

ינואר 2017

נגישות לשירותי רפואת הקהילה בפריפריה – עמדת הר"י

רקע

זה למעלה ממאה וחמישים שנה מוכר ברחבי העולם קיומו של אי שוויון בבריאות. עובדה זו תועדה בכתבי עת מדעיים זה מכבר, אולם רק בשלושת העשורים האחרונים נתנו דעתן מדינות מפותחות להשלכות החברתיות והכלכליות של אי השוויון בבריאות ובמערכת הבריאות. כך, רופא משפחה אנגלי בשם ג'וליאן טיודור הרט הגדיר בשנת 1971 במאמר רב השפעה, כלל המכונה "Inverse care law", לפיו דווקא לאלו עם צרכי הבריאות הגדולים ביותר, הנמנים לעתים עם הקבוצות המוחלשות בחברה, יש את הנגישות הקטנה ביותר לשירותי בריאות איכותיים.¹ למרבה הצער, 45 שנים לאחר שנוסח, מתאר הכלל נכונה את מצב הבריאות ותשתיות מערכת הבריאות בישראל.

אי שוויון בבריאות בישראל

בישראל יש פערים בהיקף שירותי הבריאות באזורי הפריפריה לעומת אזור מרכז הארץ. אי-שוויון זה הוא חלק מאי-השוויון והפערים בתחומי חיים אחרים בין המרכז לפריפריה, ובהם התעסוקה, החינוך, הרווחה והתחבורה. בפריפריה מתגוררת אוכלוסייה מוחלשת בתחומי חיים רבים, ותחום הבריאות משקף את הרמה החברתית-הכללית של האוכלוסייה וגם מושפע ממנה. במחקרים רבים נמצא כי יש יחס ישר בין מעמד חברתי-כלכלי, ובעיקר רמת הכנסה והשכלה, ובין רמת הבריאות, ומכאן שדווקא לרשות אלה הזקוקים ביותר לשירותי הבריאות עומדת מערכת בריאות בהיקף מצומצם יותר.² נתונים עדכניים של משרד הבריאות ושל הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) מאשרים את קיומו של קשר זה.

כך למשל, בין הערים הגדולות יש פער של כ- 4-2 שנים בתוחלת החיים של תושביהן: ברמת גן וברחובות תוחלת החיים היא הגבוהה ביותר (84.3 ו- 83.3 בהתאמה) ובבאר שבע ובבת ים היא הנמוכה ביותר (81 ו- 80.5 בהתאמה). יש לתת את הדעת על כך כי שתי הערים בעלות תוחלת החיים הגבוהה והנמוכה ביותר סמוכות זו לזו ושוכנות באזור המרכז, ללמדנו כי פערי בריאות אינם נגזרים ממרחקים גיאוגרפיים בלבד, אלא עשויים לנבוע משלל גורמים חברתיים-כלכליים.³

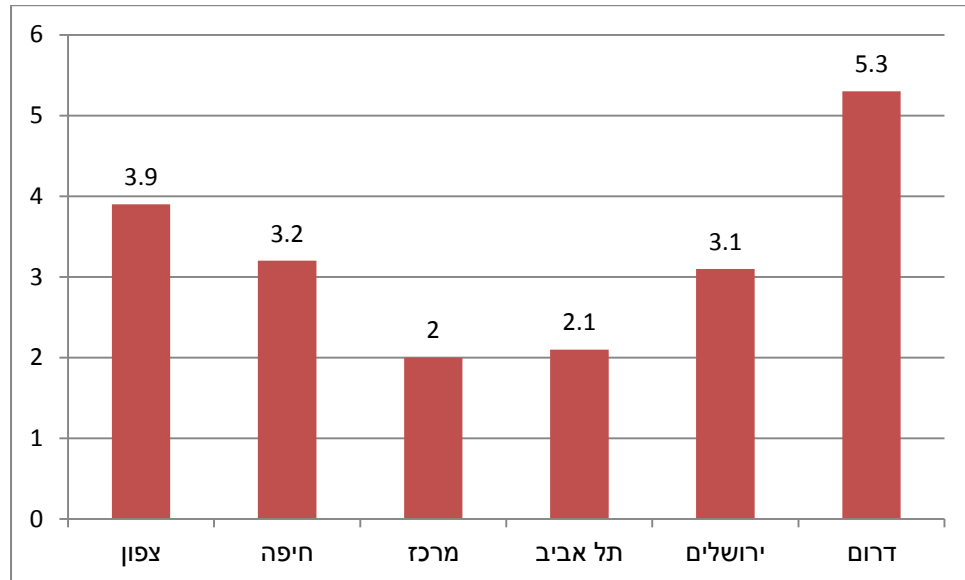
¹ ההסתדרות הרפואית, אי שוויון בבריאות בישראל, פברואר 2008.

