

לכב'

מר משה בר סימן טוב, מנכ"ל

משרד הבריאות

במייל: [mankal@moh.health.gov.il](mailto:mankal@moh.health.gov.il)

18.4.2024

שלום רב,

## הנדון: טיוטת תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרים לעניין רישום בקופת חולים

### ומתן שירותי בריאות לקבוצות אוכלוסייה שמיושמת כלפיהן מדיניות אי הרחקה

מישראל), התשפ"ד-2024 –

### התייחסות מהיבט כלכלת בריאות

טיוטת התקנות שבנדון מעלה שורה של שאלות, מתחומי המשפט, המוסר, האתיקה הרפואית ועוד. למיטב ידיעתנו, סוגיות אלה הובאו בפני משרד הבריאות במסגרת הערות של פורום ארגוני הפליטים ומבקשי המקלט בישראל לטיוטת התקנות.<sup>1</sup> במסמך זה נבקש להאיר באופן תמציתי זווית נוספת, שראוי להתייחס אליה, והיא הזווית של כלכלת בריאות.

טענתנו המרכזית היא שמחקרים שנערכו בעולם ובישראל מלמדים שהדרת אוכלוסיות חסרות מעמד – לדוגמה, אוכלוסיות מהגרים השוהים תקופה משמעותית במדינה – מכיסי רפואי מקיף, אינה יעילה מבחינה כלכלית. זאת לאור העובדה שהעדר טיפול רפואי מוקדם (מניעתי) גורם במקרים רבים להתדרדרות במצב הרפואי, ובמיוחד בקרב אוכלוסיות פגיעות במיוחד. התדרדרות זו מובילה תדיר למצבים רפואיים חמורים, לרבות מצבים מסכני חיים ו/או נכות חמורה בלתי הפיכה, דהיינו מצבים שבהם זכאי כל אדם לטיפול רפואי דחוף ללא התנייה לפי חוק זכויות החולה. או אז העלות שמושתת על הציבור (אותם "חובות אבודים" של בתי החולים, שאין ביכולתם לגבות מאוכלוסיות חסרות מעמד דלות האמצעים) עולה בצורה ניכרת על העלות שהיתה מושתת עליו (אם בכלל) במסגרת הסדר ביטוחי שבו חסרי מעמד, כמו האזרחים, תורמים לקופה הביטוחית במצבים בהם ביכולתם לעשות זאת (באמצעות תשלום מס בריאות חודשי, בעודם בריאים ועובדים), ונהנים ממנו כאשר הם נדרשים לו – באמצעות טיפול בקהילה, בשירותים אמבולטוריים ובאשפוזים (במצבים שהם הטיפול בקהילה או הטיפול האמבולטורי אינו מספיק).

<sup>1</sup> להערות הפורום ר' כאן.

לפני שנפנה להצגה קצרה של מחקרים נבחרים בתחום, נבקש להדגיש עוד שתי נקודות, בעלות חשיבות בהקשר הישראלי.

האחת: התקנות מתייחסות באופן ישיר למהגרים שמשתייכים ל"אחת הקבוצות שמיושמת כלפיהן מדיניות אי הרחקה מישראל או הגנה קבוצתית". ככל שמדובר באזרחי אריתריאה וסודן, הרי שאלה אנשים שנכנסו למדינה לפני 12-18 שנים, ואסור להרחיקם מהמדינה בעקבות הסכנה שנשקפת לחיים באם יחזרו לארצם, וההגנה הקבוצתית שזכו לה בישראל. דהיינו, באנשים השוהים תקופות משמעותיות ביותר במדינה. בנסיבות אלה, ההסתברות להתדרדרות במצבם הרפואי, בהעדר טיפול מונע או מוקדם, זאת בעודם ממשיכים לשהות במדינה (בהיתר!), לרוב תוך כדי עיסוק בעבודות פיסיות שחוקות, גבוהה יותר (בהשוואה למהגרים השוהים תקופה קצרה במדינה המארחת).

