

צוותי המומחים של המשבר
צוות בריאות
נייר עמדה מס' 1
אפריל 2020

**מתווה לטיפול ב"מחלות הרקע" של מערכת הבריאות
הישראלית אחרי המשבר**

ד"ר ניהאיה דאוד | המחלקה לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
פרופ' נדב דוידוביץ' | ראש בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
הדס זיו | רופאים לזכויות אדם
פרופ' רביע חלאילה | סגן נשיא לעניינים אקדמיים, המכללה האקדמית צפת
ד"ר עמיד סעאבנה | החוג לסוציולוגיה, אוניברסיטת חיפה
פרופ' דני פילק | המחלקה לפוליטיקה וממשל, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

תקציר

מערכת הבריאות הישראלית נכנסה למשבר הקורונה כשהיא בעצמה סובלת ממשבר מתמשך. מצב זה הוא תוצאה של חוסר השקעה ארוך שנים בתשתיות ובכוח אדם ושל תהליכי הפרטה אגרסיביים. כל אלה הביאו לכך שכיום מדינת ישראל משקיעה בבריאות של אזרחיה הרבה פחות מרוב מדינות ה-OECD. הזנחת המערכת באה לידי ביטוי מיוחד במערך בריאות הציבור האמון, בין היתר, על ניטור תחלואה וחקירות אפידמיולוגיות – שירותים שתפקודם התקין קריטי בזמן מגיפה. השחיקה התקציבית וההפרטה פוגעות אמנם בכלל תושבי ישראל, במיוחד בעתות חירום, אבל משפיעות ביתר שאת על קבוצות ספציפיות בחברה, כמו אוכלוסיית הקשישים, הציבור הערבי והפריפריה החברתית והגיאוגרפית. המסמך שלפניכם משרטט את תמונת המצב במערכת הבריאות ערב המשבר, ומציע תוכנית לשיקום מערכת ארוך טווח – כולל עלויות תקציביות ושינויי חקיקה ורגולציה. בנוסף, המסמך מנתח כיצד החריפה המגיפה את בעיית האי-שוויון הבריאותי בישראל, ומציע מתווה לצמצום פערים אלו.

הקדמה

משבר הקורונה העולמי חשף את המצב הרעוע של מערכות בריאות במדינות רבות בעולם. הרעיונות הניאו-ליברליים שהנחו את קובעי המדיניות בארבעת העשורים האחרונים, כולל בישראל, השיתו קיצוצים תקציביים ותהליכי הפרטה אגרסיביים על מערכות הבריאות הציבוריות והביאו להחלשתן. מדיניות זו אף העצימה את האי-שוויון בבריאות, כשהיא פוגעת באופן מיוחד באוכלוסיות מוחלשות כמו עניים, קשישים, נשים, מהגרים ומיעוטים אתניים ולאומיים. חלק מהקבוצות הללו אינן רק פגיעות יותר לנגיף, אלא גם מסוגלות פחות להגן על עצמן מפניו – וזקוקות, לפיכך, ליותר סיוע ממשלתי מבעבר. בחלקו הראשון של הנייר שלפניכם נציג את תמונת המצב במערכת הבריאות הישראלית ערב המשבר ונפרט כיצד המגיפה השפיעה עליה, תוך מתן המלצות לפתרון החולשות של המערכת. בחלקו השני נסביר כיצד המגיפה עלולה להחמיר את האי-שוויון בבריאות ביחס לשתי קבוצות פגיעות במיוחד בחברה הישראלית: האוכלוסייה הערבית ואוכלוסיית הקשישים.

1. מצב מערכת הבריאות בישראל ערב המשבר

מערכת הבריאות הישראלית נכנסה למשבר הקורונה כשהיא מצויה בעצמה במשבר מתמשך. מצב זה הוא תוצאה של חוסר השקעה ארוך שנים בתשתיות (בתי חולים, מיטות אשפוז, רפואת קהילה, מעבדות ומכשור רפואי) ובכוח אדם (הכשרה ותקנים) ושל תהליך הפרטה אגרסיבי. החולשה של המערכת באה לידי ביטוי מיוחד במערך בריאות הציבור, האמון על ניטור תחלואה, התמודדות עם מגיפות וחקירות אפידמיולוגיות. בנוסף, המשבר חשף את המחסור החמור במעבדות, במכשירי הנשמה, במיטות לטיפול נמרץ וברופאים ורופאות, אחים ואחיות ושאר מקצועות הבריאות. בפרק זה נסקור את מצב המערכת ערב משבר הקורונה בשלושה היבטים: מערך שירותי בריאות הציבור, ההוצאה הלאומית לבריאות והשקעות הון במערכת הבריאות.

א. שירותי בריאות הציבור

שירותי בריאות הציבור הם אחד מעמודי התווך של כל מערכת בריאות. זהו מכלול של שירותים, אמצעים ופעולות שנועדו לקדם את בריאות האוכלוסייה, לצמצם פגמים בריאותיים ולמנוע תחלואה ותמותה. באופן ספציפי יותר, מערך שירותים זה אחראי על מניעת ההתפשטות של מחלות מדבקות וצמצום התחלואה הכרונית. בישראל משרד הבריאות אחראי על שירותי בריאות הציבור, הממומנים מתקציב המדינה ונכללים במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994. בשנים האחרונות סבלו שירותי בריאות הציבור מקיצוץ מתמשך בתקציבים ובתקנים, שפגע בכל תחומי העשייה, הבקרה והפיקוח ובכללם הפעלה של תחנות טיפת חלב שנועדו למנוע מחלות בקרב נשים הרות, תינוקות ופעוטות.

