

---

## שירותי הבריאות

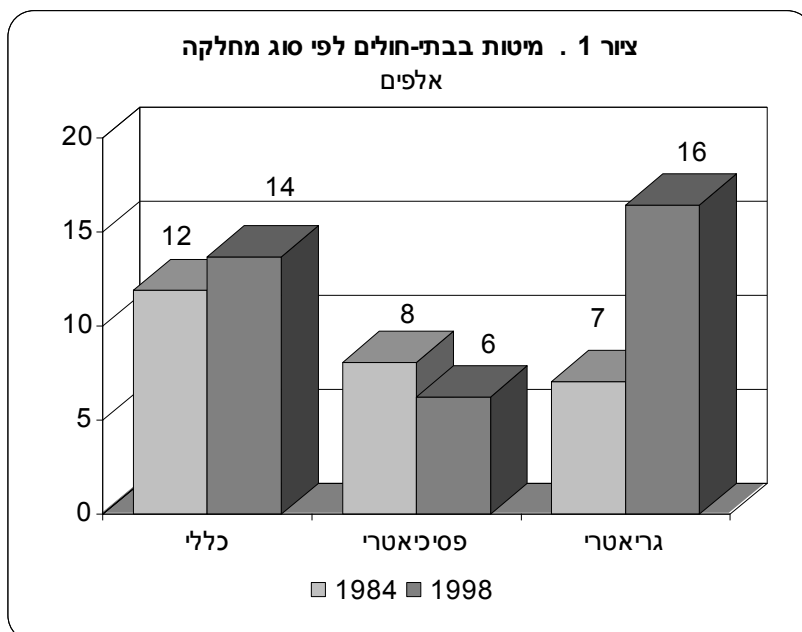
שירותי הבריאות בישראל פועלים מאז 1995 במסגרת של חוק לביטוח בריאות ממלכתי, אולם השירותים עצמם מופעלים ברובם על-ידי גופים שאינם ממלכתיים. במובן זה, השירותים הם בגדר סוכנויות של הממשלה למימוש החוק. השירותים מסופקים לאזרחים על-ידי ארבע קופות-החולים הפועלות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. קופות-החולים מפעילות רשת של מרפאות, כולל מרפאות של רופאים עצמאיים הקשורים עמן ומרפאות מומחים בקהילה, בנוסף למרפאות החוץ של בתי-החולים שאף הן מספקות שירותי רפואת מומחים.

בתי-החולים משלימים את רשת המרפאות הענפה, והם מעניקים טיפולים אינטנסיביים יותר מאלו שניתן לספק במרפאות. הגדרה זו היא מספיק כללית כדי לאפיין את ההתמחות הנבדלת, להלכה, של כל אחת משתי המערכות העיקריות – האמבולטורית והאשפוזית. בפועל אין ההבדלה מתקיימת באופן מלא, ובמיוחד ניתן לראות את השינויים המתרחשים על פני זמן. השינויים אינם חד-כיווניים: בעבר, הכיוון היה בדרך כלל של העברת טיפולים מבתי-החולים אל המרפאות הקהילתיות. בחלוף הזמן, ועקב תמריצים שונים, התפתחו מעברים גם בכיוון הנגדי, היינו – הרחבת השירותים המרפאתיים המוגשים על-ידי בתי-החולים.

### 1. מערכת האשפוז

אפשר לחלק את מערכת האשפוז לפי שתי אופנויות – האחת לפי הבעלות על בתי-החולים, והשנייה על פי התמחותם. מבחינת הבעלות ניתן להגדיר ארבע קבוצות: בתי-חולים ממשלתיים, בתי-חולים של קופת-חולים, בתי-חולים ציבוריים (כגון "הדסה"), ובתי-חולים פרטיים. במישור ההתמחות, החלוקה הרגילה היא לשלוש קבוצות: בתי-חולים כלליים, בתי-חולים פסיכיאטריים, ומוסדות גריאטריים (ליתר דיוק – מוסדות לחולים כרוניים). ב-1998 פעלו בישראל 318 מוסדות אשפוז, שבתוכם 48 מוסדות לאשפוז כללי, 27 מוסדות לבריאות הנפש, 241 מוסדות למחלות ממושכות ו-2 מוסדות שיקום. בתי-חולים כלליים רבים כוללים גם

מחלקות פסיכיאטריות ומחלקות גריאטריות, המיועדות בעיקר לאשפוזים אקוטיים. ולכן, בתיאור התפתחותה של מערכת האשפוז יש מקום לדבר ברמה של מחלקות ומיטות ולא רק של מוסדות. בישראל קיימות היום 36 אלף מיטות אשפוז, מהן כ-14 אלף מיטות כלליות, ומעל ל-16 אלף מיטות לחולים כרוניים. הקבוצה השלישית מונה כשש אלפים מיטות לחולים פסיכיאטריים, ועוד כשש מאות מיטות שיקומיות.



החלוקות לפי בעלות והתמחות מסתירות קשר עובדתי מסוים הקיים בין שני הצירים הללו. ראשית, חלק גדול מהמוסדות הפרטיים מיועד לחולים גריאטריים ופסיכיאטריים. שנית, מוסדות קופת-חולים הם לרוב בתי-חולים כלליים. שלישית, חלק גדול מבתי-החולים הפסיכיאטריים הם בבעלות ממשלתית. עובדות אלו הן תולדה של התפתחות היסטורית. בתי-החולים הציבוריים הם למעשה התשתית הראשונית של מערכת האשפוז בארץ, והם הוקמו על-ידי ולמען היישוב היהודי. בתי-החולים הממשלתיים הם ממשיכיהם של המוסדות המנדטוריים, שבאו להשלים

עבור האוכלוסייה כולה את החסר בתחום זה. כיום אי אפשר למצוא הצדקה עניינית מדוע בתי-חולים מסוימים הם ממשלתיים, אחרים הם עירוניים, ואחרים הם של קופת-חולים הכללית. התייחסות זו אינה לצד הפורמלי גרידא; לשם דוגמא, אחת הבעיות הנובעות מכך היא הקושי של משרד הבריאות להשתחרר מעול ניהולם של בתי-החולים, כפי שמומלץ ומקובל על הכל מזה שנים.

