



המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל

שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל:

עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות

דב צ'רניחובסקי
יהודית אלקנה
יונתן אנסון
ענת שמש

תוכן העניינים

5	מבוא
6	1. סיכום ממצאים עיקריים
7	2. בריאות ומצב חברתי-כלכלי
17	3. בריאות ושוויוניות
19	4. שוויוניות אנכית – מימון מערכת הבריאות ושוויוניות
26	5. שוויוניות אופקית – זמינות שירותי רפואה
31	ביבליוגרפיה

השווינויות במערכות שירותי הרווחה השונים, ושירותי הבריאות בתוכם, מעסיקה את המרכז בכל שנות עבודתו והיא שבה ועלתה בסוגיות שונות שנבחנו השנה בתחום זה. אחד הדגשים של המרכז מופנה לבחינת השווינויות בקרב מקבלי השירותים על רקע שינויים והתפתחויות בהקצאת משאבים ממשלתיים לשירותים החברתיים השונים. מדובר במיוחד בשינויים המלווים בעליית ההוצאה הפרטית, כלומר, בהגדלת המימון של השירותים על-ידי הפרטים. בתחום הבריאות חלו בעשור האחרון שינויים, שבמהלכם הלך וגדל נטל המימון שהועבר אל הפרטים והמשפחות. בדו"ח השנתי האחרון של המרכז צוין, "כי המצב הורע בתחום זה לעומת התקופות שקדמו להחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל... וכי השינויים שהתחוללו מוליכים בהדרגה למשטר בריאות של מימון פרטי במידה רבה..".

השינויים הללו משתקפים גם בממד אחר, המשלים את דו"ח "ההקצאה" – הכוונה לסקר שמפרסם המרכז, המציג את חוות דעתם של מקבלי השירותים. תשובותיהם של המשתתפים בסקר, שנערך ביוני 2003, מציגות תמונה עגומה למדי לגבי השאלה, האם כל חלקי האוכלוסייה נהנים מרמה שווה של שירותי בריאות. נמצא כי יותר ממחצית הנשאלים (53 אחוז) העריכו, שקיים פער עמוק ברמת השירותים המוענקת לאוכלוסייה, ורק 19 אחוז מהנשאלים סברו כי נוהגת שוויוניות. ההערכה שקיימים הבדלים גדולים, ואף גדולים מאוד, ברמת שירותי הבריאות בולטת במיוחד בקרב הקשישים (68 אחוז) והפנסיונרים (63 אחוז) וכן קרב בעלי השכלה גבוהה (61 אחוז). ממצאים אלה לגבי תחושות הציבור מחזקים ממצאים דומים מהסקרים שנערכו בשנתיים שחלפו.

התחושה של חוסר השווינויות בתחום הבריאות מתחזקת גם לנוכח תשובות לשאלות אחרות בתחום זה; למעלה מ-30 אחוז סבורים שחלה הרעה מסוימת, או אף רבה, ברמת שירותי הבריאות שהם מקבלים לעומת המצב לפני שנה-שנתיים. יתרה מכך, כ-20 אחוז ציינו שנמנעו בשנה האחרונה מקבלת שירות רפואי נחוץ, כגון ביקור אצל רופא, רכישת תרופות או ציוד רפואי וכו', בשל עלות השירות. השיעור גבוה יותר בקרב קשישים, עולים חדשים, בעלי השכלה נמוכה ובלתי מועסקים (כ-30 אחוז בקרבם).

העבודה שלפנינו מדגישה את ההחמצה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שלכתחילה היה טמון בו פוטנציאל להרחבה ולהישגים בתחום השווינויות בשירותים ולשיפור רמת הבריאות של כלל האוכלוסייה. הסתבר כי הרעת השווינויות פוגעת במיוחד ביכולתן של קבוצות חלשות להתמודד עם מצבי בריאות קשים. כך הדבר בקרב אוכלוסיות חלשות בפריפריה, ובתוכן המגזר הערבי.

העבודה נידונה בשלביה השונים בצוות הבריאות של המרכז ואנו מודים לחברי הצוות על תרומתם. אנו מודים למחברים על העבודה המפורטת, בה רוכזו סוגיות מרכזיות הנוגעות לשווינויות, וכן מושגים והגדרות השייכים לתחום. המחברים מציעים, על בסיס המידע הקיים, לפעול למימוש המטרות המוצהרות של מערכת הבריאות, והם מעלים צעדים קונקרטיים לתיקון המעוות.

יעקב קופ

ירושלים, תמוז תשס"ג, יולי 2003

שויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות

דב צ'רניחובסקי, יהודית אלקנה, יונתן אנסון, ענת שמש*

מבוא

רמת הבריאות בישראל היא מהגבוהות בעולם, אך יחד עם זאת קיימים פערים סביב הממוצע, הקשורים להבדלים במצב הכלכלי, תכונות אוכלוסייה ולזמינות שירותי רפואה. יש סימנים לכך, שהשוונות עלולה להתרחב עם המשך המגמות הנוכחיות בהתפלגות ההכנסות, במימון מערכת הבריאות, ובהקצאת המשאבים העומדים לרשותה. לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, אספקת שירותי הבריאות בארץ והנגישות אליהם לא היתה שוויונית. הקיפוח היה חמור במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית, בעיירות הפיתוח ובקרב האוכלוסייה הקשישה¹. החוק שיפר את המצב ויצר פוטנציאל לשפרו עוד יותר. אך מאז יישומו חלה הרעה במצב, בעיקר עקב המדיניות הממשלתית בתחום מימון המערכת ובהקצאת המשאבים העומדים לרשותה. במאמר זה אנו בוחנים מחדש את הקשר בין מערכת הבריאות לשוויוניות חברתית וכלכלית בישראל לאחר החלת החוק, ולאור ההחמרה בהתפלגות ההכנסות בישראל. לרשותנו עמדו נתונים ממחקרים שונים, במיוחד מהתקופה שלאחר החלת החוק. על בסיס הבחינה שערכנו אנו ממליצים על דרכים לשיפור המצב.

העבודה כוללת 4 סעיפים: **סעיף 1** מסכם את הממצאים העיקריים של העבודה הזאת וכולל המלצות לתיקון המצב; **סעיף 2** מציג תמונת מצב של הבריאות לפי מאפיינים חברתיים-כלכליים, כנמדד על-ידי מודדים אובייקטיביים מקובלים וכן באמצעות מודדים סובייקטיביים, כמו סקרי שביעות רצון של המשתמשים בשירותים וסקרי הערכה של הציבור הרחב בתחום הבריאות; **סעיף 3** שוטח בקצרה מערכת מושגית, המתייחסת לבחינת ההשפעה של מצבם החברתי-כלכלי של הפרט וסביבתו על בריאותו. על בסיס מערכת זו מנוסחת הגישה החותרת להשגת שוויוניות במערכות בריאות ציבוריות, כמו הישראלית. על בסיס גישה זו מנוהל הדיון בממדי השוויוניות בשני הסעיפים הבאים. **סעיף 4** עוסק בשוויוניות האנכית, הקשורה בעיקר במימון של המערכת ובהשפעת השינויים שהונהגו בה על דפוסי השימוש של צרכנים-מבוטחים בעלי הכנסות ברמות שונות. **סעיף 5** עוסק בשוויוניות האופקית, הקשורה לזמינות המרחבית-גיאוגרפית של השירותים והנגישות אליהם על רקע ריכוז של מגזרי אוכלוסייה חלשים יותר בפריפריה המרחבית של ישראל.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, פרופ' לכלכלת ומדיניות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב וראש צוות הבריאות במרכז לחקר מדיניות חברתית בישראל.

ד"ר יהודית אלקנה, חוקרת במחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות (בדימוס).

ד"ר יונתן אנסון, סוציולוג ודמוגרף המתמחה בתחום דפוסי תמותה והקשר בינם לבין תהליכים חברתיים, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

גב' ענת שמש, מנהלת תחום תכנון סקרים והערכה באגף לכלכלת בריאות במשרד הבריאות.

¹ אנסון, 1988; שובל ואנסון, 2000; וגם צ'רניחובסקי ושירום, 1996.

1. סיכום ממצאים עיקריים

דפוסי המימון של מערכת הבריאות, ארגונה וניהולה מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מצביעים על כך, שהמציאות הישראלית מתרחקת ממימוש הפוטנציאל הטמון בחוק, שהיו לו הישגים ראשוניים מבחינת שוויוניות: תרומה להתפלגות הכנסות וצריכה, שיפור נגישות לשירותי רפואה, ופוטנציאל לשיפור רמת הבריאות באיזורים פריפריים. לא זו בלבד שהמערכת אינה עונה כיום על האתגר של צמצום פערים בצריכת שירותי בריאות ובצריכה בכלל, אלא שהשינויים, במימון המערכת בעיקר, תורמים להרחבת הפערים בין קבוצות באוכלוסייה. הגידול בהיקף הביטוחים המשלימים ובהשתתפויות עצמיות, תוך כדי אינפלציה במחירי שירותי הרפואה לאזרח, מוסיפים להרעה בהתפלגות הצריכה במשק, מחד גיסא, ולירידה ביכולת של קבוצות חלשות להתמודד עם מצבי בריאות קשים ואולי אף מתדרדרים, מאידך גיסא.

הדברים נכונים במיוחד לגבי אוכלוסיות חלשות בכלל, ובפריפריה ובמגזר הערבי בפרט, אשר בנוסף להשפעה השלילית של מערכת המימון, סובלות גם מנגישות פיסית נמוכה לשירותים בהשוואה לאזורי המרכז, וזאת למרות שמצב הבריאות של אוכלוסיות אלה ירוד יותר.

לפיכך ובהתאם למפורט בנייר זה, מוצע לנקוט בצעדים בשני תחומים מרכזיים של הנעת שירותי הבריאות, בתחום מימון המערכת, ובתחום ארגון וניהול השירותים. הצעדים הם כלהלן:

(1) לבטל את השתתפות הציבור בתשלומים הקשורים לסל הבסיסי בהתאם להמלצות "וועדת אמוראי".

(2) להפוך את הביטוחים המשלימים לביטוח חובה שוויוני יותר, בהתאם להמלצת מיעוט בוועדת אמוראי, נוכח אופיו "הציבורי" של הביטוח המשלים.

(3) לשפר את מנגנוני ההקצאה, בעיקר מנגנון הקפיטציה, של המשאבים הציבוריים, כדי שהם יענו על צורכי בריאות אזורים ואישיים, בהתאם למומלץ בעבודה מקיפה בנושא הקפיטציה².

(4) למנוע את הרחבת השר"פ (השירות הרפואי הפרטי), אשר עלול להחריף את התלות בקבלת שירותים במימון פרטי, על כל המשתמע מכך בהשפעה על הלחץ הנפשי ויכולת העמידה בנטל המימון בעת מחלה.

(5) ליזום פרויקטים מיוחדים, במימון מיוחד, לטיפול בבעיות בריאות מיוחדות (כגון מומים מולדים, גורם מרכזי לתמותת תינוקות באוכלוסיית מיעוטים) ובגורמי סיכון מיוחדים בפרט בתחום בריאות האישה.

(6) להבטיח את התשתיות המאפשרות פעילות מקדמת בריאות במיוחד בקרב אוכלוסיות חלשות.

(7) לתמרץ את הרופאים, בעיקר הרופאים המקצועיים, לעבור לעבוד באזורים פריפריים (תוך הקצאה מתאימה לאזורים אלה).

² זמורה, צ'רניחובסקי ושמואל, 2003.

2. בריאות ומצב חברתי-כלכלי

רמת הבריאות של האוכלוסייה על רבדיה החברתיים השונים נמדדת, בין היתר, על-ידי מדדים אובייקטיביים הקשורים לחולי, כושר תפקוד ותמותה, אותם מקובל להציג בהשוואה למדינות מפותחות בעולם. המודדים המקובלים הם תמותת תינוקות, שיעורי תמותה כלליים ותוחלת חיים. השיפור במצב הבריאות, המשתקף בהתפתחות המדדים הללו קשור, ללא ספק, בין היתר, ברמת שירותי הבריאות ובמידת השימוש בהם, ואחד המודדים לכך הוא שביעות הרצון של הצרכנים. יחד עם זאת השיפור איננו אחיד, והוא חל במידה נבדלת בין צרכנים שונים, כמפורט בהתפתחות המדדים הללו כמתואר להלן.

א. תמותת תינוקות

שיעור תמותת תינוקות הוא מודד מקובל לרמת הבריאות של אוכלוסייה עקב רגישותו לתנאים סביבתיים וחברתיים-כלכליים. בשנת 2001 עמד שיעור תמותת תינוקות בישראל על 5.1 לכל אלף לידות. שיעור זה הוא ציון דרך נוסף במגמת הירידה בתמותת תינוקות בישראל מאז קום המדינה. בעבר נמצא בישראל שיעור תמותת תינוקות גבוה יחסית למקובל במדינות מפותחות ורק בראשית שנות התשעים ירד השיעור בישראל מתחת לרמה של 10 לכל אלף לידות, ומגמת ירידה זו נמשכה. בשנים 1996-1999 עמד השיעור על 6.1, בשנת 2000 5.4 ובשנת 2001 ירד, כאמור, ל-5.1 לכל אלף לידות. השיפור במודד נובע בעיקר מהתקדמות טכנולוגיות, הקשורה לתהליכי הריון ולידה ומשיפור בשירותי מניעה ותמיכה בעיקר בתחום בריאות האם והילד.

