

מערכת הבריאות

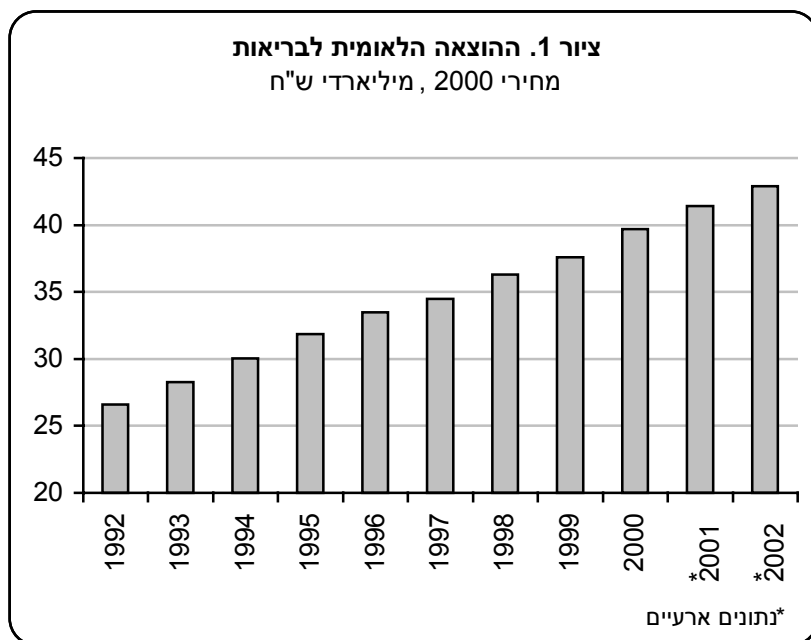
הפרק סוקר כמדי שנה ממדים שונים של התפתחויות במערכת הבריאות. ראשית נסקור את התפתחות השירותים ומימונם, תוך בחינת שתי החטיבות העיקריות של המערכת, מערך בתי-החולים ומכלול השירותים האמבולטוריים, הניתנים בעיקר על-ידי קופות-החולים. לבסוף נסקור כמה ממדים של רמת הבריאות של האוכלוסייה בישראל.

1. ההוצאה על בריאות ומימונה

ההוצאה הלאומית לבריאות הסתכמה בשנת 2002 ב-45 מיליארד ש"ח, במחירים שוטפים – במונחים קבועים חלה בגודלה עלייה של 3 אחוזים לעומת השנה הקודמת. קצב הגידול נמוך מן הגידול השנתי הממוצע שאפיין את השנים 1993-2000, גידול בשיעור של 5 עד 7 אחוזים. ניתוח הגורמים שתרמו לגידול ההוצאה מלמד על כך, שנמשכת מגמת הגידול בחלקו של המגזר העסקי, וגידול צנוע יותר נרשם בחלקן של הממשלה והרשויות מקומיות. חלקם של המוסדות האחרים, מוסדות ללא כוונת רווח (מלכ"ר) נשאר ללא שינוי בהשוואה לשנה הקודמת.

בדומה לכלל העולם, גם בישראל שיעור ההוצאה על בריאות כאחוז מתמ"ג נמצא במגמת עלייה, אם כי בשנים האחרונות חל ייצוב מסוים בשיעור זה. בשנת 2002 היוותה ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל 8.8 אחוזים מהתוצר המקומי הגולמי. שיעור זה משקף המשך של מגמת הגידול, שהחלה בשנת 2001, לאחר תקופת יציבות בת 4 שנים, במהלכה נע אחוז זה בסביבות 8.1 – 8.2 אחוזי תמ"ג.

השוואה לארצות המפותחות החברות בארגון OECD מראה, כי ב-16 (מתוך 27) מדינות OECD שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג היה נמוך מהשיעור בישראל. לעומת זאת, בבחינת **ההוצאה לנפש** נמצא כי ההוצאה בישראל נמוכה יחסית – רק 8 ממדינות OECD נמצאו ברמת הוצאה לנפש הנמוכה מישראל. יש לזכור, עם זאת, כי מבנה הגילים הצעיר של האוכלוסייה בישראל, יחסית לרוב מדינות OECD, מסייע להקטנת ההוצאה הלאומית לנפש על בריאות.

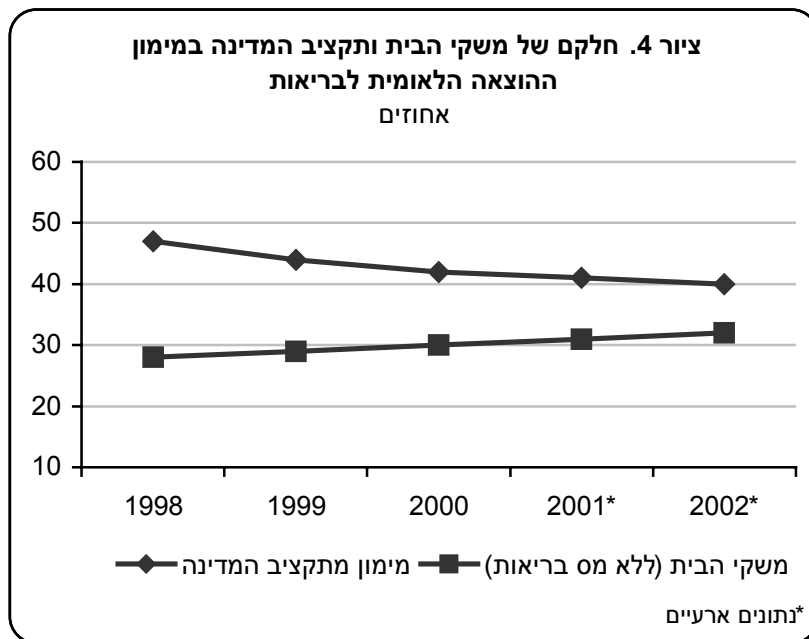




לשירותי הבריאות, הניתנים היום מתוקף חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, כמה מקורות מימון עיקריים: דמי ביטוח הבריאות (מס בריאות), הנגבים באמצעות המוסד לביטוח לאומי; ההקצאה השנתית למשרד הבריאות (מהסכומים שהביטוח הלאומי גובה במסגרת חוק הסיעוד); תקציב משרד הבריאות, המיועד לשירותי בריאות בתחומי הרפואה המונעת, הפסיכיאטריה,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

בשנת 2002 נמשך הגידול בשיעור המימון של משקי הבית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות – משקי הבית מימנו בשנה זו שליש (32 אחוז) מההוצאה לעומת כרבע (26 אחוז) בשנים 1995-1997 (ראה ציור 4).

כרבע מן ההוצאה בשנת 2002, בדומה לשנים הקודמות (מאז 1996), ממומן באמצעות מס בריאות. חלקו של המימון מתקציב המדינה המשיך לרדת – המימון הישיר מתקציב המדינה בשנת 2002 היה אחראי לכ-40 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות. יחד עם זאת, יש לזכור, כי יתרת ההוצאה, שלא מומנה על-ידי הממשלה או משקי הבית, משקפת בעיקר גירעונות של קופות-החולים. חלק זה של ההוצאה מומן בעבר בחלקו הגדול על-ידי הממשלה. ממצאים אלה מהווים ציון דרך נוסף בעלייה מתמשכת בחלקה של ההוצאה הפרטית במימון ההוצאה לבריאות בישראל ובירידת חלקה של הממשלה.

