



משרד הבריאות
האגף לכלכלה וביטוח בריאות

אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו

2012

ירושלים, נובמבר 2012
כסלו תשע"ג

משרד הבריאות

האגף לכלכלה וביטוח בריאות

אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו

2012

כסלו תשע"ג

ירושלים, נובמבר 2012

עורכת : ד"ר אמה אברבוך –האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

בכתיבת הדוח השתתפו (לפי א' – ב') :

גבי נורית דוברין – הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

גבי פמלה הורוביץ – תחום תכנון סקרים והערכה, משרד הבריאות

גבי שושי טרויס-רפאלי - האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

ד"ר איליה נוביקוב – מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

גבי דיאנה נקמולי-לוי – תחום תכנון סקרים והערכה, משרד הבריאות

ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ – מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

מר עמית שריר – האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

גבי אנגילה שטרית – מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

האגף לכלכלה וביטוח בריאות

משרד הבריאות

רח' בן טבאי 2, ירושלים 93591

טל : 02-6705963/5846

דואר אלקטרוני : emma.averbuch@moh.health.gov.il

תוכן עניינים

6.....	הקדמה
7.....	פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-השוויון
8.....	1.1 אי-שוויון חברתי-כלכלי: עדכון תמונת מצב
8.....	1.2 פערים בבריאות: מעקב אחרי מדדים עיקריים
11.....	פרק 2. מיעוטים לשוניים: מאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים ושימוש בשירותי הבריאות
22.....	פרק 3. אורח-חיים באוכלוסייה היהודית בישראל וגורמים הקשורים בהם
29.....	פרק 4. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות
29.....	4.1 התמודדות קופות החולים עם אי-השוויון בבריאות
30.....	4.1.1 שירותי בריאות כללית
38.....	4.1.2 מכבי שירותי בריאות
42.....	4.1.3 קופת חולים מאוחדת
47.....	4.1.4 לאומית שירותי בריאות
52.....	4.2 פירוט הפעילויות של משרד הבריאות

הקדמה

דוח זה הינו פרסום נוסף¹ בסדרת דוחות, המוקדשים לנושא הפערים בבריאות בישראל והתמודדות עמם. השנה הדוח כולל סקירה קצרה של הפערים הנצפים במדדי בריאות עיקריים על רקע מגמות חברתיות-כלכליות כלליות, ומציג תמונת מצב מפורטת יותר בשני תחומים בעלי חשיבות מרובה לעניין התמודדות עם הפערים: מצבם הבריאותי והשימוש בשירותי רפואה בקרב מיעוטים לשוניים, וכן ההבדלים בהתנהגות בריאותית בקרב בעלי רקע חברתי-כלכלי שונה. הנתונים בתחומים אלו התקבלו מניתוח שני סקרים חברתיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2010 ו-2011.

חשוב להדגיש, כי המידע על הפערים המופיע בפרסום זה, מייצג את תחומי העשייה המרכזיים של משרד הבריאות, כגון: יישום חוזר מנכ"ל בנושא התאמה והנגשה תרבותית של שירותי הבריאות (7/11), ועידוד ארגוני הבריאות בביצוע תוכניות התערבות לשיפור בריאותם של האוכלוסיות החלשות.

מלבד נושאים אלה, הדוח כולל, בדומה לפרסום הראשון בסדרה, את תיאור הפעילות הנוכחית של משרד הבריאות וקופות החולים בתחום התמודדות עם אי-השוויון.

במשרד הבריאות עומדים על חשיבות איסוף, ריכוז והספקת המידע בנוגע לפערים בבריאות הן למנהלים במערכת הרפואית ועובדי מקצועות הבריאות בשטח, והן לציבור הרחב. מטרה זו הוגדרה כאחד המטרות העיקריות של תחום צמצום פערים בבריאות במשרד הבריאות, אשר מרכז את פעילות המשרד להתמודדות עם אי-השוויון. יש לציין, כי לאחרונה נחתם הסכם בין משרד הבריאות ומכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות להקמת מאגר מידע ארצי בנושא אי-השוויון בבריאות. במסגרת זו המכון, בשיתוף והובלת משרד הבריאות, יספק למשרד, לארגוני בריאות אחרים וכן לציבור הרחב, מידע עדכני אודות פערים בבריאות, עם דגש על הפערים על הרקע חברתי-כלכלי וגיאוגרפי. אחד הפרקים בפרסום זה (פרק 3) נכתב על ידי החוקרים ממכון גרטנר ואנו מצפים להמשך שיתוף פעולה פורה בין משרד הבריאות לבין מכון גרטנר בדרך לשדרוג מערך המידע בנושא אי-השוויון בבריאות בישראל.

¹ ראה אברבוך א', קידר נ' וחורב ט'. 2010. אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010. האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות.

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-השוויון**1.1 אי-שוויון חברתי-כלכלי: עדכון תמונת מצב**

מאחר וקיים קשר הדוק בין מצבה החברתי-כלכלי של האוכלוסייה, לבין אורח החיים ומצבה הבריאותי, מצאנו לנכון להציג בקצרה את המגמות העיקריות בתחום הרווחה הכלכלית, ובעיקר בהתייחס לנתוני העוני המתפרסמים מדי שנה על ידי המוסד לביטוח לאומי. כפי שצוין בדוח הקודם, לנתוני רקע חברתיים ישנה חשיבות רבה בזיהוי אוכלוסיות בסיכון בריאותי ולבניית תכניות התערבות ממוקדות.

ידוע כי שיעור האוכלוסייה הענייה בישראל הוא גבוה ביחס למדינות מערב אחרות, וגבוה כמעט פי שניים מממוצע מדינות OECD. יחד עם זאת, נמצא כי בשנים האחרונות קיימת מגמת ירידה בממדי העוני, בכל מה שנוגע למשפחות, נפשות וילדים (ביטוח לאומי, 2011). מדד תחולת העוני, כלומר אחוז משקי בית עניים מכל משקי הבית באוכלוסייה, ירד קלות בשנת 2010, זאת לאחר העלייה שנרשמה בשנת 2009 בעקבות המיתון של אותה שנה. ככלל, שיפור בממדי העוני קשורים לשיפור מצב התעסוקה.

המספרים האבסולוטיים של מספר העניים בישראל הינם עדיין קשים ואף גדלים עם הזמן: בשנת 2010 היו בישראל 433,300 משפחות עניות, שבהן חיו 1,773,400 נפשות, מהן 837,300 ילדים.

הירידה בממדי העוני בין שנים 2009 ל-2010 נרשמה בקבוצות אוכלוסייה שונות, כולל אוכלוסיית הקשישים, משפחות חד הוריות, עולים, וכך המשפחות גדולות (של 4 ילדים ויותר). יש לציין במיוחד כי תחולת העוני של המשפחות העובדות אינה משתנה, ולחלקן של המשפחות העובדות בכלל משפחות העניות אף ממשיך לעלות. בשנת 2010 שיעורם עמד על כ-51% מכלל המשפחות העניות.

קבוצה אחרת בה חלה עלייה ברמת העוני היא קבוצת הגיל הצעירה ביותר, בה ראש משק הבית עד גיל 30.

האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה החרדית שתי אוכלוסיות העניות ביותר בישראל, ומצבן אינו משתנה באופן משמעותי לאורך זמן.

מבחינת הפריסה הגיאוגרפית, מחוז ירושלים הוא המחוז העני ביותר במדינה, ואילו מחוזות תל אביב והמרכז הינם בעלי רמת עוני נמוכה ביותר. בשנים 2009-2010 רמת אי-השוויון האזורית עברה שינוי קל בעקבות שיפור מצבו של מחוז הדרום.

בנוסף לתמונת העוני בחברה הישראלית ראוי להזכיר את השינויים במדד ג'ני להתפלגות הכנסות בין האזרחים. מדד זה נע בין 0 ל-1, כאשר רמת השוויוניות יורדת עם העלייה בנתון. לפי סקרי הכנסות של למ"ס, בשנת 2011 עמד מדד ג'ני לאי-שוויון על 0.378, זאת בהשוואה ל-0.31 במדינות OECD. נתון זה מבטא ירידה קלה ביחס לשנת 2010, בה המדד עמד על 0.384 נקודות.

1.2 פערים בבריאות: מעקב אחרי מדדים עיקריים

בשנים האחרונות נמשכת המגמה של עלייה בתוחלת החיים בלידה באוכלוסיית ישראל. בשנת 2011 תוחלת החיים בישראל של כלל האוכלוסייה הייתה 80.0 בקרב גברים ו-83.6 בקרב נשים (למ"ס², 2012).

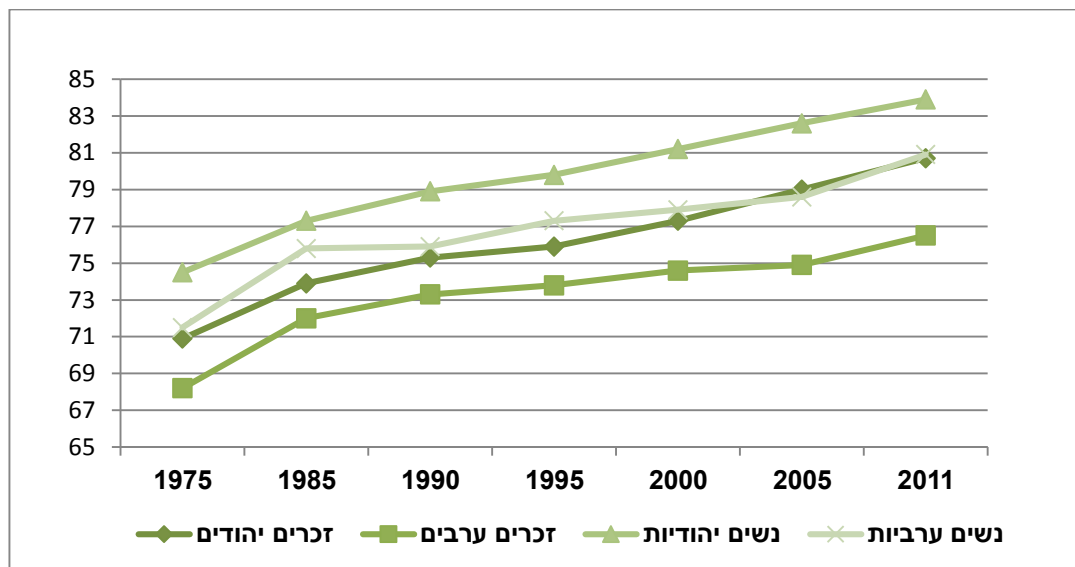
מאז שנת 2009, אליה התייחס הדוח הקודם, תוחלת חיים של גברים יהודים ואחרים עלתה מ-80.3 ל-80.5 בשנת 2011, ואילו בקרב נשים יהודיות לא חל כל שינוי ותוחלת החיים נשארה ברמה של 83.9 שנות חיים.

בקרב המגזר הערבי בתקופה המקבילה חלה עלייה קטנה בשני המינים: תוחלת החיים בקרב גברים ערבים עלתה מ-76.3 ל-76.5, ובקרב נשים ערביות נרשמה עלייה מ-80.7 ל-80.9.

בהסתכלות על העשור האחרון, משנת 2000 ועד 2010, ניתן לראות כי בתקופה זו חלה עלייה גדולה יותר אצל גברים יהודים לעומת ערבים (3.2 ו-2.0 שנים בעשור התאמה), אך בקרב הנשים ישנו השיפור גדול יותר בתוחלת החיים בקרב נשים ערביות (3.4 שנים בקרב ערביות לעומת 2.7 שנים בקרב יהודיות) (למ"ס¹, 2012). חלק מהשיפור הגדול בתוחלת החיים בקרב נשים ערביות מקורו בתיקון אומדן האוכלוסייה אחרי מפקד 2008 (שם).

תרשים 1. תוחלת חיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומגדר

1975-2011

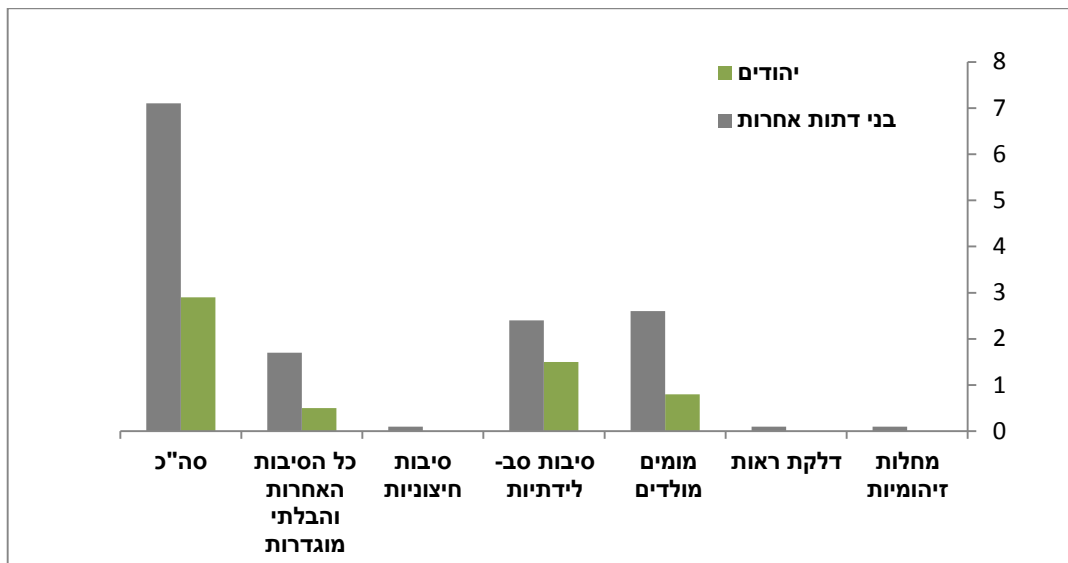


מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי 2012

בשנת 2010 שיעור תמותת תינוקות במגזר היהודי עמד על 2.7 לאלף לידות חי, ואילו בקרב הלא יהודים 6.9 (למ"ס, 2012²).

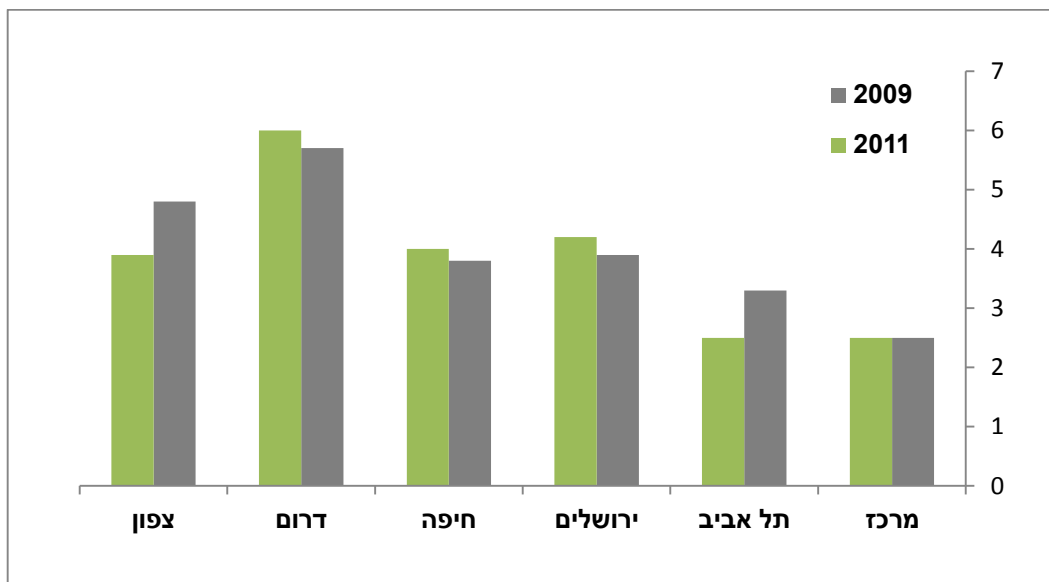
מעקב אחר התפלגות תמותת תינוקות לאורך זמן, לפי קבוצת אוכלוסייה והסיבה, מראה כי לא חל שינוי משמעותי בהתפלגות סיבות התמותה. שיעור התמותה ממומים מולדים וסיבות סב לדתיות עדיין מסבירות חלק משמעותי מההבדל בשיעורי התמותה בין שני המגזרים (ראה תרשים 2).

תרשים 2. שיעורי תמותת תינוקות לפי סיבות נבחרות ודת, ממוצע 2005-2009



מעקב אחרי מגמות בתמותת תינוקות לפי מחוז מגלה כי בשנים האחרונות חלה הערה מסוימת בשיעורי התמותה בחלק מהמחוזות (ראה תרשים 3). העלייה בתמותה בין השנים 2009 ל- 2011 חלה במחוזות ירושלים, חיפה והדרום. לעומת זאת חלה ירידה נוספת, בדומה לשנים הקודמות, במחוזות הצפון ותל אביב.

תרשים 3. שיעורי תמותת תינוקות לפי מחוז ושנה, 2009/2011



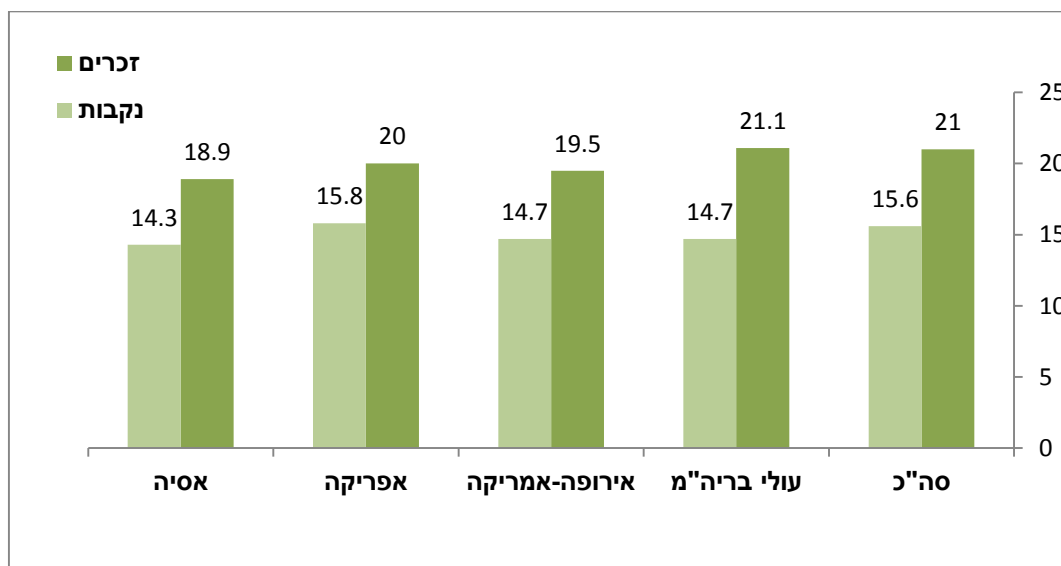
התפלגות סיבות המוות בשנת 2009, היו דומות לאלה של השנה הקודמת, לגביה הוצג הדיווח בדוח הקודם. כרבע (25.7%) מכלל הנפטרים בשנת 2009 נפטרו משאתות ממאירות (סרטן). ממחלות לב נפטרו 17%, מסוכרת-6%, וממחלות כלי דם במוח- 5.5% (למ"ס, 2012). שיעורי התמותה (מתוקננים לגיל) גבוהים יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים בסך הכל ובכל סיבות המוות

העיקריות. בשלושים השנים האחרונות חלה ירידה גדולה בשיעורי התמותה ממחלות לב, בדומה לירידה הנצפית בעולם המערבי.

בשיעורי תמותה מתוקננים לפי קבוצת אוכלוסייה נצפתה עלייה גם במגזר היהודי וגם במגזר הערבי. בקרב גברים יהודים ואחרים השיעור עלה מ-4.6 ל-1,000 תושבים בשנת 2008 ל-5.8 בשנת 2010. באותה תקופה שיעור תמותה בקרב גברים ערבים עלה גם מ-6.4 ל-7.5 (למ"ס, 2012). בקרב הנשים נרשמה גם כן מגמת עלייה בשני המגזרים. שיעור התמותה בקרב נשים יהודיות ואחרות עלה מ-3.2 ל-4.3, כאשר בקרב נשים ערביות השיעור עלה מ-4.6 ל-5.4 לאלף תושבים.

השוואה של נתוני תמותה לשל האוכלוסייה היהודית לפי יבשת לידה לעומת התקופה עליה דוח בדוח הקודם (2006-2008) מעידה של עלייה מסוימת בשיעורי תמותה בסה"כ אוכלוסייה. העלייה המשמעותית נרשמה בקרב יוצאי ברית המועצות לשעבר, אשר בקרבם נרשמו שיעורי תמותה גבוהים ביותר בתקופת הבדיקה. תרשים 4. מציג את התפלגויות שיעורי תמותה של בני +45 לפי יבשת לידה.

תרשים 4. שיעורי תמותה מתוקננים ל-1,000 של יהודים ואחרים בני +45 לפי מין ויבשת לידה, ממוצע 2008-2010



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי 2012

הנתונים שהוצגו בפרק זה מראים תמונה לא אחידה, על פיה מגמות חיוביות במדדי בריאות מסוימים מלווים בהחמרה מסוימת של מדדי בריאות אחרים. חשוב להמשיך ולעקוב אחר מגמות אלה, תוך כדי בחינת הסיבות האפשריות לתהליכים שליליים, והתאמת הצעדים לשיפור המצב.

ביבליוגרפיה

המוסד לביטוח לאומי. 2011. דוח ממדי העוני והפערים החברתיים - ממדי העוני והפערים החברתיים - דוח שנתי 2010. מנהל המחקר והתכנון.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2012. פני החברה בישראל, דוח 5.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2012. שנתון סטטיסטי לישראל.

