

מערכת הבריאות

1. מבוא וסיכום

הישגיה של מערכת הבריאות הישראלית לפחות בהיבטים של בריאות האוכלוסייה ושביעות הרצון מהמערכת נחשבים למפוארים. ישראל ממשיכה להיות מהמובילות במדינות העולם במונחי תוחלת חיים וככל שאנו יכולים להשוות, גם במונחי שביעות הרצון של הציבור משירותי הבריאות. כפי שצינו בעבר, אין ספק שיש לזקוף את ההישגים הללו לרמת כוח האדם ואיכותו במערכת, אך גם לזכות אופייה הציבורי של מערכת הבריאות.

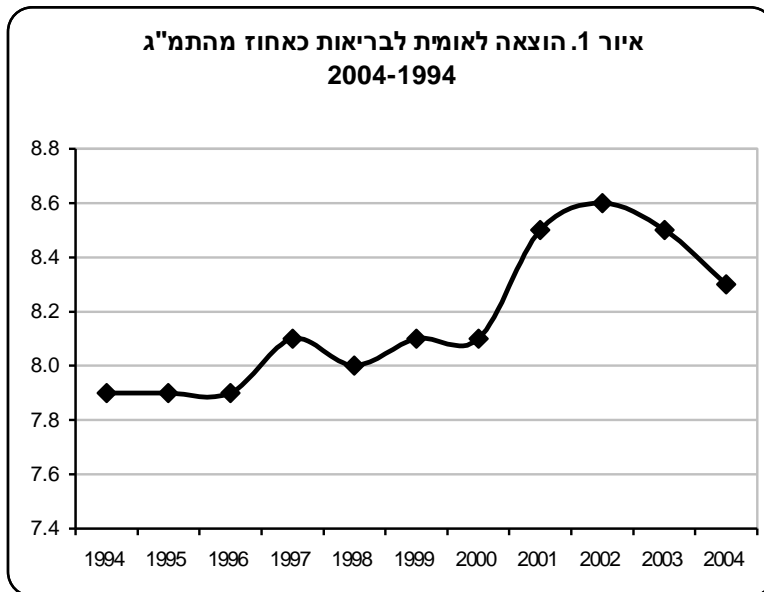
יחד עם זאת, העלייה בחלקו של המימון הפרטי של המערכת וחשיפתה לכשלי שוק מקובלים מצביעים על סימני שחיקה הולכים וגוברים בהישגיה החברתיים והכלכליים של המערכת עם חשש לפגיעה בבריאות הציבור. המימון הפרטי של השירותים נוגס חלקים הולכים וגדלים בתקציבי משקי הבית, בעיקר אצל חמישוני ההכנסה התחתונים, תוך צמצום נגישותם לשירותי הרפואה. אנו עדים לאינפלציה בעלויות השירותים, במקביל פוחתת גם שביעות רצון הציבור מהמערכת. בפרק זה אנו מציגים את הגידול במימון הפרטי כסוגיה מרכזית של המערכת. יחד עם זאת אנו עומדים גם השנה על כמה סוגיות, אשר הטיפול בהם עשוי לשפר את תפקוד המערכת, את רציפות השירותים ואת התיאום ביניהם. החלק הראשון של הפרק (סעיף 2) הוא סקירה תמציתית של התפתחות מערכת הבריאות בתקופה האחרונה, כפי שעולה מנתונים שונים. הסקירה מתייחסת לכמה מישורים עיקריים: ראשית, נתייחס לגובה והרכב ההוצאה לבריאות והשינויים החלים בהם, מבחינת הפרטי והציבורי, במשק ובתקציב המשפחה. שנית, נציג כמה ממדים של רמת הבריאות של האוכלוסייה בישראל, בהם גם תוחלת חיים, תוך הדגשת ההבדל הייחודי במצב הנשים בישראל. שלישית, נציג את השפעות השינויים במימון על השוויוניות במערכת, ונבחן את התפתחות התשומות הריאליות הבסיסיות, כמו שינויים בהיקף הרופאים המועסקים במערכת

ובמיטות האשפוז. ובסופו של חלק זה נתייחס בקצרה לשביעות הרצון של הציבור ביחס לשירותי הבריאות שהוא מקבל (נושא אשר עולה גם. חלקו השני של הפרק (סעיף 3) מוקדש לדיון במספר סוגיות מבניות של המערכת: הסוגיה הראשונה היא בתחום כוח אדם רפואי. היא דנה באפשרות שישראל נכנסת לעידן חדש בתחום היצע רופאים בישראל והביקוש להם. סוגיה זו מבוסס על מאמר שנכתב בנושא על-ידי פרופ' חיים דורון ופרופ' דב צ'רניחובסקי. הסוגיה השנייה עוסקת במערך שירותי החירום בישראל, מערך אשר ראוי להקדיש לו דיון ציבורי ולקבל כמה החלטות מדיניות לגביו. הנושא הורחב למאמר נפרד שנכתב על-ידי ד"ר קובי פלג, והוא נמצא בהכנה לפרסום. הסוגיה השלישית שנויה במחלוקת – שילוב שירותי בריאות לאם ולילד בשירותי הרפואה הכללים. סוגיה זו נכתבה בידי פרופ' חוה פלטי והיא תורחב לכדי מאמר נפרד בהמשך השנה. הנושא נוגע גם ברציפות הטיפול וביכולת לרכז תחת אותו שירות היבטים מניעתיים וקורטיביים של הרפואה. רציפות הטיפול הרפואי היא ממד מרכזי גם בסוגיה נוספת, המוצגת בספר זה, ומוקדש לה פרק נפרד (במדור הסוגיות התחומיות). הפרק מציע רפורמה בתחום הקשר בין רפואת הקהילה ורפואת בתי-החולים. הפרק נכתב על-ידי ד"ר יובל וייס, ד"ר יאיר בירנבאום ופרופ' שלמה מור-יוסף והוא פורס נושא מרכזי בהיערכות שירותי הבריאות בישראל.

2. מגמות במערכת הבריאות

א. הוצאה לאומית לבריאות

ההוצאה הלאומית לבריאות במחירים שוטפים הסתכמה בשנת 2004 בכ- 46 מיליארד ש"ח, 8.3 אחוזים מהתמ"ג של שנה זו. אחוז זה מבטא ירידה נוספת בהמשך לירידה שהחלה בשנת 2003, ביחס לשנת השיא 2002, בה ההוצאה לבריאות הייתה בשיעור של 8.6 אחוזים מהתמ"ג. בשנים שקדמו לכך הייתה מגמת גידול, והגידול היה חד מאוד בעיקר לאחר שנת 2000 (איור 1).

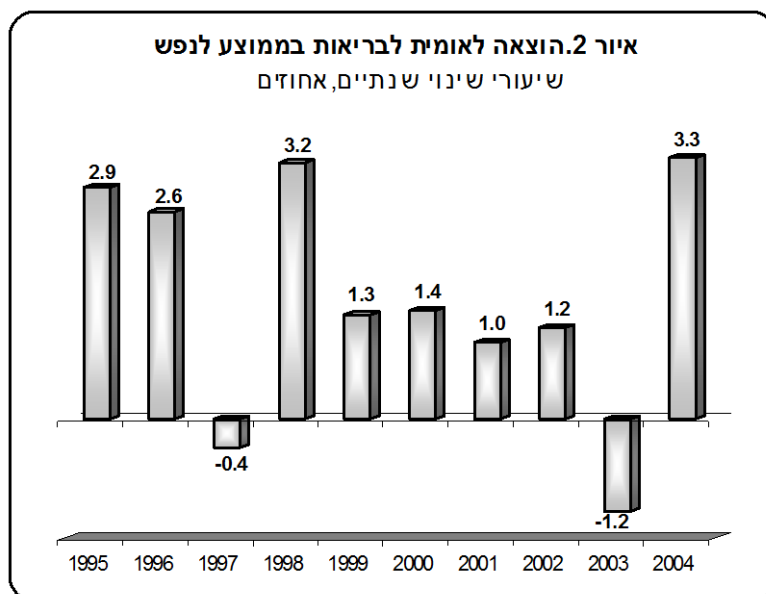


מקור לנתונים על ההוצאה הלאומית לבריאות, כאן ובכל הפרק: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), (2005), הודעה לעיתונות, 173/2005 (8 באוגוסט) וגם למ"ס, 2004, **ההוצאה הלאומית לבריאות 1968-2003**, פרסום מיוחד 1236.

