



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

התמודדות לאומית עם אי-השוויון בבריאות: משולחן השרטוט ליישום בפועל

טוביה חורב
אמה אברבון
ניר קידר

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39 ירושלים
טלפון – 02-5081033

Health.Economics@moh.health.gov.il

פתח דבר

רמת אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות בישראל היא בין הגבוהות בעולם המערבי, כך גם תחולת העוני. עוני ופערים חברתיים-כלכליים משפיעים בין היתר גם על רמת אי-השוויון בבריאות ובמערכת הבריאות ומציבים אתגר מורכב למשרד הבריאות בפרט ולמערכת הבריאות ככלל.

הספרות המחקרית בישראל כמו גם ארגונים שונים העלו על נס את הצורך בהתמודדות ממוקדת בנושא אי-השוויון בבריאות והציעו מגוון התערבויות ותוכניות פעולה. חלק מהתוכניות שהוצעו נשענו, בין היתר, על כיווני פעולה שאומצו במדינות אחרות ועל המלצות של גופים בין לאומיים. עם זאת, הבדלים במבנה וארגון מערכות הבריאות במדינות השונות והבדלים תרבותיים וערכיים ביניהם אינם מאפשרים אימוץ מודל זהה למדינות אחרות, אך מאפשרים לזהות מרכיבים שניתן ליישם.

שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן, המנהל הכללי של המשרד- פרופ' רוני גמזו וח"כ הרב יעקב ליצמן, לשעבר סגן שר הבריאות, הבהירו עם כניסתם לתפקיד, איש-איש בזמנו, את מחויבותם להתמודד עם הפערים הקיימים במערכת הבריאות ועל נחישותם לצמצם ככל הניתן. אכן, כבר בשנת 2010 עם גיבוש יעדי-העל של משרד הבריאות לשנים 2011-2014, הוצב נושא זה גבוה בסדרי העדיפויות של המשרד והוכר כאחד מ'עמודי האש' לאורם יפעל המשרד ואשר יכתיבו את סדרי העדיפויות ואת ההדגשים בפעילות המשרד. מאז, פעילות שתכליתה ההתמודדות עם אי-השוויון במערכת הבריאות הפכה לחלק בלתי נפרד מתוכניות העבודה של המינהלים והאגפים השונים במשרד הבריאות.

במרבית התחומים, תוצאות הפעילות שמטרתה צמצום פערים בבריאות אינן באות לידי ביטוי בטווחי זמן של שנים ספורות ונדרשים אורך-רוח, נחישות והתמדה במאבק זה.

עם זאת, ראוי מידי פעם לנתח את הפעילות ואת כיווני ההתקדמות בפעילות המתוכננת. זו הייתה המטרה העיקרית של הפרסום הנוכחי – להאיר את כיווני הפעולה של משרד הבריאות שמשפיעים על יכולת התמודדותו עם אי-השוויון בבריאות, לבחון אותם אל מול תוכניות פעולה והמלצות שהועלו על ידי חוקרים וארגונים בישראל בשנים האחרונות, ולשקף את האתגרים בהמשך הדרך.

כל זאת, כאמצעי נוסף לשיתוף הציבור והשותפים האחרים במערכת הבריאות בתוכניות, בעבודת המטה ובהליך החשיבה.

יש להדגיש כי הפעילות המפורטת במסמך זה מונהגת על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות ומבוצעת על ידי מכלול המינהלים והאגפים הרלוונטיים במשרד הבריאות, כגון – מינהל רפואה, מינהל סיעוד, מינהל טכנולוגיות, אגף תכנון תקצוב ותמחור, משאבי אנוש, שירותי בריאות הציבור ועוד. בעבודה הנוכחית הושם אמנם דגש על פעילות, בעלת השפעה על צמצום הפערים, שהחלה בשנים האחרונות ולא על הפעילות השוטפת של המינהלים והאגפים השונים במשרד. עם זאת, ראוי לזכור שחלק מהפעילות השוטפת של המשרד משפיעה גם היא על צמצום פערים. כדוגמא לכך ניתן להציג את הפעילות השוטפת של שירותי בריאות הציבור, שתכליתה אמנם קידום בריאותה של האוכלוסייה ככלל, אך קיים בה אפקט רב יחסית על האוכלוסיות החלשות ובמקרים רבים אלה מהוות גם את אוכלוסיית מטרה. בהקשר לכך, ניתן לציין במיוחד את הפעילות של מרכזי 'טיפת חלב' באזורי הפריפריה, שירותי הבריאות לתלמיד, ועוד.

כמו כן, יודגש כי קיימת פעילות מרשימה ונרחבת בתחום ההתמודדות עם אי-השוויון בבריאות המתבצעת בקהילה באמצעות קופות החולים וכן בבתי החולים. המסמך הנוכחי לא נועד לתאר או לנתח פעילות זו מאחר והוא מתמקד בעשייה של משרד הבריאות בעיקר במסגרת תפקידו כרגולטור ומכתיב מדיניות.

הנני מודה לשותפי במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי שסייעו בהכנת המסמך הנוכחי ובמיוחד לד"ר אמה אברבוך ולמר ניר קידר. תודה גם למר עמית שריר שסייע בהוצאה הפרסום לאור.

החומר מתייחס ברובו לפעילות שבוצעה או תוכננה מראשית שנת 2010 עד ינואר 2013 ולכן ברצוני לבטא את הוקרתי במיוחד למי שכיהן באותה עת כסגן שר הבריאות, ח"כ הרב יעקב ליצמן, ולמנהל הכללי של המשרד, פרופ' רוני גמזו, על מחויבותם להתמודדות נחושה עם הפערים ועל המיקום הגבוה בו הציבו את הנושא בעבודת המשרד.

שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן הבהירה גם היא, מיד עם כניסתה לתפקיד, את מחויבותה לנושא צמצום אי-השוויון והנושא מופיע כחלק מתוכניות העבודה הרב-שנתיות של משרד הבריאות לשנים 2013-2016. כבר בפעילותה הנוכחית, המבוצעת בסמוך לכניסתה לתפקיד, ממחישה השרה את נחישותה לקידום ערכים חברתיים דוגמת ערבות הדדית ופרוגרסיביות במערכת הבריאות.

האתגר המונח לפתחנו בנושא זה הוא עצום והנני מאחל לכולנו המשך פעילות פורה לקידום בריאותם ורווחתם של תושבי ישראל.

בברכה,

ד"ר טוביה חורב

סמנכ"ל בכיר לתכנון אסטרטגי וכלכלי

תוכן עניינים

7	1.רקע כללי.....
14	2.התוכניות וההמלצות העיקריות שהוצגו בהן.....
26	3.הקבצת עיקרי ההמלצות לפי מוקדי ההתערבות.....
	4.האסטרטגיה של משרד הבריאות בסוגיית התמודדות עם אי השוויון בבריאות.....
34	5.התווית מדיניות המתמודדת עם פערים ויישומה על ידי משרד הבריאות 43.....
43	א. צמצום פערים בתשתיות.....
56	ב. צמצום בפערים בנגישות לשירותי בריאות.....
63	ג. תמריצים לעידוד פעילות לצמצום פערים.....
68	ד. צעדים מערכתיים לחיזוק יכולת ההתמודדות עם פערים.....
71	6.דיון.....
84	7.סיכום.....
86	8.מקורות.....

1. רקע כללי

אי-שוויון בבריאות מתועד בכתבי עת מדעיים זה זמן רב¹. ארגון הבריאות העולמי קבע כבר בשנת 1978, כי חוסר השוויון, המשתקף במצב הבריאות של אנשים במדינות מפותחות, לעומת אלה החיים במדינות מתפתחות, כמו גם אי-שוויון במצב הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות בתוך אותה מדינה, הוא בלתי קביל מבחינה פוליטית, חברתית וכלכלית². קביעה זו מדגישה, כי הבריאות מהווה זכות אנושית בסיסית וכי ממשלות אחראיות לבריאות אוכלוסייתן. מימושה של האחריות מותנה, בין השאר, בהספקה של שירותי בריאות ורווחה הולמים לכל שכבות האוכלוסייה. בעקבות הצהרת אוטווה (Ottawa Charter), שפורסמה בשנת 1986 על-ידי ארגון הבריאות העולמי³, אשר קראה, בין השאר, להתמודד עם פערים בבריאות, החלו מדינות רבות לפתח מדיניות להתמודדות עם הבעיה. ארגון הבריאות העולמי חזר והדגיש סוגיה זו מאוחר יותר, באמצעות הצהרה, שפורסמה על-ידי הקבוצה האירופית של הארגון, בדבר ההכרה בשוויוניות בבריאות, כאחד מהערכים הבסיסיים ביותר של מדיניות בריאות. הטיפול באי-השוויון נכלל בין 21 היעדים, שהותוו בכינוס ה-51 של אותו ארגון⁴.

¹ דוגמא לכך ניתן לראות בדו"ח שנכתב בבריטניה מאמצע המאה ה-19: Chadwick, 1842. כמו כן דוגמא לוויכוח שניטש כבר במאה ה-19, סביב הקשר בין בריאות לנשאים חברתיים, ראה אצל: Hamlin, 1995.

² הצהרת אלמה-אטה, לה היו שותפים WHO ו-UNICEF, ראה: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1

³ World Health Organization, 1986

⁴ World Health Organization, 1998

הנושא קיבל תנופה נוספת, לאחר שבאמנת ליסבון (2000) הצהירו מדינות האיחוד האירופי על נחישותן להילחם בעוני ובהדרה החברתית, על ההיבטים השונים, בהסתמך על עקרונות שגובשו באמנת אמסטרדם (Amsterdam Treaty)⁵. במסמכים נוספים שיצאו לאור מאוחר יותר הוצגו הפערים הקיימים בבריאות במדינות השונות של מדינות האיחוד האירופי כבעיה המחייבת התייחסות והודגשה העדיפות, שיש לתת להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות, במסגרת תכניות לאומיות⁶. בהמשך, פורסם דו"ח מטעם ועדה של ארגון הבריאות העולמי. דו"ח זה, אשר חזר ומיקד את תשומת לב של מקבלי החלטות ואנשי מערכות רפואה בעולם בשורשים חברתיים-כלכליים של הפערים בבריאות, היווה ציון דרך בהדגשת השפעתו של אי-שוויון חברתי על היווצרותם של ההבדלים הבריאותיים⁷.

אמנם אי-שוויון חברתי-כלכלי הוא מאפיין של החברה המערבית, אולם עומקו שונה ממדינה למדינה. מדד גייני מתאר את אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות. ניתן לסווג את רמת אי-השוויון במדינות השונות, כפי שמשקפת על פי ערכי מדד זה, ל-4 קבוצות⁸. בקבוצת המדינות שברמה 1 הפערים בהתחלקות ההכנסות הם הקטנים ביותר (lower group). על פי נתוני ה-OECD⁹ ניתן לכלול בקבוצה זו רבות ממדינות צפון אירופה ואחרות, כגון דנמרק (מקום ראשון), שבדיה, הולנד, אוסטריה, פינלנד, לוקסמבורג ונורווגיה, אצלן ערכי המדד (לאחר מיסים ותשלומי העברה) נעים בין 0.23-0.27.

⁵ אמנה לה שותפות מדינות האיחוד האירופי. נוגעת במגוון נושאים לרבות בריאות הציבור, היא נוסחה לראשונה ב-1997 ועברה מאז מספר עדכונים. לפרטים אודות האמנה ראה - <http://europa.eu/scadplus/leg/en/s50000.htm>.

⁶ European Commission, 2000; 2008

⁷ World Health Organization, 2008

⁸ Förster and Mira d'Ercole, 2005

⁹ OECD, 2010

הקבוצה ברמה השנייה – (middle lower group) כוללת בעיקר מדינות ממערב אירופה, כגון שוויץ, בלגיה, צרפת, וגרמניה וכן קנדה ואוסטרליה – ערכי המדד בקבוצה זו נעים בין 0.27-0.30.

הקבוצה ברמה השלישית (middle upper group) כוללת את אנגליה וארה"ב אך גם את ניו-זילנד, יוון, איטליה, פורטוגל ופולין, שערכי המדד המאפיינים אותן גבוהים מן הממוצע ב-OECD ונעים בין 0.31-0.36. הקבוצה ברמה הרביעית (upper group) כוללת מדינות בהן אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות גבוה, ובהן טורקיה ומקסיקו, עבורן ערכי המדד נעים סביב 0.45. בישראל ערכי מדד הגייני של התחלקות ההכנסות עמד בשנת 2011 על 0.38 (0.50 לפני תשלומי העברה ומיסים) (המוסד לביטוח לאומי, 2012). בספרות המקצועית הוצג קשר ברור בין רמת אי-השוויון החברתי-כלכלי לבין אי-השוויון בבריאות וכן בין המעמד החברתי של הפרט בחברה בה הוא חי, לבין מצבו הבריאותי¹⁰. גם בישראל אי-השוויון בבריאות הינו במידה רבה פועל יוצא מהפערים הכלכליים-חברתיים הקיימים במדינה ומערכת הבריאות צריכה להתמודד למעשה, גם עם התוצאה הבריאותית שנובעת, בין היתר, מהפערים הנ"ל.

על רקע אי-השוויון בבריאות ובמערכות הבריאות, יצא האיחוד האירופי בקריאה לבנות אסטרטגיה להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות ואף התווה קווים מנחים לדרכי התמודדות עם פערי הבריאות במדינות החברות בקהילה האירופית¹¹. המחויבות המתמשכת להתמודד עם הפערים בבריאות מבוטאת גם ביעדי הבריאות שהותוו במסמך אחר של האיחוד האירופי משנת 2005¹²; כמו כן היא משתקפת בתכניות פעולה לצמצום אי-השוויון בבריאות, הנוהגות כיום במרבית מדינות המערב.

¹⁰ ראה לדוגמא - Low and Low, 2005

¹¹ European Commission, 2002

¹² European Commission, 2005; 2008

מעבר לפעילות, המתקיימת במדינות השונות עצמן, קיים בתחום זה גם שיתוף פעולה בין המדינות¹³.

המחויבות של ארגון הבריאות העולמי (WHO) לנושא צמצום פערי בריאות מצאה ביטוי גם במסמכים והצהרות אשר פרסם הארגון, וגם בתמיכתו המקצועית המתמשכת בפרויקטים ייעודיים בתחום זה במדינות השונות.

בשנת 2011 פרסם ארגון הבריאות העולמי את הצהרת ריו¹⁴ שעיקרה מחויבות של המדינות החברות בארגון להתמודד עם אי-השוויון בבריאות באמצעות פעילות המבוצעת על המשתנים החברתיים של בריאות. בין השאר, ניתנה באותה הצהרה הדגשה לתפקיד של מערכת הבריאות וקריאה להגברת מעורבותה בצמצום אי-השוויון בבריאות. בין היתר, באמצעות פעילות להגברת השוויוניות באספקת שירותי בריאות, בפיתוח תוכניות לקידום בריאות המתחשבות במאפיינים חברתיים של קבוצות אוכלוסייה, בניטור הפערים וההתקדמות לקראת היעדים שהותוו לצמצום, וביישום תוכניות ייעודיות לצמצום פערים. הפרסום האחרון של הארגון, משנת 2013, מדגיש את תפקידן של מערכות בריאות בעולם בקידום שוויון חברתי ככלל, זאת, לדוגמא, באמצעות תרומה ללכידות חברתית והעצמת קבוצות חלשות כמו גם בהסרת חסמים כלכליים בנגישות לשירותי בריאות ועוד¹⁵.

בישראל, כבר ב- 1995 הכיר חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל בחשיבות ההתמודדות עם בעיית הפערים במערכת הבריאות. הדבר משתמע מהסעיף הראשון בחוק: *"ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית"*.

¹³ לדוגמא שיתוף הפעולה עליו הוצהר במפגש באמסטרדם שנערך בשנת 2005 בין שרי הבריאות של גרמניה, בלגיה, שוודיה, פורטוגל, ספרד, ואנגליה, שהסתיים בניסוח הצהרה משותפת הרואה בסגירת פערים חשיבות עליונה.

¹⁴ Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011

¹⁵ World Health Organization, 2013

בעיית אי-השוויון בבריאות בישראל נדונה בעבר בפרסומים שונים כגון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות שארגן בשנת 2003 כנס שהתמקד בהיבטים כלכליים של אי-השוויון בבריאות¹⁶; בשנת 2006 פרסם מאירס ג'וינט-מכון ברוקדייל עבודת מחקר שמטרתה הייתה לבחון את המקום של אי-השוויון בבריאות בחשיבה ובעשייה של מובילי מערכת הבריאות ומנהיגים אחרים בישראל¹⁷. המחקר נועד גם לזהות מדיניות ופעולות שיכולות לצמצם את אי-השוויון בבריאות בישראל ולקדם את פיתוח המדיניות והעשייה במערכת הבריאות בישראל.

צעד נוסף שתרתם לשינוי מסוים בכיוון של השיח הציבורי היה בשנת 2007 בעקבות פרסום¹⁸, שהמחיש בהרחבה את אי-השוויון בבריאות ובמערכת הבריאות בישראל והדגים את העובדה שחלק מהפערים מעמיקים והולכים, הן באמצעות מדדי תוצאה והן במדדי תהליכים. בנוסף, התווה המחקר, ככל הידוע לראשונה, עקרונות של תוכנית לאומית להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות.

בהמשך לאותה עבודה פורסמו עבודות נוספות שהציעו תוכניות פעולה ברמה הלאומית להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות^{19,20,21,22}. בשלב מסוים נראה היה שההצעות לפעולה הגיעו לרוויה וכי חלק מההמלצות חוזרות על עצמן גם כאשר מתחלף הרכב החוקרים או המציעים.

¹⁶ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2003

¹⁷ אפשטיין, גולדווג, איסמעיל, גרינשטיין, רוזן, 2006.

¹⁸ אפשטיין וחורב, 2007

¹⁹ חורב, 2008

²⁰ הר"י, 2008

²¹ דו"ח כוח המשימה, 2009 (בצוות הבריאות כלל אנשי אקדמיה וכן מומחים בעלי רקע ניהולי בכיר במערכת הבריאות)

²² נייר עמדה, ארגונים חברתיים, 2010 (הארגונים שהיו שותפים למסמך הם: מרכז 'אדווה', 'רופאים לזכויות אדם-ישראל', 'האגודה לזכויות האזרח בישראל', 'אגודת הגליל-האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות, ו'טנא-בריאות' לקידום הבריאות של יוצאי אתיופיה)

במשרד הבריאות הוקמה בשנת 2008 וועדה לבחינת הפערים בין מרכז לפריפריה שהגישה המלצותיה למנכ"ל בדצמבר 2008.²³ בהמשך הוצאו פרסומים של משרד הבריאות בנושא אי-השוויון בבריאות והדרכים להתמודדות עמו.^{24,25,26} וגובשו תוכניות פעולה להתמודדות עם אי-השוויון.^{27,28} תוכנית זו האחרונה היוותה חלק מתוכנית אסטרטגית של משרד הבריאות לשנים 2011-2014 אשר שמה לעצמה כאחד מיעדיה העיקריים ("עמודי האש") לפעול לצמצום אי-השוויון בבריאות, תוך התווית תוכנית פעולה מפורטת בה נוטלים חלק כל האגפים הרלוונטיים המשרד. תוכנית זו, על עדכוניה, מהווה גם כיום עמוד שדרה של פעילות המשרד בתחום זה.

מטרת המסמך הנוכחי היא לבחון את ההצעות השונות שהונחו במהלך השנים האחרונות למתווה הרצוי של תוכנית לאומית לצמצום פערים בבריאות, לבחון האם קיימת חפיפה או קיימות הסכמות בין המציעים השונים לגבי צעדים חיוניים בתוכנית שכזו ולהשוותם לצעדים שננקטו על ידי משרד הבריאות וממשלת ישראל במהלך השנים האחרונות. כל זאת, כאחד האמצעים לבחון את הצורך והכיוון הרצוי בפיתוח אפיקי התערבות נוספים על אלו שננקטו עד כה.²⁹

²³ וועדת אמבון 2008

²⁴ אברבוך, קידר, חורב, 2010

²⁵ אברבוך, 2012

²⁶ Horev and Averbuch, 2012

²⁷ משרד הבריאות, 2009

²⁸ משרד הבריאות, 2010

²⁹ המסמך הנוכחי מתמקד בפעילות של משרד הבריאות במסגרת אחריותו וסמכויותיו כרגולטור וכמוביל מדיניות. עם זאת, יש להדגיש כי בנוסף לפעילות זו קיימת פעילות נרחבת של קופות החולים. זו נסקרת בדוחות ופרסומים שונים שהופקו על ידי משרד הבריאות, בנושא צמצום אי-השוויון, לדוגמא ראה אברבוך וחב' 2010 וכן אברבוך 2012.

השיטה: הצגת הרכיבים של 8 תוכניות פעולה לאומיות או הצעות להתערבויות ברמה הלאומית שהוצגו במהלך 5 השנים האחרונות, ניתוח הקווים המשותפים, אם קיימים כאלה, וניתוח הפעילות שביצע משרד הבריאות, בהתייחס לצעדים העיקריים שהוצעו³⁰.

³⁰ התוכניות שנדונו מתייחסות לאלה שהוגשו על ידי הארגונים הבאים: מכון ברוקדייל 2006; מרכז טאוב 2007; הר"י 2008; כוח משימה-נשיא המדינה 2008; וועדת אמבון 2008; מרכז טאוב 2008; משרד הבריאות 2009; נייר עמדה ארגונים חברתיים 2010.

