



רפואה מונעת לנשים הרות ולילדים על פרשת דרכים

חווה פלטי

ערכה והביאה לדפוס:
דלית נחשון-שרון

כתובת המרכז: רחוב רב אשי 4, ירושלים, 93593
טלפון: 6790471-02
פקס: 6792676-02

Email: info@taubcenter.org.il
אתר באינטרנט: www.taubcenter.org.il

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

פתח דבר

שירותי המניעה בארץ הם אוניברסליים ונפרדים מהשירותים הטיפוליים לאורך כל שנות קיומם. שירותים אלה יכולים לזקוף לזכותם חלק מן ההישגים הגבוהים ברמת הבריאות של האוכלוסייה בארץ, בעיקר בתחום מניעת מחלות ומוגבלויות ובתחום הגילוי המוקדם של ליקויים שונים, וכן בהדרכת האימהות וההורים לילדים צעירים. ההישגים הושגו תוך כדי קליטת העלייה מארצות שונות בכל שנות המדינה, ולמרות ההטרונגויות הרבה של האוכלוסייה המשתמשת בשירותים אלה. אולם בשנים האחרונות נשחק התקציב המיועד לבריאות הציבור ולרפואה המונעת והשירותים אינם מקבלים את העדיפות הראויה במסגרת תקציב הבריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי כלל את שירותי הרפואה המונעת במסגרת שירותי הבריאות הטיפוליים וקבע כי האחריות לאספקת שירותי מניעה תועבר לקופות-החולים. שינוי זה לא בוצע וכבר שנה לאחר הפעלתו שונה החוק, בשנת 1996, ושירותי המניעה נשארו נפרדים כפי שהיו מאז קום המדינה. מאז עולה השאלה הארגונית של שירותי המניעה לדיון בוועדות שונות ובמסגרות שונות, ממשלתיות, מקצועיות, ואקדמיות, ודומה שאין הכרעה חד-משמעית לגבי המדיניות העדיפה. בכל מקרה, החשש הגובר הוא מפני פגיעה נמשכת בתחום זה של הרפואה, בעיקר לנוכח היותו "השקעה" של החברה לטווח הארוך. ברור, כי השפעתן של תכניות בריאות הציבור ושל הרפואה המונעת על בריאות הפרט והאוכלוסייה ניכרת רק כעבור שנים והן מצריכות תכנון לטווח ארוך. ברור גם, שקשה לגייס לכך את תמיכתם של נבחרי הציבור, מפני הנטייה שלהם להעדיף הקצאת משאבים לפרויקטים, שתוצאותיהם ייראו באופן מיידי.

עבודתה של פרופ' חוה פלטי סוקרת את תחום המניעה במלואו, את תכניה של המניעה בישראל ואת הישגיה, והיא עומדת על הצורך בעריכת שינויים נדרשים בתכנים. באשר לשינויים הארגוניים – עבודתה סוקרת את השינוי הארגוני המוצע על היתרונות והחסרונות שבו, לרבות סקירת

המלצותיהן של הוועדות השונות אשר עסקו בנושא. עבודתה מוצגת על רקע של מחקר רב שנים בנושא, הפורס בפנינו יריעה רחבה אודות שירותי בריאות הציבור, בעיקר השירותים לנשים הרות, לתינוקות, לילדים ולנוער.

תודה לפרופ' פלטי על עבודתה המקיפה ועל המלצותיה, המרוכזות בסעיף האחרון של העבודה. יש לקוות שהמלצות אלה, המכוונות לקידומו של מערך המניעה, יאומצו בהקדם על-ידי הממשלה החדשה לאחר הבחירות בסוף חודש זה. יש חשיבות רבה לשמר את ההישגים של מערך זה, המעמידים אותנו בשורה הראשונה של המדיניות המפותחות.

יעקב קופ

ירושלים, אדר תשס"ו, מרץ 2006

רפואה מונעת לנשים הרות ולילדים על פרשת דרכים

פרופ' חוה פלטי*

תוכן העניינים

7	1. מבוא וסיכום
15	2. ארגון ותקצוב שירותי הרפואה המונעת בישראל
21	3. ממדים של הערכה : מצב הבריאות, מחקרים והשוואה בינלאומית
35	4. בחינת שינויים בארגון מערך המניעה
43	5. תכנון לעתיד – המלצות
48	נספח. ניסוח המטרות של שירותי המניעה לפי קבוצות היעד
50	מקורות

* פרופ' חוה פלטי, פרופ' לבריאות הציבור, אמריטוס. בית-הספר
לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית
והדסה, ירושלים.

רפואה מונעת לנשים הרות ולילדים על פרשת דרכים

פרופ' חוה פלטי

1. מבוא וסיכום

רפואה מונעת הנה ענף מיוחד של הרפואה, המתמקד בבריאות של אוכלוסיות מוגדרות על מנת לשמר ולקדם את מצב בריאותן, למנוע מחלות, נכויות, מוגבלויות ומוות בטרם עת¹. בעבר התמקד ענף זה בבקרת המחלות ובעשורים האחרונים הורחב האתגר לשיפור הבריאות ואיכות החיים של האוכלוסייה ולצמצום הפערים בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות. רפואה מונעת מונחית על-ידי העיקרון של שירות אוניברסלי, נגיש וזמין לכל.

מחקרים בנוירו-ביולוגיה ובתחום התפתחות מערכת העצבים מצביעים על כך, שהתקופה הקריטית להתפתחות תקינה של המוח הנה מן ההפריה לגיל בית-הספר וזו התקופה בה ניתן למנוע סטיות מן הנורמה על-ידי אבחנה מוקדמת והתערבות². ההשלכות של עיכוב הגדילה וההתפתחות התוך-רחמיים של עובר על מחלות לב וכלי דם וסכרת קיבלו פרסום רב בסוף המאה הקודמת³. נשים בתקופת הפוריות, בגיל 15-44, הן בסיכון עקב השינויים הפיזיולוגיים החלים בתקופת ההריון, הסיכונים בכניסה להריון, במהלכו ובעת הלידה. לאחר מכן, כאימהות, זקוקות נשים להכוונה והדרכה בגין ההריון והתפקידים החדשים המוטלים עליהן לאחר הלידה.

העובר והילד דורשים תשומת לב מיוחדת ומעקב בתהליך הגדילה וההתפתחות המהירים מן ההפריה ובשנים הראשונות לחייהם. בתקופה זו קיימת רגישות רבה לתנאים הסביבתיים. פיקוח בריאותי בגילים אלו מאפשר בניית תשתית בריאה לגיל המבוגר וקידום הפוטנציאל הפיזי,

¹ Last JM. 1995

² Morley R, Lucas A.,1997;Barker DJP. 1997

³ .Barker DJP. 1997

הנפשי וההתנהגותי במניעת מחלות, מוגבלות ונכות, ובקידום הבריאות. לפיכך, נשים בתקופת הפוריות וילדים הם המצויים ביתר סיכון בריאות. לשתי הקבוצות האלה ניתנת קדימות באספקת שירותי בריאות, כי חלק ניכר מבעיותיהן ניתנות למניעה ולטיפול. מדובר במניעה ראשונית, על-ידי חיסונים, במניעה שניונית, כמו אבחון מוקדם של ליקויי שמיעה, ובמניעה שלישונית, כמו מתן טיפול משקם בגיל הרך ביותר (ראה בנספח את ניסוח המטרות של שירותי המניעה, לפי קבוצות יעד, בנהלי משרד הבריאות בשנים שונות).

ההשקעה הדרושה במניעה ובטיפול באוכלוסיות אלו הנה בעלת עלות-תועלת גבוהה. כך, לדוגמא, השקעה של דולר אחד בחיסונים מונעת מחלה ותמותה וחוסכת מעל 10 דולר בהוצאות הרפואיות הקשורות בטיפול במחלות שנמנעו על-ידי החיסון⁴. מניעה, פיקוח וקידום בריאות מן ההפריה ועד הגיל המבוגר מצמצמים מחלות ונכויות ומבטיחים אוכלוסייה בריאה יותר לאורך כל החיים. ראוי לזכור, כי בקרב אוכלוסייה בריאה קיים פוטנציאל טוב יותר לתרום לחברה כולה, בעוד שילדים ומבוגרים הלוקים במחלות כרוניות (שניתן היה למנוע אותן) מהווים נטל על החברה. לכן, נשים בגיל הפוריות וילדים צריכים ליכות לקדימות גבוהה במתן שירותי מניעה ואחרים. פיתוח שירותי מניעה לקבוצות אלו נהוג בארצות מפותחות ומתפתחות בעולם⁵.

השפעתן של תכניות בריאות הציבור ושל הרפואה המונעת על בריאות הפרט והאוכלוסייה אינה ניכרת מיידית, אלא כעבור שנים. על כן דרוש תכנון לטווח ארוך. מאחר שהתכנון מותנה בתקציבים המתאימים, דרושה תמיכה של נבחרי הציבור בהקצאת המשאבים. בדרך-כלל הללו יעדיפו פרויקטים, שתוצאותיהן נראות באופן מיידית, לכן הרפואה המונעת אינה כלולה בין הנושאים המקבלים קדימות בהקצאת המשאבים.

הרפואה המונעת נוסדה בארץ-ישראל לפני תשעים שנה כדי לספק שירותי בריאות לאוכלוסייה הענייה שהתגוררה בירושלים. השירות הוקם על-ידי ארגון נשות הדסה מארצות-הברית והיה נגיש לכלל האוכלוסייה. הוא התפתח במשך השנים לרשת ענפה של "טיפות חלב" (הנקראות היום התחנות לבריאות המשפחה)⁶, שסיפקו שירותי בריאות

⁴ Creese AI, Henderson RH., 1980

⁵ Williams CD, Baumshlag N, Jeliffe DB., 1985

⁶ בעבודה משמשים לחלופין המינוחים: "התחנות לבריאות המשפחה", תחנות "טיפות חלב" ו"טיפות חלב". ראה גם Wasserman M., 1993.

מונעים לנשים הרות, לתינוקות ולתלמידי בתי-הספר. עם קום המדינה השירות הועבר למשרד הבריאות, שקובע את היעדים, את המדיניות ואת הקצאת המשאבים (בהמשך העבודה, בסעיף 4, מובאת סקירה קצרה על תולדות שירותי אם וילד בישראל). משרד הבריאות מרכז מידע אפידמיולוגי ומספק הלכה למעשה את השירותים המונעים למרבית האוכלוסייה, בעוד קופות-החולים מספקות שירותי מניעה לנשים הרות ולילדים בהיקף של כחמישית מן האוכלוסייה (באזורים עירוניים וגם בקיבוצים ובמושבים).

בשנת 1978 התקיים בקזחסטן כנס ALMA ATA של ארגון הבריאות העולמי ו-UNICEF.⁷ הכנס אורגן עקב אכזבה מתפקוד מערכות הבריאות בארצות שונות, שהפנו את מרבית המשאבים והידע הטכנולוגי לבתי-חולים, לטובת מגזרים צרים באוכלוסייה, ללא השפעה על בריאות הכלל. מטרת הכנס הייתה לקדם את הרפואה הראשונית, התורמת להשגת רמת בריאות טובה יותר לכלל האוכלוסייה. בכנס דנו בנגישות כלכלית, גיאוגרפית ותרבותית לשירותי הבריאות בקהילה. הדגש הושם על מתן שירות אוניברסלי ועל שילוב הרפואה המונעת לאימהות ולילדים, ותכנון המשפחה במסגרת הרפואה הראשונית בקהילה. בעקבות הכנס, שהמליץ על שילוב רפואה מונעת ברפואה ראשונית, הוקמו בישראל ועדות שונות (ביניהן ועדת נתניהו), שהמליצו אף הן על הכללת הרפואה המונעת במסגרת הרפואה הראשונית, המסופקת על-ידי קופות-החולים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו לפני עשור, כולל את שירותי הרפואה המונעת במסגרת שירותי הבריאות הטיפוליים ובכך הוא מעביר את האחריות לאספקת שירותי מניעה לקופות-החולים. הקופות אחראיות לספק שירותי מניעה בהתאם "לתוספת השלישית"⁸ לחוק. השינוי הארגוני הוצע על מנת לחסוך במשאבים וגם כדי להנהיג שירות כוללני – רפואה מונעת ורפואה טיפולית – שיינתן על-ידי אותו צוות כדי לשמור על הרצף הטיפולי. מבנה ארגוני משולב של רפואה מונעת וקורטיבית קיים במספר ארצות, ביניהן בריטניה, שוודיה ונורווגיה. כבר שנה לאחר הפעלתו, בשנת 1996, שונה החוק והסטטוס קוו של שירותי המניעה הנפרדים נשמר.

⁷ WHO, UNICEF, 1978.

⁸ מדובר בשירותי רפואה מונעת, גריאטריה, פסיכיאטריה ושיקום, ומפורטים שירותי הרפואה המונעת המוגדרים בסל השירותים הבסיסי.

מאז החלת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי דנו בארגון מחדש של השירותים המונעים במסגרות שונות, ממשלתיות, מקצועיות, ואקדמיות. מדי שנה האוצר מציע להעביר את שירותי המניעה לקופות-החולים, הווה אומר – לבטל את השירותים המסופקים בתחנות לבריאות המשפחה. הכוונה לביטול של כ-600 תחנות של משרד הבריאות ו-60 תחנות של העיריות הגדולות, ירושלים ותל-אביב, המהוות 55 אחוז מכלל התחנות לבריאות המשפחה ומספקות שירות ל-80 אחוז מהתינוקות. בדיונים בנושא עולים נימוקים לכאן או לכאן.

היתרונות הצפויים בשירות משולב:

- **חיסכון** עקב מערך מנהלי אחד, תשתית אחת וצמצום אפשרי של הצוות הרפואי.
- **הפחתת השימוש בשירותים מקבילים**. סקרים שונים⁹ הראו, כי כבר בשנות השמונים, נשים הרות ביקרו בשירותים מקבילים ורק כרבע מהן הסתפק בשימוש בתחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"). מחקר שנערך בשנת 2000 הראה, כי נשים הרות אף ביקרו אצל מספר רופאים ומספר הביקורים היה גבוה מן המומלץ¹⁰. נשים העדיפו את מרפאות קופות-החולים על טיפות החלב.
- **העדפה של השירות המספק את כל הבדיקות**. האוכלוסייה חשופה היום למדיקליזציה של ההריון ומודעת להתפתחות הטכנולוגיות החדשות, אולטרה סאונד, סקירת מערכות, ובדיקות גנטיות, שאינן זמינות ב"טיפות החלב". נשים בוחרות לבקר בשירות המספק וכולל את הבדיקות האלה, ללא צורך בהפניה מ"טיפות החלב" ובאישורים מן הקופה בה הן מבוטחות.
- **העדפה של השירות הניתן על-ידי הרופא**. המעקב בקופות-החולים מזוהה אצל נשים כשירות הניתן על-ידי רופא, המיומן לעקוב אחרי ההריון, ו"טיפות החלב" מזוהות כשירות הניתן בעיקר על-ידי אחיות עם נגישות פחותה לרופא. במיוחד נשים משכילות יותר מעדיפות את שירותי הרופא המומחה.
- **יצירת רצף של הטיפול בילדים**. רופא ואחות קבועים יטפלו בכל צרכיו של הילד, במעקב הבריאותי אחר הגדילה וההתפתחות, במתן החיסונים ובגילוי מוקדם של בעיות, וכן יעניקו טיפול בעת מחלה.

⁹ לדוגמא, Neumark Y, Palti H, Donchin M, Ellenzweig A., 1992 וגם Neumark

Y, Palti H, Donchin M, Ellenzweig A., 1992

¹⁰ פלטי, ח., גופין, ר., אדלר, ב., 2004.

לפיכך יש לצפות להפחתה במספר הביקורים הרבים – 26 ביקורים במשך שנה וחצי הראשונות לחיי התינוק. הציפייה היא, שניתן יהיה לאתר בעיות רפואיות במגעים השגרתיים ולעקוב אחר הגדילה וההתפתחות גם במגע בעת מחלה.

- **ריכוז האחריות ומניעת הוראות מנוגדות וסתירה בין גישות.**
- **ריכוז של הרשומה הרפואית,** אשר תאפשר הערכה כוללת יותר של מצב בריאות הילד אוו האשה ההרה.

