

# תקציב משרד הבריאות לשנת 1999

חוק ביטוח בריאות ממלכתי

בריאות הנפש

הקצאות לקבוצות מיוחדות

ברברה סבירסקי

נובמבר 1999

## מימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי

ב-1999, הסכום שמשרד הבריאות הקצה למימון סל השירותים הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי עמד על כ-8.7 מיליארד ש"ח - סכום דומה, ריאלית, לזה שהוקצב ב-1998. בסכום הזה יש שלושה מרכיבים:

סכום שבא במקום המס המקביל אשר עד 1996 שולם על-ידי המעסיקים;

סכום שהממשלה מקצה להשלמת עלות הפעלת החוק (על פי סעיף 13 לחוק, הקובע שעל הממשלה לממן את ההפרש שבין עלות סל הבריאות לבין הכנסותיו ממקורות אחרים);

רזרבות.

ב-1999, לראשונה, ספרי התקציב לא מפרטים את הסעיפים (1) ו-(2), והתוצאה: אי אפשר לדעת מה הסכום שהוקצב במקום המס המקביל, ומה הוקצב כהשלמה.

בישיבתה בספטמבר 1998, קבעה הממשלה כי עלות סל השירותים ב-1999 תהיה גדולה מזו של 1998 ב-410 מיליון ש"ח. זוהי עלייה ריאלית של 2.6%. ואולם, הסכום שהקצתה הממשלה למימון סל השירותים, במסגרת תקציב המדינה ל-1999, אינו מראה על עלייה ריאלית. יוצא שהעלייה החזויה ב-1999 בעלות סל השירותים תשולם על-ידי הצרכנים, באמצעות תשלום עבור שירותים: ביקור אצל רופא/ה מומחה, בדיקות במכונים, ייקור תרופות, ועוד. תשלומים אלה הוטלו על-ידי הממשלה ואושרו על-ידי הכנסת במסגרת חוק ההסדרים לשנת 1999.

העברת נטל המימון אל צרכני הבריאות נוגדת את רוח הצדק החברתי שהיתה טבועה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק היטיב עם בעלי הכנסות הנמוכות: משפחות בשני החמישונים הנמוכים □ 40% ממשקי הבית □ משלמות כיום מס בריאות (+ביטוח משלים) נמוך מהמס (דמי חבר) ששילמו קודם לחוק; היתר, שלושה החמישונים הגבוהים יותר, משלמים היום יותר (הלמ"ס, סקר הוצאות המשפחה 1997).

התשלומים שהוטלו על צרכני הבריאות ב-1998 מאיימים על רוח הצדק, על-ידי כך שהם מבטלים את הרווח של בעלי הכנסות נמוכות מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כיוון שבעלי הכנסות נמוכות נוטים להיות חולים יותר, הרי שמעתה הם משלמים יותר עבור שירותי הבריאות אותם היו אמורים לקבל, במסגרת החוק, בתמורה למס הבריאות המוקטן שהם משלמים. אם נחבר מס הבריאות ואת התשלומים החדשים שהוטלו על צרכני הבריאות, נמצא שהנטל היחסי על בעלי הכנסות הנמוכות גדל.

### העברה למוסדות רפואיים ציבוריים

בשנת 1999, תקציב התמיכה במוסדות רפואיים ציבוריים היה כ-905 מיליון ש"ח □ סכום דומה לזה של 1998. תקציב זה כולל תמיכה בקופת חולים כללית על פי הסכם ההבראה (597 מיליון ש"ח), תמיכות בבתי-חולים ציבוריים (34 מיליון ש"ח), ותמיכות בארגונים רפואיים אחרים (23 מיליון ש"ח).