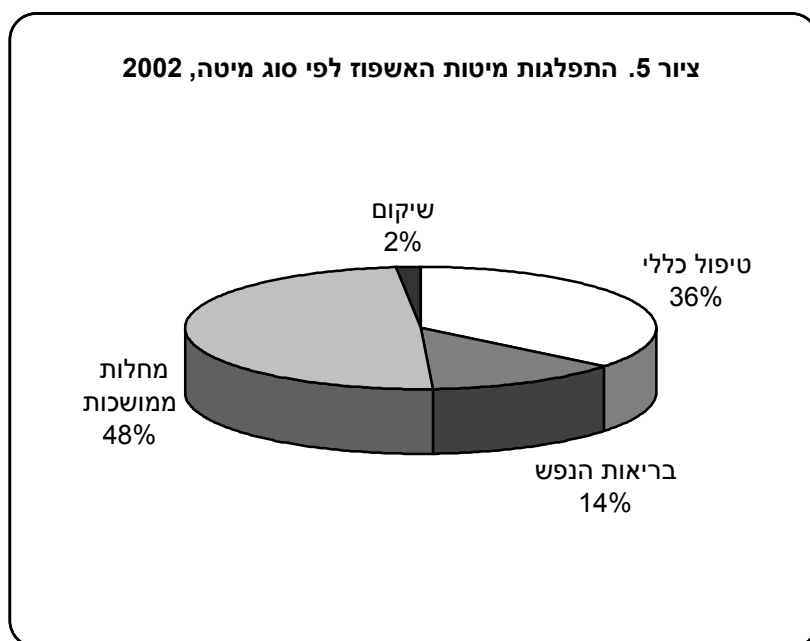


ברוב מדינות אירופה, שישראל שואפת להידמות אליהן, שיעור המימון הציבורי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות גבוה יותר מאשר בישראל. משמעות הגידול בנתח ההוצאה הלאומית לבריאות, הממומן על-ידי משקי הבית, היא הגדלת פערים חברתיים-כלכליים, שאחד הממדים שלהם הוא הנגישות לשירותי רפואה בישראל, שכן מימון הוצאה לבריאות על-ידי משקי הבית הוא רגרסיבי מעיקרו. ההוצאה של משקי הבית על בריאות מתבטאת הן בתשלום בגין שירותים, הכלולים

בסל הבריאות, והן בתשלום בגין רכישת שירותים רפואיים, שאינם כלולים בסל בשירותים המעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. הגידול המתמשך בהוצאות הפרטים (משקי הבית) על בריאות משתקף גם במשקל היחסי של הוצאה זו מתוך כלל ההוצאה של משק הבית על תצרוכת – חלקה של ההוצאה עלה בהתמדה, מ-3.8 אחוזים ב-1997 לכדי 5 אחוזים ב-2001. המרכיב העיקרי בהוצאה היה ריפוי שיניים (1.6 אחוזים מסל התצרוכת). ביטוחי בריאות מהווים כ-0.9 אחוז מהסל – הכפלה לעומת השיעור ב-1997.

2. מערכת האשפוז

חלק ניכר מהפעילות של ענף הבריאות מתקיים במוסדות האשפוז למיניהם. מקובל לסווג את מוסדות האשפוז לפי שני ממדים – בעלות והתמחות. בממד האחד ניתן להבחין בחמש קבוצות בעלות: ממשלה, קופת-חולים כללית (שירותי בריאות כללית), קופות-חולים אחרות (לאומית, מאוחדת, ומכבי), מלכ"ר אחר, ופרטי. בממד השני, אפשר להצביע על ארבע התמחויות רחבות, בהן תת-חלוקות מפורטות יותר: בתי-חולים כלליים, לחולי נפש, לחולים כרוניים, ולשיקום. בסוף שנת 2002 היו בבתי-החולים בישראל כ-40,000 מיטות אשפוז, לאחר תוספת של כ-480 מיטות בהשוואה לסוף 2001. כמחצית מכלל מיטות האשפוז הן ייעודיות למחלות ממושכות, כשליש מיטות כלליות, 14 אחוז לבריאות הנפש ו-2 אחוזים מיטות שיקום. ההתייחסות לעניין הבעלות וההתמחות כאל ממדים נפרדים מסתירה קשר עובדתי הקיים בין שניהם: ראשית, למעלה מ-80 אחוז של המיטות בבעלות הפרטית מיועדות לחולים גריאטריים. שנית, מרבית המיטות שבבעלות שירותי בריאות כללית הן מיטות כלליות. ושלישית, כשני-שליש של המיטות בתחום הפסיכיאטרייה הן בבעלות ממשלתית. עובדות אלו הן במידה רבה תולדה של התפתחות היסטורית. לוח 1 מפרט את התפלגות המיטות לפי סוג מיטה ובעלות. מסתבר כי בבעלות המדינה נמצאות כ-30 אחוז מסך-כל מיטות האשפוז, מחצית (כמעט) מהמיטות במחלקות הכלליות וכשני-שליש מהמיטות בתחום בריאות הנפש. ניגוד העניינים, הקיים במשרד הבריאות בין תפקידו כמיניסטרו לבין תפקידו כספק שירותים, המחזיק בבעלותו כמעט שלישי ממיטות האשפוז במדינה, ממשך לכן, להתקיים גם היום.



לוח 1. התפלגות מיטות בבתי-חולים לפי סוג ובעלות, 2002 (אחוזים)

שיקום	מחלות ממושכות	בריאות הנפש	טיפול כללי	סך-הכל	
100	100	100	100	100	סך-הכל
34	9	68	47	31	ממשלתית
					שירותי בריאות כללית
38	6	6	30	15	
21	36	3	19	25	ציבוריים אחרים
6	49	24	4	29	פרטית

בהקשר זה יש להזכיר את המלצות ועדת אמוראלי¹ בדבר תאגוד בתי-החולים. הסוגיה מעסיקה רבות את מערכת הבריאות בישראל מאז ראשית שנות התשעים (ראה גם נייר עמדה של המרכז בנושא)². ועדת נתניהו המליצה בזמנו על התאגוד וב-1991 אף נרשמו חמישה בתי-חולים ממשלתיים כתאגידיים אצל רשם החברות. אולם ניסיון זה כשל ובשנת 1992 הודיע שר הבריאות דאז, מר חיים רמון, בכנס של מועצות המנהלים של בתי-החולים המתואגדים על הפסקת התהליך. ועדת אמוראי ראתה את ניגוד העניינים הקיים כיום בין משרד הבריאות כבעלים ומנהל של בתי-חולים לבין תפקידו כמיניסטרו. לפיכך, הוועדה המליצה שבתי-החולים הממשלתיים ובתי-החולים של שירותי בריאות כללית יועברו למעמד של תאגידיים עצמאיים שלא למטרות רווח. כדי למנוע עיכובים בתהליך, המליצה הוועדה כשלב ביניים, להעביר את בתי-החולים הממשלתיים למעמד של חברות ממשלתיות.

הוועדה התייחסה גם להיבטים אחרים הקשורים לפעילות בתי-החולים. כך למשל, המליצה הוועדה, שבתי-חולים ציבוריים, בהם יש יותר מ-500 מיטות, יעברו לפעול במבנה חטיבתי ושכלל בתי-החולים יוקמו חטיבות סיעוד ומקצועות פרא-רפואיים. הוועדה הצביעה על הצורך לבטל את הסכמי התקינה הקיימים, המושתתים על מספר מיטות ולקבוע מחדש כללים למתן הכרה למחלקות התמחות. על פי המלצתה, משך הכהונה של מנהלי מחלקות ויחידות יוגבל לחמש שנים עם אפשרות הארכה על-ידי ההנהלה לחמש שנים נוספות. הוועדה התרשמה שמחלקות פנימית, פגיות ומחלקות הטראומה נמצאות במצוקת כוח אדם מקצועי והמליצה להגדיר בתחום זה מדדים אובייקטיביים לשיפור התקינה ולעידוד ההתמחות בתחומים אלה.

קופות-החולים מחזיקות בכ-15 אחוז מכלל מיטות האשפוז בישראל ושיעור זה יציב לאורך השנים. שירותי בריאות כללית מחזיקה בבעלותה כ-5,500 מיטות אשפוז, מרביתן בתחום הטיפול הכללי, ואילו מכבי ומאוחדת מחזיקות בבעלותן מיטות למחלות ממושכות בלבד.

¹ במסגרת הסכם גישור שנחתם ביולי 2000 בין משרד האוצר לבין ההסתדרות הרפואית לישראל מינה ראש הממשלה דאז ועדה לבחינת הרפואה הציבורית בישראל ומעמד הרופא בה. כיו"ר הוועדה מונה מר עדי אמוראי. הוועדה הגישה המלצותיה אשר נגעו לכל תחום במערכת הבריאות ב-2002.

² שירום, א., ואחרים, 1997.

שיעור המיטות בבעלות פרטית עלה בשנת 2002 ל-29 אחוז מכלל המיטות, כשעיקר העלייה מתרכזת בתחום המחלות הממושכות (כמחצית מכלל המיטות בתחום זה). עלייה נצפתה גם בשיעור מיטות השיקום שבבעלות המגזר העסקי (מ-3 ל-6 אחוזים בין 2001 ל-2002). אם נבחן את השינויים במספר מיטות האשפוז ביחס לגידול האוכלוסייה, ניתן לראות כי במהלך השנים קיימת מגמת ירידה במספר המיטות הכלליות, וכן במספר מיטות בריאות הנפש, בממוצע לאלף נפש. הירידה בשיעור המיטות הכלליות נובעת מן הירידה בשיעור המיטות הפנימיות ומיטות הגריאטריה האקוטית. לגבי בריאות הנפש – הירידה בשיעור המיטות בתחום זה היא פועל יוצא של הרפורמה, אשר הציבה לה למטרה את העברת הטיפול מבתי-החולים לקהילה. במקביל נצפתה עלייה בשיעור המיטות לאלף נפש בתחומים של מחלות ממושכות ושיקום – יתכן שהדבר משקף את הגברת הפעילות של המגזר העסקי בתחומים אלה.

