

שירותי הבריאות

הפרק סוקר ממדים שונים של התפתחויות במערכת הבריאות. בהשלמה לניתוח ההוצאה הממשלתית לבריאות בפרק הקודם אנו בוחנים ראשית את ההוצאה הלאומית לבריאות ודרכי מימונה. סעיף זה עומד על המגמה הנמשכת של עליית חלקה של ההוצאה הפרטית – המימון על-ידי משקי הבית. הסעיפים הבאים של הפרק – סעיפים 2 ו-3 – סוקרים את ההתפתחויות העיקריות במערכת האשפוז (בתי-החולים) ובקופות-החולים. בסעיפים אלה מועלות סוגיות מרכזיות, כמו הנהגת השר"פ בבתי-החולים הממשלתיים; סוגיית משך האשפוז ומגמת הירידה בשהייה הממוצעת; וכן מגמות ושינויים במימון קופות-החולים והעלייה בשיעורי ההשתתפות של המבוטחים – כלל הציבור במדינה. סעיף 4 מציג בקצרה נתונים על היקף המועסקים בתחום הבריאות בישראל ועל שיעורי הביקור אצל רופאים, וסעיף 5 משקף את רמת הבריאות של האוכלוסייה, כפי שהיא מתבטאת בכמה מודדים מקובלים.

1. ההוצאה לבריאות ומימונה

ההוצאה הלאומית לבריאות

ההוצאה הלאומית לבריאות עמדה בשנת 2001 על 42.3 מיליארד ש"ח. הוצאה זו כוללת את ההוצאות על כל שירותי הבריאות הניתנים במרפאות, בבתי-חולים, במכונים שונים, אצל רופאים פרטיים ורופאי השיניים. כמו כן כוללת ההוצאה הלאומית לבריאות את ההוצאה על תרופות ומכשירים רפואיים של משקי הבית, הוצאות למחקר ומנהל ממשלתי בתחום הבריאות והשקעות במבנים ובציוד במוסדות הבריאות. היקף התקציב הממלכתי הבסיסי ("עלות סל הבריאות"), העומד לרשות מערכת הבריאות, נקבע לראשונה בשנת 1995 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ומאז הוא מתעדכן מידי שנה בצמוד למדד יוקר הבריאות, המורכב משקלול של מספר מדדי משנה: 58 אחוז ממנו נקבעים על פי מדדי השכר – שכר שכיר במגזר הבריאות ושכר שכיר במגזר הציבורי (במשקל יחסי של 62 ו-38 אחוז בהתאמה), 23 אחוז על פי

מדד המחירים לצרכן, 17 אחוז על פי מדד המחירים הסיטונאיים לתרופות ו-2 אחוזים על פי מדד תשומות הבנייה. בשנת 2000 הסתכמה עלות סל הבריאות השנתי, המסופק על-ידי קופות-החולים על פי חוק, ב-19.3 מיליארד ש"ח (במחירים שוטפים). סכום זה כלל תוספת עבור התייקרות מחירים של 3.4 אחוזים בהשוואה לשנה קודמת ועבור גידול אוכלוסייה בשיעור של 2 אחוזים, ועוד 255 מיליון ש"ח תוספת בגין תרופות וטכנולוגיות חדשות (כ-1.5 אחוז). קופות-החולים קובלות על כך שמדד זה לא משקף את ההתייקרויות האמיתיות בשוק הבריאות וטוענות לשחיקה מתמדת במקורות העומדים לרשותן (ראה סעיף 3 בהמשך).



ישנם כמה מקורות מימון עיקריים לשירותי הבריאות: דמי ביטוח הבריאות (מס בריאות), הנגבים באמצעות המוסד לביטוח לאומי; ההקצאה השנתית למשרד הבריאות (מהסכומים שהביטוח הלאומי גובה במסגרת חוק סיעוד); תקציב משרד הבריאות, המיועד למתן שירותי הבריאות בתחומי הרפואה המונעת, הפסיכיאטריה, הגריאטריה ומכשירי השיקום; וכן התקבולים של קופות-החולים משירותי בריאות הניתנים בתשלום. המדינה מקצה סכומים נוספים מתקציבה להשלמת מימון עלות הסל לקופות-החולים.

הוצאה לבריאות כאחוז מהתוצר (תמ"ג)

ההוצאה הלאומית לבריאות, במחירים שוטפים, הסתכמה בשנת 2001 ב-42 מיליארד ש"ח. סכום זה מבטא עלייה של כ-5 אחוזים במחירים קבועים לעומת השנה הקודמת, בדומה לגידול השנתי שהתרחש בין השנים 1998-2000. זאת בהשוואה לקצב גידול של 6-7 אחוזים בשנים 1993-1996 ועלייה מתונה של 1 אחוז בלבד בשנת 1997.

שיעורה של ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל בשנת 2001 היה 8.8 אחוזים מהתוצר המקומי הגולמי. השוואה לארצות המפותחות, החברות בארגון ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), מראה כי בשנת 2000 (השנה האחרונה לגביה פורסמו נתונים), שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל (8.3 אחוזים מהתמ"ג) היה דומה לשיעור בדנמרק, אוסטרליה ויוון ונמוך בהשוואה לארה"ב (13 אחוז), גרמניה, קנדה, שוויץ וצרפת (כ-10 אחוזים). ב-16 מדינות OECD האחרות שיעור ההוצאה הלאומית מהתוצר היה נמוך מהשיעור בישראל. יש לציין, שהאוכלוסייה בישראל צעירה יותר בהשוואה לרוב הארצות המתועשות, ולכן ניתן היה לצפות שההוצאה תהיה נמוכה יותר.

הוצאה לנפש

כדי לבטא את השפעת גודלה של האוכלוסייה על היקף ההוצאה הלאומית לבריאות נוהגים לעבור למונחים מקובלים של הוצאה לנפש – מונחי שווה-ערך כוח הקנייה של התמ"ג – PPP – Purchasing Power Parity. שיטה זו מביאה בחשבון את ההבדלים במחירי התוצר במדינות השונות, אם כי היא איננה נותנת ביטוי מלא למחירי הבריאות הדיפרנציאליים.

בשנת 2000 עמדה בישראל ההוצאה הלאומית לנפש על בריאות, במונחי שן-ערך כוח הקנייה, על \$1,664 בדומה להוצאה שהיתה באותה עת במדינות כמו פינלנד וניו-זילנד. ב-18 מדינות היתה ההוצאה לנפש על בריאות גבוהה יותר מאשר בישראל, כאשר בארה"ב היתה ההוצאה לנפש הגבוהה ביותר כ-\$4,600. בפורטוגל, יוון, צ'כיה, קוריאה, הונגריה ופולין היתה ההוצאה לנפש נמוכה מ-\$1,500.

הרכב מקורות המימון

כפי שצוין לעיל, ההוצאה הלאומית לבריאות ממומנת משלושה מקורות עיקריים מאז 1998: תקציב מדינה, מס בריאות ותשלומים של התושבים עבור תרופות ושירותים רפואיים. למצב הנוכחי, בו מתבצעים תשלומים מכיסו של מקבל השירות ישירות לספק השירות, יש השלכות שליליות על מידת הצדק של מימון מערכת הבריאות. שיעור המימון הישיר של ההוצאה הלאומית על בריאות על-ידי משקי הבית משפיע על נגישות לשירותי רפואה, שכן מימון זה הוא גרסיבי מעיקרו, והוא תורם להגדלת אי-השוויון בחברה.

