
משרד הבריאות כרגולטור: חולשה כמדיניות



PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS
רופאים אֲבִיבָא לְחֻקּוֹת אָדָם
לְחֻקּוֹת אָדָם לְחֻקּוֹת אָדָם
יִשְׂרָאֵל אִסְרַת אִיִּים

**חוסר מעורבות מצד רגולטורים
אינו עמדה ניטרלית כפי שנהוג לחשוב
אלא להיפך,
זוהי התערבות לטובת החזק.**

מחקר וכתיבה: נילי אלכסנדרוביץ, עו"ד ויו"ת רוזנר, PhD

ייעוץ ועריכה: ליטל גרוסמן, הדס זיו

עיצוב: דוד מוסקוביץ / דוד ויוסף תקשורת חזותית

צילום: Pexels

תודות: לשותפים.ות לעשייה המתוארת בדו"ח ולכל מי שלקחו חלק בשלבי כתיבתו השונים

מרץ 2023

תוכן העניינים

תקציר	04
הקדמה	07
א. מבוא	08
א.1 רגולציה וזכויות אדם	08
א.2 הזכות לבריאות זקוקה לרגולטור	09
ב. אתגרים העומדים בפני משרד הבריאות	10
ב.1 כפל כובעים	10
ב.2 שחיקה תקציבית והפרטה מואצת	11
ב.3 אי שוויון ופערים גדולים בבריאות	11
ב.4 התמודדות מול שחקנים חזקים	12
ג. אי שימוש בכלים הרגולטוריים העומדים לרשות המשרד	13
ג.1 הימנעות משרד הבריאות מפיקוח על קופות החולים	13
ג.2 אי פיקוח על רפואה פרטית במערכת הבריאות הציבורית	17
ג.3 אי פיקוח על גופים חזקים בעלי אינטרסים מסחריים	19
ד. אי פיקוח הולם על מטפלים	25
ד.1 נציבות קבילות על מקצועות הרפואה	25
ד.2 אלימות מגדרית במערכת הבריאות	27
ה. התנערות מאוכלוסיות המטופלות במערכת הבריאות	28
ה.1 חסרי מעמד	28
ה.2 חיילים	30
ה.3 כלואים	32
ו. סיכום והמלצות	34

תקציר

הגשמתן של זכויות האדם המעוגנות באמנות בינלאומיות ובפסיקות בתי משפט גבוהים תלויה ברגולטורים אפקטיביים הפועלים ליישומן בחקיקה, תקנות, חוזרי מנכ"ל וצווים. ואולם, ההגנה על זכויות אדם אינה טמונה רק במידת כוחם של הרגולטורים, אלא בעיקר בערכים המנחים אותם. כדי להגן על הציבור, ובראש ובראשונה על אוכלוסיות מוחלשות ומודרות, נדרשים רגולטורים יעילים ומחויבים. דו"ח זה מציג שורה של מקרים המעידים כי משרד הבריאות אינו עושה את תפקידו כרגולטור נאמנה, וכתוצאה מכך נפגעת הזכות לבריאות של תושבי ישראל.

משרד הבריאות, ככל משרד ממשלתי, מתמודד עם אתגרים מורכבים ובהם כאלו הייחודיים לו. כך, למשל, ניגוד האינטרסים בשל היותו ספק ישיר של שירותי בריאות במקביל להיותו מתמחר השירותים הרפואיים פוגע במעמדו כרגולטור. בנוסף, מול משרד הבריאות פועלים גופים חזקים כקופות החולים, תאגידי בריאות, תאגידי תרופות בינלאומיים וההסתדרות הרפואית בישראל. העובדה שבין חלק מגופים אלה למשרד מתקיימת "דלת מסתובבת" גורמת למשרד להירתע ממאבקים עמם, ומחלישה את כוחו הרגולטורי.

בין אם מסיבות אלה או אחרות, משרד הבריאות נמנע או מתנער מתפקידו ומאחריותו כרגולטור במגוון תחומים. הימנעות זאת מובילה לפגיעה בזכות לבריאות של כלל האוכלוסייה בישראל, אך בעיקר של הקבוצות הפגיעות ביותר בה. שורה של מקרים מדגימה את הקשר בין חולשת המשרד כרגולטור לפגיעה באוכלוסיות אלו:

מתקצב בלי לפקח: כך למשל במקרה של קופות החולים, ספקיות שירותי הבריאות המרכזיות במדינה. אף שחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע את חובת המשרד לפקח על הקופות ולבקר את איכות השירותים שהן מספקות, המשרד לא דורש מהקופות שקיפות תקציבית, ולכן אין כל דרך לדעת שהן משקיעות את משאביהן באופן שוויוני והוגן. דוגמה מובהקת לכך היא ההשקעה המועטה יחסית של הקופות בפריפריה לעומת המרכז. למרות שהחל משנת 2010 הקופות מקבלות תוספת כספית עבור מבטחים המתגוררים בפריפריה,

הן אינן מחויבות לדווח ולהשקיע שם את הכספים, עובדה המאפשרת את המשך קיום הפערים בין המרכז לפריפריה.

מתחמק מקביעת סטנדרטים או קריטריונים מחייבים של זמן ומרחק למתן שירותי בריאות:
הצד השני של המשוואה, המאפשר את המשך הפערים ואי השוויון בשירותי הבריאות שהקופות מספקות, הוא העובדה שמשרד הבריאות לא קבע סטנדרטים או קריטריונים המחייבים את הקופות לעניין אופן מתן השירותים, למעט מספר מצומצם מאוד של תחומים. כך למשל המשרד גזז יוזמה לקביעת זמני המתנה מקסימליים בבריאות הנפש, ומאפשר מצב שבו זמני ההמתנה כיום שערורייתיים; במשך תקופה ארוכה נמנע המשרד מלטפל בזמן המתנה בלתי סביר של עד ארבע שנים לניתוחי התאמה מגדרית, או בהיעדר יחידת דיאליזה לילדים בדרום.

מאפשר פגיעה ברפואה הציבורית מול גורמים המונעים מרווח: משרד הבריאות נמנע מעצירת ההפרטה ומתחימת גבולות ברורים בין הרפואה הפרטית לציבורית ופיקוח עליהם. הימנעות המשרד מאפשרת את התחזקות הרפואה הפרטית יחד עם השפעותיה השליליות על המערכת הציבורית, כפי שקורה למשל בנושא של תירות מרפא בבתי החולים הציבוריים. בדומה, המשרד נמנע מעימות עם תאגידי התרופות ביחס לקשריהם עם הקהילה הרפואית ולמוסדות הרפואיים. גם ביחס לפעילותן של חברות מזהמות, כגון במקרים של רמת חובב או התוכנית למכרה פוספטים בשדה בריר, המשרד מסתפק בפרסום נתונים על הנזק הבריאותי הצפוי מהזיהום ואינו עושה מעבר לכך.

לא דואג להגנה מספקת על מטפלים.ות ומטופלים.ות: בכל הקשור לעובדי מערכת הבריאות עצמה, מחד המשרד אינו נחרץ בטיפול בהפרות אתיות קשות, ומאידך גם אינו מהווה כתובת של ממש להגנתם. כך למשל גרירת הרגליים בכל הנוגע להגנה מפני הטרדה מינית בתוך המערכת, על אף שהמידע הקיים מראה שמדובר בתופעה שכיחה והרסנית.

מתנער מאחריות לכלל המטופלים במערכת: קיימות אוכלוסיות שאינן מבוטחות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומשרד הבריאות מתנער באופן גלוי וגורף מאחריותו לפקח על טיב שירותי הבריאות שהן מקבלות במרכזי הרפואה שעליהם הוא אחראי. כך, המשרד נמנע מרגולציה בכל הקשור לחסרי מעמד, לחיילים ולכלואים ששירותי הבריאות מסופקים להם על ידי גופים פרטיים או ביטחוניים שהבריאות אינה משימתם העיקרית, ואשר אופן הטיפול בהם משפיע על מערכת הבריאות הציבורית, משאביה וערכיה.

סיכום

המקרים המוצגים בדו"ח מדגימים התנהלות בעייתית של משרד הבריאות המאופיינת לעתים בהתעלמות מהתראות על פגיעות המתרחשות בתחום אחרות. וכך, גם במקרים שבהם בסופו של דבר נקט המשרד צעדים היה הדבר בבחינת מעט מדי ומאוחר מדי.

בסופו של דבר, ברוב המקרים הדרך לשיפור מערכת הבריאות, להגנה על הזכות לבריאות ולסגירת הפערים בתחום אינה תוספת של רגולציה חדשה, אלא שיפור הרגולציה הקיימת ואכיפתה מתוך תפיסת עולם ברורה. כל זה לא יקרה ללא שינוי דרסטי בהלך המחשבה של משרד הבריאות ביחס לתפקידיו כרגולטור. במקום גישה של הימנעות, התנערות והססנות מול גופים חזקים, על המשרד להפעיל רגולציה אקטיבית ואפקטיבית, שתבטיח יישום שוויוני של הזכות לבריאות לכלל הציבור בישראל.

יחד עם זאת, חשוב להבהיר שאמנם הדו"ח מתמקד בשינויים הנדרשים בתחום הרגולציה, אך אין בהם די. שינוי הרגולציה צריך לבוא כחלק משלים לתהליכי שינוי המדיניות הנדרשים לטובת חיזוק מערכת הבריאות הציבורית, התאמת התקציב לצרכי המערכת, והפרדה מוחלטת בין הרפואה הפרטית לציבורית.

הקדמה

דו"ח זה מציג שורה של מקרים שבהם משרד הבריאות אינו ממלא את תפקידו כרגולטור, וכתוצאה מכך נפגעת הזכות לבריאות של אוכלוסיות מוחלשות ומודרות, ובהן תושבי הפריפריה הגיאוגרפית והחברתית-כלכלית. רגולטור חלש שנותר בגדר צופה מן הצד אינו מבצע את אחד מתפקידיו החשובים ביותר, היינו הגנה על זכויות אדם מפני גופים חזקים ובעלי אינטרסים. חוסר מעורבות מצד רגולטורים אינו עמדה ניטרלית כפי שנהוג לחשוב אלא להיפך, מדובר בהתערבות לטובת החזק. כפי שיראו הדוגמאות המובאות בדו"ח, משרד הבריאות נמנע בעקביות מריסון ומפיקוח על השחקנים החזקים בתחום הבריאות - והתוצאה היא פגיעה בזכות לבריאות של כלל הציבור בישראל, אך במיוחד של הפגיעים ביותר.

א. מבוא

א.1 רגולציה וזכויות אדם

מה הקשר בין זכויות אדם לרגולציה? שיח זכויות האדם נתפס כמבוסס על עקרונות רחבים כגון שוויון ואיסור אפליה, על אמנות בינלאומיות ועל פסיקה של בתי משפט גבוהים, ולכאורה אין קשר בינו לבין כלים ביורוקרטיים כגון נהלים ותקציבים. ואולם, הגשמת זכויות אדם דורשת חקיקה, תקנות, חוזרי מנכ"ל וצווים, העברת תקציב ועוד. הרגולציה היא שמאפשרת לעקרונות ולערכים אלה לצאת מן הכוח לפועל.

רגולציה היא, בתמצית, מערך של כלים ממשלתיים שנועדו להסדיר את ההתנהלות במרחבים ציבוריים. מטרתה העיקרית היא להשפיע על התנהגות של פרטים, קבוצות וארגונים - ברמה הלאומית והבינלאומית כאחד. בתפיסה צרה, רגולציה נועדה להגביל התנהגות לא רצויה מצד גורמים הנתונים תחת מרות הגורם הרגולטורי (למשל, הגבלת קרטלים בשווקים הכלכליים). לעומת זאת, בתפיסה הרחבה הרגולציה נועדה לכונן זכויות ולמסד ערכים ואינטרסים של קבוצות חברתיות שונות.¹

בעשורים האחרונים, עם התפשטות מגמות הניאו-ליברליזם, הפכה הרגולציה הממשלתית לכלי בידי מדינות שעוזבות את מודל מדינת הרווחה והופכות מספקיות למפקחות על מתן שירותים. במצב כזה, כאשר המדינה מתנערת ממחויבותה לאספקת שירותים באופן שוויוני ומסתפקת בפיקוח בלבד, יש השפעה מכרעת לטיב הרגולטורים, עצמאותם, חוזקם ותפיסתם המקצועית על טיב ואופי ההגנה על זכויות האזרחים והשירותים שהם מקבלים.

אכיפת נורמות וסטנדרטים המגנים על זכויות אדם היא בראש ובראשונה תפקידם של מוסדות ממשלתיים. ואולם, לעתים קרובות מוסדות אלה מתנערים מאחריותם מסיבות כאלה ואחרות: היעדר הכרה בצורך לפקח, היעדר סמכות, כלים ומשאבים לפיקוח ולאכיפה,

¹ ניר קוסטי ודוד לוי-פאר. "רגולציה 'עודפת' בישראל? ניתוח תפוקת החקיקה הראשית והמשנית בישראל, 2017-1948", מחקרי רגולציה, 2020.

שחיתות, יחסי "דלת מסתובבת" בין המפקחים למפוקחים, או בשל התפיסה שרגולציה תגרום נזקים ועיוותים בשווקים המפוקחים. מנגד, תקדמים היסטוריים לא מעטים מלמדים שהסמכויות והעוצמה שמרכזת המדינה בידיה עלולות להוביל לשימוש לרעה, לפגיעה בפעילות הכלכלית, ואף למעורבות יתר שעלולה להתגבר עד לכדי פגיעה בזכויות אדם.²

ואולם, גם לתפיסה שממשלה מינימליסטית היא תנאי להגנה על זכויות אדם אין בסיס. מדינות מוחלשות בעלות מוסדות רגולטוריים לא אפקטיביים הן לרוב קרקע פוריה להפרת זכויות אדם, ובכלל זה זכויות קבוצות מיעוט - אם במישרין בידי השלטונות או על ידי גורמים אחרים. ההגנה על זכויות אדם אינה טמונה רק במידת כוחם של הרגולטורים, אלא בעיקר בערכים המנחים אותם. מה שנדרש הוא רגולטורים יעילים ומחויבים להגנה על הציבור, בראש ובראשונה על האוכלוסיות המוחלשות והמודרות.

