

הזכות לבריאות: ועדת גרמן

בחדש יוני 2014, אחרי שנה תמימה של עבודה ומאות דיונים ושימועים, פירסמה הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות ("ועדת גרמן") את המלצותיה.²⁰⁸ כבר לעצם הקמתה של הוועדה, ביוני 2013, הייתה חשיבות רבה, באשר לראשונה יזמה המדינה שיח על עתידה של מערכת הבריאות, ובפרט על יחסי הרפואה הפרטית והציבורית, שהגבול ביניהן הולך ומיטשטש.

בין המלצותיה החיוביות של הוועדה נמנות ההמלצות להקצות תקציבים לקיצור תורים, לשיפור תשתיות ולתוספת כוח אדם במערכת הציבורית; להרחיב את הסדרי הבחירה בין בתי החולים; לעודד את מודל ה"פולטיימר" (רופא שמועסק אך ורק במערכת הציבורית); ולהגדיל את זמינות שירותי הרפואה בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית. עם זאת, הוועדה לא השכילה להתייחס באופן מספק להכרח לתקן את השחיקה המתמשכת בתקציב סל הבריאות;²⁰⁹ מרכיב זה היה צריך להיות נקודת המוצא לדיונה, מכיוון שבלעדיו אי אפשר להוביל מהלכים לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. הוועדה אמנם הציעה מנגנוני עדכון לתקציב מערכת הבריאות,²¹⁰ אך אלה רחוקים מלהספיק לאור השחיקה בתקציב הבריאות לאורך שנים.

ניתוח מפורט של המלצות הוועדה חורג ממסגרת דוח זה.²¹¹ נתייחס כאן בקצרה להמלצותיה בשלושה נושאים: השר"פ, הביטוחים המשלימים ותיירות המרפא.

שר"פ

שר"פ הוא שירות רפואי פרטי הפועל בתוך בית החולים הציבורי.²¹² בין היתר, השר"פ מאפשר לחולה לבחור רופא מייעץ ורופא מנתח ולקצר תור לבדיקות ולניתוחים (שאינם דחופים) באמצעות תשלום או דרך ביטוח פרטי או הביטוח המשלים. שירותי השר"פ ניתנים בדרך כלל לאחר שעות העבודה הרגילות ובתוך בית החולים הציבורי, כך שהם מנצלים משאבים השייכים לכלל הציבור – מתקני בית החולים ובמידה רבה גם מומחיותם של הרופאים הבכירים, שהושגה באמצעות התשתית הציבורית – לטובת חלק מהציבור בלבד, שיש ביכולתו לשלם.

סוגיית השר"פ מצויה במחלוקת ציבורית ומקצועית ממושכת. המצדדים בו טוענים, בין היתר, כי הוא יכול לשמור את הרופאים הטובים במערכת הבריאות הציבורית ולמנוע את עזיבתם לטובת המגזר הפרטי, לאפשר ניצול טוב יותר של המשאבים ושל התשתיות הקיימים בבתי החולים, ולהגדיל את הכנסותיהם. המתנגדים, ובהם ארגוני זכויות אדם, טוענים, בין היתר, כי השר"פ מנוגד מהותית לעקרונות היסוד של שוויון, צדק ועזרה הדדית העומדים בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי; מעמיק את הפערים בין מטופלים על רקע מצבם הכלכלי; תורם לאבדן האמון במערכת הציבורית; מגביר את המחסור ברופאים במערכת הציבורית; וגורם לתורים ממושכים.²¹³

השר"פ היה אחד הנושאים המרכזיים ומעוררי המחלוקת ביותר שעמדו בפני ועדת גרמן. במשך שנת הדיונים בוועדה, פעילים רבים ואנשי ציבור – מארגונים לשינוי חברתי, מהתקשורת,

²⁰⁸ המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, 25.6.2014, bit.ly/1xWhJq3 (להלן: "המלצות ועדת גרמן"). ראו גם: ירון קלנר, **ועדת גרמן: לא יוכנס שר"פ לבתיה"ח הציבוריים; יוקצו**

מיליארד ש' לקיצור התורים, ynet, 25.6.2014. על שחיקת תקציב הבריאות לאורך השנים ראו למשל: רמי אדוט, דני פילק ונדב דוידוביץ', **בלי הבדל בין**

עשרי לעני: מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית, רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח, פברואר 2014, בעמ' 8-11.

