

משרד הבריאות  
מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

# **אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו**

**2014**

כסלו תשע"ה

ירושלים, דצמבר 2014

**כתיבה ועריכה :**  
אמה אברבוך, שלומית אבני - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

**בכתיבת פרקים 1-4 השתתפו (לפי סדר א'-ב'):**

אורה סקלר - המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות  
איתמר גרוטו - שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות  
אנג'לה שטרית - היחידה לאפידמיולוגיה של מחלות לב וכלי-דם, מכון גרטנר  
אריאל ינקלביץ - מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
ארנון אפק - מנכ"ל משרד הבריאות  
אתי תורג'מן - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
ג'ורא קפלן - תחום היבטים פסיכו-סוציאליים של בריאות, מכון גרטנר  
גיל מרון - אגף המידע, מינהל ומחשוב, משרד הבריאות  
חגי קדם - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
חיים גבע - הספיל - המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות  
טוביה חורב - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
ינאי קרנצלר - המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות  
יעל שחר - תחום היבטים פסיכו-סוציאליים של בריאות, מכון גרטנר  
יעל אשכנזי - מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
יפה הארון - מינהל סיעוד, משרד הבריאות  
לנה נטפוב - אגף בריאות השן, משרד הבריאות  
מוריה ג'ורג'י - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה  
ניבה מנור - המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות  
ניר קידר - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
נעמה רון - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
נעמה רותם - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה  
ספי מנדלביץ - לשכת מנכ"ל, משרד הבריאות  
עטל-שולמית גורדון - אגף המידע, מינהל ומחשוב, משרד הבריאות  
עמית שריר - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
ענת שבתאי - המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות  
ענת שמש - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
עפרה קלטר-ליבוביץ' - היחידה לאפידמיולוגיה של מחלות לב וכלי-דם, מכון גרטנר  
פמלה הורוביץ - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
ציונה חקלאי - אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות  
רות וייצברג - מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
רותי וינשטיין - המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות  
רני פלוטניק - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות  
שולי ברמלי-גרינברג - מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
שושנה ריבא - מינהל סיעוד, משרד הבריאות  
שירה ארנון - מינהל הרפואה, משרד הבריאות  
שלמה זוסמן - אגף בריאות השן, משרד הבריאות

תודתנו המיוחדת נתונה לדיאנה נקמולי לוי (מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות), אשר תרמה רבות לעדכון הנתונים המופיעים בדוח.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, ת.ד. 1176 ירושלים 91010  
דואר אלקטרוני: emma.averbuch@moh.health.gov.il; shlomit.avni@moh.health.gov.il

## תוכן עניינים

6	<b>הקדמה</b>
7	<b>פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-השוויון: המשך המעקב</b>
7	1.1 אי-שוויון חברתי-כלכלי: עדכון תמונת מצב
11	1.1.1 ויתור על צרכים בסיסיים בראי הכנסה ותעסוקה
13	1.1.2 עוני וזקנה בישראל
15	1.2 מגמות עיקריות בתחום אי-השוויון: מדדים עיקריים והשוואה לאורך זמן
15	1.2.1 תוחלת חיים
16	1.2.2 תמותה לפי קבוצת אוכלוסייה
18	1.2.3 השכלה והשתכרות. ההבדלים בין יישובים ערביים לבין אלה עם רוב יהודי והקשר לתמותה
25	1.3 פערים בפריסת תשתיות כוח אדם ואשפוז
25	1.3.1 כוח אדם מועסק במערכת הבריאות
27	1.3.2 מאפיינים תעסוקתיים של האחיות בישראל
29	1.3.3 פערים בשכר בין נשים לגברים במקצועות הבריאות
32	1.3.4 הבדלים בפריסת מיטות אשפוז
37	1.3.5 פערים בשימוש בין יהודים וערבים בשירותי רפואת שיניים מניעתיים לילדים, בעקבות הרפורמה בטיפול שיניים לילדים
39	<b>פרק 2. שונות גאוגרפית בצריכת שירותי בריאות</b>
48	<b>פרק 3. פערים באורח חיים: נתונים מתוך מרכז הידע בנושא אי-שוויון בבריאות</b>
48	3.1 רפואה מונעת
56	3.2 עישון סיגריות
82	3.3 פעילות גופנית בשעות הפנאי
88	3.4 חיסוני שפעת
97	<b>פרק 4. כשתושב ישראל צריך לפגוש רופא יועץ בקהילה, כמה זמן הוא ממתין ומהם המשתנים המשפיעים על זמן ההמתנה?</b>
105	<b>פרק 5. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות</b>
105	5.1 פעילות משרד הבריאות
110	5.1.1 שירותי בריאות הציבור
123	5.1.2 מינהל רפואה
124	5.1.3 אתגרים ודוגמאות לתוכניות לעתיד- משרד הבריאות
126	5.2 קופות החולים
127	5.2.1 שירותי בריאות כללית
133	5.2.2 מכבי שירותי בריאות
139	5.2.3 קופת חולים מאוחדת
146	5.2.4 לאומית שירותי בריאות
152	5.3 בתי החולים
152	5.3.1 המרכז הרפואי זיו

154	5.3.2 המרכז הרפואי לגליל בנהריה
156	5.3.3 המרכז הרפואי ע"ש ח.שיבא תל-השומר
158	5.3.4 המרכז רפואי בני ציון, חיפה
160	5.3.5 המרכז לבריאות הנפש מזרע
162	5.3.6 המרכז לבריאות הנפש שער מנשה
164	5.3.7 המרכז הרפואי סורוקה
166	5.3.8 בית חולים הדסה הר הצופים

## רשימת תרשימים (פרק 1)

7	תרשים 1. שכיחות עוני יחסי בחישוב הכנסה גולמית והכנסה נטו, השוואה בין מדינות ה-OECD (2010)
8	תרשים 2. שיעור המשפחות העניות בישראל
10	תרשים 3. מדד ג'ני למדידת אי-שוויון בהכנסות בישראל, לפי הכנסה כספית נטו לנפש סטנדרטית
10	תרשים 4. מדד ג'ני לפי הכנסה גולמית והכנסה נטו, השוואה בין מדינות ה-OECD (2010)
12	תרשים 5. ויתור על טיפולים ותרופות לפי הכנסה החודשית הממוצעת לנפש במשק הבית, 2010 (אחוזים)
13	תרשים 6. ויתור על טיפולים ותרופות לפי מצב התעסוקה, 2010 (אחוזים)
15	תרשים 7. תוחלת חיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומגדר 1975-2013
16	תרשים 8. שיעורי תמותה מתוקננים ל-1,000 תושבים של יהודים ואחרים בני 45 ומעלה, לפי מין ויבשת לידה, ממוצע 2010-2012
17	תרשים 9. שיעורי תמותה תינוקות ממוצעים לפי מחוז
19	תרשים 10. שיעורי תמותה מתוקננים לגיל לפי מדד כלכלי-חברתי
20	תרשים 11. שיעור תמותה מתוקן לפי מדד כלכלי-חברתי ביישובים הערביים
20	תרשים 12. שיעור תמותה מתוקן לפי מדד כלכלי-חברתי ביישובים יהודיים ומעורבים
21	תרשים 13. שיעור תמותה מתוקן לגיל לפי אחוז בני 20-29 הלומדים לתואר ראשון מבני 20-29
22	תרשים 14. שיעור תמותה ביישובים ערבים, לפי אחוז הלומדים לתואר ראשון בני 20-29
22	תרשים 15. שיעור תמותה ביישובים יהודיים ומעורבים, לפי אחוז הלומדים לתואר ראשון בני 20-29
23	תרשים 16. שיעור תמותה מתוקן לגיל לפי אחוז התושבים שהשתכרו שכר מינימום
23	תרשים 17. שיעור תמותה מתוקן לפי אחוז המשתכרים שכר מינימום ביישובים הערבים
24	תרשים 18. שיעור תמותה לפי אחוז המשתכרים שכר מינימום ביישובים יהודיים ומעורבים
25	תרשים 19. שיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש לפי מחוז תעסוקה, ממוצע נע תלת-שנתי
26	תרשים 20. שיעורי רופאים, אחיות ובעלי מקצועות עזר רפואי מועסקים לפי מחוז תעסוקה, ל-1,000 נפש
27	תרשים 21. שיעור האחיות המועסקות ולא מועסקות לפי קבוצות אוכלוסייה
28	תרשים 22. שיעור סה"כ אחיות ואחיות מועסקות לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש במחוז
30	תרשים 23. השכר הממוצע השנתי באלפי שקלים
32	תרשים 24. אחוז השינוי בשיעור המיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפש לפי נפות, 2005/2012
33	תרשים 25. שיעור המיטות לאשפוז כללי לפי מחוזות, שיעור לאוכלוסייה מתוקנת לגיל ל-1,000 נפש
34	תרשים 26. שיעור המיטות באגף הילדים לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 ילדים בגיל 0-14
34	תרשים 27. שיעור המיטות באגף הפנימי לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 בני 45 ומעלה
34	תרשים 28. שיעור המיטות באגף לטיפול נמרץ לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 נפש
35	תרשים 29. עמדות לרפואה דחופה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש
35	תרשים 30. עמדות ניתוח לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש
35	תרשים 31. עמדות התעוררות לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש

- 36 תרשים 32. עמדות לידה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נשים בגיל 15-49
- 37 תרשים 33. ביקור במרפאת שיניים, על פי סוג בביקור האחרון
- 38 תרשים 34. מבצעים בדיקת שיניים תקופתית

## הקדמה

דוח זה, הנו דוח רביעי במספר<sup>1</sup> בסדרת דוחות, המוקדשים לנושא הפערים בבריאות בישראל וההתמודדות עמם.

בדומה לשנה שעברה, הדוח מורכב משני חלקים עיקריים: תיאור תמונת המצב בתחום הפערים ותיאור פעילות משרד הבריאות וגופים אחרים במערכת לצמצום.

הדוח מתחיל במעקב אחר פערים חברתיים-כלכליים בבריאות- מצב העוני והעוני היחסי, אי-השוויון בהכנסות ומצב הויתור על שירותי צריכה בסיסיים בקרב אוכלוסיות שונות. בהמשך, נסקרים הבדלים בתוחלת חיים ובתמותה, כולל התייחסות מיוחדת לסוגיית הקשר בין שיעורי תמותה לבין השכלה ורמת השתכרות.

ארבעה תתי-פרקים מוקדשים להצגת נתוני פריסת כוח אדם ושירותי אשפוז לפי מחוז. לאלו מתלווים ממצאים של שתי עבודות מחקר- האחת בוחנת את סוגיית השונות הגיאוגרפית בצריכת שירותי הבריאות במערכת האשפוז והשניה מתמקדת בהבדלים בזמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה.

בפרסום גם נסקר בהרחבה הנושא של פערים באורח חיים בין קבוצות חברתיות, פועל יוצא של עבודת מכון גרטנר עבור משרד הבריאות, במסגרת מרכז הידע בנושא אי-שוויון.

החלק השני של החוברת כולל תיאור של הפעילות הנוכחית של משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים להתמודדות עם אי-השוויון. השנה התווספו גם דיווחים מלשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות ומאגפים נוספים במשרד.

אין ספק כי עבודה רבה עוד לפנינו על מנת לקדם את השוויון בבריאות ובפריסה ובנגישות של שירותי הבריאות. משרד הבריאות מחויב מקצועית ומוסרית לנושא של צמצום פערי הבריאות ונחוש להמשיך להקצות משאבים וכח אדם על מנת לכוון את מערכת הבריאות לצמצום פערים, לייצר עבורה את התמריצים והכלים לכך ולפקח על העשייה בתחום זה.

המשרד רואה בחוברת זו, נדבך אחד בפעילות ליצירת מידע וכלים לתכנון מדיניות ועשייה בתחום צמצום הפערים בבריאות.

<sup>1</sup> ראו אברבך א', קידר נ' וחורב ט'. 2010. אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2010. האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות; אברבך א' (עורכת). 2012. אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2012. האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות; אברבך, א ואבני, ש (ערי'). אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2013. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.

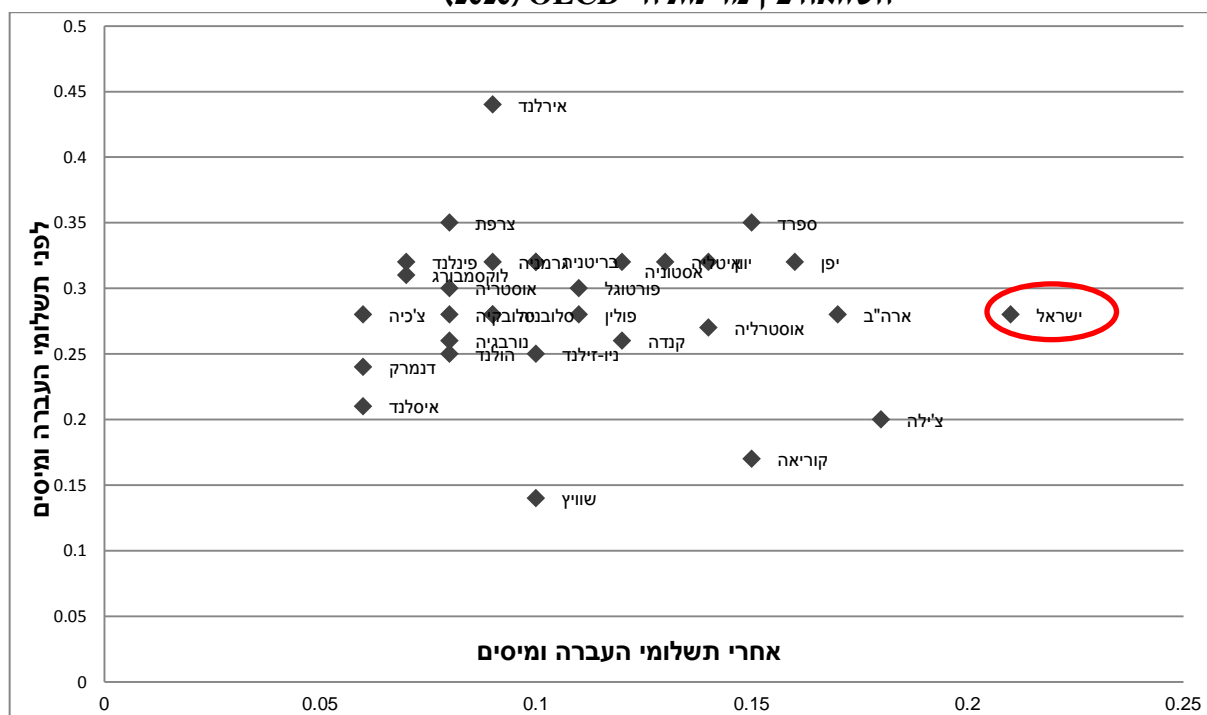
## פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-השוויון: המשך המעקב

### 1.1 אי-שוויון חברתי-כלכלי: עדכון תמונת מצב

בדומה לפרסומים הקודמים<sup>2</sup>, אנו פותחים דוח זה בהצגת תמונה מעודכנת של הפערים החברתיים-כלכליים הקיימים כיום בישראל. זאת בידיעה, כי דווקא מידע זה אמור לספק במקרים רבים בסיס ועילה לפעילות תכנונית ויישומית במערכת הבריאות. קיומו של הקשר המוצק<sup>3</sup> בין הרקע החברתי של המטופל לבין מצבו הבריאותי, מבטיח כי מיקוד בקבוצות חלשות ואלה המתייחדות מבחינת תרבותית, עשוי ליעל משמעותית את המאמצים לצמצום פערים בבריאות באמצעות ארגוני הבריאות השונים.

נתחיל מהעובדה, כי שיעור הנפשות העניות בישראל, במדידה לפי גישת ה-OECD, גבוה ביחס למדינות המערב. בשנת 2012 שיעור זה הסתכם ב-18.8% מהאוכלוסייה, ביחס למוצע של 11.1% במדינות ה-OECD<sup>4</sup>. בתרשים 1, המציג את שיעורי העוני לפני ואחרי תשלומי העברה ומיסים, ניתן לראות במבט בין לאומי, כי גם לאחר העברות ומיסים, שיעור העניים, על פי מדד יחסי, נשאר גבוה ביחס למדינות מערביות אחרות.

תרשים 1: שכיחות עוני יחסי בחישוב הכנסה גולמית והכנסה נטו, השוואה בין מדינות ה-OECD (2010)



מקור: OECD Economic surveys, Israel, 2013

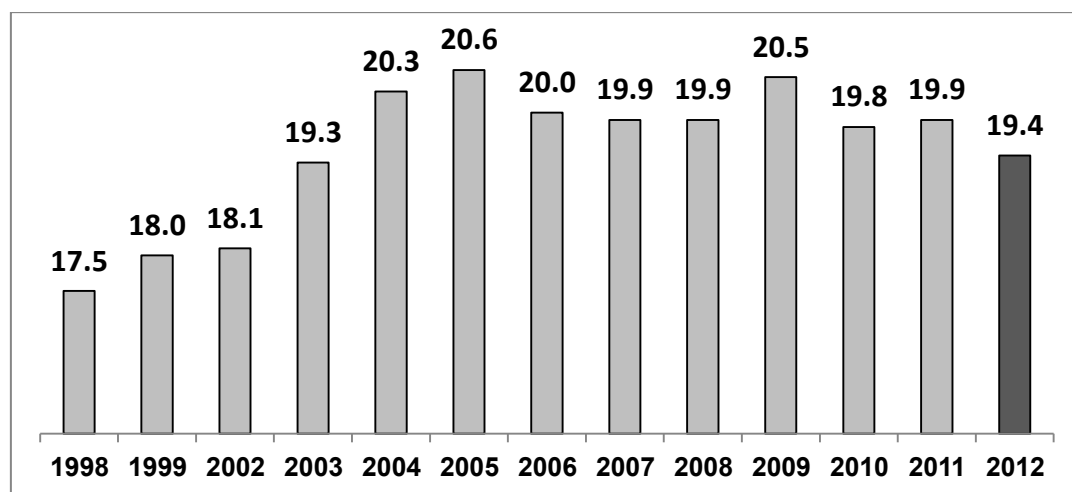
<sup>2</sup> ראה דוחות אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו שהוצאו על ידי משרד הבריאות בשנים 2010, 2012 ו-2013.

<sup>3</sup> אברבוך, קידר, חורב. 2010. אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010. משרד הבריאות.

<sup>4</sup> המוסד לביטוח לאומי. 2013. ממדי העוני והפערים החברתיים 2012. דוח שנתי.

בשנת 2012 (שנת הדיווח האחרונה הזמינה), נצפתה עלייה ברמת החיים בישראל ביחס לשנה הקודמת. מאחר שהסקר המשמש את המוסד לביטוח הלאומי לחישובי העוני והאי-שוויון הוחלף מסקר הכנסות לסקר הוצאות, ולאור שינויים מבניים שנעשו בסקר, לא ניתן להשוות בצורה ישירה בין נתוני 2011 ל-2012<sup>5</sup>. עם זאת ממדי העוני נותרו דומים לאלה שנרשמו בשנים האחרונות והראו כי כחמישית מהמשפחות (19.4% ב-2012) היו עניות, וכן כרבע מהנפשות (23.5%) וכשליש מהילדים (33.7%). בבחינת המספרים האבסולוטיים של מספר העניים בישראל, מדובר ב-439,500 משפחות עניות, שבהן חיו 1,754,700 נפשות ו-817,200 ילדים.

## תרשים 2: שיעור המשפחות העניות בישראל\*



מקור: המוסד לביטוח לאומי, 2013  
\*בשנת 2012 חל שינוי בצורת החישוב בשל שינויים בסקר של למ"ס

חשוב להדגיש כי בהשוואה ל-2011 נתוני העוני הללו, שפורסמו בדוח העוני של הביטוח הלאומי, משקפים לכאורה ירידות בממדי העוני, אולם מאחר שהם תוצאה של שינויים בסקרים, במדגם ובשיטות החקירה של הסקר, לא ניתן לייחס אותם רק להתפתחויות כלכליות חיוביות.

הירידה בתחולת העוני של הקשישים בשנת 2011 התחלפה ב-2012, כנראה שוב לנוכח השינויים בסקר. לכן אין לראות זאת כעליה בממדי העוני של קשישים. ב-2012 שיעור העוני של הקשישים עמד על 22.7% (לעומת 19.4% בשנת 2011), אותו שיעור שהיה בשנת 2008. תחולת העוני של עולים עמדה על 17.3% ושל משפחות עם ילדים על 24.8%.

תחולת העוני של המשפחות העובדות עמדה בשנת 2012 על 19.7%. במשפחות עם שני מפרנסים ויותר, תחולת העוני הגיעה ל-5% בשנת 2012. חשוב לציין, שבין 1999 ל-2012 כמעט הוכפל אחוז המשפחות העניות בהן שני בני הזוג עובדים.

באשר לשני המגזרים עם שיעורי העוני הגבוהים ביותר, המגזר החרדי והערבי, בשניהם נצפתה המשך עלייה בשיעור העוני, בין השנים 2011 ו-2012. באוכלוסייה החרדית הגיע שיעור העוני בשנת 2012 ל-61.5%. בקרב האוכלוסייה הערבית תחולת העוני הגיעה ל-54.3%. בהשוואה לשנה

<sup>5</sup> המוסד לביטוח לאומי, 2013. ממדי העוני והפער החברתיים 2012. דוח שנתי.



קודמת, עם כל הבעייתיות בהשוואה כמצוין לעיל, רמת העוני של ערבים נותרה דומה לשנה הקודמת ואילו רמת העוני של חרדים עלתה.

בחנית רמת העוני באמצעות מדד נוסף, סיכון לעוני, מגלה כי 30% מאוכלוסייה בישראל היו בשנת 2012 בסיכון לעוני, שיעור גבוה משמעותית מהממוצע של מדינות האיחוד האירופי שעמד על 17%<sup>6</sup>. סיכון גבוה במיוחד נרשם בקרב משפחות חד-הוריות (41%), קשישים וילדים.

יש להזכיר, כי העוני מהווה אחד הגורמים המשמעותיים ליצירת אי-שוויון בבריאות ובנגישות לשירותי בריאות, ומשפיע, בין היתר, על נגישות כלכלית לשירותי בריאות ועל תנאי החיים (למשל, איכות התזונה, איכות הדיור, תנאי סביבתיים וכו'). העניים חשופים יותר לגורמי מתח, חרדה ודיכאון, מעורבים יותר בהתנהגות סיכנית, ומתאפיינים בנגישות נמוכה יותר למידע ומקורות השפעה.

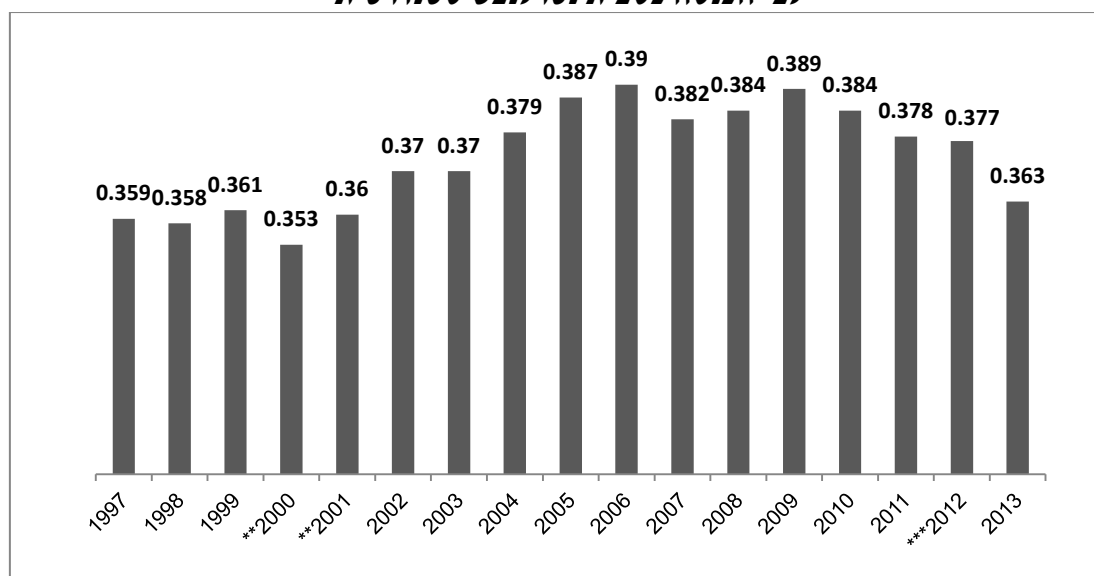
מימדי העוני בישראל ועומק הפערים החברתיים במדינה הביאו את הדרגים הפוליטיים לקבל החלטה להקמת ועדה, שמטרתה מציאת דרכים לצמצום העוני בישראל, תמיכה בעניים ומניעת הידרדרות לעוני בשכבות אוכלוסייה מבוססות יותר. הוועדה למלחמה בעוני ("ועדת אלאולוף"), אשר מונתה על ידי שר הרווחה והשירותים החברתיים, עסקה במגוון היבטים של העוני לרבות התייחסות מיוחדת לנושאי הבריאות. לא מכבר סיימה הוועדה למלחמה בעוני בישראל, את עבודתה, והמלצותיה הוגשו לשר הרווחה.

מעבר למעקב אחר מימדי העוני חשוב לעקוב אחר רמת השוויוניות בהתפלגות ההכנסות, כמדד למידת השוויוניות החברתית-כלכלית במדינה. המעקב מתבצע באמצעות ניטור מגמות שינוי במדד גייני להתפלגות הכנסות. מדד הגייני נע בין 0 ל-1, כאשר רמת השוויוניות בחלוקת ההכנסות יורדת עם העלייה במקדם.

בחנית ערך המדד בשנה האחרונה ביחס לשנים הקודמות מביאה עדות מסוימת לצמצום פערים כלכליים. מדד גייני למדידת אי-שוויון בין משקי הבית לפי הכנסה כספית נטו לנפש סטנדרטית, עמד בשנת 2013 על 0.363, ירידה מובהקת משנת 2012 (ראה תרשים 3). כפי שניתן לראות בתרשים, ירידה זו מהווה המשך למגמת הירידה שהחלה בשנת 2009. ראוי אולם לציין, כי צמצום פערים חברתיים כשלעצמו אינו ערב לעלייה ברמת החיים של השכבות הנמוכות, ויכול להיגרם דווקא מירידה בהכנסות של המעמד הבינוני או הגבוה.

<sup>6</sup> למ"ס. הודעה לתקשורת. *דוח פני החברה 7*. 21 באוקטובר 2014. אוכלוסייה בסיכון לעוני - נפשות השייכות למשק בית שבו ההכנסה הכספית הפנויה לנפש סטנדרטית היא פחות מ-60% של חציון ההכנסה הפנויה לנפש סטנדרטית בכלל האוכלוסייה.

### תרשים 3. מדד ג'יני למדידת אי-שוויון בהכנסות בישראל, לפי הכנסה כספית נטו לנפש סטנדרטית\*



מקור: למ"ס, ממצאים מסקר הוצאות משק הבית 2013, הודעה לעיתונות, 29 באוקטובר 2014

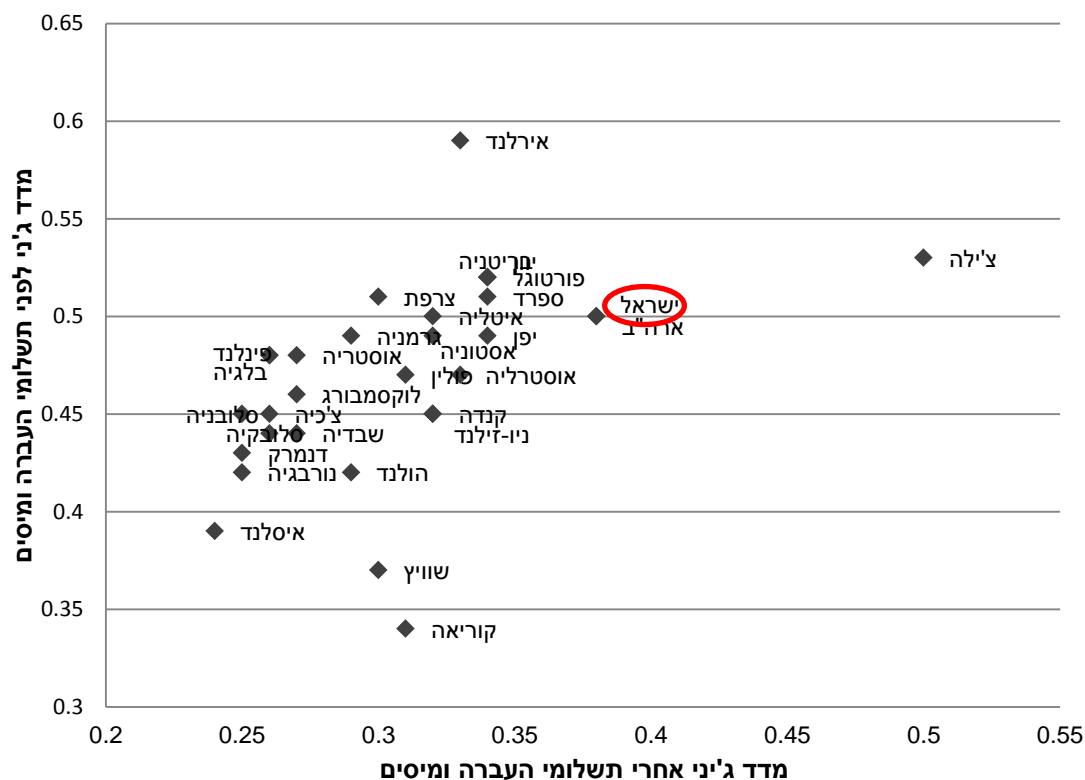
\* בסיס הנתונים הוא 0.33

\*\* לא כולל אוכלוסיית מזרח ירושלים

\*\*\* החל משנה זו הנתונים מסקר הוצאות משק בית בלבד

בתרשים הבא ניתן להתרשם מהמיקום היחסי של ישראל בממד ג'יני ביחס למדינות אחרות לפני ואחרי העברות ומיסים. ניתן לראות כי גם לאחר העברות, ישראל נשארת חריגה מבחינת הפערים בחלוקת ההכנסות.

### תרשים 4: מדד ג'יני לפי הכנסה גולמית והכנסה נטו, השוואה בין מדינות ה-OECD (2010)



מקור: OECD Economic surveys, Israel, 2013

### 1.1.1 ויתור על צרכים בסיסיים בראי הכנסה ותעסוקה

עדות נוספת לממדי העוני ועצמת הקשיים הכלכליים מספקים נתונים אודות שיעור המוותרים על מילוי צרכים חיוניים בשל קשיים כלכליים. מקור הנתונים הינו הסקר החברתי של למ"ס משנת 2013.<sup>7</sup> מהסקר עולה, כי בשנת הדיווח (2013) 16% מבני 20 ומעלה ויתרו על אוכל (כ- 822.2 אלף איש) ו- 11% ויתרו על ארוחה חמה לפחות פעם ביומיים (כ- 559.0 אלף איש).<sup>8</sup> 41% ויתרו על חימום או על קירור מספק של הבית (כ- 2.1 מיליון איש), ו-28% (כ- 1.4 מיליון איש) ויתרו על תיקון ליקויים בדירתם (כגון רטיבות, גג דולף וכד'). 24% פיגרו בתשלומי חשבונות (כ- 1.2 מיליון איש) ו- 9% נותקו בשנה האחרונה מקו הטלפון, מחשמל או ממים (כ- 452.3 אלף איש). בכל התחומים הנבדקים נרשמו וויתורים גבוהים יותר וקשיים משמעותיים יותר בקרב בעלי הכנסה נמוכה, ובמגזר החרדי והערבי. עיבוד ממצאי המחקר על פי מקום מגורים, שפורסם לאחר מכן על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, גילה כי בין הערים הגדולות בישראל, שיעור המוותרים הגבוה ביותר על אוכל וחימום או קירור הבית נרשם בקרב תושבי ירושלים, והנמוך ביותר בקרב תושבי תל אביב-יפו.<sup>9</sup>

בחינת שיעור המוותרים על אוכל כנגד הגדרה עצמית של מצב בריאות מגלה, כי בקרב סך כל המרואיינים שדיווחו על בריאות טובה, 13% דיווחו על ויתור על אוכל (כ- 535.2 אלף איש), זאת לעומת 29% (כ- 286.4 אלף איש) מאלה שדיווחו כי בריאותם אינה טובה.<sup>10</sup>

באשר לטיפולים רפואיים, נמצא כי 13% מהזקוקים לטיפול רפואי ויתרו עליו בשל קשיים כלכליים (כ- 363.1 אלף איש), 11% ויתרו על תרופות מרשם (כ- 358.9 אלף איש), ו-42% ויתרו על טיפולי שיניים (כ- 1.4 מיליון איש).

בחינת התפלגות המוותרים על פי מצב כלכלי מגלה, כי 28.4% מקרב בעלי הכנסה חודשית ממוצעת לנפש של עד 2,000 ש"ח, ויתרו על הטיפול הרפואי, זאת ביחס ל- 12.6% בקרב בעלי הכנסה מ- 2,001 עד 4,000 ש"ח, ו- 3.6% מקרב בעלי הכנסה גבוהה מ- 4,001 ש"ח.

בקרב מוותרים על תרופות, נמצא כי בשכבת בעלי הכנסה נמוכה ביותר (עד 2,000 ש"ח) שיעור המוותרים עומד על 25%, זאת לעומת 11% מהזקוקים לתרופות במשקי בית עם ההכנסה הגבוהה 2,001 עד 4,000 ש"ח לנפש. בקרב בעלי הכנסה לנפש בגובה 4,000 ש"ח ומעלה, שיעור המוותרים הסתכם ב- 2.7%.

כמו כן נמצא, כי קיימים הבדלים משמעותיים בין המוותרים על הטיפול הרפואי והתרופות על פי מצב תעסוקתי. שיעור המוותרים על הטיפול הרפואי בקרב בלתי מועסקים<sup>11</sup> גבוה פי שניים מהשיעור בקרב מועסקים (23.7% ו-10.1% בהתאמה). באלה שאינם שייכים לכוח העבודה שיעור המוותרים על הטיפול הרפואי הינו 16.1%. באשר לויתור על התרופות, נמצא כי שיעור המוותרים

<sup>7</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הודעה לתקשורת. רוחות האוכלוסייה בישראל, ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי 2013.

<sup>8</sup> ויתורים בשנה האחרונה בגלל קשיים כלכליים.

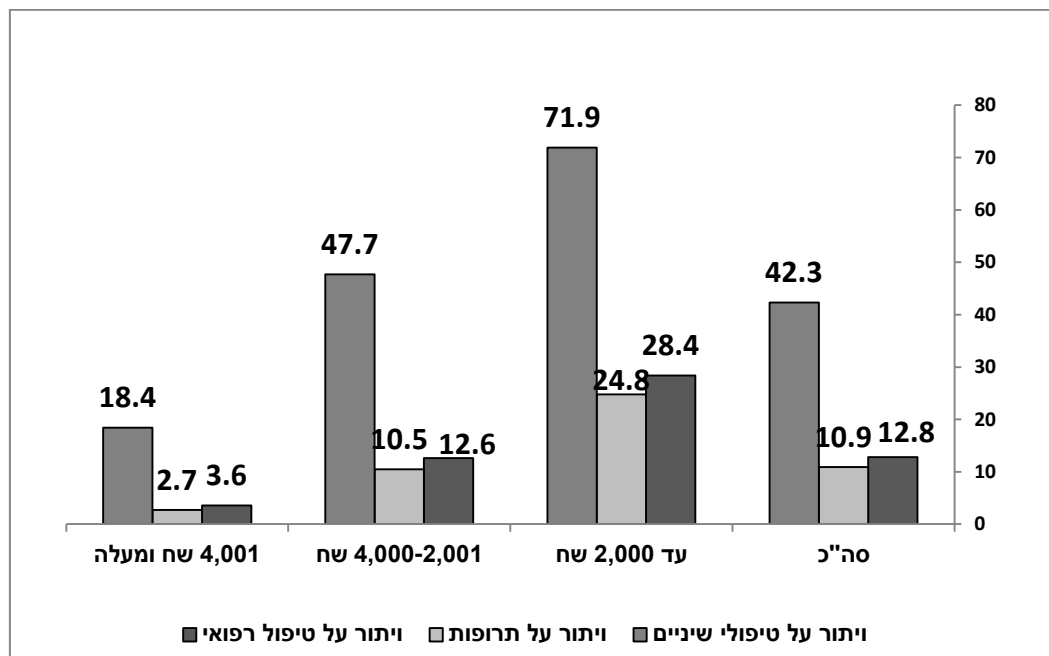
<sup>9</sup> למ"ס. הודעה לתקשורת. דוח פני החברה 7: עוני במבט עירוני ובין לאומי. 21 באוקטובר 2014.

<sup>10</sup> עיבוד לנתוני סקר חברתי (למ"ס, 2013), מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

<sup>11</sup> מועסקים – אנשים שעבדו לפחות שעה אחת בשבוע הקובע בעבודת כלשהי תמורת שכר, רווח או תמורה אחרת. בלתי מועסקים – אנשים שלא עבדו כלל שבוע הקובע וחיפשו עבודה באופן פעיל בארבעת השבועות שקדמו לריאיון. אינם בכוח העבודה – אנשים שלא היו "מועסקים" או "בלתי מועסקים" בשבוע הקובע (למ"ס, הסקר החברתי).

בקרב בלתי מועסקים גבוה כמעט פי 3 ביחס לשיעור בקרב המועסקים (20.3% ו- 7.3% בהתאמה). בקרב אלה שאינם משתייכים לכוח העבודה, אחוז מוותרים עמד על 16.3%.

**תרשים 5. ויתור על טיפולים ותרופות לפי הכנסה החודשית הממוצעת לנפש במשק הבית, 2013 (אחוזים)**



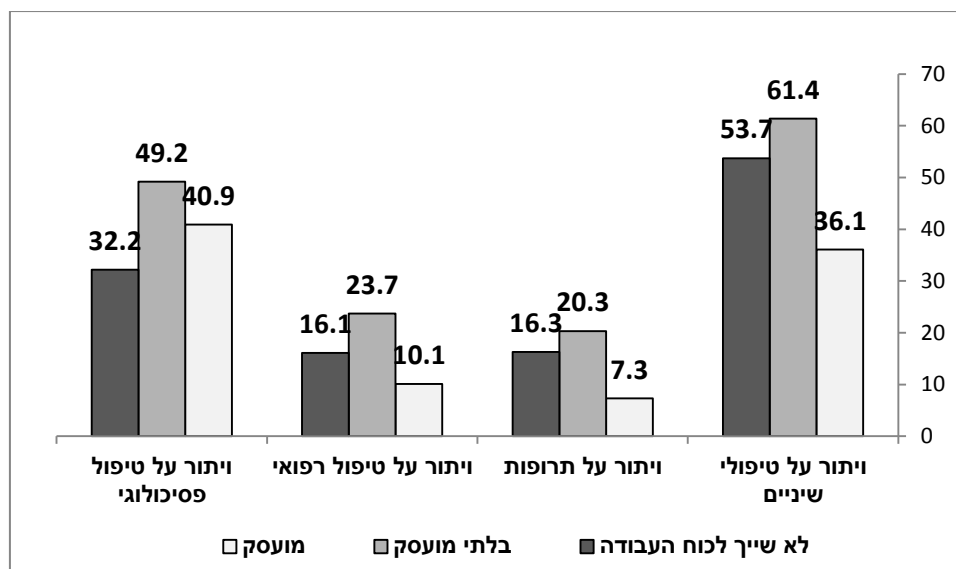
מקור : עיבוד של נתוני הסקר החברתי של למ"ס, 2013

הקשר בין ההכנסה לויתורים על שירותי בריאות בולט עוד יותר בתחום טיפולי שיניים : לא פחות מ-72% מהשייכים למשקי הבית העניים ביותר (כ- 612.0 אלף איש) דיווחו על ויתור על טיפולי שיניים זאת לעומת 48% מהשייכים למשקי בית עם הכנסה חודשית ממוצעת לנפש בגובה 2,001 עד 4,000 ש"ח, ו- 18.4% מקרב בעלי הכנסה גבוהה מ- 4,000 ש"ח לנפש.

באשר לויתורים על טיפולים פסיכולוגיים, נמצא כי מתוך 8% מרואיינים שדיווחו כי היו זקוקים לטיפול פסיכולוגי (כ- 397.3 אלף איש), 38.2% ויתרו עליו. בקרב בלתי מועסקים, שיעור המוותרים על הטיפול בשל קשיים כלכליים היה 49.2%, לעומת 40.9% בקרב מועסקים. ואילו אחוז המדווחים על הטיפול הפסיכולוגי בקרב אלה הלא שייכים לכוח העבודה היה נמוך יותר והסתכם ב- 32.2%.

בבדיקת הויתורים על פי הכנסה הסתבר, כי שיעור המוותרים על הטיפול הפסיכולוגי בקרב בעלי הכנסה נמוכה הגיע ל- 50.3%, זאת לעומת 41.4% בקרב בעלי רמת הכנסה ממוצעת, ו- 29.5% בקרב בעלי הכנסה גבוהה.

**תרשים 6. ויתור על טיפולים ותרופות לפי מצב התעסוקה,  
2013 (אחוזים)**



מקור: עיבוד של נתוני הסקר החברתי של למ"ס, 2013

יש להוסיף, כי בעלי הכנסה נמוכה, בלתי מועסקים ואלה שאינם משתייכים לכוח העבודה מדווחים גם על בריאות פחות טובה מאלה המועסקים. 89.9% מקרב מועסקים דיווחו על בריאות טובה מאוד או טובה ביחס ל- 81.7% בקרב בלתי מועסקים ו- 57.6% בקרב אלה שאינם שייכים לכוח העבודה.

### 1.1.2 עוני וזקנה בישראל

מספר הזקנים ושיעורם בעולם גדל באופן מתמיד בשל הזדקנות האוכלוסייה עקב העליה בתוחלת החיים. תחזיות לעשורים הקרובים מצביעות על גידול באוכלוסייה זו יותר מאשר בכל קבוצת גיל אחרת. בנוסף, ארגון הבריאות העולמי מדגיש כי מעבר לעליה בתוחלת החיים, משך החיים עם מוגבלות הולך ועולה.

על פי התחזיות, בשני העשורים הקרובים צפויה אוכלוסיית בני ה- 65 ומעלה בישראל לגדול כפליים, מכ- 833,000 נפש ל- 1,640,000 נפש בשנת 2035. הצפי הוא שעד שנת 2035 שיעור אוכלוסיית בני ה- 65 + יהווה 14.6% מכלל האוכלוסייה. הגידול הבולט צפוי להיות בקרב בני ה- 85 ומעלה.

לאוכלוסיית הקשישים צרכים מורכבים בהקשר לבריאות ורווחה. לעיתים קרובות, הגבול בין רווחה ובריאות אינו חד-משמעי. מערכת הבריאות נמצאת בצומת דרכים בהיבט של תכנון האמצעים לטיפול באוכלוסיית הקשישים במדינת ישראל. חלק ממאפייני האוכלוסייה המבוגרת הוא ריבוי מחלות כרוניות, ירידה תפקודית, בדידות ואובדן עצמאות בחיי היום, להם מתווספים לעיתים רבות גם קשיים כלכליים.

שיעורי העוני בקרב קשישים בישראל הם מהגבוהים בעולם המפותח ובהפרש רב ממרבית המדינות המשתייכות ל-OECD. בישראל, חלקם של הקשישים הנמצאים מתחת לקו העוני הוא 22.7% (2012). אף שחלקם של הקשישים באוכלוסייה במדינות ה-OECD גדול ביחס לישראל, הסיוע המוענק להם יעיל יותר. יש מדינות המצליחות לצמצם את שיעורי העוני בקרב הקשישים באופן אפקטיבי יותר.

בישראל, שיעור העניים לפי מדד ההכנסה הפנויה, כלומר על בסיס הכנסתם לאחר תשלום מיסים ותוספת קצבאות ממשלתיות, הוא הגבוה ביותר במערב. מדינת ישראל פורסת, כמדינת רווחה, רשת ביטחון כלכלי לזקנים, המורכבת מקצבאות זקנה של המוסד לביטוח לאומי ותשלומי הפנסיה. שיעור תשלומי ההעברה לקשישים השתפרו במהלך השנים האחרונות. אולם בשל ההשפעה הדרמטית שיש לתשלומי ההעברה, והשיעור הניכר של למעלה מ-30% של קשישים שלא תשלומים אלה היו נותרים מתחת לקו העוני, ניתן להבין כי מדובר בהעברה טכנית אל מעבר לקו דמיוני וכי חלק ניכר מהקשישים מצוי מעט מעל קו העוני, אך הכנסתם נותרת נמוכה. כמו כן נמצא כי עומק העוני של אלה שנותרו מתחת לקו, גדל והולך. המשמעות היא שהיכולת של מרבית אוכלוסיית הקשישים לממן בעצמם חלק משמעותי מצרכיהם, לאחר שהפכו לזקקי סיעוד, מצומצמת מאוד<sup>12</sup>.

מצוקתם הכלכלית של זקנים רבים משתקפת גם בממצאי הסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2012. בסקר התבקשו המרואיינים לציין את מידת יכולתם לכסות את הוצאותיהם החודשיות (כולל תרופות) ואת שביעות רצונם ממצבם הכלכלי. על פי התשובות עולה כי כ-31% אינם מצליחים לכסות את ההוצאות החודשיות השוטפות וכ-36% מבני 65 עד 74 לא היו שבעי רצון ממצבם הכלכלי.

עוני בקרב קשישים הוא גורם סיכון מרכזי לאי ביטחון תזונתי, להשלכות על אורח החיים ועל הצורך לבחור בין קניית תרופות או מזון. מתוך הסקר החברתי של הלמ"ס עולה כי חלק גדול מהאנשים הנכללים ברבעון ההכנסה התחתון חווים מצוקה חמרית באופן קבוע ולפיכך מגבילים את הוצאותיהם על מזון, חימום או קירור הבית, מגבילים שימוש בטלפון וחשמל ומוותרים על צרכים רפואיים.

<sup>12</sup> טוביה חורב, ניר קידר, עידן הרשקוביץ. 2011. ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד, מתווה לרפורמה. משרד הבריאות.

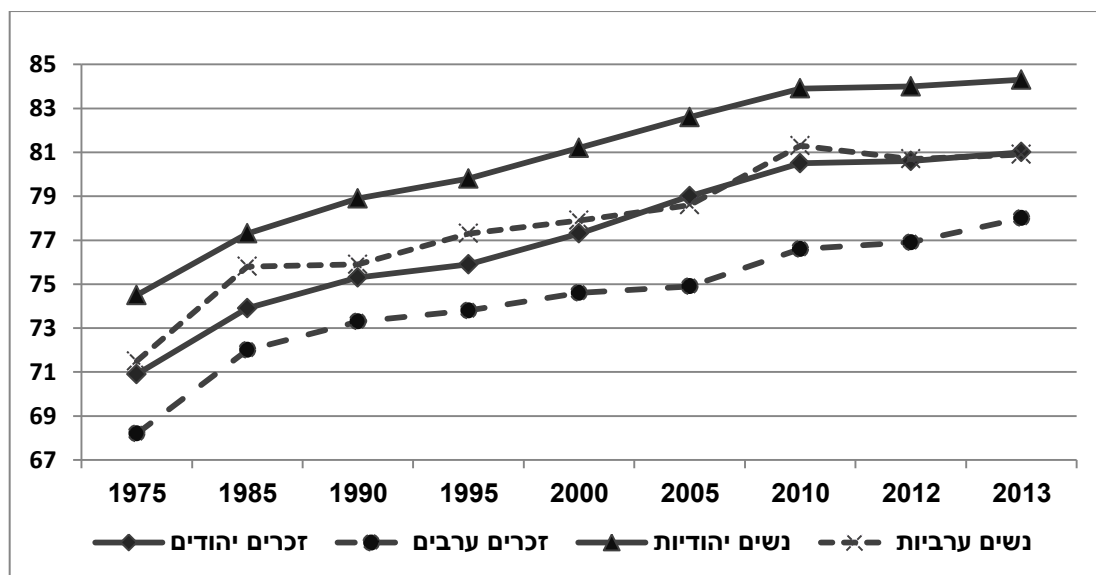
## 1.2 מגמות עיקריות בתחום אי-השוויון: מדדים והשוואה לאורך זמן

### 1.2.1 תוחלת חיים

בשנת 2013 תוחלת החיים הממוצעת בישראל הייתה 80.3 בקרב גברים ו- 83.9 בקרב נשים (למ"ס<sup>13</sup>, 2014).

בפילוח על פי קבוצות אוכלוסייה ניתן לזהות בשנה האחרונה עלייה בכל קבוצות האוכלוסייה בשני המינים. תוחלת החיים הגיעה ל- 81.0 ו- 84.3 בגברים ובנשים יהודיים (בהתאמה), ול- 78.0 ו- 80.9 בקרב גברים ונשים ערביים (בהתאמה). העלייה המשמעותית נרשמה בקרב גברים ערבים (מ- 76.9 בשנת 2012 ל- 78.0 בשנת 2013).

תרשים 7. תוחלת חיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומגדר 1975-2013



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי, 2014.

### 1.2.2 תמותה לפי קבוצת אוכלוסייה

#### תמותה כללית

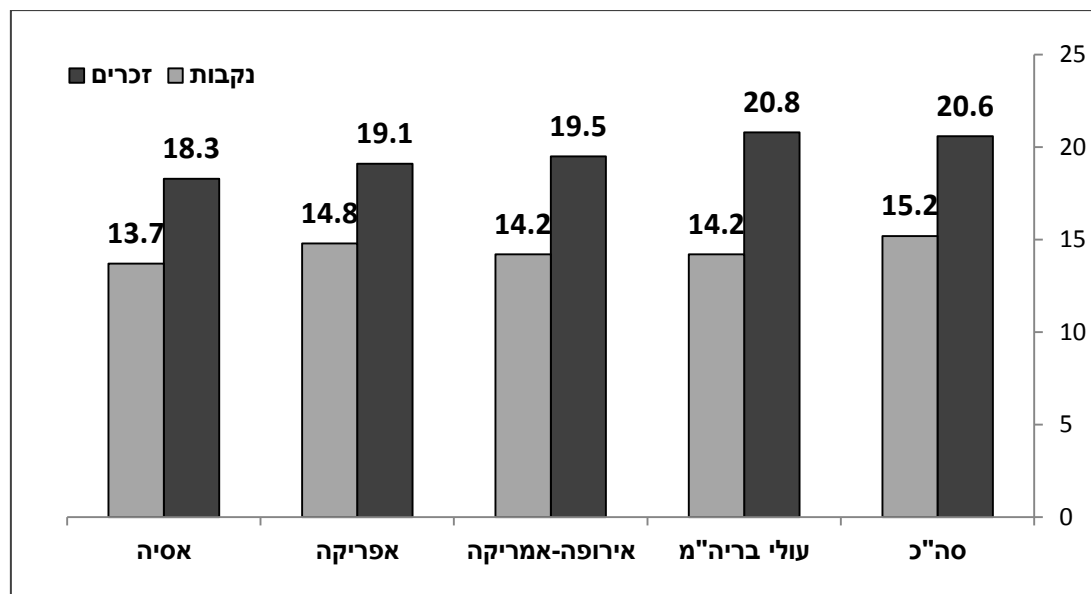
שיעורי תמותה כלליים מתוקננים לגיל ל- 1,000 תושבים בשנת 2012, הסתכמו ב- 6.0 בקרב גברים, ו- 4.4 בקרב נשים. בפילוח לפי קבוצת אוכלוסייה נמצא, כי בשנה זו שיעור התמותה המתוקנן בקרב גברים יהודיים ואחרים בכלל הגילאים, עמד על 5.8 ובקרב נשים יהודיות ואחרות על 4.3. בקרב האוכלוסייה הערבית באותה השנה, שיעור התמותה הסתכם ב- 7.6 בקרב גברים ו- 5.7 בקרב נשים.

בחינת שינויים בשיעורי תמותה בקרב יהודים בני 45 ומעלה על פי יבשת לידה, ביחס לתקופת מדידה קודמת (ממוצע 2009-2011), מצביעה על ירידה קלה או יציבות בשיעורי התמותה בכל

<sup>13</sup> למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2014.

הקבוצות ובשני המינים, למעט ילידי אסיה, בקרבם נרשמה עלייה בתמותה בקרב גברים מ- 18.1 בשנים 2009-2011 ל- 18.3 בשנים 2010-2012. בנשים השיעור עלה קלות מ- 13.6 ל- 13.7.

**תרשים 8. שיעורי תמותה מתוקננים ל- 1,000 תושבים של יהודים ואחרים בני 45 ומעלה לפי מין ויבשת לידה, ממוצע 2010-2012**



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2014.  
הערה: ילדי אירופה אמריקה כולל עולי ברה"מ.

**תמותת תינוקות**

בשנת 2013 שיעור תמותת התינוקות עמד על 3.4 ל- 1,000 לידות חי. בקרב יהודים ואחרים השיעור הסתכם ב- 2.5, ובקרב הערבים ב- 6.3 (למ"ס, 2013), ירידה ביחס לשנת 2012 בשתי קבוצות האוכלוסייה.

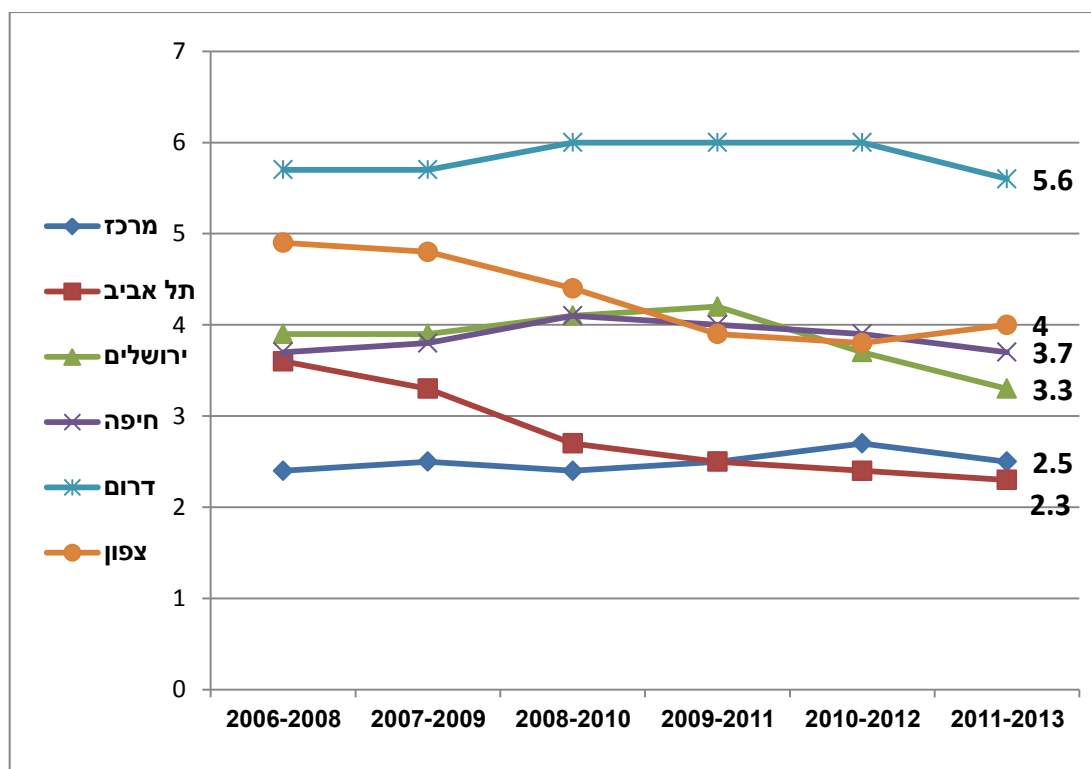
הנתונים בטבלה 1 מציגים מגמות בשיעורי תמותת תינוקות על פי מחוזות וקבוצת אוכלוסייה. המגמות במחוזות אינן אחידות. על רקע ירידה בשיעור תמותה במחוזות ביחס לתקופה הקודמת בולטת עלייה קלה בשיעור תמותת תינוקות במחוז הצפון (תרשים 9).

מבחינת סיבות מוות לתמותת תינוקות, הסיבה השכיחה לתמותה באוכלוסייה היהודית היא סיבות סב-לידתיות (1.3 ל- 1,000 לידות חי, ממוצע שנים 2010-2012), ואילו במגזר הערבי הסיבה המובילה היא, בדומה לשנים הקודמות, מומים מולדים (2.6 ל- 1,000 לידות חי)<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2014



### תרשים 9. שיעורי תמותת תינוקות ממוצעים לפי מחוז



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2014

### טבלה 1. שיעורי תמותת תינוקות לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה ממוצעים לשנים

2011-2013 / 2010-2012 / 2009-2011

מחוז	ממוצע 2009-2011		ממוצע 2010-2012		ממוצע 2011-2013	
	יהודים ואחרים	ערבים	יהודים ואחרים	ערבים	יהודים ואחרים	ערבים
סה"כ	2.7	6.7	2.6	6.6	2.5	6.3
ירושלים	3.1	6.7	2.7	5.7	2.5	5.0
צפון	2.9	4.7	3.0	4.5	2.8	4.8
חיפה	3.0	6.0	2.7	6.5	2.7	5.8
מרכז	2.1	6.3	2.3	6.0	2.2	5.5
תל אביב	2.5	(3.8)	2.3	(4.7)	2.2	(4.6)
דרום	3.5	11.6	3.5	12	3.1	11.0

מקורות: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

### 1.2.3 השכלה והשתכרות: הבדלים בין יישובים ערביים לבין אלה עם רוב יהודי והקשר לתמותה

ענת שמש – מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 2005-2009, הינו הפרסום הרביעי מסוגו של משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. פרסומים דומים קודמים התייחסו לתקופה 1998 – 2002, 1993 - 1997, 1990 – 1994. בפרסום מובאים נתונים בריאותיים, חברתיים ודמוגרפיים המתייחסים לאוכלוסייה ביישובים, מועצות אזוריות, נפות, מחוזות וכלל ארצית.

הנתונים חיוניים לכל רשות מקומית או מועצה אזורית על מנת ללמוד על מצבם הבריאותי-חברתי של תושביה ומידת היישום של מדיניותה לצמצום פערים וקידום בריאות של תושביה.

בפרק הנוכחי מובאים נתונים על התמותה ועל המדד החברתי - כלכלי במטרה לבדוק את הקשר שבין שני משתנים הללו ביישובים העירוניים המונים 10,000 תושבים ויותר ולעמוד על ההבדלים בין יישובים שמרבית אוכלוסייתם הינה ערבית, להלן יישובים ערביים, לשאר היישובים, להלן יישובים יהודיים ומעורבים<sup>15</sup>. דגש מיוחד יושם על הקשר בין השכלה ורמת השתכרות לשיעורי התמותה ביישובים.

#### שיטות:

מקור הנתונים הינו פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 2005 - 2009 שפורסם בשנת 2014<sup>16</sup>. המדד החברתי-כלכלי של היישובים בישראל חושב על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בהתבסס על הנתונים של מפקד האוכלוסין 2008. המדד מסכם בערך אחד את ערכי המשתנים בתחומים הבאים: מאפיינים דמוגרפיים, תעסוקה ואבטלה, מקורות כספיים, חינוך והשכלה, תנאי הדיור, רמת מינוע, רמת חיים.

ערך המדד בכל יישוב הינו יחסי למצב החברתי-כלכלי ביישובים אחרים. ערך המדד נע סביב 0-ל-10 כאשר ערך שלילי (קטן מאפס) מבטא מצב חברתי-כלכלי ירוד, וערך חיובי (גדול מאפס) מצביע על מצב חברתי-כלכלי יותר טוב לעומת יישובים אחרים. המדד החברתי-כלכלי הינו בסיס לחישוב האשכול חברתי-כלכלי באמצעות ניתוח גורמים וניתוח אשכולות. נתונים נוספים מתוך הפרופיל, על אחוז הלומדים לתואר ראשון בגיל 20-29 מכלל בני 20-29 ואחוז המשתכרים שכר מינימום מסך השכירים, מתייחסים לשנת 2009.

שיעורי התמותה המתוקננים לגיל ביישובים, מחושבים כממוצע של 5 השנים 2005-2009, על בסיס שיעורי תמותה סגוליים לקבוצת הגיל של האוכלוסייה ביישוב והתפלגות הגילאים של אוכלוסיית התקן – אוכלוסיית ישראל לפי מפקד 2008<sup>17</sup>. ישוב ערבי הוגדר כישוב בו לפחות 90% מתושביו הינם ערבים.

<sup>15</sup> נתונים על הקשר בין תמותה לרמה חברתית כללית ביישובים על סה"כ אוכלוסייה פורסמו בדוח "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו", משנת 2013.

<sup>16</sup> משרד הבריאות ולמ"ס. 2014. פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 2005-2009.

<sup>17</sup> ראה באתר האינטרנט של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: פרופיל בריאותי חברתי של היישובים בישראל - 2005, פרק המבוא, שיטות חישוב:

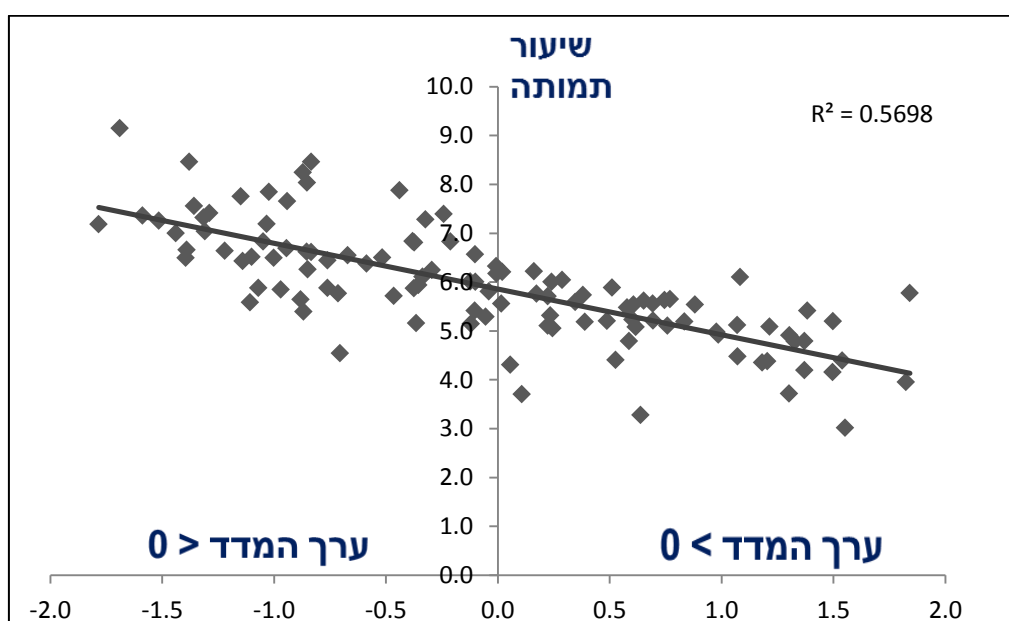
[http://www.cbs.gov.il/publications14/profil\\_ishuvim09/pdf/method\\_h.pdf](http://www.cbs.gov.il/publications14/profil_ishuvim09/pdf/method_h.pdf)

הקשר בין תמותה למצב חברתי כלכלי, נמדד באמצעות גרסיה ליניארית. ארבעה יישובים בעלי ערכים חריגים של שיעורי תמותה הוצאו מהניתוח: אלעד, מודיעין עלית, ביתר עלית וחורה<sup>18</sup>.

#### ממצאים:

הקשר בין שיעורי תמותה מתוקננים לפי גיל לבין מדד חברתי-כלכלי ביישובים המונים 10,000 תושבים ומעלה מוצג בתרשים 10. כל נקודה בתרשים מייצגת יישוב אחד, כאשר הערך על הציר המאונך הינו שיעור התמותה והערך על הציר האופקי הינו ערך המדד באותו יישוב. קו המגמה מצביע על קשר הפוך בין התמותה והמדד, כלומר ככל שהמצב החברתי-כלכלי טוב יותר, שיעור התמותה קטן. 57% מההבדלים בשיעורי תמותה מוסברים על ידי הבדלים במדד (השוונות המוסברת:  $R^2 = 0.57$ <sup>19</sup>).

תרשים 10. שיעורי תמותה מתוקננים לגיל לפי מדד כלכלי-חברתי



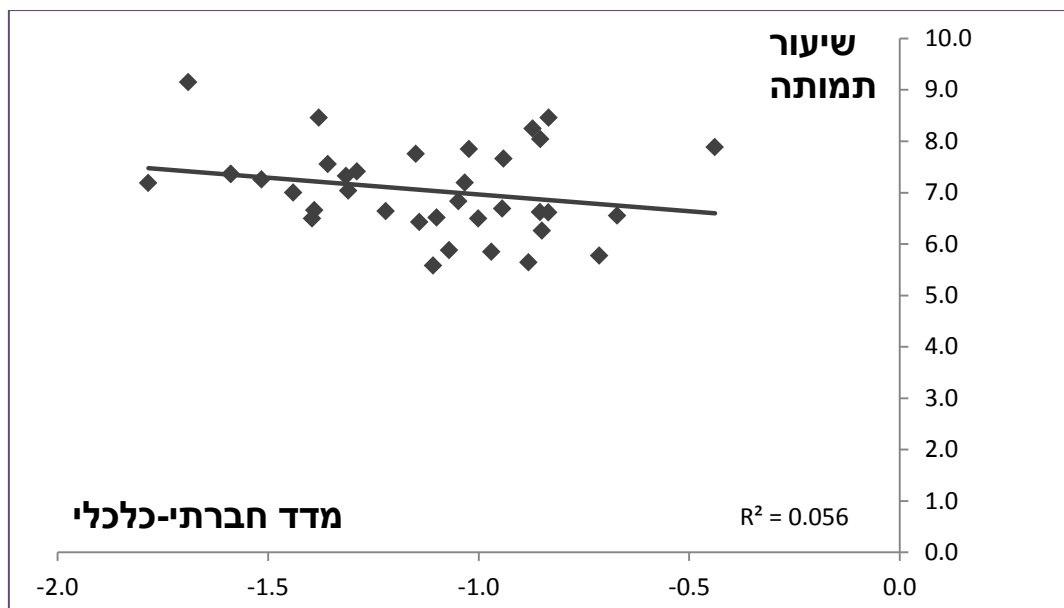
התרשימים 11 ו-12 להלן מציגים את הקשר בין תמותה למדד חברתי-כלכלי בנפרד עבור היישובים הערביים והיישובים היהודיים והמעורבים.

בתרשים 11 מוצגים באותה שיטה 37 יישובים בהם מרבית האוכלוסייה הינה ערבית. אפשר לראות, שכל היישובים הערביים נמצאים בצד של ערך המדד השלילי, כלומר המצב החברתי-כלכלי של כל היישובים הערביים פחות טוב לעומת שאר היישובים ושיעור התמותה הממוצע (7.3) בהם גבוה מהשיעור בשאר היישובים (5.4). הקשר בין תמותה למדד חברתי-כלכלי ביישובים הערביים חלש ( $R^2 = 0.06$ ).

<sup>18</sup> יישובים אלה הם בעלי שיעורי תמותה נמוכים במיוחד בתקופת המדידה לצד מדד חברתי-כלכלי נמוך, עובדה שדורשת בחינה סטטיסטית ומחקרית נוספת.

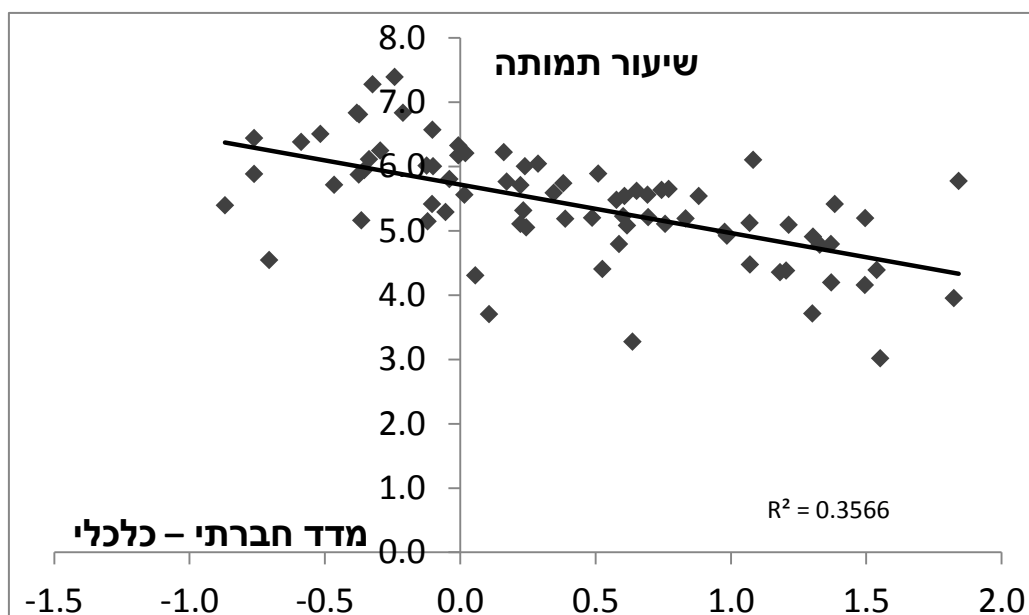
<sup>19</sup> השוני בין תרשים 10 לנתונים המופיעים בתרשים 9 בעמ' 18 בדוח "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו", משנת 2013 נובעים מהוצאת ארבעת היישובים בעלי הערכים החריגים (ראו הערת שוליים 18).

**תרשים 11. שיעור תמותה מתוקנן לפי מדד כלכלי-חברתי ביישובים הערביים**



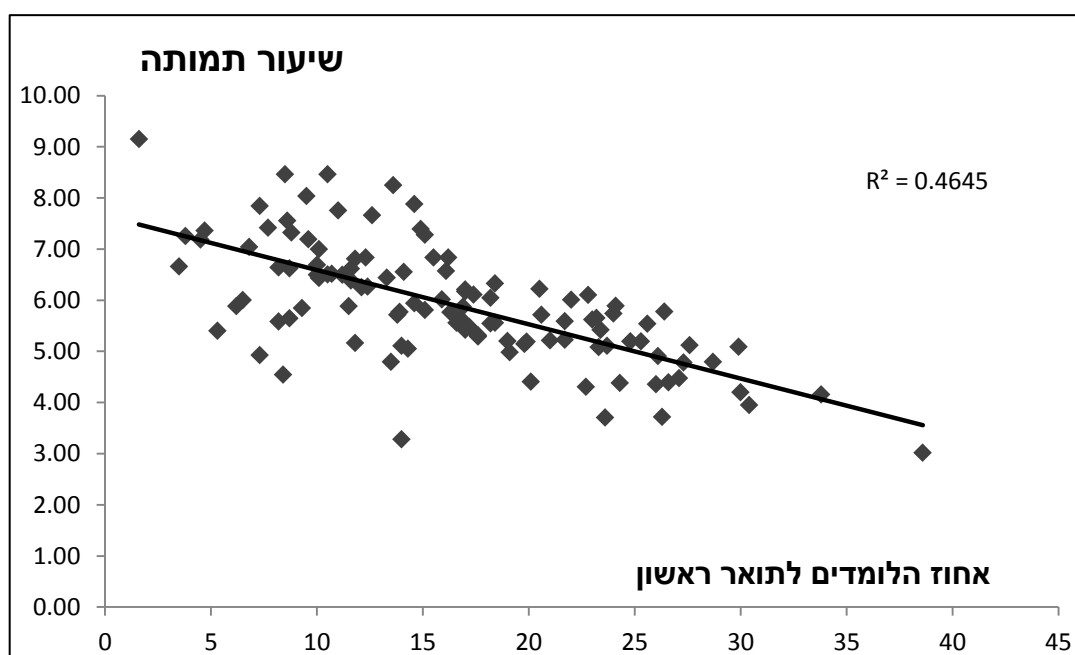
גם בתרשים 12 נמצא פיזור רחב של הנקודות המסמנות את היישובים היהודיים והמערבים, במיוחד בצד השלילי של ערך המדד בו נמצאים 26 יישובים מתוך 79 יישובים יהודים ומערבים. ממצא זה מעיד על קשר חלש בין תמותה ומצב חברתי- כלכלי בכל היישובים בהם המצב כלכלי- חברתי ירוד או ירוד מאוד בלי קשר לקבוצת האוכלוסייה המתגוררת בהם. נמצא קשר הפוך בין תמותה ומדד בכלל היישובים היהודיים ומערבים, כאשר ההבדלים בערך המדד מסבירים 36% מההבדלים בשיעורי תמותה ( $R^2=0.36$ ).

