

נייר עמדה: תנאי הכרחי לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית – הפרדתה מהפרטית

מוגש לוועדת אש לאסדרת מערכת הבריאות הציבורית והפרטית

מבוא: תהליכי הפרטה במערכת הבריאות הציבורית

העובדה שבמערכת הבריאות בישראל קיימת מגמה של טשטוש מסוכן בין הציבורי לפרטי אינה חדשה. מומחים לבריאות הציבור וארגוני חברה אזרחית מתריעים על הבעיה ועל הסכנות הטמונות בה כבר שנים רבות¹. יש לומר בביור: נוסף על הפגיעה הקשה בעקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית שעליהם מושתת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, על העמקת הפערים והפגיעה בחלשים ביותר, ועל חוסר היעילות של המערכת הפרטית – הערבוב בין רפואה ציבורית לפרטית בישראל הוא הרסני **לעצם קיומה** של המערכת הציבורית. אי אפשר להבטיח את קיומה של מערכת בריאות ציבורית טובה וחזקה כאשר יש זליגה של משאבים וכוח אדם מהמערכת הציבורית לפרטית, וכאשר גופי הבריאות הציבוריים מפעילים גם שירותים פרטיים ומונעים משיקולים מסחריים. **כדי למנוע את המשך הכרסום במערכת הציבורית, שעלול בסופו של דבר למוטט אותה סופית, יש למתוח קו גבול ברור וחד: ההפרדה בין המערכת הפרטית לציבורית חייבת להיות מוחלטת ולא מתפשרת.**

בישראל היחס בין המימון הפרטי לציבורי בהוצאה הלאומית על בריאות הוא של כ-64% מימון ציבורי לעומת כ-36% מימון פרטי – רחוק מהמוצע במדינות ה-OECD העומד על כ-74% מימון ציבורי (הנתונים נכונים לשנת 2019)². שיעור המחזיקים בביטוח בריאות משלים של קופות החולים גבוה מאוד ועמד בממוצע על 77% בשנת 2020³, ורוב משקי הבית בעשירונים העליונים מחזיקים בנוסף גם בביטוח בריאות מסחרי שמספקות חברות הביטוח⁴. ליותר ממחצית מהאוכלוסייה יש גם ביטוח מסחרי וגם ביטוח משלים⁵. נתונים אלה מצביעים על מדיניות מכוונת המעודדת את הציבור להסתמך על הביטוחים הפרטיים – ובמיוחד הביטוחים המשלימים – כפתרון קבע לתת-התקצוב של המערכת הציבורית.

סקר ברוקדייל על עמדות הציבור לגבי מערכת הבריאות מ-2018 מצביע על השלכות מדיניות זו⁶. בין היתר, שיעור הנשאלים שהיו בטוחים ביכולתם לממן טיפול בעת מחלה קשה הוא נמוך, ו-84% מהנשאלים אמרו שהם מאמינים כי יצטרכו להפעיל קשרים כדי לקבל טיפול טוב ומהיר יותר בעת מחלה קשה. בנוסף, אחד מכל שלושה נשאלים דיווח על פנייה לרופא פרטי בחצי השנה שקדמה לסקר; שלא במפתיע, הסיבה העיקרית לפנייה הייתה קיצור זמן המתנה. **התמונה העולה מהסקר ברורה: הציבור בישראל שידו משגת מסתמך יותר ויותר על הרפואה הפרטית, עובדה שבתורה ממשיכה להחליש את הציבורית.**

חשוב להדגיש שמערכת בריאות ציבורית חזקה לא רק הכרחית כדי למנוע גידול באי השוויון ולצמצם פערים חברתיים, אלא היא גם המערכת העדיפה שכן היא היעילה ביותר. במערכת הבריאות "שקל ציבורי"

¹ נייר עמדה זה מבוסס על נייר עמדה של האגודה לזכויות האזרח ועמותת רופאים לזכויות אדם משנת 2014 שהוגש לוועדת גרמן, **'בלי הבדל בין עשיר לעני' – מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית**.

² הנתונים לקוחים מהודעה לתקשורת של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מאוגוסט 2020 (ראו [כאן](#)). יש לציין, כי בשנת 2020 עלה המימון הציבורי ל-70%, אך הסיבה לכך הייתה מגפת הקורונה.