² ש. לוי, הקשיים בהגדלת כוח האדם הרפואי בפריפריה, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, ינואר 2011, עמ' 2.

³ משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2015, דצמבר 2015, ע' 27.

על הקשר שבין מיקום גיאוגרפי למדדי בריאות ניתן ללמוד מהתרשים הבא :

תרשים 1 : תמותת תינוקות לאלף לידות חי לפי מחוזות – ממוצע לשנים 2013-2015⁴



מהתרשים עולה כי שיעור תמותת התינוקות במחוזות הצפון והדרום הוא הגבוה ביותר, בעוד שבמחוזות המרכז ותל אביב הוא הנמוך ביותר.

פערים קיימים גם במדדים נוספים: שיעור חולי הסוכרת במחוז צפון גבוה משיעורם במרכז הארץ, ושיעור חולי הסוכרת הבלתי מאוזנים גבוה משאר הארץ. כמו כן, קיימת במחוז זה היענות נמוכה לטיפול תרופתי ולשינוי אורחות חיים, בעיקר במגזר הערבי והדתי.⁵

פערים בין מחוזות קיימים לא רק במדדי בריאות מרכזיים אלא גם בכוח אדם רפואי ובפריסת תשתיות בריאות, כאשר ההשקעה במחוזות הצפון והדרום ביחס לגודל האוכלוסייה היא על פי רוב הנמוכה ביותר, ומפגרת אחר יתר המחוזות.

⁴ משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2016, דצמבר 2016, ע' 10. (עיבוד נתונים)

⁵ א. גרוטו, מ. כהן ו-ו. וקסלר, דוח הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בצפון, משרד הבריאות, 2016, ע' 81.

טבלה 1: פערי כוח אדם ותשתיות בריאות בין מחוזות⁶

מחוז	שיעור רופאים מועסקים ממוצע לאלף נפש (2013-2015)	שיעור אחיות מועסקות לאלף נפש (2013-2015)	שיעור מיטות לאשפוז, כללי לאלף נפש, מתוקנן לגיל (2015)
צפון	2.3	4.4	1.6
חיפה	3.3	6.9	2.2
מרכז	3.4	4.7	1.7
תל אביב	5.1	6	2
ירושלים	3.8	4.1	2.4
דרום	3.1	3.3	1.4

פערים דומים קיימים גם בתשתיות נוספות כגון עמדות ניתוח, מקצועות עזר רפואיים ועוד.

רפואת הקהילה בפריפריה – פערים ומצוקות

מערך רפואת הקהילה זוכה לעתים לתשומת לב ציבורית פחותה מזו הניתנת למערכי רפואה אחרים. אף על פי כן, קשה להפריז בחשיבותה של רפואת הקהילה לבריאות האוכלוסייה. רופאי הקהילה הם אלה שנמצאים בקשר רציף עם מטופליהם, עוקבים אחר מצב בריאותם, ומציעים להם את הטיפול ההולם ביותר את מצבם הרפואי. הם גם בעלי המקצוע העוסקים באופן יומיומי בקידום בריאות וברפואה מונעת בקרב מבוטחי קופות החולים. מכאן שתרומתה של רפואת הקהילה לבריאות האוכלוסייה אינה מוטלת בספק.

