



**הפקולטה למדעי הבריאות**  
**פורום בריאות בנגב**

**פערים בין "מרכז" ו"פריפריה" ברמות**  
**בריאות ובזמינות שירותי רפואה בישראל;**  
**סקירה**

צ'רניחובסקי דב  
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

שמש ענת  
משרד הבריאות

## **פורום בריאות בנגב**

פורום בריאות בנגב בפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב נועד לסייע בקידום בריאות אוכלוסיית הנגב. לאוכלוסייה זו צרכי בריאות מיוחדים הנובעים ממצבה הסוציו-כלכלי הנמוך יחסית לשאר אוכלוסיות הארץ ומהמבנה האתני המיוחד שלה. תוחלת החיים בנגב היא הנמוכה ביותר בישראל, 77.3 שנים בעת הלידה, שנתיים פחות מאשר באזור ירושלים והמרכז. תמותת התינוקות בנגב, 7.6 ל 1,000 לידות, היא למעלה מכפולה מאשר באזורים אלה. יתרה מזו, צרכים אלה אינם נענים בצורה מספקת על-ידי מערך השירותים העומד לרשות האוכלוסייה בדרום. בדרום 1.62 מיטות אשפוז כלליות לעומת כ 2.50 בשלושת הערים הגדולות האחרות. במסגרת התמודדות הנגב עם תנאים אלה, ה"פורום" יוזם, מעצב ומפעיל מדיניות ותוכניות בתחום קידום בריאות אשר דורשים תיאום ומאמץ משותפים של כל הגופים העוסקים בנושא באזור.

## סיכום מנהלים

מדדי הבריאות המקובלים – תוחלת חיים ותמותת תינוקות – מציבים את ישראל במקום מכובד ביותר בקרב מדינות העולם. בשנת 2005 הייתה תוחלת החיים של נשים בישראל 82 ושל גברים 78 שנים.

יחד עם אלה יש באזורים השונים של המדינה הבדלים ברמות הבריאות של האוכלוסייה, ברמתה הסוציו-כלכלית ובזמינות שירותי רפואה. התפלגות זמינותם של שירותי הרפואה מראה כי אלה זמינים יותר באזורי תל-אביב, ירושלים והמרכז, אשר בהם, לכאורה לפחות, צרכי הרפואה נמוכים יותר, האוכלוסייה, ככלל, חזקה יותר סוציו-כלכלית ועל כן גם יכולה ביתר קלות לדאוג לעצמה.

מדיניות מתאימה חייבת להיות מתקנת, על ידי הקצאת יתר של משאבים ציבוריים, גם לצורך עידוד גיוס משאבים פרטיים, למקומות בהם שירותי הרפואה דרושים ביותר: בקרב אוכלוסיות חלשות אשר רמת בריאותן נמוכה, באזורים הפריפריים של הצפון והדרום. מקורות אלה דרושים לא רק לצורך הרחבת הצע השירותים הרפואיים אלא גם לצורך עידוד שימוש מושכל של שירותי רפואה למיניהם על ידי אוכלוסיות אשר חלקן אף בקושי דוברות את השפה. הקצאה כזו חייבת להיות אזורית, לטובת אזורים אלה. וזאת, על מנת למנוע סחף של משאבים, גם הציבוריים, להיכן שהמקורות קיימים במקום להיכן שהם ראויים. במצב הקיים יש מקום להשערה (הנמצאת בבדיקה) שהאזורים הפריפריים על אוכלוסיותיהם החלשות אף מסבסדים את אזור המרכז על אוכלוסייתו החזקה יחסית. הקצאה אזורית הייתה מאפשרת גם לגייס כוח אדם רפואי על ידי פיצוי נאות (גם באותו מוסד, קופ"ח למשל) עבור שירות באזורים פריפריים. המלצה לשיטת הקצאה אזורית נמצאת בהמלצות "וועדת נתניהו". בבסיס ההמלצה הרעיון להעניק שוויון הזדמנויות לבריאות טובה לכל תושב. זו גם הייתה כוונת המחוקק בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בהכללת "משתנה המרחק" אשר לא יושם בין השאר מחוסר אפשרות, כמעט מושגית, לתת למשתנה זה תוכן ללא הקצאה אזורית.

מנגנון ההקצאה של מרבית הכספים הציבוריים – מנגנון הקפיטציה - הוא המכשיר המרכזי העומד כיום לרשות המערכת לצורך יישום מדיניות מתאימה. המנגנון, ארכאי לפי כל אמת מידה, אינו יכול לטפל בצורך זה. מעבר לאי קיום הקצאה אזורית – תנאי כמעט הכרחי לתיקון המצב -- המנגנון חסר משתנים אשר יכולים לסייע להתמודד עם המצב. משתנים אלה – המקובלים בארצות אחרות – הם:

- מצב הבריאות של אוכלוסייה
- מצבה הסוציו-כלכלי
- מצב תשתיות השירותים

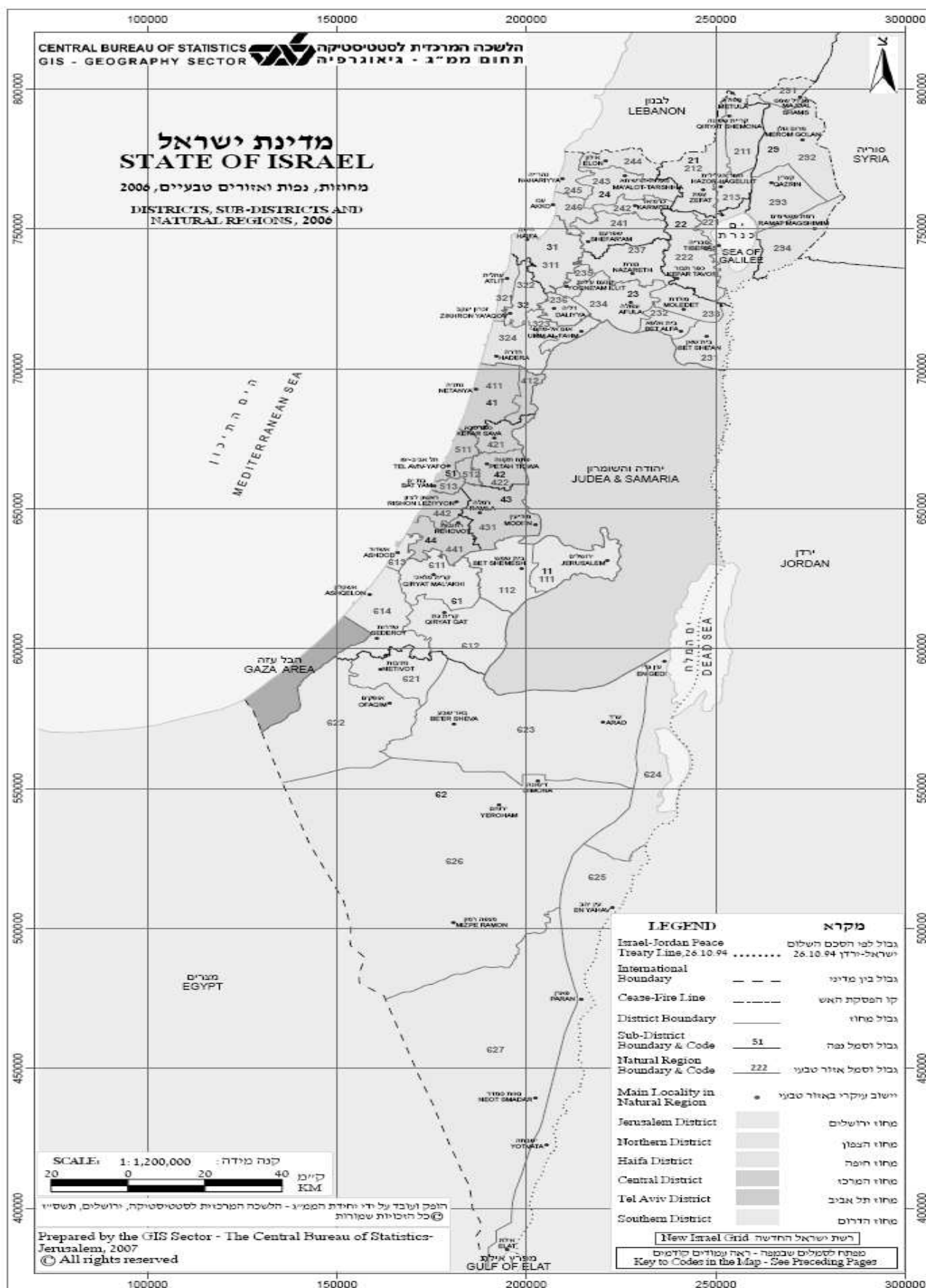
בנוסף, יש לדאוג למדיניות והקצאה פרטנית שתתייחס לצרכיהן המיוחדים של אוכלוסיות מיוחדות.

