



Flash90: ילזם

האם הגיע הזמן לוועדת סל לחיילי צה"ל?

מה צריך להיות סל שירותי הבריאות הצה"לי, איך הוא צריך להיקבע ומהו יחסו לסל השירותים של תושבי מדינת ישראל?

במקום לחיזוק חיל הרפואה כדי להשלים את הפערים אל מול המערכת הרפואית האזרחית. מבלי להיכנס לוויכוח על אודות המלצות הוועדה, ללא ספק המלצות אלו מעלות שאלות כבדות משקל. שאלות אלו למעשה אינן חדשות בבסיסן, הן עלו כבר עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונוגעות, בין היתר, גם לשאלה של מה צריך להיות סל שירותי הבריאות הצה"לי, איך הוא צריך להיקבע ומה יחסו לסל השירותים של תושבי מדינת ישראל. למעשה, סעיף 55 א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מחריג את חיילי צה"ל מיתר תושבי המדינה וקובע כי החוק לא יחול על חייל בשירות סדיר. בסעיף ב' נקבע

טיפול רפואי בקופות החולים שבהן היו חברים לפני הגיוס. כמו כן הומלץ כי לרפואי המשפחה בקופות החולים יהיו סמכויות נרחבות, לרבות המלצה על פרופיל רפואי למועמדים לגיוס ואישור ימי מחלה (גימלים). המלצות הוועדה, אשר אומצו על ידי שר הביטחון, יצרו "רעידת אדמה" בחיל הרפואה. קצין רפואה ראשי (קרפ"ר), תא"ל ד"ר טריף ברד, כמו גם שורה של קציני רפואה ראשיים לדורותיהם, הביעו התנגדות עזה למסקנות וקראו לגנוז את המלצות הוועדה. מעניין לציין כי גם נציב קבילות החיילים, אשר עוסק רבות בנושא קבילות אודות זמינות ואיכות שירות הרפואה בצה"ל, הצטרף להתנגדות וקרא

יואל הר אבן, פרופ' נדב דוידוביץ', פרופ' אבישי גולדברג

המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

מאי האחרון הוגשו מסקנות הוועדה שבחנה את נושא הרפואה בצה"ל. הוועדה, אשר בראשה עמד ד"ר יצחק שפירא, תא"ל במילואים המשמש גם כסמנכ"ל בכיר במרכז הרפואי תל אביב, המליצה כי חיילים ואנשי קבע יקבלו



כי חיילי צה"ל זכאים לשירותי בריאות מחיל הרפואה של צה"ל או מי שפועל מטעמו. החרגה זו יצרה אתגר חדש בפני צה"ל וחיל הרפואה שכן הם הפכו על פי חוק לקופה החמישית במדינת ישראל, למבטח, למממן, למעסיק ולספק השירותים כאחד והציבה בפני צה"ל וחיל הרפואה אתגרים רגולטוריים.

בשני העשורים האחרונים מאז חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חלים בחברה הישראלית ובמדינה תהליכים ותמורות להם השפעה על אופן אספקת שירותי הרפואה בישראל. מערכת הבריאות הצבאית תלויה במידה רבה במערכת הבריאות האזרחית וקשורה אליה בטבורה. תמורות ושינויים שחלים במערכת הבריאות האזרחית משפיעים על מערכת הבריאות הצבאית. בנוסף, בשני העשורים האחרונים מתהווה במערכת הבריאות הצבאית פער למול המערכת הבריאות האזרחית. פער זה מתמקד סביב שני תהליכים מרכזיים בעלי השפעה על פעילותה של מערכת הבריאות הצבאית: הראשון, המשאבים המוקצים למערכת הצבאית ובעיקר סוגיית הכשרת כוח אדם רפואי, בדגש על הפער ההולך ומתפתח בהכשרת רופאים ואחיות והשארותם כמטפלים במערכת הבריאות הצה"לית. השני, מודל אספקת שירותי הבריאות לחיילי צה"ל לאור יחסי המערכת המדינית עם המערכת הצבאית, בדגש על סוגיות שוויון בנטל סביב חוק המילואים, אימוץ גישות כלכליות ניאוו-ליברליות ומעורבות גוברת של משרד האוצר בניהולת תקציב צה"ל.

