ידו הקפוצה של משרד האוצר. השאלה היא, האם אין סכנה שההכרח יהפוך אצלן לנורמה; ובמילים אחרות, האם לא השתנו "כללי המשחק"

עד כדי כך שקופות החולים פועלות לא רק להשיג את החסר אלה גם למקסם הכנסות ולצמצם הוצאות (על חשבון החולים) – דפוס פעולה טיפוסי של תאגידים עסקיים.

על רקע זה ניתן להעלות את השאלה האם תהליך ההפרטה של קופות החולים, המובל על ידי משרד האוצר, משרד הבריאות והנהלות קופות החולים מכבי וכללית, ניתן לעצירה?

דעתנו היא שהאפשרות קיימת, אולם לשם כך דרוש סיבוב של 180 מעלות וחזרה אל החזון של מערכת בריאות ציבורית המעניקה לכל אחת ואחד את כל מה שיש לה להציע. לשם כך דרוש תקציב הולם ומתעדכן תדירות של סל שירותי הבריאות, על מנת שקופות החולים תוכלנה להיות גופים ציבוריים. אפשר להשיג זאת באמצעות העלאת מסים, או שינוי סדרי העדיפויות בתקציב הקיים, ואולי גם באמצעות שינוי בשיטת מכירת התרופות.

האם קופות החולים עצמן עדיין מעונינות – או מוכנות – להיות מוסדות ציבוריים? לשאלה זאת אין לנו תשובה.

3. בתי החולים הציבוריים

מרבית בתי החולים בישראל הם בבעלות הממשלה וקופת חולים "כללית". במלים אחרות, מרביתם ציבוריים. אל תוך מערכת ציבורית זו חודרת אט-אט ההפרטה, אם בדרך של יצירת תאגידים מסחריים הפועלים לצד בתי החולים הציבוריים, אם בדרך של מאמצי האוצר להפוך את בתי החולים הציבוריים לתאגידים עצמאיים, בדרך להפרטה עתידית אפשרית, ואם בדרך החדרת שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) לבתי החולים הציבוריים.

מערכת בתי החולים

ב-2005 היו בישראל 47 בתי חולים כלליים. אחד עשר מהם (23%) היו ממשלתיים או עירוניים-ממשלתיים⁴; שמונה (19%) השתייכו לקופת החולים הכללית⁵; אחד לקופת חולים מאוחדת (משגב לדך); ושנים-עשר היו בתי-חולים פרטיים (26%) (אתר האינטרנט של משרד הבריאות: נתונים סטטיסטיים [2004]). יתר בתי החולים הכלליים השתייכו למיסיון (6 – 13%) או שהיו מוגדרים כ"ציבוריים אחרים"⁶ (12 – 26%). בתי חולים "ציבוריים אחרים" הם מוסדות בבעלות פרטית שהכנסותיהם באות מתשלומים של קופות החולים עבור שירותיהם.

כפי שניתן לראות בלוח 7 התפלגות מיטות האשפוז בבתי החולים הכלליים לא השתנתה בהרבה מאז 1985. כאז כן היום, רוב המיטות הן ציבוריות, כאשר כשלושה-רבעים מתוכן

⁴ שיבא, רמב"ם, אסף הרופא, וולפסון, רבקה זיו, הלל יפה, נהריה, ברזילאי, פוריה, איכילוב ובני ציון.

⁵ בלינסון, כרמל, שניידר, קפלן, סורוקה, עמק, יוספטל, מאיר וגולדה.

⁶ בתי החולים של הדסה, שערי צדק, ביקור חולים, לניאדו, אל-מוקסיד, אוגוסטה ויקטוריה, מעוני הישועה.

שייכות או לממשלה או לקופות החולים. מספר המיטות הפרטיות עלה ב-58%, מ-322 בשנת 1985 ל-509 בשנת 2005, אולם חלקן במערכת הבריאות האשפוז הכללי נשאר קטן. במילים אחרות, גילויי ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית אינם משתקפים בחלקן של מיטות האשפוז בבתי החולים הכלליים הפרטיים לעומת אלה הציבוריים.

לוח 7: התפלגות מיטות האשפוז בבתי חולים כלליים, 1985 ו-2005
במספרים מוחלטים ובאחוזים

2005		1985		סוג בעלות
אחוזים	מספר מוחלט	אחוזים	מספר מוחלט	
100%	14,607	100%	11,960	סך הכל
46.2%	6,756	47.0%	5,624	ממשלתית/ממשלתית-עירונית
30.4%	4,444	31.0%	3,708	קופות חולים
3.5%	518	4.8%	575	מיסיון
16.3%	2,380	14.5%	1,731	ציבורית אחרת
3.5%	509	2.7%	322	פרטית

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

בתי החולים הממשלתיים ואלה של קופות החולים משרתים את קופות החולים. מרבית ההכנסות שלהם מקורן בתשלומים שהם מקבלים מקופות החולים עבור ימי אשפוז של מבוטחי הקופות (בשנת 2002: 84% בממוצע; דו"ח ליאון, 2004: 7). לבתי חולים אלה שני תעריפים: מחיר יום אשפוז לחברי קופות החולים ומחיר יום אשפוז לחולים שאינם מבוטחים בקופות החולים. באוגוסט 2006, מחירו של יום אשפוז לקופות החולים היה 1,652 ש"ח (משרד האוצר, 2006א': 79). מחיר יום האשפוז נקבע על-ידי חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים - 1996. תקציב משרד הבריאות לבתי חולים ממשלתיים לשנת 2007 עומד על 5.8 מיליארד ש"ח (שם: 34). התקציב הוא למעשה צפי של הכנסות בתי החולים מימי אשפוז של מבוטחי קופות החולים.

בבתי החולים הממשלתיים, רוב העובדים במקצועות הרפואיים הם עובדי מדינה ושכרם ותנאי עבודתם כפופים להסכמים קיבוציים. בשנת 2007, שיא כוח האדם בבתי החולים הממשלתיים עמד על 17,837 תקנים, ביניהם 3,204 של רופאים, 8,789 של אחיות, 1,560 של עובדים רפואיים אחרים ו-3,962 של עובדי משק ומנהל (שם: 107). באופן רשמי, מנהלי בתי החולים הממשלתיים כפופים למשרד הבריאות; למעשה, הם נהנים ממידה גדולה של עצמאות. לא ידוע כמה מעובדיהם מועסקים באמצעות חברות כוח אדם וקבלנים. בבית החולים סורוקה שבבאר שבע (השייך לקופת חולים "כללית"), מרבית המועסקים במקצועות צווארון כחול, כמו סניטרים, עובדי כוח עזר, עובדי שמירה וניקיון, חצרנים ועובדי מטבח, יחד עם מעט מזכירות, אינם עובדי קופת חולים "כללית" אלא מועסקים

דרך מתווכים (סימה רמתי, 4.6.2007). יש להניח שהמצב התעסוקתי דומה גם בשאר בתי החולים של קופת חולים "כללית" ובאלה הממשלתיים.

מנהלי בתי החולים שבבעלות קופות החולים (בעיקר שירותי בריאות כללית) כפופים להנהלת קופת החולים. שכרם ותנאי עבודתם של עובדי בתי חולים אלו כפופים אף הם להסכמי שכר קיבוציים.

ההפרטה בבתי חולים ממשלתיים

בשני העשורים האחרונים אנו עדים להפרטה "זוחלת" בבתי החולים הממשלתיים, באמצעות (א) הקמת תאגידי ליד בתי החולים; (ב) תיאגוד; ו-ג) הפעלת שר"פ.

א. תאגידי ליד בתי החולים

ב-1987 הורשו בתי החולים הממשלתיים, לראשונה, למכור - למטרת רווח - שירותים שבאותה תקופה לא נכללו בסלי הבריאות של קופות החולים (המדובר בתקופה שקדמה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי). בו בזמן ניתנה להם האפשרות להעסיק כוח אדם זמני ולבצע חלק מהרכישות על דעת עצמם (שירום ואחרים, 1997: 140). בתי החולים הקימו "קרנות מחקר", שאליהן הזרימו את הכנסותיהם מן השירותים שמכרו למטרות רווח. "קרנות המחקר" סיפקו גם הזדמנויות תעסוקה נוספות לסגל בתי החולים. במשך שנים פעלו "קרנות המחקר" ללא פיקוח, אולם כיום נתונות הקרנות - הקרויות עתה "אגודות ליד בתי החולים" - לבקרה ממשלתית. למעשה, האגודות מהוות חברות-בת של בתי החולים. אל חברות-הבת הללו מוזרמים כספים שמקורם ב"שר"ן - שירותי בריאות נוספים", שהוא שם אחר לשירותים פרטיים המשווקים על-ידי חלק מבתי החולים, ובהם בתי מלון, כדוגמת מלון היולדות בבתי החולים שיבא ברמת גן ואיכילוב בתל אביב. יש גם שירותים שאינם רפואיים: תחנת הדלק בבית החולים שיבא ומרכזי הקניות בבתי החולים שיבא ואיכילוב. שירותים פרטיים אלה מהווים דוגמא מובהקת של השימוש בפלטפורמה ציבורית (בית חולים ממשלתי) ליצירת שירותים ורווחים פרטיים. העובדה שרווחים אלה מחולקים כמשכורות ולא כדיבידנדים אינה הופכת אותם פחות פרטיים - או יותר ציבוריים.

ב. תיאגוד בתי חולים ממשלתיים

בסוף שנות ה-1980 ובתחילת שנות ה-1990 החלו לדון בישראל בתיאגוד בתי החולים הציבוריים, וזאת "בעיקר בגלל השפעות השינויים בבריטניה בתקופת תאצ'ר, שהביאו לתיאגוד בתי החולים הציבוריים שם" (דו"ח אמוראי, 2002: 190). ב-1990 המליצה ועדת נתניהו להעביר את ניהול בתי החולים הממשלתיים ואת אלה של קופת חולים "כללית"

לידי תאגידיים שיפעלו "על פי שיקולים כלכליים ועסקיים – אך לא למטרות חלוקת רווחים" (מצוטט בדו"ח אמוראי, 2002 : 190).

