

נייר עמדה

ענה אות

הש  
מצילים



למשך  
הטיפול -  
נא הכניס  
מטבע

הפגנת הפורום לצדק חברתי מול מקום ישיבתה של ועדת גרמן  
לשכת הבריאות המחוזית תל אביב, 23.1.2014

# "בלי הבדל בין עשיר לעני"\*

מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית

כולל תכנית ברו"ש - בחירת רופא שוויונית

\* מתוך תפילת הרופא המיוחסת לרמב"ם: "זכני להביט על כל סובל הבא לשאול בעצתי כעל אדם,  
בלי הבדל בין עשיר לעני"

האגודה לזכויות האזרח בישראל  
جمعية حقوق المواطن في إسرائيل  
The Association for Civil Rights in Israel



רופאים אטלים  
HUMAN RIGHTS  
לזכויות אדם לחقوق الإنسان  
ISRAEL ישראל

[www.acri.org.il](http://www.acri.org.il)  
[www.phr.org.il](http://www.phr.org.il)

# "בלי הבדל בין עשיר לעני"\*

## מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית

כולל תכנית ברו"ש – בחירת רופא שוויונית

נייר עמדה, פברואר 2014

\* מתוך תפילת הרופא המיוחסת לרמב"ם:

"זכני להביט על כל סובל הבא לשאול בעצתי כעל אדם, בלי הבדל בין עשיר לעני"

### כתיבה:

רמי אדוט, האגודה לזכויות האזרח  
פרופ' דני פילק, רופאים לזכויות אדם  
פרופ' נדב דוידוביץ', רופאים לזכויות אדם

עריכת לשון: ענבל גרין, "המובן ואליו"

צילום הכריכה: אהוד עוזיאל

עיצוב הכריכה ואינפוגרפיקה: נועה אולחובסקי | [www.dropouts.me](http://www.dropouts.me)

עיצוב החוברת: סטודיו אוסו באיו



## תוכן עניינים

- 3 פתח דבר
- 4 תקציר
- 8 מבוא: 15 שנות הפרטת הבריאות
- 8 האוצר: שחיקת התקציב, עידוד הפרטה
- 11 בתי החולים: קידום שירות רפואי פרטי (שר"פ)
- 13 קופות החולים: יותר פרטיות מציבוריות
- 17 עשרה צעדים להצלת מערכת הבריאות הציבורית
- 21 ברו"ש – בחירת רופא שוויונית בבית החולים ובקהילה
- 24 עסקת חבילה: ספיגת הביטוח המשלים וכינון תכנית ברו"ש
- 30 שבע סיבות טובות לאמץ את מתווה ההצלה "בלי הבדל בין עשיר לעני"
- 33 מקורות

למעבר ישיר לפרק מסוים יש לחוץ על שם הפרק

"בלי הבדל בין עשיר לעני": מתווה להצלחת מערכת הבריאות הציבורית

## פתח דבר

האגודה לזכויות האזרח ועמותת רופאים לזכויות אדם פועלות זה שנים ארוכות, יחד עם שותפים רבים לדרך, כדי לקדם את מימושה של הזכות לבריאות. פעילות זו נובעת מההבנה כי הזכות לבריאות היא זכות יסוד חברתית, שבלעדיה נשמטת הקרקע תחת זכויות אדם אחרות. אנו מאמינים כי העקרונות המנוסחים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994) – צדק, שוויון ועזרה הדדית – הנם עמודי התווך שעל מערכת הבריאות הישראלית להתקיים לאורם, וכי יש לפעול כדי שתשוב לממש תכלית זו. לפיכך, בשלוש השנים האחרונות היו שני הארגונים מעורבים בהקמת המטה הציבורי לשוויון בבריאות.

במסמך זה מציעים רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית. מתווה דומה הוצע גם בנייר עמדה\* שהגישו הארגונים לוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן ("ועדת גרמן"). המתווה מבוסס על יצירת הפרדה ברורה בין מערכת הבריאות הציבורית לזו הפרטית. הוא קורא לאסור על קופות החולים להחזיק בתי חולים וחברות פרטיות; לבטל את כל שירותי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים; להטמיע את הביטוח המשלים בסל הציבורי ולהשתמש במקורות הכספיים כדי לספק סל שירותים רחב ושוויוני לכל הציבור, ואף לאפשר בחירת רופא באשפוז באופן שוויוני וללא כל אפליה.

\* <http://www.acri.org.il/he/wp-content/uploads/2013/07/German-Mabat2013.pdf>

## תקציר

יסודותיה של מערכת הבריאות הישראלית מתערערים והולכים. סדקים עמוקים נפערים בה והיא מתפוררת בהתמדה ומאבדת נתח אחר נתח לרפואה הפרטית.<sup>1</sup> בהתאם, מתדרדר האמון במערכת הציבורית לשפל חסר תקדים. בסקר שנערך לאחרונה, דיווחו רק 50% מהנשאלים כי הם בטוחים שיקבלו טיפול ראוי בעת מחלה קשה.<sup>2</sup> החשש הוא כי לא ירחק היום שבו לא יסכים עוד חלק מהציבור, ובייחוד מקרב מעמד הביניים ומהמעמד החברתי-כלכלי הגבוה, להפנות את מסיו אל מערכת ציבורית הכורעת תחת עומס, שהוא מדר ממנה את רגליו.<sup>3</sup> אם לא נפעל במהירות ובנחרצות, יפרמו החוטים הדקים המקנים מובן למונח "ערבות הדדית"; המערכת הציבורית תתפרק; וכל קבוצה יחיד יופקרו לגורלם.

ב-1995 נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וביסודו ההבטחה לכונן מערכת המבוססת על "צדק, שוויון ועזרה הדדית". שלוש שנים מאוחר יותר, נקט האוצר סדרה של פעולות מכוונות שבעטיין החל תהליך מואץ שדחף את קופות החולים ובתי החולים אל עבר הרפואה הפרטית. כך ניטעו בלב המערכת הציבורית גידולי פרא פרטיים הגורמים להסחרתה:<sup>4</sup> תשלומי השתתפות עצמית גדלים והולכים;<sup>5</sup> שר"פ (שירות

1. לאחרונה יצא דוח משווה של ה-OECD ולפיו ישראל בולטת בפרמטר של תוחלת חיים גבוהה, אך מתדרדרת בקריטריון של שיעור הרופאים והאחיות הפועלים בה ובמדד המימון הפרטי של שירותי בריאות, לעומת מערכות בריאות ציבוריות במדינות אחרות. ראו:

[Health at a Glance 2013: OECD Indicators](#), OECD Publishing, 2013.

לסקירות ולנתונים בנושא פערים בבריאות וכן לרשימת פרסומים והמלצות קריאה, ראו תחת הכותרת "מידע על פערים" באתר המטה הציבורי לשוויון בבריאות, [www.equalhealth.org.il](http://www.equalhealth.org.il).

2. רק 40% אמרו כי הם בטוחים שיוכלו להרשות לעצמם כלכלית את הטיפול שייזקקו לו. בתחום זה ישראל ממוקמת במקום הנמוך ביותר מבין 11 מדינות בסקר עולמי. ראו: שולי ברמלייגרינברג ותמר מדינה-הרטום, **תמצית ממצאי הסקר התשיעי העוקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, יוני 2013. בתנאים אלה, קיימת סכנה של ממש להתפשטות רפואה שחורה ופלילית. ראו: ניסים כהן ודני פילק, **רפואה שחורה בישראל: מדידת התופעה, הסברים לקיומה והמלצות למיגורה**, ביטחון סוציאלי 92 (אוקטובר 2013), עמ' 97-128.

3. זו תחזית ריאליסטית בהתחשב במצב שהתרחש בגרמניה, שבה מי שמרוויח למעלה מ-5,500 דולר בחודש רשאי לצאת מהמערכת הציבורית אל הביטוחים הפרטיים. ראו:

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

המודל שאנו רומזים לו פה הוא המודל (המשופר) של הירשמן, ולפיו קבוצה חברתית שאינה מצליחה לבטא את קולה ואת צרכיה, עלולה לנטוש את המערכת. ראו: כהן ופילק, ה"ש 2 לעיל.

4. הסחרה היא הפיכת שירות ציבורי כמו בריאות לסחורה שנקנית בכסף. ראו: דני פילק, **השפעת המשפט על מסחורם של שירותי הבריאות בישראל**, מעשי משפט, כרך ב' (2009), עמ' 167-183. וכן ראו: אייל גרוס, **בריאות בישראל - בין זכות למצרך**, בתוך: יורם רבין ויובל שני (עורכים), **זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל**, רמות, 2004, בעמ' 437-532.

5. מאז 1998 החלו הקופות לגבות יותר ויותר כספים ישירות מהמבוטחים באמצעות "תשלומי השתתפות" המוטלים על שירותים כמו ביקור רופא, שכבר שולם תמורתם בדרך של מסים.

רפואי פרטי – בחירת רופא בתשלום פרטי) ושירותים פרטיים אחרים הניתנים בתוך בתי חולים ציבוריים; ולבסוף – ביטוחים משלימים שמוכרות קופות החולים. בראייה לאחור, היה המהלך האחרון הגורלי מכולם, שכן הביטוח המשלים הוא כיום הצינור העיקרי שדרכו זורמים רופאים מהמערכת הציבורית אל מרכזי רפואה פרטיים. מרבית הציבור בישראל מבטוח בביטוח משלים, ולמעלה משליש מבטוח גם בביטוח מסחרי – ממדי ענק בקנה מידה של העולם המערבי.

מציאות זו מחזקת בקרב הציבור את הרושם כי כדי לקבל את השירות הרפואי הנחוץ באיכות סבירה אין מנוס מלהשתמש באמצעים כגון ביטוח פרטי, תשלום לרופא או ניצול קשרים מיוחדים – ואף תשלום שוחד.<sup>6</sup> כיום, יתקשה האזרח הממוצע להצביע על קו הגבול שמסמן את סיום תפקידה של המערכת הציבורית השווה לכל נפש, שאנו זכאים לה בדיון ומשלמים בעבורה מסים, ושממנו ואילך נכנסת לפעולה המערכת הפרטית – זו שהיקפה נקבע בהתאם למחיר ששילם החולה, העוקפת תורים ויוצרת "שווים – ושווים יותר".

הפרטת מערכת הבריאות היא שלב נוסף בעידן ההפרטה, שבעטיה מעמיקים הפערים החברתיים בישראל. שמונה שנות חיים ומעלה (!) מבדילות כיום בין תוחלת החיים של אזרח ישראלי שחי בעיר מבוססת לבין אזרח שחי בעיר ענייה.<sup>7</sup> אמנם, מקורם של הפערים החברתיים אינו בשדה הבריאות, אך דומה כי במרחב זה מתגלם ביטויים האכזרי ביותר: בקושי להגיע לרופא; בקושי לקנות תרופות; במחלות שאינן מטופלות; ובמוות מוקדם שסיבתו האמיתית אינה אלא הפערים והעוני.

**אנו ניצבים על פי תהום.** מערכת הבריאות הציבורית עומדת על סף קריסה. בשעת חירום יש לנקוט צעדי חירום. כזה הוא המתווה שמציעים הארגונים **רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח**, המתבסס על יצירת הפרדה ברורה בין מערכת הבריאות הציבורית לבין זו הפרטית, ועל חיזוק המערכת הציבורית וחיידוש האמון בה. חיידוש האמון הוא הכרחי, שכן **הטשטוש שבין המערכות משמעו בזבוז משאבים, העמקת פערים ובעיקר בלבול התודעה.** ההשלכות של מצב חמור זה הן אובדן אמון מתפשט והולך במערכת הציבורית.

6. לפי מחקר שנערך לאחרונה, בעשור האחרון שילם אחד מכל עשרה ישראלים שוחד כדי לקבל שירות, ואחד מכל ארבעה ניצל קשרים אישיים (פרוטקציה). נוסף על כך, נטען כי השר"פ הירושלמי ומקביליו בתחום הרפואה הפרטית-ציבורית במרכז הארץ מקבלים צביון של רפואה שחורה, לנוכח הפרקטיקה שבה רופאים מפתים את חוליהם לבוא אליהם למסגרות הפרטיות. ראו: כהן ופילק, ה"ש 2 לעיל.

7. הפער בתוחלת החיים בין רעננה לרהט, כפי שהתפרסם לאחרונה, עולה על שמונה שנים. ראו המצגת **פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 2005-2009**, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות.



על רקע זה מציגים ההסתדרות הרפואית ומנהלי בתי החולים הגדולים את השר"פ כאמצעי שתכליתו לחזק את המערכת הציבורית, אלא שלאמיתו של דבר, משמעותו של השר"פ אינה אלא הכנסת שירותים פרטיים בכסף פרטי ללב בית החולים הציבורי. בין שהניסיון לקדם את השר"פ מונע מציניות ובין שהוא נובע מייאוש, ההצעה רק מעמיקה את הבלבול שחש הציבור הישראלי.

