

האוניברסיטה העברית בירושלים

בית הספר למדיניות ציבורית

איחוד שירותי הרפואה המונעת והרפואה הטיפולית בישראל

נייר מדיניות

מגישים:

הילה בארי, 043547652

אמיל לוינסקי, 313799462

זהבית עין דור, 043444066

אמאל שחאדה, 039384433

שלומי שריקי, 036357903

ירושלים – 3.5.2007

תקציר מנהלים:

היום מספקות תחנות טיפות החלב, המופעלות על ידי משרד הבריאות, שירותי רפואה מונעת לכ- 140,000 תינוקות (עד גיל שנה) ולכ-600,000 פעוטות (מגיל שנה ועד גיל 6) בשנה. שירות הרפואה המונעת בישראל נחשב לאחד הטובים בעולם נוכח שיעור הכיסוי החיסוני הגבוה, שיעור תמותת התינוקות הנמוך ותחלואת החיים הגבוהה. עם זאת, למרות ההצלחה הרבה, במהלך 15 השנים האחרונות עולה שוב ושוב הדיון בסוגיית הפרטת טיפות החלב, קרי איחוד השירותים הטיפוליים והמניעתיים במסגרת שירותי קופות החולים.

כל הגורמים הקשורים למערכת הבריאות מזהירים כי איחוד השירותים ייצור מצב בו תינתן עדיפות לרפואה טיפולית על פני רפואה מונעת הן על ידי הרופאים בשטח והן ברמה מערכתית, על ידי מנהלי קופות החולים. פועל יוצא של סדר עדיפויות זה יוביל בהכרח למצב בו שיעור התחלואה בטווח הקצר והארוך יעלו, ושיעור הכיסוי החיסוני ירד. כמו כן איכות השירות המניעתי תרד היות וזמן ההנחיה שמקבלים הורים יתקצר וההנחיה תוענק על ידי כ"א פחות מיומן. בסופו של דבר ישראל תמצא את עצמה מתדרדרת במדדי הבריאות בהם היא מתפארת היום. גם הרצון לקצץ במשאבים לא יצלח היות וההוצאה הלאומית על רפואה טיפולית תעלה, כפי שמראים ניסיונות דומים בעולם להפרטת שירותי רפואה מונעת. בנוסף, העברת השירותים לידי קופ"ח תוביל לאובדן ערכים של אוניברסאליות ושוויון על בסיסם מוענקים השירותים היום.

מודל איחוד השירותים המוצע כיום אינו מכיל כלים על מנת לוודא שקופות החולים אכן תעמודנה בקריטריונים מסוימים באופן שימנע את התופעות הבלתי רצויות המפורטות לעיל. במודל העתיד לצאת לפועל לא נכללים מערכת תקנים ארצית והוראות למערכת דיווח אחידה. כמו כן אין תכנון מוקדם של יחידה להערכה ובקרה של שילוב השירותים. בעבודה זו נציע חלופה אפשרית למודל איחוד השירותים הנוכחי. החלופה שלנו הנה מערכת תקצוב דיפרנציאלי, על פיה יתוקצבו קופות החולים בהתאם לעמידה בקריטריונים שנבחרו ויבוקרו על ידי משרד הבריאות. רמת העמידה בקריטריונים תזכה כל קופת חולים בתקציב הכולל 'פרס או קנס', בהתאם לעמידתה בקריטריונים.

רקע:

תחנת טיפת חלב הראשונה הוקמה בירושלים בשנת 1921 על ידי ארגון נשות הדסה. שמה היה "מרכז בריאות" ומטרתה היו הדרכת נשים הרות ואמהות, חלוקת חלב מפוסטר לתינוקות, שיפור המצב הבריאותי של תושבי היישוב היהודי, וצמצום התחלואה ותמותת התינוקות. עם הקמת המדינה הועברו תחנות טיפות החלב לאחריותם של משרד הבריאות ושל שבע רשויות מקומיות גדולות. הגידול באוכלוסייה הביא להקמת רשת ארצית של תחנות, וזו העניקה מאז ועד היום שירותי רפואה מונעת באופן אוניברסאלי ללא התניית לאום, דת, תושבות או חברות בקופ"ח. כיום פועלות בארץ כ- 500 תחנות טיפות חלב, השייכות למשרד הבריאות ומהוות 70% מכלל שירותי הרפואה המונעת. 30% התחנות הנותרות פועלות באחריות קופות החולים¹. התקן שנקבע על ידי משרד הבריאות הוא: אחות ל- 75 תינוקות, 565 פעוטות ו- 50 נשים הרות. בפועל אחות מטפלת במעל ל- 100-120 תינוקות².

מזה שנים מתקיימת מחלוקת בנוגע לסוגיית "הפרטת" טיפות החלב, קרי העברת שירותי הרפואה המונעת לידי קופות החולים, ואיחודם עם שירותי הרפואה הטיפוליים. הגורמים המצדדים באיחוד, ובעיקר משרד האוצר, טוענים כי איחוד השירותים יחסוך משאבים רבים עקב ביטול כפילויות שקיימות כיום במתן השירותים³. טענה נוספת שמציב משרד האוצר היא שלא יתכן שמשרד הבריאות, שהוא רגולאטור, יעניק את השירותים ויבקר את עצמו. איחוד השירותים יעביר את תפקיד הספק מידי משרד הבריאות לידי גורמים שאכן מתמחים במתן שירותים ולפיכך אין ספק כי רמת השירותים תעלה. בנוסף, דבר זה יאפשר למשרד הבריאות להתרכז ברגולציה⁴. כמו כן נטען כי האיחוד ייצור רצף טיפולי ועל ידי כך יאפשר נטילת אחריות בידי גורם רפואי אחד ואפשרות למעקב לאורך כל הטיפול.

מנגד טוענים כמעט כל הגורמים הרפואיים, ביניהם איגוד אחיות טיפות חלב, השירות לאם ולילד בשירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות, שלושת איגודי רופאי הילדים ועוד, כי במצב של מצוקה תקציבית יעניקו מנהלי קופות החולים עדיפות לשירותי הרפואה הטיפוליים על פני אלו המניעתיים⁵. קל להבין הסבר זה גם ברמת הטיפול היומיומי שהרי רופא יעניק קדימות לטיפול בילד חולה על פני מתן הסברים לאם על אופן השכבת תינוקה. יש לזכור כי האוריינטציה של רופאים בקופות חולים היא טיפולית, והכשרתם המקצועית איננה רפואה מונעת. סביר לפיכך כי איכות שירותי הרפואה המונעת תרד במשך הזמן⁶.

המתנגדים להפרטה מוסיפים ומדגישים כי אין הגיון באיחוד השירותים אם המטרה היא חסכון במשאבים, זאת משום שהן בטווח הקצר והן בטווח הארוך תעלה התחלואה בישראל עד כדי כך שההוצאה הלאומית על רפואה טיפולית תעלה על ההשקעה שהייתה נדרשת לרפואה מונעת. בנוסף,

¹ ברק מדינה, א. תחנות לבריאות המשפחה.

² לוי, ב., זולפן, י. תחנות לבריאות המשפחה: אחריות, תקצוב ותקינה.

³ ברק מדינה, א. תחנות לבריאות המשפחה.

⁴ ראיון עם מר יובל פרידמן, רפרנט בריאות באגף התקציבים, משרד האוצר.

⁵ ברק מדינה, א. תחנות לבריאות המשפחה.

⁶ ראיון עם פרופ' יונה אמיתי, מנהל המחלקה לאם, לילד ולמתבגר במשרד הבריאות.

הרי שמערך רגולציה מצריך גם הוא כסף ומשאבים, ויש לציין בהקשר זה כי מעולם לא קרה בישראל שספק שירותים (קופת חולים) שלא ביצע את עבודתו לא קיבל תקציב. עוד נטען כי שירות הרפואה המניעתי בישראל פועל בהתאם לערכים של אוניברסאליות, ועל פי קריטריונים של נגישות וזמינות, שספק אם ימשיכו להתקיים ברגע שהשירות יועבר לידיהן של קופות החולים, הפועלות על פי שיקולי רווחיות.⁷

על רקע טיעונים אלו התקיימו לאורך השנים דיונים חריפים בסוגית האיחוד, המשתקפים בהחלטות ההפכפכות שהתקבלו, ובמציאות שהתקיימה במקביל להן: בינואר 1988 החליט משרד הבריאות לשלב את שירותי הרפואה המונעת עם שירותי הרפואה הטיפולית במסגרת קופות החולים. החלטה זו התקבלה על רקע הצהרת אלמה אטה משנת 1978 שהדגישה את חשיבות מתן הטיפול הרפואי לאם ולילד כחלק אינטגרלי מהטיפול הרפואי הראשוני, ועל רקע קביעת ארגון הבריאות העולמי בשנת 1985 "בריאות לכל בשנת 2000".⁸ 83 תחנות טיפות חלב שולבו בקופ"ח כללית בעקבות החלטת משרד הבריאות. בשנת 1990 הגישה ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת מבנה הרפואה בישראל בראשות השופטת שושנה נתניהו המלצות לאחד את השירותים במסגרת קופות החולים. הועדה הדגישה שיש לנסח מערכת תקנים ארצית לשירותי רפואה מונעת והוראות למערכת דיווח אחידה שתחייב את כל הקופות, וכן להקים יחידת הערכה ובקרה לשילוב השירותים. בעקבות ועדת נתניהו נחקק ב-1995 חוק ביטוח בריאות ממלכתי שאימץ את מסקנות הועדה ופירט בין היתר את השירותים שיסופקו על ידי הקופות. עם זאת, במציאות האיחוד לא התרחש. בשנת 1996 נחקק תיקון מס' 4 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר קבע כי שירותי הרפואה המונעת יינתנו, כבעבר, על ידי משרד הבריאות. ב-2002 קבעה ועדה ממלכתית אחרת, ועדת אמוראי, ששירותי הרפואה המונעת יהיו ממלכתיים ובמימון ציבורי מלא, וזאת כאמור בניגוד להמלצות ועדת נתניהו. הועדה המליצה על המשך ההפרדה בין השירותים והוסיפה כי הקמת רשות ארצית לטיפות חלב עשויה להיות הפתרון האופטימאלי, שבו משרד הבריאות מהווה גורם מנחה ומפקח בלבד. נכון להיום, מעמדן של טיפות החלב מאוד לא ברור. במרץ 2007 תוכנן להתחיל פיילוט של איחוד השירותים בעיר מודיעין. ימים ספורים לפני החלתו של הפיילוט הצהיר ראש הממשלה, אהוד אולמרט, כי שירותי הרפואה המונעת לא יאוחדו עם שירותי הרפואה הטיפולית.⁸ הצהרה זו פוליטית, לעניות דעתנו, ונראה כי לא שינתה את עמדת משרד האוצר בעניין, אשר ממשיך לפעול לקידום הפיילוט,⁹ על אף הקפאתו. בהוראת רה"מ הוקמה ועדה לבחינת השתלבות השירות המניעתי בתוך מכלול שירותי הבריאות.

