

5 במרץ 2017

לכבוד

ח"כ מיקי מכלוף זוהר
יו"ר הוועדה המיוחדת לצדק חלוקתי ולשוויון חברתי
כנסת ישראל

שלום רב,

הנדון: דיון בנושא קביעת סטנדרטים לשירותי בריאות ככלי ליצירת שוויון בבריאות בפריפריה

– נייר עמדה

לקראת הדיון בוועדה המיוחדת לצדק חלוקתי ולשוויון חברתי שיתקיים ביום 6.3.17 בנושא שבנדון, אנו מתכבדים להציג את עמדתנו, לפיה על-מנת לפתור את בעיית הפערים בבריאות בין הפריפריה למרכז, על משרד הבריאות לקבוע סטנדרטים ברורים למתן שירותים הכלולים בסל הבריאות באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח.

כן, על-מנת שהסטנדרטים יכובדו על-ידי קופות החולים, יש לקבוע כי קופות שלא יעמדו בסטנדרטים בתוך תקופת התארגנות סבירה, יחויבו להחזיר למבוטח את עלות רכישת השירותים באופן פרטי ו/או את עלות ההסעות למוסדות מרוחקים בהם ניתן לקבל את השירות. (בנוסף, כל זמן שלא נקבעים סטנדרטים יש להבטיח מימון ההסעות לטיפולים מרוחקים בהחזר מלא.

זו דרך המלך לפתור את בעיית הפערים בבריאות בין הפריפריה למרכז. מדיניותו רבת השנים של משרד הבריאות להתנהל ללא אמות מידה ותוך מתן פתרונות נקודתיים למצוקות שהתושבים והפעילים מצליחים להעלות לסדר היום הציבורי נוחלת כישלון רבתי, ואי השוויון במתן שירותי הבריאות נותר על כנו. להלן עמדתנו בפירוט:

א. הנתונים לא משאירים מקום לספק באשר להפקרת הפריפריה והאוכלוסייה המוחלשת

1. אין כיום מחלוקת באשר לפערים האדירים במצב הבריאות בין תושבי הפריפריה למרכז הארץ. פערים אלה, המשתקפים בנתונים של משרד הבריאות, לא משאירים מקום לספק באשר לאי השוויון בחלוקת משאבי הבריאות, בהם פריסת כוח אדם רפואי, פיזור מיטות אשפוז, טכנולוגיות ועוד.
2. דוח "אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו" לשנת 2016¹ של משרד הבריאות מראה שמאז שנת 1998 שיעור הרופאים המועסקים לאלף נפש בצפון ובדרום הוא נמוך משמעותית משיעור הרופאים לאלף נפש בתל-אביב. כך, נכון לשנת 2015, בצפון יש 2.3 רופאים לאלף נפש, בדרום 3.1 רופאים לאלף נפש ובתל-אביב מספר הרופאים עומד על 5.1. הדוח מצביע על פערים דומים לגבי מספר אחיות ושיעור המועסקים במקצועות הבריאות.
3. עוד מצביע הדוח על פערים עקביים במספר המיטות לאשפוז כללי מאז שנת 2008. כיום, בצפון והדרום מספר המיטות לאשפוז לאלף נפש עומד על 1.57 ו-1.35 בהתאמה, ובתל-אביב מספר זה עומד על 2. פערים דומים (ובתחומים מסוימים אף גדולים יותר) קיימים במספר המיטות באגף

¹ הדוח מצוי באתר משרד הבריאות <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inequality-2016.pdf>

ילדים, אגף פנימי, טיפול נמרץ. כן הדוח מצביע על שיעורי תמותה ושיעורי תחלואה גבוהים יותר בפריפריה מאשר במרכז.

