

אֵי שׁוּוִיוֹן נִכְפָּשׁ

אֵי־השוויון הכלכלי בישראל בא לידי ביטוי
מעמיק והולך בקבלת שירותים רפואיים ■ הפערים המתרחבים
מרחיקים אוכלוסיות שלמות מנגישות לטיפול
רפואי נאות, והקשר בין עוני לחולי מתחזק ■ כדי לחזור
ליעד הרפואה השוויונית, יש צורך ביציאה
מהאדישות ובהפעלת תוכנית לאומית כוללת
< רונית הראל

קה אחד במקום השניים שנרשמו להם, ונשים הרות סובלות מאנמיה, מכיוון שאינן יכולות להרשות לעצמן לרכוש את כדורי הברזל שנצטוו על ידי רופ־איהן לצרוך.

אלה הסיפורים הפרטיים, שמרכי־בים את הפסיפס האנושי הכואב: בישראל של המאה ה־21 אי־השוויון הכלכלי זועק לשמים. כשהוא שולח את גרורותיו לעולם הרפואי, המשמ־עות היא פגיעה מתמשכת ובלתי

< המשך בעמוד הבא >

בביקור אצל רופא או תרופה אנטיביו־טית נחוצה. "עזבי, זה קורה הרבה פעמים. אין לי בעיה לעזור", היא מבטלת את המחווה בהינף יד. "הבעיה היא הגאווה, שמונעת מרבים מהם לתת לי לעזור להם".

בשל הגאווה הזו, היא מספרת, לא הגיעה ילדה עם חום מתמשך וחשד לדלקת ריאות לצילום חזה, כי אמה לא יכלה לממן נסיעה הלוך ושוב אל מכון הרנטגן. בעקבות המצוקה ההולכת ומעמיקה, חולים רבים במרפאתה של ד"ר מריאש רוכשים בקבוק אנטיביוטי־

ומרים שלצד הסימפתיה והאמפתיה למטופלים, צריכים הרופאים לפתח עור של פיל; שהם חיי־בים להתנתק רגשית מהחולים שלהם; אחרת, יישאבו פנימה אל תוך חייהם. ספרו את זה לד"ר סור־טלנה מריאש, מנהלת מרפאת גבעת־התמרים ביפו ד' ורופאת ילדים של שירותי בריאות כללית, השולפת כל כמה ימים את הארנק הפרטי שלה כדי לממן נסיעת אוטובוס של חולה זה או אחר לטיפול חשוב, השתתפות עצמית





אי שויון נפש

< המשך מעמוד קודם >

הפיכה בבריאות האוכלוסיה. מנתוני סקר שערכה ההסתדרות הרפואית בשנת 2005 (ראו מסגרת) עולה, כי 28% מהציבור בישראל נאלצים לוותר על טיפול רפואי כלשהו בשל עלותו, אם עבור עצמם ואם עבור ילדיהם או הוריהם, וכתוצאה מכך חלה הידרדרות במצב הבריאותי של כ-40% מהם. ההרעה הבריאותית באה לידי ביטוי בהחמרת המחלות שמהן סבלו, ובכך שהן נמשכות תקופה ארוכה יותר ומביאות לאשפוזים בבתי חולים.

"ממצאי הסקר קשים, קודרים ומביישים", אומר ד"ר יורם בלשר, יו"ר ההסתדרות הרפואית. "בישראל 2006 נידונה קבוצה רחבה מהציבור, ובתוכה ילדים וקשישים, לחיי חולי שקשה מאוד יהיה לצאת מהם. הסיסמה שלי וותה את הקמת המדינה בדבר הנהגת רפואה שוויונית קרסה, ועל הממשלה להטיל את כל כובד משקלה כדי למצוא מענה דחוף לבעיה".

"יוצאים מאיזון"

הסקר שעורכת ההסתדרות הרפואית זו השנה השלישית מציג תמונה ברורה של השפעת הנטל הכלכלי על צריכת שירותי בריאות על ידי הציבור. ההוצאה הפרטית מסך

ההוצאה לבריאות בארץ היא 33% (בהשוואה ל-24% בשנת 1995, לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי); נתון שהוא כמעט שיא עולמי, אם לא כוללים את ארצות-הברית, שם מרבית הרפואה היא פרטית. התנערות המדינה מהוצאות הבריאות מעצימה את הפערים. "יש אנשים שבזכות היכולות הכלכליות שלהם יקבלו את הטיפול המיטבי שהרפואה יכולה להציע, ויש אחרים שיקבלו אמנם טיפול – אבל בדרגה נחותה בעליל", מתאר ד"ר בלשר את עיקר הבעיה. "עובדה זו באה לידי ביטוי בסיכויי ריפוי נמוכים יותר, בסבל רב יותר לחולים – ובמקרים מסוימים גם במוות של חולה, שאין ספק כי ניתן היה להאריך את חייו, ולפעמים אפילו להבריא אותו. הדברים נשמעים קשים, אבל אין צלצלו של ספק שזו המציאות".

