



לתקן את רשת הביטחון החברתית בבריאות

הבחירות הכלליות לכנסת 2013

לפרטים נוספים: פרופ. נדב דוידוביץ', אוניברסיטת בן גוריון, 050-5465479 • שלומית אבני, רופאים
לזכויות אדם 054-6844496 • רונית פיסו, הקואליציה לבריאות הציבור, 054-4750614 • רמי אדוט,
האגודה לזכויות האזרח, 054-9773257

המטה הציבורי לשוויון בבריאות - www.equalhealth.org.il • [facebook.com/shivion](https://www.facebook.com/shivion)

אגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות • אחזת נגב - תושבים עושים למען עצמם,
אופקים • אשה לאשה - מרכז פמיניסטי חיפה • האגודה לזכויות האזרח בישראל • האגודה לצדק סביבתי
בישראל - מתמקדת בסוגיות יסוד בתחום הצדק הסביבתי • הקואליציה לבריאות הציבור - להפחתת תחלואה
מזיהום סביבתי • חיים וסביבה- ארגון גג של שוחרי איכות החיים והסביבה • טנא בריאות - עמותה לקידום
בריאות יוצאי אתיופיה בישראל • יסמין אל-נגב - לבריאות האישה והמשפחה * מרכז אדוה - מידע על שוויון
וצדק חברתי בישראל • נשים לגופן - נשים מובילות שינוי בתפיסת הבריאות, הגוף והמיניות בישראל • סיכוי
- העמותה לקידום שיוויון אזרחי • עמותת ידיד - מרכזי זכויות בקהילה • קבוצת ב"ש-שוויון בבריאות • קול
הזכויות - מימוש זכויות של ילדים בעלי צרכים מיוחדים • רופאים לזכויות אדם • רשת ערים בריאות בישראל
• שתי"ל - שירותי תמיכה וייעוץ לקידום שינוי חברתי • פעילים ואנשי אקדמיה עצמאים

בשיתוף ועדת מומחי הבריאות של תנועה המחאה j14.org.il/spivak/?page_id=29

המטה הציבורי לשוויון בבריאות

המטה הציבורי לשוויון בבריאות הוא רשת של ארגונים ופעילים השותפים בהחלטה הנחושה להביא לצמצום דרסטי של פערי הבריאות בישראל - בין תושבי המרכז לתושבי הפריפריה, בין העניים לעשירים, בין ערבים ליהודים, בין עולי אתיופיה לציבור הישראלי הותיק ועוד. הארגונים והפעילים השותפים למטה מעורבים במאבקים וביוזמות מגוונות - כל אחד ואחת פועלים בדרכם שלהם - למען מטרה זו, ואולם כולנו יחד קוראים לממשלה לקבל החלטה אמיצה לכונן תכנית לאומית רב שנתית לצמצום הפערים בבריאות, תוך התבססות על יעדים כמותיים.

וועדת מומחי הבריאות, חלק מוועדות המומחים של תנועת המחאה: גוף עצמאי ובלתי תלוי המורכב ממומחים/יות בתחומם, שנועד להציע לציבור הרחב, לפעילות/י ולארגוני העשייה החברתית חלופות לביסוסה מחדש של מדינת רווחה המושתתת על עקרונות של צדק חברתי.



לצמצם היום את פערי המחר

יעדים לצמצום פערים בבריאות

נייר עמדה משותף מטעם:

מרכז אדוה | רופאים לזכויות אדם - ישראל | האגודה לזכויות האזרח בישראל
אגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות | טנא-בריאות

פברואר 2010

בחירות 2013 יכולות לקדם צדק חברתי בבריאות - כיצד?

רשת הביטחון החברתית שאמורה לשמור על בריאותנו נפרשה לפני שני עשורים. מאז היא 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.

מאז קיץ 2011, גברו הקולות בציבור הרחב הקוראים לשינוי כיוון בתחום ההשקעה בשירותים חברתיים ובתוכנם בריאות. וועדת מומחי הבריאות של תנועת המחאה כינסה את הקולות השונים לנייר מסכם עליו מבוססת קריאה זו.

