

Dani Filc. Circles of Exclusion: The Politics of Health Care in Israel. Ithaca and London: Cornell University Press. 2009. 191 pages

חגי בועז*

בישראל מתגאים לא פעם ברמת הבריאות הגבוהה של האוכלוסייה. אכן, לפי אמות מידה בינלאומיות, ישראל ממוקמת במקום מכובד בין המדינות המתועשות; תוחלת החיים הממוצעת עולה בהתמדה, ושיעור תמותת התינוקות הוא מהנמוכים בעולם. עם זאת, כפי שמוכיח הניסיון האמריקאי, בריאות הציבור אינה רק פועל יוצא של רמה טכנולוגית גבוהה או של הכשרת כוח אדם מעולה, אלא בעיקר של החלטות פוליטיות בנוגע לחלוקתם של משאבים רפואיים. לשון אחר, הפוליטיקה של הבריאות משקפת תפיסה חברתית-פוליטית. משבר הבריאות בארצות-הברית, אם נמשיך בדוגמה זו, נוגע במרכז העצבים התרבותי של החלום האמריקאי: עד כמה אפשר למתוח את התערבות הממשלה בשוק ביטוחי הבריאות בלי לפגום באתוס החירות של הסדר הקפיטליסטי?

ספרו של דני פילק אינו עוסק ברפורמת הבריאות בארצות-הברית אלא במערכת הבריאות הישראלית. אך כמו מקורותיו של המשבר האמריקאי בתחום זה, גם את מערכת הבריאות הישראלית אי אפשר להבין אלא מתוך ההקשרים התרבותיים, הפוליטיים והחברתיים של המציאות הישראלית. פילק, יו"ר עמותת "רופאים לזכויות אדם" ומרצה לפוליטיקה וממשל באוניברסיטת בן גוריון, כותב את הספר בראש ובראשונה מנקודת מבטו של רופא ישראלי המודאג מהכיוון שאליו מתקדמת מערכת הבריאות בישראל. טענתו המרכזית היא שלמרות שורשיה השיתופיים של מערכת הבריאות בישראל, היא נעשתה מנגנון מדיר. תהליך זה מושפע בעיקר מההקשר הפוליטי הכללי של המציאות הישראלית, ובכלל זה משטר האזרחות המיטיב עם הרוב היהודי, הסכסוך עם הפלסטינים, הכיבוש, וב-15 השנים האחרונות גם מגמת ההפרטה. כרופא כללי וכיו"ר עמותת "רופאים לזכויות אדם", פילק נשען על ניסיונו ועל חוויותיו האישיות בצד נתונים כמותיים כדי לבסס את טענותיו על האפליה וההדרה במערכת הבריאות. הוא מציג בפני הקורא את מצוקתם של הבדווים בנגב, של תושבי הכפרים הבלתי מוכרים, של מהגרי עבודה, של שוהים בלתי חוקיים ושל פליטים ומבקשי מקלט. כולם, במידה זו או אחרת, נדחים ממערכת הבריאות הישראלית של שנות האלפיים.

הספר מפנה את תשומת לבנו לצד האפל של מערכת הבריאות הישראלית. הוא אמנם מגולל סקירה היסטורית של מערכת הבריאות, אך זו אינה אלא רקע לדיון בתהליכים שעוברת מערכת הבריאות ב-15 השנים האחרונות. מבחינת מדיניות בריאות, נקודת המפנה היא חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, שנכנס לתוקף בינואר 1995. סדרה של משברים פיננסיים שפקדו את מערכת הבריאות, ובעיקר את קופת חולים כללית, בסוף שנות השמונים הובילו לתחיקת רפורמה בשירותי הבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי הבטיח בין השאר ביטוח בריאות לכלל האוכלוסייה, ניתק את הקשר בין ביטוח בריאות לנאמנות מפלגתית או מוסדית והבטיח חופש בחירה ותנועה בין קופות החולים. ואולם, החוקרים

* עמית מלגת לידי דיוויס במחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, האוניברסיטה העברית בירושלים