ד"ר שלמה בירקנפלד, יו"ר ארגון רופאי שירותי בריאות כללית וסגן יו"ר הר"י, מצטרף לדברים: "רופאי המרפאות נתקלים מדי יום בחולים שאין להם אפשרות לרכוש תרופות. כשבודקים אותם אחרי תקופה, רואים כי יצאו מאיזון. רק אחרי בירור מעמיק מבניגם, שחוסר האיזון נותר בעינו מכיוון שלא לקחו את התרופות שרשמו להם. הדבר בולט במיוחד בחולים כרוניים. יותר חולים כאלה מוותרים על תרופות, מכיוון שהם נזקקים להן לאורך זמן, והנטל הכספי מקשה עליהם. זו הסיבה שרבים מהם, כמו חולי הסוכרת למשל, יוצאים מאיזון".

הדילמה של הרופא, מסביר ד"ר בירקנפלד, מתחדדת ככל שהרפואה מתקדמת: "הרופא חייב להציע לחולה תרופות מסוימות גם אם אינן בסל, אם הן הטיפול הטוב ביותר עבורו. כשהוא יושב מול חולה שאינו יכול לקנות אפילו תרופות רגילות ומציע לו תרופה יקרה, שעשויה להציל אותו או לשפר את איכות חייו – נוצרים קונפליקט בין החולה לרופא ובעייתיות מתמשכת ביחסים ביניהם".

ד"ר יורם בלשר

"מספיק שייעשה שינוי בהשתתפות העצמית עבור כל מי שזכאי לאבטחת הכנסה, וכבר פתרנו חלק משמעותי מהבעיה. בנוסף, תקרת התשלומים השנתית לא יכולה להמשיך להיות אישית, אלא צריכה להיות משפחתית"



קשה להאמין, אבל המצב אכן חמור עד כדי כך, נאנחת ד"ר מריאש. "אני עובדת ביפו כבר שש שנים. כשהגעתי למרפאה, לא האמנתי שכמה דקות מתל-אביב יכולים להיות כאלה עוני, אבטלה ומחלות קשות. האנשים כאן חיים מיום ליום, ואין להם כסף לכלום. לאורך השנים אני רואה שמי שהיה חלש הפך לעוד יותר חלש. אין כל הטבה".

"קיפוח הנגב"

רחוק יותר מתל-אביב, בדרום הארץ, שממילא סובל מאפליה תקציבית לעומת המרכז, חשים היטב במצוקה. שיעור הולך וגדל של עולים מחבר העמים, הזדקנות כללית של האוכלוסיה, יישובים בדויים שחלקם לא מוכרים – זהו התמהיל הייחודי של אוכלוסיית הנגב; ולרשות כל אלה עומד בית חולים מרכזי אחד בלבד, הסובל מצפיפות קשה.

"נתוני הבריאות של האנשים בנגב מדאיגים", קובע פרופ' בועז פורטר, המנהל הרפואי של מחוז הנגב במכבי שירותי בריאות. "התמור" תה גבוהה באופן כללי, ותוחלת החיים פחותה מזו שבאזורים אחרים". במסגרת תפקידו, רואה פרופ' פורטר בכל יום אנשים הנשלחים למרכז הארץ לביצוע ניתוחים אלקטיביים, במסגרת ציבורית או פרטית בסמכות הקופה. "דבר זה מקשה על האנשים. עבור מי שגר בדימונה, במצפה-רמון ובירוחם, הטרחה להגיע למרכז כדי להתאשפז או לבקר ילד שמתאשפז לפעולה אלקטיבית פשוטה, וההוצאות הכרוכות בכך – זועקות את אי-השוויון".