²¹⁰ **המלצות ועדת גרמן**, ה"ש 208 לעיל, סעיפים 79-82.

²¹¹ לסקירה ביקורתית של ההמלצות מטעם האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה, יולי

2014: <http://www.acri.org.il/he/32345>.

²¹² לרקע היסטורי ראו: לאה אחדות וגבי בן נון, **בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של**

שר"פ, מכון ון ליר, אפריל 2012.

²¹³ להרחבה ראו: **זכויות האדם בישראל – תמונת מצב 2013**, ה"ש 53 לעיל, בעמ' 15-16.

מהכנסת וממערכת הבריאות²¹⁴ – נאבקו נגד אפשרות זו ובעד רפואה ציבורית שוויונית. נראה כי הקולות הרבים שהצטרפו לחזית רחבה בעד רפואה ציבורית חזקה והתקשורת הביקורתית הצליחו להביא להכרעה מול כוחות אדירים שפעלו ופועלים להפרטת מערכת הבריאות הציבורית: **ועדת גרמן קיבלה את עמדת המתנגדים ונמנעה מהמלצה להרחיב את השר"פ**, המופעל כיום רק בבתי החולים בירושלים, לכלל בתי החולים בארץ.²¹⁵ יתר על כן, הוועדה המליצה להכניס לבתי החולים הציבוריים מודל של "פול-טיימר" (יום-מלא), שהוא למעשה חלופה ציבורית לשר"פ, ושב הרופאים נדרשים לעבוד בשעות אחר הצהריים בבית החולים ולא לעסוק ברפואה פרטית. הוועדה המליצה גם לבחון מחדש את השר"פ בבית החולים אסותא-אשדוד לנוכח מודל ה"פול-טיימר" שעליו המליצה.²¹⁶

בהקשר זה יש להתייחס להסכם ההבראה שחתמה המדינה עם בית החולים "הדסה" באמצע השנה, לאחר קריסתו הכלכלית. ההסכם עם הדסה נחתם זמן קצר לפני פרסום המלצותיה של ועדת גרמן, ובניגוד להמלצות הוועדה בעניין השר"פ הוא **מבטא הכשרה של השר"פ** (אמנם בבית חולים לא ממשלתי, אך במוסד רפואי ציבורי). הוועדה לבחינת המשבר ב"הדסה" ("ועדת גבאי") קבעה כי השר"פ היה חלק אינטגרלי מהניהול הלא תקין שהתקיים בבית החולים, ומתחה עליו ביקורת במילים חריפות: "[השר"פ] מכיל בתוכו חלק נכבד מבעיות הניהול של הדסה ובהן עיוות מבני אשר פוגע במוטיבציות הניהוליות. מדובר במנגנון שלם שחלק מהרופאים והמנהלים הבכירים מבית החולים מפעילים לטובתם האישית תוך יצירת עיוותים תפעוליים שירותיים וכלכליים".²¹⁷ למרות זאת אישרה הממשלה את הפעלת השר"פ בהדסה. יש חשש שאישור זה עלול להתפרש כהכשרה של רכיבי השר"פ שבתי המשפט פסלו בעבר באופן חד משמעי, כמו האפשרות להפעיל השר"פ בשעות הבוקר, בזמן פעולת בית החולים הציבורי. עמותת רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח פנו לשרת הבריאות ולשר האוצר בבקשה שיבהירו לבית החולים כי כל הסדר השר"פ עתידי מחויב לעמוד בכללים שגובשו בתקדימים משפטיים.²¹⁸

