

הצוות המכין

ראש הצוות	פרופ' אורלי מנור , פרופסור מן המניין לביוסטטיסטיקה בביה"ס לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית בירושלים והדסה
חברי הצוות	פרופ' אליק אבירם , המנהל המדעי של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות ד"ר אמה אברבון , מרכזת נושא צמצום פערים בבריאות, משרד הבריאות; מרצה בתחום סוציולוגיה של בריאות ורפואה, ביה"ס לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית בירושלים והדסה פרופ' אשר אלחיאני , עמית, מכון טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; חבר המועצה הלאומית לבריאות הקהילה; פרופסור במחלקה למינהל הבריאות, אוניברסיטת אריאל פרופ' רן בליצר , מנהל מכון שירותי בריאות כללית למחקר ומנהל מחלקת תכנון מדיניות בריאות, שירותי בריאות כללית; פרופסור חבר במחלקה לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב פרופ' גבי בן נון , פרופסור חבר במחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ד"ר ניהאיה דאוד , מרצה במחלקה לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; יו"ר המועצה הלאומית לקידום הבריאות, משרד הבריאות ד"ר טוביה חורב , סמנכ"ל בכיר לתכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות זיוה ליטבק , המנהלת האדמיניסטרטיבית של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות פרופ' ורדה סוסקולני , פרופסור חבר וסגנית ראש ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן פרופ' גור עופר , פרופסור אמריטוס, המחלקה לכלכלה, האוניברסיטה העברית בירושלים ערן פוליצר , כלכלן בתחום המגזר הציבורי, חטיבת המחקר, בנק ישראל ניר קידר , סגן ראש המינהל לתכנון אסטרטגי וכלכלי ומנהל תחום כלכלת בריאות, משרד הבריאות ד"ר יוסי רוזנבלום , מנהל המערך לאינפורמטיקה רפואית, חטיבת הבריאות, מכבי שירותי בריאות פרופ' עמיר שמואלי , פרופסור לכלכלת בריאות בביה"ס לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית בירושלים והדסה

תקציר

רקע

- בריאות היא זכות בסיסית של כל אדם, והיא משאב חיוני התורם לשגשוגו של הפרט ולפיתוחה וצמיחתה של החברה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המושתת על "עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית", בא להבטיח שוויון בזמינות של שירותי הבריאות, באיכותם ובנגישותם. אולם אין בכך כדי להבטיח שוויון בפועל בהיבטים אלה או במצב הבריאות של כלל האוכלוסין. יחד עם מדינות רבות הצטרפה ישראל לאמנת אוטווה של ארגון הבריאות העולמי אשר קראה ל"בריאות לכול".

הפערים בבריאות

- אי-שוויון בבריאות מתייחס לפערים במצב הבריאות בין קבוצות באוכלוסייה הקשורים בגורמים חברתיים. הפערים הללו הם בלתי הוגנים והם ניתנים למניעה. בישראל יש פערים ניכרים בתוחלת חיים ובתמותת תינוקות ופערים בתחלואה פיזית ונפשית בין קבוצות באוכלוסייה על פי מצב חברתי-כלכלי, מגזר ועוד. הקשר הוא מונוטוני כאשר כל ירידה במצב החברתי-כלכלי כרוכה בעלייה בסיכון לבריאות לקויה. בעשורים האחרונים יש עדות להתרחבות הפערים. הפערים במצב החברתי-כלכלי, כגון בהשכלה ובהכנסה של הפרט, הם הגורמים העיקריים המסבירים פערים בבריאות בקרב יהודים לפי מוצא ופערים בבריאות בין יהודים לערבים.
- שילוב של גורמים ברמת הפרט, הקהילה והחברה ובכל שלבי מהלך החיים תורם לפערים החברתיים-כלכליים בבריאות. להיעדר משאבים כספיים ולבעיות נגישות או תשתיות של שירותי בריאות יש תרומה חלקית בלבד להיווצרותם, שכן פונקציית הייצור של הבריאות איננה נשענת על תשומות של מערכת הבריאות בלבד אלא גם על גורמים חיצוניים רבים.

המחיר הכלכלי

- לבריאות לקויה יש מחיר כלכלי: פגיעה בתעסוקה, בצמיחה ובפרייון, עלות ישירה למערכת הרווחה ופגיעה ברווחת האוכלוסייה. חישוב ראשוני של הנטל הכלכלי של פערי הבריאות בישראל מבוסס על העלויות הכרוכות בתמותה מוקדמת (ערך חברתי), על אובדן ימי עבודה ועל עלויות הטיפול הרפואי. החישוב מצביע על מחיר כלכלי משמעותי ביותר – בהיקף של כ-7% מהתמ"ג, סכום הנמוך אך במעט מההוצאה הלאומית לבריאות. חישוב דומה שנערך באיחוד האירופי הראה שיעור דומה.

החסמים בדרך לצמצום הפערים

- על אף התועלת הכלכלית הצפויה מצמצום הפערים בבריאות ישנם חסמים מעכבים: היעדר מודעות להיקף ולהשלכות של הפערים בבריאות על החברה והכלכלה, חוסר ראייה אינטגרטיבית בין הגוף המשקיע (למשל קופת החולים) ובין הגוף הקוצר את התשואה (למשל מערכת הרווחה), פער זמנים ניכר בין מועדי ההשקעה והתשואה, חוסר מודעות למחירים וצורך בהשקעה ראשונית גדולה.

הדרכים לצמצום פערים מתמשך

- לא ניתן לבטל לחלוטין את הפערים בבריאות אך ניתן לצמצמם. המודעות לפערים החברתיים-כלכליים בבריאות עלתה בישראל בעשור האחרון, ובעקבותיה הוחל גם בפעולות ייעודיות לצמצום, אך פעולות אלו עדיין מוגבלות. הן צריכות להתבסס על שינוי בגורמים לפערים, ולכן נדרשת פעולה מקיפה המבוססת על שילוב כוחות של מערכת הבריאות עם מערכות תומכות אחרות (רווחה, חינוך ועוד), וכן שיתוף פעולה עם המגזר העסקי והמגזר השלישי כדי להביא לצמצום פערים מתמשך.
- יש לפתח כלים, המלווים במדידה והערכה, שבעזרתם יתורגם הרווח הכולל למשק מצמצום הפערים להשקעה בהתערבויות מתאימות. כיווני הפעולה האפשריים כוללים:
 - יצירת מנגנון למימון יוזמות לצמצום פערים כנגד התועלת הנובעת מהם, למשל על ידי שימוש באג'יח חברתי.
 - יצירת חממות למימון בדיקת ההיתכנות של יוזמות בתחום צמצום הפערים.
 - קביעת סטנדרט מחייב לבחינת ההשלכות של החלטות מרכזיות בעבודת כלל משרדי הממשלה על הבריאות ועל הרחבת הפערים בבריאות.
 - פעילות מכוונת לצמצום פערים ברמת היישוב.
 - הרחבת מגוון הגופים והמסגרות העוסקים בקידום בריאות ומניעה, בכלל זה מעסיקים, מנהיגים קהילתיים ומנהיגים דתיים.
 - יצירת תכניות ייעודיות במסגרת השירות הלאומי.
 - הסרת חסמים רגולטוריים על שירותי רפואה וירטואליים לצורך צמצום פערים גאוגרפיים בנגישות.

מסקנות

- ההוצאה על בריאות היא השקעה שנושאת תשואות חיוביות למשק. לאי-שוויון בבריאות יש מחיר כשם שיש מחיר לאי-שוויון בהכנסה. שיפור מצב הבריאות של קבוצות חלשות יביא להעלאת רמת הבריאות הממוצעת באוכלוסייה, לשילוב אוכלוסיות נוספות במעגל העבודה ולהגדלת הצמיחה.
- השקעה בצמצום פערים שתביא לתוצאות מיטביות היא זו המתמקדת ברפואה מונעת. ראוי להתערב בנקודות מסוימות במהלך החיים שיביאו לתשואה גבוהה על ההשקעה.
- לנוכח העלות הגבוהה של הפערים לפרט ולחברה והחסמים שאותרו לצמצום, יש לנקוט מדיניות ממשלתית ברורה הכוללת פעילות בין-משרדית ובין-מגזרית לצמצום הפערים. צמצום של הפערים בבריאות יסייע לפרטים לממש את הפוטנציאל הגלום בהם ולקיים חיים מלאים ויצרניים, יגביר את תחושת ההוגנות, יעלה את רמת הלכידות החברתית, יביא לחיסכון כספי, יגדיל את הצמיחה הכלכלית ויחזק את איתנותה של החברה.

מבוא

גבי בן נון

רוב מדינות העולם המערבי מאמצות את הגישה שלפיה בריאות היא זכות בסיסית של כל אדם ומשאב חיוני התורם לשגשוגו של הפרט, לפיתוח ולצמיחה כלכלית של החברה וליציבותה. בישראל היטיב לבטא עמדה זו חוק ביטוח בריאות ממלכתי המושתת על "עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". החוק בא להבטיח שוויון בזמינות של שירותי הבריאות, באיכותם ובנגישותם. אולם בכך אין כדי להבטיח שוויון במצב הבריאות של כלל האוכלוסין. סוגיית אי-השוויון בבריאות חשובה הן לנוכח התמורות בחברה בישראל והן לנוכח התמורות במערכת הבריאות.

ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) נמצאת במגמת עלייה ברוב המוחלט של מדינות OECD בגלל הזדקנות האוכלוסייה, השיפורים הטכנולוגיים המייקרים את התהליך הטיפולי והעלייה ברמת החיים בד בבד עם אימוץ דפוסי התנהגות צרכנית גם בענף הבריאות.

מגמת העלייה בהוצאה הלאומית לבריאות לא פסחה בעבר על ישראל: בשנות השישים של המאה הקודמת עמד שיעור ההוצאה לבריאות כאחוז מהתמ"ג על כ-6%, ואילו בשנת 1995 (מועד החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי) הוא עמד על 7.7%. הן רמת ההוצאה והן קצב גידולה של ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל עד לשנת 1995 חפפו במידה רבה לנתונים המקבילים במדינות OECD.

ואולם נתוני העשור האחרון מלמדים על שינוי במגמת ההתפתחות של ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל. ברוב מדינות OECD נמשכה מגמת העלייה בהוצאה לבריאות כאחוז מהתוצר, אבל בישראל הסתמנה מגמת התייצבות בחלקה של ההוצאה בתוצר, והפער ברמת ההוצאה לבריאות בין ישראל ובין המדינות האחרות החברות בארגון OECD הלך וגדל. שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2011 היה בישראל 7.7% (כמו השיעור בשנת 1995), ואילו חציון השיעור המקביל במדינות OECD היה 9.4%¹. שיעורה הנמוך של ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל לא משתנה גם כאשר נעשה תיקון המביא בחשבון את הרכב הגילים של האוכלוסייה, המאופיין בשכיחות גבוהה של צעירים.

שוני נוסף במגמות ההתפתחות של ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל בא לידי ביטוי בניתוח מקורות מימונה של ההוצאה. בעוד שברוב מדינות OECD נותר המימון הציבורי יציב ועמד על כ-75% מההוצאה הלאומית לבריאות, בישראל חלה ירידה במימון הציבורי של המערכת מכ-70% בשנת 1995 לכ-60% בעשור הנוכחי.

מגמת היציבות בהוצאה לבריאות בישראל מפתיעה, אם כן, הן על רקע חריגותה לעומת המגמות המקבילות במדינות OECD והן על רקע העובדה שמדדי הבריאות העיקרים בישראל, כגון תוחלת חיים ותמותת תינוקות, המשיכו להשתפר. כך, בתחילת שנות השבעים של המאה הקודמת הייתה תוחלת החיים של גברים בישראל 70.1 שנים ושל נשים 73.4. בשנת 1995 – 75.5 אצל גברים ו-78.5 אצל נשים, ובשנת 2011 – 80 אצל גברים ו-83.6 אצל נשים. שיעור תמותת התינוקות עמד בתחילת שנות השבעים של המאה הקודמת על 23.5 פטירות ל-1,000 לידות חי לעומת כ-6 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 1995 ו-3.5 בשנת 2011. לאחרונה

* רוב תודות לסיגל שפר-בנטון, מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, על הסיוע בהכנת המסמך.

¹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **ההוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2011 ואומדן מוקדם לשנת 2012**, ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, יולי 2013; OECD Health File, 2011.

(2012) פרסם OECD את מדד Better Life, ובו ישראל ממוקמת במקום החמישי, המכובד, ברמת שירותי הבריאות. לפניו ברשימה רק שווייץ, ניו זילנד, אוסטרליה וקנדה.

ניתן אפוא להסיק כי מערכת הבריאות הישראלית היא אחת היעילות מכל מערכות הבריאות במדינות OECD, שכן רמת ההוצאה לבריאות בישראל היא נמוכה יחסית, בעוד הישגי הבריאות של המערכת כפי שהם באים לידי ביטוי בתוחלת החיים ובתמותת תינוקות הם מהטובים בעולם.

האומנם?

ניתוח מעמיק יותר מגלה שהמסקנה בדבר יעילותה של מערכת הבריאות הישראלית לא יכולה להיות כה פסקנית. כמה סיבות לקביעתנו זו:

1. על בריאות האוכלוסייה משפיעה לא רק מערכת הבריאות, ולכן גם כשמערכת הבריאות הציבורית נשחקת, אין בכך בהכרח כדי להרע באופן מידי את מצב הבריאות של האוכלוסייה. תרומת מערכת הבריאות לתוחלת החיים ותמותת התינוקות היא חלקית בלבד. המדדים מושפעים במידה רבה יותר מרמת החיים וההשכלה של האוכלוסייה משהם מושפעים מרמת ההוצאה לבריאות.
2. יש פער של זמן בין רמת ההוצאה לבריאות ובין הישגי המערכת. את השפעת השחיקה בתשתיות של מערכת הבריאות לא ניתן לזהות מיד, והיא עלולה לצוץ מעל לפני השטח מאוחר יותר בשל פער הזמנים בין ההוצאה לתוצאה. הדבר דומה למה שהתרחש במערכת החינוך – הנסיגה בהישגי החינוך בישראל לא באה לידי ביטוי מיד לאחר הקיצוץ בתקציב, אלא רק כעבור שנים.
3. מדדי תוחלת החיים ותמותת התינוקות אינם חזות הכול; למערכת הבריאות הציבורית יש כאמור השפעה חלקית בלבד על תוצאי הבריאות (תוחלת חיים ותמותת תינוקות). עם זאת, למערכת השפעה ניכרת על איכות החיים של פרטים באוכלוסייה שחיהם התארכו והם נזקקים לשירותיה. למדדי איכות חיים אין אותה פופולריות מבחינת מדידה וציטוט כמו תוצאי בריאות.

ואולם, מעבר לטיעונים אלו, טיעון מרכזי כנגד ההנחה בדבר יעילותה של מערכת הבריאות הישראלית מתמקד בכך שנתוני תוצאי הבריאות ברמה הלאומית מייצגים ערכים ממוצעים המסתירים פערים ניכרים במצב הבריאות בין קבוצות באוכלוסייה – למשל, בין עניים ועשירים, יהודים וערבים, מרכז ופריפריה. יתר על כן, ישנן עדויות לכך שהיקף הפערים אף התרחב בעשורים האחרונים.

כמובן, בין הפרטים באוכלוסייה יש פערים במצב הבריאות שאינם ניתנים למניעה. כאלו הם למשל ההבדלים בין צעירים למבוגרים. ברם אי-שוויון בבריאות קשור לפערים במצב הבריאות בין פרטים או קבוצות באוכלוסייה שאפשר למנוע אותם. זו הסיבה שהפערים הללו הם **בלתי הוגנים**.

