



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו

2018

ירושלים, ינואר 2019
טבת, תשע"ט

משרד הבריאות
מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו

2018

טבת, תשע"ט

ירושלים, ינואר 2019

כתיבה ועריכה:

ד"ר אמה אברבוך, ד"ר שלומית אבני - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

בהכנת הדו"ח השתתפו (לפי סדר א'-ב'):

אבידן כהן, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
אורן אדרי, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
אלינור שפירא, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
אמציה גינת, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
דיאנה נקמולי לוי, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות
יגאל אייזנמן - תחום סקר חברתי, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
נורית דוברין, תחום סקר חברתי, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
ניר קידר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
נחמה גולדברג, אגף המידע, משרד הבריאות
נעמה רותם, אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
נעמה רון, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
ענת שמש, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
פמלה הורוביץ, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
ציונה חקלאי, אגף המידע, משרד הבריאות
שרון מלר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ת.ד. 1176 ירושלים 91010

דואר אלקטרוני: shlomit.avni@moh.gov.il; emma.averbuch@moh.gov.il

תוכן עניינים

עמוד	פרקים
1	פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון במדדי בריאות
12	פרק 2. מדדי בריאות בערים הגדולות בישראל אמה אברבוך, אורן אדרי, נעמה רון, פמלה הורוביץ, דיאנה נקמולי-לוי, שרון מלר, ענת שמש
28	פרק 3. פערים באורח חיים ובהרגלי בריאות בישראל בראי תוצאות הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
49	פרק 4. פערים בפריסת תשתיות, כוח אדם ומיטות אשפוז 4.1 כוח אדם מועסק במערכת הבריאות דיאנה נקמולי-לוי, אמה אברבוך, שרון מלר, אמציה גינת
53	4.2 הבדלים בפריסת מיטות אשפוז ועמדות
68	פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה
86	פרק 6. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות 6.1 פעילות משרד הבריאות
106	6.2 פעילות קופות החולים

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון במדדי בריאות

1.1 תוחלת חיים

תוחלת חיים ותוחלת חיים בריאה לפי מגדר

בשנת 2017 תוחלת החיים¹ הממוצעת בישראל הייתה 80.7 בקרב גברים, ללא שינוי לעומת השנה הקודמת, ו-84.6 בקרב נשים, עליה של 0.4 מהשנה שעברה².

בדומה לשנים הקודמות ישראל מדורגת גבוה יותר מהממוצע של מדינות OECD בשני המינים³. תוחלת החיים של גברים גבוהה יותר מהממוצע האירופאי ב-2.6 שנים, ותוחלת החיים בקרב נשים גבוהה יותר ב-0.8 שנים. יש לציין, כי בשנה זו (2017) נעצרה הירידה במיקום היחסי של ישראל בתוחלת חיים ביחס למדינות אחרות, שנמשכה בין השנים 2010 ל-2016.

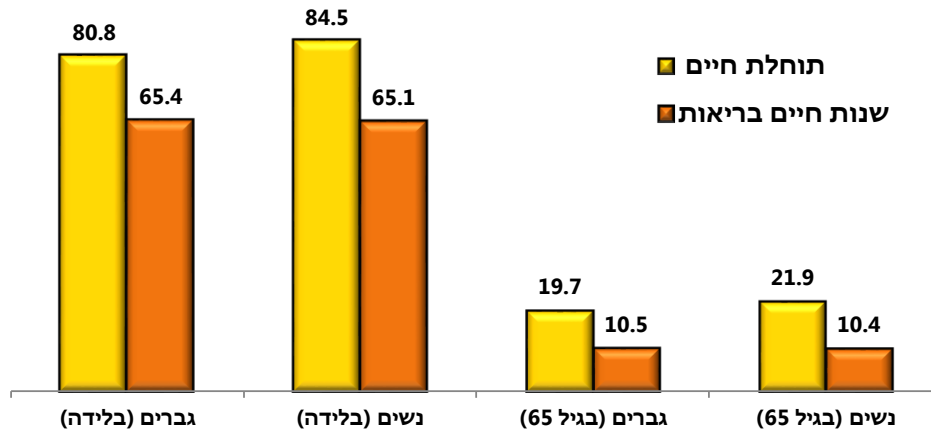
בשנת 2018 פרסמה לראשונה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה נתון של שנות חיים בריאות⁴. שנות חיים בריאות (Healthy Life Years) הוא מדד ידוע בעולם ונמצא בשימוש באירופה כמו גם על ידי ארגון הבריאות העולמי. היתרון במדד זה לעומת המדד של תוחלת חיים הוא היכולת לספק הערכה יותר מדויקת ואמיתית של משך החיים הצפוי לפרט בבריאות טובה או ללא מוגבלות, כלומר, בשמירה על איכות חיים טובה. המדד עצמו - "שנות חיים בריאות" - משלב בחישובו לא רק שיעורי תמותה, אלא גם מדדי תחלואה ומוגבלות. בישראל, הבסיס לחישוב שיעורי תמותה ומוגבלות סופק על ידי למ"ס (מתוך הסקר החברתי).

תרשים 1 מציג שנות חיים בריאות בקרב גברים ונשים בישראל בלידה ובגיל 65. מהתרשים ניתן לראות, כי שנות החיים הבריאות הצפויות בלידה בשנת 2016 היו 65.4 שנים בקרב גברים ו-65.1 שנים בקרב נשים, פער של 0.3 לטובת הגברים. זאת, לעומת פער של 3.7 לטובת נשים במדד של תוחלת חיים. פער דומה, אם כי מצומצם יותר, נמצא גם בתוחלת חיים בגיל 65. כלומר, נשים אומנם מאריכות חיים יותר מהגברים, אך שנות חייהן כוללות יותר שנים עם בעיה בריאותית המפריעה בתפקוד.

משך שנות חיים בריאות בישראל גבוה יותר מאשר במדינות OECD, הן לגברים והן לנשים. בשנת 2014 משך החיים הבריאה במדינות ה-OECD היה 61.8 שנים בקרב נשים ו-61.4 שנים בקרב גברים, זאת לעומת 65.1 ו-65.4 בקרב נשים וגברים בישראל (בשנת 2016)⁵. גם בגיל 65 שנות החיים הבריאות הצפויות בישראל גם לנשים וגם לגברים היו רבים יותר מאשר באירופה.

¹ תוחלת חיים היא מספר השנים הממוצע שאדם צפוי לחיות מגיל מסוים, בהנחה ששיעורי התמותה הקיימים בתקופת ההתייחסות יישארו קבועים לאורך כל חייו.
² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. *השנתון הסטטיסטי לישראל 2018*, אתר הלמ"ס.
³ ברוכים וקיני. 2018. *מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD*, משרד הבריאות.
⁴ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. *תוחלת חיים בישראל 2016*. הודעה לתקשורת, דצמבר 2017.
⁵ לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, שם.

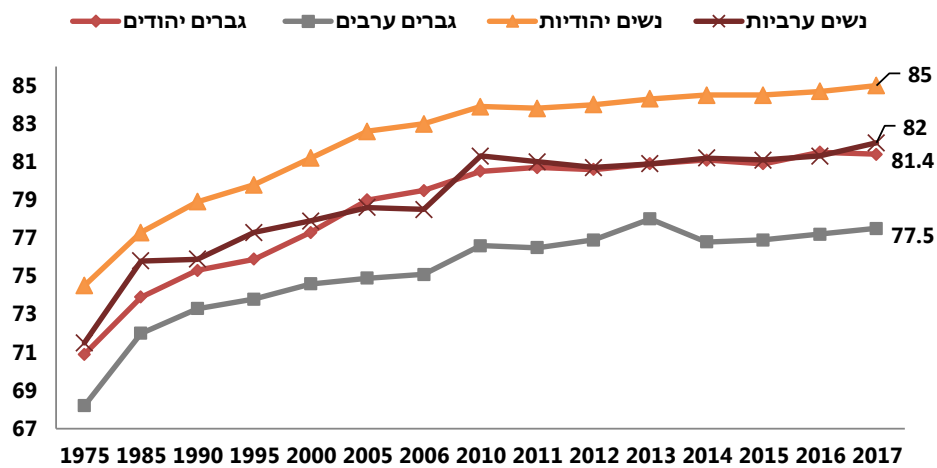
תרשים 1. תוחלת חיים ושנות חיים בריאות, בלידה ובגיל 65, לפי מין, 2016



תוחלת חיים לפי קבוצת אוכלוסייה ודת

בפילוח לפי קבוצות אוכלוסייה ניתן לראות עלייה בתוחלת החיים בקרב נשים יהודיות וערביות, כאשר קצב העלייה בקרב נשים ערביות עולה מעט על קצב העלייה בקרב נשים יהודיות. בקרב גברים נרשמה עלייה רק בקרב גברים ערבים. תוחלת החיים של נשים ערביות עלתה בשנת 2016 ב-0.6 והגיעה לערך 82 שנים, תוחלת החיים של גברים ערבים עלתה בשיעור של 0.3 והגיעה ל-77.5 שנים. בקרב האוכלוסייה היהודית בתקופה המקבילה נרשמה עלייה של 0.3 שנים בקרב נשים לערך 85 וירידה קטנה של 0.1 בקרב גברים לערך של 81.4.

תרשים 2. תוחלת חיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומין, 1975-2017



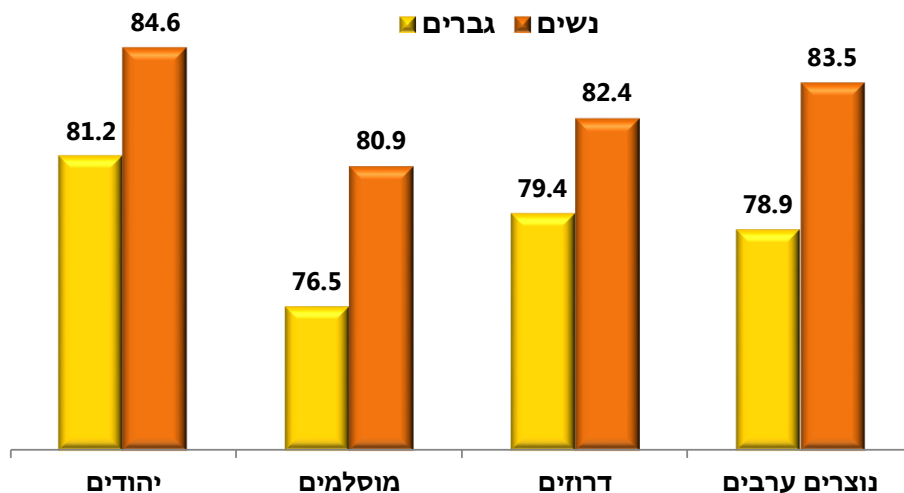
מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 2018.

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון במדדי בריאות

על פי נתוני למ"ס, בעשור האחרון (2006-2016) חלק מהפער בתוחלת חיים בין יהודים לערבים צומצם, בעיקר בקרב נשים, עקב קצב עלייה מהיר יותר בתוחלת החיים בקרב ערבים ביחס ליהודים.⁶ כך למשל, בקרב גברים הצטמצם הפער מ-4.4 שנים ב-2006 ל-4.3 ב-2016, ובקרב נשים מ-4.5 שנים ב-2006 ל-3.4 שנים ב-2016.

הנתונים של תוחלת חיים לפי דת מאפשרים לצפות בהבדלים בתוך האוכלוסייה הלא יהודית בישראל.⁷ תרשים 3 מציג הבדלים בתוחלת חיים לפי מגדר וקבוצת דת. הממוצע הגבוה יותר של תוחלת החיים לשנים 2014-2016 נצפה בקרב הדרוזים (79.4 שנים), ביחס לנוצרים-ערבים (78.9 שנים) והמוסלמים (76.5 שנים). בקרב נשים, תוחלת החיים הגבוהה ביותר נרשמה אצל נוצרות-ערביות (83.5 שנים) לעומת הדרוזיות (82.4 שנים) והמוסלמיות (80.9 שנים). ניתן לראות, כי בקרב יהודים ודרוזים הפער בתוחלת חיים בין גברים ונשים מצומצם יותר מאשר בקרב ערבים-מוסלמים וערבים-נוצרים. ניתן לשער, שחלק מההסבר להבדלים אלו נובעים מפערים במעמד חברתי-כלכלי, ומהבדלים הקשורים בהיבטים תרבותיים. יש לציין, כי גם שיעורי תמותת תינוקות, המשפיעים על חישוב תוחלת חיים, נמוכים משמעותית בקרב ערבים ונוצרים ודרוזים, במיוחד בקרב נוצרים, השוואה לשיעורי תמותה בקרב מוסלמים.⁸

תרשים 3. תוחלת חיים, לפי דת, ממוצע 2014-2016



⁶ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. תוחלת חיים בישראל 2016. הודעה לתקשורת, דצמבר 2017.

⁷ למ"ס, שם.

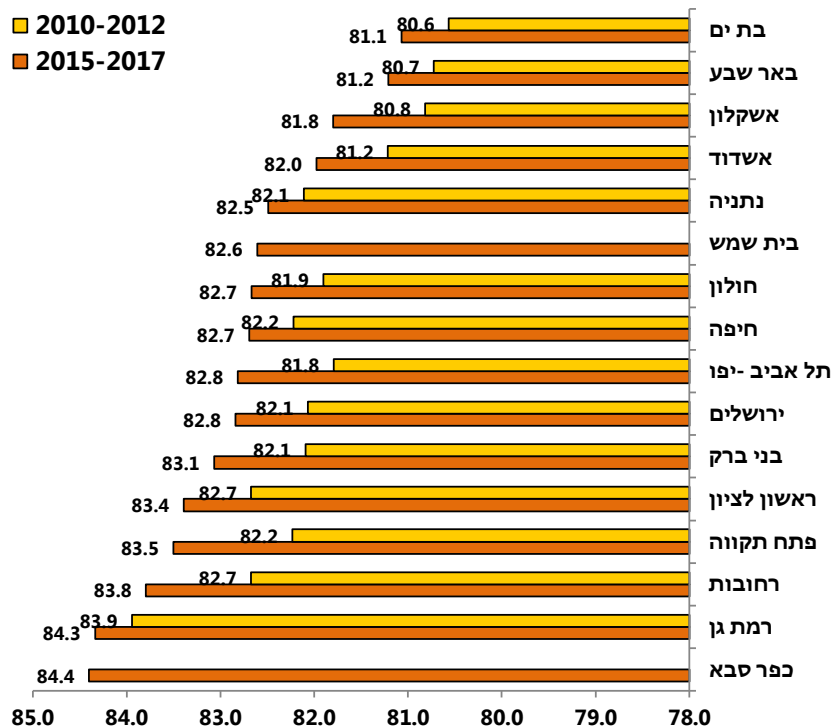
⁸ זעירא ג'. תמותת תינוקות וילדים בישראל, בדגש על האוכלוסייה המוסלמית בכל הארץ ובמחוז הדרום. מסמך של מרכז המידע והמחקר של כנסת, 2013.

תוחלת חיים לפי מקום מגורים

בחינת התפלגות תוחלת חיים לפי מחוזות מגלה הבדלים משמעותיים, אותם ניתן להסביר על ידי ההרכב השונה של האוכלוסייה במחוזות כמו גם על ידי פערים ברמה חברתית-כלכלית בין האזורים. לפי נתוני למ"ס לשנים 2014-2016, הממוצע הגבוה ביותר של תוחלת חיים בקרב יהודים ואחרים בתקופה זו היה בירושלים (84.0) והנמוך ביותר בדרום (80.8). בקרב ערבים, תוחלת החיים הגבוהה ביותר נרשמה במחוז הצפון (80.1), והנמוכה בותר במחוז הדרום (78.2).⁹

בהתייחס לנתוני תוחלת חיים בערים גדולות בישראל (המונות יותר מ-100 אלף תושבים), נמצא כי תוחלת החיים הגבוהה ביותר נרשמה בכפר סבא (84.4 שנים), שהצטרפה השנה לרשימה של ערים הגדולות, והנמוכה ביותר בבתי ים (81.1). העיר בתי ים, שהציגה ערך נמוך ביותר בתוחלת חיים בתקופת המדידה הראשונה בדוחות אי-שוויון (2010-2012), רשמה עלייה של חצי שנה ב-5 השנים שעברו בין שתי תקופות המדידה, פחות מערים רבות אחרות, ונשארה העיר עם תוחלת החיים הנמוכה ביותר בין הערים הגדולות. עלייה משמעותית ביותר בין שתי תקופות המדידה נצפתה בערים פתח תקווה (1.3), רחובות (1.1) ותל אביב, בני ברק ואשקלון (1.0). תרשים 4 מציג את התפלגות תוחלת חיים בערים הגדולות בישראל בשתי נקודות זמן.

תרשים 4. תוחלת חיים בלידה בערים הגדולות בישראל, ממוצע תלת שנתי



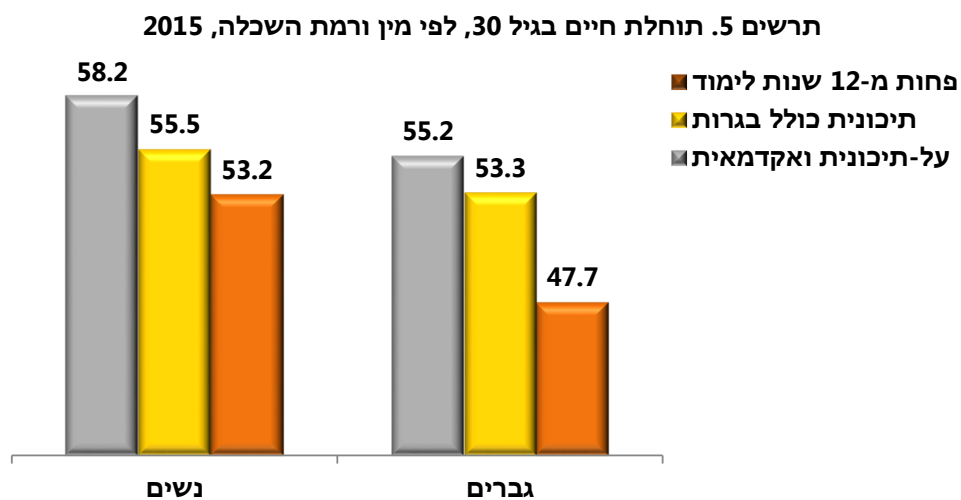
מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחום בריאות ותנועה טבעית, (אגף דמוגרפיה ומפקד), 2018. הערה: כפר סבא ובית שמש נכנסו למדידת תוחלת חיים השנה לראשונה עם כניסתם לקבוצת הערים מעל 100 אלף תושבים.

⁹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. *תוחלת חיים בישראל 2016*. הודעה לתקשורת, דצמבר 2017.