פרק 2. מיעוטים לשוניים: מאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים ושימוש בשירותי הבריאות

רקע

החברה הישראלית מורכבת מקבוצות תרבות רבות ומגוונות. קבוצות אלה נבדלות על ידי דת, מוצא, רמת דתיות ומאפיינים אחרים. השייכות התרבותית היא זו שתקבע ברוב המקרים את אורח החיים של היחידים, לרבות התנהגויות בריאות, תפיסות הגוף, הבריאות והחולי, דפוסי שימוש בשירותי רפואה ומאפיינים בריאותיים אחרים.

על רקע השונות התרבותית הקיימת בישראל ניכרת שונות לשונית, החופפת במידה רבה את המפה התרבותית של תושבי המדינה. מיעוטים לשוניים, הינם קבוצות האנשים שדוברים שפה אחרת משפת הרוב, ואינם שולטים בשפת הרוב במידה מספקת. מיעוטים אלה רבים ומונים קבוצות השונות ביניהן מבחינת הגודל, המוצא ומאפיינים אחרים.

המספר הכולל של השפות המדוברות בישראל מוערך בכ- 30, אולם המיעוטים הלשוניים הגדולים ביותר, בני המגזר הערבי ועולי ברית המועצות לשעבר, תופסים נתח ניכר מאוד ומסתכמים ביחד כשניים וחצי מיליון איש. קבוצות משמעותיות אחרות הינם דוברי אנגלית, מרוקאית, יידיש, אמהרית, צרפתית וכן שפות אחרות כשפת אם.

לידיעת השפה ישנה משמעות קריטית במפגש עם החברה הסובבת. על אחת כמה וכמה כאשר מדובר במפגש עם מערכות חברתיות, המספקות שירות לאזרח: מערכות משפטיות, בריאות, חינוך, רווחה וכד'.

שליטה לא מספקת בשפה פוגעת בידיעת הזכויות, ביכולת להתמצא במערכות חברתיות מורכבות, בשימוש אופטימאלי בשירותים, ואף גורמת להימנעות מקבלתם.

בתחום קבלת שירותי הרפואה, ההשלכות של פערי שפה וקשיי תקשורת הינם גדולים במיוחד. אלה כוללים בין היתר אבחון מוטעה, חוסר הבנה של המטופל להוראות הצוות הרפואי והסיבוכים הנובעים מכך, שביעות רצון נמוכה של המטופלים, פגיעה בזכות המטופל לקבל הסבר בשפה המובנת לו, המוקנית לו על ידי חוק זכויות החולה (1996) וכן השלכות אחרות.

ספרות מחקרית הקיימת בנושא זה של פגיעה בקשרי תקשורת על השימוש בשירותי הבריאות מצביעה על פגיעה באיכות הטיפול הרפואי (Lopez-Quintero and al., 2010), הארכת זמן אשפוז ואשפוזים חוזרים בקרב מיעוטים לשוניים (Lindholm and al., 2012), ויתור על קבלת שירותי רפואה (Shi et al., 2009) וכד'.

לאחרונה, קבע משרד הבריאות סטנדרטים ונורמות חד משמעיות בתחום זה, המחייבות כל מוסד רפואי במדינה לספק שירות בשפה המובנת למטופל, תוך הגדרת שפות בהם מתן השירות הינו חובה. ככלל, אלו הן השפות עברית, אנגלית, ערבית, רוסית ואמהרית, עבור קבלת שירות בעל פה (כגון מפגש אצל הרופא המטפל), ועברית, אנגלית, רוסית וערבית, לעניין מידע כתוב. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא הנדון (מס' חוזר 7/2011), אשר נכנס לתוקף בחודש פברואר 2013, מתייחס

לתחומים רבים של קבלת שירות ומציע מספר פתרונות אפשריים לבעיית התרגום, ביניהם שימוש בשירותי תרגום טלפוני רפואי, שימוש במתורגמנים מקצועיים, אנשי צוות דו לשוניים וכד'.

בימים אלה רוב ארגוני המערכת, לרבות משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים פועלים ליישום החוזר על היבטיו השונים.

חוזר זה, כמו גם פעילויות אחריות, מהווים חלק מאסטרטגיה כוללת של משרד הבריאות לצמצום אי השוויון בבריאות, כאשר אחד המטרות היא הורדת מחסומים לשוניים ותרבותיים בקבלת שירותי הבריאות.

מבחר הנתונים המוצגים בפרק זה, שמים זרקור על האוכלוסיות הנמנות עם המיעוטים הלשוניים, מבחינת היבטים בעלי משמעות עבור תחום הבריאות ושירותי הבריאות. נתונים מסוג זה עדיין לא נאספו ולא פורסמו בישראל. זאת על אף חשיבותם הרבה לאנשי מערכת הרפואית הנמצאים במגע יום יומי עם מגוון אוכלוסיות השונות מבחינת שפתם ותרבותם. הנתונים המופיעים כאן מאפשרים לזהות קבוצות סיכון ולכוון מאמצים מיוחדים לשיפור הזמינות והנגישות לקבוצות הזקוקות לכך, בשל פערי שפה ותרבות.

שיטות

הממצאים המופיעים בפרק זה התקבלו מעיבוד נתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) לשנת 2011. הסקר החברתי נערך מדי שנה וכולל אוכלוסיית בוגרים בגיל 20 ומעלה. מטרתו העיקרית היא לספק מידע עדכני על רווחת האוכלוסייה הקבועה בישראל ועל תנאי חייה. שאלון הסקר בנוי משני חלקים עיקריים: גרעין קבוע, המכיל כ- 200 שאלות קבועות במספר רב של תחומי חיים, כגון בריאות, דיור, תעסוקה ומצב כלכלי, וחלק נוסף המוקדש בכל שנה לנושא אחר, כדי להעמיק את הידע בו.

בשנת 2011 הסקר החברתי התמקד בשני נושאים מיוחדים: למידה לאורך החיים ושימוש בשפות. במסגרתו רואיינו כ- 7,000 איש בני 20 ומעלה מכל רחבי הארץ, המייצגים כ- 4.9 מיליון איש בגילים אלה. הסקר נערך בחודשים ינואר-דצמבר 2011.

הסקר נערך על ידי סוקרים של הלמ"ס, בראיונות פנים-אל-פנים באמצעות מחשבים ניידים (CAPI), המופעלים על ידי תוכנת "בלייז". הראיונות נערכים בעברית, ברוסית ובערבית, ונמשכים כשעה.

עיבודים שנערכו לצורך פרסום זה נועדו לתת תיאור המצב הקיים בכל מה שנוגע למאפיינים דמוגרפיים, חברתיים ובריאותיים של המיעוטים הלשוניים בישראל, תוך התייחסות למחסומים הקיימים בפניהם בקבלת שירותי בריאות.

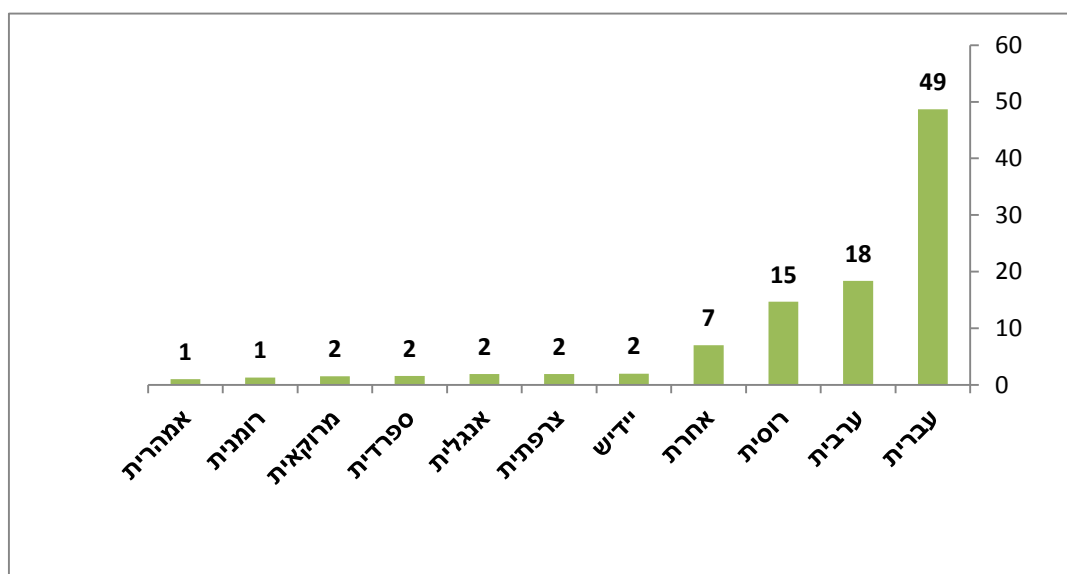
ממצאים - מתוך למ"ס, הסקר החברתי 2011, בני 20 ומעלה

התפלגות האוכלוסייה לפי שפת אם

כמחצית מהאוכלוסייה הישראלית של בני 20 ומעלה הינה בעלת שפת אם עברית (כ-2,405 אלף איש). היתר הם דוברי שפות אם אחרות; 18% הם דוברי ערבית (כ-911 אלף איש), 15% דוברי רוסית (כ-725 אלף איש) (ראה תרשים 1).

דוברי שפות אחרות, וביניהם יידיש, ספרדית, רומנית, צרפתית, מרוקאית, אנגלית ואמהרית מרכיבים קבוצות בגודל של 1-2% מכלל האוכלוסייה. מלבד זאת ישנם דוברי שפות אם אחרות, שאחוזם באוכלוסייה נמוך אף יותר.

תרשים 1. התפלגות האוכלוסייה לפי שפת אם, בני 20 ומעלה, אחוזים

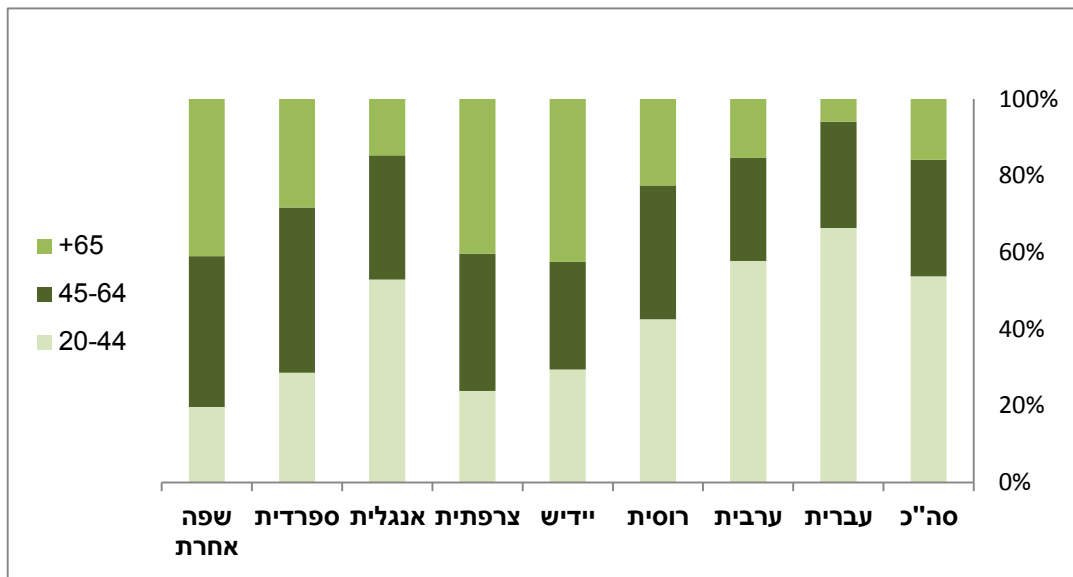


בהתפלגות לפי קבוצות גיל ניתן לראות, כי בין דוברי שפת אם עברית נמצא השיעור הגבוה ביותר של צעירים (66%) והנמוך ביותר של בני 65+ (6%) (ראה תרשים 2). שיעורים גבוהים של בני 65+ נמדדים בין דוברי יידיש, דוברי צרפתית ושפה אחרת מאלה המוצגים בתרשים.

ככלל, דוברי שפת אם עברית ושפת אם דוברי הערבית הינן אוכלוסיות צעירות יותר. הדבר קשור למבנה הדמוגרפי ולשיעורי ילודה גבוהים בקרב יהודים דוברי שפת אם עברית ובאוכלוסייה הערבית. דוברי שפות אם אחרות הינם לרוב עולים, חדשים או וותיקים, כאשר חלק לא מועט מהם מורכב מאנשים מבוגרים, אשר עלו לישראל בגלי העלייה השונים, כדוגמא עלייה של שנות החמישים והשישים ממדינות אסיה-אפריקה, העלייה של שנות התשעים מבר"מ לשעבר וכד'.

קיימת חשיבות רבה להבנת הבדלי הגילאים בין דוברי השפות השונות, מאחר והבדלים בשליטה בשפה העברית קשורים לרוב להבדלים בהרכב הגילאי. השליטה של בני הגיל המבוגר בעברית הינה חלשה יותר, ונתונים על כך יוצגו בהמשך הפרק.

תרשים 2. בעלי שפות אם שונות לפי קבוצות גיל, אחוזים



רמת שליטה בעברית בקרב כלל האוכלוסייה

בסקר נבדקה רמת השליטה של כלל האוכלוסייה בשפה העברית ושל דוברי שפות אם שאינן עברית. השליטה בעברית נבדקה בסקר בארבע היבטים השונים: שליטה בדיבור, קריאה, כתיבה והבנה. לוח 1 מציג את רמת השליטה בעברית בכל התחומים האלו, בסה"כ האוכלוסייה, תוך הצגת מספרים אבסולוטיים לצד ההתפלגות באחוזים.

מהנתונים ניתן לראות, כי מאות אלפי אנשים אינם שולטים בשפה העברית במידה טובה ואף לא ידועים את השפה כלל. הקשיים בקריאה ובכתיבה הינם גדולים במיוחד.

לוח 1. התפלגות בני 20 ומעלה לפי רמת השליטה בשפה העברית

לא יודע בכלל	חלשה		בינונית		טובה		טובה מאוד		סה"כ בני 20+	
	אלפים	%	אלפים	%	אלפים	%	אלפים	%		
157,1	3	257,8	5	392,9	8	857,0	17	3,278,6	66	4,945,592
335,3	7	281,3	6	388,8	8	724,2	15	3,215,2	65	
372,7	8	331,1	7	433,4	9	707,5	14	3,099,5	63	
158,3	3	198,6	4	328,6	7	851,9	17	3,406,4	69	

בבחינת השליטה בשפה העברית על היבטיה השונים בקרב דוברי שפות אם שונות, נתגלו הבדלים משמעותיים. כך, לדוגמא, 71% מתוך דוברי השפה הערבית דיווחו שרמת הבנתם בעברית היא טובה מאוד או טובה. בקרב דוברי רוסית האחוז המקביל הוא 60%. מצבם של דוברי שפות אחרות טוב יותר: 86% מדוברי היידיש מבינים עברית לפחות ברמה טובה, והאחוז דומה (88%) נרשם בקרב דוברי ספרדית ודוברי רומנית. האחוזים הגבוהים ביותר של מדווחים על הבנה טובה של העברית נמצאו בקרב דוברי צרפתית (96%), מרוקאית (93%) ואנגלית (93%). הממצאים קשורים כמובן בוותק של כל קבוצה בישראל.

באשר לדיבור, נמצא שמתוך בעלי שפת אם ערבית, 67% מדברים עברית ברמה טובה או טובה מאד. בקרב דוברי רוסית האחוז המקביל הוא 52%, ובקרב דוברי שפות אחרות האחוז הוא 84%.

בקריאת העברית נמצא ש-64% מדוברי ערבית כשפת אם, קוראים עברית ברמה טובה או טובה מאד, 42% מדוברי רוסית, קוראים עברית ברמה טובה או יותר ו-75% מדוברי השפות האחרות קוראים עברית ברמה טובה או טובה מאד.

מתוך אלו ששפת אמם ערבית, מעל 100,000 אנשים (11.3%) אינם מבינים עברית כלל. מתוך דוברי רוסית קבוצה זו מונה כ-47,000 איש (6.5%). הסקר מצביע על מעל 350,000 (7.2%) איש בשה"כ אוכלוסיית ישראל אשר הבנת העברית שלהם חלשה או אינה קיימת בכלל.

שליטה בעברית על פי רמת הכנסה והשכלה

כאשר אנו בוחנים מאפיינים חברתיים-כלכליים של אלו ששפת אמם אינה עברית, אנו מגלים הבדלים משמעותיים בידיעת השפה העברית בקרב קבוצות חברתיות שונות. לוח 2 מציג נתוני שליטה בעברית, על פי הכנסה והשכלה. מהנתונים ניתן לראות כי השליטה בעברית נמוכה מאוד בקרב בעלי הכנסה נמוכה, וטובה מאוד בקרב בעלי הכנסה גבוהה.

הקשר בין השליטה בעברית לבין השכלה הינו פחות חד משמעי, ומושפע מההרכב החברתי של קבוצות ההשכלה השונות. כך, אנו רואים בקרב בעלי תואר שני ושלישי שיעורים גבוהים של אנשים שאינם שולטים בעברית במידה טובה. ההסבר לכך הוא העובדה, כי קבוצה זו כוללת שיעור גדול יחסית של ילידי בריה"מ לשעבר (42% מבעלי תואר שני או שלישי הם ילידי בריה"מ לשעבר). העולים מקבוצה זו אינם שולטים בעברית ברמה טובה, מספרם רב יחסית ועל כן השפעתם על כלל הקבוצה של האנשים המשכילים רבה יותר.

לוח 2. שליטה של בני 20 ומעלה בעברית, לפי הכנסה והשכלה, אחוזים

אינם שולטים במידה טובה			הכנסה ממוצעת לנפש במשק בית ברוטו לחודש, בשקלים
בהבנה	בקריאה	בדיבור	
23.6	30.2	26.2	עד 2,000
19.6	26.5	21.8	2,001-4,000
3.8	9.2	6.0	מעל 4,000
השכלה			
26.4	39.1	28.5	לא למדו או לא קיבלו אף תעודה
9.8	12.6	11.1	בעלי תעודת סיום תיכון ללא בגרות
11.7	16.8	15.0	בעלי תעודת בגרות או תעודה על-תיכונית
5.9	9.7	7.0	בעלי תואר ראשון
19.2	29.9	24.1	בעלי תואר שני או שלישי

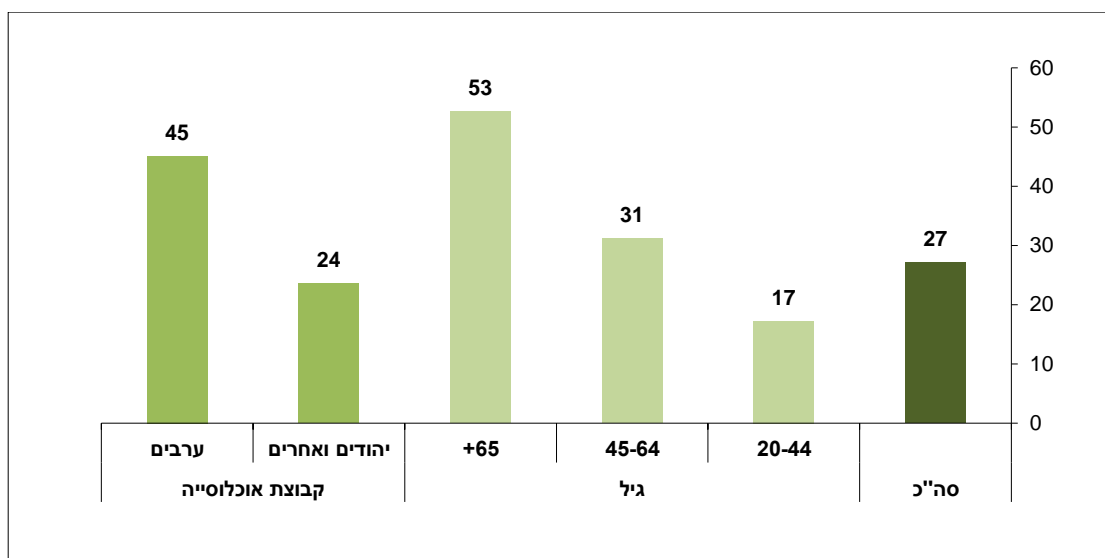
קושי בקבלת שירותי ממשל

הנדגמים, כולל דוברי עברית שפת אם, נשאלו האם יש להם קושי במילוי טפסים ובכתיבת מכתבים רשמיים בעברית. על שאלה זו ענו בחיוב 27% מהמרוואיינים, שמייצגים 1,338,7 אלף תושבי ישראל.

בחלוקה לקבוצות אוכלוסייה, מסתבר כי 23.6% (975.5 אלף איש) מהיהודים והאחרים מתקשים במילוי טפסים, ו-45% (363.2 אלף איש) מהערבים מתקשים בטפסים (ראה תרשים 3).

הקושי במילוי טפסים ומכתבים בעברית עולה בצורה ברורה עם הגיל, כאשר מעל חצי מהאוכלוסייה בני 65 ומעלה מדווחים על קושי בפעולות אלה.

תרשים 4. מתקשים במילוי טפסים וכתובת מכתבים רשמיים, לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, אחוזים



התפלגות התושבים היהודים המתקשים במילוי טפסים לפי ארץ מוצא מגלה, כי גם אחוז לא זניח של ילידי ישראל מדווחים על קושי זה. 7.5%, המייצגים כ-180 אלף איש, דיווחו על הקושי במילוי טפסים, כאשר בקבוצת גיל מבוגרת של בני +65 אחוז זה עולה ל-13%.

בקרב ילידי אירופה-אמריקה, קבוצה שכוללת בעיקר את עולי ברה"מ לשעבר, 61% מבני +65 מדווחים על קושי במילוי הטפסים. בקרב ילידי אסיה-אפריקה, הכוללים הן את עולי שנות החמישים והן את העולים מאתיופיה, אחוז זה גם גבוה מאוד, ומגיע ל-52%.

כ-376 אלף אנשים דיווחו גם על הימנעות מפנייה לשירותי ממשל שונים (כגון משרד הפנים, ביטוח לאומי) בגלל קשיי השפה.

כל הנתונים האלה מפתיעים ומדאיגים, ומעמידים בסימן שאלה את איכות ונגישות שירותי ממשל בהספקת השירות לתושבים.