2. התוכניות וההמלצות העיקריות שהוצגו בהן

מחקר שפירסם ב- 2006 מאירס ג'וינט-מכון ברוקדייל, העלה כיווני פעולה להתמודדות עם פערים. במסגרת המחקר נשאלו 103 מרואיינים הנמנים על גופים האחראים על מדיניות, תכנון ואספקה של שירותי בריאות וכן מרואיינים מהאקדמיה, בדבר משמעויות אי-השוויון בבריאות בישראל וכיוונים אפשריים לשינויים קונקרטיים במערכת הבריאות – במדיניות ובתוכניות התערבות בשטח³¹. על אף שלא הוצגה במחקר זה תוכנית פעולה מפורטת, הוצגו בה מרכיבים שלדעת המרואיינים חשוב שייכללו בתוכנית שכזו. רכיבים עיקריים שהוזכרו על ידי המרואיינים ככאלה שיש להביאם בחשבון בעת פיתוח תוכנית פעולה לצמצום אי-השוויון בבריאות היו: התגייסות לפעולה תוך מתן עדיפות גבוהה לנושא זה; הגדרת תפקידה של מערכת הבריאות ושל מערכות חברתיות אחרות; יוזמה ממשלתית וחץ-ממשלתית בכיוון זה; פיתוח אסטרטגיה לאומית והכנת תוכנית פעולה; וכן איסוף והפצת מידע בתחומים הקשורים לכך. שינויים קונקרטיים עליהם הצביעו חלק מהמרואיינים היו בכיוון של יישום תוכניות התערבות ייעודיות; הכשרת אנשי מקצוע בתחום הבריאות להתמודדות עם תוצאות הנובעות ממצב סוציו-אקונומי ומרקע תרבותי; הקצאה ייעודית של משאבים או שינוי סדר העדיפויות התקציבי במערכת הבריאות; וכן שינוי בתמריצים לקופות החולים.

בספטמבר 2007 פרסם מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל עבודה (אפשטיין וחורב, 2007), שסקרה בהרחבה את אי-השוויון בבריאות ובשירותי הבריאות בישראל והציגה לראשונה מפת דרכים שמתווה דרך פעולה לאומית לצמצום פערים בבריאות. התוכנית זכתה לכיסוי תקשורתי רחב והעלתה את הנושא לסדר היום הציבורי.

³¹ יש לציין שהראיונות קוימו במהלך שנת 2004

בהקשר **לתשתיות** התייחסה התוכנית לצורך בשיפור התשתיות בפריפריה, הן בבתי החולים והן בשירותים בקהילה, לצורך למנות וועדה שתקבע סטנדרט מינימום של נגישות וזמינות בתשתיות, לבצע הכשרה ולספק כלים לאנשי מקצועות הבריאות להתמודד עם הבדלים תרבותיים, לספק מידע למנהלים אודות תוכניות התערבות לצמצום פערים באופן שיאפשר להם ליזום תוכניות אפקטיביות לצמצום פערים. בתחום **הנגישות הכלכלית** לשירותי בריאות, הוצגו המלצות כגון רה-ארגון של כללי ההשתתפות העצמית בשירותי הבריאות שבסל (פטור מאגרת טיפת חלב ומשירותי מניעה, הרחבת מעגל הזכאים להנחות על רקע כלכלי וכדו'), הכללת שירותי רפואת שיניים לילדים ולקשישים בסל הממלכתי, ופיתוח תחום שירותי בריאות השן לתלמידים בבתי הספר (מניעה). בהקשר של **הנגשה תרבותית** של מערכת הבריאות ושירותי הבריאות הומלץ לפעול להתאמה לשונית של חומר כתוב, ולפעול לאספקת שירותי תרגום במהלך הגשת שירותי בריאות. בהקשר **לתמריצים ומשאבים** שיסייעו בצמצום פערים הוצעו הוספת משתנה פריפריה לנוסחת הקפיטציה, פיתוח תגמול כלכלי לקופות החולים שיהיה מותנה עמידה ביעדים שייקבעו בנושא צמצום פערים, ופרסום מידע השוואתי בין קופות החולים וכן בין נותני שירותים אחרים בנושא הפערים.

בנושא **האחריות הלאומית** לצמצום פערים הובהר כי זו צריכה להיות רב-מערכתית, הומלץ להקים במשרד הבריאות גוף ייעודי שירכז ויתאם פעילות בתחום ההתמודדות עם אי-השוויון. הומלץ לנטר את אי-השוויון ולפתח מדדי מעקב. על פי אותה ההצעה איסוף הנתונים והמידע אמור היה להיות באמצעות המרכז הלאומי לבקרת מחלות.

בהמשך לפרסום האמור, פרסמה בפברואר 2008 ההסתדרות הרפואית בישראל חוברת שכותרתה 'אי-שוויון בבריאות בישראל' (הר"י, 2008). גם בחוברת זו הוצגו הפערים ובהמלצותיה הודגשו הנושאים הבאים: בתחום **התשתיות**, הומלץ על מיפוי של פערי הזמינות והנגישות של שירותי בריאות בין פריפריה למרכז, לפעול לצמצום פערים בזמינות

ואיכות כוח אדם מקצועי בין פריפריה למרכז ושכונות במרכז רקע חברתי-כלכלי נמוך, לפעול לצמצום פערים בתשתיות פיזיות, בזמינות ובאיכות של שירותי בריאות בין פריפריה למרכז, ולפעול להעדפה מתקנת לתגבור תשתיות שירותים (מיטות כלליות, יחידות מתמחות בבתי חולים) בפריפריה. כולל קביעה של מפתחות המתייחסים לסטנדרט מינימום של שירות. בהקשר לתשתיות בכוח האדם, הומלץ לפעול להכשרת אנשי מקצועות הבריאות והקניית כלים להתמודד עם פערים תרבותיים, להעלות את המודעות של אנשי מקצועות הבריאות לנושא אי-השוויון בבריאות ומשמעותו, להוסיף תקני כ"א בפריפריה לפיתוח שירותים חסרים (כגון טיפול נמרץ ילדים), ולבנות תמריצים שיסייעו בהעברת כוח אדם מקצועי לפריפריה.

בהקשר **להנגשה הכלכלית**, הומלץ לפעול להקטנת חסמים כלכליים באמצעות צעדים כגון פטור מהשתתפות עצמית בגין שירותי מניעה, וכן הנחות לחולים כרוניים בגיל צריכת תרופות, כמו גם לילדים ובעלי צרכים מיוחדים וכדו'. בנוסף, לפעול להכללה של שירותי רפואת שיניים לילדים (עד גיל 6) ולקשישים מגיל 70 ומעלה בסל הבריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהקשר **להנגשה תרבותית** הומלץ למנות אחראי על כשירות תרבותית בכל ארגון המספק שירותי בריאות, לקדם את ההתאמה תרבותית של שירותי הבריאות באמצעים כגון התאמת השילוט וחומרי ההסברה, ולהביא לכך שהסברה לצורך קידום בריאות תהא מותאמת תרבותית וכן לספק שירותי תרגום.

בהקשר של **האחריות הלאומית** הומלץ לפעול להכרה בקיומה של בעיה על ידי המדינה ובמיוחד משרדי הבריאות והאוצר, להקים מסגרת קבועה במשרד הבריאות או לחילופין רשות לאומית להקטנת אי-השוויון בבריאות, לקבוע תוכנית עם יעדים, להביא לשיתוף פעולה רב-מערכתי ולפרסם סקירה שנתית אודות אי-השוויון בבריאות בישראל.

במקביל לעבודה של הר"י בוצעה במרכז טאוב עבודת מחקר נוספת. עבודה זו ניתחה בהרחבה פעילות שנעשית בתחום צמצום פערים במדינות שונות. על בסיס המידע שנאסף ועובד אודות הניסיון הבינלאומי הוגשו במסגרת עבודה זו המלצות למערכת הישראלית (חורב, 2008). אם ננתח את ההמלצות שהוצגו במסגרת זו נראה כי בתחום ה**תשתיות** התייחסו ההמלצות להגברת זמינות השירותים בפריפריה, לקביעת רף מינימום של סטנדרט זמינות ונגישות ויישומן בשטח, ולהעברת קורסים והכשרה להתמודדות עם שונות תרבותית ולשונית. בתחום ה**נגישות הכלכלית** התייחסו ההמלצות לרה-ארגון של ההשתתפויות העצמיות ולהוספת שירותי רפואת שיניים בסל הממלכתי. בתחום ה**נגשה תרבותית** של שירותים התייחסו ההמלצות לכך שכל פעילות לקידום בריאות צריכה להיות מותאמת תרבות ולצורך בשירותי תרגום במערכת הבריאות.

העבודה הדגישה במיוחד את נושא ה**אחריות הלאומית** ופעילויות בהובלה של משרד הבריאות. ההמלצות כללו למשל הקמת רשות עצמאית או גוף מתאם במשרד ראש הממשלה (גוף על-משרדי), הקמת יחידה ייעודית במשרד הבריאות, הכללת צמצום פערים כחלק מיעדי משרד הבריאות וקביעת היעדים בנושא, שיתוף פעולה בין משרדי, שיתוף פעולה עם השלטון המקומי וראשי רשויות מקומיות, בניית תשתית חוקית והקניית סמכויות למשרד הבריאות למול השלטון המקומי ואחרים באופן שיסייע בהתמודדותו לצמצום פערים בין אזורים שונים. המלצות נוספות כללו הגדרת אוכלוסיית היעד, ביצוע שינויי חקיקה המאפשרים לקופות לקבל מידע על מאפייני השכלה ותעסוקה של מבוטחים, ופעילות ניטור ומעקב אחר פערים והקמת מאגר מידע לאומי אודות אי-השוויון. בכל הקשור ל**תמריצים** הומלץ על קביעת מרכיב של תגמול לקופות החולים לפי יעדים בצמצום פערים, ועל פרסום של מידע השוואתי בין הקופות. נוסף לכך הומלץ על הפעלת תוכניות לקידום בריאות ובתחום הרפואה התעסוקתית, שיסייעו בצמצום פערים בבריאות.

בהמשך להגשת הדו"ח השנתי לשנת 2007, בדצמבר 2007 נערך מפגש של חוקרים בכירים בתחומים חברתיים שונים ממרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל עם נשיא המדינה ועם שר הרווחה והשירותים החברתיים. במסגרת מפגש זה הנחה הנשיא להקים צוות משימה משותף בהובלת מרכז טאוב שיגיש לו ולשר הרווחה והשירותים החברתיים המלצות לאסטרטגיות מרכזיות להתמודדות עם הפערים החברתיים³². כוח המשימה שבראשו עמד מנהל מרכז טאוב באותה עת, פרופ' יעקב קופ, כלל למעלה מ-40 מומחים מדיסציפלינות שונות (תעסוקה, חינוך, בריאות, ביטחון סוציאלי ושירותי רווחה אישיים). הכוח נחלק לצוותים תחומיים וקיים מפגשים ודיונים בסיומם בוצעה עבודה לאינטגרציה של ההמלצות התחומיות ובדצמבר 2008 הועבר לנשיא המדינה ולשר הרווחה והשירותים חברתיים הדו"ח המסכם של כוח המשימה³³.

להלן עיקרי המלצות כוח המשימה אשר נגעו לתחום צמצום פערים בבריאות.

בתחום **האחריות הלאומית** הודגשה האחריות הרב-מערכתית לאי-השוויון בבריאות. הומלץ על הקמת גוף מתאם במשרד ראש הממשלה, ועל הצורך בהכרה על ידי משרד הבריאות באי-השוויון בבריאות כבעיה לאומית ומחויבות להתמודד עמה, הצורך בקביעת אוכלוסיות יעד ובקביעת יעדים ופרסומם. כמו כן הומלץ על איסוף נתונים אפידמיולוגיים באמצעות מאגר מידע לאומי. **בתחום התשתיות** הומלץ על הקניית כלים לאנשי מקצועות הבריאות לגישור על פערים תרבותיים, ופיתוח מסלול של 'train the trainer' בארגוני בריאות להתמודדות עם הבדלים על רקע זה. הומלץ להקנות מידע למנהלים אודות תוכניות התערבות אפקטיביות, והומלץ על קביעת סטנדרט מינימום (עיגון בחוק כחובה של השר).

³² ראה לדוגמה הודעה על כך ב:

<http://www.actuality.co.il/articles/art.asp?ID=399&SID=7&CID=14&MID=14>

³³ דו"ח כוח המשימה, אוקטובר 2008

בתחום **הנגישות הכלכלית** הומלץ על רה-ארגון השתתפויות עצמיות ככלל ועל ביטול אגרת טיפת חלב בפרט. כן הומלץ על הכללת רפואת שיניים לילדים ולקשישים בסל הממלכתי, לפתח את שירותי המניעה בריאות השן לכלל תלמידי בתי הספר, ולהכליל את שירותי הסיעוד לקשישים בסל הבריאות הממלכתי. בתחום **הנגישות התרבותית** הומלץ להנגיש את המידע באופן שיותאם לשפות ותרבויות שונות, ולפעול לאספקת שירותים של תרגום במהלך קבלת השירות.

בתחום **המשאבים והתמריצים** הומלץ על תגמול קופות החולים לפי יעדים בתחום צמצום פערים, על העדפה בתקציבי הפיתוח של הקופות, ועל מדידה השוואתית ופרסומה.

על רקע הפרסומים האמורים לעיל הורה מנכ"ל משרד הבריאות דאז³⁴ להקים וועדה שתגיש המלצותיה בנושא צמצום פערים במערכת הבריאות בין המרכז לפרפריה. וועדה זו הגישה את המלצותיה בדצמבר 2008 (וועדת אמבון, דצמבר 2008). בשונה מתוכניות הפעולה שהוצגו קודם לכן, וועדה זו התמקדה בעיקר בהיבט של הפערים הגיאוגרפיים ובדגש עיקרי על תשתיות ציוד וכ"א, כשבתוך כך הושם דגש רב על מגזר בתי החולים. בהתאם לכך בנושא **התשתיות** ניתן אמנם לראות המלצה כללית לגיוס כוח אדם לפרפריה - במערכת האשפוז ובקהילה, אולם התוכניות הממוקדות שהוצגו נוגעות בעיקר לבתי החולים – לדוגמה המלצות בעניין השוואת שיעורי מיטות אשפוז לסוגיהן ועמדות רפואה דחופה בין פרפריה ומרכז, נקודות זכות למתמחים בפרפריה, תנאים מיוחדים לסטודנטים שמבצעים סטאג' בבתי החולים בפרפריה, פתיחת יחידות מקצועיות "בסיסיות" בבתי חולים בפרפריה (בקדימות לאלה שבמרכז), ארגון בתי חולים בפרפריה בשיטת "אשכולות" - כגון מרכז רב-קמפוס, הקמת יחידות מקצועיות משותפות למספר בתי"ח בפרפריה, הקצאת תוספת מכשירים מיוחדים לפי פקודת בריאות העם (לרבות קביעת רף מינימום ולא רק מקסימום), והפעלה משותפת של מכשירים רפואיים ע"י

³⁴ פרופ' אבי ישראלי

מס' בתי חולים בפריפריה. עם זאת הוצגו גם המלצות שישפיעו על כוח האדם המקצועי בקהילה – כגון תוספת תקינה למקצועות הבריאות בפריפריה שיעסקו במניעה וטיפול בהתאם למקצועות ולמגזרים – לרבות מתמחים, רופאים בקהילה, אחיות בריאות הציבור, מקצועות פרה-רפואיים, מחקר קליני בסיסי, והוראה; הקמת מחלקות לרפואת המשפחה בפריפריה (2 בצפון, 1 בדרום), עידוד השימוש בטלה-רפואה, הצגת תמריצים להפניית כ"א לפריפריה (שכר, מענקים/הלואה עומדת), מתן מענקים מדורגים לפי חיוניות התפקיד/ההתמחות, הענקת נקודות זכות למתמודדים במכרזים בכירים במרכז למי שעבדו בפריפריה, ומתן מלגות השתלמות בחו"ל למי שעבד בפריפריה למעלה מ- 6 שנים. בנוסף לאמור לעיל הומלץ על פעילות להקמת הפקולטה החמישית לרפואה בצפון הארץ. בכל הקשור לתמריצים ומשאבים כלכליים הומלץ על הוספת משתנה סוציו-כלכלי לנוסחת הקפיטציה, מתן תגמול לקופות על נתונים מוכחים של השקעה בפריפריה, הקצאה ייעודית לקופות על פעילות יזומה לקידום בריאות וכן הקצאת 66% מהמקורות הלא-ממשלתיים המגיעים למדינה (כגון ועדת עיזבונות-אפוטרופוס הכללי) למטרות בפריפריה. גם וועדה זו המליצה על מינוי גורם ייעודי במשרד הבריאות שיעסוק בפעילות לצמצום פערים (לשיטתם, בעיקר לצורך ניטור, בקרה וכדו').

מיד עם הכניסה לתפקיד של מי שמונה באותה עת כסגן שר הבריאות, ח"כ הרב יעקב ליצמן, בשנת 2009, הוא הצהיר כי אי-השוויון בבריאות הינו נושא המחייב טיפול וכי הוא מתכוון להציב את צמצום הפערים במערכת הבריאות גבוה בסדרי העדיפויות של המשרד. במאי 2009 מונה במשרד הבריאות לראשונה רכז לצמצום אי-השוויון בבריאות, באגף לכלכלה וביטוח בריאות. בחודש אוגוסט 2009 הוגשה, על ידי האגף לכלכלה וביטוח בריאות, כמסמך פנימי במשרד, טיוטת תוכנית פעולה בתחום צמצום פערים לאישור המנכ"ל דאז (משרד הבריאות, אוגוסט 2009). מטבע הדברים, תוכנית זו התבססה, בין היתר, גם על רעיונות

שהוצגו בוועדות, בצוותים קודמים, ובמחקרים קודמים. במסגרת תוכנית זו הוצע לדוגמא כי בכל הקשור **לתשתיות כוח אדם** – יש לפעול למשיכת כוח אדם מקצועי לאזורי הפריפריה באמצעות תמריצים והטבות מיוחדות. בין התמריצים שהוזכרו היו מתן מלגות/מענקים/הלוואה עומדת/הקלות במיסוי למתמחים ולעובדים בפריפריה, הענקת נקודות זכות במכרזים לעובדים בפריפריה, השתלמויות בחו"ל למתמחים ולעובדים בפריפריה, תנאים ייחודיים לסטודנטים שבחרו בסטאג' בפריפריה, בחינה מחודשת של תקינה באזורים אלו ובינתיים תוספת תקנים של מתמחים והרחבת סמכות ניהולית תקציבית למנהלי בתי"ח בפריפריה. כמו כן הומלץ, לדוגמא, לפעול לגיוס כוח אדם במקצועות הבריאות מהמגזרים הרלוונטים, לאסוף מידע על גורמים לבחירת מקום התמחות ועבודה (לעניין משיכת כ"א לפריפריה) כדי שניתן יהיה לבנות את התנאים הדרושים למשיכת כ"א לפריפריה. בכל הקשור **לתשתיות הפיזיות** הוצע להקים וועדה שתקבע קביעת סטנדרט מינימום של זמינות שירותי בריאות באתרים שונים בפריפריה והשלמת תשתיות חסרות בהתאם למיפוי שיתבצע ולהמלצות הוועדה. אשר לארגון העבודה בבתי החולים בפריפריה, הוצע שהעבודה בבתי החולים בפריפריה תבוצע בשיטת 'אשכולות', שיפתחו יחידות מקצועיות משותפות למספר בתי חולים בפריפריה. כמו כן, הוצע לעודד את השימוש בטלה-רפואה.

בכל הקשור **לנגישות כלכלית**, הוצע לבצע רה-ארגון של ההשתתפויות העצמיות הנדרשות ממבוטחים בגין שירותים שבסל הבריאות (לרבות פטור מתשלום בגין מניעה, הרחבת אוכלוסיות הזכאיות להנחה/פטור וכדו)- במסגרת התוכנית הוצעה בתחום זה תוכנית מפורטת עם רשימת השירותים בהם נדרש השינוי ולו"ז מוצע. כמו כן, הוצע להכליל בסל הבריאות שירותי רפואת שיניים לילדים ולקשישים, ולפעול להדרכה ברפואת שיניים מונעת לכלל תלמידי בתי הספר במסגרת תוכניות יישוג (outreach). אשר **לנגישות התרבותית**, הוצע לחייב ארגוני בריאות לספק שירותים מותאמים תרבותית ולשונית, להכשיר מקדמי בריאות ומגשרים

ולפעול להכרה בצורך בהתאמה תרבותית כחלק מ'ניהול סיכונים' של כל ארגון³⁵. הוצע גם לפעול להעסקת דוברי שפות רלוונטיות ביחידה לפניות הציבור ולמנות אחראי על כשירות תרבותית ולשונית בכל ארגון. הומלץ גם על הנחייה לתרגום של חומר מודפס (לרבות עלוני קידום בריאות, עלוני שימוש בתרופות וכדו') ותרגום במהלך הטיפול (באמצעות מתורגמנים בשטח ו/או שירותי מוקד טלפוני). המלצה נוספת כללה בניית תוכניות הכשרה למטפלים שיספקו כלים להתמודד עם השונות התרבותית.

בתחום התערבויות, הוצע לפתח תוכניות התערבות ממוקדות בקרב אוכלוסיות היעד בשיתוף מנהיגות מקומית ותוך שיתופים בין משרדיים וקופות החולים ולמסד תשתית חוקית שתאפשר העברת נתונים דמוגרפיים לקופות החולים כדי שיוכלו לזהות קבוצות בסיכון ולהפעיל בקרבן תוכניות התערבות. כמו כן, הוצע לבנות מאגר מידע שישמש כ"ארגז כלים" למנהלים של שירותי בריאות ויספק מידע אודות תוכניות התערבות לצמצום אי-השוויון שהופעלו בעבר בהצלחה וכן כאלה שהוכרו כ- good practice.

אשר **למשאבים ותמריצים**, הומלץ להציע תגמול רטרופקטיבי במסגרת הסכמי התמיכה בקופות החולים- מותנה עמידה ביעדים בתחום צמצום אי-השוויון, להוסיף משתנה פריפריה ומשתנה סוציו-כלכלי לנוסחת הקפיטציה, לפצות את הקופות בגין הנחות שיינתנו לאוכלוסיות חלשות, הקצאה למימון חלקי של תוכניות הקופות לקידום בריאות ומניעה, לפעול להעדפת פריפריה בהגדלת תקציב הפרסום של הקופות ה'מצטיינות' ולפעול להעדפת הפריפריה בתשתיות באמצעות כספים חוץ ממשלתיים (כגון הממונה על העיזבונות באפוטרופוס הכללי).

