



המכללה לביטחון לאומי

מחזור מ"ו, 2018-2019

**עבודת גמר בקורס החברה הישראלית
אי שוויון בנגישות שרותי הרפואה לפריפריה**

**מגיש: סא"ל ד"ר שחר שפירא
מנחה אקדמי: ד"ר נרי הורוביץ**

מרץ 2018

תוכן העניינים

מבוא.....עמוד 1

פרק ראשון : ביטוי אי השוויון בבריאות במדינת ישראל.....עמוד 2

א. תמותה.....עמוד 2

ב. כוח אדם רפואי.....עמוד 4

ג. פריסת מיטות אשפוז.....עמוד 5

פרק שני : פעילות משרד הבריאות וקופות החולים לצמצום הפערים.....עמוד 7

א. פעילות משרד הבריאות.....עמוד 7

ב. פעילות בתי החולים.....עמוד 9

ג. פעילות קופות החולים.....עמוד 10

סיכום.....עמוד 12

ביבליוגרפיה.....עמוד 13

מבוא

ניתן למצוא פערים בבריאות תושבי מדינת ישראל מסיבות מגוונות. קיימים גורמים נרכשים כגון רמת ההשכלה ומספר שנות הלימוד, הכנסה ממוצעת, תחום העיסוק ועוד, וכן גורמים מולדים כדוגמת לאום, מוצא ודת שנמצאו גם הם כמשפיעים ומגבירים את מידת אי השוויון. לאלו נוספים גם פערים בתשתיות הרפואיות – באיכות ובכמות כוח האדם הרפואי, בפיזור מיטות האשפוז והנגישות לטכנולוגיות מתקדמות ושירותים אחרים. אלו אינם דומים באזורים שונים במדינת ישראל. ההבדלים מובילים, בין היתר, לויתור על טיפול רפואי בשל עלויות כלכליות גבוהות, לתת - שימוש בשירותי רפואה מונעת, לויתור על שירותים בשל קשיי שפה ועוד. פערים אלו, המובילים להבדלים בניצול שירותי הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות, מעמיקים ומחמירים פערים כלכליים וחברתיים קיימים, ואף ומשפיעים באופן עקיף גם על רכיבי הביטחון הלאומי האחרים.

למבנה, למימון ולאופי האספקה של שירותי הבריאות יש השפעה על צמצום או הגדלת הפערים בבריאות. אולם, מעבר לפיזור המשאבים, למערכת הבריאות יש אתגרים נוספים בדרך לשוויון בריאותי. המערכת נדרשת להתמודד עם שונות תרבותית ולשונית, הנובעת מהרכבה הטרוגני של החברה בישראל. קבוצות האוכלוסייה נבדלות ביניהן במאפיינים על רקע דת, תרבות ושפה. הבדלים אלו משפיעים, בין היתר, גם על תפיסת מצבי בריאות וחולי, התנהגות בריאותית, דפוסי שימוש בשירותי בריאות, דפוסי תחלואה וצריכה של שירותי הבריאות.

אחת ממשימות מערכת הבריאות היא התמודדות עם התוצאות הבריאותיות של הפערים החברתיים-כלכליים. משרד הבריאות פועל למניעת התרחבותם ואף לצמצומם, במונחים של בריאות ונגישות לשירותי הבריאות. כדי לממש משימה זו מוביל משרד הבריאות **מהלך לצמצום אי השוויון בבריאות בישראל** מזה עשור, כולל הכרזה על תכנית אסטרטגית ארבע שנתית במהלך השנים 2017 עד 2020. תהליך זה קורה במקביל לתהליכים שמבצעות קופות החולים השונות עליהם תדון עבודה זו. מטרת עבודה זו היא לסקור את ההבדלים הקיימים בשירותי הרפואה במדינת ישראל בהתאם לפיזור הגאוגרפי ותוך שימוש במדדים אובייקטיביים (עד כמה שניתן). בהמשך תסקור העבודה את הנעשה במשרד הבריאות ובקופות החולים כדי לנסות לצמצם פערים אלו.

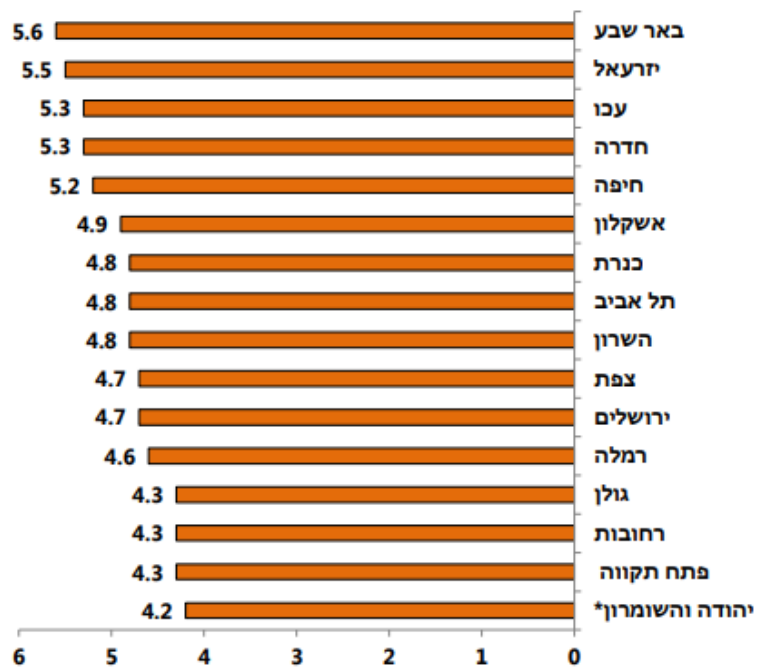
פרק ראשון: ביטוי אי השוויון בבריאות במדינת ישראל

