



# ועדת חקירה אזרחית לבחינת מדיניות האוצר וקריסת ביטוח הבריאות הממלכתי

דין וחשבון



יד באייר תשע"ט  
19-05-19

"5 מיליארד לבריאות" הוא פורום חירום לאומי שהוקם על ידי קואליציה רחבה המונה למעלה מ- 60 ארגונים : ארגוני חולים, ארגון רופאי המדינה, הסתדרות האחים והאחיות בישראל, ארגונים פרה רפואיים וארגונים אזרחיים, במטרה מוצהרת לשנות את מדיניות הייבוש התקציבי של משרד האוצר במערכת הבריאות ולהוסיף 5 מיליארד ₪ לבסיס תקציב הבריאות על מנת להשיב לתושבי ישראל את הזכות לשירותי בריאות ראויים ולהביא לשיקום מערכת הבריאות הציבורית הקורסת.

### הדרישות העיקריות של פורום החירום הלאומי:

5 מיליארד ₪ תוספת מיידית לבסיס תקציב משרד הבריאות 2020, כדי להחיות מחדש את מערכת הבריאות הציבורית ולעצור את המשך הידרדרותה. אימוץ מסמך המלצות המנהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות "מסמך קידר", שהוגשו לממשלה בתוספת תקצוב מידי לתקנים של רופאים ואחיות:



עדכון סל הקופות בהתאם לאוכלוסייה וליוקר הבריאות וחיזוק רפואת הקהילה



עדכון סל התרופות הממלכתי באופן אוטומטי ב-1.65% מעלות הסל



תקצוב התוספת השלישית הכוללת רפואה מונעת, שיקום, אשפוז סיעודי בריאות הנפש ועוד.



מיליארד ₪ לתמיכה תקציבית וקביעת מנגנון תקצוב לבתי החולים



תוספת מיידית של אלפי תקני אחיות ומאות תקני רופאים בבתי החולים בקהילה ובריאות הציבור



הוספת מיטות אשפוז בהתאם לגידול והזדקנות האוכלוסייה

### הקמת ועדת חקירה אזרחית

במסגרת פעילות הפורום, הוקמה לראשונה בתולדות מדינת ישראל, ועדת חקירה אזרחית בראשות משותפת של שתי שופטות בדימוס ובהשתתפות אנשי אקדמיה, רפואה, כלכלה ומשפט. הוועדה קיימה שימוע ציבורי רחב, שמעה עדויות רבות מפי אזרחים, רופאים, אחיות, צוותים רפואיים אנשי מקצוע בתחום הבריאות ובכירים במערכת הבריאות. הוועדה בחנה את מתווה המנהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, שהוגש לממשלה בחודש ינואר 2019 לשיקום מערכת הבריאות ומתווים נוספים וקבעה ממצאים, מסקנות והמלצותיה למתווה יישומי מידי וארוך טווח שיבטיח שיקומו ועתידו של ביטוח הבריאות הממלכתי של אזרחי ישראל ויכולתה של מערכת הבריאות הציבורית לספק שירותי בריאות בצורה ראויה ושוויונית לכלל תושבי המדינה.

## הרכב הוועדה:

**יושבת ראש משותפת, ד"ר דפנה אבניאלי**, כב' שופטת בית המשפט המחוזי בתל אביב (בדימוס)  
**יושבת ראש משותפת, מיכל לויט**, כב' שופטת בכירה בבית הדין האזורי לעבודה בתל אביב (בדימוס)  
**פרופ' מרדכי שני**, מומחה ברפואה פנימית נגיד הקרן לפיתוח ומחקר רפואי במרכז ע"ש שיבא, וחתן פרס ישראל  
**פרופ' עמוס שפירא**, דיקן לשעבר בפקולטה למשפטים באוניברסיטת תל אביב ובמרכז האקדמי כרמל בחיפה על תרומה לחברה ולמדינה  
**ד"ר זאב פלדמן**, רופא מומחה בניירוכירורגיה, מנהל היחידה לניירוכירורגיה של הילד במרכז הרפואי שיבא סגן יו"ר ההסתדרות הרפואית ויו"ר ארגון רופאי המדינה  
**פרופ' גבי בן נון, כלכלן**, המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות לשעבר.  
**גב' אילנה כהן** – אחות מוסמכת, אקטיביסטית למען קידום מערכת הבריאות הציבורית בישראל ויו"ר הסתדרות האחים והאחיות בישראל  
**מרכזת הוועדה, גב' פנינה רוזנצווייג**, אקטיביסטית למען זכויות חולים מנכ"לית עמותת "נאמן, נפגעי שבץ מוחי" וחברת הנהלה באגודה לזכויות החולה

\*\*\*\*\*

**התובע המיוחד, ד"ר עדי ניב יגודה**, עו"ד ומומחה למשפט רפואי ומדיניות בריאות, מרצה בבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל-אביב ובפקולטות למשפטים, חבר הוועדה לחיזוק הרפואה הציבורית (ועדת גרמן)

\*\*\*\*\*

אנו מודים לעו"ד ליאור כץ, שתרם מזמנו ושימש כמזכיר ורושם עיקרי העדויות בדיוני הוועדה

## דבר ראשות הוועדה ד"ר דפנה אבניאלי, שופטת (בדימ), מיכל לויט שופטת (בדימ).

מדינת ישראל שמה לה למטרה להבטיח שירותי בריאות איכותיים לכלל תושביה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, קובע כי ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.

שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המובטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי חוק זה.

### **המונח "צדק" שבחוק אינו בגדר אות מתה. עלינו לצקת בו תוכן וחיים ולהושיט סעד נדרש, מקום שצקתם הדוממת של החולים עולה ומשוועת לעשות כן.**

מערכת הבריאות הציבורית נמצאת במשבר עמוק ומתמשך. חולים מותשים במסדרונות בתי החולים, רופאים ואחיות הקורסים תחת נטל העבודה, תחנונים לתרופות שאינן בסל הבריאות ודרישות חוזרות ונשנות לתוספת מיטות ותקנים. המשבר במערכת הבריאות הציבורית אינו גזירת גורל, אלא מציאות המחייבת שינוי דרמטי בסדרי העדיפויות של המדינה ומערך התקצוב והתכנון של שירותי הבריאות.

ועדת החקירה האזרחית, שהוקמה בראשותנו – השופטת ד"ר דפנה אבניאלי מבית המשפט המחוזי (בדימ) והשופטת מיכל לויט מביה"ד לעבודה (בדימ), התכנסה מתוך אחריות לאומית וחברתית, על מנת לבחון את מצוקות המערכת ולהציע כיוונים לשיקומה. לצידנו בוועדה ישבו מומחים בעלי שם מהטובים בתחומם בישראל בכלכלה, במשפט ובאתיקה הרפואית, וכאלו המייצגים נאמנה את המטופלים, האחיות, הרופאים והרופאות.

המנדט שניתן לוועדה זו הינו מכוח האזרחים מטופלים ומטפלים במערכת הבריאות הציבורית בישראל המיוצגים ע"י קואליציה רחבה וראשונה מסוגה של עשרות ארגוני חולים, ארגון רופאי המדינה הסתדרות האחים והאחיות בישראל, ארגונים פרה רפואיים וארגונים אזרחיים. על כן, בבואנו להציג את מסקנות והמלצות הוועדה, נעשה זאת מתוך זכאותם האזרחית הבסיסית של תושבי מדינת ישראל לשירותי בריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ביטוח הבריאות הממלכתי של תושבי ישראל הינו ייחודי ביחס לשירותים אחרים הניתנים ע"י המדינה, שכן שירותי הבריאות ניתנים במעין התחייבות הדדית של התושבים אל המדינה בדרך של תשלומי מס בריאות חודשיים שהסתכמו בשנת 2017 ב- 21 מיליארד ₪ והתחייבות של מדינת ישראל לתושביה בדרך של מתן השירותים בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח/ת, תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות וללא הפליה מתוך עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. הוועדה נתבקשה לבחון את הנסיבות שהביאו לשחיקת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי. לקיים שימוע ציבורי רחב, לשמע עדויות מפי אזרחים, רופאים ורופאות, אחיות, צוותים רפואיים ואנשי מקצוע בתחום הבריאות, ולקבוע מסקנות והמלצות למתווה יישומי מידי

וארוך טווח שיבטיח שיקומו ועתידו של ביטוח הבריאות הממלכתי של תושבי ישראל ויכולתה של מערכת הבריאות הציבורית לספק שירותי בריאות בצורה ראויה ושוויונית לכלל תושבי המדינה.

הוועדה קיימה ישיבות אינטנסיביות במשך חודשיים ושמעה עשרות עדים, שדבריהם מובאים כחלק מדו"ח הוועדה המונח לפניכם היום. חשיבות מיוחדת ראינו באפשרות לתת במה ואוזן קשבת לתלונותיהם של הגורמים שהוזמנו להופיע בפנינו. רבים נענו לקריאה – מנהלי בתי חולים, מנכ"לי קופות חולים, רופאים ורופאות, אחיות ואחים, מטפלים, מטופלים ובני משפחתם.

חברי וחברות הוועדה ראו במשימה שהוטלה עליהם שעת כושר, אליה חברו כל מי שהגיעו להעיד בפני הוועדה, לעצב את השינוי הנדרש, והזדמנות לתיקון עיוות הולך וגדל שחייבים לשים לו סוף.

יחד עם חברי וחברות הוועדה ועם אזרחי ישראל אנו מקוות שנצליח להניע את השינוי למען הבריאות של כולנו.

**בכבוד רב,**

**מיכל לויט**

**שופטת בכירה בבית הדין האזורי לעבודה בתל אביב  
בדימוס**

**ד"ר דפנה אבניאלי**

**שופטת בית המשפט המחוזי בתל אביב  
בדימוס**

**דבר מרכזת הוועדה – גב' פנינה רוזנצוויג מנכ"לית עמותת "נאמן" לנפגעי שבץ מוחי,**

**וחברת הנהלת האגודה לזכויות החולה בישראל**

מערכת הבריאות בישראל נמצאת במצב קשה, המתבטא בעומסים במחלקות האשפוז ובחדרי המיון, תת תקצוב לתקנים של צוותי רפואה וסיעוד בבתי חולים ולתשתיות, זמינות נמוכה לניתוחים ושירותים אמבולטוריים, וכיו"ב. אולם, הצליל הצורם ביותר עבורי היה **אובדן החמלה**.

על מנת לעצור את הידרדרות המערכת, ולהחזיר לה מעט מן החמלה הנדרשת כל כך כדי להשיג טיפול נאות באזרחי ישראל, הוקם **פורום חירום לאומי - "5 מיליארד לבריאות"**, המורכב מקואליציה רחבה של עשרות ארגוני חולים, ארגון רופאי המדינה, הסתדרות האחים והאחיות וארגונים חברה אזרחית נוספים.

במסגרת פעילות הפורום, הוקמה ועדת חקירה אזרחית בראשות משותפת של שתי שופטות בדימוס ובהשתתפות אנשי אקדמיה, רפואה, כלכלה ומשפט. בפני הוועדה העידו מטפלים/ות, מטופלים/ות, וכך בכירים/ות במערכת הבריאות, וזאת במטרה לשקף את מצוקותיה של מערכת הבריאות, מנקודות מבט שונות ומשלימות.

מפאזל העדויות עלתה תמונה של מערכת בריאות "מורעבת" הזקוקה לעירוי דחוף של תקציבים כדי למנוע את קריסתה, לאפשר לה להתמודד עם אתגרים הגדולים, העומדים בפניה בשנים הבאות, ולשקם יכולתה לספק מענה רפואי ראוי לכל תושבי המדינה, ברגע בו הם זקוקים לו ביותר.

אני מודה בשמי ובשם כל חברי הוועדה, לכל אחד ואחד מהאנשים שטרחו ובאו להופיע בפני הוועדה – עדויותיהם לעיתים היו לא פשוטות, אך אפשר לנו להבין ולהכיר את המצוקות הקשות, את מה שעובר על אלו המחכים לאבחנה רפואית, ממתנינים לתור דחוף לטיפול רפואי, לאישור לקבלת תרופה שאינה בסל, לרופאים שיגיעו למיטתנו בחדר מיון, לשיקום דחוף.

הרגעים בהם אנו מצפים למענה מהיר שיסיר את הכאב, את החרדה את אי הוודאות, הם הרגעים שאנו מבינים את חשיבותה של מערכת בריאות טובה ואיתנה. ברגעים אלה, המילים "העיקר הבריאות" אינן מילים בעלמא. הן החיים עצמם. כולנו זקוקים למעט חמלה! גם של אלו האחראים על תקצוב המערכת במשרד האוצר.

אני מודה לכל עמיתי לוועדה שפעלו מתוך אחריות גדולה ותחושת שליחות למען בריאותם של אזרחי ותושבי ישראל.

תודה מיוחדת לעו"ד ליאור כץ, אשר ריכז וסיכם את עשרות העדויות שהובאו בפני הוועדה, וליסמין ענבר, מנהלת האגודה לזכויות החולה, שלקחה על עצמה לנהל את כל הלוגיסטיקה המורכבת בעבודת הוועדה.

**אני מאמינה כי רק התארגנות אזרחית מעין זו היא שבסופו של דבר תשיב את מערכת הבריאות הציבורית למסלולה ותחזיר לה את החמלה.**

בכבוד רב,

פנינה רוזנצוויג

## דבר התובע המיוחד - ד"ר עדי ניב-יגודה, עו"ד

בשלושת העשורים האחרונים חווה מערכת הבריאות הציבורית תהליך מתמשך של שחיקה מכוונת ומודעת. שחיקה תקציבית המבטאת את העובדה שמערכת הבריאות לא נמצאת בראש סדר העדיפות הלאומי של ממשלות ישראל. שחיקה אשר בפועל מרוקנת את עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתוכן, תוך פגיעה אנושה במטפלים ובמטופלים כאחד. פגיעה שמתורגמת למציאות קשה של תורים בלתי סבירים לניתוחים, פרוצדורות ורופאים מומחים; עומסים בלתי נסבלים בבתי החולים; הזנחה של תשתיות פיסיות; שחיקה של כוח אדם, העצמת הפערים ואי השוויון בתחום הבריאות ועוד.

אולם, חרף כל הסימנים, ההתראות ותמרורי האזהרה לאורך השנים, נמנעות ממשלות ישראל מנקיטת מהלכים חיוניים והכרחיים על מנת שתקציב מערכת הבריאות הציבורית יתאים לצרכים המתפתחים של האוכלוסייה - הן בהווה והן ביחס לאתגרי העתיד. בפועל, פתרונות מסוג של 'כיבוי שריפות', וטלאים על גבי טלאים של רפורמות יצרו לאורך השנים מאזן של עיוותים. כל אלו תורמים לשחיקה ודעיכתה של מערכת הבריאות הציבורית.

השחיקה התקציבית של מערכת הבריאות איננה גזרת גורל, אם כי פרי מדיניות מכוונת ומודעת. לשם חשיפת מציאות זו, הוצגו בפני חברי ועדת החקירה האזרחית דו"חות ומסמכים התומכים בטענה זו. נוסף על הממד התקציבי, הוצג בפני הוועדה כשל מהותי נוסף, והוא העובדה שמערכת הבריאות הישראלית מתנהלת ללא תכנון לאומי, ארוך טווח ובהתאם לצרכים המתפתחים של אוכלוסיית ישראל. כך לדוגמה, בהיעדר תכנון לאומי של מצבת כוח אדם נותרת מערכת הבריאות ללא יכולת להוביל לשינוי אמיתי ומהותי בתחום התשתיות הפיסיות (כגון: הקמת בתי חולים חדשים). במסגרת הוועדה, לצד המסמכים והדו"חות, וחשוב לא פחות, נשמע קולם האותנטי של קובעי מדיניות בכירים, מטפלים, מטופלים ובני משפחותיהם. עדויות אשר סייעו להמחיש בפני חברי הוועדה את המשמעויות וההשלכות של השחיקה התקציבית והיעדר התכנון על האיכות, הנגישות, הזמינות והיקף שירותי הבריאות.

**במצב הקיים מתעצמת החובה לשקף לממשלת ישראל כי מדיניות התקצוב הנוכחית פוגעת בחיי אדם, תוך שבדרך היא רומסת ערכי יסוד, ובהם: חמלה, כבוד ופרטיות. מכאן, ובשם אזרחי ישראל; ארגוני הבריאות; עמותות החולים; העובדים והעובדות המסורים של מערכת הבריאות – עולה דרישה לשינוי בסדר העדיפויות הלאומי. שינוי שיתבטא בתקצוב ראוי והולם של מערכת הבריאות הציבורית, וזאת בהתאם לצרכים המתפתחים של האוכלוסייה. רק טיפול משולב במישור התקציבי ובמישור של תכנון לאומי של מערכת הבריאות, הוא שבסופו יכול לחזק את מערכת הבריאות הציבורית (איכות, נגישות, זמינות והיקף שירותי הבריאות) וכפועל יוצא גם להחזיר את אמון הציבור בה.**

\*ד"ר עדי ניב-יגודה, עו"ד - מומחה למשפט רפואי ומדיניות בריאות; מרצה בבית הספר לרפואה באוניברסיטת ת"א ובפקולטות לניהול מערכות בריאות.