החסרונות הצפויים בשירות משולב:

- **העדר מיומנות בתחום המניעה.** הצוות אשר יידרש לטפל בהיבטים המניעתיים והקורטיביים כאחד, לא יהיה מיומן באותה מידה כמו צוות המתרכז בהיבטים המיוחדים של רפואה מונעת. ההצטרפות המהירה של המידע הרפואי מגבירה את הנטייה להתמחויות מוגדרות ומצומצמות, מפני שלא ניתן לרכוש מידע ומיומנויות מעמיקות בתחומים רבים. לדוגמא, במחקר בקרב אחיות ורופאי קופת-החולים מכבי נמצא, שהם היו חסרים ידע מעודכן ומספיק בתחום התזונה של תינוקות, כדי להעניק ייעוץ תזונתי לאימהות (החוקרים הציעו בעקבות ממצא זה להעסיק יועצת תזונתית לשיפור השירות)¹¹.
- **העדר זמן להדרכת אימהות ולהעברת תכניות שונות.** תפקידי אחות ברפואה מונעת כוללים הכוונה והדרכה להנקה, לארגון סדר היום, לשלבי ההתפתחות והגדילה ולמניעת תאונות, הדרכה לקידום בריאותה של האישה ההרה ובריאותו של התינוק ותמיכה בבעיות חברתיות – כל אלה דורשים זמן ומיומנות מעבר לזמן המקובל של 8 דקות, המוענק במרפאות הרגילות של קופת-החולים. מתעוררת דאגה, כי במסגרת המשולבת, לא יימצא זמן להעברת תכניות מקדמות בריאות, כדוגמת התכנית למניעת עישון. זהו אחד הנושאים, שאיננו מקבל תשומת לב מספיקה בגיל הפוריות בכלל, בהריון ולאחריו¹². דוגמא אחרת עולה ממחקרים, שהשוו בין רפואה מונעת נפרדת לבין שירותים משולבים, שהצביעו על כך, שבשירותי

¹¹ שוורץ ש., אנדוולט ר., בלאו א., 2003.

¹² שיעורי העישון לא השתנו ב-25 השנים האחרונות, למרות המלצות לתכניות מניעה. לעישון בהריון יש השלכות על בריאות האישה ועל התפתחות העובר. תינוקות לנשים מעשנות נולדים במשקל פחות ב-250 גרם בממוצע לעומת תינוקות לנשים לא-מעשנות. לממצא זה יש השפעה על בריאות התינוק, בריאות האם, משך האשפוז לאחר הלידה ועל עלות הטיפול.

רפואה משולבים האימהות קיבלו פחות הדרכה לגבי מתן ברזל בינקות, הדרכה להשכבה על הגב, ועוד¹³.

- **הצרכים הקורטיביים ידחקו את הרפואה המונעת.** קיים חשש שההיבט המניעתי, שאין בו דחיפות של רגע, יידחק לקרן זווית. הרפואה הקורטיבית של התינוק היא לרוב דחופה ביותר ואינה סובלת דיחוי, בשל אופי המחלה והדאגה של האם. לדוגמא, בארצות-הברית, רופא הילדים מספק גם רפואה מונעת. הזמן המוקדש לרפואה מונעת מתוך ביקור הוא מזערי, 60-90 שניות בלבד¹⁴.
- **פגיעה בהיבט הקהילתי והגדלת עלויות כתוצאה מפיצול היישוב/האזור בין קופות-החולים.** במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ארבע קופות-החולים מספקות שירותים קורטיביים. הקמת תחנות לרפואה מונעת באותה שכונה או אותו יישוב על-ידי ארבעתן תפגע בהיבט הקהילתי של אזור גיאוגרפי מוגדר, בגלל חלוקת האחריות. כמו כן עלויות אספקת השירותים בארבע קופות תהיה גבוהה לעומת שירות אחד.
- **פגיעה בשירותים למקומות קטנים.** אי-פתיחת שירותים מניעתיים על-ידי ארבע הקופות במקומות קטנים פגעה בנגישות ובזמינות של השירות המניעתי ואילצה נשים הרות, אימהות ותינוקות לנסוע ליישובים סמוכים גדולים על מנת לקבל שירותים.
- **פגיעה באחידות השירותים המניעתיים.** קופות-החולים יספקו את כלל השירותים ויהיו אחראיות לחלוקת המשאבים בין שירותים קורטיביים ומניעתיים עבור האוכלוסייה והפרטים המבוטחים בה. קיים חשש שעקב אילוצים כלכליים, וגם בעקבות תחרות שנוצרה בין הקופות על מבוטחים פוטנציאליים, יתפתח היצע שונה, אשר יתבטא בחלוקת משאבים שונה למניעה ולקידום הבריאות, ויפגע באספקת שירותים מניעתיים ובאחידות התכנים של המניעה בתחומים שאינם מוגדרים במידה מספקת.

סקירת היתרונות והחסרונות של השירות המשולב איננה מובילה להכרעה חד-משמעית לגבי המדיניות העדיפה. בשירותי בריאות כללית מסכמים את הבעיות של השילוב בכך: "קיימים קשיים רבים ליישום רפואה מונעת במסגרת הרפואה הראשונית: המלצות סותרות, העדר

¹³ Palti H, Gofin R, Knishkowsky B, Haustein D, Adler B., 1989

¹⁴ Hoekelman, RA., 1992

שכנוע בנחיצות הבדיקות, העדר ידע מספיק, העדר עידוד של קופות- החולים (זמן, תמורה), חוסר זמן ופרקטיקות עמוסות – כל אלה משפיעים על הרופא הראשוני לעסוק במחלות חריפות על חשבון הרפואה המונעת¹⁵.

באשר לרמה הממשלתית נאמר, כי חוסר יכולת של הממשלה לענות על כל הצרכים הבריאותיים של האוכלוסייה בגלל העלות המזנקת של אספקת השירותים הרפואיים, יכול להביא לכך, שדווקא הרפואה המונעת תיפגע, מאחר שהשפעות המניעה על מצב הבריאות של אוכלוסייה מתבטאים לרוב רק לאחר שנים. כך לגבי הישגי החיסון נגד דלקת כבד נגיפית, מניעת עישון ועוד. הפוליטיקאים, שתפקודם מוגבל בזמן, ייתנו קדימות בתקציב לבעיות שפתרוןן מיידי ונראה לעין.

נוכח הרגישות הרבה של הנושא והצורך הרחב יותר לקדם את הבריאות בישראל בחרה "ועדת אמוראי, הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה", בדרך אשר יש בה כדי לשמור על העצמאות התקציבית והניהולית של המערכת לקידום בריאות האם והילד. הוועדה המליצה, כי "א) במשך השנה מיום פרסום המלצותיה (2002) יבחן משרד הבריאות את הצורך בהקמת גוף עצמאי לקידום בריאות האם, הילד והמתבגר. גוף זה, במידה שיוחלט על הקמתו, יעסוק בכל היבטי בריאות הציבור לאוכלוסייה זו בנושאי חינוך לבריאות, קידום בריאות, רפואה מונעת ושמירת הבריאות, לרבות בריאות השן, וגיבוש אורח חיים בריא בסביבה בריאה לקראת החיים הבוגרים של הילד המתבגר, ו(ב) הגוף הנ"ל יפעיל שירותים בעצמו, יפעל באמצעות קופות-החולים, באמצעות הרשויות המקומיות, באמצעות ספקי שירותים, כגון בתי-חולים ורופאים עצמאיים או בשילובן של אפשרויות אלה מתוך שיקולי טובת בריאות הציבור, נגישות השירות ויעילות כלכלית"¹⁶.

גישה זו מפרידה בין האחריות הניהולית לצריכת השירותים ולרכישתם, לבין הספקת השירותים. הרשות המומלצת יכולה לרכוש שירותים בכל צורה שהיא תמצא לנכון, בהתאם לשיקולי יעילות וטובת הציבור. היינו, המלצות ועדת אמוראי אינן שוללות ואינן מחיבות אינטגרציה באספקת השירותים, אלא מבטיחות שהספקים, יהיו אשר יהיו, יקבלו עבור פעילות זו תקציב נפרד ויהיו אחראים על הדיווח בהתאם. המלצות ועדת אמוראי אינן עוסקות בסוגיה של שילוב

¹⁵ מצוטט מתוך הנחיות קליניות של איגוד רופאי המשפחה, ראה: טבנקין, ת., 1996.

¹⁶ מתוך דו"ח ועדת אמוראי: משרד הבריאות, 2002.

- השירותים, אלא מתייחסות לצד המנהלי-תקציבי בלבד. מן הראוי לאמץ את המלצות ועדת אמוראי, וכן מוצע לאמץ בנוסף את ההמלצות להלן:
1. בכל תכנון ארגוני של רפואה מונעת, אם במערכת המשולבת של רפואה מונעת וקורטיבית או בנפרד, יש להקדיש יותר משאבים ושירותים לאוכלוסיות בסיכון, ולשאוף להפחתת הפערים בבריאות, תוך הפעלת תכניות לקידום הבריאות ברמת הפרט והקהילה, בתיאום עם מערכות נוספות, כמו חינוך ורווחה.
 2. מומלץ לבדוק את היעילות והמועילות של הפעילות השגרתית הנהוגה ברפואה מונעת לנשים הרות ולתינוקות לאור הידע העדכני ולקבוע סטנדרטים חדשים, וללוות את העשייה עם הערכה.
 3. ההדגשים של רפואה מונעת לנשים הרות וילדים במאה ה-21 צריכים להיות בקידום בריאות ובשיפור איכות החיים ואין להגבילם למניעת תחלואה ותמותה.
 4. מומלץ לבטל את האגרה, שמגבילה קבלת השירות המונע.

להלן פירוט מבנה העבודה:

בסעיף הבא, סעיף 2, אנו עוסקים בארגון ובתקצוב השירותים – מוצגת תמונת מצב של מערך השירותים הקיים. לאחר-מכן אנו מציגים ממדים של הערכת השירותים בסעיף 3: ראשית, הערכתם מתוך המדדים המקובלים של "כיסוי" האוכלוסייה; אחר-כך הישגים המתבטאים במצב הבריאות של האוכלוסייה – סקירת מחקרים שנערכו; ולבסוף השוואה בינלאומית של ארגון השירותים. סעיף 4 כולל הקדמה קצרה על תולדות שירותי אם וילד בישראל, ועל רקע זה מוצגת סקירה של ההצעות שהועלו בוועדות שונות, לשינוי וארגון מערך המניעה בישראל. הסעיף האחרון של העבודה מתווה תכנון לעתיד תוך פירוט ההמלצות המרכזיות (סעיף 5).

2. ארגון ותקצוב שירותי הרפואה המונעת בישראל

בדומה למספר ארצות אירופאיות, שמרה ישראל על הפרדה בין השירות הרפואי המניעתי והקורטיבי והיא מספקת שירותי מניעה לנשים הרות ותינוקות, בעיקר בתחנות לבריאות המשפחה – "טיפות חלב". בשנת 2000 היו בישראל 1,207 תחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"), שהעניקו שירות אוניברסלי (לכל האוכלוסייה), כולל ילדי עובדים זרים.

פריסה של התחנות. התחנות הוקמו בכל היישובים, כולל יישובים קטנים, במגמה לאפשר נגישות טובה ולעודד שימוש בשירותי הרפואה המונעת. עם זאת, הפיזור של התחנות ביישובים אינו שווה וישנם אזורים בהם מספר התחנות קטן יותר. גם המרפאות של קופות-החולים אינן נמצאות במידה שווה בכל אזורי הארץ, אי לכך הנגישות והאינטנסיביות של השירותים נפגעת. בדרך-כלל מדובר דווקא באזורים בהם מתגוררות אוכלוסיות חלשות יותר מבחינה חברתית-כלכלית.

ספקים עיקריים: כחמישים אחוז מהתחנות הן של משרד הבריאות, 36 אחוז שייכות לשירותי בריאות כללית, כ-9 אחוזים נוספים של קופות-החולים האחרות, מכבי, מאוחדת ולאומית, וכ-5 אחוזים מהתחנות שייכות לשתי העיריות הגדולות, עיריית ירושלים ועיריית תל-אביב¹⁷ (ראה לוח 1). חלק מהשירותים המניעתיים הניתנים על-ידי קופות-החולים משולבים במרפאות של רפואת המשפחה בקהילה ובחלקם הם ניתנים במרכזים לבריאות האישה – עבור נשים בגיל הפוריות.

למרות העובדה ש-45 אחוז מהתחנות שייכות לקופות-החולים, הרי שפחות מ-20 אחוז מהתינוקות מקבלים שירותים מן הקופות, כ-68 אחוז מקבלים שירות ממשרד הבריאות ו-12 אחוז מטופלים בתחנות של העיריות ירושלים ותל-אביב¹⁸.

בישראל, למרות קיומו של ביטוח בריאות ממלכתי (מתוקף חוק) עדיין נגבית אגרה על מנת לקבל טיפול מונע, אמנם יש אפשרות להימנע מגבייה במקרים שהאישה/האם מבקשת פטור מתשלום, אך ההחלטה נתונה בידי האחיות של התחנה. ראוי לציין, כי ישראל הנה המדינה היחידה הגובה השתתפות מן האוכלוסייה ברפואה מונעת לנשים הרות ולילדים.

¹⁷ מידע ממשרד הבריאות.

¹⁸ מבוסס על מידע משנת 2000, אין מעודכן בגלל שינויים מתמידים.

לוח 1. תחנות לבריאות המשפחה – "טיפות חלב", לפי ספקים, 2000

אחוזים	מספרים מוחלטים	
100	1,207	סך-הכל
50	600	משרד הבריאות
5	60	עיריות
		קופות-חולים
36	443	כללית
5	60	לאומית
3	33	מכבי
1	11	מאוחדת

א. שירותים שונים לאוכלוסיות היעד השונות

השירותים לנשים מוענקים במסגרות שונות ולא רק בתחנות לבריאות המשפחה:

1. תחנות לבריאות המשפחה של משרד הבריאות והעיריות, בהן המעקב מבוצע על-ידי אחיות, עם ביקורים תקופתיים של רופא. בתחנות לא מבצעים בדיקות דם, אולטרה סאונד וכו' והנשים מופנות לקופות-החולים.

2. מרפאות לרפואת המשפחה של קופות-החולים, המאוישות על-ידי צוות רופא-אחות, המטפל בכל בעיות הבריאות של האוכלוסייה, כולל רפואה מונעת.

3. מרפאות גינקולוגיות, אוו מרכזים לבריאות האישה, בהן ניתן טיפול בעיקר על-ידי רופא נשים. בעשור האחרון קופות-החולים הקימו מרכזים לבריאות האישה, במיוחד בערים הגדולות. בשירות זה הדמות המרכזית הוא רופא הנשים, הוא מבצע את המעקב ולאחות מיועד תפקיד משני. מרפאות אלה פתוחות שעות ארוכות לנוחות המטופלות ובדרך-כלל ניתן לבצע בהן את מרבית הבדיקות. מרפאות אלה אינן כוללות שירותי מניעה לילדים אלא לנשים בלבד.

4. רופאים עצמאיים של הקופות, העובדים לרוב לבד, ללא אחות במרפאה.

השירותים לתינוקות ולפעוטות עד גיל בית-הספר ניתנים בעיקר בתחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב") של משרד הבריאות, העיריות וקופות-החולים. אחוז קטן מקבל את שירותי המעקב אצל רופא פרטי.

רוב המעקב הבריאותי נעשה על-ידי אחות בריאות הציבור, מלווה בבדיקות תקופתיות על-ידי רופא. בתחנות של קופות-החולים הצוות הוא לרוב אותו צוות המטפל בילד כשהוא חולה. בקופות-החולים הרפואה מונעת משולבת בעבודת המרפאה הטיפולית, תוך הקצאת מועדים מיוחדים לרפואה מונעת.

השירותים לתלמידים בני 6-14 שנים ניתנים במרפאה בבית-הספר ומסופקים על-ידי משרד הבריאות.

הטיפול המונע לתלמידי החטיבה העליונה (בני 15-17) לא נכלל במסגרת השירותים של משרד הבריאות, ומנהלי בתי-הספר אחראים לארגון, תקצוב ומתן שירות זה.

ג. כוח אדם בשירותי המניעה

השירותים מוענקים, כאמור, על-ידי רופאים ואחיות, כאשר רוב העבודה השוטפת נעשה על-ידי אחיות, שרובן קיבלו הכשרה בבריאות הציבור. ההקצאה של משרת אחות נקבעה לכל 75 תינוקות נולדים בשנה + 350 פעוטות + 50 נשים הרות. בפועל העומס גדול יותר ואחות מקבלת 95 תינוקות ו-450 פעוטות + 50 נשים הרות, אך מספר זה משתנה מתחנה לתחנה. רופא ילדים במשרה מלאה אחראי על מעקב אחר 1,250 תינוקות + 3,750 פעוטות – סך-הכל מעקב אחר כ-5,000 נפשות.