**תרשים 12. שיעור תמותה מתוקנן לפי מדד כלכלי-חברתי ביישובים יהודיים ומערבים**



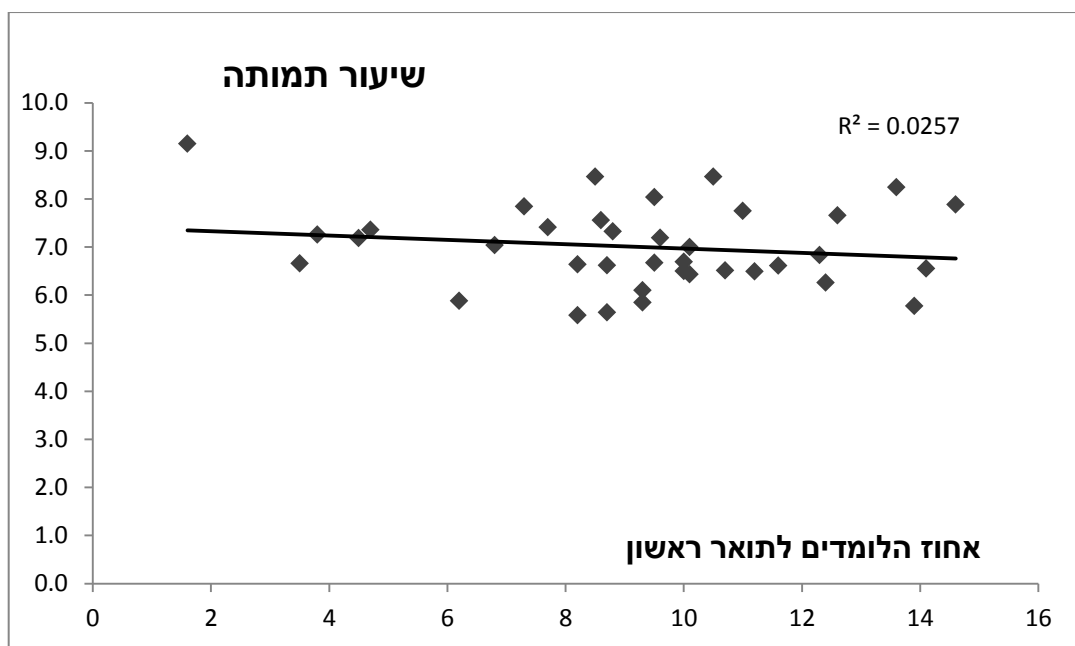
כאמור השכלה ותעסוקה הם תחומים אשר כלולים במדד חברתי-כלכלי. הסתכלות על שני מדדים ספציפיים בתחומים אלה, אחוז הלומדים לתואר ראשון ואחוז המשתכרים עד לשכר המינימום, מלמדת על תרומתם לקשר עם שיעורי תמותה. השונות באחוז הלומדים לתואר ראשון מסבירה 46% מהשונות בשיעורי תמותה בכלל האוכלוסייה. לפי צורת התרשים, הקשר בין תמותה ואחוז הלומדים חזק יותר ככל שאחוז הסטודנטים גבוה יותר, ואילו כאשר אחוז הסטודנטים נמוך או נמוך מאוד, נצפה ענן מפוזר סביב לקו המגמה המצביע על קשר חלש ושיעורי תמותה גבוהים (תרשים 13).

**תרשים 13 - שיעור תמותה מתוקנן לגיל לפי אחוז בני 20-29 הלומדים לתואר ראשון מבני 20-29**



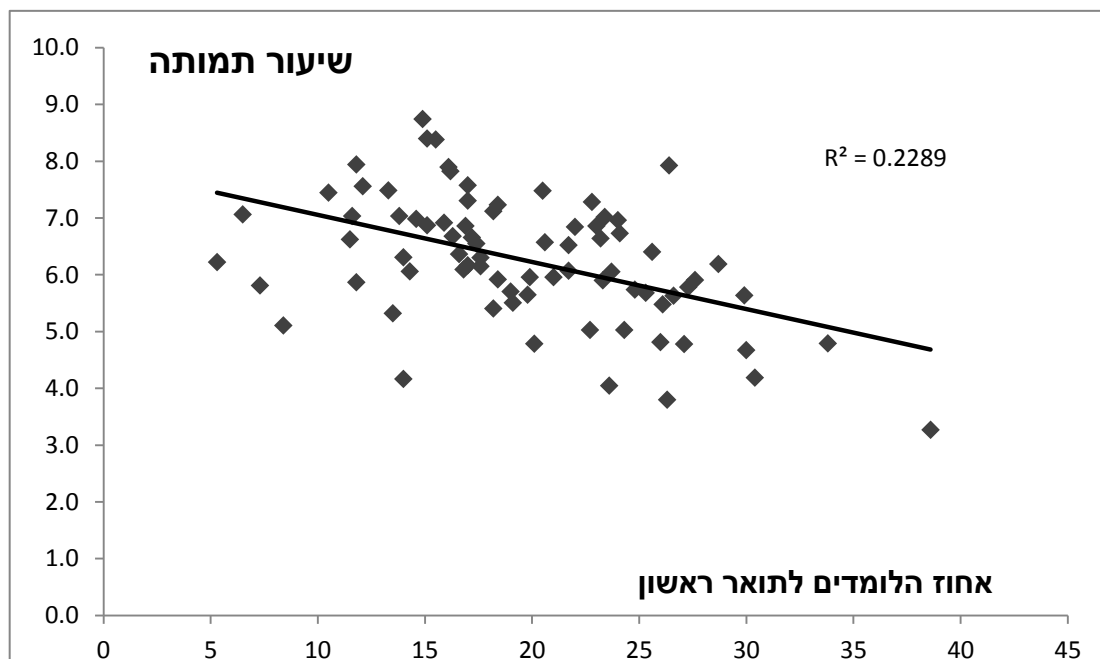
הסתכלות בתרשים 14 מגלה שבכל היישובים הערביים שוב הקשר בין שיעור תמותה לרמת ההשכלה ביישובים הינו חלש מאוד ( $R^2=0.03$ ). אחוזי הסטודנטים נמוכים מאוד ולא עולים על 15%. בין היישובים היהודיים ומעורבים קו המגמה מצביע על הקשר ההפוך בין שיעור תמותה ואחוז הסטודנטים, ( $R^2=0.23$ ) (תרשים 15).

**תרשים 14 - שיעור תמותה ביישובים ערבים, לפי אחוז הלומדים לתואר ראשון בני 20-29**



**תרשים 15 - שיעור תמותה ביישובים יהודיים ומעורבים,**

**לפי אחוז הלומדים לתואר ראשון בני 20-29**



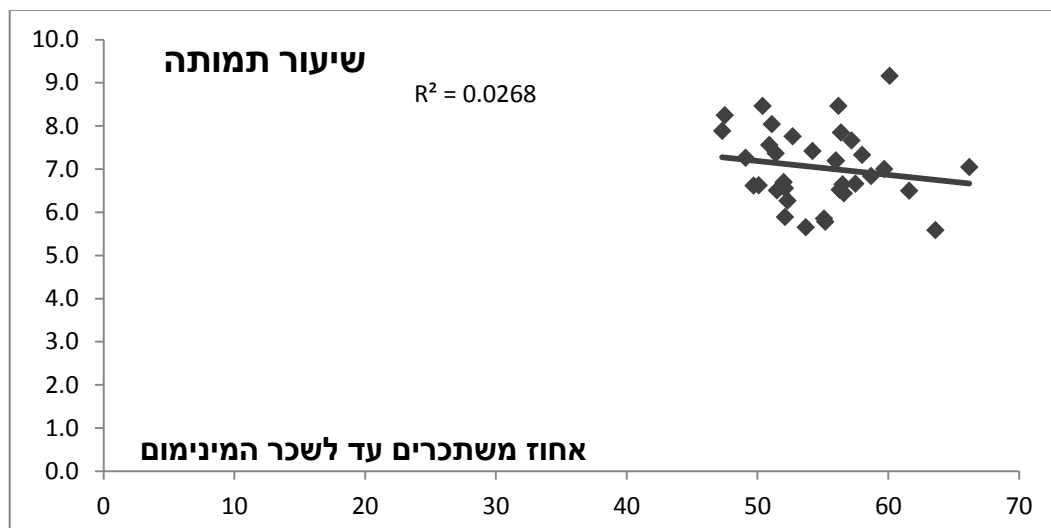
תרשים 16 מציג את הקשר בין שיעורי תמותה לבין אחוז המשתכרים שכר מינימום. ההבדלים בין היישובים באחוז המשתכרים שכר המינימום מסבירים 53% מההבדלים בשיעורי תמותה. תרשים 16 מציג תמונה דומה לזו של הקשר בין תמותה ואחוז הלומדים לתואר ראשון שהוצגה בתרשים 13: קשר חלש ותמותה גבוהה כאשר אחוז המשתכרים שכר מינימום מצביע על מקורות פרנסה נמוכים של חלק גדול של תושבי היישוב.

# **תרשים 16 - שיעור תמותה מתוקנן לגיל לפי אחוז התושבים שהשתכרו שכר המינימום**

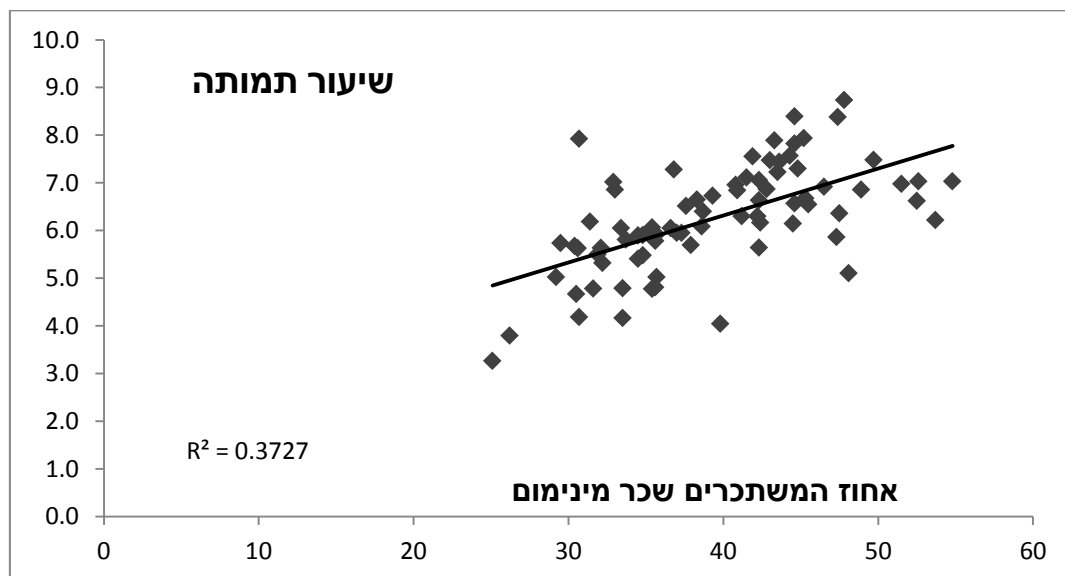


כאשר מציגים בנפרד את היישובים הערביים, בולטים האחוזים הגבוהים של המשתכרים שכר מינימום (47% ויותר) והקשר החלש עם שיעורי תמותה ( $R^2=0.03$ ) (תרשים 17). זאת לעומת היישובים היהודיים והמעורבים שמוצגים בתרשים 18 בו נראה שביישובים אלה קיים קשר ישיר, כלומר, ככל שאחוז המשתכרים שכר מינימום עולה, כך עולה שיעור התמותה.

## **תרשים 17. שיעור תמותה מתוקנן לפי אחוז המשתכרים שכר מינימום ביישובים הערבים**



**תרשים 18. תרשים שיעור תמותה לפי אחוז המשתכרים שכר מינימום ביישובים יהודים ומערבים**



**סיכום ומסקנות**

הממצאים מצביעים על הקשר שבין מצב חברתי וכלכלי לבין תמותה. בולטים ההבדלים בין היישובים הערביים, בהם נמצא קשר חלש, לבין שאר היישובים, בהם נמצא שמצב חברתי וכלכלי יותר טוב קשור לשיעורי תמותה נמוכים יותר. הבדלים אלה ראויים להמשך מחקר לחשיפת גורמים המייצרים שוני במגמות תמותה בשני סוגי היישובים.

מדיניות לצמצום פערים של הרשות המקומית צריכה לשים דגש על הגורמים העשויים להעלות את רמת החיים של התושבים, כגון השכלה, תעסוקה ורמת השתכרות.



### 1.3 פערים בפריסת תשתיות כוח אדם ואשפוז

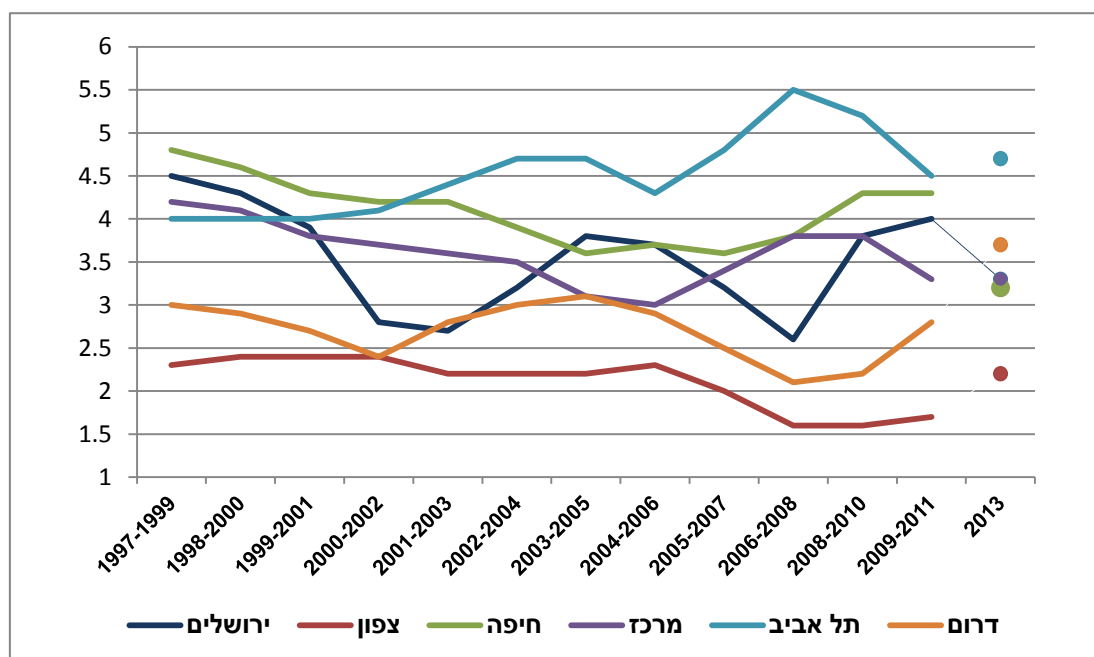
#### 1.3.1 כוח אדם מועסק במערכת הבריאות

בפרק זה מוצגים נתוני אודות פריסה גיאוגרפית של תשתיות כוח אדם ואשפוז, זאת בהמשך לנתונים שהוצגו בדוחות הקודמים<sup>20</sup>. מקור הנתונים הוא פרסומים שנתיים של אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב של משרד הבריאות<sup>21</sup>.

באשר לכוח אדם רפואי, יש לציין, כי בשנת 2013 חל שינוי בחישוב והצגת הנתונים של שיעור המועסקים במקצועות הבריאות לפי מחוז. הנתונים הוצגו על בסיס שנתי לשנת 2013 ולא ממוצע תלת שנתי כפי הדבר התבצע בשנים הקודמות<sup>22</sup>. בשל כך, לא ניתן לעקוב אחר השינויים של השנים האחרונות. עובדה זו מוצאת ביטוי בתרשימים 10 ו- 11, המציגים את שיעור בעלי מקצועות הבריאות המועסקים, בהשוואה בין מחוזות. בשל השינוי במתודולוגיית הבדיקה, בחרנו להציג נתונים לשנת 2013 כנקודה בודדת ולא כהמשך רציף של השנים הקודמות.

בחינת שיעורים בנקודת זמן אחת (ראה תרשים 19 וטבלה 2) מראה, לכאורה, שיפור במצבת כוח האדם באזורי הדרום, הצפון ותל אביב, ירידה בשיעור הרופאים המועסקים באזורי חיפה וירושלים, ויציבות במחוז המרכז. ניתן יהיה להסיק האם מדובר בשינוי אמיתי עם החזרה לשיטת החישוב התלת שנתית, היותר אמינה מבחינת סטטיסטית.

**תרשים 19. שיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת-שנתי\***



מקור: כוח אדם במקצועות הבריאות, משרד הבריאות, שנים שונות  
 \* בשנת 2013 ערך השיעור במחוז ירושלים ובמחוז מרכז זהים ועומדים על 3.3 ל-1,000 נפש. בשל כך הנקודות של השני המחוזות חופפות ולא ניתן לראות את מחוז ירושלים.

<sup>20</sup> ראה דוחות "אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו" משנים 2010, 2012 ו- 2013.

<sup>21</sup> משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2013, 2014, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב. הנתונים אודות כוח אדם מועסק מבוססים על סקר כל אדם של למ"ס, שנים שונות. בשנת 2013 בוצע גם שינוי הגדרות בסיווג כוח אדם בסקר למ"ס. משרד הבריאות. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, שנים שונות.

<sup>22</sup> ראה כוח אדם במקצועות הבריאות 2013

**טבלה 2. שיעור הרופאים המועסקים ל- 1,000 נפש, לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת-שנתי\***

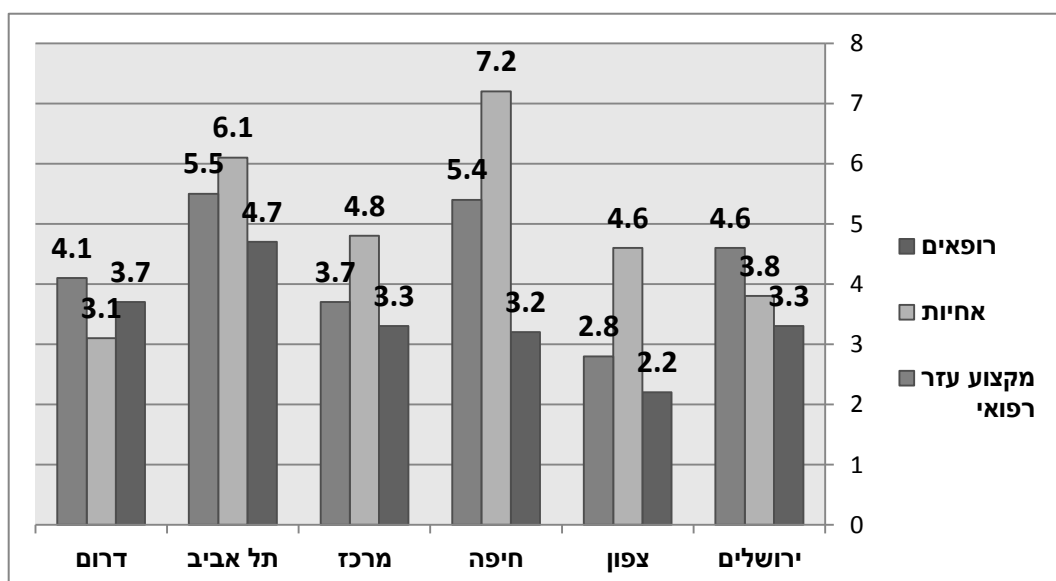
מחוז	1999-2001	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2008-2010	2009-2011	2013
ירושלים	3.9	(2.8)	(2.7)	3.2	3.8	3.7	3.2	2.6	3.8	4.0	3.3
צפון	2.4	2.4	2.2	2.2	2.2	2.3	2.0	(1.6)	1.6	1.7	2.2
חיפה	4.3	4.2	4.2	3.9	3.6	3.7	3.6	3.8	4.3	4.3	3.2
מרכז	3.8	3.7	3.6	3.5	3.1	3.0	3.4	3.8	3.8	3.3	3.3
תל אביב	4.0	4.1	4.4	4.7	4.7	4.3	4.8	5.5	5.2	4.5	4.7
דרום	2.7	(2.4)	2.8	3.0	3.1	2.9	2.5	(2.1)	2.2	2.8	3.7
סה"כ	3.5	3.3	3.3	3.4	3.3	3.2	3.2	3.3	3.4	3.3	3.5

\*נתוני שנת 2013 חושבו על בסיס שנתי

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

התרשים הבא מציג את שיעור הרופאים, האחיות ובעלי מקצועות העזר הרפואיים המועסקים ל- 1,000 נפש, בהשוואה בין מחוזות. הנתונים, שחושבו על בסיס שנתי ומתייחסים לשנת 2013, נותנים תמונה מקיפה יותר של מצבת כוח האדם במחוזות. מהנתונים ניתן לראות, כי מחוזות בהם שיעור רופאים נמוך יחסית, אינם בהכרח מתאפיינים בשיעורים נמוכים של אחיות ומקצועות עזר רפואי. ניתן לשאר, שהיחס בשיעורי בעלי מקצוע בתוך המחוזות משפיע לא רק על טיב השירות, אלא גם על הרכב הצוותים המטפלים בשטח ובשיתוף הפעולה בין בעלי מקצוע השונים.

**תרשים 20: שיעורי רופאים, אחיות ובעלי מקצועות עזר רפואי מועסקים לפי מחוז תעסוקה, ל- 1,000 נפש, 2013.**



מקור : משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות בריאות 2013.

### 1.3.2 מאפיינים תעסוקתיים של האחיות בישראל<sup>23</sup>

ד"ר יפה הארון, ד"ר שושי ריבא- מנהל הסיעוד; ד"ר טוביה חורב, ענת שמש, פמלה הורוביץ, דיאנה נקמולי לוי- מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי; ציונה חקלאי- אגף המידע – משרד הבריאות; נעמה רותם, מוריה גורג'י- לשכה מרכזית לסטטיסטיקה

מהקבלת קובץ הנתונים של משרד הבריאות וקובץ ההכנסות<sup>24</sup>, עולה כי נכון לשנת 2008, 4,148 אחיות עד גיל 64 לא היו מועסקות. מתוך אוכלוסייה זו, 57% הן אחיות מוסמכות ו- 43% מעשיות, רובן בקבוצת הגיל 45-64 (64.4%). האחיות הלא מועסקות מהוות 10.6% מהאחיות באוכלוסייה היהודית ו-11.2% מהאחיות באוכלוסייה הערבית (תרשים 21).

תרשים 21: שיעור האחיות המועסקות ולא מועסקות לפי קבוצות אוכלוסייה



טבלה 3- שיעור האחיות הלא מועסקות מתוך אוכלוסיית המחקר לפי מחוז המגורים (N=38,920)

מחוז מגורים	סה"כ מספר האחיות במחוז	אחיות הלא מועסקות במחוז
ירושלים	3,285	10.3
צפון	6,639	13.0
חיפה	6,078	11.2
מרכז	11,175	10.3
תל אביב	4,829	11.3
דרום	5,293	8.9
יהודה ושומרון	1,619	6.5

<sup>23</sup> ממצאים נבחרים ממחקר שטרם פורסם.

<sup>24</sup> קובץ בעלי רישיון של משרד הבריאות וקובץ הכנסות מרשות המיסים. הנתונים מתייחסים לשנת 2008 וסביר כי מאז חלו שינויים.

בטבלה 3 מוצגים השיעורים של האחיות הלא מועסקות לפי מחוז מגורים. שיעור הלא מועסקות הגבוה ביותר הוא במחוז הצפון (13%) והנמוך ביותר במחוז הדרום (8.9%) ובאזור יהודה ושומרון (6.5%).

שיעור האחיות ל-1,000 תושבים לפי המחוז בו עובדים, מצביע על שיעורים גבוהים יותר במחוזות תל אביב (5.5) וחיפה (6.4), ונמוכים יותר במחוזות צפון (3.5), דרום (3.8), ויהודה ושומרון (1.5).

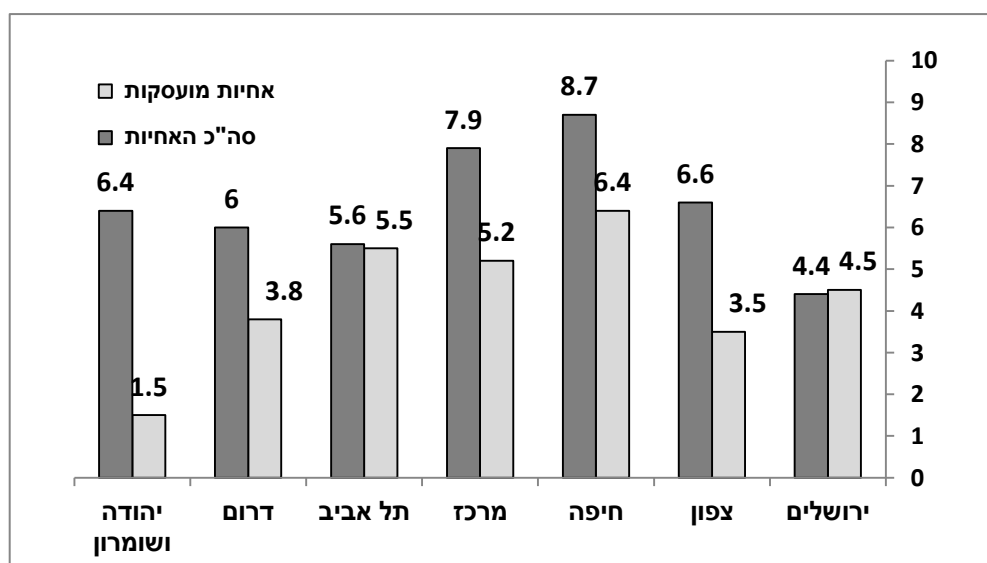
שיעור האחיות המועסקות בירושלים גבוה יותר משיעור סה"כ האחיות במחוז ירושלים, מצא זה נובע מהאחיות הגרות ביו"ש והעובדות בירושלים.

טבלה 4: שיעור האחיות המועסקות לפי מחוז עבודה\* (N=34,146)

מחוז עבודה	מספר האחיות המועסקות	אחוזים**	שיעור סה"כ האחיות ל-1,000 נפש במחוז	שיעור אחיות מועסקות ל-1,000 נפש במחוז
ירושלים	4,074	11.9	4.4	4.5
צפון	4,330	12.7	6.6	3.5
חיפה	5,608	16.4	8.7	6.4
מרכז	9,103	26.6	7.9	5.2
תל אביב	6,672	19.5	5.6	5.5
דרום	3,930	11.5	6.0	3.8
יהודה ושומרון	428	1.2	6.4	1.5

\*שיעור סה"כ האחיות במחוז חושב על פי מקום מגורים, שיעור אחיות מועסקות חושב על פי מחוז עבודה  
\*\*האחוזים לא מסתכמים ל-100% בשל מקרים של "לא ידוע" (374 אחיות שמחוז עבודה לא ידוע)

תרשים 22: שיעור סה"כ אחיות ואחיות מועסקות לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש במחוז



### 1.3.3 פערים בשכר בין נשים לגברים במקצועות הבריאות<sup>25</sup>

ענת שמש - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

נושא השוויונות בין נשים וגברים בתעסוקה הינו נושא התעניינות נפוץ בישראל בכלל ובמערכת הבריאות בפרט. האי-שוויונות עשויה להתבטא, בין היתר, בהבדלים של נגישות למקומות עבודה, סוגי תפקידים והבדלי שכר. תת-פרק זה מבקש להציג הבדלים בשכר בין גברים לנשים בעלי רישיון עיסוק בשני מקצועות בריאות בישראל: רפואה או סיעוד.

הנתונים התקבלו מקבצים מנהליים המתייחסים לשנת 2008: קבצי בעלי רישיון לעסוק ברפואה או בסיעוד בישראל המנוהלים במשרד הבריאות וקובץ הכנסות מעבודה ומעסק, המתקבל בלמ"ס מרשות המיסים. כל העיבודים נערכו בלמ"ס בתיאום עם צוות המחקר. ניתוח הנתונים והממצאים מתבססים על השכר הממוצע השנתי של כלל הרופאים ואחיות המועסקים בתחום הבריאות בישראל.

עבודה זאת הינה חלק ממחקר רחב של משרד הבריאות בשיתוף עם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שהתפרסם ב-2012 שכתרתו "מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל"<sup>26</sup> ומחקר נוסף על מאפייני האחיות שטרם פורסם, אשר בוצע בשיטות זהות למחקר הרופאים.

הנתונים על השכר של בעלי רישיון המועסקים בישראל התקבלו מקבצים מנהליים המתייחסים לשנת 2008: קבצי בעלי רישיון לעסוק ברפואה או בסיעוד בישראל, המנוהלים במשרד הבריאות וקובץ הכנסות מעבודה ומעסק, המתקבל בלמ"ס מרשות המיסים. כל העיבודים נערכו בלמ"ס בתיאום עם צוות המחקר במשרד הבריאות ובהתאם לחוק הסטטיסטיקה לשמירת הפרטיות. ניתוח הנתונים והממצאים מתבססים על השכר הממוצע השנתי של כלל הרופאים ואחיות המועסקים בתחום הבריאות בישראל כפי שהתקבלו מהקבלה בין קובץ בעלי רישיון וקובץ הכנסות. מידע ייחודי לעבודה הזאת התקבל מביצוע ניתוח רב משתני על מנת לעמוד על ההבדלים בשכר בין נשים לגברים כאשר המשתנים המבלבלים הם גיל, וותק במקצוע, מספר שעות עבודה ומומחיות מוחזקים קבוע.

#### ממצאים

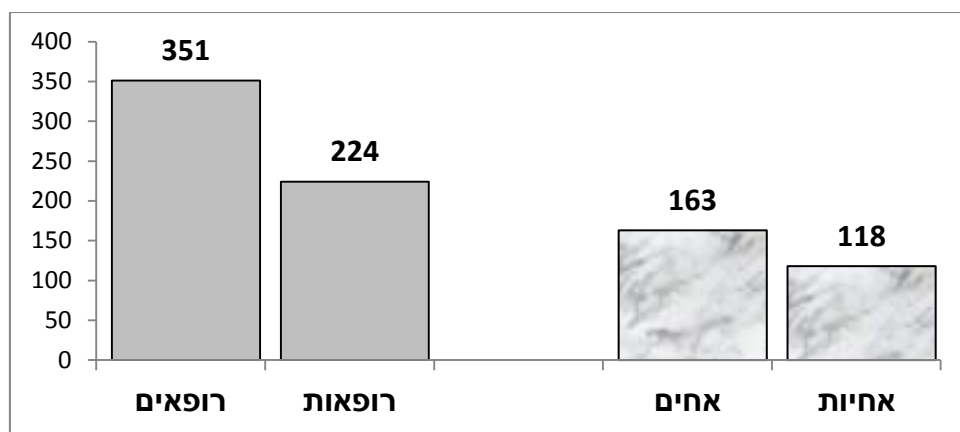
נשים מהוות 90% מהאחיות ו-40% מהרופאים המועסקים בישראל. ההפרש בין השכר הממוצע של האחים לעומת זה של האחיות (₪ 45,000) מהווה 28% ירידה בשכר הממוצע של האחיות לעומת האחים. כמו כן, ההפרש בין השכר הממוצע של הרופאים לעומת זה של הרופאות (127,000 ₪) מהווה 36% ירידה בשכר הממוצע של הרופאות לעומת הרופאים (תרשים 23).

ההפרש בין השכר הממוצע של הרופאים לעומת זה של הרופאות (127,000 ₪) מהווה 36% ירידה בגובה השכר הממוצע של הרופאות לעומת הרופאים ואילו בקרב האחים והאחיות ההפרש עומד על 45,000 ש"ח המהווה 28% ירידה בגובה השכר הממוצע של האחיות לעומת האחים.

<sup>25</sup> נושא זה הוצג ככרזה בכנס ה-10 למדיניות בריאות 2014.21.5 של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

<sup>26</sup> שמש וחב' 2012. מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל. משרד הבריאות ולמ"ס.

### תרשים 23: השכר הממוצע השנתי באלפי שקלים



הנתונים מצביעים על כך שהבדלים בשכר בין רופאים לרופאות נצפו בכל קבוצות הגיל, הן בקרב המומחים והן בלא מומחים, בכל מחוז וכן בקרב הרופאים העובדים כשכירים או כעצמאיים, או אלה שעובדים גם שכירים וגם עצמאיים. באופן דומה, בקרב האחיות נצפו הבדלים בשכר בכל קבוצות הגיל, הן בקרב האחיות המוסמכות והן המעשיות, בכל מחוז וכן הן בקרב אחיות מוסמכות בוגרות קורס על בסיסי והן ללא קורס. ממצאים נוספים מצביעים על מספר שעות עבודה של נשים קטן מזה של הגברים.

על סמך הממצאים הנ"ל, בוצע ניתוח רב משתני על מנת ללמוד על ההבדלים בשכר בין נשים לגברים בכל מקצוע בנפרד, כאשר מנטרלים את ההשפעה של משתנים דמוגרפיים, תעסוקתיים או מקצועיים שנמצאו קשורים למין ולגובה השכר (משתנים מבלבלים) כגון גיל, מספר שנות וותק במקצוע, מומחיות או קורס על בסיסי, מספר שעות עבודה וכן סביבת העבודה העיקרית (קהילה או בית חולים). הניתוח בוצע על נתונים של כל הרופאים המועסקים בישראל (23,460) ועל כל האחיות המוסמכות המועסקות בישראל (28,603).

#### ניתוח רב משתני ויחס הצולב של השכר לפי משתנים דמוגרפיים, תעסוקתיים ומקצועיים

שכר רופאים		שכר אחיות	
שכר לפי המשתנים	יחס צולב (OR)	שכר לפי המשתנים	יחס צולב (OR)
מין: רופאים לעומת רופאות	*1.27	מין: אחים לעומת אחיות	*1.18
קבוצות גיל לעומת 25-34		גיל (רציף)	*1.02
35-44	*1.30	מס' שנות וותק לעומת 1-10	
45-54	*1.82	19-10	*1.09
55-64	*2.01	29-20	1.05
65-74	*1.43	39-30	1.05
+75	*0.65	+40	0.85
מספר שעות עבודה (רציף)	*1.01	מספר שעות עבודה (רציף)	*1.02
סביבת עבודה: בית חולים לעומת קהילה	*0.96	סביבת עבודה: בית חולים לעומת קהילה	*1.33
בעל תעודת מומחה לעומת לא מומחה	*1.80	בוגרת קורס על בסיסי לעומת ללא קורס	*1.18

\*p<0.05

הערה: הבדלים בשכר של הרופאים ורופאות בין מחוזות אינם מובהקים ואינם מוצגים בלוח.

תוצאות הניתוח הרב משתני (טבלה 5) מצביעות על יתרון של 27% הגובה השכר לטובת הרופאים לעומת הרופאות ובמקביל יתרון של 18% לטובת האחים לעומת האחיות, ללא קשר עם גיל, מספר שעות עבודה, סביבת עבודה ומומחיות.

ממצאים נוספים מעניינים שעולים מהניתוח הרב משתני מתייחסים לסביבת העבודה: בקרב האחיות והאחים, לעבודה בבית חולים תרומה עצמאית של 33% שכר גבוה יותר, לעומת עבודה בקהילה, ואילו בקרב הרופאות והרופאים נמצא הבדל מובהק קטן בשכר לטובת העבודה בקהילה. בקרב הרופאים והרופאות, לבעלי תעודת מומחה שכר גבוה ב- 80% משכר הלא מומחים ובקרב האחים והאחיות, שכר של בוגרי/ות קורס על בסיס גבוה 18% יותר מהשכר של אלה שלא עברו קורס כזה.

הממצאים מצביעים על יתרון בגובה השכר של הרופאים ושל האחים לעומת הרופאות והאחיות כאשר משאירים קבועים גיל, מומחיות, מספר שעות עבודה וסביבת עבודה. בהינתן הסכמי שכר שהינם זהים לנשים ולגברים באותו מקצוע ובאותם התפקידים, ייתכן שההבדלים נובעים מבחירת תחומי ההתמחות ונגישות לתפקידים ניהוליים בכירים. ההבדלים הגדולים בשכר בין הרופאים המומחים ללא מומחים מרמזים על פערים גדולים בתוך אוכלוסיית הרופאים.

יש לחקור את הסיבות להבדלים בשכר שנמצאו על מנת להסיר מחסומים ולווסת את השוויונות בין גברים לנשים העוסקים ברפואה או בסיעוד בישראל.

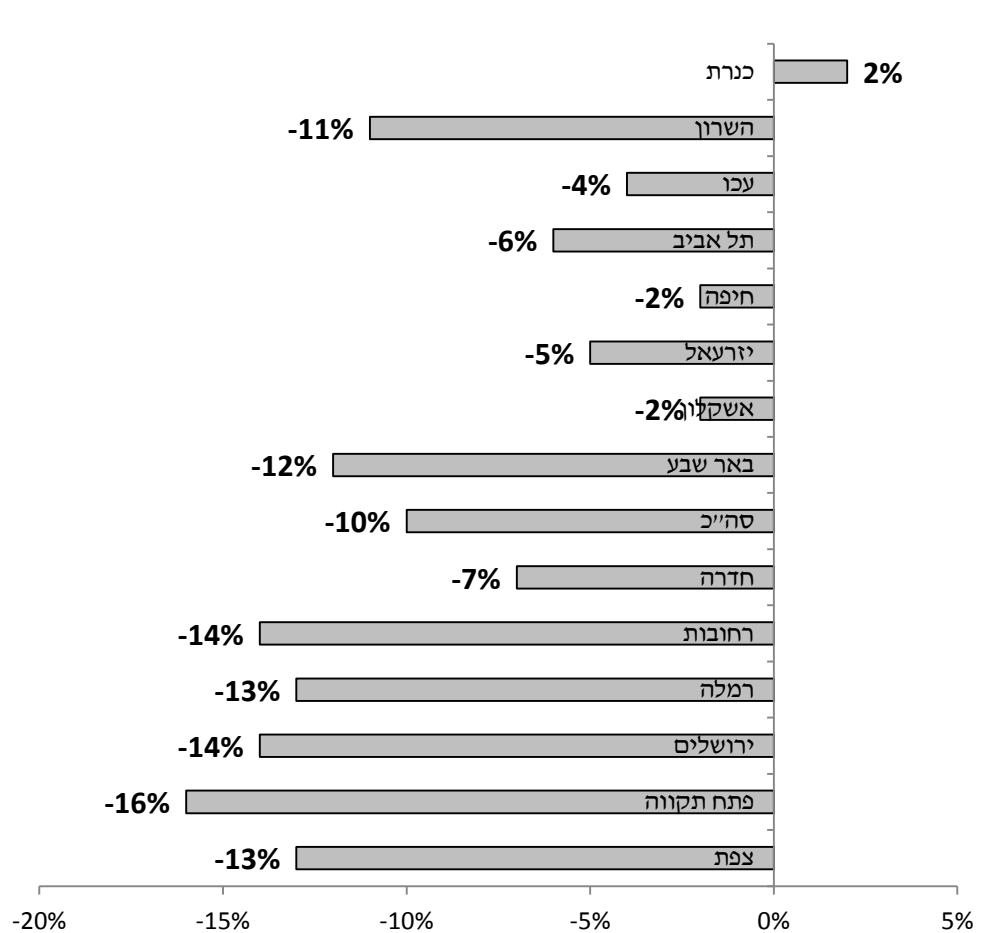
### 1.3.4 הבדלים בפריסת מיטות אשפוז

בסוף שנת 2012 היו בישראל 14,972 מיטות לאשפוז כללי בתקן. השיעור המתוקנן לגיל של מיטות ל-1,000 עמד על 1.88 באותה השנה<sup>27</sup>.

שיעור המיטות לאשפוז כללי בישראל הינו בין הנמוכים במדינות המערב ונמצא בירידה מתמדת. תוצאותיו של השיעור הנמוך ניכרות היטב גם במרכז הארץ וגם בפריפריה.

תרשים 24 מציג את אחוז השינוי בשיעור המיטות לאשפוז כללי מאז שנת 2005. בחינת נתוני מיטות אשפוז לפי נפות מגלה הבדלים ניכרים מבחינת הירידה בשיעור המיטות. מלבד נפת כינרת, בכל הנפות נרשמה ירידה בתקופה זו, כאשר נפת פתח תקווה, ירושלים ורחובות מציגות ירידה משמעותית ביותר במיטות האשפוז הכלליות.

**תרשים 24: אחוז השינוי בשיעור המיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפש לפי נפות, 2005/2012**



מקור: משרד הבריאות. 2014. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2012

<sup>27</sup> הפרק מבוסס על נתוני פרסום מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2012 של משרד הבריאות, אגף מידע, חטיבת מידע ומחשוב.

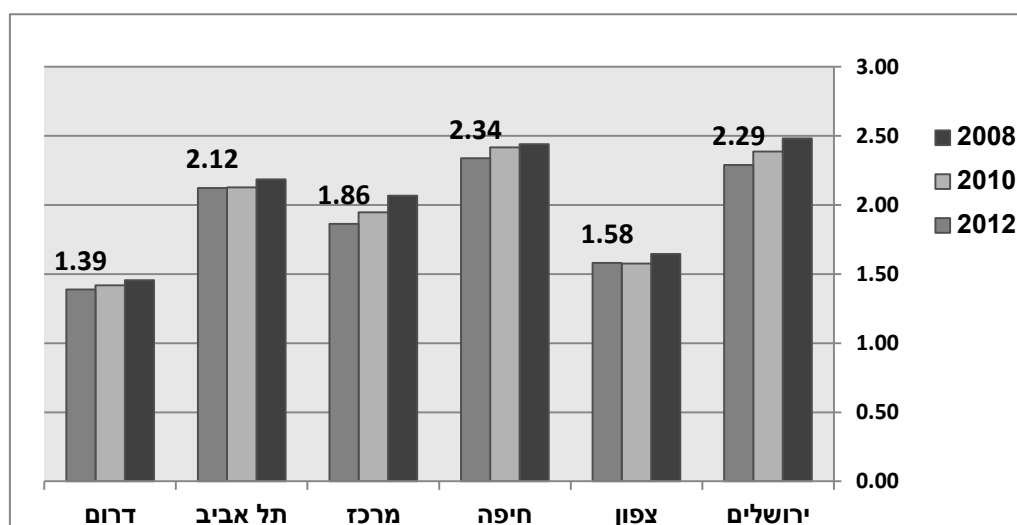


תרשימים 25-28<sup>28</sup> מציגים מגמות בשיעורי המיטות ע"פ סוגים שונים, בשלוש נקודות זמן, החל משנת 2008 (אז הוצגו נתונים לראשונה במסגרת הדוח הראשון בסדרת "אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו", משנת 2010). במיטות אשפוז כללי ניכרת המשך ירידה ברוב המחוזות, להוציא מחוז תל אביב והצפון, בהם נרשמה יציבות בין השנים 2010 ו-2012. במיטות אשפוז באגף הילדים נרשמה ירידה בכל המחוזות להוציא מחוזות מרכז וחיפה, בהם נרשמה עלייה קלה במיטות אשפוז. באגף הפנימי ירידה נצפתה בכל המחוזות להוציא מחוז דרום, בו נרשמה יציבות במספר המיטות.

במיטות טיפול נמרץ בתקופה זו נצפתה מגמה שונה ונרשמה עלייה קלה בכל המחוזות, להוציא את מחוז ירושלים.

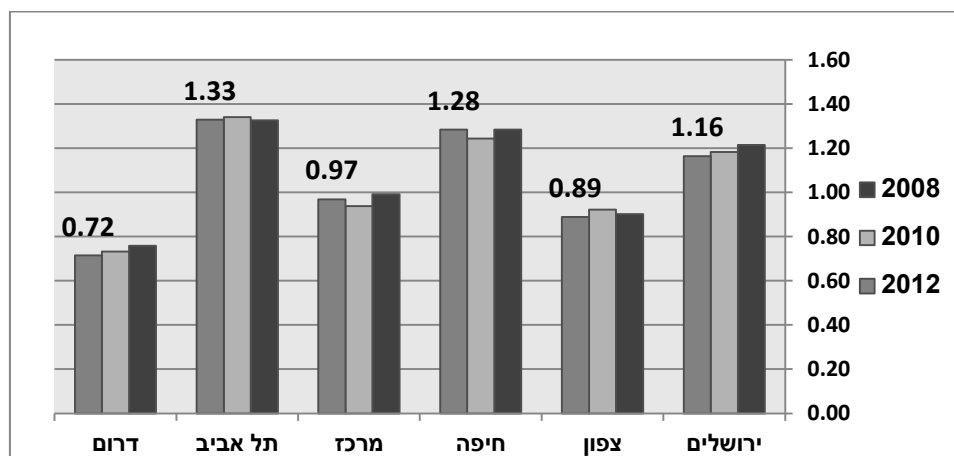
בפריסת עמדות אשפוז המגמה היא מעורבת. ראוי לתשומת לב מצבו של מחוז ירושלים, אשר מתאפיין בירידה מתמדת הן של שיעורי מיטות אשפוז והן של עמדות אשפוז לסוגיהן. נשאלת השאלה, האם ירידת השיעור מבטאת סגירת הפער בין ירושלים לבין מחוזות אחרים, בשל ריבוי מרכזים רפואיים וזמינות "עודפת" של השירות, או שהוא משקף מגמת החמרת ברמת השירות לתושבי המחוז.

**תרשים 25: שיעור המיטות לאשפוז כללי לפי מחוזות**  
**שיעור לאוכלוסייה מתוקנת לגיל ל-1,000 נפש**

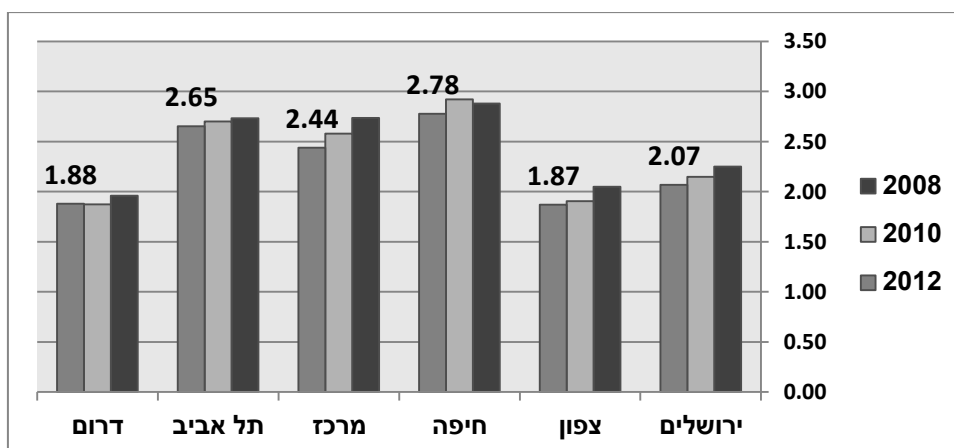


<sup>28</sup> מקור: משרד הבריאות. 2012. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2011

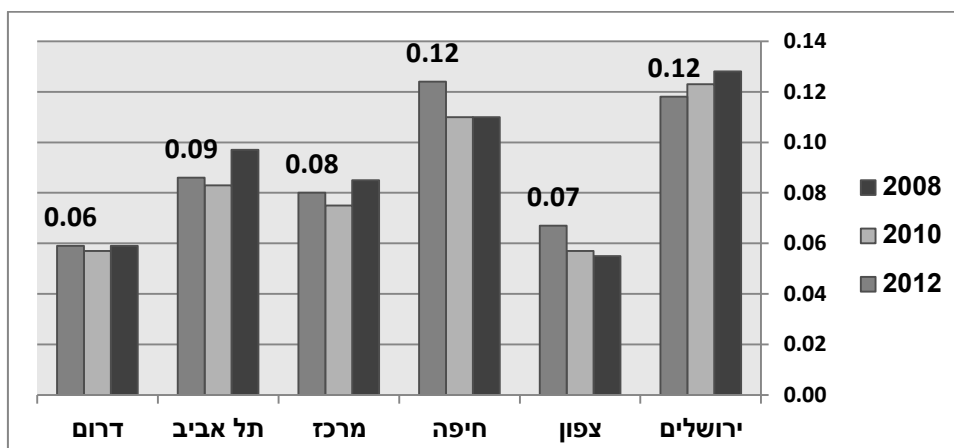
**תרשים 26: שיעור המיטות באגף הילדים לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 ילדים בגיל 0-14**



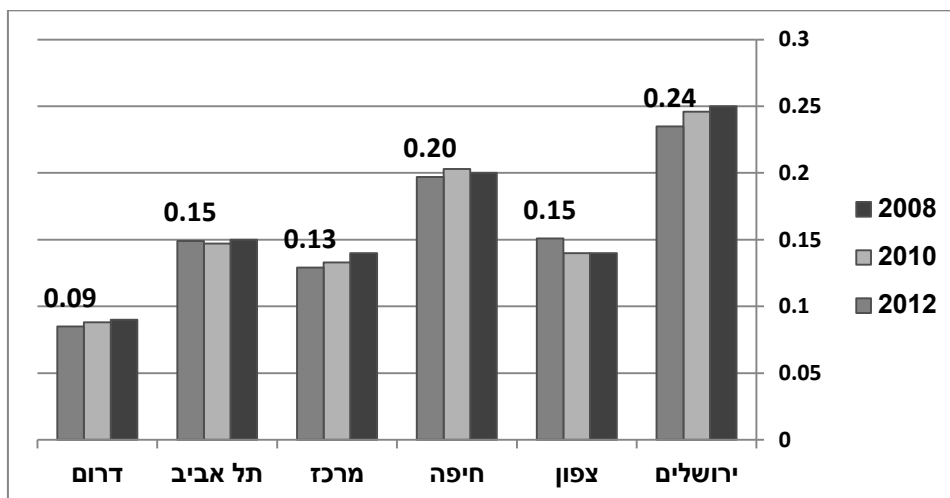
**תרשים 27: שיעור המיטות באגף הפנימי לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 בני 45 ומעלה**



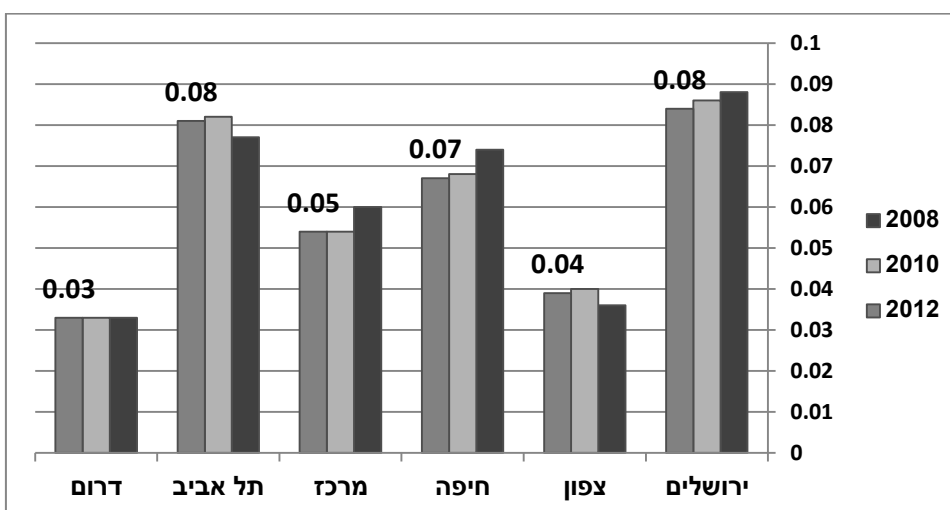
**תרשים 28: שיעור המיטות באגף לטיפול נמרץ לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 נפש**



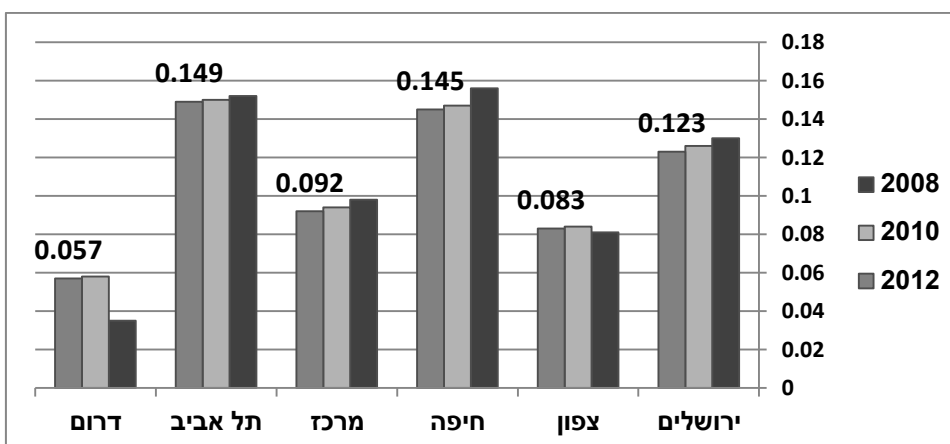
**תרשים 29: עמדות לרפואה דחופה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש**



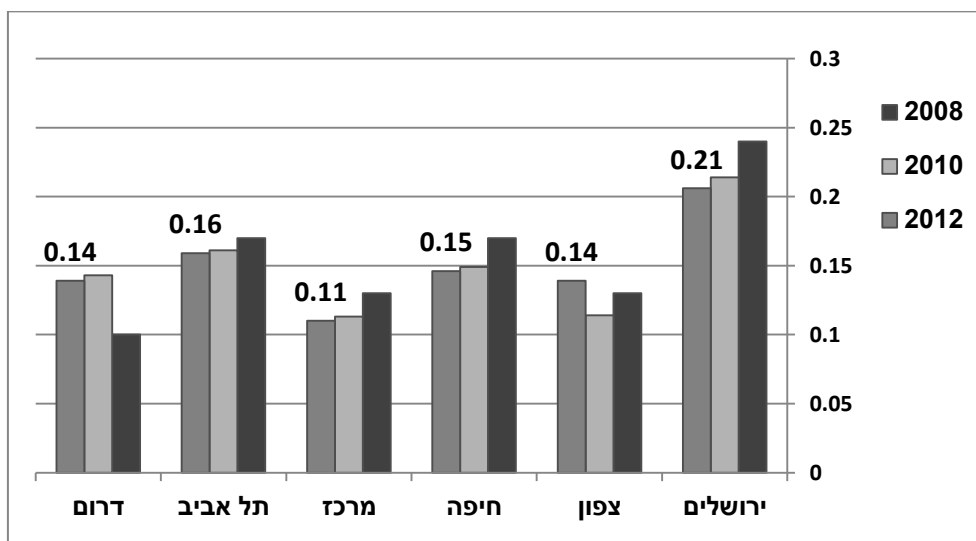
**תרשים 30: עמדות ניתוח לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש**



**תרשים 31: עמדות התעוררות לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש**



**תרשים 32: עמדות לידה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נשים בגיל 15-49**



### 1.3.5 פערים בשימוש בין יהודים וערבים בשירותי רפואת שיניים מניעתיים לילדים, בעקבות הרפורמה בטיפול שיניים לילדים

יעל אשכנזי, אריאל ינקלביץ- מאירס-גוינט- מכון ברוקדייל; שלמה זוסמן, לנה נטמוב - אגף בריאות השן, משרד הבריאות

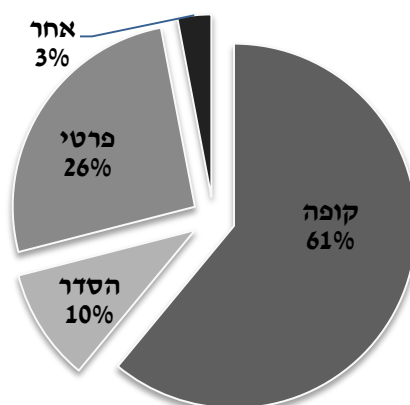
**רקע כללי:** מחקרים ממדינות שונות הצביעו על כך שתחלואת שיניים נפוצה יותר באוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך ובקבוצות אתניות המהוות מיעוט. בישראל נמצאו פערים בין ילדים יהודים וערבים במצב בריאות הפה, כאשר ילדים ערבים סובלים משיעורים גבוהים יותר של עששת ותחלואת שיניים. כמו כן, מחקרים הראו שילדים ערבים מקבלים פחות טיפול, דבר שבא לידי ביטוי ביותר שיניים חסרות ובפחות סתימות (פחות שיניים שטופלו ויותר שיניים שנעקרו).

טיפול שיניים לאוכלוסייה הכללית לא נכללו בסל הבריאות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995. לפיכך, רוב הטיפולים מומנו באופן פרטי, דבר שגרם לפערים גדולים בשימוש בין קבוצות שונות באוכלוסייה. ביולי 2010 נכנסה לתוקף רפורמה במסגרתה נוספו טיפולי שיניים מניעתיים ומשמרים לילדים (בתחילה עד גיל 8 ומאז 2012 עד גיל 12) לסל הבריאות. אחת ממטרות הרפורמה הייתה להסיר את המחסום הכלכלי לקבלת טיפול ולהכניס למעגל הטיפול ילדים שלא טופלו קודם לכן.

במהלך שנת 2013 נערך סקר טלפוני במדגם ארצי של משפחות עם ילדים בגיל 2-16. רואיין הורה אחד בכל אחת מ-1749 המשפחות. הילדים חולקו לשתי קבוצות גיל: 2-11 (עבורם השירותים כלולים בסל), ו-12-16. בכל משפחה בה היו ילדים בגילים אלו, נדגם ילד אחד מכל קבוצה, והשאלון כלל שאלות הנוגעות להורה ולילדים שנדגמו. בהצגה זו נתמקד בילדים בני 2-11.

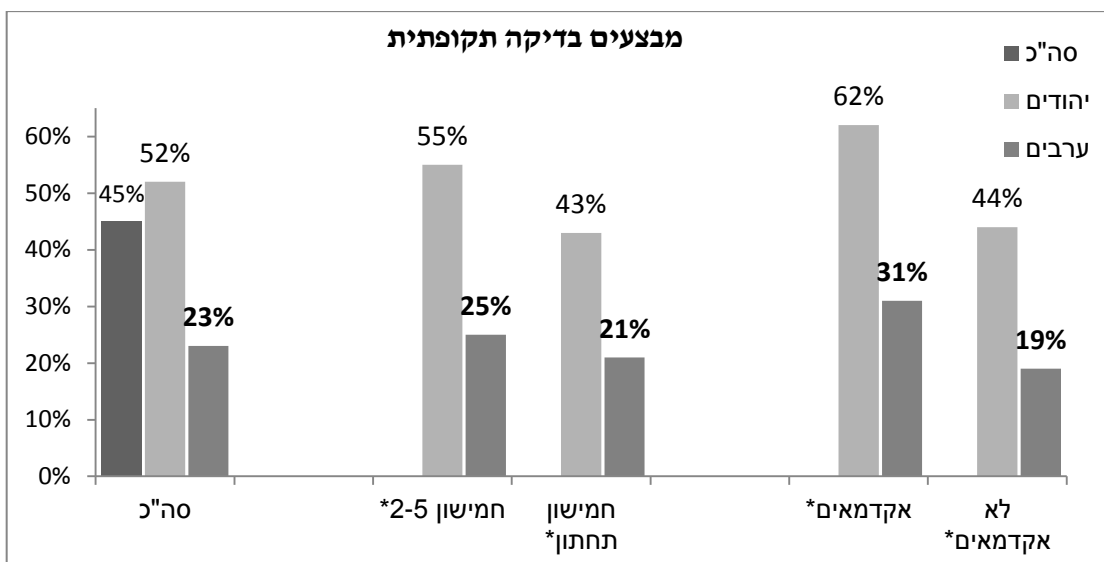
נמצא כי ההיענות לשירותי רפואת שיניים הניתנים במסגרת הסל גבוהה, וילדים מכל שכבות האוכלוסייה משתמשים בשירותים אלו. כ-70% מהילדים שביקרו אצל רופא שיניים בשנה האחרונה עשו זאת במסגרות במימון ציבורי (מרפאות של הקופות או של חברות בת שלהן, או מרפאות אחרות שנמצאות בהסדר עם הקופה).

#### תרשים 33: ביקור במרפאת שיניים, על פי סוג בביקור האחרון



יחד עם זאת, קיימים עדיין פערים בשימוש בשירותים מניעתיים בין יהודים לערבים : 52% מהילדים היהודים מבצעים ביקורות תקופתיות אצל רופא השיניים (גם כשאין בעיות), לעומת 23% מהילדים הערבים. בכל החתכים של השכלה והכנסה ערבים מבצעים פחות בדיקות.

**תרשים 34 : מבצעים בדיקת שיניים תקופתית  
על פי מדדים חברתיים-כלכליים וקבוצת אוכלוסייה**



גם בניתוח רב משתני שכלל משתני רקע כגון השכלה והכנסה, התנהגות בריאות של ההורים ועמדותיהם בנוגע לטיפול בשיניים נמצא כי היות הילד ערבי מקטין את הסיכוי לבצע ביקורת. בהקשר זה, הסקר מראה כי בין הילדים שמבקרים אצל רופא שיניים, ילדים ערבים נוטים יותר מיהודים להגיע בגיל בעיות בשיניים (34% לעומת 24%) וילדים יהודים נוטים יותר להגיע לצורך בדיקה תקופתית (56% לעומת 40% בקרב ערבים).

בנוגע לעמדות ההורים, קיים פער בין יהודים לערבים במודעות לחשיבות של ביקור אצל רופא שיניים. בעוד ש- 80% מההורים היהודים חושבים שצריך ללכת לרופא שיניים גם כשאין כאבים בפה, רק 62% מהערבים חושבים כך. כמו כן, הורים ערבים נטו לחשוב שילדים צריכים להתחיל לבקר אצל רופא שיניים בגיל מאוחר יותר (או רק כשיש בעיות) בהשוואה ליהודים. הפערים האלה באים לידי ביטוי גם בנוגע להתנהגות ההורים : בעוד שמחצית מההורים היהודים הולכים לביקורת תקופתית, רק 26% מההורים הערבים עושים זאת.

למרות הורדת המחסום הכלכלי, עדיין קיימים פערים בין יהודים וערבים בשימוש בשירותי רפואת שיניים לילדים. אחת הסיבות לכך היא חוסר מודעות מספקת של ההורים לחשיבות שבביצוע ביקורת תקופתית. יחד עם זאת, ניתוח הנתונים מראה שגורם זה אינו מסביר את כל ההבדלים ; חשוב לפעול להעלאת מודעות ההורים וגם לבדוק גורמים נוספים לפערים ולתת להם מענה.

## פרק 2. שונות גאוגרפית בצריכת שירותי בריאות

ד"ר ספי מנדלוביץ - לשכת מנכ"ל משרד הבריאות; פרופ' ארנון אפק – מנכ"ל משרד הבריאות;  
ציונה חקלאי, עטל-שולמית גורדון, גיל מרון - אגף המידע, משרד הבריאות

### רקע:

בשנים האחרונות, מתרחש בישראל תהליך משמעותי המתאפיין בתכנון וביישום מהלכים שתכליתם צמצום פערים בין פריפריה למרכז בתחום הבריאות. העלייה במודעות לנושא צמצום הפערים בבריאות, הובילה לבניית כלים מחקריים אשר תכליתם מדידת אי שוויון בתחום זה.

אחד הכלים הראשונים והבולטים בתחום זה מכונה Medical Practice Variations (מדידת שונות גיאוגרפית באספקת שירותי בריאות) ועוסק בהשוואת משתנים שונים בתחום הבריאות בין אזורים שונים. קבוצת המחקר החלוצה בתחום זה פרסמה את עבודותיה במה שלימים נודע כ - "Dartmouth Atlas of Health Care"<sup>27</sup> והייתה הראשונה להדגים שונות בתחומי רפואה שונים כתלות בין אזורים שונים בארה"ב. מסקנות הקבוצה הוצגו לראשונה במאמר שפורסם בנושא בשנת 1972 ואשר הדגים שונות ניכרת בצריכת ואספקת שירותי רפואה בין אזורים סמוכים בתוך מדינת ורמונט<sup>28</sup>. מאז שנות ה - 70 ועד היום כלי זה התפתח והוא משמש כאחד הכלים המרכזיים להערכת אי שוויון. תוך שימוש בכלי זה, החל ארגון ה OECD באמצע שנת 2011 בפרויקט המודד שונות בין אזורים שונים בתוך המדינות החברות בו ומכונה בשם OECD Medical Practice Variations<sup>29</sup>.

כרקע להצגת הנתונים אשר נבדקו במסגרת מחקר זה, יש ראשית להבין את הפרשנות הבין-לאומית המקובלת לשונות בין אזורים. באופן טבעי, שונות זו נחלקת באופן גס לשתי קטגוריות: מקרים בהם השונות נמוכה בין אזורים שונים ומקרים בהם קיימת שונות גבוהה. עפ"י הספרות, המקרים בהם קיימת שונות נמוכה הינם מקרים בהם קיימת התאמה מיטבית בין אספקת השירותים למצבה הבריאותי של האוכלוסייה. הניסיון מוכיח כי במרבית המקרים התאמה זו מתאפשרת במקרים בהן אבחנה ומתן שירות רפואי מיטבי אינו דורש תשתיות רפואה מתוחכמות או כ"א בעלת רמת מומחיות מתקדמת (דהיינו "מקרים פשוטים"), או במקרים בהם קיימת יוזמה כמעט ודאית של המטופל לקבלת טיפול ואשפוז, ללא צורך בהתערבות חיצונית. לדוגמא, פנייה לבית החולים לקבלת טיפול לשבר בהם האבחנה והטיפול פשוטים יחסית, אל מול אבחנה וטיפול של סרטן המעי הגס אשר דורשת מודעות גבוהה וצורך בבדיקה מכוונת<sup>30 31 32 33</sup>.

<sup>27</sup> <http://www.dartmouthatlas.org>

<sup>28</sup> Wennberg J, Gittelsohn (1973) Small area variations in health care delivery. Science. Dec 14;182(4117):1102-8.

<sup>29</sup> Health at a Glance 2011, OECD INDICATORS: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>

<sup>30</sup> Wennberg JE, Gittelsohn AM. Small area variations in health care delivery. Science 1973;182(117):1102-8

<sup>31</sup> Wennberg J, Gittelsohn A. Variations in medical care among small areas. Scientific American 1982;246(4):120-34

<sup>32</sup> Wennberg JE. Population illness rates do not explain population hospitalization rates. A comment on Mark Blumberg's thesis that morbidity adjusters are needed to interpret small area variations. Medical Care 1987;25(4):354-9.

לעומת זאת, מקרים בהם קיימת שונות גבוהה מתאפיינים בין היתר בכך שאספקת השירותים משקפת גם גורמים שאינם רפואיים, בנוסף למצבה הבריאותי של האוכלוסייה. במקרים אלו קיים קשר בין שימוש בשירותי הבריאות לבין המציאות בשטח אשר נובעת בין היתר מהקצאת משאבים, אופי תעסוקת הרופאים, מומחיות, הכשרה ועוד<sup>34 35 36</sup>.

בספטמבר 2014 פורסם על ידי ארגון ה-OECD דו"ח מפורט המציג עבודות מחקר של מדינות שונות, אשר בדקו שונות בשירותי רפואה בין אזורים גאוגרפיים שבשטחן. מאמר זה, מציג באופן תמציתי את מסקנות עבודת המחקר אשר בוצעה ע"י משרד הבריאות אודות השונות הגיאוגרפית בשירות רפואי במדינת ישראל ואשר פורסמה במסגרת הדו"ח הנרחב של ארגון ה-OECD.

### מטרת המחקר:

בחינת השונות בשימוש השירותים הרפואיים בבתי החולים של האוכלוסייה המתגוררת באזורים שונים בישראל בעשור האחרון.

### שיטות מחקר:

המחקר מתבסס על מאגר האשפוזים הלאומי המנוהל במשרד הבריאות, אשר מתעדכן תקופתית מתוך מערכות המידע המנהליות בבתי החולים. במאגר קיימת רשומה לכל אשפוז שכוללת מידע דמוגרפי על המאושפז ומידע על האשפוז, תאריכי קבלה ושחרור, מחלקות, אבחנות ופעולות לפי קטלוג סיווג המחלות הבינלאומי (ICD-9). במחקר הוגדרו שמונה שירותים רפואיים המבוצעים במסגרת אשפוז, בהתאם להגדרת ה-OECD, כדלקמן: אשפוז ללא ניתוח, אשפוז לאחר שבר בצוואר ירך, ניתוח קיסרי, צנתור אבחוני, צנתור טיפולי, ניתוח להחלפת מעקפים לבביים CABG, ניתוח כריתת רחם וניתוח להחלפת מפרק ברך. חושבו שיעורים מתוקננים לגיל ומגדר לפי סוג השירות ומחוז, בהתאם למקום המגורים של המאושפז. מוצגים שיעורים מתוקננים לגיל ומגדר ל-100,000 נפש בכל מחוז וברמה לאומית. השיעורים של ניתוחים קיסריים חושבו ל-1,000 לידות חי. הגדרת המחוזות הינה בהתאם להגדרת משרד הפנים.

### תוצאות:

תוצאות המחקר מאפשרות להתחקות אחר שני צירי פעולה עיקריים. הציר הראשון, הבדלים בביצוע הבין המחוזות בחדן זמן נתון (במאמר זה מובאים נתוני שנת 2012, המעודכנים בשנה

<sup>33</sup> Roos NP, Wennberg JE, McPherson K. Using diagnosis-related groups for studying variations in hospital admissions. Health Care Financing Review 1988;9(4):53–62.

<sup>34</sup> Fisher ES, Wennberg JE, Stukel TA, Sharp SM. Hospital readmission rates for cohorts of Medicare beneficiaries in Boston and New Haven. The New England Journal of Medicine 1994;331(15):989–95.

<sup>35</sup> Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. Annals of Internal Medicine 2003;138(4):273–87.

<sup>36</sup> Fisher ED, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. Annals of Internal Medicine 2003;138(4):288–98.



בהשוואה לנתונים משנת 2011 אשר הוצגו במסגרת הדו"ח שפורסם ל OECD). הציר השני, בו מתוארות המגמות בביצוע כל אחת מן הפרוצדורות במהלך 11 שנים, החל משנת 2002 ועד שנת 2012 בחתך למחוזות.

#### שונות בביצוע פרוצדורות בין מחוזות:

בטבלה מס' 1, מוצג השיעור (המתוקן לגיל ומגדר), מקדם השונות והיחס בביצוע השירותים הרפואיים בין המחוז עם השיעור הגבוה לבין המחוז עם השיעור הנמוך ביותר בשנת 2012, כל זאת בחלוקה ל – 8 פרוצדורות שנבדקו. הנתונים מצביעים על שונות נמוכה יחסית בין המחוזות בביצוע ניתוחים לכריתת רחם, אשפוזים ללא ניתוח, אשפוז לתיקון שבר בצוואר הירך ובצנתורים טיפוליים. השונות הגבוהה ביותר נמדדה בניתוחי מעקפים (עד כדי יחס של פי 1.9 בין המחוז עם השיעור הגבוה לבין המחוז עם השיעור הנמוך) וניתוח להחלפת מפרק ברך (פי 1.8), כאשר שיעור הניתוחים הגבוה ביותר לניתוח מעקפים ולהחלפת מפרק ברך נמצא במחוז צפון.