א.2. הזכות לבריאות זקוקה לרגולטור

הזכות לבריאות מוכרת כאחת מהזכויות החברתיות המרכזיות ביותר בשל זיקתה הישירה לעצם קיומו של האדם. מערכת בריאות כוללת ומקיפה, המספקת שירותי בריאות נאותים לכלל האוכלוסייה, הכרחית לבריאותו של האדם ולרווחתו. הזכות לבריאות אינה הזכות להיות בריא אלא הזכות ליהנות משירותי בריאות שוויוניים, מתנאים מגדירי בריאות וממכלול זכויות אדם המאפשרים לאדם למצות את מלוא פוטנציאל הבריאות שלו. יתרה מכך, טיפול רפואי נגיש, שוויוני ואיכותי הוא חיוני על מנת שהפגיעים ביותר בחברה יוכלו לחיות בכבוד.³ אמנת ארגון הבריאות העולמי מצביעה על חובתן של מדינות לספק את "הרמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה של בריאות" לכל האנשים ללא אפליה.⁴

עקרונות אלה מחייבים מעורבות פעילה מצד המדינה ואחריות על קיום מערכת בריאות ציבורית ושוויונית, המספקת מגוון שירותי בריאות בהתאם לצרכי האוכלוסייה השונים.⁵ יוער, כי גם כלכלנים סבורים שבתחום הבריאות שוק חופשי אינו הפתרון היעיל, אלא נדרשת רגולציה משמעותית מצד המדינה - ומדינות שלא עושות זאת נוטות להוציא יותר על בריאות מבלי שמדדי הבריאות שלהן יהיו טובים יותר.⁶

מתוך גישה של שמירה על זכויות אדם נגזרים עקרונות ברורים להגדרת ולהערכת מדיניות בריאות. כדי להגן על זכויות אדם נדרשות ממשלות ליישם מדיניות המבוססת על עקרונות של אחריות, שוויון והיעדר אפליה, ולהבטיח שירותי בריאות זמינים, נגישים (פיזית וכלכלית), מותאמים מבחינה תרבותית ואיכותיים. זאת, תוך מתן דגש על מניעת פרקטיקות מפלות ויחסי כוח לא הולמים.⁷ עקרונות אלה מחייבים מעורבות ממשלתית נרחבת הכוללת תכנון, חקיקה, תקצוב, תפעול, תקינה, פיקוח ואכיפה - ובתמצית, רגולציה.

² Lane Kenworthy. "Is big government bad for freedom, civil society, and happiness?", The Good Society, November 2017; Mitchell, Neil J., and James M. McCormick. "Economic and political explanations of human rights violations." *World politics: a quarterly journal of international relations* (1988): 476-498.

³ Gerisch, Mary. "Health care as a human right." *Human Rights* 43, no. 3 (2018): 2-5.

⁴ "Human rights and health", World Health Organization, December 29, 2017.

⁵ הכוונה היא למערכת בריאות במימון ציבורי ובפיקוח של המדינה.

⁶ ד"ח הוועדה להעצמת שירותי הבריאות בישראל, ואסדרת מערכת הבריאות הציבורית והפרטית (ועדת אש). משרד הבריאות, נובמבר

2022, עמ' 43.

⁷ שם.

1. אתגרים העומדים בפני משרד הבריאות

ככל משרד ממשלתי, גם פקידי משרד הבריאות נדרשים לבצע רגולציה בתנאים מורכבים, הכוללים מגבלות תקציביות, התמודדות עם גופים ציבוריים ומסחריים חזקים ולחצים פוליטיים. חלק מהאתגרים הללו מועצמים במשרד הבריאות ביחס למשרדים אחרים, בין היתר בשל גודל תקציב הבריאות, האחריות המוטלת עליו ואתגרים הייחודיים לו.

1.1 כפל כובעים

משרד הבריאות מספק באופן ישיר שירותי בריאות שונים, ובכלל זה מחזיק בבעלותו 11 בתי חולים ממשלתיים ו-13 מרכזים רפואיים ממשלתיים (גריאטריים ולבריאות הנפש). דו"חות שונים, ובכללם דו"ח מבקר המדינה ודו"חות ועדת נתניהו וועדת אמוראי, הצביעו על כך שכפל תפקידיו של משרד הבריאות כרגולטור וכבעליהן של כמחצית ממיטות האשפוז הכלליות בארץ יוצר מתח מובנה בין פעולותיו המשפיעות על ההכנסות של בתי החולים שבבעלותו, לבין היותו שותף לעדכון התמחור של הפעולות והשירותים הרפואיים. התוצאה היא שניגוד האינטרסים שבו מצוי משרד הבריאות פוגע במעמדו כרגולטור וביכולתו להעמיד ולאכוף סטנדרטים ראויים של שירותי בריאות. גורמים שונים, ובהם ועדות ציבוריות ומבקר המדינה, מתריעים כבר עשרות שנים על ניגוד העניינים הזה, אך ניסיונות למצוא לו פתרון נכשלו.⁸

⁸ "מעמדו המערוב של משרד הבריאות כמאסדר וכבעלים של בתי חולים ממשלתיים", מבקר המדינה, דוח שנתי 70, 4 במאי, 2020, עמ' 11-14.

2.2 שחיקה תקציבית והפרטה מואצת

מדיניות הממשלה ומשרד האוצר גורמת כבר שנים רבות - ולמעשה החל מחקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי - לשחיקה משמעותית של תקציב משרד הבריאות וקופות החולים, וכך גם להקטנת ההוצאה הציבורית על הבריאות.⁹ התוצאה היא תהליך מואץ של הפרטה, שכן הציבור שידו משגת נשען יותר ויותר על שירותי בריאות פרטיים, אם באמצעות הביטוחים המשלימים שמוכרות הקופות או באמצעות ביטוחים פרטיים. וכך, אם בשנת 1995 ההוצאה הפרטית על בריאות הייתה כ-25% מתוך כלל ההוצאה הלאומית לבריאות, בשנת 2019 היא הייתה כבר 36.10%.¹⁰ לפני מגפת הקורונה ההערכה הייתה שחסרים למערכת כ-14 מיליארד שקלים.¹¹ המגפה אמנם גרמה להזרמת כספים למערכת ובכך מיתנה מעט את מגמת השחיקה בתקציב הבריאות, אך הכספים הושקעו בפתרונות לצרכי השעה של המגפה, ולא בסגירת הפערים או בפתרונות ארוכי טווח להתמודדות עם אתגרי המערכת.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי גרם בין היתר לכך שמשרד האוצר קיבל סמכויות בתחומים שונים, המכרסמות בכוחו של משרד הבריאות כרגולטור. למשל, משרד האוצר שותף לקביעת עלות סל הבריאות ועדכונו; לאישור רשימת מחלות קשות ועלות מתן השירותים לטיפול בהן; לאישור תקציב הפיתוח של קופות החולים; לקביעת פטורים מדמי בריאות; וכן יש לו מונופול על מ"מ עם איגודי העובדים בסוגיות של שכר במערכת הבריאות. הקושי בכך, מעבר להוצאת סמכויות מידי משרד הבריאות, הוא שלמשרד הבריאות יש מחויבות לערכים רפואיים-אתיים במסגרת שיקוליו כרגולטור - מחויבות שאין למשרד האוצר.

נוסף על כך, גם ההסתמכות על ביטוחי הבריאות הפרטיים פוגעת ביכולת הרגולציה של משרד הבריאות, שכן הרגולטור האחראי על חברות הביטוח הוא הממונה על הביטוח במשרד האוצר. בנוסף, תהליך ההפרטה גורם לטשטוש גבולות בין הרפואה הפרטית לציבורית בישראל על חשבונה של האחרונה, ומגביר עוד יותר את אי הבהירות לגבי תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור.

3.3 אי שוויון ופערים גדולים בבריאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי ביקש לעצב את מערכת הבריאות בישראל כמערכת שוויונית וסולידרית שתציע שירותים ראויים לכלל האוכלוסייה בישראל, ללא תלות בסטטוס כלכלי או חברתי: "חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".¹² אולם לקונות בחקיקה וביישומה מאפשרות בפועל פערים גדולים בזמינות ובאיכות שירותי הבריאות הניתנים לקבוצות שונות באוכלוסייה ובין הפריפריה למרכז. התוצאה היא שדווקא

⁹ בין הגורמים לשחיקה ולהקטנת ההוצאה הציבורית: ביטול המס המקביל, שהיה מס שהוטל על מעסיקים ועצמאים והיה מקור הכנסה צבוע לסל הבריאות, בנוסף למס הבריאות. בחוק ההסדרים של 1997 הוחלט לבטל מס זה, תוך העלאת היקף הביטוח הלאומי והתחייבות של האוצר לכסות את הפער מתקציב המדינה. שינוי זה הביא לתלות גוברת של מערכת הבריאות בתקציב המדינה ותרם לשחיקת המרכיב הציבורי בהוצאה הלאומית לבריאות; נקבעה נוסחה לעדכון סל הבריאות שלא לקחה בחשבון את גידול הוצאות האוכלוסייה, כאשר ידוע שגיל הוא הגורם המשפיע יותר מכל על הוצאות בריאות (במיוחד במדינה שבה שיעור גידול אוכלוסייה גבוה); ונוספו תשלומים על ביקור אצל רופאים והגדלת ההשתתפות העצמית על תרופות ב-1998.

¹⁰ הנתונים לקוחים מהדו"ח לתקשורת של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מאוגוסט 2020 (ראו כאן). יש לציין, כי בשנת 2020 ירד המימון הפרטי ל-30%, אך הסיבה לכך הייתה הזרמת כספים למערכת הציבורית בשל מגפת הקורונה.

¹¹ "התקצוב החסר במערכת הבריאות הציבורית בישראל - ניתוח כלכלי", רופאים לזכויות אדם.

¹² עיפ"ו לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

לאוכלוסיות מודרות ופגיעות, שסובלות מתחלואה ומתמותה גבוהות יותר, יש נגישות פחותה לשירותי בריאות. אולם לקופות החולים אין מוטיבציה להשקיע בפריפריה ובאוכלוסיות שמחייבות משאבים נוספים, למרות שהן מחויבות לכך מכוח עקרונות השוויון שבחוק.

משרד הבריאות מודע לכך שתפקידו כרגולטור הוא להילחם באפליה ובפערים ולוודא שהאוכלוסייה כולה מקבלת טיפול רפואי שוויוני, ומקדיש לכך משאבים בעשור האחרון - אך אלה אינם מספקים בלשון המעטה. ואכן, מאז כניסתו של החוק לתוקף הפערים בתחום הבריאות רק הולכים ומתרחבים, כפי שמעידים דו"חות של המשרד עצמו.¹³

4.4 התמודדות מול שחקנים חזקים

הגופים שמולם משרד הבריאות פועל בתפקידו כרגולטור הם ברובם שחקנים חזקים במיוחד, כמו קופות החולים, תאגידי בריאות, חברות ענק ותאגידי תרופות בינלאומיים, וכן ההסתדרות הרפואית. לגופים רבי עוצמה אלה אינטרסים כלכליים כבדי משקל בתחום הבריאות, המתנגשים לא פעם עם החובה להעניק שירותי בריאות אוניברסליים ושוויוניים. במצב כזה יש חשיבות מכרעת לרגולציה חזקה, שתוכל להבטיח את זכותן לבריאות של אוכלוסיות מוחלשות. אולם כפי שיפורט בהמשך, משרד הבריאות אינו מצליח לעמוד איתן מול השחקנים החזקים בתחום, ונכשל לא אחת בהגנה על זכותו של הציבור לבריאות אל מול הלחצים המופעלים עליו מצדם. בין חלק מהשחקנים האלה למשרד הבריאות מתקיימת דלת מסתובבת, כלומר בכירים מהמשרד עוברים לעבוד בהם ולהיפך, וגם תופעה זו גורמת למשרד להירתע ממאבקים עם.

¹³ לנתונים על אי השוויון במערכת הבריאות ראו את דו"ח משרד הבריאות "אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2021", ספטמבר 2022; וכן "דו"ח ביניים של הוועדה לקביעת אסטרטגיית צמצום פערי בריאות בעשור הקרוב", נובמבר 2022.

ג. אי שימוש בכלים הרגולטוריים העומדים לרשות המשרד

ג.1 הימנעות משרד הבריאות מפיקוח על קופות החולים

קופות החולים הן הגופים הציבוריים שבאמצעותן ניתנים שירותי הבריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ומשרד הבריאות הוא הגורם האחראי לפקח עליהן על פי החוק: ס' 35 לחוק קובע כי "משרד הבריאות יפקח על פעילותן של קופות החולים לפי חוק זה ויבקר את איכות שירותיהן". הקופות אף מחויבות בחוק לדווח למשרד הבריאות בשורה של נושאים, ובהם שירותי הבריאות שהן מספקות ואופן הניהול הכספי שלהן (ס' 35(ב)). למרות חובתו של משרד הבריאות לפקח על הקופות, בפועל המשרד נרתע ונמנע מכך במקרים רבים. המחיר של אי הפיקוח הוא פגיעה בשוויון בין המבוטחים ובטיב שירותי הבריאות שהם מקבלים, ושתי דוגמאות מרכזיות לכך הן הסוגיות של שקיפות תקציבית ושל קביעת סטנדרטים.

ג.1.א היעדר שקיפות תקציבית

משרד הבריאות לא דורש מקופות החולים שקיפות תקציבית, ולכן אין כל דרך לוודא שהקופות משקיעות את משאביהן הכספיים באופן שוויוני והוגן, ולא מתעדפות צרכים של אוכלוסיות מסוימות על פני אחרות ובכך תורמות להרחבת הפערים ואי השוויון בבריאות.

דוגמה אחת לכך היא ההשקעה המועטה יחסית של קופות החולים בפריפריה, המתבטאת בנגישות נמוכה לשירותי בריאות. מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי חלוקת תקציב הבריאות בין קופות החולים בישראל נעשית בשיטת הקפיטציה, שנועדה להבטיח שוויון והוגנות. נוסחת הקפיטציה קובעת כי התקציב יחולק לקופות בהתאם לצרכי הבריאות של

מבוטחיהן. למעשה, הנוסחה יוצרת מעין אפליה מתקנת בין הקופות, כך שיינתן תשלום גבוה יותר לקופה שמבוטחיה צורכים יותר שירותי בריאות.

במשך שנים גיל המבוטחים היה המשתנה היחיד שעל בסיסו חושבה נוסחת הקפיטציה. בשנת 2010 הוכללו בנוסחה מקדמי מגדר וכפריפריה, על מנת לשקף בצורה הולמת יותר את צרכי הבריאות של המבוטחים. התוספת עבור מבוטחים המתגוררים בדרום ובצפון הארץ נועדה לפצות את הקופות על השקעתן בכפריפריה, המאופיינת בדלילות אוכלוסין ובמיעוט תשתיות ביחס למרכז הארץ.¹⁴

אולם אין מעקב של משרד הבריאות אחר כספים אלה, ואיש אינו יודע אם הם אכן מושקעים בכפריפריה.¹⁵ הסיבה היא שלא בוצעו שני צעדים הכרחיים להבטחת העברת התקציב הנוסף למטרות שיועדו לו. ראשית, הכסף אינו "צבוע", כלומר הקופות רשאיות להשתמש בתוספת התקציבית כראות עיניהן. שנית, לא נקבע לקופות מנגנון דיווח שעל בסיסו אפשר לדעת מה נעשה בכספים בפועל.¹⁶ מצב זה אינו מחויב המציאות: ישנם תחומים שבהם משרד הבריאות בחר להטיל על הקופות חובות דיווח, כגון תחום הביטוחים המשלימים (שב"ן),¹⁷ שבהם ניכר בבירור הפער במידת ההשקעה של הקופות בין אוכלוסיות - למשל בין האוכלוסייה היהודית לערבית.¹⁸ בעניין מרכיב הכפריפריה בנוסחת הקפיטציה נמנע משרד הבריאות מהטלת חובה כזאת.

