

מידע על שזוירון

גליון מס' 9 מאי 1999

כל הזכויות שמורות
למרכז אדוה
ISSN 0792-7029

פרסום של מרכז אדוה. ח.ד. 36529, תל-אביב 61364. מל': 5608871 (03)
Email: advainfo@netvision.net.il Web site: www.adva.org

שירותי בריאות בישראל

ברברה סבירסקי, חאתם כנעאנה ואיימי אבגר

הקדמה

שלא למטרת רווח – קופת חולים כללית (המבטחת כ-60% מהאוכלוסייה), קופת חולים מכבי (20%), קופת חולים מאוחדת (10%) וקופת חולים לאומית (10%). הקופות מפעילות מרפאות טיפול קהילתיות ומרפאות מומחים אזוריות. קופות החולים כללית ומכבי מחזיקות גם בבתי חולים משלהן. הקופות מספקות את השירותים באמצעות נותני שירותים ציבוריים ופרטיים כאחד.

כיום יש בישראל כ-1,200 תחנות לבריאות האם והילד (טיפת חלב) הפזורות ברחבי המדינה ומעניקות טיפול מונע לנשים הרות ולתינוקות. תחנות טיפת חלב מספקות טיפול לאמהות בעת הריון ולאחריו, ונותנות חיסונים ל-91% מהתינוקות והילדים בישראל.

מערכת הבריאות הציבורית בישראל אינה כוללת שירותים כדוגמת טיפולי שיניים, שירותי בריאות הנפש, אשפוז סיעודי לקשישים ואספקת אמצעי מניעה לנשים – שירותים הנתפסים כהכרחיים בארצות המפותחות האחרות.

רמת הבריאות של תושבי ישראל טובה, בדרך כלל. שיעור תמותת התינוקות עמד ב-1996 על 6.3 לכל 1,000 לידות חי – נתון הדומה לממוצע בארצות בעלות תוצר לאומי גולמי גבוה (הבנק העולמי 1998: 22). תוחלת החיים בלידה היא 75.5 שנים לגברים – גבוה במעט מהממוצע בארצות בעלות הכנסה גבוהה, ו-79.5 שנים לנשים – נמוך במעט מהממוצע בארצות אלו (שם: 18). בעוד שבאירופה תוחלת החיים הממוצעת של נשים עולה ב-7 שנים על זו של הגברים, בישראל מצטמצם הפער ביניהם ל-4 שנים (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 55-57). סיבות המוות בקרב שני שלישי מכלל הנפטרים בישראל הן: התקפת לב, סרטן ומחלות כלי הדם במוח – סיבות המוות הנפוצות ביותר בעולם המפותח.

ישראל שייכת לאותו חלק עולם שבו האנשים אוכלים לרוב יותר מדי: מחקרים המבוססים על מדגמים מקומיים, לא ארציים, מעלים כי כרבע מהנחקרים היו בעלי משקל עודף; בקרב 16% מבין גילאי 20-64, הייתה רמת הכולסטרול גבוהה מדי. מחקרים אחרים מעלים כי 30% מהגברים ו-25% מהנשים מעשנים. צריכת האלכוהול בישראל נמוכה בהשוואה לארצות אירופה (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 16-17), אך נראה שבקרב הצעירים היא נמצאת בעלייה.

שירותי הבריאות לנשים הרות, לתינוקות ולזקנים, כמו גם שירותי בריאות הנפש, ניתנים לרוב על-ידי משרד הבריאות, בעוד ששירותי בריאות קורטיביים מסופקים על-ידי ארבע קופות חולים הפועלות

תוכן העניינים

11	סוגיות מרכזיות בבריאות נשים
17	מבט מקרוב על בריאות האזרחים הערבים
23	קבוצות אחרות בעלות צרכים ייחודיים
25	הפרטת שירותי הבריאות



בשנת 1995 היו בישראל 259 בתי חולים, ביניהם 48 בתי חולים כלליים, עם ממוצע של 5.91 מיטות לכל 1,000 תושבים – שיעור המצוי בירידה (השיעור הממוצע בארצות הארגון לשיתוף פעולה כלכלי ולפיתוח – OECD – היה 7.5 מיטות לכל 1,000 תושבים ב-1992). משך האשפוז הממוצע במחלקות הכלליות נמצא אף הוא בירידה – מ-7.2 ימים בשנת 1976, ל-4.4 ימים בשנת 1996 (למ"ס 1997 ו-1998, לוח 24.8). משך האשפוז השנתי ל-1,000 נפש נמצא בירידה מתמדת: ב-1996 הוא עמד על 793 (שם). תפוסת המיטות הממוצעת בבתי החולים עומדת על 94%, נתון המצביע על רמת יעילות גבוהה (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997:269): בארצות OECD עמדה תפוסת המיטות הממוצעת על 78% ב-1992 (מחושב על פי בן-נון ובן-אורי, 1996:25). יש צורך בבניית מחלקות פנימיות חדשות, במיוחד בבתי החולים המשרתים את תושבי הצפון והדרום: בחורף 99/1998, התפוסה במחלקות אלה הגיעה ל-150%–170%.

מספר הרופאים בישראל הוא 461 לכל 100,000 תושבים – שיעור שהוא מהגבוהים בעולם. בניגוד לדעה המקובלת, תושבי ישראל אינם מבקרים אצל רופאים בתכיפות גבוהה מזו של תושבי ארצות OECD – 6.8 ביקורים בממוצע לשנה (למ"ס, סקר בריאות 1996/97; בן-נון ובן-אורי, 1996:18).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי

עד ל-1995 הייתה בישראל מערכת ביטוח בריאות וולונטרית, שבמסגרתה היו מבוטחים 96% מהישראלים היהודים ו-88% מהישראלים הערבים. אלה מבין הישראלים הערבים שלא היו חברים בקופות החולים נטו להיות בעלי הכנסה נמוכה, ולרוב צעירים בגילאים 18–24. השיעור הגבוה ביותר של בלתי-מבוטחים נרשם בקרב צעירים ערבים בני 18–19; גם בקרב צעירות ערביות הגרות

עם הוריהן ואינן עובדות מחוץ למשק – ביתן היה שיעור גבוה של בלתי-מבוטחות. סל השירותים היה שונה מקופה לקופה והציבור הרחב לא ידע כלל מה כלול בו. המימון בא מארבעה מקורות: דמי חבר, תשלומים עבור שירותים, מסים ששולמו על-ידי המעביד (המס המקביל) וסובסידיות מאוצר המדינה.

ב-1995 נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והוא הפך את ביטוח הבריאות לחובה אוניברסלית. כל תושבי המדינה חויבו להצטרף לאחת מקופות החולים, ועל קופות החולים נאסר לסרב לקבל חברים על בסיס גיל, מצב בריאות או כל שיקול אחר. החוק קבע סל שירותים אחיד שהתפרסם – לראשונה – כחלק מהחוק. במקום דמי-החבר, שהיו שונים מקופה לקופה, הטיל החוק מס בריאות אחיד (עם שיעור מוקטן לבעלי הכנסות נמוכות). מס הבריאות אשר גבה המעביד הועבר למוסד לביטוח לאומי. החוק קבע כי תקבולי המס המקביל יהיו קודש למימון סל שירותי הבריאות (המס המקביל בוטל ב-1997). לבסוף, החוק חייב את האוצר לכסות את ההפרש שבין העלות בפועל של סל השירותים שמספקות קופות החולים ובין ההכנסות מהמבוטחים ומהמעסיקים.

כספי מס הבריאות מחולקים כיום בין קופות החולים השונות לפי נוסחה המשקללת את מספר החברים ואת גילם. צורת חלוקה זו הגבירה את השוויון בין הקופות.

חוק זכויות החולה

שנה אחת מאוחר יותר, ב-1996, נחקק חוק זכויות החולה, שקבע מספר זכויות למי שנזקק לשירותי הבריאות: הזכות לקבל טיפול חירום ללא תנאי; הזכות לקבל חוות-דעת שנייה; הזכות להמשכיות הטיפול; הזכות להסכמה מדעת (informed consent) לטיפול; הזכות לשמירה על כבוד האדם ופרטיותו; זכות הגישה למידע רפואי; הזכות לסודיות רפואית (האגודה לזכויות החולה, 1998). בין היתר, דורש החוק מאנשי הרפואה לסוגיהם ומחדרי המיון בבתי חולים, שלא למנוע טיפול חירום מחולה כלשהו, בין אם הוא מבוטח ובין אם לאו.

פערים חברתיים-כלכליים

רמת הבריאות של האוכלוסייה מושפעת ממגוון רחב של גורמים, כולל תורשה, סביבה, סגנון חיים וטיב מערך השירותים הרפואיים עצמו. קיימת הסכמה כללית לפיה המעמד החברתי-כלכלי הוא אחד הגורמים החשובים ביותר. בכל מדינה בה נחקר הנושא, נמצא כי למיקומו המעמדי של הפרט נודעת השפעה מכרעת על בריאותו (גירלדס, 1991). רמת ההשכלה, ובמיוחד זו של אמהות לילדים, קשורה קשר ישיר עם רמת הבריאות בקהילה, ובמיוחד עם רמת בריאות הילדים. משבר כלכלי משפיע לרעה על רמת הבריאות:

לדוגמא, אבטלה, מעבר לכך שהיא גורמת לקשיים כלכליים, גוררת עמה גם מגוון של תופעות פסיכו-חברתיות ופסיכו-סומטיות אצל מובטלים ואצל בני משפחותיהם (Westcott, 1985).

להלן נבחן את מצב הבריאות ואת מצב שירותי הבריאות של ישראלים שונים, תוך דגש על השוואה בין גברים ונשים, יהודים וערבים, יהודים אשכנזים ויהודים מזרחים.

מרבית המדדים החברתיים-כלכליים מעלים כי יש דירוג קבוע של ישראלים בני ובנות קבוצות המוצא השונות, ובסדר אחיד: בראש יהודים אשכנזים, אחריהם יהודים מזרחים, ואחריהם אזרחי ישראל הערבים. דירוג זה ניכר במדדים של השכלה, עיסוק והכנסה.

יש מדדים שאינם משקפים נאמנה את עוצמת הפערים. לדוגמא: נתונים על הכנסה נוגעים בעיקר להכנסה משכר; הם אינם כוללים, מצד אחד, נתונים על רווחי הון ועל ירושות, ועל כן אינם משקפים כראות את הכנסות העשירונים העליונים; מצד שני, הם אינם כוללים הכנסות של תושבי היישובים הערבים הלא-מוכרים, שהכנסתם נמוכה מאוד. יש פערים אותם ניתן לייחס ישירות למדיניות ציבורית: לדוגמא, השפעתן של קצבאות הביטוח הלאומי על שיעור העניים. ב-1996, 56% מהיהודים שהיו מתחת לקו העוני לפי הכנסתם הועלו אל מעל לקו בזכות הקצבאות השונות שקיבלו; בקרב הערבים, השיעור המקביל היה רק 39% (חושב על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, 1998). הפער בין שתי הקבוצות נובע, מצד אחד, מן ההבדלים בעומק העוני, אך מצד שני, מן ההבדלים ברמת התמיכה הממשלתית בעניים הערבים.

ישראלים נבדלים זה מזה במספר שנות הלימוד: מספר שנות הלימוד הממוצע של אשכנזים ילידי הארץ הוא 13.6; של מזרחים ילידי הארץ, 12.1; ושל ערבים – 10.4 (למ"ס, 1997, א', טבלה 22.1, 22.2). הפערים גדלים כשמדובר ב-16 שנות לימוד ומעלה: 27.5% מילידי

הארץ האשכנזים זוכים להשכלה שכזאת, אך רק 8.2% מקרב ילידי הארץ המזרחים ו-4.8% מקרב אזרחי ישראל הערבים (שם).

ובאשר לתעסוקה: כ-30% מילידי הארץ האשכנזים עובדים במקצועות צווארון כחול ומכירות, בהשוואה ל-50% מקרב ילידי הארץ המזרחים ו-80% מהערבים, (למ"ס, 1997, א', טבלאות 12.14 ו-12.15).

התמונה דומה בתחום ההכנסה: ההכנסה הממוצעת של משק-בית עירוני שבראשו שכיר אשכנזי יליד הארץ עמדה ב-1996 על 13,097 ש"ח – בהשוואה ל-8,762 ש"ח בקרב מזרחים ילידי הארץ ו-6,474 ש"ח בקרב הערבים. בקרב העולים החדשים, ההכנסה הממוצעת של משק-בית של יוצאי בריה"מ לשעבר שעלו בשנות ה-90 עמדה על 6,886 ש"ח, בעוד שזו של יוצאי אתיופיה עמדה על 4,228 ש"ח (למ"ס, סקר הכנסות 1996, לוח 3).

נשים משתכרות פחות מגברים: בחישוב חודשי, שכר הנשים מגיע ל-60% בלבד מזה של גברים; בחישוב לפי שעה – ל-80% ממנו (אלכסנדר, 1997: 38). יש לציין כי ב-9% מהמשפחות עם ילדים ראש המשפחה היא אשה; מעל רבע מן המשפחות הללו חיות בעוני, בהשוואה לכ-16% מכלל המשפחות (הביטוח הלאומי, 1998).

איכות התשתיות משפיעה גם היא על רמת הבריאות. מערכות ביוב ותברואה נאותות עשויות לתרום למניעת דלקות קיבה ומעייים (gastroenteritis), טפילים ומחלות אחרות. אלא שגם כאן יש פערים בין ישראלים שונים: מחקר שנערך ב-1996 על-ידי "אגודת הגליל", האגודה הארצית הערבית למחקר ושירותי בריאות, מצא כי רק ב-11 מתוך 148 היישובים הערביים שנסקרו הייתה מערכת ביוב תקינה – שירות בסיסי הקיים בכל יישוב יהודי (חסן, 1996). כפי שנראה להלן, רמת הבריאות של הקבוצות השונות תואמת את הנתונים אודות ההבדלים החברתיים-כלכליים.



תמותת תינוקות

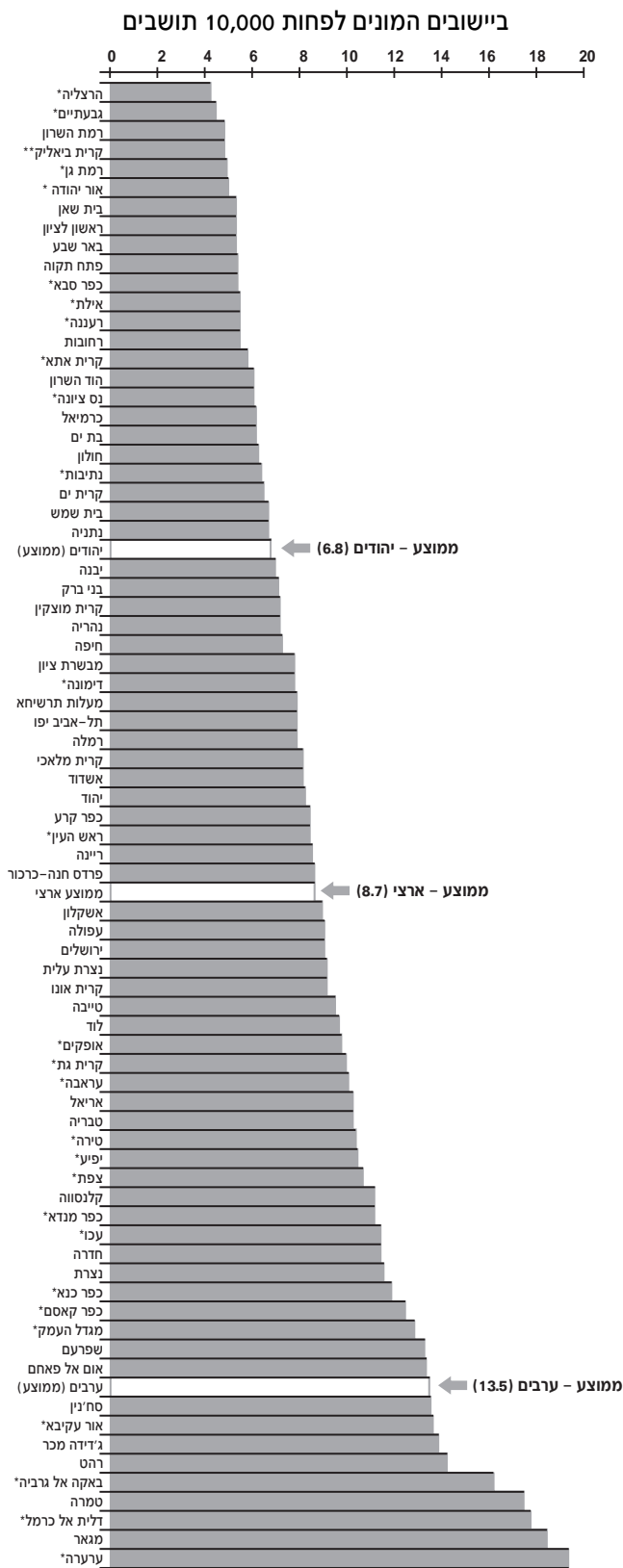
המדד הרגיש ביותר של רמת הבריאות הכוללת של אוכלוסייה כלשהי, הוא שיעור תמותת התינוקות, המשקף את מספר התינוקות הנפטרים במהלך שנת החיים הראשונה. ב-1996 עמד שיעור זה על 5 לכל 1,000 לידות בקרב יהודים, ועל 9.3 - כמעט פי שניים - בקרב ערבים (למ"ס, 1997א: לוח 3.1)

התרשים ממול מצביע על הבדלים ברורים בין יהודים לערבים: רוב היישובים היהודיים המבוססים ממוקמים בראש; רוב עירות הפיתוח היהודיות מצטופפות סביב האמצע; ורוב היישובים הערביים נמצאים בתחתית הסולם. כל היישובים הערביים למעט שניים - כפר קרע וכפר ריינה - מתאפיינים בשיעור תמותת תינוקות גבוה מן הממוצע הארצי; בקרב היישובים היהודיים, רק שניים - אור עקיבא ומדל העמק - נמצאים מתחת לממוצע הארצי (המורכב מהנתונים לגבי יהודים וערבים כאחד).

שיעורי תמותת מתוקננים של כלל האוכלוסייה

שיעורי התמותה המתוקננים (המשקללים את מספר הפטירות בפועל לפי גיל ומין) של כלל האוכלוסייה מעלים הבדלים משמעותיים בין יישובים שונים. בערים הגדולות וביישובים בהם ממוקמים מפעלי תעשייה כבדה, שיעור הפטירות הוא גבוה מהממוצע הארצי. ניתוח השוואתי של שיעורי פטירה מתוקננים בקרב יהודים בשנים 1983 ו-1986 מצא שיעורים גבוהים באופן משמעותי בחיפה ובתל-אביב (Ginsburg and Tulchinsky, 1992). בדיקה של שמונה ערים לאורך רצועת החוף, במהלך אותה תקופה, מצאה כי שיעור התמותה הגבוה ביותר (מכל סיבות המוות במשולב) היה באור-יהודה, והנמוך ביותר בגבעתיים ובני-ברק. אותו מחקר העלה גם כי בתל אביב, שיעור התמותה (מכל סיבות המוות במשולב) היה גבוה מהממוצע בקרב גברים ונשים בגילאים 30-44, ובקרב גברים בני 45-65. כאשר בוחנים את סיבות המוות, עולה כי אצל שני המינים, שיעורי פטירה גבוהים מהרגיל נגרמים עקב גידולים ממאירים וסיבות חיצוניות כדוגמת תאונות דרכים או רצח; בשיעורי תמותה אלה חלה עלייה בין 1981 ל-1984 ובין 1985 ל-1987. בבואם להסביר את התופעה, מגלים המחקרים זהירות רבה: הם מצביעים על גורמים כמו מוצא (הבדלים בשכיחות מחלות כלי הדם) ומעמד חברתי-כלכלי, ומציינים שיש צורך לנתח הבדלים בין-קהילתיים ותוך-קהילתיים (לוסקי, גורביץ ובר-אל, 1994).

תמותת תינוקות, לפי יישוב 1990-1994



מקור: משרד הבריאות ולמ"ס, 1997, פרופיל דמוגרפי-בריאותי של היישובים בישראל 1990-1994.

שיעורי תמותה מתוקננים, לכל 1,000 תושבים, 1983-1986, לפי נפות

117.8	רמלה
116.5	באר-שבע
115.3	אשקלון
114.0	עכו
111.5	יזרעאל
110.2	חדרה
108.1	צפת
105.8	כינרת
102.8	חיפה
98.9	השרון
97.7	תל-אביב
90.7	רחובות
90.6	פתח-תקווה
89.4	ירושלים

מקור: Ginsberg, Gary, 1992, "Standardized Mortality Rates for Israel, 1983-86," in *Israel Journal of Medical Sciences*, 28:868-877.

הלוח למעלה מציג את שיעורי התמותה המתוקננים לשנים 1983-1986, לפי נפה. נתונים אלה הם המעודכנים ביותר שפורסמו; יש לציין כי הם מתייחסים לתקופה שלפני גל העליה הגדול מבר"מ לשעבר, ולפיכך יתכן שהמצב השתנה.

במחוזות הצפון והדרום (ביישובים בעלי 10,000 נפש ומעלה) נרשמו בשנים 1990-94 שיעורי פטירה גבוהים מהמוצע, ברוב קבוצות הגיל (למ"ס, 1997 ד', תרשימים 25 - 26); בשני מחוזות אלה יש ריכוז גבוה של יישובים ערביים ושל עיירות פיתוח.

בנגב, שיעורי התמותה המתוקננים גבוהים ב-16% מן הממוצע הארצי, כפי שעולה מפרופיל בריאות שהורכב על-ידי טולצ'נסקי וגניזברג עבור משרד הבריאות, והמתייחס לשנים 1990-1992. בנגב יש מספר גבוה מהמוצע של מקרי מוות מסוכרת, מחלות כלי-דם במוח ומחלות לב לסוגיהן. החוקרים מעלים את הסברה שתנאים חברתיים-כלכליים ירודים, העדר מידע ואי-ציות להוראות הרופאים תורמים לשיעורים גבוהים אלה (Tulchinsky and Ginsberg, 1996: 32-33). החוקרים מצאו עוד כי הבדואים בנגב סובלים משיעור תמותה גבוה מזה של יהודים תושבי האזור ממחלות זיהומיות, בעוד שיהודים סובלים משיעור תמותה גבוה יותר ממחלת לב (שם: 12).

בריאות הנפש

שירותי בריאות הנפש בישראל מרוכזים יתר על המידה בבתי החולים. מיטות בתי החולים מתחלקות באופן לא שווה בין אזורי הארץ השונים: שיעור המיטות לנפש גבוה יותר במרכז מאשר במחוזות הצפון והדרום (Feinson et al, 1992); זו כנראה הסיבה לכך שמידת השימוש בשירותי מרפאה גבוהה יותר במחוזות ירושלים ותל-אביב (שם: 1). ארגונים לעזרה עצמית מציינים את העובדה, שהצפיפות בבתי חולים פסיכיאטריים והמחסור בשירותי תמיכה קהילתיים מעיקים על הסובלים מהפרעות כרוניות ועל בני משפחותיהם (הפורום הלאומי, 1996).