#### טבלה מס' 1: סיכום הפערים ב-8 שירותים רפואיים באשפוז לפי מחוז בישראל, 2012

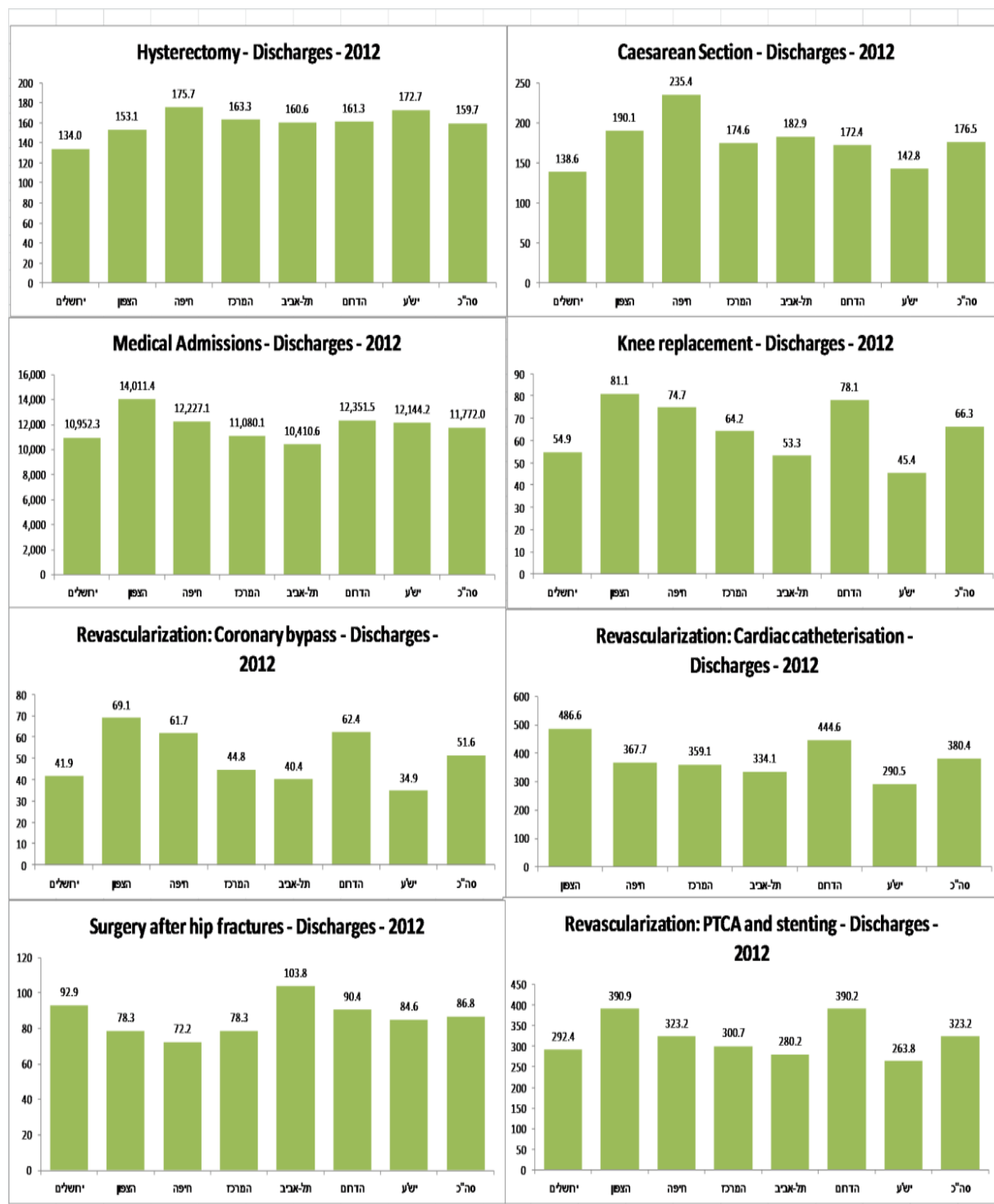
שירות	אשפוז ללא ניתוח	ניתוחי מעקפים	צנתורים טיפוליים PTCA	צנתור אבחוני	אשפוז לאחר שבר צוואר ירך	החלפת מפרק ברך	ניתוחים קיסריים*	ניתוח כריתת רחם
שיעור מתוקן ל- 100,000 נפש*	11,772.0	51.6	323.2	380.4	86.8	66.3	176.5	159.7
מקדם שונות בין מחוזות	0.10	0.26	0.16	0.19	0.13	0.21	0.18	0.09
יחס בין מחוזות (מקסימום/מינימום)	1.35	1.98	1.48	1.68	1.44	1.78	1.70	1.31

\* השיעורים מתוקנים לגיל ומין ל-100,000 נפש.

\*\* שיעור הניתוחים הקיסריים הוא ל-1,000 לידות חי.

## תרשים 1: שיעור ביצוע שירותים רפואיים מוגדרים לפי מחוזות, 2012

שיעור מתוקנן לגיל ומגדר ל-100,000 נפש\*



\* שיעור שחרורים מתוקנן לגיל ומגדר ל-100,000 נפש. שיעור הניתוחים הקיסריים הינו ל-1,000 לידות חי.

\*\* מוצגים נתוני 2012, שנה מעודכן יותר מהנתונים שפורסמו במסגרת דו"ח ה OECD.

## מגמות בביצוע פרוצדורות:

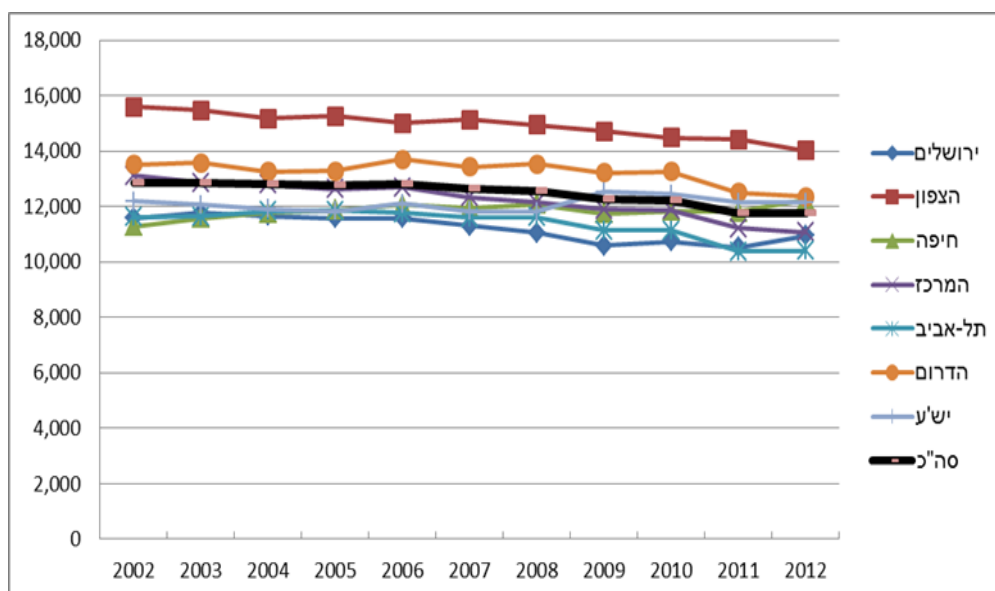
בחינת המגמות באשפוז שנמדדו במחקר בעשור האחרון, מצביעה כי העלייה המשמעותית ביותר בביצוע פרוצדורות נמדדה בניתוח להחלפת מפרק ברך. במקרה זה, אחוז העלייה של כלל הניתוחים להחלפת מפרק הברך, המתוקנן לגיל ומגדר עמד על למעלה מחמישים אחוזים, מ-42 ל-100,000 נפש בשנת 2002 ל-68 בשנת 2012. במחוזות הדרום, הצפון וחיפה נרשם אחוז הגידול הגבוה ביותר בשנים 2002-2012 ובהם נרשם גם השיעור הגבוה ביותר בשנת 2012.

שיעור הניתוחים לכריתת רחם במגמת ירידה בעשור האחרון מ-188 ל-100,000 נפש בשנת 2002 ל-160 בשנת 2012, ירידה ב-15%. בשנת 2012 השיעור הגבוה ביותר נרשם במחוז חיפה והנמוך ביותר במחוז ירושלים.

שיעור הניתוחים הקיסריים עלה בשנים 2002-2012 בעיקר במחוז חיפה. השיעור במחוז חיפה היה גבוה פי 1.7 בהשוואה למחוז ירושלים, המחוז עם השיעור הנמוך ביותר בשנת 2012. שיעור האשפוזים ללא ניתוח (תרשים 2) מצביע על מגמת ירידה בכל המחוזות, ירידה של כעשירית (8%-) בממוצע הארצי, כאשר במחוז המרכז נרשם אחוז ירידה הגבוה ביותר (16%-). שיעור האשפוז הגבוה ביותר נרשם במחוז הצפון, פי 1.2 בהשוואה לממוצע הארצי ואילו במחוז תל אביב נרשם השיעור הנמוך ביותר. במהלך העשור האחרון, נרשם שיעור גבוה יותר במחוזות הצפון והדרום בהשוואה לשאר המחוזות, ובמיוחד במחוז הצפון.

## תרשים 2: שיעור אשפוזים ללא ניתוח לפי מחוזות, 2000-2012,

מתוקנן לגיל ומגדר לפי מחוזות ל-100,000 נפש



שיעור האשפוזים לתיקון שבר בצוואר הירך מצביע על מגמת ירידה בעשור האחרון, מ-97 ל-100,000 נפש בשנת 2002 ל-87 בשנת 2012, ירידה ב-11%. השיעור הגבוה ביותר נרשם

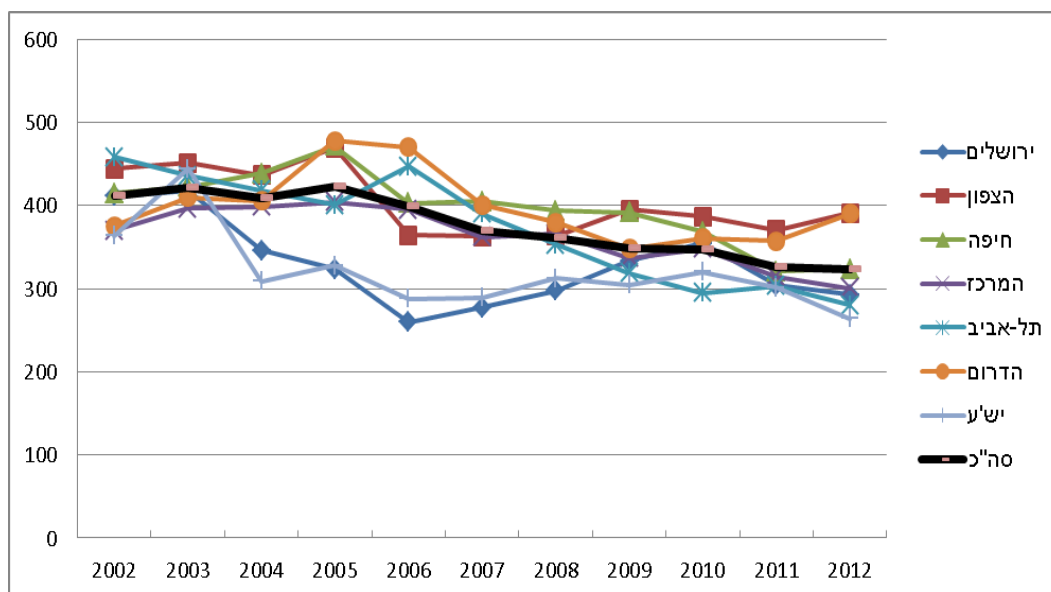
במחוז תל אביב, 104 ל-100,000 נפש, פי 1.2 בהשוואה לממוצע הארצי ופי 1.4 בהשוואה למחוז חיפה, המחוז עם השיעור הנמוך ביותר (72 ל-100,000 נפש).

שיעור ניתוחי המעקפים (CABG) ירד ביותר ממחצית, מ-122 ל-100,000 בשנת 2002 ל-52 בשנת 2012. במרבית המחוזות נרשמה ירידה של כשני שליש, כאשר במחוזות הצפון וחיפה נרשמה ירידה קטנה יותר (-45%). בשנת 2012 השיעור הגבוה ביותר נרשם במחוזות הצפון, הדרום וחיפה.

שיעור הצנתורים הטיפולים (PTCA) (תרשים 3) במגמת ירידה בעשור האחרון. השיעור הארצי ירד ב-22% בשנים 2002-2012, מ-412 ל-100,000 נפש ל-332. מגמת הירידה נרשמה במרבית המחוזות, כאשר במחוז תל אביב נרשמה הירידה הגבוהה ביותר (-39%) ואילו במחוז הדרום השיעור היה יציב (+4%) בעשור האחרון. בשנת 2012 השיעור הצנתורים הגבוה ביותר נמצא במחוזות הצפון והדרום, פי 1.2 בהשוואה לממוצע הארצי, כאשר בשאר המחוזות השיעור היה נמוך בהשוואה לממוצע הארצי. השיעור הגבוה שנרשם במחוזות הצפון והדרום (391 ל-100,000 נפש במחוז הצפון ו-390 במחוז הדרום) היה גבוה פי 1.5 בהשוואה לשיעור הנמוך שנרשם ביו"ש (264 ל-100,000 נפש) וגבוה פי 1.4 בהשוואה לשיעור במחוז תל אביב (280 ל-100,000 נפש במחוז תל אביב, 292 במחוז ירושלים).

### תרשים 3: שיעור צנתורים טיפוליים לפי מחוזות, 2002-2012

שיעור מתוקנן לגיל ומגדר לפי מחוזות ל-100,000 נפש



### דיון וסיכום:

ההשוואה בין מרבית שירותי הבריאות המתבצעים בישראל אשר נבדקו במחקר, לבין יתר מדינות ה-OECD, מצביעה על מגמה כללית דומה בתחומים אלו בעשור האחרון. בין התוצאות העולות ממחקר זה ניתן לעמוד על ירידה כללית בביצוע ניתוחים לתיקון שבר בצוואר הירך ובניתוח לכריתת רחם. נתון חשוב נוסף מצביע על ירידה בשיעור האשפוזים ללא ניתוח. במקביל

לירידה בתחומים שהוזכרו לעיל, נצפתה עליה משמעותית בביצוע ניתוח להחלפת מפרק ברך ושיעור יציב יחסית של ביצוע ניתוחים קיסריים.

בכל השירותים שנבדקו נמצא פער בין המחוזות בשיעור המתקן לגיל ומגדר. פערים נמוכים יחסית בין המחוזות נרשמו בשנת 2012 בשיעור ניתוחים לכריתת רחם ואשפוזים ללא ניתוח. בשני שירותים אלו נמצא יחס של 1.31 ו-1.35, בהתאמה, בין המחוז עם השיעור הגבוה ביותר לבין המחוז עם השיעור הנמוך ביותר. כמו כן נמדדו פערים נמוכים בביצוע ניתוחים לתיקון שבר צוואר ירך ובצנתורים טיפוליים עם יחס שיעורים מעט גבוה יותר.

בהמשך לאמור לעיל, חשוב לציין כי בתחום האשפוזים ללא ניתוח, למרות הירידה בשיעור האשפוז שהוזכרה לעיל והפערים הקטנים לכאורה בין המחוזות, מדובר בפער עקבי וברור בין מחוזות המרכז והפריפריה (תרשים 2). פער זה מחדד את ההבדלים בין מחוזות המרכז והפריפריה ומצביע על אי-שוויון. ניתן ליחס להבדלים אלו למספר סיבות: תחלואה גבוהה יותר ומצב סוציאקונומי נמוך יותר בהשוואה למרכז אשר גורם לשיעור רב יותר של אשפוזים. בהקשר זה חשוב לציין מחקר פורץ דרך אשר פורסם בשנת 2010 ואשר מצביע על פערים ניכרים בזמינות של שירותי רפואה שניוניים (פנימית, כירורגיה ותתי-התמחויות) שניתנים בפריפריה במסגרת הקהילה<sup>37</sup>. חוסר זמינות זה עשוי לתרום להעברת פעילות מן הקהילה אל בתי החולים, כמענה לצורך בטיפול ואבחנה נכונים ובכך להעלות את שיעור האשפוזים במסגרת בית החולים. פערים בין הפריפריה למרכז נמצאו גם בשיעורי הפטירות<sup>38</sup>.

פערים גבוהים יחסית בין המחוזות נמדדו בשיעור ניתוח מעקפים והחלפת מפרק ברך. בשני שירותים אלו נמצא יחס של פי 1.98 ו-1.78, בהתאמה, בין מחוז עם השיעור הגבוה ביותר לבין המחוז עם השיעור הנמוך ביותר בשנת 2012, כאשר השיעורים הגבוהים ביותר נרשמו בפריפריה (מחוזות הצפון והדרום).

מעבר לעובדה כי בתחום ניתוחי המעקפים נמצא שיעור ביצוע גבוה בפריפריה, באופן כללי, בתחום הפרוצדורות הלבביות (ניתוחי מעקפים, צנתורים אבחנתיים ופולשניים), התמונה מורכבת יחסית, משתנה מאזור לאזור ואינה חופפת באופן גורף את המגמות הבין לאומיות. שוני זה העלה את האפשרות כי תוצרי מחקר אלו קשורים במגמות של אי-שוויון ועל כן בחרנו להרחיב בסוגיה במסגרת מאמר זה:

מצד אחד, בדומה למרבית מדינות ה-OECD נצפית ירידה חדה בביצוע ניתוחי מעקפים בשל הסטת חלק מן הפעילות לפרוצדורות באמצעות צנתור. מצד שני, ובשונה מיתר מדינות ה-OECD, נצפתה ירידה בביצוע צנתורים לבביים פולשניים (PTCA).

אולם, מגמת הירידה בביצוע פרוצדורה זו לא הייתה אחידה בכל המחוזות. בעוד שבאזורי הפריפריה (מחוזות צפון ודרום) חלה עלייה בביצוע צנתור לב פולשני עד 2005 ואח"כ בהמשך ירידה הדרגתית, בשאר המחוזות חלה ירידה מתמשכת במשך כל העשור.

<sup>37</sup> Shmueli A. and Englecin-Nissan E. 2010. *Availability of Physicians' services as a tool for implicit risk selection in Israel's National Health Insurance System*. Research Report. Hebrew University and Ben-Gurion University.

<sup>38</sup> Goldberger N and Haklai Z (2012), Mortality Rates in Israel from Causes Amenable to Health Care, Regional and International Comparison, *Israel Journal of Health Policy Research*, 2012, 1:41.

בהינתן העובדה כי קבוצת מחלות הלב וכלי הדם נמצאה כמסביר המשמעותי ביותר לאי-השוויון בתמותה<sup>39</sup> ובהינתן העובדה כי לשיקולי זמן ומרחק חשיבות קריטית במקרה של התקף לב הדורש צנתור דחוף<sup>40, 41</sup>, אזי טבעי כי לשיפור בתחום זה חשיבות מכרעת בצמצום פערים. בהקשר זה יש לציין כי מהירות ביצוע הצנתור הינה אחד ממדדי האיכות אשר נבדקים ע"י משרד הבריאות.

### **אסטרטגיית משרד הבריאות והשפעתה על שירותי הצנתור בפריפריה:**

במסגרת אסטרטגיית הפעולה של משרד הבריאות ניתן להצביע על שני מסלולי התערבות עיקריים: התערבות בתחום הבטחת תשתיות של שירותי בריאות חיוניים והתערבות בתחום בניית מערכת תמריצים שיעודדו את סוכני השינוי לפעול לצמצום פערים. ואכן, התחקות אחר המגמות בתחום ביצוע צנתור לב במהלך 15 השנים האחרונות, מצביעה על כך, כי חלה התערבות ממוקדת לצורך שיפור שירות זה בפריפריה ואשר ניתן ליחסה לשתי שיטות התערבות אלו:

- (1) בתחום הבטחת תשתיות של שירותי בריאות חיוניים בפריפריה: בוצעה בנייה, שיפוץ ותגבור בכוח אדם של יחידות צנתורים במספר רב של בתי חולים בפריפריה.
- (2) בתחום בניית מערכת תמריצים שיעודדו את סוכני השינוי לפעול לצמצום פערים: בוצעה התערבות עקיפה אשר השפיעה ככל הנראה ביתר שאת על הפריפריה. להערכתנו, העובדה כי תמחור הצנתורים בשנים אלו היווה באופן פוטנציאלי מקור לרווח לבית החולים, עודדה את כלל בתי החולים לפעול לפיתוח משמעותי של סוג שירות זה. התפתחות זו קיבלה משנה תוקף בבתי חולים בהם שירותים אלו לא היו מפותחים דיים, כדוגמת בתי"ח בפריפריה. בנוסף, תוספת המשאבים הכוללת לתחום זה האיצה את התפתחותו בכלל בתי החולים עד כדי קיום עודף היצע של מצנתרים. בעקבות היצע רב זה, החלה "גלישה" של כוח אדם מיומן לפריפריה.

כפועל יוצא, שילוב של כוח אדם מיומן וזמין יחד עם התערבותה הישירה של המדינה בפיתוח יחידות הצנתורים בפריפריה, הובילה לנסיקת תחום זה באזורים הללו.

עם זאת, על פי הנחה זו ולאור התהליכים שתוארו לעיל, מגמת העלייה בתחום הצנתורים בפריפריה הייתה אמורה להשתוות לשאר חלקי הארץ. בפועל, תהליכים אלו יצרו כאמור פער משמעותי בהיארעות ביצוע הצנתורים בפריפריה אל מול אזור המרכז (עד פי 1.5). מחד, ייתכן ושיעור הצנתורים הגבוה בפריפריה מגלם פיצוי על תת טיפול במשך שנים וסופו להתאזן לאחר

<sup>39</sup> צמצום אי השוויון בבריאות: הניסיון הבינלאומי ויישומו בישראל, חורב 2008

<sup>40</sup> Antman EM et al, American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Canadian Cardiovascular Society. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). Circulation. 2004 Aug 31;110(9):e82-292. Erratum: Circulation. 2007 Apr 17;115(15):e411. Circulation. 2005 Apr 19;111(15):2013-4. Circulation. 2010 Jun 15;121(23):e441

<sup>41</sup> Menees DS, Peterson ED, Wang Y, Curtis JP, Messenger JC, Rumsfeld JS, Gurm HS. Door-to-balloon time and mortality among patients undergoing primary PCI. N Engl J Med. 2013 Sep 5;369(10):901-9. doi

מיצוי פרוצדורה זו באוכלוסייה שלא זכתה בעבר לטיפול ראוי. לחלופין ייתכן ומדובר בפער שישאר קבוע בשל אוכלוסייה בעלת שיעורי תחלואה גבוהים יותר. מאידך, חובה לבדוק כי מערכת התמריצים שהוזכרה, תוך שילובם של משתנים אחרים שלא הוזכרו, לא הובילה לביצוע עודף צנתורים, כך ש"יצא שכרנו בהפסדנו".

כפועל יוצא, מתכנן משרד הבריאות בתקופה הקרובה לבצע מחקר בתחום זה, אשר יבדוק את ההשלכות הקליניות והמעשיות של המגמות שתוארו לעיל.

### פרק 3. פערים באורח חיים:

#### נתונים מתוך מרכז הידע בנושא אי-שוויון בבריאות<sup>42</sup>

מרכז הידע הארצי בנושא אי-שוויון של משרד הבריאות, במכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

#### 3.1 פערי בריאות: רפואה מונעת

עיבוד וניתוח נתונים וכתובת הדו"ח: גב' אנג'לה שטרית, ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ'  
עריכה: ד"ר אמה אברבך, שלומית אבני

#### הקדמה:

**בדיקות סקר** מהוות עבור מחלות נבחרות כלי יעיל לאבחון מוקדם ולשיפור פרוגנוזה. בדיקות סקר הן בדיקות שיש לבצען באופן תקופתי בתדירות שהומלצה ב-clinical guidelines, כאשר בחלק מהמקרים תוצאותיהן מצריכות ביצוע בדיקות נוספות לאבחון סופי. לחילופין, בדיקות סקר שלילית יכולה להפחית את ההסתברות לקיום מחלה.

בדיקות הסקר כוללות בדיקות גנטיות, מדידות לחץ דם, פרופיל שומנים בדם, משטח צוואר רחם לנשים, ממוגרפיה של השד, דם סמוי בצואה ובדיקות אחרות. ההמלצות לביצוע בדיקות סקר ותדירותן, משתנות על פי מאפיינים אישיים, לרבות גיל, מין והשתייכות לקבוצת סיכון זו או אחרת.

ראוי לזכור שבדיקות הסקר נועדו לאתר מחלות לפני הופעת סימפטומים מחשידים. מאחר שאיתור מוקדם של מחלה, או של סיכון לחלות, הוא לפעמים מפתח להצלת חיים, חשוב להקפיד על ביצוע בדיקות סקר במועדים המומלצים. איתור מוקדם של מחלה מאפשר במקרים רבים לשנות את מהלכה. ככול שמחלה מסוימת מתגלה מוקדם יותר, כך עולים הסיכויים לריפוי.

**סרטן המעי הגס** הוא הגידול השני בשכיחותו בקרב האוכלוסייה בישראל. הוא מופיע בשיעור דומה אצל גברים ונשים. כל שנה מאובחנים בישראל יותר מ-3,000 אנשים חדשים בסרטן המעי הגס והחלחולת, בכל הגילים. כ-1,300 איש מתו ב-2011 מסרטן המעי הגס, לפי נתוני רישום הסרטן הלאומי.

המחלה שכיחה במיוחד מגיל 50 שנה ומעלה, והסיכון לחלות בה עולה עם הגיל. חשוב לדעת שכאשר המחלה מתגלה בשלב מוקדם, סיכויי הריפוי מגיעים לכ- 90%, הודות לטיפול כירורגי. לכן, חשוב מאוד לגלות אותה מוקדם ככל האפשר, ועל ידי כך לשפר את תוצאות הטיפול ואת איכות חייהם של מי שחלו בה. גידולים במעי הגס ניתנים, כאמור, לגילוי מוקדם, ולעתים אף ניתן למנוע את התפתחות המחלה. חשוב מאוד לעבור בדיקות מניעה בצורה מסודרת, העשויות לגלות פוליפ קדם סרטני עוד לפני הופעת ממאירות. **האבחון המוקדם הוא המפתח לריפוי מוצלח.**

**סרטן השד** נחשב לגידול הממאיר השכיח ביותר בקרב נשים, בארץ ובעולם. מדי שנה מאובחנות בישראל למעלה מ-4,000 נשים כחולות בסרטן השד<sup>43</sup>. העלייה בשיעורי ההיארעות של המחלה

<sup>42</sup> נתונים מלאים כולל טבלאות ניתן לראות בקישור הבא באתר של מרכז הידע בנושא אי-שוויון בבריאות:

[http://gertnerinst.org.il/epidemiology/Health\\_disparities](http://gertnerinst.org.il/epidemiology/Health_disparities)



בשלב מוקדם והירידה בשיעורי התמותה, מצביעים על עלייה בשיעורי האבחון בשלבים ראשוניים, על שיפור באמצעי הטיפול, ועל סיכויי ריפוי גבוהים יותר. עיקר התחלואה בסרטן חודרני של השד נצפה בנשים יהודיות ובערביות מעל גיל 50.

בתחילת שנות ה-90 יזמה האגודה למלחמה בסרטן את התוכנית הלאומית לגילוי מוקדם של סרטן השד, המופעלת כיום בשיתוף משרד הבריאות, יחד עם כל קופות החולים. התכנית מיועדת לנשים בנות 50-74, וכוללת בדיקת ממוגרפיה אחת לשנתיים.

אחד המדדים ליעילות התוכנית בא לידי ביטוי בשיעור הנשים המאובחנות בשלב מוקדם: אחוז הנשים המאובחנות עם מחלה בשלב מוקדם (סרטן שד ממוקד, וסרטן חודרני בשלב מוקדם), עלה מ-57% מהחולות שאובחנו ב-2007 ל-62% בשנת 2009.

נתוני התוכנית הלאומית לגילוי סרטן השד בישראל, מצביעים על צמצום פערים בין תת-אוכלוסיות בישראל בשיעורי ההיענות לבדיקות ממוגרפיה. שיעורי ההיענות הנוכחיים בין העולות והחרדיות, נמוכים בכ-10%-5 משיעורי ההיענות בנשים היהודיות הוותיקות.<sup>44</sup>

בפרק זה נבחן את הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים, לבין שימוש בשירותי בריאות למניעה וגילוי מוקדם של מחלות כפי שנמדדו בסקר החברתי לשנת 2010.

## שיטות:

שיטת הדגימה ושאלון הסקר מופיעים בפירוט באתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה<sup>45</sup>. מסגרת הדגימה של הסקר מבוססת על מרשם התושבים. המדגם תוכנן על מנת שיכלול כ-7,500 משיבים בני 20 ומעלה. שיטת הדגימה מורכבת, וכללה שילוב של שלושה משתנים דמוגרפיים [5 קבוצות אוכלוסייה (ערבים במזרח-ירושלים, ערבים אחרים, 2 קבוצות עולים לפי תקופת עליה, ויהודים ילידי הארץ), 7 קבוצות גיל, ומין; סה"כ: 70 קבוצות תכנון].

שאלון הסקר כלל שאלון גרעין קבוע החוזר מדי שנה, ונושא משתנה, שבשנת 2010 התמקד בבריאות ובאורח חיים.

## ניתוח הנתונים:

ניתוח הנתונים כלל ניתוח חד-משתני על פי מדדי הפערים (מאפיינים הדמוגרפיים, חברתיים וכלכליים)<sup>46</sup>, והערכה עצמית של מצב הבריאות. בהמשך, בוצע ניתוח רב משתני באמצעות שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית מרובה. המשתנים שהוכנסו למודל היו משתנים שנמצאו בקשר מובהק עם ביצוע בדיקת סקר לפי הנחיות משרד הבריאות (משתנה תלוי).

משתנים מסבירים הוצאו מהמודל בשיטת backward elimination, אם מובהקות הקשר עם המשתנה התלוי הייתה  $0.10 \leq$ .

<sup>43</sup> <http://www.Health.Gov.il/UnitsOffice/HD/ICDC/ICR>; <http://www.Cancer.org.il>

<sup>44</sup> אתר האגודה למלחמה בסרטן: [www.cancer.org.il](http://www.cancer.org.il)

<sup>45</sup> [http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text\\_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1](http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1)

<sup>46</sup> ראו לוח עם הגדרת המשתנים בעמוד 97.

להלן מוצגים מדדי פערים בהם נעשה שימוש לעיבוד הנתונים :

מדד-I : מדידת יתר לחץ דם.

הגדרה אופרטיבית : הממד הורכב מהשאלה הבאה :

האם עשית בדיקת לחץ דם? 1. כן 2. לא

מתי עשית את הבדיקה בפעם האחרונה?

1. ב 12 החודשים האחרונים

2. מעל שנה ועד שנתיים

3. מעל שנתיים ועד חמש שנים

4. מעל חמש שנים

מדד-II : מדידת רמת הכולסטרול בדם.

הגדרה אופרטיבית : הממד הורכב מהשאלה הבאה :

האם עשית בדיקת דם לרמת הכולסטרול? 1. כן 2. לא

מתי עשית את הבדיקה בפעם האחרונה?

1. ב 12 החודשים האחרונים

2. מעל שנה ועד שנתיים

3. מעל שנתיים ועד חמש שנים

4. מעל חמש שנים

מדד זה נבנה עבור משתתפים בגיל 35 שנים ומעלה שבצעו את מדידת כולסטרול אי פעם.

מדד-III : ביצוע בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס.

הגדרה אופרטיבית : הממד הורכב מהשאלות הבאות :

האם עשית בדיקת קולונוסקופיה? 1. כן 2. לא

מתי עשית את הבדיקה בפעם האחרונה?

1. ב-12 החודשים האחרונים

2. מעל שנה ועד שנתיים

3. מעל שנתיים ועד חמש שנים

4. מעל חמש שנים

האם עשית בדיקה לגילוי דם סמוי בצואה? 1. כן 2. לא

מתי עשית את הבדיקה בפעם האחרונה?

1. ב-12 החודשים האחרונים

2. מעל שנה ועד שנתיים

3. מעל שנתיים ועד חמש שנים

4. מעל חמש שנים

שאלה זו הופנתה לגברים ונשים בגיל 50 ומעלה.

מדד זה הורכב על פי ביצוע בדיקת לגילוי דם סמוי בצואה ב-12 החודשים האחרונים ו/או ביצוע בדיקת קולונוסקופיה אי פעם עבור המשתתפים בקבוצת גיל 50 עד 74 שנים. ההמלצות הן ביצוע קולונוסקופיה כל 10 שנים ו/או בדיקת דם סמוי בצואה כל שנה עבור גילאי 50-75. מכיוון שקבוצות הגיל בקובץ הן 50-54, 55-59, 60-64, 65-74, ו-75+, המדד שלנו מתייחס למשתתפים בגילאי 50-74 שנים. בנוסף, לא ניתן היה לזהות את האנשים שבצעו בדיקת קולונוסקופיה ב-10 השנים האחרונות כי אפשרות בחירת התשובה המקסימלית היתה "מעל 5 שנים".

**מדד-IV** ביצוע בדיקת ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן שד.

**הגדרה אופרטיבית:** המדד הורכב מהשאלה הבאה:

האם עשית בדיקת ממוגרפיה? 1. כן 2. לא

מתי עשית את הבדיקה בפעם האחרונה?

1. ב 12 החודשים האחרונים

2. מעל שנה ועד שנתיים

3. מעל שנתיים ועד חמש שנים

4. מעל חמש שנים

שאלה זו הופנתה לנשים בגיל 50 ומעלה.

מדד ביצוע בדיקת ממוגרפיה נבנה בהתאם להחיות משרד הבריאות וכלל נשים בגיל 50-74 שנים שבצעו את הבדיקה עד שנתיים לפני מועד הסקר.

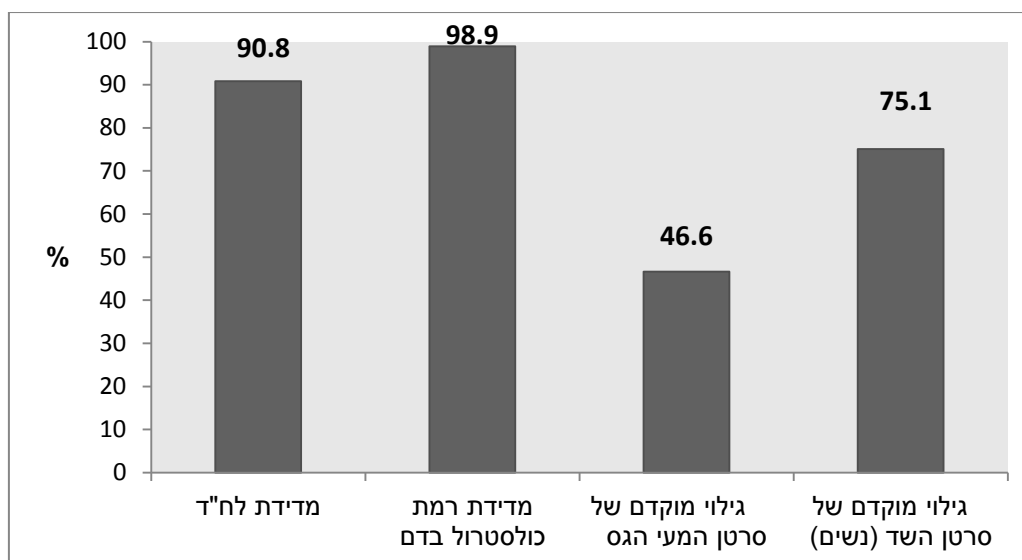
## **ממצאים:**

**מדידות לגילוי מוקדם של יתר לחץ דם והיפרליפידמיה:**

### **מדידת לחץ דם**

תשעים אחוז ממשתפי הסקר מעל גיל 20 מדווחים על מדידת לחץ דם במהלך השנתיים האחרונות (90% בגברים ו-92% בנשים). קיים מתאם בין גיל המשתתפים ובצוע המדידה, מ-83% בקרב גילאי 20-29 ועד ל-99% עבור בני 75 ומעלה.

**תרשים 1: התפלגות המדדים באוכלוסייה (באחוזים)**



בעיבוד רב משתני, ניתן היה לראות כי במחוז ירושלים מבצעים פחות בדיקות וכי ישנה עליה מובהקת לביצוע בדיקות מעקב ללחץ דם עם עליה בגיל החל מגיל 45.

לא נצפו הבדלים בשיעור ביצוע מדיתת ל"ד בין המגזר היהודי והמגזר הערבי וגם לא לפי הכנסה ומידת ההצלחה לעמוד בהוצאות החודשיות.

למרות שההבדלים בשיעורי בצוע המדידה לפי שאר מאפייני פערי בריאות היו מובהקים סטטיסטית, לא אותרו תת-קבוצות באוכלוסייה עם שיעורי ביצוע נמוכים במידה משמעותית (פחות מ- 85%).

יש לציין כי נצפה שיעור נמוך יותר בביצוע מדיתת לחץ דם בקרב המשתתפים שהגדירו את עצמם כדתיים מאוד (85%) לעומת החילונים (91%).

בעיבוד הרב משתני, ניתן היה לראות כי הגורמים הקשורים עם ביצוע המדידה היו מין (נשים מודדות לח"ד יותר מגברים), גיל (עליה עם גיל), מצב בריאות (פחות מדיתות כאשר מצב הבריאות טוב יותר), מצב משפחתי (נשואים מבצעים יותר מדיתות), דתיות (דתיים מאוד מבצעים פחות) ומחוז מגורים (במחוז ירושלים מבצעים פחות בדיקה בהשוואה למחוז תל-אביב).

#### **מדיתת רמת כולסטרול בדם**

שיעור מדיתת רמת כולסטרול בדם לפחות פעם אחת ב-5 השנים האחרונות בקרב משתתפים שגילם 35 שנים ומעלה היה 99%. שיעור זה היה בקורלציה חיובית עם גיל ובקורלציה שלילית עם מצב הבריאות על פי דיווח-עצמי. הבדלים מזעריים אך בכל זאת מובהקים סטטיסטית היו גם לפי מצב תעסוקה. לא נצפו הבדלים לפי מאפייני בריאות אחרים, דמוגרפים (מין, מצב משפחתי, מגזר, וותק בארץ, ומספר נפשות במשק הבית), חברתיים-כלכליים (השכלה, רמת דתיות, הכנסה, מידת כסוי הוצאות, בעלות על רכוש) וגם לא לפי מחוז מגורים.

## בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס ושל סרטן שד בנשים:

### גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס

פחות ממחצית מאוכלוסית הסקר בגילאי 50-74 שנים (46.6%) דווחו כי בצעו קולונוסקופיה אי-פעם או בדיקת צואה לדם סמוי בשנה האחרונה. שיעור זה היה זהה בגברים ונשים. קיימת עליה בביצוע הבדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס עם הגיל (מ-38% עבור בני 50-54 עד ל-53% עבור גילאי 65-74). לא נצפו הבדלים לפי מגזר, מצב משפחתי, מחוז מגורים, וותק בארץ ולפי השכלה.

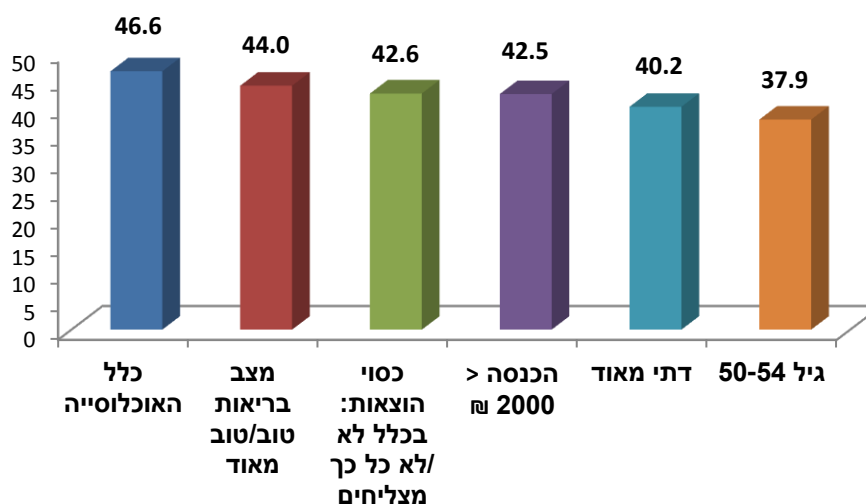
אחוז מבצעי הבדיקה היה נמוך יותר בקרב המשתתפים שהגדירו את עצמם כדתיים מאוד בהשוואה לחילונים (40%-ו-50% בהתאמה).

פילוח האוכלוסיה לפי מאפיינים כלכליים הראה כי בעלי הכנסה גבוהה (52.5% לעומת 42.5% עבור הכנסה חודשית ממוצעת לנפש < 4000 ₪ לעומת הכנסה של > 2000 ₪), אלה שמצליחים לעמוד בהוצאות החודשיות ללא כל קושי (56%) בהשוואה ל-42.6% בקרב אלה שלא מצליחים לכסות את הוצאותיהם החודשיות ובעלי רכוש (42.7% לאה שדיווחו שאין ברשותם לא דירה ולא רכב לעומת 44%-55% עבור אלה שיש להם או דירה ו/או רכב) מבצעים את בדיקות הסקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בשיעורים גבוהים יותר משאר הקבוצות.

שעור גבוה נצפה גם במשתתפים המתגוררים במשקי בית בעלי 2 נפשות (54%) לעומת השיעורים במשקי הבית בעלי מספר נפשות גדול יותר (שיעורים נעים בין 40%-ל-45%).

בעיבוד הרב-משתני, ניתן היה לראות כי בנוסף לגיל ומצב בריאות, המאפיינים הכלכליים של הכנסה ומידת ההצלחה בכיסוי ההוצאות היו קשורים בביצוע הבדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס: הכנסה גבוהה הסיכוי הצולב היה 1.58 ו-95% רווח בר-סמך היה 1.22, 2.03 בהשוואה להכנסה נמוכה) ולמצליחים ללא כל קושי הסיכוי הצולב היה 1.43 ו-95% רווח בר-סמך היה 0.97, 2.10 בהשוואה ל-"בכלל לא מצליחים".

### ביצוע בדיקות דם סמוי בצואה או קולונוסקופיה לגילוי מוקדם של סרטן מעי הגס בקרב בני 50-74 (באחוזים)



### גילוי מוקדם של סרטן השד בנשים

שלושת רבעי מאוכלוסית הנשים שהשתתפו בסקר ושגילן היה בין 50 ל-74 שנים דווחו שבצעו ממוגרפיה בשנתיים האחרונות. שיעור ביצוע הבדיקה נמוך יותר (65%) נצפה בנשים בגיל 50-54 להשוואה ל-78% בקבוצת גיל מבוגרת יותר (55-74).

נשים ערביות מבצעות ממוגרפיה בשיעורים נמוכים יותר מנשים יהודיות (68% לעומת 76%,  $p=0.05$ ). לא נצפו הבדלים לפי מצב משפחתי, וותק בארץ ולפי השכלה.

אחוז מבצעות הבדיקה היה נמוך יותר בקרב המשתתפות שהגדירו את עצמן כדתיות מאוד בהשוואה לחילוניות (62% ו-80% בהתאמה).

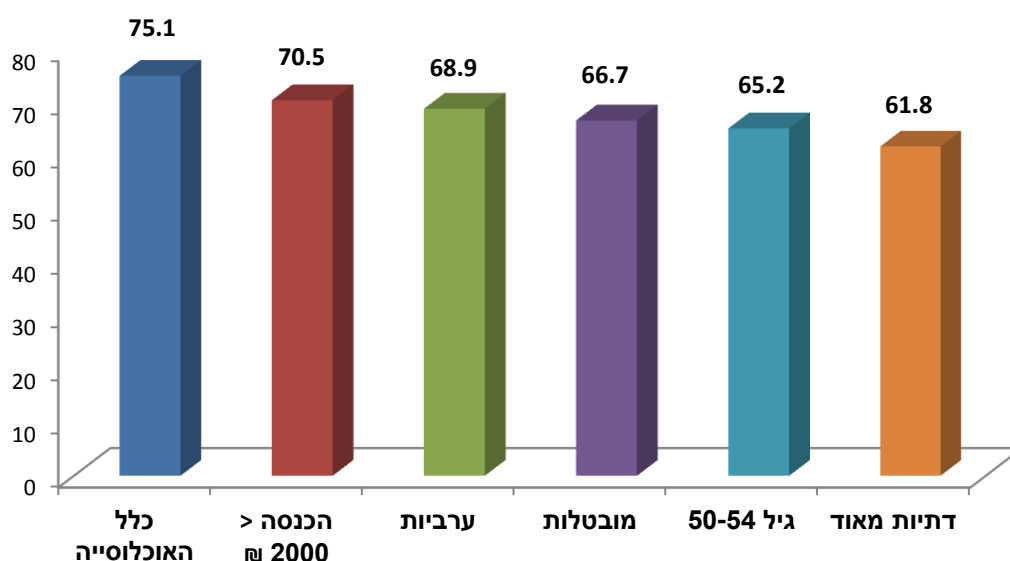
פילוח האוכלוסיה לפי מאפיינים כלכליים הראה כי בעלות הכנסה גבוהה (80% לאלה שדיווחו על הכנסה חודשית ממוצעת לנפש < 4000 ₪ בהשוואה ל-70% עבור נשים שהכנסתן > 2000 ₪), אלה שמצליחות לעמוד בהוצאות החודשיות ללא כל קושי (80% בהשוואה ל-70% עבור אלה שדיווחו על אי הצלחה בכיסוי ההוצאות והמועסקות מבצעות את בדיקת הממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בשיעורים גבוהים יותר (78%) משאר הקבוצות (66%-72%).

מעניין לציין כי שיעור ביצוע ממוגרפיה הנמוכים ביותר נצפו במחוזות מגורים דרום וירושלים.

הגדרה עצמית של מצב בריאות וקיום בעיה בריאותית כרונית לא היו קשורים לביצוע ממוגרפיה.

בעיבוד הרב-משתני, ניתן היה לראות כי בנוסף לגיל, מידת הדתיות ומצב תעסוקה היו הגורמים הבלתי תלויים הקשורים בביצוע ממוגרפיה בצורה מובהקת סטטיסטית. עבור נשים דתיות מאוד (הסיכוי הצולב היה 0.48 רווח בר-סמך 95%; 0.28-0.82) בהשוואה לנשים שהגדירו את עצמן כחילוניות. נשים מועסקות ביצעו ממוגרפיה ב-40% יותר מנשים לא מועסקות ונשים שלא שייכות לכח העבודה ( $p=0.003$ ).

### בדיקת סקר ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בקרב נשים בגילאי 50-74 (באחוזים)



## סיכום ומסקנות:

הממצאים מראים פערים ניכרים בשיעור המדווחים על ביצוע בדיקות הסקר, לפי סוג הבדיקה. בעוד ששיעורי ניטור לחץ-הדם ורמת הכולסטרול בדם גבוהים מאוד (מעל 90%), שיעור הביצוע של בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50+ עדיין נמוכים (מתחת ל-50%).

הפערים שנצפו בשיעור בדיקות הניטור של לחץ-הדם ורמת הכולסטרול בדם קטנים יחסית. המאפיין הבולט הקשור בשיעור הביצוע של בדיקות אלה הוא הגיל, והוא מוסבר גם על פי תפיסת הסיכון לתחלואה הקשורה בגורמי-סיכון אלה, אשר עולה עם הגיל. כמוכן, בהעדר תוכנית סיקור יזום, ניטור לחץ דם ורמות שומני הדם תלוי במידה רבה בתדירות המפגשים עם הרופא המטפל, והיא באופן טבעי נמוכה יותר בגילאים הצעירים.

למרות הפערים הקטנים יחסית, אותרו תת-קבוצות אשר מנטרות פחות את לחץ-הדם והן גברים, אנשים מגדירים עצמם כדתיים מאוד ואנשים המגדירים את מצב בריאותם טוב מאוד.

נצפה גם קשר בין גיל ושיעור ביצוע בדיקות הסקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס וסרטן השד, אם כי עוצמתו פחותה מזו שנצפתה לגבי ניטור רמת לחץ הדם והכולסטרול. הקשר של ביצוע בדיקות הסקירה עם הגיל עשוי להיות מוסבר ע"י תפיסת הסיכון של הפרט, הנמוכה יותר בגילאים הצעירים, וכן במספר המפגשים עם מערכת הבריאות.

גם בהקשר לבדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, בולט הממצא שאנשים התופסים את מצב בריאותם כטוב או טוב מאוד נוטים פחות להיבדק. ממצא נוסף מדאיג הוא, שהסיכוי לביצוע בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס היה גבוה פי 1.5 אצל אנשים בעלי הכנסה גבוהה בהשוואה לבעלי הכנסה נמוכה יותר. ייתכן שהכנסה משפיעה בעיקר כאשר מדובר על ביצוע קולונוסקופיה כבדיקת סקר, מכיוון שהיא עדיין אינה כלולה בסל שירותי הבריאות ועל כן עלותה עשויה להוות חסם בפני בעלי אנשים עם הכנסה נמוכה.

שיעור ביצוע בדיקת ממוגרפיה נמוך במיוחד בקרב נשים המגדירות עצמן כדתיות מאוד. ממצא זה מאשר ממצאים קודמים שפורסמו ומחייב התייחסות של מערכת הבריאות, באופן בו מתן השרות לביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן השד יעשה תוך התאמה תרבותית לערכיה ואמונותיה של אישה ואישה. נשים מועסקות היו בעלות הסתברות גבוהה יותר לביצוע בדיקות גילוי מוקדם על פי ההמלצות, וייתכן וזה נובע מהקשר להשכלה ומודעות, מצב כלכלי טוב יותר, וחשיפה לתוכניות סיקור במקומות העבודה.

## המלצות:

מתוך הכרת הערך של בדיקות לגילוי מוקדם של יתר לחץ-דם, היפרליפידמיה, סרטן המעי הגס והשד (האחרון, בנשים), יש חשיבות להגיע לקהלי-יעד התופסים עצמם בסיכון נמוך, בהם שיעורי הביצוע נמוכים בהשוואה ליתר: אנשים צעירים ואנשים שבריאותם טובה. בקבוצות אלה, שהמפגשים שלהם עם מערכת הבריאות נדירים יחסית, דרושה גישה יוזמת של מערכת הבריאות להביא את האנשים להיבדק. בנוסף, יש לדאוג להסרה של מחסומים באמצעות גישה רגישה לקהלי יעד מיוחדים (נשים חרדיות/דתיות מאוד) לביצוע ממוגרפיה. לבסוף, יש לדאוג להסרת חסמים כלכליים לבדיקות הסקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס באמצעות קולונוסקופיה.

### 3.2 פערי בריאות: עישון סיגריות

עיבוד וניתוח נתונים וכתיבת הדו"ח: גב' אנג'לה שטרית, ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ'  
עריכה: גב' יעל שחר, ד"ר פביאן סיקרון, ד"ר אמה אברבך, שלומית אבני

#### מבוא:

עישון סיגריות מהווה גורם סיכון מוביל לתחלואה כרונית, כגון מחלות לב וכלי-דם, מחלות ממאירות ומחלת ריאה חסימתית כרונית וכן לתמותה מוקדמת. בארה"ב, עישון אחראי על כ-20% מכלל הפטירות.

עישון סיגריות קשור באופן בולט במאפיינים סוציו-אקונומיים, כגון: השכלה נמוכה, אבטלה, חוסר דיור, הגירה והשתייכות לקבוצות מיעוט אתני. עישון אחראי על כמחצית מהפערים הסוציואקונומיים בשיעורי התמותה בגילאי 35-69.

בפרק זה נבחן את הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים לעישון, על פי תשובות לשאלות 4.450-4.550 בסקר החברתי לשנת 2010.

#### שיטות:

שיטת הדגימה ושאלון הסקר מופיעים בפירוט באתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה<sup>47</sup>. מסגרת הדגימה של הסקר מבוססת על מרשם התושבים. המדגם תוכנן על מנת שיכלול כ-7,500 משיבים בני 20 ומעלה. שיטת הדגימה מורכבת, וכללה שילוב של שלושה משתנים דמוגרפיים [5 קבוצות אוכלוסייה (ערבים במזרח-ירושלים, ערבים אחרים, 2 קבוצות עולים לפי תקופת עליה, ויהודים ילידי הארץ), 7 קבוצות גיל, ומין; סה"כ: 70 קבוצות תכנון]. שאלון הסקר כלל שאלון גרעין קבוע החוזר מדי שנה, ונושא משתנה, שבשנת 2010 התמקד בבריאות ובאורח חיים.

#### ניתוח הנתונים:

##### 3.2.1 מצב עישון סיגריות

הגדרת המדד: עישון סיגריות בחלוקה לקטגוריות הבאות:

1. עישון נוכחי (לפחות סיגריה אחת ליום)

2. עישון בעבר

3. לא עישן מעולם

ניתוח הנתונים כלל ניתוח חד-משתני על פי מדדי הפערים (מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים), פעילות גופנית בשעות הפנאי, והערכה עצמית של מצב הבריאות.

<sup>47</sup> [http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text\\_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1](http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1)

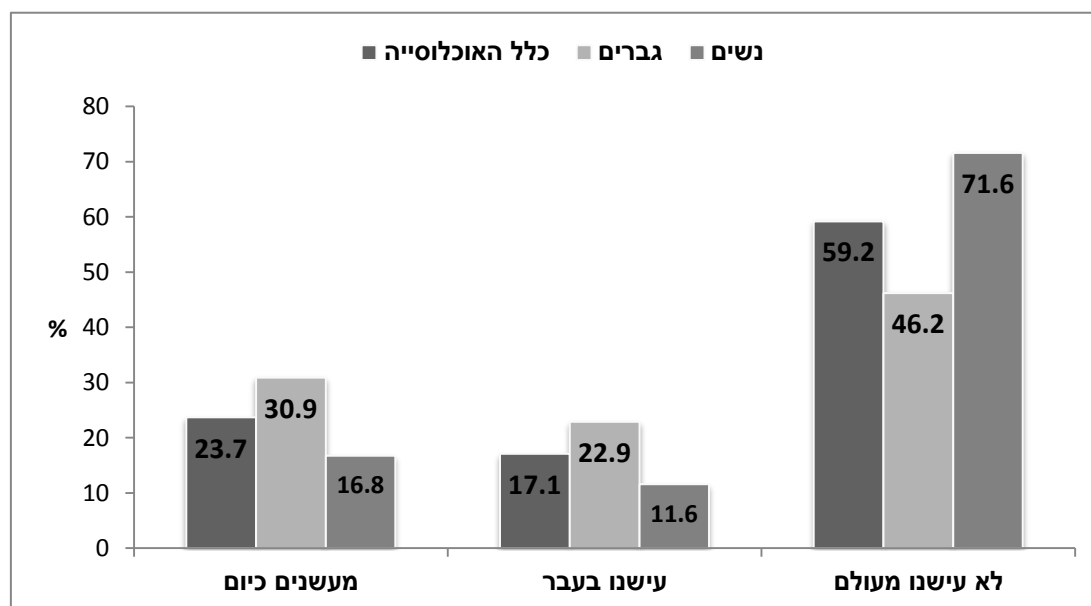


בהמשך, בוצע ניתוח רב משתני באמצעות שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית מולטי-נומינאלית, כאשר לא עישן מעולם היוותה את קטגוריית היחס. המשתנים שהוכנסו למודל היו משתנים שנמצאו בקשר מובהק עם מצב העישון (משתנה תלוי). משתנים מסבירים הוצאו מהמודל בשיטת backward elimination, אם מובהקות הקשר עם המשתנה התלוי הייתה  $\leq 0.10$ .

#### ממצאים:

למעלה ממחצית מהמשיבים לא עישנו מעולם, וכרבע מהם מעשנים כיום.

**תרשים 1: התפלגות סטטוס עישון בכלל האוכלוסייה ולפי מין (באחוזים)**



1. **מין:** שיעור הנשים המעשנות כיום הוא כמחצית משיעור הגברים המעשנים (17% לעומת 31%, בהתאמה). כמו כן, שיעור הנשים שלא עישנו מעולם גבוה מהשיעור בגברים (72% לעומת 59%, בהתאמה). בניתוח רב-משתני נמצא, שההסתברות לעישון בהווה או בעבר הייתה נמוכה יותר בנשים מאשר בגברים (ב-66% ו-69%, בהתאמה).

2. **גיל:** שיעור המעשנים כיום יורד עם הגיל, בגברים ובנשים. הירידה בשיעור הגברים המעשנים כיום בולטת מגיל 55 ואילך, ובנשים מגיל 35 ואילך. שיעור המעשנים כיום בקרב בני 75 ומעלה הוא 10% בגברים ו-4% בנשים, לעומת 40% מהגברים ו-20% מהנשים בני 20-24. במקביל, עם הגיל חלה עלייה בשיעור המעשנים בעבר, כאשר 50% מהגברים בני 75 ומעלה ו-17% מהנשים בנות 65-74 דווחו על עישון בעבר, לעומת 7% מהגברים ו-4% מהנשים בגיל 20-24. בניתוח רב-משתני נמצא, שבהשוואה לגיל 20-24, בגברים ההסתברות להיות מעשן כעת הייתה גבוהה יותר בגילאי 45-54, ויורדת מגיל 75 ואילך. לעומת זאת, בנשים ההסתברות לעישון כעת עולה בגילאי 25-34, ויורדת מגיל 75 ואילך. כמו כן נמצא כי הסיכוי להיות מעשן

בעבר עולה כבר מגיל 25 ואילך בנשים ובגברים כאחד. אולם, בעוד שהעלייה בהסתברות לעישון בעבר עולה בצורה מתונה בנשים מגיל 25 ואילך (פי 2-3 לעומת גיל 20-24), אצל הגברים העלייה בהסתברות לעישון בעבר גדלה בקצב גדול יותר עם הגיל, עד פי-7 לערך מגיל 55 ואילך. הסיבה להבדלים אלה קשורה קרוב להבדל במניע העיקרי להפסקת עישון בין נשים וגברים, כאשר חלק מהנשים מפסיקות לעשן בגיל הפריור, בשל היריון. לעומת זאת, בהעדר מניע דומה אצל גברים, אחוז יותר משמעותי מהם מפסיקים לעשן בגיל מבוגר בגין בעיות בריאות.

3. **אוכלוסיית עולים וערבים:** שיעור הגברים הערבים המעשנים כיום גבוה במידה ניכרת משיעורם בגברים יהודים (46% לעומת 28%, בהתאמה). לעומת זאת, שיעור הנשים הערביות המעשנות כיום נמוך בהרבה משיעורן בנשים יהודיות (9% לעומת 19%, בהתאמה). שיעור המדווחים על עישון בעבר גבוה יותר בקרב גברים ונשים יהודים, מאשר בגברים ונשים ערבים (25% לעומת 13% בגברים, ו-13% לעומת 3% בנשים). בניתוח רב-משתני נמצא, שבהשוואה לנשים יהודיות ילידות הארץ, ההסתברות לעישון כיום אצל נשים ערביות נמוכה ב-2/3 לערך וההסתברות לעישון בעבר נמוכה אף יותר. לעומת זאת, ההסתברות לעישון כיום גבוהה פי-1.5 בקרב גברים ערבים מאשר בגברים יהודים ילידי ישראל.

בתוך האוכלוסייה היהודית, שיעור הגברים המעשנים כיום היה הכי גבוה בקרב עולים שעלו לישראל לאחר שנת 1995 והכי נמוך בקרב עולים שעלו ארצה לפני 1990 (35% לעומת 22%, בהתאמה). אצל הנשים, השיעור הגבוה ביותר של עישון כיום היה בקרב יהודיות ילידות ישראל, והנמוך יותר אצל נשים שעלו ארצה לפני 1990 (21% לעומת 12%, בהתאמה). בניתוח רב-משתני נמצא, שההסתברות לעישון כיום או עישון בעבר הייתה נמוכה יותר אצל נשים יהודיות שעלו לישראל משנת 1990 ואילך, בהשוואה לנשים יהודיות ילידות ישראל. לעומת זאת, לגברים שעלו ארצה בשנים 1990-1995 הייתה הסתברות גבוהה יותר לעישון כיום ולגברים שעלו ארצה בשנת 1996 ואילך הייתה הסתברות גבוהה יותר לעישון בעבר בהשוואה לגברים יהודים ילידי ישראל.

4. **דתיות:** נמצא קשר ברור בין מידת הדתיות ובין סטטוס עישון, בקרב גברים ונשים. השיעור הנמוך ביותר של נשים שמעשנות כיום היה בקרב נשים שהגדירו עצמן מאד דתיות/חרדיות, והגבוה ביותר בקרב נשים שהגדירו עצמן מסורתיות או חילוניות (1.4% לעומת 22%, בהתאמה). השיעורים המקבילים בגברים היו 13%, 35% ו-32% בהתאמה. אצל הנשים נמצאו הבדלים דומים על פי מידת הדתיות גם בשיעורי עישון בעבר: 3% מהנשים שהגדירו עצמן דתיות מאד/חרדיות עישנו בעבר, לעומת 17% מהחילוניות. הקשר ההפוך בין מידת הדתיות להסתברות לעישון כיום או בעבר נשמר גם בניתוח הרב-משתני, ובלט יותר אצל הנשים.

5. **מצב משפחתי:** בגברים, השיעור הגבוה ביותר של מעשנים כיום נמדד אצל גרושים והנמוך ביותר אצל אלמנים (46% לעומת 20.5%, בהתאמה). בנשים, השיעור הגבוה ביותר של מעשנות כיום נמדד אצל רווקות והנמוך ביותר אצל אלמנות (28.5% לעומת 11%, בהתאמה). בניתוח הרב-משתני נמצא שבקרב הגברים, לגרושים

הסתברות גבוהה פי-2.7 יותר מאשר לנשואים להיות מעשנים כיום. בנשים, לרווקות, גרושות ואלמנות יש הסתברות גבוהה יותר פי 2.4-1.9 להיות מעשנות כיום בהשוואה לנשואות. בניתוח רב-משתני, ההסתברות לעישון בעבר בנשים ובגברים לא השתנתה באופן מובהק על פי המצב המשפחתי.

6. **מספר נפשות:** שיעור העישון כיום או בעבר נמצא נמוך יותר בקרב גברים ונשים המשתייכים למשקי בית בני 5 נפשות או יותר, בהשוואה לגברים ונשים המשתייכים למשקי בית בעלי מספר קטן יותר של נפשות. בניתוח רב-משתני, לא נמצא קשר מובהק בין גודל משק הבית לבין מצב העישון בגברים ובנשים.

7. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי נמצאו קשורים עם מצב העישון:

**השכלה:** נמצא קשר בולט בין רמת ההשכלה למצב העישון, אולם כיוון הקשר היה שונה בין גברים לנשים. בגברים, השיעור הנמוך ביותר של עישון כיום נמדד אצל גברים בעלי 13 שנות לימוד ומעלה (25%), בהשוואה ל-42%-41% בבעלי מספר מועט יותר של שנות לימוד. אצל הגברים נמצא גם, שהשיעור הגבוה ביותר של עישון בעבר היה אצל בעלי 0-8 שנות לימוד (30%), והנמוך ביותר בבעלי 9-12 שנות לימוד (18%). לעומת זאת, בקרב הנשים נמצא ששיעורים הנמוכים ביותר של עישון כיום או בעבר נמדדו בנשים עם 0-8 שנות לימוד. בניתוח רב-משתני, לגברים בעלי 13 שנות לימוד ומעלה ההסתברות להיות מעשנים כיום הייתה כשליש מזו של בעלי 0-8 שנות לימוד. בנשים הייתה מגמה דומה אך פחות בולטת.

**מצב כלכלי:** בקרב הגברים, השיעור הגבוה ביותר של עישון כיום נמצא בקרב בעלי הכנסה ממוצעת לנפש  $\geq 2,000$  ₪ לחודש. לעומת זאת, אצל הנשים, הכנסה נמוכה ( $\geq 2,000$  ₪ לחודש) הייתה קשורה דווקא עם שיעורי עישון נמוכים יותר. בניתוח רב-משתני, ההכנסה הממוצעת לנפש לא נמצאה בקשר מובהק ועצמאי עם סטטוס העישון בגברים. לעומת זאת, בניתוח רב-משתני נמצא שרמת הכנסה גבוהה יותר הייתה קשורה בהסתברות גבוהה יותר לעישון כיום ובעבר בקרב הנשים.

שיעור המעשנים כיום בקרב גברים ונשים שדווחו שאינם מצליחים לעמוד בהוצאות החודשיות היה פי-2 לערך משיעורם בקרב משתתפים שאמרו שהם יכולים לעמוד בהוצאות אלה ללא כל קושי (44% לעומת 20%, בגברים, ו-28% לעומת 15%, בנשים). בניתוח רב-משתני, יכולת גבוהה יותר לעמוד בהוצאות החודשיות הייתה קשורה בהסתברות נמוכה יותר לעישון כיום או בעבר, בגברים ובנשים.

**תעסוקה:** בקרב גברים, השיעור הגבוה ביותר של מעשנים כיום נמצא אצל הבלתי מועסקים והנמוך ביותר בקרב מי שאינם משתייכים לכוח העבודה (52% לעומת 23%, בהתאמה). בגברים, שיעור המעשנים בעבר היה הכי גבוה בקרב מי שאינם משתייכים לכוח העבודה, והכי נמוך אצל הבלתי מועסקים (30% לעומת 16%, בהתאמה). בקרב הנשים, שיעור המעשנות

כיום הגבוה ביותר היה דווקא בקרב המועסקות, והנמוך ביותר אצל נשים שאינן שייכות לכוח העבודה (21% לעומת 11%, בהתאמה). שיעור המעשנות בעבר הגבוה ביותר היה בקרב המועסקות והנמוך ביותר בקרב הבלתי מועסקות (13% לעומת 5%, בהתאמה). בניתוח רב-משתני, הקשר בין תעסוקה ומצב העישון נמצא מובהק רק בקרב הגברים, כאשר בהשוואה לגברים מועסקים, ההסתברות לעישון כיום הייתה נמוכה ב-23% בגברים שאינם משתייכים לכוח העבודה, וגבוהה ב-75% בקרב גברים מובטלים.

**בעלות על רכוש:** בעלות על רכוש נמצאה קשורה למצב העישון. בגברים, השיעור הנמוך ביותר של מעשנים כיום היה אצל בעלי יותר מדירה אחת (23%) והגבוה ביותר אצל מי שאין בבעלותם דירה (41%). אצל הנשים, השיעור הנמוך ביותר של מעשנות כיום נמצא אצל מי שבבעלותן דירה אך לא מכונית (11%), והגבוה ביותר אצל מי שבבעלותן מכונית, אך לא דירה (26%). בניתוח רב משתני נמצא, שבהשוואה לגברים חסרי דירה ומכונית, לגברים בעלי דירה עם או ללא מכונית הייתה הסתברות נמוכה בשליש לערך להיות מעשנים כיום. בנשים, בעלות על רכוש נמצאה קשורה גם בהסתברות נמוכה יותר לעישון, גם כיום וגם בעבר.

8. **הבדלים גיאוגרפיים:** נמצא קשר בין מחוז המגורים ובין מצב עישון, כאשר בקרב הגברים השיעור הגבוה ביותר של עישון כיום נמצא בקרב תושבי מחוז צפון (38%), והנמוך ביותר בקרב תושבי יו"ש (19%). בקרב הנשים, השיעור הגבוה ביותר של עישון כיום היה בקרב תושבות מחוז יו"ש (21%) והנמוך ביותר בקרב תושבות מחוז ירושלים (11%). על כל פנים, בניתוח רב-משתני לא נמצא קשר מובהק בין מחוז המגורים וסטטוס העישון בגברים ובנשים.

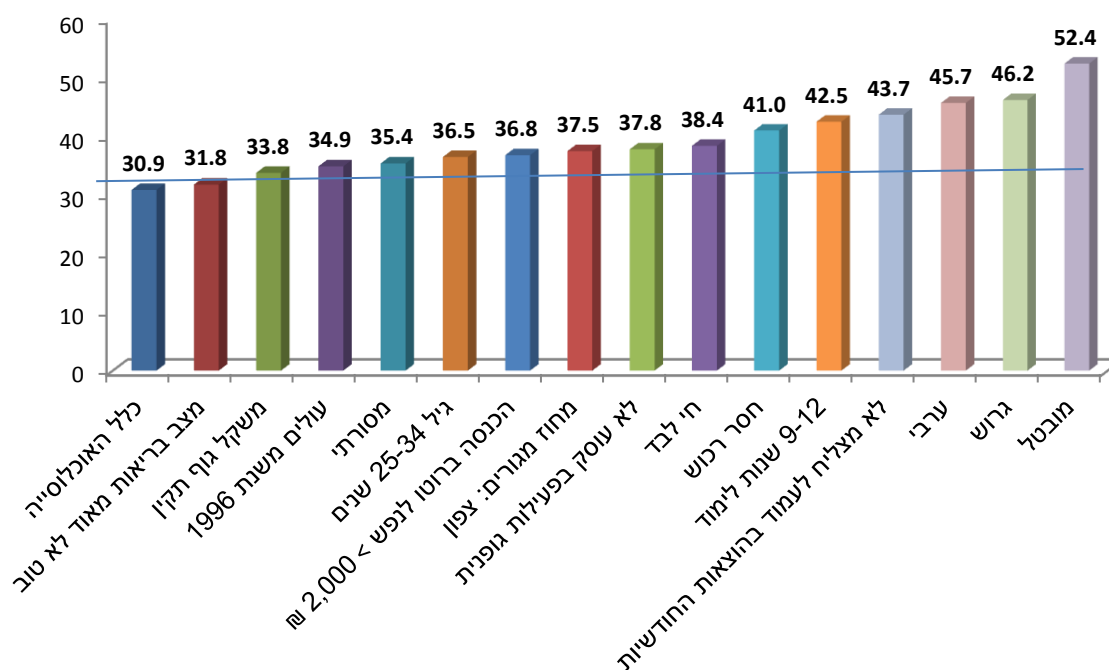
9. **פעילות גופנית ומשקל גוף:** נמצא קשר בין ביצוע פעילות גופנית (פ"ג) בשעות הפנאי ועישון. בקרב הגברים, השיעור הגבוה ביותר של עישון כיום נמצא בקרב מי שאינם עוסקים כלל בפ"ג בשעות הפנאי והשיעור הגבוה ביותר של עישון בעבר נמצא אצל גברים העוסקים בפ"ג בכמות שהיא קטנה מהכמות המומלצת. אצל הנשים, שיעור המעשנות כיום בקרב נשים שאינן עוסקות כלל בפעילות גופנית או עוסקות בכמות שהיא מעל הכמות המומלצת היה דומה (18%), והשיעור הגבוה ביותר של עישון בעבר היה בקרב נשים העוסקות בפ"ג בכמות המומלצת או מעבר לכך. בניתוח הרב משתני, ההסתברות לעישון כיום הייתה נמוכה בשליש לערך בקרב נשים העוסקות בפעילות גופנית בכמות המומלצת או פחות מזה, בהשוואה לנשים שאינן עוסקות כלל בפעילות גופנית. אצל הגברים, ההסתברות לעישון כיום הייתה נמוכה בשליש לערך בקרב מי שעוסקים בפ"ג בשעות הפנאי בכמות כלשהי (מתחת לכמות המומלצת, בכמות המומלצת, או מעליה), בהשוואה למי שאינם עוסקים כלל.

נמצא קשר בין משקל ומצב העישון, כאשר בקרב גברים, השיעור הגבוה ביותר של עישון כיום היה בקרב בעלי משקל גוף תקין ( $BMI > 25$  ק"ג/מ"ר) והנמוך ביותר

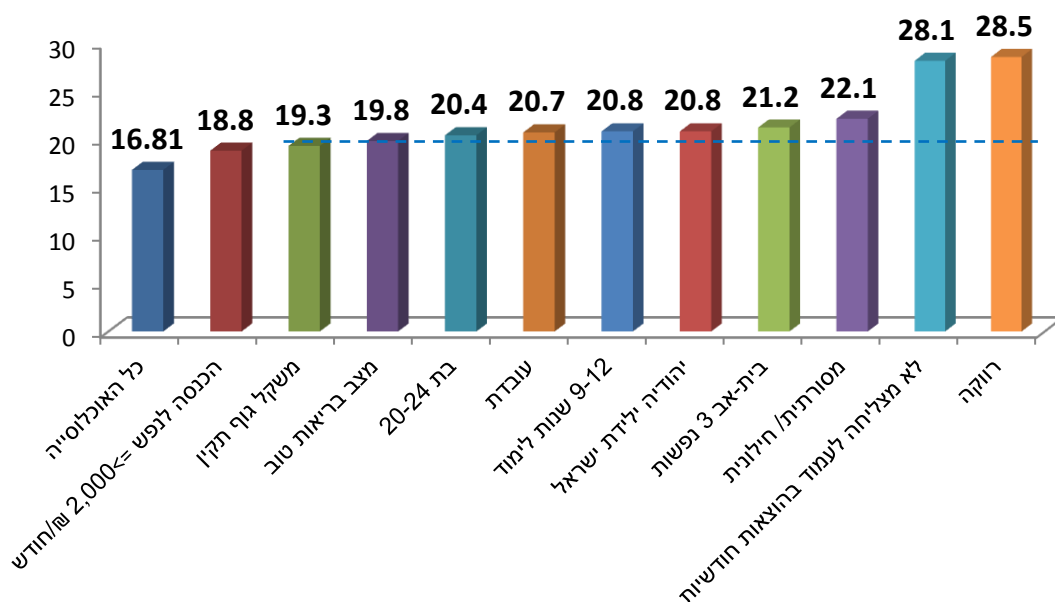
בקרב הסובלים מהשמנת-יתר ( $BMI > 30$  ק"ג/מ"ר): 34% לעומת 26%, בהתאמה. לעומת זאת, שיעור העישון בעבר הנמוך ביותר היה אצל גברים בעלי משקל גוף תקין (17.5%), והגבוה ביותר אצל גברים בעלי השמנת-יתר (32%). בניתוח רב-משתני נמצא שבהשוואה לגברים בעלי משקל גוף תקין, גברים הסובלים מהשמנת-יתר היו בעלי ההסתברות נמוכה יותר ב-30% לעישון כיום, אך בעלי ההסתברות גבוהה יותר ב-34% להיות מעשנים בעבר. בקרב הנשים הבדלים אלה היו פחות בולטים, וגם לא נמצאו מובהקים בניתוח הרב-משתני. ייתכן שהבדלים אלה בין גברים ונשים בקשר בין משקל ומצב העישון נובעים מהבדלים שקיימים בין המינים בתוקף הדיווח על גובה ומשקל הגוף.

