

מערכת הבריאות

מדדים רבים, כגון מדדי תמותת תינוקות ותוחלת חיים בישראל ושביעות הרצון של האוכלוסייה משירותי הבריאות, מצביעים על הישגים מרשימים למדי של מערכת הבריאות. תוחלת החיים בישראל היא מהגבוהות בעולם (במיוחד בקרב הגברים); ותמותת תינוקות נמוכה מהממוצע של מדינות OECD, אף כאשר שיעור היילודים במשקל נמוך בישראל, המתואם עם תמותת תינוקות גבוהה, בדרך-כלל, גבוה בהרבה בהשוואה למדינות אירופה¹. גורמים רבים, זולת שירותי הריפוי והמניעה, משפיעים על תוחלת חיים ועל תמותה וביניהם כאלה הקשורים לתרבות, להשכלה ולאורח חיים. יחד עם זאת, למערכת הבריאות יש תפקיד מרכזי במניעה ובהתמודדות עם מצבי תחלואה, והיא תורמת מצידה להישגים שתוארו, באמצעות המדדים האמורים לעיל.

אופייה הציבורי של מערכת הבריאות, כמו גם איכותו של כוח האדם במקצועות הבריאות, מאפשרים לכאורה קיומם של שירותי בריאות ברמה מקצועית גבוהה, הנגישים לכלל האוכלוסייה. יחד עם זאת, במהלך השנים האחרונות, התרחבו הפערים בין קבוצות האוכלוסייה, בכל הקשור למצב הבריאות ולנגישות לשירותים. מגמה זו מתרחשת על רקע צמצום עקבי של השתתפות המדינה במימון המערכת והיא מעיבה על ההישגים, אשר הושגו בעבר על-ידי מערכת הבריאות.

תהליכים אלה משתקפים, בין היתר, בכרסום שחל בהערכה של הציבור ביחס למידת השוויוניות במערכת הבריאות². מהסקר החברתי של מרכז טאוב, הנערך מדי שנה עולה, כי הציבור סבור, שישנם הבדלים בין קבוצות שונות באוכלוסייה ברמת השירותים שהן מקבלות. יותר ממחצית הנשאלים (53 אחוז) מעריכים, כי הפער ברמת השירותים הוא עמוק ועוד קרוב לשליש (31 אחוז) העריכו, כי ישנו פער קטן. גם בשביעות הרצון של הציבור מהשירותים חלה ירידה מסוימת על פני השנים, אך "הנגע" החמור מכל מתבטא בשיעור הגבוה מבין המשיבים (יותר

¹ ראה איור בעמוד 54 ב"התפתחות החברתית-כלכלית – הצגה מאוירת" בספר זה.

² ראה ממצאי הסקר החברתי של מרכז טאוב בנושא זה לשנים השונות.

מחמישית בקרב כלל הציבור, וכשליש בקרב בעלי הכנסה נמוכה), שדיווח בסקר על הימנעות מקבלת שירות רפואי נחוץ, לפחות פעם אחת במשך השנה האחרונה, בשל המחיר שנדרש לשלם בעבורו.

נתוני ההוצאה הלאומית על מערכת הבריאות משקפים לכאורה בקרה יעילה על תקציב מערכת הבריאות. כשלעצמה, מטרה זו הינה חשובה ביותר. יחד עם זאת, הדגש על בלימת ההוצאה הושג תוך כדי צמצום חלקה של הממשלה במימון והגדלת המימון הפרטי (של משקי הבית), אי-השקעה בתשתיות חיוניות, ושחיקה בשיעור מיטות האשפוז לנפש, שאפיינה את ההתפתחות במחלקות מסוימות ובאזורים מסוימים. גם התחזיות, המתריעות על המחסור העתידי בכוח האדם במערכת, מצביעות על העדר מימון מספיק למערכת הבריאות, לצורך תחזוק התשתיות הציבוריות הקיימות והתאמתן לצרכים של האוכלוסייה בעתיד.

כמדי שנה, הפרק סוקר ממדים שונים של התפתחות מערכת הבריאות. החלק הראשון סוקר, ראשית, את ההוצאה הלאומית על שירותי הבריאות ואת השינויים בהרכב המימון שלה, תוך השוואה למדינות OECD. בהמשך סקרנו את ההתפתחויות העיקריות במערך האשפוזי והתפתחויות מרכזיות של כוח האדם במערכת הבריאות. החלק השני של הפרק מתמקד במשמעויות של אי-השוויון בבריאות ובשירותי הבריאות, כפי שעולה ממדדי הבריאות של האוכלוסייה, מהנגישות לשירותי הבריאות ומהבדלים בתשתיות בין אזורי הארץ השונים.

חלק א'. התפתחויות מרכזיות במערכת הבריאות

1. ההוצאה הלאומית לבריאות והרכבה

חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות בתוצר המקומי הגולמי לשנת 2006 נאמד ב-7.8 אחוזים, כ-49 מיליארד ש"ח (למ"ס, הודעה לעיתונות מיום 7.08.2007). מגמת העלייה בהוצאה לבריאות כאחוז מתמ"ג נבלמה בשנת 2001 והחל בשנה זו מסתמנת מגמת ירידה, שאפשר שהיא נבלמת בשנת 2006, בה נראית יציבות בהמשך ל-2005 (איור 1). מקורן של התנודות סביב קו המגמה (הקו המודגש באיור) הוא בהתאמות שחלו בין השינויים בהוצאה הלאומית על שירותי הרפואה לבין השינויים בתוצר.

עם זאת, אין אפשרות להסביר את המגמה העקבית מתחילת העשור האחרון, במונחי התאמות בלבד³.



מקור: למ"ס, 2007.

ברוב מדינות OECD המגמה הפוכה מזו שבישראל וישנה עלייה הדרגתית בחלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות מהתוצר – החציון המחושב למדינות ה-OECD עלה מ-7.5 ל-9.1 אחוזים בעשור האחרון (1995-2005). ככלל, קצב הגידול של ההוצאה הריאלית לבריאות, בממוצע לנפש במדינות אלה, בעשור זה, גבוה מקצב הגידול בתוצר לנפש. התוצר לנפש במדינות אלה גדל ב-2.6 אחוזים בממוצע שנתי, בעוד שההוצאה לבריאות עלתה ב-4 אחוזים. ואילו ישראל שייכת לקבוצה מצומצמת של מדינות, בהן קצב הגידול של ההוצאה לבריאות בממוצע לנפש נמוך מקצב הגידול של התוצר (3 לעומת 4 אחוזים, בהתאמה, בממוצע שנתי לעשור).

³ ראה הרחבה של הדיון בנושא מימון מערכת הבריאות אצל צ'רינובסקי, 2007.

איור 2 מציג את הירידה בהוצאה לנפש על שירותי הבריאות בהשוואה לגידול בתוצר לנפש, ובהתחשב בשינויים הדמוגרפיים, המבטאים את השינויים בצרכים, ובהתחשב בשינויי המחירים היחסיים של שירותי הרפואה, המבטאים את השתנות יכולת הקנייה. ובכן, בעוד שההוצאה לנפש עלתה במרבית התקופה, כאמור עד 2001, ההוצאה לנפש סטנדרטית ירדה בשיעורים גבוהים יותר. הירידה גדולה עוד יותר לאחר "התיקון" למחירי השירותים הרפואיים, אשר עלו במשך כל התקופה יותר מעליית מחירי התוצר או ממדד המחירים לצרכן. למעשה, לאחר "התיקונים" השונים, קיימת ירידה בסדר גודל של כ-5 אחוזים בהוצאה הריאלית לבריאות לנפש מתוקנת ביחס לשנת הבסיס 1995. יש לומר, ששנת 2006 מבשרת אולי שינוי במגמה.



(1) במחירי תוצר קבועים.

ביסוד השינויים, המצוינים לעיל, עומדת הירידה בחלקו היחסי של המימון הממשלתי מכלל ההוצאה הלאומית על בריאות. המימון הממשלתי, אשר נשחק במהלך העשור האחרון באופן עקבי, מ-74 אחוז מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות בתחילת התקופה (1996), ל-64 אחוז בשנת 2006, נמוך בשיעורו יחסית למדינות מפותחות אחרות. ברוב מדינות OECD נע השיעור בין 70 ל-80 אחוז מסך ההוצאה הלאומית על בריאות⁴ (OECD, 2007; למ"ס, 2007). התפתחות זו מתרחשת לצד עלייה מקבילה, בתקופה האמורה, בהוצאה הפרטית על שירותי רפואה, שאינה מסיים. העלייה במימון הבריאות מתקציב משקי הבית הגדילה את חלקם, מ-3.7 ל-5.1 אחוזים מסל התצרוכת הכללי של המשפחה. הגדלת חלקו של המימון הפרטי הביאה לאינפלציה מואצת בעלות של שירותי הרפואה, לפחות במגזר הפרטי. הירידה היחסית במימון הציבורי צמצמה את הכוח של המדינה ושל קופות-החולים ביחס לספקי השירות, העומדים מול האזרח הבודד. אך לא זו בלבד. לפי נתוני סקר הוצאות משקי הבית של 2005, ל-2.4 אחוזים מבתי האב, שהם כ-48,000 במספר, עם כ-161,000 נפש, ישנה הוצאה על שירותי רפואה, אשר ניתנת להגדרה כ"קטסטרופית" והיא משתווה ל-20 אחוז ומעלה מסך ההוצאה שלהם. יתרה מכך, כ-1.4 אחוז מבתי האב, כ-28,000 במספר, עם כ-93,000 נפש, יורדים מתחת לקו העוני, לפי הגדרות הביטוח הלאומי, עקב הוצאה פרטית על סעיפי רפואה חיוניים, הכוללים "השתתפויות", "ריפוי שן" ו"ביטוחים משלימים". הוצאה זו שקולה למעין מס, המוטל על משפחות המוגדרות עניות, ששיעורו מגיע לכ-7 אחוזים. וזאת, מבלי להביא בחשבון את המבוטחים, אשר ויתרו על צריכת שירותי רפואה בגין הצורך בהשתתפות בתשלום.