## פרק א': תמונת מצב קיים

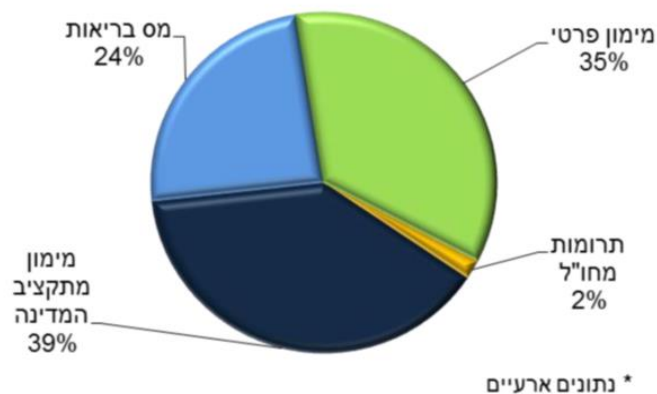
**"..בשאלה הנוגעת במישרין לזכות לבריאות של כל אזרחיה של מדינת ישראל (... זכות זו, אשר עוצבה ועוגנה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מתרוקנת אט אט מתוכן, נוכח השחיקה השיטתית בתקציבי קופות החולים, עליה נדמה שאין חולק." בג"צ 8730/03 שירותי בריאות כללית נ' שר האוצר ואח'**

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 מושתת על עקרונות יסוד של צדק, שוויון ועזרה הדדית. במסגרת חוק זה התחייבה המדינה להבטיח, באמצעות קופות החולים, אספקת סל שירותי בריאות לכלל תושבי ישראל. המדינה התחייבה כי סל זה יינתן, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח.<sup>1</sup> שירותי בריאות אלה יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם והגנה על הפרטיות והסודיות הרפואית.<sup>2</sup>

ברם, בהיעדר מנגנוני עדכון אוטומטיים, קבועים ויציבים הלכו ונשחקו עקרונות היסוד של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובעיקר מקורות המימון לחוק זה, שחיקה שנובעת מפער שהולך וגדל בין העדכון התקציבי הנדרש והצרכים המתפתחים של האוכלוסייה בישראל, ובין תקצוב מערכת הבריאות בפועל.

בעוד שתושבי ישראל עומדים בהתחייבותם לשלם את מס הבריאות (21 מיליארד ₪ בשנת 2017), ומחוסר ברירה גם מגדילים את התשלומים להוצאה הפרטית (32 מיליארד ₪ בשנת 2017), המדינה מצידה מקטינה את חלקה היחסי בהוצאה הלאומית לבריאות (36 מיליארד ₪ בשנת 2017).

### ההוצאה הלאומית לבריאות לפי מגזר מממן 2017<sup>3</sup>



הנתונים מלמדים כי תהליך השחיקה, שחווה מערכת הבריאות הציבורית בישראל, איננה יד המקרה. ישנה מדיניות תקציבית עקבית ומכוונת של שחיקת מקורות המימון של מערכת הבריאות, תוך צמצום ההוצאה הציבורית של המדינה על בריאות.

#### 1. השקעה לאומית נמוכה במערכת הבריאות הציבורית

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל עמדה בשנת 2017 על 7.3% מהתל"ג, לעומת 8.9% בממוצע מדינות ה-OECD. ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל מהווה 4.6% מהתמ"ג לעומת 6.6% בממוצע ארצות OECD כלומר מדינת ישראל מוציאה מן התקציב הציבורי 2% תוצר פחות מממוצע המדינות החברות ב-OECD. תקצוב חסר זה מבטא את העובדה שמערכת הבריאות לא נמצאת בראש סדר העדיפויות הלאומי של ממשלות ישראל בשלושת העשורים האחרונים. סדר העדיפויות הלאומי מכתוב מדיניות תקציבית, הפוגעת במערכת הבריאות הציבורית ובאיכות השירות שמקבלים תושבי ותושבות ישראל.

<sup>1</sup> חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, סעיף 3 (ב) ו-1 (ד)

<sup>2</sup> חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, סעיף 3 (ה)

<sup>3</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מיום 16.08.18



## 2. שיטה כלכלית המערערת את האיתנות הפיננסית של מוסדות הבריאות ומנציחה גירעונות

2.1. נראה כי המנגנון הכלכלי הניצב כיום בייסוד מערכת הבריאות מייצר ומנציח את המציאות הגירעונית של כלל השחקנים במערכת הבריאות ובהם קופות החולים ובתי החולים. מנגנון זה כולל תמריצים שליליים להתייעלות לצד הקצאה משאבים בחסר ושיטת התחשבות הפוגעת בקופות החולים ובתי החולים גם יחד.

2.2. גירעון קופות החולים – כך לדוגמה, בשנת 2017 הגירעון המצרפי של ארבעת קופות החולים עמד על 1,709 מלש"ח. בפועל, שיעור הגירעון מסך ההכנסות זינק בשנת 2017 ל- 2.9% לעומת 1.4% בשנת 2016. כאן המקום להדגיש, כי גם הסכמי הייצוב, שבמסגרתם, אחת לשלוש שנים זוכות קופות החולים לתוספת תקציבית, מהווים חלק מאותו מנגנון כלכלי שמנציח את המציאות הגירעונית ופוגע באיתנות הפיננסית של קופות החולים. מנגנון זה מונע תכנון וניהול מושכל של משאבים.

2.3. גירעון בתי החולים - גירעונות עתק נרשמו גם בפעילות הפיננסית של בתי החולים הציבוריים בישראל. כך לדוגמה, בשנת 2017 הגירעון המצטבר של כל בתי החולים הממשלתיים עמד על 1,860 מלש"ח, והסבסוד הממשלתי לבתי חולים אלה הסתכם ב- 1,620 מלש"ח. השיטה הכלכלית המערערת את האיתנות הפיננסית של בתי החולים היא נחלת כלל בתי החולים הציבוריים, תהא הבעלות אשר תהא. ביטוי לשחיקה התקציבית קיים גם בדו"חות של בתי החולים הכללים ציבוריים שאינם בבעלות ממשלתית או בבעלות קופות חולים (כגון בתי החולים הדסה ושערי צדק בירושלים).

2.4. נוכח נתונים אלה ומדיניות השחיקה ארוכת שנים, נדמה כי הגירעון התקציבי הפך כלי מרכזי לניהול, שליטה וריסון ההוצאה הלאומית הציבורית במערכת הבריאות.

## 3. היעדר תכנון לאומי בראייה ארוכת טווח, ובהתאם לצרכים המתפתחים של האוכלוסייה

### 3.1. מצוקת כוח אדם

א. אתגר כוח האדם הוא, ככל הנראה, אחד החסמים המשמעותיים ביותר בדרך ליצירת כל שינוי במערכת הבריאות. חרף חשיבות הנושא, לא קיים תכנון לאומי של כוח האדם במקצועות הבריאות. ביטוי לכישלון בתחום תכנון כוח האדם ניתן למצוא במגוון רחב של מימדים, ובהם: מחסור עכשווי ועתידי בכוח אדם מקצועי (אנשי רפואה וסיעוד, כוח עזר מקצועי, אנשי מנהל ומשק); מצוקה אקוטית של רופאים ורופאות מומחים בבתי החולים ובקהילה, הן בסוגי התמחויות והן בפיזור גיאוגרפי.

ב. שיעור רופאים ורופאות – שיעור הרופאים והרופאות הפעילים ל- 1,000 נפש (2016) בישראל עומד על 3.1 לעומת 3.4 - ממוצע מדינות OECD. כמו כן, שיעור מסיימי לימודי רפואה ל- 100,000 נפש (2016) עומד על 6.8 לעומת 12.1 - ממוצע מדינות OECD. בתקופה הקרובה צפויים לפרוש רופאים רבים שעלו בשנות ה- 90 ממדינות ברית המועצות לשעבר, מנגד לא הוכשרו מספיק רופאים ורופאות להחליפם. בנוסף, כיום לא מאושרים תקציבים למאות תקני התמחות בבתי"ח, כשמנגד כ-400 רופאים שסיימו סטאז' ועברו בחינות רישוי אינם עובדים בתחום (או שאינם עובדים כלל) מאחר שאין תקנים להעסקתם.

ג. שיעור אחים ואחיות – שיעור האחיות והאחים ל- 1,000 נפש (2016) בישראל עומד על 5 לעומת 9.3 - הממוצע של מדינות OECD. כמו כן, שיעור מסיימי לימודי סיעוד ל- 100,000 נפש (2016) עומד על 21 לעומת 48.8 - הממוצע של מדינות OECD. מספר הסטודנטים לסיעוד גדל פי 3 בעשור האחרון. עם זאת, עדיין חסרים אלפי תקנים של עובדי סיעוד במערך האשפוז שאינם מאושרים תקציבית. כיום, בשל עומסים אדירים במחלקות הפנימיות, הגריאטריות, הפסיכיאטריות ובהיעדר תכנון ותקצוב, נשחק מערך הסיעוד.

ד. בהיעדר תכנון מוקדם של כוח האדם במקצועות הבריאות, בראייה לאומית ארוכת טווח ובהתאם לצרכים המתפתחים של האוכלוסייה, כל תוכנית לחיזוק ושיפור מערכת הבריאות הציבורית צפויה להיכשל.

### 3.2. מצוקת תשתיות אשפוז

א. מנתוני משרד הבריאות עולה כי בשנת 2019 חלה החרפה בתשתיות האשפוז, וכוכן לינואר 2019, שיעור מיטות האשפוז הכללי עומד על 1.78 מיטות ל- 1,000 נפש. לשם השוואה, בשנת 2000 שיעור מיטות האשפוז הכללי עמד על 2.2 מיטות ל- 1,000 נפש.

ב. דו"ח מבקר המדינה משנת 2007 מוצא מחסור חמור במיטות טיפול נמרץ בישראל וקובע כי יש להכפיל ואף יותר את המיטות הטיפול הנמרץ ולהוסיף, מיידית, 800 מיטות.

**1. תנאי האשפוז של אזרחי ישראל**

העומסים במחלקות האשפוז ובחדרי המיון, היעדר תקצוב ראוי לתקנים של אנשי רפואה וסיעוד, בהתאם לרישיונות בתי החולים ולסטנדרטים במדינות המערב, זמינות נמוכה לתורים לניתוחים בבתי החולים ובשירותים האמבולטוריים על ידי רופאים מומחים, תת תקצוב לתשתיות ופיתוח בתי החולים וכיו"ב.

**1.1. עדות אזרחית - הגב' שרון טל, 39 מטופלת:**

אני מכירה את מערכת הבריאות 38 שנים מתוך 39 שנות חיי. בגיל 10 חודשים גילו אצלי מחלה בכליות. מערכת הבריאות שמטפלת בי מתדרדרת.

"בשבוע שעבר הייתי שבוע בבית החולים, כ- 3 ימים הייתי בהשהיה, כי לא היה לי מקום במחלקה. אתה נכנס למיון וזה כמו חדר מלחמה, נראה ככה ונשמע ככה. מטופלים שוכבים, עומדים ומחפשים כיסאות כל הזמן. אחיות שקורסות תחת הנטל, הן לא יודעות מה קורה איתן", סיפרה שרון טל, "אתה מחכה שעות רק לאחות ממיינת ואז מפנים אותך לעוד מיונים. לרופא אין זמן לעשות בדיקות, אין לו כלים, הוא מעביר אחריות הלאה. הרופא בכלל לא מגיע לרמה הזו של לבדוק. ב- 3 ימים ששהיתי בהשהיה, חיכינו 36 חולים שפשוט המתינו לקבל מיטה. האחות שהייתה אתנו, במשך 8 שעות, אישה בהריון, לא יצאה להפסקה, רק תיזזה בין המטופלים".

- **זמן המתנה ממוצע 10 שעות** - ממתנינים כדי לדעת האם מאשפזים אותך. זה מתסכל את המטופלים ואת בני המשפחה, וגם גורם לאלימות. ראיתי זאת במו עיניי.
- **אין מיטות פנויות** - כאשר אתה מגיע למיון, מחפשים מיטה. לוקחים אותך למחלקת השהיה ומחפשים מיטה פנויה. אין כזו, מכניסים אותך לחדר הלם. מצפים שמד"א לא יגיע ויתפוס את החדר.
- **אין פרטיות** - בשעה אחת במיון אני רואה כל מי שמסביבי. אין את הכבוד הבסיסי לשבת עם רופא בפרטיות. והרופאים באים לעשות הכי טוב שלהם, אך אינם יכולים.
- **אין ציוד** - בטיפול האחרון הגענו למצב שאין ציוד רפואי מינימלי לו אני זקוקה.
- **המצב התדרדר** כי בעבר לא היה צריך לעמוד במיון. כיום צריך לעמוד, בקושי יש מקום לחולים, שלא לדבר על המלווים שאין להם מקום. איך מצפים שאדם יישב 10-12 שעות ואף אחד לא יגש אליו? מי לא יתעצבן מכך? לאנשי הצוות יש חמלה מלאה כלפי המטופלים. אבל הממשלה איבדה את החמלה.

**1.2. עדות מנהלים בכירים - דר' יצחק ברלוביץ, לשעבר מנכ"ל בית החולים וולפסון:**

"אתה מגיע לדיון התקציבי ומראש יודע שההכנסות שיהיו לך לא יכסו את ההוצאות. לכן עליך להחליט מה יותר חשוב, ולסדר את הדברים בסדר עדיפויות. במקרים רבים, אתה חוזר עם רבע או שליש ממה שביקשת", מסביר ד"ר ברלוביץ. "כאשר אנשים מגיעים לבית חולים לטיפול או ניתוח, בכך לא מסתיים ההליך, וצריך טיפול שיקומי. **ברוב בתי החולים, כולל וולפסון, אשפזנו במחלקות עשרות חולים, שלא היו צריכים להיות מאושפזים אלא היו צריכים להיות בשיקום.** כל שנה אני דרשתי, שבביה"ח וולפסון יוסיפו עוד שתי מחלקות – אשפוז ופסיכיאטריה. כאשר החולים סיימו את הטיפול, הם לא צריכים להישאר במחלקות שבהן טיפלו בהם. ואני מדבר על בית חולים הנמצא בלב לבה של המדינה, לא על בתי חולים שנמצאים בפריפריה".

- **המדיניות היא שכולם חייבים להיות בגירעון** גם בבתי החולים וגם בקופות החולים, כדי שבמשרד האוצר יהיה את המנוף שבאמצעותו הוא יוכל לגלגל את המצוקה לכולם. נכון להיום, הסכמי תקינה יש רק לרופאים/ות מ-1976 (ועדת גולדברג), ולאחיות. המילה התייעלות נשחקה, והמערכת מתייעלת באופן שלילי. לגבי תקינה אמבולטורית – האוצר לא מקיים את התקינה הזו מ-2002. המערכת הזו לא מתחשבת בצרכים האמיתיים.
- **אין חולק שהציוד ברובו הגדול הוא מיושן.** אם אין תורמים, הדרך היחידה להתמודד עם החוסר בציוד או הציוד המיושן, היא לא לתת את הציוד הטוב ביותר לחולה. בחלק מהמקומות הציוד הוא כזה שניתן להעבירו למוזיאון. אנו שוחקים את הציוד עד דק.
- **יש גם ציוד חד פעמי שהופך לציוד רב פעמי.** למשל ציוד לחדר ניתוח המיועד לשימוש חד פעמי, ולפי זה היצרן קיבל את האישורים לציוד. בגלל המחסור, מעבירים את הציוד סטריליזציה ומשתמשים בו פעם שניה ופעם שלישית. יש חברה שמתקיימת מכך שמסבה ציוד משומש לצורך שימוש נוסף. הגמישות שלו יורדת, גם היכולת של צוותי הרפואה להשתמש בו יורדת. אנו בין המדינות הבודדות שעושות זאת, גם בקנדה עושים "שחזור".

- **השימוש החוזר בציוד, מטבע הדברים, עלול גם לגרום לפגיעה בטיפול הרפואי.** מבקר המדינה כתב על כך.

- **חלק מהבעיה היא שיטת ההתחשבות** - לא פעם בביה"ח וולפסון שכבו חולים, כאשר במרחק קילומטר נמצא בית חולים "רעות", חצי ריק, אך לא הגיעו איתנו להתחשבות ולכן

לא ניתן היה להעביר אליו חולים. הפתרונות של ההתחשבות שקיימים כיום, נוצרו ב-1992 וב-1993. אנו עדיין חיים באותה שיטת התחשבות. כאשר ביקשתי ממנכ"ל משרד הבריאות לשנות את השיטה, הסבירו לי שלא פותחים תיבת פנדורה.