#### לוח 1. התפלגות מיטות בבתי-חולים לפי סוג ובעלות (אחוזים)

	גריאטרי		פסיכיאטרי		אשפוז כללי		
	1998	1984	1998	1984	1998	1984	
	100	100	100	100	100	100	<b>סך-הכל</b>
ממשלתי	12	21	60	49	46	48	
קופות-חולים	9	12	6	7	30	31	
ציבוריים אחרים	37	28	2	3	20	19	
פרטי	42	39	32	41	4	3	

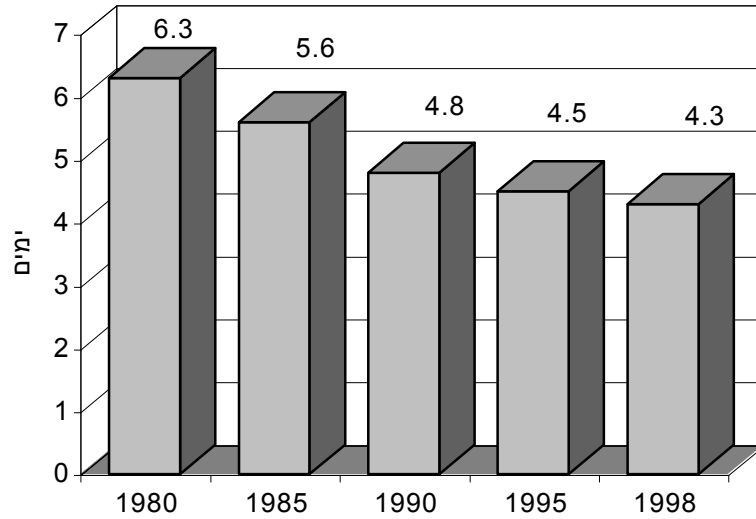
תמונה מלאה של התחלקות המיטות לפי בעלות מצריכה התייחסות נפרדת גם לממד ההתמחות: בתוך בתי-החולים הכלליים, כמעט מחצית (46 אחוז) המיטות הן במוסדות ממשלתיים, פחות משליש בקופת-חולים (30 אחוז), חמישית בבתי-חולים ציבוריים, 41- אחוזים בלבד במגזר הפרטי. הרכב זה השתנה אך מעט על פני זמן: מאז 1984 פחת במקצת חלקם של המוסדות הממשלתיים (מ-48 ל-46 אחוז), ושיעורם של המוסדות הפרטיים עלה מ-3 ל-4 אחוזים, אם כי גודלם המוחלט הוא עדיין זעום – 595 מיטות היום לעומת 301 באמצע שנות השמונים. חשוב גם לציין, שבתי-החולים הכלליים מהווים אמנם רק 40 אחוז מכלל המיטות, אבל הם מטפלים ברובם המכריע של המאושפזים על פני השנה: בסך-הכל אושפזו בבתי-חולים אלה כמעט מיליון נפש, לעומת 20 עד 30 אלף בשתי ההתמחויות האחרות (פסיכיאטריה וגריאטריה). זאת משום שהאשפוז בשתי ההתמחויות האחרות הוא ממושך מאד, ומספר קטן יחסית של מטופלים מאכלסים את המוסדות הללו. מכאן, שלגבי מרבית המאושפזים, החלוקה הסקטורלית הרלבנטית היא זו שהוצגה לגבי בתי-חולים כלליים; קרוב למחצית מכלל המאושפזים במדינה נמצאים במוסדות ממשלתיים, קצת פחות משליש במוסדות של קופת-חולים וכרבע במוסדות אחרים.

להרכב הבעלות של המוסדות יש משמעות בתחומים שונים. אפשר להצביע, למשל, על כך, שסוגיית ניהולם של בתי-החולים הממשלתיים מתייחסת כמעט למחצית המאושפזים במדינה או, אם לקשר אירוע ספציפי לעניין זה – מחצית מכלל המאושפזים במדינה חווים על בשרם אירועים כמו שביתות באשפוז הממשלתי.