לסיכום, מימון מערכת הבריאות נעשה פחות ופחות פרוגרסיבי בעשר השנים האחרונות⁵. תרמו לכך הירידה בפרוגרסיביות של המימון הציבורי עצמו, עקב עליית חלקו של "מס הבריאות" במימון זה, והירידה בחלקו של המימון הציבורי מכלל ההוצאה תוך הגדלת המימון הפרטי. שינויים אלה לא קוזזו בעליית הפוטנציאל בפרוגרסיביות של המימון הפרטי עם התרחבות הביטוחים הוולונטריים. הביטוחים הללו לא המירו הוצאה

⁴ ראוי לציין, שהממוצע למדינות ה-OECD כולל גם את ארה"ב ומקסיקו, למשל, עם שיעור הוצאה ציבורית הנמוך מ-50 אחוז. ראה איור בעמ' 35 ב"התפתחות החברתית-כלכלית – הצגה מאוירת" בספר זה.

⁵ ראה בנושא זה גם אחדות, שמואלי, אנדבלד, 2007.

מכיסם של משקי הבית, אלא היוו תוספת הוצאה, שהמירה את המימון הציבורי. המימון הפרטי הפך למעין מס לא-פרוגרסיבי, שהחליף מימון ציבורי, המבוסס על מסים פרוגרסיביים.

2. מערכת האשפוז

מערכת האשפוז מספקת שירותים באמצעות 373 בתי-חולים, אשר ניתן לסווגם לפי הבעלות ולפי ההתמחות. הממד הראשון כולל חמש קטגוריות של בעלות, בעיקר כתולדה של ההתפתחות ההיסטורית המזדמנת: בתי-חולים ממשלתיים, ציבוריים-עירוניים, בבעלות שירותי בריאות כללית (לשעבר קופת-חולים כללית), קופות-החולים האחרות וגופים פרטיים. בראייה לאחור, לא קיימת הצדקה עניינית להבדלים בבעלות על בתי-חולים השונים, אשר קמו באזוריה השונים של המדינה, אולם הבעלות איננה עניין פורמלי בלבד, והיא נושאת עמה כמה בעיות, שהמערכת טרם התגברה עליהן. להלן נתייחס לכמה מן הבעיות המרכזיות:

ראשית, ההתפתחות ההיסטורית של מערכות שונות מתחום הבריאות בישראל, וכך גם פריסתם של בתי-החולים בארץ, הייתה מזדמנת ונעדרת תכנון והכוונה של המדיניות הממשלתית. כתוצאה מכך, פריסתם של בתי-החולים בארץ איננה מיטבית (כך, לדוגמא, ניתן למצוא שלושה בתי-חולים כלליים גדולים בגוש דן, בעוד שבעיר החמישית בגודלה בארץ, אשדוד, אין כלל בית-חולים כללי).

שנית, בתי-החולים פועלים ללא תיאום רוחבי והדבר גורם לבזבוז משאבים רב ולתחרות עזה (וייס, בירנבאום, מור-יוסף, 2006).

שלישית, זה שנים, שמשרד הבריאות מכריז על כוונתו להשתחרר מעול ניהולם של עשרות בתי-החולים, אשר בבעלות המדינה. ניגוד העניינים בין תפקודו של משרד הבריאות כספק שירותים ותפקידו כמיניסטריון מהווה סוגיה, העומדת על סדר היום של קובעי המדיניות בישראל מאמצע שנות השבעים. ועדת נתניהו הצביעה על בעיית ריבוי התפקידים של המשרד בדו"ח שלה משנת 1990 (דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990), והסוגיה נדונה גם בוועדת אמוראי ב-2002 (הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002). וגם בוועדת ליאון ב-2004 (הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי-החולים הממשלתיים, 2004). מרכז טאוב עסק בסוגיה במספר הזדמנויות בעבר,

במספר דו"חות ועבודות (ראה, למשל, את הניתוח של ההתפתחויות והשינויים, בנושא כפל התפקידים של משרד הבריאות, על רקע הכוונות שהיו טמונות בחקיקה מלכתחילה [חורב, 2004]).

החלוקה המקובלת של בתי-החולים לפי התמחות כוללת ארבע קטגוריות: בתי-חולים כלליים, בתי-חולים לבריאות הנפש, בתי-חולים לחולים כרוניים (מחלות ממושכות) ובתי-חולים לשיקום (שתי הקטגוריות האחרונות מופיעות במשותף ברוב הסטטיסטיקות). בשנת 2006 פעלו בישראל 46 מוסדות לאשפוז כללי, 14 מוסדות לבריאות הנפש, 311 למחלות ממושכות (בעיקר מוסדות לטיפול גריאטרי) ושני מוסדות לשיקום.

א. מיטות האשפוז

ממד חשוב בניתוח תשתיות האשפוז הינו מספר מיטות האשפוז בתחומים השונים. בשנת 2006 היו יותר מ-42 אלף מיטות אשפוז בבתי-החולים. יותר ממחציתן בתחום המחלות הממושכות והשיקום, כשליש בתחום האשפוז הכללי (35 אחוז), וכעשירית בתחום בריאות הנפש.

מקום המדינה ועד לפני מספר שנים, משרד הבריאות היה המחזיק העיקרי של מיטות האשפוז ובמהלך השנים ירד חלקו היחסי, מ-45 אחוז בשנות השמונים ל-28 אחוז ב-2006. במקביל לכך עלה שיעורם של המוסדות הפרטיים, שחלקם גדול היום מחלקה של המדינה, מ-23 אחוז ב-1984 לכדי שליש ב-2006.

רוב השינוי בבעלות על מיטות האשפוז התרחש בתחום המחלות הממושכות והשיקום, כתוצאה מהגידול המואץ של המגזר הפרטי בתחום זה, שהשפיע על הרכב הבעלות. מדובר, כאמור, בעיקר במיטות לאשפוז סיעודי לסוגיו. רק כעשירית מכלל המיטות למחלות ממושכות (לעומת חמישית בשנות השמונים) נמצאת בבעלותו של משרד הבריאות, כאשר יותר ממחצית המיטות הן בבעלות פרטית (בהשוואה לכ-40 אחוז בשנת 1984). חשוב להדגיש, כי מספר המיטות למחלות ממושכות בבעלות הממשלה לא ירד ואף עלה במקצת (מ-1,955 מיטות ב-1996 ל-2,083 ב-2006), אך הייתה תוספת משמעותית של מיטות פרטיות בתחום זה, ששינתה, כאמור, את ההרכב. מגמה הפוכה אפיינה את התפתחות ההרכב של בתי-החולים לבריאות הנפש, שם חלקה של המדינה גדל עם השנים וחלקם של המוסדות הפרטיים הצטמצם. הרכב הבעלות על המיטות בבתי-החולים הכלליים כמעט ולא השתנה.

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

פרטי	ציבורי אחר	קופות- החולים	ממשלה	סך-הכל	
אשפוז כללי					
3	19	30	48	100	1984
5	20	30	45	100	1996
4	20	30	46	100	2006
בריאות הנפש					
41	3	7	49	100	1984
36	2	5	57	100	1996
24	3	7	66	100	2006
מחלות ממושכות (כולל שיקום)					
39	28	12	21	100	1984
38	38	10	14	100	1996
53	32	6	9	100	2006

מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי, שנים שונות.

בחינת השינויים במספר מיטות האשפוז ביחס לגידול האוכלוסייה מצביעה על מגמת ירידה בשיעור המיטות הכלליות והמיטות לבריאות הנפש לאלף נפש, ועל עלייה בשיעור המיטות לאלף נפש, ואף לאלף בני +65, בתחומים של מחלות ממושכות ושיקום.

ההתפתחות הנבדלת בשיעור המיטות לפי סוג מבטאת את השינויים שחלו בכל אחד מתחומי האשפוז (ראה לוח 2). בתחום הגריאטרי (מחלות ממושכות), הגידול הרב נועד לפצות על החסר, אשר שרר בתחום מאז שנות השבעים. התנופה הניכרת משקפת גם את הגברת הפעילות של המגזר הפרטי בתחום זה. עם זאת, יש לציין, כי השיעור שהושג ב-2006, 33.4 לאלף בני +65, נמוך לעומת השיעור המקובל במדינות המפותחות (הממוצע למדינות OECD עומד על 41 מיטות למחלות ממושכות, לכל אלף בני +65).

לוח 2. שיעור המיטות בבתי-חולים, לפי סוג

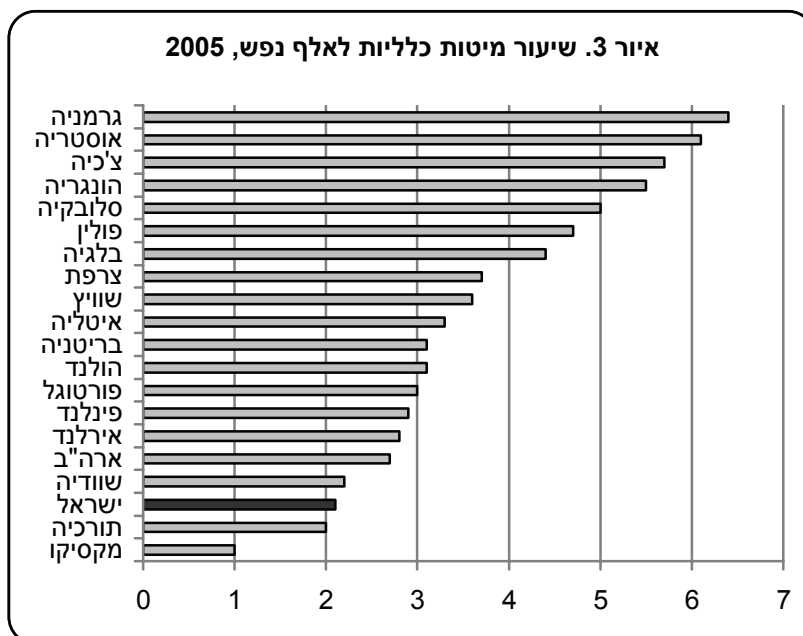
מחלות ממושכות ושיקום	בריאות הנפש	אשפוז כללי	סך-הכל	
			שיעורים לאלף נפש	שנים
שיעורים לאלף נפש בני 65+				
18.4	2.2	3.0	6.7	1980
20.3	1.8	2.8	6.5	1985
22.0	1.5	2.6	6.0	1990
24.8	1.2	2.4	5.9	1995
30.2	0.9	2.2	6.1	2000
33.4	0.6	2.1	5.9	2006

מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי, שנים שונות.

