

הזכות לבריאות: תוכניות לצמצום פערים בין מרכז ופריפריה

תוחלת החיים הממוצעת בישראל, הגבוהה יחסית, ושירותי הבריאות המתקדמים שלה, מסתירים פערים עמוקים במצב הבריאות – בין קבוצות אוכלוסייה, בין תושבי הפריפריה לתושבי המרכז ובין העניים לבני מעמד הבינוני והמבוסס.²⁹⁶ פערים אלה אינם אלא שיקוף אכזרי של הפערים החברתיים-כלכליים במדינה, ונובעים בעיקר מהבדלים בתנאים החברתיים והסביבתיים המקנים בריאות: תזונה, דיור, מערכות מים וביוב, רמת השכלה, רמת הכנסה ואיכות הסביבה. חוסר השוויון בנגישות לשירותי בריאות וההבדל באיכותם ובזמינותם משפיעים אף הם על הפערים במדדי הבריאות של מגזרי אוכלוסייה שונים.

כבר זמן מה מתחולל שינוי לטובה בתחום התוכניות של משרד הבריאות לצמצום הפערים בשירותי הבריאות. בין ההתפתחויות המשמחות והחשובות אפשר לכלול את הרחבת טיפולי השיניים בחינם לילדים עד גיל 12, את פתיחת הפקולטה לרפואה בצפת ואת הניסיון לקדם רפורמה בטיפול ובאשפוז הסייעודי.²⁹⁷ בדוח זה בחרנו להתמקד בתוכניות ובניסיונות לצמצם את הפערים בשירותי הבריאות בין מרכז הארץ לאזורי הפריפריה בשנה-שנתיים האחרונות. אלה כוללים הן יוזמות ממשלתיות והן מאבקים של ארגונים ושל פעילים מקומיים. אולם חשוב להדגיש שהפערים בין המרכז לפריפריה הם רק פן אחד של אי השוויון בבריאות בישראל, והניסיון לצמצמם הוא רק חלק קטן מהפתרון. נרחיב על כך מעט בסוף הפרק.

פערי בריאות בין המרכז לפריפריה – נתונים

הפערים בין חלקיה של מדינת ישראל באים לידי ביטוי הן במדדי הבריאות והן בשירותי הבריאות ובנגישותם.²⁹⁸ כך, למשל, תוחלת החיים הגבוהה ביותר היא במחוזות ירושלים והמרכז, והנמוכה ביותר – במחוזות הצפון והדרום; יישובים שבהם תוחלת החיים נמוכה יחסית שייכים למעמד חברתי-כלכלי נמוך ונמצאים לרוב בפריפריה; בדרום, בצפון ובאזור חיפה שיעורי התמותה הכללית גבוהים מבמרכז; תמותת התינוקות במחוזות הדרום והצפון גבוהה לעומת זו שבמחוזות תל אביב והמרכז; ותושבי הדרום מדווחים על מחלות לב ועל לחץ דם גבוה יותר מתושבים באזורים האחרים; ותושבי הצפון המבוגרים מדווחים יותר מתושבי אזורים אחרים על מחלת הסוכרת.

²⁹⁶ למידע ולנתונים על הפערים בבריאות ראו אתר המטה הציבורי לשוויון בבריאות: <http://www.equalhealth.org.il>. האגודה לזכויות האזרח היא חברה פעילה במטה. כן ראו: ברברה סבירסקי (עורכת), **לצמצם היום את פערי המחר: יעדים לצמצום פערים בבריאות**, מרכז אדוה, רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח, אגודת הגליל וטנא-בריאות, פברואר 2010, <http://www.acri.org.il/pdf/health-gaps.pdf>.

²⁹⁷ ראו למשל: **הכנסת מתגייסת למען הרפורמה באשפוז ובטיפול הסייעודי**, אתר האגודה לזכויות האזרח, 4.7.2012, <http://www.acri.org.il/he/?p=22275>.

²⁹⁸ הנתונים בחלק זה מתוך: אמה אברבוק, ניר קידר וטוביה חורב, **אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו**, משרד הבריאות, דצמבר 2010, http://www.old.health.gov.il/Download/pages/briut_sofi.pdf; **בריאות ושירותי בריאות בנגב**, המטה הציבורי לשוויון בבריאות, נובמבר 2011, <http://www.phr.org.il/uploaded/the%20marker%20negev%20conferance%20yerucham.doc>; **שלי לוי, שירותי הבריאות במחוז הצפון**, הכנסת – מרכז המחקר והמידע, דצמבר 2011, <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02983.pdf>; **לתקן את רשת הביטחון החברתית בבריאות**, המטה הציבורי לשוויון בבריאות, אוקטובר 2012, <http://www.equalhealth.org.il/wp-content/uploads/2012/10/HealthFAQo-internet1.pdf>.