מחויבות למערכת בריאות ציבורית, מתקצבת ואיכותית באמצעות מספר צעדי מדיניות, יכולה לאחות את הקרעים. מפלגות הרצות לכנסת ונבחריהן צריכים להטות אוזן לציבור הרחב, לארגונים המייצגים סקטורים, במיוחד לקבוצות מוחלשות, ולמומחי בריאות הציבור. עליהם להתחייב באופן ברור במציעיהם ליעדים הבאים:

1. חיזוק תשתיות ציבוריות

2. החזרת המשאבים מהפרטי לציבורי

3. הקלת נטל יוקר הבריאות על המעמד הבינוני והנמוך

4. טיפול במפגעים סביבתיים המסכנים את הבריאות

5. מודעות לקשר שבין מגדר ובריאות

6. צמצום הפערים בבריאות, חיזוק שירותי בריאות הציבור

חלק מהצעדים שנפרט כאן כבר מונהגים על ידי משרד הבריאות, חלקם מעלים אבק במגירות הממשלה, אחרים מצריכים שינויי תפיסה עמוקים בממשלה וביציבור. כל הצעדים נשענים על מחקרים אקדמיים מבוססים, ידע מצטבר על ארצות אחרות או ניסיון ישראלי.

ההיסטורי, החברתי והתרבותי של האוכלוסייה, יכולה להביא להגדלת פערים. ראו לדוגמה את פרויקט רשת ערים בריאות.

4. **ביטול הפרטת שירותי בריאות התלמיד** - הפרטת השירות נכשלה וגרמה נזק רב, כפי שהראו מרכז המחקר של הכנסת ומבקר המדינה. יש להפסיק את מצעד האיוולת ולבטל באופן מיידי את המכרז הנוכחי להמשך הפרטת השירות. יש להחזיר את אספקת שירותי הבריאות לתלמיד בבתי הספר למשרד הבריאות ללא שום גורם פרטי מתווך. פעולתו האחרונה והמבורכת של משרד הבריאות בה החזיר את השירות להפעלה ישירה במחוז הדרום ואשקלון צריכה להתרחב לכל הארץ, וזאת מתוך תפיסה רחבה של קידום בריאות ולא רק אספקת שירותי רפואה מונעת כגון חיסונים. אהיות המופקדות על בריאות התלמיד צריכות לחזור ולהיות חלק אינטגרלי מהצוות החינוכי ומנוף בית הספר בכל סקטור ואיזור בארץ.

5. **תיקון נוסחת הקפיטציה (לחלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי) כך שתתן ביטוי למשתנים חברתיים ופיצוי לתושבי הפריפריה** - יוזמה חשובה זו מעודדת קופות להשקיע בתושבי הפריפריה באמצעות תוספת מיוחדת לפי ריחוק ממרכזי האוכלוסייה, אולם התוספת איננה מתחשבת במצב החברתי-כלכלי של הישוב, ולכן איננה מופעלת ביחס לישובים בהם חיה אוכלוסייה ענייה ומודרת, שקרובים גיאוגרפית למרכזי אוכלוסין (כמו העיר לוד), ומאידך, התוספת מחשיבה ישובים במעמד סוציו-אקונומי גבוה מאד המצויים במרחק ממרכז אוכלוסין. יש לתקן את המדד ולהוסיף מדד חברתי-כלכלי ליישוב או לפרט אשר יכליל ערים עניות במרכז ויחריג ישוב עשיר בפריפריה. כמו כן, יש לכלול מדד ביצוע שבוחן את ההשקעות בפועל של הקופה (השקעה יכולה להיות ברמת הנפה והמחוז ולא רק רמת הישוב), מתגמל בהתאם להשקעה או מונע המשך העברת תקציב לקופה שמעלה באמון הציבורי ולא השקיעה את הכספים שהועברו אליה בפריפריה הרלוונטית. ניתן להשתמש במודל המפורט שניסח משרד הבריאות ביחס למבחני התמיכה.

הבעיה <<

מחסור בתשתיות ובכח האדם פוגע בכל הארץ ובעיקר בפריפריה. בישראל כיום יש 3.4 רופאים ורופאות לאלף נפש. שיעור זה הולך ויורד וצפוי להגיע לפחות מ-3 ב-2020. על פי הנתונים האחרונים של ה-OECD, יש בישראל 4.8 אחיות בממוצע לאלף איש - שיעור הולך ויורד - בעוד השיעור הממוצע במדינות OECD הוא 8.7. על פי נתונים של משרד הבריאות (עד 2008), הפערים האזוריים בתחום זה גדולים במיוחד. שיעור האחיות המועסקות הגבוה ביותר ל-1,000 נפש נמצא במחוז חיפה (6.75) ות"א (6.34) והשיעור הנמוך ביותר נמצא בדרום (3.74) ובצפון (3.83). באשר לרופאים ולרופאות, שיעור הרופאים המועסקים הכללי הגבוה ביותר ל-1,000 נפש נמצא במחוז ת"א (4.6 ל-1,000 נפש) והנמוך ביותר נמצא במחוז צפון (2.1) ודרום (2.3). הפקולטה לרפואה בצפת היא מהלך חשוב ומבורך אך בטווח הקרוב היא לא צפויה לשנות את התחזית.

