

אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות
הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה

מאת :

ליאון אפשטיין, טוביה חורב

ערכה והביאה לדפוס:
דלית נחשון-שרון

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים
טלפון: 02-5671818
פקס: 02-5671919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il
כתובתנו באינטרנט: www.taubcenter.org.il

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל הוא מוסד פרטי ללא כוונת רווח, בלתי תלוי, ולא פוליטי. מטרתו הן לסייע לעיצובה של המדיניות הציבורית לרווחתם של תושבי ישראל באמצעות מחקר וחינוך בנושאי מדיניות חברתית, ולתרום למעורבות הציבור בעיצוב המדיניות על-ידי העשרת הדיון הציבורי המתלווה, או צריך להתלוות, לתהליך קבלת ההחלטות במדינה. המרכז שואף לתרום גם להבהרת הבעיות החברתיות של ישראל לידידי ישראל בחו"ל. בעבודתו של המרכז מושם דגש מיוחד על שילוב אמיץ של הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. אין המרכז נוקט עמדה בסוגיות הנידונות על-ידי אלא מציג ומסביר את סוגיות המדיניות והשלכותיהם של הפתרונות המוצבים להן, ומעלה הצעות חלופיות לפתרון בעיות. פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים, ואת התומכים בפעולותיו.

חבר נאמנים

יושבת ראש: קרן וולף וכסלר

יושבי ראש כבוד: אפרים קציר, הנרי טאוב

היינץ אפלר, ריימונד אפשטיין, אלן בטקין, סטוארט בראון, רלף י. גולדמן, אלן מ. הלר, סילביה הסנפלד, ישראל כ"ץ, סטיבן ליברמן, אירווינג סמוקלר, גיונתן קולקר, יעקב קופ, ברט רבינוביץ, יוגין ריבקוף, סטיבן שויגר, מיכאל שניידר

יועצים מחו"ל

האן אנצינגר (אוניברסיטת ארסמוס), סטוארט אייזנשטט (ווינגטון), הנרי ארון (ברוקינגס), מריו י. בלכר (בנק אוף אינגלנד), טסה בלקסטון (אוניברסיטת גריניץ), פיטר הלר (קרן המטבע הבינלאומית), ברטון א. וייסברוד (אוניברסיטת נורת' ווסטרן), רוברט לייטן (ברוקינגס), יואל פליישמן (אוניברסיטת דיוק), לורנס קליין (אוניברסיטת פנסילבניה), גינט רותנברג-פאק (וורטון), הרמן ד. שטיין (אוניברסיטת קייס ווסטרן)

מועצה

שמואל ני אייזנשטדט, חיים אדלר, יגאל בן-שלום, אלי בן-רפאל, רבקה בר-יוסף, בנימין גדרון, יוסף גינת, גיוני גל, סרגיו דלה-פרגולה, גיימי וינבלט, טוביה חורב, משה ליסק, יעקב ליפשיץ, שלמה מור-יוסף, זיק מישל, יעקב מנציל, ריטה סבר, אלעד פלד, חוה פלטי, דב צירניחובסקי, יוסף קטן, דוד קליין, שמשון שושני, אריה שירום, יצחק שנל, גבי שפר, דן שרון, עמנואל שרון

סגל המרכז

יהודית אגסי (מזכירת המרכז), חיים אדלר (רכז חינוך), ליאון אפשטיין (חוקר), יואל בלנקט (רכז מחקר בסיסי), נחום בלס (חוקר), רוני בר-צורי (חוקרת), לורה ברס (קשרי חוץ), גיוני גל (רכז ביטחון סוציאלי), מרים גרינשטיין (חוקרת), טוביה חורב (סגן מנהל), אהרן כהן (תחזוקה), יעקב ליפשיץ (הקצאת משאבים), רותי לרנר (פרסומים), גיא מונדלק (חוקר), שלמה מור-יוסף (רכז בריאות), מיקי מלול (חוקר), דלית נחשון-שרון (רכזת הפרסומים), דב צירניחובסקי (רכז בינתחומי), יוליה קוגן (חוקרת), מרינה קונין (חוקרת), יוסף קטן (רכז רווחה), דן שרון (מרכז), יעקב קופ (מנהל).

אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות

הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה

ליאון אפשטיין, טוביה חורב

תוכן העניינים

5	פתח דבר
7	1. רקע
10	2. אבחון והצגת הבעיה : פערים בבריאות, פערים בתשומות ופערים אחרים
21	3. דיון : הסיבות העיקריות לאי-שוויון במערכת הבריאות
27	4. עקרונות התכנית המומלצת : הפעלת מנופי שינוי
37	5. סיכום
39	מקורות

פתח דבר

בעבודה זו מתמקדים ליאון אפשטיין וטוביה חורב באי-השוויון הקיים בישראל בתחום הבריאות – כמו גם בתחומים אחרים. חורב ואפשטיין מזהים את המוקדים העיקריים בהם נחשפות תופעות של אי-שוויון, בוחנים את התפתחותן, ומובילים בעקבות זאת להמלצה על תכנית פעולה קונקרטי, אשר תביא להקטנת הפערים. בתכנית הפעולה שהם מתווים נכללים מספר מישורים, כשהדגש המשותף להם הוא, שיש אפשרות מעשית לצמצם את אי-השוויון בעזרת מערכת משולבת של תמריצים. בתכנית המובאת כאן מוצע להקצות מדי שנה אחוז מסוים מהתקציב, שיהיה מיועד לחלוקה בין הקופות, ולחלקו ביניהן לא בהתאם לנוסחת הקפיטציה אלא על פי הישגיהן בצמצום הפערים מול יעדים שייקבעו מראש.

ההצעה היא, כי כל אחת מהקופות תיבחן בתחילת התהליך, הן בשיעור התחלואה הכללי אצלה והן בפערים הקיימים בקרב מבוטחיה. היעדים השנתיים ייקבעו כשיעור הצמצום של הפער בהשוואה לנקודת המוצא והתמריץ יינתן בהתאם לשינוי שחל על פני זמן באותה קופה – לדוגמא, העלאת שיעור החולים המאוזנים מקרב חולי הסוכרת ב-10 אחוזים, תוך צמצום הפער בשיעור המאוזנים בין המבוטחים הנמנים על קבוצת ההכנסה הנמוכה ביותר ובין המבוטחים האחרים – ב-20 אחוז לפחות. זוהי דוגמא לתכנית ישימה, אשר עשויה להניב תוצאות ממשיות בעזרת התמרוץ המתאים.

המישור השני בו מציעים החוקרים להתמודד עם אי-השוויון נוגע להשתתפות העצמית, בה מוצע לבצע כמה שינויים עקרוניים: ראשית, מוצע, לבטל באופן מוחלט את ההשתתפות העצמית בשירותי המניעה, כמו אגרת "טיפות החלב", החיסונים, בדיקת חלבון עוברי, וכן את ההשתתפות בתשלום עבור אביזרים לבדיקה עצמית לחולי סוכרת. שנית, מוצע להנהיג פטור מאגרת מכונים ומאגרת רופא מקצועי בביקורים במסגרת של בדיקות מונעות, כגון ממוגרפיה, סרטן צוואר הרחם וסרטן המעי הגס, ייעוץ גנטי לקבוצות בסיכון גבוה למומים מולדים, ייעוץ דיאטטי לסובלים מסוכרת או מהשמנת יתר. עוד מוצע, לפטור לחלוטין מתשלום השתתפות עצמית ומתשלום עבור תרופות את החולים כרוניים, הנמנים על מקבלי הבטחת הכנסה, וכן קבוצות שונות באוכלוסייה בעלות צרכים מיוחדים, כגון ניצולי שואה, בעלי מוגבלויות ונכים.

מישור נוסף של תכנית הפעולה המומלצת על-ידי החוקרים מתבטא בהדגשה של התאמתו התרבותית של המידע לצרכני הבריאות בכל רבדיה של המערכת, הן בתחום החינוך לבריאות, והן במהלך הטיפול והקשר עם הצרכנים בשלבים שונים.

ברוח זאת מציעים טוביה חורב וליאון אפשטיין לפעול בתחומים השונים, והם מאירים ומבליטים, בין היתר, את התחום של בריאות השן, אחד התחומים הבולטים באי-שוויונם במערכת הבריאות הישראלית. בתחום זה הם מצביעים על כך, "שהמערכת ממומנת באופן מוחלט כמעט על-ידי משקי הבית, עם מידה זעירה ביותר של מעורבות המדינה – מצב ללא תקדים באף מדינה אחרת בעולם המערבי. כתוצאה מכך, התחלואה הדנטלית גבוהה יחסית והפערים בין קבוצות האוכלוסייה בישראל גדולים ביותר".

התמודדות מוצלחת ברמה הלאומית עם בעיית הפערים בבריאות מותנית ללא כל ספק בהכרה בקיומה של הבעיה, ובפעילות נמרצת, שתבוא בעקבותיה לצמצום הפערים. אין ספק, שעבודה זו, הנתונים הכלולים בה והתכנית המוצעת בה ישמשו זרז לחשיבה מחודשת ולהאצת הפעילות, החיונית כל כך לצמצום הפערים במערכת הבריאות.

יעקב קופ

ירושלים, אלול תשס"ז, ספטמבר 2007

אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה

ליאון אפשטיין¹, טוביה חורב²

1. רקע

ארגון הבריאות העולמי קבע כבר בשנת 1978, כי הבריאות מהווה זכות אנושית בסיסית וכי על הממשלות מוטלת אחריות לבריאות אוכלוסייתן. מימושה של האחריות מותנה, בין השאר, בהספקה של שירותי בריאות ורווחה הולמים³. קיומו של אי-שוויון בבריאות במדינות שונות מתועד בכתבי עת מדעיים זה זמן רב⁴, אולם רק בשלושת העשורים האחרונים מדינות מפותחות, כגון בריטניה וארה"ב, נתנו דעתן להשפעות החברתיות והכלכליות שלו. במדינות שונות נעשו ניסיונות רבים לפתח מדיניות, שתתמודד עם אי-השוויון ואף ננקטו צעדים מעשיים לצמצומו⁵. מדינות אלה לא רק שהכירו בבעיה אלא אף אימצו תכניות לאומיות, שנועדו להתמודד עם אי-השוויון במערכת הבריאות ולפעול לצמצום פערי בריאות בין קבוצות אוכלוסייה. בבריטניה, לדוגמא, הכירו בקיומה של הבעיה כבר ב-1980 (מסמך Black)⁶, עם זאת מסמך יישומי פורסם בשנת 2003 – "התמודדות עם אי-שוויון בבריאות: תכנית פעולה"⁷. באותה שנה

¹ פרופ' ליאון אפשטיין, חוקר בכיר, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; פרופ' אמריטוס, בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

² ד"ר טוביה חורב, סגן מנהל, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

³ Report on the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, U.S.S.R., 1978.

⁴ דוגמא לוויכוח שניטש כבר במאה ה-19, סביב הקשר בין בריאות לנושאים חברתיים, ראה אצל: Hamlin C., 1995.

⁵ המונח 'אי-שוויון' ישמש בעבודה כביטוי לפער היחסי ו/או המוחלט בין קבוצות אוכלוסייה. אולם, יש להדגיש, שבספרות הבינלאומית מודגש גם הממד של "אי-צדק" (Inequity), המבטא לא רק עיקרון ערכי אלא גם ממד של אי-שוויון, אשר אינו מחויב המציאות אלא ניתן למניעה.

⁶ The Black Report: DHSS, 1980.

⁷ United Kingdom Department of Health, 2003.

פורסמו בשבדיה "המטרות הלאומיות של בריאות הציבור בשבדיה"⁸, בהן נכללה התייחסות נרחבת לפערים בבריאות. בהולנד הקדימו בכמה שנים וכבר בשנת 2001 הוחל ביישומה של תכנית לצמצום אי-שוויון חברתי-כלכלי בבריאות⁹. אפילו בארה"ב, שאיננה מאופיינת בגישה החברתית, פורסם בשנת 2002 מסמך – "טיפול לא-שוויוני: התמודדות עם פערים גזעיים ואתניים בבריאות"^{10,11} – אשר סיכם ממצאי מחקר בתחום זה, שבוצע בהזמנת הקונגרס האמריקאי. הקונגרס הכיר בקיומה של הבעיה וחתר למצוא דרך להתמודד עמה ברמה הלאומית. בישראל, בעת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוכרה, במישור ההצהרתי, החשיבות של ההתמודדות עם בעיית הפערים במערכת הבריאות. הדבר משתמע מהמשפט הראשון של החוק: "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". לכאורה, החוק אמור היה לתרום באופן משמעותי, להגברת הסולידריות החברתית בתחום הבריאות, ובעקבותיה להגדלת הזמינות של שירותים למקומות בהם היה חוסר; וכן להסרת מחסומים כלכליים ותרבותיים, המהווים מכשול לנגישות טובה יותר של חלק מהאוכלוסייה לשירותי בריאות בסיסיים. אולם, במובן זה, לא רק שהנהגתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא צמצמה פערים, אלא שבגלגוליו השונים החוק אף הביא להעמקת פערים ולשחיקה בעקרונות החברתיים שעמדו בבסיסו¹². מלשון החוק לא ניתן ללמוד אודות הבריאות כזכות חברתית¹³, וכן על מידת המחויבות של המדינה לנושאים, כגון מניעת מחלות, חינוך לבריאות וקידום בריאות. כך גם אין בחוק אמירה כלשהי על אחריות המדינה להיווצרותם או לצמצומם של פערים בבריאותן של קבוצות שונות של האוכלוסייה.

בעיית אי-השוויון בבריאות בישראל נדונה בעבר מהיבטים שונים אולם המדינה לא נרתמה עד כה להתמודדות עמה^{14,15,16}. ראוי להדגיש, כי

⁸ Agren, 2003.

⁹ Mackenbach, Bakker, Sihto, and Diderichsen, 2002.

¹⁰ United States National Institute of Medicine, 2003.

¹¹ Board of Health Services Policy, Institute of Medicine, 2003.

¹² חורב, 2004.

¹³ בעניין זה ראה גם הצעת חוק יסוד זכויות חברתיות, שהועלתה לראשונה במרץ 1994 ולא אושרה עד היום (רשומות 3068, עמ' 214).

¹⁴ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, יולי 2003.

¹⁵ אפשטיין, גולדווג, איסמעיל, גרינשטיין, רוזן, 2006.

¹⁶ מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית, 2004.