לוח 2. מיטות בבתי-חולים לפי סוג מיטה (שיעור לאלף נפש)

2002	2000	1995	
6.04	6.06	5.91	סך-הכל
2.16	2.22	2.35	מחלקות כלליות
0.82	0.88	1.21	בריאות הנפש
2.96	2.86	2.27	מחלות ממושכות
0.11	0.10	0.09	שיקום

תפוסת מיטות ומשך האשפוז

על אף הירידה בשיעור המיטות הממוצע לנפש נמשכת בשנים האחרונות ירידה בשיעור תפוסת המיטות בבתי-החולים. בשנת 2002 עמד שיעור התפוסה הכולל בבתי-החולים – וכן במחלקות הכלליות – על 91 אחוז. במספר מחלקות בהן שיעור התפוסה גדול מ-100 אחוז מחרפה המצוקה. כך, לדוגמא, גדל שיעור התפוסה במחלקות פנימיות ל-104 אחוז ב-2002 ובמחלקות לילדות ל-113 אחוז. גידול ניכר בתפוסת המיטות נמצא גם במחלקות להשתלת מוח עצם. מאידך, במספר מחלקות, כגון כירורגיית כלי דם וכירורגיית ילדים קטנה התפוסה. שיעור התפוסה הגבוה ביותר נמצא בשנת 2002 במחלקות **ההשהיה** (181 אחוז). נמשכה גם מגמת הירידה בשיעור תפוסת מיטות בריאות הנפש (83 אחוז ב-2002).

אורך האשפוז של החולים הוא פרמטר בעל חשיבות רבה להתפתחותה של מערכת הבריאות. נתוני האשפוז כוללים בדרך כלל שני פרמטרים: מספר המאושפזים, ומספר הימים שכלל המאושפזים שהו בבתי-החולים על פני השנה. חילוק שני המספרים הללו נותן את מספר ימי השהייה הממוצע למאושפז – שיעור זה ירד בשנת 2002 ל-10.9 ימים, בהמשך למגמה כמעט רצופה של ירידה מאז ראשית שנות השמונים.

בשנת 2002 נבלם הצמצום בשהייה הממוצעת במחלקות הכלליות בבתי-החולים – זו שנה שנייה ששיעור זה עמד על 4.1 ימים. ציור 6 מציג את המגמה ב-10 השנים האחרונות. יש לציין שהירידה החלה עוד לפני כן, ולמעשה מאז שנות החמישים, בהן עמדה השהייה הממוצעת על כ-10 ימים. בעשור האחרון נמשכה הירידה, ומ-1998 נע הממוצע בין 4.1 ל-4.3 ימים.



יש להדגיש כי בתוך קבוצת המחלקות הכלליות קיים מגוון גדול למדי. המחלקות בהן ממוצע השהייה הוא הנמוך ביותר הן מחלקות השהייה (1.1) ומחלקות נשים (2.2). ממוצע השהייה הגבוה ביותר נמצא במחלקות לטיפול מיוחד ביילודים ובגריאטריה אקוטית (11.9).

בשלוש שנים האחרונות ניתן למצוא גם מחלקות בהן קיימת מגמת **ירידה** בשהייה הממוצעת, כגון במחלקה לגריאטריה אקוטית ובמחלקות הכירורגיות לסוגיהן, במחלקות לטיפול מיוחד ביילוד, ובמחלקות להשתלת מוח עצם. **הגידול** בשהייה הממוצעת נמצא במחלקות אונקולוגיה, ובטיפול נמרץ נשימתי.

מה קובע את השהייה הממוצעת? במישור הרפואי, אפשרות אחת היא שיפורים בטיפול הרפואי וחדירת טכנולוגיות חדישות, המקצרות את משך האשפוז. יש לזכור גם כי מצבים רפואיים, שהצריכו בעבר אשפוז ממושך, מתבצעים כיום במהלך אשפוז קצר מאוד ולעיתים אף באשפוז יום. גורם נוסף, העשוי להסביר את התקצרות משך האשפוז, הוא שינוי בתמהיל המאושפזים מבחינת גורם התחלואה. הגברת היעילות של שירותי הרפואה בקהילה עשויה למנוע אשפוז או להביא לאבחון מוקדם, דבר שייעל גם את הטיפול במהלך האשפוז. ייעול השירותים בקהילה מתבטא גם במציאת סידור חליפי לאשפוז בבית-החולים ושחרור מוקדם יחסית של מאושפזים (לדוגמה במקרה של חולים סיעודיים).

עד כה התייחסנו להסברים אפשריים לקיצור האשפוז במישור הרפואי. ואולם, לא ניתן להתעלם מגורם נוסף, אשר נוטל לפחות חלק כלשהו בעניין, והוא השיקול הכלכלי (או האילוץ התקציבי). קיצור משך השהייה לאורך השנים יכול להיות תוצאה של התמריצים הקיימים במערכת ושיטת ההתחשבות עם בתי-החולים בגין האשפוז (DRG), ושיטת ה-Capping). האילוצים הכלכליים מביאים גם את קופות-החולים להגביר את הבקרה המתבצעת מטעמן בבתי-החולים, כדי לצמצם את מה שבעיניהן נראה כאשפוזים מיותרים או שהות ממושכת מידי באשפוז.

העובדה היא, שהגידול במספר המיטות במוסדות האשפוז למיניהם לא תאם לאורך השנים לגידול באוכלוסייה ולהזדקנותה, דבר שגרם בחלק מבתי-החולים למחסור במיטות. תופעה זו יכולה להביא לכך שבית-החולים חותר לקצר למינימום את משך האשפוז באותן מחלקות על מנת לפנות מיטות לחולים חדשים.

בסוף שנת 2001 היו בישראל 2,222 מיטות לאשפוז יום, שבהן בוצעו כ-800 אלף ימי טיפול ביחידות לאשפוז יום בבתי-החולים וביחידות

לטיפול יומי בקהילה. כמחצית מתוכם היו בתחום בריאות הנפש, כ-40 אחוז בתחום הטיפול הכללי, והיתר בתחום מחלות ממושכות ובשיקום. טיפולים במסגרת אשפוז יום יכולים להביא לירידה משמעותית בעומס על מחלקות האשפוז ובשיעור התפוסה בבתי-החולים ולהקטנת ההוצאה בתחום זה, אך שיעור המיטות לאשפוז יום לאלף נפש נמצא במגמת ירידה מאמצע שנות התשעים. בהתאם לכך ניתן לראות, בשנים האחרונות, במרבית התחומים, ירידה משמעותית למדי בשיעור ימי הטיפול במסגרת אשפוז יום. כך, לדוגמא, בתחום בריאות הנפש חלה ירידה מ-75 יום לאלף נפש ב-1999 ל-61 יום ב-2002.

3. קופות-החולים

א. ההוצאה על שירותי קופות-החולים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הטיל על קופות-החולים את האחריות לספק לכלל תושבי המדינה סל שירותי בריאות שהוגדר בחוק. בשנת 2002 הסתכמה עלות הסל אשר סופק על-ידי קופות-החולים ב-21.1 מיליארד ש"ח. כ-19 מיליארד ש"ח מסכום זה חולקו בין קופות-החולים תוך שימוש בנוסחת הקפיטציה, וכמיליארד ש"ח חולקו בהתאם למספר החברים בכל קופה, אשר חולים באחת מחמש מחלות קשות שהוגדרו בחוק. ההכנסות של הקופות כתוצאה מגבייה מן החברים בגין שירותים רפואיים מימנו כמיליארד ש"ח מהעלות הכוללת. עלות הסל מתעדכנת מדי שנה תוך התאמה למדד יוקר הבריאות, לגידול באוכלוסייה, וקבלת תוספת עבור תרופות וטכנולוגיות חדשות, וכן תוספות בהתאם להסכם בין שרי הבריאות והאוצר.

