



האגודה לזכויות האזרח בישראל
جمعية حقوق المواطن في اسرائيل



פורום בריאות דרום
منتدى الصحة في الجنوب



בחירות 2019 – מקדמים צדק ושוויון במערכת הבריאות

מערכת הבריאות בישראל נמצאת בנקודת הכרעה. ייבוש תקציבי מתמשך של מערכת הבריאות הציבורית הביא אותה לפי תהום. זמני המתנה ארוכים עד כדי בלתי אפשריים לרופאים מומחים ולניתוחים, כוח אדם רפואי עמוס ושחוק, הוספת מיטות לא מתוקננות שממלאות את המסדרונות ללא כוח אדם מתאים וכבוד בסיסי למטופלים. התלות ברפואה הפרטית, שהפכה בפועל למסלול המהיר לקבלת טיפול רפואי, רק הולכת ומתחזקת, ומפוררת עוד ועוד פיסות מאמון הציבור ברפואה הציבורית. עקרונות הצדק, השוויון והעזרה ההדדית – שעליהם מתבסס חוק ביטוח בריאות ממלכתי – הולכים ונשחקים עד דק, ופערי הבריאות בין המרכז לפרiferיה, בין מעמדות כלכליים ובין קבוצות באוכלוסייה רק הולכים וגדלים.

ניסיונות של הכנסת הנוכחית להגביל את הרפואה הפרטית הצליחו רק במעט לבלום את בריחת הכספים מהמערכת הציבורית, אך ללא השקעה תקציבית מסיבית מערכת הבריאות הציבורית לא תצליח אפילו לשמר את המצב הקיים, ובוודאי שלא להתמודד עם האתגרים הרבים שבדרך – ובראשם הזדקנות האוכלוסייה והתקדמות הרפואה. בכירים במערכת הבריאות זועקים את זעקת המערכת ואת החשש מקריסתה ללא הגדלת

אגודת הגליל | מרכז אדוה | רופאים לזכויות אדם | מועצת הנגב | מז"ח | טנא בריאות
האגודה לזכויות האזרח | שטייל | פורום בריאות דרום | קואליציית ארגוני הבריאות בנגב
הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל

התקציב הנדרשת. תושבי ישראל, שחוששים מן הרגע שבו יזדקקו לטיפול, רוצים לראות את מערכת הבריאות הציבורית חזקה ואיתנה.

תחושת הנתק בין רצון הציבור וצורכי המערכת לבין אוזלת ידם של הממשלה ושל המחוקקים הולכת ומתחזקת, אך לא עוד. הממשלה והכנסת הבאות לא יוכלו עוד להתעלם ממצבה של מערכת הבריאות; לכאן או לכאן, להבראה או לחולי – האחריות היא עליהן. מסמך זה מפרט את הפעולות ואת צעדי המדיניות שלדעת הארגונים החתומים מטה יש לבצע ולקדם לטובת מערכת הבריאות הציבורית ולטובת כלל הציבור.

תקציב הבריאות

סל שירותי הבריאות – בסיס התקציב של קופות החולים למימון שירותים ואשפוז בבתי חולים – סובל מתקצוב חסר מזה כשני עשורים. מציאות זו של מחסור תקציבי פוגעת ביכולת של הקופות לשמר את רמת השירותים, שלא לדבר על לשפרם. שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל נכון ל-2017 עמדה על 7.3% מהתמ"ג, כאשר ממוצע מדינות ה-OECD עמד באותה עת על שיעור של כ-8.9%. יתרה מכך, במשך כמעט שני עשורים, בין השנים 2000-2017, אחוז ההוצאה הלאומית השוטפת לבריאות להתמ"ג בישראל נשאר כמעט ללא שינוי (עלייה של 0.4% בלבד) לעומת הממוצע במדינות ה-OECD אשר עלה ב-1.7%. את החלל כאמור תפסה הרפואה הפרטית עם זינוק בהוצאה הפרטית על בריאות עם נהירת הציבור לביטוחים המשלימים ולביטוחים הפרטיים.

מה אפשר לעשות?

הגדלת תקציב הבריאות: יש להעלות את ההוצאה הלאומית לבריאות באמצעות הגדלת ההוצאה הציבורית. אין מנוס מהגדלה תקציבית מסיבית, שתאפשר למערכת הבריאות להתמודד עם החוסרים הקיימים כיום בכוח אדם, במיטות ועוד, עם הזדקנות האוכלוסייה ועם העלייה במחירי התרופות והטכנולוגיות.

