



# קיים פער עצום ברמת בריאות הציבור בין אזורים שונים



פרופ' ליאון אפשטיין, מומחה בבריאות הציבור ובמינהל רפואי, מוטרד מכך שאוכלוסיות שלמות בישראל נותרות בשולי הרפואה המונעת ■ טיפות החלב, לדבריו, ראויות לשבחים, אך הן אינן פועלות בכל אזורי הארץ באותה רמה של אינטנסיביות ■ הוא מותח ביקורת על העדר תכנון לטווח ארוך של תוכניות מניעה וסבור כי הרפואה המונעת צריכה להיות חלק אינטגרלי של הרפואה הקורטיבית, הזוכה היום להעדפה ברורה < **מנחם פרידמן**

פרופ' ליאון אפשטיין:  
 "בישראל אין חוק ביטוח  
 בריאות ממלכתי - יש לנו  
 חוק אטום ממלכתי"

פרופ' ליאון אפשטיין, מומחה בבריאות הציבור ובמינהל רפואי, שימש כמנהל בית החולים רמב"ם בחיפה, ניהל את בית הספר לבריאות הציבור של הדסה והאוניברסיטה העברית והיה חבר הנהלת הדסה עד לפרישתו לגמלאות בשנת 2002. עיקר מומחיותו בבריאות הציבור ובאפידמיולוגיה של מחלות כרוניות, גיל ההתבגרות ורפואה קהילתית. בתחומים אלה ואחרים פרסם מאמרים רבים.

"הרפואה המונעת כמרכיב מרכזי בבריאות הציבור, הנמצא באחריות המדינה, זוכה להכרה הולכת וגוברת בעולם", אומר פרופ' ליאון אפשטיין. "אחד הביטויים העיקריים לכך קשור לאי-השוויון. כמעט בכל מדדי הבריאות יש בישראל פערים במצב בריאותם של מגזרים שונים באוכלוסיה, פערים הנובעים ממעמדן החברתי-כלכלי של קבוצות אוכלוסיה שונות. הפערים גדלים ובאים לידי ביטוי בשיעורי תמותה גבוהים יותר בקרב אוכלוסיות חלשות, הנחשפות פחות לרפואה המונעת. לפיכך, ברור שהמניעה היא באחריות המדינה, ומי שצריך להוביל אותה זו מערכת הבריאות."

### "אין מחויבות"

"בשנים האחרונות, בגלל הקיצוצים התקציביים, מצטמצמת פעילות הגורמים המופקדים על בריאות הציבור. להוציא ממוגרפיה, טיפולי מניעה אינם מופיעים בסל השירותים. כך גם לגבי מניעה של מחלות כלי דם ולב, שהן מגורמי המוות הנפוצים ביותר בקרב האוכלוסיה. לקופות החולים אין מחויבות לספק אותם, ולפיכך הן יכולות לרחוץ בנקיון כפיהן, להתהדר במצפון נקי ולומר שהמדינה היא זו שאחראית.

"להשקפתי, מי שמספק שירותי בריאות לפרט ולמשפחה חייב להיות אחראי גם על בריאות הציבור; אך במדינת ישראל כלל זה אינו מתקיים. את פעילותן בתחום בריאות הציבור עושות קופות החולים מטעמים אחרים - קצתם שיווקיים וקצתם מתוך רצון כן לספק את השירותים לאוכלוסיית המבוטחים. "דוגמה מצוינת היא מחלת הסוכרת, שהשכיחות שלה בקרב הציבור גדלה במהירות בכל העולם המערבי וגם בישראל. יש בארץ נתוני המצביעים במובהק על הבדלים ברמת האיוון של סוכרת בקרב חולים ממעמד כלכלי-חברתי שונה. אלה המשתייכים למעמד נמוך יותר - מאוזנים פחות, ולפיכך הסיבוכים ממחלת הסוכרת אצלם יהיו שכיחים יותר, ובהתאמה - עלויות הטיפול יהיו גבוהות

< המשך בעמוד הבא >



”  
**חיסונים הם חלק  
 מזכויותיו הבסיסיות של  
 האדם. אם היינו מספקים  
 חיסונים בהיקף גדול נגד  
 שפעת ודלקת ריאות  
 לאוכלוסיית הקשישים, לא  
 היינו מגיעים לתפוסה של  
 150% ויותר במחלקות  
 הפנימיות של בתי  
 החולים במהלך עונת החורף.  
 הרבה יותר זול לחסן  
 מאשר לאשכז**  
 ”