בשנת 2001 מימן תקציב המדינה 43 אחוז מסך ההוצאה הלאומית לבריאות. בשיעור המימון הממשלתי חלה ירידה של 3 אחוזים לעומת שנת 2000 ובמקביל עלה שיעור המימון של משקי הבית. האחרונים מימנו בשנת 2002 כמעט שליש (32 אחוז) מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, לעומת 31 אחוז בשנת 2000 ו-29 אחוז בשנת 1999. ממצא זה הוא ציון דרך נוסף בעלייה המתמשכת בחלקה של ההוצאה הפרטית במימון ההוצאה לבריאות בישראל. שיעור המימון של משקי הבית בישראל משתווה לשיעור בהולנד, הגבוה ביותר מבין המדינות המפותחות (להוציא את ארה"ב). יצוין כי מגמת העלייה בהשתתפות משקי הבית התפתחה בהמשך לשינוי חקיקה שהתקבל בראשית שנת 1998. השינוי התיר לקופות-החולים לשנות את גובה תשלומי החברים אשר נקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בכפוף לאישור שר הבריאות וועדת הכספים בכנסת.



המימון הגדל של משקי הבית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות השפיע גם על הרכב ההוצאה שלהם לתצרוכת. בין השנים 1997-2001, סך ההוצאה לתצרוכת של משקי הבית בישראל עלה בכ-25 אחוז, בעוד שההוצאה לבריאות עלתה בכ-60 אחוז. כתוצאה מכך סעיף ה"בריאות", שהיווה ב-1997 כ-3.8 אחוזים מסך-כל הוצאות המשפחה לתצרוכת, עלה ל-4.9 אחוזים ב-2001. חלקו של סעיף הבריאות בהוצאה לתצרוכת עלה בשיעורים גבוהים יותר לעומת כל סעיפי ההוצאה האחרים בשנים אלה. בתקופה 2000-2001 לבדה, הגידול הנומינלי בהוצאה של משפחה לבריאות הגיע ל-11.2 אחוז, פי 3.7 מסך הגידול בצריכה. השינוי הריאלי הסתכם לכדי 6.5 אחוזים, פי 3.4 מסך הגידול הריאלי בצריכה. ההפרש נובע כנראה מעליית מחירים של שירותי הרפואה, שהיתה גבוהה פי 4.4 מעליית המחירים של סל התצרוכת כולו. הגידול היחסי של ההוצאה לבריאות בסל התצרוכת של משק הבית בא על חשבון מרכיבים אחרים בסל, חלקם חיוניים. הגידול בהוצאה נובע בעיקר מעליית מחירים ולא מגידול ריאלי בצריכת שירותי הרפואה.

שני סעיפים היו משמעותיים ביותר בגידול של הוצאת משקי הבית על בריאות, "ביטוחים משלימים" ו"השתתפות בתרופות". השינוי נובע באופן ישיר ממדיניות הממשלה, שקיבלה את ביטויה בחוק ההסדרים של 1998. התוצאה תואמת לממצאים, שהצביעו על הגידול בהיקף המבוטחים בביטוחים המשלימים של הקופות מ-37 ל-64 אחוז בין השנים 1999-2001¹. רוב הגידול נמצא בקרב בעלי השכלה יסודית ומטה, בעלי הכנסה נמוכה, בקרב האוכלוסייה הערבית ובקרב מבוטחים עם בעיות בריאותיות. במהלך אותה תקופה נמצא גם גידול בהיקף המבוטחים בביטוחי הבריאות המוצעים על-ידי חברות הביטוח המסחריות.

2. מערכת האישפוז

בתי-החולים מהווים גורם מרכזי במערכת הבריאות בישראל. ההוצאה הלאומית על שירותי בתי-החולים היתה קבועה למדי לאורך מרבית שנות התשעים והיא עומדת על כ-40 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות. השהייה הממוצעת בבית-חולים בישראל עלתה מ-11.0 ב-1998 ל-13.1 ימים בשנת 2000. בשנת 2001 פעלו בישראל 354 מוסדות אשפוז, בהשוואה ל-250 שהיו קיימים בשנת 1995, בעת שהוחל חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כלומר, שמאז 1995 חל גידול של כ-37 אחוז במספר מוסדות האשפוז בישראל. אולם יש להדגיש כי הנטל העיקרי של אספקת שירותי האשפוז הכללי במדינת ישראל נופל על כ-48 בתי-חולים ובעניין זה לא חל שינוי מאז 1995. לעומת זאת, חל גידול ניכר במספר המוסדות המיועדים לאשפוז של חולים במחלות ממושכות, שמספרם עלה בכ-54 אחוז מאז 1995. בתחום מחלות הנפש ירד מספר המוסדות ובתחום השיקום לא חל שינוי.

לא ניתן לנתח מגמות בתחום תשתיות האשפוז בישראל מבלי להתייחס למספר המיטות בתחומים השונים. בשנת 2001 מספר מיטות האשפוז בבתי-החולים בישראל היה קרוב ל-40 אלף, לעומת כ-33 אלף ב-1995. לוח 1 מציג להלן את שיעור המיטות לאלף נפש באוכלוסייה לפי סוג מחלקה: שיעור המיטות במחלקות הכלליות ובמחלקות לבריאות

¹ גרוס וברמלי- גרינברג, 2002.

הנפש ירד. לעומת זאת עלה שיעור המיטות בתחום המחלות הממושכות ובתחום השיקום.

לוח 1. סך-כל המיטות בבתי-חולים, לפי סוג מחלקה (שיעור לאלף נפש)

2001	1995	
6.09	5.91	סך כולל
2.20	2.35	מחלקות כלליות
0.84	1.21	בריאות הנפש
2.95	2.27	מחלות ממושכות
0.10	0.09	שיקום

רבות דובר על ניגוד העניינים הקיים בין תפקידו של משרד הבריאות כמיניסטרו לבין תפקידו כספק שירותים, המחזיק בבעלותו כשליש ממיטות האשפוז במדינת ישראל. לוח 2 מפרט את התפלגות המיטות לפי סוג מיטה ובעלות. עולה ממנו כי המדינה הקטינה אמנם ב-5 השנים האחרונות את חלקה בבעלות על מיטות אשפוז (מ-35 ל-32 אחוז מסך כל המיטות), אך למעשה הורידה את חלקה רק בתחום המחלות הממושכות (מ-14 ל-10 אחוז מכלל המיטות בתחום זה). לעומת זאת, בתחומים האחרים היא הגדילה את חלקה והחזיקה ב-2001 ב-47 אחוז מהמיטות במחלקות כלליות, 66 אחוז מהמיטות בתחום בריאות הנפש ו-32 אחוז ממיטות השיקום.

חלקן של קופות-החולים ירד באחוז אחד והן מחזיקות כיום כ-15 אחוז מכלל מיטות האשפוז בישראל. חלקן במיטות האשפוז הכללי נשאר כבעבר (30 אחוז) ובתחום בריאות הנפש והשיקום אחוז המיטות שבעלותן קטן. שיעור המיטות בבעלות פרטית עלה מ-24 ל-28 אחוז מכלל המיטות, כשעיקר העלייה מתרכז בתחום המחלות הממושכות. חלקם של בתי-חולים ציבוריים אחרים (בעיקר הדסה וכן המיסיון) נשאר כ-25 אחוז מכלל מיטות האשפוז, תוך ירידה בשיעור המיטות בתחום המחלות הממושכות שבבעלותם.