השיווק האגרסיבי של ביטוחים משלימים וביטוחים פרטיים שהציבור נחשף אליו יומם וליל, משדר מסר ולפיו אין די במערכת הבריאות הציבורית, וכי אם ברצונו של האזרח לדאוג לעצמו ולמשפחתו, עליו למצוא דרך לעקוף אותה. לעתים, מועברים המסרים השיווקיים הללו בבטות ובישירות על ידי לא אחר מאשר הרופא המטפל – אותה סמכות שהחולה משליך יהבו עליה בהאמינו כי שיקול הדעת המופעל ביחס אליו נובע משיקולים מקצועיים טהורים. אין זה נדיר שהמסר שמקבל האדם החולה מהרופא הוא "אל תחכה לי בתור הציבורי; לטובתך, בוא אליי למרפאה הפרטית דרך הביטוח המשלים". בסופו של חשבון, מתעצם הבלבול עד לכדי אמונה מוחלטת של החולה ומשפחתו כי רק בדרך הזו, של בחירה ובריחה למערכת הפרטית, יבטיח את בריאותו, ושמא אף את החיים עצמם.

אשר לתוכן המסחרי המשווק, זה מתרכז במכירת ה"מוצר" – ביטוח סיעודי, ביטוח משלים, ניתוח פרטי; אלא שגם כאן טמונה מלכודת, שכן הביטוח המסחרי מדגים יחס נמוך בין עלות הפרמיה לבין השיפוי הכספי של המבוטח.<sup>8</sup> **התוצאה המצטברת היא מצג שקרי ולפיו מערכת הבריאות הציבורית היא הבעיה, ולא הפתרון.**

אין להכחיש כי מערכת הבריאות הישראלית פועלת בתנאים לא-פשוטים: מחסור ניכר בכוח האדם ובציוד, עומס רב שמוטל על כתפיהם של הרופאים והאחיות, וכן הלאה. פועל יוצא של מצב זה הוא תורים ארוכים, יחס טעון שיפור, ובעיות נוספות. אלא שהדרך שמציעים הרפואה הפרטית והביטוח המשלים עתידה לחסל סופית את מערכת הבריאות הציבורית.

**אנו קוראים למנהיגי החברה בישראל לשלב ידיים עם טובי המומחים, וביחד, למסד הסברה נאותה שתבהיר מדוע רק הצלת מערכת הבריאות הציבורית וחיזוקה הם המפתח להשקיט את חרדותיו המוצדקות של האזרח. גם אם התכנית המתחייבת מכך תדרוש מהציבור הרחב לשלם מחיר, יהא זה מחיר נמוך בהרבה לעומת המחיר הכרוך במציאות המעוותת הנוהגת כיום, ובהשלכותיה העתידיות.**<sup>9</sup>

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

9. בעשור שבין 2002 ל-2011 עלתה ההוצאה של משקי הבית על ביטוחים משלימים (כאחוז מהתצרוכת של משק הבית) ב-70%, וההוצאה על ביטוחים מסחריים עלתה ב-90%. ראו: חורב וקידר, ה"ש 8 לעיל.

**מתווה "בלי הבדל בין עשיר לעני"** להצלת מערכת הבריאות הציבורית מבוסס, ראשית לכול, על דרישה לתיקון היסטורי של תקצוב הקופות, כפי שדרש בית המשפט לאחרונה.<sup>10</sup> לאחר מכן, נדון הצורך לנתק את המערכת הציבורית מהמערכת הפרטית; ולבסוף – מוצגות הצעות לפתרון: הפניית הכסף הזורם לביטוח המשלים לצינורות הציבוריים, כך שישמש להשבחת המערכת הציבורית; ואימוץ תכנית "ברו"ש" (בחירת רופא שוויונית). המתווה מפרט עשרה צעדים שיישומם לא יאפשר עוד לקופת חולים ציבורית להחזיק חברות בדמות בתי חולים פרטיים (כגון "אסותא" ו"הרצליה מדיקל סנטר"), רשתות מסחריות לרפואת שיניים (כגון "מכבי-דנט" או "כללית-סמייל") או מכוני בדיקות שפועלים כחברה מסחרית למען רווח (כגון "מכון מור"); קופת החולים אף לא תוכל להמשיך לשווק ביטוח משלים, שאינו אלא ביטוח פרטי במסווה ציבורי. שירותי סל הבריאות יורחבו, ותובטח האפשרות של כל חולה לבחור רופא גם במערכת האשפוז, בחינם ובאופן שוויוני. קבלת המתווה ויישומו תחזק את המערכת הציבורית, תיעל אותה, ואף תקטין את הוצאות משקי הבית על בריאות. כל אלה ישיבו את האמון במערכת הבריאות הציבורית ויצילו אותה רגע לפני התפרקותה.

**הגיע רגע האמת: הממשלה חייבת לבחור בין הצלת מערכת הבריאות הציבורית מהתפרקות לבין כניעה לאינטרסים כספיים שיעמיקו את ההפרטה, יעצימו את פערי הבריאות וימוטטו לחלוטין את האמון הציבורי במערכת.**

---

10. ראו בג"ץ 8730/03 ר'10778, [שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות \[בהתאמה\] נגד שרי האוצר והבריאות](#), 21.6.2012, וכן ראו ה"ש 15 להלן.

## מבוא: 15 שנות הפרטת הבריאות

### האוצר: שחיקת התקציב, עידוד הפרטה

זה שלושה עשורים לפחות, מאז תכנית הייצוב של המשק שאושרה בשנת 1985, שמתרחשים בישראל שני תהליכים מקבילים: שחיקת התקציבים החברתיים מחד גיסא, והפרטות של שירותים ציבוריים מאידך גיסא.<sup>11</sup> למשך תקופה קצרה, באמצע שנות התשעים, היה נדמה כי מתחולל שינוי בתחום הבריאות שמגמתו חיובית. חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994) וחוק זכויות החולה (התשנ"ו-1996), נוצקו על בסיס העקרונות "צדק, שוויון ועזרה הדדית", כפי שנכתב בפתחם. אולם ב-1997, שלוש שנים בלבד לאחר חקיקת החוק הראשון, החלו להתערער יסודותיו התקציביים. האוצר יזם שורה של פעולות שנועדו לקצץ במקורות הכספיים הישירים ולחזק את שליטתו בתקציב הבריאות.<sup>12</sup> בשנים הבאות תורגמה שליטה זו להמשך קיצוצים בתקציב הכללי באופן שאפשר לאוצר לאכוף את מדיניות ההפרטה וההסחרה.<sup>13</sup>

הביטוי המובהק לשחיקת התקציב הוא היחס שבין המימון הפרטי למימון הציבורי במסגרת ההוצאה הלאומית לבריאות. במקום שיעור של 70%-80% מימון ציבורי לעומת 20%-30% מימון פרטי כמקובל במערב אירופה, המצב בישראל הוא של כ-60% מימון ציבורי לעומת כ-40% מימון פרטי. מצב זה אינו נובע מטעות, וגם לא ממחדל. מדובר במדיניות מכוונת של שחיקה, שיסודותיה ניטעו בחוק; מאז 1998, נשחק ריאלית תקציב סל השירותים הבסיסי ב-25% לפחות.<sup>14</sup>

לפני כשנה וחצי נענה בג"ץ לעתירת קופות החולים והורה לשרי האוצר והבריאות לתקן את מדד יוקר הבריאות, הקובע את גודל התקציב שמקבלות הקופות. במיוחד התייחס בית המשפט לשחיקת התקציב שנבעה ממחיר יום אשפוז. התיקון, אילו היה מתקיים ברוח הוראת בית המשפט, היה עשוי לפצות את הקופות רטרואקטיבית

11. ראו: [מדינת רווחה לא תצא מזה: תגובה להמלצות ועדת טרכטנברג](#), מרכז אדוה, 27.9.2011.

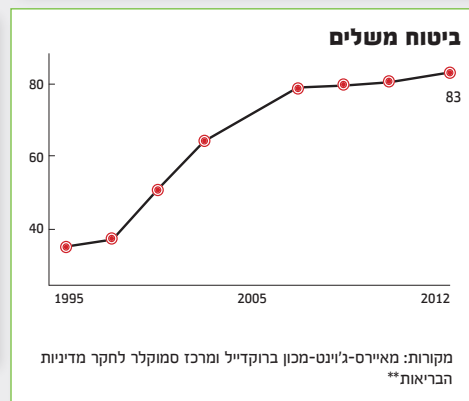
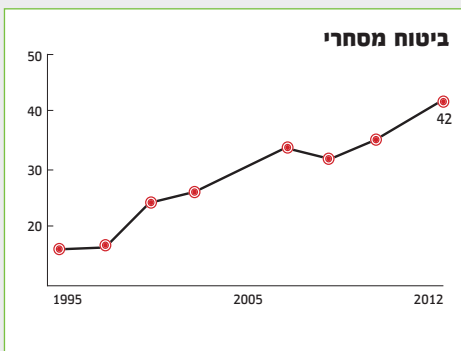
12. ראו: פילק, ה"ש 4 לעיל.

13. ברברה סבירסקי ממרכז אדוה אומדת את הפער שבין העלות הריאלית של שירותי הבריאות בסל המרכזי שמספקות הקופות לו היו השירותים מוצמדים הצמדה מלאה לבין תקצובו בפועל של הסל בשנת 2011 בכ-16 מיליארד ש"ח. יש לציין שנכון להיום, עלות סל השירותים כולו היא 32 מיליארד ש"ח, כך שמדובר בפער אדיר בין הרצוי והמתחייב לבין התקצוב בפועל. ראו: ברברה סבירסקי, [תקציב משרד הבריאות: יעדים לשנים הבאות](#), מרכז אדוה, ינואר 2013.

14. סבירסקי, ה"ש 13 לעיל. וראו גם: לאה אחדות וגבי בן נון, [בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של שר"פ](#), מחלוקות בכלכלה, סדרה שנייה, מחלוקות בכלכלה 3, מכון ון ליר בירושלים, 2012.

התרשימים שלהלן מתארים את עומק הפרטת הבריאות לאורך 15 שנה לפי שלושה פרמטרים: שיעור מימון פרטי של שירותי בריאות (מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות, באחוזים); הגידול בהחזקת ביטוח משלים (שיעור המחזיקים בביטוח משלים מסך כל מבטחי הקופות, באחוזים); והגידול בהחזקת ביטוח מסחרי (שיעור המחזיקים בביטוח פרטי מסך כל מבטחי הקופות, באחוזים).

התרשים הראשון – "הוצאה פרטית" – משקף את כלל ההוצאה במשק על רפואה פרטית, לא כולל מסים ציבוריים שמשקי הבית משלמים, ולפיכך מבטא את הנטל על משקי הבית. שני התרשימים האחרים – "ביטוח משלים" ו"ביטוח מסחרי" – מבטאים בעקיפין את חוסר האמון במערכת הציבורית, שגורם לקניית ביטוחים משלימים ומסחריים.



\* התרשים מבוסס על: [ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2011](#), הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נובמבר 2012.

\*\* התרשימים מבוססים על: רויטל גרוס ושולי ברמלי-גרינברג, [דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2001, והשוואה לשנים קודמות: דוח מחקר](#), מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, אוקטובר 2003; שולי ברמלי-גרינברג, רויטל גרוס, יפעת יאיר ואייל עקיבא, [דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות: דוח מחקר](#), מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאי 2011; ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, ה"ש 2 לעיל.

על השחיקה רבת השנים.<sup>15</sup> אולם בפועל, במהלך הכנת תקציב 2013-2014 רוקן משרד האוצר מתוכנה את הוראת בית המשפט. אין מנוס מן הקביעה כי חוק ההסדרים והתקציב לשנים 2013-2014 מבטאים זלזול בוטה של משרד האוצר הן בקביעות בית המשפט והן בלחץ הציבורי. על פני הדברים, בהתאם להוראת בית המשפט נערכה "עבודת מטה" והתקיימו דיונים בשאלת פיצוי הקופות נוכח שחיקה רבת שנים; אך גם אם הכספים שהועברו לבסוף לקופות הקטינו את הגירעון הקיים במידת מה, לא "פיצח" המהלך את המרכיב היסודי והחשוב ביותר שבית המשפט דן בו, קרי תיקון מדד יוקר הבריאות באמצעות חישוב ריאלי של מחיר יום האשפוז (יש לציין כי ההוצאות על ימי אשפוז מהוות למעלה מ-40% מהוצאות הקופות על סל השירותים).<sup>16</sup> משלא חל שינוי של ממש במרכיב זה, מאליו מובן שגם לא הובא בחשבון כל פיצוי על שחיקת העבר. נוסף על כך, לא תוקן המדד הדמוגרפי כך שישקף את הגידול בפועל של האוכלוסייה בישראל. התקציב ל-2013-2014 אמנם כלל תוספת שהוזרמה לקופות החולים כדי לכסות את הגירעונות, והאוצר אף הסכים לתיקונים קטנים של המקדם הדמוגרפי, אך תהום עודה פעורה בין צעדים אלה לבין המתחייב מפסיקת בית המשפט. לפיכך, אפשר לקבוע כי מה שנראה כפריצת דרך תקדימית בבית המשפט, הסתיים בקול ענות חלושה.