לפערים בבריאות יש מחיר הן ברמת הפרט והן ברמת החברה. בהתחשב בקשרי הגומלין החזקים בין חסכים חברתיים ועוני מצד אחד ובין בריאות מצד שני, ובהתחשב בהשפעה ההדדית בין הפערים במצב החברתי-כלכלי לבריאות, הרי פערים מתמשכים במצב חברתי-כלכלי ובבריאות עלולים ליצור מעגל סגור אשר ימנע מקבוצות חלשות לטפס בסולם חברתי.

ואכן, זהו המצב בישראל בעשור השני של שנות האלפיים. החברה הישראלית מאופיינת בפערים ניכרים בהכנסה – בשנת 2011 הגיעה תחולת העוני לכמעט 20%, שיעור כפול מהשיעור הממוצע במדינות OECD. מדד ג'יני (לאחר תשלומי העברה ומסים) הציב את ישראל במקום גבוה ביותר מבחינת אי-שוויון בהכנסה במדינות OECD, ורק צ'ילה, מקסיקו, טורקיה וארצות הברית מציגות רמה גבוהה יותר. יתר על כן, הפערים בהכנסה התרחבו. כך למשל, בשנים 1999-2011 עלה מדד ג'יני ב-5.6%, ההכנסה הראלית (שעלתה בממוצע בין 2002 ל-2012 בכ-20%) עלתה רק ב-12% בחמישון ההכנסה התחתון, ומשקלם של "העניים לאורך זמן"

בכלל העניים נמצא במגמת עלייה.² פערים ניכרים מאפיינים גם את ההישגים של תלמידי מערכת החינוך הישראלית, למשל בין עניים ועשירים, יהודים וערבים ומי שהוריהם בעלי השכלה לעומת הפחות משכילים. בהשוואה בינלאומית של מבחני PISA הנערכים על ידי OECD נמצא כי הפער בהישגי התלמידים בישראל באוריינות קריאה הוא מן הגדולים בעולם, גבוה בשליש מהממוצע ב-OECD. מתוך 60 המדינות שהשתתפו במבחן רק קטאר, בולגריה וטרינידד מציגות פער גדול יותר.³ מגמות אלו יהיו הדלק ליצירתם של פערים בבריאות בעתיד.

צמצום של הפערים בבריאות יסייע לפרטים לממש את הפוטנציאל הגלום בהם ולקיים חיים מלאים ויצרניים, יגביר את תחושת ההוגנות, יעלה את רמת הלכידות החברתית ויחזק את חוסנה של החברה. אך מעבר לכך ישנו הפן המוסרי שישראל הכירה בו ועל כן, יחד עם מדינות רבות, הצטרפה בשנת 1978 לאמנת אוטווה של ארגון הבריאות העולמי אשר קראה ל"בריאות לכול". ב-2008 פרסם הארגון את הדוח בעניין הגורמים החברתיים בבריאות והכריז כי **אי-השוויון בבריאות הורג**.⁴

הפערים בבריאות קיימים לא רק בין השייכים לקבוצות הקצה מבחינת הגדרת המצב החברתי-כלכלי (בין העניים לעשירים ביותר) או בין מיעוטים אתניים לבין קבוצת הרוב באוכלוסייה, והם אינם נובעים אך ורק מהיעדר משאבים כספיים או מבעיות נגישות או תשתיות של שירותי בריאות. התמונה מורכבת הרבה יותר, ואתגר צמצום הפערים הוא סבוך במיוחד.

מושב הבריאות בכנס אלי הורביץ לכלכלה וחברה 2013 ינסה להבהיר סוגיות אלו ויעסוק בהרחבה בצמצום הפערים בבריאות בישראל. חלקו הראשון של המסמך שלהלן יציג את התשתית העובדתית לקיומם של פערי בריאות בקרב קבוצות באוכלוסייה ואת המגמות העיקריות בהתפתחותם של פערים אלו לאורך זמן. חלק זה יבהיר גם את הגורמים העיקריים להיווצרות הפערים, יציג עקרונות של מדיניות לצמצום פערים ויסקור דוגמאות להתערבויות לצמצום. החלק השני ינסה לאמוד את המחיר הכלכלי של התרחבות הפערים ברמה לאומית, הן המחיר הכלכלי הישיר והן המחיר הנובע מההפסד בצמיחת התוצר ומהירידה בפריון. לבסוף, בחלק השלישי, נציג המלצות לשינוי ולהתמודדות עם צמצום הפערים, בין השאר באמצעות יצירת מנגנון ("מסלקה") שיגשר בין הנושאים בנטל העלויות ובין המרוויחים מהתועלות ברמה הלאומית.

² מירי אנדבלד, נתנאלה ברקלי, דניאל גוטליב ואלכסנדר פרומן, **זו"ח ממדי העוני והפערים החברתיים**, ירושלים: מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, 2011.

³ הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך, דוח פיזה 2009: אוריינות תלמידים בני 15 בקריאה, במתמטיקה ובמדעים, **מחקרים בינלאומיים**, 2010.

http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Rama/MivchanimBenLeumiyim/MivchanimBein_Pisa_2009.htm

⁴ Commission on Social Determinants of Health, Final Report, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*, Geneva: World Health Organization, 2008

פערים בבריאות בישראל: תמונת מצב, הסברים ודרכים לצמצום הפערים

ורדה סוסקולני, ניהאיה דאוד, אמה אברבוך, אשר אלחיאני

הקדמה

למרות העלייה בתוחלת החיים והשיפור במדדי בריאות בכלל קבוצות האוכלוסייה, העדויות בישראל על הפערים בבריאות בשל גורמים חברתיים הניתנים למניעה הן עקביות. יש קבוצות רבות באוכלוסייה הסובלות לאורך זמן ממצבי בריאות פיזיים ונפשיים ירודים לעומת קבוצות אחרות. השאלה היום היא כיצד ניתן להרחיב את ההבנה של הגורמים לפערים אלו, ומה ניתן לעשות כדי לצמצמם. חלק זה במסמך יציג את הידע המדעי על היקף הפערים החברתיים-כלכליים בבריאות בישראל ואת השינויים שחלו בהם לאורך זמן ויבהיר את מגוון הגורמים המסבירים את הפערים. הפרק יביא דוגמאות להתערבויות ויציע עקרונות למדיניות לצמצום הפערים.

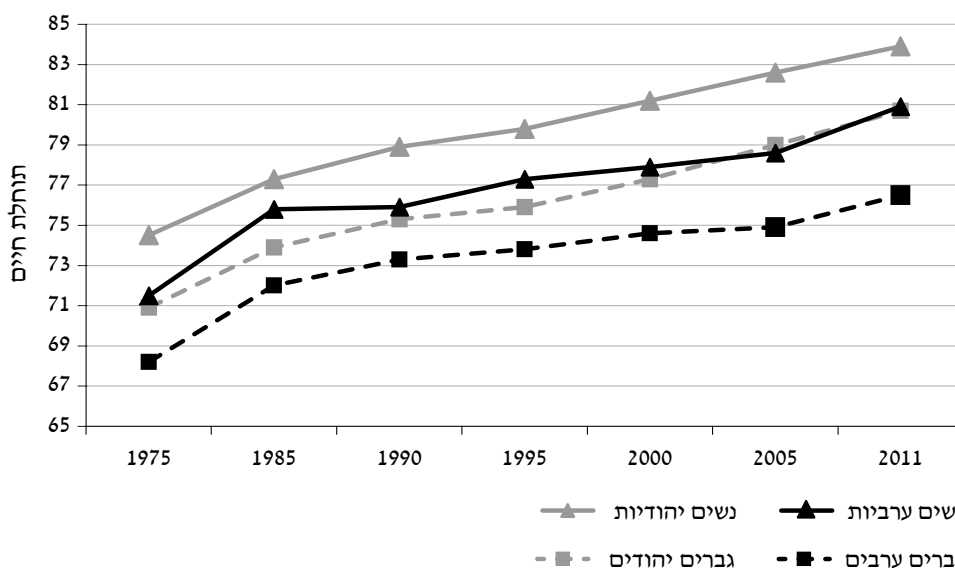
ראיות לפערים בבריאות

הפערים בבריאות מוצגים במדדים העיקריים המקובלים להערכת מצב בריאות באוכלוסייה, דהיינו תוחלת חיים, שיעורי תמותה כללית, תמותת תינוקות ותחלואה. במסמך הנוכחי נתמקד בעיקר בפערים על בסיס מצב חברתי-כלכלי (לפי השכלה והכנסה), אך גם לפי מגזר אוכלוסייה.

היקף הפערים ושינויים לאורך זמן

תוחלת חיים. תוחלת החיים בלידה בישראל ב-2011 הייתה 80 שנים בקרב גברים ו-83.6 שנים בנשים. ואולם למרות שתוחלת החיים עלתה בכל קבוצות האוכלוסייה ישנם פערים בין יהודים לערבים שהיקפם לא השתנה. אצל הגברים הוא אפילו עלה. בשנת 1995 הייתה תוחלת החיים של גברים יהודים גבוהה ב-2.7 שנים מזו של גברים ערבים, וההפרש גדל ל-4.2 שנים ב-2011. ההפרש בין נשים יהודיות לנשים ערביות עמד על 3 שנים הן ב-1975 והן ב-2011.

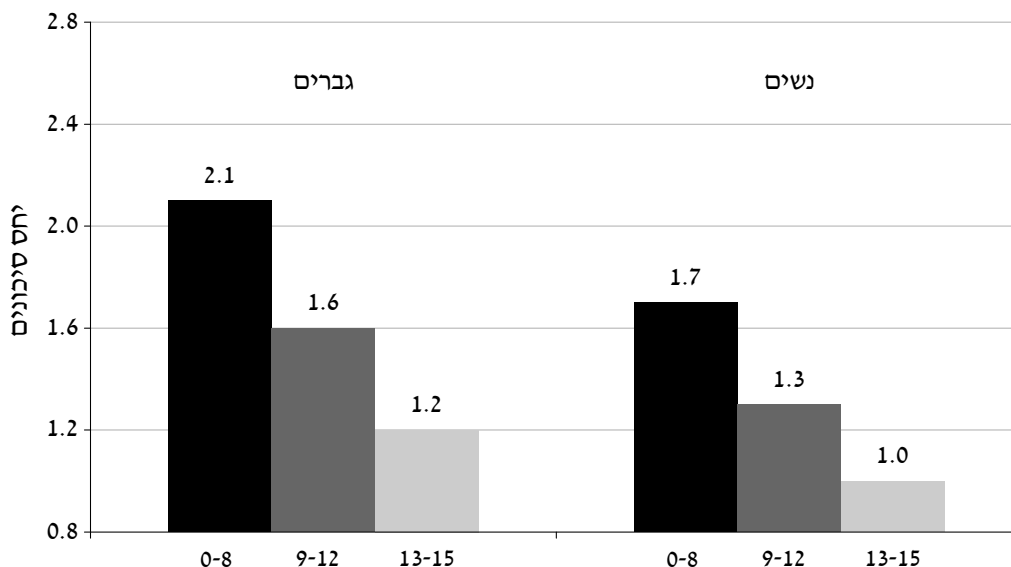
תרשים 1 תוחלת החיים לפי מין וקבוצות אוכלוסייה, 1975-2011



מקור: אמה אברבוך, אי-שויון בבריאות וההתמודדות עמו, ירושלים: האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, 2012, עמ' 8.

שיעורי תמותה. הממצאים הבולטים עולים ממחקרי התמותה בישראל שנערכו בקרב האוכלוסייה היהודית בשני גלים, בשנים 1992 ו-2004.⁵ תרשים 2 מציג את יחס הסיכונים לתמותה בין בעלי השכלה ברמות שונות לעומת בעלי השכלה הגבוהה ביותר (16 שנות לימוד ומעלה).

תרשים 2 יחס סיכונים לתמותה בהשוואה להשכלה של +16 שנים (מתוקן לגיל ומוצא)



מקור: O. Manor, Z. Eisenbach, E. Peritz, and Y. Friedlander, "Mortality Differentials among Israeli Men" *American Journal of Public Health* 89 (1999): 1807-1813; O. Manor, Z. Eisenbach, A. Israeli, and Y. Friedlander, "Mortality Differentials among Israeli Women: The Israel Longitudinal Mortality Study," *Social Sciences & Medicine* 51 (2000): 1175-1188

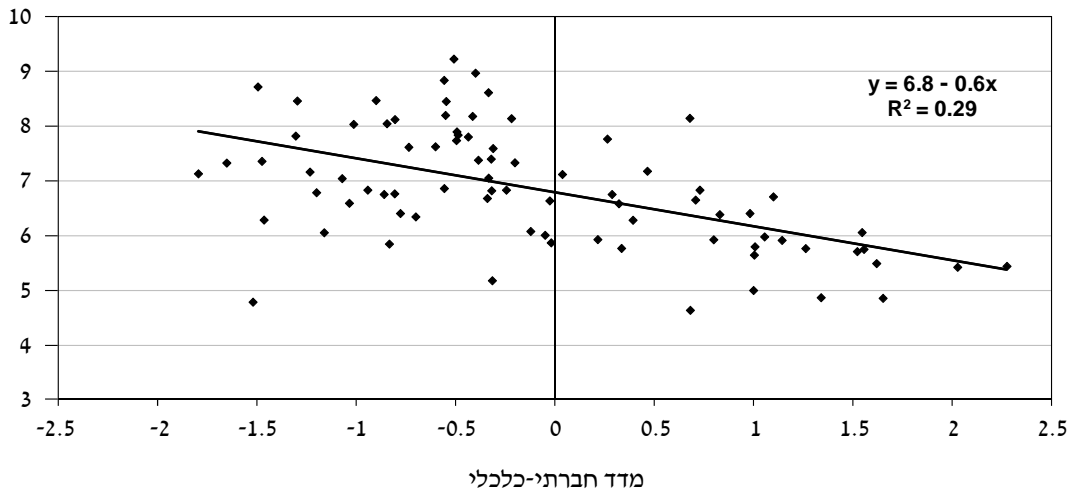
ניתן לראות כי הפערים אינם רק בין האנשים ברמות הקיצוניות של ההשכלה אלא שיש גם **מדרג חברתי בבריאות**: ככל ששורדים בסולם החברתי-כלכלי, כך מצב הבריאות מידרדר. וכך, בקרב גברים בעלי השכלה של 13-15 שנות לימוד הסיכון לתמותה הוא פי 1.2 לעומת בעלי השכלה של +16 שנים, בקרב בעלי 9-12 שנות לימוד פי 1.6, ובקרב בעלי 0-8 שנות לימוד פי 2.1. המעקב העלה נתון מדאיג: מתברר כי הפערים בתמותה לא רק שלא הצטמצמו במהלך השנים אלא אף התרחבו. בין שני גלי המחקר יחס הסיכונים בין בעלי השכלה נמוכה (0-8 שנות לימוד) לבעלי השכלה גבוהה (13 שנה ומעלה) עלה מ-1.7 ל-2.3 אצל גברים ומ-1.4 ל-2.2 אצל נשים.⁶

בשני גלי המחקר נמצאו גם הבדלים לפי מוצא – שיעורי התמותה בקרב יוצאי צפון אפריקה היו גבוהים יותר מיוצאי אירופה-אמריקה. ואולם ההבדלים נעלמו לאחר שהובא בחשבון המצב החברתי-כלכלי. בחינת שיעורי התמותה לפי מדד חברתי-כלכלי של היישוב מציגה גם היא מדרג חברתי ברור – ירידה במדד החברתי-כלכלי כרוכה בעלייה בתמותה (תרשים 3).