7 ראיון עם פרופ' יונה אמיתי, מנהל המחלקה לאם, לילד ולמתבגר במשרד הבריאות
8 כתבה ב- 12.2.07 <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3363930,00.html>
9 ראיון עם מר יובל פרידמן, רפרנט בריאות באגף התקציבים, משרד האוצר.

מסקנות מהעולם:

מערכות הבריאות בעולם נחלקות שני סוגים עיקריים:

1. מערכות בהן קיימת **מערכת לאומית מרכזית** דוגמת צרפת, קנדה ובריטניה. בבריטניה, ממנה שאוב רעיון האיחוד, הועברו שירותי מתן החיסונים ב-1974 מהרשויות האזוריות לבריאות אל שירות הבריאות הממלכתי. ב-2001 במסגרת דיוני הפרלמנט הבריטי נקבע כי לא ברור אם המעבר מוצלח אולם ברור שמה שחשוב זה תפישת הגוף שמעניק את השירותים ומידת הצלחתו של ספק השירותים ביצירת ממשק רב מערכתי ורב ארגוני. כמו כן הודגש שחשוב לא לערער את המערכת על ידי שינויים ארגוניים. בפועל, תוך 5-6 שנים ירד הכיסוי החיסוני לכ-60%, דבר שהוביל לכך שכ-10% (!) מההוצאה הלאומית לבריאות בבריטניה מיועדים לתמרוץ רופאי משפחה לעסוק ברפואה מונעת¹⁰.
2. מערכות בהן קיים **שילוב בין המערכת הממשלתית, המקומית והפרטית**, כלומר מערכות בהן השירותים ניתנים על ידי מספר ספקים, דוגמת ארה"ב. הטענות המושמעות נגד המערכת בארה"ב הן שהממשל לא עושה די ואיננו דומיננטי מספיק בקביעת מדיניות, שאין רישום מרכזי של פעולות המכוונות לכלל האוכלוסייה (דוגמת חיסונים), שאין מעקב אחר האוכלוסייה ושקיים חוסר שוויון בין אוכלוסיות שונות¹¹.

הבנק העולמי, המהווה גורם מוביל בתהליכי הפרטה בעולם, טוען גם הוא נגד ביזור שירותים כגון חיסונים במאמר שפורסם ב-2004¹². המחקר מאשש מחקרים קודמים של הבנק העולמי על פיהם לביזוריות יש השלכות שליליות על שירותים שהם בעלי השפעות חיזוניות, החוצות תחומי שיפוט, ובעלי מאפיינים ציבוריים. שירות החיסונים הינו בעל שני המאפיינים הנ"ל, היות וחיסון של אוכלוסייה אחת משפיע גם על אוכלוסיות סביב, ומשום שלמתן חיסונים מתלווים מוצרים ציבוריים כגון מעקב אחר מחלות, תוכניות בריאות ועוד, שהם מוצרים שלא ניתן לחלקם באופן אינדיבידואלי וכלל הציבור נהנה מהם. הבנק העולמי מגיע למסקנה כי חיסון, שהינו מוצר שסובל מכשל שוק, יחשב לכישלון במערכות ביזוריות מהסיבות הבאות:

1. מקבלי ההחלטות ברמה המקומית יחליטו לרוב לנהוג על פי גישת "הרוכב החופשי" (free rider), תוך ניצול ההשפעות החיצוניות של החיסון ברשויות סמוכות, ולהשקיע פחות בשירותים חיסוניים בשטחי השיפוט שלהם.
2. מידע אסימטרי בין הקהילה ובין הרשויות המקומיות יוביל לכשל בנשיאה באחריות על ידי הגורמים הרלוונטיים.

¹⁰ איחוד שירותי רפואה פרבנטיביים וקורטיביים.

¹¹ ראיון עם ד"ר מילכה דונחין, ביה"ס לבריאות הציבור.

¹² Decentralization and public services: the case of immunization, P. Khaleghian, Development Research Group – The World Bank. 2004

3. היות ואף גורם לא ציבורי לא יספק שירותים חיסוניים, נוצר מצב שהרשות המקומית היא הספק היחיד. הדבר מגביל את יכולת הציבור להחליף ספק, ובהתאם מונע מהרשות המקומית לקבל סימנים מהציבור על איכות השירות.

בנוסף לנאמר לעיל, המאמר מציג נתונים כמותיים המצביעים על כך שביזוריות תוביל לירידה בכיסוי החיסוני במדינות בעלות תמ"ג בינוני לנפש (אם כי במדינות בעלות תמ"ג נמוך לנפש ההשפעה היא הפוכה).

התמונה איננה לחלוטין פסימית ונראה כי הביזוריות כן תורמת בארצות בעלות אוכלוסיות אתניות שונות, אז ישנה אפשרות לרשות המקומית להתאים את השירותים למקבלי השירות בשטחה. עם זאת, כותבי המאמר מדגישים כי ההשלכות השליליות עולות על אלו החיוביות וכי בסך הכול החיסון, בפרט במדינות בעלות הכנסה בינונית, מגיב באופן שלילי לרפורמות ביזוריות.

התופעות הבלתי רצויות, הנובעות מאיחוד השירותים המניעתיים עם השירותים הטיפוליים, הן:

1. בטווח המיידי תינתן עדיפות לרפואה הטיפולית: כפי שטענו לעיל, כל קיצוץ או פגיעה במשאבים של קופות החולים תבוא לידי ביטוי קודם כל ברפואה המניעתית. כמו כן, באופן טבעי, הרופאים מוכוונים לרפואה הטיפולית ויעדיפו תמיד לטפל בילד חולה על פני הענקת הדרכה לאם.

2. איכות השירות המניעתי תרד: זמן ההנחיה שמקבלים הורים ירד, כ"א פחות מיומן יעניק את השירות וכדומה – תופעה זו נובעת מאוריינטציה טיפולית של רופאים, מיעוט הכשרות, כוונת קופות החולים לצמצם תקנים לשירות המניעתי, שיטת התקצוב בקופות החולים על פיה רופא מתוקצב על פי מספר המטופלים שלו ולא על פי מספר המפגשים שלו עמם.

3. ירידה בכיסוי החיסוני: באנגליה ירד הכיסוי החיסוני ל- 60% לאור איחוד השירותים¹³.

4. שיעור התחלואה בטווח הארוך יעלה – לאור הפגיעה באיכות השירות ולאור הירידה האפשרית בכיסוי החיסוני.

5. שיעור התחלואה בטווח הקצר יעלה: אחת ממטרות האיחוד היא לחסוך במשאבים ולכן איחוד השירותים משמעו גם מתן השירותים באותו המקום. עם זאת, הימצאות של ילדים חולים לצד ילדים בריאים, ואף הימצאותם באותו המקום ולא באותו הזמן, תביא לעלייה בשיעור התחלואה.

6. ההוצאה הלאומית על רפואה תעלה: טיעון זה לקוח מהניסיון הקיים בנושא באנגליה. משרד האוצר בארץ לא ערך בדיקת עלויות מקיפה, אלא מתמקד בצמצום ההוצאה הציבורית.

7. אובדן האוניברסאליות של השירות המניעתי: אוכלוסיות חלשות יוזנחו – קופות החולים הן ארגונים ציבוריים אך לא ממלכתיים. כתוצאה מכך ייזנחו אזורים שהם פחות רווחים לקופות. למשל, יישובי הבדואים בדרום¹⁴.

¹³ איחוד שירותי רפואה פרבנטיביים וקורטיביים.

¹⁴ ראיון שנערך עם פרופ' אמיתי, מנהל המחלקה לאם, לילד ולמתבגר במשרד הבריאות

הבעיה: מבנה ההפרטה שהתקבל ועתיד לצאת לפועל אינו תואם את המטרות והצרכים של שירותי הרפואה המונעת.

מתוך התופעות הבלתי רצויות שהצגנו, אפשר ללמוד כי לדעתנו העברת שירותי הרפואה המונעת לאחריות קופות החולים היא בעייתית ועלולה לפגוע באופן חמור בשירות עצמו וכתוצאה ישירה מכך, בכלל הציבור בישראל. יחד עם זאת, לאור הקביעה שאכן יאוחדו השירותים, החלטנו להתייחס למצב זה כמצב הקיים בשטח. טענתנו, אם כן, שתפקידנו הוא להציע פתרונות כיצד לוודא שמעבר זה לא יביא לקיומן של התופעות הבלתי רצויות אשר תיארונו לעיל.

העברת שירותי הרפואה המונעת במודל המוצע כיום לא כוללת כלים לזיווא עמידת קופות החולים בקריטריונים. כמו כן, אין במודל זה מערכת תקנים ארצית והוראות למערכת דיווח אחידה. אין תכנון מוקדם של יחידה להערכה ובקרה של איחוד השירותים. אם כן, מודל זה לא מבטיח הגנה מפני קיומן הלכה למעשה של התופעות הבלתי רצויות.

מחסור בקריטריונים לעמידה בדרישות וכן במערך בקרה שיוודא את העמידה בקריטריונים בפועל עלול לגרום לירידה בכיסוי החיסוני, פגיעה בתקני האחיות הנדרשים לביצוע המשימה, צמצום ההדרכות לצוות הרפואי, צמצום השירות המניעתי למינימום, העדפת מתן שירות טיפולי על פני שירות מונע ועוד.

בעבודתנו נציע מספר חלופות למימוש איחוד השירותים, תוך קיום בקרה ופיקוח, במטרה למנוע את קיומן של התופעות הבלתי רצויות.

חלופה מס' 1: תקציב דיפרנציאלי לקופ"ח

הצעה זו מעמידה את משרד הבריאות כרגולאטור אשר ייקבע איזה תקציב יועבר לקופות החולים, בהתאם לעמידתן בדרישות מסוימות. השיטה מאתגרת את קופות החולים לעמוד ואף לעבור את ההישגים הנוכחיים של השירות, שנכון להיום מוגדר כשירות מוצלח גם לפי סטנדרטים בינ"ל. הדבר מתאפשר על ידי תקציב דיפרנציאלי, כלומר אם קופת חולים תעניק שירותים שהם ברמה מעבר לנדרש בקריטריונים היא תקבל בונוס תקציבי. קופה שלא תעמוד ביעדים תקבל תקציב המגלם בתוכה קנס. למעשה, התמריץ התקציבי מדרבן את קופות החולים לפעול על פי יעדי משרד הבריאות, וחוסך לו השקעת מאמצים ברגולציה, שכנוע ואיומים. הכסף יעשה את העבודה בשמו. גובה התקציב נקבע באופן הבא: כל מדד ביצוע קיבל משקל יחסי¹⁵ בהתאם לסדר החשיבות שלו וליכולת השירות להשפיע עליו. כל שנותר לרגולאטור לעשות הוא להכפיל את הציון במשקל היחסי של אותו מדד ובהתאם לכך לקבוע את התקציב:

¹⁵ בהתאם למשקל היחסי שקבעו צוות מומחים, שהתבסס על ספרות מקצועית וידע שנצבר עם השנים. ממצאי הצוות הוצגו בעבודה איחוד שירותי רפואה פרבנטיביים וקורטיביים, ביה"ס לבריאות הציבור. במסגרת עבודתנו שילבנו את מרבית המדדים מעבודה זו והוספנו אחרים בהתאם לשיקול דעתנו. את המשקל היחסי שינו לפיכך באופן פרופורציונאלי.

