



ינואר 2014

## עוני ובריאות – סיבה, תוצאה וחוזר חלילה

- 1..... עוני ובריאות – סיבה, תוצאה וחוזר חלילה
- 2..... "שיח העוני" – חסרונותיו והצעת גישה חלופית
- 3..... שיפור התנאים המקדמים בריאות
- 4..... סביבה
- 4..... עבודה
- 5..... תזונה
- 5..... הרגלי חיים
- 5..... שיפור הנגישות לשירותי בריאות
- 5..... השתתפות עצמית עבור שירותים ציבוריים שנמצאים בסל
- 7..... בריאות שיניים ציבורית לילדים וקשישים
- 7..... סיעוד – אשפוז וטיפול בבית
- 8..... צמצום פערי בריאות
- 9..... הערה לסיכום

כותבים:

פרופ. נדב דוידוביץ'

פרופ. דני פילק

רמי אדוט

## "שיח העוני" – חסרונותיו והצעת גישה חלופית

הקשר בין עוני ובריאות לקויה ידוע מזה מאות שנים. עוני מוחלט מחולל השלכות בריאותיות בשל חשיפה מוגברת לגורמי סיכון כגון תת-תזונה או, לחלופין, השמנת יתר עקב חוסר נגישות למזון בריא; חשיפה למזהמים סביבתיים ואורח חיים לא בריא ובעקבות כך לשיעורי תחלואה ותמותה גבוהים - תמותת תינוקות; ריבוי מחלות זיהומיות; ותוחלת חיים ירודה. מזה מספר שנים, מצביעים מחקרים על קשר בין עוני יחסי לבריאות ירודה.<sup>1</sup>

הפגיעה בבריאות נובעת ממגוון גורמים הקשורים למשתנים החברתיים, הסביבתיים והכלכליים המשפיעים על הבריאות: העדר ביטחון תזונתי; השפעות של סביבת עבודה מזיקה; חלוקה לא שוויונית של הפגיעה הסביבתית;<sup>2</sup> איכות המים; רמת ההשכלה; צפיפות; ורמת דיור ירודה.<sup>3</sup> כיום, אין מתייחסים לעוני רק במונחים של הכנסה נמוכה אלא כהעדר נגישות לאמצעים שמאפשרים לאדם לממש באופן מלא את הפוטנציאל הטמון בו/ה. מגוון אמצעים אלו מכונה – Social Determinants of Health (SDH), ועל פי הספרות, הוא מחולל את עיקר ההשפעה על הבריאות.

קיים קשר בין עוני לבין עישון והשמנת יתר הידועים כגורמי סיכון למחלות רבות. בין המחלות הקשורות לעוני ניתן לציין מגוון רחב של מחלות, כגון, מחלות נפשיות, סוכרת, אנמיה, היפגעות מתאונות עבודה ותאונות בית, אסתמה ומחלות כליליות.<sup>4</sup> מעגל קסמים שלילי נוצר בין עוני לבריאות ירודה. רמת בריאות ירודה ותת-תזונה (וביטוייה כגון אנמיה כתוצאה מחוסר ברזל) פוגעים בשילוב ילדים בבתי הספר. בריאות ירודה פוגעת ביכולת של נשים וגברים להשתלב בשוק העבודה.<sup>5</sup>

נקודה נוספת היא המתאם בין עוני לבין אי שוויון (והדרה) על רקע אתני, לאומי ומגדרי, והשפעת מתאם זה על הבריאות. בחברה הישראלית, לעוני יש "צבע" ברור: ערבים, חרדים, יוצאי אתיופיה – דור ראשון ודור שני להגירה, מזרחים – הן קשישים דור ראשון והן דור שני ושלישי, יוצאי ברה"מ

<sup>1</sup> דב צ'רניחובסקי, יהודית אלקנה, יונתן אנסון, ענת שמש, שיויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות, מרכז טאוב, יולי 2003

Shaw M, Dorling D, Davey Smith G. In: Social determinants of health: second edition. Marmot M, Wilkinson RG, editor. New York: Oxford University Press Inc; 2006. Poverty, social exclusion and minorities; pp. 196–223.