מצב האשפוז בכי רע והתחזית בתחום זה חמורה מאד. האוכלוסייה גדלה ושיעור המיטות לאלף נפש הולך ויורד. העומס בחדרי המיון ובמחלקות האשפוז מורגש היטב בכל רחבי הארץ ומדרדר את האמון של הציבור במערכת האשפוז, למרות איכותה המקצועית הגבוהה. לפי נתוני OECD המעודכנים ל-2010, שיעור יחידות טיפול נמרץ לאלף איש היה בישראל 1.9 בעוד הממוצע ב-OECD הוא 3.4 לאלף איש. לפי משרד הבריאות, השיעור הממוצע של מיטות לאשפוז כללי לאלף נפש בארץ מגיע ל-1.9 והוא במגמת ירידה, בעוד הממוצע ב-OECD הוא 3.6. גם בתחום זה הפערים גדולים - בפריפריה שיעור המיטות לאלף איש מתקרב ל-1.5, בעוד במרכז הוא מתקרב ל-3. הוספת מיטות ומחלקות אשפוז הוא עניין מורכב המצריך זמן (כחמש שנים), לכן יש להיערך כבר כעת בטרם נרד למקום האחרון במדינות ה-OECD בשיעור מיטות אשפוז כללי לנפש.

פתרונות <<

1. **הכרזה על תכנית ממשלתית-ארצית לצמצום פערי הבריאות** - התוכנית חייבת להיות מבוססת על חמישה עקרונות (חמשת המ'מים): מתוקצבת: הגדרת תקציב יעודי ונפרד לנושא; מדידה: הגדרת יעדים כמותיים מדידים ומוגדרים בזמן; מנטרת: מאגר נתונים - איסוף שיטתי של נתונים על פערים ע"פ חתכים שונים; משקפת: דו"ח התקדמות שנתי - שיקוף תמונת מצב של הפערים והצעדים שננקטו כדי לצמצמם; משתפת: שיתופי פעולה בין-מגזריים - ממשלה, כנסת, קופות חולים, וחברה אזרחית. להרחבה, ראו נייר של המטה הציבורי לשוויון בבריאות בנושא.

2. **עידוד שיתופי פעולה בין-משרדיים ובין-מגזריים לצורך צמצום פערי בריאות:** קידום בריאות בכלל וצמצום פערי בריאות בפרט, מחייבים ראייה רב-תחומית ורב-מקצועית: נדרש שיתוף פעולה מתמשך ומוסדר בין ספקי שירותי הבריאות השונים, הרווחה, החינוך וכמו כן, לפי אופי הסוגיה, נדרש תיאום עם האחראים על תחומים נוספים (משרד התחבורה, התשתיות, השיכון והאוצר). במסגרת תוכנית ממשלתית-ארצית לצמצום פערי הבריאות בישראל (מעלה), דרושה תוכנית מקיפה ואינטגרטיבית (להבדיל מפעולות בודדות), של כלל משרדי הממשלה. בכל תוכנית התערבות מקדמת בריאות ובכל שלבי התכנון הביצוע וההערכה יש לשלב נציגים מאוכלוסיית היעד ואת ארגוני המגזר השלישי. יש צורך בהגדרה של הנתונים הנדרשים במערכות איסוף מידע הקיימות בקרב קופות החולים, משרד הבריאות ומשרדים רלבנטיים אחרים המשיקים לתחום הבריאות לצורך זיהוי פערים בבריאות.

3. **שימת דגש על רפואה מונעת וקהילתית** - יש לשים דגש מיוחד על רפואה מונעת ורפואה קהילתית במסגרת החלטת מדיניות הנוגעות לבריאות (תקצוב טוב יותר של תשתיות שירותי המניעה והשירותים קהילתיים, חשיבה לטווח ארוך לגבי מצבת כח האדם ברפואת הקהילה, בריאות הציבור ובתחנות אם וילד, העדפה במסגרת טיפולים והתערבויות המועמדים להיכלל בסל שירותי הבריאות) ובניית תוכניות התערבות מותאמות לאוכלוסיות והקהילות השונות החיות בישראל. בניית תוכניות באופן אוניברסאלי באופן שאינו מותאם לרקע



