

רפואה מונעת למבוגרים ולקשישים

תקציר

אוכלוסיית הקשישים בארץ גדלה בקצב מהיר, והיא צורכת שירותי בריאות בשיעור ניכר מעל חלקה היחסי בכלל האוכלוסייה. מנתוני המרכז הלאומי לבקרת מחלות מ-1999 עולה, שאוכלוסיית הקשישים בארץ, ששיעורה בכלל האוכלוסייה ב-1996 היה כ-9.5%, השתמשה בכ-40% מהשירותים הרפואיים. נוכח הנטל הכלכלי על מערכת הבריאות, והצורך למנוע תחלואה ותמותה ולשפר את איכות החיים, קיים צורך להיערך להנהגת רפואה מונעת בכלל האוכלוסייה ובקרב הקשישים בפרט.

רפואה מונעת היא התערבות רפואית המופעלת על פרטים באוכלוסייה, כדי למנוע התפתחות של מחלות, ואם הן כבר קיימות - למנוע את המשך התפתחותן או סיבוכיהן. ההנחה בבסיס הרפואה המונעת היא, שאם מאתרים בזמן שינויים בתולוגיים, חוסכים בעלויות בטיפול שלאחר מכן, ומשפרים את איכות החיים.

משרד מבקר המדינה בדק את היערכותם של משרד הבריאות (להלן - המשרד) וקופות החולים לטיפול מונע בקרב אוכלוסיית המבוגרים בארץ (בני 50-64), ובקרב אוכלוסיית הקשישים (אשר לפי הגדרות בין-לאומיות מוסכמות הם בני 65 ויותר).

בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק) קבע המחוקק, שהאחריות למתן שירותי בריאות בתחום הרפואה המונעת תישאר בידי המדינה. ובתוספת השנייה לחוק נקבע סל השירותים שעל הקופות לספק, ובו חלק משירותי רפואה מונעת החלים על הקופות (בדיקות ממוגרפיה - לגילוי סרטן השד, בדיקות לגילוי דם סמוי בצואה - לגילוי סרטן המעי הגס, בדיקות משטח צוואר רחם - לגילוי סרטן צוואר הרחם, ובדיקות צפיפות העצם - לגילוי אוסטיאופורוזיס).

הנהלת המשרד אישרה בשנת 2000 "תכנית למניעת חולי וקידום בריאות בקרב קשישים", אולם עד מועד סיום הביקורת, יולי 2002, לא יישמה אותה. בתכנית הוערך היקף החיסכון שייגרם בהפעלתה בעשר השנים הבאות בסכום של 111 מיליון ש"ח לפחות.

הנחיות רפואיות עשויות לסייע לרופא בעת קבלת החלטה על הדרך הנכונה לטיפול. נמצא, כי המשרד לא הוציא הנחיות לקופות החולים במרבית תחומי הרפואה המונעת

למבוגרים ולקשישים, ובשל גישת קופות החולים שאין הן מחויבות לבצע רפואה מונעת, אין מדיניות אחידה באשר לפעילות מניעה שיש לבצע בקרב המבוטחים.

סעיף 35 לחוק מחייב את המשרד לפקח על פעילותן של קופות החולים ולבקר את איכות שירותיהן. למרות זאת, לא פיקח המשרד על הביצוע של הפעולות לרפואה מונעת הנמצאות בסל שירותי הבריאות (בדיקות לגילוי דם סמוי בצואה, צפיפות העצם ומשטח צוואר הרחם).

הביקורת על הפעולות בתחום הרפואה המונעת הכלולות בסל השירותים שהקופות ביצעו, העלתה, כי מספר המבוטחים המבוגרים שעשו בדיקות לגילוי סרטן השד, סרטן המעי הגס וסרטן צוואר הרחם - אינו רב. אמנם, המשרד ו"האגודה למלחמה בסרטן" מפעילים במשותף את "התכנית הלאומית לגילוי מוקדם של סרטן השד"; אולם נמצא, שלא כל מכוני הממוגרפיה בארץ העבירו להנהלת התכנית נתונים על המטופלים, ולא כולם כפופים לבקרת האיכות שלה, ובחלק מהמכונים שיעורי הגילוי נמוכים. המשרד לא חייב את המכונים בבקרת איכות ובקבלת רישוי להפעלתם.

ביקורת על הפעולות של קופות החולים בתחום הרפואה המונעת, שאינן כלולות בתוספת השנייה לחוק, העלתה, כי שיעורי החיסונים למבוגרים ולקשישים נגד שפעת ונגד דלקת ריאות, נמוכים משיעורי החיסונים שקופות החולים הציבו לעצמן כיעד.

לקופות החולים אין מעקב שיטתי וכולל אחר פעולות מניעה שהן נקטו מיוזמתן, אף שאינן נכללות בסל הבריאות, כגון: מעקב אחר קבוצות בסיכון להשמנה, ומעקב לאחר מתן ייעוץ ברפואה מונעת למבוגרים ולקשישים בידי רופאי המשפחה.

קופות החולים הפעילו פרויקטים בתחומי הרפואה המונעת, שאינם כלולים בסל שירותי הבריאות. הועלה, כי שירותי בריאות כללית הפעילה פרויקט ארצי למניעת החמרה במצבם של מבוטחים שעברו אוטם שריר הלב, ועל אף שהפרויקט הוכח כיעיל מבחינה רפואית וכלכלית, צומצמה פעילותו.

שירותי בריאות כללית הפעילה פרויקט ממוחשב למעקב אחר חולי סוכרת. הועלה, שקשיים בהפעלת התכנית לא איפשרו את הפקת הדוחות הנדרשים למעקב סדיר אחר החולים ושיעורי החולים הסוכרתיים הלא מאוזנים מבחינה רפואית היה גבוה. גם מכבי שירותי בריאות הפעילה פרויקט מעקב אחר חולי סוכרת; הועלה, שבמסגרת הפרויקט לא עקבו אחר כל הבדיקות והטיפולים הנדרשים לחולים סוכרתיים (רמת המוגלובין מסוכרר בדם¹, רמת כולסטרול בדם, תפקודי כליות ועוד).

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לקבוע מדיניות להנהגת רפואה מונעת, ובכלל זה לקבוע מדדים בריאותיים נדרשים, מטרות ושיעורי כיסוי רצויים. עוד על המשרד לדון עם קופות החולים על ביצוע המדיניות, על הדרכים והאמצעים לביצועה, והכל בהתחשב בשיקולים מקצועיים וכלכליים. יישום ההחלטות יאפשר הנהגת רפואה מונעת שוויונית לכלל האוכלוסייה, ולמבוגרים ולקשישים בפרט, יסייע לבריאותם ויחסוך עלויות למערכת הבריאות.



1 HBALC סמן בדם המגדיר את רמת האיוון של הסוכרת במשך שלושה חודשים לפני הבדיקה.

1. הגידול באוכלוסיית הקשישים (אשר לפי הגדרות בינלאומיות מוסכמות הם בני 65 ויותר), הוא תופעה כלל-עולמית, והשפעתה רבה על החברה ומוסדותיה, ועל השימוש בשירותי בריאות והמשאבים המוקצים להם.

אוכלוסיית הקשישים בארץ גדלה בקצב מהיר. בנובמבר 1999 מנתה אוכלוסיית המבוטחים בקופות החולים שהם בני 65 ויותר - 627,349 נפש, דהיינו כ-10%² מכלל המבוטחים. התחזית היא שב-25 השנים הבאות יגיע חלקם של בני 65 ויותר באוכלוסייה ל-12%, דהיינו כ-1.3 מיליון.

2. אוכלוסיית הקשישים צורכת שירותי בריאות בשיעור ניכר מעל לחלקה היחסי באוכלוסייה. זאת, מאחר שעם העלייה בגיל גובר השימוש בשירותים רפואיים, בעיקר נוכח העלייה בשכיחות המחלות הממושכות. מהנתונים האחרונים של המרכז הלאומי לבקרת מחלות לשנת 1999 עולה, שכלל אוכלוסיית הקשישים בארץ, ששיעורה באוכלוסייה ב-1996 היה כ-9.5%, השתמשה בכ-40% מהשירותים הרפואיים. כן עולה מנתוני המרכז הלאומי לבקרת מחלות, על פי סקר בריאות לאומי שהוא ערך בשנים 1996-1997, כי כ-40% מבני 65 ויותר דיווחו שהם סובלים מיתר לחץ דם, 16% דיווחו על אוטם בשריר הלב, ו-15% דיווחו שהם סובלים מסוכרת.

3. נוכח הנטל הכלכלי על מערכת הבריאות, והצורך למנוע תחלואה ותמותה ולשפר את איכות החיים, נערכו מדינות העולם המערבי לרפואה מונעת בכלל ובקרב הקשישים בפרט. אנשי המקצוע קבעו, כי טיפול מונע בקשישים צריך להתמקד לא רק במחלות אלא גם בבעיות התפקוד שלהם, כשהמטרה היא בראש וראשונה שימור ואף שיפור ברמת התפקוד. עוד הדגישו, כי יש חשיבות רבה לפתח רפואה מונעת מגיל הביניים (40-50).

4. בחודשים מארס-יולי 2002 בדק משרד מבקר המדינה, את היערכותם של משרד הבריאות (להלן - המשרד) ושל קופות החולים, לטיפול מונע בקרב המבוגרים בארץ בני 50-64 ובקרב הקשישים מגיל 65 ויותר. בעיקר נבדקו עניינים אלה: תכניות המשרד למניעת חולי ולקידום נושא הבריאות בקרב מבוגרים וקשישים, הנחיות רפואיות בנושא, בקרה והבטחת איכות ברפואה מונעת והכשרת רופאים לטיפול רפואי מונע בקשישים; כן נבחנו פעולותיהן של קופות החולים בנושא הנדון. הבדיקה נערכה בהנהלת המשרד, במועצה הלאומית לגריאטריה³, בהנהלת שירותי בריאות כללית ובמחוז דן - פתח תקווה של קופה זו, בהנהלת מכבי שירותי בריאות ובמחוזות נתניה והרצליה של קופה זו, בהנהלת "התכנית הלאומית לגילוי מוקדם של סרטן השד". כמו כן, הועברו לקופות החולים לאומית ומאוחדת שאלות בדבר נתונים על פעולותיהן בתחום רפואה מונעת בקרב מבוגרים וקשישים שבטיפולם.

רפואה מונעת - הגדרת תחומי פעילות ומדיניות

1. רפואה מונעת היא התערבות רפואית המופעלת על פרטים באוכלוסייה כדי למנוע התפתחות של מחלות, ואם הן כבר קיימות - למנוע את המשך התפתחותן או סיבוכיהן. בבסיס הרפואה המונעת נמצאת ההנחה, שאם מאתרים בזמן שינויים פתולוגיים, חוסכים בעלויות בשלבי הטיפול שלאחר מכן, ומשפרים את איכות החיים.

2. תחומי המניעה נחלקים לשלוש רמות:

- 2 "מצב הבריאות בישראל" 1999, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, ספטמבר 1999.
- 3 המועצות הלאומיות הן גופים מייצגים מקצועיים בתחומי הבריאות השונים. תפקידן לסייע למשרד בהתוויית מדיניות בריאות, לייעץ בקביעת סטנדרטים לבטיחות, בתפעול ובאימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדשות.

מניעה ראשונית: פעולות לקידום בריאות המתבצעות בדרך כלל לגבי כלל האוכלוסייה, המכוונות למנוע סיכוני בריאות (למשל: תזונה נכונה, מניעת התנהגות מסכנת); ופעולות מניעה ספציפיות המכוונות למניעת מחלה מסוימת (למשל: חיסונים).

מניעה שניונית: פעולות לגילוי המחלה אחרי שהתחילה, וכבר אין אפשרות למניעה ראשונית. הגילוי המוקדם עשוי לשנות את מהלך המחלה, את שיעור התמותה ואת איכות חיי החולים (כמו: תוצאות ממוגרפיה, גילוי יתר לחץ דם).

מניעה שלישונית: מופעלת כאשר המחלה קיימת, ומטרתה למנוע הידרדרות אצל החולה ולאפשר לו להגיע לרמה תפקודית אפשרית הגבוהה ביותר.

3. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק) קבע, שהמדינה תספק את עיקר שירותי הבריאות לפרט באמצעות קופות החולים, ואילו האחראיות למתן שירותי הבריאות בתחומי הגריאטריה, הפסיכיאטריה, הרפואה המונעת ומכשירי השיקום יישארו בידיה (על פי התוספת השלישית לחוק).

בתוספת השנייה לחוק נקבע סל השירותים, שהאחריות להספקתם חלה על קופות החולים, ועיקרם הם שירותים שנתנה שירותי בריאות כללית ערב חקיקת החוק. שירותים אלה כוללים גם חלק משירותי הרפואה המונעת, ובהם בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן (ממוגרפיה, בדיקת דם סמוי, משטח צוואר הרחם) ובדיקות צפיפות העצם⁴.

