

## סכנה מיידית לבריאות: שירותי הרפואה הפרטית (שר"פ)

נייר עמדה, אפריל 2011

זכני להביט על כל סובל  
הבא לשאול בעצתי, כעל אדם  
בלי הבדל בין עשיר ועני  
(תפילת הרופא - הרמב"ם)

שר"פ הוא שירות רפואי פרטי הפועל בתוך בית החולים הציבורי. שר"פ מאפשר לחולה לבחור רופא מייעץ ורופא מנתח ובפועל לקצר תור לבדיקות ולניתוחים שאינם דחופים, באמצעות תשלום או דרך ביטוח פרטי. שירותי השר"פ ניתנים אחרי שעות העבודה הרגילות **ובתוך בית החולים הציבורי.**

השר"פ נפסל בחוות דעת של היועץ המשפטי לממשלה משנת 2002 ובפסק דין של בג"ץ משנת 2009, ונאסר להפעלה בישראל (מלבד בבתי החולים בירושלים, ובראשם בית החולים הדסה, שבו מופעל שר"פ מאז שנות החמישים). אולם ישנם בעלי אינטרסים כלכליים רבי עצמה המעוניינים בו וממשיכים לפעול לקידומו – במיוחד רופאים הקשורים לבתי החולים באיזור המרכז וחברות ביטוח פרטיות.

לאחרונה שב הרעיון להכניס שר"פ לבתי החולים הציבוריים על רקע דרישת ההסתדרות הרפואית בישראל להגדיל את שכר הרופאים. סגן שר הבריאות, יעקב ליצמן, רמז כי ייתן את ידו למהלך שיאפשר הנהגת שר"פ בבתי החולים הציבוריים, באמצעות הביטוחים המשלימים של קופות החולים, בתמורה להסכמת הרופאים לשעון נוכחות.

יש לציין לחיוב כי סגן שר הבריאות ליצמן מקדם בשנים האחרונות רפורמות היסטוריות בתחום מערכת הבריאות הציבורית, ובהן הכללת האשפוז הסיעודי בסל השירותים, צמצום פערים גיאוגרפיים ושירותי שנייים ציבורי לילדים. אולם הכנסת השר"פ לבתי החולים הוא מהלך שלילי ביותר, שעלול לקבור את הישגיו והישגי מערכת הבריאות הציבורית בישראל: **הכנסת הרפואה הפרטית לבתי החולים הציבוריים תמסד אפליה בין דם לדם – בין חולה חסר אמצעים לחולה בעל אמצעים.**

## **מערכת הבריאות הציבורית בישראל: נושמת, אבל בקושי**

מערכת הבריאות הציבורית בישראל עדיין נחשבת בין הטובות בעולם המערבי, ואולם כוחות רבי עוצמה מכרסמים בה. **מאז סוף שנות התשעים התקציב הריאלי לאספקת סל השירותים הציבורי נשחק בכ-40%**. במקביל לעניבת חנק זו שנקשרה על צווארן של קופות החולים, פתחה הממשלה לקופות שני מעברי אויר: גביית אגרות ותשלומי השתתפות ישירות מהציבור, ופיתוח הביטוחים המשלימים. כך, במקביל לקיצוצים במימון הממשלתי של מערכת הבריאות **חלה עליה מתמדת בשיעור ההוצאה הפרטית על שירותי בריאות** – מצב שהציבור הרחב חש בו היטב באופן יומיומי. התשלומים הישירים והביטוח המשלים, שלא כולם יכולים לעמוד בהם, מעמיקים את הפערים הבריאותיים בישראל, שאינם אלא שיקוף אכזרי של הפערים החברתיים-כלכליים במדינה – בין קבוצות אוכלוסייה, בין פריפריה למרכז, בין העניים למעמד הבינוני והמבוסס.