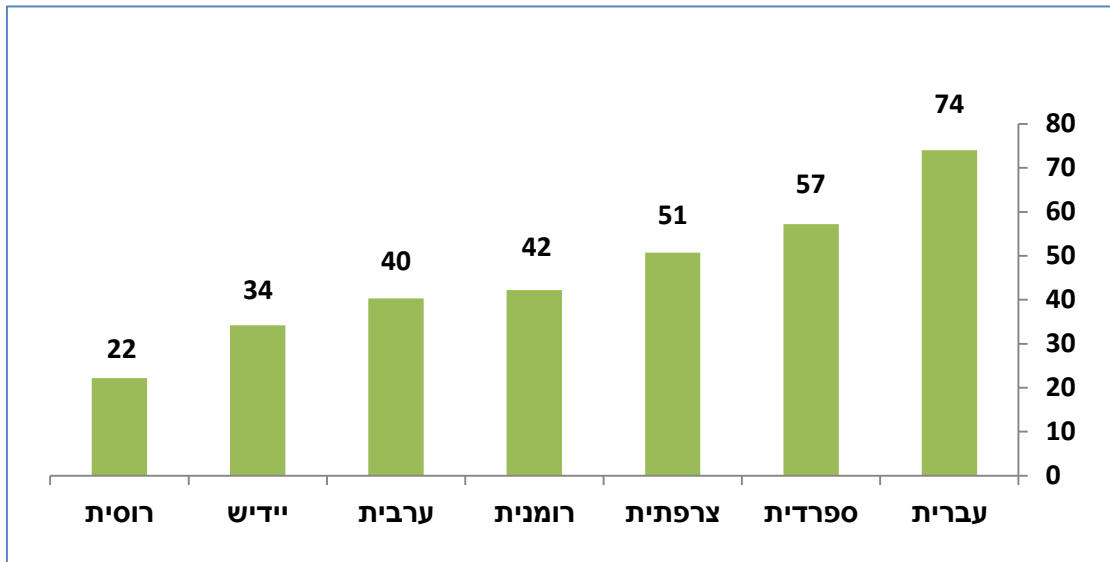
מצב בריאות והשליטה בעברית

לאחר שהצגנו תמונה כללית של ידיעת השפה בקרב מיעוטים לשוניים בישראל, נתמקד בתחום הבריאות ונציג נתונים רלוונטיים שהתקבלו מהסקר.

התרשים הבא (5) מראה את ההבדלים הגדולים בין אוכלוסיות דוברות שפות אם שונות, בהערכה עצמית של בריאות, בגיל +65. בחרנו להציג את הקבוצות המבוגרות מתוך הבנה כי שיעור המעריכים את בריאותם כטובה או טובה מאוד יורד עם הגיל, ואילו אנו מודעים להבדלים משמעותיים בהרכב הגילאים של דוברי שפות אם שונות. כך, לדוגמא, אוכלוסיית דוברי ערבית צעירה הרבה יותר מהאוכלוסייה של יוצאי בריה"מ לשעבר (ראה תרשים 2). מכאן שהשוואה בין

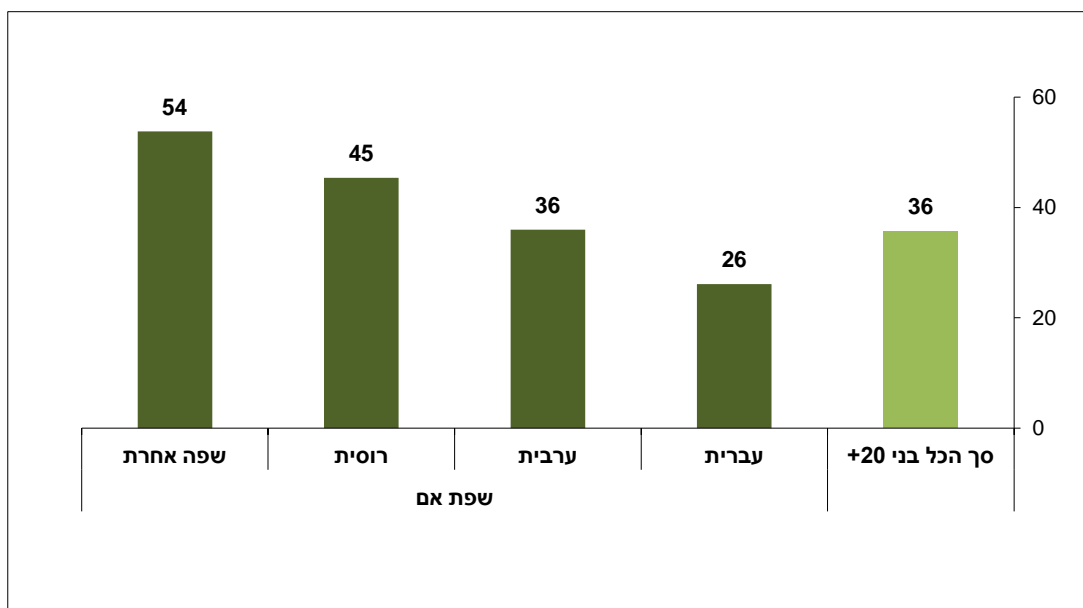
הקבוצות עדיפה בהסתכלות בתוך אותם שכבות גיל. מהנתונים גם עולה כי בגילאים המבוגרים, של בני 65 ומעלה, הבדלים בהערכה העצמית של הבריאות הם גבוהים ביותר, ולא באופן מפתיע אוכלוסייה זו צורכת יותר שירותי בריאות.

תרשים 5. מעריכים את בריאותם כטובה או טובה מאוד לפי שפת אם, בני 65 ומעלה, אחוזים



תרשים 6 מציג תמונה של בעלי בעיה בריאותית או פיזית הקיימת שישה חודשים או יותר, לפי שפת אם. כ-1,766 בני 20 ומעלה מדווחים על בעיה בריאותית. בניהם 628 אלף דוברי עברית, 328 אלף דוברי ערבית, 377 אלף דוברי רוסית ו-433 אלף דוברי שפות אחרות.

תרשים 6. בעלי בעיה בריאותית או פיזית הקיימת 6 חודשים או יותר, לפי שפת אם (אחוזים)



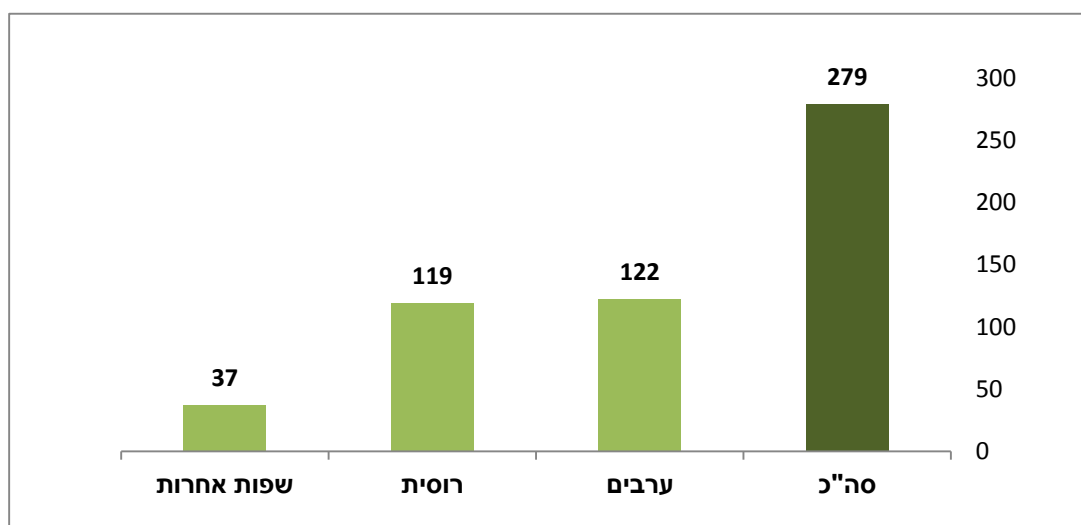
כאמור, קיימת שונות בהתפלגות הגילאים בקרב דוברי שפות שונות. כמו כן, עם העלייה בגיל עולה גם מספר בעלי בעיות בבריאות.

בקרב אנשים בעלי בעיה בריאותית או פיזית כלשהי, ואשר הבעיה מפריעה בביצוע פעילויות יום-יומיות, נמצא אחוז הגבוה ביותר בין דוברי ערבית (סה"כ 79% בין בעלי בעיה בריאותית) והוא לא משתנה עם הגיל. בין דוברי רוסית, עם בעיה בריאותית שמפריעה בביצוע פעילויות יום-יומיות (סה"כ 67%), הבעיה גודלת עם הגיל, ואצל דוברי עברית כשפת אם, (סה"כ 54% מאלו שיש להם בעיה) גם בקבוצה זו ההבדל בין קבוצות הגיל אינו מאד גדול.

שימוש בשירותי בריאות ושליטה בעברית

מי ששפת אמו אינה עברית וגם רמת ידיעותיו בעברית אינה טובה מאד (בקריאה או בהבנה או בדיבור או בכתיבה) נשאל, האם בגלל רמת העברית שלו הוא מתקשה לקבל שירותים רפואיים, כגון, ביקור אצל רופא, בית חולים, בדיקות רפואיות.

תרשים 7. מתקשים לקבל שירותי רפואיים בגלל קשיי שפה לפי שפת אם, אלפים

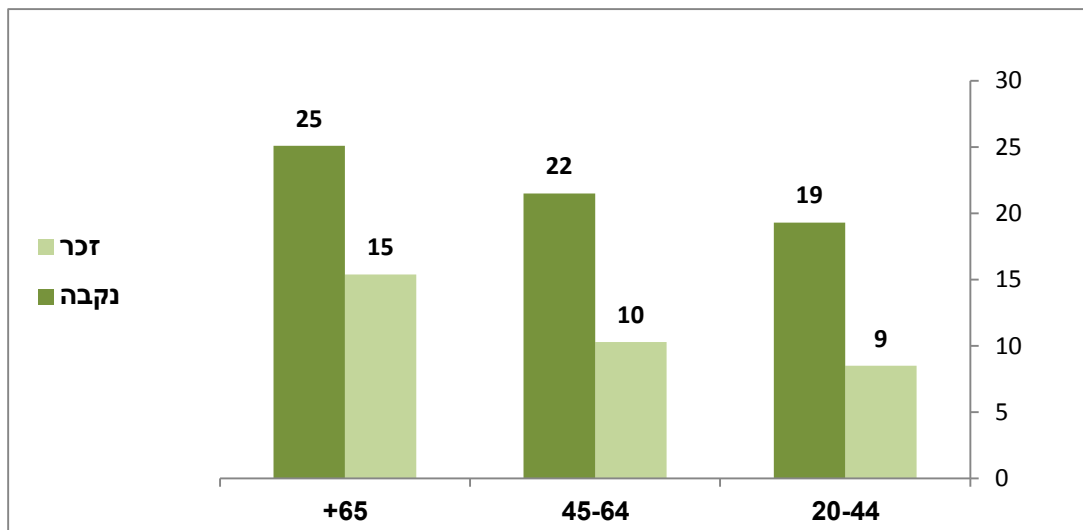


מתוך אלה ששפת אמם ערבית, 21% מתקשים בקבלת שירותים רפואיים בעקבות קשיים בעברית. מדובר על 122.6 אלף איש בני 20 ומעלה. שיעור דומה (20%) מאלה ששפת אמם רוסית מתקשים בקבלת שירותים רפואיים- אומדן של כ-119 אלף איש.

נמצאו הבדלים בין קבוצות גיל שונות בקושי בקבלת שירות רפואי. כך, לדוגמא, מסתבר כי הנשים מתקשות בקבלת שירותי רפואה פי שתיים מהגברים, כאשר הקושי עולה עם הגיל בשני המינים (ראה תרשים 8). סביר להניח כי הדבר קשור בין היתר להבדלי ברמת ההשכלה בין הנשים והגברים

בכלל, ובקרב קבוצות אוכלוסייה מסוימות כגון אוכלוסייה הערבית או אוכלוסיית יוצאי ארצות אסיה-אפריקה בפרט.

תרשים 8. מתקשים לקבל שירות רפואי בגלל קשיי שפה, לפי מין וגיל, אחוזים

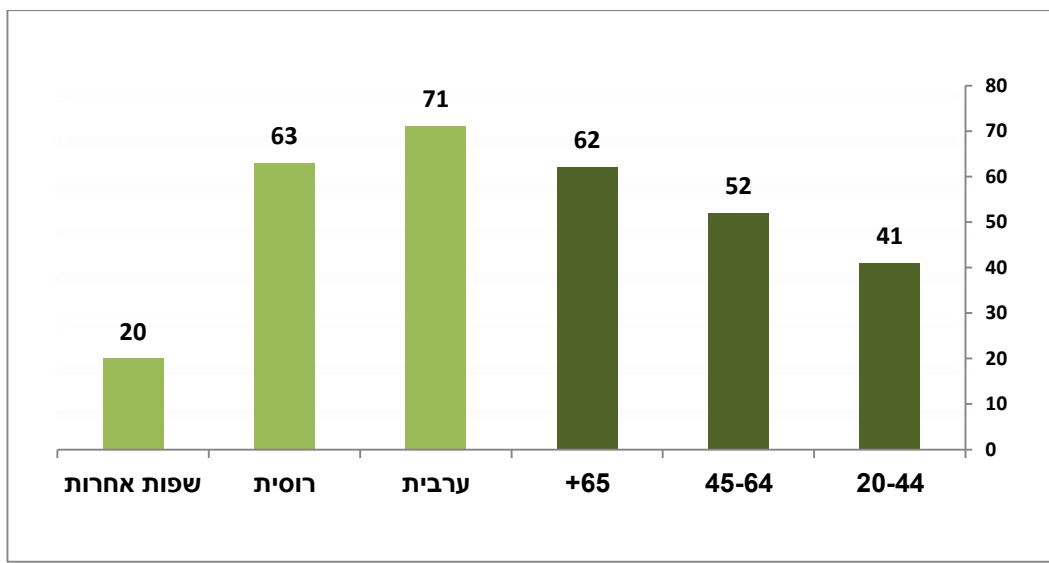


הנדגמים אשר ענו חיובית לשאלה על קשיים בקבלת שירות רפואי, נשאלו אם הם נמנעים מפנייה לקבלת השירות הרפואי עקב קשיי השפה.

מהנתונים עולה כי מתוך המתקשים לקבל שירות רפואי בגלל קשיי השפה, 55.3% (כ-155 אלף איש) גם נמנעים מקבלת שירות רפואי. מתוכם 53.3% הם יהודים (83 אלף איש) ו-58% (71 אלף איש) ערבים.

התפלגות התוצאות של השאלה זו על פי שפת אם וגיל מוצגות בתרשים הבא. הנתונים מצביעים על עשרות אלפי מטופלים שנמנעים מקבלת השירות עקב קשיי שפה, כאשר המבוגרים ביניהם מדווחים על שיעורי הימנעות גבוהים ביותר.

תרשים 9. נמנעים מקבלת שירותים רפואיים בעקבות קשיים בשפה העברית, אחוזים.



סיכום

הנתונים המופיעים בפרק זה מספקים תמונה ברורה של מחסומים העומדים בפני קבלת שירותי בריאות בקרב אוכלוסיות הניתנות להגדרה כ"מיעוטים לשוניים". התופעה בולטת בעיקר בקרב המגזר הערבי ועולי ברה"מ לשעבר, אך ניכרת גם בקבוצות קטנות יותר של דוברי שפות אחרות.

המשמעות של התמונה, שעל פיה נמצא כי עשרות אלפי אנשים מתקשים בקבלת שירותי רפואה ואף נמנעים מלקבל אותם בגלל קשיי תקשורת, מחייבת את ארגוני המערכת הרפואית להתייחס במלוא הרצינות לסוגיה זו ולהביא פתרונות לבעיה, ברמת איכות טובה. אל לנו לשכוח, כי גם גלי העלייה, שממשיכים להגיע לישראל באלפים בכל שנה, מקצוות עולם שונות, מחייבים היערכות מתאימה של הארגונים השונים.

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות (2011) שימש כנקודת מפנה בדרך להפיכת מערכת הבריאות לנגישות יותר עבור אותם הקבוצות בעלי שונות לשונית ותרבותית. הנתונים שמוצגים כאן מאשרים את הקו, בו הולכת המערכת הרפואית, ומספקים בסיס עובדתי לחשיבות המאמצים המושקעים בכיוון זה.

יש להדגיש, כי חשוב מאוד לשמור על מעמדה של השפה העברית, ועל המוסדות האחראים לכך, להקנות את ידיעת השפה ברמה טובה מאוד הן לילידי ישראל והן לתושביה החדשים. עם זאת, המדינה אמורה לדאוג גם לאלה אשר לא שולטים מסיבה זו או אחרת בעברית, ובמיוחד כאשר מדובר במפגש עם שירותי הבריאות, מקום בו הנזקק לשירות נמצא במצוקה גופנית ו/או נפשית.

חשוב להזכיר, כי מלבד ההבדלים הלשוניים, המקשים על התקשורת בין המטופל לבין המטפל, ישנם גם הבדלים תרבותיים, בהם חשוב להתייחס במתן השירות. תקוותנו כי גם נושא זה ייחקר ויוצג לטובת אנשי מערכת הבריאות וקהל המטופלים, ויביא לשיפור הנגישות ולעלייה באיכות הטיפול הרפואי.

יש לשים לב, כי גם מרואיינים רבים דוברי עברית שפת אם מתקשים במפגש עם שירותי ממשל, לרבות מילוי טפסים רשמיים וכד'. מצב זה מצביע על הצורך לבחון את התאמת סוג המידע המועבר לציבור והנדרש ממנו בקבלת השירות. עניין זה ראוי לבחינה בכל מערכות חברתיות, לרבות ובמיוחד בשירותי הבריאות.

הנושא של השפעת קשיי תקשורת ופערים תרבותיים עדיין ראוי למחקר מעמיק. עם זאת, אנחנו מאמינים כי הממצאים שהוצגו כאן מספקים תמונת מצב עדכנית המאפשרת מיקוד מאמצים לנותני השירות במתן עזרה לקהלים שונים במדינה.

פרק 3. אורח-חיים באוכלוסייה היהודית בישראל וגורמים הקשורים בהם

ד"ר עפרה קלטר – ליבוביץ^{1,3}, גבי אנגילה שטרית¹, ד"ר איליה נוביקוב²

היחידה לאפידמיולוגיה של מחלות לב וכלי-דם¹, היחידה לביו-סטטיסטיקה², מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, תל-השומר. הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוני' ת"א³.

רקע

התנהגויות שונות קשורות לבריאות, כגון: הרגלי עישון, פעילות גופנית ותזונה. התנהגויות אלו מושפעות מרקע חברתי ותרבותי, אמונות הקשורות לבריאות, מצב נפשי ובריאותי ועוד. הרגלים הקשורים בבריאות (כגון: סוגים שונים של התנהגויות הקשורות לתזונה) עשויים להיות קשורים זה לזה, מה שיוצר דפוסי התנהגות הקשורה לבריאות.

מטרות

מטרת המחקר הייתה לזהות דפוסי התנהגות הקשורה בבריאות ולבחון מאפיינים אישיים הקשורים בציון גבוה של דפוסים אלו.

אוכלוסייה ושיטות

אוכלוסיית המחקר כללה 6,009 משתתפים בסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2010, אשר הגדירו עצמם כיהודים.

המידע שנאסף בסקר הרלבנטי למחקר זה כולל מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מאפייני מעמד כלכלי, הרגלים הקשורים לבריאות (תזונה, עישון, פעילות גופנית בשעות הפנאי, חשיפה ושימוש באמצעי הגנה מפני חשיפה לשמש, ועוד), הערכה עצמית של בריאות ודיווח על תחלואה כרונית, תפקוד ומצב רוח.

על מנת לזהות דפוסי התנהגות הקשורה בבריאות השתמשנו בניתוח גורמים מסוג principal component analysis. בהמשך, בצענו ניתוח רב-משתני בעזרת generalized linear model על מנת לזהות מאפיינים הקשורים באופן מובהק ועצמאי בכל אחד מדפוסי ההתנהגות הקשורה לבריאות שזוהו. המשתנים שהוכנסו למודל כללו את המשתנים שנמצאו בקשר מובהק עם הדפוס בניתוח חד-משתני, למעט משתנה הדתיות שהוכנס והושאר במודל בכל תנאי. בניית המודלים הסופיים נעשתה בשיטת backward elimination. ניתוח הנתונים בוצע עבור כל מין בנפרד.

תוצאות

מאפייני אוכלוסיית המחקר לפי מין מתוארים בטבלה מספר-1.

בניתוח גורמים נמצאו 4 דפוסי התנהגות הקשורה לבריאות בקרב הגברים, ו-4 בקרב הנשים, אשר הסבירו 54%-ו-57.5% מסך השונות של המשתנים הבונים את הדפוסים, בהתאמה (ראה טבלה-2א', ב').

להלן תיאור דפוסי אורח-החיים והמאפיינים העיקריים מהם הם מורכבים, עבור כל מין בנפרד. שמות דפוסי ההתנהגות נגזרו מהמשתנים המשפיעים עליהם ביותר.

בקרב הגברים :

1. **הרגלי תזונה** (21.8% מהשונות המוסברת) הכוללים: הקפדה על אכילת ארוחת בוקר, ארוחות מסודרות, אכילת פירות וירקות, ובמידה פחותה יותר: הקפדה על אכילת מזון טבעי ופעילות גופנית מתונה;
2. **פעילות גופנית והקפדה על שתיה מרובה** (8.1% מהשונות המוסברת) הכוללים: ביצוע פעילות גופנית מאומצת והקפדה על שתייה מרובה, ובמידה פחותה יותר: הקפדה על אכילת מזון טבעי והימנעות מעישון.
3. **לבוש המגן בפני קרינת השמש** (14.0% מהשונות המוסברת) הכוללים: חבישת כובע, לבוש עם שרוולים ארוכים, ושימוש בקרם הגנה בפני שמש, ובמידה פחותה יותר: הימנעות מעישון וכוונת שיזוף.
4. **שימוש באמצעי הגנה בחשיפה לשמש** (10.1% מהשונות המוסברת) הכוללים: שימוש בקרם הגנה ובמשקפי שמש, ובמידה פחותה יותר העדר כוונת שיזוף ועישון.