לוח 2. התפלגות מיטות בבתי-חולים, לפי סוג ובעלות (אחוזים)

שיקום	מחלות ממושכות	בריאות הנפש	אשפוז כללי	סך-הכל	
100	100	100	100	100	סך-הכל ממשלתיים
24	14	55	45	35	1995
32	10	66	47	32	2001
					קופות-חולים
51	5	7	30	16	1995
42	6	5	30	15	2001
					ציבורים אחרים
20	43	2	20	25	1995
23	36	3	19	25	2001
					פרטיים
4	38	36	5	24	1995
3	47	24	4	28	2001

במהלך השנים האחרונות הנהיגו בתי-חולים רבים שירותי רפואה פרטיים (שר"פ). מדובר בעיקר במנתחים, המועסקים על-ידי בתי-החולים במסגרת הרגילה, אשר עושים שימוש בחדרי הניתוח של בית-החולים, כדי לבצע שם גם ניתוחים לחולים פרטיים שלהם. החולים מאושפזים במחלקה הרגילה ומשלמים מכיסם בגין הזכות לבחירת הרופא המנתח ובגין השירותים הרפואיים שקיבלו ממנו ומצוותו. תשלום זה בא בנוסף לתשלום הרגיל, על פי תעריפי משרד הבריאות, אותו מקבל בית-החולים מקופת-החולים בגין הניתוח והאשפוז של המבוטח. ההשלכות המשפטיות, האתיות, והתקציביות של מדיניות זו נדונו בהזדמנויות שונות על-ידי כל השותפים במערכת הבריאות: הנהלות בתי-החולים, משרד הבריאות וקופות-החולים. משרד הבריאות מצא עצמו בניגוד עניינים, עת נדרשה דעתו בסוגיה זו, שכן המשרד, שאמור היה לקבוע את המדיניות בנושא זה, החזיק בבעלותו בשנת 2000 כ-37 אחוז מהמיטות הכלליות בישראל ו-67 אחוז מהמיטות הפסיכיאטריות.

הסוגיה הוצגה בפני היועץ המשפטי לממשלה, ומחוות דעתו עולה כי חל איסור על בתי-החולים הממשלתיים לספק בתחומם שירותי רפואה

פרטיים. על רקע זה הופסקה פעילות השר"פ בבתי-החולים הממשלתיים. לאחרונה התקבלה החלטה בממשלה להתיר אספקת השירותים הפרטיים בבתי-החולים הממשלתיים, תוך הצבת קריטריונים ברורים המגדירים את שעות הפעילות במסגרת זו (אחר-הצהרים), את מכסת שעות העבודה/מספר הניתוחים הנדרש ממנתח להשקיע במאושפזים "רגילים" כתנאי לקבלת ההיתר לשר"פ ואת השימושים שעל בית-החולים לעשות בהכנסות מהשר"פ.

משך האשפוז

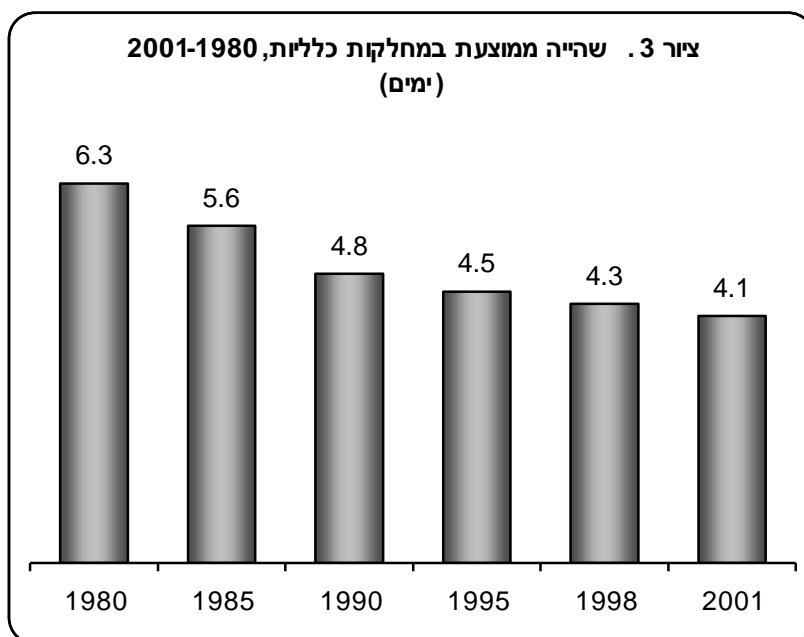
במחלקות הכלליות בבתי-החולים קיימת תנועה רבה יחסית של מאושפזים מתוך מגמה לקבל מספר גדול ככל האפשר של מופנים ולצמצם למינימום את השהייה הממוצעת. בשנת 2001 עמד אחוז המשתחררים מהמחלקות הכלליות על כ-95.2 אחוז מסך השחרורים מבתי-חולים בעוד שימי האשפוז במחלקות הכלליות באותה תקופה היוו רק כ-37.5 אחוז מסך כל ימי האשפוז בישראל.

משך השהייה הממוצע באשפוז בישראל בשנת 2001 היה 11 יום. השהייה הממוצעת שונה מאוד בהתאם לסוג המחלקה והיא צומצמה במידה ניכרת מאז 1995 במחלקות הכלליות ובמחלקות לבריאות הנפש, אך התארכה במחלקות למחלות ממושכות (במקביל לגידול במספר המיטות שם) ובמחלקות השיקום. השהייה הממושכת ביותר מאפיינת היום את תחום המחלות הממושכות (179 יום) לעומת המחלקות הכלליות, שם השהייה היא קצרה ביותר בממוצע (4.1 יום).

לוח 3. שהייה ממוצעת בבתי-חולים, לפי סוג מחלקות, 1995 ו-2001

	1995	2001
מחלקות כלליות	4.5	4.1
בריאות הנפש	202.8	107.3
מחלות ממושכות	160.0	179.2
שיקום	37.2	39.7

הצמצום בשהייה הממוצעת בבתי-החולים הינו תהליך שהחל כבר לפני כשני עשורים ומגמה זו עדיין נמשכת. ציור 3 מציג את מגמת הירידה שחלה בשהייה הממוצעת מאז 1980 במחלקות הכלליות בבתי-החולים, מ-6.3 ימים בממוצע בשנת 1980, ל-4.8 ימים בשנת 1990 ועד 4.1 ימים, כאמור, בשנת 2001.



את מגמת הירידה בשהייה הממוצעת במחלקות הכלליות ניתן לייחס למספר גורמים עיקריים, כגון שיעור תפוסת המיטות בבתי-החולים, שיטת התיגמול של בתי-החולים ופעילות בקרה מצד קופות-החולים. שיעור המיטות הכלליות לנפש ירד במשך השנים, הגיל הממוצע של האוכלוסייה עלה ובהתאם גדלו גם צורכי האשפוז. במחלקות רבות שיעור התפוסה הגיע ל-100 אחוז ואף יותר מכך, ועקב כך נאלצו בתי-החולים לצמצם, ככל האפשר, את משך השהייה הממוצע כדי לענות על צורכי האשפוז. כך, לדוגמא, שיעור התפוסה במחלקות הפנימיות בשנת 2001 הגיע ל-102.6 אחוז (שיעור דומה למצב ב-1995) ובמחלקות לידודות 109.2 אחוז (לעומת 98.5 אחוז ב-1995). גם במחלקות אחרות, כגון המחלקות לכירורגיית כלי דם, עובר שיעור התפוסה את ה-100 אחוז. מצד שני קטנה התפוסה במספר מחלקות אחרות: גריאטריה אקוטית (93.2 לעומת 103.7 אחוז, ב-2001 לעומת 1995, בהתאמה) אורטופדיה (87.7 לעומת 92.0 אחוז) ואורולוגיה (81.3 לעומת 85.5 אחוז). התפוסה הממוצעת במחלקות הכלליות, שהיתה בשנת 2001 91.7 אחוז, נמצאת

גם היא במגמת ירידה בהשוואה ל- 94.9 אחוז בשנת 1995 ו-94.0 אחוז בשנת 1999.