1. **חיזוק רפואת הקהילה ובניית מודל של אשפוז בקהילה:** אחת הדרכים להתמודדות עם מצוקת האשפוז היא חיזוק ובנייה של מערך תומך בקהילה. מערך כזה יפחית את התלות בבתי החולים, ימנע אשפוזים מיותרים, יפחית את החשיפה לזיהומים בבתי החולים ויקל על המטופלים, שיישארו בסביבתם הביתית. לצורך כך יש לחזק משמעותית את רפואת הקהילה ואת מערך ביקורי

הבית כך שרופאי המשפחה יהיו גורם משמעותי בליווי המטופל, לצד רופאים שישמשו כקייס-מנג'רים לחולים כרוניים וקשישים. כמו כן יש לבנות ולקדם מערך של אשפוז בקהילה, שיספק תמיכה מקצועית בבית המטופל וסיוע למשפחות, עבור מטופלים שאינם זקוקים בהכרח לאשפוז בבית חולים או עבור מאושפזים שיכולים להמשיך את טיפולם באשפוז ביתי. יש להרחיב את היקף ומגוון השירותים בקהילה גם בתחום בריאות הנפש, כולל טיפולי בית ואשפוזי בית וחלופות אשפוז אחרות.

2. **הוספת מיטות אשפוז:** במקביל לצורך בחיזוק הרפואה בקהילה יש להתמודד עם הבעיות הקיימות כיום במערכת הבריאות הציבורית, בדגש על הירידה בזמינות השירותים ועלייה הולכת וגוברת בזמני ההמתנה, במיוחד לרפואה היועצת ולניתוחים.

שיעור מיטות האשפוז, הבסיס של מערכת האשפוז בישראל, עומד על 3 מיטות ל-1,000 נפש. נתון זה נמוך בהרבה ממוצע שאר מדינות ה-OECD, העומד על 4.7. שיעור התפוסה של המיטות הקיימות בישראל עומד על 93.8%, מהגבוהים ביותר ב-OECD. בתקופות לא מעטות בשנה של עומס תחלואה, שיעורי התפוסה במחלקות השונות ובמיונים יכולים להגיע אף ל-150% ויותר. מטופלות ומטופלים מאושפזים במקומות שכלל לא נועדו לטיפול, כגון מסדרונות המחלקות וחדרי האוכל, כשהם משוללים כל פרטיות וכבודם נפגע.

לצורך סגירת הפער הקיים, עמידה בקצב גידול האוכלוסייה, התחלואה הגוברת והזדקנות האוכלוסייה, יש להגדיל את מספר מיטות האשפוז פי שניים ממספר המיטות השנתי שמייעד משרד הבריאות – 600 במקום 300 בשנה.

3. **הוספת כוח אדם רפואי:** בישראל קיים מחסור חמור בכוח אדם סיעודי. מספר האחיות עומד על 5 ל-1,000 נפש לעומת ממוצע של 9.3 ב-OECD. מאחר וגם כוח האדם הסיעודי העתידי נמוך מאוד בהשוואה ל-OECD (21 ל-1,000 נפש לעומת ממוצע של 48.8), מחסור זה צפוי להימשך ואף להחמיר בשל הזדקנות האוכלוסייה. יש להגדיל את מספר תקני האחיות בבתי החולים כך שיענו לצרכים הנוכחיים והעתידיים. כמו כן, יש להקים צוות חירום בשיתוף משרד הבריאות, המל"ג והסתדרות האחיות, לקביעת תמריצים לצוות סיעודי – שיפור תנאי שכר ושדרוג המעמד המקצועי – על מנת לעודד הרשמה לבתי ספר לסיעוד.

המחסור בקרב הרופאים פחות חמור, אך עתיד להחריף עם יציאתם הקרובה לפנסיה של רופאי ברית המועצות לשעבר. לאור זאת יש להגדיל משמעותית את מכסת הלומדים במקצועות הרפואה. כמו כן יש לתעדף התמחויות שבהן ניכר המחסור הן בבתי החולים והן ברפואה היועצת.

