



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

## סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות

מוגש לחברי הכנסת העשרים

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

[www.knesset.gov.il/mmm](http://www.knesset.gov.il/mmm)

**כתיבה: פלורה קוך דבידוביץ'**

אישור: שלי לוי, ראשת צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

ג' סיון תשע"ה

21 במאי 2015

## תוכן עניינים

4	מבוא
5	1. חקיקה בתחום הבריאות
5	1.1 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994
7	1.2 חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996
9	2. משרד הבריאות
11	3. ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל
13	4. קופות-החולים
13	4.1 המבוטחים בקופות-החולים
14	4.2 מקורות המימון של סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים
18	4.3 נוסחת הקפיטציה להקצאת מקורות התקציב בין קופות-החולים
20	4.4 הוספת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות
22	4.5 דמי השתתפות עצמית בגין שירותים ותרופות בסל שירותי הבריאות
24	4.6 שירותי בריאות נוספים (שב"ן)
27	5. מוסדות האשפוז בישראל
28	5.1 מערך האשפוז הכללי
33	5.2 מערך אשפוז בריאות הנפש
36	6. כוח-אדם במערכת הבריאות
36	6.1 רופאים
41	6.2 רופאים מומחים
42	6.3 רפואת המשפחה ורפואת ילדים
45	6.4 רופאי שיניים
48	6.5 אחיות
54	7. מכשירים רפואיים מיוחדים
55	7.1 מכשירי CT
57	7.2 מכשירי MRI
60	8. רפורמה בשירותי בריאות הנפש
63	9. ביטוח סיעודי
67	10. בריאות השן



69	11. המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל (ועדת גרמן)
69	11.1. תיירות רפואית
72	11.2. שירות רפואי פרטי
73	11.3. הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים
74	11.4. קיצור תורים במערכת הבריאות הציבורית
77	12. מסמכים מרכזיים בתחום הבריאות שנכתבו בממ"מ בכנסת ה-19
79	מקורות



## מבוא

מסמך זה נכתב עבור חברי הכנסת העשרים ומוצגות בו כמה מהסוגיות המרכזיות בתחום הבריאות. במסמך יוצגו כמה מהחוקים בתחום הבריאות; תפקידו של משרד הבריאות והנושאים שעליהם הוא מופקד; ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל; פעילות קופות-החולים – לרבות נתונים על המבוטחים בקופות-החולים, מקורות המימון של סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים, הקצאת התקציב בין קופות-החולים, סל שירותי הבריאות, דמי ההשתתפות העצמית הנגבים בגין שירותים ותרופות בסל שירותי הבריאות וכן שירותי בריאות נוספים (שב"ף). כמו כן יוצגו מוסדות האשפוז בישראל ובעיקר מערך האשפוז הכללי ומערך אשפוז בריאות הנפש; כוח-האדם במערכת הבריאות; מספרם של מכשירי MRI ו-CT; הרפורמה בשירותי בריאות הנפש; סוגיית הביטוח הסיעודי; בריאות השן והמלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן). בנוסף, בסוף המסמך תוצג רשימת מסמכים מרכזיים בתחום הבריאות שנכתבו במרכז המחקר והמידע של הכנסת בכנסת ה-19.

מערכת הבריאות מורכבת ממקבץ רחב של ארגונים, שפעולתם נועדה לקדם ולשפר את בריאות האוכלוסייה. לצד מטרה זו, יש למערכת הבריאות מטרות נוספות, ובהן הבטחת איכות שירותי הבריאות; הבטחת שביעות הרצון של האוכלוסייה מהשירות; ייעול תפקודה של המערכת; שמירה על עקרונות הסולידריות החברתית במסגרתה וכן בקרה על רמת ההוצאה התקציבית. גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני<sup>1</sup> מסווגים את המוסדות והארגונים הפועלים במערכת הבריאות הישראלית לארבע קבוצות עיקריות, והן:

- **משרד הבריאות**, שבתוקף תפקידו מופקד על קביעת מדיניות הבריאות, על הפיקוח והבקרה בתחום מדיניות הבריאות ועל אספקת שירותים רפואיים, ובתחומים מסוימים אף משמש גורם מבטח;
- **ארבע קופות-החולים**, שהן שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים מאוחדת וקופת-חולים לאומית;
- **מוסדות ציבוריים**, הכוללים מוסדות וארגונים הפועלים ללא מטרות רווח (למשל, בית-חולים הדסה בירושלים ומגן-דוד-אדום);
- **מוסדות פרטיים**, ובהם מוסדות וארגונים בבעלות פרטית הפועלים למטרות רווח, כגון בתי-חולים פרטיים.<sup>2</sup>

הוועדה המרכזית בכנסת המוסמכת לעסוק בנושאים שונים בתחום הבריאות היא **ועדת העבודה, הרווחה והבריאות**, שהיא ועדה קבועה.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, תל-אביב: עם עובד, 2010.

<sup>2</sup> שם.

<sup>3</sup> [תקנון הכנסת, החלטות בענייני נוהל, כללי האתיקה והחלטות ועדת האתיקה](#), מעודכן ליום 4 בפברואר 2015.



## 1. חקיקה בתחום הבריאות

מאז קום המדינה הוסדרה מערכת הבריאות בחקיקה ראשית ובחקיקה משנית, וכן בהנחיות מינהליות שמפרסם משרד הבריאות. הפקודות המנדטוריות, העוסקות בעיקרן ברגולציה של נושאים שונים שיש להם השלכה על בריאות הציבור, כגון רישוי בתי-חולים (פקודת בריאות העם, 1940) ורישוי בעלי מקצוע (פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976; פקודת המיילדות, 1929; פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981), מהוות עדיין הבסיס לחקיקה בתחום הבריאות, אולם עם השנים הוכנסו בהן תיקונים כדי להתאימן למציאות המשתנה. נוסף על כך, הותקנו תקנות חדשות, כגון רישוי מוסדות רפואיים ועוסקים בסיעוד בבתי-חולים (תקנות מתוקף פקודת בריאות העם, 1940) ונחקקו חוקים שונים, כגון חוק מגן-דוד-אדום, התש"י-1950, חוק הפיקוח על מצרכים ושירותים, התשי"ח-1957, וחוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977.<sup>4</sup>

השינויים המרכזיים שחלו במסגרת החוקית המסדירה את מערכת הבריאות באו לידי ביטוי בחקיקה של שני חוקים מרכזיים: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, וחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, שנחקקו באמצע שנות ה-90 של המאה ה-20, ויוצגו להלן:<sup>5</sup>

### 1.1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994<sup>6</sup>

ביוני 1994 אושר בכנסת בקריאה שלישית חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, והוא נכנס לתוקף בינואר 1995. בסעיף הראשון של החוק נקבע כי "ביטוח הבריאות יושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע חובת ביטוח בריאות לכל תושבי המדינה, וכל תושב זכאי לסל שירותי בריאות המוגדר בחוק. סל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות מורכב משני סלי שירותים, וכל אחד מהם הוא באחריות מוסדית אחרת. התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מפרטת את סל שירותי הבריאות שהאחריות לאספקתו היא של קופות-החולים ואילו התוספת השלישית לחוק מפרטת את שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות.

להלן יוצגו עיקר השינויים במערכת הבריאות בעקבות חקיקת החוק האמור:

- **חובת הביטוח:** לפני חקיקת החוק האמור ביטוח הבריאות בישראל היה וולונטרי, ולכ-5% מן האוכלוסייה (כ-250,000 תושבים) לא היה ביטוח בריאות. שיעור גבוה של לא מבוטחים היה בקרב צעירים, בקרב העשירונים התחתונים ובקרב האוכלוסייה הערבית. עם כניסתו לתוקף של החוק האמור בינואר 1995 הפך ביטוח הבריאות לביטוח חובה, כלומר הוא חל על כלל התושבים ללא התניה כלשהי, למעט היותו של האדם תושב ישראל. קופות-החולים חייבות לקבל כחבר בהן כל תושב המעוניין בכך, ואינן יכולות להגביל את חברותן של אוכלוסיות כאלה או אחרות.
- **חופש בחירה:** חוק ביטוח בריאות מקנה לתושבי ישראל חופש בחירה בין קופות-החולים השונות, מאפשר מעבר של מבוטחים בין הקופות ואוסר על קופות-החולים להתנות קבלה של מבוטחים. הסדר זה נועד לצמצם תופעות בלתי רצויות, למשל סינון של מבוטחים על-ידי הקופה, וכן לתרום ליעילות המערכת ולהגביר את התחרות בין הקופות.

<sup>4</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, תל-אביב: עם עובד, 2010.

<sup>5</sup> ש.ם.

<sup>6</sup> ש.ם.



▪ **הגדרת סל שירותי בריאות:** לפני חקיקת החוק האמור, נקבע סל שירותי הבריאות שניתן למבוטחים באופן עצמאי על-ידי כל קופה וקופה. הגדרת הסל הייתה כוללת ולא אחידה באופייה, ואפשרה לכל קופת-חולים שיקול דעת וגמישות בקביעת זכויות המבוטחים וזכאותם לשירותים שונים. **חוק ביטוח בריאות שינה מצב זה, בין היתר על-ידי עיגון הזכויות לסל שירותים ולתרופות בחקיקה.** מעבר לשירותים המפורטים בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות, שאספקתם היא באחריות קופות-החולים, קבוע בחוק גם סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות, המפורט בתוספת השלישית לחוק האמור, ונכללו בו שירותי בריאות הנפש, אשפוז סיעודי, רפואה מונעת אישית ומכשירי שיקום וניידות. שירותים אלה היו אמורים לעבור לאחריות קופות-החולים לאחר תקופת מעבר של שלוש שנים, כלומר בשנת 1997, בשל הרצון לרכז בקופות-החולים את האחריות הכוללת למתן שירותי הבריאות. מהלך זה נועד להבטיח רצף טיפולי, ונבע גם מהרצון להשאיר בידי משרד הבריאות רק את תפקידיו המיניסטריליים, בלי שיהיה מעורב ישירות במתן שירותי בריאות. אולם כוונה זו לא יושמה במלואה עד היום.<sup>7</sup>

▪ **דמי ביטוח בריאות:** לפני חקיקת החוק האמור נגבו מסי החבר בקופות-החולים ישירות מהמבוטחים, על-ידי הקופות או על-ידי ההסתדרויות הרלוונטיות. בהסדר זה היה לקופות-החולים שיקול דעת אשר לגובה מסי החבר וההנחות והפטורים שניתנו על-ידן. עם חקיקת החוק עברה גביית דמי ביטוח הבריאות ממנגנוני הגבייה של קופות-החולים לידי המוסד לביטוח לאומי. מהלך זה הוביל, בין היתר, להגדלת נפח ההכנסות וליצירת פרוגרסיביות בגבייה, שכן על-פי שיטת הגבייה כיום, דמי ביטוח הבריאות הנגבים מהמבוטחים גדלים עם עליית השכר. נוסף על כך, שינוי זה הוביל לניתוק הקשר בין הכנסות המבוטח להכנסות קופות-החולים.

▪ **שיטת הקצאת המקורות בין קופות-החולים:** לפני כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו הכנסות מסי החבר של המבוטחים מרכיב מרכזי בהכנסות של כל קופות-החולים, ונוספו על ההכנסות מכספי המס המקביל ששילמו המעסיקים והעצמאים. לפיכך, קופות שבהן היו מבוטחים בעלי הכנסות גבוהות נהנו מהכנסות גדולות יותר. חוק ביטוח בריאות ממלכתי שינה הסדר זה וקבע כי הקצאת המקורות בין קופות-החולים תיעשה על בסיס "נוסחת הקפיטציה", המשקללת את מספר הנפשות המבוטחות בכל קופה לפי גיל (להלן: נפשות מתוקנות) ומאפשרת חלוקה יעילה יותר של מקורות התקציב וכן צמצום של התמריצים הקיימים ל"סינון" מבוטחים. **ב-1 בנובמבר 2010 נכנס לתוקפו תיקון לנוסחת הקפיטציה, ולפיו בחישוב נוסחה זו יינתן משקל לכל אחד ממבוטחי הקופות לא רק לפי גילו אלא גם לפי מינו ולפי ריחוק מקום מגוריו ממרכז אוכלוסייה.**<sup>8</sup>

▪ **אחריות המדינה להשלמת מימון עלות סל השירותים הקבוע בחוק:** לפני חקיקת החוק האמור שיעור ההשתתפות של הממשלה בתקציבי קופות-החולים לא היה מעוגן בחקיקה; הוא נגזר ממשא-ומתן בין הממשלה לקופות-החולים והיה מושפע מגורמים שונים, ובהם שיקולים פוליטיים קואליציוניים והתפתחויות מקרו-כלכליות במשק הישראלי. כתוצאה מכך, אופיינה התמיכה של תקציב המדינה בקופות-החולים בתנודתיות ובחוסר יציבות ואלה הקרינו על יציבותה של כלל מערכת הבריאות. כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי צמצמה את

<sup>7</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות](#), כתבה: פלורה קוד דבידוביץ', 6 ביולי 2014.

<sup>8</sup> להרחבה, ראו מסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [המשנתה הגיאוגרפי בנוסח הקפיטציה שתוקנה ב-2010 והשפעתו על התקצוב בגין מבוטחים תושבי הנגב](#), כתבה: שלי לוי, 19 בדצמבר 2011.



חוסר הוודאות לגבי המשאבים העומדים לרשות קופות-החולים בטווח הקצר ובטווח הארוך, בין היתר, על-ידי הגדרה של "עלות הסל" – היקף ההוצאה המוכרת לקופות-החולים למתן סל השירותים הקבוע בחוק. בחוק מוגדרים המקורות למימון הסל, והם כוללים את דמי ביטוח הבריאות הנגבים על-ידי המוסד לביטוח לאומי וסכום נורמטיבי של השתתפות עצמית של המבוטחים עבור שירותי בריאות שונים. המימון מתקציב המדינה משלים את ההפרש בין עלות הסל ובין המימון הנובע משני מקורות אלה. מנגנון זה נועד להבטיח בחוק את השתתפות תקציב המדינה במימון ההוצאות שבמתן סל השירותים הקבוע בחוק ולקבוע תקרת הוצאות נורמטיבית שעל קופות-החולים לעמוד בה.<sup>9</sup>

## 1.2. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996<sup>10</sup>

[חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996](#), מעגן את ההלכות והעקרונות שנקבעו בפסיקת בתי-המשפט, בקודים האתיים של המקצועות הרפואיים ובהוראות משרד הבריאות, בכל הנוגע לזכויות החולה. להלן יוצגו עיקרי הנושאים שבהם דן החוק האמור:

- **הזכות לקבל טיפול רפואי**: סעיף 3(א) לחוק קובע כי "כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל". אולם "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה". כלומר, חוק זכויות החולה מתנה את מתן הטיפולים הרפואיים בהסדרים הקיימים במערכת הבריאות בישראל באותו מועד, אולם במצב חירום רפואי קובע החוק כי יש לתת טיפול רפואי, ללא קשר לסוגיית כיסוי הכספי לטיפול ולשאלה אם יהיה מי שישא בו. כך, חובה על מוסד רפואי לתת טיפול רפואי ככל שיידרש גם לחסרי ביטוח ולשוהים בלתי חוקיים, וגם כאשר ידוע מראש כי לא יהיה מי שישא בעלות הטיפול.
- **איסור אפליה**: סעיף 4(א) לחוק קובע כי "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה". עוד קובע סעיף 4(ב) כי "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי גיל, ואולם אין רואים אפליה לפי סעיף זה כאשר ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים". בהקשר זה יש לציין כי שאלת מתן הטיפול והיקפו תלויה לעתים במעמדו של המטופל (אם הוא תושב או אזרח, אם הביטוח שלו מכסה את הטיפול וכו').
- **הסכמה מדעת לטיפול רפואי**: סעיף 13(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי "לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת". בחוק נקבע גם כי כדי לקבל את הסכמתו של החולה ימסור המטפל למטופל את המידע הדרוש לכך "באורח סביר כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע".<sup>11</sup> עוד יש בחוק פירוט לעניין המידע הרפואי שימסור הצוות המקצועי למטופל – בין היתר אבחנה, תיאור ההליכים הרפואיים, הסיכויים והסיכונים

<sup>9</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, עם עובד, 2010.

<sup>10</sup> ש.ס.

<sup>11</sup> חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 31(ב).



בהליכים הרפואיים ומידע נוסף. בנסיבות מיוחדות מתיר החוק האמור למטפל להעניק טיפול רפואי ללא הסכמת החולה, אם מתקיימים תנאים שונים הקבועים בסעיף 15 לחוק האמור.<sup>12</sup>

▪ **הזכות לקבלת חוות דעת נוספת:** סעיף 7 לחוק קובע כי "מטופל זכאי להשיג מיוזמתו דעה נוספת לעניין הטיפול בו" וכי "המטפל והמוסד הרפואי יסייעו למטופל בכל הדרוש למימוש זכות זו".

▪ **שמירה על כבודו ופרטיותו של החולה:** סעיף 10(א) לחוק קובע כי "מטפל, כל מי שעובד בפיקוחו של המטפל וכן כל עובד אחר של המוסד הרפואי ישמרו על כבודו ועל פרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי". בסעיף 10(ב) נקבע עוד כי "מנהל מוסד רפואי יקבע הוראות בדבר שמירה על כבודו ועל פרטיותו של המטופל הנמצא במוסד רפואי".

▪ **זכות לנוכחות מלווה בטיפול רפואי:** בשנת 2014 תוקן חוק זכויות החולה ונקבע בו כי "מטופל זכאי לכך שאדם המלווה אותו, לפי בחירתו, יהיה נוכח בעת קבלת טיפול רפואי, ובלבד שהמלווה לא יתערב במתן הטיפול הרפואי". זאת, למעט מקרים, המנויים בסעיף 6א(ב) לחוק, שבהם סבור המטפל כי אין לאפשר למלווה להיות נוכח בעת קבלת הטיפול, בין היתר בשל הפרעה ממשית לעבודת המטפל או הצוות המטפל.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> התנאים הם: מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו מדעת; לא ידוע למטפל כי המטופל או אפוטרופסו מתנגד לקבלת הטיפול הרפואי; אין אפשרות לקבל את הסכמת אפוטרופסו או פסול דין. עוד קובע הסעיף האמור כי אם נשקפת למטופל סכנת חיים והוא מתנגד לקבלת טיפול רפואי, רשאי המטפל לתת טיפול במידה שוועדת האתיקה אישרה את מתן הטיפול.

<sup>13</sup> [חוק זכויות החולה \(תיקון מס' 8\), התשע"ה-2014.](#)





## 2. משרד הבריאות

משרד הבריאות הוא הרשות השלטונית אשר באמצעותה מיישמת הממשלה את מדיניותה בכלל מערכת הבריאות, בין היתר באמצעות התוויית מדיניות הבריאות וקביעת סדרי עדיפויות ועקרונות הפעילות של המערכת. משרד הבריאות, בתוקף תפקידו המיניסטריאלי, מופקד על נושאים שונים, ובהם חקיקה; קביעת סטנדרטים; רישוי; פיקוח ובקרה; מחקר; הכשרה ותכנון כוח-אדם; התארגנות לשעת חירום ומדיניות פיתוח שירותי בריאות. נוסף על תפקידים אלה, נושא משרד הבריאות בשני תפקידים מרכזיים: הראשון הוא מתן שירותי בריאות והשני – היותו גורם מבטח.<sup>14</sup>

**אספקת שירותים:** משרד הבריאות הוא הספק הגדול ביותר של שירותי אשפוז כללי, ובבעלותו כמחצית ממיטות האשפוז הכללי בישראל. כמו כן, נכון להיום משרד הבריאות הוא הספק העיקרי של שירותי בריאות הנפש ובבעלותו רוב המרכזים הגריאטריים הגדולים בישראל. נוסף על כך, משרד הבריאות מפעיל כמחצית מהתחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"), ובאמצעותן הוא מספק שירותי בריאות לאם ולילד.<sup>15</sup>

**גורם מבטח:** מכוח התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994, אחראי משרד הבריאות להבטחת אספקתם של שירותים אלו: שירותי רפואה מונעת, הכוללים בדיקות שגרה לאישה ההרה ולתינוקה, בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות גנטיות ומחלות מטבוליות ביילודים, חיסונים וטיפול מונע, בריאות השן לתלמידים, תכנון המשפחה ובדיקות שגרה לתלמידים בבתי-ספר; שירותי אשפוז סיעודיים – אשפוז חולים סיעודיים (צעירים וגריאטריים) ואשפוז תשושי נפש; אספקת מכשירי שיקום וניידות שמשד הבריאות משתתף במימונם ושירותי בריאות הנפש, הכוללים שירותי אשפוז, שירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש וכן סל שירותי בריאות הנפש לגמילה (מ-1 ביולי 2015 שירותי בריאות הנפש יועברו לאחריות קופות-החולים, וראו פרק 8 בהמשך המסמך).<sup>16</sup>

מיום חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994, מתקיים דיון אשר להעברת שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות לידי קופות-החולים. כאמור, כוונת המחוקק הייתה להעביר תחומים אלה לאחריות קופות-החולים בתוך שלוש שנים מכניסת החוק לתוקפו, כלומר בשנת 1997, אולם כוונה זו לא יושמה.

חוקרים בתחום הבריאות מציינים כי ריבוי התפקידים של משרד הבריאות, שהוצג לעיל, עלול ליצור ניגוד עניינים, שכן בעוד משרד הבריאות, בתוקף תפקידו כמיניסטריון, אחראי לכלל ספקי שירותי הבריאות בישראל, כספק שירותים בעצמו הוא מתחרה בספקי שירותי בריאות בתחומים האמורים לעיל.<sup>17</sup> נושא זה היה אחד מן הנושאים שבהם עסקה הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל שהוקמה על-ידי שרת הבריאות יעל גרמן בשנת 2013 (להלן: ועדת גרמן). בהמלצות הוועדה, שפורסמו בשנת 2014, הומלץ בין היתר על הקמתה של רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים עצמאית, אשר אליה יועברו תפקידי הבעלות של משרד הבריאות, ואילו במשרד הבריאות ייוותרו רק תפקידי המיניסטריון. להרחבה בעניין זה ראו פרק 12.3 במסמך זה.<sup>18</sup>

<sup>14</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, עם עובד, 2010.

<sup>15</sup> ש.ם.

<sup>16</sup> ש.ם.

<sup>17</sup> ש.ם.

<sup>18</sup> משרד הבריאות, הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, 25 ביוני 2014.



תקציבו של משרד הבריאות הוא השלישי בגודלו בין תקציבי משרדי הממשלה, והוא קטן רק מתקציבי משרד הביטחון ומשרד החינוך.<sup>19</sup> התקציב הרגיל (ברוטו, על שינוייו) של משרד הבריאות בשנת 2014 עמד על כ-27 מיליארד ש"ח, ותקציב הפיתוח (ברוטו, על שינוייו) של המשרד עמד בשנה זו על כ-395.5 מיליון ש"ח. תקציבם (ברוטו, המקורי) של 11 בתי-החולים הכלליים הממשלתיים עמד בשנת 2014 על כ-9.6 מיליארד ש"ח.<sup>20</sup>

על-פי נתוני נציבות שירות המדינה, בנובמבר 2014 הועסקו במערכת הבריאות הממשלתית כ-31,500 עובדים.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> לא כולל תקציבו של המוסד לביטוח לאומי, שעמד בשנת 2014 על כ-31 מיליארד ש"ח.

<sup>20</sup> משרד האוצר, אגף תקציבים, מערכת שאילתות מקוונת לתקציב המדינה וביצועו, תאריך כניסה: 8 במרס 2015.

<sup>21</sup> בלאל מוסא, מרכז תקן תקציב כוח-אדם, מערכת הבריאות, נציבות שירות המדינה, מכתב, 17 בנובמבר 2014.



### 3. ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל

הפעילות הכלכלית של שירותי הבריאות נמדדת בכל שנה במסגרת ההוצאה הלאומית על בריאות, הכוללת את ההוצאות על כל שירותי הבריאות הניתנים במרפאות ובבתי-החולים, שירותי רופאים פרטיים ורופאי שיניים, הוצאות על תרופות ומכשירים רפואיים, מחקר ומינהל ממשלתי בתחום הבריאות והשקעה במבנים וציוד במוסדות הבריאות.<sup>22</sup>

**ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל, במחירים קבועים,<sup>23</sup> עלתה בשנת 2013 ב-1.2% לעומת שנת 2012, ועמדה על כ-79.3 מיליארד ש"ח, שהם 7.6% מהתוצר המקומי הגולמי (להלן: התמ"ג).** מהשוואה שערך ארגון ה-OECD בשנת 2012 בנושא זה בקרב 30 מדינות החברות בארגון עולה כי ב-2012 מדינות שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות מהתמ"ג גבוה משיעורו בישראל. בראש הדירוג נמצאות ארה"ב (16.2%) והולנד (11.8%), ואילו אחרי ישראל מדורגות רק צ'ילה (7.05%), לוקסמבורג (6.8%), פולין (6.3%), מקסיקו (6.04%) ואסטוניה (5.8%).<sup>24</sup>

**ההוצאה הלאומית על בריאות לנפש במונחי כוח קנייה בישראל בשנת 2012 הייתה 2,334 דולר. בדירוג זה ניצבת ישראל רק במקום ה-26 בין 34 המדינות המדורגות.<sup>25</sup> ההוצאה הלאומית הגבוהה ביותר לנפש, במונחי קנייה, הייתה בארה"ב (8,233 דולר). בקוריאה (2,035 דולר), בציכיה (1,884 דולר), בהונגריה (1,600 דולר), בפולין (1,389 דולר), באסטוניה (1,294 דולר), בצ'ילה (1,202 דולר), במקסיקו (916 דולר) ובטורקיה (913 דולר) הייתה ההוצאה נמוכה מזו שבשראל.<sup>26</sup>**

בסקירת ארגון ה-OECD את איכות שירותי הבריאות בישראל בשנת 2012 ([OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012](#)) זכתה ישראל לציון לשבח מן הארגון על יכולתה לשמור באופן עקבי על עלייה נמוכה יותר, בהשוואה ליתר מדינות ה-OECD, של ההוצאה הלאומית על בריאות בעשור האחרון. לדברי הארגון, הישג זה מתרחש בתקופה שבה מערכות בריאות במדינות שונות מתמודדות עם דרישה הולכת וגוברת לספק שירותי בריאות נרחבים יותר ומתקדמים יותר. כך, בעוד בשנים 2002–2009 ההוצאה על בריאות לנפש במדינות ה-OECD צמחה ב-4% בשנה בממוצע, הוצאתה של ישראל על בריאות לנפש צמחה ב-1.5% בשנה בממוצע בלבד. לדברי הארגון, הסיבה לכך היא בעיקר ריסון תקציבי

<sup>22</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לוח מס' 1: הוצאה לאומית על בריאות \(אחוזים\)](#), בתוך הודעה לעיתונות, [בשנת 2013: ההוצאה הלאומית לבריאות 7.6% מהתמ"ג](#), 20 באוגוסט 2014.

<sup>23</sup> ההוצאה הלאומית על בריאות לנפש במחירים קבועים מאפשרת לבחון את קצב הגידול בהוצאה הלאומית על בריאות שאינו נובע מגידול האוכלוסייה, משינויי מחירים ומשינוי בתוצר הלאומי הגולמי.

<sup>24</sup> OECD Health Statistics, [Health expenditure indicators 2012](#), retrieved on March 16<sup>th</sup>, 2015

<sup>25</sup> דירוג המדינות על-פי שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות לנפש במונחי כוח קנייה, מהמקום הגבוה למקום הנמוך: ארה"ב, נורבגיה, שווייץ, הולנד, לוקסמבורג, דנמרק, קנדה, אוסטרליה, גרמניה, צרפת, בלגיה, שבדיה, אירלנד, אוסטרליה, אנגליה, איסלנד, פינלנד, ספרד, יפן, ניו-זילנד, איטליה, יוון, פורטוגל, סלובניה, סלובקיה, ישראל, קוראה, צ'כיה, הונגריה, פולין, אסטוניה, צ'ילה, מקסיקו, טורקיה. שם.

<sup>26</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לוח מס' 1: הוצאה לאומית על בריאות \(אחוזים\)](#), בתוך הודעה לעיתונות, ["בשנת 2013: ההוצאה הלאומית לבריאות – 7.6% מהתמ"ג"](#), 20 באוגוסט 2014.



קשוח שהנהיגה הממשלה, ובמידה פחותה – צורכי בריאות נמוכים יותר, משום שהאוכלוסייה בישראל צעירה באופן יחסי.<sup>27</sup>

ההוצאה הלאומית על בריאות נחלקת לשניים: הוצאה ממשלתית והוצאה פרטית. מבחינת ההוצאה הלאומית על בריאות לפי מקור מימון עולה מנתוני הלמ"ס לשנת 2014, כי בשנת 2013 עמד כלל המימון הפרטי, הכולל תשלומים ישירים של משקי-הבית על תרופות ושירותים רפואיים והוצאות על ביטוחים פרטיים של משקי-בית, הוצאות של מלכ"רים פרטיים, של בתי-חולים כלליים ששייכים להם ותרומות מגורמים פרטיים שונים, על 40% מכלל ההוצאה הלאומית על בריאות – זאת, לעומת 38% בשנת 2012. המימון הציבורי, הכולל מימון מתקציב המדינה,<sup>28</sup> מסים מיועדים כגון מס בריאות ותרומות מחו"ל, עמד על 60%.<sup>29</sup>

**שיעור ההוצאה הפרטית בישראל על בריאות גבוה בהשוואה לשיעור זה במדינות החברות בארגון ה-OECD.** נתוני הארגון העדכניים ביותר לשם השוואה בין נתוני המדינות החברות בארגון בכל הנוגע להוצאה הפרטית על בריאות כאחוז מהתמ"ג מוגדרים על-ידי ה-OECD כנתונים "לשנת 2011 או השנה המעודכנת האחרונה", אולם לא צוין מהי השנה הרלוונטית לגבי כל מדינה. אם אכן נתוני המדינות בפרסום הם משנים שונות, יש בכך להשפיע, בין היתר, על היכולת ללמוד על מקומה של ישראל בין מדינות הארגון. מנתוני הארגון האמורים עולה כי **שיעור ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל היה 3% מהתמ"ג, וישראל ממוקמת במקום השביעי בין 33 מדינות החברות ב-OECD המדורגות בשנה זו. שמונה המדינות שבהן ההוצאה הפרטית על בריאות גבוהה מההוצאה בישראל כאחוז מהתמ"ג הן: יוון (3.2%), מקסיקו, קוריאה וקנדה (3.3% כל אחת), פורטוגל (3.6%), שווייץ (3.9%), צ'ילה (4%) וארצות-הברית (9.2%).**<sup>30</sup> ממוצע ההוצאה הפרטית על בריאות כאחוז מהתמ"ג בכל מדינות ה-OECD עמד על 2.6%.<sup>31</sup> נציין כי אחת ההשלכות של הוצאה פרטית גבוהה על בריאות היא גידול ברמת האי-שוויון באוכלוסייה בזמינות ובאיכות שירותי הבריאות.<sup>32</sup>

<sup>27</sup> OECD (2012), [OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards](#), OECD Publishing. מימון מתקציב המדינה כולל העברות לקופות-החולים ולמוסדות אחרים ללא כוונת רווח, אספקת שירותי בריאות באמצעות מוסדות בריאות ממשלתיים ומימון השקעות בבנייה ורכישת ציוד בבתי-חולים ממשלתיים. שם.

<sup>29</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לוח מס' 1: הוצאה לאומית על בריאות \(אחוזים\)](#), בתוך הודעה לעיתונות, [בשנת 2013: ההוצאה הלאומית לבריאות – 7.6% מהתמ"ג](#), 20 באוגוסט 2014.

<sup>30</sup> [OECD Factbook 2014: Economic Environmental and Social Statistics, Public and private expenditure on health](#), retrieved on May 5<sup>th</sup>, 2015.

דירוג המדינות על-פי שיעור ההוצאה הפרטית על בריאות כאחוז מהתמ"ג, מהמקום הגבוה למקום הנמוך: ארה"ב, צ'ילה, שווייץ, פורטוגל, קנדה, קוריאה, מקסיקו, יוון, ישראל, אוסטרליה, אירלנד, הונגריה, צרפת, גרמניה, אוסטרליה, בלגיה, ספרד, סלובקיה, סלובניה, פינלנד, איטליה, פולין, איסלנד, ניו-זילנד, יפן, שבדיה, דנמרק, טורקיה, בריטניה, נורבגיה, צ'כיה, אסטוניה, לוקסמבורג. שם.

<sup>31</sup> שם.

<sup>32</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2011-2012](#), כתב: אילן ביטון, 9 בנובמבר 2010.



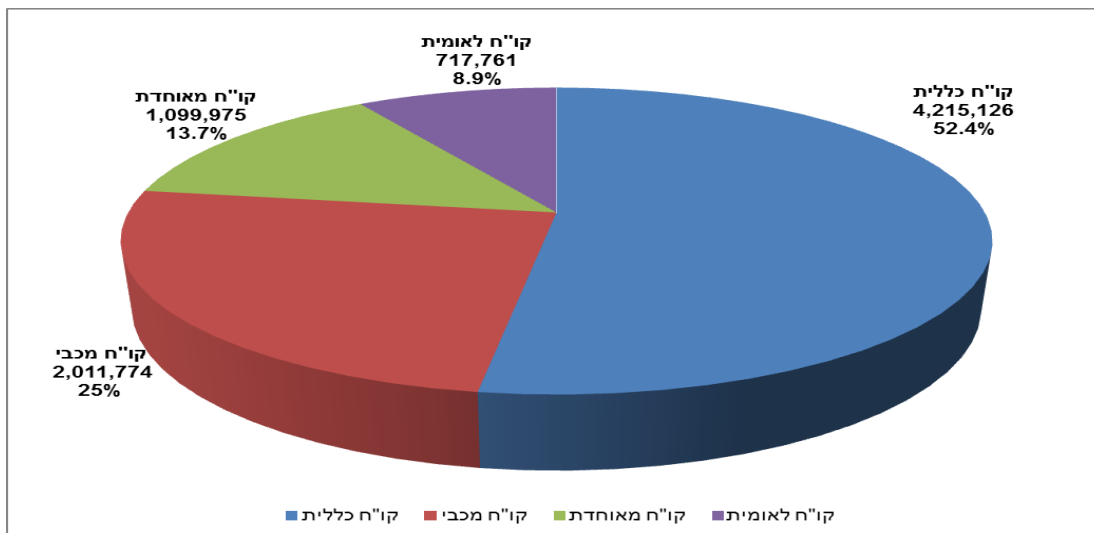
#### 4. קופות-החולים

כיום פועלות בישראל ארבע קופות-חולים (המופיעות בתוספת השביעית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994): שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים לאומית וקופת-חולים מאוחדת.

#### 4.1 המבוטחים בקופות-החולים<sup>33</sup>

על-פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, בסוף שנת 2013 עמד מספר תושבי ישראל המבוטחים<sup>34</sup> בקופות-החולים על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, על כ-8.04 מיליון נפש; רוב התושבים (כ-52.4% מהם) היו מבוטחים בקופת-חולים כללית, והיתר – בשלוש קופות-החולים האחרות, כפי שמוצג בתרשים שלהלן:

**תרשים מס' 1: התפלגות מבוטחים לפי קופות-החולים בשנת 2013<sup>35</sup>**



חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר לכל מבוטח לבטל את חברות בקופת-החולים שבה הוא רשום ולהירשם כחבר בקופת-חולים אחרת לפי בחירתו. עד שנת 2009 נקבעו ארבעה מועדים אפשריים בכל שנה למעבר מקופת-חולים אחת לאחרת. ביולי 2009 תוקן סעיף 5 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ונקבעו שישה מועדים אפשריים בכל שנה למעבר בין קופות-החולים (1 בינואר, 1 במרס, 1 במאי, 1 ביולי, 1 בספטמבר, 1 בנובמבר). כמו כן, נקבע כי תושב ישראל רשאי לבטל את חברותו בקופת-חולים פעמיים במהלך 12 חודשים מיום שנרשם בקופה הקודמת. תיקון זה מיושם מ-1 בינואר 2010.<sup>36</sup>

<sup>33</sup> המקור לנתונים המובאים בפרק זה הוא: המוסד לביטוח לאומי, [חברות בקופות חולים 2013](#), יולי 2014.