למרות תרומתן של מערכות אחרות להתפתחות אי-השוויון בבריאות, קיימת הסכמה בספרות המקצועית באשר לחלקם של שירותי הבריאות ושל אנשי מקצועות הבריאות בהיווצרותו של אי-השוויון בבריאות. כך גם באשר לתפקידם המרכזי בצמצום הפערים הקיימים^{17,18}. אולם, עד כה לא ניתנה לנושא זה עדיפות כלשהי בפעילותו המיניסטריאלית של משרד הבריאות והוא לא הכליל את הטיפול באי-השוויון במערכת הבריאות כיעד¹⁹. מיותר לציין, כי אי-שוויון במצב הבריאות איננו מצב שניתן לבטלו באופן מוחלט אך השאיפה היא, לצמצמו ככל הניתן; ובכל מקרה, לוודא שלא יורחבו פערים קיימים.

הניסיונות שנעשו עד כה, להתמודד עם אי-השוויון במערכת הבריאות, התאפיינו בראייה חד-ממדית תוך זיקה לאוכלוסייה ספציפית או נושאים ספציפיים, כגון מתן הנחה בהשתתפות עצמית בשירות מסוים או מתן פטור מתשלום על שירות אחר. גם מקרים אחרים נוהלו, בדרך-כלל, כתכנית התערבות מקומית לאוכלוסייה מוגדרת במקום ובזמן ולא התאפיינו בראייה כלל-מערכתית. במחקר, שבדק, בין השאר, ידע ועמדות של קובעי מדיניות בתחום אי-השוויון בבריאות, ותאר דרכי ההתמודדות של מדינות אחרות עם הסוגיה הסתבר, שמרבית המרואיינים (קובעי מדיניות ומנהלים בכירים במערכת הבריאות ומחוצה לה וכן אנשי אקדמיה) מודעים אמנם לקיומה של בעיית אי-השוויון בבריאות בישראל, אך לא להיקפה²⁰. במצב זה, הפערים במערכת הבריאות ובמצב הבריאות בישראל ממוקמים נמוך בסדר העדיפויות הלאומי וקיים סיכוי קטן מאוד לבנייתה של תכנית לאומית להתמודדות יעילה עם הסוגיה, וזאת בשונה ממדינות מערביות אחרות, שהוזכרו לעיל.

העבודה הנוכחית נועדה להציג את ההיקף ואת החומרה של בעיית אי-השוויון בבריאות ובמערכת הבריאות בישראל ולבחון חלופות לתכנית פעולה לאומית ולמדיניות כוללת, שתכליתה לצמצם פערים אלה. המסמך קורא למחויבות גבוהה יותר של המדינה במספר תחומים, כדי לסייע בהקטנת אי-השוויון. מדובר בעיקר בתחומים עליהם מופקדת מערכת הבריאות, הגם שפתרון כולל יותר לבעיה מחייב שותפות עם מערכות ממשלתיות אחרות. שתי מטרות-על עומדות בבסיס העבודה: האחת, למנוע את התוצאה הבריאותית של אי-השוויון החברתי-כלכלי, והשנייה,

¹⁷ Wanless, 2003.

¹⁸ Whitehead, 1998.

¹⁹ ראה לדוגמה "תחומי האחריות" ו"המשימות", כפי שהוגדרו באתר האינטרנט של משרד הבריאות (מאי 2007).

²⁰ אפשטיין, גולדווג, איסמעיל, גרינשטיין, רוזן, 2006.

לצמצם את אי-השוויון בבריאות באותם נושאים ומקומות בהם הוא כבר קיים.

אי-השוויון במערכת הבריאות מנותח בעבודה בהתאם למודל של דונבדיאן²¹ ונתונים אודות אי-השוויון יוצגו בכל אחד מהממדים של המערכת – התשומות המושקעות בה, התהליכים והרגולציה הנהוגים בה, התפוקות שלה והתוצאה הבריאותית. אי-השוויון יוצג בהתייחס למשתנים הבאים: השכלה, הכנסה, מיקום גיאוגרפי ומוצא אתני, וכן דת ודתיות²². בסעיף 2 להלן אנו עוסקים באבחון הבעיה ובהצגתה. בסעיף זה אנו מתייחסים לפערים במצב הבריאות, לפערים בתשומות ולפערים אחרים. לאחר מכן (בסעיף 3) אנו דנים בסיבות העיקריות לאי-שוויון במערכת הבריאות, תוך התמקדות בגורמים לאי-השוויון, שהינם בשליטת מערכת הבריאות. בסעיף 4 אנו מציגים עקרונות של התכנית המוצעת להתמודדות עם סוגיית אי השוויון במערכת הבריאות. התכנית כוללת המלצות למדיניות, שבמסגרתן מושם דגש על הפעלת "מנופי שינוי", אשר עשויים ליצור תהליך של שינוי המזין את עצמו. סיכום תמציתי של העבודה מובא בסעיף 5.

2. אבחון והצגת הבעיה: פערים בבריאות, פערים בתשומות ופערים אחרים

א. אי-שוויון בבריאות

הפערים בקרב האוכלוסייה בישראל במצב הבריאות משקפים את התוצאה הבריאותית של מערכת הבריאות (שירותי הבריאות) בפרט ואת כושר ההתמודדות של המערכת החברתית-כלכלית בכלל עם אי-שוויון. ניתוח הנתונים מצביע על פערים ניכרים בין קבוצות באוכלוסייה לפי אזור מגורים ולפי מצב חברתי-כלכלי, תרבותי ודתי. להלן מספר דוגמאות להמחשת מצב זה.

(1) תוחלת חיים ותמותה

הבדלים בתוחלת חיים בלטו ביחס לאזור המגורים. התוחלת הנמוכה ביותר נמצאה בנפת באר-שבע (הכוללת את אשדוד, אשקלון ובאר-שבע).

²¹ Donabedian, 1980.

²² עקב מגבלת נתונים נימנע בעבודה מהתייחסות להבדלים בין אוכלוסיות/אזורים גיאוגרפיים בכל הנוגע לצרכים הבריאותיים. כפי שיוצג בהמשך, המלצותינו מתייחסות, בין השאר, לצורך בהקמת מאגר מידע, שיאפשר התאמת תשתיות לצרכים הבריאותיים.

מבדיקת הנתונים הכלל-ארציים נמצא, כי הפער בין היישוב עם תוחלת החיים הגבוהה ביותר ליישוב בו התוחלת הנמוכה ביותר הוא 8 שנים²³.
 באשר לחלוקה בין יהודים וערבים, תוחלת החיים של שתי הקבוצות באוכלוסייה נמצאת במגמת עלייה אולם **קצב** ההתקדמות אצלן שונה והפערים עדיין מתרחבים. הפער בין תוחלת החיים בלידה של גברים יהודיים (ואחרים) וגברים ערביים היה 1.5 שנים בשנת 1996 (76.6 ו-75.1, בהתאמה) ולאחר עשור, בשנת 2005 הוא גדל ל-3.8 שנים (78.8 ו-75.0, בהתאמה). במהלך אותה תקופה גדל הפער בין נשים יהודיות (ואחרות) לנשים ערביות מ-3.1 שנים (80.3 לעומת 77.2, בהתאמה) ל-4.0 שנים (82.7 לעומת 78.7 בהתאמה) – אמנם גם הפער בין הנשים בשתי הקבוצות גדל, אך בשיעורים נמוכים יותר לעומת הפער בין הגברים.
 גם **בתמותה ממחלות לב** קיים פער ניכר בין גברים יהודיים ואחרים (246.8 פטירות למאה אלף נפש, במגמת ירידה) לבין גברים ערביים (208 פטירות למאה אלף נפש – במגמת עלייה)²⁴. ממחקר של מנור ואחרים עולה²⁵, כי באופן עקבי, בכל קבוצת גיל, שיעורי התמותה גבוהים יותר עם הירידה ברמת השכלה וכי הפערים לפי השכלה גדלים עם הזמן. מגמה זהה נמצאה בקרב נשים.

שיעור תמותת תינוקות בקרב כלל האוכלוסייה עומד על כ-5 פטירות לאלף לידות חי. אולם בתחום זה קיימים פערים, הן בין אזורים הארץ השונים והן בין קבוצות הלאום באוכלוסייה. הממוצע של תמותת תינוקות בדרום הוא 7.6 פטירות לאלף ובצפון – 6.3, לעומת זאת הממוצע נמוך יותר באזור המרכז – 3.3 ועוד נמוך מזה באזור תל-אביב – 3.1. כמה ערים בארץ בולטות (לרעה) מעל הממוצע הארצי, ובהן באר-שבע, חדרה, עכו וצפת, לעומתן תל-אביב וירושלים נופלות מתחת לממוצע הארצי.
 שיעור תמותת תינוקות משמש דוגמא לפער בין אזורים, שאיננו מוסבר רק על הרקע התרבותי (הגם שיש קשר בישראל בין החלוקה הגיאוגרפית והלאומית). כך לדוגמא, שיעור תמותת תינוקות **ערביים** בדרום הוא 15.5 לעומת 5.4 בירושלים ו-6.6 בשאר המחוזות²⁶.

²³ למ"ס ומשרד הבריאות, 2006.

²⁴ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006.

²⁵ מנור ואחרים בדקו במחקרם את הקשר בין רמות השכלה ותמותה בשתי תקופות זמן. התקופה הראשונה התייחסה לשיעור התמותה עד 1992 (בקרב אוכלוסיית מפקד האוכלוסין של שנת 1983), והשנייה – לשיעור התמותה עד 2001 (בקרב אוכלוסיית מפקד האוכלוסין של שנת 1995). בכל תקופת זמן נבדקו שיעורי תמותה מתוקננים לגיל, בשתי קבוצות גיל (45-69, 70-89). ראה: Manor et al., 2004.

²⁶ מקור הנתונים: משרד הבריאות, 2005 – דו"ח תמותת תינוקות וילדים מתחת לגיל 5. יש לזכור קיומם של הבדלים בקרב האוכלוסייה הערבית באזורים השונים.

שיעור תמותת תינוקות נמצא קשור גם להשכלת האם. בקרב נשים עם פחות מ-4 שנות לימוד נמצאה בשנים 2000-2002 תמותת תינוקות גבוהה פי 4.6 לעומת נשים שהשכלתן עלתה על 16 שנות לימוד²⁷. פער זה גדל במשך השנים (הוא היה פי 3.5 בשנים 1993-1996)²⁸.

(2) תחלואה כרונית

השיעור הכללי של **חולי סוכרת** באוכלוסייה (על פי דיווח עצמי של החולים) עומד על 8.1 לכל מאה תושבים. מסתבר כי הפערים בתחום זה גדולים מאוד על פי כמה מהמאפיינים של האוכלוסייה. ראשית, הפערים בולטים מאוד לפי השכלה – שיעור חולי הסוכרת בקרב חסרי השכלה מגיע ל-19.6 לכל מאה נפש לעומת 5.7 בקרב בעלי תעודת בגרות או בעלי השכלה אקדמית. פערים דומים התגלו גם במחלות כרוניות אחרות²⁹. עוד נמצא לגבי ההשכלה, לדוגמא, כי שכיחות הסוכרת בקרב גברים יהודים, שהשכלתם עד 8 שנות לימוד, הייתה 12 לעומת 5.8 אחוזים בלבד בקרב גברים יהודים, שהשכלתם 12 שנים ומעלה. פער גדול אף יותר נמצא בקרב הגברים הערביים – 11.5 ו-3.7 אחוזים בהתאמה³⁰.

פערים נמצאו גם לפי נתונים קליניים ביחס לרמת ההכנסה: בשנת 2005 הייתה שכיחות הסוכרת בגיל 35-44 ברמה של 5 אחוזים בקרב אוכלוסיות חלשות כלכלית³¹ לעומת אחוז אחד בקרב אחרים. בגיל 45-54 נמצאה בהתאמה שכיחות של 5 ו-12 אחוזים ובגיל 55-64 נמצאו ערכים של 10 ו-20 אחוז, בהתאמה³².

מאחר שסוכרת קשורה בין השאר לתזונה ולאורח חיים, נתונים על הימצאותה בקרב עולים חדשים בישראל מעניינים במיוחד. מספר סקרים עקבו אחר שכיחות הסוכרת בקרב עולים מאתיופיה, וגילו עלייה תלולה בשכיחות המחלה, כפונקציה של משך השהות בישראל. בעוד שבסקר, שבוצע בקרב עולים מאתיופיה מיד עם הגיעם לישראל³³ נמצא, שרק 0.4 אחוזים מתוכם אובחנו כחולי סוכרת, הרי בסקר שנערך בתום 4 שנים לשהותם בישראל³⁴ נמצא, ששכיחות הסוכרת הגיעה ל-8.9 אחוזים.

²⁷ על בסיס נתוני משרד הבריאות, "בריאות ישראל 2005", ירושלים.

²⁸ משרד הבריאות, 2001.

²⁹ ראה: משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2004.

³⁰ סקר מב"ת, 1999-2001.

³¹ אוכלוסיות חלשות – הזכאים לפטור מאגרות על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי.

³² סקר מדדי איכות בקהילה, דו"ח לציבור 2004-2006, משרד הבריאות, 2007.

³³ Rubinstein, 1993.

³⁴ Cohen, Diabetes, 1988.

השכיחות עלתה ל-9.6 אחוזים בקרב עולים ששהו בישראל כבר 7 שנים, ול-17.6 אחוז בקרב כאלה ששהו בישראל 12-16 שנה.³⁵

עוד מסתבר בתחום זה, שלא רק ששכיחות המחלה קשורה להשכלה ולהכנסה אלא גם ההצלחה בהתמודדות עם המחלה לאחר שהתגלתה. כך לדוגמה נמצא, שאצל 30.6 אחוז מחולי סוכרת בגיל 45-54, הנמנים על קבוצת אוכלוסייה חלשה כלכלית³⁶, נמצאה סוכרת לא-מאוזנת³⁷ לעומת 23 אחוז בקרב חולי סוכרת מקבוצות הכנסה גבוהות יותר.

פערים בין קבוצות הכנסה קיימים גם במחלות אחרות, כגון **אסטמה** מתמשכת, אשר שכיחותה גבוהה פי 2.4 בקרב אוכלוסיות חלשות בהשוואה לאחרים (2.2 אחוזים לעומת 0.92 אחוז בקרב שאר המבוטחים, בהתאמה)³⁸.

שיעור **המומים המולדים** הוא דוגמה נוספת לקיומו של פער משולב תרבותית-גיאוגרפית. כך לדוגמה, שכיחותם של מומים מולדים גבוהה מאד על רקע נישואין לקרובי משפחה בקרב מוסלמים באזורי הארץ השונים (35 אחוז), ובמיוחד בקרב האוכלוסייה הבדואית בדרום (60 אחוז). שיעור תמותת תינוקות, עקב מומים מולדים בקרב הערבים במחוז הדרום (6.0 לאלף לידות חי), היה יותר מפי 2 בהשוואה לערבים במחוזות האחרים של הארץ. מומים מולדים מהווים הסבר לכמחצית מהפער בין שני המגזרים, היהודי והערבי, בשיעור הכללי של תמותת תינוקות (הפער עומד כיום על 4.7 לאלף לידות חי). הבעיה נובעת בעיקר מנישואין של קרובי משפחה ומהיענות נמוכה להפסקת הריון במקרים בהם מתגלה מום קשה במהלך מעקב ההריון. שיעורים גבוהים במיוחד של מומים מולדים נמצאו ביישובים הבאים – אבו-סן, ג'דידה, ירכא, גבעת שמואל וקלנסווה. גם בכמה מן הערים נמצא שיעור מומים מולדים, הגבוה מעל הממוצע הארצי – עכו, רמלה ורחובות ולעומתן נמצאו חיפה, תל-אביב וירושלים מתחת לממוצע הארצי.