## שרויה, מסוגלות קופות החולים לתת מענה הולם לרפואה מונעת?

”אני מודע לכך שבאילווצים הקיימים במערך  
 כות הציבוריות, ובהן גם מערכת הבריאות, אי-  
 אפשר לתת לכולם הכל. כאשר כך הם פני  
 הדברים, עולה שאלת סדר הקדימויות. אצלנו,  
 כפי שקורה במדינות רבות אחרות, נותנים  
 עדיפות לטיפול באנשים חולים, ובמיוחד אלה  
 החולים במחלות קשות. מתעוררת השאלה,  
 אם נותרים במערכת הציבורית די משאבים  
 כספיים להשקיע גם במניעה.

”לנוכח העובדה שלמיוון המניעה אין  
 הקצאה בסל השירותים, השאלה היא באיזו  
 מידה המדינה מחויבת לנושאים אלה. למיטב  
 הערכתי, בישראל אין חוק ביטוח בריאות ממלכתי  
 תי – יש לנו חוק אטום ממלכתי. רוב התוספת  
 השנייה בחוק, זו המגדירה את חובותיהן של  
 קופות החולים כלפי מבוטחיהן, מתייחסת לאב-  
 חוץ ולטיפול במחלות. מה שדרוש, לדעתי, הוא  
 החלטה עקרונית להפעיל תהליך של מניעה  
 כחלק אינטגרלי של הרפואה הקורטיבית. אני  
 שייך לאלה החושבים שפעולות המניעה צריכות  
 להיות מוגדרות בתוספת השנייה של החוק,  
 ושיש להעביר לקופות מימון מתאים.

”אחת הבעיות היא שבישראל קיים פער  
 עצום בין אזורים שונים במה שנוגע לרמת  
 בריאות הציבור. אחד המדדים המקובלים  
 לבחינת רמת בריאות הציבור הוא שיעור  
 תמותת התינוקות; בישראל יש פער של עד פי  
 שבעה בשיעור תמותת תינוקות בין אזורים  
 שונים, ואין מדובר רק בפער בין אוכלוסיה  
 יהודית לערבית, אלא גם בין אוכלוסיות יהודי-  
 ות. בדרום הארץ התמותה בקרב תינוקות, יהודי-  
 דים וערבים, היא הגבוהה ביותר.

”הפערים הללו נובעים בעיקר מפער ברמת  
 ההשכלה בין האוכלוסיות השונות. עולה כאן  
 השאלה הלא פשוטה, אילו תשומות צריכה  
 המדינה להשקיע באוכלוסיות החלשות כדי  
 לנסות ולצמצם את הפערים הללו. בכמה  
 ארצות נערכו ניסויים חברתיים, והוכח כי  
 שיפור רמת השכלתן של נשים יכול להפחית  
 בשיעור דרמטי תמותת תינוקות. אינני בטוח  
 שאנחנו נמצאים בנתיב כזה. אם היתה המדינה  
 נוקטת את המהלכים המתבקשים, יכול מאוד  
 להיות שבעוד 10-15 שנה היינו קוצרים את  
 הפירות. הסיבה שבעטיה המצב כיום אינו גרוע  
 יותר היא פעילותן של טיפות החלב שמפעילה  
 המדינה; אך גם טיפות החלב אינן פועלות בכל  
 אזורי הארץ באותה רמה של אינטנסיביות.”

## ”היסטוריה מכוארת”

– מה באשר למדיניות החיסונים של  
 הממשלה?  
 ”בתחום החיסונים, יש למדינת ישראל

# ” קיים פער עצום ברמת בריאות הציבור ”

< המשך מעמוד קודם >

יותר. לאחרונה, יש התעוררות מסוימת בנושאי  
 אים הקשורים במניעה, אבל היא עדיין אינה  
 מופיעה כאחריות כתובה, מחייבת וממומנת  
 על ידי המערכת הממלכתית. בכל הקשור  
 למניעה, יש בישראל בעיה מובנית.”