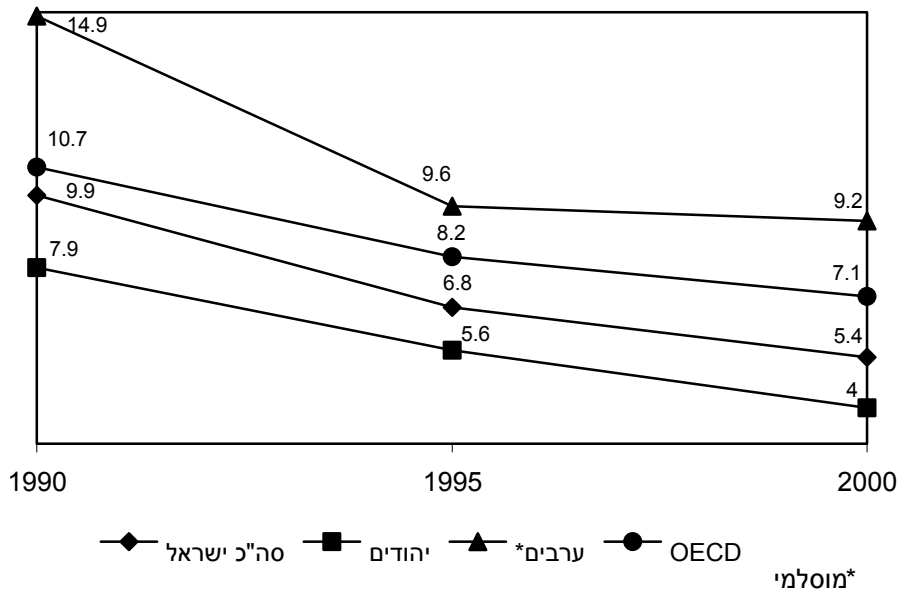
למרות הירידה בשיעורי התמותה גם באוכלוסייה הערבית, נשמר עדיין הפער בין אוכלוסייה זו לבין האוכלוסייה היהודית (ראה ציור 1). השיעור בקרב האוכלוסייה הערבית עדיין גבוה יחסית, הן בהשוואה לממצאים של האוכלוסייה היהודית והן בהשוואה למדינות מפותחות אחרות.³ למרות זאת, ראוי לציין כי בתחילת שנות התשעים חלה ירידה תלולה בשיעור תמותת התינוקות במגזר הערבי – בשנת 1990 היה השיעור באוכלוסייה הערבית גבוה ב-89 אחוז מהשיעור באוכלוסייה היהודית והפער ירד לכדי 71 אחוז ב-1995. המשך השיפור בתמותת תינוקות לגבי שתי האוכלוסיות הביא להתייצבות של הפער על כ-80 אחוז ביניהן.

הפער בין שני מגזרי האוכלוסייה נושא השלכות גם על הממד הגיאוגרפי, כפועל יוצא של הפריסה לפי אזורים של האוכלוסיות השונות (ציור 2), וכך גם על הממד החברתי-כלכלי. יחד עם זאת, נמצא כי יש קשר הפוך בין תמותת תינוקות לבין רמת ההשכלה של האם בשני המגזרים: שיעור תמותת תינוקות לכל אלף לידות חי בקרב האימהות הפחות משכילות גבוה ביותר – 13.4. שיעור זה קטן ככל שעולה רמת ההשכלה של האם ומגיע לשיעור של 3.8 בקרב אימהות שהשכלתן עולה על 15 שנים (ציור 3). היות שההשכלה, המהווה מודד בסיסי למצב החברתי-כלכלי, קשורה לרמת ההכנסה, לא מפתיע שנמצא כי שיעור תמותת התינוקות גבוה יותר ביישובי פיתוח יהודיים וביישובים ערביים, בהם רמות ההשכלה וההכנסה נמוכות יחסית.⁴

³ בעבודה מוצגת השוואה לארצות המתועשות בעולם באמצעות שימוש בנתונים שמפרסם ארגון ה-OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). בארגון חברות 30 מהמדינות המפותחות בעולם והוא מקיים קשרים עם 70 מדינות נוספות בסוגיות השונות בתחומים הכלכליים והחברתיים בהם הוא עוסק.

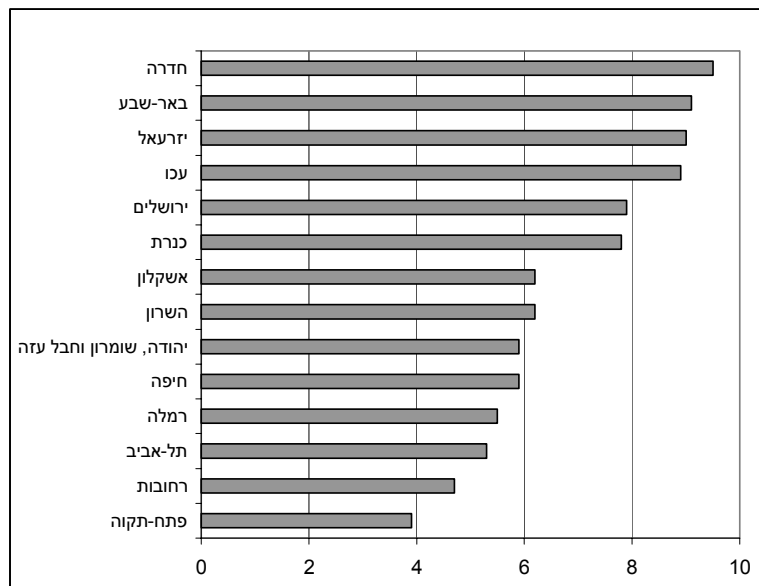
⁴ יצוין, כפי שניתן לראות גם בציור 3, כי באוכלוסייה ערבית רמות השכלה והכנסה גבוהות מתואמות חיובית עם תמותה. סוגיה זו קשורה כנראה למצב המיוחד של מיעוט לאומי בתוך מיעוט חברתי-כלכלי. ראה Chernichovsky, 2003, and Anson.

ציור 1. תמותת תינוקות - שיעורים לאלף לידות חי בישראל וב-OECD



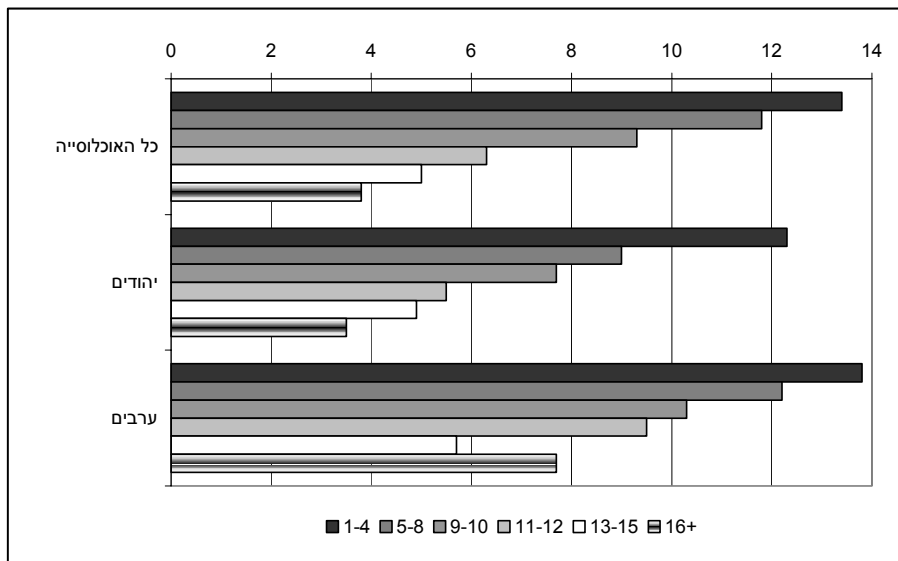
מקור: <http://www.oecd.org> ; <http://www.cbs.gov.il>

ציור 2. תמותת תינוקות - שיעורים לאלף לידות חי בישראל, לפי נפה



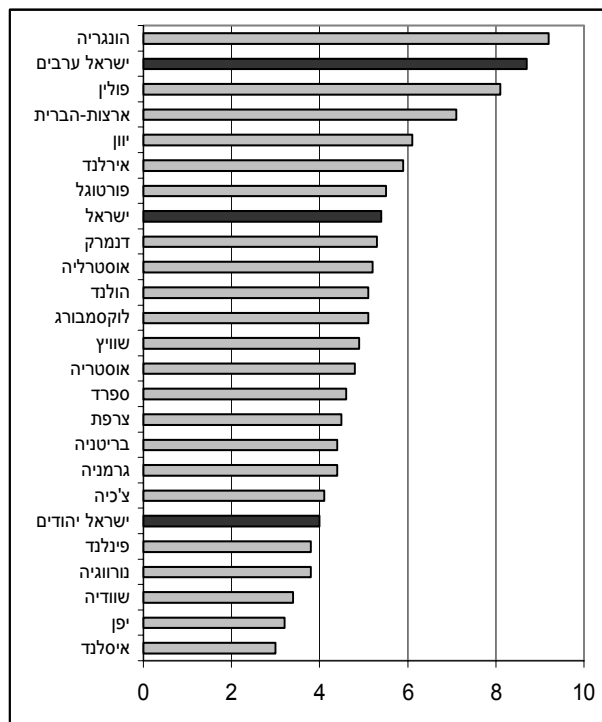
מקור: למ"ס ומשרד הבריאות (2000), פרופיל דמוגרפי-בריאותי של היישובים בישראל, 1997-1993, פרסום מיוחד 1144.

ציור 3. תמותת תינוקות - שיעורים לאלף לידות חי, לפי מס' שנות לימוד של האם



מקור: למ"ס (2000), תמותת תינוקות 1998-1993, פרסום מס' 1127.

ציור 4: שיעור תמותת תינוקות לאלף לידות חי, 2000



מקור: <http://www.oecd.org> ; <http://www.cbs.gov.il>

השיפור על פני הזמן הביא את ישראל למקום מכובד יחסית למדינות המפותחות מבחינת תמותת תינוקות. שיעור תמותת התינוקות הישראלי נמצא מתחת לממוצע של ארצות החברות ב-OECD וישראל אמנם נמצאת מקדימה את ארצות-הברית אך מפגרת אחרי מרבית המדינות המפותחות. הנתונים מצביעים על כך, ששיעור תמותת תינוקות באוכלוסייה היהודית בלבד היה מציב את ישראל במקום מכובד ביותר בהשוואה הבינלאומית. רק בחמש מדינות OECD שיעור תמותת התינוקות נמוך יותר מאשר בקרב היהודים בישראל: איסלנד, יפן, שוודיה, נורווגיה ופינלנד. הממוצע הישראלי מורכב משיעור של 4 לאלף בקרב היהודים ו-8.6 לאלף בקרב הערבים (ציור 4).

ב. תוחלת חיים ושיעורי תמותה

בשנים האחרונות נמשכת עלייה בתוחלת החיים ברוב המדינות וכך גם בישראל, בעיקר עקב הירידה בתמותת תינוקות וילדים עד גיל חמש. אך יש גם ירידה בשיעורי התמותה בכלל. המודד תוחלת חיים מהווה חישוב אריתמטי, המבוסס על שיעורי הפטירה הנוכחיים, והוא מגלם שינויים שחלו בעבר בפרמטרים בריאותיים וסביבתיים. מסתבר כי הבדלים בתוחלת החיים בין קבוצות אוכלוסייה שונות משקפים את הקשר בין מאפיינים שונים, גם חברתיים-כלכליים, של האוכלוסייה לבין רמת הבריאות שלה.

ראשית, קיים הבדל בכל המדינות בין אורך החיים הממוצע של גברים ונשים: בשנת 1998 עמדה תוחלת החיים בלידה בישראל על 76.1 בקרב הגברים ו-80.3 בקרב הנשים. באותה שנה נרשמה בקרב אוכלוסיית מדינות OECD תוחלת חיים ממוצעת של 73.5 ו-79.7 בהתאמה. החישוב המשולב של תוחלת החיים בעת לידה של הנשים והגברים בישראל ממקם את המדינה במקום 23 מתוך 191 מדינות⁵. בדירוג הבינלאומי מיקומו היחסי של הגבר הישראלי טוב יותר מאשר מקומו היחסי של האישה (ראה ציורים 5 ו-6). הנתונים לשנת 2000 לגבי ישראל מצביעים על המשך העלייה של תוחלת החיים לכדי 80.9 בקרב הנשים ו-76.7 בקרב הגברים. לגבי ההבדלים לפי מגזר - קיימים פערים בין האוכלוסייה היהודית והערבית על פני הזמן (לוח 1 וציורים 5 ו-6): נשים יהודיות חיות בממוצע 80.7 שנים וגברים 77 שנים, ולגבי האוכלוסייה הערבית הנתונים הם, 78.1 ו-74.9, בהתאמה.

