

פורום בריאות דרום



המטה
הציבורי
לשוויון
בבריאות



לקראת בחירות 2015 בוחרים צדק חברתי בבריאות

רשת הביטחון החברתית שאמורה לשמור על בריאותנו הולכת ונמתחת, הולכת ונקרעת. נטל הבריאות על הכיס הפרטי עולה; המערכת הציבורית נתונה בעומס יתר; הרפואה הפרטית מפוררת את הרפואה הציבורית; המעמד הבינוני בורח מהמערכת הציבורית, בעוד המעמד הנמוך וקבוצות חברתיות חלשות מתקשים לממש את זכותם השווה לבריאות. כל אלה תורמים להעמקת הפערים בבריאות ולאובדן אמונו של הציבור במערכת שלה הוא משלם ממיטב כספו. אם לא נפעל במהירות ובנחרצות, ייפרמו החוטים הדקים המקנים מובן למונח "ערבות הדדית", המערכת הציבורית תתפרק, וכל קבוצה ויחיד יופקרו לגורלם.

בכנסת ובממשלה היוצאות היו כמה יוזמות חקיקה ומדיניות שחשפו את הסוגיות המרכזיות המחלישות את מערכת הבריאות הציבורית, וניסו להציע דרכים שתכליתן להחזירה לדרך המלך: [ועדת אלאולוף "למלחמה בעוני"](#), [ועדת גרמן "לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית"](#), [ועדת אפק "לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום"](#), ולבסוף, [ועדת גרוטו לבחינת שירותי הרפואה בצפון \(עדיין פועלת\)](#). מרבית ההמלצות היו חיוביות, אם כי ברובן חסרות יכולת לחולל שינוי מבני. למרות מתינותן, מרבית ההמלצות לא מומשו בשל פירוק הממשלה והתפזרות הכנסת.

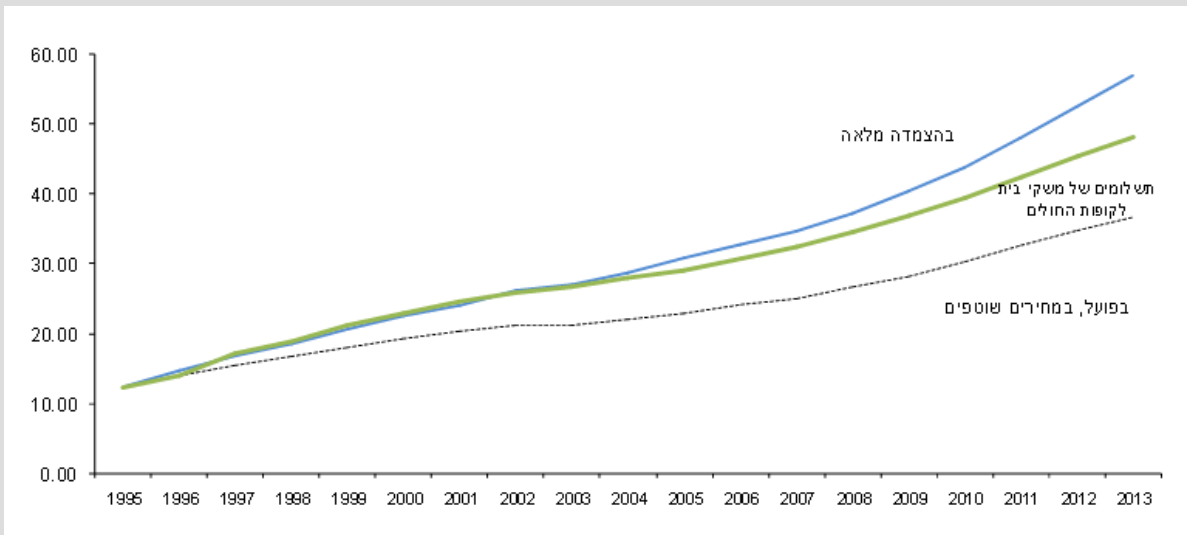
בנייר זה נפרט יוזמות חקיקה שונות וצעדי מדיניות שניתן לקדם כבר בכנסת ובממשלה הבאות. חלק מהיוזמות נכללו [במתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית](#) שהגישו כמה מהארגונים החתומים על נייר זה לוועדת גרמן, אחרות עלו כהצעות חוק או כהמלצות לשינוי מדיניות בממשלה, באקדמיה או בחברה האזרחית.

הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל | המטה הציבורי לשוויון בבריאות
פורום בריאות דרום | אגודת הגליל | רופאים לזכויות אדם | האגודה לזכויות האזרח
מרכז אדוה | שתי"ל

תקציב הבריאות

עלות סל שירותי הבריאות (שהקופות מקבלות לצורך אספקת שירותים כולל אשפוז) הולכת ונשחקת עם השנים. קופות החולים ובתי החולים הציבוריים חיים מגירעון לגירעון. חלק מהגירעונות מכוסה בסופו של דבר על ידי המדינה, אחרי תחנונים והשתדלויות; חלקו מגולגל בפועל על גב האזרחים ועל כיסם. חלקה של ההוצאה הציבורית בהוצאה הלאומית לבריאות ממשיך לרדת, בעוד חלקה של ההוצאה הפרטית עולה ומגיע (לפי הלמ"ס) ל-40%. בהצמדה מלאה, היה התקציב צריך להיות פי 1.5 מזה הניתן כיום (להרחבה ראו [פרסום של מרכז אדוה](#)). בישראל שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג קטן יחסית למדינות ה-OECD (7.5% לעומת 9.3% – חציון ב-OECD).

עלות סל השירותים של קופות החולים, 1995-2013, הרצוי והמצוי (במיליארדי ש"ח)



מקור: מרכז אדוה, [תמונת מצב חברתית 2014](#), ינואר 2015, בעמ' 59

מה אפשר לעשות?

יש להעלות את ההוצאה הלאומית לבריאות, הקטנה יחסית ל-OECD, באמצעות הגדלת ההוצאה הציבורית ולא זו הפרטית. לשם כך אפשר להעלות את מס הבריאות (הנמוך יחסית למערב) ו/או לבטל תקרת תשלום למס ו/או להחזיר את "המס המקביל" – מס בריאות המוטל על מעסיקים. יש להציב יעד לאיזון הרצוי בין הוצאה ציבורית לפרטית.

במקום יחס של 40-60 שאליו התדרדרנו, יש לשאוף לאיזון המערב-אירופי שהיה גם בארץ בעת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – כ-75% הוצאה ציבורית וכ-25% הוצאה פרטית. הצעדים הבאים יכולים להצטרף ולהביא לתוצאה זו.

1. **תיקון מדד יוקר הבריאות:** זהו רכיב מרכזי שגורם לשחיקת התקציב המועבר לקופות החולים. **יש לתקן את המדד, ולהכניס לתוכו את מחיר יום האשפוז כמרכיב משמעותי.** העניין הובא לפני בית המשפט העליון וזה פסק לזכות קופות החולים כי יש לתקן את המדד, אך משרד האוצר הצליח לרוקן את פסק הדין מתוכנו. יש ליזום הצעת חוק שתתקן את המדד. ראו לדוגמא [הצעת חוק](#) שהועלתה בעבר.

