



INFORMATION ON EQUALITY AND SOCIAL JUSTICE IN ISRAEL
מידע על שוויון וצדק חברתי בישראל
מרכז "אדפה" - מללולמל חול המסוולו וالعءالو الاجللماعللو فلو إسرائل

תקצלב המءلנה לשנת 2000

עדכון, אפרלל 2000:

משרء הברללות

(פרקלם נוספלם, בנפרד: חלנוך, עבודה ורווחה, תשתלות תחבורה בין-עירונית, שכלון)

ד"ר שלמה סבירסקל, ירון יחזקאל, אתל קונור, ברברה סבירסקל

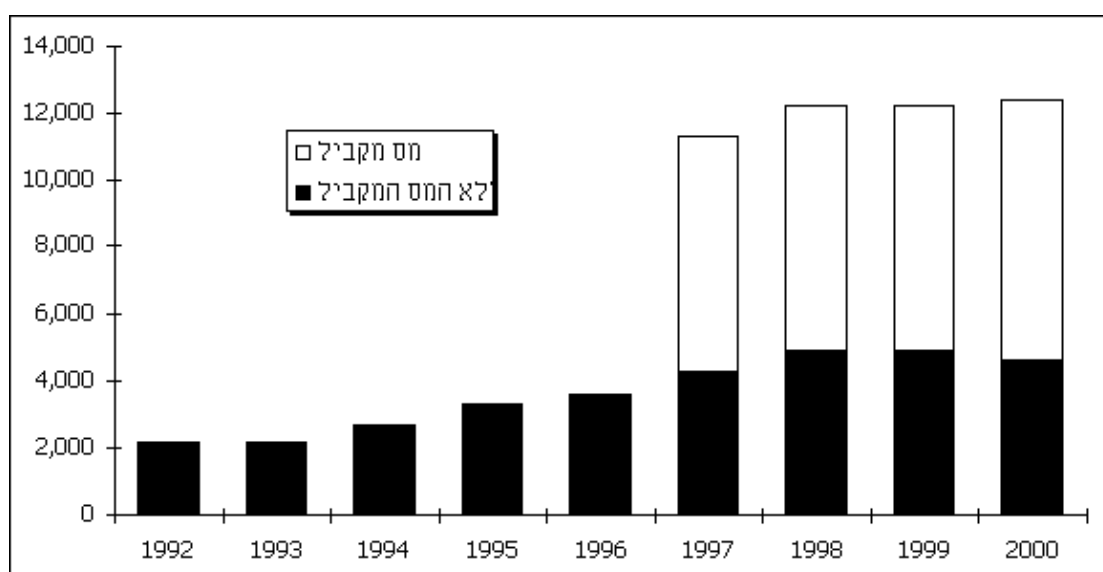
משרء הברללות

תקציב משרד הבריאות לשנת 2000 עומד על כ- 12.9 מיליארד ש"ח (במחירים שוטפים; לא כולל תקציב בתי-החולים הממשלתיים הכלליים והוצאות אחרות המותנות בהכנסה). תקציב הפיתוח הוא כ- 337 מיליון ש"ח.

תרשים 18. תקציב משרד הבריאות, 1992 - 2000

במחירים קבועים ל-1999, במיליוני ש"ח.

(לא כולל פיתוח והוצאות מותנות בהכנסה)



מקור: משרד האוצר, הוצאות תקציב משרד הבריאות, שנים שונות.

הערה: המס המקביל מחושב בהנחה שהסעיף התקציבי 20-01, "העברה לעלות סל שירותי בריאות ע"פ סעיף 13 (א) (4) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי", לא השתנה ריאלית בשנים 1999 - 2000

כפי שניתן לראות, תקציב משרד הבריאות, ללא התקבולים הבאים להחליף את המס המקביל, עלה בהדרגה עד לשנת 1998, אך ב-1999 הוא נשאר באותה רמה, וב-2000 הוא יורד בכ- 5% במונחים ריאליים.