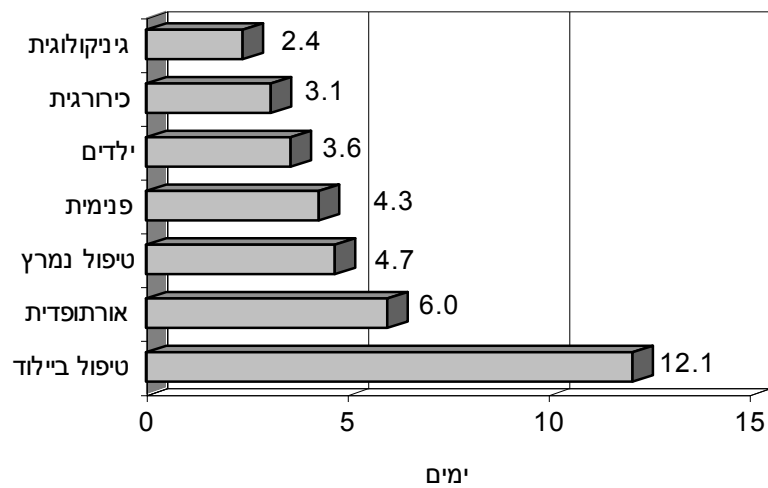
## 2. משך האשפוז

אורך האשפוז של החולים הוא אינדיקטור בעל חשיבות רבה להתפתחותה של מערכת הבריאות. נתוני האשפוז כוללים בדרך כלל שני ערכים: מספר המאושפזים, ומספר הימים בו שהו כלל המאושפזים על פני השנה. חילוק שני המספרים הללו נותן את המודד של שהייה בממוצע למאושפז. במוסדות הפסיכיאטריים והגריריאטריים, מספר האשפוזים הוא מועט, יחסית, אך כל מאושפז שוהה שם בדרך-כלל תקופה ממושכת. כפי שניתן ללמוד מהסעיף הקודם, אף ש-60 אחוז מכלל המיטות במדינה הם במוסדות (או מחלקות) גריאטריים ופסיכיאטריים, הרי רק אחוז זעום מכלל המאושפזים נמצא במוסדות אלו. ואולם השהייה הממוצעת שם היא בסביבות חצי שנה. לעומת זאת, בבתי-החולים הכלליים מאושפזים על פני השנה כמיליון נפש, והם נמצאים שם בממוצע כארבעה ימים עד שחרורם מהאשפוז. הנתון האחרון איננו קבוע על פני זמן. בתקופה הארוכה הנסקרת בדו"ח זה ירדה השהייה הממוצעת מ-6.3 ב-1980 ל-4.3 ב-1998 – ירידה של יותר מ-30 אחוז. עיקר הירידה התרחש בשנות השמונים, שבסופן היתה השהייה הממוצעת 4.8 ימים למאושפז. במהלך שנות התשעים הואטה מאד הירידה בשהייה הממוצעת. השינויים בשהייה הממוצעת אינם מובנים מאליהם. לכאורה, ייתכן שהטיפולים נעשו אינטנסיביים ויעילים יותר, מה שאיפשר לקצר את משך השהות בבית-החולים. גם התהליכים השונים הולכים ומשתנים על פני זמן, והנטייה לשחרור מוקדם רווחת מאד. גורם נוסף העשוי להסביר את התקצרות האשפוז הוא שינוי בהרכב של המאושפזים מבחינת גורם התחלואה, שהרי אורך האשפוז תלוי גם בסוג האשפוז, או בגורם לאשפוז.

צור 2 . שהייה ממוצעת במחלקות כלליות



צור 3 . שהייה ממוצעת במחלקות נבחרות, 8991



השהייה הממוצעת הארוכה ביותר היא במחלקות לטיפול נמרץ ביילודים, שבהן השהייה הממוצעת היא 13 יום (לעומת 4.3, כאמור, בממוצע הכללי). להוציא תחום חריג זה, אפשר לומר, שאורך האשפוז הממוצע נע בין 2.3 ל-5.5 ימים, כאשר בקצה הנמוך נכללות המחלקות גניקולוגיה ועיניים ובקצה הגבוה – אורתופדיה. אם בוחנים את השינויים על פני זמן, תוך התייחסות נבדלת לסוג הטיפול, אנו מוצאים כי הירידה הדרמטית ביותר בשהייה הממוצעת בין ארבעת התחומים הגדולים התרחשה בכירורגיה כללית, בה ירד אורך האשפוז בכ-60 אחוז, מ-7.3 ימים ב-1980 ל-3.0 ימים ב-1998.

דיונונו עד כה נסוב סביב הסברים אפשריים לקיצור האשפוז במישור הרפואי בלבד – שינוי בשיטות הטיפול, בגישה הרפואית ובהרכב התחלואה. ואולם, לא ניתן להתעלם מגורם נוסף אשר נוטל לפחות חלק בעניין, והוא – האילוצים הכלכליים. קשה בעניין זה לקבוע סיבה ומסובב, אבל עובדה היא שהגידול במספר המיטות במוסדות האשפוז למיניהם לא הותאם לגידול האוכלוסייה. במהלך שני עשורים גדלה האוכלוסייה בישראל ב-54 אחוז, ובאותו זמן גדל מספר המיטות ב-38 אחוז. התוצאה היא, שמספר המיטות בממוצע לנפש פחת בעשירית, מ-6.7 ל-6.0 לאלף נפש.

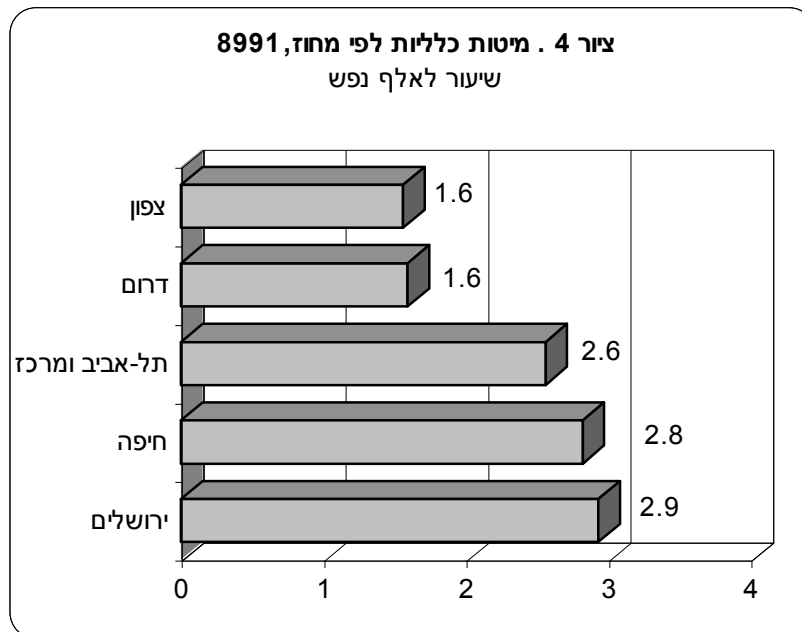
**לוח 2. שיעור מיטות לפי התמחות (שיעור לאלף נפש)**

1998	1995	1990	1985	1980	
6.0	5.9	6.0	6.5	6.7	<b>סך-הכל</b>
2.3	2.4	2.6	2.8	3.0	כללי
1.0	1.2	1.5	1.8	2.2	פסיכיאטרי
2.6	2.3	1.9	1.7	1.2	גריאטרי
					גריאטרי לכל
27.7	23.8	20.9	19.0	13.5	אלף גילאי +65

ירידה רבה מאד נרשמה במיטות פסיכיאטריות, הפחתה של כמעט מחצית, ובמיטות כלליות – הפחתה של כמעט רבע. לעומת זאת חל גידול רב במיטות גריאטריות: במונחים מוחלטים גדל מספר המיטות מכ-6,000 בתחילת שנות השמונים לכ-16,000 בסוף שנות התשעים, ובמונחים יחסיים, בהתחשב בגידול האוכלוסייה, היתה הכפלה בין 1980 ל-1998.