כ-80% מהציבור הישראלי מחזיקים כיום בביטוחים משלימים, המעניקים למבוטחים טיפולים ותרופות שאינם כלולים בסל הבריאות. הביטוח המשלים משווק למעמד הבינוני כמעין המשך לביטוח הציבורי שמאפשר גם לאנשים עם הכנסה בינונית ומטה להשיג שירותי בריאות עדיפים; אולם הביטוחים המשלימים, יחד עם תשלומי ההשתתפות העצמית, מכבידים מאד גם על שכבות רחבות במעמד הבינוני, הנתונות בצבת בין החרדה לבריאות לבין הניסיון לשרוד כלכלית. במקביל, הביטוח המשלים עצמו הולך ומתפצל לביטוחים משלימים ומשלימים יותר – לשווים ולשווים יותר.

הכנסת השר"פ לבתי החולים הציבוריים תעצים תהליכים אלה, במיוחד אם תתממש התכנית לחבר את השר"פ עם הביטוח המשלים.

### **למה לא שר"פ? מיותר לעשירים, גידול הנטל והפערים בתוך המעמד הבינוני, אסון לעניים**

שר"פ בתוך בית החולים הציבורי הוא שימוש במשאב ציבורי לטובת חלק מהציבור. זוהי אפליה בוטה. **המתקנים הציבוריים של בית החולים, ובמידה רבה גם המומחיות הגבוהה של רופאי ישראל הבכירים, הושגו באמצעות התשתית הציבורית. אין מקום להעניקם רק לחלק בחברה שיש ביכולתו לשלם.**

**הכנסת רפואה פרטית ללב המערכת הציבורית** תדרדר את כולנו במדרון התלול לכיוון הרפואה הפרטית והשחורה.

שר"פ בבתי החולים צפוי **להעמיק את הפערים** הקיימים כבר כיום במצב הבריאות ובנגישות, האמורה להיות מובטחת באופן שווה לכולנו, לשירותי בריאות מיטביים :

- **קיצור תורים לאחד, משמעו הארכת תור לאחר:** בית המשפט העליון והיועץ המשפטי לממשלה לשעבר הדגישו נקודה זו. תומכי השר"פ מבטיחים הבטחה מעורפלת כי ניתן להמציא מערכות מתוחכמות, כך שמה שאחד קיווה לקנות בכספו (קיצור תור), לא יפגע באחר המחכה באותו תור. אולם ברור כי לא ניתן לממש בפועל הבטחות מעין אלה, שכן מדובר במשאב מוגבל ואינטרסים כלכליים יביאו להעדפת מי שישלם יותר.
- **העמקת פערים בנגישות לבריאות:** שר"פ דרך ביטוח הבריאות המשלים צפוי להעמיק פערים בנגישות לשירותי בריאות ואף במצב הבריאות בין המעמד הבינוני לנמוך, בין מי שיש לו ביטוח משלים לבין מי שאין לו – במילים אחרות, בין מי שיכול להרשות לעצמו לשלם ועוקף את התור לבין מי שנותר לעמוד באותו תור.
- **העמקת פערים והגדלת נטל בתוך המעמד הבינוני בקרב בעלי הביטוח המשלים:** יש להניח שהכנסת השר"פ לביטוחים המשלימים תחולל שינויים בתחום הביטוח המשלים, כמו ייקור פרמיות בשל הוצאות גדולות יותר של הביטוח, פיצול הביטוח המשלים לרבדים נוספים (כפי שקיימים היום – פלטיניום, מושלם, זהב וכדומה – ומעבר לכך), והעלאה של סכומי ההשתתפות העצמית עבור השירותים בשר"פ בגובה מאות אלפי שקלים. כל אלה יגרמו להבדלים משמעותיים בנגישות לבריאות וייתכן שאף במצב הבריאות **בתוך** קבוצת בעלי הביטוח המשלים, שכוללת כיום ארבע-חמישיות מהאוכלוסייה הישראלית.
- **העמקת פערים בין תושבי הפריפריה למרכז:** יש להניח שבעלי יכולת בפריפריה, שיש בידם ביטוח משלים יוקרתי או פרטי, יעדיפו לנצל את השר"פ בבתי החולים שבמרכז הארץ וכך לקבל "תמורה" טובה יותר לכספם. דבר זה עלול לגרום לכמה תוצאות שליליות:
  - הפערים בין בתי החולים במרכז ובפריפריה יגדלו, שכן אלה שבמרכז יקבלו עוד ועוד משאבים כלכליים בשל הביקוש של בעלי היכולת, כולל תושבי הפריפריה בני המעמד הבינוני.
  - רופאים בכירים ומתמחים מוכשרים יעדיפו ביתר שאת להישאר באיזור המרכז ולהרוויח יותר בבית החולים המרכזי בו מופעלת גם רפואה פרטית בתשלום.
  - המעמד הבינוני בפריפריה הוא במידה רבה הגורם שלוחץ לצמצום פערים בבריאות. ככל שבעלי היכולת (היחסית) מתפתים לדאוג לעצמם ולמשפחתם בלבד, כך קטן הסיכוי שהם יפעלו למען כל תושבי הפריפריה.