לפי הערכה משנת 1996, 1.2% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל (כ-36,000 איש ואשה), סובלים ממחלות נפש כרוניות (אבירם ואחרים, 1996:4). לעומת זאת, מצוקות נפשיות נפוצות הרבה יותר: סקר טלפוני מ-1995 מצא כי 27% מהישראלים והישראליות הבוגרים דיווחו על התנסות כלשהי במהלך חייהם ב"מצוקה רגשית או בבעיות עמן התקשו להתמודד בכוחות עצמם"; 13% דיווחו על התנסות שכזאת בשנה שבה נערך הסקר (גרוס ואחרים, 1997). חלק מהנסקרים דיווחו על מידה גבוהה של הזדקקות לסיוע נפשי - נשים, אנשים הסובלים ממחלות כרוניות, דוברי רוסית, גרושים/גרושות או אלמנים/אלמנות ובעלי רמת השכלה נמוכה (שם). ממצאים אלה עולים בקנה אחד, בחלקם, עם סקר קודם שנערך בשנת 1986, שבדק את ההזדקקות לתחנות לבריאות הנפש; סקר זה מצא כי נשים - ובמיוחד נשים מבוגרות יותר, אנשים בעלי רמת השכלה נמוכה, גרושים/גרושות ורווקים/רווקות (במיוחד רווקים אך לא אלמנים/אלמנות) נטו לפנות יותר מאחרים לשירותי בריאות הנפש. אותו סקר מצא עוד כי 97% מהפונים לתחנות לבריאות הנפש היו יהודים ורק 3% ערבים (Feinson et al, 1992). נראה כי עולים חדשים מבריה"מ לשעבר נוטים לפנות לשירותי בריאות הנפש בשיעורים נמוכים מאלה של ישראלים ותיקים (נירל, 1998: 111). הלוח שלהלן להלן מציג את שיעורי הביקור הכוללים בתחנות לבריאות הנפש, על פי קבוצות מוצא.

אחד ההסברים האפשריים להבדלים במידת הניצול של שירותי בריאות הנפש הוא מידת הזמינות שלהם. הדבר נכון במיוחד לגבי האוכלוסייה הערבית, אך גם לגבי תושבי עיירות הפיתוח. באשר לערבים, נראה כי שפתם ותרבותם של ספקי השירותים, שהם ברובם יהודים, מקשות על הנגישות. עולים חדשים מאתיופיה ומבר"מ נתקלים גם הם, ככל הנראה, במחסומים דומים.

שיעורי הביקור (ל-1,000 נפש) בתחנות לבריאות הנפש, לפי מוצא

ערבים	ילידי הארץ: מוצא אפריקה	ילידי הארץ: מוצא אסיה	ילידי הארץ: מוצא אירופה/ ארה"ב	ילידי אפריקה	ילידי אסיה	ילידי אירופה/ ארה"ב
0.5	2.2	3.0	3.3	1.6	1.6	2.3

מקור: Feinstein et al, 1992, *Utilization of Public Ambulatory Mental Health Services in Israel: A Focus on Age and Gender Patterns*, Brookdale Institute and Israel Ministry of Health, Tables A-9 and A-10 and p.11.

התנהגות מקדמת בריאות

המחקר הרפואי מצביע על קשר בין מעמד כלכלי לתזונה, עישון וצריכת אלכוהול (שובל, 1992); עישון נחשב לגורם הבודד החשוב ביותר של תחלואה ותמותה. סקר טלפוני ארצי מ-1996 מעלה כי 30% מהגברים ו-25% מהנשים בישראל מעשנים. נתונים אלה דומים לממוצע בארצות ה-OECD (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 237-242). שיעור המעשנים בקרב הערבים גבוה יותר מאשר בקרב היהודים, כשם שהוא גבוה בקרב מזרחים יותר מאשר בקרב אשכנזים (שם). נראה כי בקרב הערבים, יש קשר בין שיעור המעשנים הגבוה ובין שיעור הפטירות מסרטן הריאות. נשים ערביות מעשנות פחות: רק 12% מתוכן דיווחו על עישון.

צריכת האלכוהול בישראל נמוכה מאשר באירופה - ממוצע של 0.9 ליטר לגולגולת בשנה, בהשוואה לממוצע של 9.4 ליטר בארצות האייחוד האירופי (שם, 1997: 251). סקר שנערך בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל מצא כי 50% אינם שותים כלל. פחות מ-2% מהנסקרים דיווחו שהם צורכים סמים כלשהם, מלבד חשיש; 5% דיווחו על עישון חשיש (שם: 249). בקרב הבוגרים לא נרשם שינוי משמעותי בדפוסי ההתנהגות לאורך זמן, אולם בקרב הצעירים נראה כי צריכת האלכוהול והסמים נמצאת בקו עליה.

בתקופה האחרונה ניכרת בישראל מודעות גוברת לחשיבותה הבריאותית של פעילות גופנית. סקר מקומי משנת 1996 מצא כי כ-24% מהאוכלוסייה הבוגרת עוסקים בפעילות גופנית אחת ליום, ו-50% מהם אחת לשבוע (שם, 1997: 255-256) ממצאים אלה מצביעים על עלייה, יחסית לממצאי סקר שנערך בשנים 1995-1997 בקרב עובדי תעשייה, ואשר מצא כי רק 20% מהנסקרים עסקו בפעילות גופנית (שם).

שיעור הרופאים ל-100,000 נפש, לפי מחוז, 1993

תל-אביב	517.3
ירושלים	485.4
חיפה	482.7
מרכז	430.1
דרום	323.9
צפון	266.0

מקור: משרד הבריאות, 1994 המקצועות הרפואיים: 16.

מיטות ל-1,000 נפש, לפי מחוז, 1995

סוג מיטה	י"ם	חיפה	מרכז	ת"א	צפון	דרום
כללית	3.19	2.97	2.64	2.60	1.68	1.55
פסיכיאטרית	1.14	2.67	2.13	0.59	0.70	0.52
פנימית	4.11	3.60	3.93	2.86	2.29	2.30
ילדים	1.47	1.44	1.16	1.06	0.95	0.73
מחלות ממושכות	25.42	25.67	48.68	14.42	19.96	7.87
לכל 1,000 תושבים						
יולדות לכל	1.77	1.15	1.03	0.79	1.13	1.01
1,000 נשים (15-44)						
טיפול נמרץ לכל	0.10	0.09	0.08	0.12	0.05	0.05
1,000 תושבים						

מקור: מחושב על פי למ"ס, 1998, בריאות ומשאבי בריאות בישראל 1995-1990: 123-117, ולמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 1997, לוח 2.7.

פערים בשירותי הבריאות

ישראלים שונים מקבלים שירותי בריאות שונים: תושבי הערים הגדולות מקבלים שירותים טובים מאלה של תושבי הפריפריה; יהודים מקבלים שירותים טובים מאלה של ערבים; ותושבי שכונות מבוססות מקבלים שירותים טובים מאלה של תושבי עיירות הפיתוח. שירותי הבריאות, עובדי הבריאות, ציוד האבחון והטכנולוגיות החדשות ביותר נוטים להתרכז בתל-אביב, חיפה וירושלים, ובגוש דן. מספר עובדי הבריאות - למעט רופאי המשפחה - המתגוררים בערים הגדולות ובאזור המרכז גבוה משל אלה המתגוררים במחוזות הצפון והדרום (מקצועות רפואיים, 1994: 6). אך יש לזכור כי חלקם עובדים מחוץ לאזור מגוריהם.

מיטות בתי החולים, על כל סוגיהן, מרוכזות גם הן בערים הגדולות ובגוש דן; במחוזות הצפון והדרום, לעומת זאת, קיים מחסור. אמנם, בתל-אביב עצמה יש מספר מיטות מועט יחסית במחלקות פסיכיאטריות, יולדות, טיפול ממושך וטיפול נמרץ, אך תושבי תל-אביב נהנים מן האופציה לפנות לבתי החולים הנמצאים בפרברי העיר. לעומת זאת, במחוזות הצפון והדרום, שרוב תושביהם מזרחים וערבים, מספר הרופאים מצומצם ומספר המיטות נמוך, יחסית לאוכלוסייה. שני מחוזות אלה מתאפיינים בשיעורי תמותה גבוהים יחסית - הן תמותת תינוקות והן תמותה ממחלות שונות (למ"ס, 1998: 38).

הנגב ראוי לתשומת-לב מיוחדת. בבאר-שבע, המרכז העירוני העיקרי בנגב, מספר המיטות ל-1,000 נפש נמוך מן הממוצע הארצי (Tulchinsky and Ginsberg, 1996: 33-34). בעוד שרמת הטיפול האמבולטורי זהה לממוצע הארצי, יש בנגב פחות אמצעים ומתקנים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי – הערכה

מרכז אדוה פירסם ניתוח של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מנקודת ראות של שוויוניות, יעילות ועלות (מרכז אדוה, נובמבר 1996). להלן המסקנות העיקריות:

1. החוק לא שינה באופן משמעותי את ההוצאה הלאומית לבריאות. ב-1993 עמדה הוצאה זו על 8.2% מהתוצר הלאומי הגולמי, ב-1994, על 8.9%, ב-1995, על 8.6% וב-1996 על 8.4%.
2. יעילות מושגת כאשר לאיכות טיפול גבוהה מצד הצוות הרפואי מתלווה שביעות רצון גבוהה מצד הצרכנים – וכל זאת בעלות נמוכה. אין בידנו נתונים המאפשרים השוואה של איכות הטיפול לפני ואחרי החלת החוק; אך יש בידנו נתונים אודות שביעות רצון של הצרכנים, מתוך סקר שערך מכון ברוקדייל תשעה חודשים לאחר כניסת החוק לתוקף. רוב הנבדקים ציינו כי לא חשו בשינוי כלשהו באיכות השירותים שקיבלו (פרפל ואחרים, 1997:2). עם זאת, נמצאו הבדלים ניכרים בין חברי קופות החולים השונות: 23% מחברי קופת החולים הכללית דיווחו על שיפור בשירות, לעומת 11% מחברי קופת החולים הלאומית, 8% במאוחדת ו-7% בקופת חולים "מכבי". שביעות הרצון הגבוהה ביותר נרשמה בקרב הנסקרים הערבים: 31% דיווחו על שיפור בשירות, בהשוואה ל-17% מקרב האוכלוסייה היהודית הוותיקה, ורק 2% מקרב העולים החדשים מברה"מ לשעבר (שם: 3). ראוי לציין עוד כי סקר המשך של מכון ברוקדייל בשנת 1997 מצא שכ-40% מהמרוויינים ציינו שיפור לעומת השנה הקודמת, ושרק 9% דיווחו על הרעה (גרוס ואחרים, 1999: 25).
- פרופ' דן מיכאלי, יו"ר מועצת המנהלים של קופת החולים הכללית, מציין שמערכת הבריאות מתאפיינת עדיין במידה גדולה של אי-יעילות. הוא מצביע, למשל, על הכפילות הנגרמת מכך שגם בתי החולים וגם מרפאות קופות החולים מעניקות שירותי אבחון ושירותי רופאים מומחים (מיכאלי, הארץ, 10 בספטמבר, 1996).
3. ארגון הבריאות העולמי וארגון ה-OECD רואים בהגברת השוויון את אמת-המידה החשובה ביותר להצלחתה של רפורמה במערכת הבריאות. מבחינה זאת עמד חוק ביטוח בריאות ממלכתי במבחן, עם הסייגים שלהלן:
 - א. מערכת הבריאות בישראל מתאפיינת באי-שוויון בין מרכז לפרפריה, בין הערים הגדולות לעיירות הפיתוח, בין יישובים ערביים ליהודיים. החוק אינו מציין דרכים כלשהן לחלוקה צודקת יותר של משאבים בין אזורים גיאוגרפיים שונים ובין קבוצות חברתיות שונות. החוק גם אינו מציין תוכנית כלשהי לסגירת הפערים הקיימים.
 - ב. לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי, האשפוז הסיעודי של קשישים לא נכלל בסל השירותים של קופות החולים. החוק לא תיקן את העיוות הזה: הקשישים ממשיכים לסבול מאפליה בשירותי הבריאות.
 - ג. שירותי בריאות השן גם הם לא נכללים בסל השירותים של קופות החולים – כשם שהם לא נכללו בו לפני החוק.בצד החיוב יש לציין כי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הפך את מערכת הבריאות לשוויונית יותר, כלהלן:
 - א. על-ידי הרחבת ביטוח הבריאות לכל תושבי ישראל (אך לא לעובדים הזרים).
 - ב. על-ידי הענקת חופש בחירה לצרכנים בין קופות החולים השונות, תוך קביעה שקופות החולים אינן יכולות למנוע חברות בגין גיל או בעיות בריאות.
 - ג. על-ידי הטלת מס בריאות אחיד על בסיס פרוגרסיבי; התוצאה היא שבעלי הכנסה נמוכה משלמים פחות ממה ששילמו לפני חקיקת החוק, בעוד שבעלי הכנסה בינונית וגבוהה משלמים יותר.
 - ד. על-ידי עידוד קופות החולים להתחרות ביניהן על חברים חדשים. כתוצאה מכך הקימו הקופות מרפאות חדשות באזורי פריפריה ושיפרו את השירותים הקיימים שם.
 - ה. על-ידי חלוקת הכספים לקופות החולים לפי נוסחה המביאה בחשבון לא רק את מספר החברים אלא גם את גילם. קופת חולים כללית, המבטחת כ-60% מהאוכלוסייה, ובתוכם מרבית הקשישים, החולים הכרוניים והעניים בישראל, קיבלה בעקבות החוק החדש נתח הכנסות גדול יותר (רוזן ונבו, 1996).

לאשפוז ממושך. כמו כן, יש מחסור באמצעי טיפול ראשוניים לחולי סוכרת – שתוארה כ"בעיה בריאותית מרכזית אצל תושבי הנגב". המדובר במחסור במרכזים לטיפול בחולי סוכרת, בתזונאים, במומחים למחלות רגליים ובשאר השירותים הרלוונטיים (שם: 33-35). לבסוף, ההוצאות של מוסדות הבריאות בנגב נמוכות מן הממוצע הארצי בשיעור שנע בין 6% ל-16% – תלוי בשיטת החישוב (שם).

הבדלים במידת הניצול של שירותי בריאות

התנהגות מקדמת בריאות קשורה למעמד חברתי-כלכלי, לנגישות לשירותי בריאות ולמודעות לסוגיות בריאות. לעיתים, דווקא אלה החשופים לסיכון בריאותי גבוה הם בעלי הזדמנויות מוגבלות לקבלת טיפול רפואי, בעוד שבעלי אמצעים נהנים מרמת נגישות גבוהה לשירותי בריאות, ציבוריים ופרטיים כאחד. ועוד: בדרך כלל יש קשר בין רמת השימוש ברפואה מונעת (למעט טיפוח חלב) ובין המעמד החברתי-כלכלי של הפרט.

מקור המידע העיקרי בנושא זה הוא סקר שימוש בשירותי בריאות של הלמ"ס, המספק נתונים אודות הוצאות של משקי בית על בריאות (כולל דמי חבר לקופות החולים והוצאות לשירותי בריאות פרטיים) – שהן אמת-מידה עקיפה לשימוש בשירותי הבריאות. הסקר האחרון מתייחס לשנת 1992/93: הוא מצא כי באותה שנה הוציאו משקי-בית יהודיים 369 ש"ח על בריאות, בממוצע, בעוד שההוצאה של משקי-הבית הערביים היתה 279 ש"ח – 24% פחות. פער דומה נמצא בין אשכנזים למזרחים: משקי-בית שבראשם אשכנזים הוציאו 450 ש"ח בעוד שמשקי-בית שבראשם מזרחים הוציאו 327 ש"ח (למ"ס 1998: 36). יש לציין כי האוכלוסייה המזרחית והאוכלוסייה הערבית צעירות יותר מהאוכלוסייה האשכנזית; ייתכן ופער הגילים מסביר חלק מהפער בהוצאות על בריאות.

מחקר משנת 1997 בדק את מידת השימוש בשירותי בריאות ביישובי הנגב – קיבוצים, מושבים, יישובים עירוניים (באר-שבע, אילת, ערד ומצפה רמון) ויישובי הבדואים. נמצא כי חברי הקיבוצים עשו שימוש רב מהממוצע (בקרב אוכלוסיית הנגב) בשירותי האבחון ובשירותים האמבולטוריים, אך עשו שימוש מועט, יחסית, בשירותי החירום והאשפוז של בתי החולים. לעומת זאת, תושבי היישובים הבדואיים – שרמתם הכלכלית היא הנמוכה בנגב – השתמשו יותר בשירותי החירום והאשפוז, ופחות בשירותים האמבולטוריים ובשירותי האבחון. ביישובים העירוניים ובמושבים לא ניתן היה להצביע על דפוסי שימוש ברורים (Weitzman, 17:1997). החוקרים הצביעו על כך שבקרב הבדואים בנגב, שיעור התמותה הכללי היה גבוה ב-50% מזה של שכניהם היהודים; הם כתבו כי "איכות טיפול נמוכה וקושי בנגישות למרכזים רפואיים יכולים להסביר ממצא זה, לפחות חלקית, למרות שיש לקחת בחשבון גם גורמי תרבות והתנהגות של הבדואים" (שם: 18).

נתונים מעודכנים על מידת השימוש בשירותי הבריאות בקרב האזרחים הערבים בכלל ניתן למצוא במחקר של פרפל ויובל (1998): ערבים דיווחו על שימוש מועט יותר מיהודים בשירותי חירום בקהילה, בשירותי בריאות הנפש, בשירותי רופאים מקצועיים. הם גם דיווחו על ביצוע של פחות פעולות רפואה מונעת. נוסף על כך, שיעור גדול יותר של ערבים מאשר יהודים דיווחו שהיה עליהם לנסוע מרחק בלתי סביר כדי לבקר אצל רופא או להמתין תקופה בלתי סבירה לתור אצל רופא. סקר אחר (אדלר ולוטן, 1998) מצא גם שימוש רב יותר בשירותי רפואה פרטיים בקרב האוכלוסייה הערבית – המעיד על חוסר נגישות של השירותים הציבוריים.

אין בנמצא נתונים מעודכנים על מידת השימוש בשירותי הבריאות של תושבי השכונות ועיירות הפיתוח, אך יש נתונים על העולים מבריה"מ לשעבר. ניתוח של ארבעה סקרים ארציים (נירל ואחרים, 1998) מעלה כי עולים אלה השתמשו בשירותי הבריאות פחות מישראלים ותיקים: הם ביקרו פחות אצל רופא המשפחה, עברו פחות טיפולי שיניים, והזמינו אמבולנס לעתים רחוקות יותר. עולות חדשות עשו פחות ממוגרפיות מישראליות ותיקות. המחברים מציינים כי השימוש בשירותי בריאות גובר, ככל הנראה, עם הוותק בארץ. הם קובעים כי השימוש המועט, יחסית, בשירותי הבריאות, עשוי להיות תוצאה של "מחסומים בנגישות השירותים, כמו למשל העלויות של קבלת הטיפול, כפי שנמצא לגבי עלות טיפול שיניים ועלות הזמנת אמבולנס" (שם: 112).

רכב מנועי כסכנה בריאותית

האוויר במרכז הארץ מזהם ברמה בינונית עד חמורה, לפי התקן של הסוכנות האמריקנית לשימור הסביבה. הזיהום נגרם על-ידי העשן הנפלט ממכוניות ומכלי תחבורה אחרים. פליטת פחמן דו-חמצני עלולה להחמיר מחלות לב וכלי-דם; חומצות חנקן מגבירות את הרגישות לזיהומים ויראליים, ברונכיטיס ודלקת ריאות; חלקיקים ופחמימנים הם חומרים מסרטנים פוטנציאליים; הדלדול בשכבת האוזון מחריף בעיות אסטמה וברונכיטיס ומחמיר מחלות לב; בניין הוא אחד הגורמים של סרטן הדם ושל סוגי סרטן אחרים (Fletcher et al., 1999). סביר להניח כי שיעור התמותה הגבוה שנתגלה בתל-אביב קשור בחלקו לאחד או יותר מחומרי הפליטה הללו. מחקר שנערך בארצות הברית אכן מצא מתאם בין העלייה בזיהום מחלקיקים ובין שיעורי תמותה ("הארץ", 1997). יצוין כי ילדים וקשישים רגישים במיוחד לזיהומים אלה (Fletcher et al., 1999). הלוח ממול למעלה כי שיעורי הזיהום בערי ישראל מתקרבים לאלה של ערי ארצות הברית. יתרה מזאת, רישומים שנעשו בתל-אביב בינואר 1997 מעלים כי לפחות בחלק מהחודש (5% שיעור חומצות החנקן באוויר הגיע לרמות סיכון גבוהות (הארץ, 18 בפברואר, 1997).

בתי חולים לעומת מרפאות שכונתיות

בתי חולים

בישראל, כמו בשאר הארצות המפותחות, עיקר ההוצאה הלאומית לבריאות מופנית לבתי חולים. בשנת 1995 הגיעו הוצאותיהן של קופות החולים על אשפוז בבתי חולים, בממוצע, לכ-51% מכלל ההוצאות שלהן (רוזן ואחרים, 1998: 16). באותה שנה, ההוצאות על בתי חולים ומחקר היוו 42% מההוצאה הלאומית לבריאות (ההוצאות על מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת היוו 36%, והוצאות משקי-בית על שירותים פרטיים היוו את עיקר נתח ההוצאות הנותר) (למ"ס, 1998: טבלה 31). יש לציין שהלמ"ס אינה כוללת את מרפאות בתי החולים בקטגוריה זו, אלא בקטגוריה של מרפאות ציבוריות ורפואה מונעת; בפועל, על כן, ההוצאות לבתי החולים גבוהות מכפי שעולה מן הנתונים הנ"ל.

בתי חולים הם הרכיב היקר ביותר במערכת הבריאות, בגלל הוצאות הבינוי ועלות הציוד הטכנולוגי, הגם שתרומתה של הרפואה המונעת לרמת הבריאות הכוללת של האוכלוסיה גדולה יותר. בתי החולים הם גם המעסיק היוקרתי ביותר במערכת הבריאות, ונהנים מלובי ציבורי חזק. ככל שעלויות ההפעלה של בתי החולים עולות (למשל, כתוצאה מחידושים טכנולוגיים), כך גדל הלחץ לקצץ בתקציב הבריאות הכולל – דהיינו, לא רק בתקציב האשפוז אלא גם בתקציבי שירותי בריאות אחרים. בדרך כלל, הנפגעים הראשונים הם שירותי הרפואה המונעת, שכן בניגוד לבתי החולים, לרפואה המונעת אין לובי יעיל שיכול להגן על האינטרסים שלה. דוגמא בולטת לכך היא רשת המרפאות של טיפת חלב: למרות שעלות הפעלתם מהווה פחות מ-2% מההוצאה הלאומית לבריאות, הן משמשות מטרה חוזרת להצעות קיצוץ בתקציב.

נועם גבריאלי, מומחה לזיהום אוויר מהטכניון, מעריך כי צמצום של 20 מיקרוגרם מעוקב של זיהום חלקיקים למ"ק, יכול להציל את חייהם של 197 נפש לכל מיליון תושבים ("הארץ", 18 בפברואר, 1997). האקולוג זאב נאווה טוען כי תקני זיהום האוויר בישראל – אותם תקנים מעטים הקיימים – אינם מחמירים די הצורך וכי ההשפעה המשולבת של מזהמים שונים (כל אחד ברמה המוגדרת כ"בטיחותית") בערים הגדולות ובכבישים הבין-עירוניים, עלולה להתבטא בנזק בריאותי כבד. הוא גם מזהיר מפני העלייה המתמדת במספר כלי הרכב בישראל.

תאונות הדרכים הן כמובן סכנה בריאותית בפני עצמה. ב-1996 אירעו בישראל 25,000 תאונות עם נפגעים, ובהם 515 הרוגים. שיעור התמותה מתאונות נותר קבוע מאז שנות ה-80: 9-10 אנשים לכל 100,000 נפש (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 163); זאת, בשעה שברוב הארצות המפותחות מצוי שיעור הפטירות מתאונות הדרכים בירידה. יתרה מזאת, מספר התאונות בישראל מצוי בעלייה מתמדת. אלה החשופים ביותר לפגיעתן של תאונות דרכים הם הצעירים, הקשישים, העולים החדשים ואזרחי ישראל הערבים (Fletcher et al, 1999).

בשנים 1993 – 1995 נרשמו שיעורים גבוהים של תמותה מתאונות הדרכים בקרב זכרים ערבים מכל קבוצות הגיל: כפי שניתן לראות בתרשים בעמוד הבא, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר נרשמו בקרב הקשישים, כמו גם בין צעירים בגילים 18-21.

זיהום חלקיקים: ערים נבחרות בישראל ובארצות הברית

שנת המדידה	ממוצע שנתי מיקרוגרם למ"ק אוויר	עיר
1996	56	תל-אביב – מרכז
1991	47	ירושלים – מרכז
1992	48	לוס-אנג'לס
1991	37	ניוארק, ניו-ג'רסי

מקור: גארי גינסברג ומרדכי פלג; US Environment Protection Agency and South Coast Air Quality Management District.



