

אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו

2010

כתיבה ועריכה: אמה אברבוך, ניר קידר, טוביה חורב

האגף לכלכלה וביטוח בריאות
משרד הבריאות
רח' בן טבאי 2, ירושלים 93591
טל: 02-6705963/5846
דואר אלקטרוני: emma.averbuch@moh.health.gov.il

תודות

אנו מודים לכל מי שתרים להצלחת פרסום זה (לפי סדר א"ב):

ד"ר מיכה ברחנא – האגף לרישום סרטן, משרד הבריאות
גב' פמלה הורוביץ - תחום תכנון סקרים והערכה, משרד הבריאות
מר עידן הרשקוביץ - האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות
גב' שושי טרזיים - האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות
ד"ר דפנה לוינסון – האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
ד"ר חסיה לובצקי – אוניברסיטת בן גוריון
גב' דיאנה נקמולי-לוי – תחום תכנון סקרים והערכה, משרד הבריאות
ד"ר דוד רייר – אוניברסיטת בר אילן
מר ראובן שטיינר – האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות
גב' ענת שמש - תחום תכנון סקרים והערכה, משרד הבריאות
פרופ' עמיר שמואלי – ביה"ס לבריאות הציבור ורפואה קהילתית הדסה
גב' אתי תורג'מן - האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

תוכן עניינים

רשימת לוחות

רשימת תרשימים

9	 דבר מנכ"ל משרד הבריאות
11	 תקציר
18	 הקדמה : התמודדות עם אי-השוויון בבריאות : אחריות לאומית וצו מוסרי
20	פרק 1. מאפיינים חברתיים ותרבותיים של החברה הישראלית כרקע וכמקור לאי-השוויון בבריאות
21	1.1 העוני ואי-שוויון כלכלי בישראל
24	1.2 חסמים כלכליים ברכישת שירותי הבריאות
25	1.3 הפריסה הגיאוגרפית של האוכלוסייה בישראל והשלכותיה על מתן שירותי רפואה
26	1.4 אי-שוויון אזורי ופיתוח שירותי הבריאות
28	1.5 ההרכב החברתי והתרבותי של החברה הישראלית וצרכי בריאותיים מיוחדים
31	1.6 חסמים תרבותיים בשימוש בשירותי הבריאות
34	פרק 2. אי-שוויון בבריאות : תמונת המצב
34	2.1 הבדלים בתוחלת חיים
36	2.2 פערים חברתיים ואזוריים בתמותה
39	2.2.1 התאבדויות : קבוצות סיכון עיקריות
41	2.2.2 פערים בתמותת תינוקות
45	2.2.3 פערים בתוחלת חיים ובתמותה לפי משתנים חברתיים : עיקר הממצאים
47	2.3 פערים בתחלואה לפי משתנים חברתיים
47	2.3.1 הבדלים בין קבוצות בתחלואה קרדיו-וסקולרית
51	2.3.2 פערים חברתיים בתחלואה בסוכרת ובאסתמה
55	2.3.3 תחלואה במחלות ממאירות : הבדלים גיאוגרפיים
56	2.3.4 תחלואה במחלות ממאירות לפי סוג המחלה וקבוצות אוכלוסייה
57	2.3.5 תחלואה נפשית
58	2.3.6 בריאות השן
59	2.3.7 הבדלים בהערכה עצמית של בריאות
63	2.3.8 מוגבלות גופנית
66	2.3.9 פערים בתחלואה לפי משתנים חברתיים : עיקר הממצאים
68	2.4 הבדלים בהתנהגות בריאותית וחשיפה לגורמי סיכון בין קבוצות אוכלוסייה
68	2.4.1 עיסוק בפעילות גופנית
68	2.4.2 עישון
72	2.4.3 עודף משקל והשמנה
74	2.4.4 שתיית אלכוהול ושימוש בחומרים פסיכו אקטיביים
79	2.4.5 פערים בהתנהגות בריאותית לפי משתנים חברתיים : עיקר הממצאים

81	פרק 3. אי-שוויון בפריסת שירותי בריאות: תמונת מצב	
81	3.1 כוח אדם מועסק במערכת הבריאות	
84	3.2 כוח אדם במקצועות בריאות בקהילה: היצע וזמינות	
89	3.3 אי-שוויון אזורי בפיזור מיטות אשפוז	
95	3.4 אי-שוויון בפריסת שירותי הבריאות: עיקר הממצאים	
96	פרק 4. השימוש בשירותי בריאות: זמינות, נגישות וצרכים מיוחדים	
96	4.1 שימוש בשירותי רפואה בקרב קבוצות חברתיות שונות	
98	4.2 שימוש בשירותי רפואה מונעת	
101	4.3 וויתור על טיפולים רפואיים	
103	4.4 שימוש בשירותי רפואת שיניים	
105	4.5 הנטל הכלכלי של הוצאות על בריאות ותרומתו לאי-השוויון בבריאות	
105	4.5.1 הוצאות משקי הבית על בריאות	
107	4.5.2 הוצאה לאומית לבריאות	
108	4.5.3 הוצאה לצמצום אי-שוויון בבריאות – האם זה משתלם כלכלית?	
109	4.6 הערכה של זמינות השירותים	
111	4.7 שימוש בשירותי בריאות: עיקר הממצאים	
112	פרק 5. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות	
112	5.1 משרד הבריאות	
114	5.2 התמודדות קופות החולים עם אי-השוויון בבריאות	
116	5.2.1 שירותי בריאות כללית	
121	5.2.2 מכבי שירותי בריאות	
123	5.2.3 קופת חולים מאוחדת	
125	5.2.4 לאומית שירותי בריאות	
126	5.3 רשויות מקומיות	
130	5.4 פעילות להתמודדות עם אי-השוויון: עיקר הממצאים	
131	פרק 6. סיכום	
133	ביבליוגרפיה	

רשימת לוחות:

25	לוח 1. אוכלוסייה לפי גיל, מחוז ונפה (אלפים) ממוצע 2008.....
27	לוח 2. שכר ממוצע חודשי ושנתי של שכירים, אחוז השכירים ששכרם אינו גבוה משכר המינימום ובלתי מועסקים לפי מחוז, 2007.....
48	לוח 3. דיווחו כי רופא אבחן אצלם מחלת לב (אי-פעם), שיעור ל- 100 תושבים.....
50	לוח 4. דיווחו כי רופא אבחן אצלם לחץ דם גבוה (אי-פעם), שיעור ל- 100 תושבים.....
53	לוח 5. דיווחו כי רופא אבחן אצלם סוכרת או סוכר גבוה בדם (אי-פעם), שיעור ל- 100 תושבים..
60	לוח 6. בני 20 ומעלה, לפי הערכה עצמית של בריאות ולפי תכונות נבחרות, 2007 (אחוזים).....
62	לוח 7. העריכו את בריאותם נפשית כטובה מאוד או מצוינת, 2003/2004, שיעורים ל- 100 תושבים.....
69	לוח 8. דיווחו כי עסקו בפעילות גופנית, שלוש פעמים בשבוע או יותר (ב- 30 הימים שקדמו לראיון), שיעורים ל- 100 תושבים 2003/2004.....
71	לוח 9. דיווחו על עישון של סיגריות כיום, לפחות פעם אחת ביום, שיעור ל- 100 תושבים, 2003/2004.....
73	לוח 10. מדד מסת גוף (BMI) של 30 ויותר על פי דווח עצמי של משקל וגובה, שיעור ל- 100 תושבים, 2003/2004.....
74	לוח 11. שיעור שימוש בשנה האחרונה, שתיית אלכוהול, השוואה בין ממצאים סקרים שונים – נוער לומד.....
75	לוח 12. שיעור שימוש בשנה האחרונה, שתיית אלכוהול, השוואה בין ממצאים סקרים שונים – מבוגרים.....
75	לוח 13. שיעורי שתיית אלכוהול באחוזים לפי סוגי בתי הספר.....
76	לוח 14. שיעורי השימוש באלכוהול "בשנה האחרונה" (באחוזים) לפי מקום המגורים.....
77	לוח 15. שיעור שימוש בשנה האחרונה, חומרים פסיכו אקטיביים, השוואה בין ממצאי סקרים שונים – נוער לומד.....
77	לוח 16. שיעור שימוש בשנה האחרונה, חומרים פסיכו אקטיביים, השוואה בין ממצאי סקרים שונים – מבוגרים.....
82	לוח 17. שיעור רופאים מועסקים לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת-שנתי שיעור ל- 1,000 נפש...
85	לוח 18. שיעור רופאים מועסקים בקהילה לפי מחוז, 2009/2010.....
104	לוח 19. ביקורים אצל רופא שיניים, אורתודנט או מומחה לחניכיים (במהלך שנה), שיעורים ל- 100 תושבים.....
105	לוח 20. הוצאה לתצרוכת בחמישונים של משקי בית, לפי הכנסה נטו לנפש סטנדרטית לחודש למשק בית, 2008.....

115	לוח 21. מבוטחים בקופות חולים לפי מאפיינים נבחרים.
-----	--

רשימת תרשימים:

21	תרשים 1. תחולת העוני במדינות נבחרות, 2005
22	תרשים 2. שיעור המשפחות העניות בישראל
23	תרשים 3. מדד אי-שוויון בהכנסות (מדד ג'יני) במדינות נבחרות, 2005
27	תרשים 4. אחוז בלתי מועסקים לפי מחוז, 2009
29	תרשים 5. אוכלוסיית ישראל לפי דת, 2008
30	תרשים 6. אוכלוסיית ישראל לפי יבשת לידה, 2008
35	תרשים 7. תוחלת חיים בלידה לפי נפות, 1998-2002
35	תרשים 8. תוחלת חיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומגדר, 1975-2009
36	תרשים 9. שיעורי תמותה מתוקננים לפי מדד חברתי-כלכלי (ישובים עם 10,000 תושבים ויותר), 1998-2002
37	תרשים 10. שיעור תמותה מתוקנן ממחלות לב, לפי נפה – בני 40+, ממוצע 1998-2002
38	תרשים 11. שיעורי תמותה מתוקננים ל-1,000 של יהודים ואחרים בני 45+, לפי מין ויבשת לידה, ממוצע 2005-2008
40	תרשים 14. אחוז ההתאבדויות של העולים מכלל ההתאבדויות
41	תרשים 15. תמותת תינוקות לפי מחוז, 1995/2009
43	תרשים 16. מגמות בשיעור תמותת תינוקות לאלף לידות חי, 1970-2008
43	תרשים 17. פער יחסי ואבסולוטי בשיעור תמותת תינוקות בין מגזר יהודי וערבי, 1970-2007
44	תרשים 18. שיעור תמותת תינוקות לפי סיבות נבחרות ודת, ממוצע 2005-2008
51	תרשים 19. אחוז חולי הסוכרת לפי גיל ופטור מביטוח לאומי, 2007
54	תרשים 20. שכיחות סוכרת בקרב עולי אתיופיה כפונקציה של משך השהות בישראל
54	תרשים 21. אחוז חולי אסתמה לפי גיל ופטור מביטוח לאומי, 2007
64	תרשים 22. מוגבלים לפי מאפיינים שונים
81	תרשים 23. שיעור רופאים מועסקים לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת-שנתי שיעור ל-1,000 נפש
83	תרשים 24. שיעור אחיות מוסמכות ומעשיות מועסקות ל-1,000 נפש
84	תרשים 25. שיעור מועסקים במקצועות עזר רפואיים ל-1,000 נפש
84	תרשים 26. רופאים שיניים מועסקים ל-1,000 נפש

85	תרשים 27. שיעור רופאים מועסקים בקהילה לפי נפה, שיעור ל- 1,000 נפש.....
86	תרשים 28. שיעורי רופאים ו FTE- ל- 10,000 מבוטחים לפי מחוז.....
87	תרשים 29. שיעורי של רופאים ראשוניים ומקצועיים אחרים ל- 10,000 מבוטחים לפי מחוז.....
87	תרשים 30. רופאים מומחים ומסיימי תואר בישראל לפי מחוזות (אחוזים).....
89	תרשים 31. שיעור מיטות לאשפוז כללי 1998/2008, שיעור ל- 1,000 נפש.....
90	תרשים 32. אחוז שינוי בשיעור המיטות לאשפוז כללי, 2000/2008.....
90	תרשים 33. אוכלוסייה במחוזות 1998/2008, אלפים.....
91	תרשים 34. אחוז גידול אוכלוסייה במחוזות 1998/2008.....
	תרשים 35. שיעור המיטות באגף הילדים לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל- 1,000 ילדים
91	בגיל 0-14.....
92	תרשים 36. שיעור המיטות באגף הפנימי לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל- 1,000 בני +45.....
92	תרשים 37. שיעור המיטות לטיפול נמרץ לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל- 1,000 נפש.....
92	תרשים 38. שיעור המיטות לטיפול נמרץ ילדים לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל- 1,000 ילדים
	בגיל 0-14.....
93	תרשים 39. עמדות לרפואה דחופה לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל- 1,000 נפש.....
93	תרשים 40. עמדות ניתוח לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל- 1,000 נפש.....
94	תרשים 41. עמדות טיפול לאחר הרדמה לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל- 1,000 נפש.....
94	תרשים 42. עמדות לידה לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל- 1,000 נשים בגיל 15-44.....
100	תרשים 43. נשים עם לפחות ממוגרפיה אחת בשנתיים האחרונות לפי גיל ומצב חברתי-כלכלי, 2007.....
100	תרשים 44. שיעור המאובחנים במחלות ממאירות בשלבים הראשונים לפי נפה, 2001-2005.....
102	תרשים 45. וויתור על תרופות וטיפול שיניים לפי הכנסה כוללת של משק הבית, 2007.....
106	תרשים 46. הוצאה של משק הבית על בריאות, 1998-2008.....
107	תרשים 47. מקורות מימון של ההוצאה הלאומית לבריאות, אחוזים, 1998-2009.....
120	תרשים 48. מגמת ממוצעי ציוני איכות רפואית – הפרש בין עשירון עליון לתחתון.....

דבר מנכ"ל משרד הבריאות

אי השוויון בבריאות נובע במידה רבה מהפערים החברתיים-כלכליים הקיימים בחברה. מערכת הבריאות נמצאת למעשה במצב בו מחד היא צריכה להתמודד עם התוצאות הבריאותיות של פערים אלה ומאידך, לפעול באופן שלא יתרום להרחבתם של הפערים הקיימים ואף להביא לצמצומם, במונחים של בריאות ונגישות לשירותי בריאות.

צמצום אי השוויון החברתי-כלכלי בישראל אינו רק בבחינת צו מוסרי, הוא חיוני לכינונה של חברה מלוכדת וחזקה, המסוגלת לעמוד, כגוף אחד, מול האתגרים בפניהם ניצבת המדינה.

משרד הבריאות רואה בקידום השוויון בבריאות יעד חשוב ומרכזי בפעילותו. החלטה זו התקבלה במסגרת תהליך של תכנון אסטרטגי שבוצע במשרד ושבמסגרתו נבחר מספר מצומצם של יעדים, בהם יתמקד המשרד ואשר יכתיבו את סדרי העדיפויות ואת תוכניות העבודה שלו, בשנים הקרובות.

הפרסום הנוכחי נועד להציג את תמונת המצב בתחום הפערים בבריאות, בראייה רחבה ככל הניתן, על בסיס המידע הקיים כיום. נעשתה עבודה מקיפה של איסוף המידע ועיבודו למארג שיאפשר הבנה טובה יותר של תמונת אי השוויון הקיים כיום במערכת הבריאות. עם זאת, אנו ערים למגבלות המידע הקיים כיום. אלה נובעות בעיקר מ- 3 גורמים: אי קיומו של הליך ניטור שוטף דבר שגורם לכך שמידע בתחום מסוים לא עודכן זה מספר שנים; חוסר אחידות בהגדרות ומתודולוגיות של מחקרים, גורם לכך שלא ניתן להשוות ביניהם או לעקוב אחר מגמות לאורך זמן; חוסר נגישות למידע דמוגרפי שמגביל את היכולת לעבד את המידע באופן שישקף תמונת מצב מדויקת בקרב אוכלוסיות יעד.

אנו מתכוונים לפעול לשינוי משמעותי בתשתיות הידע הקיים כיום במערכת הבריאות, באופן שיאפשר תכנון מושכל המתבסס על נתונים שקופים ומדויקים ככל הניתן.

אני מודה לצוות האגף לכלכלה וביטוח בריאות על העבודה הנוכחית, בה רואה אני נדבך ראשון בהקמת תשתית הידע רחב ככל הניתן אודות פערים ומוקדי אי שוויון במערכת הבריאות

פעילות לצמצום אי-השוויון בבריאות צריכה להוות חלק מהפעילות של כל ארגון בריאות בישראל. בהזדמנות זו קורא אני לשותפינו במערכת הבריאות – קופות החולים, בתי החולים וארגונים רבים נוספים, שחלקם, כפי שמשתקף בחוברת זו, פועלים כבר לקידום השוויון, במסגרת התקציבית הנתונה, להמשיך ולהעמיק את פעילותם בקרב קהלי יעד באופן שיקדם את השוויון במערכת הבריאות, לרווחתם של כלל תושבי ישראל.

ד"ר רוני גמזו

המנהל הכללי

תקציר

דוח זה הינו הראשון מתוך סדרה מתוכננת של דוחות שנתיים, המוקדשים לנושא הפערים בבריאות בישראל. הדוח נערך באגף לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות, ומטרתו היא להעמיד לרשות הנהלת משרד הבריאות, הנהלות קופות החולים, בתי החולים, שותפים אחרים ולציבור הרחב תמונת מצב תקופתית אודות מוקדים עיקריים של אי-שוויון במדדי הבריאות ובפריסת תשתיות שירותי הבריאות הקיימים כיום בישראל. הפערים בבריאות מוצגים על רקע אי-שוויון חברתי-כלכלי ואזורי המאפיין את החברה הישראלית, ותוך התייחסות למרקם התרבותי הייחודי שלה. כמו כן, כולל הדוח סקירה תמציתית אודות הפעילות של משרד הבריאות, קופות החולים ורשויות מקומיות בתחום התמודדות עם אי-השוויון בבריאות.

הדוח מתבסס על מבחר נתונים סטטיסטיים, אפידמיולוגיים ומחקריים שפורסמו בישראל בשנים האחרונות ומקיף מגוון תחומים בהם נצפים פערים במצב הבריאות ובתשתיות שירותי הרפואה במדינה.

הממצאים המוצגים בדוח מצביעים הן על הצורך בחיזוק תשתיות שירותי הבריאות באזורי הפריפריה הגיאוגרפית, והן על הצורך בביצוע פעילות רוחבית, לקידום בריאותם של תושבים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, וכן קבוצות אוכלוסייה בעלות מאפיינים תרבותיים מיוחדים.

ממצאים עיקריים

פערים בבריאות לפי מאפיינים חברתיים ותרבותיים בישראל

השכלה:

- בין קבוצות אוכלוסייה בישראל קיימים פערים ניכרים בתמותה לפי השכלה. לאורך שני העשורים האחרונים ניכרת הרחבת הפער בתמותה ממחלות לב וכלי דם לפי השכלה, ובמיוחד בקרב נשים יהודיות: בתקופה זו גדל סיכון נשים בעלות השכלה נמוכה למות ביחס לנשים בעלות השכלה גבוהה מפי 2 ליותר מפי 5. הנתונים מעידים על מהפך בהשפעת ההשכלה על תמותה מסרטן שד. ההשכלה הנמוכה הפכה מגורם מגן לגורם סיכון לתמותה.
- בתחום התחלואה, בעלי השכלה נמוכה מדווחים יותר על הימצאות של סוכרת ועל השכיחות גבוהה יותר של הפרעות נפשיות.
- בעלי השכלה נמוכה סובלים יותר ממוגבלות פיזית: בקרב בעלי השכלה של 13 שנות לימוד ויותר אחוז המוגבלים מסתכם ב- 12%, זאת לעומת 18% בקרב בעלי השכלה תיכונית ו- 40% בין אלה שסיימו עד 9 שנות לימוד.
- הנתונים מצביעים על פער משמעותי בהערכה עצמית לפי השכלה. בעלי תעודה אקדמית מדווחים פי 5 על בריאות טובה מאוד ביחס לאלה שלא למדו.
- קיימת התאמה בין רמת ההשכלה לבין התנהגות מסכנת בריאות: עם העלייה בשנות לימוד עולה בהתמדה שיעור העוסקים בפעילות גופנית, ויורד שיעור המעשנים. לעומת זאת, עלייה בשנות ההשכלה מעלה בשיעור ניכר את רמת צריכת האלכוהול.

הכנסה:

- ככל שרמה חברתית-כלכלית של היישוב גבוהה יותר, כך יורדים שיעורי התמותה הכללית באוכלוסייה.
- קבוצות אוכלוסייה בעלות מעמד חברתי-כלכלי נמוך מאופיינות בתחלואה גבוהה יותר בסוכרת ואסטמה. ההבדל המשמעותי נרשם בגילאים הצעירים.
- בעלי הכנסה נמוכה נמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח הפרעות נפשיות חמורות.
- קיימים הבדלים ניכרים בתחלואה דנטאלית לפי רמת ההכנסה. מיעוטי הכנסה סובלים יותר מתחלואה דנטאלית. מצבם של הקשישים בקרבם קשה במיוחד: רוב מוחלט של הקשישים העניים מדווחים על הימצאות בפה של שיניים תותבות לפחות בלסת אחת.
- הערכה עצמית של בריאות גבוהה יחסית בקרב בעלי הכנסה גבוהה: יותר ממחצית בעלי הכנסה לנפש 4,001 ומעלה דיווחו על בריאות טובה מאוד, זאת לעומת כשליש בקרב בעלי הכנסה נמוכה מתחת ל- 2,000 ש"ח.
- קיים מתאם חיובי בין שיעורי השתייה לבין הכנסה: ככל שהכנסה גבוהה יותר, כך שיעורי השתייה גבוהים יותר.
- קיימת חפיפה בין רמה חברתית-כלכלית של היישוב לבין שיעור בעלי מוגבלות. ביישובים עניים יותר (רמות 1-3 במדד חברתי-כלכלי) המוגבלים מהווים כרבע (24%) מכלל התושבים.

אזור מגורים:

- בין האזורים השונים במדינה קיימים הבדלים ניכרים בתוחלת חיים. תוחלת החיים הגבוהה ביותר נצפתה במחוז ירושלים והמרכז, והנמוכה ביותר במחוז הצפון והדרום.
- ברמה יישובית הפער בתוחלת חיים מגיע לכ- 8 שנות חיים. היישובים בהם נמצאה תוחלת חיים נמוכה יחסית, שייכים למעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר ונמצאים לרוב באזורי פריפריה.
- שיעורי תמותה כללית גבוהים יותר נמצאו באזורי דרום, צפון וחיפה. שיעורים גבוהים יותר מאפיינים יישובים ערביים, אך גם יישובים יהודיים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה.
- בנפות צפת, חדרה, כנרת, עכו ויזרעאל נצפו שיעורי תמותה ממחלות לב גבוהים יחסית ביחס לממוצע הארצי.
- שיעורי תמותה משאתות ממאירות גבוהים יותר מהשיעור הארצי נמצאו בנפות אשקלון וחיפה ובמידה קטנה יותר בנפת תל אביב ונפת באר שבע. שיעורים נמוכים ביותר נמצאו בנפות ירושלים ויו"ש.
- בנוגע לשיעורי התאבדות, השיעור הגבוה לגברים יהודים ואחרים נרשם במחוזות חיפה, והנמוך במחוזות ירושלים ויו"ש. בנפות השרון, חדרה, חיפה, יזרעאל ובאר שבע, נרשם שיעור גבוה בהשוואה לשאר הנפות. ביישובים עירוניים שיעור התאבדות גבוה בהשוואה ליישובים כפריים.
- בעשור האחרון חלה ירידה משמעותית בתמותת תינוקות בכל המחוזות, כאשר השינוי המשמעותי ביותר נצפה במחוזות חיפה, צפון וירושלים.
- תושבי הדרום מדווחים יותר על הימצאות מחלת לב ועל לחץ דם גבוה לעומת התושבים באזורים אחרים. תושבי הצפון המבוגרים מדווחים יותר מתושבי אזורים אחרים על הימצאות מחלת הסוכרת.
- שיעורי תחלואה במחלות ממאירות בנפת חיפה ממשיכים להיות גבוהים ויציבים במשך העשור האחרון. מספר החולים בפועל גבוה ב-22%-23% ממספר החולים הצפוי באותה אוכלוסייה. בנפת תל אביב קיימת עלייה מתמדת בשיעורי תחלואה מאז 1997, כאשר עודף הסיכון הגיע מ-12% ל-20% בשנת 2005.

- נמצא מתאם בין רמת העיור לבין התחלואה במחלות ממאירות: בנפות עם רמת עיור גבוהה יותר, נצפו שיעורי תחלואה גבוהים יחסית.
- תושבי הדרום מדווחים פחות מתושבי אזורים אחרים על הערכה עצמית של בריאות נפשית טובה, ואילו אלה המתגוררים בירושלים מתאפיינים בהערכה גבוהה של בריאותם הנפשית ביחס לשאר האזורים.
- שיעורי גברים מעשנים גבוהים ביותר נרשמו במחוזות הצפון והדרום, ונשים מעשנות במחוזות תל אביב והדרום.
- הפילוח לפי אזורים גיאוגרפיים מראה עודף השמנה בגברים תושבי צפון ונשים תושבות מחוז חיפה.
- שיעורים גבוהים של שימוש באלכוהול נצפו בערים הגדולות ובמרכז הארץ הן בבני נוער והן במבוגרים. בקרב בני הנוער שיעורי השתייה הגבוהים ביותר דווחו על ידי אלה המתגוררים בחיפה, ירושלים והערים הגדולות, ואילו בקרב מבוגרים השיעורים הגבוהים נרשמו בתל אביב, נתניה וכן ישובים יהודיים עם פחות מ-2,000 תושבים.

תעסוקה:

- אלה שאינם בכוח העבודה האזרחי מדווחים על שיעורים גבוהים יותר של מחלות לב ולחץ דם גבוה. הדבר נכון גם לגבי סוכרת, כאשר אלה שאינם שייכים לכוח העבודה מדווחים כמעט פי 3 על הימצאות המחלה.
- בלתי מועסקים מדווחים פחות על בריאות נפשית טובה ממועסקים, ובין אלה הלא שייכים לכוח העבודה האזרחי, שיעור המדווחים על בריאות נפשית טובה הוא נמוך במיוחד.
- קיימים פערים משמעותיים בהערכה עצמית של הבריאות בין מועסקים במקצועות שונים. פועלים בלתי מקצועיים ומקצועיים, פקידים ונותני שירותים מדווחים יותר על בריאות גרועה מאשר קבוצות אקדמאים ומנהלים. בלתי מועסקים מדווחים על עישון יותר ממועסקים.
- פער משמעותי (פי 2) נמצא בעודף משקל בין נשים ששייכות לכוח עבודה אזרחי לבין אלה שאינן שייכות, לטובת הנשים העובדות.

קבוצת אוכלוסייה:

- הנתונים מצביעים על תוחלת חיים גבוהה יותר בקרב יהודים ואחרים בהשוואה לערבים, אולם שתי הקבוצות מאופיינות בעלייה מתמדת במדד זה לאורך שנים.
- באוכלוסייה הערבית נרשמו שיעורי תמותה ממחלות לב גבוהים יותר לעומת היהודים. כמו כן בקרב הערבים נרשמו שיעורים גבוהים יותר של תמותה מסוכרת ומסיבות חיצוניות.
- שיעור התאבדויות בקרב ערבים נמוך בהשוואה ליהודים ואחרים. השיעור הגבוה ביותר בקרב הערבים הוא בגילאי 15-24, לעומת קבוצת גיל 75+ בקרב היהודים.
- הפער האבסולוטי בתמותת תינוקות בין המגזר היהודי והערבי הצטמצם בצורה משמעותית לאורך העשורים האחרונים, אולם הפער היחסי נשמר. למומים מולדים ולסיבות סב לידתיות תרומה משמעותית להבדל בתמותה בין שני המגזרים.
- מחלות לב וכלי דם שכיחות יותר בקרב היהודים, אולם בתקנון לגיל שיעור התחלואה בקרב גברים ערביים גבוה יותר מזה של יהודים. בקרב נשים לא נמצא הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות.
- יהודים בגילאים מבוגרים סובלים יותר מלחץ דם גבוה, ואילו בקרב ערבים השיעורים הגבוהים יותר מדווחים בגילאים צעירים.

- שיעורי התחלואה בסרטן גבוהים יותר בקרב יהודים, אך יציבים יחסית לאורך שני העשורים האחרונים. לעומת זאת, שיעורי התחלואה בקרב הערבים נמצאים בעלייה מתמדת מאז תחילת שנות התשעים, אם כי עדיין שיעור החולים נמוך מזה של יהודים. הסיכון לחלות במחלה ממאירה גבוה משמעותית בקרב היהודים, לעומת הערבים.
- בקרב גברים ערביים שיעורים מתוקננים של סוכרת גבוהים פי 1.6 מאשר ביהודים, ובקרב הנשים נמצא שיעור גבוה פי 1.9 בערבויות לעומת יהודיות.
- שיעור המוגבלים באוכלוסייה הערבית גבוה יותר מאשר באוכלוסייה היהודית.
- שיעור העוסקים בפעילות גופנית נמוך משמעותית במגזר הערבי לעומת היהודי: 16.9% מגברים ערביים דיווחו על פעילות גופנית לעומת 33.3% בקרב גברים יהודיים. בנשים השיעורים התואמים הם 12.6% לעומת 27.6%.
- אחוז המעשנים באוכלוסייה הערבית גבוה יותר בקרב הגברים (48.8% לעומת 27.9%) ונמוך יותר בקרב נשים (5.2% לעומת 16.6%). אחוז המעשנים "הכבדים" (מעל 20 סיגריות ביום) גבוה פי שניים בקרב גברים ערביים.
- שיעור בעלי השמנה במגזר הערבי (BMI של 30 ויותר) גבוה יותר בשני המינים מאשר באוכלוסייה היהודית.
- שיעורי שתיית אלכוהול של בני הנוער במגזר היהודי עולים על שיעורי שתייה בקרב בני הנוער במגזר הערבי.

מוצא (כולל עולי ברה"מ לשעבר ועולי אתיופיה):

- בקרב היהודים, שיעורי תמותה מתקוננים גבוהים יחסית בהשוואה לקבוצות אחרות נמצאו בקרב יוצאי אפריקה, אולם עודף סיכון זה נעלם לאחר ניכוי השפעות של מעמד חברתי-כלכלי.
- בקרב עולי ברה"מ נמצא עודף סיכון לתמותה ממחלות ממאירות, ובמיוחד של סרטן הקיבה (פי 2, בשני המינים). התחלואה בסרטן המעי הגס והחלחולת באוכלוסייה זו גבוהה במיוחד: הנתונים מצביעים על עודף תחלואה של 33% בקרב הגברים ושל 28% בקרב הנשים ביחס לעולים הוותיקים.
- תמותה מסיבות חיצוניות גבוהה משמעותית בקרב עולי ברה"מ ביחס לאוכלוסייה היהודית הוותיקה.
- ילידי ישראל נמצאים בעודף תחלואה במלנומה ממאירה לעומת ילידי חו"ל. ממצא זה נכון גם לגברים וגם לנשים.
- יוצאי אירופה-אמריקה נמצאים בעודף סיכון משמעותי למחלות לב, וזאת בעיקר בשל התחלואה הגבוהה בקרב עולי ברה"מ לשעבר. עודף התחלואה מדווח על ידי העולים בכל קבוצות גיל.
- העולים מהווים קבוצת סיכון משמעותית להתאבדות. שליש מכלל ההתאבדויות בישראל מבוצעים על ידי עולי ברה"מ ועל ידי עולי אתיופיה שעלו משנות השמונים. אצל ילידי אתיופיה שיעור התאבדויות הינו גבוה מאוד ביחס לאוכלוסייה הוותיקה ובמיוחד בגילאים הצעירים: בקרב בני 15-24 הסיכוי היחסי להתאבד בקרבם גבוה פי 12.7.
- עולי אתיופיה נמצאים בסיכון גבוה מאוד לתחלואה בסוכרת ביחס לקבוצות אוכלוסייה אחרות, כאשר הנתונים מצביעים על עלייה תלולה בהימצאות המחלה עם עלייה בזמן שהיה בארץ. גם יוצאי אסיה ועולי ברה"מ לשעבר מתאפיינים בשיעורים גבוהים יחסית של סוכרת.
- עולי ברה"מ מדווחים יותר על מצוקה נפשית ביחס לוותיקים, והערכת הבריאות העצמית שלהם נמוכה משמעותית ביחס לוותיקים.
- יוצאי אסיה-אפריקה מדווחים על שיעורי מוגבלות גבוהים ביותר (31%), זאת לעומת ילידי ישראל, בעלי שיעור המוגבלות הנמוך ביותר (11%).

- יוצאי אירופה-אמריקה מדווחים על שיעור גבוה יותר של העיסוק בפעילות גופנית, ואילו ילידי אפריקה על נמוך ביותר.
- שיעורי עישון גבוהים ביותר מדווחים על ידי גברים ילידי ברה"מ (44.5%), ונשים ילידות אפריקה (26.6%).
- בני נוער עולים נמצאים בסיכון גבוה יותר לשימוש בסמים.

דתיות:

- שיעור גבוה מאוד של נשים חרדיות מאובחן בסרטן שד בשלב מאוחר של המחלה, לעומת נשים הלא חרדיות. הנשים החרדיות מדווחות גם יותר מנשים אחרות על הימצאות סוכרת, השמנה ואנמיה. קבוצה זו מאופיינת בשיעור נמוך יותר של ביצוע בדיקות ממגרפה ובדיקות מניעה אחרות.
- בתחום הפעילות הגופנית, נשים חרדיות מדווחות על שיעורים דומים לאלה של נשים חילוניות, לעומת זאת, נשים המגדירות את עצמן כדתיות מאופיינות בשיעור נמוך משמעותית של הפעילות ביחס לקבוצות אחרות. גברים חרדים ודתיים מדווחים פחות מגברים מסורתיים וחילוניים על פעילות גופנית.
- באוכלוסייה הערבית שיעור העוסקים בפעילות גופנית משתנה משמעותית עם רמת הדתיות, כאשר אוכלוסייה חילונית, ובעיקר הנשים, מדווחת על שיעורי עיסוק גבוהים יותר.
- שיעורי השמנה בקרב גברים חרדים גבוה מעט ביחס לקבוצות דתיות אחרות, ואילו בקרב הנשים, השיעור הגבוה ביותר של השמנה נצפה בקרב נשים מסורתיות-דתיות.
- באוכלוסייה החילונית קיים עודף סיכוי לשימוש בסמים לא חוקיים, ביחס לאוכלוסייה הלא חילונית.

אי-שוויון בפריסת שירותי הבריאות

כוח אדם מועסק במערכת הבריאות:

- הנתונים מראים, כי שיעור הרופאים המועסקים במחוזות הצפון והדרום לאלף נפש הם הנמוכים במדינה, וכי מצב זה לא השתנה מאז אמצע שנות התשעים. בשנים האחרונות חלה ירידה נוספת בשיעור הרופאים.
- שיעורי אחיות מוסמכות ומעשיות, רופאי שיניים, שיעורי מועסקים במקצועות עזר, נמוכים באזורי הצפון והדרום ביחס לשאר אזורי המדינה. הנתונים מצביעים גם על החמרת המצב בכוח אדם במחוז ירושלים, בו נצפתה הירידה התלולה ביותר במספר הרופאים בעשור האחרון (מ- 4.3 ל- 2.6 ל- 1,000 נפש).
- שיעור גבוה ביותר של רופאים מועסקים בקהילה נרשם בנפות חיפה, תל אביב ורמלה, והנמוך ביותר במחוז יו"ש והצפון.
- מחוזות תל אביב והמרכז של המדינה מתאפיינים באחוז גבוה יותר של רופאים שסיימו תואר בישראל, אחוז נמוך של רופאים עולים, ואחוז גבוה של מומחים.
- קיים שוני משמעותי בזמינות רופאים בקהילה, ובמיוחד ברפואה שניונית בין היישובים. ערים עשירות מתאפיינות בשיעורי תמותה נמוכים יותר, בתחרות רבה יותר בין הקופות, ובזמינות גבוהה יותר של רופאים, במיוחד ברפואה שניונית.

אי-שוויון אזורי בפיזור מיטות אשפוז

- שיעור המיטות לאשפוז כללי במחוזות הצפון והדרום נמוך משמעותית בהשוואה לשאר המחוזות. תמונה זו לא השתנתה מאז סוף שנות התשעים.
- בחינת נתוני מיטות אשפוז לפי נפות מגלה הבדלים ניכרים בקצב ירידה של שיעור המיטות לאורך זמן. בנפות צפת, ירושלים, רמלה ופתח תקווה נרשמה מאז שנת אלפיים ירידה משמעותית ביותר בשיעור מיטות כלליות.
- אזורי הצפון והדרום מתאפיינים בשיעורי מיטות נמוכים באגף הפנימי, אגף הילדים, טיפול נמרץ וטיפול נמרץ ילדים. הנתונים מעידים על החמרת המצב בשיעור המיטות במחוזות ירושלים והמרכז. באגף טיפול נמרץ כללי נצפתה ירידה במחוז ירושלים, הצפון והדרום. מחוז תל אביב הוא היחיד, בו נצפתה עלייה בשיעור מיטות אשפוז בכל האגפים שנבדקו.
- הפערים בין האזורים מתקיימים גם באגפי אשפוז אחרים, כולל פסיכיאטריה, מחלות ממושכות ושיקום. בשיקום, למשל, רוב המיטות נמצאות במחוזות תל אביב והמרכז, ואילו בצפון ובדרום השיעור הוא נמוך מאוד.
- המצב בעמדות לסוגיהן בבתי חולים דומה לזה הנצפה במיטות אשפוז. אזורי הדרום והצפון מתאפיינים בשיעורי עמדות נמוכים יותר. בעמדות הלידה נצפתה ירידה בכל המחוזות, להוציא מחוז תל אביב, כאשר הירידה המשמעותית התרחשה במחוז ירושלים. שיעור עמדות טיפול לאחר הרדמה נמוך מאוד באזור הדרום יחסית לשאר האזורים. במחוז הזה גם חלה ירידה נוספת ומשמעותית בתקופת המדידה.

שימוש בשירותי רפואה בקרב קבוצות חברתיות שונות

- השימוש בשירותי בריאות מושפע מהבדלים תרבותיים, מעמד חברתי-כלכלי ומאזור המגורים של המבוטחים. עולים, נשים חרדיות ונשים ערביות זוהו כקבוצות בעלי שיעורי שימוש נמוכים יותר בשירותי הבריאות. קשישים חווים בעיות בצריכת השירותים בשל קשיי ניידות וצורך בביקורים תקופיים.
- בעלי הכנסה נמוכה משתמשים פחות בשירותי רפואת שיניים.
- בעלי הכנסה נמוכה וחולים כרוניים מוותרים יותר על טיפולים רפואיים.
- ברפואה מונעת נמצא תת-שימוש בשירותי מניעה בקרב נשים חרדיות, נשים ערביות ונשים בעלות השכלה והכנסה נמוכה.
- קיימים הבדלים אזוריים בשיעור אבחון מוקדם של המחלות. שיעור המאובחנים בשלבים הראשונים בסרטן השד גבוה יחסית בנפת באר שבע, תל אביב, רחובות, ונמוך יחסית בנפות עכו, צפת ויזרעאל.
- נמצאו הבדלים בהיענות לטיפול רפואי וטיפול עצמי במחלות בקרב יהודים לעומת ערבים ועולים לעומת וותיקים.

הערכה של זמינות שירותי הבריאות

- נתוני הסקרים מלמדים, כי זמן המתנה לביקור אצל רופא מפריע יותר לצעירים, מאשר למבוגרים, וליהודים מאשר לערבים. למחצית מהפונים לחדר מיון מפריע זמן ההמתנה.
- בעלי הכנסה נמוכה וקשישים מדווחים על הקושי גדול לקבל טיפול רפואי, כאשר נזקקו לו, ביחס לאוכלוסייה הכללית. דוברי ערבית מדווחים יותר על קושי בקבלת הפנייה או התחייבות.

הוצאות לבריאות

- ההוצאה לבריאות של משק בית מהחמישון העליון גבוהה פי 3 מאשר של משק בית מהחמישון התחתון. בעלי רמת הכנסה נמוכה מוציאים יותר על ריפוי שיניים ותרופות, ואילו הוצאתם לביטוחי בריאות, שירותי בריאות ומכשירי ראייה קטנה יותר באופן משמעותי, ביחס למשקי בית בחמישון העליון.

- קיימת עלייה מתמדת במימון הפרטי של שירותי הבריאות, דבר המחזק את הקשר בין הכנסתו של הפרט לאפשרותו לצרוך תרופות ושירותי בריאות חיוניים.

פעילות להתמודדות עם אי-השוויון

פעילות במשרד הבריאות

- אי-השוויון בבריאות מושפע מהריבוד הקיים בחברה הישראלית והפערים החברתיים-כלכליים המאפיינים אותה.
- משרד הבריאות מודע לאי-השוויון בבריאות והכריז על מחויבותו לטיפול בנושא זה במסגרת יעדי המשרד לשנים הקרובות. המשרד רואה את עצמו כגורם מוביל בעיצוב וקביעת מדיניות בתחום התמודדות עם אי-השוויון בבריאות ודוגל בשיתוף פעולה ומעורבות אקטיבית מצד כלל הגורמים הממשלתיים והציבוריים הרלוונטיים כדרך לצמצום פערים בבריאות.
- משרד הבריאות קיבל ומימש מספר החלטות בעלי משמעות לצמצום הפערים בתחום תשתיות. הוא פועל להקטנה/ביטול השתתפויות עצמיות, ומקדם הכללת רפואת שיניים לילדים בסל הממלכתי, מקדם את נושא הגישור התרבותי והלשוני ועוד. כמו כן, הוקמה במשרד יחידה להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות, במסגרת האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- המשרד מפעיל מגוון תוכניות לקידום בריאות, באמצעות לשכות בריאות, חלקן מכוונות לאוכלוסיות במעמד סוציו-אקונומי נמוך, מיעוטים, עולים, קשישים וכן קבוצות אוכלוסייה חלשות אחרות.

פעילות של קופות חולים

- קיימים הבדלים משמעותיים בין קופות החולים בהרכב המבוטחים מבחינת גיל, מצב חברתי-כלכלי, קבוצת אוכלוסייה, נוכחות באזורי מדינה פריפריאליים, סוג היישובים בהם ניתן השירות, ומשתנים אחרים. בפני כל קופה עומד אתגר מיוחד בתחום צמצום הפערים בבריאות והנגשת השירותים לכלל חבריה.
- הקופות פועלות רבות לקידום בריאותן של האוכלוסיות החלשות, כאשר חלק מהקופות הפכו את נושא קידום שוויוניות בבריאות לאחד ממוקדי ההשקעה החשובים בפעילותן בקהילה.
- שתי קופות חולים, כללית ומכבי, החלו ביישום תוכניות רב-שנתיות לצמצום פערים בבריאות, תוך הפיכת הנושא לרכיב מרכזי באסטרטגיה הארגונית לשנים הקרובות. בתוך כך, בנו הקופות תוכניות ייעודיות למתן מענה לאוכלוסיות ממוקדות, כגון קשישים, עולים, בני מגזר הערבי, תושבי פריפריה גיאוגרפית וחברתית וכד'. התוכניות האסטרטגיות של הקופות שונות ביניהן במבחר כלים ובהדגשים בפעילות להתמודדות עם אי-השוויון. בדוח מובאים דיווחים של הקופות על הצעדים שננקטו במסגרת התוכניות ועל הצלחות במימוש היעדים שהוצבו במסגרתן.
- לעומת כללית ומכבי, על ידי קופות החולים מאוחדת ולאומית מדווחות על פעילות להתמודדות עם אי-השוויון שלא במסגרת תוכנית אסטרטגיות ייעודית. כגון, באמצעות שיפור בפריסת השירותים או תוכניות התערבות בקרב אוכלוסיות מסוימות.

פעילות ברשויות מקומיות

- מאז 1990 בישראל פועלת רשת "ערים בריאות", המצהירה כאחת ממטרותיה העיקריות קידום בריאות וצמצום הפערים ברמה העירונית. נכון לשנת 2010 רשת ערים בריאות בישראל מאגדת 45 רשויות מקומיות ו-5 מועצות אזוריות, אשר כוללת כמחצית מאוכלוסיית ישראל. יחד עם זאת, יישובים רבים אינם פעילים בתחום הבריאות. בדוח מובאים דוגמאות של שתי ערים, הרצליה ובית שמש, השונות מבחינת מעמד חברתי-כלכלי, הפעילות בתחום קידום בריאות, תוך התחשבות בצרכים מיוחדים של קבוצות שונות מקרב תושבי העיר.

הקדמה: התמודדות עם אי-השוויון בבריאות: אחריות לאומית וצו מוסרי

דוח זה הינו הראשון מתוך סדרה מתוכננת של דוחות שנתיים, שיוקדשו לנושא הפערים בבריאות בישראל. הדוח נערך ביחידה להתמודדות עם אי-השוויון באגף לכלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות, ומטרתו היא להעמיד לרשות הנהלת משרד הבריאות, הנהלות קופות החולים, בתי החולים, שותפים אחרים ולציבור הרחב תמונת מצב תקופתית אודות מוקדים עיקריים של אי-שוויון¹ הקיימים כיום בישראל, הן בכל הקשור למדדי תחלואה ותמותה והן בפריסת תשתיות שירותי הבריאות. הפערים בבריאות מוצגים על רקע אי-שוויון חברתי-כלכלי ואזורי המאפיין את החברה הישראלית, ותוך התייחסות למרקם התרבותי הייחודי שלה. כמו כן, כולל הדוח סקירה תמציתית אודות הפעילות של משרד הבריאות, קופות החולים ורשויות מקומיות בתחום התמודדות עם אי-השוויון בבריאות. הדוח מהווה ניסיון ראשוני לרכז ולהציג את המידע בנוגע לפערים בבריאות בישראל.

התמודדות עם אי-שוויון בכל תחומי החברה והחיים, הוא אחד מהאתגרים החשובים עמם מתמודדת מדינת ישראל. לכאורה, קל להמעיט בערכו מול קשיים אחרים בפניהם ניצבת המדינה בתחום הביטחוני, הכלכלי, והחברתי. אולם, אם תונצח המציאות החברתית הנוכחית בישראל, בה אי-השוויון החברתי-כלכלי הוא מהגבוהים בעולם המערבי, עלולים הפערים החברתיים לפגוע בלכידות החברתית ובמרקם החיים הדרוש לקיומה של חברה מתוקנת. פערים מתמשכים בבריאות, בחינוך, ברווחה ובתעסוקה עלולים ליצור מעגל סגור שמנציח מצוקה חברתית וכלכלית וחוסר קידום בסולם החברתי של החלשים. מכאן סלולה הדרך לסכנות כגון הגברת האלימות והפשעה, חוסר אמון במוסדות החברתיים והפוליטיים של המדינה ופגיעה בסולידאריות החברתית.

חברה משוסעת ומפולגת, בה חלק מהאזרחים אינם מרגישים שווי ערך וחשים שחלוקת המשאבים הציבוריים אינה הוגנת, עלולה להתקשות להתמודד עם האתגרים הניצבים בפניה. להתמודדות עם אי-השוויון, ברובדים השונים של המדיניות החברתית, קיימת משמעות קריטית של מניעת הידרדרות חברתית וכלכלית ואף ביטחונית. קידום שוויוניות הופך לכלי חיוני בשמירה על כוחה של החברה הישראלית וחיזוק חוסנה הלאומי.

על אף כל האמור לעיל, יש לזכור כי אין מדובר רק באמצעי להגברת תחושת ההוגנות של המערכת. מדובר בתכלית העומדת בפני עצמה - צמצום אי-השוויון הוא צו מוסרי. ערכי עזרה הדדית, חמלה ותחושת הזדהות עם אלה, שנסיבות החיים הציבו אותם בעמדה נחותה, הם עקרונות אוניברסאליים, ומהווים נדבך בסיסי בחובתה של מדינה לתושביה.

בדיון בסוגיית אי-שוויון חברתי נהוגה הבחנה בין חלוקה שוויונית (equality), לבין חלוקה צודקת (equity) (צ'רניחובסקי וחב', 2003). משמעות השוויוניות בחלוקת משאבים בתחום הבריאות היא הבטחת הזדמנות הוגנת לפרט במיצוי הפוטנציאל הטמון בו ושמירה, באמצעות מערכת שירותי בריאות ציבורית, על בריאותו הטובה ורווחתו האופטימאלית של הפרט, במצבי החולי. יש

¹ המונח "אי-שוויון" ישמש בעבודה כביטוי כללי לפער היחסי/או המוחלט בין קבוצות אוכלוסייה, בכל הקשור למצב בריאות וגורמי סיכון של יחידים וקבוצות. 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, אינו צודק וניתן למניעה. להרחבה אודות הבדלי ההגדות – ראה Dahlgren and Whitehead, 2002; Kawachi et al, 2006

הטוענים, שבהתבסס על עקרון השוויוניות, על המערכת להבטיח פיצוי לפרט על השפעות בריאותיות של הריבוד החברתי וכן של משתנים חברתיים נוספים וכי על המדינה מוטלת האחריות לפצות את הפרט על תוצאותיו הכלכליות של חולי (צ'רניחובסקי וחב', 2003). הגישה הרווחת דוגלת לא בחלוקה "שווה" של המשאבים, אלא בחלוקה דיפרנציאלית, אשר מותאמת לצרכים של קבוצות שונות. המשמעות המעשית של אספקת שירותים שווים לכל התושבים היא שירות-חסר לקבוצות שונות בחברה, ובעיקר לאלה בעלי צרכים מרובים בתוכם (שובל ואנסון, 2000).

חלוקה לפי צרכים מחייבת, לדוגמא, התערבות בתהליכים לשם הסרת החסמים המונעים קבלת השירות. זאת, מאחר שדווקא האוכלוסיות החלשות, ובמיוחד אלו המתאפיינות ברמת השכלה נמוכה, בעוני והבדלי שפה ותרבות, מתקשות לממש את זכויותיהם במערכת הרפואית. מכאן קיימת חשיבות מיוחדת בשיפור הנגישות והפעלת צעדי יישוג (outreach) לקבוצות שאינן מסוגלות לממש בצורה אופטימאלית את השירותים החברתיים העומדים לרשותם.

פיתוח שירותים באזורים מרוחקים, העדפה מתקנת לאוכלוסיות מיוחדות (כגון חולים כרוניים), הפעלת תוכניות התערבות בקרב קבוצות מצוקה, הגבלת שירותי הבריאות הנתונים בתשלום, כל אלה מהווים דוגמאות להתערבות המדינה להשגת יעדים של שוויוניות והוגנות במערכת הבריאות ובבריאות תושביה (בן נון, 2003).

מקובל לראות בפערים בבריאות פועל יוצא מאי-השוויון החברתי כלכלי הקיים. ולכן הדיון בהם כמו גם הטיפול בהם צריך להיעשות במשולב עם מערכות חברתיות אחרות.

במדינות מערב שונות נעשו ניסיונות לפתח מדיניות להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות ואף ננקטו צעדים מעשיים לצמצום (חורב, 2008). ההחלטה לפעול לצמצום הפערים התקבלה הן מטעמים אתיים ומוסריים והן מטעמים כלכליים. בחלק מהמדינות קיימות תוכניות לאומיות רב-תחומיות שמטרתן צמצום פערים בבריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנבנה על העקרונות של "צדק, שוויון ועזרה הדדית", יוצר תקווה למערכת הבריאות הוגנת ושוויונית, אלא שלא די בהצהרה זאת, ונדרשים צעדים משלימים, כלל-מערכתיים, לקידום השוויוניות בבריאות.

ההכרה בקיום הפערים ובחיוניות הטיפול בבעיית אי-שוויון מצאה ביטוי בהכללת התמודדות עם אי-השוויון בבריאות כחלק מהמטרות הרב-שנתיות של משרד הבריאות החל משנת 2010. לאחרונה, במסגרת סדרת דיונים אסטרטגיים שבוצעה בהנהלת המשרד, נבחר הנושא של צמצום אי-השוויון בבריאות כאחד מ"עמודי אש", אשר לאורם תתוכנן פעילות המשרד בשנים הבאות.

פעולה נוספת של המשרד בתחום היא הקמת יחידה שתכליתה תיאום ושיפור יכולת התמודדות עם אי-השוויון במשרד הבריאות. במהלך שנת 2009 גיבשה היחידה את המלצותיה לכדי הצעה לתוכנית פעולה מפורטת שהוגשה למנכ"ל המשרד. הדוח הנוכחי מהווה את אחת המשימות שקיבלה על עצמה היחידה, כחלק מהצעדים להגברת יכולת התמודדות עם אי-השוויון בבריאות.

פרק 1. מאפיינים חברתיים ותרבותיים של החברה הישראלית כרקע וכמקור לאי-שוויון בבריאות

מצב הבריאות של האוכלוסייה, כפי שזו נמדדת בשיעורי תמותה, תחלואה, מוגבלות, הערכה עצמית של בריאות וחשיפה לגורמי סיכון, הוא במידה רבה תולדה של רמת ההכנסה וההשכלה, מצב תעסוקתי ומקצועי, מערכת תמיכה חברתית, ערכי תרבות ואיכות הסביבה (שוכל ואנסון, 2000). אומנם לשירותי בריאות ורפואה חלק בלתי מבוטל בשמירה על בריאות התושבים, אך למשתנים חברתיים, תרבותיים וסביבתיים השפעה משמעותית ובלתי אמצעית על איכות החיים של הפרט ובריאותו הפיזית והנפשית.

בשנת 2008 פרסם ארגון הבריאות העולמי דוח, שמהווה ציון דרך חשוב בהדגשת תפקידם של הגורמים החברתיים בהיווצרות אי-השוויון בבריאות (WHO, 2008). הדוח הינו תוצר העבודה של הוועדה של ארגון הבריאות העולמי בנושא של השפעת גורמים חברתיים על הבריאות (Commission on Social Determinants of Health). הוועדה, ברשותו של פרופ' מרמוט, הוקמה במטרה לעזור למדינות לעצב מדיניות שתסייע בהתמודדות עם אי-השוויון בבריאות. הדוח מדגיש את מקורם החברתי של הפערים הבריאותיים ומציע צעדים אסטרטגיים להתמודדות עמם.

הקשר בין גורמים חברתיים לבין בריאות נחקר רבות. רווחה כלכלית והשכלה מוכרים כגורמים משמעותיים ביותר בקביעת מצבם הבריאותי של היחידים (Jaffe and Manor, 2009; Saydah and Lochner, 2010). למעמד חברתי-כלכלי לא רק השפעה מיידית, אלא גם השפעה מצטברת על מצב התחלואה של היחיד (Singh-Manoux et al, 2004).

הפגיעה בבריאות בקרב אוכלוסיות ממעמד נמוך מתרחשת דרך ערוצי השפעה רבים, ביניהם מחסור במשאבים וקושי ברכישת שירותי בריאות, חיי דחק וקשיי התמודדות יום יומיים, לכידות חברתית נמוכה וחשיפה לאלימות מוגברת באזורי מצוקה. לעיתים העוני מלווה ברמת השכלה ירודה, דבר שמגביר את הסיכוי לאמץ הרגלי בריאות לקויים ולפתח בעיות בריאות שונות. החיים בעוני יוצרים מצוקה בריאותית, שבדרכה תורמות להנצחת העוני (בן נון, 2003).

בישראל, מפת המצוקה החברתית והכלכלית חופפת במידה רבה את המפה הגיאוגרפית (פריפריה גיאוגרפית). אולם גם במרכזים עירוניים גדולים, בישובי המרכז, קיימים מוקדים המאופיינים במדדים חברתיים-כלכליים נמוכים ("פריפריה חברתית").

התמודדות מערכת הבריאות עם הפערים שמקורם במצוקה חברתית-כלכלית מחייבת היכרות עם רמת הרווחה של התושבים, זאת על מנת לזהות קבוצות בעלות סיכון לאי-שוויון בבריאות ולהגדיר תחומים בהם נדרשת ההתערבות. הפרקים הבאים יוקדשו להצגת הפערים הן ברמה חברתית-כלכלית והן ברמה הגיאוגרפית בקרב אזרחי ישראל, תוך התייחסות לסיכון הבריאותי הטמון בהם.

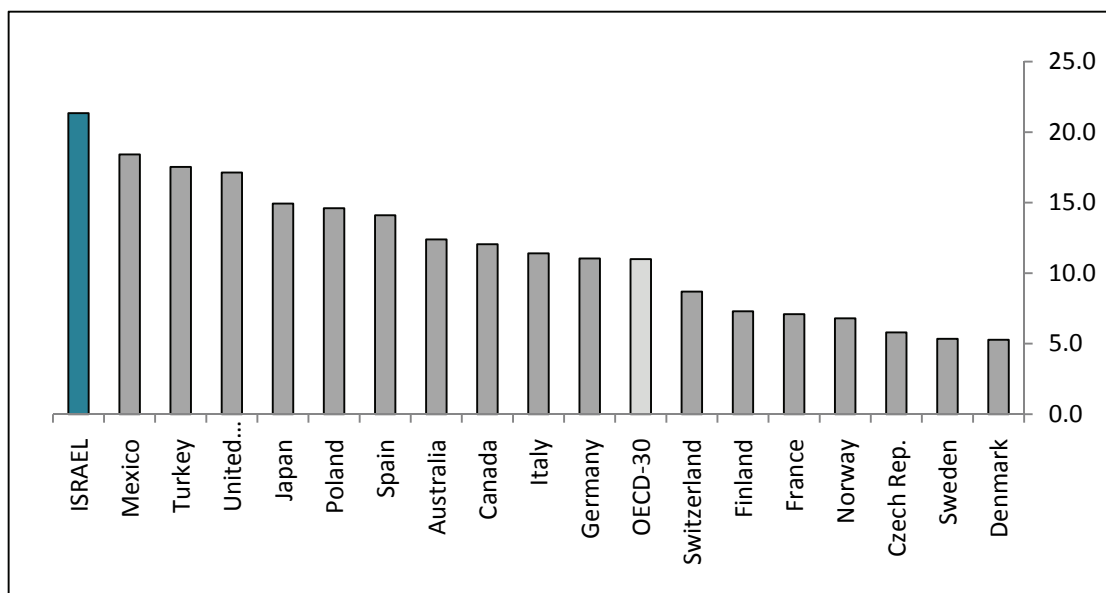
1.1 העוני ואי-שוויון כלכלי בישראל

שיעור האוכלוסייה הענייה בישראל הוא גבוה ביותר ביחס למדינות מערב אחרות. ממצא זה משקף את ההווה הישראלית, בה 20% מהמשפחות חיות כיום מתחת לקו העוני². בהשוואה בינלאומית נמצא, כי שיעור העוני בישראל גבוה כמעט פי שניים מממוצע מדינות OECD. תחולת העוני³ של המשפחות בישראל בשנת 2008 עמדה על כ-20%, זאת לעומת הנתון המקביל של 11% בממוצע במדינות OECD⁴. המוסד לביטוח לאומי מונה מספר סיבות למקום הגבוה של ישראל בסולם תחולת העוני, ביניהן תמיכה כספית ממשלתית נמוכה בהשוואה למדינות אחרות לאוכלוסיות בגיל העבודה; מבנה דמוגרפי של החברה הישראלית, המאופיינת בשיעור גבוה של משפחות גדולות; וכן מאפיינים תרבותיים, המשליכים על התנהגות של קבוצות אוכלוסיה שונות בתחום התעסוקה (המוסד לביטוח לאומי, 2009¹).

בשנת 2008 היו בישראל 420,100 משפחות עניות, שהם 1,651,300 נפשות, מתוכם 783,600 ילדים. בסך הכול 24% מהנפשות ו-34% מהילדים חיו במשפחות עניות. רק 38 אחוז מהמשפחות נחלצו מעוני בעקבות תשלומי העברה (המוסד לביטוח לאומי, 2009¹).