---

## תוכן העניינים

---

1. מבוא
2. שונות ברמת הבריאות בין איזורים
  - תוחלת חיים
  - תמותת תינוקות
  - תמותה ממחלות לב
  - הערכה עצמית של בריאות
3. מצב סוציו-כלכלי ומצב בריאות
4. זמינות שירותים לאוכלוסיה
  - זמינות רופאים ומיטות
  - זמינות מיטות לידדות ולילדים
  - זמינות מיטות בתחום מחלות לב
  - זמינות שירותי רפואה והשפעה פוטנציאלית על איכות הטיפול
  - בריאות, זמינות שירותי רפואה ומצב סוציו-כלכלי
5. קווים למדיניות מתקנת



# **פערים בין "מרכז" ו"פריפריה" ברמות בריאות ובזמינות שירותי רפואה בישראל; סקירה<sup>1</sup>**

צ'רניחובסקי דב  
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב  
שמש ענת  
משרד הבריאות

## **1. מבוא**

מדדי הבריאות המקובלים – תוחלת חיים ותמותת תינוקות – מציבים את ישראל במקום מכובד ביותר בקרב מדינות העולם. בשנת 2005 הייתה תוחלת החיים של נשים בישראל 82 ושל גברים 78 שנים (למ"ס 2007, עמ' 888). נתונים אלה מעמידים את הגבר הישראלי במקום החמישי בתוחלת החיים בעולם, רק אחרי הגבר האוסטרלי, היפני, השוויצרי והשוודי. יחסית לגבר מצבה של האישה הישראלית נחות. היא במקום התשיעי, אחרי נשים במדינות כמו: יפן, אוסטרליה, איטליה, שוודיה, שווייץ, קנדה וצרפת.

יחד עם אלה, קיימים פערים במדדי בריאות אלה בין אזורי הארץ השונים. בצמצום פערים אלה -- על ידי דאגה לאיזורים פריפריים בהם ריכוז גבוה יחסית של אוכלוסיות חלשות -- טמון הפוטנציאל לשיפור בריאות האוכלוסייה בישראל על כל המשתמע מכך, גם מבחינה חברתית וכלכלית. הגינות ושוויון בחלוקת משאבי הרפואה תומכים במרקם החברתי בישראל כמו גם בשיפור תפקודה של האוכלוסייה.

מטרות סקירה זו הן: להציג את ההבדלים ברמות הבריאות וזמינות שירותי הרפואה בין אוכלוסיות בישראל על פי אזורי מגורים וישובים; לייחס הבדלים אלה לרמתן הסוציו-כלכלית הממוצעת של האוכלוסיות; ולהציג קוים בסיסיים למדיניות מתקנת מתאימה. מבנה הסקירה הוא בהתאם לנושאים אלה.

<sup>1</sup> הסקירה הוכנה במקורה בסיוע מרכז המחקר והמידע של הכנסת. אנו מודים לד"ר ש. אברמי ולגב' ש. סופר על הערות והארות. האחריות לכתוב היא על הכותבים בלבד.

## 2. שונות ברמת הבריאות בין אזורים

### תוחלת חיים

תוחלת החיים הגבוהה ביותר של גברים ונשים יחד בשנים 1998-2002 נרשמה בירושלים, באזור המרכז ובתל-אביב (80.1, 79.7 ו-79.5 בהתאמה). בחיפה התמונה טובה פחות, 78.2 שנים, והיא טובה עוד פחות באזורי הפריפריה, הצפון והדרום, בהם תוחלת החיים היא הנמוכה ביותר – 77.9 ו-77.3 בהתאמה. ככלל, הפערים גבוהים יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים (לוח 2.א).

**לוח 2.א: תוחלת חיים בישראל, לפי מחוז ומגדר: 1998-2002**

| מחוז    | תוחלת חיים בלידה |       |       |
|---------|------------------|-------|-------|
|         | שני המינים       | זכרים | נקבות |
| ירושלים | 80.1             | 78.1  | 81.9  |
| המרכז   | 79.7             | 77.6  | 81.7  |
| תל אביב | 79.5             | 77.4  | 81.3  |
| חיפה    | 78.2             | 76.2  | 80.1  |
| הצפון   | 77.9             | 75.9  | 79.9  |
| הדרום   | 77.3             | 75.0  | 79.6  |
| ישראל   | 78.9             | 76.8  | 80.8  |

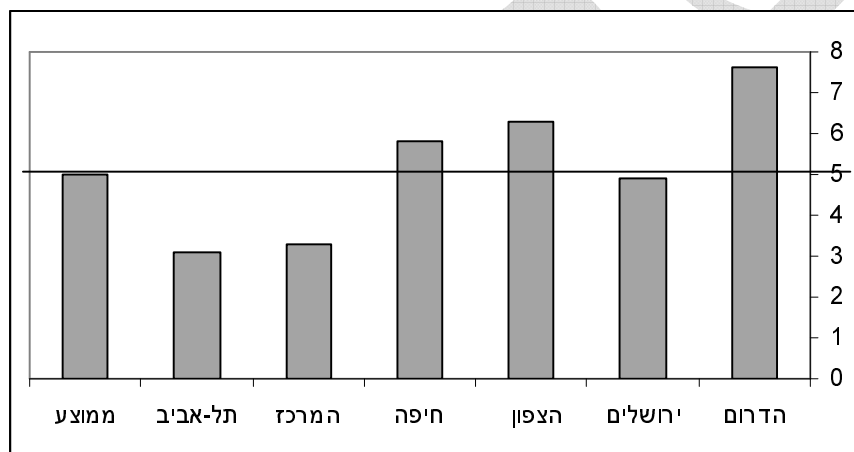
### תמותת התינוקות

בהתאם לנתוני תוחלת החיים, שיעור תמותת התינוקות לאלף לידות חי מראה פערים בין המרכז לפריפריה. לפי נתוני שנת 2004, שיעור תמותת התינוקות הנמוך ביותר נרשם בתל-אביב – 3.1 לכל אלף לידות חי. שיעור דומה נמצא באזור המרכז – 3.3 לכל אלף. השיעור גבוה יותר בירושלים – 4.9 לכל אלף לידות חי, ואף יותר מכך בחיפה – 5.8 לכל אלף. שיעור גבוה יותר נרשם בצפון – 6.3. אולם, שיעור תמותת התינוקות הגבוה ביותר נרשם בדרום – 7.6 לכל אלף לידות חי. היינו, שיעור תמותת התינוקות בצפון הוא כפול מאשר בתל-אביב, ובדרום אף גבוה יותר מפי שניים (לוח 2.ב, תרשים 2.א).

**לוח 2.ב: שיעור תמותת התינוקות לאלף לידות חי לפי מחוז**

| מחוז    | שיעור ל-1000 |
|---------|--------------|
| הדרום   | 7.6          |
| ירושלים | 4.9          |
| הצפון   | 6.3          |
| חיפה    | 5.8          |
| המרכז   | 3.3          |
| תל-אביב | 3.1          |
| ישראל   | 5.0          |

**תרשים 2.א: תמותת התינוקות לאלף לידות חי לפי מחוז**



מקור: למ"ס (2006).

