

מבוא

בשלושה העשורים האחרונים מדינת ישראל אימצה מדיניות כלכלית של הפרטת שירותים ציבוריים ובכללם גם את שירותי בריאות לתלמיד שהופרטו בשנת 1997 לאחר חוק בריאות ממלכתי. מאז, שינויים רבים חלו בהפעלת השירות אשר הביאו לפגיעה בתקציבים ובתקני האחיות והרופאים, והשירות הצטמצם לכדי ביצוע פעולות בסיסיות בלבד. במחוז דרום של משרד הבריאות נרשמה ירידה משמעותית בהיקף כיסוי החיסונים לתלמידים שבוצעו באמצעות ספק פרטי. בשנת 2012 התקבלה החלטה להחזיר את השירות להפעלה ישירה על ידי משרד הבריאות.

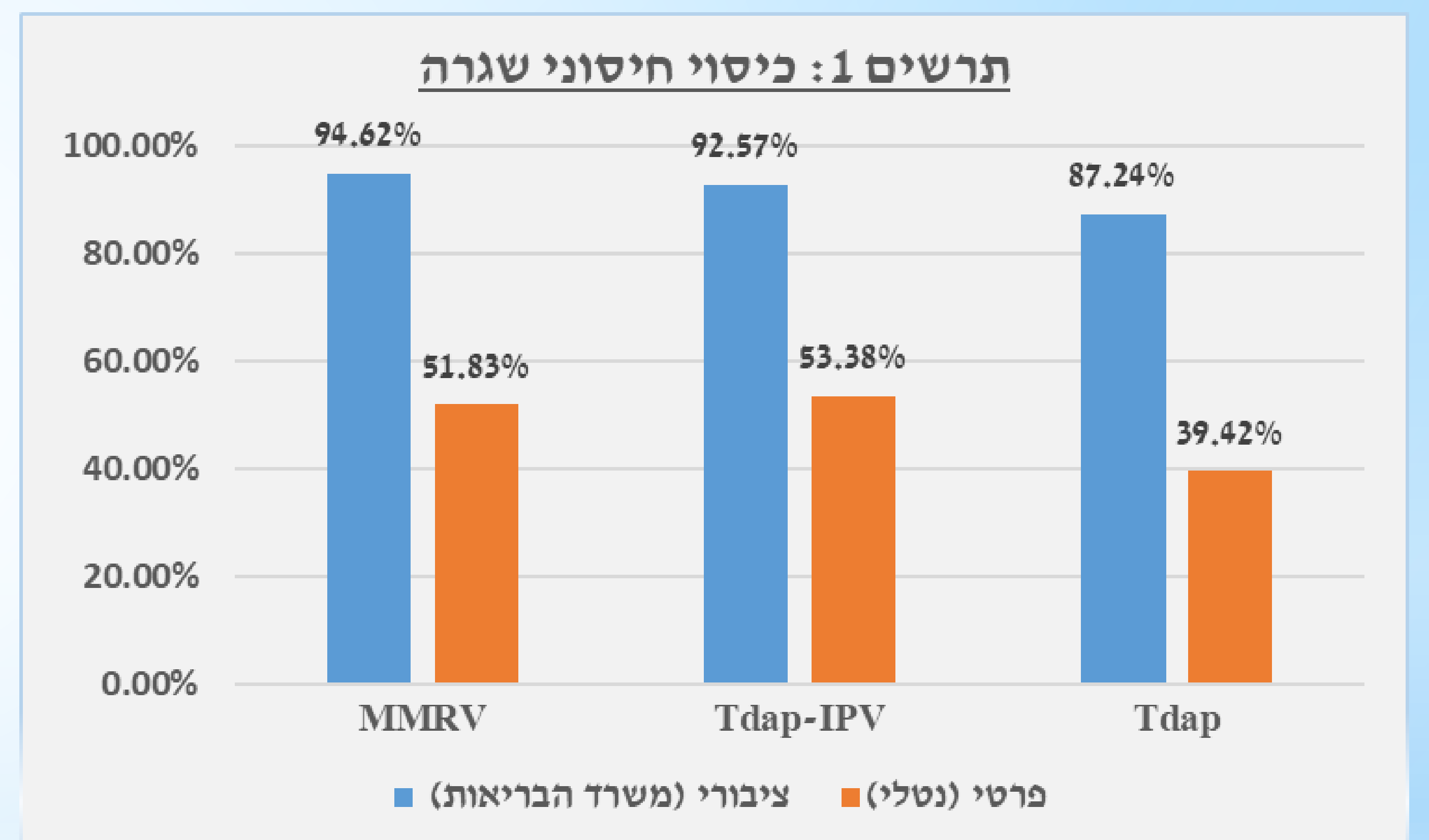
השיטות

המחקר בחן את השינוי במודלי ההפעלה- ציבורי ופרטי- של שירותי בריאות לתלמיד במחוז דרום באמצעות השוואת נתוני הכיסוי של השירותים בתקופה בה השירות הופעל על ידי חברה פרטית (נטלי, 01.09.2010 עד 29.02.2012) ובתקופה שלאחריה שהופעל על ידי משרד הבריאות (לשכת בריאות מחוז דרום, 01/03/2012 עד 31/08/2013). שירותי בריאות לתלמיד במחוז דרום