

שירותי הבריאות

1. ההוצאה הממשלתית על בריאות

מאז הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נמצאת מערכת הבריאות במשבר עמוק. למען האמת יש לציין שגם לפני חקיקת חוק זה סבלה מערכת הבריאות ממשברים מתמשכים, אבל חוק זה אמור היה להיות פתרון, לפחות כספי, לבעיית מערכת הבריאות, ולא כך המצב. אחד המאפיינים הבולטים של מערכת הבריאות בשנים אלה הוא הניסיון המתמיד והעקבי של הממשלה לצמצם את מעורבותה התקציבית ולהביא להגדלת חלקו של הציבור במימון ההוצאה הלאומית לבריאות.

בסקירתנו השנה שונתה ההצגה של הוצאות הבריאות על מנת לקרבה אל השינויים שהתחוללו בשנים האחרונות במבנה המימון של המערכת. אחד השינויים העיקריים היה ביטול דמי החבר בקופות-החולים והמרתם במס בריאות. לפי כללי החשבונאות הלאומית, יש הבדל מהותי בין שתי צורות הגבייה הללו – האחת וולונטרית והשנייה מחייבת. במהלך ההסבה השתנו כמובן פרמטרים שונים שהביאו לתחולה נבדלת של המימון. יחד עם זאת, על מנת לאפשר מעקב השוואתי רב-שנתי יש מקום להציג את מס הבריאות כמחליפו של הביטוח הפרטי (דמי חבר) הישיר שהיה נהוג לפני חוק הבריאות. בהתאם לכך, העברות הביטוח הלאומי במסגרת מס הבריאות לא נכללו כאן בהוצאה הממשלתית.

שינוי מרכזי נוסף הוא השחיקה ההדרגתית של "המס המקביל" מאז אמצע שנות השמונים, וביטולו המלא ב-1997. במהלך שחיקתו של מס המעסיקים הזה המירה הממשלה את התשלומים לקופות-החולים, שמקורם בגביית המס המקביל, והזרימה אותם כסעיפי תמיכה ישירים. לצורך שמירה על עקביות ההצגה בנושא זה סיווגנו את ההוצאה הממשלתית בתחום זה – יחד עם העברות ישירות אחרות לקופות – כ"השתתפות בביטוח רפואי". התמונה הנובעת מחישובים אלה מוצגת בלוח 1.



**לוח 1: ההוצאה הממשלתית לבריאות בתקציב השוטף, סך-הכל
ובממוצע לנפש (מחירי 1997)**

הוצאות ישירות	הוצאה לנפש (ש"ח)		הוצאות ישירות	הוצאה (מיליוני ש"ח)		שנה
	השתתפות בביטוח	סך-הכל		השתתפות בביטוח	סך-הכל	
874	1,146	2,020	3,388	4,445	7,833	1980
520	1,286	1,806	2,422	5,995	8,417	1990
519	1,200	1,719	2,570	5,938	8,508	1991
559	1,260	1,819	2,863	6,457	9,320	1992
468	1,280	1,748	2,460	6,735	9,195	1993
601	1,456	2,057	3,245	7,860	11,105	1994
607	1,419	2,027	3,366	7,869	11,235	1995
582	1,515	2,096	3,307	8,611	11,918	1996
581	1,499	2,080	3,389	8,732	12,121	1997
623	1,436	2,059	3,718	8,568	12,286	1998
613	1,412	2,025	3,739	8,622	12,361	1999

הלוח מלמד, כי ההוצאה הממשלתית לבריאות מגיעה ל-12.3% מיליארד ש"ח המהווים כ-16% אחוז מסך ההוצאה החברתית של הממשלה ו-3.6% אחוזי תוצר. עוד עולה מהלוח, כי בחשבון ממוצע לנפש מוציאה הממשלה בתחום הבריאות סכום של 2,025 ש"ח (בתקציב השוטף) - סכום דומה לזה שהוציאה הממשלה בממוצע לנפש לפני שני עשורים. בין שתי נקודות זמן אלו ירדה ההוצאה עד לשפל של 1,748 ש"ח לנפש ב-1993 ומאז עלתה לרמתה הנוכחית. המפנה ב-1994 נבע ממשבר קופות החולים שפרץ באותה שנה, ומחקיקת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, אולם מאז ועד היום לא גדלה ההוצאה הממשלתית אלא במידה הנדרשת לפצות על גידול האוכלוסייה. את השלכותיהם של ממצאים אלה יש לבחון בזיקה להתפתחות ענף הבריאות בכללותו, כמשתקף בנתוני ההוצאה הלאומית לבריאות, המסכמת את פעולותיהם של כל המגזרים הפעילים בענף הבריאות – הממשלתי, הציבורי האחר, והפרטי.

