



אי־השוויון בחלוקת ההכנסות הגורם המשפיע ביותר על רמת הבריאות



הטיפול הרפואי חייב להיות נגיש לכולם, אומר ד"ר דני פילק, יו"ר עמותת "רופאים לזכויות אדם" ■ לצמצום הפערים יש, לדבריו, השפעה ממשית על מצב הבריאות, ולעוני היחסי השפעה על התפתחות מחלות לב יותר מאשר לעישון ■ מהו היחס הנכון בהוצאה הלאומית לבריאות בין מימון ציבורי למימון פרטי, ומדוע השתתפות עצמית של עמיתי קופות החולים אינה יעילה

< מנחם פרידמן



ד"ר דני פילק:
 "אני מתנגד עקרונית
 להשתתפות עצמית
 במימון הטיפול
 הרפואי, להוציא
 תרופות"

במדינת חוק דמוקרטית.
 – ד"ר דני פילק, כיו"ר עמותת רופאים לזכויות
 אדם דאי היית רוצה להשתתף בדיוני ועדת סל
 הבריאות ולהשמיע שם את העקרונות שבהם אתה
 דוגל.

"כן, אם כי אני חייב לומר שבאופן כללי ועדת
 הסל עושה עבודה מאוד טובה", אומר ד"ר פילק.
 "הפגיעה בשוויוניות אינה מוצאת את ביטויה
 בדיוני ועדת סל הבריאות. בהיבט של שוויוניות
 בשירותי בריאות – אני סבור שהכל מודעים לכך
 שבקצב שהרפואה מתפתחת יש פער בלתי נמנע
 בין האפשרויות לטיפול במחלות שמספק לנו מדע
 הרפואה לבין מה שיכולה החברה לספק לעמיתיה.

< המשך בעמוד הבא >

רקע איומיה של הר"י לעתור לבג"ץ אם לא יוגדל
 סל התרופות, אישרה הממשלה (בשלב הראשון,
 שביתת חולי סרטן המעי הגס בחודש מאי) את
 הגדלת הסל בסכום של 310 מיליון שקל.

המראות קורעי הלב של חולים המפגינים למען
 הכנסת תרופות לסל הם ביטוי קיצוני לאי-השוויון
 ון בחלוקת הכנסות. אלא שאי-השוויון בתחום
 הרפואה אינו מתבטא רק במקרים של חולים סופי-
 ניים, הזקוקים לתרופות מצילות חיים שעלותן
 עשרות ואף מאות אלפי שקלים. אי-השוויון פוגע
 כל העת בבריאותם של מאות אלפי ישראלים,
 שידם אינה משגת לממן תרופות וטיפולים רפואי-
 ים שגרתיים ולהבטיח לעצמם זכויות יסוד, האמר
 רות להיות מוקנות להם מכוח היותם אזרחים

אלות עקרוניות ומסובכות
 בתחום זכויות האדם ברפואה
 עלו לקדמת סדר היום הציבורי
 רי במהלך מערכת הבחירות
 לכנסת ה-17. דיוניה של ועדת
 סל התרופות נקטעו, בהוראת היועץ המשפטי
 לממשלה, בגלל סמיכותם למועד הבחירות. לאחר
 שהתחדשו, אחרי הבחירות, פרסמה הוועדה את
 רשימת התרופות המומלצות בסך 466 מיליון שקל
 והדיעה כי מדובר במינימום הדרוש. במקור,
 תקצב האוצר את עדכון סל התרופות השנה ב-164
 מיליון שקל. על רקע הודעתו של יו"ר ועדת הסל,
 פרופ' מרדכי שני, כי יתפטר מהוועדה אם תעדכן
 הממשלה את הסל ב-164 מיליון שקל בלבד, ועל