- **יש צורך בתכנון לטווח ארוך יותר** - אם המצב הזה יימשך אז יום אחד עוד נתגעגע למצב כיום. אנו בתהליך של התדרדרות. הבעיה היא שאין לנו תכנית בריאות לאומית. הדרישה הכספית המוצדקת, הרי שייקח הרבה זמן עד לביצוע השינויים מרגע ביצוע ההחלטה – זה הדבר המשמעותי. ולכן התכניות הרב-שנתיות הן חיוניות. יש לתכנן מראש את ההתנהלות לאורך הזמן. אצלנו, בידיעה ברורה, מאפשרים למערכת לעבוד מן היד אל הפה. אי אפשר בלי לתכנן מראש את המערכת. חייבים כבר עכשיו להפשיל שרולים, לעשות סדר של עדיפויות וקדימויות.

### 1.3. עדות מנהלים בשטח - הגב' רותם נובוסלסקי, אחות אחראית במחלקה פנימית בביה"ח הלל יפה:

"כיום במחלקה שלי יש 45 חולים על רישיון של 36, 5 במסדרון, 2 מונשמים. מה שהכי עצוב הוא שפשוט התרגלנו. חונכנו להאמין שזה לא נורא. זה כבר נראה לנו נורמלי לחלוטין", העידה **רותם נובוסלסקי אחות אחראית פנימית ב' בבית החולים הלל יפה**. "אם קיים חולה אחד במסדרון, כל החולים במחלקה באותה עת מקבלים טיפול כאילו הם היו במסדרון. זה מסדרון אינסופי". לדבריה, "יש חולים ששוכבים אצלנו בפנימית שצריכים להיות בטיפול נמרץ ומיון, ואצלנו הם לא מקבלים את הטיפול שהם היו צריכים לקבל. חולים שאמורים להשתחרר ולקבל טיפול המשך, לא משוקמים, כי אין לאן להעביר. אנשים שוכבים אצלי שבועות ויותר ואני משקמת אותם. האם זה נראה הגיוני? ואז התסכול של המשפחה מופנה כלפנו".

- **חולים רבים מאושפזים במחלקה מעבר לרישיון** - במדינות אחרות זה לא היה עובר. משהו בחינוך כאן לקוי, כי יש הרבה אוויר לאנשי הצוות כדי לשאת את המצב השוחק הזה, וזה לא מצב טוב. הטיפול נפגע – יש פגיעה קלינית בצוותים ובמטופלים. כל חולה ששוכב במסדרון משפיע על כל המחלקה ועל יכולתה לתת טיפול.

- **אנשים שוכבים זה ליד זה, יש סכנת זיהומים**. הסקרים שמבצעים נראים בעיני לא אמיתיים, כי השאלות מכוונות לתשובות ש"יעברו" את הסקרים. האמת היא שזה לא נכון. **במחלקות הפנימיות שוכבים חולים שמקומם בטיפול נמרץ ובמקומות אחרים. מצד שני יש הרבה חולים שמסיימים את הטיפול ונמצאים בהמתנה** - הם מהווים עול נוראי על הצוותים הרפואיים שלנו. לא משחררים אותם, כי אין לאן.

- **חסר כוח אדם, חסרים תקציבים** - בתי החולים היו יכולים גם להתייעל. אבל אם היה לנו עוד כוח אדם היינו יכולים לתת טיפול הרבה יותר טוב. אין הערכה ריאלית של המצב.

- **עודף מטלות** - משרד הבריאות 'הנחית' עודף מטלות שחלקן הן לא מועילות, ועשה זאת על שטח שלא היה מוכן לזה. לא מדובר על כמה דקות להקליד משהו על מחשב. חד משמעית **המחשב הוא זה שנמצא במרכז, לא החולה**. 70% מזמן האחות מוקדש למחשב. חולקת על מידת החשיבות של מדדי האיכות. הייתי מבטלת את המדדים.

### 1.4. עדות מנהלים בכירים - ד"ר שי בריל, מנהל בית החולים הגריאטרי בית רבקה:

"חייבת להיות עבודה משמעותית כדי להגדיל את המשאבים. מה שעומד לקרות לא יפגע רק בקשישים הוא יפגע בכל אחד מאזרחי ישראל", **העיד ד"ר שי בריל**: "כשמישהו יגיע למיון עם 200% תפוסה הוא יקבל טיפול רפואי גרוע. בן 45 עם אוטם בשריר הלב ימות כי חדר הלם יהיה מלא. **ירצחו רופאים ירצחו אחיות ומשטרה תתחיל להסתובב בחדרי המיון ותנסה להתמודד עם הפרות סדר**. כי תבינו, כמה עשירים יכולים להרשות לעצמם לשלם ל'מדקל סנטר'!?"

- **אין תוכנית התמודדות עם ה'בוט' של הזדקנות האוכלוסייה** - הבעיה חמורה עוד יותר. עד 2025, 6 שנים מהיום יש קפיצה של 200 אלף ישראלים שיהיו בני 75. "כל אחד מהם צורך פי 4 שירותי בריאות מהממוצע, כלומר 800 אלף איש. עלייה של ברית המועצות פעם שנייה אבל הפעם בלי הרופאים והאחיות שלה. אין לנו תכנית לאומית להתמודד עם עלייה שידועה מראש. המצב הוא מאוד פשוט אם יש לך 100 רופאים מומחים שכבר היום נמצאים בתורים ארוכים ומפילים עליהם עוד 800 אלף ישראלים. ברור לכם שהתורים יתארכו ויותר אנשים יופנו למיון.

- **אשפוז בית זו אגדה אורבנית, שצריך להיזהר ממנה** - נורא קל לבוא ולהגיד אשפוז בית, אבל זה אומר שבן יראה את אימו במערומה יחליף לה חיתול וכניס לה חוקן, זה לא יקרה. זה

- גילוי עריות, זה דבר שהדעת אינה סובלת אותו בחברה מודרנית. המערכת בקריסה אז משפחה יקרה טפלו בהורה שלכם, תקנו לה אנטיביוטיקה, תכניסו לה עירוני. במדינה מתוקנת אין סיבה שזה יקרה. **אפשר לעשות אשפוזי בית, אבל זה דורש השקעת משאבים. אי אפשר לבוא היום במערכת שהורעבה שנים ולהגיד תוסיפו שירותים בלי להוסיף כסף.**

- **המספרים מחייבים היום מאות אנשי רפואה ואלפי אחים ואחיות** - משכי המתנה הלכים וגדלים. שחיקה גדולה של הצוות הסיעודי. התקנים נקבעו בשנות ה-60 ואינם משקפים את הצרכים כיום.

- **תקציב נדרש למתן מענה מידי - 5 מיליארד ₪ לבסיס התקציב** (זה לא יפתור את כל הבעיה, אך יקל באופן מיידי)

- **למערך האשפוז נדרש מיידית ועד 2025 - 1,000 מיטות פנימיות, 500 מיטות גריאטריות, 600 מיטות סיעוד מורכב, 200 מיטות הנשמה ממושכת, 500 רופאים ורופאות, 3,000 אחיות = 1.3 מיליארד ₪**

### 1.5. עדות מנהלים בכירים - פרופ' שוקי שמר, יו"ר אסותא מרכזים רפואיים:

"מערכת הבריאות בשנת 2018 היא חרפה", אומר פרופ' שמר "המערכת איבדה את החמלה, גם חמלה עולה כסף. הצוותים עובדים בתת תנאים, במצוקות. האחיות עובדות במסירות רבה, אין להן זמן ללכת לשירותים, אין להן זמן לתת מה שלמדו בבית הספר לסיעוד. אין להן זמן להפגין חמלה. גם הרופא שאינו מרים את העיניים מהמחשב, איבד את החמלה". פרופ' שמר מפנה אצבע מאשימה למשרדי הבריאות והאוצר. "הכשרת כוח אדם של כוח אשפוזי הוא אחת מרעות החולות. לייצר רופא בעידן של היום זה 15 שנים. לכן מי שמדבר על הקמת בתי חולים בעוד 10 שנים לא יודע על מה הוא מדבר".

- **הקמת רשות אשפוז ממלכתית עצמאית** - משרד הבריאות כשל בתפקידו במערכת האשפוזים. עד שלא תהיה רשות אשפוז ממלכתית עצמאית, נטולת אינטרסים, אשר תקבע מדיניות ופיקוח, לא יקרה שום דבר. הרשות תאגם את בתי החולים הממשלתיים של קופת חולים כללית והמדינה, בתי החולים הפרטיים, הגריאטריים, והפסיכיאטריים, היא תקבע מחירים ותעשה רגולציה והסדרה.

- **תאגוד בתי החולים הממשלתיים** - הפתרון הוא, להפוך את בתי החולים הממשלתיים לתאגידים עצמאיים עפ"י חוק.

- **אשפוז מעבר לרישיון יהיה עבירה פלילית** - לתת תקופת הכשרה שהמערכת תסתגל לזה, ולקבוע כי בתוך 5 שנים, במידה ותהיה מיטה בפרוודור – זו תהיה עבירה פלילית. במערכת הבריאות בישראל בערך כ- 30% מהחולים הם באשפוז מיותר. זה התחיל בכך שהייתה מצוקה. ככל שיש יותר מיטות מסדרון בבתי החולים, בתי החולים מקבלים על זה כסף.

- **אשפוז ביתי** - זהו פתרון מידי שישחרר חלק גדול מהמצוקות שקיימות בבתי החולים. חלק מפתרון מידי שניתן לעשות, אם היום היו מחליטים שיהיה אשפוז ביתי לאנשים שיש להם יכולת לאשפוז אותם, מכיוון שאשפוז ביתי הוא 24/7 ולא מסתיים לאחר מספר ימים. אשפוז ביתי עליו להיות בבית חולים בשתי מחלקות לפחות, אשר בראשן עומד רופא ולרשותו עומדים אחים ואחיות, כך שלא מסכנים את החולים.

- **תכנון כוח אדם** - בעידן של היום "לייצר" רופא לוקח 15 שנה. כל נושא ההכשרה, הוא בעייתי. בעת הקמת בתי חולים בעתיד, לא ניתן יהיה לעשות זאת בלי לתכנן כוח אדם מראש.

- **כיום נדרשים תקציבים של 10 מיליארד ₪**

### 1.6. עדות מנהלים בשטח - דר' חגית יונת, מנהלת מחלקה פנימית, ביה"ח שיבא:

"רפואת המסדרונות כבר הפכה שגרה בלתי נתפסת. המקום הפינתי בפרוודור הוא הכי נחשק, הוא בקצה, יש לו נוף לים לכיוון השקיעה ואם אנחנו מוצאים גם פרגוד, אבל לא תמיד יש לו פרגוד, אז זה הפרוודור הכי טוב", מעידה ד"ר יונת. "בסוג הפרוודור השני יש שני מטופלים, אין ביניהם וילון, אבל לאזור עצמו יש וילון, גם יש להם חלון בצמוד אליהם, זה פרוודור שלב שני. והפרוודור הכי נוראי שיש לנו, זהו הפרוודור בכניסה למחלקה, מאחוריו נמצאת פינת הישיבה של המשפחות, אך מצד שני, אנחנו רואים את החולים הכי טוב, כי הם מול עמדת האחיות ויש לו הכי נראות".

- **תקינה, ותקצוב המחלקות הפנימיות** - ישנן 110 מחלקות פנימיות במדינת ישראל, יש 330 אלף חולים בשנה וזה יוצר עומס. מספר המיטות במחלקה לנפש הוא נמוך לפי ה-OECD. ערך יום אשפוז במחלקה פנימית, הוא ערך נמוך מאוד. דרוש תעריף הולם לחולים פנימיים.

- **אשפוז קצר מהנדרש** - עובדים מאוד קשה לשחרר את החולים, רק בשל מצב של צורך, ואין מדד של איכות. מי שסובל מהעומס זה המטופלים, רק החולה והמשפחה.

### 1.7. עדות מנהלים בשטח - דר' נעים אבו פריחה, רופא מומחה בגסטרואנטרולוגיה, מנהל מחלקה בבית"ח סורוקה

**תוחלת חיים בפריפריה והאוכלוסייה הערבית** - מבחינת תוחלת החיים, בממוצע של כמה שנים - אישה יהודייה הכי גבוהה, גבר ערבי הכי נמוך. אם מסתכלים לפי ערים אז באר שבע מהנמוכות מבחינת תוחלת חיים, שזה השפעה של הפריפריה לעומת אזורים אחרים בארץ. גם משרד הבריאות מפרסם שבפריפריה חיים כמה שנים פחות.

**רפואת חירום** - מבחינת טיפול נמרץ, המצב מאוד קשה, עמדות לרפואה דחופה, הכי נמוך בארץ, בשנים אחרונות יש עלייה קלה, אבל בדברים האלה אנחנו לא מגיעים לממוצע.

**מחסור ברופאים ותקנים בפריפריה** - מבחינת כוח אדם, בבאר שבע אנשי צוות רפואי מתקדמים פחות ורואים אצלם שחיקה מהירה יותר. רופאים ואחיות עובדים קשה יותר, והשחיקה אצלם מהירה יותר. מבחינת הרופאים, ההמתנה לקבלת תקן התמחות היא ארוכה מאד. מבחינת הרופאים העובדים בענף הבריאות, לפי המחוז הרפואי, הפריפריה הכי נמוך לעומת כל האזורים האחרים.

**לבית חולים בפריפריה אין תחרות** - ויש לזה השפעה מאוד גדולה. למי שצריך להגיע היום לבית חולים בנגב אין הרבה אפשרויות, זה או סורוקה, או סורוקה. יש לזה השפעה מבחינת השירות הרפואי, השפעה מבחינת קופת חולים. סורוקה קשור לקופ"ח כללית, אז האם להשקיע במקום שאין לך תחרות או שאתה משקיע במקום כמו בילינסון, שיש הרבה יותר תחרות, מרגישים את זה בהרבה דברים, כולל טכנולוגיות מתקדמות.

**בפריפריה מקצרים יום אשפוז** - למרות היתרון בצמצום חשיפה לזיהומים, קיצור יום אשפוז, זו רפואה שאינה נכונה. מתן שירות באשפוז - אין סיוע לחולים, ואנשים ממתנינים הרבה זמן בכדי לקבל שירותים באשפוז, כגון: אקו, צנתור, קולונוסקופיה וכו'.

**לסיכום: חייבים לשפר את השירות האמבולטורי, יש לחשוב על שוויון וצדק.**

### 1.8. עדות אזרחית - הגב' ענת אפרת, מלווה את אביה בטיפולים לאחר שבץ מוחי:

"אני מרגישה שאני עוברת התעללות באופן אישי. אנשים לא מבינים את גודל הזוועה, מדובר בפשע לאומי ממדרגה ראשונה. אבא שלי עבר אירוע מוחי קל, והלך עם הליכון בשל בעיות בשיווי המשקל. הכל היה בסדר עד שנפל ברחוב והוחלט לאשפוז אותו. לא היה מקום במחלקה נירולוגית ולכן אושפז במחלקה שנקראת מיון ב' - מחלקה לא מאוישת ובלי רופאים זמינים. אין תקנים, אין רחמים. אנחנו כל הזמן צריכים להיות עם האב בבית החולים כי אנו מרגישים שצריך לפקח על הכל, אפילו על התרופות שהוא מקבל"

- **אין כוח אדם לטפל בחולים** - חולים על כסא גלגלים לא יוצאים החוצה ונשארים כל היום במיטות במחלקה, אין כוח אדם להחליף טיטולים לחולים.
- **"הגבלת שימושים" על ידי קופת החולים** - החליטו לקחת את האב לאשפוז ביתי אך קופת החולים לא אישרה. חולה שעבר אירוע טראומטי, לא רק שלא מקבל טיפול רפואי הולם, אינו מקבל טיפול פסיכולוגי ונפשי לטראומה שעבר.
- **אובדן כבוד למטופלים** - המערכת מורכבת מאנשים בשר ודם, אולם אינם מכבדים את האנשים המאושפזים.

2. **זמינות תרופות וטכנולוגיות חיוניות ותקצוב מתאים לגידול באוכלוסייה ויוקר המחיה**  
תקצוב סל התרופות הממלכתי (העדכון הטכנולוגי), תקצוב קופות החולים בהתאם לגידול באוכלוסייה ולמדדי יוקר הבריאות וביחס למושגים בינלאומיים.