2. ההוצאה הלאומית

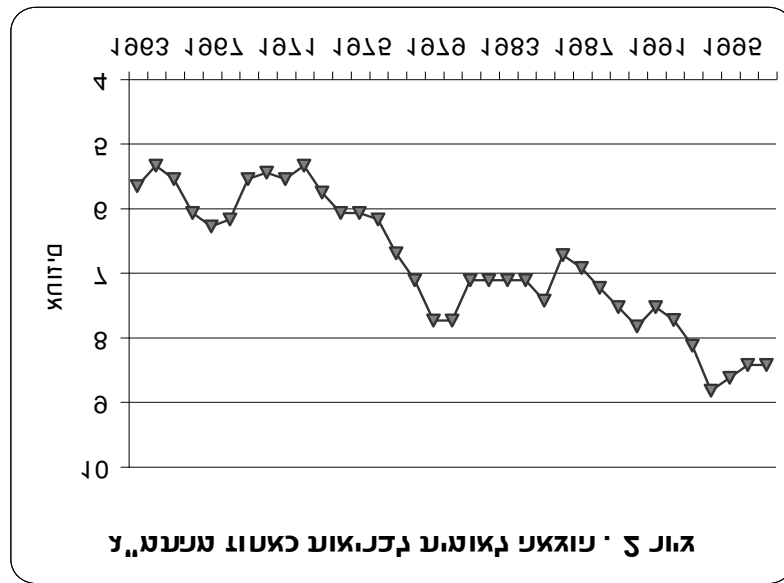
ההוצאה הלאומית משקפת במהותה את הצד הכלכלי של פעילות ענף הבריאות. בדרך חישובה היא מרכזת את סך-כל הפעילויות הכספיות המתרחשות בכל יחידה ויחידה של מערך אספקת שירותי הבריאות במדינה. פעילויות כאלה הן תשלומי השכר לרופאים, לאחיות ולכל יתר העובדים במתקנים שונים של המערכת. משלימות לכך רכישות של מוצרים וחומרים שבהם משתמשים בבתי-החולים ובמרפאות. כל אלה הן בגדר הוצאות שוטפות, המייצגות את עלויות התחזוקה היומיומיות של המערך. בהשלמה לכך מוציאה המערכת סכומים שונים על מנת להרחיב את המבנים הקיימים ולרכוש ציוד בלתי מתכלה, כגון סורקים ממוחשבים, ציוד רנטגן וכדומה. כל ההוצאות שבקבוצה האחרונה הן הוצאות למטרות השקעה, שהשימוש בהן אינו חד-פעמי או חד-שנתי. סיכום ההוצאות הכספיות מייצג, אפוא, את היקף פעולתם של שירותי הבריאות בתקופה נתונה ומאפשר להעריך את השינויים המתחוללים על פני זמן. ב"סביבה" נטולת אינפלציה ושינויי מחירים אכן די היה בכך כדי לספק את התמונה הריאלית המבוקשת. אולם המציאות בארץ, כמו גם במקומות אחרים, רחוקה מלהידמות ל"סביבה" שכזאת. אחת הדרכים לתקן את הדבר הוא להיזקק לגודל השוואתי אחר, והגודל

ההשוואתי המקובל הוא כלל הפעילות הכלכלית של המשק. העמדת ההוצאה על בריאות מול כלל ההוצאות של המשק נותנת לא רק מודד ריאלי להיקף הפעילות של מערכת הבריאות – היא מייצגת גם את מידת ההתפתחות היחסית של הענף הזה, וכן מודדת את הנטל המועמס על התוצר על מנת לאפשר את אספקת השירותים.

בעשורים הקודמים היה תהליך מתמשך של הגדלת אחוז התמ"ג המופנה למערכת הבריאות. התהליך הזה לא היה ייחודי לישראל – הוא התרחש ברוב ארצות העולם, ובמידה מסוימת היווה מקור לדאגה למתכנני המערכת, שהרי מצד אחד יש רצון לשפר את השירותים ככל האפשר, אבל מצד שני קיימים אילוצים כלכליים שחייבים לקחתם בחשבון בתכנון הכולל. המאמץ ליישב בין שני היעדים המתנגשים הללו מבטא את הרצון להעמיד את נושא הבריאות במקום גבוה בסדר העדיפויות הלאומי, תוך מניעת פגיעה יתרה ממערכות ציבוריות או פרטיות אחרות. השינויים הטכנולוגיים התכופים הגבירו את הלחץ להגדלת המשאבים הכלכליים המופנים למערכת הבריאות, והתחרות מצד יעדים חברתיים וכלכליים אחרים בלמו במידה זו או אחרת את מגמת ההרחבה.

באופן אמפירי ניתן לקבוע, כי ההתפתחות היתה במתכונת של מדרגות: בשנות הששים ועד אמצע שנות השבעים, ההוצאה על בריאות כאחוז מהתמ"ג היתה יציבה ברמה ממוצעת של 5.5 עד 6 אחוז. בשנות השמונים הגיעה הרמה לסביבת 7.5 אחוז, ומאמצע שנות השמונים התנהלה "זחילה" לכיוון של 8.5 אחוז. רמה זו מתקיימת למעשה מאז 1994, עם נטייה קלה לירידה בשלוש השנים האחרונות.

בהתמקדנו בהתפתחויות של שני העשורים האחרונים אנו מוצאים, כי בשנות השמונים גדל הנטל על התוצר בכ-10 אחוז, כאשר השיעור עלה מ-7.8 ל-7.8 אחוז. כדי לעמוד באופן מקיף יותר על העניין יש לבחון מה הושג תמורת הנטל הנוסף, וגם את זאת אפשר לעשות באופן השוואתי עם השימושים האחרים בתוצר של המשק. מהבחינה הזאת מתברר, שבאותן שנים שבהן הנטל על התמ"ג גדל ב-10 אחוז, היתה התייקרות רבה של שירותי הבריאות במידה העולה על התייקרות של שימושים אחרים.



פירוש הדבר, כל שקל שהוצא בשירותי הבריאות היה מסוגל לקנות כמות קטנה יותר של שירותים מאשר שקל שהוצא על תחום אחר, כגון חינוך, או צריכה פרטית, וכו'. ואכן אנו מוצאים כי בזמן שהנטל על התמ"ג גדל ב-10 אחוז, השירותים שהושגו בפועל לא היו גבוהים יותר מאלו שהופקו בענפים האחרים של המשק.

לוח 2. גידול בהוצאה הלאומית על בריאות ביחס לתמ"ג (אחוזים)

1994-97	1990-94	1980-90	
3.4-	13.7	9.0	גידול הנטל על התמ"ג
3.9-	15.4	11.3	התייקרות יחסית (לעומת התמ"ג)
0.4	1.5-	2.0-	גידול ריאלי יחסי

תהליך זה נשנה גם - ואולי אף ביתר שאת - בחומש הראשון של שנות התשעים. בין 1990 ל-1994 גדל נטל הבריאות על התמ"ג בכ-14 אחוז, אך ההתייקרות העודפת של ענף זה - לעומת ענפי המשק האחרים - הביאה לכך שהגידול בשירותים בפועל, שהופקו מכך, היה נמוך במקצת מהגידול הריאלי שאירע בענפים אחרים במשק. בשלוש השנים האחרונות התהפכה המגמה – הנטל על התמ"ג פחת במקצת, והעלות של הענף נהייתה זולה מזו של התמ"ג. התוצאה הסופית היא, שעל אף הנטל המוקטן, היקף השירותים לא פחת לעומת הפעילות הכללית של המשק.