מאז שהוחל חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתמידות הקופות בטענתן שלא הועמד לרשותן תקציב הולם. המדינה מצידה מציעה לקופות תוספת תמיכה ("רשת בטחון") מעבר להקצאה המחויבת על פי החוק אך מתנה זאת בצעדי התייעלות שונים מצד הקופות. התפתחויות אלה בתחום המימון חייבו את קופות-החולים לשאוף לצמצום ההוצאות שלהן, לצמצום הגירעון השוטף ולייעול אופן הגשת השירותים הרפואיים לחברים. בשנת 2002 הסתכם הגירעון השוטף של קופות-החולים ב-446 מיליון ש"ח והוא פחת בקרוב ל-60 אחוז בהשוואה לשנת 2001. שיעור הגירעון ירד למעשה מ-3.2 אחוזים מסך ההכנסות של הקופות בשנת

2001 ל-1.9 אחוזים ב-2002. השיפור היה בכל קופות-החולים: מכבי ומאוחדת סיימו את השנה בעודף הכנסות על הוצאות, שירותי בריאות כללית סיימה בגירעון של כ-400 מיליון ש"ח, ולאומית בגירעון של כמאה מיליון ש"ח.

יש להדגיש, כי על אף השיפור האמור, קיים עדיין גירעון נצבר לכל אחת מקופות-החולים. הגירעונות של קופות-החולים, המתבטאים גם בחשבונות הלאומיים, הינם במידה רבה תוצאה של כשלים, הבנויים לתוך תהליך קביעת עלות סל שירותי הבריאות, שבמהלכו נקבע מדי שנה התקציב הממשלתי לכיסוי אספקת הסל על-ידי קופות-החולים.

הכשל הראשון הוא תוצאה של הסעיפים המרכיבים את מדד יוקר שירותי בריאות, כפי שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. המדד איננו מבטא סעיפי התייקרות אמיתיים של שירותי הבריאות שהקופות מפעילות. המדד מעודכן לפי עליית השכר של כלל עובדי השירות הציבורי ולא רק לפי עליית השכר של עובדי מגזר הבריאות. לכן לא ביטא השכר, לדוגמה, את העליות הגבוהות בשכר הרופאים מדי שנה בשנים 1994-97. דוגמה בולטת נוספת היא, שהמדד איננו כולל את ההתייקרות במחיר יום אשפוז, כאשר ההוצאות על אשפוז הן קרוב למחצית מהוצאות הקופות.

הכשל השני הוא, שהתהליך השוטף של עדכון סל שירותי הבריאות לא מביא בחשבון את עליית אחוז הקשישים באוכלוסייה, ולכן איננו מבטא את מלוא העלות הריאלית של הקופות בגין הטיפול בקשישים וישישים. כמו כן העדכון בגין כניסת טכנולוגיות רפואיות חדשות, כולל תרופות חדשות, מפגר אחר הצרכים האמיתיים של הקופות לאור ההתפתחות הטכנולוגית בעולם. אחת התוצאות היא, שסל התרופות הישראלי מפגר אחר הנעשה בעולם התרופות, וחולים במחלות שיש להן תרופות חדישות אינם נהנים מהן במסגרת סל הבריאות הקבוע בחוק.

שיטה זו של יצירת גירעונות כפויים בקופות-החולים נועדה, כפי הנראה, לתמרץ את הקופות להתייעל, אך היא יוצרת תחושה של מחנק תקציבי קבוע ותזרים מזומנים הנוטה להיות שלילי בקופות, במיוחד באלה בהן מרוכזת האוכלוסייה החלשה והפגיעה יותר. התוצאה של שיטת מימון זו היא משבר כספי כרוני של קופות-החולים, המקשה על ניהולן השוטף, יוצר אי-ודאות בכל הקשור ליכולתן של הקופות לעמוד בהתחייבויותיהן, מחייב הוצאות מימון כבדות של הקופות, ובסופו של דבר איננו מביא בהכרח להתייעלות של הקופות, מעבר למה שניתן היה להשיג בהסכם בראשית כל שנה תקציבית.

קופות-החולים קיבלו תמיכה לטיעוניהן הן בדו"ח ועדת החקירה הפרלמנטרית, שהוקמה בשנת 1999 (בראשות ח"כ דוד טל), לבדיקת יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והן בדו"ח ועדת אמוראי שפורסם בדצמבר 2002. לאחרונה עתרה שירותי בריאות כללית לבג"צ בתביעה לשנות את מדד יוקר הבריאות. הקופות האחרות צורפו לעתירה כמשיבות פרמליות.

בהקשר זה נזכיר כי ועדת אמוראי המליצה לקבוע מנגנון עדכון שייתן ביטוי לשינוי הריאלי בעלות סל שירותי הבריאות, תוך התבססות על הפרמטרים הבאים: מדד יוקר הבריאות (ללא המרכיב של שכר במגזר הציבורי); מקדם דמוגרפי; ומקדם התייעלות אשר ינוע בין 15 ל-20 אחוז משיעור העדכון השנתי הנובע משני הפרמטרים האחרים (מקדם ההתייקרות והמקדם הדמוגרפי). הוועדה המליצה להקים ועדה מקצועית בלתי תלויה לקביעת המקדמים במדד יוקר הבריאות. כמו כן אמורה ועדה זו לתמחר שירותים שיתווספו לסל. ועדת אמוראי לא ראתה לנכון להמליץ (כדרישת קופות-החולים) להכליל את ההתייקרות בתעריף יום האשפוז כמרכיב של מדד יוקר הבריאות.

בתחום מקורות המימון המליצה הוועדה, לקבוע מידי שנה את המימון הממשלתי לשינוי בסל שירותי הבריאות ולשיפור רמתו. כמו כן הומלץ לצמצם בהדרגה את השתתפות הציבור בשירותים, כגון אגרת ביקור אצל רופאים, מכונים, מרפאות חוץ ובתחנות לבריאות המשפחה. הוועדה המליצה גם להעלות את רמת המידע העומד לרשות הציבור בכל הקשור לאוכלוסיות הזכאיות לפטור או הנחה בתשלום עבור שירותים רפואיים ותרופות.

ג. שינויים בכללי התשלום של מבוטחים בגין שירותים רפואיים

כבר בשנת 1995, עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבעו בחוק מספר שירותים רפואיים בגינם נדרשים המבוטחים להשתתפות בתשלום. בשנת 1998, בעקבות שינוי חקיקה במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה, אושרה לכל אחת מהקופות תכנית לגביית תשלומים נוספים מהחברים.

התכנית הופעלה בכל קופות-החולים לקראת סוף שנת 1998 והיא כללה, בין היתר, אגרה על ביקור במכון (דוגמת מכוני רנטגן), והיטל על ביקור אצל רופא מומחה. המדובר ברופאים העוסקים ברפואה שניונית,

כגון: רפואת עיניים, נשים, אף-אוזן-גרון, עור ומין, אורתופדיה וכן תת-התמחות כלשהי של רפואה פנימית, כגון המטולוגיה וקרדיולוגיה. הקופות אינן מחייבות בתשלום היטל ביקור אצל רופא ראשוני בקהילה כולל רופאי משפחה, רופאים פנימיים ורופאי ילדים, למעט קופת-החולים מכבי, הממשיכה בגביית היטל זה, שהיה נהוג אצלה גם לפני 1998 ואושר מחדש במסגרת תכנית הגבייה החדשה.

הפעלת ההיטל על ביקור אצל רופא שניוני נומקה בכך, שמספר הביקורים אצל רופא בישראל גבוה יחסית למקובל בעולם. מסקרי שימוש בשירותי בריאות מסתבר, כי מסוף שנות השבעים מסתמנת בישראל ירידה נמשכת בשיעור הביקורים לנפש אצל כל הרופאים. בנוסף, אם אכן משפיעה הגבייה על השימוש בשירותים ותרופות – עולה השאלה באיזה כיוון תחול ההשפעה. האם היא תחול רק על ביקורים מיותרים, או אולי, בחלק מהמקרים, ההימנעות מביקור אצל הרופא או מנטילת תרופה חיונית יביאו, בסופו של דבר, לאשפוז אותו ניתן היה למנוע מלכתחילה. כך שאין וודאות שהושגה המטרה של חיסכון בהוצאה הלאומית.