מאז 1997 כולל תקציב משרד הבריאות את הסכום שמשרד האוצר מעביר להשלמת עלות סל השירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי; זהו סכום שמשרד האוצר התחייב לשלמו כאשר הוחלט לבטל את המס המקביל (ששולם עד אז על-ידי המעסיקים). ספרי התקציב לשנים 1997 ו-1998 הציגו את הסכום אותו העביר האוצר כתחליף לתקבולי המס המקביל; לאחר מכן הפסיק האוצר להציג את הסכומים האלה בנפרד. לצורך חישוב התרשים שלעיל, הנחנו שהסכום שהאוצר מעביר כהשלמת הסל - ללא המס המקביל, נותר ב-1999 וב-2000 ברמה ריאלית של 1998.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי

ההחלטה החשובה ביותר באשר לתקציב מערכת בריאות היא זו שמקבלת הממשלה כאשר היא קובעת את עלות סל שירותי הבריאות. מרגע שנקבעת עלות הסל, נגזרות ממנה ההקצאות השונות, ובראשן היקף התמיכה של משרד האוצר בעלות סל שירותי הבריאות.

בישיבתה מיום 7.9.99, קבעה הממשלה שעלות הסל בשנת 2000 תעמוד על 17.555 מיליארד ש"ח (במחירי 1998). לחץ ציבורי גרם לכך שהאוצר הסכים להוסיף 85 מיליון ש"ח, שנועדו להכניס לסל תרופות ופרוצדורות חדשות.

נושא המימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי זכה השנה לדיון נרחב במסגרת ועדת חקירה פרלמנטרית בראשות ח"כ דוד טל. הוועדה אספה חומר רב וקיימה 13 מפגשים, ובפברואר 2000 פירסמה את מסקנותיה. להלן אנו מביאים, כלשונן, את המסקנות הנוגעות למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

מסקנות ועדת החקירה בכנסת לעניין מימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי

1. הוועדה קובעת שמשרד האוצר גרם בהחלטותיו, מיום קבלת החוק, לשחיקת מקורות המימון (דגש במקור) שהוקצו להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובכך פגע ביישום החוק וברוח עקרונות היסוד שעמדו בבסיס חקיקתו. הוועדה תובעת להחזיר את מקורות המימון שעמדו לרשות מערכת הבריאות עם החלת החוק ולהבטיח בחוק מנגנון עדכון שימנע שחיקה מתמדת נוספת במקורות החוק.

2. הוועדה קוראת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת לעגן בחקיקה את מנגנון עדכון עלות הסל השנתי על שלושת מקדמיו הבאים כדי להקטין את השחיקה בעלות הסל ולאפשר למערכת הבריאות לפעול בתנאי ודאות גבוהה יותר:

א. מקדם דמוגרפי, גידול האוכלוסייה והזדקנותה - ביטוח מלא של השינוי השנתי במספר הנפשות המתקנות ע"פ דיווחי המוסד לביטוח לאומי.

ב. מקדם טכנולוגי - בשיעור של 2%.

ג. מקדם מדד יוקר הבריאות - מדד מחירים שיותאם לתשומות קופות החולים בפועל ויכלול גם מחירי יום אשפוז.

3. הוועדה קוראת למערכת הבריאות להתייעל כל שנה תוך שמירה על היקף שירותי הבריאות ואיכותם בעלות נמוכה יותר. שיעור ההתייעלות עד 0.5% יופחת משיעור העדכון השנתי של מנגנון עלות הסל, כמפורט בסעיף 2.

4. הוועדה תובעת מהממשלה לבטל את השינויים שביצע משרד האוצר במקורות המימון ולהחזיר את המס המקביל. הוועדה נוכחה לדעת כי ביטול המס המקביל והחלפתו במימון מתקציב המדינה לא היה צעד טכני חסר חשיבות. היה זה צעד מהותי של החלפת מקור מימון ייעודי המוקצב לבריאות, צמוד לקצב הצמיחה של המשק ובעל רמת ודאות גבוהה ולטווח ארוך במקור תקציבי המנציח את תלות מערכת הבריאות בתמיכת המדינה. מנתונים שהוצגו לוועדת החקירה עולה שביטול המס המקביל הביא בעקיפין להפחתת תקציב מערכת הבריאות בכ- 900 מיליון ש"ח במונחי תקציב 2000. חשוב להבהיר שבהחזרת המס המקביל אין משום הטלת נטל נוסף על המעסיקים אלא הסבתם של תשלומי הביטוח הלאומי לתשלום המיועד למימון שירותי בריאות. אימוץ העיקרון הקיים בכל מדינות המערב, ושהיה קיים בישראל עד שנת 1997, על פיו קיימת השתתפות של המעביד במימון בריאות עובדיו.

