

## מערכת הבריאות

למדינת ישראל מערכת בריאות אוניברסאלית, המספקת לכל התושבים שירותים רפואיים ברמה טובה ובהיקף סביר ובדרך-כלל אף זוכה לשביעות רצונו של הציבור. שירותי הבריאות מעוגנים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי והם ניתנים תמורת השתתפות נמוכה, יחסית, של הציבור. את ההישגים בתחום בריאות האוכלוסייה ושביעות הרצון משירותי הבריאות יש לזקוף לזכות אופייה הציבורי של מערכת הבריאות בארץ ולזכות רמתו ואיכותו של כוח האדם בשירותי הבריאות. יחד עם זאת, נותרו מספר בעיות, שהמערכת טרם התגברה עליהן והן מעיבות על ההישגים אשר הושגו ואף משתקפות בירידה בשביעות הרצון של הציבור מן השירותים, ובהן במיוחד בעיית אי-השוויוניות בנגישות לשירותים, והעלויות הגוברות של המערכת.

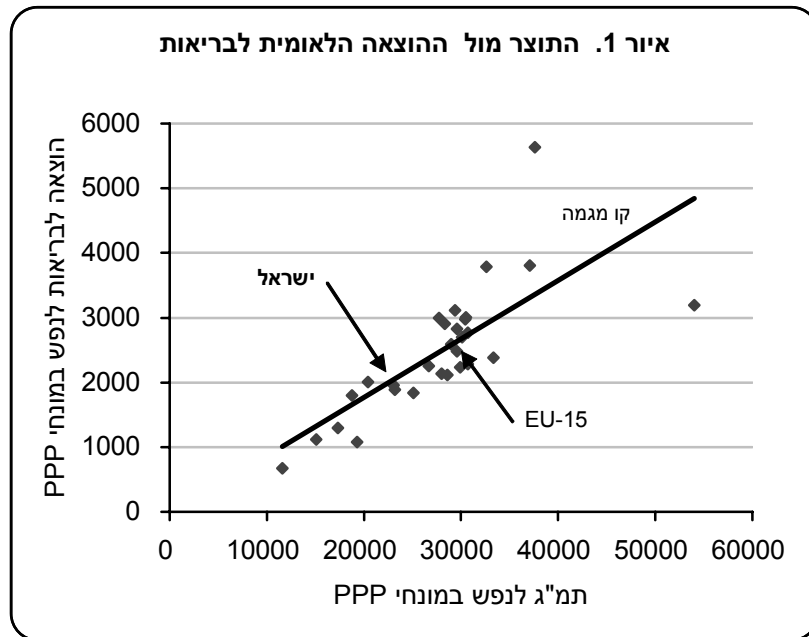
כמדי שנה, הפרק סוקר ממדים שונים של התפתחויות במערכת הבריאות תוך הדגשה של סוגיות, אשר הטיפול בהן עשוי לשפר את תפקוד המערכת ולהבטיח מניעה של פגיעה בבריאות האוכלוסייה. החלק הראשון של הפרק מוקדש לסקירה. הסעיף הראשון עוסק בסוגיית ההיקף המיטבי של ההוצאה על שירותי הבריאות תוך השוואה למדינות OECD. בסעיף השני נבחן הרכב המימון של המערכת והשפעתו על השוויוניות, כאשר הדגש מופנה לעליית חלקו של המימון הפרטי בשנים אחרונות. הסעיף השלישי מוקדש לכוח האדם במערכת הבריאות ובסעיף האחרון יוצגו ממדים נבחרים של רמת הבריאות בישראל, לרבות התפתחויות אחרונות במדדי תמותת תינוקות ותוחלת חיים. החלק השני של הפרק דן השנה במשמעויות של אי-השוויון בבריאות ובשירותי הבריאות בעקבות מלחמת לבנון השנייה.

## חלק א'. התפתחויות מרכזיות במערכת הבריאות

### 1. הוצאה לאומית לבריאות

ההוצאה הלאומית לבריאות משקפת את הנתח שהמדינה מפנה מסך-כל "מקורותיה" למימון מערכת הבריאות, בין אם מתקציב המדינה או בהוצאות ישירות של משקי הבית. שאלת ההיקף האופטימאלי של ההוצאה על שירותי בריאות מעסיקה את המומחים בתחום ואת ומקבלי ההחלטות במדינות המפותחות בכלל ובישראל בתוכן זה שנים רבות. הדיון על היקף המשאבים, אשר החברה יכולה להפנות למימון המערכת ועל כדאיותה של "השקעה" זו, מקבל חשיבות מיוחדת לנוכח העובדה, כי במערכת הבריאות אין לצפות (וגם אין זה רצוי), שתחול התאמה בין כמויות ומחירים במנגנון השוק החופשי, בגלל כשלי שוק רבים הקיימים בתחום זה. נוסף על כך, הבחינה של "סבירות" ההוצאה על פי התפוקה, דהינו רמת בריאות הציבור, הינה מורכבת למדי, היות שהמודדים המקובלים לכך (כמו לדוגמא תוחלת חיים ותמותת תינוקות), מושפעים מגורמים רבים אחרים.

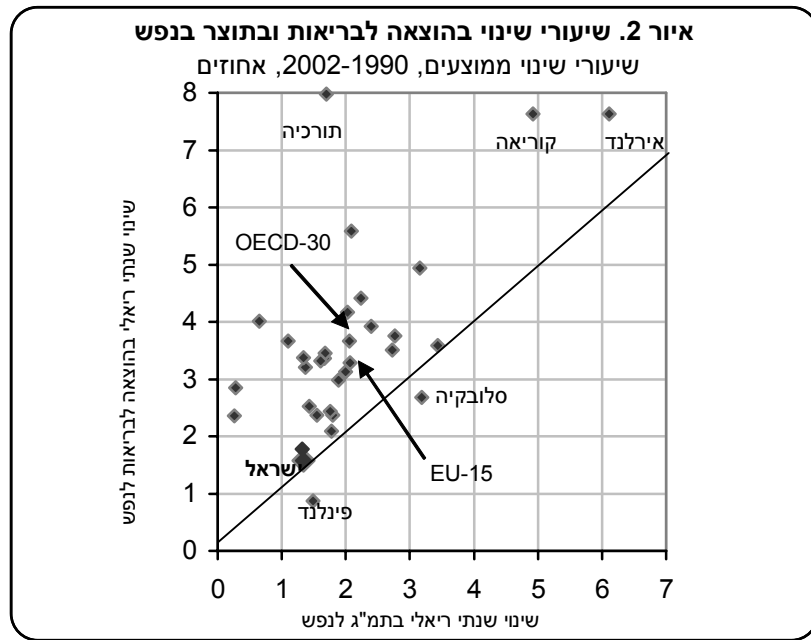
בעשורים אחרונים הנושא קיבל נופך נוסף, בעקבות הגידול המואץ שחל בהוצאה לבריאות בממוצע לנפש. במחקרים רבים שמטרתם הייתה להסביר את התופעה, נמצא קשר בין צמיחה כלכלית, כפי שהיא מתבטאת בשיעורי תמ"ג, לבין ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות המפותחות. גם השוואה פשוטה של ההוצאות על בריאות מול התוצר במדינות OECD מלמדת, כי מדינות "עשירות" מוציאות על בריאות יותר ממדינות "עשירות פחות".



מקור: למ"ס, 2004; למ"ס, 2006.

האיור מצביע על כך, שההוצאה על בריאות בישראל עמדה בשנת 2003 על \$1,953 במונחי PPP (כ-6,300 ש"ח), וכי הייתה נמוכה ביותר מ-20 אחוז לעומת הממוצע האירופי. אולם, יש לזכור כי רמת התוצר המקומי בישראל גם היא נמוכה מהממוצע של מדינות אירופה ביותר מ-20 אחוז. כמו כן, ישראל היא הצעירה ביותר מבין מדינות OECD המוצגות באיור וצורכי הבריאות שלה פחותים בשל העובדה כי הרכב הגיל של תושבי המדינה משפיע על המשאבים אשר המדינה מפנה למערכת הבריאות שלה. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה חישה בשנת 2002 את ההוצאה לבריאות בממוצע לנפש בישראל ובמדינות OECD מתוקנת לפי גיל<sup>1</sup> – לפי חישוב זה ההוצאה לנפש בישראל דומה לממוצע במדינות אירופה ואף עולה עליו באחוזים בודדים.

<sup>1</sup> למ"ס, 2004.

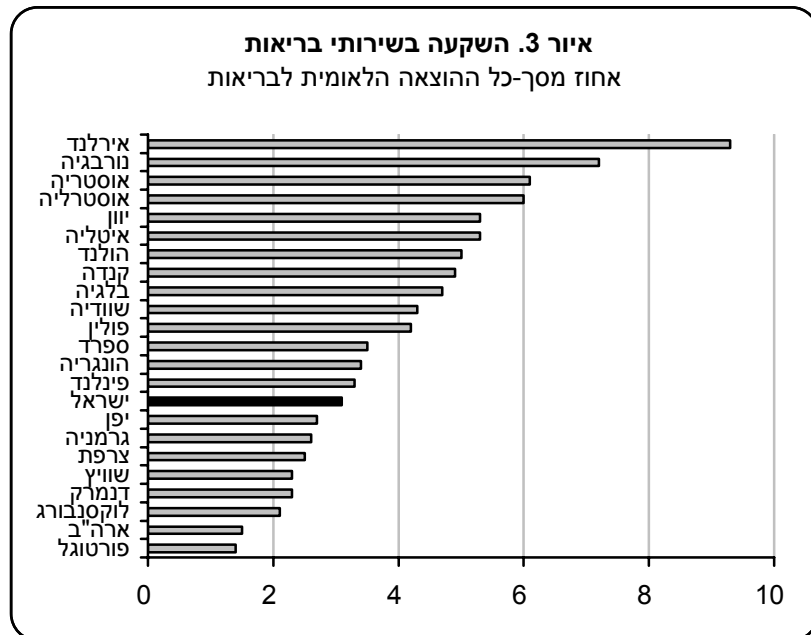


מקור: OECD, Health Data 2005 ; OECD, Factbook, 2005 ; למ"ס, 2004.

