

מידע על שוויון



פרסום של מרכז אדוה ת.ד. 36448 ת"א 61363
טל' 03-5605470, פקס' 03-5603840
כל הזכויות שמורות למרכז אדוה 0792-7029 ISSN

גליון מספר 2
אוגוסט 92

שירותי בריאות בישראל

נתוני הבריאות של ישראל מציבים אותה בשורה אחת עם הארצות המפותחות בעולם. בשנת 1989/90 הגיעה ההוצאה הלאומית לבריאות ל-7.8% מן התל"ג, שיעור המומלץ על-ידי ארגון הבריאות העולמי. באותה שנה היה בישראל רופא אחד לכל 340 נפש – אחד השיעורים הגבוהים בעולם. בתי-חולים, מוסדות המחקר והטכנולוגיה הרפואית בישראל הם מן הידועים בעולם.

כ-90% מן התינוקות בישראל נהנים משירותיה של רשת ארצית של תחנות לבריאות המשפחה – טיפות חלב – המופעלות על-ידי משרד הבריאות; שירותים אלה כוללים חיסון נגד שיתוק ילדים, דיפטריה, צפדת ושעלת, ומאז 1991 גם נגד צהבת. בגיל 15 חודש מחסנים את התינוקות נגד אדמת, חזרת וחצבת, ובכיתה א' הם מקבלים זריקות חיזוק. שיעור תמותת התינוקות בישראל הוא נמוך, יחסית – 9.9 ל-1,000 לידות חי, ותוחלת החיים הממוצעת היא גבוהה יחסית – 78.1 לנשים ו-74.6 לגברים.²

בישראל אין עדיין חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך כ-95% מן האוכלוסיה נהנים משירותיהן של ארבע קופות חולים המסובסדות על-ידי הממשלה; הגדולה שבהן היא קופת החולים של ההסתדרות. קופות החולים מפעילות רשתות ארציות של מרפאות קהילתיות ומרפאות איזוריות עם שירותי רופאים מומחים. ואולם מספר שירותים הנחשבים לראשוניים בכמה מן הארצות המפותחות אינם מכוסים על-ידי קופות החולים בישראל: לדוגמה, טיפול שיניים, טיפול מונע למבוגרים, אישפוז סיעודי ואמצעי מניעה.

בישראל יש מערכת מקיפה של טיפול מונע עבור נשים הרות ותינוקות – אך לא עבור צרכנים אחרים של שירותי הבריאות. ככלל, המודעות הציבורית לחשיבותה של רפואה מונעת היא נמוכה: השירותים המעטים יחסית הקיימים סובלים ממחסור בעובדים ובציוד, וההזדקקות להם מועטה.

תוכן העניינים

רמת בריאות ושירותי הבריאות: לא כולם שווים.....	עמ' 2
בריאות הערבים בישראל: מבט מקרוב.....	עמ' 8
בריאות האשה.....	עמ' 11
צמיחת הרפואה הפרטית.....	עמ' 16
עבר והווה: האם המערים מצטמצמים?.....	עמ' 18
ישראל בעולם.....	עמ' 19
מבט אל העתיד.....	עמ' 21

דבר המערכת

מזה שנים מצוייה החברה הישראלית בתהליך של הגברת אי-השוויון. הרעיונות של שוויון וצדק חברתי, שבעבר היו הנחות יסוד רווחות, הולכים ונזנחים. סולם השכר הישראלי דומה לזה של רבות מארצות העולם השלישי. בני הדור השני והשלישי של העולים מארצות ערב רחוקים היום מבני-גילם האשכנזים בחינוך, בתעסוקה ובדיוור, משהיו בני הדור הראשון. נשים משתכרות היום פחות, יחסית לגברים, משהשתכרו לפני עשור, וייצוגן הפוליטי קטן. פלסטינים אזרחי ישראל עובדים לרוב במקצועות של צווארון כחול, בין אם למדו ובין אם לאו. פלסטינים מן השטחים הכבושים מקבלים את השכר הנמוך ביותר, ואינם נהנים מהגנה מקצועית.

מידע על שוויון מבקש להעלות את רעיונות השוויון והצדק החברתי על סדר-היום הציבורי של החברה הישראלית.

מידע על שוויון יציג תמונה עדכנית ומפורטת של מצב השוויון בתחומים השונים של חיי החברה – חינוך, דיוור, שכר, שירותי בריאות ונוהגי בילוי בשעות הפנאי. הנתונים יוצגו בצורה בהירה ככל האפשר, כך שיובנו בקלות על ידי כל קורא וקוראת.

מידע על שוויון ידגיש את ההשוואה בין הקבוצות השונות בחברה הישראלית, כמו גם את זו שבין המצב בעבר ובהווה וזו שבין החברה הישראלית וחברות אחרות – אלה השכנות לנו, ואלה שמעבר לים.

מידע על שוויון מיועד לכל ישראלית וישראלי שאיכפת להם, לפעילי ופעילות ארגונים המנסים לקדם את רעיונות השוויון והצדק החברתי, ולמעצבי מדיניות חברתית.

רמת בריאות ושירותי בריאות: לא כולם שווים

שיעורי תמותת תינוקות ביישובים שמנו מעל 10,000 תושבים, 1987-89

◆ יישוב בעל רוב מזרחי ◆ יישוב ערבי

24.6	מער
23.5	סחנין
21.3	בקה אל ערבייה
21.2	טמרה
20.7	רחט
19.3	כפר כנא
17.9	אם אל פחם
17.1	שפרעם
16.8	נצרת
16.2	נצרת עלית
15.2	מגדל העמק
14.0	קרית אתא
13.1	מבשרת ציון
12.9	טייבה
12.8	ערד
12.5	קרית ביאליק
11.8	עכו
11.6	טיירה
11.5	בית שמש
11.5	באר שבע
10.8	קרית ים
10.8	טירת הכרמל
10.8	לוד
10.5	חדרה
10.4	נבתיים
10.4	קרית אנו
10.3	אופקים
10.1	אילת
10.1	בתי ים
10.0	עראבה
9.9	רמלה
9.9	ירושלים
9.8	אור יהודה
9.7	בית שאן
9.6	טבריה
9.6	חיפה
9.4	דימונה
9.0	עפולה
9.0	יהוד
8.9	קרית טבעון
8.8	רעננה
8.7	נתניה
8.7	תל אביב
8.6	קרית שמונה
8.4	קרית מלאכי
8.3	נהריה
7.8	ראש העין
7.8	אשדוד
7.7	קרית גת
7.6	חולון
7.6	בני ברק
7.4	הוד השרון
7.3	כפר סבא
7.3	יבנה
7.3	נשר
6.9	רמת השרון
6.8	רמת גן
6.8	רחובות
6.7	אשקלון
6.5	חרצליה
6.4	ראשון לציון
6.1	פתח תקוה
5.9	צפת
5.8	כרמיאל
5.4	קרית מוצקין
3.8	נס ציונה
3.3	מעלה אדומים

מקור: למ"ס, 1992. הרשויות המקומיות בישראל, 1990.
נתונים פסיים. לוח 14, עמ' 75-73.

ביטוח רפואי

מרבית תושבי ישראל נהנים, כאמור, מביטוח רפואי. השיעור הגבוה של מבטחים הוא תוצר של מספר גורמים: ראשית, הסכמי-העבודה הקיבוציים כוללים סעיף של ביטוח רפואי, ופירוש הדבר שרוב השכירים המועסקים במשרה מלאה, על בני משפחותיהם, מבטחים; דבר שני, המוסד לביטוח לאומי מבטח את הנשים ההרות ואת מקבלי הגימלאות, כולל קשישים ונכים; ודבר שלישי, הסכמים זמניים בין הממשלה וקופות החולים מבטחים ביטוח רפואי לעולים חדשים. עבור שאר האוכלוסיה, ביטוח רפואי הוא עניין של בחירה.

הבלתי-מבטחים או המבטחים חלקית, שמספרם מגיע לפי ההערכה לכ-25% מן האוכלוסיה הערבית (219,390 נפש) ולכ-2% מן האוכלוסיה היהודית (78,980 נפש) הם לרוב בלתי-מועסקים או מועסקים באורח זמני. קבוצה זו כוללת גם צעירים שאינם מכוסים עוד על-ידי הוריהם ועדיין אינם מכוסים בזכות עצמם.⁶ אנשים חסרי תעסוקה קבועה ובני משפחותיהם אינם מתקבלים לקופת חולים של ההסתדרות, שהיא הספקית הראשית של שירותים רפואיים ביישובים ערביים ובעיריות-הפיתוח – מקומות בהם שיעורי האבטלה גבוהים במיוחד. גם מכורים לסמים ובני משפחותיהם אינם מתקבלים לקופה.⁷

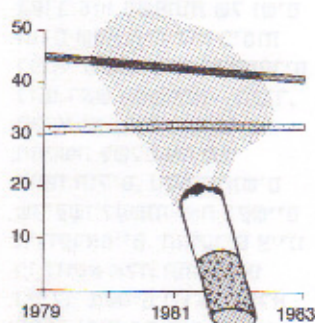
גורמי-יסוד של רמת בריאות

המצב החברתי-כלכלי הוא קרוב לוודאי הגורם החשוב ביותר הקובע את מעמדם הבריאותי של הפרט ושל הקהילה. בכל אחת מן הארצות בהן נבדק הדבר נמצא כי לרמת ההכנסה ולשיוך המעמדי נודעת השפעה רבה על רמת הבריאות.⁸ גם רמת ההשכלה, ובמיוחד זו של האם, משפיעה על רמת הבריאות, ובמיוחד על זו של הילדים. לאבטלה נודעות השפעות שליליות מעבר להשלכות הכספיות המידיות: היא גורמת לתופעות פסיכר חברתיות ופסיכוסומטיות רבות, אצל המובטלות ואצל בני משפחותיה.⁹

בישראל, מרבית המדדים החברתיים – רמת השכלה, הכנסה או מקצוע – מצביעים על דירוג קבוע למדי, לפיו אשכנזים ניצבים בראש, ואחריהם, בסדר יורד, מזרחים וערבים. מפקד 1983 העלה כי חציון ההשכלה של נשים אשכנזיות ילידות ישראל עמד על 12.9 שנות לימוד – לעומת 11.8 אצל נשים מזרחיות וילדות ישראל ר-7.9 אצל נשים ערביות. כיום, כמעט 50% מן האשכנזים ילידי ישראל הם בעלי השכלה של 13 שנים ומעלה – לעומת 17.6% מן המזרחים ו-9.1% מן הערבים. ההכנסה הממוצעת של משק בית עירוני בו ראש המשק הוא שכיר עומדת, אצל אשכנזים ילידי ישראל, על 4,475 ש"ח – לעומת 3,046 ש"ח אצל מזרחים ו-2,546 ש"ח אצל ערבים. שיעור האבטלה הרשמי אצל אשכנזים ילידי ישראל

תחזנות טיפת חלב מצויות בכמעט כל היישובים היהודיים – אך לא בכל היישובים הערביים: בכ-20 מהם אין טיפת חלב. מרפאות של קופות החולים מצויות בכמעט כל היישובים היהודיים – אך לא בכשליש מן היישובים הערביים.³ חברי קופות החולים יכולים לקבל טיפול רפואי שניוני במרפאות איזוריות שבהן רופאים מומחים; תושבי הפריפריה מקבלים טיפול רפואי שניוני בבתי-החולים האיזוריים. כך גם תושבים שאינם חברי קופות – אך אלה חייבים לשלם עבור השירות. במרבית היישובים הערביים חסרים עדיין שירותי אמבולנס, בריאות הנפש, רפואת שיניים, שירות גריאטרי, פיזיותרפיה ורפוי בעיסוק.⁴ מערכת הבריאות הישראלית מנוהלת בצורה ריכוזית, על-ידי משרד הבריאות בירושלים ועל-ידי מרכז קופת חולים של ההסתדרות בתל-אביב. מעורבות קהילתית בענייני בריאות היא תופעה נדירה למדי.

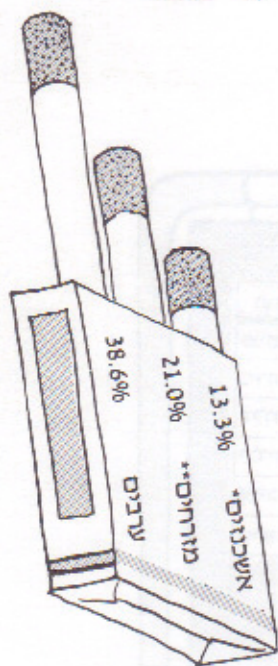
שיעורי עישון סדיר בשלושה מדגמים של אוכלוסיה יהודית בוגרת



מקור: בריסרא, ז. 1983. עישון בקרב
מבוגרים וצעירים. ירושלים: חמכון
הישראלי למחקר חברתי יישומי.

אסיה/אפריקה
אירופה/אמריקה

מעשנים בני 60 ומעלה המעשנים 20 סיגריות או יותר ליום, לפי מוצא



מקור: למ"ס. 1990. סקר בני 60
ומעלה במשקי-בית 1985: בריאות
ושימוש בשירותי בריאות. לוח 18.

הערות:

- * כולל ילידי אירופה ומיעוט קטן
של ילידי אמריקה וילידי ישראל.
- ** ילידי אסיה ואפריקה.

1968-78 ו-1983-86 מצאה עליה משמעותית בנפות
רמלה, תל-אביב, אשקלון ובאר-שבע, וירידה
משמעותית בנפות ירושלים ורחובות.
השערו שיעדין לא נבדקו מייחסות את שיעורי
התמותה הגבוהים לנוכחות של מפעלי מלט וחומרי
בנין (גורמי סיכון לסרטן הריאה, הקיבה והדם)
בנפת רמלה ולרמת ההיגיינה הנמוכה יחסית בבתי-
החולים (גורמי סיכון לזיהומים ולהרעלת דם) בנפת
באר שבע.¹⁴

אורחות חיים מקדמות בריאות

מחקרים שונים מצביעים על קשר בין מעמד
חברתי-כלכלי ובין הרגלי תזונה, עישון וצריכת
משקאות אלכוהוליים.¹⁵ כך, למשל, שליש מכלל
הישראלים מעשנים¹⁶ – אך ערבים מעשנים יותר
מיהודים, ויהודים מזרחים מעשנים יותר מיהודים
אשכנזים (רי טבלה ממול).

סקר שנערך ב-1985 בקרב מעשנים בני 60 ומעלה
העלה כי שיעור המעשנים הכבדים (20 סיגריות
ליום ויותר) היה גבוה ביותר אצל ערבים, ונמוך
ביותר אצל אשכנזים (רי טבלה ממול).
יתר על כן, שיעור הנגמלים מעישון היה גבוה יותר
אצל אשכנזים – 28.2% – מאשר אצל מזרחים –
20.1%. שיעור הגמילה הנמוך ביותר נמצא אצל
ערבים – 11.4%.

הבדלים אלה נובעים, ככל הנראה, מהבדלים
בתחושת הלחץ הנפשי ובנגישות למידע ולמשאבים
חינוכיים המקדמים בריאות (כגון חומר הסברה,
קורסים להפסקת עישון וכיו"ב).

פערים בשירותי בריאות

למרות שטחה הקטן של ישראל, יש הבדלים
ניכרים ברמת שירותי הבריאות ביישוביה השונים:
הבדלים של איכות וכמות קיימים בין הערים
הגדולות ופרבריהן לבין יישובי הפריפריה, כמו
גם בין יישובים יהודיים ליישובים הערביים ובין
יישובים מבוססים לעיירות הפיתוח.
שירותי הבריאות האיכותיים, הן מבחינת כוח
האדם והן מבחינת הציות, מרוכזים בתל-אביב,
חיפה וירושלים. מחצית הרופאים בישראל
עובדים באיוזרי תל-אביב וירושלים; 90%
מרופאי השיניים עובדים בתל-אביב ופרבריה,
חיפה וירושלים.¹⁷ תושבי איוזור המרכז נהנים
משירותיהם של עובדי בריאות רבים יותר מאשר
תושבי הצפון והדרום. באיוזור תל-אביב והמרכז
יש יותר מיטות בתי-חולים מאשר בכל איוזור אחר
של המדינה.¹⁸ מעמדה של העיר תל-אביב עצמה
טוב מעט יותר מזה של מחוזות הצפון והדרום,
אך פחות טוב מזה של חיפה וירושלים; אלא
שבמקרים מסויימים יכולים תושבי תל-אביב
להיעזר בשירותי בריאות של יישובים הסובבים את
העיר.

במחוזות המרכז וירושלים מצוי המספר הגדול
ביותר של מיטות בתי-חולים פסיכיאטריים
ומוסדות סיעודיים; המספר הקטן ביותר מצוי
במחוזות הדרום, הצפון ובעיר תל-אביב. גם
במקרה זה יכולים תושבי תל-אביב לעשות שימוש
בשירותים המצויים בקרבת העיר.

עומד על 5.9% – לעומת 10.6% אצל ערבים
ו-15.8% אצל מזרחים ילידי ישראל. כ-70% מן
הערבים וכמחצית מן המזרחים ילידי הארץ הם
בעלי עיסוקים של צווארון כחול – לעומת כרבע
בלבד מן האשכנזים.¹⁹ להלן נראה כי הנתונים
הבריאותיים ותאומים במידה רבה את הנתונים
החברתיים-כלכליים הללו.

מדדים של רמת בריאות

תמותת תינוקות

המדד הרגיש ביותר של רמת בריאות ושל איכות
חיים כללית של האוכלוסיה הוא שיעור תמותת
התינוקות – מספר המיתות עד גיל שנה על כל
1,000 לידות חי. בשנים 1977-1980, שיעור תמותת
התינוקות אצל יהודים עמד על 12.7, ואצל ערבים
על 24.6.²⁰

מחקר שנערך על-ידי היחידה לחקר שירותי
הבריאות של משרד הבריאות ושל בית-החולים
ע"ש שיבא מצא כי ביישובים רבים, יהודיים
וערביים כאחד, שיעור תמותת התינוקות עולה
באורח משמעותי על הממוצע הארצי; על-יסוד
מחקר זה הוחלט על תכנית התערבות ב-36
יישובים, במסגרת התכנית הארצית להורדת
תמותת התינוקות. (החוקרים השתמשו בשני
ממוצעים נפרדים: האחד, שיעור תמותת תינוקות
ביישובים הערביים, והשני, שיעור תמותת תינוקות
ביישובים היהודיים; פירוש הדבר היה שיישובים
ערביים בהם השיעור גבוה מן הממוצע ביישובים
יהודיים, אך נמוך מן הממוצע ביישובים הערביים,
לא נכללו בתכנית המעורבות).