הביטוחים המשלימים

הביטוחים המשלימים של קופות החולים מעניקים למבוטחים שידם משגת טיפולים ותרופות שאינם כלולים בסל הבריאות.²¹⁹ ביטוחים אלה הם מעין יציר כלאיים של ביטוח רפואי ציבורי ופרטי: קופות החולים – המופקדות על מימוש השירותים הציבוריים – מוכרות אותם באופן פרטי לציבור המבוטחים שלהן, בהסדרה ובפיקוח ממשלתיים. כך, באצטלה של ביטוח ציבורי מפקח, מוסיפות הקופות רבדים על רבדים של ביטוח, והבריאות הופכת למצרף: מי שיכול – קונה ביטוח "משלים", ואחר כך "מושלים", ו"עדיף", ו"משודרג" ו"שיא"; ומי שאינו יכול – נותר ללא ביטוח כזה. למרות העלייה בשיעורי המחזיקים בביטוח משלים במשך השנים,²²⁰ **לכרבע מהאוכלוסייה אין**

²¹⁴ בין הארגונים השותפים למאבק: האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות אדם, מרכז אדוה והפורום לצדק חברתי (ובתוכם במיוחד תנועת הנוערהמחנות העולים וסטודנטיות לרפואה מהאוניברסיטה העברית). על מאבק אנשי התקשורת ראו: אלינור דוידוב, **בשירות הציבור**, העין השביעית, 14.8.2014.

²¹⁵ **המלצות ועדת גרמן**, ה"ש 208 לעיל, סעיפים 85-86 ו-20-23.

²¹⁶ סוגיית השר"פ באסותא-אשדוד עמדה במרכז התדיינות משפטית שניהלה האגודה לזכויות האזרח ב-2012. בית המשפט דחה את העתירה מסיבות טכניות, בשל השיהוי בהגשתה. בג"ץ 2114/12 **האגודה לזכויות האזרח בישראל נגד ממשלת ישראל**, לכתבי בית הדין: <http://www.acri.org.il/he/20262>.

²¹⁷ **דוח הצוות לבחינת משבר הדסה**, אפריל 2014, בעמ' 15.

²¹⁸ פניית רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח לשרת הבריאות ולשר האוצר, 1.6.2014, bit.ly/1yvtc3x.

²¹⁹ להרחבה על הביטוחים המשלימים ראו: טל דהן, **זכויות האדם בישראל – תמונת מצב 2009**, האגודה לזכויות האזרח, דצמבר 2009, בעמ' 49-50; **בלי הבדל בין עשיר לעני: מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית**, ה"ש 209 לעיל, בעמ' 17-18.

²²⁰ ליאורה בוורס, **סוגיות עכשוויות במערכת הבריאות**, מרכז טאוב, מרץ 2014, בעמ' 3-4.

ביטוח משלים כלל, ושיעור זה גבוה יותר בקרב אנשים החיים בעוני, ובהם תושבי פריפריה חברתית-כלכלית, ערבים וחרדים.²²¹

הביטוחים המשלימים מעמיקים את הפער בין איכות וזמינות שירותי הבריאות הציבוריים שמקבלים מבוטחים בעלי אמצעים לבין מחוסרי אמצעים. יתרה מזאת, עיבוי הביטוחים המשלימים מחזק את המגמה של הקטנת הסל הבסיסי של התרופות והשירותים שהמדינה מחויבת לספק לתושביה, ומקטין את הלחץ הציבורי להרחבתו: מאחר שמעמד הביניים יכול לממן לעצמו ביטוח משלים, לא נותרת לו מוטיבציה להפעיל את כוחו הפוליטי כדי להיאבק למען הרחבת סל בריאות ממלכתי שייטיב עם כולם.²²²