<sup>34</sup> מבוטח הוא כל מי שמוגדר "תושב" לעניין חוק הביטוח הלאומי, [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, והוא זכאי לשירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם באחת מארבע קופות-החולים ולרשום בה את ילדיו הקטינים ובלבד שלא יירשמו ביותר מקופת-חולים אחת. שם.

<sup>35</sup> המוסד לביטוח לאומי, [חברות בקופות-חולים 2013](#), יולי 2014.

<sup>36</sup> שם.



שיעור המעברים השנתי בין קופות-החולים נמוך, ובשנת 2013 עברו כ-122,300 מבוטחים מקופה אחת לאחרת, שהם כ-1.52% מכלל המבוטחים שהיו רשומים בסוף שנת 2013, זאת לעומת כ-1.3% בשנה הקודמת.<sup>37</sup> מנתוני המוסד לביטוח לאומי על מעברי מבוטחים בין קופות-החולים עולה כי שיעור המעבר אינו אחיד בכל קבוצות הגיל. שיעור העוברים בין הקופות בגילאי 25–35 בשנת 2013 היה כ-2.2% מהמבוטחים בקבוצת גיל זו, אך שיעור זה הלך וקטן עם העלייה בגיל, ושיעור העוברים בקרב המבוטחים בני 65–75 היה כ-0.4%. מכאן כי זכות המעבר מיושמת יותר בידי האוכלוסייה הצעירה ופחות בידי האוכלוסייה המבוגרת.<sup>38</sup>

#### 4.2. מקורות המימון של סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים

כאמור, סל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994, מורכב משני סלי שירותים, שכל אחד מהם באחריות מוסדית אחרת. סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים מפורט בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בתקנותיו ובצו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות). בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים נכללים שירותים בתחומים העיקריים האלה: אבחון, התייעצות וטיפול רפואי; תרופות; שירותי רפואה בעבודה; אשפוז; אביזרים וציוד רפואי ושיקום.<sup>39</sup>

סעיף 13 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע את שלושת מקורות המימון של סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים, והם:

- **דמי ביטוח בריאות**, הנגבים בידי המוסד לביטוח לאומי (52.4% מעלות הסל בשנת 2014);
  - **סכום נורמטיבי** של השתתפות עצמית של המבוטחים עבור שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות (משנת 2008 מקור זה הוא 6.45% מעלות הסל);
  - **סכום מתקציב המדינה**, המשלים את הפער בין עלות סל שירותי הבריאות ובין שני מקורות המימון לעיל (41.1% מעלות הסל בשנת 2014).<sup>40</sup>
- בשנת 2014 הייתה עלות סל שירותי הבריאות לקופות-החולים כ-38.5 מיליארד ש"ח.<sup>41</sup> נציין כי מנתוני משרד הבריאות שהוצגו בכנס השנתי ה-11 למדיניות הבריאות של המכון הלאומי לחקר שירותי

<sup>37</sup> שם; המוסד לביטוח לאומי, [חברות בקופות-חולים 2012](#), יוני 2013.

<sup>38</sup> שם.

<sup>39</sup> משרד הבריאות,

<http://www.health.gov.il/Subjects/UninsuredRights/HealthInsuranceLawRights/GviaKupot/Pages/default.aspx> תאריך כניסה: 5 במרס 2015.

<sup>40</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [עדכון עלות סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים](#), כתבה: שלי לוי, טרם פורסם; רני פלוטניק, כלכלן בכיר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, מכתב, 12 במאי 2015.

<sup>41</sup> ניר קידר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, שיחת טלפון, 7 במאי, 2015.



הבריאות ומדיניות הבריאות ומשרד הבריאות במאי 2015, עולה כי על-פי הצפי, עלות סל שירותי הבריאות לקופות-החולים בשנת 2015 תהיה גבוהה מ-40 מיליארד ש"ח.<sup>42</sup>

עם יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 קבעו שר הבריאות ושר האוצר, על-פי סמכותם לפי סעיף 9(א) לחוק האמור ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, את עלות סל שירותי הבריאות לקופות-החולים. סל השירותים הוגדר הסל שסופק בידי קופת-חולים כללית ערב חקיקת החוק ונקבע שעלותו היא 12.2 מיליארד ש"ח.<sup>43</sup> עלות הסל מתעדכנת מדי שנה בשנה.

**ההתייחסות היחידה בחוק למדד המשמש לעדכון שנתי של עלות הסל היא בסעיף 9(ב)(1) לחוק, הקובע כי עלות הסל תתעדכן בכל שנה על-פי מדד יוקר הבריאות, כפי שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מרכיבי המדד מפורטים בתוספת החמישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. במדד יוקר הבריאות נכללים מרכיבים הנתפסים כמרכיבים המשפיעים על עלות התשומות לקופות-החולים, ומטרתו המוצהרת היא לאפשר לקופות-החולים לשמור על רמת השירות שהן מספקות למבוטחייהן. על-פי החוק האמור, שר הבריאות ושר האוצר רשאים, על-פי המלצת מועצת הבריאות ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, לשנות בצו את הרכב מדד יוקר הבריאות.<sup>44</sup>**

אשר לעדכון עלות הסל בגין גידול דמוגרפי של האוכלוסייה, בסעיף 9(ב)(3) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי שר הבריאות ושר האוצר רשאים, כאמור, לשנות בצו את הרכב מדד יוקר הבריאות או "לעדכן את עלות הסל לקופות בשל השינויים הדמוגרפיים שחלו באוכלוסייה". **הסעיף אינו קובע מהו שיעור העדכון שעל-פיו יעודכן הסל ולא את תדירות העדכון** אלא רק כי השרים רשאים לעדכן "בשל השינויים הדמוגרפיים שחלו באוכלוסייה".<sup>45</sup>

נציין כי בדוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, שפורסם, כאמור, בשנת 2014, נכללה המלצה לעגן בהחלטת ממשלה את ההחלטה שהעדכון הדמוגרפי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי יעודכן ויבטא את הגידול באוכלוסייה באופן מלא.<sup>46</sup>

נוסף על כך, **אין בחוק כל התייחסות לעדכון טכנולוגי של סל שירותי הבריאות**, כלומר לא מובא בו מנגנון להגדלת עלות הסל לשם הוספת תרופות וטכנולוגיות רפואיות חדשות.<sup>47</sup> עם זאת, בעקבות מחאה ציבורית, משנת 1998 ואילך נקבעת תוספת לסל שירותי הבריאות, על בסיס עלות הסל, שמטרתה לשמור על רמת שירותים הולמת התואמת את ההתפתחות הטכנולוגית והטיפולית בתחום הרפואה. התקציב השנתי לשם כך נקבע בדיוני התקציב בין משרד הבריאות למשרד האוצר בהתאם לסדר העדיפויות התקציבי של הממשלה.<sup>48</sup>

---

<sup>42</sup> המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, משרד הבריאות, ספר תקצירים של הכנס השנתי ה-11 למדיניות הבריאות – 20 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התפתחות עלות הסל מ-1995 ועד 2015, כתב: רני פלוטניק, כלכלן בכיר, כלכלת בריאות, משרד הבריאות, 13 במאי 2015.

<sup>43</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, עדכון עלות סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים, כתבה: שלי לוי, טרם פורסם

<sup>44</sup> ש.ם.

<sup>45</sup> ש.ם.

<sup>46</sup> משרד הבריאות, דוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות השרה יעל גרמן, 25 ביוני 2014.

<sup>47</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, עדכון עלות סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים, כתבה: שלי לוי, טרם פורסם.

<sup>48</sup> ש.ם.



בדצמבר 2014 אישרה הממשלה את הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2015 בכ-324 מיליון ש"ח, ומהם 300 מיליון ש"ח מתקציב שנת 2015 ו-24 מיליון ש"ח מתקציב שנת 2016. בעקבות זאת נוספו לסל 73 תרופות וטכנולוגיות חדשות.<sup>49</sup>

יש לשים לב לכך שבעוד העדכון בגין שינוי בממדד יוקר הבריאות והעדכון בגין גידול דמוגרפי מיועדים לשמור על רמת השירות שקופות-החולים נדרשות לספק למבוטחיהן על-פי החוק, מקדם העדכון הטכנולוגי נועד להרחיב את סל שירותי הבריאות ולשפר את מגוון הטכנולוגיות המצויות בו בהתאם להתפתחויות הטכנולוגיות במערכת הבריאות. כל תקציב המתווסף על עלות סל שירותי הבריאות בעקבות כל אחד ממקדמים אלה, מתווסף לבסיס עלות הסל.<sup>50</sup>

כבר עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 הועלו דרישות ואף נעשו ניסיונות לשינוי מנגנון עדכון עלות הסל, על-ידי ועדות שונות שהוקמו בנושא או באמצעות פניית קופות-החולים לערכאות משפטיות. ניסיונות אלה נמשכים עד היום. אחד הטיעונים המרכזיים הוא שמדד יוקר הבריאות אינו ממלא את ייעודו, קרי הוא אינו משקף בצורה הולמת את ההתייקרויות הריאליות בשוק הבריאות. הסיבה המרכזית לכך היא שההוצאה הגדולה ביותר של קופות-החולים, ההוצאה בגין שירותי האשפוז, המהווים כ-41% מסך הוצאותיהן של קופות-החולים,<sup>51</sup> אינה באה לידי ביטוי בממדד זה, כיוון שאין בממדד התייחסות לשינויים במחירי יום אשפוז.<sup>52</sup>

ב-21 ביוני 2012 קבע בג"ץ, בעתירה שהגישו ארבע קופות-החולים נגד משרדי הבריאות והאוצר בדרישה לשנות את הרכב מדד יוקר הבריאות, כי על הגורמים האמורים לפעול לגיבוש הסכמה אשר למתווה הפעולה הנכון וליישומו – על-ידי שינוי מדד יוקר הבריאות, על-ידי שינוי מחיר יום האשפוז או בכל דרך אחרת. עוד קבע בג"ץ כי נוכח הזמן הרב שחלף מיום הגשת העתירות, המשיבים יקיימו את צו בית-המשפט תוך שישה חודשים מיום מתן פסק-הדין,<sup>53</sup> כלומר עד סוף שנת 2012. במאי 2014 אושר בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת השינוי בממדד יוקר הבריאות. בעקבות שינוי זה עודכנה עלות הסל לקופות-החולים רטרואקטיבית, משנת 2012, ונקבע כי בכל עניין שאיננו התחשבנות של המדינה עם קופות-החולים לעניין סכום עלות הסל לקופות, התיקון יחול מ-1 באפריל 2014.<sup>54</sup> להלן רכיבי מדד יוקר הבריאות לפני התיקון ואחריו:<sup>55</sup>

<sup>49</sup> משרד הבריאות, הודעות הדוברות: [המלצות הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2015](#), תאריך עדכון: 30 בדצמבר 2014, תאריך כניסה: 15 במרס 2015.

<sup>50</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [עדכון עלות סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים](#), כתבה: שלי לוי, טרם פורסם.

<sup>51</sup> משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות, [חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013](#), ערכו: דניאלה אריאלי, טוביה חורב וניר קידר, אוקטובר 2014.

<sup>52</sup> שם.

<sup>53</sup> בג"ץ 8730/03, שירותי בריאות כללית נגד שר האוצר, שר הבריאות ויו"ר מועצת הבריאות, מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים מאוחדת, קופת-חולים לאומית. בג"ץ 10778/03, מכבי שירותי בריאות נגד שר האוצר, שר הבריאות ויו"ר מועצת הבריאות, שירותי בריאות כללית, קופת-חולים לאומית, קופת-חולים מאוחדת, פסק-דין, 21 ביוני 2012.

<sup>54</sup> חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994; [פרוטוקול מס' 235](#) משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 28 במאי 2014.

<sup>55</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות](#), כתבה: פלורה קוד דבידוביץ', 6 ביולי 2014.





**טבלה מס' 1: רכיבי מדד יוקר הבריאות לפני השינוי ואחריו<sup>56</sup>**

נוסחת מדד יוקר הבריאות כיום	נוסחת מדד יוקר הבריאות לפני התיקון	מדד הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
40.3%	35.96%	שכר ממוצע למשרת שכיר במגזר הבריאות
18.2%	22.04%	שכר ממוצע למשרת שכיר במגזר הציבורי
6.5%	-	שכר ממוצע למשרת שכיר במשרדי הממשלה (ממשלה מרכזית)
32%	40%	מדד המחירים לצרכן
3%	2%	מדד מחירי תשומות הבנייה
100%	100%	סה"כ

מנתוני משרד הבריאות עולה שבשנת 2013 עמד הגירעון של ארבע קופות-החולים, ללא הכנסות מתמיכות ומרווחים או הפסדים חד-פעמיים, על כ-2.6 מיליארד ש"ח, כפי שמוצג בטבלה שלהלן:

**טבלה מס' 2: גירעון ארבע קופות-החולים (ללא הכנסות מתמיכות ומרווחים או הפסדים חד-פעמיים)**

**והכנסות קופות החולים מתמיכות (במיליוני ש"ח), 2013<sup>57</sup>**

קופת-חולים	גירעון קופות-החולים ללא הכנסות מתמיכות, רווחים או הפסדים חד-פעמיים	הכנסות קופות החולים מתמיכות	הגירעון לאחר קיזוז התמיכות
שירותי בריאות כללית (כולל גירעון בתי-החולים)	1,915	1,042	-873
מכבי שירותי בריאות	243	474	+231
קופת-חולים לאומית	239	276	+37
קופת-חולים מאוחדת	235	435	+200
סה"כ	2,632	2,227	-405

מן הטבלה עולה כי בין ארבע קופות-החולים, הגירעון הגדול ביותר בשנת 2013 היה בשירותי בריאות כללית (1.91 מיליארד ש"ח) ואילו הגירעון הקטן ביותר היה בקופת-חולים מאוחדת (235 מיליון ש"ח). עוד עולה מהטבלה לעיל כי ההכנסות הגבוהות ביותר מתמיכות היו של שירותי בריאות כללית (כ-1.04 מיליארד ש"ח) ואילו ההכנסות הנמוכות ביותר היו של קופת-חולים לאומית (276 מיליון ש"ח).

לאחר קיזוז סכומי התמיכות של כל קופת-חולים מסכומי הגירעון שלה עולה כי שירותי בריאות כללית נותרה בגירעון של 873 מיליון ש"ח ואילו יתר הקופות נמצאות בעודף. גירעון של כל ארבע קופות-החולים יחד, לאחר קיזוז התמיכות, מסתכם ב-405 מיליון ש"ח.

<sup>56</sup> רני פלוטניק, כלכלן בכיר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, מכתב, 3 ביולי 2014.

<sup>57</sup> משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, [דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2013](#), ספטמבר 2014.



גירעון שירותי בריאות כללית בשנת 2013 הוא הגירעון הגבוה ביותר שנרשם בשנים 1999-2013 (כאמור, 873 מיליון ש"ח לאחר קיזוז התמיכות). בשנת 2012 היה הגירעון, לאחר קיזוז התמיכות, רק כמחצית מהגירעון בשנת 2013 (427 מיליון ש"ח), ובמשרד הבריאות ציינו, כי "בשירותי בריאות כללית נרשמה בשנה האחרונה הרעה משמעותית בהוצאות הפעילות בעיקר עקב מימוש הסכמי שכר והגידול בגרעון מגזר בתי-החולים". העודף שנרשם ביתר קופות-החולים בשנת 2013 מיוחס על-ידי משרד הבריאות לרישום הכנסות מתמיכות בגין שנים קודמות.<sup>58</sup>

בדוח 65 לשנת 2014 ציין מבקר המדינה כי הנתונים על גירעון קופות-החולים מצביעים על התנהלותן בנסיבות קבועות של מצוקה תקציבית. עוד ציין המבקר כי על משרד הבריאות ומשרד האוצר, בשיתוף קופות-החולים, לקדם בהקדם עבודת מטה שתבחן את המתווה להיחלצות קופות-החולים מהמשבר הפיננסי שבו הן נמצאות, תוך מעקב אחר יישומו. בדרך זו יהיה אפשר, לדברי המבקר, לבלום את המשך ההידרדרות במצבן של קופות-החולים וכך למנוע פגיעה בשירות לאזרח וברפואה הציבורית ולהצמיח התנהלות יעילה בקופות, תוך שמירה על זכויות המבוטחים וחיזוק אמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית.<sup>59</sup>

### 4.3. נוסחת הקפיטציה להקצאת מקורות התקציב בין קופות-החולים

סעיף 17 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, מתווה את העקרונות לחלוקת הכספים שהמדינה מקצה לשם מימון סל שירותי הבריאות בין ארבע קופות-החולים. על-פי סעיף 17 לחוק, הכספים שמקורם בדמי ביטוח הבריאות הנגבים בידי המוסד לביטוח לאומי והסכומים שבתקציב המדינה יוקצו בין הקופות "...בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל בכל אחת מקופות-החולים לבין סך מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופות-החולים. לעניין זה, 'מספר המבוטחים המשוקלל' – מספר המבוטחים כשכל אחד מהם ניתן משקל לפי גילו, ריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה ולפי אמות מידה נוספות, הכל כפי שיקבע שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, לאחר ששר העבודה והרווחה אישר כי ביד המוסד [לביטוח לאומי] הכלים לחישוב מספר המבוטחים המשוקלל, ובאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת".

קרי, על-פי החוק, לשם הקצאת כספים בין קופות-החולים יש לקבוע לכל מבוטח משקל שונה בהתאם לגילו, לריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה ולאמות מידה נוספות, שייקבעו בידי הגורמים שצוינו לעיל. על-פי המשקל היחסי שנקבע לכל מבוטח יחושב מספר הנפשות המתוקננות. שיעור הנפשות המתוקננות בכל קופה מתוך כלל הנפשות המתוקננות הוא הקובע את חלקה של הקופה בעוגה התקציבית שהמדינה מעמידה לשם מימון עלות סל שירותי הבריאות.<sup>60</sup>

הנוסחה לחישוב מספר הנפשות המתוקננות עוגנה בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות-החולים), התשנ"ה-1995. עד 31 באוקטובר 2010 נקבע כי בחישוב מספר המבוטחים המשוקלל בכל אחת מהקופות יינתן משקל למבוטחים לפי משתנה אחד בלבד, והוא גיל כל מבוטח. עם זאת, שימוש

<sup>58</sup> ש.ם.

<sup>59</sup> משרד מבקר המדינה, דוח 65 לשנת 2014, מאי 2015.

<sup>60</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [המשתנה הגיאוגרפי בנוסחת הקפיטציה שתוקנה ב-2010 והשפעתו על התקצוב בגין מבוטחים תושבי הנגב](#), כתבה: שלי לוי, 19 בדצמבר 2011.



במשתנה זה בלבד אינו מאפשר חיזוי מלא של הוצאות הבריאות על המבוטח, שכן מצב בריאותו מושפע ממשתנים רבים אחרים.<sup>61</sup>

בשנת 2010 המליץ הצוות הבין-משרדי לעדכון נוסחת חלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין קופות-החולים, המשותף למשרד הבריאות ולמשרד האוצר, להוסיף על משתנה הגיל הקיים בנוסחת הקפיטציה גם את המשתנה הגיאוגרפי הקבוע בחוק. נוסף על כך, הוועדה המליצה על הכללת משתנה המגדר בנוסחה.<sup>62</sup>

על-פי המלצות הצוות הבין-משרדי אישרה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, ב-13 באוקטובר 2010, תיקון לתקנות שהגיש משרד הבריאות לוועדה, ולפיו בחישוב נוסחת הקפיטציה יינתן משקל לכל אחד ממבוטחי הקופות לא רק לפי גילו אלא גם לפי מינו ולפי ריחוק מקום מגוריו ממרכז אוכלוסייה. תיקון זה נכנס לתוקפו ב-1 בנובמבר 2010.<sup>63</sup>

ב-29 באוגוסט 2013 מינו שר האוצר ושר הבריאות צוות שתפקידו לבחון ולגבש המלצות בנושא נוסחת הקפיטציה. הצוות התבקש להגיש את המלצותיו עד 1 ביוני 2014. צוות זה הוקם בעקבות עמדת הצוות לבחינת נוסחת הקפיטציה שהוקם בשנת 2008, שהמליץ כי "אחת לארבע שנים תיערך בחינה מחודשת של הפרמטרים המתאימים לנוסחת ההקצאה ושל העלויות הנוגעות לקבוצות השונות בנוסחה שתיקבע, באופן שיתאים את נוסחת ההקצאה לצרכים היחסיים העדכניים".<sup>64</sup> במענה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת למשרד הבריאות בחודש מרס 2015 בשאלה אם המלצות הצוות אכן הוגשו ביוני 2014, השיב המשרד כי הצוות טרם סיים את עבודתו, וכי בחלק מהתחומים מתקיים במשרד הליך שימוע של טיטוט ההחלטות.<sup>65</sup>

המוסד לביטוח לאומי מפרסם נתונים על מספר המבוטחים בכל אחת מקופות-החולים ועל מספר הנפשות המתוקננות על-פי נוסחת הקפיטציה. להלן יובאו נתונים על שיעורן הממוצע של הנפשות המתוקננות בכל אחת מארבע קופות-החולים בשנת 2013, כלומר על התפלגות מקורות המימון בין הקופות על-פי נוסחת הקפיטציה:<sup>66</sup>

**טבלה מס' 3: שיעורן הממוצע של הנפשות המתוקננות בכל אחת מארבע קופות-החולים, 2013**<sup>67</sup>

קופת-חולים	נפשות מתוקננות (באחוזים)
שירותי בריאות כללית	56.1%
מכבי שירותי בריאות	23.7%
קופת-חולים לאומית	8.5%
קופת-חולים מאוחדת	11.8%
סה"כ	100%

<sup>61</sup> ש.ם.

<sup>62</sup> ש.ם.

<sup>63</sup> ש.ם.

<sup>64</sup> מינוי צוות לבחינת החלוקה של מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 29 באוגוסט 2013.

<sup>65</sup> ניר קידר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2015.

<sup>66</sup> משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2013, ספטמבר 2014.

<sup>67</sup> ש.ם.



יש לציין כי התקציב המועבר לקופות-החולים על-פי נוסחת הקפיטציה אינו כולל תקציב הניתן לקופות בגין מחלות קשות, המועבר אף הוא במסגרת מימון של שירותי הבריאות. **בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (ניכוי עלות מחלות קשות), התשנ"ה-1995**, הוגדרו חמש מחלות קשות: איידס, אי-ספיקת כליות, גושה, המופיליה וטלסמיה. כספים אלו מחולקים בין הקופות לפי מספר המבוטחים החולים במחלות אלו, על-פי תעריף שנקבע לכל מחלה.<sup>68</sup> **בשנת 2013 חולקו בין הקופות כ-1.9 מיליארד ש"ח, שהם 5.2% מעלות סל שירותי בריאות בשנת 2013** (כ-36.5 מיליארד ש"ח).<sup>69</sup>

#### 4.4. הוספת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות<sup>70</sup>

תהליך מסודר ושיטתי לגיבוש ההחלטה אילו טכנולוגיות חדשות יוכנסו לסל השירותים הבסיסי שבאחריות קופות-החולים הוחל לראשונה עם הקמת המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות במשרד הבריאות בשנת 1998 ומינויו לגוף האחראי לניהול הסל ולעדכונו. בשנה זו מינה שר הבריאות גם את הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות, שתפקידה לתעדף טכנולוגיות ולהמליץ לממשלה על טכנולוגיות שתתווספנה לסל לאחר קבלת תקציב ייעודי לכך. מאז מתכנסת ועדה זו בכל שנה.<sup>71</sup>

לוועדה זו מוגשות מדי שנה בשנה מאות בקשות להכללה של טכנולוגיות חדשות. לדוגמה, בשנת 2013 הוגשו לוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2014 כ-650 בקשות שונות לתרופות ולטכנולוגיות, בעלות של כ-2 מיליארד ש"ח, ואילו התקציב שעמד לרשות הוועדה לעדכון סל שירותי הבריאות עמד על 300 מיליון ש"ח בלבד. הוועדה המליצה על כלילת 83 תרופות וטכנולוגיות חדשות בשנת 2014.<sup>72</sup>

ההחלטה אילו תרופות וטכנולוגיות חדשות יתווספו לסל התרופות מחייבת הכרעה בסוגיות ערכיות, תרבותיות, חברתיות ומוסריות כבדות משקל, כגון אם להעדיף תועלת רפואית גדולה למעטים או תועלת רפואית קטנה יותר לאוכלוסייה רחבה; אם להעדיף תועלת רפואית גדולה אך לא ודאית על תועלת רפואית קטנה יותר אך מוכחת; אם להעדיף את הטיפול במחלות מסוימות על הטיפול במחלות אחרות, וסוגיות נוספות.<sup>73</sup> ההכרעות בסוגיות האמורות, שיש להן השפעה ישירה על איכות חייהם ואף על תוחלת חייהם של מטופלים, מחייבות תהליך קבלת החלטות שבו אפשר לשקול את כל ההיבטים של העניין, ללא הגבלת הדיון לתחום מקצועי זה או אחר. נוסף על כך, יש להחלטות בדבר הוספת תרופות לסל משמעות כלכלית נרחבת. הוספת תרופה מסוימת לסל מבטיחה את רכישתה בהיקף ניכר, ובדרך כלל גם את המשך שיווקה בארץ באופן מסחרי. לעומת זאת, אי-הכללת תרופה מסוימת בסל, בייחוד אם תרופות חלופיות נכללות בסל, עשויה לעשות את שיווקה בארץ לבלתי כדאי ולגרום להפסקתו. מכאן שבתהליך הוספת התרופות לסל מעורבים אינטרסים כלכליים רבי-עוצמה והגוף המכריע נדרש להתמודד גם אתם.<sup>74</sup>

<sup>68</sup> ש.ם.

<sup>69</sup> ש.ם.

<sup>70</sup> פרק זה מבוסס על מסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 6 ביולי 2014.

<sup>71</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, [מערכת הבריאות בישראל](#), הוצאת עם עובד, 2010.

<sup>72</sup> משרד הבריאות, הודעות הדוברות, ["הממשלה אישרה היום את המלצות ועדת סל שירותי הבריאות 2014"](#), תאריך כניסה: 18 ביוני 2014.

<sup>73</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, [מערכת הבריאות בישראל](#), הוצאת עם עובד, 2010.

<sup>74</sup> ש.ם.



תהליך העבודה של הרחבת הסל נמשך שנה שלמה ויש בו כמה שלבים: בשלב הראשון משרד הבריאות שולח בכל שנה "קול קורא" להגשת בקשות להכללת טכנולוגיות ותרופות חדשות בסל שירותי הבריאות; הפנייה היא למנהלי בתי-החולים, לקופות-החולים, להסתדרות הרפואית בישראל, ליחידות משרד הבריאות, ליושבי-ראש "המועצות הלאומיות" (מועצות מקצועיות של מומחים רפואיים המייעצות למשרד הבריאות בתחומים רפואיים שונים) ולגורמים נוספים. נוסף על כך, יכולים להגיש בקשות להכללת טכנולוגיות ותרופות חדשות חולים ועמותות חולים, חברות מסחריות וכל גורם מעוניין נוסף, ציבורי או פרטי. על-פי האמור באתר האינטרנט של משרד הבריאות, בשנים האחרונות מוגשות בכל שנה מאות בקשות להכללת טכנולוגיות רפואיות חדשות: תרופות, אביזרים ומכשור רפואי, פרוצדורות ועוד.

בשלב הבא, לאחר ריכוז הפניות, מתחיל איסוף של נתונים והערכה מקצועית. את התהליך מקיים המינהל לטכנולוגיות ותשתיות במשרד הבריאות, בסיוע גורמים מקצועיים נוספים במשרד הבריאות ומחוצה לו. העבודה המקצועית בשלב זה כוללת הערכה רפואית המתבססת על פרמטרים של בטיחות ויעילות, הערכה אפידמיולוגית של היקפי החולים והערכת צרכים, סקירת הניסיון הקיים בשימוש בטכנולוגיה בהסתמכות על גישה הנקראת "רפואה מבוססת ראיות" (Evidence Based Medicine), הערכה כלכלית של הוספת הטכנולוגיה לסל והתייחסות להיבטים נוספים – היבטים חברתיים, משפטיים ועוד. נוסף על כך, נאספות חוות דעת על הטכנולוגיות המועמדות להיכלל בסל ממומחים בכירים בתחומי הרפואה השונים, בהתאם למאפייני הטכנולוגיה.

בסיום התהליך המקצועי ולאחר גיבוש המלצות הגורמים המקצועיים במשרד הבריאות מועבר לוועדת הסל, לצורך דיונה, חומר רקע מקצועי רב ומגוון, לרבות ספרות מקצועית עדכנית. דיוני ועדת הסל אורכים חודשים מספר. ועדת הסל מקיימת את הדיונים בבקשות המוגשות לה על יסוד החומר המקצועי שבפניה. במהלך הדיונים נדונה כל טכנולוגיה לגופה. חברי הוועדה נחשפים לחומר מקצועי רב, ובחלק מן המקרים מתקיימים מפגשים עם מומחים מהתחום הרפואי הרלוונטי, במליאת הוועדה או במסגרת של צוותים נבחרים.

בסיום דיונה נוהגת הוועדה לדרג את ההצעות לפי שתי קטגוריות: חשיבות גבוהה וחשיבות נמוכה יותר. גם בתוך הקטגוריות עצמן הוועדה נוהגת לדרג את הטכנולוגיות הרפואיות המבוקשות. שיקולי הוועדה בדירוג הטכנולוגיות והתרופות השונות הנדונות בפניה הם מגוונים, ובין היתר נשקלים יעילות הטכנולוגיה בטיפול במחלה, היות הטכנולוגיה מונעת מחלה, היות הטכנולוגיה מצילת חיים או מונעת תמותה, הארכת חיים באמצעות הטכנולוגיה והתייחסות לאיכות החיים הצפויה למטופל, קיום חלופה טיפולית ובדיקת יעילות החלופה, קיום ניסיון בארץ ובעולם בשימוש בטכנולוגיה, עלות כלכלית – ברמת הפרט וברמה הלאומית, התועלת הצפויה מהכללת הטכנולוגיה בסל בטווח הקצר ובטווח הארוך ושיקולים נוספים.

בתום הדיונים מגבשת הוועדה רשימה של הטכנולוגיות שיש להמליץ על הכללתן בסל בשנה הנדונה. המלצות ועדת הסל מוצגות למועצת הבריאות במליאתה, ולאחר מכן הן מובאות על-ידי שר הבריאות לקבלת הסכמת שר האוצר ולאישור הממשלה, בהתאם לסעיף 8(ב)(1) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מיד לאחר החלטת הממשלה מפורסם פירוט של הטכנולוגיות שהוחלט להכלילן בסל באותה שנה באמצעי התקשורת, בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות ובאתר האינטרנט של המשרד. במקביל נערכות קופות-החולים למתן התרופות והטכנולוגיות החדשות לחולים, בהתאם לתאריך שנקבע בהחלטת הממשלה.

**כאמור, מאז כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף ועד לשנת 2011, הכללת טכנולוגיות בסל שבאחריות משרד הבריאות התאפשרה באמצעות תקציב נפרד מהתוספת לקופות-החולים, תקציב שהתקבל בדיוני התקציב השנתיים עם משרד האוצר; רק בשנת 2002 החליט שר הבריאות דאז ליעד**



70 מיליון ש"ח מתקציב התוספת לסל לקופות-החולים, שעמד על 220 מיליון ש"ח, למימון טכנולוגיות המנויות בתוספת השלישית.<sup>75</sup> קרי, בשנה זו, מתוך 220 מיליון ש"ח שיועדו לקופות-החולים, 150 מיליון ש"ח ניתנו לקופות ו-70 מיליון ש"ח ניתנו למשרד הבריאות.

בשנת 2010 נקבע לראשונה, בסיכום בין שרי הבריאות והאוצר בהחלטת ממשלה מס' 2081 (החלטה זו היא חלק מהחלטות הממשלה על המדיניות הכלכלית לשנים 2011-2012), כי הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות תייעץ לממשלה לא רק בדבר קביעת העדיפויות בעדכון סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים, כפי שהיה עד אז, אלא גם בדבר קביעת העדיפויות בעדכון סל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות. על-פי ההסכם האמור, **קביעת העדיפויות תיעשה במשותף, ואף יוקצה לכך תקציב המשותף** הן לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות והן לסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים.

נציין כי גם בסיכום בין שר הבריאות לשר האוצר אשר למנגנון עדכון עלות סל שירותי הבריאות בשנים 2013-2014, ואף **בהחלטות הממשלה על המדיניות הכלכלית ותקציב המדינה לשנים 2013-2014**, החלטה זו נשארה בעינה.<sup>76</sup>

מנתוני משרד הבריאות שהועברו אלינו ביוני 2014 עולה כי בשנים 2007-2010 הסכום שניתן למשרד הבריאות לצורך עדכון השירותים שבתוספת השלישית לא היה קבוע, ונע בין 14 ל-80 מיליון ש"ח בשנה. כלל התוספת שניתנה לשם הכללת טכנולוגיות בתוספת השלישית, כלומר לסל שבאחריות משרד הבריאות, בשנים 2007-2010 הייתה כ-9.6% מכלל התקציב להכללת טכנולוגיות חדשות שניתן בשנים אלה לשתי התוספות יחדיו (לא כולל תוספת של 65 מיליון ש"ח שניתנה בשנת 2010 עבור טיפולי שיניים לילדים).

עוד עולה מנתוני משרד הבריאות שנמסרו לבקשתנו ביוני 2014 כי לאחר השינוי האמור, התקציב הכולל שניתן בשנים 2011-2014 להרחבת סל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות וקופות-החולים (התוספת השנייה והתוספת השלישית לחוק), נמוך מהתקציב שניתן בכל אחת מהשנים 2008-2010 לשתי התוספות – 300 מיליון ש"ח בכל שנה בשנים 2011-2014, לעומת 429 מיליון ש"ח בשנת 2010 (כולל התוספת המוזכרת לעיל בסך 65 מיליון ש"ח לשירותי בריאות השן) ועד כ-496 מיליון ש"ח בשנים 2008-2009. יש לציין כי התקציבים שניתנו להרחבת הסל בשנים 2008-2010 ניתנו כתוספת בעקבות קביעה בחוק ההסדרים שייאסר על קופות-החולים לספק תרופות מצילות חיים במסגרת שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן).<sup>77</sup>

#### 4.5. דמי השתתפות עצמית בגין שירותים ותרופות בסל שירותי הבריאות

כאמור, אחד ממקורות המימון של סל שירותי הבריאות הוא דמי ההשתתפות העצמית שקופות-החולים גובות מהמבוטחים בגין שירותים ותרופות הכלולים בסל שירותי הבריאות. על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קופת-חולים רשאית להציע תשלומים שיחולו על מבוטחיה עבור השירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות (סעיף 8(א1) לחוק), ושינוי בתשלומים אלה טעון אישור שר הבריאות וועדת הכספים

<sup>75</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 3 ביולי 2014.

<sup>76</sup> בכל אחת מהשנים 2014-2016 יתווספו לסל שירותי הבריאות שירותים, תרופות וטכנולוגיות חדשים בסכום של 300 מיליון ש"ח; שרי הבריאות והאוצר ימנו ועדה שתייעץ לממשלה בדבר קביעת עדיפויות בעדכון סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים וסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות בסכום שהוקצה לכך (300 מיליון ש"ח).

<sup>77</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות**, כתבה: פלורה קודן דבידוביץ', 6 ביולי 2014.



של הכנסת (סעיף 8(א2)(1) לחוק). בחוק נקבע עוד כי תשלומים אלה יהיו אחידים ובלתי מפלים, וכי ייקבעו מנגנונים של פטורים והנחות לקבוצות אוכלוסייה הפטורות בחוק, כגון חולים כרוניים, מקבלי קצבת הבטחת הכנסה, מקבלי קצבת נכות ועוד.

