

ראשי פרקים

נושא	עמודים
מבוא	2
פרק ראשון : סקירה ספרותית	3-12
א. הזכות לבריאות	3
ב. משטרי מדינת רווחה	3-5
ג. הפרטה	5-10
ד. רגולציה במערכת הבריאות	10-12
פרק שני : הפרטת מערכת הבריאות בישראל : גורמים, תהליכים והשלכות	12-20
א. תהליכי הפרטה בשירותי הרווחה בישראל	12-14
ב. הפרטת מערכת הבריאות בישראל	14-16
ג. ביקורת על השלכות ההפרטה	16-20
סיכום	21-22
ביבליוגרפיה	23-26

מבוא

בישראל חל כרסום בחלק מהתחומים שהולאמו במסגרת חוק בריאות ממלכתי ומתקיימת הפרטה סמויה של מערכת הבריאות כדי למקם את נושא ההפרטה במסגרת מדיניות הבריאות הכוללת של המדינה (חיניץ וגראו, 2015). הפרטה סמויה וזוחלת זאת פוגעת באזרח מבחינה כלכלית - עליה בהוצאה הפרטית על בריאות כדי 5.9% מהכנסה ממוצעת נטו של משקי בית ב 2016, לעומת 3.9% ב 1997 (צ'רניחובסקי, בלייך ורגב, 2016) וכן מבחינה בריאותית (היקף, איכות ונגישות השירות הרפואי) ומבחינת פגיעה בזכויות חברתיות.

מדיניות רווחה נשענת על ההנחה כי שירותי בריאות לא יכולים להיחשב מוצר שנשען רק על כללי השוק החופשי, ולמדינה יש אחריות להגדיל את השוויון האזרחי ולצמצם פערים במובן דאגה לבריאות האזרח ללא קשר למצבו הכלכלי. מכאן, המדינה צריכה להתערב במשק, להגדיל את חלקה בהוצאה הציבורית לשירותי בריאות ולהתערב במערכות הבריאות באופן שיבטיח את הזכות לביטחון בריאותי לכל אזרח (צ'רניחובסקי ואח', 2016).

בארבעה העשורים האחרונים ועל רקע תהליכי הגלובליזציה ונקיטת מדיניות ניאו ליברלית במדינות הרווחה, מתרחשים במדינות המערב ובישראל שני תהליכים מנוגדים שיוצרים בעיה: מצד אחד, מדינת הרווחה מרחיבה את תהליכי ההפרטה של מערכות הבריאות והיא מנסה לעשות זאת מבלי להרחיב את המגזר הממשלתי; כאשר בזמן משבר היא מנסה לעשות זאת גם תוך צמצום המגזר הממשלתי (Morgan & Campbell, 2011). מהצד השני, בעולם גלובלי, שמדבר את שיח הזכויות, הציבור דורש דווקא להרחיב את שירותי הבריאות הציבוריים.

בעיה אחרת היא הפער שנוצר בין הצהרה על ביזור הכוח השלטוני לבין ריכוזיות. לפי התיאוריה הליברלית, מדינות דמוקרטיות בעידן הגלובלי מדגישות את חירות הפרט, מכוונות לביזור הכוח השלטוני ופועלות לצמצם את מעורבות המדינה במשק כדי לתת לכוחות השוק החופשי לפעול. אולם הפרקטיקה, לאחר כשלושה עשורים של הפרטה, מלמדת על תהליכים של ריכוזיות ממשלתית מוגברת וכניסת הממשל לתחומים רבים ונרחבים וזאת כדי לשלוט בהוצאות הציבוריות. לאחר שמדינה משיגה שליטה במנגנונים ובארגונים של מדינת הרווחה, היא יכולה לקיים הפרטה סמויה בכך שהיא לא מעבירה, או לא מעדכנת תקציב ומאלצת את האזרחים ואת ספקי הבריאות לנהל בעצמם את הסיכונים, על ידי הגדלת חלקם בהוצאה הפרטית לבריאות (סבירסקי, 2021). לכן, צריך לבדוק לא את ההשפעה של הפרטה רגילה על החברה, אלא את ההשפעה של הפרטה סמויה, או הפרטה זוחלת.

מכאן, **שאלת המחקר**: כיצד משפיעה הפרטת מערכת הבריאות על נגישות לשירותים רפואיים, איכותם ועלותם לציבור המשתמשים? **השערת המחקר** הפרטה של מערכת הבריאות בישראל הקטינה את הביטחון הסוציאלי: הגדילה את ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, הקטינה את הנגישות לבריאות ולא שיפרה את איכות השירות.