נקודה שניה שנבקש לציין, שיש לה רלוונטיות מההיבט של כלכלת בריאות: התקנות המוצעות מבקשות להותיר את כלל המהגרים (עליהם הן חלות) בגילאי 18-65 תחת הסדר ביטוחי פרטי מאוסדר, ואילו את הילדים והזקנים – תחת הסדר ביטוחי ציבורי (דהיינו, כיסוי דומה לזה שאזרחים מקבלים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוך דרישת תשלום שונה). מאחר שחברות הביטוח הפרטיות פועלות למטרות רווח, ומאחר שהן מבטחות מהגרים ומבקשי מקלט בגירים<sup>2</sup> כבר כמה עשורים לפי הסדר זה בישראל, יש להניח שההסדר מניב לחברות אלה רווחים נאים. זאת במיוחד לאור העובדה שברגע שהמבוטחים נקלעים למצוקה בריאותית שדורשת את השימוש בביטוח לצורך מימון טיפולים, הם עלולים לאבד את מקום עבודתם ובעקבות זאת את זכאותם לטיפול רפואי (כלומר, חברות הביטוח מרוויחות מההכנסות החודשיות של תשלומי הביטוח, וברגע שהמבוטח הכי זקוק לביטוח זה, החברות מתנערות לא אחת מאחריותן לממן טיפולים רפואיים חיוניים). עתה מבקשת המדינה לכלול בהסדר החדש את המבוגרים מעל גיל 65, אך להותיר את יתר הבגירים תחת ההסדר הפרטי. מאחר שידוע כי הגיל הוא גורם ראשון במעלה שמשליך על מצבו הרפואי של הפרט ועל העלויות הכרוכות בטיפול בו,<sup>3</sup> משמעות הדבר היא העברת נטל המימון מהגורם הפרטי לגורם הציבורי: שברגע שמבוטחים הופכים ל"יקרים", הם מועברים משוק הביטוח הפרטי למערכת הבריאות הציבורית, בעוד הצעירים יותר, שעלות הטיפולים בהם נמוכה בהרבה, נותרים תחת ההסדר הביטוחי הפרטי. בכך מובטחת עליה לא מידתית ברווחיות של חברות הביטוח הפרטיות על חשבון הציבור.

<sup>2</sup> ביחס לקטינים נהוג, כידוע, מזה שנים, "הסדר קופת חולים מאוחדת", המוזכר בתקנה 16 לטיטות התקנות שבנדון.  
<sup>3</sup> על פי הקפיטציה – הנוסחה שלפיה מחלק הביטוח הלאומי את כספי דמי הבריאות בין קופות החולים, המבוססת על מחקרים רבים, העלות של מבוגרים מגיל 65 ומעלה גבוהה פי 3-4 מזו של מבוגרים מגיל 25 עד 65. ר' דו"ח [סכם על ניהול קובץ בריאות בחודשים דצמבר 2023 – פברואר 2024 וחישוב מפתח החלוקה ליום 1.4.2024](#).

## 1. המשמעות הכלכלית של כיסוי לעומת הדרת מהגרים מביטוח בריאות

ההסדר הביטוחי הנוכחי ביחס למבקשי מקלט ולאנשים שמוצאם במדינות שביחס אליהם מוחלט מדיניות "אי הרחקה" או הגנה קבוצתית, הוא זה הקבוע בסעיף 1ב בשילוב עם סעיף 1ד לחוק עובדים זרים. לפי פרשנות המדינה, כל אלה מוגדרים בהקשרים מסוימים, כולל ההקשר הביטוחי, כ"עובדים זרים", כמשמעות מונח זה בחוק ("עובד שאינו אזרח ישראל או תושב בה"), ומכאן שמעסיקיהם נדרשים לבטח אותם בביטוח בריאות פרטי, שהיקפו ותנאיו נקבעו בצו. בעוד שעמדה משפטית זו נתונה בספק (שכן תיתכן טענה פרשנית, שמי ששוהים במדינה יותר מעשור ושמידינת ישראל מכירה בכך שהגיעו לכאן בעקבות הסכנה שנשקפת לחייהם בארצם ולא במטרה לעבוד, ואינה דורשת את יציאתם מהמדינה, הם "תושבים" בה<sup>4</sup>), מה שאינו מוטל בספק הוא שעל מנת שאנשים אלה יזכו בביטוח בריאות פרטי עליהם לעבוד. כלומר, מי שאינו עובד – אינו מבוטח. עניין נוסף שלגביו אין מחלוקת הוא, שלפי המצב המשפטי הנוכחי (ולעמדת המדינה), גם מי שמובטח בביטוח פרטי כאמור אינו מכוסה ביחס ל"מצב רפואי קודם" וכן ביחס למצב רפואי שצפוי לגרום לאבדן כושר עבודה למשך 90 יום ויותר. כלומר, אף אם אדם שנמנה מבין הקבוצות שזכו למדיניות אי הרחקה מישראל מבוטח בביטוח בריאות פרטי דרך מעסיקו בהתאם לצו עובדים זרים, הוא עלול לא לזכות לטיפול רפואי כלל ועיקר במצבים אלה, אלא אם כן מצבו התדרדר וחלות הנסיבות של חוק זכויות החולה. כמו כן, מבוטח בביטוח "עובדים זרים" עלול לאבד את הביטוח הרפואי במקרה של פיטורין שיגרום גם לקטיעה ברצף הטיפולי, או להיפגע מבחינת הזכאות לשירותים והחיבור להיסטוריה הרפואית בגלל מעבר בין מקומות עבודה.