ש



// אי-השוויון בחלוקת ההכנסות הגורם המשפיע ביותר על רמת הבריאות //

< המשך מעמוד קודם >

"צריך גם לדעת כי מקצת הבקשות להרחבת הסל, המגיעות לשולחן הוועדה, עונות לאינטר-סים של החברות המייצרות אותן תרופות או פרוצדורות טכנולוגיות יותר מאשר לאינטרס הציבורי. צריך לצמצם כמה שאפשר את פערי הנגישות של הציבור לתרופות ולפרוצדורות, כך שפערים אלה יהיו בשוליים, ולא במרכיבים המרכזיים. עם זאת, תוצאות מחקרים הנערכים כעת בעולם בנושאים אלה מלמדות שעל אף שהרופאים, מערכת הבריאות ואנשי המקצועות הרפואיים עושים עבודה טובה וחשובה, התרומה שלהם לבריאות הציבור היא צנועה בלבד. השינויים הגדולים באמת במצב בריאותן של אוכלוסיות שונות, הסיבות שמאחורי הירידה בתחלואה והגידול בתוחלת החיים – אלה תלויים פחות בתגלית ותרופות ויותר בשיפור תנאי החיים: רמת הדיור, התזונה והספקה נכונה של מים. התנאי אשר ויון במצב הבריאות הוא צמצום של ממש באי-השוויון בכל התנאים החומריים הסביבתיים."

"תוצאות מחקר של החוקר הבריטי ריצ'רד ווילקינסון מלמדות, כי החל מרמת תוצר מקומי גולמי (תמ"ג) לנפש של 1,000-1,500 דולר, שהיא רמה נמוכה מאוד (לצורך השוואה, התוצר לנפש בישראל הוא כ-17,500 דולר), המשתנה המשפיע יותר על מצב בריאות האוכלוסיה אינו התמ"ג לנפש, אלא חלוקת התמ"ג לנפש בין השכבות השונות של האוכלוסיה. אי-השוויון בחלוקת ההכנסות הוא הגורם המשפיע על רמת בריאות האוכלוסיה יותר מהגורמים האחרים; וישיראל היא, כידוע, מהמדינות המובילות בעולם באי-השוויון בחלוקת ההכנסות."

"לצמצום הפערים יש השפעה של ממש על מצב הבריאות, וגם עוני יחסי, כמשתנה בודד, הוא בעל השפעה רבה. לעוני היחסי יש השפעה על התפתחות מחלות לב יותר מאשר לעישון. לפי ממצאי דו"ח העוני השנתי, יש בישראל כ-1.5 מיליון אנשים החיים מתחת לקו העוני, כמחציתם ילדים."

"המנגנון מתעלם"

– האם ישראל מתהדרת בצדק בחוק ביטוח

בריאות ממלכתי כהישג חברתי ממדרגה ראשוני-נה בכל הנוגע להספקת שירותי בריאות לציבור?

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה בסיס מצוין בהיבט של בריאות הציבור. החוק, כפי שנחקק בשנת 1995, הוא חוק טוב מנקודת ראות שוויונית. לחוק היתה בעיה אחת עיקרית ועוד שתי בעיות פחות מרכזיות."

"הבעיה העיקרית היא שיטת חישוב העלויות המשתנות של סל הבריאות, ונוגעת למנגנון עדכון העלות. העלות נקבעה כעלות גלובלית, בהתאמה לתוחלת החיים הממוצעת בעת החקיקה. נקבע מנגנון מאוד מורכב ומתוחכם לעדכון עלות הסל, המשלב את מדד המחירים לצרכן ואת מדד תשורת מות הבריאות; אך המנגנון הזה מתעלם מכך שבמהלך השנים שעברו ממועד החקיקה התארכה תוחלת החיים. הוא גם אינו נותן מענה הולם לגידול הטבעי של האוכלוסיה. כתוצאה מכך, לאורך השנים, בחישוב של עלות מימון שירותי הבריאות לנפש, חלה שחיקה במרכיבי המימון של הסל, ולפיכך יש פגיעה של ממש ביכולת הכספית לתמוך בסל רלוונטי."

"בנוסחת החישוב יש אמנם מרכיב של התייעלות, אבל צריך להיזהר מאוד משימוש במרכיב זה, פן יקרה מה שקרה לאיכר, בבדיחה המפורסמת,

//

השינויים הגדולים באמת במצב בריאותן של אוכלוסיות שונות תלויים פחות בתגליות רפואיות ויותר בשיפור תנאי החיים. התנאי לשוויון במצב הבריאות הוא צמצום של ממש באי-השוויון בכל התנאים החומריים הסביבתיים



פילק: "גם במצב אידיאלי יהיו תרופות שהמדינה לא תוכל לממן". הפגנת חולים לעדכון הסל צילום: יואב גלאי



שביקש לחסוך בעלויות והחליט להפחית בהדרגה את כמות המזון שסיפק לחמורו, עד שהמסכן שבק חיים.

