

”השלכות חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי הרפואה התעסוקתית בישראל”

ד”ר אשר פרדו*

פרופ. יהודה לרמן**

ד”ר אבי גריפל***

מר אראל זינגמן***

* המוסד לבטיחות ולגיהות
** המרכז לרפואה תעסוקתית בשירותי בריאות כללית והחוג לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת,
ביה”ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת ת”א
*** ניהול בטיחות ובריאות בעבודה - חיפה

**המחקר מומן ע”י המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות
הבריאות**

חודש אב התשס”ט

יולי 2009

תודת החוקרים נתונה:

למכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות על מימון המחקר.

למוסד לבטיחות ולגיהות על התמיכה והאכסניה לביצוע המחקר

לכל המרואיינים במחקר על כך שבשיתוף הפעולה הטוב איפשרו להביא את רעיון המחקר למימושו.

תקציר

רקע

בד בבד עם שינוי חוק מס מקביל, שעל פיו, בין היתר, מימנו מעסיקים שירותי בריאות, בוצעו שינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כך שהוא יכלול את מימון שירותי הבריאות בעבודה שהיו מחויבים על-פי חוק מס מקביל, עם שינויים מסוימים. בעקבות השינוי בחוק בוצעו שינויים גם בהקצאות למחקר.

מטרות

בדיקת ההשפעות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וביטול גביית מס מקביל, על שירותי רפואה תעסוקתית וגהות תעסוקתית בישראל.

שיטה

המחקר התבסס על ניתוח נתונים ומסמכים, וראיונות עם 47 מומחים, ממלאי תפקידים, ונציגי הנהלות מפעלים וארגונים העוסקים בנושאי רפואה וגהות תעסוקתית.

ממצאים

השינוי בחוק גרם לקיטון משמעותי במימון הציבורי של סל הבריאות, ובהתאמה, להקטנה ריאלית בתקציבים לרפואה תעסוקתית הנגזרים מתקציב הבריאות הכללי. ביטול הועדה לפעולה מונעת והחלפתה בפעולה המונעת כגוף כפוף למשרד התמ"ת גרם לצמצום תקציבים העומדים לרשות מחקרים ופעולות מיוחדות בבטיחות. ברוב סעיפי המחקר היתה התאמה בין המגמות שהסתמנו בממצאים על פי עובדות לבין המגמות שבוטאו ע"י המרואיינים במחקר.

מסקנות

השינוי בתחיקה משפיע בטווח הארוך על תחומי פיתוח כח אדם מקצועי, מחקר, פעולות מיוחדות בבריאות תעסוקתית ותקינה עדכנית. בטווח הקצר התפתחו מנגנוני פיצוי שמנעו פגיעה קשה בהיקף ואיכות שירותי הרפואה והגהות התעסוקתית.

המלצות עיקריות

- להחזיר לרפואה התעסוקתית משאבים כספיים מעוגנים בתחיקה לצורך פעילות שוטפת, תכנון והתפתחות, הגדלת כוח אדם.
- להגדיל את תקציבי הסל המיועדים לרפואה תעסוקתית ולגהות כדי לאפשר ישום של תקנות פיקוח חדשות.
- להקים מחדש ועדה בעלת מעמד בלתי תלוי בעלת אפשרויות תקציביות לתמיכה במחקר

תקציר מנהלים

המחקר הנוכחי בדק השפעות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וביטול גביית מס מקביל, על שירותי רפואה תעסוקתית וגהות תעסוקתית בישראל. בשנת 1996, בד בבד עם שינוי חוק מס מקביל, שעל פיו, בין היתר, מימנו מעסיקים שירותי בריאות, בוצעו שינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כך שהוא יכלול את מימון שירותי הבריאות בעבודה שהיו מחויבים על-פי חוק מס מקביל, עם שינויים מסוימים. סל השירותים הבסיסי הוגדר כ"שירותי הבריאות שנתנה קופת החולים של ההסתדרות והמדינה במועד הקובע" כולל בדיקות רפואיות לעובדים המבוצעות על פי דרישות כל דין. החלק של הפרשות המעסיקים, ששימש לפני ביטול גביית מס מקביל למימון הוועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה, הומר בהקצבה ייעודית לנושאי פעולה מונעת של משרד התמ"ת בהתאם לשינוי שבוצע בחוק ארגון הפיקוח על העבודה.

המחקר בוצע בשנים 2008-2009 והתבסס על ניתוח נתונים ומסמכים, וראיונות עם 47 מומחים, ממלאי תפקידים, ונציגי הנהלות מפעלים וארגונים העוסקים בנושאי רפואה וגיהות תעסוקתית. להלן עיקרי הממצאים:

שינויים במימון ובתקציבי הרפואה והגיהות התעסוקתית

- המעבר לסל בריאות עם שירותים ועדכונים הנקבעים על-ידי ועדת סל, וניתוק גובה מימון שירותי הבריאות מהשתנות גובה השכר במשק, גרמו לקיטון משמעותי במימון הציבורי של סל הבריאות, המתבטא – לפי הערכות מחקריות – ביותר ממיליארד ש"ח לשנה. בהתאמה, קטנו באופן ריאלי התקציבים לרפואה תעסוקתית הנגזרים מתקציב הבריאות הכללי (בהנחה שאין שינוי מבני בהקצאה פנימית בקופות);
 - העובדה שהתקציב לשירותי רפואה תעסוקתית איננו "צבוע" (כפי שהיה בעת שהוא מומן מכספי המס המקביל), והיטמעות התקציב בכלל סעיפי ההוצאה בקופות, אפשרה פגיעה בו בהתאם ללחצים משתנים בקופות.
 - ביטול הוועדה לפעולה מונעת, שהיתה מורכבת מנציגי משרדים שונים ואנשי ציבור ומומחים ממגזרים שונים, והחלפתה בפעולה המונעת כגוף של משרד התמ"ת הכפוף למשרד בלבד גרם לצמצום תקציבים העומדים לרשות מחקרים ופעולות מיוחדות בבטיחות (מכ- 40 מיליון לפני ביטול גביית מס מקביל, לכ- 12 מיליון לאחריו).
- ממצאי המחקר מראים כי עיקר ההשפעות של שינויי התחיקה הן לטווח הרחוק, כאשר בטווח הקצר התפתחו מנגנוני פיצוי שמנעו פגיעה קשה בהיקף ואיכות שירותי הרפואה והגיהות התעסוקתית.

השפעות לטווח הארוך

ההשפעות לטווח הארוך מתבטאות בארבעה תחומים חשובים:

- פיתוח כח אדם מקצועי
- מחקר
- פעולות מיוחדות בבריאות תעסוקתית
- תקינה עדכנית.

פיתוח והכשרת כח אדם מקצועי

קיים חשש לפגיעה לטווח הארוך שעלולה להתבטא בנסיגה משמעותית במימון הכשרה והתמחות של כוח אדם מקצועי ברפואה תעסוקתית ובגהות תעסוקתית. העדר עידוד מכוון הנשען על תמריצים כספיים גורם למיעוט המצטרפים הצעירים ולממוצע גיל מומחים גבוה הן ברפואה התעסוקתית והן בגיהות תעסוקתית.

מחקר

הירידה במחקר היא התחום העיקרי שהושפע לרעה עד כה מהשינויים בחוק עקב צמצום משמעותי של מרכזי מחקר ומכונים, מסונפים ובלתי מסונפים למוסד אקדמי, העוסקים בבריאות תעסוקתית. מאז סגירת המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית, היחיד שהתמקד בישראל במחקר יישומי של רפואה תעסוקתית וגהות תעסוקתית, לא קם גוף אלטרנטיבי שימלא משימה זו. מרכז המחקר בטכניון בנושאי בריאות בעבודה ירד למחצית מהיקפי פעולותיו הקודמים. בעבר מומנו עשרות מחקרים מדי שנה – וכיום מספרם קטן מאד. פוטנציאל המחקר בתחום הרפואה התעסוקתית והגיהות ופוטנציאל החוקרים בתחום ספג פגיעה נכרת. בעתיד, עלולה הפגיעה בפוטנציאל המחקר להתבטא במחסור בחקר נושאים מקומיים בתחום הרפואה התעסוקתית והגיהות ובהפרייה הדדית עם מחקר גלובלי.

פעולות מיוחדות

בעבר מימנה הפעולה המונעת – בין היתר, פעולות מיוחדות כגון ניידות שמיעה למפעלים, מרפאה תעסוקתית באזור תעשייה, מיפוי ארצי של גורמי סיכון בתעסוקה, סקרי בריאות במפעלים ועוד. כהשפעה ישירה של ביטול גביית מס מקביל פחתו מאד פעולות מסוג זה.

תקינה עדכנית

הקפאת הסל מאז כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקפו בולמת עדכון תקנות קיימות בהיעדר נכונות של משרדי התמי"ת והבריאות להוסיף תקציבים שנדרשים לתקצוב עלות ביצוע הבדיקות שנדרשות בתקנות חדשות שאין חולק על נחיצותם מבחינה מקצועית. עקב כך חדלה כמעט לחלוטין

תקינת תקנות חדשות לביצוע בדיקות רפואיות לעובדים. הפגיעה לטווח הארוך היא משמעותית, שכן מועסקים חשופים שלא אותרו עלולים לחלות במחלות מקצוע.

השפעות בטווח הקצר

בטווח הקצר התפתחו, כאמור, מנגנוני פיצוי הנותנים מענה לקיטון בתקציב הציבורי, ולכן, במבט מסכם, ההערכה של רוב העוסקים בנושא היא **שהפגיעה הממשית כיום בהיקפי ואיכות השירותים הניתנים למפעלים ולעובדים היא קלה**, ושבשלב זה המערכת מצליחה לשמר יכולות מקצועיות של רפואה וגהות תעסוקתית. זאת באמצעות הבאים:

התייעלות קופות החולים ובדיקות על פי שיקול דעת

לרופאים ניתנת אפשרות לבצע בדיקות על פי שיקול הדעת מתוך דאגה לבריאות העובדים, כך למשל נבדקים מנתחי גופות בבי"ח רמב"ם ועובדי לולים באופן חד פעמי עקב חשיפה לפורמלדהיד. גם רתכים נבדקים על פי שיקול הדעת בהינתן חריגה בבדיקה סביבתית ברמת כרום/ניקל/קובלט. מאידך, במצב הקיים יש עובדים רבים חשופים שאינם נבדקים.

מתן שירותים עצמיים על-ידי קופות החולים

הקופות לוקחות על עצמן מימון פעולות מסוימות שניתנו קודם לכן לעובדי בריאות בחינם, כגון חיסוני חזרת, חצבת ואדמת, וכן בדיקות תקופתיות של עובדים.

השתתפות עובדים במימון בדיקות וחיסונים

לגבי שירותים מסוימים – כגון חיסונים או בדיקות כלליות – לעיתים העובדים עצמם משלמים השתתפות עצמית מסוימת בקופות החולים שלהם.

מימון עצמי של המעסיקים

מעסיקים פונים יותר למכוני בדיקות פרטיים, במחיר גבוה יותר, אך היקף השירות לעיתים מקיף יותר מזה הניתן על ידי הקופות מכיוון שאלה נותנות שירות מצומצם רק על פי התקנות. חלק מהמעסיקים שולחים את העובדים לבדיקות פרטיות במרפאות מכוני פרטיים ואת התוצאות שולחים עם העובדים לרופא המשפחה. אחרים קונים שירותים ממחלקות לרפואה תעסוקתית בבתי חולים כגון רמב"ם או הדסה, תוך חסכון באובדן ימי עבודה הנובע מהתעסקות יתר ביורוקרטית עם המערכות בקופות החולים.

פרוייקטים מיוחדים מקורות מימון חלופיים

הפעולה המונעת מקצה כספים למימון פרוייקטים מיוחדים לקידום הבטיחות והגיהות במגזרים תעסוקתיים מסויימים, כגון תעשיה זעירה (מפעלים קטנים), שלוקים ביכולת המימון של פעולות בטיחות וגיהות ברמה נאותה. פרוייקטים אלה מוגבלים בהיקף ובזמן ואינם כוללים סיוע בבדיקות רפואיות לעובדים כגון בדיקות שמיעה.

עקב צמצום מימון פעולות על-ידי הפעולה המונעת, עלה מקומן של קרנות אחרות כגון קרן מנוף במימון מחקרים בתחום הבטיחות והגהות אף על פי שחלקן לא יועדו במקור למימון מחקרים.

התאמה בין המגמות בממצאים העובדתיים לבין המגמות בתשובות המרואיינים

ברוב הסעיפים שנבדקו היתה התאמה בין המגמות שהסתמנו בממצאים על פי עובדות לבין המגמות שבוטאו ע"י המרואיינים במחקר. התאמה נמצאה בסעיף הקיטון והשחיקה בהיקף סל הבריאות, אי התעדכנות סל הרפואה התעסוקתית ונסיגה בתקציב ממלכתי וציבורי לרפואה תעסוקתית, בסעיף הניטור הסביבתי תעסוקתי (אי שינוי) ובדיקות הניטור הביולוגי (ירידה יחסית), הסעיפים המצביעים על ירידה בפעילות המחקר והפרוייקטים כתוצאה מהשינוי בחוק, הן בגהות והן ברפואה תעסוקתית וירידה בתמיכה בחינוך גבוה ועתודות הכשרה של כוח אדם מקצועי, והסעיף המצביע על נסיגה בתקינה בתחום הבריאות התעסוקתית. דעות המרואיינים על ירידה נכרת בכמות הבדיקות הרפואיות לא נתמכו ע"י נתונים עובדתיים מסויימים. לא נמצאו מדדים האומדים באופן אובייקטיבי את השינויים באיכות שירותי הרפואה התעסוקתית והגיהות התעסוקתית למפעלים, וגם בקרב המרואיינים נקודה זו לא היתה מוחלטת.

המלצות עורכי המחקר

1. עורכי המחקר ממליצים להחזיר לרפואה התעסוקתית משאבים כספיים מעוגנים בתחיקה לצורך פעילות שוטפת, תכנון והתפתחות, הגדלת כוח אדם. תקציבי הרפואה התעסוקתית סובלים מחסר בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת, על אף הממצאים המראים שעד עתה כמות השירותים והבדיקות ברפואה תעסוקתית לא פחתה בעקבות השינוי בחוק. בהנחה שלהתייעלות יש גבול עליון במערכת נתונה, עלול חסר זה להשפיע על תכנון והיערכות לעתיד בעיקר בהכנסת טכנולוגיות רפואיות חדשות של איבחון, מעקב/ניטור והשגחה רפואית ובהיערכות להתמודדות עם גורמי סיכון חדשים ומתפתחים כגון בטכנולוגיות הי-טק ונוטכנולוגיה. כמו כן, תוספת משאבים כספיים, שהיו מנת חלקה של הרפואה התעסוקתית בתקופת קיומו של חוק "מס מקביל", תתן בידי הקופה והרופא התעסוקתי גמישות גבוהה יותר בהפעלת שיקול דעת בביצוע בדיקות ובמעקב אחרי בריאות העובדים.

2. החוקרים ממליצים לערוך סקר משווה ולעמוד על המשמעות של הקצאת תקנים לרופאים ואחיות תעסוקתיים, או יחס בין מספר רופאים ואחיות תעסוקתיים למספר עובדים, בין מדינת

ישראל למדינות אחרות שיש בהן מספר דומה של עובדים ונתונים בסיסיים דומים אחרים כגון רמת הרפואה, כלכלה, פיזור דמוגרפי וכו'.

3. הנסיגה בתיקון תקנות בבטיחות וגיהות, שמהותן פיקוח על בריאות העובדים, נובעת גם מהשינוי בחוק וכניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף. מומלץ למשרד הבריאות ולמשרד התמ"ת להגדיל את תקציבי הסל המיועדים לרפואה תעסוקתית ולגיהות כך שניתן יהיה לפרסם תקנות פיקוח הכוללות בתוכן בדיקות סביבתיות תעסוקתיות, ניטור ביולוגי והשגחה רפואית.

4. השינוי בחוק יצר פגיעה כבדה ביותר במחקר והוראה בתחום הבריאות התעסוקתית כתוצאה ישירה מצמצום גדול מאד בכספי הפעולה המונעת. על פי ממצאי המחקר, הן עובדות והן דעות המרואיינים, מצב ומעמד הפעולה המונעת בתקופה שלפני השינויים בחוק היה עדיף. ההמלצה הנגזרת מכך היא להקים מחדש ועדה בעלת מעמד בלתי תלוי בדומה למעמד מלפני השינויים בחוק (ועדה ציבורית) והשלכותיהם, ולשריין לוועדה כזו תקציבים הולמים, שבראייה עכשווית ועתידית ועל פי הצרכים של הבריאות התעסוקתית במאה ה-21, של קובעי מדיניות ושל ציבור המעסיקים והעובדים במשק, יכולים לתמוך במחקר, פרויקטים ופעילויות מיוחדות, כגון אלה שבוצעו ומתבצעות בשנים האחרונות, וכן בהכשרת כוח אדם מקצועי והוראה.

5. החוקרים ממליצים למקבלי ההחלטות לשקול בחיוב את הנקודות הבאות כפי שהומלצו ע"י המרואיינים (פרק ז'):

- 5.1 העברת האחריות על בריאות תעסוקתית למשרד הבריאות.
- 5.2 המלצה לאחד את שירותי הרפואה התעסוקתית שניתנים כיום על ידי שלושת הקופות לשירות יחיד שיבטיח כי השירות למפעל יינתן על ידי מערכת אחת של רפואה תעסוקתית תוך מתן שירותים אחידים לכלל העובדים במפעל.
- 5.3 הגדלת כוח אדם לאכיפת החוקים הקיימים.
- 5.4 הקמת גוף מרכזי מקצועי למחקר, ידע ויישום.

תוכן העניינים

4	תקציר מנהלים
14	פרק א: שירותי הרפואה התעסוקתית והגהות התעסוקתית בישראל
14	א.1 מדיניות וחקיקה בבריאות תעסוקתית
18	א.2 רפואה תעסוקתית – רקע כללי
19	א.1.1 נותני שירותים ברפואה תעסוקתית
20	א.2.2 השכלה והכשרת כח אדם בתחום הרפואה התעסוקתית
20	א.3 גהות תעסוקתית – רקע כללי
22	א.3.1 נותני שירותים בגהות תעסוקתית
24	א.3.2 השכלה והכשרת כח אדם בתחום הגהות התעסוקתית
25	פרק ב': מטרות המחקר ושיטת המחקר
25	ב.1 מטרות המחקר
25	ב.2 המסגרת ההגדרתית של המחקר
26	ב.3 השיטה ותכנית הביצוע
27	ב.4 השערות המחקר
27	ב.5 תהליך איסוף המידע וביצוע הראיונות
27	ב.6 עיבוד הנתונים
28	פרק ג': מאפייני המדגם
28	ג.1 שייכות המרואיינים
28	ג.2 תפקיד המרואיין והארגון בו הוא עובד
29	ג.3 ידע ומעורבות בתחום הבריאות בתעסוקה של המרואיינים
	פרק ד: השלכות תקציביות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותים ומקורות מימון של
31	הבריאות התעסוקתית

- ד.1 סל שירותי הבריאות..... 31
- ד.2 קיטון בסל השירותים ובתקציבי פעולה מונעת בבריאות בעבודה 33
- פרק ה': ממצאי הראיונות..... 39
- ה.1 ניתוח עמדות מרואיינים לגבי השלכות תקציביות וכספיות..... 39
- ה.2 עמדות מרואיינים לגבי השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי רפואה תעסוקתית. 41
- ה.3 עמדות מרואיינים לגבי השפעות החוק על השימוש בנותני שירות ברפואה תעסוקתית..... 44
- ה.4 הערכות המרואיינים לגבי השפעות החוק על השימוש בנותני שירות ברפואה תעסוקתית..... 45
- ה.5 נתונים כמותיים על היקף השירותים (כמות בדיקות ומגעים) ברפואה תעסוקתית..... 47
- ה.6 נתונים כמותיים על שינויים בהיקף כוח האדם ברפואה תעסוקתית..... 48
- ה.7 עמדות מרואיינים לגבי השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי גרות תעסוקתית... 50
- ה.8 עמדות מרואיינים לגבי השפעה על היקף ניטור ובדיקות גרות תעסוקתית במפעלים..... 51
- ה.9 עמדות מרואיינים לגבי השפעה על איכות שירותי גרות תעסוקתית במפעלים..... 52
- ה.10 עמדות מרואיינים לגבי השפעה על סוג נותני שירותי גרות תעסוקתית למפעלים..... 52
- ה.11 הערכה מסכמת של המרואיינים לגבי שירותי גרות תעסוקתית לאור השינויים בתחיקה 53
- ה.12 נתונים כמותיים על שירותי הגרות..... 55
- ה.13 עמדות מרואיינים לגבי השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על עתודות כח האדם בשירותי בריאות תעסוקתית – עמדות מרואיינים..... 58
- ה.13.1. השכלה והכשרת כוח אדם בתחום הרפואה התעסוקתית..... 58
- ה.13.2. השכלה והכשרת כח אדם בתחום הגרות התעסוקתית..... 59
- ה.13.3. השפעות החוק על חינוך גבוה והכשרה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית..... 60
- ה.13.4. השפעות על חינוך גבוה, הכשרה ופיתוח קריירה בגרות תעסוקתית..... 61
- ה.14 היבטי השפעות השינויים בחקיקה על מחקר ופרייקטים מיוחדים בבריאות תעסוקתית . 62
- ה.14.1. השפעה על מחקר..... 62
- ה.14.2. השפעה על פרויקטים מיוחדים..... 64
- ה.14.3. עמדות מרואיינים לגבי מחקר ופרייקטים מיוחדים בבריאות תעסוקתית..... 65

66	ה.15 השפעת החוק על תקינת תקנות חדשות.....
67	ה.15.1 עמדות מרואיינים לגבי תקינת תקנות חדשות בבריאות תעסוקתית.....
68	ה.16 עמדות מרואיינים לגבי השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על בריאות עובדים ועל מפעלים.....
70	פרק ו: דיון.....
70	ו.1 הקיטון בסל הבריאות עקב ביטול חובת תשלום מס מקביל על המעסיקים.....
71	ו.2 השפעות עקיפות של ביטול גביית מס מקביל על סל הבריאות.....
71	ו.3 קיטון בסל השירותים ובתקציבי פעולה מונעת בבריאות בעבודה.....
72	ו.4 ניתוח השלכות תקציביות וכספיות – ממצאי ראיונות.....
72	ו.5 השלכות לגבי עלויות מעסיקים והמשק.....
73	ו.6 השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי רפואה תעסוקתית.....
75	ו.7 השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי גהות תעסוקתית.....
75	ו.8 השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על כח האדם בשירותי בריאות תעסוקתית.....
77	ו.9 מחקר ופרויקטים מיוחדים בבריאות תעסוקתית.....
77	ו.10 תקינת תקנות חדשות בבריאות תעסוקתית.....
78	ו.11 השוואה בין נתונים עובדתיים לבין עמדות מרואיינים.....
79	ו.12 המלצות עורכי המחקר.....
81	פרק ז: שינויים מומלצים בשירותי הבריאות התעסוקתית.....
86	פרק ח: דיון בהשערות המחקר.....
86	ח.1 אישוש ההשערה בדבר הפחתה במשאבים המוקצים לשירותי הרפואה התעסוקתית.....
87	ח.2 אישוש ההשערה בדבר התפתחות מנגנוני פיצוי בשל הפחתת משאבים המוקצים לשירותי הרפואה התעסוקתית.....
98	תקציר (אנגלית).....

לוחות

- לוח ג-1: התפלגות שולית של תפקיד המרואיין 28
- לוח ג-2: התפלגות שולית של הארגון בו עובד המרואיין 29
- לוח ד-1: חלקו של סל שירותי הבריאות בהוצאה הלאומית לבריאות 33
- לוח ד-2: גידול המימון הפרטי בהוצאה הלאומית לבריאות 33
- לוח ד-3: תקציב הפעולה מונעת ומחקר בבריאות ובבטיחות בעבודה 36
- לוח ה-1: ממוצע שינויים נתפסים (שיפור או נסיגה) בשירותי רפואה תעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי 46
- לוח ה-2: מגעים במרפאות תעסוקתיות של שירותי בריאות כללית 47
- לוח ה-3: בדיקות במרפאה התעסוקתית בין 2004-2008 קופ"ח מכבי* 48
- לוח ה-4: מצבת רופאים בשירותי רפואה תעסוקתית בשירותי בריאות כללית 48
- לוח ה-5: מצבת אחיות בשירותי רפואה תעסוקתית בשירותי בריאות כללית 49
- לוח ה-6: מצבת מנהלה בשירותי רפואה תעסוקתית, בשירותי בריאות כללית 49
- לוח ה-7: מצבת עובדי רפואה תעסוקתית בקופת חולים מכבי 49
- לוח ה-8: ממוצע שינויים בשירותי גרות תעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי 54
- לוח ה-9: בדיקות סביבתיות בגרות שבוצעו בין השנים 1987-2008 55
- לוח ה-10: בדיקות טוקסיקולוגיות שבוצעו ע"י המכון לבריאות תעסוקתית 56
- לוח ה-11: בדיקות טוקסיקולוגיות שבוצעו ע"י מעבדות טוקסיקולוגיות שונות 57

איורים

- איור ד-1: מחקרים ופרויקטים שיצאו לפועל בפעולה המונעת בשנים 1977-2007 36
- איור ד-2: תקציב המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית 2001-2003 38
- איור ה-1: שינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית 39
- איור ה-2: שינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק למהות תעסוקתית 40
- איור ה-3: התפלגות השפעה על שירותי רפואה 41
- איור ה-4: שינויים בכמות בדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים 42
- איור ה-5: שינויים באיכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים ובדיקות לעובדים 43
- איור ה-6: התפלגות מפעלים המקבלים שירותי רפואה תעסוקתית מגורמים פרטיים ולא פרטיים לפני ואחרי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי 45
- איור ה-7: השפעה על שירותי גהות 51
- איור ה-8: שינויים בהיקף ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים 52
- איור ה-9: שינויים נתפסים באיכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים ולעובדים 52
- איור ה-10: התפלגות שירותי גהות תעסוקתית מגורמים פרטיים ולא פרטיים לפני ואחרי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי 53
- איור ה-11: שינויים בחינוך גבוה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית – ממלאי תפקידים 60
- איור ה-12: שינויים בחינוך גבוה, הכשרה ופיתוח קריירה של כ"א בזהות תעסוקתית 62
- איור ה-13: מחקרים ופרויקטים שיצאו לפועל בפעולה המונעת בשנים 1977-2007 64
- איור ה-14: שינויים במחקרים, פרויקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית 65
- איור ה-15: שינויים במחקרים, פרויקטים ופעולות מיוחדות בזהות תעסוקתית 66
- איור ה-16: שינויים בבריאות העובדים החשופים בכלל 68
- איור ח-1: שינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה ולזהות תעסוקתית 87
- איור ח-2: עמדות כלפי נקיטת צעדים שנועדו לפצות ולחפות על שירותים שנפגעו בשל החוק 88

נספחים

- נספח א: מסמכים ומקורות שנסקרו 90
- נספח ב: מנחה ראיון – בדיקת השפעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי הרפואה התעסוקתית 92

פרק א: שירותי הרפואה התעסוקתית והגהות התעסוקתית בישראל

תחום הגג העוסק בשמירה על בריאות העובד במקום עבודתו הוא הבריאות התעסוקתית. תחום זה מכיל תחומי משנה ובהם רפואה תעסוקתית, גהות תעסוקתית, ארגונומיה, קידום בריאות ורווחה. הרפואה התעסוקתית משלבת רפואה מונעת ורפואה קלינית מתוך מטרה לשמור על שלומו, בריאותו ורווחתו של האדם במסגרת עבודתו. גהות תעסוקתית היא תחום עיסוק שמטרתו העיקרית היא מניעת חשיפה לגורמי סיכון בריאותיים ומניעת מחלות מקצוע, באמצעות חיזוי והכרה של גורמי החשיפה והסיכון, הערכתם ובקרתם.

פרק זה מציג רקע כללי לתחומי הרפואה התעסוקתית (occupational medicine) וגהות תעסוקתית (occupational hygiene) בישראל, תוך התייחסות למטרות ופעילויות בכל אחד מתחומים אלה, חוקים ותקנות רלוונטיים, וכן מסגרות למתן השירות ותקצובו.

א.1 מדיניות וחקיקה בבריאות תעסוקתית

מדיניות החקיקה העוסקת ברפואה תעסוקתית ובהגות תעסוקתית מבוססת על הערך והמטרה של הגנה ושימור בריאות העובד במקום עבודתו לטווח קצר וארוך. מדיניות זו אינה מנותקת, מאז קום המדינה, מהשפעות חברתיות, כלכליות ופוליטיות, מאז קום המדינה, כגון ערכים של תנועת העבודה בעבר והרצון להגן על העובד מפני פגיעה בזכויותיו ובבריאותו על ידי המעביד. החקיקה הושפעה גם מחוקי המנדט הבריטי שהיו נהוגים לפני קום המדינה, ושעניינם קבלת שירותי בריאות בעבודה. ההנחה הבסיסית היא כי הדאגה לבריאות העובד היא חלק מהמערך הבריאותי הכולל, וכי כל אזרחי המדינה המועסקים זכאים לשירותי בריאות תעסוקתית – בדומה לשירותים כמו בטחון וחינוך שהמדינה נותנת לאזרחיה.

הדאגה לעובד ובריאותו מעוגנת בתחיקה הישראלית באמצעות שני חוקים עיקריים: חוק ארגון הפיקוח על העבודה 1954, ופקודת הבטיחות בעבודה (נוסח חדש) 1970 (ראה להלן). כן קיימות תקנות שונות שנחקקו בתוקף חוקים אלה. בחקיקה הכללית בתחום יש התייחסות לחובותיו של המעביד לגבי שמירה על בריאות בעבודה, והתייחסות מפורטת לגבי אמצעים ושירותים שונים לפיקוח על בריאות העובד כגון בדיקות סביבתיות תעסוקתיות תקופתיות והשגחה רפואית לעובדים חשופים.