4. **הרחבת שעות הפעילות של חדרי ניתוח:** על מנת להקטין את זמני ההמתנה לניתוחים ואת התלות שנוצרה בביטוחים המשלימים לצורך קיצור תורים, יש להגדיל את מספר חדרי הניתוח ברפואה הציבורית כהשקעה ראשונית, וכן להאריך את משך שעות העבודה של חדרי הניתוח הקיימים ולתקצב את כוח האדם הדרוש לכך.
5. **הגדלת תקציב סל התרופות:** בשנים האחרונות נרשמה עלייה משמעותית בעלות התרופות, לנוכח העלייה בתחלואה והעלויות הגבוהות יותר של תרופות הדור החדש המותאמות אישית. למרות זאת, תקציב סל התרופות כמעט ולא השתנה בעשור האחרון. ועדת סל התרופות האחרונה התריעה כי לא תוכל להמשיך לבצע את תפקידה ללא הגדלה בתקציב הסל, לאחר שמספר תרופות חיוניות שקיבלו את הדירוג הגבוה ביותר לא הצליחו להיכנס בשל המחסור בתקציב. נוסף על כך, תרופות וטכנולוגיות בתחום המניעה אינן זוכות להיכנס לסל בקצב משביע רצון. יש לקבוע בחוק מנגנון אוטומטי שלפיו תרופות וטכנולוגיות חדשות יתוקצבו בכל שנה ב-2% מעלות סל השירותים, העומד כיום על 53 מיליון ש"ח. המלצה דומה נשלחה על ידי משרד הבריאות לראש הממשלה, יש לוודא כי המלצה זו תאושר.
6. **תקציב ייעודי להזדקנות האוכלוסייה:** על פי דוח של מרכז המחקר והמידע של הכנסת שהתפרסם ב-2017, כ-36% מהאשפוזים הכלליים (ללא יולדות) בבתי החולים וכ-65% משיעור האשפוזים במחלקות הפנימיות היו של בני 65 ומעלה. על פי הדוח אוכלוסייה זו, הצורכת על פי הערכות פי שלושה שירותי בריאות מכלל האוכלוסייה, צפויה לגדול בכ-70% בתוך 20 שנה: בשנת 2035 צפויה אוכלוסיית בני ה-65 ומעלה לעמוד על 1.57-1.75 מיליון אישה ואיש, לעומת 0.98 מיליון ב-2016. לנוכח אתגר משמעותי זה, הצפוי להגדיל דרמטית את כמות השירותים הרפואיים הנדרשים, יש להתאים את נוסחת הקפיטציה (לפיה נקבע כמה מקבלת הקופה עבור כל מבטח בהתאם לגילו ולמקום מגוריו) כך שתכסה את הפער בהוצאה על שירותים אלו.
7. **קביעת מקורות מימון:** הגידול הנדרש בתקציב מערכת הבריאות צריך לבוא ממקורות ציבוריים, לטובת איזון בין מקורות המימון הציבוריים לפרטיים. ניתן להשתמש במס הבריאות – הנמוך יחסית לשאר מדינות המערב – ולהעלותו או לבטל את תקרת המס, וכן להחזיר את המס המקביל (מס שהוטל על המעסיקים כמקור תקציבי ייעודי למערכת הבריאות אך בוטל ב-1997, שנתיים לאחר כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף).

רפואה פרטית הפוגעת ברפואה הציבורית

במהלך שני העשורים האחרונים מדינת ישראל אפשרה את התחזקותה של הרפואה הפרטית בכך שמנעה את הגדלת ההוצאה הציבורית, בחוקים וברגולציה. למרות ניסיונות בשנים האחרונות לבלום את התחזקות הרפואה הפרטית, על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה גם בשנת 2017 חל גידול של 7% בהוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים ו-2% בהוצאות על ביטוחי בריאות משלימים.

מה אפשר לעשות?

1. **הטמעת הביטוח המשלים בסל הבריאות הציבורי:** הביטוחים המשלימים הפכו למקור העיקרי להסתת תקציבים וכוח אדם מהמערכת הציבורית לפרטית. לכן יש להטמיע את הביטוחים המשלימים בסל הציבורי, כך שיש לכולל שירותים כמו חוות דעת שנייה ובחירת מנתח באופן שוויוני בתוך מערכת הבריאות הציבורית. מסקר עמדות בציבור, שנערך על ידי אחד הארגונים החתומים מטה, עולה כי מרבית הציבור מעוניין בהטמעת הביטוחים בסל הציבורי, גם אם נדרשת לכך העלאה של אחוז במס הבריאות (כחלופה לתשלום עבור השב"ן לקופות החולים). [מתווה](#) ברוח זו, שהציעו כמה מהארגונים החתומים על נייר זה, הפך לחלק [מהצעת חוק לרפורמה במערכת הבריאות הציבורית](#), וכן הוצג בפני [הוועדה לבחינת תוכניות השב"ן](#).
2. **"יום-מלא" ("פול טיימר") במערכת הבריאות הציבורית:** על פי מודל "הפול טיימר" רופא ייאלץ לבחור בין עבודה במערכת הפרטית לבין זו הציבורית, כך שמי שיבחר במערכת הציבורית יוכל להיות זמין מספר רב יותר של שעות לטובת המטופלים והכשרת כוח האדם הרפואי. אנו מאמינים כי יש לשלב את מודל ה"פול טיימר" ברפורמה מקיפה, הכוללת תוכנית בחירת רופא בבתי החולים הציבוריים כשירות ציבורי שוויוני, תוך תגמול ראוי לרופאים. 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 ובתי 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. בנוסף, בתי חולים ציבוריים מקדמים פרויקטים פרטיים לטובת הגדלת התקציב ובכדי להתחרות עם התנאים המשופרים ברפואה הפרטית. זהו לב הבעיה המבנית במערכת הבריאות, וכאן צריך לעבור הגבול בין הפרטי לציבורי. יש לאסור על