## 2.1. עדות מומחים - פרופ' נדב דוידוביץ', ראש ביה"ס לבריאות הציבור באוניברסיטת בן-גוריון בנגב:

"מדובר בכשל מבני שגורם להרעבה של המערכת. האוצר לאורך השנים התנגד להכנסת מרכיב עלויות האשפוז, במדדים לעדכון תקציב הקופות, וכמו כן להכנסת המדד הדמוגרפי (כולל הזדקנות), שהוא מאוד חשוב, שכן הוא משכלל גם את תוספת העלויות הנדרשת עקב הזדקנות האוכלוסייה. כתוצאה מכך אין עדכון מספק וצריכים להיות נתונים לחסדי משרד האוצר, בסופו של דבר יש שחיקה של מיליארדים"

- **אי-שוויון** - חוק ביטוח בריאות הוא אחד החוקים הסוציאליים החשובים ביותר במדינת ישראל. רובו במימון ציבורי. **ערב חקיקת החוק, מימון ההוצאה הציבורית כ- 75% והפרטי כ- 25%. כיום הציבורי כ- 65% וזה הסיפור על רגל אחת.** זה ברמה מקרו כלכלית מביא לכך שיותר ויותר כסף פרטי נכנס למערכת ומביא עמו גם אי-שוויון וגם אי-יעילות כלכלית.
- **מנגנוני התקצוב לקויים** - מנגנון עדכון עלות הסל נקבע כך שהתאמה אוטומטית לשינויים במחירי הבריאות תיעשה עפ"י חוק לפי מדד יוקר הבריאות, ואילו מקדמי העדכון הדמוגרפי והטכנולוגי ייקבעו ע"י החלטות ממשלה. **מערכת הבריאות תלויה בחסדי הפוליטיקאים.** המקדם הדמוגרפי – שר הבריאות רשאי לעדכן את עלות הסל לפי השינויים הדמוגרפיים באוכלוסייה. אבל לאורך הזמן, העדכון לא הגיע לגידול הדמוגרפי, וכמו כן לא הביא בחשבון את מקדם הזדקנות האוכלוסייה, אשר מגדיל את ההוצאות לבריאות ביותר מ-2% בשנה. המקדם הטכנולוגי – מטרתו להדביק את הפער בין ההתקדמות המדעית לרפואה הציבורית. ללא מנגנון עדכון אוטומטי בחוק, המצב הוא שמערכת הבריאות תלויה בשיקולים הפוליטיים.
- **סל הבריאות נשחק ריאלית בכ-9 מיליארד ₪** - זו שחיקה של כ- 30% בתקציב הסל מול עליית המחירים והשינויים בדמוגרפיה. לאורך השנים 2010 עד 2017 המקדם הדמוגרפי הוא בין 1-2% בשנה, לעומת גידול שנתי 2.2-2.4% באוכלוסייה. הסל מפסיד כ-500 מיליון ₪ בשנה. המקדם הטכנולוגי נע סביב 1% בשנה לעומת תוספת רצויה של 2%, כלומר הפסד של 400-500 מיליון ₪ בשנה.
- **ההרעבה הכספית של המערכת מביאה לכשלים רבים** - אחד מהם, כפל ביטוחים. אנשים קונים הרבה ביטוחים רפואיים פרטיים, ויש הרבה כפילויות. יש פער אדיר בהשקעה לנפש. למרות שאנשים משלמים מס בריאות, **היום הפריפריה מסבסדת את המרכז**, כי במרכז ההשקעה לנפש גבוהה יותר.
- **הגדלת תקציב הבריאות** - יש להעלות את ההוצאה הלאומית לבריאות באמצעות הגדלת ההוצאה הציבורית. יש סקרים המצביעים שהאוכלוסייה מוכנה לשלם עבור כך. לקבוע מקורות מימון קבועים וצבועים. להעלות את מס הבריאות, להחזיר את המס המקביל. אנו מעבר למצב של התייעלות נדרשת. בלי להזרים כסף, המערכת בסופו של דבר תקרוס, וחבל, כי יש לנו מערכת מצוינת.
- **לחזק את רפואת הקהילה והרפואה המונעת** - היא הרבה יותר זולה ומחזירה את הכסף. יש מדינות שצובעות אחוז מתוך מס הטבק, לדוגמה.
- **חוק ביטוח בריאות הולך ומתרחק מעקרונות של צדק שוויון ועזרה הדדית** - המערכת נצמדת יותר ויותר לשיקולים כלכליים. מציע: מבחני ביצוע לקפיטציה ושינוי נוסחה לחזק את המשתנה החברתי-כלכלי. לקבוע סטנדרטים לאספקת שירותי בריאות שוויוניים ברחבי הארץ. שירותי בריאות בגליל ובנגב – לקדם שיתופי פעולה ואיגום משאבים בין קופות החולים ובתי החולים. תקצוב וקביעת לוח זמנים להמלצות לחיזוק הרפואה בפריפריה.
- **לקדם מנגנונים שיפרידו את המערכת הציבורית** - "פול טיימר" במערכת הבריאות הציבורית. לדוגמה נעשה באיכילוב ניסיון לגבי צנתורים. רופאים היו מעדיפים להישאר במערכת הציבורית.

## 2.2. עדות מומחים - עו"ד אפרת כהן, מנכ"לית פארמה ישראל:

"בשנים האחרונות אנחנו מתקרבים ל- 1.8 מיליארד ₪ בשנה בסכום עלות התרופות שדורגו כחיוניות, בעוד התוספת לעדכון הסל היא קצת פחות מ- 500 מיליון ₪ בשנה, אז רואים את הפער בין הרצוי למצוי". לצד התפתחות הטכנולוגיה ישנו גם אתגרי הזדקנות האוכלוסייה: "אנחנו היום מדברים על קצת פחות ממיליון מעל גיל 65 וב- 2040 נגיע ל 1.9. בסופו של דבר אזרחים ותיקים צורכים יותר שירותי בריאות, צורכים יותר תרופות וזה אחד האתגרים הגדולים של מערכת הבריאות בשנים הקרובות".

- פחות ממחצית מהתרופות והטכנולוגיות המדורגות כחיוניות נכנסות לסל - יושבת ועדת הסל מדי שנה, ומדרגת את התרופות והטכנולוגיות היעילות והחיוניות ביותר. יש פער גדול בין תרופות וטכנולוגיות שדורגו ע"י הוועדה כחיוניות בדירוג 8-9 לבין תרופות וטכנולוגיות שנכנסו לסל בפועל. בשנים האחרונות ניתן לראות שאנו מתקרבים לפער של כ-1.8 מיליארד ₪.
- קיימת מגמה שחיקה – פחות תקציב עדכון טכנולוגי לנפש. בין השנים 2008-2019 האוכלוסייה גדלה ב-1.5 מיליון איש, ותקציב העדכון הטכנולוגי לנפש ירד מ-61 ₪ ל-50 ₪.
- צריך לקבוע שיעור עדכון טכנולוגי שנתי קבוע לסל שירותי הבריאות בשיעור שבין 1.5% ל-2% - הסל נתון מדי שנה לדיונים ציבוריים ופוליטיים. מחקר הראה שצריך תוספת שנתית של 2% לסל שירותי הבריאות כדי לאפשר הוספת טכנולוגיות רפואיות מתקדמות לסל. בישראל הפיצוי בגין המרכיב הטכנולוגי עמד על פחות מ-1%.

### 2.3. עדות מנהלים בשטח - פרופ' שרון חסין, מנהלת המכון להפרעות תנועה בשיבא, יו"ר ועדת הסל של האיגוד הנוירולוגי:

- "הסל הנוירולוגי לא עוסק בתרופות מצילות חיים אלא בתרופות שבדרך כלל שומרות על המטופלים לשנים ארוכות. אין ספק שבתחום שלנו, אנשים צריכים להוציא כסף על כל דבר, גם על תרופות, גם על טיפולים משקמים, פיזיותרפיה, טיפול בעיסוק ועוד דברים בסיסיים".
- יש תרופות למחלות נוירולוגיות שלא נכנסות לסל - לגבי תרופות לפרקינסון קיבלנו בסל מספר טיפולים, ולצד זה יש טיפולים ותרופות שלא נכנסו לסל. פיזיותרפיה (12 טיפולים נדרשים בשנה), ריפוי בדיבור ובליעה – גם אלה טיפולים בפרקינסון שלא נכנסו לסל. חולה כזה יתדרדר יותר.
- יש חסר בטיפול בתחלואת המוח. החסר בולט במיוחד בפריפריה - חיזוק רפואת המוח, פריסה גיאוגרפית של השירותים הרפואיים, הכנסת טכנולוגיות אבחוניות וטיפוליות חדשות למחלות המוח ומערכת העצבים לסל השירותים.
- מחסור קשה ברופאים נוירולוגים מומחים - הוספת הרופאים/ות זה הנושא היותר חשוב.

### 2.4. עדות אזרחית - גב' ראדה שפיגולין, בשנות ה-30 לחייה, מתמודדת כשנה עם סרטן במוח:

- "אני חולת סרטן המוח שנפל עלי ביום בהיר אחד. אחרי שעברתי את כל הטיפולים, אני כיום נזקקת לטכנולוגיה כדי להאריך חיים. סיפרה שפיגולין. "בחברה אמרו לי שאני יכולה לקבל המכשיר לשנתיים, אני רוצה לחיות חיים ארוכים, לא רק שנתיים. אבל אני לא מקבלת את זה מהמדינה. המכשיר עולה 18 אלף יורו בחודש. אף חולה לא יכול להרשות לעצמו". הגעתי מנהריה. עד שנת 2018 הייתי אשה בריאה. אני כוריאוגרפית ועבדתי בתחום הספורט. יום אחד הרגשתי פרכוס, בדקו וניתחו אותי ומצאו סרטן המוח. חיי השתנו לגמרי בן רגע. ביצעתי את כל הטיפולים לפי הפרוטוקול. קיבלתי מהחברה מכשיר המחובר לראשי ומאפשר לי לחיות שנתיים.
- הטכנולוגיה שמאריכה את חייה איננה בסל בשל העדר תקציב - עלות המכשיר לחודש היא 18,000 יורו. אף חולה לא יכול להרשות לעצמו מכשיר כזה. המכשיר דורג בוועדת הסל כחיוני ביותר (A9)

### 2.5. עדות אזרחית - גב' זיוה גולדשטיין, אם לעדי, בן 12 וחצי, חולה בדושן-ניון שרירים נדיר:

- "עדי הוא ילד נהדר, ולצד זאת חווה קושי רציני. דושן נחשבת מחלה חשוכת מרפא, שהמצב בה הולך ומחמיר. לפני 3 וחצי שנים ה-FDA אישר תרופה שמאטה את קצב המחלה. עלות התרופה לפי משקל הילד כ-4 מיליון ₪ בשנה. אף אחד לא מסוגל לעמוד בכזה סכום. עצם הידיעה שקיים טיפול כזה וידינו אינה משגת לקבלו – קשה אפילו יותר מקבלת הידיעה על המחלה עצמה. יש כ-300 ילדים שחולים בדושן בארץ. תוחלת החיים אינה גבוהה. מתוך כ-200 ילדים המוכרים לנו כחולים, התרופה מתאימה ל-15 ילדים. פנינו לכל הגורמים וביקשנו להכיר בתרופה – בכנסת, בוועדות, בתקשורת, מול הביטוח הפרטי. ביקשנו להוסיף לסל את התרופה, לא צלח".
- התחלנו לקבל את התרופה בזכות תרומות של אנשים - זו לא תרופה שרואים בה תוצאה, וזו בעיה עם הדירוג שלה. התרופה מאטה את ההתדרדרות. אם תוחלת החיים הצפויה לילד החולה בדושן היא בסביבות גילאי ה-20-30, התרופה אמורה להאט משמעותית את ההתדרדרות ואז תוחלת החיים תגדל. התרופה גם מאטה את התהליך, וגם משפרת את איכות החיים.
- יש בעייתיות רבה בלהיות חולה ב"מחלת יתום" (מחלה נדירה) - זה לא נותן לך אפילו שבב של תקווה. אנו נוסעים לכנסים בחו"ל ומביאים את כל המידע שקיים. יש חברות שעוסקות במחקר. עוד מדובר על כך שהתרופות יהיו קוקטייל – אז אם לא ניתן לשלם 4 מלש"ח לשנה

- לתרופה אחת, לא נתפס איך נשלם על כמה תרופות ביחד. **כאשר יש איזושהי תקווה, ואני מבינה שאיני יכולה לממן את התרופה, זה יותר קשה מעצם הידיעה על המחלה.**

## 2.6. עדות אישית - מר יניב אלימלך חולה ב-RP, מחלה שהידרדרותה גורמת לעיוורון:

בן 28, רכז נוער בסיכון, משלב בני נוער עם צרכים מיוחדים בקבוצות נוער ללא צרכים מיוחדים. "מגיל 0, תמיד הכינו אותי לרגע שאני אפסיק לראות, יש לי כיסוי עיניים שמרחף לי מעל הראש" **העיד יניב, שהטיפול שלו דורג כחיוני ביותר A9 ולא נכנס לסל בשיקולי תקציב.** "בגיל 18 עברתי את כל המיונים להשתתפות במחקר שמשמר את הראיה, אבל בשלבים האחרונים נמצאתי לא מתאים. לפני חצי שנה עדכנו שה-FDA אישר את המחקר ואני יכול להגיע לעבור את הניתוח, אבל העלות מאוד מאוד יקרה, כ-850 אלף דולר. הדבר הכי גדול שהניתוח מבטיח לי, שאני אוכל להמשיך לחיות את החיים שלי בלי האיום הזה שאני אקום בבוקר ולא אוכל לראות יותר. ללא הניתוח אני לא אוכל להמשיך לעבוד ולהתקיים, אני אהיה הרבה יותר תלותי אם לא אראה" ולמדינה תתווספה ההוצאות של הביטוח הלאומי המשולמות לעיוורים.

- **אם יש תרופה, שמוכח שהיא יכולה לשפר את הראייה, צריך לממן אותה.** מדובר על איכות חיים. בוודאות בשלב כלשהו יש איבוד ראייה, אך הקצב לא ידוע. יש כ-10 עד 12 אנשים במדינה שהטיפול הזה יכול להתאים להם. עלות הטיפול כ-850 אלף דולר. הטיפול קיבל בשנה שעברה את הדירוג הגבוה ביותר - A9 בוועדת הסל.

## 2.7. עדות מנהלים בשטח - פרופ' עידו וולף, מנהל המערך האונקולוגי בבניה"ח איכילוב:

"ישנו מחסור בתקנים לרופאים, פיזיקאים, אחיות מומחיות. יש בישראל 175 אונקולוגים בכירים. התקן לכל אונקולוג הוא 1,700 חולים בשנה ובפועל אנחנו רואים 2,200. הפער רק הולך וגדל עם השנים והתקנים כמעט ולא עולים". לדבריו, "חולה סרטן רואה אונקולוג פעם ברבעון בערך, שזה המינימום של המינימום. כאשר זה קורה, אני בסך הכל מספיק לראות שהוא בסדר, שלא קרתה שום קטסטרופה".

**סיבת המוות מס' 1 בישראל היא סרטן. יש עלייה בשיעורי התמותה לאורך השנים. חולי הסרטן השורדים חיים אתנו יותר ויותר.**

- **שלב האבחנה – ארוך מאד,** תלוי בזמינות של בדיקת עזר רבות. **נמשך 4-6 חודשים.** נדרש עדכון טכנולוגיות (הדמיה, פתולוגיה) בהתאם לגידול האוכלוסייה ושכיחות הסרטן. רק בסופו מגיעים לאונקולוג. בלי לפעול לקיצור השלבים – נישאר מאחור. **אפשר היה לקצר את האבחנה לכמה שבועות. ההבדל יכול להיות חיים או מוות. מדובר בעשרות אלפי אנשים.**
- **שלב ההגעה לאונקולוג –** תחילת הבריור האונקולוגי. מרגע הפגישה הראשונה ועד קבלת החלטה והכנה לטיפול 6-8 שבועות. חלק מהבעיה: זמינות צוות רפואי (אונקולוגית, אחות מתאמת, פתולוג). **חלק אחר מהבעיה: חסמים בירוקרטיים (אישורי קופות למשל).**
- **זמן תשובה של פתולוגיה בין שבועיים לשלושה.** במצב לחוץ אפשר לקבל את התשובה בתוך 3-4 ימים, במקום 3 שבועות.

- **שלב הטיפול של החולה האונקולוגי -** מעורבים בשלב זה אנשי רפואה, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים. אצלנו יש 3 עובדות סוציאליות. אך בדרך כלל חסרות מערכות תמיכה. פליאציה (טיפול פליאטיבי, במצבי כאב) תאריך את החיים לחולי סרטן.

- **סיום הטיפול -** החלמה או מוות. כמה מיטות הוספס יש בישראל כיום? מצבנו לא טוב בהוספס אשפוזי. המחלימים מסרטן סובלים מהשלכות רבות – חזרה למעגל העבודה, שיקום אישי ומשפחתי ועוד. המערכת כיום לא יודעת לשקם מחלימים.

- **מחסור בתקנים -** יש בארץ 175 אונקולוגים בכירים, 100 מתמחים. רק בישראל סופרים מתמחים כאונקולוגים. תקן מומלץ לכל אונקולוג 1,700 חולים בשנה, בפועל 2,200 עד 2,800 (נתוני 2018, איכילוב). הפער רק הולך וגדל עם השנים, התקנים כמעט שלא עולים. חולה רואה את האונקולוג שלו אחת ל-2-3 חודשים, לרבע שעה. לא נכנסים לחישוב המורכבות של הביקורים (למשל הזמן הנדרש לפענח עם החולה תשובות בדיקות). לא מתקננים כולל מחלקות אשפוז, ואשפוז יום.

