

לא חוזרים אחורה: מתווה לשיקום מערכת הבריאות

פרופ' ניהאיה דאוד | המחלקה לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
פרופ' נדב דוידוביץ' | ראש בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
הדס זיו | רופאים לזכויות אדם
פרופ' רביע חלאילה | סגן נשיא לעניינים אקדמיים, המכללה האקדמית צפת
ד"ר עמיד סעאבנה | החוג לסוציולוגיה, אוניברסיטת חיפה
פרופ' דני פילק | המחלקה לפוליטיקה וממשל, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

תקציר

מערכת הבריאות הישראלית נכנסה למשבר הקורונה כשהיא בעצמה סובלת ממשבר מתמשך. מצב זה הוא תוצאה של חוסר השקעה ארוך שנים בתשתיות ובכוח אדם ושל תהליכי הפרטה אגרסיביים. כל אלה הביאו לכך שכיום מדינת ישראל משקיעה בבריאות של אזרחיה הרבה פחות מרוב מדינות ה-OECD. הזנחת המערכת באה לידי ביטוי מיוחד במערך בריאות הציבור האמון, בין היתר, על ניטור תחלואה וחקירות אפידמיולוגיות – שירותים שתפקודם התקין קריטי בזמן מגיפה. השחיקה התקציבית וההפרטה פוגעות אמנם בכלל תושבי ישראל, במיוחד בעתות חירום, אבל משפיעות ביתר שאת על קבוצות ספציפיות בחברה, כמו אוכלוסיית הקשישים, הציבור הערבי והפריפריה החברתית והגיאוגרפית. המסמך שלפניכם משרטט את תמונת המצב במערכת הבריאות ערב המשבר, ומציע תוכנית לשיקום מערכתי ארוך טווח – כולל עלויות תקציביות ושינויי חקיקה ורגולציה. בנוסף, המסמך מנתח כיצד החרیפה המגיפה את בעיית האי-שוויון הבריאותי בישראל, ומציע מתווה לצמצום פערים אלו. אנחנו סבורים שהגיע הזמן, דווקא עכשיו, לקדם את חוק בריאות הציבור כמענה לכל המצוקות האלו והמשברים שעוד לפנינו – ואנחנו מתכוונים להיות מעורבים בקידומו. עם תחילת מבצע החיסונים אשר אנו מקווים שיוכל להחזיר אותנו לשגרה, חשוב לזכור כי השפעת החיסון תגיע רק לאחר מספר חודשים וחשוב מכך - החיסונים לא יתנו פתרון לבעיות העומק של מערכת הבריאות ולפערים החברתיים-כלכליים המשפיעים באופן עמוק על הבריאות, שימשיכו ללוות אותנו גם לאחר סיום המגיפה.

הקדמה

משבר הקורונה העולמי חשף את המצב הרעוע של מערכות הבריאות במדינות רבות בעולם. הרעיונות הניאו-ליברליים שהנחו את קובעי המדיניות בארבעת העשורים האחרונים, כולל בישראל, השיתו קיצוצים תקציביים ותהליכי הפרטה אגרסיביים על מערכות הבריאות הציבוריות והביאו להחלשתן. מדיניות זו אף העצימה את האי-שוויון בבריאות, כשהיא פוגעת באופן מיוחד באוכלוסיות מוחלשות כמו עניים, קשישים, נשים, מהגרים ומיעוטים אתניים ולאומיים. חלק מהקבוצות הללו אינן רק פגיעות יותר לנגיף, אלא גם מסוגלות פחות להגן על עצמן מפניו – וזקוקות, לפיכך, ל סיוע ממשלתי גדול יותר מבעבר. בחלקו הראשון של הנייר שלפניכם נציג את תמונת המצב במערכת הבריאות הישראלית ערב המשבר ונפרט כיצד המגיפה השפיעה עליה, תוך מתן המלצות לפתרון החולשות של המערכת. בחלקו השני נסביר כיצד המגיפה עלולה להחמיר את האי-שוויון בבריאות ביחס לשתי קבוצות פגיעות במיוחד בחברה הישראלית: האוכלוסייה הערבית ואוכלוסיית הקשישים. בחלקו השלישי נרחיב על הצורך בחוק בריאות הציבור, ומה הוא צריך לכלול.

1. מצב מערכת הבריאות בישראל ערב המשבר

מערכת הבריאות הישראלית נכנסה למשבר הקורונה כשהיא מצויה בעצמה במשבר מתמשך. מצב זה הוא תוצאה של חוסר השקעה ארוך שנים בתשתיות (בתי חולים, מיטות אשפוז, רפואת קהילה, מעבדות ומכשור רפואי) ובכוח אדם (הכשרה ותקנים) ושל תהליך הפרטה אגרסיבי. החולשה של המערכת באה לידי ביטוי מיוחד במערך בריאות הציבור, האמון על ניטור תחלואה, התמודדות עם מגיפות וחקירות אפידמיולוגיות. בנוסף, המשבר חשף את המחסור החמור במעבדות, במכשירי הנשמה, במיטות לטיפול נמרץ וברופאים ורופאות, אחים ואחיות ונוספים. בפרק זה נסקור את מצב המערכת ערב משבר הקורונה בשלושה היבטים: מערך שירותי בריאות הציבור, ההוצאה הלאומית לבריאות והשקעות הון במערכת הבריאות.

א. שירותי בריאות הציבור

שירותי בריאות הציבור הם אחד מעמודי התווך של כל מערכת בריאות. זהו מכלול של שירותים, אמצעים ופעולות שנועדו לקדם את בריאות האוכלוסייה, לצמצם פערים בריאותיים ולמנוע תחלואה ותמותה. באופן ספציפי יותר, מערך שירותים זה אחראי על מניעת ההתפשטות של מחלות מדבקות וצמצום התחלואה הכרונית. בישראל משרד הבריאות אחראי על שירותי בריאות הציבור, הממונים מתקציב המדינה ונכללים במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994. בשנים האחרונות סבלו שירותי בריאות הציבור מקיצוץ מתמשך בתקציבים ובתקנים, שפגע בכל תחומי העשייה, הבקרה והפיקוח ובכללם הפעלה של תחנות טיפת חלב שנועדו למנוע מחלות בקרב נשים הרות, תינוקות ופעוטות.

בחנית תקציב שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות בין 1995 ל-2014, שהתבצעה על-ידי איגוד רופאי בריאות הציבור, מראה כי בתקופה זו חלה ירידה בשיעור ההוצאה לבריאות הציבור מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות: מ-1.5% ב-1995 ל-1.2% ב-2012.¹ לשם השוואה, במדינות האיחוד האירופי עומד שיעור זה על כ-3% בממוצע – כלומר, יותר מפי שניים. אם מחריגים מהסכום את תקציב החיסונים, שעלה משמעותית בשנים האחרונות, תמונת המצב בישראל חמורה עוד יותר. דו"ח מבקר המדינה בנושא טיפול מערכת הבריאות במחלות מתפרצות ומתחדשות, שהתפרסם במרץ השנה, תיאר בצורה מפורטת את ההזנחה המסוכנת של השירותים הציבוריים הנוגעים לחקר התפרצויות תחלואה, אספקת חיסונים, רפואה מונעת וקידום בריאות.² התמונה שעלתה מהדו"ח מדאיגה במיוחד, מאחר שידוע כי השקעה ברפואה מונעת ובקידום בריאות אינה רק רצויה מבחינה בריאותית ותורמת לצמצום פערים, אלא גם חוסכת כסף. על-פי הספרות המחקרית, כל דולר שמושקע בחיסון בגיל ילדות חוסך למדינה 16 דולר של עלויות טיפול במקרה של מחלה. למרות זאת, כבר שנים שמשרד הבריאות ומשרד האוצר אינם טורחים להקים מנגנון מוסכם לעדכון תקציב סל שירותי בריאות הציבור.

¹ איגוד רופאי בריאות הציבור, "מגמות בתקציב שירותי בריאות הציבור מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – נייר מדיניות", איגוד רופאי בריאות הציבור, 2017.

² מבקר המדינה, דוח 70א, "טיפול מערכת הבריאות במחלות מתפרצות ומתחדשות", 23.3.2020. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70a/200-health.pdf>

ב. ההוצאה הלאומית על בריאות³

ב-2018 ההוצאה לבריאות לנפש בישראל במונחי שווי כוח קנייה (ppp) עמדה על 2,954 דולר. סכום זה נמוך בכמעט אלף דולר מהממוצע במדינות ה-OECD, שעמד באותה שנה על כ-3,994 דולר. נתוני ההוצאה הציבורית לנפש מציירים תמונה עגומה עוד יותר: ב-2016 מדינת ישראל השקיעה 1,703 דולר בממוצע באזרח לעומת ממוצע ה-OECD שעמד באותה שנה על 2,982 דולר – פער של יותר מ-1,200 דולר לרעת מערכת הבריאות הישראלית.⁴ שיעור ההוצאה השוטפת לבריאות כאחוז מהתוצר בישראל (ציבורית ופרטית כאחד) עמד ב-2018 על 7/4% לעומת 8.8%, ממוצע ה-OECD באותה שנה – פער של כ-1.5%⁵. אם ניקח בחשבון את העובדה שהישראלי הממוצע עני ביחס לאזרח הממוצע במדינות ה-OECD ונבחן רק את ההוצאה הציבורית כאחוז מהתוצר, נגלה גם כאן תמונה מדאיגה: ממשלת ישראל משקיעה 4.74% בלבד מהתוצר בבריאות לעומת ממוצע ה-OECD העומד על 6.1%. אילו ישראל הייתה מאמצת את היקף ההוצאה הממוצע ב-OECD, היה צורך בתוספת שנתית של כ-15 מיליארד שקל להוצאה הלאומית לבריאות, כש-11 מיליארד שקל מתוכם מגיעים מתקציב המדינה.⁶ ראוי לציין כי הפער בשיעור ההוצאה לבריאות בין ישראל למדינות הארגון הוא תופעה חדשה יחסית: בשנות ה-90 רמת ההוצאה בישראל, כ-7.4%, הייתה קרובה מאוד לממוצע בארגון. אבל כשהממוצע במדינות הארגון עלה לכ-9% בתחילת שנות האלפיים, שיעור ההוצאה בישראל לא הדביק את הפער ונותר מאחור.