קיימים פרמטרים רבים בעזרתם ניתן לנתח את הפערים הקיימים במצב הבריאות. מנהל התכנון האסטרטגי - כלכלי במשרד הבריאות משתמש בנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומנהל מעקב שוטף בתחום זה. בפרק זה יובאו הפרמטרים העיקריים בהתאם להם מנותח אי השוויון הבריאותי במדינת ישראל.

א. תמותה

שיעורי תמותה כללית לאלף תושבים (מתוקננים לגיל) בשנת 2017 עמדו על 5.6 בקרב גברים, ו-4.2 בקרב נשים. (אברבוך, 2019, עמ' 6). בפילוח על פי נפות, נמצא כי שיעורי התמותה המתוקננים ל – 1000 נפש הגבוהים ביותר נרשמו בשנה זו בנפות באר שבע ויזרעאל (5.6), והנמוכים בנפת פתח תקווה ובאזור יהודה ושומרון (4.3 ו 4.2 ללא הישובים הערבים בהתאמה). תרשים א' (למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל, 2017). כלומר, שיעור התמותה בפריפריה הצפונית והדרומית גבוה בכשלושים אחוזים מאשר במרכז בנייתוח גיאוגרפי בלבד. בהשוואה לנתונים משנת 2015 (אברבוך, 2016, עמ' 7) ניתן לראות ירידה בשיעור התמותה ברוב המחוזות, אך עדיין ניכרת שמירה על הפערים בין המרכז לפריפריה.

תרשים א' – שיעורי תמותה כללית מתוקננים לפי נפה, 2017



*ישובים ישראליים בלבד. מקור: שנתון סטטיסטי לישראל, 2017

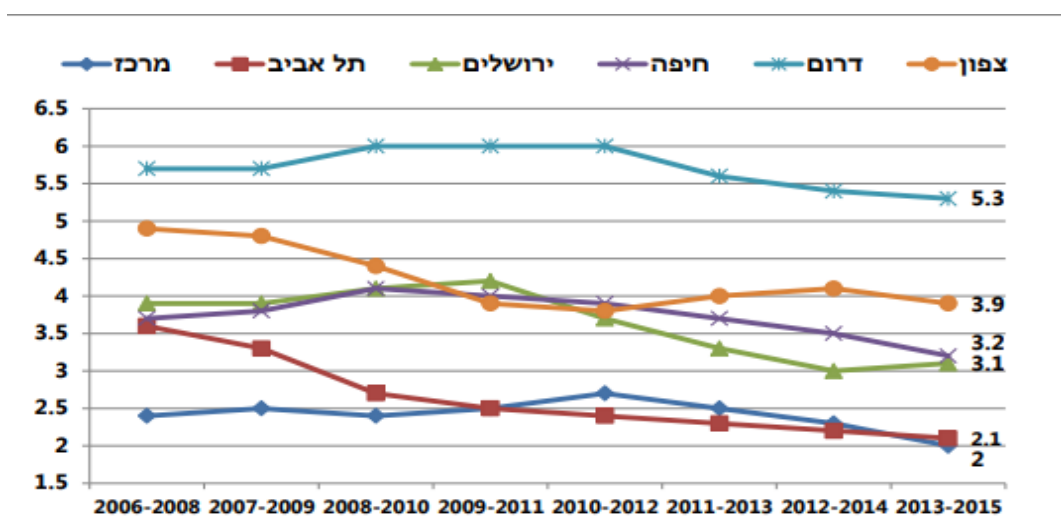
תמותה לפי ישובים

מדד חשוב נוסף לגבי שיעור התמותה הוא שיעורי פטירות מתוקננים לגיל, לשני המינים, ביישובים מעל 10 אלף תושבים. (אברבוך, 2019, עמ' 7). עיון ברשימת היישובים בעלי שיעור התמותה הגבוהים ביותר במוצע ארבע שנתי בין השנים 2013 עד 2017 בישראל מגלה כי חלק משמעותי מהיישובים עם שיעורי התמותה הגבוהים ביותר הם ישובים ערבים וישובים יהודים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה, ו/או יישובי פריפריה דרומית או צפונית, וכן ישובים מעורבים. היישוב ג'סר א-זרקא מציג שיעור תמותה גבוה באופן חריג ועקבי לאורך זמן (9.3 ל – 1000 תושבים) ואחריו לקיה ותל שבע. מבין היישובים היהודים או המעורבים, מובילות את הרשימה דימונה, אופקים ועכו (6.7, 6.5 ו – 6.5 ל – 1000 תושבים בהתאמה).