³ ראו: משרד הבריאות, **'דו"ח ציבורי מסכם על תוכניות השב"ן של קופות החולים**, 2020, בעמ' 8.

⁴ ב-2019 שיעור משקי הבית בעשירון העליון שהחזיקו בביטוח בריאות מסחרי עמד על 69%; בעשירון התשיעי השיעור היה 59%. בעשירונים הנמוכים, השיעור היה נמוך יותר. ראו: שלמה סבירסקי, אתי קונור-אטיאס, ברברה סבירסקי ואח', **תמונת מצב חברתית 2022**, מרכז אדוה, מאי 2022, עמ' 36.

⁵ ראו: שולי ברמלי גרינברג, עירא יערי ואלניור אבני, **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2018**, מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל, 2020, בעמ' 39.

⁶ ראו: ברמלי גרינברג, ה"ש 5 לעיל.

יעיל בהרבה לעומת "שקל פרטי", כפי שניתן ללמוד מהמקרה האמריקאי⁷. שוק הבריאות הפרטי לוקה באינפלציית מחירים מלאכותית, שמחלחלת גם אל המערכת הציבורית. בנוסף, הערבוב בין הפרטי לציבורי מייצר כשלי שוק שפוגעים אף הם ביעילות ומשרתים גורמים אינטרסנטיים: כפל ביטוח על שירות זהה שבעטיו מנצלות חברות הביטוח את המבוטחים (וכזכור יותר ממחצית מהאוכלוסייה מחזיקה בביטוח משלים ומסחרי גם יחד); קופות חולים המונעות משיקולים מסחריים בשל קשריהן העסקיים עם חברות מסחריות ועם חברות ביטוח⁸; ניצול של המערכת הציבורית בידי הפרטית באמצעות העברת חולים הנתפסים כ"סיכון ביטוחי" בחזרה אל בתי החולים הציבוריים, ועוד⁹.

ברור אם כן שמערכת בריאות ציבורית איתנה אינה רק העדיפה מבחינה חברתית ומוסרית, אלא גם מבחינה כלכלית – והניסיון מלמד שעל מנת להבטיח את איתנות המערכת הציבורית, יש לנתק כליל מהרפואה הפרטית. בנוסף, יש חשיבות לגודלה היחסי של הרפואה הציבורית; לרפואה הציבורית יש השפעות חיצוניות חברתיות-כלכליות חיוביות אשר הולכות ופוחתות ככל שגדל חלקה של הרפואה הפרטית. אלו בלטו בזמן מגפת הקורונה, אך אינן ייחודיות לתקופת מגפה. במחקר¹⁰ אשר ערך סימולציות למשק הישראלי (על פי נתוני 2012) נמצא כי השפעות אלו הן בעלות ערך כלכלי גבוה ומכריעות לטובת מערכת בריאות ציבורית חזקה.

יש הטועים לחשוב שטשטוש הגבולות בין פרטי לציבורי הוא פתרון פרגמטי של "הרע במיעוטו", המאפשר לכאורה להתגבר על המגבלות והחסרונות של המערכת הציבורית הסובלת מתת-תקצוב כרוני ומכוון. אך זו תפיסה מוטעית והרסנית. טשטוש הגבולות מסוכן משתי סיבות עיקריות: ראשית, פירוש שמשאבים זורמים מהמערכת הציבורית אל הפרטית, וכך למרבה האבסורד הרפואה הפרטית ניזונה ממשאביה המדולדלים גם כך של המערכת הציבורית. שנית, במקום לתקן את הטעון ליקוי במערכת הציבורית ולהגדיל את תקציבה, הממשלה מסתמכת על הערוצים הפרטיים – ובראשם הביטוחים המשלימים – כפתרון למתן שירותים חיוניים שמקומם הטבעי הוא בסל הציבורי.

בין אם מבחינה בריאותית, כלכלית, חברתית או מוסרית – האינטרס הציבורי הוא להבטיח את קיומה של מערכת בריאות ציבורית חזקה, שוויונית ואיכותית. זאת יש לעשות באמצעות הפרדה חדה וברורה בין הציבורי לפרטי, לצד צמצום היקף הרפואה הפרטית וריסון פעילותה.