חוק נוסף, המס המקביל, שנחקק בשנת 1973 וסיפק תשתית טובה למתן שירותי בריאות בעבודה, שונה בסוף שנת 1996. מאז נכללים שירותי בריאות בעבודה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כאשר חלק מהפרשת מעסיקים שהועברו לטובת פעולות מיוחדות בבריאות בעבודה באמצעות חוק מס מקביל, הומר בהקצבה של משרד התמ"ת ל"פעולה מונעת" במסגרת המשרד. להלן תיאור קצר של החוקים העיקריים שעניינם שמירה על בריאות העובד בישראל.

חוק ארגון הפיקוח על העבודה (1954) ותקנות החוק

חוק ארגון הפיקוח על העבודה הוא אחד משני החוקים העיקריים בתחום הבטיחות והגהות בישראל. הוא מגדיר את הגופים ובעלי התפקידים הפעילים במערך הבטיחות והגהות ברמה הממשלתית, המוסדית והמפעלית. החוק אושר בכנסת בשנת 1954 ועיקרו, בניסוח כללי, פיקוח וארגון של תנאי עבודה בטיחותיים וגהותיים במפעלים ובמשק.

חוק ארגון הפיקוח על העבודה הקים ומיסד שלוש מערכות ארגוניות עיקריות, תוך פירוט של תפקידיהן וסמכויות בעלי תפקידים בהן כדלקמן:

אגף הפיקוח על העבודה – בעבר במשרד העבודה, אחר כך במשרד העבודה והרווחה, וכיום במשרד התמ"ת הוא הזרוע הממשלתית המפקחת על קיום הוראות החוק בנושאי בטיחות וגהות. החוק עוסק, בין היתר, בדרישות שונות מהמעסיק (כגון הכנת תוכנית בטיחות שנתית), וכן מכיל פירוט תפקידיהם וסמכויותיהם של מפקח העבודה הארצי, המחוזי, והמפקחים בשטח. החוק מגדיר את סמכויות בעלי התפקידים האלה, ואת כלי האכיפה העומדים לרשותם – כגון מתן צווי בטיחות להפסקת עבודה במפעלים, או צווי שיפור לביצוע שיפורי בטיחות ובריאות בהם.

המוסד לבטיחות ולגהות – גוף ציבורי (תאגיד סטטוטורי) העוסק בהדרכה, הסברה, קידום המודעות לבטיחות וסיוע למפעלים בהתמודדות עם בעיות הבטיחות והגהות. המוסד לבטיחות ולגהות גם מסייע למפעלים להקים ועדות בטיחות משותפות, עוזר להם להטמיע מערכות מתקדמות לניהול בטיחות ובריאות בעבודה, ומספק להם שירותים נוספים.

מערך הבטיחות הפנים מפעלי – הכלים העיקריים ליישום הבטיחות והבריאות במפעלים – על פי תקנות חוק הפיקוח על העבודה – הם ממונה הבטיחות המפעלי, וועדת הבטיחות המשותפת להנהלה ולעובדים. מפעל בו מועסקים יותר מ-50 עובדים חייב במינוי "ממונה על בטיחות בעבודה". בהקמת ועדת בטיחות מפעלית (שחבריה הם נאמני הבטיחות במפעל) חייב כל מפעל שמועסקים בו למעלה מ-25 עובדים. כן קובע החוק ותקנותיו מינוי של בעלי מקצוע שונים (כגון ממונה קרינה או אחראי רעלים) בהתאם לגורמי הסיכון בהם עוסקים במפעל.

מכוח חוק ארגון הפיקוח על עבודה נחקקו תקנות חשובות נוספות, כגון אלו העוסקות בחובת מסירת מידע והדרכת עובדים, חובת ניטור סביבתי וניטור ביולוגי לעובדים החשופים לגורמי סיכון ועוד.

פקודת הבטיחות בעבודה (נוסח חדש) 1970 ותקנותיה

הנוסח החדש של פקודת הבטיחות בעבודה אושר ע"י הכנסת ב-1970, ומבוסס על "פקודת בטיחות החרושת" המנדטורית. ככלל, הפקודה עוסקת בניסוח דרישות להסדרת תנאי עבודה בטיחותיים וגהותיים במפעלים ובמשק. את פקודת הבטיחות בעבודה ניתן לחלק לשלושה נושאים עיקריים ולמספר נושאי משנה:

בטיחות – גידור מכונות, משטחי עבודה, מדרגות וסולמות, מעליות, מכונות ואביזרי הרמה, דודי קיטור, קולטי אויר, עבודה במקום מוקף, ממלטים מדליקה ועוד.

בריאות - ניקיון, צפיפות, אוורור, תאורה, חום, ניקוז רצפות, השגחה רפואית ועוד.

רווחה - מי שתייה, רחצה, מלתחות, ועזרה ראשונה.

בפקודת הבטיחות בעבודה קיימים פרקים וסעיפים ייחודיים העוסקים בתחולת החוק ובהגדרות משפטיות – כולל בנושא האחריות לבטיחות העובדים, חובות המעסיק, וכן חובות העובדים בנושאי הבטיחות והגהות.

מכוח פקודת הבטיחות בעבודה נחקקו למעלה מ- 40 תקנות על-ידי השר הממונה (כיום שר התמ"ת). בתקנות, המהוות חקיקה משנית, מפורטות דרישות שונות של פקודת הבטיחות בעבודה ונקבעות בהן הגדרות וכלים טכניים וארגוניים ליישום ההוראות ברמה מקצועית ביצועית.

בין התקנות קבוצה חשובה של תקנות בנושא גהות תעסוקתית העוסקות בעבודה עם חומרים כגון כספית, ארסן, עופרת, בנזן, ויניל-כלוריד, אבק מזיק (אסבסט, טלק, חול), ממיסים פחמימניים הלוגניים וארומטיים, מתכות מסוימות (ניקל, קדמיום, קובלט, בריליום) ובחומרים נוספים. קיימות גם תקנות לעבודה ברעש, ובקרנה מייננת (שהם גורמי סיכון פיזיקליים). תקנות אלו קובעות אמצעים שונים לזיהוי חשיפות תעסוקתיות לגורמי סיכון, הערכתן ונקיטת באמצעים להפחתת החשיפה. כן קובעות התקנות את חובת ביצוע בדיקות סביבתיות תקופתיות, ובדיקות רפואיות לעובדים החשופים לגורם המזיק כחלק משירותי הרפואה התעסוקתית והגיהות הניתנים לעובדים.

חוק מס מקביל 1973

בשנת 1973 נחקק חוק מס מקביל. החוק נועד לממן את שירותי הבריאות בעבודה באמצעות גביית מס מן המעביד, המחושב באחוזים (4.95% בשנת 1997) מתוך שכר העובדים (סעיף 2 לתקנה). החוק קבע את אופי והיקף פעילות שירותי הבריאות בעבודה כדלקמן:

- בדיקה רפואית של מועמד לעבודה
- בדיקות פיקוח תקופתיות על-פי תקנות משרד העבודה
- בדיקה רפואית לשם הערכת כושר העבודה של עובד לעבודתו
- מתן שירותים מונעים בעבודה (כגון זריקות חיסון)
- אספקת ציוד עזרה ראשונה למקומות העבודה

בהתאם לתקנות המס המקביל העוסקות באופן מתן השירות הרפואי, כל שירות רפואי או בדיקה אשר קופת חולים היתה חייבת לתת או לבצע לפי הוראות תקנות אלה, וכל שירות אחר שיוסכם עליו בין המעביד לבין הקופה, יינתנו וייעשו במוסדותיה הרפואיים, או על ידי מומחים אחרים שהיא קשורה עמם, או במפעל, הכול לפי שיקול דעתה של הקופה.

סעיף 5 של התקנות התייחס לבדיקה רפואית של כושר עבודה ולבאים:

(1) קביעת כשרו הרפואי או מצב בריאותו בקשר להתאמתו הבריאותית לתפקידו או למקום עבודתו;

- (2) הערכת מצב בריאותו ;
- (3) קביעת כשרו הרפואי או מצב בריאותו בעת שינוי תפקידו או מקום עבודתו שנגרם מטעמי כושר רפואי או בריאות בקשר להתאמתו לתפקידו או למקום עבודתו החדשים ;
- (4) קביעת כשרו הרפואי או מצב בריאותו בעת פרישתו משירות מטעמי בריאות ;
- כן הוגדרו "בדיקות פיקוח" המתייחסות לבאים :
- (5) בדיקות רפואיות למטרת שימוש בתוצאותיהן כראיה לעניין מימוש זכות או חובה של עובד ;
- (6) בדיקות רפואיות עונתיות לעובדים המועסקים בשירותים שלגביהן נדרשות בדיקות כאלה על-פי כל דין ;
- (7) אשפוז עובד לצורך הבדיקה ;
- (8) בדיקה חוזרת ;
- (9) בדיקות מעבדה ;
- (10) בדיקה באמצעות מכשירים, לרבות מכשירי רנטגן ;
- (11) מעקב בריאותי אחרי שעובד עזב את העבודה, לגבי סיכון בריאותי שמקורו בעבודה זו ;
- (12) התייעצות עם מומחים.

מתוקף חוק מס מקביל הוקמה בשנת 1973 "הועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בתעסוקה" במשרד העבודה והרווחה, שתפקידה לסייע במימון מחקרים ופעולות מונעות בשטח הבריאות בעבודה באמצעות קופות החולים וגופי מחקר ואקדמיה, כאשר תקציבה נקבע להיות עד אחוז אחד מסך כל התקבולים של המס המקביל. הוצאות הוועדה שולמו במישרין מאת המוסד לביטוח לאומי, בשיעור של עד אחוז אחד מתוך כספי המס המקביל. בשנת 1997 לאחר שינוי חוק מס מקביל (וביטול חובת התשלום על המעסיקים), התבטלה הוועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה, תקציב הפעולה המונעת אוחד עם תקציב משרד העבודה והרווחה, ובהתאם להוראות חוק הפיקוח על העבודה, מנוהל על-ידי "ועדה מייעצת" במסגרת אגף הפיקוח על העבודה, כתחליף ל"ועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בתעסוקה".

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 הוא החוק המסדיר מתן שירותי בריאות לתושבי ישראל באמצעות קופות החולים. החוק נכנס לתוקף ב-1 בינואר 1995 ויצר מהפכה בזכויות תושבי ישראל לקבלת שירותי בריאות, בדרכי מימוןם ובתכולתם, תוך ניסיון לקיים עקרונות של "צדק, שוויון ועזרה הדדית" (סעיף 1 לחוק). החוק נחקק כארבע שנים לאחר שהוגשו לממשלה המלצות ועדת נתניהו, שהמרכזית שבהן הייתה לחוקק חוק שכזה.

עד לחקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מומנה פעילותן של קופות החולים באמצעות דמי חבר ששולמו להן, לעתים כחלק מדמי החבר לארגון העובדים ששלט בקופה. החברות בקופה הייתה וולונטרית, ותושב שלא שילם דמי חבר לא זכה לביטוח בריאות. חלק מהכספים שנגבו כמס בריאות

על ידי ארגוני העובדים הופנו למשכורות ולהוצאות ארגוניות. מנגנון הגבייה היה כפול שכן לעתים לאותה קופת חולים היו מספר גובים מטעם ארגונים שונים. 'חוק ביטוח בריאות ממלכתי' קובע שכל תושב במדינה מבוטח בביטוח בריאות באמצעות אחת מקופות החולים, כבחירתו. דמי ביטוח בריאות נגבים ישירות על ידי המוסד לביטוח לאומי באמצעות אותו מנגנון גבייה, בהתאם להכנסתו של התושב, ומועברים לקופות החולים.

עם כניסתו לתוקף, הוסיף חוק ביטוח הבריאות הממלכתי עוד כמיליון תושבים, שלא היו מבוטחים קודם כלל או שהיו מבוטחים חלקית. המבוטחים החדשים נמנו בעיקר על השכבות החלשות. כך, סך מס הבריאות, ששילמו המבוטחים שנוספו, היה נמוך במידה רבה מעלות השירותים הרפואיים שסופקו להם. כתוצאה מכך, התחייבה העלאת מס הבריאות (שבוצעה, בין היתר, על ידי העלאת תקרת ההכנסה החייבת במס) וגדלה המעמסה על כלל החברים הוותיקים של קופות החולים, ובעיקר על בעלי הכנסות גבוהות יחסית.

לאחר כניסת החוק לתוקפו, נקבע סל בריאות אחיד משותף לכל הקופות, כאשר ועדת הסל קובעת מדי שנה את התרופות והשירותים החדשים שיכנסו לסל. בד בבד עם שינוי חוק מס מקביל וביטול חובת התשלום על המעסיקים, בוצעו שינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כך שהוא יכלול את מימון שירותי הבריאות בעבודה שהיו מחויבים על-פי חוק מס מקביל, עם שינויים מסוימים. סל השירותים הבסיסי הוגדר כ"שירותי הבריאות שנתנה קופת החולים של ההסתדרות והמדינה ב"מועד הקובע" לרבות בדיקות רפואיות לעובדים המבוצעות על פי דרישות כל דין.

א.2 רפואה תעסוקתית – רקע כללי

הרפואה התעסוקתית היא מקצוע רפואי המשלב רפואה מונעת ורפואה קלינית שמטרתו לשמור על שלומו של האדם, בריאותו, ורווחתו במסגרת עבודתו, ע"י קיום סביבה נאותה ומניעת סיכונים תעסוקתיים. התפקידים העיקריים של הרפואה התעסוקתית כוללים:

- זיהוי גורמי סיכון סביבתיים ואישיים בסביבת העבודה.
- צמצום עד למינימום האפשרי בחשיפת עובדים לסיכונים אלה.
- אבחון מוקדם ככל האפשר של מחלות מקצוע ומניעת התקדמותן.
- קביעת כושר עבודה והמלצה על שיבוץ מתאים לעובד או מועמד לעבודה בעבודה מתאימה.
- שיקום העובד במטרה להחזירו למעגל העבודה כאשר מדובר במחלה המגבילה את כושר העבודה.

הרופא התעסוקתי – בסיוע האחות התעסוקתית - אחראי על החלק הקליני, האבחון המוקדם, גילוי המחלה והטיפול. בעלי מקצוע נוספים המסייעים לרפואה התעסוקתית בתחום האבחון הסביבתי והרפואי הם הגיהותן (occupational hygienist), הארגונומיסט ואיש הבטיחות שמתפקידם לאתר,

להעריך ולבקר חשיפת עובדים לגורמים מזיקים בסביבת העבודה, וכן עובדים בבריאות הציבור ואנשי מדעי ההתנהגות בתעסוקה .

הדאגה לעובד ובריאותו מעוגנת בתחיקה הישראלית, הבאה להבטיח כי מעסיקים לא יפגעו בבריאות העובד עקב תנאי עבודה לא נאותים, וכן להבטיח שירותי בריאות תעסוקתית לכל העובדים במשק. שירותי בריאות תעסוקתית ניתנים על ידי קופות החולים השונות. בעבר, חוק מס מקביל (הנדון בפירוט בהמשך דו"ח זה) איפשר מימון ותשתית למתן שירותי בריאות תעסוקתית; אולם החוק שונה בסוף 1996, ומאז נכללים שירותי בריאות תעסוקתית במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (סעיף 7 א' שירותי רפואה בעבודה). בין היתר, החוק קובע בסעיף 7 א' (ד) כי תקנות מס מקביל, למעט פרק ג': פעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה, הן חלק משירותי הבריאות בעבודה שינתנו על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

א.2.1 נותני שירותים ברפואה תעסוקתית

מחלקות לרפואה תעסוקתית במסגרת קופות החולים

בישראל מיישמות את הרפואה התעסוקתית שלוש קופות חולים :

- שירותי בריאות כללית שלה 13 מרפאות אזוריות ומרפאה מפעלית בנמל התעופה בן גוריון ;
- מכבי שירותי בריאות, שלה שבע מרפאות אזוריות ;
- קופת חולים לאומית.

קופת חולים מאוחדת קונה שירותי רפואה תעסוקתית משירותי בריאות כללית. במסגרת קופות החולים השונות פועלות מחלקות אזוריות, המספקות שירותי רפואה תעסוקתית. השירות הבריאותי ניתן לכלל האוכלוסייה מתוקף חוק, ומתבטא, בין היתר, בזיהוי גורמי סיכון בעבודה, עריכת בדיקות ומעקבים לקביעת כושר עבודה ולזיהוי חשיפה לחומרים מסוכנים, אבחון מחלות מקצוע ושיקום עובדים שנפגעו. המחלקות לרפואה תעסוקתית בקופות החולים מעניקות שירותי רפואה תעסוקתית כגון :

1. בדיקות קבלה לעבודה
2. בדיקת לקביעת כושר עבודה של העובד (שנפגע או שחלה)
3. בדיקות פיקוח תקופתיות על-פי פקודת הבטיחות בעבודה (לחשופים לגורמים כגון ארסן, כספית, עופרת, רעש, אבק מזיק וכדומה)
4. בדיקת החמרת מצב (במקרה של תלונת נפגע על החמרה בפגיעה קודמת)
5. מתן שירותים מונעים בעבודה (כגון זריקות חיסון)
6. אספקת ציוד עזרה ראשונה למקומות העבודה

ההפניה לקבלת שירות רפואה תעסוקתית מתבצעת על-ידי הרופא המטפל (רופא המשפחה או רופא המפעל), מנהל כוח אדם במקום העבודה, או ועד העובדים.

נותני שירותים נוספים

בנוסף לשירותים הניתנים על ידי קופות החולים, ישנם 3 סוגי שירותים נוספים:

1. מכונים חיצוניים העוסקים במתן שירותי בריאות תעסוקתית.
2. מרפאות תעסוקתיות פנים מפעליות (חלק מהם בשותפות חלקית של קופות החולים).
3. רופאים פרטיים המועסקים על ידי מפעלים כיועצים.

מימון השירותים

מקורות המימון של שירותי הבריאות כפי שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי היו:

- דמי ביטוח הבריאות
 - המס המקביל ששילמו המעסיקים (ואשר בוטל ביום 31.12.1996),
 - תקציבים ממשלתיים
 - תשלומים ישירים של חולים לקופות החולים.
- עם ביטול המס המקביל שחל על המעסיקים, העבירה הממשלה למערכת שירותי הבריאות תוספת תקציב, שיפוי בגין אי גביית מס מקביל, הבאה למלא את הפער שנוצר עם ביטול גביית מס זה.

א.2.2 השכלה והכשרת כח אדם בתחום הרפואה התעסוקתית

מקצוע הרפואה התעסוקתית הוכר להתמחות בתחילת שנות התשעים, ונקבע סילבוס להתמחות. על מנת לקבל תואר מומחה ברפואה תעסוקתית על הרופא להתמחות במוסד המוכר לצרכי התמחות. בקופות חולים יש 13 מרפאות מוכרות להתמחות: תשע מהן של שירותי בריאות כללית, וארבע של קופ"ח מכבי. בשנת 1995 נפתח מסלול התמחות ברפואה תעסוקתית בצה"ל והוקם בו ענף בריאות תעסוקתית.

רופא המתמחה ברפואה תעסוקתית חייב גם בלימודי תואר שני בבריאות בתעסוקה, לימודים המתקיימים בחוג לבריאות סביבתית ותעסוקתית באוניברסיטת ת"א. פרטים נוספים מובאים בפרק ה' העוסק בהיקף השירותים וכח האדם בתחומי הרפואה והגהות התעסוקתית.

א.3 גהות תעסוקתית – רקע כללי

גהות תעסוקתית היא תחום מדעי ותחום העוסק בחיזוי, הכרה, הערכה ובקרה של גורמי סיכון בתעסוקה, ובסיוע בפיקוח על בריאות העובד ע"י פיקוח על סביבת עבודתו. מטרתה של הגהות התעסוקתית היא מניעת חשיפה לגורמי סיכון ומניעת מחלות מקצוע. הגהות מקדישה את רוב עיסוקה למניעת השפעות מזיקות מחשיפה ממושכת החוזרת על עצמה בתדירות מסוימת (חשיפה כרונית), אך גם למניעת השפעות מזיקות כתוצאה מחשיפה חריפה וקצרה (חשיפה אקוטית).

התפקודים העיקריים אשר באמצעותם מפחית הגיהותן התעסוקתי את הסיכונים הנובעים מגורמי סיכון סביבתיים אלו הם :

- זיהוי גורמי הסיכון הקיימים בסביבת העבודה והכרת מאפייניהם ;
- הערכת הסיכונים שהעובד חשוף להם כתוצאה מעבודה ותהליכי העבודה ;
- בקרה של גורמי הסיכון כדי למזער ככל הניתן את סיכוני החשיפה שזוהו קיימים חמישה סוגים ראשיים של גורמי סיכון סביבתיים בהם מטפלת הגהות התעסוקתית :
 - גורמי סיכון כימיים ;
 - גורמי סיכון פיסיקליים – כולל רעש, קרינה, עבודה בחום, ורטט (ויבראציות) ;
 - גורמי סיכון ביולוגיים ;
 - גורמי סיכון ארגונומיים – כולל תנוחות מאומצות, תנועות חוזרניות (repetitive movements), ובעיות בריאות הנובעות מאי התאמת סביבת העבודה למאפייני העובד וליכולותיו.
 - גורמי סיכון פסיכו-חברתיים כולל לחץ או דחק (stress) בעבודה, אלימות בעבודה, הצקה (bullying) והטרדה (harassment).

גיהות תעסוקתית עוסקת בהערכת חשיפה של עובדים על ידי ביצוע סקר חשיפה פוטנציאלית וניטור סביבתי תעסוקתי. על הגיהותן להתמחות בניטור ובשיטות אנליטיות הדרושות כדי לקבוע את רמות החשיפה לגורמי סיכון סביבתיים במקום העבודה. הניטור הסביבתי מעריך בדרך כלל חשיפה נשימתית ע"י מדידת ריכוזי החומר המרחף באוויר, ויחד עם ממצאי בדיקות אישיות של ריכוזי חומר ברקמות ובנוזלי הגוף של העובדים, מאפשר לגיהותן ליישם בקרות ואמצעים כדי לצמצם את החשיפות ואת הנזק שהן גורמות לבריאות.

חקיקה בתחומי הגהות התעסוקתית

פקודת הבטיחות בעבודה ותקנותיה שנדונה בפרק א, מפרטות את חובות המעביד הקשורות לשמירה על בריאות העובד ורווחתו. חובות אלו כוללות נושאים כמו ניקיון, צביעה, צפיפות, אורור, נוחיות ומלתחות, סידורי אכילה ושתייה, קיום עזרה ראשונה, עבודה ברעש, עבודה בקרינה ועוד. במסגרת פקודת הבטיחות, הותקנו גם תקנות שונות של גהות תעסוקתית המתיחסות לעבודה עם חומרים כגון כספית, עופרת, מתכות קשות, ממיסים אורגניים ועוד.

קיימות תקנות שונות בדבר החובה לערוך בדיקות סביבתיות כדי לאתר בסביבת העבודה גורמים, תנאים, חומרים או חלקיקים העלולים לפגוע בבריאות העובדים. את הבדיקות יש לבצע במכשירים מכוילים ובשיטות ראויות. בין החומרים הדורשים בדיקות סביבתיות תעסוקתיות ניתן למנות טלק, צורן דו חמצני גבישי, אסבסט, חומרים לגביהם קיימות תקנות מיוחדות, וכן חומרים כימיים שאין

לגביהם תקנות מיוחדות, כגון פורמלדהיד, פחם שחור, כלורופורם, כלור, פנול, אמוניה וחומרים רבים נוספים המפורטים בתקנה מיוחדת בדבר חובת עריכת בדיקות סביבתיות תעסוקתיות. בישראל התפרסמו בשנות השמונים עד אמצע שנות התשעים של המאה העשרים כ-16 תקנות ספציפיות העוסקות בגורמי סיכון מתחום הגהות התעסוקתית – ורובן הותקנו מכוח פקודת הבטיחות בעבודה משנת 1970.

סיוע במימון ממשלתי וציבורי למתן שירותי גהות תעסוקתית

למרות שבדיקות גהותיות הן באחריות המעסיקים וממומנות על ידם, מערכת הגהות ברמה הממשלתית - אינה יכולה לפעול ללא מימון ציבורי נוסף, וזאת בשל הצורך להכשיר כח אדם, לבצע מחקרים, ולהוציא לפועל פרויקטים מיוחדים שיתנו מענה גהותי לסביבות עבודה חלשות - כגון בתי מלאכה קטנים שלא יפנו ביוזמתם לקבלת שירותי גהות תעסוקתית סביבתית. שני המקורות הממשלתיים והציבוריים לסיוע במימון פעולות בתחום הבטיחות והבריאות בעבודה היו והינם:

א. הוועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה

הוקמה בעבר מתוקף חוק מס מקביל - שירותי בריאות בעבודה תשל"ג 1973. ב-1994 עמד תקציב הוועדה על סך של 40 מיליון ש"ח לפחות (הערכות שונות נוקבות בסכומים של 60-70 מיליון ש"ח). עם ביטול חובת המס המקביל על המעסיקים בוטלה הוועדה, ובהמשך הפך התקציב להיות חלק בלתי נפרד מתקציב משרד העבודה והרווחה וכיום משרד התמ"ת. תקציב זה עומד כיום בפועל על סך של כ-12 מיליון ₪ בלבד. את תפקיד הוועדה החליפה ה"פעולה המונעת ומחקר בבריאות בעבודה" הפועלת במסגרת משרד התמ"ת, כאשר בראש הוועדה עומד מפקח עבודה ארצי של אגף הפיקוח על העבודה.

ב. קרן מנוף של המוסד לביטוח לאומי

הוקמה ב-1989. מקורות המימון של הקרן היו בעבר 1% מסך הגבייה לענף נפגעי עבודה. על בסיס זה אמור היה התקציב לשנת 2003, למשל, להיות 15 מיליון ₪. אולם בחוק התוכנית להבראת הכלכלה לשנת 2003 תוקן החוק, ומסגרת התקציב הועמדה על סך של שבעה מיליון ש"ח בלבד. ניסיון נוסף לצמצם את תקציב קרן מנוף ל-6 מיליון ₪ סוכל בכנסת. מן הראוי לציין כי גם כאשר מסגרת התקציב של קרן מנוף עמדה על כ-15 מיליון ₪ לא היה ניצול מלא של התקציב. קיים מקור שלישי ובלתי מנוצל כמעט בתחום בריאות בעבודה, והוא תקציב המחקרים של מועצת הבריאות.

א.3.1 נותני שירותים בגהות תעסוקתית

כיום ניתנים שירותי גהות תעסוקתית על-ידי מוסד ציבורי אחד – המוסד לבטיחות ולגהות, גוף ממשלתי אחד - מעבדות האגף לפיקוח על העבודה במסגרת משרד התמ"ת, וגופים פרטיים. כל הארגונים והגופים נותני השירות בגיהות תעסוקתית פועלים כמעבדות מוסמכות מטעם הרשות הלאומית להסמכת מעבדות ומשרד התמ"ת.

רשימת המעבדות המוסמכות לבדיקות סביבתיות כימיות של משרד התמי"ת בישראל כוללת 12 מעבדות פרטיות, ואת מעבדת המוסד לבטיחות ולגהות. בנוסף עליהן פועלת המעבדה הארצית לגהות תעסוקתית, שהינה חלק מאגף הפיקוח על העבודה. רשימת המעבדות המוסמכות לבדיקות רעש כוללת 12 מעבדות. חלק גדול מן המעבדות מוסמכות הן לביצוע בדיקות רעש והן לביצוע ניטורים סביבתיים של חומרים כימיים.

בנוסף, החל מסוף שנות השמונים של המאה הקודמת, קמו גם גופים פרטיים למתן שירותי גהות תעסוקתית לארגונים ולמפעלים. חוק מס מקביל שמימן את תקציב הוועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה במסגרת משרד העבודה והרווחה, איפשר מימון הכשרתם של עשרות רופאים ותברואנים (בעיקר בתקופת העלייה מברה"מ לשעבר) כגיהותנים תוך העשרת האפשרות למתן שירותים בתחום.

אחד מנותני השירותים הגדולים בגיהות תעסוקתית בעבר (עד שנת 2004) היה המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית שהוקם בשנת 1999 כעמותה על-ידי שירותי בריאות כללית ואוניברסיטת תל-אביב, וכמיזוג בין שני מכונים קודמים: המכון לבריאות העובד ושיקומו והמכון לבריאות תעסוקתית שפעלו בישראל מאז אמצע שנות ה-70. המכון נסגר בשנת 2004 מחוסר תקציב נאות להפעלתו. המכון סיפק שירותי גהות תעסוקתית בתחומי המחקר, שירות למקומות עבודה והוראה והדרכה. הוא שימש במשך השנים גם כמכון מחקר לאומי ומרכז בריאות יישומי – גוף מקצועי, רפואי, ואקדמי. רוב פעילותו היתה בתחום המניעתי: מחקר לאיתור בעיות בתחום הרפואה התעסוקתית והגיהות התעסוקתית, הערכת חשיפה תעסוקתית של עובדים באמצעות ניטורים סביבתיים וביולוגיים, המלצות להמשך פעולה, הוראה (אקדמית) והדרכה בתחום. המכון היה גוף אינטראקטיבי המשלב מחקר עם מתן שירות לעובדים, ולרשותו עמד מאגר אפידמיולוגי בנושאי תחלואה וגורמי סיכון בריאותיים של העובדים במדינת ישראל, כגון השפעת הקרינה, שכיחות מחלת הסרטן במקומות עבודה וחשיפת עובדים לחומרים מסוכנים דוגמת אסבסט, קדמיום, בריליום וסיליקה. המכון ערך בדיקות במפעלים גדולים מתוקף חוק ארגון הפיקוח על העבודה, התשי"ד-1954, ובמפעלים קטנים ערך בדיקות ביוזמתו, בדרך כלל במימון הוועדה לפעולה מונעת במשרד התמי"ת.