קיימים הבדלים משמעותיים בין קבוצות אוכלוסייה שונות מבחינת תחולת העוני. שיעור תחולת העוני בין המשפחות הגדולות עומד על 58%. נתון זה משקף את חלקן של האוכלוסייה החרדית והערבית בכלל המשפחות הגדולות. שיעור תחולת העוני בקרב האוכלוסייה החרדית מתקרב לכ-60-70%. במגזר הערבי תחולת העוני היא 49%.

תרשים 1. תחולת העוני במדינות נבחרות*, 2005



מקור: OECD, 2010
(* לפי חמישים אחוז מחציון הכנסה

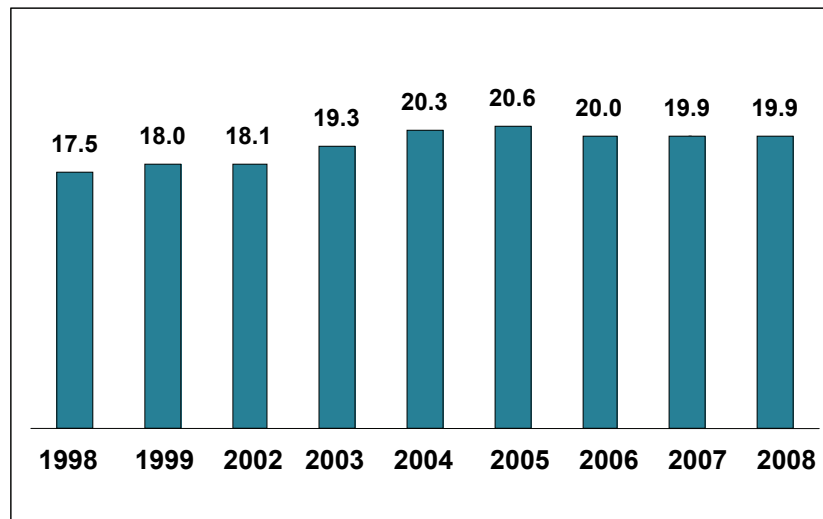
² קו העוני מוגדר כמחצית מההכנסה החציונית הפנויה לנפש תקנית (המוסד לביטוח לאומי, 2009¹).

³ תחולת העוני - אחוז משקי בית עניים מכלל משקי הבית באוכלוסייה.

⁴ יש לציין, כי בחלק ממדינותה-OECD נמדד אי-שוויון בצורה אחרת.

שיעור המשפחות החד הוריות העניות הוא 29%, אך חומרת העוני גוברת במשפחות אלה עם השנים. תחולת העוני בקרב קשישים היא 23%. בקרב העולים, תחולת העוני היא 18%. חשוב להדגיש, כי תחולת העוני של משקי בית שבראשם עומד בעל השכלה נמוכה עומד על 45% (המוסד לביטוח לאומי, 2009¹).

תרשים 2. שיעור המשפחות העניות בישראל



מקור: המוסד לביטוח לאומי, 2009

חשוב לציין, כי 46% מהמשפחות העניות הן משפחות עובדות, כלומר עצם ההשתלבות בשוק התעסוקתי עדיין אינו מבטיח רמת חיים סבירה. בישראל, המימדים של עוני במשפחות עובדות הינו משמעותי ביותר וחריג ביחס למדינות מערב אחרות.

אזורים גיאוגרפיים המאופיינים ברמת עוני גבוהה של הנפשות והילדים הם ירושלים ואזורי הפריפריה (צפון ודרום) (המוסד לביטוח לאומי, 2009¹).

המדד היחסי של העוני, אשר מבוסס על חישוב קו העוני, הוא רק אחד המדדים האפשריים למדידת התופעה, וגם לא נטול בעייתיות. הויכוח סביב שאלת המדידה בדרך זו מכוונת לא רק ל"יחסיות" של השיטה ועל תזוזה אפשרית של כמות המשפחות העניות עם שיפור משמעותי ברמת כללית במשק, אלא גם כנגד חוסר התחשבות ב"עבודה שחורה", הנפוצה בקרב האוכלוסיות העניות. עם זאת, מסתבר, כי גם מדידת התופעה בשיטות אחרות מביאה לתוצאות דומות (כהנאי, 2004), ומצביעות על המצוקה האמיתית של משפחות רבות, אשר מתקשות לעמוד בהוצאות חיוניות ביותר.

ההתמודדות עם מצבי העוני והמצוקה הכלכלית באוכלוסייה מצריכה היערכות מתאימה של מערכת בריאות, כולל שירותי הרווחה הפועלים בתוכה. עד לאחרונה, לא הייתה הכרה בתוך המערכת הרפואית בחולים עניים כאוכלוסיית יעד, ולא בוצעה הערכות מערכתית מיוחדת לטיפול בבעיותיה (מוניקדם ומוניקדם, 2008). בימים אלה משרד הבריאות פועל למימוש תוכנית פעולה

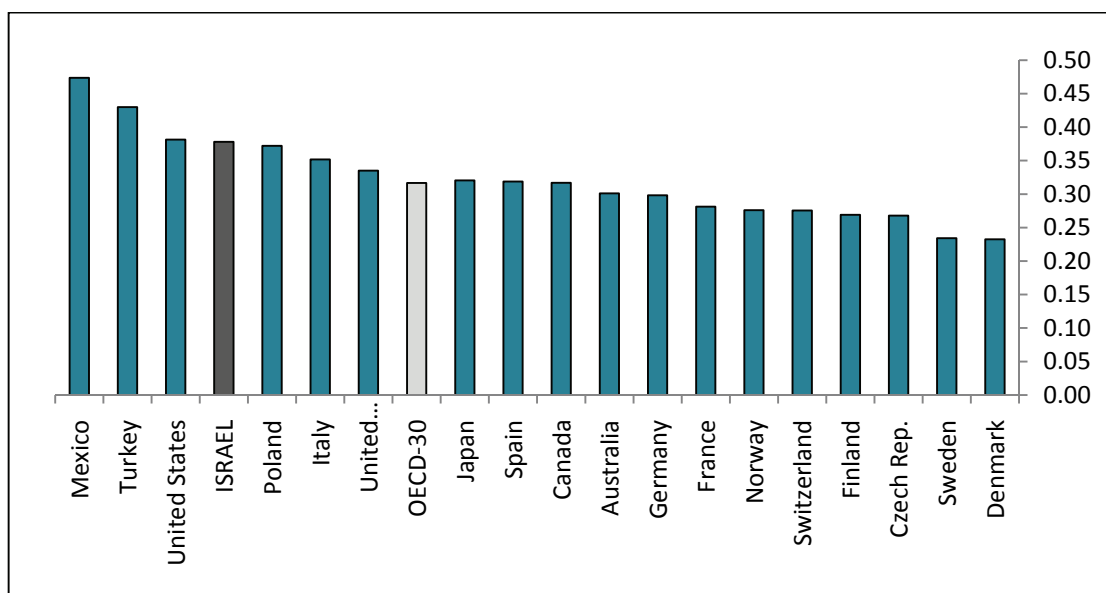
לאומית, אשר תציב אוכלוסייה חלשה כלכלית בסדר עדיפויות גבוה ותקנה לאנשי המערכת הרפואית כלים להתמודדות עם בעיית העוני בקרב המטופלים.⁵

מחקרים רבים מצביעים על כך, שפגיעה בבריאות קשורה (ואולי אף בעיקר) ל"עוני יחסי", ולא רק ל"עוני אבסולוטי" (Wilkinson, 1992). "תיאורית ההכנסה היחסית", המגובה במחקרים השוואתיים בין לאומיים, טוענת להשפעה של התפלגות הכנסות על מצבו הבריאותי של היחיד. בגישה זו החשיבות המרכזית ניתנת למעמד חברתי-כלכלי של הפרט ביחס לאחרים בחברה בה הוא חי, זאת בניגוד לתיאוריות, אשר עוסקות בהשפעת רמת הכנסה של היחיד במונחים מוחלטים (חורב, 2007). על אף חילוקי דעות בנושא זה, הגישה של העוני היחסי מקובלת היום על רוב החוקרים.

ישנם גם מחקרים המראים השפעה עצמאית ומשמעותית של מעמד חברתי-כלכלי סובייקטיבי, הנמדד על פי הערכה עצמית של היחיד ביחס לאחרים בחברה, מעבר לתרומתם של הגורמים האובייקטיביים לבריאות (בר און וקפלן, 2009).

בהקשר זה מיוחסת משמעות רבה ביותר לפערים חברתיים-כלכליים ולרמת אי-שוויון חברתי בהשפעתם על בריאות התושבים. כאן יש לציין, שמבחינת התפלגות ההכנסות בין האזרחים, כביטוי לאי-השוויון החברתי-כלכלי, ממוקמת ישראל, יחד עם ארצות הברית, לאחר טורקיה ומקסיקו באי-השוויון בהתפלגות ההכנסות על פי מדד ג'יני (0.38) (ראה תרשים 3).

תרשים 3. מדד אי-שוויון בהכנסות (מדד ג'יני) במדינות נבחרות, 2005



מקור: OECD, 2010

⁵ ראה פרק פעילויות משרד הבריאות לצמצום פערים

במחקר החברתי מקובל לומר כי פערים בהכנסה, חינוך ובתחומי חיים אחרים תורמים לירידה במצב הבריאות בקרב אנשים בשכבות החלשות. בין היתר, הדבר נגרם בשל ניצול לא אופטימאלי של שירותי הבריאות. מאידך, העדר טיפול הולם ובעיותי הנכון עלול להביא להידרדרות בריאותית נוספת, ובסופו של דבר, להנצחת הפיגור הכלכלי והחברתי בקרב אלה הנמנים על אותן קבוצות חלשות.

1.2 חסמים כלכליים ברכישת שירותי הבריאות

למצבו הכלכלי של הפרט השפעה משמעותית ורבת היקף על מצבו הבריאותי. ערוצי השפעה הם רבים, וכוללים איכות תנאי המגורים, יכולת רכישת מוצרי מזון מגוונים ובריאים, הזדמנויות לקידום תעסוקתי וכד'. רווחתו הכלכלית של הפרט החולה גם קובעת במידה רבה את יכולתו לעמוד בתשלומים הדרושים בעת רכישת התרופות והשירותים הרפואיים.

חשוב לציין, כי השימוש בשירותי הבריאות מותנה בהוצאות כספיות מרובות. בישראל, בדומה למדינות רבות אחרות, מערכת התשלומים עבור שירותים מבוססת על שורה של הוצאות המחויבות על פי חוק ונוהלים שונים של ארגוני בריאות הפועלים בסקטור הציבורי: אלו הם דמי ביטוח בריאות ותשלומי השתתפות עצמית. מס בריאות נבנה מתוך כוונה להנהיג כתשלום פרוגרסיבי, אך כיום קיים בו מרכיב רגרסיבי, אשר נותן יתרון דווקא לאוכלוסיות החזקות יחסית (חורב וקידר, 2010). תשלומי השתתפות עצמית כוללים מספר סוגי הוצאה, ביניהם תשלומים על השירותים בסל השירותים הבסיסי שהוגדר בחוק ביטוח בריאות, תשלומי ביטוח משלים של קופות החולים, ותשלומים על שירותים שאינם כלולים בסל, כגון רפואת שיניים⁶ או שירותי רפואה פרטית אחרים. תשלומים הנדרשים בעת רכישת שירותי הבריאות עלולים להוות מחסום בקבלת שירותי רפואה בקרב בעלי אמצעים מוגבלים. מצב זה מומחש בסקרים הבוחנים אחוזי וויתור על שירותי בריאות (למ"ס, 2007; מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 2010). תשלומי השתתפות עצמית עלולים לשמש חסם בעת השימוש בשירותים חיוניים וכתוצאה מכך להביא להידרדרות במצב הבריאות. מסיבה זו מקובל להנהיג מנגנוני הגנה על שכבות חלשות. מנגנונים אלה אינם מכסים כיום את כל האוכלוסייה החלשה, אלא רק חלק ממנה ואינם כוללים את כל השירותים שבסל הבסיסי, המחייבים תשלום השתתפות עצמית של המבוטח.

אומנם חלק לא מבוטל מהבעיות של אי-השוויון בבריאות נעוץ בגורמים שמחוץ לשליטת מערכת הבריאות, אך תפקודה של מערכת הבריאות הוא בעל חשיבות מרכזית ביכולת להתמודד עם הביטוי הבריאותי של הפערים (WHO, 2008). הרחבת מערך הנחות ופטורים לאוכלוסיות חלשות, הבטחת שוויון הזדמנויות בנגישות וזמינות שירותי הבריאות, מתן תמריצים לארגוני בריאות לצורך השקעה ממוקדת והתערבויות בקרב קבוצות במצוקה, כל אלה מאפשרים להפחית את אי-השוויון בבריאות ולתרום להפיכת החברה לצודקת ושוויונית יותר.

⁶ למעט רפואת שיניים לילדים – ראה פרק "בריאות השן"

1.3 פריסה גיאוגרפית של האוכלוסייה בישראל והשלכותיה על מתן שירותי רפואה

ישראל היא מדינה קטנה בעלת צפיפות אוכלוסייה גדולה מאוד, יחסית למדינות אחרות בעולם המערבי, אולם פריסת תושביה אינה אחידה. המבנה הגיאוגרפי של המדינה ותהליכים היסטוריים הביאו להבדלים ניכרים בין האזורים מבחינת גודל האוכלוסייה והצפיפות. האזור בעל צפיפות האוכלוסייה הגדולה ביותר הוא אזור תל אביב. זאת, לעומת אזורי הדרום והצפון המתאפיינים בצפיפות נמוכה ביותר ובמרחקים גדולים בין הישובים.

אזורי המדינה השונים נבדלים לא רק מבחינת גודל וצפיפות האוכלוסייה, אלא גם בהרכבה. הבדלים ניכרים קיימים בין אזורים שונים מבחינת הרכב הגילאים (ראה לוח מס' 1). האוכלוסייה במחוז תל אביב היא המבוגרת ביותר (גיל חציוני 33.8), ואילו באזור יהודה ושומרון האוכלוסייה היא צעירה ביותר (גיל חציוני 20.5). מחוז תל אביב ונפת חיפה מובילים מבחינת אחוז בני 65 באוכלוסייה (שיעור של 14 ו-15 בהתאמה).

לוח 1. אוכלוסייה לפי גיל, מחוז ונפה (אלפים)
ממוצע 2008

נפה/גיל	65+		0-14		כל האוכלוסייה	גיל חציון
	%	אלפים	%	אלפים		
סך כולל	28.8	711.7	28	2074.4	7308.8	
מחוז ירושלים	23.2	69.5	35	315.4	899.8	
מחוז הצפון	26.1	88.4	31	377.1	1232	
נפת צפת	27.1	9	29	29	100	
נפת כנרת	27.4	7.9	28	27.6	99.5	
נפת יזרעאל	26.1	32.6	31	136.3	440.8	
נפת עכו	25.8	37	31	171.8	550.7	
נפת גולן	26.1	1.8	31	12.5	41	
מחוז חיפה	32	106.3	24	212.4	875.6	
נפת חיפה	35.8	81.5	20	104.2	528	
נפת חדרה	26.3	24.8	31	108.2	347.6	
מחוז המרכז	30.7	166.9	27	471.8	1750.3	
נפת השרון	29.9	39.2	28	107.6	385.3	
נפת פתח תקווה	31.1	59.1	27	160.6	597.8	
נפת רמלה	27.9	19.5	31	86.4	279.6	
נפת רחובות	32.1	48.9	24	117.4	487.7	
מחוז תל אביב	33.8	173.9	22	263.2	1221.8	
מחוז הדרום	26.9	98.4	31	318.4	1045.4	
נפת אשקלון	30.4	53.5	26	121.6	464.5	
נפת באר שבע	24.4	44.9	34	196.6	580.8	
אזור יהודה ושומרון	20.5	8.4	41	115.9	283.4	

1. הגיל החציוני מתייחס לאוכלוסייה ממוצעת.
2. אזור יהודה ושומרון - ישראלים ביישובים יהודיים.

מקור: עיבוד נתונים של למ"ס, 2009.¹

כמחצית מאוכלוסיית היהודים מתגוררת באזור המרכז, ואילו רוב האוכלוסייה הערבית מתרכזת בצפון המדינה. במחוז הצפון האוכלוסייה הערבית מהווה 45% מאוכלוסיית המחוז (למ"ס, 2009¹). במחוז הדרום אוכלוסייה הערבית מהווה 11%, רובם ככולם מהמגזר הבדואי.

מחוזות המדינה שונים, לעיתים בצורה מאוד משמעותית, במידת עיור. כך, לדוגמא, כמות היישובים הכפריים במחוז הצפון היא גדולה ביותר מבין כל המחוזות (332 יישובים), אחריו ממשיכים מחוזות דרום (208) ומרכז (187) (למ"ס, 2009¹). לעומת זאת, מחוז תל אביב מהווה מטרופולין עירוני אחד גדול.

למאפיינים אלו של אזורי המדינה משמעות רבה לגבי אופי השירות הרפואי הדרוש. כך, למשל, מאחר והאוכלוסייה המבוגרת היא צרכנית גדולה יחסית של שירותי בריאות, ניתן לכאורה לצפות, שבאזורים בהם שיעור הקשישים גדול במיוחד תהיינה תשתיות שירותים בהיקף המתאים לצרכי האוכלוסייה אותה הם משרתים. הדבר נכון גם לאזורים עם שיעור גבוה של ילדים, שם נדרשת השקעה נוספת ברפואת ילדים, בתחנות "טיפת חלב", ביחידות להתפתחות הילד, ושירותים אחרים המיועדים לילדים.

כמו כן, המרחקים הגדולים בין היישובים ודלילות האוכלוסייה מצריכים מאמצים מיוחדים מצד ארגוני הבריאות בהספקת שירותי רפואה זמינים ונגישים באיכות סבירה. הפתרונות הקיימים בשטח כיום כוללים הפעלת ניידות שירות רפואי, ניידות מכשור רפואי מיוחד (כגון בדיקות הדמיה), טלה-רפואה (telemedicine) וכן פתרונות אחרים, הדורשים לעיתים מארגוני הבריאות, ובעיקר מקופות חולים, המקנות שירותי בריאות בקהילה, השקעות נוספות.

גם לסוג היישוב משמעות מיוחדת עבור ספקי השירותים הרפואיים. היישובים העירוניים, ובמיוחד הגדולים שביניהם, מתאפיינים בפריסה רחבה של מרפאות קהילתיות. השירותים בקהילה ניתנים על ידי מספר קופות חולים המתחרות ביניהם בהספקת השירותים. ביישובים אלה ניתן למצוא מרכזים רפואיים המאגדים תחת גג אחד מגוון רחב של שירותי רפואה מקצועית. לעומת זאת, שירותי הבריאות הניתנים בכפרים, מושבים וקיבוצים נושאים אופי שונה, ולא בהכרח מבטיחים נגישות למגוון מקצועות בריאות.

יש לציין, כי לקופות חולים מאפיינים שונים מבחינת סוג האוכלוסייה המבוטחת ופריסת השירותים. מאפיינים אלו הינם פרי התפתחות היסטורית מיוחדת של כל קופה. העדפותיה וכן האילוצים אתם היא הייתה צריכה להתמודד, לצד ההזדמנויות שנקרו בדרכה, שיחקו תפקיד משמעותי בעת קבלת החלטה לגבי פיתוח שירות רפואי זה או אחר.

1.4 אי-שוויון אזורי ופיתוח שירותי בריאות

בעיית קיומם של פערים חברתיים-כלכליים גדולים בין אזורים שונים במדינה הועלתה בפורומים ציבוריים וממשלתיים רבים. לשיפור מצבם של אזורי פריפריה נועדו מספר תוכניות ממשלתיות, כולל תוכניות לעידוד תעסוקה ותעשייה מקומית, תוכניות לשיפור מערך ההשכלה באזורים אלה

ועוד. בין התוכנות האחרונות אשר עומדות על הפרק לשינוי מצבה של פריפריה היא תוכנית אזורי עדיפות לאומית, אשר נתקבלה על ידי הכנסת בשנת 2009.⁷

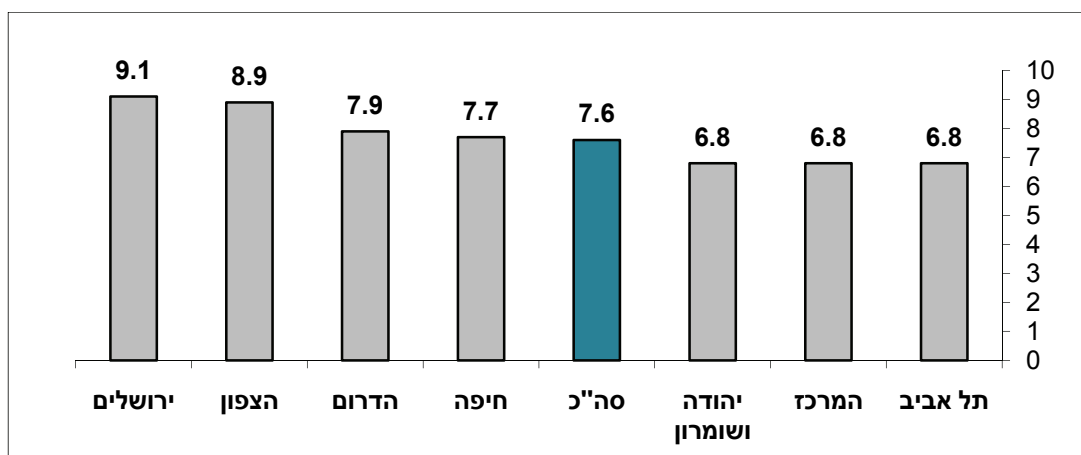
לוח 2 ממחיש את ההבדלים האזוריים במאפייני שכר ותעסוקה בישראל. בחינת התפלגות רמת השכר של העובדים השכירים מגלה הבדלים משמעותיים בין המחוזות. בשנת 2007, השכר הגבוה ביותר היה במחוז המרכז ועמד על כ- 9,217 ש"ח לחודש עבודה ובמחוז תל אביב (8,963 ש"ח). השכר הנמוך ביותר היה משולם לעובדים השכירים במחוז הצפון (6,747 ש"ח). במחוזות ירושלים, הצפון והדרום נמצא האחוז הגבוה ביותר של עובדים משתכרים מתחת לשכר מינימום. בשנת 2009 התאפיין מחוז ירושלים גם באחוז הגבוה במיוחד של בלתי מועסקים.

לוח 2. שכר ממוצע חודשי ושנתי של שכירים, אחוז השכירים ששכרם אינו גבוה משכר המינימום ובלתי מועסקים לפי מחוז, 2007

המחוז	מספר השכירים	שכר ממוצע במשך השנה (ש"ח)	שכר ממוצע לחודש עבודה (ש"ח)	אחוז השכירים המשתכרים מתחת לשכר המינימום	אחוז בלתי מועסקים*
סך הכול	2,837,062	6,743	8,165	40.9	7.6
מחוז ירושלים	247,291	6,013	7,411	45.7	9.1
מחוז הצפון	442,298	5,467	6,747	44.9	8.9
מחוז חיפה	353,649	6,726	8,111	42.0	7.7
מחוז המרכז	753,463	7,744	9,217	36.5	6.8
מחוז תל אביב	544,016	7,506	8,963	38.0	6.8
מחוז הדרום	399,076	5,775	7,130	44.1	7.9
יהודה ושומרון	97,091	6,411	7,922	43.0	6.8

מקור: המוסד לביטוח לאומי, 2009.
 *מקור: שנתון סטטיסטי 2010, הנתון הוא לשנת 2009.
 בלתי מועסקים – לא עבדו אפילו שעה אחת בשבוע שקדם לסקר וחיפוש עבודה באופן פעיל בארבעת השבועות שקדמו לסקר.

תרשים 4. אחוז בלתי מועסקים לפי מחוז, 2009



*מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל, 2010

⁷ החלטה מס' 1060 של הממשלה מיום 13.12.2009 בנושא של "הגדרת ישובים ואזורים כבעלי עדיפות לאומית"

מיקומם חברתי-כלכלי של המחוזות בפריפריה הוא נמוך יחסית, אחוז משמעותי יותר של התושבים באזורים אלה מקבלים קצבת הבטחת הכנסה, גמלאות נכות וסיעוד מביטוח לאומי. נציין גם, כי המדיניות של יישוב אזורי פריפריה גיאוגרפית על ידי עולים, אשר הייתה נהוגה במשך שנים רבות, הביאה, בסופו של דבר, להבדלים ניכרים בהרכב האוכלוסייה בין אזורי המדינה. נכון להיום, חלק משמעותי מהיישובים בדרום והצפון הם יישובים עם אחוז גבוה יחסית של עולים.

על אף הנאמר, לא יהיה נכון למקם את המצוקה החברתית והכלכלית, כפי שניתן ללמוד מדוגמא של מחוז ירושלים, באזורי פריפריה גיאוגרפית בלבד. לא זו בלבד, שתושבי חיפה הממוקמת בצפון נהנים מכל היתרונות של העיר הגדולה, בעלת שירות רפואי איכותי ומפותח ביותר, אלא שגם במרכז הארץ קיימות שכונות עוני ויישובים שלמים המאוכלסים על ידי קבוצות במצב כלכלי-חברתי נמוך. ירושלים, לדוגמא, היא בין הערים העניות בישראל, כאשר בתוך העיר עצמה ניכרים פערים עמוקים בין השכונות מבחינת מעמדה החברתי-כלכלי של האוכלוסייה. אומנם מערכת שירותי הרפואה בעיר מאוד מפותחת, ולכאורה פתוחה בפני כל הקבוצות, אך מידת הנגישות של השירותים הללו עבור קהלים שונים, ובמיוחד לאלה המתאפיינים במעמד חברתי-כלכלי נמוך, אינה ברורה. מדובר אם כן באזורים או אוכלוסיות המשתייכים ל"פריפריה חברתית", אשר מתאפיינת לא רק בריחוק ממוקדי השליטה הפוליטית והחברתית, אלא גם, בנגישות נמוכה יחסית לשירותים שונים. מאידך, באזורים פריפריאליים מבחינה גיאוגרפית מתגוררת כמובן גם אוכלוסייה מבוססת ומשכילה, אלא שלעיתים, קיום בעיות מערכתיות, כגון חוסר של תשתיות שירותי רפואה באזור, פוגע ברמת החיים של כלל התושבים, ללא קשר לרמת הכנסתם.

ההבדלים ברמת הפיתוח של שירותי בריאות באזורי הפריפריה הגיאוגרפית הועלו על סדר היום הציבורי לא אחת. מספר עבודות פורסמו בנושא זה, דוגמא לכך היא מחקרם של ניראל וחב' על נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום (ניראל וחב', 2000). עדויות על רמת שירות ירודה יחסית הובאו על ידי חוקרים שונים גם קודם לכן. בשנת 1989 דיווחה עפרה גרינברג, חוקרת במדעי החברה, בספרה "הזמנה לעיירת פיתוח", על מחסור ברופאים מקצועיים, על טיב נמוך של עבודתם, על תחלופה גבוהה בקרב כוח אדם וכן על בעיות אחרות, המאפיינות את האזור הצפוני, בו היא ערכה את המחקר (גרינברג, 1989).

מלחמת לבנון השנייה ומבצע "עופרת יצוקה" העלו מחדש את נושא פריסת שירותי הבריאות באזורי הצפון והדרום על סדר היום הציבורי, וכן את הצרכים המיוחדים שיש לאזורים האלה בפיתוח שירותי הבריאות.

הסוגיה של נגישות, זמינות ואיכות השירותים ראויה להמשך המחקר, הן בנוגע לפריפריה גיאוגרפית, והן בנוגע ל"פריפריה חברתית".

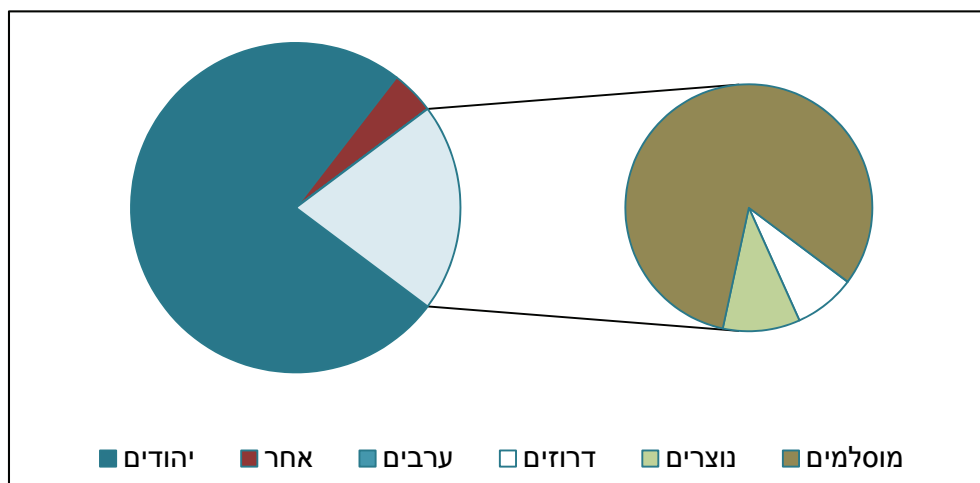
1.5 ההרכב החברתי והתרבותי של החברה הישראלית וצרכים בריאותיים מיוחדים

מדינת ישראל מאופיינת במבנה תרבותי מורכב, וכוללת קבוצות דת, לאום, ותרבות מגוונות. ההבדלים בין הקבוצות באים לביטוי גם במדדי בריאות, בסגנון חיים, בהתנהגות בריאותית,

ובתפיסות והשקפות הקשורות לבריאות ולאורח חיים בריא. הכרתם של מאפיינים אלו חשובה לזיהוי אוכלוסיות סיכון, לתכנון מושכל של שירותי הבריאות, ליישום תוכניות התערבות, ולנקיטת צעדים שיתרמו לקידום שוויון בנגישות לשירותי הבריאות. בהקשר זה ראוי לציין, כי להוציא מספר בעיות גנטיות ומחלות תורשתיות, חלק גדול בתחלואה והתנהגות בריאותית, ניתן לייחס להשפעת גורמים חברתיים ותרבותיים. אחת העדויות לכך ניתן לקבל ממחקר בנושא תמותה, שנערך על ידי חוקרים שותפים מהאקדמיה ומהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שתוצאותיו פורסמו בשנים האחרונות בישראל (Jaffe et al., 2008). תוצאות המחקר מלמדות, כי הבדלים בתמותה, שאותרו בקרב יהודים לפי יבשת לידה, נעלמים לאחר שנלקחו בחשבון משתנים חברתיים-כלכליים. חלק מנתוני המחקר, יחד עם שורת ממצאים אחרים, יוצגו בהמשך הפרסום הנוכחי.

בסוף שנת 2008 מנתה אוכלוסיית ישראל 7,374 אלף נפש, מתוכם 5,569 אלף יהודים (75.5%), 1,488 אלף ערבים (20.2%) ועוד 317 אלף אחרים (4.3%). גם האוכלוסייה היהודית וגם האוכלוסייה הערבית אינן הומוגניות, ומורכבות ממספר תת-קבוצות, השונות ביניהן מבחינת משתנים סוציו-דמוגרפיים, כלכליים ותרבותיים.

תרשים 5. אוכלוסיית ישראל לפי דת, 2008



מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי 2009.

בקרב היהודים, מבחינת המוצא, הקבוצה הגדולה ביותר היא יוצאי אירופה-אמריקה⁸. קבוצה זו מנתה בסוף 2008 למעלה מ-2.2 מיליון נפש שהם 37.9% מהיהודים והאחרים. 35.6% מהיהודים והאחרים הם ילידי ישראל שגם אביהם נולד בישראל. כ-14.8% מכלל היהודים והאחרים (871.4 אלף נפש) הם ילידי אפריקה או שאביהם יליד אפריקה. הקבוצה הקטנה ביותר היא מיוצאי אסיה – 683.7 אלף נפש – 11.6% מכלל היהודים ואחרים. משנה לשנה גדל חלקם של

⁸ הערה: "מוצא" - עבור ילידי חו"ל נחשבת ארץ הלידה, ועבור ילידי ישראל - ארץ לידת האב.

ילידי ישראל באוכלוסייה, והם מהווים 71% מקרב האוכלוסייה היהודית בסוף 2008 (למ"ס, 2009¹).

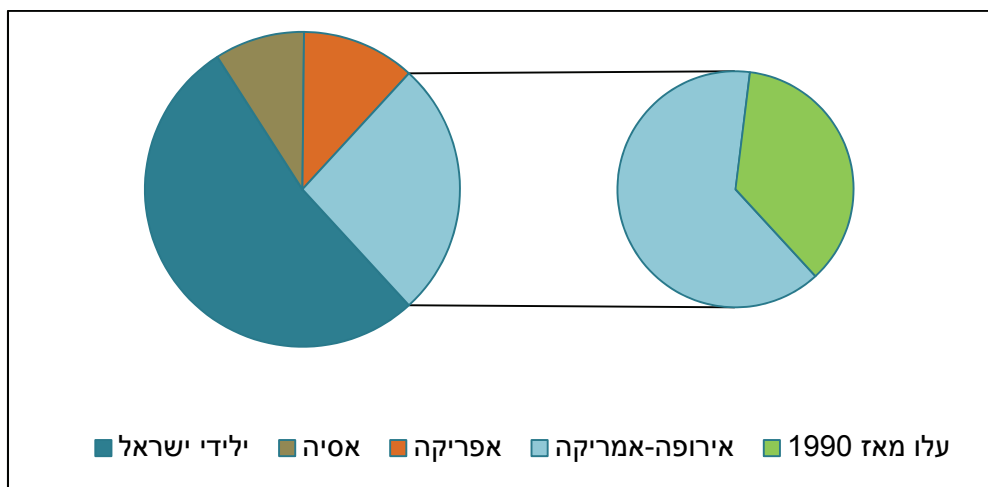
בתוך האוכלוסייה ניכרים הבדלים משמעותיים מבחינת רמה כלכלית, השכלה, דת ותרבות. תושבי אזורי פריפריה שונים ברמת החיים ובמאפיינים חברתיים אחרים מתושבי המרכז; עולים נבדלים במעמד חברתי-כלכלי, בהרגלים והשקפות מאלה של וותיקים, כאשר גם העולים אינם קבוצה הומוגנית. לדוגמא, עולי תימן, עולי צפון אמריקה ועולי קווקז מהווים קבוצות אוכלוסייה שונות וייחודיות. רבים מתוכם ממשיכים לשמור על הרגלי חיים המוכרים להם מארץ מוצא, כאשר לעניין זה יכולה להיות השפעה על אופי התחלואה, אופי השימוש בשירותי הבריאות, וסיכונים בריאותיים אפשריים במהלך חייהם בארץ.

קבוצת תרבות מיוחדת היא יוצאי אתיופיה. בסוף שנת 2008 מנתה הקהילה האתיופית בישראל 119.3 אלף תושבים. כ- 80.8 אלף ילידי אתיופיה ו- 38.5 אלף ילידי ישראל שאביהם נולד באתיופיה, המהווים כ- 32% מבני הקהילה (למ"ס, 2009²). יוצאי אתיופיה שונים מאוד מכלל אוכלוסיית ישראל בתרבות, במעמד חברתי-כלכלי, במבנה משפחתי ובשפה: מתן שירות רפואי לקבוצה זו, תוך התאמה תרבותית ובניית ערוצי תקשורת יעילים, מהווה אתגר משמעותי עבור ספקי שירותי בריאות בישראל.

להמחשת המגוון התרבותי הקיים בישראל נציין, כי האוכלוסייה היהודית חלוקה גם לפי רמת הדתיות. 43% מגדירים את עצמם כילונים, 39% כמסורתיים, 10% דתיים, ו- 8% כחרדים (למ"ס, 2009¹). ההבדלים בין הקבוצות באים לביטוי במאפיינים דמוגרפיים, כגון גודל המשפחה ודפוסי פריון, בסגנון חיים, בהתנהגות בריאותית, אך גם בשימוש בשירותי הבריאות: לעיתים לאוכלוסייה דתית ציפיות וצרכים מיוחדים משירותי הבריאות, כולל התאמת השירות לשומרי שבת, הרכב מגדרי של כוח אדם מקצועי וכד'.

אוכלוסייה חרדית שונה בצורה משמעותית משאר קבוצות דתיות: היא אוכלוסייה צעירה, עם שיעור עוני מאוד גבוה, וסגנון חיים מיוחד. המידע המועט הקיים לגבי קבוצה באשר לתחלואה, התנהגות בריאותית ושימוש בשירותי הבריאות ראוי להשלמה.

תרשים 6. אוכלוסיית ישראל לפי יבשת לידה, 2008



מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי 2009.

האוכלוסייה הערבית מורכבת משלוש קבוצות דת עיקריות – מוסלמים (83%), נוצרים (8%) ודרוזים (10%). בנפרד וכחלק מהאוכלוסייה המוסלמית יש לציין את העדה הבדואית, המונה כ-150 אלף איש, אשר מתגוררת בעיקר באזור הדרום. אוכלוסיות אלה שונות, לעיתים בצורה מאוד משמעותית, במאפיינים חברתיים-כלליים ותרבותיים. האוכלוסייה הנוצרית, למשל, מאופיינת ברמה סוציו כלכלית גבוהה יחסית, שעורי בעלי השכלה גבוהה ושיעור פריור נמוך. הקבוצות נבדלות ביניהן בשיעור נשואי קרובים, על אף שככלל, התופעה עדיין נפוצה בקרב האוכלוסייה הערבית. נתונים מעודכנים בנושא זה אינם זמינים, אך ידוע, כי במהלך שנות התשעים חלה ירידה בשיעור נשואי הקרובים, עד כ- 33% (Jaber et al., 2000).

השיעור הגבוה ביותר של נשואי קרובים מאפיין את האוכלוסייה הבדואית, בה הוא מגיע ל- 60% מכלל הנשואים (לשכת הבריאות מחוז הדרום, 2010). ההשלכות הבריאותיות הקשות של נשואי קרובים ידועות, ומתבטאות בשכיחות גבוהה של מחלות ומומים מולדים. בסקרים שנעשו באוכלוסייה הערבית בישראל התגלה, כי שיעור המומים המולדים בקרב ילדים שהוריהם קרובי משפחה גבוה פי 2.5 מאשר בקרב הילדים שהוריהם אינם קרובי משפחה (משרד הבריאות, 2005). המחקרים גם מצביעים על כך, שלהשכלת האישה השפעה רבה ביותר על שכיחות נשואי קרובים. ככל שעולה השכלת האישה, כך נמוך סיכוי של נשואים קרובים במשפחה (Vardi-Saliternik et al., 2002). בארץ מופעלות תוכניות רבות למניעת נשואי קרובים. מאמצים מיוחדים מושקעים על ידי משרד הבריאות במחוז הדרום באמצעות לשכת הבריאות המחוזית, שם מתנהלת בהצלחה תוכנית רבת שנים לצמצום תמותת תינוקות במגזר.

1.6 חסמים תרבותיים בשימוש בשירותי הבריאות

יש המונים את מספר השפות המדוברות בישראל בלמעלה משלושים⁹. השפות הנפוצות, לפי כמות הדוברים, הן עברית, ערבית, רוסית ואנגלית. המקור של ההרכב הלשוני העשיר והמורכב בישראל הוא גלי העלייה, אשר הביאו במהלך למעלה משישים שנות קיום המדינה לשילוב בישראל של אלפים ומאות אלפים נציגי מדינות וקבוצות תרבות שונות מהעולם. גלי העלייה הגדולה מברית המועצות הביאו לישראל כמיליון דוברי רוסית, ואילו עם העלאת בני פלשמורה מאתיופיה לישראל התאספה לכלל השפות המדוברות בישראל גם השפה האמהרית, בה משתמשים יותר ממאה אלף בני הקהילה. השפות הפחות נפוצות מדוברות בעיקר בקהילות קטנות של עולים חדשים או בקרב קבוצות תרבות מיוחדות. שפות רבות נוספות, ביניהן צרפתית, ספרדית, אידיש, רומנית, מרוקאית, על הניבים השונים, מהווים חלק בלתי נפרד מההווה הלשונית בישראל.

לרוב אוכלוסייה יהודית ולחלק משמעותי מהאוכלוסייה הערבית שליטה טובה בשפה העברית. יחד עם זאת, ישנן קבוצות, ובמיוחד כאלה של עולים, או קשישים מהמגזר הלא יהודי, אשר מתקשות בעברית ושליטתן בשפה מוגבלת לתקשורת בסיסית בלבד. יש להתייחס לעובדה, כי לא רק עולים חדשים מתקשים בהבנת העברית, אלא גם עולים וותיקים, אשר הגיעו ארצה בגיל מבוגר, ולא הצליחו מסיבות אלה ואחרות להשתלט על השפה. מדובר בקבוצה מאוד משמעותית,

⁹ http://www.ethnologue.com/show_country.asp?name=IL
<http://he.wikipedia.org/wiki/>

שמתגוררת בארץ שנים לא מעטות, ללא שליטה טובה בשפה. מחקר שנעשה לאחרונה על ידי משרד הקליטה בנושא שליטה בעברית גילה, לדוגמא, כי אומנם רוב הנשאלים, העולים מבריה"מ לשעבר, דיווחו כי שליטתם בשפה העברית מספיקה לענייני יום-יום, אך כשליש דיווחו על כך, שככלל שליטתם בשפה אינה מספיקה (רוזנבאום-תמרי וגנידין, 2007).

באשר לשימוש בשירותי הבריאות, יש לציין, כי חוסר ידיעת השפה ברמה מספקת מהווה מחסום משמעותי בפני התושבים הזקוקים לשירות רפואי. אי שליטה בשפה פוגעת ביכולת התקשורת עם הצוות המטפל, ולפגיעות באיכות הטיפול במצבי דחק וסכנת חיים, בעיות בתקשורת יכולות להיות בעלות השלכות קשות. בתחילת שנת 2010, דווח באמצעי התקשורת על יוזמה חדשה בשירותי מגן דוד אדום: בפנייתם אל מוקד 101 יזכו עולי אתיופיה לתרגום טלפוני בעת הפנייה, וכך גם בעת הגעת הפרמדיקים לביתם¹⁰. הקמת שירות חיוני זה נותנת מענה לשעת חירום, אך יש להניח, כי הצרכים של בני הקהילה דורשים התייחסות כלל מערכתית, שעדיין לא קיימת כיום. מאמצים בתחום זה הושקעו בשנים האחרונות על ידי חלק מקופות החולים בהפעלת שירותי תרגום ברפואה ראשונית, ופעילותה של עמותת "טנא בריאות", המספקת שירות מתורגמנים לבני העדה. יוזמות כגון אלה מסייעות לסגירת הפער הלשוני ולהורדת מחסום בתחום זה בפני המשתמשים בשירות הרפואי. הנהלת משרד הבריאות נתרמה לנושא זה באמצעות חוזר מנכ"ל שמופץ בימים אלה בקרב ארגוני הבריאות ומציב סטנדרטים והמלצות בתחום הנגישות התרבותית והלשונית.

מלבד חשיבותה של התקשורת עם הצוות המטפל, קיים תחום נוסף, בו קשיי השפה פוגעים בצורה משמעותית ביותר ביכולת האזרח להשתמש בצורה נכונה ומתאימה בשירותי הבריאות. מדובר בתחום של מידע אותו ארגוני הבריאות מספקים למבוטחים, כגון מידע בנושא של פריסת השירותים הרפואיים, זכויות המטופל, טפסי הסכמה, עלוני מידע בנושא קידום בריאות, טיפול עצמי במחלות ונושאים רבים אחרים. חוסר שליטה בשפה במקרים האלה לא רק מונע מהמטופל להכיר את השירות הרפואי, את הדרכים המועילות לקדם ולשמר את בריאותו, אלא גם מגביל בצורה משמעותית את יכולתו לממש את זכויותיו העומדות לרשותו במפגש עם המערכת.

התמקדנו עד כה במחסום הלשוני, שמהווה בעיה עבור מטופלים רבים במערכת בריאות. אך מעבר לכך, קיים מחסום נוסף, לא פחות משמעותי העומד בפני המטופלים והוא המחסום התרבותי. הבדלים בתפיסות המחלה ובהתמודדות עמם, משתקפים בשימוש בשירותי בריאות ובאים לביטוי גם במפגש בין המטופלים לבין המטפלים מרקע תרבותי שונה. במצב האופטימאלי ראוי היה שהמטפל או חבר אחר מצוות יהיה מרקע תרבותי דומה לזה של המטופל.

במצב הנוכחי קשה להגיע לייצוג הולם של קבוצות תרבותיות בקרב עובדי בריאות. דוגמא בולטת בישראל הוא השירות הרפואי הניתן ליוצאי אתיופיה. הפער התרבותי בין העולים לבין החברה הקולטת, חוסר היכרות עם מערכת רפואית, חוסר ידיעת השפה העברית ולעיתים גם העדר השכלה כלשהיא, הופכת את המפגש בין יוצאי אתיופיה למערך הרפואי לבעייתי במיוחד. שירותי תרגום טלפוני, מתאמי בריאות ותוכניות התערבות מרכיבים חלק מהצעדים הננקטים על ידי משרד הבריאות, קופות חולים וארגונים ציבוריים להתמודדות עם הקשיים של העולים במפגש עם מערכת הבריאות.

¹⁰ <http://www.iaej.co.il/newsite>, אגודה ישראלית למען יהודי אתיופיה

הקושי באינטראקציה מורגש היטב לא רק על ידי האזרחים הפונים לקבל שירות רפואי, אלא גם על ידי נותני השירות. המחקרים מראים, כי גם הרופאים מעדיפים לטפל במטופלים שמוצאם מרקע תרבותי דומה לשלהם (Hoerschgen et Schenker, 2004).

הזכרנו קודם את המגזר החרדי, קבוצת אוכלוסייה בעלת אורח חיים מיוחד. לפעמים ערכי דת ותרבות מנמיכים את בחירת המטפל. המחקרים בישראל מצאו, כי נשים חרדיות, לדוגמא, מעוניינות להיות מטופלות אצל רופאות, דבר זה נכון לגבי נשים ערביות ובמידה מסוימת גם לנשים במספר אוכלוסיה ספציפיות נוספות (Schwartzbaum et al., 2004).

ההתאמה התרבותית של שירותי הבריאות חיונית אם כן גם לקיום תקשורת יעילה בין איש מקצוע למטופל, וגם להתאמה של אותם חומרי מידע המופצים על ידי ארגוני בריאות בקרב המטופלים. סביר להניח, כי הימצאות עלוני מידע בריאותי עם מסרים או תמונות, שלא הולמים את תפיסתם התרבותית ואת הנורמות ההתנהגויות של קבוצות דת ותרבות שונות, לא תעזור, אלא רק תפגע במאמצים של ספקי שירותי בריאות לשפר את הידע ואת המודעות של המטופלים לנושאי בריאות ולהשפיע על ההתנהגות הבריאותית.

פרק 2. אי-שוויון בבריאות: תמונת המצב

2.1 הבדלים בתוחלת חיים

תוחלת חיים של היחיד מושפעת לא רק מגורמים ביולוגיים, אלא גם מגורמים חברתיים וסביבתיים. אלה כוללים רווחה כלכלית, רמת השכלה, התנהגות בריאותית, השקפה תרבותית, סביבה חברתית ופיזית של המגורים וכן גורמים רבים אחרים. שילוב הגורמים החברתיים והשפעתם המצטברת במהלך חיים יקבעו במידה משמעותית את רמת התחלואה של היחיד, ובכך את סיכוי הפרט להאריך שנים (Singh-Manoux, 2004). השפעה, לא מבוטלת, מיוחסת גם לנגישות שירותי בריאות נאותים, הפועלים לריפוי, מניעה ושיפור איכות החיים של היחידים (Bunker, 2001).

בישראל תוחלת החיים בלידה בשנת 2009 הייתה 79.7 שנים בקרב גברים ו-83.5 שנים בקרב נשים (למ"ס, 2010)¹¹. ראוי לציין, כי תוחלת החיים בקרב גברים ונשים בישראל גבוה יותר מהממוצע של מדינות OECD.

בחינת תוחלת חיים לפי יישובים מגלה הבדלים ניכרים בין הערים והאזורים השונים במדינה. הנתונים העומדים כיום לרשותנו בנושא זה הינם משנים 1998-2002, ופורסמו ב"פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002" בהוצאת למ"ס ואגף לכלכלה וביטוח בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה במשרד הבריאות. פרסום זה יצא עד כה בתדירות נמוכה¹¹ ובימים אלה נערכים לחידוש.

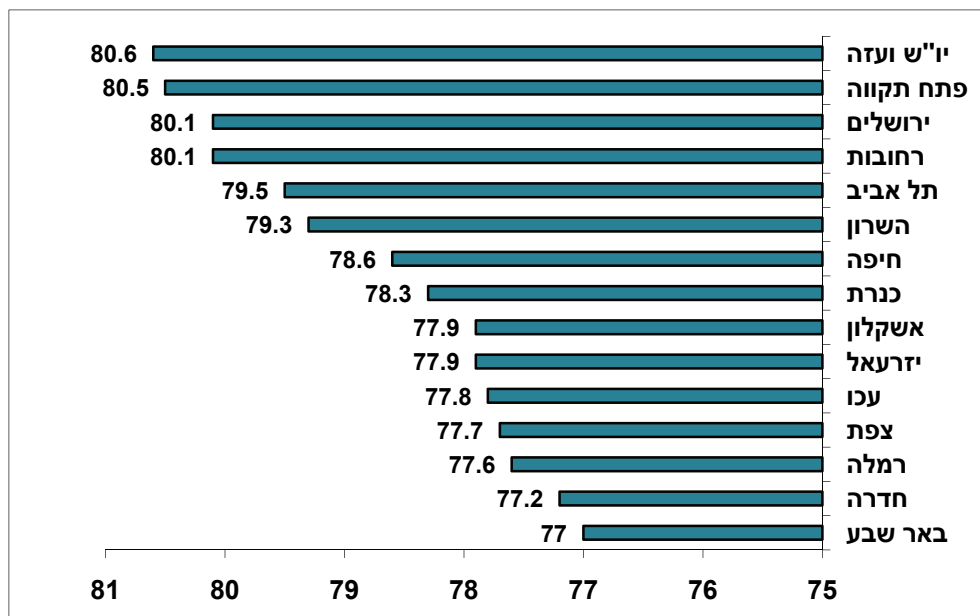
בין המחוזות תוחלת החיים הגבוהה ביותר נצפתה במחוז ירושלים (80.1) והמרכז (79.7), בינונית במחוז תל אביב וחיפה (79.5 ו-78.2) והנמוכה ביותר במחוז הצפון (77.9) והדרום (77.3).

לפי נפות, האוכלוסייה היהודית ואזורי יו"ש ועזה (הנתונים נאספו לפני פינוי היישובים) נפת פתח תקווה התאפיינו בתוחלת חיים גבוהה ביותר, ואילו נפות חדרה ובאר שבע נמוכה ביותר.

הפילוח לפי יישובים מלמד על קיום הבדלים ניכרים מבחינת תוחלת חיים. כך, הפער בין הערים עם אוכלוסייה מעל 50 אלף תושבים מגיע לכ-8 שנים. תוחלת החיים הגבוהה בין הערים בסדר גודל זה נמצאה ברעננה (83.7) והנמוכה ביותר בנצרת (75.7). בין היישובים הגדולים יותר של מעל 100 אלף תושבים, ההבדלים הם פחות משמעותיים, אך עדיין תוחלת חיים בלידה נעה בין 80.7 שנים ברמת גן לבין 77.8 שנים בבאר שבע. ראוי לציין, כי היישובים בהם נמצאה תוחלת חיים נמוכה יחסית שייכים למעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר ונמצאים בעיקר באזורי פריפריה (כגון באר שבע ואשקלון בדרום). ישוב חריג מבחינה זו הוא בני ברק, עיר הממוקמת באשכול חברתי-כלכלי נמוך, אך יחד עם זאת בעלת תוחלת חיים גבוהה של 80.2 שנים.

¹¹ הוצאתו של הפרופיל הבא מתוכננת לשנת 2011, בשותפות בין האגף לכלכלה וביטוח בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה, של משרד הבריאות ולמ"ס.

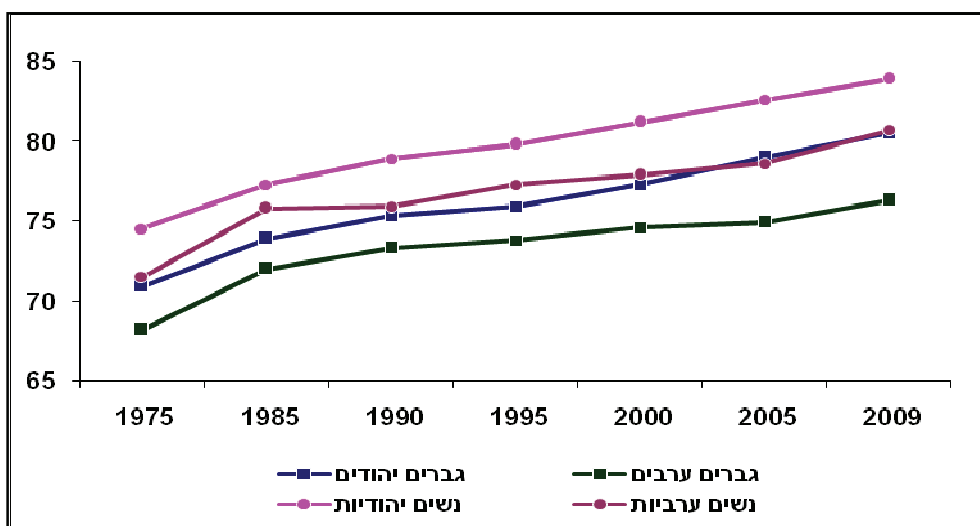
תרשים 7. תוחלת חיים בלידה לפי נפות, 1998-2002



מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006¹

מבחינת קבוצת אוכלוסייה נמצא, כי תוחלת החיים בלידה גבוהה יותר בקרב יהודים ואחרים בהשוואה לערבים, הן בקרב זכרים והן בקרב נקבות (ראה תרשים 8). יחד עם זאת, הנתונים מצביעים על מגמת עלייה מתמדת בתוחלת חיים בשני המגזרים.

תרשים 8. תוחלת חיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומגדר 1975-2009



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי 2010
הערה: בשנת 1995 היה שינוי בהצגת הנתונים של למ"ס. לפני שנה זו הנתונים הוצגו לפי "יהודים" ו"בני דתות אחרות", ולאחר מכן לפי "יהודים" ו"ערבים".

2.2 פערים חברתיים ואזוריים בתמותה

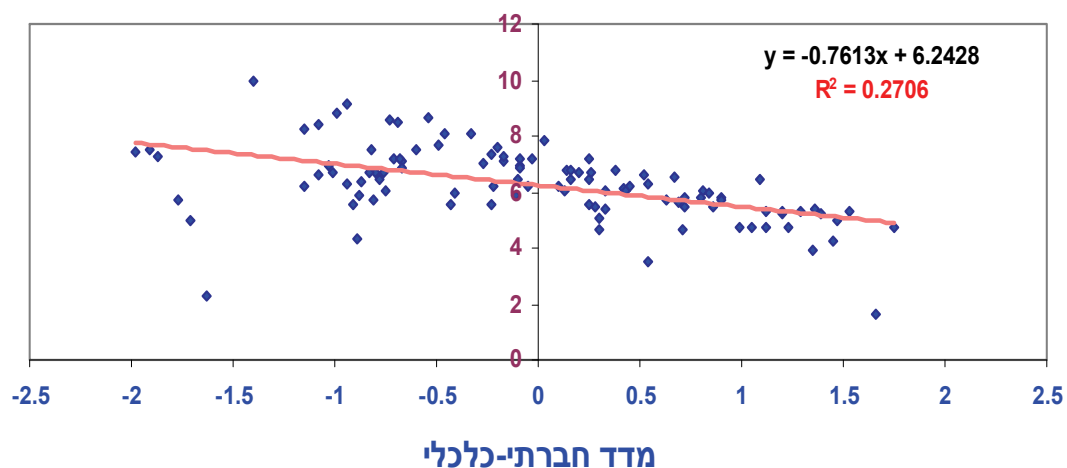
שיעור התמותה מהווה את אחד הממדים המקובלים למדידת אי שוויוניות בין קבוצות שונות באוכלוסייה. התמותה מושפעת ממגוון גורמים חברתיים-כלכליים, שחלקם ניתנים למניעה על ידי שימוש נכון ברפואה מונעת, שינוי בסגנון חיים ושיפור התנאים הסביבתיים (שובל ואנסון, 2000).

בשנת 2008 סיבות המוות העיקריות בישראל היו שאתות ממאירות (סרטן) – 25.8% מהפטירות; מחלות לב – 17.3%, סוכרת – 6.3%, מחלות מערכת הנשימה – 5.6%, מחלות כלי הדם שבמוח (שבץ מוחי) – 5.2%, וסיבות חיצוניות – 5.2% מהפטירות (למ"ס, 2010).

בישראל ניכרת שונות משמעותית בשיעורי התמותה בין אזורים גיאוגרפיים שונים, כאשר חלק מההבדלים ניתן לשייך לפערים חברתיים-כלכליים הקיימים בישראל. מחקר שבוצע על ידי שמש ואלקנה (2002) הצביע על קשר ישיר בין שיעורי התמותה לבין מצב חברתי-כלכלי של היישובים בישראל. תרשים 9 מדגים את היחס בין התמותה הכללית לבין רמת היישוב, כפי שזו נמדדת על ידי מדד חברתי-כלכלי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המחקר מגלה, אולי באופן לא מפתיע, כי ככל שרמת חברתית-כלכלית של היישוב גבוהה יותר, כך יורדים שיעורי התמותה הכללית באוכלוסייה. אולם באשר לרמות התחלואה הממצאים לא היו כה חד משמעיים. להבדיל מהתמותה, לא נתגלה מתאם בין רמת היישוב לבין שיעורי התחלואה בו. ייתכן ודבר זה נובע מריבוי פעילויות מניעה וגילוי מוקדם ביישובים מבוססים, שמצליחים למנוע הידרדרות בבריאותם של התושבים ולהשפיע באופן חיובי על מימדי התמותה ביישוב.

תרשים 9. שיעורי תמותה מתוקננים* לפי מדד חברתי-כלכלי

(יישובים עם 10,000 תושבים ויותר), 1998-2002



(* השיעורים מתוקננים לפי גיל לאלף תושבים מקור: שמש ואלקנה, 2002. ראה גם למ"ס ומשרד הבריאות, 2006)

בהשוואה בין ישובים המונים מעל 10,000 איש נמצאו שיעורים גבוהים יותר בישובים ערביים, כגון ג'יסר א-זרקא (9.9) או קלנסווה (9.2), אך גם בישובים יהודיים מרמה סוציו אקונומית נמוכה, כגון קריית מלאכי (8.1) ושדרות (8.1). בחלק מהישובים הערביים, כגון כפר קאסם או כפר מנדא נמצאו שיעורי תמותה מתוקננים נמוכים מהשיעור הארצי.

מבחינת הפילוח לפי מחוזות, נתונים משנים 1998-2002 מגלים שיעורי תמותה כללית גבוהים יותר באזורי דרום, צפון וחיפה (6.5, 6.3 ו- 6.3 בהשוואה לשיעור הארצי של 6.0) (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006¹).

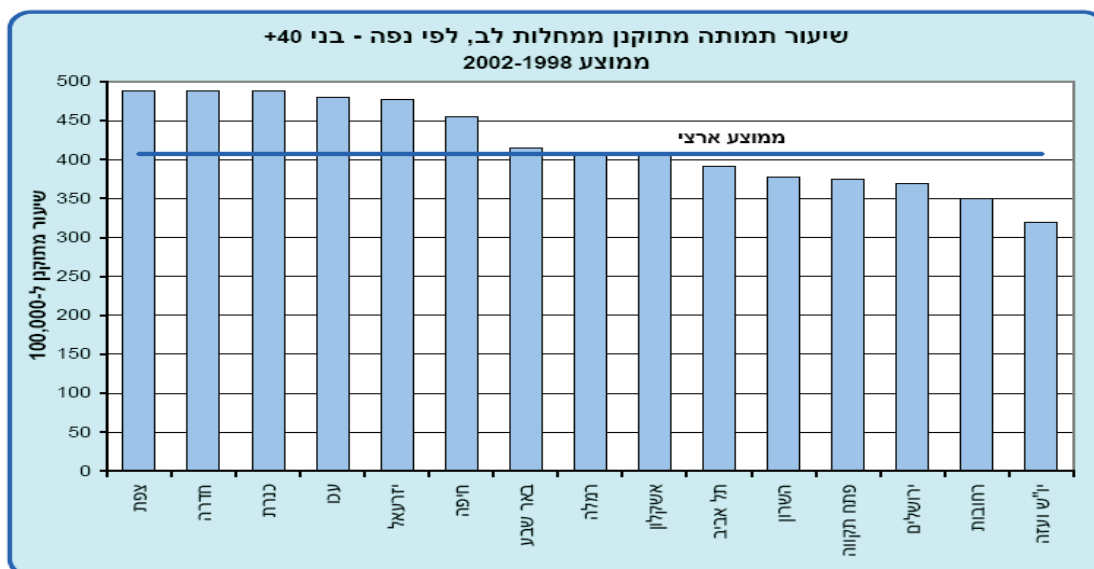
העיון בנתוני שיעור התמותה ממחלות לב לפי אזורים גיאוגרפיים מלמד, כי בנפות צפת, חדרה, כנרת, עכו, יזרעאל וחיפה נצפו שיעורי תמותה גבוהים משמעותית ביחס לממוצע הארצי.

