

שוק פתוח

אי שוויון בבריאות בישראל

מאת דב צ'רניחובסקי

תחלת החיים בישראל היא מהנכהות בעולם: 76.1 שנה לגברים - בין חמשת המקומות הראשונים בעולם, ו-80.3 לנשים - בין עשרת המקומות הראשונים בעולם. למערכת הבריאות יש תרומה נכבדה להישג זה, במיוחד על רקע רבגוניותה של אוכלוסיית המדינה.

בישראל, כמו במדינות אחרות, קיים קשר אמיץ בין תוחלת חיים למצב החברתי-כלכלי. במחקרים שונים מתברר כי הער ני קשור גם למשך חיים קצר מהמוצע. קשר זה נכון לגבי אוכלוסייה יהודית ולא יהודית כאחד, אך הבעיה חריפה במיוחד באוכלוסייה הלא יהודית, שבה מעגל העוני רחב, תמותת תינוק קוט מתחת לגיל שנה, מדר רגיש לרמת בריאות האוכלוסייה וגורם בעל משקל בקביעת תוחלת חיים, היא 4.7 ל-1,000 אצל היהודים, לעומת 8.5 בקרב לא יהודים.

בעולם המערבי מקובל כי רמת הבריאות של האוכלוסייה תלויה בנגישות אוכלוסיות חלשות לשירותי רפואה יותר מאשר ברמת הצריכה הממוצעת של כלל האוכלוסייה. שירותי רפואה מפצים, בין השאר, על חוסרים בהיגיינה, בתזונה ובארזח חיים בריא בכלל, המושפעים מרמת חיים והשכלה. בארה"ב ההוצאה לבריאות היתה 13.7% מהתמ"ג (4,390 דולר לנפש) לעומת 8.3% (1,534 דולר) בישראל, ברומה למדינות מערב אירופה (לאחר תיקונים בגין גיל ויחסי מחירים).

למרות זאת, רמת הבריאות של אוכלוסיית ארה"ב נמוכה בהשוואה לישראל. דוגמה חשובה לענייננו היא מתחום ההוצאה בישראל לרפואת שיניים, שהיא פרטית רובה ככולה, בניגוד לתחומי רפואה אחרים. ההוצאה לבריאות השן בישראל מהווה יותר מ-12% מההוצאה הלאומית לבריאות, והיא נחשבת להוצאה גבוהה מאוד. לפי כל קנה מידה, לעומת זאת, רמת בריאות השן

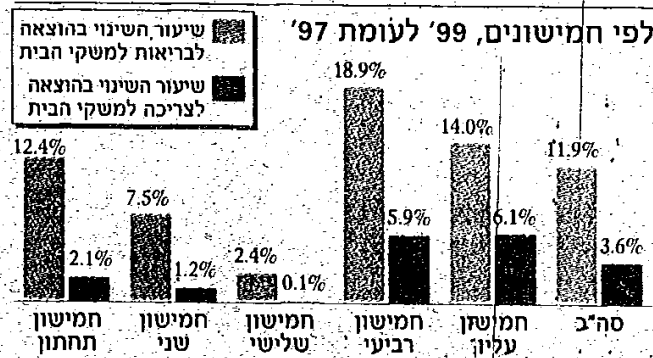
בישראל היא מעוררת עניות למערכת הבריאות במדינה, בפרט לאחר הישגיה בתחומי בריאות אחרים.

האתגר המהכזי של מערכת הבריאות הוא, אפוא, להתמודד עם הפערים ברמת הבריאות באמצעות הבטחת נגישות שווה. נית יותר לשירותי הבריאות. יש לסייע במיוחד לאוכלוסיות חלשות, בעיקר ביישובים קטנים ובפרווריה. יכולתה של מערכת הבריאות הישראלית לעמוד באתגר זה הולכת ונשחקת דווקא מאז שנחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. זהו מצב פרדוקסלי, היות שהחוק העניק לממשלה את הכלים להשיג כדיוק את ההיפך. מדיניות הממשלה בתחום הבריאות, תוצאה של אילוצים

עצמיות של משקי בית ומרחבת הביטוחים המשלימים, אשר נהפך כו בחלקם לחלופה למימון הממשלתי.