כיצד אפשר להסביר את שתיקתן היחסית של קופות החולים לנוכח מהלך מקומם זה? נראה כי הקופות העדיפו "ציפור אחת ביד", כלומר הסתפקו בתיקונים המקומיים שנעשו ובסכומי כסף מצומצמים שהועברו אליהן כדי לסגור גירעונות שוטפים; דומה כי הן משלימות – הלכה למעשה – עם הייאוש נוכח היעדר האפשרות לחולל שיפור של ממש בתיקצוב המערכת הציבורית.<sup>17</sup>

במשך עשור וחצי של שחיקת תקציב, פתחה הממשלה – ובעיקר משרד האוצר – פתחי נשימה בדמות ערוצים ממוסחרים. אל אלה מיהרו להיכנס הספקים הציבוריים, קרי הקופות ובתי החולים. סעיף "השתתפות עצמית" שאושר לקופות אפשר להן לגבות עוד ועוד כספים ישירות מהציבור על שירותים כגון אגרת רופא, רופא מומחה, בדיקות ותרופות. מן הראוי להזכיר ולהדגיש, כי על שירותים אלה, כבר שילם הציבור הרחב

15. "המשיבים יפעלו בעילות לגיבוש הסכמה באשר למתווה הפעולה הנכון וליישומו. זאת, בין אם על ידי שינוי מדד יוקר הבריאות, בין אם על ידי שינוי מחיר יום האשפוז, ובין אם בכל דרך אחרת. באם לא תושג הסכמה שכזו, יפעלו המשיבים לגיבוש מנגנון הכרעה מוסכם כמוסבר לעיל". בג"ץ 8730/03 ר' 10778/03, ה"ש 10 לעיל, פס"ד מיום 21.6.2012.

16. ליאור ברק ודפני ברזלי, [דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012](#), משרד הבריאות וברזלי ושות', ספטמבר 2013.

17. בפאנל שעסק בנושא הבריאות במסגרת ["ועידת ישראל לעסקים 2013"](#) של "גלובס", שהתקיימה בדצמבר 2013, טען מנכ"ל "הכללית" כי האוצר כפה על הקופות את החתימה על הסכמי הייצוב בתנאי שלא יחזרו לבית המשפט בעניין מדד יוקר הבריאות. לדיווח על הסכמי הייצוב של שנת 2013, ראו: [גירעונות קופות החולים: שרת הבריאות: "יתכן שצריך לשנות את השיטה, אבל אפילו בפנטגון אפשר להתייעל עוד"](#), הודעת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 9.12.2013.

באמצעות מסיו. יתרה מזו, על סעיף ההשתתפות העצמית הוסיפו קופות החולים את המרכיב המכונה "ביטוח משלים" – מרכיב שאיבד זה מכבר את ייעודו המקורי לשמש פוליסה שולית יחסית בעבור שירותים שאינם הכרחיים ושאינם כלולים בסל הציבורי, דוגמת ניתוחים קוסמטיים; כך, בעקבות שיווק נמרץ ובעידוד ממשלתי, הפך הביטוח המשלים להכרחי ולחיוני בעיני ציבור רחב, ולאמצעי המקובל למתן שירותים חיוניים שמקומם הטבעי בסל הציבורי: תוספת טיפולי פיזיותרפיה, התפתחות הילד, טיפולי שיניים, ואף האפשרות לבחור מנתח ולקבל חוות דעת שנייה. הביטוח המשלים הפך אפוא לשסתום העיקרי שדרכו זורמים משאבי המערכת – כסף, רופאים וחולים – מבית החולים הציבורי ומהמרפאה הציבורית אל מרכזי הבריאות הפרטיים. ואכן, כרבע מהפעולות הכירורגיות מבוצעות כיום בבתי חולים פרטיים, ובכללן אלו הממומנות ציבורית.<sup>18</sup>

### **בתי החולים: קידום שירות רפואי פרטי (שר"פ)**

ראשיתו של השר"פ – שירותי בריאות פרטיים המאפשרים לבחור רופא – בתוך בית חולים ציבורי בירושלים; משם התפשט השר"פ למרכז הארץ והפך, בסוף שנות התשעים, לפרקטיקה הנהוגה בבתי החולים הגדולים כמו "המרכז הרפואי תל-אביב על שם סוראסקי" (הידוע בשם "איכילוב") ו"שיבא" שבתל השומר. ב-2002 פרסם היועץ המשפטי לממשלה אז, אליקים רובינשטיין, חוות דעת אשר אוסרת למעשה על הפעלת השר"פ בבית חולים ממשלתי. וכך כתב אז היועץ:

*על שירות רפואי הכרוך בשמירה והצלה של חיי אדם להינתן כך שלא יהא דמו של האחד סמוק משל רעהו – וברור שאינטרס שכר הרופאים איננו יכול להתחרות בעיקרון זה [...].*  
*על שכר הרופאים להיפתר במסגרת הסכמי השכר, והוא איננו מצדיק פגיעה קשה בשוויוניות שהמערכת הרפואית הממשלתית מחויבת בה [...].<sup>19</sup>*

אלא שלמרבה האבסורד, רופאים בכירים ומנהלים מלב המערכת הציבורית, העובדים בבית חולים ממשלתי-עירוני, יצאו למאבק משפטי נגד הממשלה כדי להחזיר את השר"פ. המאבק נכשל; השר"פ לא הוחזר לבתי החולים שבהם פעל השירות, ופסק דין של בג"ץ שניתן ב-2009, הקנה להחלטה זו תוקף סופי.<sup>20</sup> גם ההסתדרות הרפואית (הר"י), האיגוד המקצועי המרכזי של רופאי ישראל, הציבה את השר"פ כאחד מיעדיה, וגם היא ביטאה מסר ולפיו הכנסת רפואה פרטית ללב המערכת הציבורית

18. ראו: מבקר המדינה, **משרד הבריאות**, בתוך: **דוח שנתי 63**, 2012, עמ' 599-670.

19. ראו: אליקים רובינשטיין, **חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה: מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים**, פברואר 2002.

20. בג"ץ 4253/02 **קרית נ' היועמ"ט**, 30.5.2002.

היא הדרך להצלת הרפואה הציבורית – עמדה המתעלמת מהפגיעה בשוויון ומנוגדת לרוח קביעותיו של היועץ המשפטי לממשלה. בשביתת הרופאים הגדולה של שנת 2011 היה נושא השר"פ לאחת מדרישות הרופאים, והוסר משולחן המשא ומתן רק לאחר מחאות נמרצות מצד רופאים חברי הר"י. אך בכך לא הסתיים מאבקם של חלק מהרופאים להכניס את השר"פ לבתי החולים הממשלתיים הגדולים.

ב-2012, לאחר למעלה מעשר שנות מאבק שניהלה עיריית אשדוד להקמת בית חולים בעיר, הוחל בהליכים אחרונים של מימון ובנייה. על הקמתו של בית החולים הורתה הכנסת באמצעות חוק מיוחד (חוק בית חולים באשדוד – הקמה והפעלה, התשס"ב-2002). ללא ספק, הייתה כוונתו של המחוקק להקים בית חולים **ציבורי**, והוא אף קבע כי אם לא יימצא יזם בתוך פרק זמן קצר, תצטרך המדינה להקימו בעצמה. עשר שנים מאוחר יותר, נחשף פער גדול בין כוונותיו המקוריות של המחוקק לבין הביצוע. בית החולים שמוקם באשדוד הוא יציר כלאיים חדש לחלוטין, ומוגדר מעתה כבית חולים "פרטי-ציבורי" (ובלשון החוק – "כללי-פרטי"), סמל לתקופתנו החדשה. החברה שמקימה את בית החולים הציבורי – "אסותא אשדוד בע"מ" – היא חברה מסחרית שקופת חולים "מכבי" מחזיקה במרבית מניותיה. חברה זו אף קיבלה מלכתחילה רשות להפעיל שירותי בריאות פרטיים בתוך כותלי בית החולים. בחוק התקציב האחרון הוטבל והוכשר יציר הכלאיים החדש הזה, בעוד מרבית הכסף להקמתו מועברת מידי המדינה ישירות ל"אסותא אשדוד".<sup>21</sup> ניסיון לתקוף בבג"ץ את הכללת השר"פ במסגרת בית החולים החדש נדחה על הסף מטעמים פרוצדורליים.<sup>22</sup>

בחודש יוני 2013 החלה להתכנס הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ("ועדת גרמן"). שלושה מנהלי בתי חולים ממשלתיים – "רמב"ם" שבחיפה, "שיבא" שבתל השומר ו"המרכז הרפואי תל-אביב" – עשו יד אחת, והחלו להפעיל לחץ על הוועדה לאפשר להכליל בבתי החולים הממשלתיים שר"פ – או שר"פ במסווה תחת שם אחר, תוך העברת מסרים סותרים והנפת דגל הרפואה הציבורית.<sup>23</sup> יש להודות כי בדבר אחד צודקים מנהלי בתי החולים הגדולים וההסתדרות הרפואית: הרופאים, ואחריהם החולים, אכן נוטשים את בית החולים הציבורי בשעות אחר הצהריים המוקדמות כדי לעבור ניתוחים וייעוצים בבתי החולים הפרטיים. זוהי תופעה ידועה, ומקובל לומר

21. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל.

22. בג"ץ 2114/12 [האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה נ' ממשלת ישראל](#), פס"ד מיום 15.8.2012.

23. ראו למשל: שרית רוזנבלום, [הרופאים והאחיות הטובים ביותר נוטשים את המערכת](#), ידיעות אחרונות, 20.9.2013.

שקשה למצוא רופאים בכירים במחלקות כבר בשעות אלה.<sup>24</sup> נטישת בית החולים הציבורי בשעות אחר הצהריים מהווה סימפטום להסחרה עמוקה של שירותי הבריאות, אך קשה להבין כיצד דווקא תוספת רעל – הכנסת השירות הפרטי לתוך המערכת הציבורית – תפתור את הבעיה. מי שסבור שהכנסת שר"פ ל"שיבא" תציל אותו מגירעונות, מוטב שיביט בדוגמה של המרכז הרפואי "הדסה" בירושלים שבו מופעל השר"פ בקנה של מידה של 20% לפחות, ואשר ניצב על סף קריסה.

באין יכולת להפעיל שר"פ תחת איסור היועץ המשפטי לממשלה ובית המשפט העליון, מתפתחות בבתי החולים הממשלתיים תופעות הפרטה אחרות: שימוש בנכסים של בית החולים לצרכים מסחריים; הכנסת שירותים משפרים בתשלום, במיוחד בתחום המיילדות;<sup>25</sup> ותיירות מרפא.<sup>26</sup> בשנים האחרונות תלויים בתי החולים כמעט לחלוטין בתרומות שהם מגייסים לצורך בינוי תשתיות (מיטות אשפוז, מכשירים יקרים), וזאת באמצעות תאגידים (קרנות מחקר) ואגודות ידידים. הזרמה זו של כספים מעמיקה מאוד את לחצי המסחור, מרחיבה את הפערים שבין בתי החולים במרכז ובפריפריה, והיא מתקיימת ללא שקיפות ובקרה.<sup>27</sup>

## קופות החולים: יותר פרטיות מציבוריות

מדרון ההסחרה וההפרטה של מערכת הבריאות שקופות החולים נעות בו מאז 1998, מתבטא בשלושה ערוצים. הערוץ הראשון הוא גביית השתתפות עצמית ישירות מהציבור. הערוץ השני הוא הביטוח המשלים, ותפקודו ככלי שמחבר בין הקופה הציבורית לבין הרפואה הפרטית. הערוץ השלישי הוא החזקת חברות פרטיות – לרבות מרפאות שיניים מסחריות ובתי חולים פרטיים. נפרט להלן על כל אחד מהערוצים.

### 1. גביית ההשתתפות העצמית ישירות ממבוטחי הקופות

השתתפות עצמית היא שם כולל לכל האגרות, ההיטלים והתשלומים האחרים שהחולים נדרשים לשלם ישירות בעת קבלת השירות (למשל בעת קניית תרופה, ביקור אצל רופא מומחה או ביצוע בדיקות שונות). זהו תשלום נוסף שהחולה משלם מעבר לתשלומי

24. אין בידינו אומדן כמותי של התופעה.

25. ראו: שלומית אבני, [מלוניות לילדות בבתי חולים כלליים ציבוריים בישראל: פיננסי נחמד או תת-מערכת של אי-צדק?](#), נייר עמדה, מכון ון ליר בירושלים, נובמבר 2012.

26. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל.

27. ראו: מבקר המדינה, [משרד הבריאות](#), בתוך: **דוח שנתי 2010**, עמ' 739-776. יש לציין שבעקבות דוח זה הוציא מנכ"ל משרד הבריאות חוזר שתכליתו איסוף כל המידע על התרומות ופרסומו המלא לעין הציבור. הפרסום המובטח יצא לאור במאי 2013, אך נכון לעכשיו הוא כולל רק תרומות שמקורן בישראל. מרבית התרומות שמקורן בחו"ל עדיין לא מדווחות באופן מלא.