פערים בבריאות האוכלוסייה קיימים גם בתחום **בריאות הנפש**. הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לבין בריאות הנפש ידוע בספרות שנים רבות ולאחרונה פורסמו נתונים³⁹, המצביעים גם בישראל על הקשר שבין חרדה ודיכאון לבין רמת ההכנסה החודשית; ובין חרדה לרמת השכלה. הסיכוי להימצאות דיכאון וחרדה עלה ביחס הפוך לרמת ההכנסה ו/או ההשכלה.

³⁵ Jaffe, 2002.

³⁶ להגדרת אוכלוסיות חלשות – ראה הערה לעיל.

³⁷ HbA1C>9

³⁸ סקר ממדי איכות בקהילה, דו"ח לציבור 2004-2006, משרד הבריאות 2007.

³⁹ לוינסון ואחרים, 2004.

ממצאים של סקר קליני מתחום **בריאות השן**, שבוצע על מדגם ארצי של בני 12⁴⁰ מעידים על קשר בין הרמה החברתית-כלכלית של יישוב מגוריהם (לפי סיווג חברתי-כלכלי של יישובים, הנערך על-ידי הלמ"ס⁴¹) לבין מספר השיניים הפגועות מעששת. בסקר זה דווח, כי ביישובים שסווגו במקום נמוך יחסית (רמות 3 ו-4) המספר הממוצע של שיניים פגועות הוא 2.3 עד 3.8 לילד, לעומת 1 עד 1.6 אצל ילדים מיישובים שסווגו ברמה חברתית-כלכלית גבוהה יחסית (רמות 7 עד 9). פערים משמעותיים נמצאו גם בכל הקשור לחוסר שיניים בקרב בני 65 ומעלה⁴². כ-88 אחוז מהקשישים בעלי ההכנסה הנמוכה דיווחו שבפיהם שיניים תותבות לפחות בלסת אחת⁴³. במחקר אחר נמצא, כי כ-40 אחוז מקרב בני 65 ומעלה בקהילה (שאינם מאושפזים ואינם דרים במוסדות) חסרי שיניים **לחלוטין**, לעומת שיעור של 67.2 אחוז בקרב המגזר הערבי⁴⁴. הצגנו לעיל רק חלק קטן מהממצאים המעידים היום על פניו של אי-שוויון במצב הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה בישראל. קיימים גם פערים משמעותיים במשתנים שלא הוצגו כאן כלל, כגון בתחום הנכויות, ובתחום שכיחות מחלות הנפש, וכן פערים בקרב אוכלוסיות שלא נסקרו כאן.

ב. פערים בתשומות

אי-השוויון ניכר גם בתשומות המופנות לאזורים נבדלים וליישובים השונים בארץ. עד היום לא נקבעה במערכת הבריאות תשתית מינימום מחייבת למקומות יישוב שונים והדבר משפיע במיוחד על השירותים ביישובים קטנים, ביישובי פריפריה וכן באזורים במרכז הארץ, הידועים כ"חלשים". בעבור אוכלוסיות מסוימות קשיים בנגישות לשירותי הבריאות מהווים זרז להעמקת פערים גם בתוצאות הבריאות. להלן כמה דוגמאות, הממחישות את היקף הבעיה ואת חומרתה (יש להדגיש, כי בהעדר נתונים על צורכי הבריאות של אוכלוסיות שונות, הן לפי אזורים והן לפי משתנים דמוגרפים, לא מוצגת במסגרת עבודה זו תמונת המצב של אי-השוויון בתשתיות לפי צרכים בריאותיים).

⁴⁰ 2005, Zusman et al

⁴¹ למ"ס ומשרד הבריאות, 2006 (פ"מ מס' 1270).

⁴² ברג, חורב, זוסמן, 2001.

⁴³ ברג-ורנר, חורב, זוסמן, 2004.

⁴⁴ Adut et al, 2004.

1) שירותי אשפוז ובתי-החולים

מערך האשפוז בישראל מאופיין בפערים ניכרים בין הפריפריה למרכז הארץ: שיעור **המיטות הכלליות** לנפש נמוך במיוחד בדרום הארץ – 1.5 מיטות לאלף נפש. גם בצפון הארץ השיעור נמוך – 1.58 לאלף, ואילו בתל-אביב ובחיפה השיעורים גבוהים יותר (2.66 ו-2.7 מיטות לאלף נפש, בהתאמה). פערים דומים נמצאו בשיעור מיטות לנפש בתחומים ייעודיים. כך לדוגמא, קיימת שונות רבה בין המחוזות בשיעור **המיטות לסייעות מורכב** – הממוצע הארצי עומד על 4.78 מיטות לאלף נפש בני 75 ומעלה, אולם השיעור בצפון הוא 2.28 לאלף לעומת 8.1 במרכז. הפערים גדולים גם בשיעור **מיטות לאשפוז גריאטרי סיעודי** – שיעור המיטות בדרום הוא 33.3 מיטות לאלף בני 75 ומעלה לעומת שיעור כמעט כפול במרכז – 65.7⁴⁵. כך גם בשיעור **המיטות לתשושי נפש** – בדרום 7.08 מיטות לאלף נפש בגיל 75 ומעלה לעומת 16.7 במרכז. פערים קיימים גם במיטות אשפוז חיוניות לאוכלוסייה צעירה יותר – לדוגמא **בטיפול נמרץ ילדים**, כאשר שיעור המיטות הוא 2.3 למאה אלף נפש בירושלים ו-2.0 בתל-אביב לעומת 0.9 בדרום ו-0.7 בצפון.

גם בתשתיות בסיסיות אחרות של בתי-חולים קיימים פערים. כך לדוגמא בשיעור **עמדות ניתוח** השיעורים נמוכים יותר בפריפריה: 3.2 עמדות לאלף נפש בדרום ו-3.5 בצפון לעומת 7.0 עמדות לאלף נפש בחיפה, 7.8 בתל-אביב ו-8.9 בירושלים. שיעור **העמדות לרפואה דחופה** נמוך מאוד בדרום – 6.4 למאה אלף נפש לעומת 15.2 בתל-אביב, 25.6 בירושלים ו-20.4 בחיפה. פער גדול ביותר נמצא גם בשיעורן של **עמדות לרפואה דחופה ילדים** – שיעור זה עומד על כ-34 עמדות למאה אלף נפש בירושלים ובמרכז לעומת 11 בדרום. שיעור **עמדות לידה** – בדרום 10.6 עמדות למאה אלף נשים בגיל 15-44 ובצפון 14.2 לעומת 23.1 בירושלים ו-17.2 בחיפה. גם הפער בשיעור **עמדות דיאליזה בולט** – השיעור בדרום הוא 3.2 עמדות למאה אלף נפש לעומת 8.0 במרכז ו-12.3 בחיפה.

2) משאבי אנוש

השיעור הכולל של מועסקים במערכת הבריאות ביחס לאוכלוסייה יציב למדי – כ-14.2 בממוצע לאלף נפש. שיעור זה נמוך בהרבה בהשוואה למדינות, כגון בריטניה (33.1), הולנד (31.0), צרפת (32.8) וקנדה (39.6). עם זאת, ישראל ממוקמת גבוה יחסית בשיעור **הרופאים** לאוכלוסייה,

⁴⁵ יש לציין, שבמקרה זה דווקא הצפון מחזיק בשיעור הגבוה ביותר 70.955 מיטות לאלף נפש בגיל +75.

שעמד בשנת 2004 על כ-3.4 לאלף נפש⁴⁶, לעומת 2.1 בקנדה, 2.2 בבריטניה ו-3.1 בהולנד (ממוצע OECD עומד על 2.8)⁴⁷.

אולם, פיזור הרופאים מלמד על הבדלים בין האזורים בארץ: השיעור בצפון הוא 2.2 לאלף נפש (השיעור הנמוך ביותר), לעומת 4.7 לאלף נפש בתל-אביב (בה השיעור הגבוה ביותר של רופאים לנפש). פער נשאר גם כאשר מבססים את ההשוואה על נפש מתוקנת (לפי גיל) – 2.3 רופאים לאלף נפש בצפון לעומת 3.9 בתל-אביב⁴⁸.

אוכלוסיית הרופאים בישראל מתבגרת וגילם הממוצע עולה – 56 אחוז מהרופאים בשנת 1995 היו מתחת לגיל 45 ובשנת 2005 רק 42 אחוז מהם מתחת לגיל זה. אין ברשותנו נתונים על התפלגות הרופאים לפי גיל ואזור פעילות, אולם אין ספק, כי תחזית כוח האדם הרפואי צריכה להתבסס על התפלגות הרופאים לפי אזורים ולהתחשב בהרכב הגיל של העוסקים במקצועות הרפואה בכל אחד מהאזורים.

קיימים גם פערים בזמינותם של בעלי מקצועות רפואיים ספציפיים באזורי הארץ השונים ובקרב קהילות מסוימות. לדוגמה, חוסר ברופאים מומחים לשירותי רפואה שניונית בקרב קהילות במגזר הערבי וכן חוסר בבעלי מקצועות פרה-רפואיים, כגון קלינאי תקשורת במגזר זה.

ג. פערים הקשורים לתהליכים ולרגולציה

ניתוח תהליכים מאפיינים במערכת הבריאות כולל גם התייחסות לסוגים שונים של ממשקים, לדוגמה: תהליכים ברמת הפרט ונגישותו למערכת הבריאות; ברמת נותן השירות/המבטח מול המבוטח; וברמת המדינה מול המבטחים/ספקי השירות. זאת בנוסף לממשקים הקיימים בין מערכת הבריאות לבין גורמים חיצוניים, כגון משרד האוצר ומשרד החינוך. החסמים העיקריים ברמת הפרט הם כלכליים ותרבותיים. הם מושפעים מתהליכים, המתרחשים ברמת נותן השירות/המבטח ומתהליכים המצויים בתחום מערכת היחסים שבין המדינה למבטחים/נותני השירות העיקריים במערכת הבריאות.

1) החסם הכלכלי: תשלומי מבוטחים בגין שירותי בריאות

לכאורה, מס הבריאות, שגובה המוסד לביטוח לאומי, הוא פרוגרסיבי, בהיותו מחושב ביחס לגובה ההכנסה של המבוטח. אולם, לכך מצטרף

⁴⁶ משרד הבריאות, 2005.

⁴⁷ יש לציין, כי בשנת 2005 השיעור בישראל היה 3.2 לאלף נפש. ראה משרד הבריאות, 2007.

⁴⁸ יש להדגיש, כי בחישוב המתוקן הופכת ירושלים להיות בעלת השיעור הגבוה ביותר של רופאים לנפש - 4.2 לאלף נפשות מתוקנות.

מרכיב רגרסיבי, הנובע מקיומו של רף הכנסה עליון, שמעליו תשלום המס קבוע ואיננו מחושב כאחוז מההכנסה. כלומר, האוכלוסיות החזקות כלכלית מופלות לטובה (כך, לדוגמא, על פי חישובינו, אדם שמשכורתו 8,000 ש"ח לחודש ישלם, על פי הכללים הנהוגים כיום, מס בריאות בשיעור של כ-3.9 אחוזים ממשכורתו, בעוד שמי שמשכר 60,000 ש"ח לחודש ישלם מס בשיעור של 2.8 אחוזים בלבד. בטיוטת חוק ההסדרים לשנת 2008 אף מוצע לגבות מס בריאות מעקרות בית, שהיו פטורות עד כה מתשלום.

בנוסף לתשלומי מס הבריאות, משקי הבית מממנים היום שיעור גבוה יחסית מההוצאה הלאומית על בריאות (כ-31 אחוז מההוצאה הלאומית על בריאות). בתנאים מסוימים, התשלומים הנדרשים ממשקי הבית עלולים להוות חסם כלכלי, המונע רכישת שירות נחוץ.

קיימים שלושה מעגלים של חסמים כלכליים: המעגל הראשון

מתייחס לתשלומי השתתפות עצמית, החלים על שירותים מסוימים הכלולים בסל השירותים הבסיסי, שהוגדר בחוק ביטוח הבריאות הממלכתי, כמו אגרת טיפת חלב, אגרת ביקור אצל רופא מקצועי, תשלום על תרופה בסל, ביקור בחדר מיון, שירות בתחום התפתחות הילד ואשפוז סיעודי-רפואי (סיעוד מורכב). יש לציין, שמנגנוני הגנה, דוגמת פטור או הנחה בתשלום ההשתתפות העצמית, הניתן לאוכלוסיות חלשות, הוכללו בחוק רק משנת 1998 ואינם מכסים את כלל השירותים, המחייבים השתתפות עצמית של המבוטח⁴⁹. בנוסף נמצא, כי אוכלוסיות חלשות לא מודעות לכל ההנחות והפטורים מתשלומי השתתפות עצמית⁵⁰. כך, לדוגמא, רק 19 אחוז מהנשאלים מקבוצת ההכנסה התחתונה ידעו על קיומן של תקרות תשלום לבעלי הכנסה נמוכה ובקרב הערבים אף פחות מזה (5 אחוזים בלבד).

לעיתים ההשתתפות העצמית מהווה חסם ובמקרים רבים היא מונעת מאוכלוסיות חלשות לקבל טיפול רפואי הולם. בשנת 2006 נמצא במדגם ארצי מייצג, כי 21 אחוז מהנשאלים ויתרו במהלך השנה שקדמה לסקר, על שירות רפואי⁵¹ נחוץ עקב המחיר⁵². הממצא חמור כשלעצמו, והשיעורים גבוהים מכך בקרב הקבוצות החלשות – אצלן **כשליש** מהנשאלים ויתרו על שירות רפואי נחוץ. ממצאים דומים נמצאו גם במחקרים אחרים^{53,54}. עוד נמצא, כי שיעור גבוה יחסית של נשאלים

⁴⁹ להרחבה - ראה חורב, 2004.

⁵⁰ גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2005.

⁵¹ טיפול רפואי, ציוד רפואי או תרופה.

⁵² ראה גם מרכז טאוב, 2006.

⁵³ גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2007.