נכשל ציון זה מצביע על חוסר הצלחה של קופות החולים לעמוד במדדים שנקבעו להם ואף החמרה במצב, לפיכך תקציב זה משקף קנס לקופות החולים. התקציב: 40 מליון ₪.

טוב ציון זה מצביע על עמידה במדדים שנקבעו ולפיכך משקף את התקציב שהוסכם עם קופות החולים. התקציב: 50 מליון ₪*.

מצוין ציון זה מצביע על עמידה בתנאים שנקבעו ואף שיפור המצב הקיים. לפיכך תקציב זה משקף בונוס לקופות החולים. התקציב: 60 מליון ₪.

*התקציב הנ"ל נקבע על פי החלטת הממשלה להקצות ב-3 השנים הראשונות למעבר 150 מליון ₪. לאחר 3 השנים הראשונות יהיה צורך לבחון מחדש, וכנראה להקטין, את התקציב. התקציב לעיל מבטא תקציב ל-4 קופות החולים ויחולק ביניהן בהתאם לגודלן היחסי.

כל קופת חולים תבחן בכל מדד בהתאם למבוטחיה בלבד. כך כל קופה תתוגמל בהתאם להישגיה ולא יקרה מצב בו תפקוד של קופת חולים אחת ישפיע על תקצוב של קופות אחרות. בדרך זו נמנע מצב בו קופת חולים אחת גורמת לירידה כללית בכיסוי החיסוני בארץ, וקופות החולים האחרות נאלצות לשלם על כך בבונוס שלהן או אף בקנס. כל קופה תיבחן על פי אחוז המבוטחים שלה מכלל הציבור בארץ.

הטבלה המצורפת מציגה את כלל הקריטריונים. לקריטריונים אלו הוספנו את רמות העמידה האפשריות, עבור כל קריטריון. פירוט המסביר את רמות העמידה האפשריות עבור כל קריטריון מצורף בנספח מס' 1. בנוסף למדדים שבטבלה, קיימים מדדים נוספים שרצוי שהרגולאטור ישים עליהם דגש בעת בחינת הביצועים של קופות החולים. מדדים אלו הם: יישוג¹⁶, שביעות רצון צוות האחיות והרופאים וקשר קופות החולים עם מוסדות חינוך, רשויות מקומיות, מתנ"סים.

בטבלת הקריטריונים ניתן למצוא התייחסות לכל אחת מהתופעות הבלתי רצויות עמן אנו מתמודדים בעבודה זו. באמצעות התמריץ התקציבי, וכן הפיקוח הצמוד שיתקיים על ידי משרד הבריאות אנו מציבים רף גבוה ומחייב לקופות החולים, ובכך מאפשרים העברת השירות לקופות החולים תוך שמירה על רמת שירות גבוהה ומניעת קיומן של התופעות הבלתי רצויות.

¹⁶ יישוג – ערך ליבה בשירות המניעתי. פירושו שהשירות אינו ממתין לתושב שיפנה אליו, אלא פונה מיוזמתו לתושב.

קריטריונים לשירות הרפואי המניעתי הניתן על ידי קופות החולים

המדד	פירוט	משקל יחסי	תוצאות בשטח לאחר העברת השירותים	ציון
תמותת תינוקות	מדובר במדד אוניברסאלי חשוב ביותר, אם כי לא מושפע רבות מהשירות	16	עלייה של עד 0.5 באזורים קשים (מעל הממוצע הארצי), או עלייה בממוצע הארצי של יותר מ-0.2.	נכשל
			שמירה על הממוצע הארצי, או ירידה בין (-0.5) ל-0 באזורים הקשים.	טוב
			הורדת ממוצע ארצי בין 0 ל-0.2 או ירידה של 0.5 ומעלה באזורים הקשים.	מצוין
שיעור כיסוי חיסוני	נחשב לפעילות מרכזית של בריאות הציבור ורפואה מונעת. מושפע מאוד מאופי השירות	26	שיעור כיסוי חיסוני 75-85%	נכשל
			שיעור כיסוי חיסוני 85-92%	טוב
			שיעור כיסוי חיסוני 92-97% (מצב קיים)	מצוין
משפיעי היענות לשירות	גיל התינוק בביקורו הראשון בתחנה הוא עד חודש, על פי המלצת משרד הבריאות.	3	80% ומטה	נכשל
			80-85%	טוב
			85% ומעלה	מצוין
	נגישות (מידת הפריסה של השירותים)	6	תחנה לכל 450 תינוקות ומעלה	נכשל
			תחנה לכל 350-450 תינוקות	טוב
			תחנה לכל 350 תינוקות	מצוין
	מספר ביקורים לתינוק בשנה הראשונה	11	4 ביקורים ומטה	נכשל
			4-7 ביקורים	טוב
			7 ביקורים ומעלה	מצוין
	זמינות (שעות פעילות)	1	35 שעות שבועיות ומטה	נכשל
			35-40 שעות שבועיות	טוב
			40 שעות שבועיות ומעלה	מצוין
	שיעור ביצוע הדרכות לאמהות בנושאי תזונה, תנוחת השינה של התינוק ועוד.	8	אישה תעבור בממוצע פחות מ-5 הדרכות.	נכשל
			אישה תעבור בממוצע 5-5.5 הדרכות מתוך השמונה.	טוב
			אישה תעבור בממוצע 5.5 הדרכות ומעלה מתוך 8 ההדרכות.	מצוין
הפרדה בין שירות מניעתי לשירות טיפולי	מידת שביעות רצון הלקוחות	16	אחוז המרוצות מאוד מתחת ל-50%.	נכשל
			אחוז המרוצות מאוד בין 50-60%.	טוב
			60% ומעלה מרוצות מאוד.	מצוין
	יחס מטופלים לצוות	3	אחות ל-100 ומעל תינוקות	נכשל
			אחות ל-75 עד 100 תינוקות	טוב
			אחות ל-75 תינוקות (התקן לפי הנוהל האחרון של משרד הבריאות, מ-1993)	מצוין
	הפרדה בין השירותים מונעת הדבקה ויוצרת התייחסות רצינית יותר לשירות מניעתי.	10	אין כל הפרדה	נכשל
			הפרדה בשעות הפעילות	טוב
			הקצאת מבנים נפרדים	מצוין

חלופה מס' 2: הקמת סוכנות ביצוע - Executive agency

הקמת סוכנות ביצוע משמעה העברת השירות ממשרד הבריאות לידי סוכנות הביצוע, תוך כדי ביטול טיפות החלב ותוך שימת דגש על הבחנה דיכוטומית בין עיצוב מדיניות ליישומה.

מאפייני סוכנות הביצוע:

הסוכנות מקבלת על עצמה תפקידים שבוצעו קודם לכן על ידי משרד ממשלתי (בדומה למודל "בנייה מחדש" באנגליה PR – Business Process Redesign). עיצוב המדיניות, הגדרת המטרות והאחריות הכוללת נותרים בסמכותו של המשרד הממשלתי הממונה על התחום¹⁷.

שיטת הסוכנויות, המיושמת היטב באנגליה, הביאה להורדה משמעותית במספר המועסקים בשירות הממשלתי, מחד ולגידול דרמטי בתפוקות השירות הממשלתי, מאידך. זהו ניסיון לשלב את יתרונות ההפרטה של המגזר העסקי עם היתרונות של השירות הציבורי, על ידי יצירת ארגונים אוטונומיים הפועלים על פי עקרונות של המגזר העסקי, בלי הצורך בעשיית רווחים, העלול לבוא על חשבון הציבור.

בשיטה זו ישנה הפרדה דיכוטומית מבנית בין הפוליטיקה למנהל ומשמעה הפחתה במעורבות הפוליטיקה בסוכנות הביצוע. מטלות הביצוע מועברות מידי הבירוקרטיה לסוכנויות כך שאין מנגנונים בירוקרטים מסורבלים והנושאים הדורשים טיפול מטופלים לאלתר¹⁸.

כמו כן מתאפיינת שיטת סוכנויות הביצוע באוטונומיה ניהולית. האחריות להשגת היעדים מוטלת על מנכ"ל הסוכנות, שמקבל סמכויות נרחבות לשם כך, ולכן העבודה מתבצעת על הצד הטוב ביותר. כל עובד בסוכנות יודע מה היעד שלו ומה הוא צריך לבצע.

לסוכנות תחום סמכויות ואחריות מוגדר וברור – כל מנכ"ל של סוכנות ביצוע יודע בדיוק את סמכויותיו. יעדיה ומשימותיה ברורים ומוגדרים אופרטיבית בהסכם מסגרת המגדיר יעדים ברורים וקריטריונים להשגתם, במסגרת לוח זמנים מפורט – העובדים בסוכנות הביצוע יודעים אלו פעולות הם צריכים לבצע. הם אמורים לשרת את המדיניות המעוצבת על ידי הנבחרים ללא תלות בדעותיהם ותפישת עולמם. לפיכך, הסגל המנהלי קבוע ונותר בתפקידו גם בעת חילופי ממשל. יתרון מובהק של השיטה הוא הצטברות של מומחיות וזיכרון ארגוני אצל אנשי המנהל.

בנוסף, בשיטה זו קיימים אלמנטים של ניהול עסקי (תכניות עסקיות, דו"חות שנתיים, אמנות שירות). מעל לכל ישנה שקיפות לגבי מה מגיע לציבור, וזה בגלל קיום אמנת שירות שיוצרת מחויבות כלפי הציבור.

אופי הקשר בין הסוכנות למשרד הממשלתי:

למשרד הממשלתי, במקרה שלנו משרד הבריאות, הסמכות להחליט על הקמת סוכנות. המשרד הממונה על הסוכנות הנו בעל סמכויות בנושאים הבאים:

¹⁷ קורס ביסודות המינהל הציבורי.