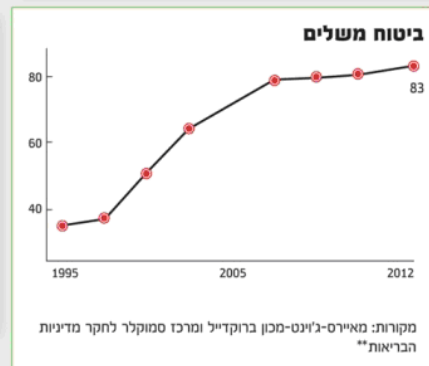
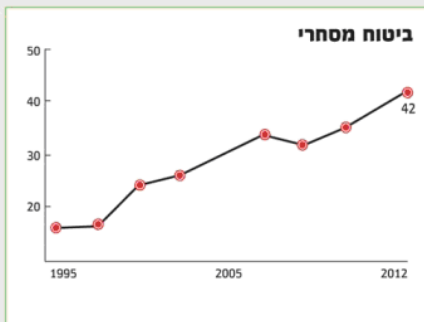
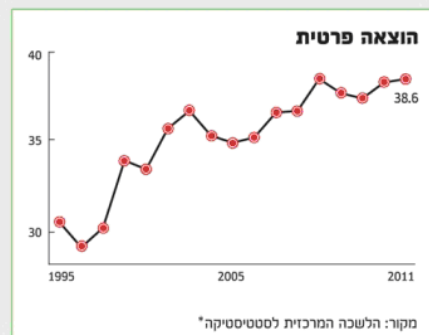
2. **החזרת המס המקביל:** מס זה, שהוטל על המעסיקים, היה מקור תקציבי ייעודי רק למערכת הבריאות, אך בוטל בשנת 1997. לפי חישוב של אנשי משרד הבריאות, אילו היה המס נותר על כנו אפשר היה לכסות את כל עלות הסל עד שנת 2000, ואף להגיע בימינו לתוספת של 2 מיליארד ש"ח. [הצעת חוק לרפורמה במערכת הבריאות הציבורית](#) שנוסחה בכנסת הקודמת מציעה להחזיר את המס המקביל, ולהעמידו על רף של 2%, בדומה לרף ששימש את אנשי משרד הבריאות בחישוב שלעיל.

3. **מקדם טכנולוגי 2%:** ארגוני החולים וארגונים המקדמים את הזכות לבריאות תמימי דעים כי **יש לקבוע בחוק מנגנון אוטומטי לפיו תרופות וטכנולוגיות חדשות יתוקצבו בכל שנה ב-2% מעלות סל השירותים.** בכנסת ה-18 עברה הצעת חוק שזה תוכנה בקריאה ראשונה ברוב גדול של חברי הבית מכל הסיעות. בכנסת האחרונה הפילה הממשלה את ההצעה באמצעות שימוש בהליך הרציפות – הליך לפיו יש להצביע מחדש על הצעת חוק שעברה קריאה ראשונה בכנסת הקודמת. ההצעה חזרה והועלתה גם [בכנסת ה-19](#). הרחבת הסל מייטרת את ההצעה לפיה יש להחזיר תרופות המכונות "מצילות ומאריכות חיים" לביטוח המשלים (ראו בהמשך תכנית ביחס לביטוח המשלים).

4. **עדכון דמוגרפי:** בעקבות ועדת גרמן, הותקנה בהצעת התקציב 2015 תוספת עבור הגידול באוכלוסייה, אך זו עדיין לא מדביקה את החוסרים מהשנים הקודמות. **יש לקבוע בחוק נוסחה פשוטה שלפיה בכל שנה, הגידול בתקציב הבריאות לשנה שאחריה ישקף את הגידול באוכלוסייה בפועל ואת הזדקנותה כפי שהתרחש בשנה הקודמת.** לנוסח הצעת חוק שהועלתה בעבר ראו [לדוגמא כאן](#).

רפואה פרטית הפוגעת ברפואה הציבורית

התרשימים שלהלן מתארים את עומק הפרטת הבריאות לאורך 15 שנה לפי שלושה פרמטרים: שיעור מימון פרטי של שירותי בריאות (מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות, באחוזים); הגידול בהחזקת ביטוח משלים (שיעור המחזיקים בביטוח משלים מסך כל מבטחי הקופות, באחוזים); והגידול בהחזקת ביטוח מסחרי (שיעור המחזיקים בביטוח פרטי מסך כל מבטחי הקופות, באחוזים).



מקורות: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2011](#), נובמבר 2012; רויטל גרוס ושולי ברמלי-גרינברג, [דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2001, והשוואה לשנים קודמות: דוח מחקר](#), מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, אוקטובר 2003; שולי ברמלי-גרינברג, רויטל גרוס ואייל עקיבא, [דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות: דוח מחקר](#), מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאי 2011; שולי ברמלי-גרינברג ותמר מדינה-הרטום, [תמצית ממצאי הסקר התשיעי העוקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות](#), מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, יוני 2013.

מה אפשר לעשות?