בעבודה אבחן את רציונל ההפרטה בכלל ובמערכת הבריאות בישראל בפרט, את תהליך ההפרטה, הביקורת על ההפרטה וההצעות לרפורמה. אשים דגש על ניתוח יתרונות ההפרטה וחסרונותיה.

פרק ראשון: סקירה ספרותית

בפרק זה אבחן את התפתחות הזכות לבריאות בתפיסה הדמוקרטית בכלל והליברלית בפרט ואציג את דגמי משטרי הרווחה ויחסן להיקף הזכות לבריאות.

א. הזכות לבריאות

בריאות מתייחסת למצב של רווחה גופנית ונפשית שלמה ובמדינות המערב מתייחסים אליה לא רק כהעדר תחלואה או מוגבלויות, אלא כזכות למעריך תומך המקיף את האדם ומספק לו כלים להגיע למצב נשאר של בריאות. במעריך תומך הכוונה לקיומם של שירותי בריאות, אספקת שירותי בריאות על בסיס צורך, נגישות שירותי בריאות לכלל האוכלוסייה הזכאית, הקצאת משאבים צודקת, הבטחת תנאים נאותים לחיים בריאים ומימוש הזכות לבריאות, תוך שמירה והקפדה של זכויות אדם רלוונטיות אחרות.

הזכות לבריאות במחשבה הליברלית נתפסת כזכות חברתית מרכזית משום שנוגעת בעצם קיום החיים, היא מעוגנת בחוקותיהן של כמחצית ממדינות העולם ומוזכרת במסמכי זכויות אדם בין לאומיים חשובים כמו ההכרזה לכל באי העולם בדבר זכויות האדם, של האו"ם. כמו האמנה הביל לאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות ועוד. (רוזנאי ו סומר, 2016). יש מדינות שהדגישו שירותים אחדים על אחרים: בחוקות של גרמניה ובלגיה, התייחסו לזכות לבריאות כחלק מהזכויות החברתיות. באחרות, כמו דרום אפריקה, התייחסו לטיפול במצבי חירום. מדינות האיחוד האירופי התייחסו לשירותי רפואה מונעת, ואחרות כמו פינלנד, ספרד ודרום אפריקה הקצו התייחסות מיוחדת בחוקה למגזרים שונים (ברסטל, 2016).

את הזכות לבריאות מייחסים לא רק לקיום החיים אלא לזכות לכבוד, במובן זה שהגנה על זכותו של אדם לשמור על בריאותו, היא למעשה כיבוד זכותו של אדם לחייו ולגופו ושלילת הזכות ה'סבילה' לבריאות מתפרשת כפגיעה חמורה בחייו של אדם ובשלמות גופו.

הצדקה תועלתנית בזכות לבריאות נקשרת לכך שמערכת בריאות טובה משפרת את איכות החיים ומפחיתה את הסבל האנושי. בהקשר למשק הלאומי, בריאות טובה תבטיח כוח עבודה זמין, תאפשר עבודה ללא הפרעות, תגדיל את התפוקה האישית ותוביל לגידול בתפוקה הלאומית ולצמיחה כלכלית (רוזנאי וסומר, 2016). את היקף הזכות לבריאות יש לבחון בהקשר לאופי מדינת הרווחה.

ב. משטרי מדינת רווחה

רציונל מדינת הרווחה במדינות הליברליות נעוץ בעקרון השוויון האזרחי והחל מהשאיפה לצמצם את הפערים החברתיים. אבל אין הגדרה אחת למדינת רווחה, אין הסכמה על הגדרה אחידה ואין דגם אוניברסלי של מדינות רווחה: הדגם הסקנדינבי שונה מהדגם האמריקני ומהמזרח אירופי ובמדינות שונות אזרחים זוכים לשירותים שונים. ההגדרה המצמצמת מציעה שדי במעורבות המדינה בשירותים החברתיים ואספקת ביטחון סוציאלי, כדי להגדירה מדינת רווחה. אחרים מציעים הגדרה רחבה יותר הטוענת שעל המדינה לספק לא רק את רצפת הקיום הבסיסית, אלא לשאוף למלא את מירב הצרכים הנלווים בכל תחומים, כולל בריאות. המאפיינים הדומים בדגמי מדינות הרווחה כוללים אספקת צרכים אנושיים בסיסיים של התושבים כחלק ממימוש זכויותיהם הפוליטיות. הבטחת ביטחון סוציאלי של התושבים על ידי אספקת רצפת הכנסה,