וכן, מצד אחד המדינה מעבירה לקופות תוספת תקציב בשל מבוטחיהן בכפריפריה, ומצד שני היא נמנעת מכל רגולציה שתבטיח שהכסף אכן ישמש לשירותי בריאות איכותיים למבוטחים אלה. היא אינה מתנה את המשך מתן הכספים בעמידה בקריטריונים לשיפור איכות השירות, לקיצור התורים או להגברת ההשקעה בתשתיות בריאות בכפריפריה. היעדר הרגולציה מאפשר את הנצחתם של הפערים במצב הבריאות בין תושבי המרכז לכפריפריה, שאין מחלוקת על קיומם.¹⁹

דוגמה אחרת היא הרפורמה בבריאות הנפש, שנכנסה לתוקפה ב-2015 ובמסגרתה הועברו שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לאחריות קופות החולים. בעקבות הרפורמה הוזרמו כספים לקופות עבור טיפול נפשי, אך כמו במקרה של כספי הקפיטציה גם תוספת זאת לא הייתה צבועה. דו"ח מבקר המדינה בנושא מציין כי עד לסוף 2018 משרד הבריאות לא אסף מקופות החולים נתונים כספיים על ניצול תקציב הרפורמה. נוסף על כך, משרד הבריאות לא הגדיר מדדים אופרטיביים להצלחת הרפורמה ולא בחן את הצלחתה בפועל.²⁰ וכך, לפי הערכת מנהלת האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, לפחות 40% מהתקציב שקיבלו הקופות לבריאות הנפש הועבר לתחומים אחרים.²¹

¹⁴ ההסתדרות הרפואית בישראל. "עדכון נוסחת הקפיטציה", 2013.

¹⁵ יש לציין שמשרד הבריאות כן אוסף נתונים על זמני המתנה לקבלת שירותים רפואיים, ואולם הקושי הוא שבכפריפריה קיים מימוש חסר של שירותים (למשל, ויתור מראש על רפואה יועצת בשל המרחק), ולכן הנתונים אינם מציגים את התמונה המלאה.

¹⁶ לפי חישוב שנעשה ב-2017, במסגרת זו המדינה מעבירה 180 מיליון ₪ נוספים בשנה לקופות החולים. רוני לינדר. "המדינה נתנה לקופות מיליארד שקל לטובת הכפריפריה - ולא יודעת לאן הלך הכסף". דה מרקר, 20 בנובמבר 2017.

¹⁷ משרד הבריאות קבע ב-2005 כללים הקובעים כי על הקופות להגיש לו דיווחים כספיים וכן דיווח שנתי מסכם בנוגע לשירותים שסיפקה הקופה במסגרת השב"ן.

¹⁸ ראו דו"ח אי שוויון בבריאות, ה"ש 13 לעיל, עמ' 99.

¹⁹ משרד הבריאות עצמו מפרסם דו"חות שנתיים על אי השוויון בבריאות, שבהם ניכרים הפערים בין מרכז הארץ לבין הצפון והדרום. לקריאת הדו"ח האחרון ראו ה"ש 13 לעיל.

²⁰ מבקר המדינה, דוח שנתי 2017, "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש". מאי 2020.

²¹ עידו אפרתי. "משרד הבריאות תכנן להורות לקופות החולים לקצר תורים לבריאות הנפש - וחדר בן", הארץ, 9 במאי 2022. על פי הכתבה, בדיון בוועדת הבריאות והרווחה של הכנסת הודה ראש אגף תכנון ותקצוב של מאוחדת כי הכספים שקיבלה הקופה לבריאות הנפש משמשים לכיסוי גירעונות בתחומים אחרים.

למרות הגידול בתקציב גדל מספר המטופלים ב-15% בלבד, ובמקביל הצטמצם מספר הפגישות לכל מטופל בכ-40%-30%. יתר על כן, משך ההמתנה נותר בלתי נסבל, ובמקרים רבים ההמתנה נמשכת בין חצי שנה לשנה וחצי.²² גם בדו"ח מבקר המדינה שפורסם ב-2020 נקבע שזמני ההמתנה לאינטייק ובהמשך לטיפולים פסיכותרפיים ארוכים מאוד, בשל מחסור של מאות תקני מטפלים והיעדר יעדים לזמני המתנה. בנוסף, הוערך בדו"ח המבקר כי 27% מהטיפולים שתוקצבו במסגרת הרפורמה ב-2017 לא ניתנו בפועל.²³ היעדר הרגולציה משפיע בראש ובראשונה על הפריפריה החברתית והגיאוגרפית. למשל, זמני ההמתנה בפריפריה לייעוץ ראשוני או לטיפול ארוכים הרבה יותר מאשר במרכז.²⁴ סקר משרד הבריאות מצא שזמני ההמתנה לקבלת טיפול בתחום בריאות הנפש בבאר שבע כפולים ויותר יחסית לחיפה ולבת ים.²⁵ המשמעות היא שמי שיכולים להרשות לעצמם פונים לטיפול פרטי, וכך הפערים ממשיכים להתרחב. יש לציין שבעקבות מגפת הקורונה עלתה הדרישה לשירותי בריאות הנפש, ולכן המצב רק הולך ומחמיר.

ג.1.1 היעדר סטנדרטים ברורים למתן שירותי בריאות

הצד השני של המשוואה, המאפשר את המשך הפערים ואי השוויון בשירותי הבריאות שהקופות מספקות, הוא העובדה שמשרד הבריאות לא קבע סטנדרטים או קריטריונים המחייבים את הקופות לעניין אופן מתן השירותים, למעט מספר מצומצם מאוד של תחומים.²⁶ חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע בסעיף 3 כי "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים". המחוקק הסתפק במונחים עמומים כדי להימנע מיצירת אילוצים תקציביים שהקופות יתקשו לעמוד בהם, וגם משרד הבריאות נמנע בעקביות מקביעת סטנדרטים מחייבים למונח סבירות. עמדת המשרד היא שהתחרות בין קופות החולים מספיקה כדי להבטיח את טיב ונגישות השירות שהן מספקות, אך הנתונים - ובהם הדוגמאות שיובאו להלן - מעידים שלא כך הדבר ולעתים ההיפך הוא הנכון. תחרות אינה תמיד הפתרון, במיוחד בתחום הבריאות שאינו מתנהל לפי עקרונות השוק החופשי. למשל, אמנם קיימות ארבע קופות חולים אך אין תחרות אמיתית ביניהן, בשל המאפיינים הייחודיים של שוק הבריאות שהוזכרו לעיל, כך שאין השלכות שליליות למתן שירותים שאינם משיערי רצון. הטענה שהמבוטחים יכולים לעבור קופה כרצונם והדבר מעודד תחרות בין הקופות אינה עומדת במבחן המציאות, וזאת לאור הנתונים על מיעוט המעברים בין הקופות ועל סטגנציה בנתחי השוק שלהן לאורך השנים.²⁷ נוסף על כך, בפריפריה מרכיב התחרות מתקיים עוד פחות, ולעתים כמעט ולא קיים בשל היעדר חלופות מספקות. דווקא שיתוף פעולה ואיגום משאבים בין הקופות יכולים לעתים לשרת את המבוטחים הרבה יותר מאשר מודל של תחרות.

²² אביאל אורן. "כך קרסה הרפורמה בבריאות הנפש", Ynet, 28 באוגוסט, 2018.

²³ בועז אפרת. "המבקר: ההמתנה לטיפול נפשי נמשכת יותר משנה עקב מחסור בכוח אדם", וואלה, 4 במאי 2018.

²⁴ איתי גל. "פסיכולוג או פסיכיאטר ביישובי הפריפריה? חכו לפחות שנה", Ynet, 30 באפריל 2018.

²⁵ הילה ויסברג. "אתם בדיכאון? חכו שנה לפסיכולוג: המסמך שחושף את כישלון הרפורמה בבריאות הנפש" גלובס, 28 בינואר 2019.

²⁶ למשל התפתחות הילד וניתוחים בחולים אונקולוגיים.

²⁷ הנתונים מראים שלאורך השנים קיימת סטגנציה מבחינת מעברי קופות, ואין שינויים דרמטיים בנתחי השוק שלהן. ראו דו"ח ועדת אש, לעיל ה"ש 6, בעמ' 46-47, וכן מבקר המדינה. "הסדרים כלכליים בין קופות חולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים" דו"ח שנתי 2010, 21 במאי 2010.

דוגמה אחת שכבר הוזכרה לבעייתיות שבאי-קביעת סטנדרטים היא **שירותי בריאות הנפש**. ב-2018 הכין האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות הצעה לקביעת זמני המתנה מקסימליים לטיפול נפשי בקהילה.²⁸ הצעד זכה לתמיכת סגן שר הבריאות דאז, יעקב ליצמן, אך לא יושם. גורמים בקופות החולים טענו שקביעת זמני המתנה מקסימליים תגרום להשקעת משאבים בתחום בריאות הנפש על חשבון תחומים אחרים - טענה בעייתית לאור העובדה שבפועל קורה בדיוק ההיפך, והקופות משתמשות בתקציב בריאות הנפש לתחומים אחרים.²⁹ בדצמבר 2020 פרסם משרד הבריאות טיוטת חוזר מנכ"ל העוסק בהסדרת זמני ההמתנה, אך לאחר מכן גזז אותו בשל התנגדות משרד האוצר.³⁰ כחלופה לחוזר פרסם משרד הבריאות בינואר 2022 טיוטת מבחני תמיכה שמטרתם לתמרץ את הקופות להרחיב את שירותי בריאות הנפש ולקצר את זמני ההמתנה. ואולם, המבחנים לא נכנסו לתוקף, וכך נותר המצב כשהיה.

דוגמה אחרת, הממחישה היטב את האופן שבו היעדר סטנדרטים ברורים פוגע בפריפריה, היא **דיאליזה לילדים**. בניגוד לדיאליזת מבוגרים שיכולה להתבצע גם בבתי חולים וגם בקהילה, המודיאלזה לילדים מתבצעת רק ביחידות מיוחדות לילדים בבתי חולים. בישראל קיימות ארבע יחידות כאלה, שתיים מהן בצפון (נהריה וחיפה), אחת בירושלים ואחת בפתח תקווה - אך אין אף יחידה בדרום, וזאת למרות שזהו המחוז שבו שיעור הילדים הנזקקים לדיאליזה הוא הגבוה ביותר בישראל. התוצאה הבלתי נסבלת היא שילדי הדרום נאלצים לנסוע כשעתיים לכל כיוון, שלוש פעמים בשבוע, כדי לקבל טיפול חיוני - מצב שבוודאי אינו עומד בתנאי של "מרחק סביר" בחוק.

פניות של עמותת רופאים לזכויות אדם (רל"א) למשרד הבריאות בעניין נענו בסירוב, בנימוק שפתיחת יחידת דיאליזה נוספת לילדים "עלולה לגרום לירידה בחשיפה המקצועית של הצוות, ועל כן פגיעה מקצועית". נימוק זה מתעלם לחלוטין מהחובה בחוק להעניק טיפול לכל המבוטחים במרחק סביר מביתם (ולא רק לאלה הגרים במרכז), ומכך שכמעט שליש מהילדים הנזקקים לדיאליזה מגיעים מהדרום.³¹ רק לאחר שרל"א הודיעה למשרד הבריאות על כוונתה להגיש עתירה בנושא, הכריז המשרד בסוף 2022 על כוונתו לפתוח יחידת דיאליזה לילדים בדרום בשנת 2023.

דוגמה נוספת היא התחום של **רפואה ראשונית - רופאי/רופאות משפחה ורופאי/רופאות ילדים**. רפואה ראשונית חשובה בין היתר למניעה ולשיפור מדדי בריאות, וזאת במיוחד באוכלוסיות מודרות ופגיעות שהן אוכלוסיות חולות יותר.³² ואולם, מחקרים מראים שאיכות הטיפול נפגעת אם רופאת המשפחה מטפלת במטופלים רבים מדי, ולכן יש חשיבות מכרעת לרגולציה ולפיקוח בתחום.

רל"א פנתה ב-2019 למשרד הבריאות בשאלה אם המשרד קובע לקופות מכסה מקסימלית למספר המטופלים אצל רופא משפחה או ילדים. תשובת המשרד הייתה כי המכסה נקבעת

²⁸ לפי ההצעה, זמן ההמתנה המרבי לאבחון יהיה 30 יום, ולתחילת טיפול פסיכיאטרי או פסיכותרפי 4-6 שבועות נוספים לאחר מועד האבחון.

²⁹ מבקר המדינה, דוח שנתי 2017, "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש". מאי 2020.

³⁰ ראו לעיל ה"ש 21.

³¹ על פי נתוני משרד הבריאות נכון לסוף שנת 2021, על פי מכתב לרל"א מיום 23.5.22 של ד"ר הגר מזרחי, ראש חטיבת הרפואה.

³² STARFIELD, B., SHI, L. and MACINKO, J. (2005), Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, 83: 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

על ידי הקופות עצמן, הנדרשות לעמוד בדרישת הסבירות של ס' 3 - כלומר, המשרד לא מפקח על הקופות בעניין, לא אוסף נתונים ולא מציב יעדים. הנפגעים העיקריים הם שוב תושבי הפריפריה, ובמיוחד הפריפריה הדרומית, שם שיעור רופאי המשפחה והילדים הוא הנמוך ביותר.³³ הנתונים מעידים שהותרת האחריות בידי הקופות בלבד משמעותה אי שוויון באיכות הרפואה הראשונית בין המרכז לפריפריה - דווקא במקום שבו נדרשת רפואה ראשונית מצוינת.

דוגמה קיצונית במיוחד לתוצאה של היעדר רגולציה בתחום הסטנדרטים היא זמני ההמתנה השערורייתיים לניתוחי התאמה מגדרית (ניתוח תחתון M to F). ניתוחים מסוג זה מבוצעים בישראל רק בבית חולים אחד, שיבא שבבעלות המדינה, וזמני ההמתנה נכון ל-2020 עמדו על שלוש עד ארבע שנים. אין ספק שזמן המתנה כזה אינו עומד בדרישות סעיף 3, גם בפרשנות המקלה ביותר שלו, והמחקר מעלה שההמתנה הממושכת מקושרת לדיכאון ולחרדה ואף עלולה לגרום לניסיונות אובדניים.³⁴ למרות זאת משרד הבריאות לא נקט כל צעד מול הקופות כדי לקצר את זמן ההמתנה. רל"א הגישה תביעה לבית הדין לעבודה נגד קופ"ח כללית ומשרד הבריאות בשמה של אישה טרנסית שזמן ההמתנה לניתוח שנקבע לה היה ארבע שנים, בדרישה למצוא פתרון מערכתי לבעיה.³⁵ תגובת משרד הבריאות הייתה שאכן מדובר בזמן המתנה לא סביר, אך הוא הסתפק באמירה שעל הקופה למצוא פתרון לכך (במקום, למשל, לחייב אותה לממן את הניתוח בחו"ל). יש לציין שברמה המערכתית משרד הבריאות פעל במהלך כהונתו של השר ניצן הורוביץ כדי להגדיל את זמני הניתוחים. אך ברמת ההגנה על הפרט מול קופות החולים, וגם כאשר המשרד הכיר בגלוי בכך שההמתנה אינה סבירה, הוא התנער מכל אחריות שלו לפקח על הקופה ולחייב אותה לנקוט צעדים למניעת פגיעה בזכויות המבוטחים.