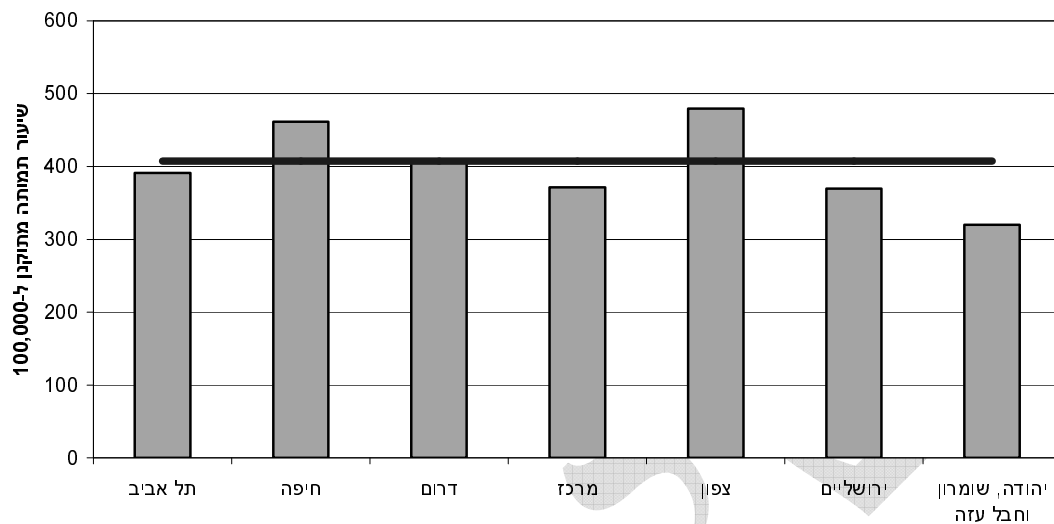
**תמותה ממחלות לב**

חלק ניכר מהפערים בתוחלת החיים בין חלקי הארץ ניתן אכן לייחס לפערים בתמותת תינוקות. האם זה המקור הבלעדי לפערים בבריאות בין אזורים? לצורך מתן תשובה לשאלה, נבחנו פערים בין ישובים ואזורים בתמותה ממחלות לב.

הממוצע הארצי של שיעור התמותה המתוקן ממחלות לב של בני 40+ בשנים 1998-2002 בישראל היה מעט יותר מ-400 ל-100,000. שיעור תמותה דומה לממוצע הארצי נרשם בדרום ובתל-אביב. שיעור תמותה נמוך מהממוצע הארצי נרשם במחוזות ירושלים, המרכז ויו"ש וחבל עזה. מבין מחוזות אלה שיעור התמותה הנמוך ביותר נרשם ביו"ש וחבל עזה - מעט יותר מ-300 ל-100,000. המחוזות מעל הממוצע הם צפון וחיפה (תרשים 2.ב).



**תרשים 2.ב: שיעור תמותה מתוקנן ממחלות לב לפי מחוז – בני 40+. ממוצע 1998-2002.**



מקור: למ"ס ומה"ב (2006a). עמ' 65.

### הערכה עצמית של בריאות

הערכה העצמית של תושבי המדינה לגבי מצב בריאותם, מצביעה על כך שיותר ממחצית מבני 21 ומעלה בישראל (55.1%) חשים שבריאותם הכללית -גופנית ונפשית- "טובה מאד או מצוינת" (לוח 2.ג, תרשים 2.ג).

ואולם, גם בהערכה העצמית קיימים פערים בין המחוזות השונים. האחוז הגבוה ביותר של תושבים בני 21 ומעלה אשר חשים בריאים ביותר נרשם בירושלים – 64.2%. גם תושבי המרכז ותל-אביב באותה קבוצת גיל חשים בריאים 60.8% ו-56.8% בהתאמה. לעומתם 48.6% מתושבי מחוז חיפה בני 21 ומעלה הגדירו את בריאותם כטובה מאד או מצוינת. אכן, ככלל תושבי הצפון הבוגרים חשים פחות בריאים (50.6%) מתושבי ת"א, המרכז וירושלים. תושבי מחוז הדרום מרגישים הכי פחות בריאים. רק 45.8% מתוכם, הגדירו את בריאותם כטובה מאד או מצוינת. פערים דומים בין המחוזות נצפים בכל קבוצת גיל.

ממצאים אלה מעניינים. הם מלמדים על מתאם חיובי בין מצב בריאות כפי שזה נמדד על ידי מדדים אובייקטיביים, בעיקר של תמותה, לבין הערכה עצמית סובייקטיבית. באזורי ירושלים והמרכז, לרבות תל-אביב, מצב הבריאות טוב יותר והאוכלוסייה מרגישה כך.

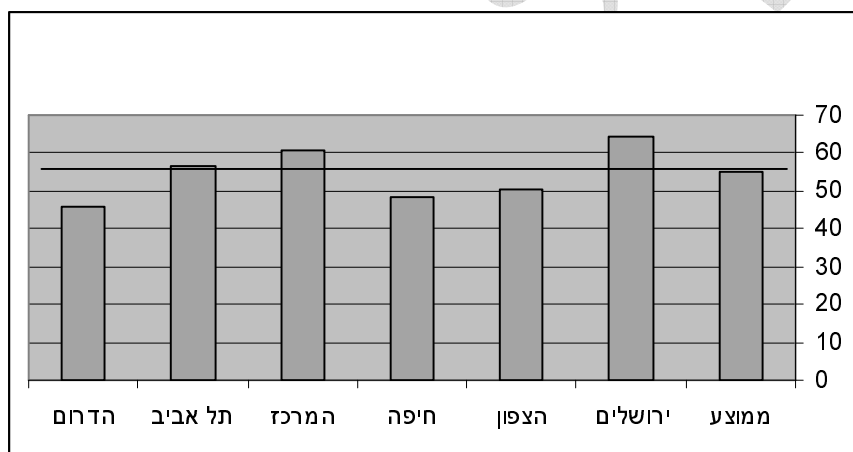
**לוח 2.ג: קבוצות אוכלוסייה אשר העריכו את בריאותן הכללית כ"טובה מאד או מצוינת"**

**לפי מחוז ולפי גיל**

| מחוז    | גיל   |       |        |        |       | סך הכל |
|---------|-------|-------|--------|--------|-------|--------|
|         | 21-44 | 45-64 | 65-74  | 75+    | 65+   |        |
| ישראל   | 71.2  | 45.8  | 21.8   | 11.5   | 17.9  | 55.1   |
| ירושלים | 79.5  | 58.6  | (26.2) | ..     | 21.2  | 64.2   |
| הצפון   | 64/4  | 38.9  | (12.4) | ..     | (9.1) | 50.6   |
| חיפה    | 67.4  | 36.9  | (17.6) | (11.8) | 15.4  | 48.6   |
| המרכז   | 76.6  | 53.2  | 24.0   | (11.0) | 18.9  | 60.8   |
| תל אביב | 73.6  | 50.9  | 29.9   | 18.6   | 25.4  | 56.8   |
| הדרום   | 62.6  | 33.7  | (14.2) | ..     | 10.3  | 45.8   |

( ) = אומדנים שלגביהם טעות הדגימה היחסית היא בין 25% ל-40%, או מבוססים על 11 עד 20 משיבים.  
 .. = אומדנים שלגביהם טעות הדגימה היחסית גבוהה מ-40%, או מבוססים על עד 10 משיבים.

**תרשים 2.ג: קבוצות אוכלוסייה אשר העריכו את בריאותן הכללית כ"טובה מאד או מצוינת" לפי מחוז**



מקור: למ"ס ומה"ב (2006).

### 3. מצב סוציו-כלכלי ומצב בריאות

קיים קשר ברור בישראל - כבכל מקום אחר בעולם - בין פרופיל סוציו-כלכלי לבין מצב הבריאות של האוכלוסייה. לפי נתונים המתייחסים לשנים 1998-2002, השוואת מדדי בריאות בין ישובים בישראל מעלה כי קיים קשר חיובי בין מצב סוציו-כלכלי, כפי שזה נמדד על ידי המדד הסוציו-כלכלי של ישובים בישראל, לבין מדדי בריאות. ככל שהמדד הסוציו-כלכלי גבוה יותר כך תוחלת החיים גבוהה יותר (תרשים 3.א) ותמותת התינוקות נמוכה יותר (תרשים 3.ב).

חלק מהקשר מבטא את מצבם הנחות במצב בריאות ובמצב סוציו-כלכלי של יישובים ערביים ביחס ליהודיים. יחד עם זאת, חשוב לציין שהקשר מצוי בכל מגזר בנפרד. יתרה מזו, הוא עשוי להיות חזק יותר סטטיסטית במגזר היהודי.

(Diderichen, Evans and Whitehead (2001) מציעים ארבעה מכניזמים הקושרים מצב סוציו-כלכלי נמוך לבריאותו של הפרט.

