

שירותי הבריאות

1. ההוצאה על הבריאות

שירותי הבריאות בישראל נמצאים בתקופת מעבר שבה מעורבים מספר שינויים בו זמנית. במקביל לניסיונות הממשלה לצמצם את מעורבותה במימון שירותי הבריאות, חוקק חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, חוק בעל השפעות מרחיקות לכת, שעדיין לא ניתן לחזותן במלואן, על תפקידי קופות-החולים, גודלן, הרכבן ונפח פעילותן. במקביל נעשים ניסיונות לארגן מחדש את אופי הפעילות של בתי-החולים תוך הכנסת מרכיבים של ביזור בתהליכי קבלת ההחלטות התכנוניות והכלכליות. ניסיונות אלו נועדו להכניס גורם מוגבר של הפרטה, שינוי בעלות והיענות לאיתותים של השוק כדי להפוך את מערכת הבריאות לכלכלית יותר. כאמור, קיימת אי ודאות רבה לגבי המבנה העתידי של המגזר כולו, משקל הפעילות העסקית בו, האוניברסליות במתן שירותים, השוויוניות בקבלתם, ותפקידי הממשלה בייצור ובמימון שירותים אלה.

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל, בדומה לשאר מדינות המערב, ממשיכה לעלות בהתמדה, הן במונחים מוחלטים והן במונחים יחסיים. הממשלה בישראל החליטה להקטין את חלקה במימון הוצאות הבריאות. הדבר מתגלה במדיניותה להקצאת המשאבים בתחום זה, אך בגלל מורכבות הבעיה קצב השינויים הוא איטי מאוד, מגמות הטווח הקצר אינן אחידות, אך מגמת הטווח הארוך ברורה למדי.

ניתן להבחין בהבדל בגישות בין ההקצאה הממשלתית לחינוך לבין ההקצאה הממשלתית לבריאות. בתחום החינוך, אמנם התחוללה שחיקה זמנית בשנים 86-1983 עם שיעורי גידול שליליים להוצאה הממשלתית, אבל מאז מתקיימים שיעורי גידול חיוביים יציבים עם מגמה כלפי מעלה בשמונה השנים האחרונות. לעומת זאת, שיעורי השינוי בהוצאה הממשלתית לבריאות מתנדנדים בצורה חריפה. הדבר מצביע על מבוכה ועל חוסר האפשרות ליישם את שאיפת הממשלה לצמצם את חלקה במימון שירותים אלה. לאחר כל שנה שבה יש צמצום מוחלט (או יחסי)

בהוצאה לבריאות, באה שנה אחת או יותר עם גידול משמעותי בהוצאה זו. הפירוש שאפשר לתת לדפוס זה הוא שבכל שנה שבה הממשלה מצמצמת את השתתפותה בהוצאה הלאומית לבריאות, הדבר גורם למשבר בשירותים אלה, המחייב אותה להתערב ולהגדיל בצורה משמעותית את הוצאותיה בשנה שאחריה. כלומר, בשמונה עשרה השנים שחלפו, לא נמצא המנגנון אשר יאפשר לממשלה לצמצם את חלקה בשירותי הבריאות ובמקביל לא לפגוע באילוצים החברתיים והאידיאולוגיים המנחים אותה.



ההוצאה הלאומית לבריאות הינה ברמה של כ-8.7 אחוז מהתמ"ג והיא במגמת עלייה. הממשלה (יחד עם הרשויות המקומיות) נהגה בעבר לממן כ-50 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, ואף יותר מכך. אך מאז אמצע שנות השמונים החלה ירידה בחלק הממשלה במימון שירות זה. ההוצאה

הממשלתית השוטפת לבריאות, בממוצע לנפש, היתה ברמה של 1,856 ש"ח (של 1996) ב-1980. באותה שנה היווה סך ההוצאה הממשלתית לשירות זה 3.7 אחוז מהתמ"ג. ב-1993, שהיתה שנת שפל מבחינת משתנים אלה, הגיעה הוצאה זו לנפש לכ-1,605 ש"ח ומשקלה בתמ"ג ירד ל-3.1 אחוז. 1994 היא שנת משבר כספי בשירותי הבריאות ובקופות-החולים. בשנה זו נחתמו הסכמי עבודה במגזר אשר הביאו לעליות שכר משמעותיות והתייקרות של עלויות. שני דברים אלה חייבו התערבות ממשלה כדי למנוע את התמוטטות מערכת הבריאות. התוצאה הייתה קפיצה של 21 אחוז בהוצאה הממשלתית בסעיף זה, שעלתה לשיעור של 3.8 אחוזי תוצר, והסכום בממוצע לנפש הגיע ל-2,005 ש"ח. מאז מהווה הוצאה ממשלתית זו כ-3.6 עד 3.8 אחוז מהתמ"ג.

