

משרד הבריאות

מסמך רקע להתייעצות בנושא

אי שוויון בבריאות

יולי 2016



בישראל, בדומה למדינות נוספות, קיימים פערים גדולים בבריאות בין קבוצות חברתיות שונות על רקע מעמד חברתי-כלכלי, לאום, דת ודתיות, מקום מגורים ועוד. משרד הבריאות מוביל מאז שנת 2009 פעילות ייעודיות לצמצום אי-שוויון ותוכניות התערבות אסטרטגיות בנושא מאז שנת 2011.

במהלך העשור האחרון נרשמה בעולם ובישראל, קפיצת מדרגה במדידה ובהבנה של היקף הבעיה אך פחות ביכולת להתמודד איתה.

לכן אנחנו מבקשים להתייעץ.

משרד הבריאות פעל בשנים האחרונות כדי לצמצם אי שוויון בבריאות, וכעת אנו מבקשים לבצע קפיצת מדרגה. מה הם המנופים העיקריים שיסייעו בהשגת השינוי? אילו עקרונות עבודה צריכים להנחות אותנו?

התוצאה: צמצום פערים בבריאות ובשירותי הבריאות בכל חתכי האוכלוסייה.

מהו אי שוויון בבריאות? פערים הניתנים למניעה במצב הבריאות בין קבוצות חברתיות שונות על רקע מעמד חברתי-כלכלי (השכלה, הכנסה, תעסוקה), לאום, דת, דתיות, אזור מגורים, מוצא, תנאי חיים ועוד. הפערים מחמירים כאשר גורמים אלו משולבים. נהוג לזהות "מדרון חברתי-כלכלי" בבריאות - ככל שאדם מצוי בעמדה "גבוהה" יותר במעמדו החברתי-כלכלי, כך הוא יהיה בריא יותר. כיום מושם דגש על ההשפעה של הגורמים החברתיים על בריאות - התנאים להם אנשים נולדים, בהם הם גדלים, עובדים ומזדקנים - כבעלי ההשפעה הגדולה ביותר על יצירת אי-שוויון בבריאות.

מהו אי שוויון בשירותי בריאות? מערכת הבריאות ומאפייניה - היקף ואופי המימון, המבנה שלה, פרישת השירותים, נגישותם וכדומה - משפיעים על השוויון בזמינות ובנגישות של שירותי הבריאות. פערים בשירותי בריאות נובעים מהבדלים בהיקף ובזמינות התשומות המושקעות בהשוואה בין אוכלוסיות או אזורים (למשל בתקציב או בתקנים), בהבדלים בפרישה ובזמינות של שירותי הבריאות הניתנים (למשל בתשתיות פיזיות, במרפאות או במיטות) או בהבדלים בשימוש בשירותי הבריאות (למשל הגעה לבדיקות או צריכה נמוכה וויתור על שירותים).

אנחנו לא מתחילים מבראשית...

על-פי הספרות¹, ישנם מספר עקרונות יסוד להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות. בין היתר:

התערבות המשלבת בין תחומים ועבודה בין-מגזרית ובין משרדי ממשלה.	התייחסות לכל מעגל החיים (life cycle approach)	התערבות לאורך כל "המדרון החברתי-כלכלי" בבריאות, לצד התמקדות באנשים הנמצאים בקצה הנמוך.	התייחסות לגורמים החברתיים לבריאות - התנאים בהם אנשים נולדים, גדלים, חיים, עובדים ומזדקנים.
---	---	--	--

בעולם נעשו שורה של פעולות להתמודדות עם אי שוויון בבריאות. באנגליה למשל

החלו בפיתוח אסטרטגיה להתמודדות עם פערים בבריאות כבר בשנת 1997. תחומי ההתערבות שהוגדרו כללו פעולות מגוונות הנוגעות לגורמים החברתיים לבריאות וכן פעולות שהתמקדו במערכות גדולות ובפעילות בקרב קהילות. הפעילות לצמצום אי-שוויון בבריאות באנגליה כללה התמודדות רחבה והוליסטית עם עוני בקרב ילדים, פעילות לטובת שיקום שכונות ואזורי מצוקה, מניעת פשע ואלימות, ועוד. **בשנים האחרונות עברה התוכנית שינויים.** בשנת 2010 חוקק חוק השוויון (equality act) ובשנת 2012 חוק הבריאות והרווחה (The Health and Social Care Act) שהשפיע עמוקות על מבנה מערכת הבריאות האנגלית. במסגרת חוק השוויון הוגדרה מחויבות סטטוטורית למגזר הציבורי לקידום השוויון ולמניעת אפליה. במסגרת חוק הבריאות והרווחה הוגדרו חובות המתייחסות לאחריות של כל ארגון **לתכנון** התערבויות לקידום השוויון, **לבצע הערכה** על התקדמות ו**לדווח** אודותיה. בתוכנית העבודה של משרד הבריאות האנגלי לשנים 2013-2014 נכללו יעדים הקשורים לצמצום אי-שוויון בשנות החיים הראשונות -