חסידי התיאגוד תיארו אותו לא כהפרטה אלא כארגון מחדש. התיאגוד, כך נאמר, ישחרר את משרד הבריאות מעול הבעלות על בתי חולים ומן הסכנה של ניגוד אינטרסים, היות והמשרד קובע כללים ומחירים למוסדות שבבעלותו. מצד שני, השינוי נועד לתרום להתייעלות מערכת האשפוז, היות ובהופכם לתאגידיים, יהיה על בתי החולים להתנהל כחברות עצמאיות לכל דבר ולהתחרות זה בזה.

ב-1992 נרשמו מספר בתי חולים כתאגידיים, אולם התהליך נקטע בעקבות ההתנגדות של איגוד האחיות ואיגוד עובדי המשק והמנהל, שחבריהם חששו מהרעת תנאי עבודתם. בסוף אותה שנה הודיע שר הבריאות על הפסקת תהליך התיאגוד (דו"ח אמוראי, 2002 : 191). במקום תהליך פורמלי, הוחלט על הענקת אוטונומיה בשלבים לכל בתי החולים הממשלתיים. כצעד ראשון הוחלט על הפיכת בתי החולים הממשלתיים שלא תואגדו ליחידות סמך ממשלתיות, והממשלה האצילה להם תפקידים מנהליים שעד אז היו באחריות משרד הבריאות. לפי דו"ח אמוראי, בין 1992 ו-2002, חל תהליך של "תיאגוד זוחל" של בתי החולים הממשלתיים. הדו"ח מציין כי ". . . המציאות מאלצת את בתי החולים לפעול על בסיס תוכניות עסקיות מוסכמות ומוגדרות" (שם : 191-192).

ב-2002 המליצה "הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בו" (דו"ח אמוראי) על תיאגוד בתי החולים של הממשלה ושל קופת חולים "כללית", ש"יועברו למעמד של תאגידיים עצמאיים שלא למטרת רווח" (דו"ח אמוראי, המלצה מספר 7 : 47).

דו"ח אמוראי מציג רשימה של סמכויות של בתי חולים מתואגדים ובהן הסמכות לפעול "בתחומים שאינם כלולים בסל הבריאות תוך איזון תקציבי ותוך השקעת הרווחים/עודפים בקידום בית החולים". בכך פתחה ועדת אמוראי פתח להגברת הפרטי על חשבון הציבורי: לפיתוח של סביבה עסקית ולקביעה של יעדים שאין להם נגיעה לטובת החולה או לטובת הציבור, תוך כדי הגברת הסכנה של הזנחת הפעילות הציבורית לטובת זו העסקית.

למרות ההתנגדות המוצלחת של האיגודים המקצועיים - דו"ח אמוראי קרא להם "גופים עתירי כוח אדם המיוצגים על ידי איגודים מקצועיים חזקים" (שם : 194) - נראה כי רעיון התיאגוד היכה שורשים: ב-2004 חזרה והמליצה ועדה ציבורית חדשה, "הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים" (להלן: "ועדת לאון") - על תיאגוד פורמלי של כל בתי החולים הממשלתיים ושל קופת חולים "כללית". באשר לעובדי בתי החולים, הוועדה המליצה כי אלה מביניהם שהם עובדי מדינה קבועים או עובדים קבועים של קופת חולים "כללית" ישמרו על מעמדם ויהיו מושאלים לתאגידיים. המעסיקים (המדינה, קופת חולים "כללית") ימשיכו לשלם את שכר העובדים - והתאגידיים ישפו אותם עבור שכר העובדים הקבועים חודש בחודשו. לעומת זאת, עובדים

לא קבועים ועובדים חדשים ייחשבו לעובדי התאגידים – מעין "דור ב'" שיזכה לשכר ותנאי עבודה נחותים מאלה של "דור א'".

דו"ח ועדת ליאון מדגיש שמדובר בשינוי ארגוני שאינו הפרטה: "יש להבחין בין תיאגוד לבין הפרטה, מאחר והמגבלות על בית חולים ציבורי הן כאלה שאינן מאפשרות להפעילו למטרת רווח... מן הראוי להבהיר, כבר בשלב הראשון של דיונים עם נציגויות העובדים, כי אין בכוונת הממשלה להפריט את בתי החולים הציבוריים אלא להפעילם כתאגידים ציבוריים עצמאיים" (דו"ח ועדת ליאון, 2004: 12).

חרף ההכרזות, אין ספק שהתיאגוד הוא ביטוי נוסף של ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית: הפעלת שירות באמצעות גוף ציבורי אך הכפתו לכללי השוק. התופעה משתקפת לאו דווקא בעצמאות הניתנת למנהלי בתי החולים אלא בדרישה שבתי החולים יפעלו בסביבה עסקית שמטרותיה אינן קשורות לבריאות הציבור או לטובת החולים, אלא להשגת יעדים עסקיים – קרי רווחים. קיימת סתירה גלויה בין הדרישה לפעול כעסק לבין הדרישה לפעול לטובת החולים – כל החולים. בספרות המקצועית הדנה בנושא התיאגוד בישראל לא ניתן למצוא ולו יעד אחד הקשור לבריאות, כמו הגברת מידת השוויון בהזדמנויות בריאות בין קבוצות שונות, או שיפור איכות הטיפול.

ביטוי נוסף של ההפרטה הגלומה בתהליך התיאגוד הוא ההתייחסות לעובדים ולעובדות כאל מכשולים שיש לנטרלם, על-ידי קביעת הסדרים שונים לוותיקים ולחדשים. ההסדרים המוצעים דומים להפליא לאלה שהונהגו במקרים של מכירת תאגידים ממשלתיים לחברות פרטיות (חסון, 2006).

לאחר שאמרנו את כל זאת, יש להוסיף עוד כי אין זה מן הנמנע שהתיאגוד נשקל על-ידי הממשלה, ובייחוד על ידי משרד האוצר, כצעד בדרך למכירת בתי החולים הממשלתיים לתאגידים פרטיים. אמנם, בתי חולים הם מוסדות מורכבים מאוד ואין בישראל תאגידים מסחריים המסוגלים לתפעל אותם. למעשה, בישראל גופא הגופים היחידים שהם בעלי ידע רלבנטי הם בתי החולים הפרטיים הקיימים – וקופות החולים. באשר לתאגידים זרים, יש לומר כי ברוב הארצות המפותחות, מרבית בתי החולים הם ציבוריים ולא פרטיים. אולם, בארצות המערב קיימים תאגידים המתמחים בהפעלת בתי חולים ובאופן עקרוני ניתן למכור להם בתי חולים ישראלים. יצוין כי הסכמי הסחר הבינלאומיים בשירותים (הסכמי GATS), עליהם חתומה ישראל, אינם אוסרים על מכירת בתי חולים לתאגידים זרים. בעת כתיבת מסמך זה לא נודע על תוכנית מעשית כלשהי למכור בית חולים ממשלתי לגורמי חוץ וגם לא על עניין בעסקה שכזאת מצד תאגיד זר.

ההתפתחות האחרונה בסוגיית התיאגוד היא החלטת ממשלה בדבר הקמת מינהלת בתי חולים, שתפקידה יהיה להכשיר את העברתם של בתי החולים לידי חברות מנהלות. שר הבריאות יעקב בן יזרי החליט לתמוך בצעד זה.

התיאגוד נדון במסמך של משרד האוצר, "המדיניות הכלכלית לשנת 2007: מצרפי התקציב, שינויים מבניים והרכב התקציב: הצעת משרד האוצר מיום 5.9.06". דברי ההסבר פותחים במלים אלה: "בתי חולים הם גופים עסקיים גדולים שפעילותם מורכבת מאד . . ." (83). אותן מסמך מזכיר כי ב-2005 החליטה הממשלה כי ניהול בתי החולים הממשלתיים יועבר לידי חברות מנהלות. המסמך מציע (איך לא) להקים צוות בין-משרדי שיהיה אחראי ליישומה של החלטה זאת.

יש לומר כי אין חולקים על כך שבתי החולים הממשלתיים זקוקים לעצמאות ולניהול יעיל; הוויכוח הוא על גבולות הציבורי והפרטי בתוך בתי החולים הממשלתיים. ההכרזות על כך שאין מדובר בהפרטה אלא רק ב"תיאגוד" אינן משכנעות, שכן בשאר התחומים, התיאגוד התברר כצעד ראשון לקראת הפרטה: ר' לדוגמא את מקרה שירות הדואר.

ועוד: נראה כי המניע העיקרי מאחורי התיאגוד הוא לא הגברת העצמאות הניהולית אלא "הגמשת" כוח העבודה: להפוך את עובדי מערכת הבריאות, שרובם נהנה כיום ממעמד של עובדי מדינה, או את דור העובדים הבא, לעובדים חסרי הגנה קיבוצית שניתן לשלם להם שכר נמוך יותר בתנאים נחותים מאלה של עובדי מדינה. מי שמעוניין שכוח העבודה בישראל יהיה משכיל, מוגן ובעל רמת חיים נאותה צריך להתנגד להפרטה הזוחלת בבתי החולים הציבוריים בפרט ובמערכת הבריאות בכלל.