גם כאשר בוחנים את המספרים האחרונים תוך התחשבות בשינוי הדמוגרפי, היינו הזדקנות האוכלוסייה, הגידול הוא בממדים של הכפלה, 27.7 מיטות לאלף קשישים לעומת 13.5 בראשית התקופה.

כאמור, הגידול הרב בתחום הגריאטרי הוא חריג, בעוד שבתחום המרכזי - אשפוז כללי - היה פיגור בהתאמה בין מספר המיטות ובין גודל האוכלוסייה. נראה, כי במידה חלקית לפחות, הלחץ הדמוגרפי, שלא נענה בהתאמה אוטומטית של מספר המיטות, הביא להתייעלות בניצול מתקני האשפוז. אבל בה בעת, סביר שמיעוט המשאבים הכתיב את הפיגור בהתאמה, וכך נוצר מצב, שכיום מורגש מחסור ממשי במיטות במחלקות מסוימות. מצד שני, יש לזכור, שחלק מהעומס במחלקות מסוימות נובע למעשה מחסר בתחום האשפוז הגריאטרי, הגורם לכך שבמקרים רבים נשארים המאושפזים בבת-החולים הכללי, בו בזמן שמקומם הראוי והטיפול הראוי הם בבית-חולים גריאטרי.



עד גבול מסוים פועל השיקול הכלכלי (או האילוץ התקציבי) בד בבד עם השיקול הרפואי ועם התפתחות הטכנולוגיה. מעבר לגבול הזה – אשר מתרחש בפועל לפחות בחלק מבת-החולים – המחסור במיטות תורם להתפתחות שנמצאה לעיל, דהיינו קיצור האשפוז של חולים שונים על מנת לפנות את מיטתם לחולים חדשים, ולא משום שמשך האשפוז היה מספיק.

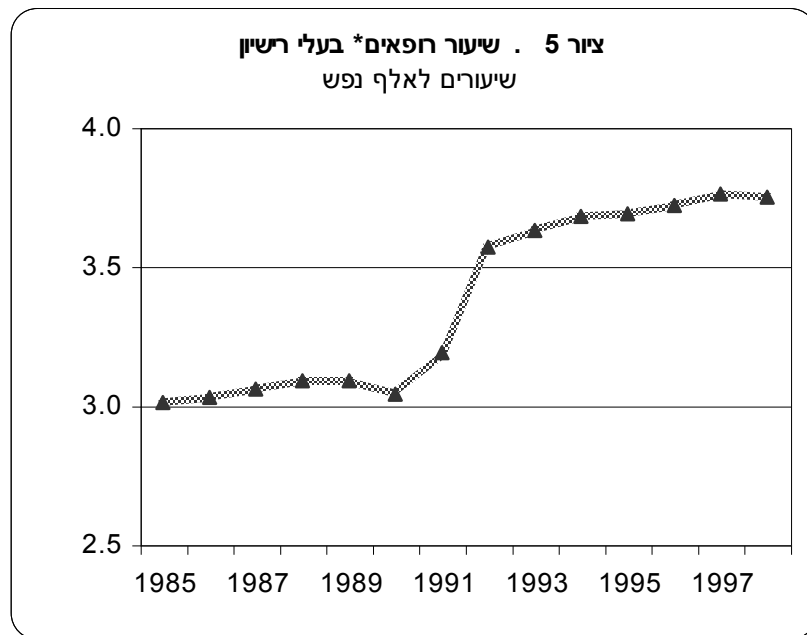
היבט נוסף לסוגיה זו הוא ההבדל הבין-אזורי בעניין זמינות האשפוז. קשה לקבוע באופן חד את השייך בין אוכלוסייה באזור מסוים לבין הסדרי האשפוז העומדים לרשותה. לעתים קרובות, תושבי מחוז אחד מקבלים טיפול רפואי, ובמיוחד בתחום האשפוז, במחוז אחר. אבל בקווים כלליים אפשר לומר, שמתקני האשפוז של מחוז נתון משרתים בעיקר את תושביו. על רקע זה, הנתונים מלמדים כי תושבי מחוזות הצפון והדרום נמצאים בנחיתות ממשית לעומת תושבי מרכז הארץ. באשפוז כללי, מספר המיטות לאלף נפש במחוזות הצפון והדרום הוא 1.6, לעומת 2.9 במחוז ירושלים, 2.8 במחוז חיפה 2.61- במחוזות תל-אביב והמרכז. גם אם נביא בחשבון הבדלים דמוגרפיים (כגון הרכב הגיל, מצב משפחתי ועוד) והאפשרות שנזכרה לעיל של בתי-חולים באזור אחד המשרתים את תושביו של אזור אחר (חלק מן הנחיתות של מחוז הצפון מפוצה על-ידי השיעור הגבוה במחוז חיפה הסמוך, מה שאין כן במחוז הדרום, הנמצא בריחוק גיאוגרפי גדול יותר מן המחוזות האחרים) – ההבדלים הגדולים בזמינות האשפוז אומרים דרשני. אם נוסיף לכך את העובדה, שהרכב האוכלוסייה מבחינות רבות - לאום, עדה, מצב סוציו-כלכלי - מתואם באופן מובהק עם אזור מגורים, נמצא כאן חומר למחשבה בדבר שוויון הזדמנויות ונגישות לשירותי בריאות לשכבות שונות באוכלוסייה.