10. **מצב בריאות:** נמצא קשר מובהק בין עישון ומצב הבריאות על פי דיווח-עצמי. בקרב הגברים, השיעור הגבוה ביותר של מדווחים על מצב בריאות טוב מאד היה בקרב אנשים שלא עישנו מעולם (60%), והנמוך ביותר (34%) בקרב מי שעישנו בעבר. ממצאים דומים, אם כי פחות בולטים, נמצאו גם בקרב הנשים. בניתוח הרב-משתני, הקשר בין עישון ומצב הבריאות נחלש אך נמצא מובהק בקרב שני המינים.

**תרשים 2: שיעור הגברים המעשנים כיום לפי קבוצת אוכלוסייה**  
(הקו המקווקו מסמן את השיעור בכלל האוכלוסייה)



**תרשים 3: שיעור הנשים המעשנות כיום לפי קבוצת אוכלוסייה**  
(הקו המקווקו מסמן את השיעור בכלל האוכלוסייה)



#### סיכום ודיון:

שליש מהגברים וכחמישית מהנשים בישראל מעשנים כיום. הפערים הקשורים לעישון בולטים יותר בקרב גברים מאשר אצל הנשים. המאפיינים של נשים מעשנות שונים בחלקם מאלו של גברים מעשנים. הפרופיל הטיפוסי של גבר מעשן הוא: צעיר, גרוש, מובטל, ערבי, בעל 9-12 שנות לימוד, יהודי המגדיר עצמו "מסורתי", בעל רכב אך לא בעל דירה, ומתמודד עם קושי כלכלי. הפרופיל הטיפוסי של אישה מעשנת הוא: צעירה, רווקה, עובדת, יהודייה ילידת ישראל, בעלת 9-12 שנות לימוד, מסורתית או חילונית, ומתמודדת עם קושי כלכלי. מעניין שהתמודדות עם קושי כלכלי אינה מהווה גורם המונע אנשים מלעשן.

נשים מתחילות לעשן מאוחר יותר ומפסיקות לעשן בגיל מוקדם יותר מגברים. קרוב לוודאי שהגורמים הקשורים **בהתחלת עישון** שונים בין המינים: גורמים חברתיים ותרבותיים (כגון: תעסוקה, מצב משפחתי, השתייכות לקבוצה אתנית) משפיעים באופן שונה בגברים ונשים. כמו כן, קרוב לוודאי שהמניע הבריאותי **להפסקת עישון** שונה בין המינים: רצון למנוע פגיעה בעובר במהלך ההיריון בקרב הנשים, ופגיעה בבריאות האישית (כיום או בעתיד) בקרב הגברים.

#### המלצות:

בכל העולם, מאפיינים של מעמד חברתי וכלכלי ומאפיינים תרבותיים קשורים חזק לעישון. ממצאים אלה נמצאו גם באוכלוסייה הישראלית. ההבדלים בין גברים ונשים וההבדלים בהשפעה של מאפיינים שונים (כגון: תעסוקה, שייכות לקבוצה אתנית) על פי מין מצביעים על הצורך לפתח מגוון תכניות למניעה וגמילה המותאמות לאוכלוסיות יעד שונות.

יש עדיפות לטיפול באוכלוסיות-יעד בהן שיעורי העישון הם הגבוהים ביותר: גברים ערבים, גברים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, מובטלים, גרושים וצעירים. עם זאת, יש לתת את הדעת גם למניעת העישון בקרב הנשים, ולתכנן את המניעה בהתבסס על המאפיינים והמניעים לעישון בקבוצה זו, השונים מאלו שבקרב הגברים.

### 3.2.2 סיבה עיקרית להפסקת עישון בקרב מעשנים בעבר (n=1,399)

הגדרת המדד:

שאלה 4.511 בשאלון הסקר:

**מהי הסיבה העיקרית לכך שהפסקת לעשן?**

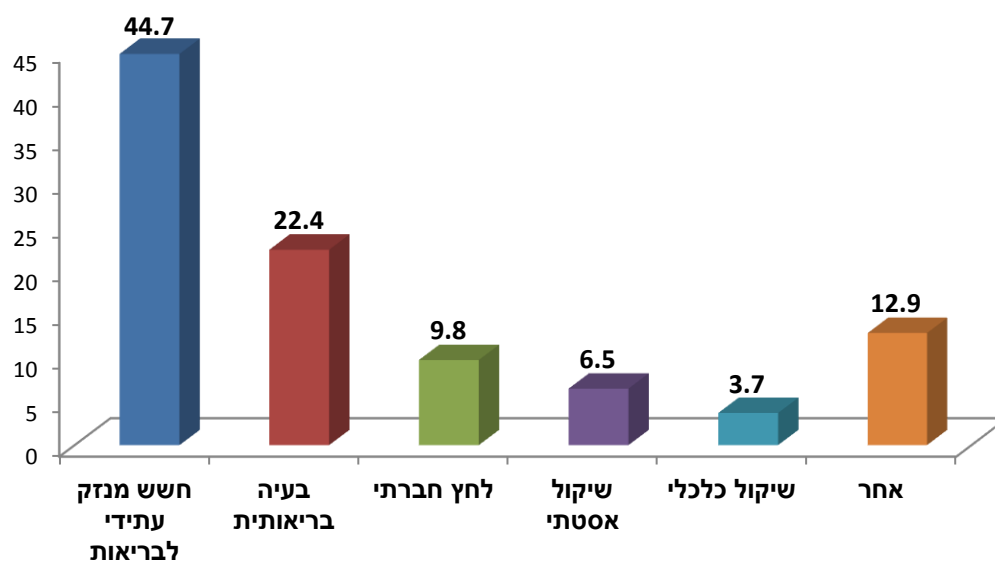
1. בעיה בריאותית שהייתה לך
2. חשש מנזק עתידי לבריאות שלך או של בני המשפחה
3. לחץ מצד המשפחה או הסביבה
4. הוצאה כספית גבוהה
5. בעיה אסתטית, לדוגמא: ריח רע ושיניים צהובות
6. סיבה אחרת

ניתוח הנתונים כלל ניתוח חד-משתני על פי מדדי הפערים (מאפיינים הדמוגרפיים, חברתיים וכלכליים), פעילות גופנית בשעות הפנאי, והערכה עצמית של מצב הבריאות.

#### ממצאים:

מעל 40% מהאנשים שהפסיקו לעשן עשו זאת במטרה למנוע פגיעה עתידית בבריאות, וכחמישית מהם הפסיקו בעקבות בעיית בריאות שכבר הופיעה אצלם. 10% הפסיקו לעשן בעקבות לחץ סביבתי, ורק 4% הפסיקו לעשן משיקולים כלכליים.

**תרשים 4: הסיבה העיקרית להפסקת עישון בקרב מעשנים בעבר (באחוזים) (N=1,399)**



1. **מין:** לא נמצא הבדל בין גברים ונשים במניע העיקרי להפסקת עישון.
2. **גיל:** שיעור המעשנים שהפסיקו לעשן כתוצאה מפגיעה בבריאותם עלה עם הגיל, מ-9% בגיל 20-24, ל-30% בבני 65-74. סיבה כלכלית להפסקת עישון הייתה שכיחה פי-2 יותר בבני 20-24 מאשר באנשים מבוגרים יותר.
3. **אוכלוסיית עולים וערבים:** שיעור הערבים שהפסיקו לעשן בעקבות בעיית בריאות היה גבוה בכמעט פי-2 מהשיעור ביהודים (41% לעומת 21%, בהתאמה). לעומת זאת בערבים, לחץ סביבתי כמניע עיקרי להפסקת עישון נמדד בשיעור נמוך בהרבה מאשר ביהודים (3% לעומת 10%, בהתאמה). בתוך האוכלוסייה היהודית, בעיית בריאות הייתה המניע העיקרי להפסקת עישון בשיעור גבוה פי-2 אצל אנשים שעלו ארצה משנת 1996 ואילך לעומת ילידי ישראל (30% לעומת 16%, בהתאמה). לעומת זאת, מניעת פגיעה עתידית בבריאות היוותה את המניע העיקרי להפסקת עישון בשיעור נמוך יותר בקרב עולים מאשר בילידי הארץ.
4. **דתיות:** לא נמצא קשר בין מידת הדתיות והמניע העיקרי להפסקת עישון בקרב מעשנים בעבר.
5. **מצב משפחתי:** בעיית בריאות היוותה את המניע העיקרי להפסקת עישון בשיעור הגבוה ביותר בקרב אלמנים (28%) והנמוך ביותר אצל רווקים (18%). קשר זה מתווך, קרוב לוודאי באמצעות הגיל. לחץ סביבתי היווה מניע עיקרי להפסקת עישון בשיעור גבוה יותר אצל נשואים ואלמנים (11% ו-13%, בהתאמה), מאשר ברווקים וגרושים (4% ו-5%, בהתאמה).
6. **מספר נפשות:** לא נמצא קשר מובהק בין גודל משק הבית לבין המניע העיקרי להפסקת עישון.
7. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי נמצאו קשורים עם המניע העיקרי להפסקת עישון:
 

**השכלה:** נמצא קשר בולט בין רמת ההשכלה למניע העיקרי להפסקת עישון, כאשר שיעור המפסיקים לעשן על מנת למנוע פגיעה עתידית בבריאות היה גבוה במידה ניכרת אצל בעלי 13 שנות לימוד לעומת אנשים בעלי 0-8 שנות לימוד (47% לעומת 33%, בהתאמה). ומנגד, שיעור המעשנים שהפסיקו לעשן בעקבות בעיית בריאות היה גבוה ביותר מפי-2 בקרב בעלי 0-8 שנות לימוד בהשוואה לבעלי 13 שנות לימוד ומעלה (38% לעומת 18%, בהתאמה). כמו כן, מניעים כלכליים היוו את הסיבה העיקרית להפסקת עישון בשיעור גבוה יותר אצל בעלי 0-8 שנות לימוד לעומת בעלי 13 שנות לימוד ומעלה (7% לעומת 3%, בהתאמה).

**מצב כלכלי:** השיעור הגבוה ביותר של מעשנים שהפסיקו לעשן בשל בעיית בריאות היה בקרב בעלי הכנסה ממוצעת לנפש  $\geq 2,000$  ש/חודש, והנמוך ביותר אצל בעלי הכנסה ממוצעת לנפש של  $< 4,000$  ש/חודש. ומנגד, חשש מפגיעה עתידית בבריאות היווה את המניע העיקרי להפסקת עישון ב-51%



מבעלי הכנסה ממוצעת לנפש של  $< 4,000$  ש"ח/חודש, אך רק ב-40% מבעלי ההכנסה הנמוכה ביותר ( $\geq 2,000$  ש"ח/חודש).

קשרים דומים נמצאו גם בין יכולת לעמוד בהוצאות הכספיות החודשיות ובעלות על רכוש, ובין המניע העיקרי להפסקת עישון.

**תעסוקה:** שיעור המעשנים שהפסיקו לעשן בגין בעיה בריאותית היה גבוה פי-2 יותר בקרב אנשים שאינם משתייכים לכוח העבודה לעומת מועסקים (33% לעומת 17%, בהתאמה).

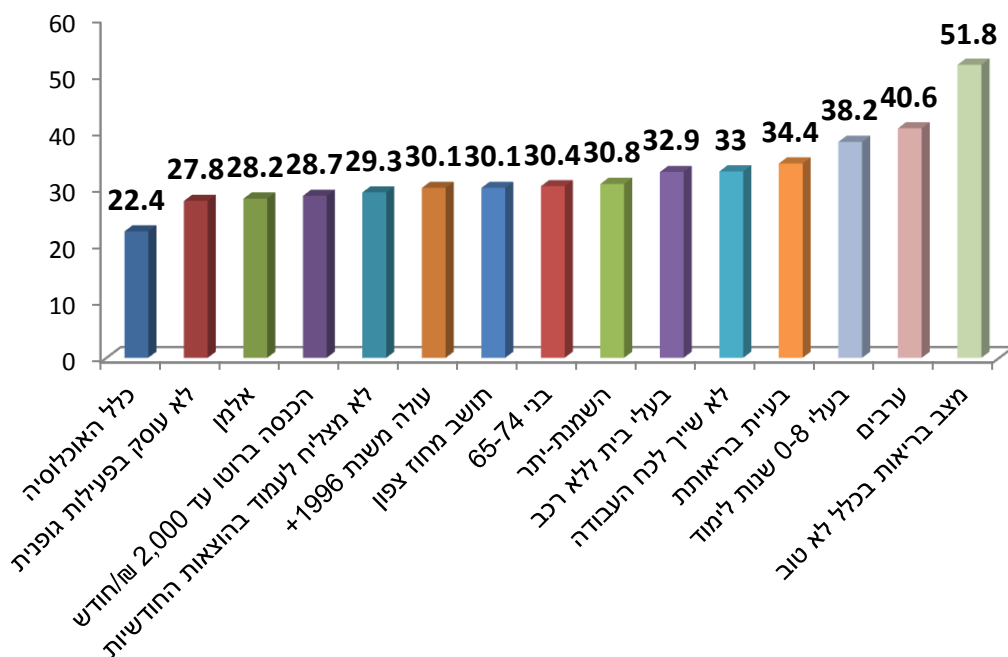
8. **הבדלים גיאוגרפיים:** נמצא קשר בין מחוז המגורים ובין המניע העיקרי להפסקת עישון בקרב מעשנים בעבר. השיעורים הגבוהים ביותר של אנשים שהפסיקו לעשן בגלל בעיית בריאות היו בקרב תושבי מחוז צפון (30%) והנמוכים ביותר בקרב תושבי יו"ש (19%). לעומת זאת, השיעורים הגבוהים ביותר של אנשים שהפסיקו לעשן על מנת למנוע פגיעה עתידית בבריאות היו בקרב תושבי המחוזות ירושלים ומרכז (50% ו-49%, בהתאמה), והנמוכים ביותר בקרב תושבי מחוז דרום וצפון (38% בשני האזורים). הבדלים אלה נובעים קרוב לוודאי מפרופיל סוציאקונומי ואתני שונה בין המחוזות.

9. **פעילות גופנית ומשקל גוף:** שיעור גבוה יותר של אנשים הפסיקו לעשן על מנת למנוע פגיעה עתידית בבריאות בקרב מי שעוסקים במידה כלשהי בפעילות גופנית (פ"ג) בשעות הפנאי בהשוואה לאלו שכלל אינם עוסקים בפ"ג (57%-50%, לעומת 37%, בהתאמה). לעומת זאת, שיעור האנשים שהפסיקו לעשן בגלל בעיית בריאות היה גבוה יותר בקרב מי שאינם עוסקים כלל בפ"ג בהשוואה לאנשים העוסקים בפ"ג בשעות הפנאי (28% לעומת 18%-17%, בהתאמה). קשר זה מדגים שוב את העובדה שאנשים המשפרים אורח-חיים הקשור לבריאות, נוטים לעשות זאת במספר תחומים (כגון עישון, פ"ג).

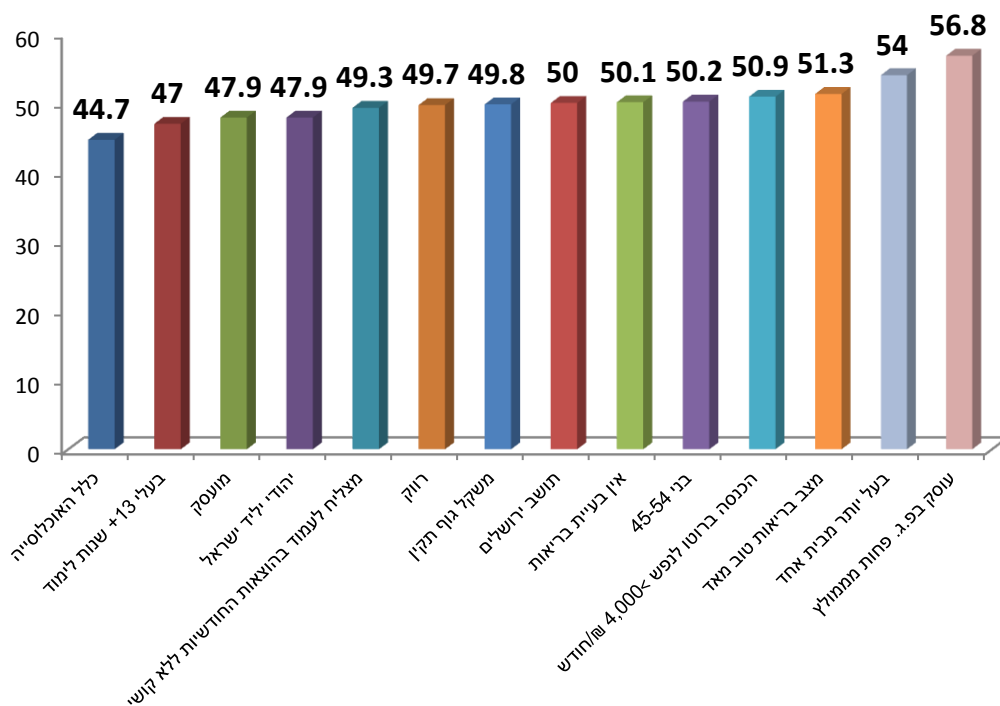
שיעור האנשים הסובלים מהשמנת יתר שהמניע העיקרי שלהם להפסיק לעשן הייתה בעיית בריאות היה גבוה כמעט פי-2 יותר משיעורם בקרב אנשים בעלי משקל גוף תקין (31% לעומת 16.5%, בהתאמה). לעומת זאת, שיעור האנשים שצינו שהמניע העיקרי להפסקת עישון אצלם הייתה רצונם למנוע בעיית בריאות בעתיד היה גבוה יותר בקרב אנשים בעלי משקל גוף תקין מאשר באנשים הסובלים מהשמנת-יתר (50% לעומת 37%, בהתאמה).

10. **מצב בריאות:** נמצא קשר מובהק בין הערכה עצמית של בריאות והמניע העיקרי להפסקת עישון בקרב מעשנים בעבר. שיעור המעשנים שהפסיקו לעשן בשל בעיית בריאות היה הכי גבוה בקרב אנשים שהעריכו את מצב בריאותם כבכלל לא טוב והנמוך ביותר אצל אנשים שדווחו שמצב בריאותם טוב מאוד (52% לעומת 8%, בהתאמה). לעומת זאת, שיעור האנשים שדווחו שמצב בריאותם טוב מאוד אשר הפסיקו לעשן במטרה למנוע פגיעה עתידית בבריאות היה גבוה יותר מפי-2 משיעורם בקרב אנשים שמצב בריאותם בכלל לא טוב (51% לעומת 25%, בהתאמה).

**תרשים 5: בעיית בריאות הייתה המניע העיקרי להפסקת עישון על פי קבוצת האוכלוסייה (באחוזים)**



**תרשים 6: רצון למנוע פגיעה עתידית בבריאות כמניע העיקרי להפסקת עישון (באחוזים)**



### **סיכום ודיון:**

מהממצאים עולה, שהמניע העיקרי להפסקת עישון שונה בין קבוצות האוכלוסייה, כאשר המניע העיקרי להפסקת עישון בקרב מעשנים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (משכילים, עובדים, בעלי הכנסה גבוהה ובעלי רכוש), ובריאים הוא מודעות להשפעה השלילית שיש לעישון על הבריאות ורצון למנוע נזק בריאותי עתידי. לעומת זאת, אנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, אנשים שאינם בריאים, וערבים יפסיקו לעשן בעקבות פגיעה במצב הבריאות שלהם.

### **המלצות:**

יש להעלות את המודעות לנזקי העישון ולהציע דרכים להפסקתו בקרב אוכלוסיות מוחלשות כבר בגיל צעיר, על מנת שהפסקת העישון תיעשה בקבוצות אלה בגיל צעיר יותר כאשר כמות החשיפה פחות גדולה ועדיין ניתן למנוע את הנזקים הבריאותיים.

### **3.2.3 שיטות הגמילה מעישון (בקרב מי שעישנו בעבר)**

#### **הגדרת המדד:**

שאלות 4.521.1-6 בשאלון הסקר:

**מה השיטה להפסקת עישון שהמראיין נקט בה בפעם האחרונה שנגמל מעישון (תיתכן תשובה חיובית על יותר משיטה אחת)?**

1. טיפול אישי או ע"י איש מקצוע
2. טיפול קבוצתי או סדנא קבוצתית
3. שימוש בתחליפי ניקוטין
4. טיפול תרופתי שאינו תחליף ניקוטין
5. כוח הרצון בלבד
6. דרך אחרת

### **ממצאים:**

חלק הארי של המעשנים לשעבר דווחו שהצליחו להיגמל בכוח הרצון בלבד (95.5%). רק 78 נבדקים (5.6%) דווחו על שימוש בתחליפי ניקוטין או בטיפול תרופתי אחר, עם או ללא סדנא לגמילה מעישון. 18 אנשים בלבד (1.2%) דווחו על השתתפות בסדנא לגמילה מעישון. מספרים אלה לא מאפשרים די עוצמה על מנת לנתח את הנתונים לפי משתני פערי הבריאות. בכל זאת, בניתוח חד-משתני נמצא ששיעור האנשים שנגמלו מעישון בעזרת טיפול תרופתי כלשהו (תחליפי ניקוטין או אחרים) היה גבוה יותר בקרב בעלי-רכוש (8.3% בקרב בעלי דירה ויותר ממכונית אחת לעומת 1.9% בקרב בעלי רכב וחסרי דירה); ובקרב מי שמתגורר במחוז מרכז או צפון (8.2%-8.3% לעומת 2.2%-2.3% בקרב תושבי מחוז חיפה וירושלים).

### המלצות:

הסקר נעשה בסמוך להכנסה לסל שירותי הבריאות של הפסקת עישון באמצעות שילוב של סדנאות קבוצתיות וטיפול תרופתי ("זייבן" או "צ'מפיקס"). לפיכך, רצוי לחזור על ההערכה על מנת לראות האם תחול עלייה בשיעורים הללו בעקבות שינוי המדיניות לגבי טכנולוגיות אלו.

### 3.2.4 גיל התחלת עישון

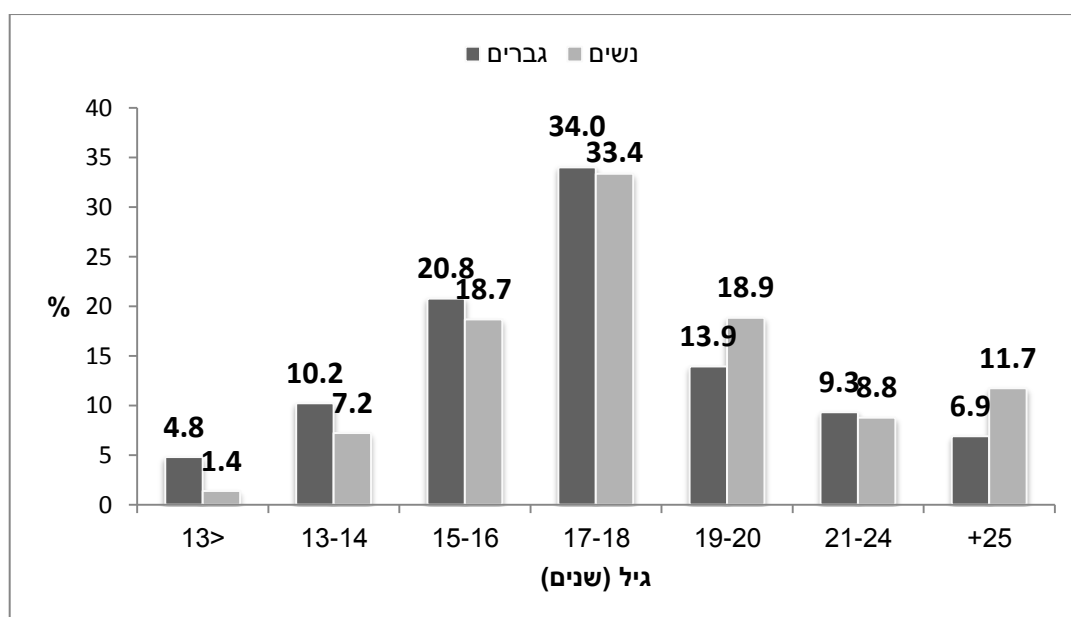
הגדרת המדד: שאלה 4.490 בשאלון הסקר: **באיזה גיל התחלת לעשן?**

ניתוח הנתונים בוצע רק עבור מי שדווחו על עישון של לפחות סיגריה אחת ביום (בהווה או בעבר). בהמשך לניתוח החד-משתני, בוצע ניתוח רב משתני באמצעות שימוש במודל הסיכון הפרופורציונלי של Cox. המשתנים שהוכנסו למודל היו משתנים שנמצאו בקשר מובהק עם גיל בהתחלת העישון (משתנה תלוי). משתנים מסבירים הוצאו מהמודל בשיטת backward elimination, אם מובהקות הקשר עם המשתנה התלוי הייתה  $\leq 0.10$ .

### ממצאים:

3,064 נבדקים, מעשנים כיום או בעבר, דווחו על גיל תחילת עישון. הממצאים מצביעים על כך שלמעלה מרבע מהמעשנים החלו לעשן עד גיל 16, ושני-שליש מהמעשנים החלו לעשן עד גיל 18.

### תרשים 7: גיל תחילת עישון בגברים ונשים (N=3,064)



1. **מין:** גברים החלו לעשן בגיל צעיר יותר מנשים; 36% מהגברים החלו לעשן לפני גיל 17, לעומת 27% מהנשים. כשליש מהגברים ומהנשים החלו לעשן בגיל 17-18. 30% מהגברים החלו לעשן בגיל 19 ואילך, לעומת 39% מהנשים ( $p < 0.0001$ ). מכאן ואילך, ניתוח הנתונים נעשה בגברים ובנשים בנפרד. מכיוון שרק 78 נשים ערביות דיווחו על עישון בהווה או בעבר, ניתוח הנתונים בנשים בוצע עבור נשים יהודיות בלבד.
  2. **מגמות עתיות:** בניתוח רב משתני נמצא שההסתברות להתחיל לעשן בגיל צעיר יותר עלתה עם העלייה בשנה הקלנדרית, בגברים ובנשים כאחד.
  3. **אוכלוסיית עולים וערבים:** גברים יהודים החלו לעשן בגיל צעיר יותר בהשוואה לגברים ערבים; 72% מהגברים היהודים החלו לעשן עד גיל 18, לעומת 61% מהגברים הערבים. בתוך האוכלוסייה היהודית, נצפו הבדלים על פי עלייה. השיעור הגבוה ביותר של גברים שדווחו שהחלו לעשן עד גיל 14 היה בקרב מי שעלו לישראל בשנת 1996 ואילך, והנמוך ביותר בקרב ילידי ישראל (27.5% ו-12.3%, בהתאמה). לעומת זאת, השיעור הגבוה ביותר של גברים שהחלו לעשן בגיל 17-18 היה בקרב ילידי ישראל, כמחצית מהשיעור של עולים משנת 1996 ואילך שהחלו לעשן בגיל זה (40% לעומת 22%, בהתאמה). בקרב הנשים היהודיות, שיעור הנשים שהחלו לעשן עד גיל 14 בקרב מי שעלו ארצה משנת 1996 ואילך היה כפול מזה של נשים בקבוצות עליה אחרות או ילידות הארץ (17% בקרב נשים שעלו ארצה בשנת 1996 ואילך, לעומת 8.5% אצל נשים ילידות ישראל). כמו כן, שיעור הנשים שהחלו לעשן עד גיל 16 בקרב מי שעלו ארצה משנת 1996 ואילך היה כפול מזה של נשים בקבוצות עליה אחרות או ילידות הארץ (47% בקרב נשים שעלו ארצה בשנת 1996 ואילך, לעומת 27% אצל נשים ילידות ישראל). בניתוח רב-משתני נמצא, בקרב גברים, שעליה לישראל בשנת 1990 ואילך קשורה בגיל צעיר יותר בהתחלת עישון, בהשוואה לילידי ישראל. לעומת זאת, השתייכות לאוכלוסייה הערבית נמצאה קשורה בגיל תחילת עישון מבוגר יותר בהשוואה ליהודים ילידי ישראל.
  4. **דתיות:** בקרב הגברים, שיעור המדווחים על התחלת עישון עד גיל 14 ועד גיל 16 הנמוך ביותר היה אצל החרדים/דתיים מאד. בקרב הנשים היהודיות, גיל התחלת עישון היה מעט גבוה יותר אצל נשים דתיות בהשוואה למסורתיות וחילוניות. הנשים שהגדירו עצמן חרדיות ודווחו על עישון נוכחי או בעבר ( $N=17$ ) החלו לעשן בגיל מאד צעיר ( $\frac{3}{4}$  מהן החלו לעשן עד גיל 18) אבל מדובר בסך הכל במספר קטן מאד של נשים. בניתוח רב-משתני, בקרב נשים, דתיות נמצאה כגורם מגן לגיל צעיר יותר בתחילת עישון.
  5. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי נמצאו קשורים עם גיל תחילת עישון:
- השכלה:** בגברים, השכלה נמוכה הייתה קשורה עם גיל תחילת עישון נמוך יותר. כרבע מהמעשנים בעלי 0-8 שנות לימוד החלו לעשן עד גיל 14, בהשוואה ל-12% מהמעשנים בעלי +13 שנות לימוד. בקרב הנשים

היהודיות, הקשר עם ההשכלה היה מעט שונה. שיעור הנשים שדווחו על גיל התחלת עישון עד גיל 14 היה נמוך מאוד בכל קבוצות ההשכלה, והכי נמוך בבעלות 13 שנות לימוד ומעלה (7.5% מכלל המעשנות). לעומת זאת, השיעור הגבוה ביותר (37%) של נשים שהחלו לעשן עד גיל 16 היה בקרב נשים בעלות 9-12 שנות לימוד, ואילו הנמוך ביותר (16%) נמדד אצל נשים בעלות 0-8 שנות לימוד. בניתוח רב-משתני נמצא רק בקרב הגברים כי השכלה יסודית או תיכונית קשורה בגיל צעיר יותר בתחילת עישון בהשוואה לבעלי 13 שנות לימוד ומעלה.

**מצב כלכלי:** גברים הנמצאים במעמד כלכלי נמוך יותר כיום החלו לעשן בגיל צעיר יותר. שיעור המדווחים על גיל התחלת עישון עד גיל 14, או עד גיל 16 היה הנמוך ביותר בקרב גברים שדווחו על הכנסה ממוצעת לנפש העולה על 4,000 ₪ לחודש. הממצאים בנשים היו דומים: השיעור הנמוך ביותר של נשים שהחלו לעשן עד גיל 14 נמצא בקרב נשים המשתייכות למשקי-בית בהם ההכנסה לנפש מעל 4,000 ₪ לחודש.

ממצאים דומים התקבלו בבדיקת הקשר בין היכולת כיום לעמוד בהוצאות החודשיות ובין גיל תחילת עישון. בקרב גברים המעשנים כיום או עישנו בעבר, קושי לעמוד בהוצאות החודשיות היה קשור בגיל התחלת עישון צעיר יותר; כרבע מהמדווחים שאינם מסוגלים כלל לעמוד בהוצאות החודשיות דווחו על התחלת עישון עד גיל 14. שיעור זה עמד על כ-10% בקרב מי שמסרו שאין להם כל קושי לעמוד בהוצאות החודשיות. בנשים, לא נמצא קשר בין היכולת לעמוד בהוצאות החודשיות כיום, לבין גיל התחלת עישון.

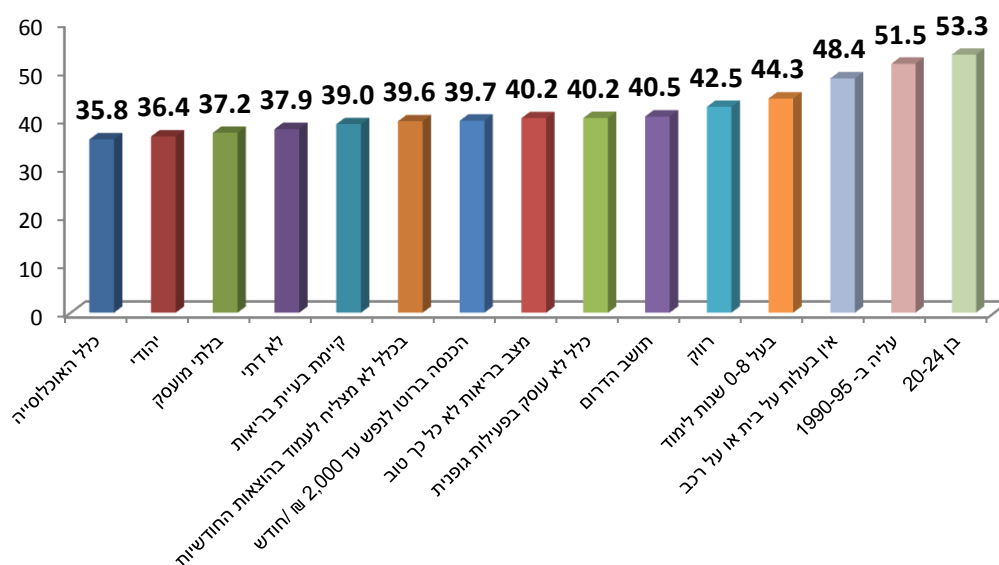
בניתוח רב-משתני לא נמצא קשר בין משתני המצב הכלכלי וגיל בתחילת עישון.

**תעסוקה:** לא נמצא קשר מובהק בין מצב התעסוקה כיום לבין הגיל בהתחלת העישון.

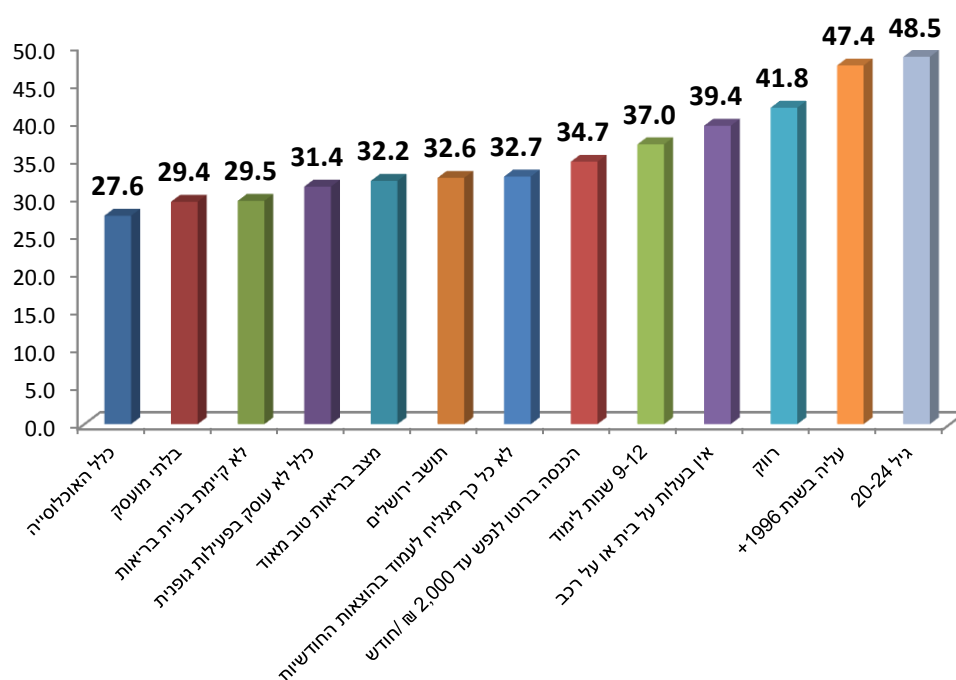
6. **הבדלים גיאוגרפיים:** לא נמצא קשר מובהק בין מחוז מגורים לגיל התחלת עישון בגברים ובנשים.

7. **מצב בריאות:** בקרב הגברים שמעשנים כיום או עישנו בעבר, נמצא קשר ברור בין מצב בריאות נוכחי ירוד ובין גיל צעיר בהתחלת עישון. שיעור המדווחים על גיל התחלת עישון עד גיל 14 היה כפול אצל מי שדווחו שמצב בריאותם בכלל לא טוב, לעומת מי שדווחו שמצב בריאותם טוב מאוד (26% לעומת 11%, בהתאמה). הבדלים אלה לא נמצאו מובהקים בניתוח הרב-משתני.

**תרשים 8: גיל תחילת עישון עד 16 שנה, גברים, לפי קבוצת אוכלוסייה (באחוזים)**



**תרשים 9: גיל תחילת עישון עד 16 שנה, נשים, לפי קבוצת אוכלוסייה (באחוזים)**



**סיכום ודיון:**

הממצאים מראים שלמעלה מרבע מהמעשנים כעת או בעבר החלו לעשן עד גיל 16, ושני שליש עד גיל 18. בגברים, השכלה נמוכה ועלייה בשנות ה-90 ואילך נמצאו קשורים בסיכון גבוה יותר להתחלה מוקדמת של עישון. בשני המינים, יש מגמה מובהקת להקדמת גיל תחילת עישון, ככל שעולים בשנתון הלידה. דתיות מהווה גורם מגן בנשים

יהודיות. התחלת עישון בגיל צעיר קשורה עם יותר שנות חשיפה לנזקי העישון ופגיעה קשה יותר במצב הבריאות.

#### **המלצות:**

המגמה של הקדמת גיל תחילת עישון מחייבת נקיטה בפעולה מונעת כבר בגיל צעיר מאד. תכניות המניעה צריכות להיות מותאמות לקהלי יעד, כגון אוכלוסיית עולים הנמצאת בסיכון גבוה להתחלת עישון בגיל צעיר.

#### **3.2.5 כמות סיגריות**

##### ניסוח השאלות

שאלה 4.480: למעשנים כיום לפחות סיגריה אחת ביום- כמה סיגריות את/ה מעשן/ת ביום?

שאלה 4.481: למעשנים בעבר לפחות סיגריה אחת ביום -כמה סיגריות נהגת לעשן ביום?

##### תשובות

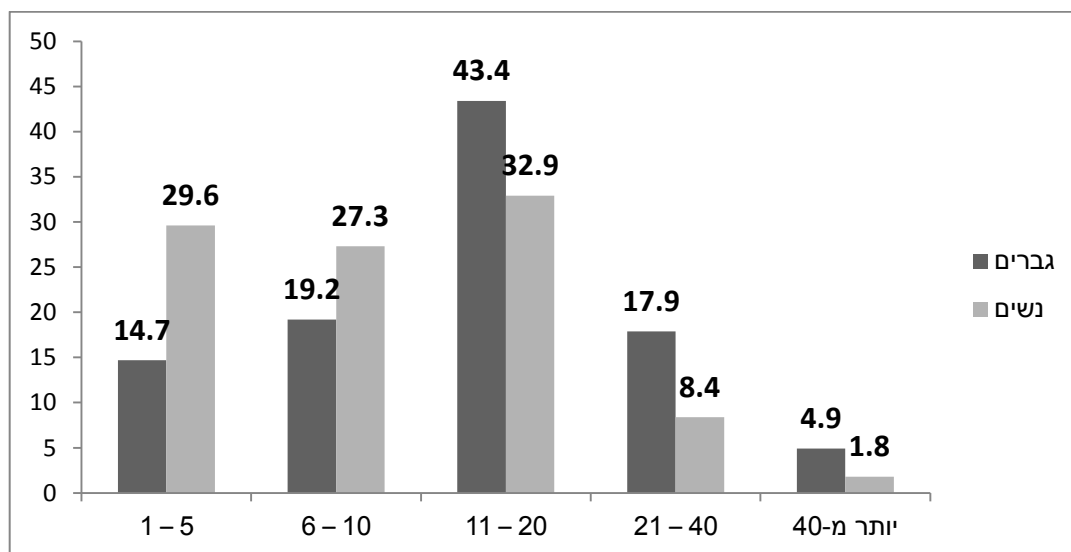
1. 1 – 5
2. 6 – 10
3. 11 – 20
4. 21 – 40
5. יותר מ-40

ניתוח הנתונים בוצע רק עבור מי שדווחו על עישון של לפחות סיגריה אחת ביום (בהווה או בעבר). בנוסף, לאור מיעוט התשובות לגבי הכמות בקרב נשים ערביות הוחלט לא לכלול אותן בניתוח הנתונים. הניתוח כלל ניתוח חד-משתני על פי מדדי הפערים (מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים), פעילות גופנית בשעות הפנאי, והערכה עצמית של מצב הבריאות.



## ממצאים:

### תרשים 10: התפלגות כמות סיגריות לפי מין



- מין:** קרוב לרבע מהגברים ו-10% מהנשים מעשנים יותר מקופסה אחת ביום (>20 סיגריות). שיעור המעשנים קל (עד 5 סיגריות ביום) שכיח פי 2 בקרב נשים לעומת גברים (30% לעומת 15%, בהתאמה).
- גיל:** כמות הסיגריות הייתה גבוהה יותר בקרב האנשים המבוגרים. בקרב גברים, שיעור המעשנים מעל חפיסה ביום עלה בקבוצת גיל 45-54 ונשאר יציב בקרב קבוצות גיל מבוגרות יותר. שיעור הנשים שמעשנות מעל חפיסה ביום עלה בקבוצת גיל 35-44 והגיע לשיא בקרב בנות 65-74 (22% מבנות גיל זה מעשנות מעל חפיסה ביום).
- מצב משפחתי:** אצל גברים, אחוז המעשנים מעל חפיסה אחת ביום היה נמוך יותר בקרב רווקים והיה דומה בכל שאר הקבוצות. אצל נשים אחוז המעשנות מעל חפיסה אחת ביום היה נמוך יותר בקרב רווקות ומעט גבוה יותר בקרב גרושות ואלמנות לעומת נשואות.
- אוכלוסיית עולים וערבים:** בקרב גברים, רבע מהערבים מעשנים מעל חפיסה ביום לעומת חמישית בקרב היהודים. בתוך האוכלוסייה היהודית, נצפו הבדלים על פי תקופת העלייה. השיעור הגבוה ביותר של גברים ונשים שדווחו על עישון מעל חפיסה אחת ביום היה בקרב מי שעלו לישראל לפני 1990 (31.7% ו-15.3%, בהתאמה). אחוז זה גבוה ב-50% לעומת האחוז בקרב יהודים ויהודיות שנולדו בישראל.
- דתיות:** בקרב גברים אחוז המעשנים מעל חפיסה אחת ביום היה גבוה יותר אצל מי שהגדירו את עצמם כדתיים או כלא כל כך דתיים. אצל נשים אחוז המעשנות יותר מחפיסה ביום היה נמוך יותר בקרב מי שהגדירה את עצמה כדתייה מאוד והיה דומה בכל שאר הקבוצות.

6. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי נמצאו

קשורים עם כמות הסיגריות:

**השכלה:** השכלה נמצאה בקשר הפוך עם כמות העישון, בשני המינים: אחוז הגברים המעשנים מעל חפיסה ביום עלה מ-20% בקרב אלה שלמדו יותר מ-12 שנות לימוד ל-34% בקרב גברים שלמדו עד 8 שנות לימוד. העלייה המקבילה אצל נשים הייתה חדה אף יותר, מ-8% ל-23%. במיוחד בולטים הפערים לפי השכלה ועישון של יותר משתי חפיסות ליום (פי 4.5 בנשים ו-פי 3 בגברים עבור השכלה נמוכה יחסית בהשוואה להשכלה גבוהה).

**מצב כלכלי:** אחוז המעשנים והמעשנות מעל חפיסה ביום היה גבוה יותר בקרב אלה המשתכרים עד 2,000 ₪ בחודש. אצל נשים אחוז המעשנות יותר מחפיסה אחת ביום היה גבוה גם בקרב אלה המשתכרות מעל 4,000 ₪ בחודש. במקביל לממצא זה ניתן לראות כי אחוז האנשים שמעשנים יותר מחפיסה אחת ביום גבוה במיוחד בקרב גברים ונשים שאינם מצליחים לכסות את ההוצאות החודשיות.

**תעסוקה:** שיעור המעשנים מעל חפיסה ביום היה נמוך יותר בקרב המועסקים לעומת הבלתי מועסקים והאנשים שאינם שייכים לכח העבודה, גם אצל גברים וגם אצל נשים. לא נמצאו הבדלים בין הבלתי מועסקים והאנשים שאינם שייכים לכח העבודה.

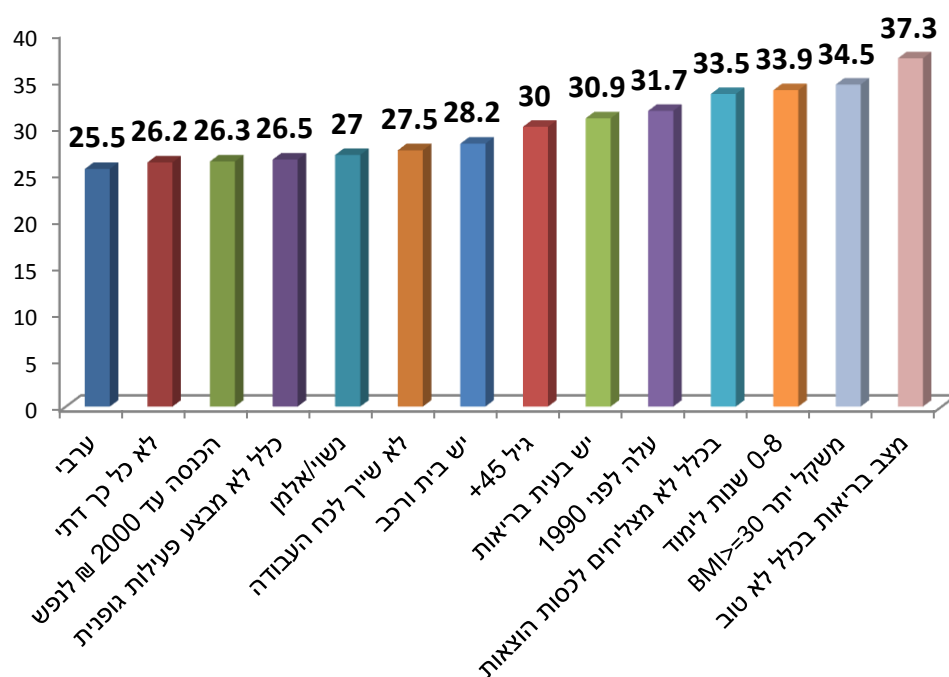
7. **הבדלים גיאוגרפיים:** אחוז האנשים המעשנים מעל חפיסה ביום היה נמוך יותר

בקרב גברים תושבי תל-אביב לעומת תושבי שאר המחוזות, וזאת לעומת המצב אצל נשים שם תושבות תל-אביב עישנו יותר לעומת אזורים כמו ירושלים או חיפה. פער גדול נמצא באחוזי העישון הכבד בגברים ונשים המתגוררים ביהודה ושומרון (28% לעומת 6%) אך ייתכן שהבדלים אלו אינם יציבים בשל כמות הקטנה של האנשים שנדגמו באזורים הללו.

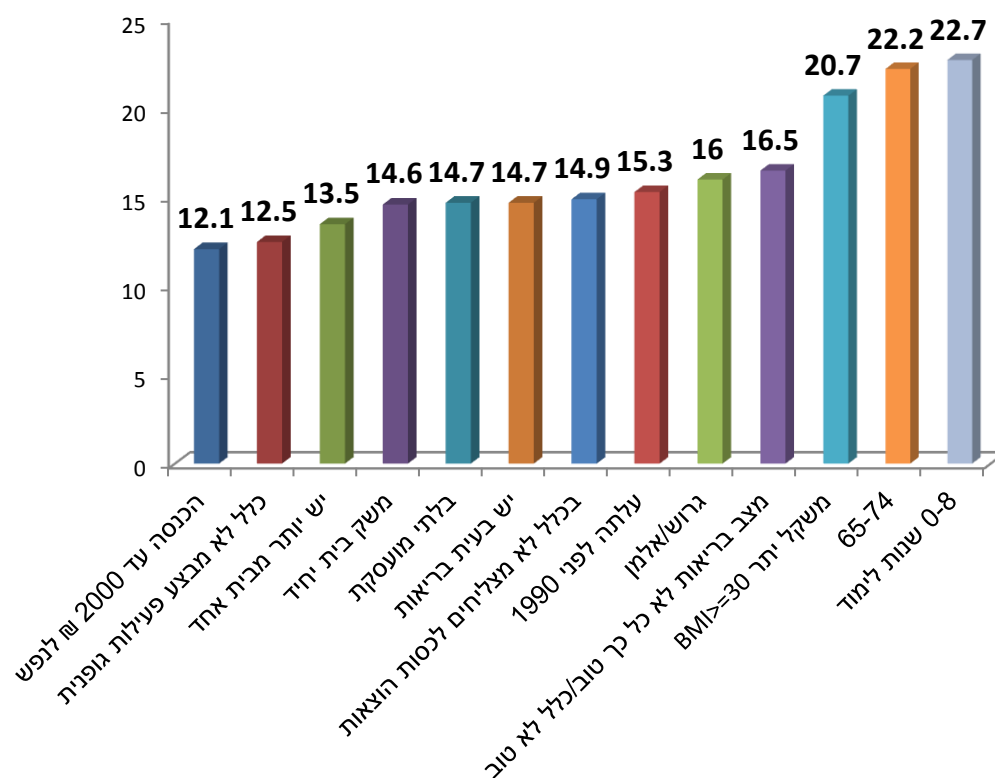
8. **מצב הבריאות:** אחוז האנשים שעישנו מעל חפיסה אחת ביום היה כפול בקרב

אלו שדיווחו על בעיית בריאות לעומת אחרים. נמצא גם קשר ישיר בין כמות הסיגריות לבין ערך ה-BMI, עם שיעור גבוה פי שתיים בקרב בעלי משקל יתר ( $BMI \geq 30$ ) לעומת בעלי משקל תקין. במקביל לקשרים הללו נמצא קשר בין העדר פעילות גופנית לבין עישון כבד, גם אצל גברים ועוד יותר אצל נשים, כאשר 12% מעשנות יותר מחפיסה אחת ליום בקרב אלה שאינן מבצעות פעילות גופנית לעומת כ-7% בקרב משתתפות שדיווחו שמבצעות פעילות גופנית בהתאם להנחיות או יותר מהמומלץ.

תרשים 11: כמות סיגריות מעל 20, גברים, לפי קבוצת אוכלוסייה (באחוזים)



תרשים 12: כמות סיגריות מעל 20, נשים יהודיות, לפי קבוצת אוכלוסייה (באחוזים)



### **סיכום ודיון:**

אחוז הגברים והנשים המעשנים מעל חפיסה ביום היה גבוה יותר בקרב אנשים עם בעיות בריאות, עם עודף משקל, וכאלה שאינם עוסקים בפעילות גופנית. כמו כן, שיעור המעשנים מעל חפיסה ביום היה גבוה יותר בקרב בעלי השכלה נמוכה והכנסה נמוכה, שאינם מצליחים לכסות את ההוצאות החודשיות, והם אינם עובדים.

נתוני הפרק הקודם מגלים כי כרבע מהאוכלוסייה מעשנת, אך קיימת שונות רבה מבחינת כמות הסיגריות ביום, מסיגרית אחת ביום, ועד יותר מ-40 סיגריות ביום, ומכאן החשיבות להתייחס גם לגורם הכמות כשמדברים על שיעורי עישון. מהנתונים עולה כי בנוסף לשיעורי עישון נמוכים יותר בקרב נשים לעומת גברים (17% לעומת 31%, בהתאמה), נשים גם מעשנות פחות (30% מהן לעומת 15% מהגברים מעשנים עד 5 סיגריות ביום). בהסתכלות על מעמד העלייה לעומת זאת, נמצא כי שיעור המעשנים והמעשנות גבוה יותר בקרב מי שעלה אחרי 1995, אך כמות העישון גבוהה יותר בקרב גברים ונשים שעלו לפני 1990.

נמצא כי כמות הסיגריות גבוהה יותר בגילאים המתקדמים. מאחר ומדובר על מחקר חתך לא ניתן להבחין מתוך הנתונים האם כמות הסיגריות עולה עם הגיל, או לחלופין אנשים שהם מבוגרים כיום שייכים לדור שמעשן יותר. לאור מגמת הירידה בשיעורי העישון הנצפית בשני העשורים האחרונים (לדוגמה אצל הגברים היהודים מ-42% ב-1990 ל-27% ב-2011), ייתכן כי מדובר על הבדלים תרבותיים בין הדורות. אם נכון הדבר, נראה כי ההסברה שגרמה להפחתה בשיעור העישון גם השפיעה על הפחתת כמות העישון.

ממצא מדאיג הוא האחוז הגבוה של אנשים שמעשנים מעל חפיסה אחת ביום דווקא אצל גברים ונשים שאינם מצליחים לכסות את ההוצאות החודשיות. קשה שלא לחשוב על סכום הכסף שהיה נחסך ללא ההוצאה החודשית על הסיגריות. קשר מדאיג נוסף הוא הקשר בין מצב הבריאות וכמות העישון. דווקא אלו שדיווחו על בעיית בריאות, שסובלים מבעיה של עודף משקל, ושאינם עוסקים בפעילות גופנית, הם אלה שמעשנים הכי הרבה. ייתכן כי העישון הוא שהביא לבעיית בריאות והוא גם מקשה על עיסוק בפעילות גופנית בשל קשיים בנשימה, אך עדיין עישון כבד אינו רצוי במיוחד בקרב אוכלוסיות אלו.

### **המלצות:**

הנתונים על שיעורים נמוכים יותר של מעשנים כבדים בקרב צעירים לעומת מבוגרים מעודדים וייתכן כי מצביעים על הצלחה במאמצי ההסברה להפחתת העישון. עודף שיעור המעשנים הכבדים בקרב בעלי בעיות בריאות מצריך למקד כעת את מאמצי ההסברה בקרב אוכלוסייה זו. יש להתאים את המסרים לאנשים עם בעיות בריאות ועודף משקל ולשווק את המסרים הללו בקרבם, בין היתר באמצעות רופא המשפחה.

### 3.2.6 עישון פסיבי

#### ניסוח השאלה בנושא מקום החשיפה

שאלות 4.550.1-4.550.3 : בחודש האחרון, היכן היית חשוף לעישון של אחרים? אפשרית יותר מתשובה אחת.

#### תשובות

- בבית 1. כן 2. לא
- בעבודה 1. כן 2. לא
- במקום אחר, לדוגמה: אצל חברים, באירועים, במקומות ציבוריים 1. כן 2. לא

לתשובה מרובה ששילבה "בית" עם "מקום אחר", סווגה התשובה ל- "בית".  
לתשובה מרובה ששילבה "עבודה" עם "מקום אחר", סווגה התשובה ל- "מקום עבודה".  
לתשובה מרובה ששילבה "בית" עם "עבודה", סווגה התשובה ל- "בית ועבודה".

#### ניסוח השאלה בנושא מידת החשיפה

שאלה 4.540: בחודש האחרון, באיזו מידה היית <חשוף/ חשופה> לעישון של אחרים? הכוונה לאנשים אחרים שעישנו לידך.

#### תשובות

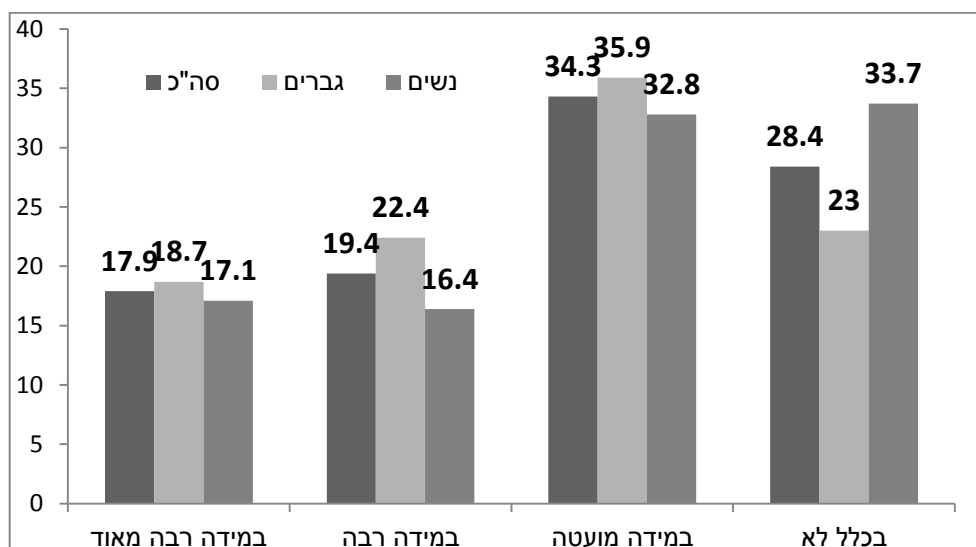
- 1. במידה רבה מאוד
- 2. במידה רבה
- 3. במידה מועטה
- 4. בכלל לא

הניתוח כלל ניתוח חד-משתני של "מידת החשיפה" ו"מקום החשיפה" על פי מדדי הפערים (מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים), והערכה עצמית של מצב הבריאות. בהמשך, בוצע ניתוח רב משתני של "מידת החשיפה" באמצעות שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית מולטי-נומינאלית, כאשר חשיפה מועטה/היעדר חשיפה היוותה את קטגוריית היחס. המשתנים שהוכנסו למודל היו משתנים שנמצאו בקשר מובהק עם עישון פסיבי (משתנה תלוי). משתנים מסבירים הוצאו מהמודל בשיטת backward elimination, אם מובהקות הקשר עם המשתנה התלוי הייתה  $< 0.10$ .

## ממצאים:

יותר מ-70% מהנשאלים דיווחו על עישון פסיבי ומתוכם יותר ממחצית דיווחו על מידת חשיפה רבה עד רבה מאוד. מבין החשופים, מקום החשיפה העיקרי היה העבודה (41%), בנוסף שליש דיווחו שנחשפו לעישון בבית.

### תרשים 13: התפלגות מידת החשיפה לעישון פסיבי לפי מין



- מין:** יותר גברים נחשפים לעישון פסיבי מאשר נשים (77% לעומת 66%,  $p < 0.001$ ). מבין החשופים מקום החשיפה העיקרי של הגברים היה מקום העבודה ושל הנשים "מקום אחר". גם בניתוח רב-משתני נמצא כי ההסתברות להיות חשוף לעישון פסיבי הייתה נמוכה יותר בנשים מאשר בגברים (ב-23%).
- גיל:** ככל שהגיל עולה אחוז האנשים החשופים לעישון פסיבי יורד, מ-90% אצל צעירים בני 20-24 ועד 31% בקרב בני 75+. בנוסף, מבין החשופים לעישון, צעירים רבים יותר מגדירים את כמות החשיפה כרבה מאוד. אצל צעירים מקום החשיפה העיקרי היה מקום העבודה אך אצל המבוגרים המקום העיקרי היה הבית. בניתוח רב-משתני נמצא, שהסיכוי להיות חשוף לעישון פסיבי יורד כבר מגיל 25 ואילך.
- מצב משפחתי:** יותר רווקים דיווחו על חשיפה לעישון פסיבי, מקום החשיפה העיקרי היה בעבודה, וכמות החשיפה בקרבם הייתה גבוהה יותר מבשאר המצבים המשפחתיים: שני שליש מהם דיווחו על חשיפה במידה רבה עד מאוד לעומת 32% מהנשואים ו-40% מהאלמנים.
- אוכלוסיית עולים וערבים:** ערבים חשופים יותר לעישון פסיבי, ואחוז המדווחים על חשיפה רבה עד רבה מאוד היה גבוה יותר בקרבם (48% לעומת 35%, בהתאמה). מקום החשיפה העיקרי של הערבים היה הבית ושל היהודים מקום העבודה. היהודים שנולדו בישראל היו חשופים יותר לעומת יהודים שעלו לישראל אך אצל כולם מקום החשיפה העיקרי היה מקום העבודה, מלבד אנשים שעלו לפני 1990 אצלם מקום החשיפה עיקרי

היה "מקום אחר". בניתוח רב-משתני נמצא שבהשוואה לערבים, ההסתברות להיות חשוף לעישון פסיבי במידה רבה עד רבה מאוד אצל יהודים נמוכה ב-17%.

5. **דתיים:** אנשים המגדירים את עצמם כדתיים מאוד פחות חשופים לעישון פסיבי, וגם כאשר הם חשופים מדובר בדרך כלל ברמת חשיפה מועטה. בנוסף, לעומת האנשים הפחות דתיים שחשופים לעישון פסיבי בעיקר בעבודה, אנשים דתיים מאוד חשופים במיוחד ב"מקומות אחרים" (כנראה ישיבה וכו').

6. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי נמצאו קשורים עם מידת החשיפה לעישון פסיבי:

**השכלה:** אנשים בעלי השכלה נמוכה (עד 8 שנות לימוד) היו פחות חשופים לעישון פסיבי מאחרים. מקום החשיפה העיקרי של בעלי ההשכלה הנמוכה היה הבית לעומת אחרים שמקום החשיפה העיקרי היה העבודה. הקשר ההפוך בין מספר שנות לימוד להסתברות להיות חשוף לעישון פסיבי נשמר גם בניתוח הרב-משתני. מעניין לציין שהקבוצה עם השכלה בינונית (9-12 שנות לימוד) הייתה היותר חשופה לעישון ולמעלה מ-50% דווח על חשיפה במידה רבה ורבה מאוד לעומת פחות מ-35% בשאר רמות ההשכלה. בעיבוד רב-משתני נמצא כי בעלי השכלה גבוהה היו פחות חשופים לעישון פסיבי בצורה מובהקת סטטיסטית לאחר תקנון למין, גיל, מגזר, מצב משפחתי, משתנים כלכליים ומדדים של הרגלי בריאות אחרים.

**מצב כלכלי:** לא היו הבדלים בולטים בשיעור החשופים לעישון פסיבי לפי רמת ההכנסה אך בעלי הכנסה נמוכה היו חשופים יותר בבית לעומת האחרים שהיו חשופים יותר במקום העבודה. בנוסף, אנשים בעלי הכנסה גבוהה דיווחו על כמות חשיפה נמוכה יותר. נמצא גם כי אנשים שאינם מצליחים לכסות את ההוצאות החודשיות מדווחים יותר על חשיפה רבה עד רבה מאוד, והחשיפה לעישון פסיבי מתרחשת יותר בבית מאשר אצל אחרים. הקשר ההפוך בין היכולת לכסות את ההוצאות החודשיות להסתברות להיות חשוף לעישון פסיבי במידה רבה עד רבה מאוד נשמר גם בניתוח הרב-משתני.

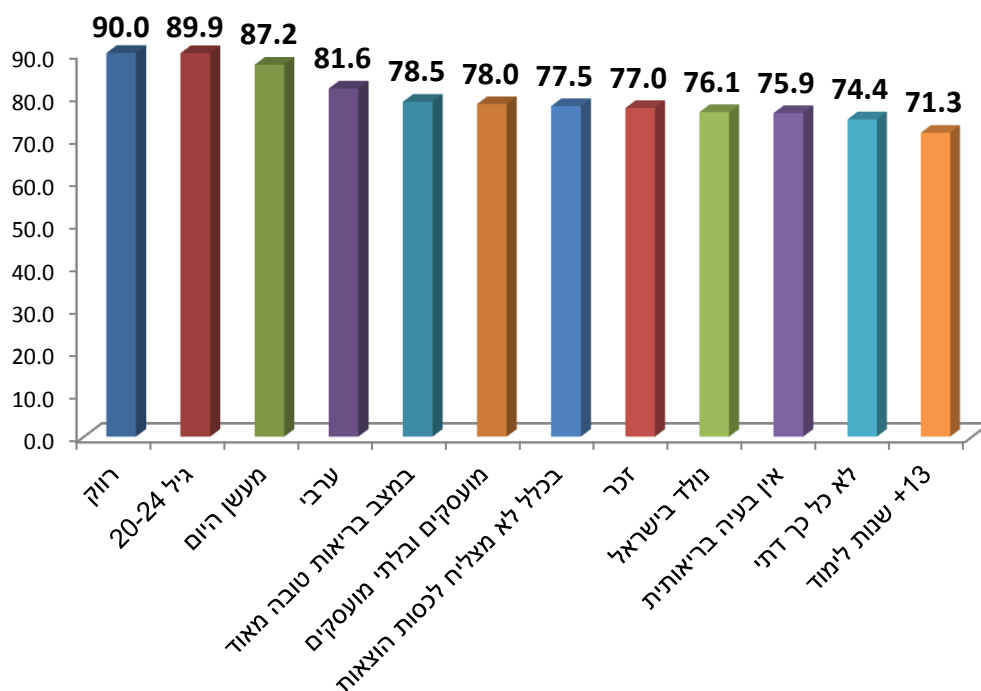
**תעסוקה:** המועסקים והבלתי מועסקים חשופים יותר לעישון פסיבי מאשר אנשים שאינם שייכים לשוק העבודה. לגבי מועסקים, שיעור החשופים במקום העבודה היה שכיח בהרבה משיעור החשופים בבית, תמונה הפוכה מזאת של הבלתי מועסקים או אנשים שאינם שייכים לכח העבודה.

7. **הבדלים גיאוגרפיים:** לא היו הבדלים בולטים בשיעור החשופים לעישון פסיבי לפי מקום מגורים. בדרום וביהודה ושומרון היחס בין חשיפה בעבודה לעומת חשיפה בבית היה גבוה יותר. בירושלים נמצא השיעור הגבוה ביותר של חשיפה לעישון פסיבי (76%) ובתל-אביב השיעור הנמוך ביותר (67%).

8. **מצב הבריאות:** החשיפה לעישון היה בקשר ישיר עם מצב הבריאות, כלומר שיעור החשופים לעישון פסיבי היה גבוה ככל שמצב הבריאות היה יותר טוב. מקום החשיפה העיקרי של אנשים עם בריאות טובה היה העבודה לעומת אנשים עם בריאות לקויה שמקום החשיפה העיקרי לגבם היה הבית.

9. **הרגלי בריאות:** אנשים בעלי משקל תקין, ואנשים שאוכלים ארוחות מסודרות חשופים פחות לעישון פסיבי. כנגד, אנשים שאינם עוסקים בפעילות גופנית ואנשים שמעשנים כיום חשופים יותר לעישון פסיבי. בניתוח רב-משתני נראה כי אלה הסובלים ממשקל יתר חשופים יותר לעישון פסיבי.

**תרשים 14: חשופים לעישון פסיבי לפי קבוצת אוכלוסייה (באחוזים)**



#### **סיכום ודיון:**

חשיפה לעישון פסיבי שכיח יותר בקרב רווקים, אנשים צעירים, מעשנים בעצמם, ערבים, גברים, יהודים שנולדו בישראל ואנשים שמגדירים את מצבם הבריאותי כטוב מאוד. יש לציין כי ניתוח הנתונים בוצע בקרב כלל המשתתפים בסקר, כולל המעשנים. הסיבה היא כי גם מעשן פעיל עלול לסבול מההשפעה של עישון פסיבי, בנוסף לנזק הישיר בעת שהוא מעשן בעצמו. נמצא כי שיעור החשופים לעישון פסיבי היה גבוה יותר בקרב אנשים שבריאותם טובה לעומת אחרים. ייתכן כי אנשים עם מצב בריאותי ירוד נמנעים מלהיחשף לעישון ובמקביל אנשים אחרים נמנעים מלעשן לידם.

אנשים המנהלים חיים בריאים כגון אכילת ארוחות מסודרות, שמירה על משקל תקין, ועיסוק בפעילות גופנית, חשופים פחות לעישון פסיבי. ניתן לדבר על דפוס התנהגות כאשר אנשים ששומרים על הרגלי בריאות בתחום של תזונה ופעילות גופנית גם נמנעים מחשיפה לעישון. ייתכן שהם נמצאים פחות במגע עם אנשים מעשנים, או לחלופין, מתרחקים ממקומות בהם אנשים מעשנים.



נושא שמקשה על פירוש הממצאים בנוגע למקום החשיפה הוא מידת ההזדמנות להיות חשוף, לדוגמה אנשים בעלי השכלה נמוכה חשופים פחות במקומות עבודה מאחרים, אבל ייתכן ששיעור האנשים שאינם עובדים בקרבם גדול יותר ולכן אין להם את ההזדמנות להיחשף במקום העבודה. כך גם ניתן לראות שהמשתכרים עד 2000 ₪ נחשפים בעיקר בבית כשייתכן שההכנסה הנמוכה נובעת מכך שהם אינם עובדים במשרה מלאה (גובה המשכורת נכונה ל-2010, שנת הסקר). על פי אותו היגיון, העובדה כי אנשים עם בריאות לקויה נחשפים בעיקר בבית יכול לנבוע מכך שרבים מהם אינם עובדים.

נמצאה בדרך כלל התאמה בין מדד החשיפה לבין כמות החשיפה כלומר אותן קבוצות האוכלוסייה בהן שיעור החשופים לעישון פסיבי היה גבוה הם גם אלה שדיווחו כי כמות החשיפה הייתה גבוהה: לדוגמה אחוז הרווקים שנחשפו לעישון פסיבי היה גבוה מבשאר הקבוצות וכמות החשיפה עליה הם דיווחו הייתה גבוהה משאר הקבוצות. אך לפעמים לא הייתה התאמה בין שני המדדים: לדוגמה אחוז המועסקים והבלתי מועסקים החשופים לעישון פסיבי היה דומה אך אחוז המדווחים על עישון פסיבי במידה רבה מאוד היה גבוה יותר בקרב הבלתי מועסקים מאשר בקרב המועסקים. מקרים אלו מצביעים על הצורך לקחת בחשבון לא רק את אחוז החשופים לעישון פסיבי אלא גם כמות החשיפה כאשר רוצים לאתר קבוצות סיכון.

#### **המלצות:**

כמו העישון, גם עישון פסיבי נמצא קשור להתפתחות מחלות כגון סרטן ריאה, שבץ מוחי, ומחלת לב כלילית, ומכאן החשיבות להציג את נתוני החשיפה הפסיבית ולפעול לצמצום התופעה. החשיפה לעישון פסיבי מזיקה הן ללא מעשנים והן למעשנים. מבחינת הלא מעשנים העישון הפסיבי הוא מקור לנזק בריאותי. בנוסף הוא עלול להוות גם הזדמנות להתנסות בעישון ולהפוך למעשן. מבחינת האדם המעשן החשיפה לעישון של אחרים מגביר את הסיכון הבריאותי הגבוה ממילא. בנוסף, מחקרים הוכיחו כי סיכוייהם להיגמל של מעשנים שהקפידו לא לעשן בסביבת הבית גדלים.

מכל הסיבות הללו חשוב להעלות את המודעות לנזקים של עישון פסיבי ולהמשיך במדיניות של הצבת מקומות ייעודים לעישון, עם הקפדה לאוורור שימנע בקרב מעשנים את תוספת החשיפה העקיפה לחשיפה הישירה.

### 3.3 פערי בריאות: פעילות גופנית בשעות הפנאי

עיבוד וניתוח נתונים וכתובת הדו"ח: גב' אנג'לה שטרית, ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ'  
עריכה: גב' יעל שחר, ד"ר אמה אברבך, שלומית אבני

#### מבוא:

פעילות גופנית (פ"ג) בשעות הפנאי קשורה עם רווחה גופנית ונפשית, בעוד שאורח-חיים יושבני (sedentary lifestyle) קשור עם סיכון מוגבר לחולי כרוני, כגון: מחלות לב, סרטן, יתר לחץ-דם, סוכרת סוג-2 והשמנת-יתר. לאנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך יש נגישות נמוכה יותר למסגרות לביצוע פ"ג, וחשיפה נמוכה לאווירה ולרשת חברתית התומכות בביצוע פ"ג יזומה בשעות הפנאי. על פי ארגון הבריאות העולמי, ההמלצות לפ"ג בשעות הפנאי עבור האוכלוסייה הבוגרת כוללות ביצוע פ"ג אירובית בעצימות מתונה במשך 150 דקות לפחות במהלך השבוע, או ביצוע פ"ג אירובית בעצימות גבוהה במשך 75 דקות לפחות במהלך השבוע, או שילוב שווה-ערך של פ"ג אירובית בעצימות בינונית וגבוהה. על מנת להפיק תועלת בריאותית נוספת, בוגרים צריכים להגביר את משך הזמן בו הם עוסקים בפ"ג אירובית בעצימות מתונה ל 300 דקות במהלך השבוע, או פ"ג אירובית בעצימות גבוהה במשך 150 דקות במהלך השבוע, או שילוב שווה-ערך של פ"ג אירובית בעצימות בינונית וגבוהה. בנוסף, יש לבצע פ"ג לחיזוק קבוצות השרירים הגדולות לפחות פעמיים בשבוע.