כדוגמה לשירותים גיהותיים ואחרים שביצע המכון בשנה האחרונה לפעילותו:

- שירותי מחקר במטרה לצמצם תחלואה בקרב העובדים: שני מחקרים בהיקף גדול ושתי עבודות מצומצמות שהזמינו גופים ממשלתיים.
- בדיקות שמיעה במפעלים - כ-14,300 בדיקות בשנת 2004;
- בדיקות ניטור סביבתיות (גורמים כימיים, מדידת רעש ובדיקות עומסים אקלימיים) – נערכו כ-30,000 בדיקות בכ-350 מפעלים.
- בדיקות נוספות שמומנו בכספי גורמים פרטיים.

א.3.2 השכלה והכשרת כח אדם בתחום הגהות התעסוקתית

החוק אינו מגדיר מיהו גיהותן, ומהי ההכשרה הנחוצה להסמכה למקצוע זה. בפועל, מקובל בישראל כי גיהותנים הם בוגרי מסלול גהות בתעסוקה בחוג לבריאות סביבתית ותעסוקתית באוניברסיטת ת"א, כאשר מדי שנה סיימו מסלול זה כ- 10 עד 20 תלמידים, או אנשים שעברו קורס להכשרת בודקים מוסמכים ועמדו בדרישות משרד התמ"ת להסמכה כבודקים.

פרק ב': מטרת המחקר ושיטת המחקר

ב.1 מטרת המחקר

מטרת המחקר העיקרית הייתה לבדוק את השלכות חוק ביטוח בריאות (ושינוי חוק מס מקביל) על היקף ואיכות שירותי הרפואה התעסוקתית והגהות התעסוקתית בישראל, ועל תקציבי המחקר ותקצוב פעולות מיוחדות בתחומים אלה. מטרת משנה היו:

(א) מדידת היקף השינוי בתקציבים הממלכתיים המיועדים לתחומי הגהות והרפואה התעסוקתית;

(ב) זיהוי בעיות של שירותי רפואה תעסוקתית בהקשר עם תקינת תקנות חדשות שבאחריות אגף הפיקוח על העבודה במשרד התמי"ת;

(ג) בדיקת ההשפעה על מצבת כוח האדם המקצועי בתחומי בריאות העובד – כולל אפשרויות של קריירה מקצועית ותעסוקה בתחום;

(ד) בדיקת ההשפעה על ביצוע מחקרים בסיסיים ויישומיים בתחום בריאות העובד;

(ה) בדיקת ההשפעה על כמות והיקף השירותים המסופקים בתחום בריאות העובד על-ידי קופות החולים ועל-ידי גופים ציבוריים אחרים.

להשגת מטרת אלו חשיבות רבה: הן יכולות לאשש או להפריך את החשש שאיכות שירותי הרפואה והגיהות התעסוקתית נפגעה עקב ביטול חובת תשלום מס מקביל על המעסיקים וחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לספק נתונים וידע אמין לגבי סוגיה זו, ואף לספק כלים לצורך עיצוב מדיניות ממלכתית וקבלת החלטות בתחום של הבריאות התעסוקתית.

ב.2 המסגרת ההגדרתית של המחקר

המסגרת ההגדרתית (definitional framework) של המחקר ניתנת להגדרה על-ידי משפט המיפוי (mapping sentence) הבא:

משפט מיפוי להגדרת תצפיות: השלכות חוק ביטוח בריאות על הרפואה והגהות התעסוקתית

(קצר)	(איכות)	(רפואה)
()	(מימון)	(שירותי)
()	(תעסוקתית)	()
(ארוך)	(היקף)	(גהות)

(השפעה רבה)	(שירותים לעובדים ולמפעלים)	
()	(מחקר	(ציבוריים)
() ועד	(הכשרת כ"א	(ביחס
	(ל-
()	(פעולות מיוחדות	(פרטיים)
(השפעה אפסית	(תקינה	
(

3.ב השיטה ותכנית הביצוע

המחקר שבוצע הוא מחקר של מדיניות ויישומה. המחקר התמקד בהשפעת של המדיניות על היקף השירותים הניתנים בתחום בריאות העובד בכלל, ושירותי הרפואה התעסוקתית והגהות התעסוקתית בפרט.

המחקר בדק בעיקר את עמדות ממלאי התפקידים, רופאים תעסוקתיים, מעבידים ונציגי עובדים כלפי טיב ואיכות השירות בשתי התקופות: בתקופה שקדמה לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובתקופה שלאחר פרסום החוק החדש בשנת 1995. במסגרת המחקר נבדקו הן היבטים תקציביים של מתן שירותי בריאות תעסוקתית, וגם פעילויות שבוצעו בשטח.

שיטות המחקר כוללות שלוש טכניקות עיקריות:

1. איסוף נתונים הקשורים לתקציבים ולהיקפי פעילויות בתחום הבריאות התעסוקתית (בהקשר של רפואה תעסוקתית וגהות תעסוקתית).
2. בדיקת עמדות מומחים וחוקרים כלפי השינויים שחלו בתחום עקב חוק ביטוח בריאות ממלכתי; כלי איסוף המידע היה שאלון שנבנה לצורך המחקר.
3. איסוף מסמכים המתייחסים לסוגיה הנבדקת, וניתוח תוכן שלהם.

במסגרת המחקר קוימו ראיונות עם שלושה סוגי אוכלוסיות:

1. ראיונות עם נציגי הנהלות של מפעלים בהם קיימים גורמי סיכון בעבודה.
2. ראיונות עם ממלאי תפקידים (מקבלי החלטות) במשרדי ממשלה, מוסדות ציבור, שירותי רפואה תעסוקתית בקופות החולים, התאחדות התעשיינים, הסתדרות העובדים החדשה, נציגי האקדמיה (בתי ספר לבריאות הציבור) ומכוני מחקר.
3. ראיונות עם רופאים תעסוקתיים.

הראיונות היו פתוחים – בעזרת מנחה לראיון שעובד במסגרת המחקר לאחר ביצוע פיילוט (ראה נספח ו').

4.ב השערות המחקר

במחקר זה היו שתי השערות עיקריות :

1. בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי חלה הפחתה במשאבים המוקצים לשירותי הרפואה התעסוקתית, כולל מחקרים ופעולות מיוחדות ופגיעה בהיקף ואיכות השירות.
2. התפתחו מנגנוני פיצוי בשל הפחתת משאבים זו המתבטאים בהתייעלות של המחלקות לרפואה תעסוקתית ובהסבת הנטל של חלק מעלות השירותים על כתפי המעסיקים.

5.ב תהליך איסוף המידע וביצוע הראיונות

במהלך מחקר זה קיימנו 24 ראיונות עם ממלאי תפקידים בכירים, מקבלי החלטות, אנשי אקדמיה וכדומה, ועם 23 נציגי מפעלים. הראיונות קוימו בחודשים מרץ 2008 עד פברואר 2009.

6.ב עיבוד הנתונים

הנתונים הכמותיים שנאספו (תשובות לשאלוני עמדה) נותחו על-ידי תוכנת SPSS. מסמכים וממצאי ראיונות נותחו איכותנית – על-פי משפט המיפוי שהוצג לעיל - כדי לקבל תמונה על :

- תקציבים לנושא רפואה וגהות תעסוקתית
- שירותים ופעילויות בפועל ;
- תקינה ;
- הכשרת כוח-אדם מקצועי ;
- מחקר והדרכה ;
- מוסדות.

פרק ג': מאפייני המדגם

פרק זה מכיל את מאפייני המדגם, שייכות המרואיין ותפקידו, הארגון בו הוא עובד, ואת מידת הידע והמעורבות של המרואיינים בחקיקה הקשורה לנושאי רפואה וגהות תעסוקתית.

1.ג שייכות המרואיינים

אוכלוסיית המרואיינים כללה מגוון של מומחים ואנשי מקצוע או ניהול בתחום הבריאות התעסוקתית והבטיחות, בעלי ותק בתחומם ובעלי מקצועות ותפקידים שיש להם זיקה ישירה לנושא המחקר. האוכלוסייה התפלגה בין ממלאי תפקידים ונציגי מפעלים.

הגופים והארגונים אליהם שייכים או השתייכו המרואיינים בתקופה הרלוואנטית למחקר הם:

- משרד הבריאות – מינהל רפואה ושירותי בריאות הציבור ;
- משרד התמי"ת – אגף הפיקוח והפעולה המונעת ;
- משרד העבודה ;
- המחלקות לרפואה תעסוקתית בקופות החולים ככלית, מכבי ולאומית ;
- מוסדות להשכלה גבוהה ומרכזי מחקר שנתמכו ו/או נתמכים ע"י הפעולה המונעת ;
- התאחדות התעשיינים ;
- מוסדות ציבור כגון המוסד לבטיחות ולגיהות ;
- הסתדרות העובדים ;
- ענפי תעשייה שונים ;
- בתי חולים.

בין המרואיינים נכללו רופאים תעסוקתיים, גיהותנים בכירים, נציגי ניהול בכירים ברפואה התעסוקתית, ממוני בטיחות ותיקים, אנשי מינהל וראשי יחידות בטיחות במפעלים.

2.ג תפקיד המרואיין והארגון בו הוא עובד

לוחות ג-1 ו-ג-2 מציגים את התפלגות תפקיד המרואיין והארגון בו הוא עובד כיום.

לוח ג-1: התפלגות שולית של תפקיד המרואיין (מעוגל לאחוזים שלמים)

התפקיד	כמות	אחוז
מנהל בטיחות וגהות במפעל	12	25
איש מקצוע בתחום הרפואה והגהות התעסוקתית	9	19

15	7	ממונה בטיחות וגהות במפעל
13	6	עובד/מנהל מוסד ציבורי/ משרד ממשלתי הקשור לבריאות תעסוקתית
8	4	איש מחקר/אקדמיה
8	4	מנהל מפעל/ מנהל במפעל
8	4	אחר/גמלאי
2	1	נציג תעשיינים
100	47	סה"כ

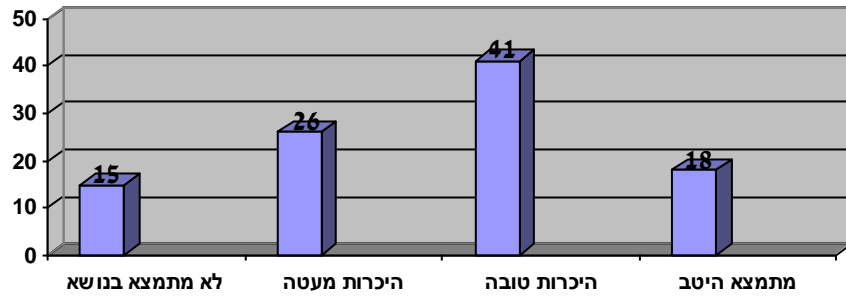
לוח ג-2: התפלגות שולית של הארגון בו עובד המרואיין (מעוגל לאחוזים שלמים)

הארגון	כמות	אחוז
ציבורי	11	23
מפעל גדול	8	17
מפעל בינוני	7	15
מפעל קטן	7	15
קופ"ח	6	13
מכון מחקר/מוסד אקדמי	4	8
גמלאי	4	8
סה"כ	47	100

ג.3 ידע ומעורבות בתחום הבריאות בתעסוקה של המרואיינים

המרואיינים נשאלו באיזו מידה הם מכירים את השינויים בחקיקה, חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול המס המקביל. כמו כן בדקנו האם המרואיינים היו מעורבים בחקיקה והאם תמכו בחוק או התנגדו לו. איור ג-1 מציג את התפלגות מידת ההיכרות של המרואיין את פרטי השינויים בחקיקה, וממנו נראה כי 85% מהעונים מתמצאים בנושא במידה זו או אחרת (אלו שלא מתמצאים הינם מקרב נציגי מפעלים).

איור ג-1: התפלגות מידת ההיכרות של המרואייין את פרטי השינויים בחקיקה (%) (N=46)



41% מהמרואיינים מכירים את פרטי שינוי החקיקה באופן כללי, ו-18% מתמצאים בה היטב. נציין כי ארבעה מהמרואיינים היו מעורבים באופן אישי בתהליך חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנים התנגדו בזמנו לחוק זה, ושניים תמכו בו.

פרק ד: השלכות תקציביות של חוק ביטוח בריאות

ממלכתי על שירותים ומקורות מימון של הבריאות

התעסוקתית

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן: החוק), נכנס לתוקפו בינואר 1995. מטרתו היו, בין היתר, הגברת השוויוניות במערכת הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה ושיפור השירותים לקבוצות חלשות כגון קשישים, תושבי פריפריה ובני מיעוטים. החוק מקנה לכל תושב זכאות לסל שירותי בריאות בסיסי הניתן באמצעות ארבע קופות-החולים. חיילי חובה בצה"ל, אסירים מעל שנה וחלק מהתושבים הישראלים הגרים בחו"ל אינם זכאים לביטוח בריאות במסגרת חוק זה.

עד לחקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ניתנו שירותי הבריאות על ידי קופות החולים, ופעילותן מומנה באמצעות דמי חבר ששולמו להן, לעתים כחלק מדמי החבר לארגון העובדים לו שייכת הקופה. החברות בקופות החולים הייתה וולונטרית, ותושב שלא שילם דמי חבר לא זכה לביטוח בריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע שכל תושב במדינה מבוטח בביטוח בריאות באמצעות אחת מקופות החולים, כבחירתו. דמי ביטוח בריאות מותאמים להכנסתו של התושב, נגבים ישירות על ידי המוסד לביטוח לאומי באמצעות מנגנון הגבייה הרגיל של המוסד, ומועברים לקופות החולים. כאמור, עם כניסתו לתוקף, הוסיף החוק לביטוח הבריאות עוד כמיליון תושבים, שלא היו מבוטחים קודם כלל או מבוטחים חלקית. המבוטחים החדשים נמנו בעיקר על השכבות החלשות.

פרק זה מציג את השפעות החוק על שירותי הבריאות ועל סל הבריאות בכלל (ובתמציתיות) ועל שירותי הרפואה והגהות התעסוקתית בפרט.

ד.1 סל שירותי הבריאות

קודם לחקיקת החוק נבדלו הקופות זו מזו בשירותי הבריאות שסיפקו, כאשר קופות בעלות יכולת יכלו לספק שירותים נרחבים יותר. לפי אחת ההערכות, למשל, רוב מבוטחי קופת חולים כללית זכו רק לכ-60% מסל השירותים בפועל של קופ"ח "מכבי". חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע "סל בריאות" אחיד, משותף לכל הקופות. ועדה הממונה על ידי הממשלה מדי שנה, היא ועדת הסל, קובעת מדי שנה את התרופות והשירותים החדשים שיכנסו לסל, וזאת בהתאם לתקציב הנקבע מדי שנה על ידי הכנסת. מאז נחקק החוק מתנהלים מאמצים, בתמיכת קופות החולים, לחקיקת סעיף שיבטיח תוספת בשיעור קבוע מדי שנה לסל, אך עד כה מאמצים אלה לא צלחו. על פי החוק, ופסיקת בתי-הדין לעבודה, סל הבריאות מהווה סל מינימום, וקופות-החולים רשאיות, אך לא חייבות, לספק תרופות ושירותים מעבר לסל זה, ובלבד שהתוספת לסל תעשה באופן שלא

מפלה בין חברים. כמו כן, בכל קופות החולים פועלות ועדות חריגים שמטרתן לדון בבקשת מבוטח לקבל תרופה שאינה כלולה בסל, או שהיא כלולה בסל אך לא להתוויה המתאימה למחלתו.

סל השירותים בבריאות בעבודה

תוספת לחוק ביטוח בריאות בתשנ"ה ותשנ"ז מכלילה את עיקרי חוק מס מקביל בחוק ביטוח הבריאות - אך בשינויים מסוימים. הגדרת האוכלוסייה המבוטחת לא השתנתה, וסל השירותים הבסיסי הוגדר כ"שירותי הבריאות שנתנה קופ"ח של ההסתדרות והמדינה במועד הקובע", כאשר בדיקות רפואיות לעובדים מבוצעות על פי דרישות כל דין. אך אופן תקצוב השירותים שונה. בניגוד לעבר, הרפואה התעסוקתית נכנסה לסל שירותי הבריאות, ואופן תקצובה אינו שונה מפרקים רפואיים אחרים בסל (מקורות מימון, סעיף 13 לחוק). שינוי מבני זה בתקצוב השירותים לא נתן מענה מספיק (כפי שנראה בהמשך) לצרכי מימון של פעולות מיוחדות בבריאות ובגרות תעסוקתית, שמומנו בעבר דרך מנגנון המס המקביל שנגבה מהמעבידים, ושהבטיח בסיס יציב, יחסית, ומותנה בגובה השכר במשק, למימון שירותי בריאות תעסוקתית שונים.

מקורות המימון של סל הבריאות

לפי החוק, סל הבריאות מתעדכן מדי שנה בהתבסס על שלושה מרכיבים:

- שינוי דמוגרפי
- מדד יוקר הבריאות
- עדכון טכנולוגי

בפועל, סל הבריאות גדל לפי המלצת ועדת סל הבריאות, המורכבת מנציגי גופים שונים, ולפי החלטות הממשלה. יש לציין כי על-פי החוק המקורי – לפני שינוי חוק מס מקביל - מקורות המימון של סל הבריאות הם בעיקרם עצמאיים: מס הבריאות שמשלמים העובדים, ומס מקביל שמשלמים המעסיקים (באמצעות המוסד לביטוח לאומי), וכן השתתפות נמוכה של הממשלה.

בשנת 1996, למשל, מומנו 85% מסל הבריאות ממקורות עצמאיים ו-10% מימנה הממשלה. ביטול מס מקביל על מעסיקים הביא לשינוי בחלוקת המימון: בשנת 2004 היתה השתתפות הממשלה 44%, ומס בריאות כיסה 50.6% מעלות הסל. (גבי בן-נון וגור עופר (עורכים), **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005**, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2006). ראוי לציין כי עלות שירותי סל הבריאות מהווה כמחצית מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות, כאשר אחוז זה ירד מ-54.4% בשנת 1995 (בעת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי) ל-48.5% בשנת 2005, כמוצג בלוח ד-1 להלן.

לוח ד-1: חלקו של סל שירותי הבריאות בהוצאה הלאומית לבריאות (במיליוני ש"ח)

(ש"ח)

שנה	הוצאה לאומית לבריאות	עלות סל שירותי הבריאות	שיעור הסל בהוצאה הלאומית לבריאות
1995	22,460	12,244	54.5%
2005	47,000	22,807	48.5%

ירידה זו, של 8.9% באחוז סל הבריאות מכלל ההוצאות לבריאות, משליכה, כמובן גם על שירותי הבריאות התעסוקתית הממומנים במסגרת הסל.

חשוב לציין כי משקל המימון הממשלתי בהוצאה הלאומית לבריאות ירד בשנים 1997-2005 ב-7% ומשקל המימון הפרטי עלה בשנים אלו ב-6.8% (פרופ' דב צ'רניחובסקי, יועץ לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות, בשיתוף מרכז המחקר והמידע של הכנסת, סקירת התפתחויות וסוגיות מרכזיות במערכת הבריאות בישראל, מאי 2006). כפי שאפשר לראות בלוח ד-2.

לוח ד-2: גידול המימון הפרטי בהוצאה הלאומית לבריאות

שנה	הוצאה לאומית לבריאות	מס בריאות	תקציב המדינה	מימון פרטי	אחר
1997	30,251	24.6%	46.0%	24.2%	5.2%
2005	47,000	26.0%	39.0%	31.0%	4.0%

נתונים אלו מתיישבים עם הנתונים בלוח ד-1, שלפיהם בעשור האחרון הצטמצם חלקו של סל הבריאות בהוצאה הלאומית לבריאות.

2.ד קיטון בסל השירותים ובתקציבי פעולה מונעת בבריאות בעבודה

חוק מס מקביל נתן בשעתו תשתית טובה למתן שירותי בריאות בעבודה, אך מאז ביטול הגבייה מהמעסיקים בסוף שנת 1996 נכללים שירותי בריאות בעבודה במסגרת חוק בטוח בריאות ממלכתי (סעיף 7 א' שירותי רפואה בעבודה). החוק קובע בסעיף 7 א' (ד) כי תקנות מס מקביל, למעט פרק ג': פעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה, הן חלק משירותי הבריאות בעבודה שינתנו על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

על כנה נשארה הגדרת האוכלוסייה המבוטחת. סל השירותים הבסיסי הוגדר כ"שירותי הבריאות שנתנה קופ"ח של ההסתדרות והמדינה במועד הקובע" ובדיקות רפואיות לעובדים מבוצעות "ע"פ כל דין".

אופן תקצוב השירותים שונה. הרפואה התעסוקתית נכנסה לסל שירותי הבריאות ואופן תקצובה אינו שונה מפרקים רפואיים אחרים בסל (מקורות מימון, סעיף 13 לחוק). היות ושירותי הרפואה התעסוקתית מהווים חלק מסל הבריאות, כל קיטון מוחלט או יחסי בסל זה, עלול לגרור קיטון בסדר גודל דומה בחלק התקציב המיועד לשירותי הרפואה התעסוקתית.

הפעולה המונעת במחקר ובריאות בעבודה במשרד התמ"ת

הועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בתעסוקה הוקמה בשנת 1973 מתוקף חוק מס מקביל שקבע כי שר העבודה ימנה ועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה, בה חברים שלושה נציגי קופות חולים, נציג ארגון מעבידים, נציג ארגון עובדים, שני נציגי משרד העבודה, שני נציגי משרד הבריאות ונציג המוסד לביטוח לאומי. נקבע בחוק כי:

(א) קופות החולים יבצעו מחקרים ופעולות מונעות בשטח הבריאות בעבודה כפי שתקבע הועדה האמורה ובלבד שסך כל ההוצאה הכספית של הפעולות האמורות לא יעלה בשנת כספים פלונית על 1% מסך כל התקבולים של המס המקביל; נשארה יתרה בשנה פלונית, מותר להשתמש בה בכל שנה שלאחריה.

(ב) קופות החולים יבצעו את הפעולות האמורות בתקנת משנה (א) בין בעצמן, בין בשיתוף עם אחרים ובין באמצעות אחרים, הכול כפי שתורה הועדה.

(ג) הוצאות הפעולות האמורות בתקנת משנה (א) ישולמו במישרין מאת המוסד לביטוח לאומי מתוך כספי המס המקביל לפי הוראות יושב ראש הועדה.

(ד) הועדה רשאית לקבוע ועדות משנה ולאצול להן מסמכויותיה לפי תקנות אלה.

מראשיתה מימנה הועדה לפעולה מונעת מחקרים ופרויקטים בתחומי הבריאות התעסוקתית, הבטיחות או הגהות התעסוקתית. המחקרים והפרויקטים במימון הועדה בוצעו על ידי גופי מחקר אקדמיים, מרכזים רפואיים כגון המכון לבריאות העובד ושיקומו, המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית ואחרים.

המלצות ועדת גונן חיזקו את מעמד הועדה לפעולה המונעת: בין המלצותיה שפורסמו בשנת 1979 הייתה ההמלצה להקמת רשות לבטיחות שתאחד את הגורמים העוסקים בבטיחות ובבריאות העובד, המלצה שלא יושמה.

היקפי התקציב המדויק של הועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה במשרד העבודה והרווחה בתקופה שלפני החוק לא היו נגישים מסיבות הנעוצות במשרד האחראי. הערכות של תקציב הפעולה המונעת בשנת 1994, למשל, נעות בין 60 מיליון ש"ח לשנה, ל- 40 מיליון ש"ח לשנה בהערכת מינימום.

בשנת 1997 עם ביטול גביית מס מקביל התבטלה הוועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה, תקציב הפעולה המונעת אוחד עם תקציב משרד העבודה והרווחה, ומנוהל על-ידי "הפעולה המונעת" באגף הפיקוח על העבודה במשרד התמ"ת (בעבר: במשרד העבודה והרווחה).

פרק ג' בתקנות מס מקביל, שעסק במימון פעולות הוועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה, מצא ביטויו בשנת תשנ"ז בסעיף 34 ב' בחוק ארגון הפיקוח על העבודה כך: "משרד התמ"ת יבצע פעולה מונעת...בדרכים ובהיקף שיקבע שר העבודה והרווחה ובלבד שסך כל ההוצאה הכספית לא תעלה בשנת כספים על 32 מיליון ₪...". סכום זה אמור להיות מעודכן מדי שנה בהתאם לעליית גובה השכר הממוצע במשק. בפועל חל במשך השנים כרסום משמעותי בתקציבי הפעולה המונעת כמוסבר ומוצג בהמשך.

בשנת 2001 פורסמו תקנות ארגון הפיקוח על העבודה (פעולה מונעת) המגדירות את תפקידי הפעולה המונעת:

1. פעולה שנועדה למנוע, במישרין או בעקיפין, תאונות עבודה ומחלות מקצוע
2. מחקרים בתחומי הבריאות התעסוקתית, הבטיחות או הגהות התעסוקתית
3. פרויקטים ניסיוניים (בתחומים הקשורים לסעיפים 1,2)
4. הקמה וניהול מאגרי מידע בתחומי הבריאות התעסוקתית, הבטיחות או הגהות התעסוקתית
5. הכשרה מקצועית, הדרכה והסברה בתחומי הבריאות התעסוקתית, הבטיחות או הגהות התעסוקתית.

האחראי על הפעולה המונעת הינו מפקח העבודה הראשי, ולצד הוועדה מסייעים לפעילותה ועדה מייעצת, וועדת הקצאה. הפעולה המונעת מנהלת את פעולותיה לפי תכנית עבודה שנתית. הרכב הפעולה המונעת שונה: אין נציגות לכלל קופות החולים, מחייבים לפחות 3 חברים נוספים בעלי ידע בתחום, ואין חובת מינוי יתר הנציגים שהופיעו בחוק מס מקביל. הוועדה המייעצת אינה שולטת על תקציב הפעולה המונעת אלא מייעצת בלבד, ותקציב הפעולה המונעת נגזר מתקציב משרד התמ"ת – בכפוף להוראות חוק הפיקוח על העבודה (סעיף 34 ב').

תקציב הפעולה המונעת עומד כיום על סך של כ-12 מיליון ₪ בלבד, בהשוואה ליותר מ-40 מיליון ש"ח לפני כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף. לוח ד-3 מציג את הקיטון בתקציב הפעולה המונעת במשרד בשנים 2000-2009.

לוח ד-3: תקציב הפעולה מונעת ומחקר בבריאות ובבטיחות בעבודה (מיליוני ש"ח)

שנה	2000*	2001*	2002*	2003*	2004**	2005**	2006**	2007**	2008**	2009**
	26.4	23.0	23.3	17.9	18.4	18.4	17.7	12.0	12.8	12.8

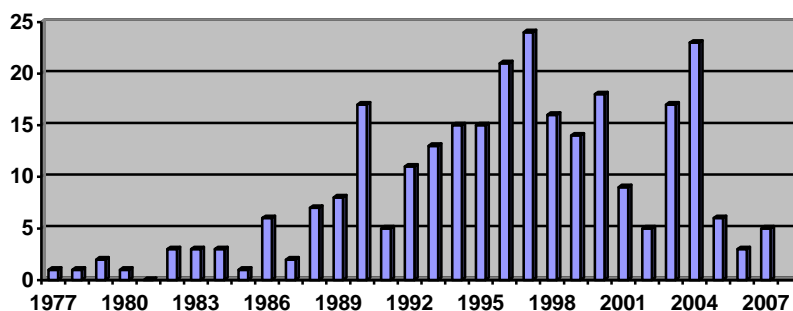
*נתונים מלפני שנת 2004 מתוך תקציב משרד העבודה והרווחה.

** נתונים מ-2004 ואילך לפי הממונה על התקציבים בתמ"ת.

במהלך עשר השנים האחרונות, קטן תקציב הפעולה המונעת ביותר ממחצית, ובהשוואה לתקופה שלפני החוק, התקציב קטן בלמעלה משני שליש: מ-40 מיליון ש"ח לשנה בשנת 1994 (הערכת מינימום), ל-12.8 מיליון ש"ח בשנת 2009.

איור ד-1 מציג התפלגות מחקרים ופרויקטים שמומנו על ידי הפעולה המונעת החל משנת 1977. הגרף מציג עליה ניכרת בהיקפי הפעילות בשנים 1977-1996, וירידה חדה ועקבית בשנים לאחר מכן. השוואה לנתוני לוח ד-3 לעיל (תקציב הוועדה) מלמדת על הקשר בין קיטון בתקציב הוועדה, לירידה בהיקפי הפעילויות שמומנו על ידה.

