

## שירותי הבריאות\*

### מבוא

על פי נתוני סקרים של שביעות רצון, תושבי ישראל מרוצים משירותי הבריאות שהם מקבלים ממערכת הבריאות. מודדים שונים של מצב הבריאות של תושבי ישראל מלמדים שרמת הבריאות של התושבים טובה, בראייה כוללת. עם זאת, יש במערכת הבריאות בישראל מרכיבים הטעונים שיפור. אלו הם המרכיבים שעליהם התמקד צוות הבריאות בעבודתו.

אחת המטרות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו בשנת 1995, היתה להביא את משק הכספים של קופות-החולים לכלל יציבות פיננסית ואיתנות כלכלית. מטרה אחרת היתה להביא לידי כך, שסל הבריאות שלו זכאי כל תושב בישראל יהיה כוללני ומקיף, במונח זה שהוא יכלול בתוכו מרכיבים שבעידן שקדם לחוק לא היו כלולים בסל שקופות-החולים הושיטו לחבריהן. האם השיג החוק מטרות אלו? עדיין לא. חלק משמעותי מהמלצות צוות הבריאות מכוון לקרב את תהליך השגת המטרות הללו. כמו כן כוללות ההמלצות הסבר של הסיבות העיקריות הגורמות לכך שמטרות חשובות אלו טרם הושגו.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי כמעט ואיננו עוסק במגזר האשפוז של מערכת הבריאות. בתי-חולים כלל אינם מוזכרים בחוק. לפיכך, מרכיב חשוב של עבודת צוות הבריאות וההמלצות שגיבש קשורים למגזר זה של מערכת הבריאות, מגזר בתי-החולים. בנוסף, מערכת הבריאות הציבורית בישראל איננה כוללת את שירותי בריאות השן ואת האשפוז הסיעודי לקשישים. אלו הם שירותים שבמדינות רבות אחרות, שישראל שואפת להדמות אליהם, נתפסים כמרכיב הכרחי של מערכת בריאות ציבורית מתוקנת. מרכיב בעייתי נוסף של מערכת הבריאות הינם שירותי בריאות הנפש, שעל הספקתם לאזרחים מופקד עדיין משרד הבריאות.

---

\* התכנית לשירותי הבריאות כוללת את ההמלצות שגובשו בצוות הבריאות של המרכז בראשותו של אריה שירום. הגירסה הסופית הוכנה על-ידי אריה שירום.

היבט כללי יותר של מערכת הבריאות שהצוות עסק בו היה התהליך של הפעלת שינויים חוקיים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בשנים האחרונות, מרבית השינויים בחוק נעשים באמצעות חוק ההסדרים, המקבל את אישור הכנסת בצמידות לחוק התקציב. לתהליך זה ישנן השלכות שליליות ברורות.

### **א. מימון המערכת: כללי עדכון**

מימון מערכת הבריאות הציבורית יושבת על מנגנון עדכון שנתי שיבטא נאמנה את מרכיבי סל שירותי הבריאות שקופות-החולים מספקות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי אמור היה לייצב את מימון מערכת הבריאות, אך בשנים שמאז הפעלתו צברו קופות-החולים גירעונות כבדים, שכוסו חלקית בלבד על-ידי הסכמי הבראה או איזון שנחתמו מדי שנה בין האוצר לבין הקופות. יש הסכמה רחבה על כך שהיעדר יציבות במקורות המימון הביאה ותביא למשברים פיננסיים במערכת הבריאות הציבורית. לפיכך, מימון המערכת על בסיס מאוזן הוא צורך בוער.