ומה טומנת בחובה הפרטה של בתי החולים, אם וכאשר תתרחש? ניתן ללמוד על כך מניסיון של אחרים: בארצות הברית, ההכנסות של בתי חולים מופרטים שימשו למימון משכורות עתק למנהלים - במקום בשיפור הטיפול בחולים (Saltman, 1995: 175). בבריטניה, בתי חולים שהופרטו החלו לבצע קיצוצים בכוח אדם "כדי לשמור על יכולת תיפקוד ולשרוד" (Hunter, 1995: 175). חלק מהקיצוצים היו מוצדקים, על הרקע של איש-יתר קודם לכן; אך אחרים נבעו משיקולים כספיים גרידא (שם). בכל מקרה, ברור הוא שתהליך ההפרטה כרוך ב"הגמשה" של יחסי העובדה.

ג. השר"פ (שירות רפואי פרטי)

במסגרת השר"פ, רופאים בכירים בבתי חולים ממשלתיים קיבלו לקוחות פרטיים בחדרים פרטיים וטיפלו בהם תוך שימוש במתקנים של בית החולים. בית החולים ניהל את השר"פ, גבה את התשלומים וניכה מהם מסים ואת חלקו-הוא בתשלום. הסדר זה הונהג לראשונה עוד בשנת ה-1950 בבתי חולים ציבוריים בירושלים שהם בבעלות פרטית: הדסה ושערי צדק. בשנות ה-1990 לחצו ארגוני הרופאים להנהגת שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים בישראל. אולם ב-2002 שם בג"ץ קץ להסדרי השר"פ השונים ופסק שהם בלתי-חוקיים.

השר"פ מעמיד משאבים ציבוריים לשימושה הפרטי של שכבה דקה של רופאים בכירים ושל חולים בעלי אמצעים. התקורה של בית חולים המפעיל שר"פ אמורה להיות מוגבלת ל-

35% ; אך אם מביאים בחשבון את העלות המלאה של סריקות ושל שירותי פתולוגיה ומעבדה שנעשו בבית החולים שערי צדק במסגרת השר"פ, התקורה בפועל הגיעה לכ-47%. ממצא זה הוביל את החוקרים למסקנה שפעילות השר"פ כרוכה למעשה ב"העברת משאבים ציבוריים מידי הכלל לידי קבוצה של רופאים" (שירום ושות', 1997 : 64), וזאת כיוון שהתעריף ששילמו הרופאים לבית החולים לא כיסה את העלות הריאלית של השימוש במתקנים, בצידוד ובשירותים. ועוד : השר"פ גורם ליצירה של שתי רמות טיפול בתוך כתלי אותו מוסד, כמו גם להבדלים בנגישות בהתאם ליכולתו הכספית של החולה.

כמו המלונות כך גם השר"פ, שניהם דוגמאות לשימוש בפלטפורמה ציבורית לשם פיתוח של שירותים עבור מי שמסוגל לשלם מכיסו הפרטי. אם יוחזר השר"פ בדלת האחורית, המרוויחים יהיו בתי החולים, הרופאים הבכירים ואלה מבין החולים המסוגלים לשלם. המפסידים יהיו חולים שאינם יכולים לשלם – ואיתם גם מערכת הבריאות הציבורית בכללותה. מתקני המערכת הציבורית ינוצלו לטובת בעלי היכולת, על חשבון מעוטי היכולת, שהשירותים שיעמדו לרשותם יישחקו.

על כל אלה יש להוסיף עוד, כי ההקמה של בתי חולים פרטיים על-ידי קופת חולים "מכבי" והאישור שניתן לקופת חולים "כללית" להקים בית חולים פרטי משלה כבר גררו דרישה מחודשת להתיר הסדרי שר"פ בבתי חולים ממשלתיים ובאלה של קופת חולים "כללית". הרחבת הביטוחים המשלימים עשויה להגביר את הדרישה הזאת עוד יותר.

מעל לכל, מה שחייב לעמוד לנגד עינינו הוא טובת החולים – כל החולים, כולל אלה שאינם יכולים לשלם עבור שירותים יקרים. מנקודת הראות של טובת החולה, אין מקום לשר"פ בתוך בתי חולים בבעלות ציבורית, בדיוק כשם שאין מקום לביטוחים משלימים כחלק מהפעילות של קופות החולים ללא מטרות רווח.

4. תעשיית התרופות

שחקנית חשובה נוספת במערכת הבריאות הציבורית היא תעשיית התרופות בישראל ובחו"ל. ד"ר פיליפ סאקס, מומחה לכלכלת תרופות, מעריך כי סך עלות התרופות בישראל המשולמת על-ידי הרוכשים (חולים ומוסדות בריאות) (end user's price) מגיעה לכ-5 מיליארד ₪ לשנה (16.5.2007).

למרבה הפלא, תעשייה זאת נעדרת מרוב הדיונים על מערכת הבריאות הציבורית בישראל. תעשיית התרופות הישראלית מעסיקה כ-7,000 עובדים ובולטות בה שתי חברות גדולות: "טבע", החולשת על כ-25% משוק התרופות בישראל, ו"אגיס", חברה ישראלית לשעבר שנרכשה על-ידי חברה אמריקאית. כ-65% מהערך הכספי של התרופות הנמכרות בישראל בא מתרופות מיובאות. "טבע" מייבאת תרופות, כולל כאלה שהיא עצמה מייצרת בחו"ל:

כידוע, "טבע" היא חברת התרופות הגנרית⁷ הגדולה בעולם. בנוסף, "טבע" מייצרת גם תרופות אתיות: למחלת הטרשת הנפוצה ולמחלת פרקינסון.

חברות התרופות משחקות תפקיד פעיל ביותר במערכת הבריאות הישראלית. חברות תרופות בינלאומיות שמוצריהן מבוססים על מחקרים אותם הן מבצעות מאוגדות בעמותה בשם "פארמה ישראל"⁸, העוסקת ביחסי ציבור ובפעילות לובי. בין היתר, "פארמה ישראל" מתגייסת למען הכנסת תרופות חדשות לסל הבסיסי של קופות החולים. פעילות זו מונעת על ידי אינטרס ברור: תרופה חדשה שאינה נכנסת לסל גם לא חודרת לשוק הישראלי. במישור הזה יש לכאורה זהות אינטרסים בין חברות התרופות והחולים. הקוץ שבאליה הוא מחיר התרופות. משרד הבריאות קובע את המחיר לכל תרופה. כיום, מחיר זה מבוסס על מחיר התרופה ב-7 ארצות אירופאיות: בריטניה, בלגיה, צרפת וגרמניה, ומאז ינואר 2007 גם פולין, ספרד ופורטוגל – ארצות שבהן מחיר התרופות אמור להיות נמוך יותר מאשר בארצות הצפוניות. בארצות אירופה, מחיר התרופה נקבע למעשה על-ידי החברה המייצרת אותה (סאקס, 2007: 25.6). בארצות המערב, מחירן הגבוה של התרופות הוא נושא של קבע בדיונים העוסקים במצב הבריאות. בישראל, לעומת זאת, מחיר התרופות אינו חלק מן הדיון הציבורי בסל התרופות. כיוון שכך, כאשר ועדת הסל מסכימה על הוספת תרופה חדשה לסל, פירוש ההחלטה הוא גם הסכמה לממן את המחיר שנקבע.

משרד הבריאות מודע לבעיית מחיר הגבוה של התרופות. כדי להוריד את המחיר, שונתה שיטת קביעת מחיר התרופות ב-2000 ושוב ב-2007. לפני 2000, מחיר התרופה נקבע על-ידי החברה, לפי תחשיב עלויות פיתוח ויצור. ב-2000, נעשה מאמץ ליישר קו עם ארצות מערב אירופה ומחיר התרופות נקבע כאשר המחיר הממוצע בארבע ארצות נלקח כבסיס החישוב. ב-2007 ננקט צעד נוסף להוזלת מחיר התרופות, כאשר התחשיב הכליל כמה ארצות אירופיות פחות עשירות – ספרד, פורטוגל ופולין.

ניתן להוזיל את מחירי התרופות עוד יותר, וזאת על-ידי התבססות על מחיר רכישה ממוצעת של מוסדות רפואיים בארץ – קופות חולים ובתי חולים. מחירים אלה זולים באופן משמעותי מהמחיר הרשמי של משרד הבריאות, כפי שראינו בתת-פרק על קופות החולים. אילו החליט משרד הבריאות להוזיל את המחירים, ניתן היה להכניס לסל תרופות רבות יותר.

חברות התרופות פועלות לחיזוק מעמדן הציבורי, בייחוד בתוך מערכת הבריאות. מרבית הכנסים הרפואיים המתקיימים בישראל, אם לא כולם, ממומנים על-ידי חברות תרופות. בשנים האחרונות, חברות כמו "פייזר" מציעות חסות לא רק לכנסים מדעיים אלא גם לפעילות חברתית הקשורה למערכת הבריאות.

⁷ "תרופה גנרית" היא תרופה שהפטנט עליה פג וניתן לייצרה ללא השם המסחרי שניתן על-ידי היצרן-הממציא שלה.

⁸ אין כל קשר בין "פארמה" – הביטאן למדיניות וכלכלת תרופות – לבין "פארמה ישראל" – איגוד חברות תרופות.

חברות התרופות יודעות לטפח גם את הנאמנות של ציבור הרופאים. התקשורת מדווחת מעת לעת על מתנות שחברות התרופות מציעות לרופאים. לאחרונה אף הוכן קוד אתי המשותף לרופאים ולחברות התרופות, שנועד למנוע שחיתויות.