גם נתח ההוצאה על בריאות מהתוצר המקומי בישראל דומה לזה של ממוצע מדינות OECD, בסביבות 8.5 אחוזים. מהנתונים המוצגים באיור 2 עולה, כי ברוב מדינות OECD ההוצאה לבריאות גדלה במהלך שנות התשעים מהר יותר מאשר התוצר של המשק בכללותו (התמ"ג). קו עזר העולה מראשית הצירים בשיפוע של 45° מצייין, למעשה, מצב שבו כל עלייה של אחוז אחד בתוצר מביאה לעלייה באחוז דומה בהוצאה לבריאות. באיור מתגלה כי ישראל נמצאת סמוך מאוד לקו זה, כלומר שהתופעה מתגלה בבהירות רבה לגבי ישראל. עוד מסתבר, כי קיים מספר לא מבוטל של מדינות בהן שיעורי הצמיחה היו דומים ואף נמוכים יותר מאשר בישראל, אך ההוצאה שלהן לבריאות גדלה בקצב מהיר יותר (לדוגמא: גרמניה, שוויץ, יפן).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> משרד הבריאות, 2006.

על אף קצב הגידול המתון יחסית בישראל, של ההוצאה לבריאות מול הגידול בתמ"ג, בהשוואה למדינות OECD, חלה עלייה כוללת של כ-19 אחוז בהוצאה על שירותי הבריאות בממוצע לנפש בתקופה שבין 1990 ל-2005. חלקה של ההוצאה לבריאות מהתוצר המקומי עלה בתקופה זו מ-7.3 ל-8.1 אחוזים, והוא עומד כיום על כ-44 מיליארד ש"ח במחירי 2000. סכום זה מתחלק בין הוצאה שוטפת על תרופות, מכשירים רפואיים ושירותים לבין השקעה בנכסים קבועים, כגון בניית בתי-חולים וקניית ציוד למוסדות רפואיים. בשנים האחרונות חלקה היחסי של ההשקעה מסך ההוצאה על בריאות עומד על שלושה אחוזים בלבד, שיעור נמוך לעומת רוב המדינות המפותחות (הממוצע למדינות אירופה הוא כ-4 אחוזים).

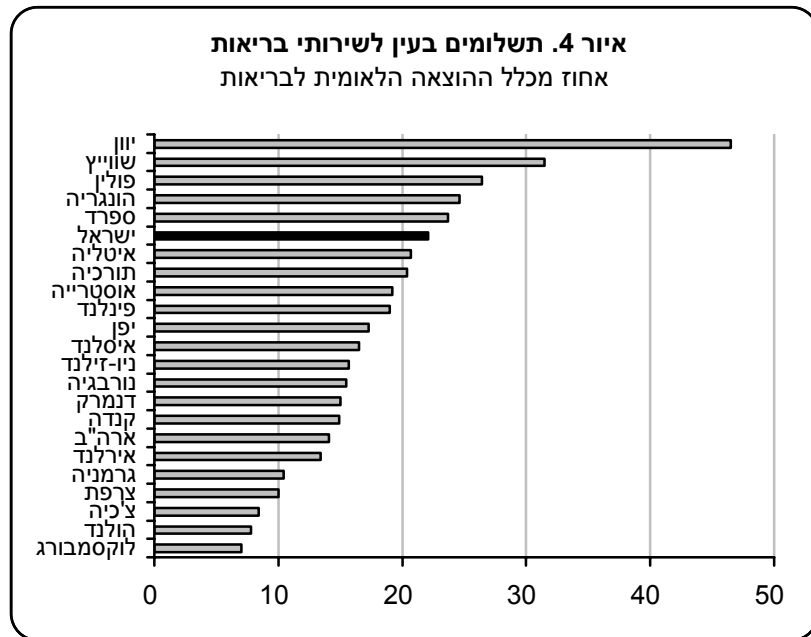


מקור: משרד הבריאות, 2006

## 2. מימון המערכת ושוויוניותה

שוויוניות במימון שירותי הרפואה ובנגישות אליהם היא ממטרות היסוד של מערכת בריאות ציבורית. בשנים האחרונות מטרות אלה עומדות למבחן לנוכח העלייה בחלקו של המימון הפרטי (של משקי הבית) מסך ההוצאות לבריאות. בשנת 2005 משקי בית שילמו קרוב לשליש מההוצאה הלאומית לבריאות. עוד רבע מההוצאות מומן על-ידי מס בריאות והחלק הנותר מומן מתקציב המדינה. הירידה שחלה בשנים האחרונות בחלקה של המדינה בהוצאות על בריאות משקפת מדיניות מכוונת של הממשלה: בשנת 1998 היווה המימון הציבורי 73 אחוז מההוצאה הלאומית, כאשר 25 אחוז היה מס בריאות חובה, ששולם על-ידי משקי הבית באמצעות הביטוח הלאומי לקופות-החולים. כעבור שבע שנים (2005) המימון הציבורי ירד ל-65 אחוז, כאשר שיעורו של מס הבריאות לא השתנה. ראוי להדגיש, כי בהשוואה למדינות מפותחות אחרות שיעור המימון הציבורי בישראל נמוך יחסית – ברוב מדינות OECD שיעור זה נע בין 70 ל-80 אחוז מסך ההוצאה הלאומית על בריאות.

התשלומים הישירים של משקי בית עבור תרופות ושירותים (ללא התשלום עבור ביטוחים משלימים) מהווים חלק גדול של המימון הפרטי. תשלומים אלה מהווים 22 אחוז מכלל ההוצאה על בריאות, שיעור גבוה מהמקובל ברוב מדינות OECD. למצב זה יש השפעה מכרעת על הגברת אי-השוויון בצריכת שירותי הרפואה. העובדה כי שירותי בריאות הנם מוצר שגמישותו ביחס להכנסה גבוהה מיחידתית, דהיינו עלייה בהכנסה מביאה לעלייה גדולה יותר בהוצאה על בריאות, מחמירה עוד יותר את אי-השוויון. תופעה זו מרחיבה את הפערים בנגישות לשירותים והיא מוכרת גם במדינות מפותחות אחרות.



מקור: משרד הבריאות, 2006.

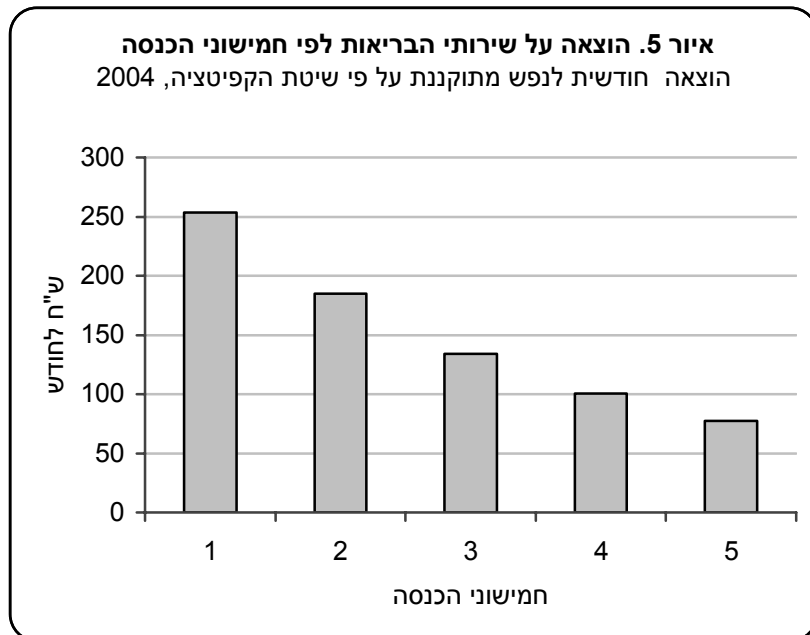
השיטה בה הגבייה מצרכני השירות מהווה חלק ניכר מן ההוצאה מאופיינת ברגרסיביות שלה. ניתן להמחיש זאת באמצעות נתונים מתוך סקר הוצאות המשפחה של הלמ"ס: משפחה ממוצעת מוציאה כיום על שירותי בריאות 5 אחוזים מכלל ההוצאות שלה לתצרוכת (ללא מס בריאות) לעומת כ-3.8 אחוזים בשנת 1997. קרוב לשליש מההוצאה של משקי הבית מיועד לבריאות השן, עוד רבע לביטוחי בריאות משלימים, והשאר מתחלק בין תשלומים לתרופות, רופאים פרטיים ומרפאות פרטיות. משק בית בחמישון העליון "צורך" בריאות בהיקף של 833 ש"ח לחודש לעומת 303 ש"ח לחודש במשק בית בחמישון התחתון – כמעט פי שלושה<sup>3</sup>. אם מביאים בחשבון את מספר הנפשות הממוצע למשק בית לפי חמישוני הכנסה<sup>4</sup> מתגלה, כי בחמישון התחתון מוציאים לבריאות

<sup>3</sup> החישובים מבוססים על סקר הוצאת המשפחה.

<sup>4</sup> החישוב הינו לנפש ולא לנפש סטנדרטית, היות שאין סיבה להניח כי קיים יתרון כלכלי לגודל המשפחה בצריכת שירותי הבריאות.

בסביבות 72 ש"ח לנפש בעוד שבחמישון העליון ההוצאה בממוצע לנפש, לחודש, 378 ש"ח. כמובן, שבהתייחס לדפוסי שימוש נבדלים בשירותי הבריאות, חייבים להתחשב בהרכב הגיל השונה של כל חמישון. בחמישון העליון בערך פי 2 מבוגרים בני 65+ לעומת החמישון התחתון, שהם "המשתמשים הכבדים" בשירותי הבריאות; לעומת זאת, בחמישון התחתון משפחות בהן יותר ילדים קטנים (עד גיל חמש), שגם הם צרכנים משמעותיים של שירותי הבריאות.

השוואה של גודל ההוצאה לסעיף "בריאות" בין חמישוני הכנסה, באמצעות תקנון מספר הנפשות במשפחה בכל חמישון, על פי שיטת הקפיטציה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משקללת באופן שונה תשע קבוצות גיל על פי צורכי השימוש שלהן בשירותי הבריאות. מסתבר, כי גם לאחר התקנון ההוצאה על בריאות בחמישון העליון גבוהה פי שלושה לעומת החמישון התחתון. ככלל, נמצא, כי בעלי האמצעים משלימים את החסר במערכת הציבורית על-ידי רכישת ביטוחים רפואיים נוספים, פנייה מרובה יותר לרופאים פרטיים (חמישון עליון פי 7 מתחתון) ועל-ידי רכישת תרופות שלא דרך קופות-החולים.