¹ ראו למשל: The equity action spectrum: taking a comprehensive approach, Guidance for addressing inequities in health – World Health Organization approach 2014 (מחוברת בלישור)

נשים הרות, נערות ופעוטות, לצד פעולות נוספות הקשורות בבניית היכולת של המוסדות ונותני השירות להטמיע היבטים של קידום השוויון בכל מדיניות ממסדית ובכל פעילות ארגונית.

פעילות משרד הבריאות בישראל לצמצום אי השוויון

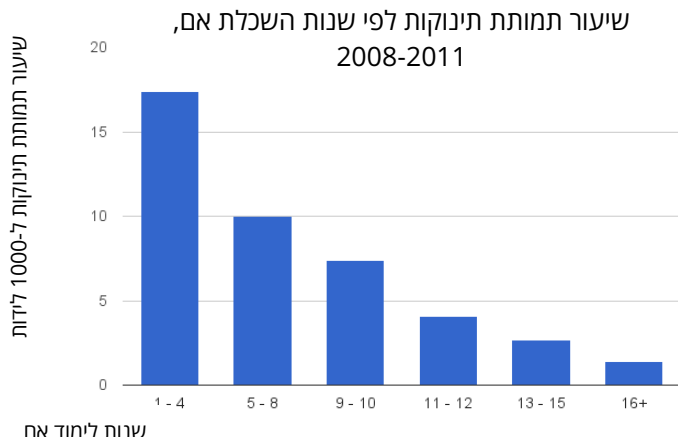
עמוד האש של משרד הבריאות לצמצום אי-שוויון בבריאות לשנים 2011-2014 הגדיר שישה יעדים, כאשר ארבעה מהם התמקדו בהסרת חסמים בנגישות ובזמינות של שירותי הבריאות, ושניים בטיפוח היכולת של מערכת הבריאות ועובדיה להתמודד עם אי-שוויון. במסגרת הפעולות שננקטו במשרד עד כה, הושם דגש על ארבעה רכיבים מרכזיים ובוצעו שורה של פעולות, מהם [\(לפירוט כלל הפעילויות\)](#):

צמצום פערים על רקע נגישות כלכלית:	צמצום פערים על רקע הבדלי תרבויות:	צמצום פערים על רקע הבדלים בזמינות שירותים ופריסת כוח אדם:	כלים, תמריצים, בקורות וידע:
<p>בין היתר:</p> <ul style="list-style-type: none"> ביטול אגרת "טיפת חלב" הכללת שירותי בריאות שן בסל שירותי הבריאות הממלכתי הקטנת ההשתתפות העצמית על תרופות גנריות. 	<p>בין היתר:</p> <ul style="list-style-type: none"> הגדרת הסטנדרט: חוזר מנכ"ל בנושא הנגשה תרבותית לשונית הקמת מוקד תרגום רפואי סימולטני כלים להכשרת צוותי בריאות וסטודנטים בנושא. 	<p>בין היתר:</p> <ul style="list-style-type: none"> תוספות שכר ומענקים לרופאים בפריפריה הקמת מבנים חדשים ושדרוג והרחבת מחלקות בבתי חולים בפריפריה פתיחת מסלולי לימוד ייעודיים, מתן תעודות בסטאז' ותמיכה כלכלית ואקדמית לסטודנטים ערבים ועוד. 	<p>בין היתר:</p> <ul style="list-style-type: none"> הכנסת רכיב גיאוגרפי לנוסחת הקפיטציה. מבחני תמיכה בקופות החולים לעידוד פעילות לצמצום אי-שוויון הקמת מרכז ידע בנושא אי-שוויון בבריאות הפקת חוברת וכנס שנתיים.