במאמר זה נדון בסוגיה לאור נקודת המבט של סל הבריאות הצה"לית ויחסו לסל הבריאות הקיים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. סוגיה זו קשורה גם בטבורה לסוגיית האחריות של חיל הרפואה כלפי המשרתים בצה"ל כפי שהיא נתפשת כיום ואת ההשלכות מכך על אספקת שירותי הבריאות בצה"ל. חשוב לזכור כי בתוך כל זאת, גם אל מול רוח חוק בריאות ממלכתי, נשאר אתגרי אחריותו הבלעדית של חיל הרפואה לבריאות המשרתים בצה"ל, בשונה מאחריות הנתפשת על ידי קופות החולים כלפי מבטחיהן.

שירותי הבריאות בצה"ל

למענה הרפואי המוענק לכלל תושבי המדינה באמצעות קופות החולים קיים חריג משמעותי והוא חייל בשירות סדיר. מלשוננו של סעיף 55 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי משתמע, כי חוק ביטוח הבריאות אינו חל על המשרתים

בצבא – חיילים בשירות חובה ובשירות קבע. חוק זה מסייג את תחולתו על חיילי מילואים. כלומר, על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם בעת שירות מילואים פעיל, ממשיך חייל מילואים להיות מבוטח בקופת החולים שבה הוא רשום, ולהלכה הוא זכאי לקבל שירותי בריאות ממנה. בפועל, ממשיך צה"ל לספק שירותים אלה בעיקר משיקולי נוחות של מתן הטיפול הרפואי וזמינותו, וכן משיקולים הקשורים בייחודה של הרפואה בצבא ואופי המשימות המוטלות על היחידות.

מאופיו של השירות הצבאי והטיפול הרפואי הנגזר ממנו, יהיה זה כמעט בלתי אפשרי ליהנות מ"זכויות המעטפת" שהוגדרו בחוק ביטוח הבריאות, בהן: בחירת קופת החולים או נותן השירותים או קבלת שירותי בריאות סמוך למקום מגוריו. על כן עולה לדיון השאלה בדבר "זכויות בסיסיות" – כלומר, סל שירותי הבריאות, המהווה את הליבה של חוק ביטוח הבריאות. לטענת כספי ואחרים (2005), סעיף 55 לחוק ביטוח בריאות נמנע מלציין את היקף שירותי הבריאות להם זכאים חיילי צה"ל. כך לדוגמה יכול היה המחוקק לציין כי על חיל הרפואה לספק לחייל "שירותי בריאות לפי חוק זה", כלומר בהתאם לסל השירותים הקבוע בחוק ביטוח הבריאות. אך הפאסיביות שנקט המחוקק הותירה את שיקול הדעת בדבר היקף "סל שירותי הבריאות" לחייל צה"ל, בירי חיל הרפואה ובידי העומד בראשו, קצין הרפואה הראשי, האחראי מכוח חוק על שירותי הרפואה בצבא.

לפיכך, ניתן יהיה לומר כי עמדתו הפאסיבית של החוק מבטאת הבנה והכרה של המחוקק בעובדה שסל שירותי הבריאות, המוענק לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי לאזרח, אינו בהכרח מתאים לצורכי הצבא ולאופי השירות הצבאי. לאור זאת נכון יהיה לבחון את צורכי הבריאות של המשרתים בצה"ל על רקע אופיו המיוחד של השירות הצבאי והשלכותיו על בריאות החיילים, ולקבוע את שירותי הבריאות הנדרשים להם ואת דרכי נתינתם כך שיהוו "ביטוח בריאות" הולם. עוד טוענים כספי ואחרים (2005) כי "הגבולות בין היקף שירותי הבריאות שקצין הרפואה הראשי אמור לספק לחיילים בשירות סדיר, לאלה הניתנים על פי חוק ביטוח הבריאות לאזרח, אינם ברורים דיים". אין זה ברור מלשון החוק האם קצין הרפואה הראשי חייב להתחשב ב"סל שירותי הבריאות" ה"אזרחי", או שהוא רשאי להתעלם ממנו, וכתוצאה מכך לקבוע

"סל שירותי בריאות" עצמאי ונפרד. על כן, קיימת אי ודאות לגבי האופן שבו הצבא צריך לספק את הזכות לבריאות עבור המשרתים בו.

