

קידום הבריאות: מניעה וטיפול מוקדם במחלות הכרוניות השכיחות בישראל

דיאנה זקס

עמיתת קורת – מכון מילקן

על אודות תוכנית עמיתי קורת – מכון מילקן

תוכנית עמיתי קורת–מכון מילקן מקדמת את הצמיחה הכלכלית בישראל באמצעות התמקדות בפתרונות חדשניים, מבוססי שוק, לבעיות מתמשכות בתחומים חברתיים, כלכליים וסביבתיים. התוכנית מתמקדת באיתור פתרונות גלובליים והתאמתם למציאות הישראלית ובבניית ממשקים חיוניים המחברים בין משאבים ממשלתיים, פילנתרופיים ועסקיים, לטובת צמיחה ופיתוח לאומי בר-קיימא.

התוכנית מעניקה מלגות שנתיות לסטודנטים ישראלים מצטיינים, בוגרי מוסדות להשכלה גבוהה בארץ ובעולם, המתמחים במוקדי קבלת ההחלטות הלאומיים ומסייעים בפיתוח פתרונות באמצעות מחקר והתמחות. היקף הפעילות של עמיתי התוכנית הוא מקסימלי – התמחות, הכשרה ומחקר במשך חמישה ימים בשבוע.

במשך שנת התמחותם עוסקים עמיתי קורת–מכון מילקן במחקר המדיניות במשרדי הממשלה וברשויות שלטוניות אחרות, ומסייעים למקבלי ההחלטות ולמעצבי המדיניות בחקר ההיבטים השונים של סוגיות כלכליות, סביבתיות וחברתיות.

בנוסף עורכים העמיתים מחקר מדיניות עצמאי, שמטרתו לזהות חסמים לתעסוקה ולצמיחה בישראל ולאתר פתרונות אפשריים. מחקרי העמיתים מתבצעים בהדרכת צוות אקדמאי ומקצועי מנוסה ותומכים במחוקקים וברגולטורים, המעצבים את המציאות הכלכלית, חברתית והסביבתית בישראל.

במהלך השנה מוענקת לעמיתים הכשרה אינטנסיבית במדיניות כלכלית, ממשל ושיטות מחקר. במסגרת מפגשי ההכשרה השבועיים, העמיתים רוכשים כלים מקצועיים לכתיבת תזכירים, מצגות וניירות מדיניות, וכן כלי ניהול, שיווק ותקשורת. בנוסף, נפגשים העמיתים עם בכירים במשק ובממשל ועם אנשי אקדמיה מהשורה הראשונה בישראל ובעולם. בסמסטר הראשון, העמיתים משתתפים בקורס המתמקד בחידושים פיננסיים, במסגרת בית הספר למנהל עסקים באוניברסיטה העברית בירושלים. הקורס מקנה 3 נקודות זכות אקדמיות, ומלמד אותן פרופ' גלן יאגו, מנהל המרכז הישראלי של מכון מילקן ומנהל קבוצת המחקר במימון במכון מילקן בקליפורניה.

את בוגרי התוכנית ניתן למצוא בתפקידים בכירים במגזר הפרטי, כמרצים באקדמיה, במגזר הציבורי וכיועצים לשרים ולמשרדי הממשלה. ישנם בוגרים שנקלטו במשרדי הממשלה, ואחרים המשיכו ללימודים גבוהים באוניברסיטאות מובילות בישראל, ארצות הברית ובריטניה.

תוכנית עמיתי קורת–מכון מילקן היא לא פוליטית ובלתי מפלגתית, ואינה מקדמת קו פוליטי או אידאולוגי. התוכנית ממומנת על ידי קרן קורת וקרנות פילנתרופיות מובילות בארצות הברית ובישראל ומנוהלת על ידי מכון מילקן.

למידע נוסף על אודות התוכנית: www.kmifellows.org

תוכן עניינים

מבוא 3

רקע ונתונים 5

תחלואה ותמותה בישראל 5

תמותה בעולם 5

הנטל הכלכלי 6

תוחלת חיים ותוחלת חיים בריאים 8

חשיבותו של קידום הבריאות 9

עיקר הסיבות לתחלואה 10

קידום הבריאות לעומת רפואה טיפולית 11

קידום הבריאות בישראל 12

רקע 13

משאבים לקידום הבריאות במשרד הבריאות 13

בתי החולים ומגבלותיהם 15

ספקי בריאות קהילתיים 18

יוזמות בקידום הבריאות 21

עמותות וגופים פרטיים 21

רפואה מקוונת לקידום הבריאות 22

ניסיון עולמי 23

מסקנות והמלצות 26

קידום הבריאות: מניעה וטיפול מוקדם

במחלות הכרוניות השכיחות בישראל

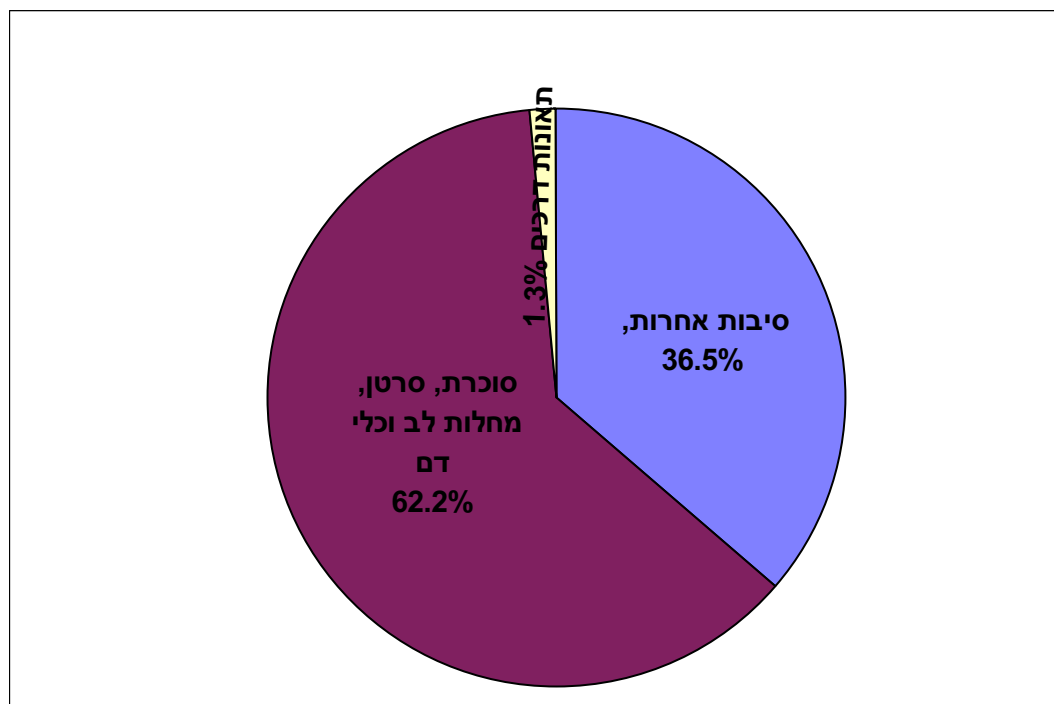
דיאנה זקס

עמיתת קרן קורת

מבוא

המחלות הכרוניות השכיחות בישראל הן סוכרת, סרטן ומחלות לב וכלי דם.¹ המחלות הללו הן הסיבה העיקרית לתמותה בעולם בכלל ובישראל בפרט – יותר מאשר כל סיבת מוות אחרת. התמותה משלוש המחלות לאורך שנים עומדת בלמעלה מ-60% ואילו התמותה מתאונות הדרכים היא, במשך זמן, לכל היותר 2%. לעומת זאת, אין בישראל מדיניות לאומית למלחמה במחלות כרוניות, ואילו למלחמה בתאונות הדרכים יש מקום בסדר היום הממשלתי (לדוגמה, הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים קיימת משנת 1997).² גרף מספר 1 מציג את סיבות המוות השכיחות בישראל בשנת 2003.

גרף 1
התפלגות סיבות מוות עיקריות בישראל, 2003



מקור: עיבוד להלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס), שנתון סטטיסטי לישראל 57, פטירות ושיעורי תמותה (כל האוכלוסייה) (לפי ICD-10), לוח 3.29 (ירושלים: הלמ"ס, 2006), http://www1.cbs.gov.il/shnaton57/download/st03_29x.xls (18 במאי 2007).

גם בשנים שלפני 2003 התמונה הייתה דומה. טבלה מס' 1 מציגה את סיבות המוות השכיחות בישראל בין השנים 1979-2001.

טבלה 1
סיבות המוות השכיחות בישראל בין השנים 1979-2001

שנים	2001	1998-2000	1995-1997	1990-1994	1985-1989	1979-1984

33.9%	35.3%	33.1%	32.1%	35.4%	35.2%	סיבות אחרות סוכרת, סרטן ומחלות לב וכלי דם תאונות דרכים
64.5%	63.2%	65.6%	66.4%	63.1%	63.3%	
1.6%	1.5%	1.3%	1.5%	1.5%	1.6%	

מקור: עיבוד להלמיס, שנתון סטטיסטי לישראל 57, לוח 3.29.
הערה: נתונים לא כוללים חללי מלחמה 1982.

היום חיים בישראל כ-400,000 חולי סוכרת שאובחנו ועוד כ-200,000 חולי סוכרת שאינם מודעים למחלתם;³ כ-120,000 חולי סרטן, אליהם מצטרפים מדי שנה כ-23,500 חולים חדשים⁴ ומהם 4,000 מקרים חדשים של סרטן השד;⁵ ומדי שנה מתרחשים בישראל כ-650 התקפי לב לכל 100,000 איש.⁶

שיעורי התמותה בישראל מהמחלות השכיחות הללו גבוהים למדי. בחישוב על כל 100,000 איש, 44.6 בני אדם מתים בשנה מסוכרת, מחלת הסרטן גובה 153.6 קורבנות על כל 100,000 איש לשנה, מהם 18.6 מתים מסרטן השד, ומחלות הלב וכלי הדם מביאות למותם של 175.4 בני אדם על כל 100,000 איש לשנה (ראה טבלה מספר 2).

על פי הארגון הבריאות העולמי אורח חיים בריא, מכיוון שאורח חיים בריא מסוגל למנוע לפחות 80% ממחלות לב וסוכרת ולפחות 40% מסרטן, אפשר להעריך שאורח חיים בריא עשוי לצמצם את התמותה המוקדמת בישראל מהמחלות הללו כמעט ב-60% (חישוב מפורט מופיע בטבלה מספר 8).⁷ ארגון הבריאות העולמי מפרט איך שממשלות יכולות להנהיג תוכניות להתמודדות עם מחלות כרוניות, ומדינות רבות אכן יישמו את הידע הקיים והנהיגו תוכניות להקטנת גורמי הסיכון ולמניעת התחלואה. הצלחתן מעידה כי ניתן להתגבר על המחלות כרוניות ביעילות ובכדאיות, ולהגביר את ניצול הידע הרפואי תוך צמצום עלויות.⁸

מטרת מחקר זה היא לאמוד את החיסכון התקציבי הצפוי מהשקעה בקידום הבריאות, ואת הרווח הצפוי מהסרת העיוותים במערכת הבריאות הנוגעים לספקי הבריאות.

מבנה המחקר: הפרק הראשון מציג רקע ונתונים אודות הנטל הכלכלי הנגרם מסוכרת, סרטן ומחלות לב וכלי דם, ואודות תוחלת חיים וההוצאה לבריאות בישראל ובמדינות נבחרות. הפרק השני דן בחשיבותו של קידום הבריאות. הפרק השלישי עוסק במשאבים שמשרד הבריאות מייעד לנושא. הפרק הרביעי מתייחס לספקי רפואה בישראל, בתי החולים וקופות החולים, אי היעילות בניהולם ויחסיהם עם משרד הבריאות. הפרק החמישי עוסק ביוזמות בקידום הבריאות. הפרק השישי מציג גישה של רפואה המכוונת לקידום הבריאות. הפרק השביעי מציג דוגמאות מהעולם לקידום הבריאות ולאספקת שירותי בריאות. הפרק השמיני הינו פרק המסקנות וההמלצות.

הגדרות: המושג קידום הבריאות מוגדר במחקר זה כ"תהליך המאפשר לאנשים להגביר את השליטה על בריאותם ולשפרה"⁹ והוא כולל רפואה מונעת וגילוי מוקדם. רפואה מונעת מוגדרת במחקר זה כ"פעולה שבדרך כלל יוצאת מהמגזר הבריאותי, ומטפלת ביחידים ובאוכלוסיות בעלי גורמי סיכון מוגדרים, הקשורים לרוב בהתנהגויות המהוות סיכון".¹⁰

רקע ונתונים

שיעורי התמותה בעולם מהמחלות הכרוניות עומדים לעלות מ-59% ל-69% מסך התמותה בשנת 2030, עקב עלייה מתמשכת בתחלואה במחלות כרוניות.¹¹ עבודה זו מתמקדת במחלות לא מידבקות – סוכרת, סרטן השד ומחלות לב – במדינות מפותחות, שקיים ביניהן דמיון בנוגע לתוחלת החיים של תושביהן, ושחלקן אומצו תוכניות לקידום הבריאות. שיעורי התמותה בישראל רק מהמחלות סוכרת, סרטן, ומחלות לב וכלי דם היוו בשנת 2003 כ-62% מסך התמותה, לעומת שיעורי תמותה ממוצעים של כ-60% בעולם מהמחלות הללו בתוספת מחלות כרוניות נשימתיות.¹²

תחלואה ותמותה בישראל

סוכרת: הסוכרת פוגעת ב-6% עד 8% מכלל האוכלוסייה. שכיחותה עולה עם הגיל, והמחלה פוגעת ב-15% מהקשישים מעל גיל 60 כך שהזדקנות האוכלוסייה מביאה לעלייה בשיעור התחלואה בסוכרת. בנוסף, חלה בעולם מגמה חדשה בקרב ילדים וצעירים – גם הם מתחילים לפתח סוכרת מסוג 2.¹³ שיעור הסוכרת בישראל צפוי לעלות בשנים הקרובות לכ-9.14% מאז 1980 זינקה התמותה פי 5 ויותר, ובשנת 2003 מתו מהמחלה כ-42 בני אדם על כל 100,000 איש.¹⁴ זינוק בתמותה הוא גבוה בהרבה מעלייה במספר אוכלוסייה המבוגרת, כך בין שנים 1980-2003 זינקה אוכלוסיית בני 65 ומעלה רק בפי 2.¹⁶

סרטן: שיעור התחלואה בישראל הולך ועולה, מממוצע שנתי של כ-9,300 מקרי סרטן בין השנים 1980-1984 לממוצע שנתי של כ-21,000 מקרי סרטן בין השנים 1998-2002.¹⁷ הזינוק התחלואה, פי 2.2, גבוה מהגידול באוכלוסיית ישראל בין השנים 1980-2002, פי 1.7.¹⁸ שיעור התמותה מסרטן נשאר יציב לאורך השנים, וכ-0.142% מהאוכלוסייה הכללית מתו מהמחלה בשנת 2003. יחד עם זאת, נהפך הסרטן לסיבה עיקרית לתמותה; כ-25% מהתמותה הכללית בשנת 2003 הייתה מסרטן לעומת כ-18% בין השנים 1979-1984.¹⁹

מחלות לב: התפתחות הטכנולוגיה הרפואית הביאה לירידה משמעותית בתמותה ממחלות לב וכלי דם בישראל, משיעור של כ-359 איש על כל 100,000 בשנת 1980 ל-173 איש על כל 100,000 בשנת 2003.²⁰ אך הגיל הממוצע בישראל ללקות בהתקף לב הוא 63.8, צעיר בשנה וחצי מהגיל הממוצע ב-32 מדינות אירופה.²¹

תמותה בעולם

השוואה בינלאומית מעלה כי בישראל שיעורי התמותה מסרטן הם נמוכים בהשוואה ל-10 המדינות שייבחנו בהמשך, אך שיעורי התמותה מסרטן השד הם מהגבוהים בהשוואה למדינות הנבחרות (מעל הממוצע); שיעורי התמותה מסוכרת בישראל גבוהים בהשוואה לכל המדינות הנבחרות (מעל פי 2 מהממוצע); ורק שיעורי התמותה ממחלות לב וכלי דם נמוכים בישראל בהשוואה לשאר המדינות.