5). הוועדה . . . מסכימה עם ראש הממשלה, מר אהוד ברק, שהבטיח לבטל את האגרה לביקור רבעוני אצל רופא/מרפאת חוץ ולמנוע את ייקור תעריפי התרופות. הוועדה קוראת למשרד האוצר לשפות את קופות הולים בגובה הפסד ההכנסות מהפסקת התשלומים, ולהעביר את התקבולים מהעלאת תקרת התשלום עבור מס בריאות מ - 4 ל- 5 פעמים השכר הממוצע במשק למערכת הבריאות.

6). הוועדה ממליצה לאוצר לבחון את הצעתו של ח"כ חיים כץ לבטל כליל את התקרה לגביית מס בריאות בתנאי שהתקבולים יועברו למימון מערכת הבריאות.

7). הוועדה קובעת כי יש לפעול להשוואת המקורות לשיעור ההקצאה לנפש ב- 1995 כדי למנוע את השחיקה המצטברת במקורות המימון של מערכת הבריאות .

8). הוועדה קוראת למשרד הבריאות לעדכן ולתקן את נוסחת הקפיטציה בצורה שתבטא נתונים מעודכנים יותר וסדר קדימויות חברתי לגבי הטיפול בזקן, בחולה הכרוני ובאוכלוסיות חלשות. . . .

9). הוועדה תובעת ממשרד הבריאות להכליל את תחומי בריאות הנפש, האשפוז הסיעודי ובריאות השן בסל השירותים (מסקנות ועדת החקירה הפרלמנטרית, פברואר 2000: 5-7).

הוצאה לפועל של מסקנות ועדת טל כרוכה בתיקצוב הולם כבר ב- 2001 ובחקיקה שתבטיח מימון סדיר של ההמלצות. בינתיים, מערכת הבריאות ממשיכה במצב של תת-מימון ואי-ודאות. האוצר מציע "רשת ביטחון" - הקצאה מיוחדת לקופות החולים במקרה שיחסרו להן מקורות מימון. אלא שכספים אלה מועברים לפי שיקול דעת של האוצר. יתרה מזאת, תקציב 2000 כולל קיצוץ של כ- 50% בהקצאה ל"רשת הביטחון".

התקציב לטיפול במחלות ממושכות

קשישים הנזקקים לאשפוז סיעודי חייבים לשאת בהוצאות, הם או בני משפחתם. משרד הבריאות מסייע למשפחות שאינן מסוגלות לעמוד במלוא עלות האשפוז הסיעודי.

מחוקקי חוק ביטוח בריאות ממלכתי התכוונו לכלול את האשפוז הסיעודי בסל שירותי הבריאות של קופות החולים, אך הדבר טרם נעשה. פרופסור דן מיכאלי, יו"ר דירקטוריון קופ"ח כללית, הצביע על מקור אפשרי למימון הכללת האשפוז הסיעודי בסל שירותי הבריאות: העלאת מס הבריאות. לפי חישוב, העלאת המס מ- 4.8% מהשכר ל- 5.3% ממנו, תספק מימון מלא לאשפוז הסיעודי ותקטין את ההוצאה הלאומית (הכוללת גם את ההוצאה הפרטית) על אשפוז סיעודי.

קרוב ל- 80% מהתקציב של משרד הבריאות לטיפול במחלות ממושכות - 691.5 מיליון ש"ח מתוך 887.1 מיליון ש"ח - מיועדים לסיוע למי שזקוקים לאשפוז סיעודי. ב- 2000 תשתתף המדינה בעלות האשפוז של 9,450 חולים סיעודיים (טכנית, מדובר בקניית מיטות במוסדות ציבוריים ופרטיים).

תקציב הסיוע לאשפוז סיעודי הוגדל השנה, בהיקף של כ- 75 מיליון ש"ח (ברוטו), במסגרת תוכנית ארבע-שנתית שמטרתה לצמצם את רשימת הממתינים לאשפוז סיעודי. לפי נתוני משרד הבריאות, ירד מספר החולים הסיעודיים הממתינים לסיוע ממשלתי כדי להתאשפז לכ- 550 ממתינים (בעיקר ממתינות) (משרד האוצר, הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 2000: 98, 119).