### מחלות ממושכות

שבעים וחמישה אחוזים מההקצאה למחלות ממושכות מיועדים ל"קניית מיטות" בבתי חולים סיעודיים. 1999 היא השנה השלישית של תוכנית ארבע-שנתית להגברת הסיוע לאשפוז הסיעודי. הסיוע ניתן באמצעות סבסוד האשפוז במוסדות סיעודיים. משפחה הזכאית לסבסוד באשפוז בוחרת את המוסד הסיעודי מתוך רשימה של מוסדות המוכרים על-ידי משרד

הבריאות - הכוללים מוסדות ציבוריים ופרטיים - והממשלה משלמת את ההפרש שבין עלות האשפוז ובין ההשתתפות העצמית שנקבעה לחולה. כ- 70% מהמאושפזים בבתי חולים סיעודיים בישראל נהנים מהסבסוד.

ספר התקציב של 1999 מציין כי במאי 1998 היו 775 חולים סיעודיים שהשלימו את כל ההליכים הדרושים לקבלת סיוע כספי באשפוז, והמתינו בתור לקבלת סיוע (משרד האוצר, 1998:126).

התקציב למטרה זו היה גבוה ב- 1999 בכ- 13% מזה של 1998, והגיע לכ- 559 מיליון ש"ח. התקציב אמור היה לאפשר למשרד הבריאות לסבסד כ- 8750 מיטות - 850 יותר מאשר ב- 1998.

### בריאות הציבור

תקציב סעיף בריאות הציבור ל- 1999 נמוך בכ- 5% מזה של 1998 (במונחים ריאליים), והוא מסתכם בכ- 433.7 מיליון ש"ח. קיצוץ זה בא לאחר עלייה של כ- 20% בין 1997 ו- 1998.

תקציב לשכות הבריאות, הכולל בין היתר את תחנות "טיפת חלב", ירד ריאלית ב- 9%.

### בריאות הנפש

התקציב לבריאות הנפש כולל הקצאות לבתי-חולים פסיכיאטרים, למרפאות לבריאות הנפש הממוקמות בין כתלי בתי חולים, למרכזי גמילה מסמים ומאלכוהול ולקניית שירותי אשפוז ושירותים קהילתיים מעמותות ומוסדות פרטיים. השירותים הקהילתיים שנקנים על-ידי משרד הבריאות כוללים מסגרות של דיור מוגן והוסטלים, יחידות לשיקום תעסוקתי, מפעלים מוגנים, מועדונים חברתיים והשלמת השכלה.

## לוח 1: תקציב משרד הבריאות ותקציב האגף לבריאות הנפש, 1975 - 1999

במחירים קבועים לשנת 1998, באלפי ש"ח

שנה	תקציב משרד הבריאות המקביל - לא כולל המס	תקציב האגף לבריאות הנפש	שיעור תקציב בריאות הנפש מתקציב משרד הבריאות
1975	1,975,048	181,147	9.2%
1976	1,386,648	174,076	12.6%
1977	1,576,157	280,988	17.8%
1978	2,187,742	357,017	16.3%
1979	2,173,382	342,132	15.7%
1980	1,752,418	380,590	21.7%
1981	2,627,310	557,182	21.2%
1982	2,893,078	488,691	16.9%