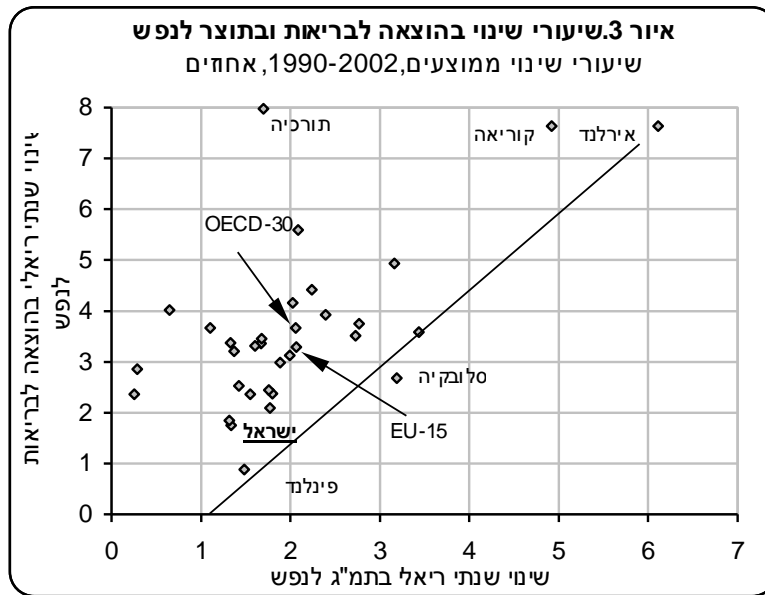
מאחר שנתוני אחוז ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג משלבים שינויים בהוצאה לבריאות בממוצע לנפש ושינויים בתוצר לנפש, יש לבחון את השינוי בהוצאה ביחס לשינויים בתוצר.

ההוצאה לבריאות בשנת 2004 מבטאת ירידה בהוצאה הריאלית לנפש, בשיעור של אחוז אחד, בהמשך לירידה דומה בשנה שקדמה לה (ראה איור 2). ירידה זו באה בהמשך להאטה בקצב הגידול של ההוצאה בממוצע לנפש במונחים ריאליים מאז 1995.

למרות אלה יש מגמת עלייה כללית באחוז ההוצאה לבריאות מהתוצר מאז 1995. הירידה שאנו עדים לה מאז 2002 היא מעין 'תיקון', בגין שינויים בתוצר, העשוי לבטא את קשיחות ההוצאה לבריאות. הוצאה זו לא ירדה בקצב ירידת התוצר לנפש בשנים בהן לא הייתה צמיחה (-2001) ולא עלתה בקצב עליית התוצר בשנים בהן החלה צמיחה (-2003). (2004).



ככלל, קצב גידול ההוצאה הריאלית לבריאות בממוצע לנפש בישראל בתקופה 1990-2002 גבוה מקצב הגידול בתוצר לנפש (איור 3). במדינות ה-OECD והאיחוד האירופי (EU) קצב הגידול של ההוצאה לבריאות בממוצע לנפש גדול אף יותר ביחס לתוצר מאשר בישראל. את הנתונים הללו יש לראות, ראשית, בהקשר של הגידול בתוצר לנפש, אשר היה נמוך יחסית בישראל בהשוואה לקבוצות המדינות האחרות. מאחר שגמישות ההכנסה של בריאות (הרגישות של ההוצאה לבריאות לשינוי בהכנסה) היא גבוהה מ-1 (אחוז שינוי מסוים בהכנסה הלאומית גורר אחוז גבוה יותר של ההוצאה לבריאות), אין הנתונים מפתיעים, גם אם אין מתייחסים לשינויים אפשריים במחירים היחסיים של שירותי הרפואה ביחס לתוצר במדינות השונות. אפשר לצפות לגידול משמעותי ריאלי בהוצאה לבריאות בממוצע לנפש כחלק מהתוצר כתוצאה של צמיחה מהירה ומניעת נטיות אינפלציוניות בשירותי הבריאות (מיקומה של פינלנד מעניין: למרות קצב גידול בהוצאה לבריאות בממוצע לנפש, הנמוך מקצב גידול התוצר, לפינלנד מערכת בריאות מהמצטיינות).



גם אם נניח עלייה ארוכת טווח בחלקה של ההוצאה לבריאות בתוצר, יש לבחון אותה על משמעותה הריאלית. כפי שנראה בהמשך, אנו עדים לאינפלציה מתגברת בשירותי הרפואה (ביחס למחירי התוצר). כלומר, חלק מהגידול בתוצר אינו מממן עלייה ריאלית בשירותי רפואה העומדים לרשות המשק, אלא עליית מחירים.

ב. מקורות המימון

חלקו של המימון הציבורי של מערכת הבריאות ממשיך לרדת בשנת 2004 לטובת המימון הפרטי (איור 4), המגיע בשנה זו ל-30 אחוז מסך-כל ההוצאה הלאומית לבריאות. שיעור זה הוא משיעורי המימון הפרטי הגבוהים ביותר במדינות המפותחות בהן יש זכאות ציבורית לשירותי רפואה.

הגידול במימון הפרטי של המערכת מוצא את ביטויו בתקציב משקי הבית. ההוצאה על שירותי רפואה הגיעה ב-2004 ל-5 אחוזים מסך ההוצאות של משקי הבית לעומת 3.8 אחוזים בתחילת העשור. ההוצאה עלתה ב-2004 לעומת יציבות ברמה של כ-4.8 אחוזים בשנים 2001-2003,

4.6 אחוזים בשנת 2000 וכ-4 אחוזים בשנים 1998-1999. אחוז זה עלול להכפיל את עצמו עד 2007, בתום העשור שהחל ב-1997, עת חוק ההסדרים הראשון פתח את הפתח לביטוחים משלימים וולונטריים אחרים ולהשתתפות בתשלום. סעיפים אלה הם סעיפי הגידול העיקריים בהוצאה הפרטית.



ג. בריאות האוכלוסייה

תוחלת החיים בישראל היא מהגבוהות בעולם המערבי. לישראל פוטנציאל שיפור בתוחלת החיים בעיקר על-ידי התמודדות בשני תחומים: הורדת תמותת תינוקות ושיפור מצב הבריאות של נשים. בדו"חות של השנים האחרונות עמדנו באופן עקבי על הפער הקיים בתמותת תינוקות בין האוכלוסייה היהודית והאוכלוסייה הערבית¹. פער זה מציב את ישראל בין המדינות עם תמותת תינוקות גבוהה יחסית למדינות מפותחות אחרות. כך, למשל, שיעור תמותת התינוקות בישראל

¹ התחקות אחר מקורות הפער היא נושא לעבודה המתבצעת במרכז טאוב.