ב-1997 צפויה ההוצאה הממשלתית השוטפת לבריאות להסתכם ב-11.2 מיליארד ש"ח (במחירי 1996) - גידול ריאלי של 1.8 אחוז לעומת 1996, אך לשנת 1998 הוקטן התקציב כמעט ב-200 מיליון ש"ח. מן הראוי לציין, שבשנת 1997 חל שינוי בשיטת התיקצוב של ההוצאה הממשלתית לבריאות. עד סוף 1996 היווה המס המקביל 4.93 אחוז מתשלומי השכר במשק. שלוש נקודות אחוז שולמו על-ידי המעסיקים ו-1.93 אחוז מומנו על-ידי שיפוי ממשלתי לביטוח הלאומי. החל ב-1997, בוטל המס המקביל והסכומים שבעבר נגבו באמצעותו הפכו לחלק מתקציב משרד הבריאות, ומועברים על-ידו, באמצעות המוסד לביטוח לאומי, לקופות-החולים.

שירותי הבריאות מורכבים בעיקרם משתי תת-מערכות גדולות ושוות גודל: האחת אמבולטורית (מרפאות ושירותים מונעים) והאחרת אשפוזית. הגורמים הפועלים במישרין במערכת הם רבים, אך הראשיים שבהם הינן הממשלה וקופות-החולים. עם זאת, האחריות העליונה לנושא הבריאות היא בידי הממשלה.

2. מערכת האשפוז

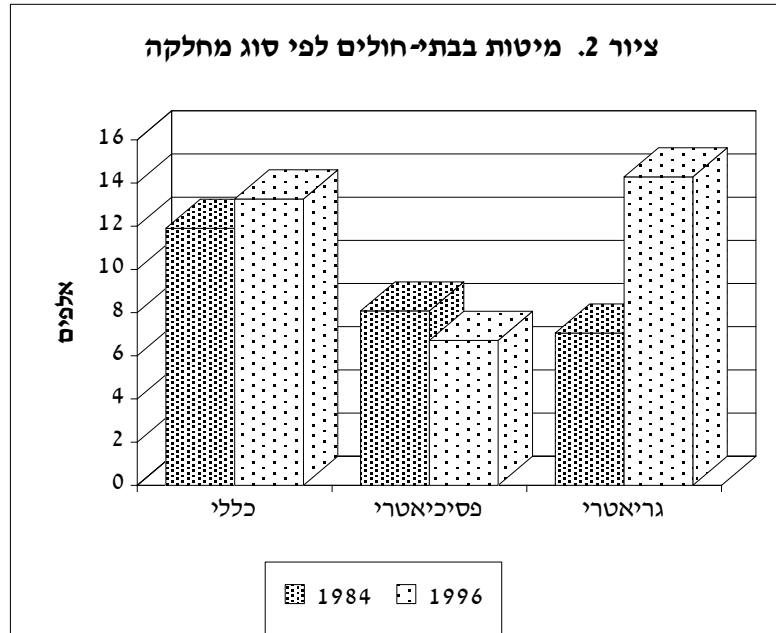
בתי-החולים משלימים את השירותים המרפאתיים הענפים הקיימים במדינה והם אמורים לספק טיפולים אינטנסיביים יותר מאלו שניתן לספק בקהילה. הגדרה זו היא מספיק כללית כדי לאפיין את ההתמחות הנבדלת להלכה של כל אחת משתי המערכות העיקריות. אמרנו להלכה, משום שבפועל אין הדברים מתקיימים באופן מלא, ובמיוחד ניתן לראות

את השינויים המתרחשים בנידון על פני זמן. השינויים אינם חד-כיווניים : באופן היסטורי הכיוון היה בדרך כלל של העברת טיפולים מבתי-החולים אל המרפאות הקהילתיות. עם הזמן, ועקב תמריצים שונים, יש מעברים גם בכיוון הנגדי, היינו - הרחבת השירותים המרפאתיים המוגשים על-ידי בתי-החולים.

אפשר לאפיין את מערכת האשפוז בשני ממדים : הממד האחד הוא לפי הבעלות על בתי-החולים, והממד השני הוא על פי התמחותם. מבחינת הבעלות אנו מוצאים ארבע קבוצות בעלות : בתי-חולים ממשלתיים, בתי-חולים של קופת-חולים, בתי-חולים ציבוריים (כגון "הדסה"), ובתי-חולים פרטיים. במישור ההתמחות אפשר לחלק את המוסדות השונים לשלוש קבוצות : בתי-חולים כלליים, בתי-חולים פסיכיאטריים, ומוסדות גריאטריים (ליתר דיוק - לחולים כרוניים).