תמותת תינוקות

בשנת 2015 שיעור תמותת התינוקות הכללי עמד על 3.1 ל-1000 לידות חי. בקרב יהודים ואחרים השיעור הסתכם ב – 2.2 ובקרב ערבים ב – 6.2. בביצוע פילוח לפי מחוזות ניתן לראות כי למרות שקיימת ירידה בתמותת התינוקות במהלך השנים האחרונות במחוז צפון ובמחוז דרום, עדיין קיים הבדל ניכר בשיעור התמותה בין מחוז דרום (5.3 ל – 1000 לידות חי) ומחוז צפון (3.9 ל – 1000 לידות חי) למרכז ולתל אביב (בהן התמותה נמוכה במעל 50% ועומדת על 2 ל – 1000 לידות חי). תרשים ב' (למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל, 2016)

תרשים ב' – שיעורי תמותת תינוקות ממוצעים לפי מחוז, 2015



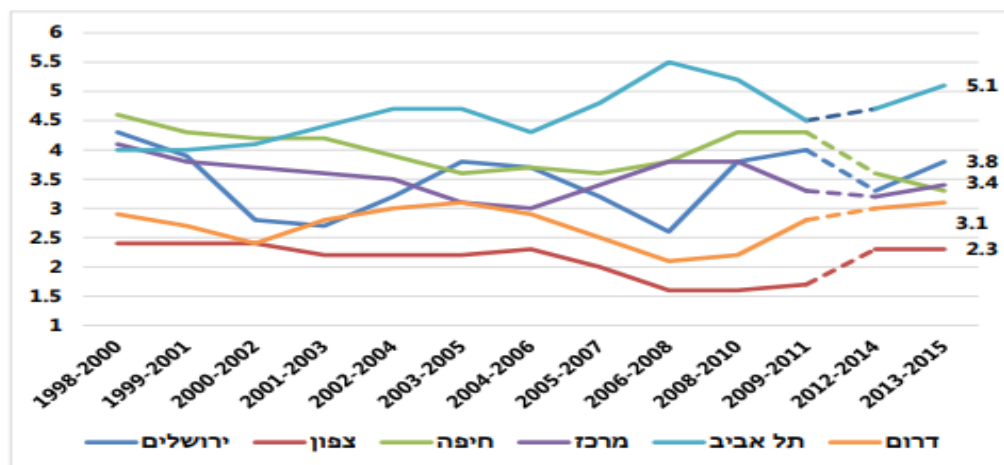
מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2016.

ב. כוח אדם רפואי

השיעור הממוצע התלת שנתי של רופאים המועסקים בישראל עומד במהלך השנים האחרונות על 3.5 רופאים לאלף נפש(בהתאם לסקר הלמ"ס). מספר זה נמוך בהשוואה לממוצע במדינות ה - OECD (בשנת 2014 המספר בישראל היה 3.1 לעומת 3.4 במדינות ה - OECD). המספר צפוי לרדת בצורה משמעותית לאור פרישתם הקרובה לגמלאות של רופאים שהגיעו לישראל מברית המועצות לשעבר בשנות התשעים (קליטה שהכפילה בעת הגעתם את מצבת הרופאים במדינת ישראל). פרישתם צפויה להחריף בייחוד את פערי כוח האדם הרפואי בפריפריה, לאור העובדה כי רופאים אלו מהווים חלק ניכר ממצבת כוח האדם באזורים אלו.

בניתוח שיעור הרופאים בהתאם למחוזות, ניתן לראות שלמרות צמצום הדרגתי בפערים בין המחוזות (בזכות עליה בשיעור הרופאים בדרום ובצפון וירידה במחוזות מרכז וחיפה), עדיין בולט הפער בין מחוז תל אביב לשאר המחוזות. שיעור הרופאים במחוז זה הוא פי שניים (5.1 רופאים לאלף נפש) משיעורם במחוז הצפון בו נצפה השיעור הנמוך ביותר (2.3 רופאים לאלף נפש) של רופאים מועסקים – פער של מעל 100 אחוזים. (שמש, 2012, עמ' 19). ההבדלים מודגמים היטב בתרשים ג' (משרד הבריאות, 2015, כוח אדם במקצועות הבריאות 2014, אגף המידע).