בחינת תקציב שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות בין 1995 ל-2014, שהתבצעה על-ידי איגוד רופאי בריאות הציבור, מראה כי בתקופה זו חלה ירידה בשיעור ההוצאה לבריאות הציבור מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות: מ-1.5% ב-1995 ל-1.2% ב-2012.¹ לשם השוואה, במדינות האיחוד האירופי עומד שיעור זה על כ-3% בממוצע – כלומר, יותר מפי שניים. אם מחריגים מהסכום את תקציב החיסונים, שעלה משמעותית בשנים האחרונות, תמונת המצב בישראל חמורה עוד יותר. דוח מבקר המדינה בנושא טיפול מערכת הבריאות במחלות מתפרצות ומתחדשות, שהתפרסם במרץ השנה, תיאר בצורה מפורטת את ההזנחה המסוכנת של השירותים הציבוריים הנוגעים לחקר התפרצויות תחלואה, אספקת חיסונים, רפואה מונעת וקידום בריאות.² התמונה שעלתה מהדוח מדאיגה במיוחד, מאחר שידוע כי השקעה ברפואה מונעת ובקידום בריאות אינה רק רצויה מבחינה בריאותית ותורמת לצמצום פערים, אלא גם חוסכת כסף. על-פי הספרות המחקרית, כל דולר שמושקע בחיסון בגיל ילדות חוסך למדינה 16 דולר של עלויות טיפול במקרה של מחלה. למרות זאת, כבר שנים שמשרד הבריאות ומשרד האוצר אינם טורחים להקים מנגנון מוסכם לעדכון תקציב סל שירותי בריאות הציבור.

ב. ההוצאה הלאומית על בריאות³

ב-2018 ההוצאה לבריאות לנפש בישראל במונחי שווי כוח קנייה (ppp) עמדה על 2,954 דולר. סכום זה נמוך בכמעט אלף דולר מהממוצע במדינות ה-OECD, שעמד באותה שנה על כ-3,994 דולר. נתוני ההוצאה הציבורית לנפש מציינים תמונה עגומה עוד יותר: ב-2016 מדינת ישראל השקיעה 1,703 דולר בממוצע באזרח לעומת ממוצע ה-OECD שעמד באותה שנה על 2,982 דולר – פער של יותר מ-1,200 דולר לרעת מערכת הבריאות הישראלית.⁴ שיעור ההוצאה השוטפת לבריאות כאחוז מהתוצר בישראל (ציבורית ופרטית כאחד) עמד ב-2018 על 7/4% לעומת 8.8% ממוצע ה-OECD באותה שנה – פער של כ-1.5%.⁵ אם ניקח בחשבון את העובדה שהישראלי הממוצע עני ביחס לאזרח הממוצע במדינות ה-OECD ונבחן רק את ההוצאה הציבורית כאחוז מהתוצר, נגלה גם כאן תמונה מדאיגה: ממשלת ישראל משקיעה 4.74% בלבד מהתוצר בבריאות לעומת ממוצע ה-OECD העומד על 6.1%.

¹ איגוד רופאי בריאות הציבור, "מגמות בתקציב שירותי בריאות הציבור מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – נייר מדיניות", איגוד רופאי בריאות הציבור, 2017.

² מבקר המדינה, דוח 70א, "טיפול מערכת הבריאות במחלות מתפרצות ומתחדשות", 23.3.2020. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70a/200-health.pdf>

³ ברוכים מאיר, קיני דן, מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD 2018, משרד הבריאות, יולי 2018. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/OECD_2016.pdf

⁴ [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1586944877&id=id&accname=guest&checksum=63A7AB2A0617BDD04CB86A8886C9B4B4)

⁵ מבט על בריאות 2019 עם צאת הדוח החדש של ה-OECD, משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Documents/07112019_1_1.pdf

אילו ישראל הייתה מאמצת את היקף ההוצאה הממוצע ב-OECD, היה צורך בתוספת שנתית של כ-15 מיליארד שקל להוצאה הלאומית לבריאות, כש-11 מיליארד שקל מתוכם מגיעים מתקציב המדינה.⁶ ראוי לציין כי הפער בשיעור ההוצאה לבריאות בין ישראל למדינות הארגון הוא תופעה חדשה יחסית: בשנות ה-90 רמת ההוצאה בישראל, כ-7.4%, הייתה קרובה מאוד לממוצע בארגון. אבל כשהממוצע במדינות הארגון עלה לכ-9% בתחילת שנות האלפיים, שיעור ההוצאה בישראל לא הדביק את הפער ונותר מאחור.

נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות 2018: ישראל לעומת הממוצע במדינות ה-OECD

ממוצע מדינות ה-OECD	ישראל	
8.8%	7.4%	הוצאה שוטפת לבריאות כאחוז מהתוצר
3,994\$	2,953\$	הוצאה לנפש בדולרים במונחי כוח קנייה (ppp)
74%	64%	אחוז המימון הציבורי של ההוצאה הלאומית לבריאות
3.6	2.3	שיעור מיטות כלליות לאלף נפש
3.5	3.1	שיעור רופאות/ים לאלף נפש
9.2	5.1	שיעור אחיות/ים לאלף נפש

⁶ ראו גם לדוגמה: ניתוח כלכלי לבקשת רופאים לזכויות אדם <https://cdn2.phr.org.il/wp-content/uploads/2019/02/%D7%A0%D7%99%D7%AA%D7%95%D7%97-%D7%9B%D7%9C%D7%9B%D7%9C%D7%99-%D7%94%D7%AA%D7%95%D7%A1%D7%A4%D7%AA-%D7%94%D7%A0%D7%93%D7%A8%D7%A9%D7%AA-%D7%9C%D7%9E%D7%A2%D7%A8%D7%9B%D7%AA-%D7%94%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA.pdf>

ג. השקעות הון בבריאות

על-פי נתוני בנק ישראל, בעשור שבין 2002 ל-2012 ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות – בניינים, מכשור רפואי וכדומה – הייתה נמוכה הן מההשקעה בעשור שקדם לו והן מההשקעה ברוב מדינות ה-OECD. נכון ל-2015 ההשקעה בנכסים קבועים במערכת כאחוז מהתוצר הלאומי עמדה על 0.267% לעומת ממוצע ה-OECD שעמד באותה שנה על 0.475%⁸. גם כשבוחנים את ההשקעה בתשתיות כחלק מההשקעה הכוללת בבריאות, ניתן לראות בבירור כי ישראל משקיעה פחות מרוב מדינות ה-OECD.⁹

ואכן, תת-השקעה זו בא לידי ביטוי בכך שמלאי ההון במערכת הבריאות בישראל נמוך בהשוואה לשאר המדינות המפותחות: פחות מיטות אשפוז לנפש, פחות מכשירי דימות וכדומה. גם אם ניקח בחשבון שהאוכלוסייה בישראל צעירה יותר מרוב מדינות המערב – מצב שמשתנה בעשור האחרון – הרי שגידול האוכלוסין בישראל, שהינו גבוה יחסית למדינות ה-OECD, היה אמור להיות מלווה בגידול בהשקעה בהון. כמו כן, גם אם חלק מהפער מצטמצם מאחר שהשימוש בכל מכשיר אינטנסיבי יותר, האיכות והזמינות של השירותים הבריאותיים עדיין נפגע משמעותית. להלן נבחן כמה אינדקטורים המצביעים על חומרת המצב. חשוב לציין שהמשבר התשתיתי המתואר כאן – ממספר מיטות האשפוז ועד המחסור בכוח אדם רפואי – מתעצם פי כמה כשבדקים באופן ממוקד את המצב בפריפריה.