צמצום הפערים בבריאות, חיזוק שירותי בריאות הציבור

הבעיה <<

הבעיות אשר תוארו למעלה בפרקים השונים מצטרפות זו לזו ומחוללות את בעיית הבעיות של הבריאות בישראל, הפערים העמוקים במצב הבריאות בין קבוצות חברתיות שונות מבחינת תחלואה, תמותה, הרגלים מסכני בריאות ועוד. הפער בתוחלת החיים הגיע (לפני עשור) ל-8 שנים כאשר נמדד בין עיר צפונית לעיר במרכז. עניים ועניות חשופים הרבה יותר לתחלואת סוכרת ולחוסר איזון ואף מתקשים לממן את שירותי הבריאות הציבוריים שאמורים להיות נגישים לכל. פערים עמוקים נפערו בין ערבים ועולי אתיופיה לבין האוכלוסייה הכללית (לנייר משרד הבריאות ראו כאן). שונותן של נשים מגברים מבחינה ביולוגית-בריאותית מצטרפת לגורמים חברתיים -אפליה מבנית בשוק העבודה ובבית, אלימות פיזית ומינית - היוצרים השפעה ישירה ועקיפה על בריאות נשים. ביטוח הבריאות הממלכתי מספק רשת ביטחון, האמורה לבלום את הפערים בבריאות אשר מחוללים הפערים החברתיים, אבל רשת זו נקרעת ופערי הבריאות מעמיקים.

כיום עיקר הדגש במערכת הבריאות הינו על השירותים הניתנים בבתי חולים, אולם במחקרים רבים בעולם הוכח כי רפואת קהילה ומערכת בריאות ציבור חזקות הן מפתח לצמצום פערים בבריאות. השקעה בהן נכונה יותר הן מבחינה חברתית והן מבחינה כלכלית. בישראל מערכת הבריאות בקהילה ושירותי בריאות הציבור סובלים מתת תקצוב מתמשך הגורם לקושי בגיוס כח אדם ושיפור תשתיות. חלק מהשירותים כמו שירותי התפתחות ומניעה בבתי הספר (אחיות בתי הספר) יובשו, דורדרו, הופרטו, ואז המשיכו להתדרדר.

ישנן תכניות רבות לצמצום פערים ומשרד הבריאות הנוכחי מחויב לנושא אבל חסרה מחויבות ממשלתית **כוללת**, חסרה התחיבות שלטונית חד משמעית המציבה יעדים כמותיים לצמצום פערים, והחשוב מכל, חסרה מחויבות לצמצום פערים חברתיים- כלכליים בחברה כולה שכן פערים אלה הם הגורם המרכזי המחולל פערי בריאות. ללא צמצום מימדי העוני והפערים בין שכבות בחברה בתנאי החיים, בדיוור, השכלה, חשיפה למפגעים סביבתיים, אין תקווה לצמצם את פערי הבריאות באופן משמעותי.

פתרונות <<

1. **התחייבות להוספת מיטות אשפוז** - שיעור מיטות האשפוז נמצא בירידה. יש להתמקד על שימור 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. יש לתקצב את התכנית לבניית חדרי מיון קדמיים בפריפריה.

2. **התחייבות להגדלת מספר האחיות והאחים** - כיעד מינימום, יש לאמץ את מסקנות הוועדה הממשלתית מ-2009 (ועדת ישראלי) אשר הציעה יעדים מדורגים להעלאת שיעור האחים/ות במהלך מספר שנים. המטרה הסופית צריכה להיות הגעה למוצע ה-OECD. יש להציב **יעד קונקרטי לצמצום הפער הגדול בשיעור האחים/ות בין הפריפריה למרכז**. לשם השגת יעדים אלה, יש לנקוט פעולות דחופות בהסכמה עם הסתדרות האחיות - העלאת סטטוס אקדמי, העלאת שכר, עידוד סטודנטיות/ים, מענקים לאחים/ות בפריפריה.

3. **התחייבות להגדלת מספר הרופאים/ות** - מדינת ישראל צריכה לטפל בסוגיית המחסור הצפוי ברופאים. יש לפתור את בעיית ההסמכה והרישיון של רופאים חדשים שחזרו או שעלו לארץ לאחר לימודים בחו"ל, כפי שעולה מדרישות ארגוני הרופאים והמתמחים, באופן שוויוני שאיננו פוגע באיכות הרפואה בארץ. יש לחזק את התמריצים לעידוד הגעת מתמחים ורופאים לפריפריה, בין השאר על ידי צמצום המיסוי על המענקים לרופאים/ות שמוכנים לעבור לפריפריה, מענקים שניתנו במסגרת ההסכם עם ההסתדרות הרפואית בעקבות שביתת הרופאים.



פתרונות <<

1. **התחייבות להתייחסות למגדר במחקרים ובפרסומים של משרדי הממשלה - כל מחקר הממומן על ידי מדינת ישראל צריך להיות מותנה בהכללתן של נשים בקבוצת המחקר.** שני שלישי מהידע הרפואי הנוכחי על מחקרים ותרופות מקורו במחקרים שנערכו על גברים. על מנת לפתור עיוות זה יש להפנות תקציבים יעודיים לעידוד מחקרים במגוון נושאים הקשורים לבריאות נשים. בנוסף, בשנת 2009 נכנס לתוקפו חוק המחייב את הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה להתייחס למין בעריכה ובפרסום של פעולות סטטיסטיות הנוגעות ליחידים. חוק זה צריך להיות מורחב לכלל המשרדים, הרשויות והמוסדות הרפואיים העוסקים בבריאות בישראל.