רפואת הקהילה בישראל זכתה לשבחים רבים מארגון ה-OECD בדוח שפרסם בשנת 2012 על איכות הטיפול הרפואי בארץ. בדוח נכתב כי לישראל רפואת קהילה ברמה גבוהה ביותר.⁷ יחד עם זאת, שני דוחות שפרסם בשנים האחרונות משרד הבריאות על פריסת שירותי הרפואה בצפון הארץ ובדרומה מעידים על פערים ועל מצוקות בנגישות האוכלוסייה לשירותי רפואה בכלל

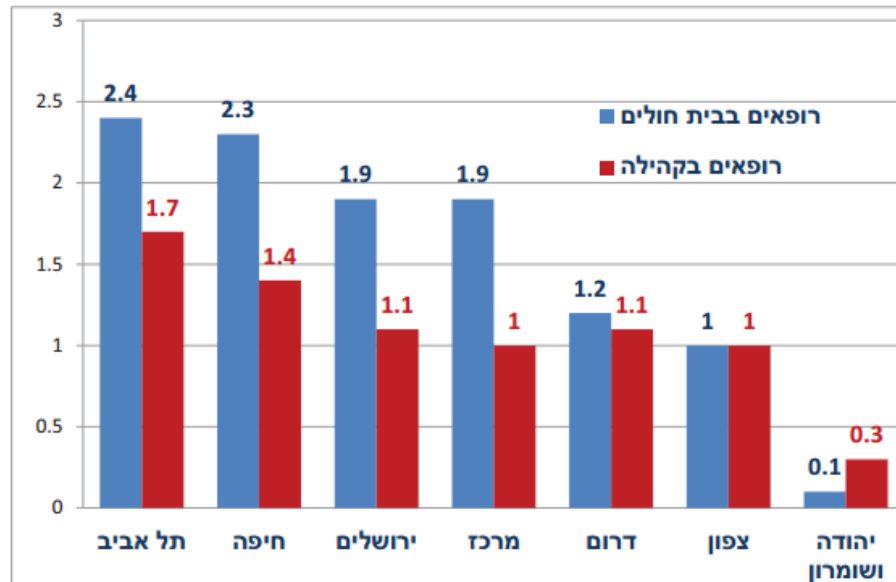
⁶ משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2016

⁷ OECD.

<http://www.oecd.org/israel/israelexcellentprimaryhealthcarebuthospitalsmustimprove.htm> [accessed 28 December 2016].

ולרפואת הקהילה בפרט. מכאן שקיים פער בלתי נסבל בין איכות שירותי הרפואה ליכולתה של האוכלוסייה, או לפחות של חלקים גדולים מתוכה, להיעזר בהם בשעת הצורך.

תרשים 2: שיעור רופאים בקהילה ובבתי החולים לאלף נפש, לפי מחוזות, 2012⁸



מהתרשים עולה כי גם בפילוח שיעור הרופאים לפי מקום עבודתם העיקרי (בית חולים / קהילה) משתקפת נחיתותם של מחוזות הפריפריה לעומת מחוזות המרכז. עוד עולה מהממצאים כי הפערים בין המחוזות ברפואת הקהילה קטנים פחות מהפערים ברפואת בתי חולים.

דוח משרד הבריאות העוסק בשירותי הבריאות בצפון, מתייחס, בין היתר, לשירותי הרפואה בקהילה, ומונה להלן את הפערים ואת המצוקות כפי שהוצגו על-ידי קופות החולים:⁹

- מחסור כללי בשירותי בריאות - קיים מחסור כללי בצפון בכוח אדם ובתשתיות הבאות: מיטות שיקום, מרפאות כאב בבתי החולים, רופאות נשים, רופאים מומחים לגריאטריה (בהם הוגדר המחסור כחמור), רופאי משפחה, רופאי ילדים, מומחים בנוירולוגיה ילדים, קלינאי תקשורת, רפואה פיזיקלית, פסיכיאטריה בקהילה – במבוגרים ובילדים, בפסיכולוגים דוברי ערבית, מחסור במחלקות פסיכיאטריה, באולטרסאונד אנדוסקופי, מכון הקרנות ו-PET CT.