<sup>2</sup> מחקרים רבים מראים שאיכות הסביבה של שכונות עניות ירודה בהשוואה לאיכות הסביבה של אזורים מבוססים: Bullard R., 1990, *Dumping in Dixie: Race, Class and Environmental Quality*, Colorado: Westview Press

<sup>3</sup> על השפעת המשתנים החברתיים, סביבתיים וכלכליים על הבריאות, ראו: CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization.

<sup>4</sup> Key Factors: Poverty and Poor Health, <http://www.healthpovertyaction.org/policy-and-resources/the-cycle-of-poverty-and-poor-health/the-cycle-of-poverty-and-poor-health1>

<sup>5</sup> ראו מחקר שהתפרסם בנושא לאחרונה בהקשר למשבר הכלכלי העולמי:

Falk J, Bruce D, Burström B, Thielen K, Whitehead M, Nylén L. Trends in poverty risks among people with and without limiting-longstanding illness by employment status in Sweden, Denmark, and the United Kingdom during the current economic recession--a comparative study. BMC Public Health. 2013 Oct 4;13:925



לשעבר ובתוכם הקשישים. מתאם זה מחזק חשש שמא מדיניות המרוכזת ב"עניים" תחמיר את התיוג ואת מנגנוני הבידול החברתי.

**מדיניות המבוססת על פרספקטיבה צרה בנוגע לקשר בין בריאות לעוני עלולה להוביל לתוצאה מצומצמת ואף מזיקה.** בשני העשורים האחרונים, יש נטייה להתמקד ב-poverty relief measures, אמצעים לצמצום עוני, אשר מעצימים את הדרת העניים מבלי שישנו את מצבם. מדיניות זו מבוססת על הנחה המתעלמת מהקשר בין עוני לבין מבנה חברתי לא שוויוני של החברה כולה, ומייחסת את הסיבות לעוני לאי-השתתפות בשוק העבודה ול"הון אנושי" נמוך. המדיניות הנובעת מהנחות אלו נוטה לצמצם את מעורבות המדינה ל"מינימום ההכרחי", מתמקדת בשינוי העניים ולא בשינוי המבנה החברתי. לדוגמא, מדיניות המבקשת "תמריצים" שיכריחו את העניים להיכנס לשוק העבודה, ויגרמו לשיפור ה"הון האנושי", תוך התעלמות מהנתונים בדבר שיעור גבוה של עניים עובדים.<sup>6</sup> גישה זו מתעלמת מהקשר בין עוני להדרה על רקע אתני, לאומי או מגדרי. ביחס לבריאות, מדיניות כזו מתעלמת מההשפעה הכוללנית של הדטרמיננטות החברתיות - social determinants - על בריאות האוכלוסייה.

**מסיבות אלה, אנו כופרים בהנחה לפיה יש לנקוט בגישה המתמקדת ב"עניים". לדעתנו, יש לעצב מדיניות שמבוססת על תפיסה כוללת של שוויון וצדק חלוקתי. יש לבקש דרכים להשפיע על ה-social determinants of health כדי לצמצם את אי השוויון במצב הבריאות הנובע מריבוד חברתי או הדרה. מגישה זו נובעת מדיניות שכוללת את העניים אך אינה מוגבלת רק להם. להלן נציג מרכיבים של מדיניות רצויה, חלקם כבר פועלים וזקוקים לשיפור, אחרים יש ליזום.**

## שיפור התנאים המקדמים בריאות

נייר עמדה זה מבוסס על התפיסה המקובלת כיום בתחום מדיניות בריאות ובריאות הציבור כי הגורמים החברתיים והסביבתיים המשפיעים על הבריאות (Social Determinants of Health - SDH): הכנסה וחלוקתה, חינוך והשכלה, (חוסר) תעסוקה, תנאי דיור ותנאי עבודה, רשת חברתית תומכת, איכות סביבה – אלה הינם גורמים התורמים משמעותית לבריאות, לרווחה ולאיכות החיים ברמת הפרט והחברה. מיקוד בגורמים אלה מעביר את הדגש מתפיסה צרה של בריאות הקשורה בעיקר להספקת שרותי רפואה אל עבר תפיסת בריאות כחלק ממבנה חברתי המותנה בכוחות כלכליים, חברתיים, סביבתיים ופוליטיים.