נקודות הממשק הבעייתיות בין המערכת הציבורית לפרטית – והפתרונות לניתוקן

הטשטוש בין פרטי לציבורי ברפואה בישראל מתקיים בשלושה רבדים שונים ומשלימים של קשרי גומלין בעייתיים. הראשון שבהם הוא השירותים הפרטיים שמציעים הגופים הציבוריים, קרי הקופות ובתי החולים, ובראשם הביטוחים המשלימים (השב"ן); הרובד השני הוא הבעלות של קופות החולים על בתי חולים ומרכזים רפואיים פרטיים; ולבסוף, הרובד של מבנה ההעסקה במערכת הציבורית, המאפשר לרופאים המועסקים בה לקיים במקביל פרקטיקות פרטיות. להלן נסקור בקצרה את קשרי הגומלין המזיקים ברבדים אלה, ואת הפתרונות לניתוקם.

⁷ בארצות הברית כ-55% מההוצאה הלאומית על בריאות היא פרטית, וההוצאה לנפש היא הגבוהה בעולם – אך מנגד מצב הבריאות בפרמטרים מסוימים הוא מהגרועים בעולם המערבי. ראו:

Dov Chernichovsky & Arleen A. Leibowitz, **Integrating Public Health and Personal Care in a Reformed US Health Care System**, American Journal of Public Health 100: 2 (February 2010), pp. 205-211.

⁸ ראו: טוביה חורב וניר קידר, **סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים**, משרד הבריאות, נובמבר 2012.

⁹ ראו: מבקר המדינה, **משרד הבריאות**, בתוך: דו"ח שנתי 2012, 63, עמ' 599-670.

¹⁰ ראו:

Erez Yerushalmi and Sani Ziv, **A New Approach for Imputing the Social Value in Healthcare**, December 2021.

א. שירותים פרטיים במסגרת הציבורית: ביטוחים משלימים ושירותים מסחריים בבתי החולים

א.1 הביטוחים המשלימים (שב"ן)

הביטוחים המשלימים שמציעות קופות החולים איבדו זה מכבר את ייעודם המקורי לשמש פוליסה שולית עבור שירותים שאינם הכרחיים ("nice to have"), והפכו למרכיב מרכזי בכיסוי הביטוחי של רוב הציבור בישראל. הם נעשו לאמצעי מקובל למתן שירותים חיוניים שהיו אמורים להיכלל בסל הציבורי (למשל תוספת של טיפולי פיזיותרפיה והתפתחות הילד), וגם למתן אפשרות לבחור מנתח ולקבל חוות דעת שנייה. וכך, בשנת 2020 החזיקו בביטוח משלים כ-77% מסך כל המבוטחים בקופות החולים¹¹. בשנת 2019 ישראל הייתה במקום השני בקרב מדינות ה-OECD מבחינת שיעור האוכלוסייה המחזיק בביטוח וולונטרי – 84% (שיעור זה כולל הן את המשלים והן ביטוחים מסחריים)¹².

וכך, הביטוח המשלים הפך לנקודת הממשק הפעילה ביותר בין הרפואה הפרטית לציבורית, בשני מובנים. ראשית, זהו הצינור העיקרי שדרכו זורמים משאבי המערכת – כסף, רופאים וחולים – מהמערכת הציבורית לפרטית¹³. שנית, המשלים הפך כאמור לפתרון נוח עבור המדינה לליקויי המערכת הציבורית. באמצעותו מקבלים המבוטחים שירותי בריאות חשובים במקום שהמדינה תכלילם בסל הציבורי, ויכולים להקדים תורים לרופאים מומחים במקום שהמדינה תטפל בקיצור זמני ההמתנה ברפואה הציבורית. "פתרון" זה מעמיק כמובן את אי השוויון בחברה, כיוון שלעשירונים התחתונים לרוב אין ביטוח משלים, או שאין להם אפשרות לשלם את ההשתתפות העצמית. בנוסף, הפריפריה מופלית לרעה מכיוון שהשירותים פחות נגישים, ושיעור המימוש של המשלים נמוך יותר מאשר במרכז.