⁸ ע. שמש וחבי', מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל, משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה,

נובמבר 2012, ע' 20.

⁹ א. גרוטו, מ. כהן ו-ו. וקסלר, דוח הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בצפון

- מרפאות כאב: באשר למרפאות הכאב, צוין כי נסגרו מרפאות הכאב בבתי החולים "פוריה" ו"זיו"; אין קבלת מטופלים חדשים במרפאות הכאב ברמב"ם (נכון לזמן כתיבת הדוח); זמן ההמתנה למרפאת הכאב בבני ציון עומד על שנה וחצי.

- אונקולוגיה: באשר לתחום האונקולוגיה צוין כי טיפול קרינתי ניתן בבית החולים רמב"ם בלבד, וטיפול קרינתי פליאטיבי אשפוזי ניתן בבית החולים האיטלקי בחיפה. כמו כן, יש צורך בהנגשת בתי המרקחת למבוטחים בפריפריה ובפתיחת בתי מרקחת חדשים בצפת, בסחנין, בנהריה ובעכו.

בדרום הארץ מצטיירת תמונה חמורה מעט פחות, אך עדיין טעונת שיפור, בעיקר לנוכח גידול האוכלוסייה המשמעותי הצפוי באזור עקב החלטת ממשלה על הליכי פיתוח מואצים בדרום, הגדרת באר שבע כ"בירת הסייבר" ומעבר יחידות צה"ל דרומה – כל זאת בנוסף לריבוי הטבעי.¹⁰

קופת החולים "שירותי בריאות כללית", המבטחת העיקרית בדרום, צופה מחסור עתידי ברופאי משפחה וילדים לאור התפתחויות דמוגרפיות אלה. עד לשנת 2025 יידרשו לפי חישובי הקופה עוד כ- 125 רופאים בתחומי מומחיות אלה, על-פי מפתח התקינה המקובל ב"שירותי בריאות כללית" (רופא ראשוני אחד ל- 1,600 איש). בנוסף, ישנו צפי לפרישה לגמלאות של כרבע מרופאי המשפחה במחוז דרום בעשור הקרוב. פירוש הדבר הוא שיש צורך בגידול של כ-20 רופאים בשנה (בנוסף להגדלת מספר האחיות).

עוד מדווחת הקופה כי ברפואה היועצת המחסור מורגש כבר כיום, כאשר אורכי התורים לרופאי עיניים, עור, אורתופדיה, אף-אוזן-גרון ונשים נעים בין 14-28 ימים. לפי נתוני הקופה, נדרשים כ-24 משרות רופא בתחומים אלה כדי לצמצם את הפער (נכון לשנת 2014).

קופת החולים "מכבי" מדווחת על נתונים דומים: מחסור ברופאי ילדים, נשים, נירולוגיה וכאב ותחומים נוספים, המלווה בזמני המתנה ארוכים. קופת חולים מאוחדת, לעומת זאת, מדווחת על זמינות תורים טובה במרפאות (עד שבועיים), אך גם היא מתריעה כי יש להתכונן לגידול האוכלוסייה הצפוי ולהגדיל את מספר הרופאים ואת מספר המרפאות בהתאם.

על אף נתונים אלה, מעניינת העובדה כי לפי נתוני הלמ"ס, שיעור שביעות הרצון משעות הקבלה של הרפואה היועצת בקרב בני 20 ומעלה במחוזות הצפון והדרום גבוה יחסית (86% ו-79% בהתאמה). הוא אינו נופל משיעורם במחוזות אחרים ואף עולה עליהם. באופן דומה, רמת האמון של תושבי מחוזות הצפון והדרום במערכת הבריאות גבוהה יותר מזו של תושבי תל אביב והמרכז. פירוש הדבר הוא שתושבי הפריפריה נוקטים בעמדה ביקורתית פחות מתושבי המרכז ביחס למערכת הבריאות. אחד ההסברים האפשריים לכך, כפי שסבור גם משרד הבריאות, הוא רמת

¹⁰ משרד הבריאות, הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום – דו"ח מסכם לשרת הבריאות ומנכ"ל משרד ראש הממשלה, אוגוסט 2014.