ברמה היישובית, שיעורים נמוכים ביותר בתמותה ממחלות לב וכלי דם במוח נרשמו ביישובים יהודיים. המצב הוא הפוך בתמותה משאתות ממאירות (בקרב בני +40): שיעורי תמותה נמוכים ביותר נמצאו ביישובים ערביים, ואילו גבוהים ביותר בישובים יהודיים.

לפי נפות, נרשמו שיעורי תמותה מתוקננים משאתות ממאירות גבוהים יותר מהשיעור הארצי בנפות אשקלון וחיפה, ובמידה קטנה יותר בנפת תל אביב ונפת באר שבע. שיעורים נמוכים ביותר נמצאו בנפת ירושלים ויהודה ושומרון¹².

תרשים 10. שיעור תמותה מתוקנן ממחלות לב, לפי נפה – בני +40

ממוצע 1998-2002



מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006¹

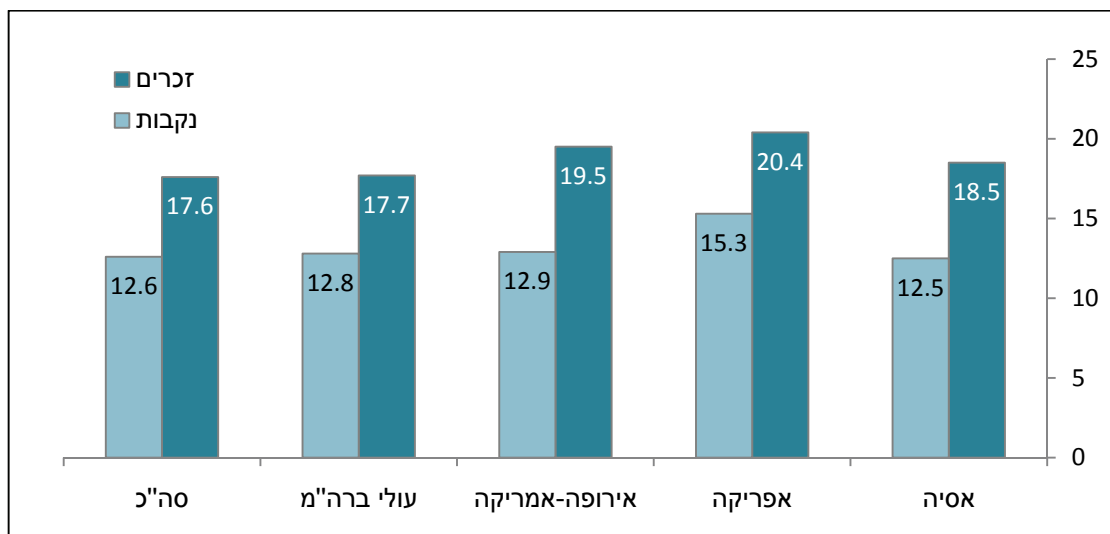
¹² כולל עזה. הנתונים נאספו בתקופה לפני פינוי היישובים.

בחינת שיעורי תמותה לפי סיבה מגלה הבדלים בין האוכלוסייה היהודית והאוכלוסייה הערבית (למ"ס, 2010²). לא נמצאו הבדלים בשיעורי התמותה מסרטן, אך שיעורי התמותה ממחלות לב גבוהים אצל ערבים פי 1.6 לעומת היהודים. שיעור התמותה ממחלות כלי דם במוח גבוה פי 1.5 אצל ערבים, עם זאת סיבת מוות זו היא רק השישית בשכיחותה אצל ערבים, לעומת שלישית אצל היהודים. התמותה מסוכרת גבוהה פי 2.6 בקרב ערבים לעומת היהודים, והשיעור התמותה מסיבות חיצוניות גבוה אצל ערבים פי 1.5 ביחס ליהודים. בסך הכל, שיעור התמותה המתוקנן הכולל, גבוה בקרב הערבים פי 1.5 ביחס ליהודים (שם).

בקרב היהודים, שיעורי תמותה מתקוננים גבוהים יחסית לקבוצות אחרות נמצאו בקרב יוצאי אפריקה, בשני המינים, ועולי ברה"מ לשעבר (ראה תרשים 11).

כאן ראוי להזכיר מחקר אורך בנושא של תמותה בישראל, אשר בחן שינויים בתמותה לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים וכלכליים (Jaffe et al., 2008). במחקר נעשה שימוש בנתונים של שני מפקדי האוכלוסין, שנערכו בשנים 1983 ו-1995. הנתונים הוצלבו עם קבצי פטירות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה באמצעות מעקב של כ-9 שנים ממועד המפקד.

תרשים 11. שיעורי תמותה מתקוננים ל-1,000 של יהודים ואחרים בני 45+
לפי מין ויבשת לידה
ממוצע 2006-2008



מקור: למ"ס, 2010¹
הערות: סה"כ כולל ילידי ישראל ויבשת לידה לא ידועה.
אוכלוסיית העולים היא משנת 1990 ואילך.
אירופה-אמריקה – לא כולל עולי ברה"מ.

המחקר גילה פערים ניכרים בתמותה לפי מספר מדדים של מצב חברתי כלכלי (כגון הכנסה, עיסוק, השכלה, בעלות על מוצרי ברי-קיימא) והצביע על גידול בהיקף הפערים בשני העשורים האחרונים בתוך האוכלוסייה היהודית, הן בגברים והן בנשים. במיוחד ניכר הגידול בתמותה ממחלות קרדיו-וסקולאריות ובקרב נחקרים בגילאי הביניים. החוקרים ציינו "גידול דרמטי ומעורר דאגה" בתמותה ממחלות קרדיו-וסקולאריות בקרב נשים לפי השכלה: נמצא כי סיכון נשים בעלות השכלה נמוכה למות ביחס לנשים בעלות השכלה גבוה גדל מפי 2 ליותר מפי 5

בתקופת המחקר. במגזר הערבי הגידול בפערים נמצא רק בקרב גברים. ובאשר לפערים לפי מוצא, גילו החוקרים, כי עודף סיכון של יוצאי צפון אפריקה, שאותר בשתי תקופות מחקר, נעלם לגמרי לאחר שנלקחו בחשבון מצב חברתי-כלכלי של הנחקר.

פערים בתמותה לפי השכלה נמצאו גם בכל הקשור לתמותה מסרטן השד, כאשר כיוון הפערים התהפך בתקופה בין שני תקופות המחקר: השכלה נמוכה הפכה מגורם מגן במחקר הראשון ($OR=0.7$) לגורם סיכון לתמותה ($OR=1.7$) (Jaffe et al., 2008).

הבדלי תמותה ממחלות לא מדבקות נבדקו בקבוצת עולי ברה"מ לשעבר ביחס לאוכלוסיית היהודית הוותיקה (Ott et al., 2009). הממצאים של מחקר אורך זה, אשר כלל מעקב אחר לוחות תמותה ובדיקת שיעורי תמותה בקרב עולים שהגיעו לישראל בשנים 1990-2003, מצביעים על עודף בשיעורי תמותה מתוקננים ממחלות ממאירות בקרב העולים ברוב סוגי המחלה. לא נתגלו הבדלים משמעותיים בתמותה ממחלות קרדיו-וסקולריות בין קבוצות אוכלוסייה. הנתונים מצביעים על עודף סיכון למחלות ממאירות, ובמיוחד של סרטן הקיבה (עודף הסיכון פי 2, בשני המינים). גם תמותה מסיבות חיצוניות הייתה גבוהה משמעותית בקרב עולים ביחס לוותיקים. החוקרים מסבירים את הממצאים על ידי השפעת הניסיון הטראומטי של ההגירה, כולל קשיים תרבותיים וכלכליים, הרגלי תזונה בעיתיים, סביבה תעסוקתית לא בריאה, שימוש באלכוהול, עישון וכן גורמי סיכון אחרים.

2.2.1 התאבדויות: קבוצות סיכון עיקריות

הנתונים הסטטיסטיים המעודכנים בנושא ההתאבדות מתייחסים לשנת 2007 (משרד הבריאות, 2010¹). בשנה זו 306 תושבי ישראל סיימו את חייהם בהתאבדות, שלוש רבעי מתוכם גברים (250) והשאר נשים (56). ביחס לשנת 2006 מדובר בירידה בשיעור המתאבדים מ-7.2 ל-5.8 ל-100,000 נפש בגיל 15+.

לאובדנות גורמי סיכון רבים, כולל מאפייני אישיות, שימוש בסמים ואלכוהול, משברי חיים, ונגישות לאמצעי התאבדות (אורי וחב', 2010). שיעור התאבדויות בישראל נמוך יחסית לרוב מדינות אירופאיות, כאשר בשנים האחרונות ישראל מדורגת במקום השני הן בקרב זכרים והן בקרב נקבות בהשוואה ל-25 מדינות חברות באיחוד האירופאי (משרד הבריאות, 2010¹).

שיעור התאבדויות מתוקן עולה עם הגיל ובקבוצת בני 75+ מגיע לשיא של 20.8 מקרים ל-100,000 נפש אצל גברים ו-6.4 מקרים אצל נשים¹³. המעקב אחרי שיעורי התאבדות לאורך זמן מלמד על ירידה של התמותה בגילאים המבוגרים, הן בקרב גברים והן בקרב נשים, אם כי עדיין הפער בין אוכלוסייה זו לאוכלוסיות אחרות הוא עדיין משמעותי. הממצא של אובדנות גבוהה בגילאים מבוגרים הינו אוניברסלי, אך בישראל לבעיות נפשיות וגופניות המאפיינות את הגיל המבוגר מתווספות בעיות הקשורות לכך שחלק משמעותי מהקשישים הוא ניצולי שואה. בקבוצה זו סיכון להתאבדות עולה משמעותית ביחס לאלה שלא עברו את תקופת השואה (Barak et al., 2005).

¹³ הנתון הוא ממוצע תלת-שנתי, נכון לשנת 2006 (משרד הבריאות, 2010¹).

הסיכון להתאבדות של גברים גרושים בגילאי 25-44 גבוה פי 6.2 מזה של גברים נשואים ופי 1.7 מזה של רווקים. אצל נשים גרושות הסיכון הוא פי 6.2 ו- 1.2 בהתאמה (משרד הבריאות, 2010¹).

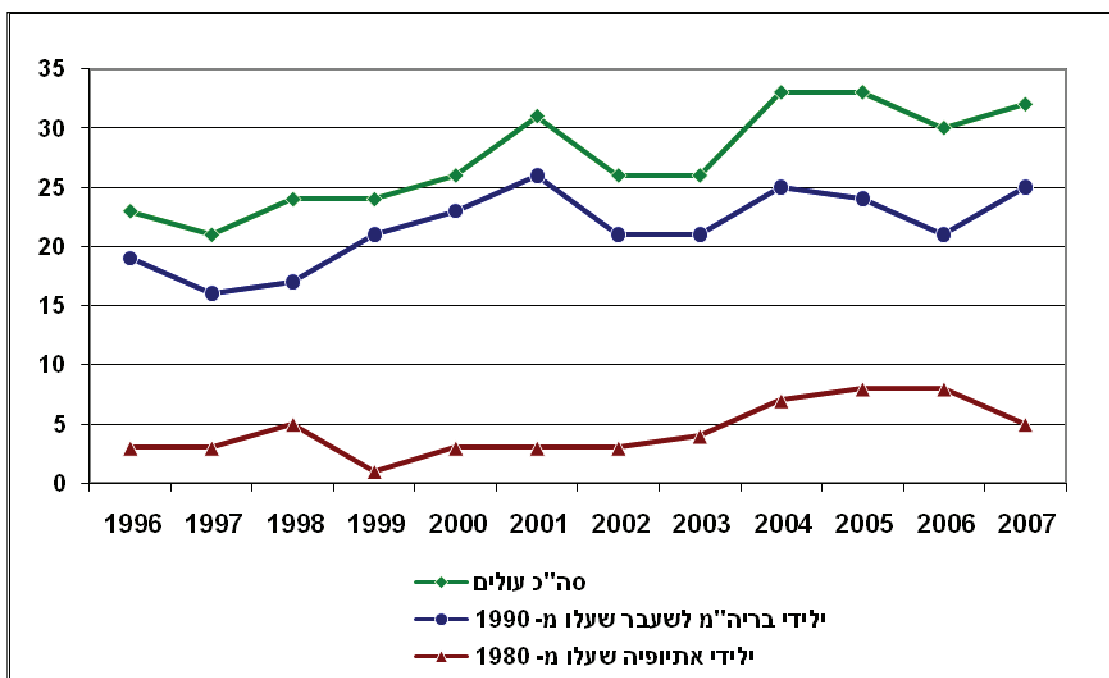
מבחינת האזור הגיאוגרפי, בשנים 2005-2007 השיעור הגבוה לגברים של התאבדויות בקרב יהודים ואחרים נרשם במחוזות חיפה, והנמוך במחוזות ירושלים, ויו"ש. בנפות השרון, חדרה, חיפה, יזרעאל ובאר שבע, נרשם שיעור גבוה בהשוואה לשאר הנפות. בקרב ערבים נרשמה עלייה בשיעור התאבדויות במחוז הצפון (משרד הבריאות, 2010¹).

ביישובים עירוניים שיעור התאבדויות גבוה בהשוואה לישובים כפריים. בקיבוצים נצפה שיעור יחסית גבוה, דומה לזה המאפיין את הערים הגדולות (משרד הבריאות, 2008).

שיעור התאבדויות מתוקן לגיל בקרב ערבים (3.4) נמוך בהשוואה ליהודים ואחרים (7.1 ל-100,000 נפש בגיל +15). השיעור הגבוה ביותר בקרב הערבים הוא בגילאי 15-24, לעומת קבוצת גיל +75 בקרב היהודים (משרד הבריאות, 2010¹).

העולים מהווים קבוצת סיכון משמעותית. בשנת 2007 שליש מכלל ההתאבדויות בישראל בוצעו על ידי עולי ברה"מ, שהגיעו ארצה משנת 1990, ועל ידי עולי אתיופיה שעלו משנות השמונים.

תרשים 14. אחוז ההתאבדויות של העולים מכלל ההתאבדויות



מקור: אובדנות בישראל, 2010
 הערה: סה"כ עולים: כולל ילידי אתיופיה שעלו מ-1980, עולי ברה"מ לשעבר שעלו מ-1990, ועולים מארצות אחרות שעלו משנת 1990.

עולי ברה"מ מהווים יותר משני שליש (77%) של סך התאבדויות של עולים ושיעורם המתוקן הגיע בממוצע תלת שנתי ב-2006 ל-18.3 בקרב זכרים ו-4.1 בקרב נקבות, כאשר הסיכוי לבצע

התאבדויות היה גבוה אצל העולים פי 1.9 לגברים ו- 1.4 לנשים, ביחס לאוכלוסייה הוותיקה. שיעור המתאבדים בקרב עולי ברה"מ גבוה יותר בכל קבוצות גיל, להוציא בני 65+. אצל ילידי אתיופיה שיעור התאבדויות הינו גבוה מאוד ביחס לאוכלוסייה הוותיקה והגיע בשנת 2006 ל- 59.9 בקרב זכרים, עם הסיכוי של פי 6.1 לבצע התאבדות ביחס לאוכלוסיית יהודים ואחרים ללא עולים. השיעור לנשים הוא 17.6 וסיכוי היחסי הוא פי 5.9, יש להדגיש, כי מספר זה מבוסס על כמות מקרים קטנה. בקבוצת הגילאים הצעירים (גילאי 15-24) התמונה קשה עוד יותר: שיעור עולי אתיופיה הגיע ל- 94.3 בשנים 2006 (על סמך ממוצע תלת-שנתי) בקרב זכרים, תוך סיכוי פי 12.7 לבצע התאבדות ביחס לאוכלוסיית היהודים ואחרים הוותיקה. קבוצות סיכון נוספות הם חיילים, בקרבם התאבדות, בזמנים שאינם זמני מלחמה, מהווה סיבת מוות עיקרית בזמן השירות. גורמי לחץ רבים אתם אמור להתמודד החייל יחד עם זמינות כלי נשק הופכת קבוצה זו לסיכון גבוה במיוחד (אורי וחב', 2010).

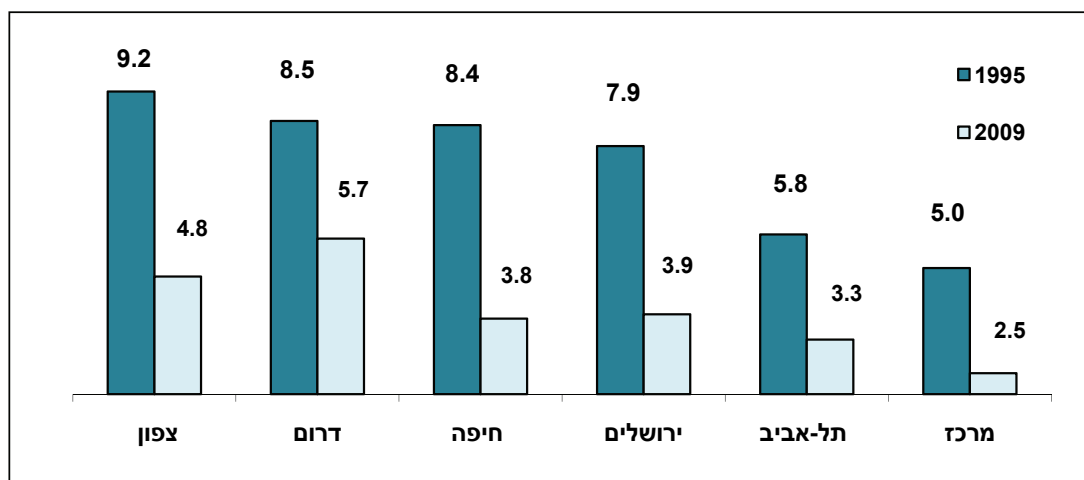
2.2.2 פערים בתמותת תינוקות

שיעור של תמותת תינוקות מקובל בעולם כמדד רגיש להערכת פערים בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות. המדד מבטא השפעות של מעמד חברתי-כלכלי על הבריאות. הבדלי דת ותרבות באוכלוסיות שונות יכולים להשפיע, לעיתים בצורה מאוד משמעותית, על שיעור תמותת תינוקות. שיעורי התמותה על פי מדד זה הושפעו במהלך השנים המדד הושפע משימוש בטכנולוגיות פריון ומריבוי לידות ועוברים הנלווה לכך.

נקדים את פילוח שיעורי תמותת תינוקות לפי אזורים גיאוגרפיים וקבוצות אוכלוסייה בציון העובדה, כי השיעור בישראל, שעמד על 4 ל- 1,000 לידות חי דומה לממוצע של מדינות אירופאיות, כאשר שיעורים דומים מאפיינים מדינות כמו הולנד ושווייץ (למ"ס, 2010¹).

פילוח הנתונים לפי אזורים גיאוגרפיים מראה, כי בעשור האחרון חלה ירידה משמעותית בתמותת תינוקות בכל המחוזות, כאשר השינוי המשמעותי ביותר נצפה במחוזות חיפה, צפון וירושלים.

תרשים 15. תמותת תינוקות לפי מחוז, 1995/2009



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי 2010

אף על פי שהירידה במחוז הדרום היא פחות משמעותית, חשוב לציין, כי מדובר בהישג ניכר, שמהווה במידה רבה פרי פעילות נרחבת של משרד הבריאות באמצעות הלשכה המחוזית של הדרום. במחוז הדרום מרוכזת אוכלוסייה בדואית, המונה כ- 150,000 איש. אוכלוסייה זו מאופיינת ברמה סוציו כלכלית נמוכה, ושיעור גבוה של נשואי קרובים. חלק ניכר מהאוכלוסייה הבדואית מתגורר מחוץ ליישובים מוכרים. אלה, אינם נהנים מרמת תשתיות הקיימת ביישובים ערביים אחרים. משרד הבריאות משקיע לאורך שנים תקציבים ניכרים בביצוע תוכניות להפחתת תמותת תינוקות במגזר הבדואי. התוכנית כוללת פעילויות הסברה, מתן חומצה פולית לנשים בדואיות, יעוץ גנטי, הרצאות בבתי ספר ובקהילה וכד' (לשכת הבריאות מחוז הדרום, 2010). התוכנית מנוהלת יותר מ- 10 שנים, ובתקופה זו ניכר צמצום משמעותי בפער בין אוכלוסייה בדואית לבין האוכלוסייה היהודית. הודות לכך, ירד שיעור תמותת תינוקות במחוז הדרום מ- 10.6 בשנת 2004 ל- 6.6 בשנת 2008. באותה שנה שיעור התמותה של תינוקות מהמגזר הבדואי הסתכם ב- 8.5 ל- 1,000 לידות חי. אומנם בשנת 2009 חלה עלייה מסוימת בשיעור התמותה ל- 12.2 ל- 1,000 לידות חי, אך ייתכן ועלייה זו קשורה לעלייה ניכרת במספר הריונות מרובי עוברים במגזר הבדואי באותה התקופה (לשכת הבריאות מחוז הדרום, 2010). מוקדם לומר אם עליה זו היא מקרית או מסמנת מגמה.

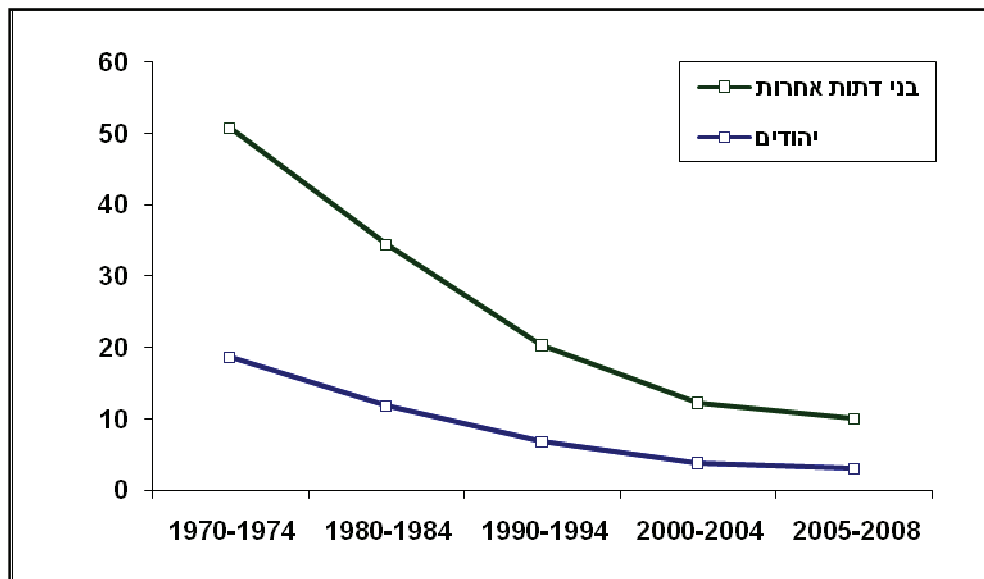
הבדלים, שעדיין ניכרים בתמותה בתוך המגזר הערבי, מסבירים במידה רבה גם את ההבדלים בפטירת תינוקות, בתוך המגזר, בין אזורים. כך, למשל, בשנת 2007 שיעור תמותת תינוקות ערביים במחוז באר שבע היה 11.1 לעומת 5.0 בחיפה ו- 6.0 בשאר המחוזות. השיעור הגבוה בנפת באר שבע מוסבר בחלקו הגדול על ידי שיעור תמותה גבוה בקרב הבדואים. גם בקרב יהודים ניכרים הבדלים בין המחוזות: באותה שנת 2007 שיעור פטירת תינוקות בקרב יהודים ואחרים נע בין 2.0 במחוז ירושלים לבין 4.1 במחוז תל אביב.

גם בתוך האוכלוסייה הערבית קיימים הבדלים משמעותיים בתמותת תינוקות. שיעור תמותת תינוקות בקרב הדרוזים בשנים האחרונות נע בסביבות 5-6 ל- 1,000 לידות חי, ואילו של נוצרים בסביבות 3 ל- 1,000 לידות חי. זאת לעומת שיעור גבוה יותר בקרב המוסלמים (כ- 7 לאלף לידות חי) (המועצה הלאומית לשלום הילד, 2009). השיעור הגבוה בקרב מוסלמים נובע בין היתר מהשיעור הגבוה באוכלוסייה הבדואית בנגב.

למומים מולדים תרומה משמעותית להבדלים בתמותה בין שני המגזרים. שיעור התמותה מסיבה זו מהווה 0.8 אצל יהודים ואחרים, לעומת 2.5 אצל ערבים. השכיחות הגבוהה של מומים מולדים באוכלוסייה הערבית קשורה לדפוס שכיח של נשואי קרובים הנהוג במגזר זה, וכן לנכונות מועטה להפסיק היריון בעת בו התגלה מום קשה בעובר. הבדלים משמעותיים ניכרים גם בתמותה מסיבות סב לידתיות, ותמותה מסיבות אחרות לא מוגדרות.

בהתייחסות לשיעורי תמותת התינוקות בסך הכול בשני המגזרים, יש לציין, כי השיעור נמוך יותר בקרב יהודים לעומת בני דתות אחרות – 3.0 לעומת 7.0 (למ"ס, 2010)¹. למרות הירידה של שיעור בשני המגזרים לאורך זמן, עדיין קיים הפער בין המגזרים.

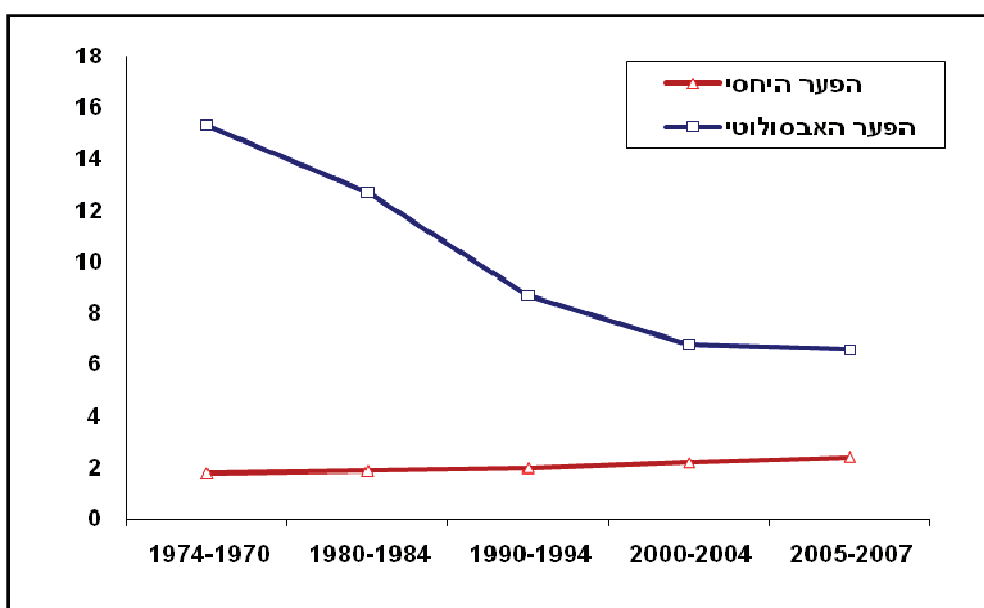
**תרשים 16. מגמות בשיעור תמותת תינוקות לאלף לידות חי
1970-2008**



מקור: למ"ס, שנתון 2010
הערה: החל משנת 2000 הנתונים מוצגים לפי קבוצות אוכלוסייה "יהודים ואחרים" ו"ערבים". לפני כך "האחרים" צורפו לאוכלוסייה הערבית.

ניתן לערוך מעקב אחרי הפערים בתמותת תינוקות בין המגזר היהודי והערבי הן במושגים יחסיים והן במוחלטים (אבסולוטיים). בחינת הפערים לאורך זמן מראה כי מאז תחילת שנות השבעים הפער בשיעורי תמותה הצטמצם בצורה משמעותית מאוד, בזמן שלא חל שינוי משמעותי בפער היחסי (ראה תרשים 17).

**תרשים 17. פער יחסי ואבסולוטי בשיעור תמותת תינוקות בין מגזר יהודי וערבי
1970-2007**



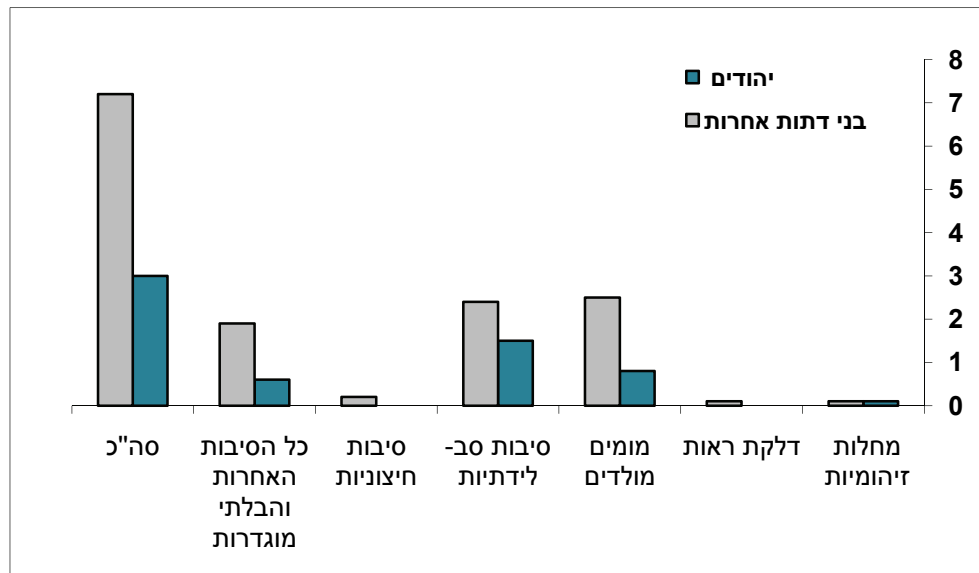
מקור: עיבוד נתונים מתוך למ"ס, שנתון סטטיסטי 2009.

מעקב אחר תמותת תינוקות לאורך זמן מגלה, כי הסיבה העיקרית לתמותת תינוקות בישראל היא פגות, המסבירה יחד עם מצבים פרינטליים אחרים יותר מחמישים אחוז תמותה ממקרי תמותה בקרב היהודים וכשליש ממקרי תמותה אצל הערבים (למ"ס ומשרד הבריאות, 2008).

הסיכוי לפגות עולה משמעותית בלידות מרובות עוברים. שיעור הלידות האלה שונה בשני המגזרים ובשנת 2006 הגיע ל- 4.9% בקרב נשים יהודיות לעומת 3.8% בקרב ערביות (למ"ס, 2009¹).

המעקב אחר מגמות בתמותת תינוקות מבחינת שבוע הלידה מראה כי 52% ממקרי התמותה בקרב יהודים מתרחשים בשבוע הראשון לאחר הלידה, בהשוואה ל- 43% בקרב הערבים. כמו כן שיעור גבוה יותר של תמותה נרשם באוכלוסייה הערבית בגילאי 1-11 חודשים (41%) לעומת 28% אצל יהודים (למ"ס ומשרד הבריאות, 2008).

תרשים 18. שיעור תמותת תינוקות לפי סיבות נבחרות ודת ממוצע 2005-2008



מקור: למ"ס, 2010¹.

שיעור תמותת תינוקות נמצא קשור להשכלת האם. בקרב נשים בעלות השכלה של פחות מ- 4 שנות לימוד נמצאה בשנים 2000-2002 תמותת תינוקות גבוהה פי 4.6 לעומת נשים בעלות השכלה של יותר מ- 16 שנות לימוד. פער זה גדל מאז שנים 1993-1996 אז הוא היה פי 3.5 (אפשטיין וחורב, 2007).

2.2.3 פערים בתוחלת חיים בתמותה לפי משתנים חברתיים: עיקר הממצאים

השכלה

- בין קבוצות אוכלוסייה בישראל קיימים פערים ניכרים בתמותה לפי השכלה. לאורך העשורים האחרונים ניכרת הרחבת הפער בתמותה ממחלות לב וכלי דם לפי השכלה, ובמיוחד בקרב נשים יהודיות: בתקופה זו גדל סיכון נשים בעלות השכלה נמוכה למות ביחס לנשים בעלות השכלה גבוהה מפי 2 ליותר מפי 5.
- הנתונים מעידים על מהפך בהשפעת ההשכלה על תמותה מסרטן שד: ההשכלה הנמוכה הפכה מגורם מגן לגורם סיכון לתמותה.
- עלייה בהשכלת האם תורמת משמעותית לירידה בשיעורי תמותה תינוקות.

הכנסה

- ככל שרמה חברתית-כלכלית של היישוב גבוהה יותר, כך יורדים שיעורי התמותה הכללית באוכלוסייה.

אזור מגורים

- בין האזורים השונים במדינה קיימים הבדלים ניכרים בתוחלת חיים. תוחלת החיים הגבוהה ביותר נצפתה במחוז ירושלים והמרכז, והנמוכה ביותר במחוז הצפון והדרום.
- ברמה יישובית הפער בתוחלת חיים מגיע לכ- 8 שנות חיים. היישובים בהם נמצאה תוחלת חיים נמוכה יחסית שייכים למעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר ונמצאים לרוב באזורי פריפריה.
- שיעורי תמותה כללית גבוהים יותר נמצאו באזורי דרום, צפון וחיפה. שיעורים גבוהים יותר מאפיינים יישובים ערביים, אך גם יישובים יהודיים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה.
- בנפות צפת, חדרה, כנרת, עכו ויזרעאל נצפו שיעורי תמותה ממחלות לב גבוהים יחסית ביחס לממוצע הארצי.
- שיעורי תמותה משאתות ממאירות גבוהים יותר מהשיעור הארצי נמצאו בנפות אשקלון וחיפה, ובמידה קטנה יותר בנפת תל אביב ונפת באר שבע. שיעורים נמוכים ביותר נמצאו בנפות ירושלים ויו"ש.
- בנוגע לשיעורי התאבדות, השיעור הגבוה לגברים יהודים ואחרים נרשם במחוזות חיפה, והנמוך במחוזות ירושלים ויו"ש. בנפות השרון, חדרה, חיפה, יזרעאל ובאר שבע, נרשם שיעור גבוה בהשוואה לשאר הנפות. ביישובים עירוניים שיעור התאבדות גבוה בהשוואה ליישובים כפריים.
- בעשור האחרון חלה ירידה משמעותית בתמותת תינוקות בכל המחוזות, כאשר השינוי המשמעותי ביותר נצפה במחוזות חיפה, צפון וירושלים.

קבוצת אוכלוסייה

- הנתונים מצביעים על תוחלת חיים גבוהה יותר בקרב יהודים ואחרים בהשוואה לערבים, אולם שתי הקבוצות מאופיינות בעלייה מתמדת במדד זה לאורך שנים.
- באוכלוסייה הערבית נרשמו שיעורי תמותה ממחלות לב גבוהים יותר לעומת היהודים. כמו כן בקרב הערבים נרשמו שיעורים גבוהים יותר של תמותה מסוכרת ומסיבות חיצוניות.

- שיעור התאבדויות בקרב ערבים נמוך בהשוואה ליהודים ואחרים. השיעור הגבוה ביותר בקרב הערבים הוא בגילאי 15-24, לעומת קבוצת גיל 75+ בקרב היהודים.
- הפער, במונחים מוחלטים, בתמותת תינוקות בין המגזר היהודי והערבי הצטמצם בצורה משמעותית לאורך העשורים האחרונים, אולם הפער היחסי נשמר. למומים מולדים ולסיבות סב לידתיות תרומה משמעותית להבדל בתמותה בין שני המגזרים.

מוצא

- בקרב היהודים, שיעורי תמותה מתוקננים גבוהים יחסית בהשוואה לקבוצות אחרות נמצאו בקרב יוצאי אפריקה, אולם עודף סיכון זה נעלם לאחר ניכוי השפעות של מעמד חברתי-כלכלי.
- בקרב עולי ברה"מ נמצא עודף סיכון לתמותה ממחלות ממאירות, ובמיוחד של סרטן הקיבה (פי 2, בשני המינים). גם תמותה מסיבות חיצוניות גבוהה משמעותית בקרב עולי ברה"מ ביחס לוותיקים.
- ילידי ישראל נמצאים בעודף תחלואה במלנומה ממאירה לעומת ילידי חו"ל. ממצא זה נכון גם לגברים וגם לנשים.
- ילידי אירופה-אמריקה נמצאים בעודף סיכון משמעותי למחלות לב, וזאת בעיקר בשל התחלואה הגבוהה בקרב עולי ברה"מ לשעבר. עודף התחלואה מדווח על ידי העולים בכל קבוצות גיל.
- העולים מהווים קבוצת סיכון משמעותית להתאבדות. שליש מכלל ההתאבדויות בישראל מבוצעים על ידי עולי ברה"מ ועל ידי עולי אתיופיה שעלו משנות השמונים. אצל ילידי אתיופיה שיעור התאבדויות הינו גבוה מאוד ביחס לאוכלוסייה הוותיקה ובמיוחד בגילאים הצעירים: בקרב בני 15-24 הסיכוי היחסי להתאבד בקרבם גבוה פי 12.7.

2.3 פערים בתחלואה לפי משתנים חברתיים

בהעדר מקור מידע מקיף אחד לגבי מצב התחלואה בישראל לפי משתנים חברתיים-כלכליים, השתמשנו במידע ממקורות שונים. יש להדגיש, כי המקורות הם בעלי רמות עדכון שונות, השתמשו במתודולוגיות שונות, וחלקם נושאים אופי אגרטיבי. ראוי לציין, כי מלבד בעיית ריכוז המידע, קיים בישראל מחסור בנתוני תחלואה מעודכנים לפי משתנים חברתיים שונים, כגון הכנסה, תעסוקה, אזור מגורים. כך למשל, להבדיל ממדינות מערב אחרות, בישראל קיים מחסור בנתונים לגבי תחלואה לפי מקצוע ומעמד תעסוקתי. החסרים במידע מתגלים לא רק לגבי סוג התעסוקה, כמו למשל, הבדלים בבריאות בין אוכלוסיית צווארון לבן וכחול, אלא גם לגבי ענפי התעסוקה ומקצועות ספציפיים, דבר שמקשה על זיהוי קבוצות הנתונות לסיכון בריאותי מוגבר. המידע המפורסם הוא אקראי, על כן, ולאור חשיבות מצבו התעסוקתי של היחיד להיווצרות הפערים ואי-שוויון בבריאות, ראוי להשקיע בהקמת מאגר מידע שימוקד בתחום זה.

אחד המקורות לנתוני תחלואה לפי קבוצות חברתיות הוא סקר בריאות לאומי, שממצאיו פורסמו בפעם האחרונה ב- 2003/2004 במסגרת סקר בריאות הנפש הבין-לאומי של ארגון הבריאות העולמי (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006¹⁴). הסקר נערך ב-27 מדינות בעולם בכלי מחקר זהים. סקר חד פעמי זה בדק שכיחותם של מצבי תחלואה גופנית ונפשית באוכלוסייה הכללית של בני 21 ומעלה ונערך על מדגם של 4,859 איש. איסוף הנתונים בוצע באמצעות ראיון פנים אל פנים בבית המרואייין, באמצעות מחשב נייד, בשלוש שפות: עברית, ערבית ורוסית.

נציג כאן נתוני תחלואה נבחרים, המבוססים על נתוני סקר זה המבוססים כאמור על דיווח עצמי של המרואיינים. בנוסף לכך, נציג מידע מספר מקורות אחרים¹⁴.

2.3.1 הבדלים בין קבוצות בתחלואה קרדיו-וסקולרית

הסיכון למחלות לב עולה משמעותית עם הגיל, ובמיוחד לאחר גיל 65. גברים מדווחים יותר על המחלה מהנשים בכל קבוצות גיל, כאשר הפער בתחלואה בין שתי הקבוצות מצטמצם לאחר גיל 75 (ראה לוח 3).

הנתונים לגבי שכיחות המחלה באוכלוסייה יהודית וערבית אינם מלאים, אם כי ההבדל המשמעותי בין שתי הקבוצות נרשם בקבוצת גיל 45-64 לטובת אוכלוסייה היהודית. נתונים מסקר ארצי אחר (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2006) מאותה התקופה מלמדים על השיעורים הגבוהים יותר של תחלואה בקרב יהודים, בשני המינים, לעומת האוכלוסייה הערבית. בשיעורים מתוקננים שיעור התחלואה בקרב גברים עולים על תחלואה בקרב יהודים (8.9% לעומת 7.8%), ואילו אצל נשים היחס נשאר דומה (3.5% בנשים ערביות לעומת 4.4% בנשים יהודיות) (שם).

¹⁴ ביוני 2010 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה פרסמה נתונים ראשוניים של סקר בריאות משנת 2009, שבוצע על ידי למ"ס בשיתוף משרד הבריאות (למ"ס, הודעה לעיתונות מ-1.6.2010).

לוח 3. דיווחו כי רופא אבחן אצלם מחלת לב (אי-פעם),

שיעור ל- 100 תושבים

גיל	סך הכל					
	65+	75+	65-74	45-64	21-44	
Total	28.2	36.8	23.0	10.7	1.8	כל האוכלוסייה
	31.6	38.6	27.7	13.4	2.0	גברים
	25.6	35.5	19.2	8.3	1.6	נשים
	28.6	37.5	23.0	10.0	1.9	יהודים ואחרים
	27.4	36.9	21.3	9.2	1.6	מזה: יהודים
	(20.2)	..	(22.6)	17.8	(1.3)	ערבים(1)
	..	..	..	..	(1.3)	יבשת מוצא - יהודים ואחרים
	17.5	(23.4)	(14.9)	7.0	..	ישראל
	(18.0)	(25.9)	(16.0)	6.9	..	אסיה
	34.1	41.3	28.2	12.6	2.9	אפריקה
	53.3	64.2	46.2	22.0	5.2	אירופה-אמריקה
						מזה: בריה"מ לשעבר (+1990)
	22.8	37.2	..	(7.4)	..	מחוז
	33.4	41.6	28.8	13.4	(1.6)	ירושלים
	25.8	26.7	25.2	12.0	..	הצפון
	26.0	36.4	19.2	10.9	(1.3)	חיפה
	24.5	38.9	14.8	7.7	(1.5)	המרכז
	36.3	37.4	35.9	13.7	(3.1)	תל אביב
	28.4	38.6	24.1	10.6	1.8	הדרום
	(19.3)	..	(18.2)	13.5	(5.0)	מצב משפחתי
	30.3	36.1	22.5	(7.0)	-	נשואים
	..	..	..	..	(1.3)	גרועים(2)
						אלמנים
						רווקים
	..	..	-	..	..	דתיות - יהודים
	(18.3)	(15.7)	(19.9)	..	..	חרדים
	26.1	40.2	19.0	(8.4)	..	דתיים
	32.3	41.4	25.7	12.0	(1.5)	מסורתיים-דתיים
	27.4	39.5	19.8	10.1	(1.5)	מסורתיים-לא כל כך דתיים
						לא דתיים, חילוניים
	(16.9)	..	(15.7)	..	-	השכלה
	25.5	31.3	21.2	10.3	..	לא למדו
	22.9	33.8	..	11.6	(1.0)	למדו, ללא תעודת בגרות
	39.2	48.0	35.7	9.1	5.0	תעודת בגרות
	33.2	54.4	23.1	11.5	(2.2)	תעודה על-תיכונית
						תעודה אקדמית
	16.5	(20.1)	(15.6)	8.2	1.9	תכונות כוח העבודה
	16.7	(20.1)	(15.7)	8.2	1.8	בכוח העבודה האזרחי
	..	-	..	(8.3)	(2.5)	מועסקים
	29.5	37.8	24.1	16.1	(1.5)	בלתי מועסקים
						אינם בכוח העבודה האזרחי

מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²

- (1) לא כולל מזרח ירושלים
- (2) כולל "חי בנפרד".
- (3) מקראה לסימנים: (-) = אין משיבים; (0) = נתונים בעלי טעות דגימה בין 25% ל-40%, או מספר המשיבים הוא בין 11 ל-20; (..) = טעות דגימה יחסית גבוהה מ-40% או נתונים מבוססים על עד 10 משיבים.
- (4) מוצא - כולל דור שני
- (5) בכוח העבודה האזרחי - בני 21+ ומעלה, מועסקים ובלתי מועסקים, מועסקים - עבדו לפחות שעה אחת בשבוע שקדם לסקר בעבודה כלשהי תמורת שכר, רווח או תמורה אחרת, כל העובדים בקיבוצים, בני משפחה שעבדו ללא תשלום, עובדים שנעדרו זמנית מעבודתם, בלתי מועסקים - לא עבדו אפילו שעה אחת בשבוע שקדם לסקר וחיפשו עבודה באופן פעיל בארבעת השבועות שקדמו לסקר, אינם בכוח עבודה האזרחי - כל בני 21+ שלא היו "מועסקים" או "בלתי מועסקים" בשבוע שקדם לסקר.

מנתוני התחלואה לפי ארץ מוצא נראה כי ילידי אירופה-אמריקה נמצאים בעודף סיכון משמעותי, ובמיוחד בקרב עולי ברה"מ לשעבר. העולים מדווחים על תחלואה גבוהה יותר במחלות לב בכל קבוצות גיל. בקבוצת גיל 65+ כל מרואיין שני מקרב העולים, דיווח על מחלת לב שאובחנה אצלו אי פעם על ידי הרופא.

תושבי הדרום מדווחים על יותר מקרי מחלה מתושבי אזורים אחרים. אוכלוסייה מסורתית-לא כל כך דתית מאופיינת בשיעורי תחלואה גבוהים יותר.

האוכלוסייה הלא שייכת לכוח עבודה אזרחי הרבה פחות בריאה, מזו של השייכים (29.5% לעומת 16.5%). יש לקחת בחשבון כי אוכלוסייה זו היא גם מבוגרת יותר.

הנתונים של תחלואה לפי השכלה אינם חד משמעיים. בסך הכול, בעלי תעודת בגרות מראים שיעורי תחלואה נמוכים יותר ביחס לקבוצות אחרות, והבדל זה נכון גם בקבוצת גיל של 65 ומעלה. לעומת זאת בעלי תעודה על תיכונית מאופיינים בשיעורי תחלואה גבוהים ביותר. כמו כן שיעורי תחלואה גבוהים יחסית נרשמו בקרב בעלי תעודה אקדמית, ובמיוחד בקרב בני 75+. ייתכן כי הנתונים הללו מושפעים משיעורים נמוכים יותר של מחלות לב באוכלוסייה ערבית, שהיא גם בעלת רמת השכלה נמוכה יותר, וגם של שיעורים גבוהים מאוד של תחלואה בקרב עולי ברה"מ לשעבר, בעלי רמת השכלה גבוהה מהממוצע.

מדד נוסף הקשור לתחלואה קרדיו-וסקולארית הוא שיעור בעלי לחץ דם גבוה. בחינת הנתונים שהתקבלו באותו סקר לאומי מאפשרת לזהות מספר קבוצות בסיכון גבוה לתחלואה. נשים מדווחות על שיעורים גבוהים יותר של לחץ דם בכל קבוצות גיל. יהודים בגילאים מבוגרים סובלים יותר מלחץ דם גבוה, ואילו בקרב ערבים השיעורים הגבוהים יותר מדווחים בגילאים צעירים יותר. בסך הכול שיעור המדווחים על לחץ דם, גבוה יותר באוכלוסייה היהודית.

כמו בתחלואה במחלות לב, עולי ברה"מ לשעבר מדווחים על שיעורי תחלואה גבוהים יותר ביחס לשאר קבוצות מוצא, החל מקבוצות גיל צעירות ביותר. עודף תחלואה ניתן לזהות גם ביוצאי ארצות אסיה.

הנתונים של לחץ דם גבוה לפי רמת השכלה לא מראים מגמה עקבית, אם כי אלו שלא למדו מדווחים בסך הכול על שיעור גבוה משמעותית של תחלואה ביחס לקבוצות השכלה אחרות. פער משמעותי לרעת חסרי השכלה לעומת אלו שלמדו נרשם בגילאים צעירים יותר של בני 45-64, דבר זה מרמז על היווצרות מוקדמת יותר של הסיכון הבריאותי בקרב קבוצה זו.

אלה שאינם בכוח עבודה אזרחי מדווחים על שיעורים גבוהים יותר של לחץ דם גבוה, והמועסקים עולים במידה מסוימת על בלתי מועסקים ברמת התחלואה.

התפלגות המדווחים על לחץ דם גבוה לפי אזור מגורים משתנה בקבוצות גיל שונות, כאשר תושבי הדרום מאופיינים בשיעור גבוה ביותר של התחלואה בכל קבוצות גיל.

ההבדל המשמעותי בין האוכלוסיות מבחינת הדתיות מופיע בקבוצות גיל מבוגרות יותר (65 ומעלה): 52.5% מקרב בני 65+ חילונים דיווחו על לחץ דם גבוה ביחס ל-39.6% בקרב דתיים.

לוח 4. דיווחו כי רופא אבחן אצלם לחץ דם גבוה (אי-פעם)

שיעור ל- 100 תושבים

גיל	סך הכל					
	65+	75+	65-74	45-64	21-44	
שני המינים	51.1	58.6	46.6	27.4	6.8	כל האוכלוסייה
מין						
גברים	42.5	47.5	39.8	26.1	5.6	
נשים	57.7	66.4	52.1	28.6	8.1	
קבוצת אוכלוסייה						
יהודים ואחרים	52.0	59.6	47.2	26.6	6.8	
מזה: יהודים	51.0	59.4	45.6	25.8	6.6	
ערבים (1)	34.9	..	37.5	34.8	7.0	
יבשת מוצא - יהודים ואחרים						
ישראל	..	..	..	22.8	4.4	
אסיה	47.6	55.1	44.2	19.7	6.1	
אפריקה	39.1	43.0	38.1	21.7	4.6	
אירופה-אמריקה	56.6	61.8	52.3	31.2	9.8	
מזה: בריה"מ לשעבר	68.0	76.3	62.7	40.7	13.4	
(+1990)						
מחוז						
ירושלים	54.2	59.3	51.1	19.9	(4.2)	
הצפון	52.2	57.7	49.1	31.3	6.0	
חיפה	48.6	63.8	39.3	31.6	7.5	
המרכז	49.1	50.7	48.1	25.8	6.3	
תל אביב	49.7	58.4	43.8	20.5	6.1	
הדרום	56.8	66.9	52.0	33.8	10.7	
מצב משפחתי						
נשואים	48.3	58.0	44.3	25.8	8.5	
גרושים (2)	54.5	(74.2)	50.1	34.0	(6.8)	
אלמנים	55.2	58.5	50.7	44.6	-	
רווקים	(62.8)	..	(67.0)	23.1	3.7	
דתיות - יהודים						
חרדים	(42.3)	..	..	(12.1)	(6.6)	
דתיים	39.6	49.3	33.4	24.3	(5.3)	
מסורתיים-דתיים	51.0	58.3	47.4	25.1	(7.7)	
מסורתיים-לא כל כך דתיים	53.4	62.5	46.9	24.4	6.5	
לא דתיים, חילוניים	52.5	60.8	47.2	28.4	6.8	
השכלה						
לא למדו	47.4	52.7	45.2	52.1	..	
למדו, ללא תעודת בגרות	50.6	56.8	45.9	25.4	7.3	
תעודת בגרות	64.0	65.8	62.7	31.3	5.6	
תעודה על-תיכונית	49.5	58.9	45.7	27.1	9.5	
תעודה אקדמית	49.1	61.9	42.9	26.9	5.6	
תכונות כוח העבודה						
בכוח העבודה האזרחי	36.8	41.5	35.6	22.5	6.3	
מועסקים	34.7	41.5	32.9	22.9	6.4	
בלתי מועסקים	..	-	..	18.3	(5.3)	
אינם בכוח העבודה האזרחי	52.8	59.6	48.3	37.6	8.5	

מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²
(1) ראה הגדרות ללוח 3.

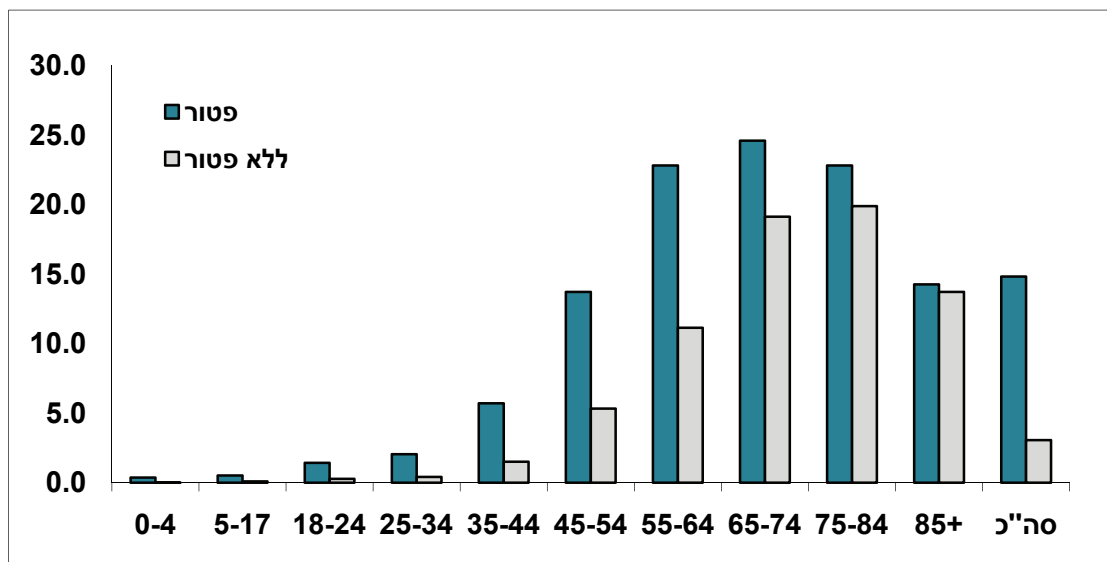
אלמנים וגרושים מאופיינים בשיעורי לחץ דם גבוהים משמעותית מהנשואים ובמיוחד בגילאי הביניים (45-64). יש לציין, כי עניין האלמנות או הגירושין מסמן אינדיקטור חשוב לבדידות חברתית, אשר קשורה למצבו הנפשי והגופני של הפרט (Cacioppo et al., 2002).

נציין, כי אין בידינו נתונים על תחלואה במחלות לב ולחץ דם גבוה לפי רמת הכנסה.

2.3.2 פערים חברתיים בתחלואה בסוכרת ובאסתמה

לפי נתונים של תכנית למדדי איכות לרפואת הקהילה (פורת וחב', 2008), בשנת 2007 היו בישראל 291,839 חולי סוכרת מקבלי תרופות, שמהווים 4.2% מאוכלוסיית ישראל. שיעור חולי הסוכרת בקרב מבוטחים בעלי פטור¹⁵ מביטוח לאומי היה גבוה פי 5 מאשר בשאר המבוטחים (14.8% לעומת 3.06%) (פורת וחב', 2008). ההבדלים המשמעותיים ביותר נרשמו בגילאים הצעירים, דבר המעיד לכאורה על צורך בתוכניות התערבות וקידום בריאות בקבוצות אוכלוסייה אלה עם דגש על הפעילות בקרב חברי מעמד חברתי-כלכלי נמוך (כגון נוער ומבוגרים בשכונות עוני).

תרשים 19. אחוז חולי הסוכרת לפי גיל ופטור מביטוח לאומי 2007



מקור: פורת וחב', 2008

הבדלים נמצאו גם במדדי איזון בשתי האוכלוסיות. למרות ירידה רציפה באחוז החולים הלא מאוזנים בכלל האוכלוסייה נשמר פער מסוים בין בעלי פטור ללא בעלי פטור. בשנת 2007 שיעור החולים הלא מאוזנים ($A1c > 9\%$) בין בעלי פטור מביטוח הלאומי היה 14.2% לעומת 12.6% בין שאר המבוטחים.

ממצאי סקר בריאות לאומי (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006)² מציגים את תמונת התחלואה לפי גיל ומשתנים חברתיים שונים (ראה לוח 5), לפי דיווח עצמי של המרואיינים. שיעורי סוכרת עולים עם הגיל, ובמיוחד לאחר גיל 65. לפי קבוצת אוכלוסייה שיעורי תחלואה גבוהים יותר נרשמו בקרב

¹⁵ בדוח מדדי איכות נעשה שימוש בנתוני פטור/הנחה מתשלומי בריאות של ביטוח לאומי כסמן למצב סוציו-אקונומי של היחיד. מדובר באוכלוסייה המהווה כעשירית מאוכלוסיית המבוטחים, 707,630 אלף נפש, על פי רישומי הקופות בשנת 2007. בתקופה אליה מתייחס הדוח ניתן פטור חלקי או מלא מתשלומי בריאות על בסיס קריטריונים שונים, לרבות זיקנה ושאימים, נכות, נכי המלחמה בנאצים, משפחות מרובות ילדים, עולים חדשים ועוד (פורת וחב', 2008). יש להדגיש, כי המדד של "בעלי פטור" אינו משקף בהכרח את מלואו התמונה של ההבדלים החברתיים-כלכליים. כך, לדוגמה, מדד זה אינו כולל את כל קבוצת מקבלי הבטחת הכנסה, המונה כ- 200,000 איש באוכלוסייה.

האוכלוסייה הערבית, כאשר הנתון הכולל הנמוך יחסית מבטא, כנראה, שוני במבנה הדמוגרפי של שתי האוכלוסיות.

בקרב יהודים שיעורים גבוהים יותר נרשמו ביוצאי אסיה ועולי ברה"מ לשעבר. קבוצת מסורתיים-לא כל כך דתיים, מאופיינת ברמה גבוהה יותר של תחלואה ביחס לקבוצות דת אחרות.

הבדלים משמעותיים בשכיחות הסוכרת ניתן לראות בהתפלגות תשובות המרואיינים לפי רמת השכלה. הפער המשמעותי ביותר נמצא בין בעלי תעודה אקדמית ליתר קבוצות בכל הגילאים. בקרב בני 65 ומעלה שיעור המדווחים על הימצאות הסוכרת, בקבוצה זו היה נמוך לערך פי 2 משיעור המדווחים בשאר הקבוצות, ובמיוחד מאלה שלא למדו (13.1% לעומת 28.4%).

אלה שאינם שייכים לכוח עבודה אזרחי מדווחים כמעט פי 3 על הימצאות הסוכרת או סוכר גבוה בדם, מאלה שמועסקים.

תושבי הצפון המבוגרים מדווחים יותר מתושבי אזורים אחרים על קיומה של תחלואה בסוכרת. ייתכן ונתון זה מושפע מאחוז גבוה יותר של האוכלוסייה הערבית באזור זה.

