

פברואר 2010

לצמצם היום את פערי המחר

יעדים לצמצום פערים בבריאות

נייר עמדה משותף מטעם:

מרכז אדוה | רופאים לזכויות אדם - ישראל | האגודה לזכויות האזרח בישראל
אגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות | טנא-בריאות

נייר עמדה משותף מטעם:

מרכז אדוה

רופאים לזכויות אדם - ישראל

האגודה לזכויות האזרח בישראל

אגודת הגליל - האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות

טנא-בריאות

בעריכת ברברה סבירסקי

השתתפו בכתיבת המסמך (לפי א"ב)

שלומית אבני

רמי אדוט

ד"ר נדב דוידוביץ'

ד"ר ענת יפה

מוחמד חטיב

ד"ר דני פילק

עריכה לשונית: אסיה לדד'נסקיה

פברואר 2010

פערים במצבן הבריאותי של קבוצות אוכלוסייה שונות, זכו לאחרונה לחשיפה תקשורתית נרחבת. אובחנו פערים משמעותיים בין יהודים לערבים, בין יהודים ותיקים לעולי אתיופיה ובקרב קבוצות אלו - בין פרטים המקבלים קצבאות קיום מהמוסד לביטוח לאומי לאלו שאינם מקבלים אותן. נצפו פערים בין מרכז לפריפריה, ובין קבוצות אוכלוסייה במרכז ובפריפריה. פערים אלו הולכים ומתרחבים בשנים האחרונות.

צדק, שוויון ועזרה הדדית - אלו הם שלושת העקרונות עליהם מושתת "חוק ביטוח בריאות ממלכתי". חוק זה, החשוב מאין כמוהו, אמור לוודא את נגישותם של תושבי ישראל לשירותי הבריאות הנחוצים להם, ואכן, בשנים הראשונות לקיומו, הוא הצליח לצמצם את הפערים בתחום. מים רבים זרמו בנהר מאז, ובשנים האחרונות התעצמו הפערים ושירותי הבריאות בישראל שוב אינם שווים לכולם. מה גרם לאותן תנודות ופערים בקבלת השירותים? הסיבות נעוצות בנוסח החוק עצמו, שאינו מתייחס לפערים בבריאות ולא מציע דרכים אופרטיביות להתמודדות עם קשיי הנגישות - הלכה למעשה.

צמצום הפערים בתחום הבריאות מחייב פעילות ממוקדת של משרד הבריאות. הוא מחייב גם פעילות נרחבת יותר לצמצום פערי הכנסה ופערי השכלה בין הקבוצות החברתיות השונות - פערים אשר בעטיים מתחילים, לא פעם, להיווצר פערים במצב הבריאות. בשעה שאנו מציעים יעדים ודרכי פעולה למשרד הבריאות, לא נעלם מעינינו הנתון ההתחלתי הבעייתי, וברור לנו כי הפעולות בתחום הבריאות הנן חלק ממכלול הפעולות הנדרשות לצמצום פערי בריאות. הנחת עבודה דומה הנחתה את ארגון הבריאות העולמי, אשר מיפה גורמים חברתיים-כלכליים קודמים לבריאות, בהם יש לטפל על-מנת לצמצם פערים במצב הבריאות¹.

נייר עמדה זה מציע לממשלת ישראל **עקרונות בסיס עבור תוכנית לאומית לצמצום פערים בבריאות ובשירותי בריאות**.

משרד הבריאות, בשיתוף הגורמים הרשמיים העוסקים בבריאות בישראל, נדרש לקבוע את המדדים השונים והפעולות בהן יש לנקוט. על המערכת לבחון באופן מתמיד האם המדדים שנקבעו עדיין רלוונטיים, האם היעדים הנם ריאליים והאם נדרשת הערכה מחודשת שלהם.

אנו ממליצים כי בכל שנה יוצג לכנסת דו"ח פערי בריאות ובו תמונת מצב עדכנית, פירוט יעדי הממשלה לצמצום הפערים ואת שלבי ההתקדמות של המשרדים השונים בקידום הנושא. בריאות האוכלוסייה, עניין בעל חשיבות לאומית, מחייבת נראות ציבורית גבוהה, כמו גם זרזים ואמצעי בקרה להשגת המטרה.

עקרונות בסיס

תוכניות לסגירת הפערים בבריאות מיושמות בארצות אחרות, בעודן מזמנות לנו למידה המאפשרת גיבוש עקרונות פעולה. לדוגמא²:

- הכרה בפערי בריאות ושירותי בריאות **כבעיה לאומית** הדורשת התערבות ממשלתית.
- **יצירת מחויבות פוליטית לנושא**: מחויבות זו רצוי שתאומץ לא רק על ידי בכירי משרד הבריאות, כי אם גם על ידי הדרג הפוליטי הבכיר ביותר, קרי ראש הממשלה, ותלווה בהצהרות פומביות בדבר מחויבותו לצמצום פערי בריאות באמצעות החלטות ממשלה.
- **יצירת גוף בין-משרדי** (בריאות, רווחה, חינוך, תמ"ת), אשר יתווה מדיניות ויתאם בין עבודת משרדי הממשלה השונים, במטרה לקדם פעילות לצמצום פערי בריאות והרחבת שירותי בריאות.
- **הגדרת יעדים כמותיים**: מיפוי אוכלוסיות היעד, תחומי הפעולה, מוקדי התערבות ולוחות זמנים.
- **קביעת תקציב ייעודי** לנושא והגדרת בעלי תפקידים, תגבור כח אדם רפואי ומנהלי בפריפריה, תגבור כח אדם שיעסוק באיסוף מידע והקמת מאגר מידע.