מקרב חולים כרוניים (35 אחוז) ומקרב חמישון ההכנסה התחתון (33 אחוז) טענו, כי תשלומי הבריאות מכבידים עליהם במידה רבה.⁵⁵ הסל הכלול בחוק מוגבל בהיקפו עקב מגבלות המימון הציבורי ולכן במקרים רבים המבוטח רוכש סל שירותים רחב יותר, באמצעות הביטוח המשלים (שב"ן – שירותי בריאות נוספים). כאן, בסל הביטוח המשלים נוצר החסם הכלכלי שבמעגל השני – הפרמיות החודשיות של הביטוחים המשלימים וההשתתפויות העצמיות הנהוגות שם. בשנת 2005 הגיע שיעור בעלי הביטוח המשלים לכדי 79 אחוז, אולם בחמישון ההכנסה התחתון השיעור היה 59 אחוז בלבד ובקרב הערבים רק 47 אחוז.⁵⁶ ההוצאה של משקי הבית על ביטוחי בריאות גבוהה יחסית והיא מגיעה לכדי 14 אחוז מכלל ההוצאה של משק בית על בריאות אפילו בעשירון התחתון, שאצלו היקף רכישת הביטוח המשלים נמוך, יחסית.⁵⁷ המעגל השלישי של חסמים כלכליים נמצא בשירותים רפואיים, שלא קיימים כיום בסל הבסיסי וגם כמעט שאינם כלולים בתכניות השב"ן – מדובר בשירותים שחלקם חיוניים יחסית, ושעלותם הגבוהה נופלת באופן בלעדי על המטופל, לדוגמה רפואת שיניים.⁵⁸ כך גם תרופות וטכנולוגיות מסוימות, שאינן כלולות בסל השירותים. ברפואת שיניים לדוגמה, המחיר נתפס כחסם כלכלי הגורם לקשיים בנגישות של אוכלוסיות חלשות לטיפול שיניים שוטפים. כ-58 אחוז מהנשאלים בחמישון התחתון דיווחו, שהסיבה העיקרית לאי-הגעתם לטיפול דנטלי, גם כאשר היה צורך בכך, הייתה המחיר (לעומת 19 אחוז בלבד בקרב החמישונים האחרים).⁵⁹ גם לגבי בדיקות מנע נמצא פער גדול בין החמישונים – 14 אחוז בלבד מהנשאלים בחמישון ההכנסה התחתון הצהירו כי הם פונים ביוזמתם לרופא שיניים לבדיקות מניעה לעומת 64 אחוז בחמישון ההכנסה האחרים.⁶⁰

ד. חסמים תרבותיים

תפיסה תרבותית שונה של בריאות וחולי בקרב קבוצות שונות משפיעה על ההבנה ועל ההתייחסות לבריאות בשלושה מעגלי מניעה וטיפול רפואי: במניעה הראשונית (היענות לקבלת חיסונים, הימנעות מעישון,

⁵⁴ ברמלי-גרינברג, רוזן, גרוס, 2006.

⁵⁵ גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2007.

⁵⁶ גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2007.

⁵⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006.

⁵⁸ להרחבה בנושא הפערים בתחום בריאות הפה והשיניים והמלצות להתמודדות – ראה חורב, מן, 2007.

⁵⁹ ממוצע כללי – 30 אחוז ויתרו על טיפול שיניים נחוץ עקב המחיר.

⁶⁰ ברג, חורב, זוסמן, 2001.

פעילות גופנית); במניעה השניונית (אבחון מוקדם, לדוגמא באמצעות ממוגרפיה, והיענות לטיפול, כגון איזון סוכרת או יתר לחץ דם); ובמניעה השלישונית (שיקום במקרים של מוגבלות ונכות).

מחקרים מצאו, כי לרמת הדתיות יש משמעות רבה יחסית בכל שלבי ההתפתחות של מחלות, מאחר שהשקפת העולם משפיעה על גישתו של אדם לנושאי המניעה, לאבחון המוקדם, ולשלבים השונים במהלך הטיפול הרפואי. במחקר שבדק פרוגנוזה של סרטן השד בקרב נשים בישראל נמצא, שהפרוגנוזה גרועה יותר, באופן מובהק, בקרב חרדיות בהשוואה לחילוניות. התופעה נובעת מביצוע האבחנה בשלב מתקדם יחסית של הממאירות, וזאת כתוצאה מחוסר היענות לאבחון המוקדם (ממוגרפיה) בקרב חלק מהחרדיות.⁶¹

להבדלים בתפיסה התרבותית השונה של מצבי חולי ודרך ההתמודדות עמם, יש להוסיף את בעיית השפה, את החוסר בפרסומים מותאמים לרקע תרבותי של קבוצות שונות באוכלוסייה, המתורגמים לשפות שונות, וכן חוסר באנשי מקצוע שצמחו מתוך אותן קבוצות באוכלוסייה, שביכולתם לגשר על חסמים תרבותיים.

מקום המדינה הגיעו לישראל "גלי עלייה" מארצות שונות, שהתאפיינו במידות שונות של היכרות מוקדמת עם שירותי בריאות מתקדמים. המפגש של אוכלוסיות שעלו לארץ מתימן^{62,63}, מצפון אפריקה⁶⁴, מאתיופיה⁶⁵ וכן של אוכלוסיות אחרות עם אורח החיים בישראל ועם שירותי הבריאות בישראל, הביא לתוצאות בריאותיות בעייתיות – מצבן הבריאותי של אוכלוסיות אלה הדרדר מאז עלייתן לישראל, במיוחד בכל הקשור להתפתחות מחלות כרוניות (כגון מחלות קרדיווסקולאריות וסוכרת)^{66,67,68}. אמנם במרבית המקרים, הסיבות הבריאותיות להתפתחות מגמה זו היו ברורות, אולם הדרך לשינוי המצב הייתה פחות ברורה והיא היוותה מאז ומתמיד אתגר רציני לחברה ככלל ולמערכת הבריאות בפרט.

⁶¹ איזק, 1998.

⁶² Toor, Katchaksky, Agmon, Allalouf, 1957.

⁶³ Cohen, Bavly, Poznanski, 1961.

⁶⁴ Dreyfuss, Hamosh, Adam, Kallner, 1962.

⁶⁵ Jaffe, 2002.

⁶⁶ Cohen, 1961.

⁶⁷ Davies, 1972.

⁶⁸ Epstein, 1979.

⁶⁹ Epstein, Zaaroor, 1982.

עם זאת, יש לציין, כי אם בכל הקשור לקליטה **החומרית** של גלי העלייה, ישראל מנסה ללמוד מטעויות העבר וליישם לקחים שנלמדו, הרי בתחום הבריאות לא הופקו די לקחים. זאת לאור ממצאים ממחקרים בקרב עולי אתיופיה, המעידים על מצבי חולי שהיו ניתנים למניעה. נראה גם, שחסרה מודעות מצד ספקי השירותים ברמה הלאומית והאזורית, ובמיוחד בקרב אנשי מקצועות הבריאות, לצורך בהתאמה תרבותית של חומרי הסברה ואף לאופן הגשת השירות הרפואי. הכשרה מתאימה של אנשי מקצועות הבריאות בנושא זה תיתן בידם כלים לממשק יעיל יותר עם אוכלוסיות בעלות מאפיינים ייחודיים.

להלן מספר דוגמאות לפערים בתחום המניעה:

פער ניכר קיים בשיעור הנשים בנות 50-74 שעברו ממוגרפיה בשנתיים האחרונות. שיעור ההיענות בקרב היהודיות הוא 70 אחוז לעומת 47.6 אחוז בלבד בקרב נשים ערביות.⁷⁰ הפערים קיימים גם בין נשים בקבוצות הכנסה נמוכות – 54 אחוז לעומת 61 אחוז, במוצע, בקרב הקבוצות האחרות.⁷¹ נתונים של שיעור הפונות לממוגרפיה לפי יישובים בשנת 2004 ממחישים את ההבדלים: 20 אחוז בטירה לעומת 70 אחוז בהרצליה ובראשון לציון. באותה שנה נענו לפנייה של קופת-החולים 57-68 אחוז מהנשים ביישובים הנמנים על השליש העליון של היישובים בסיווג החברתי-כלכלי, לעומת 17-47 אחוז ביישובים הנמנים על השליש התחתון שלו.⁷²

חוסר פעילות גופנית בגיל מבוגר הינו גורם סיכון לתחלואת לב ולסוכרת. מחקר שנערך בישראל הצביע על קשר מובהק בין השכלה ורמת הכנסה לבין פעילות גופנית של בני 60 ויותר. כך לדוגמא, שיעור העוסקים בפעילות גופנית סדירה בקרב חסרי השכלה היה 11 אחוז לעומת 49 אחוז בקרב בעלי השכלה מעל 13 שנות לימוד. מקרב המשתכרים מתחת ל-1,400 ש"ח לחודש עסקו 21 אחוז בפעילות גופנית לעומת 55 אחוז בקרב המשתכרים מעל 7,000 ש"ח לחודש.⁷³

שיעור העישון בקרב גברים יהודיים מגיע לכדי 30 אחוז (מתוקנן לגיל) בהשוואה ל-41 אחוז בקרב גברים ערביים (בקרב נשים הפער הפוך – 21.3 ו-8.3 אחוזים, בהתאמה).⁷⁴

הפערים משתקפים גם בהרגלי **צריכת המזון**. ממצאי סקר שנערך בנושא זה גילו, כי אנשים מתחת לקו העוני צרכו (משמעותית) פחות בשר,

⁷⁰ למ"ס ומשרד הבריאות, 2006.

⁷¹ משרד הבריאות, 2007.

⁷² רנט, 2004.

⁷³ שמש, רסולי, 2003.

⁷⁴ המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות ירושלים, 2006.

עוף ודגים וכן פירות וירקות. הם צרכו יותר לחם ודגנים בהשוואה לאוכלוסייה שמעל קו העוני. הקשר בין ממצאים אלה להשמנת יתר ולסוכרת מתבקש מאליו⁷⁵, ואכן **השמנת יתר**⁷⁶ נמצאה קשורה לרמת ההשכלה ולמוצא אתני. הבדלים נמצאו גם בין יהודים לערבים בכל רמת השכלה ובמיוחד בקרב אנשים עם רמת השכלה הנמוכה מ-8 שנים⁷⁷. כך לדוגמה, נמצאו שיעורי השמנת יתר גבוהים בהרבה אצל נשים ערביות בעלות השכלה נמוכה – כ-60 אחוז.

פערים בהתנהגות הבריאותית המונעת משתקפים גם בכל הקשור להיענות לחיסוני שפעת בקרב תושבים מעל גיל 65. שיעור ההיענות בקרב האוכלוסיות החלשות הוא 44 אחוז לעומת 54 אחוז בקרב קבוצות אחרות. מאחר ששירותי החיסון אינם מחייבים תשלום, הרי ההבדלים בשיעור ההיענות אינם מוסברים בחסם כלכלי אלא בהבדלים במודעות ובתפיסה תרבותית שונה.

3. דיון: הסיבות העיקריות לאי-שוויון במערכת הבריאות

התמקדנו בעבודה זו בהיבטים אשר בשליטתה הפוטנציאלית של מערכת הבריאות ובתרומתה לסגירת פערים בבריאות. לא התייחסנו לתרומתן של מערכות חברתיות אחרות (חינוך, רווחה וכדומה). לכאורה, צמצום אי-השוויון במערכת הבריאות נושא היבט כלכלי, שיתבטא בחיסכון עלויות האשפוז והטיפול, כתוצאה מהקטנת התחלואה בקרב אוכלוסיות חלשות ובצמצום ימים ושעות של היעדרות מעבודה עקב מחלה – כל אלה יביאו להגדלת התפוקה של המשק כולו.

מעבר להיבט זה, צמצום פערים בבריאותה של האוכלוסייה נושא יתרונות למשק בחיזוק תחושת הלכידות החברתית והוא בעל חשיבות מוסרית-אתית, המעוגנת בעיקרון הסולידריות החברתית, המקובל במרבית מדינות המערב. סיבה זו עומדת בפני עצמה, גם ללא ההיבט הכלכלי, ובגינה מוצדקת מעורבות המדינה להקטנת אי-השוויון במערכת הבריאות.

מהיבט זה של האחריות, המוטלת לפתחה של מערכת הבריאות, בכל הקשור להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות, ניתן לחלק את ההתייחסות לשני אפיקים עיקריים: **האחד, אי-השוויון במשאבים אשר לרשות**

⁷⁵ סקר מבי"ת, 1999-2000.

⁷⁶ BMI>30

⁷⁷ סקר מבי"ת, 1999-2000.

מערכת הבריאות, הן בתשתיות פיזיות והן בכוח אדם רפואי ופרה-רפואי ואי-השוויון בתהליכים שונים במערכת הבריאות, המשפיעים על אי-שוויון בנגישות לשירותים. מדובר בתהליכים המביאים להיווצרותם של חסמים כלכליים ותרבותיים, המקשים על אוכלוסיות חלשות לקבל טיפול רפואי הולם ומונעים מהן גישה למידע העשוי למנוע תחלואה. שני האפיקים גם יחד משפיעים בסופו של דבר על התוצאה הבריאותית.

לגבי התשתיות: העדר מדיניות עקבית לתיקון פערים בתשתיות והעדר הקצאה מתאימה של משאבים לעידוד פיתוח שירותי בתי-החולים בפריפריה, מביאים לפערים בתשתיות. חוק ייעודי⁷⁸, שנחקק בארה"ב, יכול להוות דוגמא, כיצד ניתן להביא לשינוי סדר העדיפויות בפרק זמן נתון. שינוי כזה מביא להשקעה של משאבים בפיתוח תשתיות בפריפריה ולפיזור שוויוני יותר של תשתיות האשפוז⁷⁹.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבעו בזמנו כללים למניעת כפילות בשירותי רפואה⁸⁰, אולם עד היום לא נקבעו סטנדרטים לתשתית המינימום של שירותים חיוניים לתא שטח (לדוגמא מספר עמדות רפואה דחופה, טיפול נמרץ, מרפאה בסיסית וכדומה). יתרה מכך, בזמנו הוטלה חובה על שר הבריאות, להקים ועדה לקביעת סטנדרטים של נגישות לשירותי רפואה, אך היא בוטלה⁸¹. לא מדובר כיום על סטנדרט המינימום של נגישות וזמינות בפריפריה, מאידך עלה על סדר היום בתקופה האחרונה נושא הרחבת מערך בתי-החולים הפרטיים, שבבעלות הקופות, דבר שעלול להעמיק את הפערים הקיימים בתשתיות. כמו כן, לא ננקטה עד היום מדיניות המעודדת יציאת כוח אדם רפואי לאזורי פריפריה.