- **תקני רופאי קרינה -** בישראל יש פחות מ-40 מקרינים בכירים, אין להם תחליף, "אסור" להם לצאת לפנסיה. אצל פיזיקאים המצב חמור יותר, ואין מספיק מהם לטיפול בחולי סרטן.

הבעיה באונקולוגיה היא תדמית המקצוע, וזאת ממגוון סיבות. אין מספיק חשיפה לאונקולוגיה בבתי ספר לרפואה. **זה מקצוע מאד קשה ושוחק. אין תגמול כספי הולם. התוצאה היא היעדר ביקוש במחלקות רבות. מתקשים לגייס רופאים אונקולוגיים.**

**לסיכום אנו במשבר שהולך ומעמיק.** ההתייחסות חייבת להיות רב ממדית: שינויי תקינה, ריענון הגדרת מקצועות, ראייה לאומית של פריסת מכונים, תכנית למניעת שחיקה, מערכת



למשיכת רופאים (תגמול תדמית). צריך מנכ"ל משרד הבריאות שירים את הכפפה, ייקח אחריות ויבצע את זה.

## 2.8. עדות מנהלים בכירים – גב' סיגל רגב רוזנברג, מנכ"לית קופ"ח מאוחדת:

"הסימן שיש לי בצוואר זו הרצועה שלי מול האוצר. אצלם 'תתייעלי' זה: מה את עושה כדי להוריד שירותים למבוטחים?" "חוק ביטוח בריאות ממלכתי זו מתנה שקיבלו כל תושבי ישראל. אנשים לא צריכים למכור את הבית שלהם או לקחת את הירושות שלהם בשביל לקנות בריאות ולקבל רפואה טובה", העידה מנכ"לית קופת חולים מאוחדת, סיגל רגב רוזנברג. "אנשי האוצר שלקחו 95 חוק נהדר, עם תקציב סביר שאפשר לתת איתו שירות ושחקו אותו עד דק ב-42% במשך 25 שנה. להתייעל כיום זה להוריד מרפאות, זה אחות ל-5,000 איש, זה המתנה למיון. אם היו נותנים היום את התקציב לנפש כמו שהיה ערב חקיקת החוק, המשמעות הייתה תוספת של עוד 22 מיליארד ₪ לתוך המערכת, שזה כסף שמגיע לכל אזרח במדינת ישראל תחת חוק ביטוח

בריאות ממלכתי, ואז ניתן לתת שירותי בריאות מעולים" **קופת החולים לא מסוגלת לספק את השירותים שהיא מחויבת בהם על פי החוק.** כל יום יש לנו התלבטויות מה כן ומה לא.

- **חיזוק הקהילה** - רוב חיי המטופל הם בקהילה. אנו בקופות החולים רואים את החולה מלידתו ועד מותו. **העומסים בבתי חולים הם תוצאה של קהילה חלשה. כי הרבה חולים היו יכולים**

- **לקבל טיפול טוב בקהילה.** כיום הקהילה מטפלת בעיקר בחולים אקוטיים, כרוניים – באופן לא מיטבי. למה? בפועל יש כיום 7 דקות לביקור של חולה. זה זמן לא סביר לטפל בחולה, בפרט בחולה מורכב. הבריורים הם ארוכים מדי. החולה ממתין בתורים ארוכים.

**כיום בקופות החולים 40-50 אחוזים מהרופאים אינם מומחים, הם רופאים כלליים.** גם רופאי משפחה אין להם מומחיות ברפואת משפחה. רופא משפחה הוא הרבה פעמים רופא כללי.

**לאן זה מוביל אותנו? תוחלת החיים עולה, אנו מאריכים חיים יותר לעומת הדורות הקודמים. המדינה צריכה להחליט איזו רמת בריאות היא רוצה להעניק לאזרחיה. אנו נחיה יותר, אבל באיזה מצב בריאותי נחיה יותר שנים? אנו צריכים לשאוף לתכניות טיפול ייעודיות, לפי סוג התחלואה, עומס התחלואה ויכולת המטופל לנהל את המחלה שלו. אנו צריכים יותר כוח אדם, יותר צוותים. צריך להכניס עוד מקצועות בריאות (כגון עוזר רופא, אחות מומחית), שיאפשרו להוזיל את הטיפול הרפואי ולמקד את הרופאים בעיקר. תכניות ומסגרות טיפול ייעודיות – בהתאמה לסוג התחלואה. רצף טיפולי קהילה – בתי החולים, מוסדות סיעודיים וכו'. מניעה ואורח חיים בריא.**

- **שינוי מנגנוני התקצוב** - לדרוש חזרה את התקציב המגיע לבריאות. הייתי מחלקת את זה כך: **5 מיליארד ₪, במידי כדי לסגור את הגירעונות במערכת הציבורית. החלק השני מיועד לקיצור תורים לאחר קביעת סטנדרטים לזמן סביר.** התקצוב לכך צריך להיות "כסף צבוע" וצריך לוודא שבאמת עושים את זה. והחלק האחרון ילך לתוכניות ייעודיות וגם כאן ייתנו כסף תמורת הטמעה. הפתרון הנכון הוא "כסף צבוע" ולא מבחני תמיכה כפי שנהוג היום. לא סביר לתת מבחני תמיכה לאשפוזי בית בסך של כ-70 מיליון ₪ כשההוצאה האמיתית היא כ-700 מיליון.

**אם רוצים לעשות שינוי, צריך להחליט על הדברים הקונקרטיים שלשמים יינתן התקציב, ולתת דגש על המעקב אחר הביצוע וההטמעה.**

### סיכום:

- **5 מיליארד ₪ נדרשים כאן ועכשיו לכיסוי הצרכים המידיים**
- **שינוי מנגנון התקצוב ומקורות מימון של בריאות:** יש להעלות את המס, למרות שזה לא פופולרי. יש לבצע הצמדה למדד תשומות בריאות וקידום דמוגרפי מלא. כלומר אם המדינה תוריד את התקצוב לקופות, ירד המס למבוטחים.
- **הצמדה למדד תשומות בריאות וקידום דמוגרפי מלא**
- **עדכון קבוע של סל טכנולוגיות ב-1.5%** מתקציב סל הבריאות
- **עדכון קבוע של קהילה** - יש לבנות מנגנון הגדלת קבוע של סל קהילה בדומה לסל הטכנולוגיות - 1% - 1.5% בשנה מסל הבריאות, להוספת שירותים למבוטחים. דוגמאות: אשפוז בית, 1,000 מיטות הן כ-450 מיליון ₪, הגדלת זמינות רפואה יועצת בקהילה בשבוע אחד - 120 מיליון ₪, הקמת מוקד רפואה דחופה בכל קופה - 24 מיליון ₪.
- **פיקוח** - אם רוצים לעשות שינוי, צריך להחליט על הדברים הקונקרטיים שלשמים יינתן התקציב, ולתת דגש על המעקב אחר הביצוע וההטמעה.

- קביעת קריטריונים לזמן סביר
- תומכת בהקמת גורם עליון מתכנן

3. זמינות רופאים מומחים לאזרחי ישראל ותקצוב ראוי של רפואה מונעת  
תקצוב ראוי של תקנים לרופאים/ות ואחיות בקהילה ובריאות הציבור, תקצוב ראוי לרפואה מונעת

### 3.1. עדות מנהלים בכירים – מר רן סער, מנכ"ל מכבי שרותי בריאות:

"השיטה היום היא פסולה כי אני לא יודע מה התקציב שלי ובתמורה אני גם מחויב לחתום על הסכם שאני מוותר על כל תביעה נגד המדינה", העיד רן סער "שיטת הסכמי הייצוב מתאימה למאפיה של אל קפונה לא למדינה מתוקנת. המדינה מזרימה את הסכמי הייצוב כי היא רוצה שקט תעשייתי".

**משרד הבריאות לא באמת אחראי על התקציבים, פקידי האוצר הם ששולטים בתקציבים והעובדה שהם מצליחים לשמור על תקציבים נמוכים באה על חשבוננו. האזרחים הם הנפגעים.**

**איבדנו את כבוד האדם - אנשים שוכבים במסדרון, בחדרי אוכל, במחסנים. זה לא מגיע לאזרחים שלנו. אני ביליתי בחורף שעבר באחד מבתי חולים עם חבר שהסתבכה לו השפעת. הוא שכב בפנימית "מוגברת" כי לא היה מקום בטיפול נמרץ. חוויה נוראית. המדינה "מקצצת" את**

**החולים, מאחורי הקלעים היא מכניסה יד לכיס החולים ולוקחת משם כסף ובריאות. וכן, המדיניות הזאת גורמת לאובדן חיי אדם.**

**השיטה של הסכמי הייצוב פסולה וזקוקה לשינוי:** סך הסכמי הייצוב של קופות החולים הגיעו לממדים מפלצתיים: הכללית חתמה על הסכם בסך 3.4 מיליארד ₪; מכבי חתמו על הסכם בסך 2.4 מיליארד ₪; לאומית ומאוחדת חתמו כל אחת על הסכם בסך 1.5 מיליארד ₪.

**אין יכולת לתכנן -** בשיטת הסכמי הייצוב התקציב של הקופות לא ידוע, הוא ניתן בדיעבד.

**מחסור בתקציב -** קופת חולים מכבי מקבלת בממוצע מיליארד שקלים בשנה, התקציב הזה לא מספיק. הסכמי הייצוב לא מספיקים אף פעם.

**לא שוויוני -** כאשר קופת חולים לא מנצלת את התקציב באופן יעיל ונכנסת לגירעונות יותר גדולים, היא מקבלת יותר תקציב לעומת קופה אשר מקבלת תקציב ומשתמשת בו באופן יעיל. כך נוצר מצב שקופות חולים שהן יעילות מבחינת התקצוב, מקופחות בסופו של דבר. קופת חולים מכבי השתמשה בתקציב באופן יעיל, ועל אף שהיא נמצאת בגירעון - הוא נמוך יותר לעומת קופות אחרות, כך שהתקצוב שלה בשנים האחרונות בהסכמי הייצוב הוא נמוך.

**הסכמי הייצוב מתאימה למאפיה לאל קפונה לא למדינה מתוקנת -** המדינה מזרימה את הסכמי הייצוב כי היא רוצה שקט תעשייתי. המדינה מזרימה כסף רק כשהיא מבינה שאם היא לא תזרים אותו לבתי החולים ולספקים הפרטיים אז הכל יקרוס. אז היא דואגת מהר לעשות הסכם ייצוב. היא דורשת מקופות החולים לחתום על "מיצוי תביעות" בתמורה להזרמת התקציבים. כאשר הקופה מגישה תביעות ובג"צים, היא מוותרת עליהם בסופו של דבר.

#### סיכום הנושא התקציבי:

- חסר תקציב רב - תקצוב ראוי לקופות החולים בהתאם לגידול באוכלוסייה ולמדד יוקר הבריאות
- השיטה פסולה וזקוקה לשינוי - תקצוב מראש שמאפשר תכנון ומתן שירותי בריאות ראויים
- השיטה צריכה לכלול אחריות אישית של נושאי משרה. אם התקציב ראוי צריך לעמוד בו המשימה הכי חשובה היא קיצור תורים

**יש צורך לשנות ולהגדיל את כוח האדם הרפואי.** לא חסרים רופאים בישראל, חסרים רופאים מומחים בישראל. הסיבה המרכזית היא שיש מעט מאוד שדות התמחות, כמעט כל שדות ההתמחות הם בבתי החולים. כיום הרפואה בחלקה הגדול זו רפואת קהילה, ורופא שמוכשר בבית חולים לא בהכרח מוכשר לטפל בקהילה.

**20% - 40% מהאשפוזים בבתי החולים הם מיותרים, בזבוז גדול במערכת.** בכל בית חולים יש מישהו שדואג שהמיטות יהיו מלאות והיום לוקחים בחשבון גם את מיטות המסדרון, כיוון שמדובר בחלק מחישוב התקציב של בתי החולים. הכשל העיקרי הוא שהמטופל מגיע לבית החולים בזמן שהיה יכול להיות מטופל בקהילה.

במכבי הצלחנו לייצר מוקדים שיכולים להביא פתרון שירותי ורפואי וחוסכים ביקור בבתי החולים. במכבי אחרי שעות העבודה, כלומר מהשעה 19:00 עד 23:00 ובסופי שבוע, יש לפחות 5 רופאים מומחים במוקדים, לעומת מומחה אחד שנמצא בבית החולים.

#### פתרונות:

- הקמת צוותים של אשפוז ביתי.
- מעבר לשיקום בבית.
- השקעה בתורים ברפואה שניונית.
- בניית מערכי אשפוזי יום ורפואה דחופה יותר משמעותיים במערכת.
- שילוב טכנולוגיה.

היום הטיפול אינו יעיל, המדינה צריכה לשנות את התפיסה. משרד הבריאות צריך לעדכן את הרגולציה הישנה. צריך להשתמש בטכנולוגיה ולתת שירות ממוקד אישית ויותר יעיל. אם נחליט לעשות "שיפטינג" מבית החולים לקהילה, צריך להגיע לרמת מיטות סבירה שתפעל בקהילה. ישראל מייצרת המון בעולם החדש אבל פחות בעולם הרפואה.

### 3.2. עדות אזרחית - גב' הגב' אורלי מיכה, תרמה כליה לאחותה:

"תרמתי כליה לאחותי בשנת 2002, כאשר השם שלי מופיע במערכת, אמורה להידלק במערכת הבריאות נורה אדומה, כאשר אני צריכה לעשות בדיקה בכל הקשור במערכת דרכי השתן, כאשר אני מבקשת תור בעניין זה התברר כי קביעת התורים לבדיקה זו ייפתחו רק באוקטובר 2019 לצורך קביעת תור לשנת 2020. בחישוב של עלות מול תועלת עדיף שאעשה את הבדיקה היום ולא בעתיד, אחרי שיחמיר מצבי ואעלה יותר כסף למערכת".

**תור ל-MRI בעוד 3 חודשים** - בחודש שעבר נחשפתי לקשיים אישיים. בזמן הסברה לחולי דיאליזה בצפון, הרגשתי לחץ נוראי באוזניים והרגשתי איבוד שמיעה באוזן שמאל. בבירור הסתבר שמדובר בוורוס שפגע בעצב. בשיחה עם הרופא הומלץ על סטרואידים במינון גבוה, ללא אשפוז. לאחר מכן, הומלץ בדחיפות לבצע MRI כדי לשלול אופציה לגידולים שפירים ולבדוק את הלחץ על האפרכסת.

פניתי לקופה כדי לקבל אישור לבדיקת MRI, בבלינסון הרשימה הייתה סגורה עד סוף יוני וזה למרות שבהפניה רשום בדחיפות. פקססתי לעוד שני מוקדים ואני עדיין ממתנה.

### 3.3. עדות אזרחית - הגב' לוטס בכר, בנה בן השנתיים נדרש לטיפול ב'שקד שלישי':

"הבן שלי בן שנתיים, שבר עקומות גדילה, היו לנו בדיקות גדילה. הבן שלי לא מדבר, לא אוכל טוב, לא ישן, נוחר. קבענו תור לאא"ג שנקבע אחרי חודשיים, ואבחנו שיש לו שקד שלישי. המקרה נפוץ, וההמלצה היא להוריד שקד שלישי. ניסינו לקבוע תור ליעוץ לפני ניתוח – והמתנה היא של כשבעה חודשים". נאלצתי להפעיל את הביטוח הפרטי בהראל, תוך שבוע נקבע ניתוח באסותא, היום אנחנו חודש וחצי אחרי הניתוח וכבר רואים שיפור.

**מדובר בניתוח פשוט שהמערכת הציבורית הייתה צריכה לתמוך בו** - ההשפעות שלו הן לגבי התפתחות הילד. מה קורה עם ילד שאין לו ביטוח פרטי ושב"ן?

**פניתי למנהל המחוז כדי לאשר בדיקה רפואית** - הבן שלי היה צריך לבצע בדיקה נוספת, כאשר רופא הקופה המליץ לבצע את הבדיקה במוסד אחר, באסף הרופא. החליטו לא לאשר את הבדיקה ורק לאחר שפניתי למנהל המחוז וכתבתי מכתב אישרו את הבדיקה. אמא אחרת, פחות בקיאה, לא בהכרח תצליח.

### 3.4. עדות מומחה - ליטל גרוסמן, מנהלת מחלקת תושבי ישראל בעמותת "רופאים לזכויות אדם":

"המערכת לקראת קריסה וצריך לבצע פעולות למנוע את המצב הזה. קיבלתי עדויות של מקרים וטיפולים שלא זמינים לרפואה הציבורית, מטופלים נאלצים לנסוע למרחקים, לפנות לטיפולים פרטיים. אנו מנסים להימנע מפניה לטיפולים ברפואה הפרטית, אבל עניין זה מצביע על החולשה של המערכת הציבורית".