מקור מידע נוסף לנתוני הימצאות הסוכרת הוא סקר בריאות לאומי של המרכז הלאומי לבקרת מחלות של משרד הבריאות (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2006). הסקר נערך בתקופת זמן מקבילה לזו של סקר של משרד הבריאות למ"ס, ועל אוכלוסיית מרואיינים דומה (בני +21) אך בשיטות סקר אחרות (סקר טלפוני) ועל מדגם גדול יותר. הסקר של מלב"ס נערך במסגרת סקר EUROHIS של ארגון בריאות לאומי לאיתור תחלואה כרונית, התנהגות בריאותית, שימוש בשירותי בריאות ותחומי מחקר אחרים. ממצאי הסקר הוצגו על פי מגדר, גיל וקבוצת אוכלוסייה (יהודים וערבים). על פי הנתונים שהתקבלו בנושא הסוכרת (דיווח עצמי על אבחון המחלה אי פעם על ידי הרופא), נמצא כי 5.7% מכלל האוכלוסייה (אומדן ל- 235,000 איש) סובלים מהמחלה, 5.2% מהנשים ו- 6.3% מהגברים. בקרב גברים שיעורים מתוקננים של סוכרת היו גבוהים פי 1.6 בערבים מאשר ביהודים, ובקרב הנשים נמצא שיעור גבוה פי 1.9 בערביות לעומת יהודיות.

מאז ביצוע שני הסקרים הנ"ל לא עודכנו ולא פורסמו נתוני התפלגות הסוכרת לפי מבחר משתנים סוציו-דמוגרפיים וחברתיים.

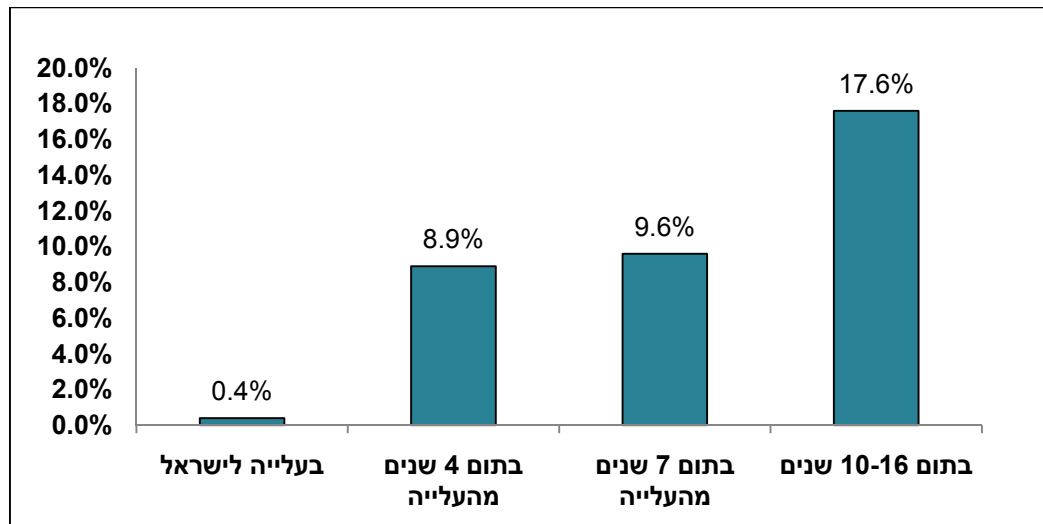
לוח 5. דיווחו כי רופא אבחן אצלם סוכרת או סוכר גבוה בדם (אי-פעם)
 שיעור ל- 100 תושבים

גיל					סך הכל	
65+	75+	65-74	45-64	21-44		
135.4	51.5	84.0	133.4	50.9	319.7	אלפים (אומדן)
21.7	21.9	21.6	11.2	2.4	8.1	כל האוכלוסייה
						מין
22.1	21.6	22.4	11.8	1.7	7.6	גברים
21.4	22.1	20.9	10.6	3.1	8.5	נשים
						קבוצת אוכלוסייה
21.4	21.5	21.3	10.3	2.5	8.1	יהודים ואחרים
21.5	21.8	21.3	10.1	2.4	8.2	מזה: יהודים
27.6	(35.0)	(25.7)	19.6	(2.0)	7.7	ערבים (1)
						יבשת מוצא - יהודים ואחרים
..	-	..	(10.5)	..	(2.3)	ישראל
27.4	(24.6)	28.7	10.3	(2.5)	9.6	אסיה
20.6	(39.3)	(15.7)	11.7	(3.1)	7.7	אפריקה
20.4	19.6	21.0	9.7	2.9	9.5	אירופה-אמריקה
25.0	22.0	27.0	11.4	(2.7)	10.7	מזה: בריה"מ לשעבר (+1990)
						מחוז
(17.1)	(28.2)	..	(8.4)	..	5.5	ירושלים
26.9	31.5	24.3	14.1	(2.4)	8.6	הצפון
21.3	(15.9)	24.6	12.4	(2.6)	9.0	חיפה
21.4	18.1	23.5	10.8	2.7	8.0	המרכז
20.6	20.4	20.7	11.3	(2.1)	8.7	תל אביב
21.8	28.3	(18.7)	8.4	(3.1)	7.6	הדרום
						מצב משפחתי
23.0	25.0	22.2	10.6	2.8	8.5	נשואים
(12.2)	..	..	12.3	..	8.7	גרופים (2)
20.9	18.7	23.9	(14.2)	-	19.0	אלמנים
..	..	..	(16.7)	(1.4)	2.6	רווקים
						דתיות - יהודים
..	..	..	(10.6)	..	(5.4)	חרדים
21.0	(29.2)	(15.9)	(12.8)	..	8.8	דתיים
17.5	(17.3)	(17.7)	(8.0)	..	8.1	מסורתיים-דתיים
24.0	22.6	25.0	11.1	3.9	10.4	מסורתיים-לא כל כך דתיים
20.5	21.2	20.1	9.8	2.1	7.3	לא דתיים, חילוניים
						דתיות - בני דתות אחרות
..	-	..	..	-	..	דתיים מאוד
(27.4)	..	(22.6)	21.4	..	11.0	דתיים
..	..	..	..	..	(5.4)	לא כל כך דתיים
..	-	..	(18.8)	..	(5.5)	לא דתיים
						השכלה
28.4	(26.5)	(29.1)	..	-	19.6	לא למדו
23.3	26.1	21.1	13.1	2.7	10.1	למדו, ללא תעודת בגרות
22.7	..	29.9	12.1	(2.2)	5.7	תעודת בגרות
24.8	(25.1)	24.6	10.0	(3.2)	8.4	תעודה על-תיכונית
13.1	(10.2)	14.6	9.1	(1.7)	5.7	תעודה אקדמית
						תכונות כוח העבודה
16.3	..	(17.8)	8.4	2.4	4.8	בכוח העבודה האזרחי
15.8	..	(17.3)	8.5	2.5	4.9	מועסקים
..	-	..	(7.3)	..	(3.9)	בלתי מועסקים
22.3	22.6	22.2	17.0	(2.2)	13.6	אינם בכוח העבודה האזרחי

מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²
 (1) ראה הגדרות ללוח 3.

באשר לקבוצות הנמצאות בסיכון גבוה לתחלואה בסוכרת חשוב להזכיר את האוכלוסייה ממוצא אתיופי, בה נרשמה עלייה תלולה בשיעורי הימצאות המחלה. תרשים 20 מראה שכיחות המחלה לפי שנות שהות בארץ. העלייה במחלה קשורה בין היתר לשינוי הרגלי תזונה של העולים, ללחצים נפשיים הקשורים בעלייה, ומצבם החברתי-כלכלי הנמוך יחסית של הקבוצה.

תרשים 20. שכיחות סוכרת בקרב עולי אתיופיה כפונקציה של משך השהות בישראל

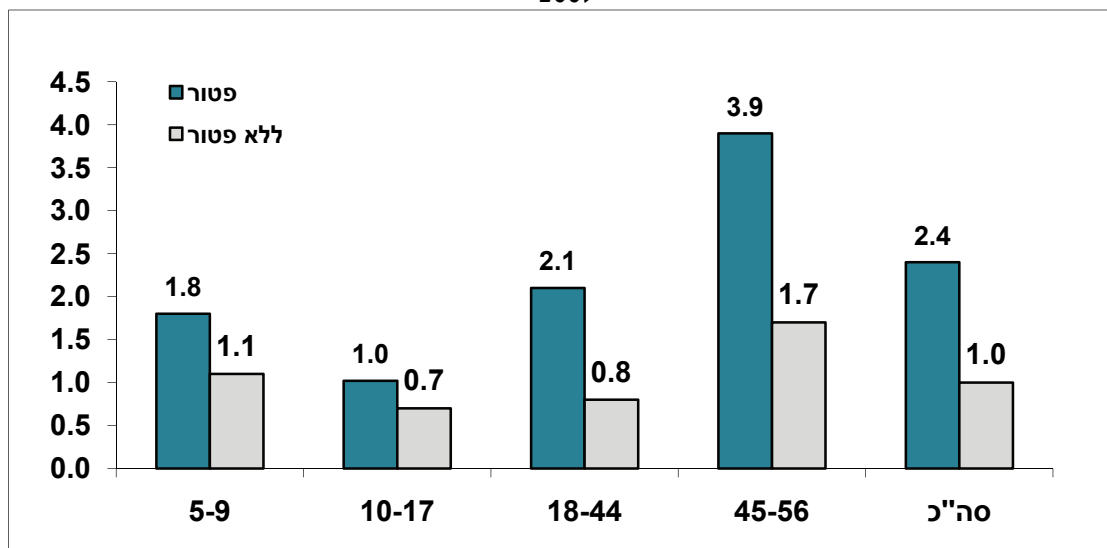


מקורות: Rubinstein, 1993; Cohen, 1988, Jaffe, 2002

שיעורים גבוהים יותר של סוכרת נמצאו בקרב נשים חרדיות ביחס לנשים לא חרדיות (על פי דווח עצמי). כמו כן נשים אלה דיווחו יותר על השמנה ואנמיה (Schwartzbaum et al., 2004).

גם בתחלואה באסתמה נמצאו הבדלים משמעותיים בין החולים לפי מעמד חברתי-כלכלי. בפרויקט מדדי איכות נמדד שיעור חולי אסתמה בקרב בעלי פטור מביטוח לאומי פי שניים מאלה ללא פטור.

תרשים 21. אחוז חולי אסתמה לפי גיל ופטור מביטוח לאומי 2007



מקור: פורת וחב', 2008

בסך הכול היו בישראל 54,089 חולי אסתמה מתמשכת (כ- 1.09% מהאוכלוסייה), מתוכם 14,480 ילדים ונוער (פורת וחב', 2008). בקרב בעלי פטור נמדד שיעור של 2.39% של תחלואה באסתמה.

2.3.3 תחלואה במחלות ממאירות לפי אזורים

מנתוני האגודה למלחמה בסרטן עולה, כי כיום חיים בישראל כ-200,000 חולים ומחלימים ממחלות הסרטן, מתוכם כ-120,000 חולי סרטן הנמצאים בטיפול או במעקב. כ-27,000 בני אדם מאובחנים בכל שנה כחולים בסרטן בישראל.

התחלואה בסרטן תלויה בגורמים רבים, ביניהם תורשה, מוצא, מצב חברתי-כלכלי, התנהגויות בריאות, שירותי בריאות, זיהום סביבתי, רמת עיור, חשיפות ספציפיות וכד' (משרד הבריאות, 2007).

בדוח משרד הבריאות פורסמו נתוני תחלואה מתוקננים (לפי גיל) של מחלות ממאירות לשנים 2001-2005 תוך התייחסות לשיעורים הגבוהים והנמוכים מהצפוי (ביחס לשיעור תחלואה כללי של ישראל). הדוח הצביע על שיעורי תחלואה גבוהים מהצפוי בשלוש הערים הגדולות: חיפה, תל אביב ובאר שבע (משרד הבריאות, 2007).

בנפת חיפה שיעורי התחלואה ממשיכים להיות גבוהים ויציבים משנת 1997. מספר החולים בפועל גבוה ב-22%-23% ממספר החולים הצפוי להיות באותה אוכלוסיה. היחס העודף במידה מסוימת נמצא אצל ילידי אסיה ואפריקה, ונרשמה ירידה, אם כי לא משמעותית, בקרב ילידי ישראל.

בנפת (מחוז) תל אביב קיימת עלייה מתמדת בשיעורי תחלואה מתוקננים מאז 1997, כאשר עודף הסיכון הגיע מ-12 ל-20% בשנת 2005. קיימת ירידה בילידי ישראל ועלייה בעיקר בילידי אירופה ואמריקה. בנפת באר שבע עד 2002 נמצאו שיעורי תחלואה נמוכים מהצפוי, אך מאז חלה עלייה מדורגת ומשמעותית, כאשר ב-2005 עודף הסיכון לגברים הוא 26% ולנשים 18%.

תחלואה נמוכה מהצפוי נצפתה בנפות חדרה, השרון (נתניה), פתח תקווה, רמלה, רחובות ואשקלון. הסיכון באזורים האלה נמוך מהצפוי ב-8% ל-9% הן בקרב נשים והן בקרב גברים.

תחלואה בהתאם לצפוי נרשמה בנפות ירושלים (גברים בלבד), צפת, כנרת ועכו.

באופן כללי, המחקר הצביע על מתאם בין רמת העיור לבין התחלואה: בנפות עם רמת עיור גבוה יותר נצפו שיעורי תחלואה גבוהים יותר.

באוכלוסיה הערבית נבדקו מספר נפות (עכו, יזרעאל, חדרה, חיפה השרון, באר שבע וירושלים). מהנתונים עולה, כי בבאר שבע ובחיפה קיים עודף תחלואה משמעותי עם סיכון גבוה יותר של 50-150% (יחס השיעורים נע בין 1.5-2.5).

פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006¹) מציג נתוני תחלואה ברמה יישובית על פי מעמד חברתי-כלכלי של היישוב. הממצאים לגבי שיעורי התחלואה מסרטן מציגים קשר הפוך מזה שבמרבית התופעות הבריאותיות, כאשר היישובים בעלי מדד חברתי-כלכלי גבוה יותר מתאפיינים בשיעורי תחלואה מתוקננים מסרטן גבוהים יותר. אחד ההסברים לכך הוא השפעה שיש לתוצאות המחקר של העבודה שביישובים הערביים, שממוקמים

נמוך בממד חברתי-כלכלי, שיעורי תחלואה בסרטן נמוכים יחסית. סוג קשר זה נמצא גם בניתוח יישובים יהודיים בנפרד. מחברי הדוח מזהירים מפני הסקת מסקנות כוללניות לגבי התופעה ומדגישים, כי הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לשיעור תחלואה בסרטן הינו מורכב ולא בהכרח סיבתי.

2.3.4 תחלואה במחלות ממאירות לפי סוג המחלה וקבוצת אוכלוסייה

סרטן המעי הגס והחלחולת הוא המחלה הממאירה השכיחה בישראל, לאחר סרטן השד בנשים וסרטן הערמונית בגברים. בישראל שיעורי ההיארעות של סרטן המעי הגס והחלחולת נבדלים באופן מהותי בקבוצות האוכלוסייה השונות, כאשר עיקר השוני הוא בין המגזר היהודי לערבי (ברחנא וחב', 2010¹).

שיעורי התחלואה המתוקננים בקרב היהודים גבוהים יותר, אם כי יציבים יחסית לאורך שני העשורים האחרונים. לעומת זאת, שיעורי התחלואה בקרב הערבים נמצאים בעלייה מתמדת מאז תחילת שנות התשעים, אם כי עדיין שיעור החולים נמוך מזה של יהודים. בקרב הנשים שיעור התחלואה באוכלוסייה הערבית דומה לזה של יהודיות, ובקרב הגברים הפער הצטמצם משמעותית. ייתכן ועלייה בתחלואה באוכלוסייה הערבית נובעת משינויים באורח החיים, כולל מעבר מאורח חיים מסורתי – כפרי לעירוני ואימוץ דפוסי תזונה ועיסוק מערביים. שיעור הגילוי המוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת באוכלוסייה הערבית נמוך במעט מזה שבאוכלוסייה היהודית, אם כי לא באופן מהותי (ברחנא וחב', 2010¹).

מחקר שנערך לאחרונה בנושא היארעות סרטן בקרב עולי ברית המועצות לשעבר חשף סיכון מוגבר לתחלואה אונקולוגית בסרטן המעי הגס והחלחולת באוכלוסייה זו. הנתונים מצביעים על עודף תחלואה של 33% בקרב הגברים ושל 28% בקרב הנשים שעלו לישראל במהלך שנות התשעים, ביחס לעולים הוותיקים. החוקרים מייחסים היארעות גבוהה של המחלה להרגלי חיים ובתזונה לקויים אותם רכשה אוכלוסייה זו בארץ מוצא, ולאפשרות השמירה על הרגלים אלה במקרים רבים גם בישראל. החוקרים ממליצים לעודד בדיקות לגילוי מוקדם באוכלוסייה זו ולהשקיע בקידום בריאות בתחומי הרגלי חיים ותזונה (ברחנא וחב', 2010¹).

לאחרונה פורסמו גם נתוני תחלואה במלנומה ממאירה של העור (ברחנא וחב', 2010²). הנתונים מצביעים על עלייה מתמדת בשיעורי התחלואה בקרב גברים יהודים מאז תחילת שנות האלפיים, ואילו בנשים נשמרת מגמה של יציבות באותה התקופה, זאת לאחר תקופה של ירידה. השיעורים באוכלוסייה הערבים נמוכים במיוחד, ונמצאים במגמת עלייה קלה מאז תחילת שנות התשעים.

בבדיקת נתונים לפי ארץ לידה נמצאו שיעורים גבוהים ביותר בקרב ילידי ישראל לעומת ילידי חו"ל. ממצא זה נכון גם לגברים וגם לנשים.

חישוב הסיכון לחלות במחלה במשך החיים העלה, כי סיכון לגבר יהודי הוא 2.94% (1 מתוך 34 גברים), לנשים יהודיות 1.99% (1 מתוך 50). במגזר הערבי הסיכונים הם 0.36% לגברים ו-0.64% לנשים (ברחנא וחב', 2010²).

2.3.4 תחלואה נפשית

בסקר בריאות לאומי 2003/2004 (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²) נבדק בהרחבה נושא של תחלואה נפשית בקרב אזרחי ישראל. בין היתר, הסקר בחן הפרעות נפשיות עיקריות בקרב מבוגרים בני 21+ המתגוררים בקהילה. 17.6% מן המרואיינים דיווחו על הפרעת רגש או חרדה אי פעם בחיים, ו- 9.7% דיווחו על הפרעות אלה בשנה האחרונה (Levinson et al., 2007). בסך הכול נמצא, כי שכיחות ההפרעות הנפשיות של חרדה ודיכאון בישראל קרובה לזו הנצפית במדינות מערביות אחרות, אולם גיל התחלת ההפרעות גבוה יותר בישראל. נשים התאפיינו ברמת תחלואה גבוהה מעט מזו של הגברים בהפרעות רגש, אולם עם סיכוי גבוה משמעותית למצבים חמורים יותר של הפרעות אלה. לא נמצאה התאמה בין רמת ההכנסה של היחיד לשכיחות ההפרעות, אולם אותר קשר מובהק בין הכנסה לבין עוצמת ההפרעה: המרואיינים בעלי הכנסה נמוכה היו בסיכון גבוה יותר למצבים חמורים יותר של הפרעות אלה.

במחקר זוהה מתאם גבוה בין מעמד משפחתי לבין שכיחות ההפרעות ועוצמתם. לגרושים, פרודים ואלמנים היה סיכוי גדול פי שניים לדווח על הפרעה נפשית והסיכוי לפתח הפרעה חמורה היה גבוה משמעותית ביחס לנשואים (או גרים ביחד).

חסרי השכלה דיווחו יותר על הפרעות נפשיות, אולם לא נמצא קשר בין רמת ההשכלה לבין חומרת ההפרעה (Levinson et al., 2007).

באשר להבדלים בין קבוצות אוכלוסייה נמצא, כי בקרב ערבים הציון הממוצע של GHQ (General Health Questionary) גבוהים יחסית, כלומר מצוקתם הרגשית גבוהה יותר בהשוואה לאחרים. גם ההערכה העצמית בקרב אוכלוסייה זו נמוכה יותר בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. עם זאת, לא נמצא הבדל מובהק בשכיחות הפרעות חרדה או הפרעות רגש בין שתי הקבוצות (Levav et al., 2007).

הבדלים במצוקה נפשית נתגלו בין יהודים, ערבים ועולי ברה"מ לשעבר. יהודים גילו רמות נמוכות יותר של מצוקה נפשית (4% בקרב גברים ו- 7% בקרב נשים), ערבים התאפיינו ברמה גבוהה בשני המינים (17%), ובקרב העולים 17% מהנשים נמצאו במצוקה נפשית לעומת ל- 9% מהגברים (Levinson and Ifrah, 2010). מצב משפחתי, מעמד תעסוקתי, תחלואה כרונית גופנית וחשיפה למעשי אלימות נמצאו כגורמים המשפיעים על הימצאות של הפרעות רגש או חרדה ורמת המצוקה הנפשית.

הקשר בין דיכאון למעמד חברתי נבחן במחקרם של Kaplan et al. (2010) על מדגם של 872 מרואיינים מהמגזר הערבי והיהודי. החוקרים מצאו שיעורי דיכאון גבוהים פי 2.5 בקרב הערבים בהשוואה ליהודים. שיעורים גבוהים נמצאו גם בנשים לעומת גברים, ובמבוגרים לעומת צעירים. ניתוח רב משתני הראה, כי המבוגרים, נשואים, משכילים ומועסקים סובלים פחות ממצבי דיכאון. מאידך, צפיפות הדיור ותחלואה כרונית מרובה מעלים בצורה משמעותית סיכון לדיכאון. לאחר פיקוח על כל המשתנים הסוציו-דמוגרפיים, חברתיים, כלכליים ובריאותיים, לא נמצא קשר מובהק בין קבוצת אוכלוסייה ודיכאון.

2.3.6 בריאות השן¹⁶

עד לאחרונה שירותי בריאות השן לא נכללו בסל השירותים הציבוריים, ומומנו וסופקו בעיקר על ידי גורמים פרטיים¹⁷. בכך הייתה ישראל שונה ממדינות מפותחות רבות אחרות, שבהן טיפולי שיניים, ברמת כיסוי זו או אחרת, מהווה חלק מהסל השירותים הציבורי, ובמיוחד כאשר מדובר בטיפולי שיניים לילדים ולקבוצות אוכלוסייה חלשות (חורב ומן, 2007). שינוי בתמונה זו התרחש בעקבות יוזמת סגן שר הבריאות שהביא להחלטת הממשלה בנוגע להכנסת טיפולי שיניים לילדים לסל הבריאות הציבורי במאי 2010. לאור שינוי חקיקה שבוצע בעקבות החלטה זו הביא לכך שהחל מיולי 2010 כל ילדי ישראל עד גיל 8 זכאים לקבל שירות מניעתי ללא תשלום ומשמר בהשתתפות עצמית נמוכה במסגרת הסל הממלכתי. לשינוי זה תרומה חשובה לקידום שוויוניות של התושבים הן בתחום רפואת שיניים והן בבריאות בכלל. בהסכם שבין משרדי הבריאות והאוצר התקבלה החלטה נוספת להקצות סכום שיאפשר הכללת קבוצות ילדים נוספות (עד גיל 14) בקטגוריית הזכאים לסל זה במשך 3 שנים הקרובות. יחד עם זאת, שאר תושבי ישראל ימשיכו לשאת בתשלומים עבור הטיפול הדנטאלי.

תחום רפואת שיניים בישראל מאופיין במימון פרטי ואספקת שירותים על ידי מרפאות מקומיות פרטיות. סעיף הוצאות בתחום זה הוא כבד ביותר מתוך כלל הוצאות המשפחה על בריאות ומהווה כ- 29% מכלל הוצאות משקי בית על בריאות (למ"ס, 2009¹).

אמנם שיעור רופאי השיניים בישראל הוא מן הגבוהים בעולם (משרד הבריאות, 2010²). כך גם השיעור של ההוצאה על בריאות השן מתוך כלל הוצאה הלאומית על בריאות. בתחום זה נראה כי מושקעות תשומות גבוהות אך מדדי התוצאה נמוכים יחסית למדינות מערביות אחרות.

בישראל לא מתקיים איסוף שיטתי ותקופתי של נתונים בתחום רפואת השיניים. נתונים אחרונים מסקר ארצי מייצג משנת 1989 מלמדים, כי לילדים בני חמש היו בממוצע 2.7 שיניים נשירות (שיני חלב, שנפגעו מעששת) (Zadik et al., 1992). לפי המדגם, כ- 41 אחוז מהילדים בגיל זה לא נחשפו מעולם לעששת. סקרים מקומיים אחרים, לא מייצגים, דיווחו על ממוצע של 5.6 שיניים פגועות לילד בקריית גת ו- 7.4 אצל ילדים ממשפחות עולים חדשים בני העדה האתיופית. בסקר משנת 2002 בקרב ילדים בני 12 נמצאו בממוצע 1.66 שיניים פגועות (שיניים קבועות) וכ- 46% מהילדים היו חופשיים מעששת (Zusman et al., 2005). נתונים אלה גבוהים מנתונים מקבילים ממדינות המערב.

באשר לאוכלוסיית הקשישים, במחקר אשר נערך בקהילה נמצא, שכ- 40 אחוז מקרב הקשישים בקהילה בני 65+ היו חסרי שיניים לחלוטין. אחוז חסרי שיניים גבוה במיוחד נצפה באוכלוסייה הערבית (67.2%) (Adut et al., 2002).

מספר עבודות בדקו מצב בריאות השיניים לפי מעמד חברתי. בעבודות אלה זוהו פערים משמעותיים אצל אנשים משכבות חברתיות שונות. בין היתר נמצא, כי שיעור המדווחים על מצב

¹⁶ בפרק נעשה שימוש בנתונים מחקריים מתוך הפרסום "רפואת הפה והשיניים: אחריות המדינה על תושביה" של חורב ומן, 2007, הוצאת מרכז טאוב

¹⁷ למעט טיפולי שיניים לחולים אונקולוגיים וקבוצות מיוחדות קטנות הניתנות על ידי קופות החולים ושירותי בריאות השן לתלמידים הניתנים על ידי משרד הבריאות ומעצות עירוניות

בריאות בשיניים ובחניכיים "לא טוב" גבוה משמעותית אצל מרואיינים מחמישון הכנסה תחתון, לעומת מרואיינים מקבוצות הכנסה גבוהות (פי 3 ופי 2.4 בהתאמה) (חורב וחב', 2004).

מצבם של קשישים ממעמד נמוך קשה במיוחד. 88% מהקשישים בעלי הכנסה נמוכה דיווחו על הימצאות בפה שיניים תותבות לפחות בלסת אחת (ברג-ורנר וחב', 2004).

מתאם בין תחלואה דנטאלית לבין מצב חברתי-כלכלי אותר גם ברמה מקומית-ישובית (Zusman et al., 2005). המחקר, שנערך על מדגם ארצי של בני 12 גילה, כי ביישובים ברמה סוציו כלכלית נמוכה (רמות 3 ו-4) המספר הממוצע של שיניים פגועות הוא 2.3 עד 3.8 לעומת 1 עד 1.6 אצל ילדים מיישובים ברמה חברתית-כלכלית גבוהה (רמות 7 עד 9). ממצא חשוב ממחקר זה הוא עוצמת הגורם החברתי-כלכלי ביחס למשתנים אחרים: במחקר נמצא דמיון בין רמת התחלואה בקרב ילדים מתרבויות שונות המתגוררות ביישובים בעלי אותה רמה חברתית כלכלית, לדוגמא, רמה דומה של פגיעה בשיניים אצל ילדים המתגוררים ביישובים יהודיים וערביים, השייכים לאותה רמה חברתית כלכלית.

2.3.7 הערכה עצמית של בריאות

הערכה עצמית של בריאות מהווה אינדיקטור בעל כושר ניבוי טוב, לגבי מצב הבריאות האובייקטיבי. מאידך, מדד זה נתון להשפעות פסיכולוגיות, חברתיות ותרבותיות שונות. על כן, נדרשת זהירות בהשוואה של הערכה עצמית של בריאות מדווחת על ידי חברי קבוצות אוכלוסייה שונות, הנבדלות ביניהן מבחינת משתנים אלה ואחרים.

המידע המעודכן בדבר הערכה עצמית כללית של בריאות מופיע בממצאי סקר חברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס, 2009¹). הנתונים מראים כי גברים מעריכים את בריאותם גבוה יותר מהנשים, ושאחוז המדווחים על בריאות טובה יורד עם העלייה בגיל. יהודים מעריכים את בריאותם כטובה במידה רבה יותר מהערבים, אך יהודים עולי ברה"מ לשעבר בולטים בהערכה נמוכה של בריאות: שליש מתוכם מעריכים את בריאותם הכללית כלא כל כך טובה או לא טובה בכלל.

חרדים מעריכים את בריאותם יותר גבוה מקבוצות אחרות, אולם יש להתייחס לנתון זה בזהירות, מאחר ובקרב האוכלוסייה החרדית, ובנשים חרדיות בפרט, קיימת נטייה לדווח על בריאות טובה, ללא שיקוף אמיתי של מצב התחלואה בקבוצה זו (Schwartzbaum et al., 2004).

לעומת היהודים, בקרב הלא יהודים אחוז המדווחים על בריאות טובה גבוה יותר באוכלוסייה חילונית.

פערים משמעותיים בהערכה עצמית מתגלים בין אלה שלא למדו לאלה שלמדו: הפער המתוקנן בין שתי הקבוצות הוא פי 4.7 לטובת בעלי השכלה.

הערכה עצמית של בריאות גבוהה גם בקרב בעלי הכנסה גבוהה: יותר ממחצית בעלי הכנסה לנפש 4,001 ומעלה דיווחו על בריאות טובה מאוד, זאת לעומת כשליש בקרב בעלי הכנסה נמוכה מתחת ל-2,000 ש"ח.

לוח 6. בני 20 ומעלה, לפי הערכה עצמית של בריאות ולפי תכונות נבחרות, 2007
אחוזים

טובה מאוד (מתוקן לגיל)	לא טובה בכלל	לא כל כך טובה	טובה	טובה מאוד	כל האוכלוסייה
מין					
44.4	4.9	12.9	36.6	45.5	גברים
40.1	6.3	17.1	37.3	39.3	נשים
גיל					
	0.9	4.0	25.9	69.1	20-24
	1.5	6.2	35.5	56.8	25-44
	6.2	20.9	44.4	28.6	45-64
	14.1	38.3	39.7	7.9	65-74
	28.9	38.4	29.6	3.1	+75
קבוצת אוכלוסייה					
45.1	5.3	14.6	36.2	43.9	יהודים ואחרים
46.2	5.3	14.3	35.4	44.9	מזה: יהודים
29.0	7.3	17.9	41.0	33.8	ערבים (1)
23.6	8.2	23.8	46.1	21.9	עולי בריה"מ לשעבר +1990
מצב משפחתי					
41.8	5.0	15.2	39.4	40.3	נשואים
33.5	6.5	20.4	42.2	30.8	גרשים (2)
18.9	24.1	38.6	30.7	6.6	אלמנים
43.4	2.1	6.9	29.6	61.4	רווקים
דתיות - יהודים					
59.6	2.6	6.5	24.2	66.7	חרדים
49.6	6.9	13.7	31.7	47.8	דתיים
42.7	7.0	17.9	36.0	39.2	מסורתיים
46.2	4.1	12.8	37.9	45.3	לא דתיים, חילוניים
דתיות - בני דתות אחרות					
33.8	15.7	22.9	30.7	30.8	דתיים מאוד
29.9	9.2	21.5	37.3	32.0	דתיים
20.4	3.7	15.3	55.3	25.6	מסורתי דתי או מסורתי לא כל כך דתי
37.1	6.4	13.4	34.7	45.4	לא דתיים
השכלה					
42.5	5.0	14.7	37.2	43	למדו
					מתוכם:
34.4	8.6	22.0	37.3	32.1	למדו, ללא תעודת בגרות
47.4	1.6	7.9	33.5	57.0	תעודת בגרות
42.7	4.3	14.6	39.2	41.9	תעודה על-תיכונית
49.4	3.0	9.1	38.2	49.7	תעודה אקדמית
9.1	37.3	35.0	24.2	3.5	לא למדו
הכנסה ממוצעת לנפש במשק בית (ברוטו לחודש) – ש"ח					
32.8	9.0	21.1	36.7	33.3	עד 2,000
42.7	4.7	14.4	38.6	42.4	2,001-4,000
53.9	1.6	8.9	38.0	51.5	4,001 ומעלה

מקור: למ"ס, 2009¹

גרושים מדווחים על בריאות פחות טובה מנשואים ורווקים, ובקרב האלמנים שיעור המעריכים את בריאותם כלא טובה או לא טובה בכלל עולה על 60%. גם לאחר תקנון לגיל אחוז האלמנים המעריכים את בריאותם כטובה מאוד נמוך משמעותית משאר קבוצות של מעמד משפחתי.

המחקר של Soskolne and Manor (2010), אשר נערך על מדגם ארצי של אוכלוסייה יהודית בגילאי 30-70 גילה פערים בהערכה עצמית של הבריאות בקבוצות עיסוק שונות. במחקר נמדד עודף סיכון (OR) לדיווח על בריאות גרוע לעומת טובה, כאשר קבוצת אקדמאים ומנהלים שימשה קבוצת ייחוס. הנתונים תקנו לגיל ולמין. הממצאים מראים על עודף סיכון גבוה משמעותית בקרב פועלים בלתי מקצועיים ($OR=3.78$), פועלים מקצועיים ($OR=3.11$) ופקידים ונותני שירותים ($OR=1.79$). הפערים בין הקבוצות בהערכה עצמית מעלים צורך חיוני בעריכת מחקרים לבחינת מצב הבריאות של מועסקים בתחומי עיסוק שונים.

הנתונים של סקר בריאות לאומי (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²) מאפשרים ללמוד על הנושא של הערכה עצמית נפשית, ולא רק כללית, בקבוצות אוכלוסייה שונות.

מהממצאים של הסקר עולה, כי גברים מעריכים את בריאותם הנפשית גבוה יותר מהנשים. בני המגזר הערבי נותנים הערכה מעט נמוכה יותר של בריאות נפשית ביחס ליהודים.

הבדלים ניכרים מאפיינים קבוצות מוצא בתוך האוכלוסייה היהודית. שיעור המעריכים את בריאותם הנפשית גבוה משמעותית נרשם בקרב ילידי ישראל, והנמוך ביותר בקרב עולי ברה"מ, כאשר הפערים בשיעור המשיבים מגיעים לעשרות אחוזים. כך, למשל, רק 22.6% מנשים עולות מדווחות על בריאות נפשית טובה ביחס ל- 86.8% ילידות ישראל. ייתכן כי הערכה כה נמוכה של בריאות נפשית על ידי העולים קשורה לירידה במעמד ובלחצים פסיכולוגיים, חברתיים וכלכליים אליהם נתונים העולים. ייתכן גם כי חלק מהערכה הנמוכה נובעת מתחלואה גבוהה יחסית בקרב העולים במספר תחומים, כגון מוגבלות, מחלות לב וכן בעיות בריאות אחרות.

הנתונים על הערכה עצמית של הבריאות הנפשית נתמכים על ידי מדדים אובייקטיביים של התחלואה הנפשית (לפי דיווח עצמי) שנבדקו בסקר הזה. כך, למשל, ערבים סובלים יותר ממצוקה נפשית ביחס ליהודים, והעולים יותר מיהודים וותיקים (Levinson et al., 2007).

הנתונים מראים על התאמה בין מעמד משפחתי להערכה עצמית נפשית של בריאות. שיעור המדווחים על בריאות טובה גבוה משמעותית בקרב נשואים. יחד עם זאת, שיעורים גבוהים של רווקים מדווחים על בריאות טובה, זאת, כנראה, בשל גילם הצעיר יותר ביחס לקבוצות אחרות.

גברים ונשים חרדים מדווחים בשיעורים גבוהים מאוד, ביחס למוצא הכללי, על בריאות נפשית טובה. כפי שנאמר, יש להיזהר עם הפרשנות נתון זה בגלל השפעה אפשרית של גורמים תרבותיים.

נתוני הערכה הנפשית לפי רמת השכלה אינם עקביים. בעלי תעודת בגרות מציגים שיעורים גבוהים יותר של הערכה טובה של בריאות, ואלה שלא למדו שיעורים נמוכים יותר. ייתכן, כי הנתונים לפי השכלה מושפעים מהערכת נמוכה מאוד של בריאות על ידי עולי בריה"מ לשעבר, המתאפיינים בשיעור בעלי השכלה אקדמית גבוה.

לוח 7. העריכו את בריאותם הנפשית כטובה מאוד או מצוינת, 2003/2004
שיעורים ל-100 תושבים

בריאות נפשית		שני המינים	
נשים	גברים		
61.1	66.1	63.5	כל האוכלוסייה
			קבוצת אוכלוסייה
61.1	66.9	63.9	יהודים ואחרים
63.4	68.5	65.9	מזה : יהודים
60.7	61.0	60.9	ערבים(1)
			יבשת מוצא - יהודים ואחרים
86.8	86.2	86.5	ישראל
64.0	71.8	67.9	אסיה
66.9	69.2	68.0	אפריקה
50.6	57.6	53.9	אירופה-אמריקה
22.6	29.0	25.4	מזה : בריה"מ לשעבר
			+1990
			מחוז
68.6	74.7	71.5	ירושלים
56.9	61.8	59.3	הצפון
58.8	61.6	60.1	חיפה
64.8	69.1	66.8	המרכז
63.6	65.8	64.6	תל אביב
48.5	65.0	56.4	הדרום
			מצב משפחתי
64.5	64.9	64.7	נשואים
44.2	42.7	43.7	גרושים(2)
30.4	34.3	30.9	אלמנים
76.7	78.6	77.8	רווקים
			דתיות - יהודים
86.6	83.5	84.8	חרדים
65.9	79.8	72.2	דתיים
54.7	57.3	55.9	מסורתיים-דתיים
56.1	64.4	59.9	מסורתיים-לא כל כך דתיים
65.9	69.5	67.6	לא דתיים, חילוניים
			דתיות - בני דתות אחרות
59.7	(67.2)	61.4	דתיים מאוד
54.2	55.3	54.7	דתיים
52.4	62.3	57.2	לא כל כך דתיים
61.4	52.4	56.0	לא דתיים
			השכלה
24.2	..	25.5	לא למדו
53.8	60.8	57.4	למדו, ללא תעודת בגרות
71.8	73.9	72.7	תעודת בגרות
59.0	67.3	63.3	תעודה על-תיכונית
67.8	70.0	68.8	תעודה אקדמית
			תכונות כוח העבודה
71.7	71.5	71.6	בכוח העבודה האזרחי
72.2	72.9	72.6	מועסקים
67.6	56.5	62.4	בלתי מועסקים
47.9	53.3	50.0	אינם בכוח העבודה האזרחי

מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²
(1) ראה הגדרות ללוח 3.

המראיינים, שאינם שייכים לכוח עבודה אזרחית מדווחים על שיעורים נמוכים יותר של בריאות טובה, ובקרב בלתי מועסקים בולטים הפערים בין גברים לא מועסקים לגברים מועסקים לטובת המועסקים.

בפילוח לפי אזורים ניתן לראות כי תושבי הדרום מדווחים פחות מתושבי אזורים אחרים על הערכה עצמית טובה, ואילו אלה המתגוררים בירושלים מתאפיינים בהערכה גבוהה של בריאותם הנפשית ביחס לשאר האזורים.

2.3.8 מוגבלות גופנית

מחקר שנערך לאחרונה במשרד הבריאות מצביע על שכיחות גבוהה של מוגבלות בקהילה בישראל (שמש ולוי, 2009). הממצאים התקבלו מעיבוד נתונים של סקר בריאות לאומי 2003/2004 (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²) ומתייחסים לבני 21 ומעלה המתגוררים בקהילה. מהממצאים עולה, כי 35.8% מתוך המשיבים ציינו כי קיימת אצלם בעיה גופנית למשך חצי שנה ויותר. בין אלה הוגדרו כמוגבלים 18.2%, ומתוכם 9.9% הוגדרו כמוגבלים מאוד. הערכה של נתונים המחקר לגבי כלל האוכלוסייה מלמדת, כי נכון להיום בישראל חיים בקהילה כ- 721,067 מוגבלים, מתוכם 393,041 הינם מוגבלים מאוד.

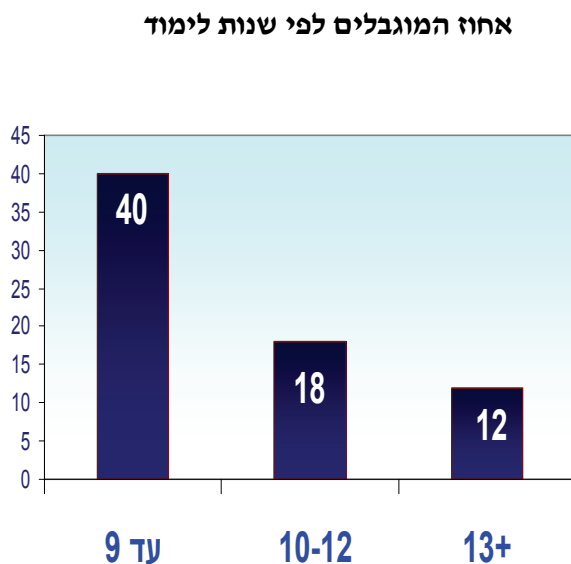
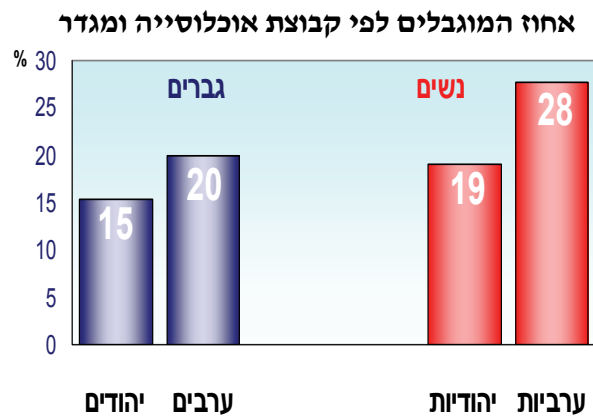
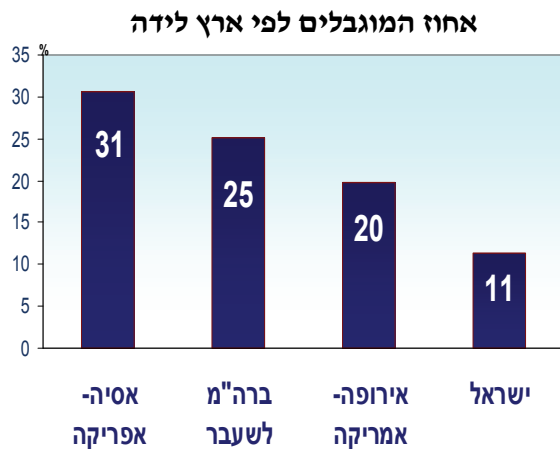
בדיקת התפלגות לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים העלתה הבדלים משמעותיים בין קבוצות מגדר, דת, מוצא והשכלה. נשים סובלות ממוגבלות יותר מגברים, וערבים מדווחים על הימצאות המוגבלות יותר מיהודים. אחוז המוגבלים בקרב הגברים היהודים הוא 15% לעומת 20% בגברים ערבים. בקרב הנשים האחוזים המקבילים הם 19% ו-28%. בתוך האוכלוסייה היהודית יוצאי אסיה-אפריקה מדווחים על שיעורי מוגבלות גבוהים ביותר (31%), והנמוכים ביותר בקרב ילידי ישראל (11%).

הבדלים משמעותיים נתגלו בהשוואת אוכלוסיית מראיינים לפי שנות לימוד. בקרב בעלי השכלה של 13 שנות לימוד ויותר אחוז המוגבלים מסתכם ב-12%, זאת לעומת 18% בקרב בעלי השכלה תיכונית (10-12 שנות לימוד) ו-40% בין אלה שסיימו עד 9 שנות לימוד.

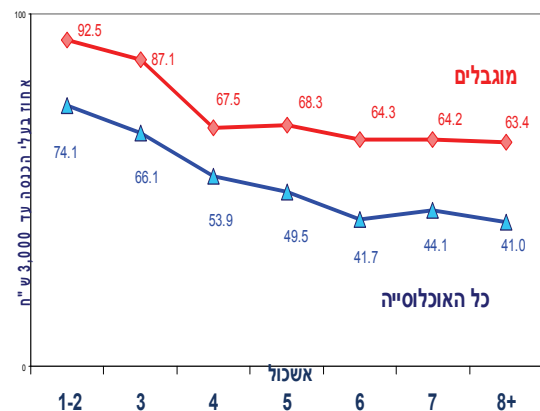
כמו כן, נמצא מתאם בין המוגבלות לבין רמת ההכנסה. הפער הקיים בשכר בין מוגבלים ללא מוגבלים לא נעלם גם ביישובים מבוססים: 63% מתוך מוגבלים ביישובים בעלי רמה סוציו כלכלית גבוהה (אשכול 8-10 לפי מדד חברתי כלכלי) מרוויחים שכר ברוטו פחות מ-3,000 ש"ח, זאת לעומת 41% בקרב הלא מוגבלים.

במחקר התגלתה חפיפה בין רמה חברתית-כלכלית כללית של היישוב לבין שיעור בעלי מוגבלות. המוגבלים מהווים כרבע (24%) מכלל התושבים ביישובים בעלי רמה סוציו אקונומית נמוכה (רמות 1-3 במדד חברתי כלכלי).

תרשים 22. מוגבלים לפי מאפיינים שונים



בעלי הכנסה נטו עד 3,000 ש"ח, מוגבלים ולא מוגבלים, לפי אשכול חברתי-כלכלי של היישוב



מקור: שמש ע' ונקמולי-לוי ד', 2009.

הדו"ח של מאיירס-גיוינט מכון ברוקדייל בנושא מוגבלויות בישראל (נאון, 2009), אשר מבוסס על מספר סקרים חברתיים של למ"ס ומקורות מידע אחרים, מוסיף מספר היבטים חשובים לסוגיית המוגבלות.

אוכלוסיית המוגבלים, מציין הדו"ח, נתונה יותר ללחץ פסיכולוגי וחברתי. אנשים בעלי המוגבלות מרוצים פחות מהקשרים החברתיים ובאופן כללי מהחיים, חשים יותר בדידות, פחות אופטימיים לגבי העתיד ופחות מעורבים בקהילה. הדוח גם מתייחס למספר קבוצות בקרב המוגבלים, בעלי אפיונים וצרכים מיוחדים.

נשים סובלות יותר מגברים ממוגבלות קשה. שיעור נשים בעלות מוגבלות קשה הלא נשואות גבוה מזה של הגברים הלא נשואים, כאשר נשים נכות נמצאות בסיכון גבוה להיות קורבן למעשי

אלימות. נשים מוגבלות מתקשות יותר מגברים להשתלב בשוק התעסוקתי. בנוגע לנגישות השירותים, מציין הדו"ח, כי חלק ניכר משירותי הבריאות הדחופים ושירותי הרפואה המונעת אינם נגישים לנשים עם מוגבלות.

בני המגזר הערבי מהווים קבוצה בעלת צרכים ובעיות מיוחדות בתחום המוגבלות. ערבים מבוגרים, בעלי מוגבלות, סובלים פי 3 מיהודים ממוגבלות קשה. מבחינת מצבם החברתי-כלכלי מדובר באוכלוסייה בעלת רמות השכלה והכנסה נמוכות. בעלי מוגבלות במגזר זה מתמודדים עם בעיות הנגישות בסביבת המגורים, וכן בעיות של נגישות לשירותים חברתיים על רקע מיקום ושפת השירות. האוכלוסייה זקוקה ליותר טיפולים רפואיים ופרה-רפואיים, שירותי עבודה סוציאלית ועזרה ביתית.

עולים חדשים בעלי מוגבלות אומנם מאופיינים ברמת השכלה גבוהה יותר, אך הכנסתם נמוכה, והם סובלים מקשיים נפשיים מיוחדים ביחס לקבוצות מוגבלים אחרות. מאידך, הסטיגמות ביחס לטיפול הנפשי הקיימת בתוכם מונעת מהם שימוש בשירותי עזרה נפשית הקיימים. עולים מוגבלים רבים גם חסרי ידע לגבי שירותים תומכים עבור אוכלוסיית הנכים והזכויות הניתנות לבעלי מוגבלויות בישראל. הם גם מתאפיינים בשליטה נמוכה בהרבה בעברית יחסית לעולים הלא מוגבלים. יותר מחמישים אחוז מהעולים המוגבלים מדווחים על שליטה חלשה בעברית או על חוסר מסוגלות לקרוא בשפה, זאת לעומת פחות משליש מהעולים הלא מוגבלים, דבר שמגביל לכאורה את אפשרות הטיפול הנפשי, גם במצבים בהם קיים ביקוש (נאון, 2009).

2.3.9 פערים בתחלואה לפי משתנים חברתיים: עיקר הממצאים

השכלה

- בעלי השכלה נמוכה מדווחים יותר על הימצאות של סוכרת, ועל שכיחות גבוהה יותר של הפרעות נפשיות. בעלי השכלה נמוכה סובלים יותר ממוגבלות פיזית והערכתם העצמית של הבריאות נמוכה יותר.

הכנסה

- בעלי מעמד חברתי-כלכלי נמוך מאופיינים בתחלואה גבוהה יותר בסוכרת ואסטמה, כאשר ההבדל המשמעותי נרשם בגילאים הצעירים. בעלי הכנסה נמוכה נמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח הפרעות נפשיות חמורות.
- מיעוטי הכנסה סובלים יותר מתחלואה דנטאלית, כאשר מצבם של קשישים בקרבם קשה במיוחד: רוב מוחלט של הקשישים העניים מדווחים על הימצאות בפה של שיניים תותבות לפחות בלסת אחת.
- קיים פער משמעותי בהערכה עצמית של בריאות לפי הכנסה לטובת בעלי הכנסה גבוהה.

אזור מגורים

- תושבי הדרום מדווחים יותר על הימצאות מחלת לב ועל לחץ דם גבוה לעומת התושבים באזורים אחרים. תושבי הצפון המבוגרים מדווחים יותר מתושבי אזורים אחרים על מחלת הסוכרת.
- שיעורי תחלואה במחלות ממאירות בנפת חיפה ממשיכים להיות גבוהים ויציבים במשך העשור האחרון. מספר החולים בפועל גבוה ב-22%-23% ממספר החולים הצפוי להיות באותה אוכלוסיה. בנפת תל אביב קיימת עלייה מתמדת בשיעורי תחלואה מאז 1997, כאשר עודף הסיכון הגיע מ-12% ל-20% בשנת 2005.
- נמצא מתאם בין רמת העיור לבין התחלואה במחלות ממאירות: בנפות עם רמת עיור גבוהה יותר נצפו שיעורי תחלואה גבוהים יותר.
- תושבי הדרום מדווחים פחות מתושבי אזורים אחרים על הערכה עצמית של בריאות נפשית טובה, ואילו אלה המתגוררים בירושלים מתאפיינים בהערכה גבוהה של בריאותם הנפשית ביחס לשאר האזורים.

תעסוקה

- אלה שאינם בכוח העבודה האזרחי מדווחים על שכיחות גדולה יותר של מחלות לב, לחץ דם גבוה וסוכרת. בתחום הסוכרת, אלה שאינם שייכים לכוח עבודה מדווחים כמעט פי 3 על הימצאות המחלה.
- בלתי מועסקים מדווחים פחות על בריאות נפשית טובה ממועסקים, ובין אלה הלא שייכים לכוח עבודה אזרחי, שיעור המדווחים על בריאות נפשית טובה הוא נמוך במיוחד.

קבוצת אוכלוסייה

- מחלות לב וכלי דם שכיחות יותר בקרב היהודים, אולם בתקנון לגיל שיעור התחלואה בקרב גברים ערביים גבוה יותר מזה של יהודים, ובקרב הנשים לא נמצא הבדלים משמעותיים בשתי הקבוצות.
- יהודים בגילאים מבוגרים סובלים יותר מלחץ דם גבוה, ואילו בקרב ערבים השיעורים הגבוהים יותר מדווחים בגילאים צעירים יותר.
- שיעורי התחלואה בסרטן גבוהים יותר בקרב יהודים, אך יציבים יחסית לאורך שני העשורים האחרונים. לעומת זאת, שיעורי התחלואה בקרב הערבים נמצאים בעלייה מתמדת מאז תחילת שנות התשעים, אם כי עדיין שיעור החולים נמוך מזה של יהודים. הסיכון לחלות במחלה ממאירה גבוה משמעותית בקרב היהודים, לעומת הערבים.
- בקרב גברים ערביים שיעורים מתוקננים של סוכרת גבוהים פי 1.6 מאשר ביהודים, ובקרב הנשים נמצא שיעור גבוה פי 1.9 בערביות לעומת יהודיות.
- שיעור המוגבלים באוכלוסייה הערבית הוא גבוה יותר מאשר באוכלוסייה היהודית.

מוצא

- ילידי ישראל נמצאים בעודף תחלואה במלנומה ממאירה לעומת ילידי חו"ל. ממצא זה נכון גם לגברים וגם לנשים.
- בקרב עולי ברה"מ התחלואה בסרטן המעי הגס והחלחולת באוכלוסייה גבוהה במיוחד: הנתונים מצביעים על עודף תחלואה של 33% בקרב הגברים ושל 28% בקרב הנשים ביחס לעולים הוותיקים.
- ילידי אירופה-אמריקה נמצאים בעודף סיכון משמעותי למחלות לב, וזאת בעיקר בשל התחלואה הגבוהה בקרב עולי ברה"מ לשעבר. עודף התחלואה מדווח על ידי העולים בכל קבוצות גיל.
- יוצאי אתיופיה נמצאים בסיכון גבוה מאוד לתחלואה בסוכרת ביחס לקבוצות אוכלוסייה אחרות, כאשר הנתונים מצביעים על עלייה תלולה בהימצאות המחלה עם עלייה בזמן שהייה בארץ. גם יוצאי אסיה ועולי ברה"מ לשעבר מתאפיינים בשיעורים גבוהים יחסית של סוכרת.
- עולי ברה"מ מדווחים יותר על מצוקה נפשית ביחס לוותיקים, והערכת הבריאות העצמית שלהם נמוכה משמעותית ביחס לוותיקים.
- יוצאי אסיה-אפריקה מדווחים על שיעורי מוגבלות גבוהים ביותר (31%), זאת לעומת ילידי ישראל, בעלי שיעור המוגבלות הנמוך ביותר (11%).

דתיות

- נשים חרדיות מדווחות יותר מנשים לא-חרדיות על הימצאות סוכרת, השמנה ואנמיה.
- בקרב האוכלוסייה החרדית קיימת הערכה עצמית גבוהה יחסית של מצב הבריאות, ואילו אוכלוסייה מסורתית – נמוכה. באוכלוסייה הלא יהודית, הלא-דתיים הם אלה המדווחים על הערכה העצמית הגבוהה ביותר. הערכה עצמית של הבריאות מושפעת מתפיסה הדתית.

2.4 הבדלים בהתנהגות בריאותית וחיפוש לגורמי סיכון בין קבוצות אוכלוסייה

2.4.1 עיסוק בפעילות גופנית

31.5% גברים ו- 26.2% נשים דיווחו בשנים 2003/2004 על עיסוק בפעילות גופנית שלוש פעמים בשבוע או יותר (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²). גברים עוסקים בפעילות גופנית יותר מהנשים, ובשתי הקבוצה נצפית עלייה בשיעור העוסקים עם הגיל.

שיעור העוסקים בפעילות גופנית נמוך משמעותית במגזר הערבי: 16.9% מגברים ערביים דיווחו על פעילות גופנית לעומת 33.3% בקרב גברים יהודיים. בנשים השיעורים התואמים הם 12.6% לעומת 27.6%.

בקרב היהודים, בולטים הבדלים בין ילידי אירופה-אמריקה וישראל, לעומת ילידי אסיה-אפריקה. כך, שיעור הגברים ממוצא אירופאי העוסקים בפעילות גופנית גבוה משמעותית ביחס לגברים שנולדו במדינות אפריקה (38.6% ו- 25.0% בהתאמה).

נשים חרדיות מדווחות על שיעורים דומים לאלה של נשים חילוניות וגבוהים מהממוצע. לעומת זאת, נשים המגדירות את עצמן כדתיות מאופיינות בשיעור נמוך משמעותית ביחס לממוצע הכללי (16.5% לעומת 26.2%). שיעור הגברים החילוניים המעורבים בפעילות גופנית מעט גבוה מהשיעור בקרב גברים דתיים ומסורתיים. באוכלוסייה הערבית שיעור העוסקים משתנה משמעותית בהתאם לרמת הדתיות. אוכלוסייה חילונית, ובעיקר בקרב הנשים, עוסקת יותר בפעילות. בקרב למעשה, נשים ערביות לא-דתיות הדיווח על העיסוק בפעילות גופנית הוא בשיעור דומה לזה של נשים יהודיות ילידות אסיה-אפריקה וישראל.

שיעור העוסקים בפעילות גופנית עולה בהתמדה עם העלייה ברמת ההשכלה. שיעור הגברים בעלי השכלה אקדמית המדווחים על העיסוק בפעילות הינו הגבוה ביותר ועומד על 39.1%. זאת, לעומת 24.8% אשר למדו ללא תעודת בגרות, בקרב הנשים, האחוזים התואמים הם 30.6% ו- 21.4%.

מבחינת מעמד תעסוקתי, קבוצת גברים הלא שייכים לכוח עבודה אזרחי מדווחים על שיעורים הגבוהים ביותר של העיסוק בפעילות גופנית (37.9%), ואולם ייתכן כי גם כאן ההסבר טמון בגברים צעירים (הסקר נערך בקרב בני 21+), אשר עדיין לא השתלבו בכוח העבודה.

2.4.2 עישון

מאז שנת 2002 מוגש מדי שנה לכנסת דוח שר הבריאות על העישון בישראל. דוח זה מחויב על פי חוק חובת הדיווח בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק (תשנ"א-2000). נתוני הדוח מבוססים על סקרי בריאות לאומיים של המרכז הלאומי לבקרת מחלות, ולאחרונה נכללו בו ממצאי סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית" (KAP), אשר נערך בשותפות של המרכז הלאומי לבקרת מחלות עם המחלקה לחינוך וקידום בריאות של משרד הבריאות.

לוח 8. דיווחו כי עסקו בפעילות גופנית, שלוש פעמים בשבוע או יותר (ב- 30 הימים שקדמו לראיון)

שיעורים ל- 100 תושבים

נשים	גברים	שני המינים	
26.2	31.5	28.7	כל האוכלוסייה
			גיל
20.5	26.0	23.3	21-44
30.7	33.3	32.0	45-64
37.7	46.4	41.6	65-74
31.6	54.1	40.9	+75
			קבוצת אוכלוסייה
28.1	33.7	30.8	יהודים ואחרים
27.6	33.3	30.3	מזה: יהודים
12.6	16.9	14.7	ערבים(1)
			יבשת מוצא - יהודים ואחרים
26.2	35.4	30.7	ישראל
24.2	29.5	26.9	אסיה
22.8	25.0	23.9	אפריקה
32.0	38.6	35.0	אירופה-אמריקה
32.2	38.0	34.7	מזה: בריה"מ לשעבר (1990+)
			מחוז
32.3	35.7	33.9	ירושלים
21.2	23.5	22.4	הצפון
24.3	34.1	29.0	חיפה
27.2	31.9	29.4	המרכז
30.5	37.1	33.6	תל אביב
23.8	29.3	26.4	הדרום
			מצב משפחתי
24.5	30.2	27.4	נשואים
29.9	32.5	30.9	גרשים(2)
36.6	58.7	39.7	אלמנים
23.7	33.3	29.1	רווקים
			דתיות - יהודים
31.4	29.0	30.0	חרדים
16.5	29.5	22.3	דתיים
20.2	33.7	26.5	מסורתיים-דתיים
28.5	33.3	30.7	מסורתיים-לא כל כך דתיים
30.8	34.5	32.6	לא דתיים, חילוניים
			דתיות - בני דתות אחרות
(19.6)	..	22.6	דתיים מאוד
10.8	15.0	12.8	דתיים
14.4	23.4	18.8	לא כל כך דתיים
24.5	(12.3)	17.2	לא דתיים
			השכלה
(10.2)	..	(9.4)	לא למדו
21.4	24.8	23.2	למדו, ללא תעודת בגרות
27.4	31.8	29.3	תעודת בגרות
30.9	37.7	34.5	תעודה על-תיכונית
30.6	39.1	34.5	תעודה אקדמית
			תכונות כוח העבודה
25.8	28.8	27.4	בכוח העבודה האזרחי
25.7	28.7	27.4	מועסקים
26.3	29.9	28.0	בלתי מועסקים
26.6	37.9	30.9	אינם בכוח העבודה האזרחי

מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²

(1) ראה הגדרות ללוח 3.