³ ברוכים מאיר, קיני דן, מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD 2018, משרד הבריאות, יולי 2018. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/OECD_2016.pdf

⁴ [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1586944877&id=id&accname=guest&checksum=63A7AB2A0617BDD04CB86A8886C9B4B4)

⁵ מבט על בריאות 2019 עם צאת הדוח החדש של ה-OECD, משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokesmanMessages/Documents/07112019_1_1.pdf

⁶ ראו גם לדוגמה: ניתוח כלכלי לבקשת רופאים לזכויות אדם <https://cdn2.phr.org.il/wp-content/uploads/2019/02/%D7%A0%D7%99%D7%AA%D7%95%D7%97-%D7%9B%D7%9C%D7%9B%D7%9C%D7%99-%D7%94%D7%AA%D7%95%D7%A1%D7%A4%D7%AA-%D7%94%D7%A0%D7%93%D7%A8%D7%A9%D7%AA-%D7%9C%D7%9E%D7%A2%D7%A8%D7%9B%D7%AA-%D7%94%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA.pdf>

נתוני הוצאה לאומית לבריאות 2018: ישראל לעומת הממוצע במדינות ה-OECD

ממוצע מדינות ה-OECD	ישראל	
8.8%	7.4%	הוצאה שוטפת לבריאות כאחוז מהתוצר
3,994\$	2,953\$	הוצאה לנפש בדולרים במונחי כוח קנייה (PPP)
74%	64%	אחוז המימון הציבורי של הוצאה לאומית לבריאות
3.6	2.3	שיעור מיטות כלליות לאלף נפש
3.5	3.1	שיעור רופאות/ים לאלף נפש
9.2	5.1	שיעור אחיות/ים לאלף נפש

ג. השקעות הון בבריאות

על-פי נתוני בנק ישראל, בעשור שבין 2002 ל-2012 ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות – בניינים, מכשור רפואי וכדומה – הייתה נמוכה הן מההשקעה בעשור שקדם לו והן מההשקעה ברוב מדינות ה-OECD.⁷ נכון ל-2015 ההשקעה בנכסים קבועים במערכת כאחוז מהתוצר הלאומי עמדה על 0.267% לעומת ממוצע ה-OECD שעמד באותה שנה על 0.475%⁸. גם כשבוחנים את ההשקעה בתשתיות כחלק מההשקעה הכוללת בבריאות, ניתן לראות בבירור כי ישראל משקיעה פחות מרוב מדינות ה-OECD.⁹

ואכן, תת-השקעה זו בא לידי ביטוי בכך שמלאי ההון במערכת הבריאות בישראל נמוך בהשוואה לשאר המדינות המפותחות: פחות מיטות אשפוז לנפש, פחות מכשירי דימות וכדומה. גם אם ניקח בחשבון שהאוכלוסייה בישראל צעירה יותר מרוב מדינות המערב – מצב שמשתנה בעשור האחרון – הרי שגידול האוכלוסין בישראל, שהינו גבוה יחסית למדינות ה-OECD, היה אמור להיות מלווה בגידול בהשקעה בהון. כמו כן, גם אם חלק מהפער מצטמצם מאחר שהשימוש בכל מכשיר אינטנסיבי יותר, האיכות והזמינות של השירותים הבריאותיים עדיין נפגעות משמעותית. להלן נבחן כמה אינדיקטורים המצביעים על חומרת המצב. חשוב לציין שהמשבר התשתיתי המתואר כאן – ממספר מיטות האשפוז ועד המחסור בכוח אדם רפואי – מתעצם פי כמה כשבדקים באופן ממוקד את המצב בפריפריה.

⁷ בנק ישראל – חטיבת המחקר, "ההשקעה בנכסים קבועים במערכת הבריאות בישראל". <https://www.boi.org.il/he/Research/DocLib3/4-138.pdf>

⁸ https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/gross-fixed-capital-formation-in-the-health-care-sector-as-a-share-of-gdp-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph125-en#page1

⁹ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1586944877&id=id&accname=guest&checksum=63A7AB2A0617BDD04CB86A8886C9B4B4>

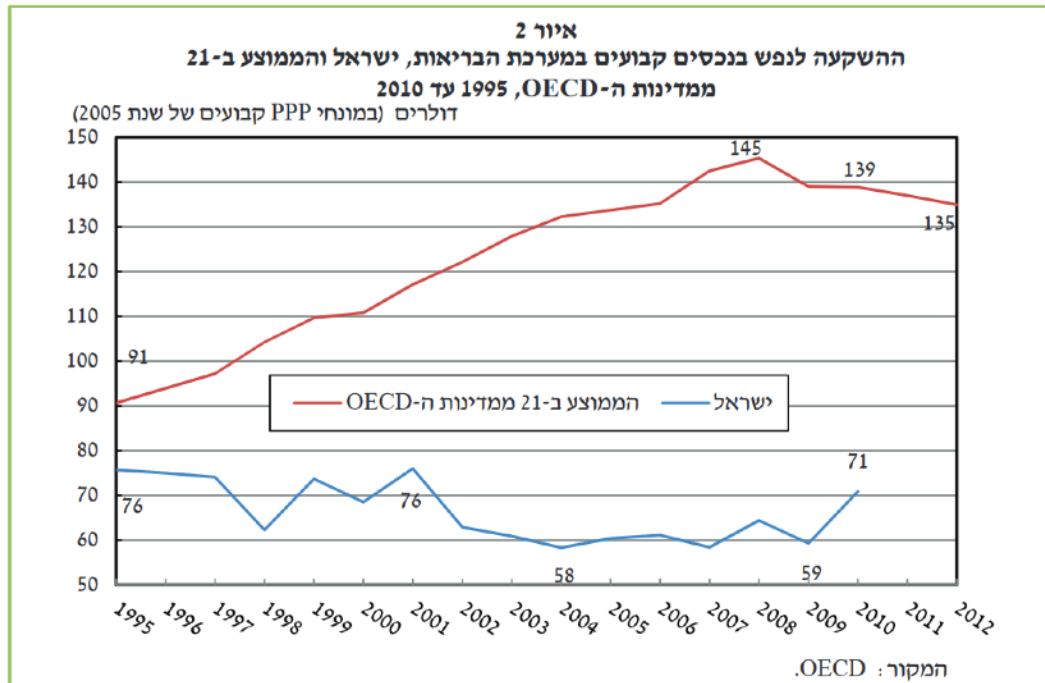
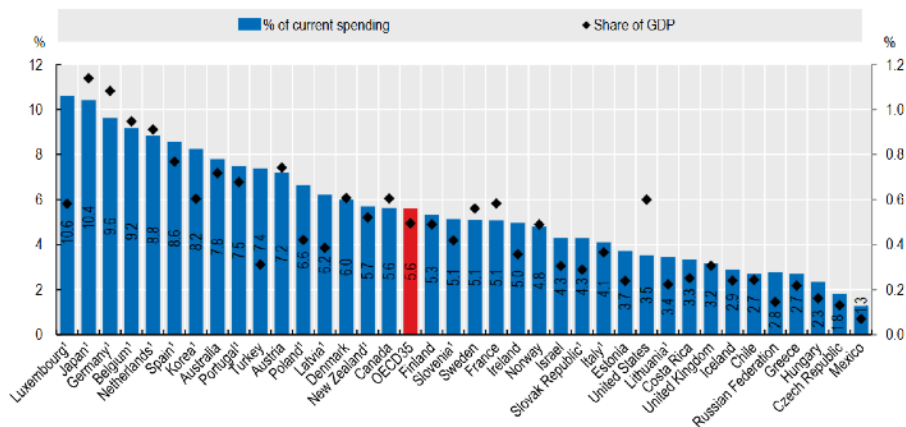


Figure 7.19. Capital expenditure on health as a share of current health expenditure, 2017 (or nearest year)

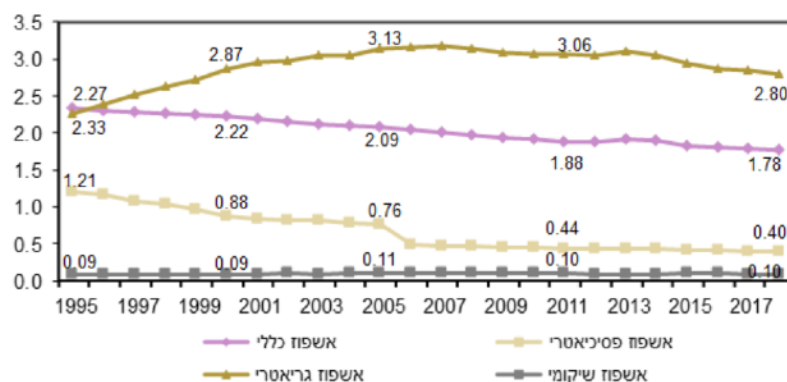


1. Refers to gross fixed capital formation in ISIC Q: Human health and social work activities (ISIC Rev. 4).
 Source: OECD Health Statistics 2019, OECD National Accounts.

• מיטות אשפוז לנפש

בינואר 2019 היו בבתי החולים בישראל 16,021 מיטות לאשפוז כללי בתקן, מתוכן 15,871 בבתי החולים לאשפוז כללי ו-151 בבתי חולים גריאטריים. בעשור האחרון מספר המיטות ביחס לאוכלוסייה נמצא במגמת ירידה – 7% פחות מסוף 2010.¹⁰ שיעור מיטות האשפוז בישראל הוא מהנמוכים ב-OECD, מה שבא לידי ביטוי בתפוסת מיטות גבוהה במיוחד: 94% בישראל לעומת ממוצע של 75% ב-OECD. תוצאה נוספת של המצב היא שזמן השהייה של מטופלים בבתי החולים בארץ הוא מהקצרים ב-OECD.¹¹ כלומר, חולים בארץ משוחררים מוקדם יותר. לנתונים אלה משמעות אחת ברורה: שיעור מיטות נמוך, תפוסה גבוהה ושהייה קצרה. כל אלה מעידים על מערכת בריאות הקרובה לקצה גבול היכולת שלה, ללא זרבות מספקות ומרחב נשימה. זו הסיבה לשלל התופעות המוכרות היטב לאזרחי ישראל, כמו אשפוז חולים במסדרונות המחלקות הפנימיות, עומסים גדולים בחדרי המיון ושחרור מוקדם מדי של חולים.

תרשים 2: שיעור מיטות ל-1,000 נפש, 1995-2018



¹⁰ ש.ם.