אפשר היה לנתב את תקציבי העתק של הביטוחים המשלימים – כ-3 מיליארד ש"ח בשנה – אל ביטוח הבריאות הציבורי, באמצעות תוספת של אחוז אחד למס הבריאות. הדבר היה מקל את הנטל הכלכלי המוטל על מרבית משקי הבית, ומאפשר סל בריאות רחב יותר הזמין לכולם.²²³ לקראת פרסום המלצות הוועדה התבטאה שרת הבריאות גרמן נגד הביטוחים המשלימים וקראה לריסונם,²²⁴ אולם בסופו של דבר תמכה הוועדה בדעה שעדיף לחזק את הביטוחים המשלימים כדי להגביל ולהקטין את אלה הפרטיים-מסחריים. **במקום להתעמת עם עצם קיומו של הביטוח המשלים הציעה הוועדה מודל סבוך של שלושה רבדי ביטוח:**²²⁵ קופות החולים ימכרו ביטוח משלים יוקרתי ויקר יותר, ובו יציעו בחירת רופא וחוות דעת שניה. מתחת לרובד זה יבואו פוליסות עם שירותים המשלימים את שירותי הסל. הרעיון שמאחורי מודל זה הוא שמכירת פוליסה יוקרתית ויקרה תגביל את הרפואה הפרטית, שכן הפוליסה תהיה נחלתה של שכבה מצומצמת יחסית, שיכולה להרשות אותה לעצמה. אולם יכולה להתרחש גם דינמיקה הפוכה, שתעמיק את חדירת הרפואה הפרטית אל תוך המערכת הציבורית:²²⁶ קרי, שכבות רחבות באוכלוסייה יתפסו את הפוליסה היוקרתית והיקרה כדבר שמשפחה אינה יכולה להרשות לעצמה שלא לרכוש. התוצאה ההרסנית תהיה קפיצה בהוצאה הפרטית של משקי הבית, הכבדת הנטל על מעמד הביניים, והרחבה של הרפואה הפרטית במקום הגבלתה. בכל מקרה, מודל זה לא יוצר חיץ בין הרפואה הציבורית לפרטית אלא ממשיך לערבב ביניהן באמצעות חיזוק הממשק המחבר אותן, הוא הביטוח המשלים.

תיירות מרפא

אחת הדרכים של בתי החולים בישראל להקטין את מצוקתם התקציבית היא להציע ניתוחים לחולים מחו"ל, המשלמים תעריף גבוה יותר מהסכום המשולם לבתי החולים בגין טיפול בחולים ישראלים. בענף תיירות המרפא פועלות מאות חברות, שמביאות לישראל עשרות אלפי תיירי מרפא בשנה, והכנסות הענף מוערכות במאות מיליוני שקלים לשנה.²²⁷ תעשיית תיירות המרפא מהווה עבור בתי החולים והרופאים תמריץ להעדפת התיירים על פני המטופלים הישראלים, גורמת להסחרת הבריאות בלב המוסד הציבורי ועלולה אף לגרום לשחיתות מידות.²²⁸ על רקע

²²¹ שולי ברמלי-גריןברג ואח', **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה**

לשנים קודמות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאי 2011.

²²² דוגמה לדילמה שיוצר הביטוח המשלים ולהשפעתו השלילית על הסל הציבורי, היא הדיון סביב סוגיית

התרופות המכונות "מצילות ומאריכות חיים". לעמדת רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח ומרכז

אדוה, מאי 2014: <http://www.acri.org.il/he/31488>.

²²³ להרחבה ראו: **בלי הבדל בין עשיר לעני: מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית**, ה"ש 209 לעיל.

²²⁴ הילה ויסברג, **מפגנים צעירים תקפו את גרמן: "את הורסת את מערכת הבריאות"; גרמן: "לרסן**

הביטוחים הפרטיים", TheMarker, 10.6.2014.

²²⁵ **המלצות ועדת גרמן**, ה"ש 208 לעיל, החל מעמ' 11.

²²⁶ לביקורת על מסקנות הוועדה בעניין הביטוחים המשלימים ראו: ברברה סבירסקי, **ועדת גרמן לחיזוק**

מערכת הבריאות הציבורית: התוצאה (בהארכה): 1:2 לטובת מערכת הבריאות הפרטית, מרכז אדוה, יולי

2014.

²²⁷ פלורה קוק דבידוביץ', **נתונים על התיירות הרפואית בישראל**, הכנסת – מרכז המחקר והמידע,

22.12.2013; רינה רוזנברג, **3,000 תיירים רפואיים ביטלו את בואם ביולי**, TheMarker, 7.8.2014.

²²⁸ ראו למשל: גלי גינת, **הרופאים מאיכילוב נחקרים בחשד שגרפו לכיסם כסף מחולים**, וואלה, 18.5.2014.