4. השירות המונע לקשיש הוא, כאמור, באחריות המדינה. המשרד לא נקט פעולות מניעה בקרב הקשישים, כנדרש ממנו, ואף שבשנת 2000 אישר תכנית לרפואה מונעת לא החל כלל ביישומה ולא דן בשלבי הביצוע שלה לטווח קצר ולטווח ארוך. עיון בדברי ההסבר של המשרד להצעת התקציב לשנת 2001 מעלה, כי בתכנית העבודה של האגף לשירותי בריאות הציבור, הכלולה בהצעת התקציב, צוין שארבע הזרועות של בריאות הציבור הן קידום בריאות, שמירת בריאות, חינוך לבריאות ורפואה מונעת. אולם, בתכנית העבודה לא נקבע כל יעד ולא פורטו תכניות מסוימות לרפואה מונעת בקרב אוכלוסיית המבוגרים והקשישים.

מבקר המדינה כבר העיר בעבר, כי "ככלל, לפי התוספת השלישית לחוק, שירותי רפואה מונעת הם באחריות משרד הבריאות, ועליו לפעול בהתאם לחובתו על פי תוספת זו לתת את השירות בעצמו או באמצעות קופות החולים, כפי שייקבע"⁵. באשר לקופות החולים, עמדתן הייתה שאין הן חייבות בביצוע פעולות לרפואה מונעת, אלא אם כן הן חלק מהשגרה הרפואית או שהן מצויות בסל שירותי הבריאות.

5. עם זאת, סיפקו קופות החולים לאוכלוסיית המבוגרים והקשישים שירותי מניעה שחלקם אינם מצויים בסל שירותי הבריאות (כמו: חיסוני שפעת ודלקת ריאות), ובדיקות המצויות בסל (כמו: ממוגרפיה וגילוי מוקדם לסרטן המעי הגס). כמו כן, פיתחו קופות החולים יוזמות עצמאיות בנושאי מניעה שונים, כגון בתחום סוכרת, יתר לחץ דם ומחלות לב. אולם, כפי שיפורט להלן, תכניות אלה בשירותי בריאות כללית ובמכבי שירותי בריאות לא תמיד בוצעו לפי הקריטריונים שהקופות עצמן קבעו, ואף לא תמיד לפי לוחות הזמנים שהן קבעו.

4 בדיקת צפיפות העצם נוספה לסל שירותי הבריאות בינואר 2000.
5 שירותי בריאות במגזר המיעוטים, דוח שנתי מס' 52 ב של מבקר המדינה, עמ' 540.

בתשובותיהן למשרד מבקר המדינה, בנובמבר ובדצמבר 2002, מסרו כל קופות החולים כי תחום הרפואה המונעת מצוי באחריות המשרד, וכי הן נוקטות פעולות מניעה כי הן ערוות לחשיבות הנושא. חלק מהקופות הדגישו, כי הרפואה המונעת היא שלב מוקדם והכרחי ברצף הטיפול, והעברתה לאחריות הקופות צריכה להיות מלווה בהגדרה מדויקת של השירותים הכלולים בה, ובהקצאת המשאבים המתאימים.

ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) ציינה בתשובתה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2002, כי הדאגה לרווחת המטופל ובריאותו היא חלק משגרת עבודתו של הרופא.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להגדיר את תחומי הפעילות הנדרשים ברפואה מונעת ואת התשתיות הנדרשות לביצועם.

תכניות למניעת חולי ולקידום נושא הבריאות בקרב מבוגרים וקשישים

לרפואת המשפחה יש תפקיד מכריע בהשגת יעדי הבריאות, ובהם הפחתת תחלואה, שיפור איכות החיים והארכת תוחלתם. בשנים האחרונות הועלו במשרד הצעות שונות לשילוב הרפואה המונעת בשירות הרפואי הראשוני בקהילה.

1. בשנת 1999 המליצה תת ועדה לתכנית אסטרטגית לשירותי בריאות הקהילה⁶ על התוויית מדיניות ארוכת טווח לשירותי בריאות בקהילה, אגב שימת לב לנושא רפואה מונעת ולקידום נושא הבריאות בקרב מבוגרים וקשישים. תת הוועדה לתכנית אסטרטגית המליצה להתחשב במדדים כלכליים ובסדרי עדיפויות ודרשה להקים מאגרי מידע ודיווח מקיפים.

משרד מבקר המדינה העלה, שבינואר 2000 אימצה המועצה הלאומית לבריאות הקהילה את התכנית והעבירה אותה להנהלת המשרד. אולם עד למועד סיום הביקורת, יולי 2002, אף שחלפו מאז כמעט שלוש שנים, לא דנה הנהלת המשרד בהצעה.

2. בשנת 1999 הגיש מנהל היחידה לשירותים קהילתיים באגף לגריאטריה (להלן, גם - האגף) למשנה למנכ"ל המשרד, "תכנית לקידום בריאות ולרפואה מונעת". בהצעה הוצגו יעדי מניעה של מערכת הבריאות לשיפור בריאות האוכלוסייה לשנת 2010, המבוססים על המלצות ארגון הבריאות העולמי.

בספטמבר 1999 הוצגה התכנית לקידום הבריאות והרפואה המונעת לפני המועצה הלאומית לגריאטריה, ובאוקטובר מינה יו"ר המועצה תת ועדה "למניעת חולי וקידום בריאות בקרב קשישים" (להלן - תת הוועדה). על תת הוועדה הוטל לגבש המלצות ישימות לקידום נושא הבריאות בקרב קשישי ישראל, בהתחשב בנתוני עלות-תועלת, בהסכמתן של קופות החולים; וכן להעביר להנהלת המשרד המלצה כוללת על מדיניות בתחום.

תת הוועדה גיבשה המלצות בעניין בדיקות לקשישים (ובהן: לחץ דם, חדות ראייה, חדות שמיעה, משקל גוף, רמת כולסטרול, צפיפות עצם, איתור סרטן) חיסונים וייעוץ בריאות. עוד המליצה, להקים מנגנון לאומי לניטור ולפיתוח איכות הטיפול בקשישים בכמה נושאי בריאות מרכזיים, שיתחשב בנתוני עלות-תועלת של הבדיקות וימדוד את השפעתן על בריאות הקשישים. המועצה הלאומית לגריאטריה אימצה את ההמלצות והעבירה אותן למנכ"ל המשרד באפריל 2001.

6 מונתה בידי המועצה הלאומית לבריאות בקהילה.

הנהלת המשרד אישרה את המלצות תת-הוועדה ביולי 2001. סוכם, עקרונית, שנושא מניעת חולי בקרב קשישים מצוי באחריות המשרד, אך נכון יהיה להעבירו לאחריות קופות החולים, כחלק מהטיפול הקליני השגרתי הניתן בידי הרופא הראשוני ואחות הקהילה; בו בזמן הורה המנכ"ל לגבש נוהל בנושא. משרד מבקר המדינה העלה, שעד סוף אוקטובר 2002 טרם גיבש המשרד נוהל בנושא רפואה מונעת לקשישים.

3. ביולי 2001 הגישו תת הוועדה והאגף לגריאטריה במשרד לאגף לטכנולוגיות רפואיות במשרד, הצעה להרחיב בשנת 2002 את סל השירותים שבחוק, בנושא "תכנית רב-מרכיבית לשירותי מניעה לקשישים" (להלן - תכנית רב מרכיבית). ההצעה, המבוססת על המלצות תת-הוועדה אותה אישרה, כאמור, הנהלת המשרד, כוללת, בין היתר, דרישה לאיתור מוקדם של גורמי סיכון, מתן ייעוץ לאורח חיים בריא, חיסונים, והפניה לבדיקות.

להצעה להרחבת סל השירותים צורפה הערכה של עלות התכנית לעשר השנים הבאות והחיסכון שייגרם מהפעלתה. ההערכה כללה עלויות של ביקורים שנתיים מונעים (ייעודיים) במרפאות, ובדיקות סינון בסיסיות וחיסונים, ועלויות שייגרמו מהגדלת שיעור הכיסוי ל-90% לאוכלוסיית היעד בפעולות, כמו ממוגרפיה לגילוי סרטן השד, בדיקות צפיפות עצם לאבחון אוסטאופורוזיס⁷ וטיפול תרופתי באוסטאופורוזיס. בסה"כ נאמדה עלות התכנית ל-10 שנים ב-786 מיליון ש"ח; התועלת מהפעלת התכנית נאמדה ב-897 מיליון ש"ח לעשר שנים; והיא חושבת עבור 5 מרכיבים מרכזיים בתכנית. לפי האומדן, יישום התכנית הרב מרכיבית יחסוך לפחות 111 מיליון ש"ח לעשר שנים, וזאת בלי שהובאה בחשבון התועלת של יתר מרכיבי התכנית.

האגף לטכנולוגיות רפואיות במשרד דחה את בקשת האגף לגריאטריה לכלול בסל השירותים לשנת 2002 את התכנית הרב מרכיבית. הנימוק לכך היה שהשירותים הקשורים לרפואה מונעת בקרב קשישים כבר כלולים בסל הבריאות, ואילו הצעת האגף לגריאטריה להרחיב את הסל מתייחסת למעשה להפעלת מערך שיארגן את השירותים האלה ושאינו חלק מהסל.

כבר בשנת 1999 הוצגו לפני הנהלת המשרד שתי תכניות לרפואה מונעת, לכלל האוכלוסייה ולאוכלוסייה קשישה. ביולי 2001 אישר המשרד את התכנית לרפואה מונעת בקרב קשישים. למרות זאת, עד מועד סיום הביקורת, יולי 2002, טרם הגדיר המשרד את יעדיו ברפואה מונעת לעשר השנים הבאות לכלל האוכלוסייה ולקשישים בפרט. המשרד לא הפעיל תכנית כלשהי ולא גיבש תכניות בקרה ומעקב אחר ביצוע תכניות המניעה של קופות החולים. שומה על המשרד לדון ולהחליט אלו שירותים של הרפואה המונעת יינתנו בידי הקופות והמשאבים שיוקצו למתן שירותי רפואה אלה, כדי לאפשר הפעלה מאורגנת ושיטתית של השירותים.

7 אוסטאופורוזיס היא מחלה המאופיינת על ידי כמות עצם נמוכה ושינוי במבנה העצם הגורמים לירידה בצפיפות העצם.

הנחיות רפואיות

הנחיות רפואיות (Clinical Guidelines) הן מערכת קביעות שפותחו בשיטתיות, שתפקידן לסייע לרופא להחליט מהי הדרך הנכונה לטיפול בבעיה רפואית מסוימת. ההנחיות הרפואיות מנוסחות בידי טובי המומחים ותורמות להעלאת רמת הטיפול הרפואי.

1. הנחיות רפואיות בתחום הרפואה המונעת יכולים ליזום: המשרד, ההסתדרות הרפואית בישראל, המועצות הלאומיות וקופות החולים. ואכן איגוד רופאי המשפחה של הר"י הוציא בשנת 1996 הנחיות רפואיות בנושא "פעולות רפואה מונעת וקידום בריאות בקהילה" ועדכן אותן בשנת 2000 (להלן - ההנחיות של הר"י).

ההנחיות של הר"י לקבוצות הגילים 40-64, 65-74, 75 ומעלה כללו, בין היתר, בדיקת לחץ דם אחת שיש לבצעה פעם בשנה מגיל 50; בדיקת כולסטרול בדם פעם בחמש שנים לקבוצות סיכון; בדיקת ממוגרפיה אחת לשנתיים מגיל 50 (ומגיל 40 לנשים בסיכון גבוה); בדיקת א.ק.ג. פעם אחת, אם טרם נעשתה מגיל 40; בדיקות דם סמוי בצואה (מגיל 50) אחת לשנה לגברים ולנשים; קולונוסקופיה⁸ אחת לחמש שנים לקבוצות בסיכון. לבני 65+ נוספו בדיקות סקירה ואיתור מוקדם בנושאי ראייה ושמיעה, מצב השיניים, הערכת יכולת תפקודית ואיתור דיכאון וירידה קוגניטיבית⁹, חיסון נגד דלקת ריאות פעם אחת, וכן חיסון שפעת לחולים כרוניים פעם בשנה.

ההנחיות של הר"י כוללות גם ייעוץ בתחומים שונים, ובהם: הרגלי אכילה נכונה, הנזק מעישון ומשתיית אלכוהול, חשיבות הפעילות הגופנית, הימנעות מחשיפה יתרה לשמש, בעיות גיל המעבר וטיפול הורמונלי תחליפי, ומניעת אוסטאופורוזיס ושברים. לבני 65+ נוסף ייעוץ למניעת נפילות, ולתשומת לב לגבי נטילת תרופות.

ההנחיות של הר"י לחיסונים, הן: שפעת - לחולים כרוניים ולבני 65+ פעם בשנה; חיסון נגד דלקת ריאות לקבוצות סיכון ולבני 65+ פעם אחת.