¹⁸ פרוטוקול מס' 310, משיבת ועדת הכלכלה-הצעת חוק הגנת הצרכן (תיקון - הרשות לסחר הוגן), תשס"ד-2004

1. מסגרת המדיניות המגדירה את מטרותיה של הסוכנות.
2. הגדרת יעדים (מועצה מייעצת) – לאלו יעדים צריכה הסוכנות להגיע.
3. הקצאת משאבים לסוכנות.
4. מפקח/מבקר את פעילות הסוכנות – אך לא ביקורת יום יומית, מקנים אוטונומיה ניהולית. אחריות – לשר הממונה אחריות פרלמנטארית על הנעשה בסוכנות ולפיכך עליה להגיש דו"ח לשר על פעילותיה. בעצם מתאפשרת ביקורת כפולה של השר ושל הפרלמנט. לאור הנאמר לעיל, ראוי להדגיש כי לסוכנויות אוטונומיה רחבה ההולכת וגדלה ככל שפעולתה מקצועית יותר. זאת, היות והשר לא מקצועי בד"כ ולפיכך הוא אינו יכול להתערב בפעולותיה. קווי הממשק שנוצרים בין הממשלה לסוכנות הביצוע, הם כך שהסוכנות מבצעת את המדיניות הממשלתית, ובסוף השנה מראה שאומנם פעלה על פי המדיניות שהותוותה לה. בהשלכת המודל לעיל על נושא טיפות החלב, הרי רצוננו הוא להקים גוף אשר יפעיל את השירות המניעתי בעצמו, יחליף את טיפות החלב ויתופעל ע"י רשויות מקומיות, ספקי שירות כמו בתי"ח ורופאים עצמאיים, בין אם בנפרד או בשלובים שונים. משרד הבריאות יקבע סטנדרט מינימום למתן שירותי רפואה מונעת לקידום בריאות האם, הילד והמתבגר, תוך חישוב עלות השירות והתשתיות, כאשר כל ספקי השירות יידרשו לעמוד בדרישות סף אלה, בהתאם לפיקוח ובקרה על-פי סטנדרטים שיקבעו ע"י משרד הבריאות. תפקיד משרד הבריאות הוא הגדרת יעדים ברורים, תוך קביעת סדרי עדיפויות להשגתם מבחינת הקצאת המשאבים. יש מקום להכיר ולהשתמש ביעילות בקיום המגזר הפרטי לאספקת שירותים ואין מקום לחשוב שכל השירותים צריכים להינתן באופן בלעדי ע"י הממשלה. אולם, ברור לנו שבכל הקשור לאספקת שירותי בריאות הציבור יש לעשות זאת באופן מתוכנן, מתוך הקפדה יתרה על הגדרת תפקיד הממשלה כמובילה וקובעת מדיניות, יצירת מנגנוני דיווח מלא ומדויק והגנה על קבוצות אוכלוסייה חלשות לאורך זמן. מודל זה כרוך בהשקעה כספית התחלתית אולם בטווח הרחוק הוא יביא לחיסכון, שכן הוא אמור להביא להתייעלות במתן השירותים, חיסכון בכוח אדם ומניעת כפילויות. הערכתנו שהתקציב ההתחלתי הנדרש הוא הסכום שמתקצב כיום את טיפות החלב (230 מיליון), סכום זה ישמש גם להקמת המערך של סוכנות הביצוע ולא יידרש בעתיד במלואו. לפיכך, במהלך השנים ירד התקציב השוטף המופנה לשירות המניעתי. מבחינת מדדי יעילות ואפקטיביות, אנו מצפים שאיכות השירות, הכיסוי החיסוני וההיענות לשירות יעלו ושתמותת התינוקות תרד, שהרי מדובר בגוף מקצועי, שמתן השירות המניעתי הוא ליבת העסק שלו. להערכתנו יש להריץ את המודל כפיילוט במשך שנתיים, ובמידה ויצליח יש לתגמל את המנכ"ל בהתאם, ובמידה ולא, אזי להחליף אותו, שכן פעולת הסוכנות תלויה במידה רבה במי שעומד בראשה.

חלופה מס' 3: חקיקה

בשנים האחרונות, ניכר השימוש הגובר בכלים משפטיים על מנת לפתור בעיות חברתיות שונות, בין אם ע"י ביהמ"ש עצמו או ע"י המחוקק עצמו. אמנם, שימוש בחקיקה נובע בעיקרו מצורך חברתי להתמודד עם תופעה רחבה, למשל חוקים סביבתיים, חברתיים וכו', אולם ניתן גם להשתמש בחוקים ספציפיים כאשר עולה הצורך¹⁹. מנגד, חוקים מטילים עול כספי על התקציב כאשר המימון אינו נשאר לטיפול הרשות המבצעת ולכן בד"כ חוקים אלו (כמעט תמיד הצעות פרטיות) לא מתקבלים בכנסת בשל הרוב השייך לקואליציה. רק בכדי לסבר את האוזן, משנת 2006 ועד היום הוגשו 47 הצעות לתיקון חוק בריאות ממלכתי בלבד²⁰, כאשר בכל ההצעות, בסופו של דבר, נדרשה תוספת תקציבית בשל מטרות מאוד ראויות.

אפקטיביות החוק- שאלה זו סבוכה ומורכבת ואין זה המקום לחקור אותה. עם זאת, נציין כי למרות ביקורות על מערכות האכיפה למיניהן, שאינן יעילות דיין, חקיקה הינה עדיין כלי יעיל לטפל בתופעות שונות ובפרט כאשר מטרת החוק היא יצירת מנגנון פיקוח, שליטה ובקרה ובנוסף קיימת למטרת החוק תמיכה חברתית נרחבת, יעילותו גבוהה מאוד²¹.

המצב המשפטי בסוגיה הנדונה כיום:

בשנת 1995 נכנס לתוקפו "חוק בריאות ממלכתי"²², שהפך את ביטוח הבריאות בישראל לביטוח חובה, באחת מקופ"ח בארץ. החוק הגדיר סל בריאות אותו הקופה מחויבת להעניק לחברה ובנוסף מספר שירותים, ביניהם רפואה מונעת, בהתאם לחוק יסופקו ע"י המדינה, משרד הבריאות. החוק עצמו יצר מנגנון פיקוח ובקרה על התנהלות קופ"ח (רפואית מקצועית ופיננסית).

החוק בתוספתו השלישית, מדבר על מגוון שירותים מונעים ובפרט על תחום טיפות החלב, אולם החוק עצמו לא ברור ומשאיר מספר תחומים אפורים כגון:

כפילויות- ככלל, האחריות הביצועית כולה מוטלת על משרד הבריאות, למרות שכ-17% מן התחנות לא נמצאות בשליטתו (צריך לראות שהנתון הזה לא סותר את הנתונים של החלק הראשון). המחסור התקציבי של משרד הבריאות עודד את קופות החולים לצרף אל שירותיהן גם את תחום טיפות החלב ומכן הוגברה הכפילות בהיצע. בנוסף, עפ"י מחקר שבוצע ע"י ד"ר רוזה גופין ופרופ' חוה פלטי (טרם פורסם), 20% מהנשים בהריון מבקרות אצל שלושה רופאים, ו-18% מבקרות אצל ארבעה רופאים או יותר, דבר המעיד על קיומה של כפילות האפשרית²³.

ערפול- למרות הכתוב לעיל, בדבר האחריות הביצועית הבלעדית, חוק ההסדרים 2007, העביר תוכנית פיילוט (במימון של 50 מיליון שקל) להעברת טיפות חלב. מנגד, בחוק הבריאות²⁴, מצוין כי נותני השירותים

¹⁹ לדוגמא חוק הגנת הדייר (נוסח משולב) תשל"ב 1972.

²⁰ <http://www.cohenrimoncohen.com/newsByCats.asp?p=5&c=25&page=4>, פירוט ההצעות מקיטורים לאתר הכנסת.

²¹ ראו לעניין זה את נושא העישון. הכנסת משנת 1983 ועד היום חוקה מספר חוקים במקביל למגמה העולמית של מלחמה בתופעת העישון, ולמרות שנראה כי אין אכיפה מספקת, לפי דו"ח שר הבריאות לעניין עישון משנת 2005-2006 בשנת 1970 כ-42% מן האוכלוסיה הוגדרו כמעשנים, בשנת 1992 ירידה ל-31% ונכון ל-2005 ישנם רק כ-25% מעשנים בקרב הציבור הישראלי.

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?pageid=4059&parentid=732&catid=81&maincat=25>

²² חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד 1994

²³ מרכז מחקר ומידע- הכנסת, נייר רקע בנושא: בחינת הכפילות בשירותי רפואה מונעת, אשפוז סיעודי ובריאות הנפש,

מיכל טביבאן.

²⁴ סעיף 69 א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.

הם משרד הבריאות, או מטעמו. קופות החולים לא נחשבות לצורך עניין זה כנותנות שירותים משום שהן אינן מעניקות שירותים אלו בשם משרד הבריאות, והן מגבילות את מתן השירותים למבוטחיהן.

תקציב – אין בחוק (ולא בתיקונים) שום התייחסות לתקצוב הרפואה המונעת, והדבר חמור יותר כשמדובר על האחוזה היחסי של קופות החולים שכיום מקבלות מימון חלקי בהפעלת שירותיהן ממשרד הבריאות.

תמריץ שלילי – ישראל הינה המדינה היחידה כיום בעולם המערבי²⁵, שגובה תשלום עבור שירותי רפואה מונעת. לפיכך, עבור פלח אוכלוסיה מסוים, קטן ככל שיהיה (ולפי נתוני בנק ישראל כנראה שמתחת לקו העוני צפוף) רפואה מונעת הינה בגדר מותרות. בהתעלם מן הדיון האתי בדבר נציין כי ישנה סתירה מסוימת לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ששינה את מבנה הרפואה הציבורית בישראל וקובע הזכות של כל תושב לשירותי בריאות²⁶. מחקר של גיאוקרטוגרפיה שהוזמן ע"י ארגון רופאי הילדים בישראל וההסתדרות הרפואית בישראל (שני גופים שמתנגדים בכל תוקף להפרטת טיפות חלב ונמצאים במספר הליכים משפטיים עומדים כנגד המדינה בנושא) בנושא העברת טיפות החלב לקופ"ח קובע : 57% מן הציבור מודאג מירידה במעקב אחר התינוקות. 61% מן הציבור מודאג מחשיפת תינוקות למחלות ו - 60% חוששים מכך שהתקציבים לא יגיעו ליעדם בשל גירעונות של קופ"ח.

לגבי שלושת הנושאים שנבדקו, נמצא, שמשפחות במצב סוציו-אקונומי נמוך בעלי הכנסה נמוכה, משפחות בעלות 5 נפשות ומעלה, ומשפחות ממוצא מזרחי, מודאגות יותר מהשינוי בהשוואה לאחרים. ממצא זה בא כנראה על הרקע שמשפחות אלה, חוששות יותר שלא תוכלנה להשלים באופן פרטי את החסר²⁷.

פסיקה – ביהמ"ש כמעט ולא נדרש להתמודד עם סוגיה זו עד לאחרונה. בג"ץ הוגש ע"י חברת הכנסת גוזינסקי יחד עם הסתדרות רפואית בישראל, ב2006. ההכרעה עדיין עומדת ואמורה להתקבל בתאריך ה- 1.5.07. להחלטה זו חשיבות אדירה ולו בשל השפעתה על דעת הקהל בארץ. כאמור, לפסיקה אין השפעה רבה בסוגיות אלו שכן מעצם טיבן אלו שאלות של חלוקת משאבים, שאלות חברתיות נוקבות היורדות לעצם הקיום החברתי, וכאשר ביהמ"ש מתערב לרוב הוא זוכה לביקורת מצד המחוקק.