2.2 אי פיקוח על רפואה פרטית במערכת הבריאות הציבורית

מערכת הבריאות בישראל מתמודדת בעשורים האחרונים עם מגמה ברורה של התחזקות הרפואה הפרטית על חשבון הרפואה הציבורית. אחד הביטויים למגמת ההפרטה הוא שמרכיב המימון הציבורי בהוצאה הלאומית לבריאות הולך וקטן, ואילו ההוצאה הפרטית גדלה (למעט בשנים האחרונות בעקבות מגפת הקורונה).³⁶ המגמה הזאת מדאיגה, שכן רפואה ציבורית היא שוויונית יותר, יעילה יותר והוגנת יותר מרפואה פרטית.

הגידול בהוצאה הפרטית על בריאות ובהיקף שירותי הבריאות הפרטיים נובע בין היתר ממאפייני מרכזי של מערכת הבריאות בישראל - טשטוש גבולות וערבוב בין המערכת

³³ ראו דו"ח אי שוויון בבריאות, ה"ש 13 לעיל, עמ' 41-40.

³⁴ Pitts-Taylor V. "A slow and unrewarding and miserable pause in your life": Waiting in medicalized gender transition." Health (London). 2020 Nov;24(6):646-664. doi: 10.1177/1363459319831330. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30834797

³⁵ Gridley SJ, Crouch JM, Evans Y, Eng W, Antoon E, Lyapustina M, Schimmel-Bristow A, Woodward J, Dundon K, Schaff R, McCarty C, Ahrens K, Breland DJ. "Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth." J Adolesc Health. 2016 Sep;59(3):254-261. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.017. Epub 2016 May 24. PMID: 27235374

³⁶ חב"ר 18274-03-21.

³⁷ מ-75% מימון ציבורי בשנת 1995 עם כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ועד לכ-64% ב-2019. הנתונים לקוחים מהודעה לתקשורת של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מאוגוסט 2020 (ראו כאן). יש לציין, כי בשנת 2020 עלה המימון הציבורי ל-70%, אך הסיבה לכך הייתה מגפת הקורונה. לשם השוואה, הממוצע במדינות ה-OECD נכון ל-2017 עמד על כ-71%. OECD: Health at a Glance 2019: Indicators, OECD Publishing, 2019, p. 159

הציבורית לפרטית. טשטוש זה מאפשר לרפואה הפרטית לנצל במישרין או בעקיפין את משאביה המדולדלים של המערכת הציבורית ולהחלישה. אחריותו של משרד הבריאות כרגולטור היא לא רק להגביל את הרפואה הפרטית אלא גם לתחום גבול ברור והפרדה בין הרפואה הציבורית לפרטית, ולפקח שהם אינם נחצים. ואולם, גם בתחום זה המשרד אינו רגולטור נמרץ או תקיף מספיק.

דוגמה אחת לכך היא התחום של תיירות מרפא. במשך שנים חלק מבתי החולים הציבוריים בישראל, ובכללם בתי חולים ממשלתיים, הציעו שירותי בריאות בתשלום לאזרחי מדינות זרות, בהיקף של מאות מיליוני שקלים בשנה, כמעט ללא התערבות מצד משרד הבריאות.³⁷ בשנת 2014 דנה בנושא ועדת גרמן, ופרסמה המלצות בתחום.³⁸ אך מבקר המדינה נדרש לעניין, וציין ב-2015 כי על משרד הבריאות לפרסם נוהל בנושא בהקדם.³⁹

עם זאת, רק בשנת 2018 נחקק חוק המסדיר את התחום.⁴⁰ ואולם, למרות החשש הממשי שהטיפול בתיירי המרפא יבוא על חשבון המטופלים תושבי ישראל, בעת הדיונים על החוק משרד הבריאות התנגד לקביעת מכסה שתגביל את פעילות תיירות המרפא ל-5% מכלל הפעילות הרפואית בבית החולים.⁴¹ במקום, הסתפק המשרד בסמכות כללית להגביל את היקף הטיפולים אם הוא "עלול להשפיע לרעה על מתן שירותים רפואיים למטופלים שאינם תיירי מרפא" (ס' 50(5) לחוק). עם זאת, ברור שלשונו העמומה של הסעיף מעלה חשש שלא יהיה אפשר ליישמו בפועל. כמו כן, החוק הטיל חובת דיווח שנתי על בתי החולים בדבר היקף שירותי הבריאות שסופקו לתיירי מרפא וההכנסות מהם (ס' 25), אלא שמידע זה לא נמצא באתר משרד הבריאות, ולא ברור אם חובת הדיווח אכן מתקיימת. ברור שללא דיווחים אלה, אין למשרד הבריאות דרך לדעת אם אכן מתקיימת השפעה לרעה על שירותי הבריאות הציבוריים הניתנים לתושבי ישראל, כאמור בחוק.

לדוגמה, לאחר הסכמי אברהם דווח ביוני 2021 בתקשורת על חתימת הסכם בין קופת חולים כללית לבין משרד הבריאות של איחוד האמירויות, וכן הסכם בין בית חולים שיבא לבין משרד הבריאות של אבו דאבי. ההסכמים כללו בין היתר שירותי טלה-רפואה ותיירות מרפא. רל"א פנתה בעניין אל מנכ"ל משרד הבריאות, בשאלה כיצד הסכמים אלו מתיישבים עם חוק תיירות מרפא, האם משרד הבריאות מבצע בקרה שנתית כנדרש בחוק ומפקח שהכספים שיתקבלו אכן ישמשו את המערכת הציבורית, והאם קיימים הסכמים נוספים שנחתמו עם גופי בריאות ציבוריים בישראל.

תשובתו הלקונית והכללית של המנכ"ל הייתה כי "מדובר בהסכם עקרונות שעוסק בנושאים הרלוונטיים לתיירות מרפא ועריכת מחקרים. על פי מדיניות הרגולטור, האמור ניתן לביצוע במסגרת בתי החולים הממשלתיים בהתאם לדיון". המנכ"ל לא התייחס כלל לשאלה אם מתבצעת בקרה שנתית כנדרש. קשה שלא לחשוש שמשרד הבריאות מסתפק בעצם קיומו של החוק, המכשיר את תיירות המרפא, ואינו מפעיל את הסמכויות שניתנו לו במסגרת החוק כדי לוודא שהמטופלים הציבוריים לא ייפגעו ממנו.

³⁷ רוני לינדר, "חוק, שמש וחדר ניתוח: החוקים החדשים של התיירות הרפואית", הארץ, 11 ביולי 2018.

³⁸ הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, "המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית", 25 ביוני 2014.

³⁹ משרד מבקר המדינה, דו"ח שנתי 365 לשנת 2014, מאי 2015.

⁴⁰ חוק תיירות מרפא, תשע"ח-2018.

⁴¹ רוני לינדר, ה"ש 37 לעיל.

גבול פרוץ אחר בין הציבורי לפרטי בבתי החולים הממשלתיים הוא שירותי הבריאות המסחריים שהם מציעים. אתרי האינטרנט של בתי החולים הציבוריים והממשלתיים מציעים שורה של שירותים מסחריים בתשלום, כאשר לא ברור כלל אילו מבין השירותים האלה ניתנים באישור משרד הבריאות. ייתכן שבמשרד הבריאות מעדיפים שלא להתערב כדי לאפשר לבתי חולים ציבוריים מקורות הכנסה נוספים, בודעם שאינם מקבלים תקציב מספק מהמדינה. ואולם, הטענה המקובלת שכספים המתקבלים מהשירותים המסחריים מוזרמים למערכת הציבורית נסתרה במקרה של בית החולים הדסה: בדו"ח בעניין הדסה מצוינים שירותי הבריאות הפרטיים (שר"פ) בבית החולים כאחד הגורמים למשבר הכספי שאליו נקלע, ועולה שהמרוויחים העיקריים מהם היו מספר קטן של רופאים שגרפו לכיסם את הרווחים, בעוד שבית החולים קיבל פחות מ-20% מההכנסות.⁴² למרות זאת, ממשיך משרד הבריאות לאפשר את השר"פ בבתי החולים הציבוריים בירושלים, וכן מאפשר - ולו בשתיקה או התעלמות - מכירת שירותי בריאות מסחריים בבתי חולים ממשלתיים.

3.ג אי פיקוח על גופים חזקים בעלי אינטרסים מסחריים

3.ג.א תאגידי התרופות

ההתמודדות של משרד הבריאות עם תאגידי התרופות היא סוגיה בעלת היבטים גלובליים ומקומיים. האתגר ברמה המקומית נובע מבקרה רגולטורית חלשה במיוחד, שאינה מייצרת גבולות הולמים ואמצעי פיקוח יעילים על התקשרויות בין חברות תרופות לבין אנשי רפואה, למרות שהפגיעה בעצמאות המערכת והקשיים האתיים ברורים לכל.⁴³

ההשפעה המסוכנת של הקשרים בין חברות תרופות לרופאים ולרופאות הודגמה במחקרים שונים, המראים כיצד רופאים שקיבלו טובות הנאה קטנות הטו לוטובת מצרי החברה המממנת את המחקרים.⁴⁴ ב-2018 שודר תחקיר עיתונאי בתכנית "המקור" שחושף את יחסי התן וקח בין חברות התרופות לבין רופאים ורופאות. תועמלנית ששימשה כתחקירנית במשך תקופה ארוכה תיעדה עשרות מפגשים עם אנשי ונשות רפואה, שבהם מתקיימות שיחות של מקח וממכר שעיקרן רישום תרופות תמורת מתנות והטבות כספיות.⁴⁵

ב-2018 פרסם המשרד חוזר מנכ"ל שנועד להסדיר את הקשרים המסחריים בין חברות תרופות לרופאים ולרופאות. בין היתר קבע החוזר כי במוסדות רפואיים תוקם ועדה מוסדית שתהיה אחראית על אישור בקשות להתקשרויות מסחריות (כגון מחקרים במימון חברות תרופות, מימון כנסים ומימון נסיעות לכנסים בחו"ל, מפגשים עם תועמלנים, תשלום שכר לעובדי מערכת הבריאות וקבלת תרומות). כמו כן תוקם ועדה במשרד הבריאות, שהוועדות המוסדיות יהיו מחויבות לדווח לה אחת לשנה. אף שהחוזר היה מתון ביותר, הוא התקבל בתרעומת קשה מצד ההסתדרות הרפואית שראתה בו פגיעה באוטונומיה שלה.

⁴² "דו"ח הצוות לבחינת משבר הדסה", משרד הבריאות, אפריל 2014.

⁴³ רחל ניסנהולץ-גנות, אריאל ינקלביץ, נורית ניראל. "חקיקה מקדמת שקיפות במערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות", מאיירס-ביונט-ברוקדייל, פברואר 2016.

⁴⁴ שלי לוי. "דיווח על תרומות בתחום הבריאות בהצעת חוק ההסדרים לשנים 2012-2011", מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 24 בנובמבר 2010.

⁴⁵ רוני לינדר. "רופא לנציגת חברת תרופות: 'אם תוציא אותי לכנס, אולי אתן את התרופה'", דה מרקר, 10 בינואר 2018.

כיוון שהחוזר היה חסר בנקודות מהותיות, ב-2019 פנתה רל"א אל המשנה למנכ"ל משרד הבריאות תוך פירוט של הסוגיות הבעייתיות, וכן ביקשה לדעת מדוע המשרד סבור מלכתחילה שיש לאפשר מימון כנסים והשתלמויות על ידי חברות תרופות לאור השפעתם הברורה על הקהילה הרפואית.⁴⁶ עד לזמן כתיבת הדו"ח, יותר משלוש שנים לאחר שליחת המכתב, לא התקבל כל מענה ענייני מהמשרד.

בכל הקשור לניסויים בבני אדם, נדמה שמשרד הבריאות אינו רק רגולטור חלש אלא אף בוחר להעדיף את האינטרסים של חברות התרופות על פני האינטרס הציבורי. ניסויים קליניים של תרופות נדרשים לאישור ועדה בבית החולים שבו נערך הניסוי (הקרובה ועדה מוסדית), ובתחומים מסוימים ורגישים (כגון גנטיקה, הפריה ומחקרים שבהם המשתתפים אינם יכולים לתת הסכמה מדעת) נדרש גם אישור של ועדה ארצית המורכבת מנציגים ומנציגות מתחום הרפואה, המשפט, האתיקה ומהציבור הרחב, וקרובה הוועדה העליונה. הוועדה העליונה היא מנגנון הגנה ובקרה חשוב, משום שהוועדות המוסדיות נתונות ללחצים פנימיים ולניגודי אינטרסים.⁴⁷ ב-2020 התפטרו יו"ר וחלק מחברי הוועדה העליונה בתגובה להחלטת מנכ"ל משרד הבריאות דאז, משה בר סימן טוב, לבטל את הדרישה לקבלת אישור מהוועדה העליונה ברוב המקרים.⁴⁸ בר סימן טוב נימק את השינוי בטענה ששוק חופשי עדיף על פני רגולציה, אך צריך לשאול: איזה שוק חופשי בדיוק מתקיים בתחום הניסויים הקליניים, שבו ניצבים תאגידי תרופות בינלאומיים רבי עוצמה מול חולים הזקוקים לטיפול?

אולי הדוגמה המובהקת ביותר לחולשת משרד הבריאות מול חברות התרופות היא הנושא של משבר האופיואידים - תרופות נרקוטיות לשיכון כאבים הגורמות לתלות פיזית קשה (החומר הפעיל זהה לזה המצוי בהרואין, אך חזק יותר). בדומה לסמים קשים, השימוש באופיואידים כרוך בסיכונים חמורים לבריאות ועלול להביא למוות מוקדם. בארה"ב הוביל השימוש הנרחב באופיואידים, שנגרם בעידוד יצרניות התרופות, למקרי מוות רבים ממנת יתר ולהליכים משפטיים נגד היצרניות.⁴⁹ למרות הידע הרב שנצבר בעולם והנורות האדומות שנדלקו גם בישראל בנוגע להשלכות השימוש באופיואידים, משרד הבריאות גורר רגליים כבר קרוב לעשור ונמנע מכל עימות עם חברות התרופות בנושא. המשרד לא מנהל רישום מרכזי ואין לו נתונים סדורים על השימוש באופיואידים, אך הנתונים החלקיים הקיימים מעידים שהעלייה בצריכת אופיואידים בישראל היא מן המהירות בעולם המערבי.⁵⁰ על פי נתוני קופת חולים

⁴⁶ למשל: האם יש תאריך יעד להקמת הוועדות המוסדיות; האם נקבעו נהלים להפעלת הוועדות המוסדיות; האם נמסרו כבר דיווחים שנתיים; האם הוקמה מערכת ממוחשבת למסירת הדיווחים או האם יש יעד להקמתה; האם הוגשו בקשות חריגות לוועדה העליונה; האם מאז הוצא החוזר בוצעו בקרות תקופתיות במוסדות הבריאות על ניצול כספי המחקר; האם התקיימו כבר ישיבות של הוועדה העליונה; האם בוצע פירסום דו"ח חצי שנתי אודות מפתחים שבוצעו במוסד רפואי עם תועמלני גוף חיצוני, ואם לא, האם קיים לכך תאריך יעד; האם נקבעו המועד והתכנים לקורס התועמלנים הרפואיים; האם תועמלני החוץ מסרו דיווחים חודשיים למפגשים שבוצעו, ולא היה גוף נמסרו דיווחים אלו; האם לחברה המסחרית יש יכולת למנוע פירסום תוצאות ניסוי.