ירידה בשיעור תפוסת המיטות מתרחשת גם בתחום בריאות הנפש (85.5 אחוז ב-2001 לעומת 89.8 אחוז ב-1995), ובתחום המחלות הממושכות (92.4 לעומת 95.3 אחוז). לעומת זאת עלה שיעור התפוסה במיטות שיועדו לשיקום (מ-86.1 אחוז ב-1995 ל-96.9 אחוז ב-2001). יש המייחסים חלק ממגמת הירידה בשהייה הממוצעת לפעילות מוגברת של בקרה בה נוקטות קופות-החולים (במיוחד מאז 1995). בעניין זה יש להזכיר את ההשפעה שהיתה בעבר לשינוי שיטת התיגמול של בתי-החולים, מתשלום לפי ימי אשפוז לתשלום לפי קבוצות טיפול (DRG). שיטה זו אינה מביאה בחשבון את משך השהייה בפועל, אלא מתגמלת את בית-החולים במחיר קבוע בעבור הפרוצדורה הניתוחית (לדוגמא, מחיר עבור ניתוח מעקפים בלב). השיטה מעודדת את בית-החולים לשחרר את החולה מוקדם ככל שמצבו מאפשר זאת. יש לציין כי שיטה זו יושמה לגבי חלק מהניתוחים, אך לגבי חלק גדול מהאשפוזים נמשכת עדיין שיטת התשלום לפי ימי אשפוז.

מ-1997 הונהגה שיטת תיגמול, בה קיימת תקרה גלובלית, הנקבעת במסגרת חוק ההסדרים בכל שנה. התקרה נקבעת על פי נוסחה מסוימת והיא ייחודית לבית-החולים ולקופה הנעזרת בשירותיו. עד לתקרה שנקבעה, הקופה משלמת בשתי השיטות שתוארו לעיל. מעבר לכך, הקופה משלמת מחצית מעלות האשפוז של מבוטחיה. גם כאן קיים לכאורה תמריץ לבית-החולים להשקיע את המינימום הנדרש ולשחרר את החולה מוקדם, ככל האפשר, במיוחד מרגע שהגיע לתקרה שנקבעה. יש להדגיש כי קבוצת "המחלקות הכלליות" מגוונת בהרכבה לפי סוגי מחלקות, הנבדלות ביניהן הן בשהייה הממוצעת והן במגמות נוספות. כך, לדוגמא, על אף שהשהייה הממוצעת במחלקות גינקולוגיה וכירורגיה כללית נמוכה יחסית (2.2 ו-2.8 בהתאמה), הרי נמשכת בהן בשלוש השנים האחרונות מגמת צמצום (2.4 ו-3.1 בהתאמה בשנת 1998). גם במחלקות פנימיות ובאורטופדיה נמשכת מגמת הצמצום באורך השהייה (4.1 ו-5.3 בהתאמה ב-2001 לעומת 4.3 ו-6.0 ב-1998). לעומת זאת במחלקות לטיפול נמרץ כללי ולטיפול מיוחד ביילוד יש גידול ניכר במשך השהייה הממוצע (5.9 ו-13.1 בהתאמה ב-2001 לעומת 4.7 ו-12.1 ב-1998).

3. קופות-החולים

מגמות בהתפלגות המבוטחים בין קופות-החולים

במאי 1995, חודשים ספורים לאחר כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף, התפלגו המבוטחים באוכלוסייה כך ש-62.8 אחוז מהם השתייכו לקופת-חולים כללית, 19.2 אחוז השתייכו לקופת-חולים מכבי, 9.1 אחוזים היו בלאומית ו-8.9 אחוזים במאוחדת. במהלך השנים שחלפו מאז נגסו הקופות הקטנות בחלקה של קופת-חולים כללית, כך שבנובמבר 2001 הגיע שיעור המבוטחים בכללית לכדי 55.6 אחוז בלבד לעומת 23.5 אחוז במכבי, 10.9 אחוז במאוחדת ו-10 אחוזים בלאומית. שיעור העוברים בין הקופות בתקופה שבין אוקטובר 2000 לספטמבר 2001 היה כאחוז אחד מסך המבוטחים, בדומה למצב בשנה שקדמה לכך. שיעור הגידול נטו (עקב מעברים ולא עקב גידול טבעי או עלייה) היה שלילי בכללית (-0.5 אחוז), לעומת 0.6 אחוז בלאומית ובמכבי, ו-0.8 אחוז במאוחדת. זכות המעבר בין הקופות מנוצלת בעיקר על-ידי קבוצות הגיל הצעירות מ-45 שנה. בשנת 2001 נמשכה מגמה של הצטרפות גבוהה יחסית של עולים חדשים למכבי (33.3 אחוז מכלל העולים באותה שנה). גם למאוחדת הצטרפו העולים בשיעור הגבוה מחלקם באוכלוסייה (13.6 אחוז). לעומת זאת הצטרפותם של העולים לקופות כללית ו-לאומית (33.3 ו-9.1 אחוז בהתאמה) היה נמוך יחסית.

האוכלוסייה שונה בין קופות-החולים גם במאפיינים נוספים. אמנם כעשרה אחוזים מכלל האוכלוסייה המבוטחת, המשתכרים עד מחצית השכר הממוצע במשק, מתפלגים דומה בין הקופות. אבל ההתפלגות של מקבלי דמי אבטלה, למשל, שונה: כמחצית מתוך כ-100 אלף מקבלי דמי אבטלה ב-2001 השתייכו לקופת-החולים הכללית, כ-28 אחוז למכבי ועוד כ-11 אחוז בשתי הקופות, המאוחדת והלאומית. חלקם של מקבלי קצבת נכות כללית בקופת-חולים כללית גבוה במיוחד (כ-74 אחוז) בהשוואה לקופות הקטנות. עוד נמצא כי כ-61 אחוז מבעלי ההכנסה הנמוכה ב-2001 חברים בכללית, לעומת 16 אחוז במכבי, 11 אחוז במאוחדת ו-12 אחוז בלאומית². בולט במיוחד שיעור מקבלי הקצבאות ממשרד הדתות, המבוטחים בקופת-חולים מאוחדת – 29 אחוז מסך-כל מקבלי קיצבה זו.

² הזכאים להנחה באגרות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מקבלי קצבת: זקנה ושארים, נכות כללית, הבטחת הכנסה, מזונות, משרד הדתות וכן משפחות עם 4 ילדים ויותר שאינן מקבלות אחת מהקצבאות הנ"ל.

כן גבוה יחסית בקופה זו (מאוחדת) ובקופת-חולים לאומית אחוז המשפחות עם 4 ילדים או יותר³. גם בפיזור הגיאוגרפי קיימים הבדלים בין הקופות: שיעור המבוטחים בשלוש הערים הגדולות, החברים במכבי ובמאוחדת (26 וכ-17 אחוז בהתאמה) גדול משיעורם באוכלוסייה הכללית.

שויוניות ושביעות רצון משירותי קופות-החולים

שביעות רצונם של צרכנים משירותי הבריאות שהם מקבלים היא בין המודדים המובאים בחשבון בהערכת מערכת הבריאות. היא כוללת, בדרך-כלל, התייחסות לממדים שונים של השירות, זמינות, נגישות ורמת השירותים. בשנים האחרונות כולל סקר המרכז על השירותים החברתיים כמה היבטים של הערכת השיפור שחל בשירותי הבריאות, ובאופן ספציפי נבחנה גם שביעות הרצון של המשתתפים מהשירותים שהם מקבלים מקופת-החולים שלהם⁴.