טבלה 2 מציגה את שיעורי התמותה מסוכרת, סרטן וסרטן השד בישראל ובמדינות אחרות, רובן מדינות מפותחות בעלות תוחלת חיים דומה, אשר חלק מהן אימצו תוכניות לקידום הבריאות. בנוסף, מוצג בטבלה מדד Disability Adjusted Life Year – DALY. זהו המדד המקובל לעומס התחלואה, והוא מבטא את אובדן השנים הבריאות למשק. המדד בנוי כסכום הכולל של מספר שנות האדם האבודות למשק עקב תמותה מוקדמת באוכלוסייה (Years Life Lost – YLL), ומספר השנים האבודות למשק עקב אי כושר מסיבה בריאותית (Years Life Disability – YLD).²²

טבלה 2

שיעורי תמותה מסוכרת, סרטן ומחלות לב וכלי דם בעולם, 2002

שיעורי 100,000 ל-DALY				שיעורי תמותה שנתיים ל-100,000				מדינה
מחלות לב ודם	סוכרת	סרטן שד	סרטן	מחלות לב ודם	סוכרת	סרטן שד	סרטן	
2,115.3	439.9	206.7	1,744.3	317.0	26.4	15.6	191.9	ארה"ב
1,368.7	237.0	173.8	1,567.9	241.7	16.3	14.1	186.6	אוסטרליה
1,717.9	273.7	222.2	1,734.1	286.1	21.7	16.0	193.5	ניו-זילנד
1,472.3	416.8	228.0	1,859.3	245.1	23.0	17.6	208.1	קנדה
2,196.4	168.9	260.3	1,977.3	387.7	11.7	25.4	256.1	בריטניה
1,088.5	354.4	203.3	1,366.6	175.4	44.6	18.6	153.6	ישראל
1,964.0	135.0	235.5	1,730.2	314.1	11.2	19.0	198.1	אירלנד
1,909.7	213.1	267.6	2,084.5	312.9	22.3	24.6	248.4	הולנד
2,349.0	182.9	199.6	1,653.2	400.1	10.3	18.0	202.8	פינלנד
1,691.0	235.3	116.6	1,852.4	244.4	10.1	7.9	241.7	יפן
1,787.3	265.7	211.5	1,756.9	292.5	19.8	17.7	208.1	ממוצע

World Health Organization (WHO), "Death and DALY estimates for 2002 by cause for WHO member states," *Burden of Disease Statistics* (Geneva: WHO, 2004), Table 3. Estimated deaths per 100,000 population by cause, and member state, 2002 (a), Table 4. Estimated DALYs per 100,000 population by cause, and member state, 2002 (a,i), www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls (19 February 2007).

על פי הנתונים בטבלה, האובדן השנתי למשק בישראל מסוכרת, סרטן ומחלות לב וכלי דם הוא כ-2,810 שנים ל-100,000 איש, והמחלות אחראיות ל-27% מסך השנים האבודות למשק (האובדן השנתי למשק בישראל מכל המחלות הוא 10,448 שנים).²³

הנטל הכלכלי

מדינת ישראל אינה מחזיקה נתונים רשמיים על הנטל הכלכלי שיוצרות המחלות סוכרת, סרטן השד ומחלות לב וכלי דם על המשק, ובמחקר יוצג אומדן לפי נתונים שאספה המחברת באופן עצמאי (יפורט בהמשך).

לפי הידוע בעולם, רק ההוצאה הישירה על סוכרת נעה בין 2.5% ל-15% מתקציב הבריאות השנתי²⁴ ועלויות הטיפול במחלות לב וכלי דם מהוות כ-10% מסך תקציב הבריאות.²⁵ העלויות הקשורות בטיפול בחולה יחיד בסרטן השד במשך ששת החודשים הראשונים, היו 26%, 33%, 34% ו-52% מהתוצר המקומי הגולמי לנפש במדינות נורבגיה, קנדה, צרפת וארה"ב בהתאמה.²⁶

לצורך חישוב הנטל הכלכלי בישראל, נאספו הנתונים הבאים:

תקציב הבריאות: כ-15.6 מיליארד ש"ח בשנת 2003 (הכוונה לתקציב המוגדר רגיל ואינו כולל פיתוח והוצאות מיוחדות).²⁷

ההוצאה הלאומית לבריאות: 44 מיליארד ש"ח בשנת 2003.²⁸

התוצר המקומי הגולמי לנפש: 79 אלף ש"ח בשנת 2003.²⁹

אוכלוסיית ישראל: כ-6.7 מיליון נפש בשנת 2003.³⁰

תחלואה בסרטן השד: 4,000 מקרים חדשים בשנה.³¹

טבלה 3
הנטל הכלכלי הישיר של סוכרת, סרטן השד ומחלות לב וכלי דם בישראל
במיליארדי ש"ח לשנה

המחלה	הנטל הכלכלי
סוכרת	0.39
סרטן השד	0.08
מחלות לב וכלי דם	1.56
סך הכול	2.03

הערה: הנטל לסוכרת ומחלות לב וכלי דם מחושב כאחוז המפורט לעיל מתקציב הבריאות. הנטל של סרטן השד הוא מכפלת התוצר המקומי הגולמי לנפש בישראל, 79 אלף ש"ח, ב-26% (השיעור הנמוך בין עלויות הקשורות בטיפול בחולה יחיד בסרטן השד), היא 20,540 ש"ח. הכפלת התוצאה במספר חולי סרטן השד החדשים בשנה, אשר עומד על 4,000, מביאה לתוצאה 82.2 מיליון (מעוגל ל-0.08 מיליארד ש"ח).

טבלה מספר 3 מציגה את האומדן לנטל הכלכלי שיוצרות המחלות בישראל. מהטבלה עולה כי עלות הטיפול במחלות אלו היא כ-2 מיליארד ש"ח לשנה, המהווים כ-13% מסך תקציב המדינה לבריאות, 15.6 מיליארד בשנת 2003. עלות זו היא הערכת חסר מאחר שנלקחו בחשבון רק עלויות טיפול ישירות ללא התחשבות בעלויות הטיפול בסיבוכים הנגרמים כתוצאה מהמחלות, לדוגמה, סוכרת היא סיבה עיקרית לעיוורון ולכריתות רגל. כ-70% מהמקרים של כריתות רגל אצל בני 35 ומעלה נעשים בקרב חולי סוכרת.³² חולים הלוקים באי תפקוד כליות נזקקים לדיאליזה – בשנת 2001 41% מחולי דיאליזה חדשים היו חולי סוכרת³³; עלותם של חולי דיאליזה למדינה מעורכת במיליארדי ש"ח³⁴, רוב חולי הסוכרת ימותו ממחלות לב וכלי דם. אין כיום ריפוי מושלם לסוכרת, והמטופלים נזקקים לטיפול תרופתי כל חייהם.

הערות נוספות לטבלה: לא נלקח בחשבון אובדן הפרייון למשק; החישוב נעשה על בסיס תקציב חלקי, שאינו כולל השפעות על תקציב הביטוח הלאומי הנובע ממס בריאות; שיעור התמותה בישראל מסרטן השד וסוכרת גבוהים יחסית לממוצע, כמוצג בטבלה מספר 2; עלות הטיפול בסוכרת ובמחלות לב נאמדה על סמך תקציב הבריאות הרגיל, לא כולל תקציב פיתוח ותקציב בתי החולים הממשלתיים, כך שהוא בהערכת חסר; הנטל הכלכלי מסרטן השד בישראל נאמד לפי שיעור ההוצאה הנמוך בין המדינות המוצגות: 26% מההוצאה הלאומית לבריאות לנפש; בנוסף, קיימות עלויות למשק הקשורות באובדן הפרייון עקב תמותה בגיל עבודה. כך למשל, ארגון הבריאות העולמי מעריך שההוצאה לסוכרת הקשורה באובדן פרייון עקב תמותה בגיל עבודה מגיעה עד פי 5 מההוצאה הישירה לסוכרת.³⁵ רק תוספת של הוצאה זו תגדיל פי 2 את הנטל הכלכלי של המחלות.³⁶

טבלה מספר 4 מציגה את ההוצאה הלאומית לבריאות בחישוב לנפש.

טבלה מספר 4
ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש

ההוצאה כמחזור מהתמ"ג		ההוצאה בממונה כוח קנייה, בערכים דולריים ל-2004		מדינה
2004	1995	2004	1995	
9.2*	8.0	2,876*	1,741	אוסטרליה
8.4	7.2	2,083	1,246	ניו-זילנד
9.9	9.2	3,165	2,055	קנדה
8.3	7.0	2,546	1,385	בריטניה
8.3	7.9	1,953*	1,520	ישראל
7.1	6.7	2,596	1,216	אירלנד
9.2	8.1	3,041	1,822	הולנד
7.5	7.4	2,235	1,430	פינלנד
8.0*	6.8	2,249*	1,541	יפן
8.4	7.6	2,534	1,551	ממוצע

* לשנת 2003
מקורות:

OECD, "OECD in Figures, 2006-2007 Edition", *OECD Observer* (France: OECD, 2006), pp. 8-9,
http://www.oecdobserver.org/news/get_file.php3?id/25/file/OECDInFigures2006-2007.pdf (21
February 2007).

גבי בן נון, חגי כץ, השוואות בינלאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל 1980-2003 (ישראל: משרד
הבריאות, 2006), עמ' 29, <http://www.health.gov.il/Download/pages/oecd.pdf> (5 בפברואר 2007);
הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57 (ירושלים: הלמ"ס, 2006), הוצאה לאומית לבריאות, לוח 6.1,
www1.cbs.gov.il/shnaton57/st06_01.pdf (17 בפברואר 2007).

טבלה מספר 4 מציגה את ההוצאה הלאומית לבריאות. ניתן לראות, כי ההוצאה הלאומית לבריאות
בישראל דומה להוצאה ברוב המדינות הנבחרות. שיעורה בישראל הינו 8.3% מהתמ"ג, בדומה להוצאה
במדינות הנבחרות, 8.4% בממוצע. אך בחישוב ההוצאה לנפש בישראל מול ההוצאה לנפש במדינות
נבחרות, נדחת ישראל לתחתית הדירוג. ההסבר לכך נעוץ בתמ"ג הנמוך בישראל, כתוצאה ממיעוט
האזרחים התורמים לתוצר המקומי; שיעור ההשתתפות בכוח העבודה בישראל באוכלוסייה בגיל 15-64
הוא כ-55%, והוא הנמוך מבין המדינות ה-OECD.³⁷

תעשיית הבריאות אוחדת בנתח משמעותי מהכלכלה העולמית היום, ולפי הערכות היא צורכת כ-10%
מהתוצר העולמי.³⁸ בארה"ב, שההוצאה הלאומית לבריאות בה גבוהה משמעותית מההוצאה במדינות
מפותחות אחרות, צפויה ההוצאה הלאומית לבריאות להכפיל עצמה עד שנת 2015.³⁹

תוחלת חיים ותוחלת חיים בריאים

אחד מגורמי התחלואה העיקריים הוא הזדקנות. תוחלת החיים ותוחלת החיים הבריאים (תוחלת החיים
עד להופעת מחלה כרונית) בישראל הן גבוהות ודומות לממוצע במדינות הנבחרות, כפי שמראה טבלה
מספר 5.

טבלה 4

תוחלת חיים ותוחלת חיים בריאים

תוחלת חיים בריאים, 2002		תוחלת חיים, 2004		מדינה
נשים	גברים	נשים	גברים	
71.3	67.2	80.1	75.1	ארה"ב

74.3	70.9	83.2	78.3	אוסטרליה
72.2	69.5	81.9	77.4	ניו-זילנד
74.0	70.1	82.6	77.8	קנדה
72.1	69.1	80.9	76.4	בריטניה
72.3	70.5	82.4	78.0	ישראל
71.5	68.1	80.5	75.4	אירלנד
72.6	69.7	81.5	76.9	הולנד
73.5	68.7	82.1	75.3	פינלנד
77.7	72.3	85.6	78.8	יפן
73.2	69.6	82.1	76.9	ממוצע

* נתונים על ישראל מתייחסים לשנת 2003

מקורות:

OECD, "OECD in Figures, 2006-2007 Edition", *OECD Observer* (France: OECD, 2006), pp. 10-11, http://www.oecdobserver.org/news/get_file.php3?id/25/file/OECDInFigures2006-2007.pdf (21 February 2007);

הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57 (ירושלים: הלמ"ס, 2006), תוחלת חיים (1), לפי מין, דת וקבוצת אוכלוסייה, לוח 3.22, http://www1.cbs.gov.il/shnaton57/st03_22.pdf (5 ביולי 2007);

WHO, *The World Health Report – Shaping the Future* (Geneva: WHO, 2003), Annex Table 4, Health attainment, level in all member states, estimates for 2002, www.who.int/whr/2003/annex_4_en.xls (21 February 2007).

אוכלוסיית ישראל צומחת בקצב קבוע של כ-1.8% לשנה.⁴⁰ בשנת 2025 צפויה אוכלוסיית ישראל למנות למעלה מ-9.2 מיליון נפש.⁴¹ לפי התחזית, יגדל שיעור הקשישים מגיל 65 ל-12.7% מכלל האוכלוסייה (לעומת 9.7% בשנת 2000) וירד שיעור הצעירים עד גיל 14.⁴² העלייה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה ידרשו הגדלה של ההוצאה הכוללת לבריאות, שתלך ותגדל, כפי שכבר קורה במדינות המפותחות. בין השנים 1990-2005 עלה הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות על הגידול בתוצר הלאומי ברוב המדינות הנבחרות, והיא צפויה לעלות עוד, באופן מוחלט וכשיעור מהתמ"ג. העלייה בהוצאות הבריאות נובעת לא רק מעלייה בתחלואה במחלות כרוניות, אלא גם מן העלויות הכרוכות בטכנולוגיות רפואיות חדשות. לדוגמה, ההוצאה לתרופות הולכת וגדלה: בשנת 1990 ההוצאה לתרופות בישראל היתה בשיעור של כ-14.9% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, לעומת כ-17.4% בשנת 2001.⁴³ האוכלוסייה מעל לגיל 65 צורכת יותר מפי 3 משאבים בהשוואה לאוכלוסייה בגיל 5-54.⁴⁴

לסיכום, מחלות כרוניות הן נטל על הפרטים, הקהילה והמדינה. הן גובות מחיר ברווחת החיים, בעלויות טיפול גבוהות ובסופו של דבר בחיי אדם. אלא שניתן למנוע חלק ניכר מהתחלואה ומהתמותה ממחלות כרוניות באמצעות מערך רחב ואינטגרטיבי לקידום בריאות הציבור, בשיתוף המגזר הציבורי, המגזר הפרטי והמגזר השלישי. נתייחס לכך בפרקים הבאים.

חשיבותו של קידום הבריאות

עלויות הטיפול במחלות כרוניות הן גבוהות ומשפחות לא תמיד יכולות לעמוד בהן לאורך זמן. אדם שפיתח מחלה כרונית הופך להיות עול לסביבה עד מותו, תלוי בתרופות וטיפולים, בעל רמת חיים ירודה.⁴⁵ המחלות הכרוניות יוצרות עומס כלכלי על המדינה, וללא קידום הבריאות העומס צפוי ללכת ולגדול.⁴⁶

טבלה מספר 6 מציגה את ההפסד הצפוי להכנסה הלאומית במצב של חוסר מעשה, לעומת הרווח הצפוי מקידום הבריאות. התחזית מבוססת על יעד שנתי של ירידה בתמותה מוקדמת ב-2% משנת 2005 עד שנת 2015.

טבלה 5

מחלות כרוניות במדינות נבחרות רווח מקידום הבריאות מול הפסד מתמותה מוקדמת, במיליארדי דולרים

מדינה	הפסד לשנת 2005	הפסד מצטבר מתמותה מוקדמת מסוכרת ומחלות לב וכלי דם, 2005-2015	רווח מצטבר מקידום הבריאות למחלות כרוניות, 2005-2015
אנגליה	1.6	33	2
סין	18.3	558	36
ברזיל	2.7	49	4
קנדה	0.5	9	1
רוסיה	11.1	303	20
הודו	8.7	237	15

מקור: ארגון הבריאות העולמי,

Based on WHO, *Preventing chronic disease: a vital investment: WHO Global Report* (Geneva: WHO, 2005), pp. 78, 83,

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf (20 March 2007).

נראה כי כיום גדל מקומם של המגזר הפרטי והעמותות בקידום הבריאות: ארגונים יכולים להציע לעובדיהם תוכניות לשמירה על אורח חיים בריא כדי להקטין את הסיכונים למחלות כרוניות, להשתתף במימון פעילויות מסוג זה, ולספק שירותים בתחום; עמותות יכולות להקצות משאבים לטיפול במגוון מחלות כרוניות ולפיקוח עליהן.⁴⁷

מניעה, או לפחות גילוי מוקדם, הם התרופה הטובה ביותר למחלות כרוניות.⁴⁸ אימוץ הרגלי חיים בריאים מגיל צעיר יתרום להקפדה עליהם לאורך החיים, ולהפחתת הסיכון למגוון מחלות כרוניות.⁴⁹ על כך בחלק הבא.

עיקר הסיבות לתחלואה

קבוצה קטנה של גורמי סיכון משותפת למחלות הכרוניות. בטבלה מספר 7 מוצגים גורמי סיכון הניתנים למניעה.