בשנת 1998 אישרה לראשונה ועדת הכספים של הכנסת את תוכניות הגבייה של קופות-החולים.<sup>78</sup> תוכניות הגבייה שאושרו לקופות-החולים אינן זהות, ויש הבדלים בתשלומים שגובות קופות-החולים השונות ("דמי השתתפות"). על כן, ייתכן שדמי ההשתתפות העצמית עבור תרופה מסוימת יהיו שונים בקופות שונות.<sup>79</sup>

מנתוני משרד הבריאות על פעילות קופות-החולים לשנת 2013 עולה כי כלל ההכנסות של קופות-החולים בפועל מהשתתפות עצמית של מבוטחים בגין שירותים ותרופות הכלולים בסל שירותי הבריאות הסתכמו בכ-2.55 מיליארד ש"ח, סכום שהוא כ-6.98% מעלות הסל בשנה זו (כאמור, כ-36.5 מיליארד ש"ח).<sup>80</sup> לדברי משרד הבריאות, המובאים בדוח מסכם על פעילות קופות-החולים לשנת 2013, מדובר בפעם הראשונה מאז שנת 2006 שבה שיעור ההכנסות מהשתתפות עצמית של מבוטחים בגין תרופות ושירותים הכלולים בסל בלבד מתוך סך הכול עלות הסל הגיע לפחות מ-7%.<sup>81</sup>

יש לציין כי אלה ההכנסות מהשתתפות עצמית בפועל. ואולם לשם קביעת מימון סל שירותי הבריאות מתקציב המדינה נקבע בחוק כי כלל ההכנסות מהשתתפות עצמית (סכום המכונה השתתפות עצמית נורמטיבית) לחישוב זה יהיו בשיעור של 6.45% מעלות סל שירותי הבריאות, שהם כ-2.36 מיליארד ש"ח בשנת 2013. כלומר, כלל ההכנסות מהשתתפות עצמית בגין תרופות ושירותים שקופות-החולים גבו בפועל על-פי תוכניות הגבייה בשנת 2013 (כ-2.55 מיליארד) גבוה יותר מההשתתפות העצמית הנורמטיבית, שעמדה בשנה זו על כ-2.36 מיליארד ש"ח (הפרש של כ-19 מיליון ש"ח).<sup>82</sup>

סוגיית ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות ושירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות עומדת בשנים האחרונות במרכזו של דיון ציבורי בישראל, המתמקד בנטל הכלכלי שמטילה ההשתתפות העצמית על הציבור הרחב ובעיקר על אוכלוסיות מוחלשות.<sup>83</sup>

כאמור לעיל בפרק 3 הדן בהוצאה הלאומית על בריאות בישראל, שיעור ההוצאה הפרטית בישראל על בריאות גבוה (3% מהתמ"ג) בהשוואה לשיעור זה במדינות החברות בארגון ה-OECD, והיא דורגה במקום השביעי בין 33 המדינות החברות בארגון שדורגו לפי מדד זה בשנת 2011 או השנה המעודכנת האחרונה שיש לגביה נתונים ב-OECD.<sup>84</sup>

---

<sup>78</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הצעת משרד הבריאות להפחית את דמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות שנרשמה להן חלופה גנרית](#), כתבה: שלי לוי, 28 ביוני 2011.

<sup>79</sup> משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/Subjects/UninsuredRights/HealthInsuranceLawRights/GviaKupot/Pages/Gvia.asp>, עודכן ב-15 בפברואר 2012, תאריך כניסה: 9 במרס, 2015.

<sup>80</sup> משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, [דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2013](#), ספטמבר 2014.

<sup>81</sup> שם.

<sup>82</sup> שם.

<sup>83</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הצעת משרד הבריאות להפחית את דמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות שנרשמה להן חלופה גנרית](#), כתבה: שלי לוי, 28 ביוני 2011.

<sup>84</sup> OECD (2014), "Health Expenditure", in OECD, [OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics](#), OECD Publishing, Paris, retrieved on May 4<sup>th</sup>, 2015.



יתרה מזאת, בישראל גם שיעור הוצאות משקי-הבית על שירותי בריאות בעין (out-of-pocket), מתוך כלל הוצאות משקי-הבית הוא גבוה, ועמד, על-פי נתוני OECD ב'שנת 2011 או בשנה הסמוכה לה" לפי הגדרת הארגון, על 3.2%, לעומת שיעור ממוצע של 2.9% במדינות ה-OECD.<sup>85</sup> כאמור לעיל, יש בחוסר הוודאות אשר לשנה שאודותיה מוצגים נתונים לגבי כל אחת ממדינות ה-OECD כדי להקשות על בחינת מקומה של ישראל ביחס למדינות האחרות. **במדד זה ישראל מדורגת במקום העשירי (עם אוסטרליה וסלובקיה) בין 34 מדינות**, ומעליה מדורגות שבדיה ואיסלנד (3.3%), אירלנד (3.5%), בלגיה (3.7%), שווייץ ויוון (3.8%), הונגריה (3.9%), פורטוגל (4.3%), קוריאה, מקסיקו וצ'ילה (4.6%). ב-OECD ציינו כי הגידול בהוצאות אלה פוגע בעקרון השוויון לעניין נגישות שירותי הבריאות ועלול להיות חסם המונע גישה לשירותי בריאות בכלל ולתרופות בפרט, בעיקר למשפחות שהכנסתן נמוכה ולחולים כרוניים.<sup>86</sup>

ואכן, אחת הבעיות הנובעות מהגידול בהוצאות תושבי המדינה על שירותי בריאות היא הימנעותם של אזרחים מרכישת תרופות או מקבלת שירותים רפואיים אחרים בשל עלותם של שירותים אלה. תופעה זו לא רק פוגעת בזכותם של התושבים לבריאות ועלולה לפגוע בבריאותם או חלילה בחייהם, אלא היא עלולה להטיל על מערכת הבריאות הוצאות נוספות עקב החמרה במצבם הרפואי של מבוטחים שלא טופלו.

ממצאי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן: ה"למ"ס) בסקר החברתי לשנת 2013 מלמדים כי כ-66% מבני 20 ומעלה נזקקו בשנה האחרונה לתרופות במרשם רופא וכ-11% מהם ויתרו על רכישתן עקב קשיים כלכליים (כ-358,900); שיעור המדווחים כי ויתרו על תרופות במרשם גבוה יותר בקרב האוכלוסייה הערבית מאשר בקרב האוכלוסייה היהודית (28% לעומת 8%). 25% מהזקוקים לתרופות במרשם רופא השייכים למשקי-בית שבהם ההכנסה החודשית הממוצעת היא עד 2,000 ש"ח ויתרו על תרופות, לעומת 11% מהזקוקים לתרופות במרשם השייכים למשקי-הבית עם הכנסה חודשית ממוצעת לנפש של 2,000-4,000 ש"ח. עוד עולה מהסקר כי כ-23% מהמגדירים את מצבם הבריאותי כלא טוב וזקוקים לתרופות במרשם ויתרו על רכישתן.<sup>87</sup> באשר לטיפולים רפואיים, נמצא כי כ-13% מהזקוקים לטיפול רפואי ויתרו עליו בשל קשיים כלכליים.<sup>88</sup>

#### 4.6. שירותי בריאות נוספים (שב"ן)

כאמור, כל קופת-חולים מספקת למבוטחיה סל שירותים בסיסי, שבו נכללים שירותים רפואיים אשר הקופות מחויבות לספק למבוטחים מכוח התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994, ומכוח צו בריאות ממלכתי (תקופות בסל שירותי הבריאות), התשנ"ה–1995. נוסף על כך, קופות-החולים רשאיות, מכוח סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, להציע שירותי בריאות נוספים ("ביטוחים משלימים"), שאינם נכללים בסל השירותים הבסיסי. עוד נקבע בסעיף 10(ג)(1) לחוק האמור

<sup>85</sup> OECD (2013), [Health at a Glance 2013: OECD Indicators](#), retrieved on May 5<sup>th</sup>, 2015.

<sup>86</sup> ש.ם.

<sup>87</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, רווחת האוכלוסייה בישראל, הסקר החברתי 2013, [לוח 16: בני 20 ומעלה, לפי ויתור על שירותים בתחום הבריאות, מסיבות כלכליות, ולפי תכונות נבחרות, 2013](#); הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הודעה לתקשורת: רווחת האוכלוסייה בישראל, ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי 2013](#), 24 ביוני 2014.

<sup>88</sup> משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, [אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו](#), 2014.



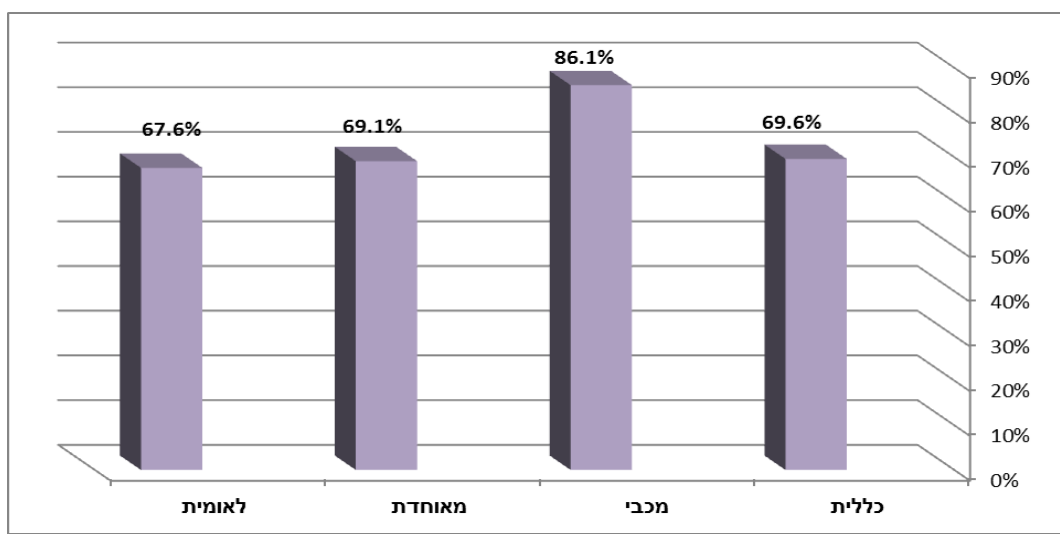


כי קופת-חולים חייבת לצרף לתוכנית כל חבר המבקש להצטרף אליה, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי, ואינה רשאית להגביל את הצטרפותו או את זכויותיו בעת ההצטרפות בתנאי כלשהו.<sup>89</sup>

בין שירותי הבריאות הנוספים שכל קופה מציעה למבוטחיה יש הבדלים מסוימים, וכל קופה חופשית לבחור אילו שירותי בריאות נוספים יוצעו למבוטחיה, בתנאי, כאמור, שהשירותים אינם נכללים בסל השירותים הבסיסי. בין תוכניות השב"ן שמציעות קופות-החולים נמצאים השירותים הרפואיים האלה: תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות (לפי רשימה מוגדרת); רפואת שיניים; חוות דעת רפואית נוספת; רפואה משלימה; בדיקות תקופתיות והשתלות וניתוחים בחו"ל מעבר לזכאות על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.<sup>90</sup> **בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח-2007**, נקבע, בין היתר, כי תוכניות השב"ן לא תכלולנה זכאות לתרופות מאריכות חיים ומצילות חיים וכן לא ייכללו בהן הסדרים לבחירת מנתח ללא השתתפות עצמית.<sup>91</sup>

**מספר המבוטחים בתוכניות השב"ן בשנת 2013 היה 5,909,000 נפש, שהם כ-73.4% מכלל המבוטחים בקופות-החולים.**<sup>92</sup> להלן יוצגו שיעורי המבוטחים בתוכניות השב"ן בכל אחת מארבע קופות-החולים:

### תרשים מס' 2: שיעור המבוטחים בשב"ן מכלל מבוטחי כל אחת מהקופות, 2013<sup>93</sup>



בשנת 2012 הציג לראשונה משרד הבריאות נתונים על שיעור החברים בתוכניות השב"ן מכלל המבוטחים בקופות-החולים ביישובים במגזר הלא-יהודי שבהם יותר מ-2,000 נפש. מהנתונים לשנת 2013 עולה כי

<sup>89</sup> משרד הבריאות, [שירותי בריאות נוספים](#), תאריך כניסה: 9 במרס, 2015.

<sup>90</sup> שם.

<sup>91</sup> משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, ברזילי ושות' רואי חשבון, [דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן – של קופות-החולים לשנת 2011](#), דצמבר 2012.

<sup>92</sup> משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, שלומי ברטוב, רו"ח, [דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים-שב"ן של קופות החולים לשנת 2013](#), דצמבר 2014.

<sup>93</sup> שם.



כ-39% בלבד מהמבוטחים ביישובים במגזר הלא-יהודי היו חברים בתוכניות השב"ן. שיעור זה נמוך במידה ניכרת משיעור החברים בתוכניות השב"ן באוכלוסייה הכללית, העומד כאמור על כ-73.4%.<sup>94</sup>

על-פי סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוכניות השב"ן מחויבות לכסות באופן מלא את הוצאותיהן מתוך ההכנסות העצמיות שלהן.<sup>95</sup> בשנת 2013 הסתכמו ההכנסות מדמי חבר בתוכניות השב"ן בקופות-החולים בכ-3.8 מיליארד ש"ח, והן היו גבוהות בכ-9% מן ההכנסות בשנת 2012 (כ-3.5 מיליארד ש"ח).<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> ש.ם.

<sup>95</sup> ניתן להמחיש זאת בדוגמה: אם אדם בוחר לעבור ניתוח במסגרת תוכנית שב"ן בידי מנתח שנבחר על-ידו, ייתכן שהוא יידרש לשלם דמי השתתפות עצמית עבור שירותי אשפוז ואביזרים הניתנים בעת הניתוח. שירותים אלה ניתנים ללא תשלום בניתוח המתבצע במסגרת סל השירותים הבסיסי. משרד הבריאות, [שירותי בריאות נוספים](#), תאריך כניסה: 9 במרס 2015.

<sup>96</sup> משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, שלומי ברטוב, רו"ח, [דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים-שב"ן של קופות החולים לשנת 2013](#), דצמבר 2014.



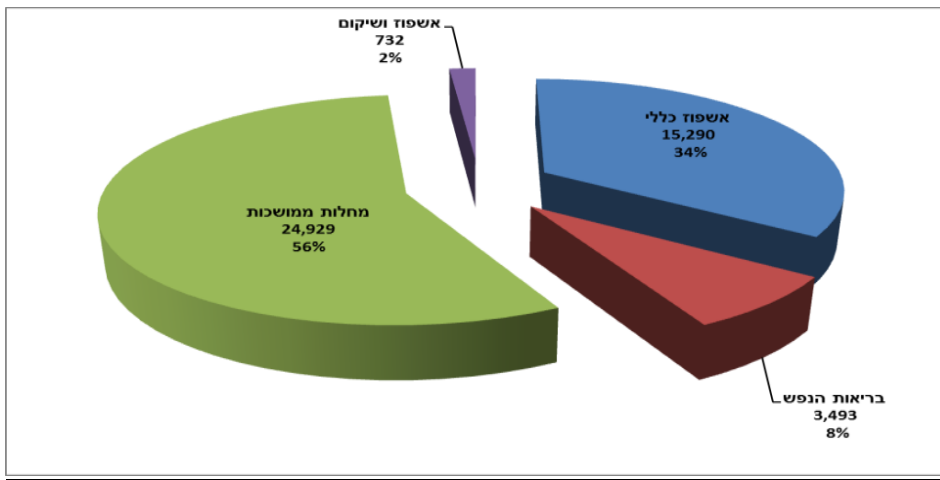
## 5. מוסדות האשפוז בישראל

בתי-החולים במערכת הבריאות הם מרכיב מרכזי בעלויות המערכת, ועל-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שפורסמו בשנת 2014, כ-33.6% (כ-23 מיליארד ש"ח) מההוצאה הלאומית על בריאות בשנת 2011 יועדה לבתי-חולים ולמחקר.<sup>97</sup> נהוג לחלק את בתי-החולים לשלוש קבוצות מרכזיות: בתי-חולים לאשפוז כללי, בתי-חולים לבריאות הנפש ובתי-חולים למחלות ממושכות ולשיקום.

בסוף שנת 2013 פעלו בישראל 373 מוסדות אשפוז, מהם 314 מוסדות למחלות ממושכות (כ-84%); 45 מוסדות לאשפוז כללי (כ-12%); 12 מוסדות לבריאות הנפש (כ-3.2%) ו-2 מוסדות לשיקום (כ-0.5%).<sup>98</sup>

בשנת 2014 עמדו לרשות תושבי ישראל 44,462 מיטות אשפוז, להלן נציג את התפלגותן לפי סוג אשפוז:<sup>99</sup>

### תרשים מס' 3: מספר מיטות אשפוז ושיעורן, לפי סוג אשפוז, מאי 2014



בשנת 2014 היו כ-27% מכלל מיטות האשפוז בבעלות ממשלתית (כולל מיטות 1,519 מיטות בבעלות עירונית-ממשלתית), ואילו יתר מיטות האשפוז היו בבעלות גורמים אחרים, כפי שיוצג בתרשים שלהלן:<sup>100</sup>

<sup>97</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2014, לוח 6.1: הוצאה לאומית לבריאות, לפי סוג הוצאה ושירות, תאריך כניסה: 10 במרס 2015.

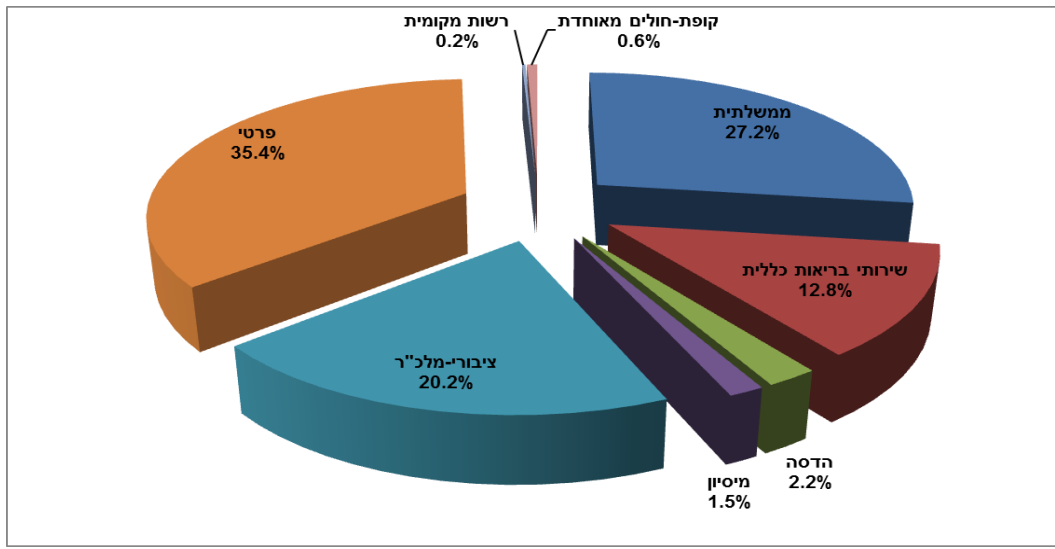
<sup>98</sup> משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013, חלק א: מגמות באשפוז, 1 באפריל 2015.

<sup>99</sup> משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב, מיטות אשפוז ומיטות ברישיון, 31 במאי 2014.

<sup>100</sup> ש.ם.



## תרשים מס' 4: מיטות אשפוז, לפי סוג בעלות, מאי 2014



בפרק זה נציג את מערך האשפוז הכללי ומערך אשפוז בריאות הנפש.

### 5.1. מערך האשפוז הכללי

בישראל יש 45 מוסדות לאשפוז כללי, כ-26.7% מהם בבעלות ממשלתית (12 בתי-חולים).<sup>101</sup> כפי שעולה ממסמכי מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושאים [מערכת האשפוז הכללי בישראל 2008](#) ו-[מערכת האשפוז הכללי בהצעת התקציב לשנים 2011-2012](#),<sup>102</sup> יש בישראל מחסור במיטות אשפוז כללי, כלומר מחסור במיטות אשפוז באגפים האלה: האגף הפנימי, טיפול נמרץ, ילדים, כירורגי, יולדות ומחלקות שהייה. זה שנים רבות מציינים גורמים שונים, ובהם מבקר המדינה, את אי-ההלימה בין היקף הדרישות ממערך האשפוז הכללי ובין המשאבים במערך זה, וקוראים לתכנון ארוך טווח של מערך האשפוז הכללי בישראל. לדוגמה, בתוכנית אשפוז 2015 שכתב משרד הבריאות בשנת 2005, נקבע כי עד לשנת 2015 יש להוסיף במערך האשפוז הכללי 3,646 מיטות אשפוז על 14,607 המיטות שהיו בישראל באותה שנה, ועד לשנת 2025 יש להוסיף עוד כ-2,500 מיטות. כלומר, על-פי תוכנית זו, בשנת 2015 היו אמורות להיות בישראל 18,253 מיטות אשפוז כללי, ואולם במאי 2014 היו 15,290 מיטות לאשפוז כללי<sup>103</sup> בלבד, כ-16% פחות מיעד זה. תוכנית האשפוז האמורה מעולם לא אומצה על-ידי הממשלה אף שהוועדה שפעלה לעריכתה הוקמה על-פי החלטת ממשלה.<sup>104</sup>

שיעור המיטות המיועדות לאשפוז כללי הוא במגמת ירידה מסוף שנות ה-70 של המאה ה-20: על-פי נתוני משרד הבריאות, במאי 2014 היו בישראל 15,290 מיטות אשפוז כללי בתקן, שהן 1.87 מיטות לכל 1,000 נפש,<sup>105</sup> לעומת שיעור של 2.09 בסוף שנת 2005 ו-3.29 בשנת 1977.<sup>106</sup>

<sup>101</sup> משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013](#), חלק א: מגמות באשפוז, 1 באפריל 2015.

<sup>102</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מערכת האשפוז הכללי בהצעת התקציב לשנים 2011-2012](#), כתבה: שלי לוי, 7 בנובמבר 2010; [מערכת האשפוז הכללי בישראל 2008](#), כתבה: שלי לוי, 11 בינואר 2010.

<sup>103</sup> משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב, [מיטות אשפוז ועמדות ברישוי](#), 31 במאי 2014.

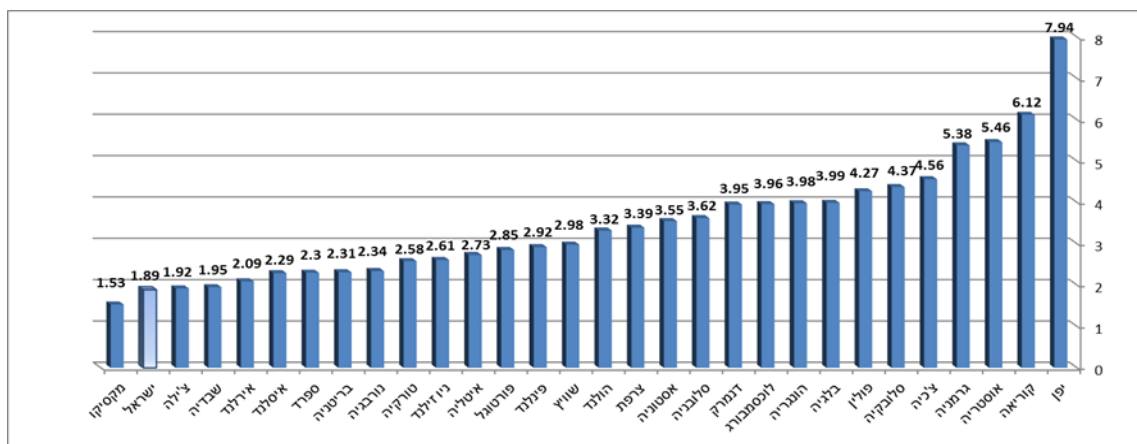
<sup>104</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [סוגיות בתחום הבריאות שנסקרו בדוחות מבקר המדינה](#), כתבו: פלורה קוד דבידוביץ' ואוריאנה אלמסי, 9 בדצמבר 2014.

<sup>105</sup> משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב, [מיטות אשפוז ועמדות ברישוי](#), 31 במאי 2014.



השוואת שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש בישראל לשיעור זה ב-29 מדינות בארגון ה-OECD בשנת 2012 (השנה האחרונה שלגביה יש נתונים מלאים) מלמדת ששיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש נמצא בירידה בכל מדינות ה-OECD, בין היתר בשל התפתחויות טכנולוגיות והרחבת שירותי הבריאות בקהילה. אולם שיעור מיטות האשפוז הכללי לנפש בישראל הוא מהנמוכים ביותר בין המדינות הנסקרות, וישראל דורגה בשנת 2012 במקום ה-28 בין 29 מדינות, עם שיעור של 1.89 מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש; מתחתיה דורגה רק מקסיקו, שבה שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש היה 1.53.<sup>107</sup> להלן תרשים המציג את שיעורי מיטות האשפוז ב-29 מדינות ה-OECD כמוזכר לעיל ואת דירוגה של ישראל בין מדינות אלה:

**תרשים מס' 5: שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש ב-29 מדינות ה-OECD, 2012**<sup>108</sup>



להלן יוצגו נתונים לשנת 2013 על שיעוריהן של מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש בהתפלגות לפי מחוזות. מהנתונים עולה כי השיעור הגבוה ביותר של מיטות אשפוז כללי בין כלל המיטות מסוג זה נמצא במחוזות חיפה ותל-אביב (2.54 ו-2.49 בהתאמה), ואילו השיעור הנמוך ביותר הוא במחוז דרום (1.36). כאמור, השיעור הארצי של מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש בשנת 2013 עמד על 1.88.<sup>109</sup>

**טבלה מס' 4: התפלגות מיטות אשפוז כללי לפי מחוזות, 2013**<sup>110</sup>

מחוז	שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש
ארצי	1.88
חיפה	2.54
תל-אביב	2.49
ירושלים	2.27
מרכז	1.88

<sup>106</sup> שם.

<sup>107</sup> OECD (2014), OECD Health Data: Health Care Resources, Hospital Beds, retrieved on May 4<sup>th</sup>, 2015.

<sup>108</sup> התרשים הוכן על-ידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת על סמך נתוני ארגון ה-OECD, שם, אוזר ב-4 במאי, 2015.

<sup>109</sup> משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013, חלק א: מגמות באשפוז, 1 באפריל 2015.

<sup>110</sup> שם.



1.48	צפון
1.36	דרום

מקובל לבחון את יכולתו של מערך האשפוז לספק את הצרכים הקיימים של האוכלוסייה על-פי כמה מדדי אשפוז מקובלים, שיוצגו להלן:<sup>111</sup>

- **שיעור ימי האשפוז באשפוז הכללי** (מספר ימי האשפוז ל-1,000 נפש בממוצע) עמד בשנת 2013 על 647 ימים ל-1,000 נפש, בהשוואה ל-662 ימים בשנת 2012 ו-761 ימים בשנת 2000.<sup>112</sup> במסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא [מערך האשפוז הכללי בהצעת התקציב לשנים 2012-2011](#) מצוין קיומו של קשר חיובי בין שיעור המיטות לבין שיעור ימי האשפוז באשפוז הכללי בישראל: מאמצע שנות ה-70 של המאה ה-20 ואילך שיעור ימי האשפוז בישראל יורד ביחס ישר לירידה בשיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש.<sup>113</sup>
- **תפוסת המיטות באשפוז הכללי** עלתה בעשורים האחרונים, ובשנת 2013 עמדה התפוסה בתקן על כ-94%,<sup>114</sup> בהשוואה לשיעור תפוסה של 95% בשנת 2009 ו-93% בשנת 2000 (יש לציין כי בשנים 2012-2011 חלה ירידה בשיעור התפוסה באשפוז הכללי מ-98% בשנת 2011 ל-96.6%, בשנת 2012).<sup>115</sup> **במדד זה ניצבה ישראל בראש דירוג 17 מדינות ה-OECD שנסקרו בשנת 2012** (השנה האחרונה שלגביה יש נתונים מלאים במאגר ארגון ה-OECD), עם השיעור הגבוה ביותר של תפוסת מיטות באשפוז הכללי – 96.6%, כאמור. אחרי ישראל דורגו אירלנד (92.6%) ושווייץ (82.9%).<sup>116</sup>
- **השהייה הממוצעת באשפוז הכללי**<sup>117</sup> הייתה במגמת ירידה עד אמצע שנות ה-90; משנת 1997 פרק זמן זה נשאר יציב ובשנת 2012 (השנה האחרונה שלגביה פרסם משרד הבריאות נתונים על מדד זה) הוא עמד על ארבעה ימים.<sup>118</sup> הסברים אפשריים להתקצרות השהייה הממוצעת באשפוז הם שיפורים טכנולוגיים וטיפולים חדשניים וכן הרחבת השירותים הניתנים בקהילה. אולם הסברים נוספים הם קיומו של עודף ביקוש לעומת ההיצע וגידול באוכלוסייה בשיעור גבוה יותר משיעור תוספת המיטות באשפוז הכללי. במצב זה הדרך לספק את צורכי האשפוז הקיימים היא לקצר את השהייה באשפוז, כלומר לשחרר חולים מוקדם מהרצוי.<sup>119</sup> **משך השהייה הממוצעת באשפוז בישראל קצר ממשך השהייה באשפוז במדינות ה-OECD, ובשנת 2012 (השנה האחרונה שיש לגביה נתונים מלאים) ניצבה ישראל במקום ה-22 בין 23 מדינות**

<sup>111</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מערך האשפוז הכללי בישראל 2008](#), כתבה: שלי לוי, 11 בינואר 2010.

<sup>112</sup> משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013](#), חלק א: מגמות באשפוז, 1 באפריל 2015.

<sup>113</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מערך האשפוז הכללי בהצעת התקציב לשנים 2012-2011](#), כתבה: שלי לוי, 7 בנובמבר 2010.

<sup>114</sup> משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013](#), חלק א: מגמות באשפוז, 1 באפריל 2015.

<sup>115</sup> משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2012](#) – חלק א: מגמות באשפוז, 1 באפריל 2014.

<sup>116</sup> OECD (2014), [OECD Health Data: Health Care Resources: Hospital aggregates](#), OECD Health Statistics (database), retrieved on October 20<sup>th</sup>, 2014.

<sup>117</sup> מספר הימים הממוצע שבהם חולה שוהה במחלקה או בבית-חולים מיום כניסתו ועד יום שחרורו.

<sup>118</sup> משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות, [השוואות בין-לאומיות של מערכות בריאות: ארצות ה-OECD וישראל 2010](#), ערכו: ניר קידר, דניאלה אריאלי, טוביה חורב, יולי 2012; משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2012 – חלק א'](#), 2014.

<sup>119</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מערך האשפוז הכללי בהצעת התקציב לשנים 2012-2011](#), כתבה: שלי לוי, 7 בנובמבר 2010.



ה-OECD שנסקרו לפי מדד זה, עם משך שהייה של 4.3 ימים באשפוז. תחתיה דורגה רק טורקיה עם משך שהייה של 3.9 ימים באשפוז.<sup>120</sup>

העלייה בשיעור תפוסת המיטות והירידה בשהייה הממוצעת באשפוז הובילו לעלייה במדד סבב המיטות (מדד המבטא את מספר האשפוזים הממוצע למיטה בתקופה מסוימת). על-פי נתוני ה-OECD, בשנת 2010 (השנה האחרונה שלגביה פורסמו נתוני הארגון לגבי מדד סבב המיטות) מספר האשפוזים הממוצע למיטה בישראל עמד על 90 אשפוזים בשנה. כמו במדד תפוסת האשפוז, גם במדד זה ניצבה ישראל בראש דירוג 23 מדינות ה-OECD שנסקרו, ואחריה, בפער ניכר, ניצבה נורבגיה, שבה היו 70.4 אשפוזים בממוצע למיטה בשנה.<sup>121</sup>

כאמור, שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש בישראל הוא מהנמוכים בקרב מדינות ה-OECD. שיעור מיטות זה נובע, בין היתר, מאי-הלימה בין מספרן של מיטות האשפוז על-פי המומלץ בתוכניות התכנון של משרד הבריאות ובין גידול האוכלוסייה בישראל, והוא יוצר מצוקת אשפוז בכמה ממחלקות האשפוז הכללי ובעיקר במחלקה הפנימית. בשל מחסור במיטות אשפוז העומס על המחלקות הפנימיות מורגש כל השנה, אך הוא מתגבר מאוד בעונת החורף. בכל שנה בעונת החורף מתנהל דיון ציבורי סוער בשיעורי התפוסה במחלקות הפנימיות – שיעורים הגבוהים מ-100% ויוצרים תנאי אשפוז לא נאותים, מקשים את פעילות הצוותים הרפואיים ועלולים לפגוע באיכות הטיפול הניתן למאושפזים.<sup>122</sup>

אשר לצעדים שנעשו בנושא זה, בהחלטת ממשלה מס' 2917 מ-27 בפברואר 2011, שעניינה חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והרחבת מערך האשפוז הציבורי, נקבע כי בכל אחת מהשנים 2011-2016 יתווספו לבתי-החולים בישראל 160 מיטות אשפוז כללי, ומהן לפחות 80 מיטות בשנה (בממוצע רב-שנתי), למחלקות יולדות ופגים<sup>123</sup> – כלומר, תוספת של 960 מיטות אשפוז בשש שנים. עוד נקבע בהחלטת הממשלה האמורה כי תוספת המיטות בבתי-החולים הממשלתיים תהיה מלווה בתוספת תקינת כוח-אדם כפי שייקבע על-ידי משרדי הבריאות והאוצר. כמו כן צוין בהחלטה האמורה כי תוספת המיטות היא מעבר לתוספת של 300 מיטות שנקבעה על-ידי ועדת המכרזים הבין-משרדית להקמה ולתפעול של בית-חולים כללי בעיר אשדוד, כך שכלל תוספת המיטות צפויה לעמוד על 1,260 מיטות.<sup>124</sup>

במענה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת במרס 2015, נמסר ממשרד הבריאות כי עד כה הוקצו 760 מתוך 960 המיטות שהוחלט עליהן בהחלטת הממשלה לעיל (כ-79%).<sup>125</sup>

בבתי-החולים הממשלתיים שהוקצו להם מיטות אשפוז נפתחו, לדברי משרד הבריאות, המשרות הנלוות "כפי שנהוג בהעסקה ממשלתית", ואילו בבתי-החולים של שירותי בריאות כללית "כלל המיטות הוקצו והן נמצאות בשלבים שונים של פתיחה ואיוש (הכנות בניוי ותשתית)". מנתונים שהעביר משרד הבריאות אפשר לראות כי 444 מן המיטות הוקצו לבתי-החולים הממשלתיים (58.4%),

<sup>120</sup> OECD (2014), OECD Health Data: Health Care Resources, OECD Health Statistics (database), retrieved on February March 10<sup>th</sup>, 2015.

<sup>121</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות, כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 21 במרס 2013;

OECD (2014), OECD Health Data: Health Care Resources, OECD Health Statistics (database), retrieved on February 28<sup>th</sup>, 2013.

<sup>122</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות, כתבה: שלי לוי, 3 במאי 2010.

<sup>123</sup> יצוין כי למרות האמור רשאי שר הבריאות להחליט על חלוקה שונה של תוספת המיטות בשנים כאמור, ובלבד שבכל שנה יתווספו לא פחות מ-160 מיטות ולא יותר מ-190 מיטות ושכלל תוספת המיטות לא תעלה על 960 מיטות.

<sup>124</sup> משרד ראש הממשלה, החלטת ממשלה מס' 2917, 27 בפברואר 2011.

<sup>125</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.



175 מיטות הוקצו לבתי-חולים בבעלות שירותי בריאות כללית (23%) ויתר המיטות הוקצו לבתי-חולים בבעלות ציבורית (10.5%), הדסה (4.5%), מרכזים גריאטריים ממשלתיים (2.6%) ובתי-חולים בבעלות מיסיון (0.9%).<sup>126</sup>

עוד עולה מנתוני משרד הבריאות שהועברו לידנו כי מ-760 המיטות שהוקצו עד כה, 204 מיטות הוקצו למחלקות הפנימיות (26.8%), 175 מיטות הוקצו למחלקות טיפול נמרץ (23%), 175 מיטות הוקצו למחלקות טיפול נמרץ יילודים (23%), 138 מיטות הוקצו למחלקות יולדות (18.1%) ו-69 מיטות הוקצו ל"אחרות" (9%).<sup>127</sup>

במשרד הבריאות ציינו כי בשנים 2015-2016 מתוכננת תוספת של 194 מיטות אשפוז;<sup>128</sup> הוספה כאמור תוביל לכך שעד לשנת 2016 תסתכם תוספת המיטות הכוללת ב-954 מיטות אשפוז – שש מיטות פחות ממה שנקבע בהחלטת הממשלה האמורה לעיל.