בתחום בריאות הנפש חלה ירידה דרסטית במהלך התקופה, משיעור של 2.2 לאלף נפש בראשית שנות השמונים ועד ל-0.6 לאלף נפש ב-2006. יש להניח, שההתפתחות מבטאת את המדיניות המכוונת, להפחית את מספר המיטות הפסיכיאטריות ולצמצם את היקף השירותים הניתן בבתי-חולים הפסיכיאטריים. במהלך העשורים האחרונים השתנתה בעולם המערבי הגישה הרפואית ביחס לאשפוז חולי נפש בבתי-חולים הפסיכיאטריים, במגמה להמיר שירותים אלה בשירותים שיינתנו במרכזי טיפול בקהילה. גם ישראל הושפעה מן המגמות הללו בעולם, כאשר במקביל להם חלה גם התקדמות רבה בטיפול התרופתי, התורם לאפשרות של יותר ויותר חולי נפש, להמשיך בחייהם בתוך הקהילה והמשפחה. מגמות אלה באו לידי ביטוי ברפורמה המבנית בשירותי בריאות הנפש, החותרת להעביר את מרכז הכובד של השירותים מבתי-חולים לקהילה.

לגבי המיטות הכלליות, הירידה ניכרת במיוחד בשיעור המיטות במחלקות גדולות – פנימית (ירידה של 25 אחוז מראשית שנות השמונים), כירורגיה כללית (40 אחוז), יולדות (37 אחוז), וילדים (50 אחוז). השוואה בינלאומית של שיעור המיטות הכלליות לאלף נפש מצביעה על מקומה הנמוך של ישראל בין מדינות OECD. יחד עם זאת, בנוסף להבדלים בהגדרות ובתחלואה, חשוב להביא בחשבון את השוני בהרכב הגיל של האוכלוסייה. אין ספק, כי במדינות "המבוגרות" יותר נדרשת

מערכת אשפוז גדולה יותר, כדי לספק את צורכי הבריאות של האוכלוסייה המבוגרת.



על רקע הירידה בשיעור המיטות בממוצע לנפש נמשכת בשנים האחרונות (1988-2006) עלייה בשיעור **תפוסת המיטות** הכלליות בבתי-החולים, מ-83 ל-95 אחוז. השיעור בישראל הוא מהגבוהים בעולם, כאשר התפוסה הממוצעת במדינות OECD היא בסביבות 75 אחוז. המחסור במיטות מורגש במיוחד בחלק מהמחלקות: כך, למשל, שיעור תפוסת המיטות במחלקות הפנימיות עמד ב-2006 על 102 אחוז, במחלקות עור ומין – על 123 אחוז, באונקולוגיה – על 105 אחוז, בגריאטריה אקוטית ובמחלקת נשים – על 100 אחוז.

שיעור תפוסה גבוה במיוחד נרשם בשנת 2006 במחלקות ההשגחה – 283 אחוז. מחלקות אלה זינקו בצמיחתן בשנים האחרונות. הן נועדו לאפשר לבית-החולים לאשפוז חולה, שהגיע דרך חדר המיון (ולגבות את ימי אשפוז שלו מקופת-החולים), מבלי "לתפוס" מיטות במחלקות הייעודיות. עם זאת, המצוקה במיטות האשפוז במחלקה זו מחריפה משנה לשנה.

המחסור המחמיר במיטות האשפוז מקשה מאוד על מערכת האשפוז, שעליה להתמודד עם מקרים קשים ומסובכים יותר מבעבר. בשנים אחרונות התפתחה מגמה להעביר חולים קלים יותר לטיפול באשפוז יום, ואף להעביר חולים לטיפול אמבולטורי. אך מנגד, החולים המאושפזים בבתי-החולים הם קשים והבעיות העולות מן הטיפול מורכבות יותר ובעלות אופי של טיפול נמרץ⁶.

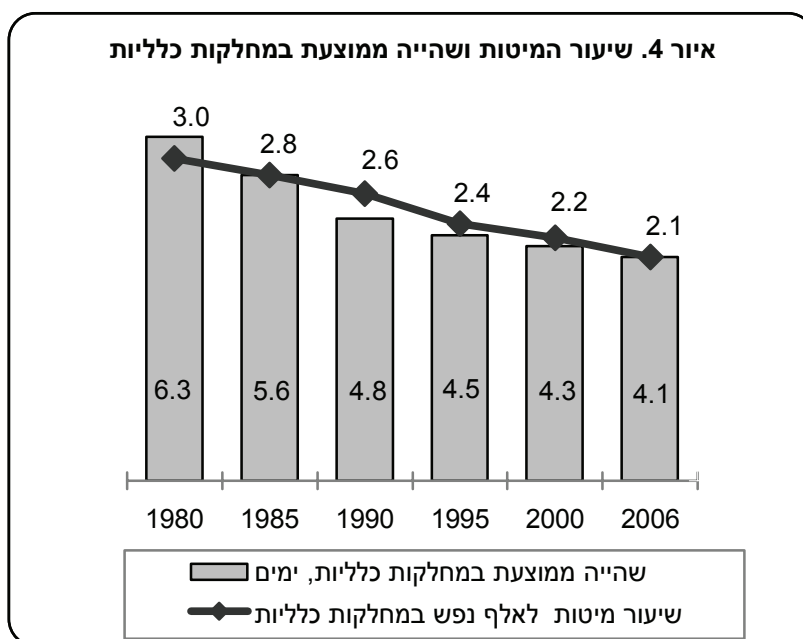
שתי המגמות עליהן הצבענו, הצמצום במספר המיטות הכלליות והעלייה בשיעורי התפוסה במחלקות אלה, מלוות במגמה נמשכת של ירידה בשהייה הממוצעת בבתי-החולים, במהלך שני העשורים האחרונים. הירידה בשהייה הממוצעת במחלקות הכלליות בבתי-החולים בישראל עד לרמה של 4.1 ימים ב-2006 הביאה לשהייה קצרה ביותר בהשוואה לעומת מדינות OECD, אצלן משך האשפוז עומד על 6.9 ימים בממוצע (2005).

ההסברים להתקצרות האשפוז נובעים הן מתוך התחום הרפואי והן מטעמים של האילוצים התקציביים. השיפורים בטכנולוגיה הרפואית, ועליית איכות הטיפול תרמו, ללא ספק, מבחינה רפואית, לאפשרות לקצר את משך האשפוז. במקביל לכך, חל שיפור ביעילות של שירותי הרפואה בקהילה, כמתבטא באבחון מוקדם (המייעל גם את הטיפול במהלך האשפוז), במציאת סידור חליפי לאשפוז בבית-החולים, ובשחרור מוקדם יחסית של מאושפזים, והרחבה רבה של המחלקות לאשפוז יום.

מבחינה כלכלית, מצד אחד התגברה הבקרה של קופות-החולים, במגמה להשפיע על הירידה בשהייה הממוצעת, ומצד שני, שונתה שיטת התגמול של בתי-החולים עבור חלק מהאשפוזים, כך שהיא מבוססת על תשלום לפי קבוצות טיפול (לדוגמא, תשלום עבור ניתוח מעקפים בלב), על פי תעריף שנקבע לפרוצדורה הניתוחית. במקרה כזה התגמול איננו מביא בחשבון את משך השהייה בפועל ולכן טמון בכך תמרוץ לקיצור האשפוז. עוד הונהג לאחרונה שינוי נוסף בשיטת התשלום לבתי-החולים – ימי אשפוז דיפרנציאליים. מדובר בתגמול שונה בגין יום אשפוז במחלקות פנימיות, למשל, בהשוואה ליום אשפוז במחלקות טיפול נמרץ. מוקדם עדיין להתרשם מהשפעת השינוי על ההתנהגות של בתי-החולים ושל קופות-החולים.

⁶ מבוסס על ראיון שנערך לאחרונה עם גבי בן-נון – בן-נון, 2007.

גורם נוסף אפשרי, להתקצרות משך השהייה בבת-החולים, הוא המחסור במיטות בחלק מהמחלקות, אשר תואר לעיל. אין ספק, שתופעה זו כשלעצמה עלולה להביא לנטייה של בית-החולים לקצר את משך האשפוז, על מנת לפנות מיטות לחולים חדשים.



לסיכום, מדדי האשפוז העיקריים במחלקות הכלליות מצביעים על מגמת הירידה בשיעור המיטות לאלף נפש, על התקצרות משך השהייה, ועל עלייה בתפוסת המיטות במחלקות אלה. התקצרות משך האשפוז בשילוב עם העלייה בתפוסה מתבטאים באינטנסיביות גדולה מאוד של הפעילות בבת-החולים. ללא תחזוק ראוי והתאמה של המערכת למצב החדש, עלולה לחול שחיקה, דבר שיפגע בסופו של דבר באיכות הטיפול הניתן בבת-החולים.

3. כוח אדם

כוח האדם במערכת הבריאות הוא המשאב החשוב ביותר שלה. איכותם ורמתם הגבוהה של הרופאים והאחיות בישראל היא הערובה להצלחת מערכת הבריאות. היחס בין מספר הרופאים והאחיות לגודל האוכלוסייה משפיע על העלויות, על השימושים ועל התפוקות של המערכת. רופאים ואחיות (כולל רופאי שיניים) מהווים 62 אחוז מכלל המועסקים במקצועות הבריאות (רופאים – 22 אחוז, רופאי שיניים – 5 אחוז ואחיות – 35 אחוז). בנוסף להם מועסקים במערכת בעלי מקצועות רפואיים אחרים (כגון רוקחים ובעלי מקצועות אקדמיים רפואיים אחרים), המהווים כ-18 אחוז מהסך הכולל; ועובדים במקצועות עזר רפואיים (לבורנטים, אופטיקאים, תרפיסטים, וכדומה), שחלקם כ-20 אחוז.

א. רופאים

כיום מועסקים בישראל 22.5 אלף רופאים, שהם כ-90 אחוז מכלל הרופאים בעלי רישיון עד גיל 65.⁷ פירוש הדבר הוא, שלכל אלף תושבים במדינה מועסקים כ-3.2 רופאים (או רשומים 3.5 רופאים בעלי רישיון עד גיל 65). מספר הרופאים ביחס לאוכלוסייה עלה בישראל על פני הזמן בשיעור שנתי ממוצע של 1.6 אחוזים (1970-2006). רוב הגידול התרחש במהלך שנות השבעים, ואילו שנות השמונים התאפיינו ביציבות מסוימת. בתחילת שנות התשעים התרחשה קפיצה משמעותית עם בואו של גל העלייה מבריה"מ לשעבר, אך לקראת סוף המאה שיעור הרופאים התייצב ומאז שנת 2000 הוא נמצא במגמת ירידה. שיעור הרופאים בישראל דומה היום לממוצע OECD (3.0 לאלף נפש), בעוד שלפני שנים מספר הוא היה גבוה משמעותית מהמקובל במדינות המפותחות. על אף שמצבה של ישראל עדיין טוב, הנתונים על קצב הכשרת הרופאים, העתידים לעבוד במערכת, ונתונים על קצב פרישתם מצביעים על כך, שעלול להיווצר מחסור ברופאים בעתיד הקרוב.