תהליכים: אי-השוויון הקיים כיום במערכת הבריאות נובע במידה רבה גם מהעדר הכוונה ממשלתית לצמצום פערים ומקיומם של תהליכים וכללים, לפיהם פועלת המערכת, התורמים לפגיעה בנגישות של אוכלוסיות רבות לשירותי בריאות. התהליכים המאפיינים כיום את מערכת הבריאות מהווים לכאורה תמריץ בכיוון הפוך ליעד של צמצום פערים.

להלן מספר דוגמאות הממחישות זאת:

⁷⁸ The Hill-Burton Act – נחקק בסוף שנות ה-40 לעידוד בניית בתי-חולים באזורים כפריים. עד אמצע שנות ה-70 למעלה מ-5,000 בתי-חולים זכו למימון במסגרת החוק.

⁷⁹ Horev, Pesis-Katz, Mukamel, 2004.

⁸⁰ מדובר בסעיף 29ב(ג) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994. סעיף זה עבר לאחרונה שינוי שביטל את ההוראה הקודמת בדבר מספר מכסימלי של נותני שירות (קופות חולים) בישובים קטנים.

⁸¹ סעיף 8(ו) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

חוסר ברגולציה יעילה של ההשתתפות העצמית, הנגבית ממבוטחים, מביאה לחסמים כלכליים, המקשים על אוכלוסיות חלשות לקבל שירותי בריאות בסיסיים. אולם יתרה מזאת, ההשתתפות העצמית של המבוטחים מהווה מקור מימון לקופה. מאחר שבמרבית המקרים המדינה לא מפצה קופה על אובדן ההכנסה, הנובע משיעור גבוה יחסית של אוכלוסיות הפטורות מתשלומי השתתפות עצמית, הקופה תעדיף, על פי מערכת התמריצים הקיימת, מבוטחים בעלי יכולת תשלום.

נוסחת הקפיטציה לא כוללת בתוכה כיום משתנים חברתיים-כלכליים. בקופה בה קיים שיעור גבוה של מבוטחים, הנמנים על האוכלוסיות החלשות, אין סיוע תקציבי להתמודד עם הצרכים של אוכלוסיות אלה. כתוצאה מכך, קיים תמריץ לגייס לקופה מבוטחים שתחזית ההוצאות בגינם נמוכה (בעיקר צעירים) וחוסר תמריץ לטפל/להשקיע באוכלוסיות חלשות.

המימון הפרוספקטיבי לקופות מעודד הקטנת שימושים וצמצום הוצאות. לפיכך, התמריצים הנוכחיים מעודדים היסכון בהוצאה "מיותרת", כגון מידע למבוטחים, הוצאה שלכאורה איננה קשורה לחובה לספק שירותי בריאות בעין. בנוסף, מידע מעודד לעיתים שימוש מוגבר בשירותי בריאות ותורם להגדלת ההוצאות של המבטח.

סל שירותי השב"ן⁸² (הביטוח המשלים של הקופות) מהווה עבורן מקור מימון משלים. יותר ויותר שירותים מתווספים לסל ההולך ומתייקר, הן בפרמיה החודשית המשולמת בגינו והן בתשלומי השתתפות עצמית הנהוגים בו. כתוצאה מכך אוכלוסיות חלשות לא יכולות לרכוש סל זה והדבר מעמיק את הפער הקיים ממילא בשירותים הבסיסיים, הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בימים אלה חל שינוי מהותי בשירותי הבריאות הנוספים של הקופות ובהיתר שניתן להן לשווק תכניות ביטוח בריאות של חברות מסחריות. תוכנו של הסל, המשווק בצורה זו, כמו גם העובדה שהחברות יכולות להציע למבוטחי קופה סל משלים משלהן (המחייב חיתום רפואי) עלול להביא בצורה ישירה או עקיפה לסלקציה של מבוטחים ולהשפיע לרעה על המעבר בין הקופות.

חוסר מעורבות של המדינה במימון שירותי בריאות חיוניים, אשר המחוקק התכוון מלכתחילה להכליל בסל, וכיום – למעלה מתריסר שנים לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הם עדיין אינם כלולים בו באופן שוויוני ומלא, מביא להעמקה נוספת של הפערים בגין שירותים חיוניים אלה, הממומנים באופן מלא על-ידי משקי הבית, לדוגמא רפואת שיניים לילדים.

⁸² שב"ן – שירותי בריאות נוספים.

כפי שצינו, תפיסה תרבותית שונה של בריאות וחולי בקבוצות שונות באוכלוסייה משפיעה על ההבנה וההתייחסות לכל רמות המניעה. יש להוסיף לכך את בעיית השליטה בשפה העברית, את החוסר בפרסומים מותאמים לרקע התרבותי של קבוצות אוכלוסייה ומתורגמים לשפות שונות, וכן את החוסר באנשי מקצוע שצמחו מתוך אותן קבוצות אוכלוסייה ושיכלו לגשר על החסמים התרבותיים.

ברמה הלאומית לא ננקטה יוזמה לאספקת כלים למטפלים, לשם התמודדות עם שונות תרבותית ובמסלולי ההכשרה של המטפלים אין התייחסות לצורך ב'כשירות התרבותית'⁸³ (Cultural competence) שלהם. דבר זה מביא לחוסר אחידות בהתייחסותם של בעלי מקצועות הרפואה מהאסכולות השונות לאוכלוסיות חלשות ובמיוחד בכל הקשור לקידום הבריאות ומניעת מחלות. הספקת כלים אלה הינה חיונית הן למטפלים, המועסקים זה כבר בשירותי הבריאות והן למטפלים חדשים במקצועות הרפואה השונים. חוסר ההכשרה של המטפלים להתמודדות עם צורכיהן של אוכלוסיות מתרבויות שונות מקשה על התקשורת עמן וגורם לעיתים לנטייה לצמצם למינימום את המפגש של הרופא עם החולה מאוכלוסייה זו. במקרה זה השירות הרפואי מיידי ומוגבל ואיננו מאפשר יצירת קשר טוב עם החולה. כך לדוגמא, בסקר של מכון מאירס-ברוקדייל נמצא, כי לכמחצית מהנשאלים מקרב חמישון ההכנסה התחתון אין רופא המרכז את המידע הרפואי אודותם, לעומת 28 אחוז בלבד בקרב מבוטחים הנמנים על שלושת חמישונים ההכנסה הגבוהים.⁸⁴

גם בנושא המידע יכל משרד הבריאות לתרום באופן משמעותי לצמצום אי-השוויון. היום חסר במערכת הבריאות בישראל מידע, הן לנותני השירותים (אנשי מקצועות הבריאות), הן לצרכנים (כלל האוכלוסייה), והן למקבלי החלטות ולקובעי המדיניות. מדובר **במידע למבוטחים**, לגבי זכויות במערכת הבריאות ואודות התנהגות מונעת וסיכוני בריאות. מידע שכבר עומד לרשות המבוטחים בנושאים אלה, לעיתים אינו מתורגם וגם אם הוא מתורגם, אין בו התייחסות לתרבות השונה ממנה מגיע המבוטח. דבר זה מקשה על ההבנה ומונע אפשרות להזדהות עם הנאמר. בעיה נוספת היא חוסר בשירותי תרגום מקצועיים בעת קבלת שירותי בריאות. דבר זה מהווה מחסום משמעותי בתקשורת מטפל/מטופל. למבוטחים לא קיים כיום מידע אודות נותני השירות, לרבות מידע השוואתי בין **קבוצות** של נותני שירות, כגון בין הקופות או בין בתי-החולים. לגבי **מידע לנותני השירות ולמנהלים** – לאלה חסר

⁸³ Betancourt, Green, Carrillo, and Park, 2005.
⁸⁴ גרוס, ברמלי-גרינברג, מצליח, 2007.

מידע אודות דרכי טיפול יעילות להתמודדות עם תחלואה בקרב קבוצות ייחודיות וכן מידע בסיסי לאיתור קבוצות סיכון; ואילו **למקבלי ההחלטות ולקובעי מדיניות** חסר מידע אפידמיולוגי בסיסי, במיוחד אודות המצב בקרב קבוצות חלשות וכן מידע אודות תכניות התערבות יעילות.

ההתייחסות לסוגיית הפערים בבריאות מחייבת ראייה רב-ממדית במספר מובנים: ממדי המניעה (מניעה ראשונית, שניונית ושלישונית); הגורמים השותפים לטיפול (המטפל האישי, הקופה, משרד הבריאות); והתוצאות האפשריות של המחלה (טיפול קורטיבי, נכויות, co-morbidity). להלן נדגים זאת באמצעות מחלת הסוכרת:

הדגמה לחשיבותה של ההתייחסות הרוחבית – מחלת הסוכרת כמודל

גורמי הסיכון למחלה: מעבר לרקע הגנטי, המהווה גורם סיכון לסוכרת, קיימים הבדלים משמעותיים בגורמי סיכון כתוצאה מהתנהגות ומאורח החיים. כך לדוגמא, קיימים הבדלים משמעותיים בין קבוצות שונות של האוכלוסייה ברמת הפעילות הגופנית ובהרכב צריכת המזון, לפי השכלה, לפי הכנסה וכן לפי רקע תרבותי-אתני. ההבדלים בהתנהגות משפיעים על הבדלים בהימצאות הסוכרת בקרב אוכלוסיות שונות (לפי אותם משתנים) וכן על הבדלים בתופעה של השמנת יתר.

אופן ההתמודדות עם המחלה: לא רק היקף התחלואה שונה בין קבוצות אוכלוסייה אלה, גם רמת האיזון של הסוכרת משתנה לפי מעמד חברתי-כלכלי ותרבותי. הדבר נובע, בין השאר, מהיענות שונה לטיפול ומההתנהגות המונעת על רקע תפיסה שונה של מצבי חולי.

תוצאות המחלה: לסוכרת **סיבוכים מרובים** בלב ובכלי דם, בכליות ובעיניים, הגורמים לא רק לתחלואה משמעותית אלא גם לנכות ולתמותה יתר ומכאן לסבל רב לחולים ולמשפחתם ולהוצאות גבוהות למערכת הבריאות. גם כאן, כתוצאה מהבדלים בין קבוצות באוכלוסייה ביכולת ההתמודדות עם המחלה בשלביה השונים, קיימים הבדלים גם במדדי תוצאה, הקשורים למחלה, כגון קטיעות גפיים, עיוורון ועוד.

ספקי השירות: מגוון גדול של ספקי שירות מתחומים שונים שותף להתמודדות עם מחלת הסוכרת. **בקהילה** (קופות-החולים): רופאים, אחיות, יועצי תזונה, בעלי מקצוע בתחום חינוך לבריאות (מקדמי בריאות) ומטפלים סיעודיים. **במערכת האשפוז:** בעלי מקצועות שונים בבתי-חולים. **במערכת הרווחה:** מטפלים סיעודיים ועובדים סוציאליים. אין כיום תיאום בין המערכות השונות ובמרבית המקרים אין בידי המטפלים השונים כלים להתמודדות עם המחלה ועם תוצאותיה בקרב

אוכלוסיות חלשות. הפיזור האקראי באזורי הארץ השונים של ספקי שירות, המתמחים בסוכרת, עלול לגרום לקשיי נגישות לשירותי מומחים באזורים שונים.

אחריות רב-מערכתית: התמודדות מוצלחת עם המחלה מחייבת הרחבת מעגל הלוחמים בה אל מחוץ למערכת הבריאות, לדוגמא באמצעות סימון מוצרי מזון, חינוך לתזונה נכונה בבתי-ספר ובגני-הילדים (כולל לגננות ולמורים), ועוד.

היבטים כלכליים: מבחינת הפרט החולה נדרשת לעיתים תשתית כלכלית ברמה מסוימת, בין אם לצורך התשלום עבור ההשתתפות העצמית לטיפולים ולתרופות, נסיעות לטיפולים, תשלום למטפלים סיעודיים/ לאשפוז סיעודי, ועוד. גם כאשר המדינה מיסדה את מנגנון ההגנה באמצעות קביעת תקרה חודשית של השתתפות עצמית בגין רכישת תרופות לחולים כרוניים למשל, המנגנון הזה לא כלל התחשבות כלשהי באוכלוסיות חלשות כלכלית (אלה מחויבים בתשלום עד לאותה תקרה שנקבעה לשאר החולים). **מנקודת המבט של המשק/ של המדינה**, יש למחלת הסוכרת משמעויות כבדות בגין אובדן ימי עבודה, עלות הטיפול הרפואי במחלה ובתוצאותיה, ותגמולי הנכות והסיעוד, המוענקים על-ידי המדינה בשלבים המתקדמים של המחלה.

פערים קיימים כיום בכל הקשור לתשתיות כוח אדם שהתמחה בטיפול במחלת הסוכרת ובתוצאותיה. החסמים הכלכליים, הקיימים כיום, מקשים על אוכלוסיות חלשות לקבל טיפול הולם והבדלים תרבותיים בתזונה ובאורח החיים, כמו גם בהיענות לשימוש באינסולין, תורמים עוד להיווצרותם של פערים בתחלואת הסוכרת בין אוכלוסיות שונות. המחלה מחייבת קשר רציף בין החולה לבין מגוון אנשי מקצוע ולכן חוסר הכשרה מתאימה של אנשי המקצוע, שביכולתם לגשר על פערים תרבותיים ועל החוסר הקיים במידע מותאם תרבות, הינם קריטיים, ויש להם השפעה מכרעת על אי-השוויון הקיים בין קבוצות שונות של האוכלוסייה, בכל הנוגע לתחלואת הסוכרת.

מחלת הסוכרת אכן מדגימה את החשיבות במציאת **פתרון רב-ממדי**, שיתייחס לכל ההיבטים שהוזכרו לעיל, כדי לצמצם באופן יעיל את אי-השוויון הקיים כיום במערכת הבריאות.