– 4.9 לאלף לידות – מפגר אחרי יפן, פינלנד, שוודיה ונורווגיה, אצלן הרמה בסביבות 3 לכל אלף לידות, וכן אחרי שורה של מדינות, כמו צרפת, ספרד, בלגיה, גרמניה, ועוד, אצלן רמת התמותה בסביבות ה-4 לכל אלף לידות. ישראל גבוהה לעומת אירלנד, בריטניה, קנדה, ניו-זילנד וארה"ב. בהשוואה בינלאומית אחרת עולה שמצבו היחסי של הגבר הישראלי במונחי תוחלת חיים טוב ממצב האישה הישראלית. בעוד שתוחלת החיים של הגברים נמצאת "בליגת העל" עם המדינות בהן תוחלת החיים היא הגבוהה ביותר, הנשים הישראליות נמצאות "בליגה השנייה". על-פי נתונים של למ"ס², תוחלת החיים בלידה בשנים 1999-2003 הגיעה ל-81.1 שנים בקרב הנשים ול-76.9 שנים בקרב הגברים. בדוח של ארגון הבריאות העולמי 2005³, חושבה תוחלת החיים על בסיס אומדנים של לוחות תמותה לכל מדינה ומדינה לשנת 2003. בהשוואה עם מדינות העולם, נמצאים הגברים הישראלים בקבוצת המדינות עם תוחלת החיים הגבוהה ביותר, יפן, אוסטרליה, שוודיה, שווייץ, קנדה ואיטליה – תוחלת חיים של 78 שנים. תוחלת החיים של הנשים הישראליות דומה לזו של הנשים בגרמניה, קנדה, פינלנד ונורווגיה (82 שנים) ונמוכה יותר מזו של יפן (85 שנים), צרפת ואיטליה (84 שנים), ספרד, אוסטרליה, שוודיה ושווייץ (83 שנים). היינו, קידום בריאות האישה, האם והילד צריך להיות מטרות יסוד בקידום בריאות בישראל. נושא זה הוא גם המושא לאחד השינויים המבניים הדרושים במערכת הבריאות בישראל (ראה בסוגיות המוצגות בחלק השני של פרק זה).

ד. שוויוניות

כפי שכבר ציינו, בשנת 2004 כ-5 אחוזים מסך ההוצאה לתצרוכת של משקי הבית הוקדשו לבריאות. ההוצאה לפי חמישוני הכנסה מוצגת באיור 5, כאשר האחוז העולה של ההוצאה לבריאות מסך-כל הוצאת משקי הבית מבטא את גמישות ההכנסה הגבוהה מיחידתית של ההוצאה לבריאות, בפרט כאשר חלקו של המימון הפרטי בסך המימון גדל יחסית. כלומר, כל התרחבות בהתפלגות ההכנסות תביא עימה לגידול בהתפלגות ההוצאה לבריאות. במונחים המוחלטים אנו רואים שקיימת מגמה של

² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוחות תמותה של ישראל 1999-2003.

³ The World Health Report, 2005; World Health Organization, 2005

צמצום פערי ההוצאה בין החמישון העליון לחמישון התחתון מאז 1977. כלומר, שבמונחי הוצאה לבריאות, החמישונים התחתונים מנסים "להדביק" את העליונים: שיעור הגידול בהוצאה של החמישון התחתון היה כ-90 אחוז לעומת כ-68 אחוז אצל החמישון העליון.



נתונים אלה מציגים את הבעייתיות של הגידול במימון הפרטי של השירותים. בעוד שיחסי ההוצאה המצטמצמים מצביעים על כך, שהפערים בנגישות של קבוצות ההכנסות השונות לשירותים מצטמצמת (שיפור בשוויוניות אופקית), היחסים הללו מצביעים גם על כך, שההוצאה לבריאות נוגסת חלקים הולכים וגדלים מההכנסה דווקא בקבוצות החלשות (הרעה בשוויוניות האנכית). הנתונים מצביעים, אפוא, על גידול ברגרסיביות – חוסר ההגנה היחסי על תקציב המשפחות החלשות – במימון המערכת. הגנה זו היא ממטרות היסוד של מערכת הבריאות הציבורית.

סוגיית המימון הפרטי בהקשר לנגישות לשירותים מוצאת ביטוי במבחן הוויתור על שירותים עקב השתתפות בתשלום. זאת השנה

השלישית ברציפות, ששאלה על כך נכללת בסקר החברתי שעורך מרכז טאוב⁴. התמונה שעולה מהתשובות היא, ששיעור המשיבים שנאלצו לוותר על קבלת שירות רפואי נחוץ, לפחות פעם אחת במשך השנה שנבדקה בסקר, עלה בכל השנים על 20 אחוז, ובמהלך שלוש השנים האחרונות שיעורי הוויתור עלו, לגבי כל הקטגוריות שהוצגו בשאלה (חוץ מ"אף פעם"). שיעורים גבוהים של ויתור על שימוש בשירותים הופיעו אצל קשישים, ועולים מחבר העמים – כשליש מהם נאלצו לוותר פעם אחת ויותר על שירות רפואי נחוץ.

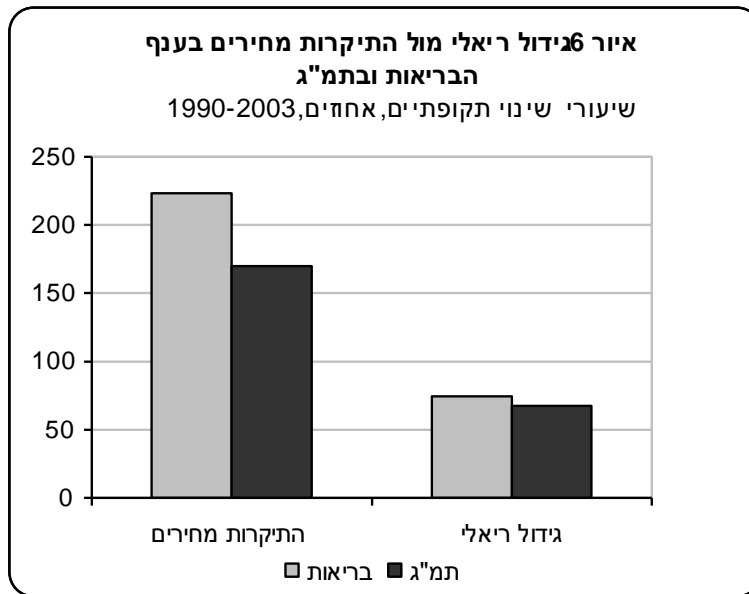
הקשר שבין הכנסה והשכלה לאופן השימוש בשירותים בולט במיוחד בממצאי הסקר: 96 אחוז מבעלי ההכנסה הגבוהה וכ-80 אחוז מבעלי ההשכלה האקדמית לא נאלצו אף פעם לוותר על שירות רפואי נחוץ, ולעומתם, 15 אחוז מבעלי ההשכלה הנמוכה ו-10 אחוז מבעלי הכנסה נמוכה השיבו שנאלצו לוותר פעמים רבות מאד על שירות רפואי נחוץ. הממצאים לשנת 2005 אינם מייצגים הרעה במצב ביחס ל-2004 אך נתונים אלה מתיישבים עם ממצאים כלליים בתחום זה. גידול בהשתתפות בתשלום, מהסוג שאנו עדים לו בישראל, מביא לצמצום זמני בביקושים, עם התאמה שחלה במשך הזמן. הנתונים על הגידול היחסי בהוצאה לבריאות של משקי בית בחמישונים התחתונים עקביים עם התנהגות כזו.