א. חסרים בצרכים בסיסיים כגון תזונה, מקלט וסביבה.

ב. חשיפה לגורמי סיכון התנהגותיים כגון לחץ, עישון שתייה וכדומה.

ג. פגיעות יתר אשר קשורה לבדידות, לאבטלה וכדומה.

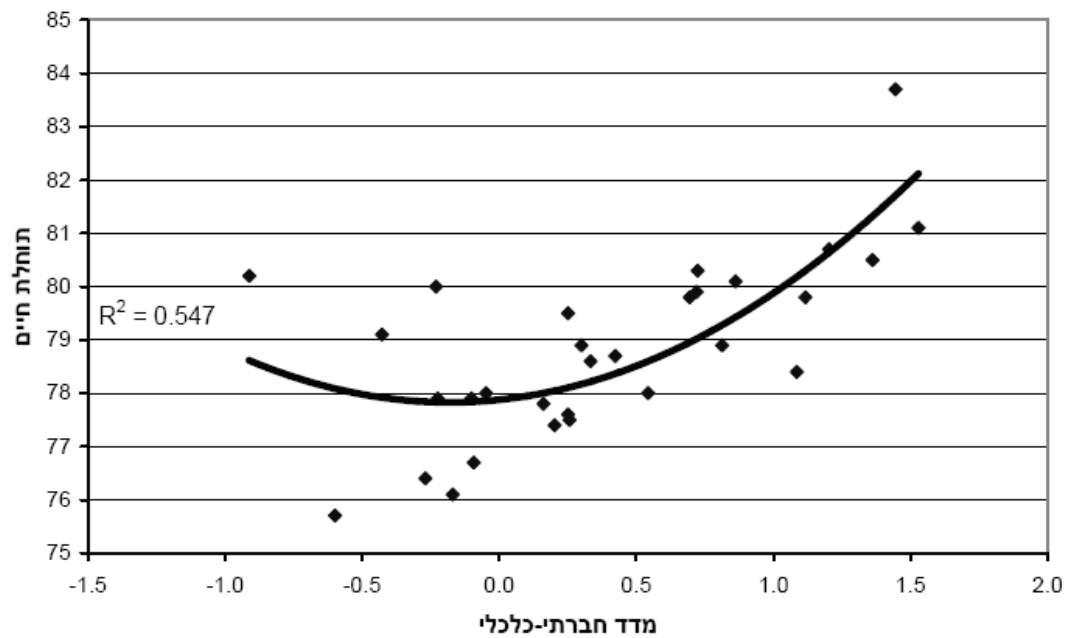
ד. נגישות נמוכה לטיפול רפואי.

ההשפעה זו היא בנוסף למשתני סביבה קהילתיים המתבטאים בזמינות שירותי רפואה ותמיכה חברתית.

מבין הארבעה, הראשון אינו רלוונטי לישראל, בה, ככלל, צרכיה הבסיסיים של האוכלוסייה מסופקים. מאידך, שלושת האחרים בהחלט עשויים להשפיע על מצב הבריאות של האוכלוסיות השונות. את אלה ניתן ליחס להשפעה של הכנסה יחסית כפי שהותוו בהתחלה על ידי Marmot and Wilkinson (1999). לפי אלה, לגידול בהתפלגות ההכנסות לכשעצמו, בכל רמת הכנסה, יש השפעה שלילית על הבריאות נוכח מצבם היחסי של אלה הנמצאים בקצה התחתון של ההתפלגות. השפעת הגורם האחרון באה לידי ביטוי גם בנגישות האיטית יחסית לטכנולוגיה מצילת חיים שיש לאלה בקצה התחתון של ההתפלגות ההכנסות. הדבר נכון בפרט נוכח מציאות כגון זו הישראלית בה גישה לשירותי רפואה, גם לאלה המסופקים, מותנית במקרים רבים בתשלום ישיר או בביטוח פרטי (Chernichovsky and Anson 2005).

תרשים 3.א: קשר בין תוחלת חיים ומדד חברתי-כלכלי ביישובים המונים מעל 50,000 תושבים.

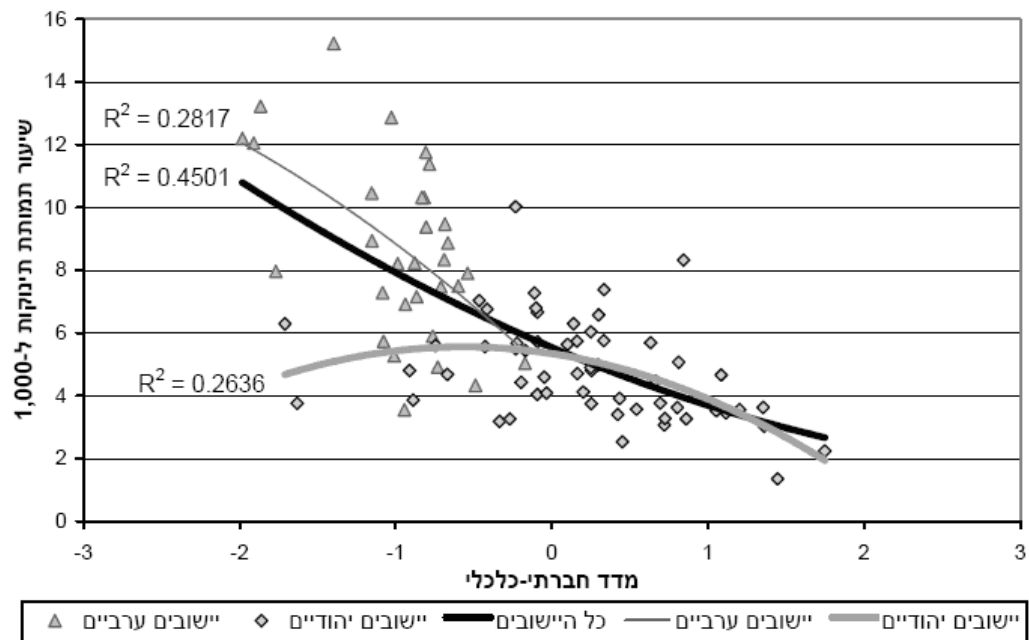
1998-2002



מקור : למ"ס ומה"ב (2006<sub>a</sub>). תרשים 1. עמ' 44

**תרשים 3.ב: קשר בין מדד חברתי-כלכלי ושיעור תמותת תינוקות ביישובים המונים מעל 10,000**

**תושבים. 1998-2002.**



מקור: למ"ס ומה"ב (2006<sub>a</sub>). תרשים 2. עמ' 45.

## 4. זמינות שירותים לאוכלוסיה

זמינות שירותי הבריאות במחוזותיה השונים של המדינה נבדקת בהתאם לגודל אוכלוסיית המחוז ולהרכב גיליה. היינו, היצע השירותים חושב לנפשות מתוקננות בהתאם לנוסחת הקפיטציה הנהוגה בישראל עד למחצית 2005. ההנחה ביסוד הגישה היא שיש לבדוק זמינות ביחס לצרכים וכי משקלות התיקון לפי גיל בנוסחת הקפיטציה, מבטאים את הערכת קובעי מדיניות הבריאות לגבי צרכי האוכלוסייה.

### זמינות רופאים ומיטות

הממוצע הארצי של רופאים הוא 3.3 ל-1,000 נפש מתוקננת והממוצע הארצי של היצע המיטות הכלליות הוא 1.98 ל-1,000 נפש מתוקננת. בירושלים ההיצע הוא הגבוה ביותר – 4.2 רופאים ו-2.55 מיטות כלליות ל-1,000 נפש מתוקננת. בתל אביב יש 3.9 רופאים ו-2.2 מיטות כלליות, בדרום – 3.3 רופאים ו-1.62 מיטות כלליות, בחיפה – 3.2 רופאים ו-2.38 מיטות כלליות, במרכז – 2.9 רופאים ו-2.11 מיטות כלליות ובצפון – 2.3 רופאים ו-1.64 מיטות כלליות<sup>2</sup>. היצע הרופאים הנמוך ביותר נרשם בצפון, והיצע המיטות הנמוך ביותר נרשם בדרום. היצע המיטות בצפון ובדרום דומה, אך היצע הרופאים בדרום גבוה יותר מזה של הצפון (לוח 4.א, תרשים 4.א).