"בעיה אחרת היא שלפי החוק, את הקפיטציה מחשבים לפי הגיל וגורמים אחרים. אין ספק שגיל הוא משתנה מרכזי, שלפיו אפשר להעריך את מידת השימוש בשירותי הבריאות – אבל יש משתנים אחרים, המשפיעים על רמת האינטנסיביות של השימוש בשירותים אלה; לדוגמה, המצב החברתי-כלכלי. החוק אמנם מאפשר להכניס את הגורם הזה לחישוב הקפיטציה, ויש ועדה כלשהי הדנה בדרכים לשינוי נוסחת הקפיטציה, אך בפועל היא אינה מתכנסת.

"כל המכלול הקשור בבריאות השן נותר מחוץ לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מדובר בהחלטה תמוהה בכל הנוגע לשוויון הנגישות לשירותי הבריאות, גם בהיבט של יעילות הקצאת המשאב בים בשירותי הרפואה. בישראל מגיעה ההוצאה לבריאות השן לכ-11% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות. במדינות אירופה נעה רמת ההוצאה הזאת בין 5% ל-6%. לעומת זאת, מצב בריאות השן של האוכלוסיות השונות באירופה הרבה יותר טוב מאשר בישראל.

"הדבר נובע מכך שבמדינות שבהן בריאות השן היא בסל הבריאות, יש תמריץ גדול הרבה יותר



לתקרת השכר יש היגיון, כשמדובר בגביית דמי הביטוח הלאומי. החזרת תקרת השכר לצורכי גביית דמי ביטוח הבריאות גרמה לאובדן הכנסות בהיקף כ-350 מיליון שקל, סכום שהוא הפער בין עמדתה של ועדת סל התרופות לבין האוצר

היעד שאליו צריכים לשאוף בישראל הוא היחס המקובל בהוצאה הלאומית לבריאות במדינות אירופה המערבית, 80% מימון ממלכתי ו-20% מימון פרטי; יחס שאפשר להגיע אליו, מאחר שהוא קיים במדינות שבהן התוצר הלאומי הגולמי לנפש אינו גבוה מזה שאצלנו

על אנשי האוצר להיות מודעים לכך שכל שמפריטים יותר נתחים ממגזר הבריאות, גדלה ההוצאה הלאומית לבריאות - מאחר שמאבדים שליטה, רגולציה, על הפעילות המופרטת, והיא חומקת לחלוטין מכל פיקוח ממשלתי על עלות המימון



לעסוק במניעה של מחלות שיניים כחלופה לטיפול. הטיפול במחלות שיניים יקר עשרות מונים מפעולות המניעה, והשיקול כאן הוא כלכלי. בריאות השן, בעיקר במדינות שבהן היא אינה מבוטאת בביטוח הבריאות, היא אחד התחומים שבאמצעותם אפשר לקבל מדד אמין לגבי המעמד החברתי-כלכלי של האוכלוסיה.

"בשלבים המוקדמים של חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה המלצה לכלול בו את הכיסוי הביטוחי לטיפול שיניים אצל ילדים וקשישים, אך בסופו של דבר גם שתי אוכלוסיות אלה נותרו מחוץ לחוק.

"עוד בעיה המעיבה על יעילות החוק בכל הנוגע לנגישות לשירותי הבריאות היא נושא הסייג, שנוותר אף הוא מחוץ לחוק. מן הראוי היה לכלול גם אותו במסגרת החוק, לפחות באופן חלקי."

"הרע במיעוטו"

– הוויכוח העיקרי על מימון שירותי הבריאות, ובמרכזם סל הבריאות, הוא בין משרד הבריאות והארגונים הרפואיים, ובראשם הר"ל, לבין האוצר. האם תיתכן התקרבות בין שתי הגישות, המוסרית והכלכלית?

"גם אם היה מתפתח מצב המוגדר כאידיאלי, סביר להניח שהיו תרופות או פרוצדורות רפואיות שהמדינה לא היתה יכולה לממן. המדינה צריכה לצמצם תופעה זו לרמה מינימלית. השאלה אינה מתייחסת רק למערכת הבריאות, אלא גם למערכות ולתחומים אחרים. יש כאן חילוקי דעות בין תפיסות שונות.

"לדוגמה, הגבייה של מס הבריאות היא פרוגרסיבית עד רמת שכר של חמש פעמים השכר הממוצע, ומרמה זו ומעלה היא הופכת רגרסיבית. לתקרת השכר יש היגיון כשמדובר בגביית דמי הביטוח הלאומי. החזרת תקרת השכר לצורכי גביית דמי ביטוח הבריאות גרמה לאובדן הכנסות בהיקף כ-350 מיליון שקל – סכום שהוא הפער בין עמדת ועדת סל התרופות לבין האוצר.