ניתנו בכ- 319 בתי ספר הפרוסים ב- 29 רשויות. נתוני המחקר התבססו על מרשם החיסונים הארצי של משרד הבריאות וכוללים מידע על כיסוי חיסונים, בדיקות סקר (גדילה, ראייה ושמיעה) וחינוך לבריאות.

תוצאות

חיסוני שגרה

חיסוני שגרה הניתנים לתלמידים בבתי הספר: חיסון MMRV בכיתה א', חיסון Tdap-Ipv בכיתה ב' וחיסון Tdap בכיתה ח'.



תרשים 1:

MMRV: N=25.7K, $X^2 = 11330$, df=1, $p < .001$; Tdap-IPV: N=24.8K, $X^2 = 9386$, df=1, $p < .001$; Tdap: N=20.4K, $X^2 = 9447$, df=1, $p < .001$.

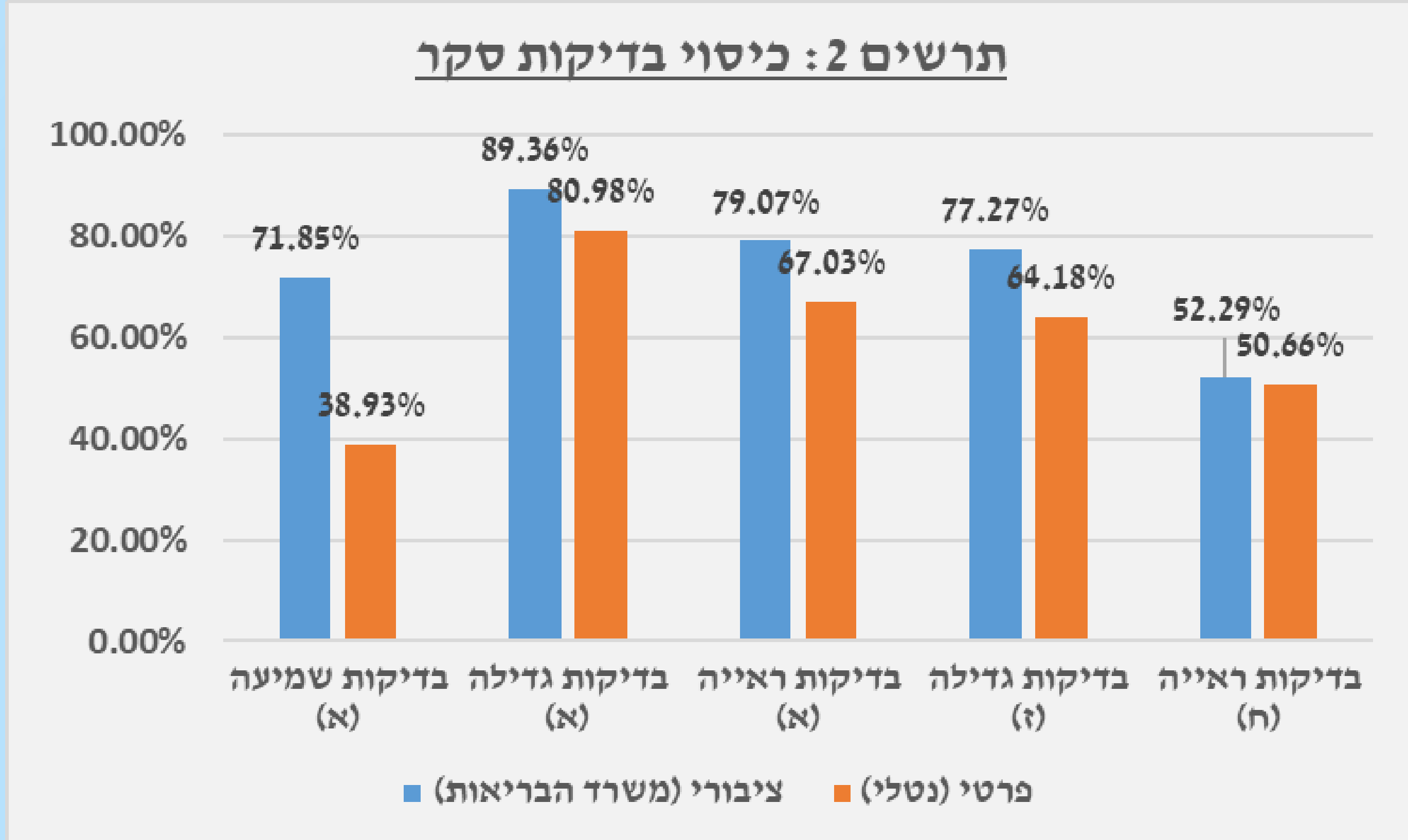
כפי שנראה באיור 1, בהשוואת שיעורי החיסון בין משרד הבריאות לחברת הפרטה, חלה עלייה משמעותית ($p < .001$) בשיעור כיסוי החיסונים כאשר השירות ניתן על ידי משרד הבריאות. בחיסון MMRV נרשמה עלייה של 42.8%, בחיסון Tdap-IPV עלייה של 39.8%, וחיסון Tdap עלייה של 46.8%. הבדלים אלו נצפו כמו גם בקרב קבוצות אוכלוסייה דמוגרפיות שונות (יהודים ובדואים).