¹¹ מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, ינואר 2019 סתיות הילל ציונה חקלאי, <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/beds2019.pdf>

• מיטות טיפול נמרץ

ההגדרה של מיטות טיפול נמרץ היא עניין מורכב, מאחר שבנוסף למחלקות טיפול נמרץ מסוגים שונים (נשימתי, לבבי וכדומה), קיימות גם מיטות עם טיפול מוגבר במחלקות אחרות בשל המחסור במיטות במחלקות לטיפול נמרץ. לפי פרסומים בתקשורת, ישראל נכנסה למשבר הקורונה עם כ-3.3 מיטות טיפול נמרץ לכל מאה אלף איש. זהו שיעור נמוך ביותר ביחס לשאר מדינות המערב, נמוך אפילו מבריטניה (6.6 מיטות לכל מאה אלף) והרחק מאחורי מדינות כמו איטליה (12.5 מיטות לכל מאה אלף) או גרמניה (29.2 מיטות לכל מאה אלף).¹²

• מכשירי דימות

למרות העלייה במספר מכשירי הדימות בארץ (CT ו-MRI) בשנים האחרונות והגברת היעילות של השימוש בהם, קיים עדיין פער ניכר בין ישראל לרוב מדינות המערב. נכון ליולי 2018, המספר הממוצע של מכשירי MRI לכל מיליון איש במדינות ה-OECD עמד על 15.8 לעומת 4.9 בלבד בישראל. הגם שהשימוש בכל מכשירי MRI בישראל עומד על 8,534 סריקות בשנה לעומת 4,950 ב-OECD, שיעור הבדיקות המבוצעות בישראל לאלף תושבים עדיין נמוך מאוד – 36 בישראל לעומת 64 ב-OECD.¹³ בהנחה שאין הבדלים בצרכים בין ישראל לשאר מדינות הארגון, ניתן לשער כי בישראל מתבצעות פחות בדיקות MRI בשל מחסור במכשור המתאים.

• כוח אדם רפואי

בסוף 2018 היו בישראל 38,765 בעלי הרשאה לעסוק ברפואה, מהם 29,580 מתחת לגיל הפנסיה לגברים (עד 67). ב-2017 שיעור הרופאים/ות המועסקים בישראל היה 3.1 לאלף איש, נמוך מממוצע ה-OECD שעמד על 3.4 רופאים לאלף איש. מספר הרישיונות לעסוק ברפואה בארץ נמצא אמנם במגמת עלייה (1,705 רישיונות חדשים ב-2018 לעומת 727 בלבד ב-2010) – בין היתר, עקב הגדלת המכסות לאוניברסיטאות ופתיחת בתי ספר חדשים לרפואה – אבל רוב הרישיונות הללו עדיין ניתנים לבוגרי לימודים בחו"ל שמתקשים למצוא תקנים. המצב בעייתי עוד יותר בכל הנוגע לאחיות/ים: בעשור האחרון אמנם חל גידול במספר האחיות, אבל מספרן עדיין נמוך משמעותית מהממוצע ב-OECD: 5 אחיות לאלף איש לעומת ממוצע של 9.2 במדינות הארגון.¹⁴

¹² <https://www.statista.com/chart/21105/number-of-critical-care-beds-per-100000-inhabitants/>

¹³ https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/OECD_2016.pdf

¹⁴ כוח אדם במקצועות הבריאות שיצא בשנת 2019 - <https://pic-upload.ynet.co.il/briut/> - 4_5949318699042211309.pdf

המלצות¹⁵

• מימון

- **על-מנת להבריא את מערכת הבריאות הישראלית ולקרב אותה למדדים המאפיינים את שאר מדינות המערב, יש צורך בהשקעה ממשלתית של כ-14 מיליארד שקל.** סכום זה מורכב מתוספת חד-פעמית של 12.6 מיליארד שקל, הפרוסה על פני שמונה שנים, בהתאם להתקדמות הפרויקטים השונים – ובהם הטמעת הביטוחים המשלימים בסל הבריאות הציבורי, הדבקת פערי כוח האדם במקצועות הרפואה והסיעוד, הגדלת מספר הניתוחים וייעוצי המומחים במערכת הציבורית לשם קיצור זמני ההמתנה והשקעה במערך הסיעודי כולל אשפוז ביתי ושיקום. לצד תוספת חד-פעמית זו, דרושה תוספת שנתית קבועה של 1.4 מיליארד שקל לסל הבריאות לטובת תיקונים ותוספות למקדמים הקיימים: עדכון של מדד הדמוגרפיה, תוספת של מרכיב תחלואה שייקח בחשבון את התקדמות המחקר הרפואי, תוספת כפולה של מספר מיטות אשפוז מעבר לתוספת הקיימת וכן קביעת עדכון בגובה 2% מסל הבריאות, כך שיותאם לעלות הגבוהה של תרופות בימינו. במהלך השימוש בתוספת התקציבית הזו יש לתת תשומת לב מיוחדת לחיזוק אוכלוסיות מוחלשות ולסגירת הפערים בבריאות.
- **תשומת לב מיוחדת צריכה להינתן לשרותי בריאות הציבור, שסובלים מתת-תקצוב מתמשך שהחל ב-1995 בגלל היעדר מנגנון לעדכון תקציבי.**¹⁶ לפיכך, יש לעגן בחקיקה גם הבטחה של מקורות מימון וגם הקמה של מנגנון לחיזוק התשתיות וכוח האדם של המערך. יש לשמור את השירותים הללו בידי המדינה, במיוחד לאור הכישלון החרוץ של הפרטת שירותי הבריאות לתלמיד.
- **מבחינת מקורות המימון, על התוספת התקציבית האמורה להגיע מתקציב המדינה:** הסטה מסעיפים אחרים, הגדלת הגירעון, הגדלת מס הבריאות, החזרת המס המקביל או שילוב של כל אלה. יש מדינות ש"צבעו" את תקבולי מס הטבק לטובת מימון שירותי קידום בריאות. כדאי לאמץ מודל זה גם בישראל. כך או כך, חשוב לזכור כי ההשקעה בבריאות מיטיבה באופן משמעותי עם הביצועים הכלכליים של המשק וחוסכת לציבור ולממשלה הוצאות על טיפולים, ימי מחלה ואובדן כושר עבודה.

¹⁵ ההמלצות מסתמכות, בין היתר, על ניתוח כלכלי שנערך לבקשת "רופאים לזכויות אדם" על-ידי וולקן סטרולוביץ ושות' רואי חשבון (<https://tinyurl.com/y7vv8k4o>) ועל נייר משותף של "רופאים לזכויות אדם" ו"האגודה לזכויות האזרח בישראל" מ-2014 שהוגש לוועדת גרמן. ראו: אדוט רמי, פילק דני, דוידוביץ נדב, רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח בישראל "בלי הבדל בין עשיר לעני – מתווה להצלת מערכת הבריאות הציבורית", פברואר 2014.

¹⁶ מתוך: "מתווה חירום יזום לפתרון מצוקת טיפות החלב והשירות המונע לילד ולתלמיד בישראל", מכתבם של פרופ' דוידוביץ' וגב' מוריה אשכנזי, 26.5.16.

• שינויים מבניים

חיזוק הרפואה הציבורית על כל שלביה – משלב המניעה על-ידי שירותי בריאות הציבור, דרך השירות הרפואי בקהילה ועד המסגרות האשפוזיות – יתרום לחוסנה של החברה הישראלית ויהפוך אותה לשוויונית וצודקת יותר – אבל גם בריאה יותר. השינויים המוצעים כאן יאפשרו למערכת להשתמש באופן יעיל יותר במשאבים ציבוריים ולהתמודד עם כשלי השוק הרבים הקיימים בתחום הבריאות. על השינויים להיות מלווים בהסברה לציבור בנוגע לחיוניות ולחשיבות של מערכת הבריאות הציבורית, במיוחד נוכח משבר הקורונה.

- **יש ליצור הפרדה ברורה בין מערכות הבריאות הציבורית והפרטית:** לאסור על קופות החולים להחזיק בתי חולים וחברות פרטיות; לבטל את כל שירותי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים; להטמיע את הביטוח המשלים בסל הציבורי ולהשתמש במקורות הכספיים כדי לספק סל שירותים רחב ושוויוני לכלל הציבור; ולאפשר בחירת רופא באשפוז באופן שוויוני וללא כל אפליה.
- **יש לאסור על הפרטת שירותי בריאות הציבור** ולהחזיר לאחריות ממשלתית את שירותי הבריאות לתלמיד תחת רשות אחת.¹⁷
- **יש לתקן את חוק ביטוח בריאות ממלכתי כך שיכלול תקציב ייעודי לשירותי בריאות הציבור המתעדכן באופן שוטף** בהתאם למחירים, לדמוגרפיה של אוכלוסיית היעד, לטכנולוגיה ולחיסונים חדשים ואמצעים למימושם.
- **חיזוק אפשרויות שת"פ בין קופות החולים** בהיבטי תשתיות וכוח אדם, בדגש על הפריפריה. צעד זה מצריך שינוי רגולציה ומתן תמריצים מצד המדינה.

¹⁷ ראו גם עמדת איגוד רופאי בריאות הציבור <https://publichealth.doctoronly.co.il/2018/02/135783>

2. החרפת האי-שוויון במערכת הבריאות עקב המשבר

נתוני משרד הבריאות מלמדים כי קיימים בישראל פערים גדולים במצב הבריאותי ובנגישות לשירותי בריאות בין קבוצות שונות באוכלוסייה. מחקרים רבים שנעשו לאורך השנים מצביעים על שלושה גורמים עיקריים למצב זה. הגורם הראשון הוא לאומי: מצבו הבריאותי של הציבור היהודי טוב משל הציבור הערבי. כך, למשל, תוחלת החיים של אזרחים ערבים נמוכה בהשוואה ליהודים,¹⁸ תמותת התינוקות גבוהה פי שניים והתחלואה הכרונית גבוהה משמעותית.¹⁹ הגורם השני הוא מעמדי: הכנסה גבוהה מיטיבה עם המצב הבריאותי ומבטיחה נגישות לשירותי רפואה איכותיים. כך, לדוגמה, סיכויי התמותה בארץ עולים בקרב אזרחים בעלי השכלה נמוכה וככל ששכונת המגורים ענייה יותר.²⁰ הגורם השלישי הוא גיאוגרפי: מגורים בפריפריה משפיעים לרעה על מצב הבריאות.²¹ כך, לדוגמה, תמותת התינוקות גבוהה משמעותית במחוזות דרום וצפון בהשוואה למחוזות מרכז ותל-אביב, והתמותה הכללית גבוהה יותר בנפות פריפריאליות כמו באר שבע ויזרעאל.