"בסופו של דבר, תמיד יהיו קבוצות אנשים שהתרופות הייחודיות שלהן הם זקוקים לא ייכללו בסל. להערכתנו, בין מצב זה לבין המצב הנוכחי יש מצב ביניים, שהוא הרע במיעוטו."

– לאיזה יחס בין המימון הפרטי ובין המימון הציבורי עלינו לשאוף בהוצאה הלאומית לבריאות?

"ברוב מדינות אירופה המערבית היחס הוא בסביבות 80% מימון ציבורי ו-20% מימון פרטי. בעת חקיקת חוק בריאות ממלכתי בישראל היה היחס הזה 75% מימון ממלכתי ו-25% מימון פרטי. היום הגיע היחס בארץ ל-68% ממלכתי ו-32% פרטי, והחלק הפרטי הולך וגדל. ככל שגדל משקל המימון הפרטי, גדל גם אי-השוויון בנגישות לשירותי הבריאות. היעד שאליו צריכים

< המשך בעמוד הבא >



פילק: "בהצבעה המסיבית
למפלגת הגמלאים בלטה
השפעת המעמד החברתי של
אלה המתקשים לממן
שירותי בריאות"
צילום: אימגו בנק

// אי־השוויון בחלוקת ההכנסות הגורם המשפיע ביותר על רמת הבריאות //

< המשך מעמוד קודם >

לשאוף בישראל הוא היחס המקובל בהוצאה הלאומית לבריאות באירופה המערבית – יחס שאפשר להגיע אליו, מאחר שהוא קיים במדינות שבהן התוצר לנפש אינו גבוה מזה שאצלנו. בספרד, למשל, התוצר לנפש דומה לזה שבשראל, וגם ההוצאה לבריאות במונחי תוצר דומה לזו שבארץ, כ-8%.

"משרד האוצר שלנו יותר מודאג מגודלו של תקציב הבריאות מאשר מההוצאה הלאומית לבריאות. על אנשי האוצר להיות מודעים לכך שככל שמפריטים יותר נתחים ממגזר הבריאות, גדלה ההוצאה הלאומית לבריאות – מאחר שמאבדים שליטה, רגולציה, על הפעילות המופרטת, והיא חומקת לחלוטין מכל פיקוח ממשלתי על עלות המימון.

"בארצות־הברית מגיעה ההוצאה הלאומית לבריאות, במונחי תוצר, ל-14%. ככל שמצליחים לשמור על חלק גדול יותר של ההוצאה הלאומית לבריאות במימון ציבורי (העומד כיום על 45%), זה אולי מכביד על התקציב, אבל מונע אובדן שליטה על ההוצאה הכוללת. "לפיקדן יש היגיון כלכלי – וכמובן, היגיון של צדק ושוויון – בהגדלת הנתח הציבורי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות. אין זה לוקסוס של מדינות עשירות, אלא החלטה פוליטית על האופן שבו יחולק הנתל. בישראל הולכים לכיוון השני: הגדלה זוחלת של החלק הפרטי במימון ההוצאה הלאומית לבריאות. זה בא לידי ביטוי בביטול המס המקביל בשנת 1997, בחוק ההסדרים של 1998, שחייב השתתפות עצמית של חולים בהוצאות בריאות שונות, וגם בהחלטת המדינה להעביר את נטל הגירעון בתקציב הבריאות לקופות החרים; ובעקבות זאת, נאלצות הקופות לבטל שירותים מסוימים ולהעביר שירותים אחרים למסגרות של ביטוחים משלימים ופרטיים לסוגיהם.

"המבנה המעמדי של הנגישות לביטוח בולט מאוד לעין בהיבט הגילי חברתי-כלכלי של עמית קופות החולים. חסרי האמצעים מתקשים יותר ויותר להגיע לשירותי בריאות, המושמטים מרשימת השירותים שלהם היו

אם הפרמיות יעלו, יקטן היקף המשתמשים בביטוחים אלה.