תרשים ג' – שיעור הרופאים המועסקים ל – 1000 נפש לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת - שנתי



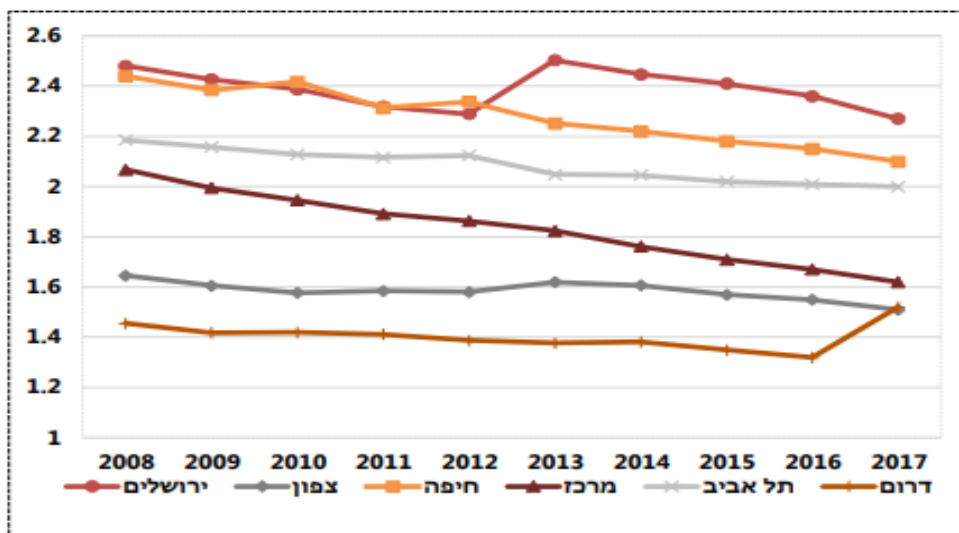
מקור: משרד הבריאות. 2015 כוח אדם במקצועות הבריאות 2014, אגף המידע.
הערה: הקו המקווקו בין הממוצעים האחרונים (2009-2011 ו-2012-2014) מציין חוסר רצף בממוצעים (חסר נתון על הממוצעים בשנים 2010-2012 ו-2011-2013).

פערים דומים ניתן לראות גם בפיזור האחיות בין המרכז לפריפריה. אמנם בוצע תהליך משמעותי בו הרחיב משרד הבריאות את גודלן של מסגרות הכשרת האחיות (עד לכמות של כאלפיים בשנה), אך עדיין שיעור האחיות המוסמכות לאלף נפש עומד בפריפריה על 3.3 (מחוז דרום) עד 4.4 (מחוז צפון) למול 6 (תל אביב) עד 6.9 (חיפה). בדומה לשיעור הרופאים – הבדל של עד כמאה אחוזים. (אברבוך, 2016, עמ' 15).

ג. פריסת מיטות אשפוז

שיעור מיטות האשפוז באזורים השונים מבטא את פריסת מוסדות האשפוז, ועל כן מראש קיימים פערים גדולים בין נפות בהן מוסדות אשפוז רבים (כמו חיפה בה קיימים שבעה בתי חולים) לעומת נפות עם מעט מוסדות אשפוז כגון באר שבע (עם בית חולים אחד). שיעור מיטות נמוך בא לידי ביטוי גם בנתוני משך שהייה ממוצעת נמוכים ואחוזי תפוסה גבוהים. בהשוואת המחוזות, ובהתאם לנתונים משנת 2008 עד 2015 ניתן לראות כי שיעור המיטות לאשפוז כללי נמוך מ – 1.6 לאלף נפש במחוז צפון או דרום, לעומת 2.18 עד 2.41 בחיפה וירושלים. מגמה דומה ניתן לראות, באופן לא מפתיע, גם בפיזור העמדות הכירורגיות (זמינות חדרי הניתוח לפעולות כירורגיות דחופות ושגרתיות), עמדות טיפול נמרץ (המשפיעות בצורה ניכרת על שרידות המטופלים בעלי תחלואה חמורה) ועמדות המחלקה לרפואה דחופה (שליש מכמות העמדות לאלף נפש בדרום לעומת ירושלים). המגמה בתחום זה במהלך השנים האחרונות היא של ירידה ניכרת (אברבוך, 2019, עמ' 55) בשיעור המיטות בכלל המחוזות, להוציא את מחוז הדרום, בו ניתן לראות צמצום פערים מסוים כחלק מריכוז מאמץ במהלך השנים האחרונות. תמונת המצב מתוארת בתרשים ד'.

תרשים ד' - שיעור המיטות לאשפוז כללי לפי מחוזות ל – 1000 איש



פריסת שירותי אשפוז היא תולדה של ההתפתחות ההיסטורית של המדינה ושל המערכת הרפואית בה, וקשורה גם לפריסה גיאוגרפית בלתי אחידה של האוכלוסייה. מכאן חשיבות להחלטות מדיניות שתפקידן להביא לשיפור בנגישות שירותי האשפוז לכלל האוכלוסייה ללא תלות באזור מגורים. הקמת בית חולים באשדוד (הפועל מזה שנה) או ההחלטה להקים בית חולים נוסף בבאר שבע (בה נדון בהמשך) הם חלק מהפתרונות האפשריים לשיפור הנגישות שירותי רפואה מתקדמים.

