

אי-שוויון בבריאות



תכנית העבודה לצמצום פערים בבריאות לשנים 2017-2020, לאור הליך ההיוועצות

מבני הליבה, התובנות, תחומי ההתערבות וההחלטות הסופיות שהתקבלו מההליך, יוני 2017

רקע להחלטות

בישראל, בדומה למדינות נוספות, קיימים פערים גדולים בבריאות בין קבוצות חברתיות שונות על רקע מעמד חברתי-כלכלי, השכלה, לאום, מוצא, מקום מגורים ועוד.

אי שוויון בבריאות מושפע מגורמים מחוץ למערכת הבריאות, בניהם אי-שוויון כלכלי ועוני, המהווים גורמים מרכזיים לבריאות טובה פחות ולפערי בריאות. כיום מושם דגש על ההשפעה של הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות - התנאים להם אנשים נולדים, בהם הם גדלים, עובדים ומזדקנים - כבעלי ההשפעה הגדולה ביותר על יצירת אי-שוויון בבריאות. תפיסה זו מדגישה כי אופן החלוקה של כסף, כוח ומשאבים בחברה, מטה את כף הבריאות לטובת אוכלוסיות מסוימות, ויוצר אי שוויון בבריאות. חלק מאי-השוויון בבריאות ובשירותי הבריאות קשור גם בנגישות הכלכלית, התרבותית והפיזית של שירותי הבריאות וכן בזמינות ובפרישת השירותים.

משרד הבריאות מוביל תכניות לצמצום אי-שוויון בבריאות מאז שנת 2009 ובאופן אינטנסיבי במסגרת "עמודי האש" של המשרד (תכנית-העל האסטרטגית) החל מהשנים 2011 ואילך. לקראת השנים 2017-2020 ביקש המשרד לתכנן תוכנית התערבות ארבע-שנתית שתוביל לקפיצת מדרגה בעשייה של השחקנים לטובת צמצום אי-שוויון, זאת באמצעות איתור של מנופי השינוי המרכזיים לצמצום הפערים.

יצאנו לדרך עם מהלך תכנון המבוסס היועצות עם מטופלים, מטפלים, ארגונים חברתיים ואנשי אקדמיה במטרה לגבש את תפיסת ההפעלה לצמצום אי-שוויון בבריאות בשנים הבאות ולתרגמן להחלטות ותוכניות עבודה הלכה למעשה.

תהליך ההתייעצות הרחב אפשר לנו לבנות מודל עבודה חכם יותר, מקיף יותר וסדור יותר לצמצום אי השוויון בבריאות. על בסיס התובנות מההיועצות בשילוב הידע והניסיון המקומי והבינלאומי בנושא, נבנתה התוכנית שלהלן.