"במדינות לא מעטות בעולם מופעלת מערכת תלת־ממדית. ברובד האחד אנשים שלהם נגישות לשירותי רפואה באמצעות מערכת פרטיות או פרטיות למחצה; השני, מי שנשענים על המערכות הציבוריות; והשלישי מתייחס אל חסרי האמצעים, התלויים במה שאפשר לכנות 'רשת הצלה'. לא הגענו עדיין למצב זה, אך אנחנו יכולים להיסחף לשם במהירות יחסית. 11 שנה אחרי הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ניתן לומר שישראל מתקדמת במהירות יחסית למעמד הלא מחמיא הזה; תהליך המקבל ביטוי בוטה עוד יותר במהלך השנים 1998 עד 2006".

"טיפשות כלכלית"

– מה יחסך למדיניות ההשתתפות העצמית של עמיתי הקופות במימון התרופות והביקורים אצל רופאים?

"אני מתנגד באופן עקרוני להשתתפות עצמית במימון כל פעולה במסגרת הטיפול הרפואי, להוציא תרופות. השתתפות עצמית במגזר הבריאות, שבו הגורם הקובע הוא צד ההיצע ולא הביקוש, אינה יעילה. יש כמה עבודות מחקר שנעשו בעניין זה המצביעות על כך. אחת מהן נעשתה על ידי מכון 'ראנד', מכון בלתי תלוי שאינו מייצג או קשור בשום גוף מן הגופים המעורבים. אחד הממצאים הבולטים במחקר זה: מכשול הנגישות לרפואה הראשונית באמצעות תשלום נוסף מתורגם בשלב מאוחר יותר לעלות גבוהה בהרבה, כשהחולה פונה לקבלת שירותים רפואיים באמצעות הרפואה השניונית והשלישונית. בכל מקרה, תמיד

זכאים החולים מכוח החוק לטובת שירותים שלהם כיסוי ביטוחי רק באמצעות ביטוחים משלימים ופרטיים. לכך יש השפעה של ממש על בריאות הציבור, בעיקר של אוכלוסיות חלשות, שגם בהיבטים אחרים החיים שלהן בישראל הם לא פיקניק".

"פרקט בחדר הניתוח"

– האם השאיפה ליתר שוויון היא שאיפה ריאלית במדינה כמו ישראל?

"במדינה קפיטליסטית מובן שאין זה ריאלי לשאוף לשוויון בתחום הנגישות לשירותי הבריאות, בעת שקיימים פערים ואי־שוויון זועק לשמים בתחומים רבים אחרים. יחד עם זאת, עדכון אוטומטי של סל הבריאות, שינוי ים בנוסחת העדכון של הסל, שינוי נוסחת הקפיטציה ושינוי חלוקת ההוצאה הלאומית לבריאות ל-80% מימון ממשלתי ורק 20% מימון פרטי – כל אלה היו הופכים את הביטוחים המשלימים מביטוח של תרופות וטיפולים בסיסיים, שכל האוכלוסיה אמורה להיות זכאית להם מכוח החוק, לביטוח של התנאים הנלווים לטיפול, 'שירותי המלונאות' של הטיפול הרפואי. מי שיש לו ומבקש לקבל את הטיפול בחדר ניתוח פרטיים, עם וילונות מתוצרת חוץ ורצפת פרקט, ולהתאושש מהניתוח בחדר מלון מפואר – שיבושם לו. הטיפול הרפואי, לפי היחס 80%-20%, חייב להיות נגיש לכולם.

"הביטוחים המשלימים נגישים כיום לאוכלוסייה רחבה יחסית, מאחר שהם אינם יקרים. אם חלק הארי של הטכנולוגיות החדשות יוכנס לשימוש באמצעות הביטוחים המשלימים, לא תהיה ברירה אלא לייקר את הפרמיות שלהם.

מאבק למען הזכות לבריאות

ד"ר דני פילק, בן 46, עלה לישראל מארגנטינה, שם השלים את לימודי הרפואה. הוא בעל תואר דוקטור לרפואה מאוניברסיטת בואנוס איירס ותואר דוקטור מהמכון הבינתחומי להיסטוריה של המדע והרעיונות באוניברסיטת טולדו. ד"ר פילק מעיד על עצמו כמי שבא ממדינה שבה מגבלות הרפואה הקלינית בולטות מאוד לעין.