מקור: למ"ס, 2006.



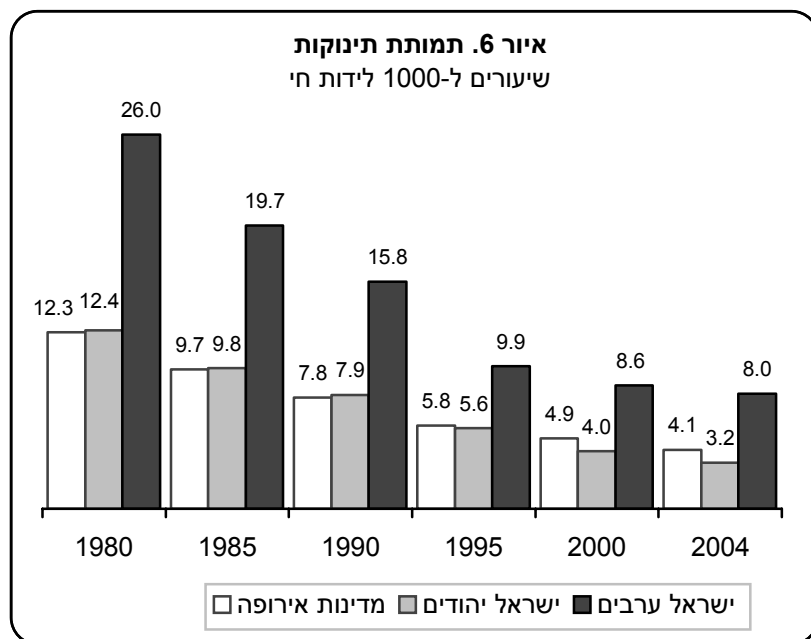
### 3. מדדים של רמת הבריאות

במרבית המדינות ובישראל בכללן התרחשו שיפורים משמעותיים ברמת בריאות האוכלוסייה, כפי שמתבטא במדדים של שיעורי תמותה כלליים, תמותת תינוקות ותוחלת חיים. אמנם לא תמיד ניתן להסיק משינויים אלה על מידת האפקטיביות של שירותי הבריאות, היות שהקשר המדויק אינו ברור. קיימים גורמים אחרים רבים, זולת שירותי הרפואה והמניעה, אשר תורמים לשיפור המדדים המוזכרים. לדוגמא, גורמים גנטיים, סביבתיים וגורמים תרבותיים, המשתקפים בסגנון חיים ובהרגלי התזונה. עם זאת, קיימים ממצאים ברורים המעידים על השפעתה של מערכת הבריאות על מדדים אלה (למשל, מדיניות המכוונת להפחתת תמותת תינוקות).

למרות השיפור הרב, אשר התרחש בשנים האחרונות, שיעור **תמותת תינוקות** לאלף לידות חי עדיין גבוה בישראל בהשוואה לממוצע במדינות אירופה. בשנת 2004 שיעור זה עמד בישראל על 4.6 לעומת 4.0 במדינות אירופיות. הממוצע של ישראל מורכב משיעורים נבדלים בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות – 8.0 בקרב הערבים ו-3.2 לאלף בקרב היהודים. רק במדינות מעטות שיעור תמותת תינוקות נמוך יותר ודומה לזה שבקרב היהודים בישראל, ובהן איסלנד (2.8), יפן (2.8), שוודיה (3.1) ונורווגיה (3.2).

שיעורי תמותת תינוקות במגזר הערבי היו ועודם גבוהים יותר לעומת המגזר היהודי, אך יש לציין כי במהלך השנים הצטמצם ההפרש המוחלט. האיור מצביע על הקטנת הפער: בתחילת שנות השמונים היה פער של יותר מנקודת אחוז שלמה בין יהודים לערבים, ואילו היום פחות מחצי נקודת אחוז.

הפערים בתמותת תינוקות בולטים גם בין אזורים גיאוגרפיים. שיעורים גבוהים במיוחד של פטירת תינוקות נמדדים בצפון ובדרום (6.0 ו-7.1 בהתאמה), ואילו במרכז הארץ השיעור נמוך מהממוצע – בסביבות 3 לאלף לידות חי.



מקור: למ"ס, 2006; OECD, 2006.

נתונים על סיבות המוות והשלב בו נפטרים תינוקות מגלים, כי ברוב המקרים הדבר מתרחש בשבוע הראשון לחייהם, ואף בעת הלידה או בסמוך לה. בתחילת שנות השבעים עמד שיעור התמותה במהלך השבוע הראשון לאחר הלידה על 11.4 לאלף ולקראת סוף המאה השיעור ירד ל-3.2 לכל אלף תינוקות. במהלך שלושת העשורים הללו נעלמו כמעט לחלוטין כל התופעות של מוות של תינוקות עקב מחלות זיהומיות ודלקת ריאות – שכיחות תופעות אלה כיום היא פחות מ-0.1 לאלף. הגורם העיקרי לתמותת תינוקות הוא סיבוכים בעת הלידה הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית – השכיחות היא 2.1 לאלף לידות חי במגזר היהודי ו-3.3 במגזר הערבי. הסיבה השנייה השכיחה למוות של תינוקות הינה מומים מולדים, ולגביה קיים הבדל משמעותי לפי לאום – 0.9 לאלף לידות חי בקרב יהודים לעומת 2.0 בקרב הערבים. הפער מיוחס לשתי סיבות עיקריות: ראשית, השיעור הגבוה יחסית של קשרי נישואין בתוך המשפחה במגזר הערבי; ושנית, קיום מעקב הריון סדיר יותר, הכולל ביצוע בדיקות לשלילת מומים מולדים, בקרב היהודים.

**תוחלת חיים** והשינויים החלים בה היא מודד מקובל נוסף לבריאות האוכלוסייה. לישראל מקום גבוה למדי בטבלת המדינות לפי אורך החיים הממוצע בהן. מיקום זה מושפע במידה רבה מתוחלת החיים הגבוהה של גברים ישראלים בהשוואה למדינות אחרות. תוחלת החיים בלידה של גבר ישראלי הינה 78 שנים ורק בחמש מדינות גברים זוכים לחיים ארוכים יותר – איסלנד (79.2), יפן (78.6), שוויץ (78.6), שוודיה (78.4) ואוסטרליה (78.1). נשים ישראליות, לעומת זאת, תופסות "מקום טוב באמצע", מקום הטעון שיפור – תוחלת החיים של ישראליות עומדת על 82.4 שנים והיא איננה רחוקה מהממוצע של מדינות OECD (81).

בשני העשורים האחרונים היינו עדים להתארכות משמעותית של החיים בקרב האוכלוסייה המבוגרת – בין השנים 1980-2005 תוחלת החיים של גברים בני 65 עלתה ב-3.1 שנים (מ-14.6 ל-17.7), ושל נשים ב-3.9 שנים (מ-16 ל-19.9). על אף שהשיפור משמעותי יותר אצל נשים, הרי גם בגיל זה מצבן של נשים ישראליות הינו בינוני בהשוואה בינלאומית. הסיבה העיקרית להתארכות החיים בגיל זה היא ירידה בשיעורי הפטירה כתוצאה ממחלות לב, כתוצאה משתי התפתחויות משלימות או מפצות: האחת, ירידה בשכיחות התחלואה במחלות לב כתוצאה משיפור תנאי החיים ועליית המודעות לחשיבות של אורח חיים בריא; השנייה היא שיפור היעילות של הטיפול במחלה ועליית ההישגים במניעת תמותה, אם על-ידי טיפולים תרופתיים ואם באמצעים כירורגיים ברמות שונות.

**שיעורי תמותה** מהווים מדד נוסף למצב הבריאות באוכלוסייה. שיעורי תמותה מתוקננים, המביאים בחשבון את ההבדלים בהתפלגות הגיל בין אזורי הארץ השונים מגלים, כי קיימים הבדלים בלתי מבוטלים בין אזורים גיאוגרפיים. שיעור התמותה הארצי הינו 6.0 בממוצע לאלף נפש. באזור הדרום והצפון שיעור זה גבוה יותר (6.5 ו-6.3 בהתאמה), ואילו בירושלים ובמרכז – נמוך יותר (5.5 ו-5.6 בהתאמה).

הסיבות השכיחות ביותר לפטירה בקרב כלל האוכלוסייה הן מחלות סרטן שונות ומחלות הלב וכלי הדם – כרבע מכלל מקרי המוות ב-2003 התרחשו כתוצאה ממחלות סרטן מסוגים שונים. עוד כ-30 אחוז מתו ממחלות לב וכלי דם. שיעורי התמותה ממחלות אלה, כמו גם ממחלות סוכרת, מחלות כליה, אלצהיימר ועוד, גבוהים בהרבה בקרב היהודים בהשוואה לערבים. שיעורי תמותה גבוהים יותר נרשמו בקרב הערבים עקב סיבות סב-לידתית, מומים מולדים וגם כתוצאה מתאונות דרכים.

ההבדלים משקפים, ככל הנראה, הבדלים בהרכב הגיל של שתי האוכלוסיות, אך גם הבדלים באורח החיים וכתוצאה מסיבות גנטיות.

#### 4. כוח אדם

כוח האדם הנו המשאב החשוב ביותר של מערכת הבריאות. איכותם ורמתם הגבוהים של הרופאים והאחיות הם מקור בלתי מבוטל להצלחת מערכת הבריאות הישראלית, בהיותם המקור הראשוני להגשת השירות הרפואי. למספרם ביחס לגודל האוכלוסייה ישנה השפעה משמעותית על העלויות, השימושים והתפוקות של המערכת. אחיות ורופאים (כולל רופאי שיניים) מהווים יותר מ-64 אחוז מכלל המועסקים במקצועות הבריאות. בנוסף להם מועסקים בעלי מקצועות רפואיים אחרים (רוקחים, וטרינרים ובעלי מקצועות אקדמיים רפואיים אחרים) – המהווים כ-16 אחוז; ועובדים במקצועות עזר רפואיים (לבורנטים, אופטיקאים, תרפיסטים וכדומה) – כ-20 אחוז.