בישראל, הדימוי הציבורי של חברות התרופות הוא חיובי, בדרך כלל. למעט סוגיות יוצאות דופן, כדוגמת יחסי רופאים/חברות התרופות, עדיין לא התעוררו בישראל סוגיות שהתעוררו בחו"ל, כדוגמת העלות הגבוהה מדי של תרופות חדשות, ההשקעה בתרופות הדומות לתרופות שכבר קיימות (me-too medicines) – במקום בתרופות מצילות חיים בארצות עניות, ניגוד אינטרסים אפשריים במתן תרומות לארגונים העוסקים בפרויקטים חברתיים, או הכסף הרב המושקע על-ידי חברות התרופות בפעילות לובי. מכל מקום, מן הראוי להכיר בכך שחברות התרופות הן שחקניות חשובות במערכת הבריאות, לפחות בכל הנוגע למחירן הגבוה של התרופות הנכנסות לסל, מחיר הפוגע באפשרות להכליל בסל מספר רב יותר של תרופות חיוניות. באמצעות המחירים הגבוהים של מוצריהן, תורמות חברות התרופות, באופן עקיף, להפרטת המערכת.

5. משרד האוצר

משרד האוצר התנגד לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מיום חקיקתו, והוא מתנגד לו גם כיום. עמדתו מונחית על-ידי שני עקרונות שניתן לתארם כאידיאולוגיים: הראשון - יש לצמצם ככל האפשר את ההוצאה הציבורית; השני, שירות פרטי עדיף - תמיד - על שירות ממשלתי. כיוון שכך, יש להפריט את כל הניתן להפרטה.

כך בעניין קופות החולים: מרגע שהן הולאמו באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד האוצר גרס שיש להתיר הקמת קופת חולים למטרת רווח, "כדי להגביר את התחרות". נראה כי אנשי האוצר סבורים שבעקבות הקמת קופת חולים למטרת רווח, אפשר יהיה להפריט את קופות החולים האחרות.

משרד האוצר הוא גם תומך גדול של תיאגוד בתי החולים.

לעומת זאת, משרד האוצר - אותו משרד אוצר שהציע בחוק ההסדרים לשנת 1998 להתיר לקופות החולים למכור ביטוחים משלימים - מתנגד כיום לרובד החדש של ביטוחים משלימים המוצע על ידי כמה קופות חולים. ההתנגדות עשויה לנבוע משני חששות: הראשון הוא החשש מגידול בהוצאה הלאומית לבריאות, כתוצאה מרכישה רחבה של הביטוחים החדשים; השני הוא החשש שמא לאחר הרחבת הסלים המשלימים באמצעות רובד חדש של ביטוחים, תעלה דרישה ציבורית להכליל את הסל המועשר בתוך סל השירותים הבסיסי - ואז המדינה תיאלץ לשאת בנטל.

משרד האוצר גם התנגד נחרצות להסדרי השר"פ שהיו נהוגים בבתי החולים הממשלתיים, בין השאר בגלל שהכנסות השר"פ הגיעו ל"קרנות המחקר" דאז, שלא היו מבוקרות.

משרד האוצר מחזיק בידיו את עתיד מערכת הבריאות הציבורית. זאת, כל עוד לא תעלה דרישה ציבורית רחבה לתקציב הולם למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי. רק כאשר התקציב יהיה הולם ניתן יהיה להתפנות לשאלה, מה ראוי שיהיה ציבורי ומה פרטי ומהם הגבולות הראויים בין השניים.

6. משרד הבריאות

עמדתו של משרד הבריאות בסוגיית ההפרטה אינה חדה וחלקה. מצד אחד, מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מנהלים שרי הבריאות המתחלפים והפקידות הבכירה במשרד מאבק למען הגדלת התקציב, הן לסל השירותים של קופות החולים והן לסל השירותים המסופקים ישירות על-ידי משרד הבריאות - ללא הצלחה יתרה. ועוד, ב-2002 רשמו לעצמם מתנגדי ההפרטה במשרד ניצחון משמעותי, כאשר בג"ץ פסק שהשר"פ בבתי החולים הממשלתיים הוא בלתי חוקי, וזאת בעקבות קביעה של היועצת המשפטית של משרד הבריאות (המקרה של השר"פ היה יוצא דופן: בעוד שבמשרד הבריאות הדעות היו חלוקות, האוצר היה בין המתנגדים המושבעים).

מצד שני, משרד הבריאות אינו נעמד על רגליו האחוריות כדי לבלום מגמות של הפרטה. עם השנים נחלש המאבק של ראשי המשרד במדיניות האוצר, אם בנושא התקציבי ואם בתהליכי ההפרטה.

ב-1997, כאשר האוצר ביקש לאפשר לקופות החולים למכור ביטוחים משלימים, משרד הבריאות לא התנגד. כך גם היום, כאשר קופות החולים "מכבי" ו"כללית" קיבלו אישור לשווק רובד נוסף של ביטוחים משלימים, כפתרון עקיף לעיכוב בהכנסת תרופות חדשות לסל. ראשי משרד הבריאות נתנו אישר עקרוני לקופות חולים "כללית" להקים בית חולים פרטי. הם לא מנעו מבתי חולים ממשלתיים, כדוגמת שיבא ואיכילוב, להקים מלונות ועסקים אחרים למטרת רווח בתוך מתחמי בתי החולים. משרד הבריאות גם לא התנגד להעברה "ניסיונית" של תחנות "טיפת חלב" ממשרד הבריאות לקופות החולים (ר' בהמשך), וזאת בגלל אי יכולתו למנוע קיצוצים תקציביים בשירותים, במקומות שבהם נדרשו דווקא תוספות. בשנים האחרונות, פניות של ארגוני זכויות אדם למנכ"ל משרד הבריאות, בנושאים כגון תשלומי השתתפות או היעדר ביטוח רפואי לתושבים חסרי מעמד אזרחי, נענות במשיכת כתפיים: "אתם צודקים - אבל מה אני יכול לעשות? לכו לאוצר". הרושם המתקבל הוא שלמרות הידע המקצועי הרב שלהם, ראשי משרד הבריאות אינם רואים את עצמם כמסוגלים להוביל את מדיניות הבריאות בישראל. כיוון שכך, ולמרות חילוקי הדעות הפנימיים, אנשי משרד הבריאות נכנעים לתכתיבי פקידי משרד האוצר.

7. האיגודים המקצועיים

עם השחקנים השונים במגרש מערכת הבריאות נמנים גם האיגודים המקצועיים, ובראשם ההסתדרות הרפואית בישראל, איגודי האחיות ואיגוד עובדי המשק והמנהל.

הר"י – ההסתדרות הרפואית בישראל, על כל תת-האיגודים שבתוכה, נחשבת להתאגדות המקצועית החזקה ביותר בארץ. בכל הנוגע לשכר ולתנאי העבודה של הרופאים, ובמיוחד הבכירים שבקרבם, הר"י נלחמת בנחרצות. אולם בסוגיית ההפרטה, עמדתה של הר"י פחות נחרצת: הארגון צידד בשר"פ, שממנו הרוויחו בעיקר הרופאים הבכירים, וגם בתיאגוד בתי החולים – וזאת בתנאי שלא תהיה פגיעה ברופאים.

בנושא של גובה תשלומי ההשתתפות, קשרה הר"י את עגלתה לארגוני הצרכנים ודרשה את הורדת התשלומים. היא הזמינה ופירסמה ברבים את תוצאותיו של סקר שנתי המראה שרבים מן הנשאלים מוותרים על רכישת תרופות ושירותים בשל מחירם הגבוה.

הר"י גם התנגדה להעברת שירותים מונעים מהממשלה לקופות החולים (על כך בהמשך), ואף עתרה לבג"צ בעניין זה.

בהיותה ארגון חזק, הר"י יכולה למלא תפקיד מפתח במאבק ציבורי למען העמדת תקציב מתאים למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

אלא שבכל הנוגע להליך ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית, מי שעומדים בפרץ הם דווקא האיגודים הפחות חזקים במערכת הבריאות: איגודי האחיות ואיגוד עובדי המשק והמנהל. זה האחרון הביא ב-1992 להקפאת תיאגוד בתי החולים הממשלתיים. אולם כפי שראינו, מצדדי התיאגוד נוקטים מאז בטקטיקה של תיאגוד זוחל ושל העסקת עובדים באמצעות חברות כוח אדם וקבלני שירותים.

בנושא של העברת השירות לתלמיד ותחנות "טיפת חלב" לקופות החולים (על כך בהמשך), המתנגד העיקרי הוא חטיבת אחיות בריאות הציבור איגוד האחיות, הנתמך על-ידי איגוד האחיות ועל ידי ההסתדרות הכללית. הטיעונים של האיגודים הם גם מקצועיים וגם קשורים לשכר ותנאי העסקה. כאמור, הר"י מסייעת בעניין זה, כיוון שהיא תומכת בהישארות תחנות "טיפת חלב" בידי הממשלה ומתנגדת להפרטת השירות לתלמיד.

פרק ג: שירותי משרד הבריאות

בפרק שלהלן נבחן את מגמות ההפרטה בשלושת השירותים שעדיין נמצאים באחריותו של משרד הבריאות: שירותי רפואה מונעת, הטיפול במחלות ממושכות ושירותי בריאות הנפש.

1. רפואה מונעת: בריאות התלמיד ו"טיפת חלב"

שירותי הרפואה המונעת כוללים את השירות לתלמיד ואת תחנות "טיפת החלב".

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התוספת השלישית) קבע, שבעתיד יעברו שירותי הרפואה המונעת לקופות החולים. ב-1997 הוכנס תיקון לחוק, שביטל את ההעברה וקבע ששירותים אלה יישארו בתחום האחריות של משרד הבריאות. לא זה מה שקרה בשטח.

השירות לתלמיד

השירות לתלמיד אחראי על חיסון התלמידים נגד מחלות קטלניות, על מעקב אחר הסיכון בהידבקות בשחפת, על איתור ילדים עם הפרעות אכילה, בעיות השמנה, ליקויי ראייה או שמיעה ועל הענקת חינוך לאורח חיים בריא.