התכנית נוסתה תחילה באור יהודה, שם הגיע
שיעור תמותת התינוקות ל-19.1, שיעור כפול,
כמעט, מן הממוצע בנפה (10.3). גם מבחינת
המדדים החברתיים-כלכליים היה מצבה של אור
יהודה הגרוע בנפתה. המחקר העלה כי הקבוצה
בעלת הסיכון הגבוה ביותר התאפיינה בארבעה
גורמי סיכון או יותר: אם בעלת השכלה נמוכה
(0-8 שנות לימוד), גיל האם בעת הלידה פחות
מ-20, ילוד רביעי או יותר ומשקל נמוך של הוולדות
(פחות מ-2.5 ק"ג).

בעקבות הפעלת התכנית – ביישובים כדוגמת
דימינה, אשקלון ואור יהודה – ירד שיעור תמותת
התינוקות. באורח ניכר, כפי שניתן לראות בטבלה
המציינת עדות להשפעתן החיובית של תכניות
לשיפור שירותי הבריאות בקרב קבוצות סיכון.²¹
טבלת שיעור תמותת התינוקות מראה את
ההבדלים בין יישובים ערביים ויהודיים. אפשר
לראות גם שבמספר עיירות פיתוח, שיעור תמותת
התינוקות גבוה באופן ניכר מן הממוצע הארצי.
בהתיישבות העובדת, שיעור תמותת התינוקות הוא
נמוך: ב-1989 הוא עמד על 8.5 בקיבוצים ועל 8.6
במושבים.²²

שיעורי תמותת מתוקננים

הבדלים בין-אזוריים נמצאו גם בשיעורי תמותת
מתוקננים – מדד המבוסס על מספר הפטירות
המתוקנן כך שהוא מביא בחשבון הבדלי גיל ומין.
השוואה בין שיעור התמותה של יהודים בשנים

הבדלים באיכות השירות

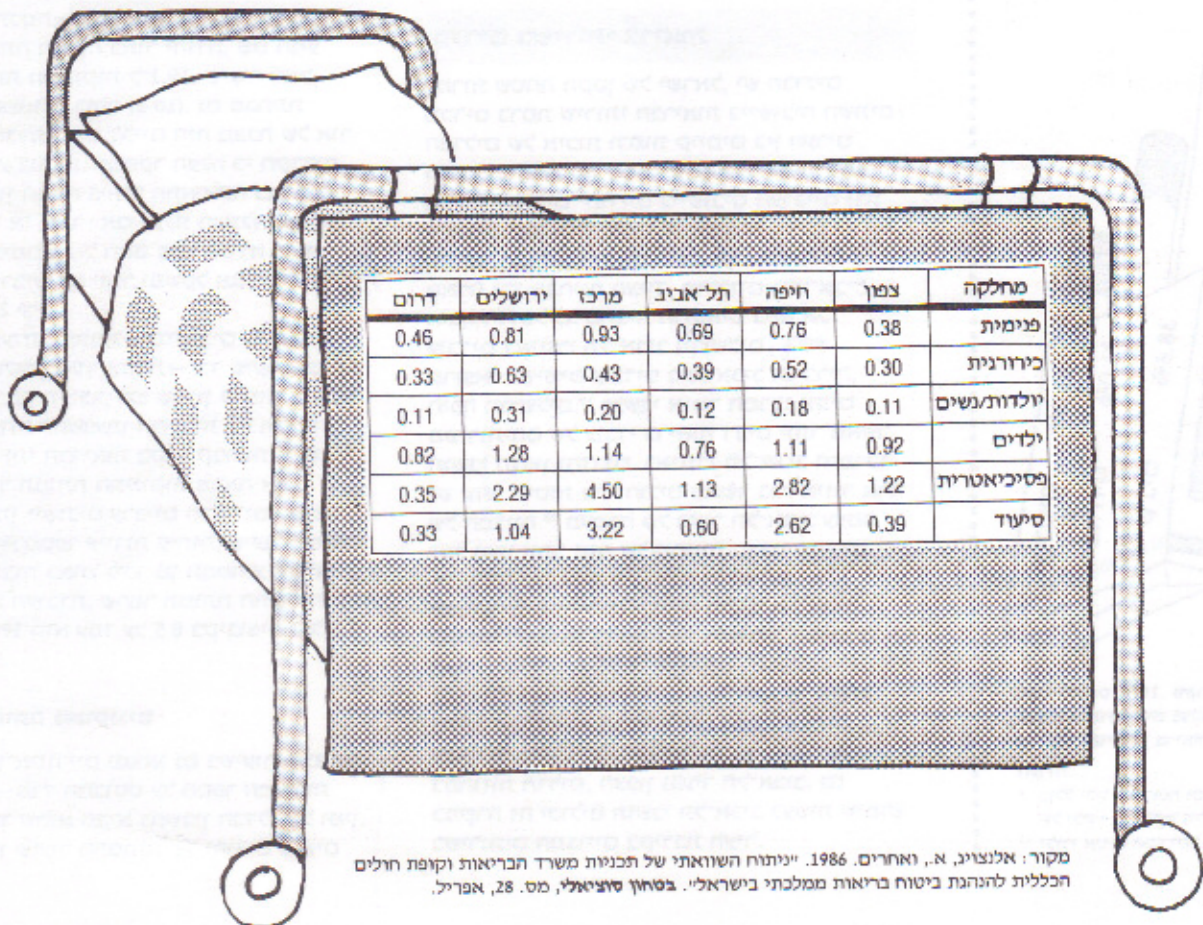
תלונות חוזרות נגד קופת חולים של ההסתדרות – המשרתת את מרבית האוכלוסיה וגובה את התשלום הנמוך ביותר – וזלזול העדר שירותי ערב ולילה; העדר מומחים באיזורי הפריפריה; אי-עילות של תהליך ההפנייה, כולל תורים ארוכים לרופאים מומחים, לבדיקות מעבדה ולניתוחים; מחסור בתרופות בבתי-המרקחת של הקופה; והעדרם של שירותי רופאי-שיניים ושירותי רפואה מונעת.²¹ אפילו בתל-אביב מגיע זמן ההמתנה לבדיקה אצל מנתח אורתופדי עד לחודש. תלונות אחרות נוגעות ליחס מזלזל כלפי הפונים, זמנם ורגישותיהם, וכן העדר חופש בחירה ברופאים.²² ביישובים ערביים ובעיירות פיתוח המצב קשה עוד יותר.

הבדלים גדולים באיכות השירות קיימים גם בין יישובים שונים מעבר לערים הגדולות. מחקר השוואתי בין 31 עיירות פיתוח ו-24 יישובים ותיקים מצא יחס של רופא כללי אחד ל-1,852 פונים ביישובים חוותיקים לעומת יחס של 1:2,326 בעיירות הפיתוח.

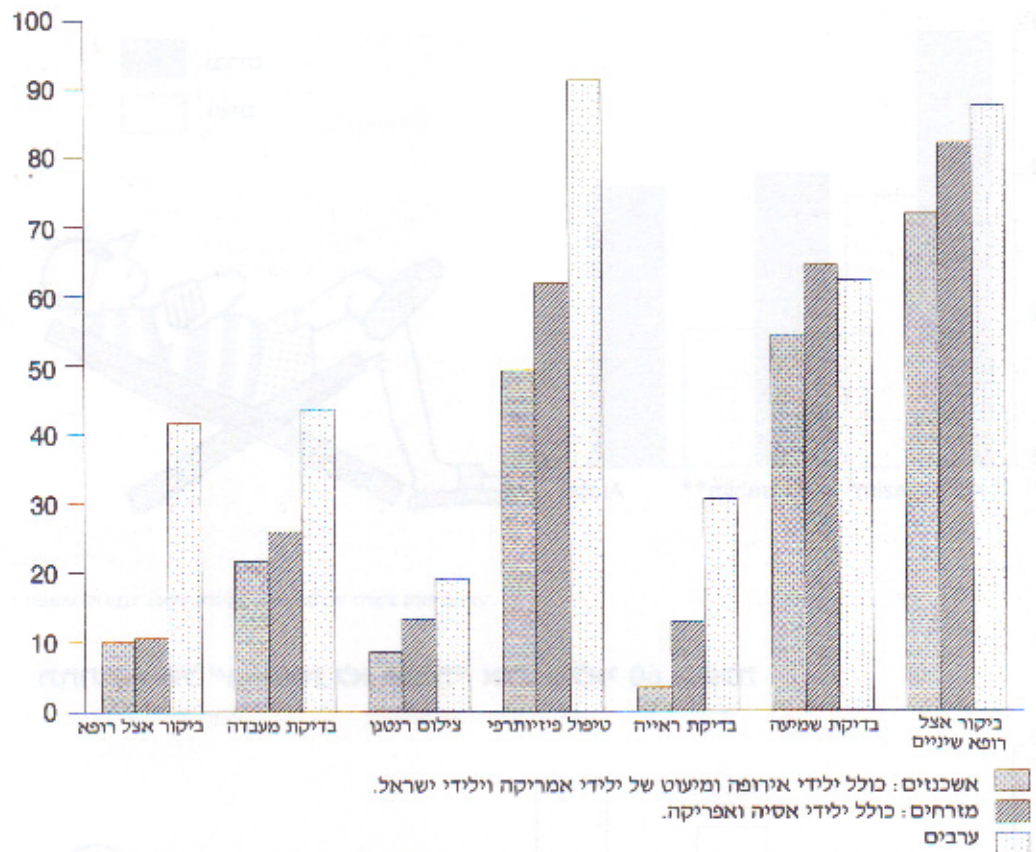
מרכזים לגילוי מוקדם של סרטן, מכונים

העדר ביטוח רפואי יכול לנבוע לא רק מקשיים כספיים אלא גם מסירבול ביורוקרטי. מחקר שנערך בשנת 1986/7 באור יהודה בקרב 116 משפחות של נשים הוות שלא היה להן ביטוח רפואי מלא העלה כי במקרים בהם ראש המשפחה – הגבר, על-פי ההגדרה – סירב או התקשה לשלם את מסי קופת חולים, נתקלו הנשים שביקשו לעשות זאת בקשיים בירוקרטיים. החוקרים ציינו כי דווקא אלה המתקשים במילוי ספטים נדרשו למלא מספר גדול במיוחד של ספטים ולעבור הליכים מורכבים; החוקרים הוסיפו עוד כי הבעיה קיימת לא רק באור יהודה אלא גם ביישובים דומים רבים.²³

מיטות בתי-חולים ל-1,000 נפש, לפי מחוזות, 1980



גילאי 60 ומעלה המדווחים על פרק זמן של שנה או יותר מאז השימוש האחרון בשירותי בריאות



מקור: למ"ס, 1990. סקר בני 60 ומעלה במשקי"בית 1985. בריאות ושימוש בשירותי בריאות. לוחות 2, 6, 7, 8, 10, 12, 14.

הבדלים במידת השימוש בשירותי בריאות

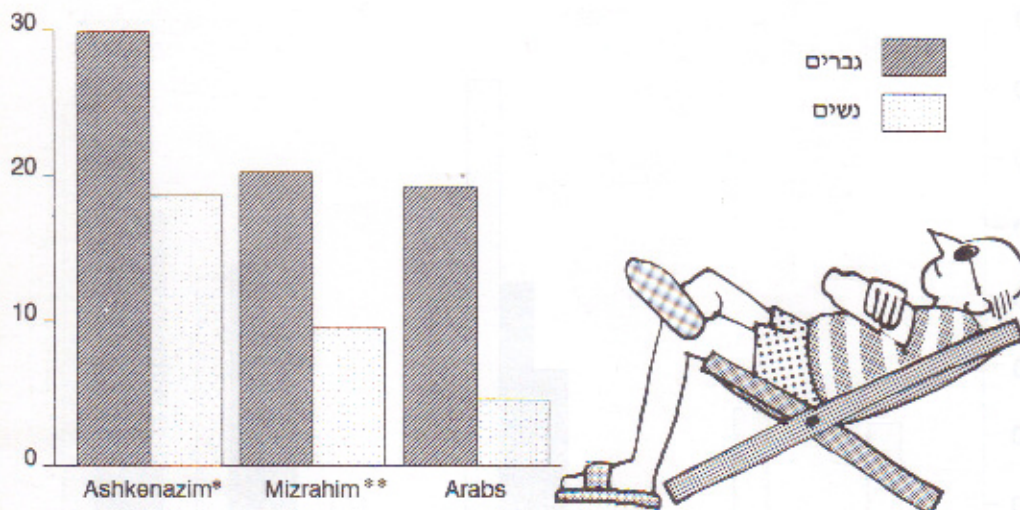
אורחות-חיים המקדמות בריאות קשורות בגורמים חברתיים-כלכליים, בנגישות לשירותים רפואיים ובמודעות לנושאי בריאות. לעתים קרובות, דווקא אלה המצויים בסיכון הגבוה ביותר הם גם אלה שאינם נהנים מהזדמנויות טיפול מספיקות; העשירים, לעומת זאת, יכולים לרכוש עצמם שירותים בשוק הפרטי. מידת השימוש בשירותי רפואה מונעת, להוציא ביקורים בתחנות טיפול החלב, קשורה למעמד החברתי-כלכלי של הפרט והקהילה. תושבי עיירות הפיתוח, שרמות ההכנסה וההשכלה שלהם נמוכות מאלה של תושבי היישובים הוותיקים, משתמשים בשירותי רפואה מונעת ובשירותי רופא שיניים לעתים רחוקות יותר, אם בגלל עלות השירותים ואם בגלל קשיי נגישות תרבותיים וגיאוגרפיים; ייתכן ומודעות נמוכה יותר לאורחות-חיים מקדמות בריאות משפיעה גם היא על תכיפות הביקורים. התוצאה היא הזדמנויות

מעטות יותר לשפר את רמת הבריאות האישית, שכן גילוי מוקדם של מחלות כגון סרטן ולב יש בו כדי להציל חיים ולהשפיע על איכות החיים. סקר שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 1985 בקרב גילאי 60 ומעלה מצא הבדלים הבדלים בין אשכנזים, מזרחים וערבים במידת השימוש בשירותים רפואיים. תכיפות השימוש הוגדרה כפרק הזמן שחלף מאז הפעם האחרונה בה עשו הנסקרים שימוש באחד השירותים הבאים: ביקור אצל רופא, בדיקת מעבדה, צילום רנטגן, טיפול פיזיותרפי, בדיקת שמיעה וראייה וביקור אצל רופא שיניים. בכל אחד מסוגי השירות, תכיפות השימוש של אשכנזים היתה גבוהה מזו של מזרחים וערבים. (ר' טבלה למעלה).

יש לציין כי שימוש לא תכופ בשירותי בריאות אינו מצביע בהכרח על רמת בריאות טובה יותר; אותו סקר עצמו מצא כי אשכנזים נוטים להגדיר את בריאותם כ"טובה", בעוד ערבים נטו להגדיר את בריאותם כ"לא טובה". נשים דיווחו על בריאות

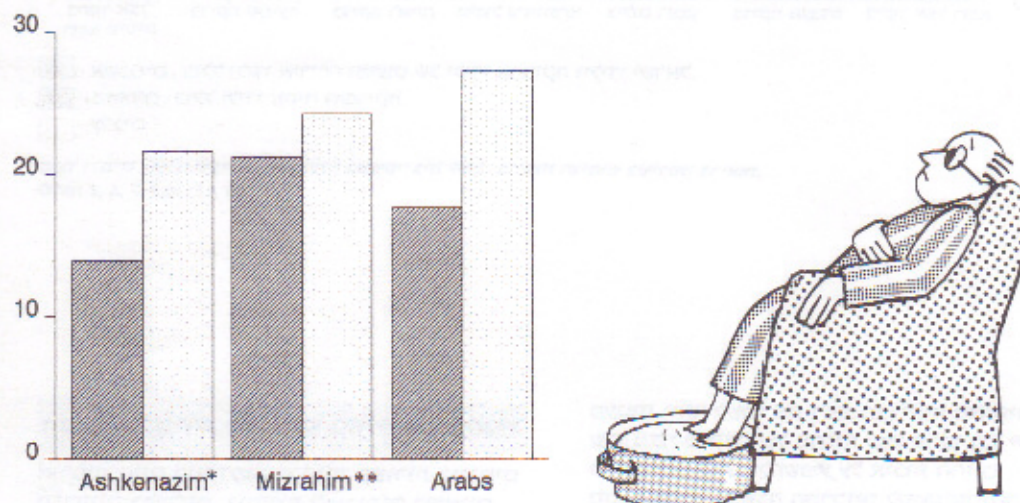
מחקר אנתרופולוגי שנערך בקרית שמונה מצא רמה נמוכה של שירותי בריאות ומשכי המתנה ארוכים לתור. החוקרת ייחסה זאת לתחלופה גבוהה של רופאים ולעובדה שרופאי המרפאות, שרובם לא היו תושבי המקום, היו בדרך-כלל צעירים בלתי-מנוסים שהתקשו למצוא עבודה במקומות אחרים.²⁴ היא ציינה גם מחסור במומחים, ובמיוחד רופאי ילדים, רופאי שיניים ופסיכיאטרים של ילדים, וכן ביקורים בלתי-תכופים של קרדיולוגים, רופאי עיניים ורופאי עור. חולים שנזקקו לרופאים מומחים נאלצו להמתין שבועיים עד שלושה חודשים לתור. במרפאה המקומית לתכנון המשפחה היה התור הממוצע שלושה חודשים. הרופאים בעיירה, שסבלו מעומס עבודה כבד, לא יכלו להקדיש זמן ותשומת-לב מספיקים לפונים: "במרפאה מסוימת ידוע שהרופא מקבל חולים בקצב של חולה לשתי דקות, ומיד נותן את מרשם האנטיביוטיקה". לכך יש להוסיף את העובדה שהרופאים היו בדרך-כלל אשכנזים, בעוד שמרבית הפונים היו מזרחים; לרוב, הרופאים לא הבינו את הפונים ולא גילו יחס של כבוד כלפיהם.²⁵

תחושות של "בריאות טובה" אצל גילאי 60 ומעלה



* המספרים עבור נשים ערביות קטנים מכדי להציג נתון מתימן.