מאחר שהתשלומים הנ"ל אחידים, ולכן בעלי אופי גרסיבי, נקבעו לגביהם פטורים והנחות. כך, לדוגמא, נקבעו תקרות השתתפות חודשיות באגרת שירותים רפואיים, תקרות חודשיות להשתתפות של חולים כרוניים בתרופות, וכן מנגנוני פטור והנחות לאוכלוסיות חלשות כלכלית. כל זאת, על מנת למזער את הפגיעה באוכלוסיות אלה. מאז החלת תכניות גבייה אלה, היווה סעיף זה בחוק יעד לעדכונים חוזרים ונשנים, תוך הרחבה מתמשכת של מעגל הנהנים מהפטורים וההנחות שנקבעו בחוק.

בשנת 2003, במסגרת התכנית להבראת הכלכלה, שונתה מגמה זו ובוטלו חלק מהפטורים שנקבעו לגבי תשלומים אלה. כך, לדוגמא, בוטל הפטור לאברכים, המקבלים קצבה ממשד הדתות, ולבני משפחותיהם מאגרות שירותים רפואיים; מעגל הפטורים מתשלום אגרות בקרב המקבלים הבטחת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי צומצם, והוא הוגבל רק לגברים בני 65 ומעלה ולנשים מעל גיל 60; ובוטל הפטור מאגרות, שניתן למקבלי דמי מזונות באמצעות המוסד לביטוח לאומי. כמו כן נקבע כי שרי הבריאות והאוצר, בהסכמת שר העבודה והרווחה ובאישור ועדת הכספים בכנסת, יקבעו כללים ותנאים לתשלום מס בריאות גם על-ידי עקרות בית – אוכלוסייה שהיתה פטורה עד כה מתשלום זה. יש להדגיש, שהיטלים אלה מהווים מס המוטל על חולים, והם פוגעים בעקרונות

הצדק החברתי והחתירה לשוויוניות בשירותים, ויש בהם משום הכבדה נוספת של נטל התשלומים בגין שירותי בריאות על אוכלוסיות חלשות. מוקדם עדיין לקבוע מה ההשלכות של תכנית זו על השימוש בשירותי בריאות בקרב אוכלוסיות אלה, אולם ממצאי סקר דעת קהל של המרכז לחקר המדיניות החברתית (המדווחים בפרק אחר בספר זה), המתייחסים בין היתר לשאלת הימנעות מקבלת שירותי בריאות נחוצים עקב עלותם, מצביעים תמרור אזהרה למקבלי ההחלטות.

ג. מגמות בהתפלגות המבוטחים בין קופות-החולים

על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי לסוף שנת 2002, התפלגו המבוטחים בין קופות-החולים כדלקמן: שירותי בריאות כללית – 55 אחוז, מכבי – 24 אחוז, מאוחדת – 11 אחוז ולאומית – 10 אחוזים. שיעור העוברים בין הקופות בתקופה שבין אוקטובר 2001 לספטמבר 2002 היה כ-0.8 אחוז מסך המבוטחים, בדומה לשנה שקדמה לכך. זכות המעבר בין הקופות מנוצלת בעיקר על-ידי קבוצות הגיל הצעירות, עד 45. כך, לדוגמא, מקרב גילאי 25-35 עברו בין אוקטובר 2001 לספטמבר 2002 כ-1.3 אחוז לקופה אחרת לעומת 0.4 אחוזים בלבד מקרב בני 55-65. בשנת 2002 המשיכה ואף התגברה המגמה של הצטרפות גבוהה יחסית של עולים חדשים למכבי – בין החודשים דצמבר 2001 לנובמבר 2002 הצטרפו לקופה זו 44 אחוז מקרב העולים. גם למאוחדת הצטרפו העולים בשיעור הגבוה מחלקה של הקופה באוכלוסייה הכוללת, ולעומת זאת הצטרפותם של העולים לשירותי בריאות כללית וללאומית היה נמוך יחסית. האוכלוסייה שונה בין קופות-החולים גם במאפיינים נוספים, וקיימים הבדלים חברתיים-דמוגרפיים משמעותיים ביותר בהרכב החברים בקופות-החולים השונות. בעוד ששיעור בני ה-65 ומעלה באוכלוסייה הכללית הוא כעשרה אחוז, בשירותי בריאות כללית שיעורם הוא כ-13 אחוז ממבוטחי הקופה, לעומת 8 אחוזים בלאומית, ו-5 עד 6 אחוזים במכבי ובמאוחדת.

מקרב המשתכרים עד מחצית השכר הממוצע, נמצא שיעור גבוה יחסית של מבוטחים בשירותי בריאות כללית. כ-60 אחוז מהם חברים בכללית, לעומת 21 אחוז במכבי, וכעשרה אחוז במאוחדת ובלאוומית. לעומת זאת, במכבי ומאוחדת מבוטחות אוכלוסיות בעלות הכנסה גבוהה יחסית – ההכנסה הממוצעת לחודש עבודה של מבוטחי מכבי גבוהה בכ-

44 אחוז מההכנסה הממוצעת של חברי לאומית ובכ-36 אחוז מההכנסה הממוצעת של חברי הכללית. מאידך, ההתפלגות של מקבלי דמי אבטלה שונה: כמחציתם השתייכו ב-2002 לשירותי בריאות כללית – שיעור נמוך בהשוואה לחלקה של קופה זו באוכלוסייה הכללית. חלקם של מקבלי קצבת נכות כללית בשירותי בריאות כללית גבוה במיוחד (כ-72 אחוז) בהשוואה לקופות הקטנות. בולט גם השיעור הגבוה יחסית של מקבלי גמלת סיעוד, החברים בשירותי בריאות כללית (79 אחוז). במאוחדת נמצא שיעור גבוה יחסית של מקבלי קצבה ממשד הדתות (31 אחוז). גם בפיזור הגיאוגרפי קיימים הבדלים בין הקופות: שיעור המבוטחים בארבע הערים הגדולות, החברים במכבי ובמאוחדת גדול משיעורם באוכלוסייה הכללית.

עקב ההבדלים הקיימים בתמהיל המבוטחים בכל אחת מקופות-החולים נשמעות טענות מצד כל אחת מקופות-החולים לאופן הקצאת התקציב וחלוקתו בין הקופות – ובמיוחד לעניין "נוסחת הקפיטציה" בעגה המקצועית המקובלת (ראה פרק נפרד בספר זה אשר הוקדש לנושא). ועדת אמוראי המליצה להמשיך את ההפעלה של השיטה הקיימת בתחום ה"מחלות הקשות" אולם בד בבד המליצה גם לבחון את הרשימה הנוכחית של המחלות שהוגדרו בחוק ואת העלות השנתית של כל אחת מהן. אשר לנוסחת ההקצאה (נוסחת הקפיטציה), הנותנת משקל שונה לכל אחת מקבוצות הגיל, הוועדה המליצה על תת-חלוקה של קבוצת הגיל 4-0 (קבוצה של עד גיל שנה) וכן של קבוצת גיל +75 (חלוקתה לשתי קבוצות גיל נפרדות 75-84 ו-85+). הוועדה המליצה ששר הבריאות יבחן את הנוסחה, בהתאם לסמכותו על פי החוק, לרבות בדיקת אפשרות של הכללת משתנים נוספים בנוסחה, לפחות אחת ל-4 שנים.

לאחרונה הוגשה על-ידי שירותי בריאות כללית עתירה לבג"צ בנושא זה של נוסחת ההקצאה. העתירה הוגשה כנגד המדינה וכנגד קופות-החולים האחרות והטענה היא כי בהתחשב בהרכב הדמוגרפי המאפיין את שירותי בריאות כללית, מתכונתה הנוכחית של הנוסחה מפלה אותה לעומת הקופות האחרות.

4. בריאות האוכלוסייה

שיפור רמת הבריאות של האוכלוסייה, תוך כדי הקטנת אי-השוויון ברמת הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות, הוא אחד המבחנים החשובים של כל מערכת בריאות. בסעיף זה אנו מתמקדים ברמת הבריאות של האוכלוסייה הישראלית, כפי שזו נמדדת בתמותת תינוקות, שיעורי תמותה כלליים ותוחלת חיים, וכן בשיעורי תחלואה.