7 בנק ישראל – חטיבת המחקר, "ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל". <https://www.boi.org.il/he/Research/DocLib3/4-138.pdf>

8 https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/gross-fixed-capital-formation-in-the-health-care-sector-as-a-share-of-gdp-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph125-en#page1

9 <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1586944877&id=id&accname=guest&checksum=63A7AB2A0617BDD04CB86A8886C9B4B4>

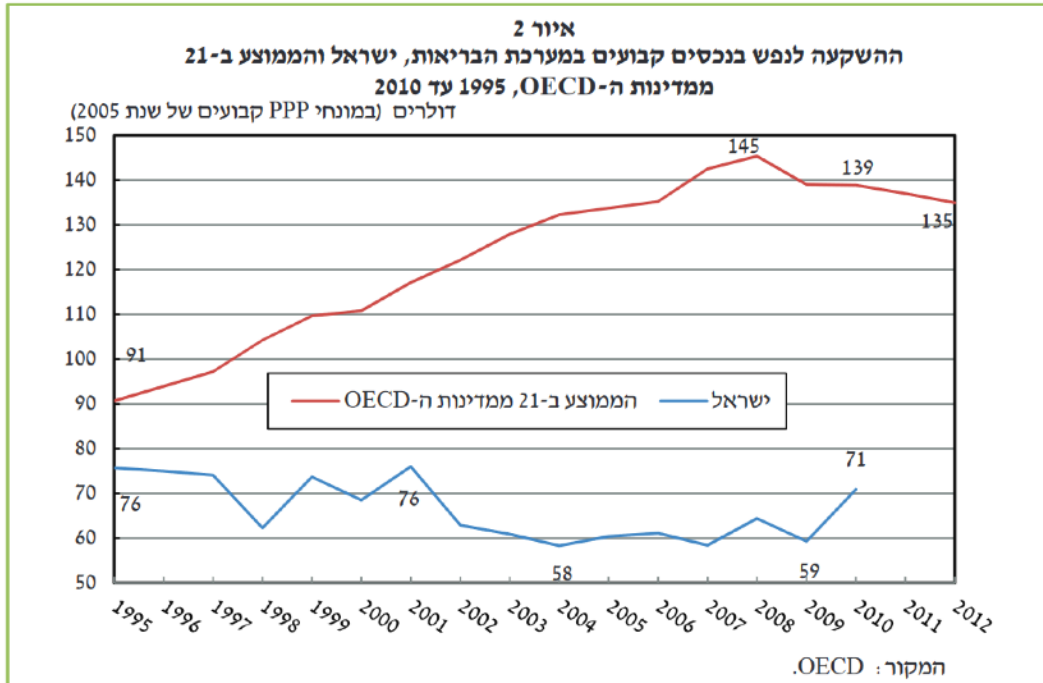
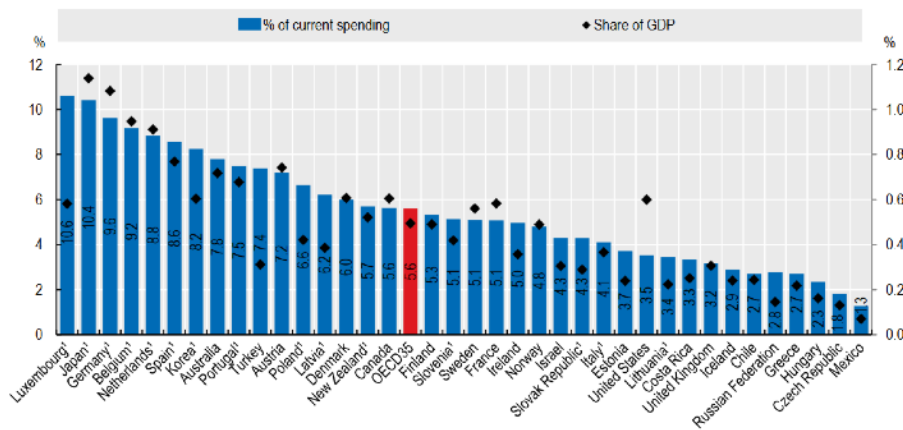


Figure 7.19. Capital expenditure on health as a share of current health expenditure, 2017 (or nearest year)

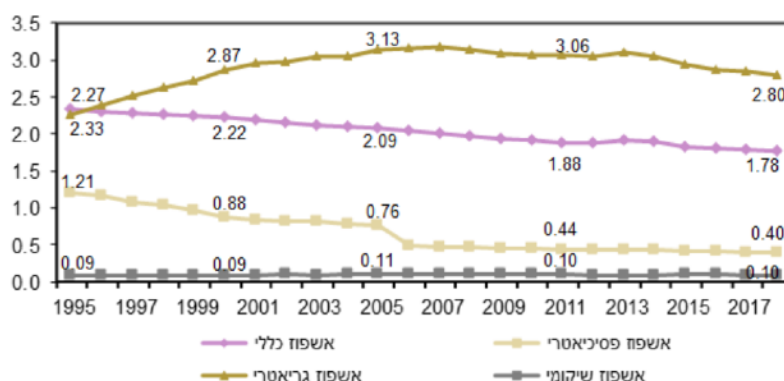


1. Refers to gross fixed capital formation in ISIC Q: Human health and social work activities (ISIC Rev. 4).
 Source: OECD Health Statistics 2019, OECD National Accounts.