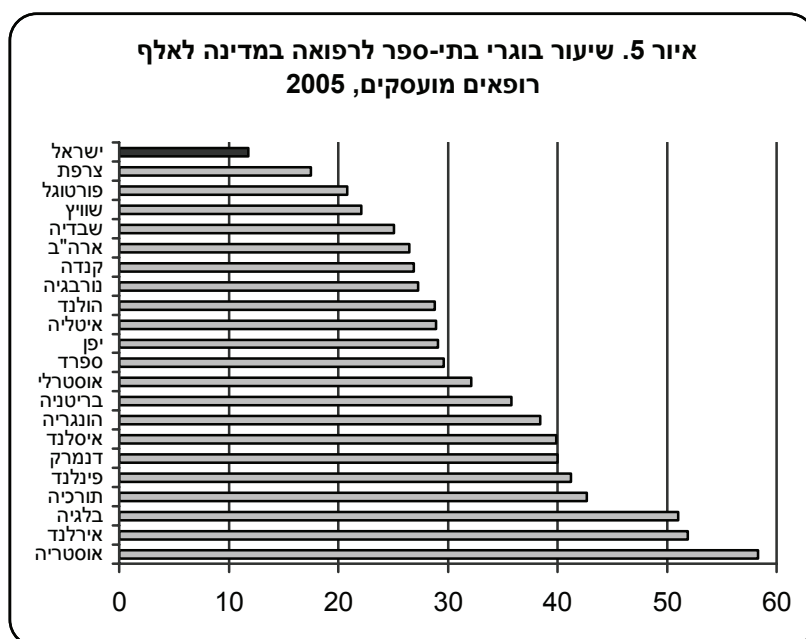
מאז פרסומו של דו"ח הוועדה לבדיקת הצרכים העתידיים של רופאים (ועדת פזי, 2002), שהתריע מפני מחסור עתידי, גברה הכרה בצורך בחשיבה מחודשת לגבי תכנון כוח אדם רפואי. הוועדה המליצה להגדיל את מחזורי הבוגרים של לימודי הרפואה בישראל בכ-650, לכדי כ-930

⁷ נתוני המועסקים הם נתונים מדגמיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ואילו נתונים על רופאים בעלי רישיון עד גיל 65 הם ממאגר נתוני משרד הבריאות.

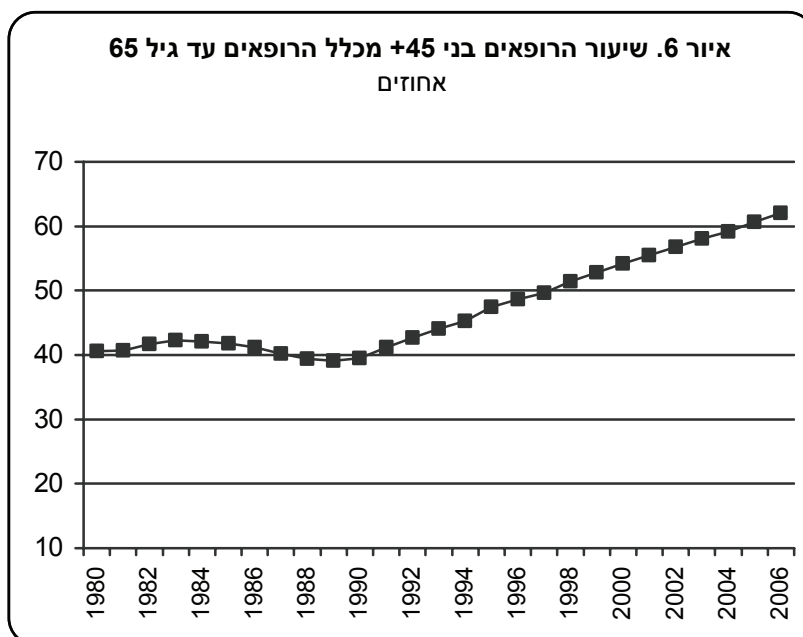
רופאים בשנה, החל ב-2008 – גידול של יותר מ-200 אחוז לעומת מחזור קיים של כ-300 בוגרים. שתי ועדות נוספות (ועדת הלוי וועדת בן-נון), אשר בדקו את הנושא והגישו את המלצותיהן בשנת 2007, הגיעו למסקנה דומה, כי נדרש להגביר את קצב הכשרת הרופאים. ועדת הלוי, אשר הוקמה על-ידי המועצה להשכלה הגבוהה, אף המליצה להקים בית-ספר נוסף לרפואה לצד ההגדלה של מספר הסטודנטים בבתי-הספר הקיימים (ועדת הלוי, 2007). ועדת בן-נון, מטעם משרד הבריאות, סברה, כי יש להכפיל את יכולת הקליטה של סטודנטים לרפואה בבתי-הספר הקיימים (ועדת בן-נון, 2007).

הסיבה העיקרית למשבר הצפוי בכוח האדם הרפואי היא הידלדלות מקורות פוטנציאליים לעלייה של רופאים. היות שהיצע הרופאים בישראל נקבע בעיקר על-ידי ההגירה, ומספר הרישיונות שהופקו לרופאים הושפע במהלך השנים מגלי עלייה, הרי שתכנון הכשרת כוח אדם בתחום מהווה משימה סבוכה במיוחד. בשנים האחרונות קיימת ירידה במספר הרישיונות המונפקים לרופאים, שלמדו בחו"ל, מנקודת השיא בשנת 1992, בה הונפקו 2,500 רישיונות, ל-595 רישיונות ב-2000 ול-269 בשנת 2006. בהשלמה לכך, מספר הרישיונות המונפק לבוגרי הרפואה בישראל נותר ללא שינוי מאמצע שנות השבעים (כ-250-300 במספר מדי שנה), והוא מהווה כיום כמחצית מכלל הרישיונות לעומת שליש בשנת 2000.

מספר בוגרי בתי-הספר לרפואה בישראל, המקבלים רישיון רפואי מדי שנה, מהווה תוספת קטנה לכלל הרופאים המועסקים. מחזור שנתי של בוגרי רפואה מהווה 11.8 בוגרים לכל אלף רופאים במערכת. שיעור זה נמוך מאוד בהשוואה לכל מדינות OECD, שם מדובר בשיעור מקביל של 34.6 בממוצע. גם התוספת השנתית של מקבלי רישיון, אשר למדו בחו"ל, איננה גדולה במיוחד. אמנם היא מעלה את השיעור הכולל של מקבלי רישיונות חדשים ל-22.9 לאלף רופאים עובדים, אך שיעור זה עדיין נמוך בהשוואה הבינלאומית.



במקביל להצטמצמות של המקורות לרופאים עולים, מתרחש גם תהליך של הזדקנות הכוח הרפואי, העובד היום במערכת הבריאות. רוב הרופאים המועסקים בשירותי הבריאות הם בני 45+ (62 אחוז), בעוד שרופאים עד גיל 45 מהווים 38 אחוז בלבד מכלל הרופאים. זאת לעומת 60 אחוז בשנות השמונים ובתחילת שנות התשעים. בעוד מספר שנים יתקרב שיעור ניכר יותר מבין הרופאים לגיל פרישה, בעת שהמקורות החיצוניים להיצע רופאים, אשר סיפקו את רוב כוח אדם בתחום, לא יהיו זמינים. השאלה, האם עד אז יהיו מספיק רופאים צעירים, בוגרי בתי-ספר לרפואה בישראל, אשר יוכלו למלא את החסר, בהתחשב בכך, שנדרשות 13 שנים להכשרת רופא מומחה, נותרת פתוחה.



חשוב לציין, שעל אף מצבה הייחודי של ישראל, המושפעת במיוחד מן ההגירה על היצע הרופאים, הדאגה מפני מחסור עתידי ברופאים משותפת גם למדינות אירופה ואף ולארצות-הברית. המחסור עלול להיווצר, הן מסיבות דמוגרפיות (של הזדקנות האוכלוסייה), והן מסיבות של מבנה התעסוקה (ירידה במספר שעות העבודה של רופאים צעירים, הנוטים להעדיף פנאי; ושל רופאות, שכניסתן למקצוע הואצה ומוצאע שעות העבודה שלהן נמוך משל הרופאים), ומסיבות כלכליות (עליית הביקוש לשירותי בריאות עקב התעשרות האומות והפרטים). מנגד מועלות לדיון בסוגיה זו גם התפתחויות נגדיות, העשויות להקטין את הביקוש לרופאים, כמו לדוגמא, הרחבה של מתן שירות רפואי על-ידי בעלי מקצועות רפואיים אחרים (Cooper et al., 2002; Politzer, 1996).

כדי לפתור את בעיית המחסור ברופאים באופן מיידי, מדינות מפותחות משתמשות (בדומה לישראל, אם כי בצורה מתוכננת), בכוח רפואי "מיובא", המהווה הון אנושי, הגורף את ה"קצפת" של המומחים ממדינות עניות יותר, אשר לא יכלו להציע הזדמנויות תעסוקה אטרקטיביות לרופאים מבחינה מקצועית ו/או כלכלית. פיתרון זה נוח

למדינות הקולטות, בכך שאיננו דורש מהן השקעה קודמת בהכשרת הרופאים. יחד עם זאת, רק ב-7 מתוך 30 המדינות החברות ב-OECD, שיעור הרופאים המהגרים עולה על 10 אחוזים מכלל הרופאים: ניו-זילנד (34.5 אחוז), בריטניה (28.3 אחוז), אוסטרליה (26.5 אחוז), ארה"ב (25 אחוז), קנדה (23.1 אחוז), שוויץ (17.8 אחוז) ונורווגיה (12.7 אחוז) (Mullan, 2005). בישראל, לעומת זאת, כאמור, 63 אחוז מהרופאים סיימו את לימודי הרפואה שלהם בחו"ל.