ארגון הבריאות העולמי מגדיר SDH כ"תנאים שבהם בני אדם נולדים, גדלים, חיים, עובדים ומזדקנים, ובכלל זה מערכת הבריאות. תנאים אלה מעוצבים על ידי חלוקת כסף, כוח ומשאבים ברמה הגלובאלית, הלאומית והמקומית, המהווים כלי למדיניות. הגורמים החברתיים הם האחראיים

<sup>6</sup> Czarknet L., 2013, The Concept of Poverty in the Neoliberal Model: How to Understand the Fight Against Poverty in Mexico?, *Frontera Norte* 25:179-191



העיקריים לאי שוויון בבריאות - הפערים הלא צודקים והניתנים למניעה במצב הבריאות באוכלוסיות בין מדינות ובתוכן".<sup>7</sup>

## סביבה

הבריאות מושפעת מהסביבה בה אנו חיים ובכלל זה נגישות למזון בריא, למים באיכות טובה ולשטחים ירוקים בסמוך לבית. מנגד, בריאותינו מושפעת מחשיפה למזהמים ממפעלים, מתחנות כח, מאתרי פסולת (רגילה ורעילה), מכבישים סואנים וכד'. בתנאים החברתיים והפוליטיים כיום, היבטים אלו ואחרים אינם מתחלקים בצורה שווה. אנו שרויים במצב של **אי צדק סביבתי** אשר פוגע באופן לא שוויוני בזכות לבריאות של אנשים וקבוצות מסוימות באוכלוסיה. זהו מנגנון נוסף המתווך בין אי שוויון ותחלואה. אי השוויון קיים בשני הקצוות החברתיים. מן העבר האחד, הקבוצות החברתיות העשירות יותר אחריות לעיקר הצריכה המיותרת אשר מובילה להרס הסביבה (צריכה שאינה בת-קיימא, צריכת חשמל, צריכת דלק וכדו'). מן העבר השני, קיים אי שוויון גם באופן בו המפגעים הסביבתיים משפיעים על האוכלוסייה, שכן, קבוצות חברתיות חלשות נפגעות יותר ובאופן חמור יותר מגורמי סיכון סביבתיים כמו זיהום האוויר, מים וקרקע; היעדר מים באיכות טובה; חשיפה לפסולת ומפגעים סביבתיים; חשיפה לכימיקלים המתפזרים לסביבה עקב פעילות של מפעלים מזהמים הממוקמים לא פעם בסמוך לאזורים ברמה סוציו-אקונומית נמוכה יותר.

## עבודה

לעבודה השפעה משמעותית על הבריאות ברמות שונות. אבטלה הינה גורם סיכון לתחלואה ותמותה ומשפיעה הן על תחלואה גופנית והן על תחלואה נפשית. גם במצב בו ישנה תעסוקה, עדיין תתכן חשיפה לתחלואה עקב תנאי העבודה אשר יכולה לכלול חשיפה לגורמי סיכון סביבתיים או היפגעות בתאונות. לתעסוקה ותנאי התעסוקה השפעה משמעותית על צמצום פערים בבריאות דרך מנגנונים של בטחון כלכלי, סטטוס חברתי, פיתוח אישי, הערכה עצמית וקשרים חברתיים וכן הגנה מגורמי סיכון פיזיים ונפשיים.<sup>8</sup> חוסר בטחון תעסוקתי מעלה את הסיכון לתחלואה ותמותה.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> World Health Organization (WHO). (2010). Social determinants of health. Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

<sup>8</sup> CSDH, WHO. p. 5-6

<sup>9</sup> Benach J & Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. Journal of Epidemiology and Community Health, 61:276-277.