• **מיטות אשפוז לנפש**

בינואר 2019 היו בבתי החולים בישראל 16,021 מיטות לאשפוז כללי בתקן, מתוכן 15,871 בבתי החולים לאשפוז כללי ו-151 בבתי חולים גריאטריים. בעשור האחרון מספר המיטות ביחס לאוכלוסייה נמצא במגמת ירידה – 7% פחות מסוף 2010.¹⁰ שיעור מיטות האשפוז בישראל הוא מהנמוכים ב-OECD, מה שבא לידי ביטוי בתפוסת מיטות גבוהה במיוחד: 94% בישראל לעומת ממוצע של 75% ב-OECD. תוצאה נוספת של המצב היא שזמן השהייה של מטופלים בבתי החולים בארץ הוא מהקצרים ב-OECD.¹¹ כלומר, חולים בארץ משוחררים מוקדם יותר. לנתונים אלה משמעות אחת ברורה: שיעור מיטות נמוך, תפוסה גבוהה ושהייה קצרה. כל אלה מעידים על מערכת בריאות הקרובה לקצה גבול היכולת שלה, ללא רזרבות מספקות ומרחב נשימה. זו הסיבה לשלל התופעות המוכרות היטב לאזרחי ישראל, כמו אשפוז חולים במסדרונות המחלקות הפנימיות, עומסים גדולים בחדרי המיון ושחרור מוקדם מדי של חולים.

תרשים 2: שיעור מיטות ל-1,000 נפש, 1995-2018



• **מיטות טיפול נמרץ**

ההגדרה של מיטות טיפול נמרץ היא עניין מורכב, מאחר שבנוסף למחלקות טיפול נמרץ מסוגים שונים (נשימתי, לבבי וכדומה), קיימות גם מיטות עם טיפול מוגבר במחלקות אחרות בשל המחסור במיטות במחלקות לטיפול נמרץ. לפי פרסומים בתקשורת, ישראל נכנסה למשבר הקורונה עם כ-3.3 מיטות טיפול נמרץ לכל מאה אלף איש. זהו שיעור נמוך ביותר ביחס לשאר מדינות המערב, נמוך אפילו מבריטניה (6.6 מיטות לכל מאה אלף) והרחק מאחורי מדינות כמו איטליה (12.5 מיטות לכל מאה אלף) או גרמניה (29.2 מיטות לכל מאה אלף).¹²

¹⁰ שם.

¹¹ מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, ינואר 2019 סתיות הילל ציונה חקלאי, <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/beds2019.pdf>

¹² <https://www.statista.com/chart/21105/number-of-critical-care-beds-per-100000-inhabitants/>

• **מכשירי דימות**

למרות העלייה במספר מכשירי הדימות בארץ (MRI ו-CT) בשנים האחרונות והגברת היעילות של השימוש בהם, קיים עדיין פער ניכר בין ישראל לרוב מדינות המערב. נכון ליולי 2018, המספר הממוצע של מכשירי MRI לכל מיליון איש במדינות ה-OECD עמד על 15.8 לעומת 4.9 בלבד בישראל. הגם שהשימוש בכל מכשיר MRI בישראל עומד על 8,534 סריקות בשנה לעומת 4,950 ב-OECD, שיעור הבדיקות המבוצעות בישראל לאלף תושבים עדיין נמוך מאוד – 36 בישראל לעומת 64 ב-OECD.¹³ בהנחה שאין הבדלים בצרכים בין ישראל לשאר מדינות הארגון, ניתן לשער כי בישראל מתבצעות פחות בדיקות MRI בשל מחסור במכשור המתאים.

• **כוח אדם רפואי**

בסוף 2018 היו בישראל 38,765 בעלי הרשאה לעסוק ברפואה, מהם 29,580 מתחת לגיל הפנסיה לגברים (עד 67). ב-2017 שיעור הרופאים/ות המועסקים בישראל היה 3.1 לאלף איש, נמוך מממוצע ה-OECD שעמד על 3.4 רופאים לאלף איש. מספר הרישיונות לעסוק ברפואה בארץ נמצא אמנם במגמת עלייה (1,705 רישיונות חדשים ב-2018 לעומת 727 בלבד ב-2010) – בין היתר, עקב הגדלת המכסות לאוניברסיטאות ופתיחת בתי ספר חדשים לרפואה – אבל רוב הרישיונות הללו עדיין ניתנים לבוגרי לימודים בחו"ל שמתקשים למצוא תקנים. המצב בעייתי עוד יותר בכל הנוגע לאחיות/ים: בעשור האחרון אמנם חל גידול במספר האחיות, אבל מספרן עדיין נמוך משמעותית מהממוצע ב-OECD: 5 אחיות לאלף איש לעומת ממוצע של 9.2 במדינות הארגון.¹⁴

¹³ https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/OECD_2016.pdf

¹⁴ כוח אדם במקצועות הבריאות שיצא בשנת 2019 - <https://pic-upload.ynet.co.il/briut/> - 4_5949318699042211309.pdf

המלצות¹⁵

• מימון

- **על-מנת להבריא את מערכת הבריאות הישראלית ולקרב אותה למדדים המאפיינים את שאר מדינות המערב, יש צורך בהשקעה ממשלתית של כ-14 מיליארד שקל.** סכום זה מורכב מתוספת חד-פעמית של 12.6 מיליארד שקל, הפרוסה על פני שמונה שנים, בהתאם להתקדמות הפרויקטים השונים – ובהם הטמעת הביטוחים המשלימים בסל הבריאות הציבורי, הדבקת פערי כוח האדם במקצועות הרפואה והסיעוד, הגדלת מספר הניתוחים וייעוצי המומחים במערכת הציבורית לשם קיצור זמני ההמתנה והשקעה במערך הסיעודי כולל אשפוז ביתי ושיקום. לצד תוספת חד-פעמית זו, דרושה תוספת שנתית קבועה של 1.4 מיליארד שקל לסל הבריאות לטובת תיקונים ותוספות למקדמים הקיימים: עדכון של מדד הדמוגרפיה, תוספת של מרכיב תחלואה שייקח בחשבון את התקדמות המחקר הרפואי, תוספת כפולה של מספר מיטות אשפוז מעבר לתוספת הקיימת וכן קביעת עדכון בגובה 2% מסל הבריאות, כך שיותאם לעלות הגבוהה של תרופות בימינו. במהלך השימוש בתוספת התקציבית הזו יש לתת תשומת לב מיוחדת לחיזוק אוכלוסיות מוחלשות ולסגירת הפערים בבריאות.
- **תשומת לב מיוחדת צריכה להינתן לשרותי בריאות הציבור, שסובלים מתת-תקצוב מתמשך שהחל ב-1995 בגלל היעדר מנגנון לעדכון תקציבי.**¹⁶ לפיכך, יש לעגן בחקיקה גם הבטחה של מקורות מימון וגם הקמה של מנגנון לחיזוק התשתיות וכוח האדם של המערך. יש לשמור את השירותים הללו בידי המדינה, במיוחד לאור הכישלון החרוף של הפרטת שירותי הבריאות לתלמיד.
- **מבחינת מקורות המימון, על התוספת התקציבית האמורה להגיע מתקציב המדינה:** הסטה מסעיפים אחרים, הגדלת הגירעון, הגדלת מס הבריאות, החזרת המס המקביל או שילוב של כל אלה. יש מדינות ש"צבעו" את תקבולי מס הטבק לטובת מימון שירותי קידום בריאות. יש לאמץ מודל זה גם בישראל. כך או כך, חשוב לזכור כי ההשקעה בבריאות מיטיבה באופן משמעותי עם הביצועים הכלכליים של המשק וחוסכת לציבור האזרחים ולממשלה הוצאות על טיפולים, ימי מחלה ואובדן כושר עבודה.