לצד קושי כלכלי של משפחה זו או אחרת, סובלים אנשי הנגב ממצוקה משותפת של העדר חלופות רפואיות ראויות, אפילו לא פרטיות. "תושב המרכז יכול לבחור כל מומחה שהוא מתוך רשימה של עשרות שמות, וללכת אליו", מפרט פרופ' פורטר. "בנגב הוא יכול למצוא שם אחד או שניים, לכל היותר. התורים עלולים להימשך חודשים ארוכים, ולמעשה אין מענה הולם למי שזקוק לרופאים אלה".

פורטר מודע לכך שבעיית הנגישות משותפת לערי הפריפריה בכל העולם. "אני מניח שאם אתה גר בעיר מרוחקת בארצות-הברית, אתה בוודאי נתקל באותם אילוצים", הוא אומר. "אבל שם יש ניסיון לתת לאוכלוסיה שירות טוב יותר דרך ערוצי הטלפון והאינטרנט, למשל". כל עוד זו אינה המציאות בישראל, הוא אומר, חשוב להתמודד עם קיפוח הנגב באמצעות הקמת בית חולים נוסף: "המצב הנוכחי אינו סביר. מדברים שנים על הקמת עוד בית חולים, אפילו קטן מזה הקיים – אבל לא קורה דבר. הגיע הזמן שיקרה".

ד"ר סוועלנה מריאש

"כשהגעתי למרפאה, לא האמנתי שכמה דקות מתל-אביב יכולים להיות כאלה עוני, אבטלה ומחלות קשות. האנשים כאן חיים מיום ליום, ואין להם כסף לכלום. לאורך השנים אני רואה שמי שהיה חלש הפך לעוד יותר חלש"



השוויון. "בבריטניה פורסם ב-1980 דו"ח שהעיד לראשונה על היקף אי-השוויון", מביא פרופ' אפשטיין דוגמה רלוונטית. "אבל הדו"ח שכב על המדפים 20 שנה, עד שטוני בלייר עלה לשלטון והוציא לפועל תוכנית לאומית להתמודדות עם המצב בכל רמות השירותים הרפואיים".

דוגמה אחרת שמביא פרופ' אפשטיין היא ארצות-הברית. הנשיא לשעבר ביל קלינטון הצהיר ב-1998 כי אי-שוויון בבריאות הוא פגיעה בעקרונות החברה האמריקנית. כתוצאה מכך, הטיל הקונגרס על המכון הרפואי הלאומי לחקור את הנושא, ותוצאות המחקר, שפורסמו בשנת 2002 בספר "טיפול לא שוויוני", העלו בבירור כי אפילו אלה שהיו בעלי ביטוח בריאות קיבלו טיפול לא שוויוני שתוצאותיו לא שוויוניות. החוקרים הגיעו גם למסקנה, כי לאנשי המקצוע בתחום הבריאות יש חלק בהיווצרות אי-השוויון, מאחר שלא הוכשרו להכיר

< המשך בעמוד הבא >

גם למערכת הבריאות חלק בהיווצרותו. הם גם היו ערים לעובדה שהגידול באי-השוויון מקושר לפער הכלכלי ההולך וגדל בארץ ולהעדר דר תוכנית לאומית".

המרואיינים סברו שלאור חשיבות הנושא, יש לטפל בו ברמה הגבוהה ביותר – קרי הממשלה, תוך שיתוף פעולה בין משרדי הארץ, צר, הבריאות והחינוך. עוד טענו המרואיינים, כי גם לכנסת – כגוף שחוקק את חוק הבריאות הממלכתי, שחרט על דגלו את רעיון השוויון – יש חובת התערבות בנושא, כמו גם לרשויות המקומיות (כגופים הקרובים ביותר מבחינה פיזית לאוכלוסייה), למנהיגי הדת ולמגזר העסקי הפרטי.

עיון בספרות הרפואית הבינלאומית וכן ביקורים שערכו החוקרים בבריטניה, בשוודיה, בהולנד ובארצות-הברית העלו כי לתחושות המרואיינים יש ביסוס: הממצא הבולט ביותר שעלה מהמחקר הבינלאומי היה כי ללא הובלה ממשלתית פוליטית לא חל שינוי בממדי אי-

"הובלה פוליטית"

החוקרים הבודקים את הנושא יוצאים מנקודת ההנחה שאי-השוויון בבריאות קיים במדדים שונים, כולל תמותה ותחלואה, גורמי סיכון למחלות, תוצאות טיפול (תוצאים קליניים) וביצוע של פעולות מניעתיות, וכן בנגישות ובשימוש בשירותי בריאות. פרופ' ליאון אפשטיין ממאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, לשעבר מנהל בית הספר לבריאות הציבור של הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים, אומר כי זוהי גם הנחת הבסיס שלו, וכי מחקריו מבקשים למצוא פתרונות לבעיית אי-השוויון.