### 3. שיעור רופאים וביקורים אצל רופא

קיימת בעייתיות מסוימת בהצגת נתונים על מספר הרופאים בישראל. הנתונים המתפרסמים על-ידי משרד הבריאות מתייחסים לבעלי רישיון לעסוק במקצועות רפואיים ולא לרופאים העוסקים בפרקטיקה רפואית בפועל. תמונה מדויקת יותר על מספר הרופאים, מספק משרד הבריאות, המפרסם נתונים על בעלי רישיון רפואי עד גיל 65, המעודכנים מול מרשם אוכלוסין במשרד הפנים. נתונים אלה דומים במידה רבה לנתונים על



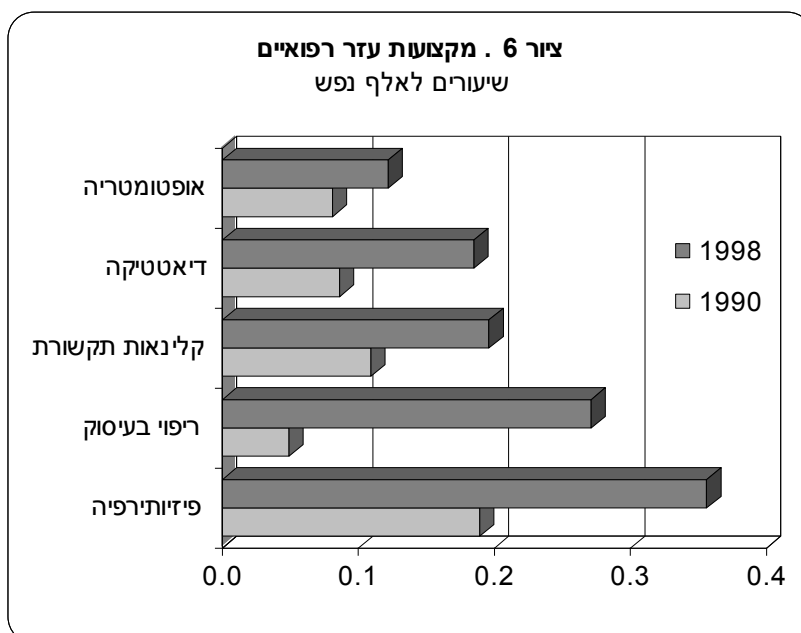
מספר העוסקים במקצוע, אותם מפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בסקרי כוח אדם שנתיים, אם כי נתונים אלה נוטים כלפי מטה בהשוואה לנתוני משרד הבריאות. בכל החישובים המובאים להלן אנו מתייחסים לנתונים על רופאים עד גיל 65. בהשוואה לרוב מדינות OECD, ישראל מובילה בשיעור הרופאים במוצע לאלף נפש. שיעור הרופאים בישראל גבוה לעומת מדינות OECD, להוציא את איטליה, יוון וספרד. שיעור הרופאים בישראל עמד ב-1997 על 3.8 רופאים לאלף נפש, בעוד שבמדינות כגון צרפת, גרמניה, בלגיה שיעור זה נע בין 3.0 ל-3.4 לאלף נפש. החציון של שיעור הרופאים לאלף נפש במדינות OECD עמד ב-1997 על 2.9, בעוד שבישראל שיעור זה היה 3.1 כבר ב-1980. במשך שנות השמונים גדל שיעור הרופאים ב-14 אחוז, ובשנות התשעים בעוד 23 אחוז. גידול מרשים במיוחד התרחש בתחילת שנות התשעים כתוצאה מגל העלייה ממדינות חבר העמים לשעבר. הרופאים שעלו החל משנת 1989 וקיבלו רישיון לעסוק ברפואה בישראל מהווים היום 34 אחוז מכלל הרופאים בישראל.



\* רופאים עד גיל 65.

שיעור רופאי שיניים בישראל הוכפל במשך שני העשורים והוא עומד כעת על 1.13 רופאים לאלף נפש. הגידול המרשים ביותר התרחש בתחום של מקצועות עזר רפואיים. במשך העשור האחרון לבדו גדל שיעור עובדי הפיזיותרפיה ב-88 אחוז, עובדי קלינאות תקשורת ב-79 אחוז, עובדי דיאטטיקה יותר מכפליים, ועובדי ריפוי בעיסוק פי 5.5. נתונים דמוגרפיים מראים כי מרבית העוסקים במקצועות העזר הרפואיים הם צעירים עד גיל 45. גם בתחום זה ניכרת השפעה של גל העלייה של שנות התשעים – עולים שעלו משנת 1989 ואילך מהווים יותר משליש בקרב עובדי מעבדות רפואיות ובקרב טכנאי שיניים. ייצוגם גבוה גם בקרב העוסקים בקלינאות תקשורת ובטכנאות רנטגן.

על אף העלייה המרשימה בשיעור הרופאים בישראל הסתמנה בשנים האחרונות ירידה משמעותית בממוצע הביקורים אצל רופא. כפי שעולה מסקר הבריאות האחרון, שנערך על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ישראלים מבקרים אצל רופא 6.8 פעמים בשנה בממוצע, מתוכם 1.6



ביקורים בממוצע אצל רופא מומחה. בנוסף לכך, הם מבקרים בממוצע 2.7 פעמים בשנה אצל רופא שיניים. זוהי ירידה של 25 אחוז בהשוואה לשנת 1993 במספר הכולל של הביקורים אצל רופאים. בהשוואה לתקופה הקודמת, אנשים מבקרים פחות הן אצל רופאי משפחה והן אצל רופאים מומחים, אך הירידה בשיעור הביקורים אצל רופאים מומחים תלולה יותר - 35 אחוז בקירוב. אוכלוסיות אשר צמצמו באופן משמעותי את מספר ביקוריהם אצל רופאי משפחה הן האוכלוסיות ששיעור הביקור הממוצע שלהם אצל רופאי משפחה הוא גבוה - ילדים עד גיל 4 ומבוגרים מעל גיל 45. ירידה בשכיחות הביקורים אצל רופאים מומחים מאפיינת את כל קבוצות הגיל, אך לגבי ילדים עד גיל 4 וקשישים מעל גיל 75 ירידה זו משמעותית ביותר ומגיעה כמעט ל-60 אחוז.