בקרב הנשים :

1. **הרגלי תזונה ופעילות גופנית** (22.5% מהשונות המוסברת) הכוללים: הקפדה על אכילת מזון טבעי, אכילת פירות וירקות, ביצוע פעילות גופנית מאומצת ושתייה מרובה, ובמידה פחותה יותר: הקפדה על ביצוע פעילות גופנית מתונה;
2. **הרגלי ארוחות** (16.7% מהשונות המוסברת) הכוללים: הקפדה על אכילת ארוחת בוקר וארוחות מסודרות, ובמידה פחותה יותר: הימנעות מעישון, הימנעות מפעילות גופנית מאומצת, וכוונת שיזוף.
3. **לבוש המגן בפני קרינת השמש** (9.8% מהשונות המוסברת) הכוללים: חבישת כובע, לבוש עם שרוולים ארוכים, ובמידה פחותה יותר: הימנעות מעישון וכוונת שיזוף.
4. **שימוש באמצעי הגנה בחשיפה לשמש** (8.5% מהשונות המוסברת) הכוללים: שימוש בקרם הגנה ובמשקפי שמש, ובמידה פחותה יותר חבישת כובע.

תוצאות ניתוח רב-משתני :

להלן מאפיינים שנמצאו קשורים באופן מובהק ועצמאי עם ציון גבוה יותר בדפוסי ההתנהגות הקשורה לבריאות :

בגברים :

גיל נמצא קשור באופן חיובי לציון ההתנהגות התזונתית ושימוש בלבוש המגן בפני חשיפה לשמש, אולם הוא נמצא בקשר הפוך לשימוש באמצעי הגנה אחרים בפני חשיפה לשמש והרגלי פעילות גופנית ושתיה מרובה.

השכלה נמצאה קשורה באופן חיובי לכל ארבעת דפוסי ההתנהגות הקשורה לבריאות, והקשר הזה הראה יחס מנה-תגובה, קרי : ככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר כך ציון דפוס ההתנהגות הקשורה לבריאות היה גבוה יותר.

צפיפות דיור נמוכה נמצאה קשורה לשימוש באמצעי הגנה בפני שמש ולפעילות גופנית, אולם באופן מפתיע, ככל **שמספר הנפשות** בבית היה גבוה יותר כך עלה ציון הפעילות הגופנית בקרב הגברים.

גברים שאינם שייכים לכוח העבודה קבלו את הציון הטוב ביותר בהתנהגות תזונתית ושימוש בלבוש המגן בפני שמש בהשוואה לגברים עובדים או מובטלים. לעומת זאת, גברים העובדים במשרה מליאה קבלו את הציון הגבוה ביותר בשימוש באמצעי הגנה אחרים בפני שמש.

גברים החיים יחד עם אדם אחד נוסף קיבלו את הציון הגבוה ביותר בהתנהגות תזונתית. גברים **נשואים** קבלו ציון טוב יותר בדפוס הלבוש אולם ציון גרוע יותר בהרגלי הפעילות הגופנית.

בהשוואה לגברים חילוניים, **גברים חרדים** קיבלו את הציון הגבוה ביותר בלבישת לבוש המגן בפני קרינת-שמש (שרוולים ארוכים וכובע), ואת הציון הנמוך ביותר בשימוש באמצעי הגנה אחרים בפני שמש ופעילות גופנית.

עודף משקל והשמנה נמצאו קשורים להרגלי תזונה גרועים יותר, ולשימוש פחות באמצעי הגנה בפני קרינת השמש.

גברים ממוצא אירופה-אמריקה או ישראל היו בעלי ציון גבוה יותר בדפוסי תזונה, לבוש, ושימוש באמצעי הגנה בפני שמש בהשוואה לגברים ממוצא אסיה-אפריקה.

מצב בריאות טוב **והעדד בעיית בריאות** נמצאו קשורים באופן מובהק ועצמאי בציון גבוה של הרגלי פעילות גופנית. מצב בריאות טוב נמצא קשור גם בשימוש גבוה באמצעי הגנה בפני שמש.

נמצא קשר של מנה-תגובה בין **המצב הנפשי** להרגלי תזונה ופעילות גופנית : ככל שהמצב הנפשי היה טוב יותר, כך ציון ההתנהגות התזונתית והרגלי פעילות גופנית היה גבוה יותר. לעומת זאת, גברים עם ציון גבוה מאד של מצב נפשי דיווחו על שימוש מופחת באמצעי הגנה בפני קרינת השמש.

בנשים :

גיל נמצא קשור באופן חיובי לציון הרגלי ארוחות ולבבוש המגן בפני קרינת השמש, אך הוא נמצא בקשר הפוך להרגלי התזונה והפעילות הגופנית. נשים צעירות קיבלו את הציון הגרוע ביותר בשימוש באמצעי הגנה אחרים בפני חשיפה לשמש.

השכלה נמצאה קשורה באופן חיובי לכל ארבעת דפוסי ההתנהגות הקשורה לבריאות, והקשר הזה הראה יחס מנה-תגובה, קרי: ככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר כך ציון דפוס ההתנהגות הקשורה לבריאות היה גבוה יותר.

צפיפות דיור נמוכה נמצאה קשורה לציון גבוה יותר של שימוש באמצעי הגנה בפני שמש ולהרגלי התזונה ופעילות גופנית.

נשים **שאינן משתייכות לנוח העבודה** קבלו את הציון הטוב ביותר בהרגלי ארוחות ושימוש בלבבוש המגן בפני השמש. לעומת זאת, נשים מובטלות קבלו את הציון הגבוה ביותר בהרגלי תזונה ופעילות גופנית.

נשים **נשואות** קבלו ציון גבוה יותר בהרגלי ארוחות בהשוואה לנשים שאינן נשואות.

נשים **חודיות** קיבלו את הציון הגבוה ביותר בהרגלי ארוחות ובלבישת לבוש המגן בפני קרינת השמש, ואת הציון הגרוע ביותר בשימוש באמצעי הגנה אחרים בפני שמש (משקפי שמש וקרם הגנה).

עודף משקל והשמנה נמצאו קשורים לשימוש פחות באמצעי הגנה בפני קרינת השמש.

נשים **ממוצא אפריקאי** היו בעלי הציון הנמוך ביותר בהרגלי הארוחות בהשוואה לנשים ילידות ממוצא אחר.

מצב בריאות טוב והעדר **בעיית בריאות** נמצא קשור בציון גבוה של שימוש באמצעי הגנה בפני שמש. מצב בריאות טוב גם נמצא קשור בציון גבוה של הרגלי תזונה ופעילות גופנית. מאידך, נשים שדיווחו על מצב בריאות פחות טוב או על בעיית בריאות קיבלו ציון גבוה יותר של הרגלי ארוחות.

נמצא קשר של מנה-תגובה בין **המצב הנפשי** לבין הציון של הרגלי ארוחות, שימוש באמצעי הגנה בפני קרינת השמש, והרגלי תזונה ופעילות גופנית, קרי ככל שמצבן הנפשי המדווח של הנשים היה טוב יותר, הציון של דפוסי ההתנהגות הבריאותית הללו היה גבוה יותר.

דיון

ממצאי המחקר מראים שאכן יש קשר בין הרגלים מסוימים הקשורים לבריאות וניתן לזהות בתוכם דפוסי התנהגויות. חשוב להכיר בעובדה זו על מנת לייעל התערבויות מקדמות בריאות.

יש לזכור שהקשרים שנמצאו בין המאפיינים השונים (למשל מאפיינים סוציו-דמוגרפיים) ובין דפוסי ההתנהגות אינם בהכרח קשרים סיבתיים, וזה נובע מתבנית המחקר, שהוא מחקר חתך.

מאידך, ניתן על סמך ממצאי המחקר לזהות קבוצות בקרב אוכלוסיית הנשים והגברים היהודיים בעלי דפוסי התנהגות בריאותית שניתן לשפרם באמצעות התערבות מקדמת בריאות.

טבלה 1: מאפייני האוכלוסייה על פי מין

p	גברים	נשים	
	2935 (100)	3074 (100)	סה"כ, מספר (%)
			דתיות
0.31	232 (7.9)	271 (8.8)	חרדים
	289 (9.9)	279 (9.1)	דתיים
	375 (12.8)	427 (13.9)	מסורתיים-דתיים
	706 (24.1)	753 (24.5)	מסורתיים חילוניים
	1327 (45.3)	1341 (43.7)	חילוניים
			קבוצת-גיל (שלישונים, שנים)
0.002	1018 (34.7)	969 (31.5)	25-34
	992 (33.8)	1008 (32.8)	35-54
	925 (31.5)	1097 (35.7)	+55
			שנות השכלה
<0.001	271 (9.3)	278 (9.2)	10=>
	615 (21.0)	546 (18.0)	11-12
	846 (28.9)	1042 (34.4)	13-15
	1191 (40.8)	1165 (38.4)	+16
			תעודה הגבוהה ביותר
<0.001	480 (16.4)	325 (10.7)	ללא תעודה
	562 (19.2)	496 (16.4)	סיים תיכון ללא תעודת בגרות
	509 (17.4)	612 (20.2)	סיים תיכון עם תעודת בגרות
	553 (18.9)	634 (20.9)	סיים לימודים גבוהים שאינם אקדמאים
	817 (28.0)	963 (31.8)	סיים לימודים אקדמאיים (MA, BA, או PhD)
			מצב תעסוקה
<0.001	1778 (62.0)	1342 (43.8)	עובד במשרה מליאה
	240 (8.4)	580 (19.0)	עובד במשרה חלקית
	106 (3.7)	116 (3.8)	מובטל
	744 (25.9)	1023 (33.4)	אינו שייך לכוח העבודה
			צפיפות דיוור
<0.001	1491 (50.9)	1713 (55.9)	נמוכה (0-1 נפשות/חדר)
	1320 (45.1)	1213 (39.6)	בינונית (1-2 נפשות בחדר)
	118 (4.0)	140 (4.6)	גבוהה (>2 נפשות/חדר)
			מצב משפחתי
<0.001	976 (33.3)	1217 (39.6)	לא נשוי
	1958 (66.7)	1855 (60.4)	נשוי
			מוצא אב
0.15	516 (17.6)	472 (15.4)	ישראל
	1305 (44.5)	1411 (46.0)	אירופה-אמריקה
	514 (17.5)	549 (17.9)	אסיה
	595 (20.3)	633 (20.7)	אפריקה
			מוצא אם
0.07	590 (20.1)	542 (17.6)	ישראל
	1253 (42.7)	1390 (45.3)	אירופה-אמריקה
	487 (16.6)	510 (16.6)	אסיה
	604 (20.6)	630 (20.5)	אפריקה

טבלה 1: מאפייני האוכלוסייה על פי מין/המשך

p	גברים	נשים	
			אינדקס מאסת הגוף (BMI)
<0.001	1278 (44.3)	1652 (56.9)	תקיין (>25 ק"ג/מ"ר)
	1179 (40.9)	785 (27.1)	עודף משקל (25-29.9 ק"ג/מ"ר)

	426 (14.8)	465 (16.0)	השמנת-יתר (≥ 30 ק"ג/מ"ר)
	מצב בריאות		
<0.001	2504 (85.3)	2421 (78.8)	טוב/טוב מאד
	431 (14.7)	653 (21.2)	לא כל כך טוב/גרוע
	בעיית בריאות		
<0.001	1892 (64.6)	1883 (61.4)	אין
	1038 (35.4)	1185 (38.6)	יש
	ציון בריאות נפשית (רביעונים)		
<0.001	577 (19.9)	1045 (34.5)	5-13 (גרוע)
	861 (29.8)	982 (32.4)	14-16
	791 (27.3)	622 (20.5)	17-18
	665 (23.0)	382 (12.6)	19-20 (טוב)
	מספר נפשות		
0.0003	328 (11.2)	446 (14.5)	1
	691 (23.5)	777 (25.3)	2
	524 (17.9)	514 (16.7)	3
	587 (20.0)	566 (18.4)	4
	805 (27.4)	771 (25.1)	+5

טבלה-א2: דפוסי התנהגות הקשורה לבריאות בגברים: מקדמי הרגרסיה של המשתנים המקוריים עם דפוסי ההתנהגות*

שימוש באמצעי הגנה בחשיפה לשמש	לבוש המגן בפני קרינת השמש	פעילות גופנית ושתייה מרובה	הרגלי תזונה	
			0.826	ארוחת בוקר
			0.748	ארוחות מסודרות
			20.61	אכילת פירות וירקות
		0.408	0.405	אוכל טבעי
			0.366	פעילות גופנית מתונה
	0.754			חבישת כובע
	0.784			בגד עם שרוולים ארוכים
		0.709		פעילות גופנית מאומצת
		0.603		שתייה מרובה
0.588	0.517			שימוש בקרם הגנה בפני שמש
0.791				מרכיב משקפי שמש
-0.482	0.356			כוונת שיזוף
-0.322	0.414	0.421		לא מעשן
10.1	14.0	8.1	21.8	שונות מוסברת (%)

טבלה-ב2: דפוסי התנהגות הקשורה לבריאות בנשים: מקדמי הרגרסיה של המשתנים המקוריים עם דפוסי ההתנהגות*

שימוש באמצעי הגנה בחשיפה לשמש	לבוש המגן בפני קרינת השמש	הרגלי ארוחות	הרגלי תזונה ופעילות גופנית	
			0.693	אוכל טבעי
			0.666	אכילת פירות וירקות
		-0.385	0.668	פעילות גופנית מאומצת
			0.582	שתייה מרובה
			0.313	פעילות גופנית מתונה
		0.843		ארוחת בוקר
		0.754		ארוחות מסודרות
	20.32	0.394		לא מעשנת
	0.382	0.377		כוונת שיזוף
	0.894			בגד עם שרוולים ארוכים
0.354	0.802			חבישת כובע
0.803				שימוש בקרם הגנה בפני שמש
0.826				מרכיבה משקפי שמש
8.5	9.8	16.7	22.5	שונות מוסברת (%)

* דפוסי ההתנהגות התקבלו בעזרת ניתוח-גורמים (principal component analysis)

* Rotated Factor Pattern (Standardized regression coefficients)

4. פעילויות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות

4.1 התמודדות קופות החולים עם אי-השוויון בבריאות

בדומה לפרסום הקודם אנו מציגים לוח המציג את המאפיינים העיקריים של המבוטחים בקופות החולים. חומר רקע זה אמור לסייע בהבנת הקשר בו פועלת כל קופה בתחום הפערים ואת האתגרים המיוחדים העומדים בפניה.

מבוטחים בקופות חולים לפי מאפיינים נבחרים

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	סה"כ	
705.9	1,051.8	1,939.2	4,059.8	7,756.7	סך הכול מספר מבוטחים
9.1	13.6	25.0	52.3	100	אחוז המבוטחים הרכב מבוטחים ²
31.2	28.8	32.5	34.4	33.7	הגיל הממוצע
16.3	15.7	19.8	8.9	13.2	אחוז העולים +90
					מאפייני ההכנסה של המבוטחים
6,484	7,800	9,173	7,135	7,600 ³	הכנסה ממוצעת לחודש עבודה
43.9	40.8	34.5	41.0	39.6	אחוז המשתכרים עד שכר מינימום
13.5	16.2	18.7	15.4	16.1	משכר ממוצע עד פעמיים השכר הממוצע
0.7	1.7	2.4	1.1	1.5	מעל 4 פעמים השכר הממוצע
					מקבלי גמלאות
11.1	9.4	16.5	63.0	100	מקבלי גמלת הבטחת הכנסה
8.8	8.6	17.6	65.0	100	מקבלי גמלת נכות כללית
9.1	11.9	29.1	50.0	100	מקבלי גמלת אבטלה
7.7	5.9	13.7	72.7	100	סיעוד
11.2	16.7	19.3	52.8	100	סך הכול זכאי להנחות עבור שירותי בריאות
					מבוטחים לפי צורת היישוב
8.5	20.8	27.1	43.7	100	מבוטחים בשש הערים הגדולות
9.1	15.1	29.2	46.6	100	ישובים עירוניים יהודיים
10.6	9.0	7.0	73.3	100	ישובים עירוניים לא יהודיים
6.5	7.3	19.2	66.9	100	ישובים כפריים יהודיים
6.0	3.9	3.4	86.7	100	ישובים כפריים לא יהודיים
		3.4			מבוטחים לפי מחוז מגורים
10.0	37.2	10.6	42.3	100	ירושלים
10.7	7.6	12.3	69.4	100	צפון
6.6	10.5	23.6	59.3	100	חיפה
6.9	11.8	30.1	51.1	100	מרכז
7.2	7.9	45.6	39.3	100	תל אביב
11.1	8.0	22.4	58.5	100	דרום
20.1	27.4	20.6	31.8	100	יהודה ושומרון
67.1	69.8	88.4	70.2	74.3	מבוטחים בשירותי בריאות נוספים³

מקור: המוסד לביטוח לאומי, 2012. חברות בקופות חולים 2011

² מקור: המוסד לביטוח לאומי 2009. חברות בקופת חולים 2008

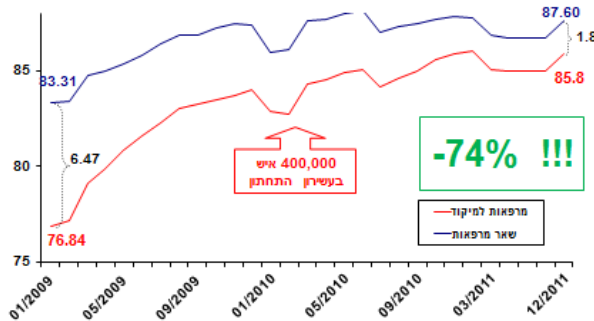
³ קידר נ' וחורב ט'. 2012. חוק ביטוח בריאות ממלכתי: קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2011

4.1.1 שירותי בריאות כללית- התמודדות אי השוויון בבריאות⁴

המאפיינים הדמוגרפיים של אוכלוסיית מבוטחי שירותי בריאות כללית⁵ מצביעים על האתגרים הרבים העומדים בפני הכללית בבואה לספק שירות רפואי לאוכלוסיית יותר ממחצית תושבי מדינת ישראל. מתוספת לאתגרים אילו העובדה כי חסר כיום ניסיון לאומי ובינלאומי המכוון ארגוני בריאות לפעילויות האפקטיביות ביותר לצמצום פערים.⁶ מרבית הדו"חות המקצועיים בעולם דנים בתפקידה של מערכת הבריאות בכללותה ובדגש על טיפול והתייחסות לגורמים העומדים בשרש הפערים בבריאות, כגון התנהגויות בריאות, תשתיות סביבתיות המאפשרות תנאי חיים בסיסיים, והתערבויות לתמיכה בשלבי התפתחות אופטימאליים בילדים.⁷ גורמים אלו מחייבים התייחסות רב-מערכתית ברמה לאומית.

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 ראשונה מסוגה בישראל** לצמצום פערים בבריאות, והפכה את הנושא לרכיב מרכזי באסטרטגיה הארגונית לשנים הקרובות. בכללית נעשו תהליכים חוצי ארגון בתחום הטיפול באוכלוסיות חלשות ובהגברת נגישות השירותים הרפואיים לאוכלוסיות בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית לאורך כל שנות קיומה. בשנים האחרונות הכללית מתמודדת בצורה עקיפה וישירה עם הקצנה של פערים חברתיים וכלכליים במדינת ישראל המשפיעים גם על בריאות תושביה. מגמות אילו קוראות למאמץ מיוחד ומיקוד על מנת לסגור את הפערים הבריאותיים בין קבוצות האוכלוסייה.

ציון כולל איכות רפואית ב-55 המרפאות מול שאר המרפאות, בכל המחוזות



תוצאות הפעילות של הכללית בתחום צמצום הפערים יוצאות דופן בקנה מידה לאומי ומרשימות גם בקנה מידה בינלאומי.

כך, הניסיון שצברה הכללית בהפעלת אסטרטגיה ממוקדת בצמצום פערים באיכות רפואית הביאה בתוך 3 שנים (2009-2011) להישג ייחודי של צמצום 74% מפערי האיכות בין העשירון התחתון לשאר האוכלוסייה, ושוויון בציוני האיכות בין הפריפריה הגיאוגרפית והמרכז.

הפערים בתחום הרפואה המונעת בין השכבה הנמוכה והגבוהה סוציו-כלכלית נמחקו באופן מלא בתקופה זו.

לכללית תשתית בסיסית הנותנת מענה הולם לאתגרים הכרוכים בטיפול באוכלוסיות עם קשיים על רקע חברתי-כלכלי; כולל תשתית רפואה ראשונית נרחבת, מבנה עבודת צוות ברמת המרפאות, שיתופי פעולה אינטרסקטוריאליים עם הרשויות המקומיות, רווחה וחינוך, מסורת ארוכת שנים של קידום איכות רפואית, ותשתית מחשובית מתקדמת מסוגה המעניקה תמיכה לצוותים

⁴ דיווחים של הקופות הוכנסו לפרסום כפי שהם והוגשו על ידם

⁵ בנדלק, 2010. *חברות בקופת חולים 2009*. סקר המוסד לביטוח לאומי

⁶ Jones, Trivedi & Ayanyan, 2010. *Social Science and Medicine*, (70): 337

⁷ Tackling Health Inequalities in Europe: an Integrated Approach EUROTHINE. 2007

המקומיים, צוותים אשר מתמודדים עם אתגרים משמעותיים בכל הנוגע לטיפול באוכלוסיות מיעוט חברתי-כלכלי.