בפרק זה נבחן את הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים, עם עמידה בהמלצות לביצוע פ"ג בשעות הפנאי, על פי תשובות לשאלות על ביצוע ומשך ביצוע פ"ג בשעות הפנאי, בעצימות מתונה וגבוהה, כפי שנמדדה בסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2010.

#### שיטות:

שיטת הדגימה ושאלון הסקר מופיעים בפירוט באתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה<sup>48</sup>. מסגרת הדגימה של הסקר מבוססת על מרשם התושבים. המדגם תוכנן על מנת שיקלול כ-7,500 משיבים בני 20 ומעלה. שיטת הדגימה מורכבת, וכללה שילוב של שלושה משתנים דמוגרפיים [5] קבוצות אוכלוסייה (ערבים במזרח-ירושלים, ערבים אחרים, 2 קבוצות עולים לפי תקופת עליה, ויהודים ילידי הארץ), 7 קבוצות גיל, ומין; סה"כ: 70 קבוצות תכנון].

שאלון הסקר כלל שאלון גרעין קבוע החוזר מדי שנה, ונושא משתנה, שבשנת 2010 התמקד בבריאות ובאורח-חיים.

#### ניתוח הנתונים:

הגדרת המדד: ביצוע פ"ג אירובית בשעות הפנאי סווגה על פי הקטגוריות הבאות:

4. אי-ביצוע פ"ג אירובית כלשהי בשעות הפנאי;

<sup>48</sup> [http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text\\_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1](http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1)

5. ביצוע פ"ג בשעות הפנאי פחות מהכמות המומלצת ( $<0$  ו  $>150$  דק"ש/שבוע פ"ג מתונה, או  $<0$  ו  $>75$  דק"ש/שבוע פ"ג מאומצת, או שילוב שווה-ערך של שניהם);

6. ביצוע פ"ג בשעות הפנאי בהתאם להמלצות ( $<150$  ו  $>300$  דק"ש/שבוע פ"ג מתונה, או  $<75$  ו  $>150$  דק"ש/שבוע פ"ג מאומצת, או שילוב שווה-ערך של שניהם);

7. ביצוע פ"ג בשעות הפנאי בכמות מוגברת ( $<300$  דק"ש/שבוע פ"ג מתונה, או  $<150$  דק"ש/שבוע פ"ג מאומצת, או שילוב שווה-ערך של שניהם);

המידע לצורך בניית המדד התקבל ממשתנים שנוצרו בלמ"ס המפרטים משך הזמן המוקדש בשבוע לפעילות גופנית מתונה ומאומצת, בחלוקה לקטגוריות. המידע לצורך בניית המשתנים הללו נאסף בשאלות 4.250-4.300 בשאלון הסקר.

ניתוח הנתונים כלל ניתוח חד-משתני על פי מדדי הפערים (מאפיינים הדמוגרפיים, חברתיים וכלכליים), והערכה עצמית של מצב הבריאות.

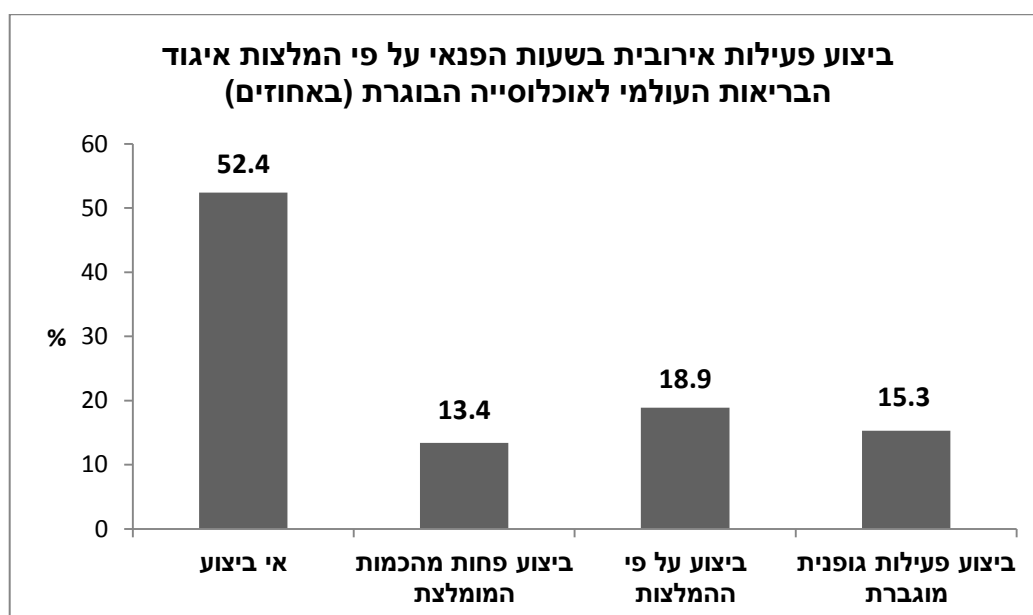
בהמשך, בוצע ניתוח רב משתני באמצעות שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית מולטי-נומיאלית, כאשר אי-ביצוע פ"ג בכמות כלשהי היוותה את קטגוריית היחס. המשתנים שהוכנסו למודל היו משתנים שנמצאו בקשר מובהק עם פעילות גופנית בשעות הפנאי (משתנה תלוי).

משתנים מסבירים הוצאו מהמודל בשיטת backward elimination, אם מובהקות הקשר עם המשתנה התלוי הייתה  $\leq 0.10$ .

## ממצאים :

### תרשים-1: התפלגות המדד באוכלוסייה :

מעל מחצית מהמשיבים לא עסקו בפ"ג אירובית כלשהי בשעות הפנאי וכשליש מהמשיבים עומדים בכמות המומלצת או למעלה מכך.



1. **מין:** שיעור הנשים המבצעות פ"ג על פי ההמלצות נמוך ב-10% מזה שבגברים (29%, לעומת 39.6%, בהתאמה). במקביל, שיעור הנשים שאינן עוסקות כלל בפ"ג אירובית בשעות הפנאי גבוה ב-10% לערך מזה שבקרב הגברים. בניתוח רב-משתני, ההסתברות של נשים לבצע פ"ג אירובית בהתאם להמלצות הייתה נמוכה יותר ב-34% מזו של גברים, וההסתברות שלהן לבצע פ"ג בכמות מוגברת הייתה נמוכה ב-55% מזו של גברים.
2. **גיל:** בהשוואה לבני 20-24, שיעור האנשים העוסקים בפ"ג בכמות המומלצת או מעבר לכך הולך ויורד עם הגיל, בעיקר על חשבון שיעור העוסקים בפעילות גופנית בכמות מוגברת. הירידה המשמעותית הראשונה חלה בגיל 25-34, ובגיל 75 ומעלה חלה ירידה נוספת, כך שרק כרבע מכלל בני קבוצת הגיל המבוגר מבצעים פ"ג אירובית בהתאם להמלצות או מעבר לכך. בניתוח רב משתני, עלייה בגיל הייתה קשורה בקשר חיובי עם ביצוע פ"ג מתחת לכמות המומלצת, בהשוואה לאי ביצוע פעילות גופנית כלשהי. לעומת זאת, מרבית הקטגוריות של הגיל לא היו בקשר מובהק עם ביצוע פ"ג בהתאם להמלצות או מעבר לכך. נתונים אלה עשויים להצביע על כך שעם העלייה בגיל חלה עלייה במודעות לצורך לבצע פ"ג אירובית בשעות הפנאי, אולם גורמים אחרים הקשורים עם הגיל (כגון: מיעוט שעות פנאי או תחלואה כרונית) מהווים חסם להגיע לכמות הפ"ג המומלצת.
3. **אוכלוסיית עולים וערבים:** שיעור הערבים המדווחים שאינם מבצעים כלל פ"ג בשעות הפנאי גבוה באופן משמעותי מהשיעור בקרב יהודים ואחרים (70% לעומת 48%, בהתאמה). מנגד, שיעור המשיבים היהודים שביצעו פ"ג בהתאם להמלצות או מעבר לכך היה כמעט כפול מזה שבקרב המשתתפים הערבים (40% לעומת 21%, בהתאמה). בתוך האוכלוסייה היהודית, נמצא קשר בין וותק בארץ לשיעור הביצוע של פ"ג, כאשר שיעור המדווחים שאינם עוסקים כלל בפ"ג בשעות הפנאי גדל ככל שוותק השהייה בארץ מתקצר. קשרים אלה נמצאו מובהקים גם בניתוח הרב-משתני. יש להניח שהגורמים לחוסר עיסוק בפ"ג בקרב עולים שונים מאלה שבקרב האוכלוסייה הערבית.
4. **דתיות:** נמצא קשר בין מידת הדתיות ובין שיעור המדווחים על ביצוע פ"ג בשעות הפנאי בכמות המומלצת או מעבר לכך. שיעור זה עמד על 16.4% בקרב מי שהגדירו עצמם כדתיים מאד/חרדים, בהשוואה ל-32% בקרב מי שהגדירו עצמם כחילוניים. בניתוח רב משתני נמצא, שלדתיים מאד/חרדים הסתברות גבוהה פי-1.5 מזו של חילוניים לבצע פ"ג בכמות הפחותה מהמומלצת, אך הסתברות נמוכה יותר בשליש לבצע פ"ג בשעות הפנאי בכמות מוגברת.
5. **מצב משפחתי:** נמצא קשר בין המצב המשפחתי ומידת ביצוע פ"ג אירובית מדווחת, כאשר השיעור הגבוה ביותר של אי-ביצוע של פ"ג כלשהי בשעות הפנאי היה בקרב אלמנים, והנמוך ביותר בקרב רווקים (65% לעומת 43%, בהתאמה). במקביל, שיעור הרווקים המבצעים פ"ג בכמות המומלצת או מעבר לכך כפול מהשיעור בקרב האלמנים (46% לעומת 22.5%, בהתאמה). בניתוח הרב-משתני נמצא שבהשוואה לנשואים, לרווקים או לגרושים הייתה הסתברות גבוהה יותר לבצע פ"ג על פי ההמלצות או מעבר לכך.
6. **מספר נפשות:** שיעור המדווחים שאינם מבצעים כלל פ"ג בשעות הפנאי היה הגבוה ביותר בקרב אנשים המשתייכים למשקי בית בני 5 נפשות או יותר, והנמוך ביותר בקרב

אלה המתגוררים עם אדם נוסף אחד בלבד. שיעור המדווחים על ביצוע פ"ג על פי ההמלצות או מעבר לכך היה נמוך יותר בקרב אנשים המשתייכים לבתי אב בני 5 נפשות או יותר. בניתוח רב-משתני, אנשים המשתייכים למשקי בית בני למעלה מ-2 נפשות היו בעלי הסתברות נמוכה יותר לבצע פ"ג בכמות המומלצת או מעבר לכך, בהשוואה למשתתפים ממשקי בית בני 2 נפשות.

#### 7. מאפייני מעמד חברתי-כלכלי: מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי גבוה יותר נמצאו

בקשר מובהק ועצמאי עם הסתברות גבוהה יותר לבצע פ"ג אירובית בשעות הפנאי:

**השכלה:** נמצא קשר בולט בין רמת ההשכלה לדיווח על ביצוע פ"ג אירובית בשעות הפנאי, כאשר שיעור המשיבים שאינם מבצעים כלל פ"ג גבוה יותר בקרב בעלי 0-8 שנות לימוד לעומת בעלי 13 שנות לימוד ומעלה (78% לעומת 45%, בהתאמה). בניתוח הרב-משתני נמצא, שבהשוואה לבעלי 13 שנות לימוד ומעלה, ההסתברות לבצע פעילות גופנית במידה כלשהי (פחות מהכמות המומלצת, בהתאם להמלצות, או למעלה מכך) פוחתת ככל שפוחת מספר שנות הלימוד.

**הכנסה:** נמצא קשר מובהק בין רמת הכנסה לבין עיסוק בפ"ג בשעות הפנאי, כאשר שיעור העוסקים בפעילות הגופנית בכמות המומלצת או למעלה מכך גדל עם רמת ההכנסה (23% בקרב בעלי הכנסה ממוצעת לנפש  $\geq 2,000$  ₪ לחודש לעומת 44% בבעלי הכנסה ממוצעת לנפש של  $< 4,000$  ₪ לחודש). בניתוח הרב-משתני נמצא שבהשוואה לבעלי הכנסה ממוצעת לנפש נמוכה ( $\geq 2,000$  ש"ח), לבעלי הכנסה גבוהה הסתברות גבוהה ב-43-46% לעסוק בפ"ג על פי ההמלצות או מעבר לכך.

קשר דומה נצפה גם בין ביצוע פ"ג בשעות הפנאי ובין היכולת לעמוד בהוצאות הכספיות החודשיות. בניתוח רב-משתני נמצא, שבהשוואה לאנשים מצליחים לעמוד בהוצאות החודשיות ללא קושי, אנשים אשר דווחו שכלל אינם מצליחים לעמוד בהוצאות החודשיות היו בעלי הסתברות נמוכה יותר לבצע פ"ג במידה כלשהי (פחות מהכמות המומלצת, בהתאם להמלצות, או מעבר להן).

**תעסוקה:** שיעור גבוה יותר בקרב האנשים שאינם משתייכים לכוח העבודה מדווחים על כך שאינם עוסקים כלל בפ"ג בשעות הפנאי, לעומת מי ששייכים לכח העבודה אך אינם מועסקים וכן בהשוואה למועסקים (59%, לעומת 54%-ו-49%, בהתאמה). ממצאים אלה אושרו גם בניתוח רב-משתני.

**בעלות על רכוש:** קשר דומה נצפה גם בין ביצוע פ"ג בשעות הפנאי ובין בעלות על רכוש. בניתוח רב-משתני נמצא, שבהשוואה אנשים שאין להם בעלות על דירה ורכב, לבעלי דירה ויותר מרכב אחד הייתה הסתברות גבוהה פי 1.64 לבצע פ"ג על פי ההמלצות, והסתברות גבוהה פי 1.93 לבצע פ"ג בכמות מוגברת.

#### 11. הבדלים גיאוגרפיים: נמצא קשר בין מחוז מגורים ובין עיסוק בפ"ג בשעות הפנאי, כאשר

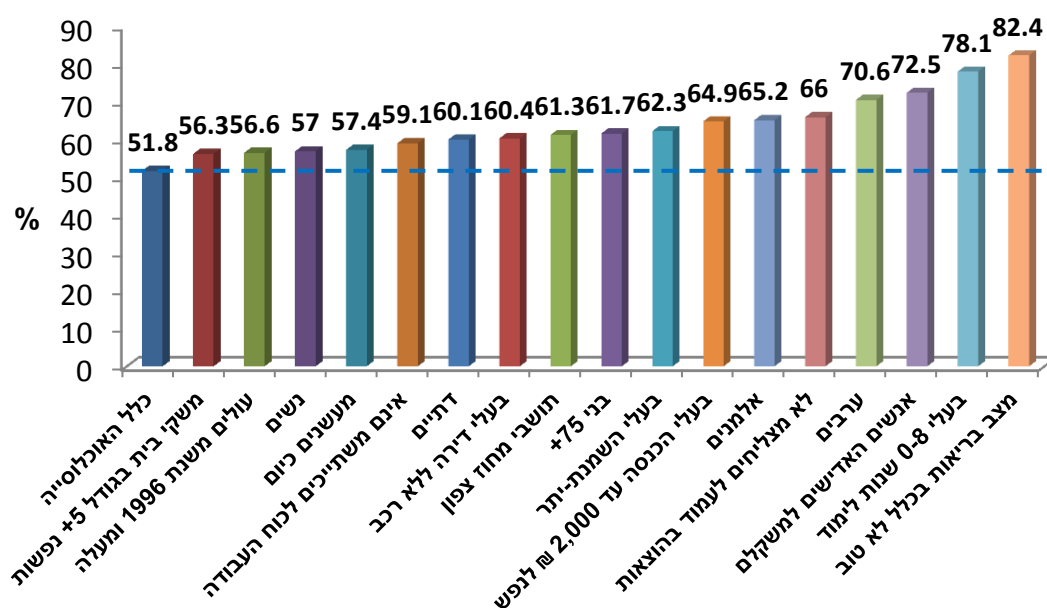
השיעור הגבוה ביותר של העוסקים בפ"ג בשעות הפנאי על פי ההמלצות או מעבר לכך היה בקרב תושבי מחוז ת"א (39%), והנמוך ביותר בקרב תושבי מחוז צפון (25%). הפער בין מחוז צפון למחוז תל-אביב נצפה גם בניתוח רב-משתני, במיוחד לגבי עיסוק בפ"ג בשעות הפנאי בכמות מוגברת.

12. **עישון ומשקל:** שיעור האנשים עם השמנת-יתר ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) שאינם עוסקים בפ"ג כלשהי בשעות הפנאי היה גבוה ב-12% בהשוואה לאנשים בעלי עודף משקל או בעלי משקל תקין (62%, לעומת 50%, בהתאמה). שיעור האנשים שאינם עוסקים בפ"ג כלשהי היה גבוה יותר בקרב המעשנים (57%), בהשוואה למי שלא עישנו מעולם (52%), או מי שעישנו בעבר (47%). בניתוח רב-משתני, ההסתברות לעיסוק בפ"ג במידה כלשהי (פחות מהכמות המומלצת, בהתאם להמלצות, או מעבר להן) הייתה נמוכה ב-25-30% במעשנים כיום בהשוואה למי שלא עישנו מעולם. כמו כן, ההסתברות של אנשים עם השמנת-יתר לעסוק בפ"ג במידה כלשהי הייתה נמוכה ב-33-40% בהשוואה לבעלי משקל תקין. בניתוח רב-משתני נמצא גם, שההסתברות של אנשים הרוצים לרדת במשקל לעסוק בפ"ג על פי ההמלצות או מעבר לכך הייתה גבוהה פי 1.24-1.26 מזו של אנשים שלא הביעו רצון לרדת במשקל.

13. **מצב בריאות:** נמצא קשר בולט בין מצב הבריאות על פי דיווח-עצמי והעיסוק בפ"ג, כאשר שיעור האנשים שדווחו שאינם עוסקים כלל בפ"ג היה הכי נמוך בקרב מי שהגדירו את מצב בריאותם כטוב מאד (46%), והגבוה ביותר בקרב מי שהגדירו את מצב בריאותם כבכלל לא טוב (82%). קשר זה נשמר מובהק גם בניתוח הרב-משתני.

## תרשים-2: שיעור המדווחים שאינם עוסקים בפעילות גופנית כלשהי בשעות הפנאי, לפי קבוצת אוכלוסייה

(הקו המקווקו מייצג את השיעור באוכלוסייה הכללית)



למעלה ממחצית האוכלוסייה בישראל אינם עוסקים כלל בפ"ג בשעות הפנאי. עיסוק בפ"ג בשעות הפנאי נמצא קשור במין גבר, גיל צעיר יותר, מצב משפחתי רווק או גרוש, מעמד חברתי-כלכלי גבוה יותר, השכלה גבוהה יותר, וברצון לרדת במשקל. לעומת זאת, השתייכות למגזר הערבי קשורה בהסתברות נמוכה יותר לעסוק בפ"ג בשעות הפנאי. השמנת-יתר, עישון נוכחי ומצב

בריאות גרוע נמצאו קשורים אף הם בהסתברות נמוכה יותר לעיסוק בפ"ג בשעות הפנאי, קרוב לוודאי כביטוי לקושי הפיזי.

### **המלצות:**

יש חשיבות עליונה להגדיל את העיסוק בפעילות הגופנית כדרך למנוע השמנת-יתר ותחלואה כרונית (כגון: סוכרת, יתר לחץ-דם, מחלות לב, סרטן ומחלת פרקים ניוונית). לצורך זה, יש ליצור בסביבת המגורים תנאים המאפשרים לבצע פעילות גופנית בצורה בטוחה וללא עלות או במחיר שווה לכל נפש (מדרכות להליכה, גינות ציבוריות ופארקים), בכל היישובים, ללא הבדלים גיאוגרפיים או מגזריים.

יש לעודד יצירת תנאים לביצוע פעילות גופנית גם במסגרת מקומות העבודה. יש עדות ממחקרים שעיסוק כזה עשוי להפחית היעדרות ולהגדיל את הפרייון.

יש לקדם את ההסברה על חשיבות הפעילות הגופנית ולהנגיש אותה לאוכלוסיות מגוונות באופן מותאם תרבותית ותוך היוועצות עם בעלי העניין.

יש לקדם עיסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי יחד עם פעילות אחרת לקידום בריאות, כגון ירידה במשקל והפסקת עישון, מכיוון שמצבים אלה קשורים זה בזה.

לבסוף, יש לקדם עיסוק בפעילות גופנית מסוג ובעצימות המתאימה באוכלוסייה קשישה ובקרב אנשים עם חולי כרוני, מכיוון ששמירה אורח-חיים פעיל באוכלוסיות אלה עשוי להתבטא בשימור מצב תפקודי ושיפור באיכות-החיים.

### 3.4 פערי בריאות: חיסוני שפעת<sup>49</sup>

גב' אנג'לה שטרית, ד"ר ברוך ולן, ד"ר עמית הופרט  
עריכה: אנג'לה שטרית, ד"ר אמה אברבך, שלומית אבני

#### מבוא:

מחלת השפעת העונתית מהווה גורם מכביד על בריאות הציבור וגורמת לתחלואה בקרב מיליוני איש מדי שנה ברחבי העולם. כיום התחלואה משפעת מוערכת בין 250,000-500,000 מקרים מדי שנה בעולם. הנזק הכלכלי כתוצאה מהתחלואה בשפעת בארה"ב לדוגמא, מוערך ב- 11 מיליארד דולר מדי שנה. השפעת העונתית נחשבת מחלה קלה החולפת מעצמה ומרבית החולים אינם נזקקים לטיפול רפואי. עם זאת מחלת השפעת יכולה להיות מסוכנת ואף לגרום לתמותה. הסיכוי לסיבוכים ולתמותה משפעת הינו בעיקר לקבוצות סיכון כגון חולים כרוניים ואנשים מבוגרים מעל גיל 65. בארץ, ההתפרצות של שפעת מתרחשת בכל חורף אבל העוצמה שלה משתנה בין השנים. בשל העובדה ששפעת הינה מחלה וירלית, אין כיום טיפול יעיל כנגד הוירוס ולכן חיסון נגד שפעת מהווה את האמצעי המוביל למניעת הדבקה ותחלואה משפעת.

כיום ממליץ משרד הבריאות על חיסון קבוצות סיכון כגון חולים כרוניים ומבוגרים מעל גיל 65, כמו גם על חיסון ילדים (ההמלצה הינה לילדים מגיל חצי שנה ועד 6 שנים ובמיוחד עד גיל שנתיים), הנחשבים האחראים העיקריים להדבקות. דגש מיוחד ניתן לחיסון בגילאי 65 ומעלה שכן ישנו סיכוי גדול יותר לפתח סיבוכים כתוצאה ממחלת השפעת. חיסון השפעת לגילאי 65+ מהווה היום אחד המדדים שלפיהם נבחנות קופות החולים במסגרת תכנית המדדים הלאומית. בשל עובדה זו קופות החולים משקיעות מאמץ רב בכדי להשיג כסוי חיסוני גבוה בקרב האוכלוסייה המבוגרת.

בפרק זה נבחן את הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים, להיענות לחיסונים לשפעת, על פי תשובות לשאלה: "ב-12 חודשים האחרונים, האם קיבלת חיסון נגד שפעת (לא כולל שפעת החזירים)?" מהסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לשנת 2010. אנו נתמקד בעיקר באוכלוסייה מעל גיל 65, שהינה אוכלוסייה בסיכון, ושרמת החיסונים בה מהווה כאמור, את אחד המדדים הכלולים בקהילה.

<sup>48</sup> Huppert A, Barnea O, Katriel G, Yaari R, Roll U, and Stone L. Modeling and statistical analysis of the spatio-temporal patterns of seasonal influenza in Israel. 2012 PLoS ONE 7(10): e45107. doi:10.1371/journal.pone.0045107

Barnea O, Huppert A, Katriel G, and Stone L. Spatio-temporal homogeneity and heterogeneity in Influenza epidemics in Israel. PLoS ONE 9(3): e91909. doi: 10.1371/journal.pone.0091909

[http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text\\_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1](http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1)

Waldron, Ingrid. "Gender and health-related behavior." *Health behavior*. Springer US, 1998. 193-208.

Belmaker I., Dukhan, L Yosef Y and Shahrar-rotberg. Reduction of vaccine-preventable communicable diseases in Bedouin. *Lancet* 2006;367:987-91



## שיטות:

שיטת הדגימה ושאלון הסקר מופיעים בפירוט באתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מסגרת הדגימה של הסקר מבוססת על מרשם התושבים. המדגם תוכנן על מנת שיכלול כ-7,500 משיבים בני 20 ומעלה. שיטת הדגימה מורכבת, וכללה שילוב של שלושה משתנים דמוגרפיים [חמש קבוצות אוכלוסייה (ערבים במזרח-ירושלים, ערבים אחרים, שתי קבוצות עולים לפי תקופת עליה, ויהודים ילידי הארץ), שבע קבוצות גיל, ומין; סה"כ: 70 קבוצות תכנון].

שאלון הסקר כלל שאלון גרעין קבוע החוזר מדי שנה, ונושא משתנה, שבשנת 2010 התמקד בבריאות ובאורח חיים.

## ניתוח הנתונים:

הגדרת המדד: קבלת חיסון לשפעת על פי תשובות לשאלה: ב-12 חודשים האחרונים, האם קיבלת חיסון נגד שפעת?

1. כן

2. לא

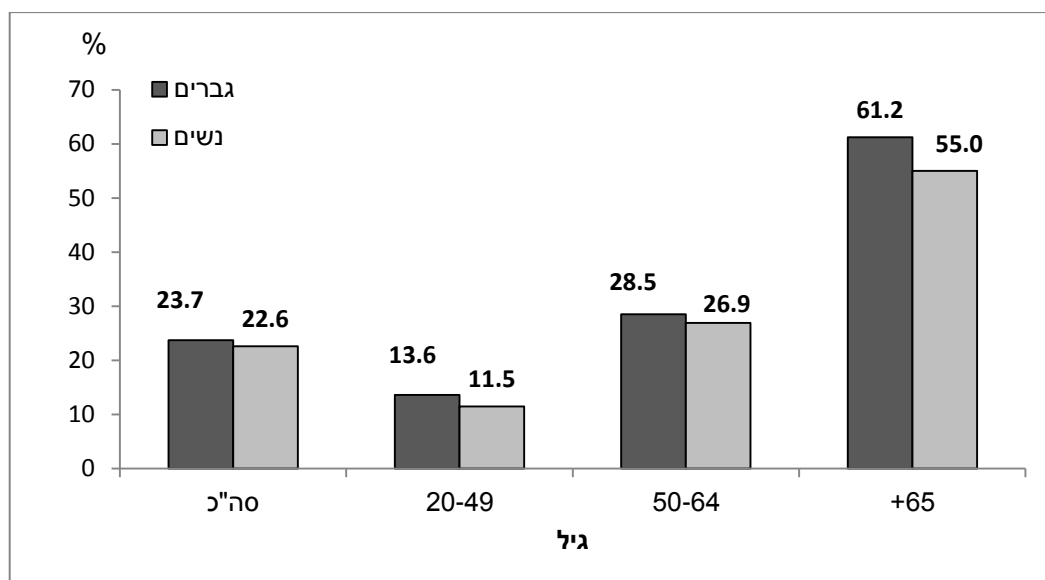
ניתוח הנתונים כלל ניתוח חד-משתני על פי מדדי הפערים (מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים), הרגלי בריאות (עישון, פעילות גופנית בשעות הפנאי ותדירות אכילת ארוחות מסודרות), מסת גוף והערכה עצמית של מצב הבריאות. הנתונים מוצגים עבור סה"כ המדגם ובנוסף לפי קבוצות גיל (49-0, 64-50 ו-65+).

בהמשך, בוצע ניתוח רב משתני באמצעות שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית בקבוצת הגיל 65+ שהינה קבוצת הסיכון ואשר משרד הבריאות ממליץ לחסנה. עיבוד דומה בוצע עבור קבוצת הגיל 64-50 ששימשה בסיס להשוואה. המשתנים שהוכנסו למודל הרב-משתני היו משתנים שנמצאו בקשר מובהק עם קבלת החיסון (משתנה תלוי) בעיבוד חד-משתני. משתנים מסבירים הוצאו מהמודל בשיטת backward elimination, אם מובהקות הקשר עם המשתנה התלוי הייתה  $\leq 0.10$ .

## ממצאים:

כרבע מהמשיבים (23%) התחסנו ב- 12 החודשים האחרונים. אחוז המתחסנים נגד שפעת עונתית עולה מ- 12.6% בקבוצת הגיל הצעירה (20-49) ל-58% בגילאי +65.

### תרשים 1: התפלגות מקבלי החיסון בכלל האוכלוסייה, ולפי מין וקבוצות גיל (באחוזים)



1. **מין:** בסה"כ ובכל קבוצות הגיל, שיעור המתחסנים בקרב גברים גבוה יותר מזה של נשים, אך ההבדל בולט יותר בקרב בני +65 (גברים מתחסנים בשיעור של 61.2%, לעומת 55% בקרב הנשים). בניתוח רב-משתני, נמצא כי ההסתברות של נשים להתחסן לשפעת הייתה נמוכה ב-31% מזו של גברים.

2. **גיל:** שיעור התחסנות עולה כצפוי עם הגיל. הקפיצה המשמעותית בשיעור החיסון הינה בקבוצת הגיל 55-64 שבו השיעור עולה מ-17% עבור גילאי 50-54 ל-33% בקרב גילאי 55-64 שנים (ראה טבלה 1). לאחר מכן הוא מטפס ל-53% בקבוצת הגיל 65-74 ומגיע לשיאו בקשישים (+75), שם שיעור ההתחסנות מגיע ל-62.7%. ההבדלים בשיעור המתחסנים בין גילאי 50-54 וגילאי 55-64 מובהקים סטטיסטית, גם בין שתי קבוצות הגיל המבוגרות  $p=0.001$ . גם בעיבוד רב-משתני נמצא קשר חיובי בין גיל לבין ביצוע חיסון לשפעת כאשר גילאי 55-59 התחסנו פי 1.5 וגילאי 60-64 פי 2.8 מגילאי 50-54,  $p<0.001$ . בקרב גילאי +65, נמצא כי ההסתברות להתחסן נגד שפעת הייתה גבוהה יותר ב-58% עבור משתתפים שגילם 75 ויותר לעומת גילאי 65-74 שנים,  $p=0.002$ .

3. **ערבים:** שיעור הערבים המתחסנים נגד שפעת כיום נמוך במידה ניכרת משיעור היהודים (16% לעומת 24.6%, בהתאמה). שיעור הערבים המתחסנים נמוך באופן מובהק בשתי קבוצות גיל 20-49 ו- +65 (10.6% בערבים לעומת 13.1% ביהודים ו-41.7% בערבים לעומת 59.3% ביהודים, בהתאמה). תוצאות העיבוד הרב משתני מראות כי בקרב גילאי +65, ערבים

נטו להתחסן פחות באופן מובהק סטטיסטית בהשוואה לילידי הארץ ( $OR=0.36$ ,  $95\%CI=0.18, 0.70$ ).

4. **אוכלוסיית עולים:** שיעור העולים החדשים בקבוצת הגיל 65+ (עליה לאחר 1990) המתחסנים נגד שפעת כיום נמוך במידה ניכרת משיעור ילדי הארץ והעולים הוותיקים (46.3% לעומת 63%, בהתאמה). ממצא זה נותר מובהק סטטיסטית בעיבוד רב-משתני שבוצע עבור משתתפים שגילם היה 65 ויותר.

5. **דתיות:** בכלל המדגם וכן ב-3 קבוצות הגיל 20-49, 50-64 ו-65+, שיעור המתחסנים הנמוך ביותר נצפה בקרב משתתפים שהגדירו את עצמם כדתיים מאוד. נמצא קשר הפוך בין מידת הדתיות ובין ההתחסנות לשפעת בגילאים 20-49 ( $p=0.0003$ ). ניתן לראות בבירור שאנשים שהגדירו את עצמם דתיים מאוד מתחסנים בשיעור של 6.8% לעומת שיעורים גבוהים יתר בקרב אנשים שהגדירו עצמם כדתיים, לא כל כך דתיים ולא דתיים (13.7%, 11.6% ו-13.9%, בהתאמה). בשאר קבוצות הגיל שיעור המתחסנים בקבוצת ה"דתי מאוד" הינן הנמוך ביותר אך אינו שונה באופן מובהק סטטיסטית משיעור ההתחסנות ברמות דתיות אחרות. גם לאחר תקנון למשתתפים נוספים המופיעים במודל הרגרסיה הלוגיסטית בגילאי 65+, המשתתפים שהגדירו את עצמם כדתיים מאוד נטו להתחסן פחות מהחילונים, ברמת מובהקות סטטיסטית גבולית.

6. **מצב משפחתי:** השיעור הנמוך ביותר של מתחסנים בגילאי 50-64 ובגילאי 65+ הוא ברווקים לעומת כל שאר הקבוצות, ללא מובהקות סטטיסטית.

7. **מספר נפשות במשק הבית:** שיעור ההתחסנות בקבוצת הסיכון 65+ אינו תלוי במספר הנפשות הגרות באותו משק בית, גם כשמאחדים את הקבוצות עם מספר הנפשות הגבוה (5,4,3+), לעומת הנמוך (2,1) ( $p=0.12$ ). מעניין שבקבוצת הגיל 50-64 ניתן לראות ששיעור ההתחסנות הוא גבוה במשקי בית עם שתיים או שלוש נפשות (33.3% ו-30.9% בהתאמה), לעומת בודדים (23.2%) וארבע וחמש נפשות (21.9% ו-23.1%, בהתאמה).

8. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** מתוך ארבעה מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי (להלן), שניים נמצאו בקשר מובהק עם התחסנות בגילאי 65+ :

**השכלה:** במדגם הכולל, נצפה קשר הפוך בין רמת ההשכלה לבין שיעור המתחסנים- 38% בקרב בעלי השכלה נמוכה של פחות מ-9 שנות לימוד ל-21% בקרב משתתפים בעלי 13 שנות לימוד ויותר. כמו כן, נמצא קשר מעניין בין רמת ההשכלה להתחסנות בקבוצת הגיל 65+, כאשר שיעור המתחסנים נמוך יותר נצפה בקבוצות הקיצון (8-0 ו-13+ שנות לימוד בהתאמה)- 53% ו-56.9%, בהתאמה, לעומת 62% בקבוצת בעלי 9-12 שנות לימוד, אך הבדל זה הינו בעל מובהקות סטטיסטית גבולית בלבד ( $p=0.067$ ).

**הכנסה:** שיעור המתחסנים בקבוצת הגיל 65+ עולה עם שיעור ההכנסה. בעלי השכר הגבוה (מעל 4000 ₪ לנפש) מתחסנים בשיעור של 64% לעומת שיעור של 56.5% בקרב בעלי שכר בינוני (2001-4000 ש"ח) ושיעור של 53% בקרב בעלי שכר נמוך (פחות מ-2000 ש"ח), ( $p=0.015$ ).

כאשר בוחנים את יכולת ההצלחה בכיסוי ההוצאות החודשיות, מדד סובייקטיבי יותר, שיעור ההתחסנות הגבוה ביותר הינו בקבוצה של "מצליחים ללא כל קושי"

(68.6%) לעומת 55.2% בקבוצת ה"מצליחים" ו-56% בקרב האיחוד של "לא כל-כך מצליחים" ו"בכלל לא מצליחים לכסות את ההוצאות החודשיות" ( $p=0.003$ ). תמונה דומה המתארת קשר בין הכנסה ומידת כיסוי ההוצאות לבין שיעור ההתחסנות, נצפתה עבור כלל המדגם.

**תעסוקה ובעלות על רכוש:** לא נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין שיעור ההתחסנות בגיל +65 ומצב התעסוקה או בעלות על רכוש.

יש לציין כי בקבוצת גיל 50-64, אף משתנה מקבוצת המאפיינים החברתיים כלכליים לא נותר קשור להיענות לביצוע חיסון נגד שפעת עונתית בעיבוד הרב-משתני. עבור קבוצת הגיל +65, נמצא כי מרואיינים שהגדירו את עצמם כ- "מצליחים לכסות את הוצאותיהם החודשיות ללא כל קושי" התחסנו ב-50% יותר משאר המשתתפים ( $OR=1.51$ , 95% CI=1.03, 2.22,  $p=0.04$ ).

9. **הבדלים גיאוגרפיים:** נמצא קשר בין מחוז המגורים ובין שיעור החיסון של גילאי +65, כאשר השיעור הנמוך ביותר של מתחסנים נמצא בקרב תושבי מחוז צפון וירושלים (50%-ו-52.6%, בהתאמה), כאשר בוחנים את שני המחוזות הללו נמצא קשר סטטיסטי מובהק ( $p=0.036$ ), לעומת יתר המחוזות יחד.

10. **מצב בריאות:** בכל קבוצות הגיל נמצא מתאם הפוך בין מצב הבריאות לבין הכיסוי החיסוני. כלומר, משתתפים שדווחו על מצב בריאותי טוב מאוד התחסנו פחות משאר המדווחים. למשל, בקרב גילאי +65 המדווחים על מצב בריאותי טוב מאוד התחסנו בשיעור 49% לעומת 58% בקרב יתר המשתתפים, ( $p=0.06$ ). מגמה דומה נצפתה עבור שתי הקבוצות האחרות שנבדקו. עולה גם מעיבוד הרב-משתני, הן עבור גילאי 50-64 והן עבור גילאי +65, כי ככל שמצב בריאותם של המשתתפים היה טוב יותר (על פי הגדרה עצמית), כך הם נטו להתחסן פחות בתקנון מגדר, גיל, רמת דתיות, ותק בארץ, הרגלי חיים ומדד מסת גוף.

11. **מסת גוף כמדד להשמנה:** שיעור המתחסנים במדגם הכולל עולה עם רמת ההשמנה מ-18% במשתתפים בעלי מסת גוף תקינה ל-26% בקרב אנשים עם עודף משקל ומגיע ל-33% עבור משתתפים עם השמנת יתר. בקבוצת גיל המבוגרת (+65) שיעור המתחסנים עם השמנת יתר מגיע ל-60.6% לעומת 55% באנשים עם BMI תקין ( $>25$ ). הבדל זה אינו מובהק סטטיסטית. מגמה דומה נצפתה עבור שתי הקבוצות האחרות שנבדקו. בעיבוד רב-משתני, בולט הממצא כי משתתפים בגילאי +65 עם השמנת יתר התחסנו ב-80% יותר מהמשתתפים עם משקל בטווח הנורמה.

12. **קשר בין הרגלי חיים לבין שיעור ההתחסנות לשפעת עונתית:**

**עישון:** שיעור המתחסנים הנמוך ביותר נצפה בקרב המשתתפים שדיווחו שהם מעשנים כיום (בכלל המדגם 18%) גם בקבוצת הגיל המבוגרת שיעור המתחסנים המעשנים היה 46% בהשוואה ל-59% בלא מעשנים,  $p=0.003$ . בניתוח רב-משתני, נמצא כי ההסתברות של אנשים מעשנים להתחסן לשפעת הייתה נמוכה ב-41% מזו של לא מעשנים עבור גילאי +65.

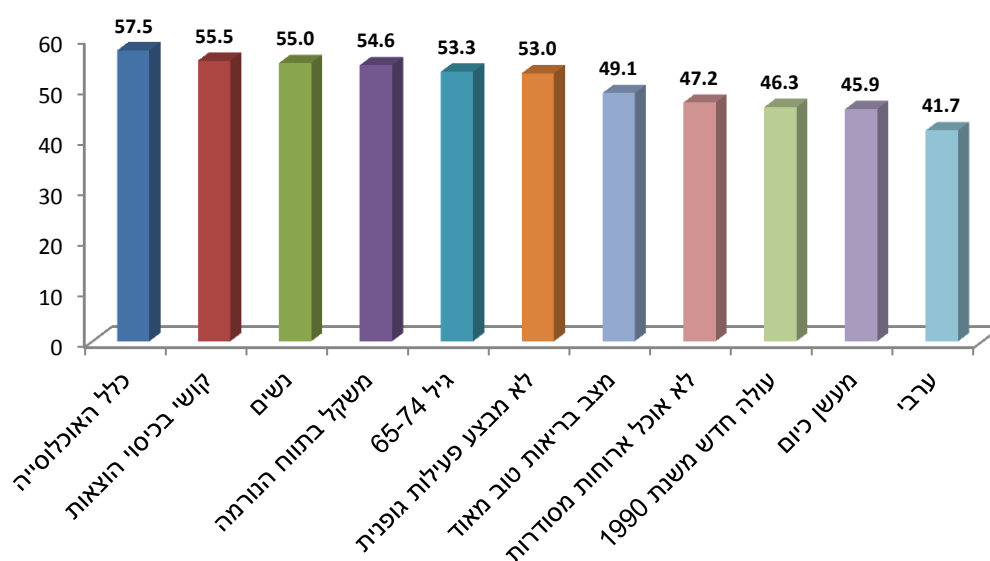
**ביצוע פעילות גופנית:** שיעור המתחסנים הנמוך ביותר נצפה בקרב האנשים שלא מבצעים כלל פעילות גופנית. הבדל זה בולט במיוחד בקבוצת הגיל המבוגרת כאשר

שיעור המתחסנים בקרב המשתתפים הפעילים היה 64% לעומת 53% בלבד בקרב המשתתפים עם אורח חיים ישבני (לא מבצעים פעילות גופנית כלל)  $p<0.001$ . בעיבוד רב-משתני עבור גילאי +65, נצפה כי ביצוע פעילות גופנית ברמה כלשהי יחסית לרמה המומלצת מעלה את ההסתברות להתחסן בהשוואה למשתתפים שדווחו על חוסר עיסוק בפעילות גופנית ( $OR=1.42$ ,  $95\%CI=1.06$ ,  $1.90$ ,  $p=0.02$ ).

**הרגל אכילת ארוחות מסודרות:** גם במדד זה נמצא כי בכל קבוצות הגיל, האנשים אשר דווחו על תדירות אכילת ארוחות מסודרות "במידה רבה מאוד" מתחסנים יותר מהאחרים, בסה"כ המדגם וגם לפי קבוצות גיל. ממצא זה בולט יותר בגילאי +65 (61% לעומת 46%,  $p<0.001$ ). משתתפים בגילאי +65 שדווחו על תדירות אכילת ארוחות מסודרות במידה רבה מאוד התחסנו בכמעט פי 2 משאר המשתתפים.

גם בקבוצת גיל 50-64, הנהגת אורח חיים בריא המבוסס על ידי הרגלי עישון וביצוע פעילות גופנית, קשור בהיענות לביצוע חיסון נגד שפעת עונתית. המעשנים התחסנו פחות והעוסקים בפעילות גופנית התחסנו יותר בצורה מובהקת סטטיסטית לאחר תקנון לגיל, מחוז מגורים ומצב בריאות.

## תרשים 2: משתנים שנמצאו קשורים באופן מובהק ועצמאי עם ביצוע חיסון לשפעת עונתית במודל הרב משתני (גילאי +65)



## דיון ומסקנות:

התמקדנו בחיסוני שפעת בקבוצת הגיל +65. זאת מכיוון שזוהי אוכלוסייה בסיכון מוגבר לשפעת וכן מהסיבה שמדובר בקבוצה שמהווה יעד למאמץ מערכתי למען חיסונה נגד שפעת. נוסף לכך, מדובר בקבוצה מוחלשת מטבעה, בעלת עצמאות מוגבלת שתלויה יותר בקיום מערכות תומכות.

ההנחה היתה שפערי הבריאות בקבוצה זאת יהיו בולטים יותר וישקפו פערים ביכולת של מערכת הבריאות להתמודד עם משימת החיסון נגד השפעת.

לשם השוואה, בחנו בנוסף את ההתחסנות גם בקבוצת הגיל 50-64 שהיוותה קבוצת ביקורת בשל העובדה שלא קיים מנגנון מערכתי שמקדם את החיסון שלה.

שיעור ההתחסנות לשפעת בקרב האוכלוסייה בסיכון (+65) הינה בשיעור של בין 57.7% לעומת 27.7% בגילאי 50-64. עובדה זו מצביעה על הצלחה - של קופות החולים ומשרד הבריאות - בחיסון האוכלוסייה שהוגדרה על ידו כאוכלוסיית יעד. שיעור הענות של כ-60% מהווה הישג משמעותי בהשוואה לשיעורי כיסוי בעולם המערבי.

יחד עם זאת, מן המחקר עולה שאכן ישנן כמה קבוצות שנענות פחות לחיסוני שפעת. למשל, נמצא קשר מובהק בין מגדר ושיעור החיסון כאשר נשים מתחסנות פחות מגברים. מחקרים בעולם מציגים תמונה מורכבת לגבי הבדלים בהיענות לחיסונים, שיש לגביהם המלצות בריאות, בין גברים לנשים. לכן, הממצאים של מחקר זה מעלים חשש כי ישנה בעיה מערכתית בהגעה אל ציבור הנשים לעומת הגברים. הסבר אפשרי נוסף הוא כי נשים יותר סקפטיות לגבי הצורך להתחסן נגד שפעת.

עובדה בולטת עוד יותר הוא שיעור החיסון הנמוך בקרב ערבים בגילאי +65 (41.7%), לעומת יהודים (59.3%). כאשר בוחנים את קבוצת הביקורת ניתן לראות שהערבים והיהודים מתחסנים בשיעור זהה. הפער בולט עוד יותר על רקע העובדה כי שיעור ההתחסנות של האוכלוסייה הערבית לחיסוני השגרה בילדים דומה ואף גבוה משיעור החיסון של היהודים. העובדות שמוצגות לעיל מעלות את הסברה שיתכן שההבדלים בהיענות לחיסון נובעים מסיבות של נגישות והסברה שאינה מותאמת דיו למגזר הערבי.

אוכלוסייה נוספת שבה יש שיעור חיסון נמוך הינה אוכלוסיית העולים החדשים בגילאי +65, שיעור של 46.3% לעומת 63% באוכלוסייה ילידת ישראל ובקרב עולים ותיקים. פער זה אינו מתגלה בקבוצות הגיל האחרות. גם כאן אנו מעלים את האפשרות שישנה בעיה בנגישות או בהסברה לציבור העולים.

הכנסה מהווה גם היא מנבא לשיעור התחסנות נמוך בקרב המשתתפים בני 65 ומעלה (במבחן החד משתני). יתכן ואנשים שמצבם הכלכלי טוב מאוד משכילים יותר וכן בעלי מודעות גבוהה יותר ולכן נוטים להתחסן יותר מאחרים. יתכן וחסמים אחרים הקשורים במצב כלכלי משפיעים אף הם על רמת החיסון - למשל עלות הנסיעה למרפאה. העובדה כי מחוז ירושלים ומחוז צפון הראו שיעור חיסון נמוכים, מחוזות המאופיינים בקבוצות חלשות כגון חרדים וערבים, מחזקת את הממצא לגבי הקשר בין מצב כלכלי לשיעור חיסון. יש לציין שהקשר בין מצב כלכלי להיענות חיסונית נחקר בארצות שונות ונמצא מורכב ביותר. מקובל לתאר את הקשר כתמונת פעמון כאשר אנשים בקצה הכלכלי הנמוך מאד כמו גם אלו בקצה הכלכלי הגבוה מאד נוטים שלא להתחסן, כל קבוצה מסיבותיה היא.

המחקר גם מצביע על המורכבות של ההיענות לחיסון כאשר בוחנים את משתנה ההשכלה. הקבוצה המתחסנת ביותר הינה בעלת ההשכלה הבינונית (9-12 שנות לימוד). עובדה זו נובעת מכך שאנשים משכילים כנראה נחשפים למידע (אמין ולא אמין) לגבי יעילות החיסון נגד שפעת ולכן

נענים פחות לקריאה להתחסן. מהצד השני אנשים לא משכילים כנראה נחשפים פחות להמלצות משרד הבריאות, דבר המאפיין אוכלוסיות מוחלשות. יש לציין שבאנליזה רב משתנית השכלה לא נותרה קשורה לביצוע חיסון בקבוצת הגיל 65+.

במחקר זה נמצא שהרגלי בריאות קשורים עם השכלה. לכן במודל שכלל הרגלי בריאות, ההשכלה לא נותרה כגורם קשור להיענות להתחסן.

אנשים בעלי מסת גוף כמדד להשמנה (ואולי גם למצב בריאותי אובייקטיבי) נוטים להתחסן יותר. ישנה אפשרות שאנשים יותר חולים מודעים יותר לצורך להתחסן או לחילופין מבקרים יותר במרפאות ושכך חשופים להסברה ולנגישות טובה יותר לחיסון.

כאשר בחנו את הקשר בין הרגלי החיים לבין שיעור ההתחסנות מצאנו כי אנשים שחיים באורח חיים בריא נוטים להתחסן יותר. ניתן לראות זאת בכל אחד משלושת המרכיבים שבחנו (עישון, פעילות גופנית והרגלי אכילה). אנו משערים שאנשים אלו הינם בעלי מודעות גבוהה יותר או שהם בעלי אורח חיים מסודר יותר המאפשר להם לדאוג לבריאותם ולהתחסן.

**לסיכום**, המחקר הנוכחי מצביע על העובדה שבקרב גילאי 65+, אוכלוסיות מוחלשות "קלאסיות" (נשים, ערבים, עולים ועניים) מתחסנות פחות לשפעת בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. במחקר זה **לא נבחנו** הסיבות לשיעורי החיסון הנמוכים. יחד עם זאת ראוי להדגיש שפערים שנתגלו מתרכזים דווקא בקבוצת אוכלוסין שמצד אחת תלויה יותר במסגרות התומכות ומצד שני הוגדרה במפורש כיעד מוגדר של המערכת הרפואית התומכת. הנתונים האלו מצבעים על בעיה מובנת ביכולת של המערכות התומכות להתמודד עם משימת החיסון, דווקא בקרב אוכלוסיות מוחלשות.

### **המלצות:**

יש לערוך מחקר מקיף יותר בכדי לבחון מהן הסיבות להיענות נמוכה לחיסון שפעת באוכלוסיות מוחלשות. יחד עם זאת, יש לבחון את האפשרות שישנם כשלים מבניים הניתנים להסרה נוכח הכלים הקיימים במערכת בתחום ההנגשה התרבותית, דוגמת הסברה מותאמת לשוניית ותרבותית (לערבים ועולים). מעניין במיוחד לבחון מדוע נשים מתחסנות פחות מגברים לשפעת.

## נספח: הגדרת המשתנים הקשורים לפערי בריאות

משתנה	נוסח השאלה המקורית*	קטגוריות
מין	ממולא על-ידי הסוקר	גברים/נשים
גיל	באיזו שנה נולדת?	20-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+
מגזר	האם אתה יהודי/מוסלמי/נוצרי/דרוזי/אחר	יהודים ואחרים/ערבים (כולל מוסלמים/דרוזים/נוצרים)
רמת השכלה	כמה שנים למדת (מחושב)?	עד 8, 9-12, ומעל 12 שנות לימוד
מידת דתיות	האם אתה רואה את עצמך כ:	חרדי עבור יהודים או דתי מאוד עבור ערבים/דתי או מסורתי דתי עבור יהודים או דתי עבור ערבים/לא כל כך דתי/לא דתי
מצב משפחתי	האם אתה נשוי/חי בנפרד/גר/אלמן/רווק	נשוי (כולל חי בנפרד)/גר/אלמן/רווק
ותק בארץ	לפני כמה שנים עלית לישראל?	ערבים/יהודים ילידי הארץ/עולים עד 1990 / בין 1990-1995 / אחרי שנת 1995
מחוז מגורים	מחוז מגורים ע"פ הכתובת הקבועה	ירושלים/חיפה/תל-אביב/צפון/מרכז/דרום/יהודה ושומרון
מצב תעסוקתי	משתנה מחושב	מועסק / בלתי מועסק/ לא שייך לכוח העבודה
מספר הנפשות במשק הבית	מלבדך, מי הם האנשים הגרים בדירה באופן קבוע?	1,2,3,4,5+
הכנסה	הכנסה ממוצעת לנפש בחודש (ש"ח) משתנה מחושב	עד 2000 ש"ח / 2001 עד 4000 ש"ח, מעל 4000 ש"ח / מידע חסר
בעלות על רכוש	האם הדירה שבה אתה גר היא בבעלותך? האם יש בבעלותך דירה (נוספת)? האם יש בבעלותך מכונית? כמה מכוניות?	אין בעלות על דירה או רכב / בעלות על רכב בלבד / בעלות על דירה בלבד / בעלות על דירה ורכב / בעלות על דירה ויותר מרכב אחד / בעלות על יותר מדירה אחת
כיסוי הוצאות	האם אתה מצליח לכסות את כל ההוצאות החודשיות שלך למזון, לחשמל, לטלפון וכדומה?	מצליח ללא קושי/מצליח/לא כל כך מצליח/בכלל לא מצליח



## פרק 4. כשתושב ישראל צריך לפגוש רופא יועץ בקהילה, כמה זמן הוא ממתין ומהם המשתנים המשפיעים על זמן ההמתנה?<sup>49</sup>

שולי ברמלי-גרינברג<sup>א</sup> ורות וייצברג<sup>א</sup>

<sup>א</sup>מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל; <sup>ב</sup>אוניברסיטת חיפה

### הקדמה:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן "החוק") שנכנס לתוקף בשנת 1995 עיגן בחקיקה את זכותם של כל תושבי ישראל לסל מוגדר של שירותי בריאות (בבית החולים ובקהילה). בחוק נקבע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל יינתנו "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים".

קופות החולים המספקות את סל השירותים הבסיסי מתחרות על מספר המבוטחים, כלומר, על חלקן בשוק, והתחרות ביניהן אמורה להתמקד בתחרות על איכות השירותים הניתנים. אחד המדדים העיקריים בבחינת איכות השירות הוא זמני ההמתנה לשירותים בקהילה.<sup>50</sup>

נוכח המשבר הכלכלי, שחיקת המקורות הכספיים של החוק<sup>51</sup>, ובמקביל נוכח הפעולות לריסון תקציבי ולצמצום ההוצאות הן של משרדי האוצר והבריאות והן של קופות החולים, אחד האפיקים האפשריים לחיסכון במערכת הוא הצבת חסמים המגבילים את הנגישות ואת הזמינות לשירותי בריאות בקהילה, וזאת באמצעות המנגנון של זמני המתנה. על כן, נשאלה לאחרונה השאלה באיזו מידה זמני ההמתנה לרפואה יועצת ולבדיקות אבחון והדמיה בקהילה חסם לקבלת שירותים במערכת הבריאות הקהילתית.

הן מההיבט הקליני והן מההיבט הכלכלי יש חיסרון לזמני המתנה ארוכים; שכן הם מעלים את הסיכוי לסיבוכים ואף לאשפוז, ובכך הם גם מגדילים את סך ההוצאות של המערכת. נוסף על כך, ייתכן שהם מגדילים את ההוצאה הפרטית, שכן מבוטחים אשר רוצים לקצר את התור שנקבע להם פונים לקבל שירות דרך המערכת הפרטית. לעומת זאת, אם הכלי הניהולי של מנגנון זמני ההמתנה מופעל במידתיות, הוא עשוי לחסוך בעלויות או להקטין את היקף צריכת-היתר. למשל, קיום תורים מצמצם את הסבירות שיהיה ביקוש שנגרם על ידי ההיצע supplier-induced<sup>52</sup> (demand). אולם, מנקודת מבטו של המבוטח זמני המתנה בדרך כלל אינם רצויים. לחולה הממתין לתור לרופא יש עלויות לא כספיות הנובעות מעצם ההמתנה. העלות הלא ישירה של זמני ההמתנה לחולה תלויה במחלה שלו ובנסיבות חייו וגם במידת המאמץ שהוא משקיע כדי לקצר

<sup>49</sup> אנו מודות למכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות על סיוע במימון המחקר. ממצאי המחקר הוצגו גם בפני ועדת היגוי, גורמים בכירים במשרד הבריאות ואנו מודות למשתתפים על תרומתם להבנת הממצאים.

<sup>50</sup> Gaynor, M. 2006. *What do we Know about Competition and Quality in Health Care Markets?* No. 06/151, Centre for Market and Public Organisation, University of Bristol, Bristol.

<sup>51</sup> אריאלי, ד., חורב, ט., קידר, ג., 2012. *חוק ביטוח בריאות ממלכתי - קובץ נתונים סטטיסטיים, 2011-1995*. משרד הבריאות - האגף לכלכה וביטוח בריאות, ירושלים.

<sup>52</sup> Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) 2013a. *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

את התור. ככל שזמני ההמתנה ממושכים יותר העלויות לחולה הן הבריאותיות, הנפשיות והכלכליות גדלות.<sup>53,54,55,56</sup>

כיום לא קיימת מתודולוגיה אחידה וברורה, כל שכן לא קיימת מערכת מדידה לאומית של זמני המתנה בישראל וזאת למרות ניסיונות חוזרים ונשנים של משרד הבריאות לאורך השנים לקיים מדידה כזו. גם תכנית מדדי האיכות לרפואת הקהילה בישראל אינה כוללת, נכון להיום, את זמני ההמתנה לרפואה יועצת ולבדיקות אבחון והדמיה בקהילה.

במחקר המוצג בפרק זה נבנתה לראשונה מערכת מדידה אחידה בישראל של זמני ההמתנה לרפואה-יועצת ושל בדיקות בקהילה, שמאפשרת השוואה בין זמני ההמתנה לפי קופה, איזור וכדומה.

### מטרת המחקר

לאמוד את זמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה (רפואה לא דחופה הכוללת רפואה יועצת למבוגרים ולילדים ובדיקות אבחון והדמיה) מנקודת מבטו של המבוטח. בפרק זה נתמקד מפאת קוצר המקום ברפואה יועצת למבוגרים בלבד.<sup>57</sup>

– בשלב הראשון נציג את פרופיל המבקרים ברפואה יועצת לפי מאפיינים דמוגרפיים, בריאותיים חברתיים-כלכליים ואיזור מגורים ונראה את ההבדלים בין הקבוצות אשר לא בהכרח קשורים לצורך הרפואי.

– בשלב השני נציג ניתוח של זמני המתנה לפי משתנים הקשורים להיצע (סוג מומחיות, קופה ואזור מגורים); ולפי משתנים הקשורים לביקוש (מאפיינים דמוגרפיים, בריאותיים וחברתיים-כלכליים של הפרט, בחירת רופא ספציפי, מקום ספציפי לקבלת הטיפול ודחיפות המקרה).

### שיטת המחקר

זמן ההמתנה אשר נמדד במחקר הוא משך הזמן שעבר מיום הזמנת השירות הרפואי ועד ליום קבלתו בפועל, הן למטופלים שטופלו והן לאלו שממתינים בתור, לכלל השירותים של הרפואה היועצת הלא דחופה בקהילה.

**שיטת איסוף הנתונים:** סקר טלפוני בקרב האוכלוסייה הכללית. גודל המדגם שנקבע הביא בחשבון את שכיחות הביקורים לרפואה יועצת ולבדיקות בקהילה. רואיינו 2,848 מבוגרים בני 22

<sup>53</sup> Salomaa, E.; Sällinen, S.; Hiekkänen, H.; Liippo, K. 2005. "Delays in the Diagnosis and Treatment of Lung Cancer". *Chest* 128(4):2282-2288.

<sup>54</sup> Wanless, D.; Appleby, J.; Harrison, A.; Patel, D. 2007. *Our Future Health Secured?: A Review of NHS Funding and Performance*. King's Fund, London.

<sup>55</sup> Siciliani, L.; Hurst, J. 2005. "Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparative Analysis of Policies in 12 OECD Countries". *Health Policy* 72(2):201-215.

<sup>56</sup> Schaafsma, J. 2006. "Are there Better Ways to Determine Wait Times?". *Canadian Medical Association Journal* 174(11):1551-1552.

<sup>57</sup> לקריאת דוח המחקר המלא ראה פרסום של מאירס-גוינט מכון ברוקדייל: ברמלי-גרינברג, ש., וויצברג, ר., וגוברמן, ד. "זמני המתנה לרפואה יועצת ובדיקות אבחון והדמיה בקהילה מנקודת מבטו של המבוטח" דמ-678-14.

ומעלה; שיעור ההיענות היה 75% מתוך המדגם. למרואיינים הופנתה שאלת סינון לגבי פנייה (ביקור או המתנה לביקור) לרופא יועץ בקהילה בשלושת החודשים שקדמו לסקר<sup>58</sup>. בכל מקרה של יותר מפנייה אחת בתקופה הנבדקת המרואיין נשאל על הביקור האחרון.

**שיטת ניתוח הנתונים:** זמן ההמתנה אינו מתפלג נורמלית (ההתפלגות בדרך כלל בעלת אופי של מסה בשמאל וזנב ארוך לימין). לכן, יישמנו ניתוח המתאים לסוג התפלגות זו: רגרסיה דו-שלבית: בשלב הראשון בדקנו את פרופיל הפונים לרפואה יועצת בקהילה. בשלב השני אמדנו את זמן ההמתנה בקהילה ואת המשתנים המשפיעים על זמני ההמתנה באמצעות מודל רב משתני מסוג GLM (Generalized linear model) המתאים למשתנה בעל התפלגות לא נורמלית.

## ממצאים:

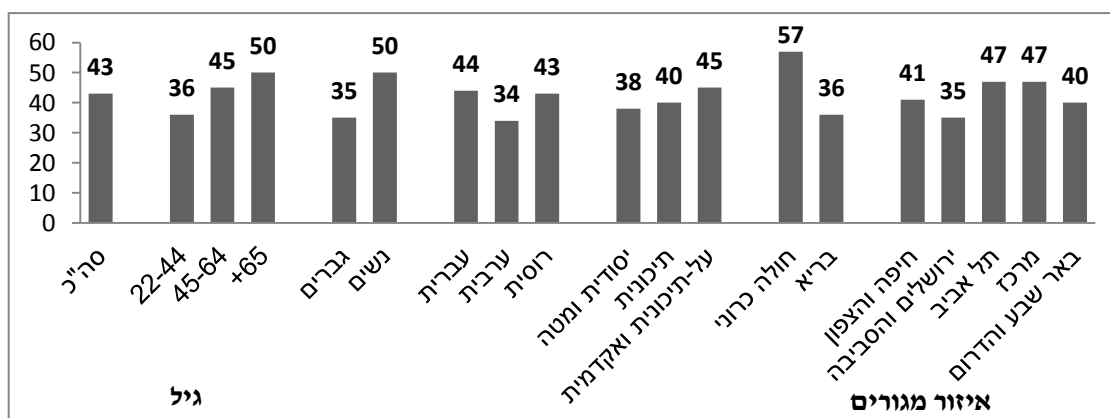
### 1. הפניה לרפואה היועצת

#### 1.1. פרופיל הפונים

43% מהאוכלוסייה הבוגרת פנו לרופא יועץ בשלושת החודשים שקדמו לסקר<sup>59</sup>, מתוכם 70% פנו לרופא יועץ בעל מומחיות שכיחה (נשים, עור, עיניים אף אוזן גרון, אורתופד) ו-30% לרופא יועץ בעל מומחיות שאינה שכיחה<sup>60</sup>.

#### תרשים 1: התפלגות המבקרים לרופא יועץ לפי מאפיינים

(% המבקרים; כל המשתנים מובהקים  $p < 0.05$ )



בתרשים 1 מוצגת התפלגות המבקרים אצל רופא יועץ לפי מאפיינים דמוגרפיים, בריאותיים וחברתיים-כלכליים. יש לציין כי כל ההבדלים המוצגים כאן נשמרים גם בניתוח רב-משתני מסוג

<sup>58</sup> במחקר הרחב נבדקו גם זמני המתנה לבדיקות אבחון והדמיה בשנה שקדמה לסקר וכן זמן המתנה לרפואה יועצת לילדים בקהילה בשלושת החודשים שקדמו לסקר.

<sup>59</sup> מתוכם 88% ביקרו ו-12% ממתינים לביקור

<sup>60</sup> כולל: גסטרו-אנטרולוג, קרדיולוג, נירולוג או כירורג אונקולוג, אורולוג, אלרגולוג, אנדוקרינולוג, המטולוג, כירורג כללי, כירורג פלסטי, כירורג כלי דם, נירוכירורג, נפרולוג, פסיכיאטר, רימטולוג, רופא גריאטר, רופא יתר לחץ דם, רופא כאב, רופא סכרת, רופא ריאות, רופא שיקום, פרה-רפואי, פרוקטולוג, דיאטן, פה ולסת.

רגרסיה לוגיסטית<sup>61</sup> לאחר פיקוח על משתני הרקע האחרים. מהניתוח עולה כי באופן לא מפתיע נמצא קשר בין גיל, מין ומחלה כרונית לביקור אצל רופא יועץ. כך שמבוגרים חולים כרוניים ונשים מבקרים יותר מהאחרים אצל רופא יועץ.

אולם, נמצא קשר בין השכלה ומקום מגורים להסתברות לפנות לרופא יועץ. נמצאו **שעורים גבוהים יותר בקרב בעלי השכלה גבוהה ובקרב אלו הגרים בתל-אביב והמרכז מבקרים אצל רופאים יועצים.**

ממצא זה מתאים גם לממצא ממחקר של ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום (2014) אשר מצאו כי בעוד בממוצע 11% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל ויתרו על שירות בגלל המרחק, - 17% מתושבי באר שבע והדרום ו-12% בקרב תושבי הצפון ויתרו על שירות בגלל המרחק, לעומת 4% בלבד בקרב תושבי תל-אביב. כלומר, נראה ששיעור גבוה יחסית של מבוטחים בדרום ובצפון כלל לא נכנסים לתור ומוותרים על השירות בגלל מרחק.

בעלות על ביטוח משלים - עוד נמצא כי בקרב בעלי שב"ן 44% פנו לרופא מקצועי לעומת 35% בקרב אלו שאין להם תוכנית שב"ן. יש לציין כי משתנה זה לא הוכלל במודל הרב-משתני בגלל בעיית קורלציה עם המשתנים האחרים.

## 1.2 מאפייני הביקור

נמצא כי רוב המבקרים יזמו את הביקור בעצמם (62% מהמבקרים), קבעו את התור על ידי מוקד זימון תורים (62%), וביקשו להגיע לרופא מסוים (57%). על מנת לפקח על דחיפות הביקור והקשר של דחיפות על זמני ההמתנה, שאלנו את המטופלים האם בזמן ההמתנה לתור הרגישו כאבים או סימפטומים אחרים שהפריעו בתפקוד היומיומי והאם היו מודאגים ממחלה רצינית לא מאובחנת. כשליש מהמבקרים חשו כאבים שהפריעו להם בתפקוד בזמן תקופת ההמתנה לביקור ורבע מהם היו מודאגים מקיום מחלה רצינית לא מאובחנת.

מאמץ בעת קביעת התור – אחד מכל עשרה מבקרים דיווח כי השקיע מאמץ רב בקביעת התור. אולם, נמצא קשר מובהק בין השקעת מאמץ לקביעת תור לתחושת כאבים ודאגה בעת ההמתנה. כך ש-20% מאלו שהרגישו כאבים דיווחו כי השקיעו מאמץ רב, לעומת 8% בלבד בקרב שלא הרגישו כאבים; 25% מאלו שהיו מודאגים השקיעו מאמץ לעומת 7% מאלו שלא היו מודאגים. כמוזכר לעיל, הספרות מצביעה על קשר בין זמני המתנה ארוכים והרגשת חרדה תסכול ומצוקה נפשית של הממתינים. הממצאים כאן רומזים על המאמץ שמשקיעים אלו אשר מרגישים כאבים ודואגים בעת ההמתנה להקדים את התור.

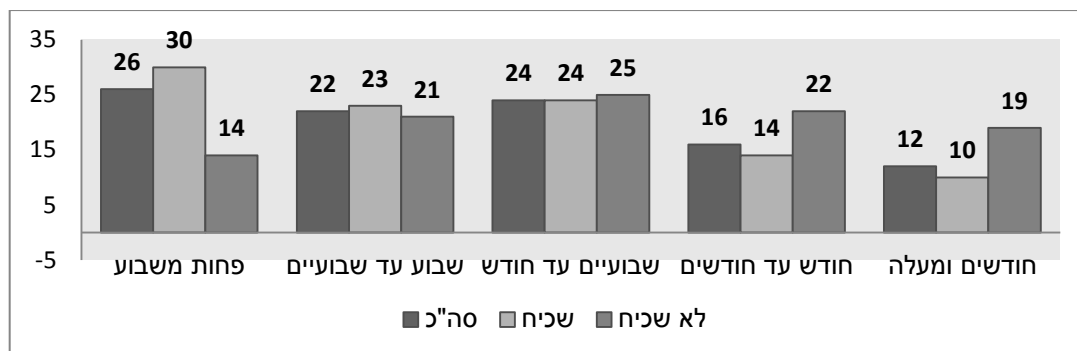
## 2. זמן המתנה בקהילה

### 2.1 זמן המתנה לרופא יועץ

ממוצע זמן ההמתנה ליועץ הוא 3.2 שבועות והחציון שבועיים, אולם קיימים הבדלים לפי משתנים שונים כפי שיפורט להלן. בתרשים 2 מוצגת התפלגות המבקרים לפי זמן ההמתנה לביקור (מקובץ לחמש קטגוריות) סה"כ ולפי מומחיות היועץ.

<sup>61</sup> משתנה התלוי דיכוטומי: האם ביקר או ממתין אצל רופא יועץ ב-3 החודשים האחרונים (כן או לא).

## תרשים 2: זמני המתנה לרופאים יועצים סה"כ ולפי מומחיות היועץ (% המבקרים)



26% מכלל המבקרים המתניו פחות משבוע לביקור אצל היועץ ו-28% המתניו חודש ומעלה. אולם קיימים הבדלים בולטים בזמן ההמתנה לפי מומחיות היועץ בביקור. **זמן ההמתנה ליועצים בעלי מומחיות שכיחה קצר מזמן ההמתנה ליועצים בעלי מומחיות לא שכיחה (שבועיים בממוצע לעומת חודש בממוצע).** יש לציין כי המאפיין את הרופאים בעלי מומחיות שאינה שכיחה שהביקור אצלם דורש הפנייה מרופא ראשוני או מרופא יועץ אחר. זמן המתנה הנבדק במחקר הוא הזמן מרגע קביעת התור ועד הביקור בלבד ולא כולל את זמן ההמתנה לרופא הראשוני או לרופא יועץ אחר ואת הזמן עד קבלת ההתחייבות אם היה צורך בה.

בקרב היועצים בעלי מומחיות שאינה שכיחה, ההתמחויות שבהן זמני ההמתנה גבוהים יותר הם: רימטולוגיה (ממוצע כ-6.5 שבועות), כירורגית כלי דם (כ-6 שבועות), כירורגיה פלסטית, המטולוגיה, אנדוקרינולוגיה וגסטרואנטרולוגיה (ממוצע של כ-5 שבועות). במדגם הנוכחי לא היו מספיק תצפיות של כל ההתמחויות. חלק מההתמחויות להם נמצא מספר קטן מאד של תצפיות (כגון: נפרולוג, פסיכיאטר, רופא יתר לחץ דם, רופא כאב, נירוכירורג) הן דווקא ההתמחויות שמזהים במערכת כאלו שלהם זמן המתנה ארוך.

### 2.2. הקשר בין משתני ביקוש, היצע ומאפייני הביקור לזמן המתנה ארוך יחסית

כדי לבחון את תפקוד המערכות במדינה מסוימת וכדי לקבל אמות מידה על איכות הטיפול באותה מדינה, קיימים נסיונות בספרות הבינלאומית להשוואה בין אורך התורים וזמן ההמתנה במדינות שונות. אולם, בשל השונות הרבה בין המדינות בשיטות המדידה קיימות מעט השוואות בינלאומיות. אחת ההשוואות הקיימות בין זמני המתנה בקהילה היא של ארגון ה-CommonWealth Fund. בהשוואה זו מוגדרת כנקודת ייחוס להשוואה בין המדינות השונות זמן

המתנה כחודש ומעלה כ"לא-סביר" (Schoen et al., 2011<sup>63</sup>; Willcox et al., 2007<sup>62</sup>; OECD, 2011<sup>63</sup>; Schoen et al., 2013<sup>64</sup>).