⁵ D. H. Jaffe, Y. D. Neumark, Z. Eisenbach, and O. Manor, "Educational Inequalities in Mortality among Israeli Changes Over Time in a Dynamic Population," *Health and Place* 14 (2008): 287-298

⁶ ש.ם.

תרשים 3 שיעורי תמותה מתוקננים* לפי מדד חברתי-כלכלי (ישובים עם 10,000 תושבים ויותר), 2002-1998



* השיעורים מתוקננים לפי גיל ל-1,000 תושבים (ציר Y).

מקור: אמה אברבוך, ניר קידר וטוביה חורב, **אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו**, ירושלים: האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, 2010, עמ' 36.

תמותת תינוקות. גם במדד זה נמצא שככל שההשכלה נמוכה יותר (של האם), שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות גבוה יותר, והפער הולך ומתרחב – בשנים 2002-2000 היה יחס הסיכונים בין אמהות בעלות השכלה נמוכה לעומת אמהות בעלות השכלה גבוהה פי 4.3. באמצע שנות התשעים הוא היה "רק" 3.5.⁷

תחלואה פיזית. המדרג החברתי נמצא גם במדדים להערכת תחלואה. למשל, על פי ההערכה העצמית של הבריאות, שיעור המדווחים על בריאות לא טובה היה 27% בקרב בעלי הכנסה של מתחת ל-2,000 ש"ח בחודש, 22% בקרב בעלי הכנסה של 2,001-4,000 ש"ח בחודש ו-11% בקרב בעלי הכנסה של 4,001 ש"ח ומעלה בחודש.⁸ גם נתונים על הימצאות מחלה ממושכת מגבילה שהתקבלו משני סקרים נפרדים בקרב האוכלוסייה היהודית והאוכלוסייה הערבית באמצע שנות האלפיים מראים מדרג חברתי (לוח 1). באוכלוסייה הערבית הסיכון להימצאות מחלה ממושכת מגבילה בקרב בעלי השכלה נמוכה היה פי 2.5 מהסיכון בקרב בעלי השכלה גבוהה. באוכלוסייה היהודית עמד היחס הזה על 1.82.

⁷ אמה אברבוך, ניר קידר וטוביה חורב, **אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו**, ירושלים: האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, 2010, עמ' 44.

⁸ **שם**, עמ' 60.

לוח 1 יחס סיכונים (OR) להימצאות מחלה ממושכת מגבילה באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית (מתוקן לגיל)

יהודים (סך הכול: 1,328)		ערבים (סך הכול: 902)		השכלה
OR		OR		
1.82	(8-0 שנים)	2.50	(8-0 שנים)	נמוכה
1.66	(9-12 שנים)	1.03	(9-11 שנים)	בינונית
0.99	(13-15 שנים)	0.99	(12 שנים)	בינונית-גבוהה
1.00	(+16 שנים)	1.00	(+13 שנים)	גבוהה
p<0.01		p<0.001		

מקור: N. Daoud, V. Soskolne, and O. Manor, "Examining Cultural, Psychosocial, Community and Behavioral Factors in Relationship to Socio-economic Inequalities in Limiting Longstanding Illness Among the Arab Minority in Israel," *Journal of Epidemiology and Community Health* 63 (2009): 351-358; V. Soskolne and O. Manor, "Health Inequalities in Israel: Explanatory Factors of Socio-economic Inequalities in Self-rated Health and Limiting Longstanding Illness," *Health & Place* 16 (2010): 242-251

נתונים דומים נמצאו גם לגבי מחלות ספציפיות, כגון מחלות לב וסוכרת. למשל, בקבוצת הגיל 65 ומעלה דיווחו כ-30% מבעלי 8-0 שנות לימוד על הימצאות סוכרת, לעומת 19% מבעלי 13-15 שנות לימוד.⁹

תחלואה נפשית. שיעורי הפרעות נפשיות קלות (דיכאון וחרדה) היו גבוהים פי 2 בקרב ילידי הארץ ברמת השכלה גבוהה (+16 שנים) מילידי הארץ בעלי השכלה נמוכה, אך לא נמצאו פערים כאלו בקרב ילידי חו"ל.¹⁰ אבל שיעורי מחלות הנפש החמורות היו גבוהים פי 4.4 בקרב בעלי הכנסה נמוכה לעומת בעלי הכנסה גבוהה.¹¹

השלכות הפערים החברתיים-כלכליים בבריאות

המדרג החברתי בפערים בבריאות מדגיש כי גם אלו הנמצאים מעט מעל לקו העוני נמצאים בסיכון לבריאות ירודה. בנוסף, ההוצאות לבריאות (ובכללן תשלומי מס) של אלו שמעל לקו העוני יכולות להורידם אל מתחת לקו. הדבר ניכר בשיעור הוויתור על תרופות בשל הצורך בתשלום: 37% מקרב בעלי הכנסה עד 4,000 ש"ח, 23.2% ברמת הכנסה של 4,000-8,000 ש"ח ו-5.6% בהכנסה מעל 8,000 ש"ח.¹² להידרדרות בבריאות השפעות ברורות על הירידה בתרומה לפריון כלכלי, והבריאות חדלה להיות משאב. במחקר מעקב שנמשך כחמש שנים נמצא למשל כי, כצפוי, הסיכוי לצאת ממעגל העבודה היה גבוה יותר בקרב בני 50-69 שחלה אצלם הרעה במצב הגופני, ובתוכם הסיכוי לצאת ממעגל העבודה היה גבוה יותר ככל שהשכלה הייתה נמוכה יותר.¹³

⁹ שם, עמ' 53.

¹⁰ O. Nakash, I. Levav, and G. Gilad, "Common Mental Disorders in Immigrant and Second-generation Respondents: Results from the Israel Based World Mental Health Survey," *International Journal of Social Psychiatry*, 2012, May 7 (online)

¹¹ C. Hudson and V. Soskolne, "Disparities in the Geography of Serious Mental Illness in Israel," *Health & Place* 18 (2012): 898-910

¹² אברבוך, קידר וחורב (לעיל הערה 7), עמ' 102.

¹³ אביעד טור-סיני ולאח אחדות, מקור אישי.

הפערים החברתיים-כלכליים בבריאות ופערים אתניים

מחקרים רבים מראים כי למרות שתחושות אפליה וחשיפה לגזענות קשורות לפערים אתניים בבריאות, בכל זאת הפערים במצב החברתי-כלכלי, כגון בהשכלה ובהכנסה של הפרט, הם הגורמים המסבירים פערים אתניים בבריאות.¹⁴ בישראל הפערים בתוחלת החיים, בתמותת התינוקות, בתחלואה הפיזית ובדיכאון לרעת האוכלוסייה הערבית לא הצטמצמו בשלושת העשורים האחרונים, וחלק ניכר מהם נובע מאי-שוויון חברתי-כלכלי בין האוכלוסיות או בגורמים הקשורים לכך, כגון שימוש בשירותי בריאות.¹⁵

ההסברים לפערים החברתיים-כלכליים בבריאות והמשמעויות שלהם לתכנון התערבויות

להלן ההסברים העיקריים שהוצעו לפערים החברתיים-כלכליים בבריאות:

1. מחסור במשאבים חומריים: מחקרים עדכניים מראים שמחסור חומרי (הכנסה) הוא גורם בעל תרומה חלקית בלבד. יש אף שמראים כי רמת הכנסה יחסית לאחרים חשובה יותר.¹⁶
2. הסביבה הנפשית-חברתית: כאן נכללים גורמים מצד הפרט (אוריינות בריאותית, חשיפה למצבי דחק, משאבים אישיים, תנאי תעסוקה, אפליה, הכנסה יחסית לאחרים וכו') ומצד הקהילה (תחושת מעורבות חברתית נמוכה, הון חברתי נמוך ובעיות בשכונה).¹⁷
3. מהלך החיים: יש עדויות רבות לכך כי המצב החברתי-כלכלי בילדות המוקדמת (ואפילו אצל עוברים) קשור לתחלואה ולתמותה בגרות, בנוסף לחסכים שהצטברו במהלך החיים.¹⁸
4. גם לגורמים ב"מעלה הזרם", ברמת המקור, יש השפעה על היווצרות הפערים. כאן הכוונה לגורמים מבניים ברמת הקהילה (למשל – תנאי מחיה, תשתיות, הספקת שירותים בקהילה/שכונה) וגם למשאבים הכלכליים והחברתיים (אפשרויות לרכישת השכלה, תעסוקה), למבנה הפוליטי ולמדיניות חברתית – כולם מעצבים את המעמד החברתי-כלכלי של הפרט.¹⁹

כיום ישנה הסכמה בין החוקרים כי הגורמים שצוינו לעיל פועלים במשולב ומשפיעים על הבריאות במישורין או דרך התנהגויות בריאות (של אורח החיים, כגון עישון, תזונה ופעילות גופנית), חשיפה לגורמים פתוגניים ושימוש בשירותי בריאות. התנהגויות בריאות הן הגורמים ברמת הפרט שהם הקרובים ביותר בהשפעתם על הבריאות, והן גורמים "במורד הזרם" בהשפעה על הבריאות. גם בהם בולט אי-שוויון. למשל, שיעורי העישון בישראל עולים עם הירידה בהשכלה. וכך, שיעור המעשנים בקרב בעלי ההשכלה הנמוכה כפול משיעורם בקרב בעלי ההשכלה האקדמית, ושיעור העוסקים בפעילות גופנית יורד עם הירידה בהכנסה;²⁰ פערים חברתיים-כלכליים באורח החיים מתבטאים בהשמנה, שמהווה גורם סיכון למחלות; ככל שיועד המעמד החברתי-כלכלי של יישוב המגורים עולה שיעור בעלי עודף משקל. לדוגמה, שיעור הסובלים מהשמנת

J. Y. Nazroo, "The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism," *American Journal of Public Health* 93 (2003): 277–284

¹⁵ נביל חטאב ושלומית קגיה, **אי-שוויון בבריאות בין ערבים ליהודים בישראל**, ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה, 2011.

R. G. Wilkinson and K. E. Pickett, "Income Inequality and Social Dysfunction," *Annual Review of Sociology* 35 ¹⁶ (4) (2009): 93–511

M. G. Marmot and R.G. Wilkinson, "Psychosocial and Material Pathways in the Relation Between Income and Health: A Response to Lynch et al.," *British Medical Journal* 322 (7296) (2001): 1233–1236 ¹⁷

N. E. Adler and J. Stewart, "Health Disparities Across the Lifespan: Meaning, Methods, and Mechanisms," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1186 (2010): 5–23 ¹⁸

P. Braveman, S. Egerter, and D. R. Williams, "The Social Determinants of Health: Coming of Age," *Annual Reviews of Public Health* 32 (2011): 381–398 ¹⁹

²⁰ **פני החברה בישראל**, ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2012, פרק 5: בריאות.

יתר ביישובים במעמד חברתי-כלכלי נמוך הוא 16%, לעומת 10.8% ביישובים במעמד חברתי-כלכלי גבוה.²¹ חשוב להדגיש כי הפערים בעודף משקל מתחילים כבר בילדות, אפילו בגיל שנתיים,²² ומכאן חשיבות ההשקעה בהתערבות בגילים אלו.

עם זאת חשוב לזכור כי נוסף על גורמי הסיכון המסבירים את הפערים בבריאות, מאפיינים מסוימים של אנשים וקהילות נמצאו כגורמים המגנים על הבריאות (salutogenesis), כגון חוסן של הפרט, מעורבות חברתית, לכידות ותמיכה חברתית. כל אלו תורמים לבריאות טובה של פרטים וקהילות במעמד חברתי-כלכלי נמוך.²³ חשוב לחזק אותם ובד בבד להפחית את גורמי הסיכון בעת התוויית המוקדים לצמצום פערים בבריאות.

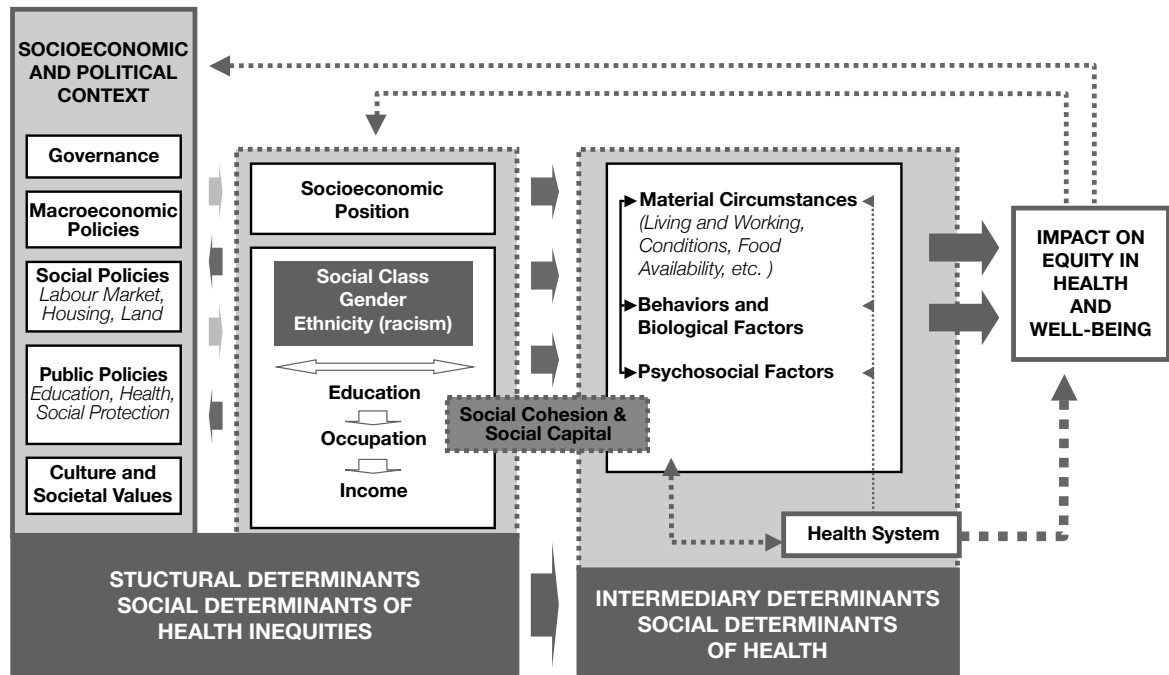
לסיכום, פערים בבריאות נגרמים משילוב של גורמים. לפיכך פתרונות המושתתים על הגדלת הכנסה בלבד, שינוי באורח חיים או שיפור בהספקת שירותי הבריאות אינם מספיקים. התערבויות לצמצום הפערים צריכות להתמקד בשילוב של גורמים, ברמות השונות (ראו להלן "התערבויות"). הבנה זו היא שהביאה את ארגון הבריאות העולמי להתוות את המודל שלהלן (תרשים 4) כבסיס לתכנון התערבויות.

ש.ס.²¹

L. M. Rossen and K. C. Schoendorf, "Measuring Health Disparities: Trends in Racial-ethnic and Socioeconomic Disparities in Obesity Among 2 to 18 year Old Youth in the United States, 2001-2010," *Annals of Epidemiology* 22 (10) (2012): 698-704

E. Chen, "Protective Factors for Health Among Low-socioeconomic-status Individuals," *Current Directions in Psychological Science* 21 (3) (2012): 189-193

תרשים 4 השפעת גורמים חברתיים על אי-שוויון בבריאות, מסגרת מושגית



מקור: O. Solar and A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), Geneva: World Health Organization, 2010, www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf

התערבויות לצמצום הפערים

במסמך של ארגון הבריאות העולמי²⁴ הוצעו ארבעה עקרונות לצמצום פערים בבריאות:

1. צמצום פערים בריבוד החברתי ובפערים בכוח, במעמד, בהכנסה ובעושר.
2. צמצום החשיפה לגורמי סיכון בריאותיים ששכבות חברתיות נמוכות סובלות מהם.
3. מעקב וניטור אחר החשיפה של השכבות החברתיות הנמוכות לתנאים שמזיקים לבריאות.
4. פיתוח התערבויות דרך שירותי הבריאות על מנת לצמצם את ההשפעות על החולי וכדי למנוע הידרדרות נוספת בשכבות החלשות.