³⁵ המלצות בתחום הנגשה תרבותית ולשונית התבססו, בין השאר, על נייר עמדה שפורסם במסגרת סדנה בין-לאומית של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות (NIHP, 2007)

כחלק מהתמריצים הלא-כלכליים הומלץ להפיק דו"ח תקופתי ודיווח שוטף לשר הבריאות ולממשלה על פעילות לצמצום פערים, ולהפקת דיווח שוטף מצד קופות החולים (למשרד הבריאות ולמבוטחיהן) על פעילותן לצמצום פערים, ולשלב את נושא צמצום פערים בבקורות של משרד הבריאות בקהילה ובבתי החולים.

גם נושא **שיתופי הפעולה** בא לידי ביטוי בהמלצות. לדוגמא, המלצה בדבר מיסוד 'שולחן עגול' ושיתופי פעולה בין משרדיים. אשר **לשינויים מבניים**, הומלץ על מיסוד היחידה הייעודית לצמצום פערים, חיזוק תחום הבריאות ברשויות המקומיות לרבות מיסוד נושא משרה ייעודי ברשויות הנ"ל.

אשר **למידע ונתונים**, הומלץ על הקמת מאגר מידע לאומי בנושא אי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות וניטור תקופתי של הפערים. כן הומלץ להפיק חוברת מידע לתושבים אודות זכויות לשירותי בריאות בעיקר לאוכלוסיות שנמצאות במעמד ביטוחי מיוחד, בין מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובין כאלה שזכויותיהן לשירותי בריאות פזורות במספר חוקים שונים.

כחלק מתהליך ההתמודדות עם אי-השוויון הוצע לקבוע יעדים ולפעול למסד בחוק את חובת הקופות לפעול באופן יזום למניעה וקידום בריאות בקרב כלל אוכלוסיית מבוטחיהן. כמו כן הוצע לפעול להבטחת חופש המעבר בין קופות לאוכלוסיות מוחלשות לרבות עניין חסמים אפשריים הקשורים בתנאי הביטוח סיעודי המוצע למבוטחי קופות החולים.

יש לציין, כי תוכנית פעולה זו, שהוגשה למנכ"ל משרד הבריאות באותה עת, לא הגיעה לשלב של דיון כוללני ואישור על ידי המנכ"ל דאז, אך היא הוגשה בשנית לאחר חילופי מנכ"ל לאשור וכבר במהלך 2010 הוחל ביישום חלקים ממנה באופן פרטני (באותה עת עדיין ללא אישור כוללני).

במקביל לתהליכים שתוארו לעיל, פעלו כל העת ארגונים חברתיים (בדרי"כ ארגוני סנגור) כדי לקדם את השוויון בבריאות. באפריל 2010 יצא

נייר עמדה משותף למספר ארגונים חברתיים שהציג תוכנית מטעמם לצמצום פערים בבריאות.

חלק מההמלצות דמו לכאלה שהוצגו בתוכניות קודמות, חלק אחר הביאו לידי ביטוי המלצות שייצגו את הצרכים קבוצות אוכלוסייה שמיוצגות על ידי אחד או יותר מהארגונים השותפים לנייר העמדה. להלן עיקרי ההמלצות (ארגונים חברתיים, אפריל 2010).

בתחום **התשתיות** (פיזיות וכוח אדם) המלצותיהם התמקדו בעיקר בהתערבויות מגזריות, במיסוד קרנות ומלגות לבעלי מקצועות הבריאות מתוך המגזרים (ערבים, יוצאי אתיופיה וכדו'), בהקטנת פערים בזמינות המערך המקצועי הרב-תחומי לטיפול בחולי סוכרת, חולי לב, קבוצות סיכון לסרטן שד, ובריאות הנפש, בפיתוח מסלולי הכשרה מותאמים לערבים במקצועות בריאות הנפש ומענקים לסטודנטים ערבים שיפנו לפסיכיאטריה, בהקמת מכונים לבריאות השד ביישובים ערביים, הקמת מרפאות לבריאות הנפש בישובים ערביים ובתוספת תקנים לפסיכיאטרים מתמחים מהמגזר הערבי, ועידוד חוקרים ממוצא ערבי ואתיופי לעיסוק בסוכרת. כמו כן, הם הציעו לפעול למימון מתקני ספורט ופעילות פנאי וקידום בריאות בקהילה והפעלתם בידי אנשים מקרב הקהילה-העדפה בקהילות מהמגזר הערבי והאתיופי. אשר להכשרה וקידום **הנגישות התרבותית** הם המליצו על העמקת מודעות הסגל הרפואי והכשרתו, פיתוח תוכניות הכשרה להתאמה תרבותית כחלק ממסלולי הכשרה בבתי ספר לרפואה ולסיעוד, גישור על מכשולי השפה במערכת הבריאות, הגברת היענות נשים ערביות לביצוע ממוגרפיה, פיתוח תוכניות לקידום בריאות בשיתוף מנהיגות מקומית, ופיתוח כלי הסברה בערבית ואמהרית- לרבות העסקת פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עו"סים ומקדמי בריאות דוברי ערבית במשרד הבריאות כדי לפתח תוכנית ייעודית לאוכלוסייה הערבית וכן הקצאה למימון שעות לימוד נוספות בקידום בריאות בקהילות ערביות ואתיופיות.

אשר **לנגישות כלכלית** הם הציעו ביטול השתתפות עצמית על שירותי מניעה ועל תרופות ושירותים לחולים כרוניים.

אשר **למשאבים ולתמריצים** הם המליצו להציע תמריצים לקופות החולים לעידוד השקעה באוכלוסיות שמצבן ירוד, לפעול לפיתוח תמריצים לבתי חולים ולרשויות מקומיות, לפעול לפיתוח מדדי ביצוע לקופות בהקשר של האוכלוסייה הערבית והאתיופית, להביא לפרסום של נתונים רוחביים (השוואתיים) ולהציג דו"ח שנתי בכנסת.

אשר **לאחריות הלאומית** הם המליצו על העלאת המודעות הפוליטית לקיומה של הבעיה והמחויבות לטפל בה בידי משרד הבריאות וראש הממשלה, על הקמת גוף בין משרדי מתווה מדיניות ומתאם פעילות לצמצום פערים בבריאות והרחבת שירותי בריאות. הם הציעו לפתח שיתופי פעולה רב-מגזריים לצמצום פערי בריאות. אשר **לנתונים ומידע** הם הדגישו את הצורך בהגדרת קריטריונים לאיסוף מידע השוואתי ובאיסוף מידע משווה בדגש על זמינות ונגישות לשירותי בריאות ובעידוד מחקר בתחום אי-השוויון, על בסיסו ייקבעו יעדים כמותיים.

בסוף שנת 2010 התנהל, בניצוחו של מנכ"ל משרד הבריאות³⁶, הליך של קביעת יעדי-על של המשרד לשנים הבאות ("עמודי אש"). במסגרת זו, נקבע היעד של 'צמצום אי-השוויון כאחד מ'עמודי האש' של המשרד. החל מראשית שנת 2011 אומצה תוכנית פעולה לכל אחד מיעדי העל וננקטו צעדים מעשיים ליישומן של התוכניות. בכלל זה, גם התוכנית של 'עמוד האש' 'צמצום אי-השוויון'. החל מאותה עת ועד היום תוכנית זו, על עדכונה, הוטמעה בתוכניות העבודה השנתיות של משרד הבריאות וכל מינהל/אגף רלוונטי נרתם, במסגרת התחומים עליהם הוא מופקד, לבצע את הצעדים הנדרשים בהתאם לתוכנית הפעולה שאושרה לגבי כל אחד מ'עמודי האש', ובכללם 'צמצום אי-השוויון'.

³⁶ פרופ' רוני גמזו

3. הקבצת עיקרי ההמלצות לפי מוקדי ההתערבות

על מנת לנתח את פעילות המשרד לאור ההמלצות שניתנו בשנים האחרונות על ידי הגופים השונים, החלטנו במסגרת המסמך הנוכחי, כדי למנוע כפילויות, לקבץ את ההמלצות שהוצגו על ידי המציעים השונים ל-4 קבוצות עיקריות, בהתאם לנושא אליו שייכת כל המלצה. טבלה מס' 1 מציגה את ההמלצות לפי נושאים ותחומים.

הטבלה מתייחסת להמלצות הנוגעות לתשתיות; לנגישות לשירותי בריאות; לתמריצים במערכת הבריאות; ולשינויים מבניים ומערכתיים, כאמצעי לשיפור יכולת ההתמודדות עם אי-השוויון בבריאות.

יש להדגיש כי ההמלצות מתייחסות לכאלה שהופיעו בפרסומים משנת 2006 ואילך. סקירת פעילות המשרד תתייחס לצעדי מדיניות שנקטו במשרד בשנים 2010-2012, שרובן ככולן יושמו במסגרת תוכניות העבודה ליישום 'עמודי האש' של המשרד, וכן צעדי מדיניות אחרים שנקטו במהלך אותה תקופה.

טבלה מס' 1: ריכוז המלצות עיקריות שפורסמו במהלך 2006-2010 לפי נושאים

מס"ד	ההצעה	המציעים	הערות
	תשתיות		
	פיתוח תשתית השירותים		
1	הגדלת זמינות שירותים בפריפריה	הר"י 2008, טאוב 2008, ארגונים חברתיים 2010	הארגונים החברתיים הדגישו בעיקר תחומים של סוכרת, לב, סרטן שד, ברה"נ ומכונים לבריאות האשה בישובים ערביים, וכן מתקני ספורט ופנאי במגזר הערבי
2	פתיחת ביי"ס חמישי לרפואה בגליל	אמבון 2008	
3	הגדלת תשתיות כ"א – בקהילה ובמערכת האשפוז	הר"י 2008, טאוב 2007, אמבון 2008, משהב"ר 2009	
4	הגדלת תשתיות פיזיות - מערכת האשפוז	הר"י 2008, טאוב 2007, משהב"ר 2009	
5	פיתוח כוח אדם ייעודי ומתוך אוכלוסיית היעד	אמבון 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	הארגונים החברתיים הדגישו בעיקר את מקצועות הקשורים לתחום בריאות הנפש ולסוכרת
6	תשתיות ציוד וטכנולוגיות בפריפריה	אמבון 2008	
7	קביעת סטנדרט מינימום של תשתיות	טאוב 2007, הר"י 2008, כוח משימה-נשיא 2008, טאוב 2008, משהב"ר 2009	הר"י הדגישו את הצורך בביצוע מיפוי של תשתיות ו. אמבון – השוואת שיעור המיטות בן פריפריה למרכז וכן תוספת תקינה לפריפריה למניעה ולטי"נ

מס'ד	ההצעה	המציעים	הערות
	ארגון התשתיות		
8	בתי"ח (אשכולות, מרכז רב-קמפוס וכו')	אמבון 2008, משהבי"ר 2009	
9	פיתוח יחידות מקצועיות בבתי חולים בפריפריה	אמבון 2008, משהבי"ר 2009	
10	הטמעת תמריצים למשיכת כ"א לפריפריה	הר"י 2008, אמבון 2008, משהבי"ר 2009	דוגמאות מועדת אמבון: תמריצים לסטאג' ולהתמחויות בפריפריה, מענקים, נקודות זכות במכרזים, השתלמויות בחו"ל וכדו'
11	הכשרת מטפלים	טאוב 2007, טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008, משהבי"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	
12	כלים והכשרות למנהלים	טאוב 2007, כוח משימה-נשיא 2008, משהבי"ר 2009	
13	פיתוח תשתיות בקהילה (כגון טלה-רפואה)	אמבון 2008, משהבי"ר 2009	
14	הקמת מחלקות לרפואת משפחה בפריפריה	אמבון 2008	

מס"ד	ההצעה	המציעים	הערות
	הנגשת שירותים		
	<u>הסרת חסמים כלכליים</u>		
15	רה ארגון ההשתתפויות העצמיות הקיימות כיום	טאוב 2007, הרי"י 2008, טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	
16	הכללת שירותים נוספים בסל הבריאות (שיניים, סיעוד וכדו')	טאוב 2007, הרי"י 2008, טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008, משהב"ר 2009	
	<u>הסרת חסמים תרבותיים</u>		
17	קביעת הצורך בהנגשה לשונית ותרבותית כסטנדרט	טאוב 2008, משהב"ר 2009	
18	תוכניות התערבות ופעילות בתחום קידום ומניעה מותאמים תרבותית	ברוקדייל, טאוב 2007, טאוב 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	הארגונים החברתיים הדגישו לדוגמא היענות נשים עביות לממוגרפיה וכן גיוס בעלי תפקיד למשהב"ר בתחומים של קידום בריאות וכן בברה"נ שהינם דוברי ערבית טאוב 2008 – כולל התערבויות בתחום רפואה תעסוקתית
19	מינוי אחראי כשירות תרבותית בארגונים	הרי"י 2008, משהב"ר 2009	
20	המידע בכתב ובאינטרנט – יותאם תרבותית ולשונית	טאוב 2007, הרי"י 2008, טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	

התמודדות לאומית עם אי השוויון בבריאות: משולחן השרטוט ליישום בפועל הקבצת

מס"ד	ההצעה	המציעים	הערות
21	תרגום שילוט	הר"י 2008	
22	שירותי תרגום בנקודת השירות	טאוב 2007, טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	
23	הפעלת מגשרים ומקדמי בריאות	משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	
24	פעילות שתאפשר לקופות לקבל מידע אודות משתנים חברתיים	טאוב 2008, משהב"ר 2009	

מס"ד	ההצעה	המציעים	הערות
	תמריצים		
	<u>תמריצים כלכליים</u>		
25	תמריצים לקופות - כללי	ברוקדייל 2006	
26	נוסחת קפיטציה (משתנה פריפריה)	טאוב 2007, משהב"ר 2009	
27	נוסחת קפיטציה (משתנה חברתי-כלכלי)	אמבון 2008, משהב"ר 2009	
28	תגמול מותנה עמידה ביעדים	טאוב 2007, טאוב 2008, אמבון 2008, כוח משימה-נשיא 2008, ארגונים חברתיים 2010	
29	תמריצים כלכליים אחרים- תקציב פיתוח	כוח משימה-נשיא 2008,	
30	תמריצים כלכליים אחרים- קרן עזבונו	וועדת אמבון 2008, משהב"ר 2009	
31	תמריצים כלכליים אחרים- תקציב פרסום	משהב"ר 2009	
32	תמריצים לגורמים אחרים (בתי חולים ורשויות מקומיות)	ארגונים חברתיים 2010	
	<u>תמריצים לא כלכליים</u>		
33	פרסום מידע השוואתי	טאוב 2007, טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008, ארגונים חברתיים 2010	
34	כנס שנתי בנושא צמצום פערים	משהב"ר 2009	
35	דו"ח/סקירה שנתי/ת	הר"י 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	
36	פעילות בקרה בשטח	משהב"ר 2009	

מס"ד	ההצעה	המציעים	הערות
	שינויים מבניים וצעדים מערכתיים		
37	נטילת אחריות לאומית ברמה של רוה"מ או רשות לאומית	ברוקדייל 2006, טאוב 2007, טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008, ארגונים חברתיים 2010	
38	הקמת גוף ייעודי לנושא צמצום פערים	טאוב 2007, הר"י 2008, טאוב 2008, אמבון 2008	
39	הכרה ומחויבות לפעולה	ברוקדייל, הר"י 2008, כוח משימה-נשיא 2008	
40	אסטרטגיה והכנת תוכנית פעולה	ברוקדייל 2006, הר"י 2008, טאוב 2008	
41	תקציב ייעודי או שינוי סדרי עדיפויות תקציביים	ברוקדייל 2006	
42	קביעת אוכלוסיות יעד	טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008	
43	קביעת יעדים	טאוב 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	
44	מיסוד שיתופי פעולה רב-מערכתיים (בין משרדיים, שלטון מקומי וכדו')	טאוב 2008, הר"י 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	

מס"ד	ההצעה	המציעים	הערות
45	איסוף מידע שיטתי והקמת מאגר מידע לאומי	ברוקדייל, טאוב 2007, טאוב 2008, כוח משימה-נשיא 2008, אמבון 2008, משהב"ר 2009, ארגונים חברתיים 2010	
46	הגדרת סמכויות משרד הבריאות	ברוקדייל 2006, טאוב 2008	
47	העצמת הצרכן החלש באמצעות מידע על זכויות	משהב"ר 2009	
48	עידוד מחקר בתחום אי-השוויון	ארגונים חברתיים, 2010	
49	שולחן עגול עם ארגוני חברה אזרחית	משהב"ר 2009	
50	חיזוק ומיסוד מתאמי בריאות ברשויות מקומיות	משהב"ר 2009	

4. האסטרטגיה של משרד הבריאות בסוגיית התמודדות עם אי-השוויון בבריאות

כפי שצוין בפתיח למסמך זה, פערי הבריאות בישראל קשורים לפערים החברתיים-כלכליים הקיימים בה, שהינם עמוקים מאוד בהשוואה למדינות המערביות האחרות. היכולת של מערכת הבריאות ומשרד הבריאות להשפיע באופן משמעותי על פערים אלה מוגבלת ולכן, מוקד פעילותה של מערכת הבריאות אמור להיות בתחומים שנמצאים בשליטתה, להם יש השפעה על הפערים בבריאות. במובן מסוים, מדובר במצב בו מערכת הבריאות צריכה לטפל בתוצאות של הפערים החברתיים-כלכליים וכל עוד אלה קיימים בהיקפם הנוכחי, האתגר הניצב בפניה מורכב וקשה.

כיצד קשור המעמד החברתי-כלכלי לפערים בבריאות? את המודלים הקשורים לכך ניתן לקבץ לשלוש קבוצות – השפעה של לכידות חברתית והון אנושי על הבריאות, השפעת הסביבה החברתית, פגיעה ואלומות, והשפעות ביולוגיות-חברתיות הקשורות לאורח חיים, למתח ולדיכאון³⁷. שני המודלים הראשונים אינם מצויים בטווח מוטת השליטה של מערכת הבריאות ולכן המיקוד של המערכת ראוי שיהיה במודל האחרון המדגיש את ההשפעות הביולוגיות- החברתיות ובעיקר אלה הקשורות להתנהגות בריאותית ולאורח חיים שיכול לקדם או לסכן בריאות.

נמצא שהתנהגות הבריאותית של הפרט ואופן התמודדותו עם מצבי חולי קשורים לרמת ההשכלה שלו ולתרבות בה הוא צמח. רקע תרבותי ו/או כלכלי עלול להוות במקרים מסוימים חסם אשר מקשה על נגישות נאותה לשירותי בריאות. דבר זה יכול לבוא לידי ביטוי בקשיי נגישות לשירותי מניעה, ליעוץ, הכוונה, או לטיפול, וכן בחוסר היענות לטיפול עליו הומלץ. לכך יש לצרף בעיות הקשורות לעיתים לזמינותם הנמוכה יותר

³⁷ להרחבה - ראה חורב 2008

של שירותי הבריאות עבור האוכלוסיות החלשות וקשיי נגישות לקבלת השירותים (חסם הקשור יותר לצד ההיצע של השירותים).

יש להדגיש כי זמינות ראויה של שירותי בריאות אינה מותנית רק בשאלה האם וכיצד תוספת השירות תשפיע על רמת התחלואה או התמותה הכללית באזור מסוים. השאיפה להביא לנגישות סבירה לשירותי בריאות מוטלת על מערכת הבריאות ככלל ומשרד הבריאות בפרט, בין אם בגינה יהיה שינוי משמעותי ברמת התחלואה ובין אם לאו. הנחת היסוד היא כמובן שזמינות סבירה של שירותי בריאות תורמת להקטנת תחלואה ולרווחת התושבים³⁸.

באשר למוקדי התערבות אפשריים ראוי לציין שהגישות המקובלות בעולם בהקשר זה נוגעות ל-3 רמות של מוקדי התערבות אפשריים ברמה הלאומית- 'מעלה הזרם' – התערבויות ברמת מאקרו במערכות חברתיות המשפיעות על הפערים החברתיים-כלכליים במקום התהוותם; 'אמצע הזרם' – התערבויות מאקרו ברמת מערכות ארגוניות גדולות, כגון מערכת הבריאות וארגוני בריאות גדולים; והתערבויות ב'מורד הזרם' – היינו, התערבויות שמכוונות להשפיע באופן ישיר על ההתנהגות ועל מצב הבריאות של הפרט עצמו³⁹.

לאור מגבלת מוטת השליטה של משרד הבריאות כאמור לעיל ובהתחשב באחריותו וסמכותו כרגולטור ומתווה מדיניות במערכת הבריאות, תוכננו ההתערבויות העיקריות של המשרד להתמקד במה שמוגדר כ'אמצע הזרם'. עם זאת, כפי שיובהר בהמשך קיימות התערבויות שנועדו להשפיע במעלה הזרם וכמו כן קיימות התערבויות שנועדו, באמצעות שימוש בכלי מדיניות מסוימים (לדוגמא באמצעות תמריצים לקופות החולים),

³⁸ לכך יש לזכור שהגדרת המושג 'בריאות' על פי ארגון הבריאות העולמי הינה רחבה ביותר וכולל גם שיפור באיכות החיים והרווחה ואינה מתמקדת רק ב'מיניעת חולי' "A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity".

³⁹ להרחבה, ראה חורב 2008

להשפיע גם על מורדו של הזרם – היינו התנהגותו של הפרט, היענותו לטיפול וכדו'.

