

פיתוח אינדיקטורים ממלכתיים של שירותי גיהות ובריאות תעסוקתית

חוקרים:

ד"ר אשר פרדו*

ד"ר אבי גריפל**

אסף פרידור**

* המוסד לבטיחות ולגיהות

** דאס דאמאג' אנאליזיס

החקר מומן ע"י המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות
הבריאות- מלמ"ב

חודש תמוז התשע"ב
יולי 2012

מבוא

בישראל פועלים שירותי בריאות תעסוקתית הכוללים שירותי רפואה תעסוקתית וגיהות תעסוקתית. שירותים אלה עוסקים, בין היתר, בזיהוי גורמי סיכון בריאותיים (health hazards) בעבודה, בהמלצות להפחתת רמת הסיכון הנשקפת לעובדים חשופים, בעריכת בדיקות ומעקבים אחר בריאות מועסקים, באבחון מחלת מקצוע, ובשיקום עובדים שנפגעו. על אף זאת, פרסום רשמי מסודר של מדדים בוחנים או אינדיקטורים המשקפים את מצב הבריאות התעסוקתית במדינת ישראל חסר, ואין איסוף מאורגן ומסודר של נתונים בתחום זה למעט נתונים חלקיים. בארצות רבות במערב קיימים ומפורסמים אינדיקטורים המשקפים את מצב הבריאות התעסוקתית. ארגון הבריאות הבינלאומי אף ייסד כוח משימה מיוחד (WHO Task Force 13), שתפקידו לפתח כלים לניהול ממלכתי יעיל של בריאות תעסוקתית. במסגרת זו, ובשיתוף עם יוזמות אירופאיות, פותחו ב-22 ארצות באירופה אינדיקטורים לשירותי בריאות תעסוקתית הכוללים, בין היתר, התייחסות למשאבים ופעולות מונעים כגון תקציבים, תקנים ותוכניות בתחום הבריאות התעסוקתית, וכן תוצאים של הפעילות בתחום הבריאות התעסוקתית כגון שיעורי תמותה ממחלות מקצוע, ושיעורי תאונות. מטרת המחקר היו:

1. להגדיר ולפתח קבוצה של אינדיקטורים המתייחסים הן לתשומות והן לתפוקות בתחום הבריאות והגהות התעסוקתית, המתאימים לתנאי מדינת ישראל.
2. להגדיר אופנים מעשיים למדידת האינדיקטורים.
3. להשוות אינדיקטורים ישראליים קיימים (משנת 2009) לאינדיקטורים מקבילים בארצות נבחרות באירופה.

שיטות מחקר

סקירת ספרות נערכה לאיתור אינדיקטורים בעולם (ארה"ב, מדינות אירופה, ארגון העבודה הבינלאומי) ובישראל בתחום הבריאות התעסוקתית. המחקר הסתייע בתיאוריה המבוססת על סיווג אינדיקטורים לפי קבוצות תוכן שתהווה הנמקה לבחירה מאוזנת וממצה של אינדיקטורים. לאינדיקטורים שאותרו נערך תיקוף מבני (content validity) על-פי תורת מערכות הפעולה (action system) (Shye, 1985) תוך שימוש במתודולוגיה של תורת השטחות (facet theory). תגובתם של מומחים ואנשי מקצוע הושגה באמצעות ראיון ושאלון כדי לקבל דירוג (ranking) של אינדיקטורים בהתאם למידת חשיבותם וכדי לקבוע זמינות של נתונים לחישוב האינדיקטורים בהווה, ואפשרויות איסוף נתונים בעתיד. תוצאות התיקוף והשאלונים הביאו להגדרת קבוצת אינדיקטורים "אידיאלית" למדינת ישראל, שמידת יישומה כיום ובעתיד נבחנה על סמך בחינת נתונים קיימים ויכולת מעשית ליישום וחישוב כאשר יאספו הנתונים המתאימים.