התהליך במספרים

635
תשובות



10,098
השתתפו



משרדי
ממשלה

משרד
הבריאות

המערכת
המטפלת

עמותות
וארגונים

ציבור
המבוטחים

אקדמיה
ומומחים

19
החלטות



10
תובנות

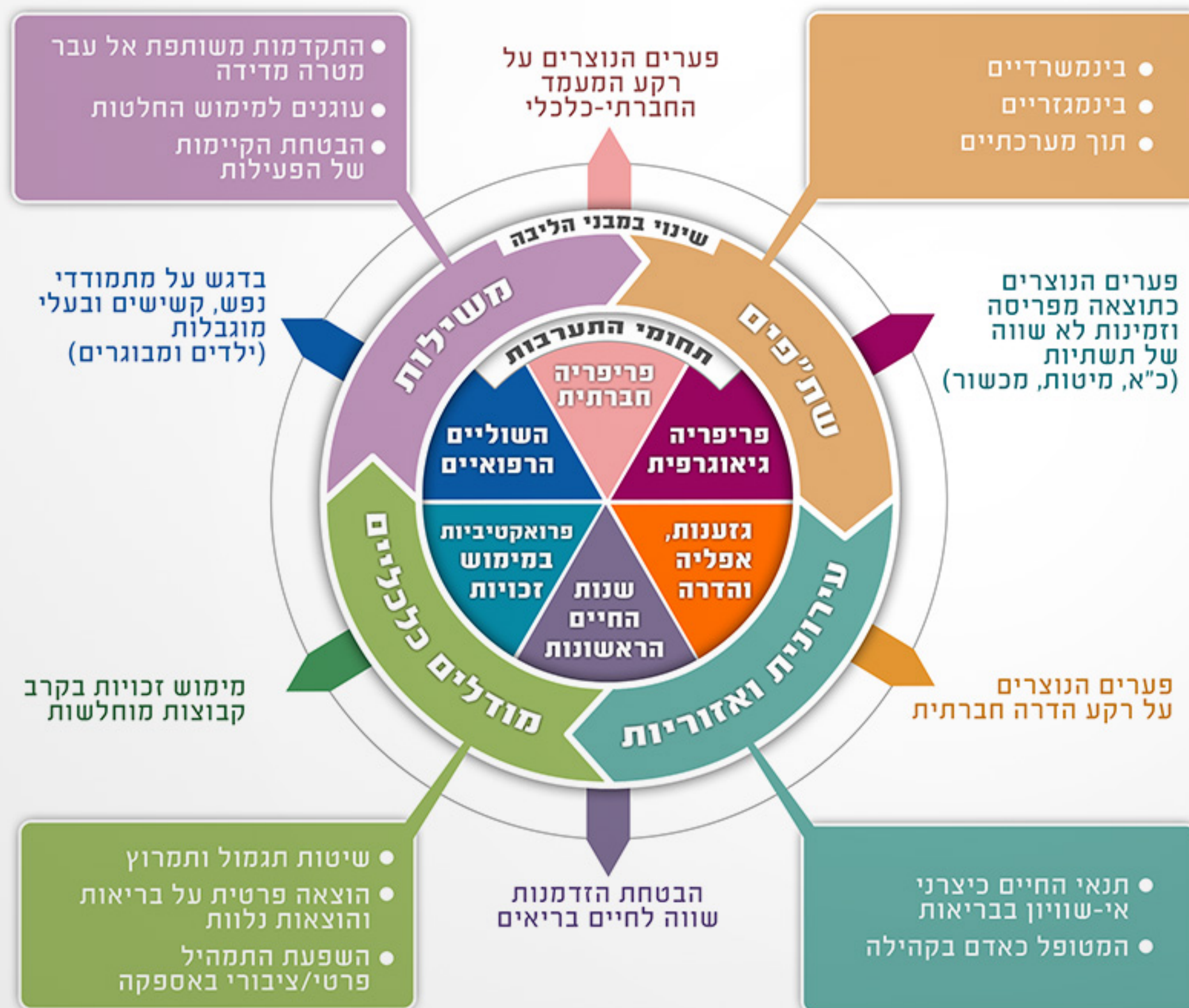


תהליך ההיועצות לווה על ידי חברת תובנות
להחליט חכם

שורה תחתונה: מה החלטנו?

במה נתמקד?

תפיסת ההפעלה
שגיבשנו בעקבות
התובנות שעלו
מההיוועצות:



על מודל העבודה

המעגל החיצוני של המודל - **מבני הליבה** - כולל ארבעה מרכיבים מנחים בעבודת הארגון: **משילות** - היכולת לייצר עוגנים לפעילות קבועה, שוטפת ובת-קיימא כדי לצמצם אי-שוויון (למשל, דרך יצירת מדיניות והנחיות כתובות, מינוי בעלי תפקידים ייעודיים לנושא השוויון, קביעת מטרות מדידות ותכניות רב-שנתיות וכדומה); **שת"פים** - עבודה בשיתופי פעולה מרובים (למשל, באמצעות יצירת קשרי עבודה והתערבויות משותפות בין מערכות הבריאות, בין מערכות הרווחה ומערכות הבריאות, בין מערכות ציבוריות למגזר השלישי ולמגזר העסקי ובין מטות הארגונים למחוזות ולנקודות הקצה נותנות השירות); **עירוניות ואזוריות** - עבודה דרך הסתכלות על הקהילה הגיאוגרפית והחברתית שמסביב למבוטח (עבודה בשיתוף מערכות עירוניות ותוך שימת דגש על תנאי החיים של המבוטח ושל משפחתו); **והמודלים** הכלכליים – קרי, התקצוב של הפעילות ואופן חלוקת המשאבים החומריים במערכת (למשל, תעדוף או תמרוץ של פריפריה חברתית במשאבים, הקלה בהוצאה הכספית של מבוטחים על שירותי בריאות וכדומה).

המעגל הפנימי של המודל כולל שישה **תחומי התערבות** (במודל זה, אלו מוקדי ההתערבות שנבחרו עבור השנים 2017-2020); שלושה מהם נוגעים לקבוצות אוכלוסייה מוחלשות - **פריפריה חברתית** (מעמד חברתי-כלכלי נמוך), **פריפריה גיאוגרפית** (ריחוק ממרכזי אוכלוסייה ובתוך כך ממרכזים של שירותים רפואיים) ו**הסובלים מגזענות, מאפליה ומהדרה חברתית** (על רקע לאום, מוצא, מגדר, גיל, זהות מינית וכדומה). שלושה תחומי התערבות נוספים הם אוניברסאליים, אך לעניין מודל זה מתבקש הארגון לבחון אותם דרך הפריזמה של שוויון בכל מדיניות: **שנות החיים הראשונות** (נשים הרות, אימהות, פעוטות וילדים ומשפחות צעירות); **מימוש זכויות** (ידע, התמצאות במערכת הבריאות ומימוש בפועל של זכויות בתחום הבריאות והרווחה, בדגש על אוכלוסיות מוחלשות); ו**"השוליים הרפואיים"** (צרכים רפואיים, כלכליים וחברתיים של אנשים המתמודדים עם מחלה קשה, מבוגרים וילדים עם מוגבלות פיזית או נפשית או עם צרכים מיוחדים וכן זקנים).

בין המעגל החיצוני לפנימי מתקיימת אינטראקציה כך **שכל מרכיב במעגל החיצוני הוא אספקלריה לבחינה של כל מרכיב במעגל הפנימי**. למשל, כיצד מצמצמים אי-שוויון על רקע מעמד חברתי-כלכלי ("פריפריה חברתית") תוך שימת דגש על ארבעת המרכיבים המנחים: שיתופי פעולה (עם הרווחה, ברמת מטות וברמת השטח), עירוניות (פרויקטים קהילתיים בשיתוף ארגוני חברה אזרחית והרשות המקומית), מודלים כלכליים (הפחתת השתתפויות עצמיות או שימוש בהון הקהילתי לסיוע בהסעה לטיפולים רפואיים) ומשילות (למשל על ידי יצירת מטרה מדידה משותפת עבור כל השחקנים המעורבים והבטחת תקצוב לאורך זמן).

מה החלטנו?



פירוט ההחלטות:

מבני ליבה תחומי התערבות

צעדים לחיזוק משילות המערכת לטובת צמצום אי-שוויון

משילות

המשרד יפעל לקידום החלטת ממשלה בינמשרדית בנושא צמצום אי-שוויון בבריאות לשנים 2019-2022

המשרד יפרסם מטרות מדידות מערכתיות לצמצום אי-שוויון בבריאות שיתוו את פעילות המערכת, בטווח הקצר ובטווח הארוך

המשרד יעגן בנהלים חובת הצבה של בעל תפקיד ייעודי בדרג גבוה שיעסוק בצמצום אי-שוויון (שאינו בנוסף לתפקידו) בקופה"ח, וכן חובת דיווח אודות התוכנית האסטרטגית והפעילות לצמצום אי-שוויון המתבצעת בכל קופה

המשרד יטמיע עבודה של "שוויון בכל מדיניות" (שב"מ) בפעילות יחידות מטה המשרד

הערה: המטרות הלאומיות אמורות להתוות את פעילות המערכת. בשל כך, בהמשך לקביעת מטרות בינמשרדיות וקביעת המטרות למערכת הבריאות תטוייב התוכנית הארבע-שנתית לצמצום אי-שוויון בבריאות באופן שישקף מטרות אלו.