²⁵ שם, שם.

²⁶ ראו § 3 (א), לחוק ביטוח בריאות ממלכתי :

3. הזכות לשירותי בריאות

(א) כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר.

(ב) המדינה אחראית למימון סל שירותי הבריאות מהמקורות המנויים בסעיף 13.

(ג) קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה.

(ד) שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13.

(ה) שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית.

²⁷ יש לציין כי בימים אלו אמורה לעבור הצעת החוק של ח"כ אריה אלדר, לתיקון חוק בריאות ממלכתי, ביטול אגרת

הרפואה המונעת.

מבט השוואתי :

סקירת העולם המערבי מעלה באופן טבעי דעות שונות, אולם לפחות בנושא הזכות לטיפול מצאנו כמעט תמימות דעים. {בחוקות של גרמניה ובלגיה אין אזכור של הזכות לרפואה מונעת אולם בפועל המצב במדינות אלו לא שונה מהמצב במדינות אחרות שבהן מוגדר העניין באופן מפורש (האיחוד האירופי, פינלנד, הולנד ספרד ודרום אפריקה)}.

חשוב לציין, כי אין האמור בחוקות בהכרח משקף את טיב הטיפולים או איכותם אלא את השימוש בזכות חוקתית מוגנת - מצב שאינו קיים בישראל.

העברת שירותי רפואה מונעת לידי סוכנות ביצוע / קופ"ח :

כללי - מגמת הקודיפיקציה החלה לחדור למערכת המשפט שלנו וניכר כי קידוד כל חוקי הבריאות וביניהם שירותי הרפואה המונעת, יקלו על כל העברה של טיפות חלב, מבחינת יכולת הבקרה והפיקוח. אולם, כרגע אין הצעות חוק או רצון גלוי ומפורסם להתמודד עם קידוד שכזה²⁸. לפיכך, הפיתרון ליצירת המנגנון יכול להתבצע בתצורת חוק ספציפי של שירותי רפואה מונעת (כולל עוד שירותים ולכן תתכן התנגדות) או אפילו חוק ספציפי להעברת טיפות חלב בלבד.

התופעות הבלתי רצויות ודרכי ההתמודדות בחוק :

בטווח המיידי תינתן עדיפות לרפואה הטיפולית - סעיף הקובע חלוקת משאבי הקופות שיוקצו באחוזים לטובת הטיפול המונע כמו גם דרישה למתקנים ייעודיים לשירותי רפואה מונעת.

עלייה בשיעור התחלואה בטווח זמן קצר - ראו לעיל, הפרדת מתקנים בין שירותי רפואה מונעת לרפואה טיפולית על מנת לנטרל החיכוך.

איכות השירות המניעתי תרד : זמן ההנחיה שמקבלים הורים ירד, כ"א פחות מיומן יעניק את השירות - באם תבוצע ההעברה המדינה תצטרך להתמודד עם שלל תביעות פיטורים, פיצויי פרישה ועוד שלל של עלויות. ניתן לצמצם חלק מן העלות הזו ע"י הטמעת כוח האדם הקיים, שהינו ללא ספק מוכשר ומתאים, בתוך המערכת הקולטת. לשם כך ניתן לבצע תיקון שיסמך את שר הבריאות (או נציגי משרדו) לנהל המגעים יחד עם האוצר על מנת להגיע להסכם עם הגוף הקולט. בהקשר זה יש לציין כי בשיחה עם גורמים במשרד האוצר נאמר לנו כי אין כל בעיה עם כוח אדם שייפלט, כי הרי כולם ייקלטו בחזרה בבתי החולים.

אובדן האוניברסאליות של השירות המניעתי, אוכלוסיות חלשות יוזנחו - כיום ישנה פריסה של מתקני קופות החולים ללא תכנון מתאים. תיקון לחוק יסמך וועדה מטעם משרד הבריאות, יחד עם הגופים הרלוונטיים, לקביעת צפי גידול אוכלוסייה ובהתאם קביעת תקנים אחידים לכלל הקופות. למעשה, מדובר בתוכנית מתאר לפריסת הרפואה המונעת לצד תקנות לחוק שיקבעו את מתן ההיתרים לפתיחת \ סגירת מוקד פעילות. כמו-כן, יש לאפשר לשר הבריאות הטלת וטו על כל החלטה שכזו, לצמצום הפגיעה בשכבות החלשות. אלמנט נוסף שחייב שימת דגש הוא סבסוד המדינה את מתן השירות למשפחות חלשות. התיקון בנושא האגרה לדוגמה, צריך להיות מפורש ולוודא העברת הכספים הן לסבסוד והן לתפעול טיפות החלב, על מנת שלא יועברו תקציבים לטובת צרכים שוטפים אחרים. בנוסף לכך, גם במצב כיום ישנה חשיבות אדירה בעידוד החברה להגיע ולקבל טיפולי רפואה מונעת בשל החשיבות ארוכת הטווח. לכן, יצירת מנגנון תמרוץ ע"ב כמות ואיכות חייב להיכנס בסעיף זה, דבר שיקטין אף הוא את האפשרות לצמצום שירותים או הזנחת אוכלוסיות חלשות.

²⁸ הקודקס האזרחי (להבדיל), נערך כבר מספר שנים.

ירידה בכיסוי החיסוני – כדי להתמודד עם תופעה זו, יש צורך ביצירת מנגנון פיקוח מאויש שיעקוב אחר הגוף המטפל. המנגנון יורכב מאנשי מקצוע, הגוף המטפל ומשרד הבריאות. למותר לציין כי נטרול תופעה זו משמעותה הטלת עלויות פיקוח גבוהות. חשוב לציין כי למרות הקושי הקיים, אין בעיה עובדתית בניתוח היקף החיסונים וניתן לעמוד על אחוז ספציפי של אוכלוסייה אותו יש להקיף, כתנאי לקבלת סבסוד מן המדינה.

תיקונים נוספים לחוק:

א. העברת הטיפול לגוף מטפל אחר חייבת להשאיר את האחריות על משרד הבריאות. המשרד עצמו יחויב בהקמת וועדת רפואה מונעת שתפקח על קיום החוק ותנאיו, ותיצור נציבות קבילות לציבור. בין השאר הוועדה תפרסם דו"ח שנתי בנוגע לבדיקותיה, לציבור הרחב. חשיבות פרסום הדו"ח חשובה לאין ערוך ומהווה מנגנון שיוכל דרך התקשורת וארגונים שונים להגביר הפיקוח. לצורך עניין זה הגוף המטפל יהיה אף הוא מחויב בשקיפות מלאה לציבור.

ב. החוק יקבע לוח זמנים מסודר וברור להעברת הטיפול, כאשר למרות הצורך בוודאות אין לקבוע מעבר מוחלט ליותר מתקופה של 5 שנים. בתום תקופה זו שומה על הוועדה לסכם מכלול הנתונים ולפרסמם. באחריות שר הבריאות והאוצר להציג המלצותיהם לממשלה בנוגע לכדאיות או אי-כדאיות העברת הטיפולים.

קריטריונים לבחירה בין החלופות

הקריטריונים שבחרנו נחלקים לשתי קבוצות. הקבוצה הראשונה כוללת קריטריונים המתייחסים לאפקטיביות והמבטיחים שמירה על איכות השירות המניעתית, גם לאחר העברתו מידי משרד הבריאות. בקבוצה זו נכללים: תמותת תינוקות, שיעור כיסוי חיסוני והיענות לשירות. הקבוצה השנייה כוללת קריטריונים טכניים ופוליטיים ליישום החלופה: ישימות, עלות ותשומות. קבוצת הקריטריונים הראשונה נבחרה בהתאם לחוות הדעת של ביה"ס לבריאות הציבור וכן של פרופ' יונה אמיתי, מנהל המחלקה לאם, לילד ולמתבגר במשרד הבריאות. מדובר בקריטריונים שדורגו ברמת חשיבות גבוהה מאוד, והם משפיעים גם על יתר הפרמטרים של השירות המניעתית. קבוצת הקריטריונים השנייה נבחרה בהתייחס לצורך ריאלי לוודא שהחלופה אכן יכולה לצאת לפועל, ושעלותה אפשרית ועומדת בתקציבים הנתונים.

דירוג החלופות על פי הקריטריונים:

חלופת התקציב הדיפרנציאלי קובעת יעדים ברורים אליהם תגיע כל קופה על מנת לקבל את התקציב הגבוה ביותר. בין היעדים הוגדרו ירידה בתמותת התינוקות וכן שמירה על שיעור כיסוי חיסוני גבוה כיעדים בעלי חשיבות גבוהה, אשר להם אחוזים גבוהים בקביעת הציון של קופות החולים. על כן, אנו מעריכים כי התמריץ התקציבי בעל ההשפעה הרבה יביא לשיפור במדדי האפקטיביות. מודל זה הינו בעל ישימות גבוהה מאוד, היות ומדובר במימוש תוכנית קיימת, תוך 'עטיפתה' במסגרת קריטריונים אשר לקופות החולים אינטרס גבוה לעמוד בהן. כל שנדרש ממשרד הבריאות הוא לוודא עמידה בקריטריונים מצד קופות החולים, בהתאם לכמות המבוטחים בכל קופה. חלופה זו משתלבת

עם מדיניות משרד האוצר ואף משלבת בתוכו את צרכי משרד הבריאות, לפיכך צפוי שהחלופה אף תקבל תמיכה פוליטית ממשרדים אלו.

מבחינת עלויות ותשומות, חלופה זו מציגה התייעלות ושיפור. עלותה מוערכת בכ- 50 מיליון ₪ לשנה, שזה גובה התקציב שתוכנן לעניין מבעוד מועד, והוא נמוך בהרבה מגובה התקציב המוקצה כיום לטובת השירות המניעתי. כמו כן, חלופה זו מבטיחה התייעלות במתן השירותים נוכח צמצום בכ"א ובמתקנים, באמצעות צמצום כפילויות בשירות.

במודל סוכנות הביצוע, אנו מעריכים כי המדדים האפקטיביים יושפרו (ובמקרה של שיעור כיסוי חיסוני תהיה שמירה על ההישגים הגבוהים), מכיוון שמדובר בליבת העסק של הסוכנות. את הישימות בסוכנות הביצוע הגדרנו כבינונית בגלל הקושי להיערך לגוף חדש לחלוטין ושונה מהמוכר בדפוסו ומבנהו, העדר ניסיון בהקמת מערכת מעין זאת, חוסר מודעות והיענות נמוכה שעלולה להתעורר מצד המערכת, לאור השלב בתהליך שנמצאים בו היום.