תחושות של "בריאות לא טובה" אצל גילאי 60 ומעלה



מקור: למ"ס, 1990. סקר בני 60 ומעלה במשקי-בית 1985. בריאות ושימוש בשירותי בריאות. לוח 1, עמ' 52, 54, 56.

* כולל ילידי אירופה ואמריקה ומיעוט של ילידי ישראל.
** ילידי אסיה ואפריקה

שמירה על רמת בריאות גבוהה. הטבלה שבעמוד 7 מראה כי בין השנים 1977 ל-1981 עלתה מודעותן של נשים ישראליות לחשיבות של בדיקות שד תקופתיות. ואולם הפער בין נשים אשכנזיות לנשים מזרחיות במידת השימוש בבדיקות נותר בעינו; הפער בין נשים בעלות רמות השכלה שונות גם הוא לא השתנה באותן שנים.

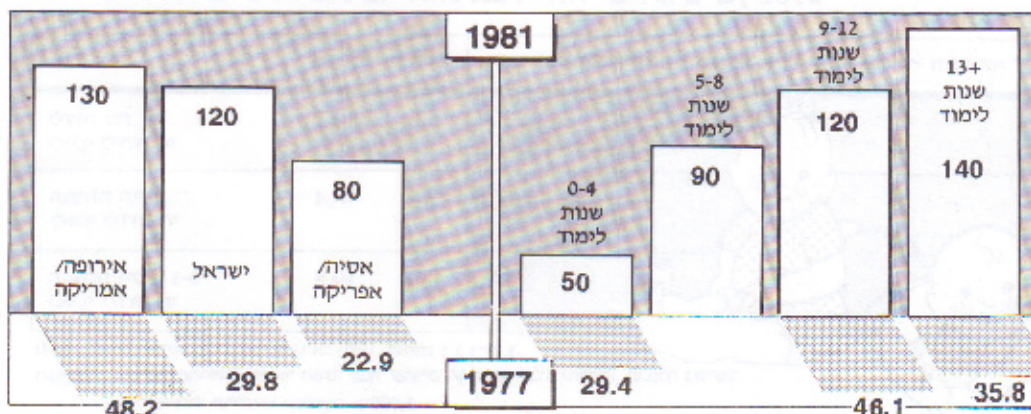
"לא טובה" יותר מגברים; נשים ערביות ומזרחיות נטו יותר מנשים אשכנזיות להגדיר את בריאותן כ"לא טובה". סרטן השד הוא גורם המוות השני במעלה בקרב נשים ישראליות. גילוי מוקדם וטיפול מגדילים את סיכויי הריפוי/הישרדות של חולות; כיון שכן, בדיקות שד מהוות מרכיב חשוב של תכנית

בכל עיירת פיתוח יש לפחות מרפאה אחת ותחנה אחת של טיפת חלב; מצבן, מבחינה זאת, טוב יותר מזה של חלק גדול מן היישובים הערביים. אלא שעצם קיומו של שירות אין בו כדי להבטיח את רמתו. בעיירות פיתוח, כאשר רמת השירות אינה משביעה רצון, אין לתושבים כתובת מקומית אלטרנטיבית, אלא אם כן הם מוכנים ויכולים לשלם עבור שירות פרטי מחוץ ליישוב. ואכן, גרינברג מדווחת שמרבית התושבים המבוססים של קרית שמונה נמנעים מלבקר במרפאה המקומית, אם בגלל שאינם מוכנים להמתין בתורים ארוכים ואם בגלל שאינם מאמינים באיכות השירות. במקרים דחופים הם פונים למגן דוד אדום—רק לאחר שביררו מי הרופא התורן—או לרופא באחד הקיבוצים הסמוכים, או בעיר צפת. במקרה של מחלה קשה הם מפעילים כל קשר אפשרי כדי להתקבל לאחד מבתי החולים במרכז הארץ.³¹



נשים בעלות השכלה נמוכה מבקרות בתחנות טיפת חלב יותר מנשים בעלות השכלה גבוהה; בשאר שירותי הרפואה המונעת, המגמה הפוכה. נראה שאמהות בעלות השכלה גבוהה מסתמכות יותר על רופאי ילדים ונשים של קופות החולים, או שהן מעדיפות רופאים פרטיים. סקר שנערך לאחרונה בקרב 320 יולדות ערביות בשבעה בתי חולים בנפת עכו מצא נוהג שונה: נשים נוצריות, שרמת ההשכלה שלהן גבוהה בדרך-כלל מזו של נשים מוסלמיות ודרוזיות, פונות, כמו נשים יהודיות משכילות, לרופאים פרטיים, אך בעת ובעונה אחת גם מבקרות לעתים קרובות בתחנות טיפת חלב.³⁵

ביקורים של נשים יהודיות בנות 20 ומעלה בתחנות לגילוי מוקדם של סרטן השד במהלך שנה אחת, לפי מוצא (לכל 1,000 נשים)



מקור: למי"ס. 1980. סקר שימוש בשירותי בריאות 1977, ולמי"ס. 1983. סקר שימוש בשירותי בריאות 1981; שובל, 1990: 295. הערה: השיעורים מתוקנים לפי גיל.

בעיירות הפיתוח המרפאות הן, כאמור, חשירות הרפואי העיקרי; כיון שכך ניתן היה לצפות כי המרפאות שם תהיינה גדולות יותר מאלה שבערים הגדולות. נתוני משרד הבריאות מראים את ההיפך: ב-1978, במרפאות שבערים הגדולות היו בממוצע 2.35 חדרים יותר מאשר במרפאות של עיירות הפיתוח, ומספר הרופאים הכלליים בהן היה גדול פי 3 מזה שבעיירות הפיתוח; זאת שעה שאוכלוסיית הערים הגדולות היתה גדולה מזו של עיירות הפיתוח רק פי 3.2. ■

הוצאה לאומית על מרפאות ורפואה מונעת ועל בתי-חולים ומחקר

שנה	מרפאות ורפואה מונעת	בתי חולים ומחקר
1962-63	38.3	35.3
1965-66	38.4	35.0
1972-73	34.1	34.1
1975-76	28.6	33.9
1982-83	29.7	42.0
1985-86	32.5	42.7
1988-89	31.9	40.4

מקור: למי"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 1991. לוח 24.1, עמ' 677.

ביקורים של נשים יהודיות בנות 20 ומעלה בתחנות לגילוי מוקדם של סרטן השד במהלך שנה אחת, לפי שנות לימוד (לכל 1,000 נשים)

מרפאה מול בית חולים

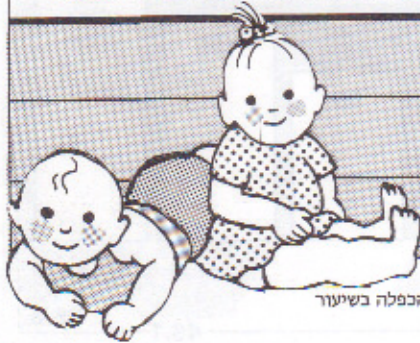
תכנית "בריאות לכל בשנת 2,000" של ארגון הבריאות העולמי מדגישה את חשיבותם של שירותי בריאות ראשוניים, בנסיון לעצור את המגמה הניכרת בארצות אירופה להגדלת ההוצאות על בתי-חולים ועל ציוד טכנולוגי מתוחכם ויקר. בישראל, ההוצאה על שירותי בריאות ראשוניים כחלק מן ההוצאה הלאומית לבריאות מצויה בירידה איטית אך מתמדת, מ-38.3% ב-1962/3 ל-31.9% ב-1988/9, בעוד שההוצאה על בתי-חולים ומחקר מצויה בעליה, מ-35.3% ב-1962/3 ל-40.4% ב-1988/9, וזאת בעיקר בגלל התרחבות של שירותים יקרים המבוססים על טכנולוגיה מתקדמת. (ר' טבלה ממול).

שירותי הבריאות הראשוניים נהנים מיוקרה נמוכה מזו של בתי-החולים, דבר המשקף את ההבדלים הקיימים בין השניים באיכות השירות: הציוד של בתי-החולים רב וטוב יותר, והם מעסיקים את הרופאים הטובים ביותר. העבודה בבתי-חולים היא יוקרתית ומכניסה יותר, בין השאר בגלל הסכמי שכר טובים יותר ובגלל האפשרות לעבוד שעות נוספות. אין זה מפתיע, על כן, שבוגרי בתי-הספר לרפואה בישראל מעדיפים לעבוד בבתי-חולים, בעוד שרופאים שעלו בשנות ה-70 וה-80 מועסקים בעיקר במרפאות. למעשה, קופת חולים של ההסתדרות קבעה לעצמה מדיניות של העסקת רופאים עולים רבים ככל האפשר במרפאות שלה.³² חברי הקופה, המודעים למתרחש, מעדיפים לעקוף את המרפאות ולפנות ישירות לחדרי-מיון של בתי-החולים. בנסיון לבלום את המגמה הודיעה קופת חולים לאחרונה כי היא לא תחזיר עוד לחבריה את התשלום ששילמו עבור טיפול בחדרי מיון.

בריאות הערבים בישראל – מבט מקרוב

מדדים כלליים של רמת בריאות אצל יהודים וערבים, 1988

מדד	ערבים	יהודים	מספר נפשות שניתן היה להציל אילו הושגו שיעורי התמותה *
לידות מת לאלף לידות חי	10.1	3.6	174
תמותת תינוקות לאלף לידות חי	16.4	7.6	236
תמותת גילאי 0-5 לאלף לידות חי	19.8	9.0	290



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 1990. לוחות 3.1 ו-3.29.
חערות: * שיטת החישוב: חישוב הנתון עבור ערבים מן הנתון עבור יהודים, הכפלה בשיעור לידות החי הרלבנטי וחלוקתו ב-1,000.

כל המספרים עוגלו לעשירית אחת הקרובה ביותר.

השנים 1977-80 מצא קשר ברור בין מעמד חברתי כלכלי, שמדדו היה עיסוק האב, ובין תמותת תינוקות אצל ערבים. גורמים נוספים שנמצאו כמשמעותיים היו גיל אם מתחת ל-20 או מעל 35 בעת הלידה והשכלה נמוכה של האם. לעומת זאת לא נמצא קשר בין סדר הלידה (ילד רביעי ומעלה נחשב לגורם סיכון) ובין תמותת תינוקות.³⁸ ניתוח מפורט יותר של נתוני תמותת תינוקות (ר' טבלה ממול) מצביע על דפוסי תחלואה הנפוצים במיוחד אצל ערבים. למשל, מוות ממומים מולדים קשור ככל הנראה ליחסי-הגומלין בין גורמים גנטיים ובין ההעדפה התרבותית בקרב ערבים כלפי נישואי-שארים.³⁹ מחלות זיהומיות – הניתנות ללא ספק למניעה – הן גורם המוות שלגביו התפרש

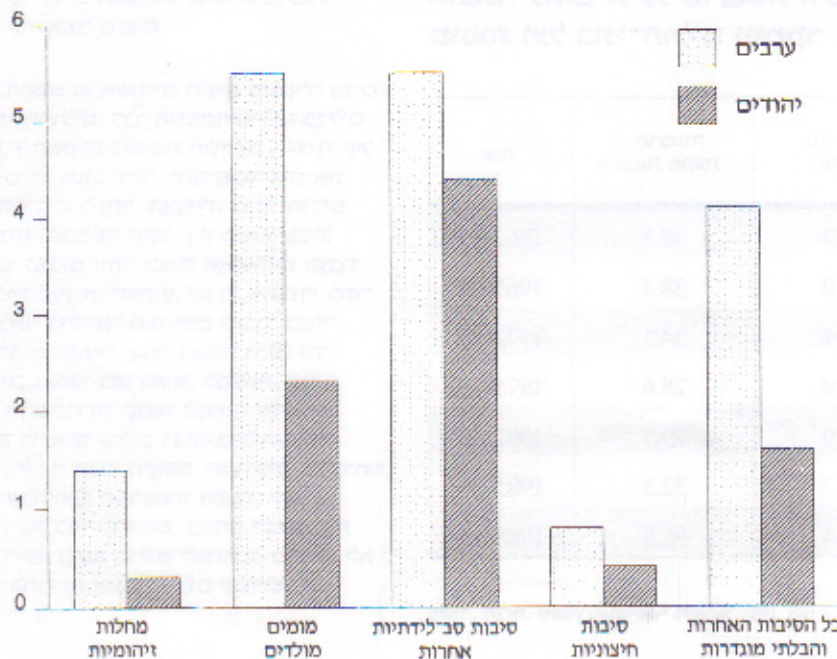
רמת הבריאות הנמוכה ביותר ושירותי הבריאות המועטים ביותר מצויים ביישובים הערביים בישראל. הטבלה שממול משווה ערבים ויהודים בשיעורי תמותת תינוקות, תמותת גילאי 0-5 ולידות מת. שיעורים גבוהים של לידות מת, תמותת תינוקות ותמותת ילדים מתחת לגיל 5, בצירוף עם שיעורי ילודה גבוהים, מסבירים את משקלם הגבוה של ערבים בסך-הכל מקרי המוות בגיל צעיר: ב-1988, לדוגמא, 51% מכל לידות המת, 41% מכלל תמותת התינוקות ו-42% מכלל תמותת גילאי 0-15 היו של ערבים.

ניתוח שהתבסס על נתוני תמותת תינוקות עבור

שירותי תברואה הם גורם בריאות סביבתי בעל חשיבות חיונית. בישראל, רק 12 מן היישובים הערביים מצוידים בשירותי תברואה ראויים לשמש,³⁶ והתוצאה הבולטת לעין היא ביוב הזורם ברחובות. מפגע זה בולט במיוחד לאור אחד היעדים המפורשים של משרד הבריאות ב"קווים למדיניות בריאות לאומית לטווח ארוך בישראל": חיבור כל הבתים בישראל למערכות ביוב עד לשנת 1995.

בהקשר זה ראוי לציין את הפערים המתועדים היטב בהקצבות ממשלתיות בין רשויות מקומיות ערביות ויהודיות: לאחר שיפור בשנים האחרונות, מגיע הפער כיום לפי 3 עד 37.5.

שיעורי תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי אצל ערבים ויהודים, לפי גורם, 1985-1988



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 1991. לוח 3.32.



באם אל פחם, עיר בת 27,000 נפש, 30% מן התושבים אינם מחוברים לרשת הביוב. קופת חולים של ההסתדרות, שבה חברים 18,000 מתושבי העיר, שולחת רופא מנתח פעמיים בשבוע, למשך חצי יום. בשתי המרפאות של הקופה עובדים רק 3 רופאי ילדים, למרות המספר הרב של ילדים ביישוב. יש גם רופא נשים אחד; כשהוא נעדר מן העבודה, לא שולחים ממלא מקום. באם אל פחם אין רופא אף אחד, רופא עיניים, קרדיולוג, נירולוג או אורולוג.

בערבים ובשבתות אין שירותים רפואיים. ביישוב יש רק נהג אמבולנס אחד. כמו כן אין בעיר שירותי בריאות הנפש, מרכז להתפתחות הילד, שירותי ייעוץ גנטי או שירות צילומי רנטגן, סורקים ואולטרה-סאונד. תושבים הנזקקים לשירותים אלה מופנים לחדרה, השוכנת במרחק של 20 קילומטר. אלקטרוקרדיוגרמות וכן בדיקות דם ושתן נערכות במרפאות המקומיות—אך הן נשלחות לבדיקה לחדרה.⁴⁴

כי היישובים היהודיים שנכללו במחקר התאפיינו ברובם באוכלוסיה בעלת מעמד חברתי-כלכלי נמוך—גורם סיכון מוכר.⁴²

שירותי בריאות ביישובים ערביים

מחקר משנת 1985 שהשווה שירותים רפואיים ושירותי רפואה מונעת ב-8 יישובים ערביים וב-8 יישובים יהודיים מצא יחס של 1 ל-2 לטובת היהודים בכל המרכיבים: רופאים, אחיות, חדרים ומרפאות.⁴³

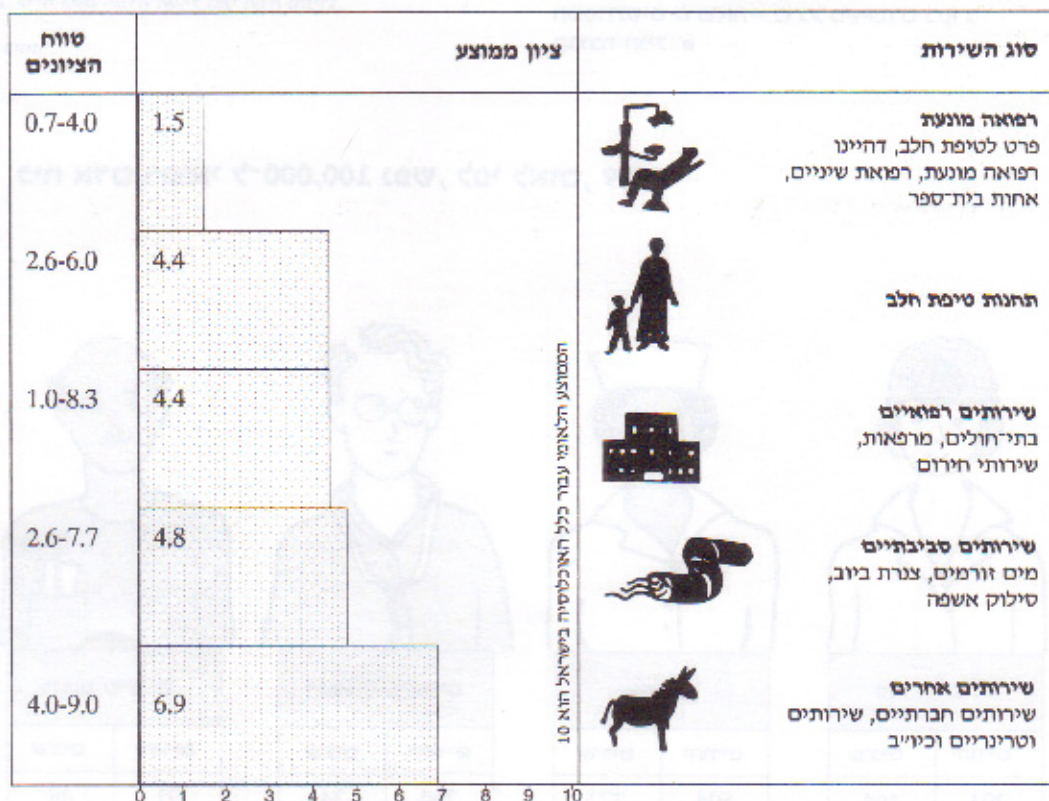
ועדות פנימיות של משרד הבריאות ושל קופת חולים של ההסתדרות הודו מאוחר יותר בפער של 40%-30% ברמת השירותים, אלא שהדו"חות שלהן לא פורסמו מעולם.