#### א. רופאים

כיום מועסקים בישראל 23 אלף רופאים, שהם כ-90 אחוז מכלל הרופאים בעלי רישיון עד גיל 65<sup>5</sup>. פירוש הדבר הוא, שלכל 1000 תושבים במדינה מועסקים כ-3.4 רופאים. מספר הרופאים ביחס לאוכלוסייה עלה בישראל על פני הזמן בשיעור שנתי ממוצע של 1.8 אחוזים (1970-2004). רוב הגידול התרחש במהלך שנות השבעים, ואילו שנות השמונים התאפיינו ביציבות מסוימת. בתחילת שנות התשעים התרחשה קפיצה משמעותית עם בואו של גל העלייה מבריה"מ לשעבר, אך לקראת שנות ה-2000 שיעור הרופאים החל לרדת בהדרגה והוא נע בשנים האחרונות בסביבות 3.5 ל-1000 נפש.

להיצע הרופאים בישראל אופי מיוחד – הוא נקבע בעיקר על-ידי הגירה. לא קיימת בישראל הגבלה כלשהי על כניסת רופאים המבקשים לעלות ארצה, אולם מאז 1988 כל רופא המבקש לעסוק ברפואה בארץ חייב לעבור בחינת רישוי, כתנאי לקבלת רישיון רפואי. 65 אחוז מהרופאים בישראל של היום סיימו את לימודי הרפואה שלהם בחו"ל. גם מדינות מפותחות אחרות משתמשות בכוח רפואי "מיובא", המהווה

<sup>5</sup> משרד הבריאות, 2005.

משאב אנושי מעולה, הגורף את "קצפת" המומחים ממדינות עניות יותר, אשר לא יכלו להציע הזדמנויות תעסוקה אטרקטיביות לרופאים מבחינה מקצועית. "ההסדר" נמצא נוח למדינות הקולטות בכך שאינו דורש השקעה קודמת בחינוך הרופאים. יחד עם זאת, רק ב-7 מדינות מ-30 חברות OECD שיעור הרופאים המהגרים עולה על 10 אחוזים מכלל הרופאים (ניו-זילנד 34.5 אחוז), בריטניה (28.3 אחוז), אוסטרליה (26.5 אחוז), ארה"ב (25 אחוז), קנדה (23.1 אחוז), שוויץ (17.8 אחוז) ונורווגיה (12.7 אחוז).<sup>6</sup>

על אף השוני במקורות ההיצע של רופאים בישראל ובמדינות OECD, התופעה של עליית שיעור הרופאים ביחס לאוכלוסייה אינה ייחודית רק לישראל. ברוב מדינות OECD הגידול במספר הרופאים עלה על גידול האוכלוסייה אף יותר מאשר בישראל. בממוצע למדינות OECD, שיעור הרופאים לאלף נפש גדל בין השנים 1970-2004 ב-2.6 אחוזים בממוצע שנתי, כאשר הוא נע בין אחוז אחד בקנדה ל-4 אחוזים בפורטוגל.<sup>7</sup> בדומה לישראל, ברוב המדינות שיעור הרופאים עלה משמעותית במהלך שנות השבעים וכיום ב-30 ממדינות OECD ישנם שלושה רופאים בממוצע לכל אלף נפש. זאת אומרת, שלמרות הגידול האיטי יותר בשיעור הרופאים בישראל בהשוואה למדינות OECD, הרי עדיין מספרם ביחס לאוכלוסייה בארץ הוא מן הגבוהים בעולם!

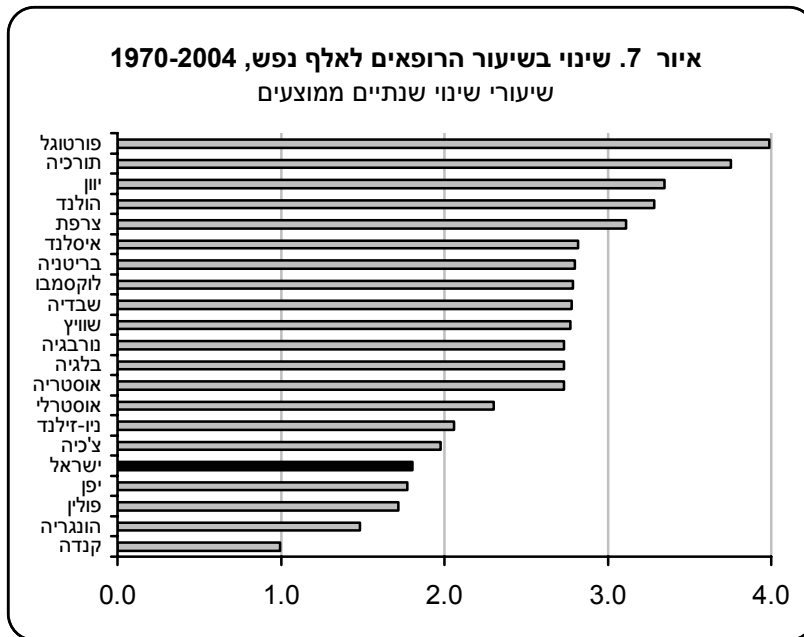
אולם, שיעור גבוה של רופאים בישראל אינו מבטיח את זמינות השירות במידה שווה בכל חלקי הארץ. מהנתונים על העסקת הרופאים לפי מחוזות,<sup>8</sup> עולה כי הפיזור הגיאוגרפי של רופאים (מתוקנן לפי גיל האוכלוסייה באזור) אינו אחיד. שיעור גבוה של רופאים קיים במחוז ירושלים ותל-אביב (4.2, ו-3.9 בהתאמה). לעומת זאת, אזורי הפריפריה ובמיוחד אזור הצפון, בו שיעור הרופאים המתוקנן הינו 2.3 בלבד, סובלים ממחסור ברופאים. אי-שוויון בזמינות השירותים הרפואיים בין אזורי המרכז והפריפריה מתבטא גם בעובדה, כי הפיזור הגיאוגרפי של הרופאים בארץ מצוי במתאם גבוה עם פיזור מקורות אחרים, כגון מיטות אשפוז ותשתית רפואית בכלל.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Mullan, F., 2005.

<sup>7</sup> ליתר דיוק, מדובר במדינות לגביהן קיימים נתונים לשנת 1970.

<sup>8</sup> משרד הבריאות, 2005.

<sup>9</sup> צ'רניחובסקי, שירום, 1997.



מקור: OECD, 2006; משרד הבריאות, 2005.

בשנים האחרונות התעוררה דאגה והחלו להתריע, הן באירופה והן בארצות-הברית, מפני מחסור עתידי ברופאים. המחסור עלול להיווצר בשל סיבות דמוגרפיות (הזדקנות האוכלוסייה), סיבות של מבנה התעסוקה (ירידה במספר שעות העבודה של רופאים צעירים, הנוטים להעדיף פנאי; ושל רופאות, שכניסתן למקצוע הואצה וממוצע שעות העבודה שלהן נמוך משל הרופאים), וסיבות כלכליות (עליית הביקוש לשירותי בריאות עקב התעשרות האומות והפרטים). מנגד מועלות לדיון בסוגיה גם התפתחויות נגדיות, המקטינות את הביקוש לרופאים, כמו לדוגמה מתן שירות רפואי על-ידי בעלי מקצועות רפואיים אחרים.<sup>10</sup>

גם בישראל גברה הכרה בצורך בחשיבה מחודשת לגבי תכנון כוח אדם רפואי. חיזוי של שיעור הרופאים לאלף נפש של משרד הבריאות מגלה כי צפויה ירידה בשנים הבאות, בנוסף לסיבות אשר צוינו לעיל, הסיבה הרלוונטית ביותר לגבי ישראל היא הידלדלות מקורות פוטנציאליים

<sup>10</sup> Cooper, R.A, Getzen, T. E., 2004; Politzer, R.M., 1996.

לעלייה של רופאים<sup>11</sup>. לאור מגמות אלה, הוקמה בשנת 2002 ועדה לבדיקת הצרכים העתידיים של רופאים (ועדת פזי). הוועדה המליצה להגדיל את מחזורי הבוגרים של לימודי הרפואה בישראל בכ-650, לכדי כ-930 רופאים בשנה החל ב-2008 – גידול של 230 אחוז לעומת מחזור קיים של 280 בוגרים. דו"ח הוועדה איננו מבחין בחלוקה בין רופאים בשירותי הבריאות הראשוניים לרופאים בשלבים האחרים של המערכת, במרפאות מקצועיות ובבתי-חולים, אולם יש לכך חשיבות במיוחד על רקע התחזיות בעניין הצטמצמות המקורות של רופאים עולים.

בשנים האחרונות גברה ההכרה בחשיבותה של הרפואה הראשונית. נערכו שינויים בתכניות הלימודים של הפקולטות לרפואה בישראל, אשר שמו דגש על הספקת שירות רפואי ראשוני משופר, והן תרמו לשיפור ניכר בתחום זה. במקביל לכך התרחב מאז 1990 כוח אדם ברפואה הראשונית כתוצאה מקליטה מסיבית של רופאים עולים – רק 27 אחוז מכ-5,000 אלפים רופאים ברפואה הראשונית קיבלו תואר MD בישראל<sup>12</sup>. בהינתן הגיל הממוצע של רופאי הרפואה הראשונית, 48 שנים, נשאלת השאלה, האם רופאים צעירים, בוגרי ההכשרה בישראל, יוכלו למלא את החסר? בעוד מספר שנים הרופאים בשירותי הרפואה הראשונית יתקרבו לגיל פרישה בעת שהמקורות החיצוניים להיצע של רופאים, אשר סיפקו את רוב כוח אדם בתחום, לא יהיו זמינים עוד. על רקע זה, גם קשה לנבא את עתידם של השירותים הרפואיים הנוספים, אשר התפתחו לאחרונה (כגון חברות המספקות שירות רפואי בבית 24 שעות ביממה), בהיותו מבוסס באופן ניכר על רופאים עולים.