מכלל מיטות האשפוז שצפוי שיתווספו בשנים 2015-2016, 76 מיטות מיועדות למחלקות יולדות (39.2%), 56 מיטות מיועדות למחלקות לטיפול נמרץ (28.9%), 35 מיטות מיועדות למחלקות פנימיות ו-27 מיטות מיועדות ל"אחרות" (13.9%).<sup>129</sup>

לדברי משרד הבריאות, מספר המיטות שהוספו למערכת אינו עונה על הצרכים עקב הגידול שחל באוכלוסייה, ולכן התפוסה נשארת גבוהה למרות הפעולות שהמשרד נוקט.<sup>130</sup>

משרד הבריאות ציין עוד כי בשנים 2009-2030 צפוי גידול של 84% במספר הקשישים ושיעורם צפוי לעמוד על כ-14% מכלל האוכלוסייה בעוד כ-15 שנה (לעומת כ-10% כיום). לדברי משרד הבריאות, "מעבר לשנת 2014 יהיה צורך בהוספת כ-250 מיטות מידי שנה על מנת לשמר את שיעור ימי האשפוז ל-1,000 נפש, כפי שהוא היום, תוך חישוב הזדקנות האוכלוסייה ועלייה בצריכת שירותים רפואיים בהתאם".<sup>131</sup> להלן טבלה ובה מספר מיטות האשפוז הכללי שיידרשו למערכת הבריאות בישראל בשנים 2020-2035 על-פי תחזית שערך מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות:

**טבלה מס' 5: תחזית מספר מיטות אשפוז כללי שיידרשו בשנים 2020-2035, לפי תפוסה של 95%**

**והתייעלות של 3%**

שנה	מספר המיטות
2020	16,805
2025	18,966
2030	21,228

<sup>126</sup> עיבוד מרכז המחקר והמידע של הכנסת לנתוני משרד הבריאות שהועברו על-ידי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>127</sup> שם.

<sup>128</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>129</sup> עיבוד מרכז המחקר והמידע של הכנסת לנתוני משרד הבריאות שהועברו על-ידי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>130</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 28 באוקטובר 2014.

<sup>131</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, מכתב, משרד הבריאות, 31 במרס 2015.





נציין כי גם [הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל בראשות שרת הבריאות](#) (להלן: ועדת גרמן), שפרסמה את המלצותיה ביוני 2014, עסקה בנושא שיעור מיטות האשפוז בישראל והמליצה כי "הממשלה תפעל להמשך מגמת הוספת מיטות אשפוז כלליות, מעבר לתוכנית הרב-שנתית שנקבעה בהחלטות הממשלה, וזאת תוך מתן ביטוי לגידול באוכלוסייה והזדקנותה". עוד המליצה הוועדה כי "קביעת היקף תוספת המיטות תתחשב גם בצורך לשמור על חוסן הקהילה, ביכולת הקהילה לתת שירותי אשפוז מחוץ לבתי-חולים ולמנוע אשפוזים מיותרים, וכן בהתפתחויות טכנולוגיות המשפיעות על מספר המאושפזים בבתי-החולים, לרבות באמצעות אשפוזי יום ואשפוזי בית". לדברי הוועדה, בשל ההיערכות הממושכת הנדרשת ליישום הנושא, יש לקדם החלטות אלה בהקדם כדי למנוע מחסור במיטות אשפוז.<sup>132</sup>

## 5.2. מערך אשפוז בריאות הנפש

מאמצע שנות ה-90, ושנים רבות לאחר שמדינות המערב האחרות החלו לפעול בכיוון זה, ישראל פועלת להעברת רוב שירותי בריאות הנפש מבתי-החולים למסגרות הקהילה, לנוכח ההכרה כי אשפוז הוא פתרון טיפולי לחולים שאינם מגיבים לטיפול התרופתי או לחולים המצויים בשלב אקוטי של המחלה, וכי עם סיום הטיפול בשלב זה יש לסייע להם לשוב לשגרה, עד כמה שאפשר, ולתת להם פתרונות טיפוליים ושיקומיים שונים בקהילה. המדיניות שלפיה הטיפול בחולי הנפש יהיה בקהילה ורק חולים שמחלתם חריפה יאושפזו בבתי-החולים, מבוססת הן על ההנחה הרפואית המקצועית שזוהי מתכונת הטיפול המיטבית לסובלים ממחלות נפש והן על שיקולים כלכליים, שלפיהם העברת מרכז הכובד של הטיפול לקהילה תקטין את ההוצאות על שירותי בריאות הנפש.<sup>133</sup>

מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בישראל עמד במאי 2014 על 3,493 מיטות.<sup>134</sup> כאמור, בהתאם למדיניות משרד הבריאות לצמצם את מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בישראל, מספרן נמצא במגמת ירידה מתחילת שנות ה-80 של המאה ה-20. בעוד בשנת 1978 היו בישראל 8,608 מיטות אשפוז בריאות הנפש, בשנת 2014 עמד מספר המיטות על 3,493.<sup>135</sup>

כלומר, משנת 1978 ועד שנת 2014 קטן מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בישראל בכ-60%.<sup>136</sup> הירידה במספר מיטות האשפוז במקביל לגידול באוכלוסייה הובילה לירידה בשיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש, ובשנת 2014 השיעור בישראל היה 0.43 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת 2.28 מיטות בשנת 1978 ו-0.76 בשנת 2005.<sup>137</sup> צוין כי מהשוואה בין-לאומית לעניין שיעור מיטות אשפוז בריאות הנפש בין 28 ממדינות ה-OECD שדורגו על-פי מדד זה בשנת 2012 (השנה האחרונה שלגביה יש נתונים

<sup>132</sup> משרד הבריאות, [הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן](#), 25 ביוני 2014.

<sup>133</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [אשפוז בריאות הנפש בישראל](#), כתבה: שלי לוי, 8 בפברואר 2010.

<sup>134</sup> משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב, [מיטות אשפוז ועמדות ברישוי](#), 31 במאי 2014.

<sup>135</sup> ש.ם.

<sup>136</sup> ש.ם.

<sup>137</sup> ש.ם.



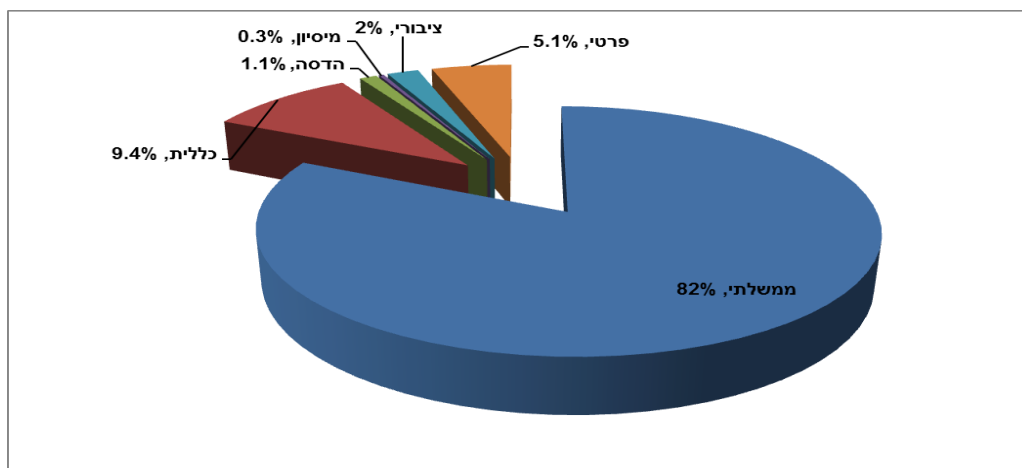
מלאים), עולה כי בשנה זו דורגה ישראל במקום ה-22 בין 28 המדינות המדורגות, ושיעור מיטות אשפוז בריאות הנפש בה (0.44) היה דומה לשיעור באיסלנד (0.45) ובשבדיה (0.46).<sup>138</sup>

על-פי נתוני הלמ"ס, בשנת 2013 היו בישראל 12 מוסדות לבריאות הנפש ועוד מיטות אשפוז בריאות הנפש בבית-החולים הרצוג בירושלים, שהוא מוסד סיעודי בבעלות ציבורית (כלומר, 13 מוסדות לבריאות נפש בסה"כ). הירידה במספר המיטות הביאה לסגירה של מוסדות לבריאות הנפש בישראל (מוסדות פרטיים): בשנת 1980 היו בישראל 41 מוסדות אשפוז בריאות הנפש, לעומת, כאמור, 13 מוסדות בשנת 2013.<sup>139</sup>

רוב מיטות אשפוז בריאות נפש הן בבתי-חולים לבריאות הנפש, כ-10% הן בבתי-חולים לאשפוז כללי ומקצתן בבתי-חולים למחלות ממושכות (בית-החולים הרצוג).<sup>140</sup>

**רובן המכריע (82.2%) של המיטות במוסדות בריאות הנפש הן בבעלות ממשלתית.** להלן התפלגות כלל מיטות אשפוז בריאות הנפש לפי בעלות:

**תרשים מס' 6: כלל מיטות אשפוז בריאות הנפש לפי בעלות, 2014**<sup>141</sup>



**התפלגות מיטות אשפוז בריאות הנפש על-פי מחוזות בישראל איננה אחידה.** הנתונים בסוף שנת 2013 מצביעים על שיעור גבוה במחוז חיפה (0.91 מיטות ל-1,000 נפש), לעומת שיעור הגבוה מעט מהמוצג (0.42) במרכז הארץ (0.49 מיטות) ובירושלים (0.43 מיטות) ושיעור נמוך יחסית בתל-אביב (0.33 מיטות), בדרום הארץ (0.28 מיטות) ובצפון (0.28 מיטות).<sup>142</sup>

<sup>138</sup> OECD (2012), *OECD Health Data: Health Care Resources*, OECD Health Statistics (database), retrieved on March 10<sup>th</sup>, 2015.

<sup>139</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, *שנתון סטטיסטי לישראל 2014*, לוח מס' 6.6, *בתי חולים, לפי סוג ובעלות*, תאריך כניסה: 10 במרס, 2015.

<sup>140</sup> משרד הבריאות, *מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013 – חלק א'*, 1 באפריל 2015.

<sup>141</sup> משרד הבריאות, *אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב, מיטות אשפוז ועמדות ברישוי*, 31 במאי 2014.

<sup>142</sup> משרד הבריאות, *מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013 – חלק א'*, 1 באפריל 2015.



## 6. כוח-אדם במערכת הבריאות

משאבי כוח-האדם הם התשומה העיקרית במערכת הבריאות: כ-60% מההוצאה הלאומית על בריאות מוקצים לתשלום שכר העובדים המועסקים במערכת. ממסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא [היעדרם של כלים לתכנון כוח-האדם הרפואי בישראל](#), שנכתב בשנת 2010, עולה כי במשך יותר מעשור נדונה בישראל סוגיית המחסור המסתמן בכוח-אדם רפואי. הגידול באוכלוסייה, הזדקנותה, השינויים בדפוסי התחלואה, ההתפתחויות הטכנולוגיות והמדעיות ועמם הגידול במספר הרופאים הפורשים לגמלאות, הירידה החדה במספר הרופאים העולים לישראל ואי-הגדלת היקפן של מסגרות ההכשרה לרופאים בבתי-הספר לרפואה, יצרו חשש ממשי למחסור רופאים בישראל והצריכו בחינה מחודשת של היקף כוח-האדם הרפואי הדרוש למערכת הבריאות.<sup>143</sup> להלן יוצגו נתונים מרכזיים על שיעור הרופאים (ובהם רופאים מומחים ורופאי שיניים) ועל שיעור כוח-האדם הסיעודי (אחיות).

### 6.1. רופאים

**בישראל יש חמישה בתי-ספר לרפואה:** בית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים, בית-הספר לרפואה של אוניברסיטת תל-אביב, בית-הספר לרפואה של הטכניון בחיפה, בית-הספר לרפואה של אוניברסיטת בן-גוריון בבאר-שבע ובית-הספר לרפואה בצפת, שנפתח בשנת 2011.

לימודי הרפואה בישראל נמשכים שבע שנים: בשש השנים הראשונות הלימודים נערכים על-ידי בית-הספר לרפואה ובשנה השביעית מתקיים סטאז' – שנת עבודה מעשית בהיקף של משרה מלאה, בשכר, בהשגחת רופא מורשה במוסד רפואי שאושר לצורך זה. הסטאז' נמשך 12 חודשים והוא מתבצע באחד מ-19 בתי-החולים הכלליים בישראל המוכרים לכך. עם השלמת תקופת הסטאז' מקבל הבוגר רישיון לעסוק ברפואה כללית בישראל.<sup>144</sup>

מספר הרישיונות החדשים לעיסוק ברפואה כללית בישראל הניתנים בכל שנה נמצא במגמת עלייה בשנים האחרונות, ובשנת 2013 הונפקו 1,011 רישיונות לעסוק ברפואה, לעומת 547 רישיונות בשנת 2007. 416 מבעלי הרישיונות שהונפקו בשנת 2013 (כ-41%) רכשו את השכלתם בישראל, לעומת 35% בשנת 2000.<sup>145</sup>

בהקשר זה נציין כי מפרסום ארגון ה-OECD משנת 2012 עולה כי **שיעור בוגרי לימודי הרפואה ל-100,000 נפש בישראל הוא הנמוך ביותר בקרב מדינות הארגון**, והוא עמד בשנת 2012 (השנה האחרונה

<sup>143</sup> להרחבה ראו מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [היעדרם של כלים לתכנון כוח-האדם הרפואי](#), כתבה: שלי לוי, 5 ביולי 2010.

<sup>144</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הקשיים בהגדלת כוח-האדם הרפואי בבריפריה](#), כתבה: שלי לוי, 24 בינואר 2011.

<sup>145</sup> משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.



המלאה האחרונה במאגר) על 3.84 בלבד, לעומת שיעור ממוצע של 10.73 במדינות ה-OECD.<sup>146</sup> המדינה שמדורגת מעל ישראל בדירוג זה היא יפן, ובה 5.88 בוגרים ל-100,000 נפש.<sup>147</sup>

כאמור, עיסוק ברפואה בישראל מחייב קבלת רישיון ממשד הבריאות על-פי הוראות **פקודת הרופאים [נוסח חדש], תשל"ז-1976**, והמשרד מפרסם מדי שנה בשנה נתונים על מספר בעלי הרישיון; לצד הוספת מספר הרישיונות החדשים שניתנו עד סוף אותה שנה, המשרד מפחית את מספר הרישיונות של רופאים שנפטרו או היגרו מהמדינה, על-פי העדכון המתקבל ממרשם האוכלוסין.<sup>148</sup>

על-פי נתוני משרד הבריאות לשנת 2013,<sup>149</sup> **מספר הרופאים בעלי הרישיון בשנה זו היה 33,785 איש, ומהם היו 25,274 בעלי רישיון עד גיל 65 (כ-75% מכלל בעלי הרישיון), כלומר בסוף שנת 2013 היו בישראל 3.11 בעלי רישיון לעסוק ברפואה כללית עד גיל 65 ל-1,000 נפש**. עם זאת, נדגיש בהקשר זה כי מידע על מספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה אינו מצביע בהכרח על מספר המועסקים בפועל במקצועות הרפואה, וייתכן שחלק מבעלי הרישיון עברו לתחומי עיסוק אחרים לחלוטין.

מהנתונים על מספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה עד גיל 65 בישראל ושיעורם ל-1,000 נפש בעשור האחרון עולה כי **בשנים 2000-2013 חלה ירידה של כ-10% בשיעורם של בעלי רישיון אלו, מ-3.44 ל-1,000 נפש בשנת 2000 ל-3.11 בשנת 2013**.<sup>150</sup>

על שיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש ניתן ללמוד מנתוני סקר כוח-אדם של הלמ"ס לשנת 2013. מנתונים אלה, שהובאו בפרסום משרד הבריאות בנושא כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013, עולה כי **בשנת 2013 הועסקו בישראל 28,000 רופאים, כלומר 3.5 רופאים ל-1,000 נפש – לעומת שיעור של 3.0 רופאים ל-1,000 נפש בשנת 2011**. נשאלת השאלה מהן הסיבות לעלייה בשיעור הרופאים המועסקים בישראל בשנים 2011-2013, מה גם שכאמור לעיל, בשנים 2011-2013 לא חלה עלייה משמעותית בשיעורם ל-1,000 נפש של כלל בעלי הרישיון לעסוק ברפואה (4.13 לעומת 4.15, בהתאמה).<sup>151</sup>

הסבר אפשרי מרכזי לעלייה זו הוא השינוי בשיטת הדגימה שערכה הלמ"ס: בחודש ינואר 2012 חלו שינויים בסקר כוח-האדם, שכללו מעבר ממערכת של מדידת תכונות כוח העבודה אחת לרבעון למערכת חדשה, המודדת את תכונות כוח העבודה אחת לחודש, וכן מעבר ממדידת תכונות כוח העבודה האזרחי למדידת תכונות כלל כוח העבודה, כלומר המשרתים בשירות חובה או בשירות קבע נוספו לכוח העבודה כמועסקים במשרה מלאה. בלמ"ס ציינו כי בעקבות צעדים אלו חלו שינויים שונים, ובהם שינויים בהגדרת האוכלוסייה, הגדלת המדגמים החודשיים ושינויים נוספים אשר, לדברי הלמ"ס, גרמו ל"ישבר בסדרה", ולפיכך נדרשת זהירות רבה בהשוואת נתוני העבר לנתוני ההווה, שכן במעבר לסקר החודשי חלו שינויים בנתונים של המשתתפים בכוח העבודה, של המועסקים ושל הבלתי מועסקים לעומת העבר.

<sup>146</sup> חישוב מרכז המחקר והמידע של הכנסת לנתוני ה-OECD המובאים כאן:

OECD Health Data: Health care resources: Graduates, retrieved on March 24<sup>th</sup>, 2015.

<sup>147</sup> ש.ם.

<sup>148</sup> משרד הבריאות, כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013, דצמבר 2014.

<sup>149</sup> ש.ם.

<sup>150</sup> ש.ם.

<sup>151</sup> ש.ם.



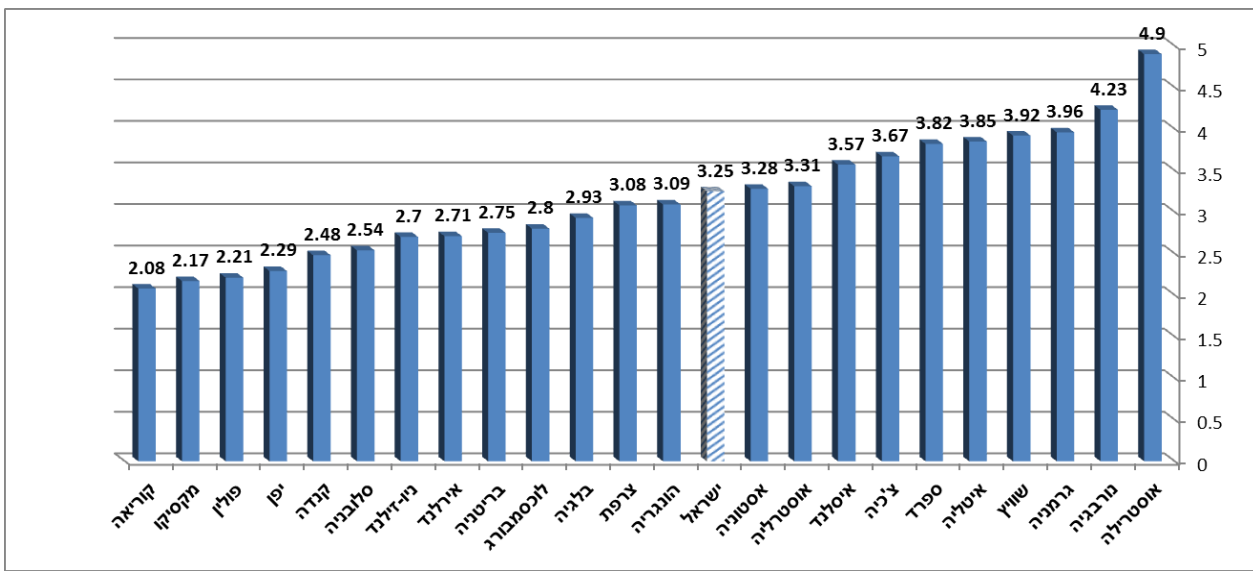
לדברי הלמ"ס, שינויים אלה הם פועל יוצא של שינוי אופן המדידה ולא של התופעות הכלכליות שחלו במשק.<sup>152</sup>

מכאן, שלא ניתן לקבוע אם העלייה בשיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש בישראל בשנים 2013-2011 (כאמור, מ-3.0 ל-3.5) נגרמה בשל גידול במספרם של הרופאים המועסקים או שמא היא תוצאה של שינוי בשיטת הדגימה של הלמ"ס.

הלחן יובאו נתוני ארגון ה-OECD לשנת 2012 (השנה האחרונה המלאה שלגביה יש נתונים מעודכנים) על שיעור הרופאים המועסקים במתן טיפול רפואי (Practicing Physicians). מהנתונים עולה כי ישראל הייתה ממוקמת במקום ה-11 בין 24 מדינות ה-OECD, עם שיעור של 3.25 רופאים מועסקים במתן טיפול רפואי ל-1,000 נפש – שיעור הגבוה במעט מממוצע 24 המדינות האמורות, שעמד על 3.14.<sup>153</sup>

**תרשים מס' 7: שיעור הרופאים המועסקים במתן טיפול רפואי ל-1,000 נפש ב-24 ממדינות ה-**

**OECD, 2012<sup>154</sup>**



במשרד הבריאות מייחסים את שיעור הרופאים האמור – כאמור, מעט מעל ממוצע מדינות ה-OECD כפי שהוצג לעיל – בעיקר לגל העלייה מברית-המועצות לשעבר בשנות ה-90 של המאה ה-20. עם זאת, מציינים במשרד כי גיל הרופאים בישראל הוא בין הגבוהים במדינות ה-OECD, ולפיכך יש מגמת ירידה בשיעור הרופאים בישראל. על-פי חישוב שנעשה במשרד הבריאות, "צפי פרישת הרופאים ב-5-10 השנים הקרובות מצביע על מגמת ירידה של 15% בשיעור הרופאים ל-1,000 נפש בשנת 2025 עד מתחת לממוצע

<sup>152</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [סקר כוח-אדם 2012: שינויים בסקר כוח-אדם 2012](#), תאריך כניסה: 11 במרס 2015.

<sup>153</sup> חישוב מרכז המחקר והמידע של הכנסת לנתוני ה-OECD:

OECD (2014), OECD Health Data: Health Care Resources, OECD Health Statistics (database), retrieved on March 11<sup>th</sup>, 2015.

<sup>154</sup> ש.ם.



מדינות ה-OECD, ומכאן הצורך בהגברת ההכשרה וההסמכה של רופאים לעתיד, יחד עם הקצאת תקנים בהתאם".<sup>155</sup>

במענה על פנייתנו במרס 2015 אשר לפעולות שמשדר הבריאות נוקט להגדלת היקף הרופאים, השיב משרד הבריאות כי במשרד פועלים בכמה מישורים כדי להגדיל את מספר הרופאים העתידיים, ונגקטים, בין היתר, צעדים אלו: פתיחת מסלולי הסבה לאקדמאים, הגדלת מספר הסטודנטים הלומדים בכל פקולטה לרפואה וכן פתיחת פקולטה לרפואה בצפת בשנת 2011. על-פי הצפי של משרד הבריאות, כי **מספר הסטודנטים בשנת 2021 יסיימו את לימודיהם 687 סטודנטים**, לעומת 547 מקבלי רישיון לעיסוק ברפואה בשנת 2007 (עלייה של כ-40%).<sup>156</sup>

**סוגיית כוח-האדם במקצועות הבריאות בישראל נדונה גם בוועדת גרמן.** בנושא כוח-האדם הרפואי המליצה הוועדה למשרד הבריאות ולגורמים נוספים, בין היתר:<sup>157</sup>

- לפעול להרחבת מסגרות ההכשרה לרפואה בישראל עד להיקף של 1,000 סטודנטים ישראלים בשנה בתוך חמש שנים, גם אם הדבר יהיה כרוך בצמצום מספר הסטודנטים הזרים הלומדים רפואה בישראל;
- לקבוע יעד של 1,400 רופאים חדשים בשנה (בוגרי ישראל וחו"ל), כך ששיעור הרופאים בישראל יהיה 2.9-3 רופאים ל-1,000 נפש. מעת לעת משרד הבריאות יעדכן את היעד על-פי צורכי המערכת והמטלות שיוטלו על הרופאים;
- לנקוט פעולות למיצוי החזרת רופאים ישראלים השוהים בחו"ל, ובהן יצירת קשר עם הסטודנטים במהלך הלימודים, קיום קורסי הכנה למבחן הרישוי, בחינת כללי הרישוי לרופאים שלמדו בחו"ל, בחינת האפשרות לסיום הלימודים בישראל וצעדים נוספים;
- לנקוט צעדים לעידוד הישארותם של רופאים במקצוע, כגון אפשרות להעסיקם מעבר לגיל הפרישה, בחינת הסיבות לפרישת רופאים מהמקצוע לפני גיל הפרישה ונקיטת צעדים בנושא, בחינת הסיבות המרכזיות להגירת רופאים מישראל;
- לבחון תמריצים ארוכי טווח עם מחויבות להעסקה על פני זמן וכן לבחון את פיתוחו של מסלול קריירה למקצועות במחסור;

אשר להתפלגות הרופאים לפי מחוזות, להלן נתוני משרד הבריאות על שיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש בהתפלגות לפי המחוזות השונים בשנת 2013. מהנתונים עולה כי **השיעור הגבוה ביותר של רופאים ל-1,000 נפש נמצא במחוז תל-אביב (4.5) ואילו השיעור הנמוך ביותר הוא במחוז צפון (1.7)**. הממוצע הכלל-ארצי בשנה זו עמד על 3.3.<sup>158</sup>

<sup>155</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>156</sup> ש.ם.

<sup>157</sup> משרד הבריאות, [הוועדה לחינוך מערכת הבריאות הציבורית בישראל בראשות שרת הבריאות יעל גרמן](#), 25 ביוני 2014.

<sup>158</sup> משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.



**טבלה מס' 6: שיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש בהתפלגות לפי מחוזות, 2013**<sup>159</sup>

שיעור הרופאים ל-1,000 נפש	מחוז
3.3	ארצי
4.5	תל-אביב
4.3	חיפה
4.0	ירושלים
3.3	מרכז
2.8	דרום
1.7	צפון

יש לציין כי ב-25 באוגוסט 2011 נחתם הסכם קיבוצי חדש בין המעסיקים בבתי-החולים הציבוריים – ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית וההסתדרות המדיצינית הדסה – ובין ההסתדרות הרפואית, ויש בו התייחסות נרחבת לצורך להגדיל את כוח-האדם הרפואי בפריפריה. על-פי ההסכם, עד יולי 2019 יוקצו לבתי-החולים הציבוריים ברחבי הארץ 1,000 תקני רופאים. מתוך 1,000 תקנים אלה יוקצו לבתי-החולים הציבוריים בפריפריה ובמרכז תקני מתמחים לשם הקטנת מספר התורנויות של המתמחים בבתי-החולים, כדי שלא יידרשו ליותר משש תורנויות בחודש. על-פי ההסכם האמור, בהקצאת תקני המתמחים לצורך זה תינתן עדיפות לאזורי פריפריה. נוסף על כך, ההסכם הקיבוצי האמור מגדיל את "תוספת הפריפריה" שתשולם לרופאים המועסקים באזורי פריפריה, וקובע מתן הלוואה עומדת בגובה של 300,000 ש"ח, בהתאם לקריטריונים שנקבעו, שתהפוך למענק בסיום ההתחייבות ותינתן לרופאים שיעברו לעבוד בבתי-חולים ובמרפאות קהילה בפריפריה. נוסף על כך, מתמחה או מומחה במקצוע מצוקה שיעבור לעבוד בפריפריה יהיה זכאי להלוואה עומדת שתהפוך למענק של 500,000 ש"ח: 300,000 ש"ח מענק בגין עיסוק במקצוע מצוקה ועוד 200,000 ש"ח מענק בגין עבודה בפריפריה.<sup>160</sup>

מנתוני משרד הבריאות על מספר התקנים שהוקצו לכל בית-חולים במסגרת ההסכם האמור עולה כי **עד כה הוקצו 807 תקני רופאים לבתי-חולים כלליים, גריאטריים, פסיכיאטריים ושיקומיים**. מכלל התקנים שניתנו, **737 תקנים ניתנו לבתי-חולים כלליים (91.3%)**; **33 תקנים ניתנו לבתי-חולים גריאטריים (4%)**; **34 תקנים ניתנו לבתי-חולים פסיכיאטריים (4.2%)** ו-**3 תקנים ניתנו לבית-חולים שיקומי (0.4%)**.<sup>161</sup>

<sup>159</sup> ש.ס.

<sup>160</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [שירותי הבריאות במחוז צפון](#), כתבה: שלי לוי, 4 בדצמבר 2011.

<sup>161</sup> עיבוד מרכז המחקר והמידע של הכנסת לנתוני משרד הבריאות שהועברו על-ידי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.



נציין כי מן התקנים שהוקצו, 465 תקנים הוקצו לבתי-חולים בבעלות ממשלתית (57.6%); 292 תקנים הוקצו לבתי-חולים בבעלות שירותי בריאות כללית (36.2%) ו-50 תקנים הוקצו לבית-חולים הדסה (6.2%).<sup>162</sup>

**בפילוח הנתונים לפי אזורים גיאוגרפיים כי מכלל התקנים שהוקצו, 343 תקנים הוקצו לפריפריה (42.5%), וכ-92% מהם הוקצו לבתי-חולים כלליים. יתר 464 התקנים הוקצו לבתי-חולים במרכז (57.5%), וכ-91% מהם הוקצו לבתי-חולים כלליים.**<sup>163</sup>

במענה על שאלתנו אם להסכם הקיבוצי האמור, שנחתם כאמור בשנת 2011, הייתה, לדעת משרד הבריאות, השפעה על מספר משרות הרופאים המאושרות באזורי הפריפריה, השיב משרד הבריאות כי בשנים 2010-2013 גדל ב-73% מספר המתמחים שהחלו את התמחותם בפריפריה – מ-133 מתמחים בשנת 2010 ל-229 מתמחים בשנת 2013. נציין כי בשנת 2012 מספר המתמחים היה אף גדול יותר, ועמד על 236. עוד ציינו במשרד, כי מספר המענקים שניתנו לרופאים בפריפריה הוא 567 – 45% מכלל המענקים שניתנו עד לשנת 2013.<sup>164</sup>

## 6.2. רופאים מומחים

בישראל, רופא מומחה הוא רופא שלאחר קבלת הרישיון לעסוק ברפואה כללית בחר להמשיך את הכשרתו ולהתמחות בענף רפואי מסוים, השלים את תקופת התמחותו, עמד בהצלחה בכל הדרישות הכרוכות בה וקיבל ממשרד הבריאות תעודת רופא מומחה בתחום הרפואי שבו התמחה. בישראל מוכרים 58 מקצועות התמחות בתחום הרפואה,<sup>165</sup> ובהם גריאטריה, הרדמה, יילוד וגינקולוגיה, מחלות זיהומיות, ראומטולוגיה ועוד.<sup>166</sup>

**בסוף שנת 2013 היו בישראל 18,279 רופאים מומחים, שהם כמחצית מכלל בעלי הרישיונות לעסוק ברפואה בישראל; 14,042 מהם (כ-77%) רופאים עד גיל 65. שיעור הרופאים המומחים בכלל הרופאים בישראל גדל עם השנים: בסוף שנת 2013 כ-56% מכלל הרופאים עד גיל 65 היו מומחים, לעומת כ-44% בשנת 2000. שיעור הרופאים המומחים ל-1,000 נפש בישראל עמד בשנת 2013 על 1.73.**<sup>167</sup>

<sup>163</sup> ש.ם.

<sup>164</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>165</sup> ב-58 מקצועות ההתמחות הקיימים בישראל יש 30 מקצועות בסיס ו-28 מקצועות-על. ההסתדרות הרפואית בישראל, [אתר המתמחים](#), תאריך כניסה: 12 במרס 2015. מקצועות הבסיס הם ענפי רפואה שבהם מוענק למועמד תואר מומחה לאחר עמידה בכל הדרישות להתמחות, ללא צורך במומחיות בתחום נוסף, כגון מחלות עור ומין, פסיכיאטריה ורפואה פנימית. משך ההתמחות במקצוע בסיס משתנה ממקצוע למקצוע ונע בין ארבע שנים לשבע שנים ורבע. מקצועות-על הם מקצועות שתחילת ההתמחות בהם מותנית בקבלת תואר מומחה במקצועות הבסיס, ובהם טיפול נמרץ כללי, קרדיולוגיה, רפואה דחופה ועוד. משך ההתמחות במקצוע-על הוא שנתיים עד שלוש שנים. ש.ם.

<sup>166</sup> ההסתדרות הרפואית בישראל, [אתר המתמחים](#), תאריך כניסה: 12 במרס 2015.

<sup>167</sup> ש.ם.





אשר לתחומי המומחיות, בסוף שנת 2013 כ-60% מהרופאים המומחים עד גיל 65 (8,487 רופאים) בישראל היו בעלי תעודת התמחות באחד מחמשת התחומים האלה: רפואה פנימית (19.9%); רפואת ילדים (14.8%); רפואת המשפחה (12.1%); יילוד וגינקולוגיה (7.5%) ופסיכיאטריה (6.3%).<sup>168</sup>

על-פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2013 הונפקו בישראל 567 תעודות מומחה חדשות לרופאים.<sup>169</sup>

בשנת 2014 קבע משרד הבריאות רשימה של 17 מקצועות שהתמחות בהם מקנה מענקים לרופאים והם: הרדמה, נאונטולוגיה, טיפול נמרץ, טיפול נמרץ ילדים, טיפול נמרץ לב, פנימית, גריאטריה, כירורגיה כללית, רפואה דחופה, פתולוגיה, המטו-אונקולוגיה ילדים, שיקום, פסיכיאטריה של הילד, רפואה גרעינית, כירורגיית כלי דם, כירורגיית ילדים, רפואה דחופה ילדים.<sup>170</sup> נציין כי מצוקת כוח-האדם באה לידי ביטוי, בין היתר, במחסור במומחים בתחומים אלו כבר היום וכן במחסור במתמחים שהם העתודה המקצועית בתחום.<sup>171</sup>

### 6.3. רפואת המשפחה ורפואת ילדים

במערכת הבריאות יש הבחנה בין רפואה ראשונית לבין רפואה שניונית (ובשמה הנוסף, רפואה מקצועית). **רפואה ראשונית, הכוללת בעיקר רפואה כללית, רפואת משפחה ורפואת ילדים,** היא שער הכניסה למערכת הבריאות. רופאים אלו נותנים מענה רפואי למטופלים הפונים אליהם, ובמידת הצורך מפנים אותם להמשך טיפול בתחומי הרפואה השניונית שעיקרה מתן שירותי יעוץ ושירותים רפואיים לפי מקצועות, כגון רפואת עור, אורתופדיה, קרדיולוגיה, בהתאם לצרכי המטופל.<sup>172</sup>

תחום רפואת המשפחה עוסק בבריאותם של אנשים החיים בקהילה בכל מצבי הבריאות והחולי לאורך כל שנות החיים, והוא מצריך התמחות בתחומים מגוונים, שכן רופא המשפחה הוא בדרך כלל הגורם הראשון הפוגש את המטופל במצבים בריאותיים שונים.

**רופא משפחה הוא רופא ראשוני, ויכול להיות אחד מהשניים: בעל תעודת רופא מומחה ברפואת משפחה או רופא שאין בידו תעודת מומחה ברפואת המשפחה.**

משך ההתמחות של רופא בתחום רפואת משפחה הוא ארבע שנים.<sup>173</sup> בסוף שנת 2013 עמד מספרם של הרופאים בעלי תעודת מומחה ברפואת המשפחה עד גיל 65 על 1,750, שהם כ-12.5% מכלל בעלי תעודת המומחה עד גיל 65 בישראל. בשנת 2013 הונפקו 81 תעודות מומחה חדשות למומחים ברפואת משפחה.<sup>174</sup>

<sup>168</sup> ש.ס.

<sup>169</sup> משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.

<sup>170</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>171</sup> משרד הבריאות, [דוח הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל](#), יוני 2010.

<sup>172</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [רופאים בעלי תעודות מומחה](#), כתבה: שלי לוי, 22 בפברואר 2010.