בפרק זה מוצגים הממצאים לגבי זמן המתנה של חודש ומעלה לפי סוגי משתנים: (1) משתנים הקשורים להיצע: מומחיות הרופא, קופה, מקום קבלת הטיפול (מרפאה בקהילה או מרפאת חוץ של ב"ח) ואיזור מגורים<sup>65</sup>; (2) משתנים הקשורים לביקוש – גיל, מצב בריאות, מצב חברתי-כלכלי והעדפות של הפרט.

### 2.3.1 זמני המתנה לפי משתנים הקשורים להיצע

מומחיות היועץ היא מהמשתנים בעלי הקשר החזק ביותר לזמני ההמתנה (ר' תרשים 3). בעוד שרק 24% מהמבקרים שפנו ליועץ בעל מומחיות שכיחה המתינו חודש ומעלה, 41% מאלו שפנו ליועץ בעל מומחיות שאיננה שכיחה המתינו חודש ומעלה. ממצא זה נשמר גם לאחר פיקוח על משתני הרקע בניתוח הרב-משתני. ייתכן שממצא זה קשור למגבלות של הצע הרופאים בעלי המומחיות שאינה שכיחה.

את מקום המגורים בחנו בשני משתנים, האחד מעמד חברתי-כלכלי של היישוב<sup>66</sup> והאם היישוב מוגדר כפריפריאלי או לא<sup>67</sup>. נמצא כי ביישוב ממעמד חברתי-כלכלי גבוה כשליש ממתינים חודש ומעלה ליועצים (בעלי מומחיות שכיחה ולא שכיחה). לעומת זאת ביישובים ממעמד חברתי-כלכלי בינוני ונמוך שיעור גבוה יותר ממתינים כך לבעלי מומחיות שאינה שכיחה (ר' תרשים 3). ההבדלים בשיעור הממתינים חודש ומעלה לפי מומחיות שכיחה ושאינה שכיחה בולט אף יותר לפי מדד פריפריאליות. **ביישובים מרכזיים שיעור הממתינים חודש ומעלה למומחים לא שכיחים הוא 38% לעומת 56% הממתינים כך בפריפריה.**

<sup>62</sup> Willcox, S., Seddon, M., Dunn, S. et al. 2007. "Measuring and Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison of Strategies". *Health Affairs* 26(4):1078-1087.

<sup>63</sup> OECD. 2011. *Health at a Glance 2011*. Organization for Economic Co-operation and Development

<sup>64</sup> Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M.M. (2013) "Access, Affordability, and Insurance Complexity Are Often Worse in the United States Compared to 10 Other Countries," *Health Affairs* Web First, published online Nov. 14, 2013.

<sup>65</sup> המשתנה "איזור מגורים" הוא משתנה עזר למשתנים הקשורים להיצע כגון: מספר הרופאים באיזור, מספר מרפאות באיזור, מספר מכונים לבדיקות אבחון והדמיה וכדומה.

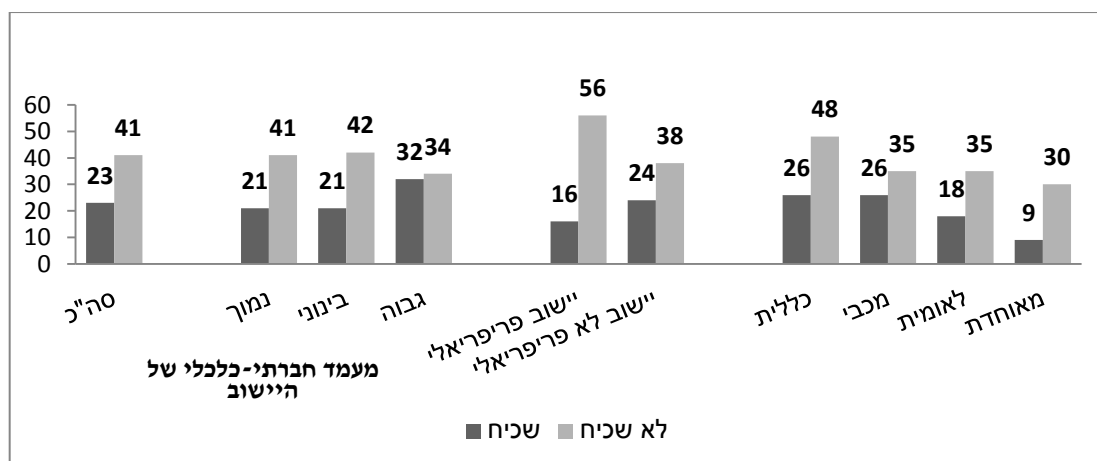
<sup>66</sup> משתנה שנבנה על בסיס אשכול חברתי-כלכלי של הלמ"ס, לפי הגדרת "מעמד חברתי כלכלי" של הלמ"ס מ-2012 (דו"ח פני החברה 2012). מעמד "נמוך" כולל אשכולות 1-3, מעמד "בינוני" כולל אשכולות 4-7 ו"גבוהה" כולל 8-10.

[http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa\\_template.html?hodaa=201223241](http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201223241)

<sup>67</sup> המשתנה מבוסס על מדד פריפריאליות של הלמ"ס, בשימוש גם בנוסחת הקפיטציה החל מ-2011. המדד מורכב מ-2 משתנים: קרבה לרשויות אחרות משוקלל לגודל אוכלוסייה (Potential accessibility) וגם ריחוק מתל אביב. להגדרה: [http://www.cbs.gov.il/hodaot2011n/23\\_11\\_003maz6.pdf](http://www.cbs.gov.il/hodaot2011n/23_11_003maz6.pdf); במשתנה כאן "יישוב פריפריאלי" כולל יישובים מוגדרים ע"פ הלמ"ס כפריפריאליים מאוד ופריפריאליים (ציון 1-4 במדד), ו"יישוב לא פריפריאלי" כולל יישובים מוגדרים בינוניים, מרכזיים ומרכזיים מאוד (ציונים 5-10 במדד).

[http://www.cbs.gov.il/hodaot2008n/24\\_08\\_160t1.pdf](http://www.cbs.gov.il/hodaot2008n/24_08_160t1.pdf)

**תרשים 3: שיעור הממתינים חודש ומעלה ליועצים לפי מומחיות (% מהמבקרים)**



כפי שעולה מתרשים 3 קיימים הבדלים בשיעור הממתינים חודש ומעלה לפי קופה. הבדלים אלו בין הקופות נשמרים גם לאחר פיקוח על משתנים מסבירים אחרים כגון אזור מגורים (בניתוח רב משתני מסוג GLM). מתרשים 3 עולה כי ההבדל בין הקופות בולט יותר בזמני ההמתנה לרופאים בעלי מומחיות שכיחה. לעומת זאת **לרופאים עם מומחיות שאינה שכיחה כשליש ממבוטחי מאוחדת, מכבי ולאומית ממתינים יותר מחודש לעומת כמחצית ממבוטחי הכללית.**

### 2.3.2 זמני המתנה לפי משתנים הקשורים לביקוש

כאשר בוחנים את זמן ההמתנה לפי משתנים הקשורים למאפייני הפרט עולה כי לרוב המשתנים אין קשר מובהק לזמן ההמתנה. יוצאי דופן הם המשתנים **גיל והערכת מצב בריאות**. שיעור הממתינים חודש ומעלה עולה עם הגיל (22% בקרב בני 22-44, 30% בקרב בני 45-54 ובקרב בני 55-64, 34% בקרב בני 65-74 ו-36% בקרב בני 75 ומעלה). שיעור הממתינים חודש ומעלה גבוה יותר בקרב אלו המעריכים את מצב בריאותם כבינוני עד גרוע לעומת אלו המעריכים את מצב בריאותם כטוב עד טוב מאד (32% לעומת 27%).

עוד משתנים הקשורים לביקוש ונמצאו קשורים לזמני המתנה הם: **(1) הרצון לראות רופא מסוים**. מטופלים שרצו לבקר אצל יועץ מסוים המתינו בממוצע יומיים יותר מאלו שלא. אולם הבדל זה נעלם כאשר מדובר על ביקור עם המתנה מעל חודש (בקרב אלו שרצו לקבוע תור לרופא מסוים 31% המתינו מעל חודש לעומת 27% בקרב אלו שלא רצו כך). ייתכן כי מטופלים מעדיפים רופא מסוים כל עוד זמן ההמתנה אליו לא ארוך, ואם זמן ההמתנה ארוך הם מוותרים ופונים לרופא אחר. **(2) מאמץ בקביעת התור**. מטופלים שדיווחו על מאמץ בקביעת התור דיווחו גם על זמני המתנה ארוכים. כמחצית מהמטופלים שדיווחו על קביעת התור במאמץ רב המתינו חודש ומעלה לעומת כרבע מאלו שדיווחו שלא היה מאמץ בקביעת התור. ייתכן ומטופלים אשר מלכתחילה נקבע להם זמן המתנה ארוך מדווחים על מאמץ רב יותר. **(3) בנוסף**, נמצא כי כאשר המטופל דיווח על **כאבים** בעת ההמתנה הוא גם המתין זמן קצר יותר בממוצע לעומת מי שלא חש כאב. אולם, נמצא קשר הפוך בין **דאגה** לבין זמן המתנה, כך שבקרב אלו שהיו מודאגים ממחלה רצינית שיעור גבוה יותר המתין מעל חודש לעומת האחרים (37% לעומת 25%).

### סיכום וכיווני פעולה:

בשנים האחרונות התעוררה השאלה באיזו מידה מהווה זמן ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה חסם לקבלת שירותים במערכת הבריאות בקהילה. הן מההיבט הקליני והן מההיבט הכלכלי יש חיסרון לזמן המתנה ארוך שכן הוא מעלה את הסבירות לסיבוכים ואף לאשפוז, ובכך את סך ההוצאות על בריאות. כמו כן, ייתכן שזמן המתנה ממושך אף מגדיל את ההוצאה הפרטית; שכן מבוטחים אשר רוצים לקצר את התור שנקבע להם פונים לקבלת הטיפול דרך המערכת הפרטית. במחקר זה, נבנתה בישראל לראשונה, מערכת אחידה למדידת זמני ההמתנה לרפואה היועצת ולבדיקות בקהילה; המערכת מאפשרת לערוך השוואות לפי מאפיינים שונים.

נמצא כי ממוצע זמן ההמתנה ליועצים הוא 3.2 שבועות, זמן הדומה לממוצע המדינות שנבדקו על ידי ה-CommonWealth Fund<sup>68</sup>. אולם, נמצאו הבדלים משמעותיים לפי מומחיות הרופא היועץ (ממוצע של ארבעה שבועות לרופאים בעלי מומחיות שאינה שכיחה ו-שבועיים לרופאים בעלי מומחיות שכיחה). בהתמחויות מסוימות זמני ההמתנה גבוהים בהרבה מהממוצע (כגון, רימטולוגיה, כירורגיית כלי דם, אנדוקרינולוגיה, כירורגיה פלסטית, אנדוקרינולוגיה וגסטרואנטרולוגיה). נמצאו הבדלים גם לפי מקום המגורים כך ש-56% בקרב הגרים ביישוב פריפריאלי ממתנים יותר מחודש לרופא יועץ בעל מומחיות שאינה שכיחה. על המחסור ברופאים באזורים פריפריאליים בדרום ובצפון ייתכן והמערכת מפצה על ידי שעורי פנייה גבוהים לרופאים ראשוניים, אולם טעון זה לא נבדק במחקר זה. כן מצאנו ששיעור גבוה יחסית של מבוטחים בדרום ובצפון כלל לא נכנסים לתור ומבקרים פחות אצל רופאים יועצים ואף מוותרים על טיפול בגלל המרחק. נשאלת השאלה האם יש לכך השלכות בריאותיות או אחרות על ציבור זה. בנוסף, לאור הנושאים שעלו לאחרונה לדיון ציבורי יש לדעתנו צורך במחקר משלים אשר ימשיך לאסוף ולבחון את זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים בבתי חולים ולהעמיק את הניתוח לפי קבוצות אוכלוסייה.

<sup>68</sup> Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M.M. (2013) "Access, Affordability, and Insurance Complexity Are Often Worse in the United States Compared to 10 Other Countries," *Health Affairs* Web First, published online Nov. 14, 2013.



## **פרק 5. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות**

### **5.1 משרד הבריאות**

פעילות שתכליתה התמודדות עם אי-השוויון בבריאות ובמערכת הבריאות הנה חלק בלתי נפרד מתוכניות העבודה של המשרד. ההובלה של הנושא נעשית על-יד תחום צמצום פערים בבריאות במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, אף כי כלל המינהלים והאגפים השונים במשרד הבריאות מחויבים ופועלים לקידום הנושא. דוגמאות לפעילויות שמקדם המינהל ומקדמות יחידות אחרות בנושא- דוגמת המחלקה לחינוך וקידום בריאות, לשכות הבריאות המחוזיות ומינהל רפואה - ניתן למצוא בהמשך.

מאז כניסתה לתוקף של התוכנית האסטרטגית של המשרד ("עמודי האש") לשנים 2011-2014, בוצעו פעילויות רבות לצורך צמצום פערים בבריאות, חלקן הסתיימו וחלקן נמצאות עדיין בשלבי ביצוע. לקראת שנת 2015, ירוענו היעדים האסטרטגיים של המשרד וצמצום אי-השוויון ייכלל במסגרת התוכנית האסטרטגית של המשרד גם לשנים הבאות. נוסף לכך, במסגרת הסכם התקציב בריאות-אוצר לשנים 2015-6, הושג סכום משמעותי בגובה 100 מיליון שקל, ייעודיים לטובת צמצום פערים בבריאות.

בין הפעילויות שקידם המשרד בשנה שחלפה (מדובר בתמצית מתוך מגוון רחב של פעילויות שבוצעו על ידי האגפים השונים של המשרד), ראויים לציון:

#### **נגישות תרבותית ולשונית:**

##### מוקד התרגום הרפואי הטלפוני הארצי:

המוקד הפועל זו השנה השנייה, מאויש על ידי נציגים דו-לשוניים שעברו הכשרה מקצועית בתרגום רפואי, בשפות ערבית, רוסית ואמהרית. המוקד פועל 24 שעות (עד לכניסת השבת והחל ממוצאי שבת), בכלל בתי החולים הממשלתיים ובלשכות הבריאות. המוקד מופעל ע"י ספק מקצועי בעל ניסיון בהפעלת מוקדים ובעל תשתיות מתקדמות. הפעילות של המוקד עוברת בקרת איכות ותהליכי הטמעה. כיום המוקד נותן מענה למאות לקוחות בחודש, עיקרן בשפה הרוסית. כמו כן, עיקר השיחות מתקבלות במוקד בשעות הבוקר והצהריים. פעילות המוקד מתרחבת וגדלה וחלק מקופות החולים החלו בחיבור למוקד.

##### ערכת ההדרכה של משרד הבריאות להכשרת מטפלים בתחום הכשירות התרבותית:

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי יחד עם אגף הדרכה ופיתוח פיתחו באמצעות מסר - המרכז הארצי לסימולציה רפואית בתל השומר, ערכת הדרכה בנושא "הנגשה תרבותית במערכת הבריאות". ייעודה של ערכת ההדרכה היא הכשרת עובדי מקצועות בריאות במערכת הבריאות להתמודדות עם שונות תרבותית ובתוך כך גם שיפור השירות הניתן למטופלים ובני משפחותיהם וצמצום פערים בבריאות ובנגישות לשירותים הנובעים מהבדלי שפה ותרבות. קהל היעד המרכזי של ערכת ההדרכה הינו מטפלים במוסדות הרפואיים- אנשי ונשות רפואה, סיעוד, פרא-רפואיים ועובדים סוציאליים ובהמשך- עובדי מנהלה ומשק.

הליך פיתוח הערכה ערך כעשרה חודשים ובנייתה לוותה על ידי צוות שכלל כ- 40 אנשי מקצוע מתחומי התמחות שונים – רפואה, סיעוד, קידום בריאות, מהאקדמיה וכן נציגים ממגזרים שונים. הערכה מבוססת על אחד-עשרה תרחישים מצולמים בוודאו אשר להם נלווים מערכי שיעור וחומרים דידקטיים הכוללים ידע תרבותי אודות קבוצות חברתיות שונות בישראל, מיומנויות תקשורת במפגש הבין-תרבותי וכלים ייחודיים להתמודדות עם אתגרים העולים במפגש זה.

במהלך יוני-ספטמבר 2014, עברו 26 מדריכים ממוסדות בריאות מגוונים (בתי"ח, לשכות הבריאות, קופ"ח) הכשרה ייעודית שפיתחו משרד הבריאות ומסר לשימוש והעברת ערכת ההדרכה, תוך שילובם בתהליך הפיתוח של הערכה. תהליך הדרכת הערכה במוסדות הבריאות השונים החל והמדריכים ימשיכו לקבל ליווי מקצועי אישי מטעם משרד הבריאות ומסר לקראת ביצוע הסדנאות בשטח.

**תמריצים לקופות החולים:** השנה חולקו, במסגרת מבחני התמיכה של משרד הבריאות בקופות החולים לצורך צמצום פערים חברתיים וגיאוגרפיים בתחום הבריאות, 23,550,000 מלש"ח עבור 460 תוכניות התערבות ו- 199 השקעות פיתוח בתשתיות<sup>69</sup> שקידמו קופות החולים במהלך שנת 2013. מדובר בגידול של קרוב ל- 400% במספר תוכניות ההתערבות<sup>70</sup> ו- 121% במספר תוכניות ההשקעה בתשתיות בפריפריה הגיאוגרפית, ביחס לשנה הקודמת.

**מידע בנושא אי-שוויון בבריאות:** במרכז המידע בנושא אי-שוויון בבריאות של המשרד במכון גרטנר, הוכנו 4 פרקים חדשים (נוספים לשלושה שהוצגו במסגרת החוברת הקודמת – "אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2013"), על פערים בבריאות בנושאים: עישון, חיסונים, רפואה מונעת ופעילות גופנית. בכל פרק תתי-פרקים ובהם אינפורמציה ענפה אודות הביטויים השונים של אי-שוויון בתחום הנחקר, ע"פ משתני רקע מגוונים.

כל המידע המנותח במסגרת מרכז המידע עומד לרשות כל באתר האינטרנט של משרד הבריאות וכן באתר האינטרנט של מכון גרטנר.

## **שיתופי פעולה בין משרדיים:**

### ועדת "אלאוף" למלחמה בעוני:

עוני ואי שוויון בהכנסות מהווים גורמים כבדי משקל בהשפעה על יצירת פערים בתוחלת חיים, תחלואה, תמותה, איכות חיים ורווחה פיזית ונפשית. עובדה זו מגובה במחקרים מהעולם ומישראל ואין עוררין כי צמצום העוני ואי השוויון היחסי בהכנסות יש בו כדי לתרום גם לצמצום פערים בבריאות.

<sup>69</sup> למשרד הוגשו מספר גדול יותר של תוכניות התערבות ותוכניות פיתוח תשתיות. אלו עברו הערכה ע"י צוות המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי וכן ע"י ועדת היגוי מלווה אותה מינה מנכ"ל המשרד. ההערכה נעשתה על פי הקריטריונים קבועים מראש, כפי שהופיעו בהנחיות להגשת מבחני התמיכה. ניכרים הבדלים משמעותיים בהיקף ואופי ההתערבויות שהוגשו על ידי קופות החולים השונות, במסגרת מבחני התמיכה.

<sup>70</sup> חושב על פי מספר תוכניות שהוגשו ואושרו על ידי משרד הבריאות.

ביוני 2013 הכריז שר הרווחה, מאיר כהן על הקמת הועדה למלחמה בעוני ברשות אלי אלאוף. השר הטיל על הוועדה להמליץ לממשלה על דרכי פעולה "למאבק כולל בעוני". משרד הבריאות בירך על הקמת הועדה והמליץ בפני שרת הבריאות ובהמשך בפני יו"ר הועדה, על הקמת תת-ועדה שתתמקד בממשק שבין עוני, בריאות ואי שוויון בבריאות.

הרכב הועדה כלל 50 חברי מליאה מהם- נציגים ממשרדי ממשלה (ובהם נציגת משרד הבריאות), אנשי אקדמיה ונציגי ארגונים חברתיים. במסגרת הועדה פעלו חמש ועדות משנה בתחומים: כלכלה ותעסוקה, פרט, משפחה וקהילה, דיור, חינוך ובריאות. תת-הועדה בנושא בריאות, בראשות פרופ' ורדה סוסקולני, כללה 17 נציגים ממשרד הבריאות, קופה"ח, ביטוח לאומי, האקדמיה ונציגי ציבור.

הועדה סימנה כיעד: "להוביל לירידה עקבית בהיקף ובעומק העוני, ולהרחיב את שוויון ההזדמנויות. השאיפה של הוועדה היא שישראל תגיע לשיעור עוני הדומה לממוצע של ה OECD תוך 10 שנים ולצמצום העוני הרב ממדי". הועדה ביקשה להתייחס לעוני כתופעה מורכבת ורבת ממדים. כן פירטה הועדה את השפעות העוני, בין היתר, על: "משאבים כלכליים מעבר להכנסות כמו חסכוניות, חובות, רכוש; מרכיבים ספציפיים של רמת חיים כמו רמת התזונה, רמת הדיור או התנאים הסביבתיים בשכונה בעיות ומצוקות בריאותיות או חברתיות; קיום רשת חברתית ותמיכה חברתית; ידע ומידע למימוש זכויות והזדמנויות; ויכולות, כוחות ומוטיבציה של המשפחות להתמודדות פעילה עם בעיותיהן".

עבודת ועדות המשנה הובאה לדיונים במליאת הועדה והדו"ח הסופי של עבודת הועדה שיקף החלטות שהתקבלו במליאה, לצד מספר החלטות שהייתה לגביהן מחלוקת ושכך התקבלו ברמת הצוות המתכלל (יו"ר הועדה והיו"רים של ועדות המשנה). ועדות המשנה הזינו האחת את השנייה ואת המליאה ותובנות "גנריות" קיבלו מקום בהמלצות הרוחביות של הועדה. חלק מההמלצות הרוחביות משקפות תובנות שצמחו מתחום צמצום פערים בבריאות בישראל ובעולם.

המלצות הועדה כללו, פעולות רבות "מחוץ" לתחום הבריאות אבל שיש להן השפעה ברורה על בריאות וצמצום פערי בריאות. למשל:

ברמה הרוחבית<sup>71</sup>: דגשים על העמקת התיאום ושיתופי הפעולה הבין משרדיים, הובלה של משרד ראש הממשלה, יחד עם משרדים נוספים את תרגום המלצות הועדה הלכה למעשה, מינוי מתאמים עירוניים ברשויות המקומיות לעניין מיגור העוני, ומינוי ממונים משרדיים בכלל משרדי הממשלה למלחמה בעוני.

פרט, משפחה וקהילה: הקמת מרכזי מיצוי זכויות שיפעלו בצמוד למחלקות לשירותים חברתיים; הגדלת רמת הקצבה הבסיסית בתכנית הבטחת הכנסה כך שתעמוד על 67% מקו העוני; הגדלת קצבת השלמת ההכנסה של זקנים ושאיירים בגובה 211 ₪ לחודש, כך שיחד עם הקצבאות הקיימות כיום הכנסתם תעלה את מקבלי הקצבה מעל לקו העוני;

<sup>71</sup> ההמלצות המוצגות כאן חלקיות. ניתן לפנות לדו"ח המלא באתר הועדה למלחמה בעוני:

<http://www.milhamabaoni.org>

דיוור: הגדלת סכום הסיוע בשכר דירה לזכאים באופן הדרגתי בגובה בין 41% ל 95% משכר הדירה הממוצע; הרחבת מעגלי הזכאות לסיוע בשכר דירה על ידי שינוי בקריטריונים; קביעת יעד אסטרטגי ארוך טווח למלאי דיור ציבורי בלפחות 5% מכלל מלאי הדיור במשק; פרויקט "שכונה שווה" בשכונות חלשות עם קרקע פנויה, שיכולה לשמש לבניית דירות חדשות בה, במסגרתו יתבצע שיקום פיסי הכולל תשתיות והשקעה במרחב הציבורי, השקעה חברתית, תכניות חינוכיות, השקעה תעסוקתית והתארגנות קהילתית;

בתחומי הכלכלה ותעסוקה: הגדלת מענק העבודה עבור כלל הזכאים בדגש על אמהות חד-הוריות ואנשים עם מוגבלות; הוצאה לפועל של התכנית הארצית לשילוב מקבלי גמלאות בעבודה (תכנית 'יוצאים לעבודה') שאושרה על ידי הממשלה במאי 2013; טיוב ההכשרות המקצועיות, הגברת האכיפה בהקשר לתנאי עבודה על מעסיקים של משתכרים בשכר נמוך; הקמה של מאתיים ועשרה מעונות יום;

חינוך: נוסחת תקצוב דיפרנציאלית למערכת החינוך והגדלת מידת ההקצאה הדיפרנציאלית המיועדת לאוכלוסיות החיות בעוני; הכשרה של המורים וצוות המוסד החינוכי בנושא העוני; הקמתם של כעשרים ותשעה מרכזים נוספים לגיל הרך ביישובים המדורגים באשכול - 1-3 וכן לפי הצורך באשכולות 4-5.

בתחום הבריאות: נפרשו המלצות בגובה כ 500-560 מיליוני שקלים לשנה. פרק הבריאות מסתיים בהמלצה רוחבית המכירה בנחיצות של הכרה והתגייסות ממשלתית ברמה הגבוהה ביותר, לטיפול באי-השוויון: "על הממשלה ומוסדותיה להכיר בגורמים חברתיים (עוני) קובעי הבריאות, ולהצהיר על צמצום אי השוויון בבריאות כיעד אסטרטגי של הממשלה". לצד הצהרה זו המלצות ממוקדות:

- פתיחת מרכזי מידע ומיצוי זכויות בקהילה ומרכזי מידע בכל בתי החולים (תחילה בבתי החולים בפריפריה);
- קידום הסכם בין כל קופות החולים שיאפשר, למבוטחים המתגוררים ביישוב שאוכלוסייתו אינה עולה על 10,000 תושבים (בעיקר בפריפריה), קבלת שירות רפואי למבוטחי כל הקופות באמצעות השירות הממוקם ביישוב או הקרוב ביותר למקום מגוריהם;
- הנחות/ פטור מלא לתרופות לכל החולים הכרוניים, ע"י קביעת תקרה נמוכה יותר ובאמצעות בסיס תחשיב משפחתי (שני חולים כרוניים או יותר במשפחה). בשל מגבלות התקציב, המלצת הוועדה היא כי בשלב הראשון תינתן הנחה למשפחות חולים כרוניים החיים בעוני ובעדיפות למקבלי הבטחת הכנסה או קצבאות אחרות עם השלמת הכנסה;
- הנחות/ פטור מהשתפות עצמית לביקורי רופא, בדיקות, טיפולים ורכישת אביזרי עזר רפואיים ומכשירי נידות לאנשים החיים בעוני ובשלב הראשון למקבלי קצבת הבטחת הכנסה, על ידי קביעת תקרה נמוכה יותר ותחשיב משפחתי;
- הרחבת הסדר החזר נסיעות לטיפולים הניתנים לחולי דיאליזה ואונקולוגיה גם עבור ביקורי מעקב, והרחבת החזר לחולים נוספים במחלות קשות;

- הרחבת בריאות שיניים ציבורית לילדים מעל גיל 12 עד גיל 14 (ועד גיל 18 לאחר מכך) וכיסוי טיפולי שיניים לזקנים מגיל 75 ומעלה המקבלים השלמת הכנסה בזקנה ;
- הרחבת שירותי טיפת חלב עד גיל 6: כחלק ממרכזים רב תחומיים בישובים/שכונות בדרוג חברתי-כלכלי נמוך בשילוב שירותי רווחה וחינוך ;
- החזרת שירותי בריאות התלמיד לידי משרד הבריאות במסגרת הרשות המקומית ;
- מרכזי קידום בריאות ומניעה לקשישים בשכונות/ישובים בדרוג חברתי כלכלי הנמוך ביותר (1-3) ;
- הרחבת תכנים על הקשר בין עוני ובריאות בהכשרות עובדי בריאות הן בלימודים הגבוהים והן בהכשרות תוך שירות<sup>72</sup>.

לצד המלצות אלו, הגישו ועדות המשנה המלצות חשובות נוספות שלא זכו לתעדוף בדו"ח המרכזי של הוועדה למלחמה בעוני<sup>73</sup>. מובן, שגם היו חילוקי דעות בתוך ועדות המשנה ובתוך המליאה ביחס לחלק מההמלצות. כך למשל, בתחום הבריאות, עמדת משרד הבריאות היתה כי יש לתעדף גם את ביטול מבחן האמצעים באשפוז הסיעודי (לא תועדף בדוח הראשי) ולקדם מדיניות אוניברסאלית ביחס לביטול או הנחות בהקשר להשתתפויות עצמיות.

#### "שותפים ומשפיעים למען יוצאי אתיופיה":

בפברואר 2014 החליטה ממשלת ישראל להניע תהליך לגיבוש מדיניות חדשה לשילוב יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית. לתהליך שותפים משרדי הממשלה השונים ונציגי ציבור. ייחודו של התהליך הוא בהיותו מבוסס על היוועצות עם הציבור - במסגרת שולחנות עגולים ובאמצעות אתר היוועצות אינטרנטי<sup>74</sup>. משרד הבריאות הוא אחד המשרדים השותפים למהלך. במסגרת זו, נדרש המשרד לבחון את דרכי פעילותו – ולעצב שינוי לאור "אבני היסוד", ערכים ועקרונות פעולה מנחים אשר גובשו על ידי צוות משותף לממשלה וליוצאי אתיופיה, על בסיס כאלף תגובות והתייחסויות שנאספו מקבוצות שונות (במפגשים בשטח, באינטרנט, בפנייה ישירה ובמוקד טלפוני באמהרית).

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי היה אמון על הובלת התהליך במשרד הבריאות ופעל בשותפות עם המחלקה לחינוך וקידום בריאות. המשרד קיים שלושה "שולחנות עגולים". לכל מפגש הגיעו כ- 35 נציגי ציבור, נציגים מארגונים חברתיים, אנשי אקדמיה, אנשי מקצוע ושותפים ממשרדי ממשלה נוספים. בין היתר, הציפו השותפים ב"שולחנות העגולים" נושאים שונים, מהם: הצורך בשיפור היכולות של מערכת הבריאות לתת טיפול ומענים כשירים תרבותית ולשונית ובתוך כך במערך בריאות הנפש; הצורך ביצוג הולם של יוצאי אתיופיה כעובדים במערכת הבריאות; קידום אורח חיים בריא ופעיל (תזונה בריאה, מניעת עישון, קידום התנהגויות בריאות, בדגש על מניעת התנהגויות סיכוניות של בני נוער, בריאות השן, ועוד); קידום בריאות האישה, הנערה והיילוד;

<sup>72</sup> משרד הבריאות הכליל בערכת ההדרכה שלו בנושא "הנגשה תרבותית במערכת הבריאות" תרחיש ומערך שיעור בנושא עוני ובריאות.

<sup>73</sup> ניתן לקרוא את דוחות ועדות המשנה באתר הוועדה למלחמה בעוני. ראו (2).

<sup>74</sup> <http://www.newway.gov.il/newway/Home>

הנגשת זכויות וידע אודות מערכת הבריאות ומנגנוני פניות ציבור וערר; צמצום התחלואה בסוכרת ועוד.

במסגרת המפגשים התקבל פידבק מהשותפים בשולחן העגול אודות תהליכים קיימים, תועדפו הנושאים להתערבות והוצפו כיווני פעולה ודרכי פעולה חדשים. שלושת הנושאים שתועדפו הם: הנגשה תרבותית של שירותי הבריאות; עידוד אורח חיים בריא ופעיל; וייצוג הולם של יוצאי אתיופיה במערכת הבריאות. כיווני הפעולה ושינוי בדרכי הפעולה של המשרד נוכח "אבני היסוד" שגובשו במסגרת המהלך יובאו בהמשך לדיון ואישור הנהלת המשרד.

### 5.1.1 שירותי בריאות הציבור

שירותי בריאות הציבור אמונים על שמירת בריאותו של כלל הציבור בישראל, באמצעות פעילות ברמת המטה - במחלקות השונות כגון האגף לאפידמיולוגיה, שירות המזון, בריאות הסביבה, קידום בריאות, המחלקה לאם וילד, המחלקה לסיעוד בבריאות הציבור, המחלקה לתזונה וברמת לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות.

תפקיד זה מאתגר במיוחד לאור השונות הגדולה הקיימת בין תושבי המדינה: שונות תרבותית, שפתית, חברתית, כלכלית וכמובן בריאותית.

שירותי בריאות הציבור נותנים שירות ישיר לציבור בשני תחומים עיקריים:

- השירות המונע לפרט, הכולל שירות הניתן בטיפות חלב ובבתי הספר באמצעות שירותי בריאות התלמיד.
  - שירות לכלל האוכלוסייה כגון הנחיות לשמירה וקידום בריאות, הנחיות רפואיות וחיסונים לנוסעים לחו"ל, מניעת מחלות זיהומיות שונות באמצעות חיסונים
- מעבר לכך שירותי בריאות הציבור פעילים רבות בהשפעה על הסביבה כך שתהיה מאפשרת קידום בריאות ונטולה, ככל האפשר, מסיכונים סביבתיים שיש להם השפעה על הבריאות.

שירותי בריאות הציבור מפתחים ומפעילים:

- תוכניות ברמה הארצית: כגון התוכנית הלאומית לקידום אורח חיים בריא ופעיל – "אפשריבריא", התוכנית להפחתה של צריכת מלח ותוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו.
- תוכניות מחוזיות / מקומיות: באמצעות לשכות הבריאות, המותאמות לצרכי האוכלוסיות השונות ומאפייניהן השונים ובכלל זה גם לאוכלוסיות חסרות מעמד אזרחי.

על מנת להתמודד עם אי השוויון בבריאות, מופעלות תוכניות לקהלי יעד שונים:

- תוכניות לאוכלוסייה על פי מאפיינים וצרכים.
- תוכניות להדרכת צוותים העובדים עם הציבור בתחומים השונים.
- פיתוח תשתיות סביבתיות, חוקיות, תשתית מידע, ותוכניות בשיתוף פעולה עם ארגונים רלוונטיים.

בדו"ח זה בחרנו להתמקד בתוכניות המתבצעות ברמה הארצית- במחלקה לחינוך וקידום בריאות לצד הרמה המחוזית/מקומית, בלשכות הבריאות ברחבי הארץ.

### 5.1.1.1 פעילות המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות

פעולות המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות בנושא צמצום פערים בבריאות מתוארות להלן. הסקירה מקיפה פעולות לצמצום פערים בקרב האוכלוסייה הערבית, הבדואית והדרוזית, האוכלוסייה החרדית ואוכלוסיית יוצאי אתיופיה בישראל. כמו כן, קיימת התייחסות לצמצום פערים בפריפריה הגאוגרפית והחברתית.

#### התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים - אֶפְשָׁרִיבְרִיא:

בשנת 2011, השיקה ממשלת ישראל את התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים-אֶפְשָׁרִיבְרִיא. בתכנית, משרדי הבריאות, החינוך והתרבות והספורט מובילים מאמץ לאומי לצמצום תחלואה כרונית, ע"י קידום הרגלי אכילה בריאים ופעילות גופנית ומניעת עישון. במטרה לצמצם פערים, התכנית משלבת בין מדיניות לאומית במערכות הציבוריות ויוזמות ייעודיות לאוכלוסיות פריפריאליות. התכנית מתבססת על מארג שותפים בממשלה, רשויות מקומיות, קופות החולים והחברה האזרחית.

מתוך יעדי התוכנית:

1. שיפור ההזנה במוסדות חינוך
2. הנגשת היעוץ לאורח חיים בריא לאוכלוסיות ייחודיות ו/או מוחלשות
3. הגבלת פרסום מזון בעל ערך תזונתי נמוך לילדים
4. הורדת תכולת המלח במזון
5. הנגשת מידע תזונתי באריזות מזון, מסעדות וקפיטריות
6. הורדת מחירי אוכל בריא יותר
7. העלאת ההשקעה הלאומית בשטחים ופעילויות לביצוע פעילות גופנית
8. קידום שיח ופיתוח מיומנויות בקרב אוכלוסיות ייחודיות

44% מתוך כ-33,000 משתתפים בסדנאות לחיים פעילים ובריאים המתקצבים באמצעות מבחני התמיכה של משרד הבריאות בקופות החולים, הגיעו מהפריפריה הגיאוגרפית ו/או החברתית. הקופות תוקצבו לפי דיווח על סדנאות עבור ילדים הסובלים מעודף משקל והוריהם, חולי סוכרת ומבוטחים בעודף משקל, עם תקצוב נוסף תמורת הסדנאות שהועברו באזורי פריפריה.

בעקבות אֶפְשָׁרִיבְרִיא, העבירה הממשלה את החוק לפיקוח על הערך התזונתי של המזון שמוגש ושנמכר במוסדות חינוך. משרד החינוך הטמיע את קידום הבריאות כיעד משרדי, ומתקציבו הקצה שעות העשרה בקידום בריאות לאלפי מנהלים, מורים וגננות במגזרים השונים בנושא – יותר שעות הכשרה בהשוואה לכל נושא אחר. מתוך 395 בתי ספר מקדמי בריאות בשנת הלימודים 2013-14, 30% היו בתי ספר במגזר הערבי.

במגזר החרדי, נערכו תוכניות הכשרה למורות וגננות, במטרה להכשיר צוותים חינוכיים להובלת תחום קידום בריאות במערכת החינוך החרדית. תכנון ההשתלמות וביצועה נערכו בשת"פ בין-תרבותי ורב-מגזרי, בין המחלקה לקידום בריאות, הסמינר החרדי "בית המורה - בית יעקב", משרד החינוך ועיריית בני-ברק. המשתלמות ייצגו זרמים חרדיים שונים: חסידים, ליטאים

וספרדים מכל רחבי הארץ. נלמדו מגוון נושאים שהותאמו תרבותית ולצרכי קהל היעד. בעקבות הפעילות הגיעו פניות מרשויות חרדיות נוספות להפעיל תוכנית דומה בתחומן. הוקם צוות עבודה משותף של משרדי הבריאות והחינוך שייתן מענים לצרכים השונים של קהלי היעד החרדיים.

במסגרת אֶפְשָׁרִיבְּרִיא בשנת 2014, רשויות מקומיות, לשכות הבריאות ומלכ"רים הפעילו אלפי תכניות קהילתיות בדגש על אוכלוסיות פריפריאליות, כולל מתנ"סים מקדמי בריאות, תחבורה פעילה לבתי ספר, גינות מאכל בגני ילדים, מועדוני אופניים לנוער בסיכון והנגשת חיים פעילים ובריאים למתמודדים עם מוגבלויות. מינהל הספורט השיק את התכנית "פרחי ספורט" לקידום הספורט בקרב ילדים ובני נוער, והטיל על הרשויות המקומיות את האחריות להעלות את שיעור העוסקים בפעילות גופנית. בליווי משרד הבריאות, יצרני המזון הפחיתו את תכולת המלח במוצרי בסיס, כולל בלחמים ובסלטים ארוזים.

האסטרטגיות המרכזיות שמקדמת התכנית לצמצום העישון ונזקיו מופנות לכלל האוכלוסייה, אך חלקן משפיעות באופן משמעותי יותר דווקא על אוכלוסיות מרקע סוציאקונומי נמוך. למשל, מדיניות העלאת המיסוי על מוצרי טבק הביאה לצמצום של 10% בהוצאות על מוצרי עישון במשקי בית השייכים לשני החמישונים התחתונים. בעקבות תוצאות סקר כמותי ואיכותני, בקרב גברים ערבים, מתוכנן מסע הסברה המיועד לאוכלוסייה הערבית, שיתמקד בגמילה מעישון ובצמצום החשיפה לעישון כפוי.

#### **סקרים ומחקרים:**

בסקרי אוכלוסייה בהובלת המחלקה, ובעיקר בסקר המוביל "ידע עמדות והתנהגות בריאות בישראל", הנערך פעם בשנתיים, מבוצעים שני מדגמים מייצגים של האוכלוסיות היהודית והערבית והסקר מבוצע בעברית ובערבית. בשנת 2014 נותחו הנתונים שנאספו בשנת 2013 ונכתב דוח מסכם.

#### **תוכנית ייחודית למניעה וטיפול ב HIV / AIDS בקרב קהילת יוצאי אתיופיה:**

תוכנית זו ובה מועסקים 25 עובדים ייעודיים יוצאי אתיופיה פועלת כחלק מהמחלקה. מטה התוכנית מוצב במשרד הראשי בירושלים והעובדים מוצבים בלשכות הבריאות, במרכזי האידס ובקהילה. במסגרת תוכנית זו רוב הנשאים בני הקהילה מקבלים ליווי ותמיכה ממתאמות HIV ומעובדים סוציאליים במרכזי האידס. בשנת 2014: נערכו כ- 80 סדנאות הסברה למניעת אידס בקרב האוכלוסייה הכללית של יוצאי אתיופיה, כל סדנא בת 5-8 מפגשים; שודרה טלנובלה בת 6 פרקים בשפה האמהרית שהתייחסה לכל הרבדים של בריאות הקהילה: בריאות פיזית, נפשית וחברתית; ניתנה עזרה בהקמת עמותת פעילים נשאים בני הקהילה שהתחילו בפעילויות עצמאיות לצמצום המשך ההדבקה ולהורדת הסטיגמה על הנשאים בקהילה; נערכו קבוצות תמיכה לנשאי HIV ברחבי הארץ וניתנה תמיכה בליגות כדורסל וקט רגל של בני הקהילה האתיופית. חברי קבוצות הספורט לובשים חולצות עם הסלוגן "קונדום כי אידס זה גול עצמי" ומעודדים שיח גלוי על המחלה ודרכי המניעה, כולל שימוש בקונדום.



## 5.1.1.2 פעילות לשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות

### 5.1.1.2.1 לשכת בריאות מחוזית דרום:

ד"ר זיוה שטל, מנהלת קידום בריאות

בריאות הסביבה: קידום תשתיות ביוב ברשויות הבדואיות במחוז :

- הקמת מערכות איסוף שפכים מרכזיות חדשות וביטול בורות ספיגה בשכונות מגורים ביישובים קיימים וותיקים.
- ביצוע מערכות חדשות ביישובים בדואים חדשים הנמצאים בתהליכי הקמה, לרבות מתקני קצה לטיפול בשפכים.
- קידום העסקת ועבודת התברואנים ברשויות הבדואיות להסדרת רישוי עסקים ופיקוח תברואי ברשויות אלה.
- הדרכת גננות ומטפלות בגני ילדים ברשויות הבדואיות בנושא היגיינה ושמירה על הבריאות (יחד עם המחלקה לאפידמיולוגיה - ד"ר לריסה דוחן).

לשכת פסיכיאטר מחוזי:

- הנגשה לשונית תרבותית בבדיקות אמבולטוריות לחוות דעת – עיון בפרוטוקול בית המשפט ובמידת הצורך פנייה לעורך דין. במידה והנבדק אינו שולט בשפה העברית, פונים לבית המשפט בבקשה למתורגמן.
- הנגשה לשונית תרבותית בפגישות עם משפחות או מטופלים שאינם דוברי עברית – אנשי הצוות בלשכה דוברים אנגלית וחלקם דוברי רוסית ומסייעים בתרגום. במקרה של דוברי ערבית או אמהרית נעזרים בעובדים ממחלקות אחרות.

בריאות השן:

- שרות דנטלי לתלמיד- השרות הורחב לרשויות מקומיות שנמצאות באשכול חברתי- כלכלי נמוך ו-או נמצאות בפריפריה מרוחקת: כסיפה, נווה מדבר, ערערה בנגב, תל שבע, מצפה רמון, חבל אילות. ברשויות נוספות התקיימו שיחות ופגישות לצורך הפעלת השרות בשנה"ל תשע"ה: רהט, ערבה תיכונה.
- צחצוח שיניים מודרך בגני טרום חובה: תכנית חדשה, מיועדת להקניית הרגלי בריאות בגיל צעיר מאד. לתכנית חשיבות רבה במיוחד ברבדים חברתיים כלכליים נמוכים בהם המודעות לגהות הפה נמוכה. לאחר קיום פגישות וארגון, תופעל ברשויות: אשכול, ירוחם, ערד.
- תכנית למניעת עששת אצל תינוקות ופעוטות בטיפות חלב: בוצעו הכנות, הדרכות ותיאומים לקראת הפעלת התכנית במסגרת ניסויית (פילוט) בתשע"ה. התכנית תתחיל ברהט, נתיבות, ב"ש.
- הרחבת הענקת טיפולי שיניים בסל הבריאות לילדים בפזורה הבדואית: תחילת הפעלת ניידת לטיפול שיניים לילדים, בהסדר עם שרותי בריאות כללית.

### קידום בריאות:

- מניעת ברוצלוזיס-
  - פעילות בקרב מערכת החינוך של המגזר הבדואי והדרכת צוותי החינוך (מפקחים, יועצים חינוכיים, מדריכים בחינוך המשלים, גנות, מנהלים ומורים) על המחלה ומניעתה. במטרה שהנושא ישולב בחמש השנים הקרובות במערכת הלימודים של התלמידים בבתי הספר.
  - קליטת 14 בנות שרות לאומי אזרחי בדואיות, שעברו הכשרה בנושא ומשמשות כמדריכות למניעת ברוצלוזיס לנשים הבדואיות בתחנות טיפת החלב.
- העשרת הלחם – העשרה זו מתבצעת במאפיה המודרנית ברהט, העשרה ייעודית של חומצה פולית וויטמינים ומינרלים נוספים למניעת מומים מולדים ותת תזונה. מועשרים כל סוגי הלחם שהמאפיה מייצרת (לחם לבן, אחיד, פיתות ולחמניות) והם נמכרים במחיר הרגיל שלהם ללא תוספת עלות. העשרה זו מסובסדת ע"י משרד הבריאות ובפיקוח הלשכה. מתוכנן המשך בשנת הפעילות הבאה.

#### **5.1.1.2.2 לשכת בריאות מחוזית אשקלון:**

יעל ארבלי אחות מחוזית, חנה סגל א. אחראית אשדוד ד, מרינה לוין א. אחראית אשדוד ב, אלה שושני אחות אחראית שדרות

### "התשמע קולי" תוכנית התערבות למשפחות חסרי מעמד מאריתריאה- תחנה לבריאות המשפחה

#### ב' אשדוד:

מאז העשור הראשון של המאה הנוכחית מגיעים לישראל דרך סודן ומצרים עשרות אלפי מבקשי מקלט מאריתריאה ומדינות אפריקה. קבוצה הולכת וגדלה בחרה להתאכסן בעיר אשדוד. ילדים מבוססים על ידי המדינה ומקבלים שירות מונע בטיפות חלב של המדינה. כך גם נשים הרות. הפליטים שמגיעים לארץ דוברי שפה שאינה מוכרת. השונות התרבותית בין ישראל לאריתריאה באה לידי ביטוי גם במושגים של הורות וגידול ילדים. אשר מתנגשים לעתים בקודים המקובלים בארץ ואשר מחייבים דיווח.

על רקע זה פיתחנו תכנית גישור תרבותי בטיפת חלב המרכזת את המענה המונע, לחסרי המעמד מאריתריאה ומדינות אפריקה. בהעברת התוכנית שולבו אחיות טיפת חלב ושתי מגשרות דוברות השפה הטיגרינאית, שפה ששגורה גם באוכלוסיית היעד. תכנית ההתערבות כוללת מפגשים בנושאים שזוהו על ידי האחיות והמגשרות ובהמשך נוספו נושאים שאוכלוסיית היעד ציינה כמעוניינת לקבל. הזימון למפגשים נערך באמצעות המגשרות ומצריך מספר תזכורות. הקבוצות מלוות גם בעבודה פרטנית עם מגשרת וכן נערכים ביקורי בית עם מגשרת.

הסדנאות נוחלות הצלחה רבה, עם התמדה בהשתתפות. לציין, כי השתתפו גם גברים וגם נשים וכי השמועה על קיום הסדנה עברה מפה לאוזן ושכך הגיעו אנשים שכלל לא היו רשומים. המשתתפים ציינו כי טיפת החלב מהווה עבורם בית בו הם מרגישים בטוחים לשאול את השאלות וכי הצוות משמש לא פעם פה עבורם.

### גישור תרבותי בריאותי ליוצאי קווקז/בוכרה- טיפת חלב שדרות:

בעיר שדרות קיים ריכוז גדול של משפחות יוצאות יוצא קווקז/בוכרה. אוכלוסיית יוצאי קווקז/בוכרה המטופלים כיום בתחנה כוללת ילדים שגדלו בארץ ונחשפו לתרבות הישראלית וחלקם ילידי הארץ. הם משתלבים בקבוצות לכלל האוכלוסייה ומקבלים הדרכה פרטנית בנושאים שונים ומגוונים. עם זאת ההתנהלות המשפחתית, בתחומי גידול וחינוך ילדים ותחומי בריאות עדיין מושפעת מהעברה מסורתית ומסמכות הורית של המבוגרים במשפחה על הצעירים. מתוך הכרת הצרכים מתקיימות קבוצות תמיכה וחיזוק, מותאמות תרבות וגישור לתרבות הישראלית לנשים הרות ואימהות. הועברו הדרכות קבוצתיות ופרטניות לקבוצה ייחודית זו. הנושאים הותאמו לצרכים של הקבוצה. התקיימה קבוצה לאימהות יחידניות ממוצא קווקזי בנושא התמודדות שלהן עם האימהות תוך התאמה להיבטים תרבותיים ומנטליים של יוצאי קווקז, בדגש על עזרה ושעות הפנאי, ו"אני כאימא וכאדם בפני עצמו".

בנוסף התקיימה קבוצת סבתות שקיבלו הדרכה לגבי תזונה, סימון תזונתי ופעילות גופנית בגיל השלישי והתמודדות עם הורים מהדור שגדל והושפע בארץ.

מתוך העבודה עם האוכלוסייה זו אנו מתרשמות מאתגרים חדשים: כגון גישור על פערים בין בני הזוג על רקע היטמעות בחברה הישראלית אל מול הרצון לשימור התרבות של ארץ המוצא, כאשר שני בני הזוג מאותו המוצא; זאת בהשוואה לשנים הקודמות שהפערים היו בין בני הזוג לבין הוריהם. בנוסף ישנם זוגות מעורבים- בן זוג ישראלי ובן זוג ממוצא קווקזי/בוכרי, שגם בקרבם ניתן לזהות פערים על רקע תרבותי. הדבר בא לידי ביטוי בהיבטים שונים מהם- היחסים הזוגיים, הטיפול בתינוק, חינוך הילדים. אתגר נוסף הוא מעורבות הסבתות בחינוך הילדים כי יותר ויותר אימהות עובדות או לומדות.

### בריאות וגישור תרבותי לקליטה בארץ עולי אתיופיה במרכז איבים- תחנת טיפת חלב שדרות:

במרכז איבים נקלטה קבוצה גדולה של כ- 500 משפחות עולות מאתיופיה. צוות הסיעוד בלשכת הבריאות מחוז אשקלון נערך לקליטה בריאותית מידית והמשך הפעילות נעשית במרכז הקליטה עצמו ובתחנת טיפת חלב בשדרות.

במשך שנת העבודה נערכו מפגשים קבוצתיים שהופעלו בתוך מרכז הקליטה על ידי אחיות בריאות הציבור, מגשרות לעדה האתיופית ואם הבית של מרכז הקליטה. נדונו בהם נושאים בסיסיים מתחום בריאות הילד והאם, היגיינה, תזונה, הריון ולידה, גרייה התפתחות, מניעת מחלות בכלל ומניעת מחלות עונתיות ועוד.

מאחר ובקבוצה גם ילדים רבים בגילאי בית הספר נערכו ימים מרוכזים של השלמות חיסונים על פי גיל, וההורים קיבלו הסבר על שירותי הבריאות לתלמיד סל השירותים והצהרות הבריאות.

בקיץ 2013 התקיימו קבוצות הדרכה בנושא הפוליו, מניעת מחלות מעיים וחשיבות החיסון.

בקיץ 2014 במהלך מבצע "צוק איתן" נערכו קבוצות בתחומי התמודדות ילדים עם דחק וחרדות, בהנחיית אחות בריאות הציבור ומגשרת.

**"אני חדש בארץ" - פעילות קידום בריאות וגישור תרבותי לעולים מצרפת- טיפת חלב ד אשדוד בשיתוף עם המחלקת לעבודה קהילתית בעיר :**

העיר אשדוד היא עיר מטרה של עולים מצרפת. בשנה האחרונה מתגברת ההגירה לעיר. מדובר באוכלוסייה בעלת מודעות לצריכת שירותים המגיעה באופן עצמי לטיפת החלב. צוות טיפת חלב, בהם אחיות דוברות צרפתית, זיהה צרכים ייחודיים של קבוצת מהגרים זו וכן שוני תרבותי בהתייחסות לגידול ילדים, היבטים חינוכיים ובריאותיים, מקומו של הילד במשפחה, גרייה, תזונה ועוד.

הצוות נערך יחד עם המחלקה לעבודה קהילתית של הרשות – התוכנית הביתית לדוברי צרפתית והקים פעילות קבוצתית להורים, ולנשים הרות. המפגשים מונחים על ידי אחיות בריאות הציבור ועובד קהילתי ומגשרת. על פי בקשות המשתתפים מוספים מפגשים ותכנים.

המפגשים התקיימו בטיפת חלב ונדרשה השקעה רבה בזימון ובתזכור. על מנת להפוך את המפגשים לאטרקטיביים שולבו במפגשים תכנים של קשר באמצעות מגע, הכנת משחקים באמצעים ביתיים וארוחת בוקר בריאה.

בעיר נערך יריד לדוברי צרפתית. אחיות בריאות הציבור השתתפו ביריד בתחומי שירותי הבריאות המונעים בישראל ושירותי הבריאות לתלמיד, בטיחות בבית ברכב ובחצר, בריאות השן ותזונה.

בעיר התקיים פאנל בנושא קליטת עליית צרפת וגם שם אחיות בריאות הציבור השתתפו.

לקראת שנת 2014-15 נערכה העיר לקליטה גדולה של משפחות מצרפת. הקשר ושיתוף הפעולה ימשכו וכן הפעלת הקבוצות. כמו כן מתוכננות קבוצות הכנה ללידה והורות בצרפתית.

**5.1.1.2.3 לשכת בריאות מחוזית חיפה :**

ליאורה גולדמן- לשכת בריאות מחוזית חיפה, משרד הבריאות

תכניות קידום בריאות ברמה קהילתית לאוכלוסיות מוחלשות בחברה הוא אחד מיעדי הליבה של התפיסה של קידום בריאות בכלל ושל שירותי בריאות הציבור בפרט. על בסיס הערך של צמצום פערים לשכת הבריאות המחוזית חיפה החליטה באופן עקרוני, לאורך כל השנים, להוביל ולהיות שותפה בעיקר בתכניות קידום בריאות (אלו שממומנות על ידי שירותי בריאות הציבור וגם אלו שלא), המתמקדות באוכלוסיות מוחלשות בחברה- החברה הערבית, במיוחד בתכניות לנשים, אנשים עם צרכים מיוחדים וקשישים.

תכניות קידום בריאות שבוצעו בשנת 2013 :

**פיתוח מנהיגות נשים בתחום הבריאות במטרה להביא לקידום אורח חיים בריא בקרב נשים בקהילה:** הופעלו שתי תכניות קידום בריאות לנשים נפרדות בשני ישובים ערבים באום אל פאחם ובמייסר. שיעורי השמנה גבוהים במיוחד בקרב נשים בחברה הערבית. לאשה תפקיד מכריע בקביעת סל הקנייה של המזון והתפריט המשפחתי. בשני היישובים תוכננה והופעלה התכנית עם הנשים בקהילה. בכל ישוב הוקמה קבוצת מנהיגות נשים שהסכימה להוביל מהלכים בקהילה

לקידום בריאות הנשים. קבוצות נשים אלו, בתוך כל יישוב בנפרד, עברו תהליך העצמה שכלל העלאת תחושת המסוגלות שלהן, מתן ידע ומיומנויות להובלת תכניות קהילתיות בתחום הבריאות. היעד הסופי של הנשים המנהיגות הוא לבצע חוגי בית לנשים בנושא של אורח חיים בריא.

יעדים שהושגו בתכנית באום אל פאחם (שנתה השנייה של התכנית):

1. גיוס ובניית גרעין קבוע של קבוצת מנהיגות מתנדבות לתחום הבריאות, המונה 20 נשים מן הקהילה.
2. המנהיגות הובילו 11 חוגי בית כאשר כל חוג בית נפגש בין 3-4 פעמים ומנה בין 15-20 נשים.
3. למעלה מ- 60% מהנשים שהשתתפו בחוגי הבית עשו שינוי אחד לפחות בהרגלי הבריאות שלהן/גם של משפחתן.
4. המנהיגות יצרו חומרי הסברה מותאמים לתרבות המקומית.
5. נבנה אוגדן של תכני ההכשרה המשמש בסיס למנהיגות להדרכה בחוגי הבית.
6. הרשות המקומית לקחה אחריות גם על השתתפות במימון התכנית.

יעדים שהושגו בתכנית במייסר (שנתה הראשונה של התכנית):

שתי התכנית זו של אום אל פאחם ומייסר זהות בעקרונות אך בעלות צביון שונה בגלל השונות בין שתי הקהילות:

1. גיוס ובניית גרעין קבוע של קבוצת מנהיגות נשים מתנדבות המונה 15 נשים.
2. הכשרת הנשים להוביל תהליכים קהילתיים בתחום הבריאות - הכשרה בת 100 שעות.
3. כל 15 הנשים עשו לפחות שני שינויים בהרגלי הבריאות שלהן.
4. המנהיגות לקחו על עצמן לקדם מגעים עם וועד היישוב והמועצה המקומית להכשרת מסלול הליכה ביישוב ולקחת חלק פעיל באירועי הבריאות ביישוב.
5. קבוצת המנהיגות החלה בחוגי בית בשנת 2014.

הצלחות וקשיים: מה אפשר הצלחה בשתי התכניות? המוטיבציה של נשים בשני היישובים להרחיב את השפעתן בקהילה, פתיחות גדולה יותר בהשוואה לעבר של החברה הערבית לאפשר לנשים לפעול ברמת הקהילה הרחבה, התגייסות הרשות המקומית ושותפים נוספים ומימון התכנית על ידי המשרד. קשיים: מייסר הינו ישוב קטן עם פיקוח חברתי גבוה, לכן הנשים בהשוואה לנשים באום אל פאחם חוששות יותר לבצע פעילויות קהילתיות מעבר למסגרת החמולה שלהן וכן עלו קשיים בשני היישובים בשימור קבוצת המנהיגות שהינן מתנדבות לאורך זמן.

קידום בריאות בשלושה הוסטלים של פגועי נפש, שנה ראשונה של התכנית: קבוצת יעד- הצוותים בהוסטלים המהווים סוכני שינוי ואוכלוסיית הקצה- דיירים בהוסטלים.

יעדים שהושגו בשנת 2013:

1. בניית צוות היגוי שנועד להוביל תכנית קידום בריאות לצוותים ולדיירים המורכב מהנהלת הארגון, מנהלי הוסטלים ונציגי הדיסציפלינות השונות המרכיבות את הצוותים
2. איסוף נתונים במטרה לתכנן תכנית המתאימה למאפייני וצרכי הארגון. איסוף הנתונים כלל אבחון תהליכים בארגון הרלוונטיים ליישום התכנית, בדיקה של הרגלי הבריאות של

הצוותים והדיירים וכן כלל את בדיקת מידת המוכנות והמסוגלות של הצוותים להשפיע על הרגלי הבריאות של הדיירים.

3. גיוס הצוותים לנושא.

4. הגדרת יעדים להשגה לשנת 2014 גם בהעדר מימון לתכנית.

הצלחות וקשיים: מה אפשר הצלחה? התגייסות מחלקת בריאות הנפש במחוז לתכנית, מוכנות מנהלת ההוסטלים להוביל את האתגר וגיוס סטאגירים לתזונה, במסגרת התמחותם, להדרכת הצוותים. קשיים: ההוסטלים היו עד לפני שנתיים בבעלות בית החולים שער מנשה ולכן המעבר של העובדים מגישה טיפולית לגישה משקמת הייתה ועדיין מורכבת. בנוסף ההנהלה היא חדשה ודרכי העבודה לא היו מגובשות. הקושי הנוסף שעלה הוא היעדר מימון.

קידום בריאות הפה והשיניים של קשישים בבית אבות (שנה שנייה של התכנית): קבוצת יעד- צוותים מקצועיים והמטפלים הלא מקצועיים המטפלים בקשישים ואוכלוסיית הקצה- הקשישים הגרים בבית האבות. הפעילות- השפעה על שינוי מדיניות של הארגון, הכשרת הצוותים בנושא, טיפול בהתנגדויות והדרכה לקשישים ולמשפחות.

יעדים שהושגו בשנת 2013:

1. כתיבת נוהל סיעודי פנימי חדש, המגדיר את תפקיד האחות בשמירה על בריאות הפה והשיניים ויישומו.
2. הנהלת בית האבות התחייבה להעסיק שיננית באופן קבוע לבדיקה תקופתית של הקשישים פעמיים בשנה.
3. בחירת ספק מקצועי וזול יותר משהיה בעבר לטיפול בבריאות השיניים והפה של הקשישים על ידי רופא השיניים המחוזי.
4. הכשרת הצוותים לקידום בריאות הפה והשיניים שלהם ושל הקשישים שבטיפולם.

הצלחות וקשיים: גורמים שאפשרו הצלחה? מוטיבציה גבוהה של מנכ"לית בית האבות להטמעת הנושא, הובלת התכנית בשיתוף עובדות ממחלקה הגריאטרית במחוז אשר בעלות ידע ומיומנויות בקידום בריאות ובעלות מוטיבציה להוביל שינויים בבתי אבות ומימון התכנית על ידי המשרד. קשיים: התנגדות הצוותים להרחבת התפקיד שלהם.

מהלכים נוספים של הלשכה במטרה להביא לצמצום פערים: מקדמת הבריאות מלווה את הרשות המקומית בבקשה בפיתוח תכניות קידום בריאות בקהילה וכן ממשיכה ללוות תכנית קידום בריאות שמימון על ידי המשרד הסתיים- כמו התכנית לקידום בריאות של אנשים עם צרכים מיוחדים הגרים במערכי דיור מוגן.

#### **5.1.1.2.5 לשכת בריאות מחוזית ירושלים:**

ד"ר חן שטיין-זמיר, רופאת המחוז

**רקע כללי:** קידום בריאות האוכלוסייה ע"י ניטור מצבי בריאות והערכתם, צרכי בריאות ושירותי בריאות, פעילויות לצמצום פערים ואי שוויון בבריאות ומניעת סיכונים בריאותיים הקשורים לחשיפות סביבתיות, הינם מתפקידי הליבה של משרד הבריאות, באמצעות שירותי בריאות הציבור ולשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות ברחבי הארץ.

לשכת הבריאות המחוזית ירושלים משרתת אוכלוסייה של למעלה מיליון נפש המתגוררים ב-111 ישובים השייכים ל-16 רשויות מקומיות, עיריות ומועצות מקומיות בפריסה גיאוגרפית נרחבת הכוללת את העיר ירושלים, אזור שפלת יהודה והרי יהודה, בקעת הירדן, מגילות ואזור יהודה עד הר חברון. הרכב האוכלוסייה במחוז ירושלים הינו הטרוגני מבחינה לאומית, דתית וחברתית-כלכלית. אוכלוסיית מחוז ירושלים שמונה כ-1.1 מיליון נפש מהווה כ-14% מכלל אוכלוסיית ישראל.

**תוכנית לעולי אתיופיה בעיר בית שמש** - PACT (Parents and Children Together): פרויקט זה מיועד לקדם ילדים בגיל הרך, בני העדה האתיופית, על מנת לחזק את השתלבותם בחברה, וזאת על רקע פערי השפה והתרבות של העולים. התוכנית פועלת בשתי טיפות חלב בעיר בית שמש באמצעות שתי מגשרות מהקהילה האתיופית ובשיתוף צוות האחיות והיועצת בטיפות חלב.

**התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון**: פועלת בבית שמש, ביתר עילית, טלזסטון, עין נקובא, אבו גוש וקרית ארבע. המיקוד על ילדים בסיכון מלידה עד גיל 3 שנים והוריהם.

**צמצום פערים בנושא תחלואה זיהומית**: עידוד התחסנות במגזר החרדי ומניעת תחלואה במחלות מדבקות. קיים שיתוף פעולה עם ראשי הערים והמועצות במחוז על מנת לקדם נושא זה. אנו עומדים בקשר עם שירותי בריאות הציבור בעיריית ירושלים, מחזיקי תיק הבריאות בערים ביתר עילית ובית שמש, עמותות ומוסדות רפואה בקהילה. נערכו ימי מבצע למתן חיסונים במגזר החרדי בערים ירושלים, ביתר עילית ובית שמש תוך שיתוף פעולה מלא עם הגופים הנ"ל.

**קידום בריאות השן באוכלוסיות בסיכון**: הדרכה במוסדות גריאטריים ובטיפות חלב.

**תוכניות בבריאות הנפש**: קידום בריאות למתמודדים בהוסטלים לבריאות הנפש.

**תוכנית להנגשה תרבותית ולשונית**: החזון- צמצום פערים בנגישות לשונית לשירותי בריאות, אבטחת איכות בטיפול לכל אוכלוסיית הפונים. מטרות: א. שיפור הנגישות התרבותית והלשונית של מערכות הבריאות והתאמתה לשירותים הניתנים ע"י לשכת הבריאות המחוזית ירושלים, תוך חיזוק היכולת לספק שירותים לאוכלוסייה בכל העשייה הארגונית; ב. צמצום פערים בבריאות בין מגזרים שונים, תוך העצמת כלל הקבוצות החלשות הנמצאות בסיכון.

תיאור הפעילויות:

- השתתפות שתי אחיות בכירות בקורס השני של המשרד הבריאות המיועד לאחראים תחום הנגשה תרבותית ולשונית בקהילה (הקורס הראשון היה מיועד לעובדי בתי חולים).
- התכנית הוצגה לרופאת מחוז במרץ 2014 ולכלל רופאי הלשכה באפריל ולהנהלה מורחבת במאי 2014. בהמשך הוקמה ועדת היגוי לשכתית המורכבת מצוות רב מקצועי. כחלק מהמשך חשיבות הנושא הוזמנה להרצאה במסגרת ההנהלה המורחבת, אחות מהמגזר החרדי שנתנה דגשים לטיפול מונגש תרבותי ולשוני המותאם לאוכלוסייה החרדית.
- בין אוגוסט - ספטמבר 2014 נפתח קורס ראשון להדרכת מנחים משירותי הבריאות ונשלחה נציגה מהוועדה לקורס על מנת לעבור הכשרה כמנחת סדנאות לעובדי לשכת הבריאות.

יעדים ופעילויות המתוכננות להמשך- החל מדצמבר 2014:

- סדנאות לצוותים מקצועיים מתוכננים לנובמבר ודצמבר 2014 בהנחיית הנציגה שהוכשרה.
- מיפוי פערים לשוניים ותרבותיים לפי מחלקות בתוך לשכת הבריאות וטיפות חלב.
- מיפוי המשאבים הקיימים בדבר שפות מדוברות בקרב עובדי הלשכה.

- תכנון סדנאות לצוותים בטיפות חלב בעיר ירושלים על מנת לסייע בשיפור השירות הניתן לאוכלוסיית המטופלים, לפעול לצמצום פערים ולקידום הנגישות למטופלים מקבוצות חברתיות שונות.
- קביעת לוח זמנים לביצוע העקרונות הרשומים בחוזר מנכ"ל - לפי המשאבים הזמינים.

#### הצלחות:

- מינוי ועדת היגוי בלשכת הבריאות.
- השתתפות נציגי לשכת הבריאות בקורסי הכשרה להנגשה תרבותית ולשונית.
- מתוכננים סדנאות לצוותי הבריאות.

#### אתגרים:

נתבקש תקציב עבור הנושא. לאור המצוקה התקציבית לא נקבל את התקציב המבוקש, וכחלופה נשתמש בעובדי הלשכה המדברים במספר שפות.

#### לסיכום:

בלשכת הבריאות מתקיימות מספר רב של תוכניות לצמצום פערים אשר מבחר מתוכם פורט לעיל.

#### 5.1.1.2.6 לשכת בריאות מחוזית מרכז:

ד"ר עפרה חבקין, רופאת המחוז

מחוז המרכז, המחוז הגדול בארץ, משתרע על פני חבל ארץ נרחב מגבולה הצפוני של אשדוד, חובק את מטרופולין גוש דן, ועד גבולה הדרומי של חדרה בצפון. במזרח מהווה ה"קו הירוק" את גבול השירות הרשמי אך בפועל כלולות גם המועצות האזוריות "שומרון" ו-"מטה בנימין". בתחומי המחוז מתגוררים למעלה מ-2 מיליון תושבים.

מחוז המרכז מאופיין בשונות חברתית גבוהה: שכבות מבוססות לצד שכבות חלשות, עולים חדשים ותושבים ותיקים, יהודים ובני דתות אחרות, דתיים וחילוניים, ישובים עירוניים מפותחים לצד ישובים כפריים טעוני טיפוח, צורות ישוב שונות: ערים, כפרים, מושבים וקיבוצים.

תיאור הפעילויות: במחוז מופעלות מספר פעילויות התמודדות עם אי-השוויון. נושא התאמה והנגשה תרבותית הפך לחלק בלתי נפרד מפעילויות השגרה במחוז המרכז. להלן פירוט הפעילויות בנושא צמצום פערים:

הנגשה לשונית ותרבותית: בצוותים של לשכות בריאות במחוז המרכז עובדים דוברי שפות שונות: רוסית, ערבית, אמהרית, אנגלית וצרפתית. צוות המטפלים טיפות חלב במחוז המרכז נקבע בהתאם לאוכלוסיית המטופלים (שפתי ותרבותי): מגזר ערבי, חרדי, עולים חדשים או עובדים זרים ומהגרים.

כל ההדרכות הניתנות לאימהות / הורים בטיפות חלב מותאמות תרבותי ולשוני לאוכלוסיית היעד, כולל ליווי במידת הצורך, תיווך מול גורמי החוץ וסיוע אחר. כמו כן, בכל הנפות ישנן

מגשרות, דוברות שפות ערבית ואמהרית, העובדות בתחום שחפת וAIDS, סיוע סוציאלי ועוד.

בכל יחידות המחוז נעשה שימוש בשירות התרגום הטלפוני של משרד הבריאות \*5114.



**מידע למטופל:** שילוט ומידע בלשכות בריאות ובתחנות טיפות חלב מותאמים להרכב הלשוני של הקבוצות העיקריות המקבלות שירות, בעיקר בשפות עברית, רוסית, ערבית ואמהרית. בנוסף, קיים מידע בנושאי קידום בריאות, רפואה מונעת, אלימות במשפחה ועוד, בשפות עברית, ערבית, רוסית ואנגלית, תוך התאמה תרבותית של החומר בהתאם לקהל היעד.

**פעילות לקידום בריאות:** במחוז נערכים הדרכות ומפגשים רבים ומגוונים למטרות קידום בריאות המטופלים תוך הכוונה למגזרים השונים בציבור והתאמה לשפתם, צרכיהם ותרבותם. לדוגמה, בטיפות חלב של מחוז המרכז מתקיימות קבוצות הדרכה ייחודיות לאימהות דוברות אמהרית, ערבית או רוסית בנושאים שונים: תזונה נכונה, קשר עם ילד באמצעות מגע, מניעה תאונות בית וחצר ועוד; בנפת רמלה במועדוני קשישים הופעלה תכנית קידום בריאות "שפת בריאות", על מנת לקדם את ההרגלים התזונתיים ולעודד לפעילות גופנית; בנפת השרון נערכו הדרכות קבוצתיות בנושא "תזונה נכונה ובישול בריא" לאוכלוסייה האתיופית; בנפת רחובות פועלת תוכנית לאוכלוסייה אתיופית במטרה להוריד את השיעור הילדים עם עיכוב שפתי ומוטורי ולשפר קשר הורה – ילד; בנפת פתח תקווה מופעלת תכנית "צעדים בריאים" המכוונת לילדים ונוער בסיכון במגזר חרדי וערבי.