### **ג. אחיות וכוח אדם סיעודי**

הביקוש העולה בשנים האחרונות לשירותי רפואה במדינות OECD והעלויות הכרוכות בכך הביאו לגידול של כוח אדם סיעודי במדינות רבות ולהרחבת הסמכויות של צוותים סיעודיים במדינות מסוימות. התופעה של skill-mix (חלוקה מחדש של התפקידים בצוותים רפואיים) קיבלה אופי רחב במדינות צפון אמריקה, בריטניה ואוסטרליה. בשנים האחרונות התאספו ראיות רבות על כך, שאחיות ממלאות תפקידים

<sup>11</sup> Chernichovsky, D., Doron, H., 2005.

<sup>12</sup> שמש ע., פלפל ד., סמטניקוב א., דור מ. 2000.

מסוימים שבאופן מסורתי מולאו על-ידי רופאים, הן בבתי-החולים והן בקהילה.<sup>13</sup>

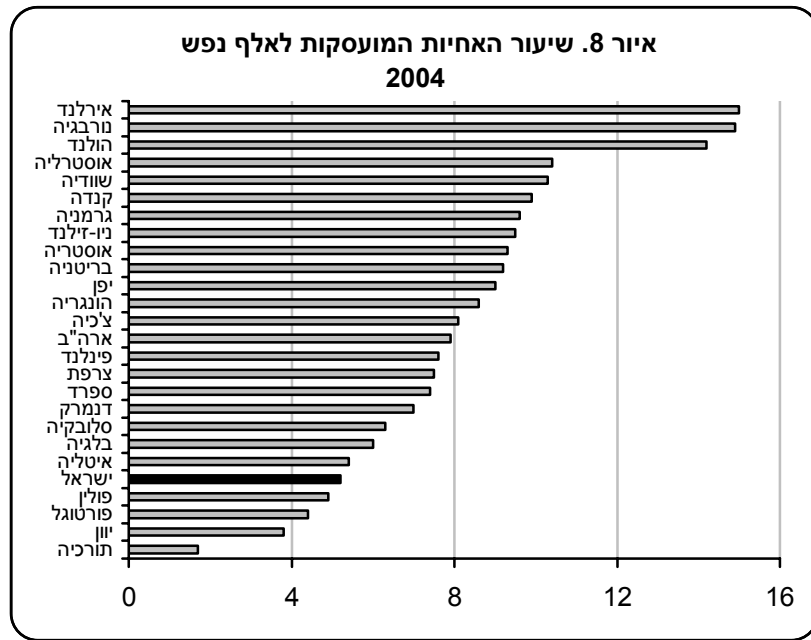
ברוב המדינות המפותחות שיעור האחיות לאלף נפש גדל מאז שנות התשעים (למדינות רבות אין נתונים זמינים על שיעור האחיות לתקופות קודמות). בישראל שיעור האחיות – אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות – כמעט ולא השתנה מאז 1995 (בסביבות 5 לאלף נפש). יחד עם זאת, השתנתה החלוקה הפנימית בין אחיות מוסמכות ומעשיות – שיעור אחיות מוסמכות מועסקות עלה מ-3.7 לאלף ב-1995 ל-4.2 לאלף ב-2002, בעת ששיעור אחיות מעשיות ירד מ-2.1 ל-1.5 לאלף נפש באותן שנים. להתפתחות הזו של גידול בשיעורן של אחיות מוסמכות מכלל האחיות ישנה חשיבות רבה. מחקרים שנעשו בשנים האחרונות – בחינת שיעור האחיות המוסמכות בכלל האחיות, ובחינת הרכב הצוות הסיעודי לפי רמת ההשכלה (למשל שיעורי קבלת תואר ראשון בקרב אחיות מוסמכות) – מצביעים על כך, שככל שעולה שיעור האחיות שרמת השכלתן גבוהה יותר, כך יורד שיעור האירועים השליליים (כגון נפילות, תגובות שליליות לתרופות וכדומה) וכן חלה ירידה בתמותה של חולים.<sup>14</sup>

יחד עם זאת, השיעור הכולל של אחיות מועסקות בישראל הנו נמוך למדי בהשוואה למדינות מפותחות אחרות – 5.2 לאלף נפש, לעומת שיעור הנע בין 7 ל-10 לאלף נפש ברוב המדינות. גם חישוב על סמך נתוני משרד הבריאות, המביא בחשבון את סך-כל האחיות בעלות רישיון לעסוק במקצוע עד גיל 60, המעלה את שיעור האחיות לאלף נפש ל-6.0, אינו משנה משמעותית את מקומה של ישראל בהשוואה בינלאומית.

---

Buchan J., Ball J., O'May F., 2000. Buchan, J., Calman L., 2005;<sup>13</sup>  
Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V.H. and Smith, D. 2003; Aiken, L. H.,<sup>14</sup>  
Clarke, S.P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., Silber, J. H. 2003.





מקור: OECD, 2006; משרד הבריאות, 2005.

אין ספק כי מצב זה נושא השפעה שלילית על תפקוד המערכת, מתבטא בפגיעה בבריאותם של חולים ובעלייה בתסמיני שחיקה ובאי-שביעות הרצון מהעבודה בקרב הצוות הסיעודי<sup>15</sup>. ייתכן, שבמקביל להרחבת מספר הלומדים לקראת תואר MD, מן הראוי להגדיל גם את מספר הלומדים המכשירים עצמם לעסוק בתפקידי סיעוד בעל רמה מקצועית גבוהה, תוך הכרה בכך שסמכויות פעילותם של מוסמכים אלה יהיו רחבות יותר ממה שנהוג כיום.

<sup>15</sup> Aiken, L. H., Sean, P.C., Clarke, S.P., Douglas, M.S., Sochalski, J., Silber, J. H, 2002.

## חלק ב'. בריאות, שירותי בריאות ומלחמת לבנון השנייה – משמעויות של אי-שוויון

השפעתה של מלחמת לבנון השנייה ניכרה בתחומי חיים שונים בישראל. ישראל שילמה מחיר כבד באבידות בנפש, אזרחים וחיילים, ובנזקים גופניים, נזקי רכוש ואחרים. המערכות הציבוריות עוסקות בהפקת לקחים ובבירור שאלות נוקבות, שהתעוררו בעת המלחמה ואחריה. כך גם באשר לתפקודה של מערכת הבריאות, אשר התמודדה עם מתן השירותים בצפון. לא נתיימר לכסות את כל ההיבטים הבריאותיים של הממשק שבין מלחמה ומדינה, אלא נעסוק בהשפעה של מצב המלחמה (שלא הוכרזה) על שירותי הבריאות שניתנו לאוכלוסייה. נתייחס בעיקר לשירותים אשר ניתנו בצפון הארץ, ונדגיש במיוחד את תפקודם ברמה הקהילתית. לאחר סקירה קצרה של מאפיינים רלבנטיים של תחום הבריאות בתקופת המלחמה ושל הבעיות שהתעוררו, נציג לקחים מדיון רב-משותפים שהתקיים במרכז טאוב, לקראת תכנון עתידי של היערכות מערכת הבריאות לזמן חירום<sup>16</sup>.

במסמך שהוכן במרכז טאוב: "אחרי המלחמה", השלכות חברתיות כלכליות<sup>17</sup>, הדגישו ששת המחברים, בתחומים החברתיים השונים, את החשיבות של הרקע החברתי/כלכלי/תרבותי של האוכלוסייה ליכולת העמידה שלה בחוויות התקופה. המסמך מעלה מסקנה ברורה: "לכידות חברתית היא המפתח ליכולתה של מדינת ישראל להתאושש מפגיעה של המלחמה". אחת הטענות שעלו במסמך היא, שהעדר היערכות בהיקף הנדרש בעת המלחמה בצפון הביאה לכך, "שיכולת ההיחלצות של הפרט ומשפחתו נגזרו ממצבו הכלכלי ומתפקודו האישי. הבריאים והמבוססים שבין האזרחים המאווימים יכלו להיחלץ ממצב הסיכון בכוח משאביהם הפרטיים. לא כולם ניצלו אפשרות זאת, אבל היא עמדה לרשותם. לא כן אנשים עם מוגבלויות ואנשים אחרים, שהיו גם חסרי משאבים מתאימים

<sup>16</sup> חלק זה של הפרק הוכן על-ידי פרופ' ליאון אפשטיין והוא מהווה סיכום של דיון, שהתקיים ב"פורום הבריאות של מרכז טאוב", ועסק בהשלכות של המלחמה על מערכת הבריאות, בהשתתפותם של ד"ר מיכל כהן-דר, הרופאה המחוזית של משרד הבריאות במחוז הצפון, מר אלי כהן, מנהל מחוז הצפון של שירותי בריאות כללית, וד"ר חמי יפה, ראש מחוז צפון של מכבי שרותי בריאות. יו"ר הדיון היה פרופ' שלמה מור-יוסף ובדיון נכחו מנהל המרכז, פרופ' יעקב קופ, חברי צוות הבריאות של המרכז, וחברים מצוותים תחומיים אחרים.

<sup>17</sup> מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, 2006.