על פי המלצת ארגון הבריאות העולמי בכדי לצמצם פערים בבריאות בהקשר התעסוקתי יש צורך להגדיר את הצורך בייצור מקומות עבודה בטוחים והוגנים כמטרה של מדיניות כלכלית ברמה הלאומית (full, fair and decent).

## תזונה

לתזונה השפעה משמעותית על הבריאות, בכל מעגל החיים: החל מינקות ועד לזקנה. כיום עוני מהווה גורם סיכון הן לתת תזונה וחסרים תזונתיים והן להשמנת יתר וכגורם סיכון להתפתחות סכרת. באזורים במצב סוציו-אקונומי נמוך יותר הנגישות הכלכלית למזון בריא נמוכה יותר. פירות וירקות אשר בעבר היו נגישים יחסית, כיום מחירים גבוה יותר מאשר מזון מתועש. חוסר ביטחון תזונתי, המוגדר כחוסר ביטחון ביכולת לקנות מזון בריא (כגון: פירות וירקות) וצורך לוותר על מזון, נמצא קשור בעודף תחלואה כרונית, כגון, סוכרת ויתר לחץ-דם.

## הרגלי חיים

מחקרים רבים מצביעים על כך שהרגלי חיים המזיקים לבריאות, בדגש על עישון וחוסר פעילות גופנית, נפוצים כיום יותר בקרב אוכלוסיות במעמד סוציו-אקונומי נמוך יותר.<sup>10</sup>

## שיפור הנגישות לשירותי בריאות

### השתתפות עצמית עבור שירותים ציבוריים שנמצאים בסל

סקרים חזרו והוכיחו לאורך השנים כי נטל כלכלי זה מהווה חסם המונע מאנשים החיים בעוני השגת שירותי רפואה חיוניים כמו תרופות ובדיקות. 20% בקרב חמישון תחתון ו-17% בקרב חולים כרוניים דיווחו על ויתור על תרופה.<sup>11</sup>

העלייה בגביית השתתפות עצמית על ידי קופות החולים עבור שירותי בריאות הנמצאים בסל הציבורי – טיפולים, בדיקות ותרופות - החלה בשנת 1998, בד בבד עם שחיקת תקציב הבריאות. עליה זו המשיכה ביתר שאת בשנת 2003 בה בוטלו חלק מהפטורים ותקרות התשלום והיא פועלת עד ימינו אלה.<sup>12</sup> נכון להיום, הקופות גובות כסף רב מן הציבור, 7% ומעלה מעלות סל השירותים המועברת

<sup>10</sup> ראו: דוח אי שיוויון בבריאות והתמודדות עימו, משרד הבריאות, 2013  
<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2013.pdf>

<sup>11</sup> ראו, ברמלי-גרינברג שולי, מדינה-הרטום תמר, "תמצית ממצאי הסקר התשיעי העוקב אחרי דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות", ברוקדיל, יוני, 2013.

<sup>12</sup> טורב טוביה וקידר ניר, "אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי", פברואר 2010.



לקופות, שהם כ-2.3 מיליארד ₪. חלק מכסף זה מקוזז מהתקציב הממשלתי המועבר לקופות ואנו נותרים עם שאלה מטרידה – מה יכולה להיות ההצדקה המוסרית לגביית ההשתתפויות.

עקרונית, יש שתי דרכים לצמצום השתתפויות. האחת, פרטיקולארית, באמצעות הוספת פטורים, תקרות והנחות (למשל, התקרה הנוכחית לקשישים חולים כרוניים המקבלים הבטחת הכנסה). השנייה, באמצעות פטור אוניברסלי אשר מבטל קטגוריה של השתתפות שהוכח כי קיומה משפיע באופן דראסטי על אנשים החיים בעוני ואינו מביא כל תועלת כלכלית או בריאותית.<sup>13</sup> דוגמא לגישה השנייה היא הפעולה בה נקט לאחרונה משרד הבריאות - ביטול מלא של אגרת טיפת חלב.