2. **הרחבת זכויות נשים בתחום הפוריות, ההיריון והלידה במסגרת סל שירותי הבריאות והביטוח הלאומי - המדינה תכיר בזכותה של כל אשה על גופה, בזכותה לשלוט בפוריותה ולהחליט אם, איך והיכן ללדת.** בישראל ניתנים תמיכות רבות ומימון לטיפולי פוריות. מנגד, אמצעי מניעה לכלל הנשים אינם כלולים בסל הבריאות. זאת ועוד, נשים נדרשות לשלם מחירים גבוהים על הפסקות היריון, והן אינן זכאיות למענקים כאשר הן בוחרות ללדת בבית. יש לשנות את המצב לאלתר.

הבעיה <<

עד היום כ-75% מהציבור הישראלי רכש ביטוח משלים - שיעור עצום בקנה מידה מערבי. זו איננה הצלחה כי אם כישלון של המערכת הציבורית. הציבור הרחב רואה בביטוח המשלים סעד להישרדות במערכת הציבורית. הוא מצפה לקבל תורים קצרים יותר, נגישות לרופאים ורופאות בכירים, יחס אישי וטיפול איכותי יותר. הקופות מחזיקות חברות לכוונת רווח שעוסקות בהספקת שירותים פרטיים מגדילות את נפח הפעילות ברפואה פרטית. מצב זה בו קופה ציבורית, האמונה על בריאות תושבי המדינה ואמורה לשמש כלי להספקת שירותים ולביטוח רפואי ציבורי, מחזיקה בחברה מסחרית הוא מצב אבסורדי. כלכלנים בכירים גורסים שנפח הרפואה הפרטית הגדל גורם לשימוש עודף בשירותי בריאות, כפל ושילוש ביטוח על אותו שירות, עליית פרמיות בלתי מבוקרת וחוסר יעילות.

שר"פ, שירותי רפואה פרטיים, הוא מנגנון לבחירת רופא/ה המאפשר לקבל שירות רפואי פרטי בתוך בית החולים הציבורי תמורת תשלום מהכיס או השתתפות עצמית במסגרת ביטוח פרטי (ובכללו הביטוח המשלים). **מנגנון השר"פ מפלה בין חולה לחולה בתוך בית החולים הציבורי. השר"פ מנצל את התשתיות, האיכות והיוקרה שהושגו בכספי הציבור, לטובת חלק מהחולים והחולות וחלק מהרופאים/ות.** יש הסבורים שכך יוצא בית החולים הציבורי נשכר שכן כסף מהביטוח המשלים/פרטי זורם אליו. תומכי השר"פ טוענים כי כיום, בבתי החולים בהם השר"פ אסור (ובתוכם בתי החולים הגדולים בישראל), "בורחים" רופאים/ות, חולים/ות ומשאבים החוצה, אל בתי החולים הפרטיים. אנו מסכימים עם ניתוח הבעיה אך כופרים בתפיסה לפיה השר"פ ההרסני יכול להיות הפתרון. במסמך זה אנו מציעים קווי יסוד לחלופה שתהלוך את עקרונות השוויון והזכות לבריאות.



פתרונות <<

1. **התחייבות לחקיקה ותקינה המסדירה הפרדה של הרפואה הציבורית מהפרטית** - יש לנתק את קשרי הבעלות בין קופות החולים לבין חברות בת מסחריות הגורמים להטיית משאבים מהציבורי לפרטי. יש להקים באופן מיידי צוות מקצועי למימוש יעד זה ולבחון כיצד ניתן לצמצם את ניצול התשתיות הציבוריות על ידי חברות הביטוח וספקי שירותים פרטיים. יש לתקן כשלי שוק הקיימים כיום כגון כפל ושילוש ביטוחים על אותו שירות אשר גם המערכת הציבורית מספקת. מצב זה גורם לבזבז משאבים ואף לניצול המערכת הציבורית בידי חברות הביטוח הפרטיות. שינויים כאלה עתידים לשנות את האיזון בין ההוצאה הפרטית לציבורית באמצעות צמצום הוצאה פרטית ההולכת וגדלה באופן בלתי נשלט ולעיתים לא יעיל כלכלית.