¹⁵ ההמלצות מסתמכות, בין היתר, על ניתוח כלכלי שנערך לבקשת "רופאים לזכויות אדם" על-ידי וולקן סטרולוביץ ושות' ועל נייר משותף של "רופאים לזכויות אדם" ו"האגודה לזכויות האזרח (<https://tinyurl.com/y7vv8k4o>) רואי חשבון) בישראל" מ-2014 שהוגש לוועדת גרמן. ראו: אדוט רמי, פילק דני, דוידוביץ נדב, רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח בישראל "בלי הבדל בין עשיר לעני – מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית", פברואר 2014.

¹⁶ מתוך: "מתווה חירום יזום לפתרון מצוקת טיפות החלב והשירות המונע לילד ולתלמיד בישראל", מכתבם של פרופ' 26.5.16, דוידוביץ' וגב' מוריה אשכנזי

• שינויים מבניים

חיזוק הרפואה הציבורית על כל שלביה – משלב המניעה על-ידי שירותי בריאות הציבור, דרך השירות הרפואי בקהילה ועד המסגרות האשפוזיות – יתרום לחוסנה של החברה הישראלית ויהפוך אותה לשוויונית וצודקת יותר – אבל גם בריאה יותר. השינויים המוצעים כאן יאפשרו למערכת להשתמש באופן יעיל יותר במשאבים ציבוריים ולהתמודד עם כשלי השוק הרבים הקיימים בתחום הבריאות. על השינויים להיות מלווים בהסברה לציבור בנוגע לחיוניות ולחשיבות של מערכת הבריאות הציבורית, במיוחד נוכח משבר הקורונה.

- **יש ליצור הפרדה ברורה בין מערכות הבריאות הציבורית והפרטית:** 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 לכלל הציבור; ולאפשר בחירת רופא באשפוז באופן שוויוני וללא כל אפליה.
- **יש לאסור על הפרטת שירותי בריאות הציבור** ולהחזיר לאחריות ממשלתית את שירותי הבריאות לתלמיד תחת רשות אחת.¹⁷
- **יש לתקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי כך שיכלול תקציב ייעודי לשירותי בריאות הציבור המתעדכן באופן שוטף** בהתאם למחירים, לדמוגרפיה של אוכלוסיית היעד, לטכנולוגיה ולחיסונים חדשים ואמצעים למימושם.
- **חיזוק אפשרויות שת"פ בין קופות החולים** בהיבטי תשתיות וכוח אדם, בדגש על הפריפריה. צעד זה מצריך שינוי רגולציה ומתן תמריצים מצד המדינה.

¹⁷ ראו גם עמדת איגוד רופאי בריאות הציבור <https://publichealth.doctoronly.co.il/2018/02/135783>

2. החרפת האי-שוויון במערכת הבריאות עקב המשבר נתוני משרד הבריאות מלמדים כי קיימים בישראל פערים גדולים במצב הבריאותי ובנגישות לשירותי בריאות בין קבוצות שונות באוכלוסייה. מחקרים רבים שנעשו לאורך השנים מצביעים על שלושה גורמים עיקריים למצב זה. הגורם הראשון הוא לאומי: מצבו הבריאותי של הציבור היהודי טוב משל הציבור הערבי. כך, למשל, תוחלת החיים של אזרחים ערבים נמוכה בהשוואה ליהודים,¹⁸ תמותת התינוקות גבוהה פי שניים והתחלואה הכרונית גבוהה משמעותית.¹⁹ הגורם השני הוא מעמדי: הכנסה גבוהה מיטיבה עם המצב הבריאותי ומבטיחה נגישות לשירותי רפואה איכותיים. כך, לדוגמה, סיכויי התמותה בארץ עולים בקרב אזרחים בעלי השכלה נמוכה וככל ששכונת המגורים ענייה יותר.²⁰ הגורם השלישי הוא גיאוגרפי: מגורים בפריפריה משפיעים לרעה על מצב הבריאות.²¹ כך, לדוגמה, תמותת התינוקות גבוהה משמעותית במחוזות דרום וצפון בהשוואה למחוזות מרכז ותל-אביב, והתמותה הכללית גבוהה יותר בנפות פריפריאליות כמו באר שבע ויזרעאל. קיימת, כמובן, אינטראקציה בין שלושת הגורמים הללו: הלאומי, המעמדי והגיאוגרפי. ההשפעה של כל אחד מהם על מצבו הבריאותי של האזרח מורכבת וכוללת גורמים חברתיים (social determinants of health)²² לצד רמת הנגישות הפיזית, הכלכלית והתרבותית לשירותי בריאות.²³ כך או כך, מניתוח הנתונים שבידינו ברור כי הקטנת הפערים בבריאות מחייבת תוכנית הוליסטית שלוקחת בחשבון גם גורמים חברתיים כלליים (רמת הכנסה, תעסוקה ותנאי עבודה, חינוך, איכות הסביבה, שוויון מגדרי וגזענות ואפליה) וגם גורמים ספציפיים למערכת הבריאות.

¹⁸ Saabneh, A.M. (2016). Arab-Jewish gap in life expectancy in Israel. *European Journal of Public Health*, 26, 433-438.

¹⁹ משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי, "אי-שוויון בבריאות והתמודדות אתו" <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inequality-2018.pdf>

²⁰ Manor O., Eisenbach Z., Peritz E., & al., e. (1999). Mortality differentials among Israeli men. *American Journal of Public Health*, 89, 1807-1813.