## – כיצד מבצעים מניעה באופן מעשי?

פרופ' אפשטיין: ”כאשר אני מדבר על מני-  
 עה, אני מגדיר שלושה שלבים; המניעה הרא-  
 שונית – פעולות המתבצעות בטרם מתחולל  
 שינוי פתולוגי בגופו של האדם. כך, לדוגמה,  
 חיסון של תינוקות או דאגה לאוויר ומים באי-  
 כות רצויה, כמו גם דאגה לאיכותו של המזון  
 וחינוך לאורח חיים בריא. מדובר בסדרה  
 ארוכה של נושאים, שאינם נמצאים באחריותה  
 של מערכת הבריאות, אך השפעתם על בריאו-  
 תו של האדם מכרעת.

”המניעה השניונית – פעולות שמבצעים אחרי  
 שהחל תהליך פתולוגי. השלב הראשון במסגרת  
 זאת הוא האבחון המוקדם, שנועד לאתר תהליכים  
 שעלולים להתפתח למחלות בגופו של אדם בריא;  
 בין היתר מחלות כרוניות שונות.

”המניעה השלישונית מיועדת לאנשים המור-  
 גדרים חולים – לדוגמה, אנשים שסבלו משבץ  
 מוחי – והמערכת מתערבת בניסיון למנוע  
 אצלם נכות או כדי לשקם אותם.

”שלושת השלבים הללו יחד נחשבים  
 בתחום בריאות הציבור כמניעה. חשיבותה של  
 המניעה הולכת וגדלה בשנים האחרונות, בגלל  
 חוסר היכולת של מערכות הבריאות ושל  
 המערכות התומכות לשאת בעלויות האדירות  
 של הטיפול במחלות כרוניות, ובעיקר בסיביר-  
 כים שהן מייצרות.

”הייתי מגדיר את בריאות הציבור כנכס  
 לאומי. הנטל של החולה הכרוני הוא כפול –  
 כמובן, הנטל הישיר בהיבט המשפחתי, עם כל  
 הכרוך בטיפול בחולה כרוני; אך בולט כאן גם  
 אובדן התרומה לחברה של בני אדם הנפלטים  
 ממעגל העבודה והיצירה.”

## ”חוק אטום”

– האם במבנה הקיים של מערכת הבריאות  
 בישראל, על האילווצים הכלכליים שבהם היא

**ממוגרפיה – יחידה  
בסל הבריאות**  
(צילום אילוסטרציה:  
אימג' בנק)

תית לתועלת החברה. חיסונים שייכים לתחום זכויותיו הבסיסיות של האדם. אם היינו מספקים חיסונים בהיקף גדול נגד שפעת ודלקת ריאות לאוכלוסיית הקשישים, לא היינו מגיעים לתפוסה של 150% ויותר במחלקות הפנימיות של בתי החולים במהלך עונת החורף. הרבה יותר זול לחסן מאשר לאשפז."