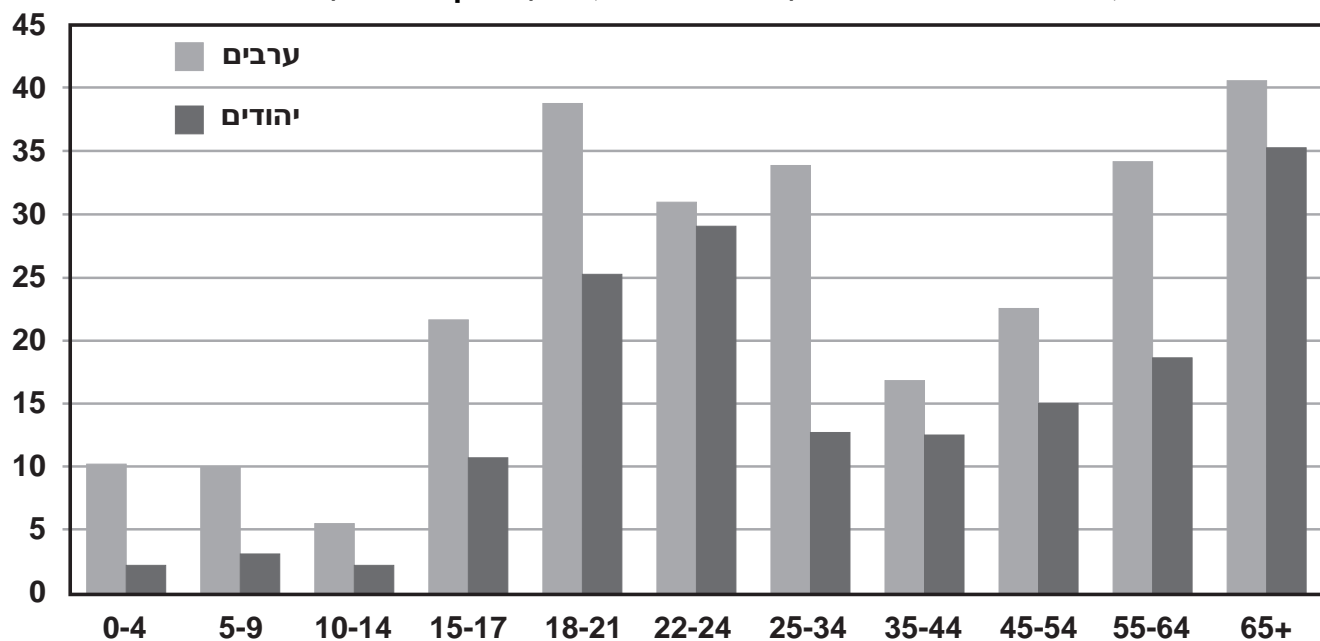
רופאים מומחים

ב-1994 הוטלה הגבלה על הסכום שקופות החולים רשאיות להוציא על אשפוז בבתי חולים (באנגלית נקראת הגבלה זאת בשם capping). אך בתי החולים מצאו לעצמם מקור הכנסה חדש: מרפאות החוץ. בין השנים 1990 ל-1995 עלה הקף ההכנסות של בתי חולים ממשלתיים ממרפאות החוץ בכ-150% (שלמון ואחרים, 1996:116). מרפאות בתי החולים מתחרות במרפאות השכונתיות של קופות החולים, תחרות המכבידה על קופות החולים.

הרחבת רשת מרפאות החוץ של בתי החולים גררה מספר תוצאות נוספות:

1. עלייה בהוצאות מערכת הבריאות כולה, היות ושירותי מרפאות בתי החולים יקרים, בדרך כלל, משירותי מרפאות קופות החולים;
 2. עידוד הביקוש לשירותים אלה (על-ידי בתי החולים);
 3. ניגוד אינטרסים אצל משרד הבריאות, אשר מצד אחד הוא הקובע את מדיניות הבריאות הכללית, ומצד שני הוא הבעלים והמפעיל של בתי החולים הממשלתיים (שלמון ואחרים, 1996: 121-123).
- יצוין כי הפיתוח של מרפאות החוץ של בתי החולים נעשה במידה רבה על חשבון שירותי מומחים מקומיים – שירותים החסרים, לדוגמא, ביישובים הערביים ובעיירות פיתוח, כפי שהעלו מחקרים משנות ה-80 (אין נתונים מעודכנים לגבי הנגישות לרופאים מומחים בסוגים שונים של יישובים יהודיים).

שיעורי פטירה מתאונות דרכים, זכרים יהודים וערבים, לפי קבוצות גיל, 1993-1995



מקור: איילה לוסקי, 1998, היחידה לחקר שירותי בריאות, משרד הבריאות, מכון גרטנר, תל השומר: בית-החולים ע"ש חיים שיבא. הנתונים הוכנו במיוחד עבור מרכז אדוה.

סוגיות מרכזיות בבריאות נשים

הבדלים בתמותה בין גברים לנשים

סיבות המוות העיקריות בישראל, אצל גברים ונשים כאחד, הן התקף לב, סרטן ושכב מוחי – בסדר זה. בשנת 1994 נפטרו ממחלות לב 5,560 נשים ו-5,837 גברים. בקרב נשים אירעו 3,773 מקרי מוות מסרטן, ובקרב גברים – כ-4,200 (למ"ס, 1997).

בכל המדינות המפותחות, שיעורי התמותה (מתוקננים לפי גיל) ממרבית סיבות המוות המובילות גבוהים יותר בקרב הגברים. בישראל, לעומת זאת, נשים מצויות בסיכון גבוה יותר של מוות מאחת מסיבות המוות המובילות, סרטן, בכמעט כל הגילים. בשנת 1994 היתה מחלת הסרטן אחראית ל-44% מכלל מקרי המוות בקרב נשים בגיל 55-64, ומחלות לב היו אחראיות ל-25% מהמקרים. בגיל 75-79 המצב מתהפך: מחלות לב אחראיות ליותר מ-40% ממקרי התמותה בקרב נשים, בעוד שהסרטן אחראי לכרבע מן המקרים. בקרב הגברים, רמת הסיכון של מוות ממחלת לב או מסרטן הוא שווה, פחות או יותר, בכל הגילאים, כאשר הסכנה הגדולה ביותר היא לאחר גיל 65.

שיעור התמותה מסרטן בקרב גברים בישראל הוא מן הנמוכים ביותר בכ-20 מדינות שבהן נערכים רישומים; לעומת זאת, שיעור התמותה בקרב נשים הוא מן הגבוהים בעולם – גבוה מאשר במדינות אירופה, אך נמוך מאשר בארצות הברית (צדקה, 1993). הסיבה לכך היא בעיקר שיעורי תמותה גבוהים מסרטן השד, אשר בשנת 1994 גרם למותן של יותר מ-800 נשים, כמעט פי שניים ממקרי המוות מסרטן המעי הגס – שהוא הסרטן השני בשכיחותו בקרב נשים בישראל. בקרב הגברים, סרטן הריאות הוא הגורם המוביל בתמותה מסרטן, עם כ-706 מקרי מוות בשנה, ואחריו סרטן המעי הגס (למ"ס, 1997: לוח 3.22).

הבדלים בין המינים בתחלואה

נשים סובלות יותר מגברים ממצבים כרוניים רבים, כגון יתר לחץ דם, סוכרת, בריחת סידן העצם, דיכאון, אי-שליטה ובעיות אחרות של שלפוחית השתן, עייפות כרונית, מיגרנות. מצבים כרוניים אלה אינם גורמים בהכרח למוות, אך הם פוגעים בתפקוד היום-יומי של הנשים ובאיכות חייהן (Paltiel, 1988: 189-211).

נשים, יותר מגברים, מדווחות על רמת בריאות גופנית ונפשית נמוכה, או על מוגבלות. דבר זה נכון במיוחד לגבי נשים קשישות ועניות. זלצברגר, למשל, בדקה 360 זוגות נשואים במהלך תקופה של עשר שנים. במשפחות שסוגו כסובלות מקיפוח יחסי, היא מצאה ששיעורי

בבואנו לבחון את מידת השוויון בין המינים במערכת הבריאות עלינו להתחיל בפערים הקיימים בידע הרפואי. הידע שהרפואה המודרנית צברה על אפידמיולוגיה של מחלות אצל נשים מצומצם מזה שהיא צברה על גברים (National Institute of Health, 1997:7). מיעוטו היחסי של הידע המדעי על נשים מגביל את הבנתנו בכל הנוגע לצרכי הבריאות הייחודיים שלהן. הדבר מוביל להטיה על בסיס מגדר במדיניות הציבורית ובהכשרה של כוח האדם הרפואי, הטיה המשתקפת, בסופו של דבר, באיכות הטיפול והשירותים שמקבלות נשים (Laurence and Weinhouse, 1994: 60-82). השאלה, אם כן, אינה האם נשים בישראל מקבלות טיפול שווה לזה שמקבלים הגברים, אלא האם הן מקבלות את הטיפול הרפואי הדרוש להן לאור צרכיהן הייחודיים.

בריאות ומחלה

פער בין המינים

תוחלת חיים

הפער בין נשים לגברים בישראל בתוחלת החיים הוא 4 שנים: 79.5 שנים אצל נשים ו-75.5 שנים אצל גברים (למ"ס, 1997), לוח 3.19). זהו פער קטן מהפער הממוצע במרבית המדינות המפותחות, העומד על 7 שנים. למעשה, בעוד שישראל נמנית על חמש המדינות הראשונות בעולם במה שנוגע לתוחלת החיים של גברים, הרי במה שנוגע לנשים היא אינה נמנית אפילו על עשר המדינות הראשונות (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 55-57). נתונים אלה מצביעים על התמודדות בלתי-מספקת של מערכת הבריאות עם צרכיהן של נשים.

תוחלת החיים הארוכה יותר של הנשים פירושה, מצד אחד, שנשים תלויות במערכת שירותי הבריאות למשך תקופות ארוכות יותר בחייהן, ומצד שני, שהן נשארות לבדן לעת זקנה, ללא בן-זוג שיטפל בהן בשעת מחלה. נשים מהוות 57% מהאוכלוסייה שמעל גיל 65 (למ"ס, 1997: לוח 2.10). בגיל 75-79, רק 27% מהן חיות עם בן-זוג, בהשוואה ל-82% מהגברים באותה קבוצת גיל (מודן ואחרים, 1996). הבדלים אלה צריכים למצוא ביטוי במדיניות הבריאות ובתכנונה.

סוכרת היא מחלה נוספת המציבה סיכונים משניים בפני נשים נשים, בהשוואה לעלייה של 58% בלבד בקרב הגברים. נשים, יותר מגברים, דיווחו על ריבוי של בעיות בריאות – אותן ייחסו להריון וללידה, לתופעות-לוואי מתמשכות של מחלות קודמות ולמתחים משפחתיים. בין המחלות שצוינו בתכיפות הגבוהה ביותר היו הפרעות נפשיות ודיכאון (זלצברגר, 1990, 1991: 41-50).

הבדלים אלה בין נשים לגברים מתגלים גם בגילאים המבוגרים ביותר. שיעור הנכות בקרב בנות 75 ומעלה גבוה ב-50% מאשר בקרב הגברים באותו גיל. הסבירות של חיים ללא בן-זוג גבוהה יותר אצל נשים, וכתוצאה מכך גבוהה גם הסבירות שהן יאושפוז במוסדות (Stessman et al., 1996). נשים מדווחות על שיעורים גבוהים יותר של יתר לחץ דם וכן על כאבי שרירים או פרקים, על עייפות כרונית, בעיות עיכול, בעיות נשימה ומגוון של מצבים כרוניים אחרים (למ"ס, Stessman et al., 1996; 1994).

בעיות בריאות נסתרות אצל נשים

ההליך הרבייה לכשעצמו מגביר את הסיכויים לחלות במחלות מסויימות (זלצברגר, 1991; Hoffman, 1995). הריון מגביר את הסיכון ללקות בסוכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב, מחלת כיס המרה וכמובן דיכאון לאחר לידה, שעליו ידוע מעט מאוד בישראל. במהלך סקר של האגודה לקידום בריאות נשים בישראל על טיפול בדיכאון שלאחר לידה, נשמעה לעתים קרובות הטענה כי תופעה זו אינה נצפית אצל נשים ישראליות (הורוביץ, 1996).

קיימים מצבים כרוניים רבים אחרים הפוגעים בנשים בשיעור גבוה יותר או פשוט בצורה שונה מאשר בגברים; מדובר בתופעות שלעתים קרובות אינן מאובחנות על ידי רופאים, ושלגביהן קיים "קשר שתיקה" בין מטופלות לרופאיהן. הפרעות אכילה, בריחת שתן, הפרעות בבלוטת התריס, אלימות מצד בן-הזוג, שימוש בסמים או אלכוהול, גלי חום ותסמינים אחרים של הפסקת הווסת הם רק כמה מתוך בעיות הבריאות הנסתרות שיש חיות עמן לעתים קרובות, כיוון שהרופאים ועובדי חדרי המיון לא הוכשרו די הצורך לגלותן ולבחנן.



הנכות הנובעת ממחלה עלו במהלך עשר השנים ב-350% בקרב נשים, בהשוואה לעלייה של 58% בלבד בקרב הגברים. נשים, יותר מגברים, דיווחו על ריבוי של בעיות בריאות – אותן ייחסו להריון וללידה, לתופעות-לוואי מתמשכות של מחלות קודמות ולמתחים משפחתיים. בין המחלות שצוינו בתכיפות הגבוהה ביותר היו הפרעות נפשיות ודיכאון (זלצברגר, 1990, 1991: 41-50).

הבדלים אלה בין נשים לגברים מתגלים גם בגילאים המבוגרים ביותר. שיעור הנכות בקרב בנות 75 ומעלה גבוה ב-50% מאשר בקרב הגברים באותו גיל. הסבירות של חיים ללא בן-זוג גבוהה יותר אצל נשים, וכתוצאה מכך גבוהה גם הסבירות שהן יאושפוז במוסדות (Stessman et al., 1996). נשים מדווחות על שיעורים גבוהים יותר של יתר לחץ דם וכן על כאבי שרירים או פרקים, על עייפות כרונית, בעיות עיכול, בעיות נשימה ומגוון של מצבים כרוניים אחרים (למ"ס, Stessman et al., 1996; 1994).

ועוד: סקר שבו השתתפו 450 ירושלמים מעל גיל 70 גילה הבדלים בין-מגדריים בכל תחומי התחלואה: שוב, הנשים סבלו יותר ממחלות לב, בעיות נשימה, כאבי פרקים ושרירים, עייפות כרונית, הפרעות פסיכולוגיות, בעיות במערכת העיכול, גידולים ממאירים וגילויים אחרים של מחלה כרונית. ההבדל המשמעותי ביותר היה קשור בבעיות של מפרקים ושל שרירים: אלה עלולות, כמובן, להגביל בצורה חמורה את כושר התנועה ואת העצמאות ולפגוע ביכולתן של נשים לחיות מחוץ למוסדות, ובמיוחד אם אין להן בן-זוג שיעוד אותן (Stessman et al., 1996).

הממצאים שלעיל עולים בקנה אחד עם תופעה מוכרת בחברות מודרניות ברחבי העולם: בעוד שנשים נהנות מתוחלת חיים ארוכה מזו של גברים, הן חולות יותר במהלך חייהן. אצל נשים, התחלואה משתנה בהתאם לגיל, מעמד כלכלי, עדה וגזע, אולם ההבדלים הכוללים בין נשים לגברים הם יציבים במידה מפתיעה (Apfel, 1982; Verbrugge; 1976; Doyal; 1990; Hoffman; 1996).

יתר לחץ דם וסוכרת

יתר לחץ דם וסוכרת הן מחלות הפוגעות באיכות החיים של נשים ומובילות לעתים קרובות לבעיות חמורות יותר. אצל נשים, יתר לחץ דם גורם לאי-ספיקת לב ולבעיות כלליות אחרות, ומציב נשים בסיכון גבוה, יחסית לגברים, לשבץ לב (Hoffman, Strokes et al., 1987; 1995).

נשים הסובלות מיתר לחץ דם אינן מודעות לעתים למצבן, ולכן הן אינן פונות לטיפול. בסקר של קופת החולים הכללית שבמסגרתו נבדקו 1,000 נשים במילים 20-60 (אשד, 1991), נמצא שכ-30% מהנשים שמעל גיל 45 סבלו מיתר לחץ דם, אך רק שליש מתוכן היו מודעות לכך.

הטיה מגדרית בפרקטיקה הרפואית

מחלות לב

מחלות לב הן אולי הדוגמה הבולטת ביותר לאופן שבו הטיה מגדרית עשויה לחלחל לכל שלב בתהליך הרפואי – החל במחקר, המשך בהכשרה, במניעה, באבחנה וכלה בטיפול. מחלות לב מספקות המחשה של מה שד"ר איילין הופמן, מומחית לבריאות נשים, כינתה האנדרוצנטריות [העמדת הגבר במרכז] ברפואה – "ההנחה שלגברים ולנשים פרופילים דומים בכל הבעיות שאינן גניקולוגיות" (Hoffman, 1995).

זמן רב נחשבה מחלת לב למחלה גברית, ולכן לא חקרו אותה די הצורך בקרב נשים; תוצאות מחקרים על גברים הועתקו בפשטות לנשים. הרופאים יודעים אך מעט על האבחון של מחלת העורקים הכליליים ועל הטיפול בה אצל נשים; אין בידיהם כלי אבחון שהם ספציפיים לנשים. נשים הסובלות מכאבים בחזה או מתסמינים אחרים מדווחות לעתים קרובות שהרופאים פוטרם אותן בקביעה שמדובר בבעיות פסיכוסומטיות, בבעיות בבית או במשהו שאכלו (רענן, 1998: 27-30).

התוצאה: גורלן של נשים גרוע מזה של גברים הסובלים מאוטם שריר הלב והעוברים ניתוחי מעקפים (Greenland et al., 1991; צבעוני, 1991; רענן, 1998). רמת התפקוד שלהן בהיען לאשפוז ירודה מזו של גברים; קצב ההתאוששות שלהן אטי יותר והסבירות לתמותה גבוהה יותר הן במהלך האשפוז והן במהלך השנה שלאחר השחרור מבית החולים.

בריאות הנפש

מחלת נפש היא סוגיה נוספת שלא נחקרה כל צורכה ושאינה מאובחנת כראוי אצל נשים. כמו במקרה של מחלת לב, אמות המידה לבריאות הנפש מבוססות באופן מסורתי על מודל אנדרוצנטרי הרואה בגברים את הנורמה האופרטיבית ואינו לוקח בחשבון את התנסויותיהן הייחודיות של נשים (Broverman et al., 1970; Chessler, 1972; Gilligan, 1982). כתוצאה מכך, בישראל, כמו במקומות אחרים, ידוע אך מעט על הסיבות לדיכאון, להפרעות לחץ פוסט-טראומטי, להתמכרות לסמים או להפרעות אכילה; גם הידע על הטיפול בכל אלה, ועל היחס שבין בעיות אלו לבין בעיות בריאות אחרות, הוא מועט יחסית (Feinson, 1997).

העדויות המצטברות מצביעות על כך שדפוסי הצריכה של חומרים כדוגמת טבק, אלכוהול וסמים שונים אצל שני המינים; עוד מתברר כי לצריכה של חומרים אלה יש השלכות בריאותיות שונות אצל שני המינים. בקרב נשים, למשל, עישון או שתייה הם לעתים קרובות

תופעות-לוואי של דיכאון או של הפרעת לחץ פוסט-טראומטי, כמו זו הנגרמת כתוצאה מאלומות או מהתעללות מינית; האלכוהול משכר נשים בכמויות קטנות יותר; נשים נוטות לשמור בסוד את בעיית השתייה שלהן, בעוד שאצל גברים היא מתגלה בדרך כלל בהתנהגות אנטי-חברתית, ובכלל זה באלומות (Hoffman, 1995: 365).

ישראל מדורגת במקום גבוה בעולם המערבי במה שנוגע לאלומות כלפי נשים, עם שיעור של 2.6 מקרי רצח לכל 100,000 נפש. בין 157 הקורבנות של מקרי הרצח בשנת 1997, 26 היו נשים; 60% מתוכן נהרגו בידי בעליהן, וכרבע נהרגו על ידי בן משפחה אחר (שדולת הנשים, מרכז המידע).

בשנת 1992 אירעו 868 ניסיונות התאבדות בקרב נשים בישראל, שהם 63% מסך כל ניסיונות ההתאבדות. המספר הגדול ביותר נרשם בקרב בנות 15-24, והסיבות שדווחו בשכיחות הגבוהה ביותר היו קשיים משפחתיים או חברתיים (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 177-175). לגברים, לעומת זאת, יש סיכוי גבוה פי שלושה להצליח בהתאבדות; גברים המנסים להתאבד הם בדרך כלל מבוגרים יותר, וניסיונות ההתאבדות שלהם קשורים לעתים קרובות יותר למחלת נפש ולדיכאון (שם).

פוריות ובריאות

שיעורי הילודה בישראל יורדים בהתמדה במהלך 20 השנים האחרונות: אצל נשים יהודיות, מ-3.3 ילדים למשפחה בשנת 1975 ל-2.5 בשנת 1996. בקרב המוסלמים, הירידה הייתה מ-8.5 ילדים ל-4.7. בקרב היהודיות, שיעור הילודה הגבוה ביותר הוא אצל ילידות אסיה או אפריקה (3.2), בעוד שהנמוך ביותר הוא אצל ילידות אירופה או רוסיה (2.2 ו-1.7 בהתאמה). אצל נשים ילידות ישראל שיעור הילודה הממוצע הוא 2.6, שיעור גבוה יותר מאשר בארצות אירופה או בצפון אמריקה. מצד שני, שיעור תמותת יולדות בישראל, שעמד בשנת 1994 על 5.2 לכל 100,000 לידות חי, נמוך באופן מובהק מאשר בארצות רבות אחרות ובכלל זה בארצות הברית – 7.2 (למ"ס, 1997; המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 36-29).

שיעור ההפלות החוקיות ירד מכ-18,000 בשנות השמונים לכ-16,000 באמצע שנות התשעים. גם בשיעור הילודה אצל מתבגרות חלה ירידה דומה. לעומת זאת, יש עלייה בשיעור הלידות מחוץ לנישואין (4 לכל 1,000 בשנת 1995 בהשוואה ל-3.2 בשנת 1978 (למ"ס, 1997: לוח 3.15)).

ייתכן שהירידה בשיעור ההפלות היא תוצאה של שימוש גובר באמצעי מניעה יעילים. בסקר הלאומי הראשון על בריאות ועל לקיחת סיכון בריאותי בקרב תלמידי תיכון, שנערך בשנת 1994, דיווחו 87% מהבנות (ו-83% מהבנים) על שימוש בשיטות "בטוחות" למניעת הריון (הראל ואחרים, 1997).

עם זאת, סל השירותים הניתן מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו כולל אמצעי מניעה ואף לא ייעוץ במניעת הריון. הדבר עומד בניגוד חריף לעובדה שהסל כולל שיטות להגברת הפוריות – ובכלל זה טיפול הפריה חוץ-גופית עד ללידת חי של שני ילדים. למעשה, ישראל יכולה להתגאות במספר הגבוה ביותר בעולם, ככל הנראה, של מרכזי הפריה חוץ-גופית ביחס לאוכלוסייה (27 מרכזים בשנת 1998).

שימוש בשירותי הבריאות

נשים בישראל משתמשות במערכת הבריאות יותר מגברים. הן מבקרות אצל רופאים לעתים קרובות יותר (למ"ס, 1994: לוח 3) ועוברות מספר גדול יותר של בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן ובדיקות אחרות (שם). עם זאת, טיפול רב יותר אין משמעו בהכרח טיפול טוב יותר.

מחקרים שנערכו בארצות הברית מצביעים על כך שבעוד שנשים עוברות יותר בדיקות מעבדה, נוטלות יותר תרופות ומבקרות יותר אצל רופא/ה, שיעור הטיפול הכירורגי נמוך אצלן בהשוואה לגברים (Verbugge et al, 1981; Hibbard and Pope, 1986; JAMA, 1991).