תזרים מזומנים שהותיר את הקופות באדום, בשנים 1996, 1997, 1998-, מוסבר על-ידי גורמים שהשפיעו על צד ההוצאות ועל צד ההכנסות של הקופות. מסתבר כי התהליך של שחיקת המקורות לנפש מבוטחת בנוי בתוך המנגנון של עדכון מימון החוק. שני מרכיבים עיקריים תורמים לשחיקה:

מרכיב אחד של שחיקת המקורות לנפש מבוטחת קשור להיעדר מנגנון לעדכון מסגרת המקורות, המותאם לגידול והזדקנות האוכלוסייה, והיעדר התאמה להתווספות טכנולוגיות חדשות שעברו תהליך בדיקת יעילות וישימות ואושרו לשימוש. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר לשרי האוצר והבריאות לעדכן את עלות הסל לקופות בשל שינויים דמוגרפיים שחלו באוכלוסייה. בפועל, היה רק עדכון חלקי. עדכון הסל בהתאמה להתווספות טכנולוגיות חדשות עדיין איננו מתבסס על תהליך קבלת החלטות רב-שנתי, שקוף לציבור, הנשען על שיקולים רפואיים, חברתיים וכלכליים.

מרכיב שני קשור למנגנון שנקבע לעדכון מסגרת המקורות (עלות הסל). בשנה הראשונה של החוק, בשנת 1995, נקבעה עלות הסל על פי ההוצאות בפועל של קופות-החולים בשנת 1994 בתוספת מימון לשיפורים טכנולוגיים, לגידול מבוטחים, ובניכויי התייעלות. מאותה שנה ואילך מנגנון העדכון שוחק במתכוון את הסל, כיוון שהמרכיבים בסל

התשומות של הקופות שונים מאד מהמרכיבים של מדד יוקר הבריאות שנקבע בתוספת לחוק. נוצר פער לרעת הקופות, המתמקד בכך שמדד יוקר הבריאות, לפיו מתעדכן מימון הסל, איננו כולל את המחיר של יום אשפוז, בעוד שמשקלו בפועל בקופת-חולים כללית, למשל, מגיע לכדי שליש מההוצאות. התוצאה היא היווצרות שחיקה במקורות הריאליים לנפש של קופות-החולים בסדר גודל של למעלה מ-3 אחוזים מדי שנה.

### **ב. מימון רגרסיבי של מערכת הבריאות: היטל ביקור רופא**

יבוטל ההיטל לביקור אצל רופא ויוחלף במקור הכנסה בעל אופי מימוני פרוגרסיבי יותר. קיימת הסכמה רחבה בין מומחים בכלכלת בריאות ובניהול שירותי בריאות שהיטל ביקור אצל רופא, שהופעל בשנת 1999, הינו מס בלתי יעיל, בלתי צודק (רגרסיבי), ובעל השפעות שליליות על בריאות האוכלוסייה.

יש מקום לשקול כמה חלופות: העלאת דמי ביטוח בריאות שמשלם כל אזרח, החזרת המס המקביל ששילמו המעסיקים (צעד שיש לו נימוקים מחייבים נוספים) או מתן אפשרות לקופות-החולים לגבות מהמבוטחים מס משלים.

קופות-החולים החלו לגבות את ההיטל בעקבות שינויי חקיקה משנת 1998 (חוק ההסדרים לשנת התקציב 1998). הטיעונים כנגד מימון מעין זה של מערכת הבריאות ידועים מהספרות העולמית. הרופא הראשוני אמור לעסוק בשירותי בריאות מונעים, כולל מניעת מחלות כרוניות, כגון מחלות לב וטיפול מניעתי בחולים כרוניים, כגון חולי יתר לחץ דם וחולי סכרת, גם על-ידי הזמנת מבוטחים בקבוצות סיכון לבדיקות. היטל ביקור אצל רופא, הכולל גם רופאים ראשוניים מסכל השגת מטרה זו של הרפואה הראשונית בקהילה. ההיטל מוטל על חולים, המפסידים בדרך כלל הכנסה בשל מחלתם; ההיטל משולם על-ידי העשירונים הנמוכים מבין מקבלי ההכנסות, היות שמצב בריאותם גרוע יותר יחסית לעשירונים העליונים; ההיטל נגבה בעת קבלת השירות ולכן עלול להרתיע דוקא צרכני בריאות עניים מקיום ביקורים נחוצים אצל רופא, כולל ביקורים העשויים למנוע אשפוז יקר יותר בעתיד.