מבין הרופאים בדרום 55% הם עולים, 63% סיימו את התואר במזרח אירופה לעומת 17% בלבד שסיימו את התואר בישראל. בתל-אביב, לעומת זאת, 19% מהרופאים הם עולים. 28% סיימו את התואר במזרח אירופה לעומת 50% שסיימו את התואר בישראל (משרד הבריאות 2007, עמ' 36, לוח 5).

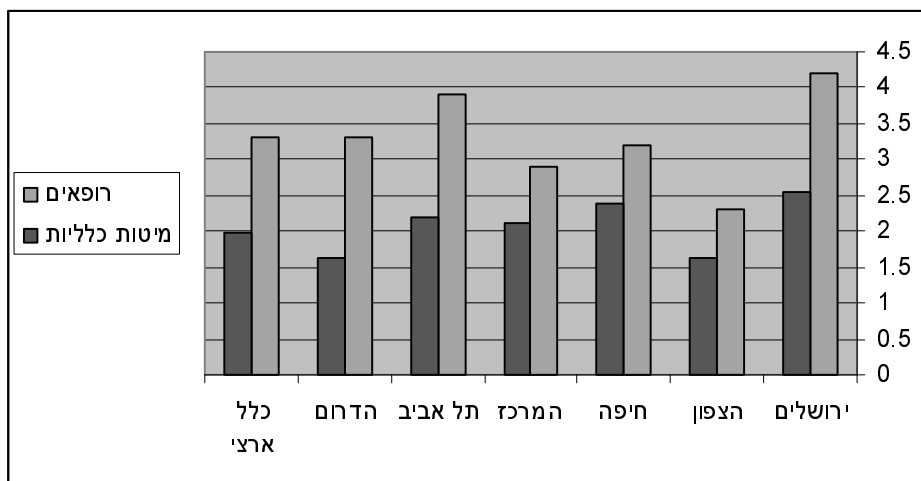
אחוז הרופאים המומחים מבין הרופאים בדרום הוא הנמוך ביותר בישראל. בדרום 58% מהרופאים הם רופאים מומחים, לעומת 82% בתל-אביב ו 72% במרכז (תרשים 4.ב).

### לוח 4.א: רופאים ומיטות ל-1000 נפשות מתוקננות, ישראל 2005.

| מחוז    | רופאים | מיטות כלליות |
|---------|--------|--------------|
| ירושלים | 4.2    | 2.55         |
| הצפון   | 2.3    | 1.64         |
| חיפה    | 3.2    | 2.38         |
| המרכז   | 2.9    | 2.11         |
| תל אביב | 3.9    | 2.20         |
| הדרום   | 3.3    | 1.62         |
| ישראל   | 3.3    | 1.98         |

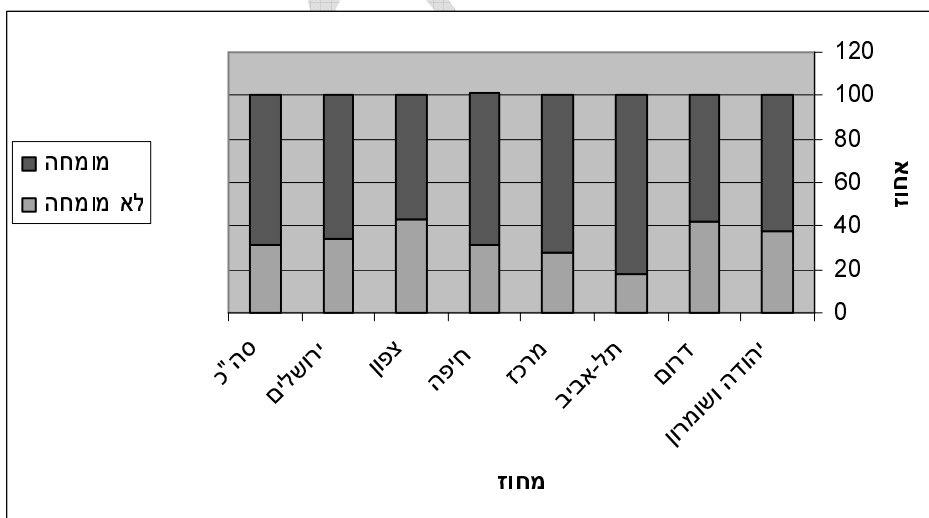
<sup>2</sup> מדובר ברופאים עד גיל 65 אשר קיבלו רישיונות רפואה. אין פירוש הדבר שהרופאים אכן עובדים באזור מגוריהם.

**תרשים 4.א: רופאים ומיטות ל-1000 נפשות מתוקננות, ישראל 2005.**



מקורות: למ"ס (2006)  
משרד הבריאות (2006c)

**תרשים 4.ב: התפלגות רופאים מומחים ולא מומחים לפי מחוז, ישראל 2003.**



מקור: משרד הבריאות (2007), עמ' 36, לוח 5

## זמינות מיטות לילדות ולילדים

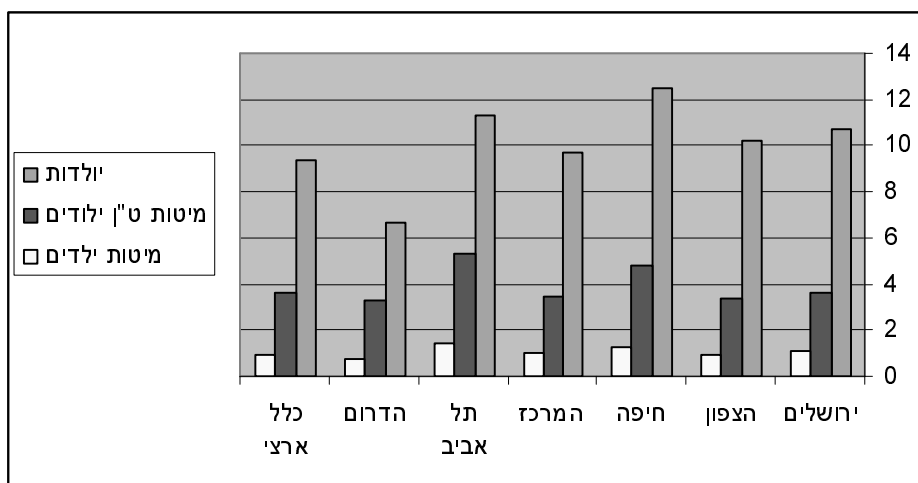
הממוצע הארצי של מיטות לילדות הוא 94 ל-1,000 יולדות. במחוז חיפה מצוי השיעור הגבוה ביותר של מיטות לילדות – 12.5, אחרי מחוז תל אביב – 11.3 ורק אחר כך מחוז ירושלים – 10.7, מחוז הצפון – 10.2, מחוז המרכז – 9.7 ובמקום האחרון, ובפער גדול מהמרכז, נמצא מחוז הדרום עם 6.7 מיטות לכל אלף לידות. במחוז הדרום היצע המיטות לילדות נמוך ב-50% מאשר במחוז חיפה. הממוצע הארצי של מיטות טיפול נמרץ לילודים הוא 3.6. השיעור הגבוה ביותר הוא במחוז תל אביב – 5.3, אחרי חיפה – 4.8, ירושלים – 3.6, המרכז – 3.5, הצפון – 3.4 והדרום – 3.3. מדרג דומה קיים במיטות ילדים. במחוז תל אביב קיים ההיצע הגבוה ביותר של מיטות ילדים – 1.4, אחרי מחוז חיפה – 1.28, ירושלים – 1.1, המרכז – 1.02, הצפון – 0.92 ומחוז דרום סובל מההיצע הנמוך ביותר של מיטות ילדים, אולם בפער קטן מהמרכז – 0.72 (לוח 4.ב, תרשים ג.4).