טבלה 6

גורמי הסיכון העיקריים ושיעורי השפעתם

סוכרת	מחלות לב וכלי דם	סרטן	
	+		לחץ דם
	50%		
+	+	+	תזונה, השמנה, העדר פעילות גופנית
90%	20%	30% במדינות	

	מפותחות		
עישון	+	+	+
	17%	20%	
דלקות	+		
	17.8%		
סוכרת		+	

סימון הטבלה: + מצביע על קשר בין גורם סיכון לתחלואה במחלה כלשהי; תא ריק משמעו שלא נמצא קשר. מקורות:

Judith Mackay, Ahmedin Jemal, Nancy C. Lee and D. Maxwell Parkin, *The Cancer Atlas* (Atlanta: American Cancer Society, 2006), pp. 30, 32-33, 34-35, http://www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_Cancer_Atlas.asp (19 February 2007); Judith Mackay and George A. Mensen, *The Atlas of Heart Disease and Stroke* (Geneva: WHO, 2004), pp. 28-29, 32-33, 38, 39, www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en (19 February 2007); Delice Gan, *Diabetes Atlas* (Brussels: International Diabetes Federation, 2003), p. 18, http://www.eatlas.idf.org/Diabetes_Atlas_Executive_Summary_download (19 February 2007); "מניעת סוכרת – עתיד בריאות הדור הצעיר בידנו", איל 85 (ראשל"צ: איל, ביטאון האגודה הישראלית לסוכרת, אפריל 2007).

עישון, השמנה והעדר פעילות גופנית אחראים לכ-90% ממקרי הסוכרת סוג 2, לכ-65% ממקרי הסרטן ולכ-40% ממחלות הלב. השמנה היא אחד הגורמים ללחץ דם גבוה, וכפי שניתן לראות בטבלה מספר 7, לחץ דם גבוה גורם לכ-50% ממחלות הלב וכלי הדם.

בחישוב שמרני, התנהגות בריאה – כלומר הימנעות מעישון ומהשמנה וביצוע פעילות גופנית – עשויה לצמצם את התמותה המוקדמת מסוכרת, סרטן ומחלות לב כמעט ב-60%, כפי שמוצג בטבלה מספר 8.

טבלה 7

אפשרות ירידת התמותה המקודמת בישראל מקידום הבריאות, 2003

מחלה	תמותה מוקדמת כאחוז מתמותת מחלה זו	שיעור הירידה בתמותה מוקדמת
סוכרת	13.6%	80%
סרטן	22.3%	40%
מחלות לב וכלי דם	8.1%	80%
סה"כ	39.5%	58.8%

הערות: שיעורי תמותה מוקדמת הם שיעורי התמותה עד לגיל התוחלת. תוחלת חיים בישראל היא 78 שנים לגברים וכ-82 שנים לנשים. החישוב בטבלה זו נעשה בהערכת חסר, לפיו נקבעה תוחלת חיים של 74 שנים לכלל האוכלוסייה. מקורות:

WHO, "Solving the chronic disease problem", Facing the Facts #5, www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet5.pdf (19 March 2007); עיבוד להלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57 (ירושלים: הלמ"ס, 2006), פטירות ושיעורי תמותה לפי סיבה, מין וגיל (לפי-ICD 10), 2003, לוח 3.31, www1.cbs.gov.il/shnaton57/download/st03_31.xls, (19 במרץ 2007).

קידום הבריאות לעומת רפואה טיפולית

מערכת הבריאות בישראל מפנה את עיקר משאביה לרפואה טיפולית. כדי לבחון עד כמה יעיל קידום הבריאות לעומת רפואה טיפולית, נבדוק את השפעת העישון.

העישון גורם לכ-71% מהמקרים של סרטן הריאות, קנה הנשימה והסמפונות.⁵⁰ סרטן הריאות הוא אחד מסוגי הסרטן הקטלניים – כ-86% שחלו בו הולכים לעולמם.⁵¹ בנוסף, העישון מגדיל עד פי 4 את הסיכויים לפתח מחלות לב שונות או אירוע מוחי.⁵² בישראל מתים מדי שנה כ-10,000 בני אדם מעישון ועוד כ-1,500 בני אדם מעישון פאסיבי ("אלה הנמצאים בסביבה בה מעשנים").⁵³ שיעור המעשנים בישראל הוא 25% מכלל האוכלוסייה הבוגרת,⁵⁴ מהם 50% ימותו מעישון (12.5% מכלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל).⁵⁵

אדם שמפסיק לעשן בתום חמש שנות עישון, או פחות, משווה את הסיכון שלו לתחלואה לאדם שלא עישן מעולם.⁵⁶ הפסקת עישון בגיל 30-40 צפויה להאריך חיים בממוצע בכ-120 חודשים. לעומת זאת, תרופות כגון אווסטין (Avastin) והרצפטין - תרופות יקרות ויעילות נגד סרטן – צפויות לתרום להארכת החיים בכארבעה עד חמישה חודשים.⁵⁷ עלות התרופה אווסטין, הנכללת בסל הבריאות,⁵⁸ היא למעלה מ-20,000 ש"ח לחודש, ואילו המחיר לצרכן לסדנא למניעת העישון בקופת חולים מכבי עומד על 225 ₪ למבוטח ו-700 ש"ח ללא מבוטח בקופה.⁵⁹ אלא, שסדנאות למניעת העישון אינן נכללות בסל הבריאות. בנוסף לנוק בחיי אדם, העלויות שגורם העישון למשק הן אדירות: 15%-6% מהעלויות השנתיות לבריאות במדינות בעלות הכנסה גבוהה.⁶⁰

הגילוי המוקדם הטוב ביותר הוא מניעת המחלה עוד לפני שפרצה. לצערנו, התחלואה לא ניתנת לגמרי למניעה, אך לשלב הגילוי יש חשיבות מכרעת לסיכויי ההחלמה ולצמצום עלויות הטיפול. טבלה מספר 9 מציגה את הנתונים.

טבלה 8

יעילות גילוי מוקדם בטיפול במחלות כרוניות, מול גילוי מאוחר

הפער	עלות טיפול באמצעות רפואה מונעת, \$	עלות טיפול באמצעות רפואה טיפולית, \$	
פי 2-3	15,000	30,000-50,000	מחלות לב
פי 4-9	10,000-15,000	60,000-145,000	סרטן שד

מקור:

Joe Hogan, in "The Future of Health Care" (California: Milken Institute Global Conference, 2006) (DVD).

מניעת התחלואה היא המפתח להצלחה במאבק במחלות הכרוניות, לא הטיפול בחולה הכרוני, הסובל מפגיעה באיכות חייו והופך לנטל על סביבתו עד מותו, תלוי בתרופות ובטיפולים יקרים.⁶¹

קידום הבריאות בישראל

משרד הבריאות מזניח לאורך שנים את מניעת המחלות הכרוניות בישראל. למרות הידע הרפואי המצטבר, והצלחת תוכניות לקידום הבריאות בעולם, במשרד הבריאות בישראל אין כיום תוכנית עבודה למניעת מחלות כרוניות. כמו כן, אין במשרד הבריאות נתונים רשמיים על הנטל הכלכלי למשק מסוכרת, סרטן ומחלות לב וכלי דם.

במסגרת איסוף הנתונים למחקר הנוכחי, נעשו פניות לראשי מחלקות במשרד הבריאות, מכוני מחקר וגופים נוספים, ובהם: המחלקה לבריאות הציבור והמחלקה לחינוך ולקידום הבריאות הפועלת במסגרתה; המחלקה לכלכלה ותקצוב; פרויקט "ישראל בריאה 2020", יוזמתו החדשה של משרד הבריאות להצבת מטרות בריאות לאומיות ואסטרטגיות ולהשגתן עד שנת 2020; המרכז הלאומי לבקרת מחלות, המרכז מידע בתחומי הבריאות לתמיכה בקבלת החלטות; מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות הבריאות, שמטרתו "לסייע בקביעתה ובפיתוחה של מדיניות הבריאות מושכלת".⁶²

לדברי סמנכ"ל המחלקה לכלכלה ותקצוב במשרד הבריאות, גבי בן נון, "הטיפול בחולים כרוניים מקבל עדיפות גבוהה, מעל מניעת מחלות. מקבלי ההחלטות הם בדרך כלל בעלי ניסיון קליני אשר נוטים להעדיף טיפול בחולים גוססים. מפאת קיצוצים שחלו בשנים האחרונות במערכת הבריאות, דווקא שירותי מניעה נפגעים ומצטמצמים".⁶³

רקע

בשנת 1988 הוקמה ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. הוועדה, בראשות השופטת שושנה נתניהו, הוקמה בנימוק כי מערכת הבריאות אינה מספקת מענה הולם לדרישות הציבור, וקבעה כי משרד הבריאות לא ממלא את התפקידים המיועדים לו, ובפרט, יש לו סדר עדיפות מעוות – הזנחה רפואה מונעת וחינוך לבריאות.⁶⁴

אחת ההמלצות העיקריות של הוועדה היתה חוק ביטוח בריאות ממלכתי, האמור להבטיח סל בריאות בסיסי לכל אזרח בישראל, באמצעות קופות החולים. כיום, כעשרים שנה לאחר ועדת נתניהו ומעל עשר שנים לאחר כניסת החוק לתוקף, משרד הבריאות מקדיש לרפואה מונעת שיעור אפסי מסך תקציבו.

בדיעבר נראה כי הצדק היה עם דעת המיעוט בוועדת נתניהו, לפיה אין צורך בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הבולע תקציבים אדירים, אלא ניתן לשפר את המערכת בהחלטות הממשלה או בתיקונים בחקיקה קיימת.⁶⁵ רשימת הבעיות שהחוק לא פתר ארוכה למדי: משרד הבריאות ממשיך להחזיק בשני כובעים, פיקוח על שירותי בריאות וגם אספקתם, באמצעות בתי החולים הממשלתיים; אין תחרות בין קופות החולים; התורים ארוכים והרופאים מקדישים מעט זמן למטופלים; חסמי הכניסה לאספקת שירותים בתחום גבוהים מדי; ומערכת הבריאות מכוונת לריפוי מחלות יותר מאשר למניעתם של גורמי התחלואה.

משאבים לקידום הבריאות במשרד הבריאות

המחלקה לשירות הציבור במשרד הבריאות היא המחלקה העוסקת במתן שירותי מניעה לתושבי ישראל, ובמסגרתה פועלת תת-מחלקה לחינוך וקידום הבריאות. התקציב התפעולי השנתי של המחלקה לשירות הציבור הוא כ-2% מסך תקציב המשרד,⁶⁶ מהם מוקצים 2 מיליון ש"ח בשנה (לא כולל משכורות) לתת-מחלקה לחינוך וקידום הבריאות. התקציב משמש להסברה ברדיו ובטלוויזיה (קמפיין פרסומי ברדיו יכול לעלות 150 אלף ש"ח לשבוע) ולקידום תוכניות קהילתיות במתנ"סים ובבתי הספר.⁶⁷ חישוב פשוט מראה כי בתחום קידום הבריאות, משרד הבריאות מקדיש פחות מ-30 אגורות לאזרח. כפי שהגדיר סמנכ"ל כלכלה ותקצוב במשרד הבריאות, גבי בן נון, "התקציב לרפואה מונעת כיום הוא כלום".⁶⁸ בנוסף, סל הבריאות, האמור להבטיח סל תרופות בסיסי לתושבי ישראל, עומד כיום על כ-23 מיליארד ש"ח⁶⁹ והוא מורכב מתרופות המוגדרות כ"מצילות חיים". לדברי אלכס לוונטל, ראש המחלקה לבריאות

הציבור במשרד הבריאות, לצורך המאבק במחלות כרוניות, חשוב שסל הבריאות יכלול גם אמצעים למניעת המחלות.⁷⁰

המעט שהקדיש משרד הבריאות לקידום הבריאות הלך והצטמצם לאורך השנים, כך עולה מראיון עם מנהלת המחלקה לקידום הבריאות במשרד הבריאות, רות וינשטיין. הנה דוגמאות להמחשת המצב:

כוח אדם. במחלקה לקידום הבריאות עובדים שלושה אנשי מקצוע, לעומת שמונה בשנת 2002. לשם השוואה באוסטרליה, במחוז בגודל דומה לישראל, מועסקים 60 אנשי מקצוע במחלקה לקידום הבריאות.

בדיקות תקופתיות. כיום כמעט לא נערכות בבתי הספר בדיקות תקופתיות של משקל, גובה, שמיעה, ראייה וכד', כפי שהונהגו בעבר. הבדיקות חשובות למעקב התפתחותי ולטיפול בשלב מוקדם, במקרה הצורך.

מניעת איידס בקבוצות סיכון. המחלקה לקידום הבריאות פועלת למניעת מחלות מידבקות, כמו איידס. תקציב חיצוני של שלושה מיליון ש"ח מוקצה להעסקת "מתאמי בריאות" בקרב בני העדה האתיופית בישראל. תפקידם של מתאמי הבריאות לבקר את הנשאים ולוודא כי הם נוטלים את התרופות ומשתמשים באמצעי מניעה. בעבר הוצמדו לכל מתאם כ-40 נשאים ואילו כיום, עקב קיצוץ במספר המתאמים משמונה אנשי מקצוע לשלושה, על כל מתאם לעמוד בקשר עם 100 נשאים, מה שפוגע באופן משמעותי בסיכויי למנוע הידבקות או הידרדרות של המחלה. המחלקה לקידום הבריאות מחזיקה בתקציב למתאמי בריאות, אך משרד האוצר אינו מאפשר העסקת עובדים במשרות אלו.

מניעת עישון בקרב תלמידים. בשנת 2005 הכינה המחלקה לקידום הבריאות, בשיתוף עם משרד החינוך, תוכנית למניעת עישון בקרב תלמידים. בהעדר תקציב, התוכנית לא יצאה אל הפועל. תוכניות מסוג זה עשויות להשפיע יותר מאשר מסעות הסברה יקרים באמצעי התקשורת האלקטרוניים, שמטרתם להגביר את מודעות הציבור להתנהגות בריאה ולגילוי מוקדם.⁷¹

התקציב לבריאות התלמיד. מדד יוקר הבריאות שלפיו מתעדכן סל הבריאות אינו לוקח בחשבון את כל ההתייקרויות שחלו בתשומות הבריאות. לפיכך פיתח משרד הבריאות את מדד תשומות הבריאות, לפיו נמדדת ההתייקרויות האמיתית שחלה בשירותי הבריאות. הפער בין מדד יוקר הבריאות למדד תשומות הבריאות הלך וגדל מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בסוף שנת 2004 עמד מדד יוקר הבריאות על 142 יחידות ואילו מדד תשומות הבריאות עמד על 152 נקודות, פער של 9.5%.⁷²

כך, התקציב לבריאות התלמיד היה 68 מיליון ש"ח בשנת 1999, כאשר מספר התלמידים היה 980 אלף, כלומר 81 ש"ח לתלמיד; ואילו בשנת 2007 ירד ל-54 מיליון ש"ח (או כ-46 מיליון ש"ח במונחים של 1999).⁷³ באותו זמן חל גידול במספר התלמידים למיליון ו-200 אלף, כך שהתקציב הצטמצם ל-38 ש"ח לתלמיד, ירידה של 53%.⁷⁴

אחות בית ספר. לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994, זכאים תלמידים לשירותי אחות בבית ספר.⁷⁵ האחיות אחראיות לביצוע בדיקות ראייה, שמיעה, מדידת גובה ומתן חיסונים. בדיקות אלו נועדו

למעקב התפתחותי, למניעת מחלות, ובמקרי הצורך, להתחלת טיפול בזמן.⁷⁶ בלא עדכון התקציב לאורך השנים, כיום מוקצית אחות אחת בממוצע לכל 3,000 תלמידים. במקומות מסוימים, דוגמת חצור הגלילית, מגיעה אחות לבצע חיסונים ובדיקות פעם בשלושה חודשים. כמובן שבביקור קצר אין די זמן לבדיקות הדרושות.

ב-11 באפריל 2007 חתם משרד הבריאות על הסכם למיקור חוץ עם עמותה שהקים בשנת 1972, האגודה למען שירותי בריאות הציבור.⁷⁷ במסגרת הסכם זה, תספק האגודה את שירותי הבריאות לתלמידים, ותעסיק אחיות לביצוע הבדיקות הדרושות. הסטנדרטים שמשרד הבריאות הציב לאגודה משמרים את רמת השירות הקיימת, אחות אחת לכ-3,000 תלמידים.