<sup>173</sup> ההתמחות כוללת: 15 חודשים במחלקה לרפואת המשפחה בפיקוח ישיר וצמוד של מדרך; 10 חודשים במחלקה לרפואה פנימית; חמישה חודשים במחלקה לרפואת ילדים; חודשיים במחלקה לרפואה דחופה; ארבעה חודשים בשתי תקופות של חודשיים כל אחת בשניים מהמקצועות הבאים: אורתופדיה, אימונולוגיה קלינית ואלרגולוגיה, אנדוקרינולוגיה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות הכבד, גריאטריה, כירורגיה כללית, מחלות אף אוזן גרון, כירורגיה של הראש והצוואר, מחלות זיהומיות ותחומים נוספים; 12 חודשים אחרונים במחלקה לרפואת המשפחה בפיקוח מדרך וכן קורס אוניברסיטאי ברפואת המשפחה בן ששה סמסטרים לפחות (כולל עמידה בדרישות האוניברסיטה בסיומם הקורס). אתר המתמחים, החסדרות הרפואית בישראל, [רפואת המשפחה](#), תאריך כניסה: 18 במרס, 2015.

<sup>174</sup> משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.



בשנים 2000-2013 גדל יותר מפי-שניים מספרם של הרופאים בעלי תעודת רופא מומחה ברפואת המשפחה עד גיל 65, מ-820 רופאים בשנת 2000 ל-1,750 רופאים בשנת 2013. במקביל, חלה עלייה בשיעורם של בעלי תעודת מומחה ברפואת המשפחה עד גיל 65 ל-1,000 נפש, מ-0.12 בשנת 2000 ל-0.21 בשנת 2013.<sup>175</sup>

אשר לשיעור הרופאים הכלליים או רופאי המשפחה העוסקים בתחום זה, בין שיש להם תעודת רופא מומחה ברפואת משפחה ובין אם לאו, ארגון ה-OECD עורך השוואה בין-לאומית לפי מדד שיעור הרופאים הכלליים או רופאי המשפחה ("general practitioners"/"family doctors") ל-1,000 נפש. רופאים אלה מוגדרים על-ידי הארגון כרופאים המופקדים על מתן שירותים רפואיים שלא בתחום רפואי מסוים ואחראים למתן שירותים רפואיים מתמשכים וכוללניים ליחידים, משפחות וקהילות. רופאים אלו הם, בין היתר, רופאים כלליים, רופאים מחוזיים, רופאי משפחה ומתמחים ברפואה כללית.<sup>176</sup> כלומר, לא מדובר בדירוג של שיעור המומחים ברפואת משפחה אלא של שיעור העוסקים ברפואה כללית וברפואת משפחה, בין שהם בעלי מומחיות ברפואת משפחה ובין אם לאו. בנתונים שהעבירה ישראל ל-OECD לצורך ההשוואה האמורה נכללו רופאים העוסקים במתן שירות רפואי למטופלים: מומחים ברפואת המשפחה, מתמחים (residents) ברפואת משפחה העובדים בקופות-החולים וכן רופאים כלליים שאינם מומחים ברפואת המשפחה. מנתוני ישראל ל-OECD עולה כי בשנת 2012 מספר הרופאים הכלליים בישראל על-פי הגדרה זו היה 4,710. כאמור, על-פי נתוני משרד הבריאות בישראל יש 1,750 בעלי תעודת מומחה ברפואת משפחה עד גיל 65, כלומר בעלי תעודת מומחה ברפואת משפחה עד גיל 65 הם כ-40% מכלל העוסקים ברפואה כללית וברפואת משפחה בישראל, על-פי הנתון שמסר משרד הבריאות ל-OECD.

מן ההשוואה הבין-לאומית עולה, כפי שיוצג בתרשים שלהלן, כי בשנת 2012 דורגה ישראל במקום ה-16 בין המדינות שנסקרו, עם שיעור רופאים של 0.6 ל-1,000 נפש, שיעור הנמוך מממוצע ה-OECD, שעמד בשנה זו על 0.74 רופאים ל-1,000 נפש.<sup>177</sup> המדינות שבהן שיעור הרופאים הכלליים/רופאי המשפחה היה נמוך משיעורם בישראל הן, בין היתר, מקסיקו (0.59), איסלנד (0.57) וטורקיה (0.55).<sup>178</sup>

---

<sup>175</sup> שם.

<sup>176</sup> נציין כי נתוני ה-OECD מתייחסים לרופאים מועסקים וכוללים נתונים על מומחים ומתמחים ברפואת המשפחה וכן נתונים על רופאים כלליים שאינם מומחים (non-specialist General Practitioners) העובדים המערכות הבריאות (HMO).

OECD Health Statistics 2014, Definitions, Sources and Methods, General Practitioners, retrieved on March 18<sup>th</sup>, 2015.

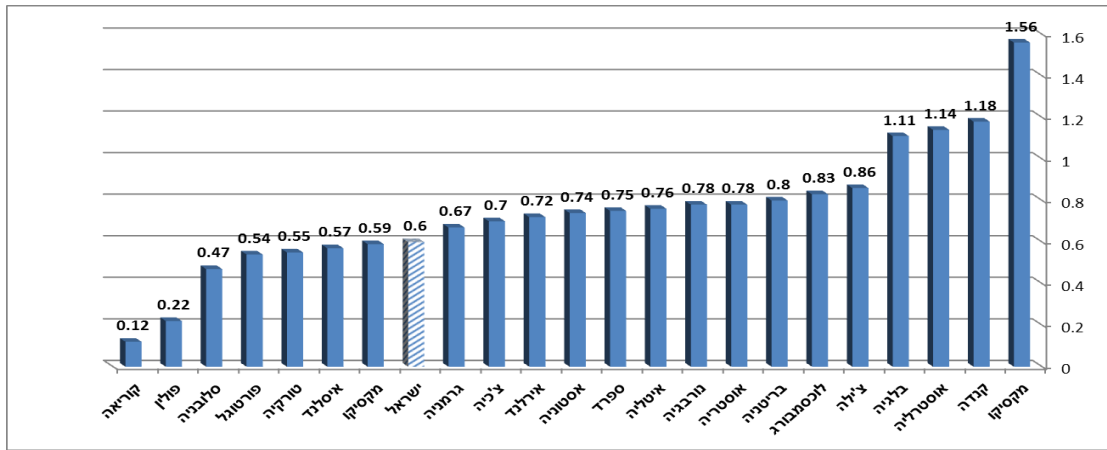
<sup>177</sup> חישוב מרכז המחקר והמידע של הכנסת לפי נתוני ארגון ה-OECD, שם, אוחר ב-18 במרס 2015.

<sup>178</sup> OECD Health Statistics 2014, OECD Health Statistics, Physicians by categories, retrieved on March 18<sup>th</sup>, 2015.



**תרשים מס' 8: שיעור רופאים כלליים/רופאי המשפחה (כולל מתמחים וכולל מומחים ברפואת**

**משפחה) ל-1,000 נפש ב-23 מדינות ה-OECD, 2012**<sup>179</sup>



להערכת איגוד רופאי המשפחה, כפי שהובאה בהמלצות ועדת גרמן, שפורסמו כאמור בשנת 2014, יהיה צורך ב-350 רופאי משפחה חדשים בכל שנה כדי לשמר את איכות השירות הניתן היום, עקב הפרישה הצפויה של רופאים רבים לגמלאות, עזיבת המקצוע טרם פרישה והגידול באוכלוסייה. מספר זה גדול בהרבה, לטענת איגוד רופאי המשפחה, ממספר המצטרפים לרפואת המשפחה בכל שנה.<sup>180</sup>

גם ועדת גרמן התייחסה למחסור הצפוי ברופאי המשפחה וציינה בהמלצותיה: "המחסור הצפוי ברופאים ראשוניים והעומס המוטל עליהם כיום, שמתבטא גם בזמני מפגש קצרים עם המטופלים, מחייבים פעולות להגברת הזמינות והנגישות של רופאים אלה. בכך צריכים להתחשב גם הגורמים אשר יקבעו מדיניות לתכנון ההתמחויות הרפואיות בראייה לאומית. כדי ליישם מטרה זו יש לבחון את התמריצים לבחירה במקצוע ולהישארות בו, ואת האפשרות להרחיב את ההכשרה בקהילה במסגרת הלימודים".<sup>181</sup> ועדת גרמן קבעה בנושא זה: באחריות משרד הבריאות, קופות-החולים וההסתדרות הרפואית לפעול להגדלת מספר הרופאים הראשוניים בדגש על פריפריה חברתית וגיאוגרפית; יינקטו פעולות לצמצום נטל הפעולות הביורוקרטיות המוטלות על הרופא הראשוני, לרבות אישורים.<sup>182</sup>

ממשרד הבריאות נמסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי משנת 2015 ואילך יינתנו, לראשונה, מענקים למתמחים ברפואת המשפחה, בפריפריה בלבד.<sup>183</sup>

**אשר לרפואת ילדים**, רפואת ילדים (פדיאטריה) היא ענף התמחות המתמקד בטיפול באוכלוסיית תינוקות, ילדים ומתבגרים. משך ההתמחות ברפואת ילדים הוא על ארבע וחצי שנים.<sup>184</sup>

<sup>179</sup> ש.ס.

<sup>180</sup> משרד הבריאות, דוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, 2014.

<sup>181</sup> ש.ס.

<sup>182</sup> ש.ס.

<sup>183</sup> ש.ס.

<sup>184</sup> התמחות ברפואת ילדים כוללת: 33 חודשים במחלקה לרפואת ילדים ויכול ששישה חודשים מתוכם יהיו ביחידת יום לילדים או שיכול ששלושה חודשים יהיו ביחידת יום לילדים ושלושה חודשים יהיו ביחידה לטיפול נמרץ לילדים; שישה חודשים במחלקת יונקים וטיפול מיוחד ביילוד; שישה חודשים במרפאת ילדים קהילתית או במרפאת יעוץ כללי לילדים, בעבודה משולבת עם מחלקת ילדים או יחידת יום לילדים; שלושה חודשים באחד מהמקצועות, כגון: אנדוקרינולוגיה לילדים, מחלות אף אוזן וגרון וכירורגיה ראש וצוואר, גסטרואנטרולוגיה לילדים ומקצועות נוספים וכן שישה חודשי מדעי סוד. אתר המתמחים, ההסתדרות הרפואית בישראל, **רפואת ילדים**, תאריך כניסה: 18 במרס 2015.



**בשנים 2000-2013 גדל מספרם של הרופאים המומחים ברפואת ילדים עד גיל 65 מ-1,466 בשנת 2000 ל-2,180 בשנת 2013 ושיעורם היה כ-0.26 ל-1,000 נפש. מספר תעודות המומחה החדשות ברפואת ילדים שהונפקו בשנת 2013 עמד על 85.**<sup>185</sup>

להערכת איגוד רופאי הילדים, המובאת בהמלצות ועדת גרמן שהוזכרו לעיל, מספר רופאי הילדים שמסיימים כיום התמחות אינו מספיק לקיום הדרישה הנוגעת לרפואת ילדים, בשל הגידול באוכלוסייה.<sup>186</sup> גורמים נוספים העשויים להוות סיבה לירידה בשיעור רופאי הילדים הם, בין היתר, פרישה נרחבת של רופאי ילדים לגמלאות בעשור הקרוב, קצב הכשרת מומחים ברפואת ילדים שאין בו כדי להדביק את מספר הרופאים הפורשים וכן העובדה שרק חלק מהמתמחים ברפואת ילדים בוחרים לעבוד בקהילה עם תום תקופת התמחותם.<sup>187</sup>

#### **6.4. רופאי שיניים**

על-פי **פקודת רופאי השיניים [נוסח חדש]**, תשל"ט-1957, העיסוק ברפואת שיניים בישראל מחייב קבלת רישיון ממשד הבריאות. משנת 1992 ואילך, המבקש רישיון לעסוק ברפואת שיניים בישראל, בין שרכש את השכלתו בישראל ובין שלמד בחוץ-לארץ, נדרש לעמוד בבחינת רישוי ממשלתית שבה שני שלבים – שלב עיוני ושלב מעשי. רופא שיניים שיש לו רישיון יכול להמשיך את הכשרתו, להתמחות באחת מההתמחויות ברפואת שיניים ולקבל תעודת רופא שיניים. על-פי התוספות לתקנות **רופאי שיניים (אישור תואר מומחה ובחינות)**, תשל"ז-1979, ברפואת שיניים יש תשע התמחויות, כדלקמן: כירורגיית פה ולסתות, רפואת הפה, פדודונטיה (רפואת ילדים), אורתודונטיה, פריודונטיה (מחלות חניכיים), אנדודונטיה (טיפול שורש), רפואת שיניים ציבורית, פתולוגיה אורלית ושיקום פרוסטודונטי. נוסף על כך, יש תת-התמחות בשיקום פנים ולסתות. משך כל התמחות נע בין שלוש וחצי שנים לחמש שנים.<sup>188</sup>

**בישראל יש שני-בתי ספר לרפואת שיניים:** בית-הספר לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית בירושלים ובית-החולים האוניברסיטאי הדסה ובית-הספר לרפואת שיניים של אוניברסיטת תל-אביב. שני בתי-ספר אלה הם היחידים בישראל המכשירים רופאי שיניים, והם גם מוסדות ההתמחות הגדולים והמרכזיים בתחום זה.<sup>189</sup>

על-פי נתוני משרד הבריאות, בסוף שנת 2013 היו בישראל 10,207 בעלי רישיון לעסוק ברפואת שיניים, ובהם 8,237 רופאים עד גיל 65 (כ-80.7%), שהם רופא אחד ל-1,000 נפש.<sup>190</sup> בשנת 2013 הונפקו 317 רישיונות חדשים ברפואת שיניים, כרבע מהם (79 רישיונות) הוענקו לבוגרי לימודי רפואת שיניים

<sup>185</sup> משרד הבריאות, **כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013**, דצמבר 2014.

<sup>186</sup> משרד הבריאות, **דוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן**, 25 ביוני 2014.

<sup>187</sup> כתב העת הישראלי לרפואת ילדים (Israeli Journal of Pediatrics), 79, **עמיד רפואת הילדים בישראל – חזון ומציאות**, פרופ' יונה אמיתי, ד"ר שמעון ברק, ד"ר מנו כץ, אוקטובר 2012.

<sup>188</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **לימודי רפואת שיניים בישראל**, כתבה: אתי וייסבלאי, 4 במרס 2012.

<sup>189</sup> ש.ס.

<sup>190</sup> ש.ס.



**בישראל**.<sup>191</sup> מקום המדינה ועד היום, הרוב המכריע של רופאי השיניים החדשים שהתווספו למערכת הבריאות בכל שנה קיבלו את הכשרתם הרפואית בחוץ-לארץ.<sup>192</sup>

בשנים 1970–2013 חל גידול מתמשך במספרם של בעלי רישיון לעסוק ברפואת שיניים עד גיל 65 בישראל, מ-664 בעלי רישיון בשנת 1970 ל-8,102 בעלי רישיון בשנת 2013. אולם בשיעור בעלי הרישיון ל-1,000 נפש חלה ירידה משנת 2002 ואילך, ובשנת 2013 היה בישראל בעל רישיון אחד עד גיל 65 לעסוק ברפואת שיניים ל-1,000 נפש, לעומת 1.06 בשנת 2002.<sup>193</sup>

אחת הדרכים להעריך את שיעור בעלי הרישיון לעסוק ברפואת שיניים בישראל היא השוואה בין-לאומית בתחום זה. ארגון ה-OECD משווה בין המדינות החברות בו על-פי מדד המכונה Professionally Active Dentists, שעיקרו בחינת שיעור בעלי הרישיון לעסוק ברפואת שיניים העוסקים בתחום הרחב של השכלתם. הנתון המופיע על ישראל בהשוואה זו הוא מספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואת שיניים עד גיל 65, אולם נתון זה אינו מלמד בהכרח על מספר המועסקים בישראל בתחום הרחב של השכלתם, שכן ייתכן שחלק מבעלי הרישיון עברו לתחומי עיסוק אחרים לחלוטין.<sup>194</sup>

על-פי השוואה זו, בשנת 2012 (השנה האחרונה שלגביה יש נתונים מלאים) דורגה ישראל במקום הראשון בין 15 המדינות המדורגות, עם שיעור של 1.01 רופאי שיניים ל-1,000 נפש.<sup>195</sup> מהנתונים עולה כי שיעור רופאי השיניים ל-1,000 נפש בישראל היה ועודנו גבוה משיעור זה במדינות OECD האחרות. עם זאת, כאמור, לא כל בעלי הרישיון לעסוק ברפואת שיניים אכן עוסקים במקצוע זה.

בידי משרד הבריאות אין נתונים על מספר רופאי השיניים המועסקים בפועל, ויש רק אומדן של מספרם, המובא בסקר כוח-האדם השנתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. לפי האומדן, בשנת 2013 היו מועסקים 4,900 רופאי שיניים,<sup>196</sup> שהם כ-59.5% מכלל בעלי הרישיון לעסוק ברפואת שיניים עד גיל 65 – כאמור, 8,237 רופאים.<sup>197</sup>

ארגון ה-OECD גם עורך השוואה לעניין שיעור רופאי השיניים המועסקים בפועל ( Practicing Dentists) ל-1,000 נפש. בהשוואה זו מובאים נתונים על מספר רופאי השיניים המועסקים בישראל על-פי סקר כוח-האדם האמור של הלמ"ס.<sup>198</sup> מהשוואה זו עולה כי בשנת 2012 ישראל דורגה במקום התשיעי

<sup>191</sup> משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.

<sup>192</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מחסור ברופאי שיניים מומחים](#), כתבה: שלי לוי, 25 באוקטובר 2010.

<sup>193</sup> שם.

<sup>194</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מחסור ברופאי שיניים מומחים](#), כתבה: שלי לוי, 25 באוקטובר 2010;

OECD Health Statistics 2014, [Definitions, Sources and Methods: Professionally active dentists](#), retrieved on March 12<sup>th</sup>, 2015.

<sup>195</sup> OECD (2014), [OECD Health Data: Health Care Resources](#), OECD Health Statistics (database), retrieved on March 12<sup>th</sup>, 2015.

<sup>196</sup> משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.

<sup>197</sup> עיבוד נתונים של מרכז המחקר והמידע לנתוני משרד הבריאות על מספר רופאי השיניים מתוך: משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.

<sup>198</sup> OECD Health Statistics 2014: [Definitions, Sources, and Methods](#), retrieved on March 12<sup>th</sup>, 2015.



בין 19 המדינות המדורגות עם שיעור של 0.68 רופאים מועסקים בפועל ל-1,000 נפש.<sup>199</sup> כלומר, גם בהשוואה לפי מדד רופאי השיניים המועסקים בפועל, שיעורם של רופאים אלו ל-1,000 נפש בישראל גבוה יחסית לשיעורם בשאר מדינות ה-OECD המדורגות והיה גבוה מממוצע ה-OECD במדד זה (0.63).<sup>200</sup>

מנתוני משרד הבריאות לשנת 2013 על שיעורם של רופאי השיניים המועסקים ל-1,000 נפש בהתפלגות לפי מחוזות, עולה כי שיעור הרופאים הגבוה ביותר הוא במחוז תל-אביב (1.1) ואילו השיעור הנמוך ביותר הוא במחוז מרכז (0.4),<sup>201</sup> כפי שיוצג להלן:

**טבלה מס' 7: שיעור רופאי השיניים המועסקים ל-1,000 נפש בהתפלגות לפי מחוזות, 2013<sup>202</sup>**

מחוז	שיעור רופאי שיניים ל-1,000 נפש
ארצי	0.6
תל-אביב	1.1
מרכז	*0.4
חיפה	לא צוין
ירושלים	*0.6
צפון	*0.6
דרום	לא צוין

\* בפרסום משרד הבריאות בנושא [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#) מצוין כי יש טעות דגימה יחסית של יותר מ-20% במקרים אלה.

יש לשים לב כי אף-על-פי שכיום אין מחסור במספר רופאי שיניים בישראל, במסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא [מחסור ברופאי שיניים מומחים](#), שנכתב לבקשת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות באוקטובר 2010,<sup>203</sup> מצוין כי הגידול המתמיד באוכלוסייה, שיעורם הגבוה של העולים בקרב רופאי השיניים עד גיל 65 (27%) והעלייה בגיל הממוצע של הרופאים מחייבים את המדינה להבטיח שקצב הגידול במספרם של רופאי השיניים בישראל בעתיד יהיה מספיק, הן לנוכח הירידה במספר הרופאים העולים החדשים, בעיקר ממזרח אירופה, והן לנוכח הגידול הצפוי בשנים הקרובות במספר הרופאים הפורשים לגמלאות. הוועדה לבחינת אומדן צורכי כוח-האדם העתידיים במערכת הבריאות, שפרסמה את מסקנותיה בפברואר 2008, קבעה כי על-פי הנחות העבודה של הוועדה, שיעור רופאי השיניים בישראל ירד בשנים הקרובות כך שבשנת 2020 יהיו 0.85–0.95 רופאי שיניים ל-1,000 נפש. עם

<sup>199</sup> OECD (2014), [OECD Health Data: Health Care Resources, OECD Health Statistics](#) (database), retrieved on March 12<sup>th</sup>, 2015.

<sup>200</sup> עיבוד של מרכז המחקר והמידע של הכנסת לנתוני ה-OECD, שם.

<sup>201</sup> בפרסום משרד הבריאות מצוין כי ישנה טעות דגימה יחסית של למעלה מ-20% במקרה זה. משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.

<sup>202</sup> שם.

<sup>203</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מחסור ברופאי שיניים מומחים](#), כתבה: שלי לוי, 25 באוקטובר 2010.



זאת, לדברי הוועדה שיעור זה הוא גבוה יחסית למדינות ה-OECD, ולכן אין היא רואה צורך בהרחבת מסגרות ההכשרה לרופאי שיניים בישראל.<sup>204</sup>

בדוח 65ג לשנת 2014 התייחס מבקר המדינה, בין היתר, לסוגיית תכנון כוח-האדם בתחום רפואת השיניים וציין כי ראוי שמשרד הבריאות יעדכן את התכנון שלו לטווח הארוך בנוגע לצורכי כוח-האדם בתחום בריאות השן לנוכח ההתפתחויות הדמוגרפיות וההחלטות בדבר הרחבת הזכאויות לשירות בתחום זה במסגרת של שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים. המבקר ציין כי על משרד הבריאות לעדכן את מאגרי המידע שבידיו ולבססם על נתונים אמניים. עוד לדברי המבקר, על משרד הבריאות להביא בחשבון את הפיזור הגיאוגרפי של כוח-האדם המקצועי שיידרש וכן את התחזית לגבי מצב התחלואה העתידי בתחום בריאות השן.<sup>205</sup>

אשר לרופאי שיניים מומחים, במסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא [מחסור ברופאי שיניים מומחים](#), המוזכר לעיל, צוין כי שיעור רופאי השיניים המומחים בכלל רופאי השיניים בישראל הוא נמוך. המחסור במומחים ברפואת שיניים קיים ברוב המכריע של התחומים, ובולט במיוחד בתחום רפואת השיניים לילדים ורפואת הפה.<sup>206</sup> ממצאי דוח מבקר המדינה בדוח 65ג לשנת 2014 האמור לעיל מלמדים כי במועד עריכת הביקורת לא הייתה למשרד הבריאות קביעה לעניין מספר המומחים הנדרשים בכל אחד מתחומי רפואת השיניים. מבקר המדינה סבור כי על משרד הבריאות, בשיתוף עם המועצה המדעית, לקבוע מהו מספר המומחים ברפואת שיניים הנחוץ בטווח הארוך בכל תחום התמחות, ולפעול נמרצות להגדלת מספרם של המומחים, בייחוד בתחומים שבהם שיעור הרופאים נמוך במיוחד.<sup>207</sup>

## 6.5. אחיות<sup>208</sup>

תקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות), התשמ"א-1981, ותקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי-חולים), התשמ"ט-1988, מפרטות מיהם המורשים לעסוק בסיעוד. הכרה במעמד מקצועי של אחות נקבעת על-ידי משרד הבריאות על סמך עמידה בכמה קריטריונים, המעודכנים מעת לעת ומשקפים את כשירותו של אדם לעסוק במקצוע. בוגרי תוכניות לימודים בישראל אשר עמדו בכל דרישות תוכנית הלימודים המחייבת זכאים לגשת לבחינת רישום ממשלתית בסיעוד. עמידה בהצלחה בבחינה זו היא תנאי הכרחי, אך לא יחיד, לרישום בפנקס האחים והאחיות בישראל. בוגרי תוכניות לימודים בחו"ל יהיו זכאים להירשם בפנקס האמור לאחר שעברו הליך של הכרה מקצועית ועמדו בהצלחה בבחינת הרישום הממשלתית.<sup>209</sup>

במסגרות ההכשרה של כוח-אדם סיעודי בישראל התרחש בשנים האחרונות שינוי מהותי: בשנת 2003 החליט משרד הבריאות להפסיק את ההכרה בתוכניות הכשרה לאחיות מעשיות מ-31 באוגוסט 2007 ואילך, ולחתור להכשרתן של אחיות מוסמכות אקדמאיות, "אשר יעניקו את הטיפול המורכב לחולים,

---

<sup>204</sup> משרד הבריאות, הוועדה לבחינת אומדן צורכי כוח-האדם העתידיים במערכת הבריאות, דוח ב': מקצועות בריאות ונספים, 11 בפברואר 2008.

<sup>205</sup> משרד מבקר המדינה, דוח 65ג לשנת 2014, מאי 2015.

<sup>206</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, לימודי רפואת שיניים בישראל, כתבה: אתי וייסבלאי, 4 במרס 2012.

<sup>207</sup> משרד מבקר המדינה, דוח 65ג לשנת 2014, מאי 2015.

<sup>208</sup> בכל מקום שבו מצוין המונח "אחות" או "בעלות רישיון" הכוונה היא גם לגברים העוסקים בתחום הסיעוד.

<sup>209</sup> משרד הבריאות, מינהל הסיעוד, הליך הרישום בפנקס האחים והאחיות, תאריך כניסה: 18 במרס 2015.



ולצדן להכשיר כוחות עזר מיומנים, אשר ימלאו את כל צרכיו הבסיסיים של הזקוק להם בפיקוחה של אחות מוסמכת".<sup>210</sup> לנוכח מדיניות משרד הבריאות, לא התקיימה הכשרה לאחיות מעשיות בשנים האחרונות, וניתנה הכרה לאחיות מעשיות מחו"ל בלבד, כחלק ממדיניות קליטת העלייה.<sup>211</sup>

עם זאת, באפריל 2014 פרסם משרד הבריאות חוזר הון בהרחבת העוסקים בסיעוד, אשר למעשה מחזיר את ההכרה באחיות המעשיות; על-פי חוזר זה, תחום העיסוק הזה מוגדר עיסוק מסייע, שיאפשר פינוי זמן של האחיות המוסמכות לטיפול בחולים קשים ומורכבים. בחוזר האמור נקבע כי לצד האחיות המוסמכות תעבודנה אחיות מעשיות, "על-פי הוראה ובפיקוחה הישיר של אחות מוסמכת". אחיות מעשיות תועסקנה במחלקות כלליות בבתי-חולים, במרכזים גריאטריים פסיכיאטריים ובמוסדות שמטפלים בקשישים ובחולים עם מחלה ממושכת (כרונית). אחיות מעשיות לא תועסקנה באתר טיפול שבהן נדרשות אחיות לריכוז טיפול, מעקב וטיפול בחולים מורכבים, טיפול פרטני, לרבות ביצוע טיפולים פולשניים, טיפול בחולה מונשם ומשימות רב-מערכתיות. בין השאר יוגדרו כאתרים אלה היחידות האלה: רפואה דחופה, חדר ניתוח, חדר לידה, יחידות לטיפול נמרץ לסוגיו, התאוששות/התעוררות; פגים, יחידות דיאליזה, יחידות לטיפול מוגבר.<sup>212</sup>

עוד צוין כי תהליך ההטמעה של תפקיד האחיות המעשיות ילווה במעקב של מינהל הסיעוד ויתבצע במהלך ההכשרה והשנה הראשונה לשילובן של האחיות המעשיות במערכת; התפקיד, תרומתו והשלכותיו ייבחנו תוך יישום ההחלטה ומתוך מגמה להפיק לקחים ולייעל את התהליך.<sup>213</sup>

המקורות העיקריים לכניסת כוח-אדם חדש מתחום הסיעוד למערכת הבריאות הם מוסדות ההכשרה לסיעוד בארץ. על-פי נתוני משרד הבריאות, **בשנת 2013 ניתנו בישראל 1,387 רישיונות חדשים במקצועות הסיעוד** (מתוכם 1,331 רישיונות לאחיות מוסמכות ו-28 רישיונות לאחיות מעשיות), בהשוואה ל-1,234 רישיונות חדשים בשנת 2012.<sup>214</sup> במשרד הבריאות מציינים כי מספר הרישיונות החדשים בסיעוד שנוספו בשנת 2013 הוא הגדול ביותר בעשור האחרון.<sup>215</sup>

מנתוני משרד הבריאות עולה כי **בשנת 2013 היו בישראל 60,454 בעלות רישיון לעסוק בסיעוד, מהן 47,309 בעלות רישיון עד גיל 65 (כ-78.2%)**. **47,309 אחיות היו מוסמכות, ומהן 39,035 אחיות היו עד גיל 65 (כ-82.5%)**. **13,145 היו אחיות מעשיות, ומהן 8,066 אחיות עד גיל 65 (כ-61.4%)**.<sup>216</sup> להלן תוצג טבלה ובה מספרם של בעלות הרישיון לסיעוד עד גיל 65 ושיעורן ל-1,000 נפש בשנים 2013-2003:

<sup>210</sup> משרד הבריאות, חוזר מנכ"ל מס' 18/03, רישום אחיות מעשיות בפנקס, 16 בספטמבר 2009.

<sup>211</sup> משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב, האגף למקצועות רפואיים, מינהל הסיעוד, 2011.

<sup>212</sup> משרד הבריאות, חוזר מינהל הסיעוד, הרחבת מערך העוסקים בסיעוד, 30 באפריל 2014.

<sup>213</sup> ש.ם.

<sup>214</sup> משרד הבריאות, כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013, דצמבר 2014.

<sup>215</sup> ש.ם.

<sup>216</sup> ש.ם.





**טבלה מס' 8: מספר בעלות רישיון לעסוק בסיעוד עד גיל 65 ושיעורן ל-1,000 נפש, 2003–2013<sup>217</sup>**

שנה	מספר בעלות רישיון לעסוק בסיעוד עד גיל 65	שיעור בעלות הרישיון עד גיל 65 ל-1,000 נפש
2003	43,916	6.51
2004	44,418	6.47
2005	44,981	6.43
2006	45,443	6.39
2007	45,939	6.34
2008	46,353	6.25
2009	46,717	6.19
2010	46,801	6.08
2011	46,697	5.96
2012	46,769	5.86
2013	47,101	5.79

מהטבלה לעיל עולה כי מספר בעלות הרישיון לעסוק בסיעוד בעשור האחרון גדל ב-3,185 אולם שיעורן ל-1,000 נפש ירד בתקופה זו ועמד בשנת 2013 על 5.79 אחיות לעומת 6.51 אחיות בשנת 2013.

כאמור לעיל, אין במידע על מספרן של כלל בעלות הרישיון לעסוק בסיעוד להעיד על מספר המועסקים בסיעוד בפועל. על-פי ממצאי סקר כוח-אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה המובאים בפרסום כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013 של משרד הבריאות,<sup>218</sup> בשנת 2013 היו 38,800 אחיות מועסקות בישראל, שהן כ-82% מכלל בעלות הרישיון לעסוק בסיעוד עד גיל 65 בישראל בשנה זו.

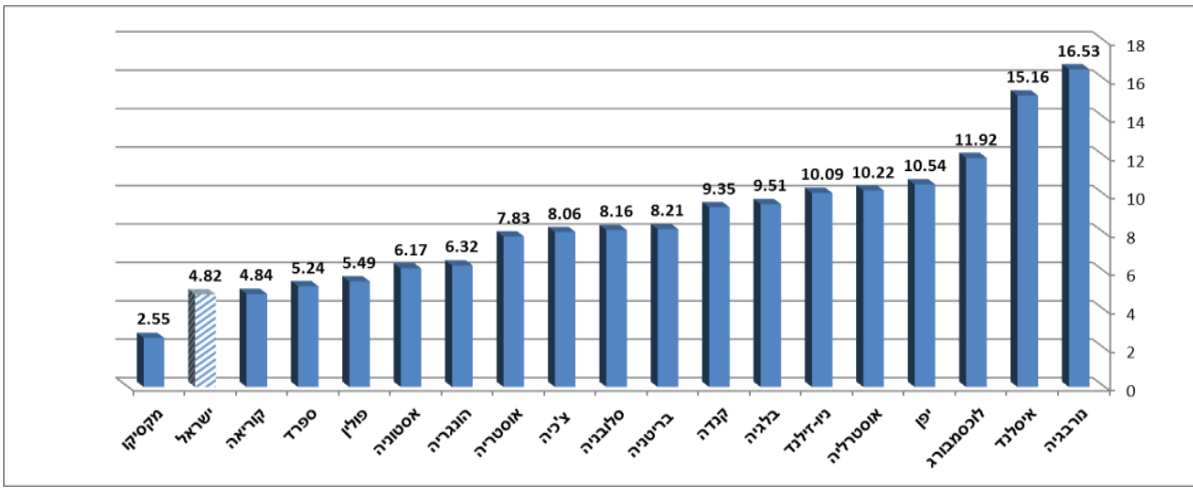
אחת הדרכים להעריך את שיעורן ל-1,000 נפש של האחיות המועסקות בישראל הוא השוואה בין-לאומית בתחום זה. ארגון ה-OECD השווה בין המדינות החברות בו על-פי מדד המכונה Practicing Nurses. הנתון המופיע על ישראל בהשוואה זו מבוסס על ממצאי סקר כוח-אדם של הלמ"ס על מספר המועסקים בפועל בסיעוד. להלן יובאו נתוני 19 מדינות ה-OECD המדורגות על-פי מדד זה בשנת 2012 (השנה האחרונה שלגביה יש נתונים מלאים), שעולה מהם כי בשנה זו הייתה ישראל בתחתית הדירוג בקרב 19 מדינות ה-OECD, ומתחתיה רק מקסיקו (2.55).

<sup>217</sup> משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.

<sup>218</sup> שם.



**תרשים מס' 9: שיעור האחיות המועסקות ל-1,000 נפש במדינות ה-OECD, 2012<sup>219</sup>**



נתוני משרד הבריאות על שיעורן של אחיות מוסמכות ומעשיות מועסקות ל-1,000 נפש בהתפלגות לפי מחוז תעסוקה בשנת 2013 מלמדים כי שיעור האחיות הגבוה ביותר ל-1,000 נפש נמצא במחוז חיפה (7.2) ואילו השיעור הנמוך ביותר הוא במחוז הדרום (3.1), כפי שיוצג בטבלה שלהלן. נציין כי הממוצע הכלל-ארצי בשנה זו עמד על 4.8 אחיות ל-1,000 נפש.<sup>220</sup>

**טבלה מס' 9: שיעור אחיות מועסקות ל-1,000 נפש בהתפלגות לפי מחוז תעסוקה, 2013**

מחוז	שיעור אחיות ל-1,000 נפש
ארצי	4.8
חיפה	7.2
תל-אביב	6.1
ירושלים	3.8
מרכז	4.8
צפון	4.6
דרום	3.1

בדוח הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל שפרסם משרד הבריאות ביוני 2010 נקבע כי בשל הצמצום במספרן של האחיות המעשיות, שלא נלווה לו גידול במספר האחיות המוסמכות החדשות המצטרפות למערכת הבריאות, ועמו הירידה במספר העולים לישראל והגידול בשיעור האחיות ברוב המדינות הנסקרות, גדל מאוד הפער בשיעור האחיות לנפש בין ישראל לבין רוב מדינות ה-OECD. כיום יש במדינת ישראל מחסור ניכר באחיות. כותבי הדוח העריכו כי ירידה זו בשיעור האחיות תימשך, ככל הנראה, לפחות עד שנת 2015.<sup>221</sup>

<sup>219</sup> OECD (2012), *OECD Health Data: Health Care Resources*, OECD Health Statistics (database), retrieved on March 15<sup>th</sup>, 2015.

<sup>220</sup> משרד הבריאות, *כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013*, דצמבר 2014.

<sup>221</sup> משרד הבריאות, *דוח הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל*, יוני 2010.