בכל הארץ יש מחסור בכוח אדם ובתשתיות במערכת הבריאות, ושיעור האחיות ומיטות האשפוז נמוך הרבה מהממוצע במדינות ה-OECD.²⁹⁹ אולם המצב באזורי הפריפריה חמור במיוחד. כך, למשל, מספר האחיות הגבוה ביותר ל-1,000 נפש הוא במחוז חיפה (6.75) ותל אביב (6.34), והנמוך ביותר הוא בדרום (3.74) ובצפון (3.83). מספר הרופאים הגבוה ביותר ל-1,000 נפש הוא במחוז תל אביב (4.6) והנמוך ביותר הוא במחוזות הצפון והדרום (2.1 ו-2.3 בהתאמה). הקמת הפקולטה לרפואה בצפת היא מהלך חשוב ומבורך, אך בטווח הקרוב היא לא תשנה את המציאות. פחות מ-60% מרופאי הקהילה במחוז הצפון הם מומחים, לעומת שני שלישים ואף יותר בשאר המחוזות (למעט מחוז הדרום); מספר המיטות לאשפוז כללי במחוזות הצפון והדרום נמוך משמעותית בהשוואה לשאר המחוזות, ובאזורי הצפון והדרום הוא קטן גם באגפים אחרים: בשיקום, למשל, רוב המיטות נמצאות במחוזות תל אביב והמרכז, ואילו בצפון ובדרום מספרן קטן מאוד.

תוכניות ויוזמות לצמצום פערים

תוכניות ממשלתיות ומוסדיות

דגש על צמצום הפערים ביעדי משרד הבריאות: בתוכנית האסטרטגית של משרד הבריאות לשנים 2011-2014 מוקדש מקום מרכזי לצמצום הפערים בין המרכז לפריפריה.³⁰⁰ בין השאר נכללים ביעדי המשרד: הגדלת מספר האחיות בדרום; הגדלת מספר הרופאים המומחים בפריפריה; הגדלת התשתיות בפריפריה; העדפת הפריפריה בהקצאת טכנולוגיות מתוחכמות; ותמרוץ קופות החולים להגדיל את השקעתן הכספית בתשתיות ובקידום בריאות בפריפריה. כעת האתגר הוא המעבר מהיעדים לקידום תוכניות מעשיות שיצליחו להתגבר על מחסומי התקציב ועל אינטרסים כלכליים ושיתקבלו על דעת הממשלה כולה.

שינוי נוסחת הקפיטציה: נוסחת הקפיטציה היא הנוסחה לחישוב התקציב שהממשלה מחלקת לקופות החולים – יותר מ-30 מיליארד ש"ח בשנה. החישוב מבוסס על מספר המבוטחים בקופות. עד לזמן האחרון התוספות לחישוב נפש (נפש מתוקנת) היו רק לפי הגיל: בעבור כל ילד ובעבור כל קשיש המבוטחים באותה קופה, היא קיבלה יותר מבעבור מבוטחים אחרים. בתחילת 2011, לאחר תהליך ארוך, שונתה נוסחת הקפיטציה והיא נקבעת גם על פי המגדר (התייחסות זו מגדילה את המשקל של נשים בגיל הפוריות וממעטה במשקל ההוצאות על נשים בגיל הזיקנה). כמו כן הובטחה תוספת תקציב לקופות בעבור מבוטחים המתגוררים בפריפריה.³⁰¹

²⁹⁹ כך למשל, שיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש בישראל עומד על 1.9 לעומת 3.4 בממוצע במדינות ה-OECD; שיעור האחיות ל-1,000 נפש בישראל הוא 4.8 לעומת 8.7 בממוצע במדינות ה-OECD; ושיעור מכשירי ה-MRI למיליון נפש הוא 2 לעומת 12.5 בממוצע במדינות ה-OECD. שיעור הרופאים ל-1,000 נפש בישראל דווקא גבוה מהממוצע ב-OECD – 3.5 לעומת 3.1. הנתונים נכונים לשנת 2010. מתוך:

OECD Health Data 2012: How Does Israel1 Compare,

<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteISRAEL2012.pdf>.

ראו גם: שאול אמסטרדמסקי, **גם בבריאות הישראלים משלמים יותר ומקבלים פחות**, כלכליסט, 1.7.2012, <http://www.calcalist.co.il/money/articles/0,7340,L-3575707,00.html>

³⁰⁰ **עיקרי תוכנית מדיניות הבריאות: מטרות העל 2011-2014** ("עמודי האש"), משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/moh2011.pdf>

³⁰¹ ראו למשל: **ההמלצה להגדיל תקציב קופות החולים עבור מבוטחים מהפריפריה – צעד היסטורי**, אתר האגודה לזכויות האזרח, 28.2.2010, <http://www.acri.org.il/he/?p=2423>; רמי אדוט, **מהי הקפיטציה וכיצד כיסן של הקופות קשור לצמצום פערים?**, אתר המטה הציבורי לשוויון בבריאות, 16.2.2011, <http://tinyurl.com/bqtysux>

שינוי נוסחת הקפיטציה הוא צעד משמעותי ואפילו היסטורי. אמנם כלי זה אינו הכלי היחיד לתמרוץ הקופות לצמצם פערים בבריאות ואולי אפילו אינו החשוב שבהם, אך הוא מאפשר למשרד הבריאות לכוון את מדיניות הבריאות של הקופות עד רמת הפרט והקהילה. השימוש בו כדי לתת מענה, ולו חלקי, לבעיית הפערים בבריאות, מאותת לציבור כולו ולקופות החולים על כיווני המדיניות של המשרד. אולם שנתיים לאחר תחילת הפעלתו אפשר להצביע על כמה ליקויים, והם מעמידים בסימן שאלה את יכולתו של המדד שנוסף לנוסחה להביא לשינוי אמיתי.³⁰² ראשית, הנוסחה מבוססת על מיקום גאוגרפי בלבד ולא על המצב חברתי-כלכלי של המבוטחים, וכך תוספת התקציב ניתנת גם בעבור יישובים מבוססים הנמצאים בפריפריה הגיאוגרפית (כגון עומר), אך לא בעבור יישובים מוחלשים הנמצאים במרכז או בעבור שכונות מצוקה שהן חלק מעיר גדולה. שנית, לא ברור אם גודל ה"פיצוי" שנקבע מספיק כדי לתמרץ את הקופות להשקיע בפריפריה, לנוכח התמריצים הכלכליים שיש להן להשקיע באזור המרכז. שלישית, אין כל מעקב ממשי אחר הקצאות הכספים, ואין מנגנון או מדדי ביצוע שיבטיחו שתוספת התקציב המיועדת לפריפריה אכן תגיע אליה, ולא "תיבלע" בצרכים אחרים של הקופות, על רקע השחיקה המתמשכת של תקציבי הבריאות. כמו כן לא נקבעו כל סנקציות על קופות שלא ישתמשו בתוספת התקציב הייעודית לשיפור השירות בפריפריה.