ה. בקרת הוצאות

בקרת ההוצאה במערכת הבריאות מתייחסת לבקרת הגידול הריאלי של ההוצאה לבריאות ביחס לגידול בתוצר. היא מתייחסת בעיקר למניעת לחצים אינפלציוניים עקב כשלי שוק המזוהים עם מימון פרטי במערכת. כפי שצוין לעיל, ההוצאה לבריאות בממוצע לנפש ירדה בשנתיים-שלוש השנים האחרונות, אם כי במגמה כללית ביחס לעשור האחרון יש מגמת עלייה (איור 2). יתרה מזו, הגידול בהוצאה לבריאות היה קרוב לקצב הגידול של התוצר (איור 3) ואף יותר מכך, אם כי לא בקצב שהיה מקובל במדינות OECD או האיחוד האירופי, אשר נהנו גם משיעורי גידול גבוהים של התוצר. הבעיה החמורה היא, שהגידול כנראה הופך להיות פחות כמותי ויותר אינפלציוני, כפי שנראה היטב באיור 6.

⁴ ראה בהרחבה בפרק: הסקר החברתי – 2005 בספר זה.

מנתוני הלמ"ס בדבר השינויים בתצרוכת של משקי הבית בין השנים 2003-2004 עולה כי יש ירידת מחירים בכל סעיפי הצריכה ובמדד הכללי. יש עליית מחירים בשלושה סעיפים בלבד: מזון, דיור ובריאות. העלייה ב"בריאות" היא שנייה ל"דיור" (ראה איור 6).



מקור לנתונים על הוצאות משקי הבית: למ"ס, (2005), הודעה לעיתונות על הוצאות משקי הבית, אוגוסט.

ו. שביעות רצון הציבור משירותי הבריאות

על סדרת שאלות בדבר הצורך בשינויים במערכת הבריאות התקבלו בישראל (2000), לעומת כמה ארצות מפותחות (1999), התשובות המפורטות בלוח. מבין המדינות המצוינות, שביעות רצון הציבור מהמערכת הישראלית היא הגבוהה ביותר. בישראל, אחוז המשיבים שהמערכת זקוקה לשינויים מזעריים הוא הגבוה ביותר, ושיעור המשיבים שהמערכת צריכה בניין מחדש הוא הקטן ביותר – ללא ספק, אתגר הוא לשמור על הקיים.

שביעות רצון ביחס לשירותי הבריאות – השוואה בינלאומית (אחוזים)

שנינויים דרושים במערכת	אוסטרליה	ארה"ב	בריטניה ניו- זילנד	קנדה	ישראל
מזעריים	19	17	25	20	37
מהותיים	49	46	58	56	49
בניין מחדש	30	33	14	23	13

מקורות: Donelan, K. et al., *Health Affairs*, Vol. 18, No. 3, 1999
Shmueli, A., *Health Policy*, Vol. 63, 2003

שאלת שביעות רצונו של הציבור משירותי הבריאות נבחנת גם בסקר החברתי של המרכז מאז שנת 1999 (ראה על כך בהרחבה בפרק המוקדש לסקר החברתי בספר זה).

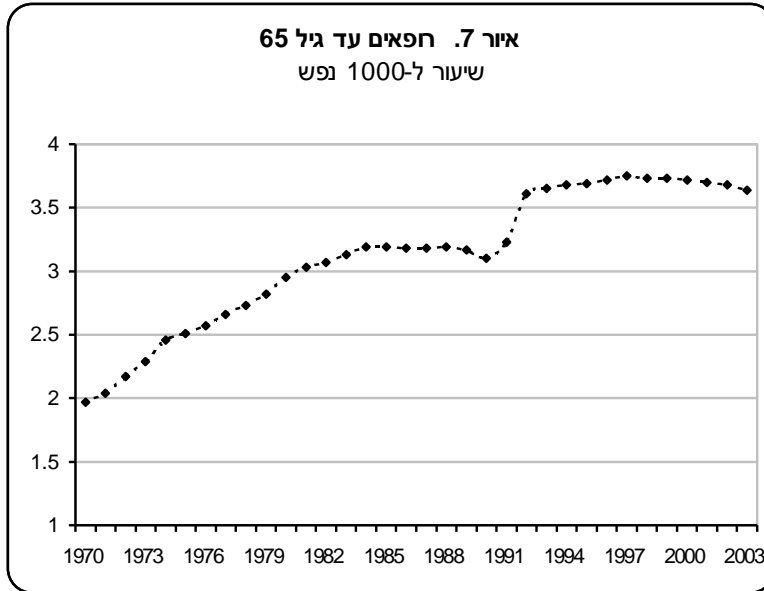
3. סוגיות מבניות במערכת הבריאות

א. היצע הרופאים בישראל – עידן חדש?⁵

ישראל נהנית לפחות מאז שנות השבעים מגידול במספר הרופאים לנפש (איור 7). מגמה זו נפסקת לקראת סוף שנות התשעים כאשר החלה התייצבות במספר הרופאים לאלף נפש ובשנים האחרונות אנו ערים לירידה במספר הרופאים לנפש בישראל. מגמה זו יכולה להיות ארוכת טווח נוכח הידלדלות מקורות פוטנציאליים של עליית רופאים והיא

⁵ מבוסס על מאמר שנכתב על-ידי דורון, ח., וצרניחובסקי, ד., 2005.

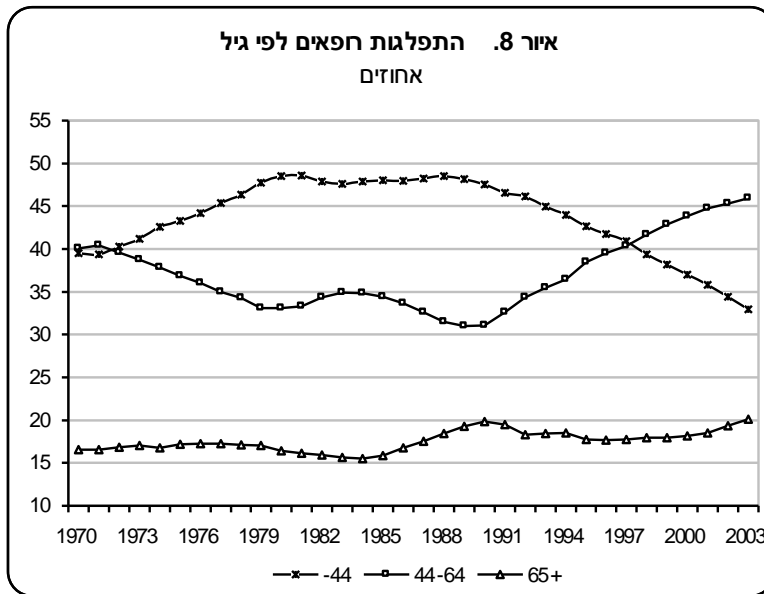
מחייבת חשיבה מחודשת לגבי תכנונו של המשאב הבסיסי ביותר במערכת הבריאות הישראלית.



מקור לנתונים על הרופאים בישראל : משרד הבריאות, 2003, כוח אדם במקצועות הבריאות.

מספר רישיונות הרפואה שניתנו בארץ משקף את גלי העלייה הגדולים – הראשון בשנות ה-50 לאחר מלחמת העולם השנייה והקמת המדינה, והשני בראשית שנות ה-90 עם התפוררות הגוש הקומוניסטי ונפילת ברה"מ. עד 1987 הייתה ישראל המדינה המערבית היחידה שהעניקה רישיונות לרופאים עולים ללא בחינות הסמכה. מאז שינתה ישראל את מדיניות הענקת הריישיונות לרופאים עולים וקבעה סטנדרטים מינימליים בהם צריך הרופא העולה לעמוד. היום, נדרשים רופאים, שלמדו והוכשרו מחוץ לישראל – כולל רופאים ישראלים – לעבור בחינות כתנאי לקבלת רישיון. פטורים מבחינות אלה רופאים שעבדו בקנדה, בארה"ב או בדרום-אפריקה. הרפורמה בנהלי הענקת רישיונות רפואה נועדה גם להגדיל את הפיקוח על איכות הרופאים.