מחייבי היטלי השתתפות על צריכת שירותי בריאות מסתמכים על ממצאי מחקרים בנושא, שנערכו בארצות-הברית. לפי מחקרים אלו היטלי השתתפות אמנם מרסנים הוצאות בריאות, בלא שהוכחה השפעתם השלילית על בריאות המשלמים היטלים אלו. כיוון שבמחקרים

אלו לא נכללו קשישים ועניים, שהם הצרכנים העיקריים של שירותי בריאות, אין להקיש מהם גזרה שווה לישראל. בישראל, מסתבר עוד כי יש להיטל אופי עדתי, שכן יוצאי-אסיה אפריקה הם המבקרים בשכיחות הגבוהה ביותר אצל רופאים.

חוק ההסדרים איפשר לקופות-החולים לקבוע את גובה היטל הביקור אצל רופא, ויש קופות (כולל הקופה הגדולה – קופת-חולים הכללית) שבחרו לא לחייב כלל ביקור אצל רופא ראשוני במרפאה. בנוסף, היטל ביקור אצל רופא כרוך בהוצאות גבייה רבות, במיוחד לאור סעיפי הפטור השונים שכלולים בחוק, כולל תקרת הוצאה משפחתית לרבעון. בין החלופות למימון מערכת הבריאות שאותן ניתן לשקול: החזרת המס המקביל על מעסיקים, וכמו כן גבייה על-ידי הקופות של תשלום חודשי קבוע עד גג מסוים תוך מניעת כל אפשרות לבחירה מפלה של מבוטחים על-ידי הקופות.

### **ג. הכללת שירותי בריאות השן בסל השירותים**

יוכלו במסגרת סל שירותי הבריאות שירותי בריאות השן למתבגרים עד גיל 18 וכלל שירותי בריאות השן שיש להם אופי מניעתי. מנגנון השוק נכשל בפתרון בעיית שירותי בריאות השן בישראל, כיוון ששירותים אלו עתירי הוצאה, יקרים, ותפוקותיהם ירודות ובעייתיות יחסית למקובל במדינות אירופה המערבית. עבודות שנעשו על שירותי בריאות השן במדינת ישראל הצביעו על כך שזהו אחד התחומים היותר בעייתיים.

אופן אספקתם של שירותי בריאות השן במדינת ישראל מייצג מעין "ניסוי בתנאי אמת", שנעשה מתוך החלטה (אולי בלתי מודעת) של ממשלות ישראל. הניסוי הוא לבדוק מה קורה לתחום משמעותי של שירותי בריאות כשהוא מופקד בידי מנגנוני השוק הפרטי. לאורך כל חמישים שנות המדינה, ועוד קודם לכן, התבססו שירותי בריאות השן בישראל על עקרון השוק החופשי והתחרות, תוך מעורבות והסדרה די מזעריים של משרד הבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהתקבל בשנת 1995 לא שינה את מצב הדברים. להוציא בדיקות מסוימות (בדיקות שיניים מונעות לילדים) אין שירותי בריאות השן כלולים בסל שירותי הבריאות שבחוק.

החלטה אסטרטגית זו של ממשלות ישראל הביאה לכך שמתרחשת הזרמה משמעותית ביותר של משאבים לרפואת השן הממומנת בעיקרה ישירות מכיסם של תושבי המדינה. התופעה מתבטאת, בין השאר, במספר רב של רופאי שיניים יחסית לאוכלוסייה, חלק גדול יחסית של ההוצאה הלאומית לבריאות המופנה לבריאות השן, ועלות גבוהה יחסית של ריפוי שיניים בישראל לעומת מדינות מפותחות אחרות.