4. עקרונות התכנית המומלצת: הפעלת מנופי שינוי

בבסיס התכנית יעמדו מספר הנחות יסוד:

1. התכנית נועדה לשמור מפני הרחבה נוספת של הפערים ולגשר על פערים קיימים.
2. חלק משמעותי מהפערים בבריאות נובע מכשלים במערכות חיצוניות ומפערים חברתיים ההולכים וגדלים בישראל (שאינם בשליטת מערכת הבריאות). אולם, לאור ההיקף הרחב של נושאים אלה, התכנית תתמקד בנושאים שבשליטת מערכת הבריאות.
3. קיימים קשרים מובהקים (סיבתיים) בין תשומות ותהליכים בתוך מערכת הבריאות, לבין התוצאה הבריאותית בקרב אוכלוסיות שונות. למרות זאת, סגירת פערים בנגישות לשירותי בריאות הולמים היא בעלת ערך מוסרי, העומד בפני עצמו ומחייב טיפול ברמה הלאומית, גם במקומות בהם לא הוכח קשר סיבתי לתוצאה הבריאותית.
4. התכנית תכלול התייחסות לאי-שוויון בהיבטים השונים, אך תתבסס בעיקר על מספר מצומצם של תהליכים המאפיין את המערכת, בהנחה שאלה ישמשו כמנופי שינוי, ישנו את התנהגות הצרכנים ונותני השירות, וישפיעו בסופו של דבר גם על התוצאה הבריאותית, בעיקר בקרב אוכלוסיות חלשות.
5. התכנית תתייחס למדיניות במישור של יחסים בין המדינה לבין נותני השירות העיקריים בקהילה, כדי להתמודד עם חסמים שונים, המשפיעים על הדרישה לשירותי בריאות ולהתנהגות מניעתית בקרב אוכלוסיות חלשות (חסמים של ביקוש); וכן עם חסמים, המשפיעים על התנהגות המבטחים ונותני השירות העיקריים, התורמת לאי-שוויון (חסמים של ההיצע).
6. לאור ההיקף של הביטוחים המשלימים ולאור העובדה, שתחום זה נתון בשינוי רגולציה בימים אלה ממש, הוחלט כי בשלב זה, הוא לא ייכלל בתכנית הפעולה. לפיכך, נתמקד בהצעות במעגל הראשון ובמעגל השלישי של החסמים הכלכליים שהוצגו לעיל: ההשתתפויות עצמיות בגין שירותים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי ושירותי בריאות שמחוץ לסל.
7. יושם דגש על מדיניות המכוונת לתפקיד שממלאות קופות-החולים בהתמודדות עם מצבי אי-השוויון, מאחר שהאחריות על אספקת שירותי הבריאות בקהילה הוטלה עליהן.

8. למערכת האשפוז תפקיד חשוב במניעת פערים בתחומים הנוגעים לה. חלק מההצעות לפתרון תהיינה ישימות, הן במסגרת שירותי הבריאות בקהילה והן במסגרת בתי-החולים.
9. ייקבעו מדדים לשם מעקב אחר הצלחת התכנית בשלבי היישום.
10. מתוך הכרה במגבלות התקציב הנוכחיות, התכנית לא תישען ברובה על תוספת תקציב אלא תתבסס בעיקר על משאבים מתוך המערכות הקיימות.

א. עיקרי התכנית

התמודדות מוצלחת ברמה הלאומית עם בעיית הפערים בבריאות בישראל מותנית בהכרה בקיומה של הבעיה. לפיכך, מוצע שממשלת ישראל ככלל ומשרד הבריאות בפרט, יצאו בהכרזה, המכירה בקיומה של בעיית אי-השוויון בבריאות ובמערכת הבריאות ובהשלכותיה החברתיות והכלכליות ויודיעו על מחויבותם להתמודדות עמה. הכרה זו ופעילות שתבוא בעקבותיה תעודד התייחסות לפערים במערכת הבריאות גם מצד נותני השירות העיקריים, וכן מצד האיגודים המקצועיים והאקדמיה. בשלב הראשון מומלץ להשקיע את עיקר המאמץ לצמצום פערים ולהקטנת אי-השוויון במספר מנופי שינוי, שעשויים להשפיע על מספר רב של תהליכים המאפיינים את המערכת הנוכחית, וכן בטיפול ממוקד בתחום הממומן היום רובו ככולו על-ידי משקי הבית, מהווה נטל כלכלי עליהם, ומתאפיין בפערים רחבים במיוחד.

להלן ארבע אפיקי ההתערבות:

- טיפול בחסמים בצד ההיצע: רה-ארגון של מערכת התמריצים הקיימת ושיפור תשתיות;
- טיפול בחסמים בצד הביקוש: רה-ארגון של השתתפויות העצמיות והתמודדות עם החסמים כלכליים ותרבותיים;
- טיפול בחסמים משותפים: ארגון המידע והכשרת אנשי מקצועות הבריאות (בכל הרמות) בתחום הכשירות התרבותית;
- טיפול ממוקד ברפואת הפה והשיניים.

1) רה-ארגון של מערכת התמריצים הקיימת ושיפור תשתיות

במערכת התמריצים הנהוגה כיום אין עידוד להשקעה באוכלוסיות חלשות. התגמול לקופות מבוסס על נוסחת קפיטציה, המביאה בחשבון רק את התפלגות המבוטחים בכל קופה לפי גיל. לא מובאים בחשבון מאפיינים אחרים, כגון היקפי תחלואה כרונית ו/או גורמי סיכון נוספים. בפני הקופות הוצבו יעדים כלכליים אולם לא נקבעו להן יעדים בריאותיים בתחום כלשהו. גם אין כיום קשר בין התמורה של הקופה

מהישגיה מול היעדים האמורים. מאחר שההצלחה של הקופות אמורה להימדד בערכים של התמודדות עם מחלות, אנו ממליצים על תגמול הקופות לפי הישגים בצמצום פערי התחלואה בקרב אוכלוסיית המבוטחים שלהן.

מוצע להקצות מידי שנה כאחוז מהתקציב, המיועד לחלוקה בין הקופות, ולחלקו ביניהן לא בהתאם לנוסחת הקפיטציה אלא על פי הישגיהן בצמצום הפערים מול יעדים שייקבעו מראש. ההצעה היא, כי שיטת תגמול זו תופעל במלואה לאחר השלמת פיילוט שייבחן את עקרונות השיטה ופרטי הביצוע.

עקרונות ההצעה: ייקבעו יעדים בחמישה מסלולים, כגון: סוכרת, יתר לחץ דם, אי-ספיקת לב כרונית, השמנת יתר חולנית, ומומים מולדים. רמת ההישגים הנוכחית של כל אחת מהקופות, בהתמודדות עם התחלואה בקרב אוכלוסיות היעד, תיבחן ותוצג בתחילת התהליך, הן בשיעור התחלואה הכללי והן בפערים הקיימים בקרב מבוטחי הקופה. הפער הקיים בקופה בכל אחד מהמדדים הנבדקים (לפי משתני השכלה ורמת הכנסה) יתועד בנקודת המוצא (בתחילת הפרויקט). היעדים השנתיים ייקבעו כשיעור הצמצום של הפער בהשוואה לנקודת המוצא. כך למשל, ייקבע יעד במונחים של שיעור הגידול באחוז החולים שרמת הסוכר בדמם מאוזנת מקרב כלל חולי הסוכרת של הקופה. היעד ייקבע הן כגידול הצפוי בממוצע הכללי של החולים המאוזנים והן כשיעור הצמצום בפער בשיעור חולי הסוכרת המאוזנים בין אוכלוסיות שונות, באותה קופה. לדוגמא, העלאת שיעור החולים המאוזנים מקרב חולי הסוכרת ב-10 אחוזים, תוך צמצום הפער בשיעור המאוזנים בין קבוצת ההכנסה הנמוכה ביותר למבוטחים ביתר קבוצות ההכנסה ב-20 אחוז לפחות. באופן זה יינתן תגמול ותמרוץ לאיזון חולי סוכרת בקרב האוכלוסיות החלשות, תוך הקפדה להמשיך במאמץ ולהביא לאיזון הסוכרת גם בקרב החולים האחרים.

לכל קופה יהיה חופש בחירה בתחום ההתמודדות בו היא מעוניינת להתמקד מבין חמשת המסלולים (המחלות). החלק הבסיסי של כל קופה בסכום ההקצאה יהיה זהה לחלקה היחסי באוכלוסייה הכללית על פי נוסחת הקפיטציה הנוכחית ("סכום הבסיסי"). קופה שתגיע ליעד שנקבע תתוגמל ב-100 אחוז מהסכום הנ"ל וקופה שתעבור את היעד תתוגמל לפי אחוז ההתקדמות, כאמור לעיל (ועד תקרה של 120 אחוז). קופה שלא תגיע ליעד תתוגמל לפי שיעור ההתקדמות (לדוגמא אם שיעור צמצום הפער על פי היעד שנקבע לקופה הוא 20 אחוז והקופה הצליחה לצמצמו ב-10 אחוזים בלבד היא תקבל 50 אחוז מהסכום שיועד לה).

מבנה הפיילוט: הפיילוט יוגבל לשני מחוזות (האחד במרכז הארץ והשני בדרומה או בצפונה). לצורך הפיילוט יוגדר סכום מתוך כספי הקפיטציה, כאשר הסכום הבסיסי לכל קופה מתייחס לגודלה היחסי בכלל ובמחוזות שנבחרו⁸⁵. מסלולי הבחירה בפיילוט יהיו איזון מחלת הסוכרת ואיזון יתר לחץ דם. לפני תחילת הפרויקט כל קופה תגדיר את המסלול שלה, את המשתנה לפיו ייבחן הפער (השכלה או הכנסה) ותעביר למנהלת הפרויקט (משרד הבריאות או גורם חיצוני אחר) רשימה של כלל החולים שלה, שאובחנו במחלות אלו (מספרי ת"ז בלבד). משרד הבריאות יגדיר לכל קופה שני יעדים: הראשון – שיפור כללי של האיזון בכלל החולים, והשני – יעד בצמצום הפער בין החולים. הקופה תהא אוטונומית בבחירת תכנית ההתערבות והשיטה הנבחרת להשגת היעדים ובתום השנה הראשונה תתוגמל לפי הישגיה.

לגבי מדידת רמת ההכנסה, קיימות שתי חלופות אפשריות: האחת, להגדיר אוכלוסייה חלשה לפי מבוטחים, הפטורים מתשלום אגרת ביקור אצל רופא (הנתונים קיימים בקופה ומשמשים גם כיום כבסיס לפרויקט מדדי איכות של משרד הבריאות). מאידך, במסגרת הפיילוט עלול להיווצר מצב בו ביישוב מסוים ובקופה מסוימת מספר מקבלי הפטור קטן מדי. לכן אפשר להתייחס לרמת השכלה ו/או הכנסה של מבוטחי הקופות על בסיס מידע ממערכות אחרות, דוגמת המוסד לביטוח לאומי. חלופה זו מדויקת יותר אך כרוכה באישורים מיוחדים, לכן מוצע לבחור בשלב הפיילוט בחלופה הראשונה.

בתום שנה ייבחנו ההישגים בצמצום הפערים ולפיהם תישקל האפשרות להרחבת מודל התגמול לפי יעדים לאתרים ולמסלולים נוספים. שינוי שיטת התגמול אינו דורש מקור מימון נוסף, מאחר שהוא מסתמך ברובו על המימון הקיים כיום במערכת. אמנם הוצאה מקסימלית לאחר שלב הפיילוט עלולה להגיע לכ-50 מיליון ש"ח לשנה, אולם מצב זה מתאים רק לשנה בה כל הקופות יעברו את היעד ב-20 אחוז לפחות.

הנושא של תגמול לפי יעדים במערכת בריאות, אשר יש לו פנים לכאן ולכאן, צובר היום תאוצה, הן בארה"ב והן באירופה^{86,87,88,89,90}.

⁸⁵ רשימת היישובים הכלולים בכל אחד מהמחוזות שייכללו בפיילוט תוגדר.

⁸⁶ לסקירה אודות נושא זה ראה גלזר, ברמלי-גרינברג, 2007.

⁸⁷ Glazer, McGuire, 2006.

⁸⁸ Rosental, Frank et al., 2005.

⁸⁹ Doran, Fullwood, Gravelle et al. 2006.

⁹⁰ Werner, Asch, 2005.

התמודדות עם טיעונים בעד ונגד: הטענות העיקריות של המתנגדים

לגישה זו התייחסו לחשש מפני עידוד ההצטיינות דווקא במדדים אטרקטיביים לאוכלוסיות צעירות; שהמדדים ממילא לא ישפיעו על הצרכן, מאחר שאין בידו כלים לנתח ולהבין את התוצאות; חשש ממניפולציה במידע ומחוסר מידע מספיק עליו ניתן לבסס תחשיב אמין; שהמדידה תעודד בחירה מפלה בין מבוטחים, כך שיטופלו/יצורפו בעיקר מבוטחים בעלי סיכויים גבוהים יותר להיענות לטיפול והמקרים הקשים יוזנחו; שקיים קושי בהשוואה עקב תמהיל שונה של מבוטחים וחשש מפני פגיעה בנותני השירות ה"טובים" (שהגיעו ממילא לתוצאה טובה), מאחר שקשה קשה להשתפר עוד יותר; וחשש מפני "הזנחת" תחומים שלא נמדדים/מתוגמלים לטובת האחרים.

יש לציין כי במודל המוצע לא מבצעים השוואה בין הישגי קופה אחת לשנייה ולא בין בתי-חולים לפי מדדי תוצאה מקובלים. ההצעה היא להשוות את **ההתקדמות** של כל אחת מהקופות בהשוואת ההישגים שלה בשנה אחת להישגיה (של אותה קופה) בנקודת המוצא, **ללא קשר להישגים של הקופות האחרות.**

החשש מפני עידוד הצטיינות דווקא במדדים אטרקטיביים לצעירים איננו מדאיג, היות שמדובר במדידת פערים בין אוכלוסיות בכל הנוגע לתחלואה כרונית, המאפיינת בעיקר את הגיל המבוגר ומאחר שהמדידה מתבצעת על קבוצה אשר המחלה כבר קיימת בקרבה. ובכל מקרה קיימת אפשרות להחליט על הגבלת הגיל הנמדד, לדוגמא 45-54 או 55 ומעלה.

גם הטענה, שעצם המדידה ופרסום התוצאות לא ישפיעו על בחירת הצרכן מיותרת, מפני שההשפעה של המדידה על מעבר מבוטחים בין הקופות איננה המטרה הראשונית. המטרה העיקרית הוא לתמרץ את הקופה להשקיע בבריאותן של אוכלוסיות חלשות, המצויות כבר בין מבוטחיה. אשר לספקות בדבר מערכות המידע – נתונים אודות תחלואת הסוכרת ויתר לחץ דם קיימים כבר כיום בקופות-החולים. אשר למשתנה החברתי-כלכלי – בשלב הפיילוט מומלץ להתמקד באוכלוסיית המבוטחים הזכאים לפטור מתשלום אגרות במערכת הבריאות (עקב הכנסה נמוכה). גם מידע זה קיים בקופות-החולים. המלצתנו היא לשאוף לכך, שיישום הפרויקט יתבסס גם על מדידת הפער בין קבוצות השכלה ולכן בסיום הפיילוט תיבדק האפשרות להעביר למנהלת הפרויקט נתוני השכלה של האוכלוסייה הנמדדת. אשר לחשש ממניפולציות במידע – חשש זה קיים לכאורה גם בהקשר לתגמול הניתן כיום לקופות לפי מספר החולים ב"מחלות קשות" בכל אחת מהן – לאחר תהליך לימוד, הצליח משרד הבריאות לפקח על נתונים אלה, ואין סיבה לכאורה להניח שכאן

יהיה המצב שונה. בנוסף, התגמול יכול להתבצע באמצעות דגימה מתוך כלל החולים הכרוניים בקופה, כך שהקופה לא תדע מי נבחר להיכלל במדגם. חשש מהשפעות על הרכב הרשימה הנמדדת ניתן למזער אם התגמול לפי המדגם יתבסס על רשימת חולים כרוניים, שהועברה על-ידי הקופה בנקודת המוצא (בתחילת הפיילוט). גם המדידות החוזרות יבוצעו על מדגם זה, מבלי להתייחס לחולים כרוניים חדשים שיצטרפו לקופה לאחר תחילת הפיילוט. באשר לחשש שעצם המדידה תגרום לבחירה מפלה בין מבוטחים ותתמרץ את הקופה לבחור בבריאים ובעלי נטייה להיענות לטיפול קיים – המוטיבציה לכך קיימת גם כיום ובהיקף כזה או אחר היא תימשך, ככל הנראה, כיוון שקשה למגרה כליל. עם זאת, כיום וגם בעתיד מתמודדים עם נושא זה באמצעות חקיקה (לדוגמא החובה המוטלת על הקופה לקבל כל מועמד) ובאמצעות פיקוח מצד משרד הבריאות, מאמץ זה יימשך גם בעתיד.