3. מימון המערכת

שירותי הבריאות בישראל היו מאז ומתמיד במידה מכרעת ציבוריים, ורק בחלקם כללו שירותים פרטיים, מרביתם בתחום בריאות השן. הביצוע בפועל של השירותים נעשה במידה רבה על-ידי ארבע קופות-חולים, שהגדולה בהן היתה ונשארה קופת-חולים הכללית. בעשורים האחרונים הלך וגדל חלקה של קופת-חולים "מכבי" על חשבון היקפה של קופת-חולים כללית. המצב הזה לא השתנה לאחר הנהגת הרפורמה ב-1995, והשינוי העיקרי התבטא באופן המימון של הקופות. בעוד שבעבר נהגו קופות-החולים לגבות דמי חבר ממבוטחיהן, הרי בשיטה החדשה הגבייה נעשית על-ידי המדינה (המוסד לביטוח לאומי), אשר מעבירה לקופות את חלקן היחסי לפי מספר החברים היחסי בכל קופה, תוך תיקון מסוים עבור הבדלים בהרכב הגיל של החברים.

שינוי נוסף התרחש במרכיב שנקרא "מס מקביל". במקורו היה זה הסדר בין הקופות ובין המעסיקים המאורגנים, אשר היו משתתפים במימון הביטוח הרפואי של עובדיהם. ברבות הימים הורחב ההסדר אל כל המשק וגביית המס נעשתה על-ידי המוסד לביטוח לאומי בשיעור מחייב שהלך ועלה עד שהגיע לכדי 4.9 אחוז מהשכר. במסגרת תכנית הייצוב הכלכלית של 1985, כהקלה למעסיקים, צומצמה גביית המס המקביל והאוצר שיפה את הביטוח הלאומי על הפסד הגבייה. בסופו של דבר ב-1997 בוטל לחלוטין המס המקביל, והאוצר מעביר את הסכום שהיה מתחייב אילו התמיד המס להתקיים.

עקב השינויים האמורים, לא ניתן לעקוב באופן פשוט אחר התפתחות המימון ויש להתחשב במיון ענייני של המרכיבים השונים. הסטטיסטיקה הזמינה מוצגת בסדרה המתחילה ב-1984 (למעשה, שנת כספים של אותה

עת, היינו 1984/85). אם נבחן את ההתפתחות על פני זמן נמצא, כי באמצע שנות השמונים מימנו משקי הבית במדינה כמעט 40 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, מרביתם בהוצאה על רפואה פרטית (שבחלקה הגדול מופנה לטיפול שיניים) ו-14 אחוז הנותרים כדמי חבר בקופת-חולים. בהשלמה לכך נגבה מהמעבידים "מס מקביל" בסכום השווה ל-27 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, והממשלה מימנה כשליש מכלל ההוצאה.

עד ראשית שנות התשעים גדל הסכום ששילמו המשפחות במישרין כדמי חבר לקופות-החולים לכדי 19-21 אחוז מכלל ההוצאה, וכאמור ב-1995 הוחלפו דמי החבר במס בריאות, אשר ב-1997 הגיעו ל-26 אחוז מההוצאה. אפשר לראות בכך גידול של רבע במרכיב הישיר המשולם על-ידי הצרכנים בצורת מס מיועד. כקישור לכך, ירד חלקו של המימון הממשלתי הישיר ל-25 אחוז מההוצאה (הכוונה היא למימון ממקורותיה הכלליים של הממשלה, בנבדל ממימון באמצעות מס מיועד. לצורך חישוב זה איננו מתייחסים לביטול המס המקביל בשנה האחרונה, שהרי בפועל לא נגבה במלואו המס גם בשנים שלפני ביטולו).

לוח 3. מימון ההוצאה הלאומית על בריאות

שירותים פרטיים ותרופות	דמי חבר	משקי-בית סה"כ	מימון ממשלתי אחר	מס מקביל	ממשלתי סה"כ	
25	14	39	34	27	61	1985/86
28	19	47	26	27	53	1989/90
25	21	46	32	22	54	1994
26	26	52	26	22	48	1997

מקור: עיבוד על פי למ"ס, "ההוצאה הלאומית לבריאות 1995-1997".
 הערות: (1) "מס בריאות" שולב לתוך הטור "דמי חבר".
 (2) "אחר" שבלוח המקור סווג כ"מימון ממשלתי אחר".

אם נתעלם מכל גלגוליהם של המרכיבים השונים, ונתייחס למצב הנוכחי בפני עצמו, אנו רואים שבשנת 1997 מימנה הממשלה בדרכים שונות כשלושה-רבעים מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות, ואילו משקי הבית שילמו במישרין את הרבע הנותר. יותר ממחצית ההוצאה של משקי הבית היא על בריאות השן, והסכום האחר נחלק בערך שווה בשווה בין הוצאה על רופאים פרטיים ובין הוצאה על מכשירים רפואיים ותרופות. ב-1998 הונהגה גבייה ישירה מהחולים גם בקופות-החולים, אם כי "מס" על ביקור אצל רופא ציבורי, ואם כהשתתפות במחירי התרופות. פתרון זה חורג מהפילוסופיה הבסיסית של ביטוח בריאות ממלכתי, ואופן יישומו הוא רגרסיבי במהותו. יש להדגיש שהפתרון הזה נועד במקורו להשלים את הגירעונות שנוצרו בקופות-החולים. ב"משטר" של ביטוח בריאות ממלכתי, פתרון כזה איננו סביר. אם הוצאותיהן של הקופות מוצדקות במובן זה שהגורמים המוסמכים מכירים בכך שזוהי העלות הריאלית של אספקת השירותים ברמתם הקיימת, כי אז פירוש הדבר שנוסחת הגבייה והמימון הממשלתי היא פגומה ויש לתקנה על מנת להשלים את החסר. עובדה התומכת בהערכה זו היא, שהנוסחה לגביית המס נקבעה ב-1994, על סמך נתוני ההוצאה הלאומית כפי שהיו לנגד עיני המתכננים באותה עת. נתונים אלה זמינים בדרך כלל בפיגור של שנתיים, ולאור הממצא שהוצג לעיל, בדבר ההתייקרות (שנתגלתה לאחר מעשה) הרבה שהיתה בשנים 1990-1994, סביר שהדבר הביא להטיה כלפי מטה בהערכת הסכום הנדרש כדי לספק את השירותים בהיקף הקיים. הדרך שנבחרה, שהיא רגרסיבית בפני עצמה, אינה יכולה להבטיח הסדרה יסודית של הבעיה. במיוחד יש לזכור כי, משנקבע העיקרון של גביית תשלום עבור שירות, הדרך נפתחת בהמשך הזמן להגדלת השיעורים ולהעלאת רמת ההשתתפות.