עלות הקמת השירות ותפעולו תהיה עלות גבוהה באופן ראשוני ותמומן באמצעות התקציב המוקצה לטיפות חלב. אולם, עם הזמן ולאחר ההתמסדות, סכום זה עתיד להצטמצם לאור היעילות שבהקמת הסוכנות. העברת השירות לסוכנות ביצוע תביא לירידה בכ"א, כי זו תמנע כפילות בעבודה וכן, מדובר באנשי מקצוע שאמורים לבצע את עבודתם על הפן הטוב ביותר.

חקיקה הינה כלי יעיל לטפל בתופעות שונות ובפרט כאשר מטרת החוק היא יצירת מנגנון פיקוח שליטה ובקרה. כתוצאה מהפעלת מנגנון זה, אנו מניחים כי תרד תמותת התינוקות, הואיל ומופקדים על בקרת פעילות התחנות אנשי מקצוע, שתפקידם לייעל אותה (כאשר צמצום היקף התמותה הינה מטרת על). בהקשר לשיעור כיסוי חיסוני - חלופת החקיקה מתאפיינת ביצירת מנגנון פיקוח מאויש שיעקוב אחר הגוף המטפל. שיעור הכיסוי החיסוני ברמה הנדרשת יהווה תנאי לקבלת סבסוד מן המדינה. נוכח האמור, אנו מניחים כי ניתן יהיה לשמור על שיער הכיסוי החיסוני הקיים. כמו כן, אנו מניחים כי ההיענות והמודעות לשירות יעלו הודות לשיתוף הפעולה עם קופות החולים.

חלופת החקיקה מציעה ישימות במידה בינונית, הואיל ולא תמיד מלווה החוק בתקנות פרטניות ואפקטיביות, שהן למעשה הדרך הטובה לסלילת מסלול תפקודו של חוק.

מבחינת תשומות נציג את יתרונותיה וחסרונותיה של השיטה. מחד, מדובר בחלופה שלה עלויות פיקוח גבוהות וסרבול מערכתי. החקיקה דורשת הקמת גוף פיקוח ובקרה שיידרשו להיות באינטראקציה מלאה עם הגופים הקיימים במסגרת. מנגד, חלופה זו מציעה צמצום כפילויות בשירותים ובבעלי תפקידים, הואיל ותפקידו של החוק לבחון את יעילותם של כל הגופים הפועלים במסגרת שירותי רפואה מונעת ולהוקיע ממנה את אלו המקשים על תפקודה או מהווים כפל שירותים.

קריטריונים		חלוקת דיפרנציאלית	תקציב	סוכנות ביצוע	חקיקה
אפקטיביות	שיעור כיסוי חיסוני	שמירה על הקיים	שמירה על הקיים	שמירה על הקיים	שמירה על הקיים
	תמזות תינוקות	תרד	תרד	תרד	תרד
	היענות לשירות	עלייה בהיענות הלקוחות, במיוחד בקרב אוכלוסיות חלשות.	צפויה עלייה בהיענות מכיוון שמדובר ב-core business של הסוכנות.	עליה בהיענות ובמודעות לאור איחוד השירותים עם קופות החולים.	
ישימות		גבוהה מאוד	בינונית	בינונית	בינונית
עלות		50 מיליון ₪	230 ₪	20 מיליון ₪	
תשומות		כ"א יורד, צמצום בכפילות	כ"א יורד, צמצום בכפילות	עלויות פיקוח גבוהות, סרבול מערכתי, צמצום בכפילויות	

סיכום

כלל ההחלטה שבחרנו הוא דומיננטיות. לצורך כך דירגנו את הקריטריונים על פי סדר חשיבות, כמופיע בטבלה לעיל (מדדי האפקטיביות הם הראשונים במעלה, שכן אם רמת השירות תרד אין כל משמעות לרפורמה בתחום). היות ובמדדים של אפקטיביות אין הבדל משמעותי בין החלופות (ככל שביכולתנו להעריך בשלב זה) הרי שקריטריון הישימות מראה שהחלופה הנבחרת היא החלופה של תקציב דיפרנציאלי. ראוי לציין כי גם על פי קריטריון העלות חלופת התקציב הדיפרנציאלי מהווה חלופה טובה יחסית, וגם על פי קריטריון התשומות אין היא נבדלת מהחלופות האחרות. אנו מאמינים כי שימוש בחלופה זו יכול ליצור העברה יעילה של שירותי הרפואה המונעת לידי קופות החולים. שימוש בחלופה זו יבטיח עמידה בקריטריונים וביעדים החשובים של השירות המניעת, ובכך יאפשר את מניעת הופעתן של התופעות הבלתי רצויות.

ביבליוגרפיה

י, וייס, א, כהן, ג', מתרי, ח, נחמה, א, קלוג, ר, רדיאנו, א, רייזמן. איחוד שירותי רפואה פרבנטיביים וקורטיביים. ביה"ס לבריאות הציבור ורפואה קהילתית. האוניברסיטה העברית, 2003.

א, ברק מדינה. תחנות לבריאות המשפחה. מרכז מחקר ומידע, כנסת ישראל. 2001.

ב, לוי, י, זולפן. תחנות לבריאות המשפחה – אחריות, תקצוב ותקינה: התייחסות לשובים אלעד, בית שמש וואדי א – נעם. מרכז מחקר ומידע, כנסת ישראל. 2004.

מ, טביביאן. בחינת הכפילות בשירותי רפואה מונעת, אשפוז סיעודי ובריאות הנפש. מרכז מחקר ומידע, כנסת ישראל. 2002.

ראיון עם פרופ' יונה אמיתי, מנהל המחלקה לאם, לילד ולמתבגר במשרד הבריאות.

ראיון עם ד"ר מילכה דונחין, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית.

ראיון עם מר יובל פרידמן, רפרנט בריאות באגף התקציבים, משרד האוצר.

פרוטוקול מס' 310, ישיבת ועדת הכלכלה – הצעת חוק הגנת הצרכן (תיקון – הרשות לסחר הוגן) תשס"ד, 2004.

קורס יסודות המנהל הציבורי.

חוק הגנת הדייר (נוסח משולב) תשל"ב 1972.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.

בג"ץ (לא פורסם), תמר גוז'נסקי נ' משרד האוצר.

הקודקס האזרחי.

אתר משרד הבריאות - <http://www.health.gov.il>

אתר הבית של "כהן רימון כהן", לוביסטים - <http://www.cohenrimoncohen.co>

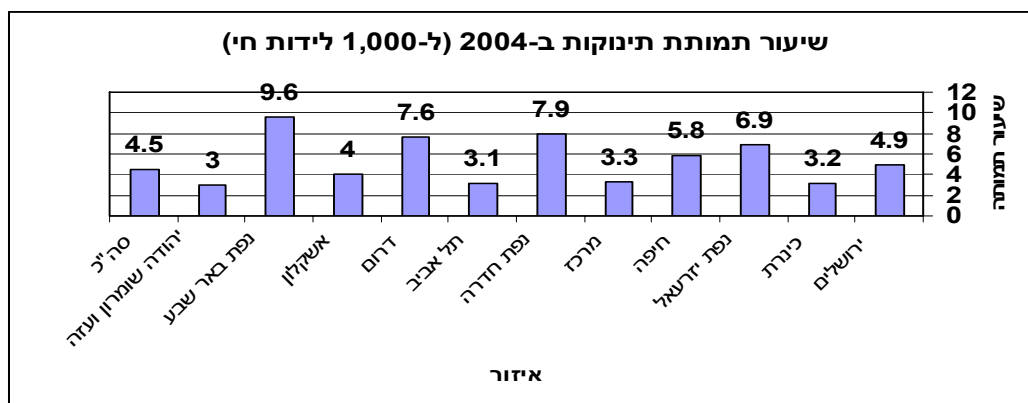
P. Khaleghian. Decentralization and public services: the case of immunization.
Development Research Group – The World Bank. 2004

נספח מס 1:

חלופת תקציב דיפרנציאלי לכל קופת חולים – כיצד נקבעו המדדים

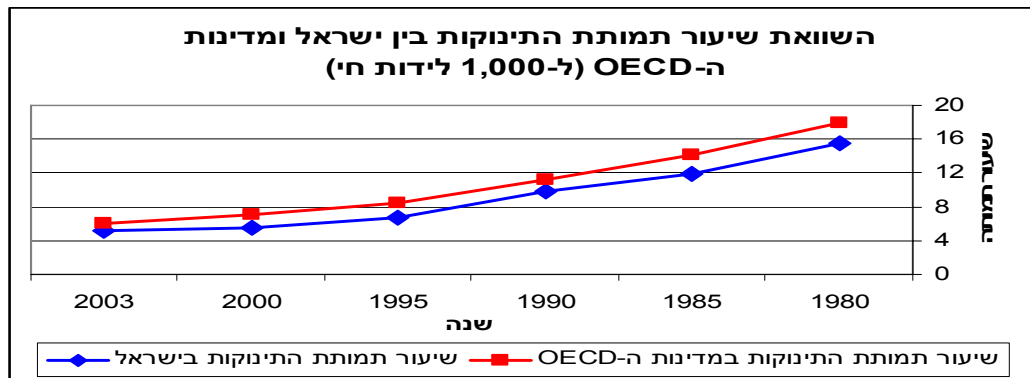
הסברים למדדים שנקבעו

3. תמותת תינוקות בישראל²⁹:



ניתן לראות כי הממוצע הארצי של תמותת תינוקות הוא 4.5 לידות חי. שיעור תמותה בקרב יהודים ואחרים הוא 3.1 לידות חי, ובקרב המגזר הערבי הוא 8.1. ניתן לראות כי קיימת שונות רבה בין אוכלוסיות שונות, וסביר להניח כי באזורים המוגדרים כ"קשים", כלומר אזורים שבהם שיעור התמותה הוא הרבה מעל הממוצע, לא יהיה קושי רב לשפר את המצב. לפיכך נקבע כי שמירה על הממוצע הארצי וירידה של עד 0.5 באזורים הקשים, נחשבים כשמירה על רמת ביצוע נוכחית ולפיכך מקבלים ציון "טוב". בהתאם לכך נקבעו הציונים נכשל ומצוין. באופן זה שיטת התקצוב מעודדת את קופ"ח להשקיע משאבים בעיקר באזורים הקשים על מנת לקבל את הבונוס. על מנת לקבל פרספקטיבה על איכות השירות בארץ, ניתן להתבונן בגרף הבא המציג השוואה בשיעור תמותת התינוקות בין ישראל ומדינות ה-OECD³⁰, ואשר מראה בבירור הצלחה של השירות בארץ ביחס למדינות הנ"ל לאורך 25 שנים רצוף³¹:

²⁹ מתוך: מצגת מיילדות 2004, החברה לרפואת האם והעובר, פרופ' קופרמינץ מיכאל.
³⁰ נתוני 2003 מתייחסים לשנת 2002. מתוך: השוואות בי"ל במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל -1980-2003, בן-נון ג. ו"ץ ח., האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, פברואר 2006.
³¹ בהקשר זה ראוי לציין כי מגמת ירידה בשיעור תמותת התינוקות בישראל נובעת מהמגמה לצמצם את מספר העוברים המוחזרים לרחם בהפריות מבחנה, וזאת על פי פרופ' קופרמינץ מיכאל.