(*) במשך 20 דקות רצופות או יותר

לפי ממצאי הדוח האחרון, המתייחס לשנת 2009, שיעור העישון בישראל¹⁸ בקרב האוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה) עומד על 22.8% (משרד הבריאות, 2010³). בקרב הגברים שיעור המעשנים הוא 31.3%, לעומת 14.8% בקרב הנשים. אחוז המעשנים באוכלוסייה הערבית גבוה יותר בקרב הגברים (48.8% לעומת 27.9%) ונמוך יותר בקרב הנשים (5.2% לעומת 16.6%). אחוז המעשנים "הכבדים" (מעל 20 סיגריות ביום) גבוה פי שניים בקרב גברים ערביים, מאשר בקרב יהודים (31.8% לעומת 12.8%). 10.9% מהנשים היהודיות הן מעשנות "כבדות".

הדוח מציג גם נתונים אודות שיעור העישון בקרב בני הנוער. הנתונים התקבלו מתוך שני מקורות: סקר תלמידי כיתות ח', שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשנת 2008 במגזר יהודי, וסקר משנת 2009 במגזר הערבי, אשר נערך בשיתוף עם משרד החינוך. 1.1% מתוך התלמידים הערבים דיווחו על עישון סיגריות כל יום, ו-2.9% לגבי עישון מדי פעם. זאת בהשוואה ל-1.6% ו-5% בקרב בני הנוער היהודים בשנת 2008. 2.2% מהבנים הערבים ו-0.2% בקרב בנות ערביות דיווחו על עישון כל יום, זאת לעומת 2% מהבנים ו-1.2% מהבנות במגזר היהודי. על עישון מדי פעם דיווחו 5.4% מהבנים הערביים ו-1.2% מהבנות ערביות, בהשוואה ל-5.7% ו-4.5% במגזר היהודי (נתוני שנת 2008). שיעור עישון גבוה במיוחד נמצא בקרב תלמידים בדואים (2.1% מעשנים כל יום ו-4% מדי פעם), ואילו בקרב הדרוזים נמוכים ביותר (0.6% ו-1.2% בהתאמה) (משרד הבריאות, 2010³).

שיעור העישון בקרב בנים נמצא במקום ביניים בהשוואה למדינות אחרות, ואילו שיעור בקרב בנות הינו נמוך יותר (משרד הבריאות, 2009¹).

ילדים להורים מעשנים נמצאים בסיכון גבוה יותר לעישון. הסקר זיהה שיעור מעשנים נמוך במיוחד בקרב ילדים להורים לא מעשנים, לעומת הילדים ששני הוריהם מעשנים (3.4% לעומת 19.8% בהתאמה).

פרק נפרד בדוח שר הבריאות מוקדש לנושא העישון בקרב חיילי צה"ל. בשנת 2009 עמד שיעור העישון בקרב המתגייסים על 33.9% בקרב הגברים ו-26.5% בקרב הנשים. השיעורים המקבילים בקרב משתחררים היו 40.8% ו-35.6%. 8.2% של גברים ו-6% של נשים מכלל המשתחררים התחילו לעשן במשך שירותם הצבאי. כמו כן, 33.2% מקרב המשתחררים ו-26% מקרב החיילות המשתחררות דיווחו על עישון נרגילה (משרד הבריאות, 2010³).

דוח העישון של שר הבריאות, המפורסם כל שנה, מהווה מקור חשוב לגבי מצב העישון בקרב תושבי ישראל. מידע נוסף אף מפורט יותר, על פי משתנים חברתיים, ניתן למצוא בסקר הבריאות הלאומי של משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנערך בשנת 2003/2004 (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²). שיעור המעשנים שנרשמו בסקר זה דומים למדי לאלה שנמצאו בסקרי המרכז הלאומי לבקרת מחלות.

¹⁸ "מעשן" הוגדר כמרואיין שענה בחיוב לשאלה "האם אתה/מעשנת?"

לוח 9. דיווחו על עישון של סיגריות כיום, לפחות פעם אחת ביום
שיעור ל- 100 תושבים
2003/2004

נשים	גברים	
18.6	36.1	כל האוכלוסייה
		גיל
22.9	42.0	21-44
18.3	35.2	45-64
6.6	18.4	65-74
(5.2)	(8.5)	+75
		קבוצת אוכלוסייה
20.5	33.2	יהודים ואחרים
19.8	32.1	מזה: יהודים
4.6	55.2	ערבים(1)
		יבשת מוצא - יהודים ואחרים
23.0	34.8	ישראל
23.1	37.4	אסיה
26.6	35.9	אפריקה
16.7	29.8	אירופה-אמריקה
18.9	44.5	מזה: בריה"מ לשעבר (+1990)
		מחוז
13.9	28.9	ירושלים
12.3	45.3	הצפון
16.9	36.7	חיפה
19.0	32.3	המרכז
23.4	34.7	תל אביב
22.0	38.9	הדרום
		מצב משפחתי
15.2	33.7	נשואים
34.8	48.7	גרשים(2)
10.2	(17.3)	אלמנים
29.3	42.4	רווקים
		דתיות - יהודים
..	29.6	חרדים
(4.2)	18.3	דתיים
20.2	27.3	מסורתיים-דתיים
21.3	38.8	מסורתיים-לא כל כך דתיים
24.4	33.2	לא דתיים, חילוניים
		דתיות - בני דתות אחרות
..	..	דתיים מאוד
(5.5)	51.2	דתיים
(6.5)	53.8	לא כל כך דתיים
(19.6)	64.8	לא דתיים
		השכלה
..	..	לא למדו
21.8	43.8	למדו, ללא תעודת בגרות
23.2	34.2	תעודת בגרות
16.9	38.5	תעודה על-תיכונית
13.5	22.7	תעודה אקדמית
		תכונות כוח העבודה
23.5	38.5	בכוח העבודה האזרחי
22.4	37.9	מועסקים
31.2	44.5	בלתי מועסקים
12.5	30.3	אינם בכוח העבודה האזרחי

מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²

(1) ראה הגדרות ללוח 3.

הבדלים מעטים בין הנתונים ניתן לייחס לתקופת זמן שונה, בה בוצעו שני הסקרים, שוני בשיטת הסקר (ראיון פנים אל פנים לעומת סקר טלפוני) או הבדלים בהגדרת העישון: עישון "לפחות פעם אחד ביום" בסקר הלאומי של למ"ס לעומת תשובה חיובית על השאלה "האם אתה מעשן?" בסקר המרכז הלאומי לבקרת מחלות.

בחנית נתוני העישון של הסקר הלאומי של משרד הבריאות ולמ"ס מצביע על מספר קבוצות בעלות שיעורי העישון גבוהים במיוחד. אלו הם גברים ערבים, גברים עולי שנת 1990 ואילך, נשים יהודיות ובמיוחד ילדות אפריקה בקרבן, בעלי השכלה נמוכה ובלתי מועסקים. שיעורי עישון גבוהים במיוחד דווחו על ידי גרושים ורווקים, בשני המגדרים. לא דתיים מעשנים יותר מדתיים, אם כי באוכלוסייה היהודית המגמה היא לא אחידה, ושיעור גבוה יותר של המעשנים דווחו על ידי מסורתיים-לא כל כך דתיים. שיעור המעשנים, עם תנודות מסוימות, עולה עם הירידה ברמת ההשכלה, ובלתי מועסקים מדווחים על העישון יותר מהמועסקים. התפלגות לפי המחוזות מגלה שיעורי מעשנים גבוהים יותר באזורי הצפון והדרום לגברים, ובמחוזות תל אביב והדרום לנשים.

2.4.3 עודף משקל והשמנה

ממצאים על קבוצות אוכלוסייה בעלות עודף משקל לפי משתנים חברתיים התקבלו מסקר בריאות לאומי של משרד הבריאות ולמ"ס (2006²). נתוני הסקר מראים, כי 13.9% הגברים ו-15.7% מהנשים באוכלוסייה הכללית נמצאים בעודף משקל (ראה לוח 10). שיעורי השמנה גבוהים במיוחד דווחו על ידי נשים בגילאי 65-74 (27.7%) וגברים בגילאים 45-64 (19%).

בקרב האוכלוסייה הערבית שיעור בעלי השמנה גבוה יותר בשני המינים מאשר באוכלוסייה היהודית. בקרב היהודים, ילידי אירופה-אמריקה ועולי ברה"מ לשעבר מתאפיינים בשיעורים גבוהים יותר של עודף משקל, במיוחד המצב חמור בקרב נשים עולות (שיעור של 23.7% לעומת 6.1% בילדות ישראל).

שיעורי השמנה בקרב גברים חרדים גבוה מעט ביחס לקבוצות דתיות אחרות, ואילו בקרב הנשים השיעור הגבוה ביותר נצפה בקרב נשים מסורתיות-דתיות. בקרב הערבים שיעור בעלי עודף משקל גבוה יותר אצל דתיים בהשוואה ללא דתיים.

נתוני השמנה לפי שנות לימוד אינם מראים מגמה אחידה: בעלי תעודה אקדמית ובעלי תעודת בגרות מתאפיינים בשיעורי השמנה דומים ונמוכים ביחס לשאר קבוצות ההשכלה.

הקבוצה הבולטת בעודף משקל לפי מעמד תעסוקתי היא קבוצת נשים, שלא שייכות לכוח העבודה האזרחי (22.3 לעומת 10.3 בקרב שייכות לכוח העבודה).

הפילוח לפי אזורים גיאוגרפיים מראה עודף השמנה בגברים תושבי צפון ונשים תושבות מחוז חיפה.

לוח 10. מדד מסת גוף (BMI) של 30 ויותר על פי דוח עצמי של משקל וגובה*
 שיעור ל- 100 תושבים, 2003/2004

נשים	גברים	
15.7	13.9	כל האוכלוסייה
גיל		
8.8	10.7	21-44
23.0	19.0	45-64
27.7	16.4	65-74
16.6	14.0	+75
קבוצת אוכלוסייה		
15.1	13.5	יהודים ואחרים
14.7	13.5	מזה: יהודים
19.7	16.6	ערבים(1)
יבשת מוצא - יהודים ואחרים		
6.1	9.3	ישראל
13.7	9.8	אסיה
14.7	13.6	אפריקה
18.4	16.2	אירופה-אמריקה
23.7	16.5	מזה: בריה"מ לשעבר (+1990)
מחוז		
18.2	12.1	ירושלים
15.7	15.6	הצפון
19.8	13.7	חיפה
13.4	13.5	המרכז
12.6	12.5	תל אביב
18.9	14.1	הדרום
מצב משפחתי		
17.0	16.1	נשואים
18.1	16.7	גרשים(2)
22.0	(15.0)	אלמנים
4.4	5.9	רווקים
דתיות – יהודים		
(14.9)	15.7	חרדים
14.9	12.1	דתיים
18.7	13.3	מסורתיים-דתיים
16.6	13.4	מסורתיים-לא כל כך דתיים
12.8	13.5	לא דתיים, חילוניים
דתיות - בני דתות אחרות		
(26.2)	..	דתיים מאוד
26.9	21.0	דתיים
17.0	18.7	לא כל כך דתיים
(10.5)	(10.5)	לא דתיים
השכלה		
(16.0)	..	לא למדו
20.0	14.8	למדו, ללא תעודת בגרות
11.6	11.6	תעודת בגרות
17.9	16.6	תעודה על-תיכונית
11.6	11.5	תעודה אקדמית
תכונות כוח העבודה		
10.3	14.0	בכוח העבודה האזרחי
10.5	13.9	מועסקים
(8.4)	15.0	בלתי מועסקים
22.3	13.7	אינם בכוח העבודה האזרחי

מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²
 * חושב לפי משקל בק"ג מחולק בריבוע; הגובה במטרים, מדד מסת גוף מעל 30 מוגדר כהשמנה (לפי ארגון הבריאות העולמי – WHO).
 1) ראה הגדרות ללוח 3.

סקר בריאות לאומי, שנערך באותה התקופה (2003/2004) על ידי המרכז לבקרת מחלות, בשיטות סקר שונות, זיהה שיעורי השמנה דומים לאלה שנרשמו בסקר בריאות לאומי: 12.7% מהגברים ו-14.6% מהנשים באוכלוסייה יהודית, ו-16.0% לעומת 21.3% באוכלוסייה הערבית (BMI גדול או שווה 30). ההבדלים בין האוכלוסיות נשמרו גם לאחר תקנון הנתונים לפי גיל (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2006).

בחינה מפורטת יותר של נתונים לגבי הנשים, גילתה עודף משקל (BMI גדול או שווה ל-25 וקטן מ-30) או השמנה (BMI גדול או שווה 30) בקרב 43.2% מהנשים¹⁹, כאשר שיעור מתוקן בקרב נשים ערביות (60.2%) גבוה פי 1.5 (40.9%) בהשוואה לנשים יהודיות. לפי ממצאי הסקר, 86.4% מערביות, בגילאים 55 ומעלה בעלות עודף משקל או השמנה, זאת לעומת 61.4% בקרב נשים יהודיות. לא נמצאו הבדלים בשיעור הנשים שלא מרוצות או מאוד לא מרוצות ממשקלן.

2.4.4 שתיית אלכוהול ושימוש בחומרים פסיכו אקטיביים

האגודה למלחמה בסמים עורכת סקרים תקופתיים אפידמיולוגיים של שימוש באלכוהול וסמים באוכלוסיית נוער ומבוגרים בישראל. בסקר האחרון, שנערך בשנים 2008-2009, נכללו שאלות לגבי השימוש באלכוהול בצד שאלות לגבי סמים פסיכואקטיביים אחרים, שרובם אסורים לפי החוק בישראל (בר-המבורגר וחב', 2009).

בסקר נדגמו כ-4,600 בוגרים בני 18-40, כ-7,700 תלמידים בבתי ספר בגילאי 12-18, וכ-500 בני 12-18 במסגרת "קידום נוער" שמייצגים את "הנושרים" ממסגרות החינוך. היענות המרואיינים היא 62% למבוגרים.

ממצאי הסקר עולה, כי 50% מהתלמידים בגילאי 12-18, כ-62% מ"הנוער הנושר", ו-64% מהמבוגרים בגילאי 18-40 שותים משקה אלכוהולי כלשהו (לפי דיווח על השתייה בשנה האחרונה, שלא במסגרת טקס דתי). השוואה עם ממצאי הסקרים הקודמים מלמדת על מגמת העלייה בשתיית אלכוהול מאז תחילת שנות האלפיים. עלייה בולטת במיוחד נרשמה בצריכת משקאות חריפים, הן בקרב בני נוער הלומדים, והן בקרב מבוגרים.

לוח 11. שיעור שימוש בשנה האחרונה, שתיית אלכוהול, השוואה בין סקרים שונים – נוער לומד

חומר	1989	1995	1998	2001	2005	2009	הפרש 2005- 2009	פער קריטי*
משקה אלכוהולי כלשהו	57.6	61.9	56.9	47.3	49.4	49.95	0.55	2.90
יין	40.8	36.2	44.9	37.8	37.9	36.30	-1.60	2.99
בירה לבנה	45.7	44.2	40.0	32.3	34.1	33.57	-0.53	2.86
משקעות חריפים	23.8	22.5	31.7	28.2	32.5	37.60	5.10**	2.64

* אם ההפרש בין הסקר הנוכחי לסקרים קודמים גדול מהפער הקריטי, משמעות הדבר היא, כי ההפרש מובהק

סטטיסטית, $p < 0.05$

** הפער מובהק סטטיסטית, $p < 0.05$

מקור: בר-המבורגר וחב', 2009.

¹⁹ לפי דווח עצמי של המרואיינות

לוח 12. שיעור שימוש בשנה האחרונה, שתיית אלכוהול, השוואה בין ממצאים סקרים שונים –

מבוגרים

חומר	1989	1995	1998	2001	2005	2008	הפרש 2008- 2005	פער קריטי*
משקה אלכוהולי כלשהו	70.2	60.5	65.0	65.7	65.6	64.31	-1.29	3.06
יין	56.5	41.0	48.7	54.9	55.2	50.92	-4.28**	3.17
בירה לבנה	56.2	48.6	50.6	49.4	47.0	46.77	-0.23	2.97
משקעות חריפים	38.9	30.3	38.2	42.7	42.7	43.41	0.71	3.20

* אם ההפרש בין הסקר הנוכחי לסקרים קודמים גדול מהפער הקריטי, משמעות הדבר היא, כי ההפרש מובהק סטטיסטית, $p < 0.05$
 ** הפער מובהק סטטיסטית, $p < 0.05$
 מקור: בר-המבורגר וחב', 2009.

כ- 30% מהנוער הלומד דיווחו כי השתכרו לפחות פעם אחת בשנה האחרונה, וכ- 25%, כי שתו לפחות פעם אחת בחודש האחרון 5 מנות משקה או יותר בתוך שעות אחדות. זאת בהשוואה 25% ו- 19% בסקר הקודם משנת 2005.

הממצאים גילו מתאם גבוה בין צריכת האלכוהול לבין השכלה. עם עלייה ברמת ההשכלה של המבוגר, עולה רמת צריכת האלכוהול, כאשר הדבר נכון גם לרמת השכלתו של הורה הילד (לפי השכלת האב). כך, למשל, שיעורי שתייה בקרב מבוגרים בעלי השכלה עממית הם 53%, לעומת בעלי השכלה אקדמית 68%. אצל בני נוער השיעורים המקבילים הם 39% ו- 61%.

המתאם החיובי נתגלה גם בין שיעורי השתייה לבין הכנסה: ככל שהכנסתו של המרוויין (או הורה של ילד מרוויין) גבוהה יותר, כך שיעורי השתייה גבוהים יותר. כמו כן הסתבר, כי מבוגרים שאינם מקבלים שכר שותים פחות מאשר אלה שמשתכרים, וכך הדבר לגבי ילדי הורים שאינם עובדים.

באשר לסוג בית הספר נמצא, כי שיעורי השתייה בבתי ספר ממלכתיים הם הגבוהים ביותר בקטגוריה "בשנה אחרונה" (63%), ואילו של תלמידי התמ"ת "בשבוע האחרון" הם הגבוהים ביותר (43%). שיעורי שתייה של תלמידי בתי הספר במגזר היהודי עולים על שיעורי שתייה במגזר הערבי (ראה לוח 13)

לוח 13. שיעורי שתיית אלכוהול באחוזים לפי סוגי בתי הספר

בית"ס	"בשנה האחרונה"	"חודש אחרון"	"שבוע אחרון"
ממלכתי	63	50	34
ממלכתי דתי	55	39	26
משרד התמ"ת	55	51	43
במגזר הערבי	15	13	11
במגזר הבדואי	12	10	9
במגזר הדרוזי והצ'רקסי	31	26	23

מקור: בר-המבורגר וחב', 2009.

בפילוח הגיאוגרפי נמצאו שיעורי שתייה גבוהים בערים הגדולות ובמרכז הארץ בשתי קבוצות הגיל. בקרב התלמידים שיעורי השתייה הגבוהים ביותר דווחו על ידי אלה המתגוררים בחיפה, ירושלים והערים הגדולות, ואילו בקרב מבוגרים השיעורים הגבוהים נרשמו בתל אביב, נתניה וכן ישובים יהודיים עם פחות מ-2000 תושבים.

שיעורי שתייה גבוהים במיוחד נרשמו גם בקרב נוער מנותק ובקרב מבוגרים ובני נוער שנפגעו בפועלות הטרור.

לוח 14. שיעורי השימוש באלכוהול "בשנה האחרונה" (באחוזים) לפי מקום המגורים

מקום מגורים	תלמידים
תל-אביב	*60
ירושלים	*63
חיפה	*69
באר-שבע	35
חולון, בת-ים, ראש"צ, לוד, רמלה	53
רמת גן, גבעתיים, הרצליה, רעננה, פתח-תקווה, כפר סבא	*60
עיר אחרת	49
יישוב כפרי	35
אחר	53

*גבוה מהממוצע

מקום מגורים	מבוגרים
תל-אביב	82
ירושלים	53
חיפה	72
באר-שבע	72
חולון	75
נתניה	80
ראש"צ	74
פתח-תקווה	67
אשדוד	75
יישובים יהודיים עם פחות מ-2000 תושבים 84%	

מקור: בר-המבורגר וחב', 2009.

קבוצות סיכון לגבי שימוש יתר באלכוהול זוהו על ידי החוקרים בקרב תלמידים ממשפחות בעלות מעמד חברתי-כלכלי גבוה (על פי רמת השכלה, תעסוקה, וצפיפות דיור).

באשר לצריכת הסמים, 27% מהתלמידים שרואיינו בסקר של האגודה למלחמה בסמים דיווחו על עישון נרגילה בחודש האחרון. כ- 14% דיווחו על שימוש בחומרים נדיפים, וכ- 10.7% דיווחו על שימוש בסם לא חוקי כלשהו בשנה האחרונה. האומדנים התואמים לכלל אוכלוסיית התלמידים בארץ מדברים על יותר ממאה וחמישים אלף מעשני נרגילה בחודש; שמונים אלף משתמשים בחומרים נדיפים, ושישים אלף משתמשים בסם לא חוקי כלשהו במהלך השנה.

לוח 15. שיעור שימוש בשנה האחרונה, חומרים פסיכו אקטיביים, השוואה בין ממצאי סקרים שונים – נוער לומד

חומר	1989	1995	1998	2001	2005	2009	הפרש 2005-2009	פער קריטי*
חומרים נדיפים	---	---	---	7.4	15.8	14.11	-1.69	2.41
סם לא חוקי כלשהו	6.4	9.3	9.8	10.5	9.9	10.66	0.76	1.24
תרופות	5.4	6.5	6.1	6.1	5.8	6.85	1.05	1.19
קנביס	1.7	3.4	5.1	5.0	5.8	5.66	-0.14	0.80
"סמים קשים"	1.5	5.2	5.3	5.4	3.9	5.68	1.78**	0.80

* אם ההפרש בין הסקר הנוכחי לסקרים קודמים גדול מהפער הקריטי, משמעות הדבר היא, כי ההפרש מובהק סטטיסטית, $p < 0.05$
 ** הפער מובהק סטטיסטית, $p < 0.05$
 מקור: בר-המבורגר וחב', 2009.

לוח 16. שיעור שימוש בשנה האחרונה, חומרים פסיכו אקטיביים, השוואה בין ממצאי סקרים שונים – מבוגרים

חומר	1989	1995	1998	2001	2005	2008	הפרש 2008-2005	פער קריטי*
סם לא חוקי כלשהו	6.6	6.9	8.1	10.5	10.5	11.42	0.92	2.07
תרופות	3.8	3.4	3.3	2.4	2.2	3.35	1.15	1.57
קנביס	3.1	4.6	5.6	8.0	8.5	8.88	0.38	1.92
"סמים קשים"	0.5	1.6	1.3	2.2	1.2	1.91	0.71**	0.69

* אם ההפרש בין הסקר הנוכחי לסקרים קודמים גדול מהפער הקריטי, משמעות הדבר היא, כי ההפרש מובהק סטטיסטית, $p < 0.05$
 ** הפער מובהק סטטיסטית, $p < 0.05$
 מקור: בר-המבורגר וחב', 2009.

6.9% מהתלמידים דיווחו על שימוש בתרופות ללא מרשם רופא (כגון כדורי הרגעה או שינה). מספר דומה של התלמידים (5.7%) דיווחו על השימוש בקנביס (חשיש, מריחואנה או גראס) והשימוש ב"סמים הקשים" (כגון ל.ס.ד, קוקאין וכד'). כמו כן 8.3% דיווחו על שימוש בחגיגת בשנה האחרונה- 6.5% מדווחים על שימוש בג'ת בחודש האחרון.

בקרב נוער מנותק כ- 21.5% דיווחו על שימוש לא חוקי בסם כלשהו, כ- 15% השתמשו בקנביס, כ-9.4% בחומרים נדיפים, וכ-7.6% ב"סמים קשים".

המחקר הצביע על מספר קבוצות סיכון לשימוש בסמים בקרב התלמידים לפי משתנים סוציו-כלכליים. בעודף סיכון נמצאים בנים, תלמידים הלומדים בבתי ספר של התמ"ת או בבתי"ס ממלכתיים, ובפרט תלמידי הכיתות הגבוהות. כמו כן הסיכון גבוה יותר בקרב תלמידים עולים, בנים להורים גרושים, פרודים או שאחד מהם נפטר.

בקרב הנוער המנותק התגלו קבוצות סיכון בקרב בנים, במגזר היהודי, במשפחות חילוניות, משפחות קטנות, ולהורים גרושים או פרודים. השימוש נפוץ יותר בקרב נוער מנותק עם הורים משכילים, אם עובדת וצפיפות דיור נמוכה. לעומת זאת, התגלו שיעורים גבוהים יותר למשפחות בהם האב לא עובד. נערים עובדים דיווחו על שיעורים גבוהים יותר של שימוש בסמים שונים.

בקרב מבוגרים 11.4% דיווחו על שימוש לא חוקי בסם כלשהוא במהלך השנה האחרונה, 3.4% דיווחו על שימוש בתרופות שלא על פי הוראות הרופא (כולל כדורי הרגעה או ריטלין וכן תרופות אחרות). 8.9% דיווחו על שימוש בחשיש או/ו מריחואנה, ו- 1.9% השתמשו ב"סמים קשים", כגון אקסטזי (1.0%), קוקאין (0.94%) ול.ס.ד. (1.03%). 4.5% מדווחים על שימוש ב"חגיגת"כ- 17% עישנו נרגילה וכ- 2% השתמשו בגת (קאת) בחודש האחרון.

בקרב מבוגרים השימוש בחומרים פסיכו אקטיביים נפוץ, הן בקרב מעמד חברתי גבוה והן בקרב מעמד הנמוך. באשר לסמים לא חוקיים, בולט שימוש יתר בקרב חילונים, לא נשואים, צעירים שהוריהם ילידי הארץ או שהם עצמם עולים חדשים, צעירים במצב בריאותי פחות טוב וכאלו שאינם משרתים במילואים.

כמו כן, נחשפו מאפייני אישיות, סגנון חיים ומשפחה הקשורים לסיכון גבוה יותר לשימוש בחומרים פסיכואקטיביים שונים. אלה כוללים חיפוש ריגושים וריבוי בילוי במסיבות, דיכאון, רמה נמוכה של לכידות משפחתית וכן משתנים חברתיים ופסיכולוגיים אחרים.

2.4.5 פערים בהתנהגות בריאותית לפי משתנים חברתיים: עיקר הממצאים

השכלה

- קיימת התאמה בין רמת ההשכלה לבין התנהגות מסכנת בריאות: עם העלייה בשנות לימוד עולה בהתמדה שיעור העוסקים בפעילות גופנית, ויורד שיעור המעשנים. לעומת זאת, עלייה בשנות ההשכלה קשורה לעלייה של רמת צריכת האלכוהול.

הכנסה

- קיים מתאם חיובי בין שיעורי השתייה לבין הכנסה: ככל שהכנסה גבוהה יותר, כך שיעורי השתייה גבוהים יותר.

אזור מגורים

- שיעורי גברים מעשנים גבוהים ביותר נרשמו במחוזות הצפון והדרום, ונשים מעשנות במחוזות תל אביב והדרום.
- הפילוח לפי אזורים גיאוגרפיים מראה עודף השמנה בגברים תושבי צפון ונשים תושבות מחוז חיפה.
- שיעורים גבוהים של שימוש באלכוהול נצפו בערים הגדולות ובמרכז הארץ הן בבני נוער והן במבוגרים. בקרב בני הנוער שיעורי השתייה הגבוהים ביותר דווחו על ידי אלה המתגוררים בחיפה, ירושלים והערים הגדולות, ואילו בקרב מבוגרים השיעורים הגבוהים נרשמו בתל אביב, נתניה וכן ישובים יהודיים עם פחות מ-2,000 תושבים.

תעסוקה

- בלתי מועסקים מדווחים על העישון יותר מהמועסקים.
- פער משמעותי (פי 2) נמצא בעודף משקל בין נשים ששייכות לכוח עבודה אזרחי ולאלה הלא שייכות, לטובת הנשים העובדות.

קבוצת אוכלוסייה

- שיעור העוסקים בפעילות גופנית נמוך משמעותית במגזר הערבי לעומת היהודי: 16.9% מגברים ערביים דיווחו על פעילות גופנית לעומת 33.3% בקרב גברים יהודיים. בנשים השיעורים התואמים הם 12.6% לעומת 27.6%.
- אחוז המעשנים באוכלוסייה הערבית גבוה יותר בקרב הגברים (48.8% לעומת 27.9%) ונמוך יותר בקרב נשים (5.2% לעומת 16.6%). אחוז המעשנים "הכבדים" (מעל 20 סיגריות ביום) גבוה פי שניים בקרב גברים ערביים.
- שיעור בעלי השמנה במגזר הערבי גבוה יותר בשני המינים מאשר באוכלוסייה היהודית.
- בני נוער יהודים מדווחים יותר על שתיית אלכוהול ביחס לבני נוער ערבים.

מוצא

- ילידי אירופה-אמריקה מדווחים על שיעור גבוה יותר של העיסוק בפעילות גופנית מקבוצות אחרות, ואילו ילידי אפריקה על נמוך ביותר.
- שיעורי עישון גבוהים ביותר מדווחים על ידי גברים ילידי ברה"מ (44.5%), ונשים ילידות אפריקה (26.6%).
- בני נוער עולים נמצאים בסיכון גבוה יותר לשימוש בסמים.

דתיות

- בתחום הפעילות הגופנית, נשים חרדיות מדווחות על שיעורים דומים לאלה של נשים חילוניות, לעומת זאת, נשים המגדירות את עצמן כדתיות מאופיינות בשיעור נמוך משמעותית של הפעילות ביחס לקבוצות אחרות. גברים חרדים ודתיים מדווחים פחות מגברים מסורתיים וחילוניים על פעילות גופנית.
- באוכלוסייה הערבית שיעור העוסקים בפעילות הגופנית משתנה משמעותית עם רמת הדתיות, כאשר אוכלוסייה חילונית, ובעיקר הנשים, מדווחת על שיעורי עיסוק גבוהים יותר.
- שיעורי השמנה בקרב גברים חרדים גבוה מעט ביחס לקבוצות דתיות אחרות, ואילו בקרב הנשים, השיעור הגבוה ביותר של השמנה נצפה בקרב נשים מסורתיות-דתיות.
- באוכלוסייה החילונית קיים עודף סיכוי לשימוש בסמים לא חוקיים, ביחס לאוכלוסייה הלא חילונית.

פרק 3. אי-שוויון בפריסת שירותי הבריאות: תמונת מצב

3.1 כוח אדם מועסק במערכת הבריאות

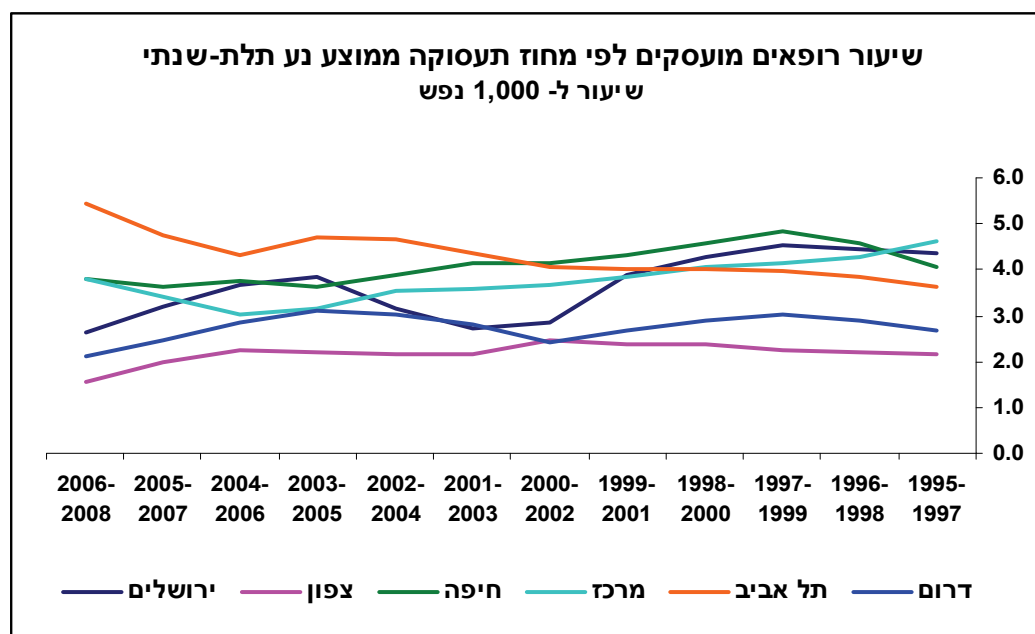
שיעור הרופאים בישראל גבוה מהממוצע במדינות OECD, אך נמצא בירידה מתמדת, ועלול להעמיד את המדינה במחסור תוך פרק זמן קצר יחסית (משרד הבריאות, 2010²⁰).

משרד הבריאות מפרסם באופן שוטף נתונים על כוח אדם מועסק במקצועות הרפואה²⁰. הנתונים מבוססים על סקר כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הכולל את כוח האדם האזרחי בישראל. לאחרונה למאגר נתונים זה התווסף גם מידע מנהלי שהתקבל ממעסיקים עיקריים במערכת הבריאות (קופות חולים, בתי חולים ומוסדות בריאות אחרים).

הנתונים מראים, כי שיעור הרופאים המועסקים²¹ במחוזות הצפון והדרום ל-1,000 נפש הם הנמוכים במדינה, וכי מצב זה לא השתנה מאז אמצע שנות התשעים (ראה תרשים 23 ולוח 17). יתרה מזו, בשנים האחרונות חלה ירידה נוספת בשיעור הרופאים. אומנם, הירידה בכוח אדם ניכרת גם במחוזות אחרים, אך בשני המחוזות האלה, שנמצאו בפיגור משמעותי מבחינת כוח אדם כבר בתחילת תקופת המדינה, המצב חמור במיוחד. האזור היחידי בו שיעור הרופאים עלה, ובצורה משמעותית (מ-3.6 ל-5.5 ל-1,000 נפש), הוא מחוז תל אביב. מחוז תל אביב הוא גם בעל שיעור רופאים גבוה ביותר מבין המחוזות האחרים. יש לשים לב לעובדה, כי הירידה התלולה ביותר במספר הרופאים נצפתה בתקופה הנידונה במחוז ירושלים, שם ירד שיעור הרופאים המועסקים מ-4.3 בתחילת התקופה ל-2.6 בסופה.

תרשים 23. שיעור רופאים מועסקים לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת-שנתי

שיעור ל-1,000 נפש



²⁰ משרד הבריאות, "כוח אדם במקצועות בריאות", תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב

²¹ מועסקים – כולל אנשים שעבדו לפחות שעה אחת בשבוע בעבודה כלשהי תמורת שכר, רווח או תמורה אחרת.

לוח 17. שיעור רופאים מועסקים לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת-שנתי
שיעור ל-1,000 נפש

מחוז	1995-1997	1996-1998	1997-1999	1998-2000	1999-2001	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008
ירושלים	4.3	4.4	4.5	4.3	3.9	(2.8)	(2.7)	3.2	3.8	3.7	3.2	2.6
צפון	2.2	2.2	2.3	2.4	2.4	2.4	2.2	2.2	2.2	2.3	2.0	(1.6)
חיפה	4.1	4.6	4.8	4.6	4.3	4.2	4.2	3.9	3.6	3.7	3.6	3.8
מרכז	4.6	4.3	4.2	4.1	3.8	3.7	3.6	3.5	3.1	3.0	3.4	3.8
תל אביב	3.6	3.8	4.0	4.0	4.0	4.1	4.4	4.7	4.7	4.3	4.8	5.5
דרום	(2.7)	(2.9)	3.0	2.9	2.7	(2.4)	2.8	3.0	3.1	2.9	2.5	(2.1)
סה"כ	3.6	3.6	3.7	3.6	3.5	3.3	3.3	3.4	3.3	3.2	3.2	3.3

() - מבוסס על מספרים בעלי טעות דגימה יחסית גבוהה מ-25%
מקור: משרד הבריאות. 2010. כוח אדם במקצועות הבריאות 2009.

יש להדגיש, כי מהנתונים הקיימים כיום במערכת הבריאות קשה ללמוד על פיזור הגיאוגרפי של הרופאים לפי מומחיות, תחום עבודה, או מקום עבודה²². זאת בידיעה כי חלק מהמקצועות הרפואיים נמצאים במצוקה או צפויים להתפתח למצב מצוקה, ביניהם הרדמה, טיפול נמרץ ילדים, כירורגיה כללית, רפואת ילדים, רפואה פנימית, גריאטריה, וכן מקצועות אחרים (משרד הבריאות, 2010⁴). בפריפריה מדווח על מחסור קבוע ברופאים מומחים ומתמחים, כאשר הבעיה חריפה יותר בבתי חולים. קיים קושי לגייס רופאים לעבודה בפריפריה, וכיום במשרד הבריאות פועלת וועדה בין-משרדית לבחינת דרכי התמודדות עם מחסור בכוח אדם במקצועות הרפואה בפריפריה, בראשות נציג משרד הבריאות ובשיתוף אגפים רלוונטיים במשרד, נציגי משרד האוצר, ונציבות שירות המדינה.

בחינת כוח אדם במקצועות אחרים, לפי ממוצע תלת-שנתי, מגלה תופעה דומה: מחוזות הצפון והדרום מאופיינים לרוב בשיעורים הנמוכים ביותר של כוח אדם מועסק לנפש (ראה תרשימים 24-26). שיעורי אחיות מוסמכות ומעשיות, רופאי שיניים, שיעורי מועסקים במקצועות עזר נמוכים, לעיתים בצורה משמעותית מאוד, באזורים אלה ביחס לשאר אזורי המדינה.

בתחום הסיעוד, הנתונים מראים ירידה מתונה ברוב המחוזות, להוציא ירושלים ותל אביב. ראוי לציין את הירידה במחוזות הצפון והדרום, שהתאפיינו בשיעורים הנמוכים כבר בתקופת המדידה הראשונה. קיימת טענה, לפיה כבר כיום קיים מחסור בכוח האדם הסיעודי במערכת האשפוז ובקהילה. נוסף ונציין, כי שיעור האחיות בישראל הוא נמוך מהממוצע במדינות OECD, ומשרד

²² בימים אלה משרד הבריאות עורך בשותפות עם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מחקר מקיף בנושא של כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל. המחקר אמור לספק מידע על מאפיינים מקצועיים ותעסוקתיים של הרופאים מועסקים בישראל וכן על פריסתם הגיאוגרפית.

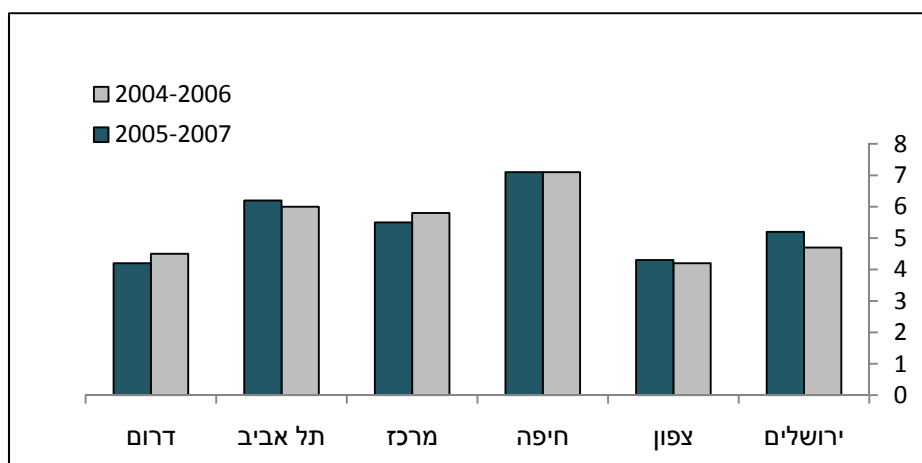
הבריאות פועל להרחבת מסגרות ההכשרה, על מנת למנוע הידרדרות ומצוקה בתחום (משרד הבריאות, 2010²).

באשר לעובדים במקצועות עזר רפואיים, המגמה אינה אחידה. עלייה בשיעור כוח אדם נרשמו באזורי תל אביב, חיפה וצפון. יחד עם זאת, בולטים הפערים בשיעור העובדים בין מחוז תל אביב לשאר המחוזות, ובמיוחד למחוז הצפון: שיעור המועסקים במחוז תל אביב הוא כמעט פי 3 משיעור המועסקים באזור הצפון.

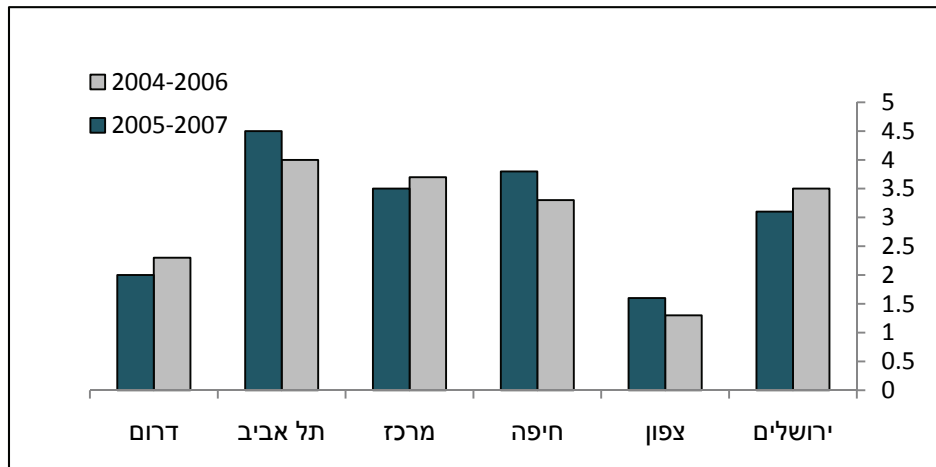
פערים עמוקים מאפיינים גם פיזור כוח אדם ברפואת שיניים. שיעור רופאי שיניים במחוז הדרום, למרות העלייה בשנים אחרונות, נמוך מאוד ביחס לשיעור במחוז תל אביב. ראויים לציון גם העלייה המשמעותית ביותר בשיעור רופאי שיניים במחוז הצפון, והירידה ניכרת במחוז ירושלים.

באשר למקצועות בריאות נוספים, כגון פיזיותרפיה, השירות הדיאטטי, קלינאות תקשורת ומקצועות אחרים אין מידע זמין לגבי פריסתם המחוזית. וכמו במקצועות רפואה וסיעוד, גם כאן קיימות עדויות למחסור בכוח אדם, בתחומים כגון פסיכולוגיה, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק (בן נון וחב', 2005). חיזוק מכך מתקבל גם מממצאי הבקורות שעורך משרד הבריאות בקהילה. העדר נתונים מסודרים לגבי תחומים ואזורים בהם ניכר המחסור אינו מאפשר לערוך בדיקה השוואתית ושיטתית של המשאבים הקיימים. דבר זה מקשה מאוד על הערכת מידת שוויוניות בפיזור השירותים האלה ומקשה על קבלת החלטות מושכלות לגבי הוספת כוח אדם מקצועי זה או אחר באזורים מסוימים.

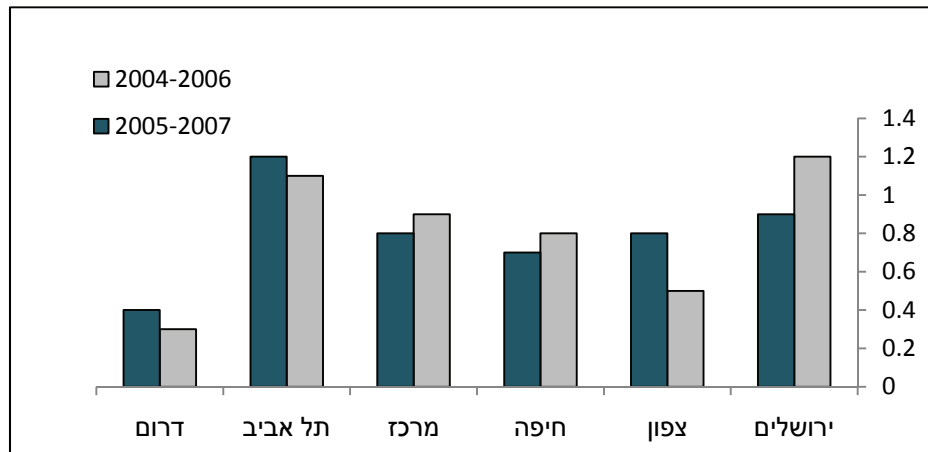
תרשים 24. שיעור אחיות מוסמכות ומעשיות מועסקות ל-1,000 נפש



תרשים 25. שיעור מועסקים במקצועות עזר רפואיים ל-1,000 נפש



תרשים 26. שיעור רופאי שיניים מועסקים לפי מחוז תעסוקה ל-1,000 נפש



מקור: משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות בריאות, שנים שונות.
הערה: בנתוני רופאי שיניים, שיעורים ל-2006-2008 לגבי מחוזות ירושלים, חיפה והדרום הינם בעלי טעות דגימה מעל 25%.

3.2 כוח אדם במקצועות בריאות בקהילה: היצע וזמינות

בשנת 2010 פרסם משרד הבריאות לראשונה נתוני התפלגות רופאים מועסקים בקהילה²³ לפי מחוזות (משרד הבריאות, 2010⁵). המידע מעודכן לשנים 2009/2010 והתקבל על ידי משרד הבריאות ממקור מנהלי (מעסיקים עיקריים). הנתונים מצביעים על הבדלים ניכרים בשיעור הרופאים בין המחוזות והנפות (ראה לוח 18 ותרשים 27).

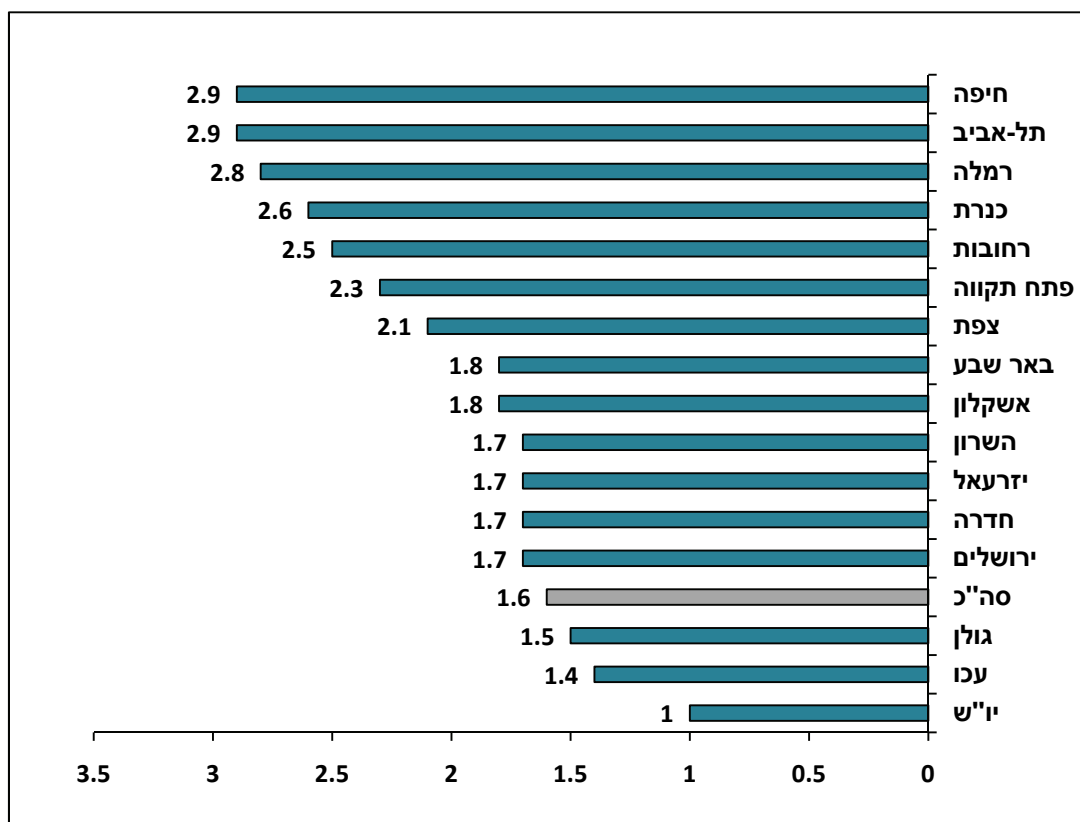
²³ קהילה: כולל רופאים בארבע קופות החולים (שכירים ועצמאיים), משרד הבריאות, הנהלות הקופות, לשכות הבריאות ומשרדי ממשלה אחרים. 2,490 רופאים היו מועסקים ביות ממחוז אחד. המידע לא כולל: מועסקים בבתי חולים במזרח ירושלים, בתי חולים פסיכיאטריים פרטיים, חלק גדול של המוסדות למחלות ממושכות ורופאים המועסקים במכוניס ובמרפאות פרטיות בקהילה, שאינם עובדים עם קופות חולים, רופאים שעוסקים בניהול או מחקר בלבד ואינם מטפלים.

לוח 18. שיעור רופאים מועסקים בקהילה לפי מחוז, 2009/2010

מחוז	מספרים מוחלטים	אחוזים	שיעור ל-1,000 נפש
ירושלים	1,566	10.7	1.7
צפון	1,770	12.1	1.4
חיפה	2,100	14.3	2.3
מרכז	3,606	24.6	2
תל אביב	3,578	24.4	2.9
דרום	1,779	12.1	1.7
יו"ש	283	1.9	1
סה"כ	12,192	100.0	1.6

מקור: משרד הבריאות, 2010⁵

תרשים 27. שיעור רופאים מועסקים בקהילה לפי נפה שיעור ל-1,000 נפש



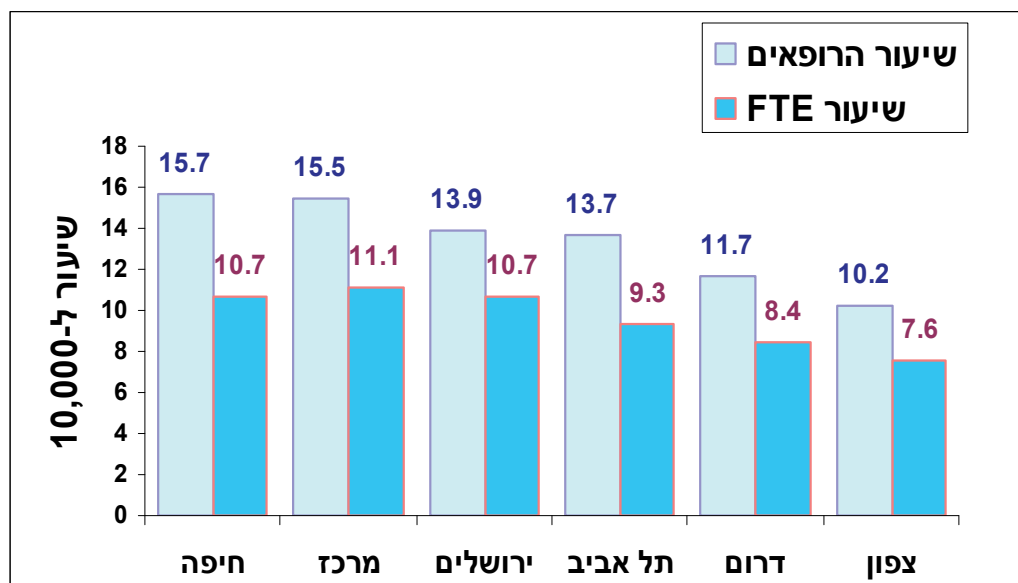
מקור: משרד הבריאות, 2010⁵
 קהילה: כולל מטה, הנהלות הקופות, משרדי ממשלה ולשכות הבריאות. 3,508 רופאים היו מועסקים ביותר נפה אחת.

נבדקה גם התפלגות של רופאים לפי מחוז מגורים במונחים של היקף המשרה. זאת, כדי לוודא אם ארגון שונה של השירות, מבחינת התמהיל בהיקף משרות, אכן משפיע על ההבדל בין מחוזות/נפות.

לצורך כך, נציג את נתוני כוח אדם הרפואי בקהילה, שנידון על היבטיו השונים בעבודת מחקר "הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ותעסוקתיים", אשר בוצעה על ידי חוקרים בתחום תכנון סקרים והערכה של משרד הבריאות (שמש וחב', 2007). המידע על הרופאים התקבל מכל קופות החולים והוצלב עם מאגרי מידע הקיימים במשרד הבריאות. הנתונים מתייחסים לשנת 2003/2004.

במחקר נחשפה שונות ניכרת בשיעורי הרופאים בין המחוזות. הפערים נצפו גם ברפואה ראשונית וגם ברפואה מקצועית. שיעור הרופאים בקהילה ל-10,000 מבוטחים, נע בין 16.0 במחוז חיפה ל-10.7 במחוז הצפון. במחוז הצפון שיעור הרופאים נמוך ביחס למחוזות אחרים, הן בקרב הרופאים הראשוניים (6.5) והן בקרב הרופאים הלא-ראשוניים (4.2). מחוז תל אביב מתאפיין בשיעור הנמוך ביותר של הרופאים הראשוניים (5.9) ובשיעור הגבוה ביותר של הרופאים הלא-ראשוניים (9.0). מהתרשים שלהלן עולה כי ההבדלים בין האזורים נשמרים, הן בחישוב של משרות-אדם והן לפי נפשות (מס' מועסקים) (ראה תרשימים 28-29).

תרשים 28. שיעורי רופאים ו-FTE ל-10,000 מבוטחים לפי מחוז

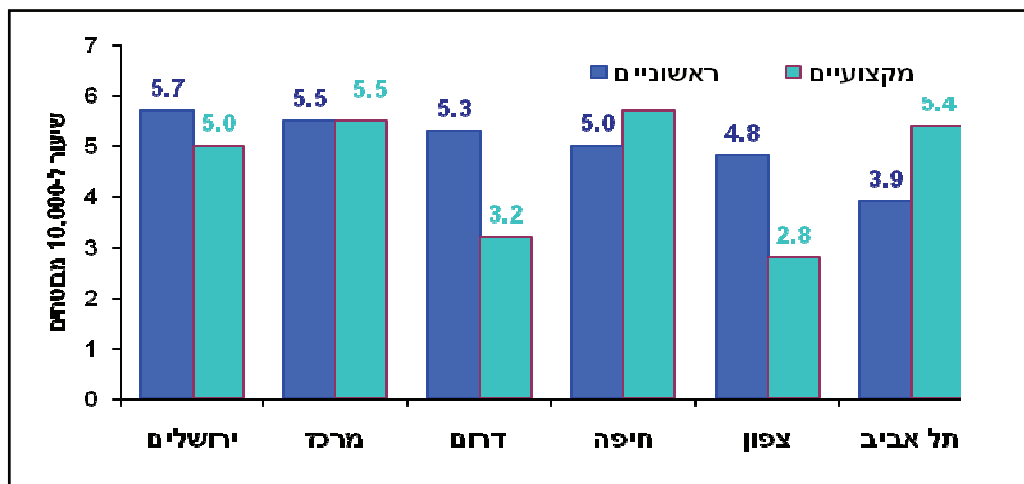


מקור: שמש וחב', 2007.

(1) FTE – משרות-אדם

(2) הערה: הנתונים מבוססים על מקום המגורים של הרופאים, אך אין דבר משנה משמעותית את התמונה, מאחר ורוב מוחלט של הרופאים מועסקים במחוז המגורים (שמש וחב', 2007).

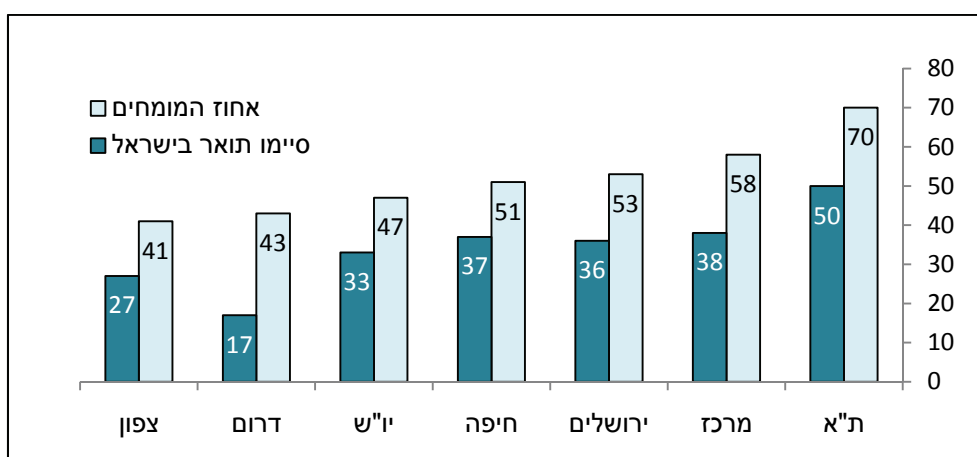
תרשים 29. שיעורי של רופאים ראשוניים לעומת רופאים מקצועיים אחרים ל- 10,000 מבטחים לפי מחוז



מקור: שמש וחב', 2007.

השונויות בין המחוזות קיימות לא רק בפריסת כוח האדם הרפואי אלא גם באפיונים התעסוקתיים וסוציו-דמוגרפיים שלו. המחוזות המרכזיים של המדינה מתאפיינים באחוז גבוה יותר של רופאים שסיימו תואר בישראל, אחוז נמוך של רופאים עולים, ואחוז גבוה של מומחים. השוואה בין מחוז הדרום ומחוז תל אביב מגלה הבדלים ניכרים ביותר במבנה כוח אדם מקצועי: 50% מהרופאים במחוז תל אביב הם בוגרי בישראל, לעומת 17% בדרום, ו- 82% מהרופאים במחוז תל אביב הם מומחים, לעומת 58% בדרום (ראה תרשים 30). הבדלים כה משמעותיים במאפייני כוח אדם מעלים שאלות לגבי סוג השירות הרפואי הניתן באזורים השונים, ונראה כי קיים צורך בהשקעה ממוקדת באיכות כוח אדם על בסיס אזורי, ולא מקצועי בלבד.

תרשים 30. רופאים מומחים ומסיימי תואר בישראל לפי מחוזות (אחוזים)



מקור: שמש וחב', 2007.
הערה: לפי מקום המגורים של הרופא

בתחום הרפואה המקצועית קיימות עדויות²⁴ על מחסור ברופאי ילדים, כירורגים ואורטופדים בקהילה, המגיעים למשרד הבריאות מנציגי קופות החולים ומקבלים חיזוק מתוצאות הבקורות של משרד הבריאות בקופות חולים. כמו כן, מסתמנת בעיה בנגישות לשירותי שיקום, פיזיותרפיה, השירות הסוציאלי, בעיקר באזורי הדרום וצפון הארץ. אחד התחומים הבעייתיים הוא עזרה רפואית דחופה. פריסת אמבולנסים בארץ אינה עונה על הצרכים וקיים שוני משמעותי בין זמני התגובה, משך וסוג ההגעה אל הנפגעים באזורים שונים בארץ (פלג, 2005). הבדלים משמעותיים קיימים גם בנגישות וזמינות שירותי ביקורי רופא. כך, לדוגמא, קיימות עדויות על עיכוב במתן עזרה דחופה בקהילה לתושבי הישובים המרוחקים בדרום.²⁵

פריצת דרך בהערכת זמינות שירותי רפואה בקהילה ברמה יישובית מספק מחקרם של Shmueli and Englectin-Nissan (2010). בעבודתם בחנו החוקרים את זמינות הרופאים ברפואה ראשונית ומקצועית בקהילה ב- 60 יישובים בעלי אוכלוסייה של יותר מ- 20 אלף תושבים. התחומים המקצועיים שנבחנו הם רפואה ראשונית (כולל רפואת משפחה, ילדים ורפואת נשים) ורפואת שניונית (כולל רפואה פנימית וכירורגיה, כולל תתי-התמחויות). זמינות הרופאים נמדדה באמצעות שיעור של שעות עבודה שבועיות של הרופאים ל- 1,000 תושבים (מתוקן לגיל התושבים). הנושא של זמינות נבחן על רקע מאפיינים שונים של היישובים ושירותי הרפואה בהם, כולל רמת השכר הממוצע ביישוב, מיקומו הגיאוגרפי של היישוב (לפי מדד פריפריאליות), הרכבו הדתי (יישוב יהודי או ערבי), מבנה הגילאים של התושבים, חלוקת נתח שוק שירותי הבריאות המקומי בין הקופות, שיעורי תמותה מתוקננים, קירבה לבית חולים. החוקרים פעלו בהנחה כי מערכת התאמת סיכונים (risk adjustment) של קופות חולים, הקיימת כיום במערכת, ואשר באה לביטוי בנוסחת הקפיטציה, הינה לקויה ומביאה לפגיעה באיכות וזמינות השירות ביישובים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה המאופיינים בתחלואה גבוהה יותר.