יצוין, כי עמדת שירותי בריאות כללית, כפי שנמסרה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2002, היא שלהסתדרות הרפואית בישראל "אין מעמד מנחה וההנחיות שהיא מוציאה אינן מחייבות את שירותי בריאות כללית, אלא אם אומצו ע"י משרד הבריאות". נוכח זאת, "שירותי בריאות כללית אינה מנחה את רופאיה לנהוג על פי הנחיות הר"י וגם משרד הבריאות לא הוציא הנחיות ברוח זו". קופת חולים מאוחדת מסרה, ביולי 2002, ש"עבודתנו הרפואית אינה מחייבת במפורש מתן טיפול מונע".

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד היה לבחון הנחיות אלה, לאמץ את הראוי לאימוץ ולהנחות את קופות החולים בדבר סדרי פעולותיהן. משרד מבקר המדינה העלה, שעד מועד סיום הביקורת, יולי 2002, לא קבע המשרד סטנדרטים בנושאי רפואה מונעת (כמו: רמת כיסוי חיסוני), ולא דרש מקופות החולים להגדיר לעצמן יעדים כאלה בתחומים הכלולים בסל השירותים. המשרד, כאמור, אמנם דן בהוצאת נוהל שיתבסס על ההמלצות של תת הוועדה, אולם עד מועד סיום הביקורת לא הוציא המשרד נוהל הכולל את תחומי הרפואה המונעת, מלבד הנחיות בנושאי חיסונים לשפעת, לפנוימוקס ולטטנוס (ראו להלן).

8 הסתכלות במעי הגס באמצעות צינור בעל סיב אופטי, הבדיקה נעשית בדרך כלל לצורך איתור מוקדם של גידולים סרטניים או דלקות.

9 קוגניטיבי, הכרני; קשור לתפיסה שכלית וחשיבתית.

בנובמבר 2002 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי הוקמה "מועצה לאומית לקידום בריאות" בראשות מנכ"ל המשרד, וכי במסגרתה יידונו הנושאים שהועלו בביקורת של משרד מבקר המדינה. בכתב המינוי של המועצה נקבע, בין היתר, שעליה "להגדיר את יעדי קידום הבריאות ולהמליץ על דרכים להשגת יעדים אלה".

2. שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות וקופת חולים לאומית הוציאו הנחיות רפואיות בתחום חיסונים וסוכרת, קופת חולים לאומית הוציאה הנחיות גם בנושא יתר לחץ דם, ומכבי שירותי בריאות הוציאה הנחיות גם בנושאים: יתר לחץ דם, דם סמוי בצואה וממוגרפיות. אולם הנחיות אלה אינן מקיפות את כל התחומים הנדרשים ברפואה מונעת.

3. באשר לשירותי בריאות כללית: באפריל 1997, בינואר 1998, במאי 2000, ובינואר 2001 נדונו באגף הרפואי שבקופה הצעות של ראש "מדור הבטחת איכות בקהילה" להנחיות רפואיות בתחום הרפואה המונעת, ובהן הנחיות בנוגע למבוגרים ולקשישים. מרבית הבדיקות שהיא הציעה נכללו גם בהנחיות של הר"י. אך, כאמור, מתשובות הקופה ביולי ובאוקטובר 2002 למשרד מבקר המדינה, עולה, כי עד מועד זה לא הוצאו ההנחיות.

כתוצאה מכך שהמשרד לא קבע הנחיות ברורות ובשל גישת קופות החולים שאין הן מחויבות לבצע רפואה מונעת, אין מדיניות אחידה אצל קופות החולים כאשר לפעולות מניעה שיש לבצע בקרב המבוטחים.

מידע, בקרה והבטחת איכות ברפואה מונעת

פעולות לרפואה מונעת הנכללות בסל שירותי הבריאות הן בדיקות ממוגרפיה, בדיקות דם סמוי בצואה, בדיקות משטח צוואר הרחם ובדיקות לצפיפות העצם. סעיף 35 בחוק מחייב את המשרד לפקח על פעילותן של קופות החולים ולבקר את איכות שירותיהן. מבקר המדינה העלה, כבר בדוח על הפיקוח של משרד הבריאות על איכות השירות¹⁰, ש"למרות הוראות החוק, המשרד לא מבצע בקרה שיטתית ומקיפה על איכות השירותים שהקופות נותנות". הביקורת הנוכחית העלתה, שהמשרד אינו מפקח על הפעולות לרפואה מונעת הנכללות בסל שירותי הבריאות והנעשות בידי קופות החולים.

1. ביולי 2001 גיבשה המחלקה לרפואה קהילתית במשרד תכנית לביצוע בקרה על שירותי הבריאות בכלל ועל שירותי הרפואה המונעת בקהילה בפרט, כדי להבטיח את איכות שירותי הבריאות. לפי התכנית, המשרד יקבע סטנדרטים למתן שירותים רפואיים בידי קופות החולים, יבצע פיקוח ובקרה על מתן השירותים הרפואיים האלה, והנתונים שירוכזו יועברו למקבלי ההחלטות לצורך קביעת מדיניות בתחום.

משרד מבקר המדינה העלה, שהתכנית האמורה של המחלקה לרפואה קהילתית הועברה להנהלת המשרד והוא אימץ אותה עוד באותה שנה, אך לא יישם אותה ואף לא דן ביישומה.

10 דוח שנתי מס' 52 של מבקר המדינה, עמ' 612, בנושא "פיקוח משרד הבריאות על קופות החולים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי".

2. לשם מעקב ובקרה, היוזן חוזר וקביעת מדיניות מונעת, מן הראוי שקופות החולים ירכזו נתונים על פעילותן בתחומי הרפואה המונעת, הן באשר לבדיקות שעשו למבוטחיהן בהתאם לתוספת השנייה לחוק והן באשר לפעולות אחרות בתחום הרפואה המונעת שהן עושות מיוזמתן.

משרד מבקר המדינה העלה, שבמועד הביקורת לא ריכזו שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות נתונים מעודכנים על בדיקות שעשו מבוטחיהן (בתחומים כמו: בדיקות לגילוי סרטן מעי, לחץ דם, השמנה, ראייה) ולא יכלו להפיק את המידע הנדרש לבקרה, להיוזן חוזר ולקביעת מדיניות מונעת. הן אף לא ערכו מעקבים ובקורות שיטתיים אחר שירותי הרפואה המונעת שניתנה למבוטחיהן בתחומים אלה. כך, למשל, לא היה להן מידע כולל על מספר הקשישים שעשו בדיקות מניעה שונות ועל תוצאותיהן. מערך המחשוב של הקופות היה חלקי, ולא אפשר דיווח מקיף (ראו להלן).

3. יצוין, כי תת הוועדה למניעת חולי וקידום בריאות בקרב קשישים המליצה, בין היתר, להנהיג בקרת איכות על הרפואה המונעת בקהילה. היא הדגישה, כי תפקידה של בקרת איכות הוא לבקר את העשייה, למדוד את ההישגים כמו שיעורי כיסוי חיסוני בקהילה, ולתמרץ אותם, על ידי עידוד רופאים ומבוטחים לנקוט פעולות מניעה. לצורך יישום התכנית להפעלת בקרת האיכות בתחום חיוני זה, יש להקים מערכת דיווח ממוחשבת שבאמצעותה יהיה ניתן לעקוב אחר הביצוע. תת הוועדה המליצה שקופות החולים יבקרו את עצמן ושהמשרד יפעיל עליהן פיקוח-על.

עוד המליצה תת הוועדה, שלצורך ניטור ובקרה יובאו נתונים הקשורים לרפואה מונעת, כמו שיעורי חיסונים, שיעורי ביצוע של ממוגרפיה וכיו"ב מכמה מקורות: מסקרים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מקופות החולים, ומהמחלקה לרישום הסרטן במשרד.

זה שנים מספר מגבשים חוקרים מאוניברסיטת בן גוריון בנגב, וכן נציגים מקופות החולים ומהר"י, תכנית לקידום איכות הרפואה הקהילתית, הכוללת השוואה בין קופות החולים לצורך הערכה של השירותים לרפואה הקהילה שהן נותנות.

שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות תכננו לשלב בתכנית את נושא בקרת האיכות על הרפואה המונעת. במסגרת היערכותן למחשוב מערכות הרישום, תכננו הקופות להכניס למערכת המחשוב האחדידה מרכיב מניעתי, שייתן לרופאים תזכורות לפעולות מניעה הכלולות בהנחיות רפואיות, וישמש גם בסיס נתונים לבקרה ולהערכה ארצית של פעולות המניעה. ליישום התכנית חשיבות רבה לגבי בקרת איכות הטיפול הרפואי בכלל והטיפול המונע בפרט, בהיותה כלי לקידום הבריאות ורמת הרפואה בארץ.

ביוני 2000 דיווח מנהל התכנית, שקופות החולים מיישמות את התכנית בארבעה תחומי טיפול: סרטן השד, אוטם שריר הלב, סוכרת ואסטמה, וכי בשלוש השנים הבאות הכוונה היא להגדיל את מספר התחומים שבהם תיבדק איכות הטיפול בידי הקופות.

משרד מבקר המדינה העלה, שיישום התכנית הקיימת נתקל בקשיים. כך, למשל, בגלל קשיים בהפעלת מערכות הדיווח הממוחשבות (החלפת תוכנות) של התכנית בטיפול בסוכרת, לא הופקו כל הדוחות הנדרשים להפקת לקחים, וגם המעקבים אחר הטיפול בסרטן השד ואוטם שריר הלב היו חלקיים (ראו להלן).

בתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2002 ציינה שירותי בריאות כללית, ש"מערך המחשוב ברמת הקהילה הוא לעת עתה חלקי בלבד", אך "אנו ממשיכים לטייב את מערכות איסוף המידע מהתיק הרפואי הממוחשב כדי להגיע למידע מדויק גם לגבי יתר הבדיקות המבוצעות".

פעולותיהן של קופות החולים בשלוש רמות המניעה

יש קבוצות באוכלוסייה שאינן ערות דין לצורכי בריאות, שנמנעות מצריכת שירותים ואינן נוקטות יוזמה כדי לקבלם. לכן לפעולות יוזמות של קופות החולים, כמו איתור וזימון ישיר של המבוטחים בידי רופא או אחות כדי להיבדק (אחת לתקופה שתיקבע), יש חשיבות באיתור גורמי סיכון שונים (כמו מחלות לב) ובצמצום סיכונים בריאותיים (למשל, אם קיבלו חיסון לשפעת). כמו כן סוברים אנשי מקצוע, שמבוטחים משכבות סוציו-אקונומיות נמוכות וקבוצות גדולות של עולים שאינם מתמצאים בשירותים הניתנים בארץ, לא תמיד פונים מיוזמתם לשירותי הבריאות. חשוב אפוא, שקופות החולים יאתרו את פלחי האוכלוסייה הרלבנטית מקרב מבוטחיהן וינקטו בקרבן פעולות יוזמות ברפואה מונעת, ולא יסתפקו בהפצת עלוני מידע.

1. פעולות למניעה ראשונית

בגיל המבוגר, עם העלייה בסיכון לתחלואה ולמוגבלות, גוברת החשיבות של הטמעת המניעה הראשונית במסגרת רפואת המשפחה שנותנת הקופות בקהילה.

(א) חיסון נגד שפעת

(1) מחלת השפעת היא גורם סיכון לתמותה אצל קשישים וחולים כרוניים עקב נטייה לסיבוכים, ובעיקר דלקת ריאות. על פי נתוני המשרד, חיסון נגד שפעת מפחית את סיבוכיה ומונע כ-70% מהאשפוזים וכ-80% ממקרי המוות הנגרמים מהסיבוכים. על פי הנחיות ארגון הבריאות העולמי, אמצעי המניעה היעיל ביותר נגד השפעת הוא חיסון שנתי נגד נגיפיה. יצוין, שחיסון נגד שפעת אינו כלול בסל השירותים.

באוקטובר 2000, באוגוסט 2001 ובאוגוסט 2002 הנחה ראש מינהל רפואה במשרד את מנהלי בתי החולים ומנהלי האגפים הרפואיים בקופות החולים, להביא לידיעת כל הרופאים את המלצת מנהל המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד להוריד את גיל החיסון השגרתי נגד שפעת מ-65 ל-50 בעונות החורף 2000-2001 ו-2001-2002.

בחשובתה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2002 ציינה שירותי בריאות כללית, כי "הוראת משרד הבריאות במקרה זה [הורדת גיל החיסון] לא גובתה מבחינה כלכלית". כתוצאה מכך, אין בקופות החולים מדיניות אחידה באשר לגיל החיסון השגרתי.

(2) מנתוני קופות החולים עולה, כי בשנת 2002 הן נתנו חיסון לשפעת ללא תשלום למי ששייכים לקבוצות סיכון (מחלות לב וכלי דם, מחלות ממאירות, וכיו"ב); בשירותי בריאות כללית נתנו אותו ללא תשלום לבני 65+, במכבי שירותי בריאות לבני 55+, ובקופות החולים מאוחדת ולאומית לבני 50+. מבוטחים אחרים שילמו עבור קבלת חיסון בקופות החולים.