### לוח 4.ב: מיטות לילדות, טיפול נמרץ ילודים, ט"ן וילדים ל-1,000 נפש – ישראל 2005

| שיעור מיטות ל-1000 | יולדות | מיטות ט"ן ילודים | מיטות ילדים |
|--------------------|--------|------------------|-------------|
| ירושלים            | 10.7   | 3.6              | 1.10        |
| הצפון              | 10.2   | 3.4              | 0.92        |
| חיפה               | 12.5   | 4.8              | 1.28        |
| המרכז              | 9.7    | 3.5              | 1.02        |
| תל אביב            | 11.3   | 5.3              | 1.40        |
| הדרום              | 6.7    | 3.3              | 0.72        |
| כלל ארצי           | 9.4    | 3.6              | 0.96        |



#### תרשים ג.4: מיטות ל-1000 יולדות, טיפול נמרץ ילודים, וילדים – ישראל 2005



מקור: משרד הבריאות (2006b)

#### זמינות מיטות בתחום מחלות לב

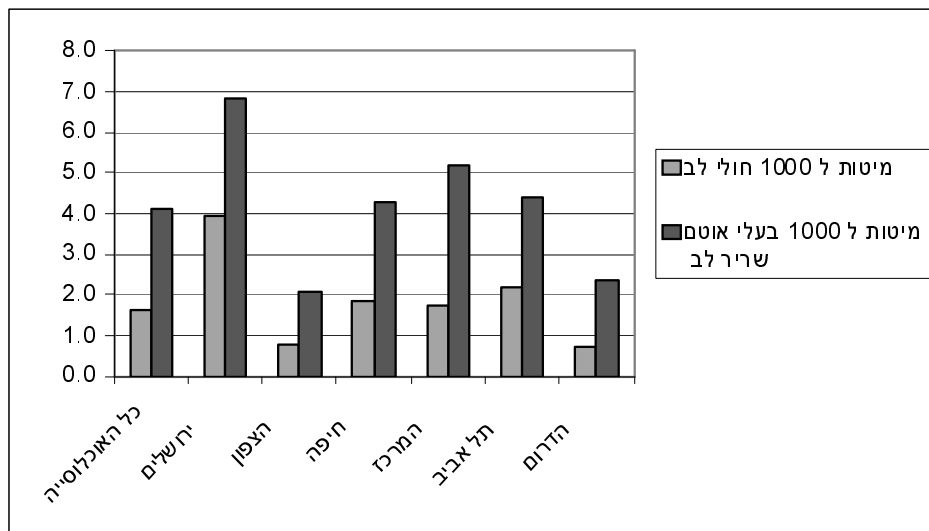
21.4% מכלל מקרי הפטירה בשנת 2000 נגרמו בשל מחלות לב. כדי לבדוק הקשר אפשרי בין תמותה ממחלות לב לבין היצע השירותים נערכה השוואה בין מספר המיטות הקשורות לאירועי לב (מחלקות טיפול נמרץ וכירורגיות לב) לבין מספר הצרכנים הפוטנציאלי (חולים בני 21 ומעלה שאובחנה אצלם מחלת לב וחולים שדיווחו על אוטם שריר הלב). מצבת המיטות הגבוהה ביותר לחולי לב ולסובלים מאוטם שריר הלב נרשמה בירושלים ואחריה בתל-אביב, 3.9 ו-1.9 בהתאמה. ההיצע הנמוך ביותר נרשם במחוזות הצפון, לרבות חיפה, והדרום (לוח ג.4, תרשים ד.4)<sup>3</sup>

#### לוח ג.4: מיטות ל-1000 חולי לב ולסובלים מאוטם שריר הלב

| מחוז          | מיטות ל-1000 חולי לב | מיטות ל-1000 הסובלים מאוטם שריר לב |
|---------------|----------------------|------------------------------------|
| כל האוכלוסייה | 1.60                 | 4.10                               |
| ירושלים       | 3.94                 | 6.85                               |
| הצפון         | 0.78                 | 2.06                               |
| חיפה          | 1.86                 | 4.30                               |
| המרכז         | 1.71                 | 5.21                               |
| תל אביב       | 2.20                 | 4.40                               |
| הדרום         | 0.72                 | 2.34                               |

<sup>3</sup> איחוד מצבת המיטות במחוזות חיפה והצפון היה מתקבל שיעור של 1.299 מיטות ל-1,000 חולי לב 3.121 מיטות ל-1,000 בעלי אוטם שריר לב, כ-20% מתחת לרמה הארצית.

#### תרשים ד.4: מיטות ל-1000 חולי לב ולסובלים מאוטם שריר הלב לפי אזור, ישראל 2005



מקור : משרד הבריאות (2006b)

#### זמינות שירותי רפואה והשפעה פוטנציאלית על איכות טיפול

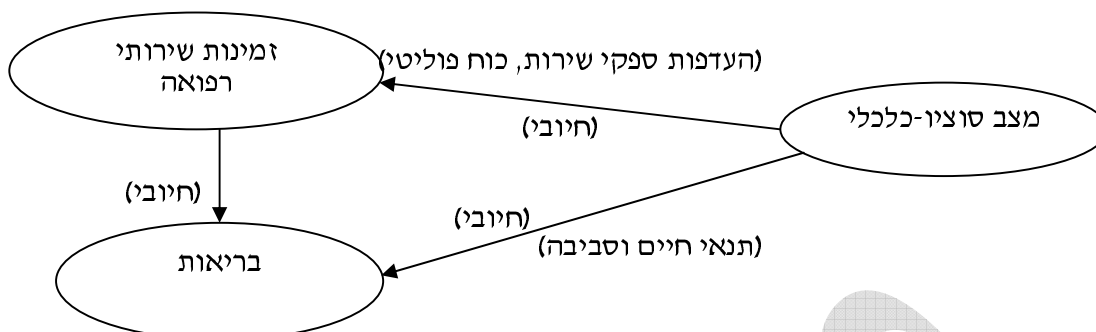
המשתתפים מצביעים בעליל על כך שבאיזורי הצפון והדרום, בהם תוחלת החיים היא מתחת לממוצע הארצי, זמינות השירותים בכח-אדם ובמיטות אף היא נמוכה. נתונים המתייחסים למחוז הדרום מצביעים על כך, שלמרות הגידול בכוח האדם רפואי במהלך שנות התשעים, כולל התקופה שמאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עדיין יחסי כוח האדם לאוכלוסייה נחותים בדרום לעומת המרכז. יתרה מזו, הפערים לא הצטמצמו. הזמינות הנמוכה יחסית של כוח אדם באזורים פריפריים, לאור צרכים גבוהים יותר באזורים אלה, מתבטאת בביקושים היחסיים או בלחץ על רופאים : לרופאים בדרום ובצפון יש רשימות חולים עמוסות יותר מאשר במרכז, ורופאים בדרום רואים יותר חולים מאשר רופאים במרכז ובצפון (נירל ואחרים 2001).

#### בריאות, זמינות שירותי רפואה ומצב סוציו-כלכלי

מקדמי המתאם בין תוחלת החיים לבין מספרי מיטות, ובין תוחלת החיים לבין מספרי רופאים הם 0.72 ו- 0.50 בהתאמה. יש אפוא קשר חיובי בין תוחלת חיים לבין זמינות שירותים, ללא קביעה של סובב ומסובב<sup>4</sup>. ככלל, אנו צופים את הקשרים המוצגים בתרשים ד.4.

<sup>4</sup> צירוף נתונים "צפון" + "חיפה", מצד אחד, ו"תל-אביב" + "המרכז", מצד שני, לא ישנו את המסקנות בדבר נחיתותם היחסית של האיזורים הפריפריים, גם ברמת בריאות וגם בזמינות שירותים הדרושים לתיקון המצב.