באופן כללי תחום הבריאות הצטייר בסקרים קודמים כאחד מן התחומים משביעי הרצון, כאשר הרוב המכריע של הנשאלים סבר שרמת השירותים היא טובה ואף טובה מאד. עם זאת על פני כמה שנים נמצא, כי ישנה עלייה נמשכת בחלקם של הסוברים שרמת השירותים נתונה בירידה, מכחמישית מכלל המשתתפים ב-2000 לכדי רבע בסקר 2002. שכיחות המצביעים על כך שחלה הרעה עולה עם הגיל ויש בכך כדי להתריע על כך, שהמשתמשים "הכבדים" יותר בשירותי הבריאות מרוצים פחות מכלל הציבור. ייתכן שיש בכך כדי לסמן את כיוון התוצאות שהיו מתקבלות אילו הסקר היה מתחשב במצבם הבריאותי של הכלולים במדגם.

באופן ספציפי לגבי קופות-החולים, נמצא ששיעור גבוה מבין המשיבים העריכו את רמת השירותים שהם מקבלים מקופות-החולים שלהם כטובה (89 אחוז בסקר 2001). עם זאת גם כאן, בקרב החלק שלא היו מרוצים, נמצא ייצוג גבוה לבני +65, לפנסיונרים ולבעלי הכנסה נמוכה.

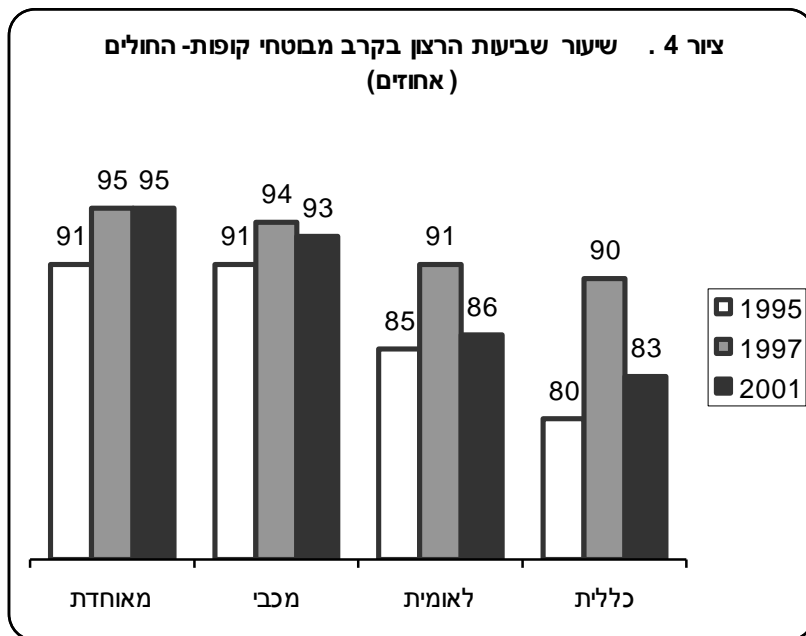
לגבי קופות-החולים השונות – שביעות הרצון של מבוטחיהם נבחנה בסדרת סקרים בשנים 1995, 1997 ו-1999⁵. בסקרים הללו, שבוצעו על-

³ שאינן מקבלות בו זמנית קצבת ילדים וגמלה נוספת.

⁴ ראה גם פרק נפרד בספר זה: סקר שירותי רווחה 2002.

⁵ גרוס וברמלי-גרינברג, 2001.

ידי מכון ברוקדייל, נמצא כי שביעות הרצון משירותי קופות-החולים נמצאת בעלייה מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מגמה זו היתה בולטת בשנים 1995-1997 (91 אחוז מרוצים או מרוצים מאוד ב-1997). ועל אף ירידה קלה, היא נשארה ברמתה הגבוהה גם ב-1999 (89 אחוז מרוצים או מרוצים מאוד). בשנה זו כ-26 אחוז מהנשאלים השיבו כי הבחינו בשיפור בשירותי הבריאות של הקופה שלהם בהשוואה לשנה שעברה. מגמת שיפור תוארה בכל הקשור לאיכות השירות, בו בזמן שחוסר שביעות רצון הובע בעיקר בהקשר של זמינות השירותים. ערבים וכן עולים חדשים הביעו שביעות רצון נמוכה יותר מהאחרים. וכן נמצא כי עדיין קיימים פערים בין חולים כרוניים ואוכלוסיות חלשות כלכלית לבין שאר האוכלוסייה.



שיעור שביעות הרצון משירותי הקופה בקרב מבוטחי קופות-החולים מכבי ומאוחדת נמצאו דומים למדי עם יתרון קל לקופת-חולים מאוחדת. בקופות אלה שיעור שביעות הרצון נע בין 91 ל-95 אחוז ממבוטחי הקופה, בעוד שבקופת-חולים כללית ולאומית השיעור נמוך יותר. בסקר האחרון שבוצע בסוף שנת 1999 נע שיעור שבעי הרצון משירותי קופת-החולים בין 83 (כללית) ל-95 (מאוחדת).⁶

ההוצאה על שירותי קופות-החולים

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עם הטלת האחריות על קופות-החולים לספק את סל שירותי הבריאות שנקבע בחוק, לא הועמדו לרשותן, לטענתן, תקציבים הולמים. קופות-החולים טענו כי עלות סל השירותים שנקבעה נמוכה מהעלות הריאלית, וכי נוסחת העידכון לפיה מתעדכנת ההקצאה עבורן איננה משקפת נכונה את ההתייקרויות בשוק הבריאות. קופות-החולים קיבלו תמיכה לטיעון זה בדו"ח ועדת החקירה הפרלמנטרית, שהוקמה בשנת 1999 (בראשות ח"כ דוד טל), לבדיקת יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. למעשה מאז נאבקו הקופות להרחבת מסגרת התקציב ולשינוי השיטה לפיה מתעדכן מידי שנה הסכום המיועד לחלוקה ביניהן. המדינה מצידה מציעה לקופות תוספת תמיכה ("רשת בטחון") מעבר להקצאה המחויבת על פי החוק אך מתנה זאת בצעדי התייעלות שונים מצד הקופות. כך לדוגמה הקציבה הממשלה בשנת 2000 תוספת תמיכה בסך 233 מיליון ש"ח, לעומת 410 מיליון ש"ח בשנת 1999.

במקביל לכך חלו שינויים בהשתתפות העצמית של המבוטחים. בשנת 1998 התקבל תיקון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר איפשר לקופות-החולים להציע תכנית לגביית תשלומים מחברים בשונה ממה שנקבע בחוק. ההצעות שהוגשו על-ידי הקופות אושרו כנדרש באוגוסט 1998 על-ידי שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת. מאותו מועד גובות הקופות אגרות בגין ביקור אצל רופא מקצועי, ובגין ביקור במכונים ובמרפאות חוץ של בתי-החולים. על מנת למזער את הפגיעה באוכלוסיות חלשות עקב תשלומים אלה, שהינם בעל אופי רגרסיבי, קבע החוק תקרות השתתפות באגרות ובתרופות לחולים כרוניים, וכן מנגנוני הגנה על אוכלוסיות חלשות. מאז החלת תכניות גבייה אלה, מהווה סעיף זה בחוק

⁶ גרוס וברמלי-גרינברג, 2001.

יעד לעדכונים חוזרים ונשנים תוך הרחבה מתמשכת של מעגל הנהנים מהפטורים וההנחות שנקבעו בחוק.