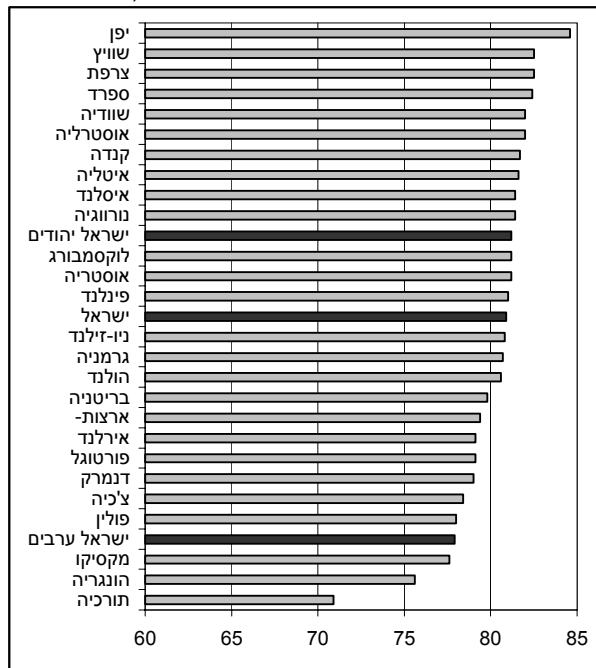
לוח 1. תוחלת חיים בישראל ובמדינות OECD, 1980-2000

גברים				נשים				
ישראל		OECD		ישראל		OECD		
ערבים	יהודים	סך-הכל		ערביות	יהודיות	סך-הכל		
70.0	72.5	72.1	69.5	73.4	76.2	75.7	73.4 1980	
73.3	75.3	74.9	71.8	75.9	78.9	78.4	78.3 1990	
74.3	76.5	76.1	73.5	77.7	80.7	80.3	79.7 1998	
74.6	77.1	76.7	74.0	77.9	81.2	80.9	80.0 2000	

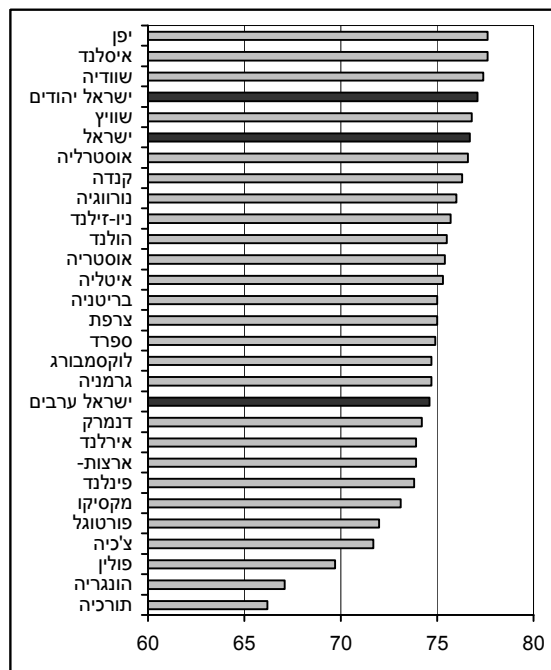
מקורות: <http://www.oecd.org>; <http://www.cbs.gov.il>

⁵ WHO, 2000

ציור 5: תוחלת חיים בגיל 0 - נשים, 2000



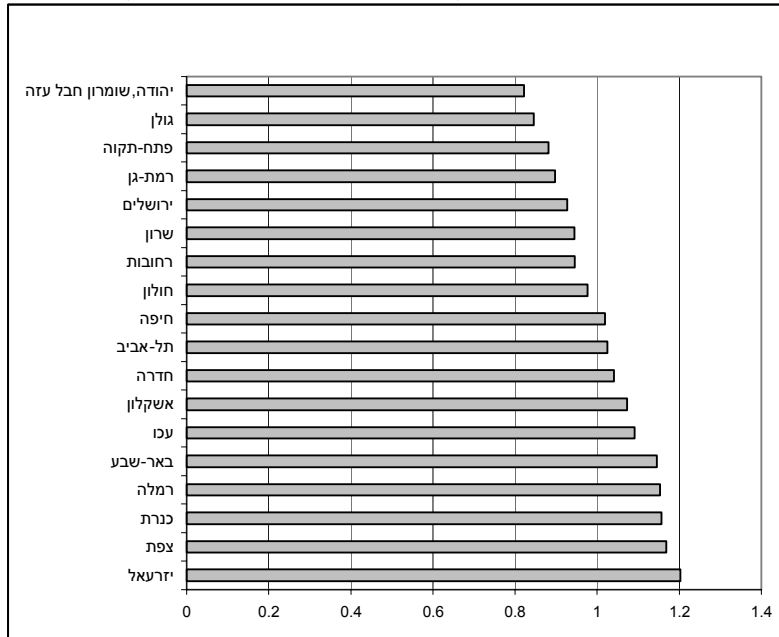
ציור 6: תוחלת חיים בגיל 0 - גברים, 2000



מקור לשני הציורים: <http://www.oecd.org> ; <http://www.cbs.gov.il>

כמו בתמותת תינוקות קיימים הבדלים בשיעורי התמותה הכללית לפי אזור גיאוגרפי, כמבטא על-ידי הנתונים המוצגים לפי נפות (ציור 7). בתוך הקו הירוק נמצא כי שיעורי התמותה גבוהים יותר באזורים פריפריים, במיוחד בצפון ובדרום הארץ. לוח 2 בהמשך מציג את השיעורים לפי נפות בתקופות שונות.

ציור 7. שיעורי תמותה מתוקננים לפי נפה, 1995 (לכל אלף תושבים)



* החישוב באזורי יהודה, שומרון וחבל עזה מתייחס לתושבים יהודים בלבד. מקור: מעובד על פי נתוני מפקד האוכלוסין, 1995.

לגבי השונות בין היישובים – מסתבר כי ניתן להצביע על מתאם בין שיעורי התמותה הכללית מתוקננים לגיל ביישובים, לבין המדד חברתי-כלכלי שלהם.⁶ ביישובים המדורגים נמוך מבחינה חברתית-כלכלית, שיעורי התמותה נמצאו גבוהים (דהיינו, נמצא קשר הפוך).⁷ ניתן לראות בציור 8, שהמדד החברתי-כלכלי נע בין -2.5 ל-+2.5 וקו המגמה מבטא את הירידה. החישוב מלמד כי 29 אחוז מן השונות בשיעורי התמותה המתוקננים לגיל ביישובים מוסברים על-ידי ההבדלים במדד החברתי-כלכלי.⁸ בנוסף לכך נמצא כי הקשר בולט במיוחד בין שיעורי התמותה לשיעורי הזכאות לתעודת בגרות, מודד שהוא מרכיב של המדד החברתי-כלכלי. ציור 9 משקף זאת בהראותו את קו המגמה ואת החישוב לפיו כרבע מהשונות מוסבר על-ידי הבדלים בשיעור הזכאים לבגרות ביישוב.

⁶ מקובל להציג הבדלים ברמת החיים החברתיים והכלכליים של האוכלוסייה ביישובים על-ידי שימוש במדד החברתי-כלכלי, המתפרסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הפנים. המדד מספק מסגרת נוחה ושיטתית, זמינה ועדכנית, בדרך-כלל, לגבי רמתם של היישובים. הוא משקף את הממוצע לאוכלוסיית היישוב ואיננו מבטא את הפיזור בו, אך הוא חובק בתוכו שקלול של מרכיבים דמוגרפיים עיקריים, מרכיבים של רמת החיים, מודדים שונים של השכלה וחינוך של האוכלוסייה, ממדים של התעסוקה והאבטלה בקרב האוכלוסייה ביישוב, מידת ההיזקקות לקצבאות וכדומה. ראה: למ"ס, איפיון הרשויות המקומיות ודירגן לפי הרמה החברתית כלכלית של האוכלוסייה, 1999.

⁷ סוגיה זו והממצאים שיובאו בפיסקה להלן ובציורים 8 ו-9 להלן מבוססים על עבודתן של שמש ואלקנה, 2002, שיעורי תמותה מתוקננים ומדדים חברתיים ביישובים, משרד הבריאות (העבודה טרם פורסמה).

⁸ מתוך שמש ואלקנה, ראה הערה קודמת.

לוח 2. שיעורי תמותה – השוואה בין נפות, תקופות שונות*

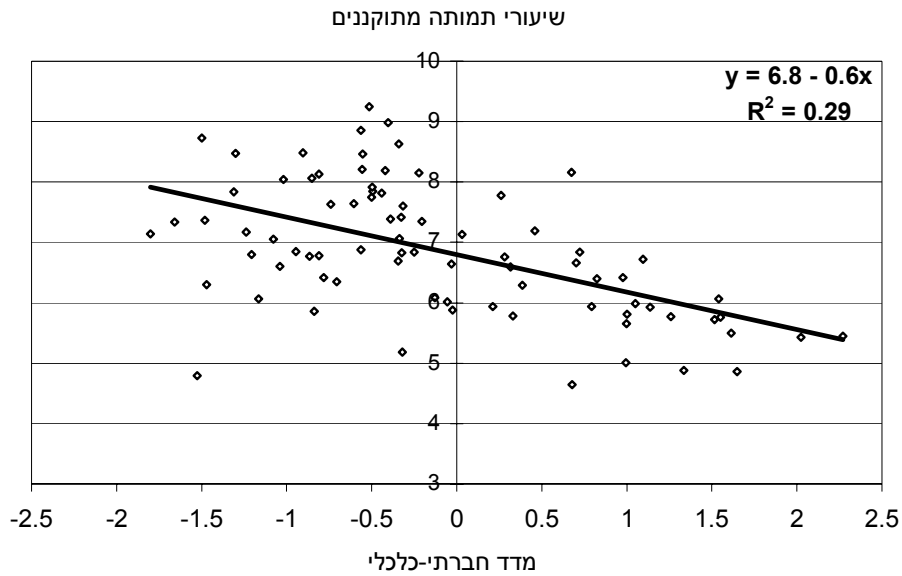
נפה	1968-78	1983-86	1995
ירושלים	89.4	97.1	90.8
צפת	108.1	110.1	105.1
כינרת	105.9	104.5	105.5
יזרעאל	111.3	109.0	109.6
עכו	114.0	109.2	99.0
חיפה	102.8	101.0	104.3
חדרה	110.2	115.0	115.6
השרון	98.9	99.6	93.3
פתח-תקוה	90.6	94.0	89.4
רמלה	117.8	108.0	104.2
רחובות	90.7	95.6	95.4
תל-אביב	97.9	95.8	107.2
אשקלון	115.3	109.6	103.4
באר-שבע	116.3	115.7	107.4
שונות	77.9	48.3	55.3

* אין להשוות אלא בתוך עמדות. מקור: Ginsberg, 1992; וחשוב על פי מפקד האוכלוסין 1995.

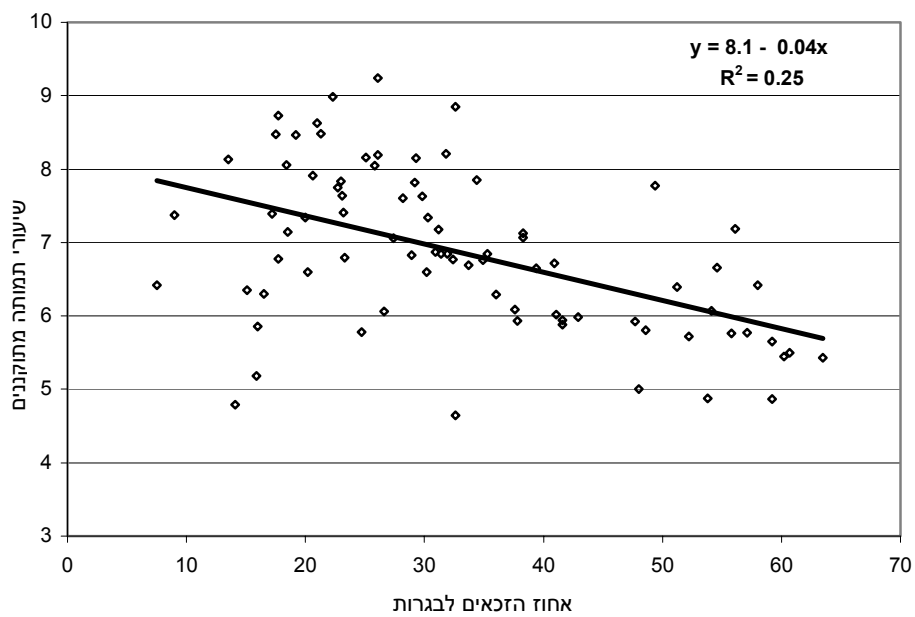
הקשר בין שיעורי התמותה הכללים לבין המדד החברתי-כלכלי נמצא חזק יותר בקבוצת היישובים המדורגים מן הממוצע וגבוה ממנו בסולם החברתי-כלכלי והוא לא קיים ביישובים בעלי מדד חברתי-כלכלי נמוך. כלומר, שיעורי התמותה המתוקננים גבוהים ללא קשר לכך שדירוגו של היישוב הוא נמוך או נמוך מאד. יש לכך השלכות על הפתרונות שיש להציג כדי להתמודד עם האוכלוסיות ביישובים אלה. מצד שני, לגבי האוכלוסיות האמידות, הממצא מנוגד, לכאורה, ל"אינטואיציה", משום הציפייה שבאוכלוסיות אלה, הלוקות פחות במחלות זיהומיות, לא יימצא קשר, או יימצא קשר חלש, בין מצב חברתי-כלכלי לבין שיעורי התמותה, כביטוי למצב בריאותן. ממצאים מסוג זה נותנים תוקף לתיזה בדבר החשיבות של עוני יחסי – מיקומם הנמוך של הפרט או הקבוצה בהתפלגות ההכנסות, בכל רמה של הכנסה ממוצעת – דווקא באוכלוסיות לא עניות יחסית. הקשר השלילי בין מצב חברתי-כלכלי לבין תמותה נכון לאוכלוסייה יהודית וערבית כאחת (לוח 3), כאשר רמת התמותה בשתי האוכלוסיות נמצאת קשורה לעוני: התמותה יורדת ככל שעולה מדד רמת החיים, הן ביישובים היהודיים, והן ביישובים הערביים. ממצא זה מחזק את מקורותיו החברתיים-כלכליים של הפער ברמת הבריאות לעומת ייחוסו למשתנים לאומיים-תרבותיים. חשוב להדגיש כי רמת התמותה בקרב השכבות החברתיות-כלכליות הנמוכות באוכלוסייה היהודית אף גבוהה מאשר באוכלוסייה הערבית המקבילה. למרות זאת, ככלל, הבעיה חריפה יותר באוכלוסייה הערבית בשל שכבת העוני הרחבה יותר בקרבה. היינו, ריכוז האוכלוסייה הערבית ביישובים עם רמת חיים נמוכה נותן את התחושה שמקורו של הפער נעוץ בהבדלים התרבותיים שבין שתי אוכלוסיות, אולם כאשר מנכים את השפעת רמת החיים על התמותה, לא נראה הבדל מובהק בין היישובים היהודיים והערביים⁹.