איור ד-1: מחקרים ופרויקטים שיצאו לפועל בפעולה המונעת בשנים 1977-2007 (נתוני משרד התמ"ת)



כדוגמה בולטת להשלכה תקציבית של החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול חוק מס מקביל ניתן להציג את המקרה של המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית. המכון הוקם מתקציבי הוועדה לפעולה מונעת בשנת 1974 במטרה להיות גוף מרכזי בבריאות תעסוקתית למחקר, שירות והוראה כדוגמת גופים לאומיים בהרבה מדינות אחרות. עד שנת 1997 מומן המכון בכספי המס המקביל באמצעות הוועדה לפעולה מונעת ופעולתה המבורכת, ומכוני האם שמהם נוצר העסיקו כ-80 עובדים וביניהם חוקרים, עוזרי מחקר, גיהותנים, אנשי מעבדה ורופאים תעסוקתיים. עם ביטול חובת המס המקביל על המעסיקים הועבר תקצוב המכון לאחריות משרד העבודה. צמצום

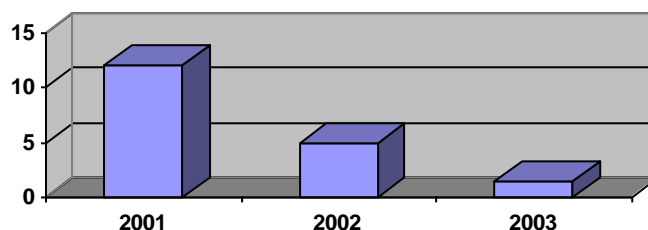
התקציבים הדרסטי של הפעולה המונעת אילץ אותה לשנות את מדיניותה כלפי המכון ולצמצם את תקציבי התמיכה. החל משנת 2000 ניתן התקציב של משרד העבודה למכון בשיטת תקצוב בדרך של קניית שירותים לפי פרויקטים - בניגוד להקצבה שנתית גלובלית שהיתה נהוגה קודם לכן. דוגמה למגמת הצמצום בתמיכה ניתן למצוא בהחלטת משרד העבודה והרווחה משנת 2000 בנוגע לאי מימון המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית, אלא רכישת פעילויות ספציפיות ממנו. בהחלטה זו נקבע כי:

- לא יירכשו מהמכון שירותים הכלולים בסל הבריאות אשר ממומנים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי (דוגמת בדיקות טוקסיקולוגיות).
- לא יירכשו מהמכון שירותים שהאחריות לנתינתם מוטלת על מקומות העבודה (מדובר במקומות שמועסקים בהם מספר גדול של עובדים, ולמשל לא יירכשו שירותי נידות שמיעה ובדיקות נוספות במקומות עבודה גדולים).
- לא יירכשו מהמכון שירותים הממומנים ממילא בכספי המועצה להשכלה גבוהה (כגון יחידת ההוראה שהיתה במכון ומומנה בכספי ות"ת).
- לא יירכשו מהמכון שירותים שנרכשים משירותי בריאות כללית לצורך בריאות תעסוקתית.
- לא יירכשו מהמכון שירותים שנותנים גופים פרטיים שאינם נתמכים בכספי המשרד.
- לא יירכשו מהמכון מחקרים אלא עקב פרסום "קול קורא".

הירידה בסיוע לתקציב המכון כאחת ההשלכות של השינוי בחוק מודגמת על-פי הנתונים הבאים (איור ד-2):

- בשנת 2001 קנה משרד העבודה שירותים מהמכון בכ-12 מיליון ש"ח.
- בשנת 2002 קנה משרד העבודה שירותים מהמכון בכ-5 מיליוני ש"ח.
- בשנת 2003 תוקצב המכון ממחקרים שאושרו ב"קול קורא" בכ-1.5 מיליון ש"ח. באותה שנה גם בוטל הפטור מחובת מכרז שהוענק למכון וכך נעשה קיצוץ נוסף בתקציבים שמשרד העבודה העביר אליו.
- בשנת 2004 הובטחו למכון 2.5 מיליוני ש"ח תמורת מתן שירותים.

איור ד-2: תקציב המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית 2001-2003 (מיליוני שח)



השינוי התקציבי פגע קשות ביכולת המימון של המכון למרות, שמלבד תקציב משרד העבודה הוא גייס חלק מתקציביו באמצעות מענה ל"קול קורא" וזכייה במענקי מחקר. העדר עיגון של המכון בחוק, כדוגמת המוסד לבטיחות ולגיהות, יצרה תלות מוחלטת בתקציבי הפעולה המונעת. ללא תמיכתה לא היה בידי המכון (שלא התארגן להפרטה או הבראה) לתפקד באופן עצמאי כמוסד מקצועי-מחקרי בלתי תלוי. הדבר הביא לתהליך איטי והדרגתי של דעיכה, תוך צמצום מספר העובדים, עד להחלטה על סגירתו ע"י הוועד המנהל בסוף חודש דצמבר 2004.

למרות שהמכון נסגר, טרם הוקם גוף או מכון חילופי אשר ימשיך במתן שירותי גהות תעסוקתית תוך שילוב היבטים מקצועיים, רפואיים ואקדמיים. בשנים 2005-6 היה ניסיון להקמת מחלקה במוסד לבטיחות ולגהות אשר תקלוט את פורשי המכון ותמשיך לפחות חלק מפעולותיו, אך ניסיון זה הצליח בצורה חלקית ביותר - שוב עקב קשיי מימון. בניגוד למקובל ברוב ארצות המערב, בישראל לא פועל כיום מכון ממלכתי או ציבורי המתמקד בבריאות תעסוקתית וסביבתית.

פרק ה': ממצאי הראיונות

ה. 1 ניתוח עמדות מרואיינים לגבי השלכות תקציביות וכספיות

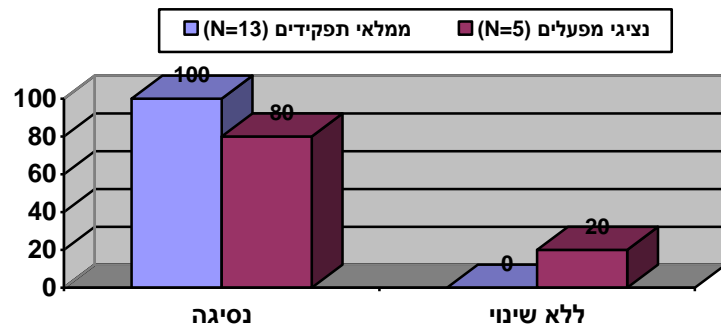
במסגרת הראיונות עם ממלאי תפקידים ונציגי מפעלים שאלנו על שינויים והיבטים תקציביים עקב החלת חוק מס ביטוח בריאות וביטול גביית המס המקביל מהמעסיקים. השאלות התייחסו הן לרמת הארגון בו חבר המרואיין, והן בהתייחס להערכת המרואיין לגבי שינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית ולגהות תעסוקתית, בשאלות סגורות.

השלכות תקציביות וכספיות ברמת הארגון

איור ה-1 מציג את דעות המרואיינים לגבי השינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית ואיור ה-2 מציג את דעות המרואיינים לגבי השינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לגהות תעסוקתית.

כל המרואיינים ממוסדות שנהנו מתקציבים ציבוריים (בעיקר מהוועדה הפעולה המונעת) דיווחו כי הארגון בו הם עובדים מקבל לאחר שינוי החוק פחות תקציבים לפעולות בנושאי רפואה וגהות תעסוקתית בהשוואה למצב שהיה קודם לכן (11 עונים). מתוך 23 נציגי מפעלים, שבעה (30.4%) דיווחו כי הם מוציאים היום יותר (במימון עצמי) לנושאים אלה, והייתר ללא שינוי.

איור ה-1: שינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית (באחוזים)



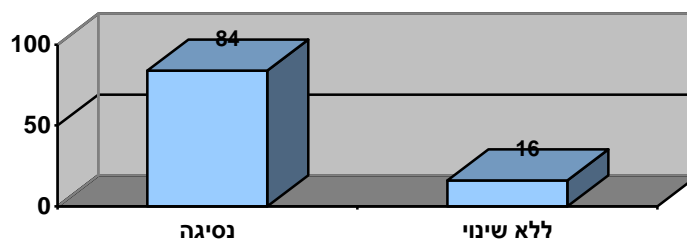
מעל מחצית ממלאי תפקידים (62%) ונציגי מפעלים (60%) ענו כי חלה נסיגה רבה בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ושינוי חוק "מס מקביל".

- 23% מבין ממלאי תפקידים ו-20% מנציגי מפעלים סבורים כי חלה נסיגה בינונית בתקציב הממלכתי המוענק לרפואה תעסוקתית.
- 15% מממלאי התפקידים ציינו כי חלה נסיגה מועטה.

- לא היו דיווחים על שיפור. עם זאת, על אי-שינוי בתקציב דיווחו 20% מקרב נציגי מפעלים.

84% מכלל המדגם טענו כי חלה נסיגה בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק למהות תעסוקתית.

איור ה-2: שינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק למהות תעסוקתית (באחוזים) n=19



- 83% בקרב נציגי מפעלים ו-38% מממלאי תפקידים ציינו כי חלה נסיגה רבה בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק למהות תעסוקתית.
- יותר משליש מממלאי תפקידים (38%) אמרו כי חלה נסיגה בינונית בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק למהות תעסוקתית.
- 15% בקרב ממלאי תפקידים ו-17% מבין נציגי מפעלים ענו כי לא חל שינוי בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק למהות תעסוקתית.

סיבות נתפסות לנסיגה בתקציבי רפואה ומהות תעסוקתית

הסיבות שציינו מרואיינים לנסיגה בתקציבי רפואה ומהות תעסוקתית היו:

- שחיקה לאורך השנים בתקציב הקופות בשל מנגנון עדכון לא משוכלל דיו.
- הצטמצמות החלק היחסי של ההוצאה הציבורית לרפואה עם השנים.
- הכסף הייעודי לרפואה תעסוקתית "נספג" בתוך תקציב הקופות לשימוש כללי.
- הממשלה השתחררה מחלקה בנטל בטיחות ובריאות העובד.
- ביטול גביית המס המקביל מהמעסיקים.
- קיטון משמעותי בתקציב המוקצב לפעולה מונעת
- הסבת הייעוד של שימוש בכספי הפעולה המונעת גם לצרכי משרד התמ"ת.

ה. 2. עמדות מרואיינים לגבי השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי

רפואה תעסוקתית

סעיף זה מציג את עמדות ודעות המרואיינים ביחס להשפעת החקיקה על שירותי הרפואה התעסוקתית באופן כללי, השפעה על בדיקות רפואיות, על כוח אדם, על איכות שירותי הרפואה, על סוג נותני השירות ונושאים נוספים שעלו בראיונות. כמו כן מוצגים נתונים לגבי היקף שירותים (כמות מגעים ובדיקות) ברפואה תעסוקתית ומגמות בהם וכן היקפי כוח אדם העוסקים במלאכה. הדו"ח הנוכחי בדק את עמדות המרואיינים בשני אופנים. תחילה נשאלו שאלות "פתוחות" באשר להשפעה כללית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי רפואה תעסוקתית, לגביהן נערך ניתוח תוכן. בהמשך נתבקשו המרואיינים להעריך על סולם בן שבע דרגות את השיפור או הנסיגה במספר תחומים השייכים לשירות ברפואה תעסוקתית.

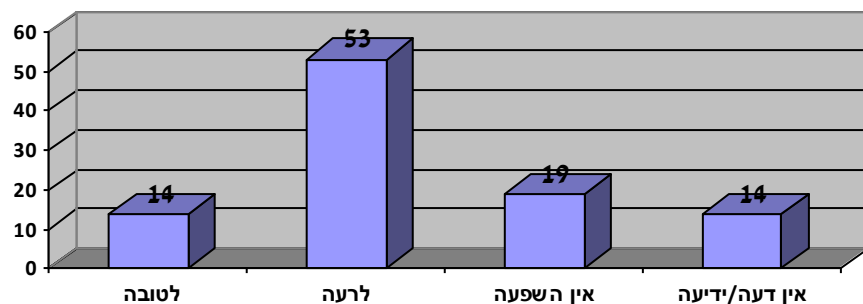
- השפעה על כמות בדיקות רפואיות
- השפעה על איכות שירותי רפואה תעסוקתית

רוב המרואיינים טענו כי חלה נסיגה בשירותים ברפואה תעסוקתית ובגרות התעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל מהמעסיקים.

עמדות מרואיינים ביחס להשפעת החוק על שירותי רפואה תעסוקתית

המרואיינים נשאלו כיצד השפיעה, לדעתם, חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית מס מקביל מהמעסיקים על שירותים ומחקר ברפואה תעסוקתית – לטובה או לרעה. 53% סברו כי שירותי רפואה תעסוקתית הושפעו לרעה בשל החקיקה, ורק 14% ציינו השפעה לטובה. איור ה-3 מציג את התפלגות ההשפעה על שירותי רפואה.

איור ה-3: התפלגות השפעה על שירותי רפואה (N=46)



בין ההשפעות שצוינו לטובה:

1. שוויוניות - כל העובדים מקבלים שירות בריאות-תעסוקתי.

2. **כניסת בתי חולים וגופים פרטיים לתחום** - הרחבת פעילותם של נותני שירות פרטיים :
 "בתי חולים נכנסו ברצינות לתחום הרפואה התעסוקתית, למשל רמב"ם."

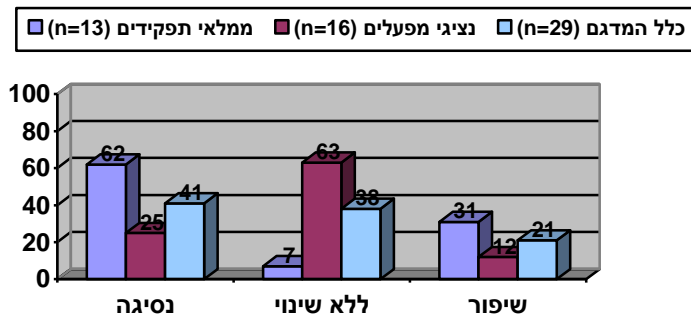
בין ההשפעות לרעה צוינו :

1. לא נכנסות לסל הבריאות בדיקות רפואיות תעסוקתיות נחוצות.
2. ירידה בכמות הבדיקות "על פי שיקול דעת" (שאינן מחויבות בחוק) שקודם היו מבוצעות על-ידי קופות החולים.
3. קופות החולים מממנות בדיקות בהיקף לא מספק.

השפעה על בדיקות רפואיות

המרואיינים נשאלו שאלה סגורה לגבי היקף (כמות) הבדיקות. "באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ושינוי חוק המס המקביל בהיקף (כמות) בדיקות רפואיות תעסוקתיות למפעלים". איור ה-4 מציג את השינויים בהיקף בדיקות לעובדים לדעת המרואיינים.

איור ה-4: שינויים בכמות בדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים (באחוזים)



- כ-62% מקרב ממלאי תפקידים ציינו כי חלה נסיגה (31% - רבה ו-31% - מועטה) בהיקף הבדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים.
- לעומתם 63% מנציגי מפעלים ענו כי לא חל שינוי בהיקף (כמות) בדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים.
- כשליש מבין ממלאי תפקידים (31%) ציינו כי חל שיפור (23% - מועט, 8% - שיפור רב).

כדוגמה להתייחסות וטענות שהושמעו ע"י מרואיינים לגבי השפעה על בדיקות רפואיות (ציטוט):
 "לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כל עובד חדש שהתקבל לעבודה היה נבדק בקופת חולים והיום אין הדבר כך, יש מעל מיליון עובדי קבלנים ועובדי שירותים פרטיים שלא עוברים את הבדיקות ולא ברור אם יש פיקוח על כך."

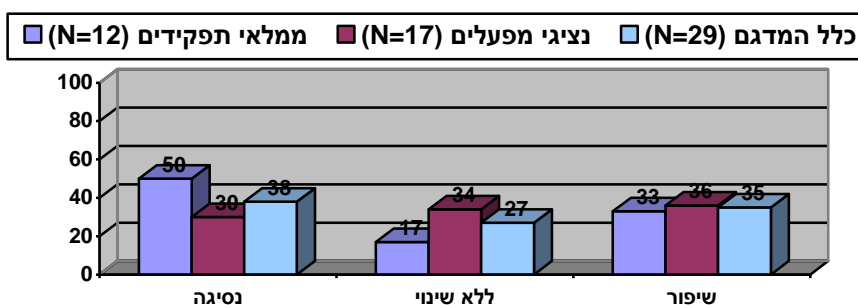
"בדיקות קבלה לעבודה מבוצעות בחלקן, בקופת חולים מסוימת, על ידי רופא המשפחה שלא ברור מה הכשרתו לכך", וכן כי: "המצב שנוצר הוא בעייתי עבור המעסיקים גם בשל העובדה ש"התור לבדיקות קבלה לעבודה מגיע לעתים ל-20 יום ומעסיק שומר חוק לא יכול לקחת עובד כי מתחריו "חוטפים" את העובדים שלא רוצים לחכות את הזמן עד קבלתם לעבודה".

השפעה על כמות ואיכות שירותי הרפואה התעסוקתית

איור ה-5 מציג את השינויים באיכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים ובדיקות לעובדים.

- כמחצית מקרב ממלאי תפקידים (50%) ויותר משליש מקרב נציגי מפעלים (40%) דיווחו על נסיגה באיכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים ובדיקות לעובדים.
- 35% מנציגי מפעלים ו-17% מממלאי תפקידים ציינו כי לא חל שינוי באיכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים ובדיקות לעובדים.
- 36% מממלאי תפקידים ו-33% מקרב נציגי מפעלים ענו כי חל שיפור באיכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים ובדיקות לעובדים לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

איור ה-5: שינויים באיכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים ובדיקות לעובדים (%)



ניתוח תוכן התשובות מראה:

- נשמעו דעות כי יש פחות מגע וקשר בין המפעלים לרופאים התעסוקתיים. האחראים על בטיחות העובדים במפעלים מקבלים פחות מידע והנחיה מבעבר.
- היו שטענו כי הרפואה התעסוקתית (ואף הכללית) יקרה יותר והשירות דל יותר. או כפי שהגדיר זאת אחד מבעלי התפקידים: "מקבלים פחות בריאות שעולה יותר כסף".

הערות נוספות של מרואיינים ביחס לשירותי רפואה תעסוקתית

- **ביקורי רופאים במפעלים** – נשמעו הערות בנוסח "המפעלים מקבלים פחות שירותים, ביקורים שגרתיים של רופאים תעסוקתיים במפעלים ירדו פלאים". (יש לציין כי אין להערות אלה תימוכין בנתונים כלשהם, וכן שסך התקנים של רופאים תעסוקתיים לא פחת).

- **אספקת ציוד עזרה ראשונה** – קבלת ההקצאה לארגזי עזרה ראשונה מקופות החולים הפכה מסורבלת היות ומפעלים מקבלים הקצאה מכל קופה בנפרד לפי כמות עובדי המפעל השייכים לקופה. לעתים לא כדאי למפעלים להשקיע בכך טרחה והם "מושכים" ציוד עזרה ראשונה רק מקופה אחת.

ה.3 עמדות מרואיינים לגבי השפעות החוק על השימוש בנותני שירות ברפואה

תעסוקתית

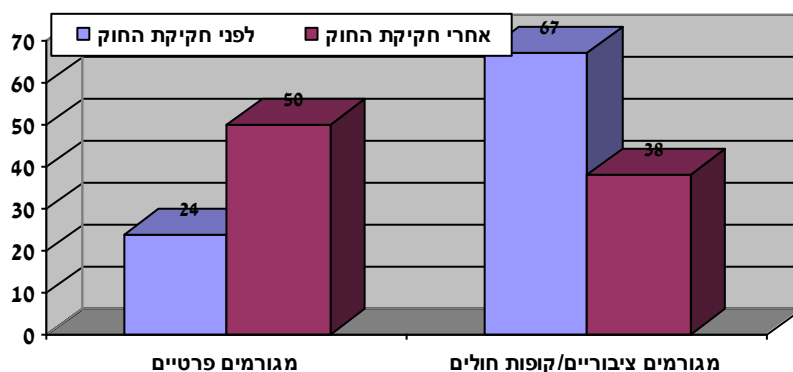
כפי שצוין, יש שלושה סוגי שירותים שאינם ציבוריים (חלק מהם בשותפות חלקית של קופות החולים):

1. מכונים רפואיים פרטיים
2. מרפאות פנים מפעליות
3. רופאים פרטיים

המרואיינים נציגי המפעלים נשאלו "אילו שירותי רפואה תעסוקתית קיבלתם בעבר (לפני השינויים בחוק) ואילו שירותים אתם מקבלים היום מגורמים פרטיים ומגורמים שאינם פרטיים". איור ה-6 מציג את תשובות נציגי המפעלים לגבי שירותי רפואה תעסוקתית שהם מקבלים מגורמים פרטיים ולא פרטיים לפני ואחרי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כחצי מהמפעלים נעזרים בגורמי רפואה תעסוקתית פרטיים לאחר החלת החוק, לעומת רק כרבע מהם קודם לכן. באשר לקבלת שירותים מגורמים ציבוריים חלה ירידה: כשני שלישי קיבלו בעבר, וכיום רק 38% מקבלים שירותים אלו.

איור ה-6: התפלגות מפעלים המקבלים שירותי רפואה תעסוקתית מגורמים פרטיים ולא פרטיים לפני ואחרי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

(באחוזים) n=23



למעבר לרכישת שירותי רפואה תעסוקתית מגורמים פרטיים יש גם יתרונות: לעומת הקשיים עליהם דווח לגבי עבודה מול קופות החולים, ציינו נציגי מפעלים כי מכוני בדיקה פרטיים זמינים יותר וחוסכים למפעלים ולעובדים טרחה וזמן. מפעלים נעזרים במכונים אלה בצורות שונות, כגון בדיקות תקופתיות לבכירים, בדיקות שמיעה, ובדיקות ספציפיות אחרות. יחד עם זאת, לצד היתרונות שצוינו לגבי שירותי המכונים הפרטיים, צוין גם כי "חשוב שהמכונים הפרטיים יעבדו על פי קריטריונים מוגדרים ובסטנדרטים קבועים".

נשמעו דעות כי עקב המעבר של מפעלים להסתייעות בשירותי רפואה תעסוקתית פרטי, העובדים נמצאים בסיכון רב יותר מכיוון שהחברות דואגות שהעובדים לא יפסידו ימי עבודה, ורוכשות מינימום שירותים.

ה.4 הערכות המרואיינים לגבי שירותי רפואה תעסוקתית לאור שינויים בתחיקה

סעיף זה מציג, באופן מסכם, את הערכות המרואיינים לגבי:

- איכות והיקף (כמות) בדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים
- מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית
- חינוך גבוה, הכשרת כח אדם וקריירה ברפואה תעסוקתית
- תפיסת המרואיינים את בריאות העובדים החשופים לחומרים מסוכנים בדרך כלל.

המרואיניים נתבקשו לציין האם חל שיפור/נסיגה בתחומים שצוינו לעיל באמצעות הציונים הבאים: (3) שיפור רב, (2) שיפור בינוני, (1) שיפור מועט, (0) ללא שינוי, (-1) נסיגה מועטה, (-2) נסיגה בינונית, (-3) נסיגה רבה. לוח ה-1 להלן מציג את ממוצעי התשובות לממלאי תפקידים ולנציגי מפעלים.

לוח ה-1: ממוצע שינויים נתפסים (שיפור או נסיגה) בשרותי רפואה תעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

נציגי מפעלים			ממלאי תפקידים			היבט הנבדק
N	ס. תקן	ממוצע	N	ס. תקן	ממוצע	
9	1.45	-0.9	13	1.50	-1.9	מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית
5	0.89	-0.4	11	1.57	-1.5	חינוך גבוה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית
-	-	-	12	1.73	-1.4	הכשרה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית*
-	-	-	13	1.28	-1.2	פיתוח קריירה ותעסוקה בתחום הרפואה התעסוקתית*
16	1.29	-0.1	13	1.92	-0.8	היקף (כמות) בדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים
17	1.75	0.2	12	2.04	-0.2	איכות בדיקות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים
16	1.63	0.4	13	1.66	-0.1	בריאות העובדים החשופים בכלל

* מיעוט עונים מקרב ממלאי תפקידים לא מצדיק חישוב ממוצע (פחות מ-4 עונים).

בקרוב ממלאי תפקידים במרבית התחומים שנבדקו במחקר חלה נסיגה במידה זו או אחרת – וזאת על-פי תשובות של יותר מ-10 ממלאי תפקידים שידעו לענות על השאלות. להערכתם, בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית מס מקביל, קיימת:

- הרעה רבה בביצוע מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית (ממוצע שינוי לרעה של 1.9 בסולם הנע מ -3 ל +3);
- הרעה ניכרת בנושאי חינוך גבוה, הכשרה, ופיתוח קריירה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית (ממוצעים נעים בין -1.2 ל -1.5);
- ירידה ניכרת בכמות בדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים (-0.8);

- אין כמעט שינוי באיכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים, ובבריאות עובדים חשופים (ממוצעים שליליים אך מאד נמוכים יחסית לסטיית התקן).

בקרוב נציגי מפעלים מבנה ההערכות דומה, אם כי עמדותיהם חיוביות יותר על מצב הרפואה התעסוקתית בעקבות השינויים בתחיקה: להערכתם, קיימת:

- הרעה מסוימת בביצוע מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות, ובחינוך גבוה ברפואה תעסוקתית (ממוצע שינוי לרעה של 0.9- ו 0.4- בהתאמה+);
- אין כמעט שינוי – או אף שינוי קל מאד לטובה - באיכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים (0.2);
- אין שינוי בכמות בדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים (-0.1);
- שיפור קל (0.4) בבריאות העובדים החשופים. נדגיש כי ממצא זה אינו אובייקטיבי, אלא רק משקף את תפיסות העונים, הסבורים כי השינויים בחוק לא הרעו, בסופו של דבר, את בריאות העובדים החשופים. המצב בפועל, כאמור, אינו ידוע.

ה. 5 נתונים כמותיים על היקף השירותים (כמות בדיקות ומגעים) ברפואה תעסוקתית

במסגרת המחקר נבדקו היקפי הפעילות של נותני השירות העיקריים ברפואה תעסוקתית (קופות החולים כללית ומכבי). לוחות ה-2 ו-ה-3 מציגים את היקפי הפעילות במונחים של מגעים (בשירותי בריאות כללית) ובדיקות ברפואה תעסוקתית (במכבי שירותי בריאות). שני הלוחות מראים עליה בכמות השירותים ברפואה תעסוקתית בשתי קופות החולים.

לוח ה-2: **מגעים במרפאות תעסוקתיות של שירותי בריאות כללית (מדוחות שנתיים 1996, 2007)**

סה"כ מגעים	אחר	החמרת מצב	קבלה לעבודה	בדיקות פיקוח	כושר עבודה	
157,376	-	-	29,556	74,732	53,088	1996
200,562	4,716	5,600	31,480	94,937	63,829	2007

לוח ה-3: בדיקות במרפאה התעסוקתית בין 2004-2008 קופ"ח מכבי*

סה"כ בדיקות	קבלה לעבודה	בדיקות פיקוח	כושר עבודה	
27,149	5,387	13,518	8,244	2004
34,521	5,797	16,981	11,743	2006
35,375	5,279	16,794	13,302	2008

* לא נתקבלו נתונים ישנים יותר

שירותי הרפואה התעסוקתית של קופת חולים מכבי הוקמו באמצע שנת 1995. עד לאותה שנה רכשה קופת חולים מכבי שירותי רפואה תעסוקתית מקופת חולים כללית.

ה.6 נתונים כמותיים על שינויים בהיקף כוח האדם ברפואה תעסוקתית

קופות החולים כללית ומכבי הן נותנות השירות הגדולות בתחום הרפואה התעסוקתית. נבחנו היקפי כוח האדם ברפואה תעסוקתית בקופות, והשינויים בהם בין השנים 1995, 1996 לבין 2007 ו-2009. לוחות ה-4 עד ה-7 מציגים את הנתונים.

לוח ה-4: מצבת רופאים בשירותי רפואה תעסוקתית בשירותי בריאות כללית בשנים 1996,

2007

רופאים	תקן	איוש*
1996	73.27	82
2006	74.25	72

* כולל תקנים של מתמחי חוץ שבעבר המדינה מימנה.

לוח ה-5: מצבת אחיות בשירותי רפואה תעסוקתית בשירותי בריאות כללית בשנים 1996,

2007

מס' אחיות	איוש בפועל (מצבה)	תקן	אחיות
-	59	55.37	1996
49	40.06	44.13	2007

לוח ה-6: מצבת מנהלה בשירותי רפואה תעסוקתית, בשירותי בריאות כללית (1996, 2007)

מנהלה	תקן	איוש בפועל (מצבה)
1996	12.41	17
2007	17.23	21.12

לוח ה-7: מצבת עובדי רפואה תעסוקתית בקופת חולים מכבי (1995, 2009)

עובדות סוציאליות	מזכירות	אחיות	רופאים		
			מתמחים	מומחים	
0	2	2	0	2	1995
3 (6 חצאי משרה)	12	12	6	13.6	2009

ניתן לראות כי המצב בשתי הקופות שונה וזאת בשל מצבן השונה בעת השינויים בחוק. שירות הרפואה התעסוקתית של קופת חולים מכבי הוקם באפריל 1995 בעקבות החלטה אסטרטגית כי לטווח הארוך נכון יותר יהיה לפתח שירות רפואה תעסוקתית עצמאי ולהפסיק לרכוש את השירותים משירותי בריאות כללית. בשנת הקמתו היה השירות במכבי מצומצם בהיקפו. בשנים שחלפו מאז הקמתו גדל כוח האדם בשירות כצפוי. בשירותי בריאות כללית היה אמור להיות צמצום מקביל שהתבטא בצמצום עודף האיוש על התקינה. בכמות האחיות חלה עליה וירידה בשתי הקופות במקביל. צירוף מספר התקנים בכללית ומכבי מראה כי לא חל שינוי משמעותי בתקנים ברפואה תעסוקתית בארץ בשנים 1995 עד 2006-9 ואולי יש אפילו עליה קלה. על פי לוחות מס' 4 ו-7 ובהוספת מספר הרופאים התעסוקתיים בקופת חולים לאומית, מספר הרופאים הוא כ-90 ואילו גודל האוכלוסייה העובדת עולה על שני מיליון כיוון שבעשור האחרון היתה עליה ב-30% במספר העובדים במשק (על פי נתוני משרד התמ"ת). מוערך מכך, שהיחס בין מספר הרופאים התעסוקתיים

למספר העובדים במדינת ישראל עולה על 20000:1. מספר העובדים לרופא תעסוקתי במדינת ישראל גבוה ממספרם במספר מדינות באירופה בעלות מאפיינים דומים למדינת ישראל.