1. הטמעת הביטוח המשלים בביטוח הציבורי או הטמעה חלקית באמצעות הכנסת סעיפי בחירת רופא: ראוי לבצע שינוי כיוון מלא, לפיו הפרמיה שרובנו משלמים לביטוח המשלים תהפוך למס פרוגרסיבי והכסף יופנה להרחבת סל הבריאות, כולל תרופות נוספות ובחירת רופא. בכך גם תתייתר ההצעה לפיה יש להתיר לקופות לשווק תרופות המכונות "מצילות ומאריכות חיים" בביטוח המשלים. [מתווה](#) ברוח זו, שהציעו כמה מהארגונים החתומים על נייר זה, הפך לחלק [מהצעת חוק לרפורמה במערכת הבריאות הציבורית](#). כצעד ביניים אפשר לשקול הטמעה חלקית, לפיה רק סעיפי הבחירה (בחירת רופא וחוות דעת שנייה) ייכנסו לסל הציבורי יחד עם הנפח התקציבי שלהם (כ-1.6 מיליארד ש"ח, בערך חצי מנפח המשלים), תוך הפיכת מחצית הפרמיה למס ציבורי.
2. "יום-מלא" ("פול טיימר") במערכת הבריאות הציבורית: ועדת גרמן התנגדה להרחבת השר"פ (שירות בריאות פרטי בבית חולים ציבורי) והמליצה לעבור למתכונת שבה הרופא בבית החולים לא יוכל לעבוד במוסד ציבורי ופרטי בו זמנית אלא יצטרך להכריע ביניהם (מודל ה"פול טיימר"). המלצה זו לא תורגמה לשינוי מדיניות נכון לעכשיו, ואינה כוללת את הרפואה בקהילה. יש לשלב את מודל ה"פול טיימר" ברפורמה מקיפה, הכוללת גם את הרפואה בקהילה, וכן כוללת תכנית בחירה ברופא בבתי החולים הציבוריים כשירות ציבורי שוויוני. כמה מהארגונים החתומים על נייר זה הגישו לוועדת גרמן [מתווה לרפורמה כזו](#), ומתכונת דומה הוצעה [בהצעת חוק לרפורמה במערכת הבריאות הציבורית](#).
3. איסור על החזקה של קופת חולים במיזם פרטי-מסחרי שנועד לטיפול רפואי: כיום קופות החולים הציבוריות מחזיקות בבתי חולים פרטיים, בחברות ביטוח (משלים) ובחברות מסחריות לשירותים רפואיים כמו טיפולי שיניים. זהו לב הבעיה המבנית במערכת הבריאות, וכאן צריך לעבור הגבול בין הפרטי לציבורי. יש לאסור על הקופות להחזיק במיזמים כאלה, כפי שהוצע ב[מתווה הארגונים](#) ובהצעת חוק ברוח זו.
4. הטלת מגבלה בצורת תקרה על הכנסות בתי חולים פרטיים: יוזמה זו החלה במשרד האוצר לקראת חוק התקציב האחרון, עברה את ועדת גרמן והפכה לחלק מהצעת חוק התקציב 2015, אשר לא נחקק בשל פיזור הכנסת. יש לתמוך ביוזמה [מתונה זו](#), שכל תכליתה להאט את הגידול בבתי החולים הפרטיים.
5. תיירות מרפא: ועדת גרמן התמודדה עם סוגיה זו, אך במקום להציע שינוי כיוון הציעה רק תיקון מינורי. בעקבות הוועדה הוכנסה להצעת חוק התקציב 2015 יוזמה לפיה יוטל מס על תיירות המרפא, והכסף יישמר לטובת קיצור תורים. זו אינה יוזמה

חיובית אלא דרך מתוחכמת להכשיר את תיירות המרפא. אנו מציעים במסגרת **הצעת חוק לרפורמה כוללת** לבטל את תיירות המרפא בכל בתי החולים **הציבוריים**.

6. **ביטול ההיתר שניתן להפעלת שר"פ באשדוד:** ועדת גרמן המליצה לבחון מחדש את ההיתר להפעלת שר"פ באשדוד, לאור ההמלצה על מודל "יום-מלא" ("פול-טיימר"). איסור על הרחבת השר"פ ועל הפעלתו בכל בית חולים ציבורי נכלל **בהצעת חוק לרפורמה כוללת**. יש לתמוך בכל יוזמה שתכליתה **ביטול ההיתר להפעלת שר"פ בבית החולים החדש באשדוד**.