האם בשני מצבים אלה של העדר ביטוח בריאות (מצב של אבטלה ומצב של החרגת מצבו של העובד מהביטוח הפרטי) אי הטיפול יגרום לחסכון עלויות ציבוריות או שמא דווקא להשתת עלויות נוספות על הקופה הציבורית? המחקר בתחום מספק אינדיקציה לכך שהעלות עבור הציבור עלולה להיות דווקא גבוהה יותר בגין ההדרה מהביטוח.

מחקר מקיף בתחום נערך בגרמניה. על פי החוק בגרמניה (מאז שנת 1993) מבקשי מקלט בגירים זכאים לביטוח בריאות ציבורי, אך נדרשים להמתין "תקופת המתנה" שמשכה השתנה במהלך השנים, נוכח מספר תיקוני חקיקה בתחום, ונע בין 12-48 חודש.<sup>5</sup> במהלך תקופה זו, זכאים מבקשי המקלט הבגירים לקבל – על פי החוק בגרמניה – טיפול רפואי רק במצבים של "מחלה או כאב אקוטיים", וזאת בנוסף לזכאותם לחיסונים וכן לזכאותן של מבקשות מקלט לטיפולים הנוגעים ללידה ואמהות טריה (ובנוסף, במקרים מיוחדים פרטניים ובאישור, טיפולים נוספים). המחקר בגרמניה רלוונטי במיוחד לישראל נוכח העובדה שהזכאות של מבקשי מקלט בגירים לטיפולים רפואיים במהלך תקופת המתנה בגרמניה, בה אינם מבוטחים בביטוח ציבורי, דומה לזכאות של מבקשי מקלט בישראל, שאינם מכוסים בביטוח פרטי

<sup>4</sup> בית המשפט העליון פסק, במספר הזדמנויות, שהמונח "תושב" עשוי להיות מפורש בצורה שונה מחוק לחוק.  
<sup>5</sup> לאחר תקופה מקסימלית זו זוכה מבקש המקלט לביטוח בריאות ציבורי אף אם טרם התקבלה הכרעה בבקשת המקלט שלו; בכך שונה המצב בישראל, בה אין תקופת המתנה מקסימלית.

מכוח צו עובדים זרים (או ציבורי), לטיפולים מכוח חוק זכויות החולה והתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

המחקר המקיף ביותר בגרמניה עד כה נערך על ידי החוקרים Bozorgmehr & Razum.<sup>6</sup> החוקרים השוו בין עלויות הטיפול במבקשי מקלט לא מבוטחים בשנים בהן "תקופת ההמתנה" על פי החוק הגרמני היתה קצרה יותר לעומת שנים בהן תקופת ההמתנה היתה ארוכה יותר. מסקנתם החד משמעית, מובהקת סטטיסטית, היתה שישנה סיבתיות בין הדרה משירותי בריאות לבין עלויות כלכליות-ציבוריות גבוהות יותר. הם ציינו ש"ההוצאה העודפת המיוחסת להגבלת הכיסוי היתה משמעותית... ועמדה על 22.2% מסך הוצאות הבריאות ביחס לאוכלוסיית מבקשי המקלט והפליטים בין השנים 1994-2003" (תרגום מאנגלית, עמ' 17 למאמר). מחקרים נוספים מגרמניה תומכים גם הם במסקנה זו.<sup>7</sup>