- **הגדרה ברורה ואחידה של קריטריונים לאיסוף מידע השוואתי על הפערים** - צעד זה דורש איחוד של שיטות איסוף המידע המבוצעות בידי קופות החולים.
- **פרסום נתוני בריאות רוחביים במדדים השונים**: מדדי בריאות, זמינות, נגישות לשירותי בריאות וכיו"ב. מעבר לפרסום נתונים על-פי חתכים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים שיקבעו מראש, יש לחשוף נתונים אזוריים השוואתיים, פרישה גיאוגרפית של סניפי קופה ואת מהות השירותים השונים המסופקים על ידי קופות החולים השונות. על הפרסומים לכלול תמונת מצב עדכנית בנוגע להתקדמות לעבר היעדים שהוגדרו - באופן שיהיה נגיש לציבור (למשל, באמצעות אתר האינטרנט והודעות לתקשורת).

- **הצגת דו"ח ציבורי שנתי של פערי בריאות בכנסת.**
- **העמקת המודעות באשר לקיומם של פערי בריאות, ועדכון הסגל הרפואי**: ניסוח תוכנית הכשרה מיוחדת, אשר תוקדש לסקירת פערי הבריאות ותציע דרכי התמודדות עמם. התכנית תבחין בצרכי בריאות ייחודיים, תלויי תרבות, ותסקור אותם באוזני סטודנטים למקצועות הרפואה ואנשי רפואה פעילים.
- **שיתופי פעולה רב-מגזריים לצמצום פערי בריאות**: הצעת תכניות עבודה ושיתופי פעולה בין משרדי ממשלה, קופות חולים, רשויות מקומיות, ארגוני חולים, ארגונים לשינוי חברתי, נציגים מקרב הקהילה וכיו"ב.

סקירה להדגמת פערי בריאות

בחרנו בארבע מחלות נפוצות - סוכרת, מחלת לב, סרטן השד ודיכאון/חרדה - באמצעותן נדגים הצבת יעדים וניסוח תוכניות פעולה לצמצום פערים הקשורים למחלות אלו. המחלות ייבחנו אל מול קבוצות ההתייחסות הבאות: יהודים מול ערבים, ותיקים מול עולי אתיופיה, מקבלי קצבאות קיום מול אנשים שאינם מקבלים קצבאות קיום.

סוכרת

סוכרת הינה גורם המוות הרביעי במספר בישראל - אחרי סרטן, מחלות לב ומחלות כלי דם - כמו גם אחת המחלות הכרוניות השכיחות ביותר בארץ ובעולם. על פי נתוני "התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל", מספר חולי הסוכרת עמד בשנת 2007 (בהסתמך על נתונים שהתקבלו מארבעת קופות החולים) על כ-292,000³. מחלת הסוכרת אינה ניתנת לריפוי, ותופעות הלוואי שלה כוללות סיבוכים ופגיעות במערכות שונות של הגוף.

ניתן לצמצם את שיעור החולים במחלת הסוכרת ולהשיג איזון מיטבי, על-ידי הקפדה על אורח חיים בריא - פעילות גופנית, הרגלי תזונה נכונים וכיו"ב. עם התפרצות המחלה, שמירה על אורח חיים בריא יכולה לשפר את איכות חייו של החולה ולמנוע סיבוכים. אימוץ גישה זו מחייב מעקב שוטף וקפדני, כמו גם את קיומם בפועל של תנאים חברתיים, אפשרויות כלכליות וסביבה מתאימה - שיאפשרו היענות לשינויים הנדרשים באורחות החיים. לחולים בעלי הכנסה נמוכה, למשל, יש נגישות מוגבלת יותר לתזונה מאוזנת ולתשתיות המאפשרות פעילות גופנית, ומשום כך סיכוייהם לחלות גדולים יותר והזדמנויותיהם להגיע לאיזון נמוכים יותר.

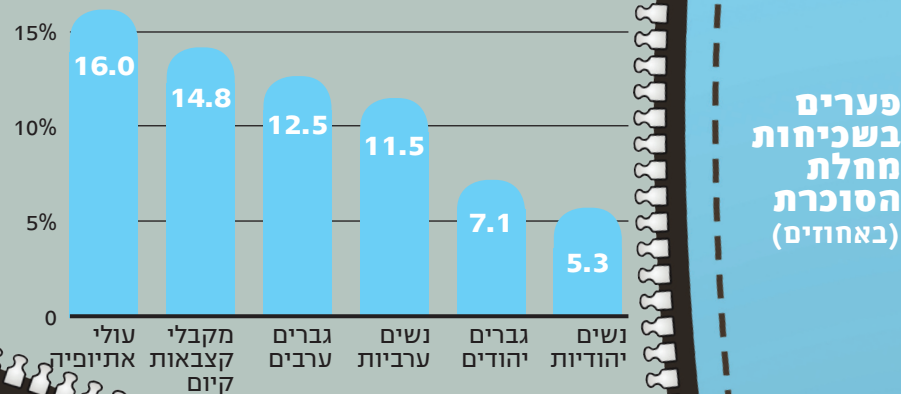
הפערים

בישראל קיימים פערים בשכיחות הסוכרת, במידת האיזון המושג בחולי הסוכרת, בתמותה ובנגישות לטיפולים - הנובעים ישירות ממשתנים חברתיים וכלכליים. להלן הממצאים העיקריים:

תחלואה

- שכיחות הסוכרת בקרב מקבלי קצבאות קיום מהמוסד לביטוח לאומי (קצבאות המזכות בפטור ממס בריאות רגיל), גבוהה פי 5 מאשר בקרב מבוטחים אחרים: 14.8% לעומת 3.06%⁴.