7. **תכנית קיצור תורים בבתי חולים ציבוריים:** זהו עוד רעיון מחויב המציאות שיצא מוועדת גרמן ונכלל בהצעת חוק התקציב 2015, אם כי התכנית הוצגה כאילו היא תלויה בגיוס כסף ממס על תיירות מרפא. **קיצור תורים, תוך בניית מערכת המספקת שקיפות ומידע לציבור, היא יוזמה הכרחית, עם או בלי מיסוי תיירות מרפא. אם התכנית לא תעבור בחוק התקציב, יש להעבירה באמצעים חקיקתיים אחרים.**

8. **תכנית עידוד הכשרה לאחיות:** שיעור האחיות בישראל נמצא בשפל ביחס לכל סטנדרט מערבי. הדבר פוגע באיכות השירות במערכת הציבורית ובתדמית שלה בעיני הציבור. יוזמה לתוכנית שתעודד הכשרה של אחיות נכללה **בדוח ועדת אפק** שעסק בשירותי הבריאות בדרום, **וייתכן שיש לעגנה באמצעות חקיקה ולא להגבילה לאיזור גיאוגרפי מסוים.**

רובו של הנטל בתחום הבריאות נובע משירותי בריאות שתושבי ישראל תופסים כחינוניים, ובצדק: טיפולי שיניים, טיפול סיעודי בבית ואשפוז סיעודי לזקנים, בחירת רופא וחוות דעת שניה. עבור המעמד הבינוני נטל זה מצטרף לנטל המכביד של

איחוי רשת הביטחון הסוציאלית בתחום הבריאות

יוקר המחיה. עבור המעמד הנמוך חלק מהשירותים האלה נמצאים מחוץ להישג יד: זקנים וחולים כרוניים נמנעים מקניית תרופות חיוניות בשל השתתפות עצמית; עניים נמנעים מטיפול שיניים – דבר המוביל לכאבים ואף לסיבוכים גופניים נוספים; העניים שאינם יכולים לממן עובדת סיעודית, גם לא באמצעות גיוס המשפחה כולה, נדחפים בעל כורחם לאשפוז.

מה אפשר לעשות?

1. **ביטוח סיעודי ציבורי לכל זקן וזקנה:** יש להבטיח לכל זקן וזקנה טיפול סיעודי בבית ובקהילה, ללא תלות בחברות ביטוח פרטיות. כמו כן יש להבטיח שכל זקן וזקנה יהיו זכאים לאשפוז סיעודי בזכות המסים ששילמו כל חייהם, מבלי שיצטרכו לערב בתשלום את ילדיהם, כפי שקורה היום. בכנסת ה-19 הציע משרד הבריאות [רפורמה מקיפה](#) שתכליתה ביטוח סיעודי ציבורי, שמצריכה העלאה של כחצי אחוז במס הבריאות. מאמצי המשרד נתקלו בהתנגדות ובסרבנות מתוך הממשלה, ממשרד הרווחה ועד משרד האוצר. בתקופת הממשלה האחרונה הוקפאה עבודת התכנון של הרפורמה. **יש לחזור לשולחן התכנון ולגבש צוות בין-משרדי שיכלול את כל המשרדים והרשויות הרלבנטיים, ושיתכנן רפורמה חדשה שתכוון לאותה תכלית.**