תוצאות המחקר



הוגדרו אינדיקטורים אידיאליים המציגים חזון של מצב רצוי ומשקפים מידת חשיבות למטרות לימוד המצב ותכנון מדיניות בריאות בתעסוקה. הם אינם מתייחסים לזמינות הנתונים ולאפשרות המעשית של איסופם בזמן נתון. אינדיקטורים אלה סווגו בארבע קבוצות: (א) תשתיות ומשאבים – אינדיקטורים הקשורים למדיניות ממלכתית, תחיקה, תקינה, אכיפה ושירותים בתחום הבריאות והגיהות בתעסוקה; (ב) תנאי עבודה – אינדיקטורים הקשורים הן לתנאי עבודה, חשיפות של עובדים לגורמים מזיקים במקומות העבודה, ניהול הבריאות בארגון, מידת הכיסוי שנותנים מפקחי עבודה ורופאים תעסוקתיים למפעלים; (ג) שיקום – אינדיקטורים של טיפול רפואי לעובדים שנפגעו, שיקום מקצועי, פיצוי כספי לנפגעי עבודה; (ד) תוצאות – אינדיקטורים המודדים פגיעות בעבודה משני סוגים עיקריים: פגיעות "אובייקטיביות" כגון שיעור מקרי מוות ונכות מוכרת, ופגיעות סובייקטיביות המתבססות על תפיסת העובד את כושרו לעבודה מול דרישותיה.

בקבוצות האינדיקטורים ה"אידיאליים" הוערכה היכולת המעשית ליישומם, המסתמכת על נתונים זמינים בהווה לחישוב אינדיקטורים או אפשרות לאיסוף של נתונים בזמן סביר. בתחום מדיניות ותשתית בבריאות תעסוקתית נכללו: הוצאה לאומית לבריאות וגיהות תעסוקתית כאחוז מהתל"ג; שיעור מפקחי עבודה, רופאים תעסוקתיים גיהותנים ובודקים מוסמכים פעילים ואנשי מקצוע בבטיחות ל-100,000 מועסקים. בתחום תנאי עבודה וחשיפות תעסוקתיות נכללו: שיעור עובדים החשופים לגורמי סיכון נבחרים לכל 1,000 מועסקים; שיעורי ניטורים סביבתיים במפעלים החייבים בהם על פי תקנות ושיעורי ביצוע בדיקות רפואיות הנדרשות בתקנות לעובדים חשופים. בתחום השיקום והפיצוי נכלל כאינדיקטור אחוז העובדים שיש להם כיסוי ביטוחי המעניק טיפול רפואי, שירותי שיקום וגמלאות (או דמי פגיעה) עבור אי כושר לעבודה. בתחום שיעורי פגיעה ותחלואה תעסוקתית נכללו שיעורים של: מקרי מוות בעבודה לכל 100,000 מועסקים; נפגעים בעבודה לכל 100 מועסקים; מחלות מקצוע ל-100 מועסקים. כמו כן נכללו החלק היחסי של מחלות הסרטן הנגרמות בשל חשיפה תעסוקתית ויכולות נתפסות של עובדים (Perceived work ability) כאינדיקטור משקף דחק (stress) של עובדים.

מסקנות המחקר

1. בישראל ניתן ליישם כיום ועל סמך נתונים זמינים רק מספר קטן של אינדיקטורים לאומיים מאלו הקיימים או מומלצים במדינות מערביות בתחום הבריאות התעסוקתית.
2. ניתן ליישם אינדיקטורים נוספים בטווח עתידי סביר אם יוקצו משאבים ארגוניים וכספיים לקיבוץ שיטתי ומסודר של נתונים בני איסוף המובלעים במערכות קיימות.
3. בהשוואה למדינות אחרות מתקבל כי סך ההוצאה השנתית למועסק בישראל לבריאות בתעסוקה מרוב המדינות באירופה. עקב מבנה שונה של מערך הבריאות במדינות אלה יתכן ונדרשת שיטת השוואה אחרת לקבלת מסקנה בנקודה זו. משמעות הפוכה יש לעובדה ששיעור נפגעי עבודה ותאונות קטלניות בישראל נמוך יותר ממרבית ארצות אירופה.

השלכות למדיניות והמלצות למקבלי ההחלטות

1. מדינת ישראל צריכה ויכולה ליישם שימוש באינדיקטורים לאומיים בבריאות תעסוקתית.
2. מומלץ להטיל את האחריות לאיסוף פורמלי ושיטתי ופרסום שנתי וקבוע של האינדיקטורים על גוף ממלכתי מוביל ומפקח כדוגמת משרדי הבריאות והתמ"ת, המוסד לבטיחות ולגיהות והלמ"ס.
3. מומלץ להביא את האינדיקטורים לידיעת הציבור ולעודד גופים ומוסדות בתחום להיעזר באינדיקטורים שחושבו, ובמגמות לאורך זמן, כדי לגבש מדיניות מתאימה בתחום הבריאות והגיהות בתעסוקה ולקדם את הבריאות התעסוקתית של העובדים.