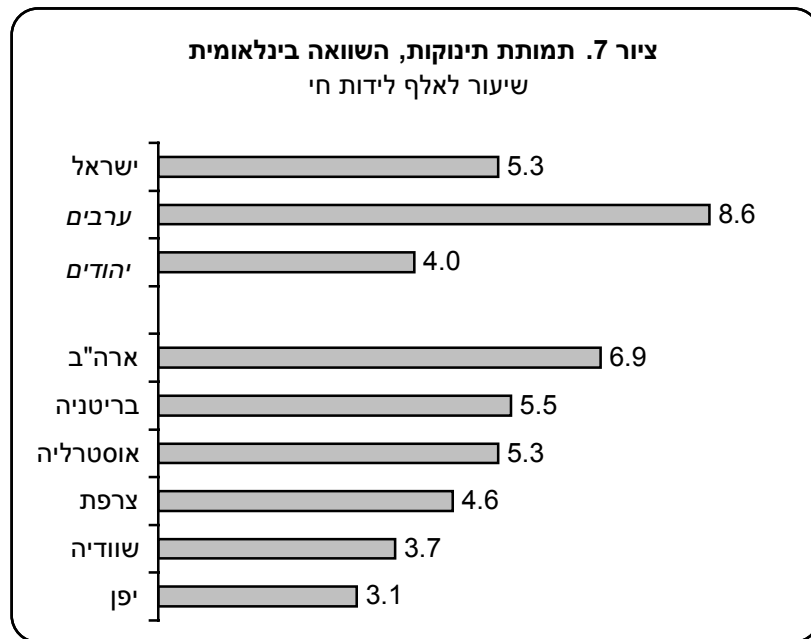
בספרות המקצועית קיימים חילוקי דעות לגבי הקשר בין מצב הבריאות של האוכלוסייה למבנה ורמת שירותי הבריאות, בין היתר משום שגורמים אחרים – זולת שירותי הרפואה והמניעה – תורמים להקטנת התמותה ולהפחתת התחלואה. גורמים אלה יכולים להיות גנטיים, סביבתיים וכאלה הקשורים לתרבות ולסגנון חיים. כך, לדוגמה, לשינוי בהרגלי התזונה ולשינויים הקשורים באורח חיים נמצאה השפעה על רמת הבריאות. תוחלת החיים הממוצעת גדלה בעשורים האחרונים במרבית הארצות, וכך הדבר גם בישראל, וייתכן שתופעה זו קשורה הן בשיפור רמת שירותי הרפואה והן בשינויים באורח החיים והתנהגות בריאותית מונעת.

א. תמותת תינוקות

מראשית שנות התשעים ירד שיעור תמותת התינוקות בישראל מתחת לרמה של 10 לכל אלף לידות חי. מגמת ירידה זו נמשכת ובשנת 2002 ירד השיעור ל-5.3 לכל אלף לידות חי. שיעור תמותת התינוקות בישראל הוא היום מתחת לממוצע של הארצות החברות ב-OECD, ועובדה זו מעידה ללא ספק על הישג חשוב לשירותי הבריאות בישראל. כך, לדוגמה, בשנת 2001 היה שיעור תמותת התינוקות בבריטניה 5.5, באוסטרליה 5.3 ובארצות-הברית (נכון ל-2000) 6.9. מאידך בצרפת, שוודיה, ויפן ניתן לראות שיעורי תמותה נמוכים בהשוואה לישראל (4.6, 3.7, ו-3.1 בהתאמה).

יחד עם זאת, על אף הירידה בשיעור תמותת תינוקות הכללי בישראל, השיעור בקרב האוכלוסייה הערבית עדיין גבוה, יחסית, הן בהשוואה לממצאים של האוכלוסייה היהודית והן בהשוואה למדינות מפותחות אחרות. זאת, על אף הירידה התלולה לאורך השנים בשיעור תמותת התינוקות במגזר זה: שיעור תמותת התינוקות בקרב האוכלוסייה הערבית ירד מראשית שנות התשעים ועד שנת 2002 מ-13.5 ל-8.6 לאלף

לידות חי. באותה תקופה המשיך לרדת שיעור תמותת התינוקות גם במגזר היהודי, עד שבשנת 2002 הגיעה רמתו ל-4 לכל אלף לידות חי – פחות ממחצית לעומת השיעור המקביל בקרב האוכלוסייה הערבית. השיפור שחל בשני המגזרים הביא לכך שהפער ביניהם הולך ומצטמצם, אם כי בקצב איטי ביותר.



סיבוכים בעת הלידה הם הגורם העיקרי לתמותת תינוקות. מנתונים המתייחסים לשנים 1998-1999 עולה, כי בעניין זה אין ההבדל בין האוכלוסייה היהודית לקבוצות האוכלוסייה האחרות (2.7 לאלף לידות חי). כנראה שהדבר נובע מעלייה בשכיחות הפנייה לבתי-החולים לצורך לידה בקרב האוכלוסייה הערבית. גם לגבי תמותת עקב מחלות זיהומיות ודלקת ריאות צומצם הפער בין האוכלוסיות – שיעור תמותת תינוקות מסיבות אלה בקרב האוכלוסייה היהודית אפסי, ובקרב בני דתות אחרות הוא מתקרב לכך. על אף מגמות אלה, קיים עדיין הבדל ניכר בין

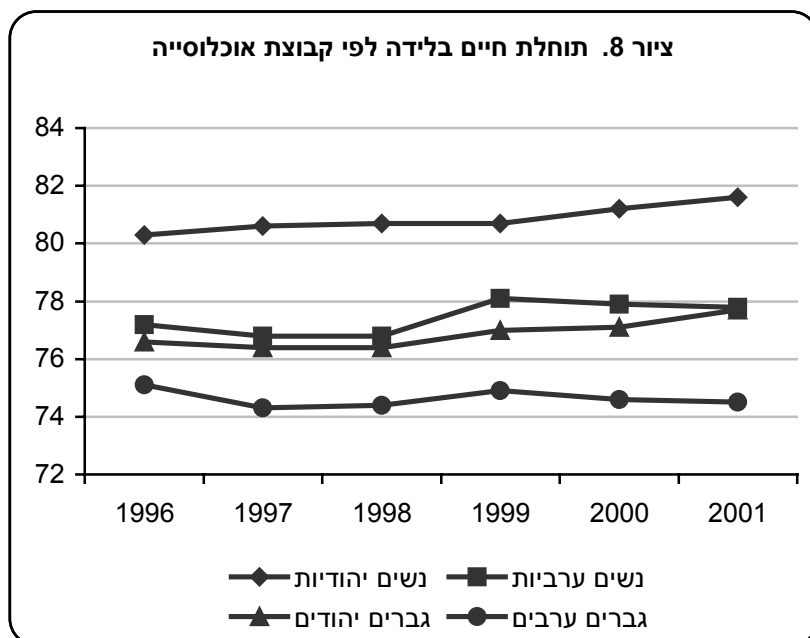
האוכלוסייה היהודית ובקבוצות אוכלוסייה האחרות, ובעיקר האוכלוסייה הערבית, בכל הקשור לשיעור תמותת תינוקות עקב קיומם של מומים מולדים (1.0 לאלף לידות חי בקרב האוכלוסייה היהודית לעומת 2.6 בקרב קבוצות האוכלוסייה האחרות), אם כי גם פער זה נמצא במגמת צמצום. את הפער ניתן לייחס למעקב הריון סדיר יותר בקרב האוכלוסייה היהודית, הכולל ביצוע בדיקות לשלילת מומים מולדים וייתכן גם שקיים קשר לשיעור קשרי הנישואין בתוך המשפחה.

בסקר שנערך בשנת 2001 בקרב מדגם ארצי של 2,933 תלמידים ערבים ו-431 תלמידים דרוזים תלמידי כיתות י', נמצא כי כמחצית מהתלמידים הפגינו רמת ידע גרועה באשר לבעייתיות הקיימת בנישואי קרובים. למרות שמעל 80 אחוז מהתלמידים ידעו שנישואי קרובים קשורים לסיכון גדול יותר למומים מולדים, רק כמחצית מהילדים ידעו מהם מומים מולדים, ומה הקשר בין מומים ספציפיים ונישואי קרובים. המשתנים שהיו קשורים באופן מובהק עם רמת ידע נמוכה בקרב תלמידים ערבים היו: מין הנשאל (בנים ידעו פחות מבנות), השכלת ההורים (מי שהוריו סיימו בית-ספר יסודי או פחות), תלמידים מאורסים ועמדה דתית פטליסטית. כשלושה-רבעים מהתלמידים הביעו דעות המתנגדות לנישואי קרובים, 14 אחוז לא הביעו דעה, ו-12 אחוז תמכו בנישואי קרובים. גם כאן, המשתנים שנמצאו קשורים בעמדה תומכת של הנשאלים בנישואי קרובים היו: מין זכר, היות התלמידים מאורסים, השכלה נמוכה של הורי הנשאל, מומים במשפחת הנשאל, וידע נמוך. אמנם רק כשמינית (12.5 אחוז) מהנשאלים ענו כי היו מתחתנים עם קרוב משפחה גם אם היו יודעים כי קיים סיכון בריאותי לילדים. עם זאת, בקרב התלמידים שהביעו עמדות תומכות בנישואי קרובים, ובקרב מי שחשב כי חשוב להמשיך במנהג זה של נישואי קרובים, אחוזים אלה היו גבוהים בהרבה (40 ו-49 אחוז בהתאמה).