4. מערכת האשפוז

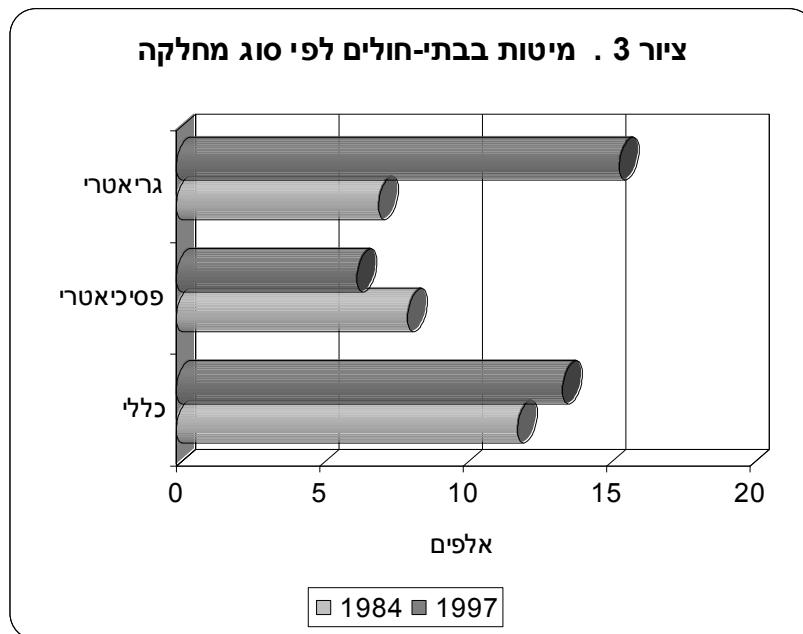
חלק ניכר מהפעילות של ענף הבריאות מתקיים במוסדות האשפוז למיניהם. מקובל לסווג את מוסדות האשפוז בשני מישורים - בעלות והתמחות. במישור האחד ניתן להבחין בחמש קבוצות בעלות: ממשלה, קופת-חולים כללית, קופות-חולים אחרות, מלכ"ר אחר, ופרטי. במישור השני אפשר להצביע על ארבע התמחויות רחבות, עם תת חלוקות מפורטות יותר: בתי-חולים כלליים, חולי נפש, חולים כרוניים, שיקום. ברוב הסטטיסטיקות מופיעות שתי הקטגוריות האחרונות במשותף.

למעשה, תיאור המערכת בשני המישורים בנפרד עשוי להטעות, ועדיף לבחון את הדבר במשולב, היינו בחיתוך משותף של שני המישורים, ולהוסיף אליהם את ממד גודל המוסד. לפי ממד הבעלות, מוסדות בבעלות הממשלה הם מיעוט מבוטל מכלל המוסדות: ב-1997 היו 30 מוסדות אשפוז ממשלתיים מתוך 300 מוסדות, היינו 10 אחוז מכלל המוסדות. ואולם התמונה המשלבת את שלושת הממדים - בעלות, התמחות וגודל (המבוטא במספר מיטות) מעניקה מקום מכובד בהרבה למוסדות הממשלתיים.

בבתי-חולים הכלליים מצויות היום 13,500 מיטות, ומהן כמחצית בבתי-חולים ממשלתיים. קופת-חולים הכללית מחזיקה 30 אחוז מהמיטות, ורוב הנותרות הן במוסדות אשפוז של מלכ"ר אחרים, כגון "הדסה". אחוז המיטות במוסדות פרטיים גדל מאד בעשור האחרון אך הוא מהווה מיעוט מבוטל, של 4 אחוז מהסך-הכל.

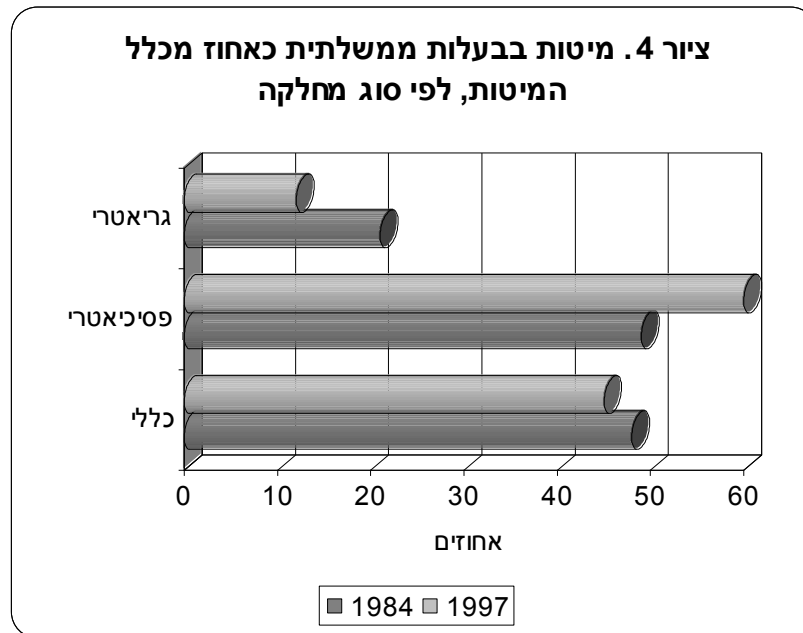
לוח 4. התפלגות מיטות בבתי-חולים לפי סוג ובעלות