לסיכום פרק זה, ניתן לראות פערים משמעותיים, שאף צפויים לגדול בשנים הבאות, בשירותי הרפואה בפריפריה לעומת המרכז (כמו גם פערים שאינם מפורטים בעבודה זו בשירותי הרפואה במקומות שונים במרכז הארץ). הפערים באים לידי ביטוי הן בנגישות לטיפול, הן בבריאות האוכלוסייה בפריפריה שבאה לידי ביטוי גם בשיעור התמותה הכללית ותמותת תינוקות הגבוהה יותר, וכן בשביעות הרצון של המטופלים. למרות המאמצים שהושקעו בתחום זה, מגמת הירידה במדדי האשפוז והירידה הנמשכת בשיעור המיטות לנפש צפויים לגדול בשלב זה, ולהוות אתגר במתן שירותי רפואה איכותיים ושוויוניים לתושבי הפריפריה.

אי השוויון הבריאותי נובע גם מגורמים מחוץ למערכת הבריאות כגון אי שוויון כלכלי ועוני, ולכן מצב הבריאות הירוד מוביל להעמקה נוספת של הפערים הכלכליים (הוצאה על תרופות, ירידה בפריון ובכמות ימי העבודה) והחברתיים, ולהחמרה נוספת באי השוויון בבריאות.

פרק שני: פעילות משרד הבריאות וקופות החולים לצמצום הפערים

א. פעילות משרד הבריאות

משרד הבריאות מוביל תכניות שונות לצמצום אי השוויון החל משנת 2009, ובאופן אינטנסיבי יותר החל משנת 2011, עת שולבה העשייה בתחום במסגרת התכנית האסטרטגית של משרד הבריאות הנקראת "עמודי האש". במסגרת התכניות נעשו ניסיונות שונים למשיכת כוח אדם רפואי (רופאים ואחיות) לאזורי הפריפריה על ידי מתן מענקים כספיים והטבות נוספות, הגדלת תקנים, הגדלת תכניות ההכשרה לכוח אדם סיעודי בדרום הארץ ועוד. (אתר משרד הבריאות, המצאות כוח אדם רפואי בפריפריה).

למרות הפעולות המתוארות לעיל, אי השוויון קיים ואף צפוי להתעצם בתחומים שונים. לאור זאת גובשה במשרד הבריאות תכנית עבודה לצמצום פערים בבריאות בשנים 2017 עד 2020. תכנית זו מיועדת לייצר קפיצת מדרגה בטיפול באי השוויון, על ידי יצירת מודל מקיף וסדור. התכנית מבוססת על פעילות הממוקדת באוכלוסיות החלשות, שאחת מהן היא טיפול בפריפריה הגיאוגרפית. לשם כך התקבלו מספר החלטות ובהן: (התוכנית האסטרטגית של משרד הבריאות לצמצום אי שוויון בבריאות לשנים 2017 – 2020)

- **קביעת סטנדרטים בתחום הזמינות** לקבלת שירות בתחומים חיוניים – לצורך צמצום פערי מרחק ופערי זמן, תוך מתן דגש לרפואה מונעת ולרפואה ראשונית.
- תכנית כוללת רב שנתית לסגירת פערי התשתיות בין המרכז לפריפריה – כוח אדם רפואי, מיטות אשפוז, מכשור רפואי וכדומה. תכנית זו כוללת גם עידוד של קופות החולים להשקעה בפריפריה על ידי תקצוב דיפרנציאלי, שינוי נוסחת הקפיטציה (כך שהתשלום המועבר לקופות פר מטופל יכלול גם משתנה דמוגרפי) ועוד. דוגמה לכך היא העובדה שכיום רופאי אזור הדרום מקבלים את השכר הממוצע והחציוני הגבוה ביותר. (אתר Doctors Only, 2019).
- **פיתוח תמריצים וכלים רגולטורים** לעידוד שיתופי פעולה בפריפריה הגיאוגרפית. הכוונה היא לייצר מוקדי בריאות בפריפריה בפיזור גיאוגרפי המאגדים ביניהם את המשאבים הרפואיים אותם ניתן לחלק בין מספר ישובים, וכך להתגבר על כמות המטפלים הנמוכה.
- **תכנית ממשלתית לבריאות החברה הערבית** – מתוך הבנה כי נדרש לטפל באופי ממוקד, לאור ההבדלים התרבותיים, הכלכליים והחברתיים, בקבוצת אוכלוסייה זו. התכנית עוסקת בבעיות הרפואיות הנפוצות והמשמעותיות ביותר בחברה הערבית כגון סוכרת והשמנה, עישון ומחלות ריאה, בריאות האישה וטיפול בילודים.