הרגישות החברתית, הוא מספר, היתה תמיד חלק ממנו. לאחר עלייתו לישראל, הלכה והתחזקה הנטייה למעורבות, ואז גמלה בקרבו ההחלטה להרחיב את זוויות ההתבוננות, הלימוד והמחקר כדי להיטיב את הבנתו בתחומים אלה. לפיכך, חזר לספסל הלימודים והשלים במכון הבינתחומי תואר שני בתיאוריה פוליטית ודוקטורט בנושא השינויים במערכת הבריאות בישראל משנות השמונים ועד לסוף שנות התשעים.

בנוסף לעבודתו כרופא ילדים ולתפקידו כיו"ר עמותת "רופאים לזכויות אדם", משמש ד"ר פילק כחבר סגל ומרצה במחלקה לפוליטיקה וממשל באוניברסיטת בן-גוריון בבאר-שבע, והוא מעביר קורסים גם במחלקה לניהול מערכות בריאות של בית הספר לרפואה בבאר-שבע.

לעמותת רופאים לזכויות אדם הגיע ד"ר פילק לפני כעשר שנים, כמתנדב במרפאה ניידת בשטחים. במהלך חברותו בעמותה הצטרף כחבר להנהלתה, ולפני כשנה נבחר ליושב ראש. בינתיים, הרחיבה העמותה את פעילותה – מהתמקדות בשטחי הגדה ורצועת עזה גם לתחומים אחרים. כיום מונחים על סדר יומה מספר פרויקטים הקשורים בפגיעה בזכות לבריאות, שהיא – לתפיסת העמותה – זכות אוניברסלית ושוויונית. בפעילותה, מדגיגה העמותה את הקשר בין הפער הרחב ואי השוויון בין אוכלוסיות שונות במגזרי החיים השונים בישראל לבין אי השוויון בנגישות לשירותי הבריאות.

"על סדר יומה של העמותה פרויקט העוסק בפגיעה בבריאותם של בדווים המתגוררים ביישובים שאינם מוכרים על ידי מוסדות המדינה", אומר ד"ר פילק. "פרויקט אחר עוסק בבריאותם של אסירים ועצירים, אוכלוסיה חלשה במיוחד. פרויקט נוסף עוסק בזכות לבריאות של מהגרי עבודה, כינוי אחר לפועלים זרים, וישנו פרויקט תושבי ישראל, העוסק במכשיר לים למימוש הזכות לביטוח בריאות ממלכתי, זכות שהיא הביטוי החוקי של מחויבות החברה הישראלית לנגישות לשירותי בריאות".

"השפעת הגמלאים"

– כמרצה בבית הספר לפוליטיקה וממשל – איך אתה מסביר את אדישות הציבור לתופעות שאתה מתאר?

"מדובר בתמהיל של כמה סיבות. אי אפשר להצביע על גורם אחד לתופעה זו. אחת הסיבות היא סוג של אנוכיות, של דרוויניזם חברתי ההולך ומשתלט על חלקים הולכים וגדלים של החברה הישראלית. היבט אחר של הבעיה קשור להתנהלותה של התקשורת. כאשר עולה לקדמת השיח הציבורי בתקשורת נושא חברתי, כמו הטיפול באוכלוסיות חלשות במיוחד, מתחרים אמצעי התקשורת מי יביא את הסיפור המזעזע ביותר בתחום האומללות החברתית. בכך, במובהק, יש הסטה של העיסוק הציבורי מהעיקר לשוללי-השוריים, והנושא העיקרי יוצא נפסד.

"במסגרת ההוראה שלי באוניברסיטת בן-גוריון ון אני מלמד קורס מבוא למשטר פוליטי בישראל. למחרת הבחירות, במסגרת דיון על ההימנעות מהצבעה של בעלי זכות בחירה, שאלתי את הסטודנטים שלי כמה מהם יודעים פרטים על ביטוח הבריאות בישראל. התברר שבכל הכיתה, שבה סטודנטים הולמדים שנה ראשונה ושנייה, איש לא ידע ולו פרט אחד בנושא זה; ומדובר בסטודנטים בעלי רמת מעורבות גבוהה יותר משל הציבור בכלל.

"הדבר נובע מכך שנושאים רבים וחשובים הושמטו מהשיח הציבורי בחברה המודרנית. אין מדובר רק בישראל, זו תופעה המאפיינת את רוב העולם המערבי. אחת הבעיות העיקריות של משבר הייצוג בישראל, הבא לידי ביטוי בשיעור ההצבעה הנמוך ובהצבעה הרבה יחסית למפלגות אנטי-ממסדיות, נובע בין היתר מהתחושה שבכל מקרה הפוליטיקה אינה מסוגלת לשנות את המציאות.