– הם נשארו במקומם בלית ברירה, עד שגורמים פרטיים ומלכ"רים, ובסופה של הלחימה גם הרשויות הממלכתיות, סייעו להם בכך".  
ובכן, אי-השוויון, שהעמיד את הצפון בנחיתות עוד לפני המלחמה, מעמיד בסכנה גם את יכולת העמידה של האוכלוסייה הזו בעת המלחמה ובמהלך תקופת השיקום שאחריה. לממדים של אי-שוויון חברתי, כלכלי ותרבותי יש משמעות חריפות ובלטות רבה יותר, בעת היחשפות האוכלוסייה למצב של מלחמה. מדדים שונים, חברתיים וכלכליים, מסתכמים לכלל דירוגו של צפון הארץ נמוך יותר ממרכזו. אי-השוויון בישראל, בין צפון הארץ (ודרומה) לבין המרכז, מתבטא, כמו בכל המדינות המתועשות, במדדים של רמת הבריאות וכן במדדים המתארים את הספקת שירותי הבריאות. מדובר בקיומם של פערים בתוחלת חיים, בתמותה מתוקנת לגיל, בתמותת תינוקות, בשחרורים מאשפוז, וכו'. בנוסף ידוע שהיקף מיטות האשפוז בצפון הוא בין הנמוכים. אי-השוויון מתבטא הן באפיון החברתי-כלכלי של יישובי צפון הארץ ואוכלוסייתם, והן בהיערכות האזורית הכוללת של הצפון מבחינת השירותים. ניתן להמחיש זאת, לדוגמא, בנתוני ההכנסה הממוצעת, לגברים ולנשים, הנמוכה ביותר במחוז הצפון.<sup>18</sup>

ראוי לציין, כי בישראל אין היום גורם, המספק שירות או משרד ממשלתי, אשר מגדיר את אי-השוויון בבריאות, כנושא אשר ראוי לקבל עדיפות בתכנון, במימון ואו כמטרה לפעולה. אי-שוויון בבריאות בישראל, כמו אי-שוויון חברתי-כלכלי בכלל, אינו על סדר היום בעדיפות כלשהי. למערכת הבריאות, כחלק משירותי הרווחה, יש אחריות עליונה לקידום שירותי הבריאות כדי לתרום לשיפור רמת הבריאות הכללית. קיים קושי למדוד את תרומתם של כלל השירותים לשיפור הרווחה ואיכות החיים של התושבים. לא כל הצלחותיה של המערכת מוצגות בערכים כמותיים ברורים. מאפיין זה קיים גם בתחום הבריאות, בעת שמנסים לבחון את התועלת הכלכלית הנובעת לחברה מהיותו של הפרט בריא או מקידום מצב כללי של אוכלוסייה בריאה. בניגוד לכך עלינו להתמודד, בדרך-כלל, מול מציאות של פחות מדי "השקעה" לטווח ארוך בנושאי בריאות. התוצאות בולטות יותר לעינינו בעת משבר כגון מלחמה.

<sup>18</sup> הממצאים עולים מנתונים שפורסמו לאחרונה על-ידי למ"ס ומשרד הבריאות, 2006. יש להדגיש, שאין הבדל גדול בין הצפון והדרום ולפיכך נדגיש את ההבדל בין הצפון למרכז הארץ.

כמה מאפיינים מן המלחמה האחרונה רלבנטיים היום לדיון בהתמודדות או בקשיים של מערכת הבריאות במצבי חירום. ראשית, הייתה מעורבות גדולה מאוד וחשיפה רחבה של העורף האזרחי במלחמה, היות שהעורף ספג אלפי קטיושות יום יום במשך שבועות ארוכים; למעשה – שליש מאוכלוסיית המדינה הפך לחזית. ההיקף היה רחב בהרבה מההגדרה שהייתה מוכרת של אוכלוסיית קו העימות. ושנית, העזיבה של תושבי הצפון הייתה מאוד סלקטיבית, כאמור, ולאזורים בטוחים ורחוקים. יש לכך משמעות מיוחדת להיערכות הדרושה של שירותי הבריאות בצפון וגם באזורים אחרים.

### 1. היערכות מערכת הבריאות וסקירת הבעיות שהתעוררו

כבר בשנת 2000, לפני עזיבת צהל את לבנון, הוכן נוהל במערכת הבריאות למקרה של עימות צבאי בגבול הצפון. למרות שהנוהל לא עודכן הוא היווה מסגרת תפקודית מוכנה לפעולה מיד עם פרוץ המלחמה. בהתאם לכך פעלו לשכת הבריאות המחוזית, בתי-החולים והקופות. עם זאת, לא הוכרז מצב חירום ולכן מלח/פסח לא הופעלו.

שירותי הבריאות בצפון התמודדו עם הטיפול בתושבים שנשארו ביישובים, כאשר ראוי להדגיש, כי העזיבה בקרב האוכלוסייה הייתה סלקטיבית. אמנם המידע על היקף העזיבה אינו שלם אבל רבבות נסעו דרומה. בעלי יכולת כלכלית, שהיה באפשרותם לשהות באזורים דרומיים של הארץ, עשו זאת במימון עצמי; אלו שהוזמנו להתארח אצל משפחה או חברים, עזבו; וכן הוצאו ילדים על-ידי הסוכנות היהודית לקייטנות, לתקופות מסוימות. לקראת סוף המלחמה יצאו קבוצות במרוכז לעיר האוהלים שהוקמה בגני התערוכה בתל-אביב.

שירותי הבריאות התמודדו עם מתן שירותים לקבוצה קטנה, יחסית, של תושבים בעלי תנאים מוגנים בבתיהם, או עם משפחות, שבחרו להישאר, מסיבות שונות. יחד עם אלה נשארו ביישובי הצפון חולים כרוניים וסיעודיים, שמצבם הכלכלי ירוד, שלא יכלו לממן שהייה בחוץ, וכן אימהות חד-הוריות עם ילדיהם, והאוכלוסייה הערבית כמעט כולה.

**הנהגה בידי לשכת הבריאות המחוזית.** לשכת הבריאות המחוזית של משרד הבריאות רכזה את תפעול השירותים בכל התקופה, בראשות הרופאה המחוזית. הלשכה הקימה שיתוף פעולה מלא עם כל גורמי הבריאות וכן עם המערכות האזרחיות – מיד עם פרוץ המלחמה ובמהלכה

קוימו ישיבות תיאום של כל הגורמים בלשכת הבריאות המחוזית. הקשר נמשך מדי יום (כמה פעמים) בשיחות ועידה, אשר כללו גם אחראים מחוץ למחוז, למשל הרופא המחוזי של מחוז חיפה. בנוסף התקיים ייעוץ יומי עם רשות האשפוז העליונה, כדי לפתור בעיות שלא נפתרו במקום; והוקם קשר עם כל מועצה מקומית, בה נפלו קטיושות, כדי לברר את הצורך בעזרה. הלשכה המחוזית, על בסיס מידע מהקופות, פעלה להוצאת חולים סיעודיים לאזורים בטוחים. הייתה בעיה של הכנת סיכומי מחלה.

**בתי-החולים** נתנו מענה במספר נושאים, למשל סיפקו תרופות לשלושה ימים למשתחררים, ביצעו בדיקות הכרחיות, בעת הצורך, במקום המערך הקהילתי.

**מידע.** אחת מבעיות העל, מעבר לתחומים שיוצגו להלן, שנחשפו בעת המלחמה הייתה הבעיה של זרימת המידע. אין ספק שבעולם המודרני ובמיוחד בעת משבר, מידע זמין, מעודכן ואמין הינו תנאי לפעילות תקינה. בתחום זה היו כמה בעיות: **לגבי היציאה לעבודה של תושבים:** נוצרה אי-בהירות וחוסר עקביות לגבי יציאה לעבודה, מקום עבודה; **לגבי פתיחת מרפאות:** המידע לא היה זמין לכל האוכלוסייה; **באשר להזרמת מידע בין גופים:** ברוב הרשויות המקומיות/עיריות מוקד 106 לא העביר מידע מעודכן לאוכלוסייה, למרות שמידע זה הועבר אליהן על-ידי מוסדות הבריאות; במספר תחומים אחרים הקשורים למידע – **חולים סיעודיים ומרותקים; קיום ומיקום מקלטים ומי נמצא שם; ויולדות ששחררו מבית-חולים** – נרחיב להלן בסקירה תמציתית של בעיות שהתעוררו בתחומים השונים לפי קטגוריות מרכזיות.

#### **א. ארגון השירותים והתשתית**

תנאי להפעלה יעילה של כל מערכת הוא קיום תשתית מתאימה. בתחום זה התעוררו מספר בעיות, הן בנוגע לתשתית המבנים, המקלטים, והן לגבי כוח האדם הרפואי והציוד.

**מיגון מתאים למבנים.** המרפאות של כל הקופות וכן טיפות החלב היו ללא מיגון. דבר זה גרם לכך שבהתאם להוראות פיקוד העורף אסור היה להגיע לעבודה במרפאות. לדוגמא, בחלק מהמקומות היה מיגון בקומה תחתונה אבל בית המרקחת היה מחוץ למרחב המוגן; או במרפאה מסוימת נאסר השימוש בקומה עליונה וכן ליד החלונות – כתוצאה מכך, לא נשאר מקום לתפעול המרפאה. מיגון מוסדות הבריאות בקהילה היה בתחתית רשימת העדיפויות.

**מיגון כלי רכב:** שני כלי הרכב שהיו במחוז לא הספיקו למשימות הדרושות. בנוסף התעוררה בעיה של הגעת העובדים לעבודה ללא הסעה מוגנת, למשל לקריית-שמונה. ובנוסף היה חסר כמעט לגמרי **מיגון אישי לעובדים** המסתובבים בשטח.

**אספקה** של גופים אזרחיים ופרטיים הופסקה לעיתים. מדובר בתרופות ובציוד רפואי אחר, בטיטולים וכדומה, אך גם בנושא מזון טרי (בהקשר זה יש להדגיש את תנאי ההעברה של מזון על-ידי גופים פרטיים, למשל ללא קירור – רק במקרה לא התפרצו זיהומים).

**לגבי המקלטים.** היה חוסר במידע מעודכן על המקלטים הציבוריים, מיקומם המדויק, וכן מצבם. דבר זה הקשה על תכנון השירות לאנשים ששהו בהם ובמיוחד לחולים הכרוניים והסיעודיים; **התנאים הפיזיים** של המקלטים לא היו מספקים. לעיתים קרובות המקלטים נמצאו מלוכלכים, עם בעיות תברואה קשות, ללא אוורור מספיק וכן ללא מיזוג אוויר בימי הקיץ החמים. לעיתים נשארו במקלטים קשישים וחולים ללא אנשים היכולים לטפל בהם.

פיקוד העורף וגורמים ציבוריים ופרטיים ערכו ביקורים במקלטים **אבל** ללא תיאום ביניהם. לכן היו מקלטים שזכו לביקורים חוזרים ולעומתם מקלטים, שכלל לא ביקרו בהם. כתוצאה מחוסר ברכב מוגן ומיגון אישי ביקורי צוותי בריאות היו מוגבלים.