⁹ ראה Chernichovsky and Anson 2003.

ציור 8: שיעורי תמותה מתוקננים*, לפי מדד חברתי-כלכלי ויישוב



ציור 9: שיעורי תמותה מתוקננים*, לפי שיעורי זכאות לתעודת בגרות ויישוב



* השיעורים מתוקננים לפי גיל לאלף תושבים.
מקור לשני הציורים: שמש ואלקנה, 2002.

לוח 3. שיעורי תמותה מתוקננים לגיל, לפי מדד חברתי-כלכלי ולפי מגזר

גבוה	בין	בין	נמוך	ערכי המדד:
מ-0.20	0.20 ו-0.83	0.83 ו-1.31	מ-1.31	
5.79	6.60	7.78	7.62	יישובים יהודים
-	7.30	7.75	6.77	יישובים ערביים

מקור: Chernichovsky and Anson, 2003.

ג. תחושת בריאות טובה ושביעות רצון

מידת מצב הבריאות של אוכלוסייה היא נושא מורכב, והיא נוגע גם לתחושות סובייקטיביות של האוכלוסייה ביחס לבריאותה. שביעות הרצון של הצרכנים משתקפת היום בסקרים רבים הנערכים בקרב צרכני הבריאות, חלקם משקפים את הערכת הציבור לגבי השיפור שחל בשירותי הבריאות, חלקם מתייחסים לשיפור ברמת הבריאות של האוכלוסייה, וחלקם אף מעריכים את ההבדלים בין חלקים שונים של הציבור לגבי קבלת השירותים והשימוש בהם¹⁰. מצב הבריאות הסובייקטיבי, כפי שהוא מבוטא על-ידי חמש קטגוריות - טוב מאוד, טוב, לא כל-כך טוב, לא טוב וגרוע - נמדד ופורסם על פי שלושה סקרי אוכלוסייה, בשנים 1995, 1997, 1999. הסקרים הצביעו על כך, שחלה עלייה ב"מצב הבריאות" במשך התקופה¹¹. יחד עם זאת, החוקרים מסיקים, שהעניים חולים יותר ושמצב הבריאות של העשירים הוטב יותר מזה של העניים.

ד. סיכום

קיים קשר בין רמת הבריאות היחסית של אוכלוסייה בישראל לבין תכונותיה לפי מגדר, מגזר, אזור מגורים ומצב חברתי-כלכלי. למרות השיפורים שחלו עם הזמן, גם בישראל מזוהה מצב חברתי-כלכלי נמוך יחסית, עם תמותת תינוקות גבוהה ועם תוחלת חיים נמוכה ביחס לקיים בקרב קבוצות איתנות חברתית וכלכלית. יתרה מזו, יש פערים בבריאות בין מגזרים ומגדרים שאינם מוסברים על-ידי הבדלי הכנסה או מצב חברתי-כלכלי ואשר נשמרים על פני זמן ואולי אף מתרחבים. הנתונים מצביעים בנוסף לכך על תופעה מעניינת אשר איננה מפתיעה לאור הניסיון של מדינות מפותחות אחרות – מצב הבריאות של קבוצות חזקות אכן טוב יותר מזה של חלשות. אולם, הקשר הסטטיסטי בין רמת בריאות נמוכה לבין מצב כלכלי-חברתי נמוך יחסית מובהק יותר דווקא בקבוצות החזקות. הנתונים הללו מצביעים על רמת הבריאות הגבוהה בישראל, מצד אחד, ועל חולשת מערכת בריאות מפותחת כמו הישראלית, מצד שני. החברה והמדינה בישראל מביטחים סף בריאות גבוה יחסית, אשר אף משתפר עם הזמן (נמצא במגמת עלייה). גם שכבות חלשות, ברמות הכנסה נמוכות, אינן 'יורדות' ממנו. רמת הבריאות ממשיכה להשתפר באופן מתמיד: גם ה'סף' וגם ה'תיקרה' עולים עם הזמן אך הם נשארים מתואמים עם המצב החברתי-כלכלי, כאשר מעל לרמה חברתית-כלכלית מסוימת ומעל לסף בריאות מסוים, ירידה במצב כלכלי עלולה להיות מלווה בירידה במצב בריאות. מכאן החשיבות של עוני יחסי ביחס למצב בריאות בישראל: בדינמיקה החיובית של ההתפתחות של שיפור מתמיד ברמות החיים והבריאות, מקומו היחסי של פרט או של קבוצה בהתפלגות ההכנסות משפיע על רמת הבריאות היחסית שלו.

¹⁰ ראה, למשל, בתוך קופ, י., (עורך), 2001: במיוחד סעיף 4, שביעות רצון ותגובות מערכת הבריאות, עמ' 162-164.

¹¹ שמואלי וגרוס, 2001.

פערים בתמותה או בתוחלת חיים בין קבוצות אוכלוסייה, לפי חלוקות שונות, והקשר הסטטיסטי בין מצב בריאות ומצב חברתי-כלכלי מצביעים על הפוטנציאל לשיפור רמת הבריאות של האוכלוסייה בישראל על-ידי מדיניות אשר:

▫ תתמיד בשיפור רמת הבריאות של קבוצות חלשות.

▫ תתמודד עם הבדלים בבריאות בין קבוצות מוגדרות (בכל רמת הכנסה): מיעוטים, נשים ואוכלוסיות בפריפריה.

▫ תמתן השפעות אפשריות שליליות על רמת הבריאות של הרעה במצב כלכלי של קבוצות מהמעמד הבינוני בעיקר.

מושאי המדיניות הללו ניתנים להשגה על-ידי שני כיווני פעולה: ראשית, מיתון ההשפעה של הכנסה על מצב הבריאות באמצעות מערכת המימון; ושנית, על-ידי הקצאה יותר ממוקדת של שירותי רפואה.

3. בריאות ושוויוניות

יציבות הפערים בתוחלת החיים בין קבוצות אוכלוסייה לפי מצב חברתי-כלכלי, בכל מגזר, לאורך זמן, למרות עליית ההכנסה לנפש והיעלמותן של מחלות זיהומיות בקנה מידה רחב, מצביעה על חשיבותו האפשרית של עוני יחסי – מיקומם הנמוך של הפרט או הקבוצה בהתפלגות ההכנסות בכל רמת הכנסה ממוצעת – כגורם סיכון לבריאות. טיבו של הקשר בין עוני יחסי ובריאות מורכב ולפיכך גם משמעותו מבחינת מדיניות והשלכותיו על מימון מערכת הבריאות, ארגונה וניהולה. אפשר לבחון את בריאותו של הפרט באמצעות מערכת מושגית, המתייחסת לכמה ממדים של מצבו החברתי-כלכלי¹². ההשפעה היא באמצעות ארבעה מנגנונים הקשורים זה בזה: הראשון, "ריבוד חברתי", מכתוב הזדמנויות כלכליות-חברתיות לבריאות טובה, למשל, באמצעות תזונה וסביבה משופרים. השני "חשיפה", עוסק בחשיפה לגורמי סיכון, מעבר להזדמנויות הכלכליות העשויות להפחית גורמי סיכון – קבוצות חלשות הנתונות במצוקה (יחסית) נחשפות לגורמי סיכון מיוחדים כגון עישון ושתייה. המנגנון השלישי, "פגיעות", עניינו בפגיעות של "מנגנוני הגנה" או חיסון כלליים עקב לחץ נפשי ואחר; קיימת אינדיקציה שבריאות נפגעת מלחצים פסיכולוגיים, הנובעים מבידוד חברתי, מסטטוס חברתי נמוך, מלחץ בעבודה ומאי-וודאות בתעסוקה¹³. הרביעי הוא "תוצאות כלכליות של מחלה"; מנגנון זה עוסק בירידה בהכנסה, עקב מחלה, ובצורך להפנות חלקים הולכים וגדלים מההכנסה הפנויה של משק הבית לשירותי רפואה. השפעתם השלילית של מנגנונים אלה היא נוספת על ההשפעה השלילית של הפערים הקיימים בין קבוצות הכנסה ברמת הקהילה, בהון החברתי של קהילות, לרבות שירותי רפואה, ופערים בליכוד חברתי¹⁴. יש לציין שההשפעות הללו על בריאות קיימות בכל רמה ממוצעת של הכנסה, בפרט בשל הדינמיקה של לחץ כלכלי ושל מגמת הגידול בפערים הכלכליים-חברתיים. היא ברורה יותר כאשר אנו מתחשבים בהקשר זה גם בדינמיקה של שינויים טכנולוגיים בשירותי הבריאות, בהתפתחות בזמינות השירותים ובהקשרים אלה בכוחם הפוליטי של קבוצות חזקות. אולי מ"טבע הדברים", שכבות "חזקות" כלכלית ופוליטית מקדימות, בכל עת, שכבות חלשות בהשגת הטכנולוגיה האחרונה המאריכה חיים. ההקדמה מהירה יותר ככל שרמת ההכנסות גבוהה יותר, עלות הטכנולוגיה גבוהה יותר, והתפלגות ההכנסות גרועה יותר¹⁵. זה הבסיס להסבר התצפית על היחס בין מצב חברתי-כלכלי לבין בריאות ולהתמקדות על ההשפעה המיוחדת של עוני יחסי דווקא במדינות מפותחות כמו ישראל. וזאת נוכח הנחת יסוד, מוטעית כנראה, שברמות גבוהות של הכנסה ובשל היעלמותן היחסית של מחלות זיהומיות בעולם המפותח, להכנסה היחסית בחברה המפותחת כלכלית אין משמעות מבחינת בריאות, לאחר שחברה הגיע לרמת בריאות מסוימת.

א. השלכות לשירותי הבריאות ומימנם

מדיניות של שוויוניות, הנוגעת למערכת הבריאות, מנסה לטפל, באופן חלקי, בכל אחד מהמנגנונים המצוינים לעיל ובתשתית החברתית המתאימה. מצבה של מערכת הבריאות מיוחד בין שירותי הרווחה, היות שהיא עלולה להיות לא רק גורם "תורם" או גורם סיכון – מבחינת הפרט, באמצעות כל אחד מארבעת המנגנונים, ומבחינת הקהילה, באמצעות תשתית שירותים – אלא היא גם חייבת במענה לתוצאות. היינו, למימון מערכת הבריאות, כמו לארגונה ולניהולה, תפקיד מניעתי, כמו תפקיד רפויי מבחינת היחס בין עוני יחסי לבין מצב בריאות.

¹² ראה מערכת מושגית שנוסחה על-ידי Diderichen, Evans, and Whitehead, 2001.

¹³ Marmot and Wilkinson, 1999.

¹⁴ Kawachi and Kennedy, 1998.

¹⁵ Chernichovsky and Kunitz, 2003.

גישת השוויוניות הגלומה במערכות בריאות במימון ציבורי, כמו גם המערכת הישראלית, גורסת כי יש לסייע ככל האפשר באמצעות מערכות המיסוי והסבסוד הציבוריים בשני מישורים: האחד, מתן "שוויון הזדמנויות" למיצוי הפוטנציאל שהטבע מעניק לפרט; והשני, מתן "פיצוי" חלקי לפחות על התוצאות הפיננסיות הישירות של חולי מבחינת השפעתן הפוטנציאלית על הוצאות משק הבית¹⁶. מדובר, אפוא, בשוויוניות (Equity) במובן של הבטחת הזדמנות הוגנת – באמצעות המערכת הציבורית הקשורה לשירותי הבריאות – לבריאות טובה, מצד אחד, ולשמירה על צריכה או תנאי רווחה שווים ככל האפשר במצבי בריאות משתנים, מצד שני. אין מדובר בשוויון (Equality), במובן של הבטחת רמה שווה של שירותי בריאות לכל. השוויוניות גורסת, אפוא, שהמערכת צריכה, ככל הניתן, לפצות – מראש ובדיעבד – על ההשפעות של הריבוד החברתי, החשיפה, הפגיעות, ועל התוצאות הכלכליות של מחלה בתחום של שמירה על פגיעה בצריכה עקב הוצאה רפואית¹⁷. גישה זו מתבטאת בדו"ח "ועדת נתניהו", בו נקבע, שיש להבטיח כי המשאבים שכלל המערכת יכולה להעמיד לשירות מבוטחים יחולקו ביניהם בצורה הוגנת ובצדק. ובמובן זה, גם בצדק של "אי שוויון" – של העדפת קבוצות חלשות, כמו חולים כרוניים, קשישים ומקומות שהוזנחו, למשל במגזר הערבי.