מתברר כי נטל התשלומים לבריאות של כל משקי הבית, עלה, והם נוגסים בתחומים אחרים של צריכת משקי הבית. הדבר חמור במיוחד לגבי שני העשירונים התחתונים. מימון מערכת הבריאות לפני החלת החוק היה רגרסיבי באופן מובהק, אך כשהוחל חוק המימון, ב-95, הוא היה יחסי להכנסה פחות או יותר. בשנים שחלפו מאז חזר המימון להיות רגרסיבי. מערכת מימון שירותי הבריאות נהפכה גורם לאי-צדק חברתי מההיבט של התפלגות הכנסות וצריכה. מימון מערכת הבריאות פוגע

השינוי בצריכה ובהוצאה לבריאות



באפשרויות הצריכה בכלל, אך הוא עלול לפגוע גם בבריאות. מסקרים של מכון ברוקדייל על שימוש בשירותי הבריאות עולה כי 14% מהמבוטחים ויתרו על טיפול או על תרופות, שהיו אמורים לקבלם במערכת הציבורית, מכיוון שגורשו לשלם עבורם. שיעור המוותרים בקרב השכבות העניות היה 25%, ובקרב חולים כרוניים 19%. נטל תשלום עבור תרופות עלה בצרף חריפה בשנים האחרונות. בעיקר עבור קשישים. התפשטות השירותים הגיונים מביטוחים משלימים יוצרת שני מעמדות של מטופלים בתוך מוסדות הגנה: נים מממון ציבורי, ומגבירה עוד את האי-שוויונות בנגישות לשירותי רפואה.

החסמים הכלכליים על הנגי

תקציביים והיעדר קווי מדיניות ברורים, שוחקת את הישגי החוק ואת הפוטנציאל הגלום בו לשיפור ההקצאה לשירותי הבריאות. מאז נחקק החוק נשחקה דיאלית ההקצאה הציבורית לשירותי הבריאות לאדם (המשוקללת עבור גיל). היציבות של רמת ההוצאה מושגת בשנים האחרונות על ידי גידול ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה, ששיעורה מגיע היום ל-30%, לעומת 25%-27% ערב החלת החוק. שיעור זה הוא הגבוה ביותר בין המדינות המפותחות, למעט ארה"ב.

ההוצאה של משקי הבית על בריאות גדלה ב-97'99 ב-12% לעומת גידול של 4% בלבד של סך כל הצריכה. הגידול נובע בעיקר מעלייה בהשתתפויות

שות לשירותי בריאות מלווים גם בחסמים של זמינות גיאוגרפית. קיימים פערים בהקצאת שירותים לאזורים בפריפריה, המארי פיינים באוכלוסיות חלשות, לעומת הערים המרכזיות, שבהן הזמינות של שירותי הבריאות מרבית. שיעורי הרופאים הכלליים והמומחים לכל 1,000 נפש, הגבוהים ביותר, לפי נפת מגורי הרופא, נמצאו בחיפה, תל אביב, פתח תקוה, וירושלים (98'). בערים אלה יש יותר מארבעה רופאים ל-1,000 נפש.

בעכו וברמלה, למשל, השיעור המקביל הוא רופא או שניים ל-1,000 נפש. אף שהנתונים אינם מתייחסים למקום עבודתו של הרופא, יש בהם כדי להצביע על היצע הרופאים בפריפריה. שיעור המיטות הכלליות ל-1,000 נפש באותה שנה היה 2.9 מיטות באזור ירושלים, 2.6 באזור תל אביב, ובאזורי הצפון והדרום - 1.6. זמינות שירותי הרפואה לפי אזורים נמצאת ביחס הפוך לבריאות האוכלוסייה בהם. אין בירינו נתונים מספיקים על הקשר בין זמינות שירותים לבין רמת השימוש בהם, למרות שהקשר התיאורטי ברור. רוגנית פלד, לדוגמה, הוכיחה במחקרה שאשפוז ילדים פחות ככל שהם גוים במרחק רב יותר מבית החר

לם. גם בשעה זו, על ממשלת ישראל לעצור את מגמת צמצום ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל ואף להפוכה. עליה לנקוט מדיניות ברורה ונחרצת להעברת יותר שירותי רפואה איכותיים לפריפריה. פעילות כו תתרום לשוויוניות, לצדק חברתי וגם לצמיחה כלכלית. היות שבריאות טובה יותר, בעיקר של אוכלוסיות חלשות, היא השקעה טובה. יותר על כן, עידוד הוצאה פרטית גבוהה על שירותי רפואה הוא עידוד הבזבז, היות שיש בכך עידוד של צריכת שירותים בקרב אוכלוסיות חזקות להם פחות מכל.