מחקר מפורט שלא פורסם שנערך ב-13 כפרים ערביים בגליל המערבי העניק ציון כמותי ל-50 מרכיבים שונים של שירותי בריאות, על סולם של 0 עד 10, כאשר ציון 0 מורה על אי-קיומו של השירות וציון 10 מורה שהוא עומד ברמה הארצית הממוצעת. כיון שציון 10 מורה על רמה ארצית ממוצעת, וכיון שחרמה הנמוכה ביישובים הערביים מטה את הממוצע הארצי כלפי מטה, יוצא שיישובים יהודיים הם בעלי ציון גבוה מ-10. היישובים שנסקרו, לעומת זאת, זכו לציונים ממוצעים שנעו בין 1 ל-10: 7. (רי טבלה למטה).

היחסי בין ערבים ויהודים הוא הגבוה ביותר. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הפסיקה לפרסם נתונים על מחלות ספציפיות לפי קבוצות גיל, אך גם ממידע בלתי-סדיר ניתן לראות כי מחלות מסוימות נפוצות יותר, וזוכות לטיפול פחות טוב, בקרב ערבים. מגיפת חצבת שפרצה בנגב בחורף 1990 גרמה לאישפוזם של מאות בדואים, ובעיקר ילדים וצעירים, ולמותן של תשע נפשות. מיתות אלה, כולן של ערבים, מצביעות על אי-שוויון קיצוני ברמת שירותי הבריאות, כמו גם על מעמדם הכולל של הבדואים בנגב, שכן מוות מחצבת הוא תוצאה של אי-חיסון, של תזונה ירודה ושל קשיים בגישות לשירותי רפואה.

הנתונים על שיעורי תחלואה במחלות זיהומיות, שפורסמו באורח סדיר עד ל-1990—אז הפסיק המוסף האפידמיולוגי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה להציג נתונים לפי לאום—הצביעו על פער עקבי לרעת הערבים, להוציא את מחלת הקדחת. סקרים אודות רמת תזונה מצאו שיעורים גבוהים של אנמיה ורכבת אצל ילדים ערבים.⁴⁵ סקר שנערך בכפר ערבי בגליל—לפני עשור שנים—תורם להמחשת תמצוב הכללי: ששה מתוך עשרה תינוקות בני 4 עד 12 חודשים סבלו מאנמיה ומרכבת.⁴⁶ מחקר חדש יותר של תינוקות בנגב מצא אנמיה אצל מחצית התינוקות היהודים ואצל שלושה-רבעים מן התינוקות הערבים. יש לציין

רמת שירותי הבריאות ב-13 כפרים ערביים



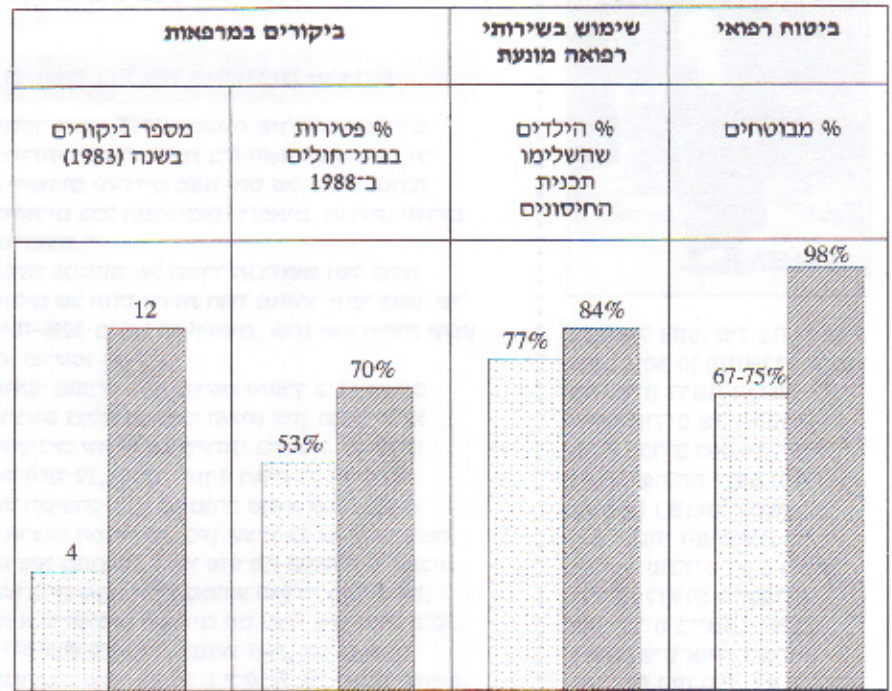
מקור: כטאענת, ד. 1988. סקר תיאורי של שירותי בריאות ושירותים נלווים ב-13 כפרים ערביים בגליל המערבי. עבודת מחקר לקבלת תואר מ.א. בבריאות הציבור, בית הספר לבריאות הציבור ליד בית חולים תדסה, ירושלים.

שימוש בשירותי בריאות

נתונים אודות מידת השימוש של ערבים בשירותי בריאות מספקים עדות נוספת לרמתם של שירותי הבריאות ביישוביהם. כפי שניתן לראות בטבלה שממול, מספר הביקורים של יהודים במרפאות גבוה פי 3 מזה של ערבים: 12 ביקורים בשנה, לעומת 4 בלבד. אמנם רבים עמדו על שימוש-היתר שעושים יהודים בשירותי בריאות, העונה ככל הנראה על צרכים חברתיים ולא רק רפואיים,⁴⁵ ואולם ההבדל הגדול מצביע בכל זאת על מידות שונות של נגישות לשירותים רפואיים בשתי הקהילות.

הבדל נוסף קיים בשיעורי הפטירות של יהודים ושל ערבים בבתי-חולים – 70% לעומת 53%. נתונים אלה אינם מצביעים בהכרח על העדפה תרבותית של ערבים להישאר בחיק המשפחה: מחקרים מעלים כי הביקוש הנמוך לאישפוז סיעודי מצד קשישים ערבים קשור לנגישות נמוכה, למרחק בין הבית לבית החולים ולתחושת הזרות של מאושפזים ערבים בבתי-חולים יהודיים.⁴⁶ יכולתה של קהילה לענות על צרכיה בתחום הבריאות תלויה במידה רבה בכוח-האדם המקצועי העומד לשירותה. הלוח שלמטה מציג נתונים על כוח אדם רפואי יהודי וערבי.

בהקשר זה יש לציין כי מרבית הרופאים הערבים בישראל הם בוגרי בתי-ספר לרפואה בחוץ לארץ. בוגרי תיכון ערבים מעטים בלבד מתקבלים לבתי-הספר לרפואה בישראל: הם מהווים רק 5% מכלל הסטודנטים לרפואה – כרבע משיעורם בקרב קבוצת הגיל.



מקורות: כנאענה, חאתם, וארזים, 1987. דברי הכנס הראשון על בריאות במגזר הערבי. ראמה, אגודת הגליל, עמ' 71 (בערבית). למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 1991, לוח 24.12; דו"ח חיסונים של משרד הבריאות, 1990; כנאענה, חאתם, 1990. עדות בשם אגודת הגליל בפני ועדת תנחית.

הערה: כל המספרים משגלים לעשירית הקרובה ביותר.

כוח אדם רפואי ל-100,000 נפש, לפי לאום, 1989



כלל הרופאים	
יהודים	ערבים
294	164



אחיות	
יהודים	ערבים
504	272



רופאים מומחים	
יהודים	ערבים
264	34



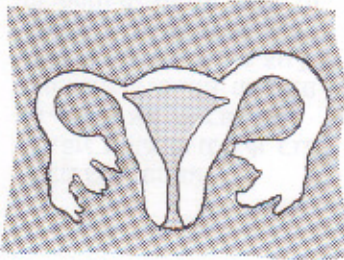
רופאי שיניים	
יהודים	ערבים
91	48

מקור: כנאענה, חאתם. עבודה שתוגשה לכנס חשני על נושאי בריאות בקרב ערבים, שהתקיים בנצרת באוקטובר 1991. הרשומות בהכנה להוצאה לאור בערבית.

ערבים
יהודים



משרד הפנים משהה הענקת הכרה לכ-110 יישובים ערביים. פירוש הדבר שכ-50,000 נפש מצויים מחוץ למסגרת הרשמית של קבלת שירותי בריאות. כמה מן היישובים הללו חסרים לא רק שירותי רפואה אלא גם מי שתייה.



הרפואה המודרנית נוטה לראות את איברי הרבייה של נשים כמערכות מיכאניות הזקוקות לטיפול אחזקה של מומחים רפואיים⁴⁶; המשפחה, הקהילה או המדינה, מצידן, נוטות לראות בהם כלים הכפופים למטרות הקולקטיב—למשל, הגברת הילודה או הגבלתה. בישראל, בכל הנוגע לנשים יהודיות, נושא תכנון המשפחה סובל מתת־פיתוח, בעוד שטיפול בפוריות נהנה מפיתוח יתר. חוק ההפלות הוא ליבראלי, אך הוא רחוק מלהעניק זכות הפלה לכל מבקשת, והוא נתון להתקפות בלתי־פוסקות מצד המבקשים להגביל את הוראותיו. בישראל, כריתות רחם מבוצעות בשיעורים נמוכים בהרבה מאלה הנהוגים בארצות הברית—ב־1986, 75/100,000 לעומת 280/100,000 בארצות הברית⁴⁷; בכל זאת נוטים הרופאים להתייחס אל איברי הרבייה של נשים כמיותרים לאחר שמסתיימת תקופת הפוריות של האשה. כאשר כורתים את הרחם אצל נשים בנות 45 ומעלה, נוטים לכתוב גם את החצוצרות ואת השחלות, גם כאשר אין צורך רפואי בכך, וזאת למרות שאיברים אלה תורמים לתחושת הבריאות ולהנאה המינית של נשים.

העיקריים אותם ציינו הנשים היו הריונות תכופים ולידות. גורמים אחרים שצוינו הם תופעות לוואי מתמשכות של מחלות קודמות ושל ניתוחים, ולחץ במשפחה ובמשק הבית. במלים אחרות, מחלות כרוניות של נשים אלה היו קשורות לתפקידיהן הביולוגיים והחברתיים. סקר שערכה לאחרונה קופת חולים של ההסתדרות מצביע על שיעור גבוה של נשים הלוקות ביותר ממחלה אחת, כמו גם על שיעור גבוה של הפרעות פסיכולוגיות. מתוך 1,000 נשים שנבדקו, רבע דיווחו על 2 עד 5 תסמונות חולי; 40% דיווחו על תחושות לחץ, חרדה או דכאון—אך רק 9% פנו לקבל סיוע רפואי.⁴⁸ המנעות זו מפנייה לרופאים מעידה על חוש מציאות מפותח: הרפואה אינה מסוגלת לשנות את מהלך חייהן של נשים; ואילו מרפאות לבריאות הנפש מסתפקות לרוב במתן כדורי ואליום ודומיהם.⁴⁹ אותו סקר מצא לחץ דם גבוה אצל 30% מתוך 600 נשים בנות 45 ויותר, אך רק שליש מתוכן היו מודעות לכך. כיון שפיקוח צמוד על לחץ דם גבוה יכול למנוע מחלות כלי דם, יש בממצא זה כדי להאזין בקופות החולים לעודד נשים בנות 45 ויותר לערוך בדיקות לחץ דם תקופתיות.

סיבות מוות אצל נשים

בעבר, נשים לקו פחות מגברים במחלות לב וסרטן ובתופעות הקשורות לעישון, שתיית משקאות אלכוהוליים, תאונות דרכים ואלימות. ואולם ככל שאורח החיים של נשים הופך דומה לזה של גברים, הן גם הולכות ונחשפות לסיכונים דומים.⁵⁰ כיום, סיבות המוות הנפוצות ביותר אצל נשים ישראליות דומות לאלה של גברים: מחלות לב וכלי דם, סרטן ומחלות כליהם במוות. בקרב נשים יהודיות וערביות כאחת, סיבת המוות הראשונה במעלה היא מחלות לב: הן גורמות ל־47% מכלל הפטירות של נשים. סרטן הוא סיבת המוות השנייה במעלה אצל נשים יהודיות, וחשלישית במעלה אצל נשים ערביות. אצל נשים ערביות, שיעור הפטירות ממחלות לב ומסרטן נמצא בעליה.⁵¹

מחלות לב

אצל נשים בישראל, הסיכוי למוות מהתקף לב ראשון, או במהלכו של ניתוח לב, גבוה מזה של גברים, ואילו שיעורי ההחלמה והשיבה לחיים נורמאליים נמוכים יחסית לאלה של גברים.⁵² רופאים נוטים לייחס זאת לכך שנשים לוקות במחלות לב בגיל מבוגר יותר. ואולם מחקרים רבים שנערכו בארצות־הברית מייחסים את ההבדלים בשיעורי התמותה לכך שאצל נשים, רופאים נוטים להתעלם מסימנים ראשונים של מחלה, בהתבססם על האמונה הרווחת לפיה ההורמונים הנקבים מספקים הגנה בפני מחלות

אצל נשים, רמת הבריאות מושפעת לא רק ממעמד חברתי־כלכלי ומאיכותם וגישותם של שירותי בריאות, אלא גם מטיב המפגש בין פונה לרופא. חשיבותו של מפגש זה נובעת בין השאר מכך שאירועים במחזור החיים של האשה אשר בעבר נחשבו לטבעיים ובלתי־נמנעים מוגדרים בימינו כאירועים בריאותיים ומשמשים בסיס להתערבות רפואית, גם כאשר אין מדובר ב"מחלה", אלא באירועים כדוגמת לידה, וסת, מניעת הריון, פוריות, טיפול לפני ואחרי לידה, והפסקת הווסת. כך הפכו נשים תלויות ברופאים בין אם הן חולות ובין אם בריאות, בעוד שגברים פונים לרופאים רק בעת מחלה. יתר על כן, נשים הן המבקרות בתכיפות הרבה ביותר אצל רופאים, בהיותן ה"מתווכות" בין שירותים אלה ובין בני המשפחה.

מדדי בריאות של נשים

תוחלת החיים של נשים ישראליות עלתה מ־73.2 שנה בשנות ה־70 המוקדמות ל־77.5 שנה ב־1988; אצל גברים ישראליים היתה עליה מקבילה מ־70.1 ל־73.9. תמזכיר במגמה המשותפת לישראל ולארצות אירופה. תוחלת החיים של נשים יהודיות בישראל גבוהה מזו של נשים ערביות בכשלוש שנים: 78.0 לעומת 75.1.⁵³ נשים יכולות להנות מתוחלת החיים הגבוהה יותר שלהן במידה והן בריאות ויכולות להסתמך על סיוע משפחתי וקהילתי. נתונים אודות נשים בנות 60 ומעלה מורים כי רבות מהן חיות בבדידות, וסיכוייהן להתאשפז עקב מחלות זיקנה גבוהים מאלה של גברים.⁵⁴ יתרה מזאת, יש ראיות לכך שנשים נוטות לחלות יותר מגברים, בעיקר לעת זיקנה. נראה כי אורח החיים של גברים גורם אצלם למידה גבוהה יותר של מוות פתאומי, בעוד שאורח החיים של נשים גורם אצלן למידה גבוהה יותר של מחלות כרוניות.⁵⁵ תשישות ודכאון, לדוגמה, עשויות להיות תולדה של לידה וגידול ילדים, עבודת בית ומלאכות מייגעות וחטרות־תמורה אחרות המבוצעות לרוב על־ידי נשים. נשים רבות מגבירות מגדלות ילדים בגפן או חיות בגפן כתוצאה מגירושין או אלמנות, והכנסתן נמוכה מזו של גברים עבור עבודה דומה. כל אלה גורמים לשיעור גבוה יותר של עוני ולתחלואה גדולה יותר.

מחקר מעקב בן 10 שנים שהקיף 360 זוגות נשואים משכונות מצוקה ירושלמיות מצא עדות לנטייתן של נשים לחלות יותר מגברים לעת זיקנה.⁵⁶ בתחילת המחקר, ב־1965, שיעור הגברים שלקו במחלות הגורמות להגבלה גופנית היה גבוה פני שניים מזה של הנשים. עשר שנים לאחר מכן נצפתה אצל הנשים עליה של 350% בשיעור התחלואה, בהשוואה לעליה של 58% בלבד אצל הגברים. יתר על כן, שיעור הנשים שלקו ביותר ממחלה אחת היה גבוה מזה של הגברים. הגורמים

למרות שסיבות מחלות הלב אצל נשים שונות מאלה של גברים, מרבית ההחלטות הקליניות הנוגעות לטיפול במחלות לב אצל נשים מבוססות על נתונים שנאספו ממחקרים ומניסויים קליניים שנערכו על גברים.⁶⁶ יש צורך במחקרים רבים יותר על נשים כדי לשפר את האיבחון ואת הטיפול המוקדם, ובעיקר כדי לגבש צעדי מניעה.

לב.⁶⁷ כך קורה, למשל, שגבר המתלונן על כאבים בחזה נשלח מיד לבדיקת לב במאמץ, בעוד שנשים עם תלונה דומה בדרך כלל לא נשלחות לבדיקה. התוצאה עלולה להיות אובדן הזדמנות לאיבחון מוקדם; כאשר נשים מגיעות לטיפול, המחלה היא כבר בשלב מתקדם.