העלויות הכלכליות הכרוכות בהדרת אוכלוסיות חסרות מעמד השוהות במדינה למשך תקופות ארוכות מחוק ביטוח בריאות ממלכתי עולות על החסכון הנובע מהדרתם גם בישראל. לפי ניתוח שביצע ארגון "רופאים לזכויות אדם" בשנת 2022, לדוגמה, בין השנים 2013-2021, סכום "החובות האבודים" למערכת הבריאות הישראלית בעקבות טיפולי חירום ל"זרים שאינם בני הרחקה" הגיע לסך 490,692,914. כאשר מוסיפים את העלויות של שירותים ייעודיים לאוכלוסיות אלו (בריאות הציבור, מיון קדמי וכד'), עולה כי המדינה משקיעה עוד כ-40 מיליון ₪ בשנה, כך שנכון לשנת 2022, המדינה השקיעה ממוצע שנתי של כ-110,000,000 ₪ בשירותי בריאות לפליטים<sup>8</sup>, וזאת לפני ההשקעה התקציבית במסגרת מנהלת "צו השעה" לפליטים אוקראינים והקמת מרפאות בריאות הנפש לפליטים בבית החולים איכילוב. טענות דומות נשמעו – ובוססו מחקרית – גם במדינות אחרות.

הסדר ביטוחי ציבורי לאוכלוסיית חסרי המעמד השוהים כאן תקופות ארוכות הוא, אם כן, השקעה נכונה לטווח ארוך. הנגשת טיפול בקהילה תמנע הדרדרות והגעה אל מצבי חירום רפואיים, ועל כן גם תפחית את העומס מחדרי המיון ותמנע אשפוזים ארוכים יקרים ומיותרים. בתי החולים יקבלו שיפוי מקופות החולים על האשפוזים הבדיקות והטיפולים, בדומה למקובל ביחס לתושבי המדינה. הנגשת שירותי בריאות בקהילה לאורך זמן תתרום, אם כן, לא רק לבריאותה ולחוסנה של קהילת מבקשי המקלט, אלא גם לחוסנה הכלכלי של מערכת הבריאות בכלל.

<sup>6</sup> Kayvan Bozorgmehr and Oliver Razum, 2015. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013, [PLOS One 10\(7\)](#).

<sup>7</sup> ר' לדוגמה:

Sebastian Bauhoff and Dirk Gopffarth, 2018. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care." [PLOS ONE 13\(5\)](#).

החוקרים שם מצאו, למשל, שאירועים של סיבוכים בהריון ובלידה בקרב מבקשות המקלט הלא מבוטחות היו גבוהים פי 2.7 בהשוואה למבקשות המקלט המבוטחות, ושיעור ההפלות הלא מתוכננות בקרב הראשונות גבוה פי 6.8 מבקרב האחרונות.

<sup>8</sup> "מחיר ההדרה: העלויות הכלכליות של הדרת מבקשי המקלט ממערכת הבריאות הציבורית והצורך בפיתרון בר קיימא", רופאים לזכויות אדם, ינואר 2023 (כאן).

## 2. העלות הכלכלית של החסמים הברוקרטיים למימוש ביטוח הבריאות

המסמך נגע עד כה בהשוואת העלויות הכרוכות בטיפול רפואי בין מבוטחים בביטוח בריאות מקיף לבין לא מבוטחים. נקודה נוספת שנבקש להתייחס אליה בקצרה היא ההשוואה (מההיבט של כלכלת בריאות) בין מבקשי מקלט ו"מוגנים קולקטיבית" המבוטחים בביטוח בריאות ממלכתי לבין אלה המבוטחים בביטוח בריאות פרטי, על פי חוק עובדים זרים. אף כי היכולת ללמוד מהמחקר בעולם לצורך סוגיה זו מוגבלת יותר, נוכח ההבדלים בהסדרים הסטטוטוריים בין מדינות, יתכן שניתן ללמוד מהמחקר שנערך בגרמניה גם לצורך השוואה זו.