**– המדינה אינה מסוגלת לערוך את החישוב הכלכלי הכליך פשוט הזה?**

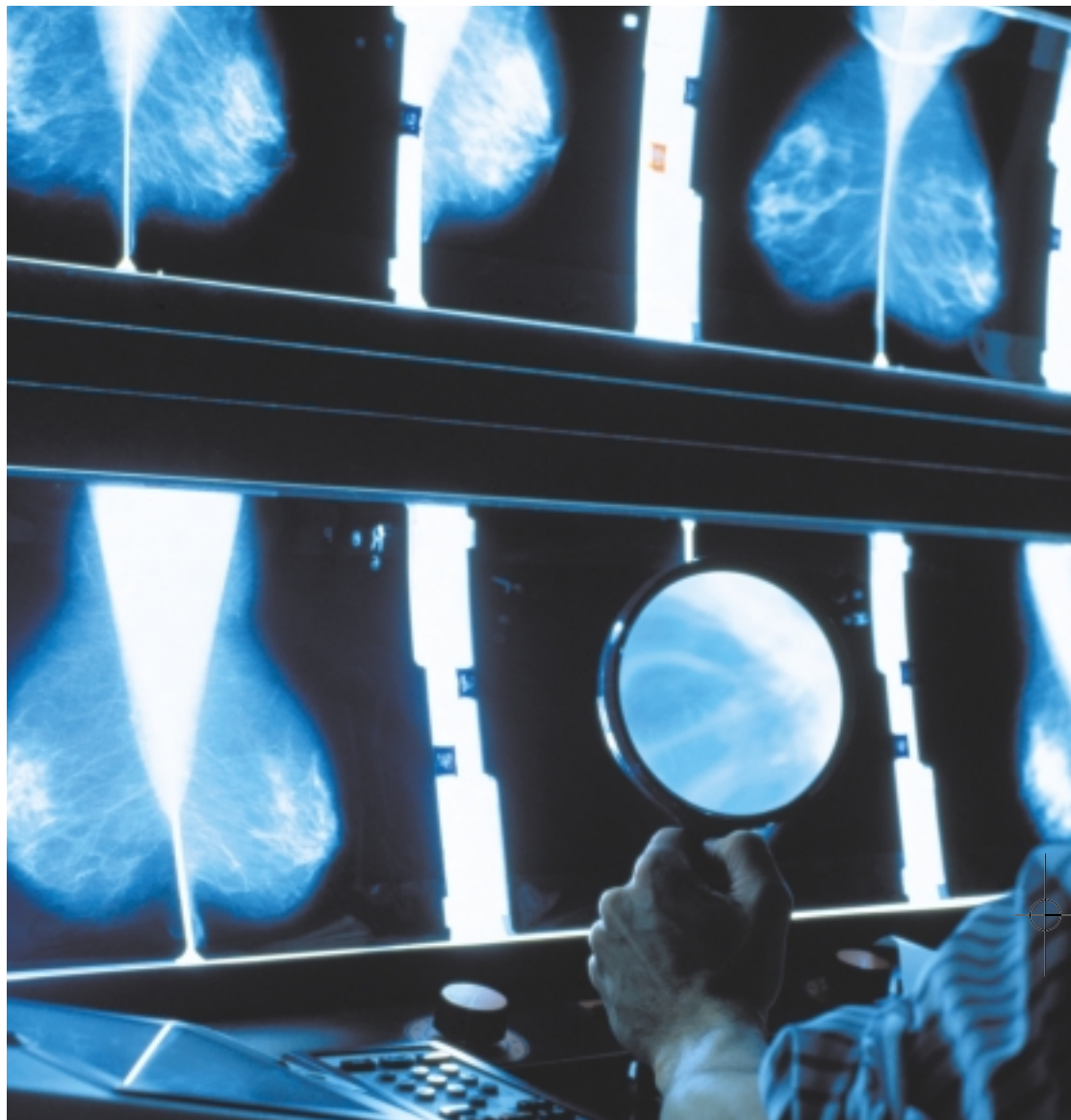
"הרפואה הקורטיבית זוכה להעדפה על פני הרפואה המונעת לכל אורך הדרך. אין ספק שבית חולים הוא מוסד רפואי חשוב. בעבר ניהלתי בית חולים, וברור שאפשר היה למנוע את אשפוזו של אדם קשיש שלקה בדלקת ריאות, אם היו מונעים באמצעות חיסון את השפעת שגרמה לדלקת הריאות. במהלך השנים האחרונות מגדילות קופות החולים את היקף החיסונים האלה, אך פירות הגידול הזה אינם נחלתם של כל אזורי הארץ בחלוקה שווה. חשוב לזכור שאי-אפשר לחייב אנשים לפנות לקבלת החיסונים; ובכלל, חשוב לשאול באיזו מידה מבין כלל הציבור את ההסברה שלנו לקידום בריאותו – האם אנו, במערכת הבריאות, מצליחים להעביר את המסרים באופן מובן לכלל הציבור.

"כשמדובר באנשים ברמה כלכלית-חברתית מסוימת ומעלה הנחשפים להסברה, למשל בעניין החיסונים, אפשר להניח במידה סבירה של ביטחון שהם הבינו את המסרים. נותרה, כמובן, השאלה האם יפנו לקבלת החיסון אם לאו, אבל זה כבר נתון לשיפוטם ואי-אפשר לחייב אותם לעשות כן. יש ציבור אחר, שאינו מבין את שפת המסרים באופן שאנחנו מבקשים להעביר, או כאלה שההבנה והפרשנות שלהם באשר לסיבות הגורמות למחלות שונות מהמקובל בקרב רוב האוכלוסייה. הרופאים, האחיות והצוותים הרפואיים לא קיבלו הכשרה מתאימה ואינם יודעים כיצד לפתח נגישות לציבור הזה. במדינות רבות במערב מדברים היום על התאמה תרבותית של שירותי הבריאות, והכוונה אינה רק לתרגום, אלא ללימוד האופן שבו האדם האחר מבין את ההסברה שאליה הוא נחשף.