(3) מנתונים של שירותי בריאות כללית עולה, שבשנים 2000 ו-2001 היא לא עמדה ביעדים של שיעורי הכיסוי החיסוני הרצויים שקבעה לעצמה. היעד שהקופה הציבה לעצמה היה 70% מתחסנים. אולם בשנת 2000 חוסנו, מכלל המבוטחים בני 65+, 54.5% (מבין 476,000) ובשנת 2001 חוסנו 48% (מבין 482,237). מכבי שירותי בריאות לא קבעה לעצמה יעדים של שיעורי כיסוי חיסוני רצויים. לפי נתונה, חוסנו בשנת 2000, מכלל המבוטחים בני 55+, 26% (מבין 238,559), ובשנת 2001 - 24% (מבין 261,913).

יצוין, שיש קבוצות שאינן מעוניינות להתחסן וכי ניתן לרכוש את חיסון השפעת גם באופן פרטי, ולקופות אין מידע כמה ממבוטחיהן אכן התחסנו בדרך זו.

עוד הועלה, שזה כשלוש שנים יש לשירותי בריאות כללית קשיים במחשוב כל הנתונים של חיסוני השפעת, ובעיקר במרפאות הכפריות, וכי יש קשיים בדיווח על ביצוע כל החיסונים.

(ב) חיסון נגד דלקת ריאות

(1) דלקת ריאות היא הנפוצה מכלל מחלות הריאה באוכלוסייה הקשישה, ואף גורמת לזיהומים קשים אחרים כמו דלקת בקרום המוח ודלקת באוזן התיכונה. החיסון גורם ליצירת נוגדנים אצל המטופל, שרמתם יורדת לאחר 5-10 שנים. באפריל 2000 המליצה המועצה הלאומית לגריאטריה לתת חיסון דחף כעבור 5 שנים. יעילות החיסון בקרב הקשישים היא 60%-85%. יצוין, שחיסון נגד דלקת ריאות אינו כלול בסל הבריאות. לפי הנחיות המשרד משנת 2000, גיל מתן החיסון השגרתי נגד דלקת ריאות למבוגרים הוא 65.

(2) בתכנית העבודה של מכבי שירותי בריאות לשנת 2000 הובאה ההערכה, שבשנת 1999 היו הוצאות הקופה בגין אשפוז קשישים (בני 65+) בגלל זיהומי ריאות למעלה מ-1.5 מיליון ש"ח. הערכת הקופה היא, שבעזרת חיסונים היה ניתן לחסוך כ-50% מההוצאות הכרוכות במחלה.

אף על פי כן, מנתוני מכבי שירותי בריאות עולה, כי היקף המחוסנים המצטבר מקרב מבוטחיה בגיל 65+ הסתכם בשנת 2002 בכ-30%.

משרד מבקר המדינה העלה, שבשירותי בריאות כללית היה שיעור ההתחסנות כנגד דלקת ריאות בקרב בני 65+ בשנת 2000 - 10% (מבין 476,690) ובשנת 2001 ירד הכיסוי ל-6% (מבין 482,237). בתשובתה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2002 ציינה שירותי בריאות כללית, כי "החיסון נגד דלקת ריאות לא נמצא בסל השירותים וכרוך בתשלום גבוה יחסית וזה מונע כיסוי חיסוני נרחב".

גם בקרב מבוטחי קופות החולים מאוחדת ולאומית שיעורי החיסון כנגד מחלה זו בקרב בני 65+ נמוכים, ובשנת 2001 היו נמוכים מאשר בשנת 2000. כך, למשל, בקופת חולים מאוחדת שיעור המתחסנים בני 65+ במחוזות שומרון והמרכז בשנים 2000 ו-2001 היה כ-9%. בקופת חולים לאומית ממוצע המתחסנים בני 65+ במחוזות תל אביב ושומרון בשנים 1999-2001 היה כ-4%.

(ג) איתור קשישים בעלי סיכון גבוה להיפגע מנפילה

(1) נפילות הן גורם שכיח לתחלואה ולתמותה בקרב קשישים. אשפוזים עקב פגיעות מנפילות תורמים לעומס רב על מערכות האשפוז והסיעוד בישראל, ועלויות האשפוזים גבוהות. העלות השנתית הישירה של פגיעה מנפילות קשישים מוערכת במינהלת גריאטריה במכבי שירותי בריאות בכ-500 מיליון ש"ח בשנה הראשונה בלבד (עלויות השנה השנייה ואילך לאחר הנפילה אינן כלולות בתחשיב זה). להערכת המינהלת, ניתן להוריד את מספר הנפילות בכ-40%, על ידי שימוש באמצעים למניעה ולמעקב אחר שינויים גופניים ואחרים לאורך זמן (למשל: בדיקות ראייה, שמיעה, צפיפות עצם, התאמת תנאי המגורים לקשישים).

תכניות העבודה של מחוז הצפון במכבי שירותי בריאות לשנים 2001 ו-2002 קבעו משימות לצמצום נפילות בקרב קשישים, שאותו כבעלי סיכון לנפילה. בתשובת הקופה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2002 נמסר, ש"תהליך ההערכה של תכנית זו עדיין לא הסתיים".

(2) מבין ארועי הנפילה, חמורה מאד התופעה של שבירת צוואר הירך, שתהליך הריפוי שלה פעמים רבות מורכב וממושך. מנתוני המשרד עולה, כי בשנת 1998 היו כ-5,400 אשפוזים עקב שבר בצוואר הירך, וכי על פי התחזיות צפוי שבשנת 2003 יהיו כ-6,100 אשפוזים עקב שבר בצוואר הירך, מרביתם בקרב בני 75+ (4,150 מקרים), ומעל 75% מהם בקרב נשים.

בישיבת תת ועדה לאוסטאופורוזיס של המועצה הלאומית לגריאטריה, בפברואר 1998, נדונה העלייה הניכרת בשיעור שכיחות השברים בעצם צוואר הירך באוכלוסיית המבוגרים והקשישים בשנים האחרונות, ובשכיחות הגדולה פי 10 של שברים אלה בקרב הסובלים מאוסטאופורוזיס. נוכח העובדה שהטיפול הרפואי בחולה הזקן אינו מוכר דיו לרופאים בקהילה, המליצה תת-הוועדה לשפר את הידע והמודעות של הרופאים בנושא, ולהוציא לרופאים הוראות נפרדות המתייחסות לאבחון לטיפול ולייעוץ לבני 50-70 והוראות לבני 70+. בהנחיות הרפואיות של הר"י מומלץ לייעץ למבוטחות בנושא אוסטיאופורוזיס ושברים, אולם למכבי שירותי בריאות ולשירותי בריאות כללית אין מידע אם הייעוץ האמור ניתן למבוטחות.

בסל השירותים נקבע שעל הקופות לבצע בדיקות לצפיפות עצם¹¹ לנשים מגיל 65 ויותר - אחת ל-5 שנים; ולנשים שגילן מעל 50 - אחת לשנתיים, זאת במקרים מיוחדים, כמו שברים או קבלת תרופות מסוימות.

מנתונים שהגישו קופות החולים מכבי שירותי בריאות, לאומית ומאוחדת במהלך הביקורת עולה, שלקופות אין מידע על מספר מבוטחיהן הנבדקים באוסטאופורוזיס ועל תוצאות בדיקותיהם.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2002 מסר המשרד, כי "נושא איתור זקנים בעלי סיכון גבוה לנפילות בקהילה יובא לדיון במסגרת המועצה הלאומית לקידום בריאות".

2. פעולות למניעה שניונית

(א) גילוי מוקדם של מחלות סרטן

סרטן הוא סיבת המוות השנייה בישראל, ומגיל 50 ואילך עולה הסיכון לחלות בסרטן (ברוב סוגיו). סרטן השד, סרטן המעי הגס וסרטן החלחולת, סרטן הערמונית וסרטן הריאה הם סוגי הסרטן השכיחים ביותר בישראל. בקרב הנשים בארץ סרטן השד הוא גורם התחלואה והתמותה הראשי מקרב מחלות הסרטן, והימצאותו היא גבוהה ביותר בנשים בנות 60-65. לפי נתוני היחידה לרישום הסרטן הלאומי במשרד, בשנת 2000 - מכל 100,000 נשים אובחנו בסרטן השד 97 נשים יהודיות ו-46 נשים לא יהודיות.

התוספת השנייה לחוק קובעת, כאמור, שעל הקופות חלה חובת ביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן השד, סרטן המעי הגס וסרטן צוואר הרחם. לגילוי מוקדם של סרטן השד תבוצע בדיקת ממוגרפיה לנשים בגילים 50-74 אחת לשנתיים, ואחת לשנה לנשים מקבוצות סיכון בגילים 40-49. בדיקות דם סמוי בצואה לגילוי סרטן המעי הגס יבוצעו בגילים 50-74 אחת לשנה, ולמבוטחים מקבוצת סיכון יבוצעו הבדיקות כבר מגיל 40. בדיקות משטח צוואר הרחם יבוצעו לנשים בגיל 35-54 אחת לשלוש שנים.

11 בדיקות לצפיפות עצם מסייעות לגילוי אוסטיאופורוזיס.

המרכז לבקרת מחלות דיווח¹², שחוץ מהמרכז הלאומי לגילוי סרטן השד, העוקב אחר ביצוע בדיקות סרטן השד בארץ (ראו להלן), אין מערכים לאומיים המסוגלים לעקוב אחר הוראות החוק לגבי ביצוע בדיקות לגילוי סוגי סרטן אחרים, ולמשרד אין מידע על היענות האוכלוסייה הכללית לביצוע הבדיקות.

משרד מבקר המדינה העלה, כי בשירותי בריאות כללית שיעור בדיקות ממוגרפיה לסיקור בכל המחוזות בארץ, בשנים 2000 ו-2001, בקרב נשים בנות 50-74 היה 55% (הבדיקות נעשות פעם בשנתיים). במכבי שירותי בריאות, שיעור הנשים בגיל 50+ שעברו בדיקות ממוגרפיה, במחוזות שנבדקו, היה בשנים 2000 ו-2001 כ-56%. קופת חולים מאוחדת מסרה, כי שיעור הנבדקות בקרב בנות 50+ בשנים 2000 ו-2001 היה 41%. יצוין, כי תת הוועדה לקידום בריאות ורפואה מונעת לקשיש המליצה שהכיסוי החיסוני של בדיקות ממוגרפיה דו-שנתיות עד גיל 74 יהיה 70%.

בדיקות ממוגרפיה לגילוי סרטן השד

ממוגרפיה היא שיטת צילום ייחודית לאבחון מוקדם של סרטן השד אצל נשים. באמצעות הממוגרפיה ניתן לגלות מוקדים פתולוגיים זעירים ביותר, דבר המאפשר אבחון המחלה זמן רב לפני שהיא מתגלית בשיטות הרגילות (בבדיקה ידנית). אבחון מוקדם של סרטן השד מגדיל את סיכויי ההחלמה ממנו, ומקובל על חוקרים בעולם שכאשר הבדיקה נעשית בפרקי זמן קבועים, הממוגרפיה היא כלי יעיל להורדת שיעור התמותה מסרטן השד בגיל 50-74.

1. בתחילת שנת 1996 הפעילו המשרד והאגודה למלחמה בסרטן במשותף תכנית לאומית לגילוי, מעקב, בקרת איכות והערכה של סרטן השד (להלן - תכנית לגילוי סרטן השד). לביצוע התכנית לגילוי סרטן השד נדרש איסוף נתונים מבתי חולים וממכוני הממוגרפיה בארץ על הנשים שנבדקו, וריכוז המידע במישור הארצי.

בבדיקה קודמת שעשה משרד מבקר המדינה בנושא ממוגרפיה¹³ הועלה, שמכוני ממוגרפיה גדולים אינם מקושרים לתכנית לגילוי סרטן השד. מבקר המדינה העיר למשרד, שכדי להביא להצלחת התכנית יש צורך בשיתוף פעולה של כל הגופים האמורים להשתתף בה. בספטמבר 1995 הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי יפעל כאמור.

בינואר 2001 פנו מנהל התכנית לגילוי סרטן השד ו"האגודה למלחמה בסרטן" להנהלת המשרד בבקשה לדון ולבחון את הצורך לחייב את כל מכוני הממוגרפיה בארץ לדווח על תוצאות בדיקותיהם ולהיות כפופים למנהלי התכנית לגילוי סרטן השד בכל הנוגע להבטחת האיכות של הבדיקות. בפברואר 2002 המליץ מנהל התכנית לגילוי סרטן השד למשרד להוציא נוהל שיחייב את כל מכוני הממוגרפיה העוסקים בסריקה להעביר את הנתונים שנצברו אצלם. הוצע, שהעברת הנתונים תהיה תנאי לקבלת רישיון עסק להפעלת מכון הממוגרפיה, ושיימסר מידע לאוכלוסייה על המכונים המורשים המצויים בפיקוח. משרד מבקר המדינה העלה, שעד למועד סיום הביקורת לא נדונה ההצעה במשרד. ביולי 2001 היו בארץ 55 מכונים שביצעו בדיקות סריקה בממוגרפיה, ושבעה מכונים גדולים לא השתתפו בתכנית.