ה.7 עמדות מרואיינים לגבי השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי

גהות תעסוקתית

סעיף זה מציג עובדות וכן דעות המרואיינים ביחס להשפעת החקיקה על שירותי הגהות התעסוקתית באופן כללי, השפעה על ביצוע בדיקות סביבתיות וניטורים, על איכות שירותי הגהות, ההוצאה של מפעלים לגהות, ונושאים נוספים שעלו בראיונות. ממצאי פרק זה מבוססים, בדומה לפרק הקודם, על ניתוח תוכן של תשובות המרואיינים לשאלות פתוחות, וכן על ניתוח סטטיסטי של תשובותיהם לשאלות עמדה המתייחסות להשפעה השינוי בחקיקה על היקף ואיכות שירותי הגהות התעסוקתית.

השפעה כללית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי גהות תעסוקתית

רוב המרואיינים טענו כי חלה נסיגה בשירותי הגהות התעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל. עם זאת, ממצאי הראיונות אינם מצביעים על מגמה ברורה של שינוי בפועל בהיקף הניטורים ובדיקות הגהות התעסוקתית במפעלים. מפעלים מפצים עצמם עקב הקיטון בהיקף שירותי הגהות הציבוריים לאחר השינויים בחקיקה, באמצעות מעבר לשימוש גובר והולך בשירותי גהות פרטיים. נציגי מפעלים גדולים בעיקר, ציינו כי מתוך דאגה לבריאות העובדים, ורצון לעמוד בתקנים בינלאומיים ובדרישות הביטוח הם מבצעים בדיקות מקיפות ותדירות מן הקבוע בחוק. מנגד, היו מרואיינים שצינו כי תקציב הפעולה המונעת איפשר ביצוע בדיקות גהות על חשבון הקופה הציבורית והן נעשו כהלכתן הן מבחינת היקפן והן מבחינת עומקן. כיום – טענו אחדים - הבדיקות מבוצעות במימון המעסיקים בלבד אשר רובם עושים את המינימום הנדרש לפי החוק.

בין ההשפעות לרעה בעקבות החקיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ושינוי המס המקביל צוינו הירידה בתקציבים למחקר בגהות, ירידה בכמות ובאיכות המחקר, סגירת המכון לבריאות תעסוקתית, העתקת הנחיות מן העולם במקום תקינה המבוססת על מחקר ישראלי וביצוע הבדיקות הגהותיות המינימאליות הנדרשות משיקולי עלות. השינויים לטובה שחלו מאז החקיקה מיוחסים לעליה במודעות לגהות תעסוקתית.

עמדות מרואיינים כלפי השפעת שינוי החקיקה על שירותי הגהות התעסוקתית

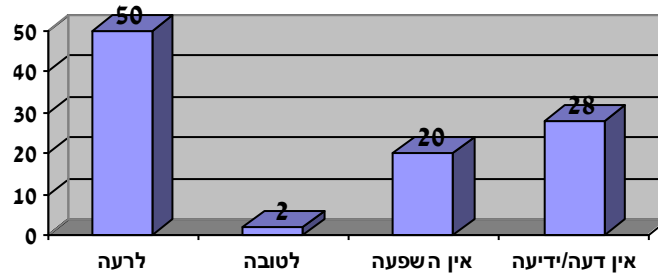
המרואיינים נשאלו כיצד הושפעו שירותים ומחקר בגהות תעסוקתית בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל בתחום עיסוקם, באמצעות השאלות הבאות:
"בתחום העיסוק בו אתה מעורב או היית מעורב, כיצד השפיעה, למיטב ידיעתך, חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול המס מקביל?

השפיעה לטובה על שירותים ומחקר בגיהות תעסוקתית (פרט).

השפיעה לרעה על שירותים ומחקר בגיהות תעסוקתית (פרט)".

מחצית מן המרואיינים (50%) סברו כי שירותי גהות תעסוקתית הושפעו לרעה בשל החקיקה, רק 14% ציינו השפעה לטובה. איור ה-7 מציג את התפלגות ההשפעה על שירותי גהות תעסוקתית.

איור ה-7: השפעה על שירותי גהות (אחוזים) (N=46)



בין ההשפעות לרעה צוינו:

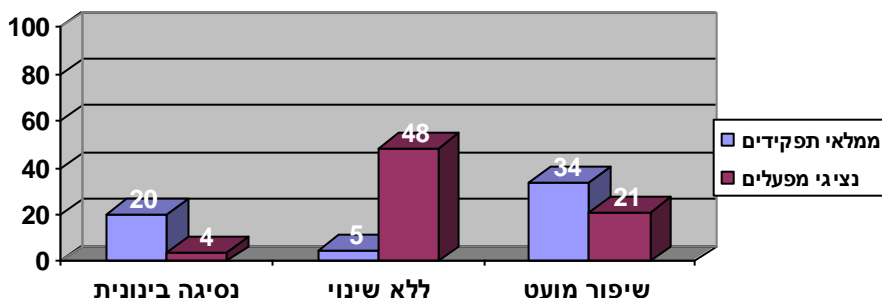
- ירידה בתקציבים למחקר בגהות
- ירידה בכמות ובאיכות המחקר
- סגירת המכון לבריאות תעסוקתית
- העתקת הנחיות מן העולם החליפה מחקר ישראלי
- ביצוע מינימליסטי של בדיקות נדרשות עקב שיקולי עלות

בין ההשפעות לטובה צוינה עליה במודעות לגהות תעסוקתית.

ה.8 עמדות מרואיינים לגבי השפעה על היקף ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים

המרואיינים נשאלו באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל על היקף ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים. איור ה-8 מציג את השינויים בהיקף ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית לדעת המרואיינים. כמעט מחצית מנציגי המפעלים טענו כי אין שינוי בהיקף ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים, וכחמישית מעריכים שחל שיפור בנושא. גם שליש ממלאי התפקידים שרואיינו מסכימים כי חל שיפור בהיקף בדיקות הגהות התעסוקתית במפעלים.

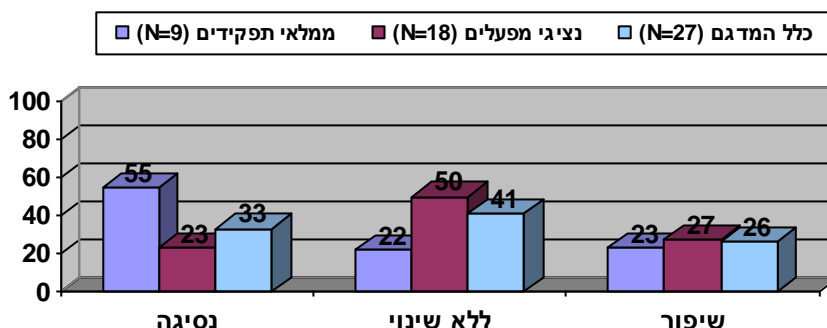
איור ה-8: שינויים בהיקף ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים (באחוזים)



ה.9 עמדות מרואיינים לגבי השפעה על איכות שירותי גהות תעסוקתית במפעלים

המרואיינים נשאלו באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל באיכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים. איור ה-9 מציג את השינויים באיכות שירותי גהות תעסוקתית לדעת המרואיינים.

איור ה-9: שינויים נתפסים באיכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים ולעובדים (אחוזים)



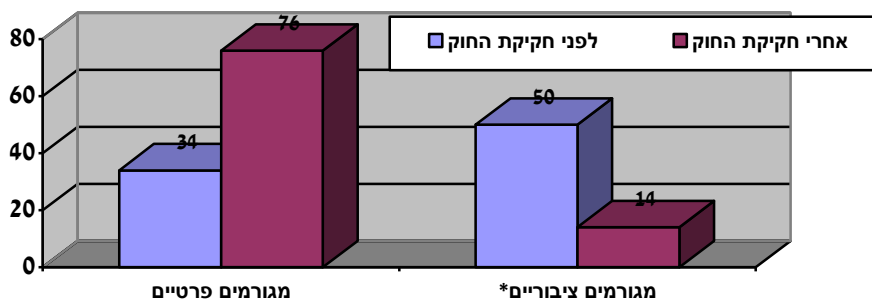
55% בקרב ממלאי תפקידים ציינו כי חלה נסיגה באיכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים ולעובדים, 22% אמרו כי לא חל שינוי כלשהו ועוד 22% ענו כי חל שיפור (מועט/בינוני). 50% בקרב נציגי מפעלים אמרו כי לא חל שינוי באיכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים ולעובדים, ושליש מבין נציגי מפעלים (28%) ציינו שיפור (מועט ובינוני).

ה.10 עמדות מרואיינים לגבי השפעה על סוג נותני שירותי גהות תעסוקתית למפעלים

נציגי מפעלים נשאלו "אילו שירותי גהות תעסוקתית קיבלתם בעבר (לפני השינויים בחוק) ואילו שירותים אתם מקבלים היום מגורמים פרטיים ומגורמים שאינם פרטיים" איור ה-10 מציג את

התפלגות מפעלים המקבלים שירותי גהות תעסוקתית מגורמים פרטיים ולא פרטיים לפני ואחרי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

איור ה-10: התפלגות שירותי גהות תעסוקתית מגורמים פרטיים ולא פרטיים לפני ואחרי חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי
(n=20)



* כולל מהמוסד לבטיחות

האיור מראה על גידול בשירותי גהות תעסוקתית הניתנים ע"י גורמים פרטיים בעקבות שינויי החקיקה: מ-34% לפני, ל-76% המשתמשים בגורמים פרטיים אחרי השינויים.

ה.11 הערכה מסכמת של המרואיינים לגבי שירותי גהות תעסוקתית לאור השינויים בתחיקה

סעיף זה מציג, באופן מסכם, את הערכות המרואיינים לגבי:

- היקף (כמות) ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים
- איכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים ולעובדים
- מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות בגהות תעסוקתית
- חינוך גבוה והכשרת כוח אדם בגהות תעסוקתית
- פיתוח קריירה ותעסוקה בתחום הגהות התעסוקתית

המרואיינים נתבקשו לציין האם חל שיפור/נסיגה באמצעות ציונים הבאים: (3) שיפור רב, (2) שיפור בינוני, (1) שיפור מועט, (0) ללא שינוי, (-1) נסיגה מועטה, (-2) נסיגה בינונית, (-3) נסיגה רבה. בלוח ה-8, להלן מפורטים ממוצעי התשובות עבור ממלאי תפקידים ועבור נציגי מפעלים.

לוח ה-8: ממוצע שינויים בשרותי גהות תעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

נציגי מפעלים			ממלאי תפקידים			היבט נבדק
N	ס. תקן	ממוצע	N	ס. תקן	ממוצע	
5	1.48	0.2	9	1.12	-2.0	חינוך גבוה של כוח אדם בגהות תעסוקתית
-	-	-	8	0.93	-2.0	הכשרה של כוח אדם בגהות תעסוקתית
9	1.58	-1.0	12	1.56	-1.9	מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות בגהות תעסוקתית
4	1.26	-0.3	11	1.35	-1.3	פיתוח קריירה ותעסוקה בתחום הגהות התעסוקתית
18	1.47	-0.1	9	1.42	-0.6	איכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים ולעובדים
17	1.07	0.5	12	1.86	0.8	היקף (כמות) ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים

* מיעוט עונים בקרב ממלאי תפקידים לא מצדיק חישוב ממוצע (פחות מ-4 עונים).

- בקרב ממלאי תפקידים** הדעה היא שחלה הרעה ניכרת במרבית התחומים – להוציא את היקף הבדיקות הגהותיות בשטח שאף גדל(!) בעקבות השינוי. להערכתם:
- חלה הרעה רבה בתחומי מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות, וכן בחינוך גבוה, ובהכשרה של כוח אדם בגהות תעסוקתית ((ציון ממוצע גבוה מאד של כ 2-).
 - הרעה ניכרת בפיתוח קריירה ותעסוקה בתחום הגהות התעסוקתית (-1.3);
 - ירידה מסוימת (-0.6) באיכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים ולעובדים;
 - ושיפור מסוים (0.8) בהיקף (כמות) ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים;

בקרב נציגי מפעלים ההערכה היא שלא חלו שינויים לרעה בשירותי הגהות התעסוקתית, ואף חל שיפור מסוים (0.5) בהיקף (כמות) ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים.

ה.12 נתונים כמותיים על שירותי הגהות

על פי הערכות ממלאי תפקידים ונציגי מפעלים חלה עליה בכמות הבדיקות הגהותיות. בדקנו את כמות הבדיקות הסביבתיות-תעסוקתיות, והטוקסיקולוגיות על פי דיווחים ממקורות שונים.

כמות בדיקות גהות תעסוקתית

לגבי בדיקות הגהות הסביבתיות, רוב הבדיקות (מעל 90% על פי הערכות מומחים) עד שנת 2000 בוצעו על ידי המכון לבריאות תעסוקתית. הנתונים המוצגים בלוח ה-9 מציגים בדיקות גורמים כימיים וגורמים פיסיקליים אשר בוצעו במכון לבריאות סביבתית בין השנים 1987-1999. כמו כן מוצגים בלוח זה נתוני בדיקות סביבתיות של חומרים כימיים בשנים 2000-2008 על פי דיווח אגף הפיקוח במשרד התמ"ת.

עקב קושי במחשוב מלא של נתונים בשנים שלפני 2005, לא ניתן להשיג נתונים מלאים ומדויקים של תוצאות בדיקות של גורמים פיסיקליים במערכות המדווחות. לכן דווחו רק תוצאות הבדיקות של חומרים כימיים בין השנים 2000-2008 כפי שמופיעות במאגר משרד התמ"ת.

לוח ה-9: בדיקות סביבתיות בגהות שבוצעו בין השנים 1987-2008

שנה	גורמים כימיים	גורמים פיסיקליים (רעש, עומס חום)	סה"כ
*1987	3339	3712	7051
*1988	3297	4422	7719
*1989	4740	3857	8597
*1990	5985	4742	10727
*1991	8380	6020	14400
*1992	9250	7126	16376
*1993	10428	9731	20159
*1994	10505	13440	23945
*1995	13214	8484	21698
*1996	13690	9391	23081
*1997	15817	11532	27349
*1998	19361	9000	28361
*1999	20695	9610	30305
**2000	17300	-	-
**2001	27900	-	-
**2002	25000	-	-

שנה	גורמים כימיים	גורמים פיסיקליים (רעש, עומס חום)	סה"כ
**2003	28000	-	-
**2004	22000	-	-
**2005	36000	-	-
**2006	45000	-	-
**2007	47000	-	-
**2008	47000	-	-

* בדיקות סביבתיות תעסוקתיות אשר בוצעו על ידי המכון לבריאות תעסוקתית.
 ** בדיקות סביבתיות תעסוקתיות של חומרים כימיים בשנים 2000-2008 על פי דיווח אגף הפיקוח במשרד התמי"ת.

ניתן לראות שאין מגמת ירידה בבדיקות הגיהותיות אחרי כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. יתר על כן, בבדיקות גורמים כימיים יש עליה ברורה (עם ירידה אחת בין השנים 1999 ל-2000 שיכולה להיות מוסברת על ידי השינוי במקור לנתונים). העלייה בבדיקות במשך השנים ניתנת להסברים גם ע"י תוספת כוח אדם והתייעלות.

כמות בדיקות טוקסיקולוגיות

על אף שבדיקות טוקסיקולוגיות אינן מתבצעות במסגרת שירותי גהות אלא במסגרת רפואה תעסוקתית, הן ניתנות כאן להשוואה והסקת מסקנות. לוחות ה-10 ו-ה-11 מציגים את כמות הבדיקות הטוקסיקולוגיות שבוצעו על ידי המכון לבריאות תעסוקתית (על פי נתוני המכון) ועל ידי מעבדות טוקסיקולוגיות אחרות.

לוח ה-10: בדיקות טוקסיקולוגיות שבוצעו ע"י המכון לבריאות תעסוקתית

שנה	מספר בדיקות
1986	8905
1987	9287
1988	9039
1989	11088
1990	13224
1991	14641

שנה	מספר בדיקות
1992	18121
1993	17749
1994	21619
1995	20267
1996	19587
1997	20156
1998	18404
1999	13880

לוח ה-11: בדיקות טוקסיקולוגיות שבוצעו ע"י מעבדות טוקסיקולוגיות שונות (למעט המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית)

שנה	מספר בדיקות*
1999	1402
2000	4078
2001	8319
2002	9622
2003	9692
2004	10453
2005	20219
2006	20992
2007	19306
2008	19429

* הקפיצה במספר הבדיקות משנת 2004 לשנת 2005 נובעת מסגירת המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית והעברת ביצוע הבדיקות למעבדות האחרות.

בשנות התשעים היה המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית המבצע הכמעט בלעדי של בדיקות טוקסיקולוגיות שמקורן ברפואה התעסוקתית ולכן, בהתאם לנתונים בלוח 9 מסתמנת ירידה במספר הבדיקות בשנים הראשונות שלאחר כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף. עד לסגירתו בסוף שנת 2004, המשיך המכון בביצוע בדיקות טוקסיקולוגיות, אך במקביל החלו קופות שונות להעביר חלק מהבדיקות למעבדות אחרות וחלקן של אלה במספר הבדיקות הכללי עלה

בהתמדה. נתונים על מספר הבדיקות במכון בתחילת שנות ה-2000 לא הושגו, אך סביר להניח שסך מספר הבדיקות מכל הקופות לא השתנה בהרבה בתחילת שנות ה-2000 לעומת סוף שנות התשעים, ושינויים קטנים עשויים לנבוע משינויים דינאמיים במספר העובדים הנשלחים לבדיקות. החל משנת 2005 לא בוצעו יותר בדיקות טוקסיקולוגיות במכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית והן מבוצעות ע"י גופים אחרים. על פי לוחות 9 ו-10, מספר הבדיקות בין שנת 1997 לשנת 2008 לא השתנה, אך מספר העובדים במשק ומספר המבוטחים בקופות החולים השתנה ומכאן ניתן להסיק שחלה ירידה יחסית בהיקף הבדיקות הטוקסיקולוגיות לעובדים. הסיבה לכך אינה ידועה, אך עשויות להיות מספר סיבות אפשריות לתמונה כגון; א. שיפור בתנאי גרות והעדר צורך בבדיקות טוקסיקולוגיות בחלק ממקומות העבודה; ב. סגירת מפעלים שצרכו בדיקות; ג. הימנעות מביצוע בדיקות מיותרות. לדעת ממלאי תפקידים בקופות החולים אין הירידה היחסית נובעת מאי ביצוע או חסכון בבדיקות נדרשות על פי תקנות ועל פי שיקול דעת.

ה.13 עמדות מרואיינים לגבי השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על עתודות כח האדם בשירותי בריאות תעסוקתית – עמדות מרואיינים

סעיף זה מציג את דעות המרואיינים ביחס להשפעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל על התחומים הבאים:

- חינוך גבוה והכשרה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית
- חינוך גבוה והכשרה של כוח אדם בגרות תעסוקתית
- השינוי במימון מסלולי לימוד אקדמיים על ידי הפעולה המונעת
- פיתוח קריירה ותעסוקה בתחום הרפואה התעסוקתית והגרות התעסוקתית

דיון תמציתי לגבי נושא זה מובא גם בסעיפים קודמים העוסקים בשירותי הרפואה התעסוקתית (ה-4), והגרות התעסוקתית (ה-9). רוב המרואיינים טענו כי חלה נסיגה בחינוך גבוה ובהכשרה של כוח אדם הן ברפואה תעסוקתית והן בגרות תעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל.

ה.13.1. השכלה והכשרת כוח אדם בתחום הרפואה התעסוקתית

מקצוע הרפואה התעסוקתית הוכר להתמחות בתחילת שנות התשעים, ונקבע סילבוס להתמחות. הרופאים מתמחים במרפאות המוכרות להתמחות. על מנת לקבל תואר מומחה ברפואה תעסוקתית על הרופא להתמחות במוסד המוכר לצרכי התמחות. בקופות חולים יש 13 מרפאות מוכרות להתמחות: תשע מהן של שירותי בריאות כללית, וארבע של קופ"ח מכבי. בשנת 1995 נפתח מסלול התמחות ברפואה תעסוקתית בצה"ל והוקם בו ענף בריאות תעסוקתית. רופא המתמחה ברפואה

תעסוקתית חייב גם בלימודי תואר שני בבריאות בתעסוקה, לימודים המתקיימים בחוג לבריאות סביבתית ותעסוקתית באוניברסיטת ת"א.

החוג לבריאות סביבתית ותעסוקתית אוניברסיטת ת"א

בחוג לבריאות סביבתית ותעסוקתית של אוניברסיטת ת"א נלמדים שלושה מסלולי מוסמך :

- מסלול רפואה בתעסוקה (לרופאים) ;
- מסלול גהות בתעסוקה (לבוגרי מדעים) ;
- ומסלול התנהגות בעבודה ובריאות (לבוגרי מקצועות הבריאות).

הלימודים הם עם או בלי עבודת גמר. בעשרים ושלוש שנות קיומו סיימו בו לימודים לתואר מוסמך 278 תלמידים (עוד 20 תלמידים עתידים לסיים בשנת 2009) ונכתבו בו 125 עבודות תזה לקבלת תואר.

הערות כלליות של מומחים וממלאי תפקידים בהתייחס לכ"א בשירותי הרפואה התעסוקתית

- לפי הערכת ראש שירותי רפואה תעסוקתית של אחת מקופות החולים, מערכת הרפואה התעסוקתית מסוגלת ליצור רק 200,000 מגעים בשנה, ואי אפשר ליצור יותר מגעים ללא תוספת כוח אדם.
- "בתקופה שהפעולה המונעת לא הייתה ישות משפטית ממשלתית, היה קל יותר להוציא כספים למשל למימון 20 תקנים לאחיות תעסוקתיות בקופת חולים כללית או התמקצעות של רופא תעסוקתי בחו"ל"

ה.13.2. השכלה והכשרת כח אדם בתחום הגהות התעסוקתית

כאמור, החוק אינו מגדיר מיהו גיהותן, ומהי ההכשרה הנחוצה להסמכה למקצוע זה. יש המזהים גיהותן עם "בודק מעבדתי מוסמך", שהינו עובד מעבדה מוסמכת שהוסמך על-ידי מפקח עבודה ראשי לערוך בדיקות סביבתיות תעסוקתיות במקומות עבודה, בהתאם לתקנות ארגון הפיקוח על העבודה (ניטור סביבתי וניטור ביולוגי של עובדים בגורמים מזיקים), התשנ"א, 1990. זוהי אמנם הגדרה מצומצמת ביותר, אך בפועל, רוב העוסקים בגיהות בארץ מתמקדים בביצוע סקרים וניטורים סביבתיים תעסוקתיים.

גישה מקובלת אחרת היא לזהות גיהותנים עם מי שסיים מסלול גהות בתעסוקה בחוג לבריאות סביבתית ותעסוקתית באוניברסיטת ת"א, כאשר מדי שנתיים, בעשרים השנים האחרונות, סיימו מסלול זה בממוצע כ- 7-8 תלמידים, אך לא כולם עוסקים בתחום.

בשנת 1992 מימנה הוועדה לפעולה מונעת קורס הסבה גדול ל- 28 עולים חדשים בעלי רקע מתאים שהוסבו לעסוק בגיהות תעסוקתית וגם הסבה זו נחשבה כהכשרת כוח אדם לעיסוק במקצוע.

הערות כלליות של מומחים וממלאי תפקידים בהתייחס לכח האדם בגהות תעסוקתית

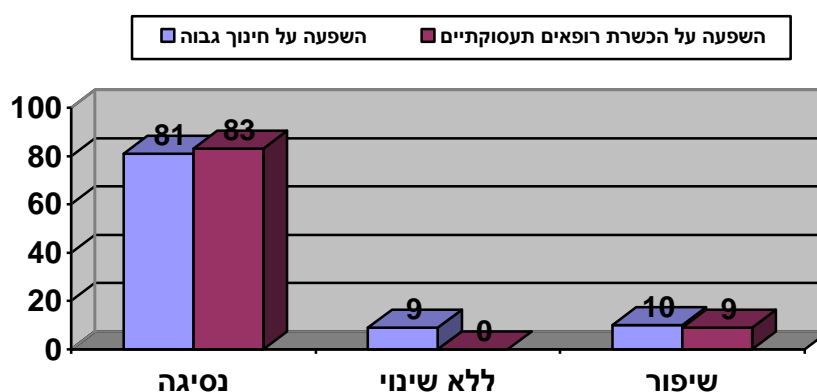
הגהות אינה מקצוע המוכר באופן רשמי בארץ, מה שגרם לנציג אחד המפעלים לאמור, על דרך ההפרזה, "אין שום גהות בארץ, אף אחד לא יודע מה זה". מרואיינים אחדים ציינו כי תחום הגהות נופל בין הכיסאות והממשלה אינה פועלת לקידום התחום. יחס המדינה לתחום התבטא גם בהתנהלות כלפי המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית, שהיווה מרכז מחקר וידע והוביל פרויקטים מיוחדים (ראה בפרקים קודמים) אשר העסיק בשיא פעילותו 70-80 עובדים, ונסגר. לשם השוואה, FIOSH, המכון הפיני לבריאות תעסוקתית מעסיק 900 עובדים – למרות שאוכלוסיית פינלנד קטנה מעט מאוכלוסיית ישראל.

ה.13.3. השפעות החוק על חינוך גבוה והכשרה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית

המרואיינים נתבקשו לדרג באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל בחינוך גבוה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית ובהכשרה של כוח אדם במקצוע זה. איור ה-11 מציג את התפלגות תשובות ממלאי התפקידים שהתמצאו והתייחסו לנושא. מעל 80% מממלאי תפקידים ענו כי חלה נסיגה בחינוך גבוה ובהכשרה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית, ועונה אחד ציין שיפור. נציין כי למרות עמדות אלו, לא ברור הקשר בין חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לחינוך גבוה והכשרת כח אדם ברפואה תעסוקתית. באופן דומה, בקרב ממלאי תפקידים, 69% חושבים שחלה נסיגה (מועטה עד רבה) בפיתוח קריירה ותעסוקה בתחום הרפואה התעסוקתית.

איור ה-11: שינויים בחינוך גבוה של כוח אדם ברפואה תעסוקתית – ממלאי תפקידים

(באחוזים) (n=12)



סיבות שצינו מרואיינים לפגיעה בהתמחות ובהכשרה ברפואה תעסוקתית

בין הסיבות לפגיעה בהתמחות ובהכשרה ברפואה תעסוקתית ציינו מרואיינים:

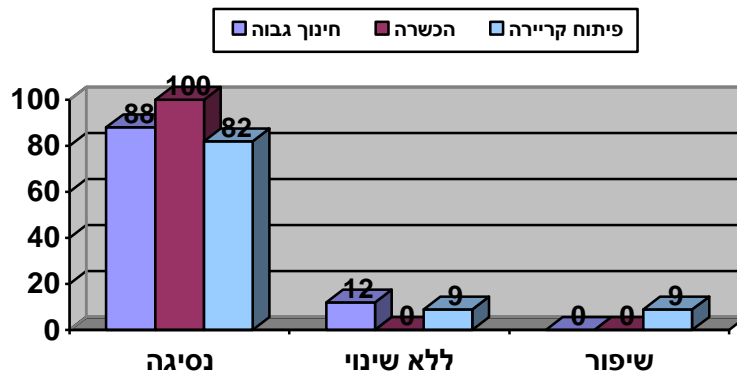
- ירידה בכמות המתמחים המבקשים להגיע לתחום הרפואה התעסוקתית בשל מחסור בתקנים ;
 - שכר נמוך ;
 - תדמית ירודה של המקצוע שנתפס כמקצוע שאין בו פעילות קלינית ;
 - המדינה לא הקצתה כסף במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (או בכל מסגרת אחרת) להכשרת מתמחים ברפואה תעסוקתית. (בגריאטריה, להבדיל, המדינה משקיעה כסף במתמחים).
 - היעדר מחקר ותקציבי מחקר ;
 - ביטול המלגות שנתנה הפעולה המונעת לרופאים לצורך לימודי תואר שני בבריאות תעסוקתית ;
 - קופות החולים אשר מכשירות רק על פי צרכיהן. רופא שמסיים התמחות נקלט בתוך הקופה ויש לו התחייבות לפי מספר שנות ההתמחות ;
 - קופות החולים קופאות על שמריהן בנושא חידוש כוח האדם, גם בנושא זה יש הבדלים בין הקופות. שירותי בריאות כללית מקבלת מתמחים לפי היקף הפרישה. במכבי יש מגמת התרחבות.
- צוין כי המחסור בתקנים ברפואה התעסוקתית מעמיד את ישראל במקום גרוע מרבות מארצות העולם השלישי. אחד המרואיינים ציין :
- "קופות החולים לא מוכנות לפתח ולהרחיב מבחינת תכנים ואקדמיה משום שהרפואה התעסוקתית היא עול על גבן".* רופאים טענו כי יש בעיה אמיתית ברפואה התעסוקתית בישראל והמחסור ברופאים ילך ויגדל.

ה.13.4 השפעות על חינוך גבוה, הכשרה ופיתוח קריירה בגהות תעסוקתית

המרואיינים נשאלו באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל בחינוך גבוה של כוח אדם בגהות תעסוקתית ובהכשרה של כוח אדם בגהות תעסוקתית, וכן באפשרות לקריירה מקצועית בתחום. איור ה-12 מציג את התפלגות תשובותיהם של ממלאי תפקידים לנושא. כולם ענו שחלה נסיגה בהכשרת כח אדם, ורובם ענו כי חלה נסיגה בחינוך גבוה בגהות תעסוקתית, ובאפשרות לפיתוח קריירה.

איור ה-12: שינויים בחינוך גבוה, הכשרה ופיתוח קריירה של כ"א בגהות תעסוקתית

n=9(%)



88% מבין ממלאי תפקידים ענו כי חלה נסיגה (רבה עד מועטה) בחינוך גבוה של כוח אדם בגהות תעסוקתית, וכולם ענו שחלה נסיגה בהכשרת גיהותנים תעסוקתיים. 82% מציינים נסיגה ביחס לפיתוח קריירה מקצועית בתחום.