● הקמת פורטל אינטרנטי **למעקב אחר מצב בריאות האוכלוסייה** ושירותי בריאות ביישובי ישראל. החלטה זו התקבלה לאור ההבנה כי קצב הפעילות כיום אינו מותאם לקצב השינויים, ונדרש מעקב (ותגובה) בזמן קצר יותר. הפורטל תוכנן להתחיל לפעול החל מחודש פברואר 2019 ולאפשר בחינה יעילה של תוצאות ההתערבות.

בנוסף, **הוחלט לבצע ריכוז מאמץ באזור הדרום**. אוכלוסיית הדרום צפויה לגדול בשנים הבאות באופן משמעותי לאור הריבוי הטבעי, תהליכי פיתוח מואצים, הגדרת באר שבע כבירת הסייבר ומעבר יחידות צה"ל דרומה. בהתאם להערכות צפויה נפת באר שבע שמנתה בשנת 2012 כ- 650 אלף תושבים לגדול עד שנת 2025, בעוד 260 עד ל- 360 אלף איש, כלומר תמנה בין 900 אלף למיליון איש. למול נתונים אלו, חשוב לזכור כי בנפת באר שבע פועל בית חולים מרכזי אחד בלבד (המרכז הרפואי 'סורוקה'). לאור זאת התכנסה ועדה שסקרה באופן מקיף את שירותי הרפואה בנגב, והציעה תכנית כוללת לפיתוח ותכנון שירותי הרפואה בנגב. (אפק, 2014, עמ' 3). **המלצות הועדה לחיזוק שירותי הרפואה בדרום** כוללות:

1. שיפור פריסת בתי החולים בדרום הארץ על ידי **תכנון בית חולים ציבורי נוסף בעיר באר שבע**. כנגד ההצעה להרחיב את פריסת בתי החולים בדרום עמדו שיקולים כאוכלוסייה דלילה יחסית, קושי ביצירת התמחויות ומשיכת מטפלים איכותיים, קושי בשימור המטפלים וקיום אמצעים טכנולוגיים המאפשרים "רפואה מרחוק". ההתלבטות, שעמדה בפני הוועדה, הייתה לגבי הרחבת בית חולים 'סורוקה' או הקמת בית חולים נוסף. הוועדה המליצה על הקמת בית חולים ציבורי נוסף שצפוי להתחיל לפעול ב-2025 (מרכז רפואי ע"ש פרס בנגב), ואילו נציגי משרד האוצר שהתנגדו לתוכנית זו המליצו על חיזוק בית חולים סורוקה (כחלופה) על ידי תוספת 300 מיטות אשפוז (המלצה שהתקבלה אף היא).

2. **הוספת מחלקות שיקום** בבתי החולים 'סורוקה' ו'ברזילי'.

3. חיזוק **טיפות החלב ופתיחת מוקדי לילה**.

4. **חיזוק כוח האדם המקצועי** על ידי מענקים והגדלת מספר הסטודנטים שלומדים רפואה באוניברסיטת בן – גוריון.

ב. פעילות בתי החולים - חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

חטיבה זו מתווה את המדיניות, את תחומי העיסוק העיקריים ואת הקצאת המשאבים בבתי החולים הציבוריים, כולל בתי החולים הפסיכיאטרים והגריאטריים. (אברבוך, 2019, עמ' 103). בהקשר צמצום אי השוויון בבריאות, עוסקת במספר מאמצים עיקריים:

כלכלה ומשאבים

1. **מימון תת התמחויות על של רופאים בפריפריה.** באופן מסורתי למרכזים הרפואיים בפריפריה יש קושי במשיכת רופאים. החטיבה מסייעת באמצעות מימון התקן של הרופא בעודו בתת התמחות בבית חולים במרכז הארץ. משיכת רופאים תשיג אפקט כפול – חיזוק המענה הרפואי בבתי החולים וחיזוק החברה בפריפריה.
2. **מתן תעודף תקציבי לבתי חולים בפריפריה.** המרכזים הרפואיים בפריפריה מתמודדים עם בעיות העסקה ועלויות העסקה, ולכן החטיבה מבצעת הסטת תקציבים על מנת לסייע בגיוס כוח אדם.
3. **הקמת תאגיד בריאות למרכזים הרפואיים והגריאטריים בפריפריה.** התאגדות עשויה לסייע בגיוס כוח אדם ותרומות (קיים קושי משמעותי לעומת בתי החולים במרכז) וכך לייצר סביבת עבודה טובה יותר.
4. **פיתוח פיזי בבתי חולים בפריפריה.** על מנת לחזק את בתי החולים בפריפריה מפנה משרד הבריאות חלק משמעותי מאד מתקציב הפיתוח שלו לבתי חולים אלו.

כוח אדם רפואי

1. **חיזוק בתי החולים בפריפריה בתוספת מיטות ותקנים.** על מנת לחזק את בתי החולים הפריפריים מבוצעת הגדלה יחסית של התקינה בהשוואה לבתי החולים במרכז, המובילה להגדלת כוח האדם הרפואי.
2. **פעילות לצמצום שחיקת כ"א.** לאור שחיקה מוגברת, בעיקר בקרב אנשי המערך הפסיכיאטרי בבתי החולים, נקבעו תכניות לפעילויות הפוגה והעצמה עבור צוותים אלו, והועבר תקציב הולם.