תדירות הביקורים אצל רופא מושפעת במידה רבה מתכונות דמוגרפיות של האוכלוסייה. גיל הוא אחד מגורמי ההשפעה העיקריים. באופן כללי, ממוצע הביקורים אצל רופא גבוה יותר בקרב ילדים וקשישים ונמוך יותר בקרב אוכלוסיית הבוגרים. בני 75 ומעלה, לדוגמא, מבקרים אצל רופא פי שלושה יותר בממוצע לעומת בני 25-44, וילדים בגילים 0-4 - פי שניים יותר. מעניין לציין, כי התפלגות הביקורים לפי גיל ולפי מקצועות רפואיים מראה, כי בהתמחות מקצועית אחת יש היפוך של המגמה לפי גיל שתוארה לעיל: בתחום רפואת השיניים.

שכיחות הביקורים אצל רופאי שיניים גבוהה ביותר בגילי הביניים, תוך צמצום חלקם של בני הגיל הצעיר והקשיש בשירות זה. יש לציין, כי רפואת השיניים אינה מכוסה בביטוח הבריאות הממלכתי בישראל. יש לכך שני צדדים: מצד אחד, התפלגות השימוש לפי גיל מלמדת, כי הניזוקים מאי-הכיסוי של ריפוי השיניים בקופות-החולים הם בעיקר בגיל הביניים, ופחות מכך בגיל הילדות והזיקנה - שתי הקבוצות הנוטות להיות בעלות הכנסה נמוכה יותר (אם מדובר במשפחות מרובות ילדים ובמשפחות זקנים המרוכזים במידה רבה בעשירוני ההכנסה הנמוכה באוכלוסייה). מצד שני אפשר לראות זאת, אולי, כתופעה המייצגת "מחסום כלכלי": העובדה שרפואת השיניים יקרה ואינה מכוסה בביטוח הבריאות גורמת אולי למיעוט משתמשים מקרב קבוצות בעלות הכנסה נמוכה, ומכאן ההטיה בהתפלגות הגיל "לטובת" גיל הביניים. אין ספק שיש למצוא את ההסבר גם בגורמים הבסיסיים של שכיחות מחלות שן בגילים השונים.

גורם אחר המשפיע על שכיחות הביקורים אצל רופאים הוא המגדר. נשים מבקרות אצל רופאים ב-30 אחוז יותר מאשר גברים. דבר זה נכון לגבי כל קבוצות הגיל, להוציא תינוקות ופעוטות עד גיל 4, ולגבי התמחויות רפואיות שונות – רופאי משפחה, רופאים מומחים ורופאי שיניים. הפער בין שני המינים בגילים 4-15 מהווה 5 אחוזים "לטובת" ילדות, והוא מגיע לשיאו (87 אחוז), אצל נשים בגיל הפריון. הפער הולך ומצטמצם ככל שהגיל עולה, ושוב מגיע ל-5 אחוזים "לטובת" נשים בקרב האנשים שעברו את גיל 75.

הבדלים נמצאים גם בין יהודים וערבים. באופן כללי, הרמה המוחלטת אצל יהודים גבוהה יותר – שיעור ביקורים אצל רופאים גבוה ב-17 אחוז בהשוואה לערבים. אולם, אם נבחן שיעורים אלה לפי גיל, נגלה כי שכיחות הביקורים אצל רופאים בקרב האוכלוסייה הערבית נמוכה יותר אצל אנשים צעירים עד גיל 24, ואילו בקבוצות גיל אחרות שיעורי הביקור דומים בקרב שתי האוכלוסיות ואך גבוהים יותר אצל הערבים. תופעה זו בולטת במיוחד בקרב נשים ערביות בגילים 45-64, אשר מבקרות אצל רופא פי 1.6 יותר מאשר נשים יהודיות. אצל נשים בגיל הפריון (בקבוצת גיל 25-44) אין הבדל משמעותי בשכיחות הביקורים אצל רופאים בין שתי קבוצות האוכלוסייה.

קיימים הבדלים בשכיחות הביקורים אצל רופא לפי תכונות כוח העבודה. הבלתי מועסקים מרבים ללכת לרופא יותר מאשר מועסקים (כמעט ב-20 אחוז). ייתכן אמנם, שאנשים, שבריאותם מחייבת אותם לבקר אצל רופאים לעתים תכופות, מתקשים למצוא תעסוקה בשוק העבודה. אך ייתכן גם, שאנשים עובדים מבקרים אצל רופאים פחות, היות שיש להם נטייה לדחות את הביקור מחוסר פנאי.

#### **4. בריאות האוכלוסייה**

מקובל לחשוב שמצב הבריאות של האוכלוסייה הולך ומשתפר, כפי שניתן ללמוד מהתארכות תוחלת החיים. קשה לקבוע, באיזו מידה שינויים בשירותי הבריאות תורמים לשיפור זה במצב הבריאות של האוכלוסייה. נתונים על תחלואה ותמותה קשורים כמובן לעניין, אך הקשר המדויק איננו ברור, בין היתר משום שגורמים אחרים – זולת שירותי הריפוי והמניעה - תורמים להקטנת התמותה ולהפחתת התחלואה. עליית רמת החיים של האוכלוסייה הכללית ושל חלקים שונים בתוכה היא מקור

פוטנציאלי לשיפור הבריאות. תזונה נאותה מילאה תמיד תפקיד חשוב בהעלאת רמת הבריאות. במלים אחרות, אורך החיים הממוצע גדל בעשורים האחרונים במרבית הארצות, וכך גם בישראל, כחלק משיפור תנאי החיים ואיכותם. יחד עם זאת, השירותים הרפואיים, שיפורם, והגברת הנגישות אליהם לכל חלקי האוכלוסייה בוודאי ממלאים תפקיד חשוב בהארכת החיים. המחשה אחת לכך היא הירידה בתמותת תינוקות, המהווה חלק חשוב בתהליך הכולל של הארכת תוחלת החיים. גם הירידה בתמותת תינוקות קשורה, כמובן, בשינוי ברמת החיים של המשפחות, אך מעבר לדרגה מסוימת – אשר במדינה כמו ישראל כבר הושגה מזה זמן רב – משקף השיפור בתחום זה את תוצאות הטיפול הרפואי, המניעתית והרפיוני גם יחד.