עקרונות אלו מדגישים כי פעולות לצמצום הפערים בבריאות אינן יכולות להתבצע אך ורק על ידי מערכת הבריאות אלא דורשות מחויבות ממשלתית ופעולות רב-מערכתיות, הכוללות שיתופי פעולה בין-משרדיים ובין-מגזריים.

²⁴ World Health Organization, *Closing the Health Equity Gap, Policy Options and Opportunities for Action*, Geneva:

- מבחינת הצבת היעדים ומבחינת הדרכים להשגתם מקובל להבחין בין שלוש גישות עיקריות לצמצום פערים :
- א. **התערבות "במעלה הזרם" ברמת המקור.** שמה דגש על הטיפול בגורמים חברתיים-כלכליים התורמים להיווצרות הפערים. לדוגמה, צמצום פערים בהשכלה, בתעסוקה ובהכנסה. פעילות זו אינה מתפקדה של מערכת הבריאות אלא של כלל המערכות החברתיות, והיא מאפיינת את מדינות סקנדינביה, אשר מכוונות את פעילותן לצמצום פערים על ידי השקעה במערכת הרווחה, בשינוי מערכת המיסוי וכד'.
 - ב. **התערבות "באמצע הזרם".** מתבצעת באמצעות מערכת הבריאות לשיפור נגישות השירותים או לחיזוק קהילות חלשות.
 - ג. **התערבות "במורד הזרם".** מטרתה לטפל בגורמים ברמת הפרט, לדוגמה: תכניות קידום בריאות לשינוי התנהגות בריאות.

דוגמאות מהעולם למדיניות של טיפול "במעלה הזרם"

שוודיה. צמצום ההפרדה בדיור ובבידוד החברתי והגברת ההשתתפות בפעילות גופנית, העברת משאבים לבתי ספר נזקקים, הפחתת האבטלה בקרב מהגרים.

קנדה. מהראשונות שטיפלו בגורמים החברתיים-כלכליים לקידום הבריאות באוכלוסייה. המסמך הראשון שהדגיש גורמים אלה של שר הבריאות ללונד (1974), שטען שקידום הבריאות באוכלוסייה איננו תלוי רק במערכת הבריאות אלא גם במערכות חברתיות אחרות. החל משנות התשעים המדיניות כללה פעילויות בתחום המגוון של כלל הגורמים החברתיים-כלכליים שמשפיעים על הבריאות, וב-1998 הוחלט על התמקדות בצמצום הפערים בהכנסה, בתמיכה חברתית, בהשכלה, בתעסוקה, בתנאי עבודה, בגדילה והתפתחות ילדים ובשירותי הבריאות.

אנגליה. ממשלת בלייר הכריזה ב-1997 על תכנית לאומית לשיפור שירותי הבריאות ושיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה, בכלל זה צמצום פערים בתחום הבריאות. הצמצום כלל, למשל, אסטרטגיות רב-תחומיות כמו Health Action Zones והקמת מרכזים לטיפול רפואי וסוציאלי בילדות המוקדמת (Sure Start Centers). מחקר הערכה של המצב עד 2010 הראה כי חל שיפור ניכר במדדי הבריאות באופן כללי אך לא הושגו היעדים לצמצום פערי הבריאות (תוחלת חיים, עישון ועוד), פרט לצמצום מסוים בתמותת תינוקות, שהסתמן רק לקראת סיום פעילותה של ממשלת הלייבור – ירידה של 25% ביחס הסיכונים בין המעמד הנמוך לבין כלל האוכלוסייה.²⁵ ייתכן שנדרש זמן ארוך יותר להשגת צמצום אי-השוויון בבריאות לעומת הזמן הנדרש לשיפור במדדי הבריאות באופן כללי.

דוגמאות מישראל: משרד הבריאות וקופות החולים

משרד הבריאות קבע את צמצום הפערים בבריאות כאחד היעדים המרכזיים האסטרטגיים שהוגדרו בתכנית העבודה שלו לשנים הקרובות. לנוכח שליטתו המוגבלת של המשרד בהשפעה על הגורמים ברמת "מעלה הזרם", המשרד מיקד את עיקר מאמציו בטיפול בפערים ברמה של מערכת הבריאות ותמרץ בתוך כך את ארגוני הבריאות לבצע התערבויות ברמת הפרט. ההתערבויות לצמצום הפערים על ידי משרד הבריאות וקופות החולים מכוונות לשיפור מצב הבריאות בכל המדרג החברתי ובאוכלוסיות חלשות מוגדרות.

²⁵ P. Vizard and P. Obolenskaya, *Labour's Record on Health (1997-2010)*, London: The Center for Analysis on Social Exclusion, London School of Economics and Political Science, 2013

מנופי שינוי בשיתופי פעולה בין-משרדיים ובין-מגזריים על ידי משרד הבריאות

הפעילויות כוונו בעיקר לשתי אוכלוסיות יעד – תושבי פריפריה ("פריפריה גאוגרפית") ואנשים במעמד חברתי-כלכלי נמוך ("פריפריה חברתית"). כמו כן הוחלט לשפר את השירות לאוכלוסיות שמאופיינות בשונות תרבותית ולשונית.

להלן היעדים האופרטיביים שקבע לעצמו משרד הבריאות במסגרת "עמוד אש אי-שוויון", כחלק מיעדי הפעילות של המשרד לשנים 2011-2014 ודוגמאות לפעילויות שהמשרד עשה להשגתם:

1. **צמצום הפערים בנגישות הכלכלית לשירותי הבריאות.** הרחבת מערכת הנחות ופטורים לקבוצות החלשות. למשל: ביטול אגרת טיפות חלב; הפחתת השתתפות עצמית בתרופות גנריות; טיפול שיניים לילדים עד גיל 12 בסל שירותי בריאות; הפחתת ההשתתפות העצמית של קשישים ניצולי שואה.
2. **צמצום ההשפעה של הבדלי תרבות על השימוש בשירותי בריאות או על איכותם.** נקבעו סטנדרטים של שירות אשר יקדמו התאמה לשונית ותרבותית של השירות לאוכלוסיות השונות ונבנו מענים מערכתיים ארוכי טווח להשגת יעד זה.
- למשל: פרסום חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא זה בשנת 2011; הכשרות לממונים על תחום ההנגשה התרבותית בארגוני בריאות; הקמת מוקד תרגום רפואי טלפוני רב-לשוני; תרגום אתר האינטרנט של המשרד לשפות נוספות.
3. **הימצאות כוח האדם הרפואי האיכותי והמקצועי בפריפריה בהיקף מספק ושיפור התשתיות הפיזיות באזורי הפריפריה.** מדובר בשינויים מערכתיים שאמורים להביא לשיפור מאזן הפרישה של כוח האדם והטכנולוגיות הרפואיות בין המרכז לפריפריה.
- למשל: תוספות תקנים לכוח אדם ולמיטות אשפוז וגם יחידות מקצועיות לבתי חולים בפריפריה; הקמת בית ספר לרפואה (חמישי) בצפת; הקמת מוקדים לרפואה דחופה ביישובים בפריפריה.
4. **תמרוץ קופות החולים לביצוע פעולות לצמצום אי-השוויון.** פותחו תמריצים לארגוני בריאות כדי שישקיעו בצמצום פערים באוכלוסיות חלשות.
- למשל: מבחני תמיכה לקופות חולים אשר נותנים להן החזר על פעילויות שעשו לשיפור תשתיות בפריפריה; תכניות התערבות באוכלוסיות חלשות.
5. **הקמת מאגר מידע בנושאי תחלואה, נגישות וזמינות שירותים וכן בנושא פעולות התערבות אפקטיביות לצמצום אי-השוויון בבריאות.**

נוסף על כל אלה מתקיימת פעילות לצמצום פערים ששותפים לה משרדי ממשלה, רשויות מקומיות והמגזר השלישי. הדוגמה הבולטת היא התכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא שהחלה לפעול ב-2011 ואשר יעדיה כוללים הפחתה בהשמנה באוכלוסייה באמצעות תגבור הפעילות הגופנית, הורדת צריכת המלח היומית, צמצום שעות הצפייה בטלוויזיה בקרב ילדים וכד'. התכנית הציבה יעדים דיפרנציאליים לאוכלוסייה היהודית והערבית במטרה להשיג צמצום ממשי באוכלוסייה הערבית, שבה יש שכיחות גבוהה יותר של עודף משקל. התכנית פועלת ב-15 יישובים, בשלוש אסטרטגיות: העשרת ידע, יצירת סביבה מקדמת בריאות ותמרוץ ארגונים ורשויות להיות מעורבים בקידום הבריאות. כמה מעקרונות הפעלת התכנית – כגון תכנון משותף, שילוב תחומי מדיניות ומימון משותף – תואמים את גישת HiAP (Health in All Policies) של ארגון הבריאות העולמי לקידום שוויוניות בבריאות.²⁶ דוגמה נוספת לשיתוף בין-משרדי ובין-מגזרי

Y. Kranzler, N. Davidovich, Y. Fleischman, I. Grotto, D. S. Moran, and R. Weinstein, "A Health in All Policies Approach to Promote Active, Healthy Lifestyle in Israel," *Israel Journal of Health Policy Research* 2 (1) (2013):

(הממשלה, מרכז השלטון המקומי וג'וינט ישראל) היא התכנית הלאומית לטיפול בילדים ובבני נוער בסיכון ובמצוקה ממעמד חברתי-כלכלי נמוך וכן באוכלוסייה שיש לה אופי חברתי ותרבותי ייחודי (עולים, ערבים וחרדים). התכנית נותנת מענים מקצועיים לקידום הבריאות הפיזית וההתפתחותית, ללמידה, לרווחה נפשית, למסגרות חברתיות ועוד.

דוגמאות לתכניות התערבות של קופות החולים

בשנים האחרונות היו מספר תכניות עצמאיות ויזומות על ידי קופות החולים השונות שהצליחו לצמצם את הפערים בבריאות על ידי הפחתת ההשתתפות העצמית, התאמה תרבותית, מיקוד באוכלוסיות בסיכון והתאמת צעדי ההתערבות לשפה, לתרבות, לרמת האוריינות ולרמת ההבנה. להלן דוגמאות אחדות לתכניות שמוכיחות כי ניתן, במהירות יחסית ובהשקעה לא גדולה, לצמצם באופן ניכר את הפערים הקיימים היום במדדי הבריאות:

פרויקט לוטוס: הפחתת ההשתתפות העצמית מביאה להיענות גבוהה לטיפול במחלות כרוניות ולשיפור קליני מהיר באיזון המחלות. במחוז מרכז של שירותי בריאות כללית בערים רמלה ולוד מתגוררת אוכלוסייה ברמה חברתית-כלכלית נמוכה עם ריבוי מחלות כרוניות והיענות נמוכה לטיפול (שהיא אחד הגורמים לחוסר איזון ושליטה בתחלואה הכרונית).

נוצר קשר עם תורם שהסכים לכסות את עלות ההשתתפות העצמית של חולים ממעמד נמוך שאינם קונים לעצמם תרופות כרוניות. אותרו חולים במחלות כרוניות (היפרליפידמיה, יתר לחץ דם, סוכרת) שבהן ההיענות והאיזון ניתנים למדידה. מתוכם נבחרו 235 איש במעמד חברתי-כלכלי נמוך שאינם רוכשים תרופות כרוניות בצורה מסודרת. הם קיבלו "כרטיס אשראי", ובאמצעותו הם שילמו עבור התרופות הכרוניות שנרשמו להם. כבר לאחר 6 חודשים נמצאה היענות גבוהה מאוד לטיפול (92%), והושג שיפור מובהק באיזון הסוכרת, ביתר לחץ הדם ובשומני הדם. גם ההיענות וגם השיפור נשמרו במשך שנה עד שנתיים. הפרויקט הורחב לאזורים נוספים, ונכללו בו כ-1,300 חולים כרוניים מורכבים. ההשקעה מצד התורם הייתה כמיליון ש"ח לשנה.

המסקנה: הפחתת ההשתתפות העצמית ברכישת התרופות מגבירה את ההיענות לטיפול ומשפרת את מדדי האיזון של חולים כרוניים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך.

שימוש בחוגי בית לנשים ערביות לצורך שיפור היענות שלהן לטיפול במחלות כרוניות. במחוז צפון של קופת חולים מאוחדת נעשה שימוש בחוגי בית לנשים (אמצעי השפעה מוכר ממערכות בחירות) תוך התאמה תרבותית לעידוד נשים להיענות לבדיקות סקירה ולשיפור האיזון והטיפול במחלות כרוניות. בשנת 2011 נשים ממעמד חברתי חזק בקהילה זימנו חוגי בית בביתן. החוגים שילבו מפגש חברתי עם הנחיה מקצועית לפעולות לשיפור בריאות הנשים על ידי אחיות דוברות ערבית. במפגשים השתתפו כ-5,500 נשים. נמצא שיפור בביצוע בדיקות בקרב חולות סוכרת (ביצוע הבדיקות עלה בעשרות אחוזים ובעקבותיהן השתפר איזון הסוכרת ב-20%).

שיפור מדדי איכות קלינית על ידי התאמת אמצעי ההתערבות לשפה, לתרבות ולדרכי ההשפעה המיוחדות על אוכלוסיית יעד חלשה. פעילות כזו בוצעה במרפאת יפו של מכבי שירותי בריאות, שרוב מבוטחיה ביפו הם ערבים משכבה חברתית-כלכלית נמוכה. תוצאות ההתערבות הראו שבזמן קצר יחסית (9 חודשים) נסגר פער של כמעט 30% במדדי האיזון של סוכרת בין אוכלוסיית המרפאה לבין המדד הארצי הממוצע בקרב כלל מבוטחי מכבי.

בשני הפרויקטים האחרונים ההשקעות היו זניחות ונעשו בד בבד עם העבודה השוטפת.

לסיכום

בעשור האחרון עלתה המודעות לפערים החברתיים-כלכליים בבריאות, ובעקבותיה הוחל בפעולות ייעודיות לצמצום הפערים בבריאות בישראל. פעולות אלו עדיין מוגבלות בהיקפן, אך ישנן עדויות ראשוניות לתוצאות התערבויות בתוך מערכת הבריאות הממוקדות באוכלוסיות חלשות. בהסתמך על הראיות שיש בידינו ששילוב גורמים ברמות שונות ובכל שלבי מהלך החיים הם התורמים לאי-שוויון חברתי-כלכלי בבריאות אנו סבורים כי נדרשת פעולה רחבה יותר – בין-מערכתית – לצמצום הפערים.

אנו ממליצים על גיבוש מדיניות ממשלתית כוללת לצמצום הפערים בבריאות מתוך פיתוח אסטרטגיות מותאמות להקשר החברתי-כלכלי של ישראל. העיתוי המיטבי להתערבות, אך לא היחיד, לצמצום הפערים יכול להיות בילדות המוקדמת, שכן זו השקעה במניעה שתיתן תשואה בטווח הזמן הארוך.