בכדי לתמוך בשירותי הבריאות לתלמיד, הוסיפה ועדת הכספים תקציב של 17 מיליון ש"ח להעסקת אחיות. אלא שבחישוב אחות אחת לכ-3,000 תלמידים, הסתפקה האגודה ב-10 מיליון ש"ח. כך נוצר עיוות, לפיו יש כסף להעסקת אחיות נוספות, אלא שתנאי ההסכם לא מאפשרים להעביר את הכסף למטרה זו.⁷⁸ התפקיד של משרד בריאות בנוגע למעקב אחר בריאות התלמידים הוא בפקוח על שירותי אחיות באמצעות עשרה תקנים לכל בתי הספר בישראל.⁷⁹

לעיתיד בריא 2020. בשנת 2005 משרד הבריאות יצא לדרך עם הפרויקט "לעיתיד בריא 2020" האמור להגדיר יעדים בתחום ואסטרטגיה להשגתם.⁸⁰ הפרויקט מהווה, באיחור ניכר, המשך לתוכנית "בריאות לכל" אשר פורסמה בישראל כבר בשנת 1989, והוא יוצא בפיגור של עשר שנים אחרי פרויקטים דומים בחו"ל. הפרויקט מושתת על התוכנית "בריאות 21" (Health21) של האזור האירופי בארגון העולמי לבריאות, ועל התוכנית "אנשים בריאים 2010" (Healthy People 2010) של משרד הבריאות האמריקאי.⁸¹

לפרויקט אין תקציב מיוחד, והוא נשען על תקציב מנכ"ל המשרד. לדברי מנהלי הפרויקט, התקציבים הנדרשים בדרך כלל מתקבלים, ועד כה אושרו תקציבים לשלושה כנסים, הוצאות על ספרות מקצועית וכדומה. התקציב הקבוע לפרויקט מיועד להוצאות שכר: חצי משרה למנהלי הפרויקט וחצי משרה למזכירת הפרויקט. הפעילות כיום מכוונת לשלושה נושאים, פעילות גופנית, עישון והשמנת יתר. מה יעלה בגורל הפרויקט? מה יקרה אחרי שיעדים בריאים יוגדרו במסגרתו? השנה הגיש משרד הבריאות הצעת תקציב למשרד האוצר 2008 עבור תקנים לצוות מקצועי לפרויקט ולמימון בדיקות היתכנות של מגוון התערבויות שיומלצו.⁸²

כיום אין במשרד הבריאות תוכנית לאומית או תוכנית עבודה התחלתית למלחמה במחלות כרוניות, אין נתונים להערכת הנטל הכלכלי שיוצרות המחלות, ואין אמצעים לקידום הבריאות. משרד הבריאות אינו מקדיש את מרב המאמצים למניעת מחלות ולאספקת שירותים של קידום הבריאות לציבור הרחב, וחמור מכך, אינו מאפשר ליעל את מערכת הבריאות. המשרד, שבתי החולים הממשלתיים נמצאים תחת ניהולו, מונע חיסכון תקציבי בגלל ההגבלות שהוא מטיל על בתי החולים, ומגביל את התחרות בין ספקי רפואה קהילתיים. הדבר מוביל לפרק הבא, על בתי החולים ומגבלותיהם.

בתי החולים ומגבלותיהם

בתי החולים (המוגדרים כמוסדות אשפוז) נחלקים לארבע קבוצות:

1. בתי חולים ממשלתיים ובתי חולים עירוניים-ממשלתיים : נמצאים בבעלות הממשלה.
2. בתי חולים ציבוריים : קיימת בהם מחלקת אשפוז, דהינו הם חייבים בדין וחשבון לממשלה.
3. בתי חולים ציבוריים של קופת חולים כללית : בתי חולים ציבוריים, בניהולה של קופת חולים כללית.
4. בתי החולים אחרים : בתי חולים בבעלות פרטית, בית חולים הדסה ובעלות מסיון (בישראל קיימים שישה בתי חולים במימון המיסיון, שלושה בנצרת, שניים בירושלים ואחד בחיפה).

בבתי החולים ניתן, בין היתר, טיפול לחולי סוכרת, סרטן ולב. בשנת 2005 פעלו בישראל 47 בתי חולים כלליים. בטבלה מספר 10 מוצגים מספר בתי החולים ואחוז המיטות לאשפוז כללי לפי בעלות, בשנים 1995 ו-2005.

טבלה 9

שיעור המיטות לאשפוז כללי לפי סוג בית החולים, 1995 ו-2005

סוג	מספר בתי החולים	% מיטות אשפוז, 1995	% מיטות אשפוז, 2005
ממשלתי	11.0	45.2	46.2
קופ"ח כללית	8.0	30.0	30.3
ציבורי	7.0	10.0	10.4
אחר	20.0	14.8	13.1
סה"כ	47.0	100.0	100.0

מקור: ציונה חקלאי, רונית עוזרי, שולמית גורדון, מרים אבורבה וטלי פוליאק, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2005, חלק א', מגמות באשפוז (ירושלים: משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, 2006), עמ' 17, 37.

<http://www.health.gov.il/download/docs/units/comp/ma2005/part1/2.pdf>

http://www.health.gov.il/download/docs/units/comp/ma2005/part1/clali_2.pdf (8 ביולי 2007).

ניתן לראות כי בתי החולים הממשלתיים מחזיקים כמעט במחצית מהמיטות לאשפוז כללי, ואחריהם בתי החולים של קופת חולים כללית עם כשליש מהמיטות לאשפוז כללי.

הממשלה מחויבת בתשלום השכר לעובדים בבתי החולים הממשלתיים. בפועל בתי החולים הציבוריים, שאינם בבעלות ממשלתית, גם נזקקים לתמיכת הממשלה. העברת הכספים נעשית לפי הצורך. לדוגמה, לפני כשלוש שנים ביקשה קופת חולים כללית תמיכה ממשלתית לבית החולים יוספטל אשר בבעלותה. בית החולים הציבורי לניאדו, שהוקם בכסף פרטי, עובר כיום תכנית הבראה. למעשה רק בית החולים הדסה לא נזקק לתמיכת הממשלה, הודות לארגון נשים הדסה, ארגון פילנתרופי אמריקאי שבלעדיו היה הדסה נקלע מזמן להפסדים. בנוסף, בית חולים זה הוא אחד מבתי חולים הנמצאים בירושלים, שם רשאי להפעיל שירותי רפואה פרטיים (שר"פ) המאפשרים בחירת רופא וקבלת שירותים רפואיים באופן פרטי ותמורת תשלום, במסגרת בית החולים. השר"פ כוללים בדרך כלל ניתוחים כירורגיים וביקור במרפאות החוץ של בתי החולים.

על שאר בתי החולים נאסר להציע שר"פ, בטענה כי הרופאים יעדיפו להעניק שירות בתשלום ובכך תיפגע האוכלוסייה החלשה. האומנם? בין המתנגדים לשר"פ, בכירים במשרד הבריאות, היועץ המשפטי לממשלה, עו"ד מני מזוז, וקודמו בתפקיד.⁸³ מתנגדי השר"פ טוענים כי הם נגישים רק לעשירים. בפועל, רק כ-1% מכלל השר"פ (ניתוח לב וניתוחי מוח מסובכים) עלה יותר מ-30,000 ש"ח. בשנת 2001, העלות

הממוצעת לשר"פ היתה פחות מ-10,000 ש"ח והעלות החציונית היתה פחות מ-8,000 ש"ח. במונחים של 2007, העלות הממוצעת לשר"פ היא כ-11,000 ש"ח והעלות החציונית היא כ-8,800 ש"ח.⁸⁴

השר"פ בפני עצמו אינו דרך להעשרת בתי החולים. מכל בתי החולים הירושלמיים בהם קיים שר"פ,⁸⁵ רק להדסה אין הפסדים, הודות לארגון נשים הדסה.⁸⁶

כמו כן, קיימת דרך נוספת לבחירת הרופא ולקבלת השירותים הרפואיים תמורת תשלום, באמצעות שירותי בריאות נוספים (שב"ן) מטעם תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים. בדרך זו מושגת אותה תוצאה, וההבדל העיקרי הוא שהתשלום מגיע ישירות לקופות החולים, במקום לבתי החולים.

האיסור על אספקת שר"פ הוא סיבה אפשרית אחת להפסדים של בתי החולים. סיבות נוספות נוגעות גם הן להגבלות שהטילה הממשלה על בתי החולים: התחייבות למחירים שהממשלה קובעת; התחייבות להסכמי שכר; ואפליה לרעה של בתי החולים מול הנחת הכמות הניתנת לקופות החולים על רכישות גדולות של שירותים. כיום ההנחה הקבועה בחוק (Capping) היא 30%. יתרון נוסף לבתי החולים הציבוריים של קופת חולים כללית הוא עצם הימצאותם בבעלותה של קופת חולים. לדוגמה, לפי כללי שב"ן הקופה חייבת לשלוח מטופלים לבתי החולים לפי בחירתם, אך לכאורה, הקופה מפנה אותם בעיקר לבתי החולים שבעלותה; בית משפט המחוזי בירושלים הכיר בכך שקופת החולים הכללית הינה מונופסון (קונה יחיד) של שירותי בריאות, וכי הקופה מנצלת את כוחה להסטת הפעילות לבתי חולים מסוימים לפי שיקולים כלכליים.⁸⁷ לדוגמה, בית החולים הממשלתי ברזילי באשקלון רכש חדר הדמיה מתקדם, ואין לו מתחרים באזור, אך במשרד הבריאות טוענים שקופת חולים כללית לא שולחת אליו מטופלים, אלא קובעת להם תורים בבתי החולים סורוקה וקפלן.⁸⁸

בתי החולים נדרשים להשיג אישור של משרד הבריאות לרכישת ציוד מתקדם ויקר, ולעמוד בקריטריונים כמו מספר המטופלים להם מיועד הציוד.⁸⁹ לדברי רותי וינשטין, מנהלת המחלקה לקידום הבריאות במשרד הבריאות, שיקולי יוקרה מנחים את בתי החולים לעתים יותר משיקולי יעילות ועלות-תועלת. כך, חוץ מבתי חולים פריפריאליים, כמעט לכל בית חולים יש מחלקה לניתוחי לב, גם לאלה המבצעים עשרים ניתוחים בשנה ואף פחות. ניתן היה לבצע את הניתוחים בבית חולים אחד, ולאפשר לשאר בתי החולים להתמחות בשירותים אחרים. אלא שהשיטה המאפשרת התחשבות בין קופות החולים לבתי החולים, ובין בתי החולים לממשלה, בעבור כל שירות המסופק בבתי החולים, מכתיבה כפילות בעלויות.⁹⁰

במסגרת בתי החולים בישראל פועלים תאגידי הבריאות, שנועדו לניצול מלא של כוח העבודה והציוד בבתי החולים. גם על תאגידי הבריאות, המפעילים את אותם העובדים ואותם המכשירים בבתי החולים, חלות מגבלות: אם יכסו את ההוצאות, כל רווח כספי אליו הם עשויים להגיע יועבר למשרד האוצר, כך שלמעשה אין לתאגידי הבריאות כל אינטרס להציג רווח.⁹¹

לעומת בתי החולים הממשלתיים והציבוריים, בתי החולים הפרטיים הם רווחיים; אולי בזכות העצמאות בבחירת השירותים שהם מספקים. ייתכן כי הפרטה, אשר תגרום לבתי החולים לשאת באחריות על איתנותם הכלכלית ולא להיות סמוכים על שולחן הממשלה, תביא לניהול עסקי מוצלח יותר ותעצור את ההפסדים.

כאשר חיי אדם מונחים על הכף, יעילות הצלתם היא השיקול המכריע, הגובר על העלויות הכספיות. בדיקה שנעשתה בעבור מחלקות פנימיות בבתי חולים בישראל בשנת 2005 מצביעה על הבדלים בשיעורי התמותה: 0% מקרי מוות בזמן האשפוז בבתי חולים פרטיים; כ-1% מקרי מוות בבתי חולים בבעלות המיסיון; כ-3.93% בבתי החולים שבבעלות הדסה; כ-4.13% בבתי החולים הממשלתיים; כ-4.17% בבתי החולים של קופת חולים כללית; וכ-4.91% בבתי החולים הציבוריים (להצגה מפורטת של שיעורי הפטירות בבתי החולים, ראו נספח 1; החישוב הנ"ל מודד שיעורי תמותה מתוך סך החולים המתאשפזים והמיטות במחלקה הפנימית, בכל בית חולים, על פי פרסומי מוסדות האשפוז עצמם. מכיוון שלא נלקחו בחשבון סיבות האשפוז ומדיניות קבלת חולים לאשפוז, חייבים לסייג את התוצאות, כי אי אפשר לדעת אם קיימת הטיה לטובת בתי חולים פרטיים, לעומת בתי החולים הציבוריים והממשלתיים).

ספקי בריאות קהילתיים

בישראל ארבע קופות חולים – כללית, מכבי, לאומי ומאוחדת – המספקות כ-90% משירותי הבריאות הקהילתיים; כך עולה מחישוב המבוסס על ההוצאה הלאומית לבריאות למרפאות ציבוריות לעומת ההוצאה לרופאים פרטיים.⁹² קופות החולים מספקות למבוטחים את כל הבריאות הבסיסית הקבוע בחוק, לשם כך הן מקבלות מהממשלה מימון בעבור כל מבוטח לפי נוסחת קפיטציה. למעשה, קופות החולים מהוות מיקור חוץ לאספקת כל בריאות.

לפי סעיפים 24 ו-25 של חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994 שר הבריאות רשאי להעניק למוסד הכרה כקופת חולים, כאשר מתקיימים תנאים כגון היותו עמותה ללא כוונת רווח ובעל חוסן כלכלי לספק לאורך זמן את כל שירותי הבריאות הכלולים בחוק, כך שמספר המבוטחים בו יהיה תוך זמן קבוע לפי הנקבע על ידי השר.⁹³ כפי שניתן לראות מדרישות החוק, עסק קטן או בינוני (ואפילו עסקים גדולים רבים) לא יוכל לעמוד בתנאים לאספקת מיקור חוץ לסל בריאות בקהילה.

קופות החולים הקיימות רשאיות לספק ביטוח שב"ן ולגבות מהמבוטחים השתתפות עצמית. כיום כ-70% מהם מבוטחים בביטוח שב"ן. כלומר, קופות החולים הן לא רק ספק של שירותי בריאות, אלא גם הגורם המבטח. ניגוד העניינים עלול לפגוע באספקת השירות הניתן במסגרת הסל.

קופות החולים מציעות תוכניות שונות במסגרת ביטוח שב"ן. עד תחילת 2007, התוכניות היוקרתיות סיפקו כיסוי חלקי בעבור שירותים שלא במסגרת הסל. כללי המשחק צפויים להשתנות עם כניסתן של תוכניות חדשות, המציעות שירותים מחוץ לסל: קופת חולים כללית הודיעה על פתיחתה של תוכנית פלטינוס, המספקת למבוטחיה את רוב השירותים שמחוץ לסל; וקופת חולים מכבי הגדילה לעשות והתחייבה להעניק למבוטחיה בתוכנית החדשה את כל השירותים למחלות קשות שמחוץ לסל.

התוכניות החדשות מגדילות באופן משמעותי את נגישותו של הציבור למגוון שירותי בריאות. האם המגמה משפרת את מצבם של המבוטחים או פוגעת בהם?