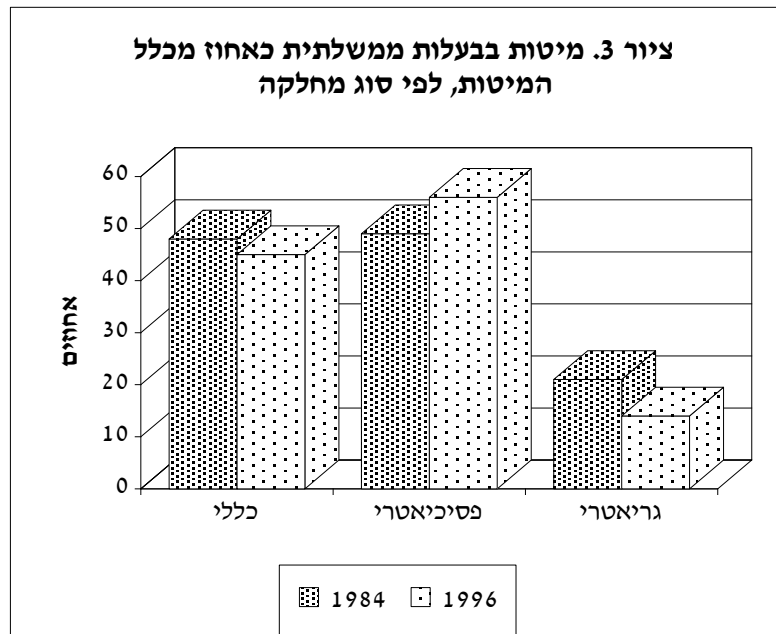
על אף החלוקה הזאת יש לציין, כי בתי-חולים כלליים רבים כוללים גם מחלקות פסיכיאטריות ומחלקות גריאטריות. לכן, בתיאור התפתחותה של מערכת האשפוז יש מקום לדבר ברמה של מחלקות ומיטות ולא של מוסדות. בישראל קיימות היום 34 אלף מיטות, מהן 13 אלף מיטות כלליות, וכמספר הזה בערך מיטות לחולים כרוניים. הקבוצה השלישית מונה כשבעת אלפים מיטות לחולים פסיכיאטריים, ועוד כשש מאות מיטות שיקומיות.

ההתייחסות לעניין הבעלות וההתמחות כאל ממדים נפרדים מסתירה קשר עובדתי מסוים הקיים בין שניהם : ראשית, חלק גדול מהמוסדות הפרטיים הם לחולים גריאטריים ופסיכיאטריים. שנית, מוסדות קופת-חולים הם לרוב בתי-חולים כלליים. שלישית, חלק גדול מבתי-החולים הפסיכיאטריים הם בבעלות ממשלתית. עובדות אלו הן תולדה של התפתחות היסטורית. בתי-החולים הציבוריים הם למעשה התשתית הראשונית של מערכת האשפוז בארץ, והם הוקמו על-ידי ולמען היישוב היהודי. בתי-החולים הממשלתיים הם ממשיכיהם של המוסדות המנדטוריים, שבאו להשלים עבור המגזר הערבי את החסר שהיה אצלם בתחום זה. כיום אי אפשר למצוא הצדקה עניינית מדוע בית-החולים "שיבא", למשל, הוא ממשלתי, "איכילוב" הוא עירוני, ו"ביילינסון" ("רביץ") הוא של קופת-חולים הכללית. התייחסות זו אינה לצד הפורמלי גרידא ; לשם דוגמא, אחת הבעיות הנובעות מכך היא הקושי של משרד הבריאות להשתחרר מעול ניהולם של בתי-החולים, כפי שמומלץ ומקובל על הכל מזה שנים.



לוח 1. התפלגות מיטות בבתי-חולים לפי סוג ובעלות

גריאטרי		פסיכיאטרי		אשפוז כללי		
1996	1984	1996	1984	1996	1984	
100	100	100	100	100	100	סך-הכל
14	21	58	49	45	48	ממשלתי
7	12	5	7	30	31	קופות-חולים
42	28	2	3	20	19	מלכ"רים אחרים
38	39	36	41	5	3	פרטי



ההתחלקות של בתי-החולים והמיטות לפי בעלות אינה מספקת תמונה מלאה של הנושא. איפיון משמעותי יותר מתקבל מהסתכלות על הבעלות בכל אחד משלושת סוגי ההתמחות. מסתבר, כי בתוך בתי-החולים הכלליים, כמעט מחצית (45 אחוז) המיטות הן במוסדות ממשלתיים, פחות משליש בקופת-חולים (30 אחוז), חמישית בבתי-חולים ציבוריים, ו-5 אחוז בלבד במגזר הפרטי. אם בוחנים את ההתפתחות על פני זמן, מאז 1984 פחת במקצת חלקם של המוסדות הממשלתיים (מ-48 ל-45 אחוז), וחלה הכפלה בשיעורם של המוסדות הפרטיים, אם כי מספרם המוחלט הוא עדיין זעום: 600 מיטות היום לעומת 300 באמצע שנות השמונים. מן הראוי לציין, שעל אף שבתי-החולים הכלליים מהווים רק 40 אחוז מכלל המיטות, הרי שמבחינת מספר המאושפזים, מדובר ברובם

המכריע של המאושפזים על פני השנה: בסך הכל אושפזו בבתי-חולים אלה כמעט מיליון נפש, לעומת כ-20 אלף בשתי ההתמחויות האחרות (פסיכיאטרייה וגריאטרייה) יחדיו. מכאן, שלגבי מרבית המאושפזים, החלוקה הסקטורלית הרלבנטית היא זו שהצגנו לגבי בתי-חולים כלליים; כמעט מחצית מכלל המאושפזים במדינה נמצאים במוסדות ממשלתיים, קצת פחות משליש במוסדות של קופת-חולים וכרבע במוסדות אחרים. כדי להמחיש את משמעות הדבר - סוגיית ניהולם של בתי-החולים הממשלתיים ("התיאגוד" הנדון בחלקו השני של דו"ח זה) מתייחסת כמעט למחצית המאושפזים במדינה או, אם לקשר אירוע ספציפי לעניין זה - מחצית מכלל המאושפזים במדינה חווים על בשרם אירועים כמו השביתות שהיו לאחרונה באשפוז הממשלתי.