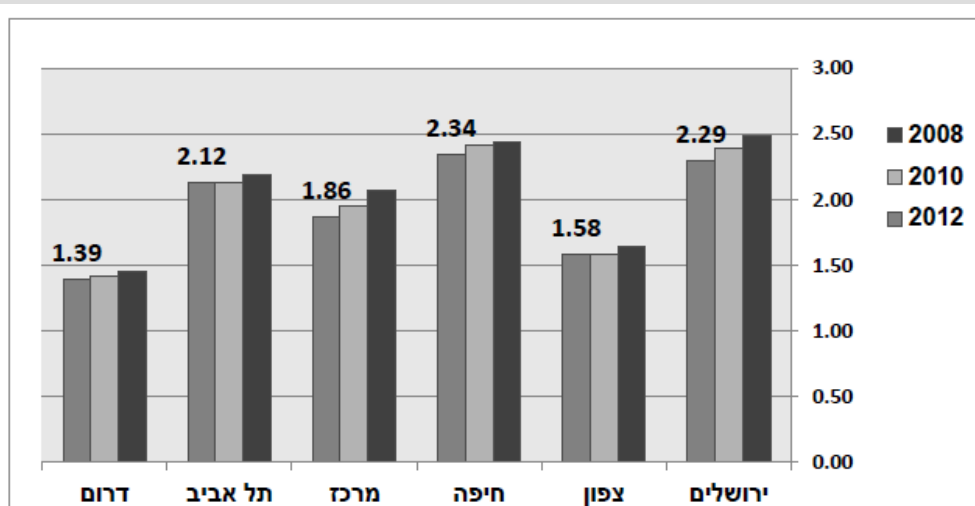
2. **שירות שיניים ציבורי עד גיל 18 ומגיל 65:** רבים מתגאים בשירות השיניים הציבורי לילדים, אך הממשלה הנוכחית נמנעה מהרחבתו המובטחת לגילאים 14-12. החזון צריך להיות שירות שיניים ציבורי לכל הציבור בדומה לזה הקיים בחלק ממדינות המערב. **בינתיים יש להמשיך בתהליך ולהרחיב את השירות עד גיל 18 באמצעות צווים ממשלתיים. במקביל, יש לחזור לעבודת המטה שהחלה ולתכנן את הרחבת השירות לזקנים, כך שיכלול שיקום מינימלי.** בכנסת הקודמת הועלתה [הצעת חוק](#) שזו תכליתה.

3. **ביטול תשלומי ההשתתפות העצמית על שירותים שבסל הציבורי:** תשלומי ההשתתפות הם אבסורד שממשיך להתגלגל ללא הסבר מניח את הדעת, שכן תושבי ישראל כבר שילמו עבור שירותים אלה באמצעות מסיהם. ההשתתפות איננה אלא עוד דרך לגייס כסף מהציבור. התשלומים מעמיקים את הפערים וגורמים לחולים החלשים ביותר – עניים, קשישים וחולים כרוניים – להימנע דווקא מהשירותים החיוניים ביותר. **יש לבטל את כל תשלומי ההשתתפות על כל השירותים שבסל הציבורי. ניתן לבצע זאת באופן הדרגתי, אך יש להימנע מפטורים סלקטיביים המיועדים רק ל"עניים", בדומה למה שהציעה בלית ברירה [ועדת אלאוף](#), שכן אלה גורמים לתיגו העניים ומפספסים את מי שאינם עומדים בקריטריונים הנוקשים. כצעד ראשון, יש לבטל את כל התשלומים המוטלים על כל הזקנים ועל כל החולים הכרוניים. לאחר מכן יש לבטל את התשלומים על רפואה מניעתית (מלבד שירות טיפת חלב שהאגרה עבורו כבר בוטלה). בצעד הבא יש לבטל את התשלומים עבור תרופות המרשם. [הצעות חוק](#) ברוח זו הונחו בעבר על שולחן הכנסת.**

פערי הבריאות ממשיכים להעמיק בין המרכז לפריפריה – הן זו הגיאוגרפית (נגב וגליל) והן זו החברתית (בין עשירים לעניים). הפער בתוחלת החיים בין יישוב עני לעשיר מגיע לשמונה שנים, והפער בשיעור הרופאים ומיטות האשפוז בין הפריפריה למרכז מגיע לפי שניים.

סגירת פערי הבריאות בין המרכז לפריפריה

שיעור מיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפש, לפי אוכלוסייה מתוקנת לגיל, לפי מחוזות



מקור: [אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו](#), משרד הבריאות, 2014

מה אפשר לעשות?