ב. אחיות וכוח אדם סיעודי

הביקוש העולה לשירותי רפואה, במדינות OECD, בשנים האחרונות, והעלויות הכרוכות בכך, הביאו לגידול של כוח האדם הסיעודי במדינות רבות ואף להרחבת הסמכויות של צוותים סיעודיים במדינות מסוימות. התופעה של skill-mix (חלוקה מחדש של תפקידים בצוותים רפואיים) קיבלה אופי רחב במדינות צפון אמריקה, בבריטניה ובאוסטרליה. בשנים האחרונות התאספו ראיות רבות על כך, שאחיות ממלאות תפקידים מסוימים, אשר מולאו באופן מסורתי על-ידי רופאים, הן בבתי-החולים והן בקהילה (Buchan, Ball, O'May, 2000; Buchan, Calman, 2005).

בעידן בו הרפואה מפוצלת בין תחומי התמחות רבים, החולה עלול "ליפול בין הכיסאות". ולכן חיוני היום, יותר מבעבר, בעיקר לגבי חולים כרוניים, לבצע מעקב אחר ההיענות שלהם לטיפול תרופתי, וכן לעקוב אחר תוצאות בדיקות הדמיה ומעבדה. במילים אחרות, קיימת חשיבות רבה למה שמוגדר כ"ניהול המחלה" (disease management). במדינות רבות הוטלה אחריות כזו על האחיות. התופעה ניכרת גם בישראל, כאשר אחיות נוטלות את התפקיד של "ניהול המחלה" במחלות כרוניות, כגון סכרת, אסטמה, אי-ספיקת לב ויתר לחץ דם. גם בטיפול החרירי ניתנות כיום יותר סמכויות לאחיות (משרד הבריאות, 2007).

ברוב המדינות המפותחות שיעור האחיות לאלף נפש גדל מאוד משנות התשעים (במדינות רבות אין נתונים זמינים על שיעורי האחיות לתקופות קודמות). בישראל שיעור האחיות – מוסמכות ומעשיות – כמעט לא השתנה מאז 1995 (בסביבות 5 לאלף נפש באוכלוסייה). יחד עם זאת, החלוקה הפנימית בין אחיות מוסמכות ומעשיות השתנתה – שיעור אחיות מוסמכות עד גיל 60, בעלות הרשאה לעסוק בסיעוד, עלה מ-3.5 לאלף נפש ב-1995, ל-4.3 לאלף ב-2006, בעת ששיעור האחיות המעשיות ירד, מ-2.5 ל-1.5 לאלף נפש באותן שנים. אחיות מוסמכות מהוות היום

74 אחוז מכלל האחיות עד גיל 60 ולהתפתחות זו, של גידול בשיעורן של האחיות המוסמכות מכלל האחיות, ישנה חשיבות רבה. מחקרים שנערכו בשנים האחרונות מצביעים על התרומה הרבה של העלייה בשיעור האחיות המוסמכות בכלל האחיות, ועל ההשפעה של עליית הרכב ההשכלה של הצוות הסיעודי על איכות הטיפול – ככל ששיעור האחיות, שרמת השכלתן גבוהה יותר, עולה, כך חלה ירידה בשיעור האירועים השליליים (כגון נפילות, תגובות שליליות לתרופות, וכדומה), וכן חלה ירידה בתמותה של חולים (Cho, Ketefian, Barkauskas, & Smith, 2003).

יחד עם זאת, השיעור הכולל של האחיות המועסקות בישראל נמוך למדי בהשוואה למדינות מפותחות אחרות – 5.2 לאלף נפש, לעומת שיעור הנע בין 7 ל-10 לאלף נפש ברוב המדינות. גם חישוב על סמך נתוני משרד הבריאות, המביא בחשבון את סך-כל האחיות בעלות רישיון לעסוק במקצוע עד גיל 60, המעלה את שיעור האחיות לאלף נפש ל-5.8, אינו משנה משמעותית את מקומה של ישראל בהשוואה בינלאומית. אם כי, יש לזכור, כאמור, את ההבדלים בהרכב הגיל בין ישראל ומרבית מדינות אירופה. נוסף על כך, היחס בין אחיות לרופאים נמוך מאוד בהשוואה למדינות OECD, שם מועסקות במוצע 3 אחיות לרופא, לעומת 1.6 בישראל.

מצב זה עלול להשפיע באופן שלילי על תפקוד המערכת, ולבוא לידי ביטוי בשחיקה ובאי-שביעות הרצון מהעבודה בקרב הצוות הסיעודי. הוא מקשה על האפשרות לנצל את האחיות כ"מנהלות מקרה", ועלול לפגוע באיכות השירות הרפואי. בשנים האחרונות גברה ההכרה גם בכך, שראוי להגדיל את מספר המכשירים עצמם לעסוק בתפקידי סיעוד ברמה מקצועית גבוהה, תוך נטייה להרחיב את סמכויות הפעולה של המוסמכים לעומת הנהוג כיום. בדו"ח ועדת קורן (2004), אשר פעלה מטעם הות"ת, הומלץ להרחיב באופן משמעותי את ההכשרה במסגרות לאחיות (ועדת קורן, 2004). גם הוועדה שהוקמה על ידי משרד הבריאות, לבחינת אומדן צורכי כוח אדם העתידיים במערכת הבריאות הגיעה למסקנה דומה (ועדת בן-נון, 2007). ועדה זו קבעה, כי על-מנת לשמור על שיעור האחיות הנוכחי צריך להגדיל את מסגרות ההכשרה לאחיות, בכ- 850 אחיות נוספות בכל שנה עד שנת 2020.

חלק ב'. אי-שוויון בבריאות ובשירותי הבריאות*

מדינת ישראל מתאפיינת בשנים האחרונות בשיעורי צמיחה גבוהים אולם פירות הצמיחה אינם מגיעים לכל שכבות האוכלוסייה, ובעיקר לא אל השכבות החלשות. במובן זה, מערכת הבריאות מהווה בבואה לאי-שוויון החברתי-כלכלי בישראל, ואכן על אף שבתחומים רבים מערכת הבריאות הגיעה להישגים רבים, קיימים פערים בין קבוצות שונות באוכלוסייה, שבמקרים מסוימים אף הולכים ומעמיקים.

מצבי בריאות וחולי אינם מושפעים אך ורק מפעילותה של מערכת הבריאות, וצמצום הפערים בבריאות מחייב לפיכך שיתוף פעולה בין-משרדי בתוך הממשלה, תוך מעורבות פעילה של משרדי הבריאות, האוצר, החינוך, הרווחה, ועוד. יחד עם זאת, למערכת הבריאות יש תפקיד מכריע במניעה ובהתמודדות עם מצבים אלה.

בפרסום נפרד של המרכז, הכולל בחינה מפורטת ויסודית של תופעות אי-השוויון בבריאות והתפתחותן, הצבענו על המוקדים העיקריים בהם נחשפות תופעות אלה, ועל רקע זה הצגנו תכנית פעולה קונקרטית, לקידום צמצום הפערים. התכנית כוללת כמה מישורי פעולה: ראשית, אנחנו מייחסים חשיבות לכך, שיוכרז, שהתמודדות עם אי-השוויון בבריאות הינה יעד לאומי; ובמישור המעשי הצענו לפעול בתחום ההשקעה בתשתיות בפריפריה ולהקטין חסמים הקיימים כיום, המונעים נגישות לשירותי בריאות. עוד הוצע כיוון פעולה, המתייחס לרה-ארגון של שיטת ההשתתפות העצמית בשירותי הבריאות, ולפעולה נרחבת של התאמתו התרבותית של המידע במערכת הבריאות לצרכנים השונים, בכל רבדיה של המערכת, הן בתחום החינוך לבריאות, והן במהלך הטיפול והקשר עם הצרכנים בשלבים שונים.

אי-השוויון במערכת הבריאות מתבטא בפער בתשתיות בין פריפריה למרכז אך גם בהבדלים באורח חיים מקדם בריאות וביחס למניעה. גורמים אלה תורמים להיווצרותם של פערים הן בתחלואה הכרונית והן בתוחלת חיים ובתמותה, כפי שנסקור להלן בתמציתיות.

* אנו מציגים בחלק זה של הפרק סקירה תמציתית, המבוססת על פרסום נפרד של המרכז בנושא. ראה אפשטיין, חורב, 2007.

1. אי-שוויון במדדים מרכזיים של בריאות האוכלוסייה

א. פערים בתחום התנהגות בריאותית ומניעה

בשיעורי ההיענות לבדיקות **ממוגרפיה**, שנערכו בשנתיים האחרונות, נמצאו פערים ניכרים בין נשים לפי כמה מאפיינים (בנות 50-74). שיעור ההיענות של נשים יהודיות גבוה בהרבה משל נשים ערביות, 70 לעומת 48 אחוז בלבד, בהתאמה. ובאפיון הנשים לפי הכנסה התגלה, כי שיעורי ההיענות של נשים בקבוצות ההכנסה הנמוכות נמוכים לעומת הממוצע של נשים בקבוצות ההכנסה האחרות, 54 לעומת 61 אחוז. נתונים של שיעור הפונות לממוגרפיה לפי יישובים בשנת 2004 ממחישים את ההבדלים הללו: 20 אחוז בטירה לעומת 70 אחוז בהרצליה ובראשון לציון (משרד הבריאות והמכון לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, 2007).

חוסר **פעילות גופנית** בגיל מבוגר הינו גורם סיכון לתחלואת לב ולסוכרת. מחקר שנערך בישראל הצביע על קשר מובהק בין השכלה ורמת הכנסה לבין פעילות גופנית של בני 60 ומעלה. כך לדוגמא, שיעור העוסקים בפעילות גופנית סדירה בקרב חסרי השכלה היה 11 לעומת 49 אחוז בקרב בעלי השכלה מעל 13 שנות לימוד. מקרב המשתכרים מתחת ל-1,400 ש"ח לחודש, 21 אחוז עסקו בפעילות גופנית לעומת 55 אחוז בקרב המשתכרים מעל 7,000 ש"ח לחודש (שמש, רסולי, 2003).

שיעור העישון בקרב גברים יהודיים מגיע לכדי 30 אחוז (מתוקנן לגיל) בהשוואה ל-41 אחוז בקרב גברים ערביים (בקרב נשים הפער הפוך – 21 ו-8 אחוזים, בהתאמה) (משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2006). גם **בהרגלי התזונה** ישנם פערים. ממצאי סקר שנערך בנושא זה גילו, כי אנשים מתחת לקו העוני צרכו יותר לחם ודגנים ופחות בשר, עוף, דגים וכן פירות וירקות, בהשוואה לאוכלוסייה שמעל קו העוני. הקשר בין ממצאים אלה להשמנת יתר ולסוכרת מתבקש מאליו, ואכן גם **השמנת יתר** נמצאה קשורה לרמת ההשכלה ולמוצא אתני (משרד הבריאות והלמ"ס, 2004).