ישראל תופסת מקום גבוה בטבלת המדינות לפי אורך החיים הממוצע בהן. נכון אמנם, שהמיקום מושפע במידה רבה מתוחלת החיים של גברים, העולה על זו שבכל מדינה אחרת (יחד עם עוד מדינה אחת או שתיים), אבל גם תוחלת החיים של נשים איננה מן הנמוכות בעולם המפותח, אם לנקוט לשון זהירה. מכל מקום, החישוב המשולב (ללא התייחסות להבדל בין המינים) מציב כאמור את ישראל במקום גבוה במדרג המדינות. גם בשנים האחרונות נמשכת בהתמדה הארכת תוחלת החיים בישראל: אם בראשית שנות השמונים תוחלת החיים הממוצעת לגברים היתה 72.1 שנה, הרי תוך כשני עשורים היא התארכה ביותר משלוש שנים והסתכמה ב-1997 ב-75.9 שנים. לנשים נוספו באותו פרק זמן 4 שנים ותוחלת החיים שלהן כיום היא 80.1 שנים. השיפור המוגבר אצל נשים הגדיל את הפער בין המינים (מ-3.6 ל-4.2 שנים) וקירב אותו לנורמה המקובלת בארצות המפותחות. תוחלת החיים במגזר הערבי היא 73.9 שנים לגברים ו-77.31 לנשים, חסר של שנתיים וחצי עד 3.2 שנים לעומת היהודים.

הארכת תוחלת החיים, המבטאת שיפור בבריאות האוכלוסייה כתוצאה מהעלייה ברמת החיים ומשיפור בשירותי הבריאות, משפיעה באופן ישיר על מבנה הגילים של האוכלוסייה, גורמת להזדקנותה, ובכך מכבידה על מערכת הבריאות. מקובל בקרב כלכלני בריאות כי הישישים, דהיינו בני 75 ומעלה, צורכים שירותי בריאות בהיקף של פי 6-7 יותר, יחסית לצרכן ממוצע של שירותי בריאות בגילאים בין 20 ל-65. מבנה הגילים של האוכלוסייה הישראלית הינו עדיין צעיר יחסית לעומת רוב

## לוח 3. תוחלת חיים בעת לידה

	1997	1990- 1994	1985- 1989	1980- 1984	1975- 1979		
כל האוכלוסייה	75.9	75.1	73.8	72.7	71.2	גברים	
נשים	80.1	78.8	77.4	76.1	74.7		
יהודים	76.4	75.5	74.1	73.1	71.7	גברים	
נשים	80.5	79.2	77.8	76.5	75.3		
ערבים	73.9	73.5	72.7	70.8	69.2	גברים	
נשים	77.3	76.3	75.5	74.0	72.0		
<b>הבדל בין נשים לגברים</b>							
כל האוכלוסייה	4.2	3.7	3.6	3.4	3.5		
יהודים	4.1	3.7	3.7	3.4	3.6		
ערבים	3.4	2.8	2.8	3.2	2.8		

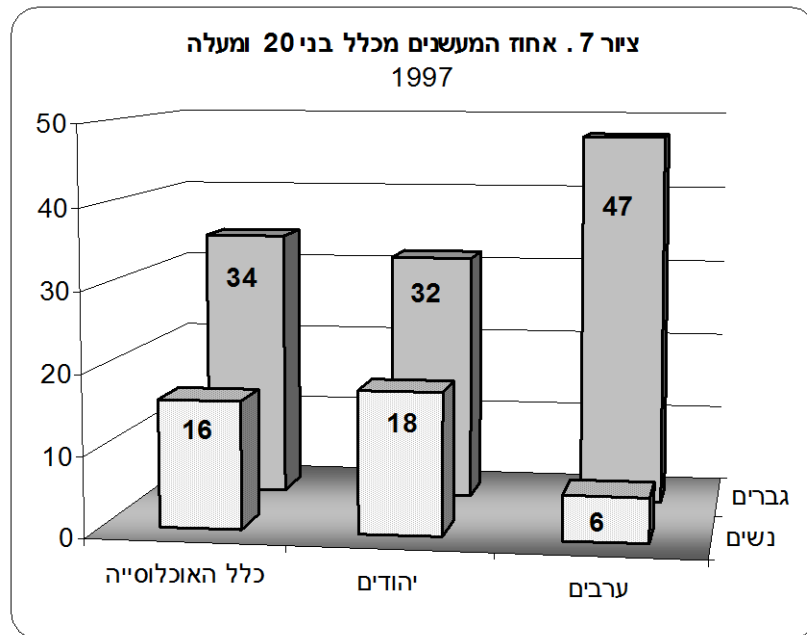
המדינות המודרניות - רק כ-10 אחוזים מן האוכלוסייה הינם בגילאי 65 ומעלה לעומת יותר מ-16 אחוז בבלגיה וגרמניה וכ-15 אחוז באוסטריה, דנמרק, יפן ואיטליה. עם זאת, אוכלוסיית הישישים נמצאת בתהליך של גידול מתמיד וקצב גידולה בארץ הוא מהגבוהים בעולם: בשנה האחרונה לבדה אוכלוסיית בני 75 ומעלה גדלה ביותר מ-4 אחוזים, כמעט פי שניים משיעור הגידול של כלל האוכלוסייה. מספרם של בני הגיל הזה עומד היום על רבע מיליון - כפול מזה שב-1980 - וצפוי להגיע ל-340 אלף בעוד עשר שנים. במקביל עלה משקלם בתוך קבוצת בני 65 ומעלה משליש ב-1980 - ליותר מ-40 אחוז היום (42 אחוז ליתר הדיק). על סמך הנתונים הדמוגרפיים ניתן לקבוע, כי צפוי בשנים הקרובות לחץ גובר על השירותים הייחודיים לאוכלוסייה הישישה ובעיקר במוסדות לטיפול ממושך.