מצבת כוח האדם הכוללת לשנת 2005 לשירותי המניעה אינה מדווחת. הרישום נערך בנפרד על-ידי כל קופה ועל-ידי משרד הבריאות, ואין אפשרות לקבל תמונת מצב כללית על הצוות העכשווי של הרפואה המונעת בגלל השינויים המתמידים לאור הקיצוצים בתקציב.

לגבי הצוות בבתי-הספר: התקן הוא אחות ל-1,800 תלמיד, אך בפועל קיים תקן של אחות ל-2,500 תלמיד ורופא ל-6,000 תלמיד. צוות הבריאות עובד בשיתוף פעולה עם המורים, הפסיכולוגים והיועצים. ב-1998 היו 2,000 משרות של אחיות בבית-הספר וב-2005 ישנן רק 400 משרות. באותה תקופה פחת גם מספר המשרות של הרופאים המועסקים במעקב בריאותי של תלמידים מ-46 ל-21¹⁹. צמצומים אלה בהיקף כוח האדם אינם מאפשרים הפעלת רפואה מונעת מתוקנת ותקנית עבור ילדים ונוער לומד, וזאת למרות העלייה במספר המוחלט של התלמידים ומגמת עלייה בהתנהגויות הסיכוניות בקבוצות אלו²⁰.

¹⁹ המידע מהמחלקה לבריאות האם, הילד והמתבגר במשרד הבריאות.

²⁰ הראל י, קני ד, רהב ג, 2002.

ג. מהות השירות הניתן לאוכלוסיות היעד

הטיפול בתינוק כולל חיסונים, ייעוץ תזונתי, בדיקה וייעוץ בנושא התפתחות פיזית, מוטורית וקוגניטיבית, איתור בעיות ראייה ושמיעה, הדרכה וחינוך להורים בתחומים הקשורים להתפתחות, גדילה ותזונה, מניעת תאונות ונושאי משפחה וחברה. קיימת התייחסות לקבוצות בסיכון בקרב התינוקות בכל קבוצות גיל, לפי נהלים כתובים, והתייחסות מיוחדת לפגים, לתינוקות שנולדו למשפחה עם מחלות גנטיות, ועוד.

הטיפול באישה ההרה כולל מעקב אחר משקל, לחץ דם, בדיקות שתן וחוסר דם, גדילה של העובר, בדיקה למומים מולדים, ייעוץ בנושאי תזונה, מניעת עישון, הדרכה להרגלי חיים בריאים, הכנה ללידה ולהנקה והקניית מיומנויות לאימהות.

הטיפול בבת-הספר כולל: בדיקות ראייה, בדיקות שמיעה, מעקב אחר גובה ומשקל, חיסונים וחינוך לבריאות. ב-1994 הומלץ שתינתן שעה שבועית בנושא חינוך לבריאות²¹, אולם מחסור ראשוני והפחתה מתמדת בכוח האדם לא אפשרו ביצוע התכנית. כמו כן הייתה התנגדות של מנהלי בתי-הספר לוותר על שעת הוראה (ראה נהלים בנספח לעבודה).

ד. תקצוב שירותי המניעה

בשנות השמונים, כאשר חלה עלייה ניכרת בעלות השירותים הרפואיים ונוצר לחץ מתמיד לפיתוחם וליישום טכנולוגיות חדשות, הסתמנה ירידה של כ-3-4 אחוזים בתקצוב של שירותי בריאות הציבור. צמצום זה עיכב את פיתוחם של שירותי המניעה. בשנות התשעים, עת הגיעו גלי העלייה הגדולים מברית-המועצות לשעבר ומאתיופיה, הסתמנה עלייה בהקצאה לבריאות הציבור, בשיעור ממוצע של 8.3 אחוזים²². השירותים נערכו לקליטת העולים החדשים ונוספו תחנות חדשות (ראה גם איור 5, בהמשך העבודה, בסעיף 4).

בשנים 1998-2005 גדל תקציב משרד הבריאות ב-24.4 אחוז, מ-17 ל-22.5 מיליארד ש"ח. באותה תקופה גם עלה תקציב בריאות הציבור של המשרד, אך רק ב-14.6 אחוז. תקציב בריאות הציבור מהווה בין 2.6 ל-2.95 אחוזים מתקציב משרד הבריאות. לא הייתה עלייה בתקצוב היחסי

²¹ שירום א., 1994.

²² קופ, י. וינבלט ג, בלנקט י., 1994.

של בריאות הציבור מתוך תקציב משרד הבריאות, אלא חלה ירידה, בשיעור של 13 אחוז באותן שנים (ראה לוח 2).²³

לוח 2. תקציב משרד הבריאות ובריאות הציבור, 1998-2005

אחוז בריאות הציבור מתקציב המשרד (%)	מזה: בריאות הציבור	סך-כל תקציב משרד הבריאות	שנה
2.95	503	17,054	1998
2.84	511	18,028	1999
2.82	544	19,280	2000
2.83	547	19,355	2001
2.70	544	20,116	2002
2.81	582	20,685	2003
2.78	577	20,579	2004
2.60	590	22,547	2005

מקור: הנתונים נמסרו באדיבות פרופ' י. אמיתי, משרד הבריאות.

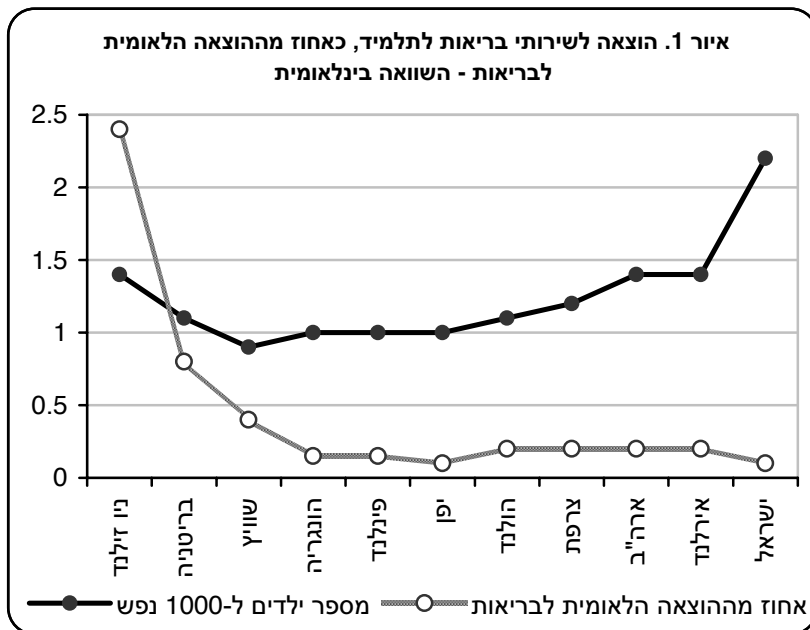
נתונים תקציביים נפרדים לגבי המחלקה של "האם, הילד והמתבגר" לא מתפרסמים, כך שרק בעקיפין ניתן ללמוד על המגמות, מתוך התקציב הכולל של בריאות הציבור. בשנים 1998-2005 הייתה עלייה במספר היילודים מדי שנה, מ-127.4 אלף תינוקות ב-1998 ל-143.8 אלף ב-2003 – עלייה בשיעור של 16.4 אחוז. אין חישובי קפיטציה לגבי רפואה מונעת, ולא מופעל טייס אוטומטי. גם לא הופעל תיקון לתקציב לפי מספר הנשים ההרות ומספר התינוקות שנולדו בשנים האחרונות. באופן כללי, ההוצאה הלאומית לבריאות אינה משיגה את הגידול הדמוגרפי של האוכלוסייה.²⁴ לצמצום היחסי בתקצוב הייתה השפעה על מצבת כוח האדם ועל אפשרויות הפיתוח. תחנות לבריאות המשפחה נסגרו, ובמיוחד נפגעו שירותי הבריאות לתלמיד. צמצום צוות הבריאות בבתי-הספר הביא להפחתה ואף לביטול של תכניות לחינוך לבריאות ולהקניית אורח חיים בריא, דווקא בגילים הקריטיים של ההתבגרות ובקרב הנוער, שהראה

²³ באדיבות פרופ' י. אמיתי.

²⁴ קופ י. (עורך), 2005.

שכיחות גבוהה של התנהגויות סיכוניות. כבר לפני עשור, התריע פרופ' אריה שירום על מיעוט וחוסר אחידות בחינוך לבריאות בבתי-ספר²⁵, למרות מדיניות בריאות מוצהרת של ועדת החקירה הממלכתית ('ועדת נתניהו'), שהדגישה את חשיבות קידום הבריאות²⁶.

ההוצאה לשירותי בריאות לתלמיד בישראל, כאחוז מן ההוצאה הלאומית לבריאות, נמוכה מהאחוז בארצות ה-OECD וזאת כאשר הריבוי הטבעי גבוה יותר ושיעור הילדים באוכלוסייה גבוה יותר, לעומת הארצות, פינלנד, צרפת, אירלנד, אנגליה והולנד (איור 1).



מקור: השוואה בינלאומית - OECD. לגבי ישראל: ראה לוח 2.

²⁵ שירום א., 1994.

²⁶ דו"ח ועדת החקירה הממלכתית, 1990.

3. ממדים של הערכה: מצב הבריאות, מחקרים והשוואה בינלאומית

א. מצב הבריאות: נשים בגיל הפוריות וילדים

מדי שנה מתפרסמים נתונים, המהווים, במידת מה, מדדים להערכת התפקוד של שירותי הרפואה המונעת – בהם נתונים על תמותת אימהות, תמותת תינוקות וילדים, היקף ההפלות, וכיסוי חיסוני של אוכלוסיית התינוקות. להלן סקירה קצרה על מצב הבריאות של אוכלוסיית היעד של שירותי הבריאות המונעים:

תוחלת החיים בלידה של נשים בישראל היא מהגבוהות בעולם, והיא מגיעה ל- 81.8 שנה²⁷.

שיעור הפרייה הכולל של נשים בישראל היה בשנות הששים 3.83. בשנים אלה היו הבדלים גדולים בין הנשים לפי דת: 3.36 אצל יהודיות; 9.22 אצל מוסלמיות, 4.26 בקרב הנוצרים, ו-7.30 בקרב הדרוזים. השיעורים לשנת 2003 ירדו בקרב כל הקבוצות באוכלוסייה: השיעור הכולל לכדי 2.96, ולפי דת, בהתאמה, 2.73, 4.50, 2.31, 2.85²⁸. הפער בין יהודים ומוסלמים עדיין גדול מאוד אך הפער לעומת הנוצרים והדרוזים צומצם מאוד על פני השנים. השיעור בישראל גבוה בהשוואה למדינות מערביות (השיעור בגרמניה 1.3, באוסטריה 1.4, ובאירלנד 1.9)²⁹.

ריבוי לידה. תאומים ושלישיות מהווים 4.2 אחוזים מכלל התינוקות שנולדו חיים³⁰. השיעור הגבוה, שהנו הגבוה בעולם, נובע מהתערבויות הורמונליות וטיפולים חדשים בפרייה בישראל. עם העלייה בלידות תאומים ושלישיות עלה גם אחוז התינוקות הפגים ומשקל הלידה הנמוך ונמוך מאד. כך גבר הצורך בהרחבת שירותי טיפול נמרץ לפגים ובהרחבת המעקב ההתפתחותי בשנים הראשונות לחיים.

עישון בקרב נשים. 25 אחוז מהנשים מכל הגילים הודיעו שהן מעשנות בסקר שנערך ב-1998³¹. במאמר משנת 2005 דווח על שיעורי עישון של 12.8 אחוז בקרב נשים הרות לפני ההריון אוו במשך ההריון (17.2 אחוז בקרב יהודיות ו-3 אחוזים אצל ערביות). 8 אחוזים מן הנשים

²⁷ חקלאי, צ, 2005.

²⁸ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2004.

²⁹ המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1999.

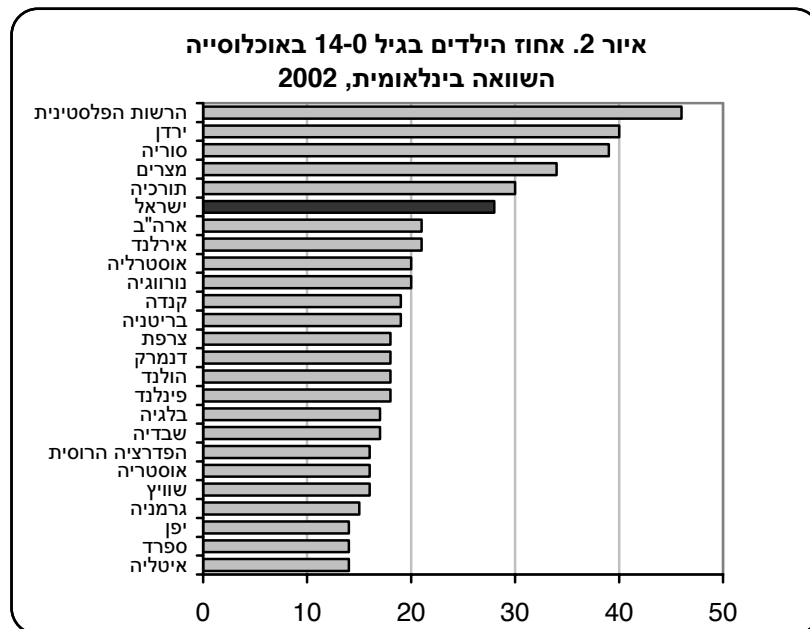
³⁰ חקלאי, צ, 2005.

³¹ המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1999.

היהודיות ו-1.8 אחוז מהערביות המשיכו לעשן כל ההריון³². זו ירידה לעומת סקרים שנערכו בשנות השמונים של המאה הקודמת.

תמותת אימהות. בשנות הששים שיעורי תמותת האימהות היו 52 לכל 100,000³³ ובשנת 2003 מדובר בצמצום משמעותי של התמותה, לכדי 5 לכל 100,000 – כלומר, עשירית מן השיעור של שנות השישים. אין הבדל בשיעור תמותת אימהות יהודיות ולא-יהודיות³⁴ והשיעור בישראל דומה לשיעור במדינות אירופאיות³⁵.

שיעור ילדים באוכלוסייה: אחוז הילדים בני 0-14 באוכלוסייה הוא 28 אחוז אך ישנם יישובים כמו רהט, כסיפה, מודיעין, ביתר עילית, בהם שיעור הילדים עולה על 55 אחוז. השיעור הממוצע גבוה בהרבה מזה של מדינות מפותחות, כמו בריטניה – 19 אחוז, בלגיה ושוודיה – 17 אחוז, וגרמניה – 15 אחוז בלבד³⁶ (ראה איור 2, המבוסס על נתוני UN, 2004).



³² Fisher N, Amitai Y, Harrigman M, et al., 2005

³³ Grushka Th., 1968

³⁴ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), 2004.

³⁵ Bellamy C., 2004.

³⁶ המועצה הלאומית לשלום הילד, 2004.