הידע הקיים על השימוש בשירותים ועל הפנייה לטיפול של נשים ישראליות הוא מצומצם. החוקר בן סירא בדק את היחס בין "ניצול יתר" של מערכת הבריאות לבין שביעות רצון של הלקוח מן הטיפול הראשוני (בן סירא, 1987). הוא מייחס תלונות חוזרות וביקורים חוזרים אצל הרופא/ה – שיש בהם לכשעצמם סיכון – לחוסר שביעות רצון מן הטיפול. תחושות מעין אלה, טוען בן סירא, מושפעות מאוד מן היחס של נותני השירות.

בן סירא מצא כי בקופת החולים הכללית שוררת שביעות הרצון הנמוכה ביותר מן היחס של הרופאים ומן הטיפול – אם לשפוט על פי השיעור הגבוה של ביקורים חוזרים אצל רופאים. הוא הדגיש את החשיבות של אימוץ מודל הוליסטי של טיפול רפואי במטרה לקדם את הניצול האפקטיבי של השירותים ואת רווחת הלקוח.

סקר שערכה האגודה לקידום בריאות נשים בישראל ב-1996 בקרב קוראות של ירחון הנשים "את" תומך בהשערה שלעיל: חברות בקופת החולים הכללית ציינו כי הרופאים ממעטים לתת מידע על התנהגות מקדמת בריאות; הן דיווחו גם על שביעות רצון נמוכה יותר ועל ביקורים חוזרים רבים יותר מאשר חברות בקופות חולים אחרות (אבגר וגורדון, 1996).

סקר "את" מצביע על כמה מגמות הראויות לבדיקה נוספת. למשל, בעוד שהנשים דירגו עצמן כבריאות, יחסית, רובן דיווחו על תסמינים מרובים של מצוקה, כמו כאבי ראש, כאבי גב, עייפות כרונית, דיכאון וחרדה; הן היו מרוצות מהרופאים שלהן באופן כללי, אולם הפגינו ציפיות נמוכות ממערכת הבריאות; חלקן עשו שימוש תכוף מאוד במערכת הבריאות, אולם בניגוד לדעה המקובלת, רובן נטו להתעלם מתסמינים ולא פנו לטיפול רפואי. הרמה הנמוכה ביותר של "רווחה"

נצפתה בקרב נשים בגילים 36-45 – אלה שנשאו בנטל הכבד ביותר של אחריות בבית ובמקום העבודה. לעומת זאת, נשים מעל גיל 45 דיווחו על תסמיני מצוקה מעטים יותר ועל רמה גבוהה יותר של טיפול עצמי (שם).

בעוד שנשים ככלל רואות את בריאותן כירודה מזו של גברים, קיימים הבדלים חשובים בין נשים אשכנזיות לנשים מזרחיות, ובין נשים ערביות לנשים יהודיות. בקרב נשים מעל גיל 60, נשים אשכנזיות מדווחות על בריאות טובה יותר מנשים אחרות, בעוד שנשים ערביות מצויות בתחתית הסולם, לפי דיווחיהן. רמת השימוש בשירותי בריאות, ובכלל זה ביקורים אצל רופאים, בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, פיזיותרפיה ובדיקות סריקה שונות, היא הנמוכה ביותר דווקא בקרב אותם מגזרים המדווחים על הבריאות הלקויה ביותר – נשים ערביות ומזרחיות (למ"ס, 1994).

סגנון חיים ורפואה מונעת

כ-25% מהנשים מעל גיל 20 מעשנות, לעומת 30% מהגברים (משרד הבריאות, 1996). סקר שנערך בקרב הנוער בישראל גילה מספר שווה כמעט של נערים ונערות שדיווחו כי הם מעשנים לפחות פעם בשבוע (הראל, 1997).

נשים המעשנות מגדילות את הסיכון, שהוא גבוה אצלן ממילא, ללקות בבריחת סידן מהעצמות; הן עשויות לחוות הפסקה מוקדמת של הווסת; ואם הן מעל גיל 35 ונוטלות את הגלולה, הן מגדילות במידה משמעותית את הסיכוי ללקות בהתקף לב ובשבץ (Horton, 1995). מחקרים מעלים עוד כי נשים רגישות יותר מגברים להשפעות הכימיות של הניקוטין, וכי תסמיני הגמילה שלהן חמורים יותר (Hoffman, 1995: 365).

באופן כללי, נשים ממעטות לעסוק בפעילות גופנית, בהשוואה לגברים, פרט לגילים שבין 35 ל-54 (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 253). ממצא זה תואם מגמה שנצפתה בסקר הירחון "את": נשים מעל גיל 45 מטפלות בעצמן טוב יותר מנשים צעירות.

בדיקת ממוגרפיה נחשבת לגורם התורם להפחתת התמותה מסרטן השד: מחקרים אקראיים שנערכו במקומות שונים בעולם, וכללו קבוצות ביקורת, מצביעים על ירידה אחידה בתמותה בשיעור של 30% עד 40% בקרב נשים בגילים 50-69 שעברו בדיקת ממוגרפיה אחת לשנתיים-שלוש. ירידה קטנה יותר נרשמה בקרב נשים מתחת לגיל 50 (רנרט, 1996; Fletcher et al., 1993). בישראל, קופות החולים לא מיהרו להיענות לדרישת משרד הבריאות כי יזמינו לסריקה באופן אישי את כל הנשים מעל גיל 50; רופאי משפחה, מצדם, אינם פועלים תמיד על פי ההנחיות להפניית מטופלות לממוגרפיה. ובכל זאת, מבצע הממוגרפיה העלה את שיעורי הסריקה – מכ-30% של הנשים בגילים 50-70 בשנת 1997, ל-50% ברבע הראשון של שנת 1998 (מירי זיו, האגודה למלחמה בסרטן).

רשימות רופאים שהוענקו בישראל

שנים	גברים	נשים	סה"כ
1989-1948	12,409 (70%)	5,421 (30%)	17,830
*1991-1990	2,701 (62%)	1,622 (38%)	4,323
1993-1992	3,308 (51%)	3,162 (49%)	6,740
סה"כ: 1993-1948	18,418 (64%)	10,205 (36%)	28,623 (100%)

מקור: Notzer, Netta and Brown, Suzanne, 1995, The Feminization of the Medical Profession in Israel, in *Medical Education*, 29 (5)
 * בינואר 1990 התחילו להנפיק רשימות לעולים מברית המועצות לשעבר.



נשים ברפואה

בשני העשורים האחרונים חל גידול רב במספר הנשים שהתקבלו לבתי-ספר לרפואה בישראל. בעוד שבשנת 1975, פחות מ-30% מן הסטודנטים לרפואה היו נשים, בשנת 1995 עלה חלקן ל-48%. שיעור זה גבוה מזה של הסטודנטיות לרפואה בארצות הברית (Notzer and Brown, 1995).

גל הרופאים העולים מברית המועצות לשעבר הביא לעלייה במספר הרשימות המוענקים לנשים בישראל - מ-30% בלבד בשנת 1989 ל-49% בשנת 1993 (שם).

ההבדלים בין המינים מתגלים בבחירת ההתמחות הרפואית: נשים מתרכזות עדיין בתחומים הפחות מכניסים והפחות יוקרתיים, כמו רפואת משפחה ורפואת ילדים, בעוד שגברים שולטים בתחומי הכירורגיה, הגניקולוגיה והרפואה הפנימית (Notzer and Brown, 1995). תוצאה אחת של חלוקת-עבודה מסורתית זו היא שלרופאים גברים יש ייצוג רב יותר בבתי החולים, בעוד שנשים רופאות מרוכזות במרפאות חוץ. ב-1991 היוו נשים רק 12% מן הרופאים שעבדו בבתי חולים (Shuval, 1992). גם בעולם האקדמי ניצבות עדיין נשים

טיפול בהורמונים

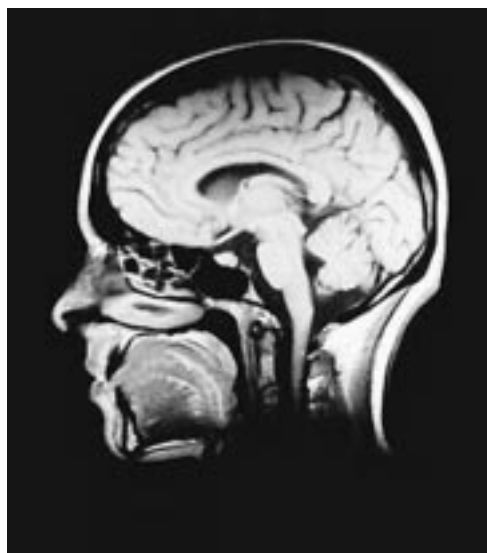
רופאים בישראל נוטים לתמוך בהתלהבות בטיפול בהורמונים בתקופת הפסקת הווסת. באחד הכנסים הראשונים על בריאות נשים שנערכו בישראל, בשנת 1991, הגדיר אחד מרופאי הנשים הידועים טיפול זה כסוגיה הלוהטת ביותר בעבור רופאי נשים: "נשים רבות סובלות מגלי חום ומדיכאון במהלך הפסקת הווסת", הצהיר. "אבל קשה לשכנע אותן ליטול הורמונים לאורך זמן... תפקידנו הוא לחנך את הנשים ולשנות את דפוסי ההתנהגות שלהן... עלינו לשכנע גם את הרופאים בצורך בטיפול הזה" (פלטי, 1991: 104).

בכנס הראשון שעסק במחלות לב אצל נשים בישראל, במאי 1998, הצהירה פרופ' ננט ונגר (Wenger), מומחית ידועה מארצות הברית: "המילה האחרונה בנושא הטיפול בהורמונים עדיין לא נאמרה. באשר לשאלה האם הטיפול ההורמונלי מגביר את הסיכון של סרטן השד ושל סרטן רירית הרחם, יש לציין כי הניסויים הקליניים [בטיפול הורמונלי] נערכו בקרב נשים בריאות. לכן קיימת אפשרות שאנו מפריזים בערך היתרונות של הטיפול ההורמונלי".

הכשרה רפואית בישראל, 1995

התמחות	אחוז מכלל הנשים המתמחות	אחוז מכלל הגברים המתמחים	אחוז מכלל המתמחים
מחלקות רפואה*	35	37	36
כירורגיה**	7	19	16
פסיכיאטריה	17	9	11
גניקולוגיה	7	13	11
רפואת ילדים	19	14	16
רפואת משפחה	15	8	10
סה"כ	873	1728	2466
סה"כ באחוזים	(100%)	(100%)	(100%)

מקור: Notzer and Brown, שם.
 * כולל: רפואה פנימית, רפואת לב, נפרולוגיה, נירולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, רדיולוגיה דיאגנוסטית ואונקולוגיה.
 ** כולל: רפואה כללית, בית החזה ולב, רפואה פלסטית, ניתוחים אורתופדיים וניתוחי ילדים, רפואת עיניים, נירי-כירורגיה והרדמה.



בפני מכשולים: למרות העלייה במספרן, מרבית הנשים מרוכזות ברמות הנמוכות יחסית, בעמדות הוראה קלינית, ולא בעמדות בכירות של מחקר והוראה (Notzer and Brown, 1995).

הכשרה רפואית ומחקר רפואי

לאור העובדה שנשים משתמשות יותר בשירותי הבריאות ומהוות כ-70% מעובדי מערכת הבריאות וכמחצית מן הסטודנטים לרפואה, מפתיע לגלות שבתי הספר לרפואה בישראל אינם מציעים עדיין ולו קורס אחד העוסק בבריאות נשים.

מפתיע באותה מידה הוא העדרו של מחקר בסוגיות של בריאות נשים. חיפוש ב-Medline, תוך שימוש במונחים "נשים", "בריאות" ו"ישראל", גילה רק 55 מאמרים לשנים 1990-1997. מרביתם היו קשורים בתפקידי נשים מסורתיות של טיפול או של תמיכה, כמו סיעוד, הוראה וטיפול בבן זוג חולה, כמו גם הריון, לידה, הנקה וכיו"ב. רבים מהמאמרים היו קשורים לתגובות הרגשיות של נשים למצבי לחץ, כמו נישואין לאנשי צבא, מלחמה, הפלה וטיפולים רפואיים. נמצאו רק מחקרים בודדים שהתמקדו במחלות נשיות.

מיעוט המחקרים על בריאותן של נשים הוא ביטוי של אפליה; אך מעבר לכך יש בו גם סיכון, כיוון שטיפול רפואי ותרופתי שפותח עבור גברים והשימוש במכשירי אבחון שפותחו עבור גברים, עלולים שלא להתאים לנשים. המשך השימוש בתפיסות שפותחו בהקשר גברי, כאשר הנשים נחשבות לכל היותר כמקרים יוצאי דופן, עלול להוביל להחלטות קלינית לא מתאימות.

נשים הן רוב בלתי נראה במערכת המתפקדת כאילו היו מיעוט. מדיניות בריאות החותרת לקדם את בריאותן של נשים, צריכה לשנות את תמונת המחקר הרפואי והפרקטיקה הרפואית, על-ידי הצבתן של הנשים במרכז, לצד הגברים. יש לחקור באופן מלא יותר את טיבם של ההבדלים הבין-מגדריים. מעבר לתיפקודים הביולוגיים של נשים, יש לשים דגש רב יותר על בדיקת מעמדן החברתי כרעיות, כאמהות, כבנות וכעובדות. כמו כן, יש לחקור את השפעת אי-השוויון בין המינים על בריאותן הגופנית והנפשית של הנשים.

תיקון אי-השוויון והגדרה מחדש של מקומן של נשים בתפיסות הרפואיות ידרשו זמן, שכן הנשים, כמוהן כרופאים, עברו תהליך של הכשרה למערכת שהגבר ניצב במרכזה. יש לזכור כי שינוי של תפיסות מגדריות אינו בעיה ייחודית לרפואה. מדובר בסוגיה פמיניסטית מהותית, וככזו היא ראויה לטיפול במסגרת מאמצים כלליים לשפר את מעמד הנשים ולהסיר את המכשולים המונעים את השתתפותן המלאה בחברה.



מבט מקרוב על בריאות האזרחים הערבים

שיעורי תמותת תינוקות

שיעורי תמותת תינוקות לפי מוצא לאומי
(לכל 1,000 לידות חי)

שנה	ערבים	יהודים
1955-1959*	60.6	32.1
1965-1969*	43.8	20.8
1975-1979*	32.6	15.0
1979-1980	23.5	12.5
1983-1984	20.0	10.6
1987-1988	16.9	8.3
1991-1992	14.5	7.2
1996	9.3	5.0

* מוסלמים לעומת יהודים.
מקורות: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1997, מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של תמותת תינוקות, נתונים לשנים 1990-1993, טבלה 25; שנתון סטטיסטי לישראל 1997, טבלה 3.1.

הטבלה שלעיל מציגה את שיעורי תמותת התינוקות לאורך זמן. ניתן לראות כי שיעור התמותה של תינוקות ערבים היה כפול מזה של תינוקות יהודים במהלך כל ארבעת העשורים האחרונים. באופן כללי, שיעורי התמותה מצויים במגמת ירידה בשתי הקבוצות כאחת, אך הערבים מפגרים אחר היהודים בכ-10 עד 20 שנה. שיעור הסיכון היחסי של תינוקות ערבים גבוה יותר בתקופה שלאחר הלידה (פי 3.4 מתינוקות יהודים, לפי נתונים עבור 1990-1993), תקופה שבה גדולה במיוחד השפעת הסביבה הפיזית והכלכלית של הבית והקהילה. הסיכון היחסי בתקופה זו מצוי במגמת עלייה, בעוד שהסיכון היחסי של תינוקות ערבים בשעת הלידה עצמה נותר יציב ברמה נמוכה יותר (פי 1.5 מתינוקות יהודים, לפי נתונים עבור 1990-1993) (למ"ס, 1997, טבלה ב). בתקופה הראשונה לאחר הלידה, התמותה קשורה בדרך כלל לתהליך הלידה או למומים מולדים. מבט מקרוב מגלה שהשפעתם של גורמים סביבתיים וחינוכיים גדולה מזו של גורמים גנטיים או מבעיות הקשורות לתהליך הלידה. למשל, בשנים 1990-1993, הסיכון היחסי של תמותה מזיהומים בקרב תינוקות ערבים היה גבוה פי 4 מאשר בקרב תינוקות יהודים (שיעור התמותה ממחלות זיהומיות היה נמוך בשתי הקבוצות: 0.8 אצל הערבים

האזרחים הערבים מהווים כחמישית מאוכלוסיית ישראל, ותשעים אחוז מהם נולדו, גלו והתחנכו בישראל. על אף העובדה שהמיעוט הערבי הוא גדול יחסית ויושב בארץ מאות שנים, הרשויות המקומיות הערביות סובלות עדיין ממצב של תת-התפתחות. הרשויות המקומיות הערביות הופלו לרעה באורח שיטתי בכל הקשור לתכניות פיתוח ממלכתיות, כך שהזדמנויות התעסוקה בהן מוגבלות. מבחינת תשתיות, מפגרות הרשויות הערביות אחר אלה היהודיות. על-פי כל המדדים החברתיים-כלכליים, האזרחים הערבים מצויים בתחתית הסולם: בחינוך, בתעסוקה ובהכנסה. כיוון שאי-אפשר להפריד את הסטטוס הבריאותי מן הסטטוס החברתי-כלכלי, אין זה מפתיע שרמת הבריאות של הערבים בישראל נמוכה מזו של האוכלוסייה היהודית. דבר זה בולט על רקע העובדה שמדיניות הבריאות הממלכתית הוכיחה מידה גבוהה של יעילות כאשר לקחה על עצמה לטפל, בגיבוי תקציבים הולמים, באוכלוסיות ספציפיות, כדוגמת עולים יהודים חסרי אמצעים.

הממשלה שכינה בשנות התשעים המוקדמות הכירה ביחס הבלתי-שוויוני ששרר כלפי המיעוט הערבי בישראל ואימצה מדיניות של צימצום את הפערים. אולם עם תחילת כהונתה של המשלה שהחליפה אותה פינתה מדיניות זו את מקומה למדיניות של שוק חופשי ושל הפרטה, המנציחה את אי-השוויון ואף מחריפה אותו.

מדדי בריאות

למרות שיש בישראל נתונים סטטיסטיים מקיפים על היבטי חיים רבים ומגוונים, הנתונים אודות המיעוט הערבי הם לעתים בלתי מספקים. על רקע זה בולטים נתוניו של המרכז הישראלי לבקרת מחלות, אשר הדו"ח שלו לשנת 1997 משלב ומנתח באורח שיטתי את מרבית הנתונים הקיימים אודות תחלואה ותמותה בקרב הערבים, תוך השוואה ליהודים (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997).

שיעורי תמותה מתוקננים

כדי להשוות שיעורי תמותה, המרכז הלאומי לבקרת מחלות (1997) עושה שימוש בהתפלגות הגילים של כלל האוכלוסייה בישראל, לפי נתוני מפקד האוכלוסין של 1983. התוצאה: שיעורי התמותה המתוקננים על פי גיל, מכל הסיבות גם יחד, גבוהים יותר בקרב הערבים מאשר בקרב היהודים, הן אצל גברים והן אצל נשים (ר' הטבלה לעיל). הדבר נכון בנוגע לשתיים מתוך שלוש סיבות המוות המובילות (מחלת לב ואירוע מוחי), כמו גם בנוגע לסיבות מוות חיצוניות (בעיקר תאונות), למומי לידה, יתר לחץ דם, סוכרת ומחלות מידבקות. שתיים מסיבות המוות, סרטן וסיבות חיצוניות, הן בעלות חשיבות מיוחדת, שכן הן תורמות יותר מאחרות לאובדן שנות חיים פוטנציאליות עד גיל 65. שיעור התמותה מסרטן המתוקנן על פי גיל גבוה יותר בקרב יהודים מאשר בקרב ערבים (כל סוגי הסרטן מלבד סרטן הריאות). עם זאת, קצב העלייה בשיעור התמותה מסרטן מהיר כיום יותר אצל הערבים, במרבית איברי הגוף (חזה, ריאות, בלוטת הערמונית, רחם, שחלות ומערכת העצבים המרכזית).

באשר לסיבות מוות חיצוניות, שיעורי התמותה המתוקננים על פי גיל בקרב הערבים גבוהים ב-30% בהשוואה ליהודים; שיעור התמותה מתאונות דרכים גבוה פי 2. הנתונים אודות תאונות עבודה אינם מפרטים מוצא לאומי. עם זאת, ניתן ללמוד על ההבדלים בין יהודים לערבים בשיעורי התמותה מתאונות עבודה בדרך עקיפה: 80% ממקרי המוות מתאונות עבודה מתרחשים בקרב פועלי בניין ופועלי תעשייה, שני מגזרים שבהם קיים ייצוג יתר של ערבים. היקף מקרי המוות והפציעות בקרב עובדים ערבים מדאיג עד כדי כך שמשרד העבודה מצא לנכון לכנס מסיבת עיתונאים מיוחדת בנצרת, בפברואר 1998, מלווה בהודעה לעיתונות בערבית; כמו כן יזם המשרד תכנית מיוחדת בשפה הערבית להעלאת המודעות לתאונות עבודה.

0.2-1 אצל היהודים), בעוד שהסיכון היחסי של תמותה ממומים מולדים היה גבוה בקרב תינוקות ערבים רק פי 2 מאשר בקרב תינוקות יהודים (4.3 לעומת 1.8) (למ"ס, 1997, טבלאות 17 ו-18). יצוין עוד כי בשני העשורים האחרונים, הסיכון היחסי היה גבוה יותר בקרב נקבות מאשר בקרב זכרים; ייתכן שהדבר משקף את היחס המסורתי המועדף לזכרים בחברה הערבית.

כמה פקידים ממשלה נוהגים לייחס - מתוך מניעים פוליטיים - את השיעור הגבוה של תמותת תינוקות בקרב הערבים בישראל לשכיחותם של נישואי קרובים. דומה שפקידים אלה פועלים במסגרת המסורת הקולוניאלית של "האשמת הקורבן". מומים מולדים אמנם שכיחים יותר בקרב ערבים מאשר בקרב יהודים (31% מכלל מקרי המוות של תינוקות ערבים הם תוצאה של מומים מולדים, בהשוואה ל-26% בקרב מקבליהם היהודים). אמנם, תצפיות קליניות, כמו גם דיווחים מזדמנים בספרות הרפואית בישראל, מלמדים על כך ששכיחותם של נישואי קרובים, עיוורון ותלאסמיה מולדים - מופיעות בחמולות ערביות שונות כתוצאה מנישואי קרובים; אולם, הנסיון להציג נישואי קרובים כסיבה העיקרית או היחידה לשיעורי התמותה הגבוהים, אינו משכנע, כיוון שרק 10%-25% מן המומים המולדים הם תורשתיים. אם נבחן תינוקות בקבוצות גיל גבוהות יותר, נמצא שהסיכון היחסי של תמותה אצל ערבים גבוה אף יותר בקבוצת הגיל שבין שנה לארבע שנים: פי 2.5 אצל בנים ופי 3 אצל בנות, בהשוואה למקבליהם/ן היהודים/ות (בשנים 1990-1993). יצוין כי בגיל זה, מומים מולדים תורמים פחות לתמותה: 85% של מקרי המוות כתוצאה ממום מולד מתרחשים בשנת החיים הראשונה (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997:157).

מדדים נבחרים של מצב בריאות: ערבים ויהודים בישראל, 1995

סיכון יחסי *	יהודים	ערבים	
2.3	3.2	6.8	לידת מת לכל 1,000 לידות חי
1.9	5.0	9.3	שיעור תמותת תינוקות לכל 1,000 לידות חי (1996)
2.0	6.6	13.0	שיעורי תמותה מתחת לגיל 5 לכל 1,000 לידות חי
			שיעורי תמותה מתוקננים על פי גיל לכל 100,000 נפש באוכלוסייה
1.2	640	740	גברים
1.2	460	560	נשים

* שיעור סיכון יחסי של ערבים לעומת יהודים.
מקור: חושב על פי למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 1997, טבלאות 3.1 ו-3.21.