בהתאם לאמור לעיל, תכנן המשרד שימוש במנופים שעשויים להשפיע במספר מישורים שיובילו לצמצום פערים הן בכל הקשור לכאלה שמבטאים פער בין אזורים גיאוגרפיים שונים והן כאלה שיובילו לסגירת פערים בין קבוצות אוכלוסייה הנבדלת ביניהם במעמד חברתי-כלכלי. דגש מיוחד הושם על שלושה תחומים:

תשתיות - יצירת מנופי שינוי שיביאו להגדלה וטיוב התשתיות בפריפריה – הן שתשתיות כוח אדם מקצועי והן תשתיות פיזיות וטכנולוגיות. כמו כן, הושם דגש על תשתיות הידע הדרוש לניטור ולקבלת החלטות בנושא צמצום אי-השוויון.

גישור על חסמים תרבותיים – הבדלים תרבותיים משפיעים על מצבי תחלואה ושיעורי תמותה בשני מישורים עיקריים. האחד- השפעה על עמדות הפרט, התנהגותו ואורחות חייו בנושאים כגון עישון, תזונה, ופעילות גופנית ובהתייחסות לשאלות כגון הפסקת הריון במצבי סיכון ונישואי קרובים. השני, חסם לצריכת שירותי בריאות חיוניים ו/או להיענות לטיפולים ושירותי מניעה עקב עמדות או חוסר הבנה. לאור זאת, החלטת המשרד הייתה לשים דגש גם על התערבויות שיצרו שינוי במערכת הבריאות באופן שיגביר את המודעות של מטפלים ואת יכולתם להתמודד עם פערים בבריאות ועם התנהגות בריאותית הנובעת מהבדלים התרבותיים.

גישור על חסמים כלכליים – הסרה/צמצום חסמים כלכליים המונעים מהפרט נגישות לשירותי בריאות, בדגש על שירותי מניעה.

בנוסף לשלושת התחומים הנ"ל, הוגדרו גם שני כלים עיקריים באמצעותם שואף המשרד לחזק את היכולת של הקופות, בתי החולים ושותפים אחרים במערכת הבריאות בהתמודדותם עם אי-השוויון בבריאות:

האחד- מהלכים שתכליתם **שיפור היכולת** – של משרד הבריאות ושל מערכת הבריאות כולה להתמודד עם הפערים. כגון, שינויים מבניים ומערכתיים, שיפור בסיס המידע הנחוץ, הקמת מוקד תרגום טלפוני ארצי, פיתוח ערכת הדרכה למטפלים לשיפור הכשירות התרבותית שלהם וכדו'.

השני – התערבות שתכליתה מיסוד **תמריצים** ועידוד הקופות ונותני שירות אחרים להשקיע בפריפריה ובקידום בריאותן של אוכלוסיות חלשות.

יש להדגיש שהמשרד רואה ב**חיזוק מערכת הבריאות הציבורית** יעד אסטרטגי נוסף, שנועד, בין היתר, לאפשר נגישות טובה לשירותי הבריאות הציבוריים ולהביא לשיפור מתמיד באיכותם המקצועית של שירותים אלה, דבר שיתרום לנגישותן של אוכלוסיות רחבות לשירותי הבריאות הציבוריים וימנע את המשיכה של מערכות פרטיות שאינן נגישות לאוכלוסיות חלשות. מאחר והנייר הנוכחי מתמקד בפעילות לצמצום אי-השוויון, לא יפורטו בו כל הצעדים שבוצעו לחיזוק המערכת הציבורית. עם זאת, חשוב לזכור שצעדים שנקטו להשגת יעד זה השפיעו גם הם על אוכלוסיות חלשות והיוו אמצעי נוסף בהתמודדות עם אי-השוויון בבריאות.

הנחת הבסיס בפעילות המשרד הייתה שטיפול בתשתיות יתמקד בעיקר ב"**פריפריה הגיאוגרפית**", ואילו הטיפול בחסמים הכלכליים והתרבותיים ייושם בקרב אוכלוסיות יעד מוחלשות חברתית-כלכלית ככלל ("**פריפריה חברתית**"), ללא הגבלה לאזורים גיאוגרפים מסוימים, כשהמיקוד הוא בקבוצות אוכלוסייה הנמנות על אשכול כלכלי-חברתי נמוך או קבוצות אוכלוסייה עם מאפיינים ייחודיים. עם זאת, יש לזכור שפעילות המוכוונת באופן כללי לאשכולות נמוכים במדד החברתי-כלכלי, תורמת באופן עקיף גם לצמצום פערים במישור הגיאוגרפי. זאת, מאחר וקיים קשר בין היקף האוכלוסייה המתגוררת בישובים הממוקמים בפריפריה הגיאוגרפית לבין היקף האוכלוסייה הנמנית על ישובים

הכלולים באשכולות הנמוכים יחסית על פי המדד החברתי-כלכלי של הלמ"ס (למ"ס, 2008; למ"ס, 2013). טבלה מס' 2 ממחישה את החפיפה הקיימת בין האוכלוסייה בישובים המצויים בפריפריה הגיאוגרפית (אשכולות 1-4) לבין האוכלוסייה בישובים שמשתייכים לאשכולות 1-4 על פי המדד החברתי-כלכלי של הלמ"ס. האוכלוסייה המתגוררת בישובים הנמנים על אשכולות 1-4 על פי המדד החברתי-כלכלי, מהווה כ-61 אחוז מסך כל האוכלוסייה הגרה בישובים שבאשכולות 1-4 על פי מדד הפריפריאליות של הלמ"ס. זאת, בפער ניכר בהשוואה למוצע הארצי לפיו האוכלוסייה המתגוררת בישובים המשתייכים לאשכולות 1-4 על פי המדד החברתי-כלכלי של הישובים, מהווים כ-38 אחוז בלבד מתוך כלל האוכלוסייה הכלולה במדד הפריפריאליות, וכ-34 אחוז בלבד מאלה המתגוררים בישובים הכלולים בסולם 5-10 לפי המדד הפריפריאליות של הישובים.

הנתונים המוצגים בטבלה האמורה ממחישים שהגם שהתערבויות המיועדות לפריפריה החברתית אינן מוגבלות לאזור גיאוגרפי מסוים וכוללות, בין היתר, תושבים ברמת הכנסה נמוכה יחסית המתגוררים באזור המרכז, פעילות שכזו תשפיע גם על שיעור ניכר מהאוכלוסייה המתגוררת בישובי הפריפריה הגיאוגרפית. כך שאוכלוסייה המתגוררת בישובי פריפריה גיאוגרפית יוצאת נשכרת בסופו של דבר מהתערבויות שיכוונו לכל אחת משני סוגי הפריפריות שהוזכרו לעיל.

טבלה מס' 2: הקשר בין מגורים ברשות מקומית פריפריאלית לבין מגורים ברשות מקומית באשכול חברתי-כלכלי נמוך

היקף האוכלוסייה המתגוררת ביישובי 1-4 בממד חברתי-כלכלי, כאחוז מסך האוכלוסייה באשכול הפריפריאלי	היקף האוכלוסייה באשכול, אשר גרה ביישובי 1-4 בממד חברתי-כלכלי	גודל אוכלוסייה באשכול (הפריפריאלי)	אשכול פריפריאלי
0%	0	47,377	1
83%	264,24	29,264	2
42%	83,946	201,436	3
69%	518,311	756,568	4
43%	331,143	768,484	5
38%	465,359	1,227,714	6
15%	139,172	907,729	7
18%	129,392	717,733	8
50%	730,633	1,464,387	9
21%	141,523	689,115	10
38%	2,563,743	6,809,807	סה"כ
61%	626,521	1,034,645	1-4
34%	1,937,222	5,775,162	5-10

מקור: עיבוד על נתוני למ"ס (2008,2013)
הערות:

1. הנתונים בטבלה לא כוללים 48 ישובים לגביהם לא נקבע מדד פריפריאליות ו/או מדד חברתי-כלכלי.
2. מדד חברתי-כלכלי מתייחס לשנת 2008, מדד פריפריאליות מתייחס לשנת 2004

אוכלוסיית המטרה

כפי שיוצג בהמשך במסגרת 'מבחני התמיכה' לקופות החולים לעידוד פעילות מכוונת לצמצום אי-השוויון⁴⁰, לעניין השקעה בתשתיות בישובים באשכולות 1-4 על פי הגדרת מדד הפריפריאליות של הלמ"ס (גיאוגרפית), ולעניין יישום תוכניות התערבות שתכליתן קידום בריאות וצמצום אי-השוויון, הוגדרה אוכלוסיית היעד. ההגדרה כוללת מבוטחים המתגוררים באזורים גיאוגרפים סטטיסטיים – 1-8 בהתאם למדד חברתי-כלכלי של אזור המגורים, על פי הלמ"ס⁴¹. עם זאת, כפי שיובהר להלן חלק מההתערבויות ברמה הלאומית כוונו לכל אורך הספקטרום החברתי-כלכלי – עם השפעה גדולה יותר על שכבות נמוכות יותר במדרג החברתי-כלכלי וחלק אחר כוונו לאוכלוסיות יעד ספציפיות (כגון המגזר הבודאי בדרום).

מדיניות ושיטות ההתערבות

המדיניות לצמצום פערים בבריאות ובמערכת הבריאות ותוכניות הפעולה בתחום זה, בוצעו במשרד הבריאות כחלק מהליך של חשיבה שיטתית שעקרונותיה וכן צמתי ההחלטה העיקריים דרכם הגיע המשרד למדיניות הנבחרת ולתוכנית המיושמת כיום בתחום צמצום אי-השוויון פורטו בהרחבה במסמך אחר⁴². אלה, הוצגו בין היתר בפני צוות מומחים מארגון ה-OECD שביקר בישראל וזכו לעידוד מצדם.

מאפייניה של מערכת הבריאות אינם דומים למערכות אחרות ולכן בלתי אפשרי לאמץ מודלים שקיימים במערכות אחרות בעולם. עם זאת, משרד

⁴⁰ ראה באתר משרד המשפטים - <http://www.justice.gov.il/NR/rdonlyres/F16CAAE4-31B0-4C5A-A32F-1A9D5389E959/38350/42a.pdf>

⁴¹ יש להדגיש שאין המדובר כאן במדד המבטא את האשכול החברתי של הישוב אלא של אזור המגורים בתוך הישוב (שכונה או רחוב). אם כי בישובים קטנים האזור הסטטיסטי יכול שיכלול את הישוב כולו. מדד זה משתמש בסקאלה שבין 1-20, בעוד שמדד החברתי-כלכלי של הישובים משתמש בסקאלה שערכיה נעים בין 1-10.

⁴² Horev and Averbuch, 2012

הבריאות עוקב אחר התפתחויות בתחום זה במדינות אחרות ובוחן מה ניתן לאמץ מתוך הפעילות המתבצעת או מומלצת על ידי גורמים שונים בחו"ל. כידוע, משרד הבריאות בישראל אינו נותן השירות העיקרי במערכת הבריאות ועיקר תפקידו בתחום זה כמו גם באחרים אמור להיות ברגולציה של המערכת ובהבטחת משאבים ותמריצים שיתרמו להתמודדותה עם האתגרים הניצבים בפניה ובכללם – הפערים בבריאות. לפיכך, בכל הקשור לאספקת שירותי בריאות בקהילה לדוגמא, רואה המשרד את קופות החולים כגורמים בעלי תפקיד מפתח בתחום צמצום אי-השוויון. הקופות אכן פועלות לצמצום אי-השוויון והנחת העבודה של המשרד הייתה שלמעט באותם מקרים מאוד ייחודיים בהם המשרד עצמו שותף להתערבות ולאספקת שירותים ברמת הקהילה, סוכני השינוי העיקריים בקופה יהיו קופות החולים ובמערכת האשפוז - בתי החולים. מאחר ולכל קופה מאפיינים ייחודיים, מבנה ארגוני שונה ושיטות העבודה הייחודיות לה, הוחלט כי יש לשמור ככל הניתן על האוטונומיה של הקופות ועל עצמאותן, באופן שיאפשר להן לבחור את מוקדי ההתערבות ואת שיטת ההתערבות לפי שיקול דעתן, בהתאם לצרכי ומאפייני המבוטחים שלהן, ובלבד שיכוונו לאוכלוסיות היעד ולמסגרת הפעולה שמתווית על ידי המשרד. לצורך כך הוחלט להשתמש במערכת של תמריצים וכלי מדיניות שיפורטו בהמשך.

לקראת שלב היישום

במהלך שנת 2010 החלה פעילות לבניית תוכנית פעולה אסטרטגית של המשרד לשנים 2011-2014. תוכנית זו הגיעה לשיאה והבשילה לאחר כניסתו של פרופ' רוני גמזו לתפקיד המנכ"ל. הוגדרו מספר תחומים (עמודי אש') שהוצבו בראש סדרי העדיפויות של המשרד – דבר שבא לידי ביטוי הן בפעילות המינהלים והאגפים השונים של המשרד והן בתקציב המשרד. לכל אחד מעמודי האש הותוו משימות עיקריות ודרכי ביצוע. עמוד אש מס' 2 הוגדר כ'צמצום אי-השוויון בבריאות'.

הצעדים העיקריים שהותוו בתוכנית עמוד האש 'צמצום אי-השוויון (משרד הבריאות, 2010), היו כדלהלן.

בתחום **התשתיות** הוחלט לפעול לקידום מעבר רופאים ואחיות להתמחות ולתעסוקה בפריפריה, הגדלת התשתיות בפריפריה במיטות אשפוז, חדרי מיון, חדרי ניתוח ופריסת שירותי הצלה, הגדלת התוכניות להכשרת אחיות בדרום, להעדפת הפריפריה בהקצאת טכנולוגיות מתוחכמות, והקצאת יחידות מקצועיות בעדיפות לפריפריה.

בכל הקשור ל**נגישות כלכלית** הוחלט על הקטנת שיעורי השתתפות עצמית בתרופות ובשירותים חיוניים, על הכללת שירותים נחוצים בסל הציבורי ללא השתתפות עצמית או בהשתתפות עצמית נמוכה ועל הכללה בסל הציבורי של תרופות ושירותים שרמת השימוש בהם גבוהה בקרב אוכלוסיות חלשות. באשר ל**נגישות תרבותית** הוחלט להגדיר סטנדרט מחייב לכלל ספקי השירות של נגישות תרבותית ולשונית, הפקת חומרי הסברה בנושאי בריאות, זכויות, וטפסים במגוון שפות, הכשרת מגשרים ומטפלים ב'הלימה תרבותית' ואחראים על הנגשה תרבותית. אשר ל**משאבים ותמריצים** הוחלט לבחון דרכים להכללת משתנה חברתי-כלכלי בנוסחת הקפיטציה (מעבר למשתנה הפריפריה שכבר הוכלל באותה עת בנוסחה), ולקבוע תמריצים לקופות החולים בהיקף של כ-20 מלש"ח לשנה (2011-2013) להשקעה בפריפריה. כמו כן הוחלט על פעילות להקמת **בסיס מידע** מרכזי לניטור ואיסוף שוטף של נתונים אודות אי-השוויון (תחלואה, זמינות ונגישות) ועל הקמת בסיס מידע למנהלים אודות תוכניות התערבות לצמצום פערים.

כאמור, יש להדגיש שגם בעמודי האש האחרים נכללו פעילויות שמשפיעות בכיוון של צמצום אי-השוויון – לדוגמה בעמוד אש מס' 1 'חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות' ובעמוד אש מס' 3 'קידום בריאות הציבור' ולכן ההתייחסות היא למדיניות של המשרד כמכלול. דוגמאות מתוך עמודי אש אלה יוצגו גם הן בהמשך.

5. התווית מדיניות המתמודדת עם פערים ויישומה על ידי משרד הבריאות

כאמור, בשלוש השנים האחרונות בוצעה על ידי משרד הבריאות פעילות מקיפה במטרה להשקיע בתשתיות ולמסד תהליכים שיחוללו שינוי בכל הקשור לפערים הקיימים כיום במערכת הבריאות ובמצב הבריאות של תושבי ישראל. חלק מהפעילויות כוונו מראש לצורך צמצום פערים, חלק אחר נבע הן מהצורך בצמצום אי-השוויון והן מסיבות נוספות.

המתואר להלן יתייחס לפעילות העיקרית שמשפיעה על צמצום אי-השוויון או על בניית היכולת של מערכת הבריאות להתמודד עם אי-השוויון, והוא יתמקד במישורים העיקריים שעלו במהלך השנים ככאלה המחייבים התערבות: תשתיות, הנגשת שירותים, תמריצים, ופעילויות כלל-מערכתיות אחרות.

א. צמצום פערים בתשתיות

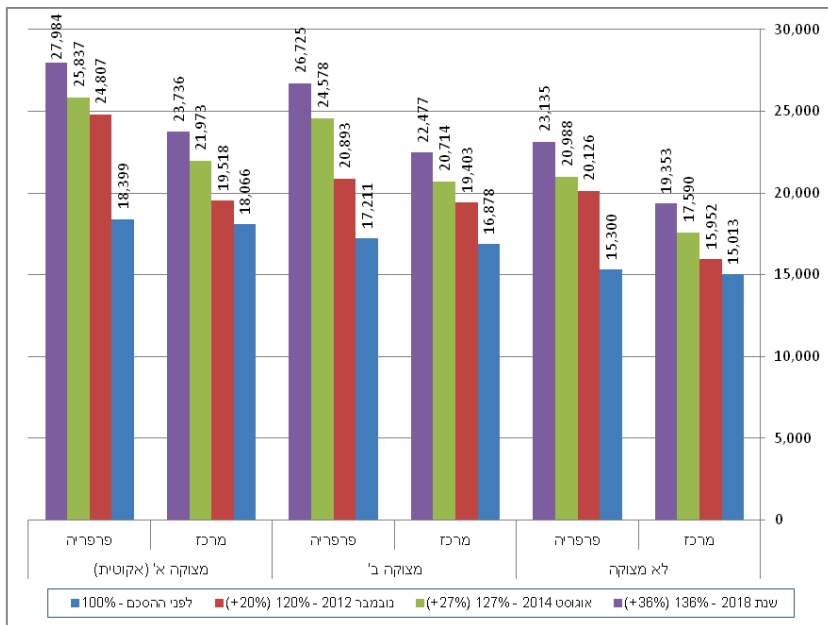
תמריצים למשיכת רופאים לפריפריה: בשנת 2009 כתוצאה מיוזמה של משרד הבריאות ולאחר עבודת מטה מול הממונה על השכר במשרד האוצר, מונתה וועדה בין משרדית שתפקידה היה להמליץ על דרכים למשיכת כ"א רפואי לפריפריה. בוועדה השתתפו נציגי משרד הבריאות, נציגים של אגף התקציבים במשרד האוצר ושל הממונה על השכר, ונציג של נציבות שירות המדינה. בפני הוועדה הופיעו גורמים שונים ובכללם הנהלות קופות החולים. נלמדו המצוקות בשטח, הלקחים שהופקו מצעדים שננקטו בעבר למשיכת כ"א לפריפריה על ידי קופות החולים ואחרים, ואותרו צעדים אפקטיביים שעשויים לשמש מנוף לשינוי. לקראת סיום עבודת הוועדה החל המשא ומתן עם הר"י (ההסתדרות הרפואית בישראל) בעניין הסכם השכר הקיבוצי – ואותם נציגים שישבו בוועדה הם אלה שניהלו את המשא ומתן.

המידע שנאסף, הדיונים וההמלצות שנדונו בוועדה שימשו כבסיס ידע שבין היתר, עליו נשענה עמדת הממשלה וממנו ניתן היה בסופו של דבר להגיע להסכם קיבוצי הכולל תמריצים משמעותיים למשיכת כוח אדם לפריפריה.

בהקשר להסכם הקיבוצי הוקצבה למערכת הבריאות תוספת משמעותית של **תקני כוח אדם של רופאים**. עד לחודש פברואר 2013 הוקצו כ-470 תקנים מתוך כ-1,000 תקנים שסוכם עליהם בהסכם. בנוסף לכך, קיימת תוספת תקנים בבתי חולים בפריפריה הנגזרת מתוספת מיטות אשפוז, שתפורט להלן, אשר אושרה על פי הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר - מדובר בתוספת של מאות רופאים, אחיות, אנשי מקצועות הבריאות ובתחומי המינהל ומשק (מנמ"ש) למערכת הבריאות. עד לסוף 2012 הוקצו יותר מ-300 מיטות ובשנים 2013-4 צפויות להתווסף כ-300 מיטות נוספות.

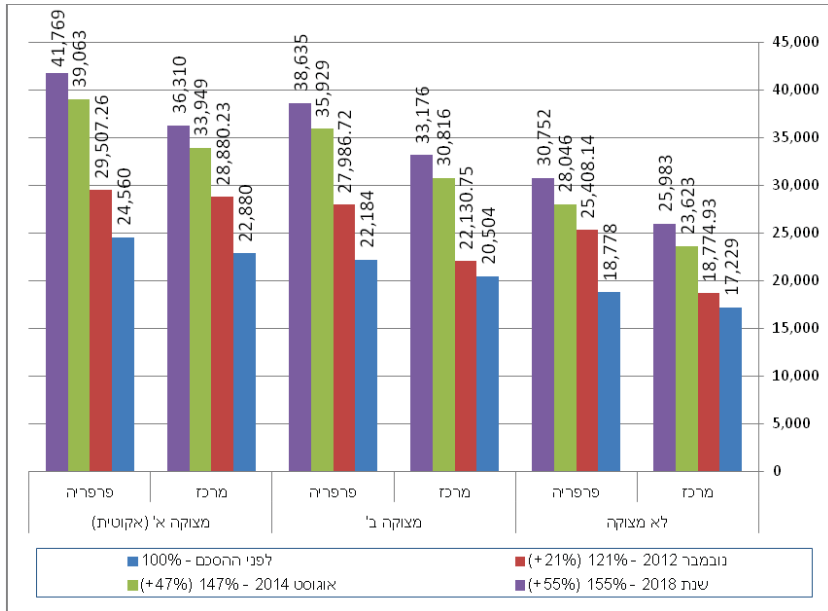
ההסכם הקיבוצי כלל גם **תמריצים כלכליים למשיכת כוח אדם לפריפריה** – הן למתמחים בבתי החולים בפריפריה והן לרופאים מומחים. מדובר על שני סוגים של תמריצים: האחד **תוספת שכר** לרופאים בפריפריה – מדובר על תוספת אחוזית לרופאים המועסקים בבתי חולים בפריפריה – מדורגת, כך שהחל מאוגוסט 2013 היא תעמוד על תוספת של 25% לשכר המתמחה/רופא תחומי, תוספת של 17% למומחה/למנהל, ותוספת של 8% למנהל בי"ח וסגנו. תרשימים מס' 1 ו-2 ממחישים את היקף תוספות השכר מאז חתימת ההסכם והתפתחותן בהתאם להסכם עד שנת 2018. התרשימים ממחישים בכל נקודת זמן את היתרון שהוקנה לפריפריה מול המרכז.