המסקנה ברורה: הביטוחים המשלימים הם חרב פיפיות, ופוגעים במערכת הציבורית. יש לבטל את המשלים, להטמיע בסל הציבורי את השירותים החיוניים הכלולים בו, לאפשר בחירה בתוך הסל, ולהעלות את מס הבריאות בהתאם (להערכתנו מדובר בכ-1%)¹⁴. מרבית הציבור לא יידרש לשלם יותר אך התשלום עבור הביטוח יהפוך פרוגרסיבי יותר, ובהתאם הציבור כולו יהיה זכאי לשירותים השמורים כיום רק למבוטחים במשלים. במסגרת ההטמעה, וכחלופה לשימוש בביטוח המשלים לבחירת רופא לניתוח או לחוות דעת שנייה, תוצע לציבור תוכנית לבחירת רופא שוויונית בבית החולים ובקהילה¹⁵.

בניגוד לחשש הרווח כי הציבור לא יתמוך במהלך הכולל העלאת מס (גם אם למעשה רוב משקי הבית לא יידרשו להוצאה נוספת), סקר עמדות שערכה עמותת רופאים לזכויות אדם בשנת 2018 הראה ההיפך¹⁶. מהסקר עלה ש-88% תומכים בעמדה שעל המדינה לספק את השירותים הרפואיים דרך סל הבריאות הציבורי, כך שלא יהיה עוד צורך בביטוחים משלימים; 72.1% ענו שהיו מוכנים לשלם אחוז נוסף למס הבריאות כדי שהסל הממלכתי יכלול את השירותים של המשלים, כולל חווי"ד שנייה ובחירת מנתח. ברור אם כן שהציבור אינו נרתע מהפתרון של הפיכת המס העקיף של תשלומי השב"ן לחלק ממס הבריאות, באופן המבטיח נגישות שוויונית של כלל הציבור לשירותים שמציעים כיום הביטוחים המשלימים.

¹¹ ראו: דו"ח ציבורי מסכם על השב"ן לשנת 2020, ה"ש 3 לעיל, בעמ' 8.

¹² ראו:

[Health at a Glance 2021: OECD Indicators](#), OECD Publishing, 2021, p. 129.

¹³ לדוגמה, כרבע מהפעולות הכירורגיות מבוצעות כיום בבתי חולים פרטיים, ובחן אלו הממומנות ציבורית. ראו: דו"ח מבקר המדינה 2012, ה"ש 9 לעיל.

¹⁴ קרי העלאת מס הבריאות מכ-5% בממוצע לכ-6% (להרחבה בנוגע לאופן החישוב ראו את נייר העמדה מ-2014, ה"ש 1 לעיל). יוער כי גם לאחר ההעלאה מס הבריאות בישראל יהיה נמוך ביחס לשיעורו במדינות רווחה שבהן נוהג מס בריאות ייעודי, הנע בין 8% ל-10%. ראו:

Sarah Thompson, Robin Osborn, David Squires & Miraya Jun (eds.), [International Profiles of Health Care Systems, 2012](#), The Commonwealth Fund, November 2012.

¹⁵ התוכנית מוצגת בהרחבה בנייר העמדה משנת 2014. ראו ה"ש 1 לעיל.

¹⁶ הסקר נערך בקרב 500 משיבים שהיוו דגימה מייצגת של האוכלוסייה בישראל בגילאי 18-64, כולל האוכלוסייה הערבית. למידע נוסף על הסקר ראו [כאן](#).

גם משרד הבריאות הבין את הבעייתיות של הביטוחים המשלימים עבור המערכת הציבורית, וב-2018 הקים ועדה ייעודית לבחינת תוכניות השב"ן. הוועדה אמנם לא סיימה את עבודתה ולא פרסמה את מסקנותיה, אך ככל הידוע לנו נטתה להמליץ על הפנמה הדרגתית של מרבית שירותי השב"ן בסל הציבורי.

א.2. שירותים מסחריים בבתי החולים הציבוריים

כידוע, בתי החולים הממשלתיים אינם רשאים להפעיל שר"פ – שירותי בריאות פרטיים המאפשרים בחירת רופא¹⁷. עם זאת, התפתחו בהם תופעות הפרטה אחרות: הם מציעים שירותים פרטיים שלא במסגרת הסל, ובהם מלוניות לאחר לידה, תיירות מרפא, בדיקות סקר מנהלים ורפואת מטיילים ועוד, ובבתי חולים מסוימים שיעור ההכנסות ממקורות פרטיים אלה מגיע אף עד כ-10% מסך ההכנסות¹⁸. ניתן להניח כי שירותים פרטיים אלה מנצלים משאבים שנועדו לכלל הציבור, ופוגעים בשל כך באיכות הטיפול הציבורי. נוסף על כך, שירותים משודרגים בתשלום כדוגמת המלוניות לילודות פוגעים בעקרון השוויון ברפואה הציבורית.