תמותת תינוקות. בשנת 2003 תמותת תינוקות בישראל הייתה 4.9 לכל אלף לידות חי (ראה לוח 3). ישנם הבדלים לפי קבוצות באוכלוסייה: בקרב היהודים – 3.6 לאלף, בקרב המוסלמים 8.6 לאלף, בקרב הנוצרים 2.7 לאלף, ובקרב הדרוזים 7.1 לכל אלף לידות חי. בשתי הקבוצות האחרונות הדיווח מדויק פחות בגלל מיעוט הלידות.³⁷

מקום המדינה חלה ירידה משמעותית בתמותת תינוקות בכל הקבוצות. ישנם עדיין פערים לפי מדדים חברתיים-כלכליים, ונשאר פער בין האוכלוסייה היהודית והמוסלמית. סיבות המוות העיקריות בקרב המוסלמים הינם מומים מולדים, פגות ומוות בעריסה. באוכלוסייה היהודית הסיבה העיקרית הנה פגות³⁸ (איור 3). בהשוואה בינלאומית, תמותת התינוקות הכוללת בישראל נמוכה לעומת ארצות-הברית, היא זהה לשיעור באירלנד ובבריטניה והיא עדיין גבוהה בהשוואה לארצות הסקנדינביות.³⁹

לוח 3. תמותת תינוקות בישראל, לפי דת (שיעור לאלף לידות חי)

סך-הכל	יהודים	מוסלמים	נוצרים	דרוזים	
23.5	18.7	40.1	29.6	33.9	1970-1974
18.9	15.0	32.6	20.9	32.1	1975-1979
14.4	11.8	23.0	18.0	22.7	1980-1984
10.9	8.8	17.4	12.1	16.0	1985-1989
8.8	6.8	13.8	9.5	13.6	1990-1994
6.1	4.8	9.5	5.5	8.7	1996-1999
5.5	4.0	9.4	3.6	6.3	2000
5.1	4.1	8.2	2.2	4.7	2001
5.4	4.0	9.2	2.3	7.0	2002
4.9	3.6	8.6	2.7	7.1	2003

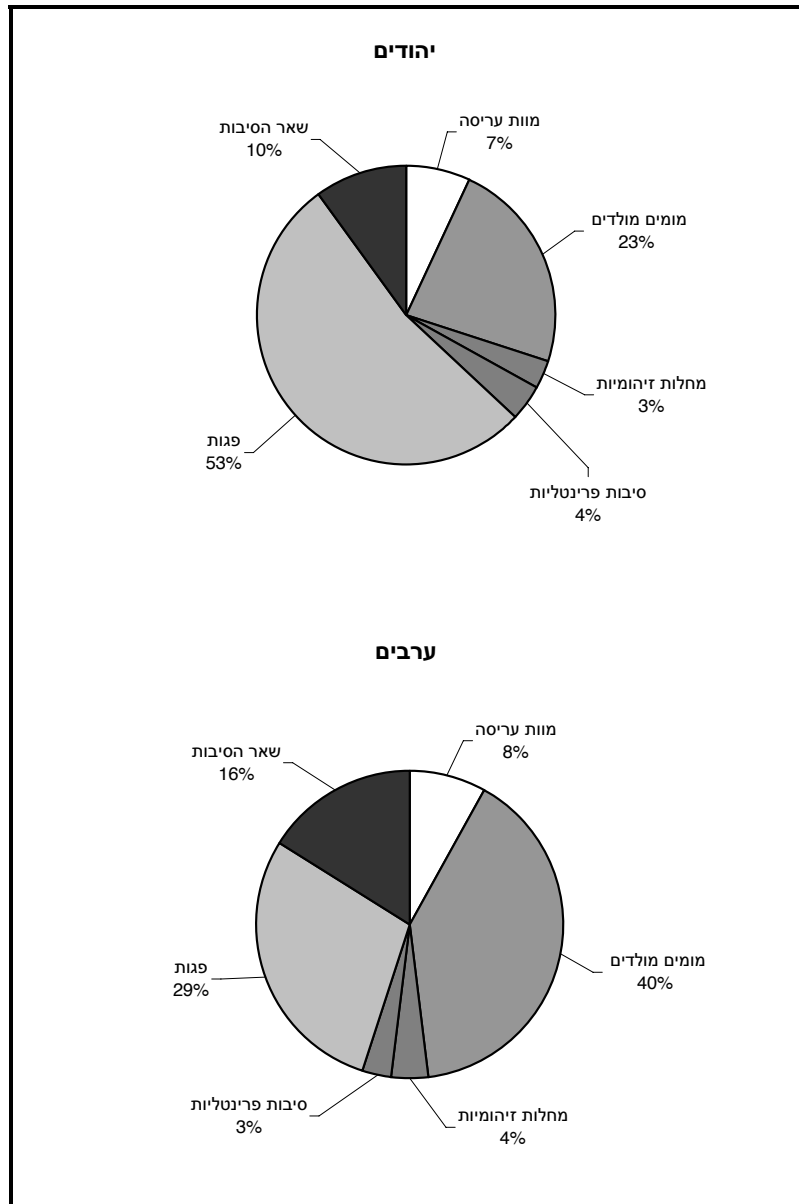
מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

³⁷ הלמ"ס, שנים שונות.

³⁸ המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2002.

³⁹ המועצה הלאומית לשלום הילד, 2004.

איור 3. תמותת תינוקות בישראל בגיל 0-1 שנים, 2000, לפי סיבת המוות, יהודים וערבים (אחוזים) (מקור: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2002).



חיסונים. תכנית החיסונים הונהגה בישראל כבר ב-1948 ועודכנה בהתאם להתפתחות המידע וזמינות החיסונים החדשים. שיעור החיסונים היה גבוה כבר בשנים הראשונות של המדינה, הודות למעקב המסור של צוות האחיות בתחנות "טיפת חלב" וזמינות החיסונים ללא תשלום. גם כיום ישראל היא בין המדינות, שבהן הכיסוי החיסוני גבוה ביותר – 97 אחוז מהילדים, בגיל שנה, מחוסנים נגד דיפטריה, טטנוס ושעלת, 98 אחוז מחוסנים נגד דלקת כבד נגיפית, 93 אחוז נגד שיתוק ילדים ו-95 אחוז נגד שעלת (לוח 4)⁴⁰. הכיסוי החיסוני הגבוה תרם להיעלמות מחלות הניתנות למניעה. לאחרונה נוסף חיסון נגד צהבת מסוג A לכל התינוקות. ישראל הנה הארץ הראשונה המספקת חיסון זה לכל אוכלוסיית התינוקות.

לוח 4. תינוקות מחוסנים בגיל שנה, אחוז מבני גילם במדינות נבחרות

TD	משולשת HEPB	משולשת DPT 3	שיתוק ילדים Polio 3	חצבת Measles	מדינה
-	-	98	98	99	דנמרק
0	-	95	81	98	יפן
-	95	95	95	95	ירדן
-	98	97	93	95	ישראל
					הרשות
96	92	97	97	94	הפלסטינית
-	88	94	90	91	ארה"ב
83	27	98	98	85	צרפת
-	-	83	82	78	אוסטריה

מקור Bellamy C., 2004, The State of the Worlds Children – 2004, UNICEF המועצה לשלום הילד (2004), שנתון סטטיסטי.

תאונות. סיבת המוות העיקרית בקרב ילדים בקבוצת הגיל 0-18 שנים היא תאונות. אחד מתוך עשרה ילדים מגיע לחדר מיון בעקבות תאונה בבית, מחוץ לבית או תאונת דרכים. 24,000 ילדים אושפזו בשנת 2001 בגלל פגיעות חיצוניות⁴¹. בתחנות לבריאות המשפחה ובבתי-ספר הונהגו

⁴⁰ המועצה הלאומית לשלום הילד, 2004.

⁴¹ Gofin R, Israeli I, Palti H., 1991 וגם המועצה הלאומית לשלום הילד, 2004.

תכניות חינוך לבריאות למניעת תאונות אך היקף ההתערבות מוגבל עקב חוסר משאבים.

הרגלים והתנהגות בריאותית. בקבוצת הגיל של בני 15 שנים, כ-25 אחוז מבצעים פעילות פיזית לפחות חמישה ימים בשבוע. כ-17 אחוז מהבנים ו-12 אחוז מהבנות מעשנים לפחות פעם בשבוע, כ-10 אחוזים שמנים ועוד 3 אחוזים שמנים מאד. 33 אחוז מהבנות ו-13 אחוז מהבנים עושים דיאטה להפחתת המשקל. 15 אחוז מהבנות ו-12 אחוז מהבנים חושבים שבריאותם בינונית או לא טובה⁴².

תכניות חינוך לבריאות בבת-הספר אמנם מתייחסות לבעיות עישון, סמים, ואלכוהול, אך לא במידה מספקת. מיעוט אמצעים וחוסר בכוח אדם מקצועי מצמצמים את החשיפה, הדרושה לכל התלמידים, למכלול של נושאי בריאות והתנהגות בריאותית (ראה גם צוות בריאות בבת-הספר).

תחולת העוני בקרב ילדים. שיעור העוני של ילדים בישראל עלה לכדי 33 אחוז בשנים 2004 ו-2005, כלומר שמדובר כבר ב-750,000 ילדים בישראל, החיים מתחת לקו העוני⁴³. שיעור העוני של ילדים גבוה כבר מאז שנות התשעים, כאשר יותר מרבע הילדים בישראל חיו אז מתחת לקו העוני. תחולת העוני בקרב ילדים עלתה בין 1995 ל-2003 מ-23.2 ל-29.4 אחוז⁴⁴. מאז כאמור, השיעור המשיך ועלה. תחולת העוני בישראל היא הגבוהה בין ארצות המערב, גם לאחר תשלומי העברה, כאשר הטווח נע בין 3.9 אחוזים בנורווגיה, לבין 22.4 אחוז בארצות-הברית⁴⁵.

מדידת העוני הנה בעייתית, מכיוון שלא מדובר בעוני מוחלט של חסר בצרכים הבסיסיים – מזון, כסות, דיור, אלא בעוני יחסי. בעוני יחסי הכוונה לחסרים בהשוואה לבני גילם שאינם משתייכים לקבוצה זו. משמעות העוני, שלילדים אלה מחסור יחסי בתחומים רבים בתקופת הילדות, כמו בתחום הבריאות, החינוך ובהזדמנויות מעטות לניצול שעות הפנאי. קיימות השלכות מידיות על בריאות וחינוך, והשלכות ארוכות טווח על הכשרה מקצועית, על המצב כלכלי, ההסתגלות חברתית, והבריאות בגיל המבוגר, כאשר היא כוללת בריאות פיזית, נפשית, וחברתית, ואיכות חיים.

⁴² הראל י, קני ד, רהב ג, 2002.

⁴³ קופ, י, (עורך), 2005.

⁴⁴ המועצה הלאומית לשלום הילד, 2004.

⁴⁵ המועצה הלאומית לשלום הילד, 2004.

להלן שלוש דוגמאות (בתחום תמותת תינוקות, חוסר תזונתי ומצב נפשי) לפערים בבריאות בין אוכלוסייה ענייה אוו בעלת השכלה נמוכה לבין אוכלוסייה מבוססת יותר:

1. בישראל קיימים פערים גדולים בתמותת תינוקות לפי יישובים, מגזרים ולפי השכלת הורים. הפערים בולטים בין האוכלוסייה היהודית והערבית, אך נמצאים פערים גם בתוך האוכלוסייה היהודית, כאשר ביישובים העניים התמותה גבוהה יותר. ברהט, לדוגמא, תמותת התינוקות ב-1996-2000 הייתה 11.7 לאלף לידות חי, בירושלים 6.5 לאלף, באשדוד 4.2 לאלף וברמת-גן 2.7 לאלף לידות חי.

2. רמת ברזל תקינה בשנת החיים הראשונה הנה בעלת חשיבות להתפתחותו התקינה של הפעוט במישור הפיזי והקוגניטיבי כאחד. חוסר ברזל נובע מחסר תזונתי, שניתן למנוע אותו בתזונה נכונה ובמתן מזונות מעושרים בברזל. סקרים בתקופות שונות הראו, כי באוכלוסייה הערבית הכפרית אחוז התינוקות עם חוסר ברזל הוא גבוה בהשוואה לאוכלוסייה היהודית⁴⁶. כמו כן קיימים פערים באחוז הילדים הסובלים מחסר זה בין ילדים ממעמד מבוסס לבין ילדים עניים יותר⁴⁷.

3. סקר שנערך בקרב נוער לומד, הראה שתלמידים להורים בעלי השכלה של שמונה שנות לימוד או פחות, דיווחו על מספר בעיות גדול יותר בתחום הפיזי, הנפשי והחברתי לעומת תלמידים שהוריהם בעלי השכלה גבוהה יותר⁴⁸.

ניתן להקטין במידת מה את היקף בעיות הבריאות הללו על-ידי רפואה מונעת, המקנה הרגלי חיים תקינים, תזונה נכונה, מדריכה, תומכת וזמינה בתקופות החיים השונות, ובעיקר בהריון, בינקות ובגיל בית-הספר. מערכת רפואה מונעת אינטנסיבית יותר היא חיונית לאוכלוסיות בסיכון כמו האוכלוסייה הענייה. הפערים הכלכליים הגדלים בחברה הישראלית ובמקביל לכל, העלייה בתחולת העוני, מהווים סיכון לבריאות הפיזית, הקוגניטיבית, הנפשית והחברתית של ילדי ישראל ומהווים גורם סיכון לבריאותם כמבוגרים ומסכנים את הבריאות והחוסן החברתי של כל העם.

⁴⁶ Nitzan-Kalusky D., et al., 2001

⁴⁷ Palti H., 2000

⁴⁸ הראל י, קני ד, רהב ג... 2002.

דווקא בתקופה, בה חלק כה גדול של האוכלוסייה חי מתחת לקו העוני, ואחוז האבטלה גבוה, יש לתגבר את הרפואה המונעת ולמנוע את סיכוני הבריאות הנובעים מהמצב הכלכלי-חברתי.

ב. מחקרי הערכה לבחינת תפקוד המערכת וסוגיית שילוב השירותים

מחקרי הערכה ישירים של שירותי המניעה מעטים ביותר ורובם מבוססים על אוכלוסיות נבחרות, כמו בירושלים⁴⁹, בבית שמש⁵⁰, במחוז תל-אביב⁵¹, ובאשקלון⁵². זאת הסיבה שוועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה של מערכת הבריאות (ועדת נתניהו), שהמליצה על שינוי ארגוני של רפואה מונעת, המליצה גם "לבצע מחקר הערכה על תהליך השילוב, לשם הפקת לקחים והערכה מחדש של מדיניות שילוב השירותים"⁵³.

בשנים 2000-2002 נערך מחקר במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות⁵⁴. המחקר בדק את השימוש בשירותים של נשים הרות והתינוק שלהן בין הלידה לגיל שנה וחצי, את ההדרכה שקיבלו במעקב הבריאותי, את ההיענות שלהן לבדיקות השגרה ואת שביעות רצונן מן השירות המונע בו ביקרו באופן קבוע. המחקר תוכנן כמחקר ארצי, תוך דגימת היולדות ממרשם התושבים, ועריכת ראיון עמן תוך שלושה חודשים מן הלידה לגבי ההריון, ולאחר שנה וחצי על השימוש בשירות המונע עם התינוק. המדגם כלל נשים יהודיות וערביות, שילדו במרץ 2000, והתגוררו ביישובים גדולים.

הממצאים העיקריים מצביעים על מיעוט השימוש ב"טיפות חלב" בעת ההריון בקרב היהודיות – 20 אחוז בלבד, לעומת שימוש גבוה בהרבה בקרב הערביות – 52 אחוז. 73 אחוז מן היהודיות ו-42 אחוז מן הערביות ציינו את מרפאות קופת-חולים כשירות עיקרי למעקב בעת ההריון ורק אחוז קטן בחר ברופא פרטי כשירות עיקרי למעקב (לוח 5). 40 אחוז מן הנשים היהודיות לא היו במעקב אצל אחות, כמו שמקובל

⁴⁹ Neumark Y, Palti H, Donchin M, Ellenzweig A., 1992 ; וגם

Ellenzweig A, Palti H, Neumark Y, Donchin M., 1993

⁵⁰ Palti H, Tanne F, Tulchinsky T. 1981

⁵¹ פלטי ח, בר-עם נ, פלמון מ, מנדל מ., 1999.

⁵² שרף ש, פלד ר, ארבל י., 2002.

⁵³ דו"ח ועדת החקירה הממלכתית, 1990.

⁵⁴ פלטי ח, גופין ר, אדלר ב., 2004; וגם

Gofin R, Adler B, Palti H. 2004

ב"טיפת חלב", היות שהשירות של רופא עצמאי של קופת-חולים, של הרופא הפרטי ושל המרכז לבריאות האישה מעניק מעקב על-ידי גינקולוג ואין אחות, או אין ביקורים מתוכננים לאחות. הנשים דיווחו על חשיפה נמוכה להדרכה במרפאות קופת-חולים ובמרכזים לבריאות האישה. ההדרכה הייתה פחותה מזו שניתנה בתחנות לבריאות המשפחה. אחוז ניכר מהנשים ביקרו אצל שלושה רופאים ויותר. מספר בדיקות האולטרה-סאונד הגבוה ביותר היה אצל נשים שביקרו אצל רופא פרטי. כל הנשים, ערביות ויהודיות, עברו בדיקות אולטרה סאונד. הנשים הערביות עברו פחות בדיקות לאיתור מומים וההיענות שלהן לביצוע בדיקת מי שפיר לאיתור מומים מולדים הייתה אפסית (כתוצאה מכך נולדים תינוקות עם מומים, ביניהן מומים קשים עם תמותה גבוהה וזו סיבת המוות הראשונה לתמותת תינוקות בקרב האוכלוסייה הערבית (ראה לעיל – באיור 3).