⁴⁷ למשל, בשנת 2018 דנה הוועדה ב-159 בקשות, ומתוכן 30% הצריכו תיקונים וחזרה לוועדה, ו-2% נדחו או נדרשו להגשה מחדש. הוועדה העליונה לניסויים רפואיים בבני אדם, "דו"ח סיכום פעילות הוועדה לשנת 2018", משרד הבריאות.

⁴⁸ עידו אפרתי, "חברי הוועדה המאשרת ניסויים בבני אדם: משרד הבריאות נכנע לחברות התרופות". הארץ, 6 בפברואר 2020. יפתח בריל, "ניסויים בלי הסכמה בצל הקורונה: האירועים האמיתיים מאחורי שמעת השווא". גלובס, 24 במאי 2020.

⁴⁹ בשנים 2017-1999 התמותה כתוצאה ממנת יתר של תרופות מרשם אופיואידיות בארה"ב זינקה פי ארבע. בשיאו של המשבר, בשנת 2016, מתו בארה"ב כ-17,000 איש כתוצאה ממנת יתר של תרופות מרשם אופיואידיות. חשוב לציין שנתונים אלה מתבססים על ההערכות השמרניות ביותר, שאינן כוללות מקרים של שימוש בתרופות לצד צריכת סמים לא חוקיים ממשפחת האופיואידים - למרות שמקרי התמותה מאופיואידים לשימוש רפואי ולא רפואי קשורים זה בזה. ראו:

Health. 2018 Apr;108(4):500-502. doi: 10.2105/AJPH.2017.304265. PMID: 29513577; PMCID: PMC5844400

⁵⁰ Herrera, C. A., Wahal, E., Silva, S., & Cecchini, M. (2019). *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*. In *Organisation for Economic Cooperation and Development*

כללית, העלייה חדה אף יותר כשבוחנים את נתוני הצריכה של האופיואידים החזקים דוגמת פנטניל, ובקרב בני פחות מ-65 ללא גידול סרטני.⁵¹

כבר ב-2013 פנתה עמותת לאלתר העוסקת בנושא למשרד הבריאות, ורק לאחר פניות רבות הקים המשרד שש שנים לאחר מכן, ב-2019, צוות משימה. מאז, למרות שחלפו יותר משלוש שנים, ואף שמדובר בבעיה בוערת, צוות המשימה התכנס פעמים ספורות וטרם פרסם המלצות. האמתלה לחוסר המעש הייתה מגפת הקורונה, והצוות חזר להתכנס רק לאחר מחאתן של לאלתר ורל"א כי השימוש באופיואידים הוא מגפה מסוכנת לא פחות, וכזאת שהיא מעשה ידי הקהילה הרפואית עצמה. יתרה מזאת, משרד הבריאות שלא עשה דבר כדי לאסוף נתונים על היקף השימוש באופיואידים, ולא דרש נתונים מדויקים מהקופות או מיצרניות התרופות, השתמש במחסור בנתונים כהסבר לכך שאינו נוקט אמצעים למניעת המגפה.

מחדלי המשרד בפיקוח וברגולציה של התחום הובילו את רל"א ועמותת לאלתר לעתור לבג"ץ ב-2021 בדרישה כי, לכל הפחות, משרד הבריאות יורה לפרסם אזהרה בולטת על אריזות התרופות מפני התלות הקשה והסכנות הבריאותיות שהן גורמות.⁵² בתגובה, משרד הבריאות התנגד נחרצות לכך שהכיתוב על האריזות ישונה. רק לאחר שמנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות הצהירה בדיון בבג"ץ באוגוסט 2022 כי התרופות גורמות בוודאות לתלות פיזית, הסכים משרד הבריאות להצעת השופטים לשקול את דרישת רל"א לשנות את הכיתוב על האריזות.⁵³ ואמנם, בינואר 2023 הודיע המשרד במכתב לרל"א כי בהמשך לדיון בבג"ץ מונתה ועדה לבחינת הצורך בביצוע שינויים בנוסח האזהרה. הוועדה המליצה בין היתר לשנות את תויות האזהרה הנוכחית לנוסח שלפיו "שימוש ממושך באופיואידים גורם לתלות ועלול לגרום להתמכרות".⁵⁴

עם זאת, יש לציין ששינוי הכיתוב הוא המינימום הדרוש כדי ליידיע מטופלים ומטופלות אשר לסכנה הוודאית של תלות בתרופה. נוסף על כך נדרשת עוד רגולציה רבה בתחום, כגון העלאת מודעות בקרב רופאים ורופאות, מענה למי שכבר פיתחו תלות, וריסון השפעתן של חברות המשווקות אופיואידים. ואולם, משרד הבריאות נמנע מנקיטת צעדים אלה.

ג.3.ב חברות מזהמות והשפעתן על בריאות הציבור

בריאות האדם מושפעת במידה ניכרת מגורמים שאינם קשורים ישירות לשירותי בריאות, המכונים "מגדירי בריאות": זיהום אוויר, נקיין מים, תנאי דיור ועבודה, וגישה תחבורתית לשירותי רפואה. למרות שגורמים אלה משפיעים מאוד על תחלואה ותמותה, הרי שעמדתו של משרד הבריאות ביחס אליהם היא של גורם מייעץ בלבד. המשרד מחבר דו"חות ומציע המלצות לגורמים הרלוונטיים, אך לא נוקט צעדים מעבר לכך. התוצאה היא שבפועל לא פעם עמדתו של המשרד זוכה להתעלמות, והאינטרסים המסחריים של החברות המזהמות מכריעים את הכף.

⁵¹ Miron, O., Zeltzer, D., Shir, T., Balicer, R. D., Einav, L., & Feldman, B. S. (2021). [Rising opioid prescription fulfillment among non-cancer and non-elderly patients-Israel's alarming example](#). In Regional Anesthesia and Pain Medicine (Vol. 46, Issue 5).

⁵² בג"ץ 5166/21 רופאים לזכויות אדם נ' שר הבריאות.

⁵³ ראו [פסק הדין](#) מיום 2.8.22 בבג"ץ 5166/21.

⁵⁴ ראו מכתבה של עו"ד שירלי אברמוביץ' מהלשכה המשפטית של משרד הבריאות אל רל"א, 12.1.23.

דוגמה אחת היא הזיהום התעשייתי ברמת חובב. סקר אפידמיולוגי שערך המשרד ב-2004 מצא קשר בין תחלואה למגורים באזור, אך התקשה לבסס קשר סיבתי מדויק.⁵⁵ בין היתר התגלה כי יש קשר בין קרבת המגורים לרמת חובב ובין מחלות הקשורות בכלי הנשימה. מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' אבי ישראלי, העביר את הסקר האפידמיולוגי של רמת חובב לטיפולם של הגורמים הרלוונטיים, אך לא עשה דבר מעבר לכך.⁵⁶

דוגמה דומה היא היוזמה להקמת מכרה פוספטים בשדה בריר, הממוקם בסמוך לעיר ערד וליישובים בדואיים. המשרד התנגד להקמת המכרה ופרסם חוות דעת שלפיה הפעלתו תפגע בבריאות האוכלוסייה הסמוכה, ותביא לעלייה קטנה בשיעורי התמותה ולעלייה גדולה יותר בשיעורי התחלואה (בין היתר של אוכלוסייה פגיעה במיוחד).⁵⁷ בהמשך הביעה השרה דאז יעל גרמן התנגדות נחרצת לפיילוט כריית פוספטים, יחד עם פרופ' איתמר גרוטו, מי שהיה אז ראש שירותי בריאות הציבור במשרד. למרות זאת הוחלט על המשך קידום המכרה.⁵⁸ גם במקרה זה, הנתונים שהציג המשרד ועמדתו הברורה לא שינו דבר לגבי התוצאה הסופית, והמשרד הסתפק בכך.

בשני המקרים מדובר בגופים מזהמים גדולים שלא נדרשים לשאת בעלויות התחלואה העודפת שהזיהום גורם. משרד הבריאות, במקום לנקוט פעולות משל עצמו ולשתף פעולה עם משרדי ממשלה אחרים מול הגופים המזהמים, מסתפק בפרסום נתונים והבעת עמדה בלבד - משל היה גוף מחקר ולא הגוף המבצע האחראי לבריאות הציבור.

ג.ג.ג גופים פרטיים המספקים שירותי בריאות

קריסתו של בית חולים הדסה, שצבר גירעון של 1.3 מיליארד שקלים, ממחישה היטב עד כמה נחוצים רגולטורים אקטיביים בשוק הבריאות, ועד כמה מסוכנת התזה שרגולציה עצמית עדיפה על פני רגולציה ממשלתית. הדסה הוא דוגמה קלאסית למושג Too big to fail: מוסד פרטי שקריסתו תגרום נזק כה קטסטרופלי, עד שאם יקרוס הממשלה תיאלץ להזרים משאבים רבים כדי להצילו, ובכך היא למעשה הופכת למבטחת שלו. התוצאה היא מה שקרוי Moral Hazard, מצב שבו אדם או מוסד אינם חשופים לתוצאות של הסיכונים שהם לוקחים, אך נהנים מהיתרונות של ההתנהלות המסוכנת.⁵⁹ מצב זה מאפשר ואף מעודד התנהגות קלוקלת ומסוכנת: את הרווחים מהסיכון גורפים המנהלים והעובדים, את העלויות משלם הציבור הרחב.

⁵⁵ אורלי אלמי. "משרד הבריאות אינו מנע על אוכלוסיות בסיכון", הארץ, 19 ביולי 2004.

⁵⁶ עופר מאיר. "משרד הבריאות: קשר חלקי בין סרטן לפסולת ברמת חובב", Ynet, 8 ביולי 2004.

⁵⁷ ראו: "התייחסות לחוות דעת של משרד הבריאות על הקמת מכרת פוספטים בשדה בריר בנושא חשיפת האוכלוסייה לחלקיקים נשימים עדינים באזור ערד", המשרד להגנת הסביבה, 14 במאי 2008.

⁵⁸ משה גורלי. "כריית הפוספטים בשדה בריר: משרד הגנת הסביבה התעלם מאזהרת משרד הבריאות", כלכליסט, 26 בפברואר 2019.

⁵⁹ Schwarzc, Steven L. "Too big to fool: Moral hazard, bailouts, and corporate responsibility." Minn. L. Rev. 102 (2017): 761

בתי חולים ציבוריים בבעלות פרטית⁶⁰ כגון הדסה אינם זכאים לתקצוב ישיר מתקציב המדינה ואחראים לניהול תקציבי עצמאי,⁶¹ אך אין בכך להסיר את אחריות משרד הבריאות האחראי על פיקוח ובקרה על פעילות כלל בתי החולים בישראל. בפועל, לאורך השנים משרד הבריאות והאוצר נמנעו מלפקח על ההתנהלות הפיננסית בבתי החולים הציבוריים בבעלות פרטית, והתוצאה ידועה.⁶² יתרה מכך, משרד הבריאות לא רק התנער מחובתו לפקח אלא אף פעל נגד הפיקוח. ב-2005 ניסה האוצר להכניס חשבים של המשרד לבתי החולים, כצעד של פיקוח פיננסי עליהם. אולם מנהלי בתי החולים התנגדו, ומשרד הבריאות הצטרף להתנגדותם, אך לא הציע כל חלופה משל עצמו לפיקוח. כך תרם המשרד לטרפוד מהלך שהיה יכול להעניק לו כלי פיקוח אפקטיבי במיוחד. נוסף על כך, משרד הבריאות איפשר להדסה להציע שירותי בריאות פרטיים, שתרמו אף הם לקריסתו הכלכלית של בית החולים.⁶³ וכך, ההימנעות מפיקוח על הדסה עלתה לציבור הישראלי 1.4 מיליארד שקלים, שהמדינה התחייבה להזרים לבית החולים באופן מדורג במסגרת תוכנית הבראה.⁶⁴

בעקבות מקרה הדסה הוקם צוות לבחינת המשבר. בין ההמלצות בדו"ח שפרסם הצוות ב-2014 ניתן דגש מיוחד על החשיבות של מעקב ופיקוח פיננסי על בתי חולים ציבוריים בבעלות פרטית. בהמשך לכך הקים המשרד ב-2016 את האגף לפיקוח על מערך האשפוז, שנועד "להבטיח את האיתנות הפיננסית של בתי החולים בישראל". אולם נכון לכתיבת דו"ח זה, נדמה שמשרד הבריאות מסתפק באיסוף מידע פיננסי מבתי החולים, ולא נוקט פעולות פיקוח מעבר לכך.

תחום אחר שבו נדרש פיקוח ראוי של משרד הבריאות הוא **המוסדות לאשפוז קשישים סיעודיים**. בתחום הזה יש חשיבות מכרעת לפיקוח אפקטיבי, בשל השילוב של כמה מאפיינים: היעדר אלטרנטיבה (שירות חיוני שלרוב אין לו חלופה), אוכלוסייה מוחלשת והיעדר שקיפות (בשל פערי מידע, לא תמיד אפשר לדעת אם השירות אכן עומד בסטנדרט ראוי של טיפול, או אם מדובר בהזנחה וברשלנות). יתרה מכך, מכיוון שהשירותים ניתנים בתמחור קבוע, למעשה יש תמריץ לספקים להשקיע כמה שפחות במטופלים כדי להגדיל את הרווח.⁶⁵

בישראל פועלים כ-320 מוסדות כאלה בבעלות גורמים שונים - ידיים פרטיות, חברות ועמותות. הגורם האחראי הוא משרד הבריאות, האחראי על מימון ופיקוח על המוסדות הסיעודיים. בין היתר תפקיד המשרד הוא לקבוע סטנדרטים (כגון זמינות השירות ואיכות) שיחייבו את הקופות בהסכמים שלהן עם נותני שירות, ביצוע בקרה בשטח וטיפול בתלונות של פרטים וארגונים. ואולם, ביקורות של משרד מבקר המדינה חשפו שורת כשלים בהפעלת

⁶⁰ יש לשים לב שגם אם בית החולים הוא בבעלות פרטית - אג, במקרה של הדסה, בבעלות חברה לתועלת הציבור - הוא עדיין יכול להיות מוגדר כבית חולים ציבורי. חוק התחשבות בין בתי חולים לקופות חולים לשנים 2021 עד 2025 (התחשבות בעד שירותי בריאות בבתי חולים ציבוריים כלליים), תשפ"ב-2021 מגדיר בס' 1 מהו בית חולים ציבורי כללי. בין היתר, בית חולים ציבורי כללי הוא כל בית חולים כללי שבתעודת הרישום שלו כלולות עמדות מיון.

⁶¹ עם זאת, בשנים האחרונות תומך משרד הבריאות בבתי החולים הציבוריים באמצעות העברת תמיכות שונות על פי מבחני תמיכה. ראו "פיקוח משרד הבריאות על מצבם הכספי של בתי החולים הכלליים הציבוריים שאינם בבעלות ממשלתית-עירונית או בבעלות קופות החולים", מרכז המחקר והמידע של הכנסת, יוני 2018, עמ' 8.