קיימת, כמובן, אינטראקציה בין שלושת הגורמים הללו: הלאומי, המעמדי והגיאוגרפי. ההשפעה של כל אחד מהם על מצבו הבריאותי של האזרח מורכבת וכוללת גורמים חברתיים (social determinants of health)²² לצד רמת הנגישות הפיזית, הכלכלית והתרבותית לשירותי בריאות.²³

¹⁸ Saabneh, A.M. (2016). Arab-Jewish gap in life expectancy in Israel. *European Journal of Public Health*, 26, 433-438.

¹⁹ משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי, "אי-שוויון בבריאות והתמודדות אתו" <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inequality-2018.pdf>

²⁰ Manor O., Eisenbach Z., Peritz E., & al., e. (1999). Mortality differentials among Israeli men. *American Journal of Public Health*, 89, 1807-1813.

²¹ משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי, "אי-שוויון בבריאות והתמודדות אתו" <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inequality-2018.pdf>

²² Daoud, N., Soskolne, V., Mindell, J.S., Roth, M.A., & Manor, O. (2018). Ethnic inequalities in health between Arabs and Jews in Israel: the relative contribution of individual-level factors and the living environment. *Int J Public Health*, 63, 313-323.

²³ Filc, D. (2010). Circles of exclusion: obstacles in access to health care services in Israel. *Int J Health Serv*, 40, 699-717.

כך או כך, מניתוח הנתונים שבידינו ברור כי הקטנת הפערים בבריאות מחייבת תוכנית הוליסטית שלוקחת בחשבון גם גורמים חברתיים כלליים (רמת הכנסה, תעסוקה ותנאי עבודה, חינוך, איכות הסביבה, שוויון מגדרי וגזענות ואפליה) וגם גורמים ספציפיים למערכת הבריאות. **אין כמעט צורך לומר שהמשבר הכלכלי-חברתי שמלווה את מגיפת הקורונה משפיע באופן ישיר על בריאותם של אנשים, ועל אחת כמה וכמה על בריאותם של האוכלוסיות שצוינו כאן למעלה.**

המלצות לצמצום האי-שוויון בבריאות

המלצות כלליות

- **צעדים לצמצום האי-שוויון הכלכלי בישראל.** מדד הג'יני בישראל אמנם ירד מעט בשנים האחרונות, אבל הוא עדיין גבוה יחסית למדינות ה-OECD. בנוסף, שיעור העובדים העניים בישראל ממשיך לעלות ושיעור העוני נותר גבוה ויציב, והמשבר הנוכחי רק צפוי להעצים אותו. ההתמודדות עם מצב זה מצריכה, בין היתר, תשלומי העברה נדיבים יותר (במצב הנוכחי הם נמוכים משמעותית בהשוואה לרוב מדינות ה-OECD), המשך ההעלאה של שכר המינימום, צמצום הפער בין השכר החיצוני לשכר הממוצע והרחבת התאגדות העובדים במשק באמצעות שינויי חקיקה שיקלו על התארגנות (הניסיון הבינלאומי מראה שיש קשר מובהק בין שיעור העובדים המאוגדים וצמצום הפערים בשכר).
- **צמצום ההעסקה הפוגענית.** לדוגמה, העברת כל עובדי הקבלן במגזר הציבורי להעסקה ישירה.
- נדרשת **מדיניות אקטיבית לצמצום פערים בחינוך** על רקע אתנו-לאומי ומעמדי.
- **יש צורך דחוף בטיפול באזורים הסובלים במיוחד ממפגעים סביבתיים**, כמו אזור מפרץ חיפה והקריות.
- **יש צורך למגר את הגזענות המבנית בישראל**, שיש לה השפעה על מצבם הבריאותי של האזרחים.²⁴ לשם כך דרושים, בין היתר: ביטול חוק הלאום; שינוי במדיניות התכנון והקרקעות שמפלה בצורה בולטת את האזרחים הערבים; השוואה של ההשקעה הממשלתית ביהודים ובערבים; טיפול עומק בגזענות המשטרתית כלפי האזרחים הערבים ויוצאי אתיופיה; מאבק בביטויים גזעניים בתקשורת ובמרחב הציבורי כלפי ערבים, יוצאי אתיופיה, חרדים, יוצאי ברית המועצות לשעבר – ובכללם כל צורה של גזענות, הדרה או אפליה במערכת הבריאות.²⁵

²⁴ Daoud, N., Ali Saleh-Darawshy, N., Gao, M., Sergienko, R., Sestito, S., & Geraisy, N. (2019). Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers. BMC Public Health, 19, 1741.

²⁵ https://www.health.gov.il/publicationsfiles/elimination_of_racism.pdf

מערכת הבריאות

- **היפוך מגמת הפרטה של מערכת הבריאות**, מאחר שקיים קשר ישיר ומוכח בין הפרטה לאי-שוויון בנגישות. לשם כך יש להעלות את חלק המימון הציבורי מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות לפחות עד הרמה הממוצעת ב-OECD – כלומר, לכ-75%. על-מנת להשיג יעד זה יש צורך להגדיל את ההוצאה הציבורית. כמו כן, יש להטמיע את המרכיבים העיקריים של הביטוחים המשלימים בתוך הביטוח הממלכתי ולהפריד בין המערכת הציבורית לפרטית על כל רבדיה: בתי חולים ציבוריים לא יוכלו להפעיל שירותים פרטיים; קופות החולים הציבוריות לא יוכלו להיות בעלים של מיזמים פרטיים או לשווק ביטוחים פרטיים; צוותים רפואיים לא יוכלו לעבוד במקביל באופן ציבורי ופרטי.
- **ביטול ההשתתפות העצמית בתרופות מרשם**. מחקרים מראים שהשתתפות עצמית אינה מייעלת את ההוצאה, אלא רק פוגעת בנגישות של בעלי הכנסה נמוכה. הפיקוח על ההוצאה יתבצע לא על-ידי הערמת מכשולים בפני חולים הזקוקים לתרופות אלא באמצעות פיקוח על ההתנהגות הטיפולית של הרופאים.
- **הכנסת מדד חברתי-כלכלי לנוסחת הקפיטציה, כפי שמציע משרד הבריאות עצמו, לצד שיפור חישוב גורם הפריפריה בנוסחה הנוכחית**. במקביל, בקרה על הקופות במטרה להבטיח שהסכומים שמתקבלים על מבוטחים בפריפריה או מרקע סוציו-אקונומי נמוך אכן יגיעו לאוכלוסיות אלו. הסכומים חייבים לכלול פיצוי על נסיעות, במקרים שבהם אין הגיון כלכלי לריבוי שירותים.
- **הטמעה של אזור גיאוגרפי סטטיסטי בתמיכות של משרד הבריאות**, כפי שמציע משרד הבריאות עצמו.
- **השקעה מוגברת בתשתיות ובהיצע כוח האדם בפריפריה**, עם דגש על יישובים ערבים.
- חיזוק ההנגשה התרבותית, כולל הנגשה שפתית של שירותי הרפואה וקידום הבריאות ושל חומרי הסברה – תוך התאמתם מבחינה תרבותית לקבוצות אוכלוסייה שונות בישראל.
- **הכללת תחומי בריאות השן וטיפול השן בביטוח הממלכתי**.
- **החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על מהגרי עבודה ומבקשי מקלט**, כמקובל במדינות רבות באירופה.

א. האוכלוסייה הערבית ומשבר הקורונה

ככלל, המצב הבריאותי של האוכלוסייה הערבית בישראל ירוד ביחס לאוכלוסייה היהודית. הפער בא לידי ביטוי במדדים רבים כמו שיעור תמותה גבוה (לרבות תמותת תינוקות), תוחלת חיים נמוכה ועודף תחלואה. בנוסף, קיימים הבדלים בין שתי האוכלוסיות מבחינת גורמי סיכון כמו עישון והשמנת-יתר. על מצב מתמשך זה של אי-שוויון מעידים מחקרים ופרסומים רבים, כולל דו"חות של משרד הבריאות. האי-שוויון בין ערבים ויהודים בבריאות ובתמותה נובע ממספר גורמים. מבחינה גיאוגרפית, רוב האוכלוסייה הערבית מתגוררת בפריפריה הישראלית, המתאפיינת בשירותי בריאות ברמה נמוכה יחסית למרכז הארץ – אזור ובו ריכוז גבוה יותר של יהודים. מבחינה כלכלית, המעמד הסוציו-אקונומי של האוכלוסייה הערבית נמוך משל האוכלוסייה היהודית ושיעור העוני בקרבה גבוה יותר. מבחינה פוליטית, המעמד השולי של החברה הערבית בפוליטיקה הישראלית ויחסי הקונפליקט שיש לה עם המדינה הם גורם-על שאחראי במידה רבה לאי-שוויון בין ערבים ויהודים בבריאות ובתחומים אחרים: הצרכים של החברה הערבית לא נמצאים במקום גבוה בסדר העדיפויות הממשלתי. **מציאות זו באה לידי ביטוי גם בתגובות משרד הבריאות למשבר הנוכחי. למשל, העיכוב הניכר בהעברת מסרים מסודרים בשפה הערבית והעיכוב הבלתי-מוסבר בקיום בדיקות לאיתור המחלה ביישובים הערביים.**

על פניו, נראה כי האוכלוסייה הערבית בישראל נפגעה במידה פחותה מן הנגיף בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. שיעור התחלואה בקורונה בקרב האוכלוסייה הערבית בגל הראשון היה 5%, אולם שיעור זה עלה בגל השני (ביולי-אוגוסט) והגיע לכ-30%, שיעור שהוא גבוה יותר מאשר שיעור הערבים באוכלוסייה בישראל. בספטמבר-אוקטובר חלה ירידה בשיעור התחלואה ומרבית היישובים הערבים עברו להיות ירוקים והצליחו להוריד את שיעורי התחלואה בקרבם. אבל בהתחשב בכך שהמשבר עדיין בעיצומו ומספר מקרי ההידבקות בעלייה מתמדת, יש להתייחס למגמה זו במשנה זהירות. ייתכן כי ביישובים הערבים לא יצליחו לשמור על ההצלחה שלהם בהיעדר תוכנית ספציפית ליישובים אלה שתיקח בחשבון את המצב הסוציואקונומי של היישובים האלה ואת הפערים בבריאות. כך או אחרת, התפשטות המגיפה ביישובים הערביים צפויה לגרום לתוצאות חמורות במיוחד בשל המאפיינים הבריאותיים-חברתיים שצוינו לעיל, כמו עודף תחלואה, שיעור עוני גבוה, תשתית בריאות רעועה, צפיפות מגורים ורשויות מקומיות חלשות.