בריאות הנפש

התקציב לבריאות הנפש כולל הקצאות לבתי-חולים פסיכיאטריים, למרפאות לבריאות הנפש בבתי-חולים, למרכזי גמילה מסמים ומאלכוהול ולקניית שירותי אשפוז ושירותים קהילתיים מעמותות ומוסדות פרטיים. השירותים הקהילתיים כוללים מסגרות של דיור מוגן והוסטלים, יחידות לשיקום תעסוקתי, מפעלים מוגנים, מועדונים חברתיים והשלמת השכלה.

לוח 8 להלן מציג את משקל תקציב האגף לבריאות הנפש בתקציב הכולל של משרד הבריאות (ללא בתי-חולים והוצאות אחרות מותנות בהכנסה וללא התקבולים במקום המס המקביל) בשנים 1975 - 2000.

לוח 8. תקציב משרד הבריאות ותקציב האגף לבריאות הנפש, 1975 - 2000

במחירים קבועים לשנת 1999, מיליוני ש"ח

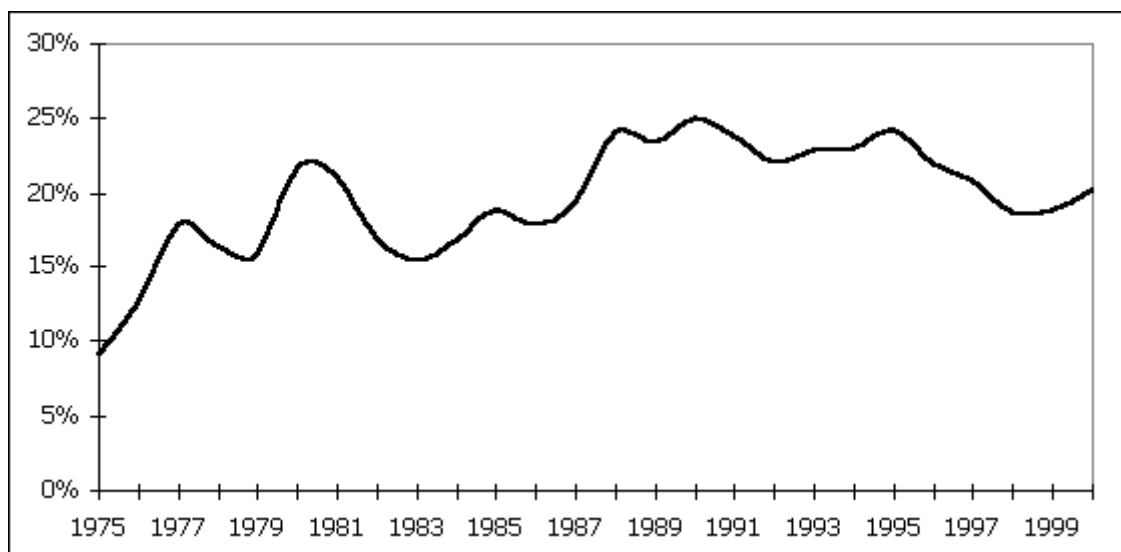
שנה	תקציב משרד הבריאות (ללא המס המקביל)	תקציב האגף לבריאות הנפש	תקציב בריאות הנפש כ- % מתקציב משרד הבריאות
1975	2,078	191	9%
1976	1,459	183	13%
1977	1,658	296	18%
1978	2,302	376	16%
1979	2,286	360	16%
1980	1,844	400	22%
1981	2,765	586	21%
1982	3,044	514	17%
1983	2,909	449	15%
1984	1,739	290	17%
1985	1,489	282	19%
1986	2,037	362	18%
1987	1,641	318	19%
1988	1,560	375	24%
1989	1,608	377	23%

25%	438	1,754	1990
24%	457	1,914	1991
22%	483	2,189	1992
23%	498	2,176	1993
23%	618	2,678	1994
24%	806	3,322	1995
22%	794	3,614	1996
21%	890	4,264	1997
19%	923	4,912	1998
19%	922	4,870	*1999
20%	935	4,633	*2000

מקור: משרד האוצר, הוראות תקציב משרד הבריאות, שנים שונות.

*אומדן

תרשים 19. תקציב בריאות הנפש כאחוז מתקציב משרד הבריאות, 1975 - 2000



מקור: משרד האוצר, הוראות תקציב משרד הבריאות, שנים שונות.