²¹ משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי, "אי-שוויון בבריאות והתמודדות אתו" <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inequality-2018.pdf>

²² Daoud, N., Soskolne, V., Mindell, J.S., Roth, M.A., & Manor, O. (2018). Ethnic inequalities in health between Arabs and Jews in Israel: the relative contribution of individual-level factors and the living environment. *Int J Public Health*, 63, 313-323.

²³ Filc, D. (2010). Circles of exclusion: obstacles in access to health care services in Israel. *Int J Health Serv*, 40, 699-717.

המלצות לצמצום האי-שוויון בבריאות

המלצות כלליות

- **צעדים לצמצום האי-שוויון הכלכלי בישראל.** מדד הג'יני בישראל אמנם ירד מעט בשנים האחרונות, אבל הוא עדיין גבוה יחסית למדינות ה-OECD. בנוסף, שיעור העובדים העניים בישראל ממשיך לעלות ושיעור העוני נותר גבוה ויציב. ההתמודדות עם מצב זה מצריכה, בין היתר, תשלומי העברה נדיבים יותר (במצב הנוכחי הם נמוכים משמעותית בהשוואה לרוב מדינות ה-OECD), המשך ההעלאה של שכר המינימום, צמצום הפער בין השכר החיצוני לשכר הממוצע והרחבת התאגדות העובדים במשק באמצעות שינוי חקיקה שיקלו על התארגנות (הניסיון הבינלאומי מראה שיש קשר מובהק בין שיעור העובדים המאוגדים וצמצום הפערים בשכר).
- **צמצום ההעסקה הפוגענית.** לדוגמה, העברת כל עובדי הקבלן במגזר הציבורי להעסקה ישירה.
- **נדרשת מדיניות אקטיבית לצמצום פערים בחינוך** על רקע אתנו-לאומי ומעמדי.
- **יש צורך דחוף בטיפול באזורים הסובלים במיוחד ממפגעים סביבתיים,** כמו אזור מפרץ חיפה והקריות.
- **יש צורך למגר את הגזענות המבנית בישראל,** שיש לה השפעה על מצבם הבריאותי של האזרחים.²⁴ לשם כך דרושים, בין היתר: ביטול חוק הלאום; שינוי במדיניות התכנון והקרקעות שמפלה בצורה בולטת את האזרחים הערבים; השוואה של ההשקעה הממשלתית ביהודים ובערבים; טיפול עומק בגזענות המשטרתית כלפי האזרחים הערבים ויוצאי אתיופיה; מאבק בביטויים גזעניים בתקשורת ובמרחב הציבורי כלפי ערבים, יוצאי אתיופיה, חרדים, יוצאי ברית המועצות לשעבר – ובכללם כל צורה של גזענות, הדרה או אפליה במערכת הבריאות.²⁵

מערכת הבריאות

- **היפוך מגמת הפרטה של מערכת הבריאות,** מאחר שקיים קשר ישיר ומוכח בין הפרטה לאי-שוויון בנגישות. לשם כך יש להעלות את חלק המימון הציבורי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות לפחות עד הרמה הממוצעת ב-OECD – כלומר, לכ-75%. על-מנת להשיג יעד זה יש צורך להגדיל את ההוצאה הציבורית. כמו כן, יש להטמיע את המרכיבים העיקריים של הביטוחים המשלימים בתוך הביטוח הממלכתי ולהפריד בין המערכת הציבורית לפרטית על כל רבדיה: בתיווך חולים ציבוריים לא יוכלו להפעיל שרותים פרטיים; קופות החולים הציבוריות לא יוכלו להיות בעלים של מיזמים פרטיים או לשווק ביטוחים פרטיים; צוותים רפואיים לא יוכלו לעבוד במקביל באופן ציבורי ופרטי.
- **ביטול ההשתתפות העצמית בתרופות מרשם.** מחקרים מראים שהשתתפות עצמית אינה מייעלת את ההוצאה, אלא רק פוגעת בנגישות של בעלי הכנסה נמוכה. הפיקוח על ההוצאה יתבצע לא על-ידי הערמת מכשולים בפני חולים הזקוקים לתרופות אלא באמצעות פיקוח על ההתנהגות הטיפולית של הרופאים.

²⁴ Daoud, N., Ali Saleh-Darawshy, N., Gao, M., Sergienko, R., Sestito, S., & Geraisy, N. (2019). Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers. BMC Public Health, 19, 1741.

²⁵ https://www.health.gov.il/publicationsfiles/elimination_of_racism.pdf

- **הכנסת מדד חברתי-כלכלי לנוסחת הקפיטציה, כפי שמציע משרד הבריאות עצמו, לצד שיפור חישוב גורם הפריפריה בנוסחה הנוכחית.** במקביל, בקרה על הקופות במטרה להבטיח שהסכומים שמתקבלים על מבוטחים בפריפריה או מרקע סוציו-אקונומי נמוך אכן יגיעו לאוכלוסיות אלו. הסכומים חייבים לכלול פיצוי על נסיעות, במקרים שבהם אין הגיון כלכלי לריבוי שרותים.
- **הטמעה של אזור גיאוגרפי סטטיסטי בתמיכות של משרד הבריאות,** כפי שמציע משרד הבריאות עצמו.
- **השקעה מוגברת בתשתיות ובהיצע כוח האדם בפריפריה,** עם דגש על יישובים ערבים.
- חיזוק ההנגשה התרבותית, כולל הנגשה שפתית של שירותי הרפואה וקידום הבריאות ושל חומרי הסברה – תוך התאמתם מבחינה תרבותית לקבוצות אוכלוסייה שונות בישראל.
- **הכללת תחומי בריאות השן וטיפול השן בביטוח הממלכתי.**
- **החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על מהגרי עבודה ומבקשי מקלט,** כמקובל במדינות רבות באירופה.