הקופות ועל בתי החולים להחזיק במיזמים כאלה, כפי שהוצע [במתווה הארגונים](#) ובהצעת [חוק](#) ברוח זו.

4. **הטלת מגבלה בצורת תקרה על הכנסות בתי חולים פרטיים:** יוזמה זו החלה במשרד האוצר לקראת חוק התקציב ב-2015, 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. **ביטול תיירות מרפא בבית החולים הציבוריים:** בכנסת האחרונה אושר חוק המסדיר את תיירות המרפא בבית החולים הציבוריים. אנו סבורים כי אין לאפשר כלל תיירות מרפא בבתי החולים. מערכת הבריאות מצויה במצב של מחסור במשאבים (מיטות אשפוז, רופאים וכיוצ"ב), והמשמעות של הכנסת תיירות מרפא היא טיפול באנשים שאינם ישראלים על חשבון הישראלים. הדבר דומה לשר"פ, אשר בשל הסיבות הללו ממש הוחלט שלא להרחיבו מעבר למה שהיה מקובל מימים ימימה.

ככל שמאפשרים תיירות מרפא, יש להסדיר את הפעילות בתחום בבתי החולים בישראל באופן שיבטיח את זכויות כלל המטופלים, ישראלים ותיירים כאחד. החוק שעבר חסר כל מגנון שיבטיח שמירה על נגישות, זמינות ואיכות השירות הרפואי לחולה הישראלי, ולא לקח בחשבון את הבעיה שממשיכה להתקיים בבסיס מערכת הבריאות בישראל, והיא המחסור במשאבים. כדי למזער את הנזקים היה צורך להכניס לחוק מספר הגבלות, אלא שבשל לחצים פוליטיים וכלכליים לא הוכנסו מנגנונים כאלה לחוק, למעט כלי דיווח ומעקב מסוימים. יש לתקן את החוק, ולהכניס לכל הפחות את השינויים האלה: להגביל את היקף תיירות המרפא המותר; שכן הרופאים נקבע כשווה אבל עם פתח לקביעת חריגים – דבר שיש לבטל; נקבע שלמשרד הבריאות תהיה סמכות להעביר כספי תיירות מרפא לבתי חולים אחרים (ככלי לחיזוק הפריפריה), אך לא נקבעה חובה או מכסה.

למרות חשיבות הסולידריות והמחויבות לעזרה הדדית שבבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הרי שבפועל הבטחה זו הולכת ונשחקת. היכולת לקבל טיפול בישראל, מהקט ועד לקשיש, תלויה במידה רבה ביכולת הכלכלית של בני המשפחה. זקנים וחולים כרוניים נמנעים מקניית תרופות חיוניות בשל עלות ההשתתפות העצמית;

**איחוי רשת
הביטחון
הסוציאלית**

משפחות שלא יכולות להרשות לעצמן מטפל סיעודי נאלצות לאשפז את יקירם בלית ברירה; עניים לא יכולים לממן נסיעות לטיפולים במקומות מרוחקים; טיפולי שיניים יקרים לשכבות גיל שאינן זכאיות לכך; שירותי טיפת חלב ובריאות הציבור כמעט ואינם מתפקדים ולא מספקים את הליווי החיוני להתפתחות הילדים ולמניעת תחלואה בקרב אוכלוסיות הזקוקות לכך.

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. **יש לחזור לשולחן התכנון ולגבש צוות בין-משרדי שיכלול את כל המשרדים והרשויות הרלבנטיים, לקידום הצעת משרד הבריאות בנושא זה.**

2. **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, זקנים וחולים כרוניים – להימנע דווקא מהשירותים החיוניים ביותר. **יש לבטל באופן הדרגתי את תשלומי ההשתתפות על כל השירותים שבסל הציבורי,** אך להימנע מפטורים סלקטיביים המיועדים רק ל"עניים", בדומה למה שהציעה בלית ברירה [ועדת אלאולף](#), שכן אלה גורמים לתיג העניים ומפספסים את מי שאינם עומדים בקריטריונים הנוקשים. כצעד ראשון, יש לבטל את כל התשלומים המוטלים על זקנים ועל חולים כרוניים. לאחר מכן יש לבטל את התשלומים על רפואה מניעתית (מלבד שירותי טיפת חלב, שהאגרה עבורו כבר בוטלה). בצעד הבא יש לבטל את התשלומים עבור תרופות המרשם. [הצעות חוק](#) ברוח זו הונחו בעבר על שולחן הכנסת.