12 "מצב הבריאות בישראל 1999", המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, ספטמבר 1999.

13 ראו דוח שנתי מס' 46 של מבקר המדינה, עמ' 228.

2. כבר בשנת 1996 העיר מבקר המדינה למשרד שעליו להביא לידיעת ציבור הנשים, שרק מכון המציג כתב הרשאה בר תוקף מטעמו רשאי לבצע את הבדיקות. בעקבות הביקורת הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי יפעל כמוצע. הביקורת העלתה, כי המשרד פרסם בפברואר 1996, מיד לאחר הביקורת, רשימת מכונים מורשים, אולם מאז לא עדכן המשרד רשימות כאלה.

3. לדעת המומחים, תכנית סריקה בממוגרפיה עשויה להצליח אם מתקיימים שני תנאים: שיעור היענות גדול לבדיקה, ואיכות גבוהה של הבדיקה הרדיולוגית ותהליך האבחון המתלווה אליה. כאמור לעיל, שיעור הביצוע הרצוי של הבדיקות הוא 70%, ואילו שיעור הבדיקות בארץ ב-1998 היה כ-45%. בשנים 2000 ו-2001 היה, כאמור, שיעור גבוה יותר - בשירותי בריאות כללית כ-55%, ובמכבי שירותי בריאות כ-56%.

בעולם מקובל, שהיעד באבחון הראשוני הוא גילוי של 6 גידולים ל-1,000 נבדקות. מהמסמכים עולה, שבארץ רק 28 מכונים הכלולים בתכנית עומדים בשיעור של 6 גילויים ל-1,000 נבדקות. בישיבת המועצה הלאומית לאונקולוגיה בינואר 2001, ציין מנהל התכנית לגילוי סרטן השד את הסיבות לשיעורי הגילוי הנמוכים במכונים, ובהן: היעדר כללי רישוי ברורים למכונים; היעדר דרישות להשכלה ולהשתלמות של צוותים רדיולוגים בתחום; היעדר מערך לבקרת איכות על האיכות הטכנית של הצילומים.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד, כי לדעתו כדי שהתכנית לגילוי סרטן השד תוכל לעמוד ביעדיה, על המשרד לשקול להחיל על המכונים לממוגרפיות חובת רישוי מסודר. בעקבות הביקורת מסר המשרד בנובמבר 2002, כי כוונתו "לחייב ברישוי את המכונים לממוגרפיות. הנושא הועבר לטיפול הלשכה המשפטית להתקנת תקנות", וכי המועד שיועד לביצוע הוא ינואר 2003.

לדעת משרד מבקר המדינה, משקיבל המשרד החלטה לחייב ברישוי את מכוני הממוגרפיה, עליו לפעול בנמרצות ליישומה. כמו כן עליו לשקול לקבוע חובת הכשרה מקצועית של המועסקים במכונים, חובת דיווח וחובת השתתפות במערך הבטחת האיכות שייקבע.

בדיקות לגילוי סרטן צוואר הרחם

בדיקת משטח צוואר הרחם לנשים בגיל 35-54 אחת ל-3 שנים נכללת בסל שירותי הבריאות בתוספת השנייה לחוק. שכיחות הממאירות של צוואר הרחם בישראל היא 6.5 ל-100,000 לנשים יהודיות ו-1.0 לנשים לא יהודיות.

בארץ מתבצעות כ-100,000 בדיקות כאלה בשנה, בעיקר לנשים בקבוצות סיכון. בדוח הוועדה לבדיקת משטח צוואר הרחם מאוגוסט 1999¹⁴, הודגש, כי תוצאות הבדיקות של משטח צוואר הרחם מעידות, שרמת הבדיקות בארץ נמוכה ביותר; שיעור הממאירות המאותר הוא זעום, ורק מיעוט ממקרי הממאירות בצוואר הרחם אובחנו על ידי בדיקות סריקה של משטח צוואר הרחם. עוד נאמר בדוח הוועדה, שקיימים הבדלים ניכרים בשיעורי האבחון של המעבדות שנבדקו ואין "מידע מבוסס על מערך בקרת איכות במעבדות בישראל". מנהל המחלקה למעבדות במשרד כתב במאסר 1999 למנהל מינהלת גליל עליון בשירותי בריאות כללית, כי אכן "אין כיום מערכת אבטחת איכות

14 מונתה בידי המועצה הלאומית למיילדות וגניקולוגיה.

בין מעבדתית בנושא זה (בדיקות של משטח צוואר הרחם), אנו פועלים על מנת למצוא מערכות בקרה כאלו ולדרוש [אותן] מהמעבדות הפועלות בארץ".

הועלה, שעד מועד סיום הביקורת, יולי 2002, לא הנהיגה מחלקת המעבדות במשרד מערכת בקרה בין-מעבדתית אשר בודקת את המעבדות באמצעות גורם חיצוני, ולא הוציאה הנחיה למעבדות להקים מערכת להבטחת איכות לבדיקות משטח צוואר הרחם. בעקבות הביקורת הודיע המשרד למשרד מבקר המדינה, כי המחלקה למעבדות במשרד הוציאה בנובמבר 2002 הנחיה מחייבת למעבדות העוסקות בתחום זה לבצע בקרת איכות בין-מעבדתית לבדיקות לגילוי סרטן צוואר הרחם, וכי מוקמת ועדה שתגבש נוהל הבטחת איכות לבדיקות משטח צוואר הרחם.

בדיקות לגילוי סרטן המעי הגס

סרטן המעי הגס הוא השני בשכיחותו מבין סוגי הסרטן בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל, ושיעוריו נמצאים במגמת עלייה משנות ה-60. לפי נתוני המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מגיל 50+ עולה הסיכון לחלות בסרטן ברוב סוגיו.

1. ביצוע בדיקות דם סמוי בצואה לגילוי סרטן המעי הגס בגיל 50-74 אחת לשנה, בידי הקופות, נכלל בסל שירותי הבריאות בתוספת השנייה לחוק.

2. בדוח על מצב הבריאות בישראל בשנת 1999 שפרסם המרכז הלאומי לבקרת מחלות צוין, כאמור, שבניגוד למערך הלאומי הקיים לגילוי מוקדם של סרטן השד, לא קיים מערך לאומי לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס. הביקורת העלתה, שמאז שנת 1999 לא חל שינוי ולא הוקם מערך לאומי שיעקוב אחר ביצוע בדיקות לגילוי סרטן המעי הגס.

3. ממידע שהעבירו קופות החולים מכבי שירותי בריאות ולאומית למשרד מבקר המדינה ביולי 2002 עולה, שעד למועד הביקורת לא היה לקופות אלה מעקב אחר שיעור המבוטחים שביצעו את הבדיקה. מנהל המחלקה לרישום הסרטן במשרד העריך בנובמבר 2002, שההיענות לביצוע בדיקות לגילוי סרטן המעי הגס היא כ-5%. מהודעת קופת חולים מאוחדת למשרד מבקר המדינה ביולי 2002 עולה: במחוז שומרון - בשנים 2000 ו-2001 היה שיעור הנבדקים בני 50+ 5% בכל שנה (מבין 10,171 ו-11,133 בהתאמה) ובמחוז המרכז - בשנת 2001 נבדקו כ-7% (מבין 18,236) ובשנת 2000 כ-6% (מבין 17,016). שירותי בריאות כללית הסבירה, שמערכת המידע שהייתה קיימת עד יולי 2002 לא איפשרה דיווח של נתונים מדויקים, וכי בסוף 2002 מתוכנן להפעיל מערכת מעקב ממוחשבת שתאפשר דוח ממוקד בעתיד. בתשובתה מנובמבר 2002 הודיעה שירותי בריאות כללית, כי "הוחל באיתור אקטיבי שהופנה עד כה ל-150,000 איש".

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח הנתונים האמורים על המשרד למצוא דרכים להגדיל את מספר הבדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, אם בסיוע תכנית ארצית לקידום ביצוע הבדיקות והמעקב אחריהן, אם בהקמת מרכז להדרכה, להסברה ולמעקב ארצי לנושא, ואם בדרך אחרת.

(ב) השמנה

תופעת ההשמנה נמצאת במגמת עלייה ברחבי העולם, בייחוד במדינות המתועשות. גורמים מרכזיים להשמנה הם הרגלי אכילה לקויים וכושר גופני ירוד. ב-1997 הגדיר ארגון הבריאות העולמי את ההשמנה כ"מגיפה בתאוצה", וכן כאחת מבעיות בריאות הציבור הגדולות ביותר. ההוצאות העקיפות והישירות הנגרמות למערכת הבריאות בעטייה של השמנה גבוהות, כמחלה בפני עצמה וככל שעולה משקל הגוף גובר הסיכון למחלות כרוניות (ובהן: סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב וכלי דם, מחלות פרקים). בדיקות למשקל גוף תקין אינן כלולות בסל השירותים. בהנחיות של הר"י לבדיקות מומלצות לבני 50+, נכללת גם בדיקה והמלצת הרופא למטופל על משקל תקין.

בשירותי בריאות כללית קיים רישום של אנשים הסובלים מהשמנת יתר, לפי דיווח הרופאים, והקופה מקיימת סדנאות ופעולות הסברה בנושא. מכבי שירותי בריאות מסרה למשרד מבקר המדינה, כי מאוקטובר 2002 הדיאטניות מעבירות למחשב המרכזי של הקופה נתונים על משקל המטופלים שלהן.

משרד מבקר המדינה העלה, שאין למכבי שירותי בריאות ולשירותי בריאות כללית מעקב שיטתי וכולל אחר קבוצות בסיכון גבוה להשמנה, ואין להם מעקב אם הרופאים נתנו למבוטחים ייעוץ בתחום. גם מתשובות קופות החולים מאוחדת ולאומית למשרד מבקר המדינה ביולי 2002 עולה, כי אין להן מעקב פרטני אחר קבוצות בסיכון גבוה להשמנה.

(ג) ייעוץ למבוטחים ולרופאים הראשוניים בקהילה

(1) חולים קשישים בקהילה מטופלים בדרך כלל בידי רופאי המשפחה, וארגון הבריאות העולמי מייחס חשיבות רבה לתפקידו של רופא המשפחה בקידום רפואה מונעת בקהילה.

בדוח על מחקרים שבוצעו בארץ בשנים 1998-1999¹⁵ נאמר בין היתר, שרמת הרפואה הראשונית בארץ בתחום החינוך לבריאות היא נמוכה, וכי שיעור הרופאים הראשוניים שנותנים ייעוץ למבוטחים בנושאי רפואה מונעת הוא נמוך. נמצא, שהסיבה העיקרית היא חוסר זמן של הרופא וחוסר תגמול לביצוע פעולות מניעה. יצוין, שמתן ייעוץ ברפואה מונעת אינו כלול בסל השירותים. משרד מבקר המדינה העלה, שהקופות אינן מקיימות מעקבים כלשהם אחר מתן ייעוץ של רופאים ראשוניים בתחומי רפואה מונעת למבוטחים בגיל המבוגר.

(2) בשנת 2002 נעשה במחוז השרון במכבי שירותי בריאות סקר שביעות רצון של המבוטחים מהטיפול ומהשירות של 10 רופאי משפחה. במסגרת הסקר נשאלו המבוטחים, בין היתר, אם הרופא יעץ להם בנוגע לקידום נושא הבריאות ורפואה מונעת. מטרת הסקר הייתה להיות משוב אישי לרופא ולסייע לפיתוח תכניות במחוז ובהנהלה. תוצאות הסקר העלו, כי בתחום הייעוץ לקידום הבריאות והרפואה המונעת הציון הממוצע של הרופאים היה 60 (בטווח של 100).

מלבד הטיפול השוטף הניתן לקשישים בידי הרופאים הראשוניים, במחוזות שיש בהם מומחים גריאטרים הם מייצעים לרופאים הראשוניים בתחום המניעה והטיפול הגריאטרי ומטפלים בחולים

15 "הרופא הראשוני כשומר הסף", רויטל גרוס, חווה טבנקין, פסח שוורצמן, שמעון ויצמן, 1999. פורסם באוקטובר 2000 ב"דוח מחקרים שנתי 1998 - 1999", המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, משרד הבריאות.

הקשים. בפברואר 2000 דיווח הגריאטר המחווי של מכבי שירותי בריאות במחוז הנגב, כי רבים מרופאי המשפחה במחוז אינם מפנים אליו קשישים חולים. עוד הוסיף, כי "מידע או מסד נתונים בסיסי אינו נמצא כרגע במחוז", ולכן אינו יכול לאתר את הקשישים הנזקקים. הוא המליץ להגביר את המודעות של רופאי המשפחה לצורך להפנות לייעוץ גריאטרי חולים שיש אינדיקציות על היותם בקבוצת סיכון, לבנות מערך השתלמויות וימי עיון לרופאים ולצוותים הסיעודיים, ולבנות מסד נתונים מחוזי שירכו לפחות את המידע על בני 75+.