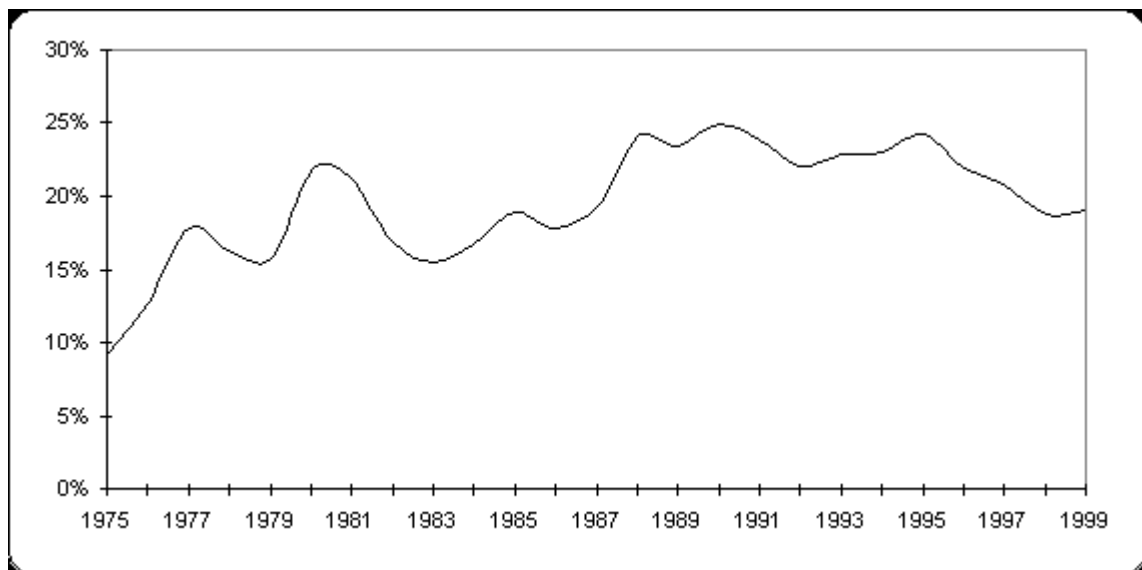
15.4%	426,843	2,764,720	1983
16.7%	275,985	1,652,436	1984
18.9%	267,647	1,415,004	1985
17.8%	343,746	1,936,141	1986
19.4%	301,888	1,559,629	1987
24.0%	356,454	1,482,641	1988
23.4%	357,950	1,528,111	1989
25.0%	416,616	1,666,746	1990
23.9%	433,936	1,818,621	1991
22.1%	458,698	2,079,954	1992
22.9%	473,271	2,068,128	1993
23.1%	587,277	2,544,977	1994
24.3%	766,374	3,156,788	1995
22.0%	754,338	3,434,239	1996
20.9%	845,563	4,053,612	1997
18.8%	877,566	4,669,514	1998
19.0%	869,860	*4,578,928	1999

\* אומדן

**מקור:** משרד האוצר, הצעת תקציב משרד הבריאות, שנים שונות.

## תקציב בריאות הנפש כאחוז מתקציב משרד הבריאות,

1999 - 1975



**מקור:** משרד האוצר, הצעת תקציב משרד הבריאות, שנים שונות.

כפי שניתן לראות בלוח ובתרשים, תקציב שירותי בריאות הנפש גדל מאד בין 1975 ל-1980, ולאחר מכן, בין 1981 ו-1983, הוא ירד. ב-1990 הוא הגיע לשיא של 25% מתקציב משרד הבריאות, ומאז הוא ידע ירידות ועליות קלות, אך המגמה הכללית היא ירידה.

מערך המיטות לחולי נפש בבתי חולים כלליים ופסיכיאטריים כלל בינואר 1998 כ-6,300 מיטות (משרד האוצר, 1998: 130). משרד הבריאות אימץ מדיניות של אל-מיסוד (de-institutionalization), שמטרתה להפחית את מספר המיטות, את מספר האשפוזים, את מספר האשפוזים החוזרים ואת משך האשפוז; במסגרת מדיניות זו, ירד מספר המיטות בעשור האחרון ב-14% (שם).

אל-מיסוד דורש פיתוח מואץ של שירותים קהילתיים שיענו על צרכי נפגעי הנפש. אנשי מקצוע מזהירים כי מערך נאות של שירותים קהילתיים אינו יכול לשמש כתחליף למיטות אשפוז, אלא רק כהשלמה להן; יתר על כן, הוא אינו זול יותר מהאשפוז. לדברי מנהל המרכז הרפואי לבריאות הנפש אברבנל, פרופ' אבנר אליצור, "לא ניתן ליעל את המערכת בדרך של פיתוח שירותים קהילתיים על חשבון בתי-החולים" (אליצור, 1998: 27). לעומת זאת, אנשי מקצוע אחרים גורסים כי יש צורך רק באשפוז חולים במצב חריף וכי כל יתר החולים יכולים להיות במסגרות מתאימות בקהילה (שרשבסקי, 1999). במלים אחרות, יצירת מסגרות קהילתיות במספר מספיק תאפשר צמצום מספר מיטות האשפוז.

מגמת האל-מיסוד מלווה בשני סיכונים: הראשון הוא הנטייה לראות בשירותים הקהילתיים תחליף לבתי-חולים, והשני היא הנטייה לתקצב שירותים קהילתיים ברמה נמוכה. השירותים הקהילתיים חסרים את הכוח למשוך תקציבים שיש לבתי-חולים, בין השאר כי אין להם נציגים בעלי השפעה במסדרונות משרדי הבריאות והאוצר.

אפשר להעריך את הפיתוח של מערך השירותים הקהילתיים לעומת בתי-החולים באמצעות השוואה של תקציבי האשפוז ותקציבי השירותים הקהילתיים.

## הקצאות לבתי חולים פסיכיאטריים ולשירותים קהילתיים, 1985-1999

במחירים קבועים לשנת 1998, באלפי שקלים

1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	
518.4	523.1	493.1	455.2	459.4	368.4	350.4	340.2	338.5	בתי חולים, כולל מרפאות חוץ
0.9-	6.1	8.3	0.9-	24.7	5.1	3.0	0.5		% שינוי
111.9	91.8	87.5	83.3	87.5	72.9	44.2	38.7	38.4	שירותים בקהילה*
22	5	5	5-	20	65	14	1		% שינוי
21.6	17.5	17.7	18.3	19.0	19.8	12.6	11.4	11.3	תקציב השירותים הקהילתיים כ- % מתקציב בתי חולים

\* כולל את הסעיפים הבאים: קניית שירותים קהילתיים, פסיכיאטריה קהילתית, השתתפות בתשתיות לחולי נפש בקהילה, תרופות ושילוב בקהילה, תוכנית לשילוב ושיקום של חולי נפש בקהילה, שכר דירה פסיכיאטרי קהילתית, קניית שירותי גמילה מאלכוהוליזם וסמים, ררבה - קניית שירותים, סמים, גריאטריה.

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

הלוח מלמד כי בשנים 1994 ו-1995, תקציב בתי החולים ותקציב השירותים הקהילתיים גדלו באופן משמעותי: במקרה של בתי החולים חל גידול של כ-25% בשנת 1995, ובמקרה של השירותים הקהילתיים, חל גידול של 65% בשנת 1994 ושל 20% בשנת 1995. בשנת 1996, התקציב של שני סוגי השירותים ראו ירידה קלה. בשנים 1997 ו-1998 חל גידול מהבשני התקציבים, וב-1999, ירידה קטנה בתקציב בתי החולים ועלייה בתקציב השירותים הקהילתיים - של 22% - הודות לתוכנית ניסיונית לשילוב נפגעי נפש בקהילה (ר' בהמשך). בחינת התקציב לשירותים הקהילתיים לעומת התקציב לבתי החולים מגלה כי עד 1994 הייתה עלייה בחלקם של השירותים הקהילתיים, ומאז מסתמנת ירידה איטית שנמשכה גם ב-1999, אם מנכים את ההקצאה של הפרויקט הניסיוני.

בכל רגע נתון, רוב חולי הנפש הכרוניים מתגוררים בקהילה ולא בבתי חולים: כ- 70,000 לעומת כ- 6,300 (שרשבסקי, 1999). בני משפחה - שרוב הטיפול ניתן על-ידם - זקוקים אף הם לשירותי תמיכה (ביגל, 1998).

אבירם ורוזן (1998) 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 ורוזן, 1998:176).

משרד הבריאות מכיר במצב הזה. לאחרונה, הוא גיבש תוכנית ניסיונית "לשיקום ושילוב מטופלי נפש בקהילה" לשנים 1998-1999. עיקריה של 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; אי פתיחת בתי-חולים חדשים; צמצום קניית שירותי אשפוז מגורמים לא-ממשלתיים; ומעקב ובקרה של ביצוע התוכנית (משרד האוצר, 1998: 132).

לתוכנית לא היה ביטוי בתקציב משרד הבריאות לשנת 1998: התקציב הריאלי ל"קניית שירותים קהילתיים" באותה שנה היה דומה לזה בשנת 1997. לעומת זאת, תקציב 1999 כלל סעיף חדש - "תוכנית לשילוב ושיקום חולי נפש בקהילה - חד פעמי לשנת 1999". סעיף זה תוקצב בכ- 35 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). ספר התקציב מציין כי "תוכנית זו תהווה תחליף אשפוז לכ- 600 נכי נפש המאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים. כמו כן התוכנית תיתן מענה הולם ללמעלה מ- 1200 נכי נפש המצויים בקהילה" (שם: 130).

תוכנית זאת, שהיא ניסיונית, תעניק "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 יכלול שירותים כגון טיפול שניניים, תמיכה בדיור ובתעסוקה, השתתפות במועדונים חברתיים, השלמת השכלה ותמיכה בבני משפחה של החולה. התוכנית החלה לפעול באפריל 1999.

פאולה לנגר, יו"ר "עוצמה", ארגון וולונטרי של משפחות נפגעי נפש, העוסק בשמירה על זכויות נפגעי הנפש ובסינגור למענם ולמען משפחותיהם, מבהירה כי התקציב לבריאות הנפש, כולל הרזרבות, מכוון כמעט במלואו לבתי החולים הפסיכיאטריים. זאת, בשעה שבקהילה חיים עשרות אלפי נפגעי נפש ללא מענה הולם לבעיות השיקום והשילוב בקהילה.

דו"חות רבים □ כולל דו"חות מבקר המדינה מהשנים 1991 ו- 1999, ודו"ח הוועדה שבחנה את תנאי האשפוז של נפגעי נפש ניצולי השואה □ מציינים כי מרבית המאושפזים בבתי החולים לחולי נפש בשלים ומסוגלים לחיות בקהילה. למרות שחלפו כבר שנים מאז התפרסם הדו"ח הראשון בו התריע מבקר המדינה על העדר שירותים הולמים בקהילה, מעט מאד השתנה בשטח. לפי לנגר, "תקציב מיוחד של 23 מיליון ש"ח שאושר על-ידי משרד האוצר עבור שיקום בקהילה לא מומש למטרה זו. כמו כן, התקציב הייחודי עבור 'הפרוייקט הניסיוני' לשיקום בקהילה של כ- 1,350 נפגעי נפש -- סך של 35 מיליון ש"ח לשנת 1999 -- מצא את דרכו ליעדים שונים שאינם 'מתן שירותי שירות לנפגעי הנפש בקהילה'. משום כך, לא בוצע הפרוייקט כמתוכנן ואין אפשרות להעריך אותו. דיווחים מהשטח מצביעים על תחושה של כישלון, מהסיבות הבאות:

הפרוייקט התחיל באיחור של 3 חודשים;

הפרוייקט הוכשל בדרך של יצירת בעיות ביורוקרטיות אדירות;

הקריטריונים לקבלת סל השיקום הניסיוני לא התאימו לחולים שהפרוייקט היה אמור לקדם;

הפרוייקט הוקפא עוד לפני שמומשה הזכאות למעטים שזכו בה. בו זמנית, מטופלים הזקוקים לשיקום בקהילה הופנו לבתי החולים הפסיכיאטריים לקבלת השירות, במקום לשירותים בקהילה.

במקום לממן סל שירותי שיקום לחולים בקהילה, שימשה ההקצאה לתוספת תקנים, ביניהם תקנים בבתי החולים; למימון קורסים, ימי עיון, השתלמויות וכנסים לאנשי מקצוע; ולדברים אחרים שאין להם שום קשר לנפגעי נפש." (פאולה לנגר, מכתב למרכז אדוה, 31.10.99)

### **תקציבים ייעודיים לאוכלוסיות מוגדרות**

בשנת 1999, ההקצאות המיועדות לסגירת הפערים בין האוכלוסייה היהודית והערבית דומות לאלה של 1998 והן מסתכמות בכ- 10.5 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים). ההקצאות כוללות:

266,000 ש"ח למימון קורס להכשרת אחיות בדואיות.

8.3 מיליון ש"ח לאיוש והצטיידות של תחנות "טיפת חלב" חדשות שנבנו מאז 1993 ולפרוייקטים מיוחדים.

2 מיליון ש"ח לבניית תחנות "טיפת חלב" ביישובים ערבים ודרוזים.

5.3 מיליון ש"ח בתקציב הפיתוח של משרד הבריאות ל"סגירת פערים במגזר הדרוזי והצ'רקסי". ההקצאה אמורה לבוא ממשרד הפנים והיא מיועדת לפרוייקטים.

על פי דיווח שהתקבל משירותי בריאות הציבור, מתוך 80 תחנות "טיפת חלב" חדשות שתוכננו ביישובי "המיעוטים", הושלמה בנייתן של 55 תחנות, ו- 51 כבר פועלות (מכתב מרון רביע, 15.7.99).

הקצאה נוספת המיועדת למעשה למגזר הערבי היא עבור פרויקט ההתערבות הארצית למניעת מומים מולדים (משרד האוצר, 1998:136). ב- 1999 עמדה ההקצאה לפרוייקט זה על 2.6 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים) - מעט פחות, במונחים ריאליים, מהסכום שהוקצב ב- 1998.

תקציב משרד הבריאות ל- 1999 כולל שלוש הקצאות המיועדות לעולים חדשים.

האחת, באגף להכשרה מקצועית, היא עבור הכשרה של עולים, והיא מסתכמת בכ- 25 מיליון ש"ח - כ- 15% פחות מההקצאה המקבילה ב- 1998. הסכום מיועד למגוון של פעולות: הכשרה של 410 רופאים מתמחים; מימון סטאז' לסטאז'רים עולים; העסקת רופאים ובעלי מקצועות פרה-רפואיים עולים; והכשרה של רופאי שיניים.

ההקצאה השנייה היא במסגרת השירות לבריאות הציבור והיא מיועדת ל"תוכנית קידום בריאות לאוכלוסיות מיוחדות". הסכום הוא 5.8 מיליון ש"ח - מעט פחות מההקצבה המקבילה ב- 1998 □ וזאת לאחר עלייה של 400% בין 1997 ו- 1998.

ההקצאה השלישית גם היא במסגרת השירות לבריאות הציבור. ייעודה: "תוכנית קידום בריאות לעולי הפלאשמורה" והיא מסתכמת בכ- 2.5 מיליון ש"ח (במחירים שוטפים).



## מראי מקום

אבירם, אורי, נילי זילבר, יעקב לרנר, מרים פופר. 1998. "חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ואיפיוניהם". *בטחון סוציאלי*, 53 (נובמבר).

אבירם, אורי, והדס רוזן. 1998. "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל □ הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי". *חברה ורווחה*, י"ח (פברואר).

אבנר אליצור, "מיסוד ואל-מיסוד: ארגון שירותים אזורי לבריאות הנפש כתחליף", *חברה ורווחה*, כרך י"ח, 27:1998)

ביגל, דייוויד. 1998. "משפחות ושיקום פסיכיאטרי: עבר, הווה ועתיד". *בטחון סוציאלי*, 53 (נובמבר).

לנגר, פאולה. מכתב למרכז אדוה, 31.10.99.

משרד האוצר. 1998. *הצעת תקציב לשנת הכספים 1999: משרד הבריאות*.

שרשבסקי, יחיאל, האחראי על השיקום באגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות. ראיון, יולי 1999.