בפועל, מערכות בריאות מנסות להגיע לשוויוניות ב"תנועת מלקחיים", באמצעות מערכת המימון, מצד אחד, ובאמצעות ארגון וניהול השירותים, מצד שני. הראשונה נוגעת ל"שוויוניות אנכית", השנייה ל"שוויוניות אופקית"¹⁸. מערכת המימון, במקרה של מימון שמקורו במס פרוגרסיבי, יכולה לשפר מראש את הצריכה של משקי הבית על-ידי תשלום לפי יכולת. אך היא נועדה בעיקר למנוע, במקרה של חולי, מחסום לגישה לשירות רפואי, הנובע מנטל התשלום הנדרש בעבורו, ואת השפעה הפיננסית השלילית של תשלום כזה על צריכה בכלל. היינו, מערכת המימון נועדה לנתק, בכל רמת הכנסה, "ככל האפשר", את הקשר בין הכנסה לבריאות. השוויוניות האופקית עוסקת יותר בנגישות הפיסית של האוכלוסייה לשירותים ובשימוש היעיל בהם.

¹⁶ לביטול ההשפעה הכלכלית-פיננסית של חולי, יש גם פוטנציאל לשיפור בריאות.

¹⁷ בהקשר זה מידת האחריות שהחברה נוטלת על עצמה לעומת הפרט או משק הבית, היא בעיה בסיסית במערכות בריאות ורווחה בכלל. אין אנו דנים בסוגיה זו.

¹⁸ Wagstaff and Doorslaer, 1992.

4. שווינויות אנכית - מימון מערכת הבריאות ושווינויות

ההשפעה של ההתפתחויות במימון מערכת הבריאות הישראלית מאז החלת החוק בשנת 1995, מן ההיבט של שווינויות אנכית, נוגעת לכמה ממדים עיקריים: בשינויים בהתפלגות מקורות המימון במערכת ברמת המשק וברמת משקי הבית; בשינויים בסעיפי המימון לפי חמישוניים; ובהשפעת השינויים למיניהם על ההוצאה לצריכה כללית, גם שאינה בריאות, הרכבה, ועל ההוצאה לשירותי רפואה.

החתימה לשווינויות אנכית מיועדת להשגת מספר מטרות, הקשורות זו בזו: האחת, להשתמש במימון מערכת הבריאות כמכשיר להשוואת הכנסות וצריכה במשק; השנייה, למנוע, בעת הצורך, מחסום פיננסי לרכישת שירות רפואי, על-ידי שחרור משק הבית מתשלום עבור השירות הרפואי או לפחות מתשלום עבור עלותו המלאה; והשלישית, להגן על ההכנסה הפנויה והצריכה של משק הבית מפני תוצאות כלכליות של חולי, שהן לכשעצמן, כאמור, גורם סיכון לבריאות.

המטרה הראשונה אינה חייבת להיות מרכיב מפורש במטרות מערכת הבריאות אלא כאשר מימון המערכת הוא ייעודי¹⁹. ככלל, השווינויות האנכית עולה ככל שמימון המערכת הוא באמצעות מס פרוגרסיבי כללי. היא נמוכה ביותר במימון פרטי. קיימות שיטות ביניים, בהן נוהגות רמות שונות של שילוב בין המימון הציבורי והפרטי, שהשפעתן מעורבת. היינו, מימון ציבורי של מערכת בריאות באמצעות מיסוי פרוגרסיבי תוך מזעור המימון הפרטי, ככל שהדבר אפשרי, פותח פתח לקבלת שירותי רפואה לפי צורך וגם משפר את התפלגות הצריכה הכללית. עיקרון ה"צדק" החברתי גלום אפוא במידה רבה ב"שווינויות האנכית". יישומה נתון בתחום ההחלטות המקרו-כלכליות, אפילו אם מדובר במס ייעודי והשתתפויות בתשלום, היות שהחלטות אלה אינן בתחום מערכת הבריאות²⁰. "מס הבריאות", בו חייבים הכל על פי הכנסתם (עד לתקרה, באם קיימת), אשר המיר את "המס האחיד" הוולונטרי בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995, הוא דוגמה מובהקת למס ייעודי. מס הבריאות הוא מס פרוגרסיבי (בניגוד ל"מס האחיד" למרות שמו) הקשור למערכת הבריאות. שתי המטרות הנוספות נועדו למנוע מצב שבו "חוליי" הוא למעשה מעין מס רגרסיבי, העשוי לפגוע בצורה מהותית ביכולת הצריכה הכללית של משק הבית וברווחתו, בפרט בעת מחלה, כאשר גם הכנסתו עלולה להיפגע²¹.

א. השינויים במקורות המימון והשפעתם על רמת הצריכה והתפלגותה

בשנת 2001 מומנו 32 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות באמצעות תשלומים ישירים של משקי בית, או על-ידי הוצאה פרטית. אחוז ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל עלה מ-26 אחוז בשנת 1995, והוא כעת הגבוה ביותר מבין מדינות ה-OECD המפותחות, אחרי ארצות-הברית, ומשתווה בערך לשיעור ההוצאה בהולנד²². בשנת 2001, המאופיינת במשבר כלכלי, עלתה ההוצאה הפרטית

¹⁹ כאשר המס אינו ייעודי, חלקו של המס המשמש למימון המערכת יכול להיחשב כתרומת המערכת לשווינויות אנכית. ראה אחדות, 1999.

²⁰ ראה Chenichovsky, Bolotin and de Leeuw, 2003.

²¹ כשל שוק ביטוח הבריאות נובע מיכולת פוחתת של החולה להיותו מבוטח. הפרמיה האקטוארית שלו עולה בעוד שהכנסתו הפנויה, או יכולת תשלום הפרמיה, פוחתת. נוכח מעמדם הציבורי של החוקרים, אפרים צדקה ואסף רזין, קשה שלא להתייחס בדיון זה לאמירתם "...אי-השוויון בצריכת שירותי רפואה הוא אפוא סימפטום של אי-השוויון בהכנסות, ולא הגורם (המחלה) שיוצר את אי-השוויון" (צדקה, רזין, וכהן 2002, עמ. 5). אמירה זו אינה נכונה בעליל: מצב בריאות נחות ובפרט מחלה תורמים לרמת התפוקה או הכנסה נמוכים ברמת הפרט והמשק כאחד. ראה למשל: Bloom and Sevilla, 2003.

²² למ"ס, 2002.

לבריאות בשיעור של שלושה אחוזים לנפש. עלייה זו תרמה לגידול של כחצי אחוז בהוצאה הלאומית לבריאות, אשר הגיעה ל-8.8 אחוזים מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג).²³ עם החלת חוק ביטוח ממלכתי בראשית 1995, המימון מתקציב המדינה (לרבות ה"מס המקביל") היווה 48 אחוז מההוצאה, כאשר מס הבריאות מממן 22 אחוז ומשקי הבית 26 אחוז נוספים על-ידי רכישת תרופות ושירותים רפואיים. 4 אחוזים נוספים הוגדרו כ"מקור אחר"²⁴. השינויים במימון משתקפים בדפוסי הצריכה הכללית, המבטאת את הרווחה של משקי הבית. בין השנים 1997 ל-2001 עלה סך-כל ההוצאה לתצרוכת לנפש סטנדרטית בכ-24 אחוז בעוד ההוצאה לבריאות עלתה בכ-60 אחוז (ציור 10). כתוצאה מכך עלה חלקו של סעיף ה"בריאות" מ-3.8 לכדי 4.9 אחוזים מסך-כל הוצאות המשפחה לתצרוכת. עלייה זו היתה בשיעור הגבוה ביותר לעומת כל סעיפי ההוצאה באותה תקופה. בתקופה 2000-2001 השינוי הנומינלי בהוצאה החודשית של משפחה לבריאות לנפש משוקללת הוא בשיעור של 11.2 אחוז – פי 3.7 מסך הגידול בצריכה באותה תקופה. השינוי הריאלי הוא בשיעור של כ-6.5 אחוזים, פי 3.4 מסך הגידול הריאלי בצריכה, זאת כתוצאה מעליית מחירים בשירותי רפואה בשיעור של 4.5 אחוזים – פי 4.4 מעליית המחירים בסעיפי הצריכה האחרים (ציור 11).

המגמה נכונה לכל חמישוני ההכנסה אולם הפערים בינם מתרחבים. בעוד שהיחס של סך-כל ההוצאה לתצרוכת בין החמישון העליון לתחתון נשאר בסדר גודל של כ-2.5 ל-1, הפער בין חמישוניים אלה בבריאות עלה מ-2.9 ל-3.5 ל-1. היחס בין השינוי בהוצאה על שירותי רפואה לבין השינוי בהוצאה בכלל, לנפש משוקללת, הוא 2.3 בשני החמישוניים התחתונים ו-2.6 בשניים העליונים (ציור 10).

בשנים האחרונות יש, אפוא, עלייה ברגסיביות של מימון מערכת הבריאות. המימון הפך להיות פחות ציבורי וההוצאה על שירותי רפואה הפכה משמעותית בהשפעתה השלילית על הצריכה הריאלית של משקי הבית, בין השאר עקב אינפלציה גבוהה יחסית של עלות שירותי רפואה. ההוצאה לבריאות נוגסת חלקים הולכים וגדלים מהגידול בהוצאה על חשבון תחומים אחרים כאשר כמחצית מהנגיסה לטובת שירותי רפואה נובעת מעליית מחירים יחסית, בלתי תורמת למשק הבית. בנוסף על ההשפעה השלילית על רמת והתפלגות הצריכה בכלל, לעלייה בחלקו של המימון הפרטי יש השפעה שלילית על הנגישות לשירותים ועל רמת השימוש בהם. לכך מוקדש דיון בהמשך, בסעיף העוסק ב"שווינויות האופקיות", המתייחס להשפעת השינויים במימון על רמת השימוש הריאלי בשירותים על קבוצות אוכלוסייה שונות.

ב. השפעת השינויים בסעיפי ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה

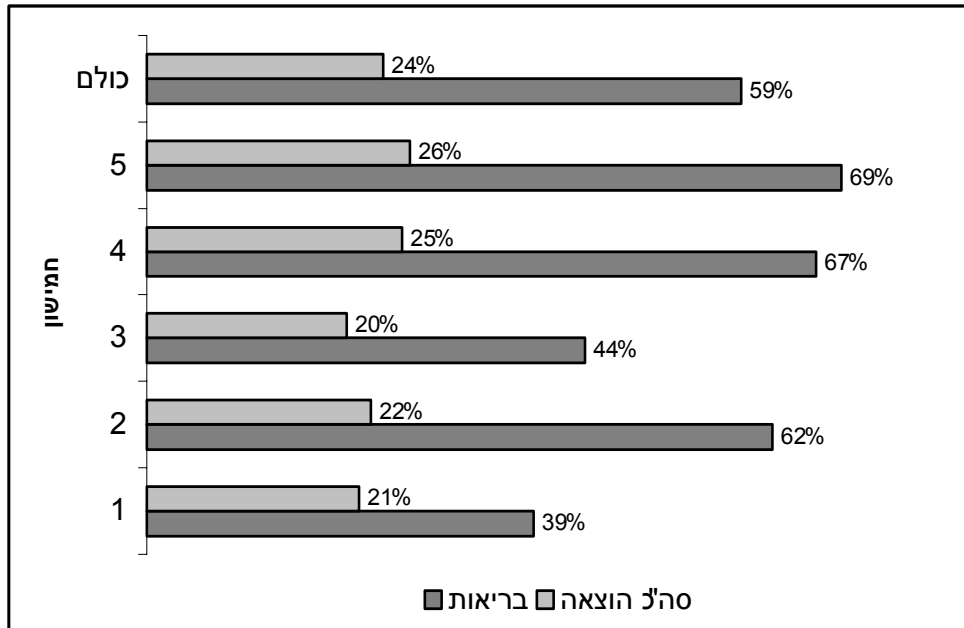
הסעיפים הבולטים ביותר בגידול ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה הם "ביטוחים משלימים" ו"תרופות". המרכיב השני מבטא את הגידול בהשתתפויות בתשלום (ציור 12). מסתבר כי בקרב רוב האוכלוסייה חלק מהגידול בהוצאה על תרופות ועל ביטוחים משלימים הוא גם על חשבון רפואה אחרת, לרבות רפואת שיניים, המייצגת את אחד התחומים הבעייתיים ביותר של בריאות הציבור בישראל²⁵. כלומר, הגם שקרוב לוודאי, שחלק מהציבור מימן רפואת שיניים באמצעות ביטוח משלים, יש מקום להשערה שחלק מהמשפחות ויתרו על חלק מרפואת שיניים בגין הגידול בהוצאות בסעיפים לעיל. כלומר, יש מקום להשערה שיש הרעה ברמת בריאות השן.