(3) אם בטיפול של רופא משפחה נמצאים חולים רבים, עלול הדבר למנוע ממנו להשקיע כנדרש בייעוץ והדרכה למבוגרים ולקשישים ברפואה מונעת. מנתוני הקופות עולה, כי יש מחוזות שבהם מספר המבוטחים הכולל לכל רופא משפחה בקהילה הוא אכן גבוה, והוא משתנה בין הקופות ובין המחוזות של הקופות. למשל: במכבי שירותי בריאות נע מספר המבוטחים לרופא משפחה בין 853 לרופא במחוז ירושלים לבין 2,106 במחוז דן.

(4) כדי שיהיה ניתן להתמודד עם צורכי האוכלוסייה הבוגרת והקשישה בתחום הרפואה המונעת ולמנוע תחלואה ומוגבלות, יש צורך לערוך לרופאי המשפחה השתלמויות ברפואה מונעת ובגריאטריה. כמו כן, יש להכשיר רופאים גריאטריים מומחים, שישמשו יועצים בקהילה ולרופאי המשפחה, שאליהם יופנו חולים קשישים לטיפול ולייעוץ במניעה. כך יהיה אפשר להעלות את איכות הטיפול בקשישים ולהקטין מאד את רישום התרופות, לצמצם את הבעיות הנלוות לעיתים לשימוש מרובה בתרופות, למנוע אשפוזים מיותרים, ולהביא לחיסכון כלכלי.

משרד מבקר המדינה העלה, שקופות החולים מכירות בצורך של רופאי המשפחה להשתלם ולהתרענן מקצועית, אולם שיעור ניכר מקרב רופאי המשפחה של קופות החולים לא השתלמו ולא עברו קורסי רענון ברפואה מונעת או בגריאטריה בשלוש השנים האחרונות. למשל: במחוז דן של מכבי שירותי בריאות, על פי נתוני הקופה, בשנת 2000 עברו רק 38% מהרופאים הדרכה ברפואה מונעת (35 רופאים מבין 91). במחוז שרון-שומרון בשירותי בריאות כללית עברו רק כ-60% מהרופאים הדרכה בנושאים סוכרת ויתר לחץ דם (150 רופאים מבין 243), בשלוש השנים האחרונות. מנתונים של קופת חולים לאומית מיולי 2002 עולה, כי במחוז השרון - שומרון ובמחוז תל אביב עברו רק 38% מהרופאים הדרכה ברפואה מונעת (60 רופאים מבין 159) בשלוש השנים האחרונות.

(5) בדוח תת ועדה לעידוד המקצוע של המועצה הלאומית לגריאטריה מ-1999, נאמר, שמקצוע הגריאטריה המייעצת מתפתח בקופות החולים כמקצוע קהילתי ללא קווים מנחים רשמיים. עוד הודגש בדוח, שבעשר השנים הקרובות צפוי צורך של כ-100 מומחים לייעוץ וטיפול גריאטרי בקהילה. בדוח תת הוועדה הומלץ לעודד את קופות החולים להבטיח את זמינותם של מומחים לייעוץ גריאטרי לרופאי המשפחה בקהילה. המלצות הדוח האמור הועברו למשרד במאי 1999, והמשרד אימץ אותן בשנת 2001.

(6) מנתוני קופות החולים עולה, שהזמינות של יועצים גריאטריים בקהילה אינה אחידה. עוד עולה, שכיוון שרופא מומחה לגריאטריה אינו נחשב כרופא ראשוני אלא כיועץ, לא קבעו הקופות תקן למספר מבוטחים בני 65+ שבטיפולו, ולמספר רופאי משפחה בקהילה המתייעצים בו. עוד נמצא, שאין אחידות בין הקופות ובין המחוזות של קופה מסוימת, לגבי היחס שבין מספר רופאי המשפחה המטפלים בקשישים ליועץ מומחה לגריאטריה, ובין מספר המבוטחים הקשישים במחוז ליועץ. לדוגמה, בשירותי בריאות כללית במחוזות ירושלים, מרכז ותל אביב-יפו פועלים רופאים גריאטריים מחוזיים, ואילו במחוזות שרון-שומרון ודן-פתח תקווה, אין רופאים גריאטריים מחוזיים, והייעוץ לחולים ניתן במסגרת מרפאות חוץ של בתי חולים; היעדר ייעוץ גריאטרי במחוזות אלה מונע מרופאי המשפחה במחוזות ייעוץ גריאטרי זמין. במכבי שירותי בריאות, היחס בין רופא מומחה לגריאטריה לרופאי המשפחה נע בין 190 במחוז הצפון ל-80 במחוז השפלה, היחס בין

רופא מומחה לגריאטריה למבוטחים בני 65+ נע בין 17,133 במחוז הצפון ל-4,142 במחוז ירושלים. בקופת חולים לאומית, היחס בין רופא מומחה לגריאטריה למבוטחים בני 65+ נע בין 11,645 מבוטחים לרופא מומחה לגריאטריה אחד במחוז תל אביב (בו מועסקים חמישה רופאים גריאטרים). בקופת חולים מאוחדת היו במחוז השומרון 1,895 מבוטחים בני 65+ שקיבלו ייעוץ מרופא מומחה לגריאטריה אחד.

מהנתונים לעיל עולה, שספק אם מספר הרופאים המומחים לגריאטריה המועסקים בקופות החולים, אכן מאפשר לספק את צורכיהם של הקשישים ושל הרופאים המטפלים בקהילה בתחום הרפואה המונעת לקשישים. במצב זה יש חשיבות להכשרתם של רופאי המשפחה ברפואה מונעת ובגריאטריה.

(7) ייעוץ גריאטרי ומרפאות גריאטריות רב-תחומיות במכבי שירותי בריאות: לפי נתוני מכבי שירותי בריאות, מספרם של המבוטחים בני 65+ בשנת 1999 היה 73,000 - כ-5.5% מכלל מבוטחי - והם צרכו כ-21% מהוצאות הקופה. בסוף שנת 2008 צפויים להיות במכבי שירותי בריאות, על פי נתוניה, 132,738 מבוטחים בני 65+. בשנת 1998 לקו 50% - 65% מאוכלוסיית המבוטחים במכבי שירותי בריאות בני 65+ במחלה כרונית אחת לפחות (רבים מהם לקו ב-5-6 מחלות). המחלות השכיחות היו יתר לחץ דם, סוכרת, מחלות לב, מחלות שלד ושרירים. 49% מההוצאות של מכבי שירותי בריאות לקשישים היו עבור אשפוזים, ו-22% עבור תרופות. הערכת הקופה הייתה, שההוצאה על אשפוזים תגדל מ-233 מיליון ש"ח ב-1999 ל-427 מיליון ש"ח ב-2008.

ביולי 1999 אישר מנכ"ל מכבי שירותי בריאות תכנית אב לגריאטריה. מטרת התכנית היתה ליצור רצף בשירותים הרפואיים לקשישים: החל מקידום נושא הבריאות, רפואה מונעת, גילוי מוקדם של בעיות ומחלות, טיפול רפואי מתאים, וכלה בשיקום ושירותים סיעודיים. וזאת, כדי להבטיח איכות חיים לקשישים והארכת תוחלת החיים שלהם. במסגרת תכנית האב הוחלט על הקמת מינהלת גריאטריה שתהיה אחראית ליישום התכנית, לבקרה על שירותים קיימים לקשישים, להוצאת נהלים, ולפיתוח שירותים.

תכנית האב כללה שש מרפאות גריאטריות רב-תחומיות, שיופעלו בשישה מחוזות בשנים 2000-2005. במרפאות הגריאטריות הרב-תחומיות יופעל צוות גרעיני הכולל רופא גריאטרי, אחות ועובדת סוציאלית. הצוות יפעיל יועצים נוספים, לפי הצורך, במקצועות: אורולוגיה, נירולוגיה, כלי דם, כירורגיה וקרדיולוגיה. מתפקידו של הצוות הגרעיני יהיה לאתר אוכלוסיית קשישים בסיכון, להעריך ולאבחן קשישים לפי הפניית רופא המשפחה, לסייע בקביעת תכניות טיפול ומעקב, ולהדריך רופאים כלליים וצוותים סיעודיים בטיפול בקשישים. מרפאה גריאטרית רב-תחומית זו נועדה לספק את צורכי אוכלוסיית הקשישים בקהילה בשלוש הרמות של הרפואה המונעת.

הביקורת העלתה, שבשנים 2001 ו-2002 לא הופעלו במכבי שירותי בריאות כל המרפאות הגריאטריות הרב-תחומיות שתוכננו, ולמעשה פעלו בקופה רק שתי מרפאות גריאטריה כאלה במחוזות השפלה והשרון, ואף הן בפעילות מצומצמת ובלי שאויש בהן כוח אדם בהתאם לנקבע בתכנית האב.

3. פעולות למניעה שלישונית

(א) מחלות לב

מדי שנה יש בארץ כ-30,000 מקרים של התקפי לב וכ-70,000 מקרים של תעוקת לב. מחלות לב הן גורם המוות העיקרי בישראל, ועלות הטיפול במחלות אלה גבוהה. מנתוני שירותי בריאות כללית עולה, שבשנת 2000 נעשו בארץ 14,233 צנתורי לב ו-4,698 ניתוחי מעקפים. גורמי הסיכון העיקריים להיווצרות מחלת לב הם עישון, השמנה, סוכרת, יתר לחץ דם, רמה גבוהה של שומנים בדם, נטייה תורשתית וחוסר פעילות גופנית¹⁶. כמו כן, ככל שהגיל עולה, עולה שיעור האשפוזים בעקבות מחלות לב, ושיעור האשפוזים הגבוה ביותר הוא מקרב קבוצת הגברים מעל גיל 75. שיעור התמותה ממחלות לב של גברים ונשים עולה בחדות עם הגיל (מגיל 50-54). יצוין, כי בדיקות למניעת מחלות לב וכלי דם אינן כלולות בסל השירותים.

(1) באוקטובר 1999 התחילה שירותי בריאות כללית בהפעלת תכנית בהיקף ארצי, למניעת החמרה במצבם של חולים שעברו לא מכבר אוטם שריר-הלב. מטרת התכנית היא להפחית את גורמי הסיכון באמצעות שינוי אורח החיים (בתחומי עישון, הרגלי אכילה ופעילות גופנית), למנוע הישנות המחלה, ולצמצם את התמותה. התכנית כללה שיקום, הדרכה וליווי של החולה (בעיקר טלפוני), בידי אחות שקיבלה הכשרה מיוחדת בקרדיולוגיה. בתכנית (להלן - הפרויקט) הוגדרה הצלחתה במידת הטמעתה בקרב מרפאות בקהילה ובשיתוף הפעולה בין אחות הפרויקט לבין צוות המרפאה (רופא מטפל ואחות). עד ספטמבר 2001 נכללו בפרויקט 1,189 חולים, בטיפולן של 10 אחיות ב-8 משרות.

באוקטובר 2001, בתום שנתיים לפרויקט האמור, בוצעה בקופה הערכה של תוצאות הבדיקות של המשתתפים בו, ושל עלויות הטיפול בשתי שנות הפעלתו. תוצאות ההערכה העלו, שנמצא שיפור במדדי הבריאות: לכ-80% מהחולים הייתה ירידה בערכי לחץ דם, ול-17% היו ירידות בערכי כולסטרול בדם (מסוג LDL). עוד נמצא, שהפרויקט תרם לשינוי באורח החיים בתחומי ההתערבות שלה: 70% הפסיקו לעשן, 91% שמרו על תזונה נכונה, 79% ביצעו פעילות גופנית, וכן 88% מהמטופלים שעברו לפני הארוע חזרו לעבודה. באוקטובר 2001 ערכה הקופה סקר שביעות רצון של המבוטחים שהשתתפו בפרויקט ומצאה, שמעל 90% מהנשאלים העריכו את תרומתו כטובה עד טובה מאד.

בחירת העלויות של הפרויקט כפי שנעשתה בידי שירותי בריאות כללית הראתה, שבגין הטיפול ב-1,189 חולים היה הפוטנציאל לחיסכון כ-1 מיליון ש"ח בשנה. ההערכה הייתה שהרחבת הפרויקט לקבוצות נוספות של חולי לב ובפרט לאחר ניתוח מעקפים, תאפשר ניצול מיטבי של הפרויקט. סיכום ההערכה של הקופה היה, שהחיסכון שזוהה בשנת הפעילות הראשונה של הפרויקט מאפשר להפעיל את התכנית, וכי יש לצפות שהחיסכון שהושג יתעצם בשנים שלאחר ההתערבות. נוכח ממצאים אלה המליץ הצוות לבחון הרחבה של התכנית לחולי לב בקבוצות נוספות.

באפריל 2002 הודיע סמנכ"ל וראש חטיבת הקהילה בשירותי בריאות כללית לכל מנהלי המחוזות, כי בהתאם להחלטת ההנהלה הראשית, הפרויקט יימשך בשנתיים הקרובות וקבוצת המטופלים תורחב ותכלול חולי אוטם שריר-הלב וחולים לאחר ניתוח מעקפים וצנתורים טיפוליים. עוד מסר, כי חטיבת הקהילה תקיים בקרה מתמשכת על תועלת ועלות של הפרויקט.