פערים בהתנהגות הבריאותית המונעת משתקפים גם בכל הקשור **להיענות לחיסוני שפעת בקרב תושבים מעל גיל 65**. שיעור ההיענות בקרב האוכלוסיות החלשות הוא 44 אחוז לעומת 54 אחוז בקרב קבוצות אחרות. שירותי החיסון אינם מחייבים תשלום אלא הקצאת משאבי זמן ונגישות טובה. נראה, אם כן, כי ההבדלים בשיעור ההיענות לחיסונים

אינם מוסברים רק באמצעות החסם הכלכלי, המשתקף בעלויות הישירות, אלא גם באמצעות העלויות הסמויות וכן בהבדלים במודעות ובתפיסה התרבותית.

ב. תחלואה כרונית

השיעור הכללי של **חולי סוכרת** באוכלוסייה (על פי דיווח עצמי של החולים) עומד על 8.1 ל-100 תושבים. מסתבר כי בתחום זה ישנם פערים גדולים מאוד באוכלוסייה על פי כמה מאפיינים. ראשית, לפי השכלה, מסתבר, כי שיעור חולי הסוכרת בקרב חסרי השכלה מגיע ל-19.6 לכל 100 נפש לעומת 5.7 בקרב בעלי תעודת בגרות או בעלי השכלה אקדמית. פערים דומים התגלו גם במחלות כרוניות אחרות (משרד הבריאות והלמ"ס, 2004). נמצאו גם פערים המבוססים על נתונים קליניים. כך לדוגמא, בשנת 2005 הייתה שכיחות הסוכרת בגיל 35-44 ברמה של 5 אחוזים בקרב אוכלוסיות חלשות כלכלית, הזכאיות לפטור מאגרות של המוסד לביטוח לאומי, לעומת אחוז אחד בקרב אחרים; ובגיל 55-64 נמצאו ערכים של 10 ו-20 אחוז, בהתאמה (משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, 2007). עוד מסתבר בתחום זה, שלא רק ששכיחות המחלה קשורה להשכלה ולהכנסה אלא גם ההצלחה בהתמודדות עם המחלה לאחר שהתגלתה. כך לדוגמא נמצא, שאצל כ-31 אחוז מחולי סוכרת בגיל 45-54, הנמנים על קבוצת אוכלוסייה חלשה כלכלית, הסוכרת לא-מאוזנת לעומת 23 אחוז בקרב חולי סוכרת מקבוצות הכנסה גבוהות יותר.

פערים בין קבוצות הכנסה קיימים גם במחלות אחרות, כגון **אסטמה** מתמשכת, אשר שכיחותה גבוהה פי 2.4 בקרב אוכלוסיות חלשות בהשוואה לאחרים (משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, 2007).

שיעור **המומים המולדים** הוא הדגמה נוספת לפער, הנובע באופן משולב תרבותית-גיאוגרפית. כך לדוגמא, שכיחותם של מומים מולדים גבוהה מאד על רקע נישואין של קרובי משפחה בקרב מוסלמים באזורי הארץ השונים, ובמיוחד בקרב האוכלוסייה הבדואית בדרום. שיעור תמותת תינוקות עקב מומים מולדים בקרב הערבים במחוז הדרום (6.0 לאלף לידות חי) היה יותר מפי 2 בהשוואה לערבים במחוזות האחרים של הארץ.

פערים בבריאות האוכלוסייה קיימים גם בתחום **בריאות הנפש**. הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לבין בריאות הנפש ידוע בספרות שנים רבות ולאחרונה פורסמו נתונים (לוינסון ואחרים, 2004), המצביעים גם בישראל על הקשר שבין חרדה ודיכאון לבין רמת ההכנסה החודשית; ובין חרדה לרמת השכלה. הסיכוי להימצאות דיכאון וחרדה עלה ביחס הפוך לרמת ההכנסה ו/או ההשכלה.

רפואת השיניים מהווה מעין מעבדה לאומית לשיקוף התוצאה של מערכת בריאות, הממומנת באופן מוחלט כמעט על-ידי משקי הבית, עם מידה זעירה ביותר של מעורבות המדינה – מצב זה הוא ללא תקדים באף מדינה אחרת בעולם המערבי. מדינות בהן קיים סל בריאות ממלכתי, במימון ציבורי, כוללות בו מרכיב משמעותי של שירותים בתחום בריאות הפה והשיניים. בישראל, ההוצאה על רפואת שיניים גבוהה מאוד ומשקי הבית נושאים בלמעלה מ-95 אחוז ממנה. התשומות המושקעות כיום בישראל ברפואת הפה והשיניים, במונחי הוצאה לאומית והיקף כוח האדם, גבוהות יחסית, אולם התוצאה נמוכה בהשוואה למדינות מערביות אחרות (חורב, מן, 2007). ממצאים של סקר קליני מתחום **בריאות השן**, שבוצע על מדגם ארצי של בני 12 (Zusman et al, 2005), מעידים על קשר בין הרמה החברתית-כלכלית של יישוב מגוריהם (לפי סיווג חברתי-כלכלי של יישובים, הנערך על-ידי הלמ"ס [למ"ס ומשרד הבריאות, 2006]) לבין מספר השיניים הפגועות מעשות. בסקר זה דווח, כי ביישובים שסווגו במקום נמוך יחסית (רמות 3 ו-4), המספר הממוצע של שיניים פגועות הוא 2.3 עד 3.8 לילד, לעומת 1 עד 1.6 אצל ילדים מיישובים שסווגו ברמה חברתית-כלכלית גבוהה יחסית (רמות 7 עד 9). פערים משמעותיים נמצאו גם בכל הקשור לחוסר שיניים בקרב בני 65 ומעלה בין קבוצות הכנסה ובין קשישים במגזר הערבי והיהודי (ברג, חורב, זוסמן, 2001; Adut et al, 2004).

ג. תוחלת חיים ותמותה

הבדלים **בתוחלת חיים** בלטו ביחס **לאזור המגורים**. התוחלת הנמוכה ביותר נמצאה בנפת באר-שבע (הכוללת את אשדוד, אשקלון ובאר-שבע). מבדיקת הנתונים הכלל-ארציים נמצא, כי הפער בין היישוב עם תוחלת החיים הגבוהה ביותר ליישוב בו התוחלת הנמוכה ביותר הוא 8 שנים (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006).

באשר לחלוקה בין יהודים וערבים, תוחלת החיים של שתי הקבוצות באוכלוסייה נמצאת במגמת עלייה אולם **קצב** ההתקדמות אצלן שונה והפערים עדיין מתרחבים. הפער בין תוחלת החיים בלידה של גברים יהודיים (ואחרים) וגברים ערביים היה 1.5 שנים בשנת 1996 ולאחר עשור הוא גדל ל-3.8 שנים (78.8 ו-75.0 בהתאמה). במהלך אותה תקופה גדל הפער בין נשים יהודיות (ואחרות) לנשים ערביות מ-3.1 ל-4.0 שנים (82.7 לעומת 78.7 בהתאמה) – אמנם גם הפער בין הנשים בשתי הקבוצות גדל, אך בשיעורים נמוכים יותר לעומת הפער בין הגברים.

גם **בתמותה ממחלות לב** קיים פער ניכר בין גברים יהודיים ואחרים (246.8 פטירות למאה אלף נפש, במגמת ירידה) לבין גברים ערביים (208 פטירות למאה אלף נפש – במגמת עלייה) (הלמ"ס, 2006). ממחקר של מנור ואחרים עולה, כי באופן עקבי, בכל קבוצת גיל, שיעורי התמותה גבוהים יותר עם הירידה ברמת השכלה וכי הפערים לפי השכלה גדלים עם הזמן. מגמה זהה נמצאה בקרב נשים (Manor et al., 2004).

שיעור תמותת תינוקות בקרב כלל האוכלוסייה עומד על כ-5 פטירות לאלף לידות חי. אולם בתחום זה קיימים פערים הן בין אזורי הארץ השונים והן בין קבוצות הלאום באוכלוסייה. הממוצע של תמותת תינוקות בדרום הוא 7.6 פטירות לאלף ובצפון – 6.3, לעומת זאת הממוצע נמוך יותר באזור המרכז – 3.3 ועוד נמוך מזה באזור תל-אביב – 3.1. כמה ערים בארץ בולטות (לרעה) מעל הממוצע הארצי, ובהן באר-שבע, חדרה, עכו וצפת, לעומתן תל-אביב וירושלים ממוקמות מתחת לממוצע הארצי.

שיעור תמותת תינוקות נמצא קשור גם להשכלת האם. בקרב נשים עם פחות מ-4 שנות לימוד נמצאה בשנים 2000-2002 תמותת תינוקות גבוהה פי 4.6 לעומת נשים שהשכלתן עלתה על 16 שנות לימוד (משרד הבריאות, 2005א). פער זה גדל במשך השנים (היה פי 3.5 בשנים 1993-1996) (משרד הבריאות, 2001). הפער בין שני המגזרים, היהודי והערבי, בשיעור הכללי של תמותת תינוקות עומד כיום על 4.7 לאלף לידות חי. הבעיה נובעת בעיקר משיעור גבוה יחסית של נישואין של קרובי משפחה במגזר הערבי ומהיענות נמוכה להפסקת הריון, במקרים בהם מתגלה מוס קשה במהלך מעקב ההריון. יש להדגיש, כי גם בקרב האוכלוסייה הערבית קיימים הבדלים ניכרים בשיעור תמותת התינוקות – שיעור תמותת תינוקות **ערביים** בדרום הוא 15.5 לאלף לידות חי לעומת 5.4 בירושלים ו-6.6 בשאר המחוזות (ההשוואה נוגעת לתינוקות שנולדו לאימהות מהמגזר הערבי) (משרד הבריאות, 2005ב).