	גריאטרי		פסיכיאטרי		אשפוז כללי		
	1997	1984	1997	1984	1997	1984	
סך-הכל	100	100	100	100	100	100	
ממשלתי	12	21	60	49	45	48	
קופות-חולים	9	12	6	7	30	31	
מלכ"רים אחרים	38	28	2	3	20	19	
פרטי	40	39	32	41	4	3	



בתי-החולים הכלליים היוו בעבר את המקבץ הגדול ביותר כפי שהוא נמדד במספר המיטות בהם: ב-1984 היו 12 אלף מיטות כלליות לעומת 8 ו-7 אלף במוסדות לבריאות הנפש ובבתי-חולים כרוניים. המידרג השתנה מאז ב-13 השנים שחלפו מאז, ואת המקום הראשון תופסים היום בתי-החולים הכרוניים (למעשה, גריאטריים) עם 15.5 אלף מיטות, אחריהן הכלליים עם 13.5 אלף מיטות ובריאות הנפש, כשמספר המיטות הצטמצם ל-6.3 אלף (לעומת 8 אלף, כאמור ב-1984).

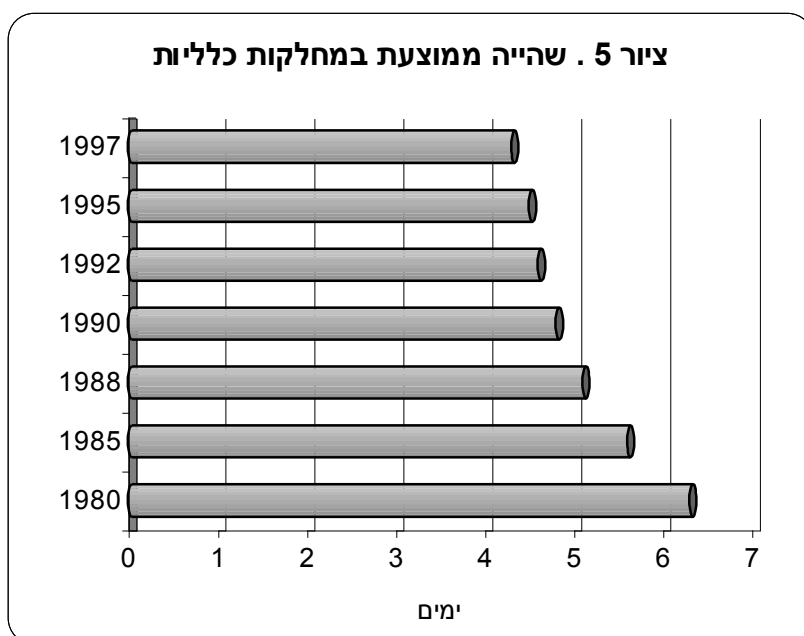
בתוך המקבץ של בתי-חולים גריאטריים לממשלה ולקופת-חולים יש חלק קטן מאד - 20 אחוז לשני המגזרים גם יחד. עיקר האשפוז מתקיים במוסדות מלכ"ר או פרטיים - 40% אחוז מכלל המיטות בכל אחד משני המגזרים הללו, וביחד 80 אחוז מכלל המיטות באשפוז הגריאטרי.



במוסדות לחולי נפש הגורם הדומיננטי הוא המגזר הממשלתי עם 60 אחוז מכלל המיטות וזהו גידול ניכר בחלקה של הממשלה, על חשבון ירידת אחוז המיטות במוסדות פרטיים, מ-41 אחוז ב-1984 ל-32 אחוז כיום. שני המגזרים האחרים, קופת-חולים ומלכ"ר ממלאים תפקיד שולי ומצטמצם בתחום זה - יחדיו הם תופסים 8 אחוז מהסך-הכל, לאחר ירידה מ-10 אחוז בעשור הקודם.

כפי שמשמע מהמספרים המפורטים שהוצגו לעיל, הגידול במספר המיטות הכולל פיגר באופן משמעותי אחר גידול האוכלוסייה. הדבר מתבטא בהקטנת מספר המיטות בממוצע לנפש, במרוצת שני העשורים האחרונים, מ-6.7 מיטות לאלף נפש ל-6.0 ב-1997. גם בעניין זה אפשר להבחין בהבדלים גדולים בין שלושת סוגי האשפוז. באשפוז כללי ופסיכיאטרי, צמצום מספר המיטות (בממוצע לנפש) הוא חד מאד, היפוכו של דבר באשפוז הגריאטרי.

ההתפתחות המספרית הנבדלת הזאת איננה "ספירת מלאי" גרידא. יש מאחוריה שינויים רבים בכל אחד מהתחומים. בתחום הגריאטרי אנו מוצאים תיקון ממשי ומתמשך לחסר משווע ששרר בו במשך שנים רבות. הגידול במספר הקשישים בשנות השבעים ובראשית שנות השמונים, והשכיחות הגבוהה של קשישים הנזקקים לאשפוז ממושך לא מצאו מענה במוסדות הקיימים. רק בסוף שנות השמונים חלה תנופה רבה בתחום זה, וכפי שראינו כבר בדיון הכולל, מספר המיטות בתחום זה גדל מאד ופיצה בהרבה על המשך הגידול במספר הקשישים. יש לזכור כי אחוז הקשישים לא גדל כמעט בעשור האחרון, ואף שבתוכם הועבר הדגש לבני הגיל הגבוה, בגיל 75 ומעלה, ההכפלה במספר הכולל של מיטות ייצגה במידה רבה שיפור המצב גם במוצע לנפש.