"ובכל זאת, בנייתו של ההצבעה המסיבית למפלגת הגמלאים, אפשר לומר שהיתה כאן השפעה לא-ישירה של מעמד החברתי של כרבע מהגמלאים, שאינם מסוגלים לממן את הנגישות שלהם לשירותי הבריאות, מתקשים אף לממן תרופות – ומשלמים בכך מחיר יקר בבריאותם.

"שמעתי ברדיו ראיון עם חולה בסרטן המעי הגס, שהביע מחאה על כך שהתרופה שלה הוא זקוק כדי לחיות לא נכנסה לסל הבריאות. לבי איתו, וצריך לעשות את המקסימום כדי לצמצם את הפערים בין הצרכים לבין תכולת הסל; אולם מעבר לעיסוק התקשורתי במקרים קשים, פה ושם, לא היה דיון ציבורי אמיתי בעניין סל הבריאות, מה שמעוותו, כיצד קובעים את הרכבו וכו'. "צריך להעמיק את מעורבותו של הציבור בתהליך. באמצעות דמוקרטיזציה של המידע והרחבת המעגלים לידוע הציבור אפשר לסייע בתחומים אלה, ולו בטווח הבינוני והארוך. לפי שעה, הנגישות למידע זה רחוקה מהרצוי." ♦



**חסרי האמצעים
בין עמיתי קופות החולים
מתקשים יותר ויותר להגיע
לשירותי בריאות, המושמטים
מרשימת השירותים
שלהם היו זכאים החולים
מכוח החוק לטובת שירותים
שלהם כיסוי ביטוחי
רק באמצעות ביטוחים
משלימים ופרטיים**

**עדכון אוטומטי
של סל הבריאות, שינויים
בנוסחת העדכון, שינוי נוסחת
הקפיטציה ושינוי חלוקת
ההוצאה הלאומית לבריאות -
כל אלה היו הופכים את
הביטוחים המשלימים מביטוח
של תרופות וטיפולים
בסיסיים ל'שירותי המלונאות'
של הטיפול הרפואי**



אשפוז יקר הרבה יותר מהטיפולים הראשוניים, היכולים למנוע אותו. לפיכך, מדובר כאן בחשיבה שגויה גם בהיבטים הכלכליים המובהקים. "בעניין התרופות, הדבר מעט שונה. חייבים למתוח איזשהו גבול של השתתפות עצמית, שתמנע את הנטייה של אנשים לאגור תרופות. אבל העובדה שמחיר התרופות נעשה מכשול, המונע מאנשים לצרוך את התרופות הדרושות להם לפי מרשמים רפואיים, חורגת מההיגיון הכלכלי.

"קח לדוגמה חולה הסובל מאי-ספיקת לב, הנמנע מלקנות את התרופות שלהן הוא זקוק. רוב הסיכויים שהוא יתאשז אשפוז חירום עם בצקת ריאות, דבר המתרחש חדשות לבקרים, וברור שהטיפול במסגרת האשפוז יקר שבעת מונים מהיתרונות הכלכליים שבהשתתפות העצמית, כאשר זו גבוהה עד כדי מניעת תרופות מהחלשים. הדבר מוצא את ביטויו בסדרה ארוכה של מחלות כרוניות, ובהן יתר לחץ דם וסוכרת, המחייבות את הממסד הכלכלי לחשיבה יותר חכמה. ייקור ההשתתפות העצמית לרכישת תרופות מעבר לרף מסוים הוא עיוות חברתי וטיפשות כלכלית.

"הנתונים מצביעים על כך שההשתתפות העצמית מגיעה במקצת קופות החולים לכדי 40% מעלות התרופות. ברור שבתנאים כאלה אין מדובר רק במניעת אגירה ובזבוז, אלא בסיוע במימון הקופות. יש להפחית את ההשתתפות העצמית לרמה שהיתה לפני חקיקת חוק ההסדרים ב-1998; בעקבותיה היא התייקרה בכ-25%, ובשנים שלאחר מכן בה עוד התייקרויות זוחלות. גם אם יעשו כן, עם קצבה של 1,800 שקל לחודש עדיין יהיה קשה לקשישים לרכוש את התרופות – אבל אז יהיה אפשר לומר שההשתתפות העצמית, בממוצע, נועדה למנוע אגירת תרופות שלא לצורך".