"יש, לדוגמה, אלה שסבורים כי מחלות באות מאלוהים או מגורל, ואין מה לעשות. אין שום סיבה שאנשים אלה יפנו לקבלת חיסונים. הם מציבים אתגר לא פשוט למערכת, שחייבת לחפש ערוצי תקשורת אליהם. השאלות הללו מוגדרות עדיין בשולי העיסוק החברתי ברפר-אה מונעת, אבל אני בטוח שהמצב הזה ישתנה, והן יקבלו את החשיבות שלהן זכאיות במכלול הסוגיות הכרוכות במניעה."

**– בארצות-הברית עלה לא מזמן רעיון לחייב אנשים שמנים במיוחד לשלם פרמיות מוגדלות לביטוח הבריאות שלהם, בשל הסיכון**

< המשך בעמוד הבא >



**//**

**להוציא ממוגרפיה,  
טיפול מניעה אינם מופיעים  
בסל השירותים. כך  
גם לגבי מניעה של מחלות  
כלי דם ולב. לקופות החולים  
אין מחויבות לספק  
אותם, ולפיכך הן יכולות  
לרחוץ בנקיון כפיהן,  
להתהדר במצפון נקי  
ולומר שהמדינה היא זו  
שאחראית**

**//**

היסטוריה מפוארת, וצריך לתת את הכבוד המגיע לה. במדינות רבות בעולם יש קנאה של ממש בישראל על האופן שבו הפעילה את טיפות החלב, ובתוך כך – את מדיניות החיסונים לתינוקות במסגרת הרפואה המונעת.

"באשר לחיסונים, הזכות למניעה היא זכות אוניברסלית. לתפיסתי, תשלום אגרה לטיפת חלב מנוגד לעקרון האוניברסליות. יש מי שמסוגלים לשלם את האגרה הזאת, ויש אחרים שאינם מסוגלים. אז מה, התינוק שלהם לא יקבל את החיסונים? יש בישראל חיסונים שאינם כלולים בסל לפי הגדרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המגדירה את תחומי אחריותה של המדינה לבריאות הציבור. אני סבור, שאם בין החיסונים הללו יש כאלה שהוכחו כאמצעי יעיל למניעת מחלות, כי אז יחסי העלות-תועלת שלהם הם ללא עוררין. אסור להכניס אותם למסגרת שירותי הבריאות הנוספים – השב"ץ – ואסור להטיל את עלותם על הציבור. חיסונים אינם מיועדים רק לטובתו של האדם הבודד – צריך להכיר בהם כפעולה חבר-



**אנחנו סובלים  
בארץ מחוסר תכנון לטווח  
ארוך. משרדי הממשלה  
פועלים מדי בינואר עד  
סוף דצמבר, והעומדים  
בראשם נבחנים בעיקר בכך  
שבסוף דצמבר הם  
מאוזנים, ללא גרעון. במניעה  
- מדובר בתכנון לטווחים  
ארוכים יותר. השקעה  
היום תניב פירות רק בעוד  
כמה שנים**

**בכמה ארצות נערכו  
ניסויים חברתיים, והוכח כי  
שיפור רמת השכלתן של  
נשים עשוי להפחית בשיעור  
דרמטי תמותת תינוקות.  
אינני בטוח שאנחנו  
נמצאים בנתיב כזה. אם  
היתה המדינה נוקטת את  
המהלכים המתבקשים,  
יכול מאוד להיות שבעוד  
10-15 שנים היינו קוצרים  
את הפירות**



כותה ירד שיעור התחלואה במחלות כלי דם היא צמצום שכיחות העישון בקרב האוכלוסייה. אני חייב לציין כאן שחלקה של מערכת הבריאות בהצלחה הזאת היה קטן יחסית.