מספרם הרב של הרופאים בין העולים החדשים היווה מקור גאווה לישראל, שיכלה להציג את המספר הגבוה ביותר בעולם של רופאים יחסית לאוכלוסייה – 4.61 לאלף נפש (3.64 עד גיל 65, הרופאים המועסקים). מציאות זו הניבה שתי תוצאות רצויות פחות: ראשית, חלקם של הבוגרים הישראלים בקהילת הרופאים ירד לשליש. ושנית, תופעה הנובעת מן התוצאה הראשונה – אוכלוסיית הרופאים מזדקנת (ראה איור 8).



הגידול במספר הרופאים לא מנע צורך מתמיד להתמודד עם שתי סוגיות בסיסיות: פיזור רופאים באוכלוסייה ושיפור איכות הרפואה, אך סייע רבות לפתרון בתנאים של "שפע" בהיצע.

פריסת הרופאים בארץ איננה שווה. בעוד ששלוש הערים הגדולות נהנות ממספר גבוה, יחסית, של רופאים, סובלים אזורים בפריפריה ממחסור ברופאים, למרות ששיעורי התמותה בהם גבוהים יותר. פריסת הרופאים המומחים אף גרועה יותר. מעבר לכך, פריסת כוח האדם

הרפואי היא ביחס הפוך לתמותה. מציאות זו עדיין מהווה אתגר למערכת הבריאות הישראלית ולמדינת ישראל.

מבחינת איכות, ככל שניתן לכמת היבט זה של כוח אדם רפואי, אין ספק שמדינת ישראל עברה מהפכה. כדי למקסם את יכולתה של המדינה להעסיק מספר גדול כל כך של רופאים עולים, הוצע לרבים – במיוחד אלה שבחרו לא להשיג רישיון מומחה – לעבור לרפואה הראשונית, הנחשבת באופן מסורתי לנחשקת פחות מרפואת בית-חולים. הנתונים מצביעים על כך, שפחות מחצי מהרופאים העולים החדשים פונים להתמחויות, לעומת רוב הרופאים שלמדו בארץ. אולם היבט מכריע בתהליכי הרפורמה היה שינוי בתכנית לימודי הרפואה וההכשרה, כאשר הוכנסו שינויים רבים כדי לתמוך בפילוסופיה החדשה של אספקת טיפול רפואי ראשוני משופר.

הרפורמות כללו תוספת השתלמויות לרופאים ראשוניים, ובעיקר הכרה ברפואת המשפחה כתחום ייחודי ותוספת התמחויות לרפואה זו. ב-1969, המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית אישרה תכנית התמחות ארבע שנתית ברפואת משפחה. יישומה לקח זמן, כיוון שהיא נתקלה בתגובות מהוססות מצד בתי-הספר לרפואה וקופות-החולים. "ועדת אמוראי" מציינת בהמלצותיה, כי נדרש עדיין מאמץ נוסף כדי להציב התמחות זו כתנאי לרופאים המבקשים לעסוק ברפואה כללית בקהילה.

רפואת המשפחה צמחה להיות התמחות מכובדת, והשיגה תחומי התמחות אחרים ברפואה בארץ. בניגוד למספרם הקבוע של מומחים בתוך האוכלוסייה היה גידול ניכר בקרב המתמחים שפנו לרפואה פנימית ובמיוחד לרפואת משפחה.

אין ספק שהגידול המתמיד בהיצע כוח האדם הרפואי סייע לישראל להתמודד עם שתי סוגיות היסוד של פיזור מספר רופאים ושינוי איכות הרפואה, לפחות בכל הקשור להכשרת כוח אדם. המערכת משתנה גם מבחינת תנאי היצע וגם מבחינת תנאי ביקוש, ולמעשה היא נכנסת לעידן חדש המחייב חשיבה מחודשת. ההיצע יורד בשני מובנים: ראשית, יש ירידה מספרית במספר הרופאים; שנית, ההזדקנות של הרופאים גורמת לכך שקשה יותר ליעצבי אותם לצרכים חדשים ומשתנים. מבחינת תנאי ביקוש, הגידול במימון הפרטי ואופיו מזין ביקושים למומחים בעיקר במרכזים אורבניים, בניגוד למגמות שהם עניינה של הרפואה הציבורית ואשר היא הצליחה להנחיל עד כה.

רצוי לנצל את העובדה, של ישראל יש עדין שפע יחסי של רופאים על מנת להיערך בצורה מאורגנת לעידן החדש.

ב. שוויוניות וזמינות שירותי רפואה דחופה בשלב טרום בית-חולים⁶

למערך הפינני הרפואי ולטיפול הרפואי המהיר והאיכותי בשלב טרום בית-החולים יש חשיבות רבה – הוא מהווה אחד הגורמים החשובים ובעלי ההשפעה הגדולה ביותר על הצלת חיי אדם במקרים רפואיים דחופים, והשפעתו מהותית על מניעת תמותה ונכויות קרות מניעה. מירב עיסוקו ושירותו של מערך הרפואה הדחופה בשלב טרום בית-חולים מופנה לארבעה סוגי היפגעות: התקפי לב למיניהם, טראומה, מחלות נשימתיות ומחלות כלי-דם. ארבעת התחומים הללו הינם ארבע מתוך חמשת הסיבות העיקריות למוות בעולם המערבי. מחקרים רבים בעולם מצביעים על כך, שטיפול ופינוי באיכות טובה ומהירה הינם המפתח להצלת חיים במקרי רפואה דחופה⁷. על-כן אחד הדגשים העיקריים ברפואה דחופה מושם על מערך פריסת האמבולנסים, שהינו במרבית המקרים הגורם הרפואי הראשון המגיע לנפגע/לחולה. איכות ומהירות פעולותיו של צוות האמבולנס יקבעו במידה רבה את הישרדותו או את רמת נכותו של המטופל.

ארגון יעיל ואפקטיבי, הממצה את הפוטנציאל הגבוה של מערך הרפואה הדחופה בשלב טרום בית-החולים, יתרום להצלת חיי-אדם, לצמצום בנכויות ובאובדן ימי עבודה. במישור הכלכלי-לאומי תושג תרומה לחיסכון על-ידי הפחתת התשלומים לנכות, לימי מחלה, ולפיצוי על אי-כשירות לעבודה; בצמצום ימי אשפוז, טיפולים רפואיים נדרשים, תקופות שיקום ארוכות, אובדן ימי עבודה ישירים (למטופל עצמו) ועקיפים (למשפחה וכדומה), צמצום פליטת נפגעים ממעגל העבודה, וכמובן צמצום משמעותי ב-lifetime cost. כיום, יותר מתמיד, היבטים רפואיים נבחנים בפרספקטיבה של עלות-תועלת ועלות-יעילות, ומכאן שחשיבות העניין עולה.

בארה"ב ובמדינות מערביות נוספות הבינו את הפוטנציאל הכלכלי מחד, ואת פוטנציאל הצלת החיים ואיכותם מאידך, הטמונים בשיפור מערך ה-EMS (Emergency Medical Services). ארה"ב מוציאה מעל ל-

⁶ הסוגיה מוצגת בקצרה. הנושא מטופל במאמר מלא ומפורט שנכתב על-ידי ד"ר קובי פלג. המאמר נמצא בהכנה לדפוס.

⁷ ראה בהרחבה במאמר המלא, הכולל מקורות בתחום זה.