התאמת המודלים הכלכליים במערכת לטובת קידום השוויון

מודלים כלכליים

בעדכון הקרוב של נוסחת הקפיטציה לקופות החולים, יוכללו רכיבים חברתיים-כלכליים

המשרד יטמיע הכללה של אזור גיאוגרפי סטטיסטי (אג"ס) בכלל התמיכות הרלוונטיות של המשרד, החל משנת התמיכה 2018

המשרד יקדם עבודת מטה לבחינת מודלים שיאפשרו הפחתת כובד הנטל של ההוצאה הפרטית על בריאות- בדגש על השתתפויות עצמיות ונסיעות

המשרד יבחן אפשרות להסרת חסמים משפטיים המונעים מקופה"ח הפעלה של ועדות חריגים על רקע המצב הכלכלי של המבוטח, לצורך הנגשה כלכלית ופיזית של שירותים

פריפריה חברתית - צמצום אי-שוויון על רקע מעמד חברתי-כלכלי

שיתופי
פעולה

המשרד יגבש מדיניות מודעת עוני למערכת הבריאות. תהליך תכנון המדיניות יהיה משתף ויכלול מבוטחים, את משרד הרווחה והשירותים החברתיים ואת ארגוני החברה האזרחית

המשרד יגבש תכנית רב שנתית בנושא צמצום פערים וקידום בריאות באוכלוסייה הערבית. התוכנית תיבנה בשותפות עם הרשות לפיתוח כלכלי של המגזר הערבי, הבדואי והצ'רקסי במשרד לשוויון חברתי ועם ארגוני החברה האזרחית.

פריפריה גיאוגרפית - צמצום אי-שוויון על בסיס מקום מגורים

משילות;
מודלים
כלכליים

המשרד יקדם פרסום של סטנדרטים בתחום הזמינות לקבלת שירות בתחומים חיוניים

המשרד יפרסם תוכנית מתכללת רב שנתית לסגירת הפערים על רקע ג"ג בתשתיות בריאות (בכ"א, במיטות אשפוז ובמכשור)

המשרד יקדם עבודת מטה לבחינת תמריצים וכלים רגולטוריים לעידוד שת"פים בפריפריה הגיאוגרפית

צמצום אי-שוויון על רקע גזענות, אפליה והדרה חברתית

שיתופי
פעולה

המשרד יעצב מדיניות מנחה למערכת בנושא מיגור גזענות, אפליה והדרה חברתית, יטמיע כלי מדידה ובקרה, לצד כלים להכשרות מטפלים בנושא. מהלך התכנון יעשה בשותפות עם ארגוני החברה האזרחית

עירוניות ואזורים

שיתופי פעולה

המשרד יבחן, בשותפות עם משרד הפנים והמרכז לשלטון מקומי, את המבנים והמשאבים לטובת השמת מחלקות או ממוני בריאות ברשויות מקומיות

המשרד יפעיל, בשותפות עם משרד הרווחה והשירותים החברתיים, פיילוט ראשוני לפיתוח שת"פים תוך עירוניים בתחום העוני. על בסיס הפיילוט יעצב המשרד עקרונות להטמעה של תפיסת עבודה עירונית בין-תחומית ובין-מגזרית

שנות החיים הראשונות

שת"פים; עירוניות

המשרד יפתח תכנית כוללת בנושא בריאות בשנות החיים הראשונות, בשותפות בינמשרדית ובינמגזרית