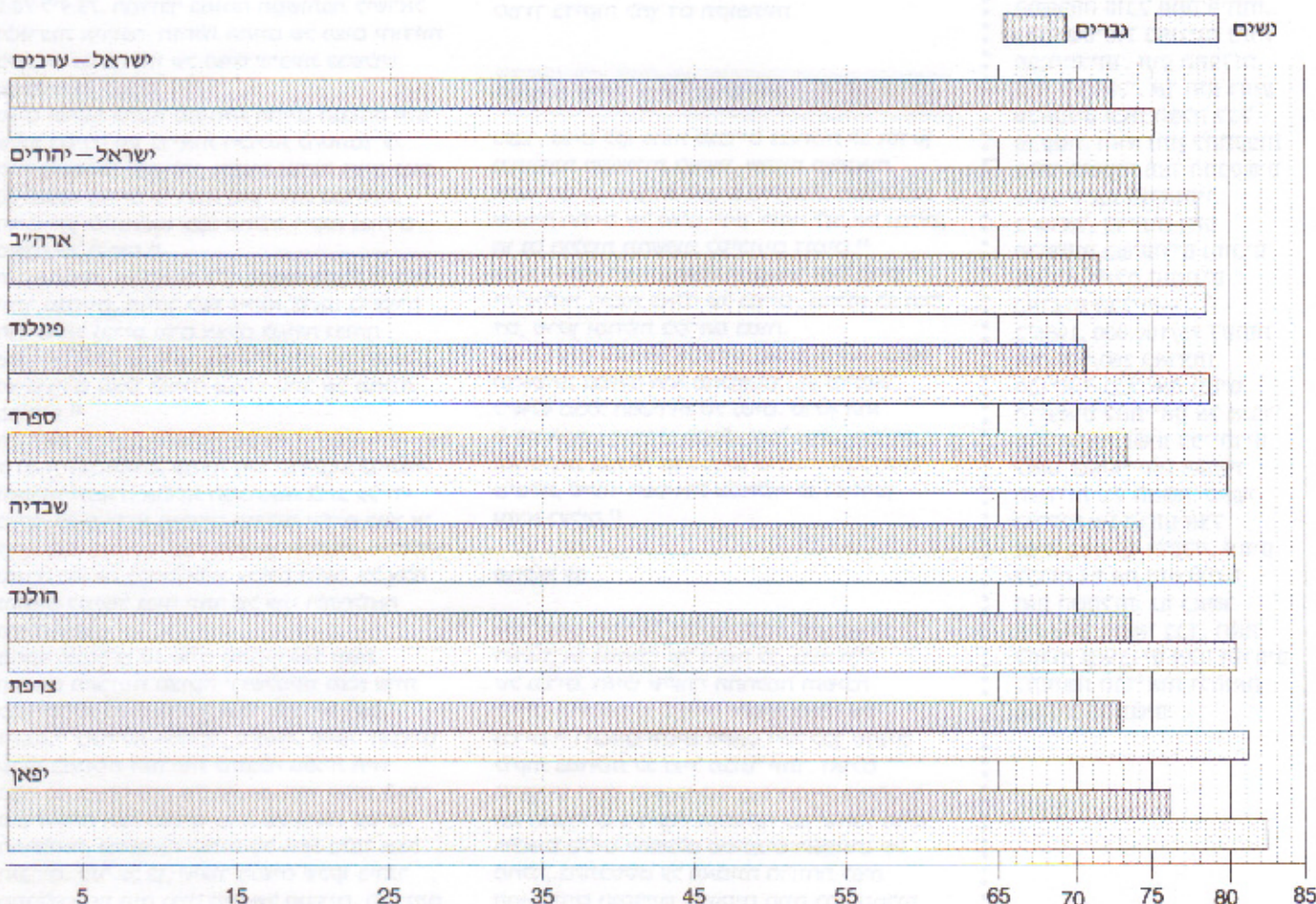
נשים נוטות ללקות במחלות לב בשנות ה-50 וה-60 לחייהן; אך אין פירוש הדבר שנשים בשנות ה-40 לחייהן מחוסנות בפניהן. העלייה בשיעור התחלואה בגילאים צעירים בארצות המפותחות יוחסה לעליה בשיעור העישון אצל נשים; העישון הוא גורם מוכר למחלות לב אצל גברים. גורם סיכון נוסף, המצוי אצל גברים יותר מאשר אצל נשים, הוא דפוסי התנהגות כדוגמת אלימות,

תחרותיות, עוינות, תחושה כרונית של לחץ זמן ודחף חזק להישגיות.⁶⁸ ככל שדפוסי ההתנהגות הללו מתפשטים גם בקרב נשים, כך גוברים סיכוייהן ללקות במחלות לב שאלה סיבותיהן. עבור חלק מן הנשים, גורם סיכון נוסף הוא גלולות נגד הריון; המדובר בנשים הסובלות מלחץ דם גבוה, רמת כולסטרול גבוהה או מהפרעות בכבד, וכן בנשים מעל גיל 35. עישון מגדיל גם הוא את הסיכון. שבגלולות נגד הריון. כמו בכל מחלה אחרת, גם במחלות לב יש משקל רב לתמיכה חברתית ולתחושה השתייכות, בין אם בשלב המניעה ובין אם בשלב ההחלמה. בידוד, בדידות וחוסר תמיכה מגבירים את פעולתם של גורמי הסיכון. בדרך כלל, שיעור הנשים המוצאות עצמן בגפן בעת מחלה גבוה מזה של גברים.

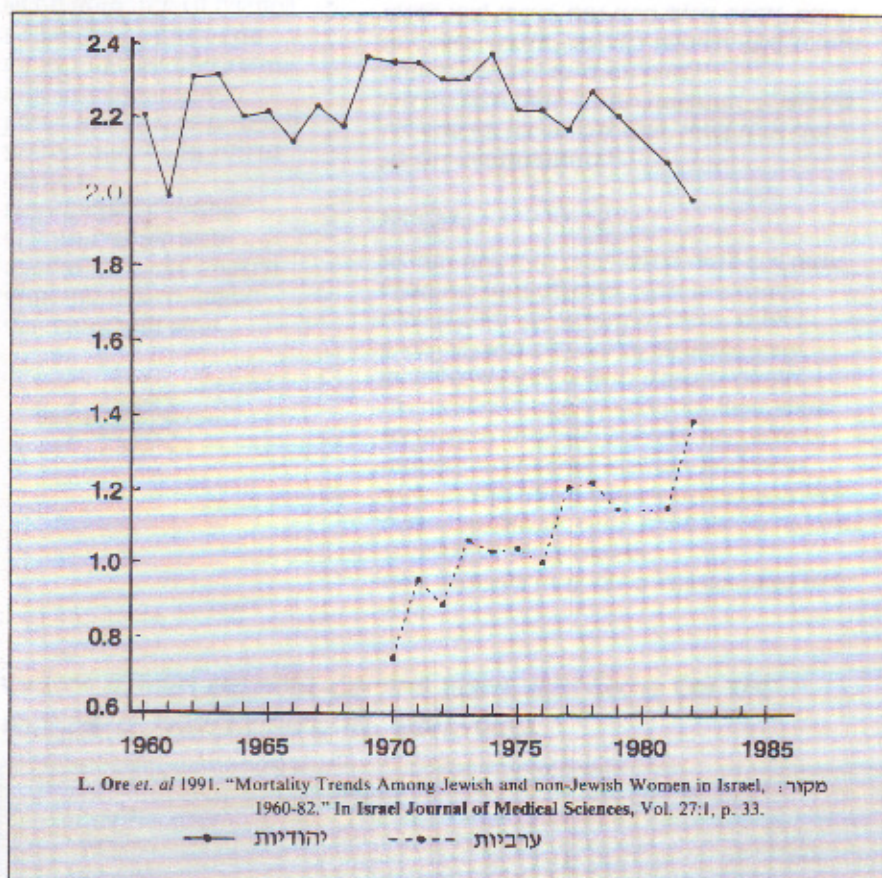
האירופיות המופיעות בשנתון הסטטיסטי לשנת 1990 של ארגון הבריאות העולמי, בהשוואה למקום 6 של הגברים הישראליים, דבר זה מעלה את השאלה, האם בריאותם של גברים ישראליים טובה מזו של גברים בארצות האחרות, או שמא בריאותן של הנשים בישראל פחות טובה מזו של נשים בארצות האחרות. התשובה לשאלה זו אינה ידועה.

בכל העולם, כמעט, תוחלת החיים של נשים גבוהה מזו של גברים; אולם בישראל, ההבדל בתוחלת חיים בין גברים ונשים קטן מזה שבמרבית מן הארצות המפותחות: 3.8 שנים אצל יהודיות, ו-2.7 שנים אצל ערביות—בהשוואה להבדל ממוצע של 7 שנים לסובות נשים בארצות המפותחות. למעשה, תוחלת החיים של נשים ישראליות היא נמוכה, יחסית—מקום 19 מתוך 29 הארצות

תוחלת חיים של נשים וגברים בארצות מפותחות נבחרות



שיעורי תמותה מסרטן מתוקננים לפי גיל אצל נשים יהודיות וערביות, 1960-82



במרבית הארצות ואצל מרבית הגילאים, תמותה מסרטן שכיחה אצל גברים יותר מאשר אצל נשים. בישראל, המצב שונה: שיעור התמותה מסרטן של נשים בנות פחות מ-55 גבוה מזה של גברים, ושיעור מקרי הסרטן החדשים אצל נשים צעירות יותר עולה ביותר מ-50% על זה של גברים.⁴¹ חלק ניכר מן ההפרש נובע משיעור התחלואה הגבוה בסרטן השד, אשר יחד עם סרטן הרחם וצוואר הרחם אחראי ל-50% מכלל מקרי הסרטן אצל נשים בנות פחות מ-55.

בשנות ה-70 המוקדמות, 1 מתוך 13 נשים לקחה בסרטן השד בשלב כלשהו של החיים; בשנות ה-90 המוקדמות עלה היחס ל-1 מתוך 10. הסיכון היה גבוה יותר אצל נשים אשכנזיות: 70/100,000 (ב-1977-80) לעומת 43/100,000 אצל נשים מזרחיות; מרבית העליה בשיעור התחלואה נובעת מהתפשטות המחלה בקרב נשים מזרחיות. סיכוייהן של נשים ערביות ללקות בסרטן השד נמוכים בהרבה מאלה של היהודיות – 14/100,000 ואולם קצב העליה בשיעור התחלואה אצלן מהיר יותר.⁴² יתר על כן, בעוד שבשנת 1970 היה שיעור התמותה של נשים יהודיות מכל סוגי הסרטן גבוה פי 3.2 מזה של נשים ערביות, הרי ב-1982 הוא היה גבוה רק פי 1.2 (רי טבלה ממול).

תזונה עשירה בפירות, ירקות ודגנים, כמו גם לידה בגיל צעיר, נחשבים לגורמים המקטינים את הסיכון של סרטן השד; צריכת שומנים, אלכוהול ושומן, וכן גם השמנת יתר, נחשבים לגורמים המגבירים את הסיכון. יתכן, על כן, שהתנודות בשיעורי התחלואה והמוות קשורות לשינויים בהרגלי תזונה ומגמות בפוריות.

יש ראיות לכך שסיבה נוספת לתמותה מסרטן היא חשיפה למזהמים סביבתיים כדוגמת קוטלי חרקים ורעלים אחרים המצטברים ברקמות שומן בגוף.⁴⁴ למרות השכיחות הגבוהה של סרטן השד, רמת המודעות הציבורית והמקצועית לחשיבות של גילוי מוקדם היא נמוכה.

מאמגרפיה, טכניקת רנטגן מיוחדת לשד, היא האמצעי המהימן ביותר לגילוי גידולים קטנים, עוד שנים לפני שניתן לחוש בהם באמצעות בדיקת מישוש עצמית או עלידי רופא. מחקרים שנערכו באירופה ובארצות-הברית העלו כי איבחון של נשים בריאות מקטין את שיעור התמותה מסרטן השד אצל בנות 50 ומעלה בכשלושים עד חמישים אחוזים.⁴⁵ ואולם בישראל אין רופאי נשים מבצעים בדיקות שד שגרתיות והם אינם מפנים נשים בנות 50 ומעלה לצילום מאמגרפיה, אלא אם כן הם חושדים בגוש או בשינוי בצורת השד. כתוצאה מכך, 37 מכוני המאמגרפיה הקיימים בישראל אינם מנוצלים כראוי.

באשר לסרטן צוואר הרחם, הדעה הרווחת היא שנשים יהודיות מחוסנות בפניו. אך מדי שנה מדווחים כ-80 מקרים חדשים של המחלה, ו-20 נשים מתות ממנה. שיעור הפטירה הגבוה ביותר הוא אצל נשים מעל לגיל 55. נשים בגיל

זה גם חשופות יותר לסרטן הרחם: מדי שנה מדווחים 200 מקרים חדשים, ו-80 נשים מתות מן המחלה.⁴⁶ סרטן זה, אגב, נפוץ אצל נשים אשכנזיות יותר מאשר אצל מזרחיות.

יש ראיות לכך שניתן להציל מספר רב של נשים באמצעות בדיקות שגרתיות של רירית צוואר הרחם (משטח פאפ) ואמצעים אחרים לגילוי מוקדם של סרטן אצל נשים בסיכון גבוה. משטח פאפ הוא בדיקה פשוטה, לא כואבת, היכולה לגלות שינויים קדם-סרטניים עוד שנים לפני שהסרטן עצמו מתפתח. בדיקות שנעשו בארצות אחרות⁴⁷ הראו כי בדיקות מוקדמות מקטינות את שיעור התחלואה והמוות ב-30% עד 40%. המאבק בסרטן מצריך משאבים רגשיים ופסיכולוגיים אדירים. מחקרים מצביעים על החשיבות הרבה של תמיכה משפחתית. אך יש ראיות לכך שהתמיכה שנשים מעניקות לבני זוגן הלוקים בסרטן גדולה מזו שהן עצמן מקבלות מהם במצב מקביל.⁴⁸

מחלות כלי הדם במוח

זוהי סיבת המוות השלישית במעלה של נשים ישראליות; ב-1982 הגיעו שיעורי התמותה ממחלות

בין השנים 1975 ו-1986 ירד שיעור הפטירה של נשים ישראליות מסרטן השד: ירידה של 8% עבור כל הנשים, וירידה של 34% עבור נשים בגילאים 25-34; זאת בשעה שבארצות המערב, שיעורי פטירה של נשים מתוקננים לפי גיל, עלו עד כדי 45%. הירידה בישראל התחוללה למרות העלייה בגורמי סיכון ידועים, ולמרות הירידה בשיעור הצריכה של ירקות, פירות וסיבים. וסטין וריכסר משערים שהירידה נבעה מירידה פתאומית בשיעור המשקעים של קוסלי חרקים אורגאנוכלורייניים בחלב נשים ובחלב פרות, זאת בעקבות האיסור על שימוש בקוסלי חרקים אלה. מאיצים את פעולתם של תאים סרטניים בגוף.⁴⁹

מדיניות ילודה

הדאגה המתמדת של יהודים בישראל לנוכח שיעורי חילודה הגבוהים יותר של הערבים – "הבעיה הדמוגרפית" – והתנגדות המימסד החרדי היהודי לתכנון המשפחה, הולידו מדיניות המעודדת ילודה (של יהודים), כולל הגבלה של הפלות, מענקי לידה, סובסידיות לדירור ותמיכות רבות אחרות למשפחות "ברוכות ילדים".

בשנות ה-50 הכריזה הממשלה על פרס כספי לילד עשירי במשפחה – ואולם ב-1959, משהתברר כי הזכות הן בעיקר ערביות, בוטל הפרס בצנעה. ב-1967 הקים ראש הממשלה דאז, לוי אשכול, מרכז דמוגרפי שמטרתו לעודד ילודה.⁷⁵ רשת ארצית של תחנות טיפת חלב מעניקה טיפול זול לאמהות, לפני הלידה ולאחריה. הפרייה חוץ גופית – שירות מתוחכם ויקר – מוצע לנשים נשואות שלא הצליחו להכנס להריון במשך שנה לפחות. בישראל יש לא פחות מ-20 מרכזים להפרייה חוץ גופית – השיעור הגבוה בעולם יחסית לאוכלוסייה. בארצות הברית, לדוגמה, יש רק מרכז אחד לכל 4 מיליון תושבים.⁷⁶ לעומת כל אלה בולטים בדלותם האמצעים המוקדשים לתכנון המשפחה. מרפאות לתכנון המשפחה אינן חלק ממוסד של מערכת הבריאות; קופות החולים אינן נותנות החזר של הוצאות על אמצעי מניעה.