מבחני התמיכה: על פי החוק משרד הבריאות מוסמך להעניק תמיכה כספית לקופות החולים ולבתי החולים על פי יעדים וקריטריונים שוויוניים, המכונים "מבחני התמיכה".³⁰³ בקריטריונים שפרסם המשרד לשנת 2012 הודגשה הרחבת השירותים באזורי פריפריה גאוגרפית וחברתית.³⁰⁴ מבחני התמיכה כוללים מדדי ביצוע מפורטים, המבטיחים כי התמיכה תינתן לגופים שאכן יקדמו את היעדים הרצויים. יש לציין שסכומי התמיכה נמוכים יחסית – כ-20 מיליון ש"ח – ולכן השפעתם על שינוי כולל של המדיניות היא נמוכה. עם זאת, מבחני התמיכה הם דוגמה מצוינת לדרך שבה אפשר להשפיע על מוסדות גדולים לעודד השקעות בפריפריה, ואפשר ללמוד מהם ולכלול מדדי ביצוע דומים גם בכספי הקפיטציה או בסכומים גדולים יותר אם יוקצבו.

מיזמים של קופות החולים: בשנתיים האחרונות הצליחו שתי קופות החולים הגדולות להוכיח שהשקעת משאבים מכוונת וממוקדת יכולה להביא לתוצאות מרשימות מבחינת צמצום הפערים בין המרכז לפריפריה, הן מבחינת מדדי בריאות (כגון איזון חולי סכרת) והן מבחינת ניצול שירותי בריאות (כגון שיעורי ביצוע בדיקות).³⁰⁵ משרד הבריאות מעודד את קופות החולים להשקיע מאמץ באיסוף מידע על הפערים, בניתוח ובפרסומו,³⁰⁶ וארגון ה-OECD אף חלק שבחים לישראל על

³⁰² דב צ'רניחובסקי, שינויים בהקצאה במערכת הבריאות לקידום שוויון בין המרכז לפריפריה – האומנם? (טיוטה), מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, מאי 2011, <http://taubcenter.org.il/index.php/publications/discussion-papers/health/healthcare-system-allocation-change/lang/he>; שלי לוי, המשתנה הגיאוגרפי בנוסחת הקפיטציה שתוקנה ב-2010 והשפעתו על התקצוב בגין מבוטחים תושבי הנגב, הכנסת – מרכז המחקר והמידע, דצמבר 2011, <http://www.knesset.gov.il/mmm/doc.asp?doc=m02996&type=pdf>; מיקי פלד, קופות החולים משקיעות פחות במבוטחים מיישובים עניים, כלכליסט, 17.4.2012, <http://www.calcalist.co.il/local/articles/0,7340,L-3568347,00.html>.

³⁰³ על מבחני התמיכה באתר משרד המשפטים: <http://www.justice.gov.il/MOJHeb/Tmihot>.

³⁰⁴ רשומות – ילקוט הפרסומים מס' 6412, 9.5.2012, <http://tinyurl.com/d3o79en>.

³⁰⁵ ראו למשל: מיטל יסעור בית אור, בריאות בפריפריה: כך מחקו את הפער תוך שנה, ynet, 24.3.2010, <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3867211,00.html>.

³⁰⁶ בהקשר זה יש לציין במיוחד את "דוח מדדי האיכות", שמתפרסם החל משנת 2004. הדוח האחרון: אורלי מנור ואח', התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל – דוח לשנים 2008-2010, משרד בריאות,

פרסום הנתונים.³⁰⁷ מערכת הבריאות, מרמת מרפאת הקופה ועד משרד הבריאות, מעבירה לאחרונה את המסר ולפיו התוכניות הממוקדות צריכות להפוך לפעילות בהיקף ארצי, וזאת אפשר לעשות רק באמצעות מימון ממשלתי בהיקף ניכר. את המעבר מפעילויות ממוקדות לתוכנית ארצית יש ללוות בפרסום קבוע של נתונים, ובהם השוואות לפי מקום מגורים ומוצא אתני.