### שיקולים נוספים

- **הטיית תשומת הלב הרפואית:** יש חשש כבד שתשומת הלב של אנשי הרפואה שעובדים ביום במסגרת ציבורית ובערב בשר"פ, תוקדש באופן טבעי ואנושי ביתר שאת לאותם חולים "מועדפים" שמשלמים עבור טיפול פרטי במסגרות השר"פ, והם יעדיפו להשקיע את זמנם ומרצם במסגרת המתגמלת אותם אישית.

- **פגישה בהכשרת רופאים צעירים:** הכשרתם של רופאים מתמחים ורופאים צעירים עלולה להיפגע בשל הדומיננטיות היתרה של המומחה הבכיר, שאותו ורק אותו בחר החולה ה"מועדף".

### **עמדת האוצר על השר"פ: פוגעני, בזבני, לא חוקי !**

בתחילת שנות האלפיים, היה משרד האוצר המתנגד הראשי והעיקרי להכנסת השר"פ לבתי החולים הציבוריים. נימוקי משרד האוצר – המשפטיים, החברתיים והכלכליים – נכונים כיום כפי שהיו אז. הנימוקים המשפטיים העיקריים עסקו באיסור על עובד בבית חולים ציבורי לקבל משכורת נוספת על שירות שהוא מבצע באופן פרטי במסגרת בית החולים הציבורי – איסור שתכליתו היא למנוע השחתת המערכות הציבוריות.

ואולם הנימוק החשוב ביותר שעליו עמד משרד האוצר הוא הנימוק הכלכלי, התועלתני באופיו, מנקודת מבט המסתכלת על המשק הישראלי כולו. התחזית היא כי הכנסת השר"פ תגרום לעליה משמעותית של ההוצאה הלאומית לבריאות (הכוללת את התקצוב הממשלתי ואת ההוצאה של משקי הבית הפרטיים), שנחשבת כבר היום גבוהה מדי בעיני האוצר.

חמור מכך – **ההוצאה הפרטית תעלה באופן משמעותי**, וזה כבר בגדר אסון חברתי-כלכלי. כבר כיום שיעור ההוצאה הפרטית לבריאות בישראל עומד על 42% מכלל ההוצאה הלאומית.

#### **מי דוחף לשר"פ ולמה**

מהלך העניינים בתחילת שנות האלפיים לא השאיר מקום לספק באשר לתומכי השר"פ בתוך מערכת הבריאות, ואלה העיקריים שבהם:

- **חברות ביטוח פרטיות**, אשר עתידות להגדיל באופן משמעותי את פעילותן, ולקנות אחיזה במקומות הנחשקים ביותר – בתי החולים הציבוריים הגדולים.

- **רופאים בכירים, במיוחד מנתחים במקצועות מסוימים, ומנהלי בתי חולים מרכזיים** (שאף היו בין העותרים לבג"ץ בעתירה שנדחתה) – רופאים אלה טוענים כי במצב הנוכחי יש פער בלתי נסבל בין יכולת ההשתכרות שלהם בבתי החולים הציבוריים לעומת בתי החולים הפרטיים.

- **ההסתדרות הרפואית** תומכת בשר"פ מזה זמן רב, תוך הצעת סייגים ומגבלות לכאורה. בכך מאמצת ההסתדרות הרפואית אינטרסים של קבוצה קטנה של רופאים, במיוחד מנתחים, על חשבון רופאים צעירים, ורופאים אשר מומחיותם אינה יכולה להימכר בשוק הפרטי, (למשל נאונטולוגים – מומחים ברפואת פגים שמתקיימת רק במסגרת בית חולים).