לוח 5. נשים הרות, לפי השירות העיקרי בו ביקרו בתקופת ההריון אוכלוסיית המדגם במחקר

ערביות	יהודיות	שירות עיקרי
220	688	סך-הכל (מספרים מוחלטים)
100	100	סך-הכל (אחוזים)
30	35	מרפאת קופת-חולים + סיכון גבוה
11	25	רופא עצמאי
52	20	"טיפת חלב"
1	14	מרכז בריאות האישה
6	7	רופא פרטי

מקור: Palti H, Gofin R, Adler B., 2004

התופעה של עזיבת התחנות לבריאות המשפחה, כשירות עיקרי למעקב הריון, הסתמנה כבר בשנות השמונים בירושלים⁵⁵. העזיבה הייתה לטובת המרפאות של קופות-החולים. כבר אז, כמחצית מן הנשים השתמשו בשירותי "טיפת חלב" של העירייה ורק 28 אחוז השתמשו בשירות זה באופן בלעדי. שאר הנשים פנו למעקב גם לקופות-חולים, ולמעקב על-ידי גינקולוגים ורופאים פרטיים. בעבר, בשנות החמישים והששים, 95 אחוז

⁵⁵ Ellenzweig A, Palti H, Neumark Y., Donchin M., 1993

מן הנשים ההרות היו תחת מעקב של "טיפות חלב"⁵⁶. יש לציין, שמאז המעקב אחר ההריון עבר מדיקליזציה ניכרת. מספר בדיקות הסינון לאבחון בעיות בריאות של האישה ושל התינוק רבו מאד ובדיקות אלו אינן מבוצעות ב"טיפת חלב".

התמונה שונה לגבי הרפואה המונעת והמעקב אחרי התינוק בשנתיים הראשונות לחייו. בשנה וחצי הראשונות לחיי התינוק, 96 אחוז מהאימהות היהודיות וכל האימהות הערביות ביקרו עם התינוק ב"טיפות חלב" השונות (של משרד הבריאות או העיריות, או של קופות-החולים). המעקב ב"טיפות חלב" עם התינוק הוא הכרח המציאות מאחר שאין שירות אחר המספק את החיסונים. יחד עם זאת, האימהות מבקרות עם התינוק בזמן מחלה בשירותים הקורטיביים השונים (קופות-חולים, חדרי מיון, מד"א, רופאים פרטיים ועוד).

מספר הביקורים הממוצע בשנה וחצי הראשונות אצל כל הרופאים, כולל רופאי ילדים, רופא משפחה ומומחים אחרים היה 15.8 (ס.ט. 10.4), ובנוסף היו 10.3 ביקורים נוספים, בממוצע, אצל אחות "טיפת חלב" (ס.ט. 6.5). מספר הביקורים הגבוה ביותר בין "טיפות החלב" נמצא בתחנות של משרד הבריאות. כבר בשנות השמונים הסתמן ריבוי הביקורים אצל רופאים (רופאי משפחה, רופאי ילדים, ומומחים אחרים) בתקופת הינקות, בסקר שנערך על שירותים רפואיים בירושלים⁵⁷. גם באנגליה מספר הביקורים הממוצע הגיע ל-24 בתקופה של שנה וחצי.

אחוז התינוקות שעברו בדיקת שמיעה, שהופנו לאורטופד, לבדיקת נקע מפרק הירך, ושקיבלו הדרכה בנושאים שונים היה קטן בהרבה בין התינוקות הערביים. לא היו הבדלים משמעותיים בביצוע הנהלים לפי ספקי השירות (משרד הבריאות, עיריות וקופות-החולים). אמנם בתחנות של משרד הבריאות ניתנה יותר הדרכה, ועמותות, שטיפלו בתינוקות במזרח ירושלים, ורופאים פרטיים לא נהגו לפי הנוהל המומלץ על-ידי משרד הבריאות ולא ביצעו בדיקות כמומלץ (ראה איור 4).

במחקר שנערך במחוז אשקלון בתקופה מקבילה נמצא, כי אחוז התינוקות המחוסנים היה גבוה יותר בין אלו שביקרו בתחנות "טיפת חלב" של משרד הבריאות לעומת אלה שפנו לשירותי בריאות כללית (אז: קופת-חולים כללית). אחד המחסומים לביקורים בשירותי המניעה היה חיוב האימהות לתשלום האגרה, היות שבקופות-החולים מקפידים יותר

⁵⁶ Taustein J, Halevi MS, Mundel G., 1960

⁵⁷ Neumark Y, Palti H, Donchin M, Ellenzweig A., 1992

על גביית האגרה לעומת בתחנות משרד הבריאות. יש להניח, שזו הסיבה להיענות נמוכה יותר למעקב בריאותי ולחיסונים. לאחר גמר החיסונים בגיל שנה ושמונה חודשים, הקהל ממעט להגיע למעקב בריאותי, מאחר שהוא נחשב למיותר. בראיון עם אחיות "טיפות חלב", 60 אחוז מהן סברו, שהמסגרת שהשירות ניתן בה היום והתכנים המועברים לאימהות, אינה תואמת את הצרכים שעליה לספק⁵⁸. כבר בשנות השמונים הסתמן, שהמעקב אחר התינוק עד גמר החיסונים כולל כמעט 100 אחוז באוכלוסייה, בעוד שאחרי גיל שנתיים רק 50 אחוז ממשיכים להופיע למעקב⁵⁹. ייתכן שהתכנים הכלולים במעקב, כמו הדרכה לתזונה ומעקב גדילה, אינם מספיקים כדי למשוך אימהות לביקור ב"טיפת חלב". ממחקר בקרב רופאים ואחיות של קופת-חולים מכבי עולה, כי האימהות השיבו על שאלון של ידע תזונתי נכון יותר מאשר רופאי הילדים, רופאי נשים ואחיות, שאמורים היו לתת ייעוץ תזונתי לאם ולילד⁶⁰. הידע הלקוי בנושא התזונה, מחזק את העמדה של האחיות מן המחקר שנערך באשקלון, כי השירות המונע אינו עונה יותר על היעדים והצרכים.

ג. השוואה בינלאומית

בארצות המערב קיימים מודלים שונים לאספקת שירותים רפואיים. באנגליה, בצרפת ובקנדה קיימת מערכת ביטוח בריאות לאומית, בעוד שבארצות-הברית קיימות כמה מערכות, ממשלתית, מקומית ופרטית. מכך נובע גם השוני במבנה מערכת הרפואה המונעת. במחקר שנערך על-ידי מומחים אמריקאיים לבריאות הציבור נבדקו מבנה וארגון שירותי הבריאות ב-10 ארצות⁶¹.

באנגליה, בה קיים ביטוח בריאות ממלכתי, הרפואה המונעת מנוהלת על-ידי מערכת ממשלתית ומופקדת בידי מועצות מקומיות ותאגידים, המחויבים בדיווח ומתוגמלים בהתאם לפעילות, המוערכת על פי הסטנדרטים של הטיפול המונע. השירותים הרפואיים לפרט ניתנים במרפאות השכונתיות על-ידי רופא המשפחה. המניעה מופקדת בידי צוות הכולל רופא, אחיות בריאות הציבור (Health visitor) ועובדים

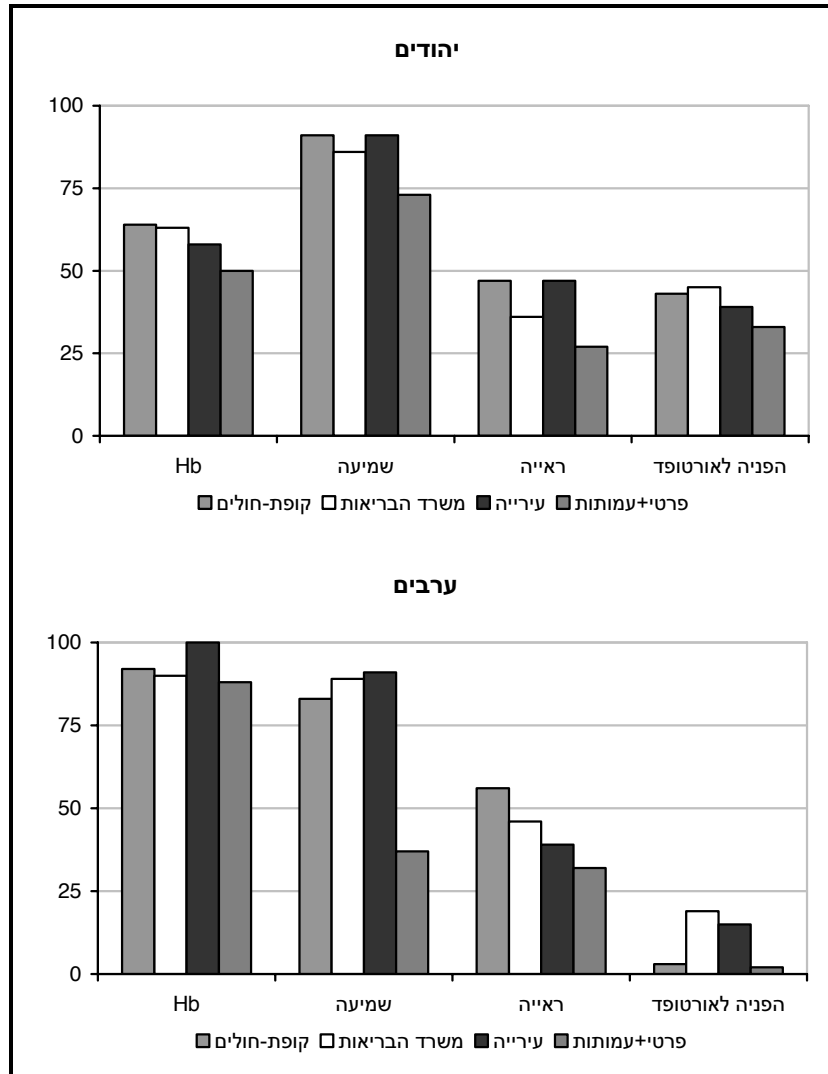
⁵⁸ שרף ש, פלד ר, ארבל י, 2002

⁵⁹ בנדל י. פלטי ח, אור נוי א, ווינטר ש, 1990.

⁶⁰ שורף ש, אנדוולט ר, בלאו א, 2003.

⁶¹ Williams BC, Miller CA. 1989

איור 4. ביצוע בדיקות סינון במסגרת המעקב ב"טיפת חלב", לפי ספקים, יהודים וערבים – 2000 (אחוזים)



מקור: פלטי, גופין, אדלר, 2004ב.

סוציאליים⁶². שירותי המניעה ניתנים על-ידי אחות בריאות הציבור באותה מרפאה בה ניתן הטיפול הקורטיבי על-ידי רופא המשפחה, אוו רופא הילדים אוו רופא נשים. ישנה רשומה אחת לכל ההיבטים של הטיפול. אמנם אספקת השירותים הרפואיים נעשית באותה מסגרת, אך קיימת הפרדה של האחריות המקצועית. ההערכה של ביצוע הרפואה המונעת היא באמצעות דיווח שוטף למשרד הבריאות האזורי. התקצוב מותנה בדרגת אספקת השירותים שנקבעו בנוהל.

בספרד השירות המניעתי כלול בשירותי הרפואה הראשונית⁶³. אותו רופא מספק רפואה מונעת וקורטיבית ומרכיב המניעה שולי בטיפול. **בארצות-הברית** העשירה, בה ההוצאה הלאומית לבריאות היא הגבוהה בעולם, רמת הבריאות של אוכלוסיית התינוקות והילדים לא משתווה לרמה של מדינות מפותחות אחרות, וזאת בשל מדיניות שאינה נותנת קדימות לבריאות הציבור ולפיתוח שירותי מניעה מספקים⁶⁴. בעלי ביטוחים פרטיים מטופלים על-ידי רופא פרטי (רופא ילדים ונשים) באמצעות הביטוח או תמורת תשלום ישיר, והם מקבלים טיפול מונע וטיפול בזמן מחלה על-ידי אותו רופא במרפאתו. אולם, לכ-60 מיליון אמריקאים אין ביטוח רפואי. האוכלוסייה הענייה של נשים הרות וילדים, חסרי ביטוח רפואי, שידם אינה משגת לקבל טיפול במערכת הפרטית, מטופלים במערכת שירותי הרפואה המונעת, המסופקת חינם על-ידי הממשל במרפאות המיועדות לכך. מאחר שמספר רב של ספקים מטפל בהיבט של רפואה מונעת, אין ריכוז יעיל של מידע והדיווח על חיסונים לקה בחסר. לפני עשור, אחוז החיסונים, מהמדדים של תפקוד הרפואה המונעת, לא הגיע לרמה של המדינות המפותחות. בשנים האחרונות חל שיפור משמעותי, ו-90 אחוז מבני שנה בשנת 1999 היו מחוסנים⁶⁵. במרפאות אלו מספר הביקורים מצומצם יותר ולכן ההדרכה והתמיכה לוקים בחסר. תמותת תינוקות בארצות-הברית גבוהה יחסית, 7 לכל אלף לידות חי וקיימים פערים גדולים בין המגזרים השונים.

בצרפת, מהחלוצות לייסוד שירותי רפואה מונעת לילדים ולאימהות, פותחה תכנית להגנה על אימהות וילדים: MATERNAL AND CHILD

⁶² Birt CH., 1996

⁶³ Williams BC, Miller CA., 1989

⁶⁴ ;McManus M, et al., 2000 ;Afifi AA, Breslow L, Brown ER., 1996

Blackwell D., 2002

⁶⁵ המועצה הלאומית לשלום הילד, 2000.

HEALTH PROTECTION PROGRAM ומסופקים שירותים לכל האוכלוסייה מתחילת ההריון עד גיל שש שנים⁶⁶. תמותת התינוקות נמוכה – 5 לכל אלף לידות חי ואחוז התינוקות המחוסנים הוא מהגבוהים בעולם – 97 אחוז.

בנורווגיה המרפאות, המספקות שירותי מניעה לתינוק ולילד, מנוהלות על-ידי אחיות מוסמכות עם הכשרה נוספת, והרופא ממלא תפקיד של מפקח ומספק שירותים קורטיביים במרפאה נפרדת.

באיטליה רופאי הילדים בקהילה מספקים רפואה ראשונית, הכוללת רפואה טיפולית ומעקב בריאותי, לגילאי 0-14 שנים. 95 אחוז מהרופאים עובדים לבד ללא צוות של אחיות, והחיסונים ניתנים בשירות אחר של ביטוח הבריאות הממלכתי.

אוסטרליה היא בין המדינות המובילות בשינוי העקרונות לאספקת שירותים רפואיים. הדגש ביעדים הוא על אספקת שירותים רפואיים כוללניים במערכת, הפועלת תוך תיאום בין שירותי מניעה, שירותי טיפול רפואי, שירותים חברתיים וחינוכיים. השירותים ממוקמים בקהילה ומבוססים על היחידה של המשפחה. המיקוד בתכניות החדשות של רפואה מונעת באוסטרליה הוא לא רק על פיקוח ובדיקות סינון, שהיו עיקר התוכן של רפואה מונעת, אלא בהתייחסות לגורמים הקובעים את הבריאות, כמו גורמים חברתיים, רגשיים ופיזיים. מושם דגש על התייחסות דו-דורית, הכוללת קידום הכישורים של ההורים להתמודדות והורות טובה יותר. עקרונות אלה מבטיחים התפתחות הילד למבוגר בריא יותר⁶⁷.

אפשר לסכם, כי במדינות בהם קיים איחוד של השירות הקורטיבי והמניעתי, קיים ביטוח בריאות ממלכתי והמערכת המספקת את שירותי הבריאות הקורטיביים והמניעתיים הנה מערכת אחת. בישראל לעומת זאת, אמנם קיים ביטוח בריאות ממלכתי, אך אספקת השירותים נעשית על-ידי ארבע קופות-חולים ואספקת השירות המניעתי על-ידי שירותי בריאות ממשלתיים וארבע קופות-חולים – הסדר זה מעיד על פיצול רב.

⁶⁶ Duprat DPh., 1996

⁶⁷ Melbourne Center for Community Child Health, Royal Children Hospital, Australia, 2003

4. בחינת שינויים בארגון מערך המניעה

א. הקדמה: תולדות שירותי אם וילד בישראל

בסוף המאה ה-19 בצרפת ובתחילת המאה ה-20 בארצות-הברית ובאנגליה החלה התארגנות למתן שירותי בריאות מניעתיים, שראשיתם בשירותים של ארגונים התנדבותיים, שסיפקו ייעוץ לאימהות אחרי הלידה וחלב לתינוקות. מכאן גם נגזר השם: "טיפת חלב" = "Gout de Lait". ייסוד של מערכת של רפואה מונעת ומעקב בריאותי על-ידי אחיות, הניתן באופן בלתי תלוי במערכת הרפואית הטיפולית, עומד עד היום בבסיס ההפרדה הארגונית המתקיימת בשירותים אלה בארצות שונות וגם בישראל.