מימוש זכויות; השוליים "הרפואיים"

שת"פים; עירוניות

המשרד יפעל כדי לשלב את הנושא של מדיניות מודעות עוני בהתייחס לעבודה בתחום מיצוי הזכויות, כך שתיקח בחשבון את הצורך בחיזוק ממשקי העבודה בין מערכות הבריאות והרווחה ואת הפרספקטיבה של צמצום אי-שוויון

המשרד יפתח תוכניות ייעודיות לטובת צמצום אי-שוויון על רקע גיל ונכות

הערות להחלטות: החלטות אלו כוללות מוקדים להתערבות לשנים 2017-2019. לצד מוקדי התערבות אלו ממשיכה פעילות שהחל בה המשרד בשנים הקודמות דוגמת פעילות במסגרת החלטות המשלה לשילוב מיטבי של יוצאי אתיופיה וקידום הכשירות התרבותית של המערכת. ישנם תחומי התערבות רבים נוספים לצד אוכלוסיות רבות ומגוונות נוספות שנכון להפנות אליהם משאבים חומריים וניהוליים בהתייחס לצמצום אי-שוויון שלא זוכות להתייחסות ייעודית במסגרת תוכנית זו. בהתייחס לאוכלוסיות אלו יינתנו מענים במסגרת פעילות החוצה אוכלוסיות (לדוגמא ביעדים הקשורים בעוני ובהדרה), זאת לצד הערכה מחודשת שנבצע לאורך של השנים ולקראת התוכנית הארבע-שנתית הבאה.



81%

מהמשתתפים חוברו
לאחת התובנות

התובנות המרכזיות מההיוועצות

איך הגענו להחלטות אלו?

1

משילות

השגת צמצום משמעותי באי-השוויון מחייבת לייצר מנגנונים ועוגנים שיאפשרו התקדמות משותפת אל עבר המטרה. יש צורך להבטיח קיימות ארוכת טווח למהלך, לאפשר תקצוב ראוי ולהגדיר יעדים מדידים משותפים. שקיפות בנוגע למשאבים ולהתקדמות לצד אכיפה ובקרה על היעדים - יאפשרו זאת.

64 משתתפים חוברו

2

שיתופי פעולה

התמודדות עם הבעיה החברתית המורכבת של אי-שוויון בבריאות מחייבת עבודה משותפת. נדרשת יצירה והעמקה של ממשקי עבודה בכמה רמות: בין משרדי הממשלה; בין רמות הממשל השונות (מטה, מחוז ושטח); ובין הממשלה וארגוני הבריאות לבין ארגוני החברה האזרחית והמגזר העסקי.

89 משתתפים חוברו

3

מודלים כלכליים

אי-שוויון במשאבים המושקעים ובאופן חלוקתם משפיע על אי-שוויון בנגישות לשירותים ובתוצאי בריאות. נדרש פיתוח של מודלים כלכליים חדשים שיסייעו בהפחתת הנטל הכלכלי על המבוטח ויתרמו לתגמול ולתמרוץ משמעותי יותר של השחקנים במערכת הבריאות לטובת צמצום אי-השוויון. כן נדרשת חשיבה והתערבות באשר לתמהיל הפרטי-ציבורי של אספקת שירותי הבריאות המשפיע על רמת השוויוניות.

84 משתתפים חוברו

4

עירוניות ואזורים

לקהילה ביישוב ובאזור שבו חי האדם תפקיד משמעותי ביכולת להתערב ולצמצם את אי-השוויון בבריאות ואת השלכותיו על הפרט. פיתוח של ממשקי עבודה והעמקתם וכן איגום המשאבים - בין הארצי למקומי ובתוך קהילות אזורים, יאפשרו להשפיע על תוצאות הבריאות של האדם ושל הקהילה שבה הוא חי.