לבריאות – שיעור הנחשב גבוה יחסית למדינות המערב, להוציא ארה"ב. אין ספק כי הכנסת השר"פ תגדיל מאד את מרכיב ההוצאה הפרטית (ביטוחים פרטיים ומשלימים). במילים אחרות, רובנו נשלם הרבה יותר על בריאות, והרבה יותר כסף יזרום לגורמים פרטיים. האם לפחות נהיה בריאים יותר? המודל האמריקאי מראה שההפך הוא הנכון. בארה"ב הוכח כי ההוצאה הפרטית הגבוהה על בריאות – שחלקה הגדול קשור לביטוחים פרטיים – היא בזבזנית להחריד ואיננה מצליחה לשפר באופן משמעותי את רמת הבריאות הממוצעת: ההוצאה הלאומית על בריאות מגיעה שם לכמעט 18% מהתל"ג, בעוד מצב בריאות הממוצע הוא מהגרועים במערב.

הנה כי כן, גם מנקודת מוצא ניאו-ליברלית, המניעה את האוצר, הגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות וגידול ההוצאה הפרטית בתוכה, הן תוצאות הכרחיות ומזיקות של השר"פ.

## יש חלופות לשר"פ!

אין ספק כי השר"פ, בכל מתכונותיו, מנוגד מהותית לעקרונות היסוד של חוק ביטוח בריאות ממלכתי שמחייבים שוויון, צדק ועזרה הדדית. ואולם יש הסבורים שיתרונותיו של השר"פ עולים על החיסרון שבפגיעה זו. יש הטוענים כי השר"פ מממש את הזכות לבחור נותן שירותים אשר קיימת, אם כי באופן מוגבל, בחוקי הבריאות העיקריים – חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה. כמו כן, עלו טענות לפיהן שר"פ יחזק את המערכת הציבורית באמצעות תגמול לרופאים בכירים: כך למשל, יהיו מנתחים שיעדיפו להישאר בערב במסגרת בית החולים הציבורי, לנתח חולים (המשלמים מכיסם) ולקבל גמול הוגן, במקום לעבוד בבית חולים פרטי.

**ואולם, ישנן חלופות שיאפשרו להגדיל את חופש הבחירה של החולים מבלי לפגוע קשות בשוויון. ישנן חלופות שיאפשרו להשאיר מנתחים בכירים במערכת הציבורית ואף לתגמלם בתוכה ללא הריסת מערכת האשפוז הציבורית.**

## בחירת רופא לכולם ובחנים – כן, זה אפשרי

כלכלנים וחוקרים הציעו בעבר הצעות להגדלת האפשרויות לבחירת רופא לכולם ובאופן שוויוני,

### מה אפשר ללמוד מניסיון הפעלת השר"פ בירושלים?

לפי נתונים מתחילת שנות ה-2000 (רוזן, עופר ואח', 2006), היקף ניתוחי השר"פ בבית-החולים הדסה מגיע לכ-20% מכלל הניתוחים. לשם השוואה, בתקופה שבה פעל והתרחב השר"פ הפיראטי בבתי החולים במרכז הארץ הגיע שיעור ניתוחי השר"פ עד כדי 25% מכלל הניתוחים ואולי אף יותר – כך צוין בפסיקת בג"ץ משנת 2009.

במחקר האמור נמצא כי המעמד הבינוני מרבה להשתמש בשר"פ, בעוד המעמד הנמוך, חסר הביטוח המשלים, ממעט להשתמש בו. ערבים בירושלים – המגזר העני ביותר – כמעט שאינם משתמשים בו בכלל, ואולם החרדים משתמשים בו באופן מסיבי, כחלק מתרבות קהילתית של עזרה הדדית. הסכום הממוצע שגבה בית החולים לניתוח היה כ-10,000 ₪. בעלי הביטוח המשלים קיבלו כיסוי של כשלושה רבעים, כך שעלות ניתוח ממוצעת הייתה כ-3000 ₪. בעיני החוקרים סכום כזה יכול להיחשב סביר למעמד בינוני מבוסס, כשמדובר בניתוח של פעם בחיים.