תחילתו של השירות לתלמיד במרפאות לבריאות לתלמיד שקופת חולים "כללית" הפעילה עוד לפני 1948 בעשרות בתי ספר (Reiss, 1991: 31). לאחר הקמת המדינה, ב-1949, קבע חוק חינוך חובה כי על משרד הבריאות לתרום למימון שירות בריאות התלמיד בגילאים 5-14 (שם, 74). עם הגברת פעילות משרד הבריאות במתן שירותים מונעים, צמצמה קופת החולים הכללית את שירותיה-היא בתחום זה (שם).

מאז 1997, השנה בה תוקן חוק ביטוח בריאות ממלכתי כדי להבטיח שמשרד הבריאות ימשיך לשאת באחריות לשירותי בריאות מונעים, נקבעו מספר "עובדות" בשטח. שירות הבריאות לתלמיד מופעל על-ידי "האגודה לבריאות הציבור", חברת כוח אדם שנולדה ב-1972 כחברת-בת של משרד הבריאות. האגודה הוקמה כדי להפעיל פרויקטים של משרד הבריאות באמצעות עובדים ללא תקן (כהן, 2007: 12.2).⁹ ב-2007 שונה מעמד האגודה: היא הוגדרה מחדש לא כחברת כוח אדם, המספקת כוח אדם בעוד משרד הבריאות נושא באחריות להפעלת השירות והפיקוח עליו, אלא כקבלן ביצוע פרטי האחראי להפעלת השירות כולו, כולל הפיקוח. במלים אחרות, בשנת 2007 הופרט שירות הבריאות לתלמיד לגמרי.

⁹ לפני שנות ה-90, השירות לבריאות התלמיד ותחנות "טיפת חלב" אוישו על ידי אותן אחיות בריאות הציבור. מצב זה השתנה ב-1992, כאשר השירות לתלמיד הופרט והופעל על-ידי חברת "מתן". בעקבות תלונות רבות של הורים, הוחזר השירות למשרד הבריאות, אולם הוא הופעל באמצעות האגודה לבריאות הציבור.

תהליך ההפרטה לווה בניסיונות לפגוע במעמדן ובשכרן של האחיות. בשנים האחרונות אנו עדים לתסריט קבוע: משרד האוצר מאשר לשירות לתלמיד תקציב שבו חסרים כ-20 מיליון ₪, אחיות בריאות הציבור מקבלות מכתבי פיטורין, איגוד האחיות נזעק, ועדת הכספים של הכנסת נרתמת למאבק – והשירות מקבל את ה-20 מיליון ₪ החסרים (כהן, 2007.2.12; אשכנזי, 2007.1.9).

היום, בתי ספר רבים מופעלים ללא אחות. ב-2006 הקצה האוצר 54 מיליון ₪ לתשלום שכרן של אחיות בתי הספר, סכום המספיק למימון 409 אחיות במשרה מלאה (הארץ, 2006.9.10). לפי חישוב של מוריה אשכנזי, יו"ר חטיבת אחיות בריאות הציבור באיגוד האחיות, "בפועל, בערים הגדולות היחס המספרי בין אחיות בתי הספר לתלמידים הוא 1 ל-4,000"; הממוצע הארצי הוא אחות אחת ל-2,500 תלמידים, כאשר תקן משרד הבריאות דורש אחות אחת לכל 1,500 תלמיד (שם).

הסכם שנחתם בין משרד הבריאות לבין האגודה לבריאות הציבור ביום 1.3.2007 קובע, שהתקציב להפעלת השירות בשנת 2007 יעמוד על 64 מיליון ₪. זהו סכום שאינו מאפשר שיקום של השירות לתלמיד. לדברי ד"ר בועז לב, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, הסכם זה נכפה על משרד הבריאות על-ידי משרד האוצר (שם).

"טיפות חלב"

תחנות "טיפות חלב" מוכרות לכל בית בישראל, בעקר הודות למעקב שלהן אחרי התפתחות תינוקות והודות לחיסונים שהן נותנות לתינוקות. פעולות אחרות של תחנות "טיפות חלב" כוללות ניטור בעיות בריאות בקהילה והדרכה לאורח חיים בריא.

כיום (מאי 2007), מפעיל משרד הבריאות 460 תחנות "טיפות חלב" (ששמן הרשמי הוא "תחנות לבריאות המשפחה"). עיריית ירושלים מפעילה 30 תחנות ועיריית תל אביב – 14.

ב-2006 שירתו תחנות "טיפות חלב" של משרד הבריאות 85,914 תינוקות, 429,448 פעוטות ו-30,027 נשים הרות (משרד הבריאות, 2007). התחנות גובות אגרה של 177 ₪ לחצי שנה. במקרה שידה של המשפחה אינה משגת לשלם אותה, השירות ניתן ללא תשלום. ב-2006, הכנסות משרד הבריאות מהאגרה הסתכמו ב-16 מיליון ₪ (שם). (לדעתנו, מן הראוי היה לבטל את האגרה).

בשנים האחרונות מנסה האוצר שוב ושוב להעביר את "טיפות חלב" מאחריות הממשלה. זאת, באמצעות רעיון של "פיילוט" לשלוש שנים שבמסגרתו יופעלו חלק מתחנות "טיפות חלב" על-ידי קופות החולים, במקום על-ידי משרד הבריאות. מדובר ברעיון הנוגד את התיקון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1997, שקבע כי משרד הבריאות ימשיך לשאת באחריות לשירותי רפואה מונעת. למעשה, ה"פיילוט" איננו אלא צעד ראשון לקראת העברת השירות כולו לקופות החולים. בתחילה התנגדו לכך הן משרד הבריאות והן קופות החולים. אולם לאחרונה הסכים משרד הבריאות ל"פיילוט", כשהוא מרים ידיים לנוכח

שליטת האוצר בתקציבים. גם קופות החולים הסכימו: הפעלת השירות על-ידן תזכה אותן בתוספת תקציבית, שבה יוכלו להשתמש גם לצרכים אחרים שלהן.

לכאורה, יש בהפעלת שירותי הרפואה המונעת על ידי קופות החולים הגיון ארגוני, ולפיו מוטב שקופות החולים יהיו אחריות הן לטיפול המונע והן לטיפול במחלות; מצד שני, הטיפול במחלות, בהיותו אקוטי יותר, עלול למשוך תקציבים מהטיפול המונע.

לעומת זאת, להשאר הרפואה המונעת בידי משרד הבריאות יש יתרון: למשרד הבריאות פריסה טובה יותר של תחנות "טיפת חלב". אם יעבור השירות לקופות החולים, חלק מהתחנות תיסגרנה. נזכור כי בשנות ה-1990 הורחבה מאד פריסת תחנות טיפת החלב, במיוחד ביישובים הערביים. הישגים אלה עשויים להיעלם אם יעבור השירות לקופות החולים.

ויתרון נוסף: האמנה הבינלאומית לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות והאמנה לזכויות הילד, עליהן חתמה ישראל, מחייבות את המדינה להעניק שירותים מונעים לכלל האוכלוסייה, כולל מהגרי עבודה ללא אשרת עבודה ובני אדם חסרי מעמד אזרחי; לקופות החולים אין מחויבות שכזאת.

ויתרון אחרון: השארית הרפואה המונעת בידי משרד הבריאות תשמר את השכר ואת תנאי העבודה של האחיות כעובדות מדינה. אם יעבור השירות לקופות החולים, יתכן שאלה תחלטנה להפעילו באמצעות קבלני ביצוע או בסיוע של חברות כוח אדם, שיעסיקו את האחיות בשכר ותנאי עבודה נחותים.

בעת כתיבת מסמך זה, תכנית ה"פיילוט" הוקפאה בהוראת ראש הממשלה אהוד אולמרט. ועדה שהוקמה בעיריית ירושלים החליטה נגד העברת התחנות המופעלות על-ידי העירייה לקופות החולים. עיריית תל אביב נקטה בעמדה דומה ועתרה לבג"ץ נגד העברת תחנותיה לקופות החולים. ההסתדרות הרפואית בישראל עתרה אף היא לבג"ץ – הן נגד העברת תחנות "טיפת חלב" לקופות החולים והן נגד הפרטת השירות לתלמיד. עתירות אלה טרם נדונו.

לסיכום, שירותי הרפואה המונעת עלו על מסלול ההפרטה: שירות התלמיד כבר הופרט וספק אם בג"ץ ישנה את המצב. תחנות "טיפת חלב", שתקציביהן קוצצו ומצבת כוח האדם שלהן נשחקה, מצויות בדרכן אל קופות החולים – מוסדות ציבוריים שאצלם הגבול בין הפרטי והציבורי מיטשטש והולך.

האם ניתן לעשות סיבוב פרסה ולהחזיר את השירותים המונעים לאחריותה של המדינה? לדעתנו, הדבר אפשרי. לא זו בלבד, אלא שאפשר גם לשקם את שני השירותים. לשם כך דרושים תקציבים הולמים ודרוש גם שינוי בתפיסת התעסוקה של עובדי בריאות הציבור – אחיות בעיקר – שתראה בהן עובדות הראויות לשכר ולתנאי עבודה הוגנים. יש לקוות כי

לא נזדקק לאסון בריאותי – כדוגמת ירידה תלולה בשיעור הילדים המחוּסנים, או התפרצות מגפה – כדי לגרום לכך שרשויות המדינה יתעשתו ויפסיקו את מהלכי ההפרטה.

כאמור, ראש הממשלה אהוד אולמרט הקפיא את העברת שירות "טיפת חלב" לקופות החולים (הארץ, 6.6.2007). עם זאת, ולאור ניסיון העבר, סביר להניח שרעיון זה של משרד האוצר ישוב ויעלה: נראה כי האוצר רואה בכך מבחן כוח במסגרת המדיניות הכללית של הפרטה.