הממצאים של המחקר הצביעו על שונות ניכרת בין זמינות הרופאים ביישובים השונים ביניהם במעמד חברתי-כלכלי והרכב האוכלוסייה לפי תחום התמחות, ובעיקר ברפואה שניונית. כך, לדוגמא, היחס בין הזמינות המקסימאלית למינימאלית ברפואת נשים הגיע ל- פי 5, בתחומי הכירורגיה ל- 10, ובקרב רופאים פנימאים, על תתי-התמחויות, ל- 30 בין היישובים.

בהשוואה בין היישובים היהודיים וערביים נמצא, כי יישובים ערביים נהנים מזמינות גבוהה יותר של רופאי משפחה וילדים, ללא קשר למיקום גיאוגרפי, גודל העיר או הכנסה ממוצעת ביישוב. מבחינת רמת התחרותיות בין הקופות, נמצא כי רמת הריכוזיות של שוק שירותי הבריאות ביישובים ערביים היא גבוהה יותר, בדרך כלל עקב חלקה המשמעותי של קופת חולים כללית בו.

כמו כן נמצא באותו מחקר, כי ערים ברמה חברתית-כלכלית גבוהה מתאפיינות בשיעורי תמותה נמוכים יותר, בתחרות רבה יותר בין הקופות, ובזמינות גבוהה יותר של רופאים, במיוחד ברפואה שניונית. מאידך, יישובים במעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר מאופיינים בשיעור תמותה גבוה יותר, תחרות נמוכה יותר בין הקופות ובזמינות נמוכה יותר של רופאים. באשר לרמת פריפריאליות של

²⁴ עדויות על מחסור בכוח אדם בקהילה ובבתי החולים נמסרו לוועדה לבחינת דרכי התמודדות עם מחסור בכוח אדם בפריפריה במשרד הבריאות, במהלך שנת 2010.

²⁵ מהדיונים ביום עיון בנושא "התמודדות עם חוסרים בתשתיות ובכוח אדם רפואיים בנגב", שהתקיים ב- 8.7.2010 בבאר שבע (מאורגן על ידי אוניברסיטת בן גוריון והרשות לפיתוח הנגב).

הישוב, הגיעו החוקרים למסקנה, כי השיקול הקובע את הקצאת השירותים ביישוב על ידי הקופה הוא בעיקר בריאות האוכלוסייה המקומית או רמתו החברתית-כלכלית, ולא מיקומו הגיאוגרפי של היישוב.

ממצאי העבודה הביאו את החוקרים למסקנה כללית, כי הקצאת שירותי הרפואה בקהילה, כפי שהיא מתבצעת כיום, אינה יעילה במתן מענה לצרכים של האוכלוסייה ואינה הוגנת ביחס לערים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה.

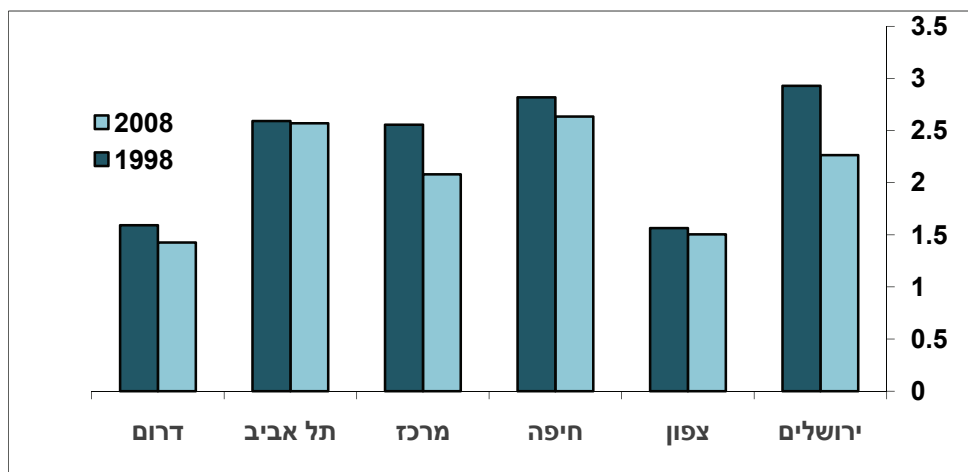
3.3 אי-שוויון אזורי בפיזור מיטות אשפוז

מערכת בתי החולים מהווה מרכיב מרכזי בשירותי הבריאות, הן מבחינת הוצאות המערכת, והן מבחינת הידע המקצועי, המחקר והטכנולוגיות. יותר ממחצית כוח האדם רפואי במערכת בריאות מועסקים בבתי חולים (בן נון וחב', 2005). בשנת 2006 עמדה ההוצאה לשירותי בתי החולים על כשליש מההוצאה הלאומית לבריאות (למ"ס, 2009¹).

שיעור מיטות לאשפוז כללי בישראל (2 ל- 1,000 נפש) הינו בין הנמוכים בין המדינות OECD (ממוצע של 3.8 ל- 1,000 נפש) (משרד הבריאות, 2010²). השיעור של מיטות בישראל נמצא בירידה מתמדת מזה תקופה ארוכה, וצפוי לרדת עוד יותר בשנים הקרובות. שיעור נמוך של מיטות מוצא ביטוי במשך שהייה קצר במיוחד באשפוז בישראל: 4.0 ימים בממוצע לעומת 6.7 ממוצע של מדינות OECD. בנוסף, שיעורי התפוסה בישראל הם גבוהים במיוחד ביחס למדינות מערב אחרות.

ההשוואה עם אומדנים בין לאומיים מדגישה לא רק את המצב החמור בו שרויה מערכת האשפוז הישראלית, אלא מצביעה גם על מצוקת האשפוז במחוזות הפריפריאליים. שיעור המיטות לאשפוז כללי במחוזות הצפון והדרום נמוך משמעותית בהשוואה לשאר המחוזות, ותמונה זו של פיגור בשיעור המיטות לא השתנתה במשך העשור האחרון (ראה תרשים 31). הנתונים גם מראים, כי במהלך העשור האחרון נרשמה ירידה בשיעור המיטות בכל המחוזות, כאשר במחוז ירושלים ומחוז המרכז נרשמה הירידה המשמעותית ביותר. במחוז תל אביב לא נרשמה ירידה משמעותית בשיעור המיטות.

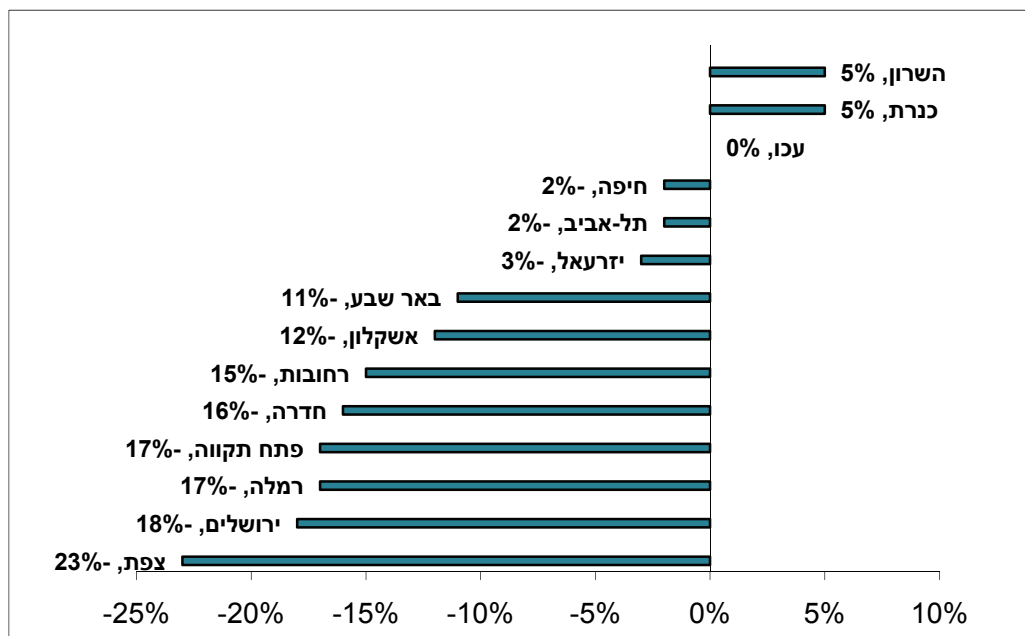
תרשים 31. שיעור מיטות לאשפוז כללי 1998/2008, שיעור ל- 1,000 נפש



מקור: משרד הבריאות. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, שנים שונות.

בחינת נתוני מיטות אשפוז לפי נפות מגלה הבדלים ניכרים מבחינת שיעור ירידת המיטות (ראה תרשים 32). בנפות צפת, ירושלים, רמלה ופתח תקווה נרשמה מאז שנת אלפיים ירידה משמעותית ביותר במיטות כלליות.

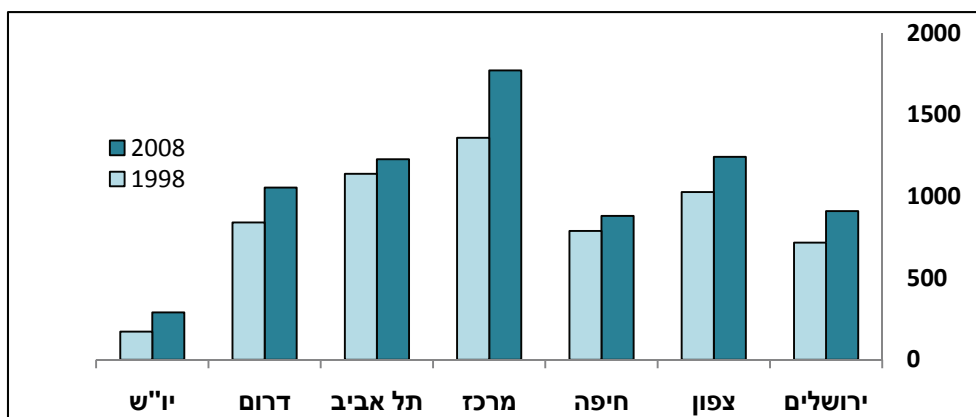
תרשים 32. אחוז שינוי בשיעור המיטות לאשפוז כללי, 2000/2008



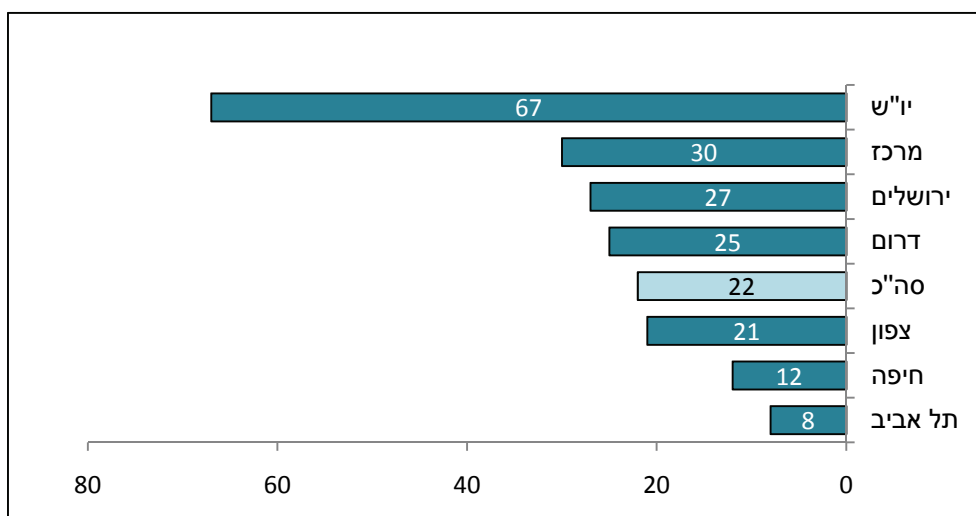
מקור: משרד הבריאות. 2009²

שינוי שיעור המיטות אמור להיות קשור, במידה משמעותית, לגידול האוכלוסייה. השוואת נתוני של מיטות האשפוז מול נתוני גידול האוכלוסייה לפי מחוזות מגלה, כי במחוזות ירושלים, מרכז ודרום נצפה גידול משמעותי ביותר של האוכלוסייה בעשור האחרון (ראה תרשים 33). כלומר, תשתיות השירותים הקיימת באזורי ירושלים והמרכז אינה עונה על הצרכים הגדלים של האוכלוסייה. זאת, להבדיל ממחוזות תל אביב וחיפה, בהם, ככל הנראה, המצב הוא חמור פחות. באשר לצפון והדרום, משמעות של כל ירידה נוספת בשיעור המיטות, שמלווה בצמיחת אוכלוסייה, היא ירידה נוספת בנגישות השירות וכן התרחבות הפערים בין האזורים האלה לבין שאר אזורי הארץ.

תרשים 33. אוכלוסייה במחוזות 1998/2008, אלפים



תרשים 34. אחוז גידול אוכלוסייה במחוזות 1998/2008

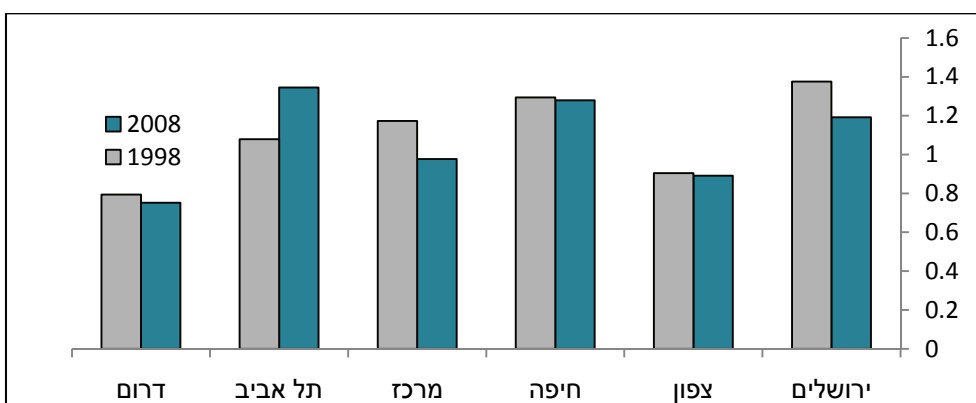


מקור: למ"ס, 2009¹

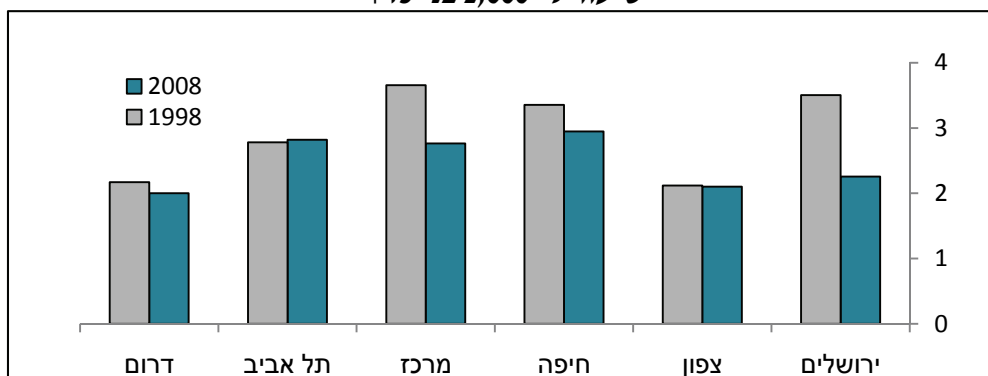
הבדיקה של פריסת מיטות לפי אגפי אשפוז שונים מראה, כי תמונה של הפערים בין מרכז לפריפריה חוזרת על עצמה, ולהוציא מספר חריגים בודדים, אינה משתנה לאורך זמן (ראה תרשימים). אזורי הצפון והדרום מתאפיינים בשיעורי מיטות נמוכים באגף הפנימי, אגף הילדים, טיפול נמרץ וטיפול נמרץ ילדים. לאורך זמן, הנתונים מעידים על החמרת המצב בשיעור המיטות במחוזות ירושלים והמרכז (אגף הפנימי, אגף הילדים, טיפול נמרץ ילדים). באגף טיפול נמרץ כללי נצפתה ירידה במחוז ירושלים, הצפון והדרום. בשאר המחוזות שיעור המיטות עלה. על רקע ירידה כללית בשיעור המיטות באגפים השונים בולטת עלייה במחוז תל אביב. מחוז זה הוא היחיד, בו נצפתה עלייה בשיעור מיטות אשפוז בכל האגפים שנבדקו.

הפערים בין האזורים מתקיימים גם באגפי אשפוז אחרים, כולל פסיכיאטריה, מחלות ממושכות ושיקום. בשיקום, למשל, רוב המיטות נמצאות במחוזות תל אביב והמרכז, ואילו בצפון והדרום השיעור הוא נמוך מאוד. בנפות צפת, כנרת, יזרעאל, השרון, רחובות ובאר שבע אין מיטות לשיקום כלל (משרד הבריאות, 2009²).

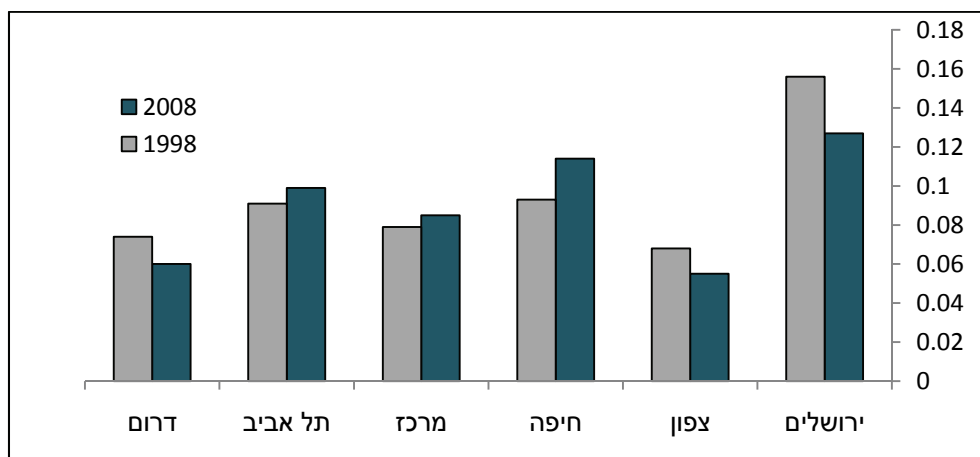
תרשים 35. שיעור המיטות באגף הילדים לפי מחוזות 1998/2008 שיעור ל-1,000 ילדים בגיל 0-14



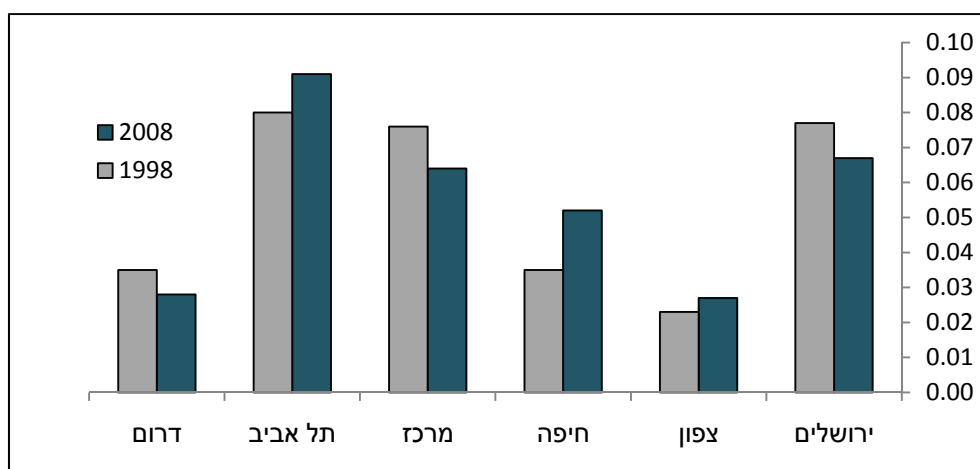
תרשים 36. שיעור המיטות באגף הפנימי לפי מחוזות 1998/2008
שיעור ל-1,000 בני 45+



תרשים 37. שיעור המיטות לטיפול נמרץ לפי מחוזות 1998/2008
שיעור ל-1,000 נפש



תרשים 38. שיעור המיטות לטיפול נמרץ ילדים לפי מחוזות 1998/2008
שיעור ל-1,000 ילדים בגיל 0-14

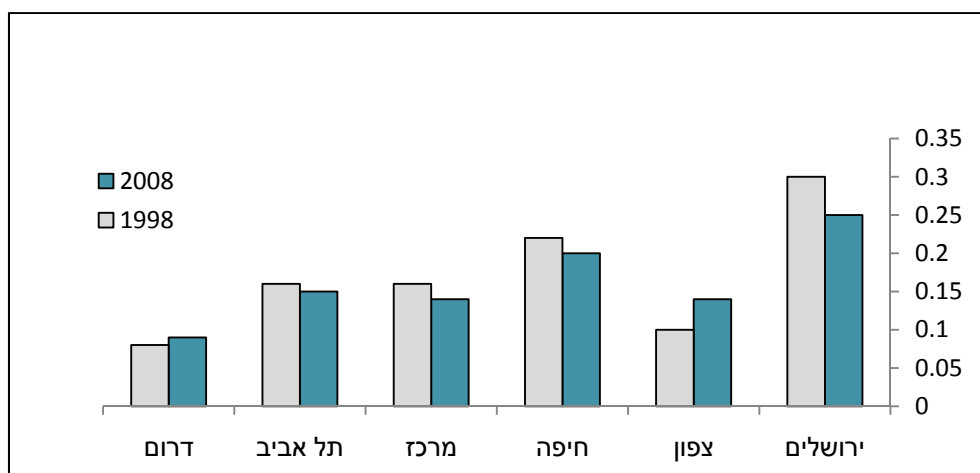


מקור: משרד הבריאות. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, שנים שונות.

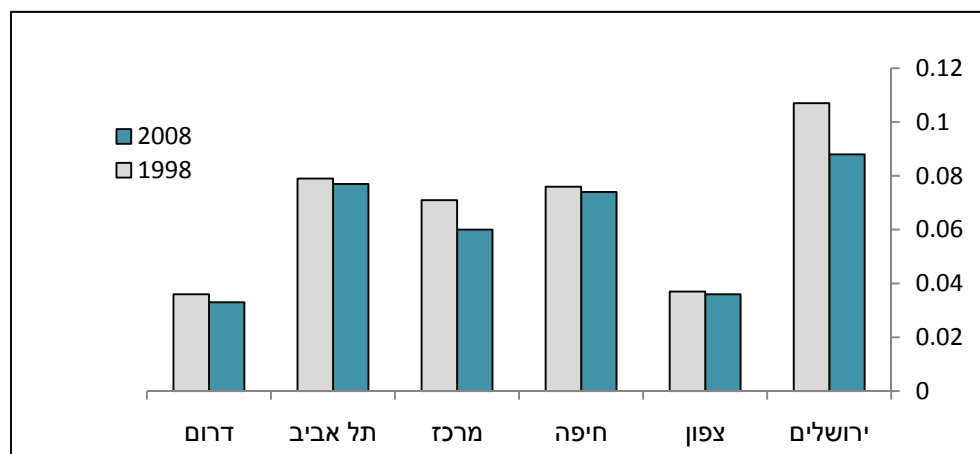
המצב בעמדות בבתי החולים דומה לזה הנצפה במיטות אשפוז. אזורי הדרום הצפון מתאפיינים בשיעורי עמדות נמוכים יותר, אם כי המגמות כאן שונות מאלה שנצפו במיטות אשפוז. כך, למשל, ניכר שיפור בשיעור עמדות לרפואה דחופה באזורי הדרום והצפון, זאת לעומת ירידה בשאר המחוזות. בעמדות הניתוח הפערים בין אזורי המרכז והפריפריה נשמרו לאורך זמן. בעמדות הלידה נצפתה ירידה בכל המחוזות, להוציא מחוז תל אביב, כאשר הירידה המשמעותית התרחשה במחוז ירושלים, שם, לפני כעשור, שיעור עמדות לידה היה גבוה במיוחד.

שיעור עמדות טיפול לאחר הרדמה נמוך מאוד באזור הדרום יחסית לשאר האזורים. במחוז זה גם חלה ירידה נוספת ומשמעותית בתקופת המדידה.

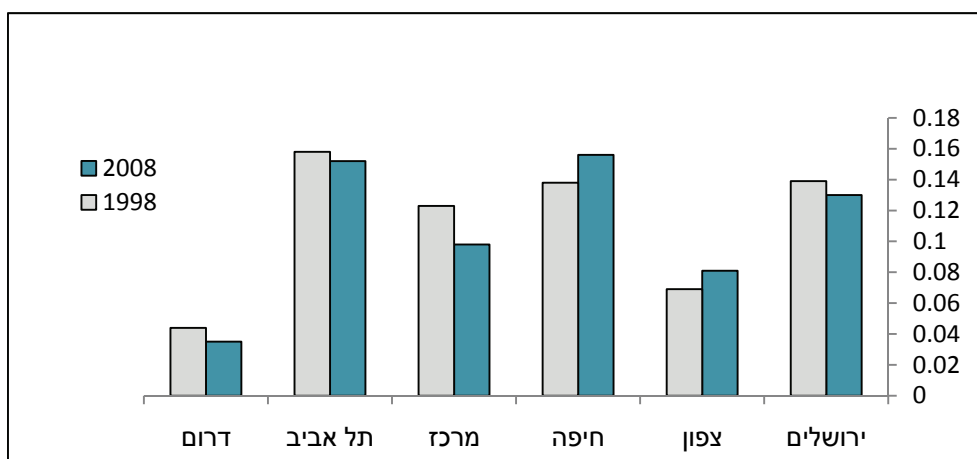
תרשים 39. עמדות לרפואה דחופה לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל-1,000 נפש



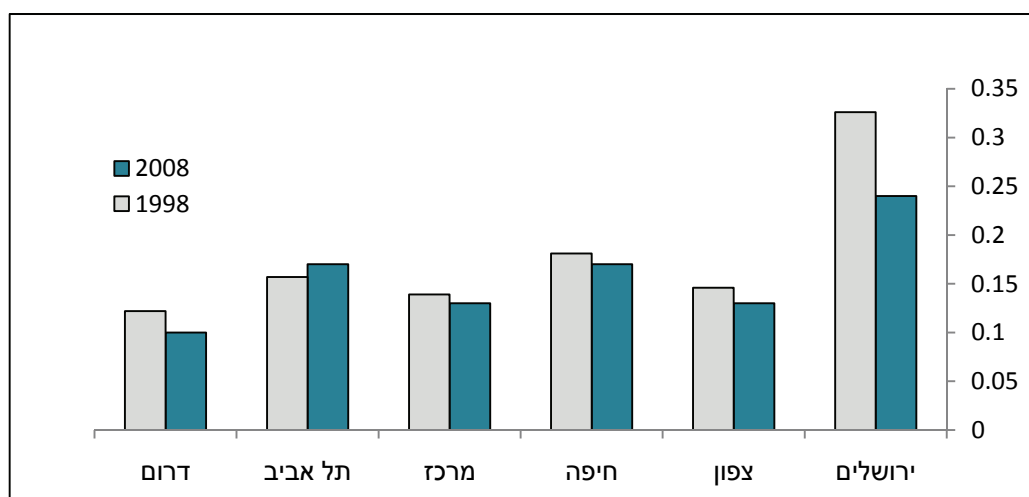
תרשים 40. עמדות ניתוח לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל-1,000 נפש



תרשים 41. עמדות טיפול לאחר הרדמה לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל-1,000 נפש



תרשים 42. עמדות לידה לפי מחוזות 1998/2008, שיעור ל-1,000 נשים בגיל 15-44



מקור: משרד הבריאות. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, שנים שונות.

בהשוואת הנתונים בין המחוזות נדרשת התייחסות לאופי החישוב של שיעור המיטות והעמדות. ראוי לציון העובדה, כי שיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש לפי מחוזות, המחושב באגף המידע והמחשוב של משרד הבריאות, אינו כולל אוכלוסייה ישראלית המתגוררת באזורי יהודה ושומרון. אוכלוסייה זו כלולה רק בחישוב הממוצע הארצי. כלומר, התושבים המתגוררים באזורים האלה, שמספרם מתקרב ל-300 אלף איש, אינם מיוצגים בנתונים, והשפעתם אינו באה לביטוי בשיעורים המפורסמים. סביר לחשוב, כי הכללה אוכלוסייה זו יחד עם תושבי ירושלים והמרכז, שם נמצאים בתי החולים שנותנים רוב השירות לתושבי יו"ש, הייתה מורידה עוד את שיעור המיטות והעמדות המצוי באזורים האלה.

3.4 אי שוויון בפריסת שירותי הבריאות: עיקר הממצאים

כוח אדם מועסק במערכת הבריאות:

- הנתונים מראים, כי שיעור הרופאים המועסקים במחוזות הצפון והדרום לאלף נפש הם הנמוכים במדינה, וכי מצב זה לא השתנה מאז אמצע שנות התשעים. בשנים האחרונות חלה ירידה נוספת בשיעור הרופאים.
- שיעורי אחיות מוסמכות ומעשיות, רופאי שיניים ושיעור מועסקים במקצועות עזר נמוכים באזורי הצפון והדרום ביחס לשאר אזורי המדינה. הנתונים מצביעים גם על החמרת המצב בכוח אדם במחוז ירושלים, בו נצפתה הירידה התלולה ביותר במספר הרופאים בעשור האחרון (מ- 4.3 ל- 2.6 ל- 1,000 נפש).
- שיעור גבוה ביותר של רופאים מועסקים בקהילה נרשם בנפות חיפה, תל אביב ורמלה, והנמוך ביותר במחוז יו"ש והצפון.
- המחוזות המרכזיים של המדינה מתאפיינים באחוז גבוה יותר של רופאים שסיימו תואר בישראל, אחוז נמוך של רופאים עולים, ואחוז גבוה של מומחים.
- קיים שוני משמעותי בזמינות רופאים בקהילה, ובמיוחד ברפואה השניונית בין היישובים. ערים עשירות מתאפיינות בשיעורי תמותה נמוכים יותר, בתחרות רבה יותר בין הקופות, ובזמינות גבוהה יותר של רופאים, במיוחד ברפואה שניונית.

אי שוויון אזורי בפיזור מיטות אשפוז

- שיעור המיטות לאשפוז כללי במחוזות הצפון והדרום נמוך משמעותית בהשוואה לשאר המחוזות. תמונה זו לא השתנתה מאז סוף שנות התשעים.
- בחינת נתוני מיטות אשפוז לפי נפות מגלה הבדלים ניכרים מבחינת ירידה בשיעור המיטות לאורך זמן. בנפות צפת, ירושלים, רמלה ופתח תקווה נרשמה מאז שנת אלפיים ירידה משמעותית ביותר במיטות כלליות.
- אזורי הצפון והדרום מתאפיינים בשיעורי מיטות נמוכים באגף הפנימי, אגף הילדים, טיפול נמרץ וטיפול נמרץ ילדים. הנתונים מעידים על החמרת המצב בשיעור המיטות במחוזות ירושלים והמרכז. באגף טיפול נמרץ כללי נצפתה ירידה במחוז ירושלים, הצפון והדרום. מחוז תל אביב הוא היחיד, בו נצפתה עלייה בשיעור מיטות אשפוז בכל האגפים שנבדקו.
- הפערים בין האזורים מתקיימים גם באגפי אשפוז אחרים, כולל פסיכיאטריה, מחלות ממושכות ושיקום. בשיקום, למשל, רוב המיטות נמצאות במחוזות תל אביב והמרכז, ואילו בצפון והדרום השיעור הוא נמוך מאוד.
- המצב בעמדות בבתי החולים דומה לזה הנצפה במיטות אשפוז. אזורי הדרום הצפון מתאפיינים בשיעורי עמדות לסוגיהן נמוכים יותר. בעמדות הלידה נצפתה ירידה בכל המחוזות, להוציא מחוז תל אביב, כאשר הירידה המשמעותית התרחשה במחוז ירושלים. שיעור עמדות טיפול לאחר הרדמה נמוך מאוד באזור הדרום יחסית לשאר האזורים. במחוז זה גם חלה ירידה נוספת ומשמעותית בתקופת המדידה.

פרק 4. השימוש בשירותי בריאות: זמינות, נגישות וצרכים מיוחדים

4.1 שימוש בשירותי רפואה בקרב קבוצות חברתיות שונות²⁶

הבחינה של פערים בשימוש בשירותי הבריאות דורשת התייחסות למספר היבטים של התופעה. מקובל להתייחס לעיקריים שבהם: נגישות, זמינות, תאימות השירותים לאוכלוסייה ואיכות השירות (המכון הלאומי, 2003).

בשנים האחרונות בישראל בוצעה סדרה של מחקרים בנושא שימוש בשירותים בקבוצות חברתיות שונות, חלקם הגדול במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות. להלן הממצאים העיקריים מתוך עבודות אלה ואחרות, שתוצאותיהם פורסמו לאחרונה.

הערכת הצרכים של אנשים מבוגרים העלתה בעיית נגישות של השירותים עבור אוכלוסייה זו. בין היתר נמצא, כי עם עלייה בגיל, הזקנים ממעטים להשתמש בשירותי מומחים ומרבים להשתמש בשירותי אחות המרפאה, אשפוזים ובשירותי רווחה (כרמל וחב', 2007). השירותים הבעייתיים ביותר מבחינת הזמינות עבור הקשישים הם שירותי פיזיותרפיה, רפואת שיניים ורפואת מומחים. הקושי נובע בעיקר מקשיי הניידות וצורך בביקורים תקופים בקבלת שירותים רפואיים אלה על ידי הזקנים.

דפוסי שימוש בשירותי בריאות על ידי עולים מאתיופיה וברה"מ לשעבר נבדקו באמצעות הנתונים של קופ"ח כללית במחוז הדרום. הממצאים הצביעו על שימוש נמוך יותר בקרב עולים לעומת המבוטחים הוותיקים בביקורים במיון, בביקורים אצל רופא מומחה, אשפוזים, שימוש בתרופות, בדיקות הדמיה ומעבדה. הפער בין שתי האוכלוסיות נשאר גם לאחר שהות של עשר שנים בארץ, למעט שימוש בבדיקות מעבדה. אחד ההסברים לפער שזוהה הוא קשיי נגישות השירותים עבור אוכלוסיית העולים הן ברמה הפיזית (מקום מגורים) והן ברמה החברתית (פערים בשפה, בתרבות ובמצב כלכלי) (דודיוביץ וחב', 2006).

הבדלים מובהקים נתגלו בשימוש בשירותי הבריאות על ידי חולי סוכרת מקרב עולי אתיופיה ומקרב המגזר הכללי (יפה וחב', 2004). בדיקה של תיקים רפואיים גלתה שיעורים נמוכים באופן מובהק של שיעור ביצוע של מדידות לחץ דם, בדיקות מעבדה וכן בדיקות כפות רגליים ועיניים בקרב העולים. העולים הבינו פחות הסברי הרופא, פחות שוחחו עם אחות על סוכרת, פחות הבינו הוראות הרוקח ופנו פחות לדיאטנית.

נשים יהודיות מבקרות אצל רופא נשים יותר מנשים ערביות. סקר נשים של מרכז לאומי לבקרת מחלות, לגבי ביקור אצל רופא ב- 12 חודשים אחרונים הראה, כי שיעור הנשים (מתקונן לפי גיל) שביקרו אצל רופא נשים במשך השנה האחרונה (60%) גבוה פי 1.5 לעומת שיעור הנשים הערביות (39.2%). ההבדל משמעותי יותר לגבי אחוז הנשים שביקרו אצל רופא נשים לפחות פעם בשנה (פי 2.9) (המרכז לבקרת מחלות, 2004). מאידך, 27.3% נשים ערביות אינן מבקרות אצל רופא נשים כלל, לעומת 16.0% בקרב נשים יהודיות (הבדל פי 1.7).

²⁶ ביוני 2010 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה פרסמה נתונים ראשוניים של סקר בריאות משנת 2009. הנתונים כוללים שימוש בשירותי בריאות. מידע זה יוצג בדוח "אי-שוויון בבריאות" הבא. בשלב זה בחרנו להציג נתונים של מחקרים שונים שנערכו בתחום זה בשנים האחרונות.

סקר בריאות לאומי (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006)² זיהה הבדלים משמעותיים בשימוש בשירותי בריאות הנפש בין קבוצות אוכלוסייה. נשים השתמשו בתדירות גבוהה יותר בשירותי בריאות בהשוואה לגברים, וערבים השתמשו בשירותי בריאות הנפש פחות מיהודים הוותיקים ועולי ברה"מ לשעבר (Levinson et al., 2007). מצב משפחתי, מעמד תעסוקתי, תחלואה כרונית גופנית וחשיפה למעשי אלימות נמצאו כגורמים התורמים לעלייה בשימוש בשירותי בריאות הנפש.

העולים מברה"מ לשעבר משתמשים פחות בשירות סוציאלי במערכת הבריאות ומדווחים על קשיים בקבלת שירותים רפואיים, ממצא זה דווח במחקר אשר בדק דפוסי שימוש בשירותי הבריאות ושירותי עבודה סוציאלית בקרב עולים בני 55+ (סוסקולני וחב', 2002). הקשיים בקבלת השירות הרפואי נמצאו קשורים לשירות עצמו, כגון המתנה לטיפול או עלות התרופות, וגם קשורים לדאגה לבריאות, לרשת חברתית מצומצמת, לתמיכה מועטה ולמצב בריאותי ירוד. שימוש מצומצם בשירותי עבודה סוציאלית נמצא קשור למחסומים בקבלת השירות, כגון חוסר ידע על השירות או על דרכים של שימוש בו. בסך הכול העולים דיווחו על שביעות רצון גבוה מהשירות, ובמיוחד משירות רופא משפחה ועובד סוציאלי בבית חולים.

הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה לפי משתנים חברתיים-כלכליים אותרו גם בשימוש בשירותי שיקום. המחקר שבדק שיעור השתתפות בשיקום-לב בקבוצות אוכלוסייה שונות מצא רמת השתתפות נמוכה יותר בקרב עולי ברה"מ, ערבים ישראלים ובעלי הכנסה נמוכה (שוומנטל וחב', 2008).

המחקר שבחן שימוש בשירותי בריאות בקרב נשים חרדיות חשף מאפיינים ייחודיים של הנשים האלה בשימוש בשירותי הבריאות (Schwartzbaum et al., 2004). נתוני סקר בקרב נשים מהמגזר החרדי הוקבלו לנתוני סקר מאיר-ס-ג'וינט מכון ברוקדייל אשר בדק נושא של שימוש בשירותי בריאות בקרב כלל הנשים בישראל (1999), וכן לסקר מב"ת (סקר מצב בריאות ותזונה לאומי) של המרכז הלאומי לבקרת מחלות בנוגע לצריכה תזונתית. הקבלה זו אפשרה להצביע על מאפיינים ייחודיים של שימוש בשירותי הבריאות על ידי הנשים החרדיות ועל רמה מסוימת של תת שימוש בשירותים האלה בתחומים השונים. בין היתר נמצא, שפחות נשים חרדיות מטופלות על ידי רופא או עובד בריאות ראשוני אחד קבוע (76% לעומת 82% בסקר של ברוקדייל). נשים חרדיות הביעו עדיפות גבוהה לקבל שירות גינקולוגי מרופאה (70%). אחוז זה עולה על העדפות בקרב נשים דוברות ערבית (60%), דוברות רוסית (43%) ודוברות עברית (33%).

נשים חרדיות דיווחו יותר מאשר כלל הנשים מסקר מכון ברוקדייל על כך, שלא השיגו עזרה רפואית דרושה בשנה האחרונה (26% בהשוואה ל-14.7%). הבדל מובהק נצפה גם בתרופות מרשם: 19.3% של נשים חרדיות לא רכשו תרופה עקב עלותה לעומת 15.4% בקרב מדגם של ברוקדייל.

מחקר אחר בקרב האוכלוסייה החרדית בחן גורמים המשפיעים על הפנייה לעזרה נפשית מקצועית. המחקר גילה, כי בקהילה החרדית המשפחה משמשת מקור סיוע חשוב ביותר, ולאחריה הסמכות הרבנית, כאשר גורמים מקצועיים וידידים נמצאים בעדיפות נמוכה (פירר, 2001). כמו כן נמצא, כי הגורם העיקרי המפנה לטיפול נפשי בקהילה החרדית הוא הסמכות

הרבנית, ושהמטופלים מעדיפים לקבל שירות מקצועי מאיש מקצוע בעל השקפה דתית זהה לשלהם. לא נמצאה העדפה של המטופלים לפנייה למטפל בן מינם.

מחקרים אחדים בלבד נערכו בישראל בנושא של השפעת מרחק על השימוש בשירותי הבריאות. אחד מתוכם הוא מחקרה של לובצקי (2009), אשר מוקדש לנושא של שימוש בשירותי בריאות במגזר היהודי והבדואי בנגב. במחקר נבחנו ביקורים בחמש מרפאות מומחים בבית חולים "סורוקה" בשנים 2000-2005 בקרב תושבי הדרום (לא כולל באר שבע). תוצאות המחקר הראו קשר שלילי משמעותי בין מספר הביקורים לבין מרחק ורמה החברתית-כלכלית של המבקרים. כלומר, התושבים החיים רחוק יותר מבאר שבע באים פחות לביקורים במרפאות-מומחים, ותושבים מישובים ברמה גבוהה יותר באים פחות מאשר תושבים מרמה נמוכה יותר. **החוקרת** מציינת, כי מרכיבי המרחק כוללים לא רק את מספר הקילומטרים, אלא גם את המחיר הכלכלי והמשפחתי של הנסיעות הארוכות (שימוש בתחבורה ציבורית, זמן הגעה לטיפול) וזמינות שירותי הבריאות העירוניים לתושבי הפריפריה של הדרום. נמצא גם כי תושבי פריפריה בדרום מפתחים לעצמם חיי קהילה המספקים את רוב צורכיהם היום יומיים, אולם בנושא הבריאות הם נשענים על המרכז הרפואי העירוני בבאר שבע. ההוצאות העקיפות הקשורות לשימוש בשירותים מרוחקים מייקרות את הטיפול והנשירה מהם גדולה יותר (לובצקי, 2009). במחקר הווה השימוש ברפואת מומחים בין שלוש קבוצות אוכלוסיה בדרום: יהודים, בדואים מישובים הקבע ובדואים מחוץ לישובי הקבע. תוצאות המחקר מראות, כי שיעורי הביקור בקרב יהודים ובדואים מישובי קבע אינם נבדלים מבחינה סטטיסטית. לעומת זאת, קיים הבדל משמעותי בתוך המגזר הבדואי: הבדואים מישובי הקבע מבקרים יותר במרפאות מומחים בבאר שבע לעומת הבדואים מחוץ לישובי הקבע (לובצקי, 2009). חלק מההסבר להבדלים אלה נעוץ בשונות התרבותית ובתפישת החיים של הבדואים הגרים מחוץ לישובי הקבע, שונות הגורמת לאמון מופחת בכוחה של המערכת הרפואית-המערבית ונטייה לתפיסה פטליסטית של המחלה (Lubetzky et al., 2004).

4.2 שימוש בשירותי רפואה מונעת

מידע מסוים על מניעה ראשונית של מחלות קרדיו-ווסקולאריות לפי מצב כלכלי ניתן לקבל מנתוני פרויקט מדדי איכות לרפואה בקהילה (פורת וחב', 2008). בפרויקט נסקרו ארבע היבטים של המניעה, כולל סיקור רמת כולסטרול בדם, תיעוד משקל וגובה, מדיית לחץ דם והערכת מצב יעד האיזון של רמת הכולסטרול בדם. היבטים אלה נבחנו בקרב בעלי פטור ביחס לאוכלוסייה הכללית. בין היתר נמצא, כי בעלי פטור מביטוח לאומי עברו יותר בדיקות סיקור של רמת הכולסטרול מאשר שאר האוכלוסייה, קבוצה זו התאפיינה בשיעור גבוה יותר של תיעוד משקל וגובה ושל תיעוד מדידות לחץ דם. לא נמצא הבדל באיזון לחץ דם לפי בעלות על פטור.

במניעה שניונית, אשר נמדדה בהיבטים של הפחתת רמת הכולסטרול בדם ומתן תרופות מניעה נוספות, נמצא, כי שיעור בעלי פטור מביטוח לאומי אשר הגיעו ליעד האיזון של כולסטרול הינו נמוך בכ- 5% ביחס לשאר המטופלים.

צריכת תרופות למניעה משתנה בהתאם לסוג המחלה. כך, למשל, בתחום התחלואה הקדרי-וסקולארית בעלי פטור רוכשים יותר תרופות למניעה ביחס לאוכלוסייה ללא פטור. לעומת זאת,

בעלי פטור רוכשים פחות תרופות מניעה לאסתמה: בשנת 2007 69% מבעלי פטור רכשו תרופות מניעה לעומת 79% בשאר המבוטחים (פורת וחב', 2008).

לממוגרפיה חשיבות רבה מאוד בהפחתת תמותה מסרטן השד. הודות לביצוע הבדיקה ולגילוי המוקדם של המחלה ניתן להפחית כ- 17% בתמותה בגילאי 40-49 ו- 30% בגילאי 50-75 (פורת וחב', 2008). הבדיקה מומלצת על ידי משרד הבריאות ניתנת ללא תשלום למבוטחות בנות 50+.

נשים מהמגזר החרדי, ונשים מהמגזר הערבי מבצעות פחות בדיקות ממוגרפיה וכן בדיקה עצמית של שד. נתון זה נכון גם לגבי נשים ממעמד כלכלי-חברתי נמוך (Schwartzbaum et al., 2004). במחקר שנערך בקרב נשים חרדיות ולא חרדיות חולות בסרטן שד הסתבר, כי 80% מהנשים הלא חרדיות ביצעו בדיקת ממוגרפיה לפחות פעם אחת בחייהן לפני הבחנת הסרטן לעומת 60% בקרב חרדיות. כמו כן התברר כי שיעור גבוה מאוד בקרב נשים חרדיות (38%) אובחנו בשלב III לעומת 38% של נשים לא חרדיות שאובחנו בשלב I. החוקרים מעלים צורך בהגברת ההסברה מותאמת תרבות בקרב נשים חרדיות (סדצקי וחב', 2008).

סקרי מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל מדווחים על עלייה בעשור האחרון בשיעור ביצוע ממוגרפיה לנשים בנות 50 ומעלה. בשנת 2009 עמד שיעור הביצוע על 70% בסך הכול המרואיינות בקבוצה זו (בשנתיים האחרונות). שיפור משמעותי ניכר בקרב עולות חדשות דוברות רוסית, מ- 59% בשנת 2007 ל- 72% בשנת 2009. יחד עם זאת, נמצאה מגמת ירידה בשיעורי ביצוע הממוגרפיה בקרב נשים בעלות הכנסה נמוכה: מ- 77% בשנת 2007 ל- 60% ב- 2009.

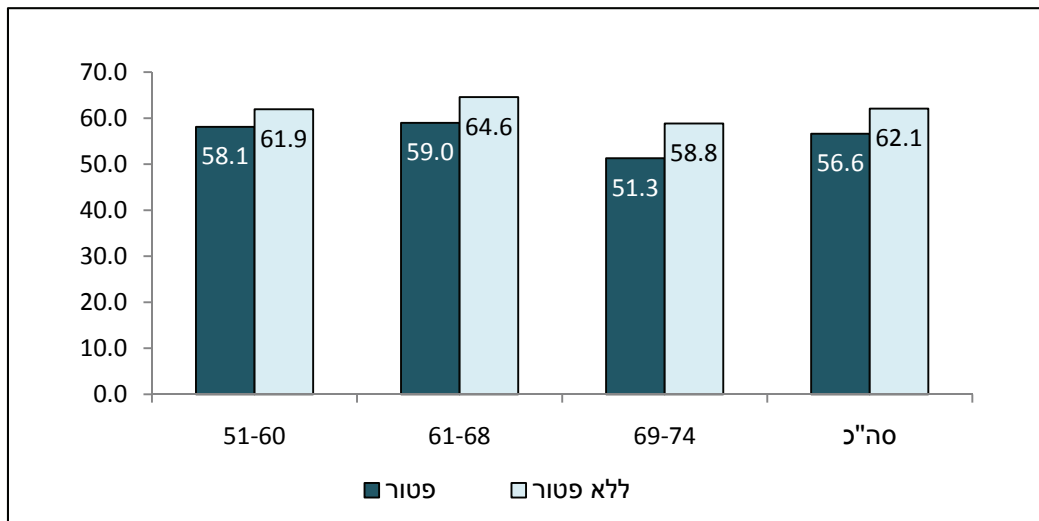
גם שיעור ביצוע בדיקת לחץ דם (בחצי השנה האחרונה) נמצא במגמת עלייה, עם 52% מהמרואיינים שדיווחו על ביצוע הבדיקה בשנה אחרונה, לעומת 48% בשנת 2007. עלייה נרשמה בקרב קשישים (מ- 61% ל- 68%) ובקרב אנשים שאינם חולים כרוניים (מ- 41% ל- 47%) (מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 2010).

הממצאים שנאספו על בדיקות ממוגרפיה במסגרת פרויקט מדדי איכות בקהילה של משרד הבריאות מגלים כי 60.5% מנשים באוכלוסיית יעד (נשים בגילאי 52-74) עברו את הבדיקה במהלך שנת 2007. שונות נרשמה בין המבוטחות בעלות פטור מביטוח לאומי לשאר המבוטחות. בקרב בעלות פטור אחוז ביצוע הממוגרפיה היה 57% לעומת 62% בקרב שאר המבוטחות. למרות שהבדל באחוזים אינו נראה גדול במיוחד, אין להזניח בו: מדובר בעשרות אלפי נשים, אשר אינן עורכות, בשל בעיות נגישות או חוסר מודעות, בדיקות שעשויות להציל חיים.

מחקר שבחן ביצוע בדיקות גילוי מוקדם שונות (ממוגרפיה, בדיקת גילוי מוקדם לסרטן צוואר-הרחם וכולסטרול) מצא שיעורים נמוכים יותר של ביצוע בקרב עולי מברית המועצות לשעבר בהשוואה לתושבים ותיקים (בראון-אפל וחב', 2008).

נשים ערביות מבצעות פחות בדיקות סינון לסרטן צוואר הרחם (משטח PAP) (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2004). 12.1% מקרב נשים ערביות דיווחו על עריכה אי פעם של בדיקת סינון זו לעומת 56.4% בנשים יהודיות (נתונים מתוקננים לגיל). נתון זה קשור לשיעורי שימוש נמוכים יותר בקרב הנשים הערביות בשירות רפואת נשים.

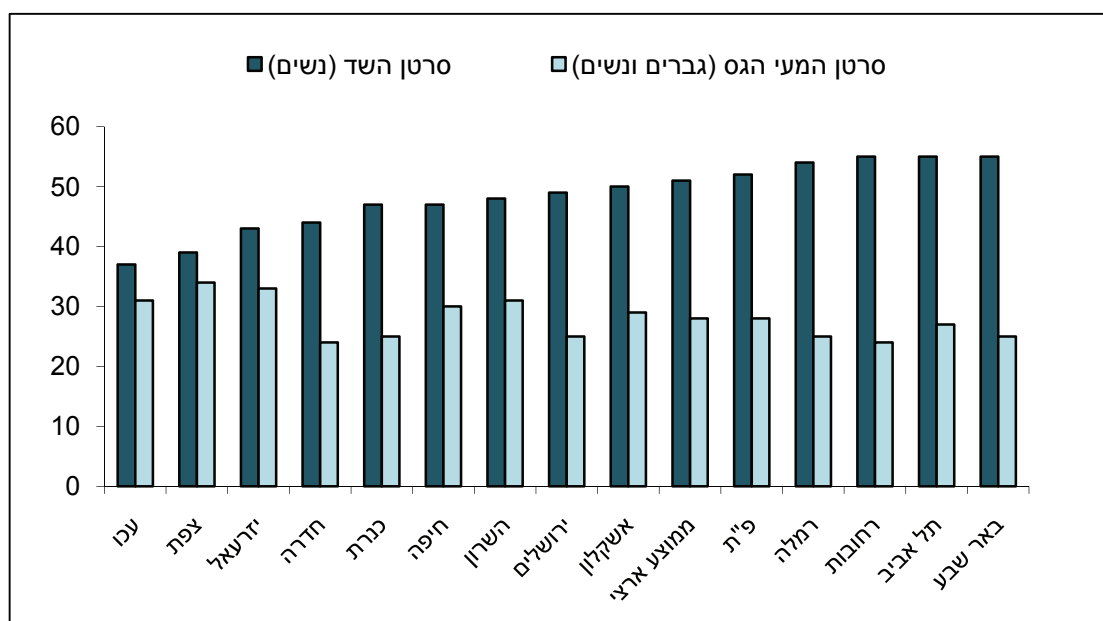
תרשים 43. נשים שעברו ממוגרפיה לפחות פעם אחת בשנתיים האחרונות לפי גיל ופטור מביטוח לאומי, 2007



מקור: פורת וחב', 2008

נגישות שירותי המניעה והשימוש בהם באה לביטוי בשיעור האבחונים המוקדמים של המחלות. תרשים 44 מציג הבדלים בשיעור המאובחנים במחלות ממאירות בשלבים ראשוניים של המחלה לפי נפה. התמונה לא אחידה. כך, למשל, אחוז המאובחנות בסרטן השד נמוך בנפות עכו וצפת, אך באותן הנפות נצפה אחוז גבוה יחסית לנפות אחרות של שיעור מאובחנים בסרטן המעי הגס. כמו כן ניתן להתרשם מהבדלים בשיעורי מאובחנים בכל תחום בנפות שונות.

תרשים 44. שיעור המאובחנים במחלות ממאירות בשלבים הראשוניים לפי נפה, 2001-2005



מקור: משרד הבריאות, 2007

שונוות ניכרת נחשפה בבדיקות לאבחון טרום לידתי אצל נשים הרות. תוצאות הסקר, אשר נערך במחלקת יולדות של 27 בתי חולים גילה, כי 60% מהנשים היהודיות בצעו את התבחין המשולש (רומנו-זליכה וחב', 2002). נמצא הבדל מובהק בין נשים חילוניות לחרדיות: 94% מהנשים החילוניות ביצעו את הבדיקה יחסית ל- 7% בקרב נשים חרדיות. בנוגע לבדיקת מי שפיר, המומלצת כבדיקת חובה לנשים בנות 35 ומעלה, הסתבר כי אחוז הנשים החילוניות שערכו את הבדיקה היה 94%, בהשוואה ל- 36% בנשים דתיות ו- 0% בחרדיות. בבדיקת לנשיאת X-השביר נמצא מתאם בין רמת הדתיות, הכנסה משפחתית, מספר ילדים במשפחה ובעלות על ביטוח משלים.

מחקר אחר על נשים בחן הבדלים בשימוש בבדיקות תקופתיות, שירותי רפואה ראשונית והתנהגות בריאותית בין נשים יהודיות וותיקות, עולות ברה"מ לשעבר ונשים ערביות, בנות 45-65 (לרנר-גבע וחב', 2006). במחקר זוהו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בביצוע משטח צוואר הרחם, צפיפות עצם ואורח חיים בריא. רמת היענות לבדיקות בקרב יהודיות וותיקות הייתה גבוהה יותר, ואצל נשים ערביות נמוכה יותר. נשים עולות היו דומות במאפייניהם לנשים וותיקות בביצוע משטח הרחם, ולנשים ערביות בביצוע בדיקת צפיפות העצם וניהול אורח חיים בריא. היענות עצמית גבוהה נקשרה לתפיסה נמוכה של מחסומים העומדים בפני נשים בפני ביצוע הבדיקות וניהול אורח חיים בריא.

חשוב להתייחס גם להבדלים בין קבוצות אוכלוסייה שונות לעניין טיפול עצמי במחלות, תחום המניעה השניוני. הגישה הפאסיבית של המטופלים וחוסר היענות להמלצות של עובדי בריאות פוגעות בהצלחות הטיפול ובסיכויי המטופל לשמור על איכות החיים ומניעת הידרדרות המחלה. בהקשר זה נציין את תוצאות המחקר על היענות לטיפול עצמי בסוכרת באוכלוסייה הערבית, אשר נערך בקרב מבוטחי קופ"ח כללית במזרח ירושלים (עוסמאן וחב', 2005). תוצאות העבודה מצביעות על היענות כללית נמוכה, אם כי נמצא קשר בין רמת היענות לבין סוג הטיפול המוצע. בין היתר הסתבר, כי רמת היענות לטיפול תרופתי גבוהה יותר, ואילו לשינוי באורח חיים (כגון דיאטה וביצוע פעילות גופנית) נמוכה. המחקר גם הצביע על הקשר חזק בין תפיסת מחסומים לטיפול עצמי ותפיסת מסוגלות עצמית לבין רמת היענות לטיפול העצמי.

4.3 ויתור על טיפולים רפואיים²⁷

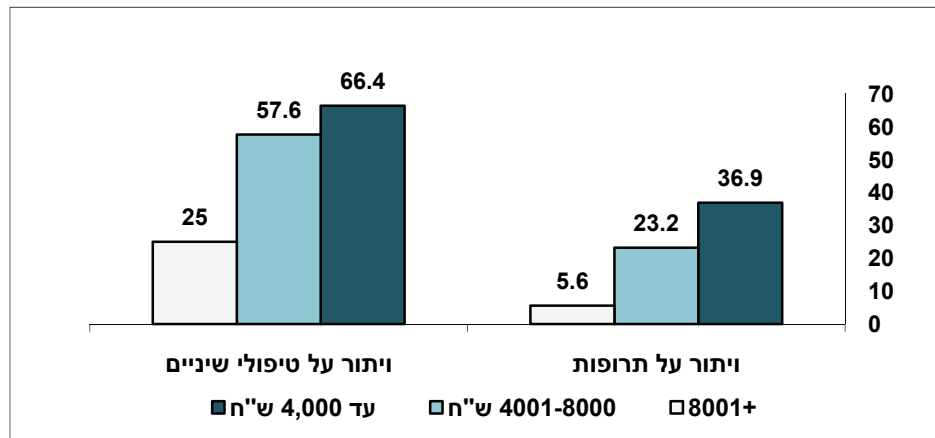
שני המקורות המרכזיים לנתונים על הויתורים על השירותים הרפואיים הם סקר חברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וסקרי דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות של מכון מאיר-ג'וינט מכון ברוקדייל.

מהממצאים של הסקר החברתי של למ"ס, הנערך בקרב אוכלוסייה בוגרת בישראל (בני 20 ומעלה) על מדגם ארצי בשנת 2007 עולה, כי קיימים פערים גדולים בויתור על השירותים לפי רמת הכנסה כוללת של משקי בית. בין היתר נמצא, כי שיעור המוותרים בעלי הכנסה נמוכה (עד 4,000 ש"ח הכנסה של משק בית) על תרופות בגלל הקשיים הכלכליים הוא 36.9%, זאת לעומת 5.6% בלבד של משקי בית עם הכנסה של משק בית מעל ל- 8,000 ש"ח (ראה תרשים 45).

²⁷ לנושא הויתורים עקב מחיר ראה פרק הבא "הנטל הכלכלי של הוצאות על בריאות ותרומתו לאי-השוויון בבריאות

גם מימדי הוויתור על טיפולי שיניים בגלל קשיים כלכליים משתנים בצורה משמעותית בהתאם למעמד הכלכלי. לפי נתוני הסקר 66.4% מקרב בעלי הכנסה כוללת נמוכה של משקי בית (עד 4,000 ש"ח) דיווחו על ויתור על טיפולי שיניים, זאת ביחס ל- 57.6% בקרב בעלי הכנסה כוללת ממוצעת (מ- 4,000 ש"ח עד 8,000 ש"ח) ו- 25% בקרב בעלי הכנסה גבוה (8,000 ש"ח ויותר).