תרשים מס' 1: סימולציית שכר ממוצע למתמחים במסגרת הסכם השכר הקיבוצי*



מקור: תחום בכיר שכר ויחסי עבודה, משרד הבריאות
הערה*: הסימולציה לקחה בחשבון מתמחה שעושה במוצע 3 תורנויות במחלקה ו-3 תורנויות במיזן. סה"כ עלי הצפויה עד 2018 - 36%.

תרשים מס' 2: סימולציית שכר ממוצע למומחים במסגרת הסכם השכר הקיבוצי*



מקור: תחום בכיר שכר ויחסי עבודה, משרד הבריאות
הערה*: הסימולציה לקחה בחשבון מומחה שעושה בממוצע 4 כוננויות (2 מיון ו-2 מחלקה) ו-4 תורנויות (2 מיון ו-2 מקוצרות). סה"כ עליה צפויה עד 2018 – 55%.

בכל הקשור לתוספות שכר לרופאים בפרפריה מדובר על כ-4.8% שיתוספו לפרפריה, מתוך 6 מיליארד ₪ שמוקצים לשכר הרופאים.

הסוג השני של התמריצים שיושמו בהמשך להסכם הקיבוצי הוא – **מענקים למתמחים בפרפריה**. מדובר במענק מותנה בהעסקה בפרפריה. היקף ההקצאה למענקים הוא 37.5 מיליון ₪ מידי שנה (בתי"ח וקהילה). מאחר וקיימים גם מענקים למתמחים הפונים למקצועות שבמצוקה, הוחלט כי מענקים אלה למתמחים במקצוע במצוקה בפרפריה יצטברו עד ל-500,000 ₪ למתמחה.

קיימת התניה לקבלת מלוא המענק בהעסקה לתקופת זמן מינימאלית בפריפריה, בהיקף כדלקמן: מתמחה – מחויב לעבוד בפריפריה משך מלוא תקופת ההתמחות; מומחה מחויב בעבודה בפריפריה במשך 6 שנים; מתמחה בהתמחות-על מחויב בשהות בפריפריה בהיקף מצטבר של 2.5 שנים בהתמחות +1.5 שנים בעבודה⁴³.

טבלה מס' 3 מציגה את היקף המענקים שאושרו בשנים 2011 ו-2012. בשנים אלה אושרו במצטבר 308 מענקים, מתוכם 157 מענקים אושרו לרופאים בפריפריה ו-151 מענקים אושרו למתמחים/מומחים במקצועות במצוקה בפריפריה. ההקצאה בשתי השנים הנ"ל למענקים (משני הסוגים) לפריפריה הייתה בסדר גודל של כ-150 מיליון ₪.

טבלה מס' 3: מס' מענקים שאושרו לרופאים לפריפריה ולמקצועות במצוקה בפריפריה 2011-2012

מספר כולל	סוג מענק		
	פריפריה	מצוקה בפריפריה	
149	72	77	בתי חולים ממשלתיים
159	85	74	בתי חולים אחרים
308	157	151	סה"כ מענקים

מקור: תחום בכיר שכר והסכמי עבודה, משרד הבריאות

⁴³ יש לציין כי המענקים אכן היו אפקטיביים ולאור ריבוי יחסי של פניות לפריפריה, מעבר לתחזית הראשונית, מבוצעת בימים אלה בדיקה מחודשת של התקציב ושל גובה המענק למתמחים שיפנו לפריפריה בשנים הקרובות.

פיתוח והכשרת כוח אדם

צעד משמעותי וחשוב ביותר בנושא פיתוח תשתיות כוח אדם רפואי בפריפריה היה **הקמת הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בגליל** בעיר צפת. הפקולטה החלה לפעול בשנת 2012. צעד זה הינו משמעותי ביותר לא רק לתוספת כוח אדם רפואי ברמה הלאומית אלא גם לפיתוח שירותי הבריאות בגליל והיצע כוח האדם שם.

גם היקף ההכשרות בסיעוד במוסדות הממוקמים בפריפריה הוגדל בשנים האחרונות. היקף ההכשרה בצפון (במכללות בצפת ובעמק יזרעאל) גדל בכ-100 סטודנטים למחזור, ובדרום (בבאר שבע) גדל היקף ההכשרה בשנתיים האחרונות מ-55 סטודנטים למחזור לכ-90 אחיות במחזור.

בנוסף לאמור לעיל, מתבצע מהלך שתכליתו **הכשרת כוח אדם במקצועות הבריאות מקרב מגזרי יעד**. מחזור אחד להכשרת **אחיות מתוך המגזר הבדואי**, במסגרת אוניברסיטת בן גוריון (מסלול אקדמי) עומד לסיים בסוף השנה הנוכחית את הכשרתו⁴⁴. מחזור נוסף (מסלול דיפלומה) החל בשנת 2012 את הלימודים במכללת אשקלון (40 אחיות למחזור) ובימים אלה מתבצעת הערכה בדבר הצורך בפתיחת מחזור נוסף.

לאור חוסר בבעלי מקצוע בתחומים פרא-רפואיים מסוימים במחוז דרום ומאחר ובמוסדות אקדמאיים הפועלים במחוז זה אין מסלולי הכשרה למקצועות כגון **טיפול בהפרעות בתקשורת** (קלינאות תקשורת) ו**ריפוי בעיסוק**, הוגשה למלי"ג (המועצה להשכלה גבוהה) על ידי הנהלת משרד הבריאות בקשה לאשר פתיחת מסלולי הכשרה למקצועות אלה, במסגרת אוניברסיטה או מכללה בדרום. הוגשו תוכניות ראשוניות והנושא נדון במלי"ג. במסגרת ההכשרה האמורה קיימת כוונה לשלב, תוך תמיכה וליווי מקצועי ופיננסי, גם סטודנטים מהמגזר הבדואי בדרום.

⁴⁴ הבוגרות מיועדות להשמה בתעסוקה במערך המרפאות המשרתות את המגזר

לצורך כך ניהל המשרד עבודת מטה מול משרד ראש הממשלה, המועצה להשכלה גבוהה, ומשרד האוצר לשימוש בתקציב בסך כולל של 20 מיליון ש"ח, שהוקצה במסגרת החלטת ממשלה 4931. ההחלטה זו נועדה לעודד תעסוקה בקרב תושבים מהמגזר הערבי, הדרוזי והצ'רקסי. משרד הבריאות פתח בעבודת מטה כדי לאפשר פתיחת מסלולי הכשרה במקצועות פרה-רפואיים שעד כה טרם נפתחו במוסדות אקדמיים בדרום וכן להרחיב את הקיים, וכן להקצות את התקציב לעידוד סטודנטים מהמגזר הבדואי בדרום לפנות למקצוע הסיעוד ולמקצועות פרה-רפואיים. בכך יושגו שתי מטרות שעניינן צמצום פערים - הן מטרה של הרחבת ההיצע של העוסקים במקצועות אלה במחוז הדרום והן בניית מסד של אנשי מקצוע מהמגזר הבדואי, דבר שיסייע באספקת שירות מקצועי באיכות גבוהה ובהתאמה לתרבות ולמאפיינים הייחודיים של אוכלוסייה זו.

סוג נוסף של הכשרת כוח אדם בוצע בשנת 2012 **לאחראים על הנגשה תרבותית ולשונית**. קורס ראשון בתחום זה בוצע במהלך שנת 2012 והוא יועד לאחראים על כשירות תרבותית בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים. קורס נוסף, לאחראים על הנגשה תרבותית בארגוני בריאות המספקים שירותים בקהילה, מתוכנן להתקיים במהלך שנת 2013⁴⁵.

הכשרת מטפלים ומתן כלים להתמודדות עם פערים תרבותיים – בימים אלה מבוצע מהלך במטרה למסד תשתית הדרכה – סדנאות וחומר נילווה לצורך סימולציות ותרגול של אנשי מקצועות הבריאות לשיפור מיומנותם בהתמודדות עם הבדלים תרבותיים. במסגרת זו, מתוכנן פיתוח של שני מוצרים ייעודיים לשיפור מיומנות של מטפלים כאמור לעיל - האחד, **ערכת הדרכה הכוללת בין היתר תקליטור עם סימולציות המדגימות מצבים שונים של אינטראקציות בין מטפל למטופל ממוצא תרבותי שונה והשני- לומדת מחשב לתרגול אישי של מטפלים.**

⁴⁵ יש לציין כי, כפי שיובהר בהמשך, מינוי אחראי על כשירות תרבותית בארגוני בריאות הינה חובה שהושתה על הארגונים מכוח חוזר מנכ"ל משרד הבריאות

החלטה בנושא זה כלולה בתוכנית העבודה של המשרד והיא מגובה באישור תקציבי שניתן כבר לפיתוח המוצרים במהלך שנת 2013. בינתיים, מתבצעת כבר עבודה בנושאים אלה באגפים שונים במשרד. כך לדוגמה הפיק כבר האגף לבריאות השן במשרד הבריאות לומדת מחשב בנושא בריאות הפה והשיניים, המיועדת לשימוש במערך שירותי בריאות השן לתלמיד ומותאמת גם למגזרים הערבי והחרדי.

המשרד החל בהליך בנייה של **מאגר ממוחשב של תוכניות התערבות**, שיהיה נגיש אינטרנטית, כדי שישמש מנהלים בדרגים השונים שיחפצו ליזום תוכניות התערבות לקידום בריאות וצמצום פערים. הפרויקט מצוי בשלביו המתקדמים, והמאגר, שבנייתו תמשך גם בשנים הקרובות, כבר נגיש באתר האינטרנט של משרד הבריאות.

תשתית מיטות אשפוז

אשר לתוספת מיטות אשפוז - במסגרת החלטת הממשלה מיום 27.2, הוקצו כדלהלן: ב-3 השנים הקרובות בכל שנה - 190, 190, 160 מיטות, סך הכול 540 מיטות. כ-420 מיטות אשפוז נוספות יוקצו במהלך השנים 2014-2017.

לפחות מחצית מהמיטות יוקצו לבתי חולים בפריפריה. עד כה הוקצו 167 מיטות במחלקות פנימית, טיפול נמרץ, יולדות, וטיפול נמרץ ילודים (המהוות 31% מההקצאה הכוללת). טבלה מס' 4 מפרטת את 540 המיטות שהוקצו לשנים 2011-2013 לפי מחלקות אשפוז ולפי החלק היחסי של הפריפריה.

טבלה מס' 4: הקצאת מיטות אשפוז לבתי חולים בפריפריה במצטבר בין השנים 2011-2013

סה"כ	יולדות	טיפול נמרץ ילודים	טיפול נמרץ	פנימית	
540	120	130	120	170	סה"כ מיטות
29%	21%	22%	24%	45%	חלק הפריפריה
158	25	28	29	76	סה"כ לפריפריה

מקור: אגף תכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות

בנוסף לאמור הוקצה סך של כ-50 מיליון ₪ (ב-4 שלבים) לתשתיות הפקולטה לרפואה בגליל. ללא קשר לכך, הוקצה גם סך של 270 מיליון ₪ לבינוי וחיזוק בתי החולים בצפון לדוגמא – לבית החולים רבקה זיו- אגף ילדים ואשפוז מוגן (סיום מתוכנן 12/2014), לפוריה- אגף מיילדות ואשפוז מוגן, ולנהריה - אגף מיילדות ואשפוז מוגן. הוקצה גם תקציב להקמה/חיזוק מחלקות רפואה דחופה ואשפוז מוגן- בפוריה, נהריה וברזילי באשקלון. פרויקט זה נמצא בשלבי ביצוע בברזילי והושלם כבר בבתי החולים פוריה ונהריה. בשנים 2011-2012 הושקעו כל שנה גם 50 מלש"ח לשם שיפור תנאי האשפוז בבתי חולים פסיכיאטרים - כגון באר שבע, ומזרע. תקציבים נוספים הוקצו לשיפור שירותים בבתי חולים אזוריים כגון ברזילי באשקלון- שיפוץ מחלקת נשים והמחלקה האונקולוגית.

תשתיות ציוד וטכנולוגיות

בתחום זה הוקצו במהלך שלוש השנים האחרונות רישיונות ומופעלים כבר **מכשירי MRI** במרכז הרפואי ברזילי (מכשיר ניח), במרכז הרפואי גליל מערבי (מכשיר ניח), מכשיר משותף (ניידת) לבי"ח העמק+צרפתי נצרת, וכן ניידת המופעלת באמצעות אסותא – בדרום הארץ. יש לציין כי הוקצה רישיון לניידת נוספת משותפת לבתי החולים זיו בצפת ולפוריה בטבריה, אך זו לא נרכשה עד כה עקב החלטה מאוחרת של בתי חולים אלה להמתין למכשיר ניח. הבקשה נבחנת על ידי המשרד. יש לציין גם שבמרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע קיים כבר מכשיר MRI ניח.

אושרה עקרונית גם הוספת **מאיץ קווי** לבית חולים זיו צפת לטיפול בחולי סרטן. יש לציין גם שבוצע כבר עדכון תקנות לגבי מאיצים קוויים ואפשרות הפעלת לוויין בפריפריה תחת אחד ממרכזי הרדיותרפיה הקיימים.

בשלוש השנים האחרונות הוקצו גם **25 יחידות מקצועיות ל- 4 בתי חולים בפריפריה** - פוריה, ברזילי, זיו, וגליל מערבי. אלה מהוות כ- 78% מכלל היחידות המקצועיות שהוקצו בשנים 2009-2012.

מוקדי רפואה זחופה ואמבולנסים: בנוסף להשקעה בבתי החולים בפריפריה – הוקצה תקציב ייעודי להקמת 10 **מוקדי רפואה זחופה** בישובי פריפריה והתוכנית נמצאת בשלבי יישום. בשנת 2012 נפתחו מוקדים בדימונה, ערד, מצפה רמון ובשומרון. בשנת 2013 מתוכננים להיפתח מוקדים באום אל פאחם, ירוחם, קריית גת, סכנין, בית שאן ובערבה התיכונה. המימון למוקדים יתחלק בין משרד הבריאות, הרשות המקומית וקופת חולים. חלקו של משרד הבריאות במימון התפעול השוטף מסתכם בכחצי מליון עבור כל מוקד. כמו כן, הורחבו שירותי **האמבולנסים** ביישובי פריפריה.

טיפות חלב: אשר לפיתוח תשתית של שירותים קהילתיים ביישובי המגזר הבדואי בדרום, ניתן להזכיר את תוכנית החומש של הממשלה לפיתוח חברתי וכלכלי של האוכלוסייה הבדואית בדרום. במסגרת תוכנית חומש זו תוכננה תוספת של שלוש תחנות טיפות חלב ביישובי הפזורה – אלסייד, מולדה וביר הדאג'. יש לציין שהמכרז לתחנה הראשונה יצא לדרך בסוף 2012⁴⁶. כמו כן אושרו 30 תקנים של מתנדבות שירות לאומי להעסקה בטיפות חלב ביישובי המגזר הבדואי בדרום.

שירותי בריאות לתלמיד: שירותים אלה נוגעים למתן חיסונים, וכן חינוך וקידום בריאות לתלמידים בבתי הספר. השירות הועבר בזמנו לספקי שירות חיצוניים, שלא עמדו ביעדי החיסונים והמטלות האחרות שנכללו בהסכם עמם. במהלך השנתיים האחרונות בוצע מהלך להחזרת שירותי בריאות לתלמיד במחוז דרום לידי המדינה, תוך תמרוץ אחיות לעבודה במגזר הבדואי על מנת להשלים חסרים בכוח אדם במחוז.

תמריצים למשיכת אחיות לפריפריה: החל משנת 2011 הוקצו תמריצים למשיכת כוח אדם מתחום הסיעוד (אחיות) לעבודה באזור הדרום ככלל ובמגזר הבדואי בפרט. זאת, לאחר שבשנת 2009 חלק מתחנות טיפות החלב במגזר הבדואי בדרום נסגרו מחוסר אפשרות לאייש תקנים של אחיות. הקצאת התמריצים (בהיקף של כ- 150 מיליון ש"ח) הביאה לכך שבשנים 2011-2012 כל תקני האחיות בטיפות החלב בדרום אוישו.

⁴⁶ ככל הידוע, מסיבות מנהליות שאינן קשורות למשרד הבריאות, קיים עיכוב בהוצאה לפועל של המכרז

לצד העשייה המרובה להרחבה ושיפור היצע התשתיות, עדיין נותר האתגר של קביעת **סטנדרט של זמינות ונגישות**. נושא זה יושם עד כה בהקשר לשירותי בריאות דוגמת רפואת שיניים לילדים, שנוספו לסל הבריאות. המשרד קבע מראש את הסטנדרטים של הפריסה ושל זמינות השירותים. אשר למרבית השירותים האחרים שקיימים בסל, לגביהם טרם נקבעו סטנדרטים⁴⁷, אך בשנת 2012 הוחל במהלך לצורך איסוף מידע מקופות החולים אודות זמינות ונגישות של שירותים נבחרים, באזורים שונים, כדי למפות את המצב ולנסות לפתח מודל שימסד את הסטנדרט הנדרש של זמינות ונגישות לשירותים אלה.

טבלה מס' 5 להלן מציגה במרוכז את הפעילות העיקרית של משרד הבריאות בתחום תשתיות בהקשר בעל משמעות לצמצום פערים, לרבות דוגמאות ספציפיות, לפי מוקד ההתערבות ומהותה.

⁴⁷ יש לציין שבסל הנוכחי קיימים מספר שירותים כגון התפתחות הילד לגביהם נקבעו זה מכבר סטנדרטים של נגישות וזמינות.

טבלה מס 5: ריכוז פעילות עיקרית בתחום התשתיות

הערו	מוקד ההתערבות	הנושא
		כוח אדם
	הקמת הפקולטה לרפואה בגליל	הגדלת תשתיות כ"א
	תוספת תקני כ"א – הסכם רופאים	
	תוספת תקני רופאים – נגזר מתוספת המיטות	
	תוספת תקני כ"א אחיות - נגזר מתוספת מיטות	
	תוספת תקני כ"א מקצועות אחרים - נגזר מתוספת מיטות	
בהמתנה לאישור מל"ג	פיתוח מסלולי הכשרה למקצועות פרא-רפואיים במחוז דרום	
	מינוי אחראים על הנגשה תרבותית ולשונית בארגונים	כוח אדם ייעודי
	קורס אחיות מגזר בדואי	
בהמתנה לאישור מל"ג	הקצאת תקציב לעידוד סטודנטים מהמגזר הבדואי לפנות למקצועות פרא-רפואיים ולסיעוד	
	תוספות שכר לרופאים בפריפריה	תמריצים למשיכת כ"א לפריפריה
	מענקים לרופאים בפריפריה	
	תמריצים לאחיות המועסקות במגזר הבדואי	
	קורס אחראים על הנגשה תרבותית ולשונית	הכשרות כ"א ייעודי
	פיתוח ערכת הדרכה ולומדת מחשב	הכשרות מטפלים
משולב במאגר הנבנה על ידי שירותי בריאות הציבור	בניית מאגר תוכניות התערבות לאוכלוסיות יעד ולצמצום פערים	הכשרת מנהלים
		תשתיות פיזיות וטכנולוגיות
	בינוי – בתי"ח פריפריה	הגדלת תשתיות במערכת האשפוז
	שדרוג בתי חולים בצפון	
	תוספת ובינוי מיטות בגין החלטת ממשלה על תוספת מיטות	
	הקצאת יחידות מקצועיות חדשות/משולבות	
	תחנות טיפות חלב בישובי המגזר הבדואי בנגב	זמינות שירותים בפריפריה
	מוקדי רפואה דחופה בפריפריה	
	אמבולנסים	
	הקצאת מכשירי MRI	תשתיות ציוד וטכנולוגיות
	אישור הוספת מאיץ קווי לבית חולים זיו צפת לטיפול בחולי סרטן	
	יושם ברפואת שיניים לילדים. הרחבה לשירותים נוספים מתוכננת לשנת 2013	קביעת סטנדרט מינימום - זמינות

ב. צמצום בפערים בנגישות לשירותי בריאות

במהלך השנים פורסמו בישראל מספר מחקרים שהציגו את שיעור האנשים שויתרו על טיפול או על תרופה עליהם המליץ הרופא, עקב המחיר⁴⁸. חלקם אף הוכיחו את התוצאות הבריאותיות של חוסר ההיענות לטיפול/תרופה על הרקע הזה ואת השיפור במדדי בריאות המושג בקרב חולים כרוניים, מרגע בו מסירים את החסם הכלכלי בעת רכישת תרופות⁴⁹. בשנים 2010-2012 קידם משרד הבריאות פעילות שתכליתה **צמצום חסמים כלכליים** שמונעים נגישות לשירותי בריאות חיוניים. פעילות זו נחלקת ל-2 תחומים עיקריים: האחד, הקלה בהשתתפויות עצמיות של מבוטחים בגין שירותי בריאות הניתנים במסגרת הסל הבסיסי; והשני, הכללת שירותים רפואיים חיוניים שמומנו עד לאחרונה באופן פרטי כהוצאה ישירה של משק הבית, ללא מימון ציבורי.