100 מיליארד דולר בשנה על נפגעי טראומה. שיפור ושינוי מערך ה-EMS צמצם את התמותה מטרומה ב-30-40 אחוז⁸. גם בישראל חלה ירידה בתמותת נפגעים קשים בקרוב ל-30 אחוז, כאשר בשנות התשעים ייושמו המלצות ועדת רווח והוקם מערך הטרומה הלאומי. שילוב שני הנתונים האלה מביא למסקנה הנדרשת של הצורך לטפל בנושא על-מנת לצמצם עלויות מחד ולהציל יותר חיים מאידך.

עד לפני שנים מועטות מערך האמבולנסים היה פרוס בארץ על בסיס פריסה היסטורית עם תיקונים ותוספות שנעשו לאורך השנים, שחלקם התבססו על שיקולים מקצועיים וחלקם הוספו מסיבות פוליטיות ואחרות. הפריסה היום אינה בהכרח משקפת או עונה על הצרכים וקיים שוני מהותי בין זמני התגובה, משך וסוג ההגעה של נפגעים באזורים השונים בארץ. מד"א שיפר באופן משמעותי את פריסת האמבולנסים שלו בחמש השנים האחרונות, כמו גם את מערך השליטה על תפעול וזמינות האמבולנסים, אך יש עוד מקום לשיפור ניכר עד לפריסה אופטימלית.

הבעיה המרכזית בתחום היא, שאין בישראל מדיניות ברורה וקבועה הכוללת סטנדרטים וקריטריונים לפריסת אמבולנסים למיניהם ברחבי המדינה (אופיים של הקריטריונים השונים מפורט במאמר המלא). בנוסף לכך, שיטת המימון והתקצוב של מד"א מורכבת, בעייתית ולא ברורה. אמנם פועלים בישראל מספר ארגונים הנותנים שירותי רפואה דחופה טרום בית-חולים, אך מד"א הוא המרכזי ביניהם, והוא אחראי להפניית כ-85 אחוז מהמקרים הדחופים (לצידו פועלים מספר ארגוני אמבולנסים פרטיים, כמו גם ארגוני אמבולנסים וולונטריים כמו "הצלה", זק"א ואחרים ובצידם חברות הפועלות בשיטת המינויים, כמו שח"ל ונט"ל).

המצב של אי-קביעת מדיניות ואי-הגדרת קריטריונים וסטנדרטים לפריסת האמבולנסים הביא לכך שהפריסה הארצית היום, כלומר פיזור האמבולנסים של מד"א, מתאפיין בחוסר שוויוניות וזמינות ברמה הבסיסית ביותר בין יישובים. הפריסה במגזר הערבי בישראל, למשל, היא אחת הדוגמאות הבולטות לתופעה זו – במדינה 10 יישובים ערביים, בהם מעל ל-20,000 תושבים – באף אחד מהם אין ALS⁹ ובשלושה בלבד

⁸ ראה בהרחבה במאמר המלא.

⁹ ALS הוא אמבולנס בעל יכולת טיפול מתקדמת בהיבט של הצוות והטיפול.

יש BLS¹⁰. לעומת זאת, קיימים 49 יישובים יהודיים, בהם מעל 20,000 תושבים, אשר ב-27 מהם יש ALS וב-33 BLS¹¹.

המדינה נמצאת בדילמה; אם היא תגדיר מדיניות, קריטריונים וסטנדרטים, הרי שיהיה עליה גם להקצות מקורות ליישום. כל עוד לא מגדירים את הקריטריונים, המדינה משייטת בתחום האפור. האבסורד הוא, ששיטה זו מובילה לעיתים להחלטות בעייתיות: זה מספר שנים, שהמדינה שוקדת על הצעה לחוק האמבולנסים. הצעת החוק המתגבשת בנויה בשיטה בה מד"א איננו כלול בחוק מתוך טענה, שלמד"א חוק משלו. בפועל, זו אינה הסיבה האמיתית, אלא, שהמדינה אינה מעוניינת לחייב את מד"א בסטנדרטים שיביאו לדרישת תקציבים נוספים. אבל ייווצר מצב אבסורדי, בו רוב האמבולנסים הפרטיים, אשר חלקם בפניו המקרים הדחופים שולי, כן יידרשו לעמוד בקריטריונים שייקבעו בחוק.

דוגמא אחרת היא מתחום הפינוי המוטס, המבוסס היום על מסוקי וצוותי חיל-האוויר. הבעיה העיקרית היא, שמיקומם מותאם לנוחות ולכדאיות של צורכי חיל האוויר ולא לצורכי הפינוי של אזרחי המדינה. כתוצאה מכך, מקומות ההזנקה של מסוקי חיל האוויר מעלים שוב ושוב, בכל פעם מחדש, את הכדאיות של הזנקת המסוקים לחילוץ מוואדיות, שטפוונות וכו'. לעיתים זמן התגובה הוא ארוך למדי, על כל ההשלכות שלו, וכך אם העלות הייתה נמדדת באובדן שנות חיים, או נכות על כל משמעויותיה, בסבל, בצער וכדומה – המאזניים היו נוטות לכיוון אחר.

הטיפול בסוגיה באופן מפורט במאמר מביא לכמה המלצות למדיניות:

- על המדינה לפעול למתן שירות באיכות דומה לכל תושבי המדינה, גם אם תידרש חלוקה לקבוצות משנה כמקובל במדינות העולם, בין אזורים צפופי אוכלוסין לדלילי אוכלוסין. על-מנת לבצע זאת נדרשת מדיניות ברורה וקריטריונים ברורים לפעילות הרפואה הדחופה טרום בית-חולים בישראל.
- ניתן לבחון חלופות שונות לשיפור שיטת המימון של מד"א, אם על-ידי אגרות למימון הפעילות של מד"א ו/או על-ידי העברה תקציבית, המסומנת מראש על-ידי הגורמים המשלמים למד"א. ייתכן שניתן לכוון מימון צולב או אולי אף מכרזים לפי אזורים, שיותנו בשילוב בין אזורים רווחיים לאזורים בעייתיים יותר ברווחיותם.

¹⁰ BLS הוא אמבולנס בעל יכולת טיפול בסיסית.

¹¹ ראה בהרחבה במאמר המלא.

- באשר לפינוי מוסק, הנתון בוויכוח בסוגיית עלות מול תועלת – יש שני אזורים (צפון ודרום הארץ) לגביהם השיטה הנוכחית איננה נותנת תשובה הולמת. אם יוחלט שלא להציב בהם מסוקי פינוי (לאו דווקא של המדינה), הרי שיש לתת פתרון סביר לתושבי האזורים האלה.
- באשר למגזר הערבי – מומלץ כי משרד הבריאות יבצע הערכת עלות-תועלת לפריסה זמינה יותר של אמבולנסים עבורו, תוך התייחסות להיבטים הרפואיים ולהוצאות הרפואיות הנגזרות מהמשך המצב של פינוי וטיפול כפול ומאוחר.
- בעניין הפינוי השניוני – מומלץ כי משרד הבריאות יבחן קביעת תעריף שונה להעברה שניונית הנובעת מבקשת החולה/הפצוע, שאינה נובעת מצורך רפואי (כ-40 אחוז מההעברות היו בשל פגיעות קלות על פי מדד החומרה ISS, מה שמעמיד בסימן שאלה את הצורך בהעברה אלא לצורכי הדמיה או אשפוז במחלקה ייחודית).
- שיפור משמעותי נוסף במערך הפריסה של הרפואה הדחופה ניתן להשיג באמצעות הצבת האמבולנסים הקיימים בהתאם למודלים לאופטימיזציה של נקודות הזנקה, כמו גם באמצעות הסבת נט"ינים לאט"ינים, שעלותם נמוכה בכשליש – צעד העשוי לשפר משמעותית את איכות ומהירות המענה ללא תוספת עלות.