תפיסת האחריות של צה"ל וחיל הרפואה

על פי חוק שירות הביטחון, לצה"ל, ולקרפ"ד מטעמו, אחריות סטוטורית על בריאות חיילי צה"ל. אחריות זו הינה גורפת ורב תחומית וצה"ל הוא המבטח הרפואי ואחראי של המשרתים בסדיר ובשירות מילואים פעיל. כפל התפקידים, כלומר המצב שבו צה"ל הוא גם המבטח הרפואי וגם אחראי על בריאות החיילים, הוא ייחודי במדינת ישראל. הקשר ההדוק בין הצבא לבין האחריות על בריאות החיילים נשען על בסיס ערכי ומוסרי רחב, מאחר שהמדינה מגייסת לשירותיה חיילים לשירות החברה וחושפת אותם לגורמי תחלואה ייחודיים. יתרה מכך, היא אף מצפה מהם כי יסכנו את חייהם בעת הצורך. לפיכך, מן הראוי שתהיה אחראית לבריאותם הן בשגרה והן בחירום. מימוש האחריות על בריאות חיילי צה"ל מתקיים במודל הקיים כיום באופן מלא.

יחד עם זאת, מאחר שהחיילים מקיימים ממשק רציף גם עם השירותים האזרחיים במדינה, התעורר הצורך להגדיר בצורה מדויקת יותר עד לאן מגעת האחריות הצבאית על החיילים. Schiff (1995) הציעה את "תיאוריית ההלימה" (concordance). היא טענה כי רצוי שבין התחום הצבאי לתחום האזרחי יתנהל דיאלוג ושתנוסח הסכמה על חלוקת האחריות ביניהם, והדגישה כי הדבר לא בהכרח יוביל להתערבות של הצבא בפוליטיקה ועשוי להתבטא בהתנתקותו מבחירה ממנה. יתר על כן, הוסיפה, כיוון שבחברות ובתרבויות שונות יש תוכן שונה למוסדות האזרחיים ואף לעצם המושג "אזרחי", אין לכפות עליהן מסגרת אנליטית אחידה אשר מיובאת מהקשר זר. בתיאוריה שלה, Schiff מביאה בחשבון את התרבות הלאומית הייחודית לכל מדינה, ולא רק היבטים מוסריים או מבניים של הסוגיה, כולל איומים חיצוניים. יחד עם זאת, הביקורות שהושמעו נגדה מצביעות על קו חשיבה זהיר יותר המדגיש כי אף בדמוקרטיה ליברלית קשה מאוד להבטיח את כפיפותו של הצבא להנהגה האזרחית על ידי כפייה או ענישה, והנחת היסוד היא כי על הצבא "להסכים" לכבד את כללי המשחק הדמוקרטיים. נראה כי זוהי הסיבה שהספרות החדשה מעניקה תשומת לב להסדרים לא פורמליים בין התחום הצבאי לתחום האזרחי. לדיון זה משמעות גם בהקשר של החוזה

אין זה ברור מלשון החוק האם קצין הרפואה הראשי חייב להתחשב ב"סל שירותי הבריאות האזרחי", או שהוא רשאי להתעלם ממנו, וכתוצאה מכך לקבוע "סל שירותי בריאות" עצמאי ונפרד. קיימת מעטפת של אי ודאות לגבי האופן שבו הצבא צריך לספק את הזכות לבריאות עבור המשרתים בו



איכילוב" ובמסגרתו נרכשו עבור משרתי מחנה מטכ"ל (הקריה) שירותי רפואה ראשונית ושניונית מקופת החולים לאומית, לרבות בדיקות דימות, מעבדה, ניפוק תרופות, אביזרים רפואיים וכן ניתוחים ופרוצדורות המבוצעים במסגרת אשפוז יום. המודל הרביעי, "מודל פרויקט אביב", פעל בין השנים 2011-2014 ובמסגרתו קיבלו המשרתים (חובה וקבע) במחנות הקריה ותל השומר שירותי רפואה ראשונית ושניונית מקופות החולים. בשנה הראשונה לקיום המכרז ניתנו השירותים על ידי קופות החולים מאוחרת ולאומית, לאחר שנה הצטרפו "מכבי" ושירותי בריאות כללית וכך הורחב המכרז לכלל ארבע הקופות הקיימות, כאשר זכות הבחירה והמעבר היתה בידי של החייל (לבון ומרום, 2012). בדרך זו יכלו החיילים להישאר בטיפול רופא המשפחה שהם מכירים מהאזרחות והיו זכאים גם לרפואת מומחים, לרפואה דחופה ובמקרה הצורך, גם לאשפוז. עם זאת, את רפואת השיניים, שירותי בריאות הנפש, בריאות הציבור והמיזם הרפואי המשיך לספק חיל הרפואה.