החיפוש אחר פתרונות עמד במרכז עבודתה של קבוצת מחקר בראשותו של פרופ' אפשטיין. המחקר, שהחל בסוף 2003 ושתוצאותיו פורסמו לאחרונה, כלל ראיונות בישראל של אנשי תכנון והספקת שירותי בריאות, אנשים במקצועות הבריאות שאין להם אחריות ישירה לשירותים, ובהם חברי איגודים מקצועיים ואנשי אקדמיה. כמו כן, רואיינו בכירים במשרד די ממשלה שונים, קבוצת אנשים במגזר הפרטי ואנשי דת יהודים ומוסלמים (103 איש בסך הכל). במקביל, אספו החוקרים מידע על הנעשה בתחום בחו"ל, במיוחד במדינות המערביות המתועשות.

עיבוד הנתונים הביא לתוצאות מעניינות. רוב המרואיינים ידעו שקיים אי-שוויון, אבל כשהציגו בפניהם את הנתונים – הופתעו מהיקפו. "ברור היה לכולם שהסיבות העיקריות לאי-השוויון קשורות לנושאים שמחוץ למערכת הבריאות – רקע תרבותי, רמת השכלה וזיקה לדת", מפרט פרופ' אפשטיין. "אבל המרואיינים הביעו דעה ברורה, שלפיה

ד"ר שלמה בירקנפלד

"יותר חולים כרוניים מוותרים על תרופות שנרשמו להם, מכיוון שהם נזקקים להן לאורך זמן, והנטל הכספי מקשה עליהם. זו הסיבה שרבים מהם, כמו חולי הסוכרת למשל, יוצאים מאיזון"





פרופ' רויטל גרוס

"אפשר להתאים את התשלומים להכנסה. לבעלי הכנסה גבוהה לא משנה אם הם משלמים 12 שקל או 24 שקל לבדיקה, בעוד שמי שמרוויח מעט מתקשה לשלם גם את הסכום הנמוך"

לשלם יותר, ומי שאין לו צריך לקבל על פי צרכיו; זו משמעות השוויון. אפשרות נוספת היא להתאים את התשלומים להכנסה. לבעלי הכנסה גבוהה לא משנה אם הם משלמים 12 שקל או 24 שקל לבדיקה, בעוד שמי שמרוויח מעט מתקשה לשלם גם את הסכום הנמוך. למרות הדברים הנכוחים, לפרופ' גרוס ברור כי קידום שוויון פירושו יותר עזרה הודית במערכת: "עקרון השוויון יעלה כסף – למדינה או לאנשים שיש להם. אין ספק שלצמצום אי-השוויון יש מחיר". מעניין לשים לב, כי הקבוצות החלשות באוכלוסיה מגלות שביעות רצון גבוהה מהמערכת, לפעמים אף יותר מזו של הקבוצות החזקות. נראה, כי הסיבה לכך נעוצה בעובדה שאי-השוויון אינו מתבטא בטיפול רפואי לקוי, אלא להיפך. הרופאים מתמקדים בהסבר ובטיפול באוכלוסיה החלשות, והנתונים של מכון ברוקדייל מחזקים הנחה זו. כך, למשל, עולה מסקר ברוקדייל, כי 56% מהחולים בחמישון התחתון עברו בחצי השנה האחרונה שקדמה לסקר בבדיקת לחץ דם, לעומת 50% באוכלוסיה הכללית.

כשנשאלו הנסקרים אם הרופא נתן להם הסבר מספק על התרופות שהם נוטלים, השיבו בחיוב 63% מהאוכלוסיה הכללית, אך האחוזים היו גבוהים יותר באוכלוסיה החלשה יחסית – 72% בקרב הקשישים, 73% בקרב בעלי ההשכלה היסודית ו-79% בקרב עולים ממדינות חבר העמים. כשנשאלו אם הרופא עבר איתם על רשימת כל התרופות שהם נוטלים, ענו 37% מהאוכלוסיה הכללית תשובה חיובית, לעומת אחוזים ניכרים יותר בקרב הקשישים (55%) ובעלי ההשכלה היסודית (48%). בסך הכל, העידו 79% מקרב האוכלוסיות החלשות כי הם מרוצים או מרוצים מאוד ממערכת הבריאות. 68% מקרב הקשישים ומהחמישון התחתון נתנו תשובה דומה, לעומת 57% בלבד באוכלוסיה הכללית.