המחסור בתשתיות רפואיות ובכוח אדם במערכת הבריאות, תיירות המרפא פוגעת בזמינות ובאיכות הטיפול עבור תושבי ישראל, ומביאה להארכת התורים ולהגברת העומס.²²⁹ גם התומכים בתיירות רפואית הדגישו כי יש להסדירה ולפקח עליה, כדי למנוע פגיעה בחולים הישראלים,²³⁰ וכך ציין גם מבקר המדינה.²³¹

הבולטת לרעה מבין המלצותיה של ועדת גרמן היא ההמלצה להתיר תיירות מרפא בבתי החולים הציבוריים בישראל ואף להרחיב אותה.²³² אף כי הוועדה הדגישה שבאחריות בתי החולים "להבטיח קדימות אבסולוטית לחולה הישראלי בנגישות לכל תשתית בית החולים",²³³ היא לא מבססת מנגנון שיבטיח יכולת אמיתית של משרד הבריאות לפקח על התיירות הרפואית ולמנוע פגיעה בחולים הישראלים. מהנחיות שפרסם מנכ"ל בית החולים איכילוב לאחר פרסום המלצות הוועדה עולה, כי בפועל דבר לא השתנה: גורמים בתוך בית החולים עדיין מעדיפים תיירים רפואיים על פני ישראלים, וכ-70% מהניתוחים של תיירים רפואיים מבוצעים בשעות הבוקר,²³⁴ בניגוד להמלצות הוועדה.²³⁵

לסיכום, למרות התו החיובי שבו הסתיימה ועדת גרמן, הפתרונות שהיא מציעה רחוקים מלהספיק, והדרך להחזיר את מערכת הבריאות הציבורית למקום הנכון והראוי עוד ארוכה. ההבטחה הגדולה שיצאה מהוועדה היא ההמלצה להעביר כספים ממיסוי השירותים הפרטיים (כולל תיירות מרפא) לקיצור תורים במערכת הציבורית. זוהי המלצה מבורכת וחשובה, אך היא אינה יכולה לעמוד לבדה לנוכח כוחות השוק הפרטי, הן אלה שבמערכת המסחרית והן אלה שחדרו כבר מזמן ללב המערכת הציבורית.

פרק הבריאות בהצעת התקציב לשנת 2015, שהציגה הממשלה בימים אלה,²³⁶ מנסה אף הוא להתמודד עם ההרחבה המדאיגה של שירותי הבריאות הפרטיים. למרבה הצער, ההסדרים המוצעים בו, שחלקם הוצעו גם בהמלצותיה של ועדת גרמן, אינם פותרים את הבעיה של חדירת הרפואה הפרטית לתוך מערכת הבריאות הציבורית באמצעות הפרדה בין השתיים, אלא משקפים מעין דרך ביניים של ניסיון לחזק את הרכיבים הציבוריים ולהחליש את הפרטיים. כך למשל, תזכיר החוק אינו מציע לבטל את ביטוחי הבריאות המשלימים המשווקים על ידי קופות החולים; הוא גם לא מציע להכניס חלק מהשירותים המוצעים בביטוחים אלה לסל הבסיסי. במקום זאת הוא מציע לרסן את הגידול בהיקף הפעילות הפרטית של בתי החולים הכלליים הפרטיים,²³⁷ באמצעות הטלת היטלים כספיים על בתי החולים על פעילויות שאינן קשורות לביטוחים המשלימים. יתר על כן, תזכיר החוק מבדיל בין סוגי רפואה פרטית שונים – תיירות

²²⁹ ראו למשל: שאול אמסטרדמסקי, **החשכ"ל בדו"ח חמור על תיירות המרפא: הניתוחים נעשים על חשבון חולים ישראלים**, כלכליסט, 11.6.2014.

²³⁰ כך למשל חבר הכנסת יעקב ליצמן, חבר הכנסת אמנון כהן, פרופ' רפאל ביאר, מנהל המרכז הרפואי רמב"ם, **פרוטוקול ישיבת הוועדה לענייני ביקורת המדינה מספר 110 מתאריך 13.5.2014; סוגיות עכשוויות במערכת הבריאות**, ה"ש 220 לעיל, בעמ' 7.