מחשוב

1. **Telemedicine - הנגשת הרפואה לאוכלוסייה בפריפריה באמצעות טכנולוגיות המאפשרות יעוץ מומחים, פענוח בדיקות וקבלת החלטות מרחוק.**
2. **הטמעת תיק קליני ממוחשב.** בתי החולים הקטנים והבינוניים בפריפריה שלא יכלו לבצע הטמעה של תיק רפואי ממוחשב לאור פער תקציבי נפגעו בהיבט רציפות המידע והעברת נתונים

לגבי המטופלים. תקצוב מרכזי מאפשר את התחלת פריסה בפריפריה הטמעת מערכת תיק קליני אחידה לכלל בתי החולים.

ג. פעילות קופות החולים

קופות החולים פועלות לחיזוק המענה הרפואי בקרב אוכלוסיות חלשות ובפריפריה. הצורך בכך מתעצם לאור העובדה שניתוח זמינות שירותי הרפואה (מוגדר כשעות רופא לאלף נפש) תוך השוואה בין מרכז פריפריה מראה שקופות החולים נותנות יתרון ברור למחוזות המרכז לעומת מחוזות הצפון והדרום (קופת חולים 'כללית' לדוגמה נותנת יתרון למחוזות המרכז ברוב האזורים בהם היא נותנת שירות). כדי לגשר על פערי הזמינות, מבצעות קופות החולים מספר תהליכים בולטים:

- **הגדרת תכנית לצמצום פערים.** לדוגמה, בקופת חולים כללית קיימת תכנית לצמצום פערים והנושא בא לידי ביטוי גם באסטרטגיית הליבה של הקופה בה מוזכרים קידום בריאות האוכלוסייה, שיפור איכות הטיפול, הנגשתו לכל וצמצום פערים. תכנית צמצום הפערים מתמקדת בחמישים מרפאות שנבחרו על פי קריטריונים, וכן מרפאות שהציונים של מדדי הליבה שלהן נמוכים מהממוצע. מרפאות אלו מראות שיפור משמעותי במדדים קליניים (כדוגמת איזון סכרת) לאור תהליכים ממוקדים.
- **פעילות ממוקדת באוכלוסיות חלשות.** כגון האוכלוסייה הערבית ומטופלים יוצאי אתיופיה בתחומי התפתחות הילד, תזונה לגיל הרך, בריאות האישה. **קופת חולים מכבי** – ניסוח ויישום תכנית התערבות יזומה לשיפור מדדי תחלואה בישובים בפריפריה, בהם יש שכיחות תחלואה גבוהה ומדדי טיפול לקויים. לדוגמה, ברהט ולקיה כמאתיים חולי סוכרת (פי שניים משיעור חולי הסוכרת ביישובים יהודים במרחב) ובשכיחות גבוהה באוכלוסייה צעירה מגיל 45 (פי שניים מהישובים היהודיים). לכן, נקבעה תכנית התערבות ממוקדת, פרואקטיבית ורב מקצועית לאוכלוסייה זו. תכנית דומה קיימת לגבי הגברת שיעור הפעילות הגופנית ושיפור התזונה במגזר הבדואי (עידוד צריכת פירות וירקות, קבוצות ספורט וכדומה).
- **שירותים מקוונים.** מבוצע תהליך נרחב של הנגשת אתרי קופות החולים והשירותים הניתנים על ידן כולל ביצוע התאמה תרבותית ושפתית. פעולות אלו מאפשרות קבלת מידע בריאותי ושימושי, תוך דגש על הרחבת אתרי הקופות ושירותי האון – ליין בערבית (זימון תורים, קבלת תוצאות בדיקות, סרטוני הדרכה ועוד). כמו כן, נוספו אמצעי טיפול מרחוק כגון מרכז סוכרת מקוון.

- **מיצוי יכולות הטיפול הביתי.** מצוקת המטפלים בתחום השיקום הובילה לחיזוק האפשרות לביצוע "שיקום ביתי" על ידי התקשרות של הקופות עם חברות חיצוניות. הטיפול מצמצם שהייה מיותרת במחלקות בהן מספר מיטות האשפוז נמוך, מקטין זמן המתנה לטיפול ולכן בסופו של דבר, גם מקצר את תהליך השיקום. במהלך שנת 2018 נכללו בתכנית זו כשמונה מאות מטופלים בקופת חולים 'מכבי'.

חשוב לזכור, כי קיימת תכנית ממוקדת (כפי שהוזכרה קודם לכן) של משרד הבריאות שמיועדת להגדיל את היקף ההשקעה של קופות החולים בתשתיות הפריפריה. במסגרת תכנית זו נקבעו תמריצים לקופות החולים המיועדים להשקעה בבתי החולים של הקופות בפריפריה, ואף נקבע רף מינימום מחייב לגבי כל קופה לפיו נתח מוגדר מתקציב הפיתוח של הקופה מיועד לשימוש ביישובי פריפריה בלבד.