אובדן שנות חיים פוטנציאליות עד גיל 65

סיבות נבחרות

חלקם של הערבים בסך הכול	סה"כ שנות חיים פוטנציאליות נוספות שאבדו	לידות מת 1995
49%	7,900	
46%	11,600	תמותת תינוקות 1996
46%	14,300	תמותה מתחת לגיל 5 - 1995

מקור: חושב על פי למ"ס, השנתון הסטטיסטי לישראל לשנת 1997א, טבלאות 3.1 ו-3.21.

תחלואה

נתונים על תחלואה קשים להשגה יותר מאשר נתונים על תמותה – להוציא מספר איבחונים ספציפיים כדוגמת סרטן, או פציעה מתאונות. הבדלים בשיעורי האשפוז אינם משקפים בהכרח הבדלים בשיעורי תחלואה; הם עשויים לשקף הבדלים בשיטות איסוף נתונים, בנגישות לטיפול, במקום הטיפול, בשיקולי תקציב ובגורמים אחרים. הדיווח על תמותה הוא מלא ואמין יותר מהדיווח על תחלואה, אף על פי שמידת הדיוק באשר לסיבת המוות לעתים אינה גבוהה. למשל, בכל הנוגע למחלות מידבקות, אפשר למצוא אי-התאמה בין שיעורי האשפוז ובין שיעורי התמותה. בקרב הערבים, שיעורי האשפוז כתוצאה ממחלות מידבקות גבוהים עדיין בצורה משמעותית מאשר בקרב היהודים, מלבד במקרים של דלקת ריאות, אולם הפער בשיעורי התמותה נסגר בשנים 1992–1994. נתונים על מחלת הסרטן – בכל האיברים – חושפים תבנית אחרת: בעוד שהתמותה מסרטן נמוכה יותר בקרב הערבים, הרי שהסיכון היחסי של הארעות הסרטן (לפי שיעורים מתוקננים על פי גיל) גבוה יותר בקרב יהודים, ולמעשה הוא גבוה בהרבה משיעור הסיכון היחסי לתמותה מסרטן. פירוש הדבר שמספר מקרי הסרטן המאובחנים בקרב הערבים נמוך, באופן כללי, מה שניתן היה לצפות לאור נתוני התמותה שלהם (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997:82).

תוחלת החיים בלידה משקפת את שיעורי התמותה הכללית בקרב

האוכלוסייה כיום. בשנת 1995, תוחלת החיים של ערבים בישראל הייתה קצרה ב-2.3 שנים מזו של יהודים (למ"ס, 1997א, טבלה 3.19). הבדל זה נובע בעיקר מן השיעור הגבוה של מקרי מוות בתקופת הילדות ובשנות החיים הראשונות. הטבלה שלעיל ממחישה את המשמעות של תמותת תינוקות וילדים. אף על פי שהערבים מהווים כחמישית מהאוכלוסייה הכללית, והלידות בקרב הערבים מהוות רק 30% מכלל הלידות, מחצית ממקרי לידות מת ותמותת תינוקות וילדים בישראל נרשמו בקרב הערבים. השיעור הגבוה של תמותת תינוקות בקרב הערבים – מעל לשיעור שניתן היה לצפות לו בהסתמך על שיעור תמותת התינוקות בקרב היהודים, מסביר אובדן של כמעט 12,000 שנות חיים פוטנציאליות עד גיל 65. כדי להעריך את הנתון הזה, יש להשוותו למספר שנות החיים הפוטנציאליות עד גיל 65 בכלל אוכלוסיית ישראל שאבדו כתוצאה ממחלת לב (סיבת המוות המובילה) – 13,190. מאז שנות ה-80 לא נרשם כל צמצום בפער בתוחלת החיים; בעשור הקודם אף נרשם גידול קל בפער. הטבלה שלהלן מצביעה על פיגור כרונולוגי של עשר שנים ברמת תוחלת החיים אצל הערבים, בהשוואה ליהודים, במהלך שני העשורים האחרונים. ועוד: בשני העשורים האחרונים נרשם בקרב היהודים גידול של שנתיים בתוחלת החיים בגיל 65, בעוד שבקרב הערבים הגידול בגיל 65 עומד על 0.7 שנים בלבד (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997:54).

תוחלת חיים לפי קבוצות אוכלוסייה, בלידה ובגיל 65, שנים נבחרות

זכר ערבי	זכר יהודי	פער בין הזכרים	נקבה ערבית	נקבה יהודית	פער בין הנקבות	פער כללי	בלידה
68.5	70.6	2.1	71.9	73.8	9.1	2.0	1974–1970
70.8	73.1	2.3	74.0	76.5	2.5	2.4	1984–1980
73.5	75.5	2.0	76.3	79.2	2.9	2.5	1994–1990
15.3	13.7	-1.6	15.7	14.8	-0.9	-1.3	בגיל 65
14.7	14.6	-0.1	15.4	16.0	0.6	0.3	1974–1970
16.0	15.8	-0.2	16.4	17.9	1.5	0.7	1984–1980
							1994–1990

מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 1997, לוח 3.19; המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997:56.

בריאותן של הנשים הערביות

החברה הערבית בישראל היא יותר פטריארכלית, במבנה ובאוריינטציה, מאשר מרבית מגזרי החברה היהודית; כיון שכך, יש עדיין בקרב הערבים הבדלים בולטים בין המינים ברמת הבריאות ובהזדמנויות לבריאות, לרעת הנשים. הטבלה שלהלן מציגה מספר נתונים השוואתיים. שיעורי התמותה של תינוקות נקביים גבוהים יותר מאלה של תינוקות זכריים. הדבר נכון ביחס לשיעורי תמותה כלליים, כמו גם ביחס לשיעורי התמותה בתקופה הראשונה לאחר הלידה (עד היום ה-28), בתקופה השנייה (עד שנה) ובתקופה שבין גיל 1 ל-5. הפער בתוחלת החיים בין גברים ונשים ערבים גבוה יותר מאשר אצל מקביליהם היהודים. אף על פי שתוחלת החיים של נשים גבוהה יותר הן בקרב הערבים והן בקרב היהודים, בכל הגילים, הרי שבגיל 65 ומעלה, אריכות הימים של הנשים הערביות - 0.4 שנים יותר מהגברים הערבים - נמוכה מזו של הנשים היהודיות - 2.1 שנים יותר מהגברים היהודים. שיעורי התמותה המתוקננים על פי גיל של נשים ערביות כתוצאה מאירוע מוחי, יתר לחץ דם, סוכרת ואסטמה, גבוהים מאלה של גברים ערביים ושל נשים יהודיות. בהשוואה לנשים יהודיות, אצל נשים ערביות נרשמים שיעורים מתוקננים גבוהים יותר של מחלת לב (סיבת המוות המובילה בישראל). שיעורי התחלואה והתמותה מסרטן אצל נשים ערביות נמוכים מאשר אצל נשים יהודיות, אך שכיחות סרטן השד (סוג הסרטן הקטלני ביותר עבור נשים בישראל) עולה לאחרונה בקצב גבוה יותר אצל נשים ערביות. הדבר נכון גם באשר לסרטן צוואר הרחם ולסרטן השחלות. לנוכח ממצאים אלו ראוי לציין את השתתפותן המוגבלת של נשים ערביות בתכניות לגילוי מוקדם של סרטן השד, ובייחוד ממוגרפיה. תופעה זו משתקפת בסיכון היחסי הגבוה בהרבה של נשים ערביות בכל הנוגע לתמותה מסרטן השד, בהשוואה לשכיחות הופעתו, נתון המלמד על גילוי מאוחר, יחסית, של המחלה בקרב נשים ערביות, וייתכן שגם על הופעה מוקדמת יותר בקרב נשים יהודיות. אי-התאמה דומה בין שיעורי האשפוז לשיעורי התמותה מתגלית גם ביתר לחץ דם, דבר המלמד על תת-ניצול של שירותי הבריאות על ידי נשים ערביות (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997:79-80).

נתון חשוב הפועל לטובתן של נשים ערביות הוא שיעור העישון הנמוך שלהן - לפי דיווח אישי (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997:238).

הכפרים הבלתי מוכרים

המגזר המקופח ביותר בקרב האוכלוסיה הערבית בישראל הוא תושבי הכפרים הבלתי מוכרים. כפרים אלה מכונים כך בעקבות חוק התכנון והבנייה 1965, שהוציא יותר מ-100 רשויות מקומיות ערביות קטנות, שבהן חיים יותר מ-80,000 תושבים, מתכנית המתאר הארצית. כתוצאה מכך מנועים תושבי כפרים אלה מלקבל שירותי חינוך, בריאות ושירותים ממלכתיים אחרים.

תנאי הדיור בכפרים הבלתי מוכרים ירודים מאוד כתוצאה מפעולת פקחי התכנון והבנייה וכתוצאה מאיום ההריסה המרחף מעל כל בנייה חדשה. הצפיפות רבה, ובמרבית הבתים אין מים וחשמל. הביוב הוא בעיה חמורה, בהעדר מערכת מודרנית לסילוק מי שופכין. אולם הבעיה הקשה ביותר היא זרימתו של ביוב גולמי מערים יהודיות כמו דימונה, המציפים אפיקי נחלים שאותם צריכים לחצות תושבים של יישובים בדוים בלתי מוכרים כדי להגיע למקומות עבודתם, לשווקים, לבתי הספר ואפילו לשירותי הבריאות שלהם. מכליות משוכות על-ידי טרקטור הנושאות מי-שתייה נאלצות לעבור דרך זרמים של ביוב גולמי - קרקע פורייה להעברתן של מחלות צואיות-אורליות, ולהתפרצות של דלקת מעיים, דלקת כבד ומחלות טפיליות (כנעאנה, 1997:7; כנעאנה, 1995:197).

מניעתם של שירותים בסיסיים, ובכלל זה שירותי בריאות, מהווה סוג של ענישה קולקטיבית, ענישה שגונתה על ידי הקהילה הבין-לאומית (כנעאנה, 1995:202). לאחרונה עלה הנושא לדיון בבג"ץ עקב עתירה שהגישו עמותת עדאלה, המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל, והאגודה הערבית הארצית למחקר ולשירותי בריאות. תנאי המחיה הקשים, הקיפוח החברתי-כלכלי, והרמה הנמוכה של שירותים בסיסיים - או העדרם המוחלט, גורמים לרמת בריאות נמוכה במיוחד בישובים הלא מוכרים. כך, למשל, שיעור תמותת התינוקות בקרב התושבים הבדוים של כפרים בלתי מוכרים בנגב בשנת 1995 היה 13 לכל אלף לידות חי, בהשוואה ל-8 בקרב בדוים אחרים בנגב ול-5 בקרב תושבי הנגב היהודים (משרד הבריאות, 1997:1). סיכון יחסי זה של 1:2:3 נשאר יציב לאורך זמן. פער גדול יותר נרשם במומים מולדים: הסיכון היחסי של לידת תינוק בעל מום מולד בקרב אמהות בדויות גבוה פי ארבע מזה של נשים יהודיות. הפער נובע בחלקו מן השיעור הגבוה של נישואי

מדדי בריאות, לפי מין

זכרים	נקבות	
1.8	2.3	סיכון יחסי* של תמותת תינוקות, 1990-1993
2.5	3.0	סיכון יחסי* של תמותה מתחת לגיל 5, 1990-1993
2.0	2.9	הבדל בשנים בין יהודים וערבים בתוחלת החיים בלידה, 1990-1994

* שיעור סיכון יחסי של ערבים לעומת יהודים. מקור: מחושב על פי למ"ס, 1997, מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של תמותת תינוקות בהתבסס על נתונים לשנים 1990-1993: XIX; ועל פי למ"ס, השנתון הסטטיסטי לישראל לשנת 1997, טבלה 3.21.

קרובים בקרב הבדווים, אולם הוא קשור גם בגורמים אחרים: תמותת תינוקות כתוצאה ממומים מולדים היא בעלת סיכון יחסי של 7.5, ומשקפת את הפערים בתנאי החיים ובגישות לשירותי הבריאות ובניצולם (משרד הבריאות, 1994 א': 2). סקר שנערך במשותף על-ידי בית-הספר להיגיינה בלונדון, מחוז הדרום של משרד הבריאות הישראלי ואוניברסיטת בן-גוריון בנגב בשנת 1996 מצא ששליש מהאמהות הבדוויות המתגוררות ביישובים לא מוכרים לא ביקרו בתחנות טיפת חלב (Hundt, 1996: 3). בדומה לכך, סקר שנערך בעבור אגודת הגליל – האגודה הארצית הערבית למחקר ולשירותי בריאות, בשנת 1997, שבחן 19 יישובים בדווים בלתי מוכרים בנגב, מצא שרק מחצית מהאמהות ההרות ביקרו בטיפת חלב, ואלו שהגיעו למרפאות ביקרו במוצע פחות ממחצית ממספר הביקורים המומלץ. רק כשליש מן התינוקות ומחצית מן הפעוטות קיבלו חיסונים מלאים המומלצים לגילם (כנעאנה, 1997: 4). משרד הבריאות מדווח ש-16% מהתינוקות ו-19% מהאמהות ההרות ביישובים הבדווים הבלתי מוכרים בנגב אינם נהנים משירותי הרפואה המונעת (משרד הבריאות, 1997). התחרות בין קופות החולים השונות על צירוף חברים מן הקהילה הבדווית תרמה לשיפור מסוים בגישותם של שירותים רפואיים יום-יומיים, אולם המצב רחוק עדיין מלהיות משיע רצון.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי

לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נודעו שתי השפעות חיוביות על הערבים בישראל. ראשית, ההפרדה בין תשלום מס הבריאות ובין הזכות לקבל שירותי בריאות גשרה על הפער בכיסוי ביטוח הבריאות: כיום נהנים כל האזרחים הערבים מביטוח בריאות – על פי חוק. ההתפתחות החיובית השנייה הייתה תוצאה ישירה של תחרות בין ארבע קופות החולים על גיוס חברים חדשים. תושבי יישובי פריפריה,

ובכלל זה יישובים ערביים, גויסו באופן פעיל, וביישובים רבים נוסדו מרפאות חדשות והוענקו – לראשונה – שירותי מומחים. בנגב, למשל, החלו קופות חולים מתחרות ביניהן על אספקת תחבורה בנקודות איסוף הרחק בשבילי העפר של המדבר, אל המרפאות ומהן בחזרה. תוצאת התחרות הייתה גישות גבוהה יותר ושיפור באיכות הטיפול הרפואי הראשוני בקרב האזרחים הערבים. אכן, לפי דו"ח המחקר של פרפל ויובל (Farfel and Yuval, 1999), בשנת 1997, דיווחו אזרחים ערביים על קיצור בזמן ההמתנה לרופא משפחה ובהמתנה לתור לרופא מומחה. ובאותה שנה, 70% מהמרוויינים הערביים ציינו שיפור ברמת השירותים לעומת השנה הקודמת (לעומת 34% מהמרוויינים היהודיים).

זמינות השירותים

המחקרים של לפל ויובל (1998) ושל אדלר ולוטן (1998) מצביעים על פערים בין יהודים לערבים בזמינות של שירותי בריאות שונים – יותר ערבים מיהודים מדווחים על אי ניצול של שירותי בריאות בגלל המרחק, ועל הצורך להמתין יותר מידי זמן לרופא משפחה או לתור למומחה.

סקר משנת 1996 שכלל 148 עיירות וכפרים ערביים (חסאן), מצא שב-28 מהם חסרו שירותי רפואה טיפוליים, והתושבים נאלצו לנסוע ליישוב אחר כדי לקבל טיפול רפואי. במרבית הרשויות המקומיות האחרות, שירות הבריאות הזמין היחיד היה תחנת טיפת חלב. רופאי ילדים היו זמינים ב-50 מתוך 148 היישובים, ורופאים גניקולוגים – רובם במשרה חלקית – ב-35 מהן. מומחים אחרים ניתן היה למצוא בעיקר ביישובים העירוניים המעטים שנכללו בסקר. בבתי הספר הערבים, שירותי הבריאות אינם נאותים.



שיעורי תמותה מתאונות, 1994

קבוצת גיל וסוג התאונה	ערבים	יהודים	סיכון יחסי של ערבים לעומת יהודים
4-0 שנים			
תאונות דרכים	9.6	1.0	פי 10
תאונות אחרות	10.1	3.0	פי 3
14-5 שנים			
תאונות דרכים	6.9	2.0	פי 3
תאונות אחרות	3.2	0.6	פי 5
19-15 שנים			
תאונות דרכים	11.4	12.0	פי 1
תאונות אחרות	7.0	3.6	פי 2

מקור: המועצה הלאומית לשלום הילד, 1997, ילדים בישראל, טבלה ג9.



מתוך כלל הילדים המדווחים, רק 84% קיבלו חיסונים מלאים במהלך שנת חייהם הראשונה, כלומר 60% מכלל התינוקות (משרד הבריאות, 1997).

נתונים על מחלת הסרטן מלמדים על היבט נוסף של המניעה – הגילוי המוקדם. במהלך השנים, התמותה מסרטן בקרב ערבים הייתה נמוכה מאשר בקרב יהודים. הנתון היחיד שהיה גבוה יותר אצל ערבים היה שיעור התמותה של גברים מסרטן הריאות. עם זאת, השיעורים המתקננים על פי גיל של **מקרי סרטן** מצביעים על כך שהסיכון היחסי של יהודים, בהשוואה לזה של ערבים, גבוה יותר מהסיכון היחסי של **תמותה מסרטן**. נתונים אלה מלמדים על גילוי מאוחר יחסית של המחלה בקרב ערבים (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 82). על התופעה של גילוי מאוחר ועל השכיחות הנמוכה של התנהגות מקדמת בריאות בקרב הערבים ניתן ללמוד גם מנתונים אודות השימוש בממוגרפיה. ממוגרפיה היא בדיקה מומלצת וזמינה הנעשית ללא תשלום, אחת לשנתיים, לנשים מעל גיל 50. בדיקת שד שנתיית על ידי רופא מומלצת גם היא. כאן הפערים מדהימים: 81% מן הנשים הערביות מעל 50 דיווחו שמעולם לא עברו ממוגרפיה, לעומת 58% מן הנשים היהודיות בגיל זה; 84% מהנשים הערביות לא עברו מעולם בדיקת שד ידנית, לעומת 36% מהנשים היהודיות (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 122). שיעור הנשים הערביות שעשו ממוגרפיה גבוה מזה של הנשים שעברו בדיקת שד ידנית על ידי רופא. ההסבר טמון ככל הנראה בעובדה שהזימון לבדיקת ממוגרפיה הוא ממוכן, ובמסגרתו מקבלת כל אשה מעל גיל 50 הזמנה בדואר לקבוע תור לממוגרפיה. אך ייתכן גם שהדבר נובע מכך שחלק מהרופאים מפנה מטופלות לביצוע ממוגרפיה בלא לבצע קודם לכן בדיקה ידנית, נוהל שהוא רשלני בעליל.

מידע על שוויון • מאי 1999

רמת האיוש והנגישות של תחנות טיפת חלב נמוכה מהמוצע הארצי ביישובי פריפריה. הקמתם המתוכננת של 80 תחנות חדשות, שמהם הושלמו 60 עד שנת 1999, שיפרה את הספקת השירותים הרפואיים הראשוניים, אולם רמת הנגישות מפגרת עדיין אחר זו של רשויות מקומיות יהודיות.

סגנון חיים ומניעת מחלות

משפחה שאחד מחבריה סובל מכאב, מאי-נוחות או מאיום ישיר על חייו/חייה תחפש סיוע רפואי תוך התגברות על כל המכשולים. אולם הנכונות לנהוג לפי הייעוץ הרפואי תלויה בקיומם של תנאים חברתיים, כלכליים ותרבותיים מינימאליים. יש מקרים שבהם הפרט נוהג בדרך אשר מבחינת רפואית גרידא נראית כחסרת אחריות לחלוטין – אך לאור בנסיבות, מדובר בהתנהגות המשקפת הגיון פנימי.

קיים הבדל ניכר בין נשים הרות ערביות ויהודיות במידת הנכונות לבצע בדיקת מי שפיר (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997: 160); כאשר הבדיקה מגלה עובר עם תסמונת דאון, מגלות נשים ערביות נכונות נמוכה יותר לבצע הפלה. בשנת 1992, רק 16% מהנשים ההרות הערביות, לעומת 68% מהנשים ההרות היהודיות בגיל 37 ומעלה, ביצעו את הבדיקה. בקרב נשים שמתחת לגיל 37 ההבדל היה גדול עוד יותר: 0.6% לעומת 19%, בהתאמה. התוצאה: רק 57 מכלל 220 העובריים בעלי תסמונת דאון נתגלו אצל אמהות ערביות (26%); נשים ערביות ילדו 48 מתוך 88 הוולדים בעלי תסמונת דאון; נשים ערביות ביצעו רק 9 מתוך 123 ההפלות שבוצעו בעובריים שבהם נתגלתה תסמונת דאון. נתונים אלה משקפים הבדלים באמונה דתית, לחץ חברתי, רמת מודעות ונגישות של הבדיקה.

תאונות רבות ניתנות למניעה, ביחוד בקרב ילדים. שיעורי התמותה של ילדים כתוצאה מתאונות דרכים ומתאונות אחרות מופיעים בטבלה שלעיל. הנתונים מדגישים את חשיבות המניעה, דבר הכרוך בשינוי בדפוסי התנהגות. בעת ובעונה אחת ממחישים הנתונים את האובדן של שנות חיים פוטנציאליות ואת הנזקים הכלכליים. בכל הנוגע לתאונות, יש אי-התאמה ניכרת בין שיעורי התמותה לבין שיעורי הארעיות: בעוד ששיעור הארעיות של תאונות גבוה בקרב הערבים יותר מפי שניים מאשר בקרב היהודים, שיעור הביקור בחדרי מיון של ילדים ערבים נפגעי תאונות נמוך בכשליש (המועצה הלאומית לשלום הילד, 1997: 183), דבר המצביע על הבדלים בנגישות לשירותי הבריאות ובניצולם.

בישראל, שיעורי החיסון של ילדים הם גבוהים – למעלה מ-90 אחוז – בקרב ערבים ויהודים כאחד. נתונים אלה מבוססים על דיווחי תחנות טיפת חלב. לגבי שתי קבוצות יש דיווח-חסר: תושבים יהודיים של שכונות מבוססות באזור המרכז, הבוחרים לחסן את ילדיהם במרפאות פרטיות, וילדים בדוויים ביישובים מרוחקים בנגב. בשנת 1994, שיעור החיסון המדווח בקרב אלה האחרונים היה 72%;

קבוצות אחרות בעלות צרכים ייחודיים

קשישים

ב-1996 היו בישראל כ-543,000 נפש מעל לגיל 65, שהיוו 9.6% מכלל האוכלוסייה. באותה שנה היו בישראל 219,300 נפש מעל לגיל 75 (3.85% מכלל האוכלוסייה) (למ"ס, 1977, א, לוח 2/10). בארצות האיגוד לשיתוף פעולה כלכלי ולפיתוח (OECD) מהווים בני 65 ומעלה, בממוצע, 13% מהאוכלוסייה; בשוודיה - 17.6%; בבריטניה - 15.7%, ובשווייץ - 14.2% (בן-נון ובן-אורי, 1996: 3). אף על פי שאוכלוסיית ישראל צעירה ביחס לזאת של רוב ארצות ה-OECD, הרי ששכבת הגיל של בני 75 ומעלה גדלה בהתמדה, וכך גם הצורך בשירותי בריאות לגיל המבוגר ובמיטות גריאטריות לטיפול ממושך.

מן הידועות הוא שבעיות הבריאות גוברות עם הגיל, וכי ההוצאה הממוצעת לנפש על בני 65 ומעלה גדולה פי ארבע מן ההוצאה הממוצעת באוכלוסייה כולה. עובדה מוכרת פחות היא ש-58% מבני 75 ומעלה, וכ-70% מן הקשישים המאושפזים, הן נשים.