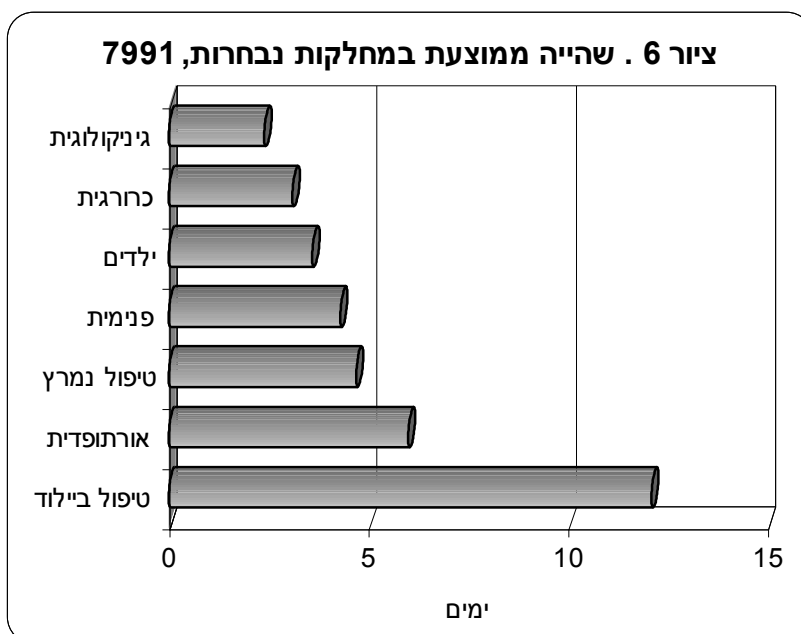
בתחום של אשפוז חולי נפש חלה ירידה חדה במספר המיטות הכולל, והירידה התרכזה במגזר הפרטי. אין לטעות ולחשוב שזהו חלק מפילוסופיה הנוגדת את תהליך ההפרטה במשק, אלא צירוף של שתי מגמות - מצד אחד המשך למגמה ארוכת טווח של הדגשת הטיפול הביתי-קהילתי, ומצד שני המשך המאמץ לסגור מוסדות פרטיים שאינם עומדים בקריטריונים של איכות הטיפול. מכל מקום, הירידה של 50 אחוז במספר המיטות בממוצע לנפש באוכלוסייה, על פני שני העשורים האחרונים, בוודאי אינה תולדה של ירידה מקבילה בשכיחותן של מחלות נפש.

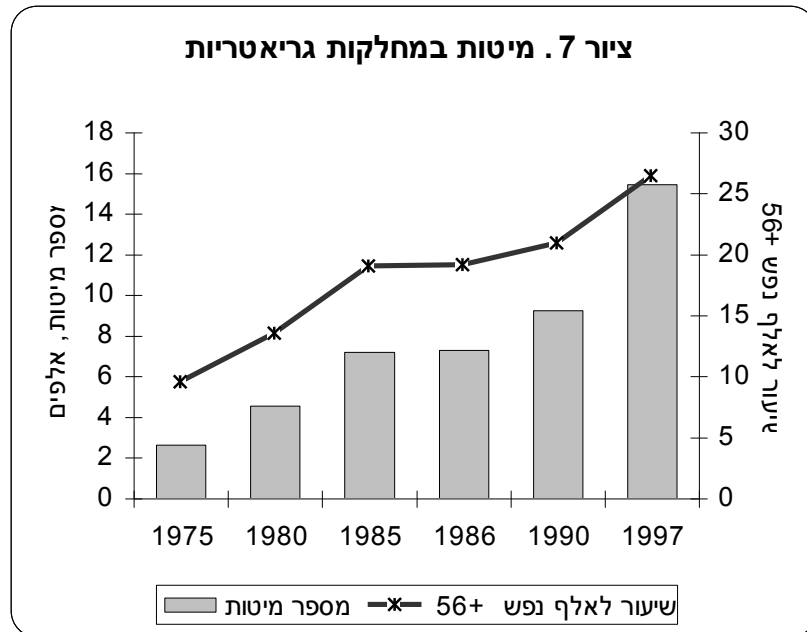
בתחום המוסדי השלישי - או הראשי במספר מטופליו ובמודדים אחרים - היינו האשפוז הכללי, היתה כאמור עלייה במספר המיטות, אבל במידה פחותה בהרבה מגידול האוכלוסייה. עקב כך, מספר המיטות בממוצע לאלף נפש ירד מ-3 ל-2.3, בתהליך ממושך והדרגתי.

ירידה כה דרסטית במספר המיטות בבתי-חולים כלליים מלווה - כתוצאה אריתמטית כמעט - בצמצום מספר האשפוזים הממוצע או בסבב מיטות גדול יותר. לגבי מספר האשפוזים, אכן יש ירידה על פני זמן בשכיחותם של החולים המגיעים לידי אשפוז, אם כתוצאה מירידת התחלואה ואם כתוצאה ממעבר לשיטות ריפוי שאינן מצריכות אשפוז. אבל עיקר הקיזוז לתהליך של צמצום מספר המיטות בא בתחום של הקטנת השהייה הממוצעת של החולים המאושפזים. בסיכום לכל האשפוזים הכלליים - בשני העשורים האחרונה ירדה השהייה הממוצעת בשליש, מ-6.3 ימים ל-4.3 ימים בממוצע למאושפז. בין המחלקות הגדולות בולט בעניין זה האשפוז הכירורגי הכללי, אשר השהייה הממוצעת בו פחתה ב-60 אחוז מ-7.3 ל-3 ימים בלבד.

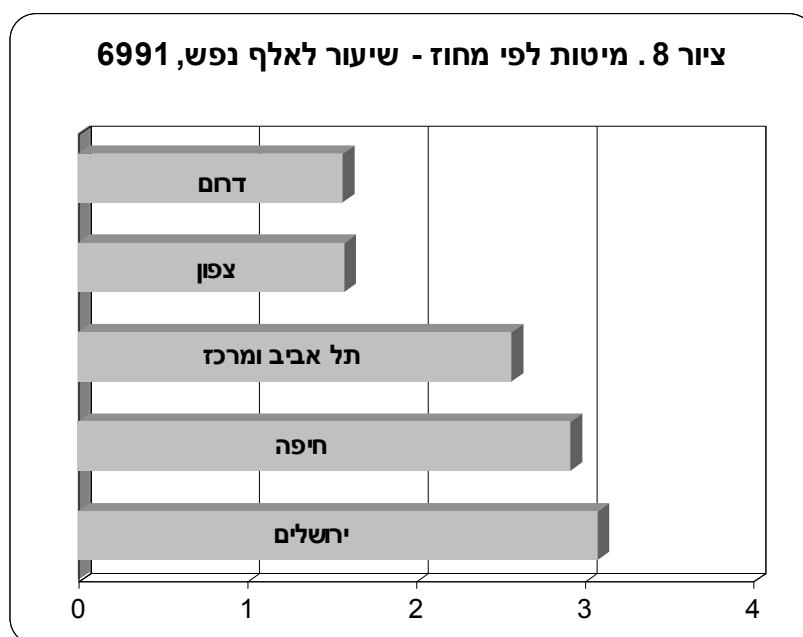
לוח 5. שיעור מיטות לפי התמחות (שיעור לאלף נפש)