כפי שניתן לראות בלוח ובתרשים, תקציב שירותי בריאות הנפש גדל מאד בין 1975 ל-1980, וב-1990 הוא הגיע לשיא של 25% מתקציב משרד הבריאות. מאז, תוך ירידות ועליות קלות, מצוי תקציבבריאות הנפש במגמת ירידה.

בינואר 1998 כלל מערך המיטות לחולי נפש בבתי חולים כלליים ופסיכיאטריים כ-6,300 מיטות (משרד האוצר, הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 2000: 124). משרד הבריאות פועל היום לפי מדיניות של אל-מיסוד (de-institutionalization), שמטרתה להפחית את מספר המיטות, האשפוזים, האשפוזים החוזרים ואת משך האשפוז; במסגרת מדיניות זו, ירד מספר המיטות בעשור האחרון ב-14% (שם, שם).

מגמת האל-מיסוד מלווה בשני סיכונים: (1) נטייה של קובעי המדיניות לראות בשירותים הקהילתיים תחליף לבתי-חולים, ובעקבות זאת רצון לצמצם את השירותים בבתי החולים; (2) נטייה של קובעי המדיניות לתקצב שירותים קהילתיים ברמה נמוכה. יש לציין כי השירותים הקהילתיים, שלא כמו בתי-החולים, חסרים את הכוח הנדרש כדי למשוך תקציבים ראויים, בין השאר כי אין להם נציגים בעלי השפעה במשרדי הבריאות והאוצר.

לוח 9 להלן מאפשר להשוות את ההשקעה בפיתוח מערך השירותים הקהילתיים עם תקציבי האשפוז ותקציבי השירותים הקהילתיים.

לוח 9. הקצאה לבתי החולים פסיכיאטרים ולשירותים קהילתיים, 1991 - 2000

במחירים קבועים לשנת 1999, מיליוני ש"ח

שנה	בתי חולים, כולל מרפאות חוץ		שירותים בקהילה		תקציב השירותים הקהילתיים כ- % מתקציב בתי החולים
	שיעור השינוי	תקציב	שיעור השינוי	תקציב	
1991		356		40	11%
1992	1%	358		41	11%
1993	3%	369		47	13%
1994	5%	388		77	20%
1995	25%	483		92	19%
1996	1%-	479		88	18%
1997	8%	519		92	18%
1998	6%	550		97	18%
1999	ללא שינוי	550		119	22%
2000	1%	558		143	26%

מקור: משרד האוצר, הוראות תקציב משרד הבריאות, שנים שונות.

הערות: שירותים קהילתיים כולל את הסעיפים הבאים: קניית שירותים קהילתיים; פסיכיאטריה קהילתית; השתתפות בתשתיות לחולי נפש בקהילה; תרופות ושילוב בקהילה; שכר דירה; פסיכיאטריה קהילתית; קניית שירותי גמילה מאלכוהוליום וסמים; רורבה - קניית שירותים; סמים; גריאטריה.

הלוח מלמד כי התקציבים של בתי החולים הפסיכיאטריים ושל השירותים הקהילתיים גדלו באופן משמעותי בשנים 1994 ו-1995. ב-1996 ירדו מעט שני התקציבים, אך הם שבו ועלו ב-1997 ו-1998. בשנתיים האחרונות, 1999 ו-2000, תקציב בתי-החולים נשאר קבוע בעוד שתקציב השירותים הקהילתיים רשם עלייה של 23% ו-21%. עלייה זו נובעת מהנהגת תוכנית ניסיונית לשילוב נפגעי נפש בקהילה (ר' בהמשך).

יצויין כי בכל רגע נתון, רוב חולי הנפש הכרוניים מתגוררים בקהילה - ולא בבתי חולים: כ-70,000 לעומת כ-6,300 (ראיון עם יחיאל שרשבסקי, האחראי על שיקום באגף לבריאות הנפש, יולי 1999). יש לומר עוד כי בני משפחה - המעניקים את עיקר הטיפול - זקוקים אף הם לשירותי תמיכה (ביגל, דוד, 1998, "משפחות ושיקום פסיכיאטרי: עבר, הווה ועתיד". בטחון סוציאלי 53).