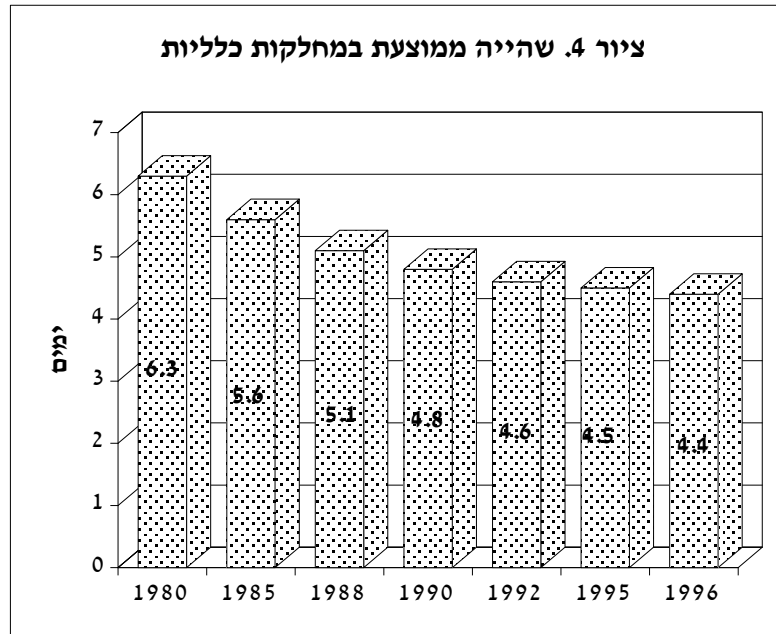
3. משך האשפוז

אורך האשפוז של החולים הוא פרמטר אחד בעל חשיבות רבה להתפתחותה של מערכת הבריאות. נתוני האשפוז כוללים בדרך כלל שני פרמטרים: מספר המאושפזים, ומספר הימים בו שהו כלל המאושפזים על פני השנה. חילוק שני המספרים הללו נותן את מספר ימי השהייה הממוצע למאושפז. בעניין זה חשוב מאד להבחין בין שלוש ההתמחויות: במוסדות הפסיכיאטריים והגריאטריים, האשפוזים הם מעטים, יחסית, אך כל מאושפז שוהה במוסד בדרך כלל תקופה ממושכת. כפי שכבר ניתן היה ללמוד מהסעיף הקודם, אף ש-60 אחוז מכלל המיטות במדינה הם במוסדות (או מחלקות) גריאטריים ופסיכיאטריים, הרי רק אחוז זעום מכלל המאושפזים נמצא במוסדות אלו. ואולם השהייה הממוצעת שם היא בסביבות חצי שנה. לעומת זאת, בבתי-החולים הכלליים מאושפזים על פני השנה כמיליון נפש, והם נמצאים שם בממוצע כארבעה ימים עד שחרורם מהאשפוז.

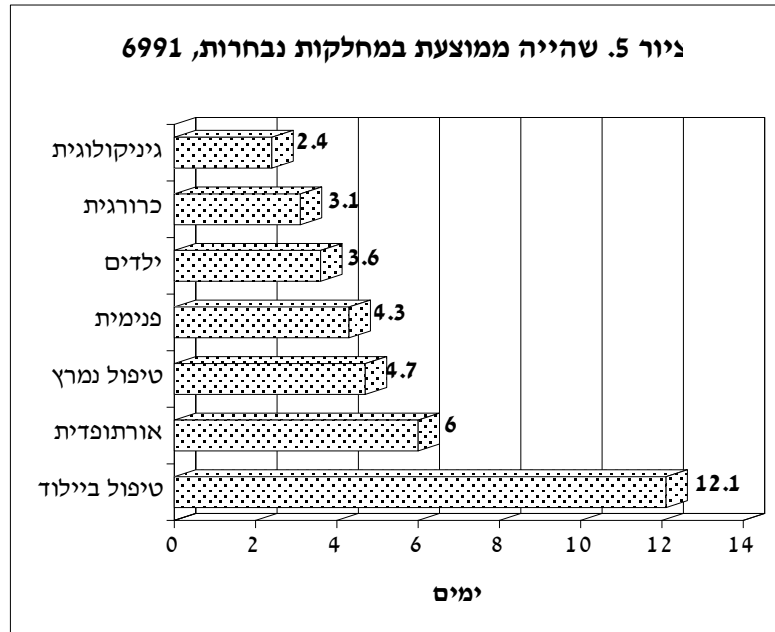
הנתון האחרון איננו קבוע על פני זמן. בתקופה הארוכה הנסקרת בדו"ח זה ירדה השהייה הממוצעת מ-6.3 ב-1980 ל-4.5 ב-1995, ירידה של יותר מ-25 אחוז. עיקר הירידה התרחש בשנות השמונים, שבסופן היתה השהייה הממוצעת 4.8 ימים למאושפז. בשש השנים מאז 1990 הואטה מאד הירידה בשהייה הממוצעת.