הנטל הכלכלי שגורמים הפערים בבריאות

עמיר שמואלי, ערן פוליצר, ניר קידר, גור עופר

רקע

בעשור האחרון יש התעניינות מוגברת בתועלת הכלכלית האפשרית משיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה. בשנת 2001 פרסם ארגון הבריאות העולמי (WHO) את דוח הוועדה למקרו-כלכלה ובריאות שהראה כי שיפור במצב הבריאות הוא הדרך העיקרית להגדלת קצב הצמיחה הכלכלית, להעלאת רמת החיים ולצמצום העוני בארצות עם הכנסה נכונה ובינונית.²⁷ שני דוחות של ועדות של האיחוד האירופי משנת 2005 ומשנת 2008 הרחיבו את תחום הדיון לארצות עם הכנסה נכונה גבוהה.²⁸ המסר המרכזי הוא שיש תועלות כלכליות משמעותיות להשקעה בבריאות ושאלם האיחוד האירופי מעוניין לשפר את מעמדו בסביבה התחרותית הגלובלית, עליו להשקיע בהון אנושי כולל בבריאות האזרחים. התועלת הכלכלית נובעת הן מראיית הבריאות כמוצר הון (capital good) המשפר את הפריון והצמיחה והן כמוצר תצרוכת המניב תועלת כשלעצמו (מבריאות טובה) כרכיב חשוב ברווחת האוכלוסייה.

קשרים אלה מתמקדים ונמדדים בדרך כלל בבריאות הממוצעת באוכלוסייה. אולם בכל מקום שהנושא נבחן נמצאו פערים גדולים בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה במצב חברתי-כלכלי שונה. הממצא האופייני הוא שקבוצות ברמה חברתית-כלכלית נמוכה מבחינת השכלה, תעסוקה והכנסה סובלות ממצב בריאות ירוד יותר, מתמותה גבוהה יותר ומרמות מוגבלות גבוהות יותר. שיפור מצב הבריאות של קבוצות חלשות הוא אחד הגורמים הבטוחים ביותר להעלאת רמת הבריאות הממוצעת באוכלוסייה.

אחד הנתונים החשובים בדרך לשיפור מצב הבריאות של הקבוצות החלשות מבחינה חברתית-כלכלית הוא אומדן הנטל הכלכלי של אי-השוויון בבריאות, ומכאן – אומדן התועלת הכלכלית מצמצומו. ואמנם שתי עבודות – אחת שנעשתה באנגליה והאחרת באיחוד האירופי – התמקדו לאחרונה במדידת נטל זה.

כחלק מעבודת הוועדה שתפקידה להציע דרכים לצמצום הפערים בבריאות באנגליה שלאחר 2010 (*The Marmot Review*) חושבו עלויות אי-השוויון בבריאות.²⁹ המטרה הייתה להתמקד ברכיבים המרכזיים של נטל זה ולהגיע לאומדן של סדר הגודל שלו. בהתאם לידוע ממחקרים על אי-שוויון בבריאות התמקדה העבודה בשלוש קבוצות ראשיות של עלויות הנגרמות מפערים בבריאות:

- **תמותה מוקדמת ומוגבלויות.** יש שונות ניכרת בתוחלת החיים ובתוחלת החיים ללא מוגבלות בין יישובים ושכונות השונים במצבם החברתי-כלכלי. על ידי שימוש בערך החברתי של שנת חיים ושל שנת חיים ללא מוגבלות ניתן לאמוד את הנטל הכלכלי של אובדן שנות חיים ושנות חיים ללא מוגבלות הנובע מאי-השוויון החברתי-כלכלי.

World Health Organization, *Commission on Macroeconomics and Health: Working Group 5: Improving Health* ²⁷

Outcomes of the Poor, Geneva: World Health Organization, 2001

Union, Brussels: European M. Suhrcke et al., *The Contribution of Health to the Economy on the European* ²⁸

Commission, 2005; M. Suhrcke et al., *The Economic Costs of Ill Health in the European Region*, Copenhagen:

World Health Organization, Europe, 2008

Frontiers Economics, *Estimating the Costs of Health Inequalities*, A report prepared for the *Marmot Review*, ²⁹

London: Frontiers Economics, 2010, <http://tinyurl.com/Marmot2010>

- **אובדן ימי עבודה.** תחלואה ומוגבלות בגיל העבודה גורמים לירידה בפרייון ובתרומה לתמ"ג. אובדן ימי עבודה בגלל תחלואה ותמותה גורמים בהמשך גם להקטנה בהכנסות ממיסוי ולעלייה בתשלומי ההעברה והתמיכות. (הממשלה נושאת בעלות אחרונה זו. מבחינת המשק, אלו העברות בין השחקנים).
- **עלויות טיפול רפואי מוגבר בגלל מצב בריאות ירוד בקרב הקבוצות החלשות חברתית-כלכלית.**

העבודה התמקדה ב־אי-שוויון הקשור בהכנסה והגדירה את צמצומו בבריאות על ידי שני תרחישים (counterfactuals). בתרחיש 1 צמצום אי-השוויון בבריאות מתבטא בהגדלת תוחלת החיים ותוחלת החיים ללא מוגבלות לרמה הממוצעת של העשירון העליון של השכונות, מסודרות לפי רמת הכנסה. בתרחיש 2 כל השכונות משתוות למצב הבריאות הממוצע במחצית העליונה של השכונות.

בהתבסס על נתוני הכנסות, מוגבלות, תוחלת חיים ותמותה לפי גיל בשכונות השונות, נמצא כי עבור השנתון שנולד בשנת 2010 וייהנה מפירות ההשקעה בהקטנת אי-השוויון בבריאות לפי תרחיש 2 (אפשר גם לחשב את הנטל עבור האוכלוסייה כולה לפי מבנה הגיל שלה בהווה):

- סך השנים האובדות בגלל אי-השוויון מסתכם ב-0.8 מיליון, כלומר 1.3 שנים לאדם. סך השנים ללא מוגבלות שאובדות בגלל אי-השוויון בדפוסי המוגבלות בין הקבוצות הוא 1.7-2.5 מיליון, או 2.5-3.8 שנים לאדם. לפי ערך חיי אדם של 58,000 ליש"ט (ערך המקובל על משרד התחבורה האנגלי בחישובי כדאיות השקעה בתשתיות תחבורה) ושער ניכיון של 3.5%, הערך המהווה של שנות החיים האבודות מסתכם ב-2.2 ביליון ליש"ט.
- סך ערך אובדן תפוקה עד גיל 65 בגלל אי-שוויון בתחלואה (לפי תרחיש 1, לא כולל תמותה לפני גיל 65, שגם היא גורמת לאובדן תפוקה) מסתכם ב-31 ביליון ליש"ט. העלות לממשלה בגלל קצבאות מחלפות עבודה ומסים אבודים היא בסכום דומה.
- עלות הטיפול הרפואי העודף בגלל אי-השוויון מהווה כ-15% מעלות הטיפול הרפואי או כ-5.5 ביליון ליש"ט (זה אומדן חסר בגלל השמטת שירותים).

מכאן שסך הנטל הכלכלי של אי-השוויון בבריאות הקשור בהכנסה באנגליה עומד על כ-39 ביליון ליש"ט לשנה. סכום זה שקול לכ-16% מההוצאה הלאומית לבריאות ולכ-2% מהתמ"ג.

המדד למעמד חברתי-כלכלי ששימש להערכת הנטל הכלכלי של אי-השוויון בבריאות באיחוד האירופי בשנת 2004 הוא רמת ההשכלה.³⁰ תרחיש השוויון אומר כי מצב הבריאות של מחצית מהאוכלוסייה בעלת ההשכלה הנמוכה יהיה שווה למצב הבריאות הממוצע של מחצית האוכלוסייה בעלת ההשכלה הגבוהה. מצב הבריאות נמדד על ידי תמותה (שעור התמותה מתוקנן לגיל בקרב 50% בעלי ההשכלה הנמוכה הוא גבוה ב-36% מזה שבקרב מחצית האוכלוסייה בעלת ההשכלה הגבוהה) ועל ידי הערכה עצמית של מצב הבריאות (השיעור המתוקנן לגיל של המעריכים את מצב בריאותם כ"פחות מטוב" בקרב הלא משכילים גבוה ב-45% מזה שבקרב המשכילים).

הרכיבים שלהלן נכללו בחישוב הנטל הכלכלי של אי-השוויון בבריאות:

- שנות חיים שאובדות בגלל שיעור תמותה גבוה יותר בקרב הלא משכילים מוערכות לפי 58,000 אירו לשנה.
- תוחלת חיים ארוכה יותר במצב בריאות "פחות מטוב" בקרב הלא משכילים.

³⁰ J. P. Mackenback, W. J. Meerdink, and A.E. Kunst, "Economic Costs of Health Inequalities in the European Union," *Journal of Epidemiology and Community* 65 (5) (May 2011): 412-419

- ג. אובדן תוצר עקב בריאות לקויה יותר בקרב הלא משכילים (נמדד על ידי הפרשי הכנסות מעבודה).
- ד. עלות הטיפול הרפואי העודף בקרב הלא משכילים כפי שנחזה לפי מצב הבריאות המדווח.

התוצאות ל-25 מדינות האיחוד האירופי מראות כי אי-השוויון בבריאות מביא ל-707,000 מקרי מוות. כל אחד מהם גורר אובדן של 16 שנות חיים. סך שנות החיים שאובדות בגלל אי-השוויון הוא 11.4 מיליון. סך הערך הכספי של אובדן שנות חיים אלה הוא כ-700 ביליון אירו, שווה ערך לכ-7% מהתמ"ג של האיחוד האירופי. 4.3 מיליון שנות חיים במצב בריאות "טוב" נוספות אובדות בגלל הפערים במצב הבריאות בערך כספי של 280 ביליון אירו שהם 2.7% מהתמ"ג. סך הפסד התוצר (הכנסות) בגין אי-השוויון מגיע ל-141 ביליון אירו, או ל-1.35% מהתמ"ג. סך עלות הטיפול הרפואי העודף בגלל אי-השוויון בבריאות הוא 177 ביליון אירו, או 1.7% מהתמ"ג וכ-20% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות.

הנטל הכלכלי שנגרם מהפערים בבריאות, אומדן ראשוני

נתונים

- היחידה הכלכלית בניתוח היא היישוב.
- בריאות נמדדת על ידי תוחלת החיים בלידה או על ידי שיעורי הפטירה המתוקננים לגיל.
- מצב חברתי-כלכלי נמדד על ידי הכנסה או על ידי הציון החברתי-כלכלי.
- המקור לנתונים הוא הלמ"ס ומשרד הבריאות.³¹

רכיבי הנטל הכלכלי

- הערך החברתי של שנות חיים שאובדות (ערך חיים בגישת כלכלת הרווחה).
- אובדן תמ"ג בגלל אי-מיצוי גיל העבודה עקב תמותה מוקדמת (ערך חיים בגישת ההון האנושי).
- העלות העודפת של טיפול רפואי בגלל מצב בריאות ירוד.

תרחיש השוויון

- היישובים המשתתפים בניתוח (סדרה שונה בכל רכיב לפי זמינות הנתונים) סודרו לפי ממוצע ההכנסה למבוגר סטנדרטי או לפי ציון חברתי-כלכלי.
- חושב הממוצע המשוקלל (לגודל אוכלוסייה) של מצב הבריאות ב-50% היישובים ברמה החברתית-כלכלית הגבוהה ("העשירים"). זהו "יעד השוויון".
- תרחיש השוויון מתאר מצב שבו כל 50% היישובים ה"עניים" נהנים מיעד שוויון השווה לממוצע המשוקלל הני"ל. סך הסטיות מהממוצע המשוקלל ב-50% היישובים העשירים הוא 0, כך שבחישוב הנטל לא נכללים ההבדלים בין היישובים העשירים.
- למרות זאת, היות שהמצב החברתי-כלכלי או ההכנסה אינם מסבירים את הפערים בבריאות במלואם, והואיל וההשפעה השולית של מצב זה על מצב הבריאות היא לא תמיד גדולה (כלומר קו המגמה אינו תלול מספיק), יש יישובים עניים שמשגיגים תוצאות בריאותיות טובות מיעד השוויון. יישובים אלה הושמטו מחישוב הנטל.

³¹ פנינה צדקה וארי פלטיאל, פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל, 1998-2002, ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והאגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, 2006.

הערך החברתי של שנות חיים שאובדות

מצב בריאות נמדד בסעיף זה על ידי תוחלת חיים בלידה. יש בידינו נתוני תוחלת חיים לפי יישובים רק ל-27 יישובים המונים 50,000 תושבים ויותר (סך כל האוכלוסייה ביישובים אלה עומדת על 4.3 מיליון תושבים). הנתונים הם לשנים 2005-2009. חישוב הנטל מתייחס לערך המהווך (ממועד הפטירה לפי תוחלת החיים בלידה) של שנות החיים שאובדות בכל יישוב ויישוב לנוכח מצבו הכלכלי-חברתי.

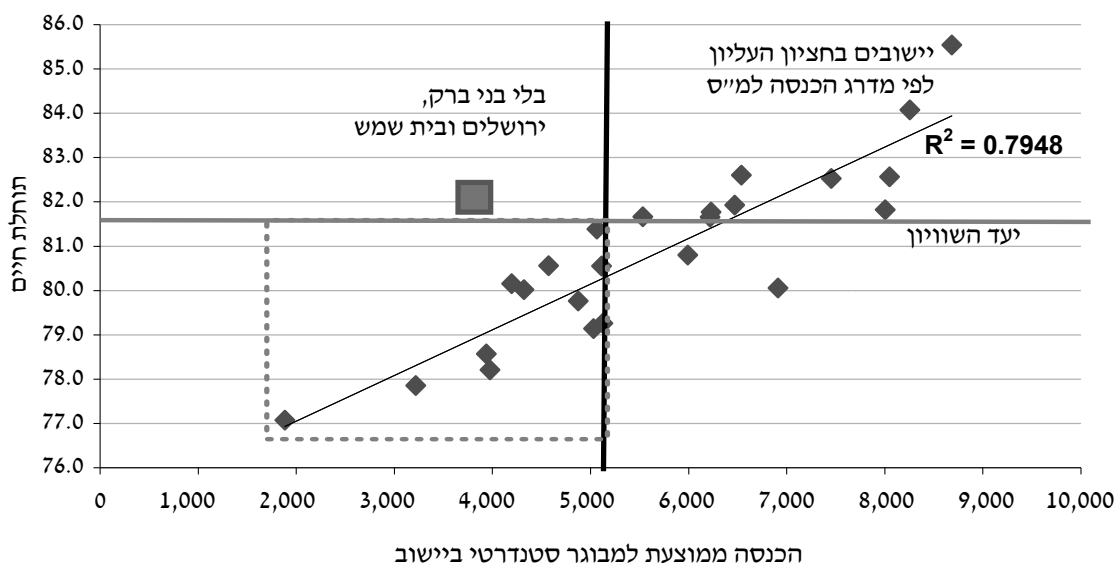
מצב חברתי-כלכלי נמדד על ידי ממוצע ההכנסה למבוגר סטנדרטי ביישוב. הנתונים הם משנת 2008. תרשים 1 מתאר את הקשר בין תוחלת חיים להכנסה למבוגר סטנדרטי ב-24 יישובים. שלושת היישובים שהאוכלוסייה הדתית-חרדית בהם גדולה יחסית (בני ברק, ירושלים ובית שמש) מאופיינים בהכנסה ממוצעת נמוכה יחסית ובתוחלת חיים גבוהה יחסית (בסביבות 82 שנים). לכן בשלוש הערים האלה רמת ההכנסה הממוצעת הנמוכה אינה קשורה בתוחלת החיים. כאשר משמיטים את שלושת היישובים הללו מן החישוב, מתקבל קשר לינארי טוב (מקדם הסבר של 0.8) המעיד כי ככל שעולה ההכנסה הממוצעת ביישוב, כך עולה תוחלת החיים.