2. **התחייבות להרחבת סל שירותי הבריאות הממלכתי על חשבון ביטוחים משלימים ופרטיים** - יש להטמיע מרכיבים חיוניים מהביטוח המשלים לתוך הסל הציבורי, במיוחד, חוות דעת שנייה ובחירת רופא/ה לביצוע פעולות במערכת האשפוז הציבורית. הכנסת חופש הבחירה לסל הציבורי חייבת להיעשות על פי עקרונות השוויון וההוגנות שמשמעם תור הוגן וקדימות על פי הדחיפות הרפואית. במקביל, יש לקצץ את פרמיית הביטוחים הפרטיים והמשלימים. שינוי זה עתיד לצמצם את היקף המימון הפרטי במערכת הבריאות הישראלית שהוא כיום מהגבוהים בעולם המערבי. יש לממן את תוספת השירותים הנדונה לסל הציבורי.

3. **התחייבות לתיקצוב רופאי "פול-טיימר" כחלופה ציבורית לשר"פ** - תומכי השר"פ מצביעים על כך שאחרי הצהרים ישנה התרוקנות של בית החולים הציבורי ממשאביו ומרופאיו לטובת מרפאות ובתי חולים פרטיים. במקום שר"פ ניתן לקדם חלופות ציבוריות שייתנו מענה לבעיות אלה באופן שוויוני. למשל, הפיילוט שמתנהל בבית חולים איכילוב בשנים האחרונות, שניתן לכנותו 'שירות בחירה ציבורי'. מתכונת כזו יכולה לכלול את המרכיבים הבאים: בחירת שירות רפואי מתאים (צנתור במקרה של איכילוב), מתן אפשרות פתוחה לחולים לבחור רופא/ה ללא כל תשלום, הסכם עם הרופאים/ות ואנשי הצוות לפיו עליהם להישאר לצורך פעילות בשעות הערב בבית החולים (פול-טיימר), הפעלת עקרונות של קדימות

הבעיה <<

בחינת מצבן של הנשים בישראל דרך הפריזמה הבריאותית מעלה את הצורך בפיתוח שירותי בריאות המותאמים לצורכיהן של הנשים בישראל, כדי לשפר מידים של תחלואה, תמותה, מניעה, תוחלת חיים ואיכות חיים. המלצותינו חורגות מעבר להבדלים הפיזיולוגיים והעיוורון המגדרי. היבטים שונים של מצב בריאות הנשים בישראל משקפים מציאות תרבותית, ממסדית ופוליטית בחברה הישראלית.



פתרונות <<

1. **יישום התכנית הלאומית לצמצום זיהום אוויר:** התכנית הלאומית לצמצום זיהום אוויר, מתוקף 'חוק אוויר נקי', הייתה אמורה לעבור אישור ממשלה בדצמבר 2011. הממשלה דחתה את האישור, ולאחרונה אישרה את התכנית אך בהיקף מצומצם מאוד: במקום 690 מיליון ש"ח בתקופה של 8 שנים, אושרו 225 מיליון ש"ח לתקופה של 3 שנים, אך גם תכנית זו טרם זכתה לאישור ראש הממשלה. התכנית המצומצמת איננה משקפת הכרה מספקת בחשיבותה של תכנית מניעה לשיפור הבריאות והפחתת הוצאות הבריאות. תכנית זו פוגעת בסיכויים להטמיע שיקולי סביבה ובריאות בעבודת משרדי הממשלה.

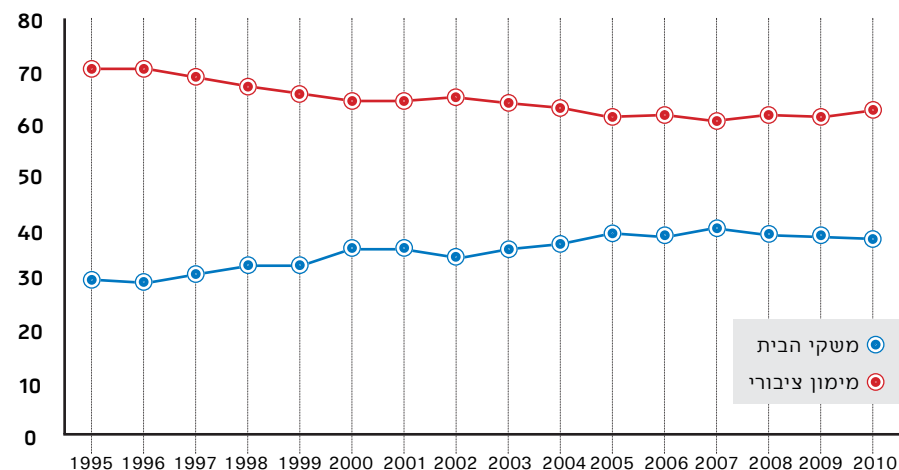
2. **הכרזה ממשלתית על אזור נפגע זיהום:** - משרדי הממשלה (בריאות והגנת הסביבה) עתידים להכריז על גוש דן וירושלים 'אזורים נפגעי זיהום אוויר', ואילו מפרץ חיפה לא יוכרז ככזה, למרות זיהום האוויר מהתעשייה ומהתחבורה שאף עולה על הזיהום במקומות אחרים בארץ. יש לצרף את מפרץ חיפה והקריות להגדרה זו.