כאמור, כל טשטוש גבולות בין הציבורי לפרטי מסיט משאבים מהרפואה הציבורית לעבר הפרטית, מכרסם בטיב הטיפול הציבורי ופוגע בשוויון ובעקרון העזרה ההדדית. על כן, יש להרחיב את האיסור על שר"פ כך שיחול על כל בתי החולים הציבוריים, וכן לאסור על כל שירותי הבריאות המסחריים המוצעים בהם.

ב. בעלות קופות החולים על בתי חולים פרטיים וחברות-בת מסחריות

רובד נוסף של מגמות ההסחרה וההפרטה של קופות החולים הוא במישור הבעלות: הקופות מחזיקות בבעלותן בתי חולים פרטיים בבעלות מלאה או חלקית, מכוני בדיקות מסחריים ורשתות של מרפאות שיניים מסחריות¹⁹. הבעלות על בתי החולים הפרטיים והחברות המסחריות היא למעשה הצד השני של מטבע הביטוחים המשלימים, כיוון שהקופות מפנות את המבוטחים לביצוע פעולות וניתוחים במסגרת החברות הפרטיות שבעלותן. מבנה בעלות זה יוצר ניגוד עניינים, שכן לקופות החולים יש עניין להפנות מבוטחים לצריכת שירותים במסגרת הביטוח המשלים שלהן, ולקופות המחזיקות בבתי חולים פרטיים יש עניין מיוחד בכך בגלל בעלותן על בתי החולים האלה²⁰. יחסי גומלין בעייתיים אלה הם ככל הנראה אחת הסיבות לגידול המשמעותי שחל בפעילות בתי החולים הפרטיים בעשורים האחרונים²¹.

יש לנתק את קשרי הגומלין המזיקים בין הקופות לבתי החולים הפרטיים וחברות הבת המסחריות (חלק מהחברות יכולות להפוך לעמותות או לחברות לתועלת הציבור). הדבר ימנע את ניגודי האינטרסים הנובעים באופן בלתי נמנע ממבנה הבעלות הנוכחי, ויגביל את התחזקות בתי החולים הפרטיים על חשבון הציבוריים כתוצאה מכך.

ג. מבנה ההעסקה במערכת הציבורית

כיום, מבנה ההעסקה הרווח ברפואה הציבורית הוא שרופאים ורופאות בהתמחויות מסוימות (ובעיקר בכירים ובכירות) מקיימים פרקטיקה פרטית לצד העבודה במערכת הציבורית. נעשה מקובל שהרופאים הבכירים בבתי החולים הציבוריים עוזבים בשעות אחר הצהריים המוקדמות ל"משמרת שנייה" של

¹⁷ הפעלת שר"פ בבתי חולים ממשלתיים נאסרה בחוות דעת שפירסם היועמ"ש בשנת 2002 ואושרה בבג"ץ ב-2009. ראו: אליקים רובינשטיין, **חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה: מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים**, פברואר 2002; בג"ץ 4253/02 קריתי נ' היועמ"ש, 30.5.2002.

¹⁸ ראו: דו"ח מבקר המדינה 2012, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 624.

¹⁹ לדוגמה, מכבי מחזיקה בבעלות על בייח אסותא, כללית מחזיקה בבעלות על הרצליה מדיקל סנטר, ומאוחדת בבעלות על מדיקה.

²⁰ ראו: דו"ח מבקר המדינה 2012, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 652.

²¹ ראו: דו"ח מבקר המדינה 2012, ה"ש 9 לעיל, בעמ' 616-617.