**קיימות שלוש בעיות עיקריות:**

1. זמני המתנה ארוכים ומחסור ברופאים – בעיה כלל ארצית, אולם במרכז לעומת הפריפריה קיימות הרבה יותר אפשרויות.
2. העדר סטנדרטיזציה – החוק קובע שהשירותים בסל הבריאות יינתנו באופן סביר.

משרד הבריאות הקים ועדה שתדון בנושא הסטנדרטיזציה. צריך להיות סטנדרט רפואי שיקבע לכולם אבל יהיה רלוונטי לתושבי הפריפריה. סטנדרט לשירות בזמן ומרחק סביר.

3. **שב"ן הפך לכלי לקיצור תורים** - זהו פתרון שהמדינה נתנה לקופות החולים. הוא לא מחזק את מערכת הבריאות כי הוא לוקח את הכסף מהמערכת הציבורית לפרטית, ומי שנותר מאחור אלה אנשים שאין להם אמצעים לשלם ואין להם שב"ן.

#### הפתרונות המוצעים:

- קביעת סטנדרט רפואי.
- איגום משאבים בקהילה - קופות החולים יקנו אחת מהשנייה שירותים. שקיפות.
- פיקוח על השימוש בחו"ד שניה ובהמשך הטמעת השב"ן בסך הציבורי.
- הגדלת השימוש בכוח האדם הקיים.
- הגדלת כוח אדם בקהילה - צריך עוד רופאים בקהילה.
- הגדלת התקציב - בנושא בריאות הציבור צריך לכלול מנגנון שימנע את השחיקה הקיימת + תוספת ייעודית והקצאת חצי אחוז מסל התרופות לטובת חיסונים.

#### 3.5. **עדות מומחה - עו"ד לאה ופנר, מנכ"לית ההסתדרות הרפואית בישראל:**

"אין שום שיקול ערכי שאנשים יהיו בריאים, הכל נתפס כהוצאה ולא כהשקעה. כל דבר בא על חשבון השני, אם נותנים כסף לצפון אז אין לדרום. הם אומרים שזו הוצאה וצריך להתייחס על זה כהשקעה. לא יכול להיות שבכל העולם צריך כסף למערכת הבריאות ורק אצלנו יודעים לעשות רפואה בלי כסף". לדבריה לא יכול להיות שמשרד האוצר יודע יותר טוב מהמערכת

איפה שמים MRI ואיפה לא. "החיים זה לא במספרים אלא במי שנמצא במערכת מסתכל לאנשים בעיניים וצריך לטפל".

#### הבעיות הקיימות במערכת:

- **מחסור תקציבי - מערכת הבריאות מופעלת ללא כסף.** לא ייתכן שנדרשת התייעלות בלי מתן תקציב ראוי. קיים תת תקצוב כרוני. האוצר גרם לכך שאין מספיק תקציבים ואז יש מלחמות בין הקופות. במשך שנים רבות המלחמה העיקרית הייתה בין קופות החולים לבתי החולים, מלחמה בין קופות החולים, מלחמה בין המטפלים השונים.
- **מחסור בתשתיות - מחסור במיטות אשפוז, מחסור בכוח אדם, שחיקה של הצוות הרפואי ושל הציבור.**
- **התארכות התורים - תורים לניתוחים ופרוצדורות, לרפואה יועצת בקהילה, תור לפיענוחים.**
- **היעדר תכניות לטווח ארוך - קושי לתכנן: הזדקנות האוכלוסייה, טכנולוגיות, מבנה כלכלי לשיתוף פעולה בין השחקנים.**

#### פתרונות:

- **יש לבנות מודל של עבודה משותפת בין השחקנים: משרד הבריאות, הקופות, בתי החולים, ארגוני רופאים ורופאות, ארגוני אחיות, ושאר הארגונים והמטופלים - אם לא נגיע למודל של הסכמה בין כל השותפים לעולם לא יקרה כלום, כי היצר האנושי חזק מכל דבר אחר.**
- **הקמת רשות בריאות - לנתק הכל מהפוליטיקה, שתהיה רגולציה נפרדת. הענקת סמכויות תפעוליות למועצת הבריאות.**
- **הוצאת משרד האוצר מקבלת החלטות בבריאות - לא ייתכן שהוא יודע יותר טוב על מערכת הבריאות, יש להחזיר את תפקידו כמקצה כספים ולא כמשתתף בהחלטות מקצועיות. צריך שנושאי הבריאות לא יעברו בחוק ההסדרים**
- **לשפר את האמון במערכת הבריאות - שורש הבעיה הוא חוסר האמון במערכת - צריך לשפר את האמון בין מטפלים ומטופלים, בין המטפלים לבין עצמם, אמון בין בתי החולים לקופות החולים, אמון בין קופות החולים, ואמון בין משרד הבריאות לשטח.**

#### 3.6. **עדות מנהלים בשטח - הגב' אביבית חרמון, אחות קהילה, מנהלת סיעוד בכפר סבא:**

"המצב כיום מבחינת אחות לנפש הוא רע מאוד, לפי המדד של OECD. כיום האוכלוסייה המבוגרת משתחררת מהר יותר מאשפוז בבתי החולים, ואז נוצר מצב שנדרשים יותר טיפולי

בית, ולכן הטיפול בקהילה הוא יותר מסיבי מבעבר. תקינת כוח האדם לא שונתה במשך שנים, והלחץ על האחיות עולה כי גם שעות העבודה לא שוננו. הטיפול הלחץ יוצר מחסור בסבלנות ובסובלנות מצד המטופל וגורם למטפל שחיקה ותסכול אותם הם חווים באופן יומיומי.

- **שחיקה של האחיות בקהילה** – אנחנו שומרות על רמת איכות גבוהה וגורמים לעצמנו לשחיקה משמעותית ועל אף השחיקה משתדלים לא לפגום באיכות הטיפול.
- **מחסור בתקנים בקהילה** - כיום האוכלוסייה המבוגרת משתחררת מהר יותר מאשפוז בבתי החולים, ואז נוצר מצב שנדרשים יותר טיפולי בית, ולכן הטיפול בקהילה הוא יותר מסיבי מבעבר. ברגע שיוצאים מבית החולים מוקדם יותר, צריך יותר כוח אדם. אמנם אנחנו מצליחים לכסות טיפולים אבל קיים מחסור אדיר בכוח אדם.
- **מחסור בתקנים בבריאות הציבור** - בטיפת חלב לכל משרת אחות יש 300 תינוקות, כאשר התקינה במשרד הבריאות היא אחות ל-100 תינוקות.

### 3.7. עדות מנהלים בשטח - פרופ' דוד טנה, יו"ר האיגוד הנוירולוגי בישראל, מנהל המכון לשבץ מוחי וקוגניציה, במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה:

"בהסתכלות כלל עולמית, בוחנים את תחלואת המוח ומתכננים את העתיד לגבי העניין, אולם בישראל אין הסתכלות ובחינת הקופות על תחלואת המוח. כיום מחלות נוירולוגיות הן הגורם המוביל לנכות ארוכת טווח ואובדן שנות חיים בריאות".

- **מחסור בתקנים לנוירולוגים ואין תכנון ארוך טווח** - בהסתכלות כלל עולמית, בוחנים את תחלואת המוח ומתכננים את העתיד לגבי העניין, אולם בישראל אין הסתכלות ובחינת הקופות על תחלואת המוח. אם נציע עוד תקנים אין לי ספק שיהיה ביקוש בנוירולוגיה. המערכת צריכה להבין שצריך למפות את התחום וצריך להבין שחלק גדול מהצרכים הנוירולוגיים, הם בין הגורמים העיקריים של אובדן ימי עבודה למטופל, אמנם זו נכות זמנית אך זו בעיה שצריך להיערך לקראתה.
- **תקנים לא מאוישים בפריפריה** - קיימים בפריפריה תקנים ריקים לנוירולוגים, יש מחלקות שאין בהן מי שיחליף את המנהלים היוצאים, כי אף אחד לא רוצה לאייש את התקן.

### 3.8. עדות מנהלים בשטח - הגב' יוליאנה אשל, מרפאה בעיסוק, שירותי הריפוי בעיסוק במרכז הרפואי שניידר, נציגת איגוד מקצועות הבריאות:

- **גידול מתמיד של הפניות ילדים לרפואה בעיסוק, אך התקינה לא גדלה בהתאם לצרכים** - היום המגמה העולמית היא שכל ילד הלוקה במחלה שיש לה השלכות על ההתפתחות, ההתמודדות עוברת לתחום של הילדים ולמקומות הייעודיים להם. חלק גדול ממחלות הילדים הן נוירולוגיות. המציאות כיום היא גידול מתמיד של הפניות ילדים לרפואה בעיסוק, אך התקינה לא גדלה בהתאם לצרכים.
- **אי זמינות תורים פוגעת במטופלים** - התורים ארוכים מאוד, קיימים מצבים בהם יופסק טיפול של מטופל פחות דחוף, כדי לקבל מטופל יותר דחוף. המצב גורם גם לאלימות של הורים כלפי מטופלים. התור מגיע גם עד תשעה חודשי המתנה.
- **תקן אחד בלבד בשניידר** - בשניידר נשארים רק ילדים מורכבים ואת היתר מוציאים לקהילה. יש רק תקן אחד של מרפאה בעיסוק במכון להתפתחות הילד. אנו נאלצים להוציא ילדים לטיפול בית. מורידים טיפולים למטופל, במקום פעמיים בשבוע רק פעם בשבוע. הטיפול לא חייב להיות רק בבתי החולים, במידה והקהילה הייתה ערוכה, ניתן היה לבצע המשך טיפול בבית. הוא לא יקבל את הטיפול בזמן וייתכן ויפלט מהמסגרת החינוכית בשל עיכוב בהתפתחות, ואולי אף יישאר בבית. ההתפתחות היא איטית ולכן הפער בינו לבין ילדים אחרים יגדל.
- **הגבלת שימושים** - סל השירותים מגביל מתן טיפול עד גיל 6, מגיל 9-6 מגיע אבחון ו-9 טיפולים בלבד. לאחר גיל 9 אין מענה למטופל. אנו מתמודדים עם ילדים שנאלצים לקבל טיפולים נוספים ואין להם מענה. הזמינות נמוכה מאוד, התורים ארוכים מאוד.
- **ילד שאינו מטופל מצבו מחריף. צריך להשקיע כדי לחסוך בהמשך.** אנו מלווים את הילדים מגיל ינקות, הפערים עצומים בין הפריפריה למרכז וגם המצב הסוציאקונומי משפיע.

### 3.9. עדות מומחה הגב' ענת אימבר - מנהלת את תחום החינוך, המחקר והמידע בארגון סינדרום טורט (אסט"י):

מכונים להתפתחות הילד נסגרים בקצב מהיר. הקושי בעיקר בפריפריות - במקרים מורכבים של תסמונת טורט, הורים צריכים להמתין זמן רב לתורים. הרופאים קורסים בשל הריבוי במטופלים.



הורים לילדים בעלי צרכים מיוחדים סובלים מתת תנאים, כיוון שהם צריכים לטפל לבד בילדים ולחלקם אין כסף לקבל עזרה. יש תחושה של הפקרות בשטח.

- **אין תוכנית טיפול במסגרות החינוכיות** - בארה"ב יש תוכנית שמכשירה צוותי הוראה איך להתמודד עם ילדים בעלי תסמונת טורט. הצגנו את התכנית הזאת בפני משרד הבריאות – תשובתם הייתה שאין תקציב.

#### 4. תקצוב בריאות הנפש

4.1. **עדות אישית / מומחה - הגב' ריבי צוק, אם של מתמודד וחברת ועד מנהל בעמותת עוצמה - פרום ארצי של משפחות לנפגעי בריאות הנפש:**

"97% מהמתמודדים נמצאים בקהילה וחרף זאת אין לנו שירותי בריאות נפש ראויים בקהילה, אין כל שירותי מיון ראשוני או הושה של עזרה ראשונית בקהילה, כמו מר"מ, טרם ודומיהם הנותנים שירות רק ברפואת הגוף. במצבי חירום בבריאות הגוף אנחנו מזעיקים את מד"א. אין לנו מד"א נפשי או כל גורם אחר שימלא תפקיד זה. מציאות אכזרית למתמודדים ובני משפחותיהם, שבהיעדר אמבולנס, נאלצים לא אחת להזעיק משטרה ליקיריהם החולים בעוון מחלתם".

אדבר על התחלואה הקשה ועל שירותי הבריאות שעומדים לרשותם בקהילה.

תחלואה קשה – הכוונה לאנשים שסובלים מהפרעה פסיכיאטרית כרונית המשפיעה על התנהלותם ותפקודם היומיומי. יקראו להלן – המתמודדים.

**בכל רגע נתון פחות מ- 3% מהמתמודדים מצויים בבי"ח, ו- 97% נמצאים בקהילה. לכן חשוב לדבר על חיי המתמודדים בקהילה.** במשך שנים רבות, המדיניות הרשמית היא הצורך בהעתקת מרכז הכובד מבתי החולים לקהילה. ובכל זאת אין שירותי בריאות נפש ראויים בקהילה שיוכלו לענות על צרכי המתמודדים.

**מד"א נפשי** – במצבי חירום בבריאות הגוף אנו מזעיקים את מד"א. במצבי חירום בבריאות הנפש אין מד"א נפשית, או כל גורם אחר שימלא תפקיד זה. המתמודדים ומשפחותיהם נאלצים להזמין משטרה בלית ברירה.

**שירותים למצבי משבר ומקרים דחופים אחרים** – מחלות נפש אינן קורות בבת אחת, והחמרה במצבו של המתמודד תחול במשך זמן. ניתן פעמים רבות להבחין בתחילתה של התדרדרות. אך בישראל יש מספר מועט של מרכזים לטיפול יום, בפריסה ובהיקף בלתי מספיקים. משך ההמתנה במרכז לטיפול יום – ארוך מאד, לעתים חודשים.

**במדינות המערב פועלים צוותי משבר** המגיעים במידת הצורך לבית הלקוח ומצוידים בידע ובכלים מקצועיים, וההגעה לאשפוז בבית החולים היא לא הפתרון הראשון אלא מוצא אחרון. בישראל אין צוותי משבר. כל דבר החורג מהשגרה מצריך פנייה לחדר מיון בבית חולים.

**ביקורי בית** – קופות החולים לא נותנות שירות ביקורי בית בתחום בריאות הנפש. זאת למרות חיוניותם של ביקורי בית במצבי משבר. אשפוזי בית – שירות אשפוזי בית הקיים ברפואת הגוף, לא קיים בבריאות הנפש.

**הטיפול הפסיכותרפי ניתן למתמודדים במשורה, שלא בצדק.** תיאורטית ניתן לקבל שירותים אלה במסלול המטפל העצמאי, אך יש עלות בסך 136 ש"ח לטיפול, ובאופן מעשי המתמודד הטיפוסי המתקיים מקצבה של 3,200 ש"ח לחודש לא יכול לממן מפגשים ושיחות בעלות של מאות שקלים לחודש.

**קופות החולים פיתחו מערך של מרפאות בריאות הנפש** – אשר אינן נותנות מענה לצרכים המגוונים של המתמודדים. שירותים מתמחים, מעקב, מענה לתקלות וכו' – כל אלה צרכים של המתמודדים שאינם מקבלים מענה במרפאות בריאות הנפש. הקופות מפנות חלק ניכר מהמתמודדים לקבל שירותים מרפאותיים, באמצעות טופס 17, למרפאות הממשלתיות ולמרפאות בתי החולים. אך גם שם חל פיחות בשירות הניתן.

**במרפאות ממשלתיות ובמרפאות בתי החולים** – חל פיחות באיכות השירותים, משרות ותקנים פסיכיאטריים לא מאוישים, תורי ההמתנה מתארכים ומגיעים לחודשים, ויש כרסום גם במשרות של

אנשי טיפול נוספים. שירותי הרפואה האמבולטוריים ניתנים במרפאות בתי החולים הקורסות תחת העומס, שאין בידן לתת את השירות הנדרש.

**שירותי השיקום** – ניתנים עפ"י חוק שיקום נכי נפש בקהילה, באחריות משרד הבריאות, ומסופקים ע"י ספקי חוץ. החוק הוא מתקדם, אך ביצועו ויישומו לוקים בחסר. יש מחסור תקציבי שאינו מאפשר ליישם כראוי את חוק השיקום.

**החסר הוא במודע.** משרד הבריאות מתקצב בחסר גלוי ומובנה רכיבים מרכזיים של השירותים הניתנים ע"י ספקי השירותים, כגון שכר הדירה במסגרות השיקום בדוור, ועלויות כח האדם בשיקום. לשני אלה השפעה מכרעת על איכות השירותים הניתנים במערך השיקום.