מה קובע את השהייה הממוצעת? לכאורה, ייתכן שהטיפול נעשו אינטנסיביים ויעילים יותר, מה שאיפשר לקצר את משך השהות בבית-

החולים. גם הפרוצדורה הרפואית הולכת ומשתנה על פני השנים, והנטייה לשחרור מוקדם היא נטייה רווחת מאד. גורם שלישי העשוי להסביר את התקצרות האשפוז הוא שינוי בהרכב של המאושפזים מבחינת גורם התחלואה. כי זאת לדעת, שאורך האשפוז תלוי גם בסוג האשפוז, או בגורם לאשפוז.



התחום העתיר ביותר בימי אשפוז הוא המחלקות לטיפול נמרץ ביילודים, שבהן שהייה הממוצעת היא 12 יום (לעומת 4.4, כאמור, במוצע הכללי). להוציא תחום חריג זה, אפשר לומר, שאורך האשפוז הממוצע נע בין 2.5 ל-6 ימים, כאשר בקצה הנמוך אנו מוצאים את המחלקות גניקולוגיה ועיניים ובקצה הגבוה - אורטופדיה. אם בוחנים את השינויים על פני זמן תוך התייחסות נבדלת לסוג הטיפול, אנו מוצאים כי הירידה הדרמטית ביותר בשהייה הממוצעת בין ארבעת התחומים הגדולים התרחשה בכירורגיה כללית, בה ירד אורך האשפוז בכ-60 אחוז, מ-7.3 ימים ב-1980 ל-3.1 ימים ב-1996.

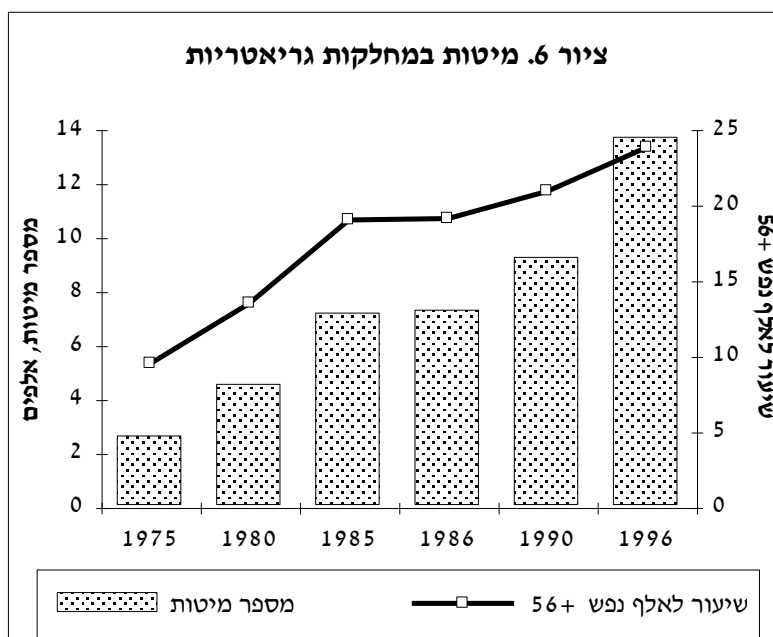


לוח 2. שיעור מיטות לפי התמחות (שיעור לאלף נפש)

1996	1995	1990	1985	1980	
6.0	5.9	6.0	6.5	6.7	סך-הכל
2.3	2.4	2.6	2.8	3.0	כללי
1.2	1.2	1.5	1.8	2.2	פסיכיאטרי
2.4	2.3	1.9	1.7	1.2	גריאטרי
					גריאטרי לכל
24.9	23.8	20.9	19.0	13.5	אלף גילאי +65

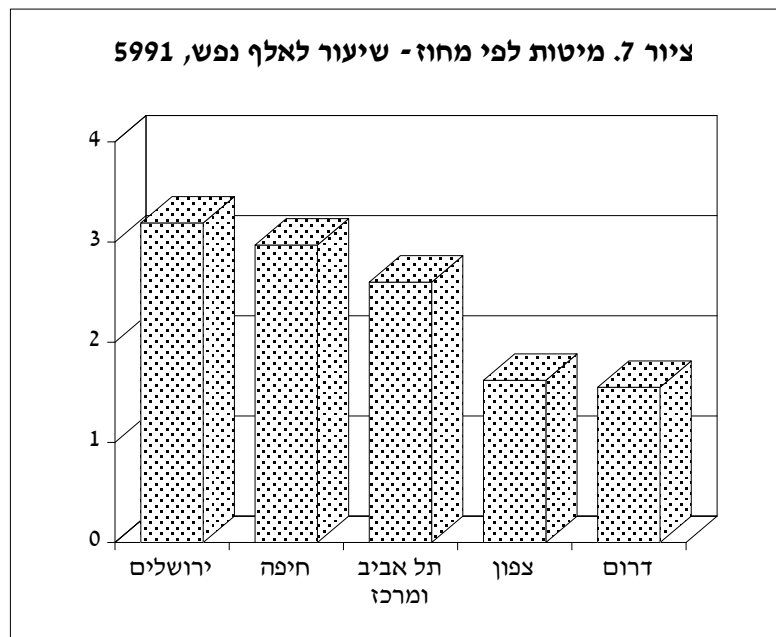
עד כה התייחסנו להסברים אפשריים לקיצור האשפוז במישור הרפואי בלבד - שינוי בשיטות הטיפול, בגישה הרפואית ובהרכב התחלואה. ואולם, לא ניתן להתעלם מגורם נוסף אשר נוטל לפחות חלק כלשהו בעניין, והוא - האילוצים הכלכליים. קשה בעניין זה לקבוע סיבה ומסובב,