הפעילות במסגרת תוכנית זו הינה ממושכת וההישגים בה נבחנים לאורך זמן. **בסיכום הקצר שלהלן מוצגים התהליכים שהובילו להישגי התוכנית לאורך שנות הפעלתה,**



הישגיה של הכללית בתחום זה נובעים מהיתרונות התהליכיים שניתן להשיג באמצעות התשתית הייחודית הקיימת בה. תשתית זו מהווה את הבסיס להצלחה בהובלת שינויים חוצי ארגון, מיקוד במצבים רפואיים בקדימות, ומענה ייעודי מותאם תרבותית לקהילות שונות.

הניסיון אשר רכשה הכללית מאפשר **מיפוי הצירים המרכזיים אשר הובילו להצלחה על פני חמישה תחומים** (להלן בתרשים "אסטרטגיית ארגונית לצמצום פערים"). מפאת קוצר היריעה, בחוברת מוצגות דוגמאות בלבד לפעילות הענפה בכל אחד מהצירים.

מחויבות והובלה ברמת הנהלת הארגון

הובלת שינוי חוצה ארגון כפי שהתבצע בתוכנית הכללית מחייב מעורבות והובלה ברמת הנהלה במספר היבטים: גיבוש תפיסה ומדיניות מתמשכת, קביעת היעדים, הקצאת המשאבים, הגדרת תהליכי עבודה, יישום, ביצוע מעקב וניטור, הכוונת למידה ארגונית ומתן תמריצים.

מעורבות ברמת הנהלת הארגון אפשרה ביסוס התשתית לתוכנית במספר בחינות:

- **מעורבות הנהלה:** מעורבות ישירה ברמת מנכ"ל, מנהלי מחוזות וחטיבות, אפשרה שמירת יעדי התוכנית במיקוד הארגוני לאורך זמן, חרף הסטות אפשריות למען תחומים המתחרים על תשומת הלב הארגונית.
- **קביעת יעדים:** 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.
- **מידה והיזון חוזר:** בסיס הנתונים המקיף וניצולו לטובת הערכת פערים ומעקב אחר צמצומם. נבנה מדד סכס ייעודי לתחום, והוקמו כלי ניטור שוטף המאפשרים הערכת ביצועים, הכוונת מיקוד לשיפור ואיתור תחומי הצלחה.
- **הכנת תורה וכלים לעשייה:** גובשה תפיסה מקצועית ברמת ההנהלה הראשית בשיתוף גורמים במוסדות הכללית ומחוצה לה, הוכנו תהליכי עבודה בתחום, ופותחו כלים להטמעה כגון: מערכות מידע תומכות, כלים לשיפור האוריינות הבריאותית, חוברות וחומרי הדרכה מותאמי תרבות ושפה, אמצעים לתרגום טלפוני שהוטמעו בלמעלה מ- 55 מרפאות ושלושה בתי חולים, ועוד.
- **למידה ארגונית:** מסגרות ללמידה ארגונית, הפקת תובנות מעמיתים ולימוד מסיפורי הצלחה הוקמו בכל המחוזות וברמה הארצית. כנסים עיתיים מאפשרים לאנשי השטח לחלוק את תובנותיהם זה עם זה ועם ההנהלה.
- **תמריצים:** מכתבי הערכה ממנהלים עד רמת המנכ"ל, הצגת תוצאות בעמידה ביעדים במסגרת המועצות המנהלות ובכנס שנתי בראשית המנכ"ל, וכן תמריצים כספיים אשר ניתנו למחוזות סייעו בקידום הנושא.

- **עדכון והתאמה למציאות המשתנה** : תכנית זו עברה הערכה ועדכון עיתי בהתאם לביצועי המחוזות ושינויים שהושגו בצמצום פערים בתחומים שונים. כך, **בשנת 2012 התקיים שינוי אסטרטגי בתכנית צמצום הפערים**, כאשר מדד הסכם לתחום צמצום פערים שונה – מדדים בהם הושג צמצום רב של הפערים בכל הארגון קיבלו משקל נמוך או שהוסרו מהתוכנית, **מדדים חדשים** הוספו, וכן **הוספו 52 מרפאות חדשות** למיקוד בכל רחבי הארץ לאור הישגיהם במדד הסכם החדש. לתוכנית זו נקבעו יעדי מנכ"ל עד **לשנת 2015**.

II. פיתוח והתאמת תשתיות

אחד האתגרים המשמעותיים בצמצום פערים בקרב אוכלוסייה כה נרחבת, בפריסה כלל ארצית, ובהתחשב בתשתיות הלאומיות הקיימות בתחומי מצאי שירותי הבריאות, הינו פיתוח ושיפור תשתיות. שלושה מבתי החולים של הכללית מצויים בקטגוריה של פריפריה גיאוגרפית - העמק, סורוקה ויוספטל. בסה"כ יש בבתי חולים אילו כ-1600 מיטות אשפוז והם מהווים כשליש מסך המיטות לטיפול אקוטי בבתי חולים של הכללית וכחצי מסך המיטות של המדינה בפריפריה. הכללית, כספק שירותים משמעותי בפריפריה מאז ומתמיד, הגבירה בשנים האחרונות את פיתוח השירותים בפריפריה באופן חסר תקדים:

• תשתיות בתי חולים:

- במרכז הרפואי סורוקה: בשנת 2012 נפתח בניין יולדות החדש הכולל 26 חדרי לידה חדישים ומרווחים, חדרי ניתוח, שתי מחלקות יולדות ומיון יולדות. בימים אלה מסתיים בניין מח' ניתוחי לב חדשה ויחידה לטיפול נמרץ חדשה. קומה נוספה לבניין הילדים עבור מחלקה כירורגית ילדים חדשה. נבנו מתחמים חדשים עבור מכשיר MRI חדש שהחל לפעול ומכשיר PET-CT אשר עתיד להיות מותקן ומופעל בהמשך. כמו כן שופץ מתחם עבור יחידה להפרעות אכילה.
- במרכז הרפואי העמק: בניין רב תכליתי חדש נמצא בהליכי בניה מתקדמים. המבנה בן 24,000 מ"ר, ועתיד להכיל חדרי לידה חדישים, מחלקות יולדות וילודים, חדרי ניתוח חדישים ומשוכללים, מחלקות כירורגיות, מחלקת שיקום ומערכים תומכים. מעבדה חדישה משותפת למרכז הרפואי ולקהילה נמצאת בשלבים מתקדמים של פיתוח. לצורך הקלה על העומס הגדל משנה לשנה על המחלקה לרפואה דחופה בוצעה הרחבת מחלקה זו והוספת עמדות לשהייה ממושכת. נפתחה מחלקה פנימית חמישית כדי לתת מענה לתפוסות גבוהות. לאחר פתיחתה נצפה שיפור ניכר במצב.
- בבית החולים יוספטל: בשנת 2012 נפתחה מחלקת ילדים חדשה, מרווחת ומעוצבת בהתאם לעולמם של הילדים המטופלים בה. בבית החולים מתבצע שיפוץ נרחב של כלל מחלקות האשפוז, תוך חיזוק הבניין ועמידותו בפני רעידות אדמה. במקביל נמשך במרץ בניין מלר"ד חדש הכולל 20 עמדות טיפול ו-4 עמדות טיפול מוגבר.

• טכנולוגיה ומכשור בבתי חולים:

- סורוקה: החלה התקנת מערכת רשומה רפואית ממוחשבת (קמליון) בכלל מחלקות בית החולים (בית החולים הראשון בכללית בו מותקנת המערכת בכל המחלקות). הושלמה התקנת מערכת RIS ו- PACS – מאפשרת ארכוב ופענוח של בדיקות דימות באופן מיטבי, וצפיה ופענוח מכל מרכז אחר של הכללית אשר יחובר למערכת. כ"כ, המרכז חיזק את יכולותיו בתחום הטיפול בארועים של אוטם מוחי באמצעות צינתור עורקי המוח ונרכש ניסיון רב בטכנולוגיה זו. הותקן והחל לפעול מכשיר MRI 3 טסלה – המודרני ביותר מסוגו ומאפשר ביצוע בדיקות אשר לא ניתן היה לבצע אותן קודם לכן לתושבי הדרום. והותקן אק"ג דיגיטלי –

- מאפשר ארכוב תרשימי האק"ג באופן דיגיטלי, וצפיה בהם מכל עמדת מחשב אשר מחוברת למערכת, בתוך או מחוץ למרכז הרפואי.
- יוספטל: תא הלחץ הנותן גיבוי למועדוני הצלילה הרבים שבאילת והציל חייהם של צוללים רבים, הוחלף בתא לחץ מודרני מהמתקדמים בעולם. הותקנה מערכת רשומה רפואית (קמליון) במערך חדרי הלידה. הותקנה מערכת RIS ו- PACS - מעבר לחשיבות המערכת ברמה המקומית, המאפשרת התייעצות בזמן אמת עם מומחים במרכזים שלישוניים לגבי תוצאות בדיקות דימות, והותקן אק"ג דיגיטלי.
 - העמק: הוחל בהערכות לקליטת מאיץ קוי בבית החולים. המכשיר יאפשר לכל חולי הסרטן בצפון הארץ לקבל הקרנות ללא צורך בנסיעה, לעיתים קרובות מדי יום, למרכז הארץ על מנת לקבל טיפול זה. ניידת MRI הרחיבה פעילותה ונותנת שרות כל ימות השבוע.

הגדלת היצע זמינות שירותים בקהילה:

פעילות נרחבת של הגדלת היצע זמינות שירותים בוצעה בכל הארץ, להלן מספר דוגמאות נבחרות לפי איזור גיאוגרפי:

○ במחוז דרום:

- היצע שירותי הרפואה היועצת הורחב תוך מתן זמינות ונגישות טובה יותר לטכנולוגיה רפואית מתקדמת. כך, שיעור הביקורים ברפואה יועצת עלה בכ-10% במנהלות באר שבע ונגב דרומי בהשוואה לתקופה המקבילה אשתקד. דוגמאות נבחרות להשקעה בטכנולוגיה כוללות עליה בכ 40% בביצוע פעולות MRI בנגב דרומי ובבאר שבע (בהשוואה ל 2011) ושל כ-25% בביצוע בדיקת אולטראסאונד לסקירת מערכות לנשים בהריון בקרב מבוטחות מהמגזר הבדואי במנהלת נגב דרומי. כן הופעל אולטרא סאונד גניקולוגי ומילדותי נייד- שירות של רופא נשים במשרה מלאה המגיע לכלל הפזורה הבדואית לביצוע אולטרא סאונד גניקולוגי ומילדותי טרימסטר ראשון ושלישי. בנוסף, חודשה פעילות מצלמת עיניים ניידת העוברת בין מרפאות הפריפריה ונגישה לאוכלוסייה. דוגמאות לשירותים חדשים:
- בדימונה נפתח מוקד גריאטרי- המוקד מספק שירותים לקשישים באזור דימונה והסביבה. המוקד מורכב מרופא גריאטרי ואחות מומחית לתחום הקשישים המבצעים הערכה כוללנית ומעקב אחר הקשישים בסיכון.
- יחידה ייעודית חדשה לטיפול בחולי אי ספיקת לב מורכבים- היחידה מטפלת בעיקר באוכלוסיית הפריפריה ונותנת טיפולים ומעקב תדיר בהנחיית קרדיולוג לשיפור מצבם הבריאותי ומניעת אשפוזים.
- בוצע ארגון מחדש של היחידה להמשך טיפול ביתי והנגשת השירות למטופלי הפריפריה הרחוקה. השירות כולל תמיכה במטופלי בית בפריפריה הכוללת רופא ואחות זמינים 24 שעות + ביקורי בית של רופא, אחות ומקצועות הפארא רפואה.
- השנה נרשם גידול של כ 28% במספר הביקורים וכמות המטופלים במרכזי בריאות הילד בפריפריה. שירות נוסף הינו ייעוץ מומחי סוכרת למטופלים ומטופלים כאחד, הניתן ב 12 מרפאות.

○ במחוז מרכז:

- הוכנס שירות של ייעוץ סוכרת למרפאות הנמצאות במיקוד לצמצום פערים – מרפאת מיני סוכרת בתוך המרפאות (מודל המופעל כעת במגזר הערבי) תוך התמקדות בחולים שניתן לעבוד איתם – תיאום ברמת כל מינהלת. בנוסף, הקמת מרפאת סוכרת בקריית מלאכי.

- הפעלת מערך מגשרי תרבות ("רפואה שלמה") בכ – 8 מרפאות בהן ריכוז גבוה של יוצאי אתיופיה אשר עיסוקם כולל הדרכה וליווי אישי והדרכה קבוצתית.

○ **במחוז ירושלים:**

- הוקם שירות גישור לאוכלוסייה האתיופית ב-5 מרפאות עם שיעור גבוה של מטופלים ממוצא אתיופי. במרפאות במבשרת, בגונן ח', בעיר גנים, ובמרפאת יפת השמש, הופעלו סדנאות לאנשי עם סוכרת כדי לעודד אורח חיים בריא וטיפול עצמי.
- במרכז רפואי שיח ג'ראח בוצע שיפוץ נרחב, כולל הרחבת קומת הרפואה יועצת, הוספת מכשור רפואי מתקדם לרפואת נשים, עיניים ולקרדיולוגיה ילדים והוספת שירותי ייעוץ לרווחת אוכלוסיית מזרח ירושלים.
- במרפאת אבו גוש – פתיחת סניף נוסף, רכישת ציוד רפואי והרחבת שירותי רפואה יועצת (נשים, עור, אאג, התפתחות הילד). במרכז שועפט – פתיחת מערך הערכה וטיפול להתפתחות הילד, כולל אבחון וטיפול לאוטיזם, בניהול נירולוג מומחה וצוות פרא רפואי נרחב (עו"ס, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, פסיכולוג).
- שינויים במרפאות לצמצום פערים: במרפאת ירמיהו – פתיחת מרפאה ראשונית לתושבי שכונת רוממה (חרדים), כולל שירותי רפואת נשים. במרפאת המשלט - בית שמש – פתיחת מרכז אשפוז יום למתן טיפולים תרופתיים דרך הוריד לתושבי בית שמש והסביבה. מרפאת הבקעה – פתיחת מרכז חדש בצומת הבקעה: הרחבת זמינות שירותי רפואה, כולל רפואה יועצת לתושבי בקעת הירדן. מרפאת עופרה – שיפוץ והרחבה של מבנה המרפאה וחידוש הציוד

○ **במחוז דן פ"ת:**

- הוקם שירות גישור לעדה האתיופית במטרה לסיוע בפעילות השוטפת ותגשרנה על פערי התרבות בין האוכלוסייה לצוות – תרגום מעברית לאמהרית והדרכה בעת הביקור, סיוע בניווט במערכת הבריאות זימון תורים לרפואה מקצועית ולמכונים, מילוי שאלונים, הסבר על מתן תרופות ועוד.
- להגברת ההיענות לביצוע ממוגרפיה מבוצעים באוכלוסיות נבחרות (עדה אתיופית, מגזר ערבי) זימונים יזומים והזמנת ניידת לשיפור הנגשת השירות.

○ **במחוז שרון שומרון:**

- בכדי לקדם את כל הבריאות בכלל ואיזון הסוכרת בפרט במינהלת חפר, בוצעה פנייה יזומה של הנהלת המנהלת לכל קובעי המדיניות בעיר טייבה שבמשולש הקטן, בדגש על האימאמים, ונערך מפגש רחב בהשתתפותם, ותוך מתן הרצאה של אחד האימאמים על חשיבות התנהגות בריאותית בטיפול בסוכרת. האימאמים התחייבו לדבר על הנושא במסגרת הדרשות שלהם בימי שישי במסגדים ואכן כך קורה.
- במרפאת עמנואל מתבצעת פעילות יזומה של המרפאה מול כל האברכים בכולל בעמנואל.
- במתנ"ס בדורה בנתניה ובמרכז הקליטה בנתניה נמצאים הרבה עולים מאתיופיה, בעיקר קשישים שאינם דוברי עברית. בשת"פ עם עמותת "טנא בריאות" מתקיימת פעילות בדגש על קיום ימי בריאות שמטרתן העיקרית הינה העברת ידע ושילוב בני העדה בקידום בריאות של החולים הכרוניים מהעדה.
- הרצאות ניתנות ברבים מבתי הספר הערביים על ידי יועצים לגמילה מעישון ודיאטניות בנושא תזונה נכונה ומניעת עישון, כאשר בבקא אל גרביה, אום אל פאחם, כפר קרע, ישנו שיתוף פעולה הדוק עם המועצות המקומיות ומתבצעת בנוסף הדרכה של גננות לטובת עניין מניעת השמנה בקרב ילדים.

- **במחוז צפון:** בוצעה פעילות רחבת היקף להגברת זמינות ונגישות שירותים:
 - מרכז בריאות הילד בעפולה והראשון במחוז צפון נפתח בתחילת השנה, לקראת נובמבר יפתח מכון התפתחות הילד בטבריה והראשון במחוז צפון, מרכז גדול ומתקדם לרפואה יועצת בנצרת- הראשון במחוז צפון נבנה בימים אלה ויפתח בתחילת 2013, הקמת מרפאה נפרולוגית רב צוותית נוספת בגליל עד סוף שנת 2012.
 - גישור במרפאת עפולה עילית בה ריכוז גבוה של אוכלוסיה יוצאת אתיופיה.
 - "שניידר בגולן"- הבאת רופאים יועצים מבי"ח שיינדר לגולן למתן שירות במרפאות הקהילה.
 - פתיחת מרפאת סוכרת בנצרת- מרפאה רב מקצועית. פתיחת מכון נפרומור בנצרת (דיאליזה), הקמת מכון פיזיותרפיה בבוקעתה. מרפאת המעיין בנצרת עברה למשכן חדש ומשופר בחודש ביולי.
 - הקמת מרפאת "אוהל יעקב" בטבריה ומרפאת "מאור חיים" בצפת אשר מותאמות לצרכי הקהל החרדי, וכן הוקמו שירות רפואה משלימה נפרד לגברים ונשים בעיר חצור מותאם לקהלה החרדי.
 - MRI- הורחבו השירותים בכל בי"ח באזור ותוספת של יום ניידת בק"ש, וכן הוספו שירותים של ספק "שמעיה" לטיפול בלקויות שמיעה בערים טבריה וצפת, התקשרות עם מוקד שח"ל לטיפול בחולי אי ספיקת לב.
 - גריאטריה- הקמת יחידה גריאטרית נייחת שתפעל החל מנובמבר 2012 במרכז השיקומי במזרע שתאפשר ייעוץ רב מקצועי הכולל ייעוץ גריאטרי.
 - בתחום השיקום- הקמת מרכז שיקום רב תחומי במבואות חרמון- פרויקט שבימים אלה קורם עור וגידים, שיקום לב- פתיחת מרפאות שיקום לב קהילתי בערים נצרת עפולה וטבריה.
 - הוספיס- התקשרות עם ספקים חדשים להוספיס בית במיוחד במקומות מרוחקים - כיום ניתן שירות מיידי תוך 24 שעות.

III. עבודת צוות ושיפור תהליכי עבודה

יחידת השרות הבסיסית בכללית הינה מרפאה ראשונית בה ניתנים שירותים על ידי צוותים רב מקצועיים- רופאי משפחה, אחיות, רוקחים, עובדי מינהל, דיאטניות, עובדות סוציאליות ועוד. תשתית זו מאפשרת יישום תהליכי עבודה וטיפול, מתמשכים הנגזרים מיעדי הארגון תוך התאמה למאפייני אוכלוסיית המטופלים במרפאה.

להלן מספר דוגמאות:

- התאמת תשתיות מערכות מידע- תרגום לערבית של מסכי מחשב ושיפור נגישותם לדוברי ערבית
- ניהול ידע ושיפור מיומנויות מקצועיות בקרב צוותים- במנהלת מזרח ירושלים מבוצעת העשרת ידע ומיומנות הצוותים בנושאים רפואיים
- תשומת לב ניהולית - ביקורים תכופים של דרגים ניהוליים מכל הרמות (מחוז, מנהלת), ליווי צמוד של רפרנטים למידע ניהולי לצוות המרפאה, בניית תהליכי עבודת צוות, בקרה מתמשכת. בתחום הטיפול במחלות כרוניות
- עיבוי שירותי מומחים לייעוץ לצוותים ראשוניים- שיבוץ יועצי סוכרת במרפאות צמצום הפערים והמרפאות החלשות במדדי סוכרת, במספר מודלים, כולל ייעוץ לרופא המטפל עצמו, במסגרת ביקור עם או ללא נוכחות מטופל וייעוץ טלפוני מוסדר.

- העמקת תהליכי עבודה במרפאות של רפואה עצמאית-רופא יועץ המגיע למרפאה, בדיקת המטופלים בנוכחות הרופא המטפל ומעורבות צוות הסיעוד של מרפאת האם.

IV. הכשרה וכח אדם

- **כח אדם בבתי החולים:** בשנת 2012 ניתנו מענקים ל – 21 רופאים אשר החלו התמחותם במרכז רפואי סורוקה, ו – 10 רופאים אשר החלו התמחותם במרכז רפואי העמק. מבין הרופאים 15 החלו התמחות במקצועות אשר הוגדרו כ"מקצועות במצוקה" עקב מחסור קיצוני במתמחים במקצועות אלו. במסגרת ההסכם, הוקצו למרכז רפואי סורוקה 62 תקנים ולמרכז רפואי העמק 39 תקנים לקליטת רופאים לצורך הפחתת עומס התורנויות. בסך הכול נקלטו בבתי חולים אלו 150 רופאים במהלך השנים 2011-2012. מספר הסטאז'רים המוקצה לבתי החולים בפריפריה, גדול מעבר לחלקם היחסי במספר המיטות כ"כ הכללית

פיתחה מסלולי הכשרה לסטודנטים ישראלים הלומדים בחו"ל, במטרה למשוך אותם לקריירה בישראל.

- **כח אדם בקהילה:** בנוסף לתוספות כח אדם הכרוכות בפיתוח שירותים (ראה הגדלת זמינות שירותים בקהילה), ועל אף האתגרים המשמעותיים במשיכת כח אדם לאזורים נדרשים, התווסף כח אדם רפואי ופרא-רפואי במקומות רבים. למשל, תוספת של רופא במשרה מלאה למרפאות ראשוניות בישובי הערבה התיכונה, השלמת משרת רופא ראשוני במרפאת רמת אליהו במחוז מרכז; ישנה השקעה בהתאמת כוח האדם לצרכים החברתיים של מבוטחים, למשל שני אנשי מקצוע מהמחלקה לחינוך וקידום בריאות אשר תפקידם להפעיל תוכניות קידום הבריאות לאוכלוסייה הערבית.