הקמת מוקדי לילה וחדרי מיון קדמיים ביישובי הפריפריה: ביישובים הרחוקים מבתי חולים נזקקים חולים למוקד רפואי הפועל בלילה, ולו כדי להחליט אם לנסוע לחדר המיון הרחוק או להזמין אמבולנס – שתי האפשרויות עלולות לעלות כסף רב. מוקדים כאלה עדיין לא קיימים ברוב יישובי הפריפריה, וחסרונם מורגש בקרב אנשים חולים וקשישים שאין להם רכב פרטי. חלק מהיישובים, כגון דימונה וירוחם, מצאו פתרונות על ידי גיוס תרומות מקרנות, מגופים ומתורמים פרטיים או בסיוע קופות החולים.³⁰⁸ בשנתיים האחרונות נאבקת קבוצת פעילים תושבי אופקים למען שירות כזה.³⁰⁹

בשנתיים האחרונות סגן שר הבריאות ליצמן מקדם תוכנית להקמת "חדרי מיון קדמיים" ברחבי הפריפריה, שיפעלו ביישובים המרוחקים מבתי חולים ויוכלו לתת מענה ראשוני בעת הצורך.³¹⁰ שלושה מוקדים כבר הוקמו – בדימונה, בערד ובאום אלפאחם, ותשעה נמצאים בשלבי הקמה.³¹¹ כמו כן פורסם כי בקרוב עתיד לקום חדר מיון קדמי באשדוד.³¹²

הקמת חדרי המיון הקדמיים ראויה לכל שבת, אך היא לא תפתור את כל הבעיות, כיוון שאינה נותנת מענה לכל היישובים. סביר להניח שביישוב כגון אופקים, המרוחק רק כ-30 ק"מ מבית החולים סורוקה שבבאר שבע, לא יוקם חדר מיון קדמי; אולם המרחק הזה הוא עצום עבור קשיש חולה שאין לו כלי רכב. בעיה נוספת היא שהקמתם של חדרי המיון הקדמיים תלויה במידה רבה בגיוס תרומות. הפתרון ייתכן על ידי הקמת שירות רפואי ראשוני וזול יחסית במקומות קטנים שבהם אנשים אינם יכולים להתנייד בעצמם. במקום חדר מיון יקר, כל שאופקים צריכה הוא מרפאה שבה יושב רופא גם בשעות הלילה, ויכול לחסוך לחולה את הלבטים ולהורות על הפנייתו למיון אם יש צורך בכך.

המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומועצת הבריאות, בהשתתפות ארבע קופות החולים בישראל, מרס 2012, החלו לפרסם נתונים על פערים בחתך של קופות החולים השונות רק בעקבות פסק דין של בג"ץ: עת"מ 883-07 התנועה לחופש המידע נ' משרד הבריאות (פס"ד מיום 15.5.2012).

http://www.nevo.co.il/psika_html/minhali/MM-07-883-490.htm כמו כן דוח מדדי האיכות מפלח את הנתונים רק על פי חתך סוציו-אקונומי, ללא התייחסות למדדים חשובים אחרים כגון מקום מגורים או מוצא אתני.³⁰⁷ **OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards**, October 2012, <http://tinyurl.com/bms5rs4>.

³⁰⁸ ראו למשל: ליטל גרוסמן, **מעכשיו בירוחם: סוף-סוף רפואה גם בלילה**, nrg-מעריב, 3.7.2011, <http://www.nrg.co.il/online/54/ART2/255/960.html>.

³⁰⁹ ראו למשל: **כנס פעילים באופקים – דורשים מוקד רפואי בלילה**, אתר המטה הציבורי לשוויון בבריאות, <http://tinyurl.com/chuv6ja>, 19.6.2011.

³¹⁰ דן אבן, **תוכנית ליצמן להפחתת הצפיפות: חדרי מיון בערים בלי בתי חולים**, הארץ, 30.12.2010, <http://www.haaretz.co.il/news/health/1.1237821>; ליטל גרוסמן, **נבחרו 11 יישובים בהם יוקמו חדרי מיון קדמיים**, nrg-מעריב, 14.12.2011, <http://www.nrg.co.il/online/1/ART2/316/092.html>.

³¹¹ **הודעת המשנה למזכיר הממשלה בתום ישיבת הממשלה מיום 23 בספטמבר 2012**, אתר משרד ראש הממשלה, 23.9.2012, <http://www.pmo.gov.il/MediaCenter/SecretaryAnnouncements/Pages/govmes230912.aspx> והמצגת המקושרת מעמוד זה – <http://www.pmo.gov.il/MediaCenter/Spokesman/Documents/HealthMazeget.ppt>.

³¹² עדנה אברמסון, **אשדוד: חדר מיון קדמי וניידת MRI יופעלו בקרוב**, ynet, 27.2.2012, <http://www.ynet.co.il/articles/0.7340.L-4195236.00.html>.

פירות שביתת הרופאים: בעקבות מאבק הרופאים חתמו באוגוסט 2011 משרד האוצר וההסתדרות הרפואית על הסכם קיבוצי להסדרת תנאי העסקתם של הרופאים.³¹³ לכמה מההסכמות שנקבעו יש השלכה על צמצום הפערים בין המרכז לפריריה: הוספת 1,000 תקנים של רופאים לבתי החולים הציבוריים, בהעדפה לפריריה; תוספת שכר של 20% לרופא בפריריה לעומת רופא המבצע עבודה דומה במרכז; ואפשרות למענק אישי של 300,000 ש"ח לרופא שיעבור לפריריה (עדיין יש מחלוקת בשאלת גובה המס שיוטל על המענקים). נכון לנובמבר 2012 מספר המתמחים שהביעו את רצונם לקבל את המענקים גבוה ממה שאפשר לממן על ידי הסכום שהוקצב, דבר שמעיד על יעילות המהלך בהפניית רופאים לפריריה ועל הפוטנציאל להרחיבו בעתיד.