4. כיסוי חיסוני:

המחלות שהחיסון נגדן מוצע לכל הילדים בארץ: אסכרה (קרמת/דיפטריה), צפדת (טטנוס), שעלת, שיתוק ילדים (פוליו), המופילוס אינפלואנזה (Hib), חצבת, חזרת, אדמת, דלקת כבד נגיפית A ודלקת כבד נגיפית B. החיסונים הללו הם חיסוני שגרה, כלומר, הם ניתנים לכל הילדים בישראל אלא אם הוריהם אינם באים לחסנם. שיעור הילדים המקבלים את חיסוני השגרה בישראל הוא מהגבוהים בעולם, אף שקבלת חיסון אינה חובה על-פי חוק.

לדברי פרופ' יונה אמיתי, מנהל המחלקה לאם, לילד ולמתבגר במשרד הבריאות, שיעור כיסוי החיסונים באוכלוסיית הילדים בישראל עומד כיום על 92%-97% בממוצע. ממוצע זה הינו גבוה מאוד וקשה לדרוש מקופות החולים להתעלות על הישג זה. לפיכך נקבע כי שמירה על הקיים בסעיף זה תקבל ציון מצוין. רופאים רבים המתנגדים להעברת טיפות החלב לקופות החולים מזהירים מפני ההסכם שנקבע בין משרד הבריאות ומשרד האוצר ובו הוחלט כי על קופות החולים להגיע לשיעור כיסוי חיסוני בהיקף של 75% בלבד³². הרופאים רואים בחומרה את הנתון הזה ולפיכך נקבע כי ירידה לשיעור של 80% ומטה יהווה ציון נכשל.

5. משפיעי היענות לשירות:

גיל התינוק בביקורו הראשון בתחנה: משרד הבריאות ממליץ כי תינוק יבקר בתחנת טיפת חלב תוך חודש מיום היוולדו. מנתוני סקר שערך מכון ברוקדייל³³ עולה כי שיעור התינוקות המבקרים בתחנת טיפת חלב שבאחריות משרד הבריאות בטווח זמן זה הוא 85%, ואילו שיעור התינוקות המבקרים בתחנה שהינה באחריות קופות החולים בטווח זמן זה הוא 83% (כלומר אין הבדל מהותי). לפיכך שמירה על המצב הקיים, כלומר שיעור מבקרים של 80-85%, תקבל ציון טוב. בהתאם נקבעו הציונים האחרים.

נגישות: כיום קיימות כ-500 תחנות טיפות חלב המספקות שירות לכ-140,000 תינוקות בשנה. לפיכך, ברמת העיקרון, צריכה כל תחנה לטפל בממוצע ב-280 תינוקות בשנה. ממוצע זה ישמש אותנו לצורך

³² מתוך: ד"ר בלשר יורם. המצגת "ההימור הגדול בבריאות הילדים, השלכות העברת טיפות החלב לקופות החולים" דוח ההסתדרות הרפואית, דצמבר 2006.

³³ ברוך רוזן, אירית אלרועי, נורית ניראל, "מצאים ראשוניים מסקר אמהות במסגרת הערכת הפיילוט בטיפות החלב", מכון ברוקדייל, מרץ 2007.

חישוב מדד הנגישות. היות ויש לאפשר מעט גמישות, נקבע כי ציון טוב יתקבל אם תמצא תחנה בכל אזור שבו נולדים בין 350-450 תינוקות בשנה ובהתאמה נקבעו יתר הציונים.

מספר ביקורים לתינוק בשנה הראשונה: משרד הבריאות ממליץ כי תינוק בשנה הראשונה לחייו יערוך 6-7 ביקורים אצל אחות ו-3 ביקורים אצל רופא. לפיכך סך הביקורים המומלץ, והמקבל ציון מצוין, הוא 7 ומעלה (ההנחה היא שבמהלך ביקור במרפאה מבקרים במקביל גם אצל אחות וגם אצל רופא). זמינות: השירותים בתחנות טיפות החלב ניתנים היום בימים א-ה בין השעות 15:30-7:30. עד לאחרונה השירות נהג לפעול גם ביום ו' אולם במסגרת הקיצוצים בתקציב הוחלט להפסיק את השירות ביום זה, ותחנות המבקשות לפעול בכל זאת צריכות לקבל את אישור משרד הבריאות. לפיכך נקבע כי שמירה על המצב הקיים תהיה פעילות של 35-40 שעות שבועיות ומעלה, ובהתאמה נקבעו יתר הציונים.

שיעור ביצוע הדרכות להורים: ישנן 8 הדרכות מרכזיות הניתנות במסגרת שירותי טיפות החלב והן בתחומים הבאים: תזונה, תנוחה (השכבת התינוק לשינה), בטיחות, שעות שינה, בכי, הנקה, מחלות מדבקות וויטמינים. מעיבוד נוסף שערכנו על פי נתוני מכון ברוקדייל נמצא כי בתחנות שבאחריות קופות החולים כל אישה עברה בממוצע כ-5.2 הדרכות מתוך השמונה. בתחנות שבאחריות משרד הבריאות נמצא כי כל אישה עברה בממוצע 5 הדרכות מתוך ה-8. בהתאם לנתונים אלו נקבע כי ציון טוב תקבל קופת חולים שבה עוברת אישה 5.5-5 הדרכות בממוצע מתוך השמונה.

מידת שביעות רצון הלקוחות: על פי נתוני ברוקדייל אחוז הנשים המרוצות באופן כללי מתחנות טיפות החלב שבאחריות משרד הבריאות היה 51%, ואילו אחוז המרוצות באופן כללי מהתחנות שבאחריות קופות החולים היה 60%. לפיכך אחוז נשים מרוצות שבין 50-60% יחשב שמירה על הקיים ותקבל ציון טוב. יתר הציונים נקבעו בהתאמה.

יחס מטופלים לצוות: התקן שנקבע בנוהל האחרון של משרד הבריאות משנת 1993 קובע אחות ל-75 תינוקות, אולם בפועל אילוצים תקציביים הביאו לכך שכיום ישנה אחות אחת ל-100-120 תינוקות.³⁴ יישום התקן שנקבע על ידי משרד הבריאות יעניק לקופת החולים ציון מצוין. אחות ל-75 עד 100 תינוקות יעניק ציון טוב, ואחות ל-100 תינוקות ומעלה יעניק ציון נכשל. בקריטריון זה נדרשות למעשה קופות החולים לשפר את המצב הקיים על מנת שלא לקבל ציון נכשל. החלטתנו היא שאין די בשמירה על המצב הקיים כדי לקבל ציון טוב, משום שהמצב הקיים לא משקף שירות ברמה טובה.

6. הפרדה בין השירות המניעתי לשירות הטיפולי:

הפרדה בין השירותים מונעת הדבקה של ילדים ואמהות בריאים הבאים למטרות חיסון, קבלת מידע ומעקב, ויצירת התייחסות רצינית יותר לשירות מניעתי על ידי כך שדעתו של הצוות הרפואי איננה מוסחת על ידי חולים, שמצבם נתפס כדחוף יותר. הקצאת מבנים נפרדים תיצור הפרדה מוחלטת ולפיכך תזכה לציון מצוין. הפרדה בשעות הפעילות אומנם יוצרת הפרדה מסוימת, אך איננה מונעת למשל מצב שילד בריא ישחק בזמן המתנה במשחקים בהם שיחק שעות ספורות קודם לכן ילד חולה. לפיכך מצב כזה יקבל ציון טוב. העדר הפרדה יקבל ציון נכשל.

³⁴לוי ברוך, זולפן יוסי, מטעם מחקר ומידע בכנסת, "תחנות לבריאות המשפחה – אחריות, תקצוב ותקינה, התייחסות ליישובים אלעד, בית שמש וואדי א-נעם" מסמך רקע המוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות, ינואר 2004.

חלופת החקיקה: סעיפים נבחרים מחוקות של מדינות העולם בנוגע לשירותי רפואה

חוקת האיחוד האירופי :

Article 35

Health care

Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities.

28. (1) Every child has the right to basic nutrition, shelter, basic health care services and social services;

חוקת פינלנד, בסיפא ל § 19 3 :

the public authorities shall support families and others responsible for providing for children so that they have the ability to ensure the wellbeing and personal development of the children.

The public authorities shall guarantee for everyone, as provided in more detail (3) by an Act, adequate social, health and medical services and promote the health of the population. Moreover, the public authorities shall support families and others responsible for providing for children so that they have the ability to ensure the wellbeing and personal development of the children

חוקת דרום אפריקה § 27 (2) :

(2) The state must take reasonable legislative and other measures, within its available resources, to achieve the progressive realisation of each of these rights.

בחוקת הולנד, § 22 :

The authorities shall take steps to promote the health of the population.(1)

חוקת ספרד: (§ 43)

(2) It is incumbent upon the public authorities to organize and watch over public health and hygiene

נספח מס 3:

ממצאי מחקר של 'גאוקרטוגרפיה' בנושא: העברת סמכויות טיפת חלב לקופות החולים.

(המחקר נעשה עבור ההסתדרות הרפואית)

שיטה: המחקר נערך במסגרת סקר אומניבוס טלפוני בקרב 500 משיבים, בגילאי 18 ומעלה, המהווים מדגם ארצי ומייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישובים היהודיים במדינת ישראל.

הסקר בוצע במהלך השבוע השני של חודש דצמבר 2006.

טווח השגיאה הסטטיסטית המרבית בנסיבות דגימה זו הוא $\pm 4.4\%$, ברמת מובהקות סטטיסטית של 95%.

עיקר הממצאים

מחקר זה נועד לבחון את עמדות הציבור בנוגע למעמד טיפת חלב, בעקבות ההצעה לסגור את סניפי טיפת חלב ולהעבירן תחת חסות קופות החולים.

במסגרת הסקר הוצגו מספר משפטים בנושא והמראיינים התבקשו להביע את מידת הסכמתם לכל אחד מהמשפטים.

א. המעקב אחר התינוקות עלול להיפגע:

רוב הציבור, 57%, מודאג מכך שהמעקב אחר התינוקות ייפגע מבחינת האיכות, המקצועיות ותשומת הלב, עקב עומס על הרופאים והאחיות במסגרת קופות החולים. נשים מודאגות יותר מגברים (62% לעומת 50%).

ב. התינוקות יהיו חשופים יותר למחלות

רוב הציבור (61%) מודאג שהתינוקות יהיו חשופים למחלות, אם יטופלו בקופות החולים במקום בטיפת חלב. בעיקר מודאגות הנשים (74% לעומת הגברים 46%).

ג. בגלל גרעונות בתקציבי קופות החולים, יש חשש שהתקציבים שמוקצים לרפואה מונעת כמו חיסונים, יעברו לתקציבים של רפואה טיפולית, דבר שעלול לפגוע בבריאות הציבור לטווח הארוך:

רוב הציבור (60%) חושש שהתקציבים לרפואה מונעת לא יגיעו ליעדם, כפי שקורה היום באמצעות טיפות החלב. גם כן נשים חוששות יותר מהגברים.