בקרב העולים מברית המועצות לשעבר, שיעור הקשישים גבוה יותר מאשר בכלל האוכלוסייה (14% לעומת 9.6%). עולים קשישים מתלוננים יותר מקשישים ותיקים על תופעות של יתר לחץ דם, תעוקת חזה, קוצר נשימה ושיגרון (Neon et al., 1993). עם זאת, ניתוח שנערך על בסיס ארבעה סקרים ארציים לא מצא כל הבדל בין ותיקים לעולים חדשים בכל הנוגע לתחלואה במחלות כרוניות או לסוגי המחלות הכרוניות שבגינן טופלו בפועל (ניראל ואחרים, 1998: 104). נראה שההבדל בשיעור התלונות נובע מתחושות סובייקטיביות - או שהעולים הקשישים אינם מקבלים את הטיפול הנדרש, או שהם לא מדווחים על קבלת הטיפול.

מחקר על בני 70 בירושלים, שנערך בשנים 1990-1991, זיהה קבוצה נוספת בעלת צרכים בריאותיים מיוחדים: נשים יהודיות מזרחיות הסובלות מיתר לחץ דם; שכיחות התופעה גבוהה אצלן יותר מאשר אצל נשים אשכנזיות: 63% לעומת 43%, בהתאמה. ייתכן שזו תוצאה של משקל ומבנה הגוף (Bursztyl et al., 1996: 632). החוקרים מצאו אצל הנחקרות רמת מודעות גבוהה, אלא שמודעות זאת לא תורגמה לירידה מספקת בלחץ הדם (שם: 633).

בישראל, כמו במקומות אחרים בעולם, השירותים לקשישים מפוצלים בין משרדים ממשלתיים שונים: הביטוח הלאומי אחראי על טיפול סיעודי בבית החולה, משרד העבודה והרווחה אחראי על השמת קשישים תשושים במוסדות לקשישים ובדירוג מוגן, ומשרד הבריאות ממונה על טיפול בקשישים הסובלים מתשישות נפשית ובאלה הזקוקים למעונות סיעודיים.

בפועל, הטיפול הגריאטרי הרווח הוא זה המוענק על-ידי נשים במשפחה. שיעור הקשישים המסתייעים בבני משפחה בלבד גבוה יותר בקרב יהודים ילידי אסיה ואפריקה מאשר בקרב יהודים ילידי אמריקה ואירופה (Walter-Ginzberg et al., 1997: 11); הוא גבוה יותר אצל עולים חדשים מבריה"מ לשעבר מאשר אצל ותיקים; והוא גבוה יותר בקרב ערבים מאשר בקרב יהודים (באר, 1996).

חוק ביטוח סיעוד, שהופעל ב-1988, הביא לשיפור ניכר בטיפול בקשישים בביתם. החוק מתקצב 10 עד 16 שעות שבועיות של טיפול ביתי לקשישים מעל גיל 65 המתקשים בביצוע פעולות יום-יומיות. ביוני 1998 קיבלו 80,500 קשישים שירותים מתוקף חוק זה - 73% מתוכם נשים (המוסד לביטוח לאומי, 1998: 63).

שיעור הקשישים הישראלים המקבלים טיפול ביתי - 10.7% - גבוה ביחס לארצות אחרות. לעומת זאת, שיעור הקשישים המאושפזים במוסדות סיעודיים לטיפול ממושך הוא נמוך יחסית. ב-1994 זכו 4.5% מן הקשישים בישראל לטיפול סיעודי (בהנחה שכל המיטות הסיעודיות היו תפוסות - ואין הדבר כך), בהשוואה לשיעור ממוצע של 5.5% בעשרים מדינות ה-OECD (סבירסקי, 1997: 18).

ממצא זה קשור אולי לעובדה שסל הבריאות הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו כולל אשפוז סיעודי ממושך לקשישים. משרד הבריאות מעניק סיוע כספי לחולים סיעודיים שאינם מסוגלים לשלם עבור האשפוז מכיסם. הסיוע ניתן על בסיס בדיקה של רמת התפקוד ושל רמת ההכנסות, ומי שנמצא זכאי מקבל סיוע חודשי (התעריף נקבע על-פי ההכנסה של החולה, של בן-זוגו ושל ילדיו), לכיסוי הפרש שבין העלות המלאה של האשפוז ובין התשלום שנקבע על פי יכולתם הכספית של החולה ומשפחתו.

בשנת 1990 העניק משרד הבריאות סיוע כספי ל-68% מן הקשישים הסיעודיים ותשושי הנפש שהיו מאושפזים במוסדות גריאטריים. תקציב הסיוע של המשרד אינו קטן, אך הוא אינו עונה על הצרכים. ביוני 1997 המתינו לסיוע 2,300 מטופלים - כ-25% מכלל אלה שאותרו כזקוקים לאשפוז במוסדות סיעודיים. קשישים הנזקקים לאשפוז בשל בעיה חריפה אך חולפת - כגון שברים, דלקת ריאות או אירוע מוחי - מקבלים את האשפוז במסגרת קופות החולים שלהם. לעומתם, אלה הזקוקים לאשפוז ממושך בשל ריתוק למיטה, או בשל אובדן זיכרון או חוש התמצאות, נאלצים לעתים לשלם בעצמם את עלות האשפוז, בגלל שהשירות אינו כלול בסל הבריאות.

עולים מברית המועצות לשעבר ומאתיופיה

בין השנים 1989 ל-1996, הגיעו לישראל כ-600,000 עולים מברית המועצות לשעבר, ועוד 35,700 עולים מאתיופיה (למ"ס, 1977: לוח 2/22). העולים מבריה"מ לשעבר מהווים כ-10% מן האוכלוסייה, ועל כן צרכי הבריאות הייחודיים שלהם עשויים להשפיע על מערכת הבריאות בכללותה. האתיופים הם קבוצה קטנה בהרבה, אך הם הגיעו מאזור שבו נפוצות מחלות אנדמיות הנדירות כיום בישראל, כגון מלריה, איידס ושחפת (מחלת השחפת מופיעה בשיעור גבוה מן הממוצע גם בקרב העולים מבריה"מ לשעבר), ואי לכך צרכי הבריאות שלהם מחייבים תשומת לב מיוחדת. התהפוכות הכרוכות בהגירה גורמות לבעיות בריאות בשתי הקבוצות כאחת, והן מחייבות מודעות ופעולה מצד מערך בריאות הנפש, כמו גם טיפול הולם מבחינה תרבותית.

נתוני ארבעה סקרים ארציים של עולים מברית המועצות לשעבר מעלה כי בקרב עולים בני פחות מ-64, שיעור התחלואה במחלות לב גבוה באופן משמעותי מזה שבקרב ישראלים ותיקים. גם שיעור המדווחים על מועקה נפשית גבוה יותר אצל העולים הללו, אך שיעור הפונים לשירותי בריאות הנפש נמוך יותר. עולים בני 50 ומעלה מדווחים על נכונות שונות בשיעור גבוה מזה של ותיקים. חלק מההבדלים בין עולים לוותיקים קשור ככל הנראה לתהפוכות ההגירה (נירל ואחרים, 1998), אולם הבדלים אחרים ראויים לבדיקה ולתשומת לב.

עד היום לא נערך מחקר שיטתי על צרכיהם הבריאותיים של עולי אתיופיה. מספר חוקרים הצביעו על שיעור גבוה של מחלות זיהומיות בקרב בני הקבוצה (לדוגמה, Epstein, 1996: 70); על שיעור גבוה של התאבדויות, יחסית לכלל האוכלוסייה (Arieli et al., 1994; Arieli and Ayche, 1993); ועל רמה גבוהה של מצוקה נפשית (במחקר מקומי על עולים בנתניה). הרמה הגבוהה של מצוקה נפשית יוחסה להלם ההגירה ולמתחים שנגרמו כתוצאה מהמפגש עם תרבות שונה. אין בנמצא נתונים המאפשרים השוואה של מידת הניצול של שירותי הבריאות בקרב עולים מאתיופיה, עולים אחרים וישראלים ותיקים.

תושבים פלסטיניים במזרח ירושלים

ירושלים המזרחית סופחה על-ידי ישראל לאחר מלחמת ששת הימים ב-1967. בעקבות זאת ביקש משרד הפנים להעניק תעודות זהות לתושבי העיר המזרחית. בשנת 1996 שינה המשרד את מדיניותו, וביקש לשלול זכויות תושב מפלסטינים רבים ככל האפשר. המדיניות החדשה השפיעה לרעה על זכותם לטיפול רפואי. תינוק של אם

פלסטינית ממזרח ירושלים שנישאה למי שאינו תושב העיר אינו זכאי אוטומטית לטיפול רפואי. האם חייבת להגיש לשם כך בקשה מיוחדת, גם אם היא עצמה חברה באחת מקופות החולים. ה"בדיקה" של הבקשה עלולה להימשך שנה ויותר, תקופה שבמהלכה היילוד אינו מבוטח.

יתר על כן, תושבות מזרח ירושלים הנרשמות ללידה אינן מתקבלות לבית החולים אוטומטית, כמו תושבות אחרות של מדינת ישראל, אלא חייבות להצטייד תחילה באישור מהמוסד לביטוח לאומי על הסכמתו לכסות את ההוצאות.

בן/בת זוג של תושב פלסטיני במזרח ירושלים שמקום מגוריו הקודם היה מחוץ למזרח ירושלים, גם הוא אינו זכאי אוטומטית לביטוח בריאות. גם כאן נדרשת בדיקה של המוסד לביטוח לאומי – שבמהלכה אין בן/בת הזוג מבוטחים (רופאים לזכויות האדם, 1997).

עובדים זרים

בקיץ 1997 הועסקו בישראל כרבע מיליון עובדים זרים, שכ-100,000 מתוכם היו בעלי רשיון עבודה, והשאר "בלתי-חוקיים" (קונדור, 1997: 52). עובדים זרים אינם זכאים לביטוח הניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ואשרות הכניסה שלהם לארץ מתנות בהשגת ביטוח בריאות פרטי. מחיר הביטוח הוא דולר עד דולר וחצי ליום – מחיר גבוה מדמי הבריאות שמשלמים ישראלים המרוויחים שכר מינימום (העובדים הזרים משתכרים בדרך כלל אף פחות מכך). בתמורה הם מקבלים ביטוח רפואי מצומצם מזה שמקבלים הישראלים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ארגונים ישראליים לזכויות האדם איתרו מספר בעיות בהסדרי ביטוח הבריאות של העובדים הזרים. חברות הביטוח אינן מחדשות את החוזה בתום תקופת הביטוח (בדרך כלל שנה), אלא כופות על המעסיק רכישת פוליסה חדשה. מכיוון שהביטוח אינו חל על מחלות מהן סבל העובד בתקופה שלפני תחילת הפוליסה, הרי שהפוליסה החדשה לא מכסה את העובד מפני מחלות בהן חלה בתקופת הפוליסה הראשונה. כמו כן אין העובדים הזרים מבוטחים מפני מחלות כרוניות, נזק עצמי ואיידס, והביטוח אינו כולל טיפול פיזיותרפי ובדיקות תקופתיות.

עובד זר המבקש להתאשפז בבית חולים נדרש להציג אישור מחברת הביטוח על מימון האשפוז. אמנם, בתי החולים אינם רשאים למנוע מעובד זר טיפול חירום בגין בעיה חריפה (זאת, בין השאר, הודות לחוק זכויות החולה), אך הם יכולים לסרב לאשפז אם יש להם ספק כלשהו לגבי כיסוי ההוצאות.

על פי ההערכה יש בישראל כ-150,000 עובדים זרים על משפחותיהם שאין להם כל ביטוח בריאות. ארגון רופאים לזכויות האדם מעריך את מספר הילדים של העובדים הזרים בישראל בכ-2,000 עד 3,000

(רופאים לזכויות האדם, 1998). ילדים אלה מטופלים בטיפות חלב ובבתי הספר, ובתי החולים נדרשים להגיש להם טיפול חירום בחדרי המיון. עם זאת, הילדים והוריהם אינם יכולים להתאשפז בבתי החולים או להיעזר ברופאים מומחים של בתי החולים. ההורים יכולים אמנם לרכוש להם ולילדיהם ביטוח פרטי, אך מחירו של ביטוח כזה גבוה מאוד, יחסית להכנסות הנמוכות, בדרך כלל, של

העובדים הזרים. זאת ועוד, חברות הביטוח מסרבות לבטח ילדים מתחת לגיל שלוש, וכן ילדים שנולדו עם בעיות רפואיות. לשם השוואה, בהולנד זכאים כל ילדי העובדים הזרים לטיפול רפואי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וזאת החל בחודש הרביעי לשהותם במדינה ובלא תלות במעמד החוקי.

הפרטת שירותי הבריאות

מי מספק שירותי בריאות?

שירותי הבריאות ממומנים בכל מקרה על-ידי האזרחים, בין אם זה באמצעות תשלום ישיר לרופא או למרפאה, ובין אם זה באמצעות תשלום מס בריאות לממשלה, הממנת באמצעותו את הרופא/ה או את המרפאה. אלא ששתי צורות מימון אלה מייצגות משטרים חברתיים שונים בתכלית. הלוח הבא משווה את סך כל ההוצאות של משקי בית על שירותי רווחה ועל מסים בשתי חברות שונות זו מזו – שוודיה וארצות הברית:

כפי שניתן לראות, בשתי הארצות ההוצאה הכוללת של משקי הבית על שירותי רווחה ועל מסים דומה: 39.6% בארצות הברית ו-41.2% בשוודיה. ההבדל טמון בכך שבשוודיה, מרבית ההוצאה של משק הבית נכנסת לקופת המדינה בצורת מסים, שבתמורתם מעניקה המדינה שירותי רווחה, ובכללם שירותי בריאות, לכל; ואילו בארצות הברית, שבה שירותי הבריאות הם פרטיים, וכך גם חלק משירותי הרווחה, ההוצאה של משקי בית על בריאות היא בעיקרה הוצאה על רפואה פרטית. כאשר הרפואה פרטית, בעלי יכולת נהנים משירותי בריאות טובים, בעוד האחרים נאלצים להסתפק בשירותים מינמליים. הנתון המוצג עבור ארצות הברית מייצג ממוצע, בין משפחות בעלות הכנסה גבוהה המוציאות סכומים גבוהים על שירותי בריאות פרטיים,

המונח "הפרטה" מתייחס לשתי תופעות: (א) עלייה במספר השירותים הניתנים על-ידי חברות מסחריות פרטיות ועל-ידי מלכ"רים, ולא על-ידי הממשלה; (ב) מגמה של הטלת תשלומים על הצרכנים עבור שירותים רפואיים שבעבר מומנו על-ידי הממשלה. חלק גדול והולך של השירותים הרפואיים ניתן כיום על-ידי מוסדות רפואיים חדשים למטרות רווח: מוסדות סיעודיים, בתי חולים, מרפאות מתמחות לגיל המעבר, כאב, כירורגיה פלסטית, התפתחות הילד, שירותי אבחון ושירותים אלטרנטיביים רבים אחרים כגון הומאופתיה, נטורולוגיה, רפלקסולוגיה. במקביל, יש גם מגמה של הפיכתם של מוסדות בריאות ציבוריים לפרטיים.

בקרב כלכלני בריאות שוררת הסכמה על כך ששירותי הבריאות אינם מצרך ככל המצרכים הנמכרים בשוק. שירותי הבריאות, טוענים כלכלנים, מהווים דוגמה מובהקת דווקא של "כשל שוק": רוב המידע על ה"מצרך" מצוי בידי הספקים-הרופאים, בעוד שהידע שבידי הצרכן-החולה הוא מועט, ולכן הדמיון בינו ובין הדגם הקלאסי של צרכן רציונלי הוא קטן. כתוצאה מכך קיים "סיכון מוסרי" שהרופא ימכור לצרכן שירות או מוצר שהלה אינו זקוק לו – או, גרוע מכך, מוצר העלול לסכן את בריאותו.

הוצאות משקי בית על שירותי רווחה ועל מסים, שוודיה וארצות הברית

ארצות הברית	שוודיה	
18.8%	2.7%	בריאות, חינוך, ופנסיה פרטית
10.4%	1.7%	מעונות יום
29.2%	4.4%	סה"כ
10.4%	36.8%	מסים
39.6%	41.2%	סה"כ הוצאות

מקור: Gosta Esping-Andersen, 1998, "The Inequality-Employment Trade-Off in Postindustrial Economics: Toward a Pareto-Optimal Welfare Regime", paper presented at The Welfare State at Century's End: Current Dilemmas and Possible Futures, Tel-Aviv University, May

לבין משפחות בעלות הכנסה נמוכה שאינן יכולות לשלם סכומים גבוהים, וכתוצאה מכך אינן נהנות משירותי בריאות מלאים (אלא אם הן זכאיות לשירותי Medicare או Medicaid).

ההבדל בין שתי השיטות הוא עמוק: בשוודיה, פערי ההכנסות נמוכים בהרבה מאלה שבארצות הברית, ורמת הבריאות של האוכלוסייה – כשהיא נמדדת לפי תמותת תינוקות (4 לאלף לידות חי ב-1996) ותוחלת החיים בלידה (82 לנשים ו-76 לגברים) – טובה יותר מזו של ארצות הברית (תמותת תינוקות: 8 לאלף לידות חי – פי שניים מאשר בשוודיה; תוחלת חיים בלידה: 80 לנשים ו-74 לגברים). זאת, מכיוון שבשוודיה המדינה מממנת באמצעות המסים שירותי בריאות מקיפים לכל האוכלוסייה. הדבר מתבטא גם בגובה ההוצאה הלאומית לבריאות בשתי הארצות (הוצאה לאומית היא חיבור של ההוצאה הממשלתית ושל ההוצאה של משקי הבית). בשוודיה, שבה שירותי הבריאות הם ציבוריים, ההוצאה הלאומית לבריאות עומדת על 7.3% מן התל"ג, בעוד שבארצות הברית, שבה שירותי הבריאות הם פרטיים, ועל כן הם גם יקרים מאוד, ההוצאה הלאומית גבוהה כמעט פי שניים – 14.2% (World Bank, 1998: 18, 22, 90). יוצא, ששירותי בריאות ממלכתיים לכל, לא זו בלבד שהם שוויוניים יותר, אלא שהם גם זולים יותר למשק בכללותו משירותי בריאות יקרים לבעלי אמצעים בלבד.

באורח דומה אפשר להשוות את ההוצאות ואת התוצאות של שני שירותי בריאות בישראל – האחד, תחנות "טיפת חלב", הוא שירות המסופק על-ידי הממשלה על בסיס אוניברסלי; השני, רפואת שיניים, הוא שירות שניתן לקבלו בעיקר בשוק הפרטי (ראו הלוח הבא). תחנות "טיפת חלב" הן רשת ציבורית המעניקה טיפול מונע לנשים הרות וליילודים. השירות ממומן על-ידי משרד הבריאות והצרכנים נדרשים לשלם תשלום נמוך, ועל כן כמעט כולם נהנים ממנו: למעלה מ-95% מההורים בישראל מבקרים ב"טיפת חלב" לפחות פעם אחת במהלך שנתו הראשונה של היילוד (פלטי, 1996: 86). העלות הכוללת של תחנות "טיפת חלב" היא נמוכה: פחות מ-2% מן ההוצאה הלאומית לבריאות. התוצאה: 90% מהתינוקות בישראל

מקבלים את כל החיסונים המומלצים בזמן המתאים. תמותת אמהות היא זניחה, ותמותת התינוקות נמוכה.

ברפואת השיניים, התמונה שונה לחלוטין: 90% משירותי רפואת השיניים בישראל הם פרטיים. ההוצאות על טיפול שיניים מהוות 12% מן ההוצאה הלאומית על בריאות. הטיפול רחוק מלהיות אוניברסלי: ועדה לאומית לבדיקת שירותי הבריאות (1990) מצאה ש-75% מן הישראלים אינם זוכים לבדיקות סדירות של שיניהם. כתוצאה מכך, שיעור הילדים הישראליים בגילי 5-6 שאינם סובלים מעששת עמד בשנת 1992 על 41%, לעומת 60% בדנמרק, 58% בנורבגיה ו-49% בבריטניה – ארצות שבהן רפואת השיניים נכללת בתכניות בריאות ציבוריות (חורב, 1996: 108). שיעור הישראלים בני 35-44 הסובלים מבעיות חניכיים חמורות (כיסים פריודונטיים) היה 17%, לעומת 8% בנורבגיה, 11% בדנמרק ו-12% בבריטניה (שם: 109). שיעור הישראלים בני 65 ומעלה שאיבדו את כל שיניהם היה 60%, לעומת 31% בנורבגיה ו-50% בדנמרק (שם: 109). העובדה שרפואת השיניים בישראל נתונה בידי השוק הפרטי מובילה לאי-שוויון בהספקת השירות: בעלי הכנסות נמוכות שאינם מסוגלים לממן טיפול שיטתי סובלים מבעיות שיניים.

הפרטה א': שירותים פרטיים במקום שירותים ציבוריים

ההפרטה של שירותי הבריאות היא תוצר של מספר תהליכים: קיצוצים בתקציב המדינה, התפתחות של שירותים פרטיים לצד אלה הממשלתיים, והפיכתם של שירותים ממשלתיים לתאגידיים – בין אם לכוונת רווח ובין אם לא. תהליך ההפרטה מתבטא גם בעלייה בתשלומי צרכנים ובגידול בשירותי הרפואה הפרטיים.

הממשלה מפסיקה לשלם

שנה אחת לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, החל משרד האוצר לקצץ את תקציב הבריאות. בשנת 1995 העניק המשרד 1.5 מיליארד ש"ח לכיסוי ההפרש בין ההכנסות וההוצאות בגין חוק ביטוח בריאות ממלכתי – סכום שהיה גבוה ממה שצפו יוזמי החוק. פקידי האוצר האשימו את קופות החולים באי-יעילות ובבזבז, בעוד שאלה האחרונות טענו כי השירותים שעליהן להעניק מתוקף החוק אינם מתוקצבים כראוי, וזאת כיוון שהתקציב לא הביא בחשבון: (א) את הגידול באוכלוסייה ואת הזדקנותה, (ב) את ההתפתחויות הטכנולוגיות, ו-(ג) את העלות המלאה של התייקרות השירותים הרפואיים. קופת חולים כללית טענה שלא פוצתה במידה מספקת על השיעור הגבוה

מידע על שוויון • מאי 1999

עלות ושיעור הניצול של שירותי בריאות ציבוריים ופרטיים: טיפול בתינוקות ובריאות השן

העלות כשיעור מן ההוצאה הלאומית לבריאות	שיעור הניצול	
2%	95%	טיפול מונע בתינוקות – שירות ציבורי
12%	25%	טיפול מונע בשיניים – שירות פרטי

במיוחד של כלל בני 75 ומעלה (79%) ושל חולים במחלות כרוניות (75%) שהיא מבטחת. משקיף אובייקטיבי – מכון ברוקדייל – בחן את מאזני ארבע קופות החולים לשנת 1995, ולא זו בלבד שלא גילה בזבוז אלא להפך – הוא מצא ירידה ממוצעת בהוצאות לנפש.

בסוף שנת 1996 בוטל המס המקביל ששולם עד אז על-ידי המעסיקים והיה מיועד כולו למערכת הבריאות. האוצר הודיע כי הוא עצמו יעביר סכום דומה לזה שנגבה עד אז באמצעות המס המקביל – כ-7 מיליארד ש"ח – למימון חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בעוד שעד שנת 1996 היו כל כספי המס המקביל קודש למערכת הבריאות, הרי שהסכום שמעביר האוצר מאז, במקום המעסיקים, נתון לשיקול דעתו של האוצר. כבר באותה שנה ניסה האוצר להטיל תשלומים נוספים על צרכני הבריאות, אך הכנסת סירבה לאשר זאת.