1. החלטת ממשלה הקובעת יעדים כמותיים בלוח זמנים לצמצום פערי בריאות בין מרכז לפריפריה גיאוגרפית וחברתית: גופים פרלמנטריים כמו ועדת העבודה, הרווחה והבריאות ושדולת הבריאות הביעו תמיכה ברעיון זה. [נסח החלטה](#) כבר נכתב על ידי כמה מהארגונים החתומים על נייר זה. מטרת היוזמה לחולל שינוי מלמעלה למטה, מראש הממשלה ועד אחרון הרופאים ותחנת טיפת חלב. כך למשל, אפשר לקבוע יעד לפיו בתוך חמש שנים יצמצם הפער בתחלואת סוכרת

בין שכבות האוכלוסייה השונות ב-50%. לא מדובר בפעולה בחלל ריק, שכן קופות החולים כבר התנסו בפרוייקטים מצומצמים יחסית של צמצום פערי תחלואה.

2. **מבחני ביצוע לקפיטציה ושינוי נוסחה לחיזוק המשתנה החברתי-כלכלי:** קפיטציה (חלוקת הכספים לקופות החולים לפי מספר נפשות וגילן) ניתנת כיום עם תוספת עבור כל מבוטח תושב הפריפריה. בימים אלה דנה ועדה ממשלתית בתיקון הנוסחה. אנו סבורים כי אין היגיון בנוסחה שבה הקופות מקבלות תוספות על תושבי עומר, למשל, שהוא אחד היישובים העשירים בארץ הממוקם בנגב, אך לא על תושבי לוד, יישוב עני יחסית הממוקם במרכז. **יש להכניס משתנה שיתחשב בשוליות החברתית-כלכלית של היישוב – כלומר בריחוק החברתי ולא רק בריחוק הפיזי ממרכז הארץ. כמו כן, יש לעמוד על כלל הברזל שלפיו כסף ציבורי שמועבר לנותן שירותים חייב לכלול מבחן ביצוע וסנקציה.** אחרת, הניסיון מלמד שהוא משמש לסגירת גירעונות או זורם בחזרה למרכז העשיר. ראו [נייר עמדה](#) של הארגונים בנושא. **אם הוועדה הממשלתית לא תוציא המלצה כזאת, יש לנקוט יוזמת חקיקה שזו תכליתה.**

3. **סטנדרטים לאספקת שירותי בריאות שיויונים ברחבי הארץ:** סוגיה זו הוזנחה במשך שנים ארוכות, בעוד הפערים החברתיים-כלכליים בישראל מעמיקים, ואיתם מעמיקים הפערים בזמינות שירותי הבריאות ובאיכותם בין המרכז לפריפריה, למשל בתחום רפואת המומחים. ועדת גרמן התמודדה באומץ עם הסוגיה והמליצה על הקמת צוות שיציע בתוך 120 יום סטנדרטים לאספקת שירותי בריאות שוויונית. **יש ליישם המלצה זו – אם באמצעות תקנה ממשלתית ואם באמצעות חקיקה ראשית.** יש לשים דגש בניסוח הסטנדרט על איכות כח האדם, כדי לשנות את המצב שבו רופאים שאינם מומחים מתפקדים ככאלה בפריפריה.

4. **הקמת בית חולים והוספת מיטות אשפוז בדרום:** זוהי המלצה הכרחית של ועדת אפק. **יש לתמוך בה, גם אם תיתקל בהתנגדות ממשרד האוצר. אפשר לעשות זאת באמצעים פרלמנטריים וציבוריים.** הוספת מיטות אשפוז נדרשת בכל הארץ, במיוחד בצפון ובדרום, ובמיוחד בקטגוריות כמו טיפול נמרץ ושיקום.

5. **התחייבות להוספת מיטות אשפוז:** שיעור מיטות האשפוז נמצא בירידה. יש להתמקד בשימור סף המינימום של 2 מיטות לאלף נפש **בכל הארץ.** לשם כך, **יש לקבוע יעד של הוספת 3,000 מיטות אשפוז (ולא רק 1,000 כפי שהבטיחה הממשלה) עד 2017, כאשר מרבית ההשקעה תופנה לפריפריה.** יעד זה הולם את התכנית הממשלתית לבריאות 2020.