לפני חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כ-5% מאזרחי ישראל לא היו מבוטחים. עם הנהגתו, אזרחי ישראל היו זכאים לסל בריאות בסיסי, וכ-10% מהאוכלוסייה רכשו בנוסף ביטוח בריאות פרטי. קופות החולים החלו בשיווק ביטוחים משלימים, שב"ן, ובתוך שנים ספורות הצטרפו אליהם כ-70% מהאוכלוסייה. וכך כיום הסל הבסיסי הוא מנת חלקם של 20% מהאוכלוסייה. ניתן לראות בכך שיפור: רק 20% מהציבור נאלצים להסתפק בביטוח הבסיסי, במקום כ-90%. אלא שלטענת מקבלי החלטות

במשרד הבריאות, התוכניות החדשות הללו מהוות נסיגה למצב שקדם לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.⁹⁴ מבחינתם של קובעי מדיניות במשרד הבריאות, כאשר כ-90% מהאוכלוסייה היו זכאים רק לסל הבסיסי, היה בכוחם להשיג תרופות שמחוץ לסל באמצעות מאבקים ציבוריים ושבתות, ואילו פלח של 20% הזכאים לסל הבסיסי (המתעדכן לעתים אך לא באופן ריאלי) מהווה קבוצת לחץ פחות חזקה. קולם של 20% לא יישמע מול הממשלה, והחברות לייצור התרופות אשר עומדות מאחרי השביתות להוספת תרופות לסל הבריאות לא יתמכו במיעוט של 20%. לכן, לפי בכירים במשרד הבריאות, "עדיף כי כ-90% מהציבור יסתפקו בביטוח בסיסי".⁹⁵

התנגדותו של משרד הבריאות לפתיחת שוק הבריאות לתחרות נשענת על טיעונים נוספים:

- שוק הבריאות נתפס במשרד הבריאות כשוק אשר בו היצע גורר ביקוש, כלומר, אם יהיו בשוק יותר ספקי בריאות, הציבור יצרך שירותי בריאות מיותרים, שאינם בגדר צרכים במצב הנוכחי.⁹⁶
- ההתנגדות לפתיחת השוק לתחרות קיבלה חיזוק בטיעון נוסף מטעם משרד הבריאות, לפיו היתרון לגודל משמעותי בשירותי הרפואה, לכן די בארבע קופות החולים כדי ליצור תחרות בשוק; אין צורך בקופת חולים נוספת, אלא בהסדרת התחרות בין הקופות הקיימות בשוק.⁹⁷

הנתונים על שוק הבריאות בישראל אינם תומכים בטענות הללו, ולעתים סותרים אותן:

הגברת הצידיקה. נוכח זמני ההמתנה הממושכים לרופאים מקצועיים ולניתוחים לא דחופים, ההתנגדות לפתיחת השוק לתחרות בנימוק כי תתעורר צריכה מיותרת של שירותי בריאות היא בעייתית למדי. כיום, בהעדר תחרות, מבוטחים נאלצים לחכות בממוצע 10-19 יום לאורולוג, 10-50 יום לפסיכיאטר, חודש עד שנה וחצי לניתוח להסרת שקדים בבתי החולים הממשלתיים, וחודש עד שבעה חודשים להסרת קטרקט בקופת החולים מכבי.⁹⁸

בבדיקת משך הזמן שרופא יכול להקדיש למבוטח, נמצא כי לא תמיד יכולים הרופאים של קופות החולים לענות על הצורך. קופות החולים מקצצות את משך הזמן שהרופאים יכולים להקדיש למטופליהם: כיום בישראל, משך הזמן הממוצע שרופא מקדיש לביקור של מטופל הוא כ-8 דקות, לעומת כ-20 דקות בארה"ב.⁹⁹ הפסד רב עלול להיגרם מכך למערכת הבריאות ולציבור הרחב. לדוגמה, אחד הגורמים העיקריים לתחלואה הוא עישון. לא ניתן לצפות כי הרופא הכללי יספיק להמליץ למטופליו המעשנים להפסיק לעשן, ולהנחות אותם בתהליך הגמילה, בזמן הקצר העומד לרשותו. לפעמים, ייתכן שחלק מהרופאים אינם מסוגלים לשוחח עם מטופלים על נזקי העישון ועל גמילה, עקב חוסר ידע מקצועי בתחום של מניעת עישון.¹⁰⁰

בנוסף, כיום יש ביקוש עודף, וכן שיווק אגרסיבי של שירותים רפואיים למטופלים. לדוגמה, שיעור הקבלה למיטות כלליות (מיטות לאשפוז כללי לעומת מיטות לאשפוז ממושך) וממוצע התפוסה שלהן בישראל הם מהגבוהים ביותר בהשוואה למדינות ה-OECD, וכן תחלופת המטופלים בבתי החולים גבוהה. בישראל ממוצע ימי האשפוז לנפש לשנה הוא 0.7 יום, לעומת 1.2 יום במדינות ה-OECD. טבלה מספר 11 מציגה נתונים על היקף השימוש בשירותי הבריאות בישראל ובמדינות ה-OECD. באופן ברור, בתי החולים בישראל מאשפוזים יותר חולים למשך זמן קצר יותר בהשוואה למדינות ה-OECD. הדבר משקף את מנגנון התגמול בישראל, הקובע תשלום קבוע בעבור כל מקרה אשפוז.¹⁰¹ קבלת מטופלים

לאשפוז הופכת למקור רווח לבתי החולים, אשר ידיהם כבולות בידי הרגולציה בכל הקשור ליצירת מקורות רווח נוספים.

טבלה 10

שימוש בשירותי בריאות בישראל ובמדינות OECD

ממד	ממוצע מדינות OECD	ישראל	הדירוג של ישראל
שיעור קבלה (לאשפוז כללי; מתוך כלל הפונים למיון)	40.2	85.9	1
שהייה ממוצעת בימים (כלל סוגי האשפוז בביה"ח)	10.2	10.9	7
שהייה ממוצעת בימים (אשפוז כללי)	7.5	4.2	23
ימי אשפוז לנפש בשנה	1.2	0.7	19
תפוסה ממוצעת באחוזים (אשפוז כללי)	75.3	95.9	1

מקור: גבי בן נון וחגי כ"ף, *השוואות בינלאומיות במערכת בריאות: ארצות OECD וישראל, 1980-2003* (ירושלים: האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, 2006), עמ' 21-26, www.health.gov.il/Download/pages/oecd.pdf (17 בינואר 2007).

יתרון לגודל. אכן, היתרון לגודל מעניק לקופות החולים כוח רב, אלא שקיימת אפשרות כי לא תמיד השפעתו מועילה לציבור המבוטחים. לדוגמה, נטען כי קופת חולים כללית רשמה את מבוטחיה לניתוח לב רק בבית החולים רמב"ם בחיפה. לאחר יצירת תור ארוך, אשר זמן המתנה בו הגיע, אצל חלק מהמבוטחים, לכ-18 חודשים, פרסמה הקופה מכרז. בעבור מחיר אטרקטיבי, בית חולים שזכה במכרז קיבל 200 לקוחות.¹⁰²

קיימות דוגמאות נוספות לאופן שבו היתרון לגודל, ממנו נהנים בישראל גופים גדולים כמו קופות החולים, דווקא מקשה על הנגישות לשירותי הבריאות שהם מספקים:

הפניה לרופא מקצועי. כדי לראות חלק מהרופאים המקצועיים, יש לבקר תחילה אצל רופא כללי ולקבל ממנו הפניה לרופא המקצועי. בנוסף לטרחה ולאיבוד הזמן, על המבוטח מוטל תשלום בעבור שני הביקורים (לדוגמה, בקופת חולים מכבי, שישה ש"ח בעבור ביקור ראשון ברבעון אצל רופא כללי ו-18 ש"ח בעבור ביקור אצל רופא מקצועי).¹⁰³

הפניה לבית חולים. ביטוי נוסף ליצירת חוסר נגישות על ידי קופות חולים הוא טופס 17 (טופס התחייבות מטעם קופת החולים להחזיר למבוטח הוצאות אשפוז בבית חולים), אותו ניתן לקבל מרופא קופת החולים לפני הביקור בבית החולים. קופות החולים מפעילות כיום מוקדי חירום הפתוחים בזמן שהמרפאות סגורות. מבוטח שאושפז, אך לא עבר לפני האשפוז במוקד החירום כדי לקבל טופס 17, יתקשה לקבל החזר כספי.¹⁰⁴

למרות קיומו של יתרון לגודל, בארה"ב משגשים ספקי בריאות שהם קטנים באופן מובהק בהשוואה לספקי הבריאות בישראל. כך בכ-50% מבתי החולים בארה"ב יש לכל היותר 100 מיטות אשפוז, ולכ-25% מבתי החולים יש עד 200 מיטות אשפוז.¹⁰⁵ המטופלים בארה"ב פונים יותר לספקי הרפואה הקטנים: בשנת 2003 38.5% מהביקורים נעשו במרפאות פרטיות של רופא אחד, 34.6% מהביקורים היו במרפאות עם שני רופאים, ורק כ-10% היו במרפאות בהן עבדו עשרה רופאים ויותר.¹⁰⁶

לקופות החולים ולבתי החולים יש חלק חשוב בקידום הבריאות בישראל. בפרק הבא יוצגו מקורות נוספים לקידום הבריאות.

יוזמות בקידום הבריאות

קידום הבריאות יכול לזכות לתרומה משמעותית מצד מקורות נוספים כמו עמותות הפועלות בתחום, או מעסיקים הנרתמים להקניית הרגלי חיים בריאים לעובדיהם.

עמותות וגופים פרטיים

עמותות, מוסדות ללא כוונת רווח, וחברות פועלים כיום בישראל לקידום הבריאות. נציג את הגופים הבולטים שבהם:

האגודה למלחמה בסרטן: מקדמת מחקרים בנושאי סרטן, מניעה וגילוי מוקדם. דוגמאות לפעילויות האגודה:

- **הסברה.** הדרכה והסברה לציבור הרחב בנושאים שונים, כגון נזקי העישון. קידום חקיקה נגד עישון. הפעלת "טלמידע" – מתן מידע טלפוני בכל הקשור למחלת הסרטן.
- **אבחון.** סיוע בהפעלת 70 תחנות לגילוי מוקדם של סרטן השד. בשנת 2002 רכשה האגודה ניידת ממוגרפיה שמגיעה גם לאזורים נדחים בישראל. האגודה מפעילה תוכניות לאבחון מוקדם.
- **טיפול בחולים.** סיוע ברכישת ציוד רפואי לאבחון ולטיפול. סיוע בשיפוץ ובהקמה של מחלקות אונקולוגיה בבתי החולים.
- **שירותים רפואיים לחולים.** הרחבת הטיפול הניתן לחולי סרטן. במימון משותף של האגודה ושל בית החולים שיבא בתל השומר, נבנה הוספיס לחולי סרטן.
- **הדרכה מקצועית.** פעילות העשרה, ארגון ימי עיון, מימון ספרות מקצועית.
- **פרויקטים מיוחדים.** מסע הסברה להגברת המודעות לסרטן השד, ולטיפול בילדים חולי לוקמיה.¹⁰⁷

האגודה הישראלית לסוכרת: מעניקה למוצרי מזון תו תקן המהווה אישור לצריכתם לחולי סוכרת. מוציאה כתב עת עם מידע עדכני על מחלת הסוכרת.¹⁰⁸

המרכז הרפואי אסף הרופא: במסגרתו מתקיימות סדנאות לחולי לב, להקניית אורח חיים בריא ולצמצום גורמי הסיכון.¹⁰⁹

רשת ערים בריאות: פרויקט משותף למשרד הבריאות ולרשויות מקומיות בישראל. משרד הבריאות מממן כנס שנתי ותקציב שנתי להכשרת מתאמי-בריאות, וכל רשות המשתתפת בפרויקט מממנת לפחות חצי משרה למתאם הבריאות המקומי.¹¹⁰

קופת החולים מכבי: חלוצה בקידום הבריאות בין הקופות בישראל. היחידה לקידום הבריאות במכבי קיימת משנת 1995, ותקציב היחידה משנת 2002 ועד עתה הוא 5.1 מיליון ש"ח בשנה, בנוסף למשכורות. ניצולו היעיל מאפשר לקופה לפעול לקידום הבריאות, הנתפס כ"רפואה נכונה". דוגמאות לפעילויות:

גמילה מעישון. מכבי מעבירה מדי שנה כ-100 סדנאות מסובסדות לגמילה מעישון. צוות של רופאים ועובדים סוציאליים מעביר את הסדנא במשותף, לאחר הכשרה במימון הקופה. שיעור הנגמלים מעישון

בתום השנה הראשונה להשתתפותם הוא 45%. בקרוב ייפתחו שני קווי טלפון לתמיכה במעשנים המעוניינים להיגמל.

התחשבות בציבור. על פי תפיסת הקופה, הקניית הרגלים בריאים בקרב מבוטחיה היא בחלקה באחריות הרופאים, אך תשתיות כמו חדרי כושר אינן באחריות הקופה. ועם זאת, נעשו השקעות בהתאמת מתקנים לקהל היעד. לדוגמה, הקמת חדרי כושר נפרדים לנשים ביישובים חרדיים; ופתיחת מרכזי פעילות, בהדרכת מורים לכושר גופני, לילדים שמנים הנמנעים מפעילות גופנית בשיעורי ספורט בבתי הספר.¹¹¹

מקומות עבודה: יותר ויותר מעסיקים מבינים שעובד בריא תורם יותר לעסק, ומנהיגים יוזמות לקידום הבריאות. לדוגמה, העובדים בשירות המדינה מקבלים יום חופש שבו הם עוברים במרכז בדיקות רפואיות תקופתיות, ללא עמידה בתורים, ומקבלים ייעוץ תזונתי. במשטרת ישראל החל קידום הבריאות בשנת 2004 ומאז כמחצית מהשוטרים עברו את ימי הבריאות. ההשתתפות בהם היא רשות ולא חובה. המשטרה משקיעה כ-3.5 מיליון ש"ח בשנה בתזונה בריאה הכוללת יותר ירקות ופחות שומנים. במשטרה מועסקת תזונאית, מתקיימות סדנאות לגמילה מעישון ונפתחו מכוני כושר.¹¹²

הניסיון מלמד כי עמותות, גופים ממשלתיים וארגונים פרטיים יכולים לתרום לקידום הבריאות של עובדיהם, ובכך לקדם את הבריאות בישראל בכלל. החלק הבא של המחקר סוקר את תרומתו העצומה של העידן המקוון לקידום הבריאות.

רפואה מקוונת לקידום הבריאות

מאז החל העידן המקוון ברפואה, הצטברו עדויות רבות על היתרונות שבאספקת שירותים רפואיים ממרחק, באמצעות טכנולוגיות מידע ותקשורת (Telemedicine).

בערב עיון שהתקיים באוניברסיטת תל אביב מטעם מכון נטוויז'ן לחקר האינטרנט, הוצגו היתרונות הבאים:

- **אמינות.** בטקסס נבדק אתר אינטרנט המספק שירותים לחולי סרטן השד. מתוך 4,600 שאלות שהפנו גולשים למפעילי האתר, רק עשר נענו לא נכון, ובתוך ארבע שעות תוקנו שבע מהן.
- **שביעות רצון של המטופלים.** בסקר בהשתתפות 93 רופאים ו-193 מטופלים, נמצאה שביעות רצון גבוהה בקרב מטופלים מרופאיהם כאשר הציגו להם מידע שמצאו באינטרנט, וכן הרופאים היו שבעי רצון מהמידע הרפואי שנמצא באינטרנט ומתרומתו לטיפול.
- **ניידות.** הגישה אל התיק הרפואי באמצעות האינטרנט מאפשרת למטופלים ניידות בין רופאים, גם מבלי לבקר אותם במרפאה.
- **יעילות הטיפול.** במקרים שבהם נדרש ביקור במרפאה, העברת מידע מהרופא למטופל לפני הפגישה הותירה זמן למתן טיפול מתקדם, ותרמה ליעילותו של הטיפול הרפואי. בנוסף, רופאים יכולים להציג באתר שאלות ותשובות נפוצות, תרגילי הכנה, הנחיות לטיפול וכד'.
- **זמינות.** אותן תוצאות התקבלו ממתן שירותי רפואת עור באינטרנט ובמרפאה.
- **תמיכה.** פורומים, קהילות וקבוצות תמיכה מוגדרות.
- **מרחק.** ניתן לתת טיפול קליני מרחוק.
- **חיסכון.** חיסכון בזמן לציבור ולכוח אדם רפואי, חיסכון בתשתיות, ונוחות.¹¹³

במחקר שנערך בארה"ב נמצא כי העלות הממוצעת לטיפול קונוונציונלי בהיריון בסיכון היא 21,684 דולר, ואילו העלות הממוצעת לטיפול הניתן באמצעות האינטרנט היא 7,225 דולר.¹¹⁴

החסרונות שהוצגו בכנס הם ברובם ניתנים לפתרון: אבטחת מידע, מגבלות טכניות, תגמול רופא, ובסיס משפטי ואתי.¹¹⁵

ערוצי המידע והתקשורת החדשים שמספקת רשת האינטרנט הופכים אותה לכלי היעיל ביותר להסברה ולהעברת מסרים בריאותיים. פתרונות משפטיים לשמירה על הפרטיות ולאבטחת מידע יאפשרו ניצול נוסף של טכנולוגיות המידע והתקשורת לקידום הבריאות והטיפול הרפואי.

ניסיון עולמי

מדינות רבות גיבשו מדיניות לאומית לקידום הבריאות. בחלק מהתוכניות לקידום הבריאות נקבעו מראש יעדים לטווח קצר, והן הוגדרו כתוכניות בעלות תוצאות מהירות. המסר הוא שהורדת גורמי הסיכון נותנת תוצאות מהירות. לדוגמה, גמילה מעישון תניב בזמן קצר ירידה במחלות לב.