בארץ נוסדו שירותי הבריאות המניעתיים הראשונים על-ידי הנרייטה סאלד, נשיאת הדסה העולמית, ואחיות מארצות-הברית, שהקימו את התחנה הראשונה של "טיפת חלב" בעיר העתיקה בירושלים בשנת 1916, באמצע מלחמת העולם הראשונה. השירותים בתחנה נועדו לשפר את מצב בריאותם של התינוקות וילדים, שסבלו אז מתת-תזונה קשה וממחלות זיהומיות, והתמותה בקרבם הייתה גבוהה. בתחנה עסקו בהזרחה להגיגינה אישית וחילקו חלב לילדים נצרכים ערבים ויהודים כאחד.⁶⁸ לאחר מכן נפתחו תחנות נוספות במקומות נוספים בארץ-ישראל על-ידי ארגון נשים ציוניות – הדסה, ובשנות השלושים נוסדו גם תחנות ראשונות של עיריית תל-אביב ושל קופת-חולים כללית. צוות האחיות עסק בפקוח על גדילה והתפתחות ובקידום בריאות האישה ההרה, התינוק והילד.

עם קום המדינה העבירה "הדסה" את רוב התחנות שהיו בניהולה למשרד הבריאות (עד לתחילת המאה ה-21 היא שמרה על מספר תחנות במערב ירושלים – קריית יובל – בהן הופעלו תכניות התערבות מבוקרות עם הערכה צמודה, על מנת ללמוד על הדרך הטובה ביותר לקדם את ההתפתחות של הילדים ולשפר את בריאותן של נשים בגיל הפוריות).⁶⁹

שירותי בריאות הציבור של משרד הבריאות המשיכו בהרחבת רשת התחנות וסיפקו שירותי מניעה לכל האימהות והילדים ללא אפליה של דת וגזע. בשנת 1966 היו בישראל 450 תחנות "טיפת חלב" של משרד הבריאות, 175 של קופת-חולים הכללית, 18 של עיריית תל-אביב, 10 של

⁶⁸ Grushka TH., 1968 ; Wasserman M., 1993

⁶⁹ Palti H, Chudahpon T, Pevsner B., 1983 ; Palti H, Zilber N, Kark SL., 1982
Gofin J, Gofin R, Abramson JH, Ban R., 1986

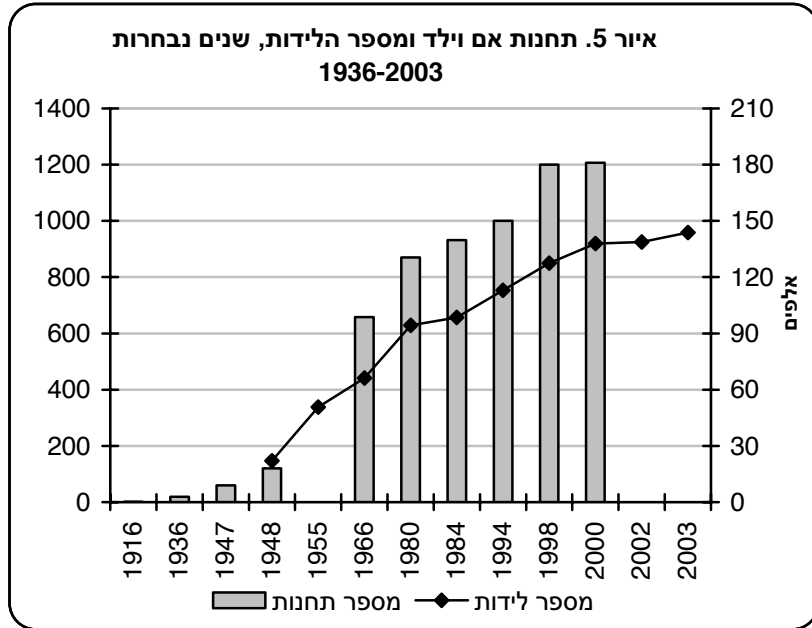
עיריית ירושלים, ו-3 של הדסה⁷⁰. התחנות היו פרוטות במערך ארצי ונגישות לכל (איור 5).

מאז קום המדינה מילא משרד הבריאות תפקיד כפול במערכת הבריאות המונעת. הוא פועל כמיניסטריון, שיש לו תפקיד בסיסי בפיתוח שירותי מניעה, בקביעת היעדים, בהקצאת המשאבים, בהחלטה על קדימויות, בהקמת תשתיות ובאיסוף מידע אפידמיולוגי. בנוסף לכך הוא מילא תפקיד של ספק שירותי מניעה לאוכלוסיית הנשים ההרות, התינוקות וילדי בית-ספר, כפי שתיארנו. במציאות זו נוצרו שתי מערכות נפרדות של השירותים: מערך "טיפות החלב" של משרד הבריאות, המספק שירותים מניעתיים בלבד, והמערך של קופות-החולים, המספק שירותים טיפוליים לכל האוכלוסייה ושירותי מניעה לחלק מהנשים ההרות והתינוקות. ביישובים קטנים, בקיבוצים ובמושבים, השירותים משולבים ומסופקים על-ידי ספק אחד – שירותי בריאות כללית. ב-1984 פיתחה קופת-חולים הכללית במחוז הנגב דגם של שירות, בו שולבה רפואת הילדים הראשונית, הטיפולית והמונעת עם רפואה שלישונית (רפואת בית-חולים) ועם כלל השירותים הטיפוליים והמניעתיים. דגם זה פועל גם היום⁷¹. בשנות השמונים פיתחה גם קופת-חולים מכבי שירותי מניעה ובשנות התשעים, עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם קופות-החולים הלאומית והמאוחדת שילבו רפואה מונעת בחלק ממרפאותיהן.

בעקבות גלי העלייה הגדולים של שנות החמישים והשישים משרד הבריאות הגדיל את מספרן של "טיפות החלב" בארץ, כדי לענות על הצרכים המיוחדים של העולים החדשים, שהגיעו מתרבויות ומאורח חיים שונה. גם בשנות התשעים חלה התרחבות בעקבות גל העלייה הגדול מברה"מ לשעבר ומאתיופיה.

⁷⁰ Grushka TH., 1968.

⁷¹ דורון, ח., ושוורץ, ש., 2004.



מקור: משרד הבריאות והלמ"ס, שנתונים סטטיסטיים, שנים שונות.

איור 5 ממפה, בשנים נבחרות בתקופה 1936-2000, את מספר התחנות ובמקביל לכך את מספר הלידות. יש לציין, שלאורך כל השנים נשמר בקירוב אותו יחס בין מספר הלידות ומספר התחנות, אך החלוקה הגיאוגרפית של התחנות איננה תואמת את צפיפות האוכלוסייה. כמו כן קיימים הבדלים ביחס המספרי בין הצוות ומספר המטופלים בתחנות השונות. דווקא בתחנות הממוקמות בקרב אוכלוסיות נחשלות יותר, הצוות קטן יותר ביחס לגודל האוכלוסייה.

המודעות של ספקי השירות לצרכים המיוחדים של העולים החדשים ושל קבוצות בסיכון הביאה להכנת תכניות מיוחדות לקידום בריאות של אוכלוסיות מגוונות, בהן העולים מבריה"מ לשעבר, העולים מאתיופיה וגם אוכלוסיות מקומיות, כמו הבדואים.

אחרי מלחמת ששת הימים (1967) ישראל פיתחה שירותי מניעה בגדה המערבית ובעזה. הוכשרו צוותי בריאות ונפתחו 147 מרכזים לאם וילד וחדרי בריאות בכפרים קטנים. הופעלו תכניות בריאות כוללניות מן

ההריון עד גיל שלוש, שכללו את היעדים והעקרונות של הרפואה המונעת של "טיפות חלב" בישראל. תכניות אלו תרמו מאד לשיפור הבריאות של הנשים, לתוצאות של ההריון והלידה, לירידה בתחלואה ובתמותה של תינוקות וילדים ממחלות הניתנות למניעה, כמו שיתוק ילדים, חצבת, תת-תזונה. שירות זה הועבר לרשות הפלסטינית ב-1995⁷²

ב. סקירה של הצעות שהועלו בוועדות שונות, לשינוי ארגון מערך המניעה

המנכ"ל הראשון של משרד הבריאות (1948-1951), ד"ר יוסף מאיר, התריע כבר בזמנו על הפרדה של רפואה מונעת מטיפולית וניסח את התכנים של בריאות הציבור: "רפואה ציבורית חייבת לכלול את כל שלבי הבריאות, המניעה, הקידום, הטיפול והשיקום"⁷³. לאחר מכן פעלו ועדות ציבוריות שונות, אשר העלו הצעות לשיפור ההיערכות של מערך המניעה. להלן נתייחס בקצרה למסקנותיהן והמלצותיהן.

ועדת מן. הוועדה הוקמה בשנת 1969 על-ידי ההסתדרות הרפואית, לטפל בארגון שירותי הרפואה בארץ⁷⁴. הוועדה דנה באזוריות של הטיפול הרפואי, בקשר בין הרפואה הראשונית, השניונית והשלישונית, וגם התייחסה לפיצול הקיים בין רפואה טיפולית ומונעת. הוועדה ציינה, כי הפיצול הנו אחת מחולשותיה של המערכת הרפואית והמליצה על שילוב הרפואה המונעת עם הטיפולית.

הכנס ב-ALMA ATA. הגדרתו של ד"ר מאיר והמלצת ועדת מן קדמו להצהרה של ארגון הבריאות העולמי, שדן ברפואה ראשונית בכנס ב-ALMA ATA⁷⁵. בכנס זה הומלץ, ש"הרפואה הראשונית (המרפאות בקהילה) תטפל בבעיות העיקריות של הבריאות ותספק שירותי קידום בריאות, מניעה, טיפול ושיקום". הודגש, שיש לשלב את השירות לאם ולילד ותכנון משפחה עם שירותי רפואה ראשונית.

ועדת נגן. בשנת 1985 הוקם מטעם האגף לתכנון, תקצוב וכלכלה רפואית במשרד הבריאות "הצוות המשותף של משרד הבריאות וקופת-חולים כללית לשילוב שירותים רפואיים"⁷⁶. הוועדה המליצה על שילוב

⁷² Ministry of Health Israel, 1993

⁷³ דורון, ח., שורץ, ש., 2004.

⁷⁴ זוהר, ע., 1992.

⁷⁵ WHO, UNICEF, 1978

⁷⁶ משרד הבריאות, 1985.

השירותים המניעתיים והטיפוליים. כצעד ראשון, ההמלצה התייחסה למקומות קטנים, עד 5000 תושבים. פעולת השילוב בוצעה באזורים כפריים. 81 תחנות "טיפת חלב" של משרד הבריאות שולבו עם מרפאות קופת-חולים כללית. לא נעשתה הערכה של שילוב חלוצי זה.

כשלב נוסף בתכנון הארצי הוכן ניסוי של שילוב דומה באזור עירוני – בירושלים ובסביבותיה. מחאה חריפה הובעה על-ידי האוכלוסייה הירושלמית, כאשר הוצע, בהנהלת עיריית ירושלים לשלב את השירות המונע עם שירותי קופת-חולים בעיר. חברי כנסת ואנשי אקדמיה אף הם הביעו התנגדות לשינויים בארגון השירות המונע. הובע חשש, כי שירותי המניעה ייפגעו במצב של מצוקה תקציבית מתמדת, באם הם יוצעו תחת הנהלה משותפת עם רפואה טיפולית. הניסוי לא בוצע.

ועדת נתניהו. בסוף שנות השמונים הוקמה "הוועדה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל – ועדת נתניהו"⁷⁷. הוועדה דנה גם בשירותי בריאות הציבור ופרסמה את מסקנותיה בשנת 1990. בכך ראשון, בדעת הרוב נכתב: "ההחלטה של משרד הבריאות לשלב את שירותי הרפואה המונעת האישיים עם השירותים הטיפוליים במסגרת קופות-החולים נתקבלה בהנחה, שהשילוב נועד לחסוך משאבים בלי לפגוע ברמה הקיימת של השירותים". ההמלצות של הוועדה כללו: "לכלול במסגרת שירותי הבריאות הציבוריים, שכל קופה חייבת לספק מכוח חוק הביטוח, את שירותי הרפואה המונעת האישיים המקובלים כיום, וזאת במגמה להביא לרצף טיפולי ולהעמקת הטיפול המונע האישי הודות לשילוב הרפואה המונעת והקורטיבית". בנוסף, הוועדה המליצה לסגור כ-460 תחנות לבריאות המשפחה של משרד הבריאות ו-60 תחנות של עיריות ורשויות מקומיות, המטפלות לפי הערכה ב-75 אחוז מאוכלוסיית היעד של שירותי המניעה בישראל. ההמלצה הייתה אמורה להתבצע בצורה הדרגתית ומתוכננת, תוך העברת הצוותים הרפואיים והסיעודיים מהתחנות לקופות-החולים. הוועדה גם המליצה להפריד בשגרת היום-יום את מתן שירותי הרפואה המונעת האישית והקורטיבית, לפחות בשנים הראשונות לאחר השילוב, כדי למנוע מהשירותים הקורטיביים "לבלוע" את שירותי הרפואה המונעת מחמת מגבלות התקציב; היא המליצה לנסח מערכת תקנים ארצית מחייבת לשירותי רפואה מונעת אישית, בטרם ניגשים לשילוב השירותים; וכן, לערוך מחקר הערכה שילווה את השילוב ויאפשר

⁷⁷ דו"ח הוועדה, 1990.

הפקת לקחים, והערכה מחדש של מדיניות שילוב השירותים. ההדגשה על מעבר הדרגתי ושילוב ההערכה של הארגון המשולב נבעה מחוסר בנתונים מספיקים על היעילות והמועילות של דגמים שונים של שירותי המניעה שפעלו באותה עת.

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994. החוק נועד להחיל שירותי בריאות על כלל האוכלוסייה. יש לציין, לענייננו, כי בשנות התשעים המוקדמות היו בישראל כ-90,000 ילדים מרבדים העניים של האוכלוסייה ללא ביטוח רפואי. החוק נכנס לתוקפו ב-1.1.1995, הוא הסתמך על המלצות "ועדת נתניהו" וקבע, כי "ילדים מתחת לגיל 18, הרשומים בקופת-החולים של אחד ההורים (שם, סעיף 4א) יהיו מעתה זכאים לשירותי בריאות"⁷⁸.

החוק אימץ את המלצת "ועדת נתניהו" לשילוב השירותים הקורטיביים עם המניעתיים וקבע שהשירותים יסופקו על-ידי משרד הבריאות עד להשלמת המעבר⁷⁹. החוק פירט גם את התכנים של שירותי הרפואה המונעת האישיים. החוק קבע, כי "שירותי הרפואה המונעת האישיים, המוגדרים בסל הבריאות, יינתנו בהשתתפות המטופל, באמצעות אגרת תחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"), אגרת בריאות התלמיד, ואגרת בריאות השן"⁸⁰. אגרות אלה הן בנוסף לתשלום ביטוח הבריאות. ילדים ונשים הרות, שידם אינה משגת לשלם את האגרה, לא יזכו לטיפול מונע.

החוק נכנס לתוקפו ב-1995 אך השילוב לא בוצע. במרץ 1996, בעקבות לחץ ציבורי שכלל חברי כנסת, נציגי השירותים המניעתיים, נציגי האקדמיה וקהל המטופלים, החוק שונה (תיקון מס' 4) והסטטוס קוו נשמר⁸¹. מאז 1996 שב ועולה הרעיון להעביר את שירותי הרפואה המונעת לקופות-החולים. מדי שנה, וגם בשנת 2003, משרד האוצר תכנן

⁷⁸ "תושב שלא היה רשום בקופת-חולים כלשהי עד להפעלת החוק, משרד הבריאות יקבע עבורו את הקופה בה יהיה רשום..." ו"ביטוח בריאות ממלכתי יפתור את בעיית הביטוח הרפואי עבור כל הילדים, שעד להפעלתו לא היו מבוטחים, ועל כן היו קבוצת סיכון". שם.