תוחלת חיים לפי רמת השכלה

נתוני תוחלת חיים לפי רמת השכלה שפורסמו על ידי לשכה מרכזית לסטטיסטיקה בסוף שנת 2017, מצביעים על עלייה עקבית בתוחלת חיים עם העלייה בשנות השכלה¹⁰. ראוי לציין, כי רמת ההשכלה הנה אחד המרכיבים של מעמד חברתי-כלכלי.

בתרשים 5 ניתן לצפות בקשר בין רמת ההשכלה לבין תוחלת חיים בגיל 30, כפי שזו נמדדה בשנת 2015. מהנתונים ניתן ללמוד, כי הגברים בני 30 עם רמת השכלה גבוהה (על-תיכונית או אקדמית) צפויים לחיות 7.4 שנים יותר מאשר בני 30 עם רמת השכלה נמוכה (פחות מ-12 שנות לימוד). ההפרש בתוחלת החיים בין הנשים הוא 5 שנים, כלומר לרמת ההשכלה השפעה רבה יותר על משך החיים אצל גברים ביחס לנשים.



נתוני הלמ"ס מצביעים גם על העלייה בפער בתוחלת חיים בין רמות השכלה עם השנים. בשנת 2000 עמד הפער על 4.3 שנים בשני המינים, בהשוואה בין רמות ההשכלה הגבוהה והנמוכה (4.4 שנים אצל גברים ו-4.7 שנים אצל נשים).

באירופה ניכרים הבדלים דומים לאלו בישראל בין המשכילים והמשכילים פחות, אולם ממדי הפער בין שני המינים קטנים יותר: הפער בתוחלת החיים במדינות OECD הסתכם ב-7.1 שנים (לעומת 7.4 בישראל) בקרב גברים ו-4.2 (לעומת 5 בישראל) בקרב נשים.

¹⁰ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. *תוחלת חיים בישראל 2016*. הודעה לתקשורת, דצמבר 2017.

1.2 תמותה

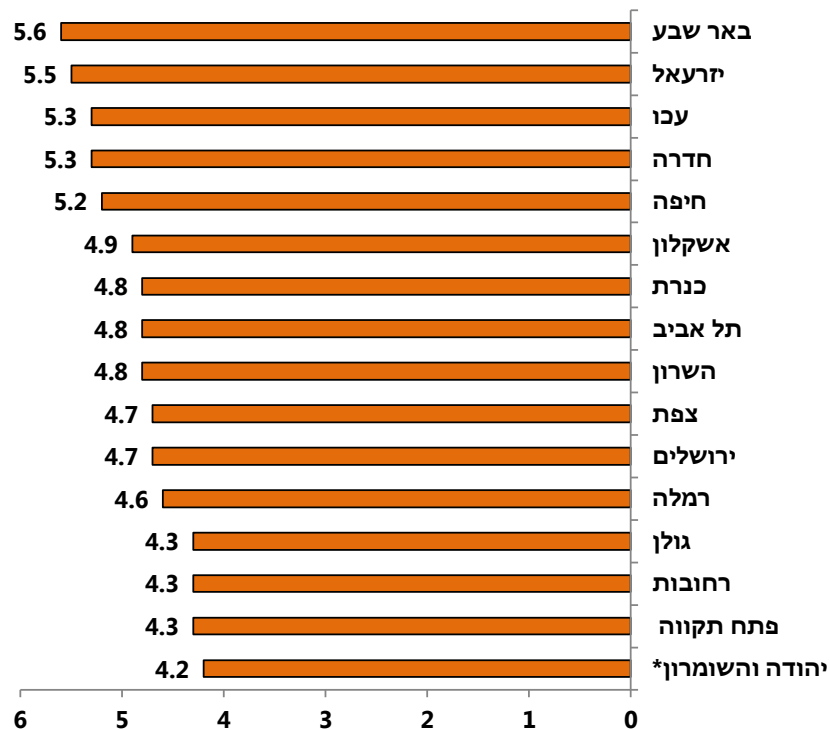
תמותה כללית

שיעורי תמותה כללית ל- 1,000 תושבים מתוקננים לגיל עמדו בשנת 2016 על 5.6 בקרב גברים ו- 4.2 בקרב נשים¹¹. בפילוח לפי קבוצת אוכלוסייה, נמצא כי בשנה זו שיעור התמותה המתוקנן בקרב גברים יהודים ואחרים בכל הגילאים עמד על 5.3, ובקרב נשים יהודיות ואחרות על 4.0. בקרב ערבים באותה השנה שיעור התמותה הסתכם ב- 7.3 בקרב גברים ו- 5.3 בקרב נשים.

בפילוח לפי נפות, המוצג בתרשים 6, נצפים הבדלים של עד 1.6 בשיעור התמותה בין המחוזות. נפות באר שבע, עמק זרעאל ועכו מציגים שיעורים גבוהים יותר של תמותה ביחס לאזור יהודה ושומרון, רחובות, פתח תקווה וגולן.

השוואה עם שנת 2015 מגלה ירידה בשיעור התמותה ברוב המחוזות למעט אזור יהודה ושומרון, שעלה מ- 3.8 ל- 4.2 בין שתי תקופות המדידה ובנפות חדרה, חיפה וירושלים (עלייה של 0.4, 0.3 ו- 0.1 בהתאמה).

תרשים 6. שיעורי תמותה כללית מתוקננים לפי נפה, 2017



*ישובים ישראליים בלבד. מקור: שנתון סטטיסטי לישראל, 2017

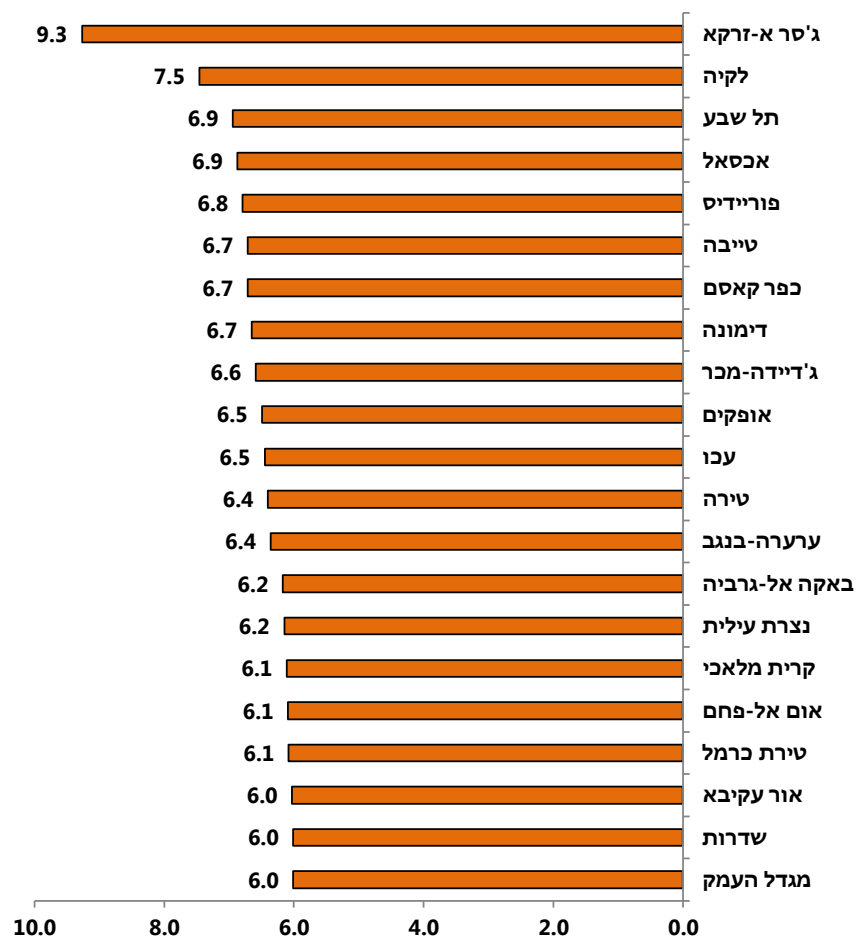
¹¹ למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2017.

תמותה לפי יישובים

תרשים 7 מציג שיעורי פטירות מתוקננים לגיל, לשני המינים, ביישובים מעל 10 אלף תושבים. בלוח מוצגים יישובים בעלי שיעור התמותה הגבוהים ביותר בישראל- אלו עם שיעור תמותה העולה על 6.0 ל- 1,000 תושבים.

חלק משמעותי מהיישובים עם שיעורי התמותה הגבוהים ביותר הם יישובים ערבים ויישובים יהודים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה ו/או יישובי פריפריה דרומית או צפונית. היישוב ג'סר א-זרקא מציג שיעור תמותה גבוה באופן חריג ועקבי לאורך זמן¹².

תרשים 7. שיעורי תמותה מתוקננים ל- 1,000 תושבים לפי יישובים, ממוצע 2013-2017 – היישובים עם שיעורי התמותה הגבוהים ביותר

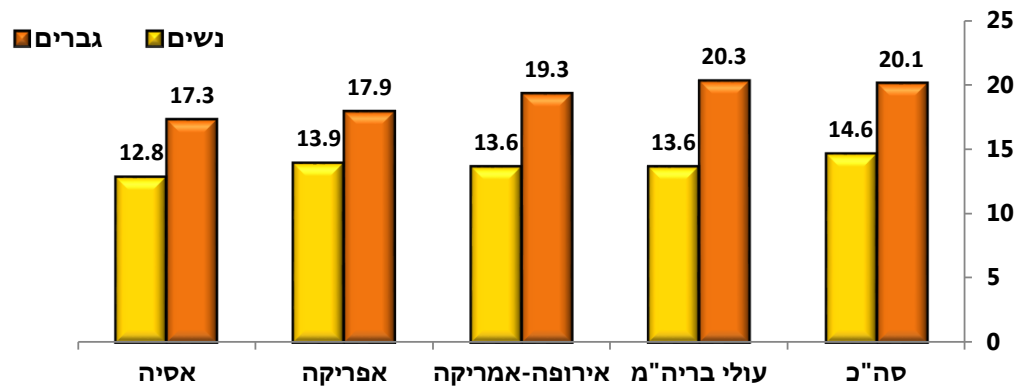


¹² למ"ס ומשרד הבריאות. פרופיל בריאותי חברתי של היישובים בישראל 1998-2002.

אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018

הבדלים בשיעורי תמותה ניכרים גם בתוך המגזרים. תרשים 8 מציג שיעורי תמותה ממוצעים עבור שלוש שנים (2014-2016) בקרב האוכלוסייה היהודית המבוגרת (בני 45 ומעלה) לפי מין ויבשת לידה. בקרב גברים עולי ברה"מ לשעבר נרשם שיעור גבוה ביותר של תמותה ביחס לקבוצות אחרות. בקרב נשים שיעורי התמותה הגבוהים ביותר נרשמו בקרב ילידות אפריקה. ניתן לשים לב, כי הפערים בשיעורי תמותה לפי יבשת לידה בקרב גברים, גדולים יותר מאשר הפערים בקרב הנשים.

תרשים 8. שיעורי תמותה מתוקננים ל-1,000 תושבים בקרב יהודים ואחרים בני 45 ומעלה לפי מין ויבשת לידה, ממוצע 2014-2016



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 2018.
*סה"כ כולל ילידי ישראל ויבשת לידה לא ידועה. ילדי אירופה ואמריקה כוללים עולי ברה"מ.

תמותת תינוקות

בשנת 2017¹³ שיעור תמותת התינוקות בישראל עמד על 3.1 ל-1,000 לידות חי. בקרב יהודים ואחרים השיעור הסתכם ב-2.3, ובקרב ערבים ב-145.9.

בהשוואה בין-לאומית ישראל נמצאת נמוך יותר משמעותית מהממוצע האירופאי. שיעור תמותת התינוקות בישראל נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (3.9) ודומה לשיעור באוסטרליה, אוסטריה ודנמרק (3.1). המדינה בעלת שיעור תמותת התינוקות הנמוך ביותר הינה איסלנד (0.7).

תרשים 9 מציג שיעורי תמותת תינוקות בישראל לפי מחוז לאורך זמן.

¹³ ממוצע לשנים 2015-2017. שיעור תמותת תינוקות הוא מספר התינוקות שנפטרו במהלך השנה הראשונה לחייהם לאלף לידות חי.

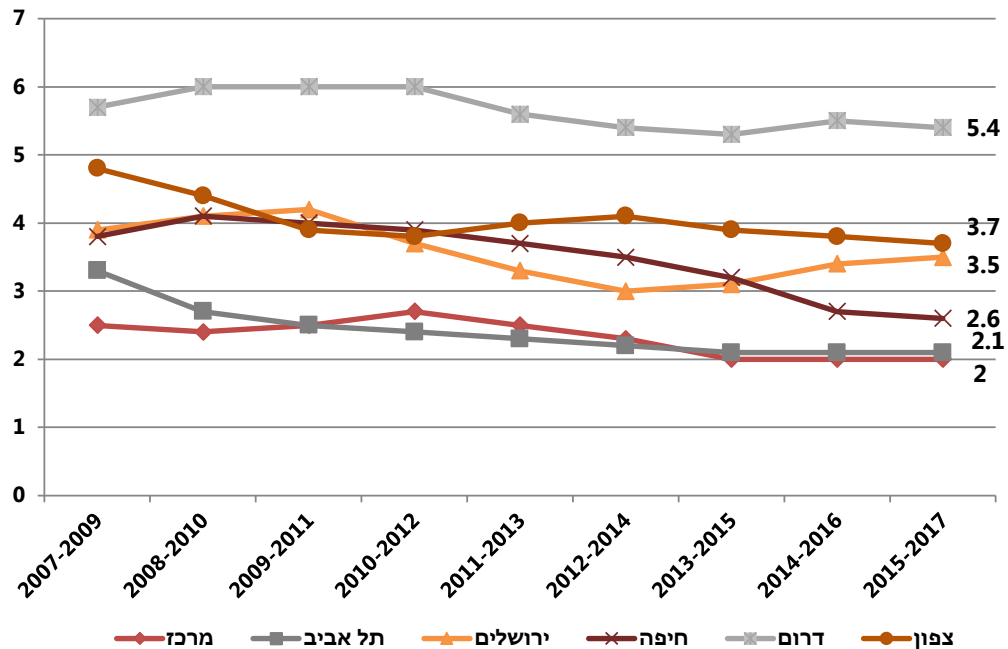
¹⁴ למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2017.

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון במדדי בריאות

ראוי לציין לחיוב את המשך הירידה בשיעור תמותת תינוקות במחוז חיפה, אשר ירדה בנקודת מדידה אחרונה (2015-2017) תוך צמצום הפער מול מחוזות המרכז ותל אביב, בעלי שיעור תמותת תינוקות הנמוכים ביותר. גם במחוז הצפון נרשמה ירידה קלה.

לעומת זאת, בולט המשך העלייה בתמותת תינוקות במחוז ירושלים, בו מגמת ירידה שהחלה לפני כעשור התחלפה במגמת עליית החל משנים 2012-2014 והגיעה ל- 3.5 לאלף לידות חי.

תרשים 9. מגמות בשיעורי תמותת תינוקות ממוצע תלת-שנתי, לפי מחוז



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 2017.

לוח 1 מציג שילוב של נתוני תמותת תינוקות לפי מחוז עם נתונים לפי קבוצת אוכלוסייה בשתי נקודות זמן. שיעור תמותת תינוקות ירד בתקופה זו בקרב האוכלוסייה הערבית ב- 0.7, ואילו באוכלוסייה היהודית ב- 0.3. הפער בשיעורי התמותה בין שתי האוכלוסיות הצטמצם בחמש שנים שעברו מאז תקופת המדידה מ- 4 ל- 3.6.

המחוז בו נצפתה הירידה המשמעותית ביותר בתמותת תינוקות הוא מחוז חיפה, בו נצפתה ירידה של 3.2 בקרב אוכלוסייה הערבית ו- 0.7 באוכלוסייה היהודית. גם במחוז המרכז נרשמה ירידה משמעותית של 1.9 בשיעור תמותת בקרב ערבים.

מחוז הצפון הוא המחוז היחיד בו נצפתה עלייה בשיעור תמותת תינוקות בין שתי נקודות זמן – השיעור בקרב היהודים עלה מ- 3.0 ל- 3.1 והפך את מחוז המצפון לבעל השיעור הגבוה ביותר של תמותת תינוקות באוכלוסייה היהודית. ייתכן כי גם במחוז תל אביב התרחשה עלייה בשיעור

אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018

התמותה בין שתי תקופות זמן באוכלוסייה הערבית, אך לא ניתן להסיק על כך בוודאות מאחר והשיעורים מבוססים על מספר מקרים קטן.

השיעור הגבוה ביותר של תמותת תינוקות בישראל נצפה בשנים 2015-2017, בדומה לתקופה הקודמת, במחוז הדרום בקרב ערבים, ועמד בתקופה זו על 11 ל-1,000 לידות חי. השיעור מבטא תמותת תינוקות גבוהה בקרב הבדואים, שיעור שירד קלות (ב-0.1) בין שתי תקופות זמן הנמדדות. יש לציין כי שיעור תמותה זה נותר גבוה ביחס לשאר המחוזות מזה שנים רבות.