אשר לטענה, כי מדדי תהליך ושיפור גורמים לפגיעה ב"טובים", כיוון שלהם קשה יותר להשתפר, יש לזכור שהמטרה העיקרית היא לצמצם את הפער בין קבוצות אוכלוסייה ובמטרה זו צריך להתמקד. אם פירושו של דבר, תמריץ גדול יותר לקופה "חלשה" שהצליחה לצמצם פער – אין בכך רע, מה עוד שהתגמול שלה לא בא על חשבון קופות אחרות. בנוסף, ניתן להחליט על קביעת יעדים שונים לקופות השונות (יעדים דיפרנציאליים בהתאם למידת ה"קושי"). כמו כן, מאחר שבהצעה הנוכחית נוסחת התגמול כוללת מרכיב המתייחס לממוצע התחלואה/ האיזון בקרב כלל מבוטחי הקופה, אמור לכאורה מרכיב זה אמור "לפצות" את ה"טובים". הטענה לגבי האפשרות של הזנחת הטיפול במחלות/באוכלוסיות שלא נמדדות (The multi-task problem), אכן, מחייבת התייחסות ופיקוח מצד מנהלת הפיילוט וניתן להתמודד עמה באמצעות בקרה שוטפת ואולי אף הכללת מרכיב של "קנס" בגין הגדלת פער בתחום אחר (מחייב ניטור רחב מהמתוכנן עד עתה, או פיקוח באמצעות דגימה אקראית)⁹¹.

יש להדגיש, שעיקר התגמול לקופות נשאר בעינו ומדובר בשיעור קטן ביותר מההקצאה לקופות. עיקר התגמול לא יתבסס על מדדים, אשר נועדו רק לשמש כתמריץ ולא להחליף את השיטה הקיימת. הפיילוט יאפשר הפקת לקחים והתארגנות, שמטרתה לצמצם, ככל הניתן, השפעות לוואי בלתי רצויות, אם יהיו כאלה.

⁹¹ לצורך הגנה על קופות חלשות ניתן לשקול הנהגת רף תחתון לקופות שלא יגיעו להישג הנדרש (לדוגמא 50 אחוז מהסכום הבסיס שהיה מגיע לה על פי הנוסחה הקיימת).

אשר לנושא התקציב, מובן שאם ניתן היה להקצות לכך תקציב ייעודי – היה עדיף. אולם, מאחר שאין סיכוי לכך, ככל הנראה, הרי המשמעות היא שקופה אשר לא תעמוד ביעד בשנה מסוימת, תקבל פחות מהסכום אשר הייתה זכאית לקבלו אילו היו הכספים מחולקים אך ורק לפי נוסחת הקפיטציה.

שיפור תשתיות: ביישובים מסוימים חסר בתשתיות בסיסיות של שירותי בריאות מהווה חסם פיזי, התורם להגדלת הפערים. פערים אלה בתשתיות של שירותי רפואה חיוניים מחייבים הגדרה של תשתית בסיסית מינימלית לתא-שטח והכנת תכנית רב-שנתית, שתסייע למיסוד תשתית הולמת של שירותי רפואה חיוניים באזורי פריפריה (במקביל אולי לטיפול בעודף תשתיות, באותם מקומות בהם קיים עודף כזה). מוצע על כן, לכלול בחוק ביטוח בריאות ממלכתי סעיף, אשר יטיל חובה על שר הבריאות לקבוע סטנדרט מינימום של נגישות לשירותי בריאות חיוניים ולמנות ועדה, שתדון בהעדפה מתקנת של תשתיות במערכת הבריאות.

2) רה ארגון בסוגיית ההשתתפות העצמית

ההשתתפות העצמית מהווה חסם כלכלי, המקשה על מבוטחים, הנמנים על אוכלוסיות דלות אמצעים, לקבל טיפול רפואי או תרופה נחוצה. חלק מההשתתפויות העצמיות, שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, הועתקו מנוהג אשר רווח בקופת-חולים כללית במועד הקובע להחלת החוק (ינואר 1994), ללא בדיקה של משמעויות או קביעת סדרי עדיפויות בהנהגת תשלומי השתתפות עצמית. מנגנוני הגנה לאוכלוסיות החלשות, שנקבעו מאוחר יותר, לא מכסים את כל סוגי ההשתתפות העצמית שבחוק.

להלן כמה עקרונות לפיהם מומלץ לבצע את השינוי:

- 1) ביטול מוחלט של ההשתתפות העצמית בשירותי מניעה, כמו אגרת "טיפות החלב", חיסונים, בדיקת חלבון עוברי, ואבזורים לבדיקה עצמית לחולי סוכרת (מחטים ומקלונים).
- 2) פטור מאגרת מכונים ואגרת רופא מקצועי בביקורים שמטרתם בדיקות מונעות, כגון ממוגרפיה, סרטן צוואר הרחם וסרטן המעי הגס, ייעוץ גנטי לקבוצות בסיכון גבוה למומים מולדים, ייעוץ דיאטטי לסובלים מסוכרת או מהשמנת יתר.
- 3) פטור מתשלום השתתפות עצמית לאוכלוסיות הזכאיות על פי ההגדרה שבסעיף לחוק (כגון מקבלי הבטחת הכנסה) על כלל השירותים שבסל הבריאות, המחייבים כיום את מקבל הטיפול בתשלום השתתפות עצמית (לדוגמא, החלת הפטור האמור על השתתפות עצמית בגין אשפוז סיעודי מורכב, ביקור במוקד חירום, ואגרת חדר מיון).

4) פטור מאגרת תרופות לחולים כרוניים, הנמנים על מקבלי הבטחת הכנסה, הזכאים לפטור מאגרת ביקור רופא, וכן לקבוצות באוכלוסייה בעלות צרכים מיוחדים, כגון ניצולי שואה, בעלי מוגבלויות ונכים. הפטור יינתן בגין תרופות בסל הבריאות המיועדות לטיפול במחלתם הכרונית.⁹²

על פי חישובינו, עלות ההנחות והפטורים צפויה להגיע ל-160-200 מיליון ש"ח לשנה והמקורות למימוןם יכולים להיות כדלקמן: מימון ממקורות עצמיים, באמצעות הנהגת השתתפות עצמית **למי שאינם מקבלים הבטחת הכנסה**, בגין שירותים שאינם מחייבים כיום תשלום השתתפות כלשהי (או שהיא נמוכה יחסית), כגון תשלום אגרה בגין אישורים רפואיים, הקטנת המימון של שירותי מלונאות לחולי פסוריאזיס בים המלח, טיפולי הפריה חוץ-גופית להולדת ילד שני, הקטנת מימון המדינה, בגין נסיעות לקבלת טיפול לקבוצות הזכאיות לכך, ועוד. כמו כן ניתן להגדיל למי **שאינם** מקבלי הבטחת הכנסה את ההשתתפות העצמית הנהוגה כיום בטיפולים, כגון ביקור רופא בבית המבוטח (לחולים שאינם מרותקי בית, המוכרים ליחידה לטיפולי בית של הקופה), וטיפולים מתחום הפרעות קשב וריכוז. מקור מימון אפשרי נוסף הוא העלאת רף ההכנסה העליון לעניין חישוב מס הבריאות (תשלום גבוה יותר לבעלי הכנסות גבוהות); וכן שימוש בחלק מההכנסות המתקבלות מתשלומי מס על סיגריות ו/או השלמות מימון על-ידי המדינה.

3) טיפול בחסמים משותפים

מידע: ארגון מחדש של הכללים לזרימת מידע במערכת הבריאות עשוי להביא לשינוי מהותי בהתנהגות צרכנים ונותני שירות כאחד. בכל הקשור לצרכנים, מומלץ להביא לכך שמידע על חינוך לבריאות יוכן בשפות שונות, יהיה מותאם תרבות ובעל זמינות גבוהה לרשות המבוטחים. שיטה זו תגדיל את הסיכוי להשפיע על התנהגות בריאותית של קהל היעד. מעבר למידע כתוב, מומלץ לחייב את נותני השירות העיקריים להגיש שירותי תרגום מקצועיים "בזמן אמת" במסגרת מרפאות בקהילה ובבתי-החולים, על מנת לייעל את התקשורת בין מטפלים למטופלים.⁹³ גם במסגרת מערכת האשפוז מידע מותאם תרבות ושירותי תרגום יגבירו את ההבנה ואת ההיענות לטיפול, וסביר להניח שאף יקטינו את היקף האשפוזים החוזרים והסיבוכים הרפואיים הנובעים מחוסר היענות.

⁹² אפשרות נוספת – הקטנת התקרה לחולים אלה לכדי מחצית מהתקרה הנהוגה לחולים כרוניים שאינם מקבלים הבטחת הכנסה.

⁹³ לדוגמה European Migrant Friendly Hospitals – ראה: <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>

מומלץ שהמחלקה לחינוך לבריאות במשרד הבריאות תופקד על הכנת חומרים מתואמי תרבות בשיתוף עם גורמים מקצועיים מהקופות, מהאקדמיה, ומהמגזר הפרטי. ההפצה תהיה ביוזמת הקופות בבתי החולים ובאתרים נוספים שייקבעו. גם מומלץ להרחיב את תחום פעילותה של מחלקה זו, כך שהיא תרכז מידע אודות תכניות התערבות ומידע רלוונטי למנהלים ולנותני שירות. את ההמלצות הנוגעות למידע לצרכנים ניתן ליישם באמצעות עדכון ואכיפה של סעיפי החוק הרלוונטיים ותקנות משרד הבריאות. מידע אפידמיולוגי אודות תחלואה לפי קבוצות יעד ייאסף באמצעות המרכז הלאומי לבקרת מחלות. כמו כן, מומלץ להביא לכך, שמדדים שהוזכרו לעיל בסעיף "תמריצים" למדידת ההישגים של הקופות ובתי-החולים, יובאו לידיעת הציבור הרחב, כדי לעודד תחרות ולהגביר את השקיפות. ככל שתגבר השקיפות תגבר גם התחרות בין נותני השירות ותשתנה התנהגותם, כך שהם יהפכו למכווני מטרה (שתוגדר מראש) ולמכווני שירות.

4) הכשרת אנשי מקצועות הבריאות

התייחסות מעטה בלבד מוקדשת לאי-שוויון בבריאות בתהליכי ההכשרה של אנשי מקצועות הבריאות. כך גם לצורך בהתאמת פעילותם לרקע החברתי-תרבותי של המבוטח. יש מקום להכללת ה"כשירות התרבותית" בתכניות הלימודים של כלל מקצועות הבריאות, לעגן זאת בתקנות⁹⁴ ולהטיל את האחריות על כל המוסדות העוסקים בהכשרת אנשי מקצוע. מרכיב חשוב ביותר הוא הכשרתם של אנשי המקצוע, שסיימו את הכשרתם הבסיסית ועובדים בשירותי הבריאות השונים, בקהילה ובמערכת האשפוז. לאור החסר הקיים כיום בהכשרה מסוג זה, יש מקום להעמיד בראש סולם העדיפויות הכשרת מורים, המסוגלים ללמד את הנושאים ויכולים להקנות את הכלים הדרושים. יש להדגיש, שבמדינות מערביות קיים ניסיון בתחום זה אשר ניתן להסתייע בו. יש להכיר בכך שההתערבות הזו דורשת זמן ולפיכך שינוי במיומנויות של אנשי המקצוע, לכיוון של כשירות תרבותית, הנו יעד ארוך טווח.

ב. טיפול ממוקד בנושא נבחר

תכנית הפעולה שהצענו עד כה כוללת הפעלה של מנופים, אשר עשויים להביא באופן הדרגתי לשינוי רב-ממדי, שיסייע בצמצום חסמים כלכליים ותרבותיים הקיימים במערכת הבריאות. בנוסף לכך, בחרנו להמליץ על טיפול בנושא ממוקד, המאופיין בפערים משמעותיים ביותר בין קבוצות

⁹⁴ כגון תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות, תשל"ג-1973).

ההכנסה, המהווה במצבו הנוכחי נטל כבד על המשק. מדובר בצורך להתמודד ברמה הלאומית עם סוגיית בריאות הפה והשיניים של תושבי ישראל⁹⁵.

רפואת השיניים מהווה מעין מעבדה לאומית לשיקוף התוצאה של מערכת בריאות, הממומנת באופן מוחלט כמעט על-ידי משקי הבית, עם מידה זעירה ביותר של מעורבות המדינה – מצב זה הוא ללא תקדים באף מדינה אחרת בעולם המערבי. מדינות בהן קיים סל בריאות ממלכתי, במימון ציבורי, כוללות בו מרכיב משמעותי של שירותים בתחום בריאות הפה והשיניים. אפילו בארה"ב, המגבילה למינימום את מעורבות המדינה בשירותים חברתיים, קיימים שירותי בריאות השן במימון המדינה לאוכלוסיות חלשות כלכלית (במסגרת ה-Medicaid).