תמימי דעים שב-15 השנים שעברו מאז נחקק החוק, חל כרסום מתמיד באתוס השוויון והאוניברסליות שהנחו את חקיקתו. הטענה הרווחת היא שהתגברות האידיאולוגיה הניאור-ליברלית וממשלות בעלות סדר יום קפיטליסטי מובהק הובילו להפרטה הולכת וגוברת של מערכת הבריאות. הממשלה נסוגה משיעורי ההשתתפות בכיסוי הבריאותי שלהם התחייבה בשנת 1995, וההוצאה הפרטית על בריאות עולה מאז בעקביות. הפרטת מערכת הבריאות בישראל פוגעת כמובן באוכלוסייה החלשה, והפערים ביכולת המימון הפרטי של הוצאות בריאות הולכים ומתרחבים. יותר ויותר משפחות, מדווח פילק, מוותרות על תרופות או על הוצאות בריאות אחרות בשל מחירן. מגמה זו היא היפוך גמור של המטרות שבבסיס חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מגמות ההפרטה אינן כוללות רק מסלולי ביטוח נפרדים ורפואה פרטית, אלא גם החדרת תרבות ארגונית חדשה, שבה בריאות ורפואה הותאמו לרוח כלכלת השירותים. הרופא הפך לנותן שירותים, והחולה הפך ללקוח. קופות החולים מציעות מסלולי ביטוח כמו מסלולי השקעות בבנק, והקוד האתי שאמור לבסס את אופי היחסים בין רופא לחולה הולך ונשחק לטובת קודים צרכניים של מקבל שירות ונותן שירות. מגמות ההפרטה, מסכם פילק, יוצרות אפליה ברורה כלפי אוכלוסיות פגיעות, בעיקר חולים כרוניים וקשישים. אלה אינן אוכלוסיות רצויות מבחינת ביטוחי בריאות, וללא ביטוחים משלימים כאלה או אחרים הם נאלצים להסתמך על מערכת ציבורית שחוסנה רק הולך ומידרדר.

כמובן, רוחות ההפרטה אינן מנשבות רק במערכת הבריאות, אך במערכת זו נראה בבירור האופי המדיר והלא שוויוני הטמון באידיאולוגיה הניאור-ליברלית. פרק שלם מייחד פילק לשאלת הקצאת משאבי בריאות למהגרי עבודה ולשוהים בלתי חוקיים בארץ. הכלכלה הפוליטית של עידן הגלובליזציה סחפה גם את ישראל למעגלי זרימה של כוח עבודה זול מארצות מתפתחות. מצד אחד, כוח עבודה זה שירת היטב את האינטרסים הפוליטיים והכלכליים של ישראל, אך מצד שני, הוא הבליט את משטר האזרחות הפרטיקולרי והמתבדל שלה. פילק מביא דוגמה מאלפת מתחום הבריאות: לאחר שנחשפה פגיעותם של מהגרי עבודה חוקיים בכל הקשור לביטוח בריאות, חייבה המדינה את המעסיקים לספק ביטוח בריאות המתקרב לביטוח הבריאות שלו זכאי אזרח ישראלי. אך מדוע שלא להרחיב את חוק ביטוח בריאות ממלכתי לעובדים ברישיון לתקופת שהייתם? פילק משיב שבכל הנוגע לרווחת מהגרי העבודה, הרשויות ביקשו להדגיש את ההבדל בינם לבין האזרחים, וכך יצרו, ברוח משטר האזרחות הפרטיקולרי של ישראל, מנגנון הדרה. יתר על כן, רבים ממהגרי העבודה מנועים מלממש את זכאותם הביטוחית בגלל גובה ההשתתפות העצמית, קשיי שפה ומכשולים תרבותיים אחרים. כמו כן, התלות במעסיק גורמת לרבים מהם להקריב את בריאותם או את בריאות קרוביהם על מזבח העבודה. מצבם של השוהים הבלתי חוקיים, הפליטים ומבקשי המקלט גרוע בהרבה: אלה מתייראים ממשטרת ההגירה וכמעט מוותרים מראש על כל טיפול רפואי.