#### תרשים 4.ה: קשרים בין מצב סוציו-כלכלי, זמינות שירותי רפואה ובריאות



כלומר, מעבר לתרומה הייחודית החיובית של מצב סוציו-כלכלי על בריאות, יש תרומה מעצימה של זמינות שירותים, שגם היא מושפעת ממצב זה.<sup>5</sup>

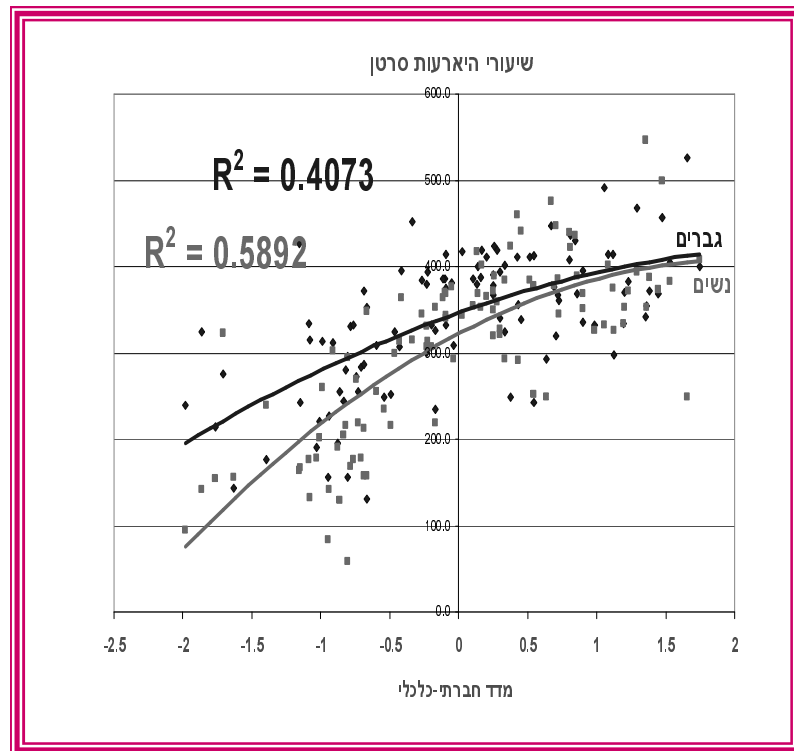
בחירת סובב ומסובב או השפעת זמינות שירותי רפואה על מצב הבריאות מורכבת. אך נתונים מסוימים עשויים להאיר על טיב הקשר. מהנתונים שהוצגו עד כה עולה כי למרות המצב הסוציו-כלכלי הנחות של העיר, מצב הבריאות של אוכלוסיית ירושלים הוא גבוה יחסית. האם הדבר נובע מהזמינות הגבוהה יחסית של שירותי הרפואה בבירה? זו אפשרות. אין ספק שגורמים נוספים כגון לכידות חברתית (-דתית), משפיעים על בריאות בנוסף על השפעת הכנסה וזמינות שירותי רפואה. בכל מקרה, ברור שלזמינות שירותים השפעה מתקנת גם עבור מצב סוציו-כלכלי נמוך.

בהקשר של דיון כללי זה יש ממצאים מעניינים של משרד הבריאות המוצגים בתרשימים 1.4 ו-1.4.1. הנתונים מצביעים על עלייה בשיעור התחלואה ממחלות סרטן עם עליית המדד החברתי-כלכלי. אולם, אין המגמה דומה ביחס לשיעורי התמותה ממחלות אלה: שיעורי התמותה אף יורדים בערכים גבוהים של המדד החברתי-כלכלי. נתונים אלה עקביים עם ההשערה שיש בנגישות לשירותי רפואה – הנמצאת במתאם חיובי עם הכנסה – בכדי להביא לאבחון מוקדם ולטיפול טובים יותר המתבטאים בתמותה נמוכה יותר.

<sup>5</sup> ראוי לציין שקיים היזון חוזר בין בריאות ורמת חיים אשר מעצים עוד יותר את הקשרים, בבחינת כדור שלג. אוכלוסיה בריאה יותר היא גם פרודוקטיבית יותר.

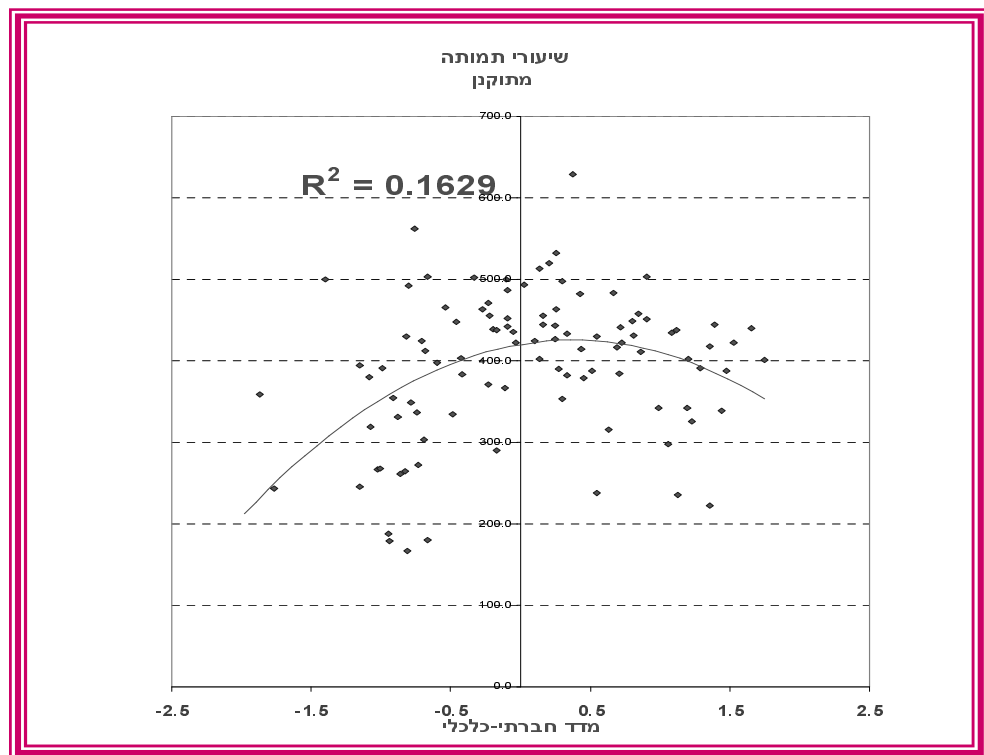
תרשים 1.4 : קשר בין מדד חברתי-כלכלי ושיעורי היארעות סרטן (מתוקננים לגיל) לפי מגדר.

1998-2001



מקור : למ"ס ומה"ב (2006a) ; עיבוד : ענת שמש, משרד הבריאות

תרשים 4.ז: שיעורי תמותה מסרטן 1998-2002



מקור: למ"ס ומה"ב (2006a). עיבוד: ענת שמש, משרד הבריאות

## 5. קווים למדיניות מתקנת

באזוריה השונים של המדינה יש, אפוא, הבדלים ברמות הבריאות של האוכלוסייה, ברמתה הסוציו-כלכלית ובזמינות שירותי רפואה. ההבדלים האלה קיימים ועקביים בכל מדד הנבחר להשוואה. התפלגות זמינותם של שירותי הרפואה מראה כי אלה זמינים יותר במחוזות אשר בהם, לכאורה לפחות, צרכי הרפואה נמוכים יותר, האוכלוסייה חזקה יותר סוציו-כלכלית ועל כן גם יכולה ביתר קלות לדאוג לעצמה.

מדיניות מתאימה חייבת להיות מתקנת, על ידי הקצאת יתר של משאבים ציבוריים, גם לצורך עידוד גיוס משאבים פרטיים, למקומות בהם שירותי הרפואה דרושים ביותר: בקרב אוכלוסיות חלשות אשר רמת בריאותן נמוכה. מקורות אלה דרושים לא רק לצורך הרחבת הצע השירותים הרפואיים אלא גם לצורך עידוד שימוש מושכל של שירותי רפואה למיניהם על ידי אוכלוסיות אשר חלקן אף בקושי דוברות את השפה.

הקצאה כזו חייבת להיות אזורית, לטובת האזורים הפריפריים, הצפון והדרום. וזאת, על מנת למנוע סחף של משאבים, גם הציבוריים, להיכן שהמקורות קיימים ולא להיכן שהם ראויים. במצב הקיים יש מקום להשערה (הנמצאת בבדיקה) שהאזורים הפריפריים על אוכלוסיותיהם החלשות אף מסבסדים את אזור המרכז על אוכלוסייתו החזקה יחסית. הקצאה אזורית הייתה מאפשרת גם לגייס כוח אדם רפואי על ידי פיצוי נאות (גם באותו מוסד, קופ"ח למשל) עבור שירות באזורים פריפריים.

המלצה לשיטת הקצאה אזורית נמצאת בהמלצות "וועדת נתניהו" (מדינת ישראל 1990). בבסיס ההמלצה, הרעיון להעניק לכל תושב שיוויון הזדמנויות לבריאות טובה. זו גם הייתה כוונת המחוקק בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בהכללת "משתנה המרחק" אשר לא יושם (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994) בין השאר מחוסר אפשרות, כמעט מושגית, לתת למשתנה זה תוכן ללא הקצאה אזורית.