תוכניות ומאבקים של ארגונים ושל פעילים

המאבק לפריסה שוויונית של מכשירי MRI:³¹⁴ בשנת 2008 היה שיעור מכשירי ה-MRI לנפש בתל אביב גבוה פי שלושה מהשיעור לנפש בדרום הארץ ופי שבעה מבצפון הארץ.³¹⁵ קבוצת "ב"ש – שוויון בבריאות", התארגנות של נשים מאזור הדרום למען צמצום הפערים בשירותי הבריאות בין המרכז לפריריה,³¹⁶ ניהלה מאבק לפריסה שוויונית של המכשירים ברחבי הארץ, ואליה הצטרפו עמותת רופאים לזכויות אדם, הקליניקות המשפטיות באוניברסיטת תל אביב והאגודה לזכויות האזרח.

בעקבות המאבק משרד הבריאות נתן רישיונות למספר מכשירי MRI שמיועדים לפריריה החברתית (למשל בית החולים וולפסון) והגאוגרפית (למשל בתי החולים באשקלון, בצפת ובטבריה). ואולם רכישת המכשירים תלויה במימון שבתי החולים משיגים, בעיקר באמצעות תרומות, ורכישתם של חלק מהמכשירים בפריריה מתעכבת מכיוון שבתי החולים מתקשים לגייס את הסכום הנדרש. זוהי דוגמה קטנה לבעייה המבנית של התלות בתרומות, המשפיעה על הפערים בין המרכז לפריריה: בתי החולים נדרשים לגייס סכומים משמעותיים, אבל יכולתם של בתי החולים שבפריריה לעשות זאת קטנה במידה רבה לעומת אלה שבמרכז.

הסדרי בחירה בקופות החולים: "הסדרי הבחירה" הם הסדרים של קופות החולים עם ספקים של שירותי בריאות, שהקופה מציגה בפני המבוטח בצורת רשימת נותני שירותים – בתי חולים, מכונים, רופאים פרטיים ועוד – שמתוכה הוא יכול לבחור. למעשה, הסדרי הבחירה משמשים אמצעי של הקופות להגביל את יכולת הבחירה של המבוטחים על פי שיקולי היעילות והאינטרסים הכלכליים שלהן. מכיוון שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא נקבעו תקנים של מרחק סביר ממקום מגורי המטופל וזמן המתנה סביר לטיפול, לעתים נוצרים עיוותים קשים המרעים עם המבוטחים ומיטיבים עם קופות החולים, כגון הפנית מבוטחים לשירות הנמצא במרחק לא סביר מאזור

³¹³ עיקרי ההסכם באתר ההסתדרות הרפואית:

http://www.ima.org.il/ima/formstorage/type7/IMA_agreementHasbara_05.pdf

³¹⁴ להרחבה ראו: ראו: בין מימוש לייבוש: שיטות ממשלות ישראל לצמצום השירותים החברתיים, ה"ש 115 לעיל, עמ' 122-124.

³¹⁵ עו"ד ר' יובל לבנת, אי-שוויון בפרישת מכשירים רפואיים מיוחדים ברחבי המדינה, רופאים לזכויות אדם, <http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=68&ItemID=235>

³¹⁶ "קבוצת ב"ש – שוויון בבריאות" – רקע על הקבוצה ופעילותיה, באתר רופאים לזכויות אדם, <http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=224>

מגוריהם. הסובלים העיקריים מהמצב הם תושבי הפריפריה. לעיתים קרובות הם נאלצים לנסוע הרחק ממקום מגוריהם או להמתין זמן ממושך לקבלת טיפול.³¹⁷

זמן רב ניסו ארגוני זכויות אדם ובהם האגודה לזכויות האזרח, הקליניקה המשפטית מזו"ר מהמכללה למינהל והאגודה לזכויות החולה לשנות את הסדרי הבחירה. בסיוע הארגונים נוסחה הצעת חוק בעניין זה, והונחה על שולחן הכנסת בשנת 2009.³¹⁸ הצעת החוק ביקשה, בין השאר, לקבוע תקן של מרחק וזמן לטיפולים מסוימים, להגביל את הקופות בהעברת חולים מבית חולים אחד למשנהו ולחייב פרסום נגיש של המידע על הסדרי הבחירה, שיאפשר להשוות את אפשרויות הבחירה שהקופות השונות מציעות.

הצעת החוק לא קודמה בכנסת בשל התנגדות משרד הבריאות. במקומה הציע המשרד לערוך כמה שינויים, ואכן ביוני 2011 פרסם חוזר, ובו היענות לחלק מדרישות הארגונים.³¹⁹ החוזר שב ומדגיש את חובת הקופות לספק שירותים באופן סביר ושוויוני כולל זמן, מרחק ואיכות (אם כי אינו קובע תקנים מדויקים של זמן ומרחק), ללא אפליה בין מחוז למחוז. בתחומים מסוימים החוזר מרחיב את אפשרויות הבחירה ואת השוויון בין המבוטחים על חשבון האינטרסים הכלכליים של הקופות. כמו כן הוא מחייב את הקופות לפרסם לכל המבוטחים את ההסדרים, ולהודיע מראש על כל הרעה בפריסת השירותים. ואולם שנה ויותר לאחר פרסום החוזר חלק מקופות החולים עדיין לא פרסמו הסדרי בחירה התואמים את הוראותיו.³²⁰ הדבר פוגע ביכולתם של המבוטחים לדעת באילו מוסדות יוכלו לקבל שירותים.

חשוב לציין שבתחום טיפולי השיניים לילדים פרסם משרד הבריאות אמות מידה ברורות של זמן המתנה לטיפול ושל מרחק ממקום מגורי המטופל, שעל קופות החולים לעמוד בהן.³²¹ בשירותים מעטים אחרים, כגון שירותי התפתחות הילד, קבע המשרד אמות מידה חלקיות.