גישות שונות להערכת אפקטיביות של שירותי בריאות מצביעות על כך שישראל נמצאת באחד המקומות הנמוכים בין מדינות המערב כמעט בכל מדד של שירותי בריאות השן. נחיתות זו מתקיימת גם בהשוואת ישראל לארצות-הברית, שבה שירותי בריאות השן הינם פרטיים. ההסבר לכך הוא, שבשירותי בריאות השן במדינת ישראל יש דומיננטיות כמעט מוחלטת לשירותים הטיפוליים וכמעט שאין בנמצא שירותי בריאות שן המכוונים למניעה. גם היקף ההפלה של מי שתייה בכל הארץ עדיין חלקי בלבד.

#### **ד. הכללת שירותי אשפוז גריאטריים בסל השירותים**

יונהג ביטוח חובה לאשפוז סיעודי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. המלצה זו נשענת הן על שיקולים ערכיים של "והדרת פני זקן" ושל סולידריות חברתית, והן על שיקולים של הקטנת ההוצאה הלאומית לבריאות. ההמלצה היא שהכללת נושא זה תמומן תמורת תוספת מסוימת לדמי הבריאות שמשלם כל אזרח וואו כתוספת למס המקביל, שהמעסיקים יחויבו לשלם בגין עובדיהם. צעד זה יפחית את סך ההוצאה הלאומית לבריאות, הגם שהמימון הציבורי של מערכת הבריאות, כולל מתקציב הממשלה, יגדל יחסית למצב הנוכחי.

(ראה פרק נפרד בהמשך)

## ה. בריאות הנפש

יוחלט, בהקדם האפשרי, על הרפורמה המתוכננת מזה ארבע שנים בשירותי בריאות הנפש, לפיה האחראיות על אספקת שירותים אלו, כולל שירותי אשפוז, תהיה על הקופות. יש להסמיך להחלטה זו הקצבה מתאימה לתשתיות של חלופות אשפוז בקהילה.

כמו במקרה של שירותי אשפוז סיעודי, בהם עסקנו לעיל, גם כאן רלבנטיים הנימוקים הקשורים לרציפות טיפול, להעתקת מוקד השירותים מאשפוז לקהילה, ולראייה הוליסטית של צורכי הבריאות של צרכני שירותי הבריאות. מדי שנה מאושפזים בישראל, בבת-יחולים לחולי נפש, כ-4,000 חולים חדשים. רובם משתחררים מהאשפוז בתוך פחות משנה. לרבים מן המשתחררים אין פתרונות הולמים לשיקומם בקהילה. משרד הבריאות ממשיך לממן את הוצאות האשפוז של מאות רבות של חולי נפש ללא הצדקה רפואית, רק משום שלא נמצאה להם מסגרת מתאימה בקהילה. נתונים אלו, הכלולים בדוח מבקר המדינה לשנת 1998, מצביעים על הצורך הדחוף להקצות את המימון הדרוש ליצירת חלופות לאשפוז חולי נפש בקהילה, באחריות קופות-החולים. המצב הקיים בתחום שירותי בריאות הנפש תואר בדו"ח המבקר דלעיל ככשל מוסרי ומקצועי.

בנייר עמדה שפרסם המרכז בנושא זה של שירותי בריאות הנפש מודגש שמכלל חולי הנפש בישראל, שמספרם נאמד ב-36 אלף, שוהים רובם בקהילה, אך רק אלפים ספורים מקבלים טיפול משקם ומונע מאגודות כגון "אנוש", "התמודדות" ו-"בנפשנו". אנו מביאים המלצה זו בהקשר לתכנון של רפורמה מקיפה בשירותי בריאות הנפש שבה עוסק משרד הבריאות מזה חמש שנים ויותר.