המלצות:

- לאור העלייה המתמדת במקרי ההידבקות ביישובים הערביים, יש להגביר את קצב הבדיקות באוכלוסייה הערבית ולתגבר את הפעילות של תחנות בדיקה נגישות לכל היישובים הערביים.
- יש לשפר את פעילות מערך ההסברה בשפה הערבית ולהקפיד כי ימשיך לפעול באופן סדיר גם בשלבי היציאה מהמשבר.

- יש לשלב מומחים ערבים בצוותי עיצוב המדיניות וקבלת ההחלטות הקשורות למגיפה, ובכללם מומחים בתחום בריאות הציבור. מומחים ערבים קשובים יותר לתנאים, לבעיות ולצרכים הקיימים בחברה הערבית ויכולים לסייע רבות בהתמודדות עם המשבר הנוכחי ובעיצוב תוכנית החזרה לשגרה.
- חשוב לתקצב ולממן את תוכנית הרוחב של שיפור מצב הבריאות ושירותי הבריאות בישובים הערבים. תוכנית אשר הכין משרד הבריאות ב-2018 בשיתוף עם המשרד לשוויון חברתי, בעזרת כמאה אנשי מקצוע ערבים ויהודים. היה ראוי שתוכנית זו תכלול בתוכנית 922 אך היא לא זכתה למימון. גורמי הסיכון שמאפיינים את החברה הערבית זה שנים ארוכות לא ייעלמו בתום המשבר. אבל הטיפול בהם, כמו גם בשאר הגורמים שגורמים לאי-שוויון בבריאות בין יהודים וערבים, ידרוש תוכנית ארוכת טווח למאבק בתופעה – לא טיפול נקודתי.

ב. האוכלוסייה המבוגרת ומשבר הקורונה

בדומה לשאר מדינות העולם, שיעור הקשישים בישראל נמצא במגמת עלייה ועומד כיום על 11% מהאוכלוסייה. הרמה הגבוהה של שירותי הרפואה בארץ והנגישות לטכנולוגיות מתקדמות תורמות לעלייה בתוחלת החיים ובשיעור הקשישים באוכלוסייה. לפי נתוני ה-OECD, תוחלת החיים הממוצעת בארץ הגיעה ב-2019 ל-82.5 שנים (84 בקרב נשים, 81 בקרב גברים), מה שממקם את ישראל קרוב לצמרת הטבלה העולמית, אחרי שוויץ ויפן. רוב הקשישים בישראל מתגוררים בקהילה, כולל דיור מוגן, ורק 4% מתוכם שוהים במוסדות לטיפול ממושך.

על-פי נתוני משרד הבריאות, נכון לאמצע נובמבר 2020, למעלה מ-95% מהנפטרים בקורונה בארץ הם בני 60 ומעלה, זאת למרות ההגנה הטובה יותר הניתנת לקבוצה זו מאז החלה לפעול תוכנית "מגן אבות ואמהות", אשר מתמקדת בקשישים השוהים במוסדות, בעוד רוב האוכלוסייה מתגוררת בקהילה. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם נתוני ארגון הבריאות העולמי שלפיהם בני 60 ומעלה נמצאים בסיכון גבוה במיוחד לחלות בקורונה ולמות מהמחלה – בין היתר עקב גורמי סיכון שמחלישים את המערכת החיסונית, כמו מחלות קרדיווסקולריות, סכרת, מחלות נשימה ולחץ דם גבוה.

מציאות החיים בזמן המשבר: בדידות, הימנעות מטיפולים רפואיים ועוני

לצד הסכנות הבריאותיות האורבות לאוכלוסייה המבוגרת בימים אלו, לא ניתן להתעלם גם מהשלכות הנפשיות והרגשיות של מגפת הקורונה. ישראלים רבים בני 60 ומעלה נמצאים בבידוד מוחלט כבר שבועות ארוכים, כשהם אינם נפגשים אפילו עם בני משפחתם. תופעת הבדידות, שמאפיינת את קבוצת הגיל הזו גם בימי שגרה, החריפה מאוד מתחילת המשבר עקב הריחוק החברתי. מחקרים מראים באופן עקבי וברור שלבדידות יש השלכות שליליות על הבריאות הנפשית והפיזית של מבוגרים.

תופעה נוספת שיש לתת עליה את הדעת היא הימנעות מקבלת טיפולים רפואיים חיוניים בשל חשש מהידבקות בנגיף. בדו"ח שהוגש למל"ל ב-16 באפריל דווח על ירידה משמעותית של כ-30% בהגעה למיון ולניתוחים אלקטיביים בבתי החולים. אמנם מאז ישנו שיפור משמעותי במודעות של קופות החולים ובתי החולים לנושא זה, אך עדיין ההשפעה של מגפת הקורונה על תחלואה ותמותה מאבחנות שאינן קורונה, כולל בתחום בריאות הנפש, הינה משמעותית. נושאים כמו התאבדויות, אלימות במשפחה, ביצוע בדיקות וטיפולים שונים – דורשים מעקב והתמודדות.

עוני הוא תופעה נוספת שנוגעת באופן מיוחד לציבור הקשישים ומחמירה בעקבות המשבר. לפי נתוני הביטוח הלאומי, כמעט שלישי מהקשישים בישראל הם עניים, חיים בתנאי דיור ירודים וסובלים מבעיות בריאותיות. בתחילת המשבר מבוגרים רבים היו בין העובדים הראשונים שהוצאו לחל"ת וסביר להניח כי גם יהיו בין האחרונים לחזור למקומות העבודה, אם בכלל. בהקשר זה חשוב לזכור שלחלק גדול מהקשישים אין קרנות פנסיה (במיוחד קשישים ערבים) ומחייתם בימי שגרה תלויה בקצבת זקנה ובתמיכה משפחתית. אלא שהיום חלק ניכר מבני משפחה אלו הוצאו בעצמם לחל"ת ומצבם הכלכלי הידרדר. צמצום מעגל התמיכה ומקורות ההכנסה לקשישים עלול להוריד קשישים רבים מתחת לקו העוני. ההימנעות מקניית אוכל, בגדים ותרופות, לצד הלחץ הנפשי הכבד, ישפיעו באופן שלילי ביותר על הבריאות והרווחה של אוכלוסייה זו.

צריך לזכור גם שחלק גדול מהעובדים החיוניים במשק, ובכללם האנשים המנהלים את המשבר ואת מקומות העבודה החיוניים, הם בני 60 ומעלה. התרומה של בני קבוצת הגיל הזו, על ניסיונם המקצועי הרב, הכרחית לתפקוד המשק והחברה בישראל, בשגרה ובעתות חירום. ואולם, מהתוכניות שפרסמה הממשלה לא ברור כיצד המדינה מתכוונת לשמור על הבריאות של אוכלוסיית המבוגרים או לטפל במחירים הכלכליים והחברתיים הכבדים שהמשבר גובה ממנה. העובדה שבני 60 ומעלה יאלצו לשהות בבידוד עוד זמן רב חייבת להיות חלק מהדיון הציבורי בישראל, תוך הבנה שיש לבידוד – ולא רק ליציאה מהבית – השלכות בריאותיות קשות משלו.

ברמת המאקרו, שני כשלים של מערכת הבריאות, שנחשפו ביתר שאת בעקבות המשבר, עלולים להגדיל את הפערים בין ציבור המבוגרים לשאר הציבור.

- מחסור בכוח אדם רפואי ומקצועות הבריאות: המחסור באנשי מקצוע לטיפול בקשישים מוכר במערכת כבר שנים. מחסור זה התעצם עקב משבר הקורונה במוסדות לטיפול ממושך ובבתי חולים הכלליים והגריאטריים. מאז תחילת המשבר עובדים רבים במערכת הבריאות – לפעמים אף צוותים שלמים – נכנסים לבידוד בגלל חשש מחשיפה לנגיף. כתוצאה מכך, מחלקות גריאטריות נסגרו או אוחדו עם מחלקות אחרות בשבועות האחרונים. המחסור בכוח אדם מיומן והעומס הרב פוגעים באיכות הטיפול שמקבלים קשישים חולי קורונה, אבל גם קשישים הסובלים ממחלות אחרות.

- היעדר שירותי רווחה ובריאות מותאמים לקשישים: הגם שהם נמצאים בסיכון גבוה במיוחד, המדינה לא נתנה עד כה מענה לצורך של קשישים לעבור בדיקות וטיפולים רפואיים ולהשתמש בשירותי הרווחה השונים. תופעת ההימנעות מקבלת טיפולים חיוניים תימשך, כל עוד שירותים אלה לא יותאמו לשימוש של אזרחים מבוגרים.

המערכת, אם כן, סובלת משלל בעיות כרוניות שהולכות ומחריפות בימים אלה בעקבות המגפה. לאור חוסר הוודאות לגבי משך המשבר, עולה השאלה מה יהיו שיקולי המערכת בהקצאת משאבים לטיפול בקשישים. מה שברור הוא שאזרחי ישראל, אנשי מקצועות הרפואה והציבור הרחב גם יחד, יהיו חייבים לעמוד על המשמר בשנה הקרובה כדי להבטיח את שלומה של אוכלוסייה פגיעה זו.

המלצות:

1. **הכנת תכנית לאומית המתייחסת באופן ספציפי לבני 60 ומעלה.** התוכנית תיתן מענה לצרכים הבריאותיים, הכלכליים והחברתיים של בני קבוצות הגיל הזו, בין אם הם נמנים עם הקבוצה שתישאר בבידוד או זו שתחזור למקומות העבודה בעתיד הקרוב.
2. **הקמת מטה הומניטרי בשיתוף פעולה בין-מגזרי** (ציבורי ופרטי) למתן סיוע מותאם תרבותית לאוכלוסיות ייחודיות כמו האוכלוסייה החרדית, הערבית בכלל, והבדווית בנגב במיוחד.
3. **הוספה מיידית של תקנים לצוותי הרפואה והסיעוד בבתי החולים ובמוסדות לטיפול ממושך.** ניתן לגייס כוח אדם מקרב בוגרי רפואה שאינם מועסקים כרגע ומחכים לתקנים פנויים להתמחות וכן בוגרי סיעוד שאינם מועסקים כיום בגלל מחסור בתקנים, במיוחד בפריפריה.
4. **תמיכה כלכלית ארוכת טווח לאזרחים הוותיקים,** הכוללת העלאה של קצבות הזקנה לחצי שנה הקרובה ב-500 שקל לחודש לכל הפחות.
5. **יצירת שת"פ בין קופות החולים להקמת "מרפאות אחודות"** באזורים שונים לטיפול בקשישים ובחולים הכרוניים.