כוח אדם מקצועי בפריפריה: בשנים האחרונות צצות עוד ועוד התארגנויות מקומיות, הפועלות לבדן או בתמיכת ארגוני זכויות אדם וארגוני בריאות כדי לצמצם את הפערים בכוח אדם מקצועי בין המרכז לפריפריה. הן מרכזות נתונים ומידע, מפרסמות ניירות עמדה ומקיימות פעילות ציבורית כדי למנוע את סגירתם של מתקנים רפואיים בפריפריה ולצמצם את המחסור בכוח אדם רפואי וסיעודי באזורים אלה. למשל, קבוצת "בייש – שוויון בבריאות" היא קבוצת נשים תושבות באר שבע

³¹⁷ ראו דברי ההסבר להצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – בחירה מבין נותני שירותים), התש"ע-2009, <http://knesset.gov.il/privatelaw/data/18/2427.rtf>.

³¹⁸ הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – בחירה מבין נותני שירותים), התש"ע-2009, ה"ש 317 לעיל. ³¹⁹ יישום תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים) תשס"ה-2005, חוזר סמנכ"ל

לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 06-2011, 9.6.2011, http://www.health.gov.il/hozer/sbn06_2011.pdf. ראו גם: רמי אדוט, חוזר מנכ"ל חדש – הסדרי הבחירה: יותר שוויון ויותר בחירה לחולים, פחות בחירה לקופות, אתר המטה הציבורי לשוויון בבריאות, 12.6.2011, <http://tinyurl.com/cz5ug2a>.

³²⁰ ארי גלהר, רוני גמזו שיגר מכתב נזיפה לקופות החולים, nrg-מעריב, 7.8.2012, <http://www.nrg.co.il/online/1/ART2/393/210.html>; יו"ר האגודה לזכויות החולה: "קופות החולים אמורות לאפשר לנו לבחור היכן נקבל טיפול", ריאיון באתר 103 – רדיו ללא הפסקה, 12.8.2012, <http://www.103.fm/programs/Media.aspx?ZrqvnVq=FILIFF&c41t4nzVQ=EE>.

³²¹ שירותי רפואת השיניים לילדים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי – קווים מנחים לקביעת סטנדרט השירות, חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 12/10, 12.9.2010, http://www.health.gov.il/hozer/sbn12_2010.pdf.

והאזור הפועלות בליווי ובתמיכה של עמותת רופאים לזכויות אדם.³²² הקבוצה הקימה את פורום דרום³²³ – פורום פעילים ותושבים בדרום שפעילותו מתרכזת בזמינות רופאים מומחים ובמחסור באחיות בדרום הארץ. בימים אלה הפורום נאבק נגד הכוונה לסגור את המחלקה האונקולוגית בבית החולים סורוקה.³²⁴

סטודנטים במכללת תל חי פועלים זה כשנה כדי לשפר את זמינות הרופאים המומחים באצבע הגליל. בין היתר ערכו הסטודנטים סקר בקרב תושבי האזור בנושא זמן ההמתנה לרופאים מומחים, וקיימו כנס במכללה בנושא צמצום הפערים בין הפריפריה למרכז.³²⁵

מכון הקרנות בצפון: במשך כמה שנים ניהלו חולות סרטן מהצפון מאבק להקמת מכון הקרנות בבית החולים זיו שבצפת.³²⁶ בהיעדר מכון כזה נאלצים חולי סרטן הזקוקים להקרנות לנסוע עד לבית החולים רמב"ם בחיפה, לשהות שעות רבות בדרכים כשהם סובלים מכאבים ומתופעות לוואי ולבזבז זמן רב כדי לקבל טיפול שנמשך דקות ספורות. בעקבות המאבק הודיע סגן שר הבריאות ליצמן כי יוקם מכון הקרנות בבית החולים זיו.³²⁷

הנגשה לשונית ותרבותית: הפערים הגדולים במדדי הבריאות בישראל לפי חתכים תרבותיים, אתניים ולאומיים³²⁸ מחייבים להתאים תוכניות ושירותי בריאות לקבוצות מוחלשות בפריפריה ולאוכלוסיות השונות זו מזו מבחינת השפה והתרבות. כמה ארגונים מנסים זה שנים לקדם את הנושא, ובהם: רופאים לזכויות אדם; יסמין אלנגב³²⁹ – ארגון של נשות מקצוע ערביות-בדוויות הפועל כדי לקדם זמינות של שירותי בריאות ולהתאימם לציבור הערבי-בדווי בנגב; אגודת הגליל הוותיקה, הפועלת לקידום הזכות לבריאות של האזרחים הערבים,³³⁰ וטנא-בריאות, הפועלת בקרב יוצאי אתיופיה.³³¹

³²² על הקבוצה: "קבוצת ב"ש – שוויון בבריאות" – רקע על הקבוצה ופעילויותיה, ה"ש 316 לעיל. ראו למשל נייר עמדה שפרסמה הקבוצה: **איך תושבי הדרום מאבדים את רופאי הדרום לטובת מערכת הבריאות הפרטית**, יולי 2012, באתר רופאים לזכויות אדם, http://www.phr.org.il/uploaded/private%20doctors%20in%20beersheva_1.pdf

³²³ על פורום דרום בריאות באתר רופאים לזכויות אדם: <http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=381>

³²⁴ **גם בדרום יש חולי סרטן!** אתר רופאים לזכויות אדם, 5.7.2012, <http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=66&ItemID=1547>