- שכיחות הסוכרת בקרב גברים ערבים בישראל גבוהה פי 1.8 משכיחותה בקרב גברים יהודים - 12.5% לעומת 7.1%. שכיחות הסוכרת בקרב נשים ערביות בישראל גבוהה פי 2.2 משכיחותה בקרב נשים יהודיות - 11.5% לעומת 5.3%⁵.
- שכיחות הסוכרת בקרב עולי אתיופיה⁶ (נכון לשנת 2001), עומדת על 16% לכל הפחות. בקרב קבוצה זו, שכיחות מחלת הסוכרת עולה ביחס ישיר לתקופת שהותה בארץ - סמוך למועד העלייה שיעור התחלואה עומד על 0.4%-7.0%, והוא עולה בהתמדה:
- כעבור 4 שנים, השיעור עולה ל-8.9%⁸.
- כעבור 7 שנים, השיעור עולה ל-9.6%.
- כעבור 10 שנים, השיעור עולה ל-16%⁹.



איזון המחלה

- אחוז החולים הלא-מאוזנים: בקרב חתך הגילאים 18-64, קיים פער בין פרטים המקבלים קצבאות לפרטים שאינם מקבלים קצבאות (איזון גרוע = HbA1c גבוה מ-9%). פער זה נע בין 12% בגילאי 34-44 ל-40% בגילאי 55-64.¹⁰
- פערים משמעותיים ברמת האיזון נצפו גם בין העולים מאתיופיה לבין הותיקים: 9.5 ± 2 לעומת 8.1 ± 2 , בהתאמה.

תמותה

- שיעורי התמותה מסוכרת גבוהים יותר בקרב האוכלוסייה הערבית מאשר בקרב האוכלוסייה היהודית.¹¹

נגישות

- קיימות עדויות לכך שערבים ויוצאי אתיופיה סובלים מחוסר נגישות לטיפול במחלת הסוכרת.
- 32% מחולי הסוכרת הערבים בצפון דיווחו כי לא נטלו תרופות לסוכרת מכיוון שלא התאפשר להם לרכוש אותן בגלל העלות.¹²
- נמצא כי רק 48% מעולי אתיופיה הבינו את כל הסבריו של הרופא המטפל, או את רובם, לעומת 92% מהחולים אחרים.¹³

היעדים

להלן רשימת יעדים מומלצים להקטנת פערים בתחום הסוכרת. רשימה זו מהווה המלצה לידיון, ואינה משקפת סדרי עדיפויות או הערכה תקציבית: לצורך המחשת הדברים, פרק זה דן בשלוש קבוצות חברתיות: האוכלוסייה הערבית בישראל, קהילת יוצאי אתיופיה ומקבלי קצבאות קיום. תמונת המצב המצטיירת מהמסמך מצביעה על צורך דחוף בקביעת יעדים כמותיים לצמצום הפערים בין האוכלוסייה האתיופית לאוכלוסיית הרוב, כמו גם בין האוכלוסייה הערבית לאוכלוסיית הרוב. מעבר לכך, יש לקבוע יעדים לצמצום הפערים בקרב אוכלוסיות אלה - בין מקבלי קצבאות ביטוח לאומי לאלו

שאינם מקבלים קצבאות.

היעדים: (1) צמצום פערים בשכיחות הסוכרת, (2) צמצום פערים באחוז החולים המאוזנים, (3) שיפור מוחלט בערכי HbA1c, האמורים להוביל לאיזון סוכרת מירבי.

א. ערבים אזרחי ישראל

- צמצום הפערים בשיעורי התחלואה ובשיעורי החולים המאוזנים בין האוכלוסייה הערבית לזו היהודית, בשיעור של 25% תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.
- העלאת שיעור החולים המאוזנים (HbA1c קטן מ-7) בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.
- שיפור ה-HbA1c הממוצע בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.

ב. עולי אתיופיה

- צמצום הפערים בשיעורי התחלואה ובשיעורי החולים המאוזנים בין האוכלוסייה הכללית לאוכלוסיית יוצאי אתיופיה, בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.
- העלאת שיעור החולים המאוזנים (HbA1c קטן מ-7) בשיעור של 25% - תוך חמש שנים.¹⁴ בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.
- שיפור ה-HbA1c הממוצע בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.

ג. מקבלי קצבאות ביטוח לאומי

- צמצום הפער בשיעורי התחלואה ובשיעורי החולים המאוזנים בין מקבלי קצבאות לחולים שאינם מקבלים קצבאות, בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.
- העלאת שיעור החולים המאוזנים (HbA1c קטן מ-7) בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.
- שיפור ה-HbA1c הממוצע בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.

מחלות לב

מחלות לב בקרב מבוגרים הינה סיבת המוות השנייה בשכיחותה בישראל, אחרי מחלת הסרטן. על גורמי הסיכון למחלות לב נמנים סוכרת, עישון, יתר לחץ דם, רמת כולסטרול גבוהה, גורמים גנטיים וגורמים הקשורים לאורח החיים. השמנת יתר הינה גורם סיכון עקיף ואולי אף ישיר.

טיפול במחלות לב כולל שינויים באורח החיים, כמו למשל שיפור הרגלי האכילה והגברת הפעילות הגופנית, בעוד שבמישור הרפואי ניתן לציין טיפול תרופתי והתערבות צינתורית או ניתוחית. בדומה למחלת הסוכרת, עבור חולים בעלי הכנסה נמוכה נצפית, במקרים רבים, נגישות נמוכה יותר לתזונה מאוזנת ולתשתיות המאפשרות פעילות גופנית - ולפיכך סיכוייהם לחלות גדולים יותר ויכולתם להגיע לאיזון נמוכה יותר.