אבל עובדה היא שהגידול במספר המיטות במוסדות האשפוז למיניהם לא הותאם לגידול האוכלוסייה. במהלך כעשור וחצי גדלה האוכלוסייה בישראל ב-46.7 אחוז, ובאותו זמן גדל מספר המיטות ב-35.2 אחוז. התוצאה היא, שמספר המיטות בממוצע לנפש פחת בעשירית, מ-6.7 ל-6.0 לאלף נפש.



הירידה הגדולה ביותר נרשמה במיטות פסיכיאטריות, ירידה כמעט במחצית, ובמיטות כלליות - ירידה של כמעט רבע. לעומת זאת חל גידול רב במיטות גריאטריות - במונחים מוחלטים גדל מספר המיטות מכ-7,000 באמצע שנות השמונים לכ-14,000 כעבור עשר שנים, ובמונחים יחסיים, בהתחשב בגידול האוכלוסייה היתה הכפלה בין 1980 ל-1996. כאשר בוחנים את המספרים האחרונים תוך התחשבות בשינוי הדמוגרפי, היינו הזדקנות האוכלוסייה, הגידול היה קצת פחות מהכפלה, 25 מיטות לאלף קשישים לעומת 13.5 בראשית התקופה.

כאמור, הגידול הרב בתחום הגריאטרי הוא חריג, בעוד שבתחום המרכזי - אשפוז כללי - היה פיגור בהתאמת מספר המיטות אל גודל האוכלוסייה. נראה, כי במידה חלקית לפחות, הלחץ הדמוגרפי, שלא נענה בהתאמה אוטומטית של מספר המיטות, הביא להתייעלות בניצול מתקני האשפוז. אבל בה בעת סביר שמיעוט המשאבים הכתיב את הפיגור בהתאמה, וכך נוצר מצב, שכיום מורגש מחסור ממשי במיטות במחלקות שונות.



עד גבול מסוים פועל השיקול הכלכלי (או האילוץ התקציבי) בד בבד עם השיקול הרפואי ועם התפתחות הטכנולוגיה. מעבר לגבול הזה - אשר מתרחש בפועל לפחות בחלק מבת-החולים - המחסור במיטות תורם להתפתחות שנמצאה לעיל, דהיינו קיצור האשפוז של חולים שונים על מנת לפנות את מיטתם לחולים חדשים, ולא משום שמשך האשפוז היה מספיק.

היבט נוסף לסוגיה זו הוא ההבדל הבין-אזורי בעניין זמינות האשפוז. קשה לקבוע באופן חד את השייך בין אוכלוסייה באזור מסוים לבין הסדרי האשפוז העומדים לרשותה. לעתים קרובות, תושבי מחוז אחד מקבלים את טיפולם הרפואי, ובמיוחד בתחום האשפוז, במחוז אחר. אבל בקווים כלליים אפשר לומר, שמתקני האשפוז של מחוז נתון משרתים בעיקר את תושביו של אותו מחוז. והנה, הנתונים מלמדים כי תושבי מחוזות הצפון והדרום נמצאים בנחיתות ממשית לעומת מקביליהם במרכז הארץ. באשפוז כללי, מספר המיטות לאלף נפש במחוזות הצפון והדרום הוא 1.6, לעומת 3.2 במחוז ירושלים, 3.0 במחוז חיפה ו-2.6 במחוזות תל-אביב והמרכז. גם אם נביא בחשבון הבדלים דמוגרפיים - כגון הרכב הגיל, מצב משפחתי ועוד - והאפשרות שנוכרה לעיל של בתי-חולים באזור אחד המשרתים את תושביו של אזור אחר - ההבדלים הגדולים בזמינות האשפוז אומרים דרשני. אם נוסיף לכך את העובדה, שהרכב האוכלוסייה מבחינות רבות - לאום, עדה, מצב סוציו-כלכלי - מתואם באופן מובהק עם אזור מגורים, נמצא כאן חומר למחשבה בדבר שוויון הזדמנויות ונגישות לשירותי בריאות לשכבות שונות באוכלוסייה.

4. בריאות האוכלוסייה

מומחים לבריאות מתקשים בדרך כלל לקבוע, באיזו מידה שינויים בשירותי הבריאות תורמים לשיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה. נתונים על תחלואה ותמותה קשורים כמובן לעניין זה, אך הקשר המדויק איננו ברור, בין היתר משום שגורמים אחרים - זולת שירותי הריפוי והמניעה - תורמים להקטנת התמותה ולהפחתת התחלואה.

עליית רמת החיים של האוכלוסייה הכללית ושל חלקים שונים בתוכה היא מקור פוטנציאלי לשיפור הבריאות. תזונה נאותה מילאה בהיסטוריה האנושית תפקיד חשוב בהעלאת רמת הבריאות. אורך החיים הממוצע גדל בעשורים האחרונים במרבית הארצות, וכך הדבר גם בישראל, כחלק משיפור תנאי החיים ואיכותם.