לוח 1. שיעורי תמותת תינוקות לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה, ממוצע תלת-שנתי

מחוז	ממוצע 2010-2012			ממוצע 2015-2017		
	יהודים ואחרים	ערבים	מחוז	יהודים ואחרים	ערבים	שינוי בין שתי התקופות
סה"כ	2.6	6.6	מחוז	2.3	5.9	ערבים
ירושלים	2.7	5.7	יהודים	2.6	5.5	יהודים
צפון	3.0	4.5	ואחרים	3.1	4.2	ערבים
חיפה	2.7	7.1	ערבים	2.0	3.9	יהודים
מרכז	2.3	6.0	יהודים	1.8	4.1	ערבים
תל אביב	2.3	(4.7)	ואחרים	2.0	(8.0)	יהודים
דרום	3.5	12.0	ערבים	3.0	11.0	ערבים

מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.
הערה: הנתון בסוגריים מבוסס על מספר קטן של מקרים

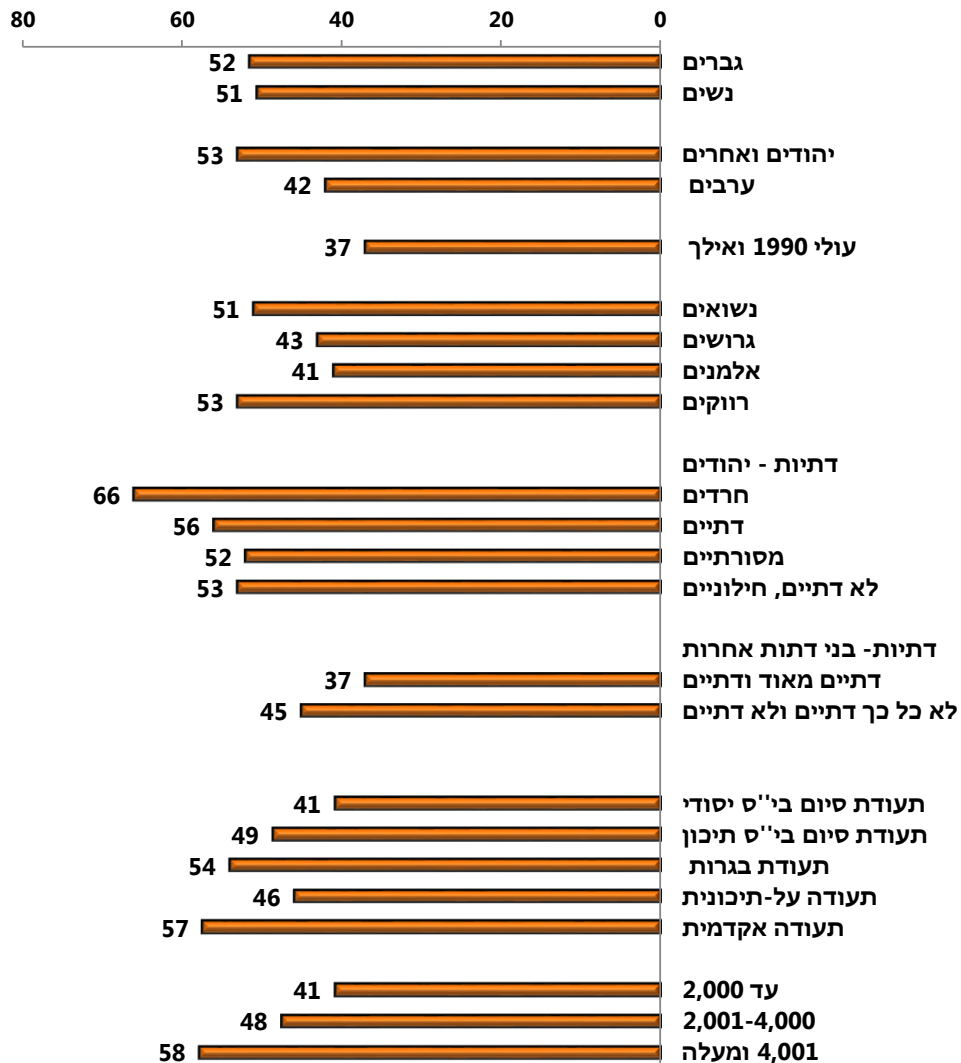
1.3 הערכה עצמית של בריאות

הערכה עצמית של בריאות נבדקת בעקביות בסקרים החברתיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. תרשים 10 מציג שיעורים מתוקננים של המעריכים את בריאותם הכללית כטובה מאוד, לפי מדדי רקע דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים שונים. מקור הנתונים הוא הסקר החברתי משנת 2017.

השוואה עם שיעורי הערכה עצמית לתקופות זמן קודמות, לרבות לשנה קודמת, בעייתית בשל הבדלים במדגמים בין שני הסקרים. יחד עם זאת, ניתן להתרשם כי בשנת 2017, בדומה לשנת 2016, נצפה מדרג זהה בהערכת עצמית של בריאות לפי משתני רקע חברתיים שונים: הערכה עצמית של בריאות עולה עם העלייה בהכנסה ומשתנה בהתאם לשנות השכלה, דתיות, וותק חיים בארץ, מצב משפחתי ולאום.

עולים שהגיעו לישראל החל משנת 1990, אלמנים וגרושים, יהודים מסורתיים ובני דתות אחרות דתיים מאוד ודתיים, בעלי הכנסה והשכלה נמוכה – כל אלה דיווחו על הערכה עצמית נמוכה יותר של בריאות. באופן כללי, המרוויחים בסקר 2017 דיווחו על ערכים מעט נמוכים של הערכה עצמית טובה מאוד של בריאות ביחס לסקר שנערך בשנה הקודמת.

**תרשים 10. אחוז בני 20 ומעלה שהעריכו את בריאותם* כטובה מאוד לפי תכונות
נבחרות, שיעור מתוקנן לגיל, 2017**



* מבוסס על השאלה: "מהו מצב בריאותך בדרך כלל?". מתוך הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2017. הערות: קטגוריות השכלה - תעודת סיום בי"ס יסודי או חטיבת ביניים ללא תעודה; תעודת סיום בי"ס תיכון (ללא תעודת בגרות). מקור: שנתון סטטיסטי לישראל 2018.

פרק 2. מדדי בריאות בערים הגדולות בישראל

אמה אברבוך, אורן אדרי, נעמה רון, פמלה הורוביץ, דיאנה נקמולי-לוי, שרון מלר, ענת שמש

לסביבת חיים עירונית השפעה ניכרת על איכות החיים של הפרט. רמת הפיתוח של תשתיות מקומיות, מידת זיהום אוויר, הימצאות שטחים ירוקים, נגישות למוצרי מזון בריא, הזדמנויות לניהול אורח חיים בריא – כל אלה משפיעים ישירות או בעקיפין על בריאות הפרט.

לא פחות חשובים איכות היחסים הבין אישיים וההון החברתי והקהילתי הבאים לידי ביטוי, בין היתר בעזרה הדדית, יחסי אמון, חיי קהילה פעילים ובמעורבות חברתית של התושבים. אלו מאפשרים סביבת חיים תומכת המיטיבה עם בריאות.

למערכת שירותי הבריאות בעיר תרומה משלה על שמירה וקידום בריאות התושבים ועל הטיפול בחולי. תושבי המקום ירוויחו רבות מפעילות איכותית, נגישה חמינה של שירותי בריאות, או להפך, בריאותם עשויה להיפגע במידה ושירותי הבריאות לא יספקו מענים מתאימים.

לחיים בערים גדולות יתרונות רבים. זמינות גבוהה יותר של שירותים עירוניים, מערכת מסחר מפותחת, מקומות רבים יותר לתעסוקה ולבילוי. גם שירותים בריאות בערים הגדולות הם לרוב מפותחים ומגוונים יותר. אולם יש גם חסרונות – ערים גדולות, ובעיקר המרכזיות בהם, סובלות מרמה גבוהה של זיהום אוויר, צפיפות אוכלוסייה גבוהה, מפגעים סביבתיים, כגון רעש או הצטברות של פסולת, כמו גם היעדר חמימות ומעטפת תמיכה רגשית שמתאפשרת ביתר מידה ביישובים קטנים.

לכל עיר פנים מיוחדות משלה וכל אחת מספקת סביבת חיים אחרת. הערים נבדלות גם במאפייני אוכלוסייה, בפרופיל החברתי, הכלכלי והתרבותי המיוחד לה וכן ברמת הפיתוח העירוני, בתמיכה בתושב, בהשקעה בבריאות הסביבה וביצירת הזדמנויות לחיים פעילים ובריאים.

בימים אלה מפתח משרד הבריאות תפיסה חדשה של בריאות עירונית שתסייע לראשי הערים בישראל ולעובדי מערכת הבריאות לקדם את בריאות התושבים¹.

הפרק הנוכחי מוקדש לערים הגדולות בישראל ובאופן ספציפי לבריאות התושבים בהן². בישראל של שנת 2018 ישנן 16 ערים שגודלן עולה על 100 אלף תושבים - ובהם מתגוררים 4.4 מיליון אנשים, רוב תושבי המדינה.

לוח 2 מציג מאפייני בסיס דמוגרפיים וחברתיים של הערים הגדולות. הנתונים מאפשרים להתרשם מרמת השונות בין הערים מבחינת רמתן החברתית כלכלית, כמו גם מגודלם והמבנה הדמוגרפי

תודתנו נתונה למוריאל שפיר, לנורית דוברין, ליגאל אייזמן ולנעמה רותם מלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על סיוע בהכנת בסיס מידע לפרק הנוכחי.

¹ במהלך שנת 2019 צפוי להתפרסם מסמך מדיניות בו תוצג תפיסה של משרד הבריאות בתחום עירוניות ובריאות.

² הגבלת גודל היישוב למאה אלף תושבים נעשתה מתוך רצון להציג מגוון מדדי בריאות שמקורם בסקר חברתי של למ"ס, חישוב והצגה של מדדים אלו ביישובים קטנים יותר אינה אפשרית מבחינת סטטיסטיקה.

שלהן. כך, למשל, אחוז בני ה- 65 ומעלה נע בין 4% בבית שמש ל- 21% בבת ים. למאפיין כמו זה השפעה מהותית על מדדי הבריאות של העיר.

במסגרת העבודה הנוכחית נאסף מידע על שורה של מדדי בריאות בערים הגדולות, זאת מתוך מטרה להציג פרופיל בריאותי של הערים, לזהות חוזקות ונקודות תורפה של כל עיר ועיר ובכך לסמן כיוונים להתערבות עם ועל ידי רשויות עירוניות וגם על ידי ארגוני הבריאות הפועלים בעיר.

לוח 2. ערים גדולות בישראל: מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים כלכליים

יישוב	סה"כ אוכלוסייה	אחוז בני 65 ומעלה	אחוז בני 0-17	אשכול חברתי כלכלי ³	שכר ממוצע לחודש של שכירים (ש"ח)	אחוז זכאים לתעודת בגרות מבין תלמידי כיתות י"ב תשע"ו
אשדוד	252,615	14	31	5	7997	57
אשקלון	153,668	15	27	5	7633	73
באר שבע	220,243	15	27	5	8291	70
בית שמש	126,319	4	52	2	6569	34
בני ברק	204,522	7	47	2	5577	7
בת ים	158,639	21	21	5	7016	71
חולון	211,377	17	26	6	8806	74
חיפה	321,876	20	23	7	9603	71
ירושלים	989,454	9	40	3	7119	37
נתניה	246,949	17	28	6	8275	69
פתח תקווה	266,211	15	30	7	9910	73
ראשון לציון	268,406	16	25	7	9976	79
רחובות	151,360	15	31	7	10187	74
רמת גן	165,971	18	22	8	10679	81
כפר סבא	109,623	17	28	8	11751	80
תל אביב-יפו	541,444	15	21	8	10,808	74

מקור: לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, מקורות שונים. נתוני אוכלוסייה לשנת 2018, שכר ממוצע חכאי בגרות לשנת 2015.

שיטות

לצורך הצגת המידע העירוני נאסף מידע על 14 מדדי בריאות עבור הערים שאוכלוסייתן עולה על 200 אלף תושבים ועל 13 ממדים עבור הערים שאוכלוסייתן נעה בין 100 אלף ל- 200 אלף איש. המדדים נאספו משני מקורות עיקריים: פרויקט "פרופיל חברתי-בריאותי של יישובים בישראל" של למ"ס ומשרד הבריאות, במסגרתו מתבצע איסוף ועיבוד מתמשך של מידע ברמה עירונית; והסקר

³ מדד חברתי-כלכלי של היישובים בישראל נקבע על ידי למ"ס ומבוסס על 16 אינדיקטורים שונים, כגון מספר רכבים לנפש, שיעור בעלי דירות, שיעור בעלי תואר אקדמי וכד'. המדד נע בין 0 ל-1, ככל שערך המדד גבוה יותר, כך רמת חברתית-כלכלית של היישוב גבוהה יותר. המדד מעודכן לשנת 2015.

החברתי של הלמ"ס לשנת 2017⁴. היעדר של מדד מסוים בתרשים או וערך המדד בלוח המסכם⁵ נובע ממיעוט מקרים, דבר שלא איפשר את פרסום הנתון.

מיותר לציין, כי אין בהצגת מדדי בריאות שנבחרו כדי להתיימר ולהציג את התמונה הכללית של בריאות תושבי העיר, אולם גם השימוש במדדים מעטים יחסית יכול לתרום להבנה מסוימת של הבריאות בעיר.

להלן מופיעות הגדרות למדדים בהם נעשה שימוש:

המדדים הבאים נלקחו ממחולל הדוחות של הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2017 והם מבוססים על דיווח עצמי של משתתפי הסקר:

- עישון- מעשנים כיום, בכל תדירות - כולל: סיגריה, סיגר, מקטרת, נרגילה.
- פעילות גופנית- עושים פעילות גופנית לפחות 10 דקות ברצף, לפחות שלוש פעמים בשבוע, בשלושת החודשים האחרונים.
- הערכה עצמית של מצב הבריאות- אנשים שבאופן כללי מגדירים את מצב בריאותם כטוב או טוב מאוד.
- ביצוע ממוגרפיה- עבור נשים מעל גיל 40, האם עשתה בדיקת ממוגרפיה אי פעם⁶.
- חיסוני שפעת- קיבל חיסון נגד שפעת בשנה האחרונה.
- תרופות שינה- האם נטל תרופות שיעזרו לו לישון בחודש האחרון. בחלק מהערים לא הוצגו נתונים אודות שימוש בתרופות שינה, בשל בעיית מהימנות, הנובעת ממיעוט תצפיות.
- מוגבלות תפקודית- קיומה של בעיה בריאותית או פיזית, הנמשכת שישה חודשים או יותר, והמפריעה מאד או מפריעה בפעולות יומיומיות

המדדים הבאים נלקחו מתוך הפרויקט "פרופיל חברתי-בריאות של היישובים בישראל" של משרד הבריאות והלמ"ס:

- תוחלת חיים בלידה - ממוצע תלת שנתי לשנים 2015-2017
- תמותת תינוקות- שיעור פטירת תינוקות ל- 1,000 לידות חי, ממוצע לשנים 2016-2012
- סרטן (כל הסוגים), גברים - שיעור מתוקנן ל- 100,000, ממוצע לשנים 2015-2011⁷
- סרטן (כל הסוגים), נשים - שיעור מתוקנן ל- 100,000, ממוצע לשנים 2015-2011
- סרטן השד- שיעור מתוקנן ל- 100,000, ממוצע לשנים 2015-2011

⁴ ראה מידע מפורט על סקר חברתי של למ"ס בפרק "מאפייני בריאות אוכלוסיית בישראל בראי הסקר החברתי"

⁵ ראה לוח המסכם את נתוני המדדים לפי ערים בעמ' 27

⁶ משרד בריאות ממליץ לנשים בנות 50-74 להיבדק אחת שנתיים, ולנשים בקבוצת סיכון להיבדק אחת לשנה מגיל 40. השאלה הוצגה לנשים בנות 40 ומעלה

⁷ המידע על תחלואה בסרטן ובסוכרת מבוסס על נתוני רשמים של משרד הבריאות

- סוכרת – הימצאות המחלה, שיעור מקרי סוכרת מתוקנן ל- 1,000, ממוצע לשנים 2014-2016
- השמנה בילדים - עודף משקל ו/או השמנה, כיתה ז', אחחים, שנת לימוד⁸ 2016-2017

בתהליך בחירת המדדים נלקחו בחשבון שיקולים כגון זמינות ואיכות הנתונים, שונות בין ערכי המדד בין הערים, מרכזיות המדד לבריאות, פוטנציאל ההתערבות של רשויות עירוניות או ארגוני בריאות לשיפור בריאות האוכלוסייה. כדוגמא, עיסוק בפעילות גופנית, עישון והשמנה בקרב ילדים אמורים לשקף רמת המודעות והיכולת של האוכלוסייה לניהול אורח חיים בריא. מדד אחר, נטילת כדורי שינה, עשוי להעיד על רמת הדחק של התושבים כמו גם להצביע על מדיניות הספקת התרופות האלה על ידי קופות החולים. בנוסף, נטילת תרופות מושפעת מהרכב הגילאים – השימוש כדורי שינה נפוץ יותר בגילאים מבוגרים עקב עלייה בבעיות שינה בגיל זה.

ייתכן ובחלק מהמדדים קיימת השפעה הדדית – כך, ביצוע נמוך של ממוגרפיה יכול להשפיע על מדד תחלואה בסרטן השד – שכיחות נמוכה של המחלה עלולה להיות תוצאה של תת אבחון ולא דווקא להצביע על בריאות טובה יותר של נשים בעיר.

על מנת להשוות בין הערים, הנתונים הוצגו כיחס של המדד אל מול הממוצע הכלל הארצי, כאשר הממוצע הארצי מנורמל ל- 1⁹. ערכים גדולים מן הממוצע יהיו גדולים מ- 1 וערכים נמוכים מן הממוצע יהיו קטנים מ- 1. הכלל הזה אחיד לכל המדדים, כולל אלה המשפיעים באופן חיובי על הבריאות (כגון עיסוק בפעילות גופנית) ואלה המשפיעים באופן שלילי על הבריאות או משקפים בריאות ירודה (כגון עישון או סוגי תחלואה). המדדים החיוביים סומנו על ידי כוכבית על מנת לסייע בקריאת התרשים. ערכי המדד המקוריים מוצגים בלוח 3 בסוף הפרק.

מדדי הבריאות בערים הוצגו באמצעות "עכבישים", צורת התרשים המאפשרת תצוגה בו-זמנית של מספר רב של מדדים המאפיינים תופעה מסוימת. השימוש בשיטה זו נעשה בעבר על ידי למ"ס לצורך הצגת מדדי איכות בערים הגדולות¹⁰ כמו גם בפרסומים אחרים, כולל אלה בתחום הבריאות¹¹. קו אדום מסמן ממוצע ארצי וערכו, כאמור, 1. קו כחול מסמן את ערכי מדדי הבריאות העירוניים ביחס לממוצע הארצי. לוח 3 בסוף הפרק מציג בצורה מרוכזת את נתוני המקור.

ייתכן וחלק מערכי המדדים שמקורם בסקר החברתי הושפעו מהרכב הגילאים בערים השונות. כך ייתכן ושיעור המבצעים חיסון נגד שפעת יהיה גבוה יותר בעיר עם אוכלוסייה מבוגרת יותר, אשר לרוב מתחסנת יותר נגד המחלה, בהתאם להמלצות משרד הבריאות. עם זאת, העובדה כי הסקר

⁸ מבוסס על נתוני סקרי גדילה של שירותי בריאות התלמיד בקרב תלמידי כיתות א' ו-ז'. לצורך הפרסום נבחר מדד השמנה בכיתות ז' על מנת לתת ביטוי לתוצאות העלייה במשקל המתרחשת בטווח זמנים זה. המדד מציג ילדים מעל אחוזן 85 לפי הגדרות ארגון הבריאות העולמי. מקור הנתונים - המחלקה לאם ולילד במשרד הבריאות.

⁹ הצורך בנרמול הנתונים ל- 1 נובע גם משונות בצורת המדדים בהם נעשה השימוש, חלקם שיעורים ביחס לאוכלוסייה וחלקם אחחים וכד' והצורך להציג אותם בתרשים אחד. אופן החישוב: הממוצע הארצי בכל המדדים הוגדר כ- 1. בכל מדד חילקנו את הערך שהעיר קיבלה בממוצע הארצי. הערך הזה הוא הערך המנורמל של מדד מסוים בעיר מסוימת שמוצג בתרשים.