יחד עם מודל זה, העביר צה"ל בינואר 2012 את שירותי הרפואה הדחופה לחברה הפרטית "ביקורופא". מוקדי החברה, הפרוסים ברחבי הארץ, אמורים לתת שירות בשעות שבהן קופות החולים סגורות. בהסכם היה קיים גם תמריץ כלכלי שנועד לצמצם את מספר הפניות החיילים לבתי חולים וחופש פעולה כמעט מלא בהפעלת בקרה של צה"ל על אנשי חברת ביקורופא והכשרתם.

בעקבות הסקת מסקנות מתהליך הוצאת השירות הרפואי לחיילים ממרפאות צה"ל, הוחלט כי מנובמבר 2014 יוחזר הטיפול בחיילים למרפאות צה"ל. זאת, בין השאר, כדי להבטיח את אחידות המענה הרפואי לכל המשרתים. בדו"ח נציב קבילות חיילים שפורסם במאי 2016 נכתב כי למרות הערכות הצבא, התקבלו קבילות רבות שעסקו בזמינות המענה הרפואי והתורים במרפאות הצבא. הסיבות שניתנו היו הצריכה הגבוהה של שירותי רפואה על ידי החיילים וכן מחסור בכוח אדם.

הגדרת סל השירותים, אבטחת איכות הרפואה, רציפות הטיפול וזרימת המידע, מימוש האחריות של חיל הרפואה, ניהול הסיכונים ושמידת מסגרת תקציבית.

חיל הרפואה היה חלוץ בשימוש בשיטות מיקור חוץ. יש הרואים את תחילתו של תהליך זה בהעברת בתי החולים הצבאיים (בהוראת בן גוריון) מאחריות צה"ל וחיל הרפואה לאחריות משרד הבריאות בתחילת שנות ה-50 של המאה הקודמת. בעקבות העברת האחריות נחתמו הסכמים (להלן, הסכמי השילוב) בין צה"ל לבין בתי החולים הממשלתיים, בהם נקבע כי בתמורה להצבת כוח אדם רפואי בבתי החולים יקבל צה"ל שירותי מומחים ואשפוז. עם השנים הורחבו ההסכמים גם לבתי החולים של קופות החולים. ברבות השנים, הורחבו ההסדרים לחוזים מול קופות החולים לאספקת שירותי רפואת קהילה ורפואה מיעצת לחיילי צה"ל במחנות עורפיים במרכז ובצפון הארץ, לצד רכש של שירותים ממוסדות פרטיים ומכונים בעיקר בתחומי הדימות, המעבדה והפיזיותרפיה.

בין השנים 1999-2014 התקיימו בחיל הרפואה של צה"ל ארבעה מודלים מרכזיים של מיקור חוץ של שירותי רפואה. המודל הראשון, "מודל איכילוב", פעל בין השנים 1999-2001 ובמסגרתו נרכשו שירותי רפואה ראשונית ורפואת יועצים בבתי החולים איכילוב (המרכז הרפואי תל אביב) עבור משרתי הקבע ששירתו במחנה מטכ"ל (מחנה הקריה). לצורך כך, הקים בית החולים מרפאה ייעודית עבור משרתי הקבע וסיפק בה מעבר לבריכת רופא גם שירותי דימות ומעבדה. שירותים נוספים כגון רפואת השן, בריאות הנפש ועוד, סופקו על ידי חיל הרפואה. המודל השני, "מודל מרפאת נהריה", פעל בין השנים 2001-2014 ובמסגרתו ניתנו שירותי רפואה ראשונית לחלק מחיילי מרחב הגליל המערבי (חובה וקבע) על ידי שירותי בריאות כללית בעיר נהריה. המודל השלישי, "מודל לאומית", פעל בין השנים 2001-2005 כהמשך ישיר ל"מודל