יחד עם זאת, השירותים הרפואיים, שיפורם, והגברת הנגישות אליהם לכל חלקי האוכלוסייה בוודאי ממלאים תפקיד חשוב בהארכת החיים. המחשה אחת לכך היא הירידה בתמותת תינוקות, המהווה חלק חשוב בתהליך הכולל של הארכת תוחלת החיים. גם הירידה בתמותת תינוקות קשורה, כמובן, בשינוי ברמת החיים של המשפחות, אך מעבר לדרגה

מסוימת - אשר במדינה כמו ישראל כבר הושגה מזה זמן רב - משקף השיפור בתחום זה את תוצאות הטיפול הרפואי, המניעתי והריפויי גם יחד.

מזה זמן תופסת ישראל מקום גבוה בטבלת המדינות לפי אורך החיים הממוצע בהן. נכון אמנם, שהמיקום מושפע במידה רבה מתוחלת החיים של גברים, העולה על זו שבכל מדינה אחרת (יחד עם עוד מדינה אחת או שתיים), אבל גם תוחלת החיים של נשים איננה מן הנמוכות בעולם המפותח, אם לנקוט לשון זהירה. מכל מקום, החישוב המשולב (ללא התייחסות להבדל בין המינים) מציב כאמור את ישראל במקום גבוה במדרג המדינות. גם בשנים האחרונות נמשכת בהתמדה הארכת תוחלת החיים בישראל: אם בראשית שנות השמונים תוחלת החיים הממוצעת לגברים היתה 72.7 שנה, הרי תוך עשור וחצי היא התארכה כמעט בשלוש שנים תמימות והסתכמה ב-75.5 שנים. לנשים נוספו באותו פרק זמן 3.5 שנים ותוחלת החיים שלהן היא על סף 80 שנה. השיפור המוגבר אצל נשים הגדיל את הפער בין המינים (מ-3.4 ל-4 שנים) וקירב אותו לנורמה המקובלת בארצות המפותחות. הרמות שהושגו במגזר הערבי הן 73.8 לגברים ו-77.3 לנשים, חסר של שנתיים עד שנתיים וחצי לעומת היהודים.

לוח 3. תוחלת חיים בעת לידה

1995	-1990 1994	-1985 89	-1980 84	1975- 79		
75.5	75.1	73.8	72.7	71.2	גברים	כל האוכלוסייה
79.5	78.8	77.4	76.1	74.7	נשים	
75.9	75.5	74.1	73.1	71.7	גברים	יהודים
79.8	79.2	77.8	76.5	75.3	נשים	
73.8	73.5	72.7	70.8	69.2	גברים	לא-יהודים
77.3	76.3	75.5	74.0	72.0	נשים	
הבדל בין נשים לגברים כל						
4.0	3.7	3.6	3.4	3.5		האוכלוסייה
2.1	2.0	1.4	2.3	2.5		יהודים
2.5	2.9	2.3	2.5	3.3		לא-יהודים

הזכרנו לעיל את המשמעות המיוחדת שיש לתמותת תינוקות לדיונו. שיעורי התמותה אצל תינוקות בישראל היו בדרך כלל גבוהים מבמדינות מפותחות. כאשר רמה של למטה מ-10 לאלף (דהיינו, אחוז אחד מכלל הנולדים) הושגה בארצות האחרות עוד בעשור הקודם, הרי בישראל רק בראשית שנות התשעים הגענו לירידת מדרגה זו. השיפור נמשך בשש השנים האחרונות והשיעור שנרשם ב-1996 הגיע ל-6.3 לאלף - כלומר, קצת יותר מחצי אחוז מהנולדים.

שיעורי התמותה במגזר הערבי היו ועודם גבוהים יותר מאשר במגזר היהודי, אך ההפרש המוחלט הלך והצטמצם: בסוף שנות השמונים היה פער של כמעט נקודת אחוז שלמה בין יהודים לערבים (0.88 אחוז אצל יהודים, 1.68 אחוז אצל לא-יהודים), ואילו היום הפער הוא של פחות מחצי נקודת אחוז (0.50 ו-0.93, בהתאמה).



אשר לשיעורי התמותה של האוכלוסייה בכל הגילים, אלו כמובן ירדו במהלך השנים, כפי שמשמע מהתארכות תוחלת החיים. בשיעורי התמותה כתוצאה ממחלות לב חלה ירידה מקבילה, אבל בזמן, יש

לציין, עלתה שכיחות התמותה ממחלות סרטניות. יש בכך כדי להמריץ את שירותי בריאות ומערכות רלבנטיות אחרות (כגון: איכות הסביבה, שירותי תקינה, תחיקה בקשר לצמצום עישון, וכדומה) לנסות לשנות את כיוון ההתפתחות.