¹⁰ למ"ס. איכות חיים בערים הגדולות בישראל, הדעה לתקשורת, 2018.

¹¹ שמש וחב'. 2011. פערים בבריאות ופריפריה חברתית, משרד הבריאות.

חברתי מכסה רק אוכלוסייה בוגרת של בני 20 ומעלה מנטרלת חלקית את השפעתו של תמהיל הגילאים.

הסתייגות נוספת נוגעת להרכב האוכלוסייה בתוך הערים – המידע המובא כאן הוא ברמה עירונית ואינו מבטא שונות בין תת קבוצות אוכלוסייה בתוך הערים, ואלו יכולים לפעמים להיות משמעותיים מאוד.

הממצאים

אשדוד

תושבי העיר אשדוד דומים לממוצע הארצי בתוחלת חיים וברמת העיסוק בפעילות גופנית. ניתן לציין שיעור גבוה יותר מהממוצע של ביצוע בדיקות ממוגרפיה ותמותת תינוקות נמוכה. רמות העישון והשמנה בילדים גבוהים מעט מהממוצע הארצי. בתחום התחלואה אשדוד מתאפיינת בשיעורים גבוהים מהממוצע של סרטן אצל גברים וסוכרת בכלל האוכלוסייה. שיעור נוטלים כדורי שינה בעיר גבוה יותר מהשיעור הארצי, כמו כן יותר תושבים מדווחים על הימצאות של מוגבלות תפקודית.

אשקלון

העיר מתאפיינת בתוחלת חיים דומה לממוצע הארצי ותמותת תינוקות נמוכה מעט ביחס אל הממוצע. התושבים של העיר מעשנים יותר, מבצעים פחות חיסונים נגד שפעת. הילדים בעיר מציגים שיעורים גבוהים של השמנה. שיעור ביצוע הממוגרפיה גבוה מעט מהממוצע הארצי. ההערכה העצמית של בריאות יותר נמוכה, שיעורי סרטן גבוהים יותר לשני המינים ושיעור בעלי מוגבלות תפקודית גבוה משמעותית ביחס לממוצע (33% ביחס ל-22%).

באר שבע

תוחלת חיים בבאר שבע דומה לממוצע הארצי, אולם ערך של מדד חשוב נוסף – תמותת תינוקות – עולה משמעותית על הממוצע הארצי (4.8 ביחס ל-3.2), בכך שונה באר שבע גם מערים גדולות אחרות, שמאופיינות לרוב בשיעור דומה או נמוך של תמותת תינוקות ביחס לממוצע. התושבים מדווחים על יותר עישון, על הערכה עצמית נמוכה יותר של בריאות ועל מוגבלות תפקודית גבוהה ביחס לממוצע הארצי. בקרב הילדים בעיר נרשם עודף השמנה. שיעורי תחלואה בסוכרת וסרטן דומים לממוצע הארצי, מלבד עודף מסוים של תחלואה בסרטן אצל גברים.

בית שמש

מדדי הבריאות של העיר בית שמש, על אף היותה ממוקמת נמוך במדד חברתי-כלכלי (אשכול 2) יחסית טובים ביחס לממוצע הארצי. בין מדדי הבריאות החיוביים – תמותה נמוכה של תינוקות (1.9 ביחס ל- 3.2), שכיחות נמוכה של עישון ושל השמנה בילדים, שיעור גבוה יותר מהממוצע הארצי של עוסקים בפעילות גופנית, שכיחות נמוכה יותר של סרטן אצל גברים. ביצוע ממוגרפיה לעומת זאת נמוכה משמעותית מהממוצע – 59% מול 74%.

בני ברק

בני ברק, בדומה לבית שמש, היא עיר צעירה מבחינת הרכב הגילאים וממוקמת בדומה לה נמוך בסולם חברתי-כלכלי (אשכול 2). בני ברק דומה בתוחלת חיים ובתמותת תינוקות לממוצע הארצי. התושבים מדווחים על שיעור נמוך יותר של עישון, אך גם עוסקים משמעותית פחות בפעילות גופנית. ההערכה העצמית של התושבים היא הגבוהה בין הערים הגדולות (92% ביחס ל- 84% בממוצע), והתופעה של השמנת ילדים מצומצמת מאוד. שיעור המבצעות בדיקות ממוגרפיה נמוך מהנתון הארצי, כך גם שיעור מבצעי חיסון שפעת – 16% ביחס ל- 25% בממוצע. שכיחות מחלת סרטן בעיר היא נמוכה ביחס לממוצע גם בקרב גברים וגם בקרב נשים. שיעור חולי הסוכרת דומה לערך הארצי.

בת ים

ככלל, תוחלת חיים בבית ים היא הנמוכה בין הערים הגדולות, אך העובדה אינה משתקפת בתרשים, מאחר ההבדלים בין הערים הגדולות בתוחלת חיים הם קטנים יחסית. תמותת תינוקות בעיר נמוכה מעט מהממוצע הארצי. תושבי בית ים מדווחים על הערכה עצמית נמוכה מעט של בריאות ועל שיעור ביצוע גבוה מעט מהממוצע של ממוגרפיה. הילדים בעיר נמצאים בעודף משקל בשכיחות גבוהה יותר מהממוצע. שיעורי תחלואה בסרטן וסוכרת בעיר גבוהים מהממוצע הארצי.

חולון

הממצא הבולט בעיר חולון הוא שיעור נמוך של תמותת תינוקות (2 ביחס ל- 3.2 הארצי), שיעורי ביצוע גבוהים יותר של ממוגרפיה וחיסוני שפעת. תושבי העיר מעשנים יותר ומדווחים יותר על מוגבלות תפקודית. שיעור התחלואה בסוכרת ובסרטן בקרב גברים דומים לממוצע הארצי, ואילו בקרב נשים גבוהים יותר.

חיפה

תוחלת החיים בעיר חיפה דומה לממוצע ארצי, ותמותת התינוקות נמוכה ביחס אליה. תושבי העיר מדווחים על שיעור עישון גבוה יותר ובאופן בולט על יותר מוגבלות תפקודית. גם שיעור הנוטלים כדורי שינה גבוה יותר בעיר ביחס לנתון הארצי. התושבים מבצעים מעט יותר חיסוני שפעת ועוסקים יותר בפעילות גופנית. ערכי הסוכרת בעיר נמוכים ביחס לממוצע הארצי, אך שיעורי סרטן בקרב גברים ונשים גבוהים יותר.

ירושלים

ירושלים, עיר הבירה והעיר הראשונה בגודלה בישראל, ממוקמת נמוך יחסית מבחינת מדד חברתי-כלכלי (אשכול 3). עם זאת, תוחלת החיים בעיר דומה לממוצע הארצי (82.8 ביחס ל- 82.5). שיעור תמותת התינוקות בעיר גבוה מעט ביחס לממוצע. מבחינת מדדי בריאות נוספים, העיר מתאפיינת בשיעור נמוך יותר של מעשנים, אך גם של עוסקים בפעילות גופנית. אחוז מבצעי ממוגרפיה וחיסוני שפעת הוא נמוך יותר מהממוצע. תושבים מדווחים על שיעורים נמוכים יותר של מוגבלות תפקודית. ערכי התחלואה בעיר בסרטן או בסוכרת דומים או נמוכים מעט מהממוצע הארצי. התושבים מדווחים על שיעורים נמוכים יותר של נטילת כדורי שינה.

כפר סבא

העיר כפר סבא, אשר הצטרפה לרשימת הערים הגדולות בישראל בשנת 2018 מיד התבלטה בתוחלת חיים גבוהה – 84.4, תוחלת החיים הגבוהה בין הערים הגדולות. ערך תמותת התינוקות בעיר הוא הנמוך ביותר בין הערים – 0.9 (ביחס ל- 3.2 הארצי). כמו כן שיעור המדווחים על העיסוק בפעילות גופנית בעיר הוא גבוה ביחס לממוצע. הילדים בעיר סובלים פחות מעודף משקל, והערכה עצמית של בריאות של התושבים גבוהה יותר מהממוצע. התושבים מבצעים גם יותר חיסוני שפעת ובדיקות ממוגרפיה. שכיחות העישון בעיר היא גם מעט נמוכה מהממוצע הארצי. שיעור החולים בסוכרת בעיר נמוך יחסית ויש עודף קל בשיעור תחלואה בסרטן, במיוחד בסרטן השד.

נתניה

נתניה דומה לממוצע הארצי בתוחלת חיים וגבוה מהממוצע בהערכה עצמית של בריאות. תמותת התינוקות בעיר נמוכה יותר מהממוצע הארצי, התושבים פחות מדווחים על עישון ופחות מדווחים, באופן משמעותי, על מוגבלות תפקודית. שיעור מבצעי חיסוני שפעת ובדיקות ממוגרפיה גבוהים מעט מהממוצע. שיעורי תחלואה בעיר יחסית דומים לממוצע.

פתח תקווה

תמותת תינוקות בפתח תקווה קטנה פי 2 מהממוצע הארצי (1.6 לעומת 3.2). תושבי העיר מדווחים על פחות עישון, אך גם על מוגבלות תפקודית בשיעור גבוה משמעותית ביחס לממוצע. גם שיעורי נוטלים כדורי שינה גבוה מהממוצע הארצי. שיעורי התחלואה בסוכרת דומים לערים האחרות וניכר עודף קטן של תחלואה בסרטן אצל נשים בעיר.

ראשון לציון

רוב מדדי הבריאות בעיר דומים למדדים הארציים. השוני ניכר בשיעור נמוך יותר של תמותת תינוקות, ומהיבט השלילי בשיעור הגבוה ביותר בין הערים של המעשנים (28% לעומת 23%). שיעור גבוה מעט מהממוצע מדווחים על ביצוע חיסוני שפעת, אולם שיעור ביצוע הממוגרפיה נמוך מהממוצע. בתחום התחלואה קיים עודף תחלואה בסרטן בקרב גברים. שיעור חולי סוכרת דומה לממוצע.

רחובות

העיר רחובות מתאפיינת בשיעור נמוך יותר מהממוצע הארצי של תמותת תינוקות, והשיעור הגבוה ביותר בין הערים של עוסקים בפעילות גופנית (47% מול 30%). התושבים מדווחים על פחות עישון. שיעור ביצוע ממוגרפיה כמו גם חיסוני שפעת נמוך יותר מהממוצע. בקרב התושבים שכיחה יותר מוגבלות גופנית, אך שיעור חולי הסוכרת נמוך מהממוצע. שכיחות הסרטן מכל הסוגים גבוהה מעט בקרב נשים ונמוכה מעט מהממוצע בקרב גברים.

רמת גן

תמותת התינוקות ברמת גן היא בין הנמוכות בערים (1.6 לעומת 3.2) ותוחלת החיים בעיר גבוהה מהממוצע (84.3 לעומת 82.5). התושבים מדווחים על שיעורים גבוהים יותר של ביצוע ממוגרפיה וחיסוני שפעת, כמו גם על עיסוק בפעילות גופנית. שיעורי השמנת ילדים נמוכים יותר מהממוצע. תושבי העיר חולים פחות מתושבי ערים אחרות בסוכרת, ואילו נשים בעיר נמצאות בסיכון גבוה מעט יותר לסרטן השד.

תל אביב – יפו

תל אביב היא העיר השנייה בגודלה בישראל. העיר מתאפיינת בתמותת תינוקות נמוכה (1.6 ביחס ל- 3.2), ושיעור נמוך משמעותית של בעלי מוגבלות תפקודית. גם הערכה עצמית של בריאות של התושבים היא גבוהה יותר (91% ביחס ל- 84%). התושבים בעיר עוסקים יותר בפעילות גופנית, אך

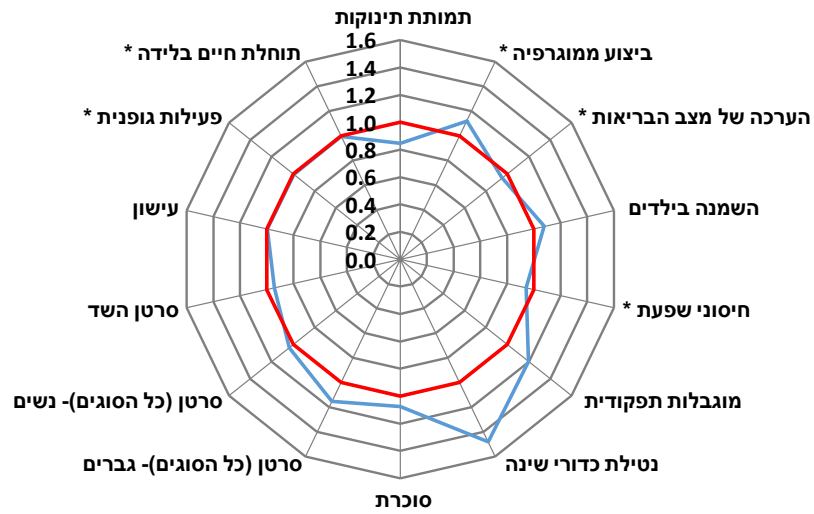
פרק 2. מדדי בריאות בערים הגדולות בישראל

גם מעשנים מעט יותר. התושבים פחות חולים בסוכרת, אולם ניכר עודף תחלואה בסרטן בקרב נשים.

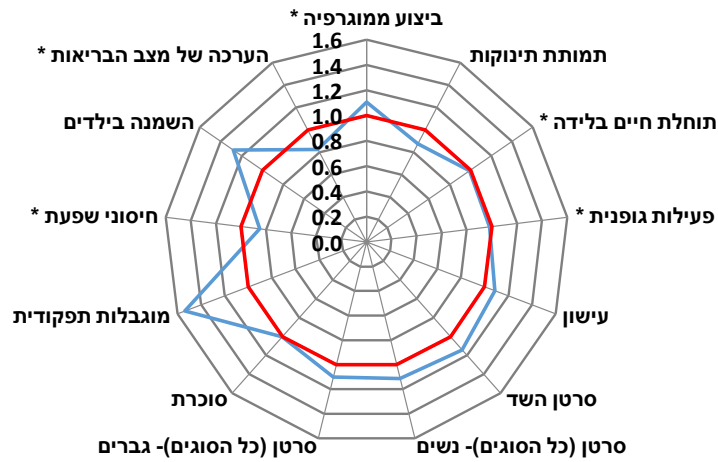
הצגת מדדי בריאות ברמה עירונית מאפשרת לזהות גורמי סיכון המשותפים לתושבים ברמה העירונית – כדוגמא, עודף תחלואה, שיעור נמוך של ביצוע בדיקות סקר או שכיחות גבוהה של עישון. הממצאים, עם כל ההסתייגויות הנדרשות, עשויים לסמן כוון להתערבות עתידית ולהעלאת סוגיות מתחום הבריאות לסדר היום הציבורי בעיר.

האחריות הציבורית של ראשי הערים, כמו גם של מנהלי ארגוני הבריאות הפועלים בעיר, ולא פחות מכך – של התושבים עצמם, היא לדאוג לסגירת הפערים השלייליים ביחס לערים אחרות ולשמור על ההישגים בהם העיר בולטת לטובה. ראוי שגם משרד הבריאות ימשיך להשקיע בפיתוח מדיניות תומכת בריאות ברמה עירונית ויתמרץ את ארגוני המערכת לפעילות ברמה העירונית.

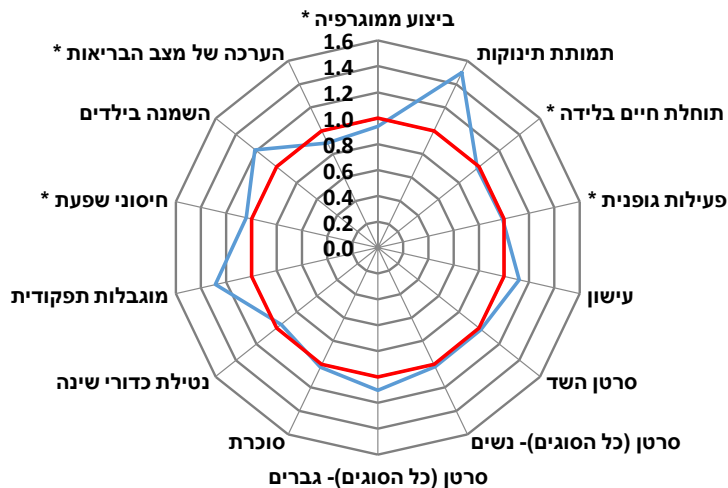
אשדוד



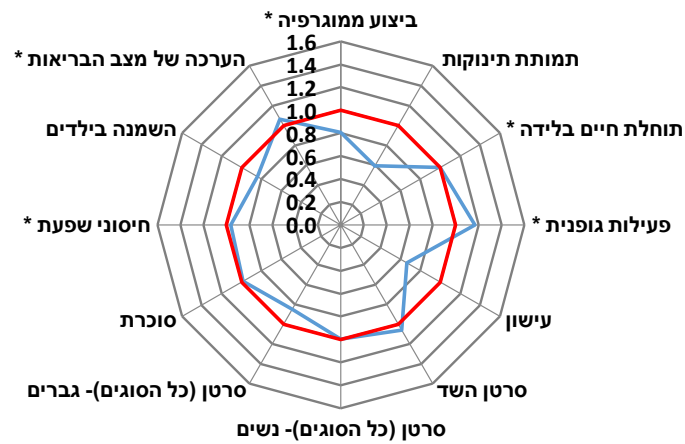
אשקלון



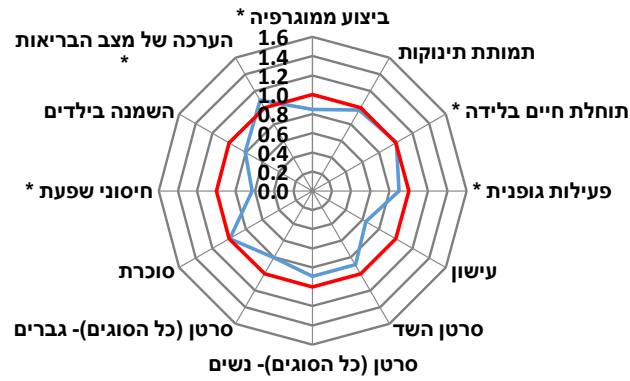
באר שבע



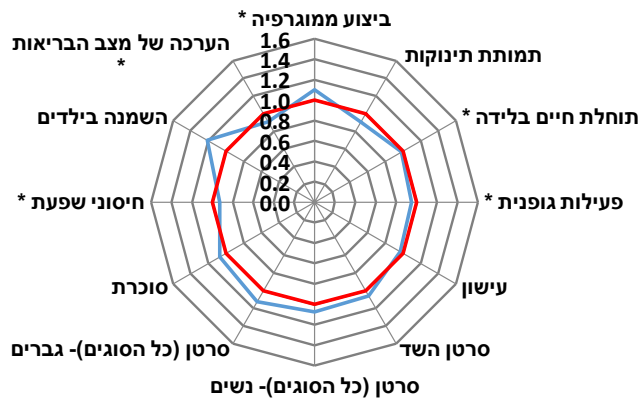
בית שמש



בני ברק

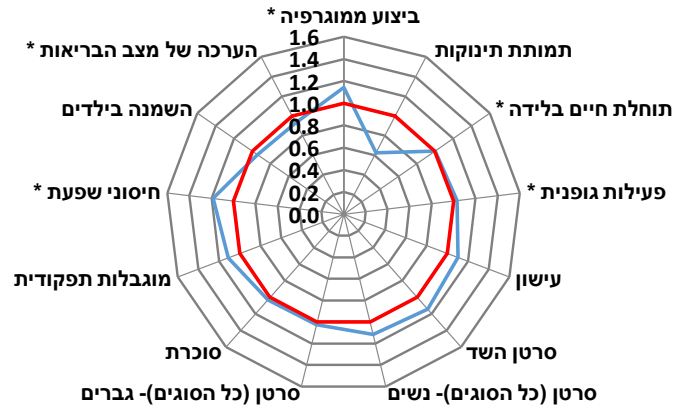


בת ים

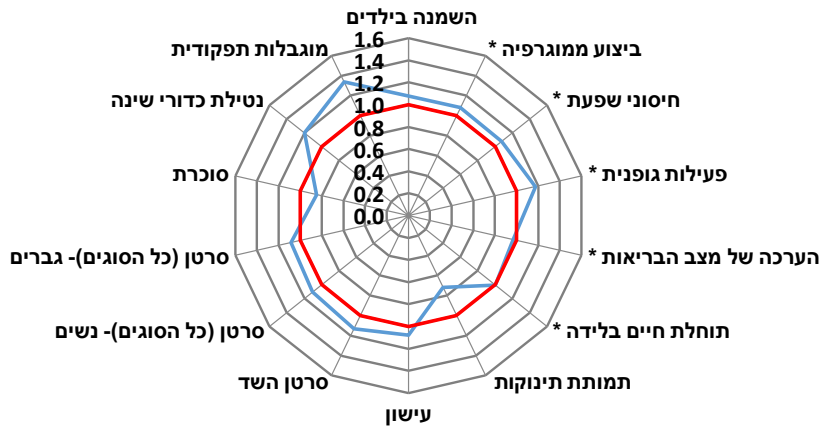


— מדד עירוני (כחול) — ממוצע ארצי (אדום)