²³ צוין שבתקופה האמורה התוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) לנפש ירד בסדר גודל של כאחוז אחד. גם בהתחשב בנתון זה, העלייה באחוז ההוצאה לבריאות היא חריפה יחסית.

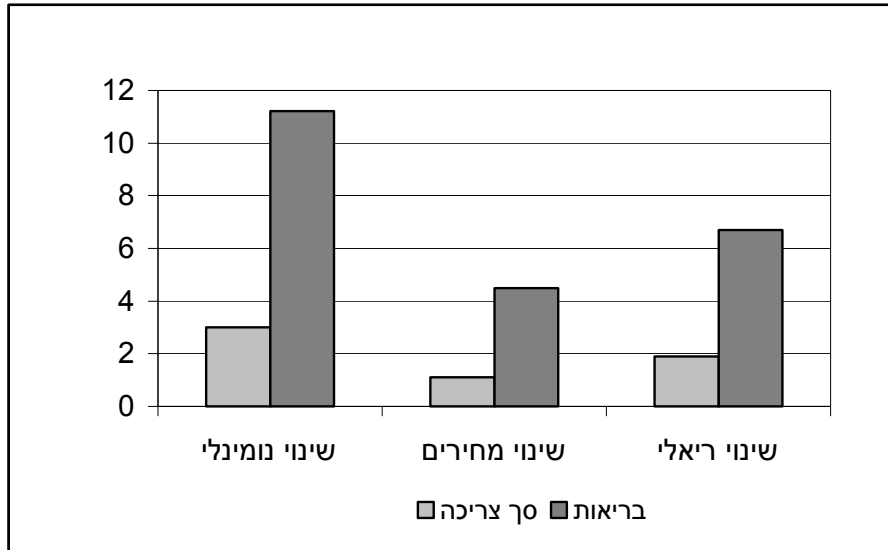
²⁴ למ"ס, 2002.

²⁵ חורב וצ'רניחובסקי, 1999.

ציור 10. השינוי בסך-כל הצריכה ובהוצאה על בריאות, לפי חמישונים, 2000-1997 (אחוזים)

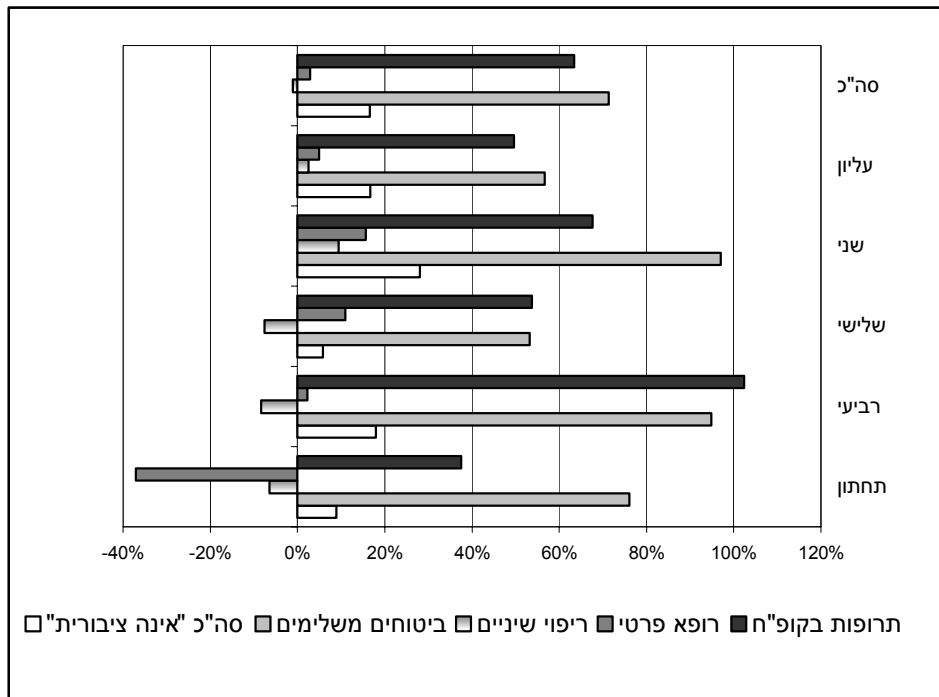


ציור 11: השינוי בצריכה ובהוצאה לבריאות, נומינאלית וריאלית, 2001-1997 (אחוזים)



מקור לשני הציורים: למ"ס (2002), סקר הוצאות משק הבית, סיכומים כלליים, פרסום מיוחד 1174. למ"ס, (2001), סקר הוצאות משק הבית 1997-1998, פרסום 1147.

ציור 12: שינוי בהוצאה על בריאות, לפי מרכיבי הוצאה, לפי חמישוני הכנסה, 2000-1997



מקור: למ"ס (2002), סקר הוצאות משק הבית, סיכומים כלליים, פרסום מיוחד 1174.
למ"ס, (2001), סקר הוצאות משק הבית 1997-1998, פרסום 1147.

בשנת 2001 היקף הביטוחים המשלימים הגיע לכדי 65 אחוז (ראה לוח 4) וזאת לעומת 37.5 אחוז ב-1999.²⁶ למרות שהגידול חל בעיקר בקרב אלה השייכים לשכבות החלשות, הרי הם עדיין בולטים, יחסית, בין חסרי הביטוח. כך גם קשישים, עולים, תושבים בפריפריה ובעלי השכלה נמוכה, יחסית, אלה שהעריכו את בריאותם כלא-טובה, ואלה השייכים לשני חמישוני ההכנסה התחתונים²⁷. למרות אלה, 80 אחוז בלתי מבטחים הם בקרב שני החמישוני התחתונים לעומת 20 אחוז בעשירונים העליונים. משפחות מרובות ילדים ואשר בראשן נשים חשופות במיוחד לחוסר ביטוח זה. ביטוחים משלימים באים בראש ובראשונה על חשבון הוצאה אחרת, הן על שירותי רפואה והן בתחום אחר או על חשבון חיסכון. תיאורטית, בעולם של ביטוח אקטוארי מושלם (עם התאמות על פני זמן), סך עלות השירותים המבטחים היא כערך פרמיית הביטוח. התפלגות עלויות אלה באוכלוסייה אינה שווה בהגדרה להתפלגות פרמיות הביטוח, בפרט כאשר אלה הן קבוצות לפי חבילות ביטוח ולא לפי שימושים. גם בשוק משוכלל עם פרמיות אקטואריות, העלויות והרווחים של חברות הביטוח כלולים בפרמיות. כלומר, לפי ההגדרה, ערכם של שירותי הרפואה בגין שירותים אלה איננו שווה לערך ההוצאה עליהם. יתרה מזו, ידוע שבתחום זה של הביטוח בישראל, הבסיס לחישוב הפרמיות אינו אקטוארי. לפחות בידי קופות-החולים יש עודפים, המועברים לפעילות

²⁶ גרוס וברמלי-גרינברג, 2002.

²⁷ גרוס וברמלי-גרינברג, 2002.

שוטפת בגין הסל הציבורי²⁸. היינו, יש מקום להשערה שהגידול בהוצאה על הביטוחים המשלימים בישראל אינו מייצג גידול ריאלי בצריכת שירותי רפואה ברמת ההוצאה על הביטוח, בפרט אם ניקח בחשבון שסביר שחלק מהגידול בביטוחים תרם גם לאינפלציה היחסית במחיר שירותי רפואה. השפעת הגידול בהשתתפויות על צריכת שירותי רפואה תידון בהמשך בסעיף הבא, העוסק בשוויוניות האופקית ובהשלכותיה על השימוש בשירותי הרפואה. יש לציין כבר בשלב זה של הדיון, שהגידול בהוצאה לתרופות משמעותי בחמישונים השני והשלישי בעוד שהגידול בביטוחים המשלימים בולט בחמישון התחתון. ההשפעה של הגידול בהוצאות המימון של משקי הבית על בריאות ניכרת גם מניתוח שנעשה על בסיס סקר הוצאות המשפחה 1999, ממנו עולים דפוסים המאפיינים את ההוצאה של משקי הבית על בריאות²⁹:

- עם הגידול במספר הנפשות הסטנדרטיות, הנטייה של משפחה להוציא על תרופות בקופות-חולים עולה, אך רמת ההוצאה הממוצעת יורדת (כאשר כל הדברים האחרים, לרבות הכנסה והשכלה, שווים). נטיות אלה חזקות יותר אם אישה היא ראש המשפחה;
 - גיל ראש המשפחה משפיע חיובית גם על הנטייה וגם על רמת ההוצאה לתרופות בקופת-חולים.
 - הנטייה להוציא על ביטוחים משלימים מכל סוג עולה, ורמת ההוצאה עליהם עולה גם היא עם רמת הכנסה והשכלה של ראש המשפחה. קשישים מוציאים יותר על ביטוחים משלימים בעיקר בקופות-חולים;
 - הנטייה להוציא על ביטוחים משלימים יורדת עם גודל המשפחה ועם היות ראש המשפחה אישה אך רמת ההוצאה על ביטוח מסחרי יורדת. היא עולה על ביטוח בקופות-חולים לעומת עלייה בגודל המשפחה.
 - ההוצאה לרפואת שיניים נמצאה מתואמת חיובית עם גודל משפחה ואינה קשורה סטטיסטית לרמתה החברתית-כלכלית של המשפחה.
- משמעות הממצאים היא, שההשתתפות בתשלום, לפחות בנושא התרופות, מכבידה על משפחות מרובות ילדים, אשר בראשן נשים, ועל קשישים. משפחות עם ילדים עלולות שלא לרכוש תרופות. גם הביטוחים המשלימים מכבידים על קבוצות אלה. בכך תורם מימון מערכת הבריאות לאי-השוויון בחברה. אמנם התוצאה הסטטיסטית מושפעת מהעובדה שלמשפחות חלשות יש פטורים מתשלומים אלה, אך לא קיים מידע על מידת הניצול של הפטורים.

²⁸ ויטקובסקי, 2002.

²⁹ Chernichovsky, 2003.

לוח 4. שיעור בעלי ביטוח משלים מכלל האוכלוסייה לפי משתני רקע, 2001 (אחוזים)

ללא ביטוח משלים	בעלי ביטוח משלים	סך-הכל
35	65	משתנים דמוגרפים
		גיל
36	64	44-22
33	67	64-45
42	58	65+
		מין
38	62	גברים
34	66	נשים
		שפה
26	74	עברית
60	40	ערבית
62	38	רוסית
		אזור מגורים
41	59	חיפה והצפון
47	53	ירושלים
29	71	תל-אביב והמרכז
38	62	באר-שבע והדרום
		משתנים חברתיים-כלכליים
		השכלה
52	48	יסודית ומטה
35	65	תיכונית
31	69	על-
		תיכונית/אקדמית
		משתנים הקשורים
46	54	לבריאות
32	68	הערכת מצב בריאות
		לא טוב/גרוע
		טוב/ טוב מאוד
		הכנסה לנפש
55	45	סטנדרטית
51	49	חמישון תחתון
37	63	שני
20	80	שלישי
20	80	רביעי
		חמישון עליון

מקור: ברמלי-גרינברג וגרוס, 2002.

ג. סיכום

ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה בישראל מהווה **כשליש** מההוצאה הלאומית לבריאות. שיעור זה הוא מן הגבוהים במערכות בהן יש זכות ציבורית לשירותי רפואה, והוא מבטא בחלקו את אי-השוויוניות בכל הקשור למערכת הבריאות הישראלית. בדירוג של WHO, לגבי "הגינות" מערכת המימון (שקדם לפרסום האחרון של שיעור המימון הפרטי הגבוה – 32 אחוז), ישראל נמצאת במצב טוב יותר מארצות-הברית, אמנם, אך היא ממוקמת נמוך לעומת הממוצע של מדינות OECD (הכולל גם מדינה כמקסיקו, המדורגת במקום ה-144).

"מימון מערכת הבריאות בשנת 1994 (כלומר, לפני החלת החוק) היה גרסיבי באופן מובהק", בעוד שבשנת 1995 "היה פחות או יותר יחסי להכנסה"³⁰. כך היו פני הדברים גם ב-1997. השפעתה של הרחבת ההשתתפויות בתשלום, שהוטלו על משקי הבית בחוק התקציב של 1998, לא הוערכה במלואה וכך גם השפעת התפשטותם של הביטוחים המשלימים. אולם אין ספק, נוכח מצב הדברים בשנים 1995 עד 1997, כי תשלומים אלה וגם הביטוחים המשלימים הם גרסיבים בעליל, גם בהתחשב בפטורים הניתנים, נומינלית לפחות, למשפחות נצרכות וגם בהתחשב בכך שהפרמיות לביטוחים המשלימים הם קבוצתיות³¹.