למרות זאת, שיעור הילודה בקרב יהודים ירד בצורה חדה, בעיקר בגלל הירידה בשיעור הילודה של נשים מזרחיות – מ-6.3 ילדים בממוצע ב-1950 ל-4.0 ב-1970 ולקרב ל-3.0 כיום. אצל נשים אשכנזיות, שיעור הילודה היה יציב למדי בשנות ה-80, ועמד על 2.8, לערך. נראה שבשנות ה-50 וה-60 נבלם שיעור הילודה בקרב יהודיות על-ידי הפלות, בהעדר אמצעי מניעה יעילים. לעומת זאת, אצל נשים מוסלמיות חלה באותן שנים עליה בילודה, הודות לשיפור בשירותי הבריאות ולירידה בתמותת התינוקות.⁷⁷

הפסקת הריון

מחקרים שנערכו בשנות ה-70 גילו שזוגות יהודיים עושים שימוש באמצעי מניעה בלתי-יעילים, יחסית, ומסתמכים על הפלות בעת הצורך.⁷⁸ באותה תקופה נערכו כעשרים עד שלושים אלף הפלות בשנה, דהיינו הפלה אחת לכל שתי לידות חי.⁷⁹ רופאים ביצעו אז במרפאותיהם הפלות דרך שגרה. התחזית לשנים הבאות היא של עליה במספר ההפלות, כתוצאה מן העליה מארצות חבר העמים, שכללה, ב-91-1990 כ-90,000 נשים בגיל הפוריות. לאור העובדה שעולים אלה מעדיפים מספר ילדים קטן במשפחה, ולאור קשייהם הכלכליים הנוכחיים, אין זה סביר שישגלו לעצמם את נוהגי הילודה הרווחים בישראל. לפי אומדן אחד תגיע העליה במספר הפניות להפלות לכדי 30%.⁸⁰

תכנון המשפחה

נשים המעונינות באמצעי מניעה פונות בדרך כלל לרופאי נשים בקופות החולים; הללו נוהגים לרשום גלולות לנשים שעדיין לא ילדו, ולהתאים התקן

אלה ל-165/100,000 אצל ישראליות ערביות ול-119/100,000 אצל ישראליות יהודיות. (רי טבלה למטה). לחץ דם גבוה, הנפוץ אצל נשים יותר מאשר אצל גברים, הוא גורם סיכון מרכזי, בייחוד אצל נשים ערביות, ששיעורי הפטירה אצלן גבוהים במיוחד, וכן אצל נשים מזרחיות.⁸¹ לחץ דם גבוה קשור לתזונה המבוססת על שומנים ועל סוכרים, וכן עם לחץ נפשי. ייתכן והוא קשור גם לגורמים תורשתיים.⁸²

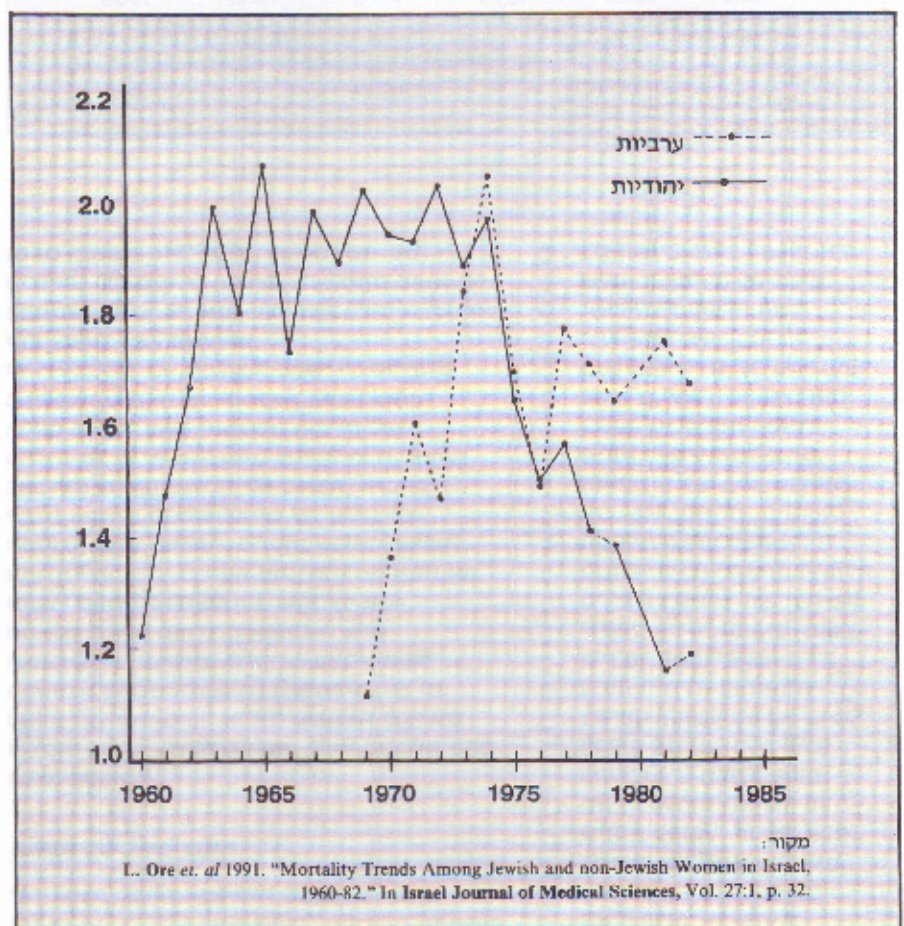
אלימות

אלימות הוכרה זה מכבר כגורם חשוב בכל הנוגע לרמת הבריאות של נשים. הבית הוא הזירה הנפוצה ביותר של אלימות נגד נשים. ב-1991 נרצחו 35 נשים בידי גברים. פרשנים נוטים לייחס את עליית האלימות המפריץ, שבמהלכה מצאו עצמם גברים רבים "תקועים" בבתיהם. אכן, רבות מן התקיפות ארעו במהלך המלחמה או לאחריה, ואולם בדיקת נתונים לאורך שנים מראה על עליה רצופה באלימות נגד נשים. ב-1990 נרצחו 27 נשים, 22 מתוכן על-ידי בן משפחה. נשים רבות אחרות הן קורבן לתקיפה, אונס וגילוי עריות.

האגודה הישראלית למלחמה בסרטן מפעילה מרכזים לבדיקות שד. הפירסום שלהם מועט, וכך גם השימוש בהם.⁸³ ב-1981 ביקרו בהם רק 10% מן הנשים היהודיות בנות 20 ויותר; היו אלה בעיקר נשים משכילות יוצאות אירופה ואמריקה או ילידות ישראל.⁸⁴ רופאים בוגרי בתי-הספר לרפואה בישראל אינם מקבלים בדרך כלל במסגרת לימודיהם הכשרה מספקת לעריכת בדיקות שד.⁸⁵



שיעורי תמותה ממחלות כלי-דם במוח, מתוקננים לפי גיל אצל נשים יהודיות וערביות, 1960-1982



תוך רחמי לנשים שכבר ילדו. הרופאים אינם נוטים להציג בפני הפונות את מגוון האמצעים הקיימים. לרוב הם אף לא מכירים אותם. רופאי הנשים בישראל מגלים העדפה ברורה כלפי גולות והתקנים תוך רחמיים על פני שיטות חסימה. אמצעי מניעה אינם נחשבים לשירות חיוני; על הנשים הפונות לשלם מכיסן עבור גולות ועבור התאמת ההתקן התוך רחמי. נשים היכולות להרשות זאת לעצמן פונות לרופאים פרטיים, מתוך הנחה שהשירות שיקבלו יהיה טוב יותר; אלא שגם אצל אלה הן אינן מקבלות, לרוב, מידע על האלטרנטיבות השונות או על מידת ההתאמה של כל אחד מאמצעי המניעה לצרכיה של כל אשה ואשה.

בשנות ה-70 המאוחרות ושנות ה-80 המוקדמות הוקמו מספר שירותים לתכנון המשפחה, ביוזמתם של מחלקות לבריאות הציבור של רשויות מקומיות, תחנות טיפת חלב, בתי-חולים וארגונים פרטיים, בעיקר בערים הגדולות. בירושלים, שירותי תכנון משפחה מוצעים על-ידי 10 מתוך 30 תחנות טיפת חלב המופעלות על-ידי העירייה, ובתל-אביב קיימים 6 מרכזים. ואולם שירותים אלה אינם אלא "מרפאות להתקנת התקן תוך רחמי". בכמה מבתי החולים הגדולים יש מרפאות לתכנון המשפחה; דבר קיומם אינו ידוע, לרוב, לציבור

הרחב. שירותי תכנון משפחה ניתנים גם על-ידי מספר עמותות. ביישובים הערביים בגליל ניתן לקבל התקן תוך רחמי ושירות מעקב כחלק מן השירות השגרתי שמקבלות אמהות בתחנות טיפת חלב. דבר קיומו של ההתקן מובא לידיעת האמהות בעת ביקורן הראשון, לפני הלידה, ושבים ומזכירים להן אותו בעת הביקור הראשון לאחר הלידה. לעתים, במקרים של אמהות למספר רב של ילדים או נשים שביצעו לידה קיסרית ממליצים על קשירת התוצאות—המלצה שאינה מושמעת בפני נשים יהודיות. טיפול פוריות אינו נחשב לחלק מן השירות.

בחדר מרפאות עם רופאים מומחים, פונות נשים ערביות רבות לרופאים במרפאות חוץ של בתי חולים. אלא ששם הרופאים הם לרוב גברים יהודים, דבר הגורם לכך שמרבית הביקורים מסתיימים בבדיקה מכאנית של איברי הרבייה, ותו לא.

נשים ברפואה

מספר הנשים המתקבלות לבתי-ספר לרפואה מצוי בסימן עליה; יחד עם זאת, הן עדיין מהוות מיעוט בתחומים היוקרתיים והמשתלמים ביותר של הרפואה. (ר' טבלה למטה). ■

הסדרי ההפלות שהיו נהוגים בעבר קיבלו גושפנקא רשמית ב-1977, בעקבות תיקון לחוק ההפלות שאיפשר הפסקת הריון אם היא נערכת במוסד מוכר ואם היא אושרה על-ידי ועדה להפסקת הריון. ועדות אלה, המורכבות מרופאים מומחים ומעובדות סוציאליות, הוסמכו לאשר הפלות במקרים הבאים: א. האשה בת פחות מ-17 או יותר מ-40; ב. ההריון הוא תוצאה של אונס, גילוי עריות או יחסים מזוהזז לנישואין; ג. קיים חשד שהעובר הוא בעל מום פסי או שכלי; ד. המשך ההריון עלול להסב נזק רגשי או גופני לאשה; ה. להריון עלולות להיות השלכות שליליות על האשה או על משפחתה מסיבות חברתיות, כולל מספר הילדים במשק הבית. הסכם קואליציוני בין הליכוד למפלגות הדתיות הביא בשנת 1980 לביטול סעיף ה', "הסעיף הסוציאלי", אך לא היה בכך כדי להפחית את מספר ההפלות החוקיות—17,000–14,500 מדי שנה, דהיינו, כ-15–17 ל-100 לידות חי—שיעור שלא השתנה מאז שנות ה-70 המאוחרות.⁸¹

אחוז הנשים בבתי-הספר לרפואה בישראל

שנה	סך הכל הסטודנטים	% הנשים
1969	168	24%
1975	203	29%
1984	277	35%
1989	365	46%

מקור: נוצר, נ. 1992. "כניסת נשים לפרופסיה—איזו השפעה תהיה לה על הרפואה בישראל?" בתוך: אבגר, א. (עורכת), **בריאות נשים בישראל: הליכי רב-שית.** ירושלים: שדולת הנשים בישראל.

אחוז הנשים בתחומי ההתמחות השונים, 1989

התמחות	סך כל הסטודנטים	% הנשים
רפואה פנימית	899	29%
כירורגיה	376	13%
פסיכיאטריה	279	46%
גינקולוגיה	278	19%
רפואת ילדים	384	36%
רפואת משפחה	250	44%

מקור: נוצר, נ. 1992. "כניסת נשים לפרופסיה—איזו השפעה תהיה לה על הרפואה בישראל?" בתוך: אבגר, א. (עורכת), **בריאות נשים בישראל: הליכי רב-שית.** ירושלים: שדולת הנשים בישראל.

צמיחת הרפואה הפרטית

מהוצאות הממשלה לבריאות, בעוד שהאוצר מימן את שני השלישים הנותרים; ב-1988 הנהפכו היוצרות: הוצאות האוצר על בריאות ירדו ב-50%⁸⁶.

חלקה של הרפואה הפרטית בהוצאה הלאומית לבריאות עלה מ-18.1% ב-1970/71 ל-18.7% ב-1980/81 ול-22.2% ב-1987/88. ההוצאה הבודדת הגבוהה ביותר היתה על רפואת שיניים - 12.7% מן ההוצאה הלאומית לבריאות; סעיף ההוצאה על רופאים פרטיים עלה מ-2.6% ב-1980/81 ל-4.5% ב-1987/88.⁸⁷ מספר מקבלי הטיפול (בעיקר כירורגים) בבתי-חולים פרטיים עלה מ-5,138 ב-1981 ל-20,611 ב-1986.⁸⁸

ההוצאה על בריאות קשורה לרמת ההכנסה: משקרי-בית בעשירון העליון מוציאים על בריאות פי 4 ויותר ממשקרי-בית בעשירון התחתון. (רי טבלה למטה) בפועל, ההבדלים גדולים עוד יותר, שכן במשקרי-הבית בעשירונים התחתונים מספר נפשות גדול יותר.

הפרטה של שירותי בריאות ציבוריים

שירותי הבריאות הציבוריים עוברים תהליך של הפרטה. בעבר, קופות החולים מכרו לחבריהן תרופות במחיר סמלי; כיום, מחירן של למעלה ממחצית התרופות גבוה יותר בקופות החולים של ההסתדרות מאשר בבתי-מרקחת פרטיים.⁸⁹ שירותים שבעבר ניתנו בחינם, כגון אמבולנס, בדיקות מעבדה וביקור בחדר מיון בבית חולים כרוכים היום בתשלום. יש גם שירותים המסופקים על-ידי קבלנים, כגון אמבולנסים ובתי-חולים סיעודיים.

השריפ, שירות רפואי פרטי, הוא דוגמה נוספת של מגמת ההפרטה. ראשית השריפ בשלושה בתי-

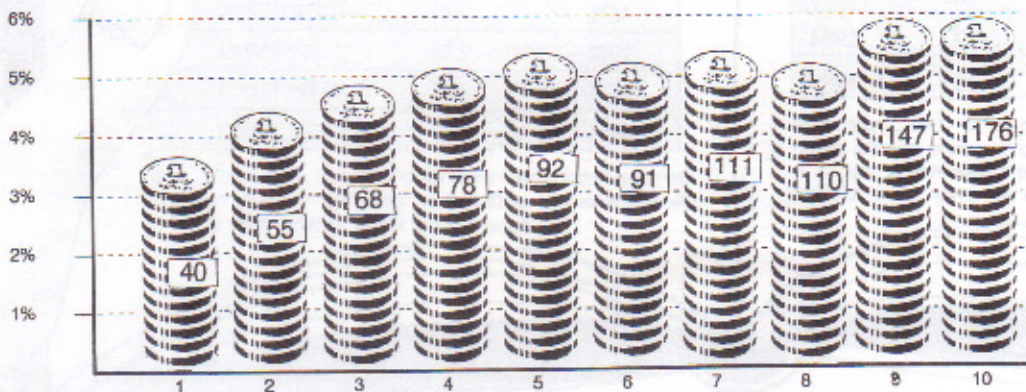
השפע הכלכלי שבא בעקבות מלחמת ששת הימים הרחיב את שורות המעמד הבינוני, וביסס עוד יותר את הישראלים שהשתייכו אליו ואל המעמד הגבוה עוד לפני המלחמה. העלייה הכללית ברמת החיים לוותה בביקוש גובר למוצרי צריכה ולשירותים, וביניהם שירותי בריאות. ביקוש זה מצא לו מענה, אם בדמותה של קופת חולים מכבי, שבניגוד לקופת החולים של ההסתדרות מאפשרת בחירה של רופאים, ביקור לפי הזמנה במקום המתנה בתור, ביקור אצל רופא מומחה ללא הפנייה מרופא כללי, ושירותים נלווים יעילים יותר; ואם בדמותה של רפואה פרטית, שעלתה ופרחה בשנות השמונים, והכוללת מרכזים רפואיים, מכונים, בתי-חולים סיעודיים, שירותי אמבולנס ורפואה אלטרנטיבית. בשנות ה-80 הועבר חלק מעול המימון של שירותי הבריאות מן הממשלה אל האזרחים: בצד ירידה בהוצאות הממשלה על בריאות חלה עלייה בהוצאות של משקי הבית. לא רק העשירים משלמים יותר, אלא גם בעלי ההכנסות הנמוכות: ההשתתפות הישירה של הממשלה במימון קופת חולים הכללית, המספקת יותר מכל קופה אחרת שירותים לאלה האחרונים, ירדה מ-30% בשנת 1978/79 ל-2% בשנת 1987/88,⁹⁰ דבר שגרר העלאה בדמי החברות בקופה.

העלייה בהוצאה הלאומית לבריאות, מ-5.5% מן התל"ג ב-1962/63 ל-7.8% מן התל"ג ב-1989/90,⁹¹ מוסברת על-ידי העלייה בהוצאות של משקי בית ושל מלכ"רים. ב-1984/85 הגיע חלקם של משקי הבית בהוצאה הלאומית לבריאות ל-31.9%; חמש שנים מאוחר יותר, ב-1989/90, עלה השיעור ל-48%. באותה שנה הגיע חלקם של הממשלה ושל הרשויות המקומיות ל-47%, בהשוואה ל-53.6% ב-1973/74 ול-52% ב-1984/85.⁹² ב-1977 כיסה המס המקביל שליש

כיון שיש קשר ברור בין הוצאות על רפואה פרטית ובין רמת הכנסה, ברור הוא שככל שעול ההוצאות עובר אל משקי-הבית, כן ילך ויגבר אי-השוויון במתן שירותי הבריאות. בין השנים 1979/80 ו-1986/87 גדל חלקן של ההוצאות על בריאות בתקציב משקי-הבית, מ-4.2% ל-5.2%. העלייה הגדולה ביותר היתה בסעיפים הבאים: ביקור אצל רופא פרטי, טיפול בראייה, בתי-הבראה, תרופות ואביזרים רפואיים.⁹³



הוצאות חודשיות של משקי-בית על בריאות, לפי עשירוני הכנסה, 1986/87



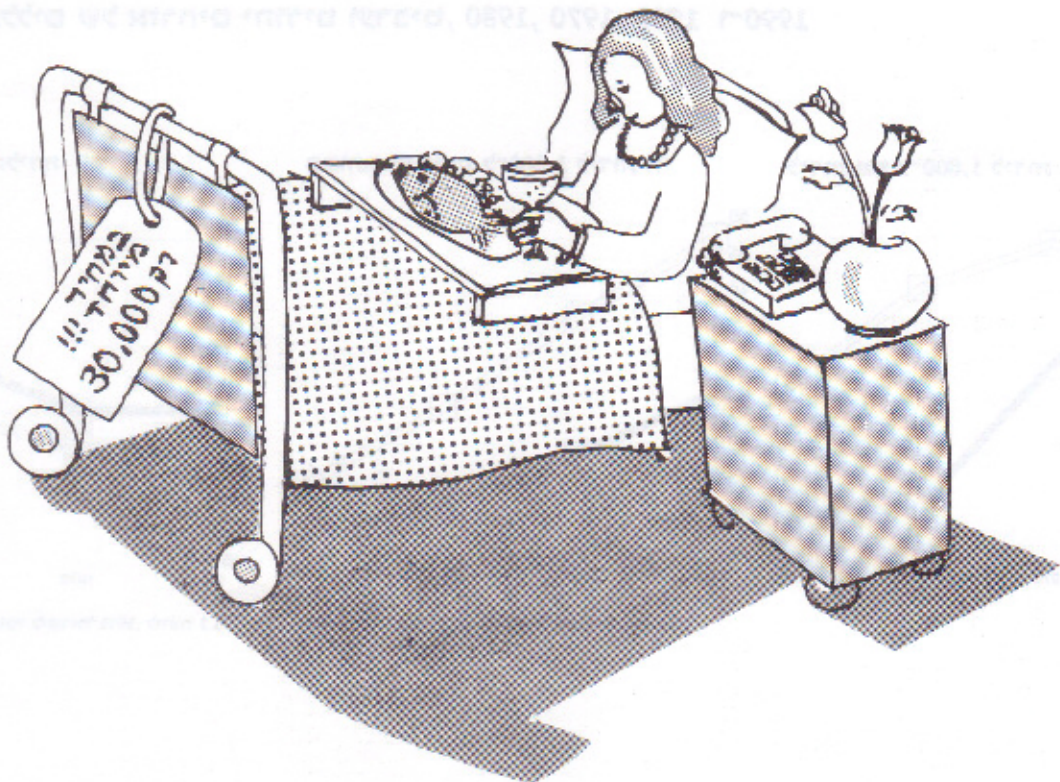
מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 1991, לוח 11.1.
הערה: ההוצאות משולות לשקל הקרוב ביותר.