אחת ההתבטאויות שנשמעה מנציג מפעלים היתה כי "יש מחסור בכוח אדם לנושא הגהות שנחשב מין סרח עודף", וטענה מבעלי תפקידים גרסה כי יש ירידה בכמות אנשי השטח בתחום הגהות וזה גורם לירידה במודעות לנושא.

ה.14 היבטי השפעות השינויים בחקיקה על מחקר ופרוייקטים מיוחדים בבריאות תעסוקתית

ה.14.1 השפעה על מחקר

המס המקביל – באמצעות הועדה לפעולה המונעת שפעלה במשרד העבודה והרווחה - יצרו תקציבי מחקר מבורכים ועשירים. עם השינוי בתחיקה לא נוצר מנגנון פיצוי ראוי לתקצוב מחקרים. מחקרים חדשים מבוצעים לטענת המרואיינים בעלות מצומצמת ותחת קריטריונים מגבילים. לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל היו תקציבים נאותים למחקר ובוצעו אף מחקרים בסיסיים ומדעיים. מכוני המחקר שמומנו מכספי המס המקביל ומתרומות היו בתנופה בשנות השמונים והתשעים.

בשנים האחרונות נקבעו מראש תחומי המחקר שהפעולה המונעת מוכנה לתמוך בהם וחוקרים נדרשו להראות את היישומיות והחיבור לתעשייה, לחקלאות ולמגזרי תעסוקה אחרים. מגמה זו, יחד עם צמצום התמיכה במוסדות אקדמיים פגעה במחקר הבסיסי בבריאות תעסוקתית וגם המחקרים היישומיים הצטמצמו.

בישראל פועלים כיום מספר גופי מחקר ופרוייקטים בתחום הבריאות התעסוקתית: מרכז המחקר לבטיחות בעבודה והנדסת אנוש בטכניון, מחלקות במוסד לבטיחות ולגהות, המרכז למחקר גרעיני

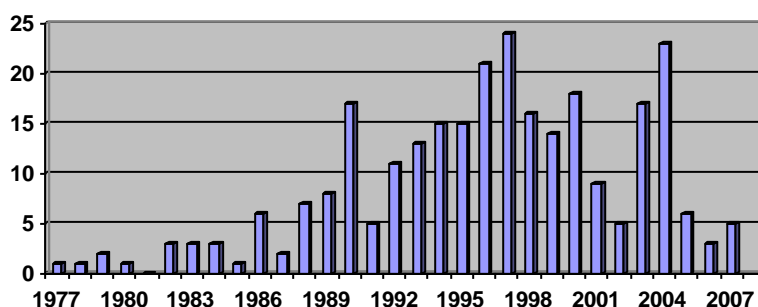
שורק, היחידה להנדסת בטיחות באוניברסיטת בן גוריון, מרכזי מחקר באוניברסיטה העברית בירושלים, ועוד. כן פועלים במשק חוקרים עצמאיים המגיעים ממסגרות ציבוריות, אקדמיות, ואף פרטיות בעלות עניין בתחומי גהות ובריאות תעסוקתית. בעבר פעל המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית שנסגר בשנת 2004.

מרכז המחקר הבולט ביותר, כיום, בתחום הבריאות התעסוקתית, אעפ"י שלא בתחום הרפואה והגיהות התעסוקתית, הוא מרכז המחקר לבטיחות בעבודה והנדסת אנוש בטכניון. המרכז הוקם בראשית 1974 כמרכז בין-תחומי משותף לפקולטה להנדסת תעשייה וניהול ולפקולטה לרפואה, בתמיכתה של הוועדה לפעולה מונעת ומחקר בבטיחות וגהות בעבודה, במשרד התעשייה, המסחר והתעסוקה. המרכז יועד לעסוק במגוון הנושאים ההתנהגותיים, הפיזיולוגיים, הרפואיים וההנדסיים של בטיחות וגהות האדם העובד. לאורך השנים היוו חברי סגל וסטודנטים לתארים גבוהים משתי הפקולטות המייסדות, את הגרעין העיקרי והציב בפעילות המרכז.

בשנת 1996 הוקמה במסגרת המרכז יחידה ליישום מחקרים, אשר ייעודה הוא להביא ליישום ולהעברתו של גוף הידע המדעי אל התעשייה וסביבת העבודה. הרעיון המוליך בהקמת היחידה הוא קיצור המסלול שבין העבודה המדעית ליישומה, ועירובו של צוות המחקר לא רק בפרסומן המדעי של תוצאות המחקר, אלא גם בשלבים המעשיים של יישומו. המרכז בטכניון הוא מרכז המחקר האקדמי היחיד הפועל היום בישראל בתחום הבטיחות והגהות בעבודה. בעבר, לפני שינויי התחיקה, וכאשר נהנה מתמיכה מסיבית באמצעות הפעולה המונעת, העסיק המרכז כ-30 חוקרים, וכ-80 עובדים, שביצעו מספר רב של מחקרים בכל שנה בתחומי הבטיחות והגהות התעסוקתית. כיום, עקב הירידה בתקציבים למחקר, קטן סגל החוקרים והעובדים לכדי מחצית מכך, כמות החוקרים ירדה מ-30 ל-15 וכמות העובדים ירדה מכ-80-90 לכ-30-40. לא ניתן לפתח תוכניות חמש שנתיות כפי שהיה בעבר, כיום נאלצים לעבוד לפי פרויקטים חד או דו שנתיים. כמות המחקרים במרכז המחקר לבטיחות בעבודה והנדסת אנוש ירדה מ-12 ל-6 בממוצע בשנה. פחות סטודנטים מועסקים במכון בתחומי הבריאות התעסוקתית. המרכז שרד בזכות שייכותו למוסד אקדמי והעובדה שהוא נהנה ממקורות תקציב אחרים.

איור ה-15 (שהוצג גם בפרק ד' של הדוח) מציג התפלגות מחקרים ופרויקטים שמומנו על ידי הפעולה המונעת החל משנת 1977. הגרף מציג עליה ניכרת בהיקפי הפעילות בשנים 1977-1996, וירידה חדה ועקבית בשנים לאחר מכן.

איור ה-13: מחקרים ופרויקטים שיצאו לפועל בפעולה המונעת בשנים 1977-2007 (נתוני משרד התמ"ת)



בהקשר למגננוני "פיצוי" על צמצום תקציבי מחקר בעקבות השינויים בחוק, יצוין שקיימת קרן במוסד לביטוח לאומי, קרן "מנוף", המקצה משאבים למחקר אעפ"י שלא נועדה לשמש למחקר אלא בעיקר לפעולות מיוחדות בבטיחות ובבריאות במפעלים.

ה.14.2 השפעה על פרויקטים מיוחדים

פרוייקט מיוחד הוא יוזמה שאינה חלק מהפעילות השוטפת, הדורשת מימון ייעודי, ומבוצעת כפרוייקט לתקופת זמן מוגדרת ובתקציב מוגדר, ולה יעדים ספציפיים. יש פרויקטים שיש להם המשך, ויש חד פעמיים. היות ופרוייקטים מיוחדים זקוקים לתקציב ייעודי, באופן מסורתי המימון היה בעיקר דרך הוועדה לפעולה מונעת ומחקר בבריאות בעבודה (בעבר במסגרת משרד העבודה והרווחה, וכיום "הפעולה המונעת" במשרד התמ"ת), וקרן מנוף של המוסד לביטוח לאומי. כפי שצוין בפרקים קודמים, בעקבות שינוי חוק מס מקביל וקיטון בתקציבי הפעולה המונעת נפגע והופסק ביצועם של פרויקטים מיוחדים, כגון במרכז לבטיחות האדם העובד בטכניון ובמכון לבריאות תעסוקתית וסביבתית. להלן רשימה של פרויקטים מיוחדים שהופסקו. רובם בוצעו ע"י המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית.

(א) חמש ניידות שמיעה אשר נתנו שירות ללמעלה מ-1200 מפעלים ובתי מלאכה וביצעו מעל 36,000 בדיקות שמיעה לעובדים.

(ב) ניידת בריאות תעסוקתית שביצעה בדיקות תקופתיות שונות והביאה לחסכון בזמן לעובדים שלא נאלצו לעזוב את מקום עבודתם ולהמתין בתור לבדיקות.

(ג) פרויקט מיפוי סיכונים ארצי בתעשייה ובמלאכה שבמסגרתו נבדקו אלפי מקומות עבודה. מומחים אחדים סבורים כי פרויקט זה היה גולת הכותרת של המכון, אך מאז סגירת המכון הוא לא עודכן, והמידע מתיישן והופך להיות חסר ערך.

(ד) מבצעי קידום בריאות בתעשייה הזעירה ;

ה) הפצת מידע וידע בכל הרמות, החל מחומר הסברה לעובדים וכלה בהפצת ידע עדכני בין אנשי מקצוע.

ו) פעילות מרפאה תעסוקתית אזורית למפעלים באזור התעשייה רמת שאול בירושלים, בה פעלה אחות תעסוקתית במימון הפעולה המונעת במשרד העבודה והרווחה דאז. הפיילוט הסתיים, וקופות החולים התקשו לממן את המשך הפרויקט.

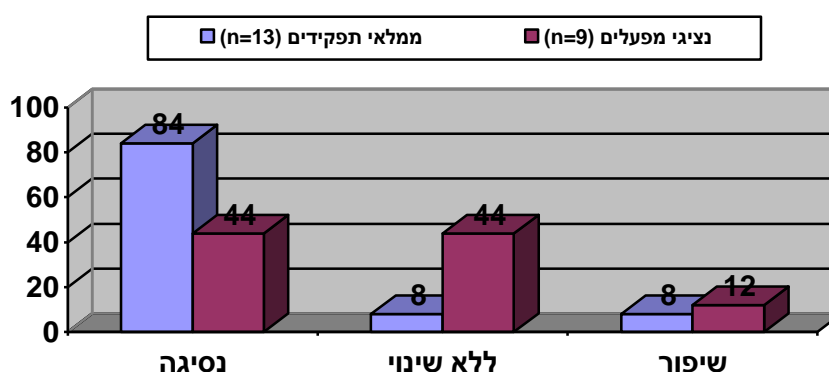
ז) מימון פעולות במפעלים שמטרתם לעודד מודעות והתנהגות בריאותית.

על אף הצמצום בתקציבה, החלה ה"פעולה המונעת" בפרוייקט רחב היקף בשנת 2005 שמטרתו קידום הבטיחות והגיהות במפעלים קטנים נעדרי משאבים לבצע קידום זה בעצמם. פרויקט זה נמשך כ- 4 שנים ויש מחשבה לחדשו. הפרוייקט הקיף 1500 בתי מלאכה, ובמהלכו בוצעו בבית המלאכה בדיקות סביבתיות תעסוקתיות, אך לא היתה בו מעורבות יזומה של שירותי רפואה תעסוקתית.

ה. 14.3 עמדות מרואיינים לגבי מחקר ופרוייקטים מיוחדים בבריאות תעסוקתית

המרואיינים נשאלו, באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל במחקרים/פרוייקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית ובתחום הגהות התעסוקתית. איורים ה-13 ו-ה-14 מציגים את התפלגות דעות נציגי מפעלים וממלאי תפקידים בנושא.

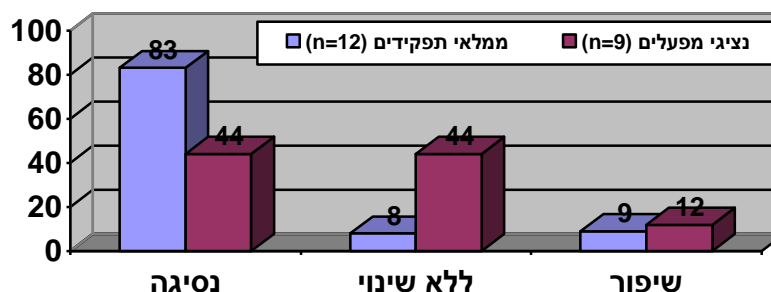
איור ה-14 שינויים במחקרים, פרוייקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית (באחוזים)



- 84% מממלאי תפקידים הדגישו כי חלה נסיגה (רבה -46%, בינונית -31%, מועטה -8%) במחקרים/פרוייקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית, לעומת 44% בקרב נציגי מפעלים שחושבים כך.

- רק 8% בקרב ממלאי תפקידים ציינו כי חל שיפור במחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית, 11% מנציגי מפעלים חושבים שחל שיפור בתחום זה.

איור ה-15 שינויים במחקרים, פרויקטים ופעולות מיוחדות בגהות תעסוקתית (באחוזים)



- 83% מקרב ממלאי תפקידים (שמתוכם 50% דיווחו על נסיגה רבה) ו-44% בקרב נציגי מפעלים חושבים שחלה נסיגה במחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות בגהות תעסוקתית.
- 44% נוספים מנציגי מפעלים גורסים כי לא היה שינוי במחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות בגהות תעסוקתית. נציין כי לרוב נציגי המפעלים אין מעורבות או ידע הולם בסוגיית ההקצאות למחקרים בתחום.
- רק 8% מקרב ממלאי תפקידים, ו-11% מנציגי המפעלים ציינו כי חל שיפור בנושא מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות בגהות תעסוקתית.

ה.15 השפעת החוק על תקינת תקנות חדשות

עד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כל תקנה מתקנות הבטיחות בעבודה שחייבה בדיקות רפואיות, אושרה ללא צורך להצביע על מקור מימון עבורה. לא היה גג תקציבי. בין השנים 1983 ל-1996 תוקנו על-ידי השר הממונה כ-15 תקנות של בריאות וגיחות תעסוקתית. עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי חל שינוי בכך שכל בדיקה רפואית המחויבת בתקנה היא בגדר טכנולוגיה חדשה ולכן צריכה לבוא עם הצבעה על מקור תקציבי. דרישה זו גרמה לכך שלמעט תקנה בלייזרים, מאז השינוי בחוק לא נוספו למעשה לתקנות הבטיחות בעבודה תקנות העוסקות בבריאות תעסוקתית - למרות שבועדות המקצועיות הומלץ להתקין תקנות נוספות. יש מקרה יוצא דופן אחד, מאז 1995, והוא חיסון נגד אדמת לעובדות בריאות ולעובדות הוראה שניתן על-ידי משרד הבריאות, על פי חוק עבודת נשים -2001. החיסון מתבצע בלשכות הבריאות. במשרד התמי"ת, האחראי על בטיחות ובריאות העובדים, לא הותקנה כל תקנה המחייבת בדיקות רפואיות לאחר ביטול גביית מס מקביל היות, כאמור, שמדובר בהוצאה שאינה כלולה בסל הבריאות. כתוצאה,

משרד התמי"ת העביר בשל כך תקנות בטיחות בעבודה ללא חובת בדיקות רפואיות – למרות שחוות דעת מקצועיות דרשו הכללת בדיקות כאלה בתקנות.

תקנות הבטיחות במעבדות רפואיות, כימיות וביולוגיות

החלת תקנות הבטיחות במעבדות התעכבה בעבר מכיוון שקופות החולים לא היו מוכנות לבצע על חשבונן את הבדיקות הרפואיות שלא היה להן תקצוב בסל הבריאות. על מנת להעביר את תקנות הבטיחות במעבדות, נאלצו לוותר על הבדיקה הרפואית הכללית ובדיקות רפואיות אחרות לעובדים חשופים. התוצאה היתה שהסתפקו רק בחובת בדיקות גהותיות, כשנטל ההוצאה מונח על כתפי המעסיק.

בעיה נוספת העולה מתקנות הבטיחות במעבדות היא שלפי התקנה גם סטודנטים שהינם עובדים במעבדה במסגרת לימודיהם אמורים להיבדק בבדיקות רפואיות. בפועל, שירותי הרפואה התעסוקתית אינם מבצעים בדיקות אלו שכן, על פי החוק, השירותים מיועדים רק לעובדים או למועמדים לעבודה. קופות החולים מסרבות לבדוק סטודנטים בנימוק שהם אינם עובדי מעבדה.

בדיקות שחפת לעובדי בריאות

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות לבדיקות שחפת לעובדי בריאות שפורסם כטיוטא זכה להסתייגויות מקצועיות כבדות משקל, לרבות בעיית מימון הבדיקות.

השהייה בתקינת תקנות חדשות

בשנת 2008 נבלם מהלך לתקן תקנות בנוגע לפורמלדהיד, ואתילן אוקסיד, ולעדכן תקנות לגבי גורמים מזיקים מסויימים ועופרת במטווחים. משרד הבריאות נמנע מהגשת התקנות לועדת הסל מחשש שלא ימצא מימון לפעולות הנדרשות במסגרת התקנות.

בדיקות לצוללנים

העובדים בצלילה מדעית אינם זכאים לבדיקות צלילה מכיוון שאין תקנה הנוגעת לכך, ולא קיים מימון לתקנות חדשות בנושא זה.

ה. 15.1 עמדות מרואיינים לגבי תקינת תקנות חדשות בבריאות תעסוקתית

מומחים המתמצאים בנושא ציינו כי חלה עצירה מוחלטת בתקינת תקנות בבריאות תעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. נטען כי הגורם המרכזי לכך הוא בעיה תקציבית, היות ולא ניתן להתקין תקנה מבלי שניתן להראות את מקור התקציב ליישומה וכל בדיקה חדשה הנדרשת לביצוע תקנה אינה מתוקצבת בסל הבריאות. 63% מן המרואיינים שהתייחסו לשינויים דרושים בתקנות, טענו שיש צורך בתוספת תקנות מלוות תקציב ועדכון תקנות קיימות.

ה. 16 עמדות מרואיינים לגבי השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על בריאות

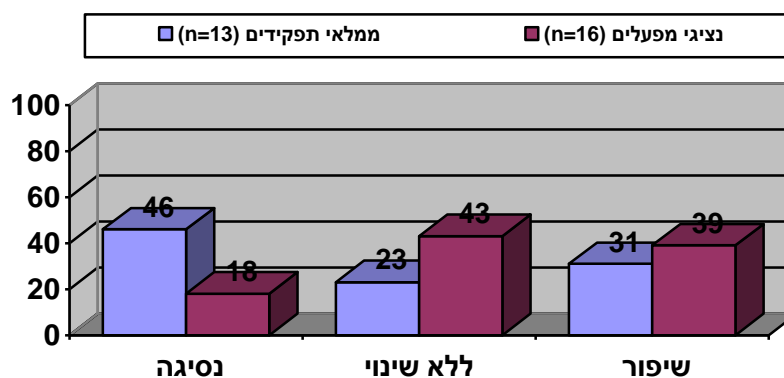
עובדים ועל מפעלים

סעיף זה מציג את דעות המרואיינים לגבי השפעת החקיקה על בריאות העובדים החשופים, הגורמים המשפיעים לרעה ולטובה על עובדים, השינוי בהתנהלות של מפעלים ועלות או הוצאות לשירותי הרפואה התעסוקתית והגהות למפעלים. מרבית המרואיינים טענו כי העובדים החשופים בישראל נמצאים בסיכון נמוך יותר מכפי שהיו בעבר, אם כי השינוי לא יוחס לחקיקה אלא לעליה במודעות לבריאות בתעסוקה, ולמחויבות מפעלים לתקנים בינלאומיים ולחברות הביטוח. מחצית מנציגי המפעלים טענו כי חלה עליה בהוצאה לשירותי רפואה וגהות תעסוקתית במפעלים. רוב המרואיינים גם ציינו כי לא חל שינוי בהתנהלותם בעקבות החקיקה, אם כי רובם (ממלאי תפקידים ונציגי מפעלים) מדווחים על גידול בעלות או הוצאות לשירותי הרפואה התעסוקתית והגהות למפעלים.

השפעת החקיקה על בריאות העובדים החשופים – עמדות המרואיינים

המרואיינים נתבקשו לקבוע באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל לבריאות העובדים החשופים בכלל (על סולם בן שבע דרגות). איור ה-16 מציג את התפלגות תשובותיהם.

איור ה-16: שינויים בבריאות העובדים החשופים בכלל (באחוזים)



- 31% מממלאי תפקידים ו- 39% מנציגי מפעלים סבורים כי חל שיפור בבריאות העובדים החשופים לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי;
- 44% מנציגי מפעלים ו- 23% מבין ממלאי תפקידים חושבים כי לא היה שינוי בבריאות העובדים החשופים בכלל;
- 46% מתוך ממלאי תפקידים ציינו נסיגה בבריאות העובדים החשופים בכלל, לעומת 18% בקרב נציגי מפעלים שסבורים כך.

כמו כן, 63% מתוך 16 מרואיינים שיכלו לענות, סוברים כי כיום עובדים נמצאים בסיכון נמוך יותר בהשוואה לעבר (לאו דווקא עקב השינויים בתחיקה, אלא בעקבות שיפור המודעות לסיכונים). 31% סוברים שהעובדים כיום נמצאים בסיכון גבוה יותר.

הערות מרואיינים לגבי השפעת החקיקה על בריאות העובדים ועל המפעלים

הגורמים הבאים צוינו על-ידי המרואיינים כמשפיעים לטובה אך אינם קשורים בהכרח לשינויים בחקיקה.

גורמי ניהול

- העובדים נמצאים בסיכון נמוך יותר בזכות התקדמות מערכות ניהול שונות, כגון אימוץ תקני ניהול בטיחות ובריאות, וכן בהתאם לדרישות רישוי עסקים.
- שיתוף הפעולה בין הגורמים האחראים לבריאות העובד טוב יותר היום.

מודעות

- בשל הסברה טובה ומודעות גבוהה בריאות העובדים נמצאת בסיכון נמוך יותר.

דרישות גורמים חיצוניים

- מפעלים גדולים דואגים לבריאות העובדים יותר בזכות דרישות ביטוח ותקנים בינלאומיים או מחשש לתביעות.
- הסיכון נשאר כשהיה, אך יש אמצעים משופרים להתמודד עם הסיכונים.

מרואיינים רבים הדגישו כי הפגיעה בבריאות ובהגות לא ניכרת מייד, הנזק מתבטא בטווח הארוך. יחד עם זאת, רק 13% מנציגי המפעלים ציינו כי חלו שינויים בהתנהלותם בהתייחס לשירותי רפואה תעסוקתית וגהות תעסוקתית בעקבות שינוי החוקים, ורוב המרואיינים ציינו כי לא חל שינוי בהתנהלותם בעקבות החקיקה.

נציין כי נציגי מפעלים מבוססים, בעלי יכולת מימונית, ציינו כי הם מוציאים יותר על שירותי רפואה וגהות תעסוקתית. הסיבות העיקריות שצוינו להגדלת ההוצאה במפעלים היו שחברות ומפעלים בעלי אמצעים פועלים על פי דרישות הביטוח ומתוך רצון לעמוד בסטנדרטים בינלאומיים ומפנים את עובדיהם לבדיקות פרטיות, ומבצעים בדיקות סביבתיות מעבר לאלה הנדרשות על פי חוק.

פרק ו: דיון

הדיון מתמקד הן בתמונה העולה מממצאים עובדתיים והן בתמונה המצטיירת מעמדות מרואיינים. חשוב להדגיש ולציין את הסתייגות החוקרים, שאין להזדרז ולהסיק מסקנות מעמדות מרואיינים בלבד כיוון שלא בכל המקרים אומתו עמדות אלה מול עובדות. אמנם מטרת המחקר לא היתה לאמת נתונים, אך מאידך זו היא נקודת חולשה הנובעת בעיקר עקב העדר נתונים כמותיים או קושי והעדר יכולת להשגת נתונים ומסמכים מגופים שונים. מעט הנתונים הכמותיים שמוצגים בדו"ח אינם מעידים בשלב זה על ירידה בהיקף השירותים ואיכותם ברפואה תעסוקתית ובגיהות והמסקנה היא שיש צורך בהמשך מעקב על מגמות בנדון לאורך זמן.

1.1 הקיטון בסל הבריאות עקב ביטול חובת תשלום מס מקביל על המעסיקים

בתקציב הבריאות נכללו בעבר כספי המס המקביל, שהיוו בשנת 1996 40.3% מעלות סל הבריאות. חלק זה של התקציב היה "צבוע", היינו תקציב המיועד למטרה מוגדרת ואי-אפשר להשתמש בו למטרות אחרות. הפסקת גביית מס מקביל מהמעסיקים הביאה לצמצום מקורות המימון ה"צבועים" שעמדו לרשות מערכת הבריאות וגרמו שחיקה בסל הבריאות. ביטול גביית המס המקביל מהמעסיקים פגמה במנגנון "הטייס האוטומטי", הקושר בין צמיחה בתוצר, המתאפיינת בגידול במספר המועסקים ובשכר הריאלי, לבין גידול במימון סל הבריאות. עם ביטול גביית המס המקביל מהמעסיקים בשנת 1997, נוצר מחסור בתקציב הבריאות, בשיעור של הסכום שנגבה מהמעסיקים במסגרת החוק. הממשלה העבירה למוסד לביטוח לאומי תקציב בגודל האמור לשקף את הקיטון בתקציב לבריאות עקב ביטול גביית מס מקביל. בשנים הראשונות שלאחר ביטול המס המקביל, כונה תקציב זה "שיפוי על מס מקביל", ברבות השנים הוא כונה תקציב ה"שיפוי עבור מעסיקים". בשנת 2005 הסתכם סעיף זה בכ-1.4 מיליארד ש"ח.

דוגמה לשחיקה בהיקף סל הבריאות, הנובעת מאי הצמדתו לגובה השכר, אפשר לראות בשנים 2003-2006. הצמיחה בשנים אלו הביאה לתוספת של מעל 250,000 מקומות עבודה (חלקם במשרה חלקית) ולעלייה בשכר הממוצע. מס מקביל בשיעור 4.95% היה מוסיף 2.6 מיליארד ש"ח לסל הבריאות (מכפלה של שיעור המס בתוספת בסיס השכר בגין תוספת מועסקים וגידול בשכר). בפועל, חל גידול של כ-1 מיליארד ש"ח בלבד בהשתתפות הממשלה בסל הבריאות בשנים אלו. להערכת מרכז המחקר והמידע של הכנסת ביטול גביית המס המקביל מהמעסיקים גרע מסל הבריאות בשנים אלו בלבד סכום של 1.6 מיליארד ש"ח.

לפי המחקר "מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת החוק – מגמות וסוגיות" (לאה אחדות ואחרים), בשנת 2003 חלה שחיקה של כ-30% בתקציב סל הבריאות לעומת ערכו הריאלי ב-1995 (הערך הריאלי נמדד על-פי שינוי דמוגרפי, מדד יוקר הבריאות ועדכון טכנולוגי).

כיום, המעסיקים אינם משתתפים בכיסוי הוצאות הבריאות של העובדים: במדינות המפותחות בעולם המעסיקים משתתפים ישירות בהוצאות ביטוח הבריאות של העובדים ובני משפחותיהם, שכן המעסיק מפיק תועלת כלכלית מעובדים בריאים. ביטול המס המקביל מהמעסיקים מביא למצב הפוך – הציבור כולו מסבסד בעבור המעסיקים את בריאות עובדיהם. יתרה מזו, **המס המקביל מימן בעבר תוכניות בריאות תעסוקתית ורפואה מונעת, והיקפן צומצם במידה ניכרת לאחר ביטולו.**

מקור מימון עצמאי מגדיל את האחריות הניהולית. קיומו של מקור מימון עצמאי למערכת הבריאות מביא לידי שיפור הביצועים התפעוליים של המערכת וחיזוק הקשר בין הכנסות להוצאות. מעבר ממקור מימון עצמאי לתלות ישירה בתקציב המדינה עלול לגרום למנהלי הארגונים (במקרה דנן קופות החולים) להשקיע יותר משאבים במאבקים להגדלת תקציביהם, משאבים שהיו יכולים להיות מופנים להתייעלות פנימית בארגון.

2.1 השפעות עקיפות של ביטול גביית מס מקביל על סל הבריאות

נוסף על ההשפעה הישירה שגרמה לקיטון תקציב סל הבריאות שתוארה לעיל, היו לביטול גביית המס המקביל מהמעסיקים ולשחיקה בתקציב סל הבריאות השפעות עקיפות, בשל הצורך של ספקי הבריאות הציבורית במקורות הכנסה חלופיים.

א. **הגדלת ההשתתפות העצמית של קופות החולים;**

ב. **אפשרות לגבייה עצמית** – ההרשאה לקופות החולים לגבות בעצמן תשלום עבור שירותים רפואיים נוספים (סעיף 8(א1) לחוק, המאפשר גבייה לביטוחים משלימים), גרמה לגידול בהוצאה הפרטית כאחוז מסך ההוצאה הלאומית לבריאות לאורך השנים, וגם היא הגדילה את פערי הבריאות באוכלוסייה. (טוביה חורב, השתתפותה של מדיניות בריאות בראי החקיקה, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי 2004).

שחיקה באיכות השירותים – הרחבת החופש של קופות החולים בכל הקשור לנגישות ולזמינות של השירותים הרפואיים הביאה להארכת משך המתנה לשירותי בריאות מסוימים, וממילא לאי-שוויון בין מי שמסוגלים לרכוש שירותים פרטיים לבין מי שנשענים בלעדית על המערכת הציבורית. בהתאם לאמור לעיל, משקל המימון הממשלתי בהוצאה הלאומית לבריאות ירד ב-7% בשנים 1997-2005, ומשקל המימון הפרטי עלה בשנים אלו ב-6.8%. בעשור האחרון הצטמצם חלקו של סל הבריאות בהוצאה הלאומית לבריאות.

3.1 קיטון בסל השירותים ובתקציבי פעולה מונעת בבריאות בעבודה

שינוי החוק ניתק את הועדה לפעולה מונעת מהמקורות הכספיים שמהם שאבה את תקציבה ופגע ביכולתה לממן את הפעילויות והגופים שתמכה בהם קודם. משרד התמ"ת שימר משאבים כספיים

מוגבלים לטובת פעולה מונעת ע"י כך שעיגן את הפעילות בנושא זה בתקנה נפרדת במסגרת תקנות ארגון הפיקוח על העבודה (פעולה מונעת) ואיחד את תקציב הפעולה המונעת עם תקציב המשרד.