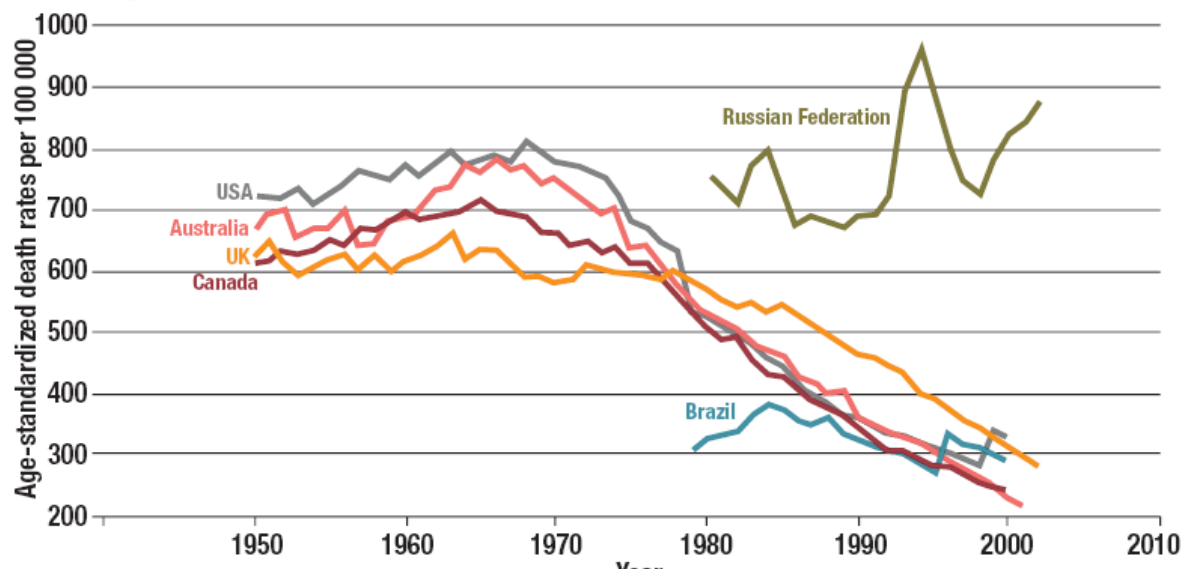
בסין, בארה"ב ובפינלנד נערכו מחקרים המשלבים תפריט מאוזן ופעילות גופנית; בתוך שנה מתחילת המחקר חל שיפור בלחץ הדם וברמת הכולסטרול, והתוצאות נשמרו לפחות שש שנים. שיעור הסוכרת בקרב הנבדקים ירד בכמעט ב-60% בפינלנד ובארה"ב, וב-30% בסין.¹¹⁶

תוכניות להפחתת מחלות לב באוסטרליה, קנדה, אנגליה וארה"ב הניבו תוצאות חיוביות, וב-30 השנים האחרונות חלה במדינות הללו ירידה חדה בתמותה ממחלות לב. כן פחתה התמותה בקרב גברים מעל גיל 30 בארה"ב: מכ-710 מקרי מוות על כל 100,000 בשנת 1950, לכ-330 מקרים על כל 100,000 בשנת 2002; באוסטרליה פחתה התמותה מכ-700 לכ-230 מקרי מוות על כל 100,000; באנגליה מכ-610 לכ-300 מקרי מוות על כל 100,000; ובקנדה מכ-600 לכ-270 מקרי מוות על כל 100,000. באותן שנים חלה עלייה בתמותה ממחלות לב במדינות כמו ברזיל ורוסיה אשר לא הופעלו בהן תוכניות דומות. גרף מספר 2 מציג את שיעורי התמותה ממחלות לב בקרב גברים במדינות הנ"ל.

גרף 2

שיעורי התמותה ממחלות לב בקרב גברים בני 30 ומעלה, 1950-2002

Heart disease death rates among men aged 30 years and over, 1950–2002



מקור:

WHO, *Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report* (Geneva: WHO, 2005), p. 92, http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part3.pdf (19 March 2007).

גם בישראל חלה ירידה בתמותה ממחלות לב, אך ירידה זו נובעת משיפורים טכנולוגיים ולא מהפעלת תוכנית לקידום הבריאות.

תוכניות נוספות שהונהגו בעולם:

אנשים בריאים 2010, ארה"ב. התוכנית אנשים בריאים 2010 (Healthy People 2010) הונהגה בארה"ב במטרה לתרום לאיכות החיים הבריאים ולתוחלתם. מדענים מתוך הממשלה ומחוצה לה פיתחו את התוכנית, המגדירה קבוצה רחבה של שיקולים לסדר העדיפויות בקידום הבריאות, וקובעת יעדים ברורים למניעת מחלות ולקידום הבריאות. היעדים הם ספציפיים וניתנים למדידה, לדוגמה, הפחתת התחלואה בסרטן, ויש להשיגם עד שנת 2010. למעשה, באופן בו היא בנויה, התוכנית הינה מעין מורה נבוכים לבריאות טובה יותר וניתן להיעזר בה כמדריך לאדם הפרטי, לקהילות, לעמותות ולארגונים גדולים, וכן לעבודה משותפת ביניהם.

השותפים לתוכנית: הסוכנויות הפדרליות בארה"ב, קונסורציום אנשים בריאים בהשתתפות מחלקות הבריאות המקומיות ויותר מ-400 ארגונים לאומיים, וכן שותפים אסטרטגיים שחתמו על מזכר הבנות (MOU Partners) על מנת לסייע בהשגת יעדי התוכנית.¹¹⁷

קידום הבריאות בבתי הספר, ארה"ב. בתוכניות שהופעלו בבתי ספר בארה"ב הדגש היה על תזונה בריאה, פעילות גופנית, הימנעות מעישון, והסברה לתלמידים ולהורים על גורמי הסיכון למחלות לב. תלמידים בבתי הספר המשתתפים בתוכנית הקפידו על תזונה בריאה ופעילות גופנית יותר מאשר תלמידים בבתי הספר האחרים, ושמרו על אורח חיים בריא לפחות שלוש שנים מתום התוכנית. כחמש

שנים מתום התוכנית, 50% מהתלמידים בבתי הספר המשתתפים שמרו על תזונה נכונה בהשוואה ל-10% תלמידים בבתי הספר האחרים.¹¹⁸

קידום הבריאות במקומות העבודה, ארה"ב. מקומות עבודה רבים בארה"ב הנהיגו תוכניות לקידום הבריאות במטרה לצמצם את הוצאות הביטוח הרפואי של עובדיהן. חברת Johnson & Johnson הנהיגה את התוכנית Health & Wellness Program והצליחה להשפיע, בתוך שלוש שנים, על שמונה מתוך 13 גורמי סיכון: גמילה מעישון, השתתפות בפעילות אירובית, אימוץ הרגלי תזונה נכונים, שיפור מדדים כמו רמות לחץ דם וכולסטרול וכד'.¹¹⁹ להערכת Johnson & Johnson, הוצאות האשפוז על עובדים שלא השתתפו בתוכנית לקידום הבריאות היו גבוהים פי שניים מהוצאות האשפוז על עובדים שהשתתפו בה.¹²⁰

חברת מוטורולה, אשר הפעילה תוכנית לקידום הבריאות בשם Wellness Initiatives, ערכה השוואה בין העלויות הנובעות מעובד המשתתף בתוכנית לעומת העלויות הנובעות מעובד שאינו משתתף בה. נמצא כי על כל דולר שהחברה השקיעה בתוכנית היא חסכה 3.93 דולר. להערכת מוטורולה, החיסכון שנבע מהתוכנית בשנת 2000 היה 6.5 מיליון דולר בהוצאות לבריאות ו-10.5 מיליון דולר בתשלומים בעבור ימי אי-כשירות.¹²¹

חברת Control Data Corporation מעריכה שכתוצאה מהתוכנית לקידום הבריאות שהפעילה, Stay Well Program, פחתו ההוצאות השנתיות של החברה על ימי מחלה ב-1.8 מיליון דולר.¹²²

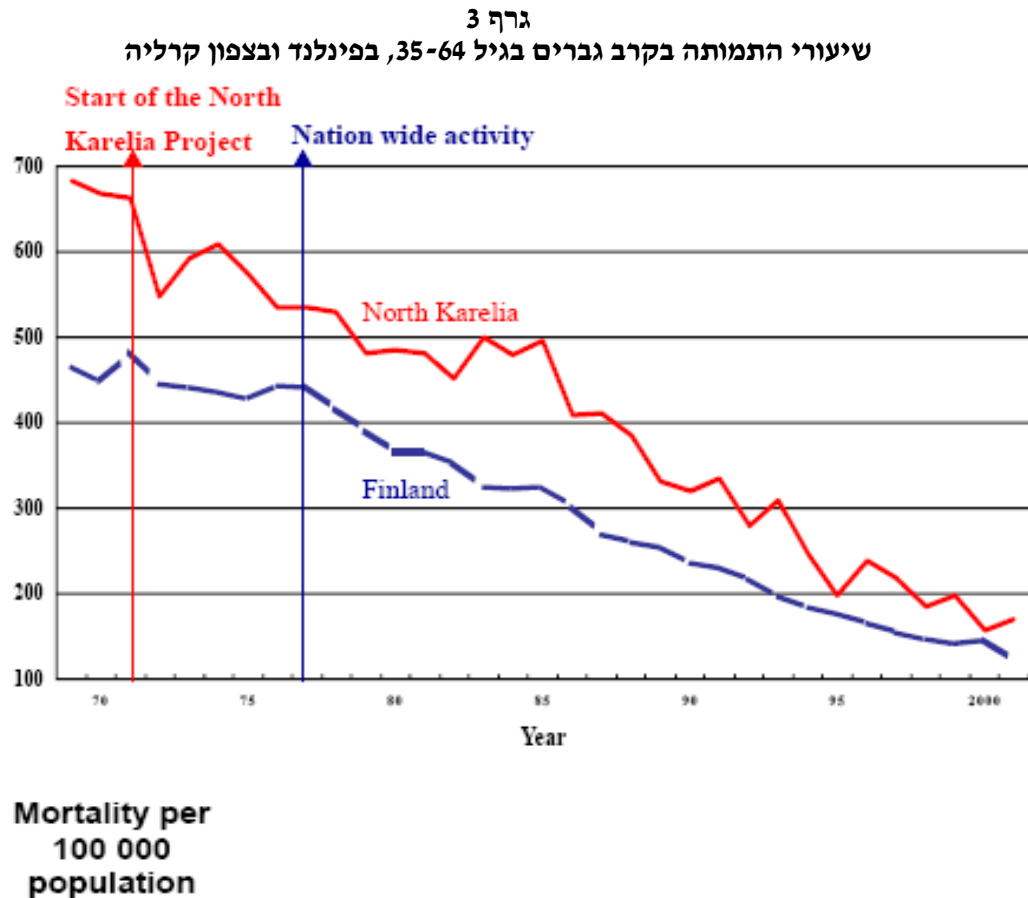
ההוכחה הטובה ביותר ליעילות התוכניות לקידום הבריאות במקומות העבודה היא ההכרה של חברות הביטוח ביעילותן, המתבטאת בהורדת פרמיית בריאות לחברות המציעות תוכניות מסוג זה לעובדיהן.¹²³

תזונה ומחלות לב, פולין. עד שנות התשעים הלכו וגדלו שיעורי התמותה ממחלות לב בפולין. עם שינוי המשטר בשנת 1991 יושמו בפולין תוכניות לקידום הבריאות, והתמותה ממחלות לב בקרב בני 22-44 פחתה ב-10% בממוצע לשנה, ובאוכלוסייה בוגרת יותר בכ-6.7%. השינוי מיוחס לצריכה מוגברת של פירות וירקות, ולמעבר משומן רווי לשמן צמחי.¹²⁴

תוכנית לאומית, פינלנד. בשנות השבעים התמותה ממחלות לב בפינלנד הייתה הגבוהה בעולם, עקב צריכה גבוהה של טבק, ותזונה עשירה בשומן ודלה בפירות.¹²⁵ המדינה פיתחה תוכנית לאומית למאבק במחלות כרוניות, בהשתתפות המגזר הציבורי, בתי החולים, ספקי בריאות קהילתיים, ארגונים מתנדבים וגופים פרטיים, כולל יצרני מזון. במסגרת התוכנית ננקטו הצעדים הבאים: קביעת יעדים; רופאים ואחיות נרתמו להורדת גורמי סיכון לתחלואה בקרב מטופליהם; מקומות העבודה יצאו במבצעים לקידום הבריאות; שידורים בטלוויזיה הלאומית; תחרויות להפסקת עישון; תחרויות בין יישובים להורדת כולסטרול; ייצור מוצרים דלי שומן במפעלים לייצור נקניקיות וגבינות; ועוד.

שיעור העישון בקרב גברים בני 30-59 ירד מ-51% בשנת 1971 ל-31% בשנת 1997, כ-25 שנים מתחילת התוכנית. כן חלה ירידה ברמות הכולסטרול ובמדדים בריאותיים נוספים.¹²⁶ הירידה בתמותה ממחלות לב ומסרטן הביאה להגדלת תוחלת חיים בפינלנד. תוחלת החיים לגברים התארכה בשבע שנים ולנשים בשש שנים.¹²⁷

גרף מספר 3 מציג את תוצאות התוכנית מאז יישומה המוצלח, תחילה בצפון קרליה וכעבור כשש שנים בכל פינלנד. הגרף מציג ירידה בשיעורי התמותה בקרב גברים בגיל 35-64.



מקור:

Pekka Pushka, "Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland", *Public Health Medicine* (2002), 4(1):5-7, http://www.who.int/chp/media/en/north_karelia_successful_ncd_prevention.pdf (9 May 2007).

מחקר להפחתת סוכרת, פינלנד. במשך חמש שנים, משנת 1993 ועד שנת 1998, התקיים בפינלנד מחקר אשר בדק איך פעילות גופנית ושינוי בהרגלי תזונה משפיעים על סוכרת. במחקר נמצא כי פעילות גופנית מוגברת והקניית הרגלי תזונה נכונה הפחיתו סיכון לתחלואה בסוכרת בכ-58%.¹²⁸

מסקנות והמלצות

התמותה מסוכרת, סרטן ומחלות לב וכלי דם מהווה כ-60% ויותר מסך התמותה בישראל. בנוסף לסבל האישי של החולים ובני משפחותיהם, פגיעתה הכלכלית של התחלואה יוצרת נטל לאומי. הדרך היעילה ביותר להילחם במחלות כרוניות אלו היא בהפעלת תוכניות לקידום הבריאות. מחקרים וניסיון בינלאומי מעידים כי תוכנית לאומית המופנית לשינוי בהרגלי אכילה, לגמילה מעישון ולהגברת פעילות גופנית (סיבות עיקריות לתחלואה) מסוגלת להוריד עד ל-41% מסך התמותה המוקדמת מהמחלות. השקעה בקידום הבריאות עשויה למנוע תחלואה בקבוצות ובאוכלוסיות.

היום ישראל אינה ערוכה לקידום הבריאות ברמה לאומית, מכמה סיבות: החקיקה לא מגובשת, מקבלי ההחלטות בנושאי בריאות הם בדרך כלל בעלי ניסיון קליני **בריפוי** מחלות כרוניות, ואילו חלק מן הרופאים לא תמיד בעלי ידע ויכולת מספקת לקידום הבריאות. בתי החולים נתונים בעומס ולעתים במצוקה כלכלית, וקידום הבריאות נדחק בסדר העדיפויות.

המפתח להצלחתן של תוכניות לקידום הבריאות ולמניעת מחלות כרוניות מצוי באיחוד כוחות ברמה הלאומית. לכן נוסחו ההמלצות הבאות:

1. אמצעי הכרחי למאבק במחלות כרוניות הוא הקמת תוכנית מניעה לאומית, הנשענת על קואליציה רחבה של גופים ממשלתיים, מוסדות הרפואה, כלי התקשורת, עסקים קטנים וארגונים פילנתרופיים. על התוכנית להתייחס לכל שכבות הגיל: גני ילדים, בתי ספר, מקומות עבודה, הקהילה ועוד. אלה התפקידים המיועדים לגורמים הנקראים לשלב כוחות:

הממשלה: שיעור התחלואה נמצא ביחס הפוך לקידום הבריאות, לכן יש להפנות חלק מתקציב סל הבריאות להשקעה בשירותי רפואה מונעת ולקידום הבריאות. התקווה היא כי עם השנים תפחת התחלואה ממחלות כרוניות ואיתה יפחת נתח התקציב המוקדש לתרופות לחולים כרוניים וסופניים.

משרד הבריאות: כיום קידום הבריאות לא נמצא בסדר היום של משרד הבריאות. אמנם יש בו לפחות שתי מחלקות העוסקות ברפואה מונעת, אך הן לא משיגות את יעדיהן מאחר שחשיבותן אינה בראש סדר העדיפויות של מקבלי החלטות במשרד. התקציב והתקנים של המחלקה לחינוך וקידום הבריאות הצטמצמו עם השנים, ועתידו של הפרויקט "לעתיד בריא 2020" אינו ברור. יש לאחד את המחלקות והפרויקטים למחלקה שתהווה סמכות מדעית לנושא קידום הבריאות במדינת ישראל. המחלקה המאוחדת תייעץ לגופים המבקשים לעסוק בנושא קידום הבריאות או לספק שירותי מניעה, תפקח עליהם, ותמליץ על הכנסת שירותים לסל הבריאות. על המחלקה לאמץ יעדים מוגדרים ומדידים לקידום הבריאות, בדומה לארגון הבריאות העולמי, לדוגמה, הורדת התחלואה ב-2% בשנה, וכן להתוות אסטרטגיה להשגת היעדים.

מוסדות רפואה: על מוסדות הרפואה לספק למטופלים ייעוץ והמלצות לשמירה על אורח חיים בריא. בכל ביקור סדיר של מטופל במוסד רפואי, על הצוות ליזום שיחה על החשיבות של תזונה נכונה, המניעות מעישון והגברת פעילות גופנית וכד'. על המוסדות לבצע מעקב רפואי אחר מטופלים המוגדרים כקבוצת סיכון לתחלואה.