מהתכתבות שנמצאה בקופה עולה, כי על אף שהקופה העריכה שהפרויקט יעיל מבחינה רפואית וכלכלית, הוא מופעל במתכונת מצומצמת ביותר. נוכח מצוקת תקני אחיות, הופסק הפרויקט בכמה מחוזות (צפון, דן - פתח תקווה, מרכז, וירושלים). בכמה מחוזות אחרים (חיפה, שרון-שומרון, תל אביב-יפו, דרום) נמשך הפרויקט ומשתתפים בו 247 חולים בלבד. השיקום מתבצע גם למטופלים אחרים, בנוסף לשיקום של חולי אוטם שריר-הלב, ומשך הפרויקט קוצר לשישה חודשים.

יצוין, כי למכבי שירותי בריאות אין הנחיות בנושאים של מניעת מחלות לב וכלי דם, או תכנית התערבות למניעת מחלות אלה בקבוצות סיכון הסובלות מהשמנת יתר, רקע משפחתי של מחלות לב וכלי דם, היעדר פעילות גופנית ועישון.

(2) ביוני 2002 חתמו הפורום למניעת מחלות וכלי דם¹⁷ (להלן - הפורום), מנכ"ל המשרד, וארבע קופות החולים על אמנה משותפת לקדם את נושא המניעה של מחלות לב וכלי דם. האמנה הציעה תכנית התערבות בקהילה לניטור ארצי של טרשת עורקים ומחלות לב והתוותה דרכים למניעה ולטיפול בגורמי הסיכון למחלות אלה. המשרד התחייב באמנה לפעול ולהשיג משאבים לקידום ההמלצות ולעשות כל מאמץ לאיזון גורמי הסיכון, כך שמרבית האוכלוסייה תגיע ליעדים שהותוו.

על פי תכנית ההתערבות שהפורום הציע, יבחרו הקופות מרפאות שבהן יאותרו, יטופלו וינוטרו חולים ביתר לחץ דם ובשומנים בדם. לפי החישובים של הפורום, העלות השנתית של תכנית המעקב לכל הארץ תהיה \$ 600,000, אולם החיסכון שייגרם לקופות (בתרופות, בצנתורים, במעקפים, באשפוז, ובדיאליזות) במקרה של 10% הצלחה, יהיה בהיקף של 4.2 מיליון \$ לשנה.

ביוני 2002 פנה יו"ר הפורום אל קופות החולים בבקשה לבצע את התכנית ב-100 מרפאות של כל הקופות. לדברי יו"ר הפורום, קופות החולים מכבי שירותי בריאות, מאוחדת ולאומית הסכימו לתכנית, אולם שירותי בריאות כללית לא הרחיבו את התכנית למרפאות נוספות ומנהל אגף רפואה בקופה הבהיר ביוני 2002, כי "אין לנו תקציבים ... משרד הבריאות יממן ואז נבצע מניעה נכונה לכולם".

(ב) יתר לחץ דם ושומנים בדם

יתר לחץ דם ושיעור שומנים גבוה בדם הם מגורמי הסיכון לטרשת עורקים ותורמים לפגיעות מרובות באיברים חיוניים (כלי הדם, לב, מוח, ועוד). מנתוני המשרד עולה, כי כ-40% מהאוכלוסייה סובלת מיתר לחץ דם. ניתן להפחית יתר לחץ דם, בעיקר בשלב הראשון, באמצעים לא תרופתיים (בעיקר על ידי דיאטה, הפחתת משקל ופעילות גופנית), וירידה זו תורמת לירידה במחלות לב. בהנחיות של הר"י מומלץ, במסגרת סקירה ואיתור מוקדם לבני 50+, לבצע בדיקת לחץ דם אחת לשנה.

ביעדי מכבי שירותי בריאות לשנת 2001 נכללה בנייה של מאגרי מידע על חולים בעלי יתר לחץ דם, חולי לב וחולי כלי דם, במטרה לעקוב אחר הטיפול בהם. בתכנית העבודה של מכבי שירותי בריאות לשנת 2002 נקבע, שהחל משנה זו על המחוזות להיערך ליישום תכנית כללית למניעה שניונית של טרשת עורקים בקרב המבוטחים, לרבות מעקב אחר רמת השומנים בדם וטיפול בגורמי הסיכון.

17 הפורום הוא ארגון של נציגי האיגודים והחברות המדעיות של הר"י שעניינם מחלות לב וכלי דם.

משרד מבקר המדינה העלה, שעד מועד סיום הביקורת, יולי 2002, לא הופעל במכבי שירותי בריאות מאגר מידע כאמור; לא היה מעקב אחר בדיקות של לחץ דם ושל רמות כולסטרול שבוצעו לחולים, ולא היה מידע על שיעור האוכלוסייה בני 50+ שערכי לחץ הדם שלהם ורמות השומנים בדם אצלם גבוהות מהנורמה.

מתשובותיהן של קופות החולים לאומית ומאוחדת למשרד מבקר המדינה עולה, שגם אצלן אין נתונים ומעקבים מצטברים אחר חולים הסובלים מיתר לחץ דם.

שירותי בריאות כללית מסרה למשרד מבקר המדינה, כי הקופה לא נתנה הדרכה לציבור הרופאים בנושאים של ביצוע א.ק.ג ומדידת לחץ דם, בדיקות משקל וראייה, וכי בשלב זה של פיתוח מערכות מידע בקופה אין בידיה נתונים אודות מספר המבוטחים שעברו בדיקות שגרתיות של גובה, משקל, א.ק.ג. ומדידת לחץ דם. מידע זה, שנרשם תוך כדי הטיפול השוטף במערכת תיק ממוחשב של המטופלים, טרם נאסף למטרת הפקת דוחות רפואיים.

(ג) רפואה מונעת בסוכרת (מסוג 2) בקרב מבוגרים וקשישים

סוכרת היא מחלה כרונית קשה ושכיחה בחברה המערבית. המחלה מאופיינת ברמת סוכר גבוהה בדם ובסיבוכים ארוכי טווח. סוכרת היא בין גורמי הסיכון העיקריים לטרשת עורקים ולרמות שומנים גבוהות בדם הקשורות למחלות שונות, ועם החמרת המחלה נפגעים איברים חיוניים כמו לב, כליות, מוח ועיניים. רוב חולי הסוכרת הצעירים (עד גיל 20) סובלים מסוכרת תלויה באינסולין (25%), ואילו רוב חולי הסוכרת המבוגרים (75%) סובלים מסוכרת שאינה תלויה באינסולין (להלן - סוכרת מסוג 2).¹⁸

שכיחותה של סוכרת מסוג 2 עולה עם הגיל, בעת השמנה ורקע משפחתי קודם של המחלה. מסקר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנערך בשנים 1996-1997 עולה, ששכיחות המחלה עולה מפחות מ-1% מתחת לגיל 45, עד 17% באוכלוסייה מעל גיל 75, ועם העלייה בגיל חלה החמרה הדרגתית במחלה. תחזיות אנשי המקצוע הן, שמספר חולי סוכרת מסוג 2 בארץ ובעולם יגדל, ובד בבד יגדל מספר החולים בקרב בני פחות מ-55 שנה. הגידול יהיה בעיקר בגלל הזדקנות האוכלוסייה, תזונה לא נכונה וחוסר פעילות גופנית. הטיפול בחולי הסוכרת מהווה עומס כלכלי רב על קופות החולים.

כיום אין עדיין ריפוי שלם למחלת סוכרת, אך פעולות מניעה שונות הוכחו כיעילות במניעת החמרתה: פיקוח על רמות הסוכר (שיעור הסוכר בדם, ושיעור ההמוגלובין המסוכרר¹⁹ בדם); על רמות השומנים בדם ועל לחץ הדם; פיקוח על משקל תקין, ואיזון רמות אלה על ידי פעילות גופנית, תזונה, הפסקת עישון וטיפול תרופתי; ובדיקות נוספות (כמו: עיניים, לב, תפקודי כליות, בדיקות רגליים). הכשרת רופאים, טיפול והסברה מתאימים לחולה ושיתוף פעולה של החולה, מסייעים למניעת הידרדרות במחלה. יצוין, שבדיקות למניעת מחלות הסוכרת מסוג 2 אינן כלולות בסל השירותים.

18 נהוג להבדיל בין סוכרת תלויה אינסולין (המכונה גם סוכרת מסוג 1), לבין סוכרת שאינה תלויה באינסולין (המכונה גם סוכרת מסוג 2).

19 HBALC סמן בדם המגדיר את רמת האיזון של הסוכרת במשך שלושה חדשים לפני הבדיקה.

בשירותי בריאות כללית ובמכבי שירותי בריאות מופעלות זה כמה שנים תכניות לטיפול בחולי סוכרת, שמטרתן לטפל בחולים קשים ולמנוע הידרדרות במצבם. במסגרת התכניות משקיעות הקופות מאמצים לשיפור מתמיד באיתור החולים ובניטורם. תכניות אלה עשויות לשמש דגם לבניית תכניות מניעה במחלות נוספות (לב, יתר לחץ-דם, שומנים בדם).

פרויקט סוכרת בשירותי בריאות כללית: מנתונים של שירותי בריאות כללית עולה, כי בשנת 2001 הגיע מספרם של חולי הסוכרת מסוג 2 שהם מבוסחי הקופה, לכ-182,000. כ-70% מכלל חולי הסוכרת בקופה הם בני 55 ומעלה, ושיעור חולי הסוכרת מכלל החולים שלהם מחלה כרונית נוספת (אחת לפחות) הוא 76%; 90% מכלל חולי הסוכרת בקופה מטופלים במרפאות הקהילה.

עוד עולה מנתוני שירותי בריאות כללית, כי העלות היחסית של חולה סוכרת מסוג 2 היא פי 1.83 מעלות ממוצעת של מבוסח אחר. עוד נמצא, ש-81% מהעלויות של חולי הסוכרת הם עבור אשפוז, וכי האוכלוסייה הסוכרתית צורכת 19% מכלל ימי האשפוז של הקופה (בהשוואה לחלקה מכלל המבוטחים - 9%).

1. (א) בשנת 1998 החלה שירותי בריאות כללית להפעיל תכנית רב-שנתית לסוכרת מסוג 2 בקהילה (להלן - פרויקט הסוכרת). במסגרת פרויקט הסוכרת נערכו בדיקות לאיתור ומעקב אחר חולי סוכרת, במטרה לאזן אותם מבחינה רפואית²⁰ ולמנוע הידרדרות במצבם. כמו כן פותחו כלים להדרכת צוותים מטפלים וכלים לבקרה באמצעות מחשוב מערכת הדיווח ומחשוב תיקי החולים, והוכן רישום כולל של חולי סוכרת מסוג 2 לפי מרפאות ולפי רופאים. במסגרת הכנה לפרויקט הסוכרת עודכנו בשנת 2000 הנחיות רפואיות לטיפול בסוכרת מסוג 2 בקהילה, ונקבעה בהן סדרת בדיקות שיש לבצע לחולים.

בשנת 1999 הופעלה בפרויקט הסוכרת תוכנית מחשב שעקבה אחר הבדיקות שביצעו חולי סוכרת מסוג 2 בקהילה. התוכנה חייבה מעקב חד-שנתי, לפחות, אחר החולה והתריעה על חולה סוכרת שתוצאות בדיקותיו אינן מאוזנות.

במסגרת בקרת איכות של פרויקט הסוכרת נבדקו מספר החולים המאוזנים, מספר הבדיקות שביצעו ורמת האיוון שלהם במדדים הנדרשים. תוצאות הבקרה הועברו אל רופאי המשפחה ואל הנהלות המחוזות לצורכי השוואה, הערכה ומעקב ושיפור הטיפול.

(ב) מדוחות של שירותי בריאות כללית עולה, כי בשנים 1995-2001 עלה פי 2.5 מספר חולי הסוכרת המאותרים מבין מבוסחיה (מ-70,000 ל-182,000); וכי שיעור החולים הנמצאים במעקב עלה פי 3.5 (מ-22% בשנת 1995 ל-78% בשנת 2001). למרות זאת, שיעור החולים הלא מאוזנים מכלל החולים המדווחים, עדיין היה גבוה והגיע לכ-33% בשנת 2001 (ירידה של 7% בלבד משנת 1999).

(ג) בדיקה שערכה הקופה במחצית הראשונה של שנת 2000 העלתה, שבקרב מחצית מאוכלוסיית הסוכרתיים נבדק ההמוגלובין המסוכרר פעם אחת בשנה, על אף שהנחיות הקופה היו לבצע פעולה זו בכל החולים פעמיים בשנה.

20 לתקן ככל האפשר את ההפרעה בחילוף החומרים של הסוכר ושל חומרים אחרים ואת התבטאויות המחלה במערכות הגוף השונות.