ג. רפואה מונעת לנשים הרות וילדים על פרשת דרכים¹²

רפואה מונעת הנה ענף מיוחד של הרפואה, המתמקד בבריאות של אוכלוסיות מוגדרות על מנת לשמר ולקדם את מצב הבריאות, למנוע מחלה, נכות ומוגבלויות ומוות בטרם עת. לגבי נשים הרות, המטרה היא להגיע ללידה תקינה, תינוק בריא, וללמוד את אמנות הטיפול בתינוק, לגבי התינוק – קידום בריאותו, מניעת מחלות וגילוי מוקדם של ליקויים לשם טיפול בהם.

הרפואה המונעת נוסדה בארץ-ישראל לפני תשעים שנה כבסיס לאספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה הענייה בירושלים. השירות היה נגיש לכלל האוכלוסייה, הוא הוקם על-ידי ארגון נשות הדסה מארה"ב, והתפתח במשך השנים לרשת ענפה של "טיפות חלב", שסיפקו שירותי בריאות מונעים לנשים הרות, לתינוקות ולתלמידי בתי-הספר. עם קום

¹² הסוגיה מוצגת בקצרה. הנושא מטופל במאמר מלא ומפורט שנכתב על-ידי פרופ' חוה פלטי והוא יתפרסם בנפרד במהלך השנה.

המדינה הועבר השיירות למשרד הבריאות, שקבע את היעדים, את המדיניות ואת הקצאת המשאבים. השיירות אסף מידע אפידמיולוגי וסיפק הלכה למעשה את השיירות המונעים לרוב האוכלוסייה, בעוד שקופת-חולים כללית סיפקה שירותים מונעים בקיבוצים ובמושבים.

בעקבות כנס ALMA ATA של ארגון הבריאות העולמי, 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, כלל את שירותי הרפואה המונעת במסגרת שירותי הבריאות הטיפוליים, והוא העביר בכך את האחריות לאספקתם לקופות-החולים. על הקופות חלה האחריות לספק שירותי מניעה הכלולים בסל השירותים בהתאם לתוספת השלשית. שינוי ארגוני זה הוצע על מנת לחסוך במשאבים וגם על מנת להנהיג שירות כוללני – רפואה מונעת ורפואה טיפולית – על ידי אותו צוות, כדי להבטיח את הרצף הטיפולי. מבנה ארגוני משולב של רפואה מונעת וקורטיבית קיים במספר מדינות, ביניהן בריטניה, שוודיה ונורווגיה.

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי דנו בארגון מחדש של השירותים המונעים במסגרות ממשלתיות, מקצועיות ואקדמיות שונות. מדי שנה, האוצר מציע העברת השיירות המונע לקופות-החולים, כלומר – ביטול תחנות "טיפת חלב", המכונות היום "תחנות לבריאות המשפחה". הכוונה לביטול כ-600 תחנות של משרד הבריאות ו-60 תחנות של עיריית ירושלים ועיריית תל-אביב, המהוות 55 אחוז מכלל התחנות לבריאות המשפחה – "טיפות חלב" ומספקות שירות ל-80 אחוז של התינוקות. בדיונים השונים בנושא עולים נימוקים בעד ונגד השינוי המוצע.

היתרונות הצפויים משירות משולב:

- השילוב יביא לחיסכון כתוצאה מהנהגת מערך מנהלי אחד, תשתית משותפת, ואפשר אף צמצום של הצוות הרפואי והסיעודי.
- יש לצפות להפחתה של השימוש בשירותים מקבילים – סקרים הראו, כי כבר בשנות השמונים, נשים בהריון ביקרו במספר שירותים ורק כרבע מהן הסתפקו בשימוש בתחנות לבריאות המשפחה – "טיפות חלב". מחקר משנת 2000 הראה, כי נשים בהריון ביקרו אצל מספר רופאים, ומספר הביקורים היה גבוה מן המומלץ. הן העדיפו את מרפאות קופות-החולים על טיפות החלב. האוכלוסייה חשופה היום

למדיקליזציה של ההריון ומודעת להתפתחות הטכנולוגיות החדשות, כמו אולטרה סאונד, סקירת מערכות, ובדיקות גנטיות שונות, שאינן זמינות בתחנות "טיפת חלב". לכן נשים בוחרות לבקר בשירות המספק בדיקות אלה, ללא צורך בהפניה מ"טיפת חלב" או באישורים מן הקופה בה הן מבוטחות. המעקב בקופות-החולים מזוהה על-ידי הנשים, כשירות הניתן על ידי רופא, המיומן לעקוב אחרי ההריון, ו"טיפת חלב" מזוהה כשירות הניתן בעיקר על-ידי אחות, עם נגישות ונגישות פחותה למעקב של רופא. מסתבר כי במיוחד נשים משכילות מעדיפות את שירותי הרופא.

- ריכוז שירותי הרפואה במהלך ההריון במרפאה אחת עשוי להפחית את מספר הביקורים, את מספר הרופאים המטפלים ויספק שירות כוללני, זמין ויעיל יותר לנשים בהריון.
- הרצף הטיפולי אשר יושג הוא אחד היתרונות היתרון הצפויים משילוב השירותים. רופא ואחות קבועים יטפלו בכל צרכיו של התינוק (הילד), כולל מעקב בריאותי של הגדילה וההתפתחות, החיסונים, הגילוי המוקדם של בעיות, והטיפול בעת מחלה. לפיכך, יש לצפות להפחתה של מספר הביקורים הרבים, 26 ביקורים במשך שנה וחצי לחיי התינוק. אין ספק, כי במגעיים השגרתיים ניתן לאתר בעיות רפואיות ובמגע בעת מחלה ניתן לעקוב אחר הגדילה וההתפתחות.
- השילוב ימנע חלוקת האחראיות ומתן הוראות מנוגדות.
- רשומה רפואית אחת תאפשר הערכה כוללנית יותר של מצב בריאות הילד אוו האשה בעת ההריון.

החסרונות הצפויים משירות משולב:

- הצוות הנדרש לטפל בהיבטים מניעתיים וקורטיביים כאחד לא יהיה מיומן באותה מידה כצוות שהמטלות שלו מוגבלות להיבטים המיוחדים של רפואה מונעת. עם ההצטברות המהירה של המידע הרפואי יש נטייה להתמחויות מוגדרות ומצומצמות, מחשש שלא ניתן לרכוש מידע ומיומנויות מעמיקות בתחומים רבים. לדוגמא, במחקר בקרב אחיות קופת-חולים מכבי נמצא חוסר בידע מעודכן ומספיק בקרב רופאים ואחיות לגבי ייעוץ תזונתי לאימהות בהזנת התינוק. החוקרים העלו אפשרות להעסקת יועצת תזונתית לשיפור השירות.
- תפקידי האחיות ברפואה מונעת כוללים הכוונה והדרכה לסדר היום, לשלבי ההתפתחות והגדילה, להנקה, ולמניעת תאונות, הדרכה לקידום בריאותה של האשה בהריון והתינוק, ותמיכה בבעיות