"העישון, באמצעות הסברה קדחתנית, הופך להיות בלתי מקובל מבחינה חברתית. לפני 20 שנה, כשהשתתפתי בכינוסים מקצועיים, אפף ענן עשן כבד את אולם מליאת הכינוס. כיום, בכינוסים מקצועיים דומים, נאלצים המעשנים להתכנס בחדר מיוחד. זה כשלעצמו, הבידוד הזה, אומר הכל לגבי הצלחת ההסברה בתחום זה. בישראל קשה עדיין להגדיר את העישון כלא מקובל חברתית. ואכן, למרות הצלחות בקרב גברים מעשנים, עדיין יש בעיה עם עישון בקרב נשים ובני נוער. בקבוצות אלה עדיין לא מתייחסים לעישון כפעולה לא מקובלת.

"הירידה בתפוצת המחלות האסכמיות בישראל התחילה בשנות ה-70, ואפשר לייחס

השלישית' - התוספת לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המגדירה את זכויות הציבור גם במסגרת הרפואה המונעת. עמדתי היתה, שאי אפשר להפריד בין אחריות קופות החולים לבריאות הציבור, כקבלן של הממשלה לעניין ביצוע מדיניות הבריאות, לבין הרפואה המונעת. אני מבין את החששות שלפיהם הרפואה המונעת תלך לאיבוד, אם תגור בבית אחד עם הרפואה הקורטיבית - אולם, להערכתי, ההפרדה הזאת היא מלאכותית.

"כיום הפיקוח, המעקב והאחריות על תהליך הגדילה של התינוק הם של טיפות החלב, המתפקדות במסגרת המערכת הממשלית - והטיפול במחלותיו של התינוק יהיה במקום אחר, באחריות הקופות. אני יודע שדעותי בעניין אינן פופולריות, אבל אני חושב שצריך לשלב את הטיפול בתינוקות בטיפות החלב בפעילות של קופות החולים. מקצת הקופות מספקות שירותים לטיפות החלב, ולמיטב ידיעתי - אין כל עדות לכך שהשירות הזה נופל ברמתו מהשירות של טיפות החלב הממלכתיות. כל עוד התחנות לבריאות האם והילד מופקדות בידי המדינה, איני רואה אפשרות לקדם ולפתח את נושאי המניעה האחרים. אפשר, אחרי תכנון מוקדם ובתהליך הדרגתי, להעביר את המניעה לאחריות הקופות - ובתוך כך גם את הטיפול באם ובילד.

"הבעיה, גם בנושא זה, היא הפריסה הלא אחידה של קופות החולים על פני הארץ, שעשויה לגרום קיפוח אזורי. לפיכך, מדובר בתהליך ארוך, שחייב להתנהל תחת עינו הפקוחה של הרגולטור, הממשלה. צריך לנהוג בנושא זה בדומה להתנהלות שאפיינה את העברת בריאות הנפש לקהילה, למסגרת האחריות של הקופות, לאחר שהובטח להן מימון מתאים."

### "עשן בכינוסים"

- אחד מאפיקי הפעילות החשובים של הרפואה המונעת הוא ההסברה; כיצד גורמים לציבור גדול לאמץ הרגלי חיים בריאים יותר, כמו עיסוק בספורט, הפסקת עישון ונהיגה בטוחה; האם יש דוגמאות להצלחות מובהקות בתחום זה?

"אחת ההצלחות המרשימות מהשנים האחרונות היא הפחתה של עשרות אחוזים בשכיחות המחלות האסכמיות, מחלות כלי דם הגורמות לכשלי לב, שהם הגורם העיקרי לתמותה בעידן המודרני. המחלות הללו הן עדיין גורם מוביל בתמותה, אך בשנים האחרונות היו הישגים בתחום הזה בארצות הברית, בישראל ובכמה מדינות מערביות נוספות. הסיבה העיקרית שבזו



## קיים פער עצום ברמת בריאות הציבור



< המשך מעמוד קודם >

הגבוה יותר, הנובע ממצב בריאותם, והנטל שהם עשויים להוות על כיסו של הציבור. כיצד נראית לך היחזמה הזאת?

"אני סבור שבתנאים הקיימים אין מקום להנהגת התנהלות כזאת. אם אתה רוצה לאכול המבורגר שלוש פעמים ביום ולמות בגיל 30 מהתקף לב, זו בעיה שלך. אפשר לתבוע אחרי ות מאדם כזה רק בתנאי שהמופקדים על המדיניות דאגו לצייד אותו בכל הכלים שבאמצעותם יוכל לבחון את החלופות שלפניו; ובתנאים הקיימים, כאמור, אין זה כך."