### ו. דפוסי ארגון בתי-החולים: עתיד התיאגוד

יושלם תהליך התיאגוד של בתי-החולים הממשלתיים ושל קופות-חולים כללית, תוך הפעלת אחת החלופות שהומלצו בנייר עמדה של המרכז שעסק בנושא זה. תהליך זה אמור להביא למעין שוק פנימי בתוך מערכת האשפוז, וכן לשחרור משרד הבריאות מעול ניהול-העל השוטף של עשרות בתי-חולים. שינוי זה יביא לכך שמשרד הבריאות יתמקד בתפקידיו המיניסטריאליים, כולל קביעת מדיניות בריאות, בקרה על

### **גופי המערכת, והסדרת כללים להתנהגותם של גופים אלו קופת-חולים (בתי-חולים).**

נושא תיאגוד בתי-החולים הממשלתיים ושל קופת-חולים כללית עדיין מצוי על סדר היום של קובעי מדיניות הבריאות בישראל. נייר עמדה של המרכז מ-1997 בדק את המהלכים לתיאגוד בתי-החולים הממשלתיים, הסביר את עילות הכישלון של התיאגוד והציע חלופות להמשך פעולה: המשך תהליך התיאגוד הזוחל והשלמתו, הקמת רשות אשפוז ריכוזית, והקמת רשות אשפוז שבמסגרתה יקבל כל בית-חולים מעמד של דמוי-תאגיד. המצב העכשווי נבדק בנייר העמדה ונמצא כבעייתי ביותר, שכן התיאגוד הזוחל מתנהל ללא קביעת שלבי התקדמות ברורים, וחשוב מזה ללא הגדרת יעדים וקביעת כללי התנהגות ברורים לבתי-החולים הממשלתיים המצויים בתהליך זוחל זה. דוגמא לכך היא התפתחות והתפשטות הסדרי רפואה פרטית בתוך בתי-החולים הממשלתיים.

כללי ההתנהגות שייקבעו (או "כללי משחק") אמורים לכלול שיטת תגמול חדשה של בתי-החולים. לשיטה הקיימת השפעות לוואי קשות, המתוארות בנייר העמדה. היא מבוססת על מחיר יום אשפוז ועל תעריפי פעולה קבועים מראש לגבי כשלושים פעילויות אשפוזיות. בין השפעות הלוואי הקשות של שיטת התגמול הקיימת ניתן להזכיר את ההתפתחות של רפואת מומחים בבתי-החולים, במסגרת של מרפאות חוץ, היוצרת כפילויות קשות עם התפתחות מקבילה של שירות רפואה שניוני זה בקהילה.

כללי ההתנהגות אמורים להתייחס גם לאופי ולמהות התחרות בין בתי-החולים. ידוע מהספרות העולמית שתחרות זו קשורה לעתים קרובות להתפתחות שירותי אשפוז "כדאיים", כגון שירותי רפואה פרטיים מסוגים שונים בתוך בית-החולים. נייר עמדה אחר של המרכז משנת 1996 עסק בנושא ההשפעות השליליות של שירותי רפואה פרטיים בתוך בתי-חולים ציבוריים. מסתבר שהתנהגות שיווקית של בתי-חולים ציבוריים, שהנהיגו שירות רפואי פרטי ממוסד, הביאה לפיתוח שירותים כדאיים ולא דוקא השירותים החשובים לבריאות הציבור, ועל-ידי כך גדלה ההוצאה הלאומית לבריאות. נייר זה גם תיעד את התפתחות הרובד של שירותי רפואה לעשירים בתוך בתי-חולים שהנהיגו שירותים אלו, בעיקר בתי-חולים ציבוריים בירושלים.

## ז. דיון ציבורי על שינויים עקרוניים בחקיקה הקשורה לשירותי בריאות

שינויים עקרוניים בחקיקה הקשורה לשירותי בריאות יידונו בגופים ציבוריים שנועדו לכך, בהשתתפות גופים מרכזיים במערכת הבריאות בתהליך חקיקה רגיל. לא יבוצעו יותר שינויי חקיקה עקרוניים ומהותיים באמצעות חוק ההסדרים המלווה את חוק התקציב מדי שנה. בשנים האחרונות הפך חוק ההסדרים, המלווה את חוק התקציב השנתי, למעין אמצעי חקיקה המביא לשינויים עקרוניים בחקיקה קיימת אפילו היא יסודית ובסיסית כדוגמת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כתוצאה מכך מתבצעת חקיקה בלא דיון ציבורי נאות ובלא שיתוף נציגויות של גופים מרכזיים במערכת הבריאות.