1997	1995	1990	1985	1980	
6.0	5.9	6.0	6.5	6.7	סך-הכל
2.3	2.4	2.6	2.8	3.0	כללי
1.1	1.2	1.5	1.8	2.2	פסיכיאטרי
2.5	2.3	1.9	1.7	1.2	גריאטרי
					גריאטרי לכל
26.4	23.8	20.9	19.0	13.5	אלף גילאי +65





קשה לקבוע באיזו מידה מתרחש כאן תהליך של "ייעול", דהיינו הנהגת פרוצדורות המצריכות אשפוז קצר מבעבר, ובאיזו מידה משקף הדבר "קיצוב" על רקע של מחסור במיטות. אינדיקציה אחת בכיוון האחרון, של "קיצוב", אפשר למצוא בהבחנה בין חלקי הארץ השונים. הנתונים הקיימים אינם מפורטים דיים, אך אפשר להסיק מהם, שמספר המיטות העומד לרשותם של תושבי הצפון והדרום קטן במידה רבה מזה העומד לרשות תושבי מרכז הארץ והערים הגדולות. מספר המיטות באזורים המרכזיים נע בין 2.5 ל-3 מיטות לאלף נפש, ואילו בצפון ובדרום השיעור עולה אך מעט על 1.5 מיטות לאלף נפש. כמו כן, מספר ימי האשפוז באזורי הפריפריה הוא רק חצי מזה של האזורים המרכזיים.



5. תוחלת חיים כמוודד למצב הבריאות

מדידת מצב הבריאות של אוכלוסייה מצריכה זמינות של נתונים רבים בני השוואה הן על פני זמן והן בהתייחס למצב בארצות אחרות. הנתונים הקיימים מצומצמים למדי, אך אפשר למצוא מספר מודדים המציינים שיפור במצב הבריאות. כך למשל, השכיחות של תמותה עקב מחלות לב ירדה מ-172 מקרים למאה אלף נפש בראשית שנות השמונים לכדי 138 מקרים באמצע עשור התשעים. אין להסיק משינויים כאלה על מידת האפקטיביות של שירותי הבריאות אך הנתון הזה כשלעצמו עשוי להצביע על שיפורים המתרחשים על פני זמן.

בהיעדר נתונים מפורטים על מצב הבריאות ועל השפעתם של שירותי הבריאות, מקובל להתייחס אל תוחלת החיים כמוודד רלבנטי לעניין. אין בכך כדי לקבוע שהרמה המוחלטת של תוחלת החיים והשינויים בה נקבעים על-ידי רמת שירותי הבריאות. אבל מוסכם, בדרך כלל, שיש קשר

מסוים בין התפתחות השירותים ובין השינויים בתוחלת החיים. בכל מקרה, הארכת החיים תוך שיפור איכותם היא ללא ספק אחד היעדים המרכזיים של מערך השירותים.

במבט כוללני, תוחלת החיים בישראל, שהיא מהגבוהות בעולם, הלכה והתארכה במרבית שנות המדינה. לגבי השנים הראשונות הנתונים מתייחסים לאוכלוסייה היהודית בלבד. בשנות קום המדינה היתה תוחלת החיים הממוצעת 68.5 שנים. תוך שני עשורים עלה המודד לכדי 71.7 בראשית שנות השבעים, כלומר תוספת של 3 שנות חיים בממוצע. לאותה תקופה יש כבר נתונים המתייחסים לכלל האוכלוסייה, והנתון המצרפי נמוך במעט מזה המתייחס למגזר היהודי לבדו.

לוח 6. תוחלת חיים בעת לידה

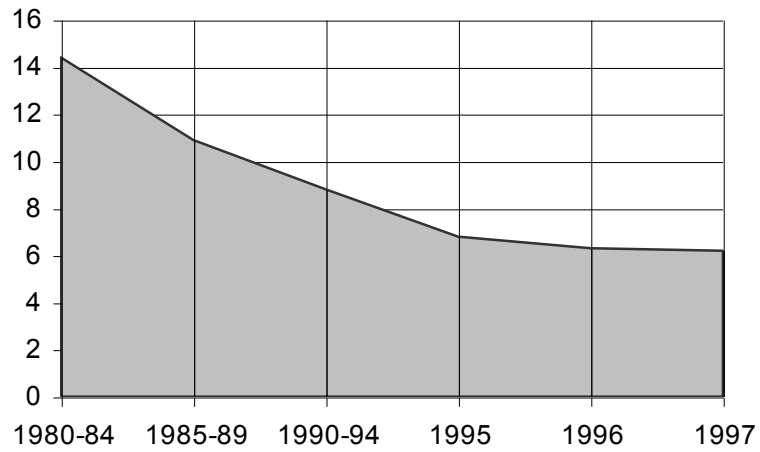
1996	1995	1990-94	1985-89	1980-84	1975-79	
						כל האוכלוסייה
76.3	75.5	75.1	73.8	72.7	71.2	גברים
79.9	79.5	78.8	77.4	76.1	74.7	נשים
						יהודים
76.6	75.9	75.5	74.1	73.1	71.7	גברים
80.3	79.8	79.2	77.8	76.5	75.3	נשים
						לא-יהודים
74.9	73.8	73.5	72.7	70.8	69.2	גברים
77.7	77.3	76.3	75.5	74.0	72.0	נשים
						הבדל בין נשים לגברים
						כל
3.6	4.0	3.7	3.6	3.4	3.5	האוכלוסייה
3.7	3.9	3.7	3.7	3.4	3.6	יהודים
2.8	3.5	2.8	2.8	3.2	2.8	לא-יהודים

בפתח העשור הרביעי, היינו בראשית שנות השמונים, כבר מגיעה תוחלת החיים הממוצעת ל-74.5 שנים של כלל האוכלוסייה וההתקדמות נמשכת עד לנתון של 76.3 בסופו של אותו עשור. כיום מגיעה תוחלת החיים ל-78.1, ואם נשווה את המצב לעומת ראשית שנות המדינה אנו מוצאים כי על פני יובל השנים מאז קום המדינה עלה אורך החיים הממוצע כמעט ב-10 שנים, שיפור של 15 אחוז.