כמצוין לעיל, במהלך "תקופת ההמתנה" מבקשי המקלט בגרמניה זכאים לטיפולים רפואיים מוגבלים בהיקפם. אך לפני מספר שנים היה שינוי סטטוטורי ביחס לאופן מימוש זכותם לטיפולים אלה. בעוד שבעבר היה על מבקשי המקלט לקבל אישור מראש, מגורם ממשלתי, לצורך קבלת הטיפול בבית החולים, הרי שכיום מרבית המדינות הפדרליות בגרמניה מנפיקות למבקשי המקלט כרטיס אלקטרוני שמאפשר להם לקבל טיפולים אלה בבתי החולים ללא צורך בקבלת אישור מראש בצד גורם בירוקרטי כלשהו. מחקרים שנערכו בעקבות שינוי זה ביקשו לבדוק האם החשש, שהשינוי יוביל לניצול יתר של שירותים ציבוריים מצד מבקשי המקלט, מבוסס. המחקרים ענו על שאלה זו בשלילה.<sup>9</sup> נוכח העובדה שמימוש הביטוח הפרטי על ידי המבוטח-הזר כרוך לא אחת בצורך לקבל אישור מראש מחברת הביטוח, ובקשיים בירוקרטיים ולוגיסטיים אחרים (חלקם במזיד וחלקם לא), עלולה היתה לעלות הטענה שהסרת מחסומים אלה, כתוצאה מהמעבר לביטוח בריאות ממלכתי, תוביל ל"ניצול יתר" של השירותים הציבוריים מצד המבוטחים. כאמור לעיל, המחקר בגרמניה מפרך (על פני הדברים, ובכפוף למוגבלות ההשוואה בין הסדרים שונים) גם טענה זו.

**לסיכום, לצד טענות בדבר זכותם של מבקשי המקלט וה"מוגנים קולקטיבית" לכיסוי תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מכוח הדין והצדק, אנו סבורים שמצב זה ראוי גם מההיבט הכלכלי. בנסיבות אלה בודאי ובודאי ראוי הוא שקובעי המדיניות ישקלו היטב את הכדאיות הכלכלית של שינויי המדיניות בתחום.**

<sup>9</sup> הפניות:

Kevin Claassen and Pia Jäger, 2018. Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. [International Journal of Environmental Research and Public Health 15\(5\), 856.](#)

Pia Jäger, Kevin Claassen, Notburga Ott and Angela Brand, 2019. Does the Electronic Health Card for Asylum Seekers Lead to an Excessive Use of the Health System? Results of a Survey in Two Municipalities of the German Ruhr Area. [International Journal of Environmental Research and Public Health 16\(7\):1178.](#)

Nora Gottlieb, Vanessa Ohm and Miriam Knörnschild, 2022. The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System. [International Journal of Health Policy and Management 11\(8\), 1325–1333.](#)

בברכה,

ד"ר ינאי קרנצלר	עו"ד אורלי לוינזון-סלע	ד"ר יובל לבנת
מנהל המרפאה הפתוחה לחסרי מעמד ע"ש פרופ' בלה קאופמן רופאים לזכויות אדם	מנהלת המחלקה הציבורית א.ס.ף – ארגון סיוע לפליטים ולמבקשי מקלט בישראל	מנכ"ל מרכז אדוה

**העתקים:**

ד"ר הגר מזרחי, ראש חטיבת הרפואה: [hagar.mizrahi@moh.gov.il](mailto:hagar.mizrahi@moh.gov.il)

ד"ר הדר אלעד, ראש אגף רפואה קהילתית: [hadar.elad@moh.gov.il](mailto:hadar.elad@moh.gov.il)

גב' חוה וקסמן, מנהלת המחלקה לטיפול באוכלוסיה ללא ביטוח רפואי: [hava.vaxman@MOH.GOV.IL](mailto:hava.vaxman@MOH.GOV.IL)

עו"ד נועה שר, לשכה משפטית, משרד הבריאות: [noa.sher@MOH.GOV.IL](mailto:noa.sher@MOH.GOV.IL)

עו"ד מרדכי גנזל, לשכה משפטית, משרד הבריאות: [mordechai.ganzel1@moh.gov.il](mailto:mordechai.ganzel1@moh.gov.il)