באזורי הפריפריה העידו חלק מהנשאלים כי יתרו על טיפול רפואי בגלל המרחק, ושיעורם של

"מחיר הצמצום"

הזדמנות לבחינת אי-השוויון בפרספקטיבה רבת-שנים מנפק הסקר שעורך מדי שנתיים מכון ברוקדייל בשיתוף אוניברסיטת בראילן. בסקר, שנערך לראשונה אחרי החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי באמצע שנות התשעים, נשאלים כ-2,000 איש באשר לתפיסתם את רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות. מהסקר האחרון ב-2005 עולה בבירור, כי הבעיה העיקרית במערכת המשפיעה על אי-השוויון היא נושא התשלומים – לתרופות, לטיפולים ולביטוחים פרטיים. אחוזים ניכרים (13%) מקרב חמישון ההכנסה התחתון הצהירו כי ויתרו בשנת המחקר על רופא מקצועי, בבדיקות וטיפול לים מיוחדים, לעומת 8% באוכלוסיה הכללית. 23% מהחמישון התחתון ו-19% מהחולים הכרוניים הצהירו, כי ויתרו על רכישת תרופות מרשם, בהשוואה ל-15% באוכלוסיה הכללית. עורכות המחקר הן פרופ' רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרנינברג ורונית מצליח. פרופ' גרוס טוענת, כי דרך אפשרית לפתרון הבעיה היא ויתור על שיטת התשלומים והגדלת מס הבריאות: "מס הבריאות הוא פרוגרסיבי – מי שיש לו צריך

אי שוויון נפש

< המשך מעמוד קודם >

ולהבין את עומק השונות האתנית והבין-גזעית בקרב המטופלים. המחקר עורר תשומת לב רבה והביא לכך שכיום נדרשים בתי הספר לרפואה להכשיר סטודנטים להתאמה תרבותית, ובחלק משמעותי מתוכניות ההתמחות יש תוכניות העוסקות בתקשורת קלינית ידידותית למטופלים מתרבויות שונות.

המחקר הישראלי כלל כמה המלצות. "קיים צורך לפתח מדיניות שאינה רק הצהרתית ולפעול כדי לצמצם ולמגר את בסיסי אי-השוויון", אומר פרופ' אפשטיין. "חשוב להעלות את המודעות בקרב מקבלי ההחלטות, בשל חשיבות הצד הפוליטי לקידום מהלכים. במקביל, יש לבצע פעילויות משותפות למערכות מחוץ למערכת הבריאות; למשל, פעילות עם מערכת החינוך בנושא התנהגות מסכנת בריאות – עישון, אלכוהול, סמים ויחסי מין לא מוגנים". כחלק מתוכנית לאומית כוללת, אומר פרופ' אפשטיין, יש צורך לאתר אוכלוסיות בסיכון ולפתח עבורן תוכניות בריאות ייעודיות; בדיוק כפי שהדבר נעשה בארצות-הברית. "אי-שוויון חברתי, כלכלי ותרבותי הוא מרכיב מרכזי בהתפתחות אי-השוויון בבריאות", הוא מסכם, "ועובדה זו מחייבת תוכנית לאומית מקיפה, שלמערכת הבריאות חלק חשוב בתהליך זה".

פרופ' בועז פורטר

"תושב המרכז יכול לבחור כל מומחה שהוא מתוך רשימה של עשרות שמות, וללכת אליו. בנגב, הוא יכול למצוא שם אחד או שניים לכל היותר, והתורים עלולים להימשך חודשים ארוכים"



28% מוותרים על שירותים רפואיים בגלל המחיר

סקר הר"י: לא חלה הטבה ביכולתן של השכבות החלשות לקבל שירותי בריאות

ורכישת תרופות. מצבם של הקשישים אינו טוב יותר. ל-14% מהציבור יש הורים מבוגרים הנאלצים לוותר על ביקור אצל רופא. 8% מהקשישים אף נאלצו לוותר על רכישת תרופות. 63% מהציבור חשים, כי הנטל הכספי המוטל עליהם עבור שירותים רפואיים גבוה מדי. 43% טוענים, כי הם משלמים היום על שירותים רפואיים יותר מבעבר. הסקר מעלה, כי 85% מהציבור מחזיקים בביטוח בריאות משודרג. 77% מכלל האוכלוסיה מחזיקים בביטוחים משלימים בנוסף לביטוח הבסיסי. 21% מחזיקים גם בביטוחי בריאות פרטיים. המניע העיקרי לרכישת ביטוח נוסף הוא התחושה שהסל הבסיסי אינו מספיק

עדיין מתקשים ברכישת תרופות בשל מצבם הכלכלי ונאלצים לוותר עליהן. 28% מהציבור בישראל נאלצים לוותר על טיפול רפואי כלשהו, אם עבור עצמם או עבור ילדיהם או הוריהם. אוכלוסיה זו באה מקרב השכבות החלשות, בעלי השכלה והכנסה נמוכות, וממוצא מזרחי.