4. שיעור הנמוך של כוח האדם, המיטות והמתקנים מוביל כמובן לפערים בזמינות השירותים הרפואיים. דוח מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל שסקר את הפערים בזמינות השירותים בין המרכז לפריפריה, בדק את זמן ההמתנה לניתוחים ומצא כי הוא ממושך משמעותית במחוז הדרום והצפון מאשר במחוזות האחרים. במחוז דרום זמן המתנה גבוה ב-44% מהממוצע הארצי ומיד לאחריו מחוז הצפון. מחברי הדוח מציינים כי זמן ההמתנה הארוך נובע מהקצאה לא שוויונית של משאבים.²

5. הפערים באים לידי ביטוי גם במדדי בריאות יסודיים, כך לדוגמה –
5.1. הפער בתוחלת החיים בין הדרום למרכז מגיע לחמש שנים מהממוצע הארצי ותוחלת החיים בצפון נמוכה בשנתיים מתוחלת החיים במרכז;
5.2. במחוז הדרום שיעור תמותת התינוקות הגבוה בארץ, ושיעורו למעלה מכפול מהשיעורים המקבילים במחוז תל-אביב ובמחוז ירושלים; משנת 2010 חלה עלייה בשיעור תמותת התינוקות במחוז הצפון על רקע מגמות חיוביות במדד זה בשאר המחוזות;

6. מצבה של האוכלוסייה הערבית קשה במיוחד:³
6.1. תוחלת החיים באוכלוסייה הערבית בכלל נמוכה בכ-4 שנים בממוצע מהמקבילה באוכלוסייה היהודית, ובשנת 2014 חלה ירידה של למעלה משנה בתוחלת החיים של גברים ערבים מ-78.0 ל-76.9 (עליה אשר נשארה בעינה בשנת 2015);
6.2. בתוך עשור הוכפל מספר החולים במחלות כרוניות באוכלוסייה הערבית כאשר 29.6% מהאוכלוסייה מגיל 21 ומעלה סובלים מאחת מהמחלות הכרוניות;
6.3. חלה עליה משמעותית גם בשיעורי התחלואה בסרטן.

7. חשוב לזכור כי הפריפריה לא סובלת רק ממחסור בשירותים, אלא גם מהעדר מוחלט שלהם. כך למשל, בתחום של שיקום ילדים – אין בכל הדרום והצפון מיטות לאשפוז ילדים הזקוקים לשיקום ואלו נאלצים להתאשפז בתל-אביב או בירושלים. אשפוז רחוק מהבית מקשה על המשפחה להמשיך לתפקד במצב שהוא גם כך קשה ומייקר משמעותית את ההליך עד כדי כך שמשפחות מחוסרות אמצעים מוותרות לעיתים על שירותי בריאות שמגיעים להן על-פי החוק. בתחום האונקולוגיה, אין בכל הצפון מכשירי הקרנה לטיפול במחלת הסרטן, בעוד שבירושלים יש 4.73 מכשירים למיליון נפש, בתל אביב 7.3 למיליון נפש ובמרכז 2 למיליון.

8. חשוב לציין, שהפערים קיימים לא רק בין תושבי הפריפריה לתושבי המרכז, אלא גם בין תושבי הפריפריה עצמם, כפי שמעידים לדוגמה נתוני האוכלוסייה הערבית המהווים כ-53% מתושבי הצפון. תושבים שיכולים להרשות לעצמם, רוכשים את השירותים שאינם זמינים ברפואה הציבורית באופן פרטי או מצליחים לממן את הנסיעות למוסד המרוחק בו השירות זמין, ואילו תושבים שלא יכולים להרשות לעצמם, נאלצים להמתין שבועות ולעיתים חודשים לשירות תוך

² הדוח מצוי באתר מרכז טאוב - http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/waitingtimesinhospitalsheb.pdf

³ הנתונים מתוך אגודת הגליל, סקר מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית 2015.

לקיחת הסיכון שמצבם הרפואי יחריף, או מוותרים כלל על צריכת השירות בשל אי היכולת למממן את ההגעה אליו או לוותר באופן עקבי על ימי עבודה, בעיקר כאשר מדובר על מחלה כרונית.