הוועדה האמורה סברה כי לנוכח שיעורן של האחיות ברוב מדינות ה-OECD והפער הקיים בתחום זה, לא תוכל ישראל להגיע בטווח הנראה לעין לשיעור דומה לממוצע במדינות ה-OECD. הוועדה העריכה כי שיעור של 5.8 אחיות ל-1,000 נפש הוא יעד ראשוני בר-השגה, שמטרתו לבלום את הירידה ולאפשר תפקוד תקין של המערכת, בין היתר על-ידי פתיחת מסגרות לימוד חדשות והרחבת מסגרות ההכשרה הקיימות ובאמצעות הסבה של אקדמאים. אולם הוועדה המליצה לבחון את האפשרות לגייס משאבים תקציביים ואחרים שיאפשרו שיפור גדול יותר בניסיון להגיע לשיעור של 6.5 אחיות ל-1,000 נפש עד שנת 2025. נוסף על כך, הוועדה המליצה על מיסוד מקצוע כוח העזר המיומן "סייעת אחות", על בניית מסלול להכשרה מקצועית בתחום זה ועל הכשרה של מספר רב ככל הניתן של מועמדות, כדי להגיע למספר אחיות חדשות השווה בשיעורו לכ-20% ממספר האחיות ולהכשיר עוד בשנת 2011 כ-200 סייעות לאחיות.<sup>222</sup>

ב-15 בינואר 2013 נחתם הסכם קיבוצי בעניין תוספת לשכר האחים והאחיות בין המעסיקים – המדינה, שירותי בריאות כללית, שלוש הערים הגדולות (ירושלים, חיפה, תל-אביב) והדסה – ובין הסתדרות העובדים הכללית החדשה והסתדרות האחים והאחיות. תוקפו של החוזה הוא לתקופה של ארבע שנים וחצי (מ-1 בינואר 2013 עד 30 ביוני 2017), והוא חל על כל העובדים המועסקים בשירות המעסיקים, אשר משכורתם מחושבת לפי הסכמים קיבוציים החלים לגבי דירוג האחים והאחיות ואשר מיוצגים על-ידי ההסתדרות.<sup>223</sup>

במרס 2015, במענה על בקשתנו ממשד הבריאות לקבל את עמדת המשרד אשר למחסור הקיים באחיות, השיב המשרד כי בהשוואה לשיעור כוח-האדם הסיעודי במדינות ה-OECD שיעור האחיות בישראל נמוך מאוד. עוד ציין המשרד כי "מדינת ישראל קבעה יעד שבו שיעור האחיות יהיה 6.2. יעד זה ישיקף סטנדרט מקצועי זהה לזה שנקבע במפתחות התקינה לכל שירותי הבריאות לרבות אותם שירותים בהם לא מומשה התקינה או שירותים המתוכננים בגין תוספת מיטות. יחד עם זאת, חשוב לציין כי כל מקומות העסקה לאחיות מלאים עד אפס מקום. יתרה מזאת, באזור הצפון מסתמנת אבטלה של אחיות אשר אינן מוצאות משרה פנויה. במוסדות פרטיים גריאטריים בעיקר עדיין קיים קושי רב בגיוס כוח-אדם בגלל תנאי שכר מאוד נמוכים שאינם משתווים לתנאי השכר של אחיות הנהנות מהסכמי השכר הקיבוציים".<sup>224</sup>

נושא תקינת האחיות נדון גם הוא בוועדת גרמן, וההמלצה הייתה להקים צוות רב-מקצועי לעדכון תקינת האחיות, שישתתפו בו גופים שונים, ובהם משרדי הממשלה, איגודים מקצועיים, קופות-חולים, בכירים ברפואה הקהילתית ובתי-החולים. יישום המלצות הצוות, על-פי המלצות ועדת גרמן, ייקבע בהסכמים הקיבוציים.<sup>225</sup> עוד המליצה ועדת גרמן בנושא המחסור האחיות בישראל כי:

- משרד הבריאות ימשיך לפעול להגדלת שיעור האחיות בישראל ויקבע יעד לשנים הקרובות, בהתחשב בתמהיל האחיות הנדרשות. יעד זה יתעדכן מעת לעת בהתאם לצרכים שיהיו במערכת

<sup>222</sup> ש.ם.

<sup>223</sup> משרד האוצר, שכר והסכמי עבודה, אחים ואחיות – הוראות ביצוע להסכם הקיבוצי מיום 15 בינואר 2013, 4 בפברואר 2013.

<sup>224</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>225</sup> משרד הבריאות, הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, 25 ביוני 2014.



והמטלות שיוטלו על האחיות. במסגרת זאת ימופו הצרכים והפערים במקצועות הסיעוד לסוגיהם ;

- משרד הבריאות יפעל לנקיטת צעדים לשימור האחיות במקצוע ולייעול זמן העבודה של האחיות, בין היתר באמצעות בחינת המשימות שאינן דורשות מומחיות בסיעוד והרחבת השימוש בכוחות עזר רפואיים ;
- יורחב המידע על האחיות הפעילות בישראל – יתקיים רישום חוזר של אחיות בפנקס האחיות והשגת מידע על מקום תעסוקה.



## 7. מכשירים רפואיים מיוחדים

בעולם המערבי יש התייקרות מתמדת של שירותי הרפואה, מסיבות שונות ובהן עלייה במודעות ובדרישה הצרכנית ושינויים בהעדפות בתחומי איכות החיים ואורחות חיים.<sup>226</sup> חוסר היכולת לספק את כלל שירותי הבריאות לכל המטופלים בכל המצבים הרפואיים הנדרשים עלול להוביל לכשל שוק בבריאות, ולפיכך נדרשת התערבות הממשלה וביצוע קיצוב שירותי בריאות. סקירת הרגולציה בתחום הבריאות בעולם, שנערכה על-ידי מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, מעלה שיש הבדלים נרחבים בין השיטות הקיימות לעניין הגבלת מספר השירותים הרפואיים, ובין היתר שיטות אלו: מדיניות הכלת עלויות, צמצום ההתוויות לטכנולוגיות מסוימות, בקרה על הנחיות מקצועיות, הגבלת תקנים של מטפלים ופיקוח על פיזורם הגיאוגרפי, קביעת קריטריונים לבדיקות יקרות ועוד.<sup>227</sup>

הטלת מגבלות רישוי על מספר המכשירים הרפואיים המיוחדים לפי גודל אוכלוסייה היא אחת השיטות לבלימת עלויות, מתוך הרציונל כי הגבלת ההיצע תביא לצמצום הביקושים ובכך תקטין את ההוצאה הכספית על בדיקות אלה. שיטה זו (Certificate of Needs – להלן: CON) הוסדרה בישראל בשנת 1994 באמצעות [תקנות בריאות העם \(מכשירים רפואיים מיוחדים\), התשנ"ד-1994](#). תקנות אלה קובעות רשימה של מכשירים רפואיים אשר יש לקבל ממשרד הבריאות רישיון כדי להפעילם וכן את שיעורם לנפש. במסמך זה נתמקד במכשירי CT ו-MRI.

בעת מתן רישיון למכשירים רפואיים מיוחדים משרד הבריאות נדרש להתחשב בהיבטים אלו: ההשפעה של השינוי הצפוי על בריאות הציבור לעניין תדירות הטיפולים למטופל או הבדיקות; שיעור המכשירים המיוחדים לנפש באוכלוסייה או פריסתם בארץ; נגישות המכשיר לציבור; הוצאות ההפעלה השוטפות והשלכתן על כלל ההוצאה הציבורית לבריאות; בטיחות המכשיר המיוחד ויעילותו במימוש המטרה שלשמה נועד; שיקולים רפואיים; ההשפעה של רכישת המכשיר והפעלתו על ההוצאות הציבוריות על בריאות ועוד.<sup>228</sup>

תקנות המורות על מידת ההגבלה של המכשירים מתעדכנות מעת לעת, בהתאם להתפתחויות ברפואה, גודל האוכלוסייה ושינויים בצרכים ובמדיניות. נציין כי לא פעם הועלתה בדינו ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת הדרישה לבטל את ההגבלה הקיימת בתקנות על מספר הרישיונות המקסימלי למכשירי MRI בישראל ולאפשר לכל בית-חולים שיכול לגייס כספים לכך לרכוש מכשיר MRI. בתחילת שנת 2010 אף הוגשה הצעת חוק פרטית בידי חברי הכנסת אריה אלדד, חיים כץ ורחל אדטו, שביקשה לבטל את הפיקוח על מספר מכשירי ה-MRI, אולם הממשלה התנגדה להצעת חוק זו.<sup>229</sup>

מעמדת משרד הבריאות שהתקבלה עולה, כי "משרד הבריאות סבור כי שיטת ה-CON מאפשרת התנהלות יעילה רפואית וכלכלית, כל עוד משרד הבריאות יכול לעדכן את התקנות על-פי הצרכים הרפואיים. שימוש ב'-CON גמיש' בא לידי ביטוי בכך שהתקנות הן שיעור מכשירים לנפש ולכן עם הגידול באוכלוסייה, ניתן לתת עוד מכשירים ללא צורך לשנות את התקנות. כמו כן, במקרים שבהם יש

---

<sup>226</sup> שרונה וקנין, אסנת לוקסמבורג משרד הבריאות, המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, מכון גרטנר, [ספר הערכת טכנולוגיות רפואיות](#), מאי 2013.

<sup>227</sup> ש.ם.

<sup>228</sup> ש.ם.

<sup>229</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מכשיר MRI פתוח](#), כתבה: שלי לוי, 1 במאי 2011.



שינוי מהותי בשימושים הרפואיים במכשיר דימות זה או אחר – פועל משרד הבריאות לעדכן את השיעור לנפש<sup>230</sup>.

להלן נציג את הנתונים על מספרם ושיעורם של מכשירי CT ו-MRI בישראל.

## 7.1 מכשירי CT

**מכשיר CT (Computer Tomography)** משמש לביצוע בדיקה אבחנתית המשלבת קרינת רנטגן עם טכנולוגיית מחשב מתקדמת ליצירת תמונות של הגוף. בדיקה זו יכולה להדגים בצורה חדה צורה, גודל, סימטרייה ומאפיינים נוספים של איברי הגוף וטובה לאבחון תהליכים תופסי מקום שונים, ובהם דימומים, חסימות וכיו"ב.<sup>231</sup>

על-פי התקנות האמורות, **שיעור מכשירי ה-CT בישראל הוא מכשיר אחד ל-125,000 נפש**. על-פי נתוני משרד הבריאות, **כיום פועלים בישראל ברישיון 66 מכשירי CT בפיזור ארצי**:<sup>232</sup>

### טבלה מס' 10: מספר מכשירי CT בפילוח לפי מחוזות, 2015

מחוז	מספר מכשירי CT	שיעור
צפון	10	15.1%
חיפה	10	15.1%
תל-אביב	14	21.2%
מרכז	12	18.2%
ירושלים	11	16.6%
דרום	9	13.6%
סה"כ	66	100%

מבחינת התפלגות מכשירי ה-CT לפי מחוזות עולה, כי בשנת 2013 השיעור הגבוה ביותר של מכשירי CT היה במחוז תל-אביב (21.2%) ואילו השיעור הנמוך ביותר היה במחוז הדרום (13.6%).<sup>233</sup>

בסוף שנת 2011 עמד שיעור הבדיקות לנפש באמצעות CT על 125.4 בדיקות ל-1,000 נפש.<sup>234</sup> אשר לנתונים על דפוסי השימוש בבדיקת CT, מנתוני מכון גרטנר עולה כי בשנים 1995-2011 חלה בישראל עלייה הדרגתית ומתמדת בשיעור בדיקות CT, מ-348,582 בדיקות בשנת 1995 (62.1 בדיקות ל-1,000

<sup>230</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, התקבל ב-31 במרס 2015.

<sup>231</sup> משרד הבריאות, המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, [מכשירים רפואיים מיוחדים בישראל – תמונת מצב ודפוסי שימוש, 2011-2012](#).

<sup>232</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>233</sup> ש.ם.

<sup>234</sup> משרד הבריאות, המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, [מכשירים רפואיים מיוחדים בישראל – תמונת מצב ודפוסי שימוש, 2011-2012](#).

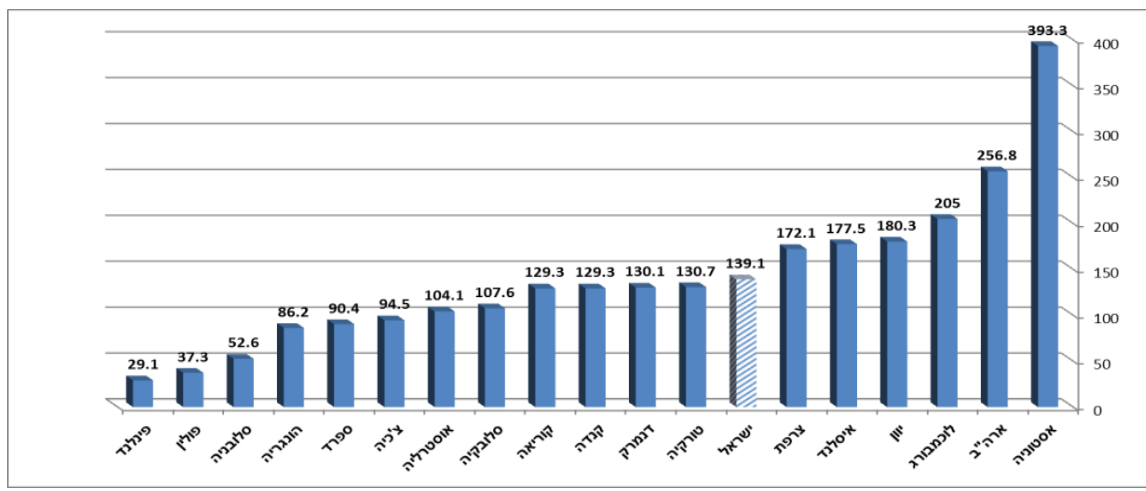


נפש) ל-982,800 בדיקות בשנת 2011 (125.4 בדיקות ל-1,000 נפש), כלומר עלייה של כ-300% במספר הבדיקות.<sup>235</sup>

על-פי נתונים שמסרה ישראל לארגון ה-OECD, מספר מכשירי ה-CT שעמדו לרשות אוכלוסיית ישראל בשנת 2013 היה 74. בהשוואה בין-לאומית שערך ארגון ה-OECD בשנת 2012 (השנה האחרונה שלגביה יש נתונים מלאים) על שיעורם של מכשירי CT ב-25 מדינות החברות בארגון דורגה ישראל במקום ה-22, עם שיעור של 9.23 מכשירי CT למיליון נפש; אחריה דורגו בריטניה (8.66), הונגריה (7.66) ומקסיקו (5.09).<sup>236</sup>

אשר למספר השימושים במכשירים האמורים, מנתוני ישראל שהועברו ל-OECD עולה כי בשנת 2012 בוצעו בישראל 1,100,450 סריקות CT, שהן 139.1 סריקות ל-1,000 נפש.<sup>237</sup> בהשוואה בין-לאומית שערך ארגון ה-OECD בשנת 2012 (השנה העדכנית האחרונה שלגביה יש נתונים מלאים) על היקף השימושים במכשיר ה-CT ב-19 מדינות החברות בארגון דורגה ישראל במקום השביעי, עם שיעור של 139.1 שימושים ל-1,000 נפש – שיעור זה היה דומה למוצע השימושים ב-19 המדינות האמורות (139.2 בדיקות CT ל-1,000 נפש בשנת 2012).<sup>238</sup> לפני ישראל דורגו, בין היתר, צרפת (172.1), איסלנד (177.5) ויוון (180.3). להלן יוצג תרשים ובו נתונים על שיעור השימושים במכשיר CT ב-19 ממדינות ה-OECD בשנת 2012:<sup>239</sup>

#### תרשים מס' 10: שיעור השימושים במכשיר CT ב-19 מדינות ה-OECD, 2012



<sup>235</sup> שרונה וקנין, אסנת לוקסמבורג משרד הבריאות, המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, מכון גרטנר, [ספר הערכת טכנולוגיות רפואיות](#), מאי 2013.

<sup>236</sup> OECD (2012), [OECD Health Data: Health Care Resources: Medical Technology](#) (database), retrieved on March 22<sup>nd</sup>, 2015.

<sup>237</sup> OECD (2012), [OECD Health Data: Health Care Utilisation: Diagnostic Exams](#) (database), retrieved on March 22<sup>nd</sup>, 2015.

<sup>238</sup> חישוב מרכז המחקר והמידע של הכנסת על-פי נתוני ארגון ה-OECD. שם.

<sup>239</sup> OECD (2012), [OECD Health Data: Health Care Utilisation: Diagnostic Exams](#) (database), retrieved on March 22<sup>nd</sup>, 2015.



## 7.2. מכשירי MRI

מכשיר התהודה המגנטית MRI (Magnetic Resonance Imaging) הוא מערכת מתקדמת לדימות מחשבי של רקמות הגוף המבוסס על תהודה מגנטית של גרעיני המימן, שריכוזם מאוד גבוה במים שברקמות האדם. בדיקת MRI יכולה להדגים בצורה טובה מוח, עמוד שדרה, צוואר ופנים ומערכות נוספות בגוף, והיא משמשת כלי עזר לפני ביצוע הליכים פולשניים ומספקת מידע על המערכות השונות בגוף.<sup>240</sup>

תיקון לתקנות בריאות העם (מכשירים מיוחדים) (תיקון), התשע"ה–2014, קובע כי שיעורם של מכשירים אלה יעלה, ויעמוד על השיעורים המפורטים בטבלה להלן בכל אחת מהשנים 2015-2017:<sup>241</sup>

שנה	מספר נפשות למכשיר MRI אחד
2015	1: 325,000
2016	1: 307,000
2017	1: 292,000

מנתוני משרד הבריאות עולה כי **כיום פועלים בישראל ברישיון 20 מכשירי MRI – 16 מכשירים נייחים וארבעה מכשירים ניידים.**<sup>242</sup> נציין כי הגדרתו של מכשיר MRI במוסד מסוים כ"נייד" משמעותה, לדברי משרד הבריאות, שאותו מוסד מקבל שירות מניידת MRI כמה ימים בכל חודש; הימים שבהם ניתן השירות בכל בית-חולים מצוינים בכל אחת מהרישיונות שמנפיק משרד הבריאות.<sup>243</sup>

לדברי משרד הבריאות, עד שנת 2018 בכוונתו לתת רישיון למכשיר MRI קבוע בבתי-חולים כלליים שאין להם עדיין מכשיר MRI. על-פי תוכנית זו, בשנת 2015 צפוי שיתווספו ארבעה מכשירי MRI, ובשנים הבאות מספר המכשירים אמור להגיע ליותר מ-30.<sup>244</sup>

להלן נציג את התפלגות מכשירי ה-MRI לפי מחוזות. מהנתונים עולה כי **שיעור מכשירי ה-MRI הנייחים הגבוה ביותר בשנת 2015 היה במחוז תל-אביב (31.25%) ואילו שיעור מכשירי ה-MRI הנייחים הנמוך ביותר היה במחוזות ירושלים, צפון, חיפה והדרום (12.5%).**<sup>245</sup>

<sup>240</sup> משרד הבריאות, המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, [מכשירים רפואיים מיוחדים בישראל – תמונת מצב ודפוס שימוש, 2011-2012](#).

<sup>241</sup> [תקנות בריאות העם \(מכשירים מיוחדים\)\(תיקון\), התשע"ה–2014](#).

<sup>242</sup> מיירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>243</sup> ש.ם.

<sup>244</sup> ש.ם.

<sup>245</sup> ש.ם.





**טבלה מס' 11: התפלגות מכשירי MRI לפי מחוזות ושיעורם, 2015**

מחוז	מס' מכשירי MRI	שיעור מכלל מכשירי MRI בישראל
ירושלים	2	12.5%
צפון	2	12.5%
חיפה	2	12.5%
מרכז	3	18.75%
תל אביב	5	31.25%
דרום	2	12.5%
<b>סה"כ</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

אשר לארבעת מכשירי ה-MRI הניידים הנותרים: מכשיר אחד משמש מוסדות רפואיים במחוזות המרכז והדרום (מאיר, קפלן, וולפסון, מעייני הישועה); מכשיר אחד משמש מוסדות רפואיים במחוז הצפון (רבקה זיו, פורייה, הקריון, הלל יפה, בני ציון); מכשיר אחד משרת את בתי-החולים העמק וסנט-וינסנט ומכשיר אחד משמש את אסותא מרכזים רפואיים (בית-חולים יוספטל, באר-שבע, אשדוד, דימונה).<sup>246</sup>

**שיעור בדיקות ה-MRI ל-1,000 נפש בשנת 2011 עמד על 19.5.**<sup>247</sup> אשר לדפוסי השימוש בבדיקת ה-MRI, מנתוני מרכז גרטנר עולה כי בשנים 1995-2011 גדל מספר הבדיקות מ-33,705 בדיקות בשנת 1995 (6 בדיקות ל-1,000 נפש) ל-152,801 בדיקות בשנת 2011 (19.5 בדיקות ל-1,000 נפש בהתאמה), כלומר חלה עלייה של כ-450% במספר הבדיקות.

על-פי נתונים שמסרה ישראל לארגון ה-OECD, **מספר מכשירי ה-MRI שעמדו לרשות אוכלוסיית ישראל בשנת 2013 היה 25.** בהשוואה בין-לאומית שערך ארגון ה-OECD בשנת 2012 (השנה האחרונה שלגביה יש נתונים מלאים) על שיעורם של מכשירי MRI ב-25 מדינות החברות בארגון **דורגה ישראל במקום ה-23, עם שיעור של 3.03 מכשירי MRI למיליון נפש; אחריה דורגו הונגריה (2.82) ומקסיקו (2.17).**<sup>248</sup>

אשר למספר השימושים במכשיר ה-MRI, מנתוני ה-OECD עולה כי **בשנת 2012 בוצעו בישראל 221,800 בדיקות MRI, שהן 28 בדיקות ל-1,000 נפש.**<sup>249</sup> בהשוואה בין-לאומית שערך ארגון ה-OECD בשנת 2012 (השנה האחרונה שלגביה יש נתונים מלאים) על היקף השימושים במכשיר ה-MRI ב-19 מדינות החברות בארגון **דורגה ישראל במקום ה-16, עם 28 שימושים ל-1,000 נפש; שיעור השימושים**

<sup>246</sup> ש.ם.

<sup>247</sup> [משרד הבריאות, המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, מכשירים רפואיים מיוחדים בישראל – תמונת מצב ודפוסי שימוש, 2011-2012.](#)

<sup>248</sup> OECD (2012), [OECD Health Data: Health Care Utilisation: Diagnostic Exams \(database\)](#), retrieved on March 22<sup>nd</sup>, 2015.

<sup>249</sup> ש.ם.



בה היה כמחצית משיעור השימושים הממוצע של 19 המדינות האמורות, שעמד בשנה זו על כ-55 שימושים ל-1,000 נפש.<sup>250</sup>

נציין כי על-פי מחקר בנק ישראל שפורסם בפברואר 2015 בנושא [ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים – אפריל עד ספטמבר 2014](#), חלק ההשקעה בנכסים קבועים בכלל ההוצאה על בריאות בישראל היה נמוך בעשור האחרון הן ביחס לעשור שקדם לו והן ביחס לממוצע ביתר המדינות החברות ב-OECD.<sup>251</sup> בבנק ישראל מציינים כי ההשקעה הנמוכה הובילה, בין היתר, לכך שמלאי ההון במערכת הבריאות בישראל נמוך ביחס לעולם, והדבר בא לידי ביטוי, למשל, במספרם המצומצם – יחסית לגודל האוכלוסייה – של מכשירי הסריקה כדוגמת CT ו-MRI. על-פי הדוח האמור, על המחסור במכשירים מפצה חלקית שימוש אינטנסיבי בתשתיות הקיימות, ומשום כך גם מספר הסריקות הממוצע בכל מכשיר בארץ גדול מנתון זה במדינות ה-OECD: מספרן של סריקות ה-CT לנפש בישראל כמעט זהה לממוצע ב-OECD, אך בשימוש במכשירי MRI נותר פער.<sup>252</sup>

לדברי בנק ישראל, השימוש האינטנסיבי בציוד הסריקה אומנם חוסך השקעות נוספות ומרסן את הגידול בהוצאות השוטפות, אולם הוא עלול לפגוע ברמת השירות, היות שהתושבים נאלצים לעתים להמתין זמן ממושך עד לבדיקה או להיבדק בשעות מאוחרות. בנק ישראל ציין עוד כי כאשר השימוש האינטנסיבי אינו מצליח לפצות על המחסור בתשתיות, המחסור עלול לפגוע באיכות השירות הרפואי ובבריאות האוכלוסייה.<sup>253</sup>

בהקשר של הצטיידות עתידית במכשירי דימות בהתאם לגידול הדמוגרפי ולמשתנים נוספים ציין מבקר המדינה, בדוח 65 לשנת 2014, כי בביקורת שערך משרד מבקר המדינה נמצא כי למעט לעניין מכשירי MRI, למשרד הבריאות אין תוכנית להצטיידות רב-שנתית במכשירי דימות לסוגיהם, וכי הוא אינו מביא בחשבון את הצרכים העתידיים למכשור נוסף. לדברי מבקר המדינה, היעדר תוכנית כזאת עלול להביא לכך שצרכי האוכלוסייה לא יסופקו והתורים לבדיקות יתארכו. המבקר סבור כי על משרד הבריאות לגבש תוכנית רב-שנתית להצטיידות בכלל מכשירי הדימות, שתהלוך את התקנים שקבע ואת צרכי האוכלוסייה על-פי פיזור בארץ ותאפשר תכנון והיערכות מוקדמים לרכישתם. עוד ציין מבקר המדינה כי על משרד הבריאות לגבש בהתאם לתכנון זה את צרכי כוח-האדם המקצועי הנדרש להפעלת המכשירים ולהיערך להכשרתו.<sup>254</sup>

<sup>250</sup> חישוב מרכז המחקר והמידע של הכנסת לפי נתוני ארגון ה-OECD. שם.

<sup>251</sup> בנק ישראל, חטיבת המחקר, [ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים – אפריל עד ספטמבר 2014](#), מס' 138, פברואר 2015.

<sup>252</sup> שם.

<sup>253</sup> שם.

<sup>254</sup> משרד מבקר המדינה, דוח 65 לשנת 2014, מאי 2015.



## 8. רפורמה בשירותי בריאות הנפש

**חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994**, קובע כי האחריות למתן שירותי בריאות הנפש בישראל מוטלת על משרד הבריאות, ושירות זה אינו כלול בסל שירותי הבריאות שקופות-החולים מחויבות לספק למבוטחיהן. בן-נון, ברלוביץ ושני מציינים כי בין התחומים השונים בשירותי הבריאות בישראל, לתחום בריאות הנפש לא ניתנה עדיפות גבוהה במשך שנים רבות, ולמעשה זהו התחום המוזנח ביותר במערכת שירותי הבריאות בישראל.<sup>255</sup>

אחד הקשיים בתחום בריאות הנפש הוא לאמוד את גודל האוכלוסייה הנזקקת לשירותים אלה. על-פי הערכות, בעולם המערבי כ-25% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעה נפשית לפחות פעם אחת במשך תקופת החיים, וכ-15% סובלים מהפרעה נפשית ברגע נתון. אשר לישראל, מסקר שערך מכון ברוקדייל ופורסם בשנת 2009 עלה כי היקף הסובלים מהפרעה נפשית בישראל דומה לשיעורו בעולם המערבי ועומד על כ-25%; שיעור הסובלים ממצוקה נפשית גבוה יחסית בקרב האוכלוסייה הערבית (38%), בקרב חולים כרוניים (33%), בקרב בעלי הכנסה נמוכה (33%), בקרב נשים (31%) ובקרב קשישים (30%).<sup>256</sup>

מנתוני המוסד לביטוח לאומי שנמסרו למרכז המחקר והמידע של הכנסת בפברואר 2014 לצורך כתיבת מסמך בנושא [המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש](#) עולה כי בין 224,794 מקבלי קצבת נכות כללית, 104,108 (כ-46.3%) סובלים מליקוי נפשי. נזכיר כי קצבת נכות משולמת לתושבי ישראל מגיל 18 ועד גיל פרישה העומדים בתנאים שנקבעו לעניין אחוזי הנכות הרפואית ולדרגת אי-כושר להשתכר. מתוך 104,108 מקבלי קצבת נכות שהם בעלי ליקוי נפשי, 74,535 איש (כ-72%) הם בעלי ליקוי נפשי כליקוי עיקרי ו-29,573 (כ-28%) הם בעלי ליקוי נפשי כליקוי משני. למעשה, מספר מקבלי הגמלה שהליקוי העיקרי שלהם הוא ליקוי נפשי הוא כשליש מכלל מקבלי קצבת נכות, ומספר מקבלי הגמלה שהליקוי המשני שלהם הוא ליקוי נפשי הוא כ-13% מכלל מקבלי קצבת נכות. **אשר לילדים, מהמוסד לביטוח לאומי נמסר כי אין בידי מידע על מספר הילדים המקבלים קצבת ילד נכה בשל ליקוי נפשי.**<sup>257</sup>

מאמצע שנות ה-90 של המאה ה-20 מנסה משרד הבריאות לערוך רפורמה בשירותי בריאות הנפש.<sup>258</sup> לרפורמה זו שלושה רכיבים מרכזיים: **הרפורמה המבנית**, שעיקרה צמצום מערך אשפוז בריאות הנפש והמרתו בפיתוח שירותי בריאות נפש בקהילה. האתגרים שביישומה של רפורמה זו הם פיתוח הולם ומספק של שירותי בריאות הנפש בקהילה והתאמת קצב צמצום מיטות האשפוז לקצב פיתוח שירותי הבריאות בקהילה. בהתאם למדיניות משרד הבריאות האמורה, מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בתקן בישראל הוא במגמת ירידה מתחילת שנות ה-80 של המאה ה-20. **הרפורמה השיקומית**, שעיקרה

<sup>255</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, עם עובד, 2010.

<sup>256</sup> המדגם נעשה באמצעות סקר טלפוני שעורך מכון ברוקדייל אחת לשנתיים בנושא רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בקרב בני 22 ומעלה בחודשים אוגוסט-אוקטובר. בשנת 2007 רואינו 1,865 איש ושיעור ההיענות היה 83%. המסגרת לדגימה היתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של בזק והוט. שאלת הסינון לאיתור אנשים עם מצוקה נפשית הייתה: "האם בשנה האחרונה הרגשת מצוקה נפשית שהיה קשה להתמודד אתה בעצמך, למשל: מתח רב, חרדה, דיכאון או עצב עמוק?". מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, **מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים**, כתבו: רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג, ברוך רוזן, נורית ניראל, רותי וייצברג, 2009.

<sup>257</sup> אופיר פינטו, תחום מחקרי נכות ושיקום, המוסד לביטוח לאומי, מכתב, 25 בפברואר 2014.

<sup>258</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **אשפוז בריאות הנפש בישראל**, כתבה: שלי לוי, 8 בפברואר 2010; [המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 13 במרס 2014.



פיתוח מערכת שיקום נכי נפש בקהילה. רפורמה זו יצאה לדרך עם חקיקת **חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000**, שנכנס לתוקפו בשנת 2001 ומאפשר שיקום כוללני. הרפורמה **הביטוחית**, שעיקרה העברת האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש מידי משרד הבריאות לידי קופות-החולים, אולם עד היום לא נחקק חוק המעביר את האחריות הביטוחים בתחום זה לידי קופות-החולים.

ב-10 במאי 2012 התקבלה **החלטת ממשלה מס' 4611**, שעניינה העברת מלוא האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות-החולים. החלטה זו מאשרת את החלטת שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, להעביר **בצו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק)**, **התשע"ב-2012**, שירותים מתחום בריאות הנפש המפורטים בתוספת השלישית לחוק לסל שירותי הבריאות שהשירותים שהוא נותן מפורטים בתוספת השנייה לחוק שבאחריות קופות-החולים, ולהוסיף לתוספת השנייה שירותים מסוימים בתחום בריאות הנפש הניתנים כיום בידי משרד הבריאות. **מועד כניסתו של הצו לתוקף הוא 1 ביולי 2015**. עוד קובעת החלטת הממשלה האמורה כי במועד כניסתו לתוקף של הצו תגדל עלות הסל (נטו) שבאחריות קופות-החולים בכ-1.5 מיליארד ש"ח. עוד הוחלט במסגרת החלטת הממשלה האמורה לעיל על הקמת מנהלת רפורמה, שתפעל כגוף מייצע למנכ"ל משרד הבריאות בכל הנוגע למעקב אחר הרפורמה ויישומה וכגוף מתאם בין הגורמים השונים, תוך הסתייעות במחקר מלווה.

בעקבות החלטת הממשלה האמורה פורסם ב-29 במאי 2012 **צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק), התשע"ב-2012**, שייכנס לתוקף ב-1 ביולי 2015.

הצו האמור<sup>259</sup> מגדיר את שירותי האשפוז והשירותים האמבולטוריים<sup>260</sup> בתחום בריאות הנפש שקופות-החולים יספקו למבוטחיהן מ-1 ביולי 2015 ואילך. **שירותי האשפוז** כוללים שירותי חירום ומיון; שירותי אשפוז פסיכיאטרי, אשפוז יום; ייעוץ וטיפול באשפוז בבתי-חולים כלליים; אשפוז מבוטח לצורך הסתכלות, על-פי הוראות פסיכיאטר מחוזי או על-פי צו בית משפט בהליך פלילי; שירות למבוטח באשפוז או באשפוז יום לצורך סיוע בהגשת בקשות לוועדת שיקום אזורית לפי חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000. **השירותים האמבולטוריים** כוללים שירותי אבחון, הערכה, ייעוץ וטיפול פסיכותרפויטי, התערבות במשברים, טיפול אישי, משפחתי, קבוצתי, מעקב תמיכה ואחזקה וביקורי בית; טיפול יום במרפאה; מתן חוות דעת פסיכיאטרית או תעודה רפואית על מבוטח, לאחר בדיקה במרפאה, על-פי הוראת פסיכיאטר מחוזי או על-פי צו בית משפט בהליך פלילי ושירות למבוטח המקבל שירות מרפאתי לצורך סיוע בהגשת בקשות לוועדת שיקום אזורית לפי חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ובכלל זה הכנת חוות דעת לוועדה.<sup>261</sup>

<sup>259</sup> סעיף 22(א) וסעיף 22(ב) לצו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק), התשע"ב-2012.

<sup>260</sup> טיפול אמבולטורי הוא טיפול רפואי שאינו דורש אשפוז בבית חולים וניתן לקיימו במרפאה.

<sup>261</sup> במסגרת הצו לא יועברו לאחריות קופות החולים השירותים הבאים: אשפוז בבתי-חולים פסיכיאטריים למטופלים הסובלים מתחלואה כפולה – מחלת נפש ופיגור שכלי; שירותי גמילה מסמים והתמכרויות, למעט במשברים נפשיים חריפים כגון פסיכוזא, דיכאון או התנהגות תוקפנית חדשה המחייבים אשפוז של מפגרים או נוטלי סמים; שירותי בריאות נפש לאסירים; שירותי שיקום לנכי נפש על-פי חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000; טיפול בריאותי מקדם לאוטוטיטים עד גיל 7 בגנים טיפוליים או טיפול במסגרת מעונות יום. סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית בנושא העברת שירותי בריאות נפש מהתוספת השלישית לתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, 31 במאי 2012. בתוך: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש**, כתבה: פלורה קודן דבידוביץ', 13 במרס 2014.



אשר לאופן ההיערכות של משרד הבריאות לביצוע הרפורמה בבריאות הנפש, במרס 2015 מסר לנו משרד הבריאות כי עד כה פתחו קופות-החולים שירותים חדשים בבריאות הנפש ב-49 מרפאות שקיבלו אישור לכך, והרחיבו שירותים קיימים ביישובים שונים ברחבי הארץ כחלק מן ההיערכות המתוכננת. במשרד הבריאות מעריכים כי על אף הקשיים, ובהם מצוקת כוח-אדם מקצועי, ובמיוחד מחסור בפסיכיאטרים לילדים ולנוער, וכן מחסור באנשי מקצוע באזורי פריפריה – שצפוי, לדברי המשרד, שיימשכו גם אחרי הרפורמה – **”הקופות תהיינה ערוכות למתן השירות במועד לאוכלוסיות הנזקקות, ובין אם במתן שירות ישיר במרפאותיהם, בין אם ברכש שירותים”**. עוד ציינו במשרד הבריאות כי האגף לבריאות הנפש ימשיך לשמש רגולטור יעיל מנת להבטיח את מתן השירותים המיטביים לאוכלוסיית המתמודדים של מערך בריאות הנפש.<sup>262</sup>

נציין כי בכנסת ה-19 נדונו בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות כמה נושאים הנוגעים לרפורמה בבריאות הנפש, ובהם: [המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש](#). בדיון בנושא זה הוצגו נתונים על מספר המטופלים בתחום בריאות הנפש במסגרת האשפוז ובמרפאות הממשלתיות, היקף כוח-האדם הרפואי והסיעודי בתחום והטענות בדבר מחסור בכוח-אדם בתחום בריאות הנפש בישראל. במסמך [הטיפול במכורים לסמים הסובלים ממחלת נפש לאחר העברת שירותי בריאות הנפש מאחריות משרד הבריאות לאחריות קופות החולים](#) הוצגה סוגיית הטיפול במכורים לסמים הסובלים ממחלת נפש לאחר העברת שירותי בריאות הנפש מאחריות משרד הבריאות לאחריות קופות-החולים ביולי 2015.