### הצעות לפתרון:

רופאים לזכויות האדם והאגודה לזכויות האזרח הציעו להרחיב את הפטורים מהשתתפות עצמית, אך לא בשיטה המוסיפה פטורים ותקרות אשר לעיתים קרובות מסבכים את החולים ואת המערכות המטפלות, יכולים להביא לתיג פוגעני של אנשים החיים בעוני ובאופן כללי פוגעים בתחושת הסולידריות שהיא נשמת אפו של הביטוח הסוציאלי ובכללו הבריאותי. לדעתנו יש לפעול בתחום זה בגישה האוניברסלית כלומר לבטל תשלום אשר הוכח כי הוא מהווה מכשול משמעותי העומד בפני אנשים החיים בעוני ופוגע בבריאותם. בהמשך לצעד שכבר נעשה (ביטול אגרת טיפת חלב) אנו מציעים בשלב הנוכחי לבטל את כל ההשתתפויות העצמיות בתחום רפואה מונעת, כולל בדיקות סקר, וכן כל הטיפולים הניתנים למי שמוגדר חולה כרוני. נדגיש כי הגדרתו של אדם כחולה כרוני משמעה שהסיכון לצריכת יתר של שירותי בריאות נמוך. מן העבר השני, רבות האינדיקציות בדבר הקשר בין מחלות כרוניות (סוכרת או לחץ דם ולב, ראו בהמשך) בקרב אנשים החיים בעוני, וכאמור הוכח הויתור בקרבם על שירותים חיוניים. נדגיש כי ניסיון לקטלג את האנשים החיים בעוני על פי קטגוריה מנהלית (למשל, מקבלי קצבאות) סופה שתפגע יותר משתועיל, הן באנשים החיים במצוקה אך לא נכנסים מסיבות שונות לקטגוריית מקבלי הקצבאות, הן בשל אפקט התיג והן בשל העומס המנהלי הכרוך במערכת תקרות ופטורים. חשוב להזכיר כי גם החולים בעלי האמצעים באופן יחסי, כמו כל האוכלוסייה, שילמו מהכנסתם לא מעט עבור דמי ביטוח הבריאות הממלכתי והם זכאים לקבל בתמורה את השירותים ללא תשלום נוסף. מלבד שיקולים אלה, ניתן להניח כי חולה כרוני אמיד בלאו הכי יטה, בתנאים הנוכחיים בהם השכבות האמידות מחזיקות בכמה ביטוחים פרטיים, לפנות לרפואה פרטית.

<sup>13</sup> תועלת בריאותית יכולה לצמוח, לשיטתם של תומכי ההשתתפות, מריסון ביקוש וריסון צריכה של תרופות או שירותי בריאות. אנו כופרים בקביעה זו ותופסים אותה כהנחה שלא הוכחה מחקרית די צורכה.

## בריאות שיניים ציבורית לילדים וקשישים

כשליש מילדי ישראל חיים בעוני. 22.7% ממשפחות הקשישים חיות בעוני.<sup>14</sup> מן העבר השני, ניצב השירות הרפואי החיוני ביותר שנותר מחוץ לסל השירותים הציבורי – בריאות השן. מצב זה, יחד עם מחירים גבוהים בשוק הפרטי, מובילים לתוצאה העגומה לפיה, שירות השיניים הוא השירות הרפואי העיקרי עליו מוותרים עניים.<sup>15</sup> הכנסת שירות שיניים ציבורי לילדים היא אחד הצעדים המרשימים ביותר בהם נקטה הממשלה הקודמת בתחום צמצום פערי בריאות חברתיים. לפי מחקר שנערך במימון המכון הלאומי לשירותי בריאות, הרפורמה הביאה ילדים עניים רבים למרפאות השיניים וצמצמה את פערי בריאות השן בין שכבות באוכלוסייה.<sup>16</sup> למרות זאת, הממשלה הנוכחית בתקציבה הראשון בחרה דווקא בשירות השיניים הציבורי לילדים כיעד לקיצוץ בכך שהקפיאה את הרחבת הכיסוי לגיל 14.