לצד ההתפתחויות הללו בתחום המימון שוקדות קופות-החולים על צמצום ההוצאות שלהן, צמצום הגירעון השוטף וייעול אופן הגשת השירותים הרפואיים לחברים. בשנת 2000 הגירעון השוטף של קופת-חולים כללית הסתכם ב-242 מיליון ש"ח (1.8 אחוז מסך ההוצאות), של מכבי ב-140 מיליון ש"ח (3.2 אחוז), לאומית 111 מיליון ש"ח (5.6 אחוזים), כולל הוצאות מימון בגין הלוואות ממשלה), ומאוחדת 21 מיליון ש"ח (1.1 אחוז). הגירעון הכולל של הקופות בשנת 2000 גדל בהשוואה ל-1999 מ-1.4 ל-2.4 אחוזים מסך ההוצאות ודומה כי ב-2001 מגמה זו נמשכת ואף מוחמרת. חישוב הגירעון לנפש (במונחי שנת 2000) מלמד כי קופת-חולים לאומית היתה במצב הגרוע ביותר- 184 ש"ח, אחריה מכבי – 105 ש"ח, כללית – 61 ש"ח ובמצב הטוב ביותר עמדה מאוחדת עם 34 ש"ח לנפש (הכוונה לחישוב מקובל לנפש מתוקננת, המאפשר השוואה המתחשבת בגיל, בעיקר).

בחינת סעיפי הוצאה העיקריים מראה כי בשנת 2000 היתה יציבות בהוצאה על אשפוז (כ-46 אחוז מההוצאה הכוללת) אך היתה עלייה בהוצאות לשכר ומשכורות (כ-26 אחוז), כנראה בעקבות ההסכם שנחתם עם הרופאים. גידול בהוצאה היה גם בתרופות ובציוד רפואי, המהווים יחד כ-18 אחוז מההוצאה, בשירותים קנויים (כ-5 אחוזים), ובהוצאות מנהל ומשק (כ-3.5 אחוזים מההוצאה).

ההוצאה לנפש מתוקננת בשנת 2000 דומה להוצאה ב-1999 – כ-3,260 ש"ח (באותם מונחי מחירים). ההבדלים בין קופות-החולים היו קטנים מאד. גם ההכנסה לנפש של הקופות היתה דומה למדי באותה שנה – 3,200 ש"ח בממוצע. ההכנסה מביאה בחשבון הכנסות במסגרת סל השירותים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי. היא כוללת את סכומי הגבייה של המוסד לביטוח לאומי, המחולקים בין הקופות על פי נוסחת קפיטציה המתחשבת בהרכב גיל המבוטחים בקופה. חלק מסכום הגבייה נועד לחלוקה בהתאם למספר החולים במחלות קשות (שנקבעו בחוק) בכל אחת מהקופות. כן נכללות הכנסות ממבוטחים בגין השתתפות עצמית בתרופות ובשירותים רפואיים וסכומים שהוקצו על-ידי הממשלה לקופות כ"רשת ביטחון". מובאות בחשבון גם הכנסות מחוץ לסל.

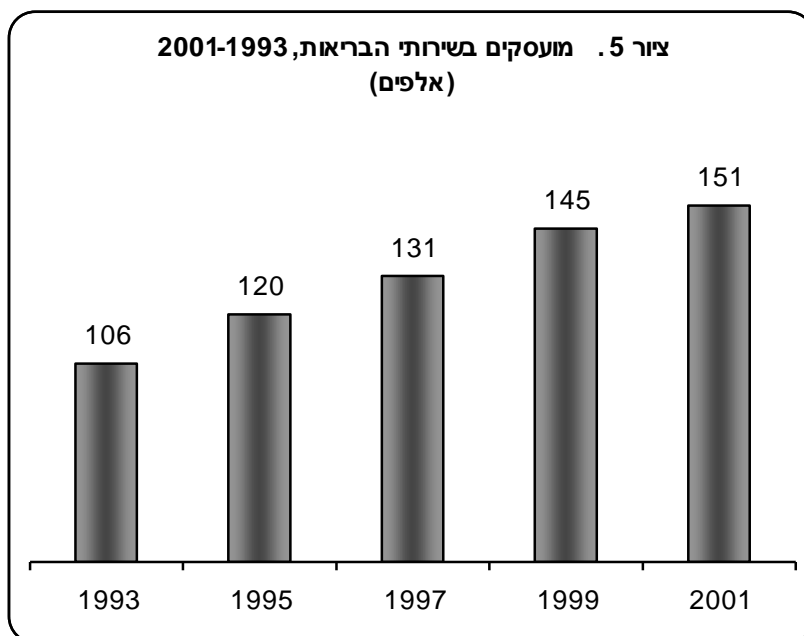
יתרון הגודל של ה"כללית" מקנה לה יתרון במספר תחומים. שיטת העסקת הרופאים שונה מהמקובל בקופות הקטנות (במיוחד מכבי

ומאוחדת), המתבססות על שיעור גבוה של רופאים עצמאיים. ההוצאה שלה לתרופות וההוצאה על שכר, כאחוז מההוצאה הכוללת של הקופה, נמצאו הנמוכים ביותר בין כל הקופות (16.5 ו-21.7 אחוז בהתאמה), לעומת למשל במכבי (22.4 ו-35.1 אחוז בהתאמה), הקופה היקרה ביותר. מצד שני ההוצאה על אשפוז היתה הגבוהה ביותר בקופת-חולים כללית (51.2 אחוז מההוצאה הכוללת של הקופה). יש לזכור כי ההתחשבות בין בתי-החולים, שהינם בבעלות קופת-חולים כללית, לבין הקופה כמבטח אינה זהה לצורת ההתחשבות של בתי-החולים של הכללית עם קופות-חולים אחרות.⁷

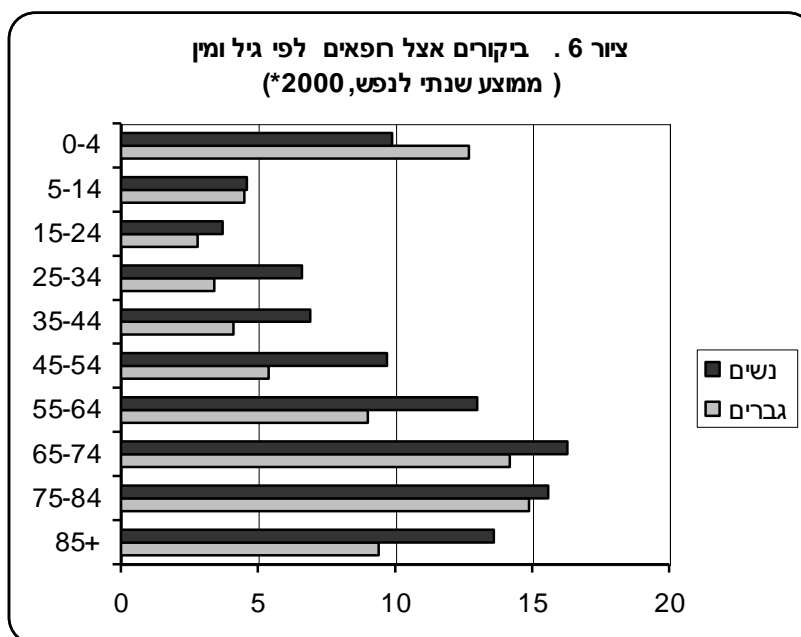
4. היקף המועסקים ושיעורי הביקור אצל רופאים