3. קידום חוק בריאות הציבור - הצורך בחשיבה מחודשת על מקומם של קידום בריאות ורפואה מונעת בסל הבריאות

קידום בריאות ורפואה מונעת הן מאבני היסוד של הרפואה. הדבר נכון ביתר שאת במאה ה־21, תקופה בה הזדקנות האוכלוסייה והשינויים באורח החיים הביאו לעליה משמעותית במחלות כרוניות. קידום בריאות ורפואה מונעת הפכו בכל מערכות הבריאות בעולם למרכיבים משמעותיים בקביעת החזון והיעדים של המערכת. גם בישראל הדבר נכון לגבי משרד הבריאות וקופות החולים. היבטים שונים של רפואה מונעת באים לידי ביטוי בתוכניות לאומיות כמו "עתיד בריא 2020" אשר הוקמה על-ידי משרד הבריאות כדי לגבש תכנית אב למדינת ישראל בתחום המניעה וקידום הבריאות. יעדי-העל של התוכנית הם לשפר את איכות החיים ולהאריך את תוחלת החיים של האוכלוסייה, תוך צמצום פערי הבריאות. משרד הבריאות מפעיל מזה כחמש שנים את תוכנית "אפשריבריא" – התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאות, בשיתוף פעולה עם משרד התרבות והספורט ומשרד החינוך. התוכנית מובילה מאמץ מכוון ליצירת סביבת חיים המאפשרת ומקדמת הרגלי אכילה בריאים תוך שילוב פעילות גופנית בחיי היומיום, בכל קבוצות האוכלוסייה (תוכנית עבודה, משרד הבריאות 2016).

מאידך למרות האמור לעיל ולמרות אמירות משמעותיות של הנהגת משרד הבריאות אשר תומכות ומחזקות את קידום הבריאות והרפואה המונעת בהזדמנויות שונות, עדיין מבחינה תקציבית תחום זה נשאר מאחור בעיקר מבחינת הסדרת מקורות המימון. מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד היום פעמים רבות המקורות התקציביים של תחומים אלה אינם ברורים דיים, דבר אשר הביא לחוסר יציבות במימון תוכניות, כדוגמת הפסקת מקורות המימון של תוכנית "אפשריבריא" למשך תקופה משמעותית. למעשה, תחום בריאות הציבור הכולל מגוון נושאים, בין היתר חיסונים במסגרת טיפת חלב ושירות הבריאות לתלמיד, תוכניות קידום בריאות בקהילה ועוד, נכלל עד היום בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. במשך שנים רבות הדיונים בוועדת הסל נסובו רק אודות טכנולוגיות הכלולות בתוספת השנייה של החוק, דבר שהביא לשחיקה מתמשכת במימון תחומים רבים החל מחיסונים ועד למניעת עישון ומניעת השמנה.

המצב הקיים כיום נובע בעיקר מ"שינוי זוחל" של מה נחשב כלגיטימי לדיון בוועדת הסל, כאשר המחסור התקציבי הכרוני בתחום הביא בהדרגה לכניסה של טכנולוגיות מתחום קידום הבריאות ורפואה מונעת. תופעה זו התרחשה ללא דיון מקצועי וציבורי מספק ולמרות הכניסה המבורכת של חיסונים חדשים וטכנולוגיות מניעה, חשוב לראות בטווח הרחוק איך מביאים את תחום קידום הבריאות והרפואה המונעת למקומו הנכון באופן בר קיימא. וכל זאת, דווקא עכשיו, בעיצומו של משבר הקורונה, בגלל התחושה הגוברת והולכת שביום שיימצא החיסון, קולותיהם של אנשי בריאות הציבור יישמעו הרבה פחות, הקשב הציבורי יפחת ואיתו גם התכנון והמימון.

רקע:

מטרת פעולות הרפואה המונעת וקידום הבריאות היא לאפשר הארכת תוחלת חיים, שיפור איכות חיים ויצירת שנים חופשיות רבות יותר ממחלות ומוגבלויות ("שנים בריאות"). הרפואה המונעת וקידום בריאות הינו תחום רחב ביותר אשר יכול להתבצע במסגרת הפרט, המשפחה והקהילה. מקובל להפריד בתחום הרפואה המונעת בין מניעה ראשונית, שניונית ושלישונית.

מניעה ראשונית (Primary Prevention) מטרתה הפחתת החשיפה לגורמי סיכון, או יצירת חסינות כלפיהם ובכך מניעת הופעת המחלה/הנזק. המניעה הראשונית כוללת מלבד שינוי באורח החיים, גם חיסונים, טיפול תרופתי מונע כולל מתן תוספי מזון וויטמינים. במניעה ראשונית נדרשת האוכלוסייה לבצע שינוי בהרגלים/אורח החיים כגון הימנעות מעישון, הימנעות מחשיפה יתרה לשמש, תזונה נכונה, נהיגה נכונה, קבלת חיסונים מתאימים, ביצוע פעילות גופנית סדירה. באמצעות פעולות מניעה ראשונית הכוללות הימנעות מעישון, פעילות גופנית, תזונה נכונה, חיסונים ונהיגה זהירה — ניתן להפחית בכ-50% את שיעורי התמותה המוקדמת — לעומת הלא מבצעים פעולות אלה.

מניעה שניונית (Secondary Prevention) מטרתה גילוי מוקדם ואיתור המחלה או גורם הסיכון וטיפול בהם בשלב מוקדם ככל האפשר על מנת לשנות את מהלך המחלה. המניעה השניונית עוסקת בגילוי מוקדם של מחלות באמצעות בדיקות שונות (בדיקות דם, לחץ דם, הדמיה וכו'), כאשר שיטות הביצוע כוללות גישות שונות, כולל בדיקות יזומות. למניעה ראשונית משקל רב יותר לעומת מניעה שניונית.

מניעה שלישונית (Tertiary Prevention) נעשית על-ידי התערבות לאחר שכבר הופיעה המחלה/הנזק ומטרתה הפחתת הסיבוכים וצמצום השלכותיה של מחלה מפושטת.

כיום מקובל כי מבחינת סדרי עדיפות, עמידה בתוכנית החיסונים, הימנעות והפסקת עישון, פעילות גופנית סדירה, מניעת השמנה, תזונה נכונה, הימנעות מחשיפה יתרה לשמש ונהיגה זהירה הן הפעולות החשובות ביותר מבחינת מניעת מחלות וקידום בריאות (טבנקין ולהד, 2013).

"פרדוקס מניעת התחלואה"

אחת מתופעות הלוואי של חוסר האסדרה הברור של תחום קידום הבריאות והרפואה המונעת בישראל היא ההפרטה הגוברת של אספקת שירותים אלו. הפרטה זאת נעשית באופנים שונים ומדורגים, החל מהעברה של אספקת שירותים לעמותה ציבורית שאין לה כוונות רווח ואינה פועלת על פי אמות מידה עסקיות ו/או תחרותיות ועד להפרטה משמעותית של אספקת שירותים על ידי גופים למטרות רווח (חיניץ, גראו, מרכז טאוב). אחת הדוגמאות המשמעותיות של השפעת תהליכים אלו היא מצב טיפות החלב בישראל. לשירות המונע לילד חלק מזכות עקרונית ובסיסית ביותר – הזכות לבריאות. העמדה של איגוד רופאי בריאות הציבור ואיגוד רופאי הילדים היא כי שירותי הרפואה המונעת של בריאות הציבור בישראל חייבים להיות נגישים לכלל ילדי ישראל באמצעות מימון ממלכתי הולם מתקציב המדינה. אולם כיום מתאפיינת אספקת השירות הרפואי והחברתי הבסיסי הזה במצוקת תורים, בעומס עבודה על אחיות ורופאי התחנות, ובכרסום מתמיד ביכולת לספק כהלכה שירותי רפואה מונעת בסיסיים נוספים מעבר למתן חיסונים, כגון הדרכת הורים צעירים, ביצוע בדיקות התפתחותיות ואיתור משפחות בסיכון. כיום התקינה בתחנות טיפות החלב ברחבי הארץ הינה של כ- 960 אחיות ולא יותר מעשרות ספורות של רופאים, האחראים על בדיקות התפתחות הילד של מאות אלפי תינוקות ופעוטות. על פי הערכה שנעשתה על ידי איגוד רופאי בריאות הציבור, איגוד האחיות וחטיבת אחיות בריאות הציבור, בשיתוף עם פרופ' גבי בן נון מהמחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון, חסרים כיום למעלה מ- 700 תקנים של אחיות בתחנות טיפת חלב ברחבי הארץ. מדובר בהערכת חסר, המתבססת בעיקר על הזמן הנדרש לחיסון, תוך התייחסות לתוספות החיסונים בשנים האחרונות, אשר לא לוו בתוספת תקינה מתאימה. בפועל התוספת צריכה להיות נרחבת יותר והשירות הניתן כיום בתחנות טיפת חלב הוא רחב ומנסה לתת מענה למכלול הצרכים, וכולל רצף של בדיקות סקירה התפתחותית המתבצע על ידי האחיות, הדרכה וייעוץ להורים בנושאים שונים של הורות וגידול ילדים, הדרכה לאורח חיים מקדם בריאות כמו הנקה ותזונה נכונה, איתור דיכאון לאחר לידה אצל האם, ועוד; בנוסף, מתבצעות בדיקות התפתחות מעמיקות על ידי רופאי אם וילד שבתחנות. הביקור הראשון של האם והתינוק אצל האחיות ובדיקת ההתפתחות הראשונה אצל הרופא נמשכים לפחות כחצי שעה, כך שבפועל המחסור בכוח אדם הוא משמעותי הרבה יותר. בנוסף, מעבר לתקנים החסרים, קיים קושי עצום לאייש את התקנים הקיימים באחיות וברופאים: בקרב האחיות קיימים פערי שכר, תנאים ודימוי מקצועי, בהשוואה לאחיות בבתי חולים; גרוע מכך, רופאים רבים יגיעו לגיל פרישה בשנים הקרובות, מה שיגדיל עוד יותר את החוסר הקיים ממילא.