הצעת חוק ההסדרים לשנת התקציב 1998 כללה שינויים מרחיקי לכת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שאיימו לפגוע במימון הממשלתי ובמידת האוניברסליות של שירותי הבריאות. קואליציה של ארגונים חברתיים הצליחה למנוע חלק מהשינויים והושגה פשרה, שעיקרה העברת האחריות למימון סל שירותי הבריאות הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ממשד האוצר לקופות החולים. הקופות נדרשו למנוע גרעונות, באמצעות הטלת תשלומים נוספים על הצרכנים ובאמצעות מכירת ביטוחים משלימים. הן גם קיבלו עידוד להוסיף שירותים לסל הבריאות (אך לא לגרוע ממנו), בתנאי שיוכלו לממן את התוספות הללו (ובכפוף לאישור משרד הבריאות וועדת הכספים של הכנסת).

שינוי זה הנחית מכה על השוויון בשירותי הבריאות: מעתה נוצרה זיקה בין יכולתו של הצרכן לשלם לבין השירותים שהוא מקבל. יתרה מזאת, קופות החולים יכולות לעצב את סל השירותים שלהן כך שהן יוכלו למשוך לקוחות בריאים ואמידים, ובכך "לשפר את תמהיל הלקוחות" שלהן.

בין השינויים הנוספים שהונהגו הייתה הקביעה שביישוב בן פחות מ-5,000 תושבים תהיה רק קופת חולים אחת, וביישוב בן 10,000 תושבים ומטה, לא יותר משתי קופות חולים. בכך צומצם מגוון שירותי הבריאות ביישובים ערביים – אשר עד אז היו הנהנים העיקריים מן התחרות בין קופות החולים שהומרצה על-ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

שירותים ציבוריים הופכים לפרטיים

בשני העשורים האחרונים יש מגמה גוברת של העמדת שירותים רפואיים ציבוריים, שהוקמו בכספי כל משלמי המסים, לשירותים הפרטי של חלק מהרופאים וחלק מהחולים. ידועים שלושה דגמים עיקריים. הדגם האחד הוא השר"פ (שירות רפואי פרטי). במסגרת

השר"פ, רופאים בכירים בבתי חולים ממשלתיים מקבלים לקוחות פרטיים בחדרים פרטיים, ומטפלים בהם באמצעות המיכשור והמתקנים של בית החולים. בית החולים מנהל את השר"פ, גובה את התשלומים, ומנכה מהם מסים ואת חלקו-הוא בתשלום. הסדר זה הונהג בשני בתי חולים בירושלים: הדסה ושערי צדק. ארגוני הרופאים מעוניינים להנהיג את השר"פ בכל בתי החולים הציבוריים בישראל.

אפשר לראות בשר"פ ניסיון לפקח על ה"רפואה השחורה" – שבה חולים הרוצים במנתח מסויים, או הרוצים לקדם את תורם, משלמים "מתחת לשולחן" (לקמן ונוי, 1991; 1998). 10% מכלל הניתוחים ו-18% מהשירותים שניתנו על-ידי מרפאות חוץ של בתי החולים הדסה ושערי צדק בשנת 1995, בוצעו במסגרת השר"פ; כמו כן, 30% עד 40% מהרופאים הקבועים סיפקו שירות פרטי באמצעותו (שוכל ואנסון, בהכנה).

אין שום עדות לכך שהסדר השר"פ תורם לשיפור השירות של בית החולים (שירות ועמית, 1996: 64). למעשה, השר"פ מעמיד משאבים ציבוריים לשימושה הפרטי של שכבה דקה של רופאים בכירים ושל חולים בעלי אמצעים. התקורה של בית חולים המפעיל שר"פ אמורה להיות מוגבלת ל-35%; אך אם מביאים בחשבון את העלות המלאה של סריקות ושירותי פתולוגיה ומעבדה שנעשו בבית החולים שערי צדק במסגרת השר"פ, התקורה בפועל הגיעה ל-47%, כמעט. ממצא זה הוביל את החוקרים למסקנה שפעילות השר"פ כרוכה למעשה ב"העברת משאבים ציבוריים מידי הכלל לידי קבוצה של רופאים" (שם: 64), וזאת כיוון שהתעריף ששילמו הרופאים לבית החולים לא כיסה את העלות הריאלית של השימוש במתקנים, בציוד ובשירותים. החוקרים לקמן ונוי ציינו עוד שהשר"פ לא חיסל את "הרפואה השחורה", וזו הייתה נפוצה בהדסה ובשערי צדק לא פחות מאשר בבתי חולים שבהם לא הונהג שר"פ (1991).

השר"פ גורם ליצירה של שתי רמות טיפול בתוך כתלי אותו מוסד, כמו גם להבדלים בנגישות בהתאם ליכולתו הכספית של החולה. על כן, יש לצפות שהרחבת הסדר השר"פ תגרום לקיטוב מעמדי, ותשפיע באופן שלילי על מידת הסולידריות החברתית בישראל (שירות ועמית, 1996: 68).

דגם שני נודע באמצעות סדרת מאמרים בעיתון העיר בקיץ 1998 (שדמי, 1998 א, ב, ג). בשלושה בתי חולים גדולים – איכילוב, אסף הרופא ורמב"ם – מציעים רופאים בכירים שירותים פרטיים לצד השירותים הציבוריים, על פי הסדר שונה מזה של השר"פ: הרופאים קובעים את תעריפיהם בעצמם, כאשר התשלום מתבצע באמצעות חברת ביטוח מסחרית הגובה בעבור שירותיה 10% מתעריף הרופא. אף על פי שאחד הצידוקים להנהגת שירותים פרטיים בבתי חולים ציבוריים הוא מניעת פרקטיקה פרטית מחוץ לבית החולים, מצאה

בדיקה באחד משלושת בתי החולים הללו כי רוב הרופאים לא צימצמו את הפרקטיקה הפרטית שלהם מחוץ לבית החולים, למרות הנהגת השירות הפרטי (שדמי, 1998א).

דגם שלישי קיים בבית החולים הממשלתי שיבא: על פיו, שירותים רפואיים ניתנים לחולים בעלי ביטוח רפואי משלים של קופות החולים או של חברות פרטיות. תעריפי הרופאים נקבעים על-ידי קופת החולים או על-ידי חברות הביטוח, ולא על-ידי הרופאים עצמם. גם כאן, ההגבלה כביכול של "הרפואה השחורה" באמצעות מיסודה במסגרת בית החולים הציבורי אינה מונעת מהרופאים לקיים רפואה פרטית מחוץ לבית החולים, כמו גם בתוכו (שדמי, 1998ב).

התוצאה המשותפת לכל שלושת הדגמים היא שרבים מטובי הרופאים בבתי חולים ציבוריים מקדישים את מרבית זמנם לטיפול בבעלי אמצעים, בעוד שחסרי האמצעים מטופלים על-ידי רופאים פחות מיומנים (שם).

ביטוח בריאות משלים של קופות החולים

דוגמה נוספת להתפתחותם של שירותים פרטיים במקביל לשירותים הציבוריים היא מכירת ביטוח בריאות משלים על-ידי קופות החולים, בעבור שירותים שאינם כלולים בסל הבריאות הבסיסי שלהן. הביטוח המשלים זכה לזריקת עידוד בשנת 1995, בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כאשר קופות החולים שסיפקו עד אז סל בריאות נדיב מזה הנדרש לפי החוק העבירו את השירותים הנוספים לתכניות המשלמות. חוק ההסדרים שנתקבל ב-1998 עודד במפורש את קופות החולים לפתח ביטוחים משלימים, וזאת במטרה לסייע להן לאזן את תקציביהן. יש לציין שהסמיכות בין ביטוח ציבורי לביטוח פרטי תחת קורת גג אחת פותחת פתח ל"גלישה" מן הציבורי לפרטי, והיא מסכנת את השוויון, ביחוד כאשר השירותים הפרטיים המוצעים – כגון קידום התור לניתוח – נכללים בסל שירותי הבריאות הניתן מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי (צ'רנחובסקי, 1996; עופר ואלסטור-גראו, 1997: 746).

תיאגוד בתי חולים ממשלתיים

בשנת 1992 החל תהליך התיאגוד של שישה בתי חולים ממשלתיים, שבמסגרתו הם אמורים להתארגן מחדש כתאגידים ציבוריים. ישויות חדשות אלה היו אמורות לפעול ללא כוונת רווח, אך היה עליהן להתנהל כחברות עצמאיות לכל דבר, כלומר – להביא בחשבון לא רק את איכות השירותים המסופקים אלא גם את עלותם. מטרתו העיקרית של השינוי היו, ראשית, לשחרר את משרד הבריאות מעול ההפעלה של בתי חולים, כך שיוכל להתרכז בתכנון ובעיצוב מדיניות, ושנית, לייעל את בתי החולים על-ידי יצירת תחרות ביניהם. השאלה שלא נשקלה על-ידי יוזמי התיאגוד היא, מהם חובותיו של תאגיד ציבורי? לדוגמא: האם בתי חולים הפועלים כגופים "ציבוריים" צריכים

לשאוף, מעבר לאינטרסים הכספיים שלהם, גם להגברת השוויון והנגישות בשירותים שהם מספקים? (Saltman, 1995: 175).

תהליך התיאגוד החל למעשה כבר ב-1987, כאשר בתי החולים הממשלתיים הורשו לראשונה למכור (למטרת רווח) שירותים שלא נכללו בסל הבריאות של קופות החולים. בו בזמן ניתנה להם האפשרות להעסיק כוח אדם זמני ולבצע חלק מהרכישות על דעת עצמם (שירום ואחרים, 1997: 140). בתי החולים הנהיגו חשבונות נפרדים להכנסותיהם משירותים למטרת רווח; שירותים אלה סיפקו גם הזדמנויות תעסוקה נוספות לסגל בית החולים. במילים אחרות, עוד לפני תחילת התיאגוד "הוקמו למעשה תאגידים בתוך בתי החולים הציבוריים הגדולים בצורת תקציב משלים, ללא בקרה וללא פיקוח" (Adar, 1995: 171).

בתי החולים שיועדו לתיאגוד חוייבו לחכור מן הממשלה נדל"ן ורכוש אחר, ולעמוד בכל התשלומים – שכר עבודה, אחזקה, רכישות ומחקר – מתוך הכנסותיהם. ההכנסות אמורות היו להתבסס על תשלומי קופות החולים עבור שירותי אשפוז, על הכנסות ממכירת שירותים למטרת רווח ועל תרומות. עובדי בתי החולים אמורים היו להפוך מעובדי מדינה לעובדי התאגידים, ובכך לחדול מלהיות עובדים המוגנים על-ידי הסכמי שכר קיבוציים.

ב-1992 נרשמו שישה בתי חולים כתאגידים. אך התהליך נקטע בעקבות ההתנגדות של איגוד האחיות ואיגוד עובדי המשק והמנהל, שחבריהם חששו – בצדק – מהרעת תנאי עבודתם.

בתוך כל אלה החלו מנהלים של בתי חולים שיועדו לתיאגוד להפוך עצמאיים יותר (עופר ואלסטור-גראו, 1997) וכמה מבתי החולים הממשלתיים החלו לפעול כמוסדות למטרת רווח (שם, ושירום ואחרים, 1997). כבר הזכרנו את הקמת מרפאות החוץ למטרות רווח. על כך יש להוסיף את ההנהגה של תשלומים דיפרנציאליים עבור שירותים מסוימים, שהולידה עליות חדות בכמה תחומים, כגון ניתוחי מעקפים, שמחיריהם הוכפלו ביחס לאלה שבארצות אירופה (שירום ואחרים, 1997: 150). ב-1995 הודיעו כמה בתי חולים ממשלתיים על צמצום במספר ניתוחים, כגון החלפת מפרק הירך, בשל אילוצים כספיים (שם).

תהליך ההפרטה של בתי החולים הממשלתיים הוליד מצב שבו שירותים ציבוריים שלא למטרות רווח מתקיימים לצד שירותים פרטיים למטרות רווח, תחת קורת גג אחת. מצב זה עלול לפגוע בשוויוניות, כיוון שהוא יוצר תמריץ להעברת שירותים, שהיו מיועדים מלכתחילה למסגרת הציבורית, אל המסגרת הפרטית. בעיה נוספת היא שמוסדות המוכרים כמוסדות ציבוריים עוסקים היום בשיווק של טכנולוגיות חדשות ויקרות שיעילותן לא הוכחה, במסגרות מופרטות שהן למעשה מסחריות לכל דבר (שם: 151).

תוצאה אפשרית נוספת עשויה להיות שימוש בכספי ההכנסות של בתי חולים מופרטים למימון משכורות עתק למנהלים, במקום לטיפול בחולים; זה מה שקרה בבתי חולים ממשלתיים אמריקניים שהפכו לתאגידים (Saltman, 1995: 175).

ניתן ללמוד על הצפוי מניסיון ההפרטה בבריטניה. עם המעבר לעצמאות כלכלית, החלו בתי החולים האנגליים לבצע קיצוצים בכוח אדם "כדי לשמור על יכולת תיפקוד ולשרוד" (Hunter, 1995: 162). חלק מהקיצוצים היו מוצדקים, על רקע של איש-יתר קודם לכן; אך אחרים נבעו משיקולים כספיים גרידא (שם). מכל מקום, תהליך ההפרטה כרוך ב"הגמשה" של יחסי העבודה; כלומר, הגדלת האפשרות לפטר עובדי בריאות – במיוחד אלה שבתחתית הסולם. מקובל כיום לראות בעובדי בתי החולים כבעלי עניין, ועל כן כזכאים להיות מעורבים בתהליך ההפרטה (שאשא, 1999; עופר ואלסטר-גראו, 1997: 734). עם זאת, השורה התחתונה נותרת בעינה: בתהליך ההפרטה, עובדי בריאות ברמות הנמוכות מאבדים את כוח המיקוח שלהם ואת משרותיהם גם יחד. אם ההפרטה לא תתנהל מתוך שימת לב לשאלה מה המטרה החברתית העומדת מאחורי הגברת היעילות הכלכלית, אנו עלולים למצוא שבתי החולים הממשלתיים – לשעבר מעדיפים שירותים המספקים רווח ולקוחות אמידים, על פני שירותים שאינם מספקים רווח ועל פני לקוחות עניים.

הפרטה ב': הגידול בתשלומים בעבור שירותי בריאות, והתרחבות השירותים הפרטיים

תשלומים חדשים

קיצוץ בתקציב הממשלתי למערכת הבריאות מוביל להעלאת התשלומים המוטלים על הצרכנים – ולפגיעה בשוויון. הנתונים המעודכנים ביותר (לשנים 1995–1997) מראים כי חלקם של משקי הבית בכלל ההוצאה הלאומית על בריאות – הוצאות על תרופות, תשלומים לביקור אצל רופא/ה או במרפאה, רופאים פרטיים ורופאי שיניים – נותר קבוע, ברמה שבין 25% ל-29%, למרות שנרשמו עליות בתשלומים עבור מספר שירותים בודדים. ב-1995 היוו תשלומי צרכנים (תשלומים שמעבר למס הבריאות) עבור סל השירותים של קופות החולים 6% מן העלות הכוללת של סל השירותים (בן-נון, 1996: 26). שיעור זה צפוי לעלות עתה, בעקבות התשלומים החדשים שהוטלו בספטמבר 1998 על הצרכנים: תשלומים רבעוניים עבור ביקור אצל רופאים מומחים, תשלומים עבור ביקור במרפאות חוץ של בתי חולים, ותשלומים עבור בדיקות שקודם לכן נעשו ללא תשלום. עדות נוספת לגידול שחל בתשלומים

שירותי בריאות בישראל

עבור שירותי בריאות ניתן למצוא בסקר הוצאות משקי הבית 1997 (למ"ס, 1999): בין 1993 ל-1997, עלתה ההוצאה החודשית הממוצעת של משקי בית על בריאות ב-18% – כפליים משיעור העלייה הכוללת בהוצאות של משקי בית.

בשירותי הבריאות המסופקים ישירות על ידי משרד הבריאות, ולא על ידי קופות החולים, תשלומי צרכנים מהווים 10% מן העלות הכוללת. על השירותים הללו נמנים אשפוז במוסדות פסיכיאטריים וגריאטריים, טיפול גמילה מאלכוהול ומסמים וביקורים במרפאות חוץ, שירותי טיפת חלב, הכנה ללידה, חיסונים, והתקנים תוך-רחמיים (בן-נון, 1996: 14–13). התשלומים עבור שירותים אלה עלו בשנים האחרונות בעקבות הקיצוצים בתקציב מערכת הבריאות (שם: 12).

שירותי רפואה פרטיים

ישנם שירותי בריאות שהיו פרטיים עוד בעבר: ביטוח משלים פרטי, מרפאות שיניים, רפואה אלטרנטיבית, רופאים פרטיים ובתי חולים פרטיים. הנתונים אודות שירותים אלה מועטים, יחסית.

באשר לביטוח רפואי פרטי, מחקר של מכון ברוקדייל מצא עלייה בין 1991 – כאשר הרכישה של ביטוחים אלה היוותה 2% מן ההוצאה הלאומית לבריאות, לבין שנת 1993 – כאשר הנתון עלה ל-3.4%. אחוז רוכשי ביטוחים פרטיים מקרב דוברי העברית בני 22 ומעלה עלה גם הוא, מ-13% ב-1990 ל-16.7% ב-1995 (גרוס וברמלי, 1996: 38). יצויין כי 54% מפוליסות הביטוח הללו כללו ביטוח שיניים, ו-25% כללו ניתוחים ו/או התייעצות עם מומחה פרטי (שם, תקציר). בין השנים 1993 ו-1997, הוצאות משקי-הבית על ביטוח רפואי מסחרי, לא כולל ביטוח שיניים, עלה בכ-20% (למ"ס, 1999). ההוצאות על ביטוח בריאות פרטי צפויות לעלות בעקבות אישור חוק ההסדרים לשנת התקציב 1998, הקובע שביטוח גריאטרי יימכר רק על-ידי חברות פרטיות – צעד שיחסל את הסיכוי לכלול את הטיפול הסיעודי בסל השירותים של *חוק ביטוח בריאות ממלכתי* (בעת חקיקת החוק, התכוונו יוזמיו להוסיף בעתיד את הטיפול הסיעודי לסל השירותים).

ההוצאות על ביטוח פרטי עשויות לעלות עוד גם בשל העובדה שעובדים זרים אינם נכללים במסגרת *חוק ביטוח בריאות ממלכתי*, ומעסיקהם נדרשים לרכוש עבורם ביטוח בריאות פרטי.

טיפול השיניים – שרובו פרטי – היווה בשנת 1995 12% מן ההוצאה הלאומית לבריאות; משקי בית הוציאו על טיפול שיניים כמחצית מכלל ההוצאות שלהם על שירותי בריאות ותרופות. רמת הוצאה זו נותרה קבועה במשך השנים והיא אף צפויה להישאר גבוהה, מכיוון שאין שום תכנית לכלול את רפואת השיניים בסל השירותים של *חוק ביטוח בריאות ממלכתי* – פרט לשירותים מיוחדים לתלמידי בתי ספר ולקשישים.

מקורות

- אבגר איימי (עורכת), 1991, *בריאות הנשים בישראל*, רב שיח ראשון, ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
- אבגר איימי (עורכת), 1993, *בריאות הנשים בישראל*, רב שיח שני, ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
- אבגר איימי וגורדון קרול (1996), *הבריאות שלך – תוצאות של סקר בריאות נשים*, ירושלים: האגודה הישראלית לקידום בריאות נשים.
- אבירם אורי, זילבר נילי, לרנר יעקב, פופר מרים (1996), *חולי נפש כרוניים בישראל: המדרה, היקף ומאפיינים*; ירושלים: משרד הבריאות, מכון פאלק – ג'וינט ישראל וביה"ס לעבודה סוציאלית-האוניברסיטה העברית בירושלים.
- אדלר ורה ולטון מיכאל (1998), "השמעת חוק ביטוח בריאות במגזר הערבי בישראל", בתוך ד"ח מחקרים שנתי 1996-1997, תל השומר: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. אחדות לאה (1999), *מימון ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל: היבטים של פרונטסיבות*, ירושלים: המכון למחקר כלכלי חברתי של ההסתדרות.
- אלכסנדר אסתר (1997), "דמותה של אפליה – נשים בעבודה", בתוך מאור ענת (עורכת): *נשים – הכוח העולה*, תל-אביב: ספרית הפועלים.
- אפשטיין מירן (1996), "גזענות ברפואה, מחשבות על המשותף בין אתיופים לאבוריגינים", בתוך *בריאות*, מרץ 1996.
- אקשטיין צבי, גלור יעקב ופרלמן מנחם (1997), *מערכת הבריאות בישראל – תחזיות ומגמות*, תל-אביב: א.ג.פ. אפלידי אקונומיקס בע"מ.
- אראלי אריאל, גילת יצחק וצפפה אייזיק (1994), "התאבדות יהודי אתיופיה – סקר באמצעות אוטופסיה פסיכולוגית", בתוך *הרפואה*, כרך 127, חוב' 3 – 4, אוגוסט.
- אשד חנה (1991), "גורמים למחלות בקרב נשים: ממצאי מחקר", בתוך אבגר איימי (עורכת), *בריאות נשים בישראל*, רב שיח ראשון, ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
- באר שמואל (1996), *אומדני צרכים לשירותים בקרב הקשישים בישראל לפי אזור גיאוגרפי*: 1994 – 2002, ירושלים: ג'וינט – מכון ברוקדייל.
- בן-נון גבי ובן-אורי דני (1996), *השוואת בינלאומיות – ארצות OECD וישראל*, ירושלים: משרד הבריאות.
- בן-נון גבי ודבריר אירינה (1996), *מאפייני ההשתתפות העצמית בגין שירותי בריאות במערכת הבריאות הישראלית*, ירושלים: משרד הבריאות.
- בר-צורי ר. והנדל ש. (1993), *צרכים והעדפות של עולים מבר"מ*, תל-אביב: הסדרות העובדים החדשה, המכון למחקר כלכלי וחברתי.
- גרוס רויתל, רוזן ברוך ושירום אריה (1999), "מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי", בתוך *בטחון סוציאלי*, פברואר.
- גרוס רביטל, ברמלי שולי (1996), *ביטוח בריאות משלים ומסחרי בישראל 1996*. סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובחמינת חלופות מזינות, ירושלים: ג'וינט – מכון ברוקדייל.
- גרוס רביטל, פלדמן דינה, רבינוביץ יונתן, גרינשטיין מרים, ברג איילת (1997), *מצוקה נפשית נתפסת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל: מאפיינים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש*, ירושלים: ג'וינט – מכון ברוקדייל.
- הורוביץ דינה (1996), *נתונים שנמסרי בשיחה אישית*.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1979), *שנתון סטטיסטי לישראל, 1978*, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1987), *שנתון סטטיסטי לישראל, 1986*, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1994), *סקר שימוש בשירותי בריאות ינואר – מרץ 1993*, פרסום מס' 970, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1995), *שנתון סטטיסטי לישראל, 1995*, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997 א'), *שנתון סטטיסטי לישראל, 1997*, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997 ב'), *סקר הכנסות, 1996*, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997 ג'), *מאפיינים דמוגרפיים – חברתיים של תמותת תינוקות על בסיס נתוני 1990 – 1993*, פרסום מס' 1070, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997 ד'), *פרופיל דמוגרפי – בריאות של הישבים בישראל 1990 – 1994*, פרסום מס' 1059, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997 ה'), *ההוצאה הלאומית לבריאות 1994 ואומדן מוקדם ל-1995*, חוב' מס' 18, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997 ו'), *שנתון סטטיסטי לישראל, 1996*, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997 ז'), *סיבות מוות*, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997 ח'), *סקר בריאות 1996/97 – ממצאים ראשוניים לתקופה אפריל – ספטמבר 1996*, חוב' מס' 39, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1998), *בריאות ומשאבי בריאות בישראל 1990 – 1995*, אינדיקטורים חברתיים, פרסום מס' 1, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1998), *ההוצאה הלאומית לבריאות 1995 – 1997*, פרסום מספר 19, יולי.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1999), *סקר הוצאות משק בית 1997*, מרץ.
- המוסד לביטוח לאומי (1998), *נתונים שנמסרו בשיחת טלפון ב-18/5/98*.
- המוסד לביטוח לאומי (1997), *ד"ח שנתי 1996/97*, ירושלים.