55 משתתפים חוברו



81%

מהמשתתפים חוברו
לאחת התובנות

התובנות המרכזיות מההיוועצות

איך הגענו להחלטות אלו?

5

שנות החיים הראשונות

השקעה בגיל הצעיר תתרום לבלימת אי-השוויון עוד לפני שנוצר, ותבטיח הזדמנות שווה לכל ילד. דגש על מניעה ועל אורח חיים בריא לצד טיפול רפואי שוויוני לכל ילד - יקטינו את עומק אי-השוויון בעתיד.

88 משתתפים חוברו

6

פריפריה חברתית

מעמד חברתי-כלכלי הוא גורם מרכזי לאי-שוויון בבריאות על רקע מחסור במשאבים חומריים, חברתיים ופוליטיים. לצד ההתערבויות האוניברסאליות לצמצום אי-שוויון, נדרשות התערבויות נוספות שיאפשרו השקעה של משאבים רבים יותר בקרב המעמד החברתי-כלכלי הנמוך, ובפרט בקרב אנשים החיים בעוני ובקרב האוכלוסייה הערבית.

60 משתתפים חוברו

7

פריפריה גיאוגרפית

קיימים פערים רבים בין הפריפריה הגיאוגרפית לבין המרכז בזמינות של תשתיות פיזיות ושל כוח אדם. נדרשת פריסה הוגנת יותר של השירותים הרפואיים וצמצום פערים בזמינותם - גם במונחי מרחק וגם במונחי זמן. בתוך כך, הרפואה המונעת והראשונית חיוניות במיוחד.

153 משתתפים חוברו

8

גזענות, אפליה והדרה

גילויי גזענות, אפליה והדרה משפיעים לא רק על חוויית הטיפול והשירות אלא גם על תוצאות בריאות. מבוטחים מדווחים על מקרים שבהם עובדי מערכת הבריאות הפגינו יחס מפלה, מזלזל או בלתי מקצועי על רקע לאום, מוצא, מגדר, גיל, נטייה, זהות מינית וכדומה. נדרשים צעדים שימגרו תופעות אלו ושיבטיחו טיפול ויחס שוויוניים לכול.

44 משתתפים חוברו



81%

מהמשתתפים חוברו
לאחת התובנות

התובנות המרכזיות מההיוועצות

איך הגענו להחלטות אלו?

10

השוליים הרפואיים

ישנן קבוצות נוספות שמתמודדות עם בעיית אי-השוויון במערכת הבריאות על רקע מצבן הרפואי; המצוקה של קבוצות אלו נמצאת לעתים "מתחת לרדאר". קשישים, בעלי מוגבלות פיזית או נפשית (ילדים ומבוגרים), חולים במחלות כרוניות או קשות וקבוצות נוספות מתמודדים עם אתגרים ייחודיים במפגש עם מערכת הבריאות.

112 משתתפים חוברו

9

מימוש פרו-אקטיבי של זכויות

בירוקרטיה ומערכת בריאות שקשה להתמצא בה ולנווט בתוכה - מייצרים אי-שוויון. הסרת חסמים במפגש עם המערכת תתאפשר דרך אוטומטיזציה של זכויות, הפחתת בירוקרטיה, ניצול משאבי המערכת לטובת פנייה יזומה למטופלים ושיפור הכשירות התרבותית שלה. צעדים אלו חשובים במיוחד כשמדובר בקבוצות מוחלשות על רקע כלכלי, חברתי ותרבותי.

104 משתתפים חוברו

תובנות מרכזיות מהספרות והניסיון המקומי והעולמי בנושא

איך מודל ההפעלה וההחלטות שהתקבלו כתוצאה ממנו, מתיישבים עם מה שידוע לנו על אי-שוויון בבריאות והדרכים לצמצם אותו?

אי השוויון בבריאות מתועד מזה מאות שנים בתוך מדינות ובין מדינות. הגדרת אי-שוויון בבריאות כבעיה חברתית הדורשת התייחסות התפתחה והשתנתה לאורך השנים.