תרשים 45. וויתור על תרופות וטיפולי שיניים לפי הכנסה כוללת של משק הבית, 2007



מקור: עיבוד של נתוני הסקר החברתי של למ"ס, 2007

הממצאים של סקר דעת הציבור של מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל משנת 2009, בקרב בני 22 ומעלה, מצביעים על ירידה מסוימת באחוז המוותרים על תרופות מרשם לעומת תקופות סקר קודמות. בסך הכול 10% מהמראיינים דיווחו על וויתור על תרופת מרשם בשנה אחרונה (למבוטח או לבן משפחה), זאת לעומת 11% בשנת 2007 ו- 15% בשנת 2005. יחד עם זאת, עדיין קיימים פערים בין קבוצות האוכלוסייה החלשות ביחס לממוצע הכללי של המראיינים.

כשליש מהמוותרים על תרופת מרשם וויתרו על תרופה למחלה כרונית, ו- 35% מהמוותרים דיווחו כי לקחו תרופה תחליפית.

שעור המראיינים שדיווחו כי ויתרו על טפול רפואי או על תרופה או על שניהם היווה 14% בשנת 2009 (לעומת 12% ב-2007). נמצא כי שיעור המדווחים על ויתור גבוה בקרב בעלי הכנסה הנמוכה (22%) ובקרב חולים כרוניים (18%). 28% מהמראיינים דיווחו על ויתור על טיפולי שיניים, בשנה אחרונה לפחות פעם אחת, בגלל המחיר, כאשר בקרב החמישון התחתון אחוז המוותרים מגיע ל-38%.

בין המוותרים על טיפול בגלל התשלום כמחצית ויתרו על רופא מקצועי, וכשליש ויתרו על בדיקה וטיפולים אחרים בסל. כ- 10% נוספים ויתרו על שירותים מחוץ לסל, זאת לעומת שנת 2007, שם נמצא כי כרבע מהמוותרים דיווחו על כך שהוויתור היה על שירות מחוץ לסל.

המחקר מגלה, כי 11% מהוויתורים על שירות רפואי נעשים בשל מרחק ממקום מתן השירות. שיעור המוותרים בגלל המרחק (לפחות פעם אחת בשנה שחלפה) גבוה יותר בקרב חמישון תחתון (14%), חולים כרוניים (13%) ונשים (13%). מחצית הוויתורים בגלל המרחק הם על שירות רפואה מקצועית, כרבע על רפואה ראשונית.

4.4 שימוש בשירותי רפואת שיניים²⁸

בשנת 2004 היוו ביקורים אצל רופאי שיניים כ- 17 אחוז מכלל הביקורים שבוצעו אצל רופאים בקהילה (חורב ומן, 2007). שיעור הביקורים בקרב האוכלוסייה החלשה כלכלית נמוך יחסית. בסקר, אשר בדק מאפייני השימוש בשירות הדנטאלי בישראל נמצא, כי שיעור המדווחים על ביקור אצל רופא שיניים בשנה האחרונה בקרב מרואיינים מחמישון ההכנסה התחתון היה נמוך בכ- 20 אחוז לעומת החמישונים האחרים (חורב וחב', 2004). 58% מהנשאלים דיווחו, כי סיבה עיקרית לאי הגעתם לטיפול, גם כאשר היה צורך בכך, הייתה המחיר (לעומת 19 אחוז בקרב החמישונים האחרים). גם בתחום בדיקות המנע נמצא פער גדול בין החמישונים. בחמישון התחתון 14 אחוזים בלבד הצהירו כי הם פונים ביוזמתם לרופא השיניים לבדיקות מנע, לעומת 64 אחוז בחמישון ההכנסה האחרים.

באשר לאיכות השירות, נמצא כי מרואיינים מחמישון תחתון קיבלו שירות בסטנדרט נמוך יותר. לעיתים מדובר במרפאה ללא כוח עזר, כגון סייעת או שיננית, זמני המתנה ארוכים, ורבים יותר אינם מקבלים הסבר מרופא שיניים על הבעיות הרפואיות ועל מהות הטיפול הניתן. כמו כן שיעור גדול יותר של אנשים מחמישון תחתון מדווחים על תותבת שאינה מתאימה. אחוז גבוה מקבוצה זו גם דיווח על ריחוק של המרפאה ממקום מגוריו (ברג וחב', 2001).

הבחנה של השימוש בטיפולים דנטאליים בקרב קבוצות אוכלוסייה מגלה הבדלים משמעותיים בין תת קבוצות שונות (ראה לוח 19). השימוש יותר גבוה בקרב יהודים, יוצאי אסיה ואפריקה, תושבי ירושלים ואזור המרכז, ובאוכלוסייה מסורתית-דתית. בעלי תעודה על תיכונית מבקרים אצל מומחים יותר, כך גם בלתי מועסקים. שימוש נמוך במיוחד, ביחס לקבוצות אחרות, מדווח על ידי עולי ברה"מ לשעבר, תושבי מחוז תל אביב, ואלה שלמדו ללא תעודת בגרות. הסיבות להבדלים בין הקבוצות יכולים להיות רבות: תחלואה דנטאלית שונה, העדר משאבים כלכליים, נגישות השירותים והבדלים במודעות.

²⁸ בכתיבת הפרק נעשה שימוש בפרסום של חורב ט' ומן י'. 2007. "רפואת הפה והשיניים: אחריות המדינה לתושביה", מרכז טאוב.

לוח 19. ביקורים אצל רופא שיניים, אורתודנט או מומחה לחניכיים (במהלך שנה)

שיעורים ל-100 תושבים

גיל				סך הכל Total	
65+	65-74	45-64	21-44		
179.9	224.0	340.3	272.1	278.2	כל האוכלוסייה
					קבוצת אוכלוסייה
183.7	239.8	339.5	275.5	279.8	יהודים ואחרים
189.9	250.7	348.8	280.7	286.4	מזה: יהודים
..	-	(347.8)	255.4	267.4	ערבים(1)
					יבשת מוצא - יהודים ואחרים
..	..	..	251.8	262.3	ישראל
(287.7)	(360.6)	274.8	352.8	313.5	אסיה
..	..	(402.0)	252.5	288.6	אפריקה
146.5	(192.7)	350.5	269.1	269.2	אירופה-אמריקה
(167.2)	(203.1)	(298.6)	(214.9)	230.1	מזה: בריה"מ לשעבר (+1990)
					מחוז
..	..	(373.4)	(268.1)	328.1	ירושלים
..	..	(285.7)	295.8	271.0	הצפון
..	..	444.2	196.0	260.8	חיפה
(175.0)	(234.1)	382.3	286.0	300.8	המרכז
(170.4)	(230.4)	(283.3)	249.5	243.4	תל אביב
..	..	..	(274.9)	271.7	הדרום
					דתיות - יהודים
..	-	..	..	(238.0)	חרדים
..	..	..	(212.4)	252.9	דתיים
(333.3)	(433.1)	(449.0)	(269.4)	351.6	מסורתיים-דתיים
(166.8)	(257.2)	293.2	214.2	228.7	מסורתיים-לא כל כך דתיים
(134.1)	..	357.9	335.0	312.8	לא דתיים, חילוניים
					השכלה
..	..	..	-	..	לא למדו
(116.9)	(148.0)	344.7	226.1	240.8	למדו, ללא תעודת בגרות
..	-	(459.9)	284.5	301.5	תעודת בגרות
..	..	324.1	365.7	334.1	תעודה על-תיכונית
(297.4)	(337.3)	308.1	266.6	284.8	תעודה אקדמית
					תכונות כוח העבודה
..	..	282.4	269.0	271.9	בכוח העבודה האזרחי
..	..	293.0	241.1	258.2	מועסקים
-	-	..	481.9	391.3	בלתי מועסקים
175.8	225.7	463.5	281.6	288.7	אינם בכוח העבודה האזרחי

מקור: למ"ס ומשרד הבריאות, 2006²

(1) ראה הגדרות ללוח 3.

4.5 הנטל הכלכלי של הוצאות על בריאות ותרומתו לאי-השוויון בבריאות

4.5.1 הוצאות משקי הבית על בריאות

משקי הבית בישראל הוציאו בשנת 2008 למעלה מ-16 מיליארד ₪ על שירותי בריאות (עיבוד על נתוני למ"ס, 2009). ניתוח התפלגות ההוצאות לפי תחומים מגלה כי מרכיב ההוצאה הגבוה ביותר של משקי הבית הוא על ריפוי שיניים כ-29% מההוצאה, מרכיב הוצאה משמעותיים אחרים הם ההוצאה על ביטוחים משלימים (בקופות החולים ובחברות הביטוח) ורכישת תרופות (חורב וקידר, 2010).

בחינת ההוצאות של משקי הבית על בריאות לפי חמישוני הכנסה, מגלה כי ישנם הבדלים משמעותיים בהוצאות של משקי הבית לפי חמישוני ההכנסה. לוח 20 מראה כי ההוצאה לבריאות של משק בית מהחמישון העליון הינה גבוהה פי 3 מאשר של משק בית מהחמישון התחתון (למ"ס, 2010).

לוח 20. הוצאה לתצרוכת בחמישוני של משקי בית, לפי הכנסה נטו לנפש סטנדרטית לחודש למשק בית, 2009

חמישוני הכנסה					
עליון	4	3	2	תחתון	
2.7	3.1	3.2	3.5	4.2	נפשות במשק בית
1.6	1.6	1.4	1.1	0.7	מפרנסים במשק בית
20,335	15,402	12,108	9,575	7,634	הוצאות לתצרוכת - סך הכל
1,084	838	614	444	356	הוצאה על בריאות (ש"ח)
5.3	5.4	5.1	4.6	4.7	הוצאה על בריאות מכלל הוצאה (אחוזים)

מקור: למ"ס, 2010³

בדיקה של התפלגות ההוצאות לפי סוג הוצאה מגלה פערים גדולים בין חמישוני הכנסה. בעלי רמת הכנסה נמוכה מוציאים יותר על ריפוי שיניים ותרופות, ואילו הוצאתם לביטוחי בריאות, שירותי בריאות ומכשירי ראייה קטנה יותר באופן משמעותי, ביחס לחברי החמישון העליון.

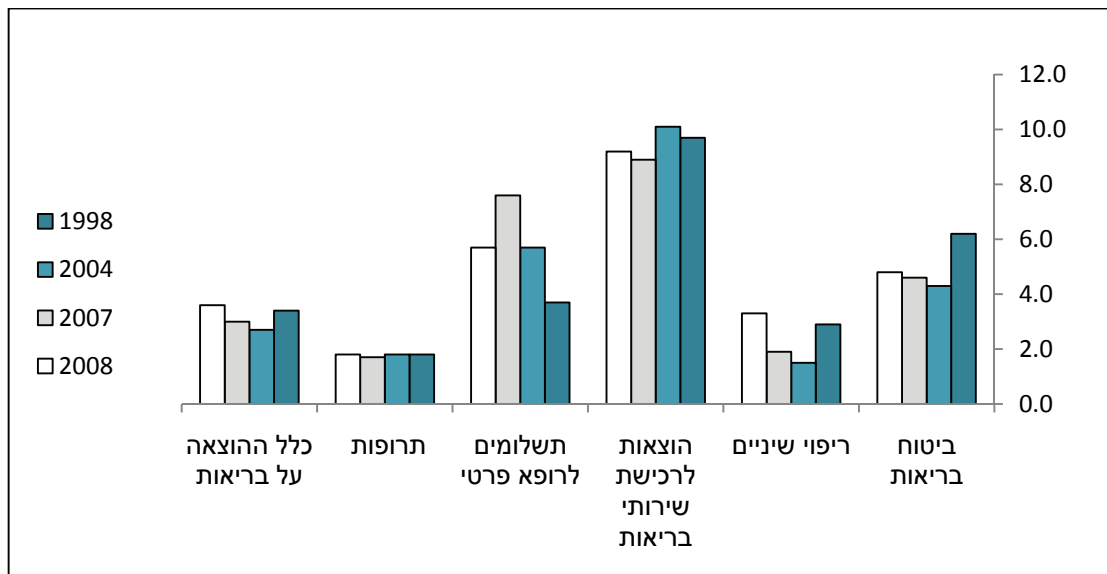
ניתן להניח, כי הוצאה קטנה יותר על שירותי בריאות במעמד הנמוך מושפעת משיעור קטן יותר של בעלי ביטוחים משלימים ופרטיים בשכבה חברתית זו. אולם ייתכן גם, כי הסיבה לכך נעוצה בשימוש נמוך יותר בשירותי הבריאות. נתון זה מקבל משמעות מיוחדת לנוכח העבודה, כי משקי בית של חברי החמישון התחתון גדולים יותר, על כן היו צריכים לכאורה להתאפיין בהוצאות גדולות יותר על שירותי הבריאות.

כאמור, הסעיף הכבד ביותר מתוך הוצאות משקי בית לבריאות הוא סעיף הוצאה לטיפול שיניים. יש לציין כי קיים הבדל ניכר בהוצאות לטיפול שיניים בקרב חמישוני הכנסה. 35.1% מתוך סך הוצאות לבריאות בקרב חמישון תחתון הינו על טיפולי שיניים, זאת לעומת 22.7% בקרב החמישון

העליון. רמת ההוצאות הגבוהה של בעלי הכנסה נמוכה ניתנים להסבר על ידי מספר גורמים, ביניהם מספר גדול יותר של הילדים במשפחה בקרב החמישון הכנסה התחתון, תחלואה דנטאלית גבוהה יותר, דחיית טיפולים וכן הוצאה קטנה יותר לטיפולים רפואיים אחרים, כגון ביטוחי בריאות ותשלומים עבור שירותי בריאות שונים.

תרשים מס' 46 מדגים את הפער היחסי בהוצאה על בריאות לפי הסעיפים העיקריים, בין חמישון ההכנסה העליון לחמישון ההכנסה התחתון. בשנת 2008 הוציא חמישון ההכנסה העליון על בריאות פי 3.6 מהחמישון התחתון (1,110 ₪ לעומת 306 ₪, בהתאמה)²⁹. יש לציין כי בפער זה, היחסי, חל במהלך השנים גידול (בשנת 1998 הוא עמד על 3.4). מעניין לציין עם זאת, שבחינת הפערים בראייה רב-שנתית מראה כי הפער, הנמדד במונחים יחסיים, בין השנים 1998 ל-2008, בין חמישוני ההכנסה - הצטמצם בחלק מהתחומים. כך לדוגמה, בביטוחי בריאות נמצאה ירידה מפער יחסי של 6.2 בשנת 1998 ל-4.8 ב-2008. הפער בהוצאות על רכישת שירותי בריאות הצטמצם גם הוא מעט מ-9.7 ל-9.2 בהתאמה. לעומת זאת, בריפוי שיניים היה גידול של הפער מ-2.9 ל-3.3. בהוצאה על תרופות היתה יציבות והפער נשמר ברמה של פי 1.8.

תרשים 46. מגמות ביחס ההוצאה של משק הבית על בריאות בין חמישון עליון/חמישון תחתון 1998-2008



מקור: עיבודים של נתוני למ"ס, סקר הוצאות משפחה, שנים שונות.
(* תרופות – לא כולל ויטמינים ללא מרשם רופא)

נדבך חשוב נוסף בהוצאה של משקי הבית על בריאות, הינו ההוצאות בגין שירותי הבריאות אשר נמצאים בסל שירותי הבריאות הקיים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. תשלומים אלו, המוגדרים בחוק, הינם בעיקר בגין תרופות ואגרות ביקור אצל רופא ובמכונים מקצועיים. בשנת 2008 הוציאו משקי הבית סכום של כ-1.8 מיליארד ₪ עבור תרופות המרשם הנמצאות בסל שירותי

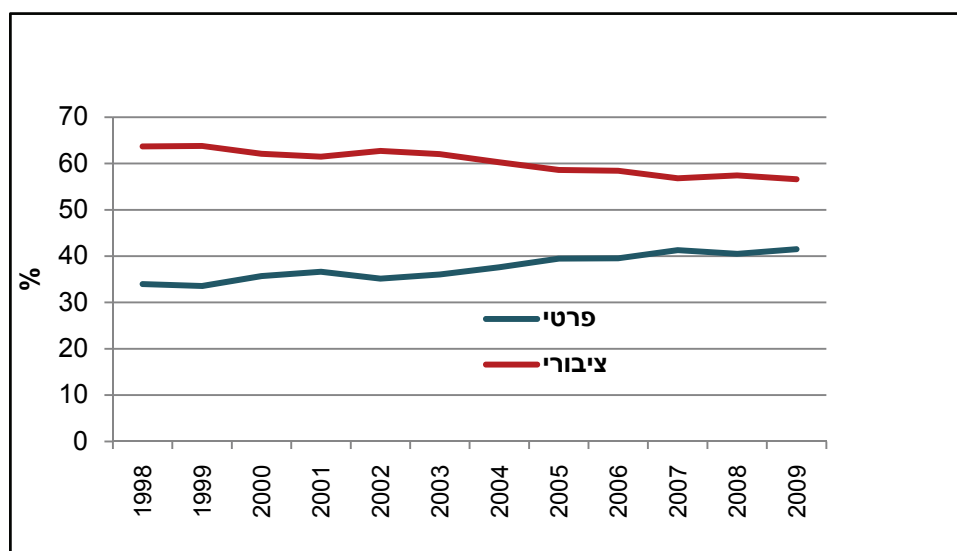
²⁹ גידול של 11 אחוז בחמישון ההכנסה העליון וקטטון של 8% בתחתון

הבריאות, סכום זה מהווה כ-30% מעלותן של התרופות. בנוסף, הוציא הציבור סכום של כ-440 מיליון ₪ עבור תשלומי השתתפות אחרים שבסל שירותי הבריאות, כגון: אגרת רופא וביקור במכונים. בחינת התשלומים הללו לאורך שנים מראה כי קיים גידול, הן בסכומים (2.3 מיליארד בשנת 2008 לעומת 1.7 מיליארד בשנת 2003) והן באחוז ההשתתפות כאחוז מעלות סל השירותים שמקבלות קופות החולים (8.54% בשנת 2008 לעומת 8.20% בשנת 2003) (ולדמן-אשרוב והילמן, 2009).

4.5.2 הוצאה לאומית לבריאות

אינדיקציה נוספת למגמות המתרחשות בישראל בצד מימון מערכת הבריאות ניתן למצוא בסדרת הנתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אשר עוסקת בהוצאה הלאומית לבריאות. מניתוח נתונים אלו עולה כי בין השנים 1998-2009, סך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל עלתה ב-907 ש"ח לנפש (במחירי 2005), פירוק לגורמים של סכום זה, מראה כי העלייה נובעת מעלייה במימון הפרטי של מערכת הבריאות ב-847 ₪ לנפש למול ירידה מקבילה של 192 ₪ לנפש במימון הממשלתי המופנה לבריאות. את המגמה של הירידה במימון הממשלתי לבריאות ניתן גם לראות בגרף 47 אשר בוחן את מקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות בין השנים 1998-2009. מן הגרף ניתן לראות את הירידה ההדרגתית בשיעור המימון הציבורי אשר מקבילה לעלייה בשיעורי המימון הפרטי של מערכת הבריאות. השוואה בינלאומית של שיעורי המימון הציבורי בישראל למדינות ה-OECD מראה כי שיעורי המימון הציבורי בישראל, הינם נמוכים ביחס למדינות ה-OECD.

תרשים 47. מקורות מימון של ההוצאה הלאומית לבריאות (%) 1998 - 2009



מקור: למ"ס, 2010

נתונים אלו הם בעלי חשיבות רבה לאופייה הציבורי של מערכת הבריאות בישראל. ככל שחלק ניכר יותר ממימון המערכת עובר ממימון ממשלתי-ציבורי למימון פרטי, כך גובר הקשר בין הכנסתו של הפרט ליכולתו לצרוך שירותי בריאות חיוניים.

4.5.3. הוצאה לצמצום אי-שוויון בבריאות – האם זה משתלם כלכלית?

מעט מאוד מחקרים בחנו את ההשלכות הכלכליות של אי-השוויון בבריאות. אחד המחקרים הבולטים בתחום הוא של Mackenbach. במחקר זה השתמשו לצורך הסימולציה במשתנה ההשכלה, תחת ההנחה כי קיים קשר בין רמת ההשכלה לבין תמותה ותחלואה. מחברי המחקר טענו כי שיפור מצב הבריאות של כלל האוכלוסייה לרמה של האוכלוסייה בעלת השכלה גבוהה תביא לגידול בתוצר של לפחות 1.2% (Mackenbach, 2007). מחקרו של Mackenbach מהווה פריצת דרך בכך שהוא אינו בוחן את התועלות הבריאותיות בלבד של התערבות לצמצום אי-שוויון בבריאות (בדומה למדד ה-QALY לדוגמה), אלא בוחן גם התועלות למשק ככלל כתוצאה של הגידול בפיריון העבודה.

גם אם מקבלים לחלוטין את תוצאות מחקרו של Mackenbach, הדרך עד לתוספת מקורות למערכת הבריאות³⁰ אינה פשוטה. הגורמים המרכזיים לכך הם הן ריבוי הגורמים המשפיעים על מצב הבריאות של האוכלוסייה (לדוגמה, חינוך) והן נושא ההשפעות החיצוניות (Externalities), מכיוון שהחיסכון התקציבי (אשר אמור להוות מקור לתוכניות הפעולה), אינו רק במערכת הבריאות, אלא מתפזר בין מספר גורמים הן במגזר הציבורי והן בפרטי.

לאור נקודות אלו, ניתן כבר כעת לקבוע כי התשובה לשאלה שבכותרת היא כן – משתלם לצמצם את אי-השוויון בבריאות. אך לרוב, הבעיה היא הן בהקצאת המקורות התקציביים לכך והן בבחירת דרכי הפעולה. יחד עם זאת, חשוב לזכור, כי ללא קשר לשאלה הכלכלית, לחברה יש מחויבות לאזרחיה והיא אמורה לאפשר לפרטים בה לממש את הפוטנציאל הבריאותי בהם.

בתחום הבריאות, מחקרים רבים הראו בעבר כי מרבית טיפולי המניעה הינם יעילים מבחינה כלכלית. דוגמה לפרויקט ישראלי, הינו התוכנית המשותפת של משרד הבריאות ואוניברסיטת בן-גוריון לצמצום תמותת התינוקות הבדואים בנגב. לא רק שהתוכנית מצמצמת את תמותת התינוקות היא גם מפחיתה את מספר התינוקות אשר נולדים עם מומים מולדים ודורשים השקעה רבה ממערכת הבריאות.

דוגמה ישראלית נוספת מהשנה האחרונה הינה ביטול אגרת הביקור בתחנות לאם וילד. שירותי טיפת החלב הינם שירותי מניעה מובהקים, אשר יכולים למנוע התפתחות של מחלות וסיבוכי בריאות בתינוקות. עד לשנת 2010, נאלצו ההורים לשלם עבור הביקור בתחנות טיפת החלב. תשלום זה, "לא עודד" את ההורים לקבל את השירות החיוני. ביטול התשלום, מדגיש את החשיבות שרואה המדינה לטיפול מניעה ולהסרת מחסומים כלכליים, בתחום הבריאות, מאוכלוסיות אשר לעיתים נאלצות לוותר על שירותי בריאות חיוניים עקב ההשתתפויות העצמיות שנדרשות מהם. כך, ניתן יהיה להגדיל את אחוז הילדים (בעיקר מקרב אוכלוסיות חלשות) אשר יקבלו טיפול מניעתי בתחנות טיפות חלב ולצמצם תחלואה עתידית.

דוגמה נוספת הינה הכללת שירותי בריאות השן לילדים בסל הבריאות. כפי שהוזכר בפרקים הקודמים. השיעור הגבוה ביותר שמוציאים משקי הבית בישראל מתוך ההוצאה על בריאות הוא בתחום רפואת השן. עקב כך, בקרב אוכלוסיות מסוימות מגיעים שיעורי הויתור של השירות

³⁰ רק לשם המחשה, הפניית כל הגידול בתוצר לסל הבריאות יאפשר גידול של 7.5 מיליארד ₪ בעלות הסל...

למעלה מ-60%. הכללת שירותי בריאות השן בסל שירותי הבריאות לילדים תביא להגברת הנגישות של אוכלוסיות אלו לשירותי בריאות השן לילדים, דבר שיתרום לשיפור בבריאותם וימנע תחלואה עתידית.

4.6 הערכה של זמינות השירותים

הנושא של זמינות ונגישות של השירותים נבדק לאחרונה בסקר חברתי של למ"ס (2007) ובסקר דעת הציבור של מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל (2010).

בסקר חברתי (2007) נמצא, כי זמן המתנה לביקור אצל רופא הפריע יותר לצעירים, מאשר למבוגרים (35% לעומת 25%), ליהודים מאשר לערבים (32% לעומת 22%). מרואיינים ערביים דיווחו יותר על שביעות רצון משעות קבלת הרופא לעומת היהודים (91% לעומת 81%). לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין קבוצות האוכלוסייה מהתנאים הפיזיים של המרפאה (91%), או מיחס הרופא (93%).

הסקר לא זיהה מגמת שינוי בזמני המתנה לרופאה מומחה ביחס לסקר הקודם (2007). 42% המתניו עד שבוע, 17% המתניו בין שבוע לשבועיים ו-41% המתניו יותר משבועיים. לעומת זאת, נמצאה ירידה במשך ההמתנה לרופא ראשוני: 67% המתניו עד רבע שעה, לעומת 63% לפני שנתיים, ו-14% המתניו מעל לחצי שעה בתור לרופא הראשוני לעומת 17% לפני שנתיים. כמו כן נמצא, כי למחצית מהפונים לחדר מיון הפריע זמן ההמתנה. באשר לנגישות הפיזית של השירותים הממצאים היו לא חד משמעיים. שביעות רצון נמוכה ביותר ממיקום המרפאה דווח על ידי תושבי נפת עכו, רחובות, באר שבע וחדרה. על זמן ההמתנה שהפריע במיוחד דיווחו יותר מרואיינים המתגוררים בנפת רחובות, באר שבע והשרון. ייתכן, כי נתונים אלה מושפעים לא רק מהתנאים אובייקטיביים של קבלת השירות, אלא גם מציפיות המטופלים, אשר באים משכבות חברתיות-כלכליות שונות.

במחקר של מכון מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל (2010), שנערך בשנת 2009, נבדק גם נושא של משך ההמתנה לרופא ראשוני ורופא מומחה. 67% מהמרואיינים המתניו עד רבע שעה, ו-14% מעל חצי שעה במרפאה ראשונית, כאשר הנתונים מצביעים על מגמת הירידה ביחס לשנת 2007. לגבי ההמתנה לרופא מומחה התמונה היא שונה: 42% המתניו עד שבוע, 17% בין שבוע לשבועיים ו-41% המתניו יותר משבועיים, כאשר מתוך הקבוצה האחרונה יותר מחצי (55%) טענו כי מדובר בזמן המתנה לא סביר.

עדויות לקשיים בזמינות השירותים ניתן למצוא בשיעור המדווחים על קושי בקבלת הפניה או התחייבות. 14% מכלל המבוטחים דיווחו על קושי/קושי גדול לקבל טיפול רפואי בעת שנוקו לו. בניתוח לפי קבוצת אוכלוסייה נמצא, כי קיימת עלייה משנת 2007 בשיעור המשיבים "קשה" או "קשה מאוד" בקרב בעלי הכנסה נמוכה (18% ב-2009 לעומת 13% ב-2007), דוברי ערבית (12% ב-2009 לעומת 4% ב-2007) וקשישים (17% ב-2009 לעומת 11% ב-2007).

בהשוואה של קבוצות אוכלוסייה נמצא כי דוברי ערבית דיווחו יותר על קושי בקבלת הפנייה או התחייבות (26%), ושיעור זה נמצא במגמת עלייה ביחס לשנת 2007 (14%).

בעלי הכנסה נמוכה וקשישים דיווחו על הקושי גדול/גדול מאוד לקבל טיפול רפואי, כאשר נזקקו לו (18% ו- 17% בהתאמה), זאת לעומת 14% באוכלוסייה הכללית. לסיכום נדגיש, כי המידע שהוצג בתת-פרק זה מקורו בסקרים חברתיים, ובתור שכזה הוא מבטא ומושפע גם מהציפיות והתפישות של המרואיינים בנוגע לשירות הניתן.

4.7 שימוש בשירותי רפואה והוצאות לבריאות: עיקר הממצאים

שימוש בשירותי רפואה בקרב קבוצות חברתיות שונות

- השימוש בשירותי בריאות מושפע מהבדלים תרבותיים, מעמד חברתי-כלכלי ומאזור המגורים של המבוטחים. עולים, נשים חרדיות ונשים ערביות זוהו כקבוצות בעלי שיעורי שימוש נמוכים יותר בשירותי הבריאות.
- קשישים חווים בעיות מיוחדות בצריכת שירותים מסוימים בשל קשיי ניידות וצורך בביקורים תקופיים.
- ברפואה מונעת נמצא תת-שימוש בשירותי מניעה בקרב נשים חרדיות, נשים ערביות ונשים בעלות השכלה והכנסה נמוכה.
- שיעור גבוה מאוד של נשים חרדיות מאובחן בסרטן שד בשלב מאוחר של המחלה, לעומת הנשים הלא חרדיות.
- כמו כן נמצאו הבדלים בהיענות לטיפול רפואי וטיפול עצמי במחלות בקרב יהודים לעומת ערבים ועולים לעומת וותיקים.
- קיימים הבדלים אזוריים בשיעור אבחון מוקדם של המחלות הממאירות.
- בעלי הכנסה נמוכה משתמשים פחות בשירותי רפואת שיניים.
- בעלי הכנסה נמוכה וחולים כרוניים מוותרים יותר על טיפולים רפואיים.
- שיעור המוותרים בגלל המרחק גבוה יותר בקרב בעלי הכנסה נמוכה, חולים כרוניים ונשים.

הוצאות לבריאות

- ההוצאה לבריאות של משק בית מהחמישון העליון גבוהה פי 3 מאשר של משק בית מהחמישון התחתון.
- בעלי רמת הכנסה נמוכה מוציאים יותר על ריפוי שיניים ותרופות, ואילו הוצאתם לביטוחי בריאות, שירותי בריאות ומכשירי ראייה קטנה יותר באופן משמעותי, ביחס לחברי החמישון העליון.
- בישראל קיימת עלייה מתמדת במימון הפרטי של שירותי הבריאות, דבר המחזק קשר בין הכנסתו של הפרט ליכולת לצרוך שירותי בריאות חיוניים.

זמינות השירותים

- נתוני הסקרים מלמדים, כי זמן המתנה לביקור אצל רופא מפריע יותר לצעירים, מאשר למבוגרים, וליהודים מאשר לערבים.
- למחצית מהפונים לחדר מיון מפריע זמן ההמתנה.
- דוברי ערבית מדווחים יותר על קושי בקבלת הפנייה או התחייבות.
- בעלי הכנסה נמוכה וקשישים דיווחו על הקושי גדול לקבל טיפול רפואי, כאשר נזקקו לו, ביחס לאוכלוסייה הכללית.

פרק 5. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות

5.1 משרד הבריאות

סגן שר הבריאות והמנהל הכללי של המשרד הצהירו לא אחת על מחויבות משרד הבריאות ונחישותו להתמודד עם אי-השוויון בבריאות. המשרד גם בחר בנושא של צמצום אי-השוויון בבריאות כאחד מ"עמודי אש" לאורם תיבנו תוכניות העבודה של המשרד לשנים הבאות.

המשרד רואה עצמו כגורם המוביל והאחראי על עיצוב וקביעת המדיניות בתחום ההתמודדות עם אי-השוויון ודוגל בשיתוף פעולה עם הגורמים הממשלתיים והציבוריים הרלוונטיים כדרך לצמצום פערים בבריאות.

ההכרה בצורך במעורבות ממשלתית בתהליך ההתמודדות עם אי-שוויון הביאה למימוש יוזמות חדשות אשר עשויות לסייע בהתמודדות עם הפערים בהתאם למוצע בתוכנית זו. בין היתר, יוזם משרד הבריאות מפגשים לצורך בחינת אפשרות של שיתוף פעולה אסטרטגי עם משרדי ממשלה וגורמים אחרים, כגון: משרד הרווחה והשירותים החברתיים, משרד חינוך, משרד התמ"ת, המשרד לפיתוח הנגב והגליל. המשרד מציג יוזמות באופן שוטף למשרד האוצר לעניין שינוי תמריצים, הקטנת המימון הפרטי, הגדלת הסל הציבורי, צעדים מאקרו כלכליים אחרים שעשויים בין היתר להשפיע גם על ההתמודדות עם הפערים בבריאות.

המשרד פעל גם בעבר לצמצום פערים וממשיך בכך ביתר שאת בשנים האחרונות. בין ההחלטות בעלות משמעות לצמצום הפערים, שחלקן יושמו וחלקן נמצא בשלבי יישום שונים, ניתן למנות את אלה:

תשתיות:

- תוספת תקציבית של 60 מיליון ש"ח לפיתוח בתי חולים בפריפריה;
- מתן עדיפות ליישובי פריפריה במדיניות הקצאת מכשירי MRI לבתי חולים³¹;
- הקמת ביי"ס לרפואה חמישי בצפון (בשיתוף עם המשרד לפיתוח הנגב והגליל);
- הכשרת מטפלים מקרב קבוצות יעד לדוגמא: קורס להכשרת אחיות מהמגזר הבדואי.
- סדנאות להקניית כלים למנהלים במשרד הבריאות בשילוב ההתמודדות כחלק מהפעילות השוטפת.

תמריצים:

- הכללת משתנה של ריחוק ממרכזי אוכלוסייה לתוך נוסחת הקפיטציה³² (אשר לאחרונה על ידי ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת) והקצאת תוספת בת 160 מיליון ש"ח לצורך יישום השינוי בנוסחה;
- קידום הנושא של תגמול קופות חולים לפי יעדים בתחום הפעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות לפי יעדים בקופות החולים (במסגרת הסכמי תמיכה);

³¹ הודעת הדובר של משרד הבריאות מ- 21.9.2010.
³² הנוסחה לפיה מחולק התקציב בין קופות החולים.

- פעילות ועדה בין משרדית לבחינת תמריצים למשיכת כוח אדם לפריפריה (בהשתתפות נציגים של אגף התקציבים באוצר, נציבות שירותי המדינה, הממונה על השכר באוצר והאגפים הרלוונטיים במשרד הבריאות).

נגישות כלכלית:

- ביטול אגרת ההשתתפות העצמית בטיפות חלב;
- הקטנת תקרת ההשתתפות העצמית לחולים כרוניים קשישים המקבלים השלמת הכנסה;
- 10% הנחה ברכישת תרופות לבני 75 ומעלה;
- מתן הנחות לניצולי שואה בהשתתפות עצמית בתרופות.

הגברת הנגישות לשירותי בריאות:

- הכללת רפואת שיניים מונעת ומשמרת לסל השירותים הבסיסי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לילדים (עד גיל 8 בשנת 2010 והקצאה כספית לצורך הרחבה הזכאות לילדים עד גיל 14 עד שנת 2012);
- הרחבת שירותי מניעה ברפואת שיניים לתלמידים, החל מ – 2010, מתוך כוונה להרחיב את השירות לכל הרשויות המקומיות;
- הכנת חוזר מנכ"ל בנושא של נגישות תרבותית והלשונית בארגוני הבריאות (טרם הופץ).

שינויים ארגוניים

- הקמת יחידה להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות באגף לכלכלה וביטוח בריאות. מטרת היחידה היא לפעול לעיצוב מדיניות לקידום שוויוניות בבריאות, ריכוז ופרסום מידע בנושא הפערים, חיזוק ותיאום הפעולה עם ארגונים אחרים בתוך המערכת ומחוץ לה וסיוע להם בקידום משותף של נושא השוויוניות בבריאות.

תוכניות התערבות וקידום בריאות

במערכת הרפואה הציבורית נעשו פעולות רבות לקידום בריאותם של האוכלוסיות החלשות. כך, למשל, המשרד מפעיל תוכניות קידום בריאות רבות ומגוונות באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות. חלק מהתוכניות מכוונות לאוכלוסיות במעמד סוציו אקונומי נמוך, מיעוטים, עולים, קשישים וכן קבוצות אוכלוסייה חלשות אחרות.

דוגמא לתוכנית וותיקה של משרד הבריאות, שמשפיעה על צמצום פערים היא התוכנית להפחתת תמותת תינוקות במגזר הבדואי בנגב הנערכת על ידי לשכת הבריאות המחוזית בשיתוף עם מוסדות מקומיים. תוכנית רב מקצועית זו מיועדת למספר קהלי יעד, כולל נשים בגיל הפריור, תלמידים, מנהלים, יועצים ומחנכים במערכת החינוך, אנשי מקצוע בתחום הבריאות, משפחות בסיכון מוגבר לתמותת תינוקות, מנהיגי דעת קהל והציבור הרחב בקהילה הבדואית בנגב (לשכת

הבריאות מחוז הדרום, 2010). בזכות התוכנית, המופעלת מזה 10 שנים, הושגה ירידה בשיעור תמותת תינוקות במגזר הבדואי ובמיוחד בשיעור התמותה ממומים מולדים במגזר³³.

כיום התוכנית ממשיכה לפעול למרות המחסור ההולך ומחריף בכוח אדם הסיעודי בטיפות חלב של משרד הבריאות באזור הנגב. המשרד השקיע מאמצים מיוחדים על מנת לפתור את בעיית כוח אדם באמצעות מתן תמריצים לאחיות העובדות במגזר, וכן על ידי הפעלת תוכנית ייעודית להכשרת אחיות מהמגזר הבדואי.

בקרה בקהילה

בין הפעולות האחרות, הננקטות על ידי משרד הבריאות, ניתן לציין את עבודת המחלקה לבקרה על קופות החולים. הבקרים בוחנים את רמת השירות הניתנת בקופות החולים, תוך התייחסות למצבת כוח אדם באזורים השונים, לרמת הצידוד, לזמינות ונגישות השירותים וכן למשתתפים אחרים. לאחרונה נוסף לצוות הבקורות נציג היחידה להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות, אשר בודק את נושא של קידום שוויוניות וטיפול באוכלוסיות חלשות בארגוני הבריאות הציבוריים.

5.2 התמודדות קופות החולים עם אי-השוויון בבריאות

קופות החולים הוגדרו על ידי חוק ביטוח בריאות ממלכתי כמי שאחראי לספק שירותי הבריאות לאוכלוסיית ישראל. לפיכך, קופות החולים משמשות כגורם בעל חשיבות מכרעת בתהליך צמצום הפערים. כבר כיום, הקופות פועלות רבות לקידום בריאותן של האוכלוסיות חלשות, כאשר חלק מהקופות שמו את נושא קידומה של שוויוניות בבריאות, ובמיקום גבוה בסדרי העדיפות בפעילותן בקהילה.

ראוי לציין, כי קיימים הבדלים משמעותיים ביותר בין קופות החולים בהרכב המבוטחים מבחינת גיל, מצב חברתי-כלכלי, קבוצת אוכלוסייה, נוכחות באזורי מדינה פריפריאליים, סוג היישובים בהם ניתן השירות, וכן משתתפים אחרים (ראה לוח 21). ולכן ניתן לומר, כי בפני כל קופה עומד אתגר מיוחד ושונה מאחרים בתחום צמצום הפערים בבריאות.

ראוי לציין, כי במהלך השנים האחרונות חלק מקופות חולים, בעיקר שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות, נכנסו לתהליך של התמודדות עם אי-השוויון בבריאות באמצעות תוכניות ארגוניות רב-שנתיות, כל אחת בשיטה המותאמת לצרכיה. הפרקים הבאים יפרטו את הדרך בה רואות הקופות את הפעילויות והמאמצים הננקטים על ידן כחלק מהתמודדות עם הפערים בבריאות.

יש להדגיש, שהמוצג בסקירה שלהלן מבוסס על דיווחי קופות החולים.

³³ ראה עמ' 41 לפירוט נתוני תמותת תינוקות במגזר הבדואי

לוח 21. מבוטחים בקופות חולים לפי מאפיינים נבחרים

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	סה"כ	
677.8	978.4	1,781.4	3,862.6	7,300.2	סך הכול מספר מבוטחים ¹
9.3	13.4	24.4	52.9	100	אחוז המבוטחים ¹
הרכב מבוטחים					
30.8	28.2	31.7	34.5	33.3	הגיל הממוצע
16.3	15.7	19.8	8.9	13.2	אחוז העולים +90
מאפייני ההכנסה של המבוטחים					
6,105	7,305	8,759	6,695	7,171	הכנסה ממוצעת לחודש עבודה
45.3	41.9	35.2	42.8	41.0	אחוז המשתכרים עד שכר מינימום
14.1	16.4	18.9	15.0	16.1	משכר מינימום עד פעמיים השכר הממוצע
0.8	1.7	2.7	1.2	1.6	מעל 4 פעמים השכר הממוצע
מקבלי גמלאות					
10.9	9.4	17.4	62.3	100	מקבלי גמלת הבטחת הכנסה
8.6	7.7	16.3	67.4	100	מקבלי גמלת נכות כללית
9.8	11.9	29.4	48.9	100	מקבלי גמלת אבטלה
8.0	5.0	11.7	75.3	100	סיעוד
11.6	15.9	18.6	53.9	100	סך הכול זכאי להנחות עבור שירותי בריאות
מבוטחים לפי צורת היישוב					
8.9	21.5	26.5	43.1	100	מבוטחים בחמש הערים הגדולות
9.6	11.5	29.7	49.2	100	ישובים עירוניים יהודיים
10.8	9.1	6.7	73.4	100	ישובים עירוניים לא יהודיים
6.4	7.0	17.2	69.4	100	ישובים כפריים
מבוטחים לפי מחוז מגורים					
10.1	36.7	10.4	42.8	100	ירושלים
11.1	7.4	11.8	69.7	100	צפון
6.6	10.2	23.4	59.8	100	חיפה
7.2	11.9	29.2	51.7	100	מרכז
7.6	7.8	44.4	40.2	100	תל אביב
11.0	8.0	22.7	58.2	100	דרום
21.5	27.7	20.1	30.6	100	ישי"ע
66.8	69.0	87.8	70.9	74.4	מבוטחים בשירותי בריאות נוספים ¹

מקור: המוסד לביטוח לאומי. 2009. חברות בקופות חולים 2008

(1) קידר נ' וחורב ט'. 2010. חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2009

(2) כולל חיילים ובלתי מבוטחים אחרים

5.2.1 שירותי בריאות כללית³⁴

קופת חולים כללית היא קופת החולים הגדולה ביותר בישראל. נכון לשנת 2009 אוכלוסיית המבוטחים של הכללית מונתה 3,862.6 איש, אשר מהווים 53% מתוך כלל המבוטחים במדינה (בנדלק, 2009). אוכלוסיית כללית היא המבוגרת בין הקופות, ומתאפיינת במצב חברתי-כלכלי בינוני - בינוני-נמוך (ראה לוח 21), עם רמת שכר ממוצעת נמוכה יחסית ואחוזים גבוהים של מקבלי גמלאות ביטוח לאומי (סיעוד, נכות והבטחת הכנסה). אחוז עולי 90+ בקופה נמוך בצורה משמעותית לעומת קופות אחרות.

חלקה היחסי של הקופה גדול במיוחד במחוזות הצפון, חיפה והדרום, ובמיוחד ביישובים עירוניים לא יהודיים ויישובים כפריים.

הדרך בה שירותי בריאות כללית רואה את פעילות בתחום זה היא שהקופה כארגון הבריאות הגדול בישראל, נטלה על עצמה מאז היווסדה את האחריות לספק שירותי רפואה שוויוניים ככל האפשר. היא הייתה הארגון היחיד בישראל שסיפק שירותים בכל קצוות הארץ, ולכל שכבות האוכלוסייה. גם כיום, אחראית הכללית למתן שירותי הבריאות לשיעור הגבוה ביותר של האוכלוסיות החלשות בישראל (ראה לוח 21). זאת, מתוך ראייתה רחבה של תפקידה לקידום בריאות הציבור מעל ומעבר לשירותים הרפואיים המוגדרים בחוק, וללא תקצוב ייעודי.

צמצום פערים כאסטרטגיה

הקופה הדגישה, כי במשך השנים, היא צברה ניסיון רב במהלכים לשיפור המצב הבריאותי של אוכלוסיות חלשות, לרבות שיפור בנגישות לשירות, חינוך לבריאות, קידום בריאות ויוזמות ממוקדות באוכלוסיות מיוחדות. כדי להמשיך ולספק מענה לצרכים הייחודיים של קבוצות האוכלוסייה השונות, ובמטרה לספק מענה כוללני וכלל-ארגוני לבעיית הפערים בבריאות, קיבלה הכללית בשנת 2007 החלטה ליישם תוכנית אסטרטגית רב-שנתית לצמצום פערים בבריאות, והפכה את הנושא לרכיב מרכזי באסטרטגיה הארגונית לשנים הקרובות. האסטרטגיה של הכללית מתבססת על מספר עקרונות מפתח, אשר תוארו על ידה בקצרה כדלקמן:

קבלת החלטות מבוססת נתונים:

במסגרת הכנת התוכנית האסטרטגית ביצעה הכללית מיפוי מעמיק של הפערים בין אוכלוסיות מבוטחים, בכל הקשור לאספקת שירותי הרפואה, איכות הטיפול הרפואי ותוצאי הבריאות הכרוכים בהם. לאור תוצאות אלה נבנתה התוכנית האסטרטגית, ונקבעו מדדים לצמצום הפערים.

³⁴ תיאור פעילות הקופה בתחום הפערים מבוסס על מסמך "צמצום פערים ואי-שוויון בכללית", בליצר ר' ויעקובסון, מח' הקהילה ומשרד הרופא הראשי, כללית, מאי 2010

מיקוד באוכלוסיות:

נבנו תוכניות ייעודיות למתן מענה לאוכלוסיות ממוקדות לאור הקשיים והאתגרים העומדים בפניהם – בשמירה על אורח חיים מקדם ומשמר בריאות, בניצול שירותי הרפואה העומדים לרשותם, בהקפדה על המלצות הצוות הרפואי ובאיזון כולל של מחלותיהם. הקופה מצביעה על כך שאוכלוסיות עיקריות אשר זכות למענה מקיף ותוכניות ייעודיות במסגרת תוכניות לצמצום פערים בכללית כוללות את הבאות.

- ניצולי שואה – מבין מגוון הפעילויות מצביעה הקופה על הקמת שירות ייחודי במסגרת מוקד המידע הבריאותי למתן מידע, תמיכה והכוונה, הפצת מידע ייזום לכ – 140,000 מבוטחים אשר זהו על פי משתנים דמוגרפים כעשויים להיות בהגדרת ניצולי שואה ולא מיצו זכויותיהם בכדי לסייע למיצוי הזכויות.
- המגזר הערבי – עשרות יוזמות בהקשר זה מתקיימות בקופה מדי שנה. כך, במדדי איכות רבים עולות התוצאות במגזר הערבי בכללית על אלו במגזר היהודי, וברובם מתקיימת מגמה ארוכת שנים של צמצום פערים.
- "פריפריה חברתית" – אוכלוסיות במעמד החברתי-כלכלי נמוך – פעילות יזומות לאיתור מסגרות תומכות במסגרת רשויות מקומיות, ארגונים מקצועיים והתנדבותיים ובעזרתם מציאת המסגרת התומכת הנכונה ביותר לפרטים וקבוצות אלו; פעילויות מקדמות לגיל השלישי כמו קבוצות תמיכה למטפלים ועוד ועוד.
- פריפריה גיאוגרפית – הכללית מקנה חשיבות לפריסת שירותים זמינים גם במקומות מרוחקים בהם מספר מועט ביותר של תושבים כמו יישובי הערבה, בקרב הפזורה הבדואית, ועוד. מעבר לאמור, פורסת הכללית בשנה האחרונה שירותים מקוונים הזמינים לכל מבוטח הכללית בכל מקום בארץ ובעולם, בו ניתנים שירותי רפואה על ידי רופאים מומחים גם כאשר המרפאות סגורות. שירותים אלו כמו רופא ילדים און-ליין צוברים תאוצה ונכון להיום הורים מ – 900 ישובים בארץ משתמשים בהם.
- אוכלוסית העולים מאתיופיה – הכללית מקיימת פעילות אינטנסיבית מול קהילת העולים. בין הפעילויות הרבות הקיימות נציין כמה דוגמאות:
 - העסקת מגשרות אתיופיות ורתימתן לתחום קידום האיכות והבריאות
 - סדנאות בנות סדרת מפגשים לחולי סוכרת אתיופים, מותאמות תרבות.
 - ימי בריאות ייעודיים המרפאות, פעילות במרכזי קליטה במגוון רחב של תחומי קידום בריאות (במרכז קליטה אחד אף תרמה הכללית כיתת מחשבים למטרה זו)
 - הדרכות בנושאי בריאות על ידי צוותי המרפאה וגופים שונים כגון טנא בריאות, הוועדה למלחמה באיידס וכו'.
 - העסקת מתורגמנית לאמהרית במרפאות מוגדרות. קיום טלפון לתרגום לאמהרית במרפאות אחרות, והכשרת מתורגמנים רפואיים.
 - מרפאת ריאות ייעודית לאוכלוסיה האתיופית הוקמה ב-2009 בשת"פ בין מחוז מרכז וביה"ח קפלן.
 - רתימת מובילי דעה בקרב הציבור האתיופי לשם עידוד מניעה בקרב האוכלוסייה (דוגמת עידוד ביצוע בדיקת דם סמוי), השתלמות לצוותים רפואיים במרפאות

- השתלמויות לצוותים בנושאי זיהוי בעיות וטיפול בדחק ודיכאון בקרב יוצאי אתיופיה ומשפחותיהן.
- שילוב של עובדי הכללית בפעילויות חברתיות הכוללות קשר עם גורמי קהילה, לרווחת האוכלוסייה האתיופית.
- סדנאות לנשים חד הוריות במרכז קליטה: הועברו ע"י רופאים, אחיות, עו"ס, מחנכת לקדום בריאות ודיאטניות. (בסיוע של מתורגמנית).

מיקוד בתהליכים:

להלן בראשי פרקים ראיית הקופה בדבר תהליכים בהם מתכוונת היא להתמקד:

- "הרחבת העוגה" – שיתופי פעולה עם רשויות מקומיות ועם המגזר השלישי, כדוגמת שיתוף הפעולה עם ארגוני לוטוס וקרן רש"י לסיוע ברכש תרופות לחולים כרוניים מעוטי יכולת.
- התאמה תרבותית של שירותים ופעילויות מרכזיות
- הדרכת צוותים לכשירות תרבותית
- פיתוח מנהלים לצוותים המטפלים באוכלוסיות מורכבות
- עידוד גישה יוזמת ופרואקטיבית
- פיתוח תהליכי עבודה אירגוניים תומכים בצמצום פערים
- פיתוח תהליכי הכשרה ייעודיים.
- מעורבות אינטנסיבית בקהילה ועבודה עם מנהיגים בקהילה - בהקשר זה מן מציינת הקופה את המערך שלה בתוך הקהילה, שלדבריה כולל אלפי שעות של הדרכה ומעורבות חברתית של רופאים, אחיות, צוותי מקצועות הבריאות ומחנכות לבריאות בבתי הספר, בגנים, במתנ"סים ובכל אתר ואתר.

צמצום פערים באיכות רפואית – תכנית 2009-2011

להלן יוצג רכיב אחד אותו בחרה הקופה להציג באסטרטגיה הארגונית – מאמץ אסטרטגי מתואם לצמצום פערים באיכות רפואית בין מרפאות המטפלות באוכלוסיות השייכות לפריפריה החברתית, לשאר מרפאות הכללית. תוכנית זו התבססה על היתרונות של התשתית הקיימת, הכוללת מאגר מידע, צוותי קידום בריאות במרפאות הראשוניות בקהילה ומערכת נרחבת של מדדי איכות המבוססת על מערכת ממוחשבת לניהול תיקים רפואיים. תכנית זו לצמצום פערים מדגישה את חשיבות הרפואה הראשונית בהפחתת פערי בריאות כפי שמתועד בספרות המקצועית, והיא כללה מספר שלבים: זיהוי וכימות הפערים – תהליך שהתבצע במהלך שנת 2007, הקמת ועדת היגוי ארגונית, הצפת הפערים ויצירת מודעות בכל דרגי הארגון לקיומם, קביעת מדדים לפערים והצבת יעדים ברורים לצמצומם, פעילות משותפת בין המטה להנהלות והצוותים בקהילה לקביעת תוכנית עבודה פרטנית ברמת המרפאה, הקניית כלים לצמצום פערים, מדידה מתמדת ומתן ותמריצים, וכל זאת תוך מעורבות דרגי ההנהלה לרבות מעורבות אישית מתמדת של המנכ"ל.

לפי דיווח הקופה, השיטה שיושמה כללה בחינה של 70 מדדי איכות בקהילה הנהוגים בכללית, מהם נבחרו מדדים בהם נמצא הבדל בין מרפאות המשרתות אוכלוסיות ממצב סוציו-אקונומי נמוך לגבוה, ואשר עונים לקריטריוני ההכללה הבאים: (1) מייצגים טיפול רפואי משמעותי מבוסס ראיות, (2) רלוונטיות לקבוצות אוכלוסייה גדולות בגילאים שונים, (3) מיקוד על מניעה (ראשונית ושניונית) ו(4) ייצוג תהליכים ותוצאי הטיפול.

שבעה מדדים נבחרו בתהליך זה: מדדי איזון: סוכרת, יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם, מניעת אנמיה בתינוקות, ומדדי ביצוע: ביצוע חיסוני שפעת, בדיקות ממוגרפיה, ובדיקות צואה לדם סמוי. המדדים קבלו משקל יחסי שהתבסס על חשיבותם לשיפור האיכות ברמה הארגונית, ונבנה מדד סכום המשקף את ההישגים במדדים הנבחרים. מרפאות ראשוניות, בינוניות וגדולות, בשמונת מחוזות הכללית שקבלו ציון נמוך במדד הפערים נבחרו כמרפאות מיקוד להתערבות. כתוצאה מתהליך זה נבחרו למיקוד 55 מרפאות המספקות שירות לכ 10% מכלל מבוטחי הקופה (כ 400,000 איש). לאחר בחירת המרפאות למיקוד נקבעו יעדי צמצום הפערים. על מנת להבטיח כי צמצום הפערים לא משפיע על השגת יעדי שיפור מתמיד כלליים בשאר המרפאות שאינן במיקוד, היעדים נבחרו כך שישקפו שיפור לאורך זמן בהשוואה לשיפור המתמיד הכללי. היעד נקבע כך שישקף צמצום מלא של הפער במדד הסכום בין מרפאות המיקוד לבין היעד הצפוי לכל שאר המרפאות במחוז תוך שנתיים.

הקופה מדווחת, כי האמצעים לשיפור האיכות במרפאות המיקוד וצמצום הפער בין לבין הממוצע המחוזי בכל מחוז, נקבעו באמצעות גישה משולבת bottom-up ו-top-down. לפי הראיות בספרות, להנהלה המקומית תפקיד חשוב בכל הקשור לשיפור האיכות. על כן הושם דגש על בנייה ותמיכה של יוזמות מקומיות, זאת על מנת לעודד מרפאות בעלות ביצועים נמוכים להשגת שינויים משמעותיים. תהליך התכנון החל בהצגה בפני מנהלי מחוזות הכללית. ההנהלה של כל מחוז קבלה דו"ח אודות הפערים במחוז, יעדים לשנתיים הקרובות, הדרכה מבוססת ראיות על צמצום פערי הבריאות ודוגמאות ליישום מוצלח של תכניות מעין אלו. לאחר הכנס, כל מחוז יזם תהליך תכנון פנימי ועסק בתכנון ההתערבות בהתאם למאפייני האוכלוסייה המקומית. בהמשך, נדונו התוכניות לכל מרפאה באופן פרטני בהנהלת הקופה, לשם סקירתן, הצעת כלים נוספים לביצוע השינוי, וביצוע תהליכי למידה רוחביים. כל העת, המשיכה ועסקה וועדת היגוי עליונה בקידום תכניות חדשות וחוצות קופה לצמצום פערים בבריאות.

סוגי ההתערבות העיקריים שהופעלו ע"י המחוזות בשנת 2009 כללו את כל הרכיבים אשר פורטו לעיל, בדגש על: (1) שיפור מיומנויות מנהל ומנהיגות; (2) התערבויות לשיפור הנגישות, לרבות שיפור הנגישות לרפואה מונעת (3) יוזמות שיחור פרואקטיביות לזיהוי וזימון מטופלים הזקוקים לרפואה מונעת ומעקב; ו- (4) הדרכה מכוונת לשיפור כשירות תרבותית ומעורבות קהילתית, לרבות שימוש במתורגמנים ומגשרים, מעורבות מנהיגים דתיים ואנשי קהילה לצורך התאמה ושיווק של תכניות קידום בריאות לאוכלוסיות ספציפיות. במטרה להגביר יכולות למידה בין

עמיתים בתוך הארגון, אותרו מרפאות בעלות ביצועים גבוהים המטפלות באוכלוסיות חלשות אשר חלקן את הצלחותיהם עם מרפאות בעלות ביצועים נמוכים.

הישגי התוכנית עד כה:

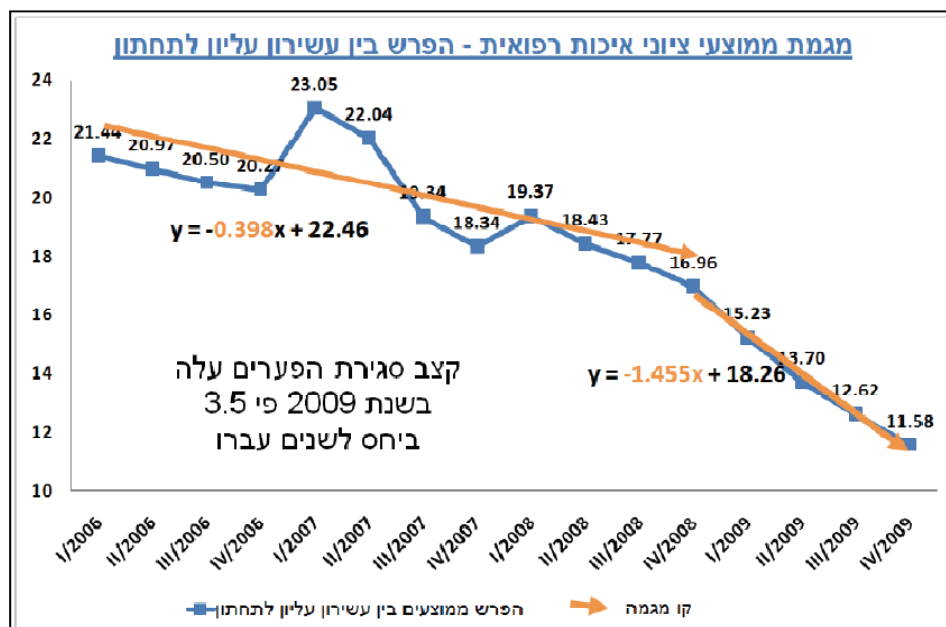
הקופה מדווחת על ההישגים, אשר לדבריה הושגו מאז החלת התוכנית לצמצום פערים. לטענתה, מאז השקת הפרויקט בראשית שנת 2009 נצפתה מגמת צמצום פערים בנוסף לשיפור במדדי האיכות הן בקרב מרפאות המיקוד והן בשאר מרפאות המחוז. בעוד ששיפור מתמיד נצפה בממוצעים של כלל המרפאות במהלך השנה שלפני השקת הפרויקט, קצב השיפור במרפאות בעלות ביצועים נמוכים היה כמעט כפול בשנת 2009 בהשוואה לתקופה זהה בשנה הקודמת. קצב השיפור בשאר המרפאות (כלל המרפאות שאינן במיקוד), נשאר אחיד.

כמעט 40% מהפער בין כלל 55 המרפאות שבמיקוד לבין שאר המרפאות הבינונית-גדולות של הקופה נמחק כבר בשנה הראשונה ליישום הפרויקט. שיפור זה (צמצום הפער) הושג תוך שמירה על יעדי השיפור המתמיד בכלל המרפאות (שמירה על קצב שיפור ממוצע בהשגת יעדי איכות בשאר המרפאות).