---

<sup>262</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.



## 9. ביטוח סיעודי

אדם במצב סיעודי הוא אדם אשר בשל מצב בריאות ותפקוד ירודים אינו יכול לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי של שלוש משש פעולות יומיומיות לכל הפחות (לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים ולהתנייד), ולפיכך הוא נזקק לעזרה ולהשגחה. אדם שאובחן כתשוש נפש (דוגמת חולה אלצהיימר) הזקוק להשגחה רוב שעות היממה מוגדר אף הוא אדם במצב סיעודי.<sup>263</sup>

רוב החולים הסיעודיים הם חולים בגיל הזקנה, בייחוד אחרי גיל 75. ממסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא [סוגיות בתחום הבריאות שנסקרו בדוחות מבקר המדינה](#), שנכתב לבקשת הוועדה לענייני ביקורת המדינה בדצמבר 2014, עולה כי כיום חיים בישראל כ-866,000 זקנים מעל גיל 65, והם 10.6% מהאוכלוסייה.<sup>264</sup> לפי התחזיות, בשנת 2035 חלקם של הזקנים באוכלוסייה יהיה 14.6%.<sup>265</sup>

עוד עולה מן המסמך האמור, כי מספר הזקנים שאינם יכולים לבצע בעצמם פעולות יומיומיות כגון רחצה והתלבשות או מתקשים לעשות כן נאמד בשנת 2009 ב-176,000 איש: 87% מהם גרים בקהילה<sup>266</sup> ו-13% מהם שוהים במוסדות של אשפוז סיעודי.<sup>267</sup> בשל העלייה בתוחלת החיים וההתקדמות הטכנולוגית, מספר הנזקקים לסיוע סיעודי גדל במהירות, ותקופת הסיוע הסיעודי הנדרשת התארכה משנה וחצי לשלוש שנים.<sup>268</sup> על-פי הערכות משרד הבריאות, מספר הקשישים הנזקקים לסיעוד בישראל ימשיך לגדול: בשנת 2020 יהיה מספרם 233,000 איש ובשנת 2030 יהיה מספרם 342,000 איש.<sup>269</sup>

על-פי נתוני ה-OECD לשנת 2012, שיעורם של בני 65 ומעלה בישראל עמד על 10.3% והיה נמוך בהשוואה למדינות ה-OECD האחרות: בשנה זו רק בשלוש מ-34 מדינות היה שיעורם נמוך משיעורם בישראל (טורקיה, מקסיקו וצ'ילה), וביתר המדינות שיעורם היה גבוה יותר. לדוגמה, שיעור בני 65 ומעלה בארה"ב היה כ-13.3%, בהולנד – 16.2% וביפן – 24.1%.<sup>270</sup> עם זאת, שיעור הגידול במספר הקשישים בישראל הוא מהגבוהים במדינות המערב, ובשנים 1960–2009 גדל שיעור הקשישים

<sup>263</sup> מרכז המחקר והמידע, [הוראות הממונה על הביטוח במשרד האוצר בנושא הביטוח הסיעודי הקבוצתי](#), כתב: אורי פנסירר, 11 במרס 2012.

<sup>264</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לוח 2.20: אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, גיל, מין וצורת יישוב; לקט נתונים על בני 65 ומעלה](#), הודעה לעיתונות, 29 בספטמבר 2014.

<sup>265</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לקט נתונים לרגל יום הקשיש 2012](#), הודעה לעיתונות, 27 בספטמבר 2012.  
<sup>266</sup> מכון מאיר-גיוינט-אשל-ברוקדייל, [הזקנים בישראל: עובדות ומספרים 2011](#), אוגוסט 2012. בשנת 2012, כ-152,000 זקנים המתגוררים בקהילה היו זכאים לגמלת סיעוד. מתוך: המוסד לביטוח לאומי, [רבעון סטטיסטי, לוח 3.2.1](#), תאריך כניסה: 12 במאי 2013.

<sup>267</sup> שולי ברמלי-גרינברג, רותי וייצברג ורויטל גרוס, [ביטוח סיעודי פרטי בישראל](#), מכון מאיר-גיוינט-ברוקדייל, דצמבר 2012.

<sup>268</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הוראת המפקח על הביטוח במשרד האוצר בנושא הביטוח הסיעודי הקבוצתי](#), כתב: אורי פנסירר, 11 במרס 2012.

<sup>269</sup> שם.

<sup>270</sup> OECD (2014), Elderly population by region, in [OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics](#), OECD Publishing.



בישראל מ-5% ל-10%.<sup>271</sup> על-פי תחזית הלמ"ס משנת 2013, שיעורה של האוכלוסייה המבוגרת, בני 65 ומעלה, יעמוד בשנת 2035 על כ-14.6% מכלל האוכלוסייה.<sup>272</sup>

טיפול סיעודי אינו כלול בסל שירותי הבריאות שקופות-החולים מחויבות לספק למבוטחיהן על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ולמעשה כיום הטיפול בחולים סיעודיים בישראל הוא באחריותם של ארבעה גופים עיקריים: משרד הבריאות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, המוסד לביטוח לאומי וקופות-החולים. הטיפול הסיעודי בקהילה הוא באחריות המוסד לביטוח לאומי מכוח פרק י' לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995, והמוסד לביטוח לאומי מופקד גם על הטיפול בנזקקים לסיעוד שהם נפגעי עבודה. שלושת הגופים האחרים מופקדים על תחומי האשפוז הסיעודי כדלקמן: משרד הבריאות מופקד על הטיפול הסיעודי הרגיל ועל הטיפול בתשושי נפש; משרד הרווחה והשירותים החברתיים מופקד על הטיפול בתשושים, וקופות-החולים מופקדות על הטיפול הסיעודי המורכב (טיפול בחולים סיעודיים הסובלים גם ממחלות קשות). יש לציין שהטיפול הסיעודי הרגיל והטיפול בתשושי נפש, שכיום הם באחריות משרד הבריאות מכוח התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, היו אמורים לעבור גם הם לאחריות קופות-החולים כשלוש שנים לאחר חקיקת החוק האמור, אולם חוק ההסדרים משנת 1997 ביטל שינוי מתוכנן זה.<sup>273</sup>

**שלושת סוגי האשפוז הסיעודי שנותנים שלושת הגורמים המוזכרים לעיל כרוכים בהשתתפות עצמית בעלות האשפוז;** השירותים שמשרד הבריאות ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים מספקים כרוכים בהשתתפות עצמית הנקבעת לפי מבחני הכנסה של המאושפז ושל בני משפחתו, ואילו השירותים שקופות-החולים מספקות כרוכים בהשתתפות עצמית אחידה, המעוגנת בחוק. לפיכך, כ-30% מכלל הנזקקים לאשפוז סיעודי רגיל או לאשפוז תשושי נפש מממנים בעצמם, בשוק הפרטי, את מלוא עלות האשפוז (שהיא 12,000–15,000 ש"ח בחודש), וכ-66% מכלל התשושים מממנים בעצמם את מלוא עלות האשפוז (כ-5,000 ש"ח בחודש). להערכת משרד הבריאות, בסיכום הוצאות משק-הבית העלות המצטברת של שלוש שנות תמיכה בלבד בחולה סיעודי המאושפז במוסד סיעודי, ללא סיוע משרד הבריאות, עשויה להגיע כדי 500,000 ש"ח.<sup>274</sup> אשר לנזקקים לסיעוד בקהילה, כ-55% מכלל הזכאים לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי מקבלים גמלה ברמה הנמוכה, ומשפחות רבות נאלצות לרכוש שירותי סיעוד בהיקף ניכר באופן פרטי. יש לזכור שהקשישים בישראל הם קבוצת אוכלוסייה ענייה יחסית – לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2013 היה שיעור הקשישים העניים בישראל כ-22%, כלומר אחד מכל חמישה קשישים הוא עני (בהגדרת הקשישים של המוסד לביטוח לאומי נכללות גם נשים בנות 60–64).<sup>275</sup>

בסוף שנת 2011 היו כ-5.42 מיליון מבוטחים בביטוחים סיעודיים:

- כ-400,000 מבוטחים בביטוח סיעודי פרט (7.5% מכלל המבוטחים);

<sup>271</sup> ש.ם.

<sup>272</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הודעה לעיתונות: סקירת המצב הדמוגרפי בישראל לשנת 2011](#), 14 בינואר 2013.

<sup>273</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, [מערכת הבריאות בישראל](#), תל אביב 2005, עמ' 242.

<sup>274</sup> טוביה חורב, ניר קידר ועידן הרשקוביץ, [ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה](#), משרד הבריאות, יולי 2011. בתוך: אורי פנסירר, [הוראת המפקח על הביטוח במשרד האוצר בנושא הביטוח הסיעודי הקבוצתי](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 11 במרס 2012.

<sup>275</sup> אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי, [ממדי העוני והפערים החברתיים – דוח שנתי 2013](#), נובמבר 2014, עמ' 27.



▪ כ-5 מיליון מבוטחים בביטוח סיעודי קבוצתי (92.5% מכלל המבוטחים), ובהם :

❖ כ-3.98 מיליון מבוטחים בביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות-החולים (80% מהקבוצתיים).<sup>276</sup>

❖ כ-1.185 מיליון מבוטחים בביטוח סיעודי קבוצתי (24% מהקבוצתיים).<sup>277</sup>

יצוין כי יש מבוטחים שיש להם כמה ביטוחים, למשל ביטוח סיעודי מטעם קופת-החולים וביטוח סיעודי קבוצתי.<sup>278</sup>

בשנת 2010 הייתה ההוצאה הלאומית בישראל על שירותי סיעוד כ-9.7 מיליארד ש"ח (1.3% מהתוצר המקומי הגולמי), 42% מהמימון של שירותי הסיעוד היה פרטי ו-58% מהמימון היה ציבורי. כ-36% מההוצאות על שירותי סיעוד בקהילה שולמו במימון פרטי, וכך גם כ-52% מההוצאות על שירותי האשפוז הסיעודי. מנתונים שפרסם משרד האוצר עולה כי בתת-ענף הביטוח הסיעודי חלה משנת 2003 עד שנת 2010 עלייה של 257% בדמי הביטוח ברוטו ששילמו המבוטחים בגין ביטוח סיעודי – מ-541 מיליון ש"ח ל-1.9 מיליארד ש"ח בהתאמה.<sup>279</sup>

למעשה כיום, בשל היעדר כיסוי ציבורי מספיק לשירותי סיעוד, הציבור נשען במידה רבה על ביטוחים סיעודיים מסחריים פרטיים המוצעים בשוק.

בחודש מרס 2012 מסר משרד הבריאות למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי הוא פועל להכללת שירותי הסיעוד בסל הבריאות הניתן לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, וכי סגן שר הבריאות הגיש למזכירות הממשלה בראשית שנת 2012 את הצעת משרד הבריאות להחלטת ממשלה בנושא הביטוח הסיעודי הציבורי.<sup>280</sup>

שנה לאחר מכן, במענה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת במרס 2013, מסר משרד הבריאות כי "במהלך שנת 2012, לאחר הגשת הצעת הרפורמה המקיפה למזכירות הממשלה, ניסה המשרד מספר פעמים לקדם את הנושא ולהביאו לדיון. לצערנו, הקדמת הבחירות לא אפשרה להעלות את הנושא לדיון בחודשים האחרונים של שנת 2012. אנו מקווים כי הממשלה החדשה שתוקם תדון בנושא עם תחילת פעילותה".<sup>281</sup>

<sup>276</sup> הנתונים עד כאן הם ממשרד האוצר – אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון, [דוח שנתי 2011](#), עמ' 82.

<sup>277</sup> שרונה פלדמן ומאור שטיינמן, מחלקת ביטוח בריאות, אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר, פגישה ומכתבים, 8 במאי 2013.

<sup>278</sup> בעת תביעה, מבוטחים שברשותם כמה פוליסות יוכלו לקבל פיצוי משתייהן; שרונה פלדמן, מנהלת מחלקת ביטוח בריאות, אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר, פגישה, 8 במאי 2013.

דמי הביטוח ברוטו בתת-הענף סיעודי בשנת 2011 הסתכמו בכ-2.38 מיליארד ש"ח, לעומת 1.97 מיליארד ש"ח בשנת 2010. מדובר בעלייה של 341% מאז שנת 2003. 68% מדמי הביטוח בענף הסיעוד היו בביטוחים הקבוצתיים (כולל קופות-החולים) ו-32% היו בביטוח פרטי. מתוך: משרד האוצר – אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון, [דוח שנתי 2011](#).

<sup>279</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הוראות הממונה על הביטוח במשרד האוצר בנושא הביטוח הסיעודי הקבוצתי](#), כתב: אורי פנסירר, 11 במרס 2012.

<sup>280</sup> שם.

<sup>281</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 10 במרס 2013.





**בפברואר 2014** הגיש חבר הכנסת דאז יעקב ליצמן הצעת חוק פרטית, הצעת חוק הטיפול בחולה סיעודי (תיקוני חקיקה), התשע"ד–2014,<sup>282</sup> המבוססת על המתווה של משרד הבריאות. על-פי הצעת החוק, **משרד הבריאות ישמש הגורם האחראי לטיפולים הרפואיים-סיעודיים בקשיש וקופות-החולים תהיינה הגורם האחראי למתן השירותים וניהולם, בדומה לדרך שבה פועלות כיום קופות-החולים בכל הנוגע לשירותי בריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי**. הצעת חוק זו הונחה על שולחן הכנסת לדיון מוקדם, אך לא נדונה בוועדת שרים לענייני חקיקה<sup>283</sup> ומאז לא חלה התקדמות בחקיקת החוק.

**בסוף אוקטובר 2014** השיב משרד הבריאות למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי הכנסת הביטוח הסיעודי לסל שירותי הבריאות מוקפאת בשל מחסור תקציבי. לדברי המשרד, הוא פועל בשיתוף עם אגף שוק ההון והביטוח במשרד האוצר למציאת דרך שתביא לרציפות הזכויות בביטוח הסיעודי בעת המעבר בין הקופות.<sup>284</sup> המשרד התייחס בתשובתו לטיוטת התקנות שפרסם בסוף אוקטובר 2014 המפקח על הביטוח במשרד האוצר, הקובעת תנאים אחידים בביטוח סיעודי קבוצתי של חברי קופות-החולים, וכן לטיוטת חוזר הקובעת הוראות לעריכת תוכנית ביטוח מסוג זה, אולם כאמור הוראות אלה אינן נוגעות להכללת הביטוח הסיעודי בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים, ועל-פי תשובת המשרד, כיום צעד זה מוקפא בשל מחסור תקציבי.<sup>285</sup>

---

<sup>282</sup> [הצעת חוק הטיפול בחולה הסיעודי \(תיקוני חקיקה\), התשע"ד–2014](#) (פ/19/2177).

<sup>283</sup> הילה כהן-אייס, מרכזת בכירה (תיקון ומידע) במזכירות הממשלה, משרד ראש הממשלה, מכתב, 20 בנובמבר 2014.

<sup>284</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 28 באוקטובר 2014.

<sup>285</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [סוגיות בתחום הבריאות שנסקרו בדוחות מבקר המדינה](#), כתבה: פלורה קוד דבידוביץ' ואוריאנה אלמסי, 9 בדצמבר 2014.



## 10. בריאות השן

**חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994**, שנכנס לתוקפו בינואר 1995, לא כלל את שירותי בריאות השן במסגרת סל שירותי הבריאות שקופות-החולים מחויבות לספק למבוטחיהן ואף לא במסגרת שירותי הבריאות שבאחריות המדינה. ההתייחסות היחידה לשירותי בריאות השן בחוק הייתה לשירותי "רפואת שיניים מונעת לילדים, עד גיל שיקבע שר הבריאות בתקנות" (סעיף 6(א)(8) לחוק). בתוספת השלישית לחוק, שבה מפורטים השירותים שעל המדינה לספק, נקבע כי במסגרת שירותי הרפואה המונעת הניתנים על-ידי המדינה יינתנו בתחום בריאות השן לתלמידים השירותים האלה: בדיקות שגרה, מעקב והדרכה על-ידי רופא שיניים ושיננית לתלמידים וטיפול על-פי הנהלים הנהוגים במשרד הבריאות (סעיף 1(5) בתוספת השלישית לחוק).<sup>286</sup>

ביוני 2010 אושר בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת **צו ביטוח בריאות ממלכתי (הוספת תחום בתוספת הראשונה לחוק) (הוראת שעה), התש"ע-2010**, ובמסגרתו התווסף לשירותי הבריאות המפורטים בתוספת הראשונה לחוק תחום בריאות השן (סעיף 6(א)(12) לחוק). השירותים הניתנים במסגרת זו הם, בין היתר, בדיקה תקופתית בידי רופא; בדיקות מעקב ושגרה כחלק מטיפול רפואי; ייעוץ והכנת תוכנית טיפול; צילומי רנטגן; הדרכה בהיגיינה אורלית; הסרת אבנית ושירותים נוספים.<sup>287</sup> מ-1 ביולי 2010 ניתן שירות בריאות השן לילדים מגיל לידה ועד לגיל 8. מ-1 ביולי 2011 הורחב השירות והוא ניתן גם לילדים בני 8-10 ומ-1 ביולי 2012 הוא ניתן גם לילדים עד גיל 12.<sup>288</sup> **בשנת 2013 השירות היה אמור להתרחב ולכלול גם ילדים עד גיל 14, אך לדברי משרד הבריאות הרחבה זו הוקפאה בעקבות חוק התקציב.**<sup>289</sup>

לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת העביר משרד הבריאות נתונים על מספר הילדים הזכאים לקבל טיפולי שיניים במסגרת השירות האמור ועל מספר הילדים שטופלו במסגרתו בשנת 2014. עוד ציינו במשרד הבריאות כי בשנת 2014 הגיש המשרד בקשה לוועדת הסל להרחבת הזכאות לשירותי בריאות השן עד גיל 14, אך הבקשה לא התקבלה. במשרד הבריאות הוסיפו: "אנו מקווים להמשך הרחבת הזכאות לטיפול שיניים בסל הבריאות אך הסוגיה תלויה במדיניות הממשלה החדשה שתקום".<sup>290</sup> מנתוני משרד הבריאות עולה כי בשנת 2014 רק כ-29% מהילדים הזכאים לשירות טופלו בשנה זו.

<sup>286</sup> סעיף 1(5) בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

<sup>287</sup> [סעיף 30 בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994](#).

<sup>288</sup> החלטת ממשלה מס' 4,775, [הכללת טיפולי שיניים משמרים לילדים בגילאי 10-12 בסל שירותי הבריאות](#), 17 ביוני 2012.

<sup>289</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>290</sup> שם.



**טבלה מס' 12: נתוני משרד הבריאות על מספר הילדים שטופלו בתחום בריאות השן ושיעורם בכלל הזכאים לשירות, 2014<sup>291</sup>**

סה"כ	גילאי 11-12	גילאי 0-10	שנת 2014
1,930,110	148,435	1,781,675	מספר הזכאים
564,980	69,497	511,976	מטופלים
29.27%	46.82%	28.73%	שיעור הילדים שטופלו מכלל הזכאים

בהתייחסו לנושא מיצוי הזכויות של טיפולי שיניים לילדים בדוח 65 לשנת 2014 ציין מבקר המדינה כי על משרד הבריאות לפעול בדרכים שונות להנגשת המידע בדבר חשיבות השמירה על בריאות השן לכל פלחי האוכלוסייה, ופרט למגזרים שאינם נחשפים באופן תדיר לאמצעי התקשורת.<sup>292</sup>

ב-26 באוגוסט 2014 נכנס לתוקפו סעיף 40 (הוראת שעה – הפלרה) לתקנות בריאות העם (איכותם התברואתית של מי שתייה ומתקני מי שתייה), התשע"ג–2013, המפסיק את חובת הפלרת המים בישראל. על-פי האמור באתר משרד הבריאות, תקנות המים נוסחו בהתאם להמלצות [הוועדה לעדכון תקנות איכות מי השתייה](#) בראשות פרופ' אבנר עדין (ועדת עדין) שמסקנותיה הוגשו למשרד הבריאות במרס 2007. ועדה זו המליצה, בין היתר, על הפסקת חובת ההפלרה בישראל.

באתר האינטרנט של משרד הבריאות צוין כי לצד הפסקת ההפלרה ירועננו הנחיות הניתנות לכל גורמי המקצוע בדבר הצורך בחינוך לבריאות השן.<sup>293</sup> עוד עולה מן האמור באתר משרד הבריאות כי המשרד גיבש תוכנית לקידום בריאות השן כחלופה להפלרה שתופעל בשתי מסגרות: האחת, במסגרת תחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב") עבור נשים בהיריון וילדים עד גיל שלוש, ובמסגרת יינתנו, בין היתר, הדרכה בנושא שמירת השיניים לנשים בהיריון והדרכה לשמירת היגיינת הפה של הילד. יישום התוכנית לילדים בגילאי 3-5 תיעשה במסגרת גני טרום-החובה וגני החובה, ויופעלו בהם תוכניות לקידום הבריאות.<sup>294</sup> בעמוד זה של אתר האינטרנט של משרד הבריאות הודן בתוכנית לקידום בריאות השן האמורה, אין פרטים על מועד יישום התוכנית והיקפה.

<sup>291</sup> ד"ר אפרת אפללו, מתמחה בריאות שיניים ציבורית, משרד הבריאות, מכתב, 13 במאי 2015.

<sup>292</sup> על-פי נתוני משרד הבריאות לשנת 2013 שהועברו למשרד מבקר המדינה, כשליש מקרב הילדים בני 2-12 נבדקו וטופלו במסגרת קופות החולים (מספר הילדים בגילאי 0-2 שיש להם שיניים והם נבדקים ומטופלים הוא אפס). שיעור הניצול בקרב בני 6-10 עמד על 46.5%. משרד מבקר המדינה, דוח 65 לשנת 2014, מאי 2015.

<sup>293</sup> אתר האינטרנט של משרד הבריאות, [הפסקת חובת ההפלרה בישראל מ-26 באוגוסט 2014](#), תאריך כניסה: 18 במרס, 2015.

<sup>294</sup> ש.ם.



## 11. המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל (ועדת גרמן)

[הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל](#) (להלן: ועדת גרמן) מונתה בשנת 2013 על-ידי שרת הבריאות במטרה לבחון את הסוגיות הניצבות לפתחה של מערכת הבריאות, לנתח אותן ולגבש סדרת המלצות ופתרונות לצורך חיזוק מערכת הבריאות הציבורית. ועדת גרמן פרסמה את המלצותיה המקיפות בשנת 2014 ומתוכן נציג את המלצותיה בכמה נושאים: תיירות רפואית; שירותי רפואה פרטית בבתי-החולים הציבוריים, הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים במטרה, בין היתר, לעגן את ההפרדה בין פונקציית הבעלים לפונקציית המיניסטרו של משרד הבריאות וכן קיצור תורים במערכת הבריאות הציבורית.

### 11.1. תיירות רפואית

תיירות רפואית מוגדרת נסיעה של חולה למדינה אחרת לשם קבלת טיפול רפואי משמעותי תמורת תשלום. בישראל הטיפול בחולים הנכללים בהגדרה תיירים רפואיים נעשה בבתי-החולים הציבוריים, ובהם בתי-החולים הממשלתיים, בבתי-החולים של קופת-חולים כללית ובבתי-חולים פרטיים. במרוצת השנים התרחבה מאוד פעילות זו בבתי-החולים בארץ, ותחומי הטיפול הרפואי העיקריים במסגרתה הם כירורגיה, אונקולוגיה וקרדיולוגיה.<sup>295</sup>

אשר להכנסה של בתי-החולים מתיירות רפואית, מנתונים שהעביר משרד הבריאות בתשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת בדצמבר 2013 עולה כי בשנים 2010-2012 גדלו בכ-72% הכנסותיהם של תשעה מבתי-החולים הציבוריים (איכילוב בתל-אביב, אסף הרופא בצריפין, בני ציון בחיפה, ברזילי באשקלון, וולפסון בחולון, זיו צפת, נהרייה, רמב"ם בחיפה, שיבא בתל-השומר) מתיירות רפואית – מכ-169 מיליון ש"ח בשנת 2010 לכ-291 מיליון ש"ח בשנת 2012. גידול נרשם גם בהכנסות מתיירות רפואית כשיעור מכלל הכנסות של בתי-חולים אלה ממתן שירותים רפואיים (ברוטו, לפני הנחות), מכ-2% בשנת 2010 לכ-3% בשנת 2012.<sup>296</sup>

בדוח ועדת גרמן צוין כי על-פי הערכות משרד התיירות, מספר התיירים הרפואיים שהגיעו לישראל בשנת 2011 היה כ-26,000, ועל-פי הערכותיהם של ארגונים המייצגים סוכני תיירות רפואית מספרם של תיירים אלה היה אף גדול מזה – כ-30,000. משרד הבריאות העריך כי בשנת 2011 הסתכמו הכנסותיהם של בתי-החולים בישראל מתיירות רפואית ב-0.5 מיליארד ש"ח.<sup>297</sup>

בדוח 61 טען מבקר המדינה:

"במהלך טיפולים אלה זוכים תושבי החוץ ליחס מועדף לעומת תושבי ישראל. בין היתר, הם אינם נדרשים להמתין לניתוח, ניתנת להם האפשרות לבחור את המנתח, הם נבדקים במכשירי הדמיה ללא המתנה ומאושפזים בחדר פרטי. מאחר שפעילות זו אינה מתוקנת, הקצאת הרופאים והאחיות לטיפול בתיירים מצמצמת עוד יותר את מספר הרופאים והאחיות המטפלים בכלל המאושפזים".<sup>298</sup>

<sup>295</sup> משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 63 לשנת 2012, מאי 2013.

<sup>296</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [נתונים על התיירות הרפואית בישראל](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 22 בדצמבר 2013.

<sup>297</sup> משרד הבריאות, [הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן](#), 25 ביוני 2014.

<sup>298</sup> משרד מבקר המדינה, דוח 61 לשנת 2010, מאי 2011.



על כן, העיר מבקר המדינה למשרד הבריאות שעליו להוציא הנחיות ברורות ומקיפות לבתי-החולים המפעילים טיפול במסגרת של תיירות רפואית.<sup>299</sup> בדוח מבקר המדינה 63 לשנת 2012, המשיך מבקר המדינה והתייחס לנושא התיירות הרפואית, וציין כי:

"ההכנסות מתיירות רפואית יכולות לשמש מקור מימון להשבה ולשדרוג של התשתיות הרפואיות, לשמש מקור הכנסה נוסף לרופאים ולאחיות, לאפשר ניצול ציוד רפואי שאינו מנוצל דיו ועוד. מנגד, יש דעה כי התיירות הרפואית דומה במהותה לשר"פ (שירותי רפואה פרטיים): גם שר"פ וגם שירותי התיירות הרפואית מבוססים במהותם על העדפה של חולים מסוימים, ובכך נפגע עקרון השוויון. מכך מתעורר החשש כי החולה הפרטי, המטופל במסגרת התיירות הרפואית, יקבל עדיפות על-פני החולה תושב ישראל המטופל במערכת הרפואה הציבורית, ויטופל על חשבוננו. לפי אותה דעה, לנוכח מצוקת תשתיות האשפוז וכוח-האדם, מידת הנזק של התיירות הרפואית לחולה תושב המדינה המטופל במערכת הרפואית הציבורית גדולה מהתועלת הכלכלית לבתי-החולים ולמדינה".<sup>300</sup>

בדוח 65 לשנת 2014 שב מבקר המדינה והתייחס לנושא התיירות הרפואית וציין כי על משרד הבריאות לפרסם בהקדם נוהל שיסדיר את מתן שירותי התיירות הרפואית בכל בתי-החולים, כדי לוודא שזכויות החולה וכבודו לא ייפגעו עקב מתן שירותי התיירות הרפואית.<sup>301</sup>

נושא התיירות הרפואית זכה להתייחסות נרחבת בדוח ועדת גרמן, ולהלן יובאו עיקר המלצותיה:<sup>302</sup>

- **רישום סוכנים:** בין היתר, המליצה הוועדה על הקמתו של מאגר ארצי של סוכני תיירות מרפא, שלגביהם ייקבעו תנאי סף. הרישום במאגר וניהול המאגר ייעשו על-ידי משרד הבריאות או גורם מטעמו. מאגר סוכנים זה יפורסם בשער מידע מרכזי באינטרנט, ויובא בו ריכוז של כל המידע הממשלתי הרשמי בתחום תיירות רפואית. פעילות סוכן רפואי מול הנהלת בית-החולים תוסדר באמצעות חוזה כתוב, והנהלת בית-החולים תדווח למשרד הבריאות על סוכן שעמו היא התקשרה כ"סוכן רשום". עוד המליצה ועדת גרמן כי משרד הבריאות, בשיתוף הגורמים הרלוונטיים, יגבש קוד אתי להתנהלות סוכנים רפואיים;
- **כלל בתי-החולים:** על-פי המלצת ועדת גרמן, הזכות לטפל בתיירים רפואיים תהיה מותנית בקבלת רישיון ממשרד הבריאות וחידושו אחת לשלוש שנים. עוד נקבע, בין היתר, כי מחיר הטיפול בתייר רפואי לא יעלה על 200% ממחירן ג' של משרד הבריאות,<sup>303</sup> לא כולל המסים וההיטלים. ועדת גרמן המליצה כי תיירים רפואיים יחויבו בהיטל ייעודי עבור שימוש בתשתיות של המדינה, בסכום של עד 15% ממחיר הטיפול (סכום זה אינו נכלל במחיר המקסימום כאמור). ההכנסות מההיטל הייעודי ישמשו לקיצור תורים לחולים ישראלים ולהתאמת התשתיות למטרה זו. המחירים הנגבים בפועל ידווחו למשרד הבריאות והמשרד יוכל לפרסם את טווחי המחירים לטיפולים שונים בשער מידע מרכזי;

<sup>299</sup> ש.ם.

<sup>300</sup> משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 63 לשנת 2012, מאי 2013.

<sup>301</sup> משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 65 לשנת 2014, מאי 2015.

<sup>302</sup> משרד הבריאות, הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, 25 ביוני 2014.

<sup>303</sup> תעריף ג' חל על מטופלים המופנים על-ידי המוסד לביטוח לאומי ומטופלים המופנים על-ידי צה"ל או משרד הביטחון (החל מ-1 בינואר 2009); אתר האינטרנט של משרד הבריאות, [הסבר לתעריפון של משרד הבריאות](#), תאריך כניסה: 2 בנובמבר 2014.



- **מערכת הבריאות הפרטית** : ועדת גרמן המליצה כי המערכת הפרטית תישא במלוא האחריות על התייר שהגיע לטיפול במסגרתה. במקרה של סיבוכים, שבהם נדרש סיוע של מוסד רפואי אחר, התשלום יתבצע על-ידי המוסד שבו החל הטיפול בתייר. עוד המליצה הוועדה כי יבוטל הפטור מתשלום מע"מ על תיירות רפואית במערכת הפרטית וכן כי לא יופעלו תשתיות רפואיות פרטיות חדשות או קיימות שבהן לא ניתן טיפול למטופל הישראלי ;
- **בתי-החולים הציבוריים** : המלצת ועדת גרמן היא, בין היתר, כי היקף הפעילות בתיירים רפואיים יוגבל, וכי הזמנת תייר רפואי לישראל תיעשה רק אם הקיבולת בבית-החולים תאפשר מתן טיפול ראוי בחולים ישראלים. עוד המליצה הוועדה כי בתי-חולים המעוניינים ברישיון לעסוק בתיירות רפואית יקימו מערכת תמסורת להעברת נתונים למשרד הבריאות תוך חצי שנה מיום פרסום ההמלצות, ויציגו באמצעותה נתונים על תפוסת המחלקות, זמינותן של פרוצדורות ועוד. טיפול בתיירים רפואיים ייעשה אחרי שעות הפעילות הרגילות של בית-החולים, פרט למקרים חריגים שבהם יש אילוף רפואי המחייב את הטיפול, כפי שיוגדרו על-ידי מינהל רפואה במשרד הבריאות. עוד המליצה הוועדה כי את כל הרווחים מתיירות רפואית יפנה בית-החולים לשירות למטופל הישראלי. הנהלת בית-החולים תתגמל את הרופאים ולא יתקיים קשר כספי ישיר בין הרופא למטופל, וכמו כן לא תינתן עדיפות לתייר הרפואי בתנאי אשפוז או במלונאות או בכל טיפול אחר שאינו מוגש לחולה הישראלי ;
- **צוותים רפואיים** : הוועדה אימצה את העיקרון של קדימות המטופלים הישראלים על תיירים רפואיים וקבעה שעל התיירים הרפואיים יחולו אותם הכללים החלים על המטופלים הישראלים בכל הנוגע לשיבוץ המטופלים ;
- **ניהול תחום תיירות רפואית** : בשער המידע הממשלתי האמור שיוקם ייכלל מידע כלהלן : ספקי השירותים שיש להם היתר לטפל בתיירים רפואיים, סוכני תיירות רשומים, טווחי מחירים לפי טיפול, האישורים הנדרשים לכניסה ולטיפול בארץ, זכויות התייר הרפואי, כתובת לתלונות, הפניה לשירותי תיירות שונים ועוד. אתר אינטרנט זה יופעל על-ידי משרד הבריאות בסיוע משרד התיירות. עוד המליצה הוועדה כי בתכנון הלאומי של תחום התיירות הרפואית יינתנו דגש מיוחד ועדיפות לגיבוש תוכניות בפריפריה, כדי לחזק את בתי-החולים ולאפשר להם להציע שירותים משופרים לחולים הישראלים בשים לב לזמינות המשאבים. עוד המליצה הוועדה כי תוקם ועדה קבועה לבחינת המדיניות בתחום וליישום ההמלצות.

במענה על שאלתנו ב-3 במרס 2015 האם ננקטו צעדים כלשהם ליישום המלצותיה של ועדת גרמן, השיב משרד הבריאות כי המשרד הקים צוות היגוי להנעת יישום המלצות ועדת גרמן בראשות מינהל רפואה ובשיתוף גורמים שונים של המשרד : הלשכה המשפטית ; תחום תכנון, תקצוב, תמחור ; החשבות ואגף המחשוב. עוד ציינו במשרד הבריאות כי גובשו ארבע אבני בניין עיקריות ליישום ההמלצות : אפיון מערכת מחשוב לניהול סוכני תיירות רפואית ואפיון מערכת תמסורת מידע מבתי-החולים הציבוריים והפרטיים למשרד הבריאות ; גיבוש הצעת חוק שתסדיר את פעילותם של סוכנים רפואיים ופעילות בתי-החולים הכלליים בישראל בתחום התיירות הרפואית ; קביעת כללי התחשבות בתחום התיירות הרפואית במסגרת בתי-החולים הציבוריים והפרטיים ; קביעת צרכי תשתיות וכוח-אדם בנושא פיקוח ובקרה של משרד הבריאות על תחום התיירות הרפואית.

נציין כי [בהצעת חוק ההתייעלות הכלכלית \(תיקוני חקיקה ליישום המדיניות הכלכלית לשנת 2015\)](#), [התשע"ה-2014](#) (הצעת חוק ההסדרים), שהונחה על שולחן הכנסת ה-19, הוצע, בין היתר :



- לקבוע היטל על הכנסות מתיירות. על-פי ההחלטה, סכום ההיטל לא יעלה על 15% מכל הכנסה מתיירות רפואית; שר הבריאות ושר האוצר רשאים לקבוע שיעור נמוך יותר בהתחשב, בין השאר, בזרות נותן השירותים, באופי השירות הרפואי שהוא מספק ובזמינות של הטיפול של נותן השירותים למטופל הישראלי. עד לקביעת הוראות כאמור על-ידי השרים, יעמוד סכום ההיטל על 15% מסך כל הכנסה מתיירות רפואית;
- לבטל את הטבת הפטור ממס ערך מוסף (מע"מ) למוסד רפואי פרטי בגין אשפוז תייר בבית-חולים ומתן שירותים נוספים אגב אשפוז;
- לקבוע היטל על הכנסות של מוסד רפואי פרטי משירותי בריאות שאינם ממימון ציבורי העולות על תקרות הכנסה שיקבעו השרים לעניין זה.