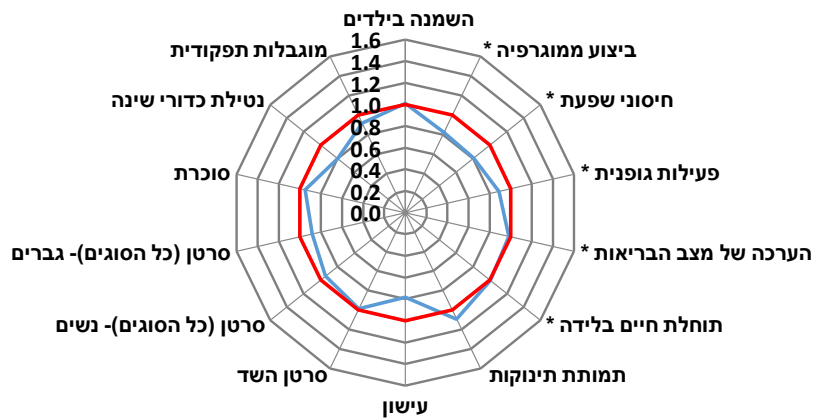
חולון



חיפה

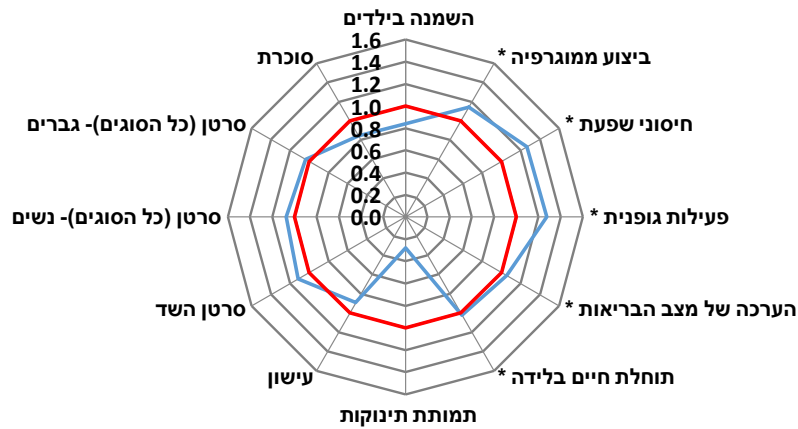


ירושלים

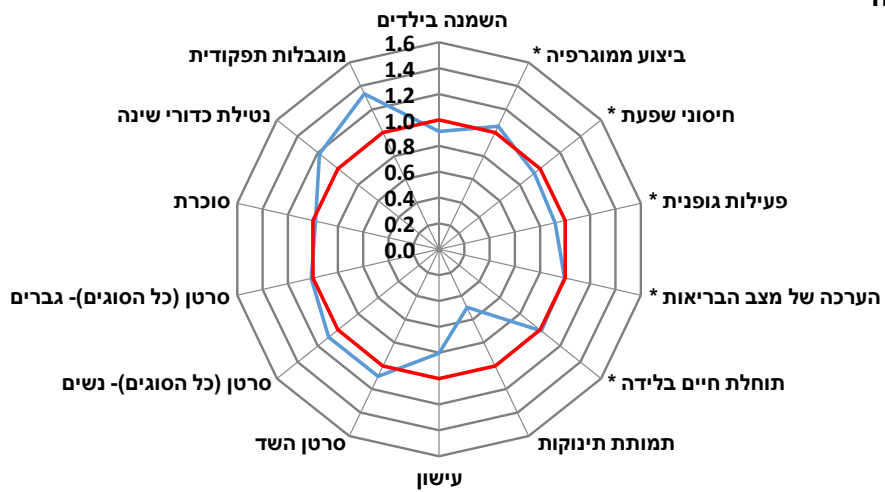


— מדד עירוני — ממוצע ארצי

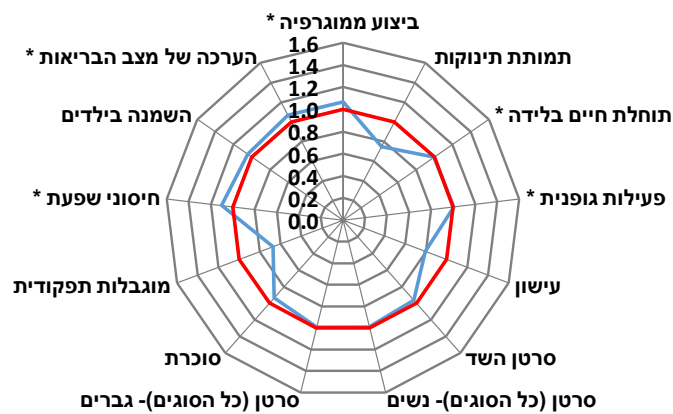
כפר סבא



פתח תקווה

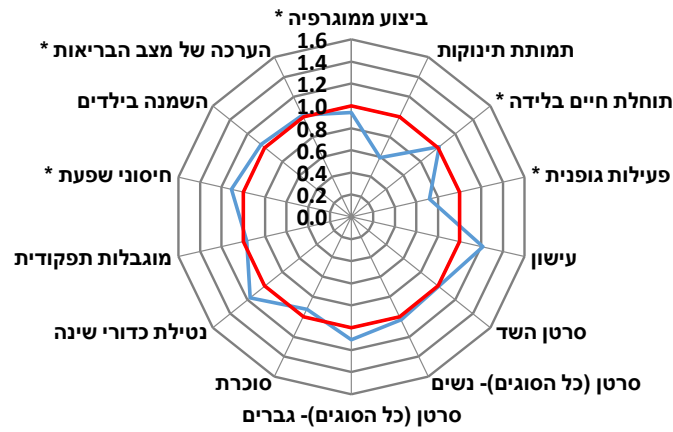


נתניה

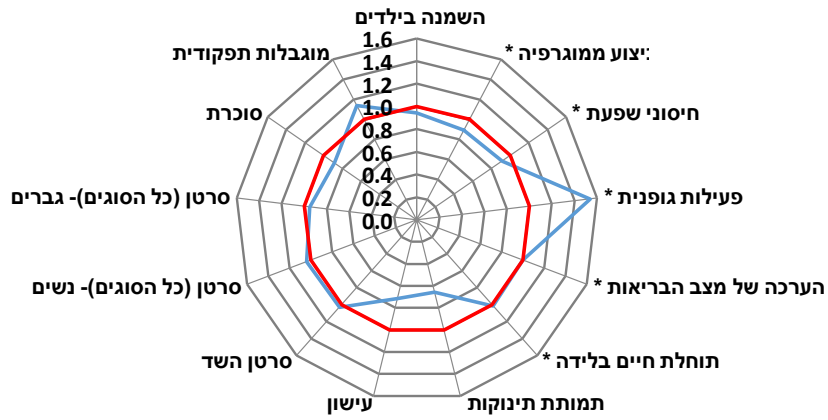


— מדד עירוני (Red) — ממוצע ארצי (Blue)

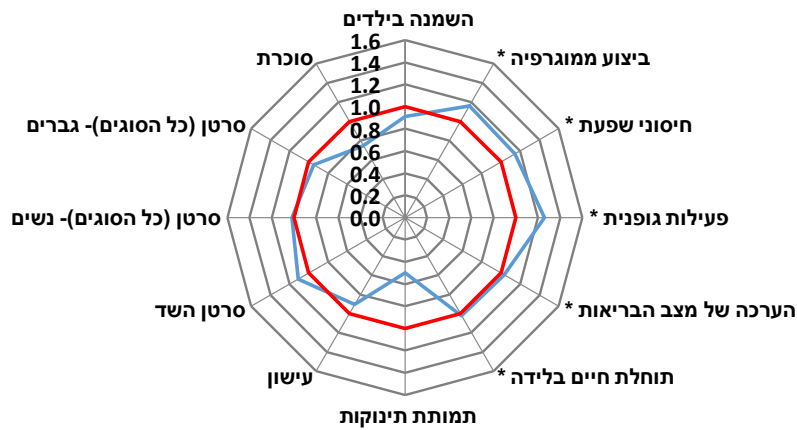
ראשון לציון



רחובות

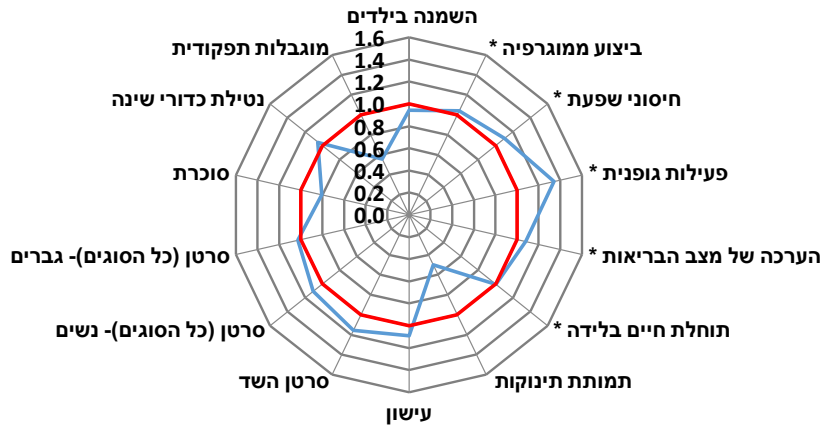


רמת גן



— מדד עירוני — ממוצע ארצי

תל אביב



— מדד עירוני (ירושלים) — מדד ארצי (תל אביב)

לוח 3. מדדי בריאות נבחרים בערים הגדולות (מעל 100,000 תושבים)*

שנה	חיסונים ובדיקות סקר			התנהגות בריאות			תחלואה				מדדים כללים			שנה נטילת כדורי שינה
	מוגבלות תפקודית	ממוגרפיה	חיסוני שפעת	פעילות גופנית	עישון	השמנה בילדים	סוכרת	סרטן השד	סרטן כל (הסוגים נשים)	סרטן כל (הסוגים גברים)	הערכה עצמית של מצב הבריאות	תמותת תינוקות	תוחלת חיים בלידה	
אחוזים	אחוזים	אחוזים	אחוזים	אחוזים	אחוזים	עודף משקל ו/או השמנה, כיתה ז', אחוזים	שיעור מתוקנן ל 1,000 בשנים 2014-2016	שיעור מתוקנן ל 100,000	שיעור מתוקנן ל 100,000	שיעור מתוקנן ל 100,000	אחוזים	תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי	2015-2017 ממוצע תלת שנתי	
10	26	82	24	30	23	32	60	97	327	379	80	2.7	82	אשדוד
	33	81	22	30	25	38	57	118	351	364	70	2.8	81.8	אשקלון
6	28	69	27	30	26	36	58	105	322	364	75	4.8	81.2	באר שבע
		59	25	35	15	25	55	109	314	280	90	1.9	82.6	בית שמש
		62	16	27	15	24	56	91	280	264	92	3.1	83.1	בני ברק
		81	24	29	23	36	60	109	339	371	77	2.9	81.1	בת ים
	24	84	30	31	26	28	58	118	352	338	78	2	82.7	חולון
8	29	80	27	36	25	32	48	116	349	358	81	2.3	82.7	חיפה
5	20	61	21	27	18	30	53	102	297	291	83	3.5	82.8	ירושלים
	15	78	28	30	18	31	53	99	312	327	90	2.4	82.5	נתניה
8	29	78	24	28	19	27	55	112	343	334	84	1.6	83.5	פתח תקווה
8	21	69	28	22	28	31	52	103	325	366	86	1.9	83.4	ראשון לציון
	25	66	23	47	17	28	50	106	328	313	84	2.1	83.8	רחובות
		85	29	38	21	27	42	114	321	312	87	1.6	84.3	רמת גן
		84	32	39	21	25	47	115	338	343	89	0.9	84.4	כפר סבא
7	12	77	28	41	25	28	45	119	348	339	91	1.6	82.8	תל אביב - יפו
7	22	74	26	30	23	30	56	103	315	330	84	3.2	82.5	ממוצע ארצי

*ראה מקורות מידע והגדרות משתנים בפרק "שיטות", בעמ' 13.

פרק 3. פערים באורח חיים ובהרגלי בריאות בישראל בראי תוצאות הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה המתבצע על בסיסי שנתי, מהווה כלי מרכזי המאפשר ללמוד על היבטים שונים של חיי האוכלוסייה הבוגרת בישראל, בצורה אמינה ועקבית. הסקר מתבצע בקרב כ-7,300 איש בני 20 ומעלה, המייצגים כ-5.5 מיליון איש. תוצאות הסקר מפורסמות בהודעות לתקשורת. שאלון הסקר כולל גרעין קבוע וחלק מתחלף, אשר מתמקד מדי מספר שנים בנושא הבריאות, הרווחה או איכות חיים.

למרות פרסום ממצאי הסקר החברתי בתקשורת הרחבה, ובפרט הממצאים בתחום הבריאות, המידע הנאסף בו לא בהכרח מגיע לקהל היעד שהמידע חיוני עבורו – כגון: אנשי מקצוע במערכת הבריאות, לרבות מקבלי החלטות במערכת הרפואה. מאז פרסום דוחות אי-שוויון שנתיים, הקפדנו לתת במה ראויה לפרסומי הלמ"ס ובפרט לסקר החברתי¹. השנה, עם סיום העבודה בלמ"ס על עיבודים של הסקר החברתי לשנת 2017 והופעת סדרת הודעות לעיתונות בעקבות הסקר², שהתמקדו בנושא של אורח חיים בריא, החלטנו להציג את ממצאי הסקר במרכז על מנת לאפשר היכרות רחבה ומעמיקה של אנשי מקצועות הבריאות עם ממצאיו.

בדומה לסקרים הקודמים, הסקר משנת 2017 נערך בבתייהם של כ-7,300 איש בני 20 ומעלה על ידי מראיינים מטעם הלמ"ס. הנושא של אורח חיים בריא נבדק בעבר בסקר החברתי בשנת 2010, על כן חלק מהממצאים ניתנים בהצגה השוואית. ניתוח נתוני הסקר מאפשר להגיע למספר מסקנות בהתייחס לאורח החיים ולהרגלים של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. נציין, כי חלק מהממצאים המוצגים כאן עובדו או הורחבו באמצעות שילוב מקורות מידע נוספים ובפרט מידע בינלאומי, המאפשר הערכה של המדדים הישראליים בפרספקטיבה השוואתית.

תודתנו נתונה לנורית דוברין ויגאל אייזמן מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על סיועם בהכנת הפרק.
¹ ראו לדוגמא: הפרק: "מעיוטים לשוניים: מאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים ושימוש בשיירות הבריאות" בדוח "אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו" משנת 2012 או הפרק "תמיכה חברתית ובריאות" בדוח משנת 2015.
² לקט נתונים בנושאי בריאות מתוך הסקר החברתי 2017 בנושא: רפואה מונעת - חיסונים ובדיקות רפואיות גילוי מוקדם של מחלות ממאירות, הודעות לתקשורת 2018, הלמ"ס, 18.7.18; לקט נתונים בנושאי בריאות ואורח חיים, מתוך הסקר החברתי 2017: משקל, דיאטה, תזונה והרגלי אכילה, הודעות לתקשורת 2018, הלמ"ס, 3.9.18; לרגל יום ההליכה הבין-לאומי: לקט נתונים בנושא פעילות גופנית, מתוך הסקר החברתי 2017, הודעות לתקשורת 2018, הלמ"ס, 24.10.18; לקט נתונים בנושא עישון, מתוך הסקר החברתי 2017, הודעות לתקשורת 2018, הלמ"ס, 20.11.2018. הפרק אינו כולל את ההודעות בשלמותם, אלא מידע נבחר עם דגש על הבדלים במדדים בין קבוצות חברתיות.

רפואה מונעת - חיסונים ובדיקות רפואיות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות

חיסונים

חיסון ילדים בגיל לידה עד 17

מהסקר עולה כי 92% מההורים לילדים בגילאי לידה עד 17 דיווחו שהם מחסנים את ילדיהם בקביעות בכל החיסונים, בהתאם לגיל הילד. 91% מהיהודים ו-95% מהערבים; 93% מהחרדים ו-89% מהחילונים³.