חולים ירושלמיים, כמסגרת המאפשרת לרופא לקבל לקוחות פרטיים בבית החולים ולטפל בהם תוך שימוש בצידור הרפואי של המוסד. בתי החולים גובים את התשלום עבור הרופאים, ומנכים ממנו מסים ודמי שירות במתקנים.

השר"פ הוא נסיון לווסת את השוק השחור המתפתח ברפואה, כאשר לקוחות משלמים לרופאים מתחת לשולחן כדי שיקדמו אותם בתור ויטפלו בהם אישית. משרד הבריאות מתכנן להנהיג את השר"פ בבתי חולים ברחבי הארץ. השאלה המתבקשת היא כיצד משפיעה מגמת ההפרטה על עקרונות הצדק והשוויון בכל הנוגע למתן שירותי בריאות. במרבית המדינות הדמוקרטיות ממומנים שירותי הבריאות על ידי הממשלה ומשקי הבית, במשותף. חלקה של הממשלה מצביע על מחויבות לספק לאזרחים שירותי בריאות אותם לא היו מקבלים אילו היו אלה נמכרים ככל סחורה אחרת בשוק החופשי; הירידה המסתמנת בחלקה של הממשלה בהוצאות הבריאות מצביעה על נסיגה ממחויבות זו. הסובסידיה לבריאות מהווה, בפועל, העלאה של הכנסת העשירונים הנמוכים, ובדרך זו היא תורמת להגברת השוויון בחברה; ההפרטה מסמנת מגמה הפוכה.

תוצר אחר של ההפרטה הוא "נטילת השמנת", דהיינו, ההתמקדות של שירותי הבריאות (הפרטיים או המופרטים) בטיפולים הקלים ובלקוחות המסוגלים לשלם, תוך הזנחה של הטיפולים הקשים ושל לקוחות המתקשים לשלם⁹²—למשל, העליה במספר הניתוחים הפלאסטיים ובשימוש בצידור רפואי מתוחכם ויקר, ולצידה ההזנחה של השירותים הסיעודיים לקשישים. שובל מציינת כי "ההפרטה נושאת בחובה את הסכנה הפוטנציאלית של היווצרות מערכת רפואית בת שתי מדרגות, שבה השירותים האיכותיים והציוד היקר יתרכזו במגזר הפרטי, מתוך תקווה לרווח כספי גדול יותר"⁹³. דורון טוען כי אחד היעדים הבלתי מפורשים של הממסד הפוליטי-כלכלי בישראל הוא שההפרטה תסייע בביסוס היתרונות שהשוק החופשי מעניק לשכבות העליונות של החברה, המוכנות ומסוגלות לשלם, על חשבון איכות השירותים שיינתנו לשכבות הבינוניות והנמוכות. כיון שההפרטה כרוכה בהפיכתם של שירותים שנבנו באמצעות הון ציבורי מקומי ותורמות מחו"ל לגישים יותר לשכבה המבוססת, יש בכך כדי לגרום לירידה במידת השוויון החברתי. "יהיו המניעים אשר יהיו, ברור הוא שהפרטתם של שירותי הבריאות הציבוריים נוטה להיטיב עם המבוססים. ■

ב־1 בינואר 1992 החל תהליך תיאגוד של 5 בתי חולים ממשלתיים: תל-השומר, רמב"ם, נהריה, אסף הרופא ואיכילוב. החמישה יאורגנו מחדש כתאגידים החייבים לשאת את עצמם. יש סכנה כי בעקבות התיאגוד, השאיפה לרווחיות תגבר על עקרון הצדק והשוויון ותגרום להעדפה של שירותים ושל לקוחות מכניסים על-פני שירותים ולקוחות המכניסים פחות.



עבר והווה: האם הפערים מצטמצמים?

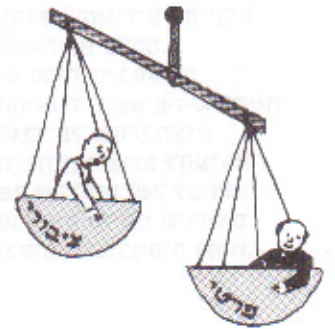
שיעור תמותת התינוקות ירד מ-48.0 ל-14.6, ותוחלת החיים עלתה מ-69.5 ל-74.3 – תוספת של 4.5 שנות חיים.

את השיפור הכללי שחל מאז הקמת המדינה בשיעור תמותת התינוקות ובתוחלת החיים ניתן לייחס לשיפורים בתזונה ובהיגיינה ולהרחבת של שירותי הבריאות הראשוניים. כל אלה הם תהליכים שוויוניים, יחסית, בטבעם. גורם נוסף הוא העלייה הכללית ברמת החיים.

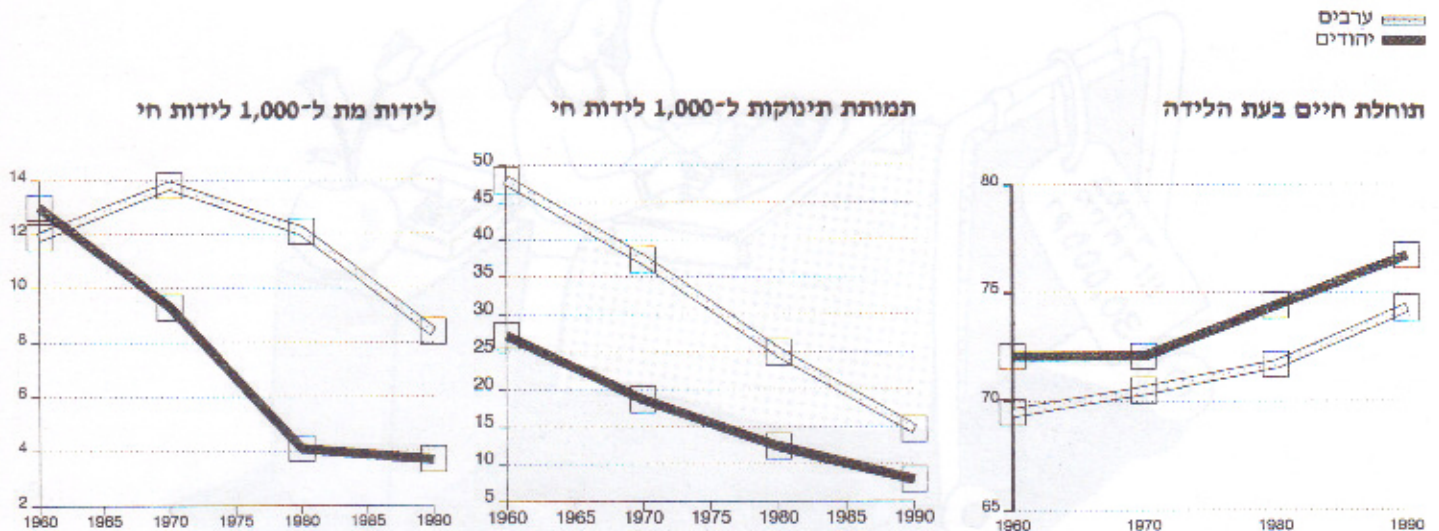
ואולם בשנות ה-80 חל מפנה בכיוון של התרחקות ממדיניות בריאות המבוססת על עקרונות הצדק והשוויון. דוגמאות לכך הם ההשקעות הגוברות בטכנולוגיה רפואית מתוחכמת ויקרה ובבתי חולים, כמו גם מדיניות ההפרטה. מפנה זה עלולה להוביל להרחבת ההבדלים המעמדיים ברמת הבריאות, וכתוצאה מכך לפערים גדלים בתוחלת החיים ובאיכות החיים. ■

האם נעה מערכת הבריאות הישראלית בכיוון היעד שהוצב עלידי ארגון הבריאות העולמי, "בריאות לכל בשנת 2000"?

בדיקת מדדי הבריאות העיקריים – שיעור תמותת התינוקות, שיעור לידות המת ותוחלת החיים בעת הלידה – מעלה כי בכל אלה חל שיפור, הן אצל יהודים והן אצל ערבים (רי טבלה למטה). אצל יהודים, תמותת התינוקות ירדה מ-27.2 ל-1,000 לידות חי ב-1960 ל-7.9 ב-1990; לידות מת ירדו מ-13.0 ל-1,000 לידות חי ב-1960 ל-3.7 ב-1989; תוחלת החיים עלתה באותו פרק זמן מ-72.1 שנים ל-76.7 שנים – תוספת ממוצעת של 4.6 שנות חיים. מצב הבריאות של הערבים בישראל השתפר גם הוא, אך הפערים בין שתי הקבוצות בכל הנוגע לתמותת תינוקות ולתוחלת חיים נשארו כשהיו, ואילו הפער בשיעור לידות מת התרחב: הירידה בשיעור לידות המת היתה מ-11.9 ל-8.4 – בחשוואה לירידה כפולה בגודלה אצל היהודים.



מדדי בריאות כללים של אזרחים יהודים וערבים, 1960, 1970, 1980, ו-1990



מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 1991, לוחות 3.1 ו-3.24. התונים עבור 1960: למ"ס, 1980. החברה בישראל.



(לפני פירוקה) ושל מרוקו. ואולם היתרון היחסי בתוחלת חיים בעת הלידה של הנשים בישראל נמוך באורח ניכר מזה של נשים בארצות מפותחות אחרות: בישראל, לנשים יש יתרון של 3 שנים – פחות ממחצית היתרון שיש לנשים על פני גברים באותן ארצות. שיעור תמותת התינוקות בישראל היה ועודנו נמוך מן הממוצע האירופי. ב-1970 היה שיעור תמותת התינוקות בישראל גבוה מזה של הולנד, בריטניה ודנמרק; ואולם מאז הוא ירד בקצב מהיר יותר מזה של ארצות אלה. (רי טבלה בעמוד הבא). תמותת התינוקות בישראל נמוכה בהרבה מזו שבארצות ערב. תוחלת החיים בישראל היא אחת הגבוהות באזור האירופי של ארגון הבריאות העולמי, אליו משתייכת ישראל. ■

ישראל משתווה לארצות אירופיות ועולה על ארצות בעולם השלישי, וביניהן ארצות ערב, בכל הנוגע למדדים מקובלים של רמת שירותי בריאות, כגון מספר רופאים, אחיות ורופאי שיניים יחסית לאוכלוסייה. בשנים 1980-87 היו נתונים של ישראל גבוהים מן הממוצע האירופי. ישראל – יהודים וערבים כאחד – מצטיינת בתוחלת חיים גבוהה יותר מזו של ארצות ערב ובשיעור תמותת תינוקות נמוך משלהן. (רי טבלה למטה). תוחלת החיים הממוצעת של כלל הישראלים – 76 שנים ב-1989 – והעליה בתוחלת החיים מאז 1970 היו גבוהות יותר מאלה של רבות מן החברות האירופיות בארגון הבריאות העולמי. נתונים של ישראל דומים לאלה של ארצות כגון הולנד, דנמרק, ואירלנד, וגבוהים מאלה של ברה"מ

רופאים, אחיות ורופאי שיניים ל-100,000 תושבים באזור האירופי של ארגון הבריאות העולמי ובארצות נבחרות אחרות, 1980-1987

רופאים	אחיות	רופאי שיניים	ארצות
278	392	41	אירופה 1980-83
214	830	59	ארצות הברית 1984
224		49	הולנד 1985
164	325	31	בריטניה 1981
151	492	53	יפן 1984
251	561	88	דנמרק 1984
147	715	32	אירלנד 1984
21	95	2	מרוקו 1987
77	112	22	סוריה 1987
20	27		מצרים 1985
55	58	9	עירק 1987
114	99	24	ירדן 1984
290	360	71	ישראל 1983

מקור: WHO, 1986. Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000, Seventh Report, Volume 5, European Region, Geneva; WHO, 1988 World Health Statistics, Geneva. Tables 2-5, pp. 46-62; 1990. U.N. Statistical Yearbook for Asia and the Pacific. Bangkok, pp. 183 and 199

הערות: הנתון עבור ירדן כולל מיילדות.

תמותת תינוקות ותוחלת חיים בעת הלידה באיזור האירופי של ארגון הבריאות העולמי ובארצות נבחרות אחרות, 1965-1974 ו-1985-90

ארץ	תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי		תוחלת חיים בעת הלידה	
	1985-1990*	1970	1985-1990*	1965-1972*
תאיזור האירופי	...	49.3	...	69.4
ארצות-הברית	19.8	10.0	76.0	70.8
ברית-המועצות (לפני הפירוק)	24.4	24.9	69.1	69.0
יפן	13.1	5.0	78.0	71.7
הולנד	12.7	6.8	77.1	73.5
בריטניה	18.5	9.0	75.5	71.7
דנמרק	14.2	8.3	75.1	73.4
אירלנד	19.5	9.2	74.4	70.6
מרוקו	140.0	82.0	61.0	52.9
מצרים	...	65.0	59.0	52.7**
סוריה	...	48.0	65.0	...
עירק	...	69.0	64.0	51.6
ירדן	...	44.0	66.0	...
ישראל – יהודים	18.7	7.9	76.7	72.1
ישראל – ערבים	37.3	14.6	74.3	70.5

מקורות:

For Israel: CBS. *Statistical Abstracts of Israel* 1991. Table 3.1, pp. 104-108 and 3.24, p. 138. For other countries.: WHO. 1986. *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000. Seventh Report, Volume 5, European Region*, Geneva. Table 2, p. 223; Table 3, p. 224; WHO. 1991. *1990 World Health Statistics Annual*. Geneva. pp. 104-109; U.N. 1991. *1989 Demographic Yearbook*. New York. Table 15, pp. 342-346; Population Division of the Department of International Economic and Social Affairs, U.N. Secretariat. "U.N. World Population Chart 1990"; U.N. 1972. *1971 Demographic Yearbook*. New York. Table 28, pp. 668, 671, 669. and Table 34, pp. 754, 756, 746, 756; UN 1972 *Demographic Yearbook*. Table 21, p. 505.

* נתון אחרון או ממוצע.

** נתון עבור מצרים הוא לשנת 1960.

מבט אל העתיד

בשנות ה־90 תמשכנה ככל הנראה מגמת ההתרחבות של הרפואה הפרטית ומגמת ההפרטה של שירותי בריאות ציבוריים, אם באמצעות העסקת קבלנים ואם באמצעות התיאגוד. תמשך גם מגמת העליה בהוצאות משקי הבית על בריאות: החלטתן של קופות החולים מחודש פברואר 1992 לגבות דמי ביטוח משלים עבור סדרה של שירותים מהווה המחשה ברורה של מגמה זו.

בעשור הנוכחי יימשכו גם ככל הנראה מגמת החשקעה בטכנולוגיה רפואית מתוחכמת, הן במגזר הציבורי והן בזה הפרטי, כמו גם השימוש הגובר של בעלי האמצעים בטכנולוגיה זו. סל הביטוח הבסיסי של קופות החולים לא יכלול, ככל הנראה, שירותים כאלה.

הרפואה המונעת תמשיך, ככל הנראה, לתפוס מקום שולי במערכת שירותי הבריאות. המגמות הנוכחיות מצביעות על כך שבתיהחולים ימשיכו להנות מהזרמה של מרבית ההון, ציבורי ופרטי כאחד. לעומת זאת ישולם רק מס שפתיים להתמודדות עם גורמי סיכון סביבתיים כגון זיהום אוויר ומים ועם גורמי סיכון הנובעים מאורח חיים, כדוגמת תזונה, עישון ומיעוט פעילות גופנית.

אין סימנים לכך שמעורבות קהילתית בנושאי בריאות תזכה לעידוד מימסדי. עם הצטרפותה לאיזור האירופי של ארגון הבריאות העולמי ב־1985, התחייבה ישראל לנסח תכנית בריאות ממלכתית שתהלום את רוח התכנית "בריאות לכל בשנת 2000". מטרתה הראשונית של התכנית היתה מימוש עקרון הצדק וחשויון בשירותי בריאות, ואחד האמצעים הראשיים המומלצים לשם כך הוא הגברת המעורבות של הקהילה. "בהקשר זה בולטת העובדה שבצוות החשיבה לגיבוש מסמך "קווים למדיניות בריאות לאומית לטווח ארוך", שמנה 63 חברים, היו רק שני אנשי רפואה ערבים, שניהם פקידים של משרד הבריאות (הערבים מהווים 18% מאוכלוסית ישראל). פניות חוזרות ונשנות מצד ועדת המעקב לענייני בריאות של ועד ראשי הרשויות המקומיות הערביות להשתתף בדיוני הוועדה נענו בשלילה.