יעד השוויון הוא תוחלת חיים של 81.54 שנים, שהוא הממוצע המשוקלל של תוחלת החיים ב-13 היישובים שרמות ההכנסה הממוצעות בהם הן הגבוהות ביותר (ממוצע ההכנסה למבוגר סטנדרטי של 5,100 ש"ח מחלקת את היישובים לשתי קבוצות שוות בגודלן).

היישובים העניים שתוחלת החיים בהם נמוכה מיעד השוויון – ובהם מתרכז אובדן שנות החיים – מרוכזים בתרשים 1 בתיבה שברביע השמאלי התחתון. אילו הושג יעד השוויון ביישובים האלה, היו נחסכות 2,087,469 שנות חיים או 0.92 שנים בממוצע לתושב, ביישובים העניים. היות שהשנים הנוספות מתווספות בתום תוחלת החיים הנוכחית, יש להוון את ערך תוספת שנות החיים ללידה (או את השנים שאובדות בגלל אי-השוויון בתוחלת החיים). השתמשנו בשער ניכיון של 3.5%.

הארגון WHO ממליץ להעריך שנת חיים מבחינה חברתית כ-3 פעמים התמ"ג לנפש. במחירי 2012 ערך זה הוא 352,701 ש"ח. מכאן שהערך החברתי של שנות החיים האבודות בגלל פערים בתוחלת החיים הקשורים בפערי הכנסות מסתכם ב-48,550 מיליון ש"ח לשנה. אם נאמץ את אומדן משרד התחבורה בנוהל פרי"ת (פרויקטים תחבורתיים), נקבל ערך שנת חיים של כ-150,000 ש"ח (ערך חיים של הרוג בתאונת דרכים של 6 מיליון ש"ח, שפירושו אובדן של 40 שנות חיים), ולכן אומדן הערך הנדון הוא כ-20,648 מיליון ש"ח. בהנחה שדפוסים אלה מתקיימים גם בשאר היישובים, ניפוח האומדנים לכלל האוכלוסייה (7.1 מיליון תושבים) מביא לאומדני נטל של 80,164 מיליון ש"ח ול-34,093 מיליון ש"ח בשנה, בהתאמה.

תרשים 1 תוחלת חיים בלידה ביישוב



מקור: חישובי הצוות.

אובדן תמ"ג בגלל אי-מיצוי גיל העבודה (תמותה מוקדמת)

בגישת ההון האנושי ערך חיי אדם שנפטר לפני גיל הפרישה (65) הוא השווי בזמן המוות של זרם ההכנסות שלו בשוק העבודה. תמותה מוקדמת משמעה יציאה מוקדמת מכוח העבודה ולכן אובדן של תמ"ג בגובה הערך הנוכחי של הכנסותיו העתידיות של הנפטר אילו חי עד גיל הפרישה.

תרשים 2 מציג את הפיזור של שיעורי הפטירות ל-1,000 נפש לפי גיל ב-105 יישובים המונים מעל 10,000 תושבים. התרשים מתמקד בגילים 54-45 ו-64-55. תרשימים דומים לגילים הצעירים והמבוגרים יותר מוצגים בנספח בתרשימים 2א ו-2ב, בהתאמה. סך כל האוכלוסייה המיוצגת בתרשימים הוא 5.9 מיליון תושבים. בכל הגילים מתקיים קשר שלילי בין שיעורי הפטירה ביישוב לבין הציון החברתי-כלכלי של היישוב. ואולם חוזקו של הקשר משתנה לפי הגיל. בגילים 4-0 ו-64-55 הקשר הוא החזק ביותר (מקדם הסבר של 0.5); בגילים 74-65 מקדם ההסבר הוא 0.42; בגילים 54-45 – 0.2; בגילים 24-5 ו-75+ – 0.1. הקשר החלש ביותר נמצא בגילים 44-25 (0.05).

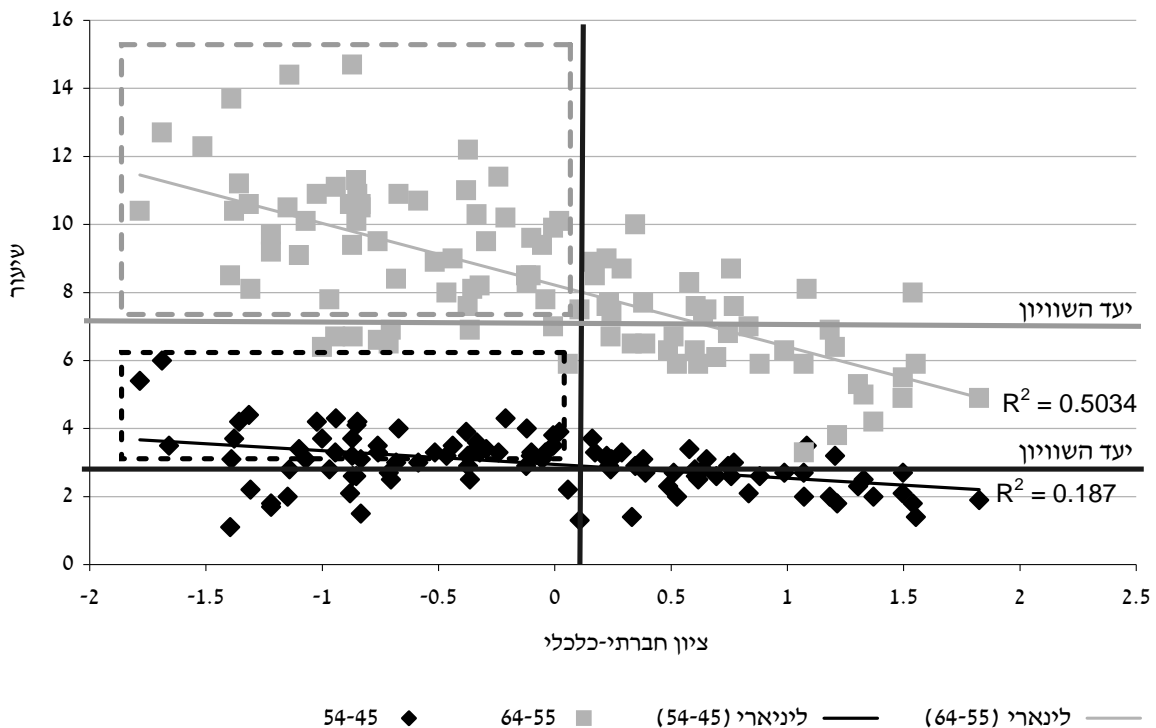
ציון חברתי-כלכלי של 0.12 מחלק את היישובים לשתי קבוצות שוות. יעדי השוויון של שיעורי הפטירות ל-1,000 נפש הם: גיל 4-0 – 0.98; גיל 24-5 – 0.29; גיל 44-25 – 0.94; גיל 54-45 – 2.88; גיל 64-55 – 7.25; גיל 74-65 – 20.52; גיל 75+ – 79.30. יעדי שוויון אלה מופיעים בתרשימים עבור קבוצות הגיל השונות, להוציא הגילים 44-25. גם כאן יש יישובים עניים ששיעורי הפטירה בהם נמוכים מיעד השוויון. רשימה זו וגודלה משתנים מקבוצת גיל לאחרת: בגילים 74-45 אין יישובים כאלה, ואולם בשאר הגילים רשימה זו כוללת 10-15 יישובים. מספר היישובים הגדול ביותר ברשימה זו הוא בגילים 75+. מופיעים בה היישובים שמתגוררים בהם דתיים רבים יחסית (למשל ירושלים, בית שמש ובני ברק) וגם כמה יישובים ערביים (למשל, ערעה וכפר קאסם). יישובים אלה לא נכללו בחשבון נטל התמותה המוקדמת במונחי תמ"ג.

ההנחות ששימשו בחישוב אובדן התמ"ג בגין תמותה לפני גיל 65 הן אלה:

- שער ניכיון – 3.5%.
- שיעור תעסוקה – 74% אחיד לכולם.
- שנת עובד הוערכה ב-343,385 ש"ח, שהם גובה התוצר לעובד בשנת 2012.
- גיל תחילת עבודה – 25 שנה.
- גיל פרישה – 65 שנה.
- אם אדם נפטר לאחר גיל 25, הוון זרם ההכנסות עד גיל 65 לגיל בעת הפטירה.
- אם אדם נפטר לפני גיל 25, הוון זרם ההכנסות במשך 40 שנות העבודה הפוטנציאליות לגיל בעת הפטירה.

החישובים מראים כי סך כל שנות העבודה שאובדות הוא 76,270. כ-46 אלף מהן נגרמות מפערים בתמותת ילדים בגילים 0-4. עוד כ-13,000 נגרמות מפערים בשיעורי פטירה בגילים 55-64. ערך אובדן התמ"ג כתוצאה מפערים בשיעורי הפטירה ואובדן שנות העבודה מסתכם ב-11,592 מיליון ש"ח בשנה. סכום זה נובע בעיקר מפערים בתמותת ילדים עד גיל 4 (3,813 מיליון ש"ח) ומפערים בתמותה של בני 55-64 (4,125 מיליון ש"ח). הערך המהווך של שנת חיי עבודה הוא 151,981 ש"ח בממוצע. בהנחה שדפוסים אלה מתקיימים גם בשאר היישובים בארץ, ערך אובדן התמ"ג בכלל האוכלוסייה (7.1 מיליון תושבים) מסתכם ב-13,950 מיליון ש"ח בשנה.

תרשים 2 שיעורי פטירות ל-1,000 נפש



מקור: חישובי הצוות.

העלות של טיפול רפואי עודף עקב מצב בריאות ירוד

תרשים 3 פורש 243 יישובים עירוניים (מעל 2,000 תושבים) ומועצות אזוריות – סך הכול אוכלוסייה: 7.133 מיליון תושבים. התרשים מציג גם את הקשר בין הציון החברתי-כלכלי של היישובים הללו ואת שיעור האשפוזים ל-1,000 נפש מתוקן לגיל (כלומר, הבדלים בשיעורי האשפוז אינם נובעים מהתפלגות גילים שונה) בשנים 1998-2002. התרשים (ענן התצפיות וקו המגמה) מעיד על קשר שלילי מובהק בין הרמה החברתית-כלכלית של היישוב ובין שיעור האשפוזים. ההנחה היא ששיעור האשפוזים מעיד על מצב הבריאות (שתי הסתייגויות מובאות בהמשך).

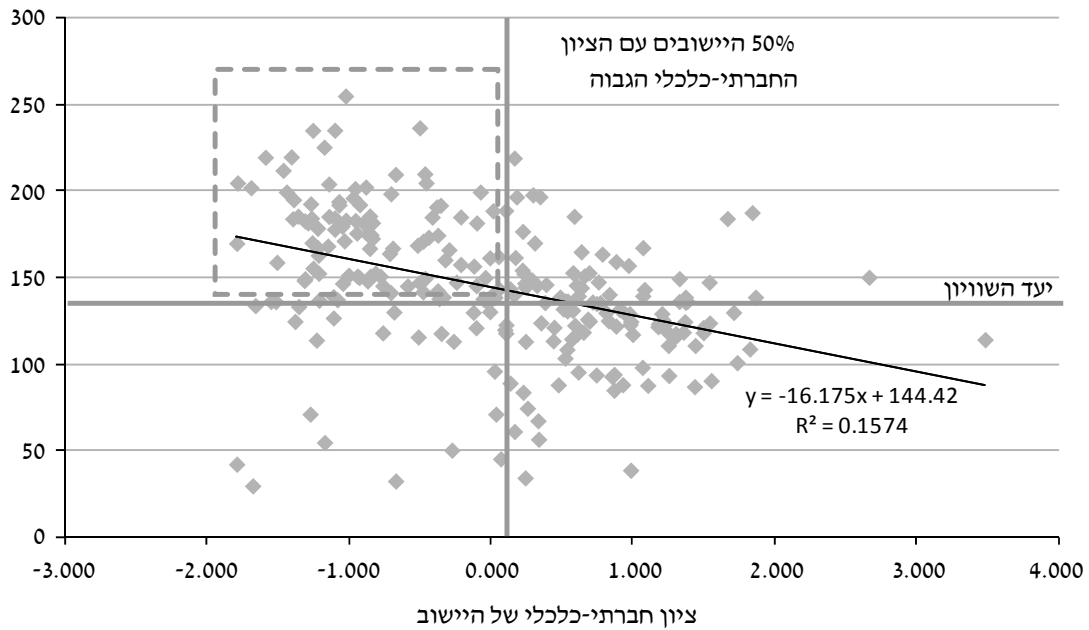
יעד השוויון הוא 135.7 אשפוזים ל-1,000 איש מתוקן לגיל. זהו הממוצע המשוקלל של שיעור האשפוז ב-121 היישובים העשירים (הציון החברתי-כלכלי המחלק את היישובים לשתי קבוצות שוות הוא 0.12).

מהתרשים ברור כי ביישובים עניים רבים יחסית שיעורי האשפוז נמוכים, ואפילו נמוכים מיעד השוויון. היישובים האלה מרוכזים בתרשים 3 ברביע השמאלי התחתון. נראה שיש שני סוגי יישובים: (1) יישובים דתיים-חרדיים, כגון מודיעין עלית, עמנואל, קריית יערים וגוש עציון. ביישובים אלו הרמה החברתית-כלכלית הנמדדת אינה מייצגת נכונה את הגורמים החברתיים-כלכליים הקובעים את מצב הבריאות ואת דפוסי האשפוז. (2) יישובים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה הסובלים מנגישות נמוכה לשירותי אשפוז, ולכן שיעורי האשפוז בהם נמוכים אף על פי שמצב הבריאות ירוד. עם יישובים אלה נמנים, בין היתר, אל-בטוף, זרזיר ובוסתן אל-מרג'. יישובים אלה לא נכללו במניין האשפוזים העודפים. לפיכך האשפוזים העודפים נובעים מהיישובים העניים שיש בהם שיעורי אשפוז גבוהים מיעד השוויון. הם מרוכזים בתרשים בתיבה שברביע השמאלי העליון.

בסך הכול היו בתקופה הנידונה 1,030,362 אשפוזים באוכלוסייה כולה. אילו הושג בכל היישובים העניים יעד השוויון, היו נחסכים 73,861 אשפוזים, שהם כ-7% מסך האשפוזים. עלות אשפוז ממוצע היא 10,400 ש"ח (במחירי 2012), ולכן הנטל הכלכלי של האשפוזים העודפים בגלל אי-השוויון בבריאות מסתכם ב-768 מיליון ש"ח לשנה.

שיעור ההוצאה על אשפוזים הוא כ-40% מסך ההוצאה על שירותי בריאות. בהנחה שהדפוסים דומים גם בשאר שירותי הבריאות, נקבל אומדן ראשוני של העלות העודפת של שירותי הבריאות עקב אי-השוויון בבריאות של 1,920 מיליון ש"ח. חשוב לומר כי ניפוח עלות האשפוזים העודפים לכלל הטיפול הרפואי הוא לא מדויק בגלל הקשר הקיים בין טיפול רפואי אמבולטורי, שהוא זול יחסית, לבין אשפוזים הנחשבים טיפול רפואי יקר יחסית.

תרשים 3 שיעור אשפוזים ל-1,000 נפש (מתוקן לגיל)



מקור: חישובי הצוות.