בין החברה לצבא, בשאלת האחריות של הצבא לבריאות חייליו ומהו סל שירותי הבריאות שעליו לספק. האחריות הכוללת המצויה בידי צה"ל אפשרה לאורך השנים מתן טיפול רפואי רחב הכולל את בריאות השן ובריאות הנפש - גם כאשר לא נכללו בסל השירותים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בארגון כמו צה"ל שחרט על דגלו את נושא השוויוניות והטיפול בפרט, על צה"ל לדעת לספק שירותים, תרופות וטיפולים לחיילים ככל שאלה יזדקקו לו, ללא קשר למצבם הסוציאקונומי, תוך הסתמכות על מקורות שאינם חלק ממקורות תקציב הריפוי השוטף.

מימוש האחריות של הצבא כלפי חייליו בא לידי ביטוי באמצעות מספר גורמים. ראשית, מרפאות צה"ל פזורות במרכז ובפריפריה, גם במקומות שבהם המערכת הרפואית האזרחית חלשה יותר. מבחינת רפואת מומחים, הרפואה הצבאית מהווה מוקד ידע ייחודי בישראל בתחומי בריאות תעסוקתית, מיון רפואי, בריאות הנפש והצרכים המיוחדים המאפיינים את איש הקבע בשדה ובעורף. כחלק מצה"ל, חיל הרפואה הגדיר בערכיו כי עיקרון צבא העם מהווה עיקרון בסיס ולפיכך הוא חותר למיצוי מירבי של כוח האדם בגיוס חיילים והשאתם בשירות, תוך מימוש אחריותו הרפואית מולם, חרף מגבלותיהם הבריאותיות. הצבא מעניק סל שירותי בריאות רחב המאפשר גמישות באישור חריגים (תרופות, ניתוחים, טיפולים) ומתן שירותי רפואה מקיפים תוך ראיית צורכי הפרט. לבסוף, החיילים בחובה ובקבע אינם משלמים כלל השתתפות עצמית, ובכך שונים משרתי צה"ל ממבוטחי קופות החולים במערכת האזרחית.

מודלים לאספקת שירותי הבריאות בצה"ל

מגמות והשפעות אורחיות בשני העשורים האחרונים הניעו את חיל הרפואה לבחון מודלים שונים לאספקת שירותי רפואה. עם מגמות אלו נמנות: הירידה במספר הרופאים במסלול העתודה, הצורך הגובר בשיפור הנגישות והזמינות, שיפור מעטפת השירותים הרפואיים והדרשה להשוואת השירותים והתנאים הניתנים לאזרחים לצד החלת התשלום עבור ביטוח הבריאות ממלכתי על אנשי הקבע. אחת החלופות שנבחנו היתה מיקור חוץ של שירותי הרפואה, דהיינו רכישת שירותי רפואה מספק אזרחי. אספקת שירותי רפואה לחיילי צה"ל באמצעות גורם אזרחי היא מהלך מורכב המציב אתגרים לא מעטים בפני מקבלי ההחלטות, כגון:

המודל נוסף, החמישי, עסק באספקת שירותי בריאות לאנשי הקבע.

מאפייני אספקת שירותי הבריאות בצה"ל

ניתן להצביע על ארבעה מאפיינים ייחודיים של השירות הרפואי בצה"ל, הנגזרים מייעודו של צה"ל כגוף לוחם. ראשית, לחיל הרפואה קיימת אחריות בלעדית וטוטאלית על בריאותם של המשרתים בו. שנית, הרפואה הצבאית כוללת בחובה גם היבטים של מיון רפואי של כוח אדם. כמו כן, בשונה משירותי הרפואה הניתנים בקופות החולים, שירותי הבריאות הניתנים על ידי חיל הרפואה לא נועדו לטפל רק בחייל החולה אלא מספקים תפישת בריאות כוללת ורחבה. לבסוף, כיוון שהשירות בצבא מומן ניירות גבוהה, מקום שירות המרוחק לעתים ממקום המגורים, שיוכו של החייל הוא שיוך יחידתי. כלומר, ההתייחסות לחייל על פי רוב היא בהתאם לאורגניות ולא על פי מקום מגוריו.