כ-4% אינם מחסנים את ילדיהם בקביעות וכאחד אינם מחסנים את ילדיהם בכלל. מחצית מההורים לילדים בגיל לידה עד 17 שדיווחו כי אינם מחסנים את ילדיהם בקביעות, דיווחי כי הסיבה בגינה בחרו לפעול כך הינה מכיוון שלדעתם החיסונים אינם בטוחים או אינם יעילים.

חיסון נגד שפעת עונתית⁴

26% מבני 20 ומעלה קיבלו חיסון נגד שפעת עונתית בשנים עשר החודשים האחרונים: 24% מהגברים ו-27% מהנשים, 26% מהיהודים ו-24% מהערבים.

אחוז המתחסנים עולה עם הגיל ומגיע ל-65% בגיל 75 ומעלה. בגילאי 65-74, אחוז המתחסנים עומד על 58 אחוז בשנת 2017. בהשוואה עם אחוז המתחסנים בגילאי 65 ומעלה במדינות ה-OECD, ישראל ממוקמת גבוה יותר מהמוצע של הארגון (62% לעומת 44%)⁵. מבין כלל המדיניות ישראל מוקמה במקום ה-6, כאשר הטווח של שיעור המתחסנים נע בין 84% בדרום קוריאה ל-3% בלבד באסטוניה.

אחוז המתחסנים יורד עם העלייה במידת הדתיות: 14% מהחרדים דיווחו על החיסון לעומת 29% מהחילונים.

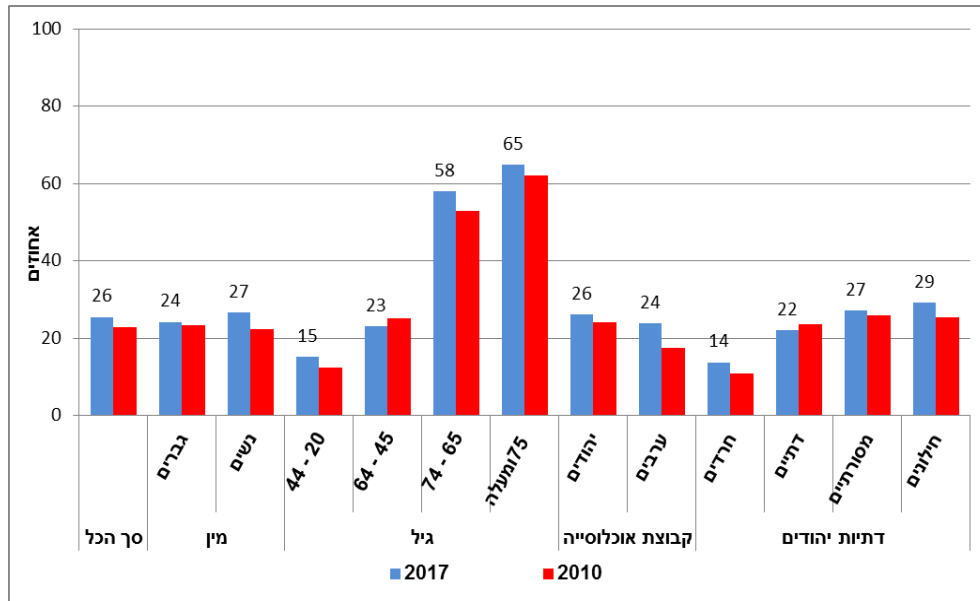
אחוז המתחסנים עולה עם רמת ההכנסה: 22% בקרב אנשים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית הממוצעת לנפש (ברוטו) היא עד 2,000 ש"ח ו-28% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה לנפש בחודש היא יותר מ-2,000 ש"ח.

בהשוואה עם ממצאי הסקר החברתי משנת 2010 נמצא כי בשנה זו התחסנו 23% מבני 20 ומעלה, 24% מהיהודים ו-17% מהערבים, 11% מהחרדים ו-25% מהחילונים. בקרב בני 75 ומעלה, אחוז המחוסנים עמד על 62%.

תרשים 11 מציג את רמת ההתחסנות בקרב קבוצות דמוגרפיות וחברתיות שונות בישראל בשני הסקרים – 2010 ו-2017.

³ ניתן לראות בלוח מסכם (לוח 6) בסוף הפרק את ממצאי הפרק לפי קבוצות חברתיות בצורה מרוכזת
⁴ קישור להמלצות משרד הבריאות לחיסון נגד שפעת - באתר משרד הבריאות.
⁵ ברוכים וקיני, 2018. נתונים לשנת 2016. שיעור בני 65 אשר חוסנו נגד שפעת במהלך 12 החודשים האחרונים.

תרשים 11. בני 20 ומעלה שהתחסנו נגד שפעת עונתית בשנים עשר החודשים האחרונים 2017, 2010



בדיקות רפואיות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות⁶

בדיקת דם סמוי בצואה לגילוי סרטן במעי הגס והחלחולת⁷

51% מבני 40 ומעלה עשו אי פעם בדיקה לגילוי דם סמוי בצואה: 55% מהגברים ו-47% מהנשים; 73% מבני 60-74; 37% מהחרדים ו-51% מהחילונים.
23% עשו את הבדיקה בשנה האחרונה, 25% מהגברים ו-21% מהנשים. 36% מבני 60-74; 22% מהיהודים ו-27% מהערבים; 18% מהחרדים ו-21% מהחילונים. 13% עשו את הבדיקה לפני יותר משנה ועד שנתיים ו-9% נבדקו לפני יותר משנתיים ועד חמש שנים.

בדיקת קולונוסקופיה לגילוי סרטן במעי הגס והחלחולת⁸

38% מבני 40 ומעלה עשו אי פעם בדיקת קולונוסקופיה: 41% מהגברים ו-36% מהנשים; 18% מבני 40-49, 38% מבני 50-59 ו-54% מבני 60 ומעלה; 41% מהיהודים לעומת 26% מהערבים; 20% מהחרדים לעומת 43% מהחילונים. 27% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית

⁶ קישור להנחיות משרד הבריאות בנושא מניעה וגילוי מוקדם של מחלות ממאירות - באתר משרד הבריאות

⁷ משרד הבריאות ממליץ לבני 50-74 להיבדק אחת לשנה. השאלה הוצגה לבני 40 ומעלה.

⁸ משרד הבריאות ממליץ למי שנמצאים בקבוצת סיכון להיבדק באמצעות קולונוסקופיה על פי המלצת הרופא המטפל. השאלה הוצגה לבני 40 ומעלה.

הממוצעת לנפש היא עד 2,000 ש"ח עשו אי פעם בדיקת קולונוסקופיה, לעומת 46% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש היא מעל 4,000 ש"ח.

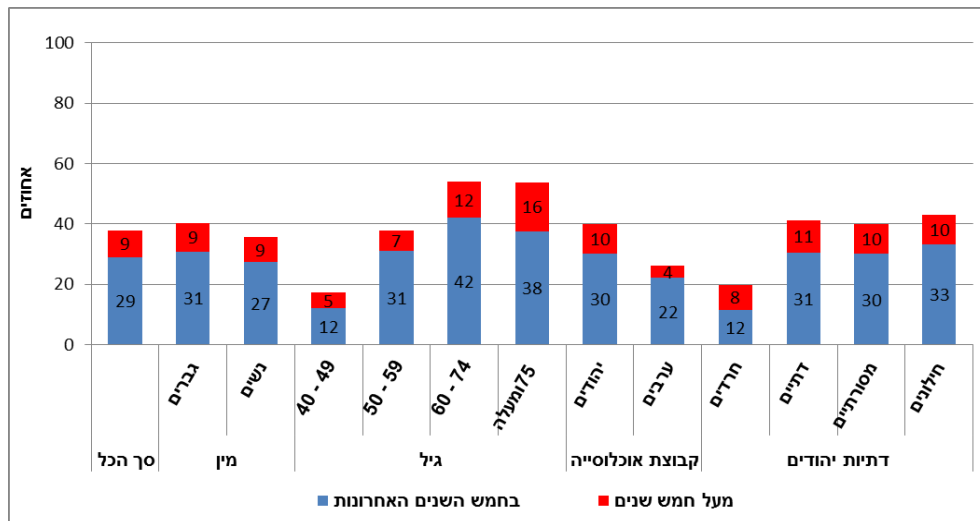
29% מבני 40 ומעלה עברו את הבדיקה בחמש השנים האחרונות: 31% מהגברים ו-27% מהנשים; 42% מבני 60-74; 30% מהיהודים ו-22% מהערבים; 12% מהחרדים לעומת 33% מהחילונים. 22% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית הממוצעת לנפש היא עד 2,000 ש"ח עברו את הבדיקה בחמש השנים האחרונות, לעומת 35% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש היא מעל 4,000 ש"ח.

9% עברו את הבדיקה לפני יותר מחמש שנים.

בקרוב בני 74-50: 47% עשו את הבדיקה אי פעם, 37% עברו את הבדיקה בחמש השנים האחרונות, 10% נבדקו לפני יותר מחמש שנים.

סיבת הבדיקה, מבין מאלה שנבדקו: 37% נבדקו בגלל בעיה רפואית, 35% נבדקו בשל גילם או במסגרת בדיקת סקר, ו-28% נבדקו מסיבה אחרת, כגון רקע משפחתי או בעקבות בדיקת דם סמוי בצואה.

תרשים 12. בני 40 ומעלה שעברו בדיקת קולונוסקופיה, 2017



בדיקות ייעודיות לנשים לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות

בדיקת ממוגרפיה לגילוי סרטן השד⁹

74% מהנשים בנות 40 ומעלה עשו אי פעם בדיקת ממוגרפיה: 77% מהיהודיות, לעומת 54%

מהערביות, 49% מהחרדיות, 74% מהדתיות ו-79% מהמסורתיות והחילוניות.

האחוז עולה עם הגיל: 40% בגיל 40-49, 86% בגיל 50-59, ו-94% בגיל 60-74.

האחוז עולה עם רמת ההכנסה: מ-56% בקרב נשים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית הממוצעת לנפש היא עד 2,000 ש"ח, ועד ל-84% בקרב נשים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש מעל 4,000 ש"ח.

57% מהנשים בנות 40 ומעלה נבדקו בשנתיים האחרונות: 60% מהיהודיות לעומת 44%

מהערביות; 33% מהחרדיות לעומת 64% מהחילוניות; 31% מבנות 40-49, 74% מבנות 50-59, ו-80% מבנות 60-74.

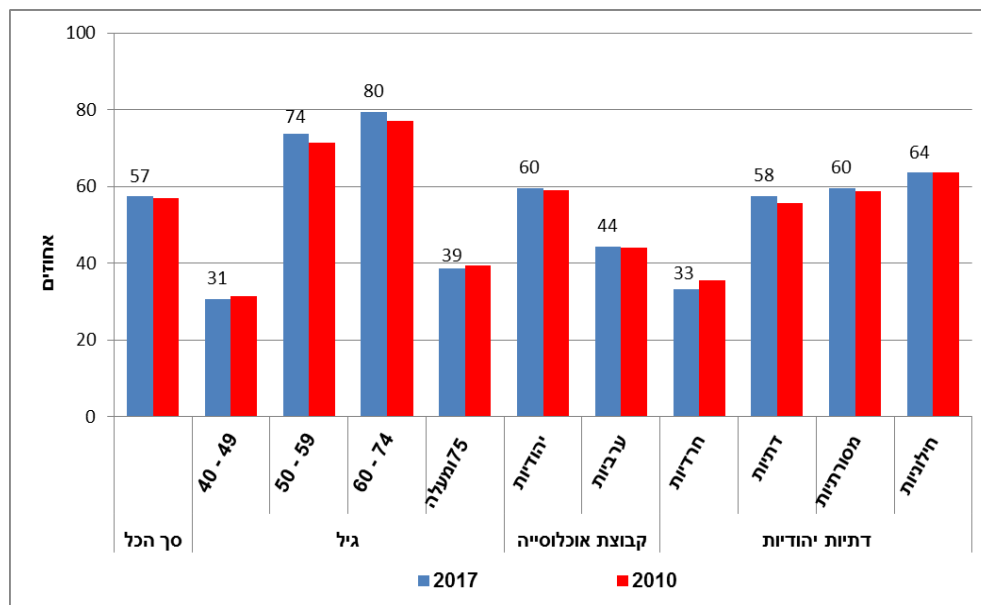
10% מהנשים בנות 40 ומעלה נבדקו לפני יותר משנתיים ועד חמש שנים.

בקרוב בנות 40-59: 90% עשו את הבדיקה אי פעם, 77% עשו את הבדיקה בשנתיים

האחרונות, ו-10% נבדקו יותר משנתיים ועד לפני חמש שנים.

בשנת 2010 דיווחו 70% מהנשים בנות 40 ומעלה שהן עשו אי פעם בדיקת ממוגרפיה. 57% דיווחו שהן עברו את הבדיקה בשנתיים האחרונות, ו-8% עברו את הבדיקה לפני יותר משנתיים ועד חמש שנים.

תרשים 13. נשים בנות 40 ומעלה שעשו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות 2017, 2010



⁹ משרד בריאות ממליץ לנשים בנות 40-59 להיבדק אחת שנתיים, ולנשים בקבוצת סיכון להיבדק אחת לשנה מגיל 40. השאלה הוצגה לנשים בנות 40 ומעלה.

בהשוואה עם מדינות ה-OECD, נכון לשנת 2016 שיעור הנשים בישראל שעברו במהלך השנתיים האחרונות בדיקה לסרטן השד בגילאי 50-69 היה 70%¹⁰. שיעור הנבדקות בישראל הוא גבוה ביחס לממוצע במדינות ה-OECD העומד על 58%. טווח השיעורים של ביצוע הבדיקות נע בין פינלנד ודנמרק עם 82% ביצוע לבין מקסיקו עם 18%.

משטח צוואר הרחם לגילוי סרטן בצוואר הרחם (PAP)¹¹

61% מהנשים בנות 25 ומעלה עברו אי פעם בדיקת משטח צוואר הרחם: 68% מהיהודיות לעומת 27% מהערביות; 42% מהחרדיות, 58% מהדתיות, 67% מהמסורתיות ו-76% מהחילוניות; 57% מבנות 25-39, 70% מבנות 40-59, 60% מבנות 60-74 ו-41% מבנות 75 ומעלה.

37% מהנשים בנות 25 ומעלה נבדקו בשנתיים האחרונות: 40% מהיהודיות לעומת 17% מהערביות; 24% מהחרדיות לעומת 49% מהחילוניות; 42% מבנות 25-39, 48% מבנות 40-49, 39% מבנות 50-59 ו-24% מבנות 60-74. 12% מהנשים בנות 25 ומעלה נבדקו לפני יותר משנתיים ועד חמש שנים.

בקרוב בנות 25-65: 64% עשו את הבדיקה אי פעם, 42% עשו את הבדיקה בשנתיים האחרונות, ו-13% נבדקו לפני יותר משנתיים ועד חמש שנים. בהשוואה עם מדינות ה-OECD, נכון לשנת 2016 שיעור הנשים בישראל שעברו במהלך שלוש השנים שקדמו למועד הסקר בישראל בדיקת סרטן צוואר הרחם בגילאי 20-69 הינו 48.4%¹². שיעור הנבדקות בישראל הוא נמוך ביחס לממוצע ה-OECD העומד על 58%. המדינה בעלת אחוז הנבדקות הגבוה ביותר הינה שבדיה (83) ואילו המדינה בעלת אחוז הנבדקות הנמוך ביותר בין מדינות ה-OECD הינה מקסיקו (18).

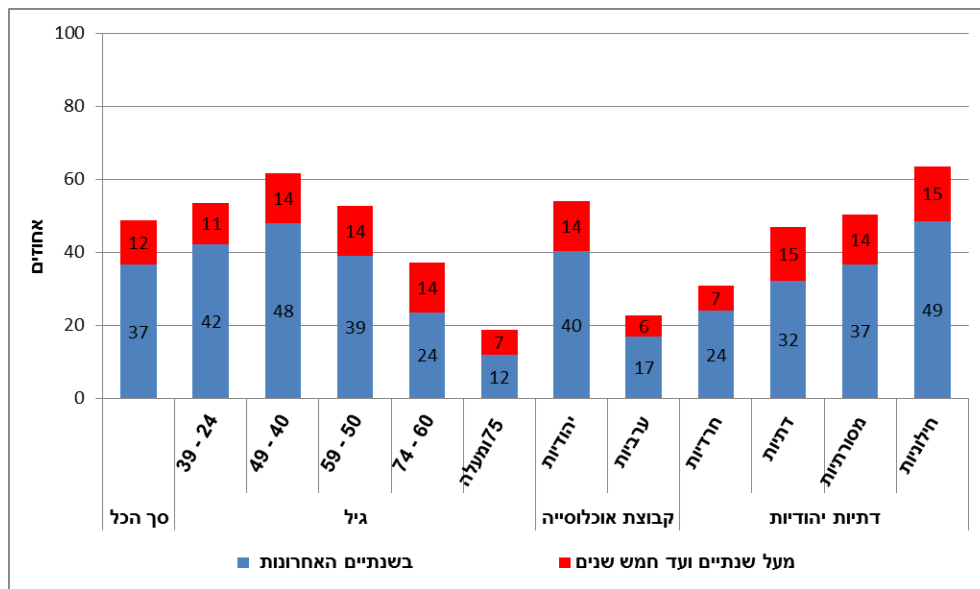
¹⁰ ברוכים וקיני, שם.

¹¹ משרד בריאות ממליץ לנשים בנות 25 עד 65 להיבדק אחת לשלוש שנים. הבדיקה נכללת בסל התרופות בגיל 35-54. בסקר 2017 הוצגה השאלה לנשים בנות 25 ומעלה ובסקר 2010 הופנתה השאלה לבנות 35 ומעלה.

¹² ברוכים וקיני, שם.

פרק 3. פערים באורח חיים ובהרגלי בריאות בישראל בראי תוצאות הסקר החברתי

תרשים 14. נשים בנות 25 ומעלה שעשו בדיקת משטח צוואר הרחם בחמש השנים האחרונות, 2017



משקל, דיאטה, תזונה והרגלי אכילה

מדד מסת הגוף (BMI) -¹³

מדד ה-BMI הינו פרמטר המודד את מסת הגוף ונותן ביטוי להשמנה או להרזיה. BMI גבוה מעלה את הסיכון למחלות כלי דם ואת הסיכון לתסמונת מטבולית ולסוכרת¹⁴. **כמחצית מבני 20 ומעלה (48%) נמצאים במצב של עודף משקל, השמנה או השמנת יתר:** 55% מהגברים לעומת 41% מהנשים; 46% מהיהודים לעומת 54% מהערבים; עוד נמצא כי גברים נמצאים בעודף משקל יותר מנשים בכל קבוצות הגיל (39% לעומת 26% בהתאמה).