2. האשפוז הסיעודי

הטיפול הגריאטרי

מערך הטיפול הגריאטרי במערכת הבריאות כולל:

- (1) אשפוז לטווח קצר ובינוני תוך כדי אבחון, טיפול ושיקום;
- (2) אשפוז ממושך לחולים סיעודיים ותשושי נפש.

האשפוז לטווח קצר ובינוני מתבצע במחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים או במרכזים גריאטריים בבעלות ממשלתית, ציבורית ושל קופת חולים "כללית"¹⁰.

מדיניות הממשלה, ולכל הפחות משרד האוצר, באשר למוסדות והמחלקות הגריאטריים, (כולל אלה לטווח קצר ובינוני) של משרד הבריאות, ברורה: "לעודד פתיחת מיטות סיעודיות במוסדות פרטיים, ובמקביל לצמצם את מספר המיטות הסיעודיות בבתי החולים הממשלתיים הגריאטריים. לפי החלטת הממשלה מיולי 2002, תעבורנה מיטות גריאטריות/סיעודיות שבידי הממשלה לסקטור הפרטי והציבורי (משרד האוצר, 2006א': 81).

ב-2003 החליטה הממשלה לסגור את בית החולים הממשלתי השיקומי "פלימן", בחיפה. המהלך עורר התנגדות גדולה, עקב הדאגה לשיקום החולים ולתנאי העבודה של העובדים. בעת כתיבתו של מסמך זה, בית חולים "פלימן" עדיין לא נסגר.

האשפוז הסיעודי

מדיניות ההפרטה תופסת גם לגבי מוסדות האשפוז הממושך (הסיעודי). ב-2005 היה בישראל 21,746 מיטות סיעודיות ומיטות לתשושי נפש במוסדות ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים. הממשלה מעודדת בניית מיטות על-ידי מוסדות לא ממשלתיים, עסקיים ולא עסקיים כאחד - ומבקשת לצמצם את מספר המיטות הסיעודיות שבבעלותה (שם: 82-83).

¹⁰ משרד הבריאות מפעיל שני בתי חולים גריאטריים, שמואל הרופא ופלימן, ועוד שלושה מרכזים גריאטריים: פרדס חנה, ראשון לציון ונתניה. בנוסף, המשרד מפעיל אגף גריאטרי במסגרת המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע. המשרד החזיק גם בית חולים גריאטרי בפרדס כץ, אך ב-1999 הוא הועבר לבית החולים שיבא (משרד האוצר, 2006א': 81).

לוח 8 להלן מלמד על ממדי ההפרטה בתחום האשפוז הסיעודי: בין 1995 ל-2006 גדל מספר המיטות הציבוריות ב-33%, בשעה שמספר המיטות הפרטיות גדל ב-141%; משמע, ההפרטה מתפשטת בעיקר בדרך של גידול במספר המיטות הפרטיות. באשר למיטות הציבוריות, ניתן לראות כי הממשלה כמעט ולא הגדילה את מספר המיטות שלה וכי קופת חולים "כללית" צימצמה את מספר המיטות שלה; לעומת זאת, קופות החולים "מכבי" ו"מאוחדת" נכנסו לתחום.

ב-2005, המיטות הפרטיות היוו רוב – 53.2%; עשר שנים קודם לכן, ב-1995, הן היוו רק 37.7%.

לוח 8: המיטות למחלות ממושכות, לפי הבעלות, 1995 ו-2005
במספרים מוחלטים ובאחוזים

2005		1995		בעלות
אחוזים	מספרים מוחלטים	אחוזים	מספרים מוחלטים	סך הכל
100%	21,746	100%	12,700	סך הכל
8.2%	1,778	13.7%	1,738	ממשלתיים
0.1%	32	0.5%	64	עירוניים-ממשלתיים
2.7%	594	5.3%	678	קופת חולים "כללית"
1.2%	266	-	-	מכבי שירותי בריאות
1.5%	317	-	-	קופת חולים מאוחדת
0.6%	120	0.9%	109	מיסיון
32.5%	7,070	41.9%	5,323	ציבורית אחרת (כולל הדסה)
53.2%	11,568	37.7%	4,788	פרטית

מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

מדיניות ההפרטה מונעת על ידי רצון לקצץ בהוצאות הממשלתיות. יום אשפוז במוסד פרטי או ציבורי זול יותר מאשר בבית חולים ממשלתי: העובדים במוסדות הממשלתיים הם עובדי מדינה המוגנים על-ידי איגוד מקצועי ועל-ידי הסכמים קיבוציים, בעוד שעובדי המוסדות הפרטיים מועסקים בחוזים אישיים או באמצעות חברות כוח אדם. אלה האחרונים מקבלים פחות הכשרה מקצועית וגם שכר נמוך יותר. למותר לציין כי ההבדל משתקף באיכות הטיפול שמקבלים החולים.

אופן המימון

ב-2005, כמחצית מ-21,746 המיטות למחלות ממושכות היו ממומנות חלקית על-ידי תקציב המדינה (משרד האוצר, 2004: 10), באמצעות הסעיף התקציבי "קניית שירותי אשפוז במוסדות גריאטריים". ב-2007 עמד התקציב על כ-1 מיליארד ₪ (משרד האוצר, 2006א': 10). משרד הבריאות מעריך שהוא נושא בכ-70% מעלות האשפוז של חולים

הזוכים לסיבסוד ממשלתי, בעוד שמשפחות החולים משתתפות בשיעור של כ-30% (חושב משם). משפחות הזקוקות לסיוע המדינה באשפוז יקיריהן פונות למשרד הבריאות. זה, מצדו, מבצע בדיקת תיפקוד של החולה ובדיקה של מקורות ההכנסה של ילדי החולה ושל בני זוגם. על בסיס זה נקבע גובה הסיוע – דהיינו, גובה ההשתתפות העצמית. התקציב אמור להספיק לכל הפונים בשנה נתונה; במקרה שהוא אינו מספיק, נוצר תור עד לשנת התקציב הבאה. לפי דו"ח מבקר המדינה משנת 2006, ביוני 2005 המתינו בתור 1,683 קשישים (מבקר המדינה 56: 583). משרד הבריאות טוען שהנתון קטן מזה, שכן כמחצית הממתינים מחכים למקום פנוי במוסד ספציפי (עד כה יכלו המשפחות לבחור את מוסד האשפוז בו יתאשפו החולה; משרד האוצר, 2006א': 81).

ב-2007 הוחל ב"ניסוי" המאיים לצמצם את אפשרות הבחירה. חמור מכך, הוא מבשר על ניצול ההפרטה על-מנת להוריד עוד יותר את עלות השירות, באמצעות פגיעה בשכר העובדים ובאיכות הטיפול. הכיצד? במסגרת הניסוי, משרד הבריאות קבע את תעריף האשפוז של קשישים סיעודיים והוציא מכרז לבתי החולים הסיעודיים בעיר פתח תקוה (אותו מכרז מיועד גם לרעננה, הוד השרון וכפר סבא). במכרז נקבע מחיר נמוך באופן משמעותי מהמחיר שהיה נהוג קודם (הארץ, 17.4.2007). עוד לפני התחלת הניסוי, מסרו אנשי מקצוע לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת כי תנאי המכרז אינם ריאליים וכי הם יובילו לפגיעה קשה באיכות חייהם של החולים הסיעודיים. מנהל בית חולים סיעודי שזכה במכרז מסר לוועדה, כי לא יוכל להעניק שירות סביר כיוון שהמכרז קובע עלות של 265 ₪ ליום, בשעה שהמחיר הקודם של המוסד היה 372 ₪ ליום (הארץ, 19.12.2006): דהיינו, הפחתה של כמעט 30%.

סיכום ביניים: תחילה הוחלט לעודד את המגזר הפרטי בשל היותו זול מזה הממשלתי, ואז הוחלט להוריד את מחיר השירותים הפרטיים עוד יותר - כמו בסיפור על האיכר שהתגאה בכך שהרגיל את סוסו לאכול בכל יום מעט פחות מאשר ביום הקודם...

את הניסיונות של משרד האוצר לקצץ ככל הניתן בהוצאה על האשפוז הסיעודי ניתן להבין, באופן חלקי, על רקע התחזיות בדבר הגידול בתוחלת החיים של האוכלוסייה ובדבר הזדקנות האוכלוסייה בישראל – שתי מגמות המבשרות על גידול עתידי משמעותי בהוצאה על האשפוז הסיעודי. יחד עם זאת יש לומר, כי ה"פתרון" שנמצא אינו מוסיף כבוד לא לחולים הסיעודיים ולא למדינה.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי והאשפוז הסיעודי

התוספת השלישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבעה, כפי שראינו, כי השירות למחלות ממושכות עתיד לעבור ממשרד הבריאות לקופות החולים. אלא שעד כה לא נעשה הדבר וזאת משתי סיבות עיקריות: הראשונה, התנגדות קופות החולים, החוששות שלא תקבלנה מאוצר המדינה פיצוי הולם על העלויות; השנייה, החשש מעליית הביקוש ואיתה – עלייה בעלות הכוללת של השירות.

ב-2006 חזר והציע משרד הבריאות תוכנית להעברת האשפוז הסיעודי לקופות החולים. המשרד גם הציע להעלות את מס הבריאות ב-0.3 אחוזי שכר, כדי לממן את האשפוז הסיעודי. משרד האוצר דחה את התוכנית על הסף, בשל התנגדותו הגורפת להעלאת מסים.