באשר לרפואה אלטרנטיבית, אין בנמצא נתונים; אך ידוע שבתי החולים הציבוריים מפתחים מרפאות פרטיות, שבהן ניתן מגוון מתרחב והולך של שירותים אלטרנטיביים.

באשר לבתי החולים הפרטיים, הנתונים הקיימים סותרים לכאורה את ההנחה הנפוצה שחלקם בכלל בתי החולים בישראל נמצא בעלייה. בשנת 1996 פעלו בישראל 104 בתי חולים למטרת רווח (למ"ס, 1997א, לוח 24.5); רוב המיטות הפרטיות היו מרוכזות בבתי חולים סיעודיים ובבתי חולים פסיכיאטריים. בין 1950 ל-1996 נותר שיעורם של בתי החולים הפרטיים יציב למדי – כ-38% מכלל בתי החולים. בתקופה זו עלה שיעור המיטות הפרטיות מ-19% ל-24% מכלל המיטות. מעקב אחר מספר המיטות הפסיכיאטריות והסיעודיות מצביע על ירידה קלה: ב-1984 היו המיטות הפרטיות 41.5% מכלל המיטות הפסיכיאטריות בישראל, וב-1996 – 36%. התמונה דומה גם באשר למיטות לאשפוז סיעודי: ב-1984 הן היו 41.7% מכלל המיטות, וב-1996 – 39.5% (למ"ס, *שנתון סטטיסטי לישראל*, שנים שונות).

הפרטה ושוויון

כיצד משפיעים תהליכי הפרטה והעלייה בהוצאות הבריאות של משקי בית על השוויוניות בשירותי הבריאות? במרבית הארצות הדמוקרטיות, שירותי הרווחה – שבהם נכללים שירותי הבריאות – ממומנים באמצעות שילוב של תקציבים ממשלתיים (ממסים) ותשלומים פרטיים; כך, כפי שראינו, גם בישראל – אלא שבישראל נדרשים הצרכנים לשלם יותר, יחסית לארצות ה-OECD (בן-נון, 1996:6). מימון ממשלתי משקף מחויבות ציבורית לבריאות של כלל האזרחים; זו גם כוונתו המוצהרת של *חוק ביטוח בריאות ממלכתי*. כוונה זאת לא הייתה זוכה למימוש אילו שירותי הבריאות היו נמכרים בשוק כמו מצרכים אחרים. המימון הממשלתי הפוחת והולך, מצד אחד, וההפרטה הגוברת, מצד שני, מבטאים נסיגה מן המחויבות הזאת. כאשר מערכת הבריאות הציבורית מספקת שירותים שווים לכל, מצבם היחסי של בעלי השכר הנמוך משתפר, דבר המגביר את השוויון החברתי. הפרטה, לעומת זאת, מגדילה את ההוצאות הפרטיות ומקטינה את השוויון.

המגמות הנוכחיות פוגעות בשוויון בבריאות: הקיצוץ בתקציב הבריאות הממשלתי, ההעברה של טובין ושירותים ציבוריים לידי גופים פרטיים (בין אם אלה גופים הפועלים למטרות רווח ובין אם לא) וההעלאות בתשלומי צרכנים. מגמות הללו תורמות להגדלת הפער בין עשירים לעניים בשירותי בריאות.

המוסד לביטוח לאומי (1996), שכר ממוצע, תעסוקה, חברות בקופות חולים ומעמד בעבודה לפי יישוב 1993 – 1995, ירושלים.

המועצה לשלום הילד (1997), ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי 1997, ירושלים.

המרכז הלאומי לבקרת מחלות (1997), מצב הבריאות בישראל, 1997, תל-השומר: המרכז הרפואי שיבא.

הפורום הישראלי למשפחות נפגעי נפש (1998), נייר עמדה, 25 לפברואר.

הראל יוסף, קאני דפנה, רהב גיורא (1997), נוער בישראל: בריאות והתנהגויות סיכון במבט בינלאומי, ירושלים: הוצאת הליגה, מכון ברוקדייל ואוניברסיטת בר-אילן.

וייל חנה (1995), ביצוע חוק סיעוד במגזר הערבי, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

ועדת החקירה הממלכתית לבידיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), דין וחשבון כך ראשון – דעת הרוב, ירושלים.

ועדת החקירה הממלכתית לבידיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), כך שני – דעת המיעוט, ירושלים.

ולצברג ל. (1990), קיפוח חברתי לאורך זמן: השפעתן של תשומות מוגברות של הדמיוניות חברתיות על משפחות מקופחות. עבודה לתואר דוקטור, ירושלים: בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית.

ולצברג ל. (1991), "חלואה בקרב נשים מאוכלוסיות מצוקה", בתוך אבגר א. (עורכת), בריאות הנשים בישראל, רב שית ראשון, ירושלים: שדולת הנשים בישראל.

חברה ורווחה (1998), חוברת מיוחדת – שירותי בריאות הנפש: מגמות ותמונות, כך יח' חוב' 1.

חורב טוביה (1996), "הקשר בין תחלואה וצרכים לבין המדיניות הנקטת בתחום בריאות השן", בתוך ביטחון סוציאלי, חוב' 47, ע"מ 104 – 112.

לוסקי איילה (1998), היחידה לחקר שירותי בריאות, משרד הבריאות, מכון גרטנר תל השומר: בית החולים ע"ש שיבא (תזנים שהוכנו במיוחד עבור מרכז אדוה).

לחמן רן, נוי שלמה (1992), "רפואה שחורה" בישראל: תמיכות, נסיבות, והשלכות, תל-אביב: מכון גולדה מאיר.

לחמן רן, נוי שלמה (1998), כתם שחור על חלוק לבן: רפואה שחורה בישראל, תל-אביב: הוצאת רמות – אוניברסיטת תל-אביב.

מיכאלי דן, 1996, "אין די בחוק הבריאות", כתבה בעיתון הארץ 9/10/96.

מרכז אדוה (1996), חוק ביטוח בריאות ממלכתי מנקודת ראות של שוויון, יעילות ועלות, נייר עמדה, תל-אביב.

משרד הבריאות, המחלקה לחינוך לבריאות (1996), ידע, ערכים והתנהגות בנושא בריאות.

משרד הבריאות (1997), סיכום מנישה אשר נערכה במחוז באר-שבע, ב – 3 באוגוסט 1997 (לא פורסם).

משרד הבריאות (1997), מחוז הדרום, פרוסום פנימי, (לא פורסם).

משרד הבריאות (1994), מקצועות רפואיים: רופאים, רופאי שיניים, רוקחים, בסוף שנת 1993, ירושלים.

משרד הבריאות (1994), "שחפת בישראל: שינויים באופק", בתוך הרפואה, כך 126, חוב' יב, ע"מ 740.

משרד הבריאות (1994), הודעת שיעורי תמותת התינוקות בסקטור הכדואים נגב (לא פורסם).

נאוה זאב (1997), "בטוח לפי התקן, לא לפי הבריאות", בתוך הארץ, 18/2/97.

נידאל נורית, רוזן ברוך, גרוס רביטל, ברג איילת, יובל דן, אינבוקסקי מיכל (1998), "עולים מברית המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים", בתוך ביטחון סוציאלי, חוב' 51, ע"מ 96 – 115.

סביסקי ברברה (1997), סוגיות בטיפול הגריאטרי בישראל, תקציב האשפוז במשרד הבריאות, הטיפול בקשישים/ות בקהילה במבט ג'נרטי, תל-אביב: מרכז אדוה.

סביסקי ברברה, סן-זנג מירב, סביסקי שלמה (1996), מבט על תקציב משרד הבריאות 1990 – 1997, תל-אביב: מרכז אדוה.

עופר גור ואלסטר – גראו אילנה (1997), "תאגוד בתי-חולים – חוליה חסרה ברפורמה במערכת הבריאות בישראל", בתוך רבנון לכלכלה 44, ע"מ 721 – 754.

פלטי חווה (1996), "חוק ביטוח בריאות ממלכתי – השלכות על שירותי בריאות מניעתיים לאם ולילד", בתוך ביטחון סוציאלי, חוב' 47, ע"מ 80 – 103.

פלטי צבי (1991), בתוך אבגר, 1991.

פרפל מרק ויובל דן (1998), "תפיסת מערכת הבריאות והשימוש בה בקרב ערבים ויהודים, שנתיים וחצי לאחר הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי", בתוך ד"ח מחקרים שנתי, 1996–1997, תל השומר: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

פרפל מרק, רוזן ברוך, ברג איילת, גרוס רביטל (1997), תפיסת מערכת הבריאות והשימוש בה בקרב ערבים ויהודים לאחר יישום של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית, ירושלים: גוינט – מכון ברוקדייל.

צבעוני דן (1991), "מחלות לב בקרב נשים", הרצאה שהוצגה בכנס שנערך על ידי שדולת הנשים בישראל: האישה ובריאותה: מדיניות, מחקר ומעשה.

צדקה פנינה (1993), "הבדלים בין מניינים בתחלואה ובתמותה", בתוך: אבגר איימי (עורכת), בריאות נשים בישראל, ירושלים: שדולת הנשים בישראל.

צ'רינובסקי דוב (1996), "סל וביטוח" משלימים" והרפורמה במערכת הבריאות הישראלית – סכנות והדמיוניות", בתוך ביטחון סוציאלי חוב' 47, ע"מ 32 – 47.

קונדור יעקב (1997), עובדים זרים בישראל – הבעיה ופתרונה הכלכלי-מדיני, ירושלים: המוסד

לביטוח לאומי.

רענן עפרה (1998), "הפער בתמותה בין נשים לגברים אחרי ניתוח מעקפים: התפקיד של גורמים חברתיים", עבודה לתואר שני, אוניברסיטת בר-אילן.

רוזן ברוך, נבו יעקב (1996), הכנסות, הוצאות ודפוסי שימוש של קופות חולים: ניתוח השוואתי, ירושלים: מכון ברוקדייל.

רופאים לזכויות האדם, ד"ח שנתי 1997, תל-אביב, יולי 1998.

רנרט ג' (1997), הרצאה באגודה למלחמה בסרטן, ספטמבר.

שאשא שאול (1999), "תאגוד בתי-החולים – לאן?", בתוך בטחון סוציאלי, פברואר.

שדמי חיים (1998), "שירותי בריאות פרטיים מאוד", בתוך העיר, 24 יולי, 1998.

שדמי חיים (1998), "מבחן השחור מתחת לצפריניים", בתוך העיר, 31 יולי, 1998.

שדמי חיים (1998), "פרופסור בלומנטל (והמיליונים שלו) כמודל לחיקוי", בתוך העיר, 7 אוגוסט, 1998.

שובל יהודית ואנסון עופרה (בהכנה), העיקר הבריאות – מבנה חברתי ובריאות בישראל, ירושלים: הוצאת מגנס – האוניברסיטה העברית.

שירום אריה וגימתי ציפי (1996), "שירותי רפואה פרטי בבתי חולים ציבוריים: תמונת מצב והערכה", בתוך ביטחון סוציאלי, חוב' 47, ע"מ 48 – 69.

שירום אריה, אגוז נחום, בן-גון גבי, דורון חיים, מיכאלי דן, מישל זק, צ'רינובסקי דב (1997), תיאגוד בתי-חולים ציבוריים בישראל: הערכת ההתפתחות וחלופות למדיניות" בתוך יעקב קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, 1997, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

שלמן ברויה, ציפריני אברהם ושירום אריה (1996), "על מיקומה של רפואת מומחים במערכת הבריאות: הערכת מודלים חלופיים", בתוך ביטחון סוציאלי, חוב' 47, ע"מ 113 – 131.

References

Adar, Zvi, 1995, "The Attempt to Bring Israeli Hospitals into Trust Status," in Shemer, Joshua and Vienonen, Mikko (eds), *Reforming Health Care Systems*, Jerusalem: Ministry of Health and World Health Organization, Gefen.

Apfel, Roberta., 1982, "How Are Women Sicker than Men? An Overview of Psychosomatic Problems in Women," in *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37(2): 106-118.

Arieli, Ariel and Ayche, Seffefe, 1993, "Psychopathological Aspects of the Ethiopian Immigration to Israel," in *Israel Journal of Medical Sciences*, 29:6-7 (June-July).

Ben Sira, Zvi., 1987, "Overutilization of Primary Medical Care," Jerusalem: Institute of Applied Social Research.

Brookdale Institute, health netlist communication, March 25, 1998.

Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. Rosenkrantz, P. & Vogel, S., 1970, Sex-role Stereotypes and Clinical Judgments of Mental Health," in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34: 1-7.

Bursztyn, Michael Shpilberg, Ofra., Ginsberg, Gary., Cohen, Aaron. and Stessman, Jochanan., 1996, "Hypertension in the Jerusalem 70 Year Olds Study Population: Prevalence, Awareness, Treatment and Control," in Stessman, Jochanan, Glick Shimon and Svanborg, Alvor, *Community Geriatrics and Gerontology, The Jerusalem 70 Year Olds Longitudinal Study*, Special Issue of *Israel Journal of Medical Sciences*, 32:8, August.

Chessler, Phyllis, 1972, *Women and Madness*, New York: Doubleday

Doyal, Lesley, 1990, "Hazards of Hearth and Home," in *Women's Studies International Forum*, 13(5): 501-517.

Esping-Anderson, Gosta, 1998, "The Inequality-Employment Trade-Off in Postindustrial Economics. Towards a Pareto-Optimal Welfare Regime," Paper presented at "The Welfare State at Century's End: Current Dilemmas and Possible Futures," Conference at Tel Aviv University, May.

Feinson, Marjorie, 1997, "Eating Disorders in Israel: A Neglected Women's Health Issue," Abstract of paper given at a Symposium on Eating Disorders, Jerusalem: Israel Women's Network.

Feinson, Marjorie, Popper, Miriam and Handelsman, Meir, 1992, *Utilization of Public Ambulatory Mental Health Service in Israel: A Focus on Age and Gender Patterns*, Jerusalem: Ministry of Health and JDC-Brookdale Institute.

Fletcher, Elaine, Garb, Yaakov and Ginsberg, Gary 1999, "Road Transport, Environment and Equity in Israel." Tel Aviv: Adva Center.

Fletcher, S.W., Black, W., Harris, R., Rimer, B.K., Shapiro, S, 1993, "Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer," National Cancer Institute, 85: 1644-1656.

Gilligan, Carol, 1982, *In a Different Voice*, Cambridge: Harvard University Press.

Greenland, P., Reicher, R.H., Goldbur, U. & Behar, S., 1991, "In-hospital and One-year Mortality in 1,524 Women after Myocardial Infarction: Comparison with 4,315 Men." *Circulation*, 83(2): 484-491.

Ginsberg, Gary, 1992, "Standardized Mortality Rates for Israel, 1983-86," in *Israel Journal of Medical Sciences*, 28: 868-877.

Ginsberg, Gary and Tulchinsky, Theodore, 1992, "Regional Differences in Cancer Incidence and Mortality in Israel: Possible Leads to Occupational Causes," in *Israel Journal of Medical Sciences*, Vol. 28: 8-9, August-September.

Giraldes, M. et al, 1991, *Socio-Economic Factors in Health and Health Care, Literature Review*, British Commission of the European Community.

Gray, Bradford, 1997, "For Profit or Non-Profit? What Difference Does it Make? Some Lessons from the American Health Care Experience," Amulf Pins Memorial Lecture, February 18, 1997,

שירותי בריאות בישראל

גליון מספר 9, יוני 1999

מאת ברברה סביסקי, חתאם כנעאנה ואיימי אבגר

ברברה סביסקי היא סוציולוגית, מנהלת מרכז אדוה.

ד"ר חתאם כנעאנה הוא יועץ לבריאות הציבור; מייסד אגודת הגליל – האגודה הערבית למחקר בריאות ושירותים; יו"ר ועדת המעקב בנושא בריאות של ידי ועד ראשי רשויות ערביות.

ד"ר איימי אבגר היא מנהלת האגודה הישראלית לקידום בריאות נשים.

תודות

המחברים מודים לד"ר שלמה סביסקי, ד"ר דני פילק, פרופסור יהודית שובל וגב' פנינה צדקה על הערותיהם.

האחריות לתוכן הדו"ח היא של המחברים בלבד.

הכנת הגליון הזה התאפשרה הודות לתרומה נדיבה מ-

U.S./ISRAEL WOMEN TO WOMEN

העבודה השוטפת של מרכז אדוה נתמכת על-ידי:

הקרן החדשה לישראל

NOVIB

THE JACOB AND HILDA BLAUSTEIN FOUNDATION

הוועדה האקדמית המייעצת

ד"ר מאג'ד אלאחאג'

ד"ר שושנה בן-צבי מאייר

ד"ר נתן גובר

ד"ר זאב דגני

ד"ר הנרייט דהן

פרופ' אברהם דורון

ד"ר מוחמד חביב-אללה

פרופ' דפנה יזרעאלי

ד"ר חתאם כנעאנה

ד"ר אנדרה מזאווי

ד"ר מרים מרעי

ד"ר לינדה עפרוני

ד"ר אילן פפה

גב' יעל צדוק

ד"ר דבורה קלקין-פישמן

פרופ' פרנסיס רדאי

פרופ' הנרי רוזנפלד

ד"ר סעדיה רחמים

פרופ' יהודית שובל

פרופ' אריה שירום

פרופ' אלה שוחט

הנהלת מרכז אדוה

ד"ר יוסי דהאן, יו"ר

גב' גילברט פינקל, גזברית

ד"ר איסמעיל אבו-סעד

ד"ר האלה חזן

גב' פתינה חזן

ד"ר יוסי יונה

ד"ר אורן יפתח-אל

פרופסור יוברט לו-יון

ד"ר ריקי סויה

פרופ' מרילין ספר

ד"ר יצחק ספורטא

ד"ר דני פילק

ד"ר רחל קלוש

ד"ר אורי רם

בלום עיצוב גרפי

הדו"חות של מרכז אדוה נמצאים באתר האינטרנט: www.adva.org

ניתן לעשות שימוש בתוכן הגליון, אך אנא ציינו את

המקור: מידע על שוויון

מידע על שוויון • מאי 1999

Paul Baerwald School of Social Work, The Hebrew University of Jerusalem.

Hassan, F., 1996, *Health Survey in the Arab Sector*, Paper presented at the Equality Conference, Nazareth, December 13-14 (Arabic).

Herman, J., Froom, J. and Galambos, N., 1993, "Marital Status and Timing of Coronary Artery Surgery," in *Medical Hypothesis*, 41(5): 459-461.

Hibbard, J.H. and Pope, C.R., 1986, "Another Look at Sex Differences in the Use of Medical Care," in *Women and Health* (11): 21-36.

Hoffman, Eileen, 1995, *Our Health, Our Lives*, New York: Pocket Books

Hoffman, Eileen, 1996, "From Women's Centers to Women-Centered Health." A paper presented at the IAAWH Women's Health Dialogues, Jerusalem: December.

Horton, J (ed.), 1995, *The Women's Health Data Book*. Washington DC: The Jacobs Institute of Women's Health.

Hundt, G., 1996, *Report to the Galilee Society Negev Project*, unpublished.

Hunter, David, 1995, "Hospital Trusts in the British National Health Service: The Myth and the Reality," in Shemer, Joshua and Viononen, Mikko (eds), *Reforming Health Care Systems*, Jerusalem: Ministry of Health and World Health Organization, Gefen.

JAMA, Council on Ethical and Judicial Affairs, 1991, "Gender Disparities in Clinical Decision-making." 266(4): 559-562.

Kanaaneh, Hatim, 1997, *Expert Opinion Submitted in Support of Adalah's Appeal to the Supreme Court Against the Israel Ministry of Health*, unpublished.

Kanaaneh, Hatim et al, 1995, "A Human Rights Approach for Access to Clean Drinking Water: A Case Study," in *Health and Human Rights*, 1:2.

Kannel, WB., 1985, "Lipids, Diabetes and Coronary Heart Disease: Insights from the Framingham Study," in *Am Heart Journal*, 110:1100.

Laurence, L. and Weinhouse, B., 1994, *Outrageous Practices: The Alarming Truth About How Medicine Mistreats Women*, New York: Fawcett Columbine: 60-82.

Lusky, Ayala, Gurvitz, Rachel and Barell, Vita, 1994, "Variation in Mortality Rates in Tel Aviv Region Municipalities," in *Israel Journal of Medical Sciences*, 30: 690-697.

Modan, Baruch, Tsvia Bloomstein, Zehava Fuchs, Angela Shitrit, Ayela Lusky, Ilya Nubikov, Adrian Ginsberg, 1996, "The Cross-Sectional and Longitudinal Aging Study (CALAS)," in Dror Rotem, *Eshel Five Year Plan 1996-2000*, Jerusalem: Eshel.

National Institute of Health, 1991, "Opportunities for Research on Women's Health," *Hunt Valley MD*: 7.

National Insurance Institute, 1998, personal communication, May 18.

Westcott, C. et al (eds), 1985, *Health Policy Implications of Unemployment*, Copenhagen: World Health Organization.

Neon, D., King, Y., and Stroessberg, G., 1995, *The Health Condition and Functioning of Elderly New Immigrants: Selected Findings from a Survey of Adult Immigrants from the Former Soviet Union*, Jerusalem: JDC: Brookdale Institute.

Palti, Hava, 1996, "The National Insurance Law: Its Reflections on the Mother and Child Health Preventive Services," in *Social Services*, 47: December (Hebrew).

Paltiel, F., 1988, "Is Being Poor a Mental Health Hazard?" *Women and Health*, 12, 189-211.

Rosen, Bruce, Ivancovsky, Michal, and Nevo Ya'akov, *Changes in the Sick Fund Economy: Sick Fund Revenues and Expenditures Before and After the Introduction of the National Health Insurance*, Jerusalem: JDC-Brookdale Institute.

Rosen, Bruce and Ottenstein, Naomi, 1994, *Immigrants, Health and Health Care: Selected Findings from a Survey of Immigrants from the Former Soviet Union*, JDC-Brookdale Institute.

Saltman, Richard, 1995, "Hospital Trusts: Responses and Discussion," in Shemer, Joshua and Viononen, Mikko (eds), *Reforming Health Care Systems*, Jerusalem: World Health Organization, Ministry of Health, Gefen.

Stessman, Jochanan, Ginsberg, Gary, Maaravi, Yoram, Hammeman-Rozenberg, Robert, and Cohen, Aaron, 1996, "Profile of Jerusalem's 70 year olds—Medical Data" *Israel Journal of Medical Science*, 32(8):665-87, August.

Shoval, Judith T., 1992, *Social Dimensions of Health: The Israeli Experience*, Westport, Co: Praeger.

Strokes J., Kannel, WB, Wolf, PA, Cupples, LA, D'Agostino, RB., 1987, "The Relative Importance of Selected Risk Factors for Various Manifestations of Cardiovascular Disease Among Men and Women: 30 years of Follow-up in the Framingham Study," *Circulation*, 75: 65-7.

Tulchinsky, Theodore and Ginsberg, Gary, 1996, *A District health Profile of Beersheva Sub-District (The Negev)*, Israel, 1995, Jerusalem: Ministry of Health.

Verbrugge, L.M. and Steiner, R.P., 1981, "Physician Treatment of Men and Women Patients: Sex Bias or Appropriate Care?" *Medical Care* (19): 609-632.

Verbrugge, L. M., 1976, "Sex Differentials in Health," in *Public Health Report*, 97: 417-427.

Walter-Ginzberg, Adrian, Guralnik, Jack, Blumstein, Tsvia, Fuchs, Zahava and Modan, Baruch, 1997, *Assistance With Personal Care Activities Among the Old-Old In Israel: A National Epidemiological Study*, unpublished manuscript.

Weitzman, Shimon, et al, 1997, *Report of the Working Group on "Health Needs of the Negev Population"*, Beer Sheva, Ben-Gurion University, The Faculty of Health Sciences, Committee for the Goldman Foundation.

Westcott, C. et al (eds), 1985, *Health Policy Implications of Unemployment*, Copenhagen: World Health Organization.

World Bank, 1998, *World Development Indicators 1998*, Washington, D.C.

Zipkin, Allan and Morginstin, Brenda, 1998, *Recipients of Long-Term Care Insurance Benefits in Israel 1996-1997*, Jerusalem: National Insurance Institute.