**לגבי כוח אדם רפואי.** כתוצאה מאי-הכרזת מצב חירום נוצרה אי-בהירות לגבי עבודת אנשי מקצועות הבריאות, שהם אולי התשתית החשובה ביותר. לא היו הנחיות ברורות לגבי מחויבות לעבוד, יציאה לעבודה, ביטוח העובד היוצא במצב זה לעבוד. הפעלת מלח הייתה פותרת את רוב הבעיות האלו. ולגבי ההסעה – הוזכר לעיל. לגבי ילדי עובדים, לא היה הסדר של השגחה וכן הסעה מוגנת לפעילות מתוכננת. לאור העובדה שאחוז משמעותי של עובדי המערכת הן אימהות צעירות נושא זה היווה בעיה חשובה.

### **ב. מתן שירותים בקהילה**

היה שוני בין הקופות בהיקף השירות הראשוני והשניוני שניתן בעת המלחמה בצפון. כך גם לגבי השירות שניתן באזורים אחרים בארץ לאלו אשר הדרימו בזמן המלחמה. השירות הראשוני ניתן בהיקף של בין 40 ל-60 אחוז בשתי קופות הגדולות, ובשירות הייעוץ בין 10 ל-40 אחוז. ההבדלים מוסברים, קרוב לוודאי, בשוני בהרכב החברתי-כלכלי של

מבוטחי הקופות. לדברי מנהלי הקופות, הם עמדו בכל הדרישות לשירותים במרפאות, וזאת במגבלות שהוזכרו לעיל. חשוב להדגיש, כי בזמן המלחמה הייתה נכונות של הקופות לתת שירות לכל נזקק ולא רק למבוטחי הקופה שלהם. רוב החולים שהגיעו היו עם מחלות כרוניות. ראוי לציין את הבעייתיות, שהתעוררה כתוצאה מריכוז של אנשים רבים, במקומות לא מוגנים, ואולי במיוחד בתורים לבתי המרקחת, שלעיתים ארכו מאוד. בנוסף היו חולים במצבים מיוחדים, כגון נרקומנים. השילוב של תורים ארוכים וחולים בעייתיים ללא אנשי ביטחון, להבטחת הסדר, העמיד את צוות המרפאה, לא פעם, במצבים קשים.

**שירותי המניעה ה"רוטיניים"** ניתנו כסדרם, חוץ ממקומות שהיו תחת אש. **לגבי היולדות** – הן שוחררו מבתי-החולים כעבור 24 שעות והיו תקלות בדיווח לקהילה אודות שחרורן. כתוצאה מהשהייה הקצרה לא בוצעו בדיקות סריקה כגון ל-PKU בבתי-החולים. קיימים דיווחים של קושי להיניק, מצד האימהות, עקב הלחץ והחרדה מהמלחמה ומן הלידה והחזרה הביתה. בעיות באספקת תחליפי מזון היקשו עוד על מצב זה.

### ג. שירותים לקבוצות מיוחדות

**1) חולים סיעודיים ומרותקים.** עד לא מכבר אחיות בריאות הציבור מלשכת הבריאות המחוזית נתנו לחולים אלה שירות במסגרת חוק הסיעוד. המוסד לביטוח לאומי שינה, לפני כשנתיים, את ההסדר ומספק את השירות בעצמו. לכן, לא היה מידע זמין אודות מקבלי השירות וביטוח לאומי סירב, מפאת סודיות, למסור את המידע. חולים סיעודיים, המטופלים בבית לא יכלו **לרדת למקלטים** או שהתקשו לחזור הביתה מהמקלט. הבעיה הייתה חמורה במיוחד, כאשר חולים גרו לבד או נשארו לבד אחרי עזיבת המשפחה.

**במוסדות סיעודיים בקו העימות** היו תנאים מתאימים מבחינת מקלטים וכו', אבל ככל שהתרחקו דרומה במחוז תנאי המיגון לא הספיקו.

לשכת הבריאות קבלה מידע מהקופות ומשירותי רווחה על הצורך **בהעברת חולים סיעודיים לאזורים בטוחים**. התיאום עם המוסד הקולט ועם מד"א להעברה היה באחריות הלשכה ופעל יפה. עם זאת, קבלת סיכום מחלה מעודכן היוותה לעיתים בעיה.

**(2) בריאות הנפש.** תחום זה חושף אולי את בעיית **אי-השוויון** הגדולה ביותר שהתעוררה בעת המלחמה בצפון לגבי האוכלוסייה שנשארה. מדובר באלפי אנשים שנחשפו להפצצות ונכנסו למצבי חרדה. ההיקף של PTSD עדיין לא ידוע. לא היו **מרכזי חוסן** בקהילה, המסוגלים לטפל בחולים אלו. **בתי-החולים** הודיעו לחולים/לנוזקים אלו להגיע אליהם אבל ללא יכולת להשתלט על היקף הפונים.

**(3) האוכלוסייה הערבית.** האוכלוסייה הערבית מדורגת **ברבדים הנמוכים** מבחינה חברתית/כלכלית והיא מהווה כמחצית מאוכלוסיית מחוז הצפון. הדעה הרווחת הייתה, שאזורי (יישובי) מגורים של החברה הערבית לא יותקפו במלחמה, אולם המציאות הייתה אחרת והיו נפילות רבות של קטיושות ביישובים ערבים ובתוכם היו גם פגיעות בנפש. ככלל, אוכלוסייה זו לא הייתה מעוניינת להתפנות והיישובים שהותקפו לא היו מעוניינים בעזרה, למשל לאוכלוסייה הקשישה. עם זאת אירעו מקרים רבים של חרדה, כתוצאה מהחשיפה לפגיעה, עד כדי התקפי חרדה של משפחות שלמות, מה שחייב מתן טפול קבוצתי בהתאם. (אגב, שנתיים בטרם המלחמה היו דיונים עם הפסיכיאטר המחוזי בנוגע להיערכות לפגיעות של רקטות, והוכנה תכנית לקראת מצב זה, אבל היא לא תורגלה).

**(4) המפונים.** גם האוכלוסייה שעברה דרומה הזדקקה לשירותי בריאות. רוב העומס הנוסף נספג בשירות במקומות אליהם הגיעו מפוני הצפון, אבל לקראת סוף המלחמה פונו אנשים (שלא היו מסוגלים לעבור בעצמם) למסגרת מיוחדת שהוקמה. האוכלוסייה שהגיעה למסגרות אלה הייתה קשה מבחינה בריאותית, כללה ציבור של קשישים, חולים כרוניים מרובים, בעלי מוגבלויות שונות, וכן לוקים בבעיות נפשיות, שדרשו CRISIS INTERVENTION. יש לראות נושא רק כדוגמא של הבעייתיות הקשורה בפנוי מסיבי של אוכלוסייה.

**לסיכום,** צירוף של מספר נושאים מביא אותנו למסקנה שאי-השוויון החברתי ככלל, ובבריאות בפרט העמידו חלקים גדולים מאוכלוסיית הצפון בסיכון יתר בזמן מלחמת לבנון השנייה. האוכלוסייה שנשארה ביישובי הצפון בעת המלחמה הייתה נמוכה יותר בדירוגה החברתי-כלכלי וחולה יותר. בתוכה בולטת האוכלוסייה הערבית, שמעמדה החברתי-כלכלי נמוך יחסית; והיא מהווה מחצית מאוכלוסיית מחוז הצפון. על רקע זה ראוי שוב להדגיש, כי אין מדיניות בנושא אי-שוויון בבריאות לא לגבי הצפון ולא בישראל כולה.



הבעיות שהתעוררו בעת המלחמה בתחום הבריאות התווספו לבעיות של אוכלוסייה, הנתונה מראש בסיכון יתר. כך לגבי מצב המקלטים, חוסר במידע ובמיגון, חולים סיעודיים שנשארו ביישובים, בעיות בהעסקת אנשי מקצוע ובהבאתם למרפאות למתן השירות, חוסר באספקת מצרכים, וכו' – לכל אלה יש משמעות יתרה על רקע נתוני הפתיחה וכל תכנון לעתיד חייב להתייחס לנושאים אלו.

## 2. לקחים לתכנון עתידי

כאשר באים לסכם את לקחי המלחמה בתחום הבריאות חובתנו להתייחס לשני מצבים אפשריים: האחד, מתייחס לצורך בהיערכות אזורית בכל אזור בישראל, העלול לעמוד בפני מצב דומה להתפתחות בצפון בעת מלחמת לבנון השנייה; השני הוא, שייתכן מצב בו המלחמה הבאה לא תהיה מוגבלת לאזור אחד אלא תכלול אזורים מרובים וייווצר קושי או שכלל לא יינתן לפנות אוכלוסייה מאזור אחד לאחר. מצב זה מחייב היערכות לטיפול בכלל הנושאים באזור עצמו וכן בכל יישוב.

**ברמה הלאומית הכללית**, לאור הניסיון מהמלחמה, קיימת דחיפות לקביעת מדיניות ופעולה בתחום אי-השוויון החברתי-כלכלי בהווה, ובהתייחס להיותו הולך ומתרחב במדינת ישראל. הבעיה אינה מוגבלת לצפון הארץ אלא כוללת את כל אזורי הארץ ואף קיימת בתוך הערים הגדולות.

היבט כללי נוסף נוגע לצורך ולחשיבות של ההכרזה על מצב חירום, בהיותה מאפשרת הפעלה של מלח/פסח. הפעלת המערכת הזו הייתה עשויה להקל על תפקוד המערכות השונות ולהכניס בעלי תפקידים רבים לתוך הפעולה שנדרשה.

**לגבי מערכת הבריאות**, לאי-השוויון בבריאות ובשירותי בריאות בין ובתוך אזורי הארץ השונים יש משמעות גדולה לאזרחי המדינה בכל עת ובמיוחד בעת משבר של מלחמה. מעבר להתייחסות לנושאים פרטניים שעלו במלחמת לבנון, יש לתת עדיפות לחשיבות של קביעת מדיניות ולתכנון פעולות לצמצום פערים בבריאות ובשירותים.

דיון מפורט בנושא זה לא ייכלל במסמך זה, אולם נתייחס לשתי קטגוריות עיקריות של לקחים שעלו בדיון, הראשונה בתחום ארגון השירותים, והשנייה נוגעת לקבוצות מיוחדות של מקבלי שירותים.