⁶² ראו דו"ח הצוות לבחינת משבר הדסה, לעיל ה"ש 42.

⁶³ בדו"ח הצוות לבחינת משבר הדסה מצוין השר"פ כאחד הגורמים למשבר, ונאמר כי לא היה סביר שבית החולים קיבל פחות מ-20% מהכנסות השר"פ, בעוד שבקרוב חלק מהרופאים והמחלקות אחוז פעולות השר"פ מתוך כלל הפעילות היה גבוה. ראו דו"ח הצוות לבחינת משבר הדסה, לעיל ה"ש 42.

⁶⁴ ראו דו"ח פיקוח משרד הבריאות על מצבם הכספי של בתי החולים הכלליים הציבוריים, לעיל ה"ש 61, בעמ' 10.

⁶⁵ "ביטוח ציבורי בתחום הסיעודי: מתווה לרפורמה", משרד הבריאות, ירושלים, יולי 2011.

המוסדות הסייעודיים שמשרד הבריאות לא התערב בהם. רק חלק מהמוסדות שפעלו ללא רישיון נסגרו על ידי משרד הבריאות, וגם זאת לאחר זמן רב.⁶⁶ אי עמידה בתנאים בכל הנוגע לתנאי מחיה ולכוח האדם שאמור להיות מועסק במסגרות, ויחס מזלזל כלפי הקשישים הסייעודיים - לא הובילו לנקיטת צעדים כלשהם במרבית המקרים.⁶⁷

אחת הסיבות להיעדר הפיקוח היא כלכלית, כיוון שהתקצוב המיועד לקשיש סיעודי כמעט לא מאפשר עמידה בתנאי המכרז. המדינה לא קבעה תקציב מינימלי לטיפול, ובכך אפשרה מצב שבו התקציב לדייר שמציעות הספקיות אינו מאפשר תנאי מחיה הולמים. הדבר נובע, בין היתר, מבעיית "כפל הכובעים" שהוזכרה קודם: מצד אחד משרד הבריאות הוא ספק של שירותי אשפוז סיעודיים, ומצד שני הוא מפקח על ספקים אחרים, וכך נפגעת הניטרליות שלו כרגולטור.⁶⁸ התוצאה היא פגיעה שעלולה להיות קשה באוכלוסייה שהיא לרוב אוכלוסייה מוחלשת, ונזקקת לפיקוח אקטיבי ואפקטיבי על מנת שזכויותיה לבריאות ולכבוד לא ייפגעו.

⁶⁶ "סוגיות בנושא אשפוז סיעודי", מבקר המדינה, דו"ח שנתי 58 לשנת 2007, 445-486.

⁶⁷ דקלה אהרן-שפרן. "כשלים חמורים ומתמשכים במוסדות האשפוז הגריאטרי", כאן, 10 בנובמבר 2019.

⁶⁸ כנס ים המלח ה-19, "25 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: אתגרים והתאמות לעשור הבא, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות", 11-12 בדצמבר 2019.

ד. אי פיקוח הולם על מטפלים

1.1 נציבות קבילות על מקצועות הרפואה

משרד הבריאות מחויב להבטיח כי העוסקים במקצועות הבריאות יעמדו בסטנדרטים מקצועיים ואתיים גבוהים. מחויבות זאת מעוגנת בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס"ח-2008 בסעיף 1: "חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות בא [...] כדי להבטיח רמה מקצועית הולמת של העוסקים בהם, ולהגן על בריאות הציבור".⁶⁹ הגוף האחראי על טיפול בתלונות על אנשי רפואה שמעלו בחובתם המקצועית הוא נציב הקבילות על מקצועות הרפואה, והמשרד מוסמך לנקוט אמצעי משמעת כגון ביטול או התליית רישיון, נזיפה או התראה (ס' 41 לפקודת הרופאים). ואולם, בפועל רק לעתים רחוקות ננקטים צעדים משמעתיים כלפי אנשי רפואה. בדיון בוועדה לענייני ביקורת המדינה במארכ 2017 הציג נציב הקבילות נתונים שלפיהם בעשור האחרון היו רק 199 הרשעות מתוך 14,000 תלונות על רופאים ורופאות, והודה שאופן בירור התלונות בעייתי ושרופאים מסתירים מידע מחשש להפללה עצמית.⁷⁰ יעל גרמן, שרת הבריאות לשעבר, ציינה בדיון את הבעייתיות בכך שהנציבות נמצאת בתוך משרד הבריאות ומורכבת מרופאים ומרופאות.

רפואה היא תחום מורכב, ובירור תלונות על התנהגות לא הולמת או רשלנות רפואית מצריך ידע מקצועי. עם זאת, יש בכך לעודד תרבות קלוקלת של "שמור לי ואשמור לך". מצב זה קרוי "שבי רגולטורי" - מצב שבו הרגולטורים אחראים למדיניות שאינה לטובת האינטרס הציבורי בשל קרבה מקצועית ותרבותית, או צירוף אינטרסים עם הגורמים המפוקחים.⁷¹

⁶⁹ עת"מ 11-05-36091 שריד נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות, אגף הרישוי למקצועות רפואיים.
⁷⁰ הסמכות להקים ועדת בדיקה מטעם משרד הבריאות נתונה למנכ"ל משרד הבריאות או לאדם שהוסמך על ידו, והגוף האמון מטעם משרד הבריאות על הטיפול בתלונות הציבור הינו נציב תלונות הציבור.
⁷¹ גיא רולינק. "למה הרגולטורים משרתים את המפוקחים", דה מרקר, 7 בפברואר 2014.

בדו"ח מבקר המדינה לשנת 2011 עלה כי פעמים רבות ועדות בדיקה המוקמות על ידי נציב קבילות הציבור במשרד הבריאות מתמנות זמן רב לאחר האירוע, דבר המקשה על איסוף המידע ושמיעת העדויות.⁷² נוסף על כך, הנציב עצמו טען בדיונים שונים בכנסת כי לנציבות אין סמכויות חקירה וכי הטיפול בתלונות לקוי.⁷³ הנציב מתנגד לכך שהנציבות תועבר מידי משרד הבריאות לרשות חיצונית, אך גם לא פועל להרחבת סמכויות הנציבות כך שתוכל לטפל באופן ראוי ואפקטיבי בתלונות, ויתרה מכך - מבכר לא לעשות שימוש בסמכויות שיש לו.⁷⁴ הרושם המתקבל הוא שהנציב מעוניין בכך שהנציבות תמשיך להיות גוף נרפה וחסר שיניים, במקום כתובת אמיתית לטיפול בתלונות הציבור.

לדוגמה, במסגרת חקירת חשודה בסיוע לטרור הורה השב"כ לרופאה צבאית לערוך חיפוש, שבמסגרתו החדירה הרופאה אצבעות לאיבר המין ולפי הטבעת של החשודה - בניגוד גמור לחוק ולאתיקה הרפואית. רל"א פנתה בתלונה על כך באפריל 2021 לגורמים שונים, ובהם לנציבות הקבילות, בין היתר בשאלה אם המשרד נקט צעדים נגד הרופאה. **רק לאחר למעלה משנה וחצי**, בנובמבר 2022, התקבלה תשובת הנציב שבה נאמר שהנושא "נבדק ע"י הגורמים הרלוונטיים", כי "הם מוציאים נהלים ע"מ למנוע הישנות מקרים דומים בעתיד", וכי "נעקוב אחר הוצאת הנהלים הרלבנטיים". זאת, למרות שהצבא עצמו הודיע שהתלונה הועברה לטיפול משרד הבריאות, וממילא לא הצבא אמור להוציא נהלים להתנהלות אתית של רופאים ורופאות. וכך, גם כאשר הסמכות בידי הנציב מתנער ממנה, ומעדיף לגלגל את האחריות לגורם אחר.

אין מדובר במקרה בודד, אלא באופן התנהלות שיטתי ומכוון. הדוגמה שהובאה היא רק אחת מבין שורה של מקרים שבהם פנתה רל"א אל הנציבות בנוגע להתנהלות לא אתית של רופאים ורופאות. בכולם הנציבות מסמסה את הטיפול ולא נקטה צעדים מול הגורמים הרלוונטיים.

חשוב להבין שהנציבות היא הגוף היחיד בישראל המוסמך והמחויב לטפל בתלונות על התנהגות לא הולמת או רשלנות של אנשי רפואה. למטופלים ולמטופלות שקיבלו טיפול לא הולם או רשלני אין כתובת אחרת, מלבד הגשת תביעת נזיקין - הליך ארוך, מורכב ויקר, השמור למי שידם משגת ולמקרים קשים, ואינו מתאים לכל סוגי התלונות. נציבות קבילות שאינה עושה את עבודתה כראוי פירושה שלאוכלוסיות מוחלשות אין מענה של ממש כאשר זכויותיהן מופרות על ידי אנשי רפואה.

⁷² דו"ח מבקר המדינה 62 לשנת 2011. "תביעות רשלנות רפואית, ביטוח, ניהול סיכונים והדיון המשמעתי במערכת הבריאות", מאי 2012. לדוגמה, באחד הדיונים אמר הנציב: "יש לזכור שגם אין לנו סמכויות חקירה, אנחנו תלויים ברצון טוב שלרוב קיים" [...]. התהליך הוא איום ונורא עד שאנחנו מבררים תלונה זה עובר את כל המטחנה, כולל עורכי דין ואחרים, כעבור שנתיים שלוש מהאירוע מקבלים תוצאה. אז יש התרעה, נזיפה, התלייה זמנית, זה רחוק מהדרוש, זה לא עושה את העבודה. צריכה להיות לנציב סמכות להורות על הליכים מתקנים - לחייב רופא לעבור הכשרה, להגביל את התפקיד שלו, את הקידום שלו. היום או שאתה מזכה או שאתה שולח אותו להליך קובלנה. אנחנו לעיתים פונים אישית למהלי בתי חולים כדי שיפסיקו עבודת רופא מסכן". [כ-14,000 תלונות על רופאים הוגשו בעשור האחרון רק 6 הושעו לצמיתות](#), הוועדה לענייני ביקורת המדינה, 16 במרץ 2017.

⁷⁴ שם.

2.7 אלימות מגדרית במערכת הבריאות

מערכת הבריאות היא מערכת היררכית ונוקשה, ואף שעם השנים מועסקות בה יותר ויותר נשים,⁷⁵ עדיין ההרכב המגדרי של בכירי המערכת מבטא ייצוג יתר לגברים. הטרדות מיניות שכיחות בכל סביבת עבודה היררכית וממוגדרת, אך מערכת הבריאות מועדת לפרוענות במיוחד בשל המאפיינים הייחודיים שלה - מערכת המאופיינת ביחסי כוח, העוסקת בגוף האדם, ויש בה ערבוב בין המרחב הציבורי לאישי. הטרדות מופנות הן כלפי מטופלות ומטופלים והן כלפי אנשי ונשות צוות, שלרוב אינם מתלוננים, אך גם אם מוגשות תלונות הן לרוב מושטקות ולא מטופלות, לעתים תוך התנכלות למתלוננות.⁷⁶

בשנת 2018 יזמה המועצה הלאומית לבריאות האישה, הפועלת תחת משרד הבריאות, הקמת ועדה "לטיפול ומניעה בפגיעות מיניות בקרב צוותים רפואיים". בראש הוועדה מונתה לעמוד ד"ר ליאור שחר, ומטרתה הייתה לנסח נוהל שיקבע מנגנוני טיפול אפקטיביים בתלונות של עובדות מערכת הבריאות. במאי 2022, יותר מארבע שנים לאחר מכן, התפטרה ד"ר שחר מראשות הוועדה במחאה על כך שהנוהל עדיין לא פורסם בשל סחבת במשרד הבריאות, למרות העבודה הרבה שעשתה הוועדה במחקר ובניסוח הצעת הנוהל.⁷⁷

ההתפתרות זכתה להד תקשורת, והמשרד מיהר לפרסם בעקבותיה טיוטת נוהל להערות הציבור, שספגה ביקורת רבה. המבקרות והמבקרים הצביעו על כך שמדובר בנוהל לא אפקטיבי, שכן הוא אינו כולל התייחסות לשורה של נושאים חשובים: איסוף מידע על מטרידים סדרתיים (העוזבים מוסד רפואי אחד ועוברים לעבוד באחר); שקיפות לגבי אופן מינוי ועדות המשמעת בתוך המוסד; ליווי מקצועי לממונות על הטרדה מינית; ליווי למתלוננות; וכן השינויים הנדרשים כדי למנוע הישנות של מקרי הטרדה. למעשה, הנוהל בגרסה שפורסמה אינו מבטא שום קבלת אחריות מצד משרד הבריאות על נושא הטרדות, אלא הימנעות משינוי יסודי בתרבות הארגונית והעדפה שלא לטלטל את הסירה.

בדיון שהתקיים בוועדת הבריאות בכנסת ביוני 2022, ובו חשפו רופאות הטרדות מיניות שעברו מצד אנשי צוות, אמר מנכ"ל משרד הבריאות דאז נחמן אש כי "זו הייתה ישיבה עם עדויות קשות ביותר... מקווה ביותר שאצליח במשימה למגר את התופעה של הטרדות המיניות במערכת הבריאות".⁷⁸ אך למרות זאת משרד הבריאות ממשיך לגרור רגליים ולא לטפל בבעיה: הנוהל הסופי והבעייתי פורסם רק לאחר חצי שנה מפרסום הטיוטה, וקשה להניח שהוא יוביל לשינוי ממשי בפועל.

⁷⁵ 43% מהרופאים המומחים הם נשים, 84.5% מצוותי הסיעוד הן אחיות, ובמרבית המקצועות הפארא-רפואיים הממוסדים נשים הן רוב. "שיקוף מערכת - מבט על תופעות של אלימות מגדרית במערכת הבריאות", רוני בן כנען, רופאים לזכויות אדם, מרץ 2021.

⁷⁶ שם; עידו אפרתי. "משרד הבריאות מעכב שינוי בטיפול בהטרדות מיניות, מגבשת הנוהל התפטרות", הארץ, 15 במאי 2022; צפי סער. "בעיה כירורגית - דו"ח חדש חושף מציאות של פגיעות מיניות במערכת הבריאות", הארץ, 25 במאי 2022.

⁷⁷ ד"ר ליאור שחר. "למה התפטרתי מהוועדה לטיפול בהטרדות מיניות במערכת הבריאות", הארץ, 16 במאי 2022.

⁷⁸ "רופאות נחשפו בוועדת הבריאות ושיטפו על הטרדות מיניות שחוו מרופאים", חדשות הכנסת, 14 ביוני 2022.

ה. התנערויות מאוכלוסיות המטופלות במערכת הבריאות

ה.1 חסרי מעמד

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו חל על מי שאינם תושבי המדינה, אפילו אם הם חיים בישראל כדין תקופות ממושכות: מהגרי עבודה, מבקשי מקלט, מי שחוסים תחת הגנה זמנית מפני הרחקה ובני זוג זרים של אזרחים ישראלים הנמצאים בהליך של איחוד משפחות.⁷⁹ בכל הנוגע למהגרי עבודה, במסגרת חוק עובדים זרים שנחקק ב-1991, ובהמשך לכך בצו עובדים זרים מ-2001 עליו חתום שר הבריאות, הועברה האחריות לבריאותם אל השוק הפרטי. כלומר, אל המעסיק המחויב להסדיר להם ביטוח בריאות והוא הבעלים הרשמי של הפוליסות שנרכשות עבורם, ואל חברות הביטוח הפרטיות, המוכרות למעסיקים פוליסות ייעודיות עבור העובדים. במסגרת פוליסות אלו מכסות חברות הביטוח סל שירותים מוגבל המסופק בעיקר על ידי קופות החולים, ונשען על הקווים המנחים המפורטים בצו עובדים זרים.