אשר לתחום הפעילות הראשון, שעניינו **הקלות בתשלומי ההשתתפות העצמית** שמחויבים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ניתן למנות לדוגמא את ביטול אגרת טיפות החלב – שירות מניעתי שהנהגת תשלום אגרה בגינו אינה ראויה מאחר והיא עלולה לשמש חסם אפשרי בפני נגישות נאותה לביצוע חיסונים, למעקב הריון ומעקב התפתחות בילודים, במיוחד בקרב אוכלוסיות חלשות; דוגמאות נוספות הן ההנחות בתשלום בגין תרופות שבסל בקרב קשישים ניצולי שואה; וכן הקטנת שיעור ההשתתפות העצמית של מבוטחים בגין רכישת תרופות גנריות שבסל שירותי הבריאות משיעור של 15% ל-10% ממחיר התרופה על פי מחירון ירפ"א⁵⁰.

⁴⁸ ברמלי-גרינברג ואח', 2011

⁴⁹ ראה: Elhayany A., Vinker S., 2011

⁵⁰ מחירון הייחוס

תחום הפעילות השני, מתייחס לצעדים שנועדו להכליל בסל הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי שירותים חיוניים שהיו בעבר מחוץ לסל והתשלום בגינם נפל כולו על משקי הבית. כדוגמא אופיינית לפעילות בתחום זה ניתן להציג את הכללת טיפולי השיניים לילדים בסל הבריאות. מהלך זה בוצע ביוזמת המשרד ולאחר שקיבל את אישור הממשלה, בוצעו במסגרתו שינויי החקיקה הנדרשים ומיולי 2010 הוכללו שירותי רפואת שיניים מונעת ומשמרת לילדים בסל הבריאות הממלכתי. בשנה ראשונה לעדכון החוק כאמור, הוגבלה הזכאות לילדים עד גיל 8 שנים ובהמשך התווספו קבוצות גיל נוספות. כיום הזכאות כוללת את כל הילדים עד גיל 12 שנים. החוק מאפשר לקבל טיפולי מניעה בתחום רפואת השיניים ללא תשלום כלשהו של השתתפות עצמית וסל של טיפולים בתחום רפואת שיניים משמרת שמחייבים תשלום השתתפות עצמית נמוכה יחסית⁵¹. צעד זה שיפר משמעותית את הנגישות של אוכלוסיות חלשות לשירותי רפואת השיניים לילדים.

במקביל לאמור לעיל, הוקצה בשנת 2009 סכום של 20 מיליון ₪ לתקציב של שירותי בריאות השן לתלמידי בתי הספר – מדובר בשירות מניעת יזום וחינוך לבריאות הפה והשיניים (המבוצעים כתוכנית יישוג – outreach). השירות ניתן באמצעות הרשויות המקומיות ומרכז השלטון המקומי, בהנחיה מקצועית ובמימון של משרד הבריאות. בשנת 2009, רק 77 רשויות מקומיות הפעילו את השירות והיקף התקציב הייעודי עמד על כ- 9.5 מיליון ₪. החלטת ממשלה שהתקבלה בנושא זה אפשרה להרחיב את התקציב באופן משמעותי (כמעט פי 3). מעורבות של מרכז השלטון המקומי ומשרד הבריאות הביאו לכך שעד לשנת 2012 גדל מספר הרשויות המקומיות שהפעילו את השירות לכדי 209 רשויות ומספר התלמידים שלרשותם עמד השירות עמד על כ- 1.2 מיליון.

⁵¹ 21 ₪ לטיפול ולא יותר מ- 42 ₪ לכל הטיפולים המחייבים תשלום שמבוצעים לילד במהלך ביקור אחד (2012).

רבות מהרשויות שהצטרפו ממוקמות בפריפריה⁵². ב- 2013 ממשיכה מגמת ההצטרפות של רשויות חדשות לשירות זה (בעיקר באמצעות הליך מכרזי שביצע מרכז השלטון המקומי).

בהקשר זה של הרחבת סל הבריאות והנגשת שירותים ללא תשלום לכלל האוכלוסייה, עם השפעה נכרת על הגברת הנגישות של שירותים אלה לאוכלוסיות חלשות, הורחב גם סל החיסונים הכלולים בסל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי. החיסונים שנוספו הם: חיסון כנגד אבעבועות רוח, חיסון מצומד כנגד פנאומוקוקים (PCV-13), חיסון כנגד נגיף ה-Rota⁵³, וחיסון כנגד נגיף HPV⁵⁴. חיסונים אלה שניתנו בעבר באופן פרטי תמורת תשלום, ניתנים כיום במסגרת הסל הבסיסי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ללא כל השתתפות כספית של המבוטח.

ראויים לציון גם תוספות לסל שכוללות תוספות של מזון ייעודי לחולים במחלות מסוימות, בדיקות סקר גנטיות לאיתור מחלות תורשתיות (הוכללו בסל כלל הבדיקות המומלצות על ידי גורמי המקצוע) ובדיקות שקופית עורפית⁵⁵ – צעדים אלו הנגישו גם לאוכלוסיות חלשות שירותים שבעבר חלקם נכללו רק בשב"ן או בתשלום מלא מהכיס.

בימים אלה מבצע משרד הבריאות מהלך שתכליתו להכליל בסל הבריאות גם **שירותי רפואת שיניים משמרת לקשישים מגיל 75 ומעלה**. בנוסף לכך, יזם המשרד והניח טיוטת הצעת 'מחליטים' לממשלה שעניינה מתווה לרפורמה **בביטוח הסיעוד הסוציאלי**. אחד הנושאים בהם עוסקת רפורמה זו היא הקלת נטל המימון על משקי הבית המטפלים בקשיש סיעודי.

⁵² דוגמא לרשויות מקומיות מהפריפריה שהחלו להפעיל את השרות בשנתיים האחרונות: ביר אל מכסור, גוליס, עכו, טורעאן, מטה אשר, מעלות תרשיחא, הערבה התיכונה, נהריה, מצפה רמון, ערד, קצרין, אילת, רמת ישי, רכסים ושער הנגב

⁵³ נגיף הגורם להקאות, שלשולים ודלקת בדרכי העיכול, בתינוקות ופעוטות.

⁵⁴ HPV = נגיף הפפילומה האנושי. החיסון נועד למנוע את המחלות שעלולות להתפתח בעקבות הדבקה בנגיף, לרבות מחלת מין בשם קונדילומה וכן סרטן צוואר הרחם.

⁵⁵ בדיקת אולטרה סאונד הנערכת לאישה ההרה לשם גילוי פגמים בעובר

אשר לפעילות שתכליתה **צמצום חסמים תרבותיים** – הופץ בשנת 2011, לכלל נותני השירות העיקריים במערכת הבריאות, ציבוריים ופרטיים כאחד, חוזר מטעם מנכ"ל משרד הבריאות שקבע סטנדרטים ונורמות בתחום של הנגשה תרבותית ולשונית לשירותי בריאות. החוזר קבע צעדים בהם מחויבים הארגונים לנקוט וצעדים אחרים שהינם בגדר המלצה. הארגונים נדרשו להעביר תוכניות פעולה וניתנה להם שהות של למעלה משנה כדי להתארגן לקראת יישום הדרישות שבחוזר. במקביל לכך החלה פעילות בקופות ובארגונים אחרים ברוח ההנחיות שהותוו בחוזר. לדוגמא, בארגונים שונים (כגון בתי החולים הממשלתיים) נקבעו אחראים על הנגשה תרבותית ולשונית. בוצעו קורסים להכשרה של אחראים על כשירות תרבותית ולשונית, ואתרי אינטרנט הונגשו לשונית למספר שפות.

בשנת 2012 המשיך ואף הרחיב המשרד את ההסכם עם ארגון 'טנא בריאות', לאספקת שירותים לאוכלוסיית יוצאי אתיופיה. השירותים ניתנים בתחומים של **קידום בריאות (מגשרים)** וכן של הנגשה לשונית של שירותי בריאות באמצעות מוקד **תרגום טלפוני לאמהרית**. זאת בנוסף לחומרים מודפסים בתחום קידום בריאות שמתורגמים על ידי מינהל שירותי בריאות הציבור למספר שפות.

אשר **לשירותי תרגום טלפוני** בשפות נוספות, משרד הבריאות סיים לאחרונה הליך של אפיון והגדרת סטנדרט שירות (בסיוע חברה חיצונית) של מוקד טלפוני שיספק שירותי תרגום במהלך טיפול רפואי בקהילה ובבתי חולים. האפיון קובע את הסטנדרטים והנורמות הנדרשים ממוקד שכזה, מפרט את אופן ההפעלה שלו וכדו'. המוקד יופעל במתכונת מוגבלת, כפיילוט, שיבוצע בקרב מספר מוסדות (בתי חולים, טיפות חלב ומרפאות מסוגים שונים), הן כאלה שבאחריות משרד הבריאות והן של קופות החולים, החל ממאי 2013.

לאחר מכן תישקל הרחבת השירות לכלל מוסדות משרד הבריאות והעמדתו לרשות כלל הארגונים במערכת הבריאות. התקציב לשנת השירות הראשונה אושר כבר במסגרת תוכניות העבודה של המשרד לשנת 2013.

המשרד החל גם בעבודת מטה **לתרגום של טפסים** שבשימוש בתי החולים לשפות שונות, כמתחייב מחוזר המנכ"ל. הכוונה היא שבמסגרת הפרויקט יבוצע התרגום באופן מרוכז (בעיקר טפסי הסכמה מדעת, מסמכי מידע והדרכה לפני ואחרי פרוצדורות רפואיות, טפסים מנהלתיים וחומר לקידום בריאות).

כמו כן בוצעה במקביל פעילות שתכליתה מתן עידוד כספי לקופות החולים, באמצעות הקצאת סך של 45 מיליון ₪ במסגרת מבחני התמיכה לקופות החולים לשנים 2011-2013, לצורך **עידוד קופות החולים להשקעה בתשתיות והנהגת תוכניות התערבות לקידום בריאות בקרב אוכלוסיות יעד** (בפריפריה גיאוגרפית ובפריפריה חברתית). כל זאת, כאמצעי נוסף לצמצום אי-השוויון (לפירוט נוסף- ראה להלן בסעיף ה'תמריצים').

במסגרת החלטת ממשלה מיום 15.5.2011, הוקצה סך של 13.6 מיליון ₪ למימון **תוכניות לקידום בריאות וצמצום תמותת תינוקות בקרב המגזר הבדואי בדרום**. זאת, כחלק מתוכנית חומש שנועדה לתרום לפיתוח החברתי-כלכלי של מגזר זה. מימון התוכנית מגיע הן מתקציב של משרד הבריאות והן מתקציב תוספתי שהתקבל כתקציב ייעודי לנושא זה. ב-2012 הושקעו בתוכנית כ-4.5 מיליון ₪, ב-2013 יושקעו 5.1 מלש"ח ובין השנים 2014-2016 יתווספו עוד 4 מלש"ח. (כאמור, במסגרת התוכנית הוחל כבר בבנייה של תחנת טיפת חלב ביישובי אבו-בסמה). יש להדגיש כי מרביתו של הסכום שהוקצב במסגרת זו נועד לממן תוכניות התערבות שתכליתן צמצום תמותת תינוקות וקידום בריאות במגזר. במסגרת זו, קיימות תוכניות פעולה מתוקצבות ומוגדרות שמיועדות ליישום במהלך השנים 2013-2016.

יוזמה נוספת של המשרד נוגעת למימון של **מתאמי בריאות ב-15 רשויות מקומיות** שנמנות על פריפריה גיאוגרפית או שנמנות על אשכולות נמוכים במדרג החברתי-כלכלי של הלמ"ס. לדוגמא בירוחם, קרית-גת, מעלות תרשיחא, אום אל פאחם וכפר קרע (בעניין זה ראה הרחבה נוספת בפרק הדין בתמריצים כלכליים לרשויות מקומיות, בעמ' 34 להלן).

בנוסף לנ"ל אושרה בשנת 2012 **תוכנית לאומית רב-שנתית לקידום אורח חיים פעיל ובריא** - לה שותפים מספר משרדי ממשלה, בהיקף תקציבי כולל של כ-150 מיליון שקל. גם כאן, הצפי הוא שעיקר ההשפעה תהיה על אוכלוסיות שעד כה לא הייתה בקרבן מודעות לנושא התנהגות מקדמת בריאות ו/או שלא היה ביכולתן לממש את הידע. טבלה מס' 6 מרכזת את הפעילות לפי מוקדי התערבות עיקריים.

טבלה מס' 6: פעילות בתחום הנגשה והסרת חסמי ביקוש

הערות	מוקד ההתערבות	הנושא
	ביטול אגרת טיפות חלב	רה ארגון ההשתתפויות העצמיות
	הפחתת השתתפויות עצמית על תרופות גנריות	
	צמצום השתתפויות עצמיות – קשישים ניצולי שואה	הכללת שירותים נוספים בסל הבריאות
	הכללה בסל - רפואת שיניים לילדים	
	הרחבת שירותי רפואת שיניים מונעת לתלמידי בתי הספר	
מתוכנן לשנת 2013	הכללה בסל - רפואת שיניים לקשישים מגיל 75 ומעלה	
	הוספה לסל של חיסונים ובדיקות הריון (שקיפות עורפית)	
בהמתנה לדיון בממשלה	סיעוד – הוגשה טיוטת הצעת 'מחליטים' לממשלה.	
	הופץ חוזר מנכ"ל בנושא הנגשה תרבותית ולשונית	קביעת הסטנדרטים של הנגשה לשונית ותרבותית
הועברו גם הכשרות (ראה טבלה 5)	מונו אחראים על כשירות תרבותית בארגונים	מינוי אחראי על כשירות תרבותית בארגונים
	תרגום אתר האינטרנט של המשרד ומידע מודפס בקידום בריאות	מידע מותאם תרבותית ולשונית
	פעילות להקמת 'בנק טפסים' מתורגמים	
	מוקד תרגום טלפוני - אפיון השירות וביצוע פיילוט	שירותי תרגום במהלך השירות הרפואי
	מימון מתאמי בריאות בכ-15 רשויות מקומיות (מהפריפריה הגיאוגרפית והחברתית)	הפעלת מגשרים ומקדמי בריאות
	קידום בריאות לפי הסכם עם 'טנא בריאות'	
	במסגרת מבחני התמיכה לקופות החולים	פעילות בתחום קידום ומניעה מותאמים תרבותית
במסגרת תוכנית החומש לפיתוח כלכלי וחברתי של האוכלוסייה הבדואית בנגב	פעילות לקידום בריאות וצמצום תמותת תינוקות	
	התוכנית הלאומית לאורח חיים פעיל ובריא	

ג. תמריצים לעידוד פעילות לצמצום פערים

מערכת הבריאות בישראל היא בעלת מאפיינים ייחודיים. השירותים הקהילתיים ניתנים בעיקר באמצעות קופות החולים, שפעילותן הוגדרה על ידי המחוקק. הכוונת הפעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות תהיה יעילה יותר אם היא תשלב תמריצים שונים שיעודדו את הקופה לפעול בכיוון זה. התמריצים יכולים להיות כלכליים או אחרים. יש להדגיש כי לאור המאפיינים הייחודיים של כל קופה ותמהיל המבוטחים שלה, משרד הבריאות לא רואה עצמו כמי שמכתיב לכל קופות החולים את מוקדי ההתערבות ואת שיטת ההתערבות בתחום צמצום פערים, אלא כמי שמתווה את המסגרת הכוללת של הפעילות ומגדיר אוכלוסיות יעד, תוך שהוא משאיר לכל קופה את האוטונומיה לפעול במרחב שהוגדר על ידי המשרד, ובלבד שתעמוד במסגרת היעדים ואבני הבוחן שהמשרד מציב.

להלן עיקרי הפעילות בתחום התמריצים :

תמריצים כלכליים: עדכון שיטת החלוקה של ההקצאה לקופות החולים- הנוסחה לפיה מחולקת ההקצאה בין קופות החולים (**נוסחת הקפיטציה**) משמשת לשתי מטרות עיקריות. האחת, ניבוי הוצאה צפויה של הקופות בתאום רב ככל הניתן למאפיינים של תמהיל המבוטחים שלהן, והשנייה עידוד קופות החולים ליישום מדיניות נבחרת. עד שנת 2009 המשתנה היחיד שהובא בחשבון בנוסחת ההקצאה היה תמהיל גיל המבוטחים, כמדד מקורב לשימוש בשירותי בריאות ולהוצאה הכספית – היינו, כאמצעי לניבוי ההוצאה הצפויה של הקופה בגין אספקת שירותי הבריאות שבסל. עד אז לא היה שימוש בנוסחה למטרה השנייה שהוזכרה לעיל. משנת 2010 השתנתה הנוסחה והוכלל בה גם **מרכיב של ריחוק מהמרכז**. משתנה זה אמור היה לשמש ככלי ליישום מדיניות של השקעה בפריפריה. מאחר ומדובר בתשלום פרוספקטיבי – הקניית משקל גדול יותר למבוטחים מהפריפריה בנוסחת ההקצאה, אמורה הייתה להביא לתחרות

של הקופות על מבוטחים אלה ולהשקעה בשירותים לאותם המבוטחים, כאמצעי לשימורם בקופה. הכללת מרכיב הריחוק מהמרכז בנוסחת הקפיטציה לוותה גם בהקצאה של כ- 150 מיליון ₪, כתוספת לבסיס עלות של שירותי הבריאות. השינוי בנוסחת הקפיטציה היווה תמריץ כלכלי חשוב בדרך לצמצום פערים במערכת הבריאות בין הפריפריה למרכז. במהלך שנת 2013 מתוכננת להתכנס וועדת הקפיטציה לדיון באפשרות/צורך בהוספת משתנים נוספים לנוסחה, לרבות חברתיים- כלכליים.

צעד נוסף שהוזכר לעיל היה **יצירת תמריץ במתכונת של תשלום רטרוספקטיבי, מותנה במילוי יעדים**. מדובר בהקצאה של 45 מיליון ₪ (מצטבר בין השנים 2011-2013) במסגרת הסכמי התמיכה לקופות החולים⁵⁶. תשלום זה ייבדק מידי שנה על בסיס תנאים שהותוו במסגרת הסכמי התמיכה בתחום של השקעה בתשתיות בפריפריה (גיאוגרפית) ובתוכניות התערבות לקידום בריאות בקרב אוכלוסיות יעד (פריפריה חברתית), שרק עם התמלאותם יבוצע התשלום. יש לציין כי קיימים גם מבחני תמיכה נוספים, בתחום קידום בריאות, שמזכים את הקופה המיישמת פעילות של סדנאות לפעילות גופנית, לתזונה נכונה ולאיוון של חולי סכרת בפריפריה הגיאוגרפית או החברתית, בניקוד ששיעורו גבוה פי 1.5 לעומת הניקוד הניתן בגין פעילות המבוצעת באתרים אחרים.

תמריץ כלכלי נוסף היה קביעת רף מינימום של **הקצאה להשקעה בפריפריה כאחוז מתקציב הפיתוח של כל קופה**.

במהלך השנים האחרונות הוטמעו גם תמריצים לרשויות מקומיות, לעידודן להשקיע בקידום בריאות. לדוגמא, במסגרת התוכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא. התכנית מבוססת על יעדי "לעתיד בריא 2020", שנועדו להאט את שיעור העלייה במחלות כרוניות באמצעות

⁵⁶ מדובר על **תגמול מותנה** – מלכתחילה הוחלט על הקצאת סך של 15 מיליון ₪ לשנה- שנים 2011-2013. אולם, בהמשך ההקצאה חולקה לשתי שנות בלבד פעילות (ללא שינוי בסך הכולל). היינו, סך של 22.5 לשנים 2012-2013.

העלאת העוסקים בפעילות הגופנית, מניעת השמנה ותזונה נבונה. בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל קיימים שיעורי תחלואה כרונית גבוהים בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. אחוז העוסקים בפעילות גופנית שם נמוך יותר ושיעור הסובלים מתזונה לקויה גבוה יותר. צמצום הפערים הבריאותיים והתנהגויות הסיכון בין האוכלוסייה היהודית והערבית נקבעו באמצעות הצבת יעדים שאפתניים יותר בקרב האוכלוסייה הערבית ובהשקעה בתכניות התערבות ייחודיים לאוכלוסייה זו. התכנית "רשות מקדמת אורח חיים פעיל ובריא" היא התכנית המובילה להטמעת השינוי ברמה העירונית והקהילתית. מטרת התכנית הינה לאפשר לרשויות מקומיות בישראל לקדם את בריאות תושביהן ע"י הטמעת מדיניות ציבורית מקדמת אורח חיים פעיל ובריא והפיכת המסגרות ברשות כגון בתי ספר, מקומות עבודה, מרכזים קהילתיים, מבנים ציבוריים וגינות ציבוריות לסביבות מקדמות בריאות. התכנית מובלת ע"י משרד הבריאות, משרד התרבות והספורט ומשרד החינוך, בשיתוף אגפי העירייה (ספורט, חינוך, תרבות וכד'), לשכות הבריאות, הגיוינט, מתנ"סים, ארגונים מקומיים ברשויות, רשת ערים בריאות ועוד.

בשנת 2012, הוחל ביישום פיילוט של התכנית "רשות מקדמת אורח חיים פעיל ובריא" ב-10 רשויות מקומיות. בהמשך, במסגרת היעד לצמצם את הפערים בין המגזר הערבי ליהודי בתחלואה כרונית והשמנת יתר, הוחלט לרכז מאמץ במגזר הערבי. התכנית הורחבה ונרתמו עוד יישובים מהמגזר הערבי. כיום התכנית פועלת ב- 15 יישובים, מתוכן שבע רשויות במגזר הערבי.⁵⁷ יש להדגיש כי היישובים היהודיים המשתתפים בתוכנית כוללים כאלה מהפריפריה הגיאוגרפית.⁵⁸

התקציב הממשלתי מגיע ממשרד הבריאות ומשרד התרבות והספורט, ומחולק לפי גודל האוכלוסייה ואשכול חברתי-כלכלי. התקציב הנדרש מהרשות המקומית מוגדר לפי גודל האוכלוסייה ואשכול חברתי-כלכלי.