לדוגמה – יזמים ניגשים למכרזים בהם נקוב תעריף יומי. משרד הבריאות נמנע מלכלול בתחשיב הזה את שכר הדירה, להוציא את סכום ההשתתפות של משרד השיכון בשכר דירה. זהו סכום נמוך ולא ניתן בו לשכור דירה, גם לא חדר. **קודם כל הטיפול האמבולטורי בקהילה, שנמצא על סף התרסקות.**

**"מאתגרי הטיפול".** זו אוכלוסייה גדולה של מתמודדים הנמצאים מחוץ למעגלי הטיפול והשיקום, אנשים החיים בשולי החברה, תוך סבל עצום להם ולמשפחותיהם, תחת הזנחה ותפקוד ירוד, בלי תקווה ואופק, והם היו יכולים להפיק תועלת ורווחה גדולים מטיפול. הכי קל זה להגדיר אותם "סרבני טיפול", אבל צריך לפתח מודלים להתערבות שיאפשרו בניית אמון איתם והגעה לנכונות לטיפול.

**נכון להיום, מצב המתמודדים כתוצאה מהרפורמה, איום ונורא.** הרפורמה הייתה מהלך נדרש, חיוני והכרחי. הבעיה היא שבתום שנה, מנהלי קופות החולים ומערך הבריאות מתייחסים אליה כאילו היא הסתיימה. נכון להיום תוצאת הביניים, אם לא יימצאו פתרונות, הוא מצב קשה ביותר. **למשל אם במרפאת בריאות הנפש בפתח תקווה היו לפני הרפורמה 7 רופאים פסיכיאטרים, היום יש פסיכיאטר אחד בלבד.**

#### 4.2. עדות אישית - הגב' לילי בלס, אחות למתמודד:

**"אחי בן 51 מתמודד נפש, מאתגר טיפול.** הוא מוכר לרשויות הבריאות והרווחה. הוא דוגמה לחוסר מענה במצבי חירום ומשבר".

**הנטל נופל על המשפחה -** אם אנו המשפחה לא היינו שם, אי אפשר היה להתמודד. המשטרה לא יכולה להתמודד עם זה, ידיהם כבולות והם לא הוכשרו לכך. השוטר אמר לי בהזדמנות אחת – אתם **צריכים** לאשפז אותו! ואני צרחתי – אנחנו **רוצים** לאשפז אותו! לא פעם אנחנו לקחנו אותו בעצמנו לאשפוז, אבל בכל פעם מחזירים אותו הביתה. נאלצתי להגיש תלונה למשטרה, כנגד אחי – וזו השפלה

איומה עבורי – כדי שיאשפזו אותו. בלית ברירה. **הטיפול באחי, הדריכות שאנו נתונים בה – ממוטטים אותי ואת המשפחה.**

**אין מד"א נפשי - מצבו של אחי התדרדר** בינואר האחרון. הוא היה בחוסר שקט, חוסר היגיינה, חוסר מנוחה, לא ישן בלילה, מסתובב בבית ובשכונה. השוטרים באו ולקחו אותו. בגלל שאין מד"א נפשי, רק כשהגיע לפסיכיאטר המחוזי הוא אושפז, ורק אז נשמנו לרווחה. עד אז היינו האחים בדריכות עליונה, עזבנו את יתר עיסוקינו והתמודדנו עם הדבר. אחי נלקח למחלקה סגורה, שזה היה חיובי, לאחר חודש הועבר למחלקה פתוחה. **אם מישהו היה מטפל בו קודם, בעת ההתדרדרות, מצבו היה יכול להיות אחר.**

**אין מסגרות בקהילה -** אילו אחי היה משולב בהוסטל קהילתי, המצב היה שונה. אין לי מילה רעה להגיד על בתי החולים. ברגע שאחי יוצא מביה"ח, אין טיפול המשך בקהילה. **צריך מענה טוב יותר בקהילה למצבי משבר. צריך גורם בקהילה, עובד סוציאלי, שינחה אותנו המשפחה וילוה אותנו.**

#### 4.3. עדות מנהלים בשטח - הגב' חיה ישראל, מנהלת מרפאת בריאות הנפש בפתח תקווה:

אני מנהלת את המרפאה ביפו – שהיא אגד מרפאות אזורי בכמה ערים, כולל פתח תקווה – ואנו אמורים לתת מענה לאוכלוסייה באזור הגיאוגרפי שלנו. **המרפאה בפ"ת נותנת מענה למבוטחי 4 הקופות, כאלפיים מבוטחים מדי שנה.** הטיפול ניתן למי שמגיע אלינו למרפאה.

**אנו נותנים מענה למספר רב של מטופלים עם משרה וחצי של רופא פסיכיאטר.** זה אומר שרופא במשרה מלאה עובר בין המרפאות במקומות השונים תחת אגד המרפאות. אנו כמרפאה יכולים לתת מענה יותר מורכב מאשר בקופה. המטופלים שמגיעים אלינו הרבה יותר מורכבים, מבחינת מצב פסיכיאטרי, תרפויטי. מאז הרפורמה הקופה לא מממנת למרפאה ולעובדים בה את המשך התהליך.

**בעבר היו במרפאה 7-8 פסיכיאטרים במשרה מלאה.** רובם הלכו לקופות ונותרנו בלי פסיכיאטרים. תנאי העבודה במרפאה פחות טובים מאשר בבתי החולים ולכן קשה לגייס פסיכיאטרים.

**תורים ארוכים מאוד** - הצוות אצלנו רוצה לעזור ולסייע, עושה את המקסימום. אבל החסר הגדול בפסיכיאטרים ובסיעוד גורם לתורים ארוכים מאד. כל יום ישנן לפחות 4-5 פניות חדשות. אני מנסה לעשות סדר ולהחליט מי ייכנס לטיפול במענה מידי, ומי לצערי יידחה לטיפול בהמשך. **אצלי במרפאה יש גם יחידת ילדים ונוער, ושם המצב קשה במיוחד, תורי המתנה 9 חודשים קדימה.** כאשר אין מענה למטופל, הוא ומשפחתו סובלים - אני שולחת מטופלים ללא מענה למיון גהה והם עושים את המירב.

#### 4.4. עדות מומחה/מנהל בשטח-דר' צבי פישל, מנהל מח' בני"ח גהה, ויו"ר איגוד הפסיכיאטריה

"מדובר על הזנחה של מערך בריאות הנפש אשר נמשכת הרבה שנים", העיד ד"ר פישל. "הזנחת תשתיות והיעדר תקנים שהתוצאה שלהם היא מיעוט זמן למטופל, מלונאות ירודה וצפיפות, זמני המתנה בלתי נסבלים, עליית שיעור האלימות כלפי הצוותים ומוטיבציה נמוכה להתמחות בתחום"

**תורים של חודשים לטיפול פסיכיאטרי בקהילה** - הרפורמה שיפרה את פריסת השירותים, אך יש פחות כח אדם בכל מקום. הדבר הוביל לזמן המתנה ארוך יותר לטיפול, ולזמן המתנה ממוצע של כ-8 חודשים עד שנה לטיפול פסיכותרפי.

**צפיפות ומבנים מוזנחים** – שיעור ירוד למיטות במערך האשפוז הפסיכיאטרי. בישראל 0.42 מיטות לאלף נפש, הרבה פחות מאשר במדינות ה-OECD שם הממוצע הוא 0.75 מיטות לאלף נפש. תפוסה ממוצע במחלקות הפסיכיאטריות 110%. המצב האידיאלי 85%. במדינות ה-OECD - במחלקה סגורה ממוצעת יש 20 מטופלים + יחידה לטיפול נמרץ הכוללת 8 מיטות. אצלנו במחלקה יש 34 מיטות, יש 42 חולים. עקב כך לא עושים את העבודה כמו שצריך.

**שולחים הביתה חולים שלא אמורים ללכת הביתה** - כאשר חולה רגיל נמצא בבית חולים כללי משך האשפוז יכול להיות 3-4 ימים, ואילו בתחום בריאות הנפש משך אשפוז ממוצע הוא 4-5 שבועות. התנאים לאשפוז במשך 4-5 שבועות צריכים להיות יותר נאותים מן התנאים לאשפוז של מס' ימים.

**מחסור קשה בפסיכיאטריים - המחסור בכוח אדם נובע גם מחוסר בתקנים, וגם מכך שחלק גדול מהתקנים במערכת אינם מאוישים.** יש מחסור של כ-80 תקנים לא מאוישים בפסיכיאטרים. עקב כך

זמני ההמתנה ארוכים. באיגוד יש כאלף פסיכיאטרים. לפני שנים הייתה הסטה של הביקוש למקצועות במצוקה, ופסיכיאטריה לא הוגדרה ככזו. **יש גם בעיה של תדמית המקצוע.** בשנים האחרונות אנו במאבק תדמיתי מאד משמעותי.

**אין תכנון כח אדם** - בישראל יש 11 פסיכיאטרים לכל 100 אלף איש, וזה מעט מאד. הממוצע ב-OECD הוא 18 פסיכיאטרים ל-100 אלף נפש. מאידך שיעורי התחלואה הפסיכיאטרית בארץ ובעולם די דומים. כ-30% מהאוכלוסייה יזדקק בשלב כלשהו של חייהם לסיוע. בגלל המצוקה ברופאים פסיכיאטרים מוטל עול על הרפואה הכללית.

הפסיכיאטריה היא מקצוע הכי קשים במדינה. 30% מהפסיכיאטרים בישראל מעל גיל 65. יש ירידה במספר המומחים מ-906 בשנת 2011 ל-872 בשנת 2014. להשוואה, אחוז הרופאים מעל גיל 65 : 24% בילדים ו-18% בפנימית.

**אלימות** – המצוקה הקשה והמתמשכת במערך הפסיכיאטרי, מובילה למציאות בלתי נסבלת של אלימות במחלקות הפסיכיאטריות, הן כלפי מטופלים והן כלפי הצוות הרפואי.

**תקצוב – יש צורך דחוף בתוספת כח אדם, שיפוץ ותוספת מבנים ותשתיות במערך הבריאות הפסיכיאטרי. עלות השיקום הארצי – מיליארד ₪.**

#### 4.5. עדות אישית - הגב' עליזה שעיה:

"אני אמא לארבעה ילדים וסבתא לנכד. לפני 14 שנה אושפזתי, לאחר שאמי נפטרה, ולפני כן הייתי בדיכאון במיטה במשך חודשים", העידה גב' שעיה. "רופא משפחה נתן לי אז כדורי הרגעה ושלח אותי



הביתה, וחזרתי למיטה. אחרי כמה חודשים הלכתי למיון פסיכיאטרי, האחות נתנה לי כדורים ואמרה שיתקשרו אליי מהמרפאה. חודשיים לא קרה דבר. התקשרתי, ואמרו לי שיש תור לעוד שנתיים!"

**לא הגיוני שצריך לחכות במשך חודשים כדי לקבל חלק מהטיפול הנדרש, כגון שיחות עם אנשי מקצוע. מי שנמצא בדיכאון, ויכול למות כל רגע, לא יקבל טיפול. המטופל צריך שישמעו אותו, שיקשיבו לו.**

**התורים הארוכים מייאשים את המטופלים - אבל כאשר רואים בתקשורת שיש בעיה של תורים ברפואה בתחום, אנשים לא באים לקבל סיוע. אנשים מתייאשים. צריך לתפוס את המטופל כאשר המשבר אצלו עוד קטן, ולא לתת לזמן לעבור ולמשבר להחריף. שלא לדבר על כך שבמשך הזמן החולף עד הטיפול, המטופל חווה משבר וסבל, כך גם משפחתו סביבו המנסה לתמוך בו.**

**חלק מהעניין זה שחסרים רופאים פסיכיאטריים, חסרים עובדים סוציאליים, חסרים אנשי צוות שיוכלו להקדיש זמן לחולים, להקשיב להם, ודבר זה הוא חיוני. כאשר אני פונה לקופת חולים, אחת לחודש הרופאה רואה אותי. אבל מה שאני הייתי צריכה - זה את השיחות, את הטיפול המקצועי הרצוף.**

#### **4.6. עדות מנהלים בכירים - דר' טל ברגמן, ראש אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות:**

"לתחומים סקסיים קל יותר לקבל תקציבים - אנחנו לא כאלה, בריאות הנפש לא תהיה נושא של תוכנית ריאליטי בטלוויזיה, שם תמיד יש אקשן. איך אפשר להסביר מה זה מתמחה שיושב בלילה במיון פסיכיאטרי ורואה 17 פניות של מצוקה נפשית וצריך גם לאבחן, גם לטפל, גם לנהל את הפניה, אבל בעיקר להכיל 17 אנשים, אחד אחרי השני. אז לפחות בתחום הזה צריך לקחת איזשהו אורך רוח ולתת נתח גדול יותר מהעוגה התקציבית" **העידה ד"ר טל ברגמן, ראש אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות בפני הוועדה** "לפעמים הדיונים התקציביים הם ברמה של כמה שקלים, זה שובר את ליבי אם אני צריכה לריב על כמה שקלים בשביל איכות החיים של החולה המתמודד עם מחלת נפש - יש כאן משהו לא תקין"

**ההחלטה היא לשים דגש על הקהילה - צריך להחליט האם אנו קובעים את הקהילה כמוקד עיקרי לכל הפעילויות, או להחליט שמאמינים באשפוז ואז הולכים בכל הדרך לכיוון זה. כיום ההחלטה מובילה לכיוון של הקהילה, וכל העולם מוביל לקהילה בתחום בריאות הנפש. הרפורמה הייתה צעד ראשון וחשוב.**

**קהילה ראויה בבריאות הנפש - משמע לקיים צוותי משבר, צוותי חירום, טיפולי יום בבתי המטופלים, לתת למטופל טיפול הולם ורציף בסביבתו המיידית. הקהילה משמעה לפתח ולתמוך בכמה שיותר שירותים שהם מונעי אשפוז, וכמה שיותר שירותים הנותנים שירות בבית של המטופל.**

**מחסור תקציבי - תחום בריאות הנפש צריך כל הזמן להתחרות בתחומים אחרים. צריך העדפה מתקנת. לקחת מתוך עוגת התקציב הכוללת של הבריאות ולתת העדפה לתחום בריאות הנפש. כסף הוא סיבה, לא בלבדית, אך מרכזית, לכך שהדברים לא קורים. אם אתה רוצה לשלב בקהילה, עליך לתת יותר.**

**מחסור בכוח אדם - בתחום הפסיכיאטריה לילידים ונוער יש בעיה אמיתית להביא כח אדם. בריאות הנפש הוא תחום מולטי-דיסציפלינרי. זה לא רק רופאים פסיכיאטריים, יש אנשי מקצוע נוספים שיכולים לסייע בתחום.**

**קביעת סטנדרטים לבריאות הנפש - בעקבות הרפורמה נדרש עוגן רגולטורי של סטנדרטים שצריך לקבוע, של נהלים והסכמים. זמינות ונגישות צריכים להישמר בקפידה. בסוף 2018 התחילו להטמיע סטנדרטים בשטח. הסטנדרט הבסיסי הוא של זמני המתנה, ולאחריו יש סטנדרטים נוספים.**

**אם יהיה פיתוח נכון של הקהילה, יהיה איזון עם המערכת האשפוזית - אם 30% היו יכולים להתאשפז בבית מאזן, היינו יכולים להגיע לאיזון. זה נכון להשקיע בבתי החולים, אך יש להיזהר ממצב שהכספים יושקעו רק בבתי החולים ולא תהיה השקעה בקהילה.**