לשון התיקון בחוק ארגון הפיקוח על העבודה קבע, בסעיף 34ב' של החוק, כי: "סך כל ההוצאה הכספית למימון הפעולות לא יעלה בשנת כספים פלונית, על סך של 32 מיליון שקלים חדשים שיוקצו בתקציב משרד העבודה והרווחה". סכום זה היה יכול לממן פעולות ברוכות שונות אולם גם הוא קוצץ. במהלך עשר השנים האחרונות, קטן תקציב הפעולה המונעת ביותר ממחצית, ובהשוואה לתקופה שלפני כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף, התקציב קטן בלמעלה משני שלישי: מ- 40 מיליון ש"ח לשנה בשנת 1994 (הערכת מינימום), ל-12.8 מיליון ש"ח בשנת 2009. החוק קבע סך עליון אך לא גבול תחתון להוצאה בכלל ולהוצאות עבור פעולות חוץ-משרדיות בפרט.

מבחינה ציבורית היתה לפרסום תקנת הפעולה המונעת וצמצום התקציב השלכה נוספת. לפני פרסום התקנה ואיחוד תקציב הפעולה המונעת עם תקציב משרד העבודה והרווחה, היתה הסמכות לתקציב נתונה בידי ועדה ציבורית של מומחים ונציגי ציבור, וכספי הפעולה המונעת שימשו בעיקר למימון פעולות חוץ-משרדיות, דהיינו, אינן קשורות בפעילות השוטפת של המשרד הממשלתי האחראי. תיקון התקנה העביר את הסמכות לתקציב לידי משרד התמ"ת ואיפשר שימוש בכספי הפעולה המונעת לצורכי המשרד גופו, לרבות הגדלת משאבים לטובת הפיקוח על העבודה. פעולות אלו חיוניות ומשרתות, אמנם, את המטרה של שיפור הבטיחות ובריאות העובד, אך הן מצמצמות עוד יותר את תקציב המחקר, הפרוייקטים המיוחדים ופעילויות אחרות שיכלו לעמוד לטובת גורמים חוץ-משרדיים ולטובת הכשרה אקדמית ומקצועית בתחום הרפואה והגיהות התעסוקתית (מפירוש חוק "מס מקביל" ניתן להבין שהכוונה המקורית של השימוש בכספי הוועדה לפעולה מונעת לא היתה לצרכי הגדלת תקציב של משרד ממשלתי זה או אחר).

4.1 ניתוח השלכות תקציביות וכספיות – ממצאי ראיונות

מרבית המרואיינים דיווחו על נסיגה (רובם על נסיגה רבה) בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית ולא היו כל דיווחים על שיפור בתקציב: 94% מכלל המדגם טענו כי חלה נסיגה בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית.

5.1 השלכות לגבי עלויות מעסיקים והמשק

ניתוח דיווחי המרואיינים מלמד כי קיטון בתקציבים ציבוריים, גרם, לדעתם, לנזקים עקיפים הכרוכים בעלויות שונות לארגונים ולכלל. להלן מספר דוגמאות בולטות: הפסד שעות עבודה רבות של עובדים.

עם הקיטון בתקציב הפעולה המונעת חדל פרויקט ניידות השמיעה ששירתו מקומות עבודה בביצוע בדיקות שמיעה לעשרות אלפי עובדים חשופים לרעש. הגעת הניידות לחצר המפעל אפשרה לבדוק

עובד במשך כחצי שעה בממוצע ולחסוך בכך מספר שעות עבודה הדרושות לאותה בדיקה אם היא מתבצעת במרפאה התעסוקתית או מקום אחר שאליו יש צורך להגיע (כשלוש וחצי שעות בממוצע). ניידת בריאות ובה רופא תעסוקתי, בוטלה גם היא. עלות ביטול של הניידות למשק לדעת מומחים היא עצומה ומגיעה לסדר גודל של הפסד עשרות אלפי שעות עובדים לשנה.

הוצאות של מעסיקים

- בעקבות השינויים בחוק ויחד עם עלייה במגמת ההפרטה במדינת ישראל חלה מגמת הפרטה גם בשירותי הגיהות התעסוקתית. שירות הבדיקות הגיהותיות הסביבתיות הוא דוגמה לפריט שלא נכלל בזמנו במפורש בחוק מס מקביל, אך המעסיקים נהנו מסבסוד חלקי שניתן בעקיפין לבדיקות עקב התמיכה הכספית של הועדה לפעולה מונעת שנהנו ממנה הגופים שבצעו את הבדיקות במסגרת מילוי המטרות של ועדה זו. הוצאות המעסיקים לשירותים אלה גדלו, איפוא, בהשוואה להוצאות המסובסדות שהיו קיימות בזמן קיומו של חוק מס מקביל. נציגי מפעלים טענו בפנינו במהלך ראיונות עימם כי חלק מהמעבדות המוסמכות גובות, לדעתם, מחירים גבוהים מאד
- המעסיקים משלמים בעצמם עבור אלפי בדיקות רפואיות המבוצעות כיום על ידי מכוני פרטיים למרות שחלקן קיים בסל הבריאות. בדיקות אלה היו אמורות להתבצע על ידי קופות החולים, אך מעסיקים רוצים להימנע משליחת עובדים למרפאות והפסד ימי עבודה), ומעדיפים לרכוש שירותים פרטיים בתוך המפעל ולשלם עבורם. מעסיקים אינם זכאים להחזר עבור הוצאה זאת. התופעה מוחמרת, כי אין פיקוח על המחירים בתחום זה.
- עקב אילוצים כלכליים, ספג אחד ממגזרי התעשייה, התעשייה הזעירה, פגיעה משמעותית בקבלת שירותי בריאות תעסוקתית בעקבות שינוי החוק והפסקת פרויקטים יזומים מכספי החוק (כגון ניידות השמיעה והבריאות). מתוך מודעות לבעיה זו יזם והפעיל משרד התמ"ת פרויקט סיוע לתעשייה הזעירה במשך 4 שנים מתוך כספי הפעולה המונעת. אם פעולה מבורכת זו תגיע לסיומה תמשך הפגיעה בקבלת שירותים או רכישת שירותים בתעשייה הזעירה לטווח ארוך.

6.1 השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי רפואה תעסוקתית

באשר להשפעה על כמות בדיקות רפואיות, ואיכות שירותי רפואה תעסוקתית, רוב המרואיינים טענו כי חלה נסיגה בשירותים ברפואה תעסוקתית ובגהות התעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל מהמעסיקים.

השפעה כללית על שירותי רפואה תעסוקתית

באופן כללי, חוק ביטוח בריאות ממלכתי "הקפיא" את תמונת המצב ברפואה תעסוקתית. סל השירותים אינו מתעדכן בכל הנוגע לרפואה תעסוקתית, בניגוד לנעשה בענפי רפואה אחרים לא כנסים שירותים חדשים לסל. ועדת הטכנולוגיות לא אישרה מעולם תוספת תקציב לסל הבריאות, בניגוד לתוספות התקציב שאושרו על ידה לרכישת ואספקת תרופות. לעומת זאת, לתעשייה יש חומרים חדשים שיש לתת עליהם את הדעת אך "צילום המצב" בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא הגורם הפוגע באפשרות לבדוק חומרים אלה. לעומת זאת יש בדיקות שאפשר לבטל או לצמצם.

מרואינים אמרו כי "הצעה של הרופא התעסוקתי של אגף הפיקוח על העבודה במשרד התמ"ת להוריד תדירות בדיקות מסוימות ולהפנות את המשאבים שייחסכו לבדיקות אחרות נחוצות נתקלה בהתנגדות חלק מקופות החולים". כל ניסיון להחיל בדיקות על אוכלוסיה אפילו קטנה (למשל כמה עשרות בודקי עגורנים) נכשל בשל סירוב חלק מהקופות בטענה שהבדיקה לא נכללת בסל התרופות וזאת למרות שלראשי שירותי רפואה תעסוקתית בקופות יש אפשרות להורות על ביצוע הבדיקות – במידה ותהיה תוספת תקציבית מתאימה. צוין כי התקנת תקנה עבור אוכלוסיה קטנה איננה כדאית ולכן בדיקות לאוכלוסיה קטנה וספציפית לא מבוצעות.

מאידך נטען על-ידי ממלאי תפקידים בתחום הרפואה התעסוקתית כי בהעדר תקנה יש בעייתיות להורות על בדיקות על פי שיקול דעת. על הרופא ועל ראש שירותי רפואה תעסוקתית בקופה מוטלת לכאורה אחריות שאינה מוטלת על יתר הגורמים בסביבת העובד. בהעדר תקנה, מעסיק לא חייב לנטר או להדריך, העובד לא חייב להתמגן, לא ניתן להרחיק את העובד מעבודתו על פי שיקול דעת רפואי. נושא מורכב שכזה צריך להיקבע בשיתוף מעסיקים, אגף הפיקוח, אנשי בטיחות וגיהותנים, דרך תקנה המטילה זכויות וחובות על כל השירותים ומסדירה את העניין.

בנוסף, מרואינים מקרב נציגי המפעלים טענו שיש הבדלים בשירות הניתן על-ידי קופות החולים השונות, הבדלים הגורמים לפגיעה ואי שוויוניות בשירות הניתן לעובדים. נציגי מפעלים טענו לפגיעה בשירות קופות החולים באופנים הבאים:

- קופה שיש לה הרבה מבוטחים מקרב עובדי המפעל שולחת רופא למפעל וקופה שאין לה לא שולחת.
- הטיפול הפך מסורבל יותר בשל הפיצול בין קופות החולים. הפיצול פוגע ביכולת המפעל לשלוט ולפקח על ביצוע הבדיקות.

דעת כולם היא כי חלה נסיגה בפרויקטים, במחקרים, ובהכשרת כח אדם בתחומי הרפואה התעסוקתית, אך תוצאות נזק זה אינן באות כיום לידי ביטוי בשטח: איכות שירותי הרפואה נשארה דומה, וכך גם היקפי הבדיקות והערכת ההשפעה על בריאות העובדים (שלדעת אחדים מנציגי המפעלים אף השתפרה קלות). ממלאי תפקידים, להם ראייה מערכתית, בהחלט פסימיים יותר לגבי הנזק ארוך הטווח שנגרם למערכת (בהתייחס לפיתוח כח אדם וקריירה). העובדה שהשינוי לרעה בתשתית לא ניכר עדיין בשטח מוסברת על-ידי שני גורמים:

א) מאמצים של קופות החולים למתן שירותים יעילים יותר;

ב) פער זמן (של שנים אחדות) בין פגיעה בתשתית מקצועית של תחום מומחיות לבין ביטוי התוצאה הנובעת ממנה בשטח.

אם גורם פער הזמן הינו משמעותי – כפי שסבורים מומחים אחדים - נהיה עדים בשנים הבאות לפגיעה הולכת וגוברת באיכות והיקפי שירותי הרפואה התעסוקתית גם בשטח.

7.1 השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי גהות תעסוקתית

כאמור בפרק העוסק בממצאים, רוב המרואיינים סבורים כי חלה נסיגה בשירותי הגהות התעסוקתית עקב השינויים בחוק; בדומה למצב של הרפואה תעסוקתית שהוצג בסעיף הקודם, גם בהתייחס לגהות תעסוקתית, ממלאי תפקידים פסימיים יותר לגבי הפגיעה בשירותים בהשוואה לנציגי מפעלים. זאת עקב נקודת המבט המערכתית שלהם המאפשרת להם הערכה מפוכחת יותר – כולל הערכות לגבי המצב בעתיד - של הפגיעה בשירותים.

8.1 השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על כח האדם בשירותי בריאות תעסוקתית

לדעת חלק מהמרואיינים המחסור בתקנים ברפואה התעסוקתית מעמיד את ישראל במקום גרוע מרבות מארצות העולם השלישי. אם נכוונות דעות המרואיינים לגבי בתפיסה ממעיטת הערך של קופות החולים את הרפואה התעסוקתית ואי נכוונותן להרחיב תקנים ואקדמיה ברפואה התעסוקתית, יש צורך לברר מה מביא לתפיסה מסוג זה ואם יש צורך לשנותה. מרואיינים מהתחום טענו כי יש בעיה אמיתית ברפואה התעסוקתית בישראל והמחסור ברופאים ילך ויגדל כאשר, לדעתם, כבר כיום יש בארץ רופא תעסוקתי אחד לכל 30,000 אנשים לעומת אירופה שבה הממוצע הוא 3,000:1. דעות אלו של חלק מהמרואיינים אמורות להבחן אל מול העובדה שבפועל לא חלה ירידה בהיקף כוח האדם המועסק ברפואה תעסוקתית בישראל מאז נכנס החוק לתוקפו (תקנים בקופות) ואולי אף חלה עליה קלה. כמו כן חלה עליה בהיקף הבדיקות המבוצעות בישראל. יתר על כן, בשירותי הרפואה התעסוקתית חלה התייעלות של מתן השירות באמצעות מערכות מחשוב מתקדמות המאפשרות מתן השירות בהיקפים גדולים ממה שנתנו בעבר ללא הגדלת כוח האדם. גם טענת נציגי מפעלים כי "יש מחסור בכוח אדם לנושא הגהות שנחשב מין סרח עודף", וטענה מבעלי תפקידים כי יש ירידה בכמות אנשי השטח בתחום הגהות וזה גורם לירידה במודעות לנושא, דורשת בדיקת היתכנות ובחינה מול העובדה שמספר בדיקות הגיהות לא הצטמצם באופן יחסי ויש עליה במספר הגיהותנים הבודקים, אם כי לא ברור היחס בין שיעור העליה במספר זה בעשור האחרון לבין שיעור העליה בתקופה מקבילה במפעלים ועובדים הזקוקים לשירותי גיהות תעסוקתית.

הפסקת התמיכה של הפעולה המונעת בחינוך גבוה, הכשרה ופיתוח קריירה

מרואיינים רבים שמו דגש על תרומתה השלילית של הפסקת התמיכה של הפעולה המונעת בהיבטים של חינוך גבוה, הכשרה ופיתוח של כוח אדם וקריירה בתחומי הרפואה התעסוקתית והגיהות. לדעת מספר מרואיינים, המתמצאים בתחום, יתכן קשר בין הפסקת התמיכה לבין איחוד תקציב הפעולה המונעת עם תקציב משרד העבודה והרווחה ושינוי התקנות של חוק ארגון הפיקוח לגבי הפעולה המונעת.

הפסקת פעילות המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית

המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית סייע בהכשרה אקדמית ואחרת בתחום הרפואה התעסוקתית והגיהות ע"י ניהול וביצוע של תכניות מחקר, השתתפות בתכנית ההתמחות של רופאים תעסוקתיים, ניהול תכנית המוסמך בבריאות בתעסוקה באוניברסיטת ת"א, הכשרת בודקים מוסמכים בגיהות וקליטת כוח אדם למחקר ושירות בתחומים אלה. הפסקת הפעילות של המכון פגעה גם בפעילויות שתרמו להכשרה ופיתוח קריירה. מומחים מעריכים כי אם הנושא לא יטופל באופן יסודי, בעוד שנים אחדות יוצר מחסור בכח אדם של גיהותנים, ובעקבות כך ירידה במודעות לחשיבות הנושא.

הפסקת מימון היחידה לניהול הנדסת בטיחות באוניברסיטת בן גוריון על ידי הפעולה המונעת

הקמת היחידה לניהול הנדסת בטיחות באוניברסיטת בן גוריון, עם תואר שני בניהול בטיחות שהינו יחיד בארץ ואשר אין רבים מסוגו בעולם, התאפשרה בזכות התמיכה המלאה שניתנה בהתחייבות הועדה לפעולה מונעת. הפסקת התקצוב הייתה קשורה לבעיה של כפל תקציב ולא לגביית המס המקביל. כיום יש ליחידה קשיים תקציביים להמשיך בפעילותה.

הפסקת מימון לימודי מוסמך בבריאות בתעסוקה באוניברסיטת תל אביב

במימון הפעולה המונעת נפתח מסלול ללימודי מוסמך בבריאות בתעסוקה באוניברסיטת תל אביב, מה שאיפשר לתחום להתפתח משמעותית. בשנים הראשונות, היתה השתתפות במימון לימודי התלמידים באמצעות מלגות. הועדה לפעולה מונעת מימנה בעבר (במסגרת משרד העבודה והרווחה) מלגות לתלמידי מוסמך בבריאות בתעסוקה בגובה 3/4 משכר הלימוד והעניקה מלגות בגובה אלפי שקלים על עבודת מוסמך. הסרת תמיכה תקציבית של הפעולה המונעת נמנתה גם היא כאחת הסיבות לפגיעה בהתמחות ברפואה תעסוקתית ולימודי תואר שני בבריאות בתעסוקה.

ביטול התמיכה של הפעולה המונעת בהתמחות והתמקצעות בחו"ל

בתקופה שהפעולה המונעת לא הייתה ישות משפטית ממשלתית, היה אפשרי להוציא כספים גם למימון התמקצעות של רופא תעסוקתי בחו"ל, מה שהיום אינו אפשרי.

ביטול התמיכה של הפעולה המונעת בתקנים לאנשי מקצוע בקופות החולים

הפעולה המונעת מימנה בעבר 20 תקנים לאחיות תעסוקתיות בקופת חולים כללית, דבר שאינו מתאפשר היום.

9.1 מחקר ופרויקטים מיוחדים בבריאות תעסוקתית

הוועדה לפעולה מונעת היתה בעבר מקור כמעט יחידי לעידוד ומימון מחקר ופרויקטים בתחום הבריאות התעסוקתית. ברור הוא, שהשינויים המבניים בפעולה המונעת עקב ביטול גביית מס מקביל והצמצום המתמשך בתקציביה הביאו לפגיעה משמעותית בפעולות מיוחדות ובמחקר בתחומי הרפואה התעסוקתית והגהות התעסוקתית. ואכן, רוב המרואיינים – במיוחד מקרב ממלאי תפקידים – טענו כי חלה נסיגה במחקרים, פרויקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית ובתחום הגהות התעסוקתית עקב השינוי בחוק. צוין כי "תקציב המחקר והפעולות המיוחדות קטן, הפעולה המונעת מחפשת בעיקר מיזמים חדשניים. עם זאת הוגדרו אמות המידה לבחירת מחקרים ופעולות, מה שלא היה בעבר"

היבטי השפעות השינויים בחקיקה על מחקר בתחומי הרפואה והגהות התעסוקתית

המס המקביל – באמצעות הוועדה לפעולה המונעת שפעלה במשרד העבודה והרווחה - יצרו תקציבי מחקר מבורכים ועשירים. עם השינוי בתחיקה לא נוצר מנגנון פיצוי ראוי לתקצוב מחקרים. מחקרים חדשים מבוצעים לטענת המרואיינים בעלות מצומצמת ותחת קריטריונים מגבילים. לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל היו תקציבים נאותים למחקר ובוצעו אף מחקרים בסיסיים ומדעיים. בשנים האחרונות נקבעו מראש תחומי המחקר שהפעולה המונעת מוכנה לתמוך בהם וחוקרים נדרשו להראות את היישומיות והחיבור לתעשייה, לחקלאות ולמגזרי תעסוקה אחרים. מגמה זו, יחד עם צמצום התמיכה במוסדות אקדמיים פגעה במחקר הבסיסי בבריאות תעסוקתית וגם המחקרים היישומיים הצטמצמו.

10.1 תקינת תקנות חדשות בבריאות תעסוקתית

כפי שהוצג בסעיף ה-13, מומחים טוענים שחלה עצירה מוחלטת בתקינת תקנות בבריאות תעסוקתית עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הגורם המרכזי לכך הוא בעיה תקציבית, היות ולא ניתן להתקין תקנה מבלי שניתן להראות את מקור התקציב ליישומה וכל בדיקה חדשה הנדרשת לביצוע תקנה אינה מתקצבת בסל הבריאות. כאמור, 63% מן המרואיינים שהתייחסו לשינויים דרושים בתקנות, טענו שיש צורך בתוספת תקנות מלוות תקציב ועדכון תקנות קיימות. הבעיות הנוגעות לתקינת תקנות מובאות להלן:

1. ויתור על בדיקות במסגרת התקנת תקנות חדשות

החלת תקנות הבטיחות במעבדות רפואיות, כימיות וביולוגיות התעכבה בעבר בשל העדר מימון לבדיקות הרפואיות הרלוונטיות. בסופו של דבר נאלץ המחוקק לווותר על הבדיקה הרפואית הכללית ובדיקות רפואיות אחרות לעובדים חשופים. בתקנה קיימת רק חובת בדיקות גהותיות, כשנטל ההוצאה מונח על כתפי המעסיק.

2. מניעת בדיקות מסטודנטים בשל מחלוקת האם הם נחשבים עובדים

סטודנטים שעובדים במעבדה במסגרת לימודיהם אמורים להיבדק בבדיקות רפואיות, על פי תקנת המעבדות. בפועל, קופות החולים מסרבות לבדוק סטודנטים בנימוק שהם אינם עובדי מעבדה.

3. אי הכנסה של עובדים בסיכון לתקנות חדשות

העובדים בצלילה מדעית אינם זכאים לבדיקות צלילה מכיוון שאין תקנה הנוגעת לכך, התקנה הקיימת מחייבת בדיקות רק לצוללים ספורטיביים. כאמור, לא קיים מימון לתקנות חדשות בנושא זה.

4. הימנעות מפרסום חוזר מנכ"ל המחייב בדיקות

לא פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות לבדיקות שחפת לעובדי בריאות משום שיש מחלוקת בין משרד הבריאות לקופות החולים לגבי שאלת מימון הבדיקות.

5. השהייה בתקינת תקנות חדשות

בשנת 2008 נבלם הניסיון לתקן תקנות בנוגע לפורמלדהיד ועופרת במטווחים. משרד הבריאות נמנע מהגשת התקנות לועדת הסל מחשש שלא ימצא מימון לפעולות הנדרשות במסגרת התקנות.

ו. 11 השוואה בין נתונים עובדתיים לבין עמדות מרואיינים

אחת הנקודות לבחינה במחקר היא מידת ההתאמה בין מגמות המתבטאות דרך נתונים עובדתיים, הקשורים בכניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף וביטול חוק מס-מקביל, לבין מגמות בעמדות המרואיינים. מגמת התאמה נמצאה ברוב הסעיפים שנבדקו.

א. הקיטון והשחיקה בהיקף סל הבריאות, בשיעור הסל בהוצאה הלאומית לבריאות (לוח ב-1) ובאי התעדכנות סל הרפואה התעסוקתית תואם לעמדת המרואיינים לגבי נסיגה בתקציב ממלכתי וציבורי לרפואה תעסוקתית, העלולה להשליך על איכות השירותים (איור ה-1). למעשה, אין נתונים לגבי תקציב ממלכתי וציבורי המוענק לגיהות תעסוקתית ולכן לא ניתן לבדוק את התאמת תשובות המרואיינים בנקודה זו.

ב. דעות המרואיינים על ירידה נכרת בכמות הבדיקות הרפואיות (איור ה-4) אינן נתמכות ע"י נתונים עובדתיים המציגים את מספרי המגעים במרפאות תעסוקתיות של שירותי בריאות כללית ומכבי (לוח ה-2 ולוח ה-3). לעומת זאת, חלה ירידה יחסית בבדיקות הניטור הביולוגי כפי שסוברים גם המרואיינים, אולם קשה להסביר אם ירידה זו נובעת מצמצומים בתקציב הסל או כתוצאה מהפחתת הצורך בבדיקות אלה עקב שיפור בתנאי גיהות וסגירת מפעלים שצרכו בדיקות, מה גם שלדעת ממלאי תפקידים בקופות החולים היא אינה נובעת מחסכון בבדיקות נדרשות על פי תקנות ועל פי שיקול דעת.

ג. לא ניתן לאמוד באופן אובייקטיבי את השינויים באיכות שירותי הרפואה התעסוקתית למפעלים, אך גם בקרב המרואיינים נקודה זו אינה מוחלטת כפי שמוצג באיור ה-5.

ד. נמצאה התאמה בין עמדות המרואיינים לגבי שינויים בהיקף הניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים (איור ה-8) לבין נתונים של היקף הבדיקות (לוח ה-9).

ה. רוב הסיבות לנסיגה בשירותי גהות תעסוקתית לאור השינויים בתחיקה מיוחס ע"י המרואיינים לאיכות שירותי הגהות התעסוקתית למפעלים ועובדים, לצמצום מחקרים, פרויקטים ופעולות מיוחדות, לתחום החינוך הגבוה והכשרת כוח אדם ולפיתוח קריירה ותעסוקה בתחום הגהות התעסוקתית (לוח ה-8). היבט איכות השירותים אינו ניתן למדידה למעט התרשמות המרואיינים ששירותי הבדיקות הגהותיות במפעלים מושפעים יותר מהכוונה מסחרית של נותני השירותים בעוד שבעבר נמנעה הכוונה זו לרוב עקב העובדה שרוב שירותי הבדיקות ניתנו ע"י המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית והמוסד לבטיחות ולגיהות. לעומת זאת, יש התאמה בין עובדות לבין דעות על ירידה בפעילות המחקר והפרוייקטים כתוצאה מהשינוי בחוק, הן בגהות והן ברפואה תעסוקתית (לוח ד-3, איור ד-1, איורים ה-14, ה-15), וירידה בתמיכה בחינוך גבוה ועבודות הכשרה של כוח אדם מקצועי (סעיפים ה.13.1, ה.13.2 ואיורים ה-11, ה-12).

ו. נמצאה התאמה גם בין עובדות לבין עמדות מרואיינים בנושא הנסיגה בתקינה בבריאות תעסוקתית ובבטיחות. לא קיימים מדדים ישומיים לבדיקת השפעת השינוי בחוק על בריאות העובדים החשופים ולכן בנקודה זו לא ניתן לבדוק התאמה עם עמדות המרואיינים.

12.1 המלצות עורכי המחקר

1. עורכי המחקר ממליצים להחזיר לרפואה התעסוקתית משאבים כספיים מעוגנים בתחיקה לצורך פעילות שוטפת, תכנון והתפתחות, הגדלת כוח אדם. תקציבי הרפואה התעסוקתית סובלים מחסר בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת, על אף הממצאים המראים שעד עתה כמות השירותים והבדיקות ברפואה תעסוקתית לא פחתה בעקבות השינוי בחוק. בהנחה שלהתייעלות יש גבול עליון במערכת נתונה, עלול חסר זה להשפיע על תכנון והיערכות לעתיד בעיקר בהכנסת טכנולוגיות רפואיות חדשות של איבחון, מעקב/ניטור והשגחה רפואית ובהיערכות להתמודדות עם גורמי סיכון חדשים ומתפתחים כגון בטכנולוגיות הי-טק וננוטכנולוגיה. כמו כן, תוספת משאבים כספיים, שהיו מנת חלקה של הרפואה התעסוקתית בתקופת קיומו של חוק "מס מקביל", תתן בידי הקופה והרפואה התעסוקתית גמישות גבוהה יותר בהפעלת שיקול דעת בביצוע בדיקות ובמעקב אחרי בריאות העובדים.

2. החוקרים ממליצים לערוך סקר משווה ולעמוד על המשמעות של הקצאת תקנים לרופאים ואחיות תעסוקתיים, או יחס בין מספר רופאים ואחיות תעסוקתיים למספר עובדים, בין מדינת ישראל למדינות אחרות שיש בהן מספר דומה של עובדים ונתונים בסיסיים דומים אחרים כגון רמת הרפואה, כלכלה, פיזור דמוגרפי וכו'.

3. הנסיגה בתיקון תקנות בבטיחות וגיהות, שמהותן פיקוח על בריאות העובדים, נובעת גם מהשינוי בחוק וכניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף. מומלץ למשרד הבריאות ולמשרד התמי"ת להגדיל את תקציבי הסל המיועדים לרפואה תעסוקתית ולגיהות כך שניתן יהיה לפרסם תקנות פיקוח הכוללות בתוכן בדיקות סביבתיות תעסוקתיות, ניטור ביולוגי והשגחה רפואית.

4. השינוי בחוק יצר פגיעה כבדה ביותר במחקר והוראה בתחום הבריאות התעסוקתית כתוצאה ישירה מצמצום גדול מאד בכספי הפעולה המונעת. על פי ממצאי המחקר, הן עובדות והן דעות המרואיינים, מצב ומעמד הפעולה המונעת בתקופה שלפני השינויים בחוק היה עדיף. ההמלצה הנגזרת מכך היא להקים מחדש ועדה בעלת מעמד בלתי תלוי בדומה למעמד מלפני השינויים בחוק (ועדה ציבורית) והשלכותיהם, ולשריין לוועדה כזו תקציבים הולמים, שבראייה עכשווית ועתידית ועל פי הצרכים של הבריאות התעסוקתית במאה ה-21, של קובעי מדיניות ושל ציבור המעסיקים והעובדים במשק, יכולים לתמוך במחקר, פרויקטים ופעילויות מיוחדות, כגון אלה שבוצעו ומתבצעות בשנים האחרונות, וכן בהכשרת כוח אדם מקצועי והוראה.

5. החוקרים ממליצים למקבלי ההחלטות לשקול בחיוב את הנקודות הבאות כפי שהומלצו ע"י המרואיינים (פרק ז') :

- 5.1 העברת האחריות על בריאות תעסוקתית למשרד הבריאות.
- 5.2 המלצה לאחד את שירותי הרפואה התעסוקתית שניתנים כיום על ידי שלושת הקופות לשירות יחיד שיבטיח כי השירות למפעל יינתן על ידי מערכת אחת של רפואה תעסוקתית תוך מתן שירותים אחידים לכלל העובדים במפעל.
- 5.3 הגדלת כוח אדם לאכיפת החוקים הקיימים.
- 5.4 הקמת גוף מרכזי מקצועי למחקר, ידע ויישום.