מחקרים הצביעו כבר על התפיסה האתנוקרטית של משטר האזרחות בישראל הממקמת זהויות לא יהודיות בשולי החברה והופכת את בעליהן, בלשון פופולרית, לאזרחים סוג ב'. פילק מדגים כיצד פועל מנגנון הדרה זה באפליה בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הפלסטינית בישראל בנגישות לשירותי בריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי צמצם במידה ניכרת את הפערים, אך שיפור זה נבלם, והפערים שבו והתרחבו בגלל מגמות ההפרטה.

קשה במיוחד הוא מצבם של הבדווים בנגב, הסובלים מרמת בריאות ירודה למדי ביחס לשאר אזרחי ישראל וממספר מרפאות מועט ביחס לגודל האוכלוסייה ולרמת בריאותה. מצבם של התושבים בכפרים הבלתי מוכרים בנגב חמור אף יותר: ללא אספקת חשמל או מים זורמים, רמת הבריאות בכפרים אלה דומה לרמת הבריאות במדינות עולם שלישי. מצב זה מונצח על ידי מדיניות הרואה בבריאות זכות משנית לשיקולים פוליטיים של ניהול אוכלוסין.

לסיום מפנה פילק את מבטו למצב הבריאות בשטחים הפלסטיניים. מיקומה הגבוה של ישראל במדדי הבריאות הבינלאומיים, טוען פילק, נובע בעיקר משום שאין מכלילים בהם את האוכלוסייה הפלסטינית בשטחים, ובריאותה של זו תלויה בעיקר בשיקולי המדיניות הישראלית. לישראל אחריות על מצב הבריאות של האוכלוסייה הפלסטינית לא רק בשל שנות הכיבוש הישיר (1967-1994), אלא גם בשל מנגנוני השליטה העקיפה באוכלוסייה הפלסטינית לאחר הסכמי אוסלו. כך למשל, אי אפשר לדבר על בריאות בלי לדבר על חופש תנועה, על פינוי מהיר של נזקקים ונזקקות לבתי חולים ועל היתרי כניסה לישראל לצורך טיפול רפואי שאינו מצוי בשטחים. עד הסכמי אוסלו, מצבה העגום של בריאות הציבור בשטחים הוסבר בהשקעות מינימליות של המנהל האזרחי שכוונו בעיקר לרפואה מונעת. לאחר הסכמי אוסלו, הרשות הפלסטינית אינה מצליחה לספק שירותי רפואה ובריאות נאותים בשל הגבלות ואיסורים שמטילה ישראל. בסופו של דבר, בעשרות השנים שחלפו מאז 1967 סובלים הפלסטינים ממערכת בריאות בעלת רמה ירודה, ואת עיקר האחריות לכך, טוען פילק, נושאת ישראל.

ספרו של פילק מצביע על שלושה מנגנוני הדרה: הפרטה, משטר האזרחות והכיבוש. שלושתם יחד וכל אחד לחוד מעצבים את מערכת הבריאות לפי יחסי הכוח השוררים במציאות הישראלית. ההפרטה ב-15 השנים האחרונות יצרה מנגנוני אפליה בתוך האוכלוסייה הכללית, בעיקר כלפי קשישים וחולים כרוניים. משטר האזרחות המעדיף באופן רשמי ולא רשמי את הרוב היהודי משתקף באפליה ובהדרה של הפלסטינים אזרחי ישראל ושל האוכלוסייה הבדווית בדרום מהנגישות לשירותי בריאות, וכן ביחס כלפי מהגרי העבודה והשוהים הבלתי חוקיים בישראל. אף שהדיונים בהפרטת מערכת הבריאות בישראל נפוצים יחסית במחקר, קשה למצוא ניתוח סוציולוגי של השפעת מנגנון האזרחות והכיבוש על מערכת הבריאות. ספרו של פילק ממלא חסר זה ומספק גם קריאת כיוון למחקרי המשך על ההדרה הגוברת של אוכלוסיות ממערכת הבריאות בישראל.