א. האוכלוסייה הערבית ומשבר הקורונה

כלל, המצב הבריאותי של האוכלוסייה הערבית בישראל ירוד ביחס לאוכלוסייה היהודית. הפער בא לידי ביטוי במדדים רבים כמו שיעור תמותה גבוה (לרבות תמותת תינוקות), תוחלת חיים נמוכה ועודף תחלואה. בנוסף, קיימים הבדלים בין שתי האוכלוסיות מבחינת גורמי סיכון כמו עישון והשמנת-יתר. על מצב מתמשך זה של אי-שוויון מעידים מחקרים ופרסומים רבים, כולל דוחות של משרד הבריאות. האי-שוויון בין ערבים ויהודים בבריאות ובתמותה נובע ממספר גורמים. מבחינה גיאוגרפית, רוב האוכלוסייה הערבית מתגוררת בפריפריה הישראלית, המתאפיינת בשירותי בריאות ברמה נמוכה יחסית למרכז הארץ – אזור ובו ריכוז גבוה יותר של יהודים. מבחינה כלכלית, המעמד הסוציו-אקונומי של האוכלוסייה הערבית נמוך משל האוכלוסייה היהודית ושיעור העוני בקרבה גבוה יותר. מבחינה פוליטית, המעמד השולי של החברה הערבית בפוליטיקה הישראלית ויחסי הקונפליקט שיש לה עם המדינה הם גורם-על שאחראי במידה רבה לאי-שוויון בין ערבים ויהודים בבריאות ובתחומים אחרים: הצרכים של החברה הערבית לא נמצאים במקום גבוה בסדר העדיפויות הממשלתי. מציאות זו באה לידי ביטוי גם בתגובות משרד הבריאות למשבר הנוכחי. למשל, העיכוב הניכר בהעברת מסרים מסודרים בשפה הערבית והעיכוב הבלתי-מוסבר בקיום בדיקות לאיתור המחלה ביישובים הערביים. על פניו, נכון לאמצע אפריל נראה כי האוכלוסייה הערבית בישראל נפגעה במידה פחותה מן הנגיף בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. אבל בהתחשב בכך שהמשבר עדיין בעיצומו ומספר מקרי ההידבקות בעלייה מתמדת, יש להתייחס למגמה זו במשנה זהירות. ייתכן כי הנתונים שבידינו אינם משקפים את המציאות בשטח אלא את העיכוב בקיום בדיקות בהיקף רחב בציבור הערבי. עוד ייתכן כי שיעור ההידבקות הנמוך יחסית נובע מהחיץ הגיאוגרפי, הכלכלי והחברתי שמפריד בין המגזרים הערבי והיהודי בישראל. ההפרדה הזו, סביר להניח, עיכבה במידה מסוימת את נדידת הנגיף אל תוך היישובים הערביים ואפשרה תקופה מסוימת של היערכות מוקדמת. כך או אחרת, התפשטות המגיפה ביישובים הערביים צפויה לגרום לתוצאות חמורות במיוחד בשל המאפיינים הבריאותיים-חברתיים שצוינו לעיל, כמו עודף תחלואה, שיעור עוני גבוה, תשתית בריאות רעועה, צפיפות מגורים ורשויות מקומיות חלשות.

המלצות:

- לאור העלייה המתמדת במקרי ההידבקות ביישובים הערביים, יש להגביר את קצב הבדיקות באוכלוסייה הערבית ולתגבר את הפעילות של תחנות בדיקה נגישות לכל היישובים הערביים.
 - יש לשפר את פעילות מערך ההסברה בשפה הערבית ולהקפיד כי ימשיך לפעול באופן סדיר גם בשלבי היציאה מהמשבר.
 - יש לשלב מומחים ערבים בצוותי עיצוב המדיניות וקבלת ההחלטות הקשורות למגיפה, ובכללם מומחים בתחום בריאות הציבור. מומחים ערבים קשובים יותר לתנאים, לבעיות ולצרכים הקיימים בחברה הערבית ויכולים לסייע רבות בהתמודדות עם המשבר הנוכחי ובעיצוב תוכנית החזרה לשגרה.
- גורמי הסיכון שמאפיינים את החברה הערבית זה שנים ארוכות לא יעלמו בתום המשבר. אבל הטיפול בהם, כמו גם בשאר הגורמים שגורמים לאי-שוויון בבריאות בין יהודים וערבים, ידרוש תוכנית ארוכת טווח למאבק בתופעה – לא טיפול נקודתי.

ב. האוכלוסייה המבוגרת ומשבר הקורונה

בדומה לשאר מדינות העולם, שיעור הקשישים בישראל נמצא במגמת עלייה ועומד כיום על 11% מהאוכלוסייה. הרמה הגבוהה של שירותי הרפואה בארץ והנגישות לטכנולוגיות מתקדמות תורמות לעלייה בתוחלת החיים ובשיעור הקשישים באוכלוסייה. לפי נתוני ה-OECD, תוחלת החיים הממוצעת בארץ הגיעה ב-2019 ל-82.5 שנים (84 בקרב נשים, 81 בקרב גברים), מה שממקם את ישראל קרוב לצמרת הטבלה העולמית, אחרי שוויץ ויפן. רוב הקשישים בישראל מתגוררים בקהילה, כולל דיור מוגן, ורק 4% מתוכם שוהים במוסדות לטיפול ממושך.

על-פי נתוני משרד הבריאות, נכון לאמצע אפריל 2020, 19% מהחולים בקורונה בארץ הם בני 60 ומעלה. הנתון המדאיג יותר הוא ש-96% מהנפטרים מהמגיפה הם בני קבוצת הגיל הזאת. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם נתוני ארגון הבריאות העולמי שלפיהם בני 60 ומעלה נמצאים בסיכון גבוה במיוחד לחלות בקורונה ולמות מהמחלה – בין היתר עקב גורמי סיכון שמחלישים את המערכת החיסונית, כמו מחלות קרדיווסקולריות, סכרת, מחלות נשימה ולחץ דם גבוה.

מציאות החיים בזמן המשבר: בדידות, הימנעות מטיפולים רפואיים ועוני

לצד הסכנות הבריאותיות האורבות לאוכלוסייה המבוגרת בימים אלו, לא ניתן להתעלם גם מהשלכות הנפשיות והרגשיות של מגיפת הקורונה. ישראלים רבים בני 60 ומעלה נמצאים בבידוד מוחלט כבר שבועות ארוכים, כשהם אינם נפגשים אפילו עם בני משפחתם. תופעת הבדידות, שמאפיינת את קבוצת הגיל הזו גם בימי שגרה, החריפה מאוד מתחילת המשבר עקב הריחוק החברתי. מחקרים מראים באופן עקבי וברור שלבדידות יש השלכות שליליות על הבריאות הנפשית והפיזית של מבוגרים.

