



## הקשר בין מימון חסר ואי שוויון במערכת הבריאות הציבורית שלומית אבני/ אוגוסט 2005

מדינת ישראל השכילה לעגן בחוק הישראלי עקרונות השאובים מהאמנה הבינלאומית לזכויות כלכליות חברתיות ותרבותיות, המדגישה את חובת המדינה לאספקת שירותי בריאות נגישים מבחינה כלכלית. עיגון קו מנחה מרכזי זה נעשה, בין היתר, באמצעות הגדרת מקורות מימון ברורים לכיסוי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

בשנים שעברו מאז נחקק החוק אנו עדים למסחור הדרגתי של שירותי הבריאות, המתבטא במגמות שונות אשר תרמו לשחיקה במימון הציבורי ולעלייה במימון הפרטי:

1. אי קביעת מנגנון עדכון לעלות סל הבריאות של הקופות.
2. הרחבה של מספר השירותים הפרטיים הניתנים במסגרת המערכת הציבורית.
3. ניסיון להקים קופת חולים למטרות רווח.
4. הפרטת המימון של מערכת הבריאות הציבורית באמצעות חוק ההסדרים, אשר אפשר לקופת החולים להגדיל את תשלומי ההשתתפות על השירותים הרפואיים ועל תרופות ולמכור ביטוחים משלימים.

להפרטת המימון השפעה לא רק על מידת הצדק והשוויון בין מבטחי מערכת הבריאות הציבורית; הניסיון העולמי מלמד, שכשלי השוק בתחום הבריאות גורמים לכך שמערכות פרטיות הן הרבה פחות יעילות ממערכות ציבוריות. מבין המדינות העשירות, מערכת הבריאות האמריקאית לדוגמה, היא היקרה ביותר ובעלת הפערים הגדולים ביותר בנגישות לשירותי בריאות.

ההוצאה הפרטית על שירותי בריאות, מתוך סך ההוצאה הלאומית על בריאות, עלתה מ-28% בשנת 1998 ל-30% בשנת 2004. שיעור זה הוא מן הגבוהים במדינות בעלות מערכת בריאות ציבורית. במקביל, חל גידול בהוצאה על בריאות של משקי הבית מ-3.8% מסך כל ההוצאה על תצרוכת (מזון, דיור, חינוך, תרבות ובידור, תחבורה ותקשורת) בשנת 1997, ל-5% בשנת 2004. עיקר ההוצאה של משקי הבית על בריאות מורכבת מטיפול שניניים, ביטוחים משלימים ותרופות.

הגידול בהוצאה הפרטית משתקף גם בנתוני ההכנסות של קופות החולים: בין השנים 1998 ל-2002, חל גידול בהכנסותיהן של קופות החולים מההשתתפות העצמית של המבוטחים, מ-6.2% ל-9.6% מהוצאות קופות החולים.

מחקרים שונים מראים, כי תשלומי ההשתתפות משפיעים באופן שונה על הנגישות הכלכלית לשירותי בריאות של קבוצות אוכלוסייה שונות:

\* ע"פ מכון מאיירס-ג'וינט ברוקדייל, 29% מבעלי ההכנסות הנמוכות דיווחו כי ויתרו על טיפול רפואי או תרופת מרשם בשנת 2003 עקב עלותם.

\* הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מסרה כי 39% מתושבי ישראל הערביים דיווחו כי ויתרו על תרופת מרשם בשנת 2004 בגלל עלותה; 19% מקרב בעלי הכנסה מעבודה של עד 4000 ש"ח לחודש, ויתרו על תרופת מרשם בגלל עלותה.

התנערות הממשלה מחובת המימון של מערכת הבריאות הציבורית גורמת להכבדת הנטל הישיר על המבוטחים. כובדו של הנטל גדול יותר בקרב אוכלוסיות של חולים כרוניים, בעלי הכנסה נמוכה ואוכלוסיות מוחלשות כגון קשישים וערביי ישראל. תהליך מסחור זה של מערכת הבריאות, נשען על אידיאולוגיות התומכות ביתרונותיו של המגזר הפרטי על הציבורי ועל יתרונות ההפרטה.

### **המלצות:**

1. קביעת מנגנון עדכון לעלות הסל.
2. הורדת גובה תשלומי ההשתתפות על תרופות ב-25%.
3. הקטנה של תשלומי ההשתתפות על שירותים רפואיים.
4. הסרת תקרת התשלום על מס הבריאות: כיום התקרה מחושבת כארבע פעמים השכר הממוצע במשק. בעל הכנסה גבוהה מזו משלם, באופן יחסי, מס בריאות נמוך יותר, כך שחישוב מס הבריאות מיטיב עם האוכלוסיות החזקות.
5. הגדלת מס הבריאות על מנת שזה יגבה באופן יותר פרוגרסיבי בהתאם להכנסה, באחוז השווה לסכום שיוֹרד מתשלומי ההשתתפות.
6. החזרת המס המקביל אותו שילמו המעסיקים; מס מיועד ומסומן לבריאות יאפשר לנתק את תלותה של מערכת הבריאות ממשרד האוצר ויעשיר אותה.
7. הרחבה של פטורים והנחות על תרופות ושירותים רפואיים כדי להקל על מבוטחים שונים.

לטעמנו, פתרונות בעלי אופי אוניברסאלי וסולידארי עדיפים על פתרונות המיטיבים עם אוכלוסיות חלשות, בגלל שהראשונים מבטיחים נגישות לכל.

---

### **לפרטים נוספים:**

שלומית אבני, רכזת פרויקט זכויות בריאות, 054-6844496. [shlomit@phr.org.il](mailto:shlomit@phr.org.il)

**מוקד זכויות בריאות 03-5373703**