כך למשל ב-2008, הדגיש ארגון הבריאות העולמי את אי-השוויון בבריאות כבעיה של אי-שוויון חברתי, בין קבוצות אוכלוסיה בתוך מדינות ובין מדינות. ב-2014 ניתן דגש לאי-שוויון כבעיה מבנית ומערכתית רחבה:

2008

Health inequities are avoidable inequalities in health between groups of people within countries and between countries. These inequities arise from inequalities within and between societies (WHO 2008).

2014

Health inequities are defined as systematic differences in health that can be avoided by appropriate policy intervention and that are therefore deemed to be unfair and unjust (WHO 2014)

למספר מדינות אירופיות ניסיון מצטבר של למעלה מארבעה עשורים בקידום מדיניות ופעילות לצמצום פערים בבריאות. למרות המאמצים, המדידה שבוצעה לאורך השנים הראתה שבמרבית המדינות אף כי במספר מדדים מרכזיים חל שיפור בבריאות של האוכלוסייה כולה, מתועדות הצלחות חלקיות בלבד ביחס לצמצום הפערים בין הקבוצות. יחד עם זאת, קיימת הסכמה רחבה ביחס למספר עקרונות פעולה שחשוב לפעול לאורן בפיתוח וביישום מדיניות לצמצום אי-שוויון:

התייחסות לגורמים החברתיים לבריאות:

מעורבות בהתייחס לגורמים בעלי ההשפעה הגדולה ביותר על בריאות, מהם- הכנסה, השכלה, תעסוקה ותנאי עבודה, סביבה ותנאי חיים.

החלטות משרד הבריאות לשנים 2017-2020

פריפריה חברתית: יתמקד ב-עוני; בריאות האוכלוסייה הערבית
עירוניות ואזוריות: יתמקד ב-תנאי חיים; עוני
מיגור אפליה וגזענות: יתמקד ב-ממדים שונים של הדרה חברתית

התערבות בכל מעגלי החיים:

היריון ולידה, שנות החיים הראשונות, גיל ההתבגרות, תקופת בגרות, זקנה וסוף החיים.

החלטות משרד הבריאות לשנים 2017-2020

שנות החיים הראשונות: יתמקד ב- נשים, אמהות, פעוטות, ילידם והמשפחה הצעירה
השוליים הרפואיים: יתמקד (גם) ב- קשישים

התערבות לאורכו של המדרון החברתי-כלכלי תוך שמירה על עקרון ה"אוניברסליזם היחסי":

מכיוון שפערים הם תופעה המתרחשת לכל אורכו של המדרון החברתי-כלכלי, חשוב לפעול לטובת כלל האוכלוסייה לאורכו של המדרון. זאת באופן יחסי לצרכים, תוך השקעה מרובה יותר ופיתוח והשמה של התערבויות ייחודיות עבור הקבוצות שזקוקות לכך יותר.

החלטות משרד הבריאות לשנים 2017-2020

שנות החיים הראשונות, מימוש זכויות, השוליים הרפואיים: ממדים המתייחס לכלל האוכלוסייה תוך מתן דגש על פערים מהן סובלות קבוצות חברתיות שונות בשנים אלו.

עבודה בין-מגזרית ובין-תחומית:

עבודה משולבת של שלושת המגזרים: הציבורי (ממשלה וגופי ציבור), העסקי והשלישי (חברה אזרחית); זאת לצד עבודה בינתחומית (בריאות-רווחה-חינוך-כלכלה-תחבורה וכדומה).

החלטות משרד הבריאות לשנים 2017-2020

שת"פים: בין-משרדיים- יתמקדו בעוני ובאוכלוסייה הערבית;
בין-מגזריים יתמקדו בתנאי החיים (עירוניות ואזוריות); ובניסיון למיסוד שת"פים

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי
תחום צמצום פערים בבריאות
יוני 2017
shlomit.avni@moh.gov.il



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