תופעה נוספת שיש לתת עליה את הדעת היא הימנעות מקבלת טיפולים רפואיים חיוניים בשל חשש מהידבקות בנגיף. בדוח שהוגש למל"ל ב-16 באפריל דווח על ירידה משמעותית של כ-30% בהגעה למיון ולניתוחים אלקטיביים בבתי החולים. בדוח הוצגו מקרים של מטופלים בסכנת חיים שהגיעו באיחור רב למיון למרות צורך מידי וברור בהשגחה רפואית. חלקם אף איבדו את חייהם בגלל העיכוב בהגעה. מקרים אלה צריכים להימנות עם קורבנות הנגיף לא פחות מאלו שנפגעו ממנו באופן ישיר.

עוני הוא תופעה נוספת שנוגעת באופן מיוחד לציבור הקשישים ומחמירה בעקבות המשבר. לפי נתוני הביטוח הלאומי, כמעט שליש מהקשישים בישראל הם עניים, חיים בתנאי דיור ירודים וסובלים מבעיות בריאותיות. בתחילת המשבר מבוגרים רבים היו בין העובדים הראשונים שהוצאו לחל"ת וסביר להניח כי גם יהיו בין האחרונים לחזור למקומות העבודה, אם בכלל. בהקשר זה חשוב לזכור שלחלק גדול מהקשישים אין קרנות פנסיה (במיוחד קשישים ערבים) ומחיתם בימי שגרה תלויה בקצבת זקנה ובתמיכה משפחתית. אלא שהיום חלק ניכר מבני משפחה אלו הוצאו בעצמם לחל"ת ומצבם הכלכלי הידרדר. צמצום מעגל התמיכה ומקורות ההכנסה לקשישים עלול להוריד קשישים רבים מתחת לקו העוני. ההימנעות מקניית אוכל, בגדים ותרופות, לצד הלחץ הנפשי הכבד, ישפיעו באופן שלילי ביותר על הבריאות והרווחה של אוכלוסייה זו.

צריך לזכור גם שחלק גדול מהעובדים החיוניים במשק, ובכללם האנשים המנהלים את המשבר ואת מקומות העבודה החיוניים, הם בני 60 ומעלה. התרומה של בני קבוצת הגיל הזו, על ניסיונם המקצועי הרב, הכרחית לתפקוד המשק והחברה בישראל, בשגרה ובעתות חירום. ואולם, מהתוכניות שפרסמה הממשלה בשבועות האחרונים לא ברור כיצד המדינה מתכוונת לשמור על הבריאות של אוכלוסיית המבוגרים או לטפל במחיריים הכלכליים והחברתיים הכבדים שהמשבר גובה ממנה. העובדה שבני 60 ומעלה יאלצו לשהות בבידוד עוד זמן רב חייבת להיות חלק מהדיון הציבורי בישראל, תוך הבנה שיש לבידוד – ולא רק ליציאה מהבית – השלכות בריאותיות קשות משלו. ברמת המאקרו, שני כשלים של מערכת הבריאות, שנחשפו ביתר שאת בעקבות המשבר, עלולים להגדיל את הפערים בין ציבור המבוגרים לשאר הציבור.

- מחסור בכוח אדם רפואי ומקצועות הבריאות: המחסור באנשי מקצוע לטיפול בקשישים מוכר במערכת כבר שנים. מחסור זה התעצם עקב משבר הקורונה במוסדות לטיפול ממושך ובבתי חולים הכלליים והגריאטריים. מאז תחילת המשבר עובדים רבים במערכת הבריאות – לפעמים אף צוותים שלמים – נכנסים לבידוד בגלל חשש מחשיפה לנגיף. כתוצאה מכך, מחלקות גריאטריות נסגרו או אוחדו עם מחלקות אחרות בשבועות האחרונים. המחסור בכוח אדם מיומן והעומס הרב פוגעים באיכות הטיפול שמקבלים קשישים חולי קורונה, אבל גם קשישים הסובלים ממחלות אחרות.
- היעדר שירותי רווחה ובריאות מותאמים לקשישים: הגם שהם נמצאים בסיכון גבוה במיוחד, המדינה לא נתנה עד כה מענה לצורך של קשישים לעבור בדיקות וטיפולים רפואיים ולהשתמש בשירותי הרווחה השונים. תופעת ההימנעות מקבלת טיפולים חיוניים תימשך, כל עוד שירותים אלה לא יותאמו לשימוש של אזרחים מבוגרים.

המערכת, אם כן, סובלת משלל בעיות כרוניות שהולכות ומחריפות בימים אלה בעקבות המגיפה. לאור חוסר הוודאות לגבי משך המשבר, עולה השאלה מה יהיו שיקולי המערכת בהקצאת משאבים לטיפול בקשישים. מה שברור הוא שאזרחי ישראל, אנשי מקצועות הרפואה והציבור הרחב גם יחד, יהיו חייבים לעמוד על המשמר בשנה הקרובה כדי להבטיח את שלומה של אוכלוסייה פגיעה זו.

המלצות:

1. **הכנת תכנית לאומית המתייחסת באופן ספציפי לבני 60 ומעלה.** התוכנית תיתן מענה לצרכים הבריאותיים, הכלכליים והחברתיים של בני קבוצות הגיל הזו, בין אם הם נמנים עם הקבוצה שתישאר בבידוד או זו שתחזור למקומות העבודה בעתיד הקרוב.
2. **הקמת מטה הומניטרי בשיתוף פעולה בין-מגזרי** (ציבורי ופרטי) למתן סיוע מותאם תרבותית לאוכלוסיות ייחודיות כמו האוכלוסייה החרדית, הערבית בכלל, והבדווית בנגב במיוחד.
3. **הוספה מיידית של תקנים לצוותי הרפואה והסיעוד בבתי החולים ובמוסדות לטיפול ממושך.** ניתן לגייס כוח אדם מקרב בוגרי רפואה שאינם מועסקים כרגע ומחכים לתקנים פנויים להתמחות וכן מבוגרי סיעוד שאינם מועסקים כיום בגלל מחסור בתקנים במיוחד בפריפריה.
4. **תמיכה כלכלית ארוכת טווח לאזרחים הוותיקים,** הכוללת העלאה של קצבות הזקנה לחצי שנה הקרובה ב-500 שקל לחודש לכל הפחות.
5. **יצירת שת"פ בין קופות החולים להקמת "מרפאות אחודות"** באזורים שונים לטיפול בקשישים ובחולים הכרוניים.