מימון מערכת הבריאות חזר, אפוא, להיות גרסיבי והוא תורם להגדלת אי-השוויוניות בחלוקת הצריכה במשק וביכולת ובגישה של שכבות חלשות לשירותי רפואה. מצב המערכת היום, מבחינה זו, עלול להיות חמור ממצבה ערב החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שצדק חברתי הוא אחת ממטרותיו. חשוב לציין, שאין זו תוצאה של החוק אשר שיפר לכשעצמו את השוויוניות, אלא של מדיניות הממשלה ואופן טיפולה בנושא מימון המערכת בעיקר בתחום הרחבת ההשתתפויות בתשלום והליברליזציה של הביטוחים המשלימים.

³⁰ אחדות, 1999.

³¹ זאת בהתחשב בנתונים לעיל, ובסימולציות רלבנטיות. הכוונה לסימולציות שבצעה אחדות במחקרה.

5. שוויוניות אופקית – זמינות ונגישות שירותי רפואה

"שוויוניות אנכית" מבטאת תנאי הכרחי לשוויוניות בצריכת שירותי רפואה, בכך שהיא מפחיתה את התלות בין צריכת שירות רפואי ותשלום עבורו, אך היא אינה תנאי מספיק להשגת שוויוניות מלאה, היות שמערכת המימון אינה מבטיחה את זמינות שירותי הרפואה. ככלל השגת ה"שוויוניות האנכית" קלה יחסית לפתרון וחוק ביטוח הבריאות הממלכתי מוכיח זאת.

בתנאים של מימון ציבורי מלא של שירותי רפואה, "שוויוניות אופקית" גורסת הבטחת "עלות גישה" שווה לשירות לבעלי צרכים שווים. בהתאם לכך, השוויוניות האופקית עניינה בפיזור פיסי של שירותים באוכלוסייה ובמידת הנגישות של האוכלוסייה לשירות שהיא זכאית לו. היינו, גם משהוסרה מגבלת התשלום עבור שירות ואפילו אין השתתפויות, נותרו עדיין מגבלות של עלות התחבורה לשירות, הקשורה לזמינותו, ועלות איבוד זמן השימוש בשירות. יתר על כן, גם נגישות פיסיית אינה מבטיחה עדיין שימוש יעיל בשירות. תרבות ושפה, לדוגמא, עלולות להיות מכשלות בפני יעילותה של המערכת, גם כאשר זמינות השירותים מובטחת. על כן outreach בקהילה חשוב במיוחד בהקשר זה. לפיכך, בניגוד לשוויוניות האנכית, ההתמודדות עם השוויוניות האופקית, שהיא בשליטת מערכת הבריאות, היא אתגר גם במערכת שלרשותה מקורות ריאליים בלתי מבוטלים.³²

א. ביטוחים משלימים והשתתפות בתשלום

הידוק הקשר בין יכולת התשלום, בעיקר עבור ביטוח משלים ו"השתתפויות", לבין השימוש בשירותים משפיע לא רק על רמת הצריכה של משק הבית והתפלגותה, אלא גם על הנגישות לשירותי רפואה ועל השימוש בהם.

ככלל, ביטוח הופך את הנגישות לשירותים לשוויוניות יותר על-ידי פיזור סיכונים. אפיון זה נכון כאשר הביטוח מוחזק על-ידי כלל האוכלוסייה ובפרט כאשר החזקתו נטולת פרופיל חברתי-כלכלי. כאמור לעיל, חלקם היחסי של השכבות החלשות בביטוח נשאר נמוך, יחסית, הגם שהן הגדילו את חלקן היחסי בביטוחים אלה בשנים האחרונות (ראה לוח 4. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם הממצאים שהראו, כי ההוצאה לביטוחים משלימים (ביטוח אחר) היא פונקציה שלילית של גודל משפחה וחיובית עם מצבה החברתי-כלכלי.³³

נתונים אלה משמעותיים לא רק לאי-השוויון בנגישות לאותם השירותים, המוקנים באמצעות הביטוחים המשלימים, אלא גם לנגישות לסל הבסיסי. זאת בפרט לנוכח העובדה, שקופות-החולים, המעניקות את הסל הבסיסי, מציעות גם ביטוחים משלימים. התושב (הפרט), המעוניין בביטוח משלים בקופת-חולים, יכול "לרכוש" ביטוח משלים רק בקופה בה הוא חבר לצורך הסל הציבורי. במציאות שנוצרה קופות-החולים יכולות לעסוק במימון מבוטחים באמצעות הביטוח המשלים.³⁴ יתרה מזו, יש מקום להשערה, שהנגישות גם לסל הבסיסי עשויה להיות טובה יותר לבעלי ביטוחים משלימים לעומת אלה שאינם מחזיקים בהם.

ציינו בסעיף הקודם כי ההוצאה לתרופות בקופות-החולים היא פונקציה חיובית של גודל המשפחה ושלילית של רמתה החברתית-כלכלית, כפי שהיא נמדדת על-ידי הכנסת המשפחה

³² הנטייה במערכות בריאות, לרבות הישראלית, היא להתמודד עם נושאים הקשורים לרמת המימון ולצורות המימון הנוגעים ל"שוויוניות אנכית" ופחות לצורות ההקצאה ואופן התשלום לספקים, הנוגעים ל"שוויוניות אופקית" - Chernichovsky, Bolotin, and de-Leeuw, 2003. דוגמה מובהקת לכך בישראל הוא המאמץ המושקע מידי שנה בדיונים על תקציב הבריאות לעומת ההזנחה, היחסית, של עדכון נוסחת הקפיטציה (זמורה, צ'רניחובסקי ושמואלי, 2003). במובנים רבים הדבר נוח פוליטית לקברניטי מערכת הבריאות.

³³ Chernichovsky 2003

³⁴ זמורה, צ'רניחובסקי, שמואלי, 2003.

והשכלת ראשה. יש בנתונים אלה כדי לתמוך בהשערה שלמחיר יש השפעה שלילית על כמות השירות או המוצר הנצרכים. כלומר, עליית מחירים, בשל גידול בהשתתפויות, תביא לצמצום בצריכה ממש.³⁵

אכן, במחקר על "דעת הציבור על רמת השירותים ותפקוד מערכת הבריאות 1995, 1997, 1998"³⁶ מצוין כי 14 אחוז מהמרואינים ויתרו על טיפול או תרופות, שהיו אמורים לקבל במערכת הציבורית בגלל שנדרשו לשלם עבורם. שיעור המוותרים בקרב העניים היה 25 אחוז ובקרב החולים הכרוניים 19 אחוז. יתר על כן, בניגוד לשכבות החזקות יותר, קיימת מודעות נמוכה יותר להחזרים המגיעים להם בגין תשלומים ששילמו, מעבר לתקרות הקבועות בחוק.

ב. שימוש בשירותים

ניתן להבחין ברמת שימושים שונה בין האוכלוסיות השונות והאזורים השונים במדינה. נתונים על רמות שימוש בשירותים של שנת 1993 (האחרונים שהיו בידינו) עובדו על-ידי חוקרים שונים.³⁷ הנתונים מצביעים על קשר חיובי בין "צפיפות המגורים", כאשר משתנים אחרים הם קבועים, לבין רמת השימוש בשירותים. "צפיפות המגורים" (מספר הנפשות ביחס למספר החדרים) נתפסת כמודד חברתי-כלכלי בסיסי, המייצג הכנסה או רמת רווחה לנפש, ורמתה נוטה לרדת עם עליית רמת החיים. מתברר, אם כן, שמשפחות עם רמת הכנסה גבוהה יותר ומספר ילדים נמוך יותר צורכות יותר שירותי רפואה בקהילה, לפחות. אותם מחקרים מצביעים על כך, שלגבי רמת השכלה הקשר מורכב יותר - השכלה גבוהה יש בה כדי להפחית את רמת השימוש בשירותי רפואה. ממצא זה, שהוא אוניברסלי, יש בו כדי להצביע על הצורך הקטן יותר של קבוצות משכילות בשירותי רפואה ועל יעילות גבוהה יותר בקירבן בשימוש בשירותים. גם בישראל נמצא שמצב חברתי-כלכלי גבוה מעיד על צמצום הצורך בשירותי רפואה (בשל השפעת השכלה) אך גם על יותר שימוש (בשל השפעת הכנסה לנפש). מאחר שמשתני הכנסה לנפש והשכלה מתואמים באוכלוסייה, פירושו שלמרות צרכים פחותים בקרב שכבות חברתיות-כלכליות גבוהות הן נוטות להשתמש יותר בשירותים נוכח יכולת כלכלית גבוהה יותר.

כאשר מוסיפים את הממד של המרחב הגיאוגרפי, המבוטא על-ידי משתנה ה"מחוז", למאפיינים האחרים, מסתבר כי רמות השימוש בשירותי הבריאות נמוכות יותר באזורים פריפריים.³⁸ בהמשך לכך, מסתבר עוד - לגבי הניסיון לקשור בין זמינות שירותי רפואה לבין רמת הבריאות ביישובים בישראל, תוך התחשבות במצב חברתי-כלכלי - כי קיים קשר שלילי בין רמת הבריאות לבין זמינות שירותים. נמצא כי ישנם פחות שירותים במקומות בהם התמותה גבוהה יותר. אין כאן קשר סיבתי, היות ששני המשתנים תלויים במצב החברתי-כלכלי. יחד עם זאת, הממצאים מצביעים על כך שלמרות הפריסה הרחבה יחסית של שירותי הבריאות בישראל, אשר אף שופרה עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אין מערכת השירותים "מפצה" על החוסר החברתי-כלכלי.³⁹

ג. אזורים

³⁵ Reuveni et al 2002

³⁶ ברוקדייל: גרוס ברמלי-גרינברג, 2002.

³⁷ ניראל ואחרים, 2001; צ'רניחובסקי ושריר, 1996; Chernichovsky & Markowitz 2003.

³⁸ ניראל ואחרים, 2001.

³⁹ ראה זמורה, צ'רניחובסקי, שמואלי 2003.

זמינות פיסית ומוסדית של שירותי רפואה, גם במדינה קטנה כישׂראל, מכתיבה את ההסתברות של פרטים לקבל שירות. זמינות זו מכתיבה את עלות הגישה לשירות של הפרט, בכסף ובזמן, אשר עבורם המערכת אינה מפצה בכל מקרה, ואת יכולת השירות לצאת לקהילה (outreach). דגש מיוחד מופנה בדיון לקשר בין זמינות שירותים לבין מצב בריאות האוכלוסייה, כמבחן ל"הגינות" המערכת. אזורים גיאוגרפיים שונים מאופיינים בתשתיות שירותים שונות או בהיצע שירותי בריאות שונה, כמו גם במאפיינים שונים של האוכלוסייה. בארץ, נמצאו פערים בהיצע שירותי בריאות בין אזור המרכז לפריפריה (צפון ודרום), כאשר באזורים אלו נמוכה יותר, בממוצע, גם הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה, הכוללת גם את המגזר הערבי והבדווי⁴⁰. נתונים מצביעים על שונות במספר הרופאים, הכלליים והמקצועיים, לפי נפות. נמצא כי מספרי הרופאים לנפש, בפרט מספרי הרופאים המומחים, בערים הגדולות גבוה לעומת הפריפריה (ציור 13). אמנם הנתונים מתייחסים למקום המגורים של הרופאים, אך יש בהם כדי להצביע על פער בין אזורים שונים, בעיקר בתחום הרפואה המקצועית או רפואת מומחים.

כמה מחקרים בחנו האם הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל קטנו ונמצא, שבמרבית ההיבטים, הפערים בין הדרום ליתר הארץ נותרו גם לאחר הפעלת החוק⁴¹. נתונים המתייחסים למחוז הדרום מצביעים על כך, שלמרות הגידול בכוח אדם רפואי במהלך שנות התשעים, כולל התקופה שמאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עדיין יחסי כוח האדם לאוכלוסייה נחותים בדרום לעומת המרכז. יתרה מזו, הפערים לא הצטמצמו⁴². הזמינות הנמוכה יחסית של כוח אדם באזורים פריפריים, לאור צרכים גבוהים יותר באזורים אלה, מתבטאת בביקושים היחסיים או בלחץ על רופאים: לרופאים בדרום ובצפון יש רשימות חולים עמוסות יותר מאשר במרכז, ורופאים בדרום רואים יותר חולים מאשר רופאים במרכז ובצפון⁴³. תמונה דומה נמצאה גם לגבי מספר מיטות אשפוז. באזורי המרכז (סביב הערים הגדולות) כמו ירושלים, תל-אביב וחיפה נמצא שיעור גבוה של מיטות כלליות לאלף נפש בהשוואה לאזורים "חלשים" כמו דרום וצפון. לאורך כל שנות התשעים הצביעו הנתונים על יחס מיטות אשפוז לרעת מחוז הדרום⁴⁴.

סוגיית האזוריות מהווה את אחד האתגרים הבסיסיים של מנגנון ההקצאה הישראלי, האמור לבטא חתירה לשוויוניות. הציורים 13 ו-14 ומטריצת הקורלציה המלווה אותם (לוח 5) מצביעים על כמה נקודות יסוד במערכת הישראלית על בסיס אזורי: נמצא כי אין קשר סטטיסטי בין מספר הרופאים הכולל בנפה לבין שיעורי התמותה בה⁴⁵. עם זאת לגבי הרופאים המקצועיים המצב נמצא חמור, היות שנמצא קשר סטטיסטי הפוך בין שיעורי תמותה לבין מספר הרופאים המומחים: יש פחות רופאים מומחים דווקא במקומות שם שיעורי תמותה גבוהים⁴⁶.