נתוני תמותת תינוקות עקב מומים מולדים, יחד עם ממצאי הסקר הנ"ל, מדגישים את הצורך בתכנית רב-תחומית, בה ישתתפו משרדי החינוך והבריאות, תוך הקצאת משאבים הולמת לשם הגברת המודעות בדבר הקשר בין נישואי קרובים והימצאות מומים מולדים ביילוד. יש חשיבות רבה בפיתוח שירותי הבריאות לאם ולילד ובשיפור הנגישות אליהם, וכן בהגברת המודעות לשימוש בשירותי בתי-החולים ובתחנות לבריאות המשפחה, בעיקר בקרב האוכלוסייה הערבית.

ב. תוחלת חיים ושיעורי תמותה

בשנים האחרונות נמשכת העלייה בתוחלת החיים בישראל. תוחלת החיים בלידה לתינוקות שנולדו בישראל בשנת 2001 היא 81.2 שנים בקרב בנות ו-77.3 שנים בקרב הבנים. בתחום זה קיימים פערים בין האוכלוסייה היהודית לבין האוכלוסייה הערבית. כך, לדוגמא, בקרב האוכלוסייה היהודית, תוחלת החיים בלידה בשנת 2001 היא 81.6 שנים (בנות) ו-77.7 (בנים) לעומת 77.8 ו-74.5, בהתאמה, בקרב האוכלוסייה הערבית. ציור 8 מציג מגמות בתוחלת החיים מאז 1996 בין האוכלוסייה הערבית לבין האוכלוסייה היהודית – בקרב האוכלוסייה הערבית קיימת (בשני המינים) תנודתיות ותוחלת החיים נמצאת בירידה מסוימת מאז 1999, ואילו בקרב האוכלוסייה היהודית יש מגמת נמשכת של עלייה.



בדו"ח של ארגון הבריאות העולמי³ חושבה תוחלת החיים על בסיס אומדנים של לוחות תמותה לכל מדינה לשנת 2000. מן הראוי לציין, כי חישוב תוחלת החיים המבוצע על-ידי ארגון הבריאות העולמי שונה מזה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל. על פי ממצאיהם תוחלת החיים בלידה בישראל בשנת 2001 היא 80.9 לבנות ו-76.1 לבנים. בהשוואה למדינות שנכללו בדו"ח, נמצאים הגברים הישראלים, על בסיס נתונים אלה, במיקום גבוה יחסית, כשמעליהם יפן, שוודיה ושוויץ. לגבי הנשים התמונה שונה – מקומן נמוך יחסית בדירוג.

שיעורי תמותה גבוהים יחסית נרשמים בישראל מסיבות הקשורות למחלות לב (כ-1.3 לאלף תושבים) ולכל סוגי הסרטן (1.4 לאלף). לגבי מרבית הסיבות הרשומות, שיעורי התמותה בקרב הערבים נמוכים בהרבה בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. כך, לדוגמא, בקרב היהודים שיעור הפטירות שסיבתן אוטם חריף בשריר הלב הוא 0.34 לאלף לעומת 0.14 בלבד בקרב הערבים. שיעור התמותה כתוצאה מסרטן גם הוא גבוה יותר בקרב היהודים. ממצאים אלה בולטים עוד יותר אם נביא בחשבון נגישות שונה לשירותי רפואה וסבירות גבוהה ששיעור האבחון המוקדם גבוה יותר בקרב היהודים. סביר לייחס את הנתונים לסיבות גנטיות וכאלה הקשורות באורח חיים, אך ייתכן שמשתקפים בכך גם ההבדלים בהרכב הגיל בין שתי האוכלוסיות.

בקרב הערבים נמצא שיעור גבוה יחסית של פטירות כתוצאה מתאונת דרכים וכתוצאה ממומים מולדים (0.11 לאלף בשתי הקבוצות לעומת 0.08 ו-0.03 בהתאמה בקרב היהודים) וכן בגין סיבות הקשורות ללידה.

ג. תחלואה – מדדים נבחרים

סקר הבריאות האחרון שבוצע על-ידי משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מעיד על כך שיתר לחץ דם הינה המחלה הכרונית הנפוצה ביותר באוכלוסייה. שיעור ההימצאות של מחלה זו הוא 78 לאלף נפש. התופעה גבוהה יותר אצל נשים בהשוואה לגברים (89 ו-66 לאלף בהתאמה). גם שיעור הימצאות של סוכרת גבוה יחסית בנשים וכך גם לגבי קטרקט. לעומת זאת, שכיחות אוטם שריר הלב ואסטמה גבוהים יותר בגברים.

³ The World Health Report, 2001.

הדיווח על שיעורי הסרטן לכל אלף באוכלוסייה היהודית עמד על 3.1 בקרב הנשים ו-3.0 בקרב הגברים (נתונים לשנת 2000). באוכלוסייה הערבית שכיחות התחלואה בסרטן נמוכה יותר והשיעורים שנמצאו היו 1.4 בקרב הנשים ו-1.7 בקרב הגברים. מעניין לציין כי בקרב האוכלוסייה היהודית התחלואה גבוהה יותר בקרב נשים בעוד שבאוכלוסייה הערבית המצב הפוך. ייתכן שהדבר משקף הבדלים בהרגלי השימוש בשירותי הבריאות בין המינים בשתי האוכלוסיות.

אי ספיקת כליות סופנית

על פי נתוני הארגון הישראלי להשתלות כליה, מספר החולים באי-ספיקת כליות סופנית המטופלים בדיאליזה בישראל עולה בהתמדה. במשך העשור האחרון מספרם כמעט הופכל ועומד היום על כ-3,700 חולים. השתלת כליה מהווה פתרון הולם יותר לחולים אלה מאשר דיאליזה. אולם בישראל קיימת בעיה של מחסור באיברים להשתלה. מנתוני המרכז הלאומי להשתלות ומ"אדי" עולה, ששיעור התרומות בישראל נמוך משמעותית יחסית למקובל בארצות המערב. בשנת 2001 היו חתומים על כרטיס תורם של "אדי" רק 3 אחוזים מהאוכלוסייה, לעומת 12-15 אחוז מהאוכלוסייה במדינות מערביות אחרות. סקר שביצע מרכז ההשתלות הראה, עם זאת, שכ-40 אחוז מהנשאלים היו "מוכנים בהחלט" לתרום איברים, אולם על פי אותו סקר נמצא גם כי מחצית מהנשאלים שיערו שכמחצית מהאוכלוסייה חתומה על כרטיס תורם. ממצא זה מעיד על פער בין תפיסות הציבור בעניין זה למציאות הקיימת בישראל. על פי נתוני "אדי" בשנת 2000 בוצעו בישראל 210 השתלות. באותה תקופה הצטרפו כ-300 נזקקים חדשים לרשימת הממתינים להשתלה. כיום מכילה הרשימה למעלה מאלף נזקקים, מהם כ-730 חולים הממתינים להשתלת כליות ולבלב, כ-130 הממתינים להשתלת כבד, וכ-160 הממתינים להשתלת לב וריאות.

תחלואה המחייבת דיווח

מבין המחלות הזיהומיות המחייבות דיווח, נמצא בשנת 2002 שיעור תחלואה גבוה יחסית של דיזנטריה. לאחר שבשנות השמונים עמד שיעור התחלואה על למעלה משני מקרים מדווחים לאלף תושבים, החלה בתחום זה מגמת ירידה. בשנת 1990 עמד שיעור התחלואה על 1.2 לאלף, בשנת 2000 על 0.9, ובשנת 2001 על 0.5 לאלף. על רקע זה הנתון לשנת 2002 (1.2 לאלף) הינו מפתיע למדי. קיימת סבירות מסוימת, אם כי

נמוכה יחסית, שהנתון משקף שינוי בהרגלי הדיווח, אולם, ייתכן גם שאין המדובר בשינוי מגמה אלא בממצא חד-פעמי.