3. **תקנות שיעגנו שקיפות עבודת רשם מחלות המקצוע:** - יש לוודא כי עבודת הרשם והנתונים שיאסוף יהיו שקופים לציבור.

4. **תכנון ומוכנות לשינויי האקלים והשפעת על בריאות הציבור:** - על מערכת הבריאות להכין תכנית להתמודדות עם השפעת שינויי האקלים על בריאות האוכלוסייה וכן לדאוג להסברה מונעת, בייחוד בקרב אוכלוסיות פגיעות.

מימון ההוצאה הלאומית לבריאות 1995-2010

(באחוזים) | מקור: פרופ' גבי בן-נון, לפי נתוני הלמ"ס



טיפול במפגעים סביבתיים המסכנים את הבריאות

הבעיה <<

גורמי סביבה בישראל אחראים לשיעור ניכר מכלל התחלואה - זיהום אוויר, חשיפה לכימיקלים מסוכנים (בסביבה, בתעסוקה או במוצרי צריכה), קרינה ועוד (ראו נייר של משרד הבריאות בנושא). ה-OECD פרסם נתונים על ישראל לפיהם זיהום האוויר בישראל גבוה וחמור יותר מאשר מרבית המדינות ב-OECD. למרות שיפור מסוים, עדיין אזורי תעשייה כגון מפרץ חיפה, אשדוד ורמת חובב, והערים הגדולות (גוש דן, ירושלים) סובלים מזיהום אוויר המקרין על בריאות הציבור, על תחלואה (הפניות לטיפול רפואי, אשפוזים) ועל תמותה. לצד הסיכונים המתמשכים, שינויי האקלים צפויים להציג אתגרים נוספים, ביניהם התפשטות מחלות הנישאות על ידי מזיקים, עליה בתמותה ממחלות לב וריאה כתוצאה מהגברת זיהום האוויר ועומס החום ועוד. בישראל לא מבוצעים מחקרים בנושא בריאות וסביבה באופן מקיף ושיטתי, ומחקרים שכן נעשים לא מהווים בסיס לקבלת החלטות. בשנת 2012 הוקם רשם מחלות מקצוע - מאגר מקיף שאמור לכלול הן מידע על מחלות מקצוע, הנובעות ממקצועות שונים, והן מידע על חולים, לפי מקצוע/מקום עבודה ועוד. הרשם כרגע עדיין נמצא בהקמה, ותוצאות ראשוניות אמורות להיות ב-2013.

לשירות על פי הצורך הרפואי ותשלום לצוות הרפואי באמצעות התאגיד שליד בית החולים הממשלתי. לצד ההשקעה הכרוכה בתגמול הצוות הרפואי, שינוי זה עתיד לבלום זרימת משאבים - כספים וכח אדם מיומן - מהמערכת הציבורית אל המערכת הפרטית ולשפר את יעילות תפקודה של המערכת הציבורית באמצעות הרחבת השימוש בתשתיות הציבוריות מעבר לשעות העבודה הרגילות.

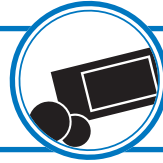
4. **התחייבות להעלאת תקרת מס הבריאות ומס הכנסה** - כיום תקרת ההכנסה לחישוב מס הביטוח הלאומי ומס הבריאות היא בערך 5 פעמים השכר הממוצע, כ-54 אלף ש"ח. ניתן וצריך להעלות תקרה זו לשכבות אמידות. שינוי זה יזרים משאבים למערכת הציבורית.

5. **התחייבות לתיקוני חקיקה שמטרתם פיצוי על שחיקת המימון של חוק ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות:**

- **תיקון מדד יוקר הבריאות** - תיקון מדדי יוקר הבריאות והפיכתם למדדי יוקר המבטאים את ההתייקרות האמיתית של השירותים ובמיוחד התייקרות עלויות כח האדם. כך יש להתחיל ולתקן את השחיקה רבת השנים בתקציב סל השירותים אשר מידתה מוערכת בכ-30%-40% שחיקה ריאלית מאז 1998.

- **תיקון המדד הדמוגרפי** - התקנת עדכון דמוגרפי מציאותי המחושב לפי הגידול בסה"כ מספר הנפשות המתוקננות בקופות כפי שהתרחש בפועל בשנה הקודמת.