**חינוך והכשרה של צוותים רפואיים:** במסגרת ימי עיון של משרד הבריאות רופאי טיפות חלב עברו הכשרה בנושא מאפיינים תרבותיים ולשוניים בקרב יוצאי אתיופיה. נפת רמלה בשיתוף פעולה עם אוניברסיטת בר אילן ומרכז הגישור בלוד, קיימה הכשרה מיוחדת למגשרות העובדות בטיפות החלב.

**תכניות לעתיד:** מחוז המרכז מתכוון להגביר פעילות מול מנהיגים חברתיים ודתיים לשיתוף פעולה לקידום בריאותם של תושבים מקבוצות חברתיות שונות.

#### **5.1.1.2.7 לשכה בריאות מחוזית תל-אביב:**

*ד"ר רבקה שפר, רופאת המחוז, ד"ר שרית רחמני, אחות מפקחת מחוזית*

הפעילות הכוללת ביותר בתחום צמצום פערים בבריאות מתמקדת במחוז תל אביב ב-2 תחומים עיקריים: פעילות סל שיקום לנכי הנפש והשירות בתחנות לבריאות המשפחה לתינוקות ונשים הרות.

#### **פעילות סל שיקום:**

רקע כללי: מחלקת סל שיקום בלשכת הבריאות ת"א רואה בצמצום הפערים במערכת הבריאות את אחד הנושאים המרכזיים בתהליך ההחלמה של המשתקמים. המחלקה נותנת שירותים לכ-7000 איש בכל המחוז ומתמקדת בשילוב נכי הנפש בקהילה בכל תחומי החיים: השכלה, תעסוקה, דיור, חברה ופנאי.

תיאור הפעילויות:

1. השכלה והעשרה

ההשכלה וההעשרה ניתנת באופן מותאם אישית ליכולותיו וצרכיו של המשתקם ובליוי של הצוות לאורך תקופת הלמידה: השלמת 12 שנות לימוד, קורסי מחשבים, אולפן, לימודי השפה האנגלית, שילוב בקורסי העשרה באוניברסיטה, מכינה ללימודי הכנה ללימודים גבוהים. ראוי לציין התמקדות באוכלוסייה החרדית שבה השלמת השכלה פותחת בפני המשתקמים צוהר תעסוקתי, חברתי ותרבותי.

## 2. צמצום פערים כלכליים

מהות השיקום היא לאפשר השתלבות בתעסוקה בשוק החופשי עם שכר מותאם או שכר מינימום ומיצוי זכויות המשתקם כעובד. המתמודדים מקבלים סיוע בתעסוקה נתמכת באמצעות אנשי מקצוע שונים אשר מלווים את המתמודד משלב חיפוש העבודה, השמה וליווי במקום העבודה לשם יצירת יציבות ובהמשך הפחתת הפערים הכלכליים.

## 3. צמצום פערים בתחום החברתי

סל שיקום מציע שירותים מגוונים שמטרתם לשפר מיומנויות חברתיות ותקשורת בין אישית. השירותים הניתנים כוללים: שירות חונכות, מועדונים חברתיים ופעילות פנאי במתנ"סים (בתי קפה, שיתוף בחוגים בקהילה, בית ספר רימון, מנשר - בית ספר לקולנוע, וסמינר הקיבוצים). כן מתקיים שילוב צעירים בפעילות עמותת "אתגרים" המביאה להעצמת תחושת מסוגלות ושייכות לחברה.

## פעילות מתוכננת:

בשנת 2015 אנו מתכננים להמשיך לפעול בכל התחומים שפורטו לעיל וכן לפתח תוכניות חדשות:

1. ייפתח קורס מחשבים לגברים באוכלוסייה החרדית.
2. ייפתח קורס מחשבים בשיתוף עם "מחשבה טובה". הפרויקט 'לגלוש בלי לחשוש' הוא קורס מחשבים משולב (פגועי נפש ומשתתפים מכלל האוכלוסייה) בסגנון חוג חברתי התורם גם לשיפור התפקוד החברתי.
3. בימים אלו נפתח בבני ברק מכון הכוון תעסוקתי בשיתוף עיריית בני ברק, משרד הכלכלה והגיוינט. הפרויקט כולל קורסים מקצועיים מגוונים. החל משנת הלימודים הנוכחית ישולבו במרכז מתמודדים במטרה לאפשר שילובם עם האוכלוסייה ורכישת מקצוע.

## פעילות בתחנות לבריאות המשפחה:

רקע כללי: אוכלוסיית מחוז תל אביב הינה הטרוגנית וכוללת בתוכה: עולים מאתיופיה, מהגרי עבודה, אוכלוסייה חרדית (בעיקר בעיר בני ברק). בתחנות לבריאות המשפחה מושם דגש על שיפור הנגישות התרבותית.

## תיאור הפעילויות:

1. פעילות באוכלוסייה החרדים:
  - התאמה תרבותית של השילוט בתחנות בעיר בני ברק והוצאת הנחיות לכללי לבוש הולמים לצוותים הנותנים שירות לאוכלוסייה חרדית.
  - נפתחו שדות קליניים בטיפות החלב במחוז לביה"ס לסיעוד "מכון טל" המכשיר אחיות מוסמכות מהמגזר החרדי במטרה לסייע בגיוס כוח אדם ממגזר זה לתחנות טיפות החלב במחוז.

- גיוס אח לעבודה בתחום בקרה בבתי ספר חרדיים לבנים שהתנגדו לכניסת אחות בקרה.
- 2. פעילות באוכלוסייה האתיופית :
  - הרצאה של אחות טיפת חלב בסדנא למשפחות יוצאות אתיופיה בנושא קידום בריאות ומניעה.
  - הועמקו הקשרים עם המגשרים החברתיים של הרשויות המקומיות לשיפור תקשורת עם האוכלוסייה.

### 3. פעילות באוכלוסיית מהגרי עבודה :

- העסקת מגשר ממוצא אריתראי שמצטרף לכל החקירות האפידמיולוגיות, כולל ביקורי הבית, בקרב חולים ומגעים של חולי שחפת ומחלות זיהומיות אחרות באוכלוסייה זו.

### פעילות מתוכננת :

- 1. לאוכלוסייה החרדית :
  - ימי עיון לצוותי טיפות חלב המספקים שירותים לאוכלוסייה החרדית במחוז על הקשר בין תרבות החברה ובריאות.
  - פתיחת קבוצת מיקוד בקרב נשים חרדיות לאיתור צרכים הקשורים בהתאמה תרבותית של השירות.
- 2. תכניות קידום תזונה בריאה במועדוניות בעיר בני ברק וחולון לאוכלוסייה בסיכון.
- 3. יישום נוהל "איתור נשים בסיכון לדיכאון לאחר לידה" בשפות נוספות לקיום פעילויות בשפות (עברית, אידיש, ערבית).

## 5.1.2 מינהל רפואה :

### צמצום פערים בדרום - הועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום :

לאור החלטות הממשלה בעשור האחרון לפעול לקידום פיתוח הנגב ובעקבות מעבר צה"ל דרומה והתהליכים הדמוגרפים (גידול טבעי והזדקנות כלל האוכלוסייה לרבות האוכלוסייה הבדואית) נדרשת מדינת ישראל לתת מענה רפואי איכותי לאוכלוסיית הנגב. לפיכך, בחודש מרץ 2014 מינו שרת הבריאות הגב' יעל גרמן ומר הראל לוקר, מנכ"ל משרד ראש הממשלה, ועדה בין משרדית שתמליץ על פיתוח רפואה איכותית בנגב. הועדה בראשותו של פרופ' ארנון אפק, סקרה באופן מקיף את כל תחומי הרפואה בדרום לקבלת תמונה שלמה ומלאה. במסגרת זו נסקרו שירותי הקהילה, טיפות החלב, התפתחות הילד, שירותי האשפוז, שיקום, בריאות השן, מד"א, בריאות הנפש, מוקדים לרפואה דחופה, הוראת הרפואה וכח האדם הרפואי בדרום. בפני הועדה הופיעו מומחים ואנשי המקצוע האחראים על התחומים. בנוסף, הופיעו גם ראשי העיריות והמועצות: באר שבע, עומר, אשכול, רהט, להבים, בני שמעון וערבה תיכונה שהציגו את מערך הרפואה בתחומי אחריותם.

הועדה מצאה כי במרבית התחומים קיימים חסרים משמעותיים. הועדה המליצה על תכנית לפיתוח ותכנון שירותי הבריאות בנגב במטרה לספק שירותי רפואה איכותיים שיצמצמו את הפערים הקיימים כיום. להלן ההמלצות המרכזיות של הועדה :

1. חיזוק ביי"ח סורוקה כמענה רפואי אשפוזי מידי בנגב עד שנת 2025, וזאת ע"י תוספת של כ- 300 מיטות בסורוקה.
2. תכנון ביי"ח נוסף ציבורי בעיר באר שבע כמענה לגידול והזדקנות האוכלוסייה. ביי"ח יפעל החל משנת 2025.
3. חיזוק המענה בתחום השיקום בדרום ע"י הוספת מחלקות לשיקום מידי בסורוקה ובברזילי, ומחלקות לשיקום כרוני ב"עלה נגב".
4. בינוי וחיזוק טיפות החלב לאור הצורך לתת מענה לאוכלוסייה צעירה.
5. פתיחת מוקדי לילה כמענה לאוכלוסייה בפיזור רחב בנגב, וכך למנוע הגעה למיון סורוקה ולהקל על המיון היחידי בנגב.
6. חיזוק כ"א מקצועי (אחיות ורופאים) ע"י קורסים ייעודיים ומענקים, וכן הגדלת מספר הלומדים רפואה באוניברסיטת בן גוריון.  
שש ההמלצות אומצו ע"י ממשלת ישראל.

בתאריך 23.9.214 החליטה ממשלת ישראל (במסגרת החלטת ממשלה מס' 2025 - "תכנית רב שנתית לפיתוח הדרום") להקצות כ- 100 מיליון ש"ח לפיתוח מערך הרפואה בנגב.

### 5.1.3 אתגרים ודוגמאות לתוכניות לעתיד - משרד הבריאות:

תוכניות המשרד לעתיד כוללות, בין היתר:

- הטמעת הכשרות בנושא כשירות תרבותית בקרב מטפלים בקהילה ובמערכת האשפוז ובקרב סטודנטים למקצועות הבריאות (באמצעות ערכת ההדרכה של המשרד שהושקה לא מכבר ובהמשך גם באמצעות לומדה ממוחשבת הנמצאת בהליך פיתוח)
- פיתוח מערך הנחיות והכשרות בתחום הכשירות התרבותית בבריאות הנפש
- הכללת נושא הכשירות התרבותית והלשונית במודל הפרמיה של בתי החולים הממשלתיים בכל הקשור ברשלנות רפואית: המשרד החל לבחון אפשרות לשינוי מודל הפרמיה בשנת 2015/6
- העמקת הבקורות בתחום הכשירות התרבותית של מוסדות בריאות בישראל ופרסום משווה של הממצאים
- מיפוי ואיתור פערים בזמינות תשתיות בתוך ערים בפריפריה החברתית (למשל הבדלים בין דרום תל-אביב לצפון תל-אביב)
- מיפוי חסרים ותת-ייצוג של עובדים מקצועות מיעוט שונות במערכת הבריאות ובניית מדיניות לקידום הייצוג ההולם במקצועות בריאות שונים וכן בתפקידי מטה המשרד

- פרסום וליווי מבחני תמיכה (6-2015): המבחנים יהיו משותפים לצמצום פערים בבריאות ולחינוך וקידום בריאות
- ליווי ותמיכה של מספר רשויות מקומיות בבנייה והוצאה לפועל של תוכנית אסטרטגית לצמצום פערים בבריאות בתוך הרשות
- בחינת תהליכים, פעולות, הנחיות המשרד דרך הפריזמה של צמצום פערים וגיבוש הנחיות והמלצות למערכת הבריאות (Health-equity in all policies), לדוגמא: בחינה מחדש של הגדרות זכאות לשירותים, מכרזים, תמיכות, פרסומים, חוזרים והליכים פנים ארגוניים
- המשך ליווי החלטת ממשלה 2/14 בנושא גיבוש ויישום מדיניות לשילוב המיטבי של יוצאי אתיופיה
- בניית מערך קבוע של מפגשים לצורך איגום משאבים ובנייה וליווי שת"פים מקדמי צמצום פערים עם משרדי ממשלה נוספים.

פעילות נוספת שמקדם תחום תכנון מדיניות במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי הוא פיתוח מדיניות לצמצום פערים בבריאות בהקשר להזדקנות האוכלוסייה: מדיניות זו תכלול התייחסות רחבה להיבטים של רווחה ובריאות- על פי המתווה לרפורמה בביטוח הציבורי בתחום הסיעוד (טוביה חורב, ניר קידר, עידן הרשקוביץ, 2011). קווי המדיניות יכללו התייחסות לעיצוב מתן השירותים לקשיש על פני רצף בית החולים-קהילה, בדגש על היחידות לטיפול בית ומדיניות "ההישארות במקום" - "Aging in Place", המקובלת במדינות המפותחות. כדי לאפשר "הזדקנות במקום", יש להימנע מאשפוז ככל שניתן על ידי פיתוח של חלופות בקהילה, במסגרת הבית. כדי לאפשר קיום בכבוד, יש להתגבר על הפיצול הרב בין השירותים השונים במשרדי הממשלה. קווי המדיניות שמפתח מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, יכללו התייחסות לכך וכן המלצות הנוגעות לסל שירותים ייחודי לקשיש, אשר יכיל זכויות וזכאויות בבריאות ורווחה, אותו על המדינה להנגיש באופן פרואקטיבי.

## 5.2 קופות החולים

ראויה לציון ולשבח פעילותן הענפה של קופות החולים בתחום צמצום פערים בבריאות. הקופות, כל אחת בדרכה המיוחדת, נקטו ביוזמות רבות ומגוונות לקידום הנושא, והתוצאות ניכרות בשטח. לוח זה, אשר מציג שורת מדדים לאפיון מעמדה החברתי-כלכלי של אוכלוסיית המבוטחים, אמור לסייע במתן רקע לפעילות של הקופות בתחום צמצום פערים בבריאות על רקע הבדלים חברתיים-כלכליים.

מבוטחים בקופות חולים לפי מאפיינים נבחרים 2013

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	סה"כ	
717.8 8.9	1,100.0 13.7	2,011.8 25.0	4,215.1 52.4	8,044.6 100	סך הכל מספר מבוטחים* אחוז המבוטחים
<b>הרכב מבוטחים</b>					
31.4	29.1	33.1	34.2	33.9	הגיל הממוצע
<b>מאפייני ההכנסה של המבוטחים</b>					
6,991	8,225	9,805	7,724	8,183	הכנסה ממוצעת לחודש עבודה <sup>1</sup> , 2012
44.4	42.2	35.3	41.8	40.4	אחוז המשתכרים: - עד שכר מינימום - משכר ממוצע עד - פעמיים השכר הממוצע - מעל 4 פעמים השכר הממוצע
13.5	15.8	18.7	15.0	15.9	
0.7	1.4	2.1	1.0	1.3	
<b>מקבלי גמלאות</b>					
10.8	9.6	16.2	63.4	130.2	הבטחת הכנסה
8.8	8.9	18.2	64.1	259.1	נכות כללית
9.2	11.8	27.6	51.4	83.7	אבטלה
7.7	6.4	14.8	71.2	158.8	סיעוד
11.0	17.1	19.3	52.6	2,043.3	זכאים להנחות עבור שירותי בריאות
<b>מבוטחים לפי צורת היישוב</b>					
9.0	15.2	29.2	46.6	6,212.7	ישובים עירוניים יהודיים ישובים עירוניים לא יהודיים
9.9	9.5	6.9	73.7	1,137.7	
6.5	7.4	19.4	66.7	592.2	ישובים כפריים יהודיים
5.2	6.9	2.2	85.7	32.6	ישובים לא יהודיים קטנים
6.6	3.6	4.1	85.6	75.7	אוכלוסייה מחוץ ליישובים(2)
<b>מבוטחים לפי מחוז מגורים</b>					
10.2	37.1	10.5	42.2	1,006.6	ירושלים
10.0	7.9	12.3	69.7	1,338.5	צפון
6.4	10.6	23.5	59.4	938.2	חיפה
7.9	12.7	30.1	49.3	2,150.2	מרכז
6.9	8.0	46.0	39.1	1,314.6	תל אביב
9.5	4.8	20.8	64.9	945.0	דרום
19.8	27.3	20.2	32.7	358.2	יהודה ושומרון
68.4	68.4	86.1	69.7	73.5	<b>מבוטחים בשירותי בריאות נוספים<sup>3</sup></b>

מקור: המוסד לביטוח לאומי, 2013. חברות בקופות חולים 2012, \*נובמבר, 2013

(1) כולל חיילים ובלתי מבוטחים אחרים

(2) 94.5% מהאוכלוסייה מחוץ ליישובים זה שבטים בדויים.

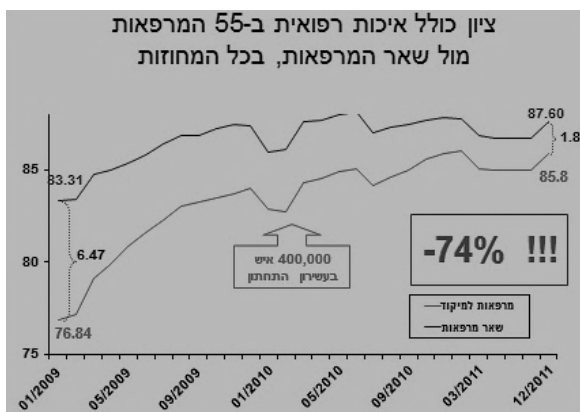
(3) מכלל המבוטחים בקופת חולים. סוף 2012. עיבודים מתוך "דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים – שב"ן של קופות החולים לשנת 2012". נובמבר 2013. אגף לפיקוח על הקופות ושירותי בריאות נוספים. משרד הבריאות.

### 5.2.1 פעילות שירותי בריאות כללית לצמצום פער בבריאות

מיכאל אורן, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה;  
פרופ' רן בליצר, מנהל מח' תכנון מדיניות בריאות, משרד רופא ראשי

#### רקע כללי: יעדים, אוכלוסיות ומדדי הערכה:

הכללית מספקת שירות רפואי לאוכלוסיית יותר ממחצית תושבי מדינת ישראל. מתווספת לאתגרים אלו העובדה כי חסר כיום ניסיון לאומי ובינלאומי המכוון ארגוני בריאות לפעילויות האפקטיביות ביותר לצמצום פערים. 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. הכללית מגדירה 'מדדי פערים' הכוללים מדדי איכות המתאפיינים בפערים לא הוגנים בין אוכלוסיות עשירות ועניות, מיעוטים לעומת השאר, והקימה 'מדד סכס' שסוכם מדדים אלה. הכללית ממקדת מאמציה ב-'מרפאות במיקוד' בכל מחוז, המוגדרות לפי מאפייניהן הסוציו-דמוגרפיים (פריפריה חברתית), ולאור הישגיהן הנמוכים במדד הסכס. סה"כ – כ-400,000 איש נמצאים מדי שנה במיקוד של פעילות הקופה לצמצום פערים בבריאות.



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

כך, הניסיון שצברה הכללית בהפעלת אסטרטגיה ממוקדת לעיל 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. ניתוח עדכני של נתוני המרפאות במיקוד בתוכנית 2009-11 מדגים שההישגים שהושגו

בשלוש שנים של פעילות נשמרו במהלך השנים שחלפו, ולא נרשמה נסיגה למרות הפסקת המיקוד בהן.

### **תיאור הפעילויות - פעילויות מתמשכות:**

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 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 הפעלה.**



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.

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

### **1. מחויבות והובלה ברמת הנהלת הארגון**

הובלת שינוי חוצה ארגון כפי שהתבצע בתכנית 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 איפשרה ביסוס התשתית לתכנית במספר בחינות:

- **מעורבות הנהלה:** מעורבות ישירה ברמת מנכ"ל, מנהלי מחוזות וחטיבות, אפשרה שמירת יעדי התכנית 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.



- **מדידה 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 ולמעלה 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 בתחילת הדרך למחוזות סייעו בקידום הנושא. כך, לדוגמא, במחוז שרון-שומרון העניקה השנה (2014) מנהלת המחוז תעודות הצטיינות בשיפור איכות וצמצום פערים ל-2 מרפאות – מרפאת אום-אל-פאחם א' (אשר הגיעה לציון איכות 90) ומרפאת טייבה.
- **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 הסכס 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 (400,000 איש נוספים במיקוד) בכל רחבי הארץ לאור הישיגיהן במדד הסכס החדש. לתוכנית זו נקבעו יעדי מנכ"ל שאפתניים עד **לשנת 2015**.

#### **פעילויות חדשות – דוגמאות נבחרות:**

**השנה נתמקד בסקירת שירותים לאוכלוסיית המגזר הבדואי ואוכלוסיית הנגב הדרומי:**

- **חיסוני RSV לפגים:** נמצא כי בשנים האחרונות, 20% מאוכלוסיית היעד בדרום לא התחסנה. אי-היענות לחיסון לאורך כל השנים בלט באוכלוסיית הפזורה הבדואית, המהווה שיעור גדול מאוכלוסיית היעד. בשל כך, הוקצה בשנת 2014 כוח אדם אדמיניסטרטיבי ייעודי, שתפקידו ליצור מגע עם האוכלוסייה הבדואית המרוחקת ולשפר את ההיענות לביצוע החיסון (עד הגעה לבתי מטופלים מרוחקים), ובשל ריבוי הפגים הזכאים, הורחבו גם שעות הפעילות בהן ניתן להתחסן. בסוף השנה תימדד ההשפעה של ההתערבות לשיפור ההיענות לחיסון.
- **בריאות הנפש:** בחודש אפריל 2014 נפתחה בעיר רהט המרפאה הקהילתית הראשונה לבריאות הנפש במחוז דרום. המרפאה פועלת בחסות מקצועית של המחלקה הפסיכיאטרית בסורוקה וניתנים בה שירותי רופא פסיכיאטר, פסיכולוגים, עובדים

סוציאליים וסיעוד. המרפאה פתוחה לקהל בימי א-ה בין השעות 8-16. בנוסף, ניתנים שירותי ייעוץ פסיכיאטרי במסגרת שלוחות של המחלקה הפסיכיאטרית בסורוקה – במרפאות הקהילה של המחוז: דימונה, ערד, ירוחם ומצפה רמון.

- **שירותי מידע גנטי:** במחוז הדרום מופעל, בשיתוף משרד הבריאות, שירות של בדיקות סקר בתחום המידע הגנטי, ולו 3 מטרות עיקריות: 1. לצמצם פערי ידע ותרבות. 2. להגביר זמינות ונגישות השירות במרפאות הקהילה וכך להגביר ההיענות לביצוע בדיקות סקר גנטיות. 3. להגביר את הידע וההיענות לבדיקות אבחון טרום לידתי סיסי שלה ולדיקור מי שפיר בקרב האוכלוסייה. בשנים 2013-14 הוחלט, לאור הצלחת השרות, להרחיבו לכלל אוכלוסיית מחוז הדרום. לצורך כך, 33 אחיות הוכשרו לשרות במסגרת 21 מרכזי בריאות הגדולים במחוז מתוכם 9 אחיות למגזר הבדואי דוברות השפה. בתקופה זה בוצעו מעל ל- 8,000 בדיקות גנטיות, מהן מעל ל- 3,000 לאוכלוסיית המגזר הבדואי. 75% מהבדיקות הללו מבוצעות בקהילה.
- **שיפור נגישות:** MRI במחוז הדרום: בזכות הגברת היצע שירותי ה- MRI בסורוקה, הורחבה משמעותית הזמינות למבוטחי הנגב הדרומי (בעיקר מגזר בדואי), ומספר הבדיקות בשנת 2014 (ינואר- יולי) עלה בכ 31% לעומת 2012.
- **קידום בריאות:** בשנת 2014 בוצעו 382 מפגשים במנהלת הנגב הדרומי, אשר כללו 4,666 משתתפים והתמקדו בסדנאות והרצאות בנושאים כגון בריאות הילד, סוכרת ומניעת מחלות כרוניות, התעמלות נשים גמילה מעישון, תזונה נכונה ועוד.
- **יחידה להמשך טיפול ואשפוזי בית:** הכללית השקיעה השנה בהמשך פיתוח של אשפוז בית במגזר הבדואי, והיחידה טיפלה במחצית השנה הראשונה ב-44 חולים במסגרת זאת. מדובר בחולים קשים מאוד המקבלים תמיכה רפואית בבית כחלופה לאשפוז - ביקורי רופא מרובים, כ-8 ביקורי אחות לחודש לחולה ועוד. בנוסף, נמשכת פעילות יועצת על ידי צוות רב מקצועי בחולים מורכבים שזקוקים להתערבות רב מקצועית – חולים עם פצעי לחץ, מונשמים, חולים עם סטומה, חולים קשישים בערי הפריפריה ובמגזר. הפעילות כוללת רופאים, אחיות, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ודיאטניות.

#### **כמה דוגמאות נבחרות נוספות משנת 2014, על קצה המזלג, מאוכלוסיות נוספות במיקוד:**

- **פעילות בקרב קשישים במחוז הצפון היתה השנה במיקוד,** וכללה: (1) שיפור הנגישות לייעוץ גריאטרי ליישובים מרוחקים וקטנים וליחידות להמשך טיפול (2) שיפור הזמינות של השרות הגריאטרי בכל רחבי המחוז (3) קליטת גריאטר דובר רוסית וערבית המאפשר ייעוץ תוך נגישות תרבותית ולשונית (4) הקמת מרפאה וירטואלית לטיפול בשוהים בבית אבות. (5) פעילות של "ניידת עיניים" במסגרתה רופא עיניים מגיע לבתי אבות ובודק את המטופלים לפי הצורך. (6) הכנסת ייעוץ קרדיאלי לבתי אבות ע"י פרופסור חסין במטרה לטפל בחולי אי ספיקת לב. (7) שילוב ושיתוף צוותי הסיעוד והרפואה בבתי אבות במסגרת השתלמויות וימי עיון של המחוז להעשרת ידע. (8) ייעוץ להפחתת תרופות ושימוש מושכל במקרי ריבוי תרופות. (9) דגש על מניעת אשפוזים חוזרים (תהליך דומה

לתהליך בקהילה). (10) הדרכות והכשרות הצוותים במוסדות בתחומים נבחרים לדוגמה: טיפול בגסטרוסטום.

- **פעילות בקרב אוכלוסיה חרדית בצפון:** שיתוף פעולה בין המחוז לבי"ח פוריה במסגרתו הקצאת חדר מנוחה לשהייה למטופלים חרדיים המגיעים למיון ומשתחררים לפני צאת השבת.

- **פעילות ייחודית באוכלוסיה הערבית בקרב המגזר הערבי בצפון:** (1) סדנאות לשפת הסימנים לעובדים במרפאת עין מאהל (כפר שמאופיין בתושבים חירשים רבים) - הצוות למד את שפת הסימנים להגברת הנגישות הלשונית, הצוות מעביר סדנאות בשפת הסימנים לאוכלוסיה זו; (2) שיחון סכרת לרמאדן - מתן הסברים על אופן ההתמודדות בחג הרמאדן עם הטיפול בסוכרת; (3) התנדבות ב"בית חם" לנערות במצוקה בכפר כנא ועין מאהל, קיום פעילויות לקידום אורח חיים בריא לנערות.

- **פעילות בקרב ילדים הסובלים מבעיות נפשיות בצפון:** לרבות פתיחת שלושה מרכזי טיפול חדשים במחוז בערים קריית שמונה, טבריה ונצרת עילית. בכל מרפאה צוות רב מקצועי המעניק שרות נגיש למרפאות קהילה כדי לדלג מעל מחסום הסטיגמה ולאפשר איתור מוקדם של בעיות נפשיות. העצמת הידע של רופאי הילדים ורופאי המשפחה בתחום.

**כיצד מצמצמים פערים באיכות רפואית ומשפרים איכות במרפאות במיקוד? כמה דוגמאות נבחרות לעשייה שיטתית בשנת 2014 ממחוז שרון-שומרון:**

- **הקצאת משאבים בעדיפות לאותן מרפאות כגון:** נידות ממוגרפיה, הקצאות חיסוני שפעת, קדימות מענה בצרכי כ"א במסגרת משאבי המחוז, לרבות מקצועות כמו דיאטניות ועו"ס.

- **מינוי רכזת פרויקט (אחות בהנהלת הסיעוד) לקידום איכות הרפואית במגזר הערבי:** בדגש על מרפאות הפערים (מפגשים יזומים עם הצוותים, הגדרת יעדי פעילות, רפואה מונעת ועוד). רופאה בהנהלה הרפואית פועלת מול המרפאות הנבחרות בתיאום עם מנהלי המנהלות.

- **זימון חולים יזום של חולים לא מאוזנים המטופלים באינסולין:** מהות המיזם היא זימון החולים הלא מאוזנים להדרכה ייעודית על ידי אחיות במרפאות על אופן הזרקת האינסולין. הודגמה היענות גבוהה (60-70%), כאשר כבמחצית המקרים התגלו בעיות טכניות של אי ידיעה על אופן ההזרקה, מינונים לא מתאימים ובעיות היענות.

- **זימון כל הצוותים המובילים של המרפאות הנמצאות במיזם "צמצום הפערים":** אחת ל 3-4 חודשים להצגת תוצאות הפעילות בפורום הנהלת המחוז בראשות מנהלת המחוז.

### **הצלחות ואתגרים:**

ריבוי הפעילות המדווח על ידי המחוזות מראה את אותותיו במדדים המצויים בידינו ואשר צפויים להראות השפעה לטווח הקצר והבינוני – מדדי האיכות הרפואיים. מדדים אחרים

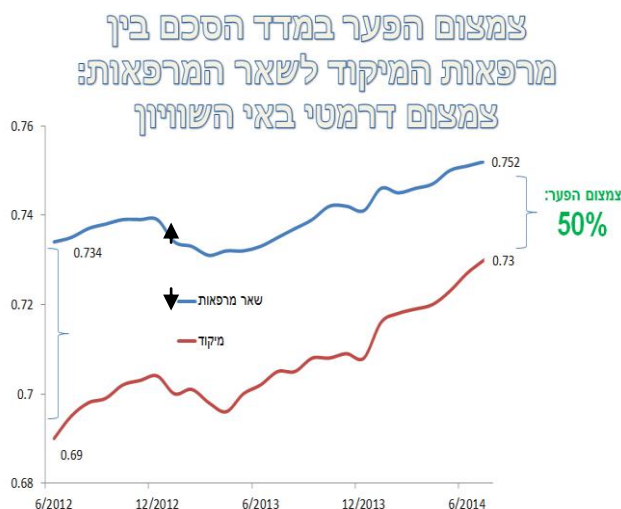
(תחלואה כרונית, תוחלת חיים, תמותת תינוקות) יושפעו לטווח הארוך בלבד, אף כי במקרים נקודתיים (תחלואה קרדיאלית) אנו עדים למגמה של צמצום פערים כבר בשנים אלה.

**בהמשך למיקוד מעלה באוכלוסייה הבדואית, ניקח כדוגמא ונפרט השנה מעט יותר בהקשר זה:** בתחום מדדי האיכות הרפואיים ישנו שיפור מתמשך במדדים בקרב אוכלוסיית המגזר הבדואי בנגב. נכון לשנת 2014 ישנם מספר לא מבוטל של מדדים בהם שיעור העמידה ביעד באוכלוסייה זו הנו גבוה מהממוצע הארצי, והפער למול הממוצע הארצי לטובת המגזר הבדואי אף מתרחב במהלך השנתיים האחרונות. ראוי לציון במיוחד הינה העשייה בתחום חיסוני השפעת בו מנהלת נגב דרומי מראה הענות וביצוע חיסונים מרשימים, כאשר ברוב המכריע של אוכלוסיות היעד שיעור הביצוע במגזר הבדואי עולים באופן ניכר מעל הממוצע הארצי. לדוגמא, בעונת חיסוני השפעת האחרונה, שיעור ביצוע חיסוני השפעת בקרב ילדים כרוניים בגילאים 2-20 שנים עמד על 41.8% לעומת 31.3% בממוצע הארצי.

דוגמא רלוונטית אחרת להישגים באוכלוסייה הבדואית הינה התחום החשוב של מניעת אנמיה בקרב תינוקות. באופן מסורתי קיימת בעיה קשה יותר בתחום זה, על השלכותיו הקשות לטווח הארוך, באוכלוסייה הבדואית. תוצאות הפעילות- בעוד שבסוף שנת 2008 עמד שיעור התינוקות האנמיים באוכלוסיית יעד זו על 7.6%, שיעור התינוקות האנמיים ירד באופן דרסטי ועומד נכון לחודש יוני 2014 על כ-3.4%. נדגיש כי מדובר על אוכלוסיית יעד של כ 15,000 תינוקות!

#### יעדים ופעילויות מתוכננות להמשך:

במהלך שנת 2012, כאמור, החלה הכללית בתוכנית תלת-שנתית חדשה, המתמקדת באוכלוסיות חדשות (400,000 מטופלים נוספים מהפריפריה הכלכלית והחברתית).



בשנת 2014, סיכמנו שנתיים להפעלת התוכנית המציגה הישגים יוצאי דופן, עם שיפור ניכר במרפאות המיקוד החדשות וצמצום של 50% מהפערים במדד הסכם (של 14 מדדי ליבה קשי-שינוי) במרפאות אלה בהשוואה לממוצע הארצי!

צמצום הפערים הנצפה בגרף משמאל חשוב שכן הוא אינו נובע מסטגנציה במרפאות ההשוואה – אלא מכך שהפערים נסגרים בשל שיפור גדול יותר במרפאות המיקוד ביחס לשיפור המשמעותי למדי כשלעצמו שנרשם במרפאות ההשוואה, וזאת על אף שהמדובר במדדים קשי שינוי במיוחד (בדגש על איזון סוכרת המהווה שליש מהציון).



## 5.2.2 פעילות מכבי שירותי בריאות לצמצום פערים בבריאות

### רקע כללי:

מכבי ממשיכה לפעול לקידום השוויון ולצמצום פערים בבריאות במסגרת האסטרטגיה הארגונית. דו"ח השוויון שהופק בשנת 2009 הציג פערים בתחלואה ובתוצאות הבריאות של חברי מכבי ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, בהשוואה לחברים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה והיווה את יריית הפתיחה לעיסוק המתמיד של מכבי בנושא.

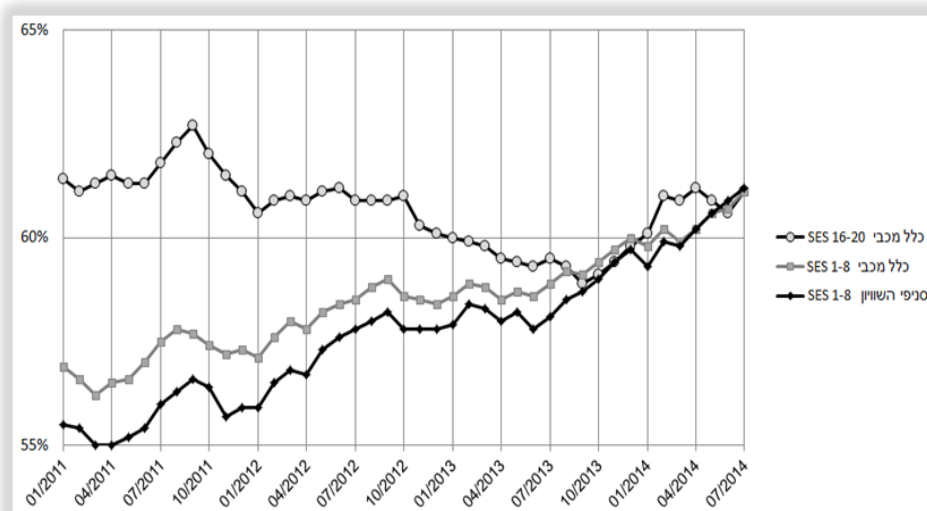
הדו"ח שיקף למנהלים בארגון את המצב וגייס אותם לפעולה. קידום השוויון בבריאות הוכרז כתחום אסטרטגי וכנושא ליבה של חטיבת הבריאות במכבי. במסגרת זו נבחרו סניפים להתערבות בהם מספר גדול של חברי מכבי במעמד חברתי-כלכלי נמוך. בהתאם, הוקצו תקציבים ייעודיים לתכניות התערבות ייחודיות לפריפריה החברתית בכל מחוז. תכניות אלו מופעלות זו השנה החמישית. לצורך בקרה וניטור של תפוקות העשייה, נבנה נדבך נוסף למערכת המדידה הארגונית, המשקף את הפערים בתחומי בריאות נבחרים בהשוואה בין אוכלוסייה ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (SES 16-20) לנמוך (SES 1-8) ביחידות הארגוניות.

מאפייני אוכלוסייה: בחלוקה בין המחוזות, 33% ממבוטחי מכבי בדרום, 30% ממבוטחי מכבי בצפון, 27% במרכז, 17% במחוז ירושלים והשפלה ו- 8% במחוז השרון הינם ממעמד חברתי-כלכלי נמוך

### תיאור פעילויות- פעילויות מתמשכות:

תכניות התערבות ייעודיות לשיפור בריאותן של אוכלוסיות במצב חברתי כלכלי נמוך: בשנים 2012-2014 נעשתה עבודה לצמצום פערים ברפואה מונעת ובטיפול בחולים הכרוניים. אותרו סניפים ברחבי הארץ בהם אוכלוסייה רחבה במצב חברתי-כלכלי נמוך (SES 1-8), נבחרו מספר תחומים למיקוד הארגוני ונבנו תכניות עבודה. הודגם צמצום פערים ניכר בתחומים שנבדקו כגון: איזון כולסטרול בחולי סוכרת (סגירת הפער שנצפה בתחילת 2012 (ראו הגרף להלן), ביצוע בדיקת המוגלובין בתינוקות (סגירת הפער שנצפה בתחילת 2012), ביצוע סקירה לסרטן השד (צמצום של 40% מהפער שנצפה בתחילת 2012) ועוד. צמצום פערים זה נשמר לאורך שנים. ב- 2014 הפעילות התמקדה באיזון המוגלובין מסוכרר בחולי סוכרת ובאיזון כולסטרול בחולי לב תוך שמירה על צמצום הפערים שהושג בשאר המדדים שבמיקוד

### שעור סוכרתיים עם כולסטרול מאוזן:



### הנגשת שירותי בריאות:

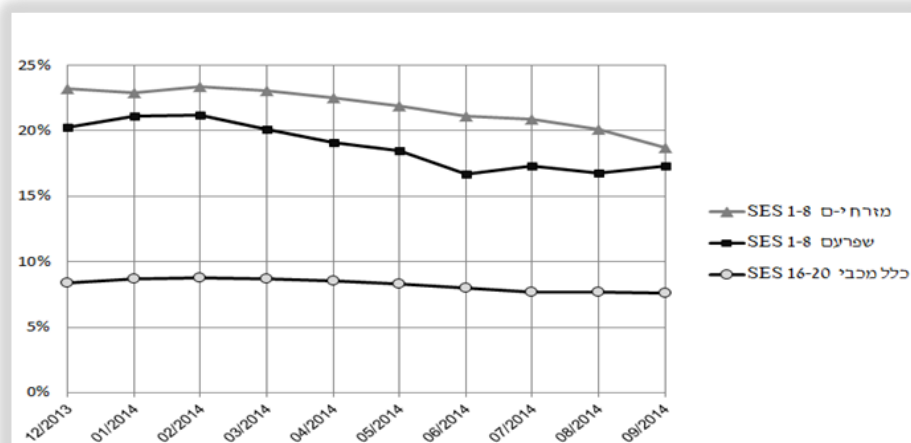
- מכבי שירותי בריאות מקדמת מזה מספר שנים הנגשת שירותי בריאות באמצעים טכנולוגיים כגון טלמדיסין: טלה-פצע, טלה-פסיכיאטריה, יעוץ וירטואלי ברפואה יועצת וברוקחות קלינית.
- ביולי 2012 נפתח מוקד מומה, המשמש מוקד מקוון לטיפול בחולים כרוניים. ניהול טיפול במומה מתבצע ע"י אחיות מנהלות טיפול, תוך שיתוף הצוות הרפואי (דיאטניות, עו"ס, רוקחת קלינית), עם גיבוי וייעוץ של רופאים מומחים (גריאטר, אנדוקרינולוג, קרדיולוג, פולמונולוג).
- המוקד מאפשר לחולים כרוניים לקבל טיפול מצוות רפואי מיומן באמצעים מקוונים. התחומים הקליניים במומה הם: מחלת ריאות כרונית, אי ספיקת לב, סוכרת, אונקולוגיה, טיפולי בית, חולים שביריים (frail), חולים הסובלים מפצעים קשיי-ריפוי וחולים עם סטומה.
- במהלך 2014 נעשה מיפוי השימוש בשירות המומה בפרופריה הגאוגרפית ונעשו פעולות למקסם את השימוש במומה באוכלוסיות במצב חברתי-כלכלי נמוך במטרה לתמוך בצוותים הרפואיים באזורים אלה

### תיאור פעילויות- פעילויות חדשות:

#### תכניות התערבות ייעודיות לשיפור בריאותן של אוכלוסיות במצב חברתי-כלכלי נמוך:

- ב- 2014 הפעילות התמקדה באיזון סוכרת (המוגלובין מסוכרר) ובאיזון כולסטרול בחולי לב תוך שמירה על צמצום הפערים שהושג בשאר המדדים שבמיקוד. נעשה מיפוי מחודש של המרחבים הרפואיים בהם קיימים פערים באיזון סוכרת והוספו מספר מרחבים חדשים בהם נמצא פער משמעותי. בעמוד הבא מוצג גרף המתאר שיפור האיזון בשרפרעם ובמזרח ירושלים במהלך 2014.

## שעור סוכרתיים עם HbA1C מעל 9 בשפרעם ובמזרח ירושלים בהשוואה לכלל מכבי



- ב-2014 נחנך רשם פסיכוסוציאלי המאפשר איתור חולים כרוניים לא מאוזנים בשילוב מרכיב סיכון פסיכוסוציאלי, שלא ראו עו"ס בשנה האחרונה. עבור חולים אלה נבנות תכניות התערבות יזומות. שעות העו"סים תוגברו לצורך עבודת יישוג חולים סוכרתיים לא מאוזנים באוכלוסיות במעמד חברתי-כלכלי נמוך בעבודת צוות עם הרופאים ומקצועות הבריאות. התערבות העו"ס כוללת התייחסות להיבטים הרגשיים, הקונטיביים, המשפחתיים, החברתיים והכלכליים, שמשפיעים על ההיענות לטיפול במחלתם.

### הנגשת שירותי בריאות:

- ב-2014 הוקמו בתי רופאים ומרכזים רפואיים במגזר החרדי ובמגזר הערבי לשם שיפור הנגשת השירותים. דוגמאות:
  - חיפה:** הוקם בית רופאים חדש בשכונה חרדית. פתיחת בית הרופאים לוותה בפגישות הכנה עם אנשי דת של העדה החרדית.
  - נצרת:** נפתח מרכז רפואי חדש במרכז העיר נצרת להנגשת שירותי רפואה למגזר הערבי בעיר. המרכז כולל שירותי רפואה ראשונית, רפואה שניונית ועוד.
  - מזרח ירושלים:** הוקם מערך רב מקצועי לטיפול בחולי סוכרת הכולל רופא סוכרת, אחות, רוקחת קלינית, עובדת סוציאלית ומזכירה. התקיימו פגישות הכשרה ותיאום של רופא הסוכרת עם רופאי המשפחה באזור. מתקיימים יעוצים פרטניים לכל רופא משפחה לגבי חולים סוכרתיים לא מאוזנים. איתור החסמים לאיזון בכל מטופל מאפשרים התערבות פרטנית של חברי הצוות הרב-מקצועי.
  - שפרעם:** במהלך 2014 נפרסה תשתית מחודשת של יועצי סוכרת למרפאות הראשוניות במחוז בכלל ובאזור שפרעם בפרט. פעילות זו רוכזה ע"י אנדוקרינולוגים ברמת המחוז.
  - טירה:** הוקם בית רופאים חדש במזרח העיר ובו מכון סוכרת ומכון לב. התקיימו פגישות בין הנהלת המחוז והמרחב לראשי העיר ומובילי הדעה בעיר על מנת לקדם את הפעילות בתחום קידום הבריאות.

### פעילויות לצמצום פערים במגזרים ייחודיים במהלך 2014:

- נכתבו הנחיות ארציות להכנת החולים הסוכרתיים לקראת צום חודש הרמאדן, פורסמו דפי מידע למטופלים הסוכרתיים ולכלל האוכלוסייה הכוללות המלצות תזונתיות למהלך חודש זה והתאמת הטיפול התרופתי. התקיימו קבוצות תמיכה ייחודיות לחולים סוכרתיים בנושא צום חודש הרמאדן.
- במרכז הרפואי ביפו נעשתה פעילות לאיתור חולים סוכרתיים חדשים והדרכתם. הפעילות כללה הרצאות של רופא, אחות, עו"סית ודיאטנית לקבוצות המטופלים מחד גיסא, ובניית תכניות התערבות פרטניות המותאמות לצרכים של כל חולה סוכרת חדש מאידך גיסא. נבנתה הדרכה בנושא התאמת התזונה לחולה הסוכרתי, הכוללת סדנת בישול ייחודית.
- התקיימו מפגשים של הנהלת המרכז הרפואי ביפו עם אנשי דת ואנשי חינוך במגזר הערבי במטרה לגייסם לקידום אורח חיים בריא באוכלוסייה הבריאה ובחולים הכרוניים בקרב בני המגזר. כמו כן נבנו ביפו שיתופי פעולה עם גורמי סיוע בקהילה כגון שרותי הרווחה, ביטוח לאומי ועמותות סיוע.
- במסגרת תכניות קידום בריאות נחנכה במזרח ירושלים תכנית לחינוך והעלאת מודעות לניהול אורח חיים בריא בקרב נשים, בהתאמה תרבותית ובשיתוף צוות רב מקצועי. התכנית משלבת פעילות גופנית, חינוך לתזונה ובישול בריא, ביצוע בדיקות מעקב וביקור סדיר אצל רופא משפחה, כל זאת תוך תמיכה הדדית של הנשים בקבוצה. בבסיס התכנית תפיסת הנשים כגורם מוביל לשינוי המשפחתי: רתימה שלהן לנושא עשויה להוביל לשיפור בריאותן האישית ושיפור בריאות המעגל המשפחתי והחברתי הסובב אותן. במהלך 2014 נפתחו 2 מחזורים של התכנית.
- פעילויות קידום בריאות בקרב ילדים ומשפחותיהם באזורי פריפריה גאוגרפית וחברתית, במגזר הערבי ובמגזר החרדי. (לדוגמא: קריית שמונה, צפת, טירה, יפו ועוד).
- בבני ברק: התקיימו פעילויות רבות להעלאת מודעות הקהילה החרדית לבריאות והעלאת מודעות הרופאים לתפיסות התרבותיות הנהוגות בקרב המטופלים:
  - ערבי הסברה לרבנים בנושאים שונים: מחלות לב, רפואת נשים, השמנת יתר, רפואה מונעת ועוד.
  - כנס רופאים עם הרב שטיין, ראש ארגון רפואה והלכה, בנושא חיסונים.
  - כנסים למבוטחים: רפואה והלכה לחולי סוכרת: הרצאות של רופא, דיאטן ורבנים; רפואה מונעת וחסונים.
  - השתתפות רופאים ואנשי מקצועות הבריאות בתוכניות בריאות ברדיו קול חי.
  - השתתפות רופאים מבני ברק בקו חם לשאלות ותשובות רפואיות לקראת יום הכיפורים.



### **כשירות תרבותית:**

- נעשה מיפוי תמהיל העובדים במרכזים הרפואיים עפ"י שפות מתן השירות ונבדק הצורך במתורגמנות טלפונית. מיפוי זה נועד לתמוך בהטמעת השימוש במתורגמנות טלפונית.
- החל מאוקטובר 2014 ניתן שירות מתורגמנות רפואית טלפונית בכל מחוזות מכבי ובכל הסקטורים הנותנים שרות רפואי ומינהלתי למבוטחים. תהליך הטמעת השירות בכל מקצועות הבריאות נבנה בשיתוף חטיבת הבריאות ואגף שירות ושיווק.
- הוקם פורום כשירות תרבותית שכולל נציגים ממטה מכבי ומהמחוזות, מטפלים ואנשי מינהלה. מטרת הפורום בניית תכנית התערבות רב שנתית לקידום הכשירות התרבותית בארגון. הוגדרו קווים מנחים לעבודה רב שנתית בהכשרות לעובדים בתחום הכשירות התרבותית, הטמעת השימוש במוקד המתורגמנות הטלפונית, קידום תרגום טפסים ודפי מידע למטופלים ועוד.
- מכבי מעסיקה מגשרים לאוכלוסייה דוברת אמהרית בסניפים הרלוונטיים, ומקדמת תמהיל עובדים שמתאים לאוכלוסיות הדוברות ערבית ורוסית וכן לאוכלוסייה במגזר החרדי במרכזים הרפואיים המשרתים אוכלוסיות אלה.
- בתחילת 2014 נפתח אתר אינטרנט מותאם לחברה החרדית.
- בשנת 2014 נפתחו קבוצות קידום בריאות (גמילה מעישון, קבוצות סוכרת, בריאות נשים ועוד) לאוכלוסיות בשפות רוסית, ערבית וקבוצות בהתאמה לאוכלוסייה החרדית.
- הדרכות בכשירות תרבותית נערכו במהלך 2014 במרכזים הרפואיים ביפו, בנתניה, בירושלים, בשדרות ובנתיבות. ההדרכות ניתנו לכלל העובדים במרכזים הרפואיים ולרופאים עצמאיים הקשורים למרכזים רפואיים אלה.
- נמשך גיוס עובדים דוברי שפות למרכזים רפואיים ייעודיים.

### **הצלחות ואתגרים:**

- התכניות המפורטות מהוות דוגמאות להצלחות בצמצום פערים. יש לציין את האתגרים בפעילות לצמצום פערים לדוגמא:
- קושי בגיוס מטפלים לפריפריה גאוגרפית, דבר המעכב או מגביל את פרישת השירותים והיקף הפעילות לצמצום פערים. בחלק מהתכניות המצוינות במסמך זה ובתכניות אחרות במכבי חל עיכוב בפתיחת השירות בשל קשיים בגיוס מטפלים כגון רופאות נשים למגזר החרדי, אחיות דוברות ערבית, פסיכולוגים לפריפריה גאוגרפית ועוד.
  - חסמים כלכליים באוכלוסייה במצב חברתי-כלכלי נמוך לרכישת תרופות: קיימים מטופלים רבים בהם גובה ההשתתפות עצמית בתרופות מונעת טיפול נאות בכלל ואיזון המחלה הכרונית בפרט.

**יעדים ופעילויות מתוכננות להמשך (דצמבר 2014 ואילך):**

- בשנת 2015 נפעל לשימור ההישגים בצמצום הפערים בתחומים שנבחרו בשנים הקודמות ונרחיב הפעילות לצמצום פערים לתחומים ולמרכזים רפואיים נוספים. נבנו מספר תכניות התערבות חדשות המתמקדות בזקנים, בילדים, בתחום בריאות הנפש ובטרום סוכרת. ניתן דגש בתוכניות אלה על בניית שיתופי פעולה עם רשויות מקומיות וארגונים קהילתיים.
- בדצמבר 2014 יפתח קורס נאמני כשירות תרבותית שמטרתו הקניית ידע, מיומנויות וכלים שיסייעו להטמיע מוכוונות לכשירות תרבותית בכלל המרכזים הרפואיים.
- תיושם תכנית הדרכה לעובדי מכבי (מטפלים ועובדי מנהל) בהטמעת כשירות תרבותית בעזרת הנאמנים.
- יתקיימו שולחנות עגולים לעובדים ממרכזים רפואיים הנמצאים בריכוזי אוכלוסייה של מגזרים ייחודיים: חרדים, ערבים, עולים מברית המועצות, עולים מאתיופיה ועולים מצרפת. מפגשים אלה יהוו במה ללמידת עמיתים, לשיתוף בידע, בכלי עבודה ובפתרונות לאתגרים המיוחדים לכל מגזר.



### 5.2.3 פעילות מאחדת לצמצום פערים בבריאות

ישי קום, עו"ס ראשי ורכז תחום צמצום פערים בבריאות; ליאורה ולינסקי, מנהלת המחלקה לאיכות קלינית

#### רקע כללי:

- יעדי מאחדת בתחום צמצום פערי בריאות (2014-2015):

יעד 1: יישום חוזר מנכ"ל משה"ב בתחום הנגשה:

1. הנגשה שפתית: הרחבת השימוש במוקד תרגום. מיפוי והצגת מידע עדכני על עובדים דוברי שפות.
2. הנגשת מרפאות ותפיסת מנהלים: עדכון מיפוי מצב הנגשת המרפאות וחיזוק ידע המנהלים בתחום.
3. הנגשה תרבותית: הכשרת אנשי מקצוע בתחום.

יעד 2: מיסוד תוכניות התערבות לצמצום פערי איכות בבריאות:

1. פיתוח והפעלת תוכניות התערבות מחוזיות לשיפור איכות הרפואה וקידום בריאות בקרב אוכלוסיות מגזרים ועוני.
2. שיפור מדדי איכות ב"מרפאות אדומות" – עם פערי ביצוע של למעלה מ- 15% מהממוצע המחוזי.

#### • אוכלוסיית היעד:

אוכלוסיית היעד של מאחדת בתחום צמצום פערי בריאות, מתמקדת באוכלוסייה החרדית, הערבית ואוכלוסיות עוני. מכאן, שמרבית העיסוק שלנו בתחום, מכוון לאוכלוסיית ה"פריפריה החברתית".

להבנת הרכב אוכלוסיית מאחדת נציין את הפרטים הבאים:

- ❖ כ-49% ממרפאות מאחדת (116 מרפאות), ממוקמות באזורי פריפריה במעמד חברתי נמוך (אג"ס 1-2). בעוד שמספר המרפאות הממוקמות ב"פריפריה הגיאוגרפית" מהווה רק 10% (25 מרפאות בלבד).
- ❖ כ-35% מהמבוטחים הם מהאוכלוסייה החרדית, לעומת כ-10% בארץ (פי 3.5). כ-15% הנם מהאוכלוסייה הערבית.
- ❖ בהתבסס על נתוני בטל"א (יוני, 2013), אוכלוסיית מאחדת מאופיינת ב"קצוות חברתיים": מחד, לכ-8.3% מהמבוטחים שכר הגבוה פי 2 מהשכר הממוצע במשק, לצד אחוז מאוד גבוה של אוכלוסיות המתקיימות מקצבאות ביטוח לאומי. (מספר מקבלי קצבאות ביטוח לאומי מהווה כ-10%).

• **מדדים להערכה:**

1. מספר הפעילויות המתוכננות המתבצעות במהלך השנה.
2. היקף הפעילות מסך גודל האוכלוסייה בקבוצת היעד.
3. השיפור הנמדד במדדי האיכות הלאומיים באוכלוסיות היעד.

**תיאור הפעילויות- פעילויות מתמשכות:**

**א) פעילויות הנגשה (ליישום חוזר מנכ"ל משה"ב):** המשך ביצוע פעילויות להנגשה שפתית, בעזרת אנשי מקצוע דוברי שפות במרפאות ובאמצעות מוקד התרגום הטלפוני (בין יוני 13 לאוקטובר 14 התבצעו: 534 שיחות תרגום. ממוצע של: כ- 35 שיחות בחודש). במקביל, נמשכת **ההנגשה וההתאמה הפיזית** של מרפאות מאוחדת לבעלי מוגבלויות. נושא זה נמדד ונבדק בבקורות פנימיות ומצופה ממנהלי מרפאות לגלות ידע ומעורבות בסוגיות הנגשה לאוכלוסיות השונות במרפאותיהם. בתחום **ההנגשה התרבותית**, התבצעו הכשרות ייחודיות לצוותי מתמחים ברפואת משפחה, מנהלי מכוני פיזיותרפיה, צוותי היחידות לטיפול בית ועובדות סוציאליות (סה"כ: כ-250 איש). בתקופה זו מוכשרים מספר מדריכות ע"י משה"ב על ערכת ההדרכה בנושא, להובלת הכשרת צוותי מאוחדת בתחום במהלך 2015.

**ב) מיסוד תוכניות התערבות לצמצום פערי איכות בבריאות:** בהתאם למאפייני האוכלוסייה של מאוחדת ויעדי העבודה הרב שנתית, אשר הצבנו בתחום צמצום פערי איכות וקידום בריאות, הופעלו בשנה זו מגוון של פעילויות שיפורטו להלן:

1. **העמקת מודל עבודה משותף בין תחומי – צמצום פערים, איכות קלינית, קידום בריאות וסיעוד ברמה הארצית והמחוזית:** המשכנו לפעול במתכונת של עבודת צוות בין מקצועי לשיפור איכות הרפואה וקידום הבריאות לכלל לקוחות מאוחדת, תוך התאמה תרבותית, חברתית וכלכלית. לשדרוג ומיקוד שיטתי של תהליכי העבודה, נעזרנו ביועצת ארגונית המלווה את הצוותים במחוזות בתהליכי התכנון, המדידה והבקרה של התוכניות.
2. **פיתוח והפעלת תוכניות התערבות מחוזיות. להלן מספר דוגמאות:**

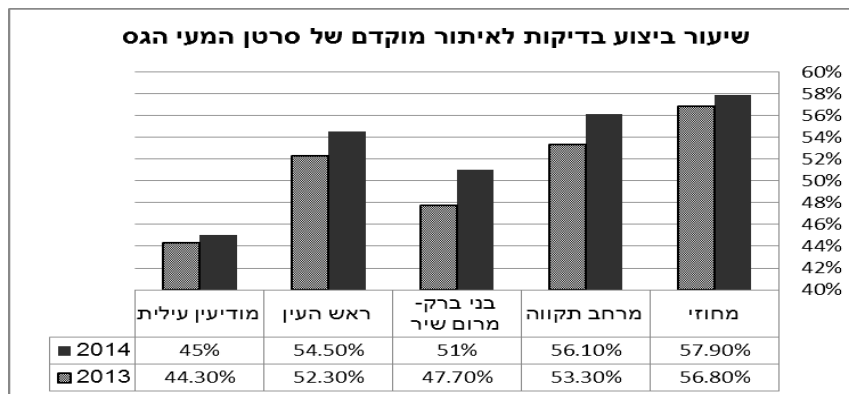
**מחוז צפון:**

- **תכנית לשיפור ההיענות לחיסונים בוואדי עארה:** התכנית הביאה לעליה של כ-20% בחיסוני שפעת למבוגרים, אנשים עם מחלות כרוניות וכ-38% בילדים, ועליה של 10% בחיסון נגד דלקת ריאות. בהמשך לתכנית נצפתה ירידה משמעותית ביקורי רופאים ואשפוזים באוכלוסייה.
- **שיפור איכות הטיפול בחולים סוכרתיים ברמדאן במספר מרכזים:** במסגרת התכנית בוצע גיוס של מנהיגות לא פורמלית בקהילה, ונעשתה פעילות יישוג שהביאו לעליה במספר מפגשי היעוץ עם רופאים, אחיות ודיאטניות, ושיפור באיזון המחלה.
- **פיתוח השירות הגריאטרי תוך מענה אתנו-גיאוגרפי-תרבותי-דתי:** במחוז פועלות 12 מרפאות גריאטריות רב מקצועיות בפריסה רחבה מבוססת צרכים מקומיים, מוגשות תרבותית ושפתית, עם צוות רב-מקצועי. ב-2012 נבדקו 456 קשישים, ב-2013-528,

ובמחצית 2014-2013. קיים ביקוש הולך ועולה לשירות, המצביע על נחיצותו. השרות מסייע לרופא המשפחה לשפר את מצבו הרפואי ואיכות חייו של הקשיש ועוזר למשפחה בהתמודדות עם הטיפול הכוללני בהיבטים רפואיים, סיעודיים וסוציאליים.

#### מחוז מרכז:

- **תכנית לשיפור האיתור המוקדם של סרטן המעי הגס באוכלוסייה החרדית:**



#### מחוז ירושלים:

- **התאמה תרבותית של שירותי בריאות לאוכלוסייה החרדית – תכנית חיסוני שפעת: בעונת**

השפעת 2013-2014 נבנתה תכנית התערבות ייעודית להגברת ביצוע חיסוני שפעת באוכלוסייה החרדית, ובפרט בקרב ילדים. במסגרת התכנית בוצע מיפוי חסמים, גיוס תמיכה של קבוצת רבנים להמלצה אחידה וגורפת לעידוד חיסון ילדים נגד שפעת, שליחת מכתב תמיכת הרבנים בדיוור ישיר לכל משפחה עם ילדים מאוכלוסיית היעד, בצירוף עלון מידע מותאם תרבות, הרצאות בגנים לאימהות ע"י אחיות מתוך הקהילה ופרסום בעיתונות החרדית.

מכתב הרבנים הפך לנושא לשיחה בקהילה. נצפתה הכפלה בשיעור חיסוני שפעת בילדים בקהילה זו.

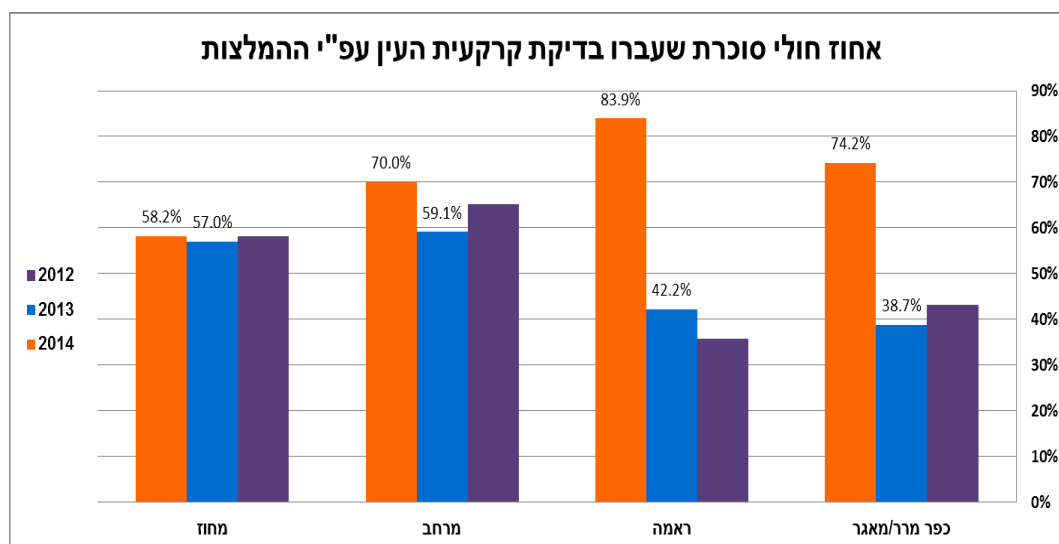
#### מחוז דרום:

- **מרפאות סוכרת "ניידות":** ירידה משמעותית באחוז המטופלים הלא מאוזנים בשיעור של כ-3% במרפאת נתיבות וכ-6% במרפאת שגב שלום.
- **ניידת בדיקות עיניים:** שיפור מובהק בביצוע בדיקות-עליה של 5% בבני עייש, גני אביב בלוד -15%.
- **מרפאה גריאטרית "ניידת":** צוות בין מקצועי מותאם תרבות ושפה (רוסית) בקרית גת. ההיענות לשירות המרפאה גבוהה ביותר. המרפאות הניידות, מהוות כלי יעיל לשיפור איכות הרפואה לאוכלוסיות היעד ומסייעות בשמירה על הרצף הטיפולי והעצמת צוותים במרפאות הראשוניות.

### שיפור מדדי איכות ב"מרפאות אדומות":

כחלק מתוכנית רב שנתית, התחלנו השנה לאתר ולהתערב במרפאות בהן פערי ביצוע של למעלה מ- 15% מהממוצע המחוזי. נבחרו כ- 10 מרפאות בכל מחוז (כ-40 סה"כ). בחלק מהמרפאות נראה כבר שיפור, בחלק אין עדיין שינוי משמעותי, כי נדרש תהליך עבודה מעמיק ומתמשך הכולל שינוי תפיסה ושיטת עבודה ברמה האישית והמערכתית.

להלן דוגמה למרפאות בהן חל שיפור (מחוז צפון):



### פעילויות חדשות (מנובמבר 2013):

#### (א) שימוש בטכנולוגיות לקידום מדיניות צמצום פערים:

בשנת 2014, כאסטרטגיה ארגונית, הקדשו משאבים משמעותיים לפיתוח השימוש במערכת מידע גאוגרפית (GIS) לצורך מיפוי ופיתוח תכניות, לשיפור הטיפול באוכלוסיות חלשות. במסגרת התכנית פותחו הנושאים הבאים:

1. **איתור מוקדם של סרטן השד** - מיפוי שיעור הנשים המועמדות לממוגרפיית סקר ואיתור אזורים בהם קיימת בעיית היענות כתוצאה מגישות נמוכה, ותכנון פרישת שירות בהתאם.
2. **ילדים אוטיסטים** - נבנה רשם אוטיזם בשילוב GIS, ככלי למיפוי צרכים וגיבוש מדיניות טיפולית.
3. **תחום בריאות הנפש** - פיתחנו רשם בריאות הנפש בשילוב GIS, למטרות מיפוי האבחון והטיפול בתחלואה פסיכיאטרית קשה, תהליך המאפשר לפעול להגברת אתור התחלואה ולצמצום פערים בפריסת השירותים

#### (ב) תכניות התערבות ברמה הארצית:

1. **פיתוח תכנית לרפואה מונעת לילדים** – "ביקור בריא": "התחלואה החדשה" ברפואת ילדים - עליה בהשמנת ילדים, אבחון אוטיזם ו-ADHD - מצריכה היערכות מחודשת של רפואת הילדים הקהילתית. ילדים שנולדים למשפחות ברמה כלכלית-חברתית נמוכה ולאימהות בעלות השכלה נמוכה, סיכון גבוה יותר לתחלואה זו. קיים גם פער בין משפחות ברמות סוציאקונומיות שונות

גם באיתור בעיות התפתחותיות, וגם בנגישות לאבחון וטיפול. לאור האמור לעיל מאוחדת השיקה את תכנית "ביקור בריא" ביוני 2014. התכנית מיועדת לילדים בני 2-6 בכל הארץ. מטרת התכנית לשפר את הקשר בין רופא הילדים למשפחה, ולשפר את האיתור והטיפול בתחלואה החדשה. במסגרת התכנית, בשנת 2014 הוכשרו 160 רופאי ילדים (מתוך כ-400 במאוחדת) לבצע well child visit. מתוכם 24 נותנים שירות לאוכלוסייה החרדית, 16 לאוכלוסייה הערבית ו-12 לאוכלוסייה בפריפריה הגאוגרפית. ההורים מוזמנים באופן פרואקטיבי לביקור של חצי שעה אצל רופא הילדים. עד כה בוצעו כ-1,900 ביקורים, מתוכם 18% לילדים באוכלוסייה החרדית, ו-6% באוכלוסייה הערבית.

**2. הכשרת צוותים להגברת היענות טיפולית בקרב חולי סוכרת ומחלות כרוניות:** כ-60 אנשי צוות בדגש על מרפאות ואדי עארה, הוכשרו בגישת הטיפול המוטיבציוני להגברת היענות טיפולית ואימוץ אורח חיים בריא. בסיכום ההכשרה: מרבית המשתתפים, ציינו כי קיבלו כלים לזיהוי מיקום המטופלים ב"מעגל השינוי", כלים לטיפול בהתנגדויות, כלים לביצוע שיח שינוי ובכך הם מצליחים להגביר את העינותם של החולים הכרוניים.

**3. גישה רב תרבותית בהדרכת מתמחים ברפואת משפחה:** במסגרת הכשרת מתמחים נבנה תהליך הדרכה, שהתבסס על הפנמה רגשית של השונות התרבותית. המפגשים כללו פעילות חווייתית מונחית, דיון קבוצתי והעברת רקע תאורטי. בנוסף, המתמחים נשלחו למספר ימים למרפאות השונות במאפייני אוכלוסייתן, מאלו בהן עובדים. הם התבקשו לכתוב "יומן חוויות" ולצלם את המרפאה וסביבתה, תוך הרכבת קולאז' שיהיה בו כדי לבטא את חוויותיהם. בסיום הציגו את חוויותיהם בפורום הקבוצתי, ונתחו את תהליכי הלמידה האישית והשלכותיהם על הטיפול הקליני. תהליך ההסתכלות פנימה והשיתוף הקבוצתי הוביל להכרה בהשפעות התרבויות על היחסים בין הרופא למטופל, ושיפר את הלכידות הקבוצתית של המתמחים.

**4. העלאת המודעות ללקויות שמיעה בקרב האוכלוסייה הערבית המבוגרת:** מאוחדת בשיתוף עם עמותת "בקול" הפעילה מיזם להעלאת המודעות ללקויות שמיעה. ניידת הגיעה למרפאות-כפר קרע, ערעה, טייבה, רמלה וכפר ברא. הפעילות כללה הרצאה וייעוץ פרטני של קלינאית/תקשורת דוברת ערבית. בנוסף, גם הרצאה של אדם עם לקות בשמיעה על התמודדותו האישית. הבדיקה נעשתה ל-117 איש מתוכם 81 עברו בדיקת סינון שמיעה ו-69 נשלחו להמשך אבחונים. לאור הצלחת התוכנית, מתוכננת הרחבה שלה למרפאות ולאוכלוסיות נוספות.

#### **ג) תכניות התערבות ברמה המחוזית:**

**1. מיזם לעידוד נשים חרדיות לביצוע בדיקות ממוגרפיה בשיתוף עם עמותת אחת מתשע ו-WHC:** במחוזות ירושלים והמרכז, בערים – בני-ברק, קריית ספר וירושלים החל מיזם בתחום, שמטרתו:

❖ הגדלת מספר הנשים באוכלוסייה החרדית בגילאי 50-74 המבצעות בדיקות ממוגרפיה.

❖ הגדלת המודעות לחשיבות הגילוי המוקדם של סרטן השד בקרב הצוותים המקצועיים של הקופה.

#### שיטת ההתערבות:



נראית מגמת עלייה בהיענות של נשים. המיזם ימשך ויורחב בכל הארץ.

#### 2. צמצום הפער במענה לחולי ברה"ן, הכללת טיפול שיקומי כחלק משירות ברה"נ כוללני:

צוות ברה"נ צפון בשיתוף עם אוניברסיטת חיפה, יזמו תוכנית שמטרתה: הערכת צרכי השיקום בקרב מבוטחים. במישור הארגוני- חוזקו קשרי עבודה בין פסיכיאטרים ממיינים, עו"ס המפנות לשיקום וגורמי הטיפול במשה"ב. הכנת פוסטר ועלון מידע על זכויות ושירותים. במישור הפרטני- איתור והפניית מבוטחים לסל שיקום, תוך התאמה שפתית, תרבותית לאוכלוסיות השונות בצפון. תוכנית זו תורחב למחוזות נוספים בארץ.

#### 3. גרים בעיר או בכפר? השפעת משתנים סוציו-דמוגרפיים על איכות חיים במשפחות בהן

**ילד עם מוגבלות התפתחותית:** מערך התפתחות הילד במחוז הצפון בשיתוף עם בית איזי שפירא ביצעו מחקר שבחן את איכות החיים של משפחות מצפון הארץ להן ילדים עם מוגבלות. במחקר השתתפו 70 הורים ל-70 ילדים. אבחנות הילדים היו: פיגור -39%, אוטיזם -24%, שיתוק מוחין -20%, תסמונות גנטיות -17%. בין היתר, נמצאו הבדלים מובהקים בשביעות הרצון הכוללת בין משפחות יהודיות לאחרות בתחומים הבאים: בריאות, רווחה כלכלית, ויחסים בתוך המשפחה. איכות החיים של משפחות היהודיות גבוהה יותר משאר הדתות. משפחות חילוניות ניקדו גבוה יותר את תחום הבריאות והרווחה הכלכלית לעומת משפחות דתיות אשר דירגו את תחום הערכים כגבוה יותר בהשוואה למשפחות החילוניות. **סיכום:** נמצאו הבדלים משמעותיים במדדי ובתחומי איכות החיים הקיימים אצל משפחות לילדים עם מוגבלויות בצפון הארץ. הבנת ההבדלים בפרמטרים השונים המרכיבים את מדד איכות החיים בין הקבוצות הדמוגרפיות השונות, מכוונת אותנו להתערבויות מונגשות תרבות ולתכנון שירותים המותאמים לצרכים.