מסקנות המחקר

ממצאי המחקר עולה כי קיים יתרון להפעלת שירותי בריאות לתלמיד על ידי המדינה ומוסדותיה לצד שירותים הניתנים ברמה המחוזית והלאומית. בנוסף, נמצא כי השינוי במודלי ההפעלה של שירותי בריאות לתלמיד: ציבורי, פרטי ושוב ציבורי גרמו לפגיעה בשירות ומקבליו אשר באו לידי ביטוי בהיקף כיסוי השירותים, צמצום תפקיד אחות בית הספר לכדי ביצוע פעילות חיסונים ובדיקות סקר בלבד.

בדיקות סקר

בדיקות סקר שהתלמידים מבצעים בבית הספר: בדיקת שמיעה בכיתה א', בדיקת ראייה בכיתות א' וח', בדיקות גדילה בכיתות א' וז'.



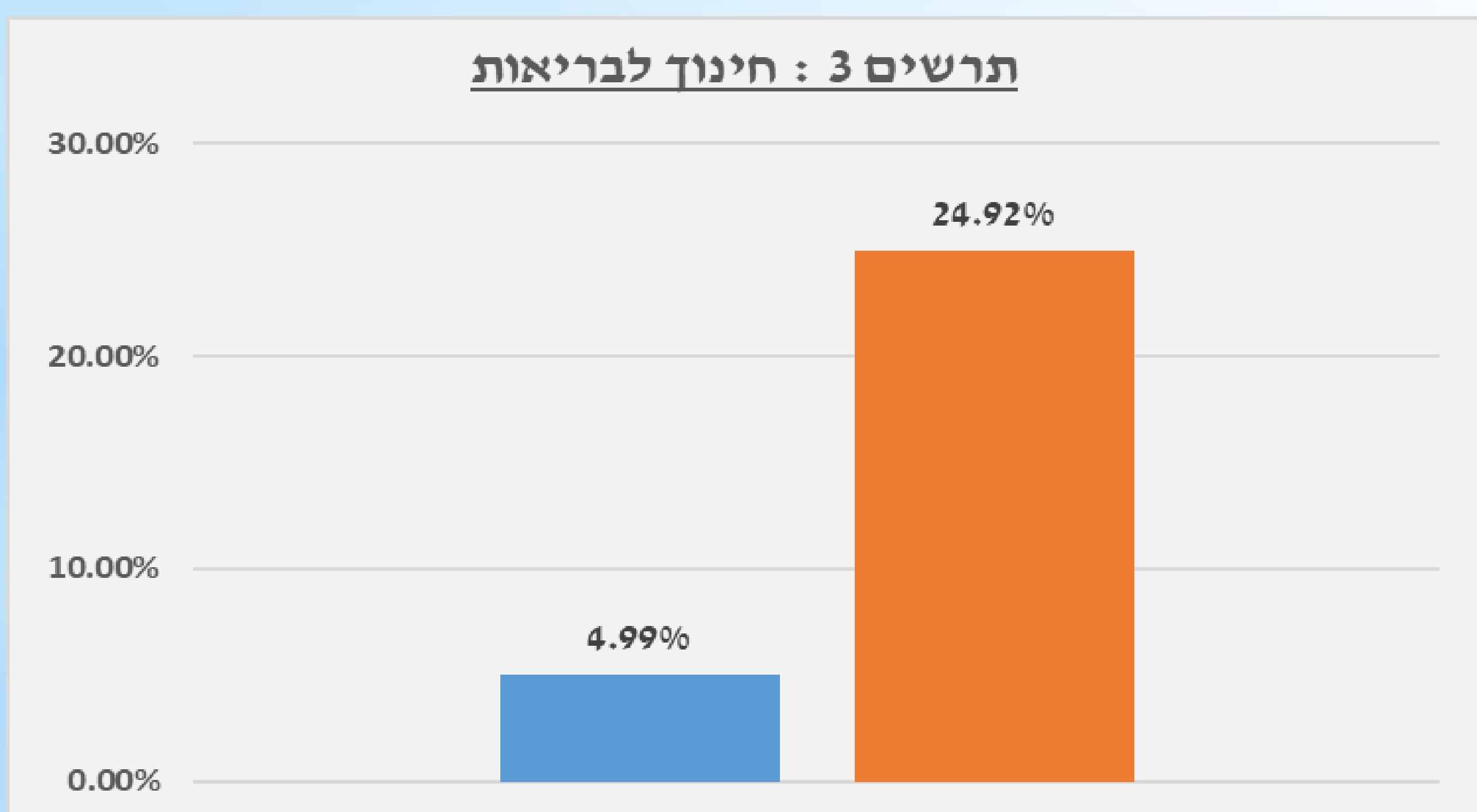
תרשים 2:

בדיקות שמיעה (א)- N=25.8K, $X^2 = 564$, df=1, $p < .001$; בדיקות גדילה (א)- N=22.7K, $X^2 = 5562$, df=1, $p < .001$; בדיקות ראייה (א)- N=19.6K, $X^2 = 7800$, df=1, $p < .001$; בדיקות גדילה (ז)- N=19.6K, $X^2 = 3500$, df=1, $p < .001$; בדיקות ראייה (ח)- N=20.4K, $X^2 = 1700$, df=1, $p < .001$.