⁷⁹ "עד להשלמתם של העברה לקופת-חולים של שירותי הבריאות לפרט, שניתנו על-ידי המדינה ערב תחילתו של חוק זה... ייתן משרד הבריאות את אותם השירותים כולם בעצמו ובין באמצעות נותני שירותים".

⁸⁰ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, תוספת שלישית סעיף 6.

⁸¹ "על אף הוראות סעיף קטן א' שירותי רפואה מונעת המנויים בתוספת השלישית... יינתנו על-ידי משרד הבריאות, בין בעצמו ובין באמצעות נותני שירותים או רשויות מקומיות" (24).

לכלול בחוק ההסדרים את העברת הרפואה המונעת לקופות-החולים, במגמה להביא לחיסכון בתקציב הבריאות. עד כה לא בוצעה ההעברה. **"ועדת אמוראי"**. בשנת-2002 מונתה ועדה נוספת – ועדת אמוראי – לבחינת הרפואה הציבורית בישראל⁸². היא קבעה במסקנותיה, כי "העברת האחריות לשירותי רפואה מונעת ממקומם הנוכחי, יש בה כדי לסכן שירות חיוני זה, שתרומתו לבריאות בישראל אינה מוטלת בספק". ועדת אמוראי הייתה הוועדה הראשונה שהמליצה על המשך תפקוד נפרד של רפואה מונעת וטיפולית. יחד עם זאת היא המליצה על ארגון חדשני, אשר יתמודד עם הבעיות הניהוליות והתקציביות כאחד.

"א) במשך השנה מיום פרסום המלצות הוועדה יבחן משרד הבריאות את הצורך בהקמת גוף עצמאי לקידום בריאות האם, הילד והמתבגר. גוף זה, במידה שיוחלט על הקמתו, יעסוק בכל היבטי בריאות הציבור לאוכלוסייה זו, בנושא חינוך לבריאות, קידום הבריאות, רפואה מונעת ושמירת הבריאות, לרבות בריאות השן, וגיבוש אורח חיים בריא בסביבה בריאה לקראת החיים הבוגרים של הילד והמתבגר,

ו-ב) הגוף הנ"ל יפעיל שירותים בעצמו, יפעל באמצעות קופות-החולים, באמצעות הרשויות המקומיות, באמצעות ספקי שירותים, כגון בתי-חולים ורופאים עצמאיים, או בשילובן של אפשרויות אלה מתוך שיקולי טובת בריאות הציבור, ונגישות השירות ויעילות כלכלית".

גישה זו מפרידה בין האחריות הניהולית לצריכת השירותים ולרכישתם לבין הספקת השירותים. המלצות ועדת אמוראי אינן מחייבות ואינן שוללות אינטגרציה באספקת השירותים, אך הן חותרות להבטיח שהספקים, יהיו אשר יהיו, יעמדו במתן סטנדרט מינימום למתן שירותי רפואה לקידום בריאות האם, הילד והמתבגר, יקבלו עבור פעילות זו תקציב נפרד ויהיו אחראים על דיווח בהתאם. כמו כן, הוועדה קבעה, כי "פעילות גוף זה ימומנו מההקצאה הציבורית לבריאות"⁸³.

תלמידי מוסמך במחלקה לבריאות הציבור בחנו מחדש ב-2001 שלוש חלופות של ארגון מחדש של שירותי המניעה במסגרת לימודיהם במנהל בריאות: האחת הייתה השארת המצב הקיים; השנייה הייתה הפעלת רפואה מונעת במערכת משולבת במסגרת קופות-החולים; והשלישית, הפעלת השירות המניעתי על-ידי רשות או גוף שיוקם למטרה זו, כמומלץ על-ידי ועדת אמוראי. הם ראינו אנשי מקצוע בכירים ממשרד הבריאות

⁸² דין וחשבון הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002.

⁸³ שם, ראה הערה קודמת.

ומהאקדמיה ודנו ביתרונות ובחסרונות על פי מספר קריטריונים מקצועיים, יישומיים, ארגוניים, כלכליים וחברתיים.

הניקוד הגבוה ביותר ניתן להקמת גוף חדש – רשות לרפואה מונעת. החלופה של השארת המצב הקיים קיבלה ניקוד נמוך במקצת והחלופה של שילוב השירותים קיבלה ניקוד נמוך בהרבה לעומת שתי החלופות האחרות. המלצתם הייתה לא להעביר את השירות המניעתי לקופות-החולים אלא להשאיר את המצב הקיים. יחד עם זאת, הם הדגישו את הצורך להגדיר יעדים ברורים, תוך קביעת סדרי עדיפויות להשגתם מבחינת הקצאת המשאבים.

בכנס "יום המלח" השלישי, בשנת 2002, הומלץ, להעביר את שירותי המניעה הכלולים בתוספת השלישית לאחריות הקופות ולכלול אותם בסל השירותים⁸⁴.

⁸⁴ הכנס אורגן מטעם המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות.

5. תכנון לעתיד – המלצות

ישראל שמה דגש רב על שירותי המניעה ופיתחה שירות אוניברסלי, תוך שמירה על הפרדה בין המערכת הטיפולית והמונעת. לאחר כמעט 90 שנה של אספקת שירותים לכל אוכלוסיית הילדים ולכל הנשים בגיל הפוריות במסגרת התחנות לבריאות המשפחה – "טיפות חלב", ניתן לזקוף חלק מהישגי הבריאות של האוכלוסייה לזכות מערכת זו: תוחלת החיים של נשים בישראל היא מן הגבוהות בעולם ותמותת האימהות ירדה לשיעורים המקובלים בארצות אירופאיות. גם תמותת תינוקות בישראל דומה לארצות הנ"ל ורמת החיסונים גבוהה ביותר. המודל הישראלי, התכנים שלו והשפעתו על בריאות האוכלוסייה זכו להערכה של נציגי מדינות מפותחות, כמו ארצות-הברית, ובפרס מטעם ארגון הבריאות העולמי ב-1998.

להלן **מובאות הסיבות להמלצות** וההמלצות העיקריות להבטחת רמתם של שירותי המניעה בישראל על רקע הבעיות העיקריות איתן מתמודדת כל המלצה:

לגבי מנהל ותקצוב: בשנים האחרונות קיימת שחיקה של התקציב לבריאות הציבור ולרפואה המונעת ולא מוקדשת לתחום זה של שירותי הבריאות העדיפות הראויה במסגרת תקציב הבריאות. יש ירידה באיכות התשתיות בתקופה בה חלה עלייה במספר הלידות ונמשך הגידול באוכלוסיית הילדים. מאז שנת 2000 נסגרו תחנות "טיפות חלב", הצוות המקצועי צומצם, במיוחד בבתי-הספר. מצב זה אינו מאפשר פיתוח והחזקת רמה תקינה של השירות המונע. על חסרונות אלה התריע בזמנו שר הבריאות דהן (2001-2002) שהבטיח תיקון של המצב, אך לא הספיק להביא לשיפור לפני עזיבתו את התפקיד.

הרופאים, העובדים במערכת המשולבת של רפואה מונעת וקורטיבית ומספקים רפואה כוללת, אינם מקבלים תמריצים למעקב של רפואה מונעת, והזמן המוקצב לביקור אינו מאפשר להם להתייחס לקידום בריאות.

כדי לפתור את הבעיה הניהולית/תקציבית המליצה ועדת אמוראי על הקמת רשות, שתהיה גוף מנהלי נפרד עם תקציב נפרד לרפואה מונעת, שיפקח על אספקת השירות המונע ויתגמל את העוסקים בה וידרוש דיווח על הפעילות. המלצות אלה נועדו להתמודד ולפתור חלק מן הבעיות הקיימות, כמו העברת תקציבים לנושאים אחרים, אי-אספקת שירותים

מונעים בשל לחץ של בעיות בריאות חריפות. פיתרון זה אינו מחייב שינוי של ספקי השירות המונע. כל רשות יכולה להיות ספק ובלבד שהיא תהיה תחת הבקרה והפיקוח של הגוף – הרשות – שיוקם.

המלצה 1. לאמץ את המלצת "ועדת אמוראי" באשר להקמת גוף, שיהיה בעל אחריות ניהולית לצריכת שירותים מניעתיים ורכישתם, שיבטיח שהספקים יקבלו תקציב נפרד עבור הפעילות המונעת ויהיו אחראיים על דיווח בהתאם.

לגבי הטיפול באוכלוסיות בסיכון. באוכלוסיית ישראל יש פערים גדולים, כלכליים, בריאותיים ואחרים. ניתן להגדיר לפחות שלוש קבוצות בסיכון, הדורשות התייחסות מיוחדת ממערכת הרפואה המונעת.

* **ילדים החיים מתחת לקו העוני.** בשנת 2005 מדובר על כשליש מהילדים, החיים מתחת לקו העוני (אחרי תשלומי העברה). בתחילת שנות האלפיים אחוז הילדים מתחת לקו העוני גדל והעוני העמיק. אוכלוסייה זו נתונה בסיכון בריאותי, פיזי, התפתחותי וחברתי, היא דורשת תמיכה מיוחדת גם ממערכת הבריאות, ובמיוחד מהרפואה המונעת, הנדרשת להשקיע בקידום בריאותה. באוכלוסייה זו שיעור גבוה של חרדים וערבים, גבוה משיעורם בכלל אוכלוסייה.

* **עולים.** כמיליון עולים באו לישראל בין 1989 ל-2003 ומתוכם 138 אלף ילדים, שלחלקם יש התנהגויות בריאותיות בתחומים שונים, המסכנות את בריאותם ודורשות יתר תמיכה והדרכה, במיוחד לקבוצות הסיכון שבקרובם, כמו ילדים בגיל ההתבגרות, לנשים בגיל הפוריות, ולאימהות חד-הוריות. מערך הרפואה המונעת היווה בעבר תמיכה בתהליך ההשתלבות של עולים בישראל, הקלה על קליטתם בארץ ודרך לגישור על הבדלים תרבותיים לעומת ארץ המוצא.

* **תמותת תינוקות** ירדה אמנם לשיעורים נמוכים, אך קיימים עדיין פערים גדולים, במיוחד בין ערבים ויהודים וכן בתוך האוכלוסייה היהודית. סיבת המוות העיקרית בשנת החיים הראשונה בקרב האוכלוסייה הערבית הם מומים מולדים, הנובעים בעיקר מנישואי קרובים. משרד הבריאות הפעיל באזור הדרום ובגליל המערבי תכנית הדרכה והסברה על הסיכון בנישואי קרובים, ותכנית לאיתור מומים

על-ידי אולטרה סאונד⁸⁵. אמנם רק 2 אחוזים מהערביות לא ביצעו אולטרה סאונד, אך הן נמנעות מפנייה לבדיקת מי שפיר, מאחר שהפסקת הריון היא בניגוד לדתן⁸⁶. שינוי עמדות בנושא רגיש זה הנו תהליך ממושך.

*** ילדים עם בעיות כרוניות ונכות.** מעל 10 אחוזים מהילדים סובלים מבעיה כרונית וחלקם נכים. הפיזור הגיאוגרפי של צוות מיומן לבעיות אלה אינו אחיד ובפריפריה חסר כוח אדם לאבחון וטיפול מוקדם, שלב שבו ניתן למנוע סיבוכים⁸⁷.

המלצה 2. כל תכנון של שירותי המניעה, אם במערכת המשלבת את הרפואה המונעת עם הקורטיבית או במערכת של רפואה מונעת נפרדת, צריך להביא בחשבון את קבוצות הסיכון באוכלוסייה ולשאוף לסגירת פערים, תוך הקדשת משאבים להפעלת תכניות לקידום הבריאות עבורם ברמת הפרט והקהילה, ובתיאום עם מערכות נוספות כמו רווחה וחינוך.

לגבי הנשים ההרות – דיווחנו על הירידה שחלה בשימוש בתחנות לבריאות המשפחה במהלך עשרים השנים האחרונות, בעיקר בקרב הנשים היהודיות. נשים העדיפו את שירותי קופות-החולים ואת המעקב של הרופא, ודיווחו על שביעות רצון רבה מבחירתן⁸⁸. השינוי חל ללא החלטה מגבוה והקופות קלטו את הנשים והעניקו את השירותים. אולם, נמצא שיש חיסרון במעבר לקופות בכך, שאחוז ניכר מהנשים הרות אינן חשופות להדרכה של אחיות בריאות הציבור, בנושאים כמו תזונה, הנקה, מניעת עישון, וכן אינן נהנות מן התמיכה לקראת הלידה והאימהות. לרופא אין מיומנויות וזמן לכך, הוא מתמקד בהיבטים פיזיולוגיים ופתולוגיים של האם והעובר. מצד שני הקופות מאפשרות מעקב רפואי וטכנולוגי זמין ונגיש יותר מאשר "טיפות החלב".

⁸⁵ Strulov A., 2005

⁸⁶ Gofin R, Adler B, Palti H., 2004

⁸⁷ נאון ד. מורגנשטיין ב, שימעל מ, ריבליס ג., 2000.

⁸⁸ פלטי ח, גופין ר, אדלר ב., 2004.

המלצה 3. יש להמשיך ולפתח את הטיפול המניעתי לנשים הרות במסגרת קופות-החולים. בארגון מחדש של השירות יש לדאוג לצוות של רופא-אחות ורופאה-אחות עבור האוכלוסייה הדתית יהודית וערבית כאחד, והכללת התכנים החסרים במעקב ההריון, במיוחד הדרכה, החסרה בשירות הניתן על-ידי רופא בלבד.

לגבי התינוקות והפעוטות – למרות דיון חוזר והמלצות חוזרות לשלב את הרפואה המונעת והקורטיבית, לא הוכנה תשתית ולא הוכן צוות לקלוט את התינוקות והפעוטות במערכת מעקב משולבת. קופות-החולים מספקות רפואה מונעת וקורטיבית רק ל-18 אחוז מהתינוקות הנולדים מדי שנה, והשלמת השירותים לכלל התינוקות (כ-144 אלף בשנת 2003) דורשת בניית תשתיות והרחבת המבנה הארגוני והפרסונלי. לא מדובר במתן חיסונים בלבד, אלא בהכנת צוותים לתפקידים של מעקב בריאותי וקידום בריאות, שהוא אחד התפקידים החשובים של רפואה מונעת. רופאים שעסקו רק ברפואה קורטיבית לא מוכנים ולא מיומנים לעסוק בהיבט המניעתי של הרפואה. בסקר שנערך בקרב רופאי ילדים ואחרים הייתה הסתייגות, במיוחד של רופאי הילדים, לעסוק במעקב בריאותי של מתבגרים ולהקדיש זמן לקידום בריאות⁸⁹.

פיתוח התשתיות ידרוש הקצאה גבוהה יותר של משאבים וטרם נמצא התקציב הדרוש לכך. לפיכך, נראה, כי באילוצים התקציביים, לאור החסרונות של פיצול השירותים בין ארבע קופות וחוסר תשתיות לקליטה, יש לדחות את השילוב עד הכנת התשתיות המתאימות לקליטת 100 אחוז מהתינוקות והפעוטות. אם וכאשר יופעל השילוב יש להפעילו בהדרגה, תוך פיקוח ובקרה והערכה צמודה של התהליך ותוצאותיו. יש לזכור שהשילוב יגרום אובדן מקום עבודה לאלפי עובדים, בעיקר אלה שהועסקו בתחנות של משרד הבריאות. לאחרונה דנו קופות-החולים ומשרד הבריאות בתכנון פרויקט חלוצי במספר יישובים, כדי ללמוד את היתרונות והחסרונות של השילוב, אך טרם הוסכם על הפעלת הניסוי החלוצי. אם יופעל הפרויקט, מומלץ

⁸⁹ Hardoff D, Tamir A, Palti H, 1999.

להשתמש בבסיס המידע של המחקר משנת 2000⁹⁰, כדי ללמוד על המגמות עם הזמן.

המלצה 4. לגבי התינוקות והפעוטות – אין להכניס שינויים ארגוניים מערכתיים מרחיקי לכת ולשלב את הרפואה המונעת ברפואה הקורטיבית במסגרת הקופות. תחילה יש לתכנן את ההעברה, להכין תשתיות, צוות ונהלי עבודה. מומלץ לבצע את ההעברה בהדרגה תוך פיקוח, בקרה והערכת התהליך והתוצאה.