גם בשנה החולפת לא ניכר שיפור בשיעור האוכלוסיה שנאלצה לוותר על ביקור אצל רופא: 13% מהציבור הצהירו, כי ויתרו בלית ברירה על ביקור אצל רופא בשל ההוצאה הכספית הכרוכה בכך.

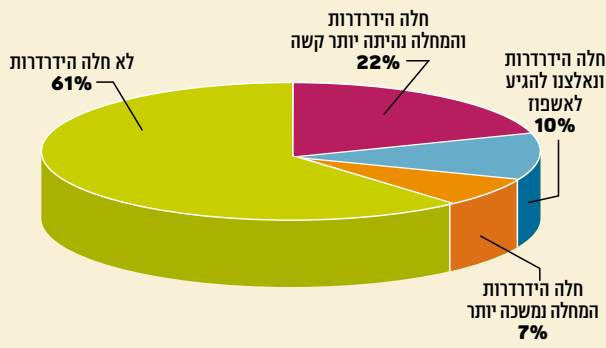
גם הילדים נאלצים לוותר על טיפול רפואי. 9% מההורים ויתרו על שירותי בריאות לילדיהם, ובכללם ביקור אצל רופא ורופא שיניים,

28% מהציבור נאלצים לוותר על שירותי רפואי כלשהו בשל מחירו הגבוה, ובקרב כ-40% מאלה שנאלצים לוותר על שירותי בריאות בשל עלותם חלה הידרדרות במצב הבריאותי. כתוצאה מויתורים אלה, הוחמר מצב המחלות שמהן סבלו, הן נמשכו תקופה ארוכה יותר ואף הביאו לאשפוזים בבתי חולים. כך עולה מסקר ההסתדרות הרפואית לשנת 2005, שנעשה באמצעות חברת גיאוקרטוגרפיה. הסקר בודק בשלוש השנים האחרונות את השפעת הנטל הכלכלי על צריכת שירותי הבריאות על ידי הציבור.

הסקר מעלה, כי לא חלה הטבה ביכולתן של השכבות החלשות לקבל שירותי בריאות בשום פרמטר. 19% - כחמישית מהציבור -

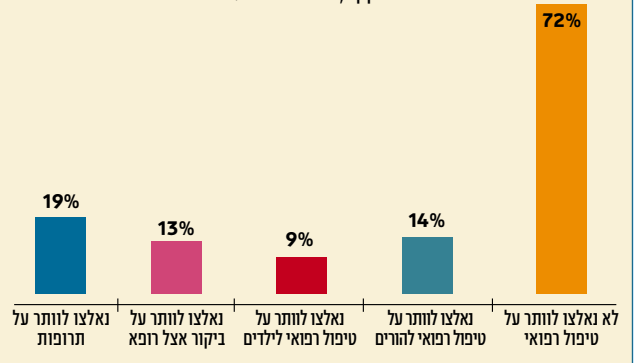
הידרדרות במצב הרפואי כתוצאה מויתור על טיפול

האם חלה הידרדרות במצבך או במצב מישהו מבני ביתך, ילדים או הורים, כתוצאה מכך, שנאלצו לוותר על שירות רפואי או תרופה?



ויתור על שירותים רפואיים בשנה האחרונה

האם בשנה האחרונה נאלצת לוותר, או לצמצם, שימוש בשירות רפואי, או עזרה רפואית להם וזקקת, בשל מחירם הגבוה?