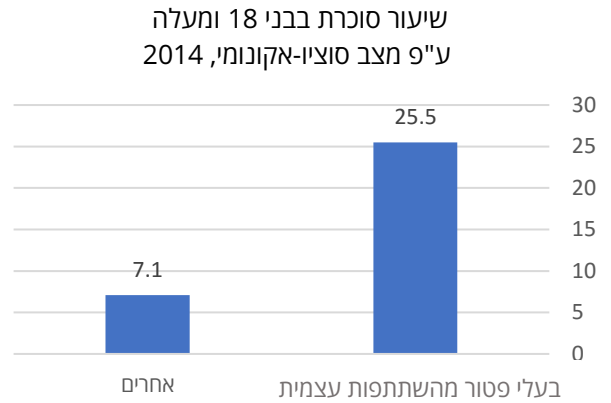
גם קופות החולים ובתי החולים פועלים במטרה לצמצם אי-שוויון. בכל אחת מקופות החולים מונה ממונה על שוויון וכן נעשתה עבודה ייעודית בנושא, הכוללת בין היתר: תכניות ייעודיות לצמצום אי-שוויון בין מרפאות באזורים בעלי מאפיינים סוציו-אקונומיים נמוכים למרפאות האחרות במדדי בריאות, התנהגויות בריאות וצמצום פערי שימוש בשירותי בריאות; תכניות התערבות ייעודיות בקופות לעידוד פניה של אוכלוסיות יעד לשירותי מניעה (דוגמת חיסונים או ממוגרפיה) וטיפול (למשל סוכרת בקרב יוצאי אתיופיה או מחלות לב בקרב ערבים); תיגבור תשתיות פיזיות וכוח אדם באזורי פריפריה גאוגרפית והנגשת שירותים מרוחקים (הסעות, הפעלת ניידות, טלה-רפואה וכדו'); הכשרה של צוותים בתחום הכשירות התרבותית, ועוד. **בתי החולים** פועלים גם הם לטובת צמצום אי-שוויון, באמצעות הנגשה של שירותים מבחינה שפתית ותרבותית, פעילויות קידום בריאות מול הקהילה, הכשרות לאנשי סגל בנושא, משיכת כוח אדם לטובת עבודה בפריפריה, פיתוח ורכישה של תשתיות פיזיות ומכשור ועוד [לפירוט נוסף ראו [דו"חות אי-שוויון בבריאות](#)].

דוגמאות לאי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות

קיימים נתונים רבים אודות הביטויים של אי-שוויון בבריאות. הפערים באים לידי ביטוי בהבדלים בין קבוצות חברתיות בתחלת חיים, תמותה, תחלואה, התנהגויות בריאות, שימוש בשירותי בריאות ועוד.

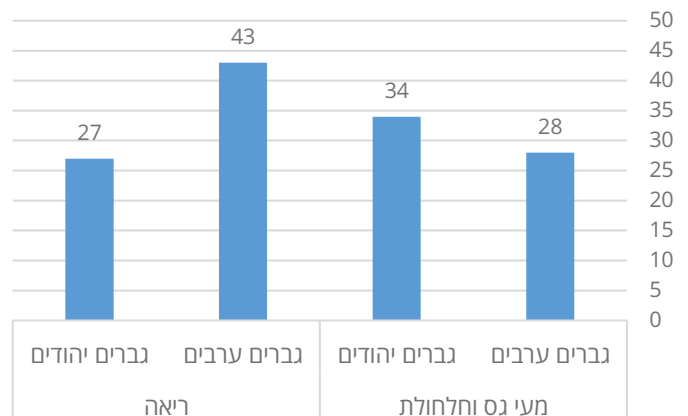
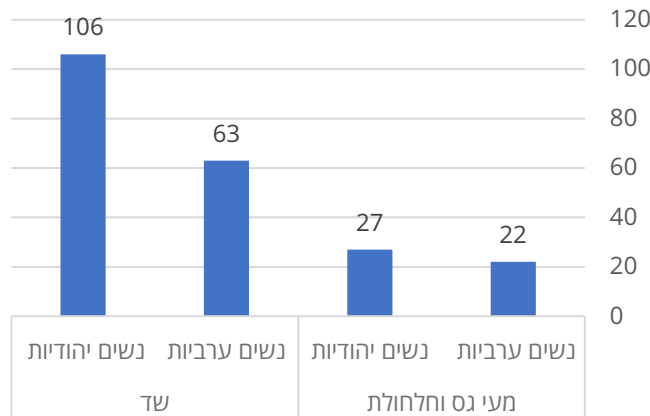


מקור: נתונים לאומיים על תמותת תינוקות בישראל, המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור.