על-פי הצעת חוק ההסדרים לשנת 2015, היטלים שיוטלו על תיירות רפואית ועל מוסדות רפואיים פרטיים ייגבו על-ידי המוסד לביטוח לאומי וישמשו להגדלת המימון הציבורי של תוכנית לאומית לקיצור תורים ולשיפור השירות במערכת הבריאות הציבורית.<sup>304</sup> **כאמור, הצעת חוק זאת לא אושרה עד לפיזור של הכנסת ה-19.**

## 11.2. שירות רפואי פרטי (שר"פ)

שירות רפואי פרטי (להלן: שר"פ) מאפשר למטופל לבחור בבית-חולים כללי ציבורי את הרופא המטפל תמורת תשלום. לפי הנחיות משרד הבריאות, שירותי שר"פ מוגבלים בשעות פעילותם וניתנים אחרי השעה 16:00. התשלום עבור שר"פ מועבר לבית-החולים ישירות באמצעות השב"ן או באמצעות חברות הביטוח הפרטיות על-פי מחירון קבוע עבור כל פעולה. הרופאים מקבלים חלק מוגדר ומוסכם מהתשלום. יש לציין כי בשנים 1997-2002 הופעל שר"פ גם בבתי-החולים הממשלתיים אך הוא הופסק בעקבות חוות דעתו של היועץ המשפטי לממשלה מפברואר 2002.<sup>305</sup>

בדוח מבקר המדינה 63 לשנת 2012 ציין מבקר המדינה כי הדעה הרווחת במערכת הבריאות ובקרב מומחים באקדמיה היא שהרפואה במערכת הפרטית היא גורם חיוני שתורם למערכת הבריאות ומקדם תחרות והתייעלות. בה בעת, הרחבה ניכרת של שירותי הרפואה במערכת הפרטית ומימוןם ממקורות פרטיים עלולים לגרום לתופעות שליליות שונות בתחום הרפואה הציבורית, כגון פגיעה בצבינה השוויוני של מערכת הבריאות, דבר שאינו עולה בקנה אחד עם העקרונות שעליהם מבוסס חוק ביטוח בריאות ממלכתי.<sup>306</sup>

לאור הזדקקותה של מערכת הבריאות בישראל למשאבים נוספים ורבים, יש הרואים בחיוב אפשרות לשלב מימון פרטי כמקור מימון נוסף למערכת, במיוחד בבתי-החולים הציבוריים, כדוגמת שר"פ. עם זאת, ועדת גרמן ציינה כי גם התומכים בצעד כזה, הן בתוך הוועדה והן בקרב העדים שהופיעו בפניה, שואפים לחזק את מערכת הבריאות הציבורית ואינם רוצים לראות מערכת בריאות שהמימון הפרטי בה זוכה לדומיננטיות וכדברי הוועדה הם מאמינים כי "יהיה ניתן לשלוט בסכנות הנובעות מצעד זה ולרסן את 'תופעות הלוואי' הכרוכות בו".<sup>307</sup>

<sup>304</sup> [הצעת חוק ההתייעלות הכלכלית \(תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת התקציב 2015\), התשע"ה-2014](#), עמ' 352.

<sup>305</sup> מבקר המדינה, דוח שנתי 63 לשנת 2012, מאי 2013.

<sup>306</sup> ש.ס.

<sup>307</sup> משרד הבריאות, [הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן](#), 25 ביוני 2014.



עם זאת, ציינה ועדת גרמן כי רוב חברי הוועדה סברו כי הנהגת שר"פ בבתי-החולים הציבוריים תהיה צעד מסוכן, וכי לצעד זה פוטנציאל הרסני: פתיחת פתח לצמצום מתמשך של המימון הציבורי למערכת הבריאות, בין היתר מסיבות אלו: היכולת לשלוט בהיקפה בפועל של הפעילות הפרטית תהיה מוגבלת; השר"פ יעלה את יוקר המחיה ואת ההוצאות של משקי הבית על רכישה ועל מימוש של ביטוחי בריאות פרטיים; הצעד יחמיר את האי-שוויון הן במימון המערכת והן בין הרופאים; הוא עלול להביא לידי דרישות שכר גבוהות יותר בקרב הצוות הרפואי שלא ישתתף בפעילות הפרטית; יתר על כן, הנהגת שר"פ אומנם תאפשר להגדיל את היקף הפעילות בבתי-החולים הציבוריים, אך ככל הנראה לא תשמש מקור הכנסה מרכזי במערכת הציבורית.

על כן סברו רוב חברי הוועדה כי "דרך המלך לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית היא באמצעות מימון ציבורי, אשר יאפשר לזכות ביתרונות שלכאורה יש לצעד של הנהגת שר"פ מבלי לסבול מתופעות הלוואי ההרסניות שעלולות להיות לצעד כזה" והחליטו **להתנגד להרחבת המימון הפרטי בתוך המערכת הציבורית ולהמליץ שלא להתיר פעילות במימון פרטי בתוך בתי-החולים הציבוריים** (מלבד הנהוג והמותר כיום). נוסף על כך, רוב חברי הוועדה המליצו כי משרדי האוצר והבריאות יפעלו לשנות את ההסכם שנחתם עם אסותא, המאפשר לבתי-החולים החדש המוקם בימים אלה באשדוד לקיים פעילות שר"פ בתוך בית-החולים בהיקף של 25% מהכנסותיו. נציין כי דעת המיעוט אשר להמלצה זו היתה כי יוקם צוות מקצועי לבחינת סוגיית שירותי הרפואה הפרטית שימליץ לשרי הבריאות והאוצר בנושא, תוך התייחסות לצורך לכבד את ההסכמים.<sup>308</sup>

### 11.3. הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים

ועדת המשנה לבחינת מעמדו המעורב של משרד הבריאות כספק שירות, מבטח, רגולטור, לרבות נושא תיאגוד בתי-החולים הממשלתיים, הוקמה במסגרת הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. בהתאם למנדט שהוענק לה על-ידי שרת הבריאות, הוגדרו על-ידה שלושה נושאים מרכזיים הדורשים, לדעת ועדת המשנה, מתן מענה, והם:

1. מעמדו של משרד הבריאות: הוועדה ציינה, כי היותו של משרד הבריאות קובע ואוכף רגולציה על מערכת הבריאות בכלל ובתי-החולים בפרט בהיותו בעלים של בתי-החולים הממשלתיים יוצר "ריבוי כובעים" של משרד הבריאות ומצריך התערבות ותיקון;
2. חיזוק מנגנוני המשילות והבקרה של משרד הבריאות על בתי-החולים בכלל לרבות בתי-חולים שבבעלות המדינה;
3. חיזוק מנגנוני הבקרה והניהול הפנימיים של בתי-החולים הממשלתיים עצמם והגברת השקיפות בהם.

בין החלופות שהוצגו בפני הוועדה בדיוניה נבחרה החלופה שעניינה המלצה על **הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים סטטוטורית** (להלן: הרשות), הכפופה לשר הבריאות, שתפעל מחוץ למשרד הבריאות ובנפרד ממנו ואליה יועברו מגוון תפקידי הבעלים (פיקוח ניהולי) המצויים באגפי המשרד השונים, על-פי מיפוי שהוכן על-ידי משרד הבריאות. בתי-החולים הממשלתיים וכל תאגידי הבריאות, קרנות המחקר, אגודות הידידים והגופים הנוספים שהוקמו לידם יהיו כפופים לרשות בנושאים שייקבעו. משרד הבריאות יעסוק ברגולציה, יתמקד בעבודתו כמיניסטרו ורגולטור, בשים לב למסגרות

<sup>308</sup> ש.ם.





תקציביות מאושרות. רגולציה על בתי-החולים, שלה יש השלכות תקציביות נרחבות, תיעשה בהסכמה עם מנהל הרשות, ובמקרה של חילוקי דעות תיבדק המשמעות התקציבית על-ידי הרשות והנושא יובע להכרעת שר הבריאות. עוד המליצה הוועדה כי הרשות תהיה כפופה לשר הבריאות, והוא שימנה את העומד בראשה לתקופת כהונה קצובה. מנכ"ל משרד הבריאות לא יהיה אחראי לרשות או בעל סמכות בה, כדי לוודא את קיומה של הפרדה מהותית. הוועדה המליצה על הקמתה של הרשות במסגרת חקיקה ייעודית.<sup>309</sup>

**בהחלטת ממשלה מס' 1622** מיום 25 במאי 2014 נקבע שתוקם רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים במעמד של יחידת סמך ממשלתית עצמאית, בתחום אחריותה של שרת הבריאות ובכפיפות ישירה אליה. על-פי ההחלטה האמורה, הרשות תרכז את מלוא התפקידים והסמכויות הנוגעים לניהול ולפיקוח בתחום התנהלות בתי-החולים הממשלתיים הכלליים. בין תפקידי הרשות: פיקוח מקצועי ובקרה בתחום הפעילות הייעודי של בתי-החולים הממשלתיים הכלליים וכן פיקוח ובקרה בתחום ההתנהלות הכלכלית, התקציבית, הכספית וכן בתחום ניהול ההון האנושי שלהם; תפקוד כגוף מטה בסוגיות ניהול רוחביות ביחס לבתי-החולים הממשלתיים הכלליים; קביעת הנחיות מחייבות בתחום ניהולם של בתי-החולים הממשלתיים הכלליים; פיתוח ויישום של מודל של סנקציות כלפי בתי-חולים כלליים ממשלתיים או בעלי תפקידים בהם בשל אי-עמידת בית-החולים או בעלי תפקידים בו ביעדים, הוראות והנחיות מחייבות שנקבעו; אישור תוכנית העבודה והתקציב של בתי-החולים הכלליים הממשלתיים, וכן סמכויות נוספות.<sup>310</sup>

עוד נקבע בהחלטת הממשלה האמורה כי הרשות תחל את עבודתה לא יאוחר מ-1 באוקטובר 2014, "אלא אם כן דחתה שרת הבריאות, בהודעה לממשלה, את מועדת תחילת פעילותה, ובלבד שלא תאריכנו עד לאחר 1 בנובמבר 2015".<sup>311</sup>

במענה על פנייתנו באשר לשלב שבו נמצאת הקמתה של הרשות האמורה השיב משרד הבריאות במרס 2015 כי "מתקיימים דיונים על חלוקת האחריות והסמכות בין המשרד לבין הרשות, כולל בוועדה של נציב שירות המדינה. אין עדיין אישור לתקנים של הרשות ולגודל הרשות. ישנם חילוקי דעות ופערים שיידונו עם שר/סגן שר הבריאות החדש".<sup>312</sup>

#### 11.4. קיצור תורים במערכת הבריאות הציבורית

בעיית זמני המתנה ממושכים לקבלת שירותים קיימת במערכות בריאות ציבוריות במדינות שונות ובהן ישראל. בוועדת גרמן צוין כי בשלב שמיעת העדויות הוצגו בפני הוועדה נתונים על התורים לניתוחים אלקטיביים (ניתוחים שאינם דחופים) שמשרד הבריאות אסף במהלך עבודת הוועדה, אשר העידו, לדברי הוועדה, על תורים "שעברו לעתים את סף (אי) הסבירות שהחוק מאפשר".<sup>313</sup> להלן יוצגו נתונים על משך ההמתנה לחלק מן הניתוחים האלקטיביים כפי שהוצגו בפני ועדת גרמן:<sup>314</sup>

<sup>309</sup> ש.ם.

<sup>310</sup> להרחבה, ראו החלטת ממשלה מס' 1622 לעניין הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים מיום 25 במאי 2014.

<sup>311</sup> ש.ם.

<sup>312</sup> מיירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.

<sup>313</sup> משרד הבריאות, הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, 25 ביוני 2014.

<sup>314</sup> ש.ם.



**טבלה מס' 13: זמני המתנה ממוצעים (ימים) לניתוחים אלקטיביים (לא דחופים) ברבעון האחרון של**

**שנת 2013 ב-16 בתי-חולים ציבוריים**

שם ההליך	ממוצע המתנה	חציון המתנה	ממוצע המתנה שבני-חולים שבן משך ההמתנה הארוך ביותר	ממוצע המתנה שבני-חולים שבן משך ההמתנה הקצר ביותר
החלפת מפרק הירך	59	27	149	9
החלפת מפרק הברך	81	61	366	8
ניתוח כפתורים	53	24	160	7
ניתוח שקדים/אדנואידים	70	33	185	6
ניתוח קטרקט	72	42	146	5
יישור מחיצת האף (שלא למטרות קוסמטיות)	122	86	203	14

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע רשימה של שירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות, המתעדכנת מפעם לפעם, אך הותיר גמישות בקביעת רמות הזמינות והאיכות של השירותים ורק קבע כי השירותים יינתנו "באיכות סבירה ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופת-החולים". לדברי ועדת גרמן, ההגדרה הגמישה יכולה לאפשר לא פעם פגיעה ברמת השירותים, המתבטאת בתורים ארוכים לניתוחים אלקטיביים וליועצים מומחים, ולעתים גם בקשיים במתן שירות באזורים גיאוגרפיים מסוימים עקב העדפה של ספק רחוק המציע שירות זול יותר. לדברי הוועדה, המצוקה התקציבית של קופת-החולים והבעיות המבניות במערכת הבריאות החמירו את הבעיה ותרמו לפגיעה בזמינות השירותים. זמני המתנה ארוכים פוגעים באיכות הטיפול המוצע לתושבים, מגבירים את הסבל הכרוך בהתמשכות המצב הרפואי ופוגעים באמון הציבור ביכולתה של המערכת הציבורית לענות על צרכיו ועל ציפיותיו. עוד לדעת הוועדה, "זמני המתנה ארוכים היו ודאי גורם אשר עודד רכישה של ביטוחים פרטיים ושימוש בהם, ומנגד ביטוחים אלה והתרחבותם יצרו תמריצים להאריך את זמני המתנה עוד יותר".<sup>315</sup> בין המלצותיה של ועדת גרמן לקיצור זמני המתנה:

- משרדי הבריאות והאוצר יקבעו כללים, בתוך 120 יום, ויפעלו ליצירת סטנדרטים בנוגע לנגישות גיאוגרפית וזמני המתנה לשירותי הבריאות הקבועים בחוק, בהתחשב בדחיפות הפעולות. כמו כן, הם יפעלו לייצר תמריצים לעמידה בכללים של קיצור זמני המתנה הקיימים היכן שנדרש. כללים אלה יתעדכנו מעת לעת;
- יוקם מרכז מידע ומעקב ארצי לתורים שיאסוף מידע גולמי על מועדי ההפניה והתורים במערכת, ויאפשר למבוטחים שקיפות בזמן אמת, כולל בממשק אינטרנטי;
- משרד הבריאות יפרסם מדי שנה בשנה דוח על התורים לטיפולים לפי פרוצדורות, בתי-חולים וקופות-חולים.<sup>316</sup>

<sup>315</sup> ש.ס.

<sup>316</sup> ש.ס.



משרד הבריאות מסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת ב-31 במרס 2015 כי "התוכנית לקיצור תורים הוקפאה עם פיזור הממשלה הקודמת. לכשתוקם ממשלה חדשה תיבחן התוכנית מחדש במסגרת התיעודף שיבצע המשרד".<sup>317</sup>

---

<sup>317</sup> מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 31 במרס 2015.



## 12. מסמכים מרכזיים בתחום הבריאות שנכתבו במרכז המחקר והמידע של הכנסת

### בכנסת ה-19

להלן רשימת המסמכים המרכזיים בתחום הבריאות שנכתבו במרכז המחקר והמידע של הכנסת במהלך הכנסת ה-19. נציין כי כל המסמכים המובאים להלן מצויים באתר האינטרנט של מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [www.knesset.gov.il/mmm](http://www.knesset.gov.il/mmm).

- [מבצע חיסון "שתי טיפות" נגד נגיף הפוליו שנערך בישראל בסוף שנת 2013](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 26 בינואר 2014 ;
- [נתונים על התיירות הרפואית בישראל](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 22 בדצמבר 2013 ;
- [תוכניות לאומיות למניעת הפטיטיס](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 12 בדצמבר 2014 ;
- [הטיפול במכורים לסמים הסובלים ממחלת נפש לאחר העברת האחריות לשירותי בריאות הנפש לידי קופות החולים](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 2 באפריל 2014 ;
- [סוגיות בתחום הבריאות שנסקרו בדוחות מבקר המדינה](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ' ואוריאנה אלמסי, 9 בדצמבר 2014 ;
- [המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 13 במרס 2014 ;
- [הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 6 ביולי 2014 ;
- [איסוף מידע על תופעות לוואי שהתרחשו בסמוך לקבלת חיסון ויידוע הציבור בדבר תופעות אלה](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 30 בספטמבר 2014 ;
- [מידע ונתונים סטטיסטיים על מחלות לב בקרב נשים וגברים בישראל](#), כתב: יובל בוגייסקי, 9 במרס 2014 ;
- [מרפאות בריאות הנפש במגזר הערבי](#), כתב: גדעון זעירא, 30 ביולי 2014 ;
- [תקינת מיטות וכוח-אדם במחלקות טיפול מיוחד ביילוד](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 18 בנובמבר 2013 ;
- [שיטת התגמול לבתי-מרקחת ולרוקחים במכירת תרופות מרשם](#), כתב: אורי ספירו טל, 30 ביולי 2013 ;



- [אלימת כלפי מאושפזים בבתי-חולים לבריאות הנפש](#), כתב: אורי ספירו טל, 23 בדצמבר 2013 ;
- [תמותת תינוקות וילדים בישראל, בדגש על האוכלוסייה המוסלמית בכל הארץ ובמחוז הדרום](#), כתב: גדעון זעירא, 10 בדצמבר 2013 ;
- [נתונים על מספר המטופלות בהפריה חוץ גופית](#), כתבה: אוריאנה אלמסי, 22 באוקטובר 2013 ;
- [סוגיית מתן דפו-פרוברה לנשים יוצאות אתיופיה](#), כתב: איתי פידלמן, 22 במאי 2013 ;
- [מיטות אשפוז וכוח-אדם במחלקות לטיפול מיוחד ביילוד](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 18 בנובמבר 2013.



### מסמכי מרכז המחקר והמידע של הכנסת

- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 13 במרס 2014.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [סוגיות בתחום הבריאות שנסקרו בדוחות מבקר המדינה](#), כתבו: פלורה קוך דבידוביץ' ואוריאנה אלמסי, 9 בדצמבר 2014.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 6 ביולי 2014.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 21 במארס 2013.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [נתונים על התיירות הרפואית בישראל](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ', 22 בדצמבר 2013.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [לימודי רפואת שיניים בישראל](#), כתבה: אתי וייסבלאי, 4 במרס 2012.
- מרכז המחקר והמידע, [הוראות הממונה על הביטוח במשרד האוצר בנושא הביטוח הסיעודי הקבוצתי](#), כתב: אורי פנסירר, 11 במרס 2012.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הקצאת מכשירי שיקום וניידות לנכים](#), כתב אסף ווינגר, 19 במרס 2012.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [המשתנה הגיאוגרפי בנוסח הקפיטציה שתוקנה ב-2010 והשפעתו על התקצוב בגין מבוטחים תושבי הנגב](#), כתבה: שלי לוי, 19 בדצמבר 2011.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [שירותי הבריאות במחוז צפון](#), כתבה: שלי לוי, 4 בדצמבר 2011.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הקשיים בהגדלת כוח-האדם הרפואי בפריפריה](#), כתבה: שלי לוי, 24 בינואר 2011.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מכשיר MRI פתוח](#), כתבה: שלי לוי, 1 במאי 2011.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הצעת משרד הבריאות להפחית את דמי ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות שנרשמה להן חלופה גנרית](#), כתבה: שלי לוי, 28 ביוני 2011.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [אשפוז בריאות הנפש בישראל](#), כתבה: שלי לוי, 8 בפברואר 2010.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מערך האשפוז הכללי בישראל 2008](#), כתבה: שלי לוי, 11 בינואר 2010.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [רופאים בעלי תעודות מומחה](#), כתבה: שלי לוי, 22 בפברואר 2010.



- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות](#), כתבה: שלי לוי, 3 במאי 2010.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מחסור ברופאי שיניים מומחים](#), כתבה: שלי לוי, 25 באוקטובר 2010.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [היעדרם של כלים לתכנון כוח-האדם הרפואי](#), כתבה: שלי לוי, 5 ביולי 2010.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [מערך האשפוז הכללי בהצעת התקציב לשנים 2011-2012](#), כתבה: שלי לוי, 7 בנובמבר 2010 ;
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [עדכון עלות סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים](#), כתבה: שלי לוי, טרם פורסם.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [אשפוז בריאות הנפש בישראל](#), כתבה: שלי לוי, 8 בפברואר 2010

## ספרים

- גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, [מערכת הבריאות בישראל](#), עם עובד, 2010.
- גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ, מרדכי שני, [מערכת הבריאות בישראל](#), תל אביב, 2005.

## **דוחות וחוזרים של משרד הבריאות**

- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, משרד הבריאות, ספר תקצירים של הכנס השנתי ה-11 למדיניות הבריאות – 20 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, [התפתחות עלות הסל מ-1995 ועד 2015](#), רני פלוטניק, כלכלן בכיר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, 13 במאי 2015.
- משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013](#), חלק א': [מגמות באשפוז](#), 1 באפריל 2015.
- משרד הבריאות, [הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן](#), 25 ביוני 2014.
- משרד הבריאות, [מיטות אשפוז ומיטות ברישוי](#), 31 במאי 2014
- משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2012 – חלק א'](#), 2014.
- משרד הבריאות, [כוח-אדם במקצועות הבריאות 2013](#), דצמבר 2014.
- משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, [דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2013](#), ספטמבר 2014.
- משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות, [חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013](#), ערכו: דניאלה אריאלי, טוביה חורב וניר קידר, אוקטובר 2014.



- [משרד הבריאות, מינוי צוות לבחינת החלוקה של מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי](#), 29 באוגוסט 2013.
- [משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2013](#), ספטמבר 2014.
- [משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, שלומי ברטוב, רואה חשבון, דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן של קופות החולים לשנת 2013](#), דצמבר 2014.
- [משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו](#), 2014.
- [משרד הבריאות, חוזר מינהל הסיעוד, הרחבת מערך העוסקים בסיעוד](#), 30 באפריל 2014.
- [שרונה וקנין ואסנת לוקסמבורג, משרד הבריאות, המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, מכון גרטנר, ספר הערכת טכנולוגיות רפואיות](#), מאי 2013.
- [משרד הבריאות, חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 09/2012, עדכון תשלומים בעד שירותי בריאות ותרופות לשנת 2012](#), 28 באוגוסט 2012
- [משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, ברזילי ושות' רואי חשבון, דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן – של קופות-החולים לשנת 2011](#), דצמבר 2012.
- [משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות, השוואות בין-לאומיות של מערכות בריאות: ארצות ה-OECD וישראל 2010](#), ערכו: ניר קידר, דניאלה אריאלי, טוביה חורב, יולי 2012
- [משרד הבריאות, המנהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, מכשירים רפואיים מיוחדים בישראל – תמונת מצב ודפוסי שימוש, 2011-2012](#).
- [טוביה חורב, ניר קידר ועידן הרשקוביץ, ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד – מתווה לרפורמה](#), משרד הבריאות, יולי 2011.
- [משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת מידע ומחשוב, האגף למקצועות רפואיים, מינהל הסיעוד](#), 2011.
- [משרד הבריאות, דוח הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל](#), יוני 2010.
- [משרד הבריאות, חוזר מנכ"ל מס' 18/03, רישום אחיות מעשיות בפנקס](#), 16 בספטמבר 2009.
- [משרד הבריאות, הוועדה לבחינת אומדן צורכי כוח-האדם העתידיים במערכת הבריאות, דוח ב': מקצועות בריאות נוספים](#), 11 בפברואר 2008.

#### דוחות ופרסומים של משרד האוצר

- [משרד האוצר, אגף תקציבים, מערכת שאילתות מקוונת לתקציב המדינה וביצועו, תאריך כניסה: 8 במרס 2015](#).
- [סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית בנושא העברת שירותי בריאות נפש מהתוספת השלישית לתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי](#), 31 במאי 2012. בתוך:



הכנסת

מרכז המחקר והמידע



מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש](#), כתבה: פלורה קוך דבידוביץ, 13 במרס 2014.

- משרד האוצר, שכר והסכמי עבודה, [אחים ואחיות – הוראות ביצוע להסכם הקיבוצי מיום 15 בינואר 2013](#), 4 בפברואר 2013.
- משרד האוצר – אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון, [דוח שנתי 2011](#), עמ' 82.

### דוחות ופרסומים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [שנתון סטטיסטי לישראל 2014](#), [לוח 6.1: הוצאה לאומית לבריאות, לפי סוג הוצאה ושירות](#), תאריך כניסה: 10 במרס 2015.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [שנתון סטטיסטי לישראל 2014](#), [לוח מס' 6.6, בתי חולים, לפי סוג ובעלות](#), תאריך כניסה: 10 במרס, 2015.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, רווחת האוכלוסייה בישראל, הסקר החברתי 2013, [לוח 16: בני 20 ומעלה, לפי ויתור על שירותים בתחום הבריאות, מסיבות כלכליות, ולפי תכונות נבחרות](#), [2013](#), תאריך כניסה: 20 במאי 2015.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הודעה לתקשורת: רווחת האוכלוסייה בישראל, ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי 2013](#), 24 ביוני 2014.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הודעה לעיתונות, ערב יום העצמאות ה-66 למדינת ישראל כ-8.2 מיליון תושבים](#), 1 במאי 2014.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לוח מס' 1: הוצאה לאומית על בריאות \(אחוזים\), בשנת 2013: ההוצאה הלאומית לבריאות 7.6% מהתמ"ג](#), 20 באוגוסט 2014.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [רבעון סטטיסטי, לוח 3.2.1](#), תאריך כניסה: 12 במאי 2013.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [סקר כוח-אדם 2012: שינויים בסקר כוח-אדם 2012](#), תאריך כניסה: 11 במרס 2015.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לוח 2.20: אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, גיל, מין וצורת יישוב; לקט נתונים על בני 65 ומעלה, הודעה לעיתונות](#), 29 בספטמבר 2014.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הודעה לעיתונות: סקירת המצב הדמוגרפי בישראל לשנת 2011](#), 14 בינואר 2013.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [לקט נתונים לרגל יום הקשיש 2012](#), הודעה לעיתונות, 27 בספטמבר 2012.

### מאגר ה-OECD באינטרנט ופרסומי הארגון

- OECD (2014), "Health Expenditure", in OECD, [OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics](#), OECD Publishing, Paris.
- OECD (2014), [OECD Health Data: Health Care Utilisation, OECD Health Statistics \(database\)](#), retrieved on October 20<sup>th</sup>, 2014.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

- OECD (2014), [OECD Health Data: Health Care Resources: Hospital aggregates](#), OECD Health Statistics (database), retrieved on October 20<sup>th</sup>, 2014.
- OECD (2014), [OECD Health Data: Health Care Resources](#), OECD Health Statistics (database), retrieved on February 28<sup>th</sup> and March 10<sup>th</sup>, 2015.
- OECD Health Statistics 2014, [Definitions, Sources and Methods, General Practitioners](#), retrieved on March 18<sup>th</sup>–19<sup>th</sup>, 2015.
- OECD Health Data: [Health care resources: Graduates](#), retrieved on March 24<sup>th</sup>, 2015.
- OECD Health Statistics 2014, [OECD Health Statistics, Physicians by categories](#), retrieved on March 18<sup>th</sup>–19<sup>th</sup>, 2015.
- OECD Health Statistics 2014, [Definitions, Sources and Methods: Professionally active dentists](#), retrieved on March 12<sup>th</sup>, 2015.
- [OECD Factbook 2014: Economic Environmental and Social Statistics, Public and private expenditure on health](#), retrieved on May 5<sup>th</sup>, 2015.
- OECD (2014), Elderly population by region, in [OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics](#), OECD Publishing OECD (2012).
- OECD (2012), [OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards](#), OECD Publishing.
- [OECD \(2012\) OECD Health Data: Health Care Resources](#), OECD Health Statistics (database), retrieved on March 10<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup> and 15<sup>th</sup>, 2015.
- OECD (2012), [OECD Health Data: Health Care Resources: Medical Technology](#) (database), retrieved on March 22<sup>nd</sup>, 2015.
- OECD (2012), [OECD Health Data: Health Care Utilisation: Diagnostic Exams](#) (database), retrieved on March 22<sup>nd</sup>, 2015.
- OECD Health Statistics, [Health expenditure indicators 2012](#), retrieved on March 16<sup>th</sup>, 2015
- OECD Factbook 2011–2012, Economic, Environmental and Social Statistics, [Health Expenditure](#), retrieved on January 29<sup>th</sup>, 2013.

## מכתבים ושיחות טלפון

- ד"ר אפרת אפללו, מתמחה בריאות שיניים ציבורית, משרד הבריאות, מכתב, 13 במאי 2015 ;
- רני פלוטניק, כלכלן בכיר, כלכלת בריאות, משרד הבריאות, מכתב, 12 במאי 2015 ;
- מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתבים : 31 במרס 2015 ; 28 באוקטובר 2014 ; 3 ביולי 2014 ; 30 ביוני 2014 ; 10 במרס 2013.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עיבוד מיוחד לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא מקצועות הבריאות, הועבר אל מתן שחק על-ידי מירב פסטרנק, תחום סטטיסטיקה של עבודה, מכתב, 16 בפברואר 2015.
- ניר קידר, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, מכתב, 23 במרס 2015.
- בלאל מוסא, מרכז תקן תקציב כוח-אדם, מערכת הבריאות, נציבות שירות המדינה, מכתב, 17 בנובמבר 2014.
- רני פלוטניק, כלכלן בכיר, כלכלת בריאות, משרד הבריאות, מכתב, 3 ביולי 2014.
- הילה כהן-אייס, מרכזת בכירה (תיקון ומידע) במזכירות הממשלה, משרד ראש הממשלה, מכתב, 20 בנובמבר 2014.
- אופיר פינטו, תחום מחקרי נכות ושיקום, המוסד לביטוח לאומי, מכתב, 25 בפברואר 2014.
- שרונה פלדמן ומאור שטיינמן, מחלקת ביטוח בריאות, אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר, פגישה ומכתבים, 8 במאי 2013.

### פרסומי המוסד לביטוח לאומי

- המוסד לביטוח לאומי, [חברות בקופות-חולים 2013](#), יולי 2014.
- המוסד לביטוח לאומי, [חברות בקופות-חולים 2012](#), יוני 2013.
- המוסד לביטוח לאומי, [ממדי העוני והפערים החברתיים – דוח שנתי 2013](#), נובמבר 2014, עמ' 27.
- המוסד לביטוח לאומי, [ממדי העוני והפערים החברתיים – דוח שנתי 2013](#), נובמבר 2014, עמ' 27.
- המוסד לביטוח לאומי, [רבעון סטטיסטי, לוח 3.2.1](#), תאריך כניסה: 12 במאי 2013.

### החלטות ממשלה

- החלטת ממשלה מס' 1622, [הקמת רשות מרכזים רפואיים ממשלתיים](#), 25 במאי 2014.
- החלטת ממשלה מס' 4775, [הכללת טיפולי שיניים משמרים לילדים בגילאי 10-12 בסל שירותי הבריאות](#), 17 ביוני 2012.
- החלטת ממשלה מס' 2917, [חיזוק מערכת הבריאות הציבורית והרחבת מערך האשפוז הציבורי](#), 27 בפברואר 2011.
- החלטת ממשלה מס' 2081, [עדכון סל שירותי הבריאות לשנים 2011-2013](#), 15 ביולי 2010.

### תקנות, חקיקה, צווים ופרוטוקולים

- [תקנות הכנסת, החלטות בענייני נוהל, כללי האתיקה והחלטות ועדת האתיקה](#), מעודכן ליום ט"ו בשבט התשע"ה, 4 בפברואר 2015.
- סעיף 22(א)א וסעיף 22(א)ב לצו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק), התשע"ב–2012.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

- [הצעת חוק הטיפול בחולה הסייעודי \(תיקוני חקיקה\), התשע"ד–2014 \(פ/19/2177\).](#)
- סעיף 51(5) בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994.
- סעיף 30 בתוספת השנייה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994.
- [הצעת חוק ההתייעלות הכלכלית \(תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת התקציב 2015\), התשע"ה–2014, עמ' 352.](#)
- [חוק זכויות החולה \(תיקון מס' 8\), התשע"ה–2014.](#)
- [חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994.](#)
- [תקנות בריאות העם \(מכשירים מיוחדים\) \(תיקון\), התשע"ה–2014.](#)
- [פרוטוקול מס' 235 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 28 במאי 2014.](#)
- בג"ץ 8730/03, שירותי בריאות כללית נגד שר האוצר, שר הבריאות ויו"ר מועצת הבריאות, מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים מאוחדת, קופת-חולים לאומית.
- בג"ץ 10778/03, מכבי שירותי בריאות נגד שר האוצר, שר הבריאות ויו"ר מועצת הבריאות, שירותי בריאות כללית, קופת-חולים לאומית, קופת-חולים מאוחדת, פסק-דין, 21 ביוני 2012.

#### **דוחות מבקר המדינה**

- מבקר המדינה, דוח 660 לשנת 2009, מאי 2010.
- משרד מבקר המדינה, דוח 661 לשנת 2010, מאי 2011.
- משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 663 לשנת 2012, מאי 2013.
- משרד מבקר המדינה, דוח שנתי 665 לשנת 2014, מאי 2015.

#### **דוחות ופרסומים נוספים**

- ההסתדרות הרפואית בישראל, [אתר המתמחים](#), תאריך כניסה: 12 במרס 2015.
- אתר המתמחים, ההסתדרות הרפואית בישראל, [רפואת ילדים](#), תאריך כניסה: 18 במרס 2015.
- בנק ישראל, חטיבת המחקר, [ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים – אפריל עד ספטמבר 2014](#), מס' 138, פברואר 2015.
- פרופ' יונה אמיתי, ד"ר שמעון ברק, ד"ר מנו כץ, ["עתיד רפואת הילדים בישראל – חזון ומציאות"](#), כתב העת הישראלי לרפואת ילדים (Israeli Journal of Pediatrics), 79 (אוקטובר 2012).
- מכון מאיר-סג"ר-אשל-ברוקדייל, [הזקנים בישראל: עובדות ומספרים 2011](#), אוגוסט 2012.
- שולי ברמלי-גרינברג, רותי וייצברג ורויטל גרוס, [ביטוח סיעודי פרטי בישראל](#), מכון מאיר-סג"ר-אשל-ברוקדייל, דצמבר 2012.
- מכון מאיר-סג"ר-אשל-ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, [מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של](#)



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

[צרכני השירותים](#), כתבו: רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג, ברוך רוזן, נורית ניראל, רותי וייצברג, 2009.

#### קישורים לאתרי אינטרנט

- אתר האינטרנט של משרד הבריאות, [הפסקת חובת ההפלרה בישראל מ-26 באוגוסט 2014](#), תאריך כניסה: 18 במרס, 2015.
- אתר האינטרנט של משרד הבריאות, מינהל הסיעוד, [הליך הרישום בפנקס האחים והאחיות](#), תאריך כניסה: 18 במרס, 2015.
- אתר האינטרנט של משרד הבריאות, [שירותי בריאות נוספים](#), תאריך כניסה: 9 במרס, 2015.
- אתר האינטרנט של משרד הבריאות, [שירותי בריאות נוספים](#), תאריך כניסה: 9 במרס, 2015.
- משרד הבריאות, הודעות הדוברות: [המלצות הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2015](#), תאריך עדכון: 30 בדצמבר 2014, תאריך כניסה: 15 במרס 2015.
- משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/Subjects/UninsuredRights/HealthInsuranceLawRights/GviaKupot/Pages/default.aspx> תאריך כניסה: 5 במרס 2015.
- משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/Subjects/UninsuredRights/HealthInsuranceLawRights/GviaKupot/Pages/Gvia.aspx>, עודכן ב-15 בפברואר 2012, תאריך כניסה: 9 במרס 2015.
- אתר האינטרנט של משרד הבריאות, [הסבר לתעריפון של משרד הבריאות](#), תאריך כניסה: 2 בנובמבר 2014.
- משרד הבריאות, הודעות הדוברות, [הממשלה אישרה היום את המלצות ועדת סל שירותי הבריאות 2014](#), תאריך כניסה: 18 ביוני 2014.