שורש המצוקה המתוארת הינו היעדר מנגנון עדכון תקציבי קבוע בתוספת השלישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוספת החיונית הן עבור תקנים ושכר כוח האדם, והן עבור תשתיות פיזיות לבניית תחנות חדשות ושיפוץ התחנות הקיימות. זאת למרות שישנו גידול דמוגרפי בישראל ומספר הילדים וההורים שזכאים לשירותי התחנות נמצא בעלייה מתמדת.

בהקשר של דיוני ועדת הסל, עד לפני מספר שנים עדכון תוכנית החיסונים לא נדונה כלל בדיוני ועדת הסל, בשל התפיסה כי מדובר בטכנולוגיה השייכת לתוספת השלישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועל כן משרד הבריאות צריך למצוא את המקורות התקציביים לכך באופנים אחרים. הדבר הביא לכך שבשנת 2007 הוועדה המייעצת לחיסונים עמדה והתריעה על כך שישראל הפכה להיות מ"מעצמת חיסונים" – מדינה בעלת תוכנית חיסונים לאומית איתנה, אשר כוללת את כל החיסונים הקיימים, לאחת המדינות אשר תוכנית החיסונים שלה מפגרת מאחורי מדינות מפותחות אחרות. חיסונים שונים כגון חיסון כנגד אבעבועות רוח, שעלת אל-תאי, פנוימוקוק, רוטה ו-HPV, למרות שאושרו לשימוש בישראל, לא נכללו במימון הציבורי. הדבר הביא להכללתם בביטוחים פרטיים ולמצב בו אוכלוסייה במעמד סוציו-אקונומי גבוה התחסנה בשיעורים גבוהים, מצב שייצר לא רק פערים בבריאות אלא גם שיעור התחסנות של האוכלוסייה של כ-30-40% באופן שאפידמיולוגית הביא לעליה בגיל התחלואה באופן שמביא לתחלואה קשה יותר בקרב החולים. גם העלייה במחיר החיסונים מהדור החדש (כגון חיסון כנגד HPV) הקשתה בהכנסת חיסונים נוספים. אכן לפני מספר שנים ה"סכר" נפרץ וחיסונים החלו להיכנס כטכנולוגיות "לגיטימיות" בדיוני ועדת הסל. בטבלה 1 ניתן לראות את הגידול בתקציב תוכנית החיסונים בין השנים 2002-2008, השנים בהן התוכנית נכנסה למשבר המתואר בשל חוסר תקצוב, אשר הביא לאשור חריג של תוספת תקציב בין 2008-2010 של 170 מיליון ₪ באופן מדורג, כדי להביא את תוכנית החיסונים למצב בו יכנסו חיסונים שהומלצו על הוועדה המייעצת לחיסונים של משרד הבריאות. אך כבר אז משרד הבריאות הצהיר שיש צורך בתוספת משמעותית יותר של 270 מיליון ₪ והעמדת התקציב הכולל של תוכנית החיסונים על כ-400 מיליון ₪ בשנה, דבר שאכן בסופו של דבר קרה, בין היתר בשל השינוי במדיניות של דיוני ועדת הסל אשר החלו לכלול חיסונים ואף הביאו להכללת החיסון היקר ביותר ברשימה – כנגד HPV.

מדוע אם כן למרות החשיבות הרבה המוענקת לתחום קידום הבריאות והרפואה המונעת, תחום זה אינו מקבל את התקציבים והקשב המתאימים? כפי שנכתב בדברי הפתיחה לכנס ים המלח השביעי שיוחד לנושא התנהגות בריאותית כיעד לאומי: "תחומי המניעה וקידום הבריאות מתחרים אל מול הרפואה הקורטיבית על תשומת הלב של הציבור, התקשורת ומקבלי ההחלטות. בטורניר זה, במגרש הפופוליסטי, נרשם ניצחון של הרפואה המונעת וקידום הבריאות בגביית מס שפתיים. אלא שהניצחון הוא "ניצחון פירוס". קל למצוא אוהדים ותומכים רעיוניים. יהיה זה אפילו בלתי נאות פוליטית להסתייג מהעדיפות שיש להקנות למניעה ולקידום בריאות. אבל בחיים האמיתיים, במערכה הכוללת על התקציב ועל תשומת הלב הציבורית, ניגפים תחומים אלה כמעט ללא קרב. עובדה זו מסבירה את מצבה העגום של מערכת בריאות הציבור, בריאות התלמיד, בריאות העובד, קידום בריאות וכל תחום שהמילה השנייה בשמו נסמכת על המילה בריאות" (כנס ים המלח השביעי, 2006, עמ' 9)

תופעה זו אינה ייחודית לישראל וקיימת למעשה במדינות רבות בדרגות כאלו ואחרות. על פי הארווי פיינברג, לשעבר דיקאן בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת הארוורד ונשיא ה – Institute of Medicine, ישנן מספר סיבות מרכזיות למה שהוא מכנה ה"פרדוקס של מניעת תחלואה" או במילים אחרות הפער בין התשבחות הרבות שתחום זה מקבל ברמה העקרונית כאשר באופן מעשי קיימת התנגדות רבה לקידום התחום ומימונו בפועל (Fineberg, 2013):

1. ההצלחה במניעה למעשה הינה שקופה שכן בפועל כאשר אנו מצליחים למנוע את המחלה או את הסיבוכים, לכאורה דבר לא קרה.
2. החוסר בדרמה – בעוד התמודדות עם מחלות כמו סרטן, מחלות לב, מחלות זיהומיות או כל התמודדות עם הטיפול האקוטי מציל החיים של מחלה, תחום קידום הבריאות אין בו את המיידיות ותחושת הדחיפות ובכך התחום הופך לפחות "דרמטי" ולכן פחות "מעניין".
3. נתונים סטטיסטיים שתומכים במניעה פחות מעוררים רגשות, לעומת המקרה הבודד. חולה הסרטן שעומד בפנינו ואנו יודעים שללא תרופה ימות, תמיד יעורר בנו רגשות עזים יותר לעומת נתונים סטטיסטיים של מניעת תחלואה ותמותה.
4. יש פער בין התועלת שבאה לידי ביטוי רק לאחר זמן ממושך, לעומת הטיפול הקליני – בין אם תרופתי או באמצעות ניתוח – שבהם ניתן לראות גם תוצאות מיידיות.
5. התועלות מהרפואה המונעת וקידום הבריאות אינן לרוב משתלמות למי שמממן את ההוצאות של תוכנית ההתערבות אלא למערכות אחרות (כגון מערכת החינוך, תעסוקה) או באופן כללי למערכת באופן הוליסטי (הגברת פריון בעבודה, הגברת הצמיחה במשק, צמצום פערים חברתיים)
6. ההמלצות בתחום רפואה מונעת וקידום בריאות לא תמיד קונסיסטנטיות ולא פעם הן משתנות, כדוגמת המלצות שונות בתחום התזונה והפעילות הגופנית הרצויים.
7. יש צורך בשינוי התנהגותי ממושך כדי לקבל תוצאות. לעומת זאת הרבה תוכניות מניעה מצליחות לייצר שינויים התנהגותיים קצרי טווח.
8. לא פעם נזקים הנגרמים בשל גורמי סיכון שונים נתפסים כ"נורמליים" וכביכול גזירת גורל. הדוגמה הבולטת ביותר היא של תאונות דרכים אשר נתפסות כתוצאה בלתי נמנעת של החיים המודרניים והרצון שלנו בנוחות. באותו אופן אפשר לחשוב על זיהום אוויר או השפעות של שינוי אקלים על הבריאות.
9. קיימת הטייה בין חוסר הנוחות שאנו מרגישים בחוסר בפעולה אקטיבית במצב שדורש פעולה (מחלה) והתוצאות שיכולות להיגרם מכך אל מול חוסר בפעולה במצב של מניעה שנתפס כפחות בעייתי.
10. אנו דורשים ממניעה סטנדרטים גבוהים יותר של יעילות כלכלית, כולל של הוכחה של החזר הוצאה ואף רווח לעומת טיפול קליני שם בדרך כלל אין לנו דרישה כזאת, אלא רק שהתועלת הקלינית בטיפול תהיה ראויה את ההוצאה.

11. ישנם ניגודי ענייני עסקיים פעמים רבות בתחום המניעה – למשל בתחום תאגידי המזון, טבק ועוד, אשר מקשים קידום תוכניות קידום בריאות. המאבק בתקשורת של תאגידי המזון אל מול משרד הבריאות בישראל בשנה האחרונה הינו דוגמה בולטת לכך.
12. ההמלצות בתחום המניעה יכולים להתנגש עם אמונות אישיות, דתיות ותרבותיות.

חשיבה מחודשת על רפואה מונעת וקידום בריאות בישראל

בדיונים שונים בשנים האחרונות עלה נושא ה"פלישה" של התוספת השלישית, כולל תחום קידום בריאות ורפואה מונעת, לדיוני ועדת הסל. חשוב לזכור שישנן טכנולוגיות אשר באופן מובהק הינן טכנולוגיות של רפואה מונעת, אשר ניתנות במסגרת התוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי על ידי קופות החולים, כגון חיסוני שפעת או בדיקות סקר שונות. תחנות טיפת חלב מופעלות כיום על ידי משרד הבריאות (מכסה כשני שלישי מהילודים והפעוטות בישראל), קופות החולים ומספר רשויות מקומיות, כאשר למעשה החיסונים נקנים כולם על ידי משרד הבריאות וכח האדם ממומן על ידי הגורם המפעיל את טיפת החלב, והוא אשר מבצע את תוכניות ההתערבות השונות של קידום הבריאות הן ברמת המשפחה והן ברמת הקהילה, דבר שמייצר חוסר בהירות שצוינה לעיל. בנוסף משרד הבריאות כיום מתמרץ את קופות החולים לביצוע פעילויות קידום בריאות וצמצום פערים, כמו כן כפי שצוין לעיל נושא קידום הבריאות הינו חלק מעמודי האש בתוכנית העבודה של משרד הבריאות והפעלת תוכניות כמו "אפשריבריא" מתקיימת בשיתוף פעולה עם משרדים שונים.