לגבי שלושת הנושאים שנבדקו, נמצא, שמשפחות ממוצא סוציו-אקונומי נמוך בעלי הכנסה נמוכה, משפחות בעלות 5 נפשות ומעלה, ומשפחות ממוצא מזרחי, מודאגות יותר מהשינוי בהשוואה לאחרים. ממצא זה בא כנראה על הרקע שמשפחות אלה, חוששות יותר שלא תוכלנה להשלים באופן פרטי את החסר.

טיפת חלב הוא גוף האחראי על חיסונים ורפואה מונעת לגיל הרך. שירות זה ניתן על ידי המדינה ובאחריותה. לאחרונה הועלתה הצעה, להעביר את האחריות של שירות זה מידי המדינה לידי קופ"ח. אקריא בפניך מספר משפטים. אנא ציין לגבי כל אחד מהם האם אתה מסכים או לא מסכים איתו, כאשר 1 מציין בכלל לא מסכים ו- 5 מציין מסכים בהחלט:

יש הטוענים שהמעקב אחר התינוקות במסגרת קופות החולים במקום במסגרת טיפות החלב, ייפגע מבחינת רמת האיכות, המקצועיות ותשומת הלב שהתינוק מקבל כיום, עקב עומס על הרופאים והאחיות	יש הטוענים שאם תינוקות יגיעו לצורך מעקב וחיסונים לקופות החולים, הם יהיו חשופים יותר למחלות של ילדים ומבוגרים.	יש הטוענים שמכיוון שקופות החולים סובלות מגירעונות, יש חשש שתקציב המיועד כיום לרפואה מונעת באמצעות טיפת חלב, עלול להיות מועבר לרפואה טיפולית, ובכך תיפגע בריאות הציבור לטווח הארוך.	
43.0%	48.0%	45.7%	מסכים בהחלט
13.7%	12.8%	14.6%	מסכים
8.2%	9.8%	9.4%	ככה ככה
11.3%	9.4%	6.7%	מסכים לא
11.8%	13.2%	7.5%	בהחלט לא מסכים
12.0%	6.9%	16.1%	יודע לא
100.0%	100.0%	100.0%	סה"כ
500	500	500	N
3.7	3.8	4.0	ממוצע
1.5	1.5	1.3	STD
q655 BY kk			

יש הטוענים שמכיוון שקופות החולים סובלות מגירעונות, יש חשש שתקציב המיועד כיום לרפואה מונעת באמצעות טיפת חלב, עלול להיות מועבר לרפואה טיפולית, ובכך תיפגע בריאות הציבור לטווח הארוך.

						סה"כ	N
		מסכים	ככה ככה	לא מסכים	לא יודע		
	סה"כ	60.2%	9.4%	14.2%	16.1%	100.0%	N=500
מגדר	גבר	54.0%	9.7%	16.7%	19.5%	100.0%	N=238
	אישה	65.9%	9.1%	11.9%	13.0%	100.0%	N=262
גיל	18-34	53.2%	9.8%	12.3%	24.7%	100.0%	N=181
	35-54	69.1%	6.4%	15.5%	8.9%	100.0%	N=166
	55+	59.3%	12.5%	15.0%	13.3%	100.0%	N=149
השכלה	עד תיכונית	53.7%	8.7%	13.5%	24.1%	100.0%	N=182
	תיכונית על	62.1%	12.0%	17.3%	8.5%	100.0%	N=89
	אקדמאית	65.6%	9.2%	12.8%	12.3%	100.0%	N=222
הכנסה נטו למשק בית	עד 7000 ש"ח	52.5%	10.8%	9.9%	26.8%	100.0%	N=72
	7001-10,000	64.7%	16.2%	11.6%	7.4%	100.0%	N=87
	ש"ח 10,000 מעל	59.1%	9.9%	19.1%	11.9%	100.0%	N=224
נטייה דתית	חילונית	61.1%	9.2%	11.0%	18.7%	100.0%	N=271
	מסורתית	58.1%	7.9%	19.3%	14.8%	100.0%	N=120
	דתית-חרדית	60.1%	11.7%	16.7%	11.5%	100.0%	N=107
מוצא	מוצא מזרחי	63.1%	5.4%	23.8%	7.7%	100.0%	N=94
	מערבי מוצא	59.7%	9.8%	12.8%	17.7%	100.0%	N=144
	הארץ דור שני יליד	62.1%	10.6%	16.2%	11.1%	100.0%	N=166
	חדש עולה	55.2%	10.6%	3.6%	30.7%	100.0%	N=96
מספר נפשות	1--2	62.9%	9.3%	11.0%	16.8%	100.0%	N=143
	3--4	53.3%	11.8%	16.0%	18.9%	100.0%	N=205
	5+	70.3%	7.0%	14.6%	8.1%	100.0%	N=138
אזור מגורים	חיפה והצפון	62.7%	12.8%	11.7%	12.8%	100.0%	N=98
	איזור השרון	54.3%	7.1%	20.0%	18.6%	100.0%	N=69
	והסביבה ת"א	58.2%	8.3%	13.2%	20.3%	100.0%	N=178
	והדרום י-ם	63.6%	9.5%	14.5%	12.4%	100.0%	N=156

q655 BY demo

יש הטוענים שאם תינוקות יגיעו לצורך מעקב וחיסונים לקופות החולים, הם יהיו חשופים יותר למחלות של ילדים ומבוגרים.

		מסכים	ככה ככה	לא מסכים	לא יודע	סה"כ	N
סה"כ		60.7%	9.8%	22.6%	6.9%	100.0%	N=500
מגדר	גבר	45.9%	14.5%	30.2%	9.4%	100.0%	N=238
	אישה	74.2%	5.5%	15.6%	4.7%	100.0%	N=262
גיל	18-34	61.1%	10.8%	22.6%	5.5%	100.0%	N=181
	35-54	58.7%	9.9%	25.0%	6.5%	100.0%	N=166
	55+	62.5%	8.3%	19.9%	9.3%	100.0%	N=149
השכלה	עד תיכונית	62.3%	10.5%	19.9%	7.3%	100.0%	N=182
	תיכונית על	72.5%	13.6%	9.2%	4.6%	100.0%	N=89
	אקדמאית	54.9%	7.9%	30.8%	6.4%	100.0%	N=222
הכנסה נטו למשק בית	עד 7000 ש"ח	55.8%	17.4%	16.6%	10.2%	100.0%	N=72
	7001-10,000	66.2%	13.2%	19.5%	1.1%	100.0%	N=87
	ש"ח 10,000 מעל	56.2%	9.4%	29.4%	4.9%	100.0%	N=224
נטייה דתית	חילונית	60.7%	11.7%	22.5%	5.1%	100.0%	N=271
	מסורתית	63.1%	5.3%	23.2%	8.4%	100.0%	N=120
	דתית-חרדית	59.2%	10.0%	21.0%	9.7%	100.0%	N=107
מוצא	מוצא מזרחי	71.3%	7.2%	18.0%	3.5%	100.0%	N=94
	מערבי מוצא	57.4%	10.4%	26.5%	5.7%	100.0%	N=144
	הארץ דור שני יליד	68.2%	6.7%	16.9%	8.3%	100.0%	N=166
	חדש עולה	42.5%	16.8%	31.0%	9.8%	100.0%	N=96
מספר נפשות	1--2	65.2%	7.9%	16.8%	10.1%	100.0%	N=143
	3--4	53.2%	12.7%	28.9%	5.2%	100.0%	N=205
	5+	68.5%	8.4%	21.4%	1.7%	100.0%	N=138
אזור מגורים	חיפה והצפון	71.1%	6.6%	15.9%	6.4%	100.0%	N=98
	איזור השרון	58.1%	9.5%	22.8%	9.6%	100.0%	N=69
	והסביבה ת"א	51.9%	15.9%	24.2%	8.1%	100.0%	N=178
	והדרום ים	65.5%	4.9%	24.9%	4.7%	100.0%	N=156

q655 BY demo

יש הטוענים שהמעקב אחר התינוקות במסגרת קופות החולים במקום במסגרת טיפות החלב, יפגע מבחינת רמת האיכות, המקצועיות ותשומת הלב שהתינוק מקבל כיום, עקב עומס על הרופאים והאחיות

						N	סה"כ
		מסכים	ככה ככה	לא מסכים	לא יודע		
	סה"כ	56.7%	8.2%	23.1%	12.0%	100.0%	N=500
מגדר	גבר	50.4%	10.3%	24.4%	14.8%	100.0%	N=238
	אישה	62.5%	6.2%	21.9%	9.4%	100.0%	N=262
גיל	18-34	52.3%	11.3%	24.2%	12.2%	100.0%	N=181
	35-54	63.1%	5.0%	23.2%	8.7%	100.0%	N=166
	55+	54.4%	8.1%	21.8%	15.7%	100.0%	N=149
השכלה	עד תיכונית	56.5%	8.9%	18.5%	16.2%	100.0%	N=182
	תיכונית על	67.9%	7.4%	15.6%	9.1%	100.0%	N=89
	אקדמאית	53.6%	8.1%	29.8%	8.5%	100.0%	N=222
הכנסה נטו למשק בית	עד 7000 ש"ח	68.2%	4.0%	15.7%	12.1%	100.0%	N=72
	7001-10,000	63.5%	8.6%	25.4%	2.6%	100.0%	N=87
	ש"ח 10,000 מעל	53.5%	10.8%	26.4%	9.4%	100.0%	N=224
נטיה דתית	חילונית	54.2%	6.8%	26.3%	12.8%	100.0%	N=271
	מסורתית	60.2%	11.6%	15.7%	12.5%	100.0%	N=120
	דתית-חרדית	58.8%	8.1%	23.9%	9.2%	100.0%	N=107
מוצא	מוצא מזרחי	67.2%	4.4%	21.4%	7.0%	100.0%	N=94
	מערבי מוצא	55.2%	7.2%	23.1%	14.5%	100.0%	N=144
	הארץ דור שני יליד	60.4%	8.0%	21.4%	10.2%	100.0%	N=166
	חדש עולה	42.3%	13.6%	27.9%	16.2%	100.0%	N=96
מספר נפשות	1--2	62.9%	5.0%	16.8%	15.2%	100.0%	N=143
	3--4	51.9%	10.7%	26.3%	11.2%	100.0%	N=205
	5+	60.1%	8.6%	25.9%	5.4%	100.0%	N=138
אזור מגורים	חיפה והצפון	60.0%	3.5%	22.8%	13.7%	100.0%	N=98
	איזור השרון	57.9%	3.9%	20.8%	17.4%	100.0%	N=69
	והסביבה ת"א	60.6%	11.7%	17.5%	10.2%	100.0%	N=178
	והדרום י-ם	49.8%	9.0%	30.7%	10.6%	100.0%	N=156

q655 BY demo