בפועל, חברות הביטוח מערימות קשיים על המבוטחים, מנצלות את פערי הידע, השפה והכוחות ביניהם, ונותנות לדחות בקשות להתחייבות כספית עבור טיפולים. הן נוהגות להיתלות בסעיפים שנקבעו בצו עובדים זרים עליו חתום שר הבריאות, אשר מקלים עליהן להתנער מאחריות. כך, למשל, פעמים רבות דוחה חברת הביטוח על הסף בקשות לכיסוי עלות טיפול או בדיקה, בנימוק שמדובר ב"מצב רפואי קודם" המוחרג מהפוליסה, גם כאשר מדובר במצב רפואי חדש. זאת ועוד, ברבים מהמקרים שבהם עובדים חלו ונזקקו לטיפולים ממושכים, ממהרות חברות הביטוח לקבוע להם מצב של "אובדן כושר עבודה" לתקופה

⁷⁹ ההגדרה של חסרי מעמד מתייחסת בסעיף זה לכל מי שהם חסרי מעמד תושב, ועל כן חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא חל עליהם. זאת, למעט קבוצה של כעשרת אלפים פלסטינים ופלסטיניות מחזיקי היתרי איחוד משפחות אשר מנועים מלהפוך לתושבי המדינה, אך בעקבות מאבק ארוך שנים של ר"א והאגודה לזכויות האזרח זכאים לשירותים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, באמצעות תקנות בריאות מיוחדות שחוקקו מכוח סעיף 56(א)(1)(ד) לחוק.

של מעל 90 יום, מכיוון שלפי צו עובדים זרים משנקבע אובדן כושר עבודה לתקופה שכזו נדרשת חברת הביטוח לדאוג רק לייצובו של העובד ולמימון הטסתו לארץ המוצא. התוצאה היא מצב אבסורדי שבו הביטוח הפרטי מכסה את העובדים הזרים כל זמן שהם בריאים, וחדל לכסותם ברגע שהם זקוקים לטיפול רפואי.⁸⁰

ההדרה של חסרי המעמד מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, יחד עם העברת האחריות אל הסקטור הפרטי, מובילים לכך שבפועל משרד הבריאות מתנער כליל מאחריותו הרגולטורית לבריאותם של חסרי המעמד. ואולם, לאור העובדה שמדובר באוכלוסייה שמהגדרתה היא מוחלטת ופגיעה, מן הראוי היה דווקא להגביר את ההגנה על בריאותה, לרבות באמצעות הידוק הרגולציה על אספקת שירותי הבריאות עבורה.⁸¹

לכאורה, אמורים היו להיות שני רגולטורים המפקחים על הנושא. הראשון הוא משרד הבריאות, שמצופה היה שיפקח על נאותות וטיב השירותים הניתנים למוטבי הפוליסה באמצעות קופות החולים. השני הוא רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר, המפקחת על חברות הביטוח אשר מוכרות את הפוליסות למעסיקים. אלא שבפועל, כל אחת מהרשויות הללו מתנערת מאחריותה. לטענת משרד הבריאות הוא אינו אחראי על אספקת שירותי בריאות שלא מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי; מנגד, המפקחת על הביטוח במשרד האוצר אינה פועלת באורח אקטיבי וספציפי לניטור ההתנהלות של חברות הביטוח בתחום של מבטחים חסרי מעמד. מכאן שהמעקב היחיד בנושא הוא על ידי ארגוני החברה האזרחית, אשר מטפלים בפניות פרטניות ונעדרים את המשאבים והגישה למכלול המידע הנדרש לטובת פיקוח אפקטיבי.

ההתנערות מאחריות מצד משרד הבריאות גורמת להזנחה מתמשכת של בריאות חסרי המעמד ולשורה של כשלים. נוכח הליקויים במערך הביטוחים הפרטיים, ובהיעדר מענה מספק בקהילה, נאלצים רבים מחסרי המעמד להמתין להידרדרות מסוכנת במצבם, שכן רק אז יהיו זכאים לטיפול רפואי מציל חיים דרך המיון מכוח חוק זכויות החולה.⁸² לאחר ייצוב מצבם הם משתחררים מבית החולים ללא המשך מעקב וטיפול בקהילה, ופעמים רבות גם ללא נגישות לטיפול תרופתי. בשנים האחרונות פנתה המרכאה הפתוחה של רל"א אל משרד הבריאות בשם מעל 300 מבקשי מקלט שנזקקו לטיפולים רפואיים מורכבים חיוניים, ובהם טיפולים אונקולוגיים, ניתוחים, תרופות חיוניות ופרוצדורות כירורגיות. פניות אלו עסקו במקרים הקשים ביותר מקרב אלפי המטופלים והמטופלות שפוקדים את מרפאת המתנדבים של רל"א משום שהם מתקשים לזכות במענים רפואיים סדירים. בחלוף השנים מצבם מדרדר, והם נדרשים לאשפוזי חירום ארוכים ויקרים בבתי החולים.

מערכת הבריאות הציבורית היא שסופגת בסופו של דבר את עלויות טיפולי החירום בדמותם של חובות אבודים. לפי דו"ח של מרכז המחקר של הכנסת מ-2017, עלויות הטיפול במבקשי מקלט ובחסרי מעמד אחרים שנעדרים כל מסגרת ביטוחית מוערכות בעשרות מיליוני שקלים

⁸⁰ נדב דוידוביץ' וזואי גוטצייט. "סל שירותי הבריאות" לחסרי מעמד בישראל - המצוי ורצוי", מדיניות רפואית, 30 ביולי 2017.

⁸¹ בשנים האחרונות, במקביל להצפת הליקויים במערך הביטוחים הפרטיים, פעלה רל"א מול משרד הבריאות ובכנסת בתביעה ללקיחת אחריות ולהידוק הרגולציה בהקשר של בריאותם של מהגרי העבודה וחסרי המעמד. עבודה זו נעשתה בשיתוף פעולה עם עמותת קו לעובד, וסעיף זה מתבסס גם על מסמכים שחוברו בשיתוף עם עו"ד אלעד כהנא מ'קו לעובד'.

⁸² החוק קובע כי במצב חירום רפואי כשנשקפת לאדם סכנה מיידית לחייו או נזק בלתי הפיך לאחד מאיבריו, כל אדם זכאי לטיפול רפואי דחוף ללא התניה (ס' 3(ב) לחוק).

בשנה, והם נספגים ברובם על ידי בתי החולים בשל היעדר מנגנון שיפוי מוסדר מצד משרד הבריאות.⁸³ מנתונים חלקיים שנאספו עד כה על ידי המרפאה הפתוחה של רל"א עולה, כי בין השנים 2013-2020 הגיע היקף החובות של בתי החולים עבור הטיפול בחסרי מעמד למאות מיליוני שקלים (כ-408,192,561 שקלים). לא זו אף זו - היקף החובות הללו רק עולה עם השנים: בשנים 2018-2019 לבדן מדובר ביותר מ-157 מיליון שקלים.⁸⁴ עם התבגרות האוכלוסייה והמשך ההזנחה, העלויות צפויות עוד להאמיר.

מעבר לעלויות הכספיות, הסרת האחריות וההישענות המוגברת על טיפולי חירום גובה מחיר אתי-מקצועי מצוותי הרפואה, שנדרשים להגיש סיוע ונאלצים למצוא פרשנות יצירתית ומרחיבה של הטיפול הדחוף הנדרש במצבי חירום על מנת לספק מענה רפואי נאות למטופלים, לעתים תוך עימות עם הנהלות בתי החולים והימצאות ב"נאמנות כפולה" - למוסד הרפואי ולמערכת מזה, ולמטופל ולשליחות המקצועית מזה.⁸⁵ נוסף על כך, להדרת חסרי המעמד משירותי הבריאות הציבוריים יש השלכות נרחבות על בריאות הציבור. כפי שהומחש עם פרוץ מגפת הקורונה, יצירת מובלעות של אוכלוסיות ללא נגישות סדירה לשירותי בריאות בקהילה מציבה אותן ואת הציבור כולו בסיכון מוגבר במקרה של מחלה מדבקת או מגפה.

וכן, למרות ההשלכות הידועות היטב על מערכת הבריאות הציבורית, משרד הבריאות נמנע באופן עקבי ומכוון מרגולציה ומפיקוח בתחום, ומגלגל את האחריות לגורמים אחרים. בעבר, במענה לפניית רל"א הדגיש המשרד כי "משרד הבריאות אינו משמש 'מבטח שיורי' לאוכלוסיות לא מבוטחות".⁸⁶ אולם פרשנות צרה זאת של סמכויות משרד הבריאות אינה מחויבת המציאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי שר הבריאות רשאי לקבוע הסדרים מיוחדים למי שנמצא בישראל ואינו מבוטח על פי החוק.⁸⁷ יתרה מכך, שר הבריאות אף חתום על צו עובדים זרים ומשרד הבריאות אחראי על קופות החולים, שכאמור הן הספקיות העיקריות בביטוחים הפרטיים למהגרי עבודה. אין אלא לתהות מדוע מתקש המשרד להתנער לגמרי מתפקידו כרגולטור, על אף ההשלכות החמורות לא רק מבחינת הזכות לבריאות של חסרי המעמד, אלא גם מבחינת מערכת הבריאות בכללותה.⁸⁸

2. חיילים

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי הוא לא חל על חיילים בשירות סדיר (ס' 55(א) לחוק), וחיל הרפואה אינו מחויב לסל הבריאות הציבורי.⁸⁹ התוצאה היא שבעוד שבתחומים של רפואת חירום ושיקום - הקשורים קשר הדוק לפעילות המבצעית - שירותי הבריאות

⁸³ נטע משה. "החלת סל הבריאות על זרים שאינם בני הרחקה - אומדן עלות", מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 19 במרס 2017.

⁸⁴ לדוגמה, בשנת 2021 איכילוב לבדו ספג חובות בסך 37 מיליון שקלים עבור טיפולים בחסרי מעמד ללא ביטוח. הנתונים לקוחים מתשובות לבקשות חופש מידע שרל"א הגישה לאורך השנים למשרד הבריאות ולקופות החולים.

⁸⁵ ראו נייר עמדה "עו"סיות בחזית - על מורכבות הטיפול בחסרי המעמד במערכת הבריאות הציבורית", זואי גוטצייט, רופאים לזכויות אדם, ינואר 2020.

⁸⁶ תשובת ד"ר ציון שלוסברג, מנהל המחלקות לטיפול באוכלוסיות מיוחדות, משרד הבריאות, 10 בספטמבר 2020.

⁸⁷ ס' 56 לחוק.

⁸⁸ יש לציין כי באוקטובר 2022 פרסם משרד הבריאות מכרז למתן ביטוח רפואי לחסרי מעמד. ואולם, בשלב כתיבת דו"ח זה אין לדעת אם אמנם הסדר כזה ייצא בסופו של דבר אל הפועל, ומה יהיו פרטי המדיקים (במיוחד לאור תוצאות הבחירות של נובמבר 2022).

⁸⁹ נחמן אש. "שירותי הרפואה לחיילים בקופות החולים - דברים שרואים מכאן לא רואים משם", הרפואה, 157, אוקטובר 2018.

הניתנים לחיילים טובים, הרי שרפואת השגרה לוקה מאוד בחסר. דו"ח מבקר המדינה לשנת 2017 ציין את זמני ההמתנה הארוכים לרפואה ראשונית, מחסור במוקדניות לקביעת תורים לרפואה שניונית, והמתנה ממושכת לתורים לרפואת מומחים הרבה מעבר לתקן שנקבע בצבא. כמו כן הצביע הדו"ח על כך שאין נתונים על התייצבות חיילים לתורים שנקבעו להם, ואין הגדרה של זמן המתנה מרבי למפגש עם רופאה ראשונית.⁹⁰ למרות הנתונים הבעייתיים, משרד הבריאות אינו מפקח כלל על רמת שירותי הבריאות הניתנים לחיילים בשירות חובה - אף שהם חשופים לסיכונים בריאותיים בשל השירות, וחוזרים למערכת הבריאות הציבורית עם שחרורם.

נושא אחר שבו נמנע משרד הבריאות מלהתערב, למרות ההשלכות החמורות האפשריות, הוא ניסויים רפואיים בחיילים במסגרת הצבא. בישראל קיימים חקיקה ונהל המסדירים את התנאים לעריכת ניסויים בבני אדם, אך אלה חלים רק במסגרות אזרחיות ולא על הצבא והמערך הרפואי שלו. בצה"ל הנושא מוסדר באמצעות הוראה פנים-צה"לית. אחד המקרים הקשים ביותר שבהם נתקלנו הוא הכשלים החמורים בביצוע ניסוי לפיתוח חיסון לאנתרקס (גחלת).

ב-1998 החל צה"ל בניסוי לבדיקת יעילות חיסון שפותח בישראל למחלת האנתרקס. הניסוי, "עומר 2", נעשה על קבוצה של כ-700 חיילים וחיילות והסתיים בשנת 2006. כשנה לאחר מכן נחשף הניסוי בתוכנית "עובדה" שהצביעה על חשדות לכשלים שנפלו בו. בהמשך לכך ערכה רל"א בדיקה של הפרשה, שכללה ראיונות עם 60 חיילים שהשתתפו בניסוי, ונענו לקריאת העמותה לקיום ראיונות. הבדיקה העלתה ש-78% מהפונים דיווחו על הופעת בעיות רפואיות במהלך הניסוי או אחריו.⁹¹ עוד העלתה הבדיקה כשלים במישור האתי, ובהם קבלת הסכמה באמצעות הפעלת לחץ ומסירת מידע שגוי, ומעקב לקוי אחרי מצבם הרפואי של המשתתפים.

בהמשך לכך עתרה רל"א לבג"ץ ב-2007 בנושא הניסויים הרפואיים בבני אדם בצה"ל, וביקשה לאסור על קיומם עד להסדרת הנושא בחקיקה ראשית, וכן ביקשה שתוקם ועדת חקירה ממלכתית שתבדוק את ניסוי "עומר 2". בעקבות העתירה פנה קצין הרפואה הראשי אל ההסתדרות הרפואית בבקשה להקים ועדת בדיקה בלתי תלויה שתחקור את הניסוי. בדו"ח שפרסמה הוועדה נמצא שהניסוי לווה בכשלים אתיים חמורים ובליקויים חמורים בביצועו. בעקבות הפרשה, ולאחר תכתובות ופגישה של רל"א עם קצין הרפואה הראשי דאז, פרופ' נחמן אש, הכניס צה"ל שינויים חשובים ונחוצים בפקודת מטכ"ל המסדירה את התחום. בזכות השינויים כיום הפקודה קרובה מאוד להגדרת חיילים כ"אוכלוסייה רגישה", כלומר אוכלוסייה שאפשר לבצע עליה ניסויים רק אם הם לטובתה ואי אפשר לבצע על אוכלוסייה אחרת. עם זאת, מכיוון שאין מדובר בחקיקה ראשית מחייבת, צה"ל יכול לשנות בעתיד את הפקודה מבלי שיהיו על כך פיקוח ובקרה.