#### הצלחות:

- מינוף נושא צמצום פערים במאחדת לאסטרטגיה הארגונית.
- העמקה והרחבת דגם העבודה הבינתחומי לקידום איכות וצמצום פערי איכות.
- מיסוד השימוש בטכנולוגיות לשיקוף נתונים וגיבוש מדיניות ותכניות התערבות.

#### אתגרים להמשך:

- שיפור ההנגשה השפתית לכלל אוכלוסיות הלקוחות.



- העמקה והרחבת ההתערבויות ב"מרפאות האדומות" לשיפור איכות הרפואה הניתנת בהן.
- העמקת התערבויות ארציות ומחוזיות לקידום איכות וצמצום פערי בריאות.
- הכשרת צוותי מרפאות למתן שירות מותאם תרבות ושונות חברתית.
- קבלה והטמעה של נתוני SES כחלק מכלי העבודה בצמצום פערים.

#### **יעדים ופעילויות מתוכננות להמשך (מיקוד תוכנית ל-2015):**

**יעד 1: יישום חוזר מנכ"ל משה"ב בתחום הנגשה:**

1. **הנגשה שפתית:** הרחבת השימוש במוקד התרגום במרפאות הרלוונטיות (ממוצע של 200 שיחות בחודש). הסדרת תרגום לשפות נוספות. מידע עדכני על אנשי מקצוע דוברי שפות.
2. **הנגשת מרפאות ותפיסת מנהלים:** עדכון מיפוי מצב הנגשת המרפאות וחיזוק ידע המנהלים בתחום.
3. **הנגשה תרבותית:** הכשרת צוותי מרפאות בעזרת ערכת ההדרכה של משה"ב (הכשרה של כ-1,000 איש).

**יעד 2: מיסוד תוכניות התערבות לצמצום פערי איכות בבריאות:**

1. העמקה והרחבת תוכניות התערבות ארציות ומחוזיות לקידום איכות הרפואה וצמצום פערי בריאות בקרב אוכלוסיות מגזרים ועוני.
2. **העמקת ההתערבויות לשיפור מדדי איכות ב"מרפאות אדומות"** - עם פערי ביצוע של למעלה מ- 15% מהממוצע המחוזי.



#### 5.2.4 פעילות לאומית שרותי בריאות לצמצום פערים בבריאות

מרגלית שילה, מנהלת מערך קידום בריאות, הנהלה ראשית

##### רקע כללי:

בלאומית שרותי בריאות:

- סך הלקוחות בפריפריה גאוגרפית – 15%
- סך הלקוחות בפריפריה חברתית – 37%
- אחוז המבוטחים השייכים לחברה הערבית כ- 21%
- אחוז המבוטחים השייכים לחברה החרדית כ- 20%
- שיעור הלקוחות המשתייכים לאוכלוסיות מיוחדות עומד על כ- 24% (אזרחים וותיקים, נכי מלחמות, נכי נאצים, בעלי גמלות סיעוד ועוד)
- מספר מקבלי קצבאות ביטוח לאומי עומד על כ- 21%
- מספר הקשישים מהווה כ- 9%

אוכלוסיית המטופלים בלאומית, הינה אוכלוסייה הטרוגנית המורכבת מקבוצות הנבדלות ביניהן בנושאים כמו דת, תרבות ושפה. כל קבוצה הינה בעלת אופי ייחודי במסורת ובסגנון החיים, כמו גם בתפיסת מצבי בריאות וחולי, התנהגות בריאותית, דפוסי שימוש בשירותי בריאות, דפוסי תחלואה ומדדי בריאות שונים.

ההתמודדות עם שונות תרבותית וגיוון לשוני, הינה בין האתגרים המשמעותיים העומדים כיום בפנינו. לאור זאת, נדרשת מלאומית השקעה בהנגשה תרבותית של שירותי הבריאות המסופקים על ידיה לאוכלוסיות ממוצא תרבותי שונה לשם מתן מענה רפואי ושירותי ללקוחותיה. לאומית, מאתגרת ברמה היומיומית ולשם כך מיישמת תוכניות רב מערכתיות אשר נותנות מענה שוטף לטיפול באוכלוסיות עם קשיים על רקע כלכלי, חברתי ודמוגרפי.

כבכל שנה, אנו עורכים מיפוי צרכים חוצה ארגון אשר ממקד את התהליכים בהם עלינו להתמקד.

במסגרת הפעילויות בהן אנו עוסקים בתחום, עלה הצורך ואתו עלו הדרישות למתן כלים מקצועיים עד לרמת המרכזים הרפואיים, דבר שהוביל אותנו לעסוק במספר פעולות:

- הכשרת ממוני כשירות תרבותית וצמצום פערים
- בניית נוהל קופתי חוצה ארגון

- בניית סקר מחזורי חוצה ארגון בקרב העובדים לאיתור הצרכים הן של העובדים והן של המטופלים.
- בניה והפעלת תוכניות התערבות וצימצום פערים בקופה, לדוגמא :
  - עידוד היענות לחיסון הפנמוקס
  - איתור וטיפול בחולי דלקת כבד נגיפית
  - עידוד היענות לבדיקות עיניים

### **תיאור הפעילויות:**

#### **ממוני כשירות תרבותית וצמצום פערים:**

בינואר 2014 הושקה תוכנית הכשרה לממוני כשירות תרבותית וצמצום פערים בלאומית ובה הוכשרו 24 עובדי הקופה ממגוון סקטורים ויחידות ארגוניות רבות בלאומית.

מטרת התוכנית הייתה לצמצם פערים בין הקבוצות השונות בלאומית תוך מתן כלים להעצמת הקבוצות החלשות בה ויצירת סטנדרטים להטמעה והנגשה תרבותית ולשונית.

בכל יחידה ארגונית - אזור/ מחוז/ יחידות ההנהלה, נבחר עובד שהוכשר לצורך פיתוח, ניהול, הטמעת תשתיות והרחבת מיומנויות הקופה בהתמודדות עם פערים.

במסגרת הקורס שכלל 36 שעות אקדמאיות רכשו הממונים כלים לצורך קידום הפעילויות הבאות :

- מעורבות משמעותית בקביעת המדיניות של יחידות אירגוניות בנושא צמצום פערים וכשירות תרבותית.
- הטמעת הסביבה הארגונית והפיזית למטופלים בקהילות השונות.
- יצירה ושימור קשר עם הקהילות המייצגות את ציבור המטופלים.
- ניהול מידע דמוגרפי באשר לפרופיל הלשוני, תרבותי וחברתי של המטופלים על מנת לתת מענה לצורכיהם.
- מתן מענה לפניית מעובדי לאומית בסוגיות הנוגעות לצמצום פערים.
- הטמעת התחום בקרב כלל העובדים ביחידה הארגונית שאליו הממונה שייך.
- תיעוד וריכוז הידע המצטבר בנושא ביחידה הארגונית.
- אחריות על מנגנוני ההערכה ובקרה, על תהליכים להטמעה ולשימור צמצום הפערים ביחידה הארגונית.

#### **נוהל קופתי:**

בתום הכשרת ממוני כשירות תרבותית וצמצום פערים, עלה הצורך בכתביה והטמעת נוהל חוצה ארגון.

רעיון כתיבת הנוהל נבע מכך שבמהלך השנה ובמסגרת הקורס נעשו מספר פעולות שהיוו בסיס לתוצר. פעולות אלו כללו: סימולציות, למידת עמיתים על בסיס מידע הקיים בארץ ובעולם,

סיורים במחוזות, במרכזים הרפואיים של לאומית, במרכזים הקיימים בקהילה ולהם קשר הדוק עם פעולות הנעשות בצמצום פערים בקופה ובמוסדות חיצוניים שהטמיעו תהליך של כשירות תרבותית.

בבניית הנוהל השתתפו ממוני כשירות תרבותית מכלל הסקטורים וחברי הנהלת לאומית.

הנוהל הקופתי נועד להטמיע את נושא צמצום הפערים בלאומית (הכולל בתוכו את נושא כשירות תרבותית).

הטמעת צמצום הפערים בלאומית באמצעות הגדרת מדיניות העל של לאומית ויישום בפועל, מתחיל מתהליך מינוי ממוני כשירות תרבותית בלאומית ועד לביצוע בפועל כגון הנגשה לשונית ופיסית, השתלמויות, תקציב, דיווח וכד'.

מטרת העל שהנחתה אותנו בבניית נוהל זה, היא להעניק טיפול רפואי ושירות איכותי ללקוחות לאומית השונים זה מזה בערכיהם, באמונותיהם ובהתנהגותם, תוך התאמתו לצרכיהם החברתיים, התרבותיים, הלשוניים והמשויכים לפריפריה הן החברתית והן הגאוגרפית.

#### **סקר:**

בכדי למקד את הפעילות ואופיה בתחום צמצום הפערים כתבנו סקר מחזורי אשר שולב בתוך הנוהל הקופתי. לצורך בניית הסקר, נעזרנו במידע וניסיון המקובל בעולם.

הסקר מיועד למילוי כלל עובדי לאומית ובמסגרתו נשאלו עובדי לאומית שאלות בנושאים מגוונים כגון: דת, תרבות, צמצום פערים, תשתיות, פעילות עם לקוחות וכד' וכל זאת בנוגע לעובדים ולקוחותיהם.

סקר זה מסייע לנו לקבל נתונים באופן שוטף מהנעשה במרכזים הרפואיים ולפעול במיידית לטיפול בנושאים שהועלו.

#### **תוכניות התערבות בצמצום פערים בבריאות:**

1. **פנמוקס:** כחלק מהמטרה להגביר את שיעור ההיענות גיבשנו תוכנית התערבות מקיפה לקידום חיסוני הפנמוקס באזורים פריפריאליים.

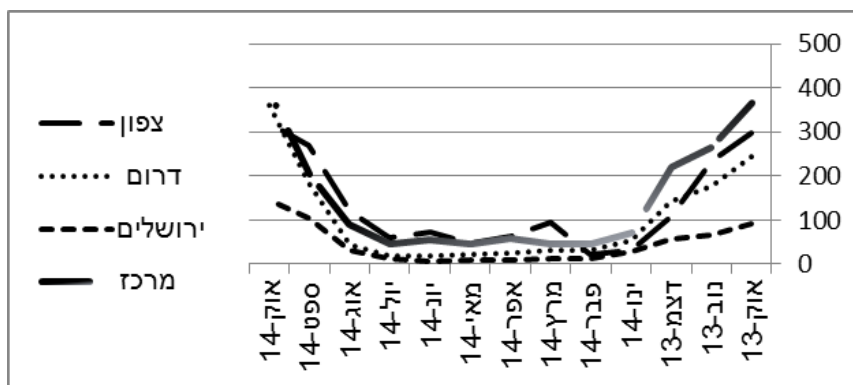
בחרנו לחשוף את המטופלים הפוטנציאליים לחיסון זה במהלך חודשים ספטמבר ואוקטובר 2014.

בכל אזור מונו מקדמי פנמוקס שתפקידם לרכז את הסניפים באזור, ביצעו טלפונים ללקוחות הפוטנציאליים, הסבירו להם על חשיבות החיסון וערכו מעקב אחר ביצוע החיסון.

במהלך תקופה זו ביצענו מספר פעולות נוספות:

- שלחנו מסרונים ללקוחות הקופה שעתידים להתחסן השנה
- בכל המרכזים הרפואיים חולקו דפי מידע אודות חשיבות החיסון בשפות השונות ומותאמות למגזרים השונים.

- מידע על חשיבות החיסון פורסם באינטרנט, ניוזלטר, פייסבוק, אינטראנט ובמסכי הפלזמה.



2. **איתור וטיפול בחולי זלקת כבד נגיפית מסוג B – C**: תוכנית זו מפרטת תהליך סדור של איתור מטופלים עם ממצאי מעבדה שיתכן ויידרשו המשך טיפול תרופתי לדלקת כבד נגיפית מסוג B ו- C. התוכנית מפרטת תהליך איתור ויצירת קשר עם לקוחות אלה, שליחתם לביצוע בדיקות מעבדה וביצוע מעקב להמשך טיפול במטופלים.
  3. **קידום בריאות הקשיש – עד מאה כעשרים**: במחוז דרום של לאומית שרותי בריאות נבנתה תוכנית התערבות מקיפה בנושא בריאות הקשיש:
    - א. הוכשרו מטפלים מסקטורים שונים: רופאים, אחיות, מטפלים פרא רפואיים, נציגות שרות ומינהל ומטפלים ביחידות לביקורי בית.
    - התוכנית כללה: הכשרה לצוותים בנושאים שונים כגון: סוגי היערכות לקשישים, כלים ומיומנויות להערכת הקשיש, רצף טיפולי ועבודה עם בצוות המטפל.
    - ב. הפקת חוברת מידע – מיצוי זכויות הקשיש שבה מפורטים מידעים כגון: זכויות האזרח הוותיק, שרותים הניתנים במסגרת הקופה, ביטוח סיעודי, אישפוזים ומידע לאחר שחרור לקהילה.
    - ג. סדנאות למטפל העיקרי בקשיש – התומכים העיקריים בבן המשפחה בקשיש, נושאים בעיקר את הנטל והדאגה לאיכות חייו. המאמצים הנפשיים, הפיזיים והכלכליים הכרוכים במעורבות ואחריות זו, משפעים על חיי היום יום.
- המטפלים נחשבים לקבוצת סיכון עקב השחיקה והקושי להתמודד לאורך זמן בטיפול בחולה הסיעודי או תשוש הנפש. המטפל הנו לרוב בת או בן הזוג או אחד הילדים שלקח על עצמו את מרבית העול. לאור זאת, בנינו והטמענו סדנא ובה הענקנו כלים ומידע רלוונטי כיצד ניתן ליצור מעגל תומך, לחלוק חוויות משותפות וזאת בכדי לשפר את המיומנויות של מתן הטיפול. התוכנית כללה עשרה מפגשים שבועיים ובהמשך פגישות תמיכה אחת לחודש.

4. **העדה הדרוזית – ירידה במשקל לאורח חיים בריא:** במחוז צפון של לאומית שרותי בריאות הוטמעה תוכנית טיפול בהשמנת יתר. התוכנית כללה:

א. בכדי לקבל היענות מלאה בקרב האוכלוסייה הדרוזית בישראל, הוזמנו נציגים מהעדה בעלי השפעה שכללו את מנהיג העדה הדרוזית, עיממים, שופטי בתי המשפט, עורכי דין, ראשי מועצות, מנהלי מערכת החינוך בכל הישובים ורופאים מהעדה.

ערכנו מספר מפגשים בהם חשפנו בפני בעלי ההשפעה את חשיבות השמירה ל אורח חיים בריא, הטיפול בהשמנת יתר לסוגיו. הושם דגש על היערכות לקראת ניתוחים בריאטריים והשלכותיהם.

ב. בקרב העדה הדרוזית נושא הניתוחים הבריאטריים נתפס כניתוח "קוסמטי". אי לכך, בנינו מרפאה להשמנת יתר. מטרתה של המרפאה הינה: ליווי ותמיכה של הצוות הרפואי והפרא רפואי, עידוד ירידה במשקל, הקניית מיומנויות להתמודדות עם הקשיים במצבים שונים, כלים לשינוי החשיבה, טיפול קוגניטיבי התנהגותי ממוקד בנושאי אכילה ודימוי גוף, טכניקות להתמודדות עם אכילת יתר וכללים לתזונה מאוזנת תוך הקפדה על מניעת חסרים תזונתיים לקראת הניתוח ואחריו.

במסגרת השרות של המרפאה ניתן טיפול התומך בשלושה שלבים:

- טיפול שמרני הכולל: שרותי רפואת משפחה, מומחה למטבוליזם, דיאטן, עו"ס וסדנאות
- טרום ניתוח: שרות הכולל רופא מטבוליזם, פסיכיאטר, דיאטנית, כירורג וסדנאות לקראת ניתוח.
- לאחר ניתוח: השרות כולל: ייעוץ דיאטני, עו"ס, כירורג וקבוצות תמיכה לאחר ניתוח.

#### **יעדים ופעילויות מתוכננות להמשך לשנת 2015**

1. המשך הטמעת הנוהל הקופתי בנושא צמצום פערים בקרב כלל העובדים בלאומית: במהלך השנה נקיים מפגשים במרכזים הרפואיים וביחידות ארגוניות נוספות שיכללו חשיפה לנוהל ומתן כלים לטיפול בפערי בריאות באוכלוסייה הפריפריאלית. במסגרת הסקר המחזורי שלפיו אנו פועלים, יעלו באופן שוטף צרכים שיובילו לתוכניות התערבות ממוקדות.

2. מרפאות בריאות הנפש – הנגשת השרות ע"י פתיחת שלוחות נוספות בהם יינתן שרות ע"י צוות רב מקצועי המתייחס לניהול הטיפול בחולה במכלול מחלותיו: הצוות ימנה: רופאים, פסיכיאטרים, עובדות סוציאליות, סיעוד, פסיכולוגים, פסיכותרפיים ויינתן באזורים פריפריאליים. השרות הנו בשיתוף עם ביטוח לאומי, משרדי רווחה, עמותות, מרפאות לבריאות הנפש ובתי חולים.

3. הרחבת השימוש בפריפריה בשירותים מקוונים:

- אתר האינטרנט של לאומית עומד בתקן של נגישות ישראל, בעיקר עבור כבדי ראייה ומוגבלי תנועה. 'תיק הבריאות שלי' (שירותי האונליין של לאומית) יוגש.

- קיוסק מידע במגזר החרדי – מכיוון שאוכלוסייה זו ממעיטה להשתמש באינטרנט, אנו נרחיב ונוסיף מתקנים של קיוסקי מידע במרכזים הרפואיים לצורך מתן שרות זמין יותר.

## 5.3 בתי החולים

### 5.3.1 המרכז הרפואי זיו

לילי פראימצ'וק, אחראית על הנגשה התרבותית והלשונית

#### הודות המרכז הרפואי זיו ואוכלוסיית היעד:

המרכז הרפואי זיו משרת אוכלוסייה של עד כ-300 אלף איש מהגליל העליון והמרכזי, רמת הגולן, כרמיאל וסביבתה, וכן את חיילי צה"ל, חיילי האו"ם ואת המטיילים הרבים בצפון. מהקמתו התמודד המוסד עם עובדת ריחוקו ממרכז הארץ, אך תמיד התגבר על כל הקשיים. ההיסטוריה הרפואית העשירה שלו מעניקה לנו השראה גם היום, ומעודדת אותנו להקפיד על הסטנדרטים הגבוהים ביותר של שירות לקהילת החבל הצפוני של מדינת ישראל.

ייחודו ויתרונו של בית החולים נובעים מאווירתו המשפחתית והאינטימית. המרכז נטוע בנוף כפרי מרהיב ונהנה מריבוי התרבויות של אזור הצפון וממגוון הדתות והעדות המתקיימות בסביבתו. לכל אלה יש ייצוג רב בין עובדי המוסד ובקרבת מטופליו, והם המעניקים לו את אופיו הפתוח והמשפחתי.

למרות ריחוקו ממרכז הארץ, המרכז הרפואי זיו מספק את רוב תחומי הרפואה המקובלים, ומעניק ללקוחותיו טיפול מתקדם ומהימן.

כמוסד דינמי הנמצא בהתפתחות מתמדת, יעדיו העיקריים של המרכז הרפואי זיו הם פיתוח יכולותיו המקצועיות וחיזוק מקומו המרכזי בגליל. אנו נמצאים עתה בראשית העשור השני של המאה העשרים ואחת, בעיצומו של תהליך השתנות רב-שנתי, שבסופו יתווספו שירותים חדשים ומתקדמים לאוכלוסיית מטופלינו ויורחב שטח בית החולים בתחום רפואת הילדים, הפסיכיאטריה, האונקולוגיה, הדימות והכירורגיה. נחזה בהרחבת הטיפולים הרפואיים ובהקמת מכונים ייעודיים ומבנים חדשים. כן יירכש מכשור חדש לדימות ולכירורגיה ויורחבו התחומים הניתוחיים. הפקולטה החדשה לרפואה בצפת מאפשרת לחברי הסגל של המרכז הרפואי להרחיב ולפתח את ההוראה במוסד, ולחנך דור צעיר של רופאים שישתלבו במיוחד בבית החולים בצפת.

#### פעילות בתחום ההנגשה התרבותית:

- **מרכז רפואי זיו נמצא בתהליך האקרדיטציה.**

- **מוקד לתרגום טלפוני:** מאז חודש דצמבר נמצא מרכז רפואי זיו בהטמעה רצינית של נושא התרגום הסימולטאני ל-3 השפות. השרות נמצא בכל המחלקות והמכונים של המרכז. באתר האינטרנט של "זיו" קיים פרסום על הנושא לסגל של בית החולים ולציבור הרחב.

המחסום העיקרי בתרגום הטלפוני – קיים צורך בתרגום לשפות הנוספות כגון: ספרדית, ותאילנדית. עד כה התרגום מתבצע בעזרת אנשי הצוות דוברי השפה יחד עם שגרירות תאילנד בארץ (השגרירות סגורה בימי א' ועקב עומס עבודה הם אינם זמינים במהלך היום).

- **תרגום טלפוני לאוכלוסייה הדוברת אמהרית וטיגרינית:** מרכז רפואי זיו חתם על הסכם עבודה בינו לבין עמותת "טנא בריאות" מאוגוסט 2013 עד דצמבר 2014.



- **הכשרה של אנשי הצוות להדרכות מוטפלים בתחום הנגשה תרבותית, במסגרת תכנית של משרד הבריאות המתבצעת באמצעות המרכז לסימולציה רפואית בתה"ש- מסר.**

- **הדרכות של הצוות בנושא:** במהלך כל השנה נעשות הדרכות בנושא לצוות הרב מקצועי בכל המחלקות והמכונים של המרכז הרפואי.

- **שימוש בטפסי הסכמה לניתוחים ב-4 שפות:** לאחרונה ניכרת הטמעה של שימוש בטפסים הקיימים להחתמת המטופלים על הסכמה לניתוחים השונים. לנוחיות המטפלים הטפסים נמצאים במחשב בכל המחלקות וזמינים לשימוש בכל עת. מרכז רפואי זיו בשיתוף הפעולה עם חברת הביטוח "ענבל" פועלים ביחד במטרה לבנות טפסים חדשים לשימוש במחלקות השונות.

- **נציגי הוועדה מתכנסים תקופתית לדיון ולקביעת יעדים בתחום.**

- **דפי מידע למטופלים בשפות השונות:** לאחרונה נבנה נוהל עבודה במחלקת משק לעובדים החדשים ב-4 שפות: עברית, ערבית, רוסית ואמהרית. בנוסף, במחלקות השונות מחולקים למטופלים דפי מידע בכמה שפות. יחד עם זאת, עקב תהליך האקרדיטציה, קיים קובץ דפי מידע המחולקים במחלקות בשפה העברית אשר נדרש עבורם תרגום לשפות הנוספות. הנושא נמצא בטיפול.

- **ברכות של חג שמח לעובדים ממגזרים השונים:** בכל מחלקות האשפוז מחולקות אגרות מידע לגבי החגים לכל הדתות אשר מסופקות מטעם המרכז הבין תרבותי מירושלים. הנושא מתקבל בברכה בקרב אנשי הסגל המועסק ב"זיו".

- **אתר האינטרנט בכמה שפות:** קיים אתר בשפה העברית והאנגלית. החל מחודש יולי 2013 נפתח בהצלחה האתר לשפה הרוסית.

- **שילוט בשפות השונות:** בשטח של מרכז הרפואי שלטים בשפות: עברית, ערבית ואנגלית. עקב פעילות הבנייה הרחבה קיימים שלטים בשפות: ערבית, עברית ורוסית.

- **מרכז רפואי זיו** נבחר השנה להציג את עשייתו בתחום בכנס ה-14 ללוגיסטיקה במערכות בריאות, אשר התקיים בחודש מרץ בשפיים.

#### **תכניות לעתיד:**

- המשך הטמעה של שימוש במוקד התרגום הטלפוני
- הדרכות וסדנאות לסגל של המרכז הרפואי בתחום ההנגשה
- תרגום דפי מידע לשפות הנוספות בעזרת חברה העוסקת בנושא
- התאמת השילוט לאוכלוסיית המרכז בשטחי הבניינים החדשים

### 5.3.2 המרכז הרפואי לגליל בנהריה

ד"ר מסעד ברהום, מנהל המרכז הרפואי לגליל

#### רקע:

במרכז הרפואי 692 מיטות אשפוז (בתקן) ועוד 17 מיטות אשפוז יום. מאפיינים דמוגרפים, חברתיים ותרבותיים של המטופלים: משרת אוכלוסייה הטרוגנית של כ- 600,000 תושבים עם שונות רבה שמורכבת ממספר קבוצות הנבדלות בתחומי הדת, התרבות, ההשכלה והשפה (עברית, ערבית, אנגלית, רוסית, אמהרית). האוכלוסייה הינה מעדות, דתות ותרבויות שונות: יהודים, נוצרים, דרוזים, מוסלמים בדואים וצ'רקסים, חיילי צד"ל ובני משפחותיהם הפזורים בערים, כפרים, קיבוצים, מושבים, עיירות פיתוח ומצפים.

#### פעילויות:

**פתיחת מחלקות ושירותים רפואיים חדשים וגיוס רופאים בעלי שם ופוטנציאל:**

- א. **תנופה בפעילות מחלקה נוירוכירורגיה:** עד כה בוצעו 252 ניתוחים לרבות ניתוחים ייחודיים המתבצעים רק במרכז הרפואי. אחוז התפוסה במחלקה מעל 100%.
- ב. **פתיחת שירותים חדשים לרווחת תושבי הגליל:** ניתוחי כבד, ניתוחי א.א.ג בשיתוף פעולה עם פה ולסת, הקמת מרכז לניתוחים בריאטריים, מרפאת כתף, הרחבת השירות במרפאות בתחומים שונים.
- ג. **IVF:** היחידה פעילה מזה כשנה, וכיום אנו חוגגים לידת שני תינוקות.
- ד. **גיוס מנהלי מחלקות ורופאי בכירים בעלי שם** שמקדמים את בית החולים.
- ה. **גיוסו מעל 7 מתמחים מקרב הסטאז'רים** ונשלחו 2 רופאים לפלאושיפ בחו"ל.
- ו. **עידוד וליווי מתמחים במעבר שלב א' ו- ב'.**

**צמצום מחלות ובעיות בריאות והתפתחות בקרב האוכלוסייה ע"י איתור, אבחון מוקדם וחינוך לבריאות:**

- א. **פרויקט איתור מוקדם של ילדים עם בעיות בגדילה והתפתחות בישובים מרוחקים שאין שירות התפתחות הילד:** צוות מהמכון להתפתחות הילד מהמרכז הרפואי יוצא לקהילה פעמיים בשבוע ובודק ילדים בתיאום עם קופות החולים, מאבחן, מטפל ומפנה להמשך טיפול.
- ב. **חינוך הקהילה לבריאות:** ע"י יריד בריאות בכפר יאסיף, יום הדרכה לבטיחות הילד בשיתוף "בטרם", הרצאות בשעות הערב לקהילה ע"י מיטב הרופאים של המרכז הרפואי. קיום ימי בריאות בבית החולים, בנושא יתר ל.ד., כלייה, ועוד.
- ימי בריאות במרכז הרפואי לתמידי בתי ספר משלומי, ותלמידים מעמותת "אופנים", מתן הרצאות לתלמידי תיכון בנושאי בריאות וחולי, סדנאות תמיכה לחולים ומשפחות הסובלים ממחלות שונות, הכנה ללידה, הדרכה להחייאת ילדים המשתחררים מטיפול נמרץ.
- ג. **הדרכות מטופלים הסובלים ממחלות שונות להפסקת עישון, שמירה על הרגלי תזונה, פעילות גופנית והדרכת יולדות להנקה.**

ד. **קידום בריאות בכפרים לאיתור מקודם של מחלות תורשתיות:** אחיות מהמכון לגנטיקה לוקחות פעמיים בשבוע דגימות דם לבדיקות גנטיות בכפרים המאופיינים במחלות תורשתיות שונות- פרויקט עם השלכות לטווח הרחוק בצמצום מומים מולדים.

#### **מיפוי והיענות לצרכי המטופלים בהנגשה תרבותית ולשונית:**

א. **8 סוגי סקרי שביעות רצון מטופלים:** לאורך השנה מתבצעים סקרים שונים ורואיינו כ- 2500 מטופלים (1,525 השתתפו בסקר הכללי, 471 מטופלים ביתר הסקרים, ו- 242 מטופלים בסקר צרכי תזונה ודיאטה, ו- 208 מטופלים בסקר "שאל אותי 3"). בשפות עברית, ערבית ורוסית.

ב. **מענה לתלונות מטופלים:** מכתבי תלונה המתקבלים בשפות שונות, מתבררים ע"י ועדה מטעם מנכ"ל המרכז וניתן לכל פונה מענה ע"פ התחייבות המרכז לפי אמנת איכות השירות. מתבצע ניתוח נתונים של כל מכתבי התלונות ומכתבי תודות ומיושמים תהליכי שיפור בהתאם.

#### **מענה לצרכים תרבותיים של המטופלים:**

א. **ארוחות למטופלים:** הוטמע פרויקט תפריט בחירה אישי ב-12 מחלקות אשפוז בהתאם לצרכים התרבותיים והדתיים (כגון בד"ץ, סלטי חומס ומטבוחה למגזר ערבי - מזרחי, סלט תפוז לאוכלוסייה אירופאית ועוד) שמירה על כשרות המזון ופיקוח.

ב. **צרכי דת:** פועל בית כנסת לטובת המתפללים מהמגזר היהודי ובית תפילה למגזר המוסלמי. מועסק אחראי דת וכשרות.

#### **מענה לצרכים לשוניים - הנגשה לשונית:**

א. **מוקד תרגום סימולטני:** הטמעה מוצלחת של תרגום סימולטני ב-19 מחלקות.

ב. **טופסי הסכמה מדעת:** המשך הטמעת טופסי הסכמה ייעודיים בעברית, ערבית, רוסית ואנגלית וחלק באמהרית.

ג. **טופסי מידע על מחלות, טיפול ושירות:** מתקיים הליך של תרגום המידע לשפות ערבית ורוסית.

ד. **הכוונה ושילוט:** המשך רישות המרכז בשילוט בשפות עברית, ערבית ורוסית.

ה. **מוקד לזימון תורים:** ניתן שירות בשפות השונות, עברית, ערבית, רוסית ואנגלית.

#### **תוכנית לצמצום פערים בבריאות והנגשה תרבותית ולשונית לשנת 2015:**

- המשך כל הפרויקטים המתנהלים כיום, והגדלת תקן המיטות ל- 705.
- אכלוס האגף החדש לבריאות האישה (2015), בניית מכון מחקר וגיוס משאבים לביצוע מחקרים באוכלוסייה מאפיינת של הגליל, ובניית בניין קרדיולוגיה ומכון הלב.
- הנגשת אתר האינטרנט בשפה ערבית, רוסית ואנגלית.
- הדרכת עובדים בהנגשה תרבותית לפי תוכנית.
- הדרכת עובדים לקידום תקשורת שירותית והדרכה למניעת אלימות.

### 5.3.3 המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא תל-השומר

ד"ר איל צימליכמן, תלמי רחל, בראל אסנת, ד"ר ורדה שטנגר

#### רקע:

בהמשך לחוזר מנכ"ל של משרד הבריאות (7/11), בית החולים פעל להגדרת סטנדרטים ונורמות מחייבות כדי לספק למטופל שירות בשפה מובנת. נקבעה הגדרה של שפות חובה: עברית, אנגלית, ערבית, רוסית ואמהרית. פעילות זו שולבה בהערכות הכוללת של ביה"ח לקבלת אקרדיטציה של ה - International Joint Commission.

#### הפעילות:

**מטרת התכנית:** שיפור הנגישות התרבותית והלשונית של המרכז הרפואי והתאמתה לכלל המטופלים, העצמת היכולות לספק שירותים רפואיים למטופלים ממכלול תרבויות, העלאת מודעות בקרב העובדים לנושא ההנגשה התרבותית, השפעתה על התקשורת הבינאישית והשלכתה על ההיענות לטיפול וקדום הבריאות.

**יעדי התכנית:** **ברמה הארגונית:** התאמת הסביבה למטופלים בעלי חסמי שפה באמצעות שילוט והכוונה בשפות שונות, שימוש במסמכים בשפת המטופל, בניית מאגר של מתרגמים מקרב עובדי בית החולים ומחוצה לו. **ברמה המערכתית:** הקמת תשתית הכשרה שתאפשר מתן שרות למטופלים מתרבויות שונות. **ברמה הקלינית:** אתור מטופלים הזקוקים להנגשה לשונית ותרבותית ומתן כלים יישומיים לתקשורת בין מטפל ומטופל.

**אוכלוסיית היעד:** **מטופלים:** בעלי רקע תרבותי ולשוני שונה, מרביתם דוברי ערבית, רוסית ואמהרית, חלקם דוברי שפות נדירות כמו סינית, תאית הודית טיגרית. **מטפלים:** מתחומי הרפואה, הסיעוד, מקצועות הבריאות והמנהל. **מדדים להערכה:** שיעור מסמכי הסכמה מדעת ייעודיים המתורגמים לפחות לשלוש שפות; מספר עובדים במאגר המתרגמים בקרב עובדי הארגון נתוני שימוש במערכת התרגום הטלפונית.

**פעילות מתמשכת:** **צוות ההיגוי:** במהלך שנת 2013, כמו בשנים שקדמו לה, התקיימה פעילות צוות ההיגוי הכולל את סמנכ"ל המרכז הרפואי לאבטחת איכות, עוזרת מנהל המרכז הרפואי, מרכזת פיתוח והכשרת צוות בהנהלת הסיעוד, והממונה על ההנגשה הלשונית והתרבותית - מנהלת השרות הסוציאלית. הצוות פועל כצוות משימה הנפגש בקביעות אחת לחודש, על מנת להתחקות אחר הטמעת הנושא במחלקות.

**במסגרת קליטת עובדים חדשים** בכל שלושה חדשים מתקיימת הדרכה לכל העובדים החדשים במקצועות הסיעוד, הפרא רפואי ובמקצועות המנהל.

**תרגום טלפוני:** עם השקת נושא התרגום הטלפוני, התקיימו מספר מפגשי אוריינטציה והטמעה עם מנהלי המחלקות והצוות הסיעודי הבכיר. מפגשים אלה נוהלו על ידי המחלקה לאבטחת איכות. לאחר תקופת פיילוט של שלושה חדשים, הורחבה פעילות המוקד לכלל מחלקות בית החולים. כיום בולט השימוש במוקד במחלקות ילדים, במיוחד במכון המטו-אונקולוגיה ובמחלקה לאונקולוגית מבוגרים. שירותי תרגום ניתנים החל משנת 2009 על ידי

סטודנטים לתרגום קהילתי בשיתוף המחלקה לתרגום וחקר התרגום באוניברסיטת בר אילן, כחלק מהכשרתם המעשית.

### **תכניות חדשות:**

במהלך השנה שלושה עובדים בכירים של בית החולים, השתתפו בתכנית הכשרת מדריכים להעברת הדרכות בנושא הנגשה תרבותית במערכת הבריאות. זוהי תכנית של משרד הבריאות המתבצעת באמצעות המרכז לסימולציה רפואית בתה"ש- מסר. התכנית כללה אימון ופיתוח ערכת הדרכה, במטרה להעלאת מודעות, לתת כלים יישומיים לשפור השרות וצמצום פערים.

### **הישגים:**

**בית החולים הקצה משאבים** לתרגום על ידי מתרגמים מקצועיים, שאינם מעובדי שיבא. ההפניות מרוכזות על ידי הממונה על ההנגשה, מתואמות ומנוטרות. נכון להיום, ספטמבר 2014, בבית החולים מתקיימים שירותי תרגום באמצעות עובדים מתנדבים הנותנים שרות תרגום אישי. שמותיהם מופצים לכלל העובדים באמצעות אתר האינטרנט. הבעיה המרכזית היא שמרביתם, על אף הרצון להתנדב למשימה אינם מסוגלים להתפנות למשימה זו בשעות העבודה. בחדש יולי 2014 התקבל מתרגם דובר טיגרית שהוכשר לתרגום רפואי. שירותי תרגום, בעיקר בשפות נדירות כמו תאית, סינית, וטיגרית, נרכשים בתשלום. ריכוז הבקשות ואישורן על ידי הממונה על הכשירות התרבותית והלשונית.

**דפי מידע** לגבי התרגום הטלפוני ניתנים לכל מאושפז. **דפי מידע והדרכה** לגבי השימוש במוקד הטלפוני ניתנים לכל אחד מאנשי הצוות. **פוסטרים** על זכותם של המטופלים לבקש תרגום בשפתם מוצבים בכניסה למחלקות. **שילוט** כל הכניסות החיצוניות מתורגמות לשלוש שפות עברית, אנגלית וערבית. בכל מחלקה חדשה שנפתחת קיים שילוט בהתאם. **מסמך זכויות החולה מתורגם לשלוש שפות** עברית, אנגלית וערבית וניתן לכל חולה חדש במחלקות. **מסמכים מתורגמים** לשלוש שפות כמו הסכמה מדעת. **דפי מידע על המחלקות השונות והכנה לפעולות רפואיות מתורגמים** ומופעים בפורטל שיבא תחת נושא ניהול סיכונים. כחלק מההכנות לקראת מבחן האקרדיטציה נוסחו שאלות לצוותים לגבי הנושא וכן נשאלו מטופלים לגבי נגישותם למידע.

### **תכניות להמשך:**

**המשך בקרה על** השימוש במוקד הטלפוני באמצעות סטודנטים מתנדבים וסטודנטים לעבודה סוציאלית במגמה הקהילתית תוך מגמה להגברת השימוש; **הכנסת רכיב הנגשה תרבותית** בפורטל ארגוני. במסגרת טרייסר תוצג לאחות שאלה על הידע שלה לגבי רכיב השפה: "דובר שפה", "זקוק לתרגום"/"לאיזו שפה", "על ידי מי נתן התרגום"; **סדנאות משותפות**- בימים אלה נכתבת תכנית להתאמת הסדנאות לקהלי היעד, תוך מגמה לשלב רופאים בתכניות אלה; **במסגרת העבודה עם המחלקה לאיכות יפוחו מדדים לנגישות רב תרבותית:** (1) מדד להערכת שימוש במערכת התרגום הטלפונית. (2) מדד שביעות רצון המטופל, המוכוון למטופל דובר שפה זרה; **בעמוד הבית** של שיבא חלון לנושא ההנגשה.

### 5.3.4 המרכז הרפואי בני ציון, חיפה

אורלי אלטמן, אחראית על הנושא "הנגשה תרבותית"

#### רקע:

בית החולים בני ציון הינו בית חולים מוביל באזור חיפה והצפון, המהווה דוגמא אותנטית לדו-קיום המאפיין את העיר חיפה. המרכז הרפואי מספק טיפול מקצועי ומסור, מחקר, חינוך ושירותים לאוכלוסיית חיפה וצפון הארץ מזה כ- 90 שנה. ביה"ח בני ציון נוסד בשנת 1922 ע"י הסתדרות הרפואית "הדסה" ושימש כמוסד אשפוזי ראשון ויחיד של הקהילה היהודית בחיפה עד קום המדינה. היום, המרכז הרפואי מונה כ- 450 מיטות במחלקות השונות ו- 65 מרפאות חוץ.

בית החולים מהווה חלק מהפקולטה לרפואה ע"ש ברוך ורות רפפורט בטכני ומשמש כבית חולים לימודי לתלמידי הפקולטה. כמו כן, בית הספר לסיעוד ע"ש ד"ר זיידה שליד המרכז הרפואי בני ציון שנוסד בשנת 1946 והיה הראשון מסוגו בחיפה, הקיים תכנית לימודים משולב לימודים אקדמאיים וקליניים ובמקביל, עבודה קלינית בבית החולים.

חזון המרכז הרפואי בני ציון, לקיים בית חולים ציבורי המועדף על מטופליו, בזכות הטיפול האיכותי והמקצועי המשלב יחס אישי ומסור.

**מאפייני אוכלוסיית המטופלים אשר בהתייחסות אליהם נערכו תוכניות התערבות:** ביה"ח "בני ציון" מטפל במגוון מחלות ובכל קבוצות הגיל מתינוקות ועד קשישים. אוכלוסיית הפונים לקבלת שירותים במוסד מגוונת מאוד. אפשר לפגוש נציגים ממגזרים שונים, כגון: יהודים חילוניים, אורתודוקסים המתגוררים בשכונת "וישניץ" הסמוכה לביה"ח, ערבים מוסלמים ונוצרים, דרוזים, בהאים, עובדים זרים ותיירים דרך מכון שמר.

**החזון והיעד של הנהלת הסיעוד במרכז הרפואי "בני ציון":** לבצע ולהרחיב פעילות בנושא של הכשרת צוותים תוך עבודה, במטרה לבנות "מרחב יצירה משותף", קבלת האחר וקידום כבוד האדם באשר הוא.

#### היערכות בית החולים ליישום חוזר מנכ"ל בנושא התאמה והנגשה תרבותית:

תוכנית עבודה לשנת 2014-2015 מסודרת הכוללת:

1. פעילויות נגזרות, שותפים פנימיים וחיצוניים, לו"ז והפקת הלקחים מהתוכנית הקודמת
2. המשך פעילות עם עמותת "מארג" בחלק מהרבדים של התוכנית
3. המשך עבודה משותפת עם ועדת היגוי הכוללת נציגים מהמגזר הרפואי והסיעודי של מגזרים השונים, בעלי תפקידים ניהוליים מכלל ביה"ח
4. המשך העלאת המודעות בנושא ההנגשה התרבותית והלשונית ע"י:  
(א) מתן הרצאות של נציגי המגזרים השונים מועדת ההיגוי בכלל ביה"ח  
(ב) מתן קורס במסגרת לימודים לתואר אחות מוסמכת, הכולל 30 שעות אקדמיות, בבית הספר לסיעוד בנושא של שוני תרבותי

ג) העלאת מודעות הצוותים המטפלים בנושא ההנגשה התרבותית בביה"ח בישיבות צוות מתוכננות

ד) פתיחת קורסים לערבית ורוסית :

- קורס לערבית - יפתח בחודש דצמבר בחסות עמותת "מארג". מתוכננים 10 מפגשים
- קורס לרוסית - עדיין לא נקבע מועד

הדגש בקורסים הוא על אוצר מילים בסיסי לתקשורת עם המטופלים, מתן הרצאות על התרבות, דת והחברה על גווניה, סיור להעמקת ההיכרות עם התרבויות ומטעמים מהמטבחים השונים.

ה) ימי השתלמות בסיסיים בנושא "הנגשה תרבותית במערכת בריאות" בחסות והנחייה של עמותת "מארג". התכנים העולים הן: אנטומיה של מפגש בין תרבותי בבית החולים, "מפגשים דרמטיים", תקלות בין תרבותיות ובניית מרחב היצירה המשותף במפגש עם רב תרבותיות והשלכותיהן

ו) פרסום הנושא בעיתון ביה"ח ובעיתון חיפה והקריות

ז) לקראת סוף 2014 ותחילת 2015 נוציא חוברת בפורמט אינטרנטי על התרבות של יוצאי אתיופיה.

מטרת החוברת: להרחיב ידע על המגזר, להקל על הצוותים בתקשורת עם המגזר. החוברת תכלול התייחסות לנושאים, כגון: יחס לכאב, למחלה, לשמחה ודפוסי התנהגות, מנהגים, לבוש, אוכל, רחצה, ניידות, אחראיות המשפחה ויחס לסמכות.

### **הצלחות ואתגרים:**

בקורס שניתן בביה"ס לאחיות לקבוצות הכוללות עד 60-70 סטודנטים חל שינוי משמעותי: חלק מההרצאות הפרונטאליות הפכו לסדנאות בקבוצות קטנות במטרה להעמיק בנושא של פער תרבותי.

קורס לשפה הרוסית- התקיים בהצלחה גדולה. יש דרישה המעובדים לקיום מחזוריים נוספים. טפסי הסכמה מדעת - נבנתה תיקיה באינטרנט של בית החולים עם טפסי הסכמה מדעת בשלוש שפות לפי התחומים עם גישה חופשית להדפסה. שילוט – עוצב, יוצב בביה"ח במהלך 2015.

### **הצגת יעדי פעילות להמשך:**

לקבוצת העובדים שהוכשרה כ"נאמני תרגום" בחסות עמותת "מארג", יתקיימו בתחילת 2015 מספר מפגשים לחיזוק וגיבוש מחודש, ובנוסף יקבלו כלים חדישים לתרגום.

תוכנית רב שנתית- הכוללת חשיפה של קהל רחב של עובדים בביה"ח לנושא של שוני תרבותי.

המשך פעילות פוריה עם עמותת "מארג" ברב הרבדים של התוכנית הכוללת למידת מיומנויות תרבותיות, פתרון דילמות וקשיים בין תרבותיים-בין המטופל למטפל ובין המטופלים עצמם.

בניית ימי תרבות בבית החולים המאפשרים נגיעה לאוכל אותנטי, הרצאה על הקבוצות דתיות ותרבותיות במגזר הנבחר, אלמנטים תרבותיים המאפיינים את אותה האוכלוסייה, מוזיקה ופוסטרים.

### 5.3.5 המרכז לבריאות הנפש מזרע

מיכל פרדי, אחראית מרכז משפחות, סאלמן עבאס, סגן אחות אחראית, רואנד חלאיל, עובדת סוציאלית, ג'ניה וילנסקי-גרבר, עובדת סוציאלית, קרינה טרב, עובדת סוציאלית

#### רקע<sup>75</sup>:

בעשור האחרון יש מגמה מחקרית המראה כי קיימת חשיבות עליונה לעירוב המשפחה בטיפול בבן המשפחה החולה בתחום בריאות הנפש (2008, מלמד ורומי, 2013, IFTA, Melamed & Gelkopf, 13<sup>th</sup> World Family Therapy Congress, נשיא-שלם, 2004). בני המשפחה מתמודדים תוך כדי מחלה נפשית של בן המשפחה עם מצבי דחק, תחושות חוסר אונים, אי וודאות, מתח וחרדה. האיזון במשפחה מופר, נוצרים קונפליקטים סביב חלוקת התפקידים במשפחה, קיימת תחושת בדידות של המשפחה וקושי גדול להתמודדות עם הסטיגמה של הסביבה לגבי המחלה, הסטיגמה העצמית של בני המשפחה לגבי עצמם ולגבי בן המשפחה החולה. התמודדות בני המשפחה נעשית קשה יותר כאשר אינם מבינים את השפה ומגיעים מתרבות שונה. עירוב המשפחה עוזר על-פי הספרות במתן תמיכה לבן המשפחה הנחשב ל-'care giver', מספק למשפחה כולה הקלה, בהירות וכלי התמודדות עם מרבית התופעות אשר צוינו דלעיל.

#### סמינרים למשפחות על-פי שפת אם- בערבית ורוסית:

בביה"ח 'מזרע' הוקם מרכז למשפחות בשנת 2003 על-מנת לענות על הצרכים הני"ל. המרכז שם לו למטרה, בין היתר, להנגיש את הטיפול המשפחתי למשפחות השונות מהמגזרים השונים הדוברות שפות שונות באזור הצפון. האוכלוסייה המופנית לביה"ח 'מזרע' היא אוכלוסייה מגוונת ורב תרבותית. רבים דברו על חותמה של הסביבה בה גדל האדם ובכללה הקונטקסט התרבותי של אותה סביבה על חיי האדם. על פי Hall (1969), האדם שבוי בתוך מערכת תפיסות, שפה ומנהגים של תרבותו. המילה "שבוי" מצביעה על הטבעת החותם העמוקה של התרבות על חיי האדם-עד כדי אי היכולת להשתחרר מכבליה. מכאן ניתן להבין את דבריו של בנבנישתי (1984), שההקשר התרבותי בו גדל האדם קובע במידה רבה את השפה, הדימויים והאסוציאציות שבהן האדם עושה שימוש. מכאן עולה החשיבות של הבנת תרבות הפונה לגבינו כאנשי מקצוע שהכלי העיקרי שבו אנו עושים שימוש הוא: אמפטיה. כדי לחוש אמפטיה לפונה על כל האספקטים שבו: מציאות חייו, התנהגותו, אופן החשיבה שלו, תפיסות עולמו-עלינו להבין מלבד את אישיותו של אותו אדם-את התרבות שממנה בה והרקע בו גדל.

<sup>75</sup> מקורות:

מלמד, ש', ורומי, ת'. (2008). שיתוף המשפחה בחולי סכיזופרניה. מודל יישומי להערכה ולהתערבות משפחתית. *שיחות*, כ"ב (3), עמ' 204-211.

נשיא-שלם, מ' (2004). היחידה למשפחות-יעוץ עזרה ותמיכה. *שקום*, 14 : 30-31.

Family Therapy In Psychiatric Day Treatment, 13 th IFTA World Family Therapy Congress, Nov. 2001, Porte Alegre, Brazil.

Melamed, S. & Gelkopf, M. (2013). The Impact of Dynamic Psychosocial Intervention Group for Caretakers of Individuals With Severe Mental Illness. *Journal of Family Psychotherapy*, 24,2, pp.



משך השנים גדלה ההכרה בייחודיות של כל תרבות ותרבות. הכרה זו הובילה בביה"ח משנת 2008 לקיום מפגשים למשפחות בשפות השונות: עברית, ערבית ורוסית.

**מטרות המפגשים:** למפגשים מספר מטרות אשר העיקריות שבהן הן: מתן אינפורמציה למשפחות אודות מחלת הנפש, דרכי הטיפול בה והשיקום. בנוסף אפשר מקום בטוח בו ניתן לעבד את החוויות הרגשיות הקשות סביב מחלת בן המשפחה, ועזרה בפיתוח דפוסי התמודדות יעילים, תוך הקניית מיומנויות התמודדות. המפגשים מאפשרים מקום התייעצות עם אנשי מקצוע בשפת האם (כאשר משפחה מגיעה למחלקה תוך כדי אשפוז בן המשפחה הקרוב לה, היא מדברת עם מי שישנו ובדרך כלל בשפה העברית), תוך רגישות לתרבות ממנה מגיעים בני המשפחה. בנוסף המפגשים נותנים תמיכה רגשית וחברתית להפחתת רגשות האשמה, ולהרחבת התחושה של "כולנו בסירה אחת".

**גיוס האוכלוסייה וגיוס השותפים:** גיוס האוכלוסייה-גיוס משפחות המטופלים נערך במספר דרכים: דרך אחת הייתה בעזרת צוות רב מקצועי בביה"ח במחלקות השונות: עובדים סוציאליים, אנשי סיעוד ומרפאים בעיסוק. נערך גיוס מקביל דרך המרפאות הקהילתיות של ביה"ח: עכו, נהריה וכרמיאל. בנוסף גייסנו משפחות דרך הוסטלים וגורמי שיקום בקהילה.

**גיוס השותפים-גיוס אנשי המקצוע** דוברי אותה השפה-היו מעין מגשרי תרבות, ונעשתה עמם עבודת הכנה טרם כל מפגש בצוות רב מקצועי אשר כלל: עובדים סוציאליים, אנשי סיעוד, פסיכולוגים, ומרפאים בעיסוק. צוות זה נקרא: פורום משפחות דוברות ערבית/דוברות רוסית. במפגש עצמו לוקחים חלק אנשי הפורום, ואליו מתווספים רופאים מביה"ח ולפעמים גם מהמרפאות.

**מבנה ותכני המפגשים:** המפגשים עוסקים בנושאים שונים כמו: המחלה הנפשית, סל שיקום וגישת ההחלמה, טיפול תרופתי במחלות הנפשיות, תעסוקה – כאמצעי טיפולי, טיפול ב CBT, אשפוז בכפיה, טיפול באמצעי יצירה ותנועה ועוד. בכל מפגש נושא מרכזי/הפעלה מרכזית-אשר מועבר על ידי איש מקצוע (דובר אותה שפה: רופא/עובד סוציאלי/איש סיעוד/מרפאה בעיסוק), ולאחר מכן נערך עבוד רגשי וניתן מקום לשאלות ותשובות. בסיום המפגשים מועבר שאלון משוב, אשר עוזר להבין את מידת העמידה שלנו כצוות בציפיות המשתתפים, וכן עוזר למקד ולתכנן את המפגש העוקב. עד השנה האחרונה נערכו המפגשים בביה"ח, כאשר החידוש בשנה האחרונה היה: בהרחבת מתכונת המפגשים בכיוון של עריכת מפגשים בקהילה: מפגש אחד למשפחות דוברות רוסית-נערך בהוסטל יוליזבטה בעכו, ומפגש למשפחות דוברות ערבית-נערך במרפאה בעכו.

**הערכה וסיכום:** המפגשים מאפשרים שיח אודות הקשיים בשפת האם. נוצר דיאלוג בין בני משפחה לאנשי מקצוע בשפת האם, ואפשרות לקבל תמיכה ועזרה ממשפחות נוספות. המשפחות הרחיבו את הידע שלהן לגבי המחלה וההחלמה באווירה אינטימית.

### 5.3.6 המרכז לבריאות הנפש שער מנשה

גליה קדוש, יו"ר הוועדה להנגשה תרבותית ולשונית

#### רקע כללי:

מרכזנו נמצא בקרבת פרדס חנה-כרכור. אחד מהמוסדות הרפואיים הגדולים והמודרניים במדינה לטיפול בחולי נפש. מטופלים בו מבוגרים מגיל 18 ומעלה. הנהלת המרכז מונה את: פרופסור אלכסנדר גרינשפון, גב' לאה בוצר וגב' חוה קוסטיצקי. המרכז מתפרס על שטח של 720 דונם. אזורי האשפוז מוגדרים מצומת הרוא"ה בדרום ועד טירת כרמל בצפון, מחוף הים במערב ועד טבריה במזרח. המרכז מספק אשפוז לכל סוגי: מחלקות אשפוז למצבים אקוטיים ולמצבים כרוניים, אגף לביטחון מרבי (מסגרת ארצית), מחלקת שיקום, מחלקה המתמחה בטיפול בגיל השלישי (פסיכוגריאטריה), יחידה לאשפוז יום, יחידה לטיפול יום וכן שירותי מרפאה הניתנים במרפאת "עירון" הצמודה למרכז. מרכזנו כולל 420 מיטות אשפוז ומשרת כ- 2,500 מטופלים בשנה, מהם מתאשפזים כ- 65%. אוכלוסיית המטופלים משקפת את האוכלוסייה הישראלית שהיא הטרוגנית ומורכבת מרוב דוברי עברית, דוברי ערבית 13.4%, דוברי רוסית 10.6%, דוברי אמהרית 2% ודוברי אנגלית 0.8%. מרכזנו מספק שירותים מותאמים לצרכים המגוונים של הפונים.

#### פעילויות מתמשכות:

א. **יישום חוזר המנכ"ל בנושא התאמה והנגשה תרבותית ולשונית:** הוקמה ועדה להנגשה תרבותית ולשונית המורכבת מצוות רב-מקצועי המקיימת ישיבות קבועות בשיתוף פעולה עם ההנהלה.

ב. **מאפייני אוכלוסיות המטופלים:** מאפייני אוכלוסיות המטופלים אשר בהתייחס להן נערכו תוכניות התערבות: פונים דוברי רוסית, אמהרית ומהמגזר הערבי שאינם שולטים בעברית מקבלים שירות בשפתם. מדי פעם מגיעים פונים שהם עובדים זרים ואז נעשות הערכות ספציפיות מותאמות (לדוגמה: עבור פונה מאריתריאה הובאה מתורגמנית לשפה הטיגרינית).

ג. **בנק טפסים:** האגף למידע ומחשוב, שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות הטמיע ביוני 2012 במערכת ה-ATD. הנגשת טפסים הדורשים חתימת מטופל/אפוטרופוס אישי בחמש שפות: עברית, אנגלית, ערבית, רוסית ואמהרית. הטפסים שהוטמעו: "הסכמה לאשפוז ולקבלת טיפול", "כתב ויתור על סודיות", "כתב חוב" מופיע בעברית ובאנגלית בלבד. בנוסף, לצורך שימוש בכל בתי החולים בטפסים אחידים המתורגמים בחמש השפות, נשלחו שלושה טפסים שלנו למנהל רפואה: "מידע לפונה ליחידה לרפואה דחופה ומשרד הקבלה", "זכויות וחובות למתאשפז ביחידה הפסיכיאטרית" ו- "מידע למטופל המשתחרר מאשפוז". טפסים אלה מרוכזים במנהל רפואה במשרד הבריאות, במטרה להטמיעם כטפסים אחידים.

ד. **הנגשה שפתית:** אתר המרכז "אודותינו" מוגש בשפות: אנגלית, ערבית, רוסית, אמהרית, גרמנית, רומנית, איטלקית וצרפתית. השירות הסוציאלי במרכז מקיים קבוצות תמיכה שבועיות

בשפה הערבית לבני משפחה ולבנות זוג של המטופלים. ההזמנות לקבוצות נכתבו בשפה הערבית והופצו באוכלוסיות המתאימות לפני תחילת הקבוצות.

ה. **מעמד האישה:** ב- 31.1.13 התקיים במרכזנו לכל העובדים יום עיון בנושא "נפגעות תקיפה מינית". באתר המרכז מופיעות כרזות עם קישור בנושא "הטרדה מינית" בשפות עברית, רוסית, ערבית ואמהרית.

ו. **שילוט:** בוצע שילוט ידידותי לפונים. השלטים כתובים ב- 3 שפות: עברית, אנגלית וערבית. השלטים במספר צבעים לפי סוג מחלקות האשפוז. הצבע בשלטים מותאם לצבע בשילוט על המבנים הרלוונטיים.

ז. **הכשרת מתורגמנים ומינוי נאמני הנגשה:** גויסו אנשי צוות רב-מקצועי בשפות: אנגלית, ערבית, רוסית, ואמהרית.

ח. **שירותי תרגום טלפוני:** מרכזנו מיועד להצטרף למוקד טלפוני ארצי של משרד הבריאות לתרגום סימולטני שישמש את בתי החולים ולשכות הבריאות.

ט. **פתיחת קורסים לשפות:** נפתחו 4 קורסים לעובדי המרכז: 2 קורסים ללמוד שפה ערבית מדוברת ו- 2 קורסים ללמוד שפה אנגלית.

י. **הותקנו מעליות ושירותי נכים** במבנה ההנהלה, בספרייה ומחקר.

#### **פעילויות חדשות ופעילויות מתוכננות להמשך:**

א. **הכשרת מתורגמנים ומינוי נאמני הנגשה:**

1. קיום יום עיון בנושא "פערי תרבות" בשיתוף עם אנשי מקצוע מבחון להכשרת אנשי צוות רב מקצועי בסדנא בת יום. אנשי צוות המרכז דוברי שפות אנגלית, ערבית, רוסית ואמהרית יפעלו גם להגברת המודעות בנושא. הסדנא מתוכננת ליום 5.11.14.

2. ארבעה עובדים ממרכזנו דוברי השפות: ערבית, רוסית ואמהרית מיועדים לעבור קורס מתורגמנות משותף בבריאות הנפש שאמור להיפתח במרכז רפואי איכילוב בשנת 2014. מסיימי הקורס יענדו תג של "נאמן תרבות".

ב. **התקנת מעלון ושירותי נכים במרפאת עירון.**

#### **הצלחות ואתגרים:**

א. המרכז מהווה מוקד משיכה למטופלים ולמטפלים בבריאות הנפש בישראל.  
ב. המרכז מעניק טיפול רפואי ושיקומי ברמת איכות גבוהה, תוך שמירה על כבוד המטופל והקשר עם משפחתו.

ג. המרכז נותן שירות ללקוחות פנים וחוף על פי סטנדרטים של איכות תוך פיתוח המשאב האנושי.

**חזון** – המרכז יוביל במתן שירותי רפואה עדכניים בבריאות הנפש, תוך יצירה של סביבה טיפולית תומכת, המציבה את האדם והקהילה במרכז. המנהלים ישקיעו בפיתוח תחושת השייכות של עובדיהם וחיוזק תחושת שביעות הרצון שלהם.

### **5.3.7 המרכז הרפואי סורוקה** **ד"ר אורלי וויינשטיין, סגנית מנהל המרכז הרפואי סורוקה**

#### **רקע כללי:**

##### **יעדי התוכנית:**

1. קיצור זמני המתנה לניתוחים ולפעולות
2. התאמת פעילות בית החולים לצרכי הקהילה
3. הרחבת זמינות וסוגי טכנולוגיות
4. הנגשת מידע
5. מדדי איכות לאומיים
6. צמצום תהליכים בירוקרטיים
7. הנגשת שירות
8. שיפור הרצף הטיפולי בין הקהילה לבית החולים
9. גישור על פערי מיגון על מנת לאפשר רצף טיפול גם בעתות חירום

##### **אוכלוסיית היעד:**

- א. כלל אוכלוסיית הדרום
- ב. דגש על אוכלוסיות בעלות נגישות נמוכה

##### **מדדים להערכה:**

- א. מדדי איכות לאומיים וקופתיים
- ב. מדדי רצף טיפולי
- ג. צמצום אשפוזים חוזרים
- ד. זמני המתנה לניתוחי
- ה. זמני המתנה לטיפולים אמבולטוריים

##### **תיאור הפעילויות:**

1. טכנולוגיות: רכש והטמעת טכנולוגיות (PET CT, MRI 3-TESLA), מכשיר טומוגרפיה ממוחשבת קרדיאלית). חדש: מאיץ קווי נוסף, חדר רנטגן בטכנולוגית DR, ניידת DR
2. זמני המתנה לניתוחים ולפעולות: באמצעות הרחבת פעילות חדר ניתוח בשעות הבוקר ובשעות אחר הצהריים (עליה של 3% בהיקפי הניתוחים בשנה האחרונה)
3. התאמת פעילות בית החולים לצרכי הקהילה: קביעת היקף ותמהיל הפעולות בתיאום ועל פי צרכי הקהילה, פעילות הסברה משותפת, כנסים משותפים, פעילות בנושא רצף טיפולי
4. הנגשת מידע: באמצעות עלוני מידע הנשלחים לבית המטופל ונמצאים בבית החולים בשלוש שפות, עלוני הסבר והדרכה על מצבים רפואיים פרטניים במספר שפות, אתר

- אינטרנט, הטמעת פרויקט שאל אותי 3, טפסי הסכמה מדעת בשלוש שפות, פרויקט שילוט כולל בכלל בית החולים בשלוש שפות, מוקד כוכבית 2700
5. מדדי איכות לאומיים: פעילות אינטנסיבית לעמידה ביעדים
  6. צמצום תהליכים בירוקרטיים: על ידי שליחת טפסי התחייבות אלקטרוניים, קביעת תור לביקורת טרם השחרור, שקיפות של הרשומה הרפואית בין בית החולים והקופות
  7. הנגשת שירות: על ידי הגעת רופאי בית החולים למרפאות הקהילה, ניידות שירות בקהילה ועוד
  8. שיפור הרצף הטיפולי בין הקהילה לבית החולים: פרויקט חדשני הכולל מספר רב של תחומים בהם שופר רצף הטיפול באמצעות תהליך מובנה, תוך קביעת יעדי הצלחה ומדידה שוטפת של העמידה בהם
  9. גישור על פערי מיגון על מנת לאפשר רצף טיפול גם בעתות חירום: בתהליך- בניית חדרי ניתוח ממוגנים. עתיד- בניית חדרי ניתוח ממוגנים נוספים, בניית פגיה ממוגנת.

#### **הצלחות ואתגרים- הישגים וקשיים בקידום יעדי בית החולים לצמצום פערים בבריאות:**

הישגים: פרויקט שיפור הרצף הטיפולי, צמצום זמני המתנה לניתוחים ופעולות מסוימים, הנגשת מידע, מדדי איכות.

כשלים: פערי מיגון קשים המקשים על המשך מתן שירות רפואי בעתות חירום, זמני המתנה ארוכים לחלק מתחומי השירות.

#### **יעדים ופעילויות מתוכננות להמשך (דצמבר 2014 ואילך):**

1. הנגשת מידע אמצעות שימוש בסמארטפון האישי- תכני הדרכה, בטיחות, הכנה לפעולות ועוד.
2. ביצוע ביקורים טלפוניים ברפואה יועצת לצורך הגברת הנגישות והזמינות לאוכלוסיית הדרום (חלקה מתגוררת מרחק גדול מבית החולים).
3. הרחבת פעילות בתחום שיפור הרצף הטיפולי לתחומים נוספים.
4. המשך צמצום תהליכים בירוקרטיים בין בית החולים לקופות החולים.
5. מתוכננת בניית פגיה ממוגנת, חדרי ניתוח ממוגנים נוספים, מכון גסטרו ממוגן.
6. רכש טכנולוגיות נוספות- חדר אנגיוגרפיה ביפלנרית, מערכת הדמייה תוך ניתוחית- O-ARM.

### **5.3.8 בית חולים הדסה הר הצופים** **גילה שגב, רכזת "בשפתך", מתורגמות וכשירות תרבותית**

#### **רקע כללי :**

בית חולים הדסה הר הצופים, ממוקם בצפון מזרח ירושלים ומשרת את אוכלוסיית האזור. הוא מכיל כ- 330 מיטות ומעבר למחלקות הליבה יש בו מחלקות: שיקום, טיפול נמרץ פגים והוספיס. מיקומו של בית החולים משפיע על הרכב האוכלוסייה המטופלת: אחוז גבוה של דוברי ערבית ממזרח ירושלים, אוכלוסייה דתית לאומית מישובי בנימין, אוכלוסייה חילונית מירושלים וממעלה אדומים וכן אוכלוסייה חרדית משכונותיה הצפוניות של ירושלים.

בשנת 2008 ערך פרופ' ליאון אפשטיין, הדיקן לשעבר של בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטה העברית, שני מחקרים בנוגע להתפלגות השפות המדוברות בקרב אוכלוסיית המטופלים והתמודדות החולים והצוותים עם הפערים השפתיים. הממצאים העידו על קשיים בעיקר בקרב דוברי השפות ערבית ורוסית. לקשיים אלו נמצא ביטוי גם באוכלוסיית המטופלים וגם בקרב הצוותים בכל שלבי הטיפול. ממצאים אלו הובילו להקמת תוכנית למתורגמות רפואית והנגשה תרבותית "בשפתך".

#### **הפעילות:**

הפרויקט, שהינו פרויקט מבוסס מתנדבים, נועד לספק שירותי מתורגמות רפואית בשפות ערבית-עברית ורוסית- עברית ולהעלות את רמת ההנגשה התרבותית בבית החולים, החל בשנת 2010. הפרויקט היה הראשון מסוגו בארץ והחל עוד טרם פורסם חוזר משרד הבריאות בנושא. הפרויקט המנוהל על ידי המחלקה לעבודה סוציאלית ובראשו עומדת עו"ס גילה שגב, ממומן על ידי הקרן לירושלים ונעשה בשיתוף המרכז הבין תרבותי לירושלים. הפרויקט מלווה בועדת היגוי שבה נציגים מהנהלת ביה"ח, אחיות, רופאים ועובדי מנהל ומשק ועובדים סוציאליים.

**שירותי תרגום: תרגום בע"פ** - משנת 2010 ועד סוף 2013, דרך פרסום בעיתונות, באתרי המגזר השלישי ובקבוצות גמלאים, גויסו 3 מחזורי מתנדבים לשירותי התרגום. המגויסים עברו ראיונות אישיים ומיונים שבדקו כישורי שפה. בהמשך עברו קורס למתורגמות רפואית בן 40 שעות בניהולם והנחייתם של דר' מיכל שוסטר מאוניברסיטת בר אילן, דר' חגי אגמון שניר מהמרכז הבין תרבותי לירושלים וגילה שגב מרכזת "בשפתך".

לאחר שינויים ונשיירה טבעית, מספר המתנדבים כיום עומד על 25 דוברי ערבית ו- 4 דוברי רוסית, המגיעים למשמרת אחת בשבוע למתן שירותי תרגום בעל פה עבור הצוות ועבור המטופלים ומשפחותיהם. בערבית פועל השרות בימים א-ה בשעות 16:30-8:30 וברוסית מוזמן השרות בתיאום מראש, בעיקר בטיפולים אמבולטוריים. במקביל מועסקים בשכר שני מתורגמים בערבית- עברית במחלקות הילדים ובמיון ילדים של בית החולים (בשעות הבוקר והערב).

המשובים מהצוות ומהמטופלים חיוביים ביותר. מספר הקריאות לתרגום בערבית עומד על ממוצע של 6-10 ביום לעומת 3-4 קריאות בשבוע לתרגום ברוסית. רוב הקריאות לתרגום נעשות בעת קבלת האנמנזה ומתן האבחנה, או לקראת שחרור וכן, כאשר נדרש הצוות להדריך את החולה או לתת לו הנחיות מיוחדות.

לצורך מתן תרגום בשפות הנדירות יותר, כגון: גרמנית, ספרדית, צרפתית, גובשה רשימה של עובדי בית החולים היכולים לסייע בעת הצורך. העובדים קיבלו הדרכה בעל פה ובכתב לכללי התרגום הנכונים. התרגום מוזמן דרך השרות הסוציאלי. לצורך תרגום באמהרית נעשה שימוש בשירותי התרגום הטלפוני של "טנא בריאות".

**תרגום בכתב** - במקביל למתן השרות בעל פה עוסקים המתנדבים בתרגום טקסטים לשפה הערבית. מדובר במסמכים פנימיים להדרכות מטופלים, כגון: מעקב אחר תנועות עובר, הנחיות לטיפול בתינוקות והנחיות לטיפולים לאחר פרוצדורה אורטופדית. התרגומים עוברים הגהה וביקורת אנשי צוות ערביים. במקביל נעזר בית החולים במסמכים רשמיים מתורגמים הנלקחים מאתר הר"י.

**שילוט**: לפני כשנתיים הוחלף ושופר השילוט בבית החולים. השילוט מופיע בעברית, ערבית ואנגלית. במקביל נוספו לחלק מהשלטים איורים.

**הכשרות צוות בכשירות תרבותית**: בין השנים 2011-2012, עברו כ-180 אנשי צוות מבית החולים (רופאים, אחיות, עו"סים ואנשי מינהלה), סדנאות לכשירות תרבותית שעסקו בהתמודדות עם מטופלים מתרבויות שונות. הסדנאות הועברו על ידי מנחים מהמרכז הבין תרבותי לירושלים. במקביל הועברו על ידי עו"ס גילה שגב סדנאות בנושא לעובדות כוח עזר ולמזכירות המחלקות.

**הנגשת שירותי דת**: יהדות- בבית החולים, בית כנסת פעיל העומד לרשות המעוניינים בכל עת. רב בית החולים עומד לרשות אנשי הצוות והחולים להתייעצות בנושאים הקשורים בהלכה היהודית. צוות רב מקצועי מגבש בימים אלה מסמך למטופלי בית החולים ומשפחותיהם ובו מידע על שירותי בתי החולים בימי שבת ומועד.

אסלאם: מתנדב מקרב המתורגמנים, העובד במסגד אל אקצא, משמש כגורם מתווך ומייעץ בסוגיות דתיות המתעוררות במפגש בין הרפואה והאסלאם. כמו כן, מתנדב זה מגבש יחד עם צוות בית החולים תוכנית להקמת חדר תפילה למוסלמים.

נצרות: מתנדב מקרב המתורגמנים, נוצרי תושב העיר, משמש כגורם מתווך ומייעץ בענייני הנצרות (לדוגמא: הבאת כומר להתפלל עם מטופל ביום ראשון). במסגרת התנדבותו, הוזמנו נציגים מבית החולים לתפילה מיוחדת בכנסיה הקתולית יוונית. בתפילה בורכו מוסדות המטפלים בחולים וקשישים ולראשונה בורך בית חולים ישראלי.

### **תוכניות עתידיות:**

תוכנית "בשפתך" מהווה היום חלק בלתי נפרד מהשרות שמעניק בית החולים הדסה הר הצופים לחולים, בני משפחותיהם והצוות המטפל. חשיבות רבה מוקדשת לשימור השרות, שיפורו והגדלת הנגישות התרבותית. היעדים אותם הצבנו לשנה הקרובה:

- הגדלת מספר המתנדבים לתרגום בעל פה (ישנו קושי לעמוד בעומס קריאות בין המחלקות השונות).
- שיפור השילוט במחלקות השונות (בעיקר שילוט מקומי).
- המשך תרגום טקסטים פנימיים.

פרק 5. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות

- הקמת חדר תפילה מוסלמי.
- הרחבת הכשרות הצוות בכשירות תרבותית. הכשרה זו תבוצע אנשי צוות מבית החולים שיוכשרו לכך על ידי המרכז הבין תרבותי לירושלים.