אבירם ורוזן מתריעים כי קצב הפיתוח של השירותים הקהילתיים אינו עונה על הצרכים: "בניגוד למדיניות הרשמית הננקטת מאז שנות השבעים המוקדמות, פיתוח שירותי בריאות הנפש הקהילתיים בארץ היה מוגבל למדי. הירידה המשמעותית במספר המאושפזים ובשיעוריהם (ביחס לכלל האוכלוסייה) לא גררה עלייה מקבילה במשאבים שסופקו לשירותים קהילתיים" (אבירם, אורי, והדס רוזן, 1998, "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל - הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי". חברה ורווחה, י"ח, עמ' 176).

תוכנית ניסיונית לשיקום ושילוב נפגעי נפש בקהילה

משרד הבריאות מכיר במחסור בשירותים בקהילה. לאחרונה גובשה תוכנית ניסיונית לשיקום ושילוב מטופלי נפש בקהילה" לשנים 1998 - 1999. עיקרי התוכנית הם: הפעלה של מסגרות נוספות של דיור מוגן, הוסטלים ותעסוקה; מינוי case managers שתפקידם לגבש תוכנית שיקום לכל חולה המשתחרר מבית-חולים; הגברת התיאום בין הגורמים השונים; הימנעות מפתיחת בתי-חולים חדשים; צמצום קניית שירותי אשפוז מגורמים לא-ממשלתיים; ומעקב ובקרה של ביצוע התוכנית (משרד האוצר, הצעת תקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 2000: 125).

לתוכנית לא היה ביטוי בספרי התקציב של המשרד לשנת 1998: התקציב הריאלי ל"קניית שירותים קהילתיים" באותה שנה היה דומה לזה בשנת 1997. לעומת זאת, תקציב 1999 ו-2000 כולל סעיף חדש - "תוכנית לשילוב ושיקום חולי נפש בקהילה - חד פעמי לשנת 1999". סעיף זה תוקצב בשנת 2000 בכ-36 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). ספר התקציב מציין כי "תוכנית זו תהווה תחליף אשפוז לכ-600 נכי נפש המאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים. כמו כן תיתן התוכנית מענה הולם ללמעלה מ-1200 נכי נפש המצויים בקהילה" (שם: 126).

תוכנית ניסיונית זו אמורה להעניק "סל שיקום" לכ-1,350 נפגעי נפש, כל אחד לפי רמת תפקודו. ההקצאה תממן משכורות של case managers, שכל אחד מהם יפקח על תהליך השיקום של 20 - 40 חולים (שרשבסקי, 1999). סל השיקום אמור לכלול בין השאר טיפול שיניים, תמיכה בדיור ובתעסוקה, השתתפות במועדונים חברתיים, השלמת השכלה ותמיכה בבני משפחה של החולה. התוכנית החלה לפעול באפריל 1999.

פאולה לנגר, יו"ר "עוצמה", ופרופ' אלי שמיר, יו"ר "הפורום הארצי של משפחות נפגעי הנפש בישראל" (ארגונים התנדבותיים המייצגים משפחות רבות והעוסקים בשמירה על זכויות נפגעי הנפש ובסינגור למענם ולמען משפחותיהם) מתארים את ביצוע התוכנית בשטח ככישלון: "עד לחודשים האחרונים של 1999, לא הורגשה בשטח תוספת שירותי שיקום בקהילה". (מכתב ליו"ר הוועדה לענייני ביקורת המדינה, 30.3.2000, עמ' 6).

הביקורות העיקריות של שני הארגונים הוולונטריים הן כלהלן:

1. אי שיתוף פעולה מצד מרכז השלטון המקומי גרם לעיכוב בהשלמת התקציב. אי שיתוף פעולה מצד משרד העבודה והרווחה (שלו אין תקציב ספציפי לפרוייקט) הביא לאי ביצוע של חלק מפעולות הפרוייקט, היות והמשרד הוא המעסיק המרכזי של גורמי מקצוע מומחים ובעלי ניסיון בתחום השיקום.

2. הגבלת ההשתתפות בתוכנית לאלה מבין חולי הנפש המוכרים על ידי המוסד לביטוח לאומי כנכים החל מ-1997 הוציאה ממנה את החולים המתאימים ביותר לשיקום - אלה שהגיעו לשלב בו הפסיקו להכחיש את המחלה ואת הצורך בטיפול. השינוי בקריטריונים שנעשה במהלך 1999 גרם לבעיות רבות:

חולים שהתחילו בפרוצדורת הקבלה לפרוייקט נזנחו באמצע.