הפערים

בישראל קיימים פערים בשכיחות מחלות הלב, המשפיעים על התמותה, ועל שכיחותם של גורמי הסיכון בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות. מרבית הנתונים הקיימים מצביעים על פערים בין יהודים לערבים.

להלן הממצאים העיקריים:

תחלואה

- שכיחות מחלת לב איסכמית (התקף לב או תעוקת חזה) בקרב גברים מעל גיל 21 גבוהה מעט יותר בקרב גברים ערבים: 8.9% בקרב גברים לעומת 7.8% בקרב גברים יהודים (2003-2004).¹⁵
- שיעור התחלואה בקרב נשים יהודיות גבוה מעט משיעורו בקרב נשים ערביות: 4.4%, לעומת 3.5% (2003-2004).¹⁶
- אחוז הנשים הערביות בנות 60+, אשר דיווחו כי אובחנו כחולות במחלות לב, עמד בשנת 2007 על 12.4%. שיעור הגברים הערבים המאובחנים עמד על 19.3%.¹⁷

תמותה

- קיימים פערי תמותה בין יהודים לערבים: בשנת 1999, שיעור התמותה של גברים ערבים ממחלות לב (מתוקנן לגיל) (168.3 חולים לכל 100,000 נפש), היה גבוה ב-28.4% משיעור התמותה של גברים יהודיים (131.1 לכל 100,000 נפש); שיעור התמותה של נשים ערביות (149 חולים ל-100,000 נפש) היה גבוה ב-66.5% משיעור התמותה של נשים יהודיות (89.5 ל-100,000).¹⁸

גורמי סיכון

- בקרב חולים שאושפזו עקב אוטם בשריר הלב, נמצא כי חולים ערבים היו צעירים יותר, וכי שיעור המעשנים וחולי הסוכרת בקרבם היה גבוה יותר.¹⁹
- גברים ערבים מעשנים יותר מגברים יהודים. תופעות השמנת היתר ומחלת הסוכרת שכיחות יותר בקרב ערבים, במיוחד בקרב נשים.²⁰

יעדים

- צמצום פערי התמותה בין חולי לב יהודים לחולי לב ערבים בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.
- צמצום הפערים בגורמי הסיכון למחלות לב וכלי דם בין ערבים ליהודים: הקטנת פער העישון בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.

קיימים פערים בין יהודים וערבים

- בשכיחות גורמי הסיכון למחלות לב
- בתחלואה ממחלות לב
- בתמותה ממחלות לב

סרטן השד

מחלות הסרטן הינה גורם המוות מספר אחד בישראל. בניגוד לסוכרת, שיעור הלוקים בסרטן נמוך יותר בקרב ערבים ונמוך יותר בקרב אוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה. מבין סוגי הסרטן השונים, סרטן השד אובחן כמחלה הממארת הנפוצה ביותר בקרב נשים בישראל, כאשר שכיחותו היחסית היא מהגבוהות בעולם. בקרב נשים ערביות, אבחון המחלה מתבצע בשלב מתקדם יחסית ושיעורי ההישרדות (בין שנה לחמש שנים אחרי גילוי המחלה) - נמוכים יותר.

פערים בין יהודיות לערביות

- בשיעור התחלואה
- במגמת התחלואה
- בשלב בו מאובחנת המחלה
- בשיעור ההישרדות שנה או יותר אחרי גילוי המחלה
- בשיעור הנשים המבצעות בדיקות ממוגרפיה

הפערים

בישראל נצפו פערים משמעותיים בין יהודיות לערביות. הפערים מתייחסים לשיעור התחלואה בסרטן השד, שיעורי ההישרדות חמש שנים אחרי אבחון המחלה ושיעור הנשים המבצעות בדיקות ממוגרפיה לגילוי מוקדם.

תחלואה

- סרטן השד נפוץ יותר בקרב נשים יהודיות: שיעור הלוקות במחלה (גידולים חודשיים, מתוקנן לגיל) בשנת 2006, עמד על כ-84 מקרים לכל 100,000 נשים יהודיות כ-59 מקרים לכל 100,000 נשים ערביות²¹.
- שיעור התחלואה בקרב יהודיות ירד בשנים האחרונות, בשעה ששיעור התחלואה בקרב נשים ערביות עלה: שיעור התחלואה בשנת 2002 עמד על כ-96 מקרים לכל 100,000 נשים יהודיות, לעומת כ-84 מקרים בשנת 2006; במקביל, שיעור התחלואה ב-2002 עמד על כ-41 מקרים לכל 100,000 נשים ערביות, לעומת כ-58 מקרים בשנת 2006²².
- בקרב נשים ערביות המחלה מאובחנת בשלב מתקדם יותר: בקרב 42% מהנשים היהודיות אובחנה המחלה בשלב הראשון שלה, בעוד שרק כ-27% מהנשים הערביות אבחנו את מחלתן בשלב זה. בקרב כ-36% מהנשים היהודיות מאובחנת המחלה בשלבים מתקדמים יותר (בשלב השלישי או הרביעי), לעומת כ-55% מהנשים הערביות²³, המאובחנות בשלבים מתקדמים אלו.