בישראל חיים מעל 700,000 קשישים מעל גיל 65, המהווים כ-10% מהאוכלוסייה. 54% מהם סובלים מחוסר שיניים, 52% ללא שיניים כלל ול-45% רק חלק מהשיניים. 16% מהקשישים מדווחים על בעיות לא מטופלות בשיניים כתוצאה מסיבה כלכלית, ואלה, יש להניח, הקשישים העניים ביותר. ידוע כי בקרב קשישים בעלי הכנסה נמוכה, אחוז המוותרים על טיפול בשל עלות גבוהה ביותר – כ-25% וכי מרבית הקשישים שמגיעים לאבחון אצל רופא לא משלימים טיפול בגלל עלותו.<sup>17</sup>

### הצעת פתרון:

יש להמשיך ולהרחיב את הכיסוי לגיל 14 בתקציב הבא, תקציב 2015.

יש לתמוך בהצעת החוק שיזם יו"ר וועדת העבודה, הרווחה והבריאות, ולכונן שירות שיניים ציבורי לקשישים. גם זה, בדומה להשתתפות העצמית, צעד אוניברסלי אשר תורם באופן ישיר ומשמעותי לקשישים וילדים החיים בעוני, מבלי לתייגם ומבלי להערים עוד ועוד מכשולים ביורוקרטיים כפי שמציעה הגישה לפיה יש לספק שירות רק לקשישים בעלי זכאות סוציאלית זו או אחרת.

### סיעוד – אשפוז וטיפול בבית

מצבם של חלק נכבד ממאות אלפי הקשישים והקשישות החיים היום בישראל הוא מקור לתחושת בושח עמוקה שאנו חשים כחלק מהחברה הישראלית, הרחוקה מהבטחת רשת ביטחון ורווחה סבירה

<sup>14</sup> אנדבלד מירי, הלר אורן, ברקלי נתנאלה, גוטליב דניאל, "[ממדי העוני והפערים החברתיים – דו"ח שנתי](#)", המוסד לביטוח לאומי, דצמבר 2013.

<sup>15</sup> על פי סקר של מכון ברוקדייל, כ-38% מהנשאלים בעלי ההכנסה הנמוכה (חמישון תחתון) ויתרו בשנה האחרונה לסקר לפחות פעם אחת על טיפול שיניים בשל מחירו. יש לציין כי נתון זה מבוסס על סקר שקדם להחלת הרפורמה לרפואת שיניים לילדים. ברמלי-גרינברג שולי, גרוס רויטל, מאיר יפעת, עקיבא אייל, "[דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשינים קודמות](#)", ברוקדייל מאי 2011.

<sup>16</sup> ראו בכתבתה של רוני לינדר-גנץ, "[מחקר – רפורמת טיפולי השיניים לילדים מצמצמת פערים בבריאות](#)", דה-מרקר, 8 באוקטובר, 2013.

<sup>17</sup> להרחבה ראו [אתר הקואליציה לבריאות שיניים ציבורית](#), כולל נוסח הצעת החוק של ח"כ כ"ץ.



לאזרחיה בערוב ימיהם. במיוחד המצב קשה בקרב כ-170 אלף הקשישים הסיעודיים המהווים למעלה מחמישית מכלל הקשישים (או שלישי, תלוי בשכבת הגיל) בכל רגע נתון. על רקע יום השואה הבינלאומי שחל לאחרונה, ראוי לציין כי בקרב ניצולי רדיפות הנאצים, שיעור הסיעודיים כפול מהשיעור הממוצע.