המסים, שהיו אמורים לממן את המערכת. משרד הבריאות מאשר מעת לעת את תכניות הגבייה הישירה שמגישות הקופות. מדיניות זו, הננקטת מאז 1998 ועד ימינו אלה, נשענת על חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכמו מרכיבים אחרים במדיניות הפרטת הבריאות, הפכה גם היא לשיטה. הקצנה נרשמה ב-2003, אז בוטלו חלק מהפטורים ותקרות התשלום, כלומר הוכבד נטל התשלום על הציבור.<sup>28</sup> כיום, לאחר כמה שינויים שערך משרד הבריאות בניסיון לצמצם את גביית ההשתתפות העצמית, הוחזרו כמה פטורים והנחות ובוטל סעיף ההשתתפות העצמית בגין אגרת טיפת חלב, אך עדיין הקופות גובות כסף רב מן הציבור – 7% ומעלה מעלות של השירותים, שהם כ-2.3 מיליארד ש"ח.<sup>29</sup> במילים אחרות, הציבור משלם למעלה משני מיליארד ש"ח כתוספת בעבור אותם שירותים של הסל הציבורי שכבר שילם תמורתם, ואשר הכסף עבורם הועבר לקופות באמצעות מסיו.<sup>30</sup> הנפגעים העיקריים ממצב זה הם החולים הכרוניים, בכל שכבות האוכלוסייה, וזאת עקב הצטברות התשלומים.<sup>31</sup>

## 2. הביטוח המשלים

גם אם נדמה שנפח פעילות המשלמים קטן ביחס לסל הציבורי (1:10), מדובר בלמעלה משלושה מיליארד ש"ח. בישראל, ללמעלה מ-70% מהציבור יש ביטוח משלים בקופה שהוא מבוטח בה – שיעור כיסוי מהגבוהים בעולם, ואולי אף הגבוה בעולם המפותח.<sup>32</sup> המשלים הפך להיות הממשק הפעיל ביותר שבין אינטרסים ורפואה פרטית לבין המערכת הציבורית. למרות היותו מפוקח על ידי משרד הבריאות על פי חוק, והגם שאיננו כולל חיתום (תהליך שבו חברת הביטוח בוררת את מבטחיה, למשל באמצעות הצהרת בריאות על מחלות קודמות), בפועל, הביטוח המשלים מתנהג ככל ביטוח מסחרי.<sup>33</sup>

28. ראו: פלורה קוך דבידוביץ', **סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות: מוגש לחברי הכנסת התשע-עשרה**, הכנסת – מרכז המחקר והמידע, מרס 2013.

29. לא ניתן לצפות במדויק מראש את סך הגבייה מהציבור, שכן הדבר תלוי ביעילות הגבייה, בצריכת השירותים ובאישורים שהממשלה נותנת מפעם לפעם לתכניות הגבייה של הקופות.

30. תמונת מצב זו מסתכנת עוד יותר נוכח מנגנון הקיזוז, ולפיו הממשלה מפחיתה מהסכום שהיא מעבירה לקופות סך השווה ל-6.45% מעלות של שירותי הבריאות. כזהו מצעד האיולת שראשיתו בהטלת מס בריאות שגובהו נקבע בהתאם למשכורת שהאדם מקבל; המשכו בגביית הכספים ישירות מהציבור תמורת שירותים שכבר שילם בעבורם ממסיו; וסיומו בתלונת הקופות על כך שחלק מכספי המסים שהיו אמורות לקבל כלל לא הועבר אליהן – ומנגד תגובת הממשלה, ולפיה כסף זה כבר גבו הקופות מהציבור. ברי אפוא כי המטרה המקורית של מנגנון סבוך זה נשתכחה זה מכבר, וכל שנותר הוא מסחטת כספים חסרת היגיון.

31. התקרות והפטורים הרבים יוצרים סבך שמקשה על החולה למצוא בו את דרכו. במקרה של חולים כרוניים, ניתן לקבוע כי אין כיום מסגרת משפחתית כוללת לכל ההשתתפויות המחייבת את כל הקופות. אם, למשל, במשפחה יש שני חולים כרוניים, ולכל אחד מהם תקרת השתתפות (למשל, 250 ש"ח בחודש), תעמוד התקרה המשפחתית על סכום של שתי התקרות (500 ש"ח), וכן הלאה.

32. הסיבה להסתייגות היא העובדה שקשה להשוות בין מערכות שונות של ביטוח בריאות ציבורי, אפילו בתוך מדינות הרווחה האירופיות. ראו: חורב וקידר, ה"ש 8 לעיל.

33. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל.

אחת המשמעויות של הביטוח המשלים בישראל היא קנייה – הלכה למעשה – של הקדמת תור לרופא מסוים. לחלופין, בתחום המומחים, יכול החולה להפעיל את סעיף "חוות דעת שנייה", וכך להגיע לרופא מומחה שהוא מתקשה לקבל אצלו תור באמצעות המערכת הציבורית.

דוגמה מאירת עיניים לדילמה שיוצר הביטוח המשלים ולהשפעתו השלילית על הסל הציבורי, היא הדיון סביב סוגיית התרופות המכונות "מצילות ומאריכות חיים". ב-2008, חברו חברות תרופות לארגוני חולים והפעילו לחץ כבד על חברי ועדת הכספים כדי למנוע אישור סעיף בחוק ההסדרים, ולפיו תיאסר האפשרות למכור בביטוח המשלים תרופות "מצילות ומאריכות חיים" שאינן מצויות בסל. ארגוני זכויות האדם החתומים על נייר עמדה זה טענו כי אין להכניס תרופות כאלה לביטוח המשלים, שכן קרוב לוודאי שפעולה כזאת תפחית את הלחץ הציבורי המופעל על הממשלה בדרישה כי תרופות אלה תוכנסנה לסל הציבורי, המיועד לכל האוכלוסייה. הגם שהדיון גלש לטונים חריפים, דומה כי איש לא התכחש לטענה זו. מזכיר כי לכחמישית מהציבור – על פי רוב החמישית הענייה – אין ביטוח משלים. זאת ועוד; הביטוח המשלים כולל כיום רבדים שונים, וכדי לזכות ברובד הביטוחי היקר והיוקרתי שבו יש לשלם יותר. נוסף על כך, הביטוח המשלים כולל השתתפות עצמית בסדר גודל ניכר.

דוגמה ליוזמה מהזמן האחרון ממחישה באיזו מידה הפכו הקופות מגוף ציבורי המספק שירותים ציבוריים לגוף שמתנהג גם כחברת ביטוח רפואי: בשנה החולפת, הודיע מנכ"ל "הכללית", הקופה שאמורה לסמל את התפיסה השוויונית של מערכת הבריאות הישראלית, כי הוא מצוי במשא ומתן מתקדם לרכישת בית החולים הפרטי "אלישע" שבחיפה שבו חמישה חדרי ניתוח, וכן כי בכוונתו לשנות את תקנון הביטוח המשלים של קופתו כך שיאפשר למבוטחים להבטיח לעצמם רופא מנתח שהנו בעל חמש שנות ניסיון לפחות.<sup>34</sup> יוזמה זו, שריח השר"פ נודף ממנה, כינה מנכ"ל "הכללית" בשם "מודל עבודה חדש", והצדיק אותה בצורך להיענות לביקוש הקיים בקרב מבוטחי הביטוח המשלים שבקופתו, ובייחוד תושבי הפריפריה שבהם, המתקשים לממש את הזכויות הנגזרות מהביטוח המשלים לשירותי רפואה (קרי, רפואה פרטית) נוכח מגוון האפשרויות הדל שבאזורם.<sup>35</sup>

34. רוני לינדר-גנן, **הכללית רוכשת ב"ח פרטי בחיפה ומשדרגת ביטוח הפלטינום**, TheMarker, 9.4.2013.

35. במענה למכתב של האגודה לזכויות האזרח ורופאים לזכויות אדם מיום 1.5.2013, הודיע מנכ"ל משרד הבריאות כי אין בכוונת המשרד לאשר את שתי היוזמות. כמו כן, מאז תשובתו, התבטאו נציגי "הכללית" בתקשורת כמה פעמים והציגו עמדה המתנגדת נחרצות לתכנית להפעלת שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים או הממשלתיים שבמרכז הארץ.

### 3. בעלות של קופות החולים על בתי חולים פרטיים ועל חברות מסחריות

ערוץ זה כולל בתי חולים פרטיים שהנם בבעלות מלאה או חלקית של קופות החולים ("מכבי" ו"כללית", בהתאמה); מכוני בדיקות מסחריים; וכן רשתות של מרפאות שיניים מסחריות שאף הן מוחזקות בבעלות הקופות. הנתון הבא ממחיש את הזיקה של ערוץ זה לערוץ הביטוח המשלים: בשנים 2008-2011 גדלה ב-60% ההוצאה של הביטוחים המשלימים על ניתוחים שעברו המבוטחים, קרי חברי הקופות, בבתי חולים פרטיים. נתון זה מסביר, חלקית לפחות, את הגידול שחל בשנים 2005-2010 בנפח הפעילות הכללי בבתי החולים הפרטיים: עלייה של 22% לעומת עלייה של 14% בנפח הפעילות בבתי החולים הציבוריים. ככלל, רבע מהפעולות הכירורגיות בבתי חולים בארץ בשנת 2010 בוצעו בבתי חולים פרטיים. לרשת "אסותא" שהנה, כאמור, בית חולים פרטי בבעלות קופת החולים "מכבי" – מקום מרכזי בתחום זה.<sup>36</sup> בעיתונות דווח כי במהלך שנת 2012 הוגשו 300 אלף תביעות להחזר כספי בגין ניתוחים פרטיים שנערכו במסגרת הביטוחים המשלימים, והכסף שזרם מהביטוח המשלים לבתי החולים הפרטיים הגיע ל-1.2 מיליארד ש"ח.<sup>37</sup> נתון זה ממחיש את התופעה הבעייתית כי במקרים מסוימים, תעדיף קופת החולים להפנות את הנזקק לניתוח בבית החולים הפרטי שבבעלותה על פני הפנייתו לבית החולים הציבורי, וזאת משיקולים כלכליים בלבד.

במציאות שבה מקבל אדם ממי שמופקדים על בריאותו מסרים הפוכים, הסותרים את עקרון היחס השוויוני שיש להעניק לחולה ללא קשר למצבו הכלכלי, ובניגוד לשבועת הרופא המופיעה בכותרת מסמך זה,<sup>38</sup> אין יתמה שהאמון במערכת הציבורית התדרדר לשפל כה עמוק. תהום זו שאנו ניצבים לפתחה, מחייבת אותנו לבחור אחת מהשתיים: פירוק והפרטה מלאה, או התנערות מהמצב הקיים ושיקום המערכת הציבורית.

36. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל.

37. רוני לינדרגני, [הביטוחים המשלימים ממשיכים לגדול - ומזינים את הרפואה הפרטית בישראל](#), TheMarker, 27.11.2013.

38. "זכני להביט על כל סובל הבא לשאול בעצתי כעל אדם, בלי הבדל בין עשיר ועני, ידיד ושונוא, איש טוב ורע; את האדם בצר לו - הראיני רק את האדם", [שבועת הרופא המיוחסת לרמב"ם](#).

## עשרה צעדים להצלת מערכת הבריאות הציבורית

### תקצוב הולם

**1. תיקון השחיקה התקציבית:** יש לתקן את דרך החישוב של מדד יוקר הבריאות, ולאחר מכן לתקן את התקציב שמעבירה הממשלה לקופות. מדד יוקר הבריאות חייב לכלול מרכיב של מחיר יום אשפוז שמתעדכן בהתאם להתייקרותו הריאלית – זהו גם המסר העולה מפסיקת בג"ץ<sup>39</sup>. כמו כן, יש לעדכן את המדד הבדוק את קצב גידול האוכלוסייה, כך שהכסף שיועבר לקופות לצורך הפעלת השירותים יהיה מותאם למספר האמיתי של הנפשות המבוטחות ובהתאם לגידול בפועל של האוכלוסייה.

### הפרדת המערכת הציבורית מהפרטית (בהשראת המודל הקנדי)<sup>40</sup>

**2. איסור על הפעלת שר"פ ועל כל שירות מסחרי אחר בכל בתי החולים הציבוריים:** השר"פ מעמיק פערים, תורם לאיבוד האמון במערכת הציבורית, וככל הנראה, גורם למחסור ברופאים במערכת הציבורית ולכן גם לזמני המתנה ארוכים.<sup>41</sup> נוסף על כך, נמצא כי בתנאים מסוימים השר"פ מעצים את ה"רפואה השחורה".<sup>42</sup> יש לאסור על כל שירותי הבריאות המסחריים שמציעים בתי חולים ממשלתיים גדולים, בעיקר בתחום המיילדות.<sup>43</sup>

39. ראו ה"ש 15 לעיל.

40. המודל הקנדי לאספקת שירותי בריאות ציבוריים שונה במידה רבה ממערכת הבריאות הישראלית, ועל כן אינו בר השוואה. עם זאת, כמה מההצעות המפורטות במתווה לקוחות מהמודל הקנדי, ובהן: מידה רבה של הפרדה בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית; חיוב הרופאים לבחור בין עבודה במערכת הציבורית לבין עבודה במערכת הפרטית; איסור על מכירת ביטוח רפואי פרטי שתכליתו לקצר תורים במערכת הציבורית; בחירת רופא בתוך המערכת הציבורית; אספקת מידע שמאפשרת בחירה מושכלת במטפל, ועוד.