הציפיות הגבוהה יותר במחוזות המרכז – גישה המאפיינת אוכלוסיות משכילות ומודעות יותר לזכויותיהן. בנוסף, קיומן של קבוצות הסגור של תושבי האזורים הללו, "פורום בריאות צפון" וכן "פורום בריאות דרום, העומדות על המשמר ונאבקות לשיפור שירותי הבריאות בפריפריה, מעידות כי אכן המצב איננו משביע רצון. לפיכך, אנו סבורים כי יש להתייחס במשנה זהירות לנתוני שביעות הרצון ורמת האמון של התושבים ממערכת הבריאות בבואנו להעריך את צרכי המערכת, המצוקות הקיימות והפתרונות הדרושים להן.¹¹

סיכום והמלצות לפעולה

מחויבותה של מדינת ישראל לאספקת שירותי בריאות לאוכלוסייתה הינה נדבך מרכזי בתפיסת עולם רחבה יותר של צדק חברתי – תפיסת עולם הדוגלת בסולידריות חברתית ובערבות הדדית. מכאן שמוסכם כי בכל תחומי השירותים החברתיים, ובוודאי בתחום הבריאות, יש לשאוף לרמה זהה של שירותים ושל רווחה לאוכלוסייה, ואין להפלות חלקים נרחבים ממנה בשל מיקומה הגיאוגרפי. אדרבא, אף יש לפצות ולהגביר את התמיכה החברתית באותם אזורים ויישובים בהם האוכלוסייה פגיעה במיוחד עקב תנאים כלכליים וחברתיים נחותים באופן יחסי.

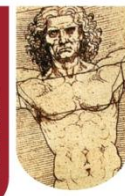
אף על פי כן, ממצאי דוחות משרד הבריאות מצביעים על נגישות לקויה בצפון הארץ ובדרומה לשירותי רפואה בכלל, ולרפואת קהילה בפרט. זהו מצב עניינים אשר לא ניתן להשלים עימו, קל וחומר כאשר הוא מנוגד לרוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, הקובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח..."¹².

לאור נתונים אלה, הר"י קוראת לממשלת ישראל להגדיל את ההשקעה ברפואת הקהילה בפריפריה באופן מיידי תוך יישום הצעדים הבאים (אשר רובם הוזכרו גם בין המלצות דוחות משרד הבריאות):

- **תוספת תשתיות:** פיתוח תשתיות על-ידי בניוי מרפאות ומחלקות במקומות בהם נרשם מחסור והוספת מכשור רפואי כנדרש.
- **תוספת כוח אדם רפואי:** הכוונת סטודנטים וסטאז'רים לרפואה, בין היתר על-ידי מלגות, להתמחות במקצועות הנדרשים ברפואת הקהילה במחוזות הדרום והצפון; משיכת רופאים מתמחים ומומחים למחוזות הפריפריה על-ידי מתן תמריצים (מענקים כספיים, סיוע במגורים, הקלות בתשלומי ארנונה ומשכנתא, מציאת תעסוקה לבני זוג וכדומה); הוספת תקני רופאים בהתאם;

¹¹ משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2016, עמ' 26-29.

¹² חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.



- **ארגון שירותי הרפואה:** יש לשקול אימוצו של מודל "מרפאה אחודה" ביישובים בהם יש מחסור במרפאות קהילה של קופות חולים (מודל זה קיים כיום בחירום). במסגרת מודל זה קופה אחת תיתן שירותי רפואה יועצת לכל הקופות (התחשבות בין הקופות תיערך בהתאם), או שכל הקופות יתנו שירותי רפואה יועצת לכל המבוטחים במסגרת אותה מרפאה. מדובר במודל שלמען יישומו יש לבדוק באופן יסודי את צרכי כוח האדם הרפואי.