צעדים עקרוניים של הממשלה לקביעת מדיניות בריאות כולל שינויים מוצעים בחקיקה הקשורים בשינויים מהותיים בשירותי בריאות, אמורים להיות נדונים מהיבטיהם השונים בגופים כדוגמת מועצת הבריאות. תכניות חקיקה, שנשלפו ללא בדיקה ממצה ובלא שהובררה משמעותם להוצאה הלאומית לבריאות ולחלוקה צודקת של משאבי מערכת הבריאות בין התושבים במדינה, מובאות בדרך זו להחלטות הממשלה. בהצעת חוק ההסדרים של שנת 1998, לדוגמא, הוצע להכיר בקופות-חולים למטרת רווח ולהגמיש את הגדרת סל הבריאות על-ידי כך שלכל קופה תהיה סמכות לשנותו (הצעה זו לא התקבלה). דוגמא נוספת היא ביטולו של המס המקביל בחוק ההסדרים של שנת 1997, למרות שהיה מרכיב חשוב במימון מערכת הבריאות מאז שנת 1974. היעדר דיון ציבורי והיעדר דיווח לציבור על משמעות החלטות בולטים גם בשינויי מדיניות הנקבעים במשותף על-ידי משרדי האוצר והבריאות. ההחלטה להוסיף אלפי מיטות לבתי-החולים הכלליים, שבמסגרתה הוספו בשנה שעברה - 1998 - 300 מיטות לבתי-חולים כלליים, כמעט כולם ממשלתיים, הינו דוגמא בולטת ביותר. המדובר בהוצאה גדולה במיוחד, המשפיעה על כלל תקציב שירותי הבריאות הציבוריים, שבקבלתה לא שותפו מומחים, נציגי קופות-החולים, ונציגי צרכני בריאות.

## ח. ביטוח בריאות חובה של עובדים זרים על-ידי מעסיקהם

תוטל חובה חוקית על כל מעסיק של עובד זר, בין אם הוא חוקי ובין אם הוא מועסק בדרך לא חוקית, לשלם בעד עובדיו הזרים ביטוח בריאות משפחתי שיכסה גם את בני משפחת העובד הזר. כיום, עובדים זרים לא חוקיים אינם מכוסים בביטוח בריאות. בלא להתייחס לאומדנים השונים בדבר מספרם, ברור שבעת מחלה או תאונה מטופלים עובדים אלו על-ידי מערכת הבריאות, למשל בחדרי מיון של בתי-חולים כלליים. לפיכך, עובדים אלה נופלים למעמסה על מערכת הבריאות הציבורית בלא שיש לכך כיסוי תקציבי.

תנאי המגורים והעבודה שלהם, כולל מגורים צפופים ועזובה, וחשיפה לרמת פשיעה גבוהה יחסית, הופכים את העובדים הזרים לקבוצת סיכון לתחלואה ולתאונות. עובדים זרים חוקיים מכוסים כיום בביטוח בריאות חלקי בלבד, שבדרך כלל איננו מכסה תאונות או שירותי אם וילד וחיסונים של בני משפחת העובד הזר. ההמלצה היא לחייב בחוק את מעסיקיהם של העובדים הזרים לשלם בעדם ביטוח בריאות מלא או לשאת באחריות מלאה לפיצוי שירותי הבריאות במידה שהעובד נזקק להם. חובה זו תשקף בעלויות העבודה של מעסיקים אלו גם את עלותם האמיתית של העובדים הזרים לכלכלה הלאומית.