- **עדכון אוטומטי בגובה 2% לתרופות וטכנולוגיות חדשות** - הצורך בעדכון קבוע בשיעור 2% לתרופות וטכנולוגיות חדשות עלה פעמים רבות וההצעה זכתה לתמיכה מקיר לקיר בכנסת ישראל ואף עברה קריאה ראשונה בניגוד לעמדת הממשלה הקודמת. עם זאת, בממשלה הנוכחית נפלה ההצעה בשל מדיניות האוצר. השנה הקרובה תהיה השנה האחרונה בה אמור לחול הסכם תלת-שנתי בין משרדי הבריאות והאוצר באשר לגודל התקציב לתרופות וטכנולוגיות חדשות ובשנה שאחריה אנו צפויים לחזרת אי הוודאות והעימותים.



פתרונות <<

1. **חקיקה להורדת השתתפות העצמית על שירותים ותרופות הכלולים בסל הבריאות הממלכתי** - יש לצמצם באופן הדרגתי ורוחבי את תשלומי ההשתתפות על שירותים ותרופות בסל הבריאות ולא להמשיך בהעמסת עוד תקרות ופטורים אשר החולה מתקשה להתמצא בהן. הדרגה הראשונה שניתן להתחיל ממנה כבר בשנה זו היא ביטול כל האגרות וההשתתפויות הקשורות לרפואה מונעת ראשונית ושניונית - חיסונים, בדיקות סקר כמו ממוגרפיה ועוד - שכן אין כל סיכון של צריכת ייתר ביחס לשירותים אלה. הדרגות הבאות תהיינה ביטול תשלומים עבור כל החולים הכרוניים ולבסוף כל האגרות על תרופות ושירותים שהרופא/ה במערכת הציבורית מפנים אליהם. להרחבה ראו [נייר עמדה](#).
2. **חקיקה להכללת מרכיבים חיוניים נוספים בסל שירותי הבריאות - שיניים, בריאות הנפש, טיפול ואשפוז סיעודי** - יש להמשיך ללכת בדרך שמשד הבריאות מוביל בה בשנים האחרונות ולממש את הרפורמות הממשלתיות להעברת שירותים אלה לסל הציבורי: שירותי בריאות שיניים ציבוריים לילדים ולקשישים, טיפול ואשפוז סיעודי ציבורי. רפורמות אלה מחייבות העלאת מס בריאות (כאחוז אחד) והדבר מחייב מערכה הסברתית שתשכנע את המעמד הבינוני בדבר כדאיות המעבר מביטוחים פרטיים יקרים ולא בטוחים למערכת ציבורית זולה, יעילה ואמינה. יש לאשר את הרפורמה לטיפול ואשפוז סיעודי בהחלטת ממשלה. יש להשלים את ההיערכות לרפורמה בבריאות הנפש תוך הבטחת הזכאות לטיפול נפשי לכל מי שנזקק לכך, באופן שוויוני, נגיש ואיכותי וללא השתתפויות עצמיות נוספות. **שינויים אלה כרוכים בהשקעות ציבוריות שיש לכסות באמצעות העלאת מס. עם זאת, תכנון והסברה מתאימים יכולים להביא להקטנת הנטל על המעמד הבינוני בשל המעבר מביטוח פרטי לביטוח ציבורי.**

הבעיה <<

משפחות המעמד הבינוני חשות היטב את היוקר המאמיר של הביטוחים הפרטיים והמשלימים, ההשתתפויות העצמיות הכרוכות במימושם של הביטוחים ועלויות שירותים רפואיים פרטיים. בעיקר בולט הדבר בכל הנוגע לשירותים חיוניים החסרים כיום במערכת הציבורית, כמו טיפולי שיניים או שירותים אשר דוחקים החוצה את המעמד הבינוני כגון האשפוז והטיפול הסיעודי בבית. לכל אלו מצטרפת גביית השתתפות עצמית על שירותים שנמצאים כבר בסל הציבורי ואשר הציבור בעצם כבר שילם עליהם בכספי המיסים - גבייה זו פוגעת במיוחד בשכבות החלשות, זקנים, חולים כרוניים, עניים ועניות מכל המגזרים, מתקשים לעמוד באגרות השונות ונמנעים משירותי בריאות חיוניים ומתרופות. ביד אחת, המדינה מעבירה לקופות החולים מעל 30 מיליארד ש"ח כדי לספק את סל השירותים הציבורי וביד השנייה היא מתירה לקופות לגבות ישירות מהציבור אגרות והשתתפויות על שירותים אלה, הן בסל הציבורי והן במסגרת הביטוח המשלים. משמעות הדבר שכולנו משלמים פעמיים לצורך קבלת שירותים, פעם אחת באמצעות המיסים ופעם שנייה בצורה ישירה לקופה.