Almost all PHI [private health insurance] in Canada would be classified as complementary to medicare (Hurley & Guindon, 2008). PHI that attempts to provide a private alternative to medicare (substitutive PHI) or faster access to medicare services (supplementary PHI) is prohibited or discouraged by a complex array of provincial laws and regulations. Six provinces – British Columbia, Alberta, Manitoba, Ontario, Quebec and Prince Edward Island – and three territories prohibit the purchase of PHI for medicare services. In the remaining four provinces, the purchase of PHI for such services is discouraged through various means, in particular by not allowing physicians to work in both public and private systems at the same time [...] within the limits imposed by geographical distance and isolation, provincial and territorial residents are at liberty to choose the physician, hospital or long-term care facility.

See: Gregory P. Marchildon, [Canada: Health System Review](#), Health Systems in Transition 15:1 (2013), pp. 1-179.

41. השערה זו מתבססת על ממצאים משני מחקרים. הראשון הוא סקר שערך סטודנטים בירושלים שבדק את הפערים שבין זמני המתנה בשר"פ שב"הדסה" לעומת זמני המתנה במסלול הציבורי. ראו: תם אקסלרוד, מתן כהן, ניר קידר ומאיר ברזיס, [תלמידי רפואה מגלים ממדי הפער בזימון תור למרפאה ציבורית לעומת שר"פ בהדסה](#) (מצגת). הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים ומשרד הבריאות, 2012. על כך נוספים ממצאים מסקר זמני המתנה שנערך לאחרונה ולפיו, חברי קופות החולים בירושלים מדווחים על זמני המתנה ארוכים במערכת הרפואה הקהילתית הציבורית. ראו: שולי ברמלי-גרינברג, רות וייצברג ודרור גוברמן, [זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה מנקודת מבטו של המבוטח](#), מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 2013 (פורסם באופן חלקי, ממצאים עיקריים).

42. ראו: כהן ופילק, ה"ש 2 לעיל.

43. ראו: אבני, ה"ש 25 לעיל.

**3. ניתוק הקופות מחברות-בת מסחריות** (כמו מכוני בדיקה פרטיים כגון "מכון מור" ורשתות לרפואת שיניים כגון "מכבי-דנט" או "כללית-סמיל") **ומבתי החולים הפרטיים** ("אסותא" שמוחזק בבעלות כמעט מלאה של "מכבי", ו"הרצליה מדיקל סנטר" שבו מחזיקה "הכללית" בכ-40% מהמניות): מהלך זה ימנע את המצב שבו לקופות יש אינטרסים שונים – ולעתים מנוגדים – הנוטעים בלבול בקרב הציבור.

**4. ריסון הרפואה הפרטית והביטוחים המסחריים וצמצומם:** הרפואה הפרטית, כך מצהירים אנשי האוצר עצמם, איבדה כל רסן;<sup>44</sup> כמו כן, הוכח כי הביטוחים המסחריים משמשים מכרה זהב ביטוחי שמשמעו רווחים גבוהים למבטחים ובזבז כספים לאדם הפרטי ולמשק כולו. פועל יוצא של היעדר הפיקוח על הרפואה הפרטית ועל הביטוחים המסחריים הוא עליית מחירים בלתי מבוקרת,<sup>45</sup> מצד אחד, והוצאות מאמירות של הציבור, מהצד האחר, בלא שתושג המטרה המקורית – הזכות לבריאות. היעדר הרגולציה והיעדר ידע רלוונטי הם כר פורה לעוולות ולניצול של מבוטחים. לפיכך, יש לחזק את היוזמות הממשלתיות שתכליתן להגביל רכישת שירותים בבתי חולים פרטיים, ולאמץ את הצעת משרד הבריאות להפכו לגוף המְאָדָּר (רגולטור) של ביטוח הבריאות המסחרי, לרבות הסייעודי.<sup>46</sup> פיקוח ממשלתי הדוק, על ידי אנשי מקצוע המתמצאים בסעיפי הביטוח הרפואי לפרטיהם, ימנע תופעות של ניצול מבוטחים או של ניצול המערכת הציבורית, ויבטיח שימוש מושכל ויעיל יותר של כספי הציבור הזורמים לביטוח הפרטי.<sup>47</sup>

## **האחדת הביטוח המשלים וסל הבריאות הציבורי**

**5. הטמעת הביטוח המשלים בסל הציבורי והפיכת הפרמיה למס פרוגרסיבי:** הכסף שמשקיע היום הציבור בביטוח המשלים (מעל 3 מיליארד ש"ח בשנה) שקול בערך להעלאת מס הבריאות באחוז אחד. הפיכת התשלום בעבור הביטוח המשלים לפרוגרסיבי, קרי כחלק ממס הבריאות, יקדם את השוויון, ויאפשר מתן שירותים

---

44. הכוונה כאן היא לניסיונות האוצר לצמצם רכישת שירותים בבתי חולים פרטיים באמצעות קביעה של תקרת הכנסה. ראו: משרד האוצר, **הצעת תקציב: שנות הכספים 2013-2014 ודברי הסבר, מוגשים לכנסת התשע-עשרה - משרד הבריאות והסעיפים הצמודים לו**, חוברת טו, יוני 2013, עמ' 72.

45. דב צ'רניחובסקי, רוני גמזו וגיא נבון, **גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם**, נייר מדיניות מס' 12, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2010.

46. ראו: חורב וקידר, ה"ש 8 לעיל.

47. למשל, חברות ביטוח המנצלות לרעה את המערכת הציבורית על ידי כך שהן מפנות את המבוטחים לקבל חלק מהטיפולים או הבדיקות היקרות במערכת הציבורית, ואילו במקרים של טיפול זול ורווחי יותר מבחינתן, הן מפנות לבית החולים הפרטי. דוגמה נוספת היא מקרים שבהם חולים, שהפכו ל"סיכון ביטוחי גבוה", כלומר חולים קשים שמצבם הוחמר במהלך הטיפול בבית החולים הפרטי, מועברים לבית החולים הציבורי. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל; לקריאת הצעות משרד הבריאות ראו: חורב וקידר, ה"ש 8 לעיל.

מורחבים במסגרת מערכת הבריאות הציבורית. הדרך המוצעת ליישם סעיף זה היא באמצעות תכנית ברו"ש – בחירת רופא שוויונית בבית החולים ובקהילה. לפירוט על התכנית ועל דרך החישוב, ראו בפרק הבא.

יש לקדם הסברה וליידע את הציבור כי ההוצאה הלאומית (הפרטית והציבורית גם יחד) בישראל נמוכה יחסית לארצות המערב, וכי גם הרמה של מס הבריאות שאנו משלמים נמוכה יחסית.<sup>48</sup>

**6. ברו"ש – בחירת רופא שוויונית בבית החולים ובקהילה:** יש להפנות מחצית מהסכום המושקע כיום בביטוח המשלים למימון מסלולי בחירה ציבוריים שוויוניים (לרבות בחירת מנתח וחוות דעת שנייה), ללא השתתפות עצמית. מסלולים אלה יושתתו על העקרונות של תור הוגן וקדימות רפואית. לפירוט, ראו בפרק הבא, העוסק בתכנית "ברו"ש".

### **שיפור מערכת הבריאות הציבורית, חיזוק תדמיתה וחיידוש האמון בה**

**7. הפניית המחצית השנייה של הכספים המושקעים כיום בביטוח המשלים לטובת שיפור הסל והרחבת השירותים:** יש להגדיל את תקציב "ועדת הסל" ולכלול בו גם שירותים שהציבור תופס אותם כשירותים חשובים, הניתנים כיום במסגרת הביטוח המשלים.

**8. קיצור תורים וצמצום פערים:** יש לכונן מערכת ממוחשבת שתכליתה לשפר את הזמינות של שירותי הבריאות, לספק מידע מלא ומעודכן לציבור, ולצמצם את זמני ההמתנה (בדומה למודל הקנדי שהוזכר לעיל).<sup>49</sup>

**9. חיזוק משמעותי של רפואת הקהילה והרפואה המונעת:** יש להשקיע משאבים בחיזוק הקשר של קופות החולים עם המבוטחים על ידי הסברה נרחבת ומונגשת של זכויותיהם ושל דרך התנהלות המערכת, וכן יש לקדם פעולות בתחום הרפואה המונעת. יש להגדיל את היצע הרופאים בקהילה, כך שרופא משפחה יוכל לנהל שיחה עם המטופל ולשמש הדמות המרכזית המכוונת את המטופל במסדרונותיה

48. שיעור מס הבריאות במדינות רווחה שבהן נוהג מס בריאות ייעודי נע בין 8% ל-10%. ראו: Thompson et al., ה"ש 3 לעיל.

49. ראו: ברברה סבירסקי (עורכת), **לצמצם היום את פערי המרחק: יעדים לצמצום פערים בבריאות**, נייר עמדה משותף, המטה הציבורי לשוויון בבריאות: מרכז אדוה, רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח, אגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות, וטנא בריאות - לקידום הבריאות של יוצאי אתיופיה, אפריל 2010. כמו כן, ראו חומרים נוספים הנוגעים לדרישה החברתית לצמצום פערים בבריאות באתר המטה הציבורי לשוויון בבריאות, [www.equalhealth.org.il](http://www.equalhealth.org.il).

של מערכת הבריאות. הוכח, כי לגורמים אלה השפעה דרמטית על תוצאות הבריאות, ולפיכך השקעה ציבורית בהם עשויה לחסוך אשפוזים ולצמצם פערים.<sup>50</sup>

**10. מערכת הסברה:** ייזום פעולות הסברה ממלכתיות לקידום ההכרה בחשיבותה של מערכת הבריאות הציבורית. בין הדגשים: עקרונות היסוד שהמערכת מבוססת עליהם; השינויים והשיפורים המתחוללים בה; הפרדת הרפואה הציבורית מזו הפרטית והטמעת הביטוח המשלים בסל הציבורי אשר יקל את הנטל הכספי המוטל על משקי הבית.

### תרשים המתווה המוצע:



\* בתי חולים פרטיים (לדוגמה "אסותא"), רשתות שיניים פרטיות (לדוגמה "כללית סמייל") ומכוני בדיקות  
 \*\* שירותים פרטיים בבתי חולים ציבוריים  
 \*\*\* ברו"ש - תכנית בחירה שווייטית של רופאים, ללא הפעלת ביטוח וללא תשלום

50. D. S. Kringos, W. Boerma, J. van der Zee & P. Groenewegen, [Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending](#), Health Affairs 32:4 (April 2013), pp. 686-694;

וכן ראו: Thompson et al., ה"ש 3 לעיל.

## ברו"ש – בחירת רופא שוויונית בבית החולים ובקהילה

תכנית ברו"ש לבחירת רופא בתוך בית החולים הציבורי, המוצעת במסגרת המתווה לתכנית ההצלה של מערכת הבריאות הציבורית (ראו לעיל צעדים 5 ו-6), מתבססת על הניסיון הקנדי, ומתאמת למצב השורר בישראל. תכנית זו מנוגדת תכלית השינוי לשר"פ הנהוג בירושלים או לרפואה הפרטית הנוהגת במרכז הארץ – פרקטיקה הרואה בחולה צרכן הרוכש שירותי בריאות בכסף.

### איך זה עובד היום?

כיום, הדרך לבחור רופא לצורך ניתוח או כחוות דעת שנייה היא על ידי שימוש בביטוח פרטי או בתשלום השתתפות עצמית במסגרת הביטוח המשלים. משמעות הבחירה היא עקיפת תור ציבורי, וקנייה של זכויות-יתר בכסף. פרקטיקה זו מהווה פרצה שדרכה זוחלת שחיתות ללב המערכת, והיא מבטאת התדרדרות מידות – הן מצד הרופא המרוויח כסף ועלול להתפתות לבצע ניתוחים ללא פיקוח של ממש, והן בעבור החולה הנאבק על בריאותו והנוכח כי כסף הוא האמצעי היחיד המבטיח לו שירות ראוי בתחום החשוב מכול – בריאות. על המדרון החלקלק הזה, שהציבור בישראל גולש בו זה עשור וחצי, התריע מבקר המדינה בדוח נוקב.<sup>51</sup>

### למה לא שר"פ?

כמענה למצב שבו רופאים במרכז הארץ נדחקים לנטוש את משמרתם בבית החולים הציבורי לטובת עבודה רווחית יותר בבית החולים הפרטי, יש שמציעים את השר"פ בסגנון הירושלמי שבו הרופא נותר בבית החולים ומנתח בערב; אלא שפתרון זה יוצר ניגוד עניינים וכפל משמעות בתפקידו של הרופא: מצד אחד, רופא ציבורי הפועל רק על בסיס טובת החולה, ומהצד האחר, רופא פרטי שחולה מסוים בחר בו ואשר מקבל תשלום בעד בחירה זו. השר"פ, במהותו, מנוגד לזכות השווה לבריאות בכך שהוא מעמיק את הפערים החברתיים וגורם עוול לחולים שאין הפרטה מצויה בכיסם. מלבד זאת, סקרים שהתפרסמו לאחרונה מצביעים על כך שככל הנראה, השר"פ אף מגדיל את התורים במערכת הציבורית בקרב הקהילה הירושלמית.<sup>52</sup>

תכנית ברו"ש היא ההפך המוחלט של השר"פ ושל הביטוח המשלים. ברו"ש הוא מסלול שוויוני, ציבורי, פתוח לכול, מבוסס על כספי מסים, ללא השתתפות עצמית, ובפיקוח מלא של המזכירות הרפואית של בית החולים. למעשה, זוהי תכנית שמממשת את זכותו הטבעית של החולה לבחור ברופא המטפל בו, ולנצל כראוי את משאבי המערכת הציבורית.

51. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל.

52. ברמלי-גרינברג, וייצברג וגוברמן, ה"ש 41 לעיל; אקסלרוד ואחרים, ה"ש 41 לעיל.



## עקרונות תכנית ברו"ש

תכנית ברו"ש מתבססת על מימון ציבורי שמקורו בהפניה של כמחצית מכספי הביטוח המשלים לכינון מסלולי בחירה שוויוניים.<sup>53</sup>

### להלן עשרת המאפיינים של התכנית:

- **זמני פעילות:** ברו"ש יפעל בשעות הערב, לאחר יום העבודה התקני. הרופאים ואנשי הצוות הרפואי שיצטרפו למסלול זה לא יוכלו לעבוד מעבר למכסת שעות סבירה, שתיקבע בהסכם עם האיגודים המקצועיים.
- **מקום:** ברו"ש יופעל בתוך כותלי המוסד הציבורי בלבד, באמצעות כוח האדם והתשתיות הציבוריות הקיימים. הודות לכך יושג חיסכון משמעותי בעלויות התקורה בהשוואה לקניית שירותים בבית חולים פרטי.
- **הסכם יומ-מלא (פול-טיימר):** כל הרופאים וכל אנשי הצוות הרפואי בבתי החולים הציבוריים המשתתפים בתכנית יהיו חתומים על הסכם יומ-מלא. כאמור, הסכם זה לא יחול קודם שתושג הסכמה כוללת עם האיגודים המקצועיים (ראו בסעיף הבא), ואולם משעה שיחול, יהיה כל רופא חייב לבחור אחת מן השתיים: פרקטיקה במסלול הפרטי או התמסרות למסלול הציבורי. רופא שיבחר לעבוד במערכת הציבורית, לא יוכל לעבוד גם במערכת הפרטית, ולהפך.
- **הסכמה עם האיגודים המקצועיים:** המהלך כולו ייעשה בתיאום מלא עם האיגודים המקצועיים ובתנאי שאלה יביעו נכונות להשתתף במסלול, לרבות הסכם "יומ-מלא". פעולות הסברה תבהרנה לאיגודים ולציבור הרופאים והמטפלים (ובכלל זה אחיות וכוח עזר) את יתרונותיו של המסלול בעבור הרופא והמטפל: שקט נפשי; היעדר הצורך לנהל מזכירות וקשרים מסחריים; חיסכון בעלויות; הכנסה קבועה; ולבסוף – התנהלות אתית-מוסרית, קרי, הכרה בעובדה שזהו המסלול היחיד שמבטיח את טובת החולה ללא כל אפליה מטעמים כלכליים או אחרים.
- **תעריפים:** הברו"ש יבוסס על תשלום "פְּר שירות" שיועבר לרופא ולאנשי הצוות. התשלום יתבסס על תעריף הוגן וקבוע, ללא כל משא ומתן מסחרי. תעריפי פעולות הבחירה, קרי, התשלום למטפלים, יוסכמו מראש עם האיגודים המקצועיים ויפוקחו על ידי הממשלה. התשלום יתבצע דרך מינהלות בתי החולים בשקיפות מלאה.

53. אין אנו דנים כאן בשאלה כיצד תתבצע הפניית הכספים מבחינה מינהלית. אחת הדרכים היא להפוך את מחצית הפרמיה של הביטוח המשלים למס פרוגרסיבי, תוך סימונו הייעודי (צביעתו) לטובת מסלולי הבחירה. ייתכן שישנן דרכים אחרות למימוש אותה תכלית, קרי הפניית כספים אלה למימון מסלול המפוקח על ידי הממשלה ומופעל בבתי החולים הציבוריים.

- **רשימת שירותים:** בטרם תתקבל החלטה על הכללת שירות ברשימת שירותי הברו"ש, יקיים משרד הבריאות בירור מקיף בדבר הכדאיות הכלכלית למערכת כולה, יבחן את מידת הביקוש מצד הציבור, ובעיקר – יתחשב בשיקולים רפואיים. התמונה הרחבה עשויה להצביע על מצבים מיוחדים שבהם החסרונות שכרוכים בהכנסת שירות מסוים לרשימת הבחירה עולים על התועלת.<sup>54</sup>
  - **הוגנות:** הברו"ש יתבסס על המתנה בתור הוגן שאי אפשר להקדימו – למעט במקרה שבו הוכח צורך רפואי.
  - **בקרה וניהול רפואיים:** בניגוד לשר"פ, ואף להצעות לשר"פ "מפוקח", תאוחדנה במסגרת "ברו"ש" המזכירות של המסלול הציבורי ושל מסלול הבחירה. יתרונו של מהלך זה: שקיפות מבחינת המנהל הרפואי של המחלקה, וצמצום משמעותי של סיכונים כמו טיפול-יתר או המתנה ארוכה המזיקה לחולה.
  - **שקיפות ומידע ממוחשב לחולה:** בכל רגע נתון יוכל החולה לבדוק את זמינות התורים לפעולה או לייעוץ שבהם הוא מעוניין, וכך לבחור באופן מושכל ומתוכנן היכן ועד כמה ברצונו להמתין לשירות.
  - **פיקוח ודיווח ממשלתיים:** המערכת הממוחשבת לקביעת תורים תחליף את התלות ברצונם הטוב של בתי החולים המפעילים שירותים פרטיים לדווח למשרד הבריאות על המתרחש בין כותליהם. המידע יהא חשוף ונגיש לפיקוח של משרד הבריאות. יישום צעד זה ימנע את העוול שבהפעלת שיקולים זרים בקביעת תור, ויקטע את התפשטותן של תופעות פליליות כמו רפואה שחורה (המתבטאת, למשל במתן שוחד כספי כדי לשפר מיקום בתור) וכמו ניצול ציני מצד רופאים של מצוקת חולים.
- יתרונות הברו"ש בולטים, הן ביחס למצב הקיים והן ביחס לכל תכנית עתידית של הכנסת שר"פ:** השבת משאבים ציבוריים למערכת הציבורית; בקרה רפואית; הוגנות; החזרת אמון החולים במערכת הציבורית; העצמת החולה; מתן אפשרות לבחור ברופא בלא לפגוע בחולה אחר; ותגמול הרופאים על הישגותם במערכת הציבורית. בחירה בתנאים אלה מחזקת את השוויון.

54. כך למשל, עשויה בחינה מערכתית להעלות כי מקרים חריגים שבהם דרוש ניתוח מורכב ודחוף, מוטב כי לא יוכלו במסלול המקובל, שכן הדבר עלול להאריך את רשימת המתנה ולעכב טיפול בחולים רבים.

## עסקת חבילה: ספיגת הביטוח המשלים וכינון תכנית ברו"ש

בפרק זה יוסבר האופן שבו ניתן לממן את תכנית ברו"ש – בחירת רופא שוויונית בבית החולים ובקהילה – כחלק מסל השירותים הציבורי, ביעילות כלכלית רבה יותר ובאופן כדאי יותר לציבור הרחב.

בעשור שבין 2002 ל-2011 עלתה ההוצאה של משקי הבית על ביטוחים משלימים (כאחוז מההוצאות של משק הבית) ב-70%, וההוצאה על ביטוחים מסחריים עלתה ב-56.90%<sup>55</sup> כיום, הציבור משלם סכום מצטבר של למעלה משלושה מיליארד ש"ח בשנה לביטוח המשלים שמוכרות לו קופות החולים.<sup>56</sup> זהו סכום עצום אשר ניתן לשנות את כיוון זרימתו ולהפנותו חזרה למערכת הציבורית, לטובת שיפורה הדרמטי ואגב ניתוקה מהמערכת הפרטית.

"עסקת החבילה" החדשה המוצעת כאן דורשת מהמנהיגות הפוליטית והמקצועית לצאת בהסברה נרחבת ומקיפה לציבור: מחד גיסא, יתבקש הציבור לוותר על הביטוח המשלים בדמותו הנוכחית כביטוח פרטי שאמור לאפשר למחזיק בו קיצור תורים ולהעניק לו הטבות. מאידך גיסא, יקבל הציבור הרחב את השירותים החשובים ביותר שמציע כיום הביטוח המשלים – אך במסגרת המערכת הציבורית. כך יזכה הציבור באפשרויות הבאות: בחירה במנתח; חוות דעת שנייה; תוספת משמעותית של תרופות חדשות; ושיפור שירותים קיימים (למשל, מספר רב יותר של טיפולי פיזיותרפיה ושל טיפולי התפתחות הילד). כל זאת, יתקבל ויבוצע באורח שוויוני והוגן, עם פיקוח רפואי חף מאינטרס, ובמסגרת הסל הציבורי.

- בבואנו להציע את המתווה להטמעת הביטוח המשלים ולכינון תכנית ברו"ש, עמדו לנגד עינינו העקרונות הבאים:
- העברת הביטוח המשלים לסל הציבורי והטמעתו לא תעלה לציבור אף לא שקל אחד נוסף.
  - העברת הביטוח המשלים לסל הציבורי לא תצמצם את זכויות החולים.
  - המודל המוצע יסיר את נטל ההשתתפות העצמית.
  - המודל המוצע לא יהווה מעמסה תקציבית על קופות החולים.
  - המודל המוצע יעמוד בכל העקרונות שמערכת הבריאות הציבורית אמורה להיות מושתתת עליהם – צדק, שוויון ועזרה הדדית.

55. ראו: חורב וקידר, ה"ש 8 לעיל.

56. כל הנתונים שבפרק זה לקוחים מהדוח האחרון של משרד הבריאות שעסק בביטוח המשלים, אלא אם נאמר אחרת. ראו: רויטל טופר חבר-טוב ודפנה רביד ברזלי, [דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2011](#), משרד הבריאות וברזלי ושות', דצמבר 2012.

## מפרמיה בלתי הוגנת למס בריאות הוגן

כאמור, נפח הפרמיות שמשלם הציבור הישראלי תמורת הביטוח המשלים הוא כ-3.2 מיליארד ש"ח. סכום זה מקביל למשמעות הכספית של העלאת מס הבריאות בכאחוז אחד, כלומר, מ-5% בממוצע שמשלם שכיר ישראלי ל-6%. זוהי אפוא אפשרות אחת להפיכת הכיוון והמגמה שבהם מתנהלת כיום מערכת הבריאות הישראלית, בחזרה מהפרטי אל הציבורי. יש להניח כי בעקבות יישום התכנית ישלם חלק ניכר מהציבור עוד פחות משהוא משלם בפרמיה הנוכחית, שכן חישוב המס מתבצע בשיעור של כאחוז אחד מההכנסה.<sup>57</sup> כמו כן, בניגוד לביטוח המשלים שאינו מתחשב בגובה ההכנסה, מס הבריאות הנו פרוגרסיבי ומחושב לפי דרגת הכנסה. זאת ועוד: הביטוח המשלים הוא גרסיבי, שכן הוא מתייקר עם הגיל.

הגם שהעלאת מס נחשבת בעיני הציבור בישראל לצעד שערורייתי, מרחיק לכת ובלתי מתקבל על הדעת, יש לזכור כי אין המדובר בהעלאת הנטל הכלכלי על משקי הבית, אלא להפך – בהפחתתו, וזאת משתי סיבות:  
א. המס הייעודי יהיה, כאמור, פרוגרסיבי.  
ב. המתווה המוצע לא יכלול רכיב של השתתפות עצמית.

כאמור, כדאי לשוב ולציין ששיעור מס הבריאות בישראל נמוך משמעותית לעומת מדינות רווחה כמו גרמניה וצרפת שבהן מונהג מס בריאות ייעודי, שם נע שיעורו בין 8% ל-10%.<sup>58</sup>

## בחירת רופא שוויונית, יעילה וחסכונית

הצעה לכינון מסלול ציבורי מחייבת עריכת תחשיבים. בין היתר, יש לדעת מהי עלות הבחירה במנתח ובחוות דעת שנייה בתנאי השוק הפרוע והפרוץ דהיום. הנתונים העוסקים בכספי הביטוחים המשלימים מצביעים על כך שכמחצית מהוצאותיהן של הקופות על שירותי הביטוח המשלים שהן מספקות מוקדשת לסעיפי הבחירה – כ-1.6

57. ההכנסה החציונית לשכיר בישראל היא כ-6,500 ש"ח, משמע מחצית מציבור השכירים ישלם בעבור המס הייעודי פחות מ-65 ש"ח בחודש. השאלה המתבקשת היא אם תשלום זה גבוה מהתשלום לביטוח המשלים כיום, או נמוך ממנו. לשם המחשה, נדגים את החישוב על כספי הביטוח המשלים הנוהגים בקופת חולים "כללית". מבוטח המסתפק ברובד הבסיסי בלבד שב"כללית מושלם" והוא בן 40 ומעלה, ישלם כמעט אותו סכום (כ-60 ש"ח) בעבור המשלים; אך אם יוסיף אותו מבוטח את רובד ה"פלטנינום", כי אז תעמוד הפרמיה החודשית שלו על למעלה מ-100 ש"ח בחודש, וזאת בלא להתחשב ברמת הכנסתו. בעבור מבוטחים אלה, תוספת מס של 1% משתלמת, היות שכל מי שמשלם למטה מ-10,000 ש"ח בחודש משלם כיום יותר בעבור הביטוח המשלים היוקרתי.