הישרדות

- שיעור ההישרדות היחסי²⁴ (עד שנה לאחר גילוי המחלה) של נשים שאובחנו כלוקות בסרטן השד בין השנים 1999 ו-2002, דומה בקרב נשים יהודיות וערביות כאחת. שיעור ההישרדות היחסי בתום חמש שנים, לעומת זאת, נמוך יותר בקרב נשים ערביות - 77.8% לעומת 86.6%, לטובת היהודיות²⁵. על פי דו"ח שהגיש המרכז לבקרת מחלות, "יתכן כי פערים אלו באחוזי ההישרדות מהמחלה נובעים מהבדלים בשלב המחלה בעת האבחנה בין חולות ערביות ויהודיות"²⁶. הערה זו מתייחסת לאבחון מאוחר מדי של המחלה, בקרב נשים ערביות.

בריאות הנפש:

דיכאון, חרדה והפרעות נפשיות אחרות

ניתן להבחין בשלושה מעגלים של צרכני שירותים בתחום בריאות הנפש: מעגל של כ-70,000 חולים במחלות קשות; מעגל גדול יותר של חולים הסובלים מהפרעות נפשיות מאובחנות - שבחלקן מוגדרות כמחלות קשות; ומעגל גדול עוד יותר של האוכלוסייה הכללית, הנזקקת לעזרה נפשית עקב מצוקה זמנית או קבועה (מיעוטם בעלי הפרעה מאובחנת ורובם ללא הפרעה מאובחנת)³⁰.

הטיפול במצוקה נפשית אמור להתבצע בתוך הקהילה. אנשי מקצוע, כמו גם הנתונים המוצגים להלן - מצביעים על פערים גדולים בין ישובים יהודיים לערביים בהזדמנויות אותן הם מציעים לטיפול בקהילה.

הפערים

בישראל קיימים פערים בין יהודים לערבים בשיעור הפרטים המדווחים על מצוקה נפשית, ובמידת נגישותם של שירותי בריאות הנפש בקהילה.

מצוקה נפשית

שיעור הערבים המדווחים על מצוקה נפשית גבוה משיעור היהודים, כדלקמן³¹:

דווח על מתח או לחץ "כל הזמן" או "רוב הזמן" באותה תקופה (מתוקנן לגיל):	דווח על ייאוש או דיכאון "כל הזמן" או "רוב הזמן" באותה תקופה (מתוקנן לגיל):
נשים ערביות: 21.1%	נשים ערביות: 7.9%
נשים יהודיות: 14.7%	נשים יהודיות: 4.7%
גברים ערבים: 16.2%	גברים ערבים: 4.5%
גברים יהודים: 10.0%	גברים יהודים: 2.9%

בדיקות ממוגרפיה

ממוגרפיה הינה השיטה היעילה ביותר לגילוי סרטן השד: "הניסיון הרפואי מלמד שהיא עשויה להפחית תמותה כתוצאה מסרטן השד ב-17% בקרב נבדקות בגילאי 40-49 וב-30% בקרב נבדקות בגילאי 50-75".²⁷

- קיימים פערים בין נשים יהודיות לערביות בנוגע לביצוע בדיקות ממוגרפיה²⁸:
 - 51.1% מכלל הנשים היהודיות דיווחו כי עברו בדיקת ממוגרפיה לפחות פעם אחת בחייהן, לעומת 36.3% מהנשים הערביות אשר דיווחו על ביצוע הבדיקה.
 - 70.1% מהנשים היהודיות בנות 50-74 דיווחו כי עברו בדיקת ממוגרפיה במהלך השנתיים שקדמו לסקר (2003-2004), לעומת 47.5% מהנשים הערביות.
 - אחוז הנשים העושות בדיקת ממוגרפיה מקרב מקבלות הבטחת הכנסה, נמוך במקצת משאר האוכלוסייה: בשנת 2007, 56.62% מקרב הנשים בקבוצה זו עברו את הבדיקה, לעומת 62.08% מקרב שאר הנשים.²⁹

יעדים

- עצירת מגמת העליה בתחלואת נשים ערביות - תוך חמש שנים. בחינת היעד כעבור שנתיים וחצי.
- הקפדה על המשך מגמת הירידה בתחלואה בקרב נשים יהודיות.
- צמצום הפערים (בין נשים יהודיות לערביות) בשיעורי ההישרדות בתקופה בת שנה עד חמש שנים מיום גילוי המחלה, בשיעור של 25% - תוך חמש שנים. בחינה מחודשת של היעד כעבור שנתיים וחצי.

הצעדים

להלן דוגמאות לצעדים אותם ניתן לאמץ לטובת צמצום פערי בריאות בישראל. הדוגמאות מופיעות כאן לצורך המחשה בלבד, ואינן מקיפות את כלל הצעדים אותם חשוב לקדם ברמה הלאומית, ברמה המקומית/קהילתית וברמת הפרט. ישנה חשיבות רבה לנקיטת צעדים בכמה מישורים, תוך שיתוף פעולה בין משרדי הממשלה השונים וכלל השחקנים הפעילים במערכת הבריאות.

יצירת תשתית להתערבות: הקמת מאגרי מידע

- איסוף מידע משווה אודות פערי הבריאות, תוך שימת דגש על זמינות ונגישות השירותים. איסוף נתונים ברמה הארצית (דוגמת אלו המבוצעים בידי "פרויקט מדדי האיכות בקהילה", רישום הסרטן הלאומי וסקרי משרד הבריאות והלמ"ס), צריכים לכלול את המשתנים ארץ מוצא, מוצא אתני ומצב חברתי-כלכלי.
- יש לפרסם נתונים שוטפים באופן גלוי ונגיש לציבור הרחב.
- יש לעודד מחקרים הבוחנים סיבות לפערים המסתמנים בתוצאות הבריאות, ומציעים דרכים אפשריות להתמודדות איתם.