מושך לכיוון הגדלת השירות כמוצר חברתי, אבל גם מודע לשיקול הכלכלי, האומר שאם רוצים לשמור על בריאות כלל האוכלוסיה - ברור שצריך להתפשר. יש לחצים לגיטימיים ויש פחות לגיטימיים, קובע פרופ' ורדי. "הראשונים הם, למשל,

< המשך בעמוד הבא >

ובכל זאת, אומר פרופ' ורדי, שוויוניות היא מטרה של מערכת בריאות מאורגנת, ויש לשאוף להגיע לאיזון בין שירותי רפואה כמוצר חברתי לבין שירותי רפואה כמוצר צריכה כלכלי. "נקודת האיזון הזו נמשכת ונרחבת על ידי גופים שונים, כל אחד לכיוון שלו, ומתאזנת כתוצאה מחוקים, תקנות, אינטרסים וצרכים. למשל, רופא מטפל שנשבע את שבעת הרופא

אלה כמעט הוכפל עם השנים (8% מהנשאלים ב-1999 לעומת 14% ב-2005). "ראינו שהמוותרים על שירות רפואי לא הגיעו בהכרח מהפריפריה, אלא מיישובים המדורגים נמוך במדד הסוציו-אקונומי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה", מנתחת פרופ' גרוס. "ביישובים אלה, 25% ויתרו על שירות רפואי בגלל המרחק, לעומת 12% ביישובים שמדורגים בינוני במדד הסוציו-אקונומי ורק 4% ויתרו ביישובים המדורגים גבוה".

"מוצר חברתי"

מערכת הבריאות אינה מדברת בקול אחד בכל הנוגע לאי-השוויון. יש מי שסבור כי אין לבלבל בין בריאות לשירותי רפואה. הראשונה היא פונקציה של תורשה, סביבה, מצב חברתי-כלכלי והרגלי חיים; מה שמשפיע על בריאות האדם "יותר מאשר איזו קופת חולים יש ליד הבית שלו", מצהיר פרופ' דניאל ורדי, המנהל הרפואי של מחוז הדרום בשירותי בריאות כללית. לפי גישה זו, גם לאדם ולהרגלי חייו תרומה לאותו אי-שוויון נצפה.



פרופ' ליאון אפשטיין

"באנגליה פורסם ב-1980 דו"ח, שהעיד לראשונה על היקף אי-השוויון. אבל הדו"ח שכב על המדפים 20 שנה, עד שטוני בלייר עלה לשלטון והוציא לפועל תוכנית לאומית להתמודדות עם המצב בכל רמות השירותים הרפואיים"



פרופ' דניאל ורדי

"שווינויות מלאה לא תהיה. צריך להקפיד לפחות שברפואה הציבורית תהיה שוויוניות, ושהזכות לשירות לא תהיה מותנית ביכולת הכספית. במבנה הנוכחי, וכל עוד אין סחף לכיוון הרפואה הפרטית, המערכת די צודקת ושוויונית"

המדינה צמצם את המקורות שיועדו לבריאות והחליף אותם בתשלומים מהמבוטחים. צעד זה השפיע על השווינויות והגישות, כי ככל שהתשלומים שהחולה נדרש לשלם למערכת גדולים יותר – מתחזק הקשר בין קבלת השי-רות לבין היכולת לשלם בעדו.

בנינו מכיר את הנתונים, שלפיהם אחוז גדל והולך באוכלוסיה מוותר על טיפולים חיוניים בגלל תשלום. "גם המספרים המקור-כלכליים מספרים אותו סיפור עצוב", הוא מזגים. "סקר הוצאות משקי הבית של הלשכה המרכזית לסט-טיסטיקה מגלה, כי מרכיב ההוצאה של משקי הבית על בריאות הולך ועולה כל הזמן. בתחילת שנות התשעים עמדה ההוצאה על 3.5% מסך כל ההוצאות. בשנת 2004 כבר עמד שיעור ההוצאה על 5% כמעט. ההסבר לכך נובע מעלייה בהוצאות על תרופות ועל ביטוחים משלימים. מקור מקור-כלכלי נוסף הוא ההוצאה הלאומית לבריאות, שגדלה לאין-שיעור לאורך השנים.

"אלה לא רק סקרים או תחושת בטן", אומר בנינו, "איהשויון הוא מציאות, שבאה לידי ביטוי במספרים, ובשלב מסוים תבוא לביטוי גם בבריאות".

בנינו תולה את המגמה הזו בהתנהלות רחבה יותר של המשק הישראלי בשנים האחרונות, בדרך של הפרטה ו"אימוץ עיוור של מנגנון שוק כאמצעי לקדם יעילות, תוך התעלמות מות ממשלי מנגנון זה במערכת הבריאות, ותוך עיוורון מהמחיר הגבוה שגובה מנגנון השוק מהרפואה השיוויונית".