³²⁵ הרצל בן אשר, **סקר חדש: זמן ההמתנה לרופאים מומחים בצפון אינו סביר**, חדשות הגליל, 3.5.2012, <http://tinyurl.com/co35cv6>

³²⁶ האקדמית תל חי, 10.5.2012, <http://blog.telhai.ac.il/news/1831>, ראו למשל: אבר לוטן, **שר הבריאות מסרב להיפגש עם חולי הסרטן**, mynet, 4.11.2008, http://www.mynet.co.il/articles/0_7340_L-3616944_00.html

³²⁷ עדי חשמונאי, **הסבל של חולי הסרטן באזור הצפון**, nrg-מעריב, 1.9.2009, <http://www.nrg.co.il/online/54/ART1/781/217.html>

³²⁸ תומר ולמר, **בשורה לצפון: מכון הקרנות – גם בגליל**, nrg-מעריב, 5.2.2012, <http://www.nrg.co.il/online/29/ART2/050/826.html>

³²⁹ **תקציב של ארבעים מיליון שקלים מעכב הקמת מכון הקרנות לחולי סרטן במרכז הרפואי זיו**, אתר המרכז הרפואי זיו, 25.3.2012, <http://www.ziv.org.il/?CategoryID=2122&ArticleID=3118>

³³⁰ **יש לציין כי על ההחלטה נמתחה גם ביקורת, ולפיה יש לחזק את מכוני ההקרנות הקיימים בטרם מקימים מכוני חדשים**. דן אבן, **הקרנות לחולי סרטן מהצפון הופסקו לשבוע בשל תקלה**, הארץ, 30.7.2012, <http://www.haaretz.co.il/news/health/1.1788861>

³³¹ ראו למשל: **עולי אתיופיה לוקים בסוכרת עם העלייה ארצה, ומקבלים תת-טיפול**, אתר האגודה לזכויות האזרח, 26.7.2011, <http://www.acri.org.il/he/?p=14607>; **לצמצם היום את פערי המחר: יעדים לצמצום פערים בבריאות**, ה"ש 296 לעיל.

³²⁹ נייר עמדה של עמותת יסמין אלנגב – חוסר חמור בכח אדם רפואי מקצועי המותאם לאוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב, אתר המטה הציבורי לשוויון בבריאות, 27.3.2011, <http://tinyurl.com/d4gp7n5>

³³⁰ אתר אגודת הגליל: <http://www.gal-soc.org>

³³¹ אתר טנא בריאות: <http://tene-briut.org.il/he>

בעקבות מאבק של כמה ארגונים ואנשי אקדמיה, ובהם טנא-בריאות, המרכז הבין תרבותי ירושלים וארגון אמון הציבור, פורסם בפברואר 2011 חוזר של מנכ"ל משרד הבריאות,³³² הקובע תקנים תקדימיים להנגשה לשונית ולהתאמה תרבותית של שירותי בריאות. בין השאר החוזר מחייב את המוסדות הרפואיים להגיש טופסי הסכמה מדעת (טפסים שאדם נדרש לחתום עליהם לפני פעולות מסכנות חיים ופעולות מכרעות) בארבע שפות – עברית, ערבית, רוסית ואנגלית, ולהיעזר באמצעים כגון שירותי תרגום או "מגשרים" ששפת המטופל שגורה בפייהם כדי לוודא שהמטופל הבין את כל הקשור בטיפול הרפואי. משרד הבריאות גם יזם בחוזר זה הפעלת שירותי תרגום טלפוניים זמינים מקצועיים בשפות החשובות, והצבת מגשרים תרבותיים מקצועיים דוברי שפות המתמצאים בתרבותו של המטופל. החוזר אמור להתממש בתוך שנתיים מיום פרסומו.

סביבה ובריאות בפריפריה: גם אם נדמה שהזיהום הסביבתי חוצה גבולות, יש פער ברור בין המרכז לפריפריה בשיעורי החשיפה לזיהומים סביבתיים. בישראל מתקנים מזהמים רבים ממוקמים בפריפריה סמוך לריכוזי אוכלוסייה, והדבר גורם לתחלואה מוגברת של התושבים. נדידת מפעלים ממרכז הארץ לפריפריה מגבירה את הזיהום ואת התחלואה. הקואליציה לבריאות הציבור – עמותת הפועלת להפחתת התחלואה מזיהום סביבתי בעיקר בצפון ובאזור מפרץ חיפה – מלווה בשנים האחרונות כמה התארגנויות של תושבים בפריפריה הנאבקים על זכותם לסביבה נקייה ולבריאות.³³³ כך למשל, סיעה הקואליציה לתושבי שכונת גבעת המורה בעפולה, שסבלו ממפגעי ריח קשים ממפעל פזקר שבאזור התעשייה הסמוך. השנה, לאחר פעילות משותפת מול המפעל, פחתו מאוד מפגעי הריח.³³⁴ הקואליציה מלווה את מאבקם העקשני של תושבי ערד והסביבה נגד הקמת מפעל פוספטים באזורם, שיגרום לזיהום אוויר ולקרינה רדיואקטיבית.³³⁵ דוגמה נוספת היא מאבקם של תושבי אום קוטוף ושל יישובים נוספים בוואדי ערה, שסובלים ממטרדי אבק ורעש ממחצבת ורד הסמוכה, נגד התוכנית להרחיב את המחצבה.