תיקוני חקיקה

- שינוי מערך התמריצים המועברים לקופות החולים, על מנת לעודד את השקעתן באוכלוסיות שמצב בריאותן ירוד יותר ממצבה של כלל האוכלוסייה.
- יצירת מערך תמריצים בקרב שחקני בריאות נוספים - בתי חולים, רשויות מקומיות ונותני שירותים - במטרה לעודד השקעה באוכלוסיות העיקריות שמצב בריאותן ירוד יותר.

נגישות לשירותי בריאות הנפש

- מבין כלל המרפאות לבריאות הנפש, רק שתיים ממוקמות ביישובים ערבים - אחת באום אל-פחם ואחת בסכנין (האחרונה נפתחה בסוף אוקטובר 2009). ייתכן כי נתון זה מסביר חלקית את הממצאים הבאים:
- מבוגרים: נמצא כי שיעור גבוה יותר של יהודים (8.6%), לעומת ערבים (3.8%), דיווחו כי פנו לקבלת עזרה רפואית בעת שסבלו ממתח, מלחץ או ממצוקה נפשית בשנה שקדמה לסקר³².
- בקרב בני נוער בעלי הפרעות נפשיות המתגוררים ביישובים ערבים, נמצא כי 51% פונים לבית הספר לעזרה נפשית, לעומת 30% מבני נוער המתגוררים ביישובים יהודים או ביישובים מעורבים.³³
- בני נוער בעלי הפרעות נפשיות שלא קיבלו מענה מאנשי מקצוע: 54% בקרב המתגוררים ביישובים יהודים או מעורבים; 91% בקרב המתגוררים ביישובים ערבים.
- בקרב אמהות לבני נוער בעלי הפרעות נפשיות, נמצא כי הרבה יותר אמהות המתגוררות ביישובים יהודים או מעורבים - כ-46% - פונות לעזרה עבור ילדיהן, לעומת רק כ-9% מהאמהות המתגוררות ביישובים ערבים.

יעדים

הכפלת נגישותם של ערבים לשירותי בריאות הנפש במהלך חמש שנים.

בכל הסקרים הערבים על מדווחים על

- יותר מצוקה
- פחות נגישות לעזרה

- ביטול ההשתתפות העצמית בקבלת שירותים ותרופות הכלולות בסל שירותי הבריאות. בשלבים הראשונים יש לבטל את ההשתתפות העצמית בקבלת שירותי מניעה ראשוניים ושניוניים, כמו גם ברכישת תרופות ושירותים המיועדים לחולים כרוניים.

הכשרת כח אדם והרחבתו

- יש להקצות תקנים ומלגות ייעודיות עבור עולי אתיופיה והאזרחים הערבים, לטובת ניתובם למקצועות פרה-רפואיים (לדוגמא: דיאטנות) ולהתמחויות רפואיות בתחומים נחוצים, דוגמת אנדוקרינולוגיה והתמחויות בטיפול בסוכרת³⁵.
- יש לעודד חוקרים ערבים ואתיופים בתחום הסוכרת, ולהקצות עבורם מלגות מחקר הולמות.
- יש לתכנן מסלולי הכשרה המותאמים לערבים העוסקים בבריאות הנפש, כולל התמחויות בפסיכולוגיה ופסיכיאטריה, על מנת לענות על הצורך באנשי מקצוע דוברי ערבית.
- יש לספק מענקים והטבות לסטודנטים ערבים שיתמחו בפסיכיאטריה. צעד זה ישתלב בהכרזה על הפסיכיאטריה כמקצוע נדרש עבור דוברי ערבית - בדומה להגדרה זהה של מקצוע הרופא המרדים.

זמינות שירותים

- יש לפעול להקטנת הפערים בזמינות המערך הרפואי הרב-מקצועי לטיפול בחולי סוכרת, חולי לב, קבוצות בסיכון לחלות בסרטן השד ופרטים הנדרשים לשירותי בריאות הנפש, באזורים גיאוגרפיים שונים ותוך דגש על פערי מרכז-פריפריה.
- יש להגביר את היענותן של נשים ערביות לבדיקות ממוגרפיה באמצעות פיזור יעיל יותר של המכשור הדרוש, על מנת שגברים ערביות לא תאלצנה לנסוע שעה ויותר לצורך צילום. ניתן להשיג זאת על ידי תגבור ניידות הממוגרפיה.

- יש להקים מכונים לבריאות השד ביישובים ערבים (כיום קיים רק מכון אחד - בנצרת).
- יש להקים מרפאות לבריאות הנפש ביישובים ערבים, ולהעסיק בהן אנשי מקצוע דוברי ערבית.
- על משרד הבריאות להקצות תקנים נוספים לפסיכיאטרים ערבים, כך שיוכלו להתמחות בבתי החולים.