כיוון שתחולת העוני בקרב קשישים מגיעה ל- 22.7% (שם), יש להניח שלפחות חמישית עד שלישי מהקשישים העניים נמצאים במצב סיעודי בהגדרה זו או אחרת – לפי ביטוח לאומי, משרד הרווחה או משרד הבריאות (ריבוי ההגדרות הוא חלק מהבעיה). נכון להיום, הזכות לטיפול סיעודי מלא, מרגע היווצרות המצב הסיעודי עד וכולל האשפוז ארוך-הטווח, איננה מובטחת על פי חוק לתושבי ישראל, בתוכם קשישים ששילמו כל חייהם מס הבריאות. רבים נאלצים להסתמך על ביטוחים פרטיים יקרים ועדיין הם חרדים לגורלם, ובצדק. לא למותר לציין כי [בדו"ח ה-OECD](#) שיצא השנה ממשיכה מגמת ההזדקנות באוכלוסיית ישראל (מ-5% זקנים ב-1961 ל-10% ב-2011) וזו צפויה לגבור בשל הירידה המתמדת בשיעור הילודה.

[הרפורמה המקיפה](#) שיזם משרד הבריאות בתקופת הממשלה הקודמת מאבחנת באופן מדויק את המצוקות והקשיים וזכתה לתמיכה גורפת בקרב הציבור והחברה האזרחית, למשל, [הקואליציה לאשפוז וטיפול סיעודי](#). רפורמה זו נתקלה בקשיים רבים, במיוחד מצד גורמים מטפלים בתחום הרווחה.

### הצעה לפתרון:

יש להניע מחדש את גלגלי הרפורמה. אנשי מקצוע בכירים במשרדי הבריאות, הרווחה והאוצר, צריכים לדון מחדש ברפורמה. ניתן לקבל את עקרונותיה – האחדת שירותים, פיתוח שירותים בקהילה, פטור לילדים מהשתתפות באשפוז הורים - תוך הגעה להסכמות בשאלת הפתרון המנהלי הרצוי.

### צמצום פערי בריאות

8 שנות חיים ומעלה מפרידות כיום בין תוחלת החיים של אזרחי ישראל אחד בעיר מבוססת לבין אזרח אחר בעיר ענייה. ניתן לקבוע בוודאות כי חלק מפערי התחלואה המרכזיים בישראל מבטאים שיקוף חד במיוחד של הפערים החברתיים-כלכליים ושל מימדי העוני, אם בחתך על בסיס הכנסה, ובמיוחד אם מוסיפים לחתך את המוצא האתני – סוכרת (עניים בכלל, בעלי השכלה נמוכה, יוצאי אתיופיה, נשים ערביות ויהודים יוצאי צפון אפריקה), מחלות לחץ דם ולב (בעלי השכלה נמוכה, נשים ערביות מבוגרות, יוצאי ברה"מ) ועוד.<sup>18</sup> בתחום הבריאות בא לידי ביטוי **אכזרי ביותר הפער החברתי ומציאות החיים בעוני – קושי להגיע לרופא, קושי לקנות תרופות, מחלות רבות יותר ומחלות לא מטופלות, ולבסוף, מוות מוקדם שסיבתו האמיתית אינה אלא העוני**. אין המדובר רק

<sup>18</sup> ראו, [אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו](#), משרד הבריאות, נובמבר 2013.





בנתוני תחלואה ותמותה אלא גם בנתוני פרישת שירותים. במחוזות הצפון והדרום שיעור הרופאים הפעילים נמוך יותר באופן משמעותי, כך גם שיעור הרופאים מומחים. הפער עמוק בתחום בשיעור מיטות אשפוז ואף שיעור מיטות בטיפול נמרץ ילדים.