הכללת האשפוז הסיעודי בסל השירותים של קופות החולים הייתה פותרת בעיה אחרת בתחום האשפוז הסיעודי והיא, הכספים הרבים המושקעים בביטוח סיעוד פרטי. הפרטת האשפוז הסיעודי משתקפת בריבוי בתי החולים הסיעודיים הפרטיים ובהיערכות גוברת למימון האשפוז הסיעודי בדרכים פרטיות: דרך מכירת ביטוח סיעודי על-ידי קופות החולים ועל-ידי חברות הביטוח. הממשלה מעודדת את שתי התופעות. בשנים האחרונות, חברות ביטוח מסחריות החלו בשיווק אגרסיבי של ביטוח סיעודי, בעידוד של הממשלה. העידוד הממשלתי, יש לומר, הוא שערורייתי: הקונים אינם מכירים את המוצר שהם רוכשים ולעיתים רוכשים פוליסות הן מקופת החולים והן מחברת ביטוח, כאשר הזכויות בשתיהן חופפות (ברמלי-גרינברג ושות', 2007). התקשורת כבר דיווחה על מקרים שבהם עד שהמבוטח הזדקק לאשפוז, תנאי הפוליסה הורעו והחולה לא קיבל מענה לצרכיו.

ועוד: במבט כוללני, עדיף היה שאותם כספים המושקעים היום בביטוח סיעודי כדי לספק את הצרכים של חלק מהחולים הסיעודיים לעתיד יושקעו במס בריאות (באמצעות העלאתו) כדי לספק את הצרכים של כל החולים הסיעודיים לעתיד.

לדעתנו, עדיף לשמור את הפעילות הזאת בתחום הציבורי, וזאת בגלל האיכות של השירות הציבורי ובגלל תנאי העבודה הטובים יותר במוסדות ציבוריים. ועוד: הכללת האשפוז הסיעודי בסל שירותי הבריאות של קופות החולים הייתה ממקמת את ישראל עם ארצות מתקדמות אחרות שהוסיפו את האשפוז הסיעודי לסל הבסיסי שלהן: דנמרק, קנדה, ויפן (שני, 2007.4.22).

הדרך הטובה ביותר לעשות זאת היא באמצעות חוזים ממשלתיים שידרשו כי השירות יינתן שלא למטרות רווח. תעריף האשפוז חייב לאפשר הן מתן שירות איכותי והן תשלום שכר הוגן. אפשרות טובה פחות היא המשך עידוד הסקטור הפרטי, כאשר הממשלה, מצדה, מבטיחה פיקוח מוגבר וקביעה של תעריף ריאלי.

הבעיה עם ההבטחה של פיקוח מוגבר היא, שממשלת ישראל אינה טובה בפיקוח. לאחר שנים של ביקורות של מבקר המדינה, משרד הבריאות מודה כי "כיום פועלים ברחבי הארץ עשרות מוסדות המטפלים בחולים סיעודיים ותשושי נפש ללא רשיון ממשרד הבריאות ובתנאים תת-תקניים" (משרד האוצר, 2006א': 83).

במבט מנקודת הראות של הפרט, העקרון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי – החובה של כל תושב/ת לשלם דמי בריאות והזכות של כל תושב/ת לקבל את השירות הנדרש – צריך להיות מוחל גם על האשפוז הסייעודי.

3. שירותי בריאות הנפש

שירותי בריאות הנפש מהווים תחום שלישי הנמצא כיום באחריות משרד הבריאות ואמור לעבור לתחום האחריות של קופות החולים. הסיבה להעברה נעוצה לא רק ברצון הממשלה להשיל מעל עצמה תפקידי שירות אלא גם הקביעה המקצועית ולפיה בריאות הנפש אינה נפרדת מבריאות הגוף ועל כן יש לטפל בשני הממדים גם יחד.

אם וכאשר תתבצע ההעברה של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, תהיה זאת הרפורמה השלישית שעברה על המערך הציבורי של שירותי בריאות הנפש. הראשונה, שהתרחשה בין שנות ה-1970 עד לסוף שנות ה-1990, התמצתה בצמצום מספר מיטות האשפוז, מ-2.4 מיטות לאלף נפש בשנות ה-1970 ל-0.88 לאלף נפש בשנת 1999 (חבר ושות', 2005: 327-328), או מכ-6,000 מיטות אשפוז לילה לכ-3,000 מיטות (שני, 2007.4.22).

הרפורמה השנייה, פתיחת שירותי שיקום בקהילה, נעשתה בעשור הנוכחי והיא הונעה על-ידי ארגוני חולים ומשפחות חולים כמו "עוצמה" – פורום משפחות נפגעי נפש. התקציב לשיקום נפגעי נפש בקהילה, שבתחילת הרפורמה לא היתה לו אפילו שורה תקציבית משל עצמו, קיבל הן סעיף והן תוספות: בין השנים 2002-2007 הוא גדל בסכום של 140 מיליון ₪ (משרד האוצר, 2006א': 59). בנוסף, נקבע סל שיקום ונוספו שירותים רבים. התקציב לשנת 2007 עומד על 322 מיליון ₪, במחירים שוטפים.

הרפורמה השלישית אמורה להתרחש ב-2007: עיקרה - העברת שירותי בריאות הנפש (ללא שירותי שיקום בקהילה) לקופות החולים. הדבר אמור להיעשות בהתאם להסכם שנחתם בין משרדי הבריאות והאוצר בספטמבר 2006, הסכם שיישומו נדחה בינתיים בגלל מחלוקות שהתעוררו בין שני המשרדים ובגלל הסתייגויות של אנשי מקצוע. ההסכם קובע כי החל ב-2007 יעבור רוב תקציב שירותי בריאות הנפש – כ-950 מיליון ₪ - ממשרד הבריאות לקופות החולים. עוד נקבע שבכל אחת מארבע השנים הבאות, קופות החולים תקבלנה תוספת של כ-40 מיליון ₪ לצורך הרחבת השירותים האמבולטוריים (מזכר, משרד הבריאות, אוקטובר 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 הוא מספיק; משרד האוצר טוען עוד שעל קופות החולים להתייעל

ולחסוך בתחומים אחרים על מנת שתוכלנה להעביר כספים לתחום בריאות הנפש. משרד הבריאות, מצדו, גורס שהקופות זקוקות לתוספת של 120 מיליון ₪ לשנה על מנת להעניק שירות נאות; עוד טוען משרד הבריאות כי כל דרישה "לחסוך" או "להתייעל" סופה פגיעה ברמת השירות. קופות החולים, מצדן, חוששות שמא תידרשנה להעניק שירותים ללא תקציב הולם.

מעבר להגדלת התקציב, יש צורך להוסיף להסכם ארבעה תיקונים נוספים; אזי ראוי יהיה להעביר את שירותי בריאות הנפש לקופות החולים.

התיקון הראשון והחשוב שבהם הוא קביעה כי מרפאות החוץ בקהילה, המופעלות על-ידי משרד הבריאות, לא תיסגרנה. לפי ההסכם, עם העברת תחום האחריות 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, שאינה יכולה לממן טיפול נפשי פרטי (נקר, 2006).

המרפאות והתחנות האמורות להיסגר מעסיקות כ-1,500 עובדים ועובדות (נקר : 2006). ההסכם אינו מבטיח את מעמדם ואת המשך ההעסקה שלהם.

התיקון השני הנדרש הוא הרחבת סל שירותי בריאות הנפש, כך שהוא יכלול טיפול לא רק במי שקיבל אבחון פסיכיאטרי 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 בידיה לשלם עבור טיפול פרטי (נקר, 2006).

התיקון השלישי הנדרש הוא הוזלת דמי ההשתתפות שישלמו נפגעי נפש הפונים לטיפול בידי פסיכולוג/ית מחוץ למרפאות קופות החולים : 94 ₪ לביקור, לעומת 22 ₪ לביקור במרפאות ציבוריות הקיימות (עדיין) של משרד הבריאות - 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.

התיקון הרביעי הנדרש הוא השארת סל שירותי השיקום לנפגעי נפש בקהילה והשארת הסל על כנו. ביטול הסל כפי שנקבע בהסכם יפגע קשות בהישגים של הרפורמה הקודמת למען שיקום נפגעי נפש בקהילה. אין לביטול קשר לעצם העברת השירות לקופות החולים; הוא הושתל בהסכם על-ידי משרד האוצר כדי לחסוך בעלויות של אותו חלק של השירות (השיקום) שנשאר בידי משרד הבריאות.

הפרטת השירות

בתחום של שירותי בריאות הנפש, הליך ההפרטה מוצא ביטוי בכמה אופנים. רובם קשורים להעברת השירות לקופות החולים:

1. אם תסגור הממשלה את מרפאותיה לבריאות הנפש, קופות החולים תידרשנה למלא את החסר. יש להניח שקופות החולים תפנינה למגזר הפרטי. אזי העובדים במרפאות הממשלתיות צפויים לפיטורים והמרפאות שתקומנה תהיינה אלה שיציעו את שירותיהן במחיר הנמוך ביותר, עם כל ההשלכות הצפויות לשכר ולתנאי העבודה של העובדים שייקלטו בהן.
2. הכפלת תעריף הביקור אצל אנשי מקצוע חיצוניים מגדילה מאד את ההשתתפות העצמית – דהיינו, את המימון הפרטי של שירותי בריאות הנפש.
3. פיתוח שירותי שיקום בקהילה: בהיעדר שירותים ממשלתיים בתחום הזה, הפיתוח נעשה באמצעות הסקטור הפרטי והציבורי (עמותות), הניגשים למכרזים לשירותי דיור (הוסטלים), שירותי הכשרה מקצועית, שירותים חברתיים ועוד.
4. הביטול המוצע של סל שירותי השיקום: אם תאשר הכנסת את ביטול הסל, יצטרכו חולים לרכוש שירותי שיקום באופן פרטי מעסקים פרטיים. רק משפחות היכולות לשלם תקבלנה שירות.