6. **הקמת מרכזי מיון קדמיים** (בדומה למרכז "טרם" ומרכזי רפואת לילה) (מרפאה תורנית): זוהי אחת מהסוגיות המעסיקות יישובים ותושבים רבים בפריפריה. ועדת

אפק הציעה למסד את המאמצים שמשרד הבריאות כבר עושה מזה זמן ולקבוע סטנדרט למרכזי מיון קדמיים, במקום שהקמתם תהיה תלויה בנדבנים. זוהי יוזמה ראויה לשבח, אך יש להרחיבה לכל הארץ, במיוחד הדרום והצפון, ולפתור את בעיית התיקצוב הציבורי שלה.

7. **צמצום הסטת חולים משיקולים כלכליים והגדלת הבחירה:** כיום נוהגות קופות החולים, בעיקר בזמן משא ומתן עם בתי החולים על התעריפים שתשלמנה, להימנע מהפניית חולים לאותם בתי חולים כדי להפעיל עליהם לחץ. התוצאה היא שהקופות שולחות חולים, במיוחד בפריפריה, הרחק מביתם רק מסיבות כלכליות של הקופה (ראו [דיווח על הסטת חולים בצפון](#) ותכתובת בנושא). נוהל פסול וציני זה יש להפסיק לאלתר. ועדת גרמן הציעה להרחיב את הבחירה כך שכל חולה יוכל לבחור בחופשיות מבין שלושה בתי חולים, שאחד מהם קרוב לביתו. יש להפוך המלצה זו ליוזמה בכל דרך אפשרית.

8. **תכנית לשיקום בפריפריה:** לפי נתוני המועצה הלאומית לשיקום, קיימים פערים ניכרים בשיעור המיטות לשיקום בין המרכז לפריפריה. בגליל אין בכלל שיקום יום, אלא רק באיזור חיפה. יש התפתחות חיובית בתחום מיטות האשפוז לשיקום בדרום אך לא בצפון, ותחום הקהילה בכל הפריפריה עדיין לוקה בחסר. אדם שמשתחרר מאשפוז מתקשה לקבל שירותי שיקום ראויים בבית או בקהילה, והדבר עלול להסתיים בנזק תמידי לבריאותו. יש לאמץ תכניות שפיתחו פורומים אזרחיים-מקצועיים שנועדו לשפר את השירות הלקוי שמקבלים חולים בצפון ובדרום. התכניות כוללות בעיקר סטנדרטים לפרישת שירותי שיקום בקהילה, כולל הקמת מרכזים רב-מקצועיים בקהילה וקביעת פרוטוקול טיפול איכותי שיש ליישם בכל הארץ באופן שוויוני.

9. **בלימת הגידול בסרטן השד בחברה הערבית:** העלייה בתחלואת סרטן השד בקרב נשים ערביות גבוהה עשרות מונים מהעלייה בקרב נשים יהודיות. שיעורי התמותה בקרב החולות הערביות גבוהים יותר, ושיעורי ההישרדות לחמש שנים נמוכים יותר. ידוע כי נשים ערביות משתמשות באופן מוגבל בשירותי אבחון מוקדם. יש לרכז מאמץ בתחום זה. יש לשקול הורדת גיל הזכאות לממוגרפיה.

10. **שיפור שירותי בריאות האישה:** יש לעודד הקמת מרכזים אינטגרטיביים לבריאות האישה בגליל, הכוללים אבחון ומניעה.

11. **ייצוג ערבים וקבוצות מקופחות אחרות במוקדי קבלת החלטות בבריאות:** כיום יש חוסר ואף היעדר ייצוג של ערבים במוקדי קבלת החלטות במשרד הבריאות ברמת המטה. הדבר מנוגד לדרישות חוק שירות המדינה והוראות הפסיקה, שאף קבעה חובה להעדפה מתקנת.

12. **הקמת יחידות בריאות הציבור ברשויות מקומיות:** רשות מקומית היא הנציגה הישירה ביותר ורשות השלטון הקרובה ביותר לתושבים. למרות זאת, הרשויות כמעט שאינן מעורבות בתחום הבריאות, במיוחד ביישובים חלשים ופריפריאליים. **יש לפתח מודל חדש** שעל פיו יוקמו יחידות בריאות הציבור, שתעסוקנה בפיקוח על הבריאות, בקשר עם מוסדות בריאות, באיסוף מידע ובחינוך.