לא הורגש שיפור בהתאמת תעסוקה לנפגעי נפש.

לא מומש מרכיב טיפול השיניים.

לא ידוע על סיוע למשפחות שניתן באמצעות הפרוייקט.

חלק מהכספים, שהם קטנים ממילא, שימשו למימון נסיעות השתלמות לחו"ל והוצאות אחרות שאינן קשורות ישירות לפעולות שיקום.

נוסף על כן, מתריעים ראשי שני ארגוני משפחות החולים על העדר סל שירותים ברור ומוגדר לנפגעי נפש - הן בסל הבריאות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והן בשירותי השיקום הלאומיים. לדברי שני הארגונים, אנשים שוחררו מאשפוז פסיכיאטרי אל הקהילה ללא סל שיקום פרטני ההולם את צורכיהם. בנוסף על כך, לא מתנהל מעקב מתאים אחרי מצבם, ומשפחותיהם אינן מקבלות הדרכה וסיוע כנדרש.

ראשי "עוצמה" ו"הפורום הארצי של משפחות נפגעי הנפש בישראל" מתריעים על כך שהתוכנית הניסיונית היא לא יותר מאשר טיפה בים: רוב נפגעי הנפש המתגוררים בקהילה אינם זוכים לטיפול מתאים בקהילה ורוב ההקצאות של משרד הבריאות מופנות עדיין למוסדות אשפוז ולא לשירותים קהילתיים. בתי החולים הפסיכיאטריים ממשיכים להרחיב את השירותים הניתנים תחת קורת הגג שלהם וקוראים להם "שירותים בקהילה".

"עוצמה" ו"הפורום הארצי של משפחות נפגעי הנפש בישראל" דורשים כי הריפוי והשיקום של החולים שהם מייצגים יינתנו במסגרת הקהילה, ובהיקף המתאים לצרכים. הם דורשים עוד כי השירותים יינתנו מחוץ לכותלי בתי החולים.

תקציבים ייעודיים למגזר הערבי והדרוזי

ב-1993 יזם משרד הבריאות תוכנית רב-שנתית לבנייה, איוש והצטיידות של תחנות "טיפת חלב" ביישובים ערביים, וזאת על מנת לצמצם פערים בין יישובים יהודיים לערביים. מאז תחילת התוכנית נבנו 59 תחנות. בשנת 2000, הוקצה לנושא סך של 3.2 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים) - 2.047 מיליון ל"תחנות לבריאות המשפחה במגזר הערבי והדרוזי", ו-1.174 מיליון ש"ח ל"תחנות לבריאות המשפחה למגזר הבדואי בנגב". במסגרת ההקצאה האחרונה, אמורות להיפתח השנה שלוש תחנות, אחת בכל אחד מהיישובים הבאים: אלאטרש, אל עסאם ואל חיאשלה. מאוחר יותר, תבנה תחנות באבו כף, אל עוזמה ובמרעית.

יש לציין מספר הקצאות נוספות שהן ייעודיות למגזר הערבי (במחירים שוטפים), משרד האוצר, הוראות תקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 2000):

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

9 מיליון ש"ח לתוכנית למניעת מומים מולדים בילדים;

2.7 מיליון ש"ח לפרויקט התערבות בנושא תמותת תינוקות, המתבצע בעיקר ביישובים ערבים.

הקצאות ייעודיות לעולים חדשים

באגף להכשרה מקצועית - הקצאה של כ- 25 מיליון ש"ח להעסקת עולים חדשים במערכת הבריאות;

באגף לבריאות הציבור - תוכנית ארצית למלחמה בשחפת, מחלה שממנה סובלים גם עולי אתיופיה וגם עולי חבר העמים - תקציב של 4 מיליון ש"ח לערך;

תוכנית לאומית למניעה ולטיפול באיידס בעדה האתיופית - תקציב של 5 מיליון ש"ח.

נספח מתודולוגי - הגדרות, מקורות ושיטות החישוב

1. תקציבי המשרדים הממשלתיים בנויים משני מרכיבים: התקציב השוטף ותקציב הפיתוח. התקציב השוטף משמש את הפעילות השוטפת של המשרדים, ואילו תקציב הפיתוח משמש לצורכי בינוי והצטיידות.