מנגנון ההקצאה של מרבית הכספים הציבוריים – מנגנון הקפיטציה – הוא המכשיר המרכזי העומד כיום לרשות המערכת לצורך יישום מדיניות מתאימה. המנגנון, ארכאי לפי כל אמת מידה, אינו יכול לטפל בצורך זה. מעבר לאי קיום הקצאה אזורית – תנאי כמעט הכרחי לתיקון עיוותים מהסוג שהועלו לעיל -- המנגנון חסר משתנים אשר יכולים לסייע להתמודד עם המצב (צ'רניחובסקי 2005). משתנים אלה – המקובלים בארצות אחרות – הם:

- מצב הבריאות של אוכלוסייה
- מצבה הסוציו-כלכלי
- מצב תשתיות השירותים

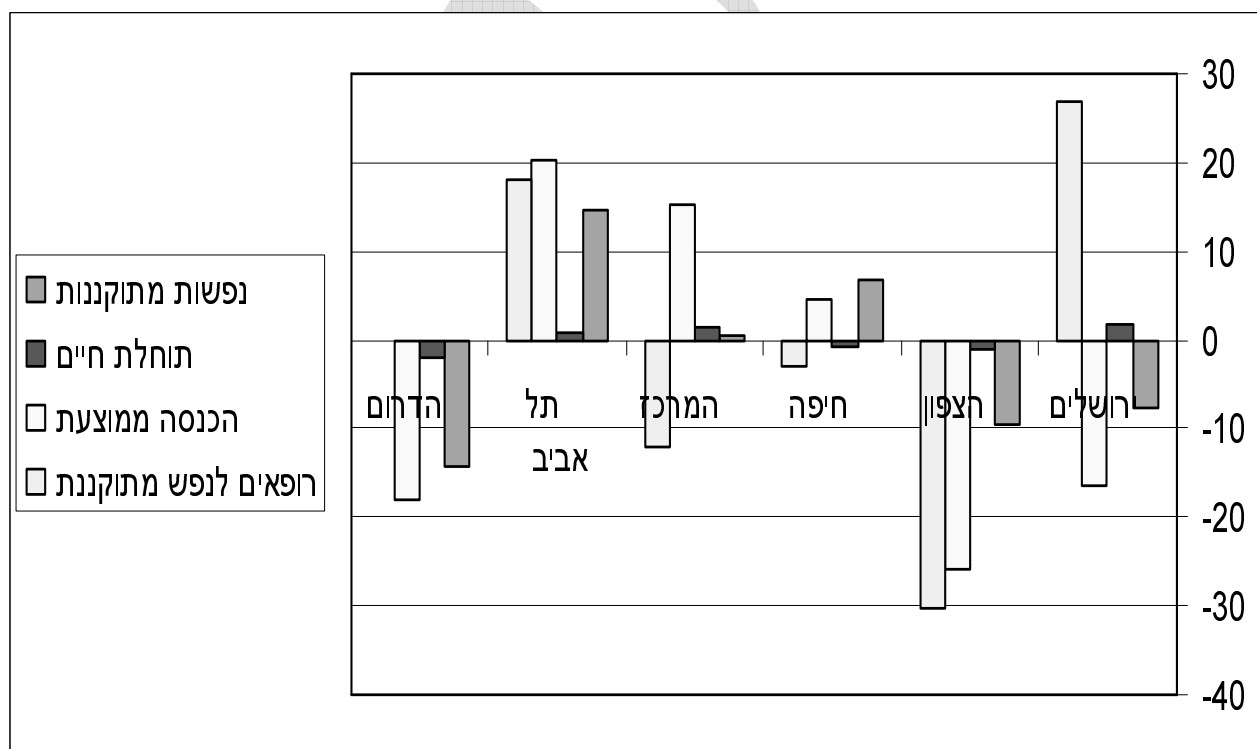
תרשים 5.א מציג את הבעייתיות של המנגנון בפרספקטיבה של הדיון. נוכח המתאם הסטטיסטי הגבוה בין מספרי רופאים ומספרי מיטות מסוגים שונים, הסקירה מסתפקת בבחינת הקשר בין מספרי רופאים לנפשות מתוקננות, הכנסה לנפש, ותוחלת חיים. הנתונים מודגשים בתרשים

5.א, כאשר כל משתנה מוצג כאינדקס ביחס לממוצע הארצי אשר מוצג כבסיס להשוואה בניקוד 100 בכל אחד מהמשתנים. עמודות ה"נפשות המתוקנות" מייצגות את "צרכי האזור" והמשאבים לו הוא ראוי, לפי תפיסת המנגנון המבוסס גיל בלבד. אל מול עמודות אלה, מוצגות עמודות המתאייחסות ל"תוחלת חיים" ול"הכנסה לנפש" כמו גם "זמינות רופאים". זה האחרון מציג למעשה את ההקצאה בפועל מאחר ורובה הוא שכר רופאים. התרשים מציג את מצבו היחסי של האיזור, כאמור בבחינת סטייה ב-% מהממוצע הארצי, לפי כל אחד מהמשתנים.

האזורים הפריפריים – הדרום והצפון – הגם שהם נחותים לפחות בעניין תוחלת החיים, ההכנסה לנפש, וזמינות רופאים, גם "ראויים" לקבל לפי הנוסחה הקיימת הקצאה נמוכה יחסית (עמודות הנפשות המתוקנות). לעומתם – אזורי תל אביב והמרכז – למרות מצב הבריאות הטוב יחסית שלהן והיכולת היחסית של האוכלוסייה לדאוג לעצמן, ראויים להקצאה גבוהה יחסית. מצב הדברים נובע מהיות המנגנון מבוסס גיל בלבד. איזור חיפה עם תוחלת חיים נמוכה מהממוצע ראוי להקצאה גבוהה יחסית. לעומתו איזור ירושלים, עם תוחלת חיים גבוהה מהממוצע, ראוי להקצאה נמוכה יחסית. המנגנון דורש אפוא תיקון. בנוסף, יש לדאוג למדיניות פרטנית שתאייחס לצרכיהן המיוחדים של אוכלוסיות מיוחדות.

**תרשים 5.א: נפשות מתוקנות, תוחלת חיים. הכנסה ממוצעת לנפש מתוקנת, ורופאים לנפש מתוקנות**

**– סטיות באחוזים מאינדקס ממוצע ארצי**



מקור: למ"ס (2006)

---

## מקורות

---

- המוסד לביטוח לאומי (2006). **ממדי העוני והפערים בהכנסות 2005, ממצאים עיקריים**.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- למ"ס (2004). **שנתון סטטיסטי של ישראל מס' 55**.
- למ"ס (2007). **שנתון סטטיסטי של ישראל מס' 58**.
- למ"ס ומה"ב (2000). **סקר בריאות 1999-2000, ממצאים כלליים**.
- למ"ס ומה"ב (2006). **פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002**.
- למ"ס ומה"ב (2006). **סקר בריאות לאומי 2003-2004, ממצאים נבחרים**.
- מדינת ישראל (1990). **ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין-וחשבון ("ועדת נתניהו")**, ירושלים.
- משרד הבריאות (2006). **השוואות בינלאומיות במערכות בריאות- ארצות OECD וישראל - 1980-2003**.
- משרד הבריאות (2006). **בריאות בישראל 2005**.
- משרד הבריאות (2006). **כוח אדם במקצועות הבריאות 2004**.
- משרד הבריאות (2007). **הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומקצועיים**.
- ניראל, נ., פלפל, ד., רוזן, ב., זמורה, ע., גרינשטיין, מ., וזלצברג, ס. (2001). **נגישות לשירותי הבריאות בדרום וזמינותם; האם נסגרו פערים לרעת הדרום לעומת אזורים אחרים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי? ביטחון סוציאלי, 59: 76-95**.
- צ'רניחובסקי, ד. (2005). **השינויים הראויים במנגנון הקפיטציה**. הכנסת – מרכז המחקר והמידע, ירושלים.
- Chernichovsky, D., Anson, J. (2005). The Arab-Jewish Divide in Life Expectancy in Israel. *Economics and Human Biology*. Vol. 3, Issue 1.123-137.
- Diderichsen, F., Evans, T. and M. whitehead (2001). The Social Basis for Disparities in Health. In Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. and Wirth, M., (eds.), *Challenging Inequities*, Oxford University Press. New York. Pp. 13-23
- Marmot, M.G., and Wilkinson, R.G., (eds.) (1999). *Social determinants of Health*, Oxford University Press. New York