### הצעה לפתרון:

כאמור, איננו סבורים כי פרישת שירותי הבריאות היא הערובה לצמצום פערי הבריאות. ידוע לנו היטב כי הפערים החברתיים-כלכליים הם השורש לפערי התחלואה והתמותה. אם כך, יש לחבר בין יעדי צמצום פערים בתחום החברתי-כלכלי לבין יעדים בתחום הבריאותי. תכניות צמצום הפערים חייבות להשתלב זו בזו. אין זו רק משאלת לב. זהו תנאי הכרחי להצלחת היעד של צמצום פערי תחלואה. ראש הממשלה והממשלה כולה, כולל האוצר, צריכים להתחייב לסדר יום חדש, המחויב לצמצום הפערים בכלל, ובפערים בבריאות בפרט. חברי [המטה הציבורי לשוויון בבריאות](#) אף ניסחו טיוטה החלטת ממשלה אשר מגדירה את יעדי צמצום הפערים בזמן סביר (למשל, צמצום הפער בתוחלת החיים בחצי בתוך חמש שנים). לאחר מכן, אנו סבורים כי הממשלה צריכה להקים מנהלה מיוחדת בה ישבו נציגי משרדי האוצר, הרווחה והבריאות, המשרד לפיתוח הנגב והגליל ומשרדים אחרים ואשר תערב רשויות מקומיות וחברה אזרחית, תתרגם את היעדים לרמת מדיניות ותמדוד ללא הרף את ההתקדמות. משימה כלל ממשלתית זו צריכה להשתלב במשימת צמצום הפערים החברתיים-כלכליים בתחומי חיים נוספים.

### הערה לסיכום

משרד הבריאות, בממשלה הקודמת ובממשלה הנוכחית, עשה תפנית מרשימה לכיוון צמצום הפערים, הן ברמת השיח (תכניות אסטרטגיות) והן במדיניות בפועל – עידוד קופות באמצעות קפיטציה (תוספת לקופות עבור מבוטחיהן החיים בישובים פריפריאליים), כינון שירות שיניים ציבורי לילדים, צמצום השתתפויות עצמיות, חיוב נותני השירות בהנגשה לשונית, הגדרת סטנדרטים לפרישת שירותי בריאות, עידוד תכניות התערבות של הקופות בקרב איזורים ואוכלוסיות חלשות. כמעט בכל יעד מיעדים אלה שמחנו לתמוך, ולעיתים אף ליזום ולקדם, או לבקר מתוך שאיפה לשיפור. עם זאת, אנו חוששים כי לעיתים עצים רבים יכולים להסתיר את היער. היער בו מדובר עובר כריתה מסיבית מן העבר השני. הפערים החברתיים גדלים, ואיתם מתחזקים במנגנוני ההדרה החברתית של אוכלוסיות החיות במצוקה. יש קשר ישיר בין אלה לבין תהליכי ההפרטה העמוקים שעוברת מערכת הבריאות הישראלית ואשר וועדת גרמן שהוקמה לאחרונה אמורה לעסוק בהם.<sup>19</sup> אין אנו מקבלים את ההנחה לפיה משרד הבריאות איננו אחראי לכך, שכן המשרד הוא חלק מהממשלה.

<sup>19</sup> תפיסתנו את תהליכי ההפרטה והצעתנו לשינוי מבני נכללו [בנייר שהוגש לוועדת גרמן](#).



כאמור, אנו סבורים כי ראייה כוללת של פערי הבריאות ושל הצורך לעסוק בתנאים החברתיים המקדמים בריאות, מחייבת את הממשלה כולה להתחייב לשינוי מבני שתכליתו דגש על מערכת בריאות ציבורית ותכנית לאומית לצמצום פערי בריאות אשר צריכה להשתלב בתכנית לאומית לצמצום הפערים החברתיים-כלכליים. זו גם זו צריכות להיות מושתתות על התחייבות בזמן מוגדר לצמצום פערים אשר מוגדרים כמותית – במקרה של הבריאות אנו מדברים על פערי תחלואה ולא על פערים במתן השירותים. שתי התכניות צריכות לשים דגש מיוחד על יצירת בסיסי מידע רחבים ושקופים. אנו סבורים שבסיסי מידע כאלה הם לא רק אינטרס זכותו של הציבור אלא גם אינטרס של הממשלה ושל הדרג הפוליטי הבכיר אשר צריך לקבל את הכרה במנהיגותו. **לעיון בעמדה שדורשת תכנית לאומית לצמצום פערי בריאות ראו כאן.**