תקשורת: לכלי התקשורת יכולת להגיע להמונים ולספק מידע חיוני ומועיל על הרגלי חיים בריאים. לכן יש להיעזר בהם להפצת מידע, הסברים והמלצות על אורח חיים בריא. רצוי להגביר את השימוש באינטרנט למטרות אלו. אתרי האינטרנט נגישים כיום לציבור הרחב וניתן לספק באמצעותם ערוצי קשר נוספים, זולים וידידותיים, בין רופאים למטופלים.

עסקים קטנים ופילנתרופיה: לגופים פילנתרופיים ולעסקים קטנים עשוי להיות תפקיד מרכזי בתכנית לאומית. לממן תכניות לקידום בריאות עסקים קטנים יעבירו תכניות ממוקדות לאוכלוסיות מיוחדות, כמו ילדים מעשנים, וגננות. לגילוי מוקדם ולמעקב אחר חולים כרוניים.

יש כמה סיבות להמלצה להעביר את המימון לעסקים קטנים ולא לקופות חולים: מטרתן של קופות החולים הינה לספק סל בריאות "מציל חיים" לתושבי ישראל, ובו מתרכזת רוב פעילותן. בנוסף, לרופאים בקופות החולים אין די זמן לתת ייעוץ והסברה בנושאי קידום הבריאות, ומשך ההמתנה לרופאים ארוך למדי. במצב זה סביר כי יתקשו במשימה לאתר את אוכלוסיות היעד המיוחדות ולהגיע אליהן.

2. כאמור בהמלצה ראשונה, לאינטרנט תפקיד חשוב במאבק במחלות כרוניות. לאינטרנט גם יתרונות רבים באספקת שירותים רפואיים מרחוק. יתרונות אלה הוצגו במחקר זה, ביניהם אמינות, יעילות, שביעות רצון של המטופלים, חיסכון ועוד. פתרונות משפטיים לשמירה על פרטיות ולאבטחת מידע דרושים בכדי להשתמש בתשתיות אלו ביעילות. על משרד הבריאות יחד עם משרד משפטים, רופאים ומוסדות רפואה לספק פתרונות משפטיים לסוגיות כמו אבטחת רשומות רפואיות, כדי לנצל את יתרונות האינטרנט.

3. תפקיד הדואלי של משרד הבריאות, בעלות על ספקי הבריאות ופיקוח עליהם, פוגע בהקדשת המשאבים למאבק בתחלואה. יש להגדיר את תפקידו של משרד הבריאות כמפקח על ספקי הבריאות בלבד, ולא כאחד מהם. על כן יש לאמץ המלצה של ועדת נתניהו ולהפריט את בתי החולים הממשלתיים, להסיר מהם מגבלות ולאפשר לבתי החולים לתת שירותי שר"פ. כיום רק בתי החולים הנמצאים בירושלים רשאים לתת שר"פ. יש לבטל את האפליה, להחיל אותם כללים על כל בתי החולים, ולתת להם עצמאות בקביעת מחירים ובעבודה כגוף עסקי. בתמורה ניתן לחייב את בתי החולים לספק למטופלים שירותי רפואה מונעת.

4. לא רק בתי החולים צריכים לפעול כגוף עסקי. ספקי הרפואה הקהילתיים כיום בישראל הם ארבע קופות החולים, גופים גדולים למדי, וניסיונות לפתיחת קופת חולים נוספת נכשלו עד כה. בשנת 2004 החליט הקבינט החברתי-כלכלי להעניק רישיון לקופת חולים חמישית. לפי ההחלטה, בנוסף לשר הבריאות, גם לשר האוצר תהיה סמכות להכיר בקופת חולים, והמבקש לפתוח קופה יכול להיות גם תאגיד למטרת רווח.¹²⁹ ההחלטה לא עברה בוועדת הכספים של הכנסת.¹³⁰ היום, שוב עולה סוגיית פתיחת קופת חולים חמישית. הבקשה באה מכיוון מפתיע; המרכז הרפואי שיבא מבקש ממשרד הבריאות אישור להקים קופת חולים נוספת בבעלות בתי חולים הממשלתיים, כדי לחזק אותם מול בתי חולים אחרים, במיוחד אלה שבבעלות קופות חולים.¹³¹ בנוסף לאישורים הנדרשים לפתיחת קופת חולים, יש עוד חסם כניסה שמונע תחרות: קופות החולים מחזיקות בשני כובעים, הן הגוף המבטח וגם הגוף המספק שירותי רפואה לקהילה. פתיחת השוק לתחרות והגבלת קופות החולים למתן שירותים רפואיים בלבד (ללא ביטוח רפואי) יבזרו את כוחן של הקופות ויאפשרו לעסקים הקטנים להתמודד מולן. על הממשלה לאפשר לעסקים קטנים יותר להצטרף לענף השירותים הרפואיים.

5. תהליך ההפרטה של שירותי בריאות לתלמיד הוא נכון לעצמו – בדומה לבתי החולים, אין צורך שמשרד הבריאות יפקח וגם יספק שירות מסוים – אלא שיש לקבוע אמות מידה ריאליים לאספקת השירות, כך שבכל בית ספר תהיה לפחות אחת אחת, אשר תספיק לבצע חיסונים ובדיקות כנדרש. כיום גוף אחד גדול מקבל את כל התקציב למתן השירות. רצוי שגם עסקים קטנים יהיו רשאים להציע שירות אחת לבתי הספר. הביזור עשוי למנוע "מחסור ניכר של אחיות מוסמכות ברמה הארצית לצורך ביצוע הפעולות בהן מעורבת האגודה כמו... בריאות התלמיד" (כך מופיע באתר האגודה למען בריאות הציבור).¹³² את התקציב להעסקת אחות ניתן להעביר לבתי הספר, ובתי הספר יבצעו את ההתקשרות עם ספק השירות לבחירתם.

לסיכום, במקום לצפות לעלייה מתמדת בתחלואה ובתמותה, ולהמשיך להעביר תקציבים ממשלתיים שנה אחר שנה בניסיון נואש לרצות את מערכת הבריאות, להיענות לחולים הדורשים הגדלה של סל התרופות, ולממן טיפול יקר של חולים כרוניים וסופניים, שניתן היה למנוע את סבלם, על מערכת הבריאות בישראל להיערך לקידום הבריאות, בשיתוף פעולה הדוק עם הגורמים החיוניים להצלחת המהלך. יש לאחד כוחות, להקצות תקציבים ולעמוד ביעדים מוגדרים ומדידים של צמצום גורמי הסיכון וירידה בשיעורי התחלואה והתמותה ממחלות כרוניות לא מידבקות בישראל, כמו סוכרת, סרטן ומחלות לב וכלי דם. מותר לקובעי המדיניות לנסות לפתור את הבעיה, ולהוריד את קצב התחלואה.

נספח 1

פטירות בבתי החולים במחלקה פנימית 2005

בעלות על בית חולים	שם בית חולים	סך הכול קבלות	סך הכול פטירות	פטירות כאחוז מקבלות
ממשלתית:	שיבא	21,641	1,113	5.14%
	רמב"ם, חיפה	12,153	618	5.09%
	אסף הרופא, צריפין	18,556	782	4.21%
	וולפסון, חולון	22,962	987	4.30%
	לגליל המעברי, נהריה	19,510	498	2.55%
	ברזילאי, אשקלון	14,514	410	2.82%
	הילל יפה חדרה	9,789	421	4.30%
	רבקה זיו צפת	5,319	132	2.48%
	ברוך פדה, פוריה, טבריה	4,422	213	4.82%
	סוראסקי, תל-אביב-יפו	28,235	1,392	4.93%
	בני ציון, חיפה	11,183	389	3.48%
ממוצע ממשלתי				4.13%
ציבורי בבעלות ק"ח כללית:	רבין, פתח תקווה	31,612	1,503	4.75%
	סורוקה, באר שבע	22,221	780	3.51%
	ספיר, מאיר, כפר סבא	20,165	817	4.05%
	קפלן, רחובות	16,011	532	3.32%
	עמק, עפולה	11,196	440	3.93%
	הכרמל, חיפה	6,548	423	6.46%
	יוספטל	1,226	51	4.16%
ממוצע כללית				4.17%
הדסה				
	האוניברסיטאי הדסה, י-ם	9,980	392	3.93%
מסיון:	סנט וינסנט דה פאול, נצרת	3,678	0	0.00%
	אי.מ.ס הסקוטי, נצרת	3,001	69	2.30%
	המשפחה הקדושה, נצרת	2,334	36	1.54%
	האיטלקי, חיפה	246	1	0.41%
	סנט ג'וזף	1,972	9	0.46%
ממוצע מסיון				1.02%
ציבורי:	שערי צדק, ירושלים	5,093	332	6.52%
	לניאדו, נתניה	10,354	422	4.08%

2.73%	27	989	אל, איסלמיה, י-ם	
5.09%	116	2,277	מעייני הישועה, בני ברק	
4.69%	75	1,599	ביקור חולים, י-ם	
7.55%	74	980	אגוסטה ויקטוריה, י-ם	
4.91%				ממוצע ציבורי
0.00%	0	728	אסוטא תל-אביב, ת-א	פרטי*
-	0	0	אלישע, חיפה	
0.00%	0	226	מרכז רפואי הרצליה,	
-	0	0	הרצליה	
			מגדל הזהב בת ים, בת ים	
0.00%				ממוצע פרטי

מקור: ציונה חקלאי, רונית עוזרי, שולמית גורדון, מרים אבורבה וטלי פוליאק, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2005, חלק ב', מגמות באשפוז (ירושלים: משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, 2006), עמ' 140-41.

¹ מחלה כרונית היא אחת מהמחלות הבאות: מחלות לב וכלי דם, סרטן, מחלות כרוניות נשמתיות, סכרת ומחלות כגון הפרעות נפשיות, ליקוי שמיעה וראיה, מחלות אוראליות, בעיות עצמות ופרקים וליקויים גנטיים.

WHO, "Chronic diseases and their common risk factors", Facing the Facts #1, http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf (19 March 2007).

² הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים, אודות הרשות, <http://pasimlev.mot.gov.il/RoadSafety/About/> (25 באפריל 2007).

³ אגודה ישראלית לסוכרת, על הסוכרת, מורה נבוכים לסוכרת, <http://www.sukeret.co.il/SiteFiles/1/255/2417.asp> (17 בינואר 2007). מחקר זה מתייחס רק לסוכרת מסוג 2, היות זה סוג הסוכרת שניתן למניעה.

⁴ האגודה למלחמה בסרטן בישראל, מידע על מחלות הסרטן, <http://www.cancer.org.il/template/default.asp?maincat=2> (17 בינואר 2007).

⁵ רפאל קטן, מנהל מכון אונקולוגי מרכז רפואי שיבא, ראיון עם המחברת (8 בפברואר 2006).

⁶ החישוב נעשה באופן הבא: ל-470 מקרי התקף לב בין גברים ל-100,000 איש הוספו 180 מקרי התקף לב בין נשים ל-100,000 איש. אבי פורת, גדי רבינוביץ וענת רסקין סגל, תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דוח לציבור עבור השנים 2003-2005 (ישראל: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2006), עמ' 71, http://www.health.gov.il/download/public_report_2006.pdf (17 בפברואר 2007).

⁷ WHO, "Solving the chronic disease problem", Facing the Facts #5, www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet5.pdf, p. 2 (19 March 2007).

⁸ WHO, *Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report* (Geneva: WHO, 2005), pp. 90-91, 96-97, 122, http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf (19 March 2007).

⁹ המרכז הלאומי לבקרת המחלות, ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל 2004-2005, פרסום 304 (ישראל: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2006), עמ' 5.

¹⁰ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, כנס ים המלח השביעי, צפת 14-15 יוני 2006, "התנהגות בריאותית כיעד לאומי" (תל השומר: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ללא ציון תאריך), עמ' 17.

¹¹ Colin D. Mathers and Dejan Loncar, "Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030", *PLoS Medicine*, Vol. 3 No.3 (2006), p. 2011, http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/11/pdf/10.1371_journal.pmed.0030442-S.pdf (18 February 2007).

¹² WHO, Chronic Diseases and Health Promotion, <http://www.who.int/chp/en> (19 February 2007);

עיבוד להלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57, פטירות ושיעורי תמותה (כל האוכלוסייה) (לפי ICD-10), לוח 3.29 (ירושלים: הלמ"ס, 2006) http://www1.cbs.gov.il/shnaton57/download/st03_29x.xls (18 במאי 2007).

¹³ Delice Gan, *Diabetes Atlas* (Brussels: International Diabetes Federation, 2003), p.18, http://www.eatlas.idf.org/Diabetes_Atlas_Executive_Summary_download, (19 February 2007).

¹⁴ Ibid, p. 7.

¹⁵ עיבוד להלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57, לוח 3.29.

¹⁶ עיבוד להלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 55, אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת גיל, מין ומספר זכרים ל-1,000 נקבות, לוח 2.20 (ירושלים: הלמ"ס, 2004) http://www1.cbs.gov.il/shnaton55/download/st02_20x.xls (9 ביולי 2007).

¹⁷ משרד הבריאות, רישום הסרטן הלאומי, <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=22&catid=183&pageid=1614> (14 נובמבר 2007).

¹⁸ עיבוד להלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57, אוכלוסייה, לפי דת וקבוצת אוכלוסייה, לוח 2.1, http://www1.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton.html?num_tab=st02_01&CYear=2006 (9 ביולי 2007).

¹⁹ עיבוד להלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57, לוח 3.29.

²⁰ שם.

²¹ שרית רוזנבלום ורבקה פרייליך, "התקפי לב בישראל: ירידה דרמטית בתמותה", ynet (18 בנובמבר 2004); <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3006286,00.html> (14 בנובמבר 2006); למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57, לוח 2.1.

²² WHO, Health statistics and health information systems, <http://www.who.int/healthinfo/boddaly/en> (18 February 2007).

²³ World Health Organization (WHO), "Death and DALY estimates for 2002 by cause for WHO member states," *Burden of Disease Statistics* (Geneva: WHO, 2004), Table 3. Estimated deaths per 100,000 population by cause, and member state, 2002 (a), Table 4. Estimated DALYs per 100,000 population by cause, and member state, 2002 (a,i), www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls (19 February 2007).

²⁴ WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/diabetes/en/> (18 February 2007).

²⁵ Judith Mackay and George A. Mensen, *The Atlas of Heart Disease and Stroke* (Geneva: WHO, 2004), pp. 54-55, www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en (19 February 2007).

²⁶ Judith Mackay, Ahmedin Jemal, Nancy C. Lee and D. Maxwell Parkin, *The Cancer Atlas* (Atlanta: American Cancer Society, 2006), pp. 56-57, <http://www.cancer.org/downloads/AA/CancerAtlas16.pdf> (19 February 2007).

²⁷ אגף תקציבים, עיקרי התקציב לשנת 2003 (ישראל: משרד האוצר, 2002), עמ' 107, <http://mof.gov.il/budget2003/t-107.pdf> (10 במאי 2007).

²⁸ הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57 (ירושלים: הלמ"ס, 2006), הוצאה לאומית לבריאות, לוח 6.1, http://www1.cbs.gov.il/shnaton57/st06_01.pdf (5 בדצמבר 2006).

²⁹ הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57, תוצר מקומי גולמי ושימושים במקורות, בשנים 1995 – 2005 (1), לוח 14.2, http://www1.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton.html?num_tab=st14_02x&CYear=2006 (9 ביולי 2007).

³⁰ הלמ"ס, הירחון הסטטיסטי לישראל 4/2007 (ירושלים: הלמ"ס, אפריל 2007), לוח ב/1. – אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, http://www.cbs.gov.il/yarhon/b1_h.htm (11 במאי 2007).

³¹ קטן, ראיון.

³² ליאורה ולינסקי, מנהלת מחלקה לקידום הבריאות, מכבי שירותי בריאות, ראיון עם המחברת (28 במרץ 2007).

³³ ענת רותם-בראון, ציונה חקלאי, חולים בטיפול בדיאליזה בישראל, מדדי מעקב 1989-2001 (ישראל: משרד הבריאות, 2004), עמ' 33, <http://www.health.gov.il/download/docs/units/comp/dia/6.pdf> (2 ביולי 2007).

³⁴ משרד הבריאות, תחום מידע, <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?PageId=3285&catId=577&maincat=2> (2 ביולי 2007).

³⁵ WHO, Facts, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.

³⁶ ההוצאה לסוכרת הקשורה באובדן פריון עקב תמותה בגיל עבודה הינה פי 5 מסך הוצאה הישירה לסוכרת, או $12.5\% = 2.5\% * 5$ מסך תקציב הבריאות. תקציב הבריאות בשנת 2003 היה 15.6 מיליארד ש"ח, 12.5% מ-15.6 מיליארד ש"ח שווה ל-1.95 מיליארד ש"ח.