(ה) הביקורת העלתה, שבגלל ליקויים בהפעלת תוכנת המעקב הממוחשבת נפגעה יכולת המעקב והבקרה ברמה הכלל-ארצית, והבקרה על שנת 2001 שהייתה אמורה להתבצע עד מאי 2002, לא הופקה עד למועד סיום הביקורת (יולי 2002). לא עובדו תוצאות הבדיקות של כל החולים, לא אותרו חולי סוכרת ללא מעקב וחולי סוכרת לא מאוזנים, ולא ניתן להשוות בין ביצועי המחוזות, המרפאות והרופאים. האפטיביות של התוכנה הממוחשבת ככלי בקרה נפגעה, אפוא, ולא הופקו כל הנתונים הנדרשים.

הנהלות של שני מחוזות במכבי שירותי בריאות התלוננו לפני הנהלת הקופה במאי 2001, שהמידע המדווח לרשם אינו מספק את צורכי המעקב אחר חולים סוכרתיים; לדעתן, כדי למנוע החמרה

במצבם יש להרחיב את המעקב אחר החולים ולדווח לרשם גם על טיפולים אצל מומחה לטיפול בכף הרגל, ועל הדרכה של דיאטנית ושל אחות. הנהלת הקופה אכן אישרה, בתשובה למחוז במאי 2001, ששיפור פעילות הרשם תשפר גם את הטיפול הכולל וגם את מערך הבקרה.

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה, שבשנת 2001 נבדקה רמת ההמוגלובין המסוכרר ורמת הכולסטרול בדם אצל כ-75% מהחולים הסוכרתיים במכבי שירותי בריאות, כ-50% מהחולים ביצעו בדיקות עיניים וכ-80% ביצעו בדיקות תפקודי כליות.

עוד נמצא, שיש מחוזות שבהם חולים רבים אינם נמצאים במעקב, ולכן מחלתם אינה מאוזנת כנדרש ויש חשש להחמרה במצבם. אצל חולים רבים תוצאות הבדיקות אינן מעידות על שיפור במצבם. פעילות הצוותים הרפואיים אינה מתואמת והנתונים אצל הרשם, שמטרתם לסייע במעקב ובבקרה לשיפור איכות הטיפול, אינם מעודכנים ואינם מקיפים. מהתכתבות של הנהלת מכבי שירותי בריאות עם מחוזות הצפון והשפלה עולה, שהקופה מכירה בקשיים האמורים אך טרם מצאה להם פתרון.

עוד הועלה, שהנהלת מכבי שירותי בריאות לא קבעה למחוזות מדדי בקרה וקריטריונים אחידים ברמה ארצית, כדי לקבוע סדרי עדיפויות להתערבות בטיפול בחולי סוכרת. לא נקבעו יעדי טיפול ולוחות זמנים להשגתם, ולא רמת שיעור הכיסוי הרצוי של מספר הנבדקים בבדיקות לאיזון הסוכרת. כאשר פנה אחד המחוזות לקבל הנחיות ארציות השיבה לו הנהלת מכבי שירותי בריאות, במאי 2001, שעליו לקבוע בעצמו ברמה המחוזית את הקריטריונים להתערבות ואת מדדי הבקרה. למחוז אחר השיבה הנהלת הקופה במאי 2001, שהיא מודעת לחשיבות הרבה שיש לרופאי המשפחה בטיפול בסוכרת, אך היא מתקשה לשכנע את הרופאים לשתף פעולה עם הצוותים המטפלים בחולים הסוכרתיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הנהלת מכבי שירותי בריאות לקבוע קריטריונים אחידים, יעדי טיפול ולוחות זמנים, ולהדריך את הצוותים הרפואיים, כדי למנוע הידרדרות במצבם הרפואי של החולים הסוכרתיים.

2. מכבי שירותי בריאות מפעילה במחוזותיה מכונים לטיפול בחולי סוכרת קשים, שיש להם סיבוכים חמורים בעקבות המחלה. המכונים הם מוקדי ייעוץ עבור מטופלי סוכרת באזור גאוגרפי מסוים, והם מיועדים לאזן, לייצב ולהדריך את החולים כיצד לטפל במחלה. לאחר שמצב החולה יוצב, הוא מועבר לטיפולו של רופא המשפחה. במכונים צוותים רב-מקצועיים הכוללים אחיות, דיאטנים, רופא, מומחה לכף רגל וכו'. תפקידם גם לייצב לרופאי המשפחה ולצוותים הסיעודיים המטפלים בקהילה, כדי להבטיח רמת טיפול מרבית.

משרד מבקר המדינה העלה במהלך הביקורת, שבשני מכונים לסוכרת בשני מחוזות במכבי שירותי בריאות (בירושלים ובמחוז דן) לא היו מומחים לטיפול בכף הרגל. בשני המכונים האלה השתמשו אך מעט בנתוני הרשם כדי לטפל בחולים, ולא הועברו מהם נתונים אל הרשם. כתוצאה מכך לא התבצע מעקב אחר החולים ולא היה מידע על מצב בריאותם.

במכון הסוכרת במחוז דן לא מתקיימת הדרכה מסודרת לרופאי המשפחה בקהילה, או הדרכה לרופאים שמוזהים כמי שמטפלים בחולים רבים שאינם מאוזנים. זאת, על אף שחלק מהרופאים במחוז אינם מיומנים בטיפול. כתוצאה מכך לא מועבר לרופאים מידע על שימוש בתרופות מתאימות לאיזון חולים סוכרתיים וחולים רבים אינם מאוזנים.

תפקידם של המכונים הוא למנוע החרפה במצבם הרפואי של החולים הסוכרתיים, על ידי טיפול מיטבי והדרכה מקצועית של רופאי המשפחה בקהילה. לדעת משרד מבקר המדינה, היעדר ייעוץ לרופאי המשפחה, וחוסר יכולת להשתמש במאגר הנתונים שיש אצל הרשם כדי לייעל את הטיפול בחולים ולקבל היזון חוזר על הטיפול בהם, פוגעים במטרה שלשמה הוקמו המכונים.

מחשוב נתונים

תיק רפואי ממוחשב הכיל במועד הביקורת חלק מהנתונים הרפואיים והמעבדתיים של החולה. עיבוד ממוחשב של נתוני כל החולים בתחומים הרצויים (לחץ דם, כולסטרול וכו') והעברתם במרוכז לרופא, עשויים לאפשר לרופאים לאתר חולים שתוצאות בדיקותיהם חריגות ולשפר את איכות הטיפול בהם. כמו כן, הם עשויים לסייע להנהלת הקופה בבקרה על איכות הרפואה הניתנת בקהילה.

משרד מבקר המדינה בדק את מערך המחשוב של התיקים הרפואיים בקופות חולים מכבי שירותי בריאות והועלה, כי במכבי שירותי בריאות הופעלו ופותחו בשנים האחרונות מערכות מידע ממוחשבות, שמטרתן לאפשר לקופה לקיים פיקוח ובקרה על איכות הטיפול הרפואי הניתן למבוטחים.

1. משנת 1998 מפיקה מכבי שירותי בריאות לרופאי המשפחה במחוז אחד דוחות ממוחשבים על תוצאות בדיקות (לחץ-דם ושומנים בדם) של החולים שבטיפולם. בתכנית העבודה של האגף הרפואי במכבי שירותי בריאות לשנת 1999 נקבע, שיוסיפו לדוח תחומים נוספים, וכי הדיווח יורחב למחוז נוסף.

2. בתחילת שנת 2000 הודיעה מכבי שירותי בריאות לרופאי הקופה, שנבנתה מערכת ממוחשבת המציעה הנחיות רפואיות לתמיכה בטיפולים, וכי במהלך יולי 2000 תוחלף התוכנה הנמצאת בשימושם בתוכנה חדשה שתחסוך מזמנם ותשפר את איכות הטיפול הרפואי. התוכנה החדשה תכלול גם שינויים הקשורים לרפואה מונעת, כמו הנחיות רפואיות, טבלת בדיקות מומלצות לחולים, מידע על מחלות כרוניות שלהם, ועל בדיקות מעקב נדרשות.

מנתונים שהקופה מסרה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2002 עולה, כי עד למועד זה רק אצל כ-50% מכלל הרופאים בקופה (2,199 מבין 4,527 רופאים) הוטמעה התוכנה החדשה.

הזנה שיטתית וקבועה של מידע רפואי לתיק הממוחשב היא גורם המסייע למניעת מחלות או החרפתן, והיעדר מידע רפואי עלול לפגוע באיכות הטיפול במבוטחים. לדוגמה: מבוטחת במכבי שירותי בריאות התלוננה במארכ 2001, שכבר כמה שנים שהיא מיידעת את הרופאים על אלרגיות לתרופות רבות, ובכל זאת אין רישום קבוע של המידע הזה בתיק; הדבר גרם לה נזק רציני, משום שטופלה בתרופה שהיא אלרגית לה. נציבת תלונות הציבור של מכבי שירותי בריאות ענתה לה באפריל 2001, כי עדיין אין בקופה "תיק רפואי ממוחשב, שירכז בין השאר את כל הנתונים הרפואיים של החבר לתועלת הרופאים המטפלים בו".

3. בתכנית העבודה של מכבי שירותי בריאות לשנת 2001 נקבע, שפיתוח ותגבור של המערכות הממוחשבות יקבלו עדיפות עליונה בעבודת האגף הרפואי לאותה שנה. כמו כן תפותח מערכת

תמיכה שתסייע לרופאי המשפחה בהחלטותיהם, ויושלם תכנון תיק רפואי מרכזי ממוחשב שירכזו בו כל הנתונים הרפואיים והמעבדתיים של החולה.

בפברואר 2002 כתבה מנהלת מחלקת סקרים למנכ"ל מכבי שירותי בריאות, כי למרות ההשקעה של הקופה בהקמת מערכות מידע משוכללות (חומרות ותכנות), אין הקופה מפעילה פיקוח ובקרה על השימוש במערכות המידע, ואין לה תכנון והגדרת צרכים ויעדים של המשתמשים.

4. במסגרת תכניות המחשוב של מכבי שירותי בריאות משנת 1999 נכללה גם תכנית להקים רשם מחלות כרוניות, שיכלול גורמי סיכון כרוניים (כמו: רמות כולסטרול גבוהות, יתר לחץ דם וערכים גבוהים מהנורמה של סוכר). ברישום זה ייכללו הבדיקות שהחולים צריכים לבצע, לרופאים יועברו תזכורות קבועות לגבי הבדיקות הנדרשות, והקופה תנהל מעקב אחר הנתונים שייאספו.

משרד מבקר המדינה העלה, שעד מועד סיום הביקורת, יולי 2002, טרם הפעילה מכבי שירותי בריאות מעקבים אחר רישומים מרוכזים למחלות אחרות מלבד סוכרת. עוד הועלה מנתוני מכבי שירותי בריאות, כי בתיקי החולים לא נרשם אם ניתנו הדרכה וייעוץ לחולים הנמצאים בקבוצות סיכון.



על פי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, האחריות הכוללת לרפואה המונעת חלה על המדינה. למרות זאת, לא קבע משרד הבריאות מדיניות בתחום הרפואה המונעת לאוכלוסייה המבוגרת והקשישה ולא הפעיל תכנית, שכבר אישר, לקידום נושא הבריאות ומניעת חולי בקרב קשישים. המשרד אף לא פיקח על הפעולות בתחום הרפואה המונעת, שהקופות מחויבות בהן על פי התוספת השנייה לחוק, ומספר המבוטחים שעברו בדיקות בתחומי הרפואה המונעת, הכלולות בסל השירותים, לא היה רב.

קופות החולים סיפקו לאוכלוסייה המבוגרת והקשישה שירותי מניעה, ובהם חיסונים, בדיקות לאיתור יתר לחץ-דם וסוכרת ובדיקות לגילוי גידולים ממאירים, אשר כלולים בסל שירותי הבריאות וכחלק מהשגרה הרפואית. אולם, במקרים רבים הן לא הוציאו הנחיות מתאימות לביצוע הפעולות, ובדרך כלל לא היה להן מידע מרוכז על שיעורי הביצוע. שיעורי הביצוע של החיסונים והבדיקות שהיה עליהם מידע, היו נמוכים מהיעדים שהקופות הציבו לעצמן ומהיעדים שנקבעו בתכנית לקידום בריאות ולמניעת חולי בקרב הקשישים.

להפעלת רפואה מונעת נדרשת ראייה ארוכת טווח של התועלת הבריאותית והכלכלית העשויה לצמוח ממנה הן למבוטחים והן לקופות, ולמדינה בכלל, למרות העלויות התקציביות בטווח הקצר. מן הראוי, שהמשרד יאמץ ראייה כוללת ומערכתית בנושא, כדי לאפשר רפואה שוויונית לכל המבוטחים. במסגרת מערך כזה יש לקבוע מדיניות בדבר מטרות וסדרי עדיפויות, להעריך עלויות ותועלת ולקבוע את האמצעים הנדרשים להפעלת המערך. כמו כן, יש להוציא הנחיות לקופות החולים, ולפעול להפעלת מערך דיווח ממוחשב מתקדם, שישמש למשרד ולקופות החולים כלי לבקרה ולהיוון חוזר, להפקת לקחים בריאותיים ישומיים ואחרים, ולפיקוח על ביצוע המדיניות.