התאמה תרבותית

- יש לכלול במסלולי הלימוד של בתי הספר לרפואה ולסיעוד, תכניות מיוחדות להכשרת מטפלים אשר ישימו דגש על התאמתם התרבותית של השירותים.
- על קופות החולים להכשיר צוותים רב-מקצועיים, שיוצבו במרפאות ובסניפים בהם יש צורך בהתאמה תרבותית של שירותי בריאות.
- בנוסף למדדי ביצוע הקיימים שנעזרות בהם קופות החולים, יש להציב מדדי ביצוע נוספים ההולמים אוכלוסיות מיוחדות, כמו עולי אתיופיה ואזרחים ערבים. מדדים אלה פותחו בעקבות מסקנותיהן של עמותות "טנא-בריאות"³⁶ ו"אגודת הגליל", החתומות על מסמך זה.
- יש לצמצם את מכשולי השפה הניצבים בין המערכת לבין חולים ששפת אמם איננה עברית. יוזמה מוצלחת אחת, העונה על הצורך הזה, הינה שירות מתורגמנים בזמן אמת, המגשרת בין המטופל למטפל באמצעות הטלפון³⁷. מתורגמנים, דוברי שפות שונות (אמהרית, טיגרית, ערבית, רוסית), יוכשרו במיוחד למטרה זו ויעמדו לרשות רופאי הקהילה באמצעות הטלפון.
- יש לפעול מערכתית על מנת לנצל את כלי ההסברה אשר פותחו בידי ארגונים וולונטריים בשפות האמהרית והערבית - ולהמשיך לפתחם בצמוד לביקורת מקצועית ולהערכה מחדש של יעילותם.
- על משרד הבריאות להעסיק פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ואנשי חינוך לבריאות, שתפקידם יכלול פיתוח תוכנית המתאימה לאוכלוסייה הערבית.

שיתופי פעולה בקידום בריאות

- יש לנסח תוכניות לקידום בריאות, תוך כדי שיתוף פעולה עם הקהילה והמנהיגות המקומית. התכניות ידגישו את חשיבות מניעת העישון, הפעילות הגופנית והתזונה הנכונה, ויהיו קשובות ומותאמות תרבותית. רצוי כי תוכנית תזונה נכונה תהיה מבוססת על יסודות המטבח הערבי או האתיופי, בהתאם לאוכלוסיית היעד.
 - יש לממן את הקמתם של מתחמים ייעודיים לפעילות פנאי ספורטיבית, בהם יתקיימו הרצאות ויוצגו אמצעי הסברה אודות חשיבות החינוך הגופני. ההרצאות והפעילויות יועברו על ידי מורים לחינוך גופני מקרב הקהילה או הרשות המקומית, תוך מתן עדיפות לרשויות בהן מתגוררים ערבים או בני הקהילה האתיופית.
 - ברשויות בהן מתגוררים ערבים ובני הקהילה האתיופית, יש לתקצב שעות לימוד נוספות בתחום קידום הבריאות.
 - יש לבנות תוכנית לקידום בריאות, בשיתוף הקהילה והמנהיגות המקומית, שמטרתה להגביר את היענות הנשים הערביות לבצע ממוגרפיה.
- פערים בבריאות גובים מחיר אישי וחברתי כבד בדמות תחלואה ותמותה עודפת. לכן הם מהווים בעיה לאומית הדורשת התערבות ממשלתית.

מקורות

אבני שלומית, 2009, "רפואה שניונית בקהילה – היקף, פריסה וזמני המתנה לתור: מבט משווה בין קופות חולים ומחוזות גיאוגרפיים שונים", נייר עמדה של "קבוצת ב"ש" שוויון בבריאות" ועמותת רופאים לזכויות אדם.
גרוס, רייטל, שולי ברמליי-גרנברג, ברוך רוז, נורית ניראל ורות וייצברג, 2009, מצוקה נפשית ורפואי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת מבט של צרכני השירותים, מאירס-ג'ונגמן ברוקדייל.

המכון הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2005, מצב בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל – 2004.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ומועצת הבריאות, משרד הבריאות, 2008, תכנית מרדי איכות לרפואת הקהילה בישראל: דו"ח לציבור עבור השנים 2005–2007.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ומועצת הבריאות, משרד הבריאות, 2006, תכנית מרדי איכות לרפואת הקהילה בישראל: דו"ח לציבור עבור השנים 2003–2005.

המכון הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, סקר בריאות לאומי בישראל, 2003–2004. Israeli National Health Interview Survey (INHS-1), ממציאים נבחרים.

המכון הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2006, נטל התחלואה מסוכרת בישראל.

טולדנו יואל, ש. גבעון, א. קהאן, א. ספפה, נ. גואמן, ע. יפה, 2004, "האם חולי סוכרת עולי אתיופיה זוכים לשירות רפואי כשאר חולי הסוכרת? השימוש בשירותי הבריאות עליידי חולי סוכרת עולי אתיופיה ואיכות הטיפול בהם בשוואה לחולי סוכרת שאינם עולי אתיופיה", עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995–2005, (עורכים גבי בן-גון וגור עופר), המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות.

רופאים לזכויות אדם, קבוצת באר שבע, "רפואה שניונית בקהילה – היקף, פריסה וזמני המתנה לתור: מבט משווה בין מתודות גיאוגרפיים שונים", נייר עמדה שטרם פורסם.

תורג'מן ויפה, נתונים שלא פורסמו.

אתר האינטרנט של רישום הסרטן הלאומי.

"הישרדות חולים במחלות ממאירות בישראל: ערכון אוקטובר 2009", אתר האינטרנט של משרד הבריאות.

Cohen, MP, E. Stern, Y. Rusecscki, and A. Zeidler, 1988, "High Prevalence of Diabetes Mellitus in Young Adult Ethiopian Immigrants to Israel," Diabetes, Vol. 37, pp. 824–827.

Galilee Society and Al-Ahali, 2008, The Palestinians in Israel: Socio-Economic Survey – 2007.

Jabara, Refat, Sherin Namouz, Jeremy Kark and Chaim Lotan, 2007, "Risk Characteristics of Arab and Jewish Women with Coronary Heart Disease in Jerusalem," IMAJ, Vol. 9, April, pp 316–320.

Jaffe, A., H. Vardi and B. Levit, 2001, "Diabetes in the Ethiopian Jewish Community of Hadera: Prevalence, Atherosclerotic Risk Factors," Israel Society of Diabetes Mellitus, 37th annual meeting (ABS-poster); Third Jerusalem International Conference on Health Policy (ABS-oral).