בישראל, ההוצאה על רפואת שיניים גבוהה מאוד ומשקי הבית נושאים בלמעלה מ-95 אחוז ממנה. התשומות המושקעות כיום בישראל ברפואת הפה והשיניים⁹⁶ גבוהות יחסית אולם התוצאה דלה. התחלואה הדנטלית גבוהה יחסית והפערים בין קבוצות האוכלוסייה גדולים ביותר. באומדן זהיר, שנערך במרכז טאוב נמצא, כי ערך שעות עבודה אבודות, כתוצאה מבעיות דנטליות מגיע לכדי 600 מיליון ש"ח לשנה. תחלואה בתחום רפואת השיניים במונחים של DALY's (Disability-Adjusted Life Years Lost) עולה על מחלות כגון קטרקט, גלאוקומה, מחלות עור ומחלות רבות נוספות. מדינות אירופה הכירו במחויבותן לבריאות הפה והשיניים של אזרחיהן ולכן קיימות בהן תכניות בריאות ממלכתיות, הכוללת את רפואת שיניים בסל השירותים הממלכתי. במצב זה הנגישות לקבלת השירותים קלה יותר והפערים בין קבוצות האוכלוסייה קטנים יותר. בישראל, עד כה, המדינה לא קיבלה על עצמה אחריות בתחום זה. אפילו האחריות המצומצמת, שהוטלה על משרד הבריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (שירותי בריאות השן לתלמיד), איננה ממומשת במרבית היישובים, וגם באלו בהם קיים השירות הוא מנוהל לכאורה באופן לא שוויוני.

בתחום זה מומלץ לממש מיידית את המחויבות הקיימת כיום בחוק לגבי טיפולי שיניים לתלמידים ואף לשקול את העברת שירותי בריאות השן לתלמיד לסל השירותים שבתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. עוד מומלץ בשלב זה, לספק שירותי בריאות שן לילדים בגן חובה ולתלמידי בתי-ספר בגיל 5-9 על פי סל שירותים מוגדר, וכן

⁹⁵ להרחבה בעניין זה – ראה חורב, מן, 2007.

⁹⁶ במונחים של ההוצאה הלאומית והיקף כוח האדם.

לקשישים מגיל 67 ומעלה, הזכאים להבטחת הכנסה⁹⁷. כמו כן, יש לפעול בדחיפות להקמת מאגר מידע אפידמיולוגי דנטלי ולניטור מתמיד של מצבי חולי בתחום זה, ובמקביל לפעול בתחומים כגון – חינוך לבריאות (מותאם תרבותית), והרחבת ההפלה של מי השתייה. צעדים אלה במשולב יתרמו לצמצום פערים ולהפחתת תחלואת הפה והשיניים וישפרו את איכות החיים של האוכלוסייה בישראל.

5. סיכום

הפערים במערכת הבריאות בישראל משתקפים בהיבטים שונים של מערכת הבריאות, הן בתשתיות והן בתהליכים, כגון באופן הספקת השירות, בקידום הבריאות ובמניעה והן בתוצאה הבריאותית. המצב מדאיג לא רק מעצם חומרתם של הפערים הקיימים אלא גם בשל המגמה הנמשכת של התרחבותם, הניכרת במדדים מרכזיים, כגון תוחלת חיים, תמותה כללית ותמותת תינוקות. כישלונה של המדינה ככלל ושל מערכת הבריאות בפרט, בהתמודדות עם אי-השוויון, מודגש עוד יותר על רקע ההיבטים הבאים:

- א. הפער במדדים חברתיים (כגון הכנסה והשכלה), הממקם את ישראל גבוה מאוד בין מדינות העולם המפותח ברמת אי-השוויון החברתי, הולך ומתרחב. אולם, בשונה מאותן מדינות, בישראל לא קיימת מדיניות לאומית יעילה, המכוונת לצמצום פערים אלה.
- ב. במערכת הבריאות אין כל מדיניות, מוצהרת או כתובה, בנושא אי-שוויון בבריאות.
- ג. לקופות-החולים אין היום כמעט מחויבות, על פי החוק, לספק באופן יזום שירותי מניעה לקבוצות חלשות; וקבלת חלק משירותי המניעה, הכלולים בחוק, מותנית בתשלומי השתתפות עצמית.
- ד. ישנה עלייה נמשכת באחוז ההוצאה הפרטית של משקי הבית על בריאות. שיעור המימון הפרטי בהוצאה לבריאות מתוך סך ההוצאות לבריאות בישראל הוא מהגבוהים בעולם.
- ה. נמשכת המגמה של ויתור על שירותי בריאות, בשל התשלום הכרוך בקבלתם; וחוסר ביכולתם של מבוטחים, שהכנסתם נמוכה, לרכוש תרופות או לקבל שירות רפואי נחוץ.

⁹⁷ לפירוט התכנית המלאה וסל השירותים המוצע – ראה חורב, מן, 2007.

- ו. העדר הכשרה מתאימה ומיומנויות של אנשי מקצועות הבריאות, לספק שירותים המותאמים תרבותית לאוכלוסייה הרבגונית וההטרוגנית של המדינה.
- ז. קיימת עלייה בחוסר שביעות הרצון של הציבור בכל הקשור לתפקוד מערכת הבריאות.

כאמור, פתרון בעיית אי-השוויון בבריאות לא נמצא אך ורק במגרשה של מערכת הבריאות. אולם, במסגרת עבודה זו, הגבלנו את ההצעות לפעולות המצויות בשליטתה של מערכת זו. מגבלות התקציב ידועות, אולם לדעתנו יש לסוגיה של צמצום פערים בבריאות חשיבות ערכית ומשמעות רבה ביותר לתחושת הלכידות החברתית ולחוסנה החברתי של המדינה, וזאת בנוסף להיבטיה הכלכליים. אנו מאמינים, שהמדינה צריכה להציב לעצמה כמטרה בנייה של תכנית לאומית, אשר תימדד בכלים כמותיים ותשאף להביא למפנה בהתייחסות למצב הבריאות ולנגישות לשירותי בריאות של אוכלוסיות חלשות ככלל. אין להסתפק בתכנית קהילתית בעלת השפעה מוגבלת. אימוץ של תכנית מעין זו הנו בעל חשיבות רבה גם אם התכנית תיושם בשלבים על פני מספר שנים. העבודה הנוכחית הציגה מוקדים עיקריים של אי-שוויון במערכת הבריאות והעלתה הצעות להתמודדות עם הבעיה. ניסינו להימנע מחיפוש אחר פתרונות נקודתיים ושאפנו להתוות מסגרת לתכנית לאומית שתסייע למקבלי החלטות. ניתן לקבלה כמקשה אחת או ליישם אותה בהדרגה במסגרת תכנית רב-שנתית. בכל מקרה, אנו מקווים שעבודה זו תשמש כזרז לחשיבה מחודשת ולהאצת הפעילות, ברמה הלאומית, החיונית כל כך לצמצום הפערים במערכת הבריאות.

מקורות

- איזק, ד'. (1998). פרוגנוזה של סרטן השד בנשים בירושלים. "עבודת תזה לתואר MPH בבית-הספר לבריאות הציבור, ירושלים.
- אפשטיין ל', גולדווג ר', איסמעיל ש', גרינשטיין מ', רוזן ב'. (2006). צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותכנית פעולה. מאיירס ג'וינט – מכון ברוקדייל, דמ-480-06, ירושלים.
- ברג א', חורב ט', זוסמן ש' פ'. (2001). שביעות רצון, מאפייני איכות והפנייה לשירותי רפואת-שיניים בישראל. *הרפואה*. כרך 140, י"ב, 1151-56 (דצמבר).
- ברג-ורנר א', חורב ט', זוסמן ש' פ'. (2004). בריאות השן ושימוש בשירותי בריאות השן בקרב קשישים. *גרונטולוגיה*, 31(1): 43-53.
- ברמלי-גרינברג ש', רוזן ב', גרוס ר'. (2006). תשלומי אגרת ביקור. מהו גודל הנטל ומי נושא אותו? מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות. דמ-470-06, ירושלים.
- גרוס ר', ברמלי-גרינברג ש', מצליח ר'. (2007). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מאיירס ג'וינט – מכון ברוקדייל, דמ-487-07.
- (2005). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003 והשוואה לשנים קודמות. מאיירס ג'וינט – מכון ברוקדייל, דמ-05-455.
- גלזר ק', ברמלי-גרינברג ש'. (2007). מדדי איכות בענף הבריאות: האם הם מגבירים את היעילות או מחמירים את העיוות בהקצאת משאבים? מכון ון-ליר, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס). (2006). *שנתון סטטיסטי לישראל מס' 57*.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) ומשרד הבריאות. (2006). פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002, פ"מ מס' 1270. ירושלים, מאי.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. (2003). פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים. כנס ים המלח הרביעי. דו"ח סופי. יולי.
- חורב ט'. (2004). השתקפותה של מדיניות בריאות בראי החקיקה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי.

- חורב ט', מן י'. (2007). בריאות הפה והשיניים: אחריות המדינה לתושביה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, יולי.
- לוינסון ד', חקלאי צ', שמש ע', גרינשפון א', בן נון ג'. (2004). סקר בריאות לאומי 2004-2003 – בריאות גופנית ונפשית. הרפואה, כרך 143, ו' (יוני). מרכז טאוב (2004). השפעת מימון שירותי הבריאות על השוויוניות. בתוך י. קופ (עורך). הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2004 (148-151). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- (2006). ממצאים מתוך הסקר החברתי – 2006. בתוך י. קופ (עורך). הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 2006. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- משרד הבריאות. (2007). כוח אדם במקצועות הבריאות 2006. ירושלים.
- (2005). דו"ח תמותת תינוקות וילדים מתחת לגיל 5, ירושלים.
- בריאות בישראל 2005, ירושלים.
- בריאות בישראל 2001, ירושלים.
- משרד הבריאות והלמ"ס, סקר בריאות לאומי 2004-2003.
- משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות. (2007). תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דו"ח לציבור עבור השנים 2004-2006. בהשתתפות ארבע קופות-החולים בישראל. מנהלת התכנית: פרופ' אבי פורת, פרופ' גדי רבינוביץ, ענת ריסקין סגל – אוניב' בן-גוריון בנגב, אפריל.
- משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. (2006). דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2005-2006. פרסום 301. ירושלים.
- (2003). סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון (מב"ת) 2001-1999. חלק א' ממצאים כלליים. ירושלים. פרסום 225.
- רנרט, ג'. (2004). התכנית הלאומית לגילוי מוקדם של סרטן השד. דו"ח מצב לשנת 2004 (ומידע אישי נוסף שנמסר על-ידי המחבר).
- שמש ע'. רסולי א'. (2003). בריאות הקשישים בקהילה. מתוך נתוני סקר בני 60 ומעלה, 1997-98, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. משרד הבריאות, ירושלים.

Adut, R, Mann, J, Sgan Cohen, H.D. (2004). Past and present geographic location as oral health markers among older adults. J. Public Health Dent. 2004 Fall; 64(4):240-3.

- Agren, G. (2003). *Sweden's New Public Health Policy*. (Rep. No. 45). National Institute of Public Health, Stockholm.
- Betancourt, J.R.; Green, A.R.; Carrillo, J.E.; and Park, E.R. (2005). Cultural Competence and Health Care Disparities: Key Perspectives and Trends. *Health Affairs* 24:499-505.
- Board of Health Services Policy, Institute of Medicine. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. The National Academies Press, Washington, D.C.
- United States Department of Health and Human Services. 2004. National Healthcare Disparities Report: Summary. <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr03/nhdrsum03.htm>
- Cohen,MP, Stern E, Rusecki Y, Zeidler A. (1988). High prevalence of diabetes in young adult Ethiopian immigrants to Israel. *Diabetes* 1988 Jun; 37(6):824-8
- Cohen AM. (1961). Prevalence of diabetes among different ethnic Jewish groups in Israel.
- Cohen, AM., Bavly,S. Poznanski,R. (1961).Change in diet of Yemenite Jews in relation to diabetes and ischemic heart disease. *The Lancet* ii: 1399-1401.
- Davies AM. (1972). The health of Israel: Preventive Medicine in a developing society. *Preventive Medicine* 1:121-140.
- Donabedian A. (1980) Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (vol.1).Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan.
- Doran T. Fullwood C. Gravelle H. et al. (2006). Program in Family Practice in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 355:375-84.
- Dreyfuss, F., Hamosh, P., Adam, YG. Kallner,B. (1962). Coronary heart disease and hypertension among Jews immigrated to Israel from the Atlas Mountain region of North Africa. *Am.Heart J.* 62:470-477.
- Epstein, L. (1979). Ischemic heart disease in Israel: Changes over 30 years. *IsrJ.Med.Sci.* 15:993-998.

- Epstein, L., Zaaroor, M. (1982). Mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease in Israel 1969-1978. *STROKE* 13:570-573.
- Farr, W. Letter to the Registrar General. In the First Annual Report of the Registrar General. London, General Register Office, 1839.
- Glazer J. McGuire T.G. (2006). Optimal Quality Reporting in Markets for Health Plans. *Journal of Health Economics*, 25(2):295-310
- Hamlin, C. (1995). Public Health Then and Now: Could You Starve to Death in England in 1839? The Chadwick-Farr Controversy and the Loss of the "Social" in Public Health. *American Journal of Public Health*, June 1995, Vol. 85, No. 6. 856-66.
- Horev T. Pesis-Katz I. Mukamel DB. (2004). Trends in Geographic Disparities in Allocation of Health Care Resources in the US. *Health Policy*, 68(2):223-232.
- Jaffe, 2002, personal communication.
- Mackenbach, J.P.; Bakker, M.J.; Sihto, M.; and Diderichsen, F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic Inequalities in Health. In: *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, Mackenbach, J.P.; and Bakker, M. (eds.), pp. 25-49. Routledge, New York.
- Manor O, Eisenbach Z, Friedlander Y, Kark JD. (2004). Educational differentials in mortality from cardiovascular disease among men and women: the Israel Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol*. Aug; 14(7):453-60.
- Report on the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, U.S.S.R., September 1978, Geneva. Health for All Series No. 1. World Health Organization, 1978.
- Rosental MB. Frank RG. Li Z. et al. (2005). Early Experience with Pay-for-Performance: From Concept to Practice. *JAMA*; 294(14): 1788-93.
- Rubinstein, A., Graf E., Villa Y. (1993). Prevalence of diabetes mellitus in Ethiopian immigrants: comparison of Moses and Solomon immigrations. *Isr J Med Sci*. Jun-Jul; 29(6-7):344-6.
- The Black Report: Inequalities in Health Report of a Research Working Group. DHSS 1980. London.

- Toor, M., Katchaksky, A., Agmon, J., Allalouf, D. (1957). Serum lipids and atherosclerosis among Yemenite immigrants in Israel. *The Lancet* i:1270-1273.
- United Kingdom Department of Health. (2003). *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*. Department of Health Publications, London.
- United States National Institute of Medicine. (2003). *Unequal Treatment; Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington, D.C.
- Wanless, D. 2003. *Securing Good Health for the Whole Population*. HM Treasury, London.
- Werner RM, Asch DA. (2005). The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *JAMA*; 293:1239-44.
- Whitehead, M. (1998). Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. *The Milbank Quarterly* 76(3):469-492.
- Zusman, S. P., Ramon, T., Natapov, L., Kooby, E. (2005). Dental Health of 12 year olds in Israel – 2002. *Community Dental Health*: 22: 175-179.