הנתונים בסקר מצביעים על כך שכמחצית מהאוכלוסייה (52%) רוצים לרדת במשקל. נשים מעוניינות לרדת במשקל יותר מגברים (58% לעומת 46%).

21% מהאוכלוסייה עושים דיאטה בפועל: 18% מהגברים ו-24% מהנשים; 14% מבעלי משקל תקין, 26% מבעלי עודף משקל ו-36% מאלה שבמצב השמנה והשמנת יתר. נשים עושות יותר דיאטה מגברים, בכל משקל.

¹³ מדד מסת הגוף (BMI) מחושב באמצעות חלוקת המשקל (ק"ג) בגובה בריבוע (מטרים בריבוע). החישוב נעשה על פי דיווח עצמי על גובה ומשקל. ערכי הממד: עד 18.4 - תת משקל; 18.5-24.9 - משקל תקין; 25-29.9 - עודף משקל; 30-34.9 - השמנה; 35 ומעלה - השמנת יתר.
¹⁴ [מחשבון BMI של הכללית, תזונה ודיאטה, מתור אתר "הכללית".](#)

יהודים רוצים לרדת במשקל יותר מערבים (54% לעומת 41%) ועושים יותר דיאטה (22% לעומת 16%).

הרגלי אכילה¹⁵

41% אוכלים לפחות 3 מנות ירקות ביום¹⁶: נשים יותר מגברים; יהודים יותר מערבים; הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית הממוצעת לנפש מעל 2,000 ש"ח, יותר ממשקי בית שבהם ההכנסה לנפש עד 2,000 ש"ח.

45% אוכלים לפחות 2 מנות פרי ביום¹⁷: בני 65 ומעלה יותר מבני 20-64; הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית הממוצעת לנפש מעל 2,000 ש"ח יותר ממשקי בית שבהם ההכנסה לנפש היא עד 2,000 ש"ח.

31% אוכלים מאכלים המכילים דגנים מלאים לפחות פעמיים ביום¹⁸, כגון לחם או פסטה מחיטה מלאה: ערבים יותר מיהודים; הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית הממוצעת לנפש היא עד 2,000 ש"ח יותר מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש היא יותר מ-2,000 ש"ח.

60% אוכלים קטניות לפחות פעמיים בשבוע¹⁹: גברים יותר מנשים; ערבים יותר מיהודים.

29% אוכלים דגים לפחות פעמיים בשבוע: יהודים יותר מערבים; חרדים יותר מחילונים (61% לעומת 28%).

26% אוכלים בשר אדום או בשר מעובד לפחות 3 פעמים בשבוע²⁰, כגון נקניק, נקניקיות, קבב, המבורגר: גברים יותר מנשים; בני 20-64 יותר מבני 65 ומעלה; ערבים יותר מיהודים.

38% שותים לפחות 3 כוסות משקה ממותק ביום²¹: גברים יותר מנשים; בני 20-64 יותר מבני 65 ומעלה; ערבים יותר מיהודים. 17% שותים לפחות 5 כוסות משקה ממותק ביום.

¹⁵ [קישור להמלצות לתזונה ים תיכונית באתר משרד הבריאות.](#)

¹⁶ כגון יחידה של מלפפון, עגבנייה, פלפל. משרד הבריאות ממליץ לאכול לפחות 5 מנות ירקות ביום.

¹⁷ כגון יחידה של תפוח, תפוח, אשכול ענבים בינוני, פלח מלון. משרד הבריאות ממליץ לאכול 2-3 מנות פרי ביום.

¹⁸ כולל: חיטה מלאה, שיפון, כוסמין, בורגול, תפוח אדמה, אורז מלא, כוסמת, גריסים שיבולת שועל, קינואה.

¹⁹ כגון עדשים, שעועית לבנה, גרגרי חומס.

²⁰ משרד הבריאות ממליץ להמעיט בצריכת בשר אדום ובשר מעובד ולאכול חלקים חזים של עוף, הודו ובשר בקר.

²¹ כולל: מיץ ממותק בסוכר, משקה תוסס ממותק, משקה אנרגיה, מים בטעמים, קפה או תה בתוספת סוכר. משרד הבריאות ממליץ להמעיט בצריכת מאכלים ומשקאות עם תוספת סוכר.

פרק 3. פערים באורח חיים ובהרגלי בריאות בישראל בראי תוצאות הסקר החברתי

לוח 4. הרגלי אכילה, לפי גיל, מין, קבוצת אוכלוסייה והכנסה לנפש במשק הבית, אחוזים, 2017

הרגלי אכילה בשבוע			הרגלי אכילה ביום					
בשר אדום או מעובד לפחות 3 פעמים	דגים לפחות פעמיים	קטניות לפחות פעמיים	לפחות 3 כוסות משקה ממותק	מאכלים מדגנים מלאים לפחות פעמיים	לפחות 2 מנות פרי	לפחות 3 מנות ירקות		
25.6	29.0	60.1	38.1	30.0	44.8	41.0		סך הכל
32.2	30.4	65.5	43.8	30.8	43.4	38.4	גברים	מין
19.2	27.6	55.0	32.8	31.8	46.0	43.5	נשים	
27.6	27.4	60.8	40.6	29.5	43.0	40.8	64-20	גיל
15.8	36.3	56.9	26.2	32.2	50.2	42.0	65 ומעלה	
20.6	33.5	57.4	34.9	24.5	44.2	44.3	יהודים	קבוצת אוכלוסייה
45.8	7.5	74.8	51.2	55.2	46.7	27.5	ערבים	
28.4	24.9	62.8	49.2	41.0	38.6	29.6	עד 2,000 ש"ח	הכנסה לנפש במשק הבית (ברוטו בחודש)
24.6	29.3	59.6	35.5	28.6	47.6	44.4	מעל 2,000 ש"ח	

הרגלי תזונה

79% משתמשים בשמן זית כשמן עיקרי בתוספת למזון²². ההבדל המרכזי נצפה בין לפי קבוצת אוכלוסייה - 97% בקרב ערבים לעומת 76% בקרב יהודים.

41% משתמשים בשמן זית כשמן עיקרי בבישול ובטיגון: 51% בקרב ערבים לעומת 39% בקרב יהודים.

42% מבני 20 ומעלה בודקים רכיבים או סימון תזונתי שעל אריזות מוצרי המזון: נשים יותר מגברים; יהודים יותר מערבים; בני 20-64 יותר מבני 65 ומעלה; בעלי השכלה גבוהה יותר מבעלי השכלה נמוכה. בשנת 2020 תצא לדרך רפורמה הכוללת תקנות שמטרתן היא הנגשת מידע לצרכנים בדבר הערך התזונתי של מזון ארוז מראש. יצרני המזון יחויבו לפרסם את הערך התזונתי של המזון, לרבות באמצעות סמלים המיידעים כי המזון מכיל כמות גבוהה של נתרן, סוכרים או חומצות שומן רוויות. מטרת הרפורמה לאפשר לצרכנים בחירה מושכלת של מזונותיהם, למען קידום בריאותם²³.

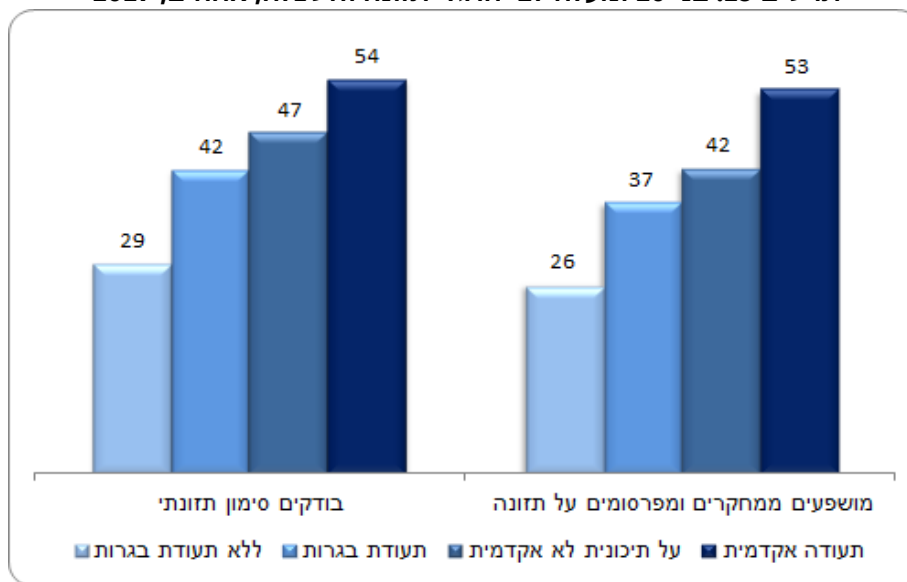
הרגלי התזונה של 39% מושפעים ממחקרים או מפרסומים בנושא תזונה בריאה: נשים יותר מגברים; יהודים יותר מערבים, בני 20-64 יותר מבני 65 ומעלה; בעלי השכלה גבוהה יותר מבעלי השכלה נמוכה.

²² משרד הבריאות ממליץ לצרוך שמנים מהצומח עם עדיפות לשמן זית, שמן קנולה, אבוקדו, אגוזים, שקדים, גרעינים ללא המלחה (כגון גרעיני חמנייה ודלעת) וטחינה גולמית משומשום מלא.
²³ [תוויות מזון וסימון תזונתי, אתר משרד הבריאות.](#)

לוח 5. הרגלי תזונה, לפי גיל, מין, קבוצת אוכלוסייה והכנסה לנפש במשק הבית, אחוזים, 2017

הרגלי התזונה מושפעים ממחקרים ומפרסומים בנושא	בודקים רכיבים או סימון תזונתי במוצרי מזון	משתמשים בשמן זית כשמן עיקרי			
		בבישול	בסלט		
39.1	42.1	41.0	79.3		סך הכל
34.8	36.6	40.9	78.0	גברים	מין
43.2	47.4	41.1	80.6	נשים	
40.2	43.3	42.1	79.9	64-20	גיל
33.8	36.7	36.0	76.5	65 ומעלה	
42.0	46.6	39.0	75.8	יהודים	קבוצת אוכלוסייה
27.4	24.2	51.4	96.7	ערבים	
31.3	32.0	36.6	79.2	עד 2,000 ש"ח	הכנסה לנפש במשק הבית (ברוטו בחודש)
42.9	45.3	42.5	81.1	מעל 2,000 ש"ח	

תרשים 15. בני 20 ומעלה לפי הרגלי תזונה והשכלה, אחוזים, 2017



עיסוק בפעילות גופנית

ממצאי הסקר החברתי עולה כי 30% מבני 20 ומעלה (כ-1.7 מיליון נפש) עוסקים בפעילות גופנית בקביעות, לפחות שלוש פעמים בשבוע²⁴. גברים (34%) יותר מנשים (27%), יהודים (33%) יותר מערבים (16%), חילונים (36%) יותר מחרדים דתיים (30%) ובני 65 ומעלה (36%) יותר מבני 44-20 (28%).

24 לפחות עשר דקות ברצף, בשלושת החודשים האחרונים.

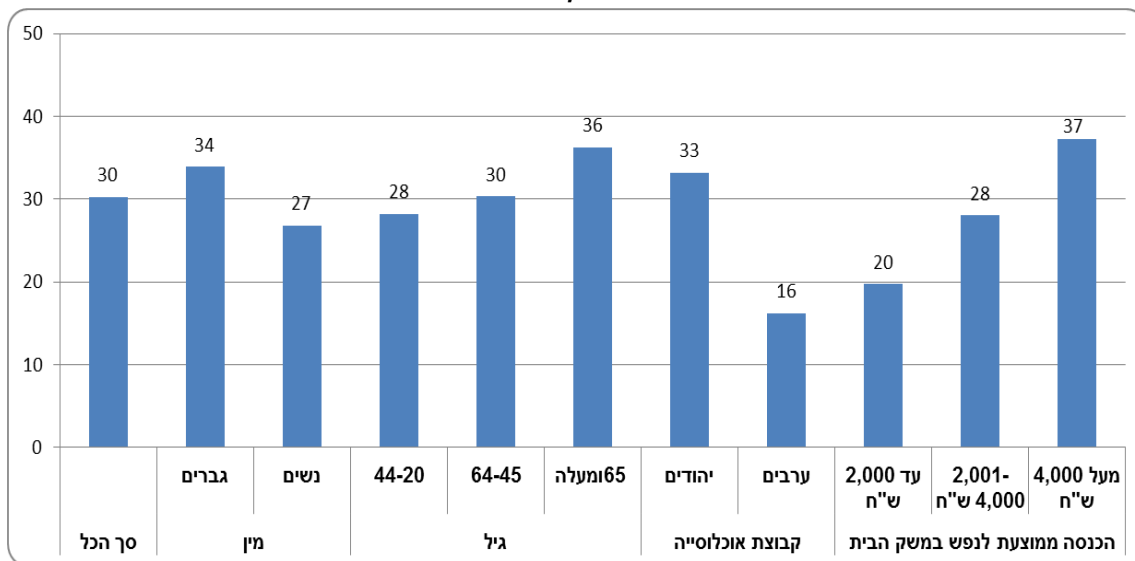
פרק 3. פערים באורח חיים ובהרגלי בריאות בישראל בראי תוצאות הסקר החברתי

העיסוק בפעילות גופנית בקביעות רווח יותר בקרב בעלי משקל תקין (32%) ועודף משקל (33%), אך פחות בקרב אלה הנמצאים בתת משקל (21%) או במצב השמנה והשמנת יתר (26%).

35% מבעלי תעודה אקדמית עוסקים בפעילות גופנית בקביעות, לעומת 20% בקרב חסרי תעודת בגרות. 37% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החדשית הממוצעת לנפש מעל 4,000 ש"ח, לעומת 20% בקרב הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה לנפש עד 2,000 ש"ח. 32% מהמעריכים את בריאותם כטובה עוסקים בפעילות גופנית בקביעות, לפחות 3 פעמים בשבוע, לעומת 20% מאלה המעריכים את בריאותם כלא טובה.

בהשוואה לשנת 2010, לא חלו שינויים מהותיים באחוזי העוסקים בפעילות גופנית בקביעות (31% ב-2010).

תרשים 16. בני 20 ומעלה העוסקים בפעילות גופנית בקביעות, לפי תכונות נבחרות, אחוזים, 2017



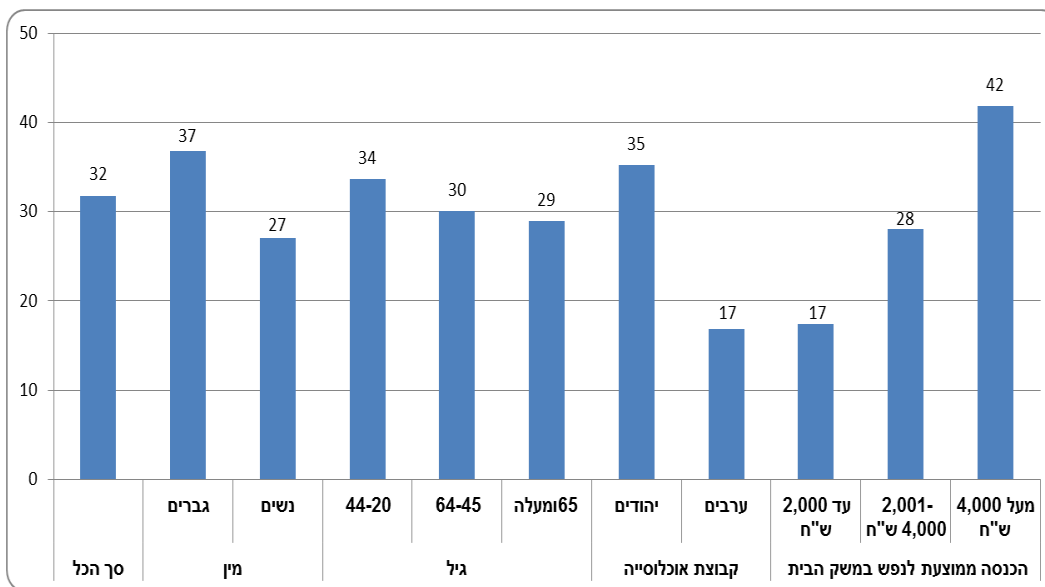
סוגי פעילות גופנית

נהוג להבחין בין שלושה סוגים של פעילות גופנית: פעילות מאומצת, פעילות מתונה ופעילות לחיזוק שרירים. **פעילות גופנית מאומצת** היא פעילות הגורמת להזעה רבה ולעלייה רבה בקצב פעימות הלב, כגון ריצה, הליכה מהירה, פעילות אירובית; **פעילות גופנית מתונה** היא פעילות הגורמת להזעה קלה ולעלייה מועטה בקצב פעימות הלב, כגון הליכה, רכיבה לא מהירה על אופניים, שחייה לא מהירה; **פעילות גופנית לחיזוק שרירים** היא פעילות המיועדת לחיזוק ובניית שרירי הגוף, כגון: התעמלות, עיצוב גוף, הרמת משקולות.

פעילות גופנית בהתאם להמלצות²⁵

המלצת ארגון הבריאות העולמי (WHO) ומשרד הבריאות לבני 18-64 היא לעשות 75 דקות של פעילות גופנית מאומצת, או 150 דקות של פעילות גופנית מתונה בשבוע, לפחות 10 דקות ברצף, או שילוב שלהם. 32% מבני 20 ומעלה עוסקים בפעילות גופנית בהתאם להמלצות האלה: גברים (37%) יותר מנשים (27%); יהודים (35%) יותר מערבים (17%); בני 20-44 (34%) יותר מבני 65 ומעלה (29%); אקדמאים (40%) יותר מחסרי תעודת בגרות (16%); הגרים במשקי הבית עם הכנסה לנפש בחודש מעל 4,000 ש"ח (41%) יותר מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה לנפש עד 2,000 ש"ח (17%).

תרשים 17. בני 20 ומעלה העוסקים בפעילות גופנית בהתאם להמלצות, לפי תכונות נבחרות, אחוזים, 2017



פעילות גופנית מאומצת

25% מבני 20 ומעלה (כ-1.4 מיליון נפש) עוסקים בפעילות גופנית מאומצת.²⁶ 31% מהגברים לעומת 19% מהנשים; 33% מבני 20-44 לעומת 10% בגיל 65 ומעלה; 27% מהיהודים לעומת 14% מהערבים; 31% מהחילונים לעומת 16% מהחרדים. 33% מבעלי תעודה אקדמית לעומת 9% בקרב חסרי תעודת בגרות; 33% מבעלי הכנסה לנפש במשק בית מעל 4,000 ש"ח לעומת 14% בקרב בעלי הכנסה לנפש עד 2,000 ש"ח.