### "תהליך ארוך"

- בימים אלה יוזמת הממשלה מהלך להעברת הטיפול באם ובילד, במסגרת טיפות החלב, מאחריות המדינה לאחריות קופות החולים. האם מהלך כזה נכון מבחינה מערכיתית?

"לפני כשלוש שנים, לקראת כנס ים המלח, הייתי מופקד על צוות שבחן את התוספת



**יש מי שסבורים  
כי מחלות באות מאלוהים או  
מגורל, ואין מה לעשות.  
אין שום סיבה שאנשים כאלה  
יפנו לקבל חיסונים.  
הרופאים, האחיות והצוותים  
הרפואיים לא קיבלו  
הכשרה מתאימה ואינם  
יודעים כיצד לפתח נגישות  
לציבור הזה**



**פרופ' אפשטיין: "מניעה  
אינה נושא שאותו מקדמים  
לפי שייכות פוליטית"**

חשוב לרתום גם את מערכת החינוך, שיכולה לסייע ביעילות רבה להנחיל את המודעות לחשיבותה של הרפואה המונעת בקרב חלקים נרחבים של האוכלוסייה. מערכת החינוך יכולה לסייע בהכשרת הנוער המתבגר לערוך שיקור לים לבחירה בין חלופות: לעשן או לא לעשן, לשתות אלכוהול לפני נהיגה או להימנע מכך, להשתמש בסמים או להימנע מהשימוש בהם, לצרוך מזון עתיר שומן רווי או לא – וכך עוד אלפי דוגמאות לשיקולים בין חלופות, שאנשי שים בוגרים חייבים לשקול לפני שהם מחליטים כיצד לנהוג. אני סבור שהפחדה בנושאים אלה אינה יעילה – חייבים להשתמש ביעילות בשיטות חינוכיות."

## "לשאת באחריות"

– ההשקעה במניעה מצטיירת, על פי דבריך, גם כהשקעה כלכלית חכמה. השקעת מאות אלפי שקלים היום עשויה לחסוך מאות מיליוני שקלים בעוד כמה שנים. מדוע, להערכתך, אין להגיון הזה ביטוי בתכנון המדיניות לטווח ארוך?

"לדעתי, אנחנו סובלים מחוסר תכנון לטווח ארוך. בעניין זה יש בארץ דוגמאות רבות, קצתן מצערות. משרדי הממשלה פועלים מ-1 בינואר עד סוף דצמבר, והעומדים בראשם נבחנים בעיקר בכך שבסוף דצמבר הם מאוזנים, ללא גרעון. כאשר בוחנים את נושאי המניעה, ברור שמדובר במסגרת של תכנון לטווחים יותר ארוכים. השקעה במניעה היום תניב פירות רק בעוד כמה שנים. הבעיה הזאת אינה ייחודית לנו, היא נחלתן של רוב המדינות. בסופו של יום, בשיטה הפוליטית שבה מתנהלת המדינה, ההחלטות בנושא המניעה הן ברמה הפוליטית, והן חייבות להיות באחריותם של הפוליטיקאים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי נחקק על ידי פוליטיקאים בכנסת. הפוליטיקאים חייבים להבין שהחקיקה אינה סוף פסוק. לאחר סיום פעולת החקיקה וכניסת החוק לתוקף, הם צריכים לשאת באחריות וללוות את יישומו.

"כאיש מקצוע, אני יכול להביע את דעתי המקצועית על ההתנהלות במסגרת החוק, אולם לדעתי לא תהיה ההשפעה שעשויה להיות למעורבות של פוליטיקאים. מניעה אינה יכולה להיות נושא שאותו מקדמים לפי שייכות מפלגתית או זרם פוליטי כאלה או אחרים; מדובר בנושא אוניברסלי, שחייב לקבל קדימות גבוהה בסדר יומם של כל הפוליטיקאים, מכל הזרמים – אך לצערי המודעות לכך אינה קיימת בקרב הפוליטיקאים הישראלים, והתוצאות ניכרות היטב בשטח." ◆