**משרד הבריאות אחראי לתכלול, לדאוג לרצף הטיפול - בריאות נפשית היא דבר שיכול לגעת בכל אדם, לכן חשוב לשמור על התחום.**

1. עשרות רבות של עדויות חשפו בפנינו תמונת מצב מדאיגה, המאימת על המשך איתנות מערכת הבריאות הציבורית בישראל. תמונת מצב זו צריכה להדיר שינה מעיני תושבי ישראל וממשלת ישראל, ומחייבת שינוי מידי של סדר העדיפויות הלאומי, הקצאת תקציבי חירום לשיקום מערכת הבריאות ותיקון מנגנוני התקצוב שלה, האחראים בין השאר על אובדן החמלה של המערכת וראיית המטופלים דרך הפריזמה הכלכלית בלבד.
2. **מצאנו מדיניות מתמשכת של "הרעבה תקציבית"** אשר הובילה לירידה בהשתתפות המדינה במימון צרכי הבריאות של תושבי ישראל ולעליה בהוצאה הפרטית של תושבי המדינה על שירותי בריאות.
3. מצאנו כי מדיניות זו נכשלה והביאה לכך **שמדינת ישראל הפרה את מחויבותה כלפי תושביה**: היא איננה מספקת עוד שירותי בריאות באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח/ת, ואיננה עומדת בעקרונות שהיא עצמה הגדירה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי: מתן שירותי בריאות לתושביה תוך שמירה על צדק, שוויון ועזרה הדדית.
4. מצאנו כי **מדיניות "ההרעבה התקציבית" מיושמת דרך מנגנוני תקצוב לקויים שאינם נותנים מענה לצורכי הבריאות של תושבי ישראל**. מנגנונים אלה יצרו כשלים ועיוותים מהותיים בכל שדרות מערכת הבריאות הציבורית שאת הסימפטומים שלהם אנו רואים היום דרך: חולים השוכבים במסדרון, וזאת מעבר למותר ברישיון משרד הבריאות, חולים המתחננים לתרופות חיוניות שאינן נכללות בסל הממלכתי, מחסור בתקנים לצוותים רפואיים (רופאים/ות, אחים/יות, וגו'), עומסים בלתי נסבלים ומחסור בתורים בקהילה, הגבלות על אפשרות תכנונית וגמישות בקרב הנהלות בתי החולים, הנהלות קופות החולים ואף בקרב הדרג המקצועי במשרד הבריאות.
5. חשוב לומר, לא מצאנו כל כוונת זדון במדיניות התקציבית של מערכת הבריאות ואפשר שמנגנוני התקצוב שלה היו נדרשים בראשית הדרך עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על מנת להביא להתייעלות המערכת. עם זאת, אין ספק שבמהלך השנים הפכה מדיניות תקציבית זו ממייעלת למרעיבה, וגרמה להידרדרות מערכת הבריאות. **מדיניות זו חייבת להיפסק ודינם של חלק ממנגנוני התקצוב הקיימים (כדוגמת הסכמי הייצוב) לעבור מן העולם**.
6. מצאנו כי המתווה לשיקום מערכת הבריאות, שניסח המנהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, הכולל שינוי מנגנוני תקצוב מרכזיים לצד תקצוב מידי של 5 מיליארד ₪ לבסיס תקציב 2020, והוגש לממשלה בחודש ינואר 2019, נותן מענה ראוי למצב החירום בו אנו נמצאים. **אנו קוראים לממשלה הנכנסת להציב את מערכת הבריאות בראש סדר העדיפויות שלה ולאמץ מתווה זה, כולל תקצוב מידי של 5 מיליארד לבסיס תקציב 2020**, וזאת למען שיקום מערכת הבריאות הציבורית.
7. מצאנו כי **למדינת ישראל דרושה תכנית אסטרטגית ותכנון לאומי ארוך טווח למערכת הבריאות**. זאת על מנת להיערך לאתגרים העתידיים, ובפרט הגידול באוכלוסייה, הזדקנות האוכלוסייה והקידמה הטכנולוגית.
8. **מצאנו כי מערך בריאות הנפש מצוי במצוקה ממשית, הפוגעת באחת האוכלוסיות החלשות ביותר בחברה**. זוהי לא רק הפרת מחויבות המדינה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אלא גם הפרת האחריות המוסרית הבסיסית של מדינה ישראל כלפי פגועי הנפש בחברה. אנו קוראים לממשלת ישראל, משרד האוצר ומשרד הבריאות לקיים דיון חירום בנושא ולהעביר לאלתר את התקציבים המעוכבים.
9. **אנו סבורים כי מערכת הבריאות מצויה על קו פרשת המים, וזוהי שנת ההזדמנות של אזרחי ישראל וממשלת ישראל לעצור את ההידרדרות ולהשיב את מערכת הבריאות לאיתנה**. החמצת ההזדמנות תוביל בהכרח לקריסתה של המערכת בתוך שנים ספורות, זאת גם לאור הגידול הדרמטי באוכלוסייה המתבגרת, הצפוי בעשור הקרוב.

## פרק ד': המלצות הוועדה, עם המבט לעתיד

על רקע העדויות אותן שמעה הוועדה ועל רקע כישלון מדיניות תקצוב חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר הביאה לידי שחיקת מקורות ותשתיות מערכת הבריאות בשנים האחרונות ולהשלכות קשות על איכות זמינות ונגישות שירותי הבריאות לתושבים, מוצגים בזה עיקרי המלצות הוועדה.

כאמור, ועדה זו הוקמה מכוח קואליציה רחבה של עשרות ארגוני חולים, ארגון רופאי המדינה, הסתדרות האחים והאחיות בישראל וארגונים חברה אזרחית נוספים. המלצותינו גובשו מתוך ראיית זכאותם האזרחית הבסיסית של תושבי מדינת ישראל לשירותי הבריאות, מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

עשרות רבות של עדויות חשפו בפנינו תמונת מצב מדאיגה המאיימת על המשך איתנותה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל. מצאנו כי המדיניות המתמשכת של "הרעבה תקציבית" שהגיעה ל-20 מיליארד ₪, הביאה לידי שחיקת מקורות ותשתיות מערכת הבריאות בשנים האחרונות ולהשלכות קשות על איכות, זמינות ונגישות שירותי הבריאות לתושבים והביאה להפרת המחויבות של המדינה לתושביה, כאשר אינה מספקת עוד שירותי בריאות באיכות סבירה, בתוך מתן סביר ובמרחק סביר.

יש הכרח בשינוי מידי של סדר העדיפויות הלאומי תוך הקצאת תקציבי חרום לשיקום מערכות הבריאות ותיקון מנגנוני התקצוב שלה.

אנו, חברות וחברי הוועדה, תומכים במתווה המנהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, שהוגש לממשלה בחודש ינואר 2019, עם הדגשים הבאים:

1. **הגדלת המקורות הציבוריים של מערכת הבריאות**
  - 1.1. **הקצאה תקציבית של 5 מיליארד ₪, כתוספת מיידית לבסיס תקציב משרד הבריאות לשנת 2020** - זאת ליישום הצעת המחליטים שהוגשה לשולחן הממשלה על ידי המנהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות ביום 17/01/19, בתוספת תקצוב מידי לתקנים של צוותי רפואה וסיעוד.
  - 1.2. **הגדלת ההוצאה הציבורית לבריאות** - גיבוש תוכנית לאומית רב שנתית אשר תגדיל באופן שיטתי את ההוצאה הציבורית על בריאות כך שבשנת 2025 הוצאה זו לא תפחת מ-6.3% מהתמי"ג (הממוצע הקיים במדינות ה-OECD, לעומת שיעור של 4.6% בישראל). במקביל יש להפחית את נטל ההוצאה הפרטית של תושבי ישראל כך שתעמוד על 25% מההוצאה הלאומית לבריאות.
2. **מנגנוני סל השירותים שבאחריות קופות החולים**
  - 2.1. **התאמת מנגנוני תקצוב סל השירותים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי לצורכי תושבי ישראל** - עדכון אוטומטי של המקורות, שיכלול את המרכיבים הבאים:
    - א. **עדכון דמוגרפי המעוגן בחקיקה לעלות סל השירותים הכלולים בחוק** - עדכון זה יביא לידי ביטוי את מלוא הגידול הדמוגרפי, כולל הזדקנות האוכלוסייה בכל שנה.
    - ב. **מדד יוקר הבריאות אשר בחוק** - שינוי הרכב המדד כך שיתן פיצוי מלא לגידול בשכר עובדי מערכת הבריאות וכן בעלויות האשפוז.
    - ג. **שיעור עדכון טכנולוגי שנתי** - תוספת שנתיית בשיעור של 1.5%-2% מעלות סל הבריאות.
  - 2.2. **מנגנוני התמיכה בדיעבד בקופות החולים (הסכמי הייצוב)** - לצמצם למינימום את מנגנוני התמיכה בדיעבד בקופות החולים עד לביטולם המוחלט בתוך 5 שנים, והטמעת היקף התמיכה שבהסכמי הייצוב הנוכחים בעלות הסל לקופות.
3. **מנגנון עדכון סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות (התוספת השלישית)**

החל משנת 2020 ייקבע מנגנון עדכון לתקציב התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, לפי סוג שירות, לרבות מצבת התקנים העוסקים במתן השירות במשרד הבריאות. במנגנון עדכון זה יש לכלול את גידול האוכלוסייה והזדקנותה, עדכון מחירים ועדכון טכנולוגי.
4. **תקצוב מערך האשפוז**

שיעור מיטות האשפוז בישראל הוא מהנמוכים בעולם המערבי, תפוסת המיטות היא מהגבוהות ביותר והשהייה הממוצעת - מהנמוכות ביותר. כפי שעולה מהממצאים והעדויות, לשימוש האינטנסיבי בתשומות המיטות הכלליות השפעה מרכזית על איכות השירות הניתן למטופלים ושחיקה של המטפלים, ומסביר במידה רבה את תופעת "הזקנה במסדרון". על רקע המצוקה הקשה והצורך להיערך לגידול והזדקנות האוכלוסייה ולעלייה בתחלואה הכרונית, מומלץ כלהלן:

  - 4.1. **תקצוב מידי של בתי החולים להבטחת יציבותם** - הכנסת גירעונות, המוכרים בתוכניות ההבראה של בתי החולים הציבוריים, לבסיס התקציב שלהם, כדי למנוע מצבים של כיסוי גירעונות בדיעבד.
  - 4.2. **הוספת מיטות אשפוז לבתי חולים כלליים** - הוועדה ממליצה על תוספת מיטות מידית, שתאפשר מתן ביטוי להזדקנות האוכלוסייה ותקצוב מלא של תקני צוותי רפואה וסיעוד ושאר צוותים מקצועיים הנדרשים לצורך הפעלת המיטות.

- 4.3. **הקמת בתי חולים נוספים** - ביצוע מידי של החלטות הממשלה על הקמת בתי חולים נוספים – אחד בצפון ואחד בדרום. זאת נוסף לתקצוב תוספת מיטות לבתי חולים קיימים כמפורט לעיל.
- 4.4. **קביעת שיעור מינימלי למיטות אשפוז כלליות** - ייקבע כי החל משנת 2023 שיעור מיטות האשפוז הכללי ביחס לגודל האוכלוסייה לא יפחת מ-1.9 מיטות אשפוז ל-1,000 נפש ותקצוב מלא של תקני צוותי רפואה וסיעוד וצוותים רפואיים הנדרשים לצורך הפעלת המיטות והקמתן.
- 4.5. **מיטות מסדרון ומיטות מחוץ לרישיון הקבוע במשרד הבריאות – כאמירה ערכית, הוועדה דוחה מכל וכל את הפרקטיקה שהשתרשה במערכת הבריאות של 'מיטות מסדרון'**. הוועדה ממליצה לקבוע כיעד שהחל משנת 2023 תיאסר בתקנות הפעלת מיטות מעבר לרישיון המחלקה הקבוע במשרד הבריאות וכן תיאסר הצבת מיטות במסדרון.
- 4.6. **אשפוז ביתי וטיפול בית** – הגדלת הקצאת התקציב הייעודי לפיתוח שירותים של אשפוזי בית כחלופה לאשפוז במערך האשפוז הכללי.
5. **תקני צוותי רפואה, סיעוד ומקצועות בריאות נוספים ותכנון כוח אדם במערכת הבריאות**
- כפי שעולה מהממצאים והעדויות, המטפלים והמטפלות במערך האשפוז והקהילה מתמודדים עם עומסים קשים ושחיקה המובילים לפגיעה באיכות הטיפול בתושבי ישראל, ואף, לעיתים, באובדן החמלה הבסיסית כלפי המטופל/ת. כמו כן, נכון להיום נוצר מצב פרדוקסלי בו ישנם בישראל יותר רופאים ורופאות מתקנים לאנשי רפואה. על רקע המצוקה הקשה והצורך להיערך לגידול והזדקנות האוכלוסייה ולעלייה בתחלואה הכרונית מומלץ כלהלן:
- 5.1. **עדכון תקני צוותי רפואה, סיעוד ומקצועות בריאות נוספים ותקצובם בהתאם להמלצות** להגדלת שיעור מיטות האשפוז, עדכון הגידול באוכלוסייה והגדרת הזמן הסביר לעיל.
- 5.2. **תכנון כוח אדם במערכת הבריאות** – גיבוש ותקצוב תוכנית לאומית רב שנתית לתקנון כח האדם במערכת הבריאות למתן מענה לפרישת רופאים אחרות וצוותים רפואיים, למקצועות במצוקה, לצמצום.
- 5.3. **להגדיל את תקינת צוותי רפואה, סיעוד ומקצועות בריאות נוספים, בהתאם לגידול פעילות באופן רציף, וללא רף המינימום של עליית היקף הפעילות ב-10%** (הסכם השכר עם האחים והאחיות). היקף הפעילות האמבולטורית בבתי החולים עלה בהיקפים גדולים, ולא ניתן לכך מענה מספק בתקינה הקיימת.
6. **רפואת קהילה ובריאות הציבור:**
- כפי שעולה מן הממצאים והעדויות, התורים במערכת הבריאות הן במערכי האשפוז והן בקהילה חורגים מעל ומעבר למה שנתפס "סביר" על ידי המטופלים והצוותים, בכירי מערכת הבריאות והמומחים. רפואת קהילה ובריאות הציבור הם הבסיס לשירותי בריאות ממלכתיים ולצמצום פערים בפריפריה. אולם כפי שעולה מהממצאים והעדויות המחסור והעומס הקשה על הצוותים בקהילה ובבריאות הציבור איננו מאפשר להעניק שירותי בריאות סבירים לתושבי ישראל. כמו כן, השקעה ברפואת קהילה ובריאות הציבור תפחית עלויות למערכת הבריאות הציבורית, על כן מומלץ כלהלן:
- 6.1. **הגדרת סטנדרט לזמני המתנה ("זמן סביר") לרפואת משפחה ולרפואה יועצת בקהילה.**
- 6.2. **הגדרה "זמן סביר" למפגש אצל רופא/ת המשפחה, רפואה יועצת בקהילה, צוותי בריאות הציבור** – זמן המפגש בין רופא/ה למטופל/ת הינו אבן בסיס לאיכות הטיפול ושביעות רצון המטופלים. הוועדה התרשמה כי נכון להיום, במקרים רבים, הזמן המוקדש למפגש הרפואי אינו מאפשר טיפול נאות. מכאן שהוועדה רואה חשיבות רבה. ביישור קו עם הסטנדרטים הבינ"ל, המציינים פרק זמן של בין 15-12 דקות.
- 6.3. **הגדרת סטנדרט של "מרחק סביר" בקהילה ובריאות הציבור** - הגדרה למרחק סביר לרפואת משפחה, לרפואה יועצת, לבדיקות אבחון (כגון הדמיה), לקבלת טיפול רפואי ולמתן שירותי בריאות הציבור. הגדרת מרחק סביר תביא לצמצום הפערים בין מרכז לפריפריה.
- 6.4. **מעקב אחרי תורים במערכת האשפוזית והקהילתית** - הפעלת מערכי דיווח ומעקב אחר תורים לרפואת מומחים ולניתוחים אלקטיביים וקביעת זמני המתנה מקסימאליים, אשר מעבר להם יוכל המטופל לבחור כל רופא/ה או ספק שירותי בריאות לקבלת השירות.
7. **בריאות הנפש:**
- על פי הממצאים והעדויות, מערך שירותי הבריאות למתמודדי הנפש הוזנח במשך שנים. תשתיות האשפוז בחלק מהמוסדות אינן ראויות לשהות מטופלים, תורי המתנה בקהילה לבתי סבירים וגוי. הרפורמה בבריאות הנפש והמעבר מאשפוז לקהילה היא קריטית ויש ליישם אותה באופן מלא ומידי, תוך העברת התקציבים שכבר הוקצו לה וקביעת סטנדרטים ל"זמן סביר" לשירותי בריאות הנפש.

- 7.1. הגדרה ותקצוב "זמן סביר" למתן שירותי בריאות הנפש בקהילה - החל מ- 2020 יקבעו סטנדרטים לזמן המתנה "סביר", כמתחייב בחוק ביטוח בריאות ממלכתי והקצאת תקציב ליישומם.
- 7.2. הקמת מערך רפואת חירום בבריאות הנפש ותקצובו - הקמת מערך למתן מענה במקרי משבר (מד"א נפשי) והכשרת צוותים מטפלים להגעה והתערבות בבית. מערך רפואת חירום בבריאות הנפש יצמצם את האשפוז וההגעה למיון תוגדר כאופציה אחרונה.
8. הקמת גוף אזרחי למימוש ההמלצות – יוקם גוף אזרחי למימוש ומעקב אחר ההמלצות בו ישבו נציגים מפורום הארגונים, נציגי ועדת החקירה האזרחית, וחברים ממועצת הבריאות. הגוף שיוקם יקיים פעילות אזרחית לצד קידום ההמלצות במועצת הבריאות. משרד הבריאות יגיש דיווחים לגוף זה וכן לוועדת הרווחה העבודה והבריאות בכנסת על אופן מימוש תוספת התקציב שניתנה.

### **2019 היא שנת ההזדמנות!**

**אנו קוראים לאזרחי ישראל לצאת ולדרוש מן הממשלה ליישם את ההמלצות ולעמוד בהתחייבותיה, כמתחייב בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המושתת על עקרונות של שוויון, צדק ועזרה הדדית.**