בגרף הבא מציגה הקופה את תוצאותיה של הפעילות אשר בוצעה על ידה לצמצום פערים בשנים האחרונות. ניתן לראות בגרף כי הפערים בין אוכלוסיות ראויות לציון בהישגים הטובים ואוכלוסיות חלשות הצטמצמו והלך עוד טרם שנת 2009, אך התהליך זכה להעצמה משמעותית בשנה זו.

תרשים 48. מגמות ממוצעי ציוני איכות רפואית – הפרש בין עשירון עליון לתחתון,

קופ"ח כללית



לדברי הקופה, האתגר של הצוותים המטפלים העובדים בה הוא רב היות ורוב גדול של האוכלוסייה הנזקקת מבוטחת בכללית, וככזו המשאבים הנדרשים וההשקעה על מנת להגיע לתוצאות הם גדולים יותר. בחלק מהמצבים, מדגישה הקופה, הפתרונות הם פשוטים ורק

מצריכים התאמה תרבותית, ובחלק מאמצים כמו איזון סוכרת שבהם ההישגים ארוכי טווח, נדרשת השקעה רבה יותר.

5.2.2 מכבי שירותי בריאות

קופת חולים מכבי, הקופה השנייה בגודלה, מבטחת כרבע מתושבי המדינה. רוב המבוטחים של מכבי שייכים למעמד חברתי כלכלי בינוני – בינוני גבוה, כאשר אוכלוסיית הקופה מתאפיינת בשכר ממוצע גבוה יחסית לקופות אחרות, ואחוז נמוך של מקבלי גמלאות ביטוח לאומי, פרט לגמלת אבטלה (ראה לוח 21). אחוז עולי שנות התשעים ואילך בקופה הוא גבוה ומגיע לכ- 20% מכלל המבוטחים, יותר מפי שניים משיעור העולים בכללית. שיעור המבוטחים בביטוח משלים במכבי הינו הגבוה בין הקופות ומהווה ב- 87.8% מסך חברי הקופה.

הקופה מרכזת רוב פעילותה ביישובים עירוניים במגזר היהודי, וחלקה גדול במיוחד באזורי תל אביב ומרכז, כאשר במחוז תל אביב הקופה מבטחת 44.4% מכלל תושבי האזור.

לדברי הקופה, בשנת 2008 החליטה הנהלת קופ"ח מכבי לגבש תוכנית ארגונית כוללת ורב שנתית לקידום שוויון בקרב מבוטחיה הן מבחינת השירות והן מבחינת תוצאי הבריאות המושג על ידו (ווילף-מירון וחב', 2009). הקופה מדגישה את העובדה, כי הפעילות שלה בנושא צמצום פערים נתמכת על ידי שימוש במערכת HVA (Health Value Added), אשר משקפת למנהלים ומטפלים על בסיס החודשי את הביצועיים הקליניים של המחוזות והסניפים בששה תחומים המיוצגים באמצעות כ- 25 מדדי איכות.

בשלב ראשון של מימוש התוכנית התקבלה החלטה על הפקת דוחות אשר ינתחו את הפערים בין מבוטחי הקופה וישמשו תשתית לקבלת החלטות בארגון. הדוח הראשון, שיצא לאור ביוני 2009, כלל בתוכו ניתוח קשרים בין מאפיינים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים של המבוטחים לבין תוצאי הבריאות שלהם תוך איתור אוכלוסיות בסיכון לאי-שוויון. כמו כן בדוח הובאו המלצות ספציפיות על כווני פעולה בארגון לקידום השוויון.

אוכלוסיית הדוח הראשון (ווילף-מירון וחב', 2009) כללה את כל חברי מכבי בגילאי 18-80 (כמיליון איש) המשויכים לרופא ראשוני. בדוח נקבע דרוג חברתי כלכלי של חברי מכבי על פי אזורים גיאוגרפיים הסטטיסטיים (אג"ס) של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (בסולם מ- 1 עד 20), באמצעות כתובת המגורים של המבוטח.

ניתוח הנתונים העלה הבדלים בהימצאות הסוכרת לפי דרוג חברתי- כלכלי: הסוכרת במדרגים נמוכים (אג"ס 1-5) גבוהה פי 1.4 גברים ופי 2.1 בנשים בהשוואה למדרגים גבוהים (אג"ס 16-20). הימצאות של מחלות לב וכלי דם במדרגים הנמוכים גבוהה פי 1.2 בגברים וב- 1.6 בנשים בהשוואה למדרגים הגבוהים. סוכרת לא מאוזנת ($HbA1C > 9\%$) מאופיינת יותר את המבוטחים בדרגים נמוכים והשכיחה פי שניים בנשים מהמדרגים הנמוכים בהשוואה לגבוהים. שיעור ביצוע בדיקות לאיתור מוקדם של סרטן המעי הגס בגברים מהמדרגים הנמוכים הוא 57% מזה של הגברים המדרגים הגבוהים, כאשר בנשים הפער הוא קטן יותר. שיעור ביצוע ממוגרפיה במדרגים נמוכים מהווה 88% משיעור ביצוע במדרגים הגבוהים. בכמחצית מהמדרגים לא נמצאו פערים ניכרים בין השכבות החברתיות.

באשר לקבוצות אוכלוסייה, נמצא כי הימצאות הסוכרת גבוהה פי 1.5 בגברים ערביים מזה של גברים יהודיים, ופי 1.8 בקרב נשים ערביות לעומת נשים יהודיות. הימצאות מחלות לב גבוהה יותר פי 1.2 בגברים ערביים, ופי 1.4 בקרב נשים. איזון גרוע של סוכרת גבוה פי 1.8 בקרב גברים ערבים וב- 2.2 בקרב נשים. מבוטחים ערבים מבצעים כי 30% פחות בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, ובממוגרפיה ניכר הבדלים של 10% בין הנשים משני המגזרים. הפערים בין האוכלוסיות הצטמצמו לאחר תקנון לפי מאפיינים חברתיים-כלכליים, אך עדיין נותרו משמעותיים. יש גם לציין, כי מבוטחים מהמגזר הערבי (40 אלף מבוטחים בכלל אוכלוסיית הדוח), קיבלו ייצוג נמוך של כלל אוכלוסייה ערבית במכבי, זאת בשל שיעור גבוה יחסית של ילדים ושל חסרי דירוג חברתי-כלכלי.

לא נמצאו הבדלים משמעותיים במדדי תחלואה ומדדים אחרים בין עולים חדשים לאוכלוסייה הוותיקה, לאחר נטרול משתנים חברתיים-כלכליים ודמוגרפיים (הדוח לא כלל עולי אתיופיה).

הדוח גם מציג פערים במדדי בריאות לפי בעלות על ביטוח משלים לרעת חסרי ביטוח, גם לאחר תקנון של כל המשתנים הרלוונטיים. שיעור נמוך יותר של בעלי ביטוח משלים מאפיין מדרגים חברתיים-כלכליים נמוכים ואת מחוזות הפריפריה.

כותבי הדוח מדגישים, כי העדר נתונים זמינים בקופה על מגוון משתנים חברתיים ודמוגרפיים ברמת הפרט, כגון לאום, השכלה, הכנסה ודתיות, אינו מאפשר לבצע פילוחים נוספים, בעלי משמעות עבור בחינת הפערים הבריאותיים בקרב מבוטחים.

בהמשך להפקת דוח אי-שוויון קיבלה הנהלת הקופה בשיתוף הדרג המנהלי בארגון לאמץ קידום השוויון בבריאות כמטרה אסטרטגית ארגונית מרכזית. הוסכם שערך השוויון יהווה "פילטר" בקבלת החלטות ניהוליות. על עקרון זה נבנתה תוכנית פעילות שנתית, אשר נגעה להיבטים שונים של פעילות הארגון כגון הקצאות, נגישות השירותים, שותפות עם הקהילה ויצירת תמריצים לצמצום פערים. הוחלט על המשך השקעה בפיתוח תפיסה ומתודולוגיה להערכת שוויון, בהערכה כלכלית של החלטה לעסוק בקידום שוויון, בהרחבת החקירה וזיהוי של אוכלוסיות בסיכון תוך שיפור מערך מידע על המשתנים הדמוגרפיים החסרים כיום.

נוסף לכך הקופה קיבלה החלטה אסטרטגית על התאמה תרבותית של שירותי הבריאות. בין הצעדים התקבלו החלטות על ייצוג הולם של מטפלים ומנהלים מקרב מיעוטים אתניים ותרבותיים, על הכשרת העובדים בדרגים שונים בנושאי הלימה תרבותית. הקופה החלה בהכשרת העובדים למתן שירותים לאוכלוסייה בדואית בשנת 2008 וממשיכה בהכשרת לעובדים עם אוכלוסייה החרדית. הקופה מתכננת כי עד סוף 2010 יעברו כל עובדיה הכשרה בהלימה תרבותית. צעד נוסף הוא הרחבת פעילות להנגשה לשונית ותרבותית של החומרים החינוכיים והמסרים הסברתיים לציבור חברים, שכוללת כבר היום הפעלת מרכז טלפוני למתורגמנות רפואית (בשלב ראשון בשפות ערבית ורוסית) ושימוש במגשרים תרבותיים.

כוון פעולה אחר הוא הרחבת שיתופי פעולה של הקופה עם הגורמים המקומיים הממסדיים (רשות מקומית) ולא ממסדיים (ארגוני מגזר שלישי ומנהיגות מקומית). כמו כן הוחלט על הרחבת פעילות בקידום בריאות בקרב אוכלוסיות בסיכון, כל זה במסגרת עיצוב תפיסה קהילתית לקידום השוויון ולשינוי אופי הרפואה הראשונית של הקופה.

הקופה קיבלה החלטה על השקעות ייעודיות ב"פריפריה חברתית", המאופיינת בנגישות נמוכה לשירותים; ריחוק ממוקדי פעילות כלכלית ומקורות כוח פוליטי; עומס תחלואה; רמה חברתית-כלכלית נמוכה ורמה נמוכה של לכידות חברתית-קהילתית. למטרה זו הוקצב סכום של 10 מליון ש"ח לשנה, החל משנת 2010.

על מנת לשפר את שירותי הקופה באזורי פריפריה הרחיבה הקופה בשימוש בטכנולוגיות של ועידות וידאו ונייד של מכשור מתקדם, כמו כן ניתן תמריץ לרופאים הבכירים לפתוח מרפאות מומחים ביישובי פריפריה.

על מנת להביא לצמצום מחסומים כלכליים יזמה מכבי דיאלוג עם משרד הבריאות למציאת דרכים להקטנת השתתפות עצמית ותשלום עבור תרופות לחולים כרוניים מקבלי הבטחת הכנסה ולאוכלוסיות עם צרכים מיוחדים.

בשנת 2010 פעלה הקופה לתכנון, הגדרה והטמעה של מדד איכות ארגוני חדש, שיעריך את שיעור צמצום הפערים במדדי הביצוע הקליניים לאורך זמן.

בין הפעולות של הקופה בתחום הנגשה לשונית והתאמה תרבותית ניתן למנות הקמת מוקד תרגום טלפוני ניסיוני, בשפות הערבית והרוסית; קורסי הכשרה בהלימה תרבותית לצוותים המטפלים באוכלוסייה הבדואית וכד'.

5.2.3 קופת חולים מאוחדת

בקופת חולים מאוחדת מבוטחים כ- 13% מתושבי המדינה. הגיל הממוצע של חבריה הוא הנמוך ביותר מהקופות ומהווה 28.2 שנים. מבחינת מעמד האוכלוסייה הקופה תופסת "מעמד ביניים", עם רמת השכר ממוצעת של 7,305 ש"ח ו- 42% משתכרים עד שכר מינימום, בדומה למבוטחי של כללית. שיעור מקבלי גמלת ביטוח לאומי נמוך יחסית, ואחוז העולים (15.7%) דומה לזה של מכבי ולאומית. בדומה לקופת חולים לאומית וכללית, במאוחדת קיים ייצוג יתר של זכאים להנחות עבור שירותי הבריאות (15.9% מכלל המבוטחים).

רוב שירותי הקופה ניתנים באזורים עירוניים, הן ביישובים יהודיים והן ביישובים לא יהודיים. במחוז ירושלים מבטחת הקופה 36.7% מסך מבוטחי המחוז ובאזור יש"ע 27.7% מכלל המבוטחים.

לפי דיווח הנהלת הקופה, בקופת חולים מאוחדת נעשה מאמץ מתמשך וקבוע לאתר את האוכלוסיות החלשות ולהשלים את צרכי הבריאות שלהם בצורה מכוונת. להלן מספר דוגמאות שהוצגו על ידי הקופה כחלק מהפעילות הנערכת על ידה ואשר מסייעות בהתמודדות עם אי-השוויון:

מגזר החרדי - הקופה משקיע מאמצים מיוחדים בפריסה רחבה של השירותי רפואה ראשונית, על ידי פתיחת מספר רב של מרפאות, מעבר לדרוש, זאת לאור הקשיים של נידוד באוכלוסייה זו המאופיינת במשפחות עם מספר רב של הילדים.

מגזר הערבי - על מנת להעלות את רמת ההיענות של נשים ליצוע בדיקות ממוגרפיה, ארגנה הקופה הסעות בלווי צוות רפואי. הדבר אפשר להעלות את מודעות הנשים לנושא ואת ביצוע הבדיקות.

הקופה בנתה שירות נשימתי בבתי מטופלים, הדבר אפשר ל- 28 מונשמים לקבל טיפול בהנשמה מלאה בבתייהם בהשגחה ופיקוח מקצועי. עוד 400 חברים נהנים משימוש במכשירי BPAP בבתיים תוך קיום חיי השגרה איכותיים.

לאוכלוסיית הילדים החולים במחלות שמחייבות פיזיותרפיה נשימתית יומית, ומהווים בשל כך נטל עצום על משפחותיהם, אפשרה הקופה לשכור מטופלים שיבואו לבתייהם ויעניקו הטיפול הפיזיותרפי מדי יום.

על מנת לענות על צרכי האוכלוסייה המבוגרת המתגוררת באזור השומרון, הקימה הקופה שירות גריאטרי מקומי, על ידי שירות נייד של צוות גריאטרי הנע בין המרפאות ומספק השירות הנדרש בישוב של המטופל.

כחלק מטיפול באוכלוסייה חלשה כלכלית, הקימה מאוחדת ועדת חריגים, הבודקת זכאות כלכלית לצד נזקקות רפואית. הועדה מסייעת מדי שבוע לכ- 20 פונים לרכוש את השירותים בהנחה/בפטור או בתנאים נוחים יותר.

הקופה פועלת לאיתורם של ניצולי שואה, הערכת מצבם והדרכתם בזכויות המגיעות להם מההיבט של מתן תרופות וטכנולוגיות בפטור מתשלום.

הקופה שוקדת לאתר נכי נפש ולהפנותם לקבלת סל שיקום.

פעולות אחרות בתחום בריאות הנפש הם השקעה בפיתוח שירותים בתחום זה באזורי פריפריה ובאוכלוסיות מיוחדות, כגון המגזר החרדי או המגזר הערבי. לצורך זה הקופה מקפידה על פריסה ארצית של העובדים בתחום זה בלמעלה מ- 50 מרפאות ראשוניות, זאת למרות ששירות זה אינו נמצא בתחום אחריותה הבלעדית. הקופה מבצעת הדרכה מעמיקה לרופאים הראשוניים בתחום ומפתחת שירותים ייחודיים לילדים ונוער במגזר החרדי ובמגזר הערבי.

מאוחדת נותנת שירות רפואי בשפת הפונה, גם כאשר מדובר בשפה שהיא אינה שפה רשמית של המדינה. כמו כן הקופה מחלקת מידע למיעוטים לשוניים, כולל הפצת חומר בעברית, ערבית ורוסית באופן שוטף ובחלק מהסניפים גם בצרפתית.

כמו כן, הקופה מפעילה מערכת רפואה מונעת וקידום בריאות, המביאה בחשבון את הפערים התרבותיים, תוך שיתוף מנהיגות דתית בעדות שונות (ערבית, דרוזים ויהודים חרדים), להשגת שיתוף פועלה ולשינוי הרגלי חיים.

5.2.4 לאומית שירותי בריאות

קופת חולים לאומית מבטחת כ- 9% מאזרחי המדינה. המבוטחים של הקופה בעלי הכנסה הנמוכה ביותר ביחס לקופות אחרות: הכנסה הממוצעת של החברים היא הנמוכה ביותר ושיעור המשתכרים עד לשכר מינימום הוא גבוה ביותר.

הקופה נותנת שירות הן למגזר היהודי והן למגזר הלא יהודי. מבחינת פריסתה האזורית מתאפיינת הקופה מתאפיינת באחוז נמוך יחסית של המבוטחים במרכז הארץ ודגש על הפריסה באזורי פריפריה, ובמיוחד במחוז ישי"ע, שם הקופה מובילה מבחינת היקף השירותים יחסית לקופות אחרות.

קופת חולים לאומית פועלת למתן שירות זמין ונגיש בפריסה ארצית רחבה. בין יעדי הפעילות של הקופה נקבעו הפעלה מלאה של סטנדרטים רפואיים ושירותים גבוהים זהים לכל המבוטחים; שמירה וחיזוק על מערך שירותים בפריסה ארצית בדגש על נגישות וזמינות גבוהים לכל המבוטחים; והרחבה והעמקת האיכות הרפואית בפריסה הארצית.

הקופה בנתה מערכת מדדי איכות רפואית (על בסיס מדדי האיכות הארציים של משרד הבריאות), אשר מאפשרת פילוח מדדי איכות רפואית בכל הרמות הגיאוגרפיות (מחוז, מרחב, מרפאה) ומאפשרת השוואה לממוצע מחוזי וקופתי. המדדים המפולחים מאפשרים לזהות נקודות חוזק ותורפה מקומיים ולחזק תחומים אלה.

באשר לנגישות שירותי הבריאות, מתאפיינת הקופה בפריסה רחבה למרות היותה מבטחת פלח אוכלוסייה קטן יחסית. במתן שירותים מעבר לקו הירוק מספקת הקופה, בחלק מהמקומות, שירות לכלל אוכלוסיית היישוב ולכל חברי קופות חולים. הקופה משקיעה מאמץ בהשגת נגישות טובה בפריפריה בשלושת מרכיבי הרפואה הקהילתית העיקריים: רפואה ראשונית, כולל סיעוד, מעבדה ותרופות; רפואה יועצת שכיחה (כגון נשים ואורתופדיה) ושירותי הדמייה נפוצים (כגון רנטגן ואולטרסאונד). במקרים רבים מתבצע איוש תפקידים או הסכם עם ספקים לצורך חיזוק הפריפריה גם כאשר מבחינת תחשיבי עלות/תועלת אין כדאיות, משום שגורם הנגישות מהווה שיקול מרכזי.

לדברי הקופה הצעדים המפורטים מטה ננקטו על ידה והינם תורמים להגדלת הנגישות וההתמודדות עם הפערים.

- הקופה חתמה הסכם עם כלל בתי החולים הממשלתיים ומאפשרת בחירה חופשית של מבוטחיה בכל אחד מבתי החולים הממשלתיים. הדבר תורם לשיפור משמעותי בנגישות השירותים.
- על מנת לשפר זמני ההמתנה לקבלת שירותי רפואה קופת חולים לאומית מפתחת מדד לזמינות התורים, אשר מאפשר מדידת זמני המתנה לרפואה ראשונית ויועצת בכל נקודת שירות, תוך התחשבות בפיזור גיאוגרפי של השירותים.
- הקופה מקיימת רשת רפואת שיניים זמינה ונגישה בפריסה ארצית, למול רשת רחבה של רופאי שיניים בהסכם.

- הקופה מאפשרת ללקוחותיה בעלי שב"ן לקבל שירותי רפואה משלימה ללא הגבלה על מספר הטיפולים. על מנת להגביר שירותים אלה בתוך הקופה הוקמו מרכזי רפואה משולבת בתוך מרפאות הקופה ולא במרכזים בודדים.
- בתחום שביעות הרצון מבצעת הקופה מדידות שבועיות על ידי חברת סקרים מקצועית, והנתונים מועברים לדירוג המנהלי באופן שוטף.
- ללאומית מוקדי חירום הפזורים בכל בארץ ופועלים עד שעות הלילה המאוחרות. בנוסף לכך קיים שירות רפואי לתוך הלילה ללא תשלום, הכולל שירות רופא משפחה וילדים, אחיות ובתי מרקחת, הן במרכז הארץ והן בפריפריה. באזור הכפרי בפריפריה במקיימת הקופה שירותי חירום גם על ידי רופא כונן, דהיינו, "רופא כפר". כמו כן, ניתן לקבל שירותי של "רופאה מומחה" בטלפון בשעות סגירת המרפאות. שירות זה פתוח לכל מבוטחי הקופה בארץ בנגישות מלאה.

5.3 רשויות מקומיות

רשויות מקומיות עשויות לתרום רבות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות. ראשית, הרשויות מספקות מגוון רחב של שירותים בעלי השפעה על הבריאות, ביניהם דיור, שירותי רווחה, השכלה, פנאי, תחבורה ותברואה (Watson et al., 2005). אחד מתפקידיה של הרשות הוא להבטיח זמינות טובה ושוויונית של שירותים חברתיים לכלל תושבי היישוב. כמו כן, לארגוני השלטון המקומי הבנה טובה של צרכים מיוחדים של תושבי היישוב ויכולת לזהות אזורים ואוכלוסיות במצוקה.

הן הניסיון הבין לאומי, והן הניסיון הישראלי מלמדים, כי שיתוף פעולה בין רשויות לבין ארגוני הבריאות הפועלים ביישוב מוליד פרויקטים מוצלחים בקידום בריאותם של כלל התושבים ושל הקבוצות החלשות בתוכם. אחת הדוגמאות הבולטות לכך היא פעילות של פרויקט בין-לאומי "ערים בריאות", הפועל לקידום בריאותם של היחידים ברמה מוניציפאלית.

בישראל, רשת "ערים בריאות" הוקמה ב-1990, כיוזמה משותפת של משרד הבריאות ומרכז השלטון המקומי. הרשת הוקמה במסגרת פרויקט של ארגון בריאות עולמי, הפועל לקידום בריאות וצמצום הפערים ברמה עירונית.

העקרונות של "עיר בריאה" מעוגנים באמנות בינלאומיות, וכוללים שלושה רעיונות מרכזיים. אלו הם:

- (1) "בריאות לכל", כלומר שיפור מצב בריאות האוכלוסייה וצמצום פערים בריאותיים תוך הדגשת רפואה מונעת, קידום בריאות ושותפויות בין מגזרים בחברה ושיתוף תושבים;
- (2) ניהול מדיניות ציבורית בריאה, יצירת סביבה תומכת, חיזוק שיתוף הקהילה, שינוי דגשים בשירותי בריאות;
- (3) עקרון של צדק חברתי וסביבתי, שימוש אחראי במשאבי טבע והגנת הסביבה (ערים בריאות בישראל, 2008).

לאחר הצטרפותה של עיר לרשת ערים בריאות, השלטון המקומי מקים ועדת היגוי בנושאי הבריאות וממנה מתאם בריאות, אשר מרכז את עבודת הוועדה ומתווך בין הגורמים השונים המעורבים בפעילות של רשות בנושא זה. אחד הצעדים הראשונים להם מתחייבת המועצה המקומית או האזורית עם התחברות לרשת ארצית היא ביצוע פרופיל חברתי-בריאותי של העיר, באמצעות סקר התושבים. הסקר נועד לאפיין את מצב בריאותם של התושבים, לבחון מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וסביבתיים הקשורים לבריאות, למפות שירותים חברתיים בעיר ולבדוק את מידת התאמתם לצרכים של האוכלוסייה.

עיקר הפעילות של ערים החברות ברשת ערים בריאות הוא ביצוע תוכניות המקדמות את בריאות, רווחה ואיכות חייהם של התושבים תוך שיתוף פעולה בין רשות, ארגוני בריאות, חינוך, סביבה, רווחה וכן גורמים ציבוריים אחרים הפעולים במרחב העירוני. פרויקטים עירוניים נוספים הפועלים בישראל בשיתוף עם רשת ערים בריאות הם "עיר נקייה מעישון", "עיר פעילה" וכן פרויקטים אחרים המנוהלים ברשויות מקומיות לשיפור בריאותם של התושבים.

נכון לשנת 2010 רשת ערים בריאות בישראל מאגדת 45 רשויות מקומיות ו- 5 מועצות אזוריות, אשר כוללת כמחצית מאוכלוסיית ישראל (רשת ערים בריאות, 2010). כ- 30 מתוכן הינן חברות פעילות וישנן רשויות נוספות העומדות להתחבר לרשת בימים האלה.

הערים הפעילות ביותר, אשר צברו לזכותן הישגים משמעותיים בקידום פרויקטים שונים בתחום הבריאות והרווחה הם הרצליה, מעלה אדומים, אשדוד, חיפה, אום אל פחם וכן ערים אחרות.

יישובים חברים ברשת ערים בריאות, 2010

אום אל פאחם, אילת, אריאל, אשדוד, אשקלון, באר שבע, בית שמש, דימונה, הרצליה, חולון, חיפה, טירת כרמל, יפיע, ירוחם, ירושלים, כפר ברא, כפר סבא, כרמיאל, כרמל, להבים, לוד, מודיעין, מודיעין עילית, מועצה אזורית גולן, מועצה אזורית גזר, מועצה אזורית גליל עליון, מועצה אזורית עמק הירדן, מעלה אדומים, מעלות תרשיחא, נס ציונה, נצרת, נתניה, סחנין, פתח-תקוה, קציר- חריש, קרית ביאליק, קרית גת, קרית טבעון, קרית יערים, קרית שמונה, ראשון לציון, רהט, רמלה, רמת השרון, שהם, תל אביב

מקור: אתר רשת הערים הבריאות <http://www.healthycities.co.il/map.asp>

למרות הפעילות הענפה של רשת ערים בריאות בישראל, אשר זכתה לתמיכה והכרה של ארגונים ממשלתיים, אקדמיים וציבוריים, הפיכתן של כלל ערי ישראל לערים בריאות עדיין רחוקה מהשגה. לעיתים נובע הדבר מסדר קדימויות, במסגרתו מקנה הרשות המקומית לתחום הבריאות מיקום נמוך יחסית בסדר עדיפויות. לעיתים מדובר במוגבלות תקציבית וחוסר רצון של הרשות להשקיע השקעה מיוחדת בקידום בריאות התושבים. לכך תורמת העובדה, כי החוק בישראל לא מחייב רשות להקים יחידה או מטה שירכז את הטיפול בנושא אל מול משרד הבריאות, קופות חולים והאחרים, זאת לעומת נציגי רווחה וחינוך הפועלים בכל רשות מקומית. יש גם להוסיף ולומר, כי לא פעם הקשר בין הרשויות העירוניות (ובמיוחד גורמי הרווחה ברשות המקומית) לבין

ארגוני הבריאות הפועלים ביישוב הוא רופף, דבר שמונע שילוב כוחות לקידום בריאות האוכלוסייה המקומית בכלל וקבוצות החלשות בתוכה בפרט.

יש לציין עם זאת, כי מאחר וכיום העיסוק בקידום בריאות ברשות המקומיות הוא פרי יוזמה של הרשות עצמה, קיימים מצבים בהם פעילות לקידום בריאות מתקיימת גם בערים שאינן מאוגדות ברשת ערים בריאות.

נציג להלן שתי דוגמאות לרשויות מקומיות הפעילות בתחום קידום בריאות.

הרצליה

הרצליה (אשכול חברתי-כלכלי 358), חברה ברשת ערים בריאות, הינו אחד הישובים הפעילים ביותר בתחום הבריאות בין ערי ישראל. בעיריית הרצליה קיימת יחידת בריאות עירונית, שמטרתה חיזוק וקידום בריאות הציבור ואיכות החיים לתושבי העיר³⁶. התוכניות לקידום בריאות מופעלות בשיתוף פעולה בין אגפי העירייה לבין ארגונים וולונטריים, ארגוני הבריאות, מוסדות חינוך, מתנ"סים וארגונים אחרים בקהילה.

בעיר פועלות מספר תוכניות קבועות בתחום הבריאות. לדוגמא, מועדון שוחרי בריאות לגיל השלישי, פעילויות הליכה והתעמלות בריאותיות בפארקים עירוניים, מפגשים אקטואליים על בריאות ורפואה עם הרופאים הבכירים, פעילויות סינון ומניעה לקשישים (בשיתוף עמותות, מדור הרווחה בעירייה וקופות חולים), מרפאת מתבגרים (ללא תשלום), תמיכה בנשים לאחר הלידה, וכד'. דגש מיוחד ניתן על פעילות בתחום הבריאות במערכת החינוך העירונית. בבתי הספר ניתנים שירותי עזרה ראשונה לתלמיד, וכן מתקיים סבסוד טיפולי שיניים לילדים ממשפחות נזקקות. לילדי כיתה י' קיימת תוכנית לימודית מיוחדת להגשת עזרה ראשונה (במסגרת "נוער שוחר בריאות"). כמו כן מופעלות תוכניות לילדי הגנים ובתי הספר בנושאים של תזונה נבונה, בטיחות בדרכים, מניעת עישון לתלמידים וכד'.

בית שמש

בית שמש (אשכול חברתי-כלכלי 3) הינה אחת החברות הפעילות ברשת ערים בריאות. בעיריית בית שמש פעולת יחידת בריאות, האחראית על קידום בריאות של תושביה ועל תאום קשרי עבודה בתחום הבריאות בין העירייה, משרדי ממשלה, ארגוני בריאות ומוסדות אחרים בקהילה.

בין הפעילויות הייחודיות אשר מתקיימות בעיר³⁷, עליהן אחראית ואותן מפעילה יחידת בריאות, ניתן למנות את שירותי יעוץ וטיפול עבור נוער מתבגר והוריהם (ללא תשלום); פרויקט נשים למען בריאותן, המכוון להעצמת נשים בתחום הבריאות; תוכנית בטיחות לגיל השלישי – א-ב בטיחות, אשר כוללת הפעלת נאמני בריאות לאיתור מפגעים בטיחותיים המסכנים את בריאות הקשיש וכן פעילויות אחרות של חינוך ומניעה בקרב בני הגיל השלישי; מרפאת שיניים לנזקקים; תוכנית לקידום בריאות אוכלוסיית משפחות חד הוריות; קבוצות הליכה; תוכניות למניעת עישון; ימי בריאות וכן פעילויות אחרות לקידום בריאות התושבים.

³⁵ לפי מדד חברתי-כלכלי של למ"ס לשנת 2006 (2009).

³⁶ ראה אתה הבית של עיריית הרצליה:

[<http://www.herzliya.muni.il/herzelia.asp?topcadid=3&groupid=5&itemid=3>]

³⁷ ראה אתה הבית של עיריית בית שמש: <http://betshemesh.muni.il/pages.php?id=89>

יש לציין, כי בחינת פעילויות של רשויות מקומיות בתחום קידום בריאות מלמדת, כי רוב התוכניות מכוונות לכלל תושבי העיר, ופחות על מגזרים בעייתיים וחלשים בה. על אף החשיבות של פעילות מקיפה מסוג זה, מומלץ להשקיע מאמצעים מיוחדים בזיהוי ואיתור קבוצות חלשות ואוכלוסיות בסיכון (כגון בעלי הכנסה נמוכה, נוער בסיכון, קשישים בודדים בקהילה, עולים חדשים וכד'), ולפתח פעילויות ייחודיות לאוכלוסיות האלה בתחום הבריאות.

5.4 פעילות להתמודדות עם אי השוויון: עיקר הממצאים

פעילות משרד הבריאות

- משרד הבריאות הכריז על מחויבותו לקידום השוויון בבריאות וכלל גם נושא זה במסגרת יעדי המשרד לשנים הקרובות. המשרד רואה את עצמו כגורם המוביל והאחראי על עיצוב וקביעת המדיניות בתחום התמודדות עם אי השוויון ודוגל שיתוף פעולה עם גורמים ממשלתיים וציבוריים רלוונטיים כאמצעי להגברת יכולת ההתמודדות עם אי-השוויון.
- משרד הבריאות פעל בעבר ופועל לצמצום הפערים. בין היתר התקבלו החלטות בעלות משמעות לצמצום הפערים בתחום תשתיות, מתן תמריצים לארגוני בריאות לצורך קידום התמודדות עם אי השוויון, השתתפויות עצמיות עבור שירותי בריאות, שקיפות מידע, גישור תרבותי וכד'. כמו כן הקים המשרד יחידה להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות במסגרת האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- המשרד מפעיל באופן שוטף מגוון תוכניות לקידום בריאות, באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות, חלקן מכוונות לאוכלוסיות במעמד סוציו-אקונומי נמוך, מיעוטים, עולים, קשישים וכן קבוצות אוכלוסייה חלשות אחרות.

פעילות של קופות חולים

- קיימים הבדלים משמעותיים בין קופות החולים בהרכב המבוטחים מבחינת גיל, מצב חברתי-כלכלי, קבוצת אוכלוסייה, נוכחות באזורי מדינה פריפריאליים, סוג היישובים בהם ניתן השירות, ומשתנים אחרים. בפני כל קופה עומד אתגר מיוחד בתחום צמצום הפערים בבריאות ובשימוש בשירותים בקרב חבריה.
- הקופות פועלות רבות לקידום בריאותן של האוכלוסיות חלשות, כאשר חלק מהקופות הפכו את נושא קידום שוויוניות בבריאות ליעד חשוב ומרכזי למדי בפעילותן בקהילה.
- שתי קופות חולים, כללית ומכבי, קיבלו בשנים האחרונות החלטות אסטרטגיות והחלו ביישום תוכניות רב-שנתיות לצמצום פערים בבריאות, תוך הפיכת הנושא לרכיב מרכזי באסטרטגיה הארגונית לשנים הקרובות. בתוך כך בנו הקופות התוכניות ייעודיות למתן מענה לאוכלוסיות ממוקדות, כגון קשישים, עולים, בני מגזר הערבי, תושבי פריפריה גיאוגרפית וחברתית וכד'. התוכניות האסטרטגיות של הקופות שונות ביניהן במבחר כלים ובהדגשים בפעילות להתמודדות עם אי-השוויון. בדוח מובאים דיווחים של הקופות על הצעדים שנקטו במסגרת התוכניות ועל הצלחות במימוש היעדים שהוצבו במסגרתן.
- קופות החולים מאוחדת ולאומית מדווחות על פעילות לצמצום הפערים שלא במסגרת תוכנית ייעודית, כגון שיפור פריסת השירותים או תוכניות התערבות בקרב אוכלוסיות מסוימות.

פעילות ברשויות מקומיות

- מאז 1990 בישראל פועלת רשת ערים בריאות, המצהירה כאחת ממטרותיה קידום בריאות וצמצום הפערים ברמה העירונית. נכון לשנת 2010 רשת ערים בריאות בישראל מאגדת 45 רשויות מקומיות ו-5 מועצות אזוריות, אשר כוללת כמחצית מאוכלוסיית ישראל. יחד עם זאת, יישובים רבים אינם פעילים בתחום הבריאות. בדוח מובאות דוגמאות של שתי ערים, הרצליה ובית שמש, השונות מבחינת מעמד חברתי-כלכלי, פעילות בתחום קידום בריאות תוך התחשבות בצרכים מיוחדים של קבוצות שונות בקרב תושבי העיר.

פרק 6. סיכום

הדוח הנוכחי פורס תמונה של הפערים בבריאות המאפיינים את תושבי ישראל, ומציג נתונים בנוגע לאי-שוויון בפריסה, בנגישות ובזמינות השירותים הרפואיים במדינה. הפערים בין הקבוצות השונות באוכלוסייה ובין האזורים הגיאוגרפיים מוצגים על רקע אי-השוויון החברתי-כלכלי והאזורי המאפיין את החברה הישראלית, אשר תורם להיווצרות ההבדלים בבריאות. כמו כן הדוח סוקר בקצרה את הפעילות של משרד הבריאות, קופות החולים ורשויות מקומיות בתחום התמודדות עם אי-השוויון בבריאות. הדוח מתוכנן כפרסום שנתי, אשר ירכז את המידע אודות הפערים בבריאות והפעילות הנעשית במטרה להתמודדות עמם.

בין היתר, נצפו פערים משמעותיים בתוחלת חיים, בתמותה ובתחלואה לפי אזורים גיאוגרפיים, ברמה מחוזית ונפתית, כאשר מחוזות הצפון והדרום מאופיינים לרוב במצב בריאות ירוד יותר לפי המדדים שהוצגו. הבדלים ברורים במצב הבריאות נתגלו גם לפי מעמד חברתי-כלכלי בין קבוצות אוכלוסייה ובין האזורים. עובדה זו מצביעה על הצורך בראיה משולבת של הפערים בבריאות כפועל יוצא של מיקום הפרטים ב"פריפריה גיאוגרפית" ו-"פריפריה חברתית". הבדלים משמעותיים בתמותה ותחלואה נמצאו גם בין קבוצות דת, מוצא ותרבות. בתוך כך הוצגו קבוצות סיכון מבחינת מדדי תמותה ומתחלואה, כגון אוכלוסיית בעלת הכנסה נמוכה ובני המגזר הערבי בהקשר של תחלואה בסוכרת; עולי אתיופיה בהקשר של סיכון להתאבדות; נשים יהודיות בהקשר של סרטן השד; עולי ברה"מ לשעבר בהקשר של מחלות לב וכד'. כמו כן, הוצגו ההבדלים המשמעותיים בהתנהגות בריאותית לפי משתנים תרבותיים וחברתיים.

תחום נוסף, בו הוצגו הבדלים משמעותיים הוא תחום זמינות ונגישות השירותים. בהתבסס על מגוון סקרים ועבודות מחקריות, מצביע הדוח על קשיים בקבלת השירות הרפואי בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות על רקע כלכלי, תרבותי או גיאוגרפי. בין היתר, הושם דגש ניתן על קבוצות בעלות צרכים מיוחדים הדרושים השקעה מיוחדת של שירותי הבריאות, כגון זקנים, עולים או תושבי פריפריה.

הדוח מספק סקירה של פריסת השירותים הרפואיים במדינה ומצביע על פערים בשיעורי כוח אדם ומיטות אשפוז בין המחוזות. בין היתר נמצא, כי מחוזות הצפון והדרום מתאפיינים בתשתית מצומצמת יותר של השירותים, הן מבחינת העובדים במקצועות הבריאות והן בתשתיות האשפוז. במדדים מסוימים הנתונים מצביעים על המשך הירידה בהיקף ספקי השירותים באזורים האלה. יש לציין גם את הירידה היחסית של תשתיות במחוז ירושלים מול הגידול באוכלוסייה.

לצד תמונת מצב זו מציג הדוח סקירה תמציתית של פעילויות ארגוני הבריאות ורשויות מקומיות, המכוונת להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות. יש להדגיש, כי בשנים האחרונות ניכרת עלייה משמעותית בפעילות משרד הבריאות והארגונים השונים בתוך המערכת בתחום אי-השוויון. ראוי לציון ולהערכה פעילות רחבה של חלק מקופות החולים, שהשקיעו בשנים האחרונות מחשבה ופעילות רבה בתחום זה.

בתחום קידום השוויוניות, ניתן להצביע על צעדים משמעותיים ויוזמות חדשות שננקטו בתקופה האחרונה על ידי משרד הבריאות, כגון רפורמה בתחום רפואת שיניים, ביטול אגרת טיפות החלב, הרחבת ההנחות בהשתתפות העצמית של קשישים ועוד. חלק מהצעדים בהם נוקט המשרד נועדו

לתרום להגברת השקיפות של מידע בנושא של אי-שוויון בבריאות, לרבות ההוצאה לאור של פרסום זה. המשרד מקנה חשיבות רבה לכינון הכינוס השנתי "מערכת בריאות מתמודדת עם אי-השוויון", אשר אמור לספק במה לעוסקים בפעילות לצמצום הפערים, לכוון את הפעילות, להפיק במשותף לקחים ולספק תמריץ לארגונים השונים להשקיע בנושא קידום השוויוניות בשנים הבאות.

ראוי לציין, כי למרות הפעילות הענפה המתקיימת כבר כיום במערכת הבריאות, הדרך לצמצום אי-השוויון בבריאות עדיין ארוכה, ותמונת הפערים שהוצגה בדוח זה מעידה על כך. זיהוי אוכלוסיות בסיכון בריאותי, על סמך מעמדן חברתי-כלכלי ומאפיינים תרבותיים, מהווה אחת המטרות החשובות של מדיניות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות. כמו כן, קיימת חשיבות מיוחדת למיפוי בריאותי של האוכלוסייה על פי אזורי מגורים.

ברצוננו להדגיש, כי דוח זה מהווה ניסיון ראשוני של המשרד להציג במרוכז היקף רחב של נתונים ומידע בנושא של אי-השוויון בבריאות ובשירותי הבריאות בישראל. בעיות בתחום של חוסר אחידות בהגדרות, כמו גם הבדלים מתודולוגיים בשיטות המחקר של עבודות שונות המוצגות בו, מהווים אתגר שמקשה, לא רק על הצגת הנתונים והשוואתם אלא לעיתים על הפקת מסקנות מהם. ייתכן גם כי ההתבססות על הנתונים הזמינים הקיימים כיום, מנעה הצגת תחומים החשובים להבנת תמונת הפערים הקיימים ושיקוף אוכלוסיות נוספות בעלות סיכון גבוה לאי-השוויון בבריאות. אנו מודעים למגבלות הקיימות בחוסר האחידות ובהיקף המידע הקיים כיום ומקווים כי שיפור מאגרי המידע הקיימים, ובמיוחד הקמת מאגר מידע לאומי בתחום אי-השוויון, המתוכנן כיום במשרד הבריאות, יתרום למשימה חשובה זו.

משרד הבריאות פעל ופועל לקידום השוויון במערכת הבריאות והוא ימשיך לעקוב ולשקף בשנים הבאות את תמונת הפערים ואת העשייה במערכת הבריאות בתחום זה. גם בדוחות הבאים ישולבו תוצאות של הפעילות של ארגוני בריאות שונים ויוצגו הישגים שונים. אנו רואים בפרסום זה חלק אינטגרלי וחשוב מהמאמץ המשותף של ארגוני הבריאות לקדם את השוויוניות במערכת הבריאות.

שילוב כוחות בין כלל הגורמים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה, יעצים את יכולת ההתמודדות עם הפערים. הננו בטוחים שלשאיפה זו שותפים כולנו, שכן היא חיונית למימוש ערכים חברתיים בסיסיים של הוגנות ושוויוניות בקרב אזרחי המדינה. ערכים שהחתימה אליהם היא תנאי לכינונה של חברה מלוכדת ובריאה.

ביבליוגרפיה

- אורי א', בורשטיין ס', אפטר א'. 2010. האפידמיולוגיה של אובדנות בישראל. 13.4.2010, [http://www.themedical.co.il/Article.aspx?itemID=2782]
- אפשטיין ל' וחורב ט'. 2007. אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות: הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה. מרכז טאוב, ירושלים.
- בן-נון גבי, ברלוביץ יצחק ושני, מרדכי. 2005. מערכת הבריאות בישראל. הוצאה לאור של משרד הבטחון.
- בראון-אפל א', גרטי-סנדלון נ', גרין מ'. 2008. שימוש פנייה לשירותי בריאות בקרב עולי ברית-המועצות לשעבר. הרפואה. 147 (4): 282-6.
- ברג א', זוסמן ש', חורב ט'. 2001. היבטים חברתיים וכלכליים של רפואת שיניים בישראל בעידן של ביטוח בריאות ממלכתי. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברג-ורנר א', חורב ט', זוסמן ש'. 2004. "בריאות השן ושימוש בשירותי בריאות השן בקרב קשישים". גרונטולוגיה, 31 (1): 43-53.
- בר-המבורגר ר', י. אזרחי, א. רוזינר, ר. ניראל. 2009. השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל 2009: מחקר אפידמיולוגי VII, הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול, ירושלים.
- ברחנא מ', אלון ר', ליפשיץ א'. 2010¹. סרטן המעי הגס והחלחולת עדכון נתוני התחלואה. משרד הבריאות, רישום הסרטן הלאומי. מרץ 2010.
- ברחנא מ', אלון ר', ליפשיץ א'. 2010². מלנמה ממאירה של העור: עדכון נתוני תחלואה. משרד הבריאות, רישום הסרטן הלאומי. מאי 2010.
- בנדלק, ג'. 2009. חברות בקופות חולים. המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.
- גריןברג עפרה. 1989. הזמנה לעיירת פיתוח, הוצאת הקיבוץ המאוחד, מכון ירושלים לחקר ישראל.
- דוידוביץ נ', פילק ד', בליצר ר', דרייפוס א', ורדי ד'. 2006. סטטוס בריאות ודפוסי שימוש בשירותי בריאות בקרב עולים חדשים ממדינות חבר העמים ואתיופיה. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. 2006¹. פרופיל בריאות-חברתי של היישובים בישראל 1998-2002.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. 2006². סקר בריאות לאומי 2003/4: ממצאים נבחרים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2007. הסקר החברתי.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. 2008. תמותת תינוקות 1997-2004: מאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים, פרסום 1332.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2009. אפיון רשויות מקומיות וסיווג לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה 2006.

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2009¹. שנתון סטטיסטי לישראל מס' 60.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2009². הקהילה האתיופית בישראל. 15.11.2009. הודעה לעיתונות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2010¹. שנתון סטטיסטי לישראל מס' 61.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2010². סיבות מוות בישראל – 2008. הודעה לעיתונות מ-17.08.2010.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2010³. סקר הוצאות המשפחה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל. שנים שונות.
- המוסד לביטוח לאומי. 2009¹. ממדי העוני והפערים החברתיים 2008, דוח שנתי. מנהל המחקר והתכנון.
- המוסד לביטוח לאומי. 2009². ממוצעי שכר והכנסה לפי יישוב ולפי משתנים כלכליים שונים 2007 (מס' 223).
- המועצה הלאומית לשלום הילד. 2009. ילדים בישראל 2009. שנתון סטטיסטי.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים. כנס ים-המלח הרביעי, 14-15 מאי, 2003.
- המרכז הלאומי לבקרת מחלות. 2004. סקר בריאות לאומי בישראל. מודול א'. בריאות נשים. פרסום 237.
- המרכז הלאומי לבקרת מחלות. 2006. סקר בריאות לאומי בישראל 2003-4 (NHIS-1).
- ווילף-מירון ר', יערי ע', לוינהוף א', ויינר א', אביצור מ', שם-טוב א'. 2009. שוויון בבריאות. פערים בבריאות: תמונת מצב וכיווני פעולה. דוח מס' 1. מכבי שירותי בריאות.
- ולדמן א', הילמן, ט'. 2009. דו"ח ציבורי מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2008. האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות, ירושלים 2009.
- חורב ט' ומן י'. 2007. רפואת הפה והשיניים: אחראיות המדינה לתושביה. מרכז טאוב, ירושלים.
- חורב ט' וקידר נ'. 2010. אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: השתקפותה של הרפורמה מחמש עשרה שנות חקיקה. משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- חורב, ט', ברג, א', זוסמן, ש' פ' (2004). פערים בין קבוצות אוכלוסייה במערך רפואת השיניים בישראל. רפואת הפה והשיניים. 21 (1): 35-42.
- יפה ע', גבעון ש', ספפה י', גוטמן נ'. 2004. שימוש בשירותי בריאות ואיכות הטיפול בחולי סוכרת יוצאי אתיופיה בהשוואה למטופלים חולי סוכרת שאינם יוצאי אתיופיה. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות.
- כהונאי, סמי. 2004. מדידת עוני בישראל: השיטה הנוכחית ושיטות חלופיות, ירושלים: הכנסת – מרכז מחקר ומידע.

כרמל ש', יקוביץ א', שרף מ'. 2007. המצוי והרצוי בהספקת שירותי בריאות לקבוצות שונות של זקנים לפי גיל, אזור גיאוגרפי, מוצא אתני ומעמד חברתי כלכלי. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות.

לובצקי, חסיה. 2009. "שירותי בריאות לפריפריה של הדרום בעידן חוק בריאות ממלכתי בישראל". מחקר לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע.

לרנר-גבע ל', בלומשטיין צ', בנימיני י'. 2006. בריאות האישה באמצע החיים, התנהגות בריאותית, שימוש ושביעות רצון משירותי בריאות. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

לשכת הבריאות מחוז הדרום. 2010. תוכנית להפחתת תמותת תינוקות במגזר הבדואי בנגב - דו"ח שנתי 2009. משרד הבריאות.

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 2010. ממצאים מהסקר השמיני במחקר מעקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות של מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל. הודעה לעיתונות. מרץ 2010.

מוניקדם מ' ומוניקדם ש'. 2008. תפיסת עוני ותפיסת שירות של רופאים ראשוניים ועובדים סוציאליים בקהילה. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות.

מקור: משרד הבריאות. 1999. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 1998.

משרד הבריאות. 2005. מצב בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל 2004. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 226.

משרד הבריאות. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. רישום הסרטן הלאומי. 2007. מיפוי היארעות המחלות הממאירות בישראל בחלוקה גיאוגרפית לנפות, נתוני 2001-2005. טיוטה.

משרד הבריאות. 2008. אובדנות בישראל. תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב.

משרד הבריאות. 2009¹. דוח שר הבריאות על העישון בישראל 2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות.

מקור: משרד הבריאות. 2009². מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2008.

משרד הבריאות. 2010¹. אובדנות בישראל. תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב.

משרד הבריאות. 2010². הודעה לעיתונות לרגל הצטרפותה של ישראל לארגון OECD, לשכת הדובר, מאי 2010.

משרד הבריאות. 2010³. דוח שר הבריאות על העישון בישראל 2009. המרכז הלאומי לבקרת מחלות.

משרד הבריאות. 2010⁴. דו"ח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל.

משרד הבריאות. 2010⁵. כוח אדם במקצועות הבריאות. תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב.

נאון, ד' (עורכת). 2009. מבוגרים בעלי מוגבלות בישראל. מאירס-ג'וינט - מכון ברוקדייל.

נירל נ', פלפל ד', רוזן ב', זמורה ע', גרינשטיין מ', זלצברג ס'. 2000. נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל? דו"ח מחקר, ג'וינט - מכון ברוקדייל, ירושלים.

- סדצקי ס', פפא מ', קטן ר', איזק ד', קפלן ג'. 2008. בחינת גורמים המשפיעים על אופן השימוש בשירותי הבריאות (היענות לבדיקות סריקה ולטיפול במחלה), בקרב חולות סרטן שד חרדיות. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות
- סוסקולני ו', אוסלנדר ג', בן שחר אי'. 2002. מחסומים לשימוש בשירותי בריאות ובשירותי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בקרב עולים מברית המועצות לשעבר. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות.
- עוסמאן א', בארי א', אדלר ב', דאוד נ'. 2005. היענות לטיפול עצמי בסוכרת לפי מודל האמונות הבריאותיות בקרב חולי סוכרת סוג 2 באוכלוסייה הערבית. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות.
- פורת א', רבינוביץ ג', רסקין סגל ע', בן סעיד ש'. 2008. תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דו"ח לקובעי מדיניות עבור השנים 2005-2007. משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות ומועצת הבריאות.
- פירר מ'. 2001. פנייה לעזרה נפשית מקצועית באוכלוסייה החרדית. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- פלג ק'. 2005. שוויוניות וזמינות של שירותי רפואה דחופה בשלב טרום בית-חולים. מרכז "טאוב" לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- צ'רינובסקי ד', אלקנה י', אנסון י', שמש ע'. 2003. שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות. המרכז לחקר מדיניות חברתית בישראל.
- קידר נ' וחורב ט'. 2010. חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים. משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- רוזנבאום-תמרי י. וגנידין ר. הבעיות המטרידות את העולים מבריה"מ לשעבר, בהשוואה לציבור הוותיק, המשרד לקליטת העלייה, האגף למחקר, 2007.
- רומנו-זליכה א', שר ק', שוחט ט'. 2002. שימוש בבדיקות גנטיות לאבחון טרום לידתי על ידי נשים הרות בישראל. מלב"ם ובית חולים אסף הרופא.
- רשת ערים בריאות בישראל. 2008. ערים בריאות בישראל, חוברת מידע.
- רשת ערים בריאות. 2010. [www.healthycities.co.]
- שובל י', אנסון ע'. 2000. העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל. הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית בירושלים, ספריית אשכולות, מכון אשכול, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- שוומנטל א', דנקנר ר', דרורי י', גולדבורט א'. 2008. מחקר המשך למחקר התערבות פרוספקטיבי מבוקר, לבדיקת השפעת הגברת המודעות לשיקום-לב בקרב חולי לב לאחר ניתוח מעקפים על שיעור ההיענות לטיפול בשיקום, על תחלואה, איכות חיים ו- 3 שנות תמותה, ואפיון הגורמים שמעודדים או מונעים מהחולים לעבור שיקום לב. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות.
- שמש ע' ואלקנה י'. 2002. שיעורי תמותה מתקוננים ומדדים חברתיים ביישובים, משרד הבריאות (טרם פורסם)
- שמש ע' ונקמולי-לוי ד'. 2009. אנשים עם מוגבלויות בקהילה. משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה.

שמש ע', סמטניקוב א', דור מ', שרף מ', שלו ו', רוזנבלום י', מץ ע'. 2007. הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים. משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, ירושלים.

ביבליוגרפיה באנגלית:

Adut ,R., Berkey, D. B., Sgan Cohen, H. D ,Mann ,J .(2002) .Edentulism and Oral Health in community dwelling in Israel. IADR, Abs. 253

Barak, Y., Aizenberg, D., Szor, H., Swartz, M., Maor, R., Knobler, H. 2005. "Increased Risk of Attempted Suicide Among Aging Holocaust Survivors American *Journal of Geriatric Psychiatry* 13 (8): 701-704.

Bunker, J. P. 2001. "The role of medical care in contributing to health improvements within societies" *International Journal of Epidemiology* 30:1260-1263.

Cacioppo J., Hawkley L., Crawford E., Ernst J., Burkeson M., Kowalewski R., Malarkey M., Cauter E., Berntson G. 2002. "Loneliness and Health: Potential Mechanisms". *Psychosomatic Medicine* 64:407–417.

Cohen MP, Stern E, Rusecki Y, Zeidler A 1988. High prevalence of diabetes in young adult Ethiopian immigrants to Israel. *Diabetes*. 37(6):824-8.

Dahlgren G. and Whitehead M. 2006. *Levelling Up (Part 1): A Discussion Paper on Concepts and Principles For Tackling Social Inequities In Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available from www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf.

Dollberg, S., Mimouni, F. B., Lusky, A., Reichman, B. 2003. "Effect of ethnicity on mortality of very low birthweight infants" *Israel Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 88

Hoerschgen E. and Schenker I., 2004, *Immigrants from the Former Soviet Union and the Israeli Healthcare System: A Comparison of Patients' and Physicians' Experiences and Expectations*. Hebrew University of Jerusalem Seminar Paper.

Jaber, L., Halpern, G.J., Shohat, T. 2000."Trends in the frequencies of consanguineous marriages in the Israeli Arab community" *Clin Genet* 58:106-110

Jaffe, 2002. Personal communication.

Jaffe, D. H., Manor, O., Eisenbach, Z., and Neumark, Y. D. 2007. "The protective effect of marriage on mortality in a dynamic society" *Annals of Epidemiology* 17: 540-547.

Jaffe Dena H. and Orly Manor (2009) "Assessing changes in mortality inequalities in Israel using a period-specific measure of socio-economic position, 1983–92 and 1995–2004" *European Journal of Public Health* 19(2):175-177.

Jaffe DH, Neumark YD, Eisenbach Z, Manor O. 2008. "Educational inequalities in mortality among Israeli Jews: changes over time in a dynamic population". *Health Place*. 2008 Jun;14(2):287-98.

Johnson, N. J., Backlund, E., Sorlie, P. D., and Loveless, C. A. 2000. "Marital status and mortality: The National Longitudinal Mortality Study". *Annals of Epidemiology* 10: 224-238.

Kaplan, G., Glasser S., Murad H., Atamna A., Alpert G., Goldbourt U. and Kalter-Leibovici O. 2010. "Depression among Arabs and Jews in Israel: a population-based study". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 45 (10): 931-939.

Kawachi, I., Subramanian, S. and Ammeida-Filho, N. 2002. "A glossary for health inequalities". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 647-652.

Kposowa, A., Breault, K. 2009. "Motor Vehicle Deaths among Men: Marital Status, Gender and Social Integration". *International Journal of Men's Health* 8 (2): 1933-0278.

Levav I, Al-Krenawi A, Ifrah A, Geraisy N, Grinshpoon A, Khwaled R, Levinson D. 2007. "Common mental disorders among Arab-Israelis: findings from the Israel National Health Survey". *Israel Journal of Psychiatry* 44 (2):104-13.

Levinson, D., Zilber, N., Lerner, Y., Grinshpoon, A., Levav, I. 2007. "Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: results from the Israel National Health Survey". *Israel Journal of Psychiatry* 44 (2): 94-104.

Levinson, D and Ifrah A. 2010. "The robustness of the gender effect on help seeking for mental health needs in three subcultures in Israel". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 45(3):337-44

Lubetzky Hasia; Shvarts Shifra; Merrick Joav; Vardi Gideon; Galil Aharon. 2004. "The use of developmental rehabilitation services. Comparison between Bedouins and Jews in the South of Israel". *ScientificWorldJournal* 4:186-92.

Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A. E. 2007. *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. European Commission (OIL), Luxembourg

OECD. 2010. *OECD Reviews of Labour Market and Social Policies: Israel*.

Ott JJ, Paltiel AM, Becher H. 2009. "Non-communicable disease mortality and life expectancy of migrants from the Former Soviet Union in Israel. A comparison between country of origin and host country". *Bull WHO* 87: 20-29.

Rubinstein A, Graf E and Villa Y. 1993. "Prevalence of diabetes mellitus in Ethiopian immigrants. Comparison of Moses and Solomon immigrations". *Isr J Med Sci* 29 (6-7):344-6.

- Singh-Manoux, A., Ferrie, J., Chandola, T. and Marmot M.. 2004."Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis" *International Journal of Epidemiology* 2004 33(5):1072-1079.
- Saydah S, Lochner K. 2010. "Socioeconomic status and risk of diabetes-related mortality in the U.S." *Public Health Rep.* 125(3):377-88.
- Schwartzbaum A., Rier D., Goldsmith R., Heller C., 2004. *Health and Health Service Utilization amongst Haredi Women in Israel*. Final Report to the Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.
- Sharon, A., Levav, I., Brodsky, J., Shemesh, A., Kohn, R. 2009. "Psychiatric disorders and other health dimensions among Holocaust survivors 6 decades later" *The British Journal of Psychiatry* 195: 331-335.
- Shmueli A. and Englecin-Nissan E. 2010. *Availability of Physicians' services as a tool for implicit risk selection in Israel's National Health Insurance System*. Research Report. Hebrew University and Ben-Gurion University.
- Soskolne V, Manor O. 2010."Health inequalities in Israel: explanatory factors of socio-economic inequalities in self-rated health and limiting longstanding illness". *Health Place*. 16(2):242-51.
- Vardi-Saliternik, R., Friedlander Y., Cohen T.2002. "Consanguinity in a population sample of Israeli Muslim Arabs, Christian Arabs and Druze" *Annals of Human Biology* 29 (4): 422-431.
- Watson J., Stevenson R., Whitelaw S., Lamprecht R. 2005.*Health improvement and health inequalities: a local authority perspective*. Scotland.
- Wilkinson, R. G.1992. "Income distribution and life expectancy". *British Medical Journal* 304: 165-168
- WHO. 2008. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on Social Determinants of Health - final report.
- Zadik D., Zusman S. P., Kelman A. M. 1992. "Caries Prevalence in 5- and 12-Year-Old Children in Israel". *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 20: 54–55
- Zambrana RE, Molnar C., Munoz HB, Lopez DS. 2004. "Cultural competency as it intersects with racial/ethnic, linguistic, and class disparities in managed healthcare organizations". *Am J Managed Care* 10, no. SP: 37-44.
- Zusman S.P, Ramon T, Natapov L, Kooby E. 2005. "National dental health 12-year-olds – 2002". *Community Dental Health* 22 : 175 – 179.