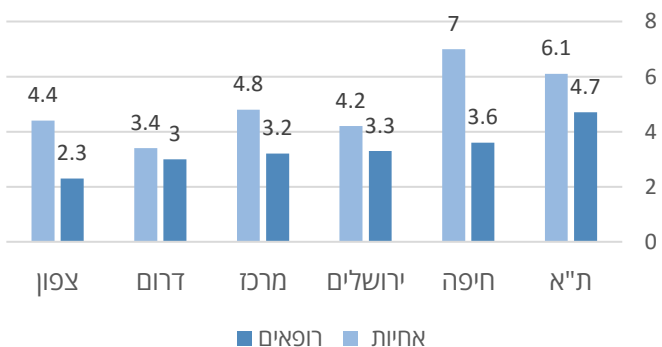
מקור: דוח התוכנית הלאומית למדדי איכות הרפואה בקהילה בישראל, 2012-2014

מקרים חדשים של תחלואה מסרטן 2010-2012, מתוקנן ל-100,000 נפש



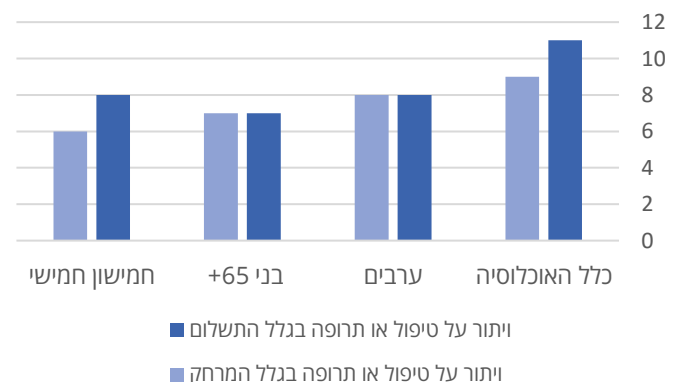
מקור: אי שוויון בבריאות והתמודדות עימן, משרד הבריאות

שיעור הרופאים והאחיות (המוסמכות והמעשיות) ל-1,000 נפש, לפי מחוז, 2012-2014



מקור: כוח אדם במקצועות הבריאות 2014, משרד הבריאות

יותר על טיפול או תרופה בגלל תשלום ומרחק, 2014



מקור: דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2014 בהשוואה ל-2012, מאירס-גינט-סכונ ברוקדייל, 2015

ריבוי הנתונים אודות פערים בבריאות מצביעים על תמונת מצב מורכבת ביחס לפערים לאורך השנים. בחלק מהמקרים, ניתן לזהות הרעה במצב הפערים, בחלק יציבות ובחלק מהמקרים שיפור. בחינת הפערים תלויה גם בנקודת המבט - הסתכלות על הבדלים מוחלטים לעומת הבדלים יחסיים משנה לעתים את תמונת המצב. למשל:

תוצאי בריאות	תשומות בריאות	שימוש בשירותי בריאות	נגישות לשירותי בריאות
בעוד שהפער המוחלט בשכיחות סוכרת בין אוכלוסייה במצב כלכלי נמוך (בעלי פטור מהשתתפות עצמית) לאחרים גדל בין 2003 ל- 2012, הפערים היחסיים הצטמצמו מעט מפי 4.7 לפי 4.5	שיעור הרופאים ל-1,000 נפש במחוז צפון ודרום עמד על 2.4 ו- 2.7 (בהתאמה) לעומת ממוצע ארצי של 3.5 בשנים 2001-1999. נכון ל-2012-2014 שיעור הרופאים בצפון ודרום עמד על 2.3 ו- 3.0 לעומת ממוצע של 3.3 קרי- הדרום השתפר ביחס לממוצע, והצפון נשאר באותו המצב היחסי.	שיעור ביצוע בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54 גבוה יותר בקרב אוכלוסייה במצב חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור מהשתתפות עצמית) בהשוואה לאחרים. בין 2004 ל-2013 האוכלוסייה החזקה צמצמה פערים, וחלה ירידה מהבדל של-10% לטובת המעמד הנמוך, ל-6%.	הפערים היחסיים בין החמישון התחתון לממוצע החמישונים בוותור על טיפול רפואי בגלל עלותו קטנו מפי 1.8 לפי 1.5 בין השנים 1995 ל-2012 וביחס לוותור על תרופה בגלל התשלום מפי 1.9 ל-1.8, בהתאמה.

חרף הפעילות הענפה של מערכת הבריאות, אי-שוויון בתוצאי בריאות עודנו ניכר. על כן אנחנו מבקשים להתייעץ:

משרד הבריאות פעל בשנים האחרונות כדי לצמצם אי שוויון במערכת, וכעת אנו מבקשים לבצע קפיצת מדרגה. מה הם המנופים העיקריים שיסייעו בהשגת השינוי? אילו עקרונות עבודה צריכים להנחות אותנו?

Impact.health.gov.il

הפניות למקורות

- דוחות אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, שנים שונות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות [זמין בקישור].
- התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2014-2012. משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, מועצת הבריאות [זמין בקישור].
- דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2014 בהשוואה ל-2012, מאירס-ג'וינט-מכון בחקדייל, 2015 [זמין בקישור]
- כוח אדם במקצועות הבריאות 2014, משרד הבריאות [זמין בקישור]