סיכום: סך הנטל הכלכלי שנגרם מהפערים בבריאות בישראל (אומדן ראשוני וגס)

הרכיב העיקרי בנטל הוא ערכן של שנות החיים האבודות בגלל פערי תוחלת חיים בין יישובים (80-34 מיליארד ש"ח). שני בגודלו הוא אובדן התוצר בגין תמותה מוקדמת ויציאה מוקדמת משוק העבודה (14 מיליארד ש"ח). העלות העודפת של טיפול רפואי בגין פערים בבריאות היא קטנה יחסית (2 מיליארד ש"ח).

אם מאמצים את האומדן של WHO לשנת חיים שאובדת, כי אז סך הנטל הוא כ-96 מיליארד ש"ח. סכום זה שקול ל-13% מהתמ"ג. זהו סכום גבוה פי 1.5 בקירוב מההוצאה הלאומית על בריאות בישראל בשנים האחרונות. אם מאמצים את אומדן משרד התחבורה לערך חיים, סך הנטל מסתכם בכ-50 מיליארד ש"ח, שהם כ-7% מהתמ"ג, סכום הנמוך במעט מההוצאה הלאומית לבריאות בישראל. שיעורים אלה גבוהים מהשיעור שנמצא באנגליה (2%), ואולם קרובים לזה שנמצא באיחוד האירופי (10%).

לסיים – שתי הערות:

ראשית, בחיבור של שני רכיבי הנטל - העלות בגין אובדן שנות חיים לפי ערך שנת חיים המומלץ על ידי WHO והעלות של שנות עבודה שאובדות - נעשית ספירה כפולה של שנות העבודה האבודות. השימוש בערך שנת חיים לפי המלצת משרד התחבורה מקטין את הבעיה מפני שערך זה מייצג, לפי תאוריית כלכלת הרווחה, את ערך התועלת של שנים אלה, וערך שנת עבודה שאובדת לפי אובדן תפוקה מייצג את הערך היצרני של השנה.

שנית, ערך הטיפול הרפואי העודף בגין פערים בבריאות משקף הוצאה תקציבית בפועל. גם ערך שנות העבודה שאובדות משקף אובדן תוצר בפועל. ואולם ערך שנות החיים שאובדות משקף עלות של אובדן רווחה חברתית.

דרכים לצמצום מתמשך של פערים בבריאות

רן בליצר, יוסי רוזנבלום

פערים בבריאות הם בראש ובראשונה תוצר לוואי של פערים חברתיים ושל מדיניות הממשלה. הפערים המתרחבים במצב הכלכלי, בחינוך, בתזונה ובתשתיות יוצרים גם פערים משמעותיים בבריאות בין אוכלוסיות. זהו אי-שוויון שלא בהכרח נובע מפעילות או מהיעדר פעילות של מערכת הבריאות. פרק זה יציג גישות חדשות לצמצום פערים בבריאות, בדגש על מודלים שיהיו בני-קיימא מבחינה כלכלית בראייה לאומית.

כבר היום גופים בתוך מערכת הבריאות (משרד הבריאות וקופות החולים) עושים מאמצים מכוונים לצמצום הפערים בבריאות (שעליהם עמד הפרק הראשון לעיל). אף כי מאמצים אלה מראים סימנים ראשוניים ומעודדים של הישגים, מדובר עדיין בהישגים נקודתיים, והם אינם נותנים מענה לבעיה הרחבה של פערים בבריאות. הנחת היסוד שלנו היא שתקציבי תמיכה של משרד הבריאות, ומשאבים פנימיים המוקצים מעת לעת בתוך מערכת הבריאות, תורמים לצמצום הפערים, אולם אין בהם די כדי להשיג צמצום ממשי של הפערים בבריאות לאורך זמן.

אין עוררין על כך שצמצום משמעותי של הפערים בבריאות בישראל ניתן להשגה באמצעות צמצום הפערים החברתיים (בעיקר הפערים בשכר ובחינוך), אולם טיפול בבעיה שורשית זו אינו ניתן לביצוע בפעילות בתחום הבריאות בלבד (לא נתמקד בכך במסמך זה).

במקום זה אנו מבקשים להציע פתרונות המבוססים על פרדיגמה אחרת. אנו מבקשים לטעון כי בשילוב כוחות של מערכת הבריאות עם מערכות תומכות אחרות (רווחה, חינוך ועוד) ובשיתוף פעולה עם המגזר העסקי והמגזר השלישי ניתן להשפיע ולצמצם פערים בבריאות באופן אפקטיבי. אנו גם סבורים כי הגופים המרכזיים המעוניינים להביא לצמצום של ממש בפערי הבריאות בפעילות מכוונת וממוקדת והמסוגלים לבצע זאת אכן נמצאים בשוק וכי יש היגיון כלכלי למדינה בהפעלתם. הסוגיה העיקרית שהצוות יתייחס אליה היא בעיית כשל השוק המונעת היום מיוזמות כאלה, המביאות לכאורה תועלת לכל הצדדים המעורבים, מלצאת לפועל.

כשל השוק שבו נתמקד נובע מכך שהפערים בבריאות אמנם מייצרים עלויות כלכליות כבדות למדינה (ועליהן עמד הפרק השני), אך רובן אינן מושגות במישרין על מערכת הבריאות. עיקר הנטל הכלכלי שנגרם מהפערים – כלומר, ממצב הבריאות הלקוי של האוכלוסייה המוחלשת – נובע מהירידה בפיריון התעסוקתי ומהגידול בעלויות התמיכה, הרווחה והסעד, הן למטופל, במישרין, והן למשפחתו הגרעינית ולמטפלו העיקריים. אנו מעריכים כי בנושאים מסוימים העלות הכלכלית הכוללת שנגרמת על ידי הפערים בבריאות גדולה בהרבה מעלות ההתערבות הנדרשת לצמצומם. לפיכך נראה, על פניו, שיש למדינה עניין כלכלי (ללא קשר לעמדות חברתיות) להשקיע בהתערבויות ממוקדות ככלי לצמצום פערים בבריאות בנושאים מוגדרים היטב שבהם הנחה זו מתקיימת.

דוגמה לכשל השוק הנידון משפיעה באופן חד על קופות החולים: מבנה שוק הבריאות היום אינו מעודד את קופות החולים לפעילות מסוג זה של צמצום פערים ומניעת תחלואה, בפרט באוכלוסיות חלשות. התועלת הכלכלית השולית לקופה במניעת מקרה אחד של תחלואה מהסוג האמור לעיל מוגבלת מאוד בעטייה של מנגנוני buffer הממתנים ומבטלים את הערך הכלכלי מנקודת הראות של הקופה. עם מנגנונים אלה נמנים ה"רצפה" הקשיחה להוצאות בבתי החולים, התורים והתפוסה הגבוהה בבתי החולים רוב ימות השנה. שלושת המנגנונים האלה מביאים לכך שמניעה של מספר לא גדול של אשפוזים פוטנציאליים תביא, מיד, לתפיסת מיטת האשפוז, עמדת הניתוח או עמדת הדימות על ידי חולה אחר הממתין בתור, ולא להקטנת

שימושים כוללת. לפיכך במקרים רבים קופה אינה יכולה לצפות להחזר כלכלי על ההשקעה, בעוד מערכות הרווחה צפויות לראות החזר מידי וברור – לדוגמה, במניעת קצבאות נכות או אבטלה, שבהן כל הקטנה במספר החולים או הנכים מיתרגמת לחיסכון בעין.

חובת ההוכחה לקיומו של כשל השוק ולכדאיות ההשקעה מחייבת עבודת איסוף נתונים נוספת, ואנו עוסקים בה כעת מול גופים שונים. אולם תפיסת כשל השוק כקו מנחה לפיתוח תכניות התערבות לצמצום פערים יכולה לשמש מסגרת וצעד ראשון בתכנון. תחומי מיקוד קליניים שבהם קל יהיה יחסית להוכיח את כשל השוק ולהתערב הם התחומים העונים על הקריטריונים האלה:

- א. מחלות שכיחות יותר בשכבות חלשות, המביאות להפרעה מתמשכת בתפקוד בגיל העבודה.
- ב. מחלות שקיימת התערבות יעילה למניעתן או למניעת ההידרדרות בתפקוד הכרוכה בהן.
- ג. מחלות שההתערבות לצורך מניעתן מתמקדת בהדרכה, במעקב ובקידום בריאות ולא רק במתן טיפול תרופתי.

כדוגמה, התחומים שעונים להערכתנו על הקריטריונים האלו כוללים:

1. איתור והתערבות במצבי טרום סוכרת – למניעת/דחיית הופעה עתידית של סוכרת, בפרט במגזר הערבי.
2. איתור והתערבות בהפרעה ראשונית בתפקוד הכליות – למניעת/דחיית הופעה עתידית של אי-ספיקת כליות ודיאליזה, בפרט באוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך.
3. איתור והתערבות במצבי סיכון קרדיו-וסקולריים – למניעת/דחיית הופעה עתידית של מחלה איסכמית ואי-ספיקת לב, בפרט באוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך.
4. מניעת עישון וגמילה מעישון (בגברים) ושמירה על משקל תקין (בנשים) בחברה הערבית – ככלי למניעת/דחיית הופעה עתידית של מחלות לב ומחלות ריאה כרוניות.
5. יעוץ גנטי בכפרים ערביים שבהם שיעור המומים המולדים גבוה.

בהינתן הוכחת ההנחה הכלכלית לכשל השוק המתואר לעיל, עדיין לכל מגזר וגוף בנפרד אין עניין כלכלי (למשל, קופות החולים) או יכולת מעשית (למשל, המוסד לביטוח לאומי) לנקוט את הצעדים הנדרשים כדי להביא לסגירת פערים בבריאות. לכן מתחייב הליך לפיתוח כלים שבעזרתם הרווח הכולל למדינה מצמצום הפערים יתורגם להשקעה (cost-saving) בהתערבויות. התערבויות אלה אפשר שיעשו על ידי המגזר השלישי, במימון המדינה, ואפשר שיתבצעו על ידי גופים לאומיים (קופות חולים, השלטון המקומי), שיכולים להשיג תוצאות יעילות בהשקעה כספית נתונה. בד בבד נדרש פיתוח כלים כלכליים ומנהליים שבעזרתם יפנימו גופים המביאים בהחלטותיהם להרחבת הפערים את כלל המשמעויות של החלטותיהם.

ישנם כמה כיווני פעולה ומדיניות שראוי לבחון בניסיון להכניס למעגל הפעילות והמימון של מהלכי צמצום הפערים בבריאות את כלל הגורמים הסובלים מההשלכות הכלכליות של פערים אלה (משרדי הרווחה, הכלכלה, עבודה, אוצר, פנים, רשויות מקומיות ומעסיקים), כמו גם את כלל הגורמים שיכולים לתרום בפעילותם לצמצום הפערים בבריאות (משרדי הממשלה ושלוחותיהם ברשויות המקומיות, קופות החולים, גופים דתיים ומגזר שלישי) – כל זה מתוך הסתמכות על תקציבים שוטפים שאינם ייעודיים חד-פעמיים למטרת צמצום פערים בבריאות.

עם כיוונים אלה נמנים המהלכים שלהלן:

1. יצירת מנגנון מוסכם למימון יוזמות לצמצום פערים כנגד התועלת הנובעת מהם ברמה הלאומית. יצירת פתרון לכשל השוק על ידי חישוב מוסכם של התועלת הלאומית מהצלחה בהתערבות מקדמת בריאות; וכן

יצירת מנגנון העברה ומימון של הגופים המבצעים התערבות זו כנגד מדדי הצלחה מוגדרים, אשר ניתן לתרגם ישירות לחיסכון בעלויות "בעיני" לגופים הציבוריים המשקיעים במהלך.

אף כי תאורטית יכול הליך זה להתבצע במימון ובתפעול של גוף ממשלתי או לאומי אחד, אשר יצא נשכר כלכלית מהליכי המניעה של נזקי הבריאות הכרוכים בפערי הבריאות, בפועל יידרשו מהגוף שיקים את מערך ההתערבות יוזמה, מאמץ ניכר לתיאום ופיקוח והשקעה התחלתית גדולה. קשה להניח ששילוב כזה יתקיים ללא מערך תומך ומכוון מגבוה.

אחד המנגנונים המעניינים ביותר בהקשר זה שראוי לבחון הוא האג"ח החברתי (social bonds), המשתף בתהליך זה את המגזר העסקי. האג"חים הללו מאפשרים כבר כיום במדינות שונות לתרגם את התועלת החברתית לאוכלוסיות (ובמקרה שלנו – הבריאותית) לערך כלכלי מתומחר למשק, אגב גביית הערך מגופי הממשל הרואים את התועלת בעין (למשל, ביטוח לאומי, אשר יחסוך את הצורך במתן קצבה לכל חולה שמחלתו תימנע או תידחה לגיל מבוגר) והעברתו לגופים המצליחים להשיג הישגים בתחום הבריאות. כך, לדוגמה, בבריטניה מקובל מימון התערבויות חברתיות בתחום שיקום אסירים כדי למנוע את חזרתם לפשע. המדינה משקיעה את הכסף, והחוזר על ההשקעה משתקף במניעת החזרה לכלא. באותו אופן ניתן לממן התערבות למניעת מחלה באוכלוסיות חלשות, כאשר החוזר על ההשקעה למדינה מתבטא בירידה בקצבאות הניתנות לאוכלוסייה זו. מימון התהליך נעשה על ידי הנפקת אג"חים חברתיים, המאפשרים לממשלה לחלוק את הסיכון והתוחלת הכלכלית עם גופים עסקיים הרוכשים את האג"חים הללו. גופים עסקיים אלו משיגים גם תשואה כספית וגם תרומה לחברה. להערכתנו יש עניין אמיתי למדינה לתמוך ולקדם מנגנון כזה בתחום צמצום הפערים בבריאות, ואנו יודעים כי הנושא נבחן היום באחדים ממושרדי ממשלה.

2. **הקמת חממה ליזמות חברתית בתחום הפערים בבריאות.** כדי לאסוף מידע על ההתערבויות לצמצום פערים בבריאות המשיגות תוצאות מהסוג הניתן למימון במסגרות הממשלתיות/עסקיות אשר צוינו לעיל, מן הראוי לאפשר מענקים לפרויקטים צנועים של בדיקת היתכנות במסגרת "חממה ליזמות חברתית בתחום הפערים בבריאות". מקורות כספיים אפשריים למימון פעילות זו, נוסף על השקעות הממשלה (מימון מלא או מימון תואם), הן קרנות פילנתרופיות וגופים עסקיים כחלק מתרומתם לקהילה. גם במסגרת זו ראוי להגדיר כמטרה מרכזית בכל פרויקט את המדידה וההצגה של התועלות הניתנות לכימות כדי להוכיח החזר השקעה פוטנציאלי על ידי הגוף הציבורי המממן.

3. **Health (disparities) in All Policies.** הזדקנות האוכלוסייה, העלייה המתמדת בשיעורי התחלואה הכרונית, הלחצים הפנסיוניים והשינוי התרבותי המעצים את חירויות הפרט ואת תפיסתו כלפי הזכות הבסיסית לבריאות מצדיקים שינוי בעמדת הרשות המבצעת בכל הנוגע להשלכות של המדיניות שהיא מתווה על מצב הבריאות של האוכלוסייה ועל הרחבת הפערים בתחום זה. כשם שבשנים האחרונות אנו רואים איך הסטנדרט של שמירת הסביבה משפיע יותר ויותר על הליכי תכנון בתחומים שונים, כך ראוי שיעשה בכל הנוגע לתחום הבריאות. הכללת סטנדרט מחייב לבחינת ההשלכות של החלטות מרכזיות בעבודת כלל משרדי הממשלה על הבריאות ועל הרחבת הפערים בבריאות יכולה לתרום רבות לחיסכון ארוך טווח בהוצאה על בריאות. באופן ספציפי ניתן לראות שני אפיקים עיקריים של שינוי רצוי בהקשר זה:

ברמת כלל משרדי הממשלה: הצורך להביא לעיונם של מקבלי החלטות התייחסות מפורטת להשלכות בריאותיות (בדגש על הרחבת הפערים בבריאות) של כל החלטה מרכזית שעתידה להרחיב את הפערים בחינוך, בכלכלה ובתעסוקה. יש לקבוע כללים להערכת השפעה על הבריאות (health impact assessment) בהחלטות הצפויות להרחיב את הפערים בבריאות.