- **הכשרה:** בכל מחוזות הכללית קיימת פעילות רחבת היקף להכשרת צוותים בתחומים של שיפור איכות, בדגש על צוותים המטפלים באוכלוסיות במיקוד לצמצום פערים והנגשה תרבותית. פותחו והוטמעו יוזמות ברמה ארצית ונוספות ברמת המחוז. לדוגמה, ברמה ארצית, הופעלה תוכנית ייחודית להכשרת מגשרי בריאות של תוכנית "רפואה שלמה" (בשיתוף משרד הבריאות) בת 40 שעות לפיתוח יכולות בתמיכה פרטנית וקבוצתית בנושא סוכרת לאוכלוסייה האתיופית. להלן מספר דוגמאות של יוזמות ברמה מחוזית: במחוז מרכז מתקיימים כנסים ומפגשים מקצועיים ללמידת תכניות התערבות לטיפול בסוכרת במגזר הערבי. במחוז ירושלים פותחה תכנית של מפגשי הכשרה "בהנגשה תרבותית" לצוותים המובילים במרפאות המטפלות בשיעור גבוה של יוצאי העדה האתיופית, בנוסף, הושם דגש על שיפור ידע ומיומנות הצוותים בטיפול בסוכרת – הדרכה ייחודית ואינטראקטיבית ומותאמת תרבותית בשפה ערבית לצוותי מרפאות, הפעלת ייעוץ פרטני: רופא דובר ערבית ומתמקצע בסוכרת המייעץ לצוותים רפואיים (בליווי וחסות מנהל מרפאת סוכרת מחוזית). במחוז חיפה מופעל "בית ספר איכות" בתחומים של סוכרת, ליפידים, ויתר ל"ד למרפאות מיקוד לצמצום פערים, ביי"ס לרופאים עצמאיים, סדנאות לשיפור תקשורת ושיפור היענות מטופלים לטיפול, סדנאות לצוותים בתחומי קידום בריאות, סדנאות "מפות שיחה" בהנחיית אחות לתמיכה בטיפול עצמי של חולי סוכרת, במיקוד אוכלוסיות מהעדה האתיופית, דוברי רוסית, מגזר ערבי ומגזר דתי.

V. קידום בריאות, יישוג (outreach) ויצירת שותפויות עם הקהילה

תחום פעילות עניפה נוסף הינו עבודה רחבת היקף לקידום בריאות אוכלוסיות חלשות ושיתופיות קהילתית במסגרת פרויקטים רבים בקהילות רבות ובתחומי בריאות מגוונים. מספר נושאים קבלו התייחסות ארצית, לדוגמה הפעלת סדנאות בנושא אורח חיים בריא וטיפול עצמי לחולי סוכרת במרפאות ובמרכזי קליטה 10 מפגשים (בשיתוף "טנא בריאות").

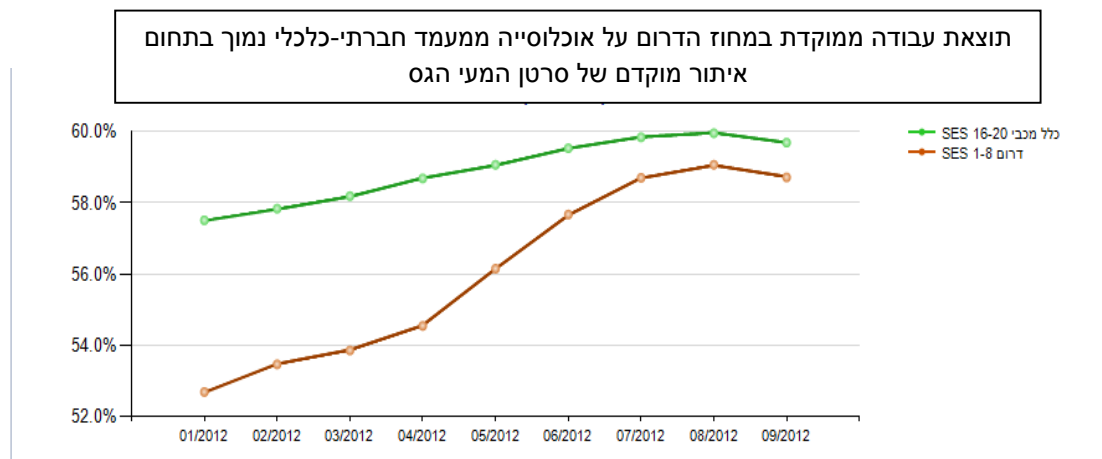
להלן מספר דוגמאות לפעילות ספציפיות בתחומי אלו:

- מחוז דרום בשנת 2012 הופעלו מגוון סדנאות, ימי בריאות והדרכות לקידום בריאות האוכלוסייה, לכלל הגילאים כולל גנים, בתי ספר וקשישים. הושם דגש על כך שמגוון הפעילויות יונגשו לאוכלוסייה המרוחקת תוך התאמה ומציאת נושאים ייחודיים לאוכלוסיות במיקוד, כולל האוכלוסייה הבדואית. בתקופה ינואר ספטמבר 2012 השתתפו כ-8,500 לקוחות מהפריפריה בסדנאות וימי הבריאות השונים.
- מחוז דן פ"ת- בוצעה התאמת שירותים לאוכלוסייה החרדית, בשיתוף רבנים מובילי דעה ושליחת מכתב החתום ע"י הרבנים עם המלצה לביצוע בדיקת דם סמוי וממוגרפיה, התקשרות טלפונית באמצעות מוקד ייחודי (תסריטי שיחה מותאמים למגזר) לדרבון המבוטחים לביצוע הבדיקות וכן לקביעת תורים עבורם במכוני הממוגרפיה, וקביעת חלונות זמן לבדיקות ממוגרפיה בבית חולים מעיני הישועה – בית חולים חרדי באיזור בני ברק. הבדיקות מבוצעות ע"י נשים בלבד. באותה הזדמנות נלקחו בדיקות סקר נוספות כגון גובה/משקל, בדיקות דם שהועברו מבי"ח למעבדה המרכזית. בקרב האוכלוסייה האתיופית אורגנו ימי בריאות עם גיבוי של צוות הדובר את השפה. בתחום הטיפול בסוכרת, בוצעה העלאת המודעות באוכלוסייה לחשיבות הטיפול באמצעות הרצאות במתנ"ס ובבית הקשיש והועברו סדנאות פסיכו-חינוכיות לחולי סוכרת בהנחיית עו"סית קלינית ובשיתוף צוות המרפאה שמטרתן העצמת חולי הסוכרת לניהול עצמי במחלה ורכישת כלים להתמודדות ושיפור באיכות החיים.
- מחוז צפון- מתבצעות הרצאות ייעודיות למגזר הערבי בבתי ספר בנושא תזונה נכונה ופעילות שוטפת בקרב אוכלוסייה אתיופית- מתקיימות סדנאות והרצאות לחולי סוכרת בעיר עפולה ייעודיות לאוכלוסייה זו. בקרב האוכלוסייה החרדית התקיים שבוע בריאות לנשים חרדיות בערים צפת וטבריה. פעילות של קידום בריאות לדוגמה: פזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, חשיבה חיובית. סדנאות ויעי עיון מותאמות לקהל- התפתחות הילד, עזרה ראשונה.

בנוסף לכל הנ"ל, תוכנית המיקוד בצמצום פערים באיכות רפואית כוללת מאות יוזמות מקומיות של צוותי מרפאות ברחבי הארץ, כולל פעילויות של שיפור וקידום איכות בכ-100 מרפאות המשרתות אוכלוסיות מאותגרות סוציו-אקונומית (800,000 איש) בכל רחבי הארץ. יישום והרחבת יוזמות אילו יהוו חלק מפעילות הכללית גם בשנים הבאות. בכללית- כולנו מחויבים לצמצום פערים בבריאות.

4.1.2 מכבי שירותי בריאות- התמודדות אי השוויון בבריאות

מכבי הינה ארגון הבריאות הראשון בישראל שעסק בקידום השוויון ובצמצום פערים. בשנת 2008 החלה מכבי ללמוד את הנושא וליישם מדיניות ארגונית לצמצום פערים. בשנת 2009 הפיק מערך האיכות דו"ח ששיקף פערים בתחלואה ובתוצאת הבריאות של חברי מכבי ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ואלו מהאוכלוסייה הערבית, בהשוואה לחברים ממעמד כלכלי-חברתי גבוה ואלו מהאוכלוסייה היהודית, בהתאמה. דו"ח זה שיקף לכל המנהלים בארגון את המצב וגייס אותם לפעולה. קידום השוויון בבריאות הוכרז כתחום אסטרטגי וכנושא ליבה של חטיבת הבריאות במכבי. במסגרת זו הוגדרו אוכלוסיות היעד המרכזיות להתערבות: חברי מכבי החיים בעוני וחברי מכבי ערבים. בהתאם, הוקצו תקציבים ייעודיים לתכניות התערבות ייחודיות לפריפריה החברתית בכל מחוז; תכניות אלו מופעלות זו השנה השלישית. לצורך בקרה וניטור של תפוקות העשייה, בשנת 2012 נבנה נדבך נוסף למערכת המדידה הארגונית המשקף את הפערים בתחומים נבחרים בפילוח והשוואה בין אוכלוסייה ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (SES 16-20) לנמוך (SES 1-8) ביחידות הארגוניות. היות שעפ"י נתוני המדד החברתי-כלכלי משנת 1995 כלל האוכלוסייה הערבית במכבי משויכת למעמד חברתי - כלכלי נמוך, ההתייחסות בתוכניות לצמצום פערים כוללת בתוכה גם אוכלוסייה זו.



מאפייני אוכלוסייה:

במכבי כיום כ- 21% מהילדים בגילאים 0-17, 18% מהבוגרים בגילאי 18-64, ו- 18.5% מהזקנים בגילאי +65. במעמד חברתי-כלכלי נמוך (SES 1-8). בחלוקה בין המחוזות, מחוז הדרום הוא המחוז העני ביותר כש- 40% ממבוטחי מכבי בדרום הינם ממעמד כלכלי-חברתי נמוך, במחוזות צפון ומרכז כ- 20% מהמבוטחים, בכל אחד מהמחוזות, משויכים למעמד זה, ואילו במחוזות שפלה - ים ושרון ישנם כ- 10% מהמבוטחים במעמד חברתי-כלכלי נמוך. יש לשים לב לשיעור המבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך במחוז המרכז. על אף היותו מחוז לא פריפריאלי הוא מאכלס מספר לא מבוטל של מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ויש לשים על כך את הדעת בחשיבה על הקצאות המשרד

לטובת פיתוח והשקעה בשירותים, תשתיות ותוכניות התערבות גם באזורים שאינם פריפריאליים אך שיעור התושבים במעמד כלכל-חברתי נמוך גבוה בהם.

תכניות ההתערבות ייעודיות לשיפור בריאותן של אוכלוסיות חלשות:

בשנה האחרונה לאחר בחינה וניתוח של נתוני הבריאות של האוכלוסיות השונות אותן משרתת הקופה, הגדירה מכבי 12 סניפים להתערבות בהם יש שיעור גבוה של מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך וסניפים פריפריאליים. בסניפים אלו מתבצעת פעילות ממוקדת לצמצום פערים בתחלואה כרונית, עם דגש על חולי לב וסוכרת ופערים בתחומי הרפואה המונעת, לדוגמה ביצוע בדיקות סקר ומניעה של סרטן המעי הגס וממוגרפיה, וביצוע בדיקה ואיזון המוגלובין בתינוקות וילדים. בהתאם לתחומים בהם זוהו פערים, נבנו מסלולי טיפול תוך שימת דגש על עבודת צוות רב מקצועי, במטרה לשפר את תוצאי הבריאות של חולי הסוכרת, ומיקוד באיזון ההמוגלובין המסוכרר, שיפור איזון ל"ד ושיפור איזון הכולסטרול. בקרב חולי הלב עובדים הצוותים בסניפים אלה על תהליכי שיפור איזון הכולסטרול ושיפור ההיענות לטיפול תרופתי. בנוסף מקדמים הצוותים בסניפים בדיקות מניעה ואיתור מוקדם של סרטן כגון בדיקות דם סמוי בצואה והמשך בירור תוצאות דם סמוי חיובי. בקרב תינוקות ופעוטות פועלים הצוותים בסניפים לעידוד איתור של אנמיה באמצעות ביצוע בדיקת המוגלובין בין הגילאים 18-9 חודשים. בסניפים נערכו הכשרות לצוותים המטפלים והתקיימו קבוצות שונות עם מטופלים שמטרתן מתן ידע והעצמת המטופל. עבודת ניהול ממוקדת ותשומת לב ארגונית קידמו עשייה פורייה ותוצאים מרשימים, לדוגמה:

- בביצוע בדיקת סקר לסרטן המעי הגס שיפרו סניפים אלו את הביצוע ב-10% אבסולוטיים, סגרו את הפער מול חברי מכבי ממעמד חברתי-כלכלי גבוה ואף שיפרו את הביצועים בהשוואה לכלל הקופה.
- גם בבדיקת המשך בירור לסרטן המעי הגס בשיפור של 11% אבסולוטיים ופער נוכחי של 2.7%.
- שיפורים דומים נצפים גם במדדי האיזון של החולים הכרוניים, כך לדוגמה בפרק זמן קצר יחסית נצפה שיפור של 3.2% באיזון כולסטרול בקרב סוכרתיים בסניפי התוכנית.

אלו כמובן הם תוצאים חלקיים של התוכנית שעוד ממשיכה לפעול ולהפיק תוצאים מרשימים בפרקי זמן קצרים.

בקו אחיד עם התוכנית הארצית פעלה מכבי להרחבת שירותים, הגברת הנגישות ופתיחת שירותים חדשים בפריפריה הגיאוגרפית (יישובים באשכול פריפריאלי 4-1). כך למשל הגדילה מכבי את משמעותית את התקינה של רפואה ראשונית (ילדים, פנימית ומשפחה), רפואה שניונית ותגברה שירותים הניתנים ע"י מקצועות הבריאות כגון תזונה, פיזיותרפיה, פסיכולוג ילדים וריפוי בעיסוק באזורי הפריפריה הגאוגרפית.

תוצאות התוכנית:**דימונה עיר מובילה לבריאות:**

השמנת יתר אצל ילדים ובני נוער נמצאת בשנים האחרונות בעלייה מתמדת. מחקרים רבים מצביעים על כך שלילדים עם עודף משקל יש הישגים לימודיים נמוכים יותר וסיכוי גבוה יותר לחלות במחלות כרוניות ולסבול מהן לאורך זמן ממושך יותר. בעולם הוכח קשר חזק בין השמנה למעמד חברתי-כלכלי נמוך. לאור כל זאת, נושא הטיפול בהשמנה והקניית הרגלים לאורח חיים בריא הפכו לתחומי עיסוק מרכזיים בסדר היום של ארגוני הבריאות בארץ ובעולם. מכבי שירותי בריאות יחד עם קרן רש"י ועיריית דימונה פיתחו תוכנית לקידום אורח חיים בריא בעיר דימונה, תוך קידום מעורבות כל רבדי האוכלוסייה בפעילויות מקדמות בריאות. התוכנית מהווה דוגמא למודל עירוני בר-קיימא הפועל תוך שותפות בין גורמים שונים: ארגון בריאות, המגזר השלישי והרשות המקומית בשיתוף פעיל עם משרד החינוך ומוסדות קהילתיים בעיר. התוכנית מבוצעת בשלושה רבדים: קהילה, משפחה ופרט ופועלת לשינוי ידע ועמדות ולהטמעת התנהגות לתזונה נכונה וקיום אורח חיים בריא באוכלוסיית הילדים ומשפחותיהם.

בקהילה:

פעילויות חינוך לבריאות לנערות בסיכון, קבוצת הליכה לכלל תושבי העיר, אימון במתקני כושר עירוניים בהדרכת גורם מקצועי, רכיבה על אופניים, ירידי בריאות/אירועי חוצות לקידום אורח חיים בריא, אולימפיאדת "משחקים של פעם" (משחקי כדור ופעילות חוץ) והכשרת נאמני בריאות לקהילה.

במערכת החינוך:

התקיימו 431 פעילויות שונות לקידום אורח חיים בריא בדגש על תזונה נכונה ופעילות גופנית, בהשתתפות כוללת של כ- 12,000 תלמידי גני ילדים ובתי ספר יסודיים ותיכונים (כלל ילדי העיר השתתפו בתוכנית, ללא קשר לשייכות לקופה זו או אחרת). בחלק מהפעילויות השתתפו גם ההורים. הילדים נחשפו לסדנאות חווייתיות בנושא תזונה נכונה בהנחיית דיאטנית קלינית ולהרצאות בנושא רפואה מונעת (יציבה נכונה ו"חכם בשמש") בהנחיית פיזיותרפיסט ובסיוע האגודה למלחה בסרטן. בבתי הספר התיכונים התקיימו גם פעילויות למניעת עישון.

ברמת המשפחה והפרט: הופעלה תכנית התערבות ייחודית במשך 5 חודשים למשפחות עם ילדים הסובלים מעודף משקל שכללה מפגש שבועי של הורי הילדים עם דיאטנית ועובדת סוציאלית. הילדים השתתפו בסדנת פעילות גופנית בלווי מדריך כושר ובנוסף התקיימו גם מפגשים משותפים של ההורים וילדיהם עם הדיאטנית והעובדת הסוציאלית.

נצפה שיפור משמעותי בכושרם הגופני של הילדים וירידה ביחידות BMI בקרב הילדים והוריהם. כן נצפו שינויים באורחות חיים של כל בני המשפחה.

טלה רפואה:

טלה-רפואה (Telemedicine) מאפשרת מעקב וטיפול קליני מרחוק באמצעות שימוש בטכנולוגיות תקשורת ומידע מתקדמות, הכוללות מצלמות מיוחדות המאפשרות שיחת ועידה

בידאו בין הגורם המייעץ (רופא / עובד פרה רפואי) לגורם המקבל ייעוץ (רופא ראשוני ו/או אחות ו/מטופל). יישום הטכנולוגיה מאפשר שימוש נכון במשאבים יקרים, כגון מומחים המייעצים בתחומים נבחרים ונמצאים במרכז הארץ, באופן כזה שמרב המטופלים נהנים מהידע שלהם ומכישוריהם. שירות זה הוא כמובן בנוסף לשירותי הקהילה הרגילים ואינו כרוך בתשלום. טכנולוגיית טלה-רפואה, מנגישה את הרפואה היועצת ופורשת אותה במידה שיוונית כך שהשירותים הרפואיים מונגשים לכלל מבוטחי הקופה, כולל לאלו המתגוררים בפריפריות הגיאוגרפיות ללא מגבלות של מרחק ו/או שפה ובכך תורמים לקידום השוויון בבריאות. יתירה מזו, סביר שאלמלא ערוץ זה היה זמין היו מבוטחים שמפאת מרחק ו/או מצב פיזי לא היו צורכים את השירות.

שימושי טלה רפואה כוללים טלה-ייעוץ ומעקב (מפגש וידאו בין רופא ומטופל הנמצאים בסניף מרוחק לבין יועץ הנמצא במרכז רפואי רחוק), טלה-אבחון (מפגש בין מטפל ומבוטח שנמצאים בסניף מרוחק לבין יועץ מאבחן, כגון מרפאת פצע). שימוש נוסף מאפשר למידה מרוחק של הצוותים המטפלים בקהילה (רופאים ועובדים פארא רפואיים). שירותים אלו מסופקים היום בנגישות מקסימאלית לכלל מבוטחי הקופה בתחומים הבאים: ייעוץ רפואי של רפואה שניונית אנדו/סוכרת, רפואת ילדים, גריאטריה, פסיכיאטריה, פסיכוגריאטריה, תחומים פארא רפואיים: תזונה, רוקחות קלינית. בנוסף ישנן מרפאות ייחודיות לטיפול בפצעים (טלה פצע).

מוקד הנגשה לשונית:

מכבי הינה הקופה היחידה המפעילה מוקד לשירותי הנגשה לשונית עבור מבוטחים שאינם דוברים את השפה העברית ועבור הצוותים המטפלים במבוטחים אלו. במהלך השנה האחרונה התקבלו למוקד כ- 3000 שיחות מכל רחבי הארץ. השירות הינו ייחודי, יקר וקשה לתפעול, ולמכבי ציפיה שמשדד הבריאות יקדם הקמת מוקד לאומי, שיפעל בהתאם לסטנדרטיזציה מקצועית מובנת, ושהשירות במוקד יהיה זמין לכלל אזרחי המדינה והעובדים במערכת הבריאות.

לסיכום:

בשנים הבאות מכבי מחוייבת להמשיך את פעילותה הענפה לקידום השוויון וצמצום פערים בין פריפריה חברתית-גיאוגרפית למבוטחיה ממעמד חברתי כלכי-גבוה. מכבי ממשיכה ללמוד על דרכי פעולה אפקטיביות עבור המבוטחים השייכים לקבוצות אלו ופועלת ללא לאות לשיפור מצבם הבריאותי והנגשת מיטב השירותים הרפואיים עבורם, באופן שתואם את צרכיהם ותרבותם. בשנים האחרונות מקדם גם משדד הבריאות מדיניות שמשקפת את מדיניות הקופה בנושא, כך למשל קודמו מבחני התמיכה לשנים 2012-13 ובכל זאת, ההקצאות שמספקת המדינה להתמודדות עם פערים משמעותיים בבריאות הם דלים ויש צורך להגביר את המאמצים הלאומיים למתן מענה הולם תוך הקצאה משמעותית לטובת צמצום פערים ושילוב תשתיות לאומיות לקידום השוויון.