* * *

הגדלת הנגישות לשירותי בריאות זמינים ואיכותיים באזורי הפריפריה היא רק פן אחד של התיקון הנדרש במערכת הבריאות הציבורית כדי לצמצם את פערי התחלואה. המלצות נוספות קשורות לתוצאות אחרות של הפערים החברתיים-כלכליים המשפיעים על הבריאות, ובהן הנגישות הנמוכה של עניים ושל המעמד הבינוני-נמוך לשירותים שניתנים היום באופן פרטי, ובמיוחד השירותים החיוניים שאינם נכללים בסל הבריאות, כגון חלק משירותי בריאות הנפש, בריאות השן וטיפול ואשפוז סיעודי ארוך טווח. עניים ואוכלוסיות מודרות נפגעים קשות גם מתשלומי ההשתתפות העצמית הגבוהים המוטלים כיום על השירותים שבסל, למרות התהליך החיובי של ביטול חלק קטן מהאגרות (כגון אגרת טיפת חלב). לפיכך יש לבטל בהדרגה את תשלומי ההשתתפות. נוסף על כך יש לקבוע מנגנון לעדכון קבוע של סל הבריאות ולעגנו בחקיקה, ולתקן את השחיקה המתמשכת

³³² התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות, חוזר מנכ"ל מס' 7/11, 3.2.2011.

http://www.health.gov.il/hozer/mk07_2011.pdf

³³³ אתר הקואליציה: <http://www.phc.org.il>. באתר מידע רב על הקשר שבין זיהום הסביבה לתחלואה.

³³⁴ בזכות התושבים: מפגעי הריח ממפעל פזקר פחתו, אתר הקואליציה לבריאות הציבור, 29.8.2012.

<http://www.phc.org.il/6651>

³³⁵ ביולי 2012 הגיש משרד הבריאות לוועדה המחוזית לתכנון ולבנייה דרום את עמדתו, המתנגדת להקמת מכרה

הפוספטים. ראו: משרד הבריאות קבע: מכרה בשדה בריר יגרום לתחלואה ותמותה, אתר הקואליציה לבריאות

הציבור, 18.7.2012, <http://www.phc.org.il/6327>; אתר מאבק התושבים – רוצים לחיות בלי מכרות:

<http://www.nobarir.com>

בתקציב שירותי הבריאות, כפי שהורה לאחרונה גם בג"ץ.³³⁶ יש להשקיע משאבים גם בשירותי הרפואה המונעת והקהילתית.³³⁷

משרד הבריאות הנוכחי מחויב לצמצום הפערים בבריאות,³³⁸ אולם הצלחת התוכניות שהוא מציע מותנית במחויבות ממשלתית כוללת, המציבה יעדים כמותיים לצמצום פערים ומקצה משאבים להשגתם. יתרה מזאת, הגברת השוויון בבריאות מצריכה תוכנית מקיפה, שמתייחסת גם לגורמים חברתיים, כלכליים, סביבתיים ותרבותיים המשפיעים על הבריאות:³³⁹ ללא צמצום ממדי העוני והפערים בין השכבות בחברה בתנאי החיים, בדיוור, בהשכלה ובחשיפה למפגעים סביבתיים אין תקווה לצמצם את פערי הבריאות באופן משמעותי. תוכנית ממשלתית-ארצית לצמצום פערי הבריאות חייבת להתבסס על חמישה עקרונות: הגדרת תקציב ייעודי ונפרד; הגדרת יעדים כמותיים מדידים ומוגדרים בזמן; איסוף שיטתי של נתונים על הפערים; דיווח שנתי על הפערים ועל הצעדים שנקטו לצמצומם; ושיתופי פעולה בין-מגזריים – בין הממשלה, הכנסת, קופות החולים וארגוני החברה האזרחית.³⁴⁰

³³⁶ בג"ץ 8730/03 שירותי בריאות כללית נ' שר האוצר (פס"ד מיום 21.6.2012), <http://elyon1.court.gov.il/files/03/300/087/h53/03087300.h53.htm>. ראו גם: רמי אדוט, עתירת המפנה – בג"ץ קבע שעל המדינה לתקן שחיקת תקציב הקופות, אתר המטה הציבורי לשוויון בבריאות, <http://tinyurl.com/ce2dbva>.

³³⁷ צדק חברתי ובריאות – דוח הביניים של צוות המומחים של המחאה החברתית (צוות ספיבק-יונה) בתחום הבריאות, אוגוסט 2011, http://j14.org.il/spivak/?page_id=29.

³³⁸ ספר תוכניות העבודה לשנת 2011, משרד הבריאות, ינואר 2011, http://www.pmo.gov.il/BranchesAndUnits/direcgeneral/Documents/yearplan_health.pdf; עיקרי תוכנית מדיניות הבריאות: מטרות העל 2011-2014, ה"ש 300 לעיל.

³³⁹ ראו למשל: השפעת גורמים חברתיים על בריאות, אתר האגודה לזכויות האזרח, 5.7.2011, <http://www.acri.org.il/he/?p=13390>; כסף או בריאות? דו"ח העוני והבריאות של רופאים לזכויות אדם, לקראת יום הבריאות העולמי, 10.4.2012, <http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=68&ItemID=1275>, רוני לינדר-גנץ, "גם בעיות סוציו אקונומיות גורמות למחלות – לא רק חיידקים", TheMarker, 17.9.2012, <http://www.themarker.com/consumer/health/1.1825216>.

³⁴⁰ להרחבה: לצמצם היום את פערי המחר: יעדים לצמצום פערים בבריאות, ה"ש 296 לעיל.