כ-151 אלף נפש הועסקו ב-2001 בשירותי הבריאות, כ-71 אחוז מתוכם נשים. מספר המועסקים בבתי-החולים עולה על המועסקים במרפאות ובמכוני רפואיים אחרים בקהילה, כאשר היחס הוא 1.94 מועסקים בבית-חולים לכל מועסק בקהילה (יחס זה עמד בשנת 1995 על 2.07:1). מגמת העלייה בשיעור הרופאים באוכלוסייה נמשכת: שיעור הרופאים (עד גיל 65) לאלף נפש עמד בשנת 1990 על 3.04, הוא גדל ל-3.63 ב-1993, 3.69 ב-1995 ו-3.75 ב-1998. שיעור רופאי השיניים באוכלוסייה, לעומת זאת, כמעט ולא גדל מאז תחילת שנות התשעים: ב-1991 היה שיעור רופאי השיניים עד גיל 65 1.09 והוא נשאר ברמה זו עד 1995. בשנה זו ירד השיעור ל-1.08 ועלה לאחר מכן ל-1.10 ול-1.13 בשנים 1997-1998. במהלך שנת 2000 (בין אוקטובר 1999 עד ספטמבר 2000) עמד מספר הביקורים אצל רופאים על 7.1 ביקורים בממוצע לנפש. מספר זה גבוה יחסית לשנים קודמות והוא יכול היה להיות אף גבוה יותר לולא שביתת הרופאים, שהתקיימה בין מרס ליולי בשנת 2000. עם סיום השביתה נחתם הסכם בין ההסתדרות הרפואית לבין המדינה, הסכם שהוחל על כל הרופאים השכירים במשק.

⁷ רואה חשבון ויטקובסקי אשר מונה על-ידי המדינה לבקר את קופות-החולים ממליץ זה מספר שנים לבצע בדיקה מקיפה של בתי-החולים של קופת-חולים כללית, לרבות שיטת תקצובם וכללי התחשבות בינם לבין מרכז קופת-חולים.



שיעור הביקורים אצל רופאים גבוה בממוצע אצל נשים לעומת גברים (8.0 לעומת 6.2). מספר הביקורים הממוצע אצל רופא ראשוני (רופא משפחה, רופא כללי, רופא ילדים ורופא פנימי) היה 5.7 בקרב נשים לעומת 4.8 בקרב גברים; אצל רופא מומחה (2.3 לעומת 1.4 בהתאמה), וגם אצל רופא שיניים (3.1 לעומת 2.1 בהתאמה). התפלגות הביקורים של נשים וגברים בקרב קבוצות הגיל השונות מוצגת בציור 6.



* הנתונים התייחסו לאוקטובר 1999 עד ספטמבר 2000.

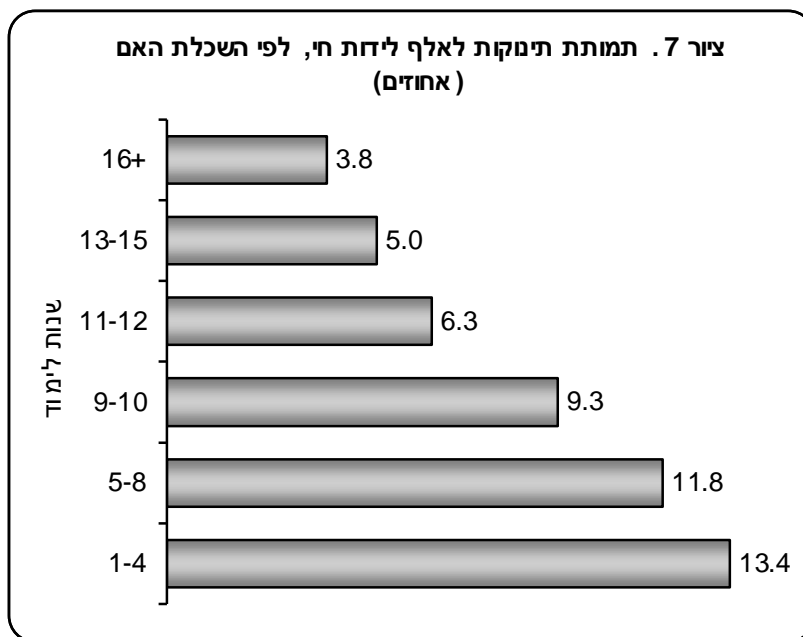
5. בריאות האוכלוסייה

רמת הבריאות של האוכלוסייה על רבדיה החברתיים השונים נמדדת בין היתר בעזרת נתונים על תמותת תינוקות, שיעורי תמותה כלליים ותוחלת חיים.

תמותת תינוקות

בעבר נמצא בישראל שיעור תמותת תינוקות גבוה יחסית למקובל במדינות מפותחות. רק בראשית שנות התשעים ירד שיעור תמותת התינוקות בישראל מתחת לרמה של 10 לכל אלף לידות, ומגמת ירידה זו נמשכת – בשנת 1998 עמד השיעור על 5.8 ובשנת 2000 הוא ירד ל-5.4 לכל אלף לידות. שיעור תמותת התינוקות בישראל הוא היום מתחת למוצע של הארצות החברות ב-OECD, ועובדה זו מעידה ללא ספק על הישג חשוב לשירותי הבריאות בישראל.

יחד עם זאת, על אף הירידה בשיעור תמותת תינוקות הכללי בישראל, השיעור בקרב האוכלוסייה הערבית עדיין גבוה יחסית, הן בהשוואה לממצאים של האוכלוסייה היהודית והן בהשוואה למדינות מפותחות אחרות. למרות זאת, ראוי לציין כי בתחילת שנות התשעים היתה ירידה תלולה בשיעור תמותת התינוקות במגזר הערבי והפער בין האוכלוסייה היהודית והערבית הולך ומצטמצם, אם כי בקצב איטי ביותר. בשנת 1990 היה השיעור באוכלוסייה הערבית גבוה ב-89 אחוז מהשיעור באוכלוסייה היהודית. הפער ירד לכדי 71 אחוז ב-1995. המשך השיפור בתמותת תינוקות לגבי שתי האוכלוסיות הביא להתייצבות של הפער של כ-80 אחוז ביניהן.



ניתן להצביע על מתאם בין רמת השכלה של האם, לבין שיעור תמותת התינוקות (ציר 7). שיעור תמותת תינוקות לכל אלף לידות חי בקרב האימהות הפחות משכילות גבוה ביותר – 13.4. נתון זה קטן ככל שעולה רמת ההשכלה של האם ומגיע לשיעור של 3.8 בקרב אימהות שהשכלתן עולה על 16 שנים. מתאם זה נמצא בקרב שתי קבוצות האוכלוסייה,

היהודית והערבית. היות שההשכלה, המהווה אינדיקטור בסיסי למצב החברתי-כלכלי קשורה לרמת ההכנסה, לא מפתיע שנמצא כי שיעור תמותת התינוקות גבוה יותר ביישובי פיתוח וביישובים ערביים, בהם רמת ההשכלה וההכנסה נמוכות יחסית.

סיבוכים בעת הלידה הם הגורם העיקרי לתמותת תינוקות. בעניין זה ההבדל בין האוכלוסייה היהודית והערבית אינו גבוה (3.3 ו-2.9 לאלף לידות חי, בהתאמה). כנראה שהדבר נובע מעלייה בשכיחות הפנייה לבית-חולים לצורך לידה בקרב האוכלוסייה הערבית. לעומת זאת, קיים הבדל ניכר בשיעור תמותת תינוקות עקב קיומם של מומים מולדים (3.6 בקרב האוכלוסייה הערבית לעומת 1.5 בקרב האוכלוסייה היהודית). תופעה זו ניתן לייחס למעקב הריון סדיר יותר בקרב האוכלוסייה היהודית, הכולל ביצוע בדיקות לשלילת מומים מולדים. יתכן שקיים גם קשר לשיעור קשרי הנישואים בתוך המשפחה. לגבי תמותה עקב מחלות זיהומיות ודלקת ריאות, שיעור תמותת תינוקות בקרב האוכלוסייה היהודית אפסי, מה שאין כן בקרב האוכלוסייה הערבית.