*מה קורה כשזה לא פעם בחיים? מה קורה כשחולה אינו מהמעמד הבינוני המבוסס?*

אפילו בתוך מערכת האשפוז, מבלי שיש הכרח להכניס את הביטוחים הפרטיים או המשלימים לתמונה. כך למשל סברו דב צ'רניחובסקי, אבי ישראלי ויוסי תמיר – שלושה מחברי הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי) שהגישה את המלצותיה בשנת 2002. אמנם הדברים לא עברו בדיקה מדוקדקת וכלכלנית, אבל יש הסכמה שאפשר לבנות מודל שבו החולה יכול, אם הוא חפץ בכך, לבחור ברופא במסגרת האשפוז. ה"מחיר" שהחולה ידרש לשלם איננו כספי, אלא הצורך להמתין בתור לרופא המבוקש. נדגיש כי סייגים לחלופה כזאת – כפי שצוין היועץ המשפטי לממשלה לשעבר רובינשטיין – חייבים להיות סייגים מהותיים: איסור על תשלום פרטי ואיסור על קיצור תורים באמצעות תשלום.

## שמירה על הרופאים הטובים במערכת הציבורית – כן, זה אפשרי

אפשר להשאיר את המנתחים והרופאים הבכירים במערכת, ובעזרתם להפעיל חדרי ניתוח ופרוצדורות בשעות הערב. גם כאן השאלה אינה אלא שאלת עלות והסדרה. נציין שזאת הייתה אחת הסיבות להקמת התאגידים שליד בית החולים הציבורי, דרכם ניתן לתגמל את הרופא לצד שכרו הרגיל – כמובן, באמצעות תעריף ידוע מראש ושקוף. הנכונות לשלם יותר, הרבה יותר, לרופאים בכירים בעלי שם עולמי, ובתמורה לזכות לקבל את עבודתם עבור החולים כולם בשעות הערב – נכונות זו איננה סותרת את עקרון השוויון, והיא אף מוצדקת מבחינה חברתית כוללת. ניתן בהחלט לאמץ את המודל הקנדי לפיו הרופאים שעובדים בבית החולים הציבורי חייבים להישאר ולעבוד בו, גם בשעות שאחרי יום העבודה הרגיל, ואינם מורשים לעבוד במערכת הפרטית, ובתמורה הם מקבלים גמול כספי גבוה. השאלה הבאה תהיה מה המקור הכספי לגמולים אלה, ועל כך ייתכנו מספר תשובות שגם הן הועלו על ידי כלכלני בריאות, למשל, הפיכת המשלים למס בריאות ציבורי בתמורה לרפורמות המתוארות. בכל מקרה, אין להסכים לתשלום פרטי של החולה, שהרי זו בדיוק מטרת המודל – למנוע עירוב פרטי וציבורי.

## מקורות

רובינשטיין אליקים, חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה, 2002.

הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי), 2002, <http://www.health.gov.il/Download/pages/1-264.pdf>

צ'רניחובסקי דב, **ביטוח פרטי מרצון בשירותי הרפואה בישראל**, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2004, <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01116.pdf>

אייל גרוס, **בריאות בישראל: בין זכות למצרך**, בתוך: יורם רבין ויובל שני (עורכים), זכויות כלכליות ותרבותיות בישראל, הוצאת רמות, 2004, עמ' 437-531.

Quadagno Gill, **One Nation Uninsured: Why the US Has No National Health Insurance**, 2005.

רוזן ברוך, עופר גור, גרינשטיין מרים, בירנבאום יאיר והלוי יונתן, **הנגישות הכלכלית של שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים בירושלים**, ביטחון סוציאלי (72), 2006, <http://www.btl.gov.il/SiteCollectionDocuments/btl/Publications/SocialSecurity/72/Rosen.pdf>

בג"צ 4253/02, 4325/02, פס"ד מיום 17.3.09,

<http://elyon1.court.gov.il/files/02/530/042/z33/02042530.z33.htm>

בן נון גבי, טורים ומאמרי דעה שונים.