ברמת משרד הבריאות: על המשרד לקיים מערך סדור ומתמיד של מעקב אחר ההחלטות העיקריות שמתקבלות במשרדי ממשלה אחרים ואחר השפעתם על הבריאות, ובעיקר הפוטנציאל הגלום בהם להרחבת

הפערים בבריאות. נראה כי יש מקום לשקול הקמת מחלקה ייעודית אשר ביצוע ופרסום הערכות מורכבות מסוג זה יהיו עיקר עיסוקה.

4. **פעילות מכוונת לצמצום פערים בבריאות ברמת היישוב.** בהכללה ניתן לומר שמערכת הבריאות בארץ "מדלגת" על הרשויות המקומיות כגורם משפיע, מעורב ואחראי לבריאות האוכלוסייה. פרויקט "רשת ערים בריאות" הוא צעד חשוב ומשמעותי בכיוון. ואולם ההצטרפות לרשת היום נעשית מבחירה, ופועלות בה 28 רשויות מקומיות מתוך 225 רשויות. למעט יוזמות מקומיות, בית חולים עירוני אחד ומספר תחנות לבריאות האם והילד (שבהן מעורבות העיריות), אין לרשויות פעילות מוגדרת, מתקצבת ומדידה בתחומי הבריאות. רווחת התושבים, גחותם ותברואתם נתפסים (ומתוקצבים) כחלק מהאחריות המוניציפלית הישירה, וראוי שגם הבריאות תתווסף כנדבך חשוב, שכן הטיפול ברווחה ובמצוקה של אוכלוסיות חלשות וההתמודדות עם נזקי הבריאות הרחבים במעגל השני והשלישי הם חלק בלתי נפרד מעבודת הרשות המקומית.

תפיסת הבריאות הכוללת – כרכיב מהותי בטיפול באזרח – מחייבת שינוי גישה במישור המוניציפלי והכנסת קידום הבריאות ומניעת מחלות מתחת למטריית השירותים לתושב. בהתאם ניתן לבחון הקצאת תקציב ייעודי ומוגדר לפיתוח ולקידום תכניות בריאות בשלב הביניים של מיסוד האחריות ברשויות המקומיות, בראייה משותפת של משרדי הבריאות והפנים. בשלב הראשון ניתן לבחור את 20 היישובים (הבינוניים-גדולים) בעלי הפרופיל הבריאותי הבעייתי ביותר ולכוון אליהם מאמצים מתקנים משולבים, מתוך תגמול הרשות המקומית בהתאם להשקעה שלה ובהתאם לעמידה שלה ביעדים מדידים. בשלב הראשון ראוי להטיל חובה ציבורית על ראשי היישובים לבנות פרופיל בריאותי ליישובם, לפי קריטריונים ותבנית מוגדרת ובסיוע משרד הבריאות, כדי לזהות את הגורמים העיקריים לפערים בבריאות בין אוכלוסיות ביישוב ובין אוכלוסיית היישוב לאוכלוסיות השוואה רלוונטיות. כן יש לכוון התערבויות מחויבות לפעילות והישגים בתחום זה, כחלק מהקצאת התקציב ליישוב.

5. **פעילות מטעם מעסיקים גדולים באוכלוסיות חלשות.** אחד מבעלי העניין העיקריים בקידום הבריאות ובשמירה עליה הוא שכבת המעסיקים הגדולים. פיתוח עסקים באזורים מרמה חברתית-כלכלית נמוכה ובשכבות חלשות נהנה כיום מיתרונות מיסוי. ניתן לתעל חלק מיתרונות המיסוי וההטבות לאפיק המועיל הן למעסיק והן לאוכלוסייה המקומית. בטווח הארוך קידום בריאות ומניעת תחלואת עובדים (תחלואת רקע שאינה קשורה כלל בגהות ובבטיחות של מקום העבודה) מסייעים למעסיקים, לפחות במגזרים שבהם העובדים מועסקים לזמן בינוני או ארוך. הוכח כי עובד שיש לו פרופיל בריאות מיטבי לאורך שנים הוא יעיל וזול יותר בטווח הארוך. אחד המודלים שבדקו סוגיה זו מצא ששיפור של 0.1% בשיעור ההישרדות של מבוגרים מעלה את הפריור בעבודה ב-8.8%³² מכיוון שאחד הפערים הבולטים ביותר בבריאות נמצא בתוחלת חיים, ישנו מתאם ברור בין צמצום פערים בבריאות להעלאת הפריור בעבודה. בה בעת חשוב לזכור שלמעבידים יש יכולות השפעה ושכנוע מובהקים המשולבים בזמינות ובנגישות מרביים, וניתן להרחיב את תפיסת האחריות לעובד ולכלול בה גם רכיבי קידום הבריאות שלו והשמירה עליה. קישור בין מקום העבודה לאורחות חיים מקדמי ומשמרי בריאות נעשים היום בתעשיות העל ובחברות ההיי-טק. מתן תמריצים כלכליים למעסיקים עשוי לקדם תכניות כאלו וליהנות משיתוף פעולה נרחב של העובדים.

6. **הרחבת פעילותם של מנהיגים קהילתיים (לרבות מנהיגים דתיים) לעיסוק בתחום הבריאות.** השקעה במניעה ראשונית היא היעילה ביותר (גם כלכלית) במניעת תחלואה ובעקבות זאת – בצמצום פערי בריאות. מרבית תכניות המניעה עוסקות במישרין בשינוי אורחות חיים במישורים שונים. אוכלוסיות חלשות נוטות, יותר מאוכלוסיות חזקות, לעשן, עוסקות פחות בפעילות גופנית, סובלות יותר מהשמנת יתר וצורכות מזון

³² *Reconciling the Micro and Macro Evidence*, CDDRL :D. E. Bloom and D. Canning, *Health and Economic Growth*

Working Papers no. 42 (February 2005)

פחות בריא ומאוזן. כך לדוגמה, שיעור המעשנים בקרב הגברים הערבים בישראל עומד על 43.8% לעומת 23.7% בקרב הגברים היהודים. לפי נתוני הלמ"ס, 70% מכלל המוסלמים בישראל מגדירים את עצמם דתיים או דתיים מאוד. משרד הפנים מממן שירותי דת בזרמים הדתיים השונים. עידוד גורמים מובילים בקהילות אלה להפעיל את השפעתם בהקשר הבריאותי יכול להיות ערוץ השפעה ישיר ויעיל. ראוי להוסיף כאן כי גם האסלאם וגם היהדות רואים בשמירה על הגוף ובהגנה עליו מצווה מפורשת וכי מיזמים שנקטו בעבר הקופות בשיתוף גורמים אלה בקידום בריאות האוכלוסייה נחלו הצלחה.

7. בניית מסלולי שירות לאומי ייעודיים לקידום הבריאות והכללת מגזרים נוספים בשירות הלאומי.
השירות הלאומי עתיד לתפוס נתח הולך וגדל בשכבת הצעירים בגיל הגיוס. מגמות החקיקה לשוויון בנטל הופכות את השירות הלאומי לחלופה לצה"ל, ומגזרים עם בעיית גיוס (חרדים וערבים) ימצאו בו ערוץ הולם למימוש זכויותיהם. כבר היום בנות שירות לאומי משולבות בהצלחה רבה בבתי החולים. באותו אופן ניתן להשתמש במשאב זה של השירות הלאומי בדרכים אחרות בפרויקטים ייעודיים, בפרט באוכלוסיות חלשות. שילוב הצעירים בהדרכה ובהנחלת הרגלי בריאות בבתי הספר ובקהילות הקרובה (לרבות המשפחה) יכולה להיות דרך נוספת הנתפסת כחברותית ומקרבת. יתרה מזו, המשרתים בשירות הלאומי נחשבים לעתודת כוח אדם משמעותית לזרועות האכיפה והפיקוח האזרחיות. חוקים למניעת עישון, למכירה מוגבלת של חומרים מסכני בריאות וכד' כושלים מפאת ליקויים ביכולות פיקוח.

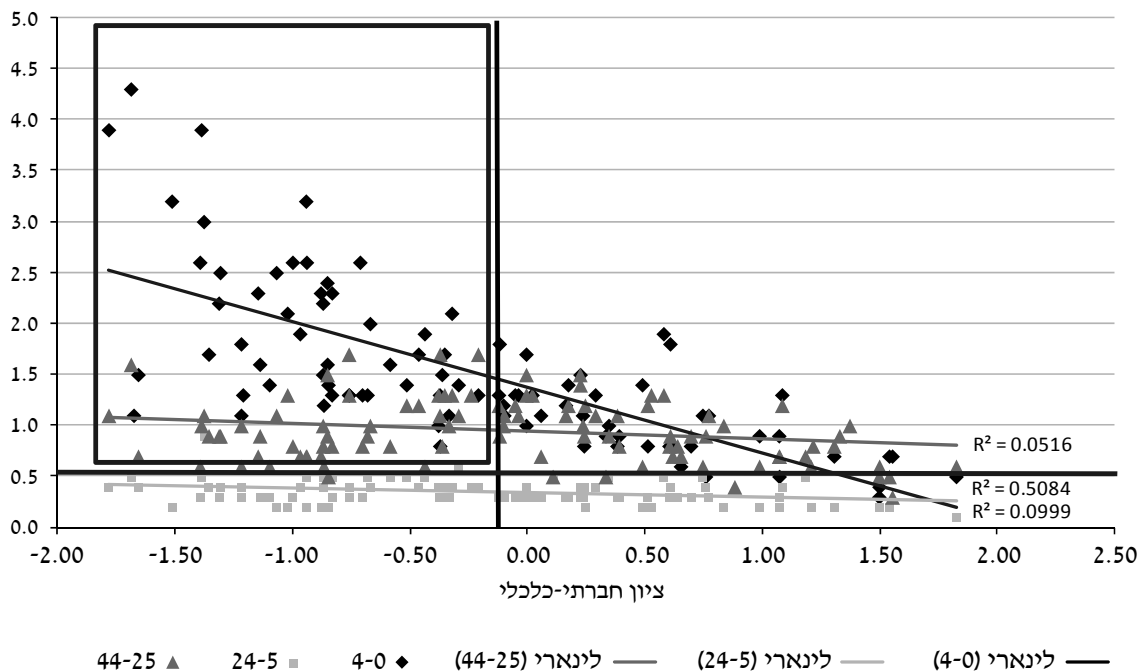
8. הסרת חסמים רגולטוריים על שירותי רפואה וירטואליים לצורך צמצום פערים גאוגרפיים בנגישות.
פערים גאוגרפיים וריחוק מהמרכז הם אילוצים כמעט קשיחים הקיימים בכל מדינה, בפרט בתנאי מחסור במשאבים וכוח אדם. כיום ניתן לפתח הנגשת שירותים המושתתת על טכנולוגיות של טלרפואה, ביקורים וירטואליים ושימוש בעזרים טכנולוגיים. זול ובר ביצוע יותר לייצר שירות וירטואלי שבסיס מתן השירות שלו (מוקד, רופא, מטפל וכד') נמצא בנקודה גאוגרפית בהתאם להעדפות נותן השירות מאשר לנייד נותני שירותים לקצות הפריפריה.

משרד הבריאות עדיין לא אימץ את הטלרפואה ואת הביקור הווירטואלי כטכנולוגיה לגיטימית, ובמקרים מסוימים מועדפת, וונהלי המשרד מטילים עליה סייגים וחסמים. פתיחות בהסרת החסמים והמגבלות הרגולטוריות ועידוד נותני השירות להיכנס לתחום עשויים להיות כלי נוסף לצמצום פערים בבריאות בין פריפריה גאוגרפית למרכז. אמנם ישנם עדיין פערים בנגישות לשירותים דיגיטליים באוכלוסיות חלשות, ולפיכך קידום שירותים וירטואליים באוכלוסיות חלשות מחייב יצירת מעקף של חסם כניסה נוסף – ההיתכנות הטכנולוגית. אבל המיתוס של Computer Illiteracy באוכלוסיות מבוגרות וחלשות מתערער בעולם שיש בו חדירה מסיבית של הטלפונים הסלולרית. רכיב העלות של הטכנולוגיה משמעותי יותר, אך ישנן כיום טכנולוגיות מחשוב זולות ונגישות ופרויקטים כדוגמת "מחשב לכל ילד" (One Laptop Per Child – OLPC) הוכיחו כי חלוקה מסיבית של מחשבים בעלות סבירה היא אפשרית.

לנוכח העלויות החברתיות והכלכליות הכבדות של הפערים בבריאות ראוי לבחון לעומק את הכיוונים שהוצעו לעיל, כמו גם כיוונים נוספים, כדי להביא לצמצום אפקטיבי ובר-קיימא בפערים אלו.

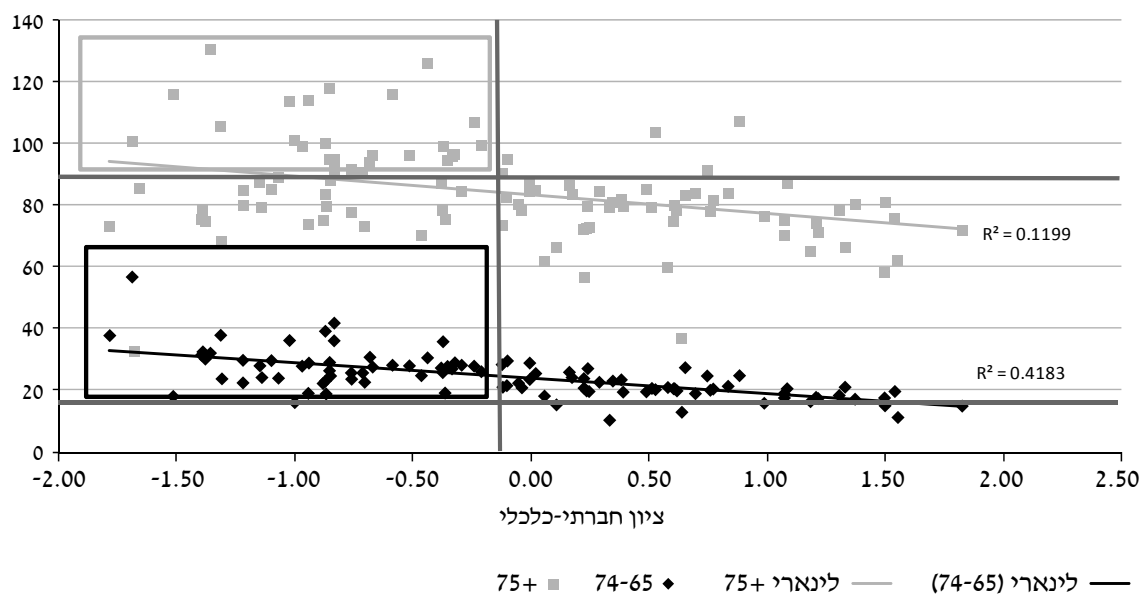
נספח

תרשים 2 א שיעורי פטירה ל-1,000 נפש



מקור: חישובי הצוות.

תרשים 2 ב שיעורי פטירה ל-1,000 נפש



מקור: חישובי הצוות.