³⁷ יקיר פלסנר, "קצת כלכלת ישראל ממעוף הציפור", הרצאה במרכז הירושלמי לענייני ציבור ומדינה, שקופית 7 (24 באוקטובר 2006).

³⁸ Milken Institute, The Future of Health Care, <http://smartbrief.blogspot.com/2006/04/future-of-health-care.html> (23 November 2006).

³⁹ Joe Hogan, in "The Future of Health Care" (California: Milken Institute, 2006) (DVD).

⁴⁰ גידול האוכלוסייה מורכב מגידול טבעי (88% בשנת 2006) ומהגירה לישראל, הלמ"ס, "מבחר נתונים דמוגרפיים, מתוך השנתון הסטטיסטי לישראל, מס' 57", הודעה לעיתונות (ישראל: הלמ"ס, 19 לספטמבר 2007),

http://www1.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=200601204 (5 בדצמבר 2006); הלמ"ס, "בפתחה של שנת 2007 - 7.1 מיליון תושבים במדינת ישראל", הודעה לעיתונות (ישראל: הלמ"ס, 28 לדצמבר 2007), http://www1.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=200611279 (28 בינואר 2007).

⁴¹ הלמ"ס, תחזית האוכלוסייה בישראל (1), לפי מין, גיל וקבוצת האוכלוסייה, <http://www1.cbs.gov.il/popisr/table5.pdf> (25 בדצמבר 2006).

⁴² שם.

⁴³ ציונה חקלאי, בריאות בישראל 2001 (ירושלים: משרד הבריאות, 2004), עמ' 250, <http://www.health.gov.il/download/docs/units/meida/hi2001/250.pdf> (5 בפברואר 2007); ציונה חקלאי, בריאות בישראל 2005 (ירושלים: משרד הבריאות, 2005), עמ' 253, <http://www.health.gov.il/Download/pages/Expenditure.pdf> (5 בפברואר 2007).

⁴⁴ גבי בן נון וחגי כ"ץ, עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2005 (ירושלים: משרד הבריאות, 2005), עמ' ה', http://www.health.gov.il/download/pages/new_asor1.pdf (10 במאי 2007).

⁴⁵ Naoki Ikegami, "Merging of Primary and Tertiary Prevention in the Aging Society – The Case of Japan", presentation, slide 2, <http://www.pictureit.co.il/jerusalemconf/Media/MondayTeddy/Naoki%20Ikegami/Index.Htm> (5 March 2007).

⁴⁶ WHO, Rethinking "disease of affluence, the economic impact of chronic disease", Facing the Facts #4, http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet4.pdf (19 March 2007).

⁴⁷ WHO, Solving The Chronic Disease Problem, Facing the Facts #5.

⁴⁸ רותי וינשטיין, מנהלת מחלקה לקידום הבריאות, משרד הבריאות, ראיון עם המחברת (5 בפברואר 2007).

⁴⁹ J. Edward Hill, in "The Future of Health Care".

⁵⁰ Mackay, Jemal, Lee and Parkin, *The Cancer Atlas*, pp. 30-31, <http://www.cancer.org/downloads/AA/CancerAtlas05.pdf> (19 February 2007).

⁵¹ קטן, "מה כל אחד ואחת צריכים לדעת על סרטן הריאה וסרטן השד", מצגת שקופית 2 (11 בפברואר 2007).

⁵² Mackay and Mensen, *The Atlas of Heart Disease and Stroke*, p. 33, www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en (19 February 2007).

- ⁵³ וינשטיין, ראיון; ולינסקי, ראיון; האגודה למלחמה בסרטן בישראל, נזקי עישון ומניעתם, עישון פאסיבי, http://www.cancer.org.il/template/default.asp?textSearch=&maincat=3&catid=97&p_ageid=3115&innerparentId=3116 (7 ביוני 2007).
- ⁵⁴ שרון בלאי, דוח שר הבריאות על העישון בישראל, 2005-2006 (ירושלים: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות 2006), עמ' 11, <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?pageid=4059&parentid=732&catid=81&maincat=25> (25 באפריל 2007).
- ⁵⁵ ולינסקי, ראיון.
- ⁵⁶ שם.
- ⁵⁷ אלי רוזנברג, ממונה על לעתיד בריא 2020 ולאח רוזן, יועצת בכירה, לשכת המשנה למנכ"ל, ראיון עם המחברת (19 בפברואר 2007).
- ⁵⁸ סל הבריאות "הוא רשימת השירותים הרפואיים והתרופות הניתנים לתושבי ישראל בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי". ויקיפדיה, סל הבריאות, http://he.wikipedia.org/wiki/%D7%A1%D7%9C_%D7%94%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA (10 במאי 2007).
- ⁵⁹ אלי רוזנברג ולאח רוזן, ראיון; ולינסקי.
- ⁶⁰ Mackay, Jemal, Lee and Parkin, *The Cancer Atlas*, pp. 30-31, 34-35, 56-56, http://www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_Cancer_Atlas.asp (19 February 2007); Mackay and A. Mensen, *The Atlas of Heart Disease and Stroke*, pp. 32-33, www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en (19 February 2007).
- ⁶¹ Ikegami, "Merging."
- ⁶² בן נון, סמנכ"ל לכלכלת בריאות, משרד הבריאות, ראיון עם המחברת (20 בפברואר 2007); וינשטיין, ראיון; רוזנברג ורוזן, ראיון; תמר פרד, המרכז הלאומי לחקר מחלות, משרד הבריאות, ראיון טלפוני עם המחברת (8 במרץ 2007); אמיר שמואלי, מכון גרטנר, משרד הבריאות, דוא"ל למחברת (18 בפברואר 2007); משרד הבריאות, מכון גרטנר, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=30&catid=66&PageId=389> (8 למרץ 2007); משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=25&catid=76&PageId=534> (8 למרץ 2007).
- ⁶³ בן נון, ראיון.
- ⁶⁴ ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, *דין וחשבון*, כרך ראשון, דעת הרוב (ירושלים: המדפיס הממשלתי, 1990), עמ' 47-49, 57.
- ⁶⁵ שם, כרך שני, דעת מיעוט, עמ' 3-4.
- ⁶⁶ רון רביע, מנהל כוח אדם ותשתיות, שירות בריאות לציבור, משרד הבריאות, ראיון טלפוני עם המחברת (29 באפריל 2007).
- ⁶⁷ וינשטיין, ראיון.
- ⁶⁸ בן נון, ראיון.
- ⁶⁹ משרד ראש הממשלה, עלות סל שירותי בריאות, החלטה מס. 406 של הממשלה מיום 27.08.2006, הממשלה 31, <http://www.pm.gov.il/PMO/Archive/Decisions/2006/08/des406.htm> (5 ביוני 2007).
- ⁷⁰ אלכס לוונטל, ראש שירות בריאות לציבור, משרד הבריאות, ראיון עם המחברת (6 ביוני 2007).
- ⁷¹ וינשטיין, ראיון.
- ⁷² גור עופר וגבי בן נון, "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, החוק הבריאות והמערכת", מצגת, שקופית 18, <http://www.israelhpr.org.il/FileServer/7775513df7857f642384746f9e6926e4.ppt#18> (29 באפריל 2007).

⁷³ שם. ב-1999 עמד מדד יוקר הבריאות כל כ-130 יחידות.

⁷⁴ רביע, ראיון.

⁷⁵ חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד – 1994, סעיף 21א ותוספת שלישית סעיף 1 (7), <http://www.btl.gov.il/NR/exeres/D5CE1CB2-BE5D-4434-86E0-BB504446211A.htm?lawid=226938> (15 ביוני 2007).

⁷⁶ וינשטיין, ראיון.

⁷⁷ האגודה למען שירותי בריאות הציבור, מידע כללי, <http://www.aguda.co.il> (10 למאי 2007); ועדת הכספים, כנסת ה-17, מושב שני, 11.06.2007, <http://knesset.gov.il/protocols/data/rtf/ksafim/2007-06-11-02.rtf> (4 ביולי 2007).

⁷⁸ ועדת הכספים, כנסת ה-17, מושב שני, 11.06.2007.

⁷⁹ וינשטיין, ראיון.

⁸⁰ שם.

⁸¹ משרד הבריאות, לעתיד בריא 2020, <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=75&catid=651&pageid=3605> (21 בפברואר 2007).

⁸² התקציב הקיים בא מקרן המחקרים של משרד הבריאות, אך לא מתקציב המשרד עצמו. רוזנברג, דוא"ל למחברת (1 באוגוסט 2007).

⁸³ אייל מרטון, אגף תקציבים, משרד הבריאות ודניאל רוטנברג, מרכז תחום תכנון תקציבי, משרד הבריאות ראיון עם המחברת (25 לפברואר 2007).

⁸⁴ Gur Ofer, Miriam Greenstein and Bruce Rosen, "Selecting your Surgeon: the Private–Public Mix in Public Hospitals in Jerusalem; Considerations of Efficiency and Equity", *CESifo Economics Studies*, vol 52, pp. 524-525, March 2006, <http://cesifo.oxfordjournals.org/cgi/reprint/52/3/513> (18 February 2007);

לצורך, חישוב עלויות שר"פ במחירי של היום, נעשה חישוב בגידול במדד לצרכן הכללי מ-31 לינואר 2001 עד 31 לדצמבר 2006. בנק ישראל, "מדד מחירים וציפיות לאינפלציה", מאגר סדרות, מחקר: מדד מחירים לצרכן – כללי, <http://www.bankisrael.gov.il/series/export/excel/?series=CP&start=2001-01&end=2007-03> (22 לאפריל 2007).

⁸⁵ מוטי גל ומערכת וואלה, "השר"פ יתקיים בישראל בכל מצב", וואלה חדשות, <http://news.walla.co.il/?w=/235958/@/@/item/printer> (5 במאי 2007).

⁸⁶ מרטון ורוטנברג, ראיון.

⁸⁷ השופט יוסף שפירא, בית משפט המחוזי בירושלים, בש"א 4300/07, פש"ר 839/03, [http://info1.court.gov.il/Prod03/ManamHTML4.nsf/4277B620D2998183422572C50055AE2A/\\$FILE/6204884DD23ECCE5422572BE0028DB5B.html?OpenElement](http://info1.court.gov.il/Prod03/ManamHTML4.nsf/4277B620D2998183422572C50055AE2A/$FILE/6204884DD23ECCE5422572BE0028DB5B.html?OpenElement) (11 למאי 2007).

⁸⁸ מרטון ורוטנברג, ראיון.

⁸⁹ בן נון, ראיון.

⁹⁰ וינשטיין, ראיון.

⁹¹ מרטון ורוטנברג, ראיון.

⁹² עיבת להלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 57, לוח 6.1. הערה: הלמ"ס מציין שאומדן לגבי רפואה פרטית הוא אומדן עם מהימנות נמוכה.

⁹³ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, <http://www.btl.gov.il/NR/exeres/D5CE1CB2-BE5D-4434-86E0-BB504446211A.htm?lawid=226938> (10 במאי 2007).

⁹⁴ ניר קידר, רכז כלכלת הבריאות במשרד הבריאות, ראיון עם המחברת (28 בפברואר 2007).

⁹⁵ שם; רוני לינדר-גנץ, "חשוב לשים דברים בפרופורציה: סל הבריאות מספק מענה כמעט לכל המחלות בעלות של 28 מיליארד שקל", הארץ (ישראל: הארץ, 06.04.2007).

⁹⁶ קידר, ראיון.

⁹⁷ בן נון, ראיון.

⁹⁸ שלי לוי, "זמני ההמתנה לניתוחים דחופים בבתי החולים" (ירושלים, הכנסת, מרכז מחקר ומידע, 2007), עמ' 7, 9-10, <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/docs/m01699.doc> (18 במרץ 2007); יפעת שי, "זמני המתנה לרופאים מומחים בקופות חולים" (ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע, 2003), עמ' 1, <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/docs/m00556.rtf> (18 במרץ 2007).

⁹⁹ בן נון, ראיון;

wtnh.com, "Families should talk medical history at Thanksgiving, officials say", 8 news channel, *wtnh.com* 8 November 2004, <http://www.wtnh.com/Global/story.asp?S=2536450> (26 March 2007).

¹⁰⁰ ולינסקי, ראיון.

¹⁰¹ אנואר חליף, רפרנט בריאות במשרד האוצר, ראיון עם המחברת (28 בינואר 2007).

¹⁰² מרטון ורוטנברג, ראיון.

¹⁰³ משרד הבריאות, "זכויות תושבי ישראל לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי", <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=73&catid=654&pageid=3839> (8 במאי 2007).

¹⁰⁴ מרטון ורוטנברג, ראיון.

¹⁰⁵ Patricia M. Simone, "Health Care Preparedness and Response Issues", presentation, slide 11, <http://www.hhs.gov/nvpo/meetings/PowerPoints/SimoneNVACApril2005.ppt#1627,11>, US Hospitals by Bed Size (19 March 2007).

¹⁰⁶ Bruce E. Landon and Sharon-Lize T. Normand, *National voluntary consensus standards for ambulatory care: measurement challenges in small group settings* (Boston: Department of Health Care Policy, Harvard Medical School; Division of General Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center; and Department of Biostatistics, Harvard School of Public Health, June 2006), p. 9, http://www.qualityforum.org/pdf/ambulatory/Landon-Normand_paper.pdf (26 March 2007).

¹⁰⁷ האגודה למלחמה בסרטן בישראל, "פעילויות האגודה למען החולים ונגד המחלה", על האגודה, <http://www.cancer.org.il/template/default.asp?textSearch=&maincat=1&catid=115> (26 במרץ 2007).

¹⁰⁸ אלישבע ריפתין, דוברת אגודה ישראלית לסוכרת, ראיון עם המחברת (6 לפברואר 2007).

¹⁰⁹ מרכז רפואי אסף הרופא, סדנא יחודית לטיפול בבעיות לב, <http://www.assafh.org/main.asp?lngCategoryId=3276> (26 במרץ 2007).

¹¹⁰ וינשטיין, ראיון; רשת ערים בריאות בישראל, עלינו, עיר בריאה, <http://www.healthycities.co.il> (24 באפריל 2007).

¹¹¹ ולינסקי, ראיון.

¹¹² וינשטיין, ראיון.

¹¹³ הפקולטה לרפואה על שם סאקלר בשיתוף אתרי רשת רפואה, מכון נטוויזין לחקר באינטרנט, "יחסי חולה-רופא בעידן המכוון", ערב עיון, אוניברסיטת תל-אביב, 12 בפברואר 2007.

¹¹⁴ John Morrison; Niki K. Bergauer, Debbie Jacques; Suzanne K. Coleman and Gary J. Stanziano, "Telemedicine: Cost-Effective Management of High-Risk Pregnancy", *Managed Care Magazine*, November 2001, p. 42, http://www.managedcaremag.com/archives/0111/0111.peer_highrisk.pdf (13 February 2007).

¹¹⁶ WHO, *Preventing chronic disease*, p. 91.

¹¹⁷ Healthy People, About Health People, <http://www.healthypeople.gov> (26 March 2007).

¹¹⁸ WHO, *Preventing chronic disease*, p. 102.

¹¹⁹ WHO, *Preventing chronic disease*, pp. 103.

¹²⁰ 7Company, Health Information, <http://www.7company.com/health-information.htm> (8 May 2007).

¹²¹ Ibid.

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ WHO, *Preventing chronic disease*, p. 93.

¹²⁵ WHO, *Preventing chronic disease*, p. 93.

¹²⁶ ולינסקי, ראיון.

¹²⁷ WHO, *Preventing chronic disease*, p. 93.

¹²⁸ איל "מניעת סוכרת, עתיד בריאות הדור הצעיר בידינו", איל 85 (ראשל"צ: איל, ביטאון האגודה הישראלית לסוכרת, אפריל 2007).

¹²⁹ "רשיון לקופת חולים חמישית", משרד ראש הממשלה, <http://www.pm.gov.il/PMO/Archive/Decisions/2004/09/des2563.htm> (10 למאי 2007).

¹³⁰ ועדת הכספים, כנסת ה-16, מושב שלישי, 22.3.2005, עמ' 22, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/rtf/ksafim/2005-03-22-01.rtf> (10 במאי 2007).

¹³¹ רוני לינדר-גנין, "בתייה"ה הממשלתיים יוזמים הקמת קופת חולים חמישית", *TheMarker*, http://law.themarker.com/tmc/article.jhtml?log=tag&ElementId=skira20070401_844402 (10 במאי 2007).

¹³² האגודה למען שירותי בריאות הציבור, מידע כללי, <http://www.aguda.co.il> (10 במאי 2007).

FELLOWS | KORET
PROGRAM | MILKEN INSTITUTE

תוכנית עמיתי קורת – מכון מילקן
בית מילקן, רחוב תל חי 13
ירושלים, 97102

info@kmifellows.org
www.kmifellows.org