ב. הדרך היחידה לשים סוף לפערים היא באמצעות קביעת סטנדרטים לקבלת השירות

9. נדמה שפעילות הממשלה לצמצום פערים נעשית בדרך של 'כיבוי שריפות'. ארגונים וגופים שונים הפועלים בנושא מפעילים לחץ פוליטי בתקווה שהממשלה תקצה עוד כמה מיליוני שקלים לטובת הוספת מיטות בבריפריה, מכשור חדש או הקמת מוסד רפואי. לאחר 'כיבוי שריפה' בתחום אחד, זו מתלבה בתחום אחר והמאבק מתחיל מחדש (כאשר גם הצלחות אלו לא תמיד יוצאות אל הפועל בשל חסמים שונים כגון דרישות של מצי"ג וכיוצ"ב).
10. **זו לא הדרך. דרך המלך של תושבי הבריפריה לקבלת שירותים רפואיים, בנגישות ואיכות שווה לזו שקיימת לתושבי המרכז, היא באמצעות שינוי מערכתי של שיטת ההקצאה וקביעת מנגנון שוויוני יותר, ולא באמצעות פתרונות נקודתיים, שכן לאור היקף ועומק הפערים הקיימים, דרך זו לא תביא לעולם לצמצום.**
11. קביעת הסטנדרטים היא הדרך הראויה והיא גם הדרך שהחוק מתווה. סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי ביטוח הבריאות הממלכתי בישראל יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. סעיף 3(ד) לחוק קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח.
12. מהו מרחק סביר? מהי איכות סבירה? מהו זמן סביר להמתנה לקבלת שירות? האם העובדה שמוסד השיקום הקרוב ביותר לילד תושב צפת נמצא 155 ק"מ מביתו עונה על דרישת החוק ל"מרחק סביר"? האם העובדה שבמוסדות שיקום יום בבריפריה אין רופא שיקומי, בניגוד למצב במרכז הארץ, עונה על דרישות החוק ל"איכות סבירה"?
13. מרבית שירותי הבריאות ניתנים כיום ללא כל הסדרה או הגדרה של אמות המידה הנדרשות למימוש החובות המוטלות על משרד הבריאות וקופות החולים כפי שהן קבועות בחוק. התוצאה של חוסר הסדרה זו, כפי שהנתונים מראים, היא אי-שוויון זועק לשמיים בין הזמינות והאיכות של שירותים אלו בדרום ובצפון הארץ לעומת זמינותם ואיכותם במרכז הארץ.
14. חשוב לציין, שכאשר משרד הבריאות מעוניין בכך, הוא יודע לקבוע אמות מידה לאספקת השירותים הרפואיים ולאוכפן. כך למשל, נקבעו סטנדרטים לשירותי רפואת שיניים שנכללו בסל הבריאות (לילדים). חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 12/10 מיום 12.9.10, קובע, בין היתר, כי השירות יינתן במרחק שלא יעלה על 30 ק"מ מבית המטופל וכולל הגבלות ברורות על משך ההמתנה לטיפול ובין טיפולים.
15. הסטנדרטים המופיעים בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 12/07 מיום 13.6.07 המתייחסים לתחנות בריאות המשפחה ("טיפת חלב"), קובעים התאמה של מבנים וכוח אדם למספר התינוקות הרשומים באזור, וכן קובעים סטנדרטים של נגישות לאוכלוסייה "מבחינת מרחק, קיום תחבורה סדירה וחניה".

16. גם בתחום התפתחות הילד נקבעו סטנדרטים הן של זמן והן של איכות. כך למשל, נקבע בחוזר מינהל הרפואה 19/2013 "מתן השירותים בתחום התפתחות הילד על ידי קופות החולים" כי זמן ההמתנה המקסימלי לאבחון וטיפול מרגע הפניה לקופת החולים לא יעלה על 3 חודשים. בנוסף מפורטים מקרים בהם קיימת קדימות ולכן אסור שתהיה המתנה כלל, או שההמתנה צריכה להיות קצרה יותר משלושה חודשים.

אשר על כל האמור, אנו קוראים לחברי הוועדה לפעול למען גיבוש סטנדרטים שוויוניים למתן שירותי בריאות, ובפרט – קריטריונים של מרחק קבלת השירות מביתו של המטופל, זמן המתנה ואיכות השירותים מבחינת תקנים ועבודה רב מקצועית. על-מנת שהסטנדרטים יכובדו על-ידי קופות החולים, יש לקבוע כי קופות שלא יעמדו בסטנדרטים בתוך תקופת התארגנות סבירה, יחויבו להחזיר למבוטח את עלות רכישת השירותים באופן פרטי ו/או את עלות ההסעות למוסדות מרוחקים.

בכבוד רב ובברכה,

אגודת הגליל;

אגודה לזכויות האזרח;

פורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל;

מועצת הנגב;

מז"ח – מרכזי זכויות חברתיות;

פורום בריאות דרום;

רופאים לזכויות אדם;

שתי"ל

העתק:

חברי ועדת השוויון

יועמ"ש הוועדה