5. קשיי המערכת

התמודדות עם מצוקותיה של מערכת הבריאות היא מן הנושאים המתמידים בדיון הציבורי. אין בכוונתנו להקל ראש באף אחד מהרעיונות המושמעים בדיונים שונים, אך נראה כי יותר מבכל תחום ציבורי אחר, העוסקים בבעיות הבריאות מתמידים בחיפוש אחר האמצעי שבעזרתו ניתן יהיה לפתור את כל הבעיות. להוותנו, דוקא בתחום זה אין ולא צפויה להיות נוסחת פלא שתפתור את כל הבעיות, אחת ולתמיד.

דומה כי זה מה שעלה לה לרפורמה במערכת הבריאות על פי החוק שנכנס לתוקפו ב-1995. יש לזכור, כי הבעיות העיקריות שבפניהן ניצבה המערכת בסוף שנות השבעים ובשנות השמונים, ואשר הובילו בסופו של דבר לשינוי המקיף שנעשה באמצעות החוק, הן אותן בעיות שבפניהן אנו ניצבים עתה, לאמור: גירעון במימון פעולותיהן של קופות-החולים (בעבר היתה זו רק נחלתה של קופת-חולים כללית - היום שותפות לה גם הקופות האחרות); שביתות ושיבושי עבודה עקב עיצומי עובדים; התייקרות המערכת מעל ומעבר להתייקרותן של מערכות שירותים אחרים במדינה; משרד הבריאות אינו משתחרר מתפקידו כמגיש שירותים (בתי-החולים הממשלתיים).

בכל אחת מהחזיתות האמורות, ספק אם חלה הטבה כלשהי, לעומת זאת נראה כי נוספו צרות חדשות על קודמותיהן. הביטוי המיידי להתמודדות עם הקשיים החדשים הוא הרעיון העומד על הפרק, להנהיג ביטוח משלים בתחומים אשר באופן מסורתי היו מכוסים על-ידי הביטוח הרפואי הרגיל. מקורו של הרעיון הזה הוא הצורך לפתור את המשבר הכספי העובר על כל אחת מהקופות, ואחת הדרכים המוצעות היא להעביר חלק מהביטוח לרמה של ביטוח משלים שעבורו יגבו הקופות במישרין תשלומים מחבריהן. הסכנות החברתיות והבריאותיות הקשורות בכך הן ברורות.

בעיה נוספת התעוררה בעניין "סל שירותים", מושג שלא היתה לו רלבנטיות במערכת הקודמת. הרעיון לקבוע את מנת השירותים באופן מפורט הוא בעייתי מיסודו. כך, למשל, אילו סל כזה היה קיים לפני שניים

או שלושה עשורים, ודאי לא היו נכללים בו ניתוחי מעקף ודומיהם והמבוטחים לא היו זכאים להם. זו רק המחשה לבעייתיותו של העניין. מצד שני, הצורך במושג הזה נוצר עקב העובדה, שהמדינה **מחייבת** את האזרח להיות מבוטח, ולכן **הממשלה** היא זו שצריכה להגדיר לקבלניה (קופות-החולים) את הטיפולים להם זכאי החולה.

כדי לעמוד על המלכוד העקרוני הגלום בהסדר זה, עלינו להוסיף עוד ממד מורכב אחד: החוק קובע פרמטר אחד שעל פיו נגבים דמי הביטוח הרפואי, והוא אחוז מסוים מהשכר (לפי נוסחה עם חריגים, כמו למשל לגבי קשישים). אולם סכום הגבייה תלוי גם בסך-כל הכנסות הפרטים, היינו בגודלה של ההכנסה הלאומית במשק. ולא עוד, אלא שבגלל התיקרה לגביית המס, יש חשיבות גם להרכב ההכנסה הלאומית: למשל, אם בשנה מסוימת גדל חלקה של ההכנסה הלאומית המגיע לידי בעלי הכנסות גבוהות, כי אז יתכן שההכנסה הלאומית תגדל ואילו גביית המס לא תשתנה (ואולי אף תרד).

ואם לא די בכך, קופות-החולים מפעילות את השירות כקבלן העובד בתנאים מיוחדים - גוף חיצוני (הממשלה) קובע את שכר העובדים וכן את תעריפי האשפוז שיגבו בתי-החולים הממשלתיים מאת הקופות. כלומר, הקופות ניצבות לעתים בפני מצב של התייקרות שאינה בשליטתן. מצד שני, הממשלה מחויבת לפצות את הקופות על ההתייקרויות - אבל אין היא יכולה להגדיל את הגבייה כדי לממן את ההתייקרות.

ההסדר הקיים אכן יוצר מלכוד עקרוני, מעצם מהותו. אולם מה שגרם למלכוד באופן קונקרטי הוא, שהחישובים שעליהם התבססו כללי החוק, הניחו (גם אם בסמוי) מערכת פרמטרים כגון עלות מערכת הבריאות במונחים של אחוזי תמ"ג. הפרמטרים שעמדו לעיניהם של המתכננים היו מוטים כלפי מטה, כפי שהתברר רק שנה או שנתיים לאחר התחלת יישומו של החוק (נתונים על עלות הבריאות זמינים בדרך כלל בפיגור כזה). אילו גושר הפער של החישוב הבסיסי, יתכן שנקודת המוצא הייתה מאוזנת יותר, והגירעון לא היה מתהווה כבר בשנתיים הראשונות. עניין זה ראוי שייבדק כחלק מהטיפול המקיף בבעיות הענף.