Kark, Jeremy, Rita Fink, Bella Adler, Nehama Goldberger and Syvie Goldman, 2006, "The Incidence of Coronary Heart Disease among Palestinians and Israelis in Jerusalem," International Journal of Epidemiology, Vol 35, February, pp. 448–457.

Khatib, M. S. Efrat and D. Deeb, 2007, "Knowledge, Beliefs and Economic Barriers to Healthcare: A Survey of Diabetic Patients in an Arab-Israeli Town," J. Ambul. Care Management, Vol. 30 (1) Jan/March, pp. 79–85.

Levav, Itzhak, Alean Al-Krenawi, Anneke Ifrah, Nabil Geraisy, Alexander Grinshpoon, Razek Khwaled, and Dapha Levinson, 2007, "Common Mental Disorders Among Arab-Israelis: Findings from the Israel National Health Survey, Vol. 44, No 2, Isr. J. Psychiatry Relat Sci, pp. 104–113.

Rubinstein, A. E. Graf and E. Landau et al., 1991, "Prevalence of Diabetes Mellitus in Ethiopian Immigrants," Israel Journal of Medical Science, Vol 27, pp. 252–254;

World Health Organization, 2008, Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.

<http://www.tene-briut.org.il>

ראיונות

ד"ר בלה קאופמן, בית חולים שיבא.

פרופסור מיכה אלדר, בית חולים שיבא.

ד"ר גרסיאלה כרמון, מנהלת המרפאה לבריאות הנפש באום אלפחם.

גב' איבון מנסכר, משרד הבריאות.

הערות

World Health Organization, 2008, Closing the Gap in a Generation: Health Equity through action on the Social Determinants of Health.

אבני שלומית, 2009, "רפואה שניונית בקהילה – היקף, פריסה וזמני המתנה לתור: מבט משווה בין קופות חולים ומחוזות גיאוגרפיים שונים", נייר עמדה של "קבוצת ב"ש" שוויון בבריאות" ועמותת רופאים לזכויות אדם.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2008: 42.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות, מדיניות הבריאות ומועצת הבריאות, 2008: 44.

המכון הלאומי לבקרת מחלות, (INHS): 62.

המידע להלן מבוסס ברובו על: Jaffe A., Vardi H, Levit B, 2001.

Rubinstein A, Graf E, Landau E et al., 1991.

Cohen MP, Stern E, Rusecscki Y, Zeidler A., 1998.

Todjman & Jaffe, unpublished data.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ומועצת הבריאות, 2008: 54.

המכון הלאומי לבקרת מחלות, (INHS).

Khatib, M., S. Efrat and D. Deeb, 2007.

במחקר שנערך במסגרת "טנא בריאות" והיחידה לאנדוקרינולוגיה במרכז הרפואי הלל יפה: טולדנו ואחרים, 2004.

רמת ההמוגלובין המסוכרת - HbA1c - היא המרד העיקרי לרמת איוון. ערך תקין של המוגלובין מסוכרת נמוך מ-6%. ערך מטרה מומלץ ע"י ארגון הבריאות העולמי נמוך מ-7%.

המכון הלאומי לבקרת מחלות (INHS): 61.

המכון הלאומי לבקרת מחלות (INHS): 61.

Galilee Society and Al-Ahali, 2008: 259–260.

המכון הלאומי לבקרת מחלות, 2005: 99.

המכון הלאומי לבקרת מחלות, 2005.

אתר רישום הסרטן הלאומי.

שם.

Jabara et al, 2007; Kark et al, 2006.

The Galilee Society & Al-Ahali, The Palestinians in Israel, Socio-Economic Survey 2007 Main Findings, Shefaarm, 2008.

ההישרדות היחסית היא היחס בין הסיכוי שאדם עם מחלת סרטן ישורו בתום 5 שנות מעקב ובין הסיכוי שיש לאדם באוכלוסייה בגילו לשרוד את אותה התקופה.

רישום הסרטן הלאומי, "הישרדות חולים במחלות ממאירות בישראל"; ערכון אוקטובר 2009, אתר האינטרנט של משרד הבריאות.

המכון הלאומי לבקרת מחלות, 2005: 141.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ומועצת הבריאות, 2008: 27.

המכון הלאומי לבקרת מחלות (INHS): 49–50.

המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות ומועצת הבריאות, 2008: 28.

גרוס ואחרים, 2009: 2–3.

המכון הלאומי לבקרת מחלות (INHS): 81,83.

Lavav et. al., 2007: 110.

Mansbach-Kleinfeld, Ivonne, et al, "Service Use for Mental Disorders and Unmet Need: Results from the Israel Survey on Mental Health among Adolescents," Psychiatric Services 61 (3), forthcoming March 2010.

Ibid.

מספר האנדוקרינולוגים המומחים דוברי הערבית נמוך ביחס לדרגה הקיימת בשטח, ואנדוקרינולוגים דוברי אמהרית אין בנמצא כלל. על פי נתונים לא רשמיים של האגודה הישראלית לאנדוקרינולוגיה, ישנם כ-20 רופאים ערבים רשמיים (העובדים במשרות חלקיות), כאשר רק שבעה מהם מוסמכים לעסוק באנדוקרינולוגיה.

<http://www.tene-briut.org.il>

יוזמה זו נוסדה בהצלחה במסגרת עמותת "טנא בריאות", תוך הכוונה מקצועית של המחלקה לתרגום וחקר התרגום, אוניברסיטת בר אילן. <http://www.tene-briut.org.il>