בדרך כלל החישוב כולל רק את התקציב השוטף (ללא תקציב הפיתוח), שהוא העיקרי והגדול יותר, אלא אם צויין אחרת.

2. הניתוחים בדרך כלל מתייחסים להוצאה הממשלתית נטו - דהיינו, סך ההוצאה של כל משרד ומשרד. במקרים בהם נעשה שימוש בהוצאה המותנית, כלומר להוצאה המותנית בהכנסה מגורמי חוץ או ממשרדים ממשלתיים אחרים, זה נכתב בגוף הטקסט.

3. מאז 1992, שנת התקציב היא השנה הקלנדארית (מינואר עד דצמבר). עד 1991, שנת התקציב היתה מה- 1 באפריל ועד ה- 31 במרץ. בשנת 1991, שהוכרזה כשנת מעבר, אושר התקציב עבור תשעה חודשים (אפריל-דצמבר). כדי לאפשר השוואה עם שנים קודמות, תורגם תקציב 1991 למונחי שנה שלמה, באופן ליניארי.

4. הנתונים מוצגים במחירים קבועים לשנת 1999 - אלא אם כן צויין אחרת. הנתונים ל- 2000 חושבו על בסיס ממוצע אינפלציה שנתי של 4.0%, בעקבות הערכת משרד האוצר, שעמדה על 3% - 4%.

5. ההשוואות בין שנה לשנה נעשות במחירים קבועים, באמצעות מדד המחירים לצרכן.

6. המקורות לנתונים התקציביים הם כלהלן:

א. חוברת עיקרי התקציב שמניח משרד האוצר על שולחן הכנסת ב- 1 בנובמבר. חוברת זו כוללת את התכנית הכללית של הממשלה, וכן את התכניות העיקריות של כל משרד ומשרד - ללא פירוט לפי אגפים ומחלקות.

ב. חוברות הוראות התקציב של כל משרד ומשרד. החוברות מתפרסמות בדרך כלל בינואר, חודשיים לאחר הגשת התקציב לאישור הכנסת. חוברות אלה כוללות פירוט ברמה של אגפים ומחלקות. חוברות הוראות התקציב הן הבסיס העיקרי למרבית הניתוחים שלהלן.

ג. חוברות הצעת התקציב ודברי הסבר, ובה פירוט והסבר של הפעולות של כל משרד ומשרד.

ד. פירוט של המשרדים הראשיים ו/או של האגפים השונים של כל משרד ומשרד.

ה. מידע שהתקבל מעובדי המשרדים השונים.

7. תקציב המדינה איננו אלא תכנית עבודה. תכנית זו עוברת שינויים רבים - אם בכנסת, בעת הדיון על התקציב, אם כתוצאה ממשחקי כוח פוליטיים לאחר שהתקציב אושר, ואם כתוצאה מאילוצים מדיניים או כלכליים שהממשלה מתמודדת עמם. במקרים רבים, הנתון המופיע בחוברות הוראות התקציב קטן או גדול באורח משמעותי מן הסכום שהוצא בפועל.

משרד האוצר אינו מפרסם עידכונים שוטפים של התקציבים. הכלי העיקרי לבדיקת השינויים הוא הדו"ח כספי של החשב הכללי, המתפרסם ביוני. דו"חות הביצוע כוללים רק פירוט של הסעיפים הראשיים, ולא של סעיפי המשנה ותת-סעיפי המשנה.

מתוך מודעות למציאות של שינויים, אנו משתדלים ככל האפשר להצליב מידע ממקורות שונים. יתרה מזאת, הדגש שלנו הוא על מגמות רב-שנתיות, והללו מתחזרות בדרך כלל גם כאשר יש סטיות מן התקציב בשנה זו או אחרת.

בשם הזכות הדמוקרטית הבסיסית, זכות הציבור לדעת, אנו תובעים ממשרד האוצר ומהמשרדים האחרים לפרסם עידכונים שוטפים, ודו"חות ביצוע מפורטים, על-מנת שהציבור יוכל לעקוב ביתר בהירות אחר מדיניות הממשלה ואחר הוצאות הממשלה. חופש המידע ושקיפות המידע הם יסודות מוסדים של ממשל דמוקרטי.

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

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

e-mail: advainfo@netvision.net.il