## א. ארגון השירותים

**מקלטים.** שירותי בריאות מסופקים כיום במרפאות קהילתיות או בבתי הרופאים. המציאות מחייבת תכנון של הבאת השירות למקלטים בעת הצורך. יש לכך השלכות לגבי החזקת המקלטים, מיגון ההסעות אליהם, מיגון העובדים ותכנון אספקה למקלטים.

קיים צורך לעדכון תקופתי על קיומו ומקומו המדויק של המקלט, על רמת התחזוקה והניקיון, המים, השירותים והמצב התברואי, אזורור ומיזוג אויר. על בסיס זה נדרש תכנון מראש של אחריות לביקורים, הרכב הצוות המבקר, תדירות הביקורים, רכב מוגן, מיגון אישי של עובדים ותכנון אספקת תרופות ומזון

**עובדי שירותי הבריאות.** שימוש מושכל בצווי ריתוק; הסדר מחויבות הגעה לעבודה; ביטוח עובדים בעת לחימה ללא צווי ריתוק; תכנון נידוד עובדים בעת הצורך; הסעה מוגנת לעבודה וממנה; מקום לינה ואספקת מזון לעובדים. **לגבי משפחות העובדים,** מוצע לארגן פעילות ושמירה על ילדי עובדים ובני משפחה אחרים.

**מיגון.** ממצא בולט מהמלחמה היה חוסר מיגון של שירותי הבריאות הקהילתיים, וכן מיגון כלי הרכב ומיגון אישי, שהוזכרו לעיל.

**מידע ותקשורת:** שני ממדים: תקשורת עם הציבור ותקשורת בתוך ובין השירותים. **לגבי התקשורת עם הציבור:** מדובר בהכרח בתכנון אחריות כוללת להסברה אחידה לציבור בנושאי בריאות, הרגלי בריאות והפעלת שירותי הבריאות בקהילה ובבתי-החולים; במתן מידע מעודכן על שעות פעילות של מרפאות; מידע זמין לגבי המקרים של אספקת שירות לבתים/למקלטים, בכל החלופות; אפשרות של קבלת מידע מעודכן באינטרנט ואפשרות של קשר עם הרופאים בדואר אלקטרוני; ובאופן כללי – אספקת מידע מעודכן דרך 106 בכל שעות היממה.

**לגבי תקשורת בתוך ובין שירותים:** הקמת מערכת תקשורת לשעת חירום בין כל השירותים – בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה; הרחבת מערכות המחשוב בשירותי בריאות, כדי לאפשר הורדת מידע בריאותי בעת הצורך, תוך שמירה על סודיות רפואית; ובחירת אמצעי תקשורת בין-אישי יעילה וסטנדרטית לשימוש של השירותים והעובדים בהם.

**שיתוף פעולה עם גורמים מחוץ למערכת הבריאות:** תכנון ותרגול שיתוף פעולה בין שירותי הבריאות לבין מערכות צבאיות (פיקוד העורף) ומערכות אזרחיות (עיריות, מועצות מקומיות, מל"ח); ייעול שיתוף פעולה בתוך מערכת הבריאות – שילוב מרפאות וצוותים, תקשורת, וכו'.

**פינוי:** קביעת קריטריונים אישיים וקבוצתיים לפינוי; קביעת אחריות כוללת במיוחד לגבי חולים סיעודיים ומוגבלים; קביעת יעדי פינוי לחולים סיעודיים ודרכי תיאום עמם; קביעת אחריות להעברה ותיאומה.

**מתנדבים:** תיאום מרכזי של הצורך, התוכן, המקום, ודרך הגעה של כל גורמי התנדבות – בתוך ומחוץ למערכת הבריאות.

### ב. קבוצות מיוחדות

**חולים מוגבלים:** קיים צורך בעדכון שוטף וכן בהצלבת מידע בין שירותים ומערכות (כולל ביטוח לאומי) אודות חולים סיעודיים ומיקומם, אודות בעלי נכות המוגבלים ביכולת להתנועע או לדאוג לעצמם, אודות אנשים בגיל מתקדם הגרים לבד וחולים כרוניים. המידע ירוכז בלשכת הבריאות המחוזית ויהווה בסיס, בשיתוף עם הקופות, לתכנון שירותים לאנשים אלו.

**חולים כרוניים:** יש לעדכן את רשימת החולים הכרוניים המקבלים טיפול תרופתי קבוע; יש להביא לייעול במתן מרשמים לתרופות בפקס, ישירות מהרופא לבית מרקחת; בעת הצורך, יש לבצע בדיקות מעקב (למשל סכרת) על-ידי אפשרות של לקיחת דם בבית וכן בבתי-חולים.

**בריאות הנפש:** יש לקבוע מדיניות עקרונית של אבחון וטיפול במצבי חרדה במסגרת הקהילתית; להקים מרכזי חוסן למטרה זו ולפרסם את מיקומם ותפעולם לציבור; יש לפתח התייחסות לשונות בהתמודדות בקבוצות תרבותיות שונות ויש לתכנן את השירות בהתאם, למשל באוכלוסייה הערבית; איתור, אבחון, וטיפול ב-PTSD.

**יולדות אחרי שחרור מבית-החולים:** בעת שחרור מוקדם, יש חשיבות של הודעה ללשכת הבריאות כדי לבצע בדיקות סריקה; יש לקיים מעקב טלפוני לבית היולדות כדי לבחון את תהליך ההחלמה וכן הבטחת הנקה.

**לסיכום,** עיקר הלקח הוא בצורך לערוך תכנון עתידי בהתחשב בלקחים ממלחמת לבנון השנייה. אבל ואולי בעיקר, יש להביא בחשבון את השוני באופייה של המלחמה הצפויה להתרחש באזורנו, והיקף האוכלוסייה העשויה להיחשף למלחמה. בהתאם לכך, יש לתכנן את המשאבים שיש להקצות להיערכות המתאימה, ולתחזוקה קבועה ומתמשכת של כל מרכיבי המערכת.

## מקורות

- בן-נון, ג., ברלוביץ, י., שני, מ., (2005), **מערכת הבריאות בישראל**, משרד הביטחון.
- למ"ס, (2004), **ההוצאה הלאומית לבריאות 1968-2003**, פרסום מיוחד מס' 1236.
- , (2006), **סקר הוצאות משפחה 2004**, פרסום מיוחד מס' 1261, ינואר.
- , (2006), **שנתון סטטיסטי לישראל 2006**.
- ומשרד הבריאות, (2006), **פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002**, פרסום מס' 1270, מאי.
- מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, (2006), אחרי המלחמה, השלכות חברתיות כלכליות, דו"ח המלצות למדיניות הממשלה – 6 תזכירים תחומיים, ירושלים, אלול תשס"ו, אוגוסט.
- משרד הבריאות, (2005), **כוח אדם במקצועות הבריאות**, ירושלים.
- , (2006), **השוואת בינלאומיות במערכות בריאות: OECD וישראל, 1980-2003**, ירושלים.
- צירניחובסקי, ד., שירום, א., (1997), שוויוניות במערכת הבריאות בישראל, בתוך קופ, י. (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1996**, ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שמש ע., לפל ד., סמטניקוב א., דור מ., (2000), **הרופא הראשוני בישראל: מאפיינים דמוגרפיים ומקצועיים השוואה בין קופות-חולים**, משרד הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון.
- Aiken, L. H., Clarke, S.P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., and Silber, J. H., (2003), Educational level of hospital nurses and surgical patient mortality, **Journal of American Medical Association**, 290(12), pp. 1617-1623.
- Aiken, L. H., Sean, P.C., Clarke, S.P., Douglas, M.S., Sochalski, J., and Silber, J. H., (2002), Hospital nurse staffing, patient mortality, nurse burnout and job satisfaction, **Journal of American Medical Association**, 288(10), pp. 1987-2004
- Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V., (2003), It's the prices, stupid: why the United States is so different

- from other countries, **Health Affairs Millwood**, 22, pp. 89-105
- Buchan, J., Calman, L., (2005), Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles, OECD Health Working Papers, Feb.
- Buchan, J., Ball, J., O'May, F., (2000), Skill mix in the health workforce: determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals, WHO, Discussion paper.
- Chernichovsky, D., 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.
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V.H. and Smith, D.G., (2003), The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity and medical costs, **Nursing Research**, March, pp.71-79.
- Cooper, R.A, Getzen, E, McKee. J., Laud., P., (2002), Economic and demographic trends signal an impending physician shortage, **Health Affairs**, Vol 21, Issue 1, pp. 140-154
- Cooper R.A, (2004), Weighing the evidence for expanding physician supply, **Annals of Internal Medicine**, Volume 141 Issue 9 pp. 705-714
- Cutler, D.M., (2001), Declining disability among the elderly, **Health Affairs Millwood**, 20, pp.11-27
- Gerdtham, U.G., Jönsson, B., (2000), International comparisons of health expenditure, In: Culyer, A. J., Newhouse J.P., Eds., **Handbook of Health Economics**, vol. 1A, New-York: Elsevier, pp. 11-53.
- Getzen, T.E., (1992), Population aging and the growth of health expenditures, **Journal of Gerontology**, 47, pp.98-104

- Getzen, T.E., (2000), Forecasting health expenditures: short, medium, and long term, **J. Health Care Financing**, 263, pp.56-72.
- Mullan, F., (2005), The metrics of the physician brain drain, **The New England Journal of Medicine**, Volume 353, pp. 1810-1818
- Newhouse, J.P., (1977), Medical-care expenditure: a cross-national survey, **The Journal of Human Resources**, Winter;12(1), pp. 115-25
- Politzer, R.M., Gamliel, S.R., Cultice, J.M., Bazell, C.M., Rivo, M.L., Mullan, F., (1996), Matching physician supply and requirements: testing policy recommendations, **Inquiry**, 33, pp.181-94
- Reinhardt, U.E., (2003), Does the aging of the population really drive the demand for health care?, **Health Affairs Millwood**, 22, pp.27-39.
- Reinhardt, U.E., Hussey, P.S., Anderson, G.F., (2004), U.S. health care spending in an international context, **Health Affairs Millwood**, 23 pp.10-25
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., (2004), Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries, In: **Towards High-Performing Health Systems**, OECD, pp. 87-109.
- Wilson, M.R., (1999), Medical care expenditures and GDP growth in OECD nations, **American Association of Behavioral and Social Sciences Journal**, V. 2, Fall.