אשר למספר הדיווחים על הרעלות מזון/מים – כאן נמשכה מגמת הירידה הקיימת מאז שנות השמונים ובשנת 2002 עמד שיעור הדיווח על 0.1 לאלף. גם בצהבת נגיפית נמשכה מגמת הירידה ובשנת 2002 עמד השיעור על 0.04 אלף.

לקראת סוף שנות התשעים היתה עלייה בשכיחות המקרים המדווחים של שחפת פעילה ושיעורם הגיע לכדי 0.1 לאלף תושבים. אך בשנים האחרונות מסתמנת מגמה של ירידה, ובשנת 2002 עמד השיעור על 0.07 לאלף.

אשר למומים מולדים, המחייבים דיווח בהתאם להנחיות משרד הבריאות – בשנת 2001 עמד שיעור המומים המולדים שדווחו על 24.2 מקרים ל-1,000 לידות חי (יש לציין כי במקרה של מומים מרובים באותו יילוד, כל מום נספר בנפרד). השיעור הגבוה ביותר נמצא במומים במערכת הלב וכלי הדם. מדובר על 12.4 לאלף לידות חי בשנת 2001 – שיעור גבוה בהשוואה לנתוני שנים קודמות. לעומת זאת בשיעור המומים במערכת איברי המין והשתן, ובמערכת השרירים והשלד ניכרה ירידה. יש להבהיר כי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מתבססת על נתונים המועברים אליה ממשרד הבריאות, אליו מועברים טופסי דיווח אשר מולאו בסמוך ללידה. כיסוי הדיווח של הטפסים בשנת 2001 היה 81 אחוז בלבד ולכן ייתכן שקיימת כאן הערכת חסר. בנוסף, המומים המולדים המדווחים על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מתייחסים אך ורק למקרים שאובחנו בסמוך ללידה. מאחר שחלק מהמומים ניתנים לאבחון רק מאוחר יותר בחיים, אין להתייחס לשיעור המופיע בנתוני הלשכה כמאפיין את היארעות המומים המולדים באוכלוסייה.

תסמונת הכשל החיסוני הנרכש - איידס

בסוף שנת 2002 חיו בישראל 288 חולי איידס (על פי נתוני משרד הבריאות) ו-548 חולים נוספים נפטרו או עזבו את ישראל. ממועד תחילת הרישום ועד סוף שנת 2002 נתגלו בישראל 836 חולים, כ-75 אחוז מתוכם גברים. מספר נשאי האיידס, המדווחים עד סוף שנת 2002 הוא 2,836, כ-62 אחוז מתוך הנשאים שמינם ידוע הם גברים. לפי הערכות מומחים, האוכלוסייה הכללית בישראל נמצאת ברמה נמוכה של תחלואה באיידס. בבחינת התפלגות הנשאים לפי קבוצת חשיפה נמצא, כי השיעור הגבוה

ביותר הינו בקרב נשאים יוצאי ארץ בה המחלה נפוצה בכלל האוכלוסייה ובקרב בני זוגם (47 אחוז). שיעור גבוה יחסית נמצא גם בקרב מזריקי סמים (13 אחוז) ובקרב גברים המקיימים יחסי מין עם גברים (12 אחוז). מספר המקרים החדשים המדווחים מידי שנה נמצא במגמת ירידה בעשר השנים האחרונות. יש לציין, כי בשיעור הגברים המדווחים קיימת מגמה מסוימת של ירידה מאמצע שנות התשעים, בעוד שבשיעור הנשים המדווחות ניכרת מגמת עלייה. בשנת 1991 שיעור הנשים בקרב המקרים המדווחים מידי שנה עמד על כ-10 אחוזים ובסוף שנת 2000 הגיע השיעור לכמעט 40 אחוז. שכיחות המחלה באוכלוסייה הכללית (חולים החיים בישראל) הינה כ-0.033 למאה אלף נפש.

יש לציין כי על פי הערכת משרד הבריאות מספר נשאי HIV וחולי האיידס בישראל גבוה ממספר המקרים המדווחים. על פי הערכה, מספר האנשים החיים עם HIV/איידס בישראל עומד על כ-3,700 (נשאים + חולים, נכון ליוני 2002). הערכת משרד הבריאות היא כי מספר האנשים שנדבקו או חלו מאז 1980, כולל נפטרים ואלה שעזבו את ישראל, עומד על כ-4,400 נפש.

השפעת חקיקה על סגנון חיים ובריאות

ממצאים מסקר ארצי שנערך על הרגלי עישון בקרב האוכלוסייה בישראל מדגימים את השימוש שניתן לעשות בחקיקה למטרות קידום הבריאות, ומבהירים את הצורך בתכנית התערבות הולמת בקרב בני הנוער ועידודם להימנע מעישון.

בסקר, שנערך על בסיס מדגם ארצי בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל נמצא, כי כ-24 אחוז מעשנים בקרב בני 18 ומעלה. השיעור עמד על 32 אחוז בקרב הגברים ועל 18 אחוז בקרב הנשים. בקרב האוכלוסייה היהודית מעשנים כ-29 אחוז מהגברים וכ-21 אחוז מהנשים, ובקרב האוכלוסייה הערבית הנתונים המקבילים הם 43 ו-7 אחוזים, בהתאמה. בקרב גברים אחוז המעשנים יורד עם הגיל, בעוד שבקרב הנשים הוא עולה מ-19 אחוז בקבוצת גיל 21-24 עד ל-26 אחוז בקבוצת 45-54. ככלל נמצא, כי בקרב הגברים אחוז המעשנים הולך ופוחת ביחס למידת השכלתם. אצל נשים ערביות המגמה הפוכה – 28 אחוז מבעלות ההשכלה האקדמית מעשנות, לעומת 6 אחוזים מבעלות ההשכלה הנמוכה. בקרב תלמידים בכיתות ו', ח' ו-י' כ-5 אחוזים מעשנים לפחות פעם ביום. כרבע

מהתלמידים שדיווחו כי הם מעשנים כל יום צורכים בין 15 ל-20 סיגריות ביום.

מעניין לציין, כי רוב גדול בקרב הציבור (למעלה מ-80 אחוז) סבורים שהחקיקה אכן תורמת לצמצום הנזק שבעישון לבריאות הציבור. כ-40 אחוז מאלה שדיווחו כי הפחיתו את כמות הסיגריות שהם מעשנים דיווחו שהחקיקה, המגבילה את העישון במקומות ציבוריים תרמה לשינוי בהתנהגותם, ומעל 80 אחוז מהציבור סבורים, שזכותם של הלא-מעשנים לנשום אוויר בלא עשן סיגריות קודמת לזכותם של המעשנים לעשן במקומות ציבוריים.

מקורות

- בית הדין הגבוה לצדק, (2003), עתירה מטעם שירותי בריאות כללית נגד שר הבריאות, שר האוצר, מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים מאוחדת וקופת-חולים לאומית, בג"צ 6444/03.
- , (2003), עתירה מטעם שירותי בריאות כללית נגד שר הבריאות ושר האוצר, משיבים פורמליים: מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים מאוחדת וקופת-חולים לאומית, בג"צ 8730/03.
- בנדלק ז', (2003), חברות בקופת-חולים 2001-2002, סקרים תקופתיים, מס' 188, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים יוני 2003.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי לישראל**, שנים שונות.
- משרד הבריאות, (2003), "מוסדות רפואה – מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, 1995-2002" שירותי מידע ומחשוב.
- , בן נון ג., כץ ח., (2003), "השוואות בינלאומיות במערכות בריאות, ארצות ה-OECD וישראל 1980-2000", האגף לכלכלה וביטוח בריאות, אפריל.
- , דו"ח תקופתי על HIV/אידס 1980-2002/6, שירותי בריאות הציבור, המחלקה לשחפת ולאיידס, ירושלים.
- , "ידע, עמדות והתנהגות בנושאי בריאות, 2002", המחלקה לחינוך וקידום בריאות והמרכז הלאומי לבקרת מחלות.
- , סקר עישון לאומי מטעם המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2002.
- , המרכז הלאומי לבקרת מחלות, (2001), "ידע ועמדות בנושא נישואי קרובים בקרב בני נוער ערבים".
- , שיף ר., חבושה צ., (2003), דו"ח השוואתי על פעילות קופת-החולים לשנת 2002.
- מדינת ישראל, (2002), **דין וחשבון הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה** (ועדת אמוראי), תל-אביב.
- שירום, א., ואחרים, (1997), תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.
- World Health Organization, (2001), **World Health Report 2001**, Geneva, Switzerland.
- OECD (2003), **Health Data 2003**.