3. **שירותי שיניים ציבוריים לכלל האוכלוסייה:** בשנה האחרונה הגיעה לסיומה הרפורמה בבריאות השן: צעירים עד גיל 18 ומבוגרים מגיל 75 זכאים לקבל טיפולי שיניים במערכת הבריאות הציבורית. אולם לעניות דעתנו הרפורמה תגיע למימושה המלא רק לאחר שתכלול את כל שכבות הגיל, שכן ההוצאה על טיפולי שיניים היא אחד

הגורמים המשמעותיים בהוצאה הפרטית על בריאות. יש להמשיך בתהליך ולהרחיב את השירות לכלל האוכלוסייה.

4. **חיזוק מערך קידום הבריאות והרפואה המונעת:** קידום בריאות, רפואה מונעת ורפואת הקהילה הם הדרך הנכונה והיעילה ביותר לקידום בריאות האוכלוסייה ולצמצום פערים בבריאות. למרות זאת, בישראל ההשקעה בתחומים אלה, ובייחוד בקידום בריאות וברפואה מונעת, היא עדיין נמוכה משמעותית בהשוואה להשקעה בתחום הרפואה הטיפולית ובבתי החולים. למעשה אין כיום מנגנון עדכון של תחום קידום הבריאות, הן מבחינת כוח אדם והן מבחינת תקצוב. יש לחזק את התמריצים הכלכליים שניתנים לקופות החולים לעשייה בתחום קידום הבריאות והרפואה המונעת, ולשלב בתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה מדדים מתחום קידום הבריאות. יש לשלב את תחום קידום הבריאות באופן מסודר גם בבתי החולים. יש להקצות תקציב צבוע לתחום קידום הבריאות, שעדכנו יעשה בנפרד מדיוני ועדת הסל. נוסף על כל יש להשתמש בכלי מדיניות לשם הפחתת צריכת מזון מזיק וקידום סל מזון בריא הנגיש כלכלית.

5. קידום בריאות בקהילה ורפואה מונעת מוכרחה להיעשות בצורה מונגשת שפה ותרבות עבור אוכלוסיית העולים החדשים או הוותיקים בכלל, ויוצאי אתיופיה בפרט. הנגשת המידע והשירות לקבוצות אלו צריכה להיעשות באחריות ובתקצוב משרד הבריאות בצורה ישירה וכן דרך קופות החולים, עמותות וגופים המתמחים בכך. יש להנגיש את המידע ואת השירות בשפה המובנת ליוצאי אתיופיה ולקבוצות אחרות, תוך שימת דגש על רקע שממנו באו והתייחסות לתפיסות הבריאות שהושרשו בתרבות המוצא. יש לכך תרומה מכרעת להבנה מעמיקה, למניעת תחלואה ולקידום אורח חיים פעיל ובריא.

סגירת פערים בבריאות

פערי הבריאות בין המרכז לפרפריה – הן זו הגיאוגרפית והן זו החברתית – ממשיכים להעמיק. למרות ניסיונות של משרד הבריאות לפעול לצמצום הפערים, הרי שבפועל מי שמתגורר הרחק ממרכז הארץ או שייך לאוכלוסייה מוחלשת מקבל היום שירותי בריאות טובים פחות, בין אם בשל חסם כלכלי ובין אם בשל זמינות נמוכה של שירותים. מספר המיטות וכוח האדם הרפואי הנמוך ביותר נמצא במחוזות הצפון והדרום. כך גם ביחס למדדי הבריאות, כשהעיר והמחוז עם תוחלת החיים הנמוכה ביותר הם באר שבע ומחוז הדרום. פערי תוחלת

החיים בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית בולטים: פער של 4.3 שנים בין גברים יהודים לערבים ושל 3.3 שנים בקרב הנשים. הצהרות משרד הבריאות צריכות להיות מתורגמות לתקציבים הנדרשים לצמצום הפערים ולהתחייבות להוריד את רמת התחלואה והתמותה של האוכלוסייה הערבית בישראל.

מה אפשר לעשות?