תכנים של השירות: נהלי הטיפול ברפואה מונעת של תינוקות קופאים על השמרים והם ממוקדים עדיין בבדיקות שיגרה של התפתחות, מעקב של שקילה ומדידת גובה, בדיקות המוגלובין, בדיקות שמיעה ועוד. בדיקות התפתחות, כמו בדיקת דנבר, הגוזלות זמן רב אינן ניבוי טוב להתפתחותו העתידית של התינוק⁹¹. בדיקות חוזרות של המשקל עד 15 פעמים ויותר בשנת החיים הראשונה נחוצות רק אצל תינוקות שנולדו פגים אוו במשקל נמוך, כ-8 אחוזים מכלל התינוקות, אוו תינוקות עם בעיות רפואיות. בדיקות ההמוגלובין באופן שגרתי לכל האוכלוסייה מיותרות, מאחר שהמדיניות למניעת חוסר דם כוללת מתן מזונות מועשרים בברזל אוו תוספת ברזל (יש לבצע אותן רק למקרים קליניים של חוסר דם). בדיקת השמיעה המקובלת כבדיקת שגרה אינה בעלת רגישות וסגוליות גבוהה⁹², לכן יש למצוא לה תחליף מהימן יותר. בדיקת הראייה הקבוצתית בבית-הספר הוכחה כחסרת מהימנות ותוקף⁹³. לפיכך, יש לבדוק מחדש את שגרת הבדיקות ולקבוע סטנדרטים בהתאם לידע העדכני. שינוי הסטנדרטים וההדגשים מיושמות כבר באוסטרליה (ראה קודם).

חינוך לבריאות הוא מעמודי התווך של רפואה מונעת בכל הגילים. ההפנמה של המסרים על-ידי האימהות הייתה מזערית. יש לבדוק את שיטות העברת המסרים ולהמליץ על שימוש בטכנולוגיות העומדות

⁹⁰ פלטי ח, גופין ר, אדלר ב., 2004א; פלטי ח, גופין ר, אדלר ב., 2004ב.

⁹¹ "ועדת HALL באנגליה קבעה, כי לקיחת תולדות המחלה מן ההורים מספקת מידע מדויק יותר על מצבו ההתפתחותי של התינוק ויש להגביל בדיקות התפתחות למקרים מיוחדים: Hall DMB, 1989.

⁹² פלטי ח, גופין ר, אדלר ב., 2004ב.

⁹³ עבודה לקבלת תואר מוסמך של ד"ר גרוס.

לרשותנו היום, כמו וידאו, אינטרנט ועוד. עם צמצום בדיקות השגרה יתפנה תקציב וכוח אדם לקידום בריאות.

המלצה 5. מומלץ לבדוק את היעילות והמועילות של הפעילות השגרתית הנהוגה היום ברפואה מונעת לאור הידע העדכני, ולקבוע סטנדרטים חדשים לבדיקות השגרה, לתכנים ולשיטות ההעברה של תכניות חינוך לבריאות.

בישראל, בה קיים ביטוח בריאות ממלכתי מתוקף חוק, כשליש מההוצאה הלאומית לבריאות ממומן על-ידי משקי הבית, בנוסף למס הבריאות. שיעור זה של המימון הפרטי הוא מהגבוהים ביותר בהשוואה לארצות ה-OECD⁹⁴. בהשתתפות העצמית של הציבור בישראל כלולה גם אגרה עבור מעקב ההריון ואגרה עבור המעקב אחר התפתחות התינוק. תשלום זה מקטין את הנגישות לשירותי המניעה הכה חשובים. באף אחת מן הארצות המפותחות או המתפתחות לא נהוג לגבות אגרה עבור שירותי המניעה.

המלצה 6. מומלץ לבטל את האגרה עבור הטיפול המונע.

⁹⁴ קופ, י., (עורך), 2005.

נספח. ניסוח המטרות של שירותי המניעה לפי קבוצות היעד (חלקים נבחרים)

- מטרות הטיפול באישה ההרה נוסחו על-ידי משרד הבריאות ב-1993⁹⁵:**
- נשים בתקופת הפוריות, ובעיקר בתקופת ההריון מהוות קבוצת אוכלוסייה הדורשת מעקב בריאותי מיוחד, עקב השינויים החלים אצלן ועקב התפקידים השונים המוטלים עליהן.
1. מתן אפשרות לכל אישה הרה להישאר במצב בריאות תקין, להגיע ללידה תקינה, ללדת תינוק בריא עד כמה שאפשר, וללמוד את אומנות הטיפול בתינוק.
 2. גילוי מוקדם של נשים בסיכון, זיהוי צרכים בריאותיים של האישה ומשפחתה בתקופת ההריון.
 3. זיהוי צורכי הבריאות של האישה שילדה וצורכי משפחתה לאחר הלידה.
 4. לאפשר לכל אישה הרה בגיל הפוריות לתכנן את מספר הילדים הרצויים לה ולמשפחתה ולהביאם לעולם במועדים שמשפחתה מעדיפה.

מטרות הטיפול בתינוק, בפעוט ובילד בתחנות לבריאות המשפחה – "טיפת חלב" לפי נוהלי משרד הבריאות – 1991⁹⁶:

- הטיפול בתינוק בפעוט ובילד מהווה חלק אינטגרלי מהטיפול במשפחה בכלל, והמשך טיפול באישה בתקופת ההריון בפרט.
1. קידום בריאותו הגופנית, השכלית, הרגשית, והחברתית של כל ילד בתוך משפחתו.
 2. מניעת מחלות וסטיות ממצב בריאות תקין.
 3. גילוי מוקדם של ליקויים והטיפול בהם.
 4. קביעת הצרכים הבריאותיים של כל הילדים לשם תכנון שירותי בריאות, רווחה וחינוך.

⁹⁵ משרד הבריאות, 1993.

⁹⁶ משרד הבריאות, 1991.

מטרות השירות המניעתי לתלמיד הוגדרו על-ידי משרד הבריאות ב-⁹⁷1994:

- השירות המניעתי לתלמיד מכוון לכל התלמידים בבית-הספר היסודי ובחטיבות הביניים ובמוסדות חינוך אחרים, והוא מהווה המשך ישיר לטיפול בפעוט ומשפחתו במסגרת התחנות לבריאות המשפחה.
1. קידום בריאות של כל ילד במשפחתו, בתפקידו כתלמיד ובחברה בה הוא נמצא;
 2. מניעת מחלות וסטיות ממצב בריאות תקין וגילויים המוקדם, ככל שאפשר;
 3. קידום סביבה מתאימה להתפתחותו בבית-הספר (תברואה, בטיחות);
 4. חינוך התלמיד לקבלת אחריות על מצב בריאותו, והקניית אורח חיים בריא;
 5. אומדן צורכי הבריאות של כל התלמידים לשם ייזום וייעוץ בתכנון שירותים.

⁹⁷ משרד הבריאות, 1994.

מקורות

- בנדל י., פלטי ח., אור נוי א., ווינטר ש., (1990), שימוש בשירותי בריאות מונעים עבור תינוקות ופעוטות בישראל, **הרפואה**, 681-684: 118.
- בראון-אפל א., (עורכת) (1999), **בריאות נשים בישראל 1999**, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 213 ספטמבר, עמ' 36-31.
- זורן, ח., שוורץ, ש., (2004), **הרפואה בקהילה**, הוצאת הספרים אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, עמ' 133-135.
- דין וחשבון ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), כרך ראשון, דעת הרוב, המדפיס הממשלתי, ירושלים.
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה), (2004), **שנתון סטטיסטי לישראל**, כרך 55, ירושלים.
- המועצה הלאומית לשלום הילד, (2004), **ילדים בישראל – שנתון סטטיסטי**, ירושלים: פרק על ילדים ותאונות (עמ' 284-281); פרק על תחולת העוני (עמ' 340-352); פרק על שיעור ילדים באוכלוסייה (עמ' 511); תמותת תינוקות (עמ' 272, עמ' 524); בדיקות וחיסונים של ילדים בשירותי בריאות הציבור (עמ' 242-247).
- המרכז הלאומי למניעת מחלות, (2002), **מצב הבריאות בישראל – 2002**, חלק ב', פרק 2: סיבות מוות בגיל 0-1.
- הראל י., קני ד., רהב ג., (2002), **נוער בישראל, רווחה חברתית, בריאות, והתנהגויות סיכון במבט בין לאומי**, אוניברסיטת בר-אילן וגוינט – מכון ברוקדייל, ירושלים.
- זוהר ע., (1992), "ועדת מן" – השפעתה על שירותי הבריאות בישראל, בתוך: ציוני דרך בבריאות הציבור ובחוסן החברתי בישראל – יום עיון לכבוד פרופסור מן.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, עמ' 176-175, 208.
- תיקון מספר 4 – 1996 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: שירותי רפואה מונעת בתוספת השלישית סעיף (1), (2), (4)א – ד ו – (6).
- חקלאי, צ., (עורכת) (2005), תוחלת חיים, ריבוי לידות, בתוך **בריאות ישראל – 2005**, משרד הבריאות, דצמבר.
- טבנקין ח., (1996), הנחיות בנושא פעולות רפואה מונעת וקידום בריאות בקהילה, פרסום ההסתדרות הרפואית בישראל, המועצה המדעית ואגוד רופאי המשפחה.

משרד הבריאות, (2002), דין וחשבון "ועדת אמוראי" – הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, תל-אביב, עמ' 219-224.

---, (1985), "ועדת נגן" – דו"ח הוועדה לשילוב השירותים המניעתיים עם הקוריטיביים.

משרד הבריאות, הסיעוד, בריאות הציבור, (1993), נוהל טיפול באישה בגיל הפורות.

---, (1991), נוהל טיפול בתינוק ובפעוט.

---, (1994), נוהל מתן שירות בריאות לתלמיד.

נאון ד., מורגנשטיין ב., שימל מ., ריבלס ג., (2000), ילדים עם צרכים מיוחדים, הערכת צרכים וכיסויים על-ידי השירותים, גוינט-מכון ברוקדייל וביטוח לאומי (דמ 00-355).

פלטי ח., בר-עם נ., פלמון מ., מנדל מ., (1999), הערכת שירותי בריאות מניעתיים לנשים הרות ותינוקות במחוז תל-אביב, פרסום מס 3001, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מרכז רפואי שיבא, תל-השומר.

פלטי ח., גופין ר., אדלר ב., (2004א), הערכת ההסתיעות בשירותים של התחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב") עבור תינוקות: הגורמים האישיים והמערכתיים, **הרפואה**, 143: 184-187.

---, (2004ב), ביצוע בדיקות והיענות האימהות לבדיקות שגרה בתחנות לבריאות המשפחה "טיפות חלב", **הרפואה**, 143: 1-7.

קופ י. (עורך), (2005), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2005**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, נובמבר 2005.

קופ, י. וינבלט ג., בלנקט י., (1994), הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים, בתוך: קופ, י., (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1994**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

שרף ש., פלד ר., ארבל י., (2002), השפעת מדיניות משרד הבריאות על השימוש בשירותי התחנות לבריאות המשפחה במחוז אשקלון, דו"ח מחקרים של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2000-2001.

שוורץ ש., אנדוולט ר., בלאו א., (2003), חוק ביטוח בריאות ממלכתי וסל שירותי הייעוץ התזונתיים לאם וילד, בתוך: דו"ח מחקרים שנתי 2002-2003, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות.

שירום א., (1994), שירותי בריאות מונעים, בתוך: קופ, י., (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1993-1994**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 109-143.

- Afifi AA, Breslow L, Brown ER. (1996), In: International Handbook of Public Health, pp.379-392.
- Bellamy C., (2004), The State of the World's Children – 2004, UNICEF.
- Barker DJP., (1997), Fetal Nutrition and Cardiovascular Disease in Later Life, British Med Bull 53: 96-104
- Birt, CH., (1996), United Kingdom – Public Health, In: International Handbook of Public Health. Eds. Hurrelman K, and Laaser U. Greenwood Press, London. pp. 362-376.
- Blackwell D., (2002), Pre-natal Care Services in the Public and Private Area. J Am Ac of Nurse Practitioners: 14:562-572.
- Centre for Community Child Health, Royal Children's Hospital, Melbourne Australia, (2003), The Early Years Project: Refocusing Community Based Services for Young Children and Their Families, pp1-32 (Internet).
- Creese Al, Henderson RH., (1980), Cost-Benefit Analysis and Immunization Programmes in Developing Countries, Bull WHO 58:491- 495.
- Duprat DPh (1996), France, In: International Handbook of Public Health (see above) pp.109-123
- Ellencweig A, Palti H, Neumark Y, Donchin M., (1993), Factors Affecting Space Utilization of Prenatal Health Services in Jerusalem, J Community Health18: 109-119.
- Fisher N, Amitai Y, Harrigman M, et al., (2005), Prevalence of Smoking Among Pregnant and Postpartum Women in Israel, Health policy 73:1-9.
- Gofin R, Israeli I, Palti H. (1991), The Incidence of Childhood Injuries and Its Outcome, Isr J Med Sci 27:566-571.
- Gofin R, Adler B, Palti H., (2004), Screening Tests in Prenatal Care: A National Study, IMAJ 6:635-639.
- Gofin J, Gofin R, Abramson JH, Ban R. (1986), Ten Year Evaluation of Hypertension, Overweight, Cholesterol, and Smoking Control: The "CHAD" Program in Jerusalem, Preventive Medicine 15:304-312.

- Grushka TH., (1968), Health Services in Israel – A Demographic Essay, Ministry of Health, Israel.
- , (1968), Health Statistics – Maternal Mortality, Jews. in: Health Services in Israel, Ministry of Health Israel, 1968, Chapter 6, p. 347.
- Hardoff D, Tamir A, Palti H, (1999), Attitude and Practices of Israeli Physicians Toward Adolescent Health Care, *J Adolescent Health* 25:35-9.
- Hall DMB. (1989), Health for All Children, Oxford Medical Publications, Oxford University Press.
- Hoekelman, RA. (1992), Child Health Supervision, Chapter 3 In: Pediatric Primary Care, Sc Ed. Mosby Yearbook Publication, St Louis, pp. 28-33.
- Last JM. (1995), Dictionary of Epidemiology, Oxford University Press, p 130.
- McManus M, et al., (2000) How Far Have State Medicaid Agencies Advanced in Performance Measurement for Children? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 154:665-671.
- Ministry of Health Israel (1993), Health and Health Services in Samaria and Gaza, 1967-1993.
- Morley R, Lucas A. (1997), Nutrition and Cognitive Development. In: Fetal and Early Childhood Environment: Long-Term Health Implications, *British Medical Bull* 53:123-134.
- Nitzan-Kalusky D., et al. (2001) Five Decades of Trends in Anemia in Israeli Infants: Implication for Food Fortification Policy, *European J Clinical Nutr* 55, 82-87.
- Neumark Y, Palti H, Donchin M, Ellenweig A., (1992), Utilization of Pediatric Health Services in Jerusalem, *J Community Health* 18:271-282.
- Palti H., (2000), Anemia in Infancy, *Public Health Reviews* 28:89-92.
- Palti H, Gofin R, Adler B. (2004), Utilization of Prenatal Care Services in Larger Townships in Israel, *IMAJ* 6:138-142

- Palti H, Gofin R, Knishkowsky B, Haustein D, Adler B. (1989), Process and Outcome Evaluation of Preventive Care in Two Types of Services, *J Community Health* 14:243-254.
- Palti H, Tanne F, Tulchinsky T. (1981), Organization of Local Health Services – Description of a Case, *Isr J Med Sci* 17:112-118.
- Palti H, Zilber N, Kark SL., (1982), A Community Oriented Early Intervention Program Integrated in a Primary Preventive Child Health Service, *Community Medicine* 4:302-314.
- Palti H, Chudahpon T, Pevsner B., (1983), The Effect of Rises in Food Costs on Food Intake of 3 Year Olds, *Int. J of Epidemiology*, 12:426-432.
- Strulov A., (2005), The Western Galilee Experience, Reducing Infant mortality in the Arab Population, *IMAJ* 7:483-486.
- Taustein J, Halevi MS, Mundel G. (1960), Infant Feeding Practices in Israel, *Pediatrics* 26:321-330.
- Wasserman M. (1993), For Mother and Child Health in the Holy Land 1913-1993, *Bull New York Academy of Medicine*, pp.251-274.
- Williams CD, Baumshlag N, Jeliffe DB. (1985), *Mother and Child Health – Delivering the Services*, Oxford Medical Publication, pp. 35-42.
- Williams BC, Miller CA. (1989), *Preventive Health Care for Children: Findings from a Ten-Country Study*, National Center for Clinical Infant Programs, Arlington.
- WHO and UNICEF, (1978) *Primary Health Care, A Report of the Director General of WHO and UNICEF*, Geneva.

עמוד אחרון לבן