2. פערים בתשומות המושקעות במערכת הבריאות

עד היום לא נקבעה במערכת הבריאות תשתית מינימום מחייבת למקומות יישוב שונים והדבר משפיע במיוחד על השירותים ביישובים קטנים, ביישובי הפריפריה וכן באזורים במרכז הארץ, הידועים כ"חלשים". בעבור אוכלוסיות מסוימות קשיים בנגישות לשירותי הבריאות מהווים זרז להעמקת פערים גם בתוצאות הבריאות. להלן כמה דוגמאות, הממחישות את היקף הבעיה ואת חומרתה, במיוחד בשירותי האשפוז ובתי-החולים ובשיעור הרופאים לאוכלוסייה.

מערך האשפוז בישראל מאופיין בפערים ניכרים בין הפריפריה למרכז הארץ: שיעור המיטות הכלליות לנפש נמוך במיוחד בדרום הארץ – 1.5 מיטות לאלף נפש. גם בצפון הארץ השיעור נמוך – 1.6 לאלף, ואילו בתל-אביב ובחיפה השיעורים גבוהים יותר (2.7 מיטות לאלף נפש). פערים דומים נמצאו בשיעור מיטות לנפש בתחומים ייעודיים. כך לדוגמא, קיימת שונות רבה בין המחוזות בשיעור מיטות לטיפול נמרץ ילדים – 2.3 למאה אלף נפש בירושלים ו-2.0 בתל-אביב לעומת 0.9 בדרום ו-0.7 בצפון. פערים קיימים גם בשיעור מיטות לאשפוז גריאטרי סיעודי – השיעור בדרום 33.3 מיטות לאלף בני 75 ומעלה לעומת כמעט כפול מזה במרכז – 65.7 (בצפון השיעור הגבוה ביותר – 71 מיטות לאלף נפש בגיל 75+), וכן בשיעור המיטות לתשושי נפש – בדרום 7.1 מיטות לאלף נפש בגיל 75 ומעלה לעומת 16.7 במרכז.

גם בתשתיות בסיסיות אחרות של בתי-חולים קיימים פערים. כך לדוגמא בשיעור עמדות ניתוח השיעורים נמוכים יותר בפריפריה: 3.2 עמדות לאלף נפש בדרום ו-3.5 בצפון לעומת 7.0 עמדות לאלף נפש בחיפה, 7.8 בתל-אביב ו-8.9 בירושלים. שיעור העמדות לרפואה דחופה נמוך מאוד בדרום – 6.4 למאה אלף נפש לעומת 15.2 בתל-אביב, 25.6 בירושלים ו-20.4 בחיפה. פער גדול ביותר נמצא בשיעורן של העמדות לרפואה דחופה ילדים – כ-34 עמדות למאה אלף נפש בירושלים ובמרכז לעומת 11 בדרום. שיעור עמדות לידה – בדרום 10.6 עמדות למאה אלף נשים בגיל 15-44 ובצפון 14.2 לעומת 23.1 בירושלים ו-17.2 בחיפה. שיעור הרופאים ביחס לאוכלוסייה בישראל, שעמד בשנת 2005 על כ-3.2 לאלף נפש, דומה היום לממוצע של המדינות המפותחות, כמוזכר. אולם, פיזור הרופאים בארץ מלמד על הבדלים גדולים בין האזורים: השיעור בצפון הוא 2.2 לאלף נפש (השיעור הנמוך ביותר), לעומת 4.7

לאסף נפש בתל-אביב (בה השיעור הגבוה ביותר של רופאים לנפש). הפער נשאר גם כאשר מבססים את ההשוואה על נפש מתוקנת (לפי גיל) – 2.3 רופאים לאסף נפש בצפון לעומת 3.9 בתל-אביב.

3. חסמים הפוגעים בנגישות לשירותי בריאות

מעבר לסוגיית התשתיות החסרות, קיימים גם חסמים כלכליים ותרבותיים, המונעים נגישות לשירותי בריאות הולמים.

א. חסמים תרבותיים

תפיסה תרבותית שונה של בריאות וחולי בקרב קבוצות שונות משפיעה על ההבנה ועל ההתייחסות לבריאות, למצבי חולי ועל דרך ההתמודדות עמם. יש להוסיף לכך את בעיית השפה, את החוסר בפרסומים, המותאמים לרקע תרבותי של קבוצות שונות באוכלוסייה, המתורגמים לשפות שונות, וכן חוסר באנשי מקצוע, שצמחו מתוך אותן קבוצות באוכלוסייה, שביכולתם לסייע בגישור על חסמים תרבותיים.

מאז קום המדינה הגיעו לישראל "גלי עלייה" מארצות שונות, שהתאפיינו במידות שונות של היכרות מוקדמת עם שירותי בריאות מתקדמים. המפגש של אוכלוסיות שעלו לארץ עם אורח החיים בישראל ועם שירותי הבריאות בישראל, הביא לתוצאות בריאותיות בעייתיות – מצבן הבריאותי של אוכלוסיות אלה הדרדר מאז עלייתן לישראל, במיוחד בכל הקשור להתפתחות מחלות כרוניות. אמנם במרבית המקרים, הסיבות הבריאותיות להתפתחות מגמה זו היו ברורות, אולם הדרך לשינוי המצב הייתה פחות ברורה והיא היוותה מאז ומתמיד אתגר רציני לחברה ככלל ולמערכת הבריאות בפרט. על רקע זה העלו חוקרי המרכז את הצורך בהתאמה תרבותית של חומרי הסברה המופצים לאוכלוסיות שונות, ולשירותי תרגום במהלך הגשת השירות הרפואי. הכשרה מתאימה של אנשי מקצועות הבריאות בנושא ההתאמה התרבותית, תיתן בידם כלים לממשק יעיל יותר עם אוכלוסיות בעלות מאפיינים ייחודיים.

ב. חסמים כלכליים

1) תשלומי מס בריאות למוסד לביטוח לאומי. לכאורה, מס הבריאות, שגובה המוסד לביטוח לאומי, הוא פרוגרסיבי, בהיותו מחושב ביחס

לגובה ההכנסה של המבוטח. אולם, מצטרף לכך מרכיב רגרסיבי, הנובע מקיומו של רף הכנסה עליון, שמעליו תשלום המס קבוע ואיננו מחושב כאחוז מההכנסה. כלומר, האוכלוסיות החזקות כלכלית מופלות לטובה. בטיטות חוק ההסדרים לשנת 2008 אף מוצע, לגבות מס בריאות מעקרות בית, שהיו פטורות עד כה מתשלום. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע, כי הזכות לקבלת שירותי הבריאות שנכללו בחוק, עומדת למבוטח במנותק מהחובה שהוטלה עליו לשלם את מס הבריאות, ולכן חוב בגין אי-תשלום מס בריאות למוסד לביטוח לאומי לא ימנע ממבוטח לקבל שירות רפואי הכלול בחוק, ולמעשה אין כאן חסם כלכלי המונע נגישות לשירותי בריאות. עם זאת, מצאנו לנכון להדגיש את העובדה ששיטת מיסוי זו יוצרת פער אשר פועל לטובת בעלי ההכנסות הגבוהות (צ'רניחובסקי, 2007).

בנוסף לתשלומי מס הבריאות, קיימת למרבית משקי הבית בישראל הוצאה נוספת בגין תשלום דמי ביטוח בריאות. בתשלומים אלה נכללים ביטוחי הבריאות של חברות הביטוח המסחריות וכן התכניות לשירותי בריאות נוספים (ביטוח משלים) של קופות-החולים. בשנת 2005 הגיע שיעור בעלי הביטוח המשלים לכדי 79 אחוז מהאוכלוסייה, אולם בחמישון ההכנסה התחתון השיעור היה 59 אחוז בלבד ובמגזר הערבי רק 47 אחוז (גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2007). בבחינת מגמות לאורך השנים בהוצאות המשפחה על בריאות נראה, כי ההוצאה של משק הבית בגין דמי ביטוח בריאות המשולמת מידי חודש גדלה בהתמדה. היא עלתה מ-0.4 אחוז מכלל ההוצאות של משק הבית (הממוצע) על תצרוכת, בשנת 1997, לכדי 1.3 אחוז מההוצאה בשנת 2005. בשנה זו (2005) ההוצאה הממוצעת על ביטוח בריאות של משק בית, הנמנה על חמישון ההכנסה העליון, הייתה גבוהה פי 5.1 מזו של משק בית מחמישון ההכנסה התחתון.

2) תשלומי מבוטחים בגין שירותי בריאות. בתחום זה קיימים שלושה מעגלים של חסמים כלכליים: המעגל הראשון מתייחס לתשלומי השתתפות עצמית, החלים על שירותים מסוימים, הכלולים בסל השירותים הבסיסי, שהוגדר בחוק ביטוח הבריאות הממלכתי, כמו אגרת טיפת חלב, אגרת ביקור אצל רופא מקצועי, תשלום על תרופה בסל, ביקור בחדר מיון, שירות בתחום התפתחות הילד ואשפוז סיעודי-רפואי (סיעוד מורכב). יש לציין, שמנגנוני הגנה, דוגמת פטור או הנחה בתשלום ההשתתפות העצמית, הניתן לאוכלוסיות חלשות, הוכללו בחוק רק משנת

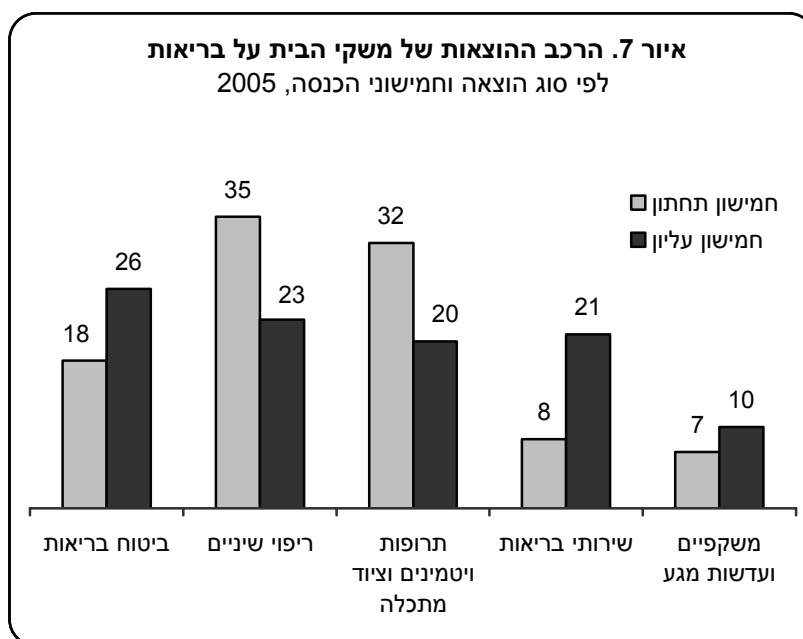
1998 ואינם מכסים את כלל השירותים, המחייבים השתתפות עצמית של המבוטח (חורב, 2004). בנוסף נמצא, כי אוכלוסיות חלשות לא מודעות לכל ההנחות והפטורים מתשלומי השתתפות עצמית (גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2005). כך, לדוגמא, רק 19 אחוז מהנשאלים מקבוצת ההכנסה התחתונה ידעו על קיומן של תקרות תשלום לבעלי הכנסה נמוכה ובקרב הערבים אף פחות מזה (5 אחוזים בלבד).