על מנת לממש את הזכות לבריאות עבור חיילי צה"ל, כפועל יוצא מסעיף 55, קיים בצבא מערך רפואי אורגני ומרחבי, שאותו ניתן לחלק למספר מרכיבים עיקריים:⁽¹⁾ רפואה ראשונית, הכוללת מרפאות יחידתיות ובהן מרפאות לחיילי החובה ולאנשי הקבע וכן מערך מרפאות ראשוניות המופעלות על ידי זכייני אורח, פועלות לאחר שעות הפעילות המקובלות ברוב יחידות צה"ל ומטרנן מתן שירות רפואה רחופה, בדומה למוקדי רפואה המופעלים על ידי קופות החולים (גולדברג, 1998)⁽²⁾; רפואה שניונית (מומחים), הכוללת מרפאות מומחים רב תחומיות (מר"תים), מרפאות מומחים במסגרת מרכזי רפואה אזוריים ומרפאות חוץ של בתי החולים;⁽³⁾ רפואה שלישונית (אשפוז + שיקום) – שירותי אשפוז בבתי החולים האזרחיים, במרכזי שיקום צבאיים (במסגרת מרכזי הרפואה השניונית) ובמרכזי שיקום אזרחיים;⁽⁴⁾ שירותי בריאות הנפש – ביחידות ההכשרה והטירונות, ביחידות המרכזיות, במרפאות המומחים האזוריות ובמענה ייעודי לאנשי הקבע והמשפחות;⁽⁵⁾ שירותי בריאות השיניים – ביחידות ההכשרה והטירונות, במרפאות מרכזיות, במרכזי רפואה המומחים האזוריות ובמענה ייעודי לאנשי הקבע והמשפחות;⁽⁶⁾ מיון רפואי ורפואה תעסוקתית – במסגרת מרפאות ייעודיות בפיקודים המרחביים ובמרכזי הרפואה האזוריים;⁽⁷⁾ שירותי עזר – בתי מרקחת, מכוני דימות, מכוני פיזיותרפיה, כפריסה כלל ארצית, על פי רוב בתוך מתקני חיל הרפואה;⁽⁸⁾ בדיקות סקר לתחלואה – באמצעות

המרכז לבריאות תקופתיות;⁽⁹⁾ שירותי בריאות הצבא (בריאות הציבור) – קידום בריאות, מניעת תחלואה וניטורה. שירותים אלה ניתנים לחיילים בשירות סדיר ומסופקים תוך תלות במאפיינים ייחודיים המשפיעים על בריאות החייל ועל אופן מתן שירותי הבריאות.

במחקר שערכנו נבחנו עמדות הסגל הרפואי ביחס לזכות לשירותי בריאות בצה"ל. במחקר השתתפו 220 נבדקים, אנשי סגל רפואה, מחציתם רופאים בהכשרתם והשאר אחיות, פיזיותרפיסטים, קציני בריאות הנפש ופרמדיקים. הנבדקים במחקר מילאו שאלון שבחן את עמדותיהם כלפי הזכות לבריאות במסגרת הצבאית ובפרט: התאמת שירותי בריאות לצורכי הפרט, התאמת מערכת בריאות שוויונית, נגישות למידע וכן השתתפות עצמית בקבלת שירותי בריאות.

ממצאי המחקר הראו כי קיימת הסכמה נרחבת בקרב אנשי הסגל הרפואי בצה"ל על יישום חסר ולוקה של הזכות לבריאות בצבא ונחוצה התערבות נרחבת של מקבלי ההחלטות לשיפור מצב זה. הניתוח העלה כי אנשי הסגל הרפואי הביעו ציפייה גבוהה יותר למימוש הזכות לבריאות בצה"ל בהשוואה לאופן שבו זכות זו ממומשת בפועל. בפרט, הביעו אנשי הסגל הרפואי בצה"ל ציפייה גבוהה יותר מאשר הנתונים בפועל אודות התאמת שירותי הבריאות לצורכי הפרט, מחויבות להבטחת הזכות לבריאות, התאמת מערכת בריאות שוויונית, נגישות למידע וכן אתיקה בשירותי הבריאות. ממצאים אלה נמצאו עקביים עבור תת קבוצות שונות בתוך המדגם הרחב, כאשר לא נמצאו הבדלים ברפואי התוצאות בין רופאים לשאינם רופאים, בין סגל ניהולי/ פיקודי לבין סגל קליני, וכן בין סגל מאזור המרכז לבין סגל מהפריפריה.