13% עוסקים בפעילות גופנית מאומצת פעם עד פעמיים בשבוע, 12% עוסקים בפעילות גופנית מאומצת לפחות שלוש פעמים בשבוע; גברים יותר מנשים, צעירים יותר ממבוגרים, יהודים יותר

²⁵ קישורים להמלצות: [משרד הבריאות](#); [ארגון הבריאות העולמי \(WHO\)](#)
²⁶ לפחות פעם בשבוע, לפחות עשר דקות ברצף, בשלושת החודשים האחרונים.

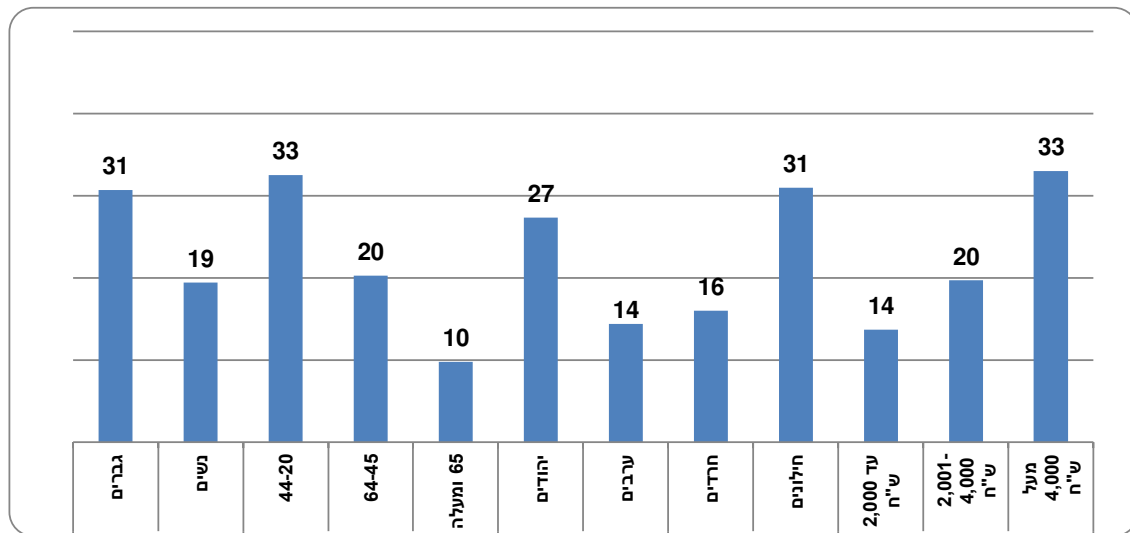
פרק 3. פערים באורח חיים ובהרגלי בריאות בישראל בראי תוצאות הסקר החברתי

מעריבים. 19% (כמיליון איש) עושים פעילות גופנית מאומצת **מעל 75 דקות** בשבוע: גברים (24%) יותר מנשים (14%); בני 20-44 (25%) יותר מבני 65 ומעלה (7%); יהודים (21%) יותר מעריבים (11%); חילונים (25%) יותר מחרדים (10%).

6% נוספים (כ-340 אלף איש) עושים פעילות גופנית מאומצת **עד 75 דקות בשבוע**.

בהשוואה לשנת 2010, לא חלו שינויים משמעותיים באחוזי העוסקים בפעילות גופנית מאומצת (25%).

תרשים 18. בני 20 ומעלה העוסקים בפעילות גופנית מאומצת, לפי תכונות נבחרות אחוזים, 2017



פעילות גופנית מתונה

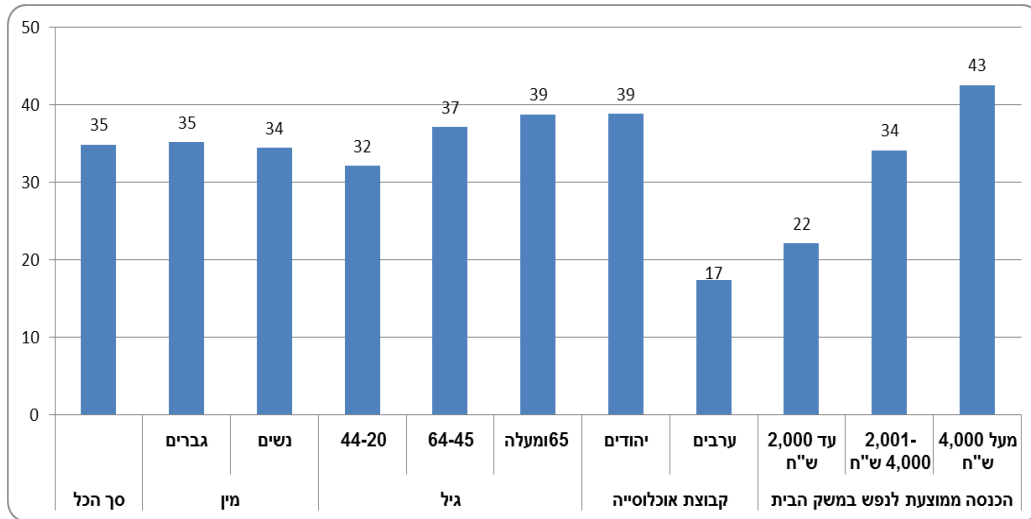
35% מבני 20 ומעלה (כ-1.9 מיליון נפש) עוסקים **בפעילות גופנית מתונה**²⁷, ללא פער בין גברים ונשים; 39% מבני 65 ומעלה לעומת 32% מבני 20-44; 39% מהיהודים לעומת 17% מהעריבים; 43% מבעלי תעודה אקדמית לעומת 21% בקרב חסרי תעודת בגרות; 43% מבעלי הכנסה לנפש במשק בית מעל 4,000 ש"ח לעומת 22% בקרב בעלי הכנסה לנפש עד 2,000 ש"ח.

19% עוסקים בפעילות מתונה **לפחות שלוש פעמים בשבוע**. 17% עוסקים בפעילות גופנית מתונה **פעם עד פעמיים בשבוע**. 20% עוסקים בפעילות **מתונה עד שתיים וחצי בשבוע**, 15% עושים פעילות גופנית מתונה **מעל 150 דקות בשבוע**.

בהשוואה לשנת 2010 לא חלו שינויים מהותיים באחוזי העוסקים בפעילות גופנית מתונה (37%).

²⁷ לפחות פעם בשבוע, לפחות עשר דקות ברצף, בשלושת החודשים האחרונים.

תרשים 19. בני 20 ומעלה העוסקים בפעילות גופנית מתונה, לפי תכונות נבחרות, אחוזים, 2017



פעילות גופנית לחיזוק שרירים

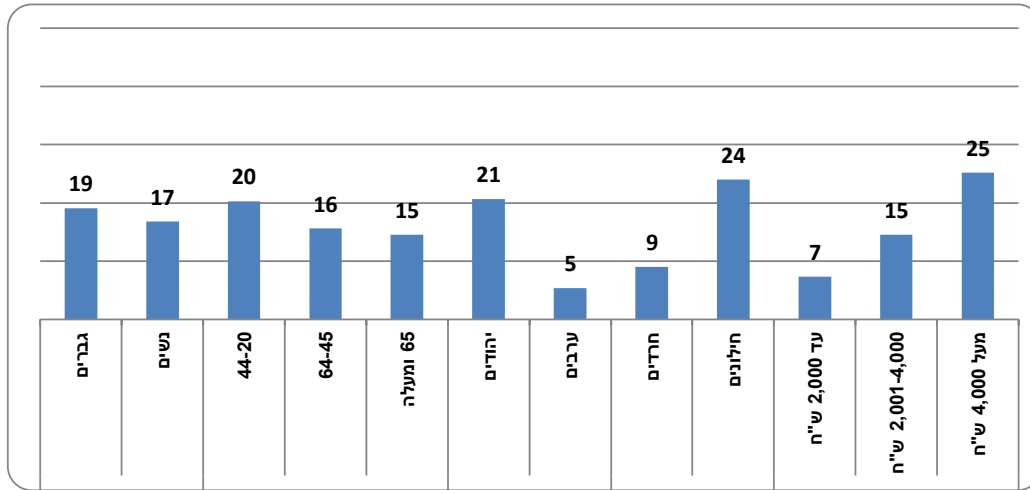
18% מבני 20 ומעלה (כ-980 אלף נפש) עוסקים בפעילות גופנית לחיזוק שרירים²⁸. 20% מבני 44-20 ו-15% מבני 65 ומעלה; 21% מהיהודים לעומת 5% מהערבים; 24% מהחילונים, לעומת 9% מהחרדים; 24% מבעלי תעודה אקדמית לעומת 7% בקרב חסרי תעודת בגרות; 25% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש מעל 4,000 ש"ח לעומת 7% בקרב הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה לנפש עד 2,000 ש"ח.

10% עושים פעילות גופנית לחיזוק שרירים פעם עד פעמיים בשבוע, 8% נוספים עושים פעילות לחיזוק שרירים שלוש פעמים בשבוע או יותר.

בהשוואה לשנת 2010 לא חלו שינויים מהותיים באחוזי העוסקים בפעילות גופנית לחיזוק שרירים (17%).

²⁸ לפחות עשר דקות ברצף, בשלושת החודשים האחרונים.

תרשים 20. בני 20 ומעלה העוסקים בפעילות גופנית לחיזוק שרירים, לפי תכונות נבחרות, אחוזים, 2017

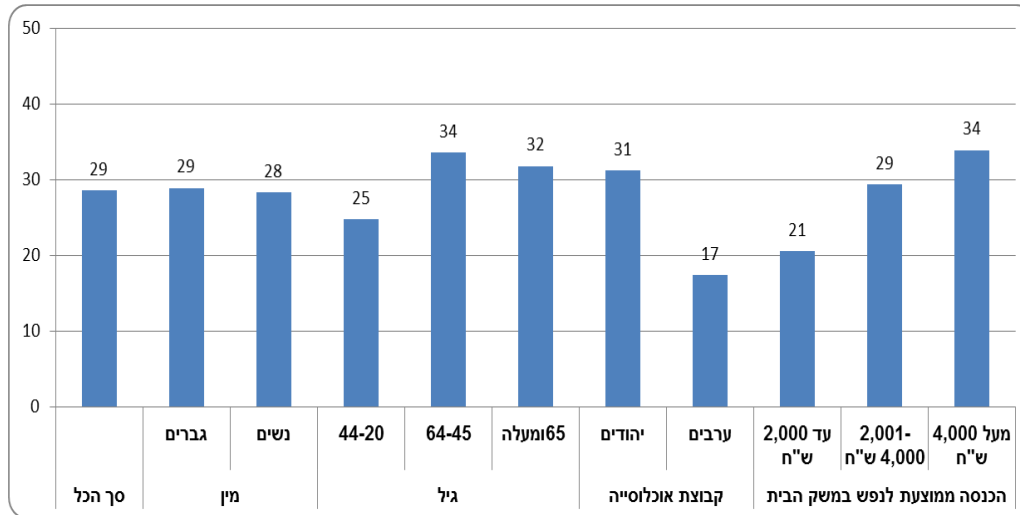


הולכים לצורך פעילות גופנית

29% מבני 20 ומעלה הולכים לצורך פעילות גופנית²⁹, גברים ונשים בשיעור דומה. בני 45 ומעלה (33%) יותר מבני 20-44 (25%), בעלי הכנסה גבוהה (34%) יותר מבעלי הכנסה נמוכה (21%) (תרשים 21). שיעור האקדמאים ההולכים (33%) גבוה יותר משיעור ההולכים בקרב חסרי תעודת אקדמית (26%). מבין הערים הגדולות (עם יותר מ-200 אלף תושבים), באשדוד נמצא השיעור הגבוה ביותר של הולכים כפעילות גופנית, 40%. בירושלים הולכים 26% מבני 20 ומעלה; בתל אביב-יפו - 24%; בחיפה - 30%; בפתח תקווה - 33%; בבאר שבע - 24%.

²⁹ כפעילות גופנית עיקרית בשלושת החודשים שקדמו לריאיון.

תרשים 21. בני 20 ומעלה העוסקים בהליכה לצורך פעילות גופנית, לפי תכונות נבחרות, אחוזים 2017



סוגי פעילות גופנית נוספים

13% (כ-730 אלף נפש) עוסקים בהתעמלות (כגון יוגה, פילטיס): יהודים (16%) יותר מערבים (3%); חילונים (17%) יותר מחרדים (12%); אקדמאים (20%) יותר מחסרי תעודת בגרות (6%); בעלי הכנסה גבוהה (18%) יותר מבעלי הכנסה נמוכה (7%).

13% (כ-710 נפש) מתאמנים במכשירי כושר, 12% (כ-660 אלף נפש) רצים ו-18% (כ-990 אלף נפש) עוסקים בפעילות גופנית אחרת, כגון שחייה (6%), כדורגל או כדורסל (4%), אופניים (4%), טניס, ריקוד, ספורט ימי.

מקום הפעילות הגופנית

20% מתאמנים ברחוב או בפארק: גברים (23%) יותר מנשים (18%); יהודים (23%) יותר מערבים (10%); חרדים (30%) יותר מחילונים (20%); אקדמאים (22%) יותר מחסרי תעודת בגרות (16%).

18% מתאמנים במקום ייעודי סגור, כגון אולם, סטודיו, חדר כושר: בני 20-44 (21%) יותר מבני 45 ומעלה (15%); יהודים (20%) יותר מערבים (9%); חילונים (24%) יותר מחרדים (8%) ואקדמאים (24%) יותר מחסרי תעודת בגרות (8%).

13% מתאמנים במקום אחר כגון בבית (6%), בחיק הטבע או בחוף (4%), בבריכה או בים (3%).

עישון בקרב בני 20 ומעלה

נמצא כי 23% מבני 20 ומעלה (כ-1.3 מיליון איש) מעשנים כיום בתדירות כלשהי, כולל: סיגריה, סיגר, מקטרת, נרגילה.

עישון סיגריות

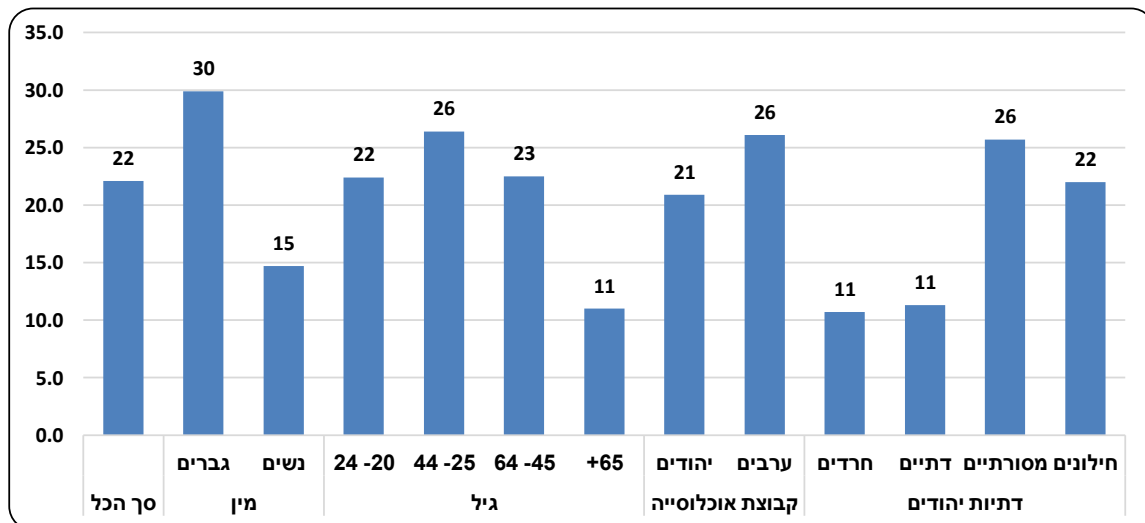
22% מבני 20 ומעלה (כ-1.2 מיליון איש) מעשנים לפחות סיגריה אחת ביום (24% ב-2010): גברים (30%) בשיעור כפול מנשים (15%); בני 20-44 (26%) יותר מבני 65 ומעלה (11%); ערבים (26%) יותר מיהודים (21%). שיעור הגברים המעשנים הוא 48% בקרב הערבים, לעומת 26% בקרב היהודים. בקרב היהודים: מסורתיים (26%) וחילונים (22%) מעשנים יותר מדתיים וחרדים (11%).

46% מהמעשנים מעשנים יותר מ-10 סיגריות ביום (55% ב-2010): 53% מהגברים לעומת 32% מהנשים; 37% מהמעשנים בני 20-44 לעומת 54% מהמעשנים בני 45 ומעלה; 41% מהיהודים לעומת 64% מהערבים.

10% מעשנים יותר מ-20 סיגריות ביום.

שיעור המעשנים בישראל גבוה יותר מהשיעור במדינות OECD, לפחות כפי שהוא נמדד בקרב בני 15 ומעלה. שיעור המעשנים בישראל על בסיס יומימי בגילאי 15 ומעלה עמד בשנת 2016 על 20% לעומת 16% ממוצע OECD.³⁰

תרשים 22. בני 20 ומעלה המעשנים סיגריות³¹, לפי תכונות נבחרות, אחוזים, 2017



30 ברוכים וקיני, שם.
31 לפחות סיגריה אחת ביום

גיל התחלת העישון

23% מהמעשנים התחילו לעשן לפני גיל 16, 23% בגיל 16-17, 24% בגיל 18-19 ו-30% בגיל 20 ומעלה. 27% מהגברים התחילו לעשן לפני גיל 16, לעומת 17% מהנשים. 27% מהגברים התחילו לעשן לאחר גיל 20, לעומת 35% מהנשים. שליש (33%) מבני 20-24 התחילו לעשן לפני גיל 16, לעומת חמישית (20%) מבני 65 ומעלה. 30% מהמעשנים הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש עד 2,000 ש"ח התחילו לעשן לפני גיל 16, לעומת 23% מהמעשנים הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה לנפש גבוהה מ-2,000 ש"ח.

47% מהיהודים התחילו לעשן לפני גיל 18, 26% התחילו בגיל 18-19; 45% מהערבים התחילו לעשן לפני גיל 18, 16% התחילו בגיל 18-19.

ניסיון להפסקת עישון

20% מהמעשנים מנסים כיום להפסיק לעשן (22% ב-2010), 37% ניסו להפסיק לעשן בעבר ו-42% לא ניסו כלל להפסיק לעשן. 23% מהגברים המעשנים מנסים כיום להפסיק לעשן, לעומת 15% מהנשים המעשנות. 50% מהנשים המעשנות כלל לא ניסו להפסיק לעשן, לעומת 39% מהגברים המעשנים. 21% מבני 20-64 המעשנים מנסים להפסיