

המדינה לא שומרת על הבריאות

על מימון מערכת הבריאות בישראל



ברברה סבירסקי

ספטמבר 2012



דיוור



חינוך



בריאות

לקראת תקציב
2013



מבוא למימון מערכת הבריאות

לוח 1

מקורות המימון הציבוריים של מערכת הבריאות הציבורית, 1995–2011

במיליארדי ש"ח, מחירים קבועים לשנת 2011

טור 6	טור 5	טור 4	טור 3	טור 2	טור 1	
תקציב הפיתוח של משרד הבריאות	תקציב משרד הבריאות ללא סעיף השלמת הסל וללא תקציב הפיתוח	השלמת הסל מתקציב משרד הבריאות	השתתפות עצמית של קופות החולים	המס המקביל	מס בריאות	
0.42	3.37	2.64	1.15	8.34	8.10	1995
0.58	4.08	10.54	1.19	1.02	10.07	1997
0.39	4.94	11.18	1.25	1.07	11.24	1999
0.43	4.99	11.40	1.38	-	13.29	2001
0.24	4.91	10.89	1.35	-	12.76	2003
0.21	5.21	12.17	1.44	-	13.89	2005
0.24	5.05	11.71	1.54	-	15.28	2007
0.37	5.59	12.33	1.93	-	15.96	2009
0.49	5.07	13.43	2.10	-	17.73	2011
-15%	24%	28%	77%	-	76%	שיעור שינוי 2011-1997

הערות:

1. בחרנו להתחיל בשנת 1997 כי זו השנה שבה בוטל המס המקביל ואשר בה הושלמו שינויים נוספים שנעשו במערכת בעקבות חוק בריאות ממלכתית משנת 1994.
 2. כל הנתונים המפורטים לעיל הונחו ביצוע.
 3. לא כולל את התקציב של האישפוז הסייעודי, שתוקצב כהוצאה מותנית ונרשם בדר"ח החשב"ל כהוצאה רגילה.
- מקורות: משרד האוצר, החשב הכללי, דין וחשבון כספי, שנים שונות; משרד הבריאות, דניאלה אריאל, טוביה חורב וניר קור, חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2011, משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות.

מס הבריאות (טור 1) אחראי לחלקו של הציבור במימון סל שירותי הבריאות. מקור מימון שלישי של סל שירותי הבריאות הוא השתתפויות של קופות החולים (טור 3). מקור מימון חשוב נוסף של מערכת הבריאות הציבורית הוא ההשתתפויות העצמיות שמשלמים החולים עבור תרופות ושירותים רפואיים (השתתפויות אלה אינן מוצגות בלוח שממול, שכן הוא מציג רק את מקורות המימון הציבוריים).

לוח 1 שממול מראה בכירור פער מימון בין השירותים השונים: ההכנסות ממס בריאות גדלו ב-76%; שיעור דומה נרשם גם בהשתתפויות של קופות החולים (77%). לעומת זאת, המימון של משרד הבריאות ("השלמת הסל") גדל רק ב-28% ואילו התקציב הרגיל (ללא "השלמת הסל") גדל רק ב-24%. גרוע מכך, תקציב הפיתוח הצטמק ב-15%. הדיון בשחיקה התקציבית של השירותים הניתנים ישירות על ידי משרד הבריאות ייערך בהמשך מסמך זה. עתה נפנה לדון במימון של סל שירותי הבריאות, שהוא המרכיב העיקרי של המימון הציבורי של מערכת הבריאות הציבורית.

מערכת הבריאות הציבורית בישראל אחראית בראש ובראשונה לאספקת סל שירותי הבריאות, כפי שהוא מוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. את השירותים הכלולים בסל מספקות קופות החולים. בנוסף, משרד הבריאות מספק באופן ישיר שירותים נוספים ובהם שירותי בריאות הנפש, שירותי בריאות הציבור ושירותי אשפוז סיעודיים.

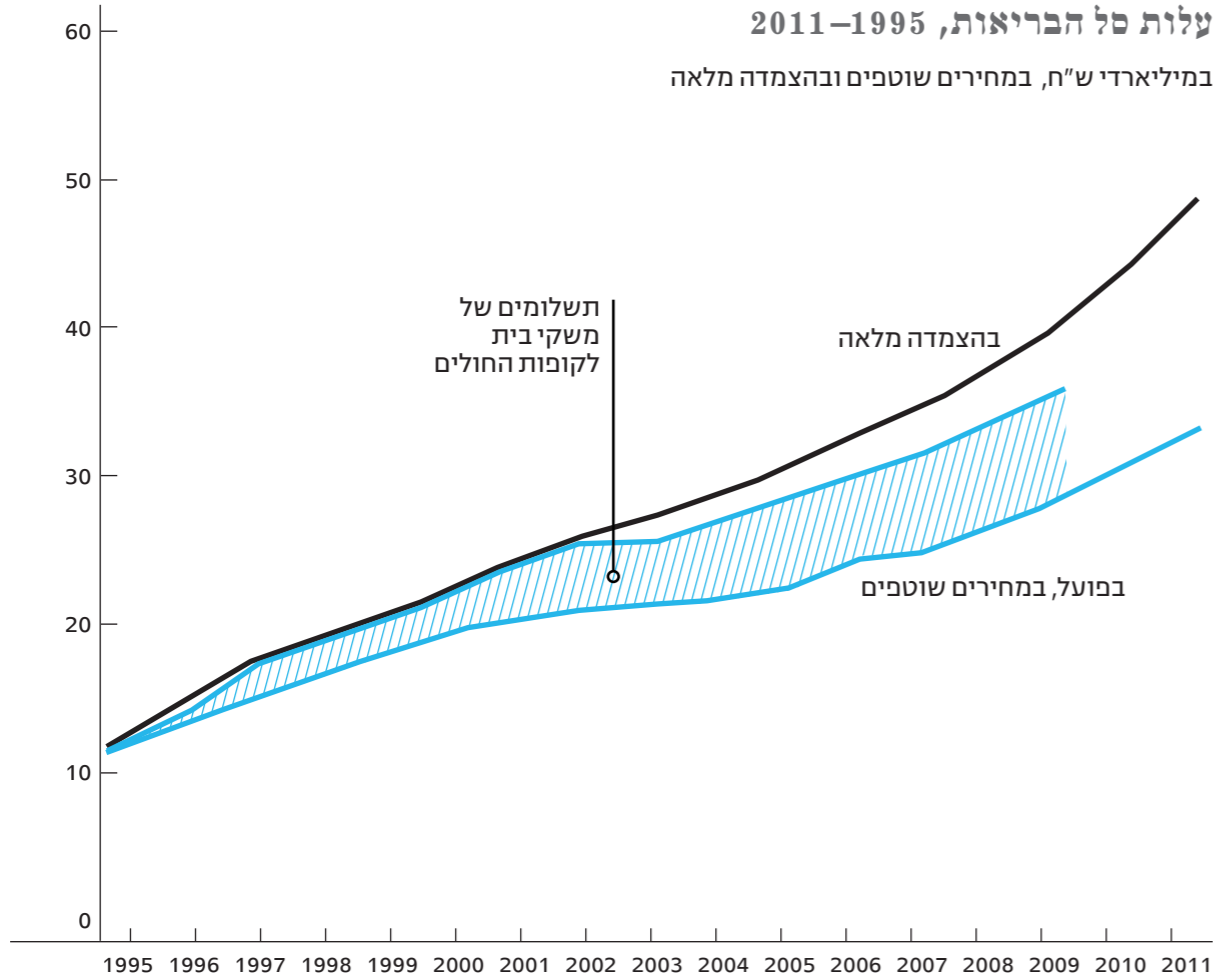
המימון של מערכת הבריאות הציבורית בא ממספר מקורות:

1. תקציב משרד הבריאות;
2. מס בריאות;
3. השתתפות קופות החולים בעלות סל שירותי הבריאות;
4. המס המקביל (שבוטל ב-1997);
5. מימון פרטי - השתתפויות עצמיות של חולים עבור תרופות ושירותים.

רוב תקציב משרד הבריאות מיועד למימון חלקה של הממשלה בעלות סל שירותי הבריאות (טור 4 בלוח שממול). יתרת תקציב משרד הבריאות מיועדת למימון שירותים אותם מספק משרד הבריאות ישירות ובהם שירותי בריאות הנפש, שירותי בריאות הציבור וסבסוד האישפוז הסייעודי (טור 5) וכן למימון פעולות הפיתוח (טור 6).

מימון סל שירותי הבריאות הניתן על ידי קופות החולים

עלות סל הבריאות, 1995–2011
במיליארדי ש"ח, במחירים שוטפים ובהצמדה מלאה



ביקוש. הסבר נוסף הוא שלמרות נדיבותו, הסל הציבורי אינו מתרחב בקצב התואם את הגידול בציפיות של צרכני שירותי בריאות (לתרופות נוספות, להתייעצות עם רופא מומחה נוסף, לבחירת מנתח ועוד). כיוון שכך, קופות החולים וחברות הביטוח מציעות פתרונות מסחריים למי שנוקק לתרופות ולשירותים שטרם נכנסו לסל הבסיסי. במלים אחרות, משקי הבית מממנים חלק גדול מן הפער בין "עלות הסל" המצויה והרצויה. ר' תרשים בעמוד ממול.

כפי שניתן לראות מהתרשים ומהלוח שבעמוד 6, יש כיום הפרש של כ-16 מיליארד ש"ח בין עלות הסל בהצמדה מלאה ועלות הסל כפי שהיא כיום. ההפרש גדל וימשיך לגדול (או, במילים אחרות, המימון ימשיך להישחק) אלא אם כן יוחלט לממן את חוק בריאות ממלכתי ברמה גבוהה יותר (באמצעות העלאת "עלות הסל" וכתוצאה מכך גם העלאת עלות המימון הממשלתי של הסל).

סל שירותי הבריאות הניתן על ידי קופות החולים ממומן משני מקורות עיקריים: ההכנסות ממס בריאות והמימון הממשלתי של "השלמת הסל". ההכנסות ממס הבריאות תלויות בשני גורמים: שיעורו של המס ומצב השכר במשק. ככל שהשכר במשק עולה, כך עולות גם ההכנסות שמניב מס הבריאות. לעומת זאת, גודלו של סעיף "השלמת הסל" תלוי בהחלטה ממשלתית. חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994 מסמיך את הממשלה להחליט, אחת לשנה, על גובה "עלות הסל". מרגע שהממשלה קובעת את "עלות הסל" (רי בהמשך) ומרגע שידוע מה היקף התקבולים ממס בריאות ומהשתתפות קופות החולים בעלות הסל, ידוע גם מה גודל ההתחייבות הממשלתית ל"השלמת הסל". הממשלה יודעת, כמובן, ש"עלות סל" גבוהה פירושה התחייבות שלה עוצמה להגדלת מימון "השלמת הסל".

השחיקה במימון הממשלתי של עלות הסל והגידול בהוצאות של משקי הבית

ערכון מלא של "עלות הסל" דורש סל שעלותו גבוהה בכ- 50% מעלות הסל בפועל. כדי שעלות הסל תגדל, המימון הציבורי שלו צריך לגדול, באחת משתי דרכים:

1. חקיקה שתנהיג מנגון ערכון וכתוצאה מכך תגדיל את המימון הממשלתי של "עלות הסל";
2. העלאת מס בריאות.

היום שיעור הערכון הרמוגרפי נקבע אחת לשלוש שנים במו"מ בין שרי האוצר והבריאות שנגמר תמיד בהחלטה על ערכון חסר. הערכון הטכנולוגי נקבע בהחלטת ממשלה אחת לשנה, בהתאם לסולם העדיפויות של הממשלה. והערכון של תשומות הבריאות אף הוא ערכון חסר, שכן הוא נעשה בהתאם למדר הנקרא "מדר יוקר הבריאות" שאינו נותן פיצוי מלא לעלויות שחלות בתשומות הבריאות. כפי שאפשר לראות בתרשים,

העלאת המימון של הסל כרוכה באימוץ נוסחת ערכון המבוססת על שלושה ממדים:

1. שינויים דמוגרפיים (גידול באוכלוסייה והזדקנותה);
2. שינויים בעלויות של תשומות בריאות (שכר, חומרי גלם, יום אשפוז ועוד);
3. שינויים טכנולוגיים (תרופות ופרוצדורות רפואיות חדשות).

מערכת הבריאות הציבורית בישראל היא טובה וסל השירותים הבסיסי שמקבלים כל תושבי ישראל בתמורה למס בריאות הוא נדיב, יחסית לסלים במערכות בריאות ציבוריות אחרות בעולם. הבעיה היא, שמשקי הבית בישראל מוציאים יותר ויותר כספים על ביטוחי בריאות נוספים. מדוע? תשובה חלקית לכך היא שענף הביטוחים הרפואיים הוא רווחי מאוד וההיצע המתפתח והשיווק האגרסיבי יוצרים

במיליארדי ש"ח, במחירים שוטפים ובהצמדה מלאה

שנה	עלות סל הבריאות, במחירים שוטפים	תשלומים של משקי בית לקופות החולים, במחירים שוטפים	עלות סל הבריאות, בהצמדה מלאה
1995	12.24	1.א	12.24
1996	13.86	1.א	14.72
1997	15.36	1.80	16.87
1998	16.61	2.20	18.73
1999	18.01	3.00	20.74
2000	19.27	3.30	22.96
2001	20.27	3.70	24.35
2002	21.12	4.30	26.27
2003	21.14	4.80	27.15
2004	22.01	5.30	28.94
2005	22.77	5.80	31.15
2006	24.04	6.23	33.15
2007	24.95	6.70	35.02
2008	26.58	7.10	37.52
2009	28.14	7.60	40.95
2010	30.33	1.א	44.41
2011	32.59	1.א	48.83

הערות:

- עלות סל הבריאות בהצמדה מלאה. העלות חושבה על פי שלושה מדדים: שינוי דמוגרפי, שינוי טכנולוגי ושינוי במדד תשומות הבריאות.
 - שינוי דמוגרפי - חושב על פי ממוצע הנפשות המתוקנות. הנתון התקבל ממשרד הבריאות ולוקח בחשבון את השינוי בנוסחת הקפיטציה משנת 2005. התקנון רגיש לשינויים בגודל האוכלוסייה.
 - בסל הבריאות קיימים גם שינויים אחרים מלבד אלו שנסקרו כאן.
 - הוצאות משקי הבית על בריאות (מעבר למס הבריאות) מחושבות מתוך הדוחות המסכמים את פעילות קופות החולים. ר' מרכז אדוה, תמונת מצב חברתית, שנים שונות: הן כוללות הוצאות של משקי בית על ביטוחים משלימים וביטוחים פרטיים וכן הוצאות על תרופות והשתתפויות שונות בסל ומחוץ לסל.
- מקורות: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995-2011, קובץ נתונים סטטיסטיים, ערכו: דניאלה אריאלי, טוביה חורב וניר קידה, ינואר 2012; מרכז אדוה, תמונת מצב חברתית 2011, דצמבר 2012.

1. חקיקת מנגנון עדכון קבוע

דרך אחת להגדיל את המימון הממשלתי של "עלות הסל" היא לחוקק מנגנון עדכון קבוע לעלות הסל. ראוי להבטיח לסל הבסיסי גידול שנתי של 2% עבור שיפורים טכנולוגיים ועוד כ-2% עבור הגידול באוכלוסייה והזדקנותה. מאז 1997, אוכלוסיית המבוטחים המתוקננים (הלוקחת בחשבון את גיל המבוטחים) עלתה בשיעור ממוצע של 2.46% לשנה, בשעה שהתוספת השנתית הממוצעת שניתנה עבור שינויים דמוגרפיים הסתכמה בשיעור של כ-1.52%. התוספת הממוצעת עבור שיפורים טכנולוגיים הסתכמה בלא יותר מאשר 1.1% מעלות הסל, כאשר התוספת הממוצעת בארצות מפותחות שלהן מערכת בריאות ציבורית היא כ-2%.

לוח 3

עלות הסל: העדכון השנתי הממוצע הרצוי לעומת העדכון השנתי הממוצע בפועל

1997-2010, באחוזים

שינויים טכנולוגיים	שינויים דמוגרפיים	שינויים בתשומות בריאות	ממוצע שנתי של העדכון הרצוי
2.00	2.46	3.64	
1.10	1.52	2.98	ממוצע שנתי של עדכון עלות הסל ע"י הממשלה

הערות:

- העדכון הרצוי מחושב על פי הנתונים בפועל של השינוי הדמוגרפי ושל מדד תשומות הבריאות בין השנים 1997-2010. הנתון של השינוי הטכנולוגי מבוסס על המלצות בין לאומיות.
 - הממשלה עדכנה את עלות סל הבריאות על פי מדד יוקר הבריאות הממוצע (2.98%) ולא על פי מדד תשומות הבריאות הממוצע (3.64%).
 - השינוי הדמוגרפי הרצוי חושב על פי הממוצע השנתי בפועל של הנפשות המתוקנות המבוטחות בקופות החולים.
- מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים, ערכו: דניאלה אריאלי, טוביה חורב וניר קידה, שנים שונות.

2. העלאת מס בריאות ואיסור מכירת ביטוחי בריאות משלימים (של קופות החולים) וביטוחי בריאות מסחריים

בשנת 2010, הכנסות קופות החולים מפרמיות עבור ביטוחים משלימים הסתכמו ב-2.8 מיליארד ש"ח והכנסות חברות הביטוח מפרמיות עבור ביטוחי בריאות רפואיים הסתכמו ב-2.1 מיליארד ש"ח.² ביחד, פרמיות אלה הסתכמו בקרוב ל-5 מיליארד ש"ח. לפי תחקיר של רוני לינדר-גנץ, שני סוגי הביטוח האלה מתאפיינים בכיסויים חופפים ובשיעור ניצול נמוך, במיוחד הביטוחים של חברות הביטוח.³ לפי משרד הבריאות, "בממוצע, על כל שקל שמשלם האזרח בישראל לחברות הביטוח הפרטיות עבור ביטוחי בריאות, הוא מקבל פחות מ-50% בחזרה עבור שירותי בריאות".⁴

לכ-80% מהמבוטחים בקופות החולים יש ביטוח משלים ול-39% יש גם ביטוח משלים וגם ביטוח מסחרי.⁵ קיים קשר בין הכנסת משק הבית והרכישה של ביטוחים נוספים: בשנת 2010, משקי בית בעשירון השני הוציאו כל חודש, בממוצע, 99 ש"ח על ביטוחים נוספים, משקי בית בעשירון השישי, 219 ש"ח ומשקי בית בעשירון העליון, 441 ש"ח.⁶

ההכנסות מביטוחים נוספים - 4.9 מיליארד ש"ח - שקולות ליותר מרבע מרמי הבריאות שנגבו בשנת 2011. לדעתנו, היה זה יעיל יותר ובוודאי שוויוני יותר לגבות דמי בריאות מעט גבוהים יותר על מנת שאפשר יהיה להגדיל את הסל הבסיסי עבור כל תושבי ישראל (היות ויש שתי רמות תשלום, מקבלי שכר נמוך יידרשו להוסיף סכום קטן מאוד). במקום לרכוש ביטוח רפואי נוסף שכדאיותו הכספית מוטלת בספק, מוטב שתושבי ישראל ישלמו מס בריאות מעט יותר גבוה ויקבלו הרבה יותר שירותי בריאות בעת הצורך.

למי שבכל זאת חפץ לרכוש ביטוח נוסף, ניתן לשמור את תחום הביטוח המסחרי לניתוחים אלקטיביים שאין להם קשר חיוני למצב הבריאות.

הצעת חוק שהוגשה לכנסת ה-18 על-ידי חברי כנסת רב חנין, מוחמד ברכה, חנא סוייד ועפו אגבריה (ואשר הוגשה קודם לכן על-ידי חבר כנסת חיים אורון) קובעת עדכון קבוע לעלות הסל של 2% לשנה עבור שירותי בריאות חדשים. אם יאושר החוק יהיה בו כדי לתרום לשיפור הסל.



ההוצאה הלאומית לבריאות: חלקה של המדינה קטן, חלקם של משקי הבית גדל

לוח 4

ההוצאה הלאומית לבריאות לפי גורם מממן: ממשלתי ומשקי בית, 1995–2010

באחוזים מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות

שנה	מימון ממשלתי: מתקציב המדינה ומסים מיועדים	מימון פרטי: תשלומים ישירים של משקי בית ותשלומים עבור ביטוחים פרטיים
1995	67%	28%
2000	62%	33%
2005	62%	36%
2008	61%	36%
2010 (אומדן)	61%	36%

הערה: שאר ההוצאה כולל תרומות מחו"ל ומלכ"רים פרטיים.
מקורות: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן הלמ"ס), הודעה לעיתונות, "בשנת 2011: ההוצאה הלאומית לבריאות 7.7% מהתמ"ג", 13.8.2012. נתונים שהתקבלו מגף חשבונות לאומיים, אפריל 2012.

הוצאות משקי הבית

היום משקי הבית משלמים חלק גדול יותר מהכנסותיהם עבור שירותי בריאות מאשר בעבר: בשנת 1997 משקי בית הוציאו בממוצע 3.8% מסך הוצאותיהם החודשיות על בריאות (מעבר למס בריאות) ובשנת 2010 - 5.0%⁸ זאת בשעה שבארצות ה-OECD, השיעור עמד על 3.2%.

עיקר הגידול בהוצאות לבריאות של משקי הבית מקורו בתשלומים עבור ביטוחים רפואיים (מעבר למס בריאות): ביטוחים משלמים של קופות החולים וביטוחים מסחריים של חברות ביטוח. בשנת 1997 החליטה הכנסת, באמצעות חוק ההסדרים, שאחת הדרכים של קופות החולים לאזן את תקציביהן תהיה מכירת ביטוחים משלמים של שירותי בריאות לא חיוניים. שנתיים אחרי החלטה זאת, ב-1999, מסך המבוטחים בקופות החולים כבר רכשו ביטוח משלם מקופת החולים שלהם; ב-2012 עלה השיעור לכ-80%¹⁰ באותה שנה (2012), ל-39% מהמבוטחים היה גם ביטוח משלם וגם ביטוח מסחרי.¹¹

בין 1997 ו-2010, תשלומי משקי הבית הממוצעים לחודש עבור ביטוחים משלמים של קופות החולים עלו פי 5.75 בממוצע, מ-23.5 ש"ח ל-135.3 ש"ח (במחירי 2010). תשלומי משקי הבית עבור ביטוחי בריאות המשוקים על-ידי חברות ביטוח עלו פי 4.4, מממוצע של 17.6 ש"ח לחודש ל-77.4 ש"ח (במחירי 2010).¹²

ראינו, כי התוצאה של היעדר מנגנון לעדכון מלא של עלות סל שירותי הבריאות היא, גידול במימון מצד משקי הבית. הדבר בא לידי ביטוי ברור כאשר בודקים את ההוצאה הכוללת בישראל על בריאות - מה שקרוי "ההוצאה הלאומית לבריאות": בהשוואה בינלאומית, ההשתתפות הממשלתית במימון מערכת הבריאות קטנה, יחסית, בעוד שההשתתפות של משקי הבית גדולה, יחסית.

ההוצאה הלאומית לבריאות: משקל המימון הממשלתי יורד, משקל המימון הפרטי גדל

לוח 4 מראה כי מאז 1995, משקל המימון הממשלתי של מערכת הבריאות ירד, מ-67% ל-61%, ובמקביל, משקל מימון משקי הבית גדל, מ-28% ל-36% (הנתונים לשנת 2010 זמניים ויתכן שישתנו).

זאת בשעה שבארצות ה-OECD, המימון הציבורי הממוצע עמד על 72% (לעומת 61% בישראל ב-2009).⁷



מימון השירותים הניתנים ישירות על ידי משרד הבריאות

תקציב בריאות הנפש, 2001–2011

במיליארדי ש"ח, במחירי 2011



הערות:

1. הנתונים לעיל הינם נתוני ביצוע נטו.
2. הנתון לשנת 2011 מורכב מסעיף 13 (בריאות הנפש) ומסעיף 0713 (שירותי בריאות הנפש). מקור: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד האוצר, החשב הכללי, דין וחשבון כספי, שנים שונות.

התוכנית לשילוב שירותי בריאות הנפש בקופות החולים באה באיחור רב ועל רקע הקצאות תקציביות שאינן עונות על הצרכים. תקופת ההמתנה לקבלת טיפול היא ארוכה, עד שישה חודשים או יותר לביקור ראשון.¹⁵

3. האם הטיפול שיינתן במסגרת הרפורמה יענה על הצרכים של החולים? אנשי בריאות הנפש טוענים שאם מספר הטיפולים יהיה מוגבל מדי, השירות לא יענה על צרכי החולים;
4. הרפורמה כוללת הפרטה חלקית של השירות - לחולים תהיה אפשרות לבחור את המטפלים שלהם, בתמורה לתשלום. אנשי בריאות הנפש טוענים שהסדר הזה מהווה מדרון חלקלק שייצור שתי רמות טיפול.

שירותי בריאות הנפש

בתקציב המדינה לשנת 2011, ההקצאה נטו לשירותי בריאות הנפש (ללא הוצאה מותנית בהכנסה) עמדה על 1.9 מיליארד ש"ח - 10% מהתקציב הרגיל של משרד הבריאות. בעשור האחרון השיעור הזה היה יציב.

לפני 5 שנים (2007) הוצע חוק המשלב את שירותי בריאות הנפש בשירותי קופות החולים ("הרפורמה").¹³ הרפורמה עלתה על שירטון בגלל תיקצוב שהיה נמוך מדי, להערכת קופות החולים ומומחים אחרים, ובגלל החשש של אנשי מקצוע מפני פגיעה בחולים ובתנאי ההעסקה של המטפלים.

ב־2012 החליט הקבינט להחיל את "הרפורמה" (שבינתיים עברה שינויים רבים, שהוצעו על ידי אנשי מקצוע וארגונים חברתיים) בצו¹⁴ במקום בחקיקה. קופות החולים הסירו את התנגדותן לשילוב שירותי בריאות הנפש במכלול שירותיהן האחרים. באשר לאנשי מקצוע, אלה עדיין חלוקים ברעתם.

נותרו מספר סוגיות במחלוקת:

1. האם המרפאות המופעלות כיום על-ידי משרד הבריאות ימשיכו לתפקד, אם באמצעות קופות החולים ואם באמצעים אחרים; אנשי בריאות הנפש טוענים שסגירת המרפאות תפגע בפריסת השירותים ובחולים;
2. האם הטיפול הנפשי הניתן במסגרת הרפורמה יינתן רק לחולים עם מחלה מאובחנת או גם לאנשים החווים מצוקה נסיבתית; אנשי בריאות הנפש טוענים שהשירותים חייבים לשרת את כל סוגי החולים;

מבוא

לוח 1 לעיל הראה בבירור כי תקציבי השירותים הניתנים ישירות על-ידי משרד הבריאות גדלים בשיעור נמוך משמעותית מהתקציבים המממנים את השירותים הניתנים על-ידי קופות החולים. התוצאה היא שחיקה ברמתם של שירותים אלה.

דרך המלך למניעת שחיקה זאת היא שילוב השירותים הללו - בריאות הנפש, האשפוז הסיעודי וטיפול שיניים לילדים ולזקנים - בסל הבסיסי של שירותים הניתנים על-ידי קופות החולים

בעת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994), התכוון המחוקק לשלב בעתיד את שירותי בריאות הנפש ואת האשפוז הסיעודי בסל השירותים הניתנים על-ידי קופות החולים. שילובם של שירותים אלה בסל קופות החולים עשוי לתרום לרציפות הטיפול, בין אם מדובר ברציפות גילית ובין אם באי הפרדה בין גוף ונפש האדם. באשר לרפואת שיניים, מדובר בתחום שהיה ממוקם מאז ומתמיד במגזר הפרטי, מה שגרם לכך שבעלי הכנסות נמוכות סובלים מבעיות שיניים וחניכיים.

האשפוז הסיעודי

כל שנה מחליטה הממשלה על תוספת תקציבית שאמורה לסבסד מספר גדול יותר של אשפוזים סיעודיים בבתי חולים סיעודיים, ממשלתיים ופרטיים. הסבסוד נקרא "קוד"; דרך סעיף תקציבי זה מסייע משרד הבריאות לכ-70% מהמשפחות הנאלצות לאשפוז את יקיריהן במוסדות סיעודיים. גובה הסבסוד נקבע על בסיס מבחן אמצעים של החולה, ילדיו ובני הזוג של ילדיו.

מאז 2000 ידע תקציב האשפוז הסיעודי עליות וירידות. הגידול הממוצע בשנים 2000-2012 היה 3.0%. השאלה היא האם גידול זה עונה על הצרכים.

התשובה שלילית. בעיה ידועה היא גובה הסבסוד של משרד הבריאות. משפחות עניות משלמות רק את קצבת הזקנה/השלמת הכנסה של החולה (במקרה של זקנים - שהם הרוב). משפחות שאינן עניות משלמות בין 2,350 ש"ח ל-9,000 ש"ח לחודש כהשתתפות עצמית.¹⁶ ויש משפחות ששילמו אף יותר. רמות תשלומים אלה מאיימות למוטט משפחות רבות.

הטיפול הסיעודי הציבורי כולל לא רק אשפוז, אלא גם טיפול בקהילה - שעות טיפול המשולמות על-ידי המוסד לביטוח לאומי במסגרת חוק סיעוד (1988), כשחלק מהתשלומים מכסים חלק משעות העבודה של מהגרות עבודה מחו"ל.

בשנת 2009, שיעור המוגבלים בקרב בני 65 - אלה הזקוקים לסיוע בבית ואלה המאושפזים בבתי חולים סיעודיים - עמד על כ-23%; 19.5% קיבלו סיוע בבית ו-3.5% היו מאושפזים.¹⁷

לפני שנים הגיש משרד הבריאות תוכנית שמטרתה לשלב את האשפוז הסיעודי בסל השירותים של קופות החולים, אולם משרד האוצר התנגד לה. מר יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות, בשיתוף עם ארגונים חברתיים החותרים אף הם לשילוב, מעוניין לקדם את הנושא. הרפורמה שמוביל סגן השר ליצמן אמורה לעלות 1.2 מיליארד ש"ח ולהיות ממומנת מהעלאת הדרגתית של עד 0.5% במס הבריאות. התוכנית מעוררת התנגדות לא רק במשרד האוצר אלא גם במוסד לביטוח לאומי, הגוף המפקד על הטיפול בחולים סיעודיים בקהילה. גם חברות

הביטוח מתנגדות.¹⁸

הרפורמה של סגן השר ליצמן מאחדת את שירותי האשפוז ומעבירה את עיקר האחריות לטיפול הסיעודי לקופות החולים. היא מעניקה טיפול סיעודי לכל נזקק בתמורה להעלאה מזערית במס הבריאות.

רפואת שיניים

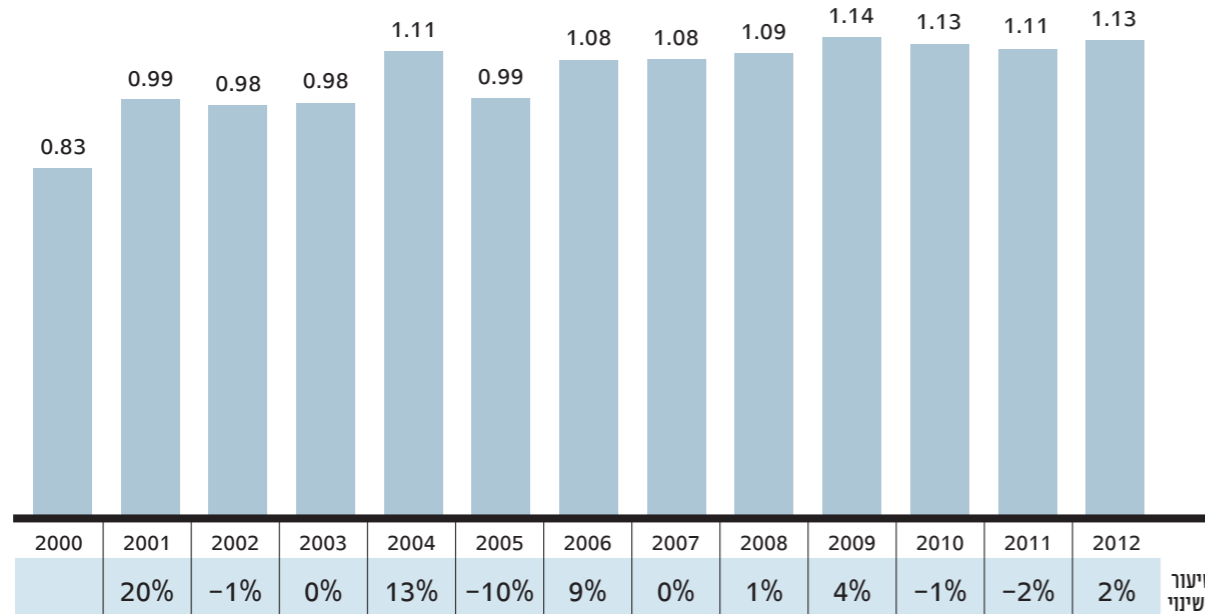
עד לתקציב 2011-2012, רפואת שיניים לא היתה נושא תקציבי, משום שהיא מבוצעת על ידי המגזר הפרטי. ב-2010 החליטו הממשלה והכנסת לממן טיפול שיניים מונע לילדים עד גיל 8 ולממן זאת מהתוספת שניתנה לסל השירותים של קופות החולים עבור שיפורים טכנולוגיים לאותה שנה. בתקציב המדינה לשנים 2011-2012 נמצא לראשונה ביטוי לרפואת שיניים, במסגרת קביעת עלות סל השירותים של קופות החולים. נקבע שבשנת 2011, כחלק מהתוספת הטכנולוגית, יוקצה סכום של 127 מיליון ש"ח לטיפול שיניים לילדים ושככל אחת מהשנים 2012 ו-2013, יוקצה סכום של 80 מיליון ש"ח נוספים. המטרה הייתה להעלות בהדרגה את גיל הילדים הזכאים לטיפול שיניים עד ל-14.¹⁹ ביולי 2011 הורחב השירות לילדים עד גיל 10.

המסע להכללת טיפול שיניים מונע לילדים בסל השירותים של קופות החולים החל בעבודה מאומצת של "הקואליציה לבריאות שיניים ציבורית", המאגדת 9 ארגונים, יחד עם המחלקה לרפואת שיניים קהילתית בפקולטה לרפואת שיניים בבית החולים הדסה. הקואליציה גם ניסחה הצעת חוק חדשה המעניקה טיפול שיניים לקשישים.

ניתן לומר שהפיכת טיפול שיניים מונע לילדים משירות פרטי לשירות ציבורי היא אחת ההתפתחויות החיוביות שהתרחשו במערכת הבריאות הציבורית בשנים האחרונות. יש להניח שהיא תתרום רבות לשיפור מצב השיניים והחניכיים של תושבי ישראל.

תקציב האשפוז הסיעודי: מוסדות ציבוריים ופרטיים, 2000-2012

במיליארדי ש"ח, במחירי 2011



הערות:

אשפוז סיעודי מורכב מסעיפי התקציב הבאים: 1008 לשנים 2000-2010; 1007 לשנים 2000-2005; 071001 לשנים 2011-2012.

הנתונים לשנים 2000-2010 הם נתוני ביצוע נטו. הנתון לשנים 2011-2012 לקוח מתוך הוראות התקציב.

מקורות: עיבוד של מרכז אדוה מתוך משרד האוצר, החשב הכללי, דין וחשבון כספי, שנים שונות; משרד האוצר, הוראות התקציב לשנת הכספים 2012, משרד הבריאות, מרץ 2011.

סיכום

מסמך זה מהווה חלק ממסמך גדול יותר הדרן ביעדי בריאות לשנים הבאות.

היעד העיקרי הוא עצירת הליך ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית. להפרטה ממדים רבים. המימד שעליו שמנו את הדגש במסמך הזה הוא הירידה בהוצאה הציבורית לבריאות והעלייה בהוצאה הפרטית לבריאות, בעיקר תשלומים של משקי בית.

אפשר לקדם את היעד של עצירת הליך ההפרטה במערכת הבריאות הציבורית בשלוש דרכים:

1. דרך אחת היא חקיקת מנגנון ערכון קבוע לעלות הסל.
2. דרך שניה היא העלאת מס בריאות ואיסור מכירת ביטוחי בריאות משלימים (של קופות החולים) וביטוחי בריאות מסחריים (של חברות ביטוח), עבור שירותי בריאות הנחשבים לחיוניים או חשובים בעיני צרכני שירותי הבריאות בישראל.
3. דרך שלישית היא שילוב התחומים של בריאות הנפש, האשפוז הסיעודי ורפואת שיניים לילדים וזקנים בסל הבסיסי של השירותים הניתנים על-ידי קופות החולים.

מקורות

- אריאלי, דניאלה, טוביה חורב וניר קידר, ינואר 2012, חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2011, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- אריאלי, דניאלה, ניר קידר וטוביה חורב, ההוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים בישראל מול מדינת ה-OECD. מצגת, מרץ 2012, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- בנק ישראל, דוברות והסברה כלכלית, מרץ 2012, "מערך השירותים הציבוריים לטיפול הממושך בקשישים בישראל".
- גרוס, רויטל, שולי ברמלי-גרינברג, ברוך רוזן, נורית ניראל ורותי וייצברג, 2009, מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת מבט על צרכני השירותים, מכון ברוקדייל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקרי הוצאות משק הבית, שנים שונות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תוכיר מגף הוצאות, אפריל 2012.
- ועדת המומחים של המאבק החברתי, "בריאות הנפש וצדק חברתי - עקרונות יסוד".
- משרד האוצר, החשב הכללי, דין וחשבון כספי, שנים שונות.
- משרד האוצר, הצעת תקציב המדינה לשנת הכספים 2011-2012 ודברי הסבר משרד הבריאות, אוקטובר 2010.
- משרד הבריאות, לשכת הדובר, מרץ 2012, הודעה לעיתונות: "קצב הגידול בביטוחי בריאות פרטיים בישראל גבוה משמעותית מאשר במדינות ה-OECD".
- משרד הבריאות, יולי 2011, ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לדפורמה.
- לינדר-גניק, רוני, "החצר האחורית של מערכת הבריאות", דה מרקר, מאי 21, 2012.
- לינדר-גניק, רוני, "מנכ"ל משרד הבריאות: 'הכל מתרסק לנגד עינינו'", דה מרקר, 6 ספטמבר, 2012.
- OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators.

הערות

- 1 בחרנו להתחיל בשנת 1997 כי זו השנה שבה בוטל המס המקביל ואשר בה הושלמו שינויים נוספים שנועשו במערכת בעקבות חוק בריאות ממלכתית משנת 1994.
- 2 סבירסקי שלמה ואיתי קונור-אטיאס, תמונת מצב חברתית 2011: 32.
- 3 רוני לינדר-גניק, "החצר האחורית של מערכת הבריאות", דה מרקר, 21.5.2012.
- 4 משרד הבריאות, הודעה לעיתונות, 14.3.2012.
- 5 לינדר-גניק, רוני, דה מרקר, 6 ספטמבר, 2012.
- 6 סבירסקי שלמה ואיתי קונור-אטיאס, תמונת מצב חברתית 2011: 33.
- 7 OECD, Health at a Glance 2011: 157.
- 8 הלמ"ס, סקר הוצאות משק הבית לשנים 1997 ו-2010.
- 9 OECD, Health at a Glance 2011: 135.
- 10 לינדר-גניק, רוני, דה מרקר, 6 ספטמבר, 2012.
- 11 שם.
- 12 עיבוד של מרכז אדוה לנתונים שהתקבלו מגף הוצאות בלמ"ס.
- 13 מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו ניסיונות שונים לשלב את שירותי בריאות הנפש במערך השירותים של קופות החולים, בהתאם לכוונה המקורית של המחוקקים.
- 14 הצו אמור להכנס לתוקף ב-2015. עד אז אמורות קופות החולים להעריך לקבלת האחריות המלאה להספקת השירותים האלה.
- 15 לפי נייר עמדה של צוות המומחים של המחאה החברתית של 2011.
- 16 רוני לינדר-גניק, דה מרקר, 21.5.2012.
- 17 משרד הבריאות, ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לדפורמה, יולי 2011: 45.
- 18 לינדר-גניק, שם.
- 19 משרד האוצר, 2010: 74.