1. **מבחיני ביצוע לקפיטציה ושינוי נוסחה לחיזוק המשתנה החברתי-כלכלי:** קפיטציה (חלוקת הכספים לקופות החולים לפי מספר נפשות וגילן) ניתנת כיום עם תוספת עבור כל מבוטח או מבוטחת תושבי הפריפריה. ועדה ממשלתית דנה מזה זמן רב 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 בריחוקו החברתי ולא רק בריחוקו 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 [ניר עמדה](#) של הארגונים בנושא. אם הוועדה הממשלתית לא תוציא המלצה כזאת, יש לנקוט יוזמת חקיקה שזו תכליתה.

2. **סטנדרטים לאספקת שירותי בריאות שוויוניים ברחבי הארץ:** סוגיה זו הוזנחה במשך שנים ארוכות. בעוד הפערים החברתיים-כלכליים בישראל מעמיקים, מעמיקים איתם גם הפערים בזמינות שירותי הבריאות ובאיכותם בין המרכז לפריפריה, למשל בתחום רפואת המומחים. כמו כן, מרכזים מתכללים כמו מרכז בריאות האישה, מרפאת כאב ועוד, יכולים לכלול מגוון שירותים מאוד שונה בין הפריפריה למרכז. הצורך הברור הוא לייצר סטנדרטיזציה בהיקף ובאיכות השירותים הניתנים במרכז ובפריפריה, כך שמרכז כאב בתל אביב יהיה זהה למרכז כאב בקרית שמונה. מרבית הארגונים החתומים מטה עתרו לבג"ץ בשל אפליה וחוסר סטנדרטיזציה במיטות השיקום בין הפריפריה למרכז. עתירה זו הובילה את המדינה להתחייב לתעדף את הפריפריה בתוספת העתידית של מיטות השיקום. יש לקבוע, כחקיקה ראשית או בתקנה ממשלתית, סטנדרט של זמן, מרחק ואיכות בכל תחומי הרפואה, מבלי שנאלץ לעתור לבג"ץ שוב.

3. **שירותי בריאות בגליל ובנגב – קידום שיתופי פעולה ואיגום משאבים בין קופות החולים ובתי החולים:** תושבי הפריפריה, למרות מצבם החברתי כלכלי ושיעורי התחלואה הגבוהים, סובלים מנגישות נמוכה לשירותי בריאות, ומשלמים על כך

בבריאותם, באיכות חייהם וגם בכיסם. תפיסת התחרות בין קופות החולים – המניחה כי תחרות על מבוטחים תבטיח שירות איכותי, נגיש וזמין – נכשלת במבחן המציאות של הפריפריה בשל פיזור רחב של האוכלוסייה וריחוק ממרכזי אוכלוסייה, וכן בשל מגוון רב של גורמים הקשורים לשיקולים בהשקעת תקציבים, העדר שקיפות בכספי הקפיטציה וקושי לגייס כוח אדם מקצועי ומיומן לעבוד בפריפריה. לפיכך קיים "כשל שוק", המחייב לשנות את תפיסת העבודה. במקום לחפש דרכים להביא את תל אביב לפריפריה, נדרש לפתח מודל ייעודי המותאם להרכב האנושי ולמרחב הגיאוגרפי של הצפון ושל הדרום. לכן אנחנו מציעים מודל חדש לאיגום משאבים, שישלב שירותי בריאות איכותיים, נגישים וזמינים לצד מצוינות מקצועית – מחקר והתמחות מקצועית לצוותי הבריאות והרפואה המותאמים למרחב האנושי והגיאוגרפי ומאפשרים פיתוח מומחיות מקצועית המבוססת אזור וקהילה. במרכז המודל עומד איגום המשאבים של קופות החולים ושל בתי החולים על בסיס אזורי. שירותי הבריאות (בעיקר רפואה שניונית ושלישונית ובדיקות ואבחונים) יהיו זמינים לכלל התושבים בלא הבדל הקופה שבה התושב מבוטח. כמו כן, במקרים שבהם אין שירות קיים, או שהמענה הקיים אינו מבטיח זמן, מרחק, ואיכות סבירים, ניתן יהיה לפתוח את השירות באופן משותף (לדוגמה: מרכז שיקום אזורי, מרכז לחולים כרוניים, מרכזים לבריאות האישה, מרפאת כאב). יש לקדם מודל זה, אשר יבטיח קיצור זמני ההמתנה ומשכי הנסיעה לטיפולים, יביא לפריסה של שירותים בין מגוון היישובים בפריפריה ומתן מענה לאוכלוסיות השונות והמגוונות, ינצל בצורה טובה יותר את המשאבים של קופות החולים, יחזק את מעמדם של בתי החולים הממשלתיים בפריפריה ויהווה מוקד משיכה לחוקרים ולאנשי מקצועות הבריאות והרפואה.