4.1.3 דיווח שנתי על פעילות מאוחדת בנושא צמצום פערים בבריאות – אוקט' 2011 עד אוקט' 2012

1. רקע על מאוחדת ומאפייני האוכלוסייה:

א. מבנה ארגוני:

מאוחדת הינה הקופה השלישית בגודלה, מעל מיליון לקוחות המהווים 13.6% מכלל תושבי המדינה.

מאוחדת מעניקה את שירותיה הרפואיים במבנה ארגוני של ארבעה מחוזות: צפון, מרכז, דרום וירושלים.

רוב שירותי מאוחדת, ניתנים באזורים עירוניים, הן בישובים יהודיים והן בישובים שאינם יהודיים. במחוז ירושלים מבטחת מאוחדת כ- 38% מסך תושבי ירושלים והסביבה ובאזור יהודה ושומרון כ- 28% מכלל התושבים.

במאוחדת כ- 280 מרפאות הפזורות בכל רחבי הארץ. מאוחדת מעסיקה כ- 3,900 רופאים שכירים ועצמאיים. ללקוחות מאוחדת אפשרות בחירה חופשית של הרופאה המטפלת. השירות הרפואי ניתן במרפאות מרכזיות או במרפאות העצמאיות של הרופאים. לצד הרופאים אנו מעניקים מגוון שירותים סיעודיים, פרא-רפואיים ומנהליים ע"י אנשי מקצוע מיומנים בתחום. במאוחדת כ- 2,600 אנשי מקצוע בתחום הסיעוד והפרא-רפואי.

ב. מאפיינים דמוגרפים, חברתיים ותרבותיים של לקוחות מאוחדת:

הגיל הממוצע של חברי מאוחדת הוא 29 שנים והוא הנמוך ביותר מבין הקופות. מרבית האוכלוסייה של מאוחדת מוגדרת כ"מעמד הביניים", עם רמת הכנסה גבוהה יחסית.

כ- 16% מכלל האוכלוסייה מעוטת ההכנסה בישראל, מבוטחת במאוחדת. אחוז העולים לאחר שנות ה-90 כ- 15.7%. **שעור הזכאים להנחות עבור שירותים רפואיים במאוחדת מהווה כ- 16.7% בעוד שאחוז הלקוחות שלנו בארץ נמוך יותר (13.6%).**

(מתבסס על נתוני ביטוח לאומי, יוני 2011)

2. מאוחדת מתמודדת עם אי השוויון וצמצום פערי בריאות:

א. תפיסת מאוחדת לצמצום פערי בריאות:

במאוחדת, נעשה מאמץ לאורך שנים בעזרת צוותי המרפאות, לאתר את האוכלוסיות החלשות (מבחינה רפואית, כלכלית ותרבותית) ולדאוג בדרכים מגוונות, להשלמת צורכי הבריאות שלהם בצורה מכוונת. היחס האנושי והמקצועי האופייני לצוותי מאוחדת, הוביל לפיתוח מענים ומנגנונים לצמצום בעיות הבריאות של אוכלוסיות אלו ברמה המקומית והארצית. בנוסף, מאוחדת באופן עקבי ורציף, השקיעה מאמצים מיוחדים לפתח עבור האוכלוסייה החרדית והערבית, שירותי רפואה ראשונית ומקצועית בפריסה רחבה ומעמיקה.

לאור חשיבות נושא צמצום הפערים במדדי הבריאות וקידום איכות הרפואה הניתנת לאוכלוסיות חלשות, החליטה הנהלת מאוחדת כחלק מהתוכנית האסטרטגית שלה, להציב את

התחום כאחד מיעדי העבודה המרכזיים במהלך השנים הקרובות. לצורך כך, מונה בספטמבר 2011, מוביל ארצי לתחום בחטיבת הרפואה הפועל עם נציגי מטה שונים ועם אחראים לתחום זה במחוזות.

ב. מטרות תוכנית העבודה המרכזיות לשנים 2012 - 2013 :

(1) **יישום חוזר מנכ"ל משה"ב (7/11) בנושא התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במאוחדת.**

(2) **ביצוע ומדידת תוכניות התערבות לצמצום פערי בריאות ושיפור איכות רפואית עם אוכלוסיות חלשות – פריפריה חברתית.**

(3) **פיתוח מתודולוגיה לאיתור ומיפוי פערים באיכות מדדי בריאות לאוכלוסיות יעד.**

ג. הערכת התקדמות ביצוע תוכנית העבודה בתחום צמצום פערי בריאות לשנת 2012 :

- (1) **היערכות ליישום חוזר מנכ"ל (7/11) – סיום עד פברואר 2013 :**
- א) מינוי רכזי תחום צ"פ בריאות במחוזות (מקצועי ומנהלי) – **בוצע**.
 - ב) מיפוי מצב הנגישות במרפאות מאוחדת, בהתאם לטופס בקרת משה"ב – **בוצע**.
 - ג) הליך לשיפור מדדי הנגשה במרפאות שקיבלו ציון נמוך – **מתבצע**.
 - ד) מיפוי דוברי שפות מקרב אנשי המקצוע במאוחדת – **בוצע**.
 - ה) שדרוג מוכנות מרפאות ומנהלים לדרישות משה"ב בתחום צמצום פערים – **מתבצע בעזרת בקרות פנימיות וחיצוניות**.
- ו) **אתר מאוחדת :**
- שדרוג איכות התרגום באתר לשפות : ערבית, רוסית ואנגלית – **מתבצע**.
 - הצגת המידע על הנגשת המרפאות – **מתבצע**.
 - הצגת המידע על אנשי מקצוע דוברי שפות – **מתבצע**.
 - יצירת אתר אינטראקטיבי בשפה הערבית והרוסית - **נדחה בשלב זה**.
- ז) **מוקד טלפוני לזימון תורים וקבלת מידע :**
- מענה שפתי (בערבית, רוסית ואנגלית) – **קיים**.
 - מתן מידע והכוונה על מרפאות מונגשות – **עדיין לא בוצע**.
 - מתן מידע והכוונה על אנשי מקצוע דוברי שפות – **עדיין לא בוצע**.
- ח) **שירותי תרגום רפואי במהלך טיפול :**
- תרגום במרפאות ע"י אנשי מקצוע דוברי שפות – **מתבצע באופן חלקי**.
 - מוקד טלפוני לתירגום רפואי לשפה הערבית והרוסית – **בשלב בדיקה**.
 - קורס למתורגמנות רפואית לשפה הרוסית – **מתוכנן להיפתח במהלך נובמבר 2012**.
- ט) **מידע מתורגם ומונגש תרבותית :**
- הסדרת שילוט מכוון במרפאות – **מתבצע**.
 - הצגת קולאז מידע וחומר פרסומי במרפאות – **בוצע**.
 - הפקת חוברות מידע מקצועיות – **מופקות חוברות נוספות בהתאם לצורך**.

2) ביצוע ומדידת תוכניות התערבות לצמצום פערי בריאות ושיפור איכות רפואית:

א) התערבויות עם אוכלוסיית פריפריה חברתית:

- התערבויות עם האוכלוסייה הערבית והחרדית לשיפור איכות הרפואה בתחומי: ממוגרפיה, איזון סוכרת, מניעת השמנה, גמילה מעישון – מתבצע בשוטף.

פירוט התערבויות עם האוכלוסייה הערבית – מאוחדת 2012				
היקף הפעילות	הפעילות	המדד		
4 מפגשי הדרכה לכ – 500 נשים	ארגון ימי בריאות ומתן הדרכה במרפאות	שיפור ביצוע ממוגרפיה	.1	
	42 ימי בדיקה ל – 286 נשים			ארגון ימי בדיקה במכונים ובניידת ממוגרפיה
23 מפגשי הדרכה ל – 619 איש	מפגשי הדרכה והסברה לכלל האוכלוסייה במרפאות	איזון סוכרת	.2	
	24 סדנאות ל – 264 איש			סדנאות תמיכה והכוונה לחולי סוכרת
	32 רופאים ראשוניים 167 אחיות הדרכה בהנחיית קבוצות – 3 אחיות + דיאטנית			הכשרת אנשי צוות רפואי לעבודה בתחום סוכרת עם האוכלוסייה הערבית
53 הרצאות 3,019 אחיות	ארגון ימי בריאות ומתן הדרכה	הרזייה	.3	
	12 סדנאות ל – 160 איש			סדנאות הרזייה
3 ימי בריאות לכ – 110 איש	ארגון ימי בריאות ומתן הדרכה	מניעה וגמילה מעישון	.4	
	16 סדנאות ל – 189 איש			סדנאות גמילה מעישון
				הפקת חוברת מידע בערבית מותאמת תרבות

פירוט התערבויות עם האוכלוסייה החרדית – מאוחדת 2012			
היקף הפעילות	הפעילות	המדד	
10 מפגשי הדרכה ל – 320 נשים	מפגשי הסברה והגברת מודעות במרפאות	שיפור ביצוע ממוגרפיה	.1
	4 ימי בדיקה לכ – 90 נשים		
3 מפגשי הדרכה לכ – 115 איש	מפגשי הדרכה והסברה לכלל האוכלוסייה במרפאות	איזון סוכרת	.2
	13 סדנאות ל – 153 איש		

3.	הרזיה	ארגון ימי בריאות ומתן הדרכה	9 הרצאות ל – 256 איש
		סדנאות הרזייה	22 סדנאות ל – 322 איש
		הרחבת תקנים למרפאות סוכרת באוכלוסייה החרדית	
4.	מניעה וגמילה מעישון	סדנאות גמילה מעישון	4 סדנאות ל – 48 איש
		הפקת חוברת מידע מותאמת תרבות	

- **סיוע לאוכלוסיית ניצולי השואה** – איתור, מתן תמיכה ומיצוי זכויות – **מתבצע באופן שוטף.**

בסוף 2011 נשלח מכתב אישי של המנכ"ל לכלל ניצולי השואה במאוחדת, עם מידע מקיף על זכויות ושירותים. בעקבות הפצת המידע עד אוקטובר 12, פנו לטיפול בשירות הסוציאלי 1,165 איש.

- **מענה לאוכלוסיות עוני** – מתן סיוע חריג להגברת היענות טיפולית – **מתבצע באופן שוטף דרך נ. חריגים מרכזית.**

- **תגבור כ"א דוברי שפות** במרפאות מקצועיות הנותנות שירות לאוכלוסייה הערבית והחרדית – **מתבצע בעזרת משאבי אנוש.**

(ב) **גיבוש מטה מקצועי מחטיבת הרפואה וקידום בריאות לקידום התחום** –

בחובלת מנהלת אגף רפואה ראשונית – **בוצע.**

(ג) **קיום מפגשי מטה מחוזות ומטה חט' הרפואה** – לצורך הצגת פעילות ופתרון בעיות

במחוזות – **התבצע.**

(ד) **הצגה ודיווח על התערבויות ותוצאות** – גובש כלי מובנה לתכנון ומעקב אחר

התערבויות עם אוכלוסיות יעד – **מתבצע.** מוצג כחלק מהתוכניות למבחני התמיכה.

(3) **פיתוח מתודולוגיה לאיתור ומיפוי פערים במדדי בריאות: שלב א':**

פיתוח מתודולוגיה – לאיתור פערים במדדי בריאות, על בסיס מערכות המידע הקיימות.

- **אוכלוסיית היעד לבדיקת פערי הבריאות:** פריפריה גיאוגרפית ופריפריה חברתית.

- **מדדי הבריאות שישקרו לצורך איתור פערים:**

מדדי רפואה מונעת (כגון : שפעת וממוגרפיה).

מצבים של בריאות כללית באוכלוסייה (כגון : BMI, לחץ דם)

טיפול במחלות כרוניות (כגון : איזון סוכרת, איזון שומנים בדם)

שלב ב' :

פיתוח מתודולוגיה – לאיתור פערי בריאות במאוחדת, על בסיס מערכות מידע חדשות
כגון : תוכנת GIS למיפוי גיאוגרפי המשולבת עם עדכון המיפוי הלאומי של הלמ"ס המציג
אג"סים (אזור גיאוגרפי סטטיסטי).

תוכנות אלו יסייעו בהצגה ותחקור של פערי בריאות ביחס לאוכלוסייה המטופלת ובהשגת
מטרות התוכנית.

הפיתוח הפנימי ותכנון רכישת מתודולוגיה חיצונית – **מתבצע כחלק מתוכנית רב-שנתית.**

4.1.4 תכנית לצמצום פערים ואי שוויון בבריאות- לאומית שרותי בריאות

לאומית שירותי בריאות הינו גוף בריאות מוביל המשרת כ - 750,000 לקוחות אשר מקבלים שירותים ב-340 - מרכזים רפואיים בכל רחבי הארץ. בלאומית מועסקים 3,000 עובדי רפואה ומינהל. במרכזים הרפואיים בלאומית שמים דגש על רפואת הקהילה, ועל הרפואה המונעת. הטיפול הרפואי עומד בסטנדרטים גבוהים במיוחד, וכולל: טיפול ראשוני על-ידי רופאי משפחה ואחיות; אבחונים שניוניים מכל סוגי המומחים הרפואיים באמצעות ציוד רפואי חדשני.

במסגרת ניתוח מאפייני אוכלוסיית המטופלים של הקופה, אנו למדים מדו"ח הביטוח הלאומי לחודש נובמבר 2012, כי כ - 18% מלקוחות לאומית מתגוררים בפריפריה (עפ"י הגדרת הביטוח הלאומי), נתח הגבוה כמעט פי 2 מחלקה של לאומית באוכלוסייה, דבר המחייב אותנו לעסוק רבות בתחום הרפואה המונעת וצמצום פערים בבריאות.

לאור זאת, פועלת לאומית רבות בשנים האחרונות לצמצום הפערים ושיפור מדדי איכות הרפואה במסגרות המרפאות בקהילה וזאת על ידי תכניות התערבות בתחומים שונים, רפואיים ופרא-רפואיים המותאמות מגזרים השונים, מגדר וגיל.

במקביל, אנו פועלים לשדרוג של תשתיות הקופה לטובת קהל הלקוחות, הן במובן הפיזי והן במובן הרפואי והתרבותו כגון הנגשה לשונית.

הלוחות המופיעים בעמודים הבאים מפרטים העשייה שהחלה בשנת 2011 על פי הנושאים השונים :

נושא	ישוב	פרוט הפעילות
השקעה בתשתיות		
מיגון נגד טילים	אופקים	אופקים נמצאת בטווח הקסמים, ובכדי לא להפריע לרצף השירות וביטחון הלקוחות המקבלים שירות רפואי, ביצענו מיגון מיוחד בסניף.
מכונים וציוד	אשדוד רובע ג'	<ul style="list-style-type: none"> בסניף זה, קיימים חולי סוכרת וחולים אונקולוגיים, אשר צורכים שירותים מיוחדים הניתנים בבתי חולים. אי לכך, הרחבנו את מתן השירותים ופתחנו מכון אונקולוגי ומרפאת סוכרת ייחודית עבורם. נפתחה יחידה להתפתחות הילד, הנותנת מענה לאזור המאופיין בילודה ברוכה.
הנגשת נכים	אופקים	הסניף באופקים מספק שירותים לאוכלוסייה עם מגבלות ניידות. מבנה הסניף מצריך עליה במדרגות, ובכדי להנגיש את הסניף לאוכלוסייה זו, התקנה מעלית.
רנטגן דיגיטלי	אופקים, אשקלון, קרית גת וקרית מלאכי	לאומית שירותי בריאות שיפרה את השירות והכניסה ציוד רנטגן דיגיטלי לסניפיה. מדובר בציוד חדיש עם חיבור למערכת PACS-picture archiving and communication system. שרות זה תומך בפריפריה ומחבר בין מטפלים שונים בכך שתוצאות הבדיקה מוצגות ישירות בתיק הרפואי, וניתן לראות זאת בכל נקודת שירות של לאומית.
הרחבת שירותים	בני ברק	פתיחת יחידה להתפתחות הילד הכוללת אשפוז יום, ונותנת מענה לאזור המאופיין בילודה ברוכה.
ציוד לרפואה עיניים	בקה אל גרביה	הרחבת הרפואה המקצועית בתחום רפואת עיניים, הכוללת תוספת כ"א וציוד נדרש.
הנגשת הרפואה המקצועית	חיפה	הרחבת תחום הרפואה היועצת בתחומים: פסיכיאטריה, רפואה מטבולית ועור.
הנגשת נכים	רהט	הסניף ברהט מתפרס על שתי קומות, על מנת להנגיש את הסניף גם לאוכלוסייה עם מגבלות ניידות, הותקנה מעלית במקום.
הנגשה תרבותית	אריאל	<ul style="list-style-type: none"> הרחבת תחום רפואה יועצת דוברי השפה הרוסית (גסטרואנטרולוג וקרדיולוג). הרחבה פעילות מרפאת סוכרת ושולבו בה רופאים דוברי רוסית
התקנת פלאזמה	דימונה, ערד, אופקים, כסיפה ואילת	בכל הסניפים הללו הותקנו מסכי פלאזמה, שמטרתם הינה הנגשת מידע באשר לזכויות החולה והשירותים הרפואיים הזמינים להם זכאי הלקוח.
הרחבת שירותים	בני ברק	הוקמה מרפאת סוכרת, הוכשרו אנשי מקצוע במרפאת סוכרת לטובת שירות מקצועי וממוקד בנושא הסוכרת, במסגרת התוכנית מתנהל קשר יזום עם הלקוחות, ומעקב בניהול המחלה.

נושא	ישוב	פרוט הפעילות
תכניות התערבות – מדדי איכות רפואה		
בדיקות דם סמוי בצואה	פריפריה	הקופה הכניסה ערכות חדשות לביצוע בדיקת דם סמוי בצואה. ערכה זו ידידותית, נוחה לשימוש וזמינה למבוטח לאחר הדרכת אחות הסניף. הערכה החדשה מקצרת את תהליך הבדיקה הקודמת המורכבת משני שלבים לשלב אחד בלבד. אחוז הבדיקות בשנת 2012 עלה ב-15 אחוז לעומת שנת 2011.
בדיקות דם סמוי בצואה	מגזר בדואי	נערכה תכנית התערבות להיענות לביצוע בדיקת דם סמוי בצואה. אחוז הבדיקות בשנת 2012 עלה ב-28 אחוז לעומת שנת 2011.
בדיקות ממוגרפיה	ירושלים-ואדי ג'וז	עידוד ההיענות לביצוע בדיקות ממוגרפיה ע"י הכשרת רופאים ואחיות באוכלוסייה הערבית של ירושלים המזרחית.
בדיקות ממוגרפיה	מרחב גליל	נערכה תכנית התערבות במרחב גליל אשר מאופיין ברובו באוכלוסייה מהחברה הערבית להיענות לביצוע בדיקת ממוגרפיה. אחוז הבדיקות בשנת 2012 עלה ב-17 אחוז לעומת שנת 2011.
הרחבת שירותים - סוכרת	קלנסואה	מרפאת סוכרת-הוכשרו אנשי מקצוע במרפאת סוכרת לטובת שירות מקצועי וממוקד בנושא הסוכרת. במסגרת התוכנית הצוות יוזם קשר עם הלקוחות, ומבצע מעקב מקצועי בניהול המחלה.
ייעוץ סקסולוגי	יוקנעם	הנגשת שירות זה בעיקר למגזר הערבי ולתושבי צפון הארץ.
ייעוץ סקסולוגי	רמת בית שמש	הנגשת שירות זה למגזר החרדי.
בדיקות קולונוסקופיה	מחוז צפון	עידוד הלקוחות לביצוע בדיקת קולונוסקופיה ע"י קיצור תורים, המתאפשר באמצעות רופא המשפחה אשר שולח הפנייה ישירות לספק השירות (בי"ח האיטלקי בנצרת).

השקעה בתשתיות		
רנטגן דיגיטלי	מגידל שמס	לאומית שירותי בריאות שיפרה את השירות והכניסה ציוד רנטגן דיגיטלי לסניפיה. מדובר בציוד חדיש עם חיבור למערכת PACS. שרות זה תומך בפריפריה ומחבר בין מטפלים שונים בכך שתוצאות הבדיקה מוצגות ישירות בתיק הרפואי, וניתן לראות זאת בכל נקודת שירות של לאומית.
מוקד לילה	אופקים	בכדי לתת מענה חירום מעבר לשעות פתיחה הסניף הרגילות, לאומית פותחת את הסניף בכל יום עד השעה 23:00, הרחבת שעות הפעילות מצמצמת פניות מיותרות לחדרי מיון.
בית מרקחת	אילת	בכדי לשפר את השירות ללקוחות, פתחנו עבורם בית מרקחת בתוך הסניף. עד היום נאלצו הלקוחות לרכוש תרופות בבתי מרקחת חיצוניים. דבר זה סרבל את השירות ולא נתן מענה הולם וזמין.
הרחבת שעות פעילות	אשדוד רובע ז'	בכדי לתת מענה חירום מעבר לשעות הסניף הרגילות, לאומית פותחת את השירות בימים א-ה עד השעה 22:30. הרחבת הפעילות מצמצמת פניות מיותרות למיון, ומאפשרת לתלמידי הישיבה לקבל שירותים לאחר יום הלימודים.
הרחבת שעות פעילות	רהט ד'	בכדי לתת מענה חירום מעבר לשעות פתיחת הסניף, הקופה פותחת את הסניף בימים א-ה עד השעה 24:00, ביום ו' 14:00-24:00 ובשבת מ-9:00-12:00 וכן מ-16:00 עד 24:00. במגזר הבדואי יש צורך ברפואה זמינה לצורך טיפול בחבלות ובתאונות אשר מתרחשות בבית ובייחוד בקרב הילדים. הרחבת שעות הפעילות מצמצמת פניות מיותרות לחדרי מיון.
שירות רנטגן	כסיפה	בסניף ניתן שירות של מכון רנטגן, למרות מיעוט הלקוחות ולמרות הימצאות שירות זמין בעיר הסמוכה ערד. מדובר במכשיר עם חיבור למערכת PACS. בשנה מבוצעים כ-550 צילומי רנטגן, ומתוכם כ-95% מבוצעים כיום בסניף.
הרחבת שעות פעילות	כסיפה	על מנת לתת מענה חירום מעבר לשעות פתיחת הסניף הרגילות, הקופה פותחת את הסניף בכל יום עד השעה 24:00 כולל בסופי שבוע. במגזר הבדואי יש צורך ברפואה זמינה בעקבות תאונות וחבלות ביתיות. הרחבת שעות הפעילות מצמצמת פניות מיותרות לחדרי מיון.
הנגשת שירותים רפואיים	אדורה	הלקוחות בסניף אדורה שייכים למגזר הדתי-חרדי, ולאור זאת, הילודה מרובה. לאומית הכניסה ציוד לחדר אחיות הכולל מוניטור עוברי.
פתחי מילוט	ערוער	מדובר בסניף הממוקם מתחת למסגד. לאומית נדרשה לשם כך לפתוח פתחי מילוט
הנגשה שפתית	דימונה	בדימונה בסניף הקופה יש אחוז נכבד של לקוחות המשויכים לכושים העבריים. הקופה קלטה עובד שירות לקוחות הדובר את שפתם.
הנגשה שפתית	ערד	בסניף ערד, בו יש מס' רב של לקוחות מקרב העולים האתיופים, נקלטה אחות דוברת אמהרית.