נכון להיום אין התחייבות מפורשת של הממשלה לממש את עקרונות הצדק וחשויון ברפואה. תכנית הבריאות הממלכתית במסגרת "בריאות לכל בשנת 2000" אינה עוסקת בתנאי היסוד שהותו על ידי ארגון הבריאות העולמי, שחלק מהם, כדוגמת מערכת ביוב יישובית, לא מומשו עדיין ברבים מן היישובים הערביים. תכנית הבריאות הממלכתית מכירה אמנם בקיומם של פערים חברתיים־כלכליים וגיאוגרפיים ואף ממליצה על ארגון מחדש של מערכת הבריאות על פי קווים איזוריים,¹ אך נראה שבתנאים של הפרטה גוברת של שירותי הבריאות, איזורי הפריפריה יתקשו לגייס את המשאבים הדרושים לפיתוח שירותים ולגיוס כוח אדם.

ועדת נתניהו שמונתה ב־1988 כדי לבדוק את תפקוד מערכת הבריאות בישראל לא התייחסה לשאלת החשויון בשירותים לקבוצות מקופחות ולקבוצות מיעוט; נושאים אלה לא נכללו בדו"ח שלה שפורסם ב־1990, ואשר שימש מאוחר יותר בסיס ליוזמות בתחום מדיניות הבריאות.

נשים השתתפו אמנם בגיבוש התכניות של ארגון הבריאות העולמי ושל הוועדות הממשלתיות בישראל, ואולם צרכי הבריאות המיוחדים שלהן אינם מוזכרים בתכניות עצמן. ■

- Westin, J. and Richter, E. 1990. "The Israeli Breast-Cancer Anomaly." In *Trends and Cancer Mortality in Industrial Countries*. New York: The New York Academy of Sciences.
- Schonbrun, M. 1987. *Reporting Breast Symptoms in a Jerusalem Hospital*. Thesis for the Degree of Masters in Public Health, California State University, Northridge, California; Klein, M. and Jedit, Ch. 1981. "The Israel Cancer Association's National Program for the Early Detection of Breast Cancer." in *Israel Journal of Medical Science*. Vol 17-9-10, pp. 822-826.
- Shuval, 1990.
- Schonbrun, op. cit.
- Howard, J. 1987. "Using Mammography for Cancer Control: An Unrealized Potential" in *Cancer Journal for Clinicians*. Vol 37. pp 38-48.
- פרץ, שם.
- Petersson et al. 1985. "Evaluation of Screening for Cervical Cancer in Sweden: Trends in Incidence and Mortality 1958-1980." In *International Journal of Epidemiology*. Vol. 14:4, p. 521.
- פרץ, שם.
- Ore et al. op. cit.
- Reiss, op. cit.
- Hazelton, L. 1977. *Israeli Women: The Reality Behind the Myth*. New York: Simon and Shuster; Avgar, A. 1985. *Integrating Work and Family Role*. Doctoral Thesis, Hebrew University, Jerusalem.
- לנדא, ר. "האשה במעגל הפריון". בתוך אבגר, א. (עורכת). **בריאות נשים בישראל**. הליכי רב-שית. ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
- Salzberger et al. 1991. *Patterns of Contraceptive Behavior Among Jerusalem Women Seeking Pregnancy Counseling: 1980-1989*. Jerusalem.
- Nadel-Shneor, O. et al. 1971. "The Influence of Selected Demographic Attributes on the Use of Contraceptive Methods." In *Harefuah*. April; Friedlander, D. 1973. "Family Planning in Israel: Rationality and Ignorance." In *Journal of Marriage and the Family*. February. pp 119-124.
- Basker, E. 1980. *Belief Systems, Cultural Milieu and Reproductive Behavior: Women Seeking Abortion in a Hospital in Israel*. Ph.D. Dissertation. Jerusalem: Hebrew University.
- סבטאל, א. "העלייה מברא"ם לעבר - כמה הפלות נוספות בשטח התעסוקה" בתוך אבגר, א. (עורכת). **בריאות נשים בישראל**. הליכי רב-שית. ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
- למיס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1990**. לוחות 3.25 ו-3.26.
- סבירסקי, שם.
- Rosca, B. 1989. "The Public-Private Mix: Israeli Health Care." Jerusalem: Brookdale Institute Research Report, pp. 15-17. (הערה: 24% איתו כולל סיכסוך בלתי ישיר, כדוגמת הנחות בתשלומים עבור שירותי אישפוז בבתי חולים משולבים, ואי כולל את כספי המס המקביל יש הסתעוים כי חסם המקביל הוא למעשה חלק מהמסוים של הממשלה).
- למיס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991**. לוח 24.1.
- שם.
- Rosen, 1989. pp. 18-19.
- למיס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991**. לוח 24.1.
- Ministry of Health. 1990. "Health and Health Services—Israel 1990." Jerusalem, p. 82.
- Shuval, 1992.
- דרון, א. 1989. "הפרטה של שירותי הרווחה: זירת מאבק חדשה על דמותה של החברה הישראלית". **בסחון סוציאלי**, מס' 34.
- שאר, י. 1988. "זיקות ההוצאה הציבורית במיגור הבריאות לחכמת המשפחה והשפעתה על התחלקות ההכנסות". **בסחון סוציאלי**, מס' 32.
- דרון, שם.
- Shuval, 1992.
- דרון, שם: עמ' 31-32.
- WHO. 1985. *Targets for Health for all*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- משרד הבריאות. 1989. **קווים למדיניות בריאות לאומית לסווח אורך בישראל**.
- אל חאני, מ. ורונופלד, ח. 1990. **השלטון המקומי הערבי בישראל**. גבעת חביבה, המכון ללימודים ערביים.
- Lusky, A. et al. 1990. *Socio-Demographic Characteristics of Infant Mortality Among Minority Populations in Israel*. National Task Force for the Reduction of Infant Mortality, Health Services Research Unit, Ministry of Health. p. 11.
- Reiss, op. cit. p. 160.
- שם. עמ' 172-3.
- זורן, יונת. 1980. רכבת תחבורתית ביולי הכפר הערבי אעבלין בגליל המערבי. עבודת גמר לתואר מוסמך בבריאות הציבור של הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית וחדשה, ירושלים.
- סופר ואחרים. 1986. "שינויים האמנים בקרב פטיות ירדנים ובדואים בגליל, הרמפאה, סך 61 מס. 9.
- כטאנה, ח. 1986. **דברי הכנס הראשון על נושא בריאות המגזר הערבי**. נצרת (ערבית).
- אלדני, י. "לחיות חולה באום אל פחסי". **הארץ**. 11.11.91.
- Shuval, Y. et al. 1970. *Social Functions of Medical Practice*. San Francisco: Jossey Bass.
- וייל, ח. ללא תאריך. **שירותי רוחה לזקנים במגזר הערבי בישראל**. ירושלים: אל—האגודה לתכנון שירותים למען זקני ישראל.
- למיס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1990**. לוח 3.32.
- למיס. 1983. **סקר שימוש בשיטות בריאות 1981**. סדרת פרסומים מיוחדים 717; למיס. 1990. **סקר בני 60 ומעלה במשקי בית 1985**. בריאות ושימוש בשיטות בריאות. סדרת פרסומים מיוחדים 868. ירושלים.
- Doyal, L. 1985. "Promoting Women's Health." Address at Conference on Women's Health in a Changing Society. Adelaide.
- ולצברגר, ל. 1990. **קישור חברתי לאורך זמן: השפעתן של תשתיות מוגברות של הדמיוניות חברתיות על משפחות מקומיות**. עבודה לתואר דוקטור, בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- אמיר, ח. 1992. "גורמי תחלואה אצל נשים: תוצאות מחקר". בתוך אבגר, א. (עורכת). **בריאות נשים בישראל**. הליכי רב-שית. ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
- סבירסקי, ב. 1984. **בנות חוה, בנות לילית, על חיי נשים בישראל**. בעתים: המין השני, פרק 15.
- U.N. 1990. *The World's Women 1970-1990: Trends and Statistics*. UN Special Series K.
- אמיר, ד. 1991. "יורסי סיכון סוציו-תרבותיים לבריאות נשים: מחזור הפריון והרבייה". הרצאה שהוצגה בכנס שנערך על ידי שדולת הנשים בישראל: "האשה ובריאות: מדיניות, מחקר ומעשה".
- הענונים באדיבות ג'ר גינסברג, משרד הבריאות. Society for the Advancement of Women's Health Research. 1991. *Women's Health Research: Prescription for Change*. Annual Report. Washington, D.C. p. 4.
- Ore, L. et al. 1991. "Mortality Trends Among Jewish and Non-Jewish Women in Israel, 1960-82." in *Israel Journal of Medical Science*. Vol 27:1.
- צבעני, דן. 1991. "מחלות לב בקרב נשים". הרצאה שהוצגה בכנס שנערך על ידי שדולת הנשים בישראל: "האשה ובריאות: מדיניות, מחקר ומעשה".
- Kahn, S. 1990. *Annals of Internal Medicine*. April 15. Cited in "Is Heart Disease Overlooked in Women?" in "Digest of Research on Women's Health." Vol. 3:5. Newbury Port, Ma.: Skol Publications.
- Wingrad, D. 1982. "The Sex Differential in Mortality Rates—Demographic and Behavioral Factors." In *American Journal of Epidemiology*. Vol. 115:2, pp. 205-216; Waldron, L. 1986. "What Do We Know About Causes of Sex Differences in Mortality? A Review of the Literature." Department of International Economic and Social Affairs, U.N.
- למיס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1990**. לוח 24.17.
- פרץ, ת. 1992. "נשים וסרטן בישראל". בתוך אבגר, א. (עורכת). **בריאות נשים בישראל**. הליכי רב-שית. ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
- Ore et al. op. cit.
- Falk, F. et al. 1992. "Pesticides and Polychlorinated Biphenyl Residues in Human Breast Lipids and Their Relation to Breast Cancer." in *Archives of Environmental Health*. Vol 47:2 (March/April).
- משרד הבריאות. 1989. **קווים למדיניות בריאות לאומית לסווח אורך בישראל**. עמ' 8.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למיס). **שנתון סטטיסטי לישראל 1991**. לוחות 3.1 ו-3.24.
- Reiss, N. 1991. *The Health Care of the Arabs in Israel*. Boulder, Co: Westview Press, p. 111.
- שם. עמ' 88.
- שם. עמ' 124.
- שם.
- בראל, ו. ואחרים. 1991. "קטיונים ונשים הרות ללא כיסוח רפואי". **חברת ומדינה**. אפריל. כרך י"א (ד).
- Giraldes, M., et al. (eds.). 1991. *Socio-Economic Factors in Health and Health Care, Literature Review*. Brussels: Commission of the European Community.
- Westcott, C. et al. (eds.). 1985. *Health Policy Implications of Unemployed*. Copenhagen: WHO.
- למיס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991**. לוחות 11.4, 12.27, 12.21, 12.22. אחוז מעלי הצווארון תחלואה מורחב מלוחות 12.19 ו-12.18. השכלה של נשים: למיס. 1983.
- תמונת השכלות של תאגידות ושותפות דיבור. פרסום מסד מס' 10, לוח 1.
- למיס. 1990. **מאפיינים דמוגרפיים-חברתיים של תמותה וניקוח**. סדרת פרסומים מיוחדים מס' 871, עמ' xiv.
- Barrell, V. 1985. "Israel: The National Program for Reduction of Infant Mortality." In *Proceedings of the International Collaboration Effort on Perinatal and Infant Mortality*. Vol. 1. Hyattsville, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics; and Barrell et al. 1988. "Analysis of Geographic Differentials in Infant Mortality Rates. The Or Yehuda Community." In *American Journal of Epidemiology*. Vol. 128:1, pp. 218-230.
- למיס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991**. לוח 3.12.
- Ginsberg, G. 1991. "Standardized Mortality Ratios for Israel 1983-86." Jerusalem: Department of Data Analysis, Statistical Division, Ministry of Health.
- Shuval, 1992.
- משרד הבריאות. שם. עמ' 24.
- למיס. 1990. **סקר בני 60 ומעלה במשקי בית 1985**. בריאות ושימוש בשיטות בריאות. סדרת פרסומים מיוחדים מס' 868. לוח 17.
- Barrell, 1991, op. cit.
- Shuval, 1992.
- Shuval, Y. 1990. "Health in Israel: Patterns of Equality and Inequality." in *Social Science and Medicine*. Vol. 31:3, p. 293.
- Reiss, op. cit.
- Rosen, B. (ed.) 1991. "The Netanyahu Commission Report: Background, Contents and Initial Reactions." Jerusalem: JDC-Brookdale Institute and JDC-Israel, p. 3.
- אנודת חגלי: נתונים שלא פורסמו.
- Shuval, 1992.
- שם.
- משרד הבריאות. נתונים שלא פורסמו. חישובים שלנו.
- גרינברג, נפת. 1989. **הזמון לעצירת פיתוח**. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.
- Shuval, Y. 1990. p. 295.
- גרינברג, שם: עמ' 56-57.
- שם. עמ' 52.
- שם. עמ' 54-55.
- Shuval, 1992.
- משרד הבריאות. 1979. **פרופיל שירותי בריאות בישראל**. סקר השירותים הממנים והאמבולטוריים למי ישוב, 1978. ירושלים.
- Shuval, Y. 1990.
- שיתב, ש. 1990. **בדיקת שימוש בשרות ושיעור רצון של נשים הרות בשרות בריאות מניעתיים בתחנות לבריאות המשפחה אצל האוכלוסיה חלה יהודית בגבעת עכו**. עבודת גמר לתואר מוסמך בבריאות הציבור שהוגשה לבית הספר לבריאות הציבור של הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית וחדשה, ירושלים.
- אנודת חגלי. נתונים שלא פורסמו.

ציונים לשבח

הארגונים המוזכרים להלן פועלים למימוש עקרונות הצדק והשוויון במערכת הבריאות, להגברת היענותה של המערכת לצרכיהן של נשים ולהגברת הפעילות בתחום הסביבה.

אגודת הגליל – ארגון קהילתי שהוקם ב-1981 על-ידי אנשי רפואה ערבים. האגודה פועלת לצימצום הפערים בשירותי בריאות בין ערבים ויהודים בישראל.

ועדת הבריאות של שדולת הנשים – פועלת לשיפור מערכת הבריאות לנשים באמצעות חקיקה, שתדלנות פוליטית ופעילות שטח. השדולה אירגנה לאחרונה כנס על בריאות נשים.

אגף הבריאות של נעמ"ת – מספק מידע לנשים ולגברים בנושאי בריאות, מעודד את המזדקקים לשירותי בריאות לעמוד על זכויותיהם במגע עם אנשי המערכת, ופועל בתחום מדיניות הבריאות, כגון תכנון המשפחה וזכויות החולים.

מרכז ייעוץ לנשים – קולקטיב של נשי בריאות נפש פמיניסטיות המעניקות

ייעוץ אישי וזוגי כמו גם תרפיה קבוצתית וסדנאות לעובדים בשירותי בריאות הנפש.

שרות ייעוץ ומעקב לנשים הרות – המשותף לבית-הספר לעבודה סוציאלית של האוניברסיטה העברית ולקופת החולים של ההסתדרות, מעניק מאז 1980 סיוע חירום וייעוץ לגבי אמצעי מניעה.

שילה – מרכז המעניק ייעוץ לבני נוער בנושאי אמצעי מניעה, מיניות והריונות בלתי-רצויים, בלא צורך בקביעת תור מראש. השירות, הקיים מאז 1977, ניתן חנים על-ידי אנשי מקצוע.

האגודה הישראלית לתכנון המשפחה – פועלת לקידום הריון בטוח, הורות בטוחה, תכנון המשפחה, מניעת הריונות בלתי רצויים אצל בנות נוער ומניעת מחלות מין. האגודה מקיימת שירות של "דלת פתוחה" לנער בתל אביב, חיפה, כפר סבא, מגדל העמק, נצרת עלית ואילת.

קו הבריאות לנשים – תל-אביב – מספק מידע וסיוע לנשים לגבי שירותי

בריאות, בעיות רפואיות ספציפיות ודרכי טיפול אלטרנטיביות.

פרויקט הבריאות של המרכז הפמיניסטי אשה לאשה בחיפה – אוסף מידע על בעיות בריאות ועל שירותי בריאות לנשים, ומקיים פעילות הסברה בקרב נשים.

היחידה לחקר שירותי בריאות של משרד הבריאות ובית-החולים ע"ש שיבא – פועלת ברמה האיזורית, באמצעות בדיקת ההתאמה בין שירותים לבין צרכים, מקדמת את הקשר בין בית-החולים לקהילה, מאתרת פערים בין קבוצות אוכלוסייה ומעצבת תכניות התערבות המיועדות לצמצום את הפערים – כדוגמת התכנית הארצית להורדת תמותת תינוקות.

היחידה לרפואה סביבתית ותעשייתית בבית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בבית החולים הדסה – יוזמת פרויקטים ומעניקה ייעוץ למשרדי ממשלה, לרשויות מקומיות, לוועדי עובדים ולוועדי שכונות, וכן לפרטים, בכל הנוגע לסיכונים חשיפה לחומרים מסוכנים.

דו"ח זה נכתב במשותף על-ידי:

ברברה סבירסקי, מ.א., מנהלת מרכז אדוה

ד"ר חתום כנעאנה, מנהל ויו"ר, אגודת הגליל למחקר רפואי ולשירותים

ד"ר איימי אבגר, יו"ר ועדת הבריאות של שדולת הנשים בישראל

מיכל שווארץ, מ.א., יו"ר ועדת הבריאות של שדולת הנשים בישראל

עיצוב וגרפיקה: מירי דהאן
סדר: שלמה פרץ

תודות

מרכז אדוה מודה לפרופ' יהודית שובל מן האוניברסיטה העברית, לד"ר נירה ריס מאוניברסיטת חיפה, לגבי פנינה צדקא, מנהלת מחלקת הבריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולגבי שרינה קלב מקו הבריאות בתל-אביב על העזותיהן; האחריות על תוכן הדברים היא של מרכז אדוה בלבד.

פירסומו של הדו"ח התאפשר הודות לתרומות של
The Worldservice of Reformed Churches in the Netherlands
ושל U.S./Israel Women-to-Women

מרכז אדוה נתמך על-ידי הקרן החדשה לישראל

ניתן לעשות שימוש בתוכן הגליון, כולל נתונים וטבלאות—אך אנא צטטו את **מידע על שוויון**.