לסיכום, בתחום שירותי בריאות הנפש אנו רואים את מה שראינו בתחומים אחרים:

- הממשלה משילה מעל עצמה את האחריות למתן השירות;
- התעריפים שהממשלה קובעת עבור המפעילים החדשים יוצרים מימון חסר;
- ההשתתפות העצמית (המימון הפרטי) עולה;
- עובדי הבריאות מוצאים את עצמם מפוטרים, מוצאים לפנסיה מוקדמת או מתבקשים להמשיך לעבוד בשכר ובתנאי עבודה נחותים;
- והחולים – מקבלים שירות פחות טוב ופחות זמין.

גם במקרה של שירותי בריאות הנפש, תהליך ההפרטה ניתן לעצירה. ראשית, הממשלה יכולה להמשיך להפעיל את המרפאות, לפחות עד שקופות החולים תיצורנה חלופות. אם בסופו של דבר תעבורנה המרפאות לקופות החולים, הממשלה יכולה לשתף בתהליך את העובדים ולערוב לזכויותיהם. באמצעות חוזים עם קופות החולים יכולה הממשלה לדאוג לכך שבעתיד לא תופעלנה מרפאות בריאות הנפש למטרות רווח. על הממשלה להימנע מנסיגה ממחויבותה לסל שירותים לשיקום נפשי בקהילה. ובאשר לתעריף הביקור אצל רופא חיצוני, ניתן וגם ראוי לקבוע מחיר נמוך יותר.

מקורות

- אבני שלומית, 2007, "צדק, שוויון ועזרה הדדית: אתגרים במערכת הבריאות הציבורית בישראל", תל אביב: רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה.
- איגוד תעשיית הפרמצבטיקה בישראל, 2006, "תעשיית הפרמצבטיקה בישראל: ינואר 2006".
- אחדות לאה, 1999, מימון ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל: היבטים של פרוגרסיביות, המכון לחקר כלכלי חברתי, הסתדרות העובדים הכללית, ירושלים, מרץ.
- אחדות לאה, עמיר שמואלי ומירי סבג-אנדבלד, 2006, "מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת החוק – מגמות וסוגיות", בתוך גבי בן-נון וגור עופר (עורכים), עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: 1995-2005, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- אשכנזי, מוריה, 9.1.2007, ראיון עם המחברת.
- אשרוב מירה ולדמן וירון אברהם, 2006, דו"ח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2004, ירושלים: משרד הבריאות.
- בנדלק ז'ק, 2006, חברות בקופת חולים 2005-2004, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- בן-נון, גבי, סמנכ"ל משרד הבריאות, 28.3.2007, ראיון עם המחברת.
- ברמלי-גרינברג שולי, רויטל גרוס ורונית מצליח, 2007, תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006, ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת ומכון ברוקדייל.
- ביזפורטל, 25.6.2006, שי פאוזנר, "ענף התרופות הוביל ברבעון הראשון את ייצוא התעשייה".
- גיסין, מידד, שיחת טלפון עם המחברת, 9.5.2007.
- גרוס רויטל, שולי ברמלי-גרינברג ורונית מצליח, 2007, דעת הציבור על רמת השירות והתפקוד של מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים: מכון ברוקדייל: www.jdc.org.il/brookdale
- "דו"ח אמוראי": הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002, דין וחשבון, תל אביב: משרד ראש הממשלה.
- "דו"ח ליאון": הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים, 2004, דין וחשבון, תל אביב: מאי.
- הארץ, דה מרקר, 29.6.2007, רוני לינדר-גנץ, "האוצר יוסיף 200 מיליון שקל לסל התרופות ב-2008 – וידרוש קיצוצים מקופות החולים".
- הארץ, 15.4.2007, ד"ר דני פילק ושלומית אבני, "לא זה ולא זה – האוצר מתנגד לעדכון סל הבריאות וגם לביטוח המשלים החדש".
- הארץ, 2.5.2007, רן רזניק, "חרף הוראת משרד הבריאות: קופות החולים סירבו לממן טיפולים שכלולים בסל".
- הארץ, דה מרקר, 3.3.2006, ענת ג'ורג'י, "לצד הפעלת מערך רפואי: שירותי בריאות כללית מנהלת פעילות נדל"נית ענפה".
- הארץ, 4.4.2007, רן רזניק, "ברבש: עוד תישפטו על הרס הרפואה הציבורית".

הארץ, דה מרקר, 1.4.2007, רוני לינדר-גנץ, "בתי"ח הממשלתיים יוזמים הקמת קופת חולים חמישית".

הארץ, 10.9.2006, ראלי סער, "לאן נעלמו אחיות בתי הספר (ואתן החיסונים)?"

הארץ, 17.4.2007, יגאל חי, "ראשי ערים: לבטל הניסוי לקביעת תעריפי אשפוז לקשישים בבתי אבות".

הארץ, 19.12.2006, ראלי סער, "ח"כ שרוני: אעתור לבג"ץ נגד משרדי האוצר והבריאות".

הלמ"ס, 2005, ההוצאה הלאומית לבריאות, 2004-1962, פרסום # 1258, אוקטובר, www.cbs.gov.il

הלמ"ס, 2007, ההוצאה הלאומית לבריאות, 2005-1962, פרסום #1284, ינואר, www.cbs.gov.il

הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

הלמ"ס, 2007, סקר הוצאות משק הבית 2005: סיכומים כלליים, פרסום מס. 1287, פברואר.

הלמ"ס, שנתון סטטיסטי, שנים שונות.

הרמתי, סימה, מזכירת איגוד עובדי הניקיון והאחזקה, ההסתדרות הכללית החדשה, 4.6.2007, שיחה עם המחברת.

ווד, פרנסיס, 2006, "המקדם הטכנולוגי והגידול בהוצאות על בריאות", מצגת.

ויטקובסקי אברהמזון כנעני ושות' ויעקב נבו, 1999, דוח על פעילות קופות החולים לשנת 1998, ירושלים: משרד הבריאות.

חבר איתן, מרדכי שני, משה קוטלר, דב פסט, אבנר אליצור ויהודה ברוך, 2005, "הרפורמה בבריאות הנפש – מאין ולאן" בתוך הרפואה, כרך 144, חוברת ה' (מאי).

חסון, יעל, 2006, שלושה עשורים של הפרטה, תל אביב: מרכז אדוה.

כהן, יהודה, ראיון עם המחברת, 12.2.2007.

מדינת ישראל, "הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה – 2006".

מרכז אדוה, 2003, מגמות בעלויות בריאות, לא פורסם.

משרד האוצר, 2006א', הצעת תקציב לשנת הכספים 2007 ודברי הסבר: משרד הבריאות, ירושלים.

משרד האוצר, 2006ב', מצרפי התקציב, שינויים מבניים והרכב התקציב: הצעת משרד האוצר מיום 5.9.2006, ירושלים.

משרד האוצר, 2004, הצעת תקציב לשנת הכספים 2005 ודברי הסבר: משרד הבריאות, ירושלים.

משרד הבריאות, האגף לכלכלת בריאות, נובמבר 2006, מזכר למרכז אדוה.

משרד הבריאות, האגף לכלכלת בריאות, אוקטובר 2006, מזכר למרכז אדוה.

משרד הבריאות, שירותי בריאות הציבור, המחלקה לאם ולילד ולמתבגר, 18.4.2007, מזכר למרכז אדוה.

נציב קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, דו"ח מס' 7 לשנת 2006: סיכום עשור לנציבות, משרד הבריאות, אפריל.

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

קוגן, ראובן, 14.3.2007, ראיון עם המחברת.

סאקס, פיליפ, 25.6.2007, שיחה עם המחברת.

סאקס, פיליפ, 16.5.2007. שיחה עם המחברת.

סבירסקי שלמה ואתי קונור אטיאס, 2006, *תמונת מצב חברתית 2006*, תל אביב: מרכז אדוה.

סבירסקי ושות', 2001, *לקראת תקציב 2002: מבט מעדכן על תקציב 2001*, תל אביב: מרכז אדוה. פארמה, גליון 77 (פברואר-מרץ 2007).

פארמה, גליון 71 (אפריל 2006).

קופת חולים מאוחדת, 14.5.2007, מזכר למרכז אדוה.

קוגן, ראובן, 14.3.2007, ראיון עם המחברת.

קופת חולים מאוחדת, 15.4.2007, מזכר למרכז אדוה.

רוזן ברוך, מיכל איבנקובסקי ויעקב נבו, 1999, *תמורות במשק הקופות: 1995 לעומת 1994*, ירושלים, מכון ברוקדייל.

רופאים לזכויות אדם, 2007, "מערכת הבריאות בישראל: מעגלי הכלה והדרה: דו"ח לרגל יום הבריאות העולמי 7 באפריל 2007", תל אביב.

שירום, אריה, נחום אגוז, גבי בן-נון, חיים דורון, דן מיכאלי, מישל ז'ק ודב צ'רנחובסקי, 1997, "תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל: ההתפתחות וחלופות למדיניות", בתוך קופ יעקב (עורך), *הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, 1997*, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

שמר, שוקי, מנכ"ל מכבי שירותי בריאות, 5.2.2007, ראיון עם המחברת.

שני, מרדכי, לשעבר מנכ"ל בית החולים תל השומר, 22.4.2007, ראיון עם המחברת.

Reiss, Nira, 1991, *The Health Care of the Arabs in Israel*, Boulder, Colorado: The Westview Press.

Saltman, Richard, 1995, "Hospital Trusts: Responses and Discussion," in Shemer, Joshua and Mikko Vienonen (eds), *Health Care Systems*, Jerusalem: World Health Organization and Israel Ministry of Health, Gefen Publishers.

Sax, Philip, 2005, "Spending on Medicines in Israel in an International Context," in *IMAJ*, Vol. 7, pp. 286-291 (May).