לתמותת תינוקות יש משמעות מיוחדת לדיונו. שיעורי התמותה אצל תינוקות בישראל היו בדרך כלל גבוהים מבמדינות מפותחות. כאשר רמה הנמוכה מ-10 - לאלף לידות (דהיינו, אחוז אחד מכלל הנוולדים) הושגה בארצות האחרות עוד בעשור הקודם, הרי בישראל רק בראשית העשור הגענו לכך. השיפור נמשך לאורך שנות התשעים והשיעור שנרשם ב-1998 - הגיע ל-5.8 - לאלף - כלומר, קצת יותר מחצי אחוז מהנוולדים. שיעורי התמותה במגזר הערבי היו ועודם גבוהים בהרבה מאשר במגזר היהודי,

אך ההפרש המוחלט הלך והצטמצם: בסוף שנות השמונים היה השיעור בקרב האוכלוסייה הערבית יותר מכפול לעומת השיעור באוכלוסייה היהודית, ואילו היום הפער הוא של כחצי נקודת אחוז.

קיים מתאם בין רמת ההשכלה של האם לבין שיעור תמותת תינוקות – ככל שרמת ההשכלה של האם גדולה יותר כך גם יורד הסיכון למות התינוק. דבר זה נכון הן בקרב האוכלוסייה היהודית והן בקרב האוכלוסייה הערבית, אם כי הפער בין שתי האוכלוסיות נשמר בכל רמות ההשכלה. לדוגמא, שיעורים ממוצעים של תמותת תינוקות לשנים 1996-1993 של נשים יהודיות עם 13-15 שנות לימוד עמדו על 4.9 לכל אלף לידות חי, זאת לעומת שיעור של 5.7 לכל אלף לידות באוכלוסייה הערבית באותה רמת השכלה. חשוב לזכור כי קיים קשר בין רמת ההשכלה לבין רמת ההכנסה של הפרט. מסתבר, אם כן, שתמותת תינוקות גבוהה יותר מאפיינת את האוכלוסיות הפחות מבוססות. עובדה זו מתבטאת בשיעורי תמותת תינוקות גבוהים יותר ביישובי פיתוח וביישובים הערבים, בהם מתגוררות אוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה. כך, שיעורי תמותת תינוקות ממוצעים לשנים 1996-1993 ביישובים כמו מגדל העמק, אור עקיבא, אום אל-פאחם, שפרעם, נצרת עילית ונתיבות, נעים בין 8.3 ל-11.6 לכל אלף לידות חי, בעת שהממוצע הכלל ארצי עמד על 7.1 לאלף לידות חי.

שיעורי התמותה של האוכלוסייה בכל הגילים ירדו במהלך השנים, כפי שמשמע מהתארכות תוחלת החיים. בשיעורי התמותה כתוצאה ממחלות לב חלה ירידה מקבילה, אבל בו בזמן, יש לציין, עלתה שכיחות התמותה ממחלות סרטניות. יש בכך כדי להמריץ את שירותי בריאות ומערכות רלבנטיות אחרות (כגון: איכות הסביבה, שירותי תקינה, תחיקה בקשר לצמצום עישון, וכדומה) לנסות לשנות את כיוון ההתפתחות. נכון להיום, המצב בתחומים אלה אינו משביע רצון. המצב של איכות הסביבה בכלל ואיכות האוויר בפרט הולך ומדרדר. כמויות של תרכובות מזהמות אוויר, הנוצרות כתוצאה משרפה של הדלק הפחמימני (בנזין, נפט, סולר, גז לבישול וכד'), הולכות וגדלות. עולה גם פליטה של חומרים מזהמים רבים, הגורמים למחלות כלי נשימה (הכמות הנפלטת של פחמן חד-חמצני (CO) גדלה כמעט ב-50 אחוז, וכמות הפחמימנים (HC) הנפלטת מכלי הרכב גדלה פי שנים תוך עשרים השנה האחרונות). אין ספק שאיכות אוויר לקויה מסכנת את בריאות תושבי המדינה וגורמת לעלייה בתחלואה.



אף על פי שבשנים האחרונות גוברת מודעות הציבור לנזקים בריאותיים הנגרמים מעישון, אחוז המעשנים בישראל עודנו גבוה מאוד. בסקר בריאות האחרון, שנערך על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, רבע מכלל תושבי ישראל הגדירו את עצמם כמעשנים. בתחום זה דווקא קיים "שוויון" בין יהודים וערבים. אחוז המעשנים גדול פי שניים מאחוז המעשנות (34 אחוז אצל גברים מול 16 אחוז אצל נשים), כאשר פער בין שני המינים גדול יותר בקרב הערבים בהשוואה ליהודים.

גם תחום שירותי הבריאות המונעים דורש טיפול מיידי. המודעות של קבוצות אוכלוסייה גדולות בנושא זה עודנה נמוכה. כך, למשל, בסקר הבריאות נמצא, כי רק 11.5 אחוז מכלל הנשים ביצעו בדיקות ממוגרפיה בחצי שנה שקדמה לראיון. מדאיג מאוד הפער שהתגלה בין נשים יהודיות ונשים ערביות. בקרב נשים ערביות רק 4 אחוזים ביצעו את הבדיקה מול 13 אחוז אצל יהודיות. כמו כן, האחוז בקרב נשים שעלו לישראל לאחר 1989 נמוך יותר מהממוצע הארצי – 9 אחוזים.