⁴⁰ צ'רניחובסקי ושירום, 1996.

⁴¹ ניראל ואחרים, 2001; צ'רניחובסקי, אנסון ושמש, 2002.

⁴² ניראל ואחרים, 2001.

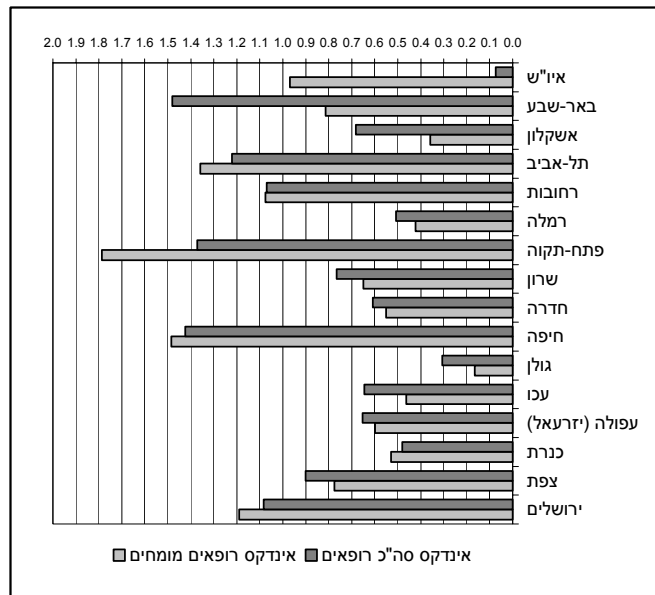
⁴³ ניראל ואחרים, 2001.

⁴⁴ ניראל ואחרים, 2001.

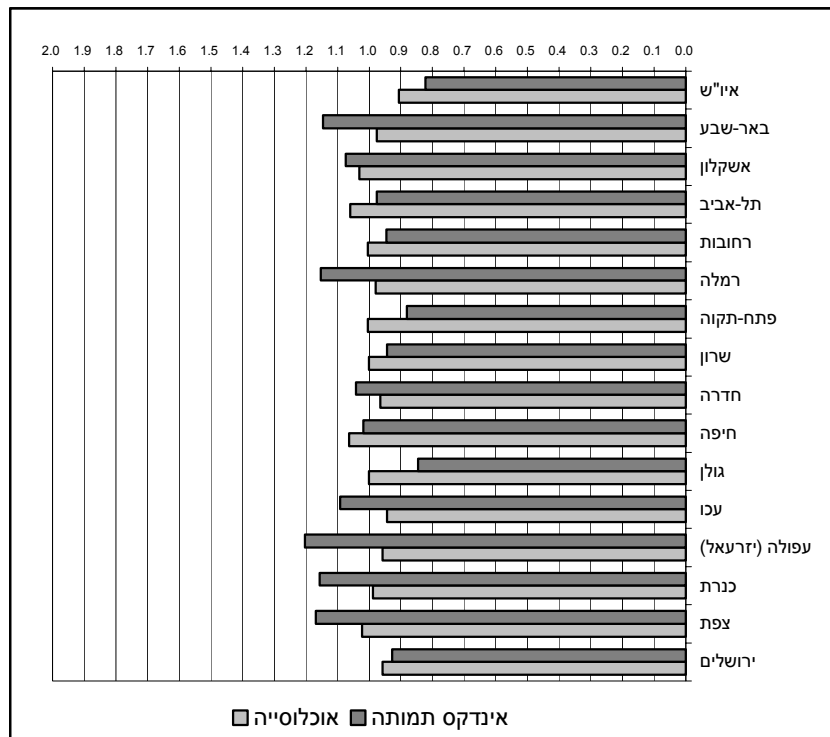
⁴⁵ יש הטיה בנתונים המתייחסים למקום המגורים של הרופאים, אך ההטיה אינה חמורה, ככל הנראה, בהתחשב בחלוקה הכללית לנפות ולא לערים.

⁴⁶ יצוין שגם נתונים פרטניים של קופות-חולים על מצאי רופאים, מצביעים על אותה תופעה, הגם שיש הוכחה שקיומם של רופאים מומחים משפר את מצב הבריאות: Chernihovsky et al., 2003.

ציור 13: סך-כל הרופאים ורופאים מומחים, לפי נפה (שיעור לאלף באוכלוסייה)



ציור 14: תמותה מתוקנת לגיל ואוכלוסייה מתוקנת לגיל, לפי נפה (שיעור לאלף באוכלוסייה)



מקור : <http://www.cbs.gov.il>

לוח 5. מטריצת קורלציה בין אינדקסים של רופאים, אוכלוסייה, ותמותה מתוקננת, לפי נפות

תמותה	אוכלוסייה	סך-הכל רופאים	מומחים	
-0.376	0.302	0.708	1.000	רופאים מומחים
0.071	0.552	1.000	0.708	סך-הכל רופאים
0.058	1.000	0.552	0.302	אוכלוסייה
1.000	0.058	0.071	-0.376	תמותה

נוסחת הקפיטציה הישראלית מקצה את מרבית המקורות הציבוריים למימון שירות רפואה לפי את הרכב הגילים של האוכלוסייה בכל קופת-חולים, אבל ההקצאה לנפות, הנעשית על-ידי כל קופה למבוטחים שלה איננה תלויה בנוסחת הקפיטציה. לכן גם אם נוסחת הקפיטציה הישראלית היתה מושלמת ונעשית לפי הרכב הגיל של האוכלוסייה בכל נפה, או מחוז ("אינדקס אוכלוסייה" בשרטוט), הרי לא נמצא קשר בין שיעורי התמותה בנפות לבין הקצאה זו.⁴⁷ כלומר, מנגנון הקפיטציה הישראלי, גם אם היה מקצה אופטימלית, אך לפי גיל בלבד, לא היה מסייע לצמצום פערים בשיעורי תמותה בין אזורים בישראל.⁴⁸ ממצא זה תואם ממצא דומה על נתונים מתקופות קודמות.⁴⁹

ד. סיכום

הנסיבות הכלכליות-הפיננסיות ברמת הפרט והנסיבות הסביבתיות ברמת הקהילה חוברות לצמצום הנגישות לשירותים דווקא באזורים, שבהם מצב בריאות האוכלוסייה מעיד על ההיזקות גבוהה יחסית לשירותי רפואה. בפרספקטיבה של השפעת עוני יחסי על בריאות, דומה שדרכי המימון של מערכת הבריאות ואופן הקצאת המקורות העומדים לרשותה מחריפים, מחד גיסא, את הלחץ על האוכלוסיות החלשות בצורה אשר מהווה גורם סיכון לבריאותן הירודה יחסית ומצמצמים את נגישותן לשירותי רפואה, מאידך גיסא. אלה חוברים יחד לא רק לפגוע בצדק החברתי בישראל אלא גם בפוטנציאל לשפר את רמת בריאות בציבור בישראל.

⁴⁷ "אינדקס האוכלוסייה" מבטא את מספר הנפשות המשוקללות לנפה, לפי נוסחת הקפיטציה, ביחס למספר הנפשות בפועל בנפה. כלומר, האינדקס מבטא "צורך יחסי" לפי תפיסת נוסחת הקפיטציה הישראלית.

⁴⁸ לאחרונה מדובר על הכנסת מדד חברתי-כלכלי לנוסחת הקפיטציה על פיה יוקצה התקציב לקופות-החולים.

⁴⁹ צ'רניחובסקי ושירום, 1996. הרחבה בנושא זה, ראה זמורה, צ'רניחובסקי, ושמואלי 2003.

ביבליוגרפיה

- אחדות, ל., (1999), מימון ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל: היבטים של פרוגרסיביות, הסתדרות העובדים הכללית.
- ושמואלי, ע., (1999), אי-שוויון בהוצאה הפרטית של בריאות, 1997 לעומת 1992, טיוטה.
- גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., (2001), ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות צרכנים, **ביטחון סוציאלי**, מס 61, עמ' 154-171.
- (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.
- ויטקובסקי, י., (2002), "דו"ח על פעילות קופות-החולים לתקופה 1-6/2001".
- זמורה, ע., צ'רניחובסקי, ד. ושמואלי, ע., (2003), "מנגנון הקפיטציה הישראלי וההקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל", המרכז לחקר המדיניות בחברתית בישראל (בהכנה).
- חורב, ט., וצ'רניחובסקי, ד., (1999), מודל אופטימלי למערך רפואת השיניים בישראל, בתוך י. קופ (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1999**, ירושלים, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 279-295.
- למ"ס (2000), **פרופיל דמוגרפי-בריאותי של היישובים בישראל 1993-1997**, פרסום מיוחד 1144.
- (2000), **תמותת תינוקות 1993-1996**, פרסום מיוחד 1127.
- (2002), **סקר הוצאות משק הבית 2000**, פרסום מיוחד מס' 1174.
- (2001), **סקר הוצאות משק הבית 1997-1998**, פרסום מיוחד 1147.
- (2001), **שנתון סטטיסטי לישראל**, מס' 52.
- (2000), **סקר בריאות 1996-1997**, ממצאים כללים.
- (2002), הודעה לעיתונות: "בשנת 2001: נמשכת העלייה בהוצאה הלאומית לבריאות", יולי 24.
- משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות (2001), **השוואות בינלאומיות במערכות בריאות 1980-1998** (לוח 1.3, 1.4, 1.7).
- ניראל, נ., פלפל, ד., רוזן, ב., זמורה, ע., גרינשטיין, מ., וזלצברג, ס., (2001), "נגישות לשירותי הבריאות בדרום וזמינותם; האם נסגרו פערים לרעת הדרום לעומת אזורים אחרים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי?" **ביטחון סוציאלי**, 76: 59-95.
- צדקה, א., רזין, א. וכהן, א., (2002), "שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) בבתי חולים ממשלתיים", מזכר עבוד ההסתדרות הרפואית בישראל.
- צ'רניחובסקי, ד., שירום, א., (1986), בתוך י. קופ (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1986**, המרכז לחקר מדיניות החברתית בישראל, ירושלים.
- קופ, י., (עורך) (2001), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2001**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים (במיוחד סעיף 4: שביעות רצון ותגובתיות מערכת הבריאות, עמ' 162-164).
- שובל, ח. ואנסון, י. (2000), **העיקר הבריאות – מבנה חברתי ובריאות בישראל**, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- שמואלי, ע., גרוס, ר., (2001), אי-שוויון בבריאות הקשור בהכנסה בישראל של שנות ה-90, **ביטחון סוציאלי**, מס' 59, עמ' 64-75.

שמש, ע., ואלקנה, י., (2002), שיעורי תמותה מתוקננים ומזדים חברתיים ביישובים, משרד הבריאות, ירושלים (טרם פורסם).

- Anson, J. (1988), "Mortality and Living Conditions: Relative Mortality Levels and Their Relation to Physical Quality of Life in Urban Populations" *Social Science and Medicine*, 27, 9:901-910
- Bloom, D. and J. Sevilla (2003). "Health Worker Productivity and Economic Growth." Paper presented at the March 2003 Health Economics Program Meeting. National Bureau Of Economic Research, Inc. Boston
- Chernichovsky, D., Bolotin, A., and de Leeuw, D., (2003) Fuzzy Logic Approach toward Solving the Analytic Enigma of Health System Financing." Forthcoming in *European Journal of Health Economics*.
- Chernichovsky, D., Markowitz, S., (2003), "Aging and Aggregate Costs of Medical Care: Conceptual and Policy Issues", Forthcoming in *Health Economics*.
- Chernichovsky, D. and Y. Anson (2003) "Community Wealth, Health and Medical Care; The Jewish-Arab Divide in Israel." Forthcoming in *Economics and Human Biology*.
- Chernichovsky, D. and S. Kunitz, (2003), "'Medical Minorities' - A New Approach To Study Equity In The Health System". Mimeo. Ben-Gurion University of the Negev.
- Chernichovsky, D., (2003), "Disaggregating Private Household Spending on Health for Better Public Policy". World Bank, Washington D.C. (processed)
- Diderichsen, F., Evans, T., and M. Whitehead, (2001), "The Social Basis for Disparities in Health" in Evans T., Whitehead M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. and Wirth, M., (eds.), *Challenging Inequities*, Oxford University Press. New York. Pp. 13-23
- <http://www.cbs.gov.il>
- <http://www.oecd.org>
- Ginsberg, G. M., (1992), standardized mortality ratios for Israel, 1983-1986, *Israel Journal of Medical Sciences*, 28, 868-877
- Kawachi, I., and Kennedy, B., (1999), "Health and Social Cohesion – Why Care about Income Inequality?" *British Medical Journal*, 314:1037-1040.
- Marmot, M.G., and Wilkinson, R.G., (eds.) (1999), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press. New York.
- Reuveni, H. Sheizaf, B., Elahyani, A. Sherf, M., Limoni, Y. and R. Peled. "The effect of drug co-payment policy on the purchase of prescription drugs for children with infections in the community". *Health Policy*. 2002. 62(1):1-13.
- World Health Organization (WHO), *The World Health Report 2000*, Geneva.
- Wagstaff, A. and van Doorslaer. E., (1992), "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons." *Journal of Health Economics*, 11: 361- 411