לסיכום פרק זה, ניתן לראות שקיימת הבנה במשרד הבריאות ובקופות החולים באשר לחוסר האיזון הקיים והמחמיר בנגישות שירותי הרפואה לפריפריה לעומת המרכז. תכנית העבודה של משרד הבריאות לצמצום הפערים בבריאות מיועדת לטפל באי השוויון על ידי צמצום פערי הזמינות בכלים תקציביים וטכנולוגיים. תשומת לב מיוחדת מקבל אזור הדרום, שבו מתוכננת הקמת בית חולים נוסף בעיר באר שבע.

בנוסף, מוקצים עוד משאבים לבתי החולים בפריפריה המיועדים למשוך כוח אדם רפואי איכותי, ונעשה ניסיון לפתור את הפערים הגיאוגרפים על ידי שימוש בטכנולוגיות מתקדמות. תהליכים דומים מבוצעים גם בקופות החולים בהן מעבר לתכנית לצמצום פערים מיושמת גם מדיניות של מיקוד באוכלוסיות חלשות בהן מופו תחומים הדורשים התערבות, וכן שימוש נרחב בשירותים מקוונים ומיצוי יכולות הטיפול הביתי שיפחיתו את הצורך להגיע באופן פיזי למרכז הרפואי או המרפאה.

סיכום

אי השוויון בבריאות במדינת ישראל נובע מפערים חברתיים וכלכליים הקיימים בחברה הישראלית. לא ניתן לבדד את הגורמים הגאוגרפיים, החברתיים או הכלכליים המסבירים את הפערים בשירותי הרפואה בפריפריה, היות שקיימת השפעה הדדית ומצטברת של גורמים אלו. אולם, ניתן לקבוע שהפערים בשירותי הרפואה בין המרכז לפריפריה הם משמעותיים, ואף צפויים לגדול בשנים הבאות. אלו באים לידי ביטוי בהבדל בשיעור התמותה, בתקינה ובהקצאת משאבים, וכן בשביעות הרצון של המטופלים. מגמה זו צפויה להימשך לאור התבררות האוכלוסייה והריבוי הטבעי.

משרד הבריאות וקופות החולים מכירים בחוסר האיזון הקיים, ועל פניו מסתמן כי גופים אלו עוסקים רבות בצמצום אי השוויון על ידי הקצאת משאבים וקביעת העיסוק בתחום כיעד אסטרטגי של מערכת הבריאות. באזור הדרום אף הוחלט על הקמת בית חולים נוסף בעיר באר שבע. הקצאת משאבים וניסיון למשוך כוח אדם רפואי איכותי לפריפריה הם כלים, שנעשה בהם שימוש בעבר שלא הוביל להצלחה משמעותית, היות והמטפלים חזרו לאחר מספר שנים למשרות בכירות יותר באזור המרכז. אחד הכלים החדשים בהם נעשה שימוש ושטומן בחובו פוטנציאל גדול הוא השימוש בטכנולוגיות מתקדמות. התייעצות רפואית מרחוק, קבלת תוצאות בדיקות והתאמת טיפול רפואי ללא צורך בנוכחות פיזית יאפשרו לגשר על הפערים הגאוגרפיים הקיימים בפיזור מוסדות הטיפול.

מימוש התהליך מחייב רציפות ומתן עדיפות למימוש. כל עוד הנושא לא עומד במקום גבוה בסדר היום הפוליטי והציבורי במדינת ישראל, הסיכוי לקדם אותו בצורה משמעותית נמוך יחסית. ניכר כי נעשים ניסיונות ואף קיימת תכנית סדורה, אך נדרש שיתוף פעולה בין גורמי בריאות, כלכלה וחברה כדי לייצר פתרון שלם לבעיה זו.

ביבליוגרפיה

מסמכים

אמה אברבוך, שלומית אבני (2019), מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עימו 2017, עמ' 6-7, 55-56, 103-105

אמה אברבוך, שלומית אבני (2016), מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עימו 2016, עמ' 7-55

ארנון אפק (2014), הועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום, עמ' 3-6

ענת שמש, נעמה רותם וחבי (2012), מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל. משרד הבריאות, עמ' 19-20

אינטרנט

אתר משרד הבריאות

<https://www.health.gov.il/Subjects/Equality in Health/Pages/default.aspx>

אתר משרד הבריאות, המצאות כוח אדם רפואי בפריפריה

<https://www.health.gov.il/Subjects/Equality in Health/HR Periphery/Pages/default.aspx>

מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי (2017), התוכנית האסטרטגית של משרד הבריאות לצמצום אי שוויון בבריאות לשנים 2017 - 2020

<https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2017-2020.pdf>

אתר Doctors Only (2019), משכורת רופא בדרום הארץ גבוהה יותר.

<https://doctorsonly.co.il/2019/01/158728>