ניתוחים וייעוצים בבתי החולים הפרטיים. וכך, רופאים בכירים רוכשים ניסיון, מומחיות ומוניטין במערכת הציבורית ותוך שימוש במשאבי הציבור, ואז נוטלים משאבים אלה עמם אל הפרטית. גם זו דוגמה לאופן שבו הרפואה הפרטית ניזונה מהמשאבים המדולדלים גם כך של הציבורית. בנוסף, הדבר גורם ליום עבודה חסר בבתי החולים הציבוריים ותורם לזמני ההמתנה הארוכים, שבתורם דוחפים יותר ויותר מטופלים למערכת הפרטית – במעגל קסמים המחליש עוד יותר את הרפואה הציבורית. נוסף על כך, עצם קיום התופעה יוצר מבנה תמריצים שמתעדף התמחויות רפואיות מסוימות ואזורים בעלי פוטנציאל רווח גדול יותר, ועל כן מעוות את המגוון הרפואי והפריסה שלו.

ניסיונות לצמצם את התופעה, כגון "חוק הצינון"²², אינם מספיקים. כדי למנוע את התופעה של יום עבודה חסר וזליגת משאבים מהמערכת הציבורית יש לעבור למודל העסקה חדש, שבו המועסקים במערכת הציבורית לא יוכלו לעבוד במקביל ברפואה פרטית. לשם כך על הממשלה להגיע להסכמה עם האיגודים המקצועיים על הסכם העסקה שבו יהיה על הרופאים לבחור בין פרקטיקה במסלול הפרטי לבין המערכת הציבורית, תוך שיש להבטיח כי הבוחרים במערכת הציבורית יתפרנסו בכבוד בשכר ראוי (למשל, על ידי מודל פול-טיימר). הסכם כזה יכול להשלים את התוכנית לבחירת רופא שוויונית בבתי החולים הציבוריים.²³

סיכום: ניתוק הקשרים בין הציבורי לפרטי

יש לומר בבירור: מערכת בריאות ציבורית חזקה היא אינטרס חברתי וכלכלי של הציבור בישראל. לפיכך, יש להגביל את היקפה של הרפואה הפרטית ולפעול להפרדתה המוחלטת מהציבורית. קשרי הגומלין בין הפרטי לציבורי אינם מיטיבים עם מערכת הבריאות הציבורית ואינם מיטיבים עם הנזקקים לשירותיה. הם משרתים אינטרסים כספיים של קבוצה מצומצמת, תוך ניצול ובזבוז של משאבים ציבוריים. רגולציה "רכה" שתותיר את קשרי הגומלין בין המערכות על כנם, תוך הטלת מגבלות מצומצמות וחלקיות, לא תפתור את הבעיה ולא תמנע את המשך הידרדרות המערכת הציבורית ואובדן האמון של הציבור בה.

בהתאם, הפתרונות צריכים להיות של ניתוק מוחלט בכל רבדי המערכת הציבורית:

- ביטוחים ושירותים מסחריים: בראש ובראשונה יש לבטל את הביטוחים המשלימים, להטמיע את השירותים החיוניים שהם מציעים בתוך הסל הציבורי ולאפשר בחירת רופא מנתח וחוו"ד שנייה במסגרת הרפואה הציבורית. כמו כן יש לאסור בבירור על מתן שירותים פרטיים ומסחריים בבתי החולים הציבוריים.
- מבנה בעלות: כדי למנוע את ניגוד העניינים שנוצר בשל הבעלות של הקופות על בתי חולים וחברות-בת פרטיות, יש לאסור על הקופות להחזיק בבעלות על גופים פרטיים (אם באמצעות מכירת החברות המסחריות או באמצעות הפיכתן לעמותות או לחל"צ).
- מבנה העסקה: יש לאמץ מודל שבו על הרופא לבחור בין העסקה בלעדית במערכת הציבורית לבין פרקטיקה פרטית, תוך הבטחת שכר ראוי למועסקים במערכת הציבורית, ובשילוב עם אפשרות להכנסה נוספת במסגרת התוכנית לבחירת רופא בתוך המערכת הציבורית.

²² ראו: תקנות בריאות העם (כללים לעניין המשך טיפול רפואי שלא במימון ציבורי לאחר טיפול רפואי במסגרת שירות מרפאה ציבורי או שירות מרפאה קהילתי), תשע"ז-2017.

²³ התוכנית מוצגת בהרחבה בנייר העמדה משנת 2014. ראו ה"ש 1 לעיל.