58. Thompson et al., ה"ש 3 לעיל.

מיליארד ש"ח<sup>59</sup>; הכוונה היא לסך כל התשלום שמעבירות הקופות לספקים (רופאים, בתי חולים פרטיים, ש"ר"פ). בהינתן שגם המבוטחים משלמים השתתפות עצמית, סכום זה אינו מבטא את העלות הכוללת של הבחירה. **במתווה החדש, תהיה השתתפות עצמית נחלת העבר.** הגם שאין אפשרות לחשב את מלוא סכום ההשתתפות לאשורו, נתונים חלקיים מצביעים על סדר גודל של כ-200 מיליון ש"ח. כיוון שאין בידינו דיווח מלא של "הכללית", שבה החולה משלם ישירות לספק, נעשה ניסיון לאמוד את הוצאות מבוטחיה על סמך הוצאות המבוטחים של קופות אחרות. האומדן המקסימלי עומד על כ-200 מיליון ש"ח נוספים, ובסך הכול: 400 מיליון ש"ח.<sup>60</sup> אם כך, העלות של בחירת רופא כיום היא 1.6 מיליארד ש"ח ועוד 400 מיליון ש"ח (200 + 200), כלומר: כשני מיליארד ש"ח.

### מסקנת ביניים

עלות בחירת רופא כיום, בשוק פרוץ, פרוץ ובלתי יעיל, מגיעה לכשני מיליארד ש"ח. בהנחה שהעלות הכוללת של הביטוח המשלים מגיעה לכ-3.2 מיליארד ש"ח, ובהנחה כי תכנית ברו"ש תהיה יעילה יותר בהיבטים של עלות העסקת הרופא, תעריפים קבועים וחיסכון במזכירות רפואית – אפשר להניח כי שני מיליארד ש"ח הם סכום שדי בו בהחלט כדי לכוון את המסלול של בחירת רופא שוויונית. חישוב זה מותיר כ-1.2 מיליארד ש"ח שאפשר להפנותם לסעיפים האחרים שבמתווה ההצלה ואשר אמורים להחליף את הביטוח המשלים – תרופות ושירותים משפרים.

### שיפור הסל הציבורי באמצעות כספי הביטוח המשלים

זה שנים ארוכות שארגוני החולים, יחד עם ארגוני זכויות האדם, דורשים להסדיר את פעולתה של "ועדת הסל", הגוף הציבורי ששר הבריאות ממנה מדי שנה בשנה

59. 1 מיליארד ש"ח בעבור בחירת מנתח ועוד 600 מיליון ש"ח בעבור חוות דעת שנייה.

60. אם נניח כי מרבית הכספים המושקעים ברכיב ההשתתפות העצמית שמדווח עליהם (120 מיליון ש"ח) מופנית לסעיפי הבחירה, וכי ההוצאות של מבוטחי "הכללית" אינם שונים מהותית מאלה של מבוטחי הקופות האחרות, כי אז ניתן לשער שמבוטחי "הכללית" משלמים לקופה לא יותר מ-80 מיליון ש"ח נוספים בעד השתתפויות (הערכה המבוססת על מספר המבוטחים ב"כללית" לעומת מספר מבוטחי "מכבי", ועל סך תשלומי ההשתתפות העצמית ב"מכבי"). יש לציין כי נתונים אלה כוללים שירותים נוספים מלבד הבחירה ברופא (אך לא כוללים את התרופות). נוסף על כך, ישנם רכיבי השתתפות שהמבוטחים משלמים ישירות לספקים, ואין זו פרקטיקה הייחודית ל"כללית". בדרך זו, הגענו, אם כך, להערכה מקסימלית של 220 מיליון ש"ח. לחלופין, סטנדרט משוער לחישוב ההשתתפות העצמית יניח כי שיעור ההשתתפות של המבוטחים אינו עולה על 15% מהוצאות הקופות בגין הבחירה ברופאים מנתחים וביועצים באמצעות הביטוח המשלים. במקרה זה, יעמוד סכום ההשתתפות על כ-500 מיליון ש"ח. נניח אפוא כי עלותם המשוערת של רכיבי ההשתתפות העצמית בעבור סעיפי הבחירה נעה בין 200 מיליון ש"ח ל-500 מיליון ש"ח; לצורך החישוב, נקבע את הסכום של 400 מיליון ש"ח.

כדי להמליץ על תוספת תרופות וטכנולוגיות חדשות לסל הבריאות. אף כי בשנים האחרונות היו תלונות הציבור מתונות, עדיין רב המרמור בגין חוסר כיסוי הולם והיעדרן של תרופות או טכנולוגיות מהסל. על פי רוב, תשובת הממסד היא המחסור בתקציב.

הארגונים החברתיים, יחד עם חברי כנסת רבים, דרשו ודורשים להעמיד את תקציב ועדת הסל על כשני אחוזים מעלות סל השירותים. במונחי השנים האחרונות, משמעות הדבר היא תקצוב של כ-600 מיליון ש"ח בכל שנה לוועדת הסל. גם בשנים האחרונות, שבהן, כאמור, תוקצבה ועדת הסל, נע התקציב בעבור תרופות וטכנולוגיות חדשות בין 300 ל-400 מיליון ש"ח. כדי לממש את דרישת הארגונים נדרשת אפוא תוספת של כ-300 מיליון ש"ח; סכום זה יכול להתקבל אם יישמו המלצות המתווה ולפיהן ייוותר סכום של 1.2 מיליארד ש"ח.

יתרת הכסף – כ-900 מיליון ש"ח – מן הדין שיוקדשו להרחבת סל השירותים בשלב ההטמעה של התכנית החדשה. תקנוני הביטוחים המשלימים, ובייחוד הרבדים היוקרתיים שבו, שבים ומסמנים שירותים שנחשבים חיוניים בעיני הציבור הרחב, אך לא בהכרח מתקבלים ככאלה בעיני ועדת הסל, בבואה להכריע את הכרעותיה. נראה כי ההוצאה המשמעותית ביותר בסעיף זה תהיה על תרופות, אך לשם אומדן סביר נזדקק לנתונים רבים יותר.<sup>61</sup>

---

61. מטבלאות המקור הממשלתי עולה כי סך ההשתתפות העצמית של מבוטחים בגין תרופות בביטוחים משלימים נאמד בכ-550 מיליון ש"ח. ראו: רויטל טופר חבר-טוב ודפנה רביד ברזלי, [דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2011](#), משרד הבריאות וברזלי ושות', דצמבר 2012.

לסיכום, אנו מציעים להחליף את פרמיות הביטוח המשלים, המסתכמות ב-3.2 מיליארד ש"ח, בהעלאת מס הבריאות ב-1%, שתניב סכום דומה.

<p><b>ההצעה שלנו:</b>  <b>בחירה והרחבת שירותים בשוק</b>  <b>בריאות יעיל (אומדנים)</b></p>	<p><b>כיום:</b>  <b>עלות הביטוחים המשלימים בשוק</b>  <b>בריאות בזבזני (אומדנים)</b></p>
<p><b>סה"כ: 3.2 מיליארד ש"ח.</b></p> <p><b>מאיפה יבוא הכסף:</b>                      העלאת מס בריאות ב-1%.</p> <p><b>על מה ייצא הכסף:</b>  <b>2 מיליארד ש"ח – בחירת מנתח</b>  <b>וחוות דעת שנייה, שיינתנו לכל</b>  <b>הציבור באופן שוויוני וללא תשלום</b>  <b>נוסף</b></p>	<p><b>סה"כ: 3.2 מיליארד ש"ח</b>  <b>(לא כולל השתתפות עצמית).</b></p> <p><b>מאיפה בא הכסף:</b>                      הפרמיות המשולמות לביטוח המשלים</p> <p><b>על מה יוצא הכסף:</b>  <b>2 מיליארד ש"ח – בחירת מנתח וחוות</b>  <b>דעת שנייה:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 מיליארד ש"ח – בחירת מנתח</li> <li>+                         <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 600 מיליון ש"ח – חוות דעת שנייה</li> <li>■ (+ 400 מיליון ש"ח נוספים</li> </ul> </li> </ul> <p>המשולמים ישירות מכיס המבוטחים                      עבור השתתפות עצמית)</p>
<p><b>1.2 מיליארד ש"ח – הרחבת</b>  <b>שירותים ותרופות במסגרת הסל</b>  <b>הציבורי:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 300 מיליון ש"ח – תוספת לסל התרופות והטכנולוגיות החדשות והעמדתו על 2% מעלות הסל</li> <li>+                         <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 900 מיליון ש"ח – הרחבת שירותים הניתנים בסל הציבורי באופן מצומצם ומורחבים כיום באמצעות המשלים.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>הכול בהתאם להחלטות ועדת הסל</b></p>	<p><b>1.6 מיליארד ש"ח – הוצאות</b>  <b>המשלימים על שירותים מרחיבים</b>  <b>ומשפרים כולל תרופות (לא כולל</b>  <b>השתתפות עצמית, שלגביה חסרים</b>  <b>נתונים מהימנים).</b></p>

**הערה:** יש לשים לב כי החישוב כולו מתבסס על שוק הבריאות המופרט הנוכחי. העובדה שלפי החישוב, במתווה המוצע נותרו 1.2 מיליארד ש"ח להרחבת שירותים שכיום המשלימים מוציאים עליהם 1.6 מיליארד ש"ח, אין משמעה שלא ניתן לספק את אותם שירותים, שכן השוק המופרט כיום הוכח כשוק בזבזני. זהו שוק פרוץ ופרוץ, המתנהל כמעט ללא שליטה, ובלא שקיפות. במציאות זו יורדים לטמיון כספים רבים, ומחירי השירותים הרפואיים מאמירים בהתמדה. אנו מניחים כי הפיכת הבחירה לציבורית תבלום את עליית המחירים ותאפשר פיקוח עליהם באמצעות קביעת תעריפי בחירה. מכאן נובע כי מסלול הבחירה הציבורי יהיה חסכוני יותר מהמסלולים הפרטיים הקיימים. מאחר שאין בידינו הערכה מדויקת של מידת החיסכון הצפויה, השתמשנו בנתונים המבטאים את ההוצאות הגבוהות דהיום על בחירה, והצענו מודל של תמחור מקסימלי.



## שבע סיבות טובות לאמץ את מתווה ההצלה "בלי הבדל בין עשיר לעני"

### כלכלי יותר

■ **הקצאה יעילה יותר של המקורות הציבוריים:** קשרי הגומלין שבין המערכת הציבורית למערכת הפרטית, לרבות הביטוח המשלים המכר ביניהן, גורמים לדליפת משאבים ציבוריים אל עבר המגזר הפרטי. כפי שהוכח במקרה האמריקאי, בכל האמור במערכת הבריאות, "שקל ציבורי" יעיל בהרבה לעומת "שקל פרטי".<sup>62</sup> שקל ציבורי שזורם לפרטי הוא הפסד כפול – הן בשל ההוצאה הציבורית שדולפת ללא הכוונה, והן לנוכח הבזבזנות השוררת בשוק הבריאות הפרטי. זאת ועוד, משאבים אינם רק כסף; רופאים בכירים רוכשים ניסיון, צוברים מומחיות ומפתחים קריירה במערכת הציבורית, ובמקום לממש את כישוריהם במסגרת שמשרתת את החברה כולה, הם פונים לרפואה הפרטית ונוטלים את משאביהם עמם. מתווה ההצלה המוצע כאן עתיד להחזיר לפחות חלק ממשאבים אלה למערכת הציבורית, ולמנוע את המשך זליגתם.

■ **התמודדות טובה עם כשלי שוק הבריאות:** אינפלציית המחירים ה"מלאכותית" שבשוק הבריאות, האופיינית לשוק הפרטי, חדרה גם לישראל.<sup>63</sup> כשלי השוק האופייניים למצרך של הביטוח הציבורי והביטוח הפרטי חדרו לכל חלקה טובה ומחוללים טירוף מערכות: כפל ביטוח על שירות זהה שבעטיו מנצלות חברות הביטוח את המבוטחים; קופת חולים הפועלת מתוך אינטרסים הנובעים מקשריה העסקיים עם חברות מסחריות ועם חברות ביטוח;<sup>64</sup> ניצול המערכת הפרטית את הציבורית על ידי העברת חולים הנתפסים כ"סיכון ביטוחי" חזרה לבית החולים הציבורי; ועוד ועוד.<sup>65</sup> דומה שכשלי השוק הללו רק מתרבים ומתעצמים.

62. בארצות הברית כ-55% מההוצאה הלאומית היא פרטית וההוצאה לנפש היא הגבוהה בעולם, ומצב 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.

63. דב צ'רניחובסקי, רוני גמזו וגיא נבון, [גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הרפואה ובמחיריהם](#), נייר מדיניות מס' 12, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2010.

64. ראו: חורב וקידר, ה"ש 8 לעיל.

65. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל.