הממצאים הללו מדגישים את השפעתה של מערכת הבריאות על תמותת תינוקות ומעלים את הצורך בהקצאת משאבים לפיתוח השירותים ולשיפור הנגישות, וכן בהגברת המודעות לשימוש בשירותי בתי-החולים ובתחנות לבריאות המשפחה, בעיקר בקרב האוכלוסייה הערבית.

תוחלת חיים ושיעורי תמותה

בשנים האחרונות נמשכת העלייה בתוחלת החיים בישראל. תוחלת החיים בלידה לתינוקות שנולדו בישראל בשנת 2000 היא 80.9 שנים בקרב תינוקות בנות ו-76.7 שנים בקרב הבנים. בתחום זה קיימים פערים בין האוכלוסייה היהודית והערבית. כך לדוגמא, בקרב היהודים, תוחלת החיים בלידה לפי מין היילוד היא 81.2 שנים (בנות) ו-77.3 (בנים) לעומת 77.9 ו-74.6 בהתאמה בקרב הערבים.

בדו"ח של ארגון הבריאות העולמי – The World Health Report 2001 – חושבה תוחלת החיים על בסיס אומדנים של לוחות תמותה לכל מדינה לשנת 2000. בהשוואה למדינות שנכללו בדו"ח, נמצאים הגברים הישראלים במיקום גבוה יחסית (76.6 שנים), כשמעליהם יפן (77.5 שנים), שוודיה (77.3 שנים) ושוויץ (76.7 שנים). לגבי הנשים התמונה שונה – מקומן נמוך יחסית בדירוג עם תוחלת חיים של 80.6 שנים. יפן, צרפת

ושוויץ נמצאות בראש הרשימה, עם תוחלת חיים של 84.7, 83.1 ו-82.5 שנים, בהתאמה, וגרמניה, בלגיה, יוון, ופינלנד נמצאו קרובות לישראל בדירוג. הבדלים בתוחלת החיים בין אוכלוסיות שונות מבטאים את ההבדלים בשיעורי התמותה. בקרב נשים יהודיות שיעור התמותה עומד על 666 למאה אלף נפש ואילו בקרב נשים ערביות, השיעור המקביל הוא 802. ההפרש משמעותי יותר בקרב גברים, שם השיעור בקרב יהודים היינו 925 ואילו בקרב הערבים 1,082.

סיבת המוות העיקרית אצל גברים (יהודים וערבים כאחד) היא מחלות לב (256 ו-309 למאה אלף נפש, בהתאמה). לעומת זאת אצל נשים קיים הבדל בין סיבת המוות העיקרית אצל נשים יהודיות – שאתות (גידולים ממאירים), לעומת נשים ערביות, שאצלן הסיבה העיקרית היא מחלות לב.



פער ניכר קיים בשני המינים בין האוכלוסייה היהודית לערבית במספר תחומים: כך, לדוגמא, שיעור התמותה בקרב היהודים בשני המינים נמוך יותר בכל הקשור לתמותה ממחלות של כלי דם במוח, מחלות מערכת הנשימה, סוכרת, וכן מערכת העיכול וסיבוכי דלקת ריאות ושפעת. לעומת זאת, בכל הקשור לתמותה כתוצאה משאתות וממחלות זיהומיות גבוהים שיעורי התמותה בקרב היהודים (בשני המינים) לעומת הערבים. ממצאים אלה בולטים עוד יותר אם נביא בחשבון נגישות שונה לשירותי רפואה וסבירות גבוהה ששיעור האבחון המוקדם גבוה יותר בקרב היהודים.

בעשור אחרון חלו שינויים בסיבות המוות העיקריות. מתחילת שנות התשעים היתה ירידה בתמותה עקב מחלות לב, סיבות חיצוניות ומחלות כלי דם במוח. שיעורי התמותה ירדו בקרב שני המינים, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית. יחד עם זאת, שיעורי תמותה נמצאים במגמת עלייה במחלות כגון סוכרת, מחלות של מערכת הנשימה, מחלות של מערכת העיכול, דלקת ריאות ושפעת. מחלות אלו ממיתות יותר בקרב שני המינים וללא קשר לקבוצת אוכלוסייה. ישנה עלייה בסך-כל שיעורי תמותה עקב שאתות. קיימות מגמות הפוכות בין גברים לנשים כאשר בוחנים התפתחויות במחלות זיהומיות. בעשור האחרון חלה עלייה בשיעור הגברים אשר מתים ממחלות זיהומיות וירידה בשיעור זה בקרב נשים.

בישראל, כמו במדינות אחרות, קיים קשר אמיץ בין תחלואה ותמותה לבין המצב החברתי-כלכלי. כפי שצינו לגבי תמותת תינוקות, הקשר בין מצב החברתי-כלכלי ותמותה נכון לאוכלוסייה יהודית וערבית כאחד. ציור 8 מציג ממצאים מעניינים בתחום זה: ניתן לראות, כי בקבוצת בעלי השכלה יסודית בלבד (עד 8 שנות לימוד), שיעור התחלואה הוא הגבוה ביותר, והדבר נכון לגבי כל חמש המחלות העיקריות. מעניין כי שיעורי התחלואה בכל המחלות נמוכים ביותר בקרב אנשים אשר למדו בין 9-12 שנות לימוד. קיימת עלייה בשיעור הלוקים ביתר לחץ דם ובאוטם שריר הלב ככל שמספר שנות לימוד גדל (מעל 9 שנים). יצוין גם כי רמת התמותה גבוהה יותר בקרב השכבות החברתיות-כלכליות הנמוכות בקרב היהודים יותר מאשר בקרב הערבים. הבעיה חריפה יותר בקרב הערבים מכיוון ששכבת העוני רחבה יותר בקרב אוכלוסייה זו. יתרה מכך, היא מרוכזת ברובה ביישובים קטנים (למטה מ-5000 נפש), כלומר ש-70 אחוז מבין הערבים בישראל אינם מיוצגים בנתונים אלה.

מקורות

- בנדלק, ז'., (2002), חברות בקופות-חולים 2000 ו-2001: סקרים תקופתיים, מס' 182, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, יוני.
- גרוס, ר., וברמלי-גרינברג, ש., (2001), **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999**, ירושלים, מכון ברוקדייל.
- (2002), **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2001, סיכום ממצאים עיקריים, והשוואה לסקר 1999**, ירושלים, מכון ברוקדייל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי לישראל**, שנים שונות.
- (2001), **ההוצאה הלאומית לבריאות בשנים 1962-2000**, ירושלים.
- (2001), **סקר הוצאות משקי הבית 2000**, פרסום מיוחד 1174.
- (1998), **סקר הוצאות משקי הבית 1997**, סדרת פרסומים מיוחדים.
- ויטקובסקי, י., (2001), דו"ח על פעילות קופות-החולים לשנת 2000, ויטקובסקי אברמזון כנעני ושות' רואי חשבון.
- מדינת ישראל, משרד הבריאות (2001), **בריאות בישראל**, נתונים נבחרים.
- World Health Organization, (2001), **World Health Report 2001: New Understanding**, Geneva, Switzerland.
- (2000), **World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance**, Geneva, Switzerland.
- Shmueli, A., (2002), **Satisfaction with Health Services and Managed Care Modalities in Israel: Differences across Sick Funds in 1993 and 2000**, Hebrew University-Hadassah School of Public Health and the Gertner Institute.
- Chernichovsky, D., Maskowitz, S., (2000), **Aging and Aggregate Costs of Medical Care: Conceptual and Policy Issues**, National Bureau of Economic Research and Ben-Gurion University of the Negev, Israel.