- חברתיות הדורשת זמן ומיומנות. למשל, אחד הנושאים, שלא מקבל תשומת לב מספיקה הוא עישון בהריון. שיעורי העישון לא השתנו ב-25 השנים האחרונות, למרות המלצות לתכניות מניעה. ידוע כי לעישון בהריון יש השלכות על בריאות האישה ועל התפתחות העובר. תינוקות של נשים מעשנות נולדים במשקל פחות 250 גר' בממוצע לעומת תינוקות לנשים שאינן מעשנות. לממצא זה יש השפעה על בריאות התינוק, בריאות המבוגר, משך האשפוז לאחר הלידה ועלות הטיפול. במסגרת המשולבת, המקציבה 8 דקות לביקור, לא יימצא הזמן להעברת תכניות מקדמי בריאות כדוגמת התכנית למניעת עישון.
- קיים חשש, שבמסגרת הרפואה המשולבת ההיבט המניעתי, שאיננו דחוף, יידחק לקרן זווית. הרפואה הקורטיבית של התינוק היא לרוב דחופה ביותר ואינה סובלת דיחוי בשל אופי המחלה והדאגה של האם.
 - בארה"ב רופא הילדים מספק גם רפואה מונעת, והזמן המוקדש לרפואה מונעת מתוך הביקור הוא מזערי, כ-90-60 שניות בלבד.
 - במחקרים שהשוו בין רפואה מונעת נפרדת לבין שירותים משולבים נמצא, כי בשירותי רפואה משולבים האימהות קיבלו פחות הדרכה בנושאים כמו מתן ברזל בינקות, הדרכה להשכבה על הגב ועוד.
 - במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ארבע קופות-החולים מספקות שירותים קורטיביים. ישנה טענה כי הקמת תחנות לרפואה מונעת באותה שכונה או באותו יישוב על-ידי ארבעתן תפגע בהיבט הקהילתי של אזור גיאוגרפי מוגדר בשל חלוקת האחריות. כמו כן תגדל העלות של אספקת השירות המניעתי על-ידי ארבע הקופות לעומת האפשרות של שירות אחד.
 - אי-פתיחת שירותים מניעתיים על-ידי ארבע הקופות במקומות קטנים פגעה בנגישות ובזמינות של השירותי המניעתי, ואילצה נשים בהריון ותינוקות לנסוע ליישובים סמוכים גדולים על מנת לקבל שירותים של רפואה מונעת.
 - כאשר יופעל שילוב השירותים, קופות-החולים יהיו ספקיות השירותים הרפואיים בכללותם, ויישאו באחריות לחלוקת המשאבים לשירותים קורטיביים ומניעתיים עבור האוכלוסייה והפרטים המבוטחים בקופה. קיים חשש שעקב אילוצים כלכליים, וגם עקב התחרות בין הקופות על מבוטחים פוטנציאליים, יתפתח היצע שונה, שיתבטא בחלוקת משאבים שונה למניעה ולקידום הבריאות, ויפגע באספקת שירותים מניעתיים ובאחידות התכנים של המניעה

בתחומים שאינם מוגדרים במידה מספקת – בהנחיות קליניות של שירותי בריאות כללית מסוכמות הבעיות של השילוב בזו הלשון (29): "קיימים קשיים רבים ליישום רפואה מונעת במסגרת הרפואה הראשונית: המלצות סותרות, העדר שיכנוע בנחיצות הבדיקות, העדר ידע מספיק, העדר עידוד מצד המעסיקים (זמן, תמורה) והעדר זמן ופרקטיקות עמוסות משפיעים על הרופא הראשוני לעסוק במחלות חריפות על חשבון הרפואה המונעת."

- לגבי הרמה הממשלתית: חוסר יכולת של הממשלה לענות על כל הצרכים הבריאותיים של האוכלוסייה בגלל העלות של אספקת השירותים הרפואיים, יכולה להביא לכך, שדווקא הרפואה המונעת תיפגע, מאחר שההשפעות על מצב הבריאות של אוכלוסייה כתוצאה ממניעה מתבטאות לרוב רק לאחר שנים, כמו חיסון נגד דלקת כבד נגיפית, מניעת עישון ועוד. הפוליטיקאים, שתפקודם "מוגבל בזמן" יתנו קדימות בתקציב לבעיות שפתרון מידי ונראה לעין.

נוכח הרגישות הרבה של הנושא והצורך הרחב יותר לקדם בריאות ישראל, 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. (ב) הגוף הנ"ל יפעיל שירותים בעצמו, יפעל באמצעות קופות-החולים, באמצעות הרשויות המקומיות, באמצעות ספקי שירותים, כגון בתי-חולים (זמינות) ורופאים עצמאיים, או בשילובן של אפשרויות אלה מתוך שיקולי טובת בריאות הציבור, זמינות ונגישות השירות ויעילות כלכלית. גישה זו מפרידה בין האחראיות הניהולית לצריכת השירותים ולרכישתם, לבין הספקת השירותים.

היינו, בדומה לתפקוד קופות-החולים ברפואה הכללית, הרשות המומלצת יכולה לרכוש שירותים בכל צורה שהיא תמצא לנכון בהתאם לשיקולי יעילות וטובת הציבור. היינו, המלצות וועדת אמוראי אינן שוללות ואינן מחייבות אינטגרציה בהספקת השירותים (ודאי במרכזים

עירוניים), אלא מבטיחה שהספקים, יהיו אשר יהיו, יקבלו עבור פעילות זו תקציב נפרד ויהיו אחראים על הדיווח בהתאם.

בנוסף להמלצות ועדת אמוראי, לאור הממצאים שהובאו במאמר מומלץ:

1. כל תכנון ארגוני של רפואה מונעת, באם במערכת המשולבת של רפואה מונעת וקורטיבית או רפואה מונעת נפרדת. צריך להקדיש יתר משאבים ושירותים לאוכלוסיות בסיכון, ולשאוף להפחתת הפערים בבריאות, תוך הפעלת תכניות קידום לבריאות ברמת הפרט והקהילה, בתאום עם מערכות נוספות כמו חינוך ורווחה.
2. מומלץ לבדוק את היעילות ומועילות של הפעילות השגרתית הנהוגה ברפואה מונעת לנשים הרות ולתינוקות לאור הידע העדכני, ולקבוע סטנדרטים חדשים.
3. ההדגשים של רפואה מונעת לנשים הרות ולילדים במאה ה-21 צריכים להיות בקידום בריאות ובשיפור איכות החיים ולא רק במניעת תחלואה ותמותה.

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), (2004), ההוצאה הלאומית לבריאות 1968-2003, פרסום מס' 1236.
- , (2005), הודעה לעיתונות, 173/2005 (8 באוגוסט).
- , (2002), הוצאה לאומית לבריאות 1962-2001, פרסום מיוחד מס' 1191, ירושלים.
- , (2004), הוצאה לאומית לבריאות 1968-2003, פרסום מיוחד מס' 1236, ירושלים.
- , לוחות תמותה של ישראל 1999-2003.
- מדינת ישראל, (2002), דו"ח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה. תל-אביב.
- משרד הבריאות, (2005), כוח אדם במקצועות הבריאות 2003, ירושלים.
- , (2001), כוח אדם במקצועות הבריאות 1999, ירושלים.
- , (1999), כוח אדם במקצועות הבריאות 1998, ירושלים.
- , (1998), רופאים, רופאי שיניים, ... 1970-1996, ירושלים.
- Chernichovsky, D., and Doron H., (2005), Community medicine in Israel: Reform of Primary Care and Renaissance of Family Medicine, In: García C, Muñoz O, Durán L, and Vázquez F. Ed. **Family Medicine at the Dawn of the 21st Century**, México City, México: Mexican Institute of Social Security, pp. 349-370.
- Donelan, K. et al., (1999), **Health Affairs**, Vol. 18, No. 3.
- Shmueli, A., (2003), **Health Policy**, Vol. 63.,
- World Health Organization, 2005.
- The World Health Report, (2005): Make Every Mother And Child Count, Geneva.
- OECD Factbook, (2005), Health Data 2005.