## מוסרי יותר

■ **השבת האמון במערכת הציבורית:** סקרים מלמדים על התרופפות האמון במערכת הבריאות הציבורית בעת קיומו של צורך בריאותי.<sup>66</sup> מבקר המדינה הצביע על כך שמשך ההמתנה לתורים במערכת הציבורית מעודד פנייה למערכת הפרטית.<sup>67</sup> רכישת הביטוחים המשלימים והפרטיים והשימוש בהם מעודדים תפיסה צרכנית המקרבת את החברה הישראלית לנקודת אל-חזור אסונית – נקודה שבה מעמד ביניים מבוסס ינטוש סופית את מערכת הבריאות הציבורית. משמעה של תפנית כזו הוא התקדמות לעבר קבלת פטור מתשלום מס בריאות ציבורי והסתמכות מוחלטת על השוק הפרטי, כשם שהתרחש בגרמניה.<sup>68</sup>

■ **צמצום הפערים המעמיקים בתחום הבריאות:** גם אם למראית עין נדמה כי הביטוח המשלים מקדם שוויון, יש לזכור כי חמישית מהציבור אינה יכולה להרשות לעצמה לרכוש ביטוח כזה. נוסף על כך, מימוש הביטוח מותנית בהשתתפות עצמית שעלותה בין עשרות למאות ואלפי שקלים. התפשטות המגמה של רכישת ביטוח משלים משמעה דווקא פגיעה בשוויון והתרחקות מייעודו המקורי, שכן בעוד המשלים קולט לתוכו שירותים שאמורים להיכלל בסל הבסיסי, הוא מתפצל לרבדים ובהם זכאויות שונות בדרגות משתנות של השתתפות עצמית. רבדים אלה מעצימים פערי בריאות בין עשירים לעניים; בין ערבים ליהודים; בין תושבי המרכז לתושבי הפריפריה, ועוד. הספקה שוויונית של שירותי המשלים בסל הציבורי פירושה צמצום פערים בטווח הקרוב, ובטווח הרחוק – השבת האמון במערכת הציבורית, העמקת הסולידריות וחיזוק תחושת הביטחון האישי.

## בריאותי יותר

■ **צמצום הסכנה של עריכת ניתוחים מיותרים:** בחירת רופא במתכונת הנוכחית מתרחשת על רקע חוסר ידיעה כמעט מוחלט מצד החולה. תנאים אלה יוצרים כשלי שוק כאמור לעיל, שמשמעותם חורגת מההיבט הכלכלי; חלחולם למערכת שיקול הדעת של הרופא ושל המוסד הרפואי עלולים לפגוע בחולה ישירות.<sup>69</sup> אף מבקר המדינה התריע על כך, בציינו כי ניתוחים המתבצעים בבתי חולים פרטיים באמצעות הביטוח המשלים נעשים ללא פיקוח רפואי של ממש (למעט בקופת חולים "מאוחדת").<sup>70</sup>

66. ראו: ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, ה"ש 2 לעיל.

67. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל.

68. ראו ה"ש 3 לעיל.

69. ראו: חורב וקידר, ה"ש 8 לעיל.

70. ראו: מבקר המדינה 2012, ה"ש 18 לעיל.

במצב עניינים זה, גובר הסיכון האופייני לשוק בריאות פרטי שבו מתבצעים ניתוחים מיותרים. תכנית ברו"ש – בחירת רופא שוויונית בבית החולים ובקהילה – מפחיתה סכנה זו במידה רבה ביותר. במצב שבו יקבל הרופא את שכרו בתעריף קבוע, ולא מידי החולה, יתבטל התמריץ שלו לבצע ניתוח שאין בו צורך. יתרה מזו, ההיבט המינהלתי בתכנית מבטיח כי התהליך הרפואי יתבצע בנוהל של יום עבודה רגיל: בבית החולים, במזכירות המחלקה, ובפיקוח מנהלי המחלקות.

■ **יעילות רבה יותר, בריאות רבה יותר:** ככלל, המערכת הציבורית, תחת תנאי פיקוח נאותים ובתמריצים נכונים, פועלת ביעילות גדולה בהרבה מאשר המערכת הפרטית. הנחת יסוד זו מושתתת על השוואה של מערכת הביטוח הרפואי האמריקנית למערכות הביטוח הרווחות באירופה. בארצות הברית, שבה עדיין אין מערכת ביטוח בריאות ציבורי ראוי, מגיע שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות לרמה הגבוהה בעולם המפותח (כ-17% מהתמ"ג); למרות זאת, חלק ממדדי מצב הבריאות ותפקוד השירותים בה הם מהגרועים שבעולם המפותח.<sup>71</sup>

■ **העמקת הפערים בחברה הישראלית פסולה מוסרית, ואף טומנת בחובה סיכונים בריאותיים.** כפי שנכחנו לראות במהלך השנה האחרונה, מדדי הבריאות של כלל האוכלוסייה משפיעים על כולנו. התפרצות נגיף הפוליו והפעולות שנקטו בעקבותיה שבות ומזכירות לנו את הברור מאליו – וירוסים וחיידקים אינם מודעים להבחנות החברתיות שעורכים בני האדם. מצב בריאות רעוע של קבוצה אחת עשוי להשפיע ישירות על קבוצה אחרת, גם אם האחרונה היא בעלת אמצעים כלכליים ומקיפה עצמה בחומות בריאות מדומות באמצעות ביטוחים פרטיים ורפואה פרטית.

---

71. בארצות הברית נמדד השיעור הגבוה ביותר של חולים המדווחים כי התקשו להגיע לשירותי בריאות הכרחיים בשל עלותם (33%), והשיעור הגבוה ביותר של חולי סוכרת שעוברים כריתת גפיים תחתונות עקב חוסר איזון ברמת הסוכר. ראו: Thompson et al., ה"ט 3 לעיל.

## מקורות

- אבני, שלומית, **מלוניות ליולדות בבתי חולים כלליים ציבוריים בישראל: פינוק נחמד או תת-מערכת של אי-צדק?**, נייר עמדה, מכון ון ליר בירושלים, נובמבר 2012.
- אחדות, לאה, וגבי בן נון, **בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של שר"פ**, מחלוקות בכלכלה, סדרה שנייה, מחלוקות בכלכלה 3, מכון ון ליר בירושלים, 2012.
- אקסלרוד, תם, מתן כהן, ניר קידר ומאיר ברזיס, **תלמידי רפואה מגלים ממדי הפער בזימון תור למרפאה ציבורית לעומת שר"פ בהדסה** (מצגת), הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים ומשרד הבריאות, 2012.
- בג"ץ 2114/12 האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה נ' ממשלת ישראל, פס"ד מיום 15.8.2012.
- בג"ץ 4253/02 קרית י' היועמ"ש, פס"ד מיום 30.5.2002.
- בג"ץ 8730/03 רב"ץ 10778/03 (העתירות אוחדו), שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות [בהתאמה] נ' שר האוצר ושר הבריאות, פס"ד מיום 21.6.2012.
- ברמלי-גרינברג, שולי, וישראל פביאן, **ביטוח משלים וביטוח מסחרי זה לצד זה בישראל בעשור האחרון - האם קיימת סכנה ליציבות השוק?** (מצגת), מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, פברואר 2012.
- ברמלי-גרינברג, שולי, ורויטל גרוס, **התפתחויות בסלי השירותים של הביטוחים המשלימים - עשור לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכת**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל והכנסת - מרכז מחקר ומידע, פברואר 2011.
- ברמלי-גרינברג, שולי, ורויטל גרוס, **שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים: דיון בסוגיות מדיניות**, גוינט-מכון ברוקדייל, אפריל 2003.
- ברמלי-גרינברג, שולי, ורויטל גרוס, יפעת יאיר ואייל עקיבא, **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות: דוח מחקר**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאי 2011.
- ברמלי-גרינברג, שולי, רות וייצברג ודרור גוברמן, **זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה מנקודת מבטו של המבוטח**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 2013 (פורסם חלקית, ממצאים עיקריים).
- ברמלי-גרינברג, שולי, ותמר מדינה-הרטום, **תמצית ממצאי הסקר התשיעי העוקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, יוני 2013.
- ברק, ליאור, ודפני ברזלי, **דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012**, משרד הבריאות וברזלי ושות', ספטמבר 2013.
- גרוס, אייל, **בריאות בישראל - בין זכות למצרך**, בתוך: יורם רבין ויובל שני (עורכים), **זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל**, רמות, 2004, עמ' 437-532.
- גרוס, רויטל ושולי ברמלי-גרינברג, **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2001**, והשוואה לשנים קודמות: דוח מחקר, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, אוקטובר 2003.
- ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, **גירעונות קופות החולים: שרת הבריאות: "ייתכן שצריך לשנות את השיטה, אבל אפילו בפנטגון אפשר להתייעל עוד"**, הודעות הוועדה, 9.12.2013.
- חורב, טוביה, וניר קידר, **סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים**, משרד הבריאות, נובמבר 2012.
- טופר חבר-טוב, רויטל, ודפנה רביד ברזלי, **דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2011**, משרד הבריאות וברזלי ושות', דצמבר 2012.
- כהן, ניסים, ודני פילק, **רפואה שחורה בישראל: מדידת התופעה, הסברים לקיומה והמלצות למיגורה**, ביטחון סוציאלי 92 (אוקטובר 2013), עמ' 97-128.
- לינדר-גנגן, רוני, **הביטוחים המשלימים ממשיכים לגדול - ומזינים את הרפואה הפרטית בישראל**, The Marker, 27.11.2013.

- לינדר־גנין, רוגי, הכללית רוכשת ב"ח פרטי בחיפה ומשדרגת ביטוח הפלטינום, The Marker, 9.4.2013.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2011**, נובמבר 2012.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ומשרד הבריאות, **פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 2005-2009** (מצגת).
- מבקר המדינה, **משרד הבריאות**, בתוך: **דו"ח שנתי 61**, 2010, עמ' 739-776.
- מבקר המדינה, **משרד הבריאות**, בתוך: **דו"ח שנתי 63**, 2012, עמ' 599-670.
- המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, **ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון, טיוטה לדיון**, כנס ים-המלח ה־13, דצמבר 2012.
- מרכז אדוה, **מדינת רווחה לא תצא מזה: תגובה להמלצות ועדת טרכטנברג**, 27.9.2011.
- משרד האוצר, **הצעת תקציב: שנות הכספים 2013-2014 ודברי הסבר, מוגשים לכנסת התשע־עשרה - משרד הבריאות והסעיפים הצמודים לו**, חוברת טו, יוני 2013.
- סבירסקי, ברברה (עורכת), **לצמצם היום את פערי המחר: יעדים לצמצום פערים בבריאות: נייר עמדה**, המטה הציבורי לשוויון בבריאות: מרכז אדוה, רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח, אגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות וטנא בריאות - לקידום הבריאות של יוצאי אתיופיה, אפריל 2010.
- סבירסקי, ברברה, **תקציב משרד הבריאות: יעדים לשנים הבאות**, מרכז אדוה, ינואר 2013.
- פילק, דני, **השפעת המשפט על מסחורם של שירותי הבריאות בישראל**, מעשי משפט, כרך ב' (2009), עמ' 167-183.
- פתאל, ויקטור, ואליעזר שוורץ, **ניתוח הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2013-2014, מוגש לוועדת הכספים, הכנסת - מרכז המחקר והמידע**, יוני 2013.
- צ'רניחובסקי, דב, רוגי גמזו וגיא נבון, **גידול ממאיר בהוצאה הפרטית על שירותי הבריאות ובמחיריהם**, נייר מדיניות מס' 12, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2010.
- קוך דבידוביץ', פלורה, **סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות: מוגש לחברי הכנסת התשע־עשרה**, הכנסת - מרכז המחקר והמידע, מרס 2013.
- רובינשטיין, אליקים, **חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה: מניעת רפואה פרטית בבתי חולים ממשלתיים**, פברואר 2002.
- רוזנבלום, שרית, **הרופאים והאחיות הטובים ביותר נוטשים את המערכת**, ידיעות אחרונות, 20.9.2013.
- Chernichovsky, Dov & 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.
- Flood, Colleen M., & Amanda Haugan, **Is Canada Odd? A Comparison of European and Canadian Approaches to Choice and Regulation of the Public/Private Divide in Health Care**, Health Economics, Policy and Law 5:3 (July 2010), pp. 319-341.
- Kringos, D. S., W. Boerma, J. van der Zee & P. Groenewegen, **Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending**, Health Affairs 32:4 (April 2013), pp. 686-694.
- Marchildon, Gregory P., **Canada: Health System Review**, Health Systems in Transition 15: 1 (2013), pp. 1-179.
- OECD, **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**, OECD Publishing, 2013.
- Preist, Alicia, Michael Rachlis & Marcy Cohen, **Why Wait? – Public Solutions to Cure Surgical Waitlist, A Submission to the BC Government's Conversation on Health**, Canadian Center for Policy Alternatives and the BC Health Coalition, May 2007.
- Thompson, Sarah, Robin Osborn, David Squires & Miraya Jun (eds.), **International Profiles of Health Care Systems, 2012**, The Commonwealth Fund, November 2012.
- Tuohy, Carolyn Hughes, Colleen M. Flood & Mark Stabile, **How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations**, Journal of Health Politics, Policy and Law 29:3 (June 2004), pp. 374-375.