⁵⁷ טורען, טמרה, אום אל פאחס, חורה, לקייה, דלית הכרמל, ועוספיה.
⁵⁸ כגון, מגדל העמק, קריית גת, מ.א. עמק יזרעאל, אלעד וקרני שומרון

התקציב הכולל לתוכנית ברשויות שבמגזר הערבי הוא כ- 7 מיליון ₪ וברשויות של המגזר היהודי הוא 2.4 מיליון ₪. ברשויות שבמגזר הערבי שיעור ההשתתפות העצמית של הרשות המקומית עומד על כ- 14.5 אחוז וברשויות שבמגזר היהודי השיעור עומד על כ- 44.3 אחוזים.

תמריצים שאינם כלכליים: בין התמריצים שאינם כלכליים, התורמים לעידוד השותפים במערכת הבריאות לפעול לצמצום אי-השוויון, ניתן למנות את פיתוח כלי בקרה שאפשר לכלול את נושא הפעילות של המבוקרים לצמצום אי-השוויון כחלק מה**בקרה** השוטפת בקהילה ובבתי חולים; בדיקת התמודדות עם הפערים התרבותיים במסגרת **מבחני האקרדיטציה** של בתי החולים וכחלק מפעילות הבקרה השוטפת אותה מבצע משרד הבריאות בקופות החולים; הוספה של **משתנה חברתי-כלכלי לפרויקט מדדי איכות לאומיים** (נמצא בשלבי ביצוע), כחלק מהשאיפה לשקיפות מלאה של מדדי בריאות בחתך של קבוצות יעד וניטור אי-השוויון; וכן קיומו של הכנס השנתי '**מערכת הבריאות מתמודדת עם אי-השוויון**'. כנס זה מהווה קרקע פורייה לחילופי מידע בין השותפים במערכת הבריאות בדבר צעדים לשיפור ההתמודדות עם אי-השוויון. בה בעת, הכנס עצמו במהלכו נדרשות הקופות להציג מידי שנה את פעילותן ויעדיהן באשר להתמודדות עם אי-השוויון, וכן הדו"ח השנתי המתפרסם על ידי משרד הבריאות לקראתו הכנס, שכולל בין היתר **דיווח שנתי** על פעילות קופות החולים ומשרד הבריאות בתחום צמצום פערים, כל אלה מהווים גם הם תמריץ לארגונים להתמיד ולשפר את פעילותם לצמצום פערים⁵⁹; טבלה מס' 7 מתארת את הפעילות בתחום התמריצים לפי מוקדי ההתערבות.

⁵⁹ הופץ בשנים 2010 ו-2012

טבלה מס 7: פעילות בתחום התמריצים

הערות	מוקד ההתערבות	הנושא
	התווסף לנוסחה משתנה פריפריה גיאוגרפית והוקצה סכום כספי נוסף לעלות הסל	נוסחת קפיטציה
	היערכות לבדיקת האפשרות הוספת משתנה סוציו-דמוגרפי לנוסחה	
במסגרת הסכמי התמיכה לקופות	תגמול לפי יעדים בהקשר לפעילות לצמצום אי-השוויון (פיתוח תשתיות ותוכניות לקידום בריאות)	תגמול מותנה עמידה ביעדים
	הקצאה מתוך תקציב הפיתוח של הקופות	תמריצים
	לרשויות מקומיות - השתתפות במימון מקדמי בריאות ויישום התוכנית "רשות מקדמת אורח חיים פעיל ובריא"	כלכליים אחרים
	בדיקת הפעילות לצמצום אי-שוויון, כחלק מהבקרה בשטח – בקהילה, באקרדיטציה של בתי"ח וכדו'	שיתופי פעולה/תמריצים לא כלכליים
	כנס שנתי 'מערכת הבריאות מתמודדת עם אי-השוויון	
	דו"ח שנתי	
מאפשר עיבוד הנתונים לפי מצב חברתי-כלכלי של שכונת המגורים	הוספת מידע על אג"סים בפרויקט מדדי איכות בקהילה	

ד. צעדים מערכתיים לחיזוק יכולת ההתמודדות עם פערים

היערכות להתמודדות ברמה הלאומית עם אי-השוויון בבריאות דורשת שימוש באמצעים גולטיביים ובמנופים שיאפשרו שינויים ברמה כלל-מערכתית. רגולציה המוכוונת לצמצום פערים ותוכניות התערבות ברמה הלאומית מצריכות היערכות מקדימה של משרד הבריאות, כמי שעתיד להוביל תהליכים מעין אלה. היערכות שכזו כוללת בין היתר החלטה אסטרטגית המתקבלת בדרגים הגבוהים ביותר במשרד לשים את ההתמודדות עם אי-השוויון בבריאות גבוה בסדרי העדיפויות של המשרד; לבצע שנויים מבניים, אם דרושים כאלה וכדומה. כפי שהוזכר קודם לכן, ההתמודדות עם אי-השוויון בבריאות הוכרה כמשימה הממוקמת בסדר עדיפות גבוה ביותר, על ידי בעלי התפקידים הבכירים ביותר במשרד, בכל הרמות - שר, מנכ"ל והשותפים לכך בהנהלה הבכירה של המשרד. כאמור, בשנת 2009 הוקמה באגף לכלכלה וביטוח בריאות שבמשרד, יחידה ייעודית לצמצום אי-השוויון ומתקיימות פעילויות שוטפות, הן במסגרת היחידה והן כאלה המעוגנת בתוכניות העבודה של כלל אגפי המשרד – מדובר בפעילויות שתכליתן קידום ההתמודדות עם אי-השוויון וצמצום הפערים בבריאות. נקבעו גם אוכלוסיות יעד שהוגדרו במבחני התמיכה לקופות חולים⁶⁰ ובתוכניות חומש להן שותף המשרד.

בנוסף לאמור לעיל, במסגרת ההסכם של המשרד עם מכון גרטנר הוקצה כוח אדם ייעודי לשם מיסוד של **מאגר נתונים**, הקמת תשתית מידע וניטור קבוע של נתונים בדבר אי-השוויון בבריאות, כבסיס לקבלת החלטות מדיניות וכעזר לניתוחי מצב, תוך ניטור מתמיד של הפערים בפרקי זמן קבועים, לאורך זמן ובמתודולוגיה אחידה. תוכנית עבודה חמש-שנתית הוכנה במהלך שנת 2012 על ידי חוקרי המכון במשותף עם משרד הבריאות, היא אושרה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות בראשית 2013

⁶⁰ אוכלוסיות מישובים ברמת פריפריאליות שבין 1-4 או כאלה המתגוררים באזורים גיאוגרפים סטטיסטיים שבאשכולות 1-8 לפי מדד חברתי-כלכלי של הלמ"ס וכן פעילויות בקרב המגזר הערבי.

ויישומה החל כבר בימים אלה. במקביל לכך, הוקם צוות מומחים לחשיבה משותפת של יעדים ארוכי טווח לצמצום אי-השוויון במערכת הבריאות.

כאמצעי **להעצמת הצרכן החלש** ומיצוי טוב יותר של זכויות, פורסמה חוברת הכוללת זכויות לשירותי בריאות של למעלה מ-30 קבוצות של מבוטחים כגון קשישים, ילדים עם צרכים מיוחדים, מקבלי גמלאות שונות, נפגעי תאונות עבודה, ניצולי שואה, אסירים ועצירים ועוד⁶¹. החוברת נמצאת בימים אלה בהליך של תרגום למספר שפות. במהלך חודש מאי 2013 עתיד לעלות לאתר האינטרנט של משרד הבריאות גם הפרטל "זכאות-נט" שיגביר את הנגישות למידע. משרד המשרד גם מיסד שולחן עגול לחשיבה משותפת עם ארגוני מנהיגות אזרחית ופועל לשיתופי פעולה עם משרדי ממשלה אחרים, בניסיון לפעול במשותף לצמצום אי-השוויון.

חלק מהצעדים המערכתיים נועדו להעצים את יכולותיהם של מטפלים במערכת הבריאות, בכל הקשור לגישור על הבדלים תרבותיים בין מטפל למטופל. במסגרת זו הוקצה תקציב להכנת **ערכת הדרכה** למטפלים וכן **לומדת מחשב** לתרגול אישי. כמו כן, ראוי להזכיר את הפיילוט של מוקד טלפוני ארצי **לאספקת שירותי תרגום** במהלך הגשת טיפול רפואי, שתואר לעיל. טבלה מס' 8 מתארת בתמצית צעדים מבניים ומערכתיים שנקטו שהינם בעלי משמעות לחיזוק יכולת ההתמודדות של המשרד ושל מערכת הבריאות עם אי-השוויון במערכת הבריאות.

⁶¹ ראה: <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/eco13022013.pdf>

טבלה מס' 8: חיזוק יכולת ההתמודדות - צעדים מבניים ומערכתיים

הערות	מוקד ההתערבות	הנושא
	הוקם במטה משרד הבריאות יחידה ארגונית (תחום צמצום פערים)	הקמת גוף ייעודי
	קיימת. ראה התוכנית האסטרטגית של המשרד לשנים 2011-2014 וכן -2012-2016	הכרה ומחויבות לפעולה
	הוקצה לפי משימות	תקציב ייעודי
	(נקבעו (ראה מבחני תמיכה)	קביעת אוכלוסיות יעד
	נקבעו יעדים תהליכיים. הוקמה וועדה לדיון ביעדים נוספים	קביעת יעדים
	הוגדר גוף שאחראי להקמת מאגר מידע לאומי לניטור פערים – משהב"ר בשיתוף מכון גרטנר	איסוף מידע שיטתי והקמת מאגר מידע לאומי
לדוגמא התוכנית הלאומית לאורח חיים פעיל ובריא	ש"פ עם משרדי ממשלה אחרים	מיסוד שיתופי פעולה
	"שולחן עגול" עם ארגונים חברתיים	
	מתאמי בריאות ברשויות מקומיות	
בנוסף לפעילויות האחרות לקידום בריאות בקרב אוכלוסיית היעד	פרסום חוברת המידע "שירותי בריאות וביטוח בריאות לקבוצות בעלות מעמד מיוחד ; "זכאות נט" - פורטל משרד הבריאות (עלייה לאוויר מתוכננת ב- מאי 2013)	העצמת הצרכן החלש
	הוגדר בתוכניות העבודה ובפרסומים של האגף לכלכלה וביטוח בריאות	הגדרת תחומי פעולה של המשרד בתחום אי-השוויון
	תיעדוף במשותף עם מאירס ג'וינט-מכון ברוקדייל וכן הכללה במסגרת ההסכם עם מכון גרטנר	עידוד מחקר בתחום אי-השוויון
בתוכנית עבודה 2013 - בשלבי ביצוע ראשוניים	מוקד שירותי תרגום טלפוני ; ערכת הדרכה למטפלים ; לומדת מחשב למטפלים ; בנק טפסים מתורגמים ארצי	תשתיות ארציות

6. דיון

כפי שהוצג לעיל, במהלך השנים האחרונות גופים שונים העלו את סוגיית אי-השוויון בבריאות ובמערכת הבריאות כתחום המחייב התערבות מצד משרד הבריאות. הם העלו מגוון של הצעות להתערבויות שתכליתן צמצום אי-השוויון בבריאות.

יש לציין כי כלל התוכניות וההצעות שנותחו במסגרת נייר זה מייצגות את הידע המצטבר שפורסם בניירות עמדה ומחקרים במהלך התקופה המדוברת על ידי היקף רחב של ארגונים ופרטים: חמשה ארגונים חברתיים, ההסתדרות הרפואית בישראל, חוקרים בכירים מהאקדמיה וממכוני מחקר דוגמת מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, מאירס ג'וינט-מכון ברוקדייל וכן גורמים בכירים במערכת הבריאות – כגון אלה שרואיינו במסגרת המחקר המצוטט של מכון ברוקדייל⁶² ואלה שהיו שותפים להמלצות של וועדת אמבון. ההצעות עלולות בקנה אחד גם עם הניסיון בינלאומי בתחום זה כפי שמשקף ממקורות שצוטטו בפתיח למסמך הנוכחי ומהסקירה אודות הניסיון הבינלאומי שהוצגה במסמך המצוטט של מרכז טאוב⁶³.

הספרות המקצועית בחו"ל שנסקרה בהרחבה במקורות שצוטטו בעבודה זו, כמו גם הספרות המקצועית בישראל מצביעים על הקשר בין פערים חברתיים ועוני לאי-שוויון במערכת הבריאות. גופים כגון ארגון הבריאות העולמי ואחרים העלו את הצורך בפעילות לאומית רב-מערכתית שתביא לצמצום פערים חברתיים דבר שיוביל גם לצמצום אי-שוויון בבריאות. משרד הבריאות הצליח במהלך השנים האחרונות להביא לשיתוף פעולה בין-משרדי בתוכניות כגון קידום אורח חיים פעיל ובריא בשיתוף פעולה עם רשויות מקומיות ומשרדים ממשלתיים נוספים, תוך הקצאת משאבים להשתתפות במימון מקדמי בריאות ברשויות ופעילויות לקידום אורח חיים פעיל ובריא, תוך מתן דגש לרשויות מהמגזר הערבי.

⁶² אפשטיין, ל., גולדווג, ר., איסמעיל ואחי, ברוקדייל 2006

⁶³ חורב ט., טאוב 2008

בנוסף לפעילות המכוונת לשיתופי פעולה עם רשויות ומשרדים ממשלתיים אחרים, פעל המשרד באופן נחרץ וממוקד כדי למקסם את יכולת ההתמודדות שלו לצמצום אי-שוויון בתחומים הנמצאים במוטת השליטה של המשרד.

בנייר הנוכחי הוצגה בתמצית פעילות משרד הבריאות, והממשלה ככלל, בתחום צמצום פערים בבריאות ובמערכת הבריאות, שמתבצעת במישורים השונים. מטבע הדברים, פעילות בתחומים הנוגעים להרחבת/הקמת תשתיות, להשגת אישורים תקציביים רב-שנתיים וכדומה, משך הפעילות - משלב התכנון ועד לשלב הביצוע - לא יכול להתבצע בלוח זמנים קצר. זאת, עקב מסלול האישורים הנדרש שכולל עבודת מטה, לעיתים גם עקב צורך בשינויי חקיקה, תקנות או באישור תקציבי. ולכן חלק מהפעילות נמצאת בשלבים שונים של יישום וביצוע. למרות זאת מהחומר שהוצג בנייר זה עולה כי נעשתה ועדיין נעשית פעילות ענפה מאוד, שמרביתה תואמת בצורה טובה ביותר המלצות שהוגשו על ידי גורמים שונים במהלך השנים האחרונות. יש להדגיש כי מאחר וההמלצות שנסקרו בעבודה זו נוסחו על ידי גורמים שונים קיימים, מטבע הדברים, הבדלי השקפה בין הממליצים באשר לדרך היישום, גם כאשר מדובר בהמלצה שאין כמעט חילוקי דעות לגבי קווי העיקריים. חלק מההמלצות נוסחו בפרסומים השונים בקווים כלליים למדי וטבעי הוא שהאופן בו המלצה מיושמת מבטא ווקטור שהוא שילוב בין האופן בו ראה המשרד את הדברים בשלב התכנון לבין האילוצים בשטח.

בניתוח ההמלצות השתדלנו להתייחס, ככל הניתן, לכל ההמלצות. עם זאת, מאחר ובמקרים מסוימים מצאנו שהמלצה שנוסחה באופן שונה הייתה למעשה 'מקרה פרטי' של המלצה אחרת, בחרנו במספר מצומצם של מקרים לרכז שתי המלצות או יותר, לאחת⁶⁴.

טבלה מס' 9 להלן מציגה את ריכוז ההמלצות עיקריות לאחר הקבצתן ל-45 נושאים, לפי סטאטוס ביצוע והתייחסות לשאלה אם הוקצה תקציב לשם יישום ההתערבות. הטבלה נסמכת כמובן על הפירוט שניתן בפרקים הקודמים באשר לפעילות שביצע משרד הבריאות בנושאים החופפים לכל אחת מההמלצות.

כאמור, בסקירה שביצענו ניתן לרכז את ההמלצות ל-45 התערבויות ופעילויות עיקריות, המשתרעות על פני ארבע תחומים עיקריים: תשתיות, הנגשה, תמריצים וצעדים מערכתיים. במהלך שלוש השנים האחרונות פועל משרד הבריאות ופועלת הממשלה בתחומים הנוגעים ל-42 מהן. חלקן כבר יושמו ואחרות נמצאות בשלבי יישום שונים – החל מפעילות המבוצעת כבר בשטח ועד למצב בו התקבל כבר אישור תקציבי והפעילות מתוכננת לביצוע במהלך השנה הנוכחית. רק 3 מתוך כלל ההמלצות לא נמצאות בשלב ביצוע משמעותי.

האמור במסמך זה מבהיר כי הפעילות הנרחבת של משרד הבריאות והממשלה בתחום צמצום לאי-שוויון בבריאות שהתקיימה בשנים האחרונות לא רק שתואמת ומכסה את מרבית ההמלצות שהוצעו על ידי הגורמים השונים, היא אף מתפרשת מעבר למה שהוצע עד כה.

⁶⁴ לדוגמא כשמדובר על תמריצים למשיכת כוח אדם לפריפריה לא התייחסנו לכל הצעה בנפרד (ראה לדוגמא המלצה להקצאת 66% מהמקורות הלא-ממשלתיים המגיעים למדינה) (ממקור כמו ועדת עיזבונות-באפורופוס הכללי) למטרת צמצום פערים בפריפריה. דוגמא נוספת, טיפוח מטפלים מקרב אוכלוסיות יעד, בחומי טיפול והתמחות שונים.

מגוון הפעילויות היה נרחב – בהתייחס לפעילות שביצע המשרד שתכליתם צמצום אי-השוויון בתחום פיתוח תשתיות כוח אדם. די אם נציג כדוגמא את תוספת תקני רופאים, אחיות ומקצועות אחרים; התמריצים הכלכליים להפניית כוח אדם רפואי וסיעודי לפריפריה; הכשרת כוח אדם למקצועות הבריאות ממגזרי מיעוטים; פיתוח אחראים על כשירות תרבותית בארגונים; פתיחת הפקולטה לרפואה בגליל; והפיתוח שתוקצב ומתוכנן בשנה הנוכחית של ערכות הדרכה ולומדות מחשב לשיפור יכולת מטפלים להתמודד עם הבדלים תרבותיים.

בתחום התשתיות הפיזיות נציין כדוגמאות את תוספת מיטות האשפוז לפריפריה; את ההשקעה בפיתוח ושדרוג בתי החולים בצפון; את הקצאת היחידות המקצועיות והטכנולוגיות כגון MRI ומאיצים קוויים לבתי חולים בצפון; את הפיתוח בקהילה של מוקדי רפואה דחופה; הרחבת שירותי האמבולנסים; תוספת תחנות טיפות חלב במגזר הבדואי בדרום.

בתחום הנגשת שירותי בריאות והסרת חסמי ביקוש לשירותים נזכיר כדוגמא את התוספת לסל הבריאות של שירותי רפואת שיניים לילדים; את ביטול אגרת טיפות חלב; את הקטנת ההשתתפות העצמית על תרופות גנריות; את סטנדרט השירות שנקבע בהקשר לגישור על פערים תרבותיים ולשוניים; את התמריצים הכלכליים שהוקצו לקופות במסגרת מבחני תמיכה לעידודן להשקעה בפריפריה ובקידום בריאות בפריפריה ובקרוב אוכלוסיות יעד חלשות; את תוכניות קידום הבריאות במסגרת תוכנת החומש במגזר הבדואי בדרום; ואת תרגום אתר האינטרנט של המשרד.

בתחום התמריצים ראוי להזכיר כדוגמא את השינוי שבוצע בנוסחת הקפיטציה, לפיה מחולקת ההקצאה לקופות החולים. שינוי זה מביא בחשבון את רמת הפריפריאליות של תמהיל המבוטחים בכל אחת מהקופות ומקצה סכום יעודי בגין מבוטחים מהפריפריה; ההקצאה שהוגדרה על ידי המשרד לפיתוח בפריפריה כחלק מההקצאה לפיתוח של כל קופה; והכללת ההשקעה בפריפריה כחלק ממבחני התמיכה של קופות החולים. דוגמאות פעילות למיסוד תמריצים שאינם כלכליים שמעודדים התמודדות עם אי-השוויון במערכת הבריאות, ניתן להזכיר את ההכללה המתוכננת של האזורים הגיאוגרפים סטטיסטיים בפרויקט מדדי האיכות בקהילה; את הבקורות שמבצע המשרד בקופות החולים ובבתי החולים ואת הכנס שנתי במסגרתו מוצגות תוכניות שנתיות ופעילות שבוצעה על ידי קופות החולים ומשרד הבריאות בתחום צמצום אי-השוויון.

אשר לפעילות מערכתית שתכליתה חיזוק יכולת ההתמודדות עם הפערים ראוי להזכיר את הקמת הגוף הייעודי במשרד הבריאות, את ההסכם עם מכון גרטנר להקמת מאגר לאומי לניטור אי-השוויון בישראל; אפיון של מוקד שירותי תרגום טלפוני; הפקת חוברת זכויות שמתורגמת בימים אלה לשפות שונות ועוד.

בטבלה מס' 9 להלן רוכזו ההמלצות העיקריות, לאחר הקבצתם, לפי סטאטוס ביצוע ותוך התייחסות לשאלה האם הוקצה לפעילות תקציב.

טבלה מס' 9: ריכוז המלצות עיקריות לפי סטאטוס ביצוע והקצאה של תקציב

א.