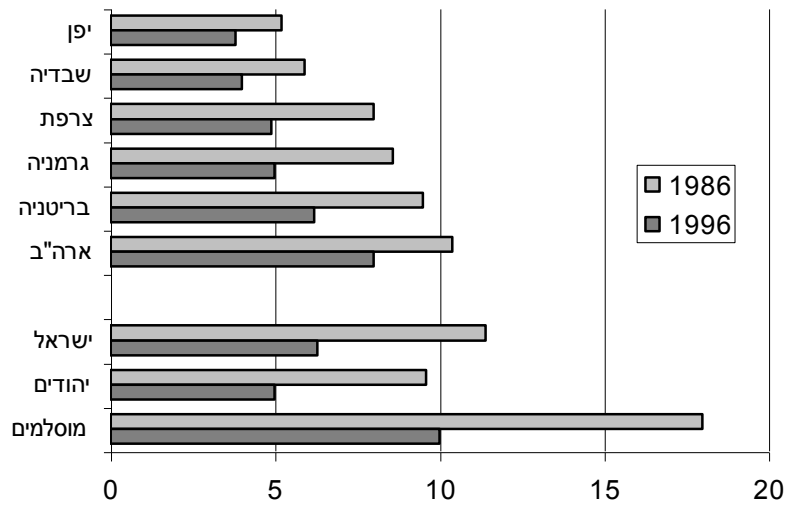
כל הנתונים שהוזכרו הם כוללניים, בהתייחס לכלל האוכלוסייה, ללא הבחנה בין קבוצות לאום ומיגדר. נתונים מפורטים יותר מצביעים על פערים ניכרים שהתקיימו ברוב השנים. בהבחנה הראשונה, לפי לאום, אנו מוצאים כי תוחלת החיים של יהודים ארוכה בכשנתיים מזו של בני המגזר הערבי; וכי הפרש זה התקיים כמעט בכל השנים.

בהבחנה לפי מיגדר, תוחלת החיים של נשים ארוכה יותר מזו של גברים, וכאן הפער אף התרחב, במידה מסוימת, על פני זמן. יחד עם זאת יש לציין שהפער בין נשים וגברים אינו כה גדול כבארצות מפותחות אחרות. בישראל, הפער הוא של 3.6 שנים - כלומר, נשים חיות בממוצע שלוש וחצי שנים יותר מגברים - בעוד שבארצות רבות במערב הפער הוא כמעט כפול. למעשה, מקומה הגבוה של ישראל בהשוואות הבינלאומיות נובע בעיקר מכך שהגברים מובילים, בתופסם מקום שני בעולם אחרי יפן אם מתייחסים לאוכלוסייה היהודית, ומקום רביעי אם לוקחים בחשבון את כלל האוכלוסייה. לעומת זאת, מקומה של ישראל אינו כה גבוה כאשר מתייחסים לנשים בנפרד. נתונים מעודכנים לשנת 1996 מראים כי תוחלת החיים הארוכה ביותר היא כמעט 80.3 לנשים יהודיות, אחריהן 77.7 שנים לנשים ערביות, בעקבותיהן גברים יהודים - 76.6 שנה, ולבסוף גברים ערבים - 74.9 שנים. הפער בין המגזרים הוא של 2.2 שנים, והפער בין גברים ונשים הוא 3.7 שנים אצל יהודים ו-2.8 שנים אצל ערבים.

ציור 9 . תמותת תינוקות (בשנה ראשונה)
 שיעור לאלף לידות חי



ציור 01 . תמותת תינוקות, השוואה בין-לאומית
 שיעור לאלף לידות חי



לוח 7. תוחלת חיים בעת לידה – השוואה בין-לאומית, 1996

הבדל בין נשים לגברים	נשים	גברים	
7.3	78.5	71.2	פורטוגל
6.7	79.4	72.7	ארה"ב
6.3	79.9	73.6	גרמניה
6.3	83.3	77.0	יפן
6.2	81.9	75.7	שוויץ
5.0	81.5	76.5	שבדיה
4.9	79.3	74.4	בריטניה
3.6	79.9	76.3	ישראל

תרומתם של שירותי הבריאות לצמצום שיעורי התמותה באה לידי ביטוי מיוחד בתחום של תמותת תינוקות. יש לציין שבתחום זה אין הנתונים של ישראל כה גבוהים בהשוואה בינלאומיות כמו בשיעורי התמותה לכל האוכלוסייה. על כל פנים, במשך הזמן היתה התקדמות רבה בכל המגזרים ובכל שלבי הינקות. השיעור הכולל הוא היום 8 לאלף לידות, בהשוואה ל-22 לפני שני עשורים. במהלך זה נעלמו כמעט לחלוטין כל התופעות של מות תינוקות עקב מחלות זיהומיות ודלקת ריאות: השכיחות של תופעות אלה בשנות השבעים היתה 4.2 לאלף והיום היא 0.2 לאלף.

בתחום של תמותת תינוקות, ונותר פער ניכר בין המגזר היהודי והערבי, אף שההתקדמות הרבה קיימת גם במגזר הערבי. נתונים אלה מלמדים על שיפור בתנאים הבסיסיים, אך אין ספק ששירותי הבריאות ממלאים תפקיד חשוב בקידומה של אוכלוסיית ישראל, על כל מגזריה, לרמות המקובלות בעולם המערבי.