פתיחת בית מרקחת	לוד- גני אביב	בשנת 2012 נפתח בתוך הסניף בית מרקחת, דבר המקל על הלקוחות לקבל שירות זמין.
שירות רנטגן	רהט	בסניף קיים מכון רנטגן הנותן שירות זה, למרות הימצאות שירות זמין בעיר באר שבע. מדובר במכשיר עם חיבור למערכת PACS. בשנה מבוצעים כ- 1,900 צילומי רנטגן. מתוכם כ- 83% מבוצעים כיום בסניף.
תוספת שירותים	ירושלים- ואדי ג'וז	הוספת רפואה ראשונית ומקצועית, בית מרקחת ומכון רנטגן
תוספת שירותים	ירושלים- צור באחר	לאחר בדיקה מעמיקה של צורכי הלקוחות המקבלים שירות בסניף זה, הוספנו שירותי רפואת עיניים ואורתופדיה

בשנת 2011 לאומית שירותי בריאות השקיעה רבות בעיקר בתחום התשתיות הפיזיות, כאשר לקראת סוף השנה ולאור תכנית שאושרה על ידי הנהלת הקופה, התחלנו בפעילות אינטנסיבית של שיפור מדדי איכות הרפואה, דבר שבא לידי ביטוי בעיקר בשנת 2012 וביתר שאת בשנת 2013.

2. להלן פירוט העשייה שהחלה בשנת 2012:

שנת 2013 תתאפיין בלאומית שירותי בריאות בפעילות מסיבית לצמצום הפערים בבריאות, כאשר הנהלת הקופה חרטה על דגלה את נושא קידום הפריפריה וצמצום אי השוויון, מכיוון שאנו רואים את סוג האוכלוסייה בפריפריה ואת הצורך המוגבר של אוכלוסייה זו בשירותים רפואיים, ולתת זאת בשפתם ובתרבותם, כך שנדע שהם הבינות את החשיבות הרפואית של המהלכים אותם ביצענו.

מעבר לכך, אנו רואים בסיפוק את ההתקדמות המשמעותית שעשתה לאומית בשנה האחרונה בתחום מדדי איכות הרפואה בנושאים השונים – ממוגרפיה, סוכרת, קולונסקופיה ועוד, ואנו סמוכים ובטוחים שעבודה אינטנסיבית זו בתחומים השונים תמשיך ותישא פירות גם בשנים הבאות.

4.2 פירוט הפעילויות של משרד הבריאות מצורף כנספח לנייר זה (שקפים)

לחיים בריאים יותר

 **משרד הבריאות** 

**התמודדות משרד הבריאות
עם אי השוויון במערכת הבריאות
דוגמאות לפעילות שבוצעה במהלך השנים האחרונות**



ד"ר טוביה חורב

האגף לכלכלה וביטוח בריאות

26 בנובמבר, 2012

יב' בכסלו, התשע"ג

סדר הצגת הנושאים

 **משרד הבריאות** 

- היכן משרד הבריאות יכול להתערב באפן אפקטיבי
- מה היו המטרות שהוצבו
- אילו פעולות בוצעו עד כה
- הדגשים בתוכנית עבודה לשנת 2013-

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

**דוגמאות למוקדים אפשריים להתערבות בהם
למשרד הבריאות יכולה להיות השפעה על השוויון בבריאות**

- **פריסת שירותים**
 - תשתיות פיזיות
 - כוח אדם מקצועי
 - הקניית כלים למטפלים ולמנהלים
- **הסרת חסמים**
 - כלכלי
 - תרבותי
 - מידע
 - תשתית חוקית לא מספקת
- **מדיניות ותמריצים**
- **מידע למקבלי החלטות ולמנהלים**
- **חיזוק המערכת הציבורית**

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

**גורמים עיקריים שהוגדרו במסגרת "עמוד האש"
כתורמים עיקריים לאי השוויון בבריאות**

- **הפערים החברתיים-כלכליים בתחומים שונים, כגון חינוך, תרבות, תעסוקה, השכלה וכו'**
- **חסמי נגישות לשירותי בריאות**
- **חסמים כלכליים** כגון השתתפות עצמית בשירותי בבריאות, שירותים שמחוץ לסל וכו'
- **הבדלים תרבותיים** שמתבטאים בסגנון חיים שונה והתייחסות שונה למצבי חולי
- **חוסר איזון בתשתיות (פיזיות וכ"א) שמשפיע על הנגישות לשירותי בריאות**
- **מערכת תמריצים בתוך מערכת הבריאות** שלא מעודדת התמודדות עם אי השוויון
- **תשתית המידע**

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

על בסיס הגדרת הבעיות העיקריות והנחות היסוד הוגדרו מטרות עיקריות




- צמצום פערים בנגישות כלכלית לשירותי בריאות
- הקטנת השפעת ההבדלים התרבותיים על הנגישות לשירותי בריאות
- הימצאות כ"א רפואי איכותי ומקצועי בפריפריה בהיקף מספק
- שיפור תשתיות פיזיות באזורי הפריפריה כאמצעי לשיפור הנגישות לשירותי בריאות
- שינוי מערך התמריצים לביצוע פעולות לצמצום אי השוויון בבריאות, לעידוד ההשקעה באוכלוסיות חלשות ובפריפריה
- קיומו של מאגר מידע בנושאי תחלואה, נגישות וזמינות שירותים, וכן בנושא פעולות התערבות אפקטיביות לצמצום אי השוויון בבריאות

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

צמצום פערים בנגישות כלכלית: פעילות עיקרית שבוצעה




צמצום השתתפויות עצמיות

- ביטול אגרת טיפת חלבי
- הקטנת השתתפות עצמית על תרופות גנריות
- הנחות בתשלומי השתתפות עצמית בתרופות לקשישים מקבלי הבטחת הכנסה

הכללת שירותים בסל הממלכתי

- שירותי רפואת שיניים מונעת ומשמרת לילדים עד גיל 12
- הרחבת המימון לשירותי בריאות השן לתלמידים (קידום בריאות ומניעה)
- הגשת הצעת מחליטים לממשלה בנושא ביטוח הסיעוד הסוציאלי



האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות




צמצום חסמים תרבותיים פעילות עיקרית שבוצעה

- **קביעת הסטנדרט והנורמות** - חוזר מנכ"ל בנושא הנגשה תרבותית ולשונית
- מיסוד **תמריצים להשקעה בקידום בריאות מותאם תרבותית** בפריפריה ובקרב אוכלוסיות חלשות (במסגרת מבחני תמיכה לקופות החולים)
- **פיתוח כלים** לכשירות תרבותית
 - נקבעו הממונים על כשירות תרבותית בארגונים
 - בוצע קורס הכשרה לממונים על כשירות תרבותית (קורס נוסף בדצמבר)
 - בחינת היתכנות לפיתוח לומדה ולהכשרת מטפלים בכשירות תרבותית (בשיתוף מס"ר)
- בוצע הליך איפיון של מוקד לאספקת שירותי **תרגום טלפוני** (לקראת פיילוט)
- יישום שלב א' של תוכנית חומש לפיתוח המגזר הבדואי בנגב
- תרגום אתר האינטרנט של המשרד
- פיתוח כ"א מתוך מגזרים תרבותיים (ראה להלן בשקף כ"א)
- התוכנית הלאומית לאורח חיים פעיל ובריא

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות






הימצאות כ"א רפואי איכותי ומקצועי בפריפריה: פעילות שבוצעה

- **רופאים** (מומחים ומתמחים)
 - הסכם שכר קיבוצי
 - תוספת שכר
 - מענקים
- תוספת הנגזרת מהקצאת המיטות הנוספות לפריפריה
- **לדוגמא**: מנת המיטות הראשונה (היקף של 167 מיטות) גררה הקצאה של 55 רופאים, 320 אחיות ו-260 פרארפואיים ומנמ"ש
- **הקמת בית הספר חמישי לרפואה**
- **סיעוד**
 - תמריצים להפניית אחיות למחוז דרום ולמגזר הבדואי (אוישו כל המשורות בתחנות שבמגזר הבדואי)
 - עומד להסתיים קורס לאחיות מהמגזר הבדואי במסגרת אוניברסיטת בן גוריון
 - החל קורס נוסף לאחיות (דיפלומה) במסגרת מכללת אשקלון, המיועד לסטודנטיות מהמגזר הבדואי
- **מקצועות פרא-רפואיים**
 - קידום פתיחת מסלול להכשרת מטפלים במקצועות הסיעוד ומקצועות פרה רפואיים במוסדות אקדמיים בדרום והקצאה לשילוב סטודנטים מקרב המגזר

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות



שיפור תשתיות פיזיות באזורי הפריפריה: פעילות שבוצעה

- **מיטות**
 - תוספת מיטות
 - בינוי
- **טכנולוגיות**
 - **מכשירי MRI**
 - הוקצו רישיונות ומכשירים מופעלים כבר בברזילי (נייח), גליל מערבי (נייח), העמק+ צרפתי נצרת(ניידת)
 - דרום – (ניידת המופעלת באמצעות אסותא)
 - זיו+ פוריה (הוקצתה ניידת- הרישיון טרם נוצל) יוקצה מכשיר נייח
 - בסורוקה קיים כבר מכשיר נייח
 - מאיץ קווי לטיפול בחולי סרטו (בייח זיו)
- **יחידות מקצועיות**
 - הקצאת 25 יחידות מקצועיות/משולבות לבתי החולים- פוריה, ברזילי, זיו, וגליל מערבי.
 - סה"כ - 78% מכלל היחידות המקצועיות שהוקצו בשנים 2009-2012
- הקמת 10 **מוקדי רפואה דחופה** בפריפריה (האחרונים שנחנכו – מיצפה רמון וערד)
- הקצאת **אמבולנסים חדשים** לפריפריה

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

שיפור תשתיות פיזיות באזורי הפריפריה: פעילות שבוצעה

הקצאת מיטות אשפוז
2011-2013

סה"כ מיטות לחלוקה: 540	2011-2013				
	יולדות	ט.נ. ילודים	טיפול נמרץ	פנימית	
540	120	130	120	170	סה"כ מיטות
29%	21%	22%	24%	45%	חלק הפריפריה
158	25	28	29	76	סה"כ לפריפריה

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות




בינוי ושיפור תשתיות פיזיות באזורי הפריפריה: פעילות שבועה

דוגמאות לבינוי ושיפור תשתיות בפריפריה

- **חיזוק בתי"ח בפריפריה** (עלות פרויקטים - 270 מלש"ח)
 - **רבקה זיו**- אגף ילדים ואשפוז מוגן (סיום מתוכנן 12/14)
 - **פוריה**- אגף מיילדות ואשפוז מוגן (הסתיים)
 - **נהריה** - אגף מיילדות ואשפוז מוגן (סיום מתוכנן 12/14)
- **שיפור תנאי אשפוז בבתי"ח פסיכיאטרים** (50 מלש"ח כל שנה 2011-2012) - **באר שבע, ומזרע כדוגמא** (בביצוע - סיום 2013)
- **שיפור שירותים בבתי חולים אזוריים**
 - **ברזילי** – שיפוץ מחלקת נשים (הסתיים) והמחלקה האונקולוגית (כ-16 מלש"ח בשנת 2011. סיום - 2013)
 - **ולפסון** – שדרוג מח' פנימית וטיפול נמרץ (2013), שפוץ מעונות בי"ס לאחיות (הסתיים)
- **חיזוק הצפון ואשקלון-** מחלקות רפואה דחופה ואשפוז מוגן- **פוריה** (הסתיים), **נהריה** (הסתיים), **ברזילי** (בביצוע) (58, 42, 21 מלש"ח בהתאמה)

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות




שינוי מערך התמריצים: פעילות שבועה

- **תמריצים לכלכליים**
 - **נוסחת קפיטציה**
 - הוספת משתנה מרחק ממרכזים עירוניים
 - תוספת 150 מלש"ח לבסיס הסל
 - **תגמול מותנה במילוי יעדים** (במסגרת הסכמי תמיכה בקופות)
 - השקעה בתשתיות בפריפריה
 - השקעה בתוכניות התערבות לקידום בריאות (בפריפריה חברתית וגיאוגרפית)
 - **קביעת רף מינימום של הקצאה להשקעה בפריפריה** כאחוז מתקציב הפיתוח של כל קופה
 - **מימון תקנים של מקדמי בריאות בכ-10 רשויות מקומיות** (פיילוט)
- **תמריצים לא כלכליים**
 - בחינת פעילות לצמצום אי השוויון כחלק מהבקרה השוטפת בקהילה ובבתי חולים
 - הכללת צמצום פערים תרבותיים במסגרת מבחני הקרדיטציה של בתי החולים
 - פרסום דו"ח שנתי
 - הוספת משתנה פריפריאליות לפרויקט **מדדי איכות לאומיים** (בשלב ראשוניים)

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

מאגרי מידע: פעילות שבוצעה



- תוקצב פרויקט להקמת מסד נתונים לאומי וניטור שוטף בתחום אי-שוויון בבריאות במסגרת הסכם של משרד הבריאות עם מכון גרטנר, תה"ש
- גובשה במשותף תוכנית עבודה חמש-שנתית עם הצוות המקצועי במכון הנ"ל
- דוגמאות למחקרים שהחלו
 - מחקר עדכני בנושא 'מאפיינים בריאותיים חברתיים של רשויות מקומיות'
 - מאפיינים תעסוקתיים של רופאים
 - מאפיינים תעסוקתיים של אחיות
 - פערים תרבותיים לשוניים וביטויים בממצאים של סקרי בריאות לאומיים
- זכויות לשירותי בריאות – הוכנה חוברת 'זכויות לשירותי בריאות של קבוצות במעמד ביטוחי מיוחד' (כ-30 קבוצות)
- מאגר אינטרנטי שיכלול פרטים על תוכניות התערבות לצמצום - בשלבי גיבוש
- משתנים דמוגרפיים ישולבו בפרויקט מדדי האיכות הלאומיים ובמחקרים המתבצעים במסגרת ה-ICDC

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

כיווני פעולה עיקריים לשנת 2013



- **הפחתת חסמים כלכליים**
 - שכלול מנגנוני ההגנה על אוכלוסיות חלשות בנושא השתתפות עצמית
 - המשך הפעילות לביטול השתתפויות עצמיות בשירותי מניעה
- **הפחתת חסמים תרבותיים**
 - הטמעה ויישום של חוזר המנכ"ל בנושא גישור לשוני ותרבותי
 - הכשרות למטפלים ולמגשרים
 - פעילות לעידוד הכשרת מטפלים מקרב אוכלוסיות יעד
- **תמריצים** (יישום מבחני התמיכה והרחבתם)
- **קידום הכללת משתנה חברתי-כלכלי בנוסחת הקפיטציה**
- **קביעת סטנדרטים של נגישות וזמינות לשירותי בריאות חיוניים והטמעתם** (נמצא בעמ"ט)
- **המשך השקעה בתשתיות (כ"א מיטות וציוד) בפריפריה**
- **תחילת הפעילות המחקרית של מאגר המידע הלאומי בנושא אי השוויון בבריאות, בהתאם לתוכנית העבודה הרב-שנתית**
- **קידום המידע העומד לרשות מנהלים**
- **קביעת יעדים ארוכי טווח במונחי Outcomes והכנת תוכנית התמודדות רב-שנתית**
- **הידוק שיתוף הפעולה עם מיניסטריונים אחרים ורשויות מקומיות**

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

סיכום



הפערים הכלכליים-חברתיים בישראל מקרינים על הנעשה במערכת הבריאות

- מערכת הבריאות נאלצת להתמודד עם פערים שבחלקם הגדול מקורם בכשל של מערכות אחרות
- משרד הבריאות רואה עצמו מחויב לפעול לקידום השוויון, בכלים העומדים לרשותו, וביצע בשנתיים האחרונות פעילות ענפה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ולקידום השוויון בשירותי הבריאות
- הערכה ראשונית של עלות הפעילות עד כה עולה על 1.5 מיליארד ש"ח
- הניסיון הבינלאומי מעיד כי צמצום פערים במונחי תחלואה ותמותה הינה משימה קשה ביותר שאת תוצאותיה ניתן למדוד רק בטווח ארוך
- גם צמצום פערים בתשתיות כ"א ומיטות שנתרו במשך שנים לא יכולים להימחק בהינף יד
- המשרד פועל במשותף עם קופות החולים ועם בתי החולים כדי לצמצם את אי השוויון בבריאות והוא יתמיד במחויבותו זו

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות



תמריצים למשיכת כ"א לפריפריה במסגרת הסכם השכר הקיבוצי (נספח)

1. מענקים

תשלום מענקי רופאים לפריפריה ולמקצועות במצוקה 2011-2012

מספר כולל	סוג מענק			בתי חולים ממשלתיים 52%	בתי חולים אחרים 48%
	פריפריה	מצוקה בפריפריה	מצוקה		
302	59	66	177	סך מספר מענקים סה"כ היקף מענקים	
נח 103,800,000	נח 17,700,000	נח 33,000,000	נח 53,100,000		
280	55	63	162	סך מספר מענקים סה"כ היקף מענקים	
נח 93,200,000	נח 25,200,000	נח 30,500,000	נח 37,500,000		
582	114	129	339	סך מספר מענקים סה"כ היקף מענקים	
נח 200,400,000	נח 34,200,000	נח 64,500,000	נח 101,700,000		

ממוצע מענק לרופא 344,300 ₪

התפלגות מענקים

לפי מקבלי המענק

לפי היקף הכספי

משד הבריאות - תחום בכיר שכר יחסי עבודה

2. תוספות שכר

שכר מתמחים

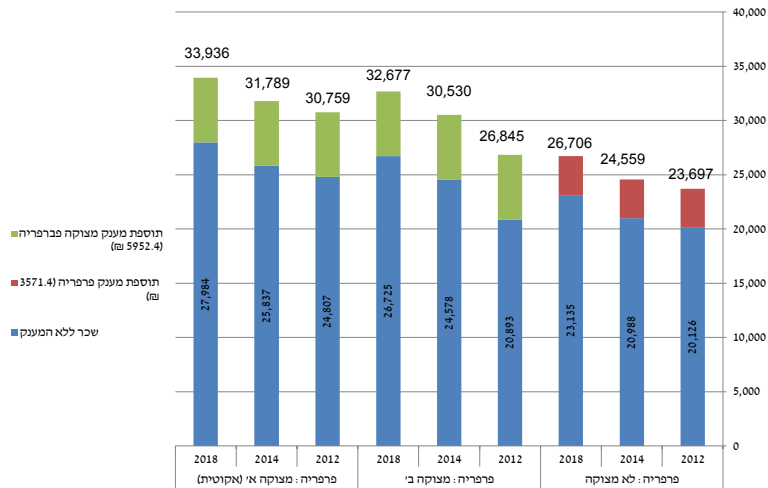
3 תורנויות מחלקה + 3 תורנויות מיון

מחלקה	2012 (+20%)	2014 (+27%)	2018 (+36%)	לפני החסום - 100%
מרפריה	27,984	25,837	24,807	18,399
מרכו	23,736	21,973	19,518	18,066
מצוקה א' (לאקוטית)	24,578	20,893	17,211	16,878
מצוקה ב'	24,477	20,714	19,403	16,878
מרפריה	23,135	20,988	20,126	15,300
לא מצוקה	19,353	17,590	15,992	15,013

משד הבריאות - תחום בכיר שכר יחסי עבודה



השפעת מענקים על שכר המתמחים בפריפריה



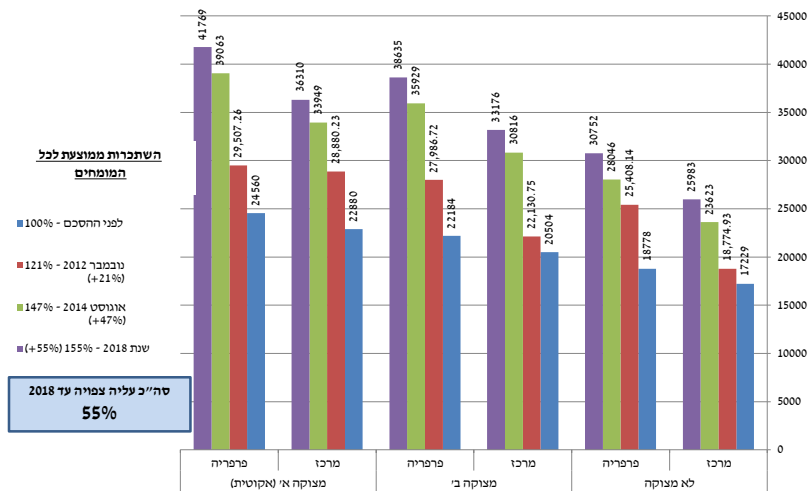
19

משרד הבריאות - תחום בכיר שכר יחסי עבודה



שכר מומחים

4 כוננויות (2 מיון + 2 מחלקה) + 4 תורנויות (2 מיון + 2 מקוצרות)



20

משרד הבריאות - תחום בכיר שכר יחסי עבודה