עוד נמצא כי הן רופאים והן אנשי צוות שאינם רופאים סבורים כי יש להרחיב באופן ניכר את אופן המימוש של הזכות לבריאות במימדים השונים. הבא. נראה כי כל עובדי הסגל הרפואי בצה"ל שהשתתפו במחקר, ללא הבדלים מקצועיים ביניהם, חשופים באופן שוטף למחסור במשאבים וביכולות להעניק לחיילים שהם אמונים על בריאותם את השירותים הרפואיים הדרושים למימוש מלא של הזכות לבריאות.

סיכום

האם אכן יש צורך בסל בריאות צה"לי? כפי שראינו ולאור התפישת הייחודית של אחריות הצבא לבריאות חייליו, התשובה היא כן, אך עדיין נותרו שאלות רבות פתוחות הדרושות מענה: מה

יהיה היקף הסל, איך ומי יקבע את סדרי העדיפויות ומהו היחס בין הסל הצה"לי לסל הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

שאלות אלו הפכו לאקטואליות אף יותר לאור המלצות הוועדה בראשות ד"ר יצחק שפירא אשר המליצה להעביר למיקור חוץ את שירותי הרפואה לחיילי צה"ל. בימים אלה מתנהל דיון סוער בוועדת החוץ והביטחון של הכנסת לאור אימוץ החלטות הוועדה על ידי שר הביטחון. נתונים על מחסור באישות תקנים של רופאים ובעיות נומינות שירותים עלו באופן בולט בדיונים, ובעבר אף כרו"חות של נציב קבילות החיילים, אם כי מעניין לציין שנציב קבילות החיילים מתנגד למיקור החוץ ודורש לשפר את השירות הרפואי הניתן לחיילים בתוך חיל הרפואה.

כפי שסקרנו, קיימים הבדלים משמעותיים בין חייל חובה למשרת קבע, בהיבטים חוקיים ותעסוקתיים – חייל חובה מתגייס על פי חוק ומוצא עצמו במערכת טוטאלית הגורמת לו להתמודד עם מצבים להם משמעויות בבריאות וחולי, מול משרת הקבע שמתגרב לשירות והוא מקום עבורתו. אכן, באופן היסטורי צה"ל אימץ סל שירותי רפואה רחב יותר מזה האזרחי, אשר כלל את בריאות השן ובריאות הנפש, עוד לפני הרפורמות בתחומים אלה במגזר האזרחי. מאידך, זמינות השירותים והמחסור בכוח אדם, בעיות שאף החמירו בשנים האחרונות, הביאו להמלצת הוועדה לכצע מיקור חוץ לשירותי הרפואה הניתנים לחיילים, בניגוד לעמדת חיל הרפואה.

עד היום לא נערך דיון מעמיק ומספק בשאלת סל הבריאות הצה"לי. השינויים העומדים עתה על הפרק רק מחזקים את הצורך בדיון ציבורי בנושא חשוב זה. ●

ספרות

1. גולדברג, א'. רפואה שניונית בצה"ל: חלופות שירות והמלצות למדיניות. אוניברסיטת בן גוריון בנגב, הפקולטה למדעי הבריאות (1998).
2. הר-אבן, י'. עמדות הסגל הרפואי ביחס לזכות לשירותי בריאות בצה"ל. אוניברסיטת בן גוריון בנגב, הפקולטה למדעי הבריאות (2014).
3. חגיבי, מ'. השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על השירות הרפואי למשרתי הקבע בצה"ל. אוניברסיטת בן גוריון בנגב, הפקולטה למדעי הבריאות (2004).
4. כספי, ח', מורץ, ת' ותבורי, ת'. הסל והחייל – זכאותם של חיילי צה"ל לשל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. רפואה ומשפט, גיליון 32. (2005).
5. לבון, א', מרום, ה', עיאל, ד' וברנבוים, א'. "פרויקט אביב" – מודל חדש למיקור חוץ של שירותי הרפואה לחיילי צה"ל המשרתים במרחב העופרי. הרפואה הצבאית, 9, 17-21. (2012).
6. שגי, ר'. מיקור החוץ של שירותי הרפואה למשרתי ביחידות העורפית בצה"ל – האם חיל הרפואה יכול לממש את אחריותו במודל זה? המכללה לביטחון לאומי ואוניברסיטת חיפה (2012).