4. **תקצוב וקביעת לוחות זמנים להמלצות לחיזוק הרפואה בפריפריה:** במהלך השנים הצטברו המלצות רבות, שהבטיחו רבות אך לא מיושמות. בכלל זה יש לציין את דוחות ועדות גרוטו ואפק לבחינת הרחבת הרפואה בצפון ובדרום (בהתאמה), אשר בחלקן נקבעו לוחות זמנים אך ללא מחויבות תקציבית. יש לקבוע לוחות זמנים במקומות החסרים ולתקצב את המלצות ועדות אלו והמלצות אחרות.

5. **הקמת בית חולים נוסף בנגב:** בספטמבר 2014 אימצה הממשלה את המלצת ועדת אפק להקים עד 2025 בית חולים נוסף בנגב, שימוקם בשטחה המוניציפלי של באר שבע. אולם מאז ועד היום מעט מאוד התקדם. בהחלטת הממשלה נקבע כי מכרז להקמת המוסד יפורסם עד ספטמבר 2016, אולם עד כה טרם הושלמה הפרוגרמה למוסד וטרם פורסם מכרז להקמתו. הצורך בהקמת בית חולים נוסף נובע מהפער הקיים כיום בין הדרום לבין מרכז הארץ. המעבר העתידי של צה"ל

לנגב וכן הגידול הטבעי בנגב רק מחריפים עוד יותר את הצורך בבניית בית חולים נוסף. יש לקבוע לוחות זמנים מהירים לפרסום המכרז ולהקמת בית החולים.

6. **תעודף הפריפריה בחלוקת מיטות אשפוז ותקני כוח אדם רפואי:** לנוכח המחסור הכללי בכוח אדם ובמיטות אשפוז, ובהמשך לסעיף העוסק בסטנדרטים, יש לתעדף את הרפואה בפריפריה בכל תוספת מיטות מתוכננת. כמו כן יש להמשיך ולתמך רופאים וכוח אדם סיעודי לעבוד בפריפריה. מכיוון שמדובר בפריסה גיאוגרפית על פני אזורים גדולים, חלוקת מיטות האשפוז צריכה להיות מכשיר לסגירת פערים לא רק בין המרכז לפריפריה, אלא גם בין הנפות השונות בפריפריה.

7. **הקמת מרכזי מיון קדמיים וביטול דרישת המצינג עבור שירותים בפריפריה:** זוהי סוגיה המעסיקה 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 לדרום ולצפון, ולפתור את בעיית התיקצוב הציבורי שלה מבלי שיישובים בפריפריה יחויבו בהבאת תקציב מקביל למדינה, כפי שיישוב במרכז הארץ לא נדרש לעשות זאת. פתיחה או חיזוק של שירותים בפריפריה הן במערכת הבריאות והן ברשויות המקומיות אינה יכולה להיות מבוססת על מצינג. מדובר ברשויות הנמצאות באשכול 5 ומטה מבחינת המדד הפריפריאלי והמדד הסוציו-אקונומי, ולא סביר להשית עליהן עלויות שהן לא יכולות לעמוד בהם באופן בר קיימא. התוצאה במקרים רבים היא חוסר ניצול של התקציב הממשלתי בשל העדר מקורות מימון למצינג ואי יכולת לפתוח או לחזק שירות קיים. מודל המצינג פסול, ומהווה עוד גורם בהרחבת הפערים בין פריפריה ומרכז.

8. **השלמת התוכנית הלאומית לבריאות בחברה הערבית:** הנתונים מעידים על מצבה הקשה של החברה הערבית הן מבחינה סוציו-אקונומית והן בכל מדדי הבריאות. לפי נתוני אגודת הגליל, בתוך עשור נרשמה עליה של 100% בשיעורי התחלואה הכרונית, והחברה הערבית סובלת משיעורים גבוהים של עישון, השמנה ועודף משקל, וממיעוט הזדמנויות לקיים אורח חיים פעיל ובריא. מנתוני הלמ"ס עולה כי קיימים פערי תחלואה ותמותה בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. כך למשל 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. משרד הבריאות גיבש תוכנית לאומית לבריאות האוכלוסייה הערבית וזהו צעד ראוי ומבורך. בכדי לממש תוכנית זו, יש להשלימה ולהביאה לאישור הממשלה, תוך הבטחה לתקצוב כלל חלקיה ותחילת יישומה כבר בשנת 2019.