במסגרת ניירות עמדה של איגוד רופאי בריאות הציבור עלתה מספר פעמים הדרישה, אשר קיבלה תמיכה מלאה מההסתדרות הרפואית ואיגודים מקצועיים אחרים, לחקיקה ראשית שתעגן מנגנון עדכון תקציבי קבוע לרפואה מונעת – התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מעבר לערכים העומדים מאחורי התפיסה בקידום בריאות של מניעת תחלואה, צמצום פערים בבריאות ושיתוף ציבור, מחקרים רבים שנעשו בארץ ובעולם, מצביעים על העובדה שהגישה של קידום בריאות משתלמת גם כלכלית. ההוצאה הלאומית לטיפול במחלות כרוניות הינה כ- 9 מיליארד ₪ בשנה, עלויות ההשמנה בלבד הן כ- 6 מיליארד ₪ בשנה (כ-10% מההוצאה הלאומית השנתית לבריאות). גישה של קידום בריאות באמצעות קידום אורח חיים בריא הכולל תזונה נכונה, פעילות גופנית ומניעת עישון מוכחת כמונעת תחלואה וחוסכת כסף רב.

עקרונות הרפורמה הנדרשת במבנה מערכת בריאות הציבור בישראל:

- א. מערכת בריאות הציבור תנוהל בידי המדינה ובאחריותה. נציגי הגופים השותפים למערכת ייקחו חלק בגוף לאומי משותף האחראי לקביעת המדיניות.
- ב. מסגרת דומה של נציגי הגופים השותפים תתקיים ברמה המחוזית וברמה המקומית.
- ג. הרמות המחוזית והמקומית יישמו את המדיניות הלאומית תוך התחשבות בצורכיהן ובסדרי הקדימויות שלהן.
- ד. מידע חברתי כלכלי, סביבתי, בריאותי הנאסף באופן שיטתי בכל "נקודות הקצה" (שירותי בריאות, רווחה, סביבה, חינוך) יעבור מן השטח אל הגופים המקומיים, המחוזיים ואל הגוף הלאומי. מידע זה יאפשר לקבל החלטות מושכלות, ניטור, חיזוי, אינטגרציה והערכה.
- ה. שימוש במידע ייעשה בכל נקודות הקצה ובכל אחת מרמות הממשל
- ו. מוצע לעגן בחקיקת "חוק בריאות הציבור" את תפקידי המערכת, סמכויות ואחריות, סל שירותים, מקורות מימון ומנגנון לעדכוןם.

ביבליוגרפיה:

1. חוה טבנקין, אמנון להד (עורכים), המלצות כח המשימה הישראלי בנושא: קידום בריאות ורפואה מונעת, איגוד רופאי המשפחה, איגוד רופאי המשפחה, האגף למדיניות רפואית, ההסתדרות הרפואית בישראל, 2103
2. דו"ח שנתי 26 של מבקר המדינה משנת תשע"ד 6106 בנושא: מערך של תחנות טיפת חלב
3. דוד חניניץ ואילנה גראו, הפרטה במערכת הבריאות, מרכז טאוב, 2012
4. מערך החיסונים בישראל, המרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2008
5. התנהגות בריאותית כיעד לאומי, כנס ים המלח השביעי, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, יוני 2006
6. האחריות לבריאות – סוגיות בלתי פתורות, כנס ים המלח ה – 14, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, דצמבר 2013
7. Fineberg HV, The paradox of disease prevention: celebrated in principle, resisted in practice. JAMA. 2013 Jul 3;310(1):85-90

4. מערכת בריאות הנפש במשבר הקורונה

מערכת בריאות הנפש הוטלה לעידן הקורונה מתוך מצב של הרעבה ממושכת וחסר בכוח אדם, בתשתיות ובציוד. ההשקעה בבריאות הנפש במדינת ישראל נמוכה בכשני שלישי (3% לעומת ממוצע של 10% השקעה) מבמדינות ה OECD - לאורך שנים. לפי דו"ח מבקר המדינה ממאי 2020 מתבסס תקציב בריאות הנפש על יעדים לטיפול ב- 4% מסך המבוגרים ו- 2% מכלל הילדים במדינה בחישוב ממוצע של 9 מפגשים טיפוליים לשנה. הרעבת מערכת בריאות הנפש מתבטאת בחסר של כ- 280 פסיכיאטרים וכ- 400 פסיכותרפיסטים בשרות הציבורי ומתבטאת בזמני המתנה ממושכים (150 ימים בממוצע) לטיפול פסיכותרפי, ובתשתיות ירודות באשפוז ובטיפול האמבולטורי.

משבר הקורונה גורם לעליה חדה במצוקה הנפשית ובתחלואה הנפשית בקרב אזרחי מדינת ישראל. התפישה המקצועית המקובלת היא שטיפול מוקדם יכול למנוע הידרדרות ממצב של מצוקה למצב של תחלואה נפשית וככל שמגיעים לטיפול מאוחר יותר המצב הנפשי עשוי להיות חמור יותר. כיום נדרש אבחון של הפרעה פסיכיאטרית כדי לקבל טיפול במערך הציבורי של בריאות הנפש, כך שהאבחון הוא חסם לטיפול מוקדם ולמניעת תחלואה משמעותית בהמשך. בסקר שערך האגף לבריאות הנפש בקרב מנהלי מרפאות ציבוריות באוקטובר 2020 מדווחת עליה ממוצעת של 55% במספר הפניות בבקשה לטיפול. בסקר שערך האגף לבריאות הנפש באוקטובר 2020 בקרב מנהלי מרפאות וטיפול יום בבריאות הנפש למבוגרים מדווחת עליה ממוצעת בפניות של 7% בגל הראשון ושל 20% בגל השני 20%. בולט דיווח נרחב על 80% החמרה בקרב מטופלים ממושכים ועליה של 55% בפניות עם תכנים אובדניים. בסקר דומה בקרב מנהלי מרפאות וטיפול יום בבריאות הנפש בתחום ילדים ונוער דווחה ירידה בפניות בגל הראשון ועליה של 81% בפניות בגל השני ביחס לקו הבסיס. 71% דווחו על עליה בפניות עם תכנים אובדניים. כ- 60% דווחו על עליה משמעותית בצורך בהדרכת הורים, הפרעת חרדה היא ההפרעה המשמעותית בה חלה עליה (71%) וכן עליה ניכרת בהפרעות במצב הרוח, הפרעות אכילה והפרעות התנהגות המתחילות בילדות. חלה החמרה ניכרת במצבם של ילדים למשפחות חד הוריות וילדים בחינוך המיוחד והחמרה פחותה בקרב ילדים בפנימיות.

במערכת האשפוז הפסיכיאטרי במדינה, המונה כ- 3,150 מיטות אשפוז המשמשות לכ- 20,000 אשפוזים בשנה, מדווח על עליה במספר האשפוזים בכפיה, ועל ריבוי אשפוזים חוזרים ("דלת מסתובבת") עקב שחרור מוקדם מדי ומיעוט מענה טיפולי ושיקומי בקהילה. בנוסף, עקב תשתיות ירודות, המחלקות צפופות ולא ניתן לשמר ריחוק פיזי ולכן הסיכון להידבקות בקורונה עולה.

עקב אתגרי הקורונה מידלדל החוסן החברתי והתא המשפחתי מתמודד עם אתגרים קשים שמשמעותם מתחים זוגיים וערעור הסמכות ההורית, ומתבטא, בין השאר, בעליה בפניות על רקע אלימות במשפחה. בנוסף, אוכלוסיית הגיל השלישי, האמורה להכפיל את עצמה תוך עשור, סובלת מאוד מהריחוק הפיזי והחברתי הקפדניים ונדרשות בה תכניות סיקור והתערבות ייחודיות.

קווי הסיוע הנפשי הטלפוני החינמי כגון ער"ן וסה"ר מדווחים על עליה של מאות אחוזים בפניות, כמו גם הקווים לפניות בתחום אלימות במשפחה כגון ויצ"ו ונעמת. הטיפול המקוון בבריאות הנפש נתקל כיום בחסמים ובקשיי הטמעה. תכנית הסיוע שיזם האגף לבריאות הנפש במסגרתו ניתנים שלושה מפגשי טיפול טלפוניים חינמיים לכל פונה אינה מיושמת במלואה.

לפי נתונים שהועברו מקופות החולים מפעילה שירותי בריאות כללית 67 מרפאות לבריאות הנפש, וזמן ההמתנה הממוצע למפגש ראשוני לוקח בין שבועיים לחודש וחצי. במאוחדת פועלות כ-90 מרפאות, וזמן ההמתנה הממוצע לטיפול ראשוני הוא מספר חודשים. בלאומית מפעילים כ-70 מרפאות וזמן ההמתנה לקבלת טיפול ראשוני הוא כחודשיים. בנוסף, קופות החולים מספקות שרות של טיפול פסיכולוגי בהשתתפות עצמית במסגרת הרפורמה. עם זאת, רבים מהמבוטחים בוחרים שלא להמתין זמן רב בתור ולשלם דמי השתתפות עצמית של כ-500 שקלים בחודש, אלא מגיעים לטיפול פרטי בו עלות כל טיפול היא מאות שקלים.

המלצות:

1. ותגבור מיידית של השירותים האמבולטוריים בכוח אדם כמענה לעליה בפניות הן מצד המטופלים הממושכים והן במטופלים החדשים, בדגש על פיתוח מענה למצוקות הורים, ילדים ונוער.
2. פיתוח מענים לאיתור ולטיפול בקרב אוכלוסית הקשישים הסובלים ממצוקה ומתחלואה נפשית.
3. החזרת מענקי התמרוץ לרופאים להתמחות בפסיכיאטריה של המבוגר ובפסיכיאטריה של הילד.
4. שינוי שיטת התגמול למקצועות הבריאות באופן שיאפשר הסטת מטפלים מהמערכת הפרטית למערכת הציבורית.
5. תכנית לאומית להשקעה בתשתיות מערכת בריאות הנפש האמבולטורית והאשפוזית (כולל חלופות אשפוז).

מקורות:

1. מבקר המדינה, דו"ח שנתי 70ב, מאי 2020, היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש.
2. האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, אוקטובר 2020, פעילות מרפאות בריאות הנפש בגלי הקורונה – ממצאי סקר מנהלים
3. האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, נובמבר 2020, הערכת שינויים בפניות ובפתולוגיה במרפאות בריאות הנפש לילדים ונוער במהלך מגפת הקורונה – סקר מנהלי מרפאות