שינוי הפקודה היה צעד מבורך של הצבא, בניגוד למחדל שמאפיין את התנהלות משרד הבריאות בסוגיה. למרות שלמשרד הבריאות יש אחריות-על לתחום של ניסויים בבני אדם, ולמרות שידע בזמן אמת על קיום הניסוי, המשרד נמנע מכל פיקוח או בקרה בנושא. הבדיקה שנערכה ותיקון הליקויים בעקבותיה נעשו רק בשל מעורבות עיקשת של רל"א

⁹⁰ "צבא ההגנה לישראל - הטיפול בפרט: השירות הרפואי לחיילים בשירות חובה", מבקר המדינה, דוח שנתי 67 ב', מאי 2017.
⁹¹ המשתתפים דיווחו על בעיות עור, בעיות מעיים ועיכול, מיגרנות וכאבי ראש, שפעת חוזרת, חולשת שרירים ורעידות, עייפות, חולשה, אלרגיות, הפרעות קשב וריכוז, דלקות פרקים, סכרת ובעיות בתפקודי הכבד.

ושל התקשורת. גם כיום המשרד עדיין נמנע מקידום חקיקה שתסדיר את הניסויים בבני אדם מחוץ למרכזים רפואיים ותמנע הישנות כשלים חמורים בעתיד, ואף מיסמס הצעת חוק פרטית שעסקה בכך.

ה.3. כלואים

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מוחרגים ממנו הכלואים במשמורת שב"ס. ההחרגה מסתמכת על ס' 3(א) לחוק, שלפיו "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מתוקף חיקוק אחר". אף שההחרגה אינה מחויבת מלשון החוק, הטענה היא שכלואים זכאים לשירותי בריאות מתוקף פקודת בתי הסוהר, הקובעת כי "אסיר יהיה זכאי... [ל]טיפול רפואי הנדרש לשם שמירה על בריאותו", ולכן מוחרגים.⁹² וכך, כלואים מקבלים שירותי בריאות משב"ס, המפעיל מערך בריאות עצמאי ונעזר בבתי החולים לצורך רפואה שניונית.⁹³

פעילות שב"ס מוסדרת תחת פקודות נציבות ונהלים, והפקודה המרכזית העוסקת בטיפול רפואי היא פקודה 04.44.00. בעבר הפקודה קבעה כי שירותי הבריאות לאסיר יהיו זהים לסל הבריאות של קופת חולים כללית, בכפוף למקורות המימון העומדים לרשות שב"ס, אך בשנת 2019 היא עודכנה ובמקום נקבע כי "השירותים הרפואיים כפי שהוגדרו על ידי משרד הבריאות ישמשו קו מנחה במסגרת החלטות גורמי מערך הרפואה בשב"ס בדבר מתן טיפול רפואי לאסיר".⁹⁴ בנוסף קבע שב"ס נוהל חדש לפעילות ועדה שהוא מכנה "ועדת חריגים", שאמורה לאשר כל טיפול בעלות של 10,000 שקלים ומעלה, גם אם הוא כלול בסל הבריאות.

התוצאה היא ששב"ס יכול להחליט באופן פרטני ושרירותי איזה טיפול רפואי יינתן לכל כלוא, מבלי שהוא מחויב לסל הבריאות ומבלי שהוא מפרסם קריטריונים כלליים למתן טיפול, מצב הפותח פתח להחלטות לא מקצועיות ואף לאפליה בין כלואים. עמדת משרד הבריאות, כפי שנוסחה במכתב ששלח לרל"א, היא כי "עפ"י החוק במדינת ישראל, משרד הבריאות אינו קובע מדיניות לגבי הטיפול הרפואי באסירים".⁹⁵ נוסף על כך, המשרד אינו מפקח על מערך הרפואה בשב"ס, אינו דורש משב"ס דיווח ואינו דורש ממנו לעמוד במדדי איכות המחייבים את מערכת הבריאות.

הדבר חמור במיוחד משום שאוכלוסיית הכלואים היא אוכלוסייה המאופיינת בתחלואה מוגברת ביחס לאוכלוסייה הכללית, ותנאי החיים והצפיפות בכלא גורמים פעמים רבות להתפתחות מחלות והידרדרות בבריאות הגופנית והנפשית.⁹⁶ אך למרות זאת איכות, זמינות ונגישות הטיפול הניתן לכלואים בישראל פחותות ביחס לטיפול הזמין לכלל תושבי המדינה, ובכלל זה אי הגדרת רשימת שירותים, לצד כוח אדם מקצועי פחות, תורים ארוכים יותר, וגישה מוגבלת לרפואת מומחים ולרפואה מונעת.⁹⁷

⁹² נדב דוידוביץ', ענת ליטוין וניב מיכאלי. "חולים מאחורי הסורגים", דוקטורטס אונלי, 28 בנובמבר 2019.

⁹³ ניב מיכאלי. "חולה עד תום ההליכים", רופאים לזכויות אדם, נובמבר 2019.

⁹⁴ הטיפול הרפואי באסיר, פקודת נציבות בתי הסוהר, מס פקודה, 04.44.00 עורכן: 15 במאי, 2019.

⁹⁵ ניב מיכאלי. "כשלים באבחון וטיפול באסירים עם הפטיטיס סי (צהבת) בשירות בתי הסוהר", רופאים לזכויות אדם, יולי 2018.

⁹⁶ דו"ח מבקר המדינה 365 לשנת 2014. "המערך הרפואי לטיפול בכלואים בשירות בתי הסוהר", 5 במאי 2015. על פי הדוח, כ-6,000 אסירים מאובחנים כסובלים ממחלה כרונית אחת או יותר, כשני שלישים הם בעלי רקע של התמכרות לסמים או אלכוהול, 73% מהאסירים הפליליים נזקקו להערכה או טיפול פסיכיאטרי ו-4% אובחנו כלוקים בסכיזופרניה.

⁹⁷ "תפקידו של משרד הבריאות בקידום שוויון וביטול הפערים בבריאות בישראל", רופאים לזכויות אדם, נובמבר 2016; דו"ח מבקר

נוסף על הפגיעה החמורה בזכות לבריאות של אוכלוסיית הכלואים, יש למדיניות שב"ס ומשרד הבריאות השלכות קשות על מערכת הבריאות הציבורית. במוקדם או במאוחר רוב הכלואים משתחררים - וחוזרים להיות מטופלים במערכת הבריאות הציבורית (המאסר הממוצע בישראל הוא של כשנתיים-שלוש). כלומר, הרפואה הציבורית היא שסופגת את עלויות ההידרדרות בבריאותם של אסירים ועצירים בשל שירותי הבריאות הירודים ששב"ס מעניק.

גם כאן, כמו במקרה של חסרי המעמד, היתלות משרד הבריאות בפרשנות של החוק המסירה ממנו אחריות לכלואים אינה מחויבת המציאות, אלא נועדה להתנער מאחריותו לרגולציה ולפיקוח בתחום הבריאות, גם במחיר של פגיעה בזכויות אדם ובבריאות הציבור וכן דלדול משאבי המערכת הציבורית. על רקע זה עתרה רל"א בנובמבר 2022 לבג"ץ נגד שירות בתי הסוהר ומשרד הבריאות בדרישה לחייב את שב"ס להשוות (לכל הפחות) את סל הבריאות שלו לסל הבריאות הציבורי - בתקווה שבית המשפט יתערב היכן שמשרד הבריאות והמדינה נמנעים מלעשות את חובתם.

א. סיכום והמלצות

למקרים המוצגים בדו"ח זה יש מכנים משותפים. ברבים מהם התעלם המשרד מנתונים על הבעיה ומפניות של ארגוני חברה אזרחית ושל מומחים במשך תקופה ארוכה, וגם במקרים שבהם בסופו של דבר נקט צעדים היה הדבר בבחינת מעט מדי ומאוחר מדי, ורק לאחר מאבק עיקש של החברה האזרחית. כאשר נדרש המשרד להפעיל את סמכויותיו כמפקח הוא נמנע מכך פעמים רבות, או נוקט הליכים פורמליים למראית עין שאינם מביאים לתוצאות הנדרשות. הוא נמנע מעימותים מול גופים חזקים, כגון קופות החולים, חברות התרופות, משרדי ממשלה אחרים ושב"ס, בין אם בכך שהוא מאפשר להם "רגולציה עצמית" ללא פיקוח של ממש, או על ידי הימנעות מטיפול בתחומים שיש להם השלכות קשות על מערכת הבריאות ועל בריאות הציבור אך אינם בהכרח באחריותו הישירה. ולבסוף, למרות שבתחום הבריאות יש חשיבות מכרעת לאיסוף מידע אמין ולהנגשתו לציבור, משרד הבריאות נמנע לעתים קרובות מנקיטת צעדים אקטיביים לאיסוף נתונים, לעיבודם ולפרסומם - ובחלק מהמקרים אף פועל בעצמו בחוסר שקיפות.

חשוב להדגיש שהיו תחומים שבהם היו בשנים האחרונות התפתחויות חיוביות ועשייה משמעותית. עם זאת, מטבע הדברים דו"ח זה מתמקד בטעון שיפור, ובתחומים שבהם משרד הבריאות אינו עושה נאמנה את עבודתו כרגולטור.

בסופו של דבר, ברוב המקרים הדרך לשיפור מערכת הבריאות, להגנה על הזכות לבריאות ולסגירת הפערים בתחום אינה תוספת של רגולציה חדשה, אלא שיפור הרגולציה הקיימת ואכיפתה. כל זה לא יקרה ללא שינוי דרסטי בהלך המחשבה של משרד הבריאות ביחס לתפקידו כרגולטור. במקום גישה של הימנעות, התנערות והססנות מול גופים חזקים, על המשרד להפעיל רגולציה אקטיבית ואפקטיבית, שתבטיח את הזכות לבריאות לכלל הציבור בישראל.

בנוסף, הדו"ח מתמקד בשינויים הנדרשים בתחום הרגולציה, אך אין בהם די. שינוי הרגולציה צריך לבוא כחלק משלים לתהליכי שינוי המדיניות הנדרשים לטובת חיזוק מערכת הבריאות הציבורית, התאמת התקציב לצרכי המערכת, והפרדה מוחלטת בין הרפואה הפרטית לציבורית.

המלצות

א. שקיפות, איסוף נתונים ושיתוף הציבור. ברוב הסוגיות הנזכרות בדו"ח משרד הבריאות אינו פועל כנדרש לאיסוף נתונים ולעיבודם, וללא נתונים אמינים אי אפשר לבצע רגולציה, פיקוח ואכיפה הולמים. על המשרד להקדיש משאבים ולפעול באופן אקטיבי לאיסוף נתונים, וכן להנגיש אותם לציבור הרחב. נוסף על כך, יש לדאוג להליכים הולמים של שיתוף הציבור ושותפות עם ארגוני חברה אזרחית.

ב. סיום כפילות התפקידים שבהם מחזיק משרד הבריאות. על המשרד להעביר את ניהול שירותי הבריאות שבבעלותו לידי גורם אחר, קרי רשות עצמאית או קופות החולים, תוך שמירה על מעמדם כבתי חולים ומוסדות ציבוריים ללא מטרות רווח.

ג. רגולציה אפקטיבית על קופות החולים. רגולציה כזאת חייבת לכלול הצבת סטנדרטים מקצועיים שיחייבו את הקופות (בין היתר בכל הנוגע לזמן, מרחק ואיכות שירותי הבריאות), וכן חיוב הקופות לשקיפות בהקצאת המשאבים המופקדים בידיהן. בנוסף לכך, כדי להבטיח שהקופות יעמדו בכללים הרגולטוריים שהמשרד מגדיר, עליו לקבוע סנקציות ממשיות להפרתם. לצד זאת, יש לדאוג לתקצוב ההולם את צרכי הקופות.

ד. פיקוח-על של משרד הבריאות על שירותי הבריאות לאוכלוסיות שאינן תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. על המשרד להכיר במחויבותו לפיקוח על מימוש הזכות לבריאות של כלל הציבור החי בישראל, בין אם תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מחוצה לו. עליו להחיל את חוק ביטוח בריאות ממלכתי על קבוצות מסוימות מקרב חסרי המעמד, אשר נקבע שראויות להגנה הומניטרית מיוחדת; לאסוף מידע על ביטוחי העובדים הזרים, בין היתר מידע על היקף המבוטחים ועל היקף הסירובים למתן טיפול; להקים נציבות קבילות (אחת או יותר) עבור מי שאינם תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי; ולהקים ועדה מייצעת למנכ"ל משרד הבריאות בנוגע לאוכלוסיית חסרי המעמד בישראל, שתכלול גם את ארגוני השטח והסיוע.

ה. הפרדה מוחלטת בין חברות הפארמה לרפואה. יש לערוך מעקב ובקרה אחר ניגודי אינטרסים של רופאים/רופאות ומוסדות רפואיים, וכן להחמיר את הרגולציה בתחום כך שתחייב הפרדה מוחלטת בין חברות התרופות לאנשי הרפואה ולמוסדות הרפואיים. בנוסף, יש לדאוג לתקציבי מחקר שאינם תלויים בחברות התרופות.

ו. הגברת הפיקוח הכלכלי על בתי החולים, גם אלו שאינם ממשלתיים. מחדל הדסה מלמד שהפיקוח חייב להיות הדוק יותר, שכן מדובר במוסדות חיוניים שהמדינה לא יכולה להניח להם להתמוטט, וששמילא ישוקמו על ידי הזרמת כספים מתקציב המדינה.

ז. מהפכה בנציבות הקבילות על מקצועות הרפואה. יש להרחיב את סמכויות הנציבות, וכן לדרוש שקיפות ושיתוף הציבור, על מנת להבטיח שהטיפול בתלונות ייעשה בצורה טובה יותר. במקביל יש לבחון את מודל הנציבות ואת האפשרות של העברתה לאחריות משרד המשפטים.

ח. טיפול בפערים ובאי שוויון בבריאות. יש להרחיב את היחידה העוסקת בצמצום פערי הבריאות במשרד הבריאות, כולל הענקת סמכויות אכיפה. כל זאת לטובת פיקוח, מעקב

ומענה בנושאים המשפיעים על שירותי הבריאות בקרב אוכלוסיות מוחלשות בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית בישראל.

ט. הפרדה בין הרפואה הציבורית לפרטית. יש לבצע בקרות כנדרש בחוק תיירות מרפא ולפרסמן, וכן להגביל שירותי תיירות מרפא במידת הצורך מכוח החוק; להגביר את הפיקוח על שירותים מסחריים הניתנים בבתי חולים ציבוריים; וליידע את הציבור לגבי מרכיבים של רפואה פרטית בתוך המערכת הציבורית, על מנת לסמן ולהצביע על טשטוש הגבולות המתקיים ביניהן. במקביל, יש לפעול להפרדתה המוחלטת של הרפואה הפרטית מהציבורית.