הסל הכלול בחוק מוגבל בהיקפו עקב מגבלות המימון הציבורי ולכן במקרים רבים המבוטח רוכש סל שירותים רחב יותר, באמצעות הביטוח המשלים (שב"ן – שירותי בריאות נוספים). כאן, בסל הביטוח המשלים נוצר החסם הכלכלי שבמעגל השני – הפרמיות החודשיות של הביטוחים המשלימים וההשתתפויות העצמיות הנהוגות שם.

המעגל השלישי של חסמים כלכליים נמצא בשירותים רפואיים, שלא קיימים כיום בסל הבסיסי וגם כמעט שאינם כלולים בתכניות השב"ן – מדובר בשירותים שחלקם חיוניים יחסית, ושעלותם הגבוהה נופלת באופן בלעדי על המטופל, לדוגמא רפואת שיניים (חורב, מן, 2007). כך גם תרופות וטכנולוגיות מסוימות, שאינן כלולות בסל השירותים. ברפואת שיניים לדוגמא, המחיר נתפס כחסם כלכלי, הגורם לקשיים בנגישות של אוכלוסיות חלשות לטיפול שיניים שוטפים. כ-58 אחוז מהנשאלים בחמישון התחתון דיווחו, שהסיבה העיקרית לאי-הגעתם לטיפול דנטלי, **גם כאשר היה צורך בכך**, הייתה המחיר (לעומת 19 אחוז בלבד בקרב החמישוניים האחרים).

ההוצאה הממוצעת של משק הבית על בריאות (בכל שלושת המעגלים) עמדה בשנת 2005 על 556 ש"ח, המהווים כ-5 אחוזים מסל התצרוכת הכללי של המשפחה. ההוצאה על ריפוי שיניים היוותה 1.4 אחוז מכלל ההוצאה לתצרוכת של משק הבית (ללא שינוי בהשוואה ל-1997). ההוצאה בגין תשלום דמי ביטוח בריאות הגיעה ל-1.3 אחוז (במגמת עלייה), ההוצאה על שירותי בריאות כגון רופא/אחות פרטי, רופא מקצועי בקופה, טיפת חלב והתפתחות הילד וכן מעבדות, רפואה משלימה, אמבולנס וחדר מיון מהווים יחדיו כ-0.7 אחוז מההוצאה (ללא שינוי בהשוואה לשנים קודמות) והוצאות אחרות על שירותי בריאות (תרופות מהוות מרכיב מרכזי בסעיף זה, כמו כן כלולים בסעיף זה גם משקפיים ועדשות מגע) מהוות 1.7 אחוז מכלל הוצאות משק הבית על תצרוכת (במגמת עלייה מתונה לאורך השנים).

קבוצות הכנסה נבדלות בהרגלי הצריכה של שירותי הבריאות. בהוצאה על שירותי בריאות וביטוחי בריאות ניתן לראות הבדלים גדולים בין קבוצות ההכנסה. כך לדוגמא כלל ההוצאה של משק בית על בריאות בחמישון העליון גבוהה פי 3.5 מהחמישון התחתון (980 לעומת 285 ש"ח). בבחינת מרכיבי ההוצאה נמצא, כי בחמישון העליון מרכיב ההוצאה העיקרי בהוצאות המשפחה על בריאות הוא **ביטוח בריאות** (26.4 אחוז מההוצאה של משק הבית על בריאות) ואילו בתחתון ההוצאה העיקרית היא **ריפוי שיניים** (35 אחוז).



משקי הבית מממנים שיעור גבוה יחסית מההוצאה הלאומית על בריאות (כ-31 אחוז). התשלומים הנדרשים ממשקי הבית בגין שירותי בריאות מהווים לעיתים חסם כלכלי המונע רכישת שירות נחוץ. בסקר החברתי של מרכז טאוב נמצא במדגם ארצי מייצג, כי כחמישית מהנשאלים ויתרו במהלך השנה שקדמה לסקר, על שירות רפואי נחוץ עקב המחיר. הממצא חמור כשלעצמו, והשיעורים גבוהים מכך בקרב הקבוצות החלשות – אצלן **כשליש** מהנשאלים ויתרו על שירות רפואי נחוץ. ממצאים דומים נמצאו גם במחקרים אחרים (גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2007).

מקורות

- אחדות, ל', שמואלי, ע', אנדבלד, מ' (2007). **הוגנות אופקית, הוגנות אנכית, ואי-שוויון בהוצאה הפרטית על בריאות בישראל**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- אפשטיין, ל', חורב, ט' (2007). **אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות: הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בן-נון, ג' (2007). **ראיון שהתפרסם בזמן הרפואה, גיליון 2006, אוקטובר**. ברג א', חורב ט', זוסמן ש' פ' (2001). **שביעות רצון, מאפייני איכות והפנייה לשירותי רפואת-שיניים בישראל. הרפואה, כרך 140, י"ב, 56-1151 (דצמבר)**. גרוס ר', ברמלי-גרינברג ש', מצליח ר' (2007). **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**. מאיירס ג'וינט – מכון ברוקדייל, דמ-487-07.
- (2005). **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003 והשוואה לשנים קודמות**. מאיירס ג'וינט – מכון ברוקדייל, דמ-455-05.
- דו"ח הוועדה לבחינת אומדן צרכי כוח אדם העתידיים במערכת הבריאות, דו"ח ביניים: רופאים ואחיות (ועדת בן-נון) (2007)**. ירושלים: משרד הבריאות.
- דו"ח הוועדה לבחינת הצורך בהקמת בית-ספר לרפואה נוסף בישראל (ועדת הלוי) (2007)**. ירושלים: המועצה להשכלה הגבוהה.
- דו"ח הוועדה לבדיקת היקף ההכשרה האקדמית במקצוע הסייעוד (ועדת קורן) (2004)**. ירושלים: המועצה להשכלה הגבוהה.
- דו"ח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי-החולים הממשלתיים (ועדת ליאון) (2004)**. תל-אביב.
- דו"ח הוועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים (ועדת פזי) (2002)**. ירושלים: המועצה להשכלה הגבוהה.
- דו"ח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי) (2002)**. מדינת ישראל. תל-אביב.
- דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו) (1990)**. ירושלים.
- הלמ"ס. **שנתון סטטיסטי לישראל**. שנים שונות.
- (2007). **הודעה לעיתונות מיום 7.08.2007**.
- (2007). **ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2005**. ירושלים.
- **סקר הוצאות משקי הבית לשנת 2005**. קובץ נתונים.
- הלמ"ס ומשרד הבריאות (2006). **פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002**, פ"מ מס' 1270. ירושלים, מאי.

וייס, י', בירנבאום, י', מור-יוסף, ש' (2006). **היחסים בין שירותי הרפואה בקהילה ומערכת האשפוז**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

חורב ט' (2004). **השתקפותה של מדיניות בריאות בראי החקיקה**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. יולי.

חורב ט', מן י' (2007). **בריאות הפה והשיניים: אחריות המדינה לתושביה**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

לוינסון ד', חקלאי צ', שמש ע', גרינשפון א', בן נון ג' (2004). סקר בריאות לאומי 2004-2003 – בריאות גופנית ונפשית. **הרפואה**, כרך 143, ו'.

משרד הבריאות (2007). **כוח אדם במקצועות הבריאות 2006**. ירושלים.

— (2007). **דו"ח המנהל הסיעודי 2006**. ירושלים.

— (2005). **בריאות בישראל 2005**. ירושלים.

— (2005). **דו"ח תמותת תינוקות וילדים מתחת לגיל 5**. ירושלים.

— (2001). **בריאות בישראל 2001**, ירושלים.

משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות (2007). **תכנית מדי איכות לרפואת הקהילה בישראל**. דו"ח לציבור עבור השנים 2004-2006. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, אפריל.

משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות (2006). **דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2005-2006**. פרסום 301. ירושלים.

משרד הבריאות והלמ"ס (2004). **סקר בריאות לאומי 2003-2004**.

צ'רניחובסקי, ד' (2007). **מימון מערכת הבריאות בישראל, 1995-2005 – היבטים של עוני, פרוגרסיביות ובקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (הפרסום בהכנה לדפוס).

שמש ע', רסולי א' (2003). בריאות הקשישים בקהילה. מתוך נתוני סקר בני 60 ומעלה, 1997-98. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ירושלים: משרד הבריאות.

Adut, R., Mann, J., Sgan Cohen, H.D. (2004). Past and present geographic location as oral health markers among older adults. *J. Public Health Dent.* Fall, 64(4):240-3.

Buchan, J., Ball, J., O'May, F. (2000). Skill mix in the health workforce: determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals, WHO, *Discussion paper*.

Buchan, J., Calman, L. (2005). Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. OECD, *Health Working Papers*, Feb.

- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V.H. and Smith, D.G. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity and medical costs, *Nursing Research*, March, pp.71-79.
- Cooper, R. A., Getzen, E., McKee, J., Laud, P. (2002). Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Affairs*, Vol. 21, Issue 1, pp.140-154.
- Manor, O., Eisenbach, Z., Friedlander, Y., Kark, J.D. (2004). Educational differentials in mortality from cardiovascular disease among men and women: the Israel Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol.* Aug; 14(7):453-60.
- Mullan, F. (2005). The metrics of the physician brain drain. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 353, pp. 1810-1818.
- OECD (2007). *Health Data 2007*.
- Politzer, R.M., Gamliel, S. R., Cultice, J.M., Bazell, C.M., Rivo, M.L., Mullan, F., (1996). Matching physician supply and requirements: testing policy recommendations. *Inquiry*, 33, pp.181-94.
- Zusman, S. P., Ramon, T., Natapov, L., Kooby, E. (2005). Dental Health of 12 year olds in Israel – 2002. *Community Dental Health: 22*: 175-179.