"לפטור ממע"מ"

פתרון מהיר יחסית לצמצום איהשויון הוא שינוי מערך התשלומים לפרוגרסיבי – הצעה שהועלתה לא פעם, אך מעולם לא יושמה. "חייבים להפעיל על ההשתתפות העצמית את מבחן ההשתכרות, ויש דרכים לא מסובכות לעשות זאת", טוען ד"ר בלשר. "מספיק שייעשה שינוי בהשתתפות העצמית עבור כל מי שזכאי לאבטחת הכנסה, וכבר פתרנו חלק משמעותי מהבעיה. מבחני הכנסה הם כלים קיימים בביטוח הלאומי, וצריך להפעיל אותם. בנוסף, תקרת התשלומים השנתית לא יכולה להמשיך להיות אישית, אלא צריכה להיות משפחה-תית. אם יש חמישה-שישה בני משפחה, ההוצאה הכוללת בהסדר הנוכחי גבוהה מאוד. עוד פעולה לצמצום איהשויון היא לפטור את התרופות שאינן בסל מתשלומי מע"מ; כך שבהחלט יש מה לעשות. נכון לעכשיו, האוצר עוצר מהלכים אלה, ויש מקום להאיץ אותם ולתת להם עדיפות לא-מית".

יוניות, בכך שביטח את כל האוכלוסיה והפך את שירותי הבריאות לנגישים לכל. תשלום פרמיות הבריאות היה לפרוגרסיבי יותר אחרי קבלת החוק, בהתחשב בכך שקודם לכן ככל שאדם השתכר יותר, דמי ביטוח הבריאות ששילם היו נמוכים יותר. "כשאני מסתכל ומשקלל את תרומת החוק לערך השוויוניות, אין לי ספק שהחוק, בגדול, קידם אותו בצורה בלתי רגילה", אומר גבי בנינו, "סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות.

אך מאז חלפו 11 שנים, שבמהלכן נעשו שינויים ותיקונים שפגעו בהישגי החוק המקורי בתחום הבריאות והשווינויות. הראשון שבהם היה ביטול המס המקביל והשחיקה בעלות הסל. תקציב המדינה תרם למערכת הבריאות הציבורית בישראל פחות ופחות כסף לאורך השנים, כתוצאה ממנגנון עדכון לקוי של עלות הסל. בתוך כך, החל משנת 1998 אפשרה המדינה לקופות החולים לגבות יותר תשלומים עבור הספקה של שירותי בריאות – אגרת ביקור אצל רופא מקצועי וייקור של כ-33% בתשלום עבור תרופות מרשם. "המהלך הזה התרחש כצעד משלים", מפרשן בנינו. "תקציב



אי שוויון נפיש

< המשך מעמוד קודם >

כאלה של רופא שרוצה את טובת החולה שלו, חולה שרוצה להשיב את בריאותו ולחץ של המדינה, האומרת שיש גבול לתקציב. לחץ פחות לגיטימי הוא, למשל, כזה של חברות תרופות שיש להן מטרה עסקית טהורה, והן מפעילות לחץ לטובת תרופה זו או אחרת דרך לוביסטים, רופאים והתקשורת".

אם כך, היכן נקודת האיזון? "שווינויות מלאה לא תהיה", הוא אומר בהשלמה. "אנחנו מזמן לא מדינה סוציאליסטית, כי העניים יותר חולים, ותוחלת החיים של המעמד הסוציו-אקונומי הנמוך תמיד תהיה קצרה יותר. אנחנו צריכים להקפיד שבמערכת הרפואה הציבורית, לפחות, תהיה שוויונית, ושהזכות לשירות לא תהיה מותנית ביכולת כספית. במבנה הנוכחי, וכל עוד אין סחף לכיוון הרפואה הפרטית, המערכת די צודקת ושוויונית".

"סיפור עצוב"

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק בשנת 1995 נועד, בין השאר, להבטיח את עקרונות האוניברסליות והשווינויות בבריאות; אך יש הטוענים כי הוא לא מלא את ייעודו. אין ויכוח על כך שהחוק קידם במידה רבה את ערך השוו-

גבי בנינו

"תקציב המדינה צמצם את המקורות שיועדו לבריאות והחליף אותם בתשלומים מהמבוטחים. ככל שהתשלומים שהחולה נדרש לשלם למערכת גדולים יותר, מתחזק הקשר בין קבלת השירות לבין היכולת לשלם בעדו"