²³¹ מבקר המדינה, **דוח שנתי 63 לשנת 2012 ולחשבונות שנת הכספים 2011**, מאי 2013, בעמ' 647; ראו גם דברי המבקר **בישיבת הוועדה לענייני ביקורת המדינה מתאריך 13.5.2014**, ה"ש 230 לעיל.

²³² **המלצות ועדת גרמן**, ה"ש 208 לעיל, מעמ' 14.

²³³ **המלצות ועדת גרמן**, ה"ש 208 לעיל, סעיף 33.

²³⁴ ירון הופמן-דישון ממרכז אדוה, יחד עם רן רזניק, פרשן הבריאות של "ישראל היום", בתכנית "סוגרים

חשבון" עם עידן גרינבאום. ערוץ 23, 14.8.2014, bit.ly/126Q2ma; שי ניב, **מנכ"ל איכילוב זומן לבירור בעניין תיירות המרפא**, גלובס, 17.8.2014. בכתבה מובאת גם תגובתו של מנכ"ל איכילוב, שלפיה על כל שעת ניתוח של תייר מרפא בבוקר נוספות ארבע שעות ניתוח לישראלים אחר הצהריים, וכי נעשה מאמץ רב לקצר תורים עבור ישראלים.

²³⁵ **המלצות ועדת גרמן**, ה"ש 208 לעיל, סעיף 32.

²³⁶ **תזכיר חוק התכנית הכלכלית לשנת 2015 (תיקוני חקיקה), התשע"ה-2014**. הערות האגודה, מרכז אדוה

ורופאים לזכויות אדם לפרק הבריאות בהצעת התקציב, 2.11.2014: bit.ly/1zGsSgN.
²³⁷ הכוונה היא לבתי חולים שנותנים את כל השירותים (להבדיל מבתי חולים שלא נותנים את כל השירותים ולא נחשבים לכללים) ואינם ציבוריים.

מרפא, רפואה פרטית בבתי חולים פרטיים והשר"פ – ואינו עוסק בכולם יחד כחלק ממכלול אחד של הפרטת מערכת הבריאות הציבורית.

הפתרון הראוי למצבה של מערכת הבריאות בישראל הוא לבצע את ההפרדה הנדרשת בין המערכת הציבורית לרפואה הפרטית, להשקיע תקציבים במערכת הבריאות הציבורית ולדאוג להסדרה טובה יותר שלה. כך יוכל כל אחד מאיתנו יוכל לממש את זכותו לבריאות באופן המיטבי ביותר. מודלים שתכליתם לעצור את מגמת ההפרטה והעירוב בין הפרטי לציבורי הוצגו בפני ועדת גרמן ונמצאים כעת על שולחן הכנסת. כך, חברי כנסת מהקואליציה והאופוזיציה מציעים רפורמה מקיפה בשירותי הבריאות בישראל,²³⁸ שמטרתה לחזק את הרפואה הציבורית ואת השוויון. מוצע להוסיף לסל הבריאות הציבורי את טיפולי השיניים ואת האשפוז הסיעודי; לבטל את הביטוחים המשלימים ותחתם לאפשר בחירת רופא בתוך בתי החולים הציבוריים ולהוסיף לסל הבריאות את התרופות והשירותים החיוניים; לעדכן באופן קבוע את סל התרופות; ולאסור שר"פ ומתן שירותים פרטיים באמצעות חברות פרטיות על ידי קופות החולים. המקור למימון השירותים במערכת בציבורית יהיה העלאת מס הבריאות באחוז אחד וחידוש מס המעסיקים בשיעור של 2%.

²³⁸ הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – חיזוק הרפואה הציבורית), התשע"ד-2014. הצעת החוק באתר רופאים לזכויות אדם: bit.ly/1tpVHKp. רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח ומרכז אדוה היו שותפים בכתיבת הצעת החוק, המתבססת על האלטרנטיבה שהציגו בפני ועדת גרמן. לפירוט הצעת הארגונים: [בלי' הבדל בין עשיר לעני: מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית](#), ה"ש 209 לעיל.