כפי המתואר באיור 2, מצאנו עלייה משמעותית ($p < .001$) בכל בדיקות הסקר כאשר ניתנו על ידי משרד הבריאות בהשוואה לחברה הפרטית. בבדיקות גדילה בכיתה א' וז' חלה עלייה של 8.4%- ו-13.1%, בהתאמה. בבדיקות ראייה בכיתה א' וח', חלה עלייה של 11.4%- ו-1.6% בהתאמה. בבדיקות שמיעה בכיתה א' חלה עלייה של 32.9%.

חינוך לבריאות

תכנית חינוך לבריאות בבתי הספר קובעת לפחות פעילות אחת מותאמת לכל כיתה ופעם בשנה וכוללת: מניעת פציעות ותאונות (בטיחות), תזונה בריאה וחשיבות פעילות גופנית, תוכניות למניעת אלימות, חינוך מיני, תוכניות המסבירות את הסכנות של התנהגויות מסוימות כולל עישון, אלכוהול וסמים, וסכנת התמכרות.



תרשים 3:

חינוך לבריאות- N=24.9K, $X^2 = 1263$, df=1, $p < .001$.

כפי המתואר באיור 3, חלה ירידה של 19% בפעילויות החינוך לבריאות בכיתות א'-ט' כאשר השירות ניתן על ידי משרד הבריאות בהשוואה לחברה הפרטית.