9. **הגבלת מספר מטופלים לרופא משפחה/ילדים ביישובים ערבים:** הטיפול הרפואי בקהילה ביישובים ערבים מתאפיין לא פעם במספר גבוה יותר של מטופלים פר רופא, כך שזמינותו ואיכותו של הטיפול נפגעת משמעותית. כתוצאה מכך נגרם תת-אבחון חמור של תחלואה, קושי באיזון ובטיפול בזמן אמת והחרפה של תחלואה עד כדי מוות. יש להפסיק פרקטיקה מפלה זו ולקבוע סטנדרט אחיד של מספר מטופלים מקסימלי לרופא, בלא תלות במקום העבודה ובאופן העסקתו של הרופא.

10. **הקמת יחידות בריאות הציבור ברשויות המקומיות:** רשות מקומית היא הנציגה הישירה ביותר של השלטון והרשות הקרובה ביותר לתושבים. למרות זאת, הרשויות המקומיות כמעט שאינן מעורבות בתחום הבריאות, במיוחד ביישובים חלשים ופריפריאליים. החלטת משרד הפנים לייעד תקן לרכז/ת בריאות יישובי מבורכת וחשובה, אין בלא מימון בצידה רשויות רבות אינן יכולות לאייש משרה זו. ועדת גרוטו המליצה לתקצב באופן מלא את התקן ברשויות הנמצאות באשכול 5 ומטה, אך בפועל לא יועד לכך תקציב. לפיכך, בשלב ראשון יש לתקצב את התקנים הקיימים לרכזי הבריאות ברשויות המקומיות, וללוותם בתהליך האיתור ובניית מחלקת הבריאות, שתשלב את הרכז/ת היישובי/ת לצד פעילות ועדת בריאות מוניציפלית. כמו כן יש ליצור מסגרות משותפות לרכזי הבריאות לצורך הכשרה מתמדת וליווי מקצועי.

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

12. **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. נוהל פסול וציני זה חייב להיפסק 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.

13. 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 ולהוראות הפסיקה, שאף קבעה חובה להעדפה מתקנת. יש לפעול להגדלת ייצוגן של קבוצות אלו במוקדי קבלת ההחלטות.

הרפורמה בבריאות הנפש

לאורך שנים סבלה מערכת בריאות הנפש ממחסור מחפיר במשאבים ובשירותים. בשנת 2015 נכנסה לתוקפה הרפורמה בבריאות הנפש, שנועדה לשנות מצב זה, ובמסגרתה הוכנסו שירותי בריאות הנפש לסל השירותים שבאחריות קופות החולים. מטרתיה העיקריות של הרפורמה היו להרחיב את היצע שירותי בריאות הנפש בקהילה, בעיקר בפריפריה, להגדיל בצורה משמעותית את מספר האנשים הזוכים לטיפול נפשי ציבורי, ולהפחית את הסטיגמה כלפי אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית.

הרפורמה הביאה לשיפור מסוים בשירותי בריאות הנפש, אולם למרות שחלפו כבר למעלה משלוש שנים מאז שנכנסה לתוקפה, היא רחוקה מלהשיג את מטרותיה: היקף השירותים שנותנת קופות החולים אינו מספק, ותורי ההמתנה לקבלת טיפול עודם ממושכים מאוד ומגיעים במקומות מסוימים לשנה ואף יותר. מצב זה דוחק מטופלים לפנות לקבלת טיפול פרטי או במסגרת ה"מטפלים העצמאיים", טיפול חצי-פרטי הניתן דרך קופות החולים בהשתתפות עצמית גבוהה (כ-140 ש"ח לפגישה). מי שאין ביכולתו לממן זאת, נאלץ להמתין פרק זמן בלתי סביר לקבלת השירות. מצב זה יוצר אי שוויון בין מבוססים, שרק יחמיר אם לא ינקטו הצעדים הנדרשים לשיפור המצב.

מה אפשר לעשות?

1. על משרד הבריאות לחייב את קופות החולים להרחיב באופן מיידי את השירותים שלהן, תוך בחינת ההיבטים התקציביים של הדבר, ולקבוע סטנדרטים ונהלים ברורים ומחייבים לגבי זמני המתנה ונגישות לשירותים.
2. על מנת למנוע הסללה למסלול הטיפול הפרטי למחצה אצל מטפלים עצמאיים ואת אי השוויון הנלווה לכך, יש לבטל את ההשתתפויות העצמיות העודפות הקיימות

אגודת הגליל | מרכז אדוה | רופאים לזכויות אדם | מועצת הנגב | מז"ח | טנא בריאות
האגודה לזכויות האזרח | שתי"ל | פורום בריאות דרום | קואליציית ארגוני הבריאות בנגב
הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל

כיום במסלול זה, ולהשוותן להשתתפויות העצמיות המקובלות בשאר שירותי בריאות הנפש.