//

**בישראל יש  
פער של עד פי שבעה  
בשיעור תמותת תינוקות בין  
אזורים שונים, ואין מדובר  
רק בפער בין אוכלוסיה  
יהודית לערבית, אלא גם בין  
אוכלוסיות יהודיות שונות.  
בדרום הארץ התמותה  
בקרב תינוקות,  
יהודים וערבים, היא  
הגבוהה ביותר**

//

אותה גם לעלייה במודעות הציבור ליתר לחץ דם, להכרה בחשיבות התזונה וכמובן לטיפול ביתר כולסטרול, שקפץ קדימה קפיצת מדרגה. מדובר בתמהיל של כמה גורמים, אך אין ספק שהמניעה זכתה להכרה כגורם קריטי להמשך השיפור במצב בריאות הציבור. בתחום הזה, כמו בתחומים אחרים של מניעה, יש בעיה לא פשוטה של יעילות בקבוצות אוכלוסיה ייחודיות. בקרב השכבות הנחשלות יותר תפוצת העישון עדיין רבה מאוד, המזון שהם צורכים – בין היתר משיקולים כלכליים – אינו עומד באמות מידה של תפריט בריא המסוגל לסייע במניעת תחלואה, וגם פעילות ספורטיבית אינה מקובלת כחלק מאורח החיים. המערכת חייבת להתמודד עם הסוגיות הללו, לקיים דיונים והתייעצויות בניסיון לגבש אמצעים הסברתיים יעילים יותר, שלא יקפחו אותם חלקים באוכלוסיה. למשימה הזאת



**ב**איזה שלב נכנסת הרפואה לחיינו? האם אנחנו נכנסים בשערי קופת החולים רק כשאנחנו כבר חולים ומבקשים להירפא, או שעלינו להתרגל לפקוד את הסניף השכונתי עוד קודם לכן, במגמה להקדים תרופה למכה, לשמור על בריאותנו ולהימנע ממחלות? הכל תלוי באופן שבו אנו מפרשים את המושג "רפואה מונעת", ובמידה שבה נהוג – אם בכלל – לעסוק ברפואה זו בקהילה שבה אנו חיים.

## "מאמץ משתלם"

פרופ' חוה טבנקין, מנהלת המחלקה לרפואת משפחה במרכז הרפואי העמק בעפולה ובמחוז הצפון של שירותי בריאות כללית, סבורה שכל דיון בנושא רפואה מונעת צריך להיפתח בהגדרת המושג. היא עצמה רואה ברפואה מונעת "רפואה ראשונית שמטרתה למנוע מחלה".

פרופ' טבנקין, ששימשה כיו"ר הוועדה שפרסמה את המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת (מהדורת 2004), מונה בדברי המבוא שלה לספר המלצות לשלושה שלבי מניעה: מניעה ראשונית, שמטרתה הפחתת החשיפה לגורמי סיכון או יצירת חסינות כלפיהם; מניעה שניונית, הכרוכה בגילוי מוקדם, באיתור מחלות או גורמי סיכון ובטיפול בהם בשלב מוקדם; ומניעה שלישונית, שהיא למעשה התערבות המתבצעת לאחר שכבר הופיעו מחלה או נזק, ומטרתה להפחית סיבוכים ולצמצם את השלכות המחלה.

פרופ' חיים ביטרמן, ראש האיגוד לרפואה פנימית, סבור שרפואה מונעת כוללת את כל התהליכים וההתערבויות שנועדו למנוע מחלה: "לדוגמה, חולה עם יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם והשמנת יתר, שיטופל ביעילות באורח מונע בכל אחד מהמרכיבים הללו, יוכל בוודאות להפחית באורח ניכר את הסכנה שיפתח מחלות לב וכלי דם. מבחינה לאומית, אין ספק שרפואה מונעת היא המאמץ המשתלם ביותר, במונחי עלות-תועלת, שמערכת הבריאות אמורה לעסוק בו".

פרופ' ביטרמן מצפה מהרפואה המונעת להיות חלק נכבד מעיסוקו היומיומי של רופא המשפחה בשתי רמות: בהדרכת המטופל ובטיפול נכון בבעיות שנמצאו אצלו באורח אקראי, וברמה של יוזמה מכוונת לאיתור ולהדרכה של כל המטופלים, גם אם הגיעו אליו מסיבה אחרת, ואפילו אם לא הגיעו כלל. "כך, למשל,

< המשך בעמוד הבא >