מס"ד	נושא ראשי	סטאטוס	הקצאה של תקציב לנושא
	תשתיות		
	<u>פיתוח ותגבור תשתיות</u>		
1	פתיחת ביי"ס חמישי לרפואה בגליל	בוצע	הוקצה
2	הגדלת תשתיות כ"א	בביצוע	הוקצה
3	הגדלת תשתיות מערכת האשפוז	בביצוע	הוקצה
4	פיתוח כוח אדם ייעודי ומתוך אוכלוסיית היעד	בביצוע	הוקצה
5	תשתיות ציוד וטכנולוגיות בפריפריה	בביצוע	הוקצה
6	קביעת סטנדרט מינימום של תשתיות	בביצוע	לא רלוונטי
	<u>ארגון התשתיות</u>		
7	בתי"ח (אשכולות, מרכז רב-קמפוס וכד')	לא בוצע	--
8	פיתוח יחידות מקצועיות בבתי חולים בפריפריה	בביצוע	הוקצה
9	מיסוד תמריצים למשיכת כ"א לפריפריה	בוצע	הוקצה
10	הכשרת מטפלים	בביצוע	הוקצה
11	כלים והכשרות למנהלים	בביצוע	הוקצה
12	פיתוח תשתיות בקהילה (כגון טלה-רפואה)	בביצוע (קופות)	בקופות
13	הקמת מחלקות לרפואת משפחה בפריפריה	לא בוצע	--

ב.

מס"ד	נושא ראשי	סטאטוס	הקצאה של תקציב לנושא
	הנגשת שירותים		
	<u>הסרת חסמים כלכליים</u>		
14	רה ארגון ההשתתפויות העצמיות הקיימות כיום	בוצע חלקית	הוקצה
15	הכללת שירותים נוספים בסל הבריאות (שיניים, סיעוד וכדו')	בוצע	הוקצה
	<u>הסרת חסמים תרבותיים</u>		
16	קביעת הצורך בהנגשה לשונית ותרבותית כסטנדרט	בוצע	לא רלוונטי
17	תוכניות התערבות ופעילות בתחום קידום ומניעה מותאמים תרבותית	בביצוע	הוקצה
18	מינוי אחראי כשירות תרבותית בארגונים	בוצע	לא רלוונטי
19	המידע בכתב ובאינטרנט-יותאם תרבותית ולשונית	בביצוע	הוקצה
20	תרגום שילוט	בביצוע	ללא תקציב ייעודי
21	שירותי תרגום בנקודת השירות	בביצוע	הוקצה
22	הפעלת מגשרים ומקדמי בריאות	בביצוע	הוקצה
23	פעילות שתאפשר לקופות לקבל מידע אודות משתנים דמוגרפים	בבדיקה	לא רלוונטי

ג.

מס"ד	נושא ראשי	סטטוס	הקצאה של תקציב לנושא
	תמריצים		
	<u>תמריצים כלכליים</u>		
24	שינויים בנוסחת הקפיטציה	בוצע	הוקצה
25	תגמול מותנה עמידה ביעדים	בוצע	הוקצה
26	תמריצים כלכליים אחרים	בוצע	הוקצה
27	תמריצים לגורמים אחרים	לא בוצע	---
	<u>תמריצים לא כלכליים</u>		
28	פרסום מידע השוואתי	בביצוע	לא רלוונטי
29	כנס שנתי	בוצע	הוקצה
30	דו"ח/סקירה שנתי/ת	בוצע	הוקצה
31	בקורות בשטח	מבוצע	ללא תקציב ייעודי

מס"ד	נושא ראשי - הקבצה	סטטוס	הקצאה של תקציב לנושא
	שינויים מבניים וצעדים מערכתיים		
32	נטילת אחריות לאומית ברמה של רוה"מ או רשות לאומית	בוצע	ראה היקף הסעיפים בהם בוצעה הקצאה של תקציב ייעודי
33	הקמת גוף ייעודי	בוצע	הוקצה
34	הכרה ומחויבות לפעולה	בוצע	ראה היקף הסעיפים בהם בוצעה הקצאה של תקציב ייעודי
35	אסטרטגיה והכנת תוכנית פעולה	בוצע	לא רלוונטי
36	תקציב ייעודי או שינוי סדרי עדיפויות תקציביים	בוצע	ראה היקף הסעיפים בהם בוצעה הקצאה של תקציב ייעודי
37	קביעת אוכלוסיות יעד	בוצע	לא רלוונטי
38	קביעת יעדים	בביצוע	לא רלוונטי
39	מיסוד שיתופי פעולה רב-מערכתיים	בביצוע	הוקצה
40	איסוף מידע שיטתי והקמת מאגר מידע לאומי	בביצוע	הוקצה
41	הגדרת סמכויות משרד הבריאות	בוצע	לא רלוונטי
42	העצמת הצרכן החלש (חוברת זכויות מתורגמת)	בוצע	הוקצה
43	עידוד מחקר בתחום אי-השוויון	בוצע	הוקצה (מכון ברוקדייל ⁶⁵ ומכון גרטנר)
44	שולחן עגול עם ארגוני חברה אזרחית	בוצע	לא רלוונטי
45	חיזוק ומיסוד מתאמי בריאות ברשויות מקומיות	בוצע חלקית	הוקצה

⁶⁵ נכלל בעדיפויות שהותוו בפני מכון בשנים 2011-2012 (כלול בתקציב שמופנה למכון).

אשר להמלצות המעטות שלגביהן צוין שאין פעילות של המשרד אשר תואמת אותם, כגון בהמלצה בנושא הפעלת בתי החולים בצפון בשיטת ה'אשכולות' – יש להבהיר שההקצאה שבוצעה על ידי המשרד של 25 יחידות מקצועיות לבתי החולים בצפון, אכן מביאה בחשבון את ייחודיותו של כל אחד מהם ומאפשרת הקמת מכלול של יחידות מקצועיות במחוז זה. אשר לתמריצים לגורמים נוספים, כגון רשויות מקומיות, הפיילוט שהוזכר במסגרתו ניתן מימון למתאמי בריאות ברשויות מקומיות מסוימות מהווה תמריץ מסוים לרשויות להיכנס לתחום קידום בריאות של תושביהן, אולם מיסוד תמריצים לגורמים מעין אלה טרם מוצה.

חשוב להבהיר גם כי היו המלצות קונקרטיביות שלגביהן המשרד ביצע פעילות שתכליתה צמצום אי-השוויון אך הוא לא "הלך כל הדרך" עם המציעים מאחר והוא חלק על דעתם - לדוגמה המלצה להשוואת שיעורי מיטות אשפוז לסוגיהן ועמדות רפואה דחופה- בין פריפריה ומרכז – המלצה זו **להשוואת** השיעורים מתעלמת מהבדלים במאפיינים הדמוגרפיים והבדלים בצרכים של האוכלוסייה בין המחוזות. עם זאת כפי שהוצג קודם לכן במסמך זה המשרד פעל לחיזוק והרחבת התשתיות בפריפריה.

הסקירה הנוכחית, שהתמקדה בפעילות של משרד הבריאות, אכן מצביעה על פעילות רחבה ביותר לצמצום אי-השוויון בבריאות. עם זאת, צריך לזכור שבנוסף לפעילות של משרד הבריאות מתבצעת במערכת הבריאות פעילות רבה וחשובה על ידי השותפים למערכת זו ובראשם, קופות החולים. פעילותן לא נסקרה בעבודה זו, אך היא נכללת בדיווחים השנתיים שמפרסם המשרד לקראת הכנס השנתי 'מערכת הבריאות מתמודדת עם אי-השוויון'.

אומדן זהיר של היקף ההשקעה עד כה (בשלוש השנים האחרונות) של הממשלה ושל משרד הבריאות בתשתיות ובשירותים שמקדמים במערכת הבריאות את צמצום אי-השוויון נאמד בלמעלה ממיליארד ₪.

היקף זה מביא בין היתר בחשבון הן הרחבת ושיפור של תשתיות אשפוז בצפון, הקמת מוקדי רפואה דחופה בפריפריה, תוספת מיטות, תמריצים לכוח אדם בפריפריה, ביטול/צמצום השתתפויות עצמיות בשירותי בריאות (כגון אגרת טיפת חלב) הוספת שירותים לסל שמקדמים את השוויון בנגישות לשירותי בריאות (כגון רפואת שיניים לילדים), תקציבים לפיתוח עתידי של כלים למטפלים שיסייעו בשיפור יכולתם להתמודד עם פערים תרבותיים, תקציבים לשירותי תרגום טלפוני, הפעלת מגשרים ועוד. היישום של התוכניות הרבות בנושא זה חוצה את כל האגפים הביצועיים במשרד הבריאות והפעילויות מוטמעות בכל תוכניות העבודה של האגפים/מינהלים הרלוונטיים במשרד, כל אחד בתחומי אחריותו. מאמץ אדיר זה הינו תוצאה של מחויבות כוללת של משרד הבריאות בהנהגת סגן שר הבריאות והמנהל הכללי המשרד.

סקירה שבוצעה על ידי גורמים חיצוניים כגון וועדת מומחים של ארגון ה-OECD, מצאה לנכון לציין בחיוב את פעילות המשרד והובלתו בתום זה⁶⁶, תוך הצגת דוגמאות לא מעטות מהעשייה של המשרד והדגשה שהצעדים שננקטו אכן ראויים לציון וכי הזמן שחלף מאז תחילת הפעילות לא מאפשר עדיין להעריך את השפעתם על התוצאה הבריאותית. עם זאת, בחרו המומחים לציין שהכיוון בו פועל המשרד והממשלה הוא נכון וכי אבני הבניין להמשך הפעילות והרחבתה נמצאות אכן במקומן. למרות זאת, המשרד אינו שוקט על שמריו מאחר ומרביתם של האתגרים עדיין לפנינו. חלק מהפעילויות בהן החל המשרד מוגדרות מראש כתוכניות חומש (חמש שנים), אחרות ימשכו פחות מכך. מרבית הפעילויות נועדו לבנות את היכולת של משרד הבריאות בפרט ומערכת הבריאות כולה, להתמודד טוב יותר עם אי-השוויון בבריאות. פיתוח יכולות הוא צעד ראשון בדרך למימושן של יכולות אלה כאמצעי לצמצום אי-השוויון.

⁶⁶ OECD, 2012

בין האתגרים שעדיין לפנינו, שחלקם אף נכלל בהמלצות שהגיש ארגון ה-OECD ניתן למנות את⁶⁷: הפעילויות אותן יש להמשיך ולהרחיב כגון צמצום נוסף בחסמים הכלכליים כאמצעי להגברת נגישותן של אוכלוסיות חלשות לשירותי בריאות, באמצעות הרחבת ההנחות/פטורים בהשתתפויות העצמיות שבסל וצמצום היקף התשלומים מהכיס; המשך קידום הפעילות להנגשה תרבותית ולשונית בהתאם לחוזר מנכ"ל משרד הבריאות; חיזוק ההנגשה התרבותית של שירותי מניעה ראשונית וקידום בריאות לקבוצות סיכון; הרחבת תוכניות לקידום בריאות ממוקדות-מגזרים שבסיכון גבוהה לתחלואה כרונית ולהתנהגות מסכנת בריאות; גיוס אנשי מקצועות הבריאות ממגזרי יעד; איסוף מידע אודות נגישות של קבוצות שונות לשירותי בריאות ואיכותם בבתי חולים; ביצוע הערכה השוואתית של איכות וזמינות השירותים הניתנים בבתי חולים באזורי הארץ השונים; הגברת היקף הבקרה בתחום זה בבתי חולים ובקהילה לצורך זיהוי הפערים בשירות; איסוף מידע אודות צרכים בריאותיים וקבוצות סיכון לפי מחוזות; שימוש נרחב יותר בפרויקט מדדי איכות בקהילה והגברת יכולותיו למדידת אי-השוויון; הגברת השקיפות והזמינות של מידע השוואתי אודות אי-השוויון בבריאות; העצמת אוכלוסיות חלשות וטיפוח ארגונים מגזריים שיכולים לסייע בקידום בריאות בקרב אוכלוסיית המגזר; מעקב אחר האפקט של השינוי בנוסחת הקפיטציה על התשתיות (כ"א ותשתיות פיזיות) בפריפריה הגיאוגרפית; חיזוק נוסף של התמריצים לקופות החולים ולנותני שירות; וכן הגברת שתוף הפעולה בין משרדי הממשלה לצמצום אי-השוויון החברתי-כלכלי.

⁶⁷ OECD, 2012

ההתמודדות עם סוגיית אי-השוויון בבריאות ובשירותי הבריאות בישראל הינה מרכיב חשוב ביותר לשיפור תפקודה של מערכת הבריאות ואיכות שירותי הבריאות. מדובר במסע ארוך ומרובה אתגרים. הפערים בבריאות לא יצומצמו בהינף החלטה תקציבית אחת של משרד הבריאות והשינוי לא יחול כבמטה קסם. שיפור ההתמודדות עם אי-השוויון אמור להיות תוצאה של מאמץ מתמשך שיהפוך להיות חלק מה-DNA של מערכת הבריאות כולה. מאמץ דומה ומתואם צריך להתבצע כמדיניות בין-משרדית משותפת כחלק מהמאמץ לצמצום פערים חברתיים-כלכליים וצמצום מימדי העוני בישראל.

הצעדים שנקט המשרד בשנים האחרונות הם רבים ומגוונים. המשרד העלה את ההתמודדות עם אי-השוויון בבריאות גבוה בסדרי העדיפויות שלו והקצה לכך סכומים ניכרים מתקציבו ומתקציב הממשלה. המשרד יפעל לניטור מתמיד של הפערים ושל התהליכים במערכת הבריאות, כדי לבדוק לאורך זמן, את כיווני ההשפעה של הצעדים שנקטים על ידו ולהגיע למצב בו ההתמודדות תלך ותתייעל לאורך זמן.

כידוע, אי-השוויון בבריאות נובע במידה רבה גם מגורמים שאינם בשליטת משרד הבריאות ומערכת הבריאות. אולם צריך לזכור שהפעילות של משרד הבריאות להנגשת שירותים בפריפריה וקידום בריאותן של אוכלוסיות חלשות מוצדקת ועומדת בפני עצמה. ועלינו להתמיד בה גם אם לאורך הזמן היא כשלעצמה לא תצליח להביא לצמצום הפערים בהיקף המיוחל ובכל התחומים. השאיפה היא שבאותם מקומות בהם לא נצליח להביא לצמצום הפערים, נגלה במהלך הדרך יצירתיות ונחפש דרכים מגוונות ומשופרות להמשך ההתמודדות, תוך ניסיון לפעול לפחות למניעת הרחבתם של הפערים הקיימים ולקדם באופן מתמיד את מצב בריאותן של אוכלוסיות חלשות.

7. סיכום

אי-השוויון הקיים במערכת הבריאות בישראל, לא החל בשנים האחרונות. לצערנו, הוא קיים בה זה זמן רב והינו קשור, בין היתר, לפערים חברתיים-כלכליים ולתחולת העוני הרחבה בישראל. משרד הבריאות קיבל בשנים האחרונות החלטה ברמה האסטרטגית להתמודד עם אי-השוויון במערכת הבריאות ועם התוצאה הבריאותית של הפערים הנ"ל, באמצעות הכלים העומדים לרשותו. החלטה זו והמחויבות לפעול לפיה התקבלה על ידי כל הגורמים במשרד החל משרת הבריאות, סגן שר הבריאות היוצא, המנכ"ל וכלה בהנהלה הבכירה של המשרד. ואכן בשנים האחרונות נוקט משרד הבריאות במדיניות שתכליתה פעילות מתוכננת, רב שנתית, להתמודדות עם אי-השוויון במערכת הבריאות, על היבטים השונים של התופעה. כפי שהוצג בנייר זה, המשרד מציג גישה מכוונת מטרה שמצד אחד מבוססת על השקפת העולם שלו ועל מנופים בהם הוא יכול להשתמש כדי לחולל שינוי, ומאידך תואמת במידה רבה המלצות לפעילות וצעדי התערבות שהומלצו על ידי ארגונים ואנשי המקצוע בתחום זה, לרבות חוקרים באקדמיה ובגופים חברתיים שונים.

היקף הפעילות של משרד הבריאות, שהינה בעלת משמעות להתמודדות עם אי-השוויון שפורטה כאן הינו רחב ביותר, הן בהשוואה לנעשה בתחום זה בעבר והן בהשוואה למבוצע במערכות חברתיות אחרות. אין נוסחת פלא לצמצום פערים בבריאות וההתמודדות עם אי-השוויון בבריאות היא משימה המוטלת על כל גורם במערכת הבריאות – גורמים שמסדירים את המערכת, מנהלים ברמות השונות בכל ארגון, ונותני שירות - כאחד. מדובר במאבק ארוך טווח ובמרבית התחומים לא יהיה זה נכון לצפות לתוצאות מיידיות. נחישות, מקצועיות, וסבלנות הן התכונות שיידרשו מכל השותפים למאבק זה.

ההתערבויות בהן נוקט המשרד כיום במישור הלאומי מוצדקות בכל מקרה, עם זאת, אין וודאות עד כמה אלה יביאו לצמצום משמעותי של הפערים בחברה בה הולכים ומתרחבים הפערים החברתיים.

בנוסף, ישנו כמובן מרחב נוסף של פעילויות והתערבויות שטרם מוצו במלואם. לפיכך, התמודדות זו חייבת להמשך, בכלים אלה ואחרים, תוך ניטור מתמיד של הפערים, הפקת לקחים, ומציאת פתרונות שיאפשרו צמצום אי-השוויון בבריאות לאורך זמן או לפחות שמירה מפני המשך התרחבותם של הפערים.

יש להדגיש כי במאבק זה משרד הבריאות אינו פועל לבד. לצידו פועלים כלל השותפים במערכת הבריאות ובראשם קופות החולים. הננו תקווה כי גם בשנים הבאות תימשך הפעילות, בכוחות מאוחדים ותוך שמירה על רמה גבוהה של נחישות, במאבק לצמצום אי-השוויון, לאבטחת איכות שירותי הבריאות ולקידום רווחתם של כלל תושבי ישראל.

8. מקורות

- אברבוך א., קידר נ., חורב ט.** (2010). אי-השוויון בבריאות וההתמודדות עמו. משרד הבריאות.
- אברבוך א.** (עורכת) (2012). אי-השוויון בבריאות וההתמודדות עמו. משרד הבריאות.
- אפשטיין, ל., חורב, ט.** (2007). אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות: הצגת הבעיה וקווים להתמודדות עמה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- אפשטיין, ל., גולדווג, ר., איסמעיל, ש., גרינשטיין, מ., רוזן, ב.** (2006). צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותכנית פעולה. ירושלים: מאירס גוינט – מכון ברוקדייל, דמ-06-480.
- ברמלי-גרינברג ש., גרוס ר., יאיר י., עקיבא א.** (2011). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות. מאירס גוינט-מכון ברוקדייל, דמ-11-587.
- דו"ח כוח המשימה** (2008). אסטרטגיות לצמצום פערים חברתיים-כלכליים. הוגש לנשיא המדינה ולשר הרווחה והשירותים החברתיים. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, אוקטובר.
- המוסד לביטוח לאומי** (2012). אנדבלד מ., ברקלי נ., גוטליב ד., פרומן א. ממדי העוני והפערים החברתיים, ירושלים, נובמבר 2011.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות** (2003). פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים. כנס ים המלח הרביעי. דו"ח סופי. תל השומר.

הסתדרות רפואית בישראל (הר"י) (2008). אי-שוויון בבריאות בישראל. **וועדת אמבון** (2008). דו"ח הוועדה לנושא הפערים במערכת הבריאות בין המרכז לפריפריה. וועדה מטעם מנכ"ל משרד הבריאות. נציגים מקופות חולים, בתי חולים, ואקדמיה. 2008.

חורב ט. (2008). צמצום אי-השוויון בבריאות: הניסיון הבינלאומי ויישומו לישראל. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית, אוקטובר.

משרד הבריאות (2009). הצעת תוכנית מדיניות לצמצום פערים בבריאות.

משרד הבריאות (2010). עיקרי תוכנית מדיניות הבריאות: מטרות העל 2011-2014. פרק 2 'צמצום אי-השוויון' (קיימות התערבויות רלוונטיות גם בפרקים הנוספים שבחוברת).

נייר עמדה משותף של ארגונים חברתיים (2010). לצמצם היום את פערי המחר: יעדים לצמצום פערים בבריאות. מרכז אדווה, רופאים לזכויות אדם-ישראל, האגודה לזכויות האזרח בישראל, אגודת הגליל-האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות, טנא-בריאות לקידום הבריאות של יוצאי אתיופיה.

Elhayany A., Vinker S. (2011). Addressing Healthcare Inequities in Israel by Eliminating Prescription Drug Copayments. *The American Journal of Managed Care*. 17(7).

European Commission (2008). Decisions Adopted Jointly by The European Parliament and The Council Decision No 1350/2007/Ec of The European Parliament and of The Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13)

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>.

- (2005), Programme of Community action in the field of health and consumer protection (2007–2013) - COM (2005)
- (2002), Programme of Community action in the field of public health (2003–2008) -COM(2001). Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and the Council of 23/09/2002, published in OJ L271/1.
- Förster, M., Mira d’Ercole, M.** (2005). Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s. OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 22.
- Hamlin, C.** (1995). Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the "social" in public health. *Am J Public Health*, Jun. 85(6):856-66
- Horev T., Averbuch A.** (2012). Coping with health inequalities: A roadmap for developing a national plan- the Israeli experience. The Ministry of Health. Jerusalem.
- NIHP** (2007). The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research. *Culturally Appropriated Health Care by Culturally Competent Health Professionals*. International Workshop Report, editing by Epstein L.
- Low, A., Low, A.** (2005). Health inequalities under New Labour: Relative rather than absolute gaps are important over time and place. *BMJ*, 330:1507
- OECD** (2012). OECD Reviews of Health Quality: Israel 2012. Raising Standards.
- World Health Organization (WHO).**(2008) Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health. WHO commission on social determinants of health. Final Report. August.
- (2007). Challenging Inequity through Health Systems. Final report knowledge network on health systems. WHO commission on the social determinants of health. June
- (1998). HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All

- Series ; No. 5). World Health organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- (1986), Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Nov. WHO/HPR/HEP/95.1:
<http://www.mecd.gob.es/dctm/ministerio/educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/universidades-saludables/ottawacharterhp.pdf?documentId=0901e72b81238072>
 - (1985). Targets for Health for All. Copenhagen.
 - Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
 - (2013). Closing the Health Equity Gap: Policy options and opportunities for action.