פרק ז: שינויים מומלצים בשירותי הבריאות

התעסוקתית

המרואיינים נתבקשו להציע שינויים בתחומים שונים הנוגעים לשירותים ומחקר ברפואה תעסוקתית ובגהות תעסוקתית כלהלן:

- תחיקה ותקנות
- תקציבים המיועדים לרפואה וגהות תעסוקתית
- הכשרות והדרכות (כולל של אנשי מקצוע, כולל השכלה גבוהה)
- היקפי ניטור ושיטות ניטור במפעלים
- ביצוע בדיקות רפואיות לעובדים חשופים
- אופן העבודה של רופאים תעסוקתיים

טבעו של ראיון פתוח הוא שהמרואיינים מציגים את עמדותיהם גם אם אינן קשורות ישירות לרעיון המחקר ותכולתו. בחרנו להציג את כל קשת העמדות מבלי לסנן. להלן פירוט השינויים שהוצעו על ידי המרואיינים כאשר הם מסודרים בתוך כל תחום על פי השכיחות שבה הוצעו:

שינויים בתחיקה ותקנות

- דרושה תחיקה מלוות תקציב לגורמים כגון פורמלדהיד, עץ קשה, אתילן אוקסיד, עובדי מעבדה, רתכים, עובדי ציטוטוקסיקה;
- יש להוסיף ולעדכן תקנות בריאות תעסוקתית חרף הקשיים, ולמצוא לכך פתרון תקציבי;
- דרושים שינויים בתחיקה, עדכון והתאמה למציאות, ביצוע הערכות סיכונים מקצועיות, ניהול מקצועי של בטיחות ובריאות לפי תקנים;
- יש להכניס את בריאות העובד לסל הבריאות ולמסדה באמצעות מנגנון העדכון;

תקציבים המיועדים לרפואה וגהות תעסוקתית

- הגדלת תקציבים על מנת להרחיב היקף שירותים (רצוי שועדת טכנולוגיות תגדיל לפי הצורך גם את תקציב סל הבריאות);
- הגדלת כמות נותני השירות, וכן תקנים, ברפואה תעסוקתית;

- הגדלת התמיכה הממשלתית באופן משמעותי בתחום הבריאות התעסוקתית;
- הכפלה לפחות של תקציב הפעולה המונעת והצמדתו לעלייה במדד כקביעה שנתית למנגנון קידום;
- יש צורך בתקצוב "צבוע" למחקר ברפואה וגהות תעסוקתית;
- הקמת גוף ציבורי מתוקצב, שייקבע אג'נדה וסדרי עדיפויות לביצוע בתחום הבריאות התעסוקתית;

חינוך גבוה, הכשרות והדרכות

- הגדלת כמות ההכשרות והעלאת איכותן בכל הרמות. בהכשרת ממוני בטיחות יש להעלות המודעות לבריאות תעסוקתית;
- פתיחת מסלולים לתוארי המשך בבריאות תעסוקתית. הכשרה אקדמית עם תואר בגיהות תעסוקתית;
- רישום גיהות כמקצוע מוכר;
- חשיפת העובדים בשטח יותר לתורה ולמחקר;
- מפעלים צריכים לקבל יותר הדרכות בכל הנוגע לחשיפה לחומרים;
- ביטול הדרישה מממוני בטיחות לאישורי כשירות (8 ימים בשנה) מכיוון שאלה יוצרים מצב לפיו הממונים תלויים באישורו של מישהו. הדרישה נתפסת כפגיעה בתפיסת הפרופסיונאליות של הממונים. זאת, בשונה משאר המקצועות בהם סומכים על איש המקצוע שהוא שומר על כשירותו.

ניטורים במפעלים

- הרחבת היקפי ניטורים סביבתיים;
- ניטורים מסודרים מוכתבים ומתוקננים. יש צורך בתקן לניטור כל חומר וחומר, כמו שיש לגבי קרינה;
- שינוי בתדירות בדיקות עובדים וניטורים והתאמתה לצרכי השטח ולסיכונים.

ביצוע בדיקות רפואיות לעובדים חשופים

- דרושות בדיקות לגורמים כגון פורמלדהיד, עץ קשה, אתילן אוקסיד, עובדי מעבדה, רתכים, עובדי ציטוטוקסיקה. יש גורמי סיכון חדשים ומחלות מקצוע

שלא היו מוכרות ושדורשות טיפול, ויש לקבוע הלכות לגופו של עניין (וחומר). חשוב לזכור שבדיקות סביבתיות לא תמיד משקפות את רמת החשיפה האמיתית של העובד ;

- עדכון והגדלת הסל לגבי בדיקות רפואיות לעובדים ;
- מיסוד מערכת בקרה מוסדרת, רגולציה, של הבדיקות המבוצעות ;
- ביצוע בדיקות שמיעה במפעלים בחללים מבודדים ;

אופן העבודה של רופאים תעסוקתיים

- רופאים צריכים להגיע יותר למפעלים על מנת להבהיר לעובדים סיכונים בצורה מקצועית, מהימנה וסמכותית וכן, על מנת שיכירו את מצב העובדים ותנאי העבודה ;
- קיצור תורי בדיקות לעובד חדש ;
- קביעת קריטריונים אחידים לביצוע בדיקות ברפואה תעסוקתית ;
- ביצוע בדיקות לא רק על סמך ניטור סביבתי, היות ויש פערים בין ניטור סביבתי לביולוגי ;
- תקשורת ממוחשבת בין מפעלים לשירותי רפואה תעסוקתית.

מתן שירותים בשטח ותימחורם

- באזורי תעשייה גדולים צריכה להיות מרפאה תעסוקתית אזורית משותפת לקופות.
- יש צורך בפיקוח על מחירי הבדיקות הגהותיות.

כלים לשיפור בריאות העובד

- הגברת האכיפה של חוקי בריאות העובד.
- שימוש בכלים של בריאות הציבור לשיפור המצב בתחום בריאות העובד.

- כדאי להעתיק מהצבא את מודל העבודה שלו ואת גישתו המכירה באחריותו כלפי אנשיו.

שינויים מבניים-ארגוניים

- **העברת האחריות על בריאות תעסוקתית למשרד הבריאות** - שינוי מרכזי שצריך להתחולל, לדעת בעלי תפקידים, בתחום הארגוני, הוא הוצאת תחום הבריאות התעסוקתית ממשרד התמ"ת למשרד הבריאות. גם נציגי מפעלים טענו כי היום המצב אבסורדי כשהאחריות על בריאות העובדים במדינת ישראל יושבת על כתפיה של רופאה אחת בעוד שהידע וכוח האדם נמצאים במשרד הבריאות.
- **איחוד מנגנוני הרפואה התעסוקתית** - שינוי נוסף שהומלץ על ידי בעלי תפקידים הוא יצירת מנגנון אחד של רפואה תעסוקתית השייך למשרד הבריאות או התמ"ת ונותן שירותים ומבצע בדיקות על פי קריטריון אחיד, מנגנון שישרת את כל העובדים ובצורה אחידה וימומן על ידי הקופות. מנגנון כזה יבטל את ההבדלים והתחרות בין הקופות ואלה ישלמו לו על שירותיו.
- **הגדלת כוח אדם לאכיפת החוקים הקיימים** - היות ואין טעם בתקנות ללא אכיפה מתאימה.
- **גוף מקצועי למחקר ידע ויישום** - המלצה שחזרה על עצמה פעמים רבות בין בעלי תפקידים ונציגי מפעלים הייתה הצורך בהקמת גוף מקצועי, ציבורי שיוביל את תחום הבריאות התעסוקתית, שמחויב לפיתוח תורה וידע, גוף מחקרי רציני וגדול עם תקציב עצמאי בפיקוח ציבורי. מכון לאומי שייתן במה למחקרים ויהווה מקור לידע. גוף שיקבע סטנדרטים בנושא הניטורים. מוסד בלתי תלוי בהיבטים של רווח והכנסה שיהיה סמוך לקובעי המדיניות. יש צורך בגוף שייתן מענה ב-4 רמות:

1. מחקר בסיסי, תיאורטי.

2. תועלת יישומית, מחקר יישומי.

3. יישום בסביבת עבודה ספציפית.

4. העברת הידע לאנשי שטח.

- **הפעולה המונעת** – על פי המלצות של מרואיינים דרוש שינוי אופי הניהול של תקציב הפעולה מונעת. יש לשקול חזרה למתכונת הפעילות הישנה של הועדה

לפעולה מונעת והעברתה לניהול ציבורי, ניתוקה מאחריות משרד התמ"ת והקמת רשות לפעולה מונעת לפי אותם עקרונות, שאינה שייכת לתקציב המדינה.

- **המוסד לבטיחות - המוסד לבטיחות צריך לקבל את כל התחום לטיפולו כמוסד ממלכתי מתוקצב, תוך העצמה של תחום הגהות. המוסד לבטיחות צריך לקבל תקציב ממלכתי (הקיים בחוק) ולא להיות מתוקצב על ידי הביטוח הלאומי. יש לשנות את המצב הבעייתי ששר הרווחה נותן את התקציב והשר הממונה הוא שר התמ"ת.**

פרק ח: דיון בהשערות המחקר

במחקר זה היו שתי השערות:

1. בעקבות פרסום חוק ביטוח בריאות ממלכתי קיימת הפחתה במשאבים המוקצים לשירותי הרפואה התעסוקתית, כולל מחקרים ופעולות מיוחדות ופגיעה בהיקף ואיכות השירות.
2. התפתחו מנגנוני פיצוי בשל הפחתת משאבים זו המתבטאים בהתייעלות של המחלקות לרפואה תעסוקתית ובהסבת הנטל של חלק מעלות השירותים על כתפי המעסיקים.

ח.1 אישוש ההשערה בדבר הפחתה במשאבים המוקצים לשירותי הרפואה התעסוקתית

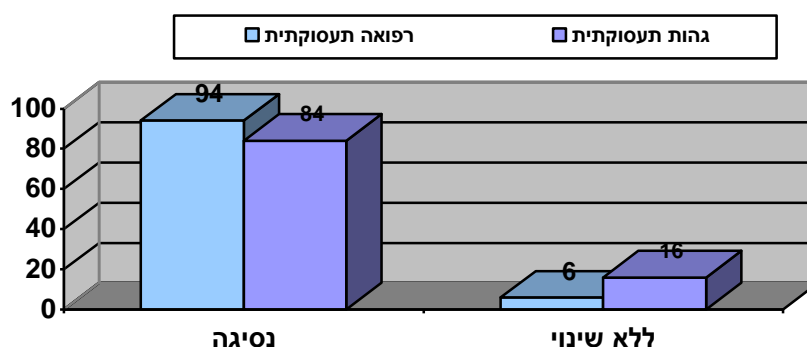
השערת המחקר הראשונה אוששה בהתבסס הן על דיווחי המרואיינים, והן על נתונים שהוצגו בנוגע לקיטון תקציבים כפועל יוצא של ביטול גביית מס מקביל מהמעסיקים.

הערכות מומחים וממלאי תפקידים

המרואיינים – מחציתם מומחים וממלאי תפקידים, והאחרים נציגי מפעלים בתחומי הבריאות התעסוקתית - נתבקשו להעריך (על סולם בן שבע דרגות) באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית המס המקביל בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית ותקציב ממלכתי וציבורי המוענק למהות תעסוקתית. 19 עונים יכלו לענות על שאלה זו – רובם ממלאי תפקידים. 94% מהם טענו כי חלה נסיגה בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית, 84% מכלל המדגם טענו כי חלה נסיגה בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק למהות תעסוקתית. איור ח-1 מציג את השינויים שחלו לדעת המרואיינים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה ולמהות תעסוקתית.

איור ח-1: שינויים בתקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה ולגהות תעסוקתית

(n=19) (%)



קיטון בתקציבים

הקיטון בתקציבים לבריאות תעסוקתית נובע משלושה מקורות עיקריים:

- הקיטון היחסי שחל בסל הבריאות הכללי, ולכן גם, בעקיפין, בשירותי בריאות תעסוקתית;
- הקטנה משמעותית בתקציבי הפעולה מונעת במשרד התמ"ת בעקבות ביטול גביית מס מקביל;
- התלות של מתן שירותי בריאות תעסוקתית בסל התקציב, וקושי של קופות החולים לבצע בדיקות תעסוקתיות מעבר למוקצה בסל הבריאות – יחד עם סירוב משרדי הממשלה לתגבר את הסל כנדרש ביחס לבריאות תעסוקתית.

ח.2 אישוש ההשערה בדבר התפתחות מנגנוני פיצוי בשל הפחתת

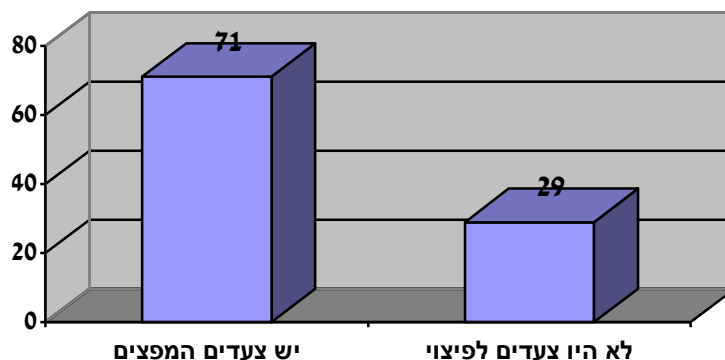
משאבים המוקצים לשירותי הרפואה התעסוקתית

על פי הערכות ממלאי תפקידים, מומחים ונציגי מפעלים, השערת המחקר השנייה בדבר התפתחות מנגנוני פיצוי אוששה אף היא. איור ח-2 מציג את התפלגות עמדות 17 מרואיינים שידעו להשיב על השאלה "האם ידוע לך על צעדים או פעולות שבאו לפצות, לחפות או להשלים שירותים ומחקר ברפואה או גהות תעסוקתית שנפגעו כתוצאה מן החוק? (אצלכם או בארגון אחר)".

איור ח-2: עמדות כלפי נקיטת צעדים שנועדו לפצות ולחפות על שירותים שנפגעו

בשל החוק

(N=17)



71% מדווחים כי בוצעו צעדים מפצים, ואלו הם הצעדים שצוינו :

התייעלות קופות החולים ובדיקות על פי שיקול דעת

השוואת כמות המגעים או הבדיקות לכמות כוח האדם בקופות החולים מציגה את התמונה הבאה :

בשירותי רפואה כללית יש עליה של כ- 25% בכמות המגעים בין 1996 ל-2007 ואין שינוי או אפילו יש ירידה בכמות הרופאים תוך התכנסות לאיוש בהתאם לתקינה ולא מעליה כפי שהיה בעבר. נתונים אלה תומכים בהשערה כי אחד ממנגנוני הפיצוי לאור חקיקת החוק היה התייעלות הקופות.

במכבי שירותי בריאות יש עליה מתמדת במספר הבדיקות ובמספר הרופאים. יש לזכור כי שירותי רפואה תעסוקתית במכבי הוקמו בשנת 1995, מיד לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. (בקופת מכבי טוענים שאין קשר בין חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לבין הקמת השירות).

לרופאים בשירותי בריאות כללית ניתנת אפשרות לבצע בדיקות על פי שיקול דעת מתוך דאגה לבריאות העובדים. כך למשל נבדקים מנתחי גופות בבי"ח רמב"ם ועובדי לולים (באופן חד פעמי, בדיקות פורמלדהיד). גם רתכים נבדקים על פי שיקול הדעת בהינתן חריגה בבדיקה סביבתית ברמת כרום/ניקל/קובלט. בקופ"ח מכבי לא מתירה הקופה, באופן מעשי, שיקול דעת כשמדובר בגורם סיכון שאינו בתקנות, אבל לגבי גורמים בתקנות מותרת הוספת בדיקות על הנדרש בתקנה. במצב זה יש עובדים רבים שחשופים ואינם נבדקים.

פיצוי במימון המעסיקים

נציגי מפעלים ובעלי תפקידים טענו כי יש פניה רבה למכוני בדיקות פרטיים. מכוני בדיקה פרטיים זמינים יותר וחוסכים למפעלים טרחה וזמן. רכישת השירות ממכונים פרטיים מאפשרת למפעלים לרכוש שרות מקיף מזה הניתן על ידי הקופות מכיוון שאלה נותנות שירות מצומצם רק לפי התקנות.

חלק מהמעסיקים שולחים את העובדים לבדיקות פרטיות במרפאות מכונים פרטיים ואת התוצאות שולחים עם העובדים לרופא המשפחה. אחרים קונים שירותים ממחלקות רפואה תעסוקתית בבתי חולים כמו רמב"ם או הדסה, שירות החוסך אובדן ימי עבודה בשל ההתעסקות עם המערכות של קופות החולים.

מקורות מימון חלופיים

רבים מהמרוויינים ציינו את קרן "מנוף" כקרן שממלאת חלל מסויים שנוצר עקב צמצום התקציבים של הועדה לפעולה מונעת למימון מחקרים בתחום הבטיחות והגהות.

נספח א : מסמכים ומקורות שנסקרו

בן-נון גבי, כ"ץ חגי. עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובץ נתונים סטטיסטיים -1995

2004. אתר משרד הבריאות www.health.gov.il.

אל"מ (מיל) יוסי ריבק, סא"ל (מיל) שלמה משה. הרפואה התעסוקתית בצה"ל ובמגזר האזרחי מן העבר אל העתיד. הרפואה הצבאית, כרך 4 חוב' מס' 3 (אוגוסט 2007).

מצב המשק בבטיחות ובגהות. המוסד לבטיחות ולגהות מאי 2004.

לרמן, יהודה. רפואה תעסוקתית בשירותי בריאות כללית.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994.

שמר, שוקי. עדכון סל שירותי הבריאות בישראל – אמצעי עיקרי להבטחת שירותי רפואה סבירים לכל. מכבי שירותי בריאות 2006.

לרמן, יהודה. שירותי בריאות כללית המרכז לרפואה תעסוקתית דו"ח פעילות שנתי 2004.

משה, שלמה. רפואה תעסוקתית היערכות ל-2020. מצגת.

רשימת מחקרים/פרוייקטים שיצאו לפועל. פעולה מונעת ומחקרים. אתר משרד התמ"ת.

חוק מס מקביל התשלי"ג 1973.

נעים ליאון-יהודה. פיקוח על בריאות העובד – השמירה על בריאות העובד.

צוונר שרה. מסמך רקע בנושא: מחקר רפואי בישראל. מוגש לועדת העבודה הרווחה

והבריאות. הכנסת - מחקר ומידע. 2005.

בריאות וסביבה בישראל: המלצות לשיפור התשתית המקצועית. תקציר דו"ח ועדת

מומחים בינלאומית. (יד הנדיב) קרן רוטשילד.

תקציב משרד התמ"ת.

דו"ח חופש המידע משרד התעשייה המסחר והתעסוקה. יעדים, מבנה, תקציב, ופעולות

דיווח הממונה על יישום חוק חופש המידע. 2006-7.

אדוארדס ורדה. הפעולה המונעת והמחקר בבריאות ובטיחות בעבודה. אגף הפיקוח על

העבודה משרד התעשייה המסחר והתעסוקה. מצגת.

ישראל חזקיה. "איך מחלקים את העוגה?" קבלת החלטות ותקצוב ממלכתי בישראל של

פעילויות בתחום הבטיחות והגהות בתעסוקה.

לאה אחדות, עמיר שמואלי ומירי סבג-אנדבלד, "מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת החוק – מגמות וסוגיות", **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005**, גבי בן-נון, גור עופר (עורכים), המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות 2006.

סבר פלוצקר, "המיליארדרים והמיליונרים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי", **Ynet**, 25 במרס 2005.

פרופ' דב צ'רניחובסקי, יועץ לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות, בשיתוף מרכז המחקר והמידע של הכנסת, סקירת התפתחויות וסוגיות מרכזיות במערכת הבריאות בישראל, מאי 2006.

נספח ב : מנחה ראיון – בדיקת השפעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי הרפואה התעסוקתית

בשנת 1994 נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי ושנה לאחר מכן בוטל חוק מס מקביל. מטרת ראיון זה היא לבדוק את השפעות המהלך על בריאות העובדים, מנקודת המבט שלך או של הארגון בו אתה פועל.

מידע כללי

1. שם ארגון, סוג ארגון _____
2. שם, תיאור תפקידך ומה הם הנושאים שבאחריותך _____
3. באיזה ארגון עבדת בשנים הנדונות (94 ואילך) ומה היה תפקידך בו? _____
4. תאריך ומקום ראיון _____
5. פרטי מראיין _____

השפעות החוק-כללי

6. עד כמה אתה מכיר את פרטי השינויים האמורים בחקיקה (חוק ביטוח ממלכתי לעומת חוק מס מקביל) – (למראיין : סמן בעיגול, ואם נחוץ – פרט)

מתמצא היטב, מכיר באופן כללי, די מעט, לא מתמצא בנושא כלל.

7. (למראיין : שאלה פתוחה, ללא ציון תחומים) האם לשינויים האמורים בחקיקה הייתה השפעה כלשהי הקשורה לשירותים ברפואה או בגהות תעסוקתית בתחום פעילותך? אם כן פרט מה הם.

8. האם הייתה השפעה על בדיקות רפואיות לעובדים? בדיקות וניטורים סביבתיים? הוראה, הדרכה והכשרה של אנשי מקצוע בתחום הרפואה והגהות התעסוקתית? מחקר? פעולות מיוחדות?

9. בתחום העיסוק בו אתה מעורב או היית מעורב, כיצד השפיעה, למיטב ידיעתך, חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית מס מקביל:

א. השפיעה לטובה על שירותים ומחקר ברפואה תעסוקתית (פרט).

ב. השפיעה לרעה על שירותים ומחקר ברפואה תעסוקתית (פרט).

ג. השפיעה לטובה על שירותים ומחקר בגרות תעסוקתית (פרט).

ד. השפיעה לרעה על שירותים ומחקר בגרות תעסוקתית (פרט).

10. האם ידוע לך על צעדים או פעולות שבאו לפצות, לחפות או להשלים שירותים ומחקר ברפואה או גרות תעסוקתית שנפגעו כתוצאה מן החוק? (אצלכם או בארגון אחר)?

11. האם בעקבות השינויים בחוקים השתנתה ההתנהלות שלכם בהתייחס לשירותי רפואה תעסוקתית או גרות תעסוקתית ומחקר בתחומים אלה? כיצד?

מעורבות אישית

12. האם היית מעורב אישית בדיונים ובהתייעצויות שקדמו לקבלת החוק? אם כן:

א. האם תמכת או התנגדת לחוק?

ב. מה היו הסיבות העיקריות להתנגדות / לתמיכה אז?

13. האם החוק יושם כפי שחשבת או ציפית? במה כן ובמה לא?

14. האם בדיעבד היית תומך בשינוי (האם שינית את עמדתך)?

15. (למראיין: שאל רק אם מתאים). אם לדעתך החוק היטיב או פגע בהיבטים מסוימים של הרפואה התעסוקתית / הגרות התעסוקתית, מה הם הגורמים המרכזיים בחוק שגרמו לשיפור או לפגיעה?

השפעות החוק-היבטים כלכליים

16. האם יש היבטים תקציביים, כספיים שהושפעו בשל השינויים האמורים בחקיקה?

17. האם אתה או הארגון שבו אתה מועסק, מקבלים פחות או יותר, מוציאים פחות או יותר?

18. האם נהנית בעבר מתקציב או קרנות מחקר של הפעולה המונעת של משרד התמי"ת?
אם כן, האם החוק שינה את התקציב/מענקי מחקר שקיבלת? (פרט).

שיפור והרעה כתוצאה מן החוק

19. באיזו מידה חלו שיפור או נסיגה עקב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וביטול גביית מס מקביל בכל אחד מהגורמים הבאים :

מס.	תיאור הגורם שהושפע מן החוק	שיפור רב	שיפור בינוני	שיפור מועט	ללא שינוי	נסיגה מועטה	נסיגה בינונית	נסיגה רבה	לא יודע
19.1	תקציב ממלכתי וציבורי המוענק לרפואה תעסוקתית	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.2	תקציב ממלכתי וציבורי המוענק לגהות תעסוקתית	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.3	היקף (כמות) בדיקות רפואיות תעסוקתיות לעובדים במפעלים	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.4	היקף (כמות) ניטור ובדיקות גהות תעסוקתית במפעלים	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.5	איכות שירותי רפואה תעסוקתית למפעלים ובדיקות לעובדים	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.6	איכות שירותי גהות תעסוקתית למפעלים ולעובדים	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.7	מחקרים/פרויקטים ופעולות מיוחדות ברפואה תעסוקתית	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.8	מחקרים/פרויקטים	3	2	1	0	1-	2-	3-	9

מס.	תיאור הגורם שהושפע מן החוק	שיפור רב	שיפור בינוני	שיפור מועט	ללא שינוי	נסיגה מועטה	נסיגה בינונית	נסיגה רבה	לא יודע
	ופעולות מיוחדות <u>בגהות תעסוקתית</u>								
19.9	חינוך גבוה של כוח אדם <u>ברפואה תעסוקתית</u>	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.10	הכשרה של כוח אדם <u>ברפואה תעסוקתית</u>	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.11	חינוך גבוה של כוח אדם <u>בגהות תעסוקתית</u>	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.12	הכשרה של כוח אדם <u>בגהות תעסוקתית</u>	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.13	פיתוח קריירה ותעסוקה בתחום <u>הרפואה התעסוקתית</u>	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.14	פיתוח קריירה ותעסוקה בתחום <u>הגהות התעסוקתית</u>	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.15	בריאות העובדים החשופים בכלל	3	2	1	0	1-	2-	3-	9
19.16	עלות או הוצאות לשירותי הרפואה התעסוקתית והגהות ללקוחות (כגון מפעלים)	3	2	1	0	1-	2-	3-	9

השפעת החוק על העובדים

20. האם לדעתך העובדים בענפים שיש בהם חשיפה במדינת ישראל נמצאים היום בסיכון רב יותר מכפי שהיו לפני שינוי החוק ולמה? (בטוח, חושב, אולי-יתכן, לא יודע, סיכון נמוך יותר)

השפעת החוק על מפעלים

21. אילו שירותי רפואה תעסוקתית קיבלתם בעבר (לפני השינויים בחוק) מגורמים פרטיים / לא פרטיים?

22. אילו שירותי רפואה תעסוקתית אתם מקבלים כיום, מגורמים פרטיים / לא פרטיים?

23. אילו שירותי גהות תעסוקתית קיבלתם בעבר (לפני השינויים בחוק) מגורמים פרטיים / לא פרטיים?

24. אילו שירותי גהות תעסוקתית אתם מקבלים כיום, מגורמים פרטיים / לא פרטיים?

שינויים נדרשים / מומלצים

25. אילו צעדים ראוי לנקוט לדעתך כיום בתחום שירותים ומחקר ברפואה ובגהות תעסוקתית הקשורים לשינויים בחוק? התייחס לגורמים הבאים:

- 25.1 שינויים בתחיקה ובתקנות.
- 25.2 שינויים בתקציבים המיועדים לרפואה וגהות תעסוקתית (פרט).
- 25.3 שינויים בנושא הכשרות והדרכות (כולל של אנשי מקצוע, כולל השכלה גבוהה).
- 25.4 שינויים בהיקפי ניטור ובשיטות ניטור במפעלים.
- 25.5 שינויים בביצוע בדיקות רפואיות לעובדים חשופים?
- 25.6 שינויים באופן העבודה של רופאים תעסוקתיים?

26. איזה המלצות יש לך לשיפור שירותים ומחקר ברפואה תעסוקתית ובגהות תעסוקתית?

שאלות עבור בעלי תפקידים (למראיין : לשאול רק אם רלוונטי) :

27. כיצד השפיע החוק על המשך או הפסקה בתקינת תקנות חדשות שהינן באחריות הפיקוח על העבודה / משרד הבריאות (כגון אלו הדורשות בדיקות וניטורים לעובדים חשופים / חיסונים / תקנות גהות תעסוקתית) וכדומה.

28. האם מבוצעים אצלכם פחות מחקרים ופעולות עקב שינוי התקציב? (פרט)?

29. (למראיין : שאל רק אם מתאים) האם היה אצלכם צורך בהשגת מקורות מימון/תקצוב חלופיים בעקבות השינויים בחוק (פרט)?

חומר נוסף והצעות לראיונות המשך

30. האם יש ברשותך מסמכים המפרטים סיכומים, תקציבים או נתונים מספריים שונים העשויים להוסיף מידע ולשפוך אור על הנושא? (למראיין : נא לברר עד כמה נדרשת סודיות – מובטח חיסיון לאלו המעוניינים בו מכל ההיבטים).

31. האם יש לך עוד איזשהו מידע שיכול לעזור לנו? האם יש עוד אנשים/ ממלאי תפקידים שנראה לך שכדאי שנדבר איתם בנושא?

32. (למראיין : שאל את מי שיכול לתרום בנושא) האם תהיה מעוניין להשתתף בסמינריון שיתקיים באביב בנושא המחקר, לפני פרסומו. אם כן, פרטים להתקשרות :
טל :

נייד :

דואל :

תקציר (אנגלית)

ABSTRACT

Background

At the same time when the parallel tax law according to which, among other things, employers funded medical services, has been altered, changes were made in the national health insurance law, so that it included the funding of occupational health services, earlier collected according to the parallel tax law, with certain changes. Following the law alteration, some changes were made in the research allocations as well.

Goals

Examination of the impacts of the national health insurance law and the cancellation of the parallel tax on the occupational health and hygiene services in Israel.

Method

This research is based on analysis of data and documents and interviews of 47 experts, functionaries, representatives of plant and organization managers dealing with issues of occupational health and hygiene.

Findings

The change of the law caused significant decrease of the health package public funding, and accordingly, to the actual reduction of the occupational health services budget derived from the general health services budget. The dissolution of the preventive action committee and its replacement by the preventive action body subjected to the ministry of industry, trade and labor caused the reduction of budget available for safety research and special operations. In most part of the research sections, there was a correlation between the trends indicated in the findings according to the facts and the trends expressed by the research interviewees.

Conclusions

The change in legislation affects the fields of professional worker development, research, special operations of occupational health and updated standardization in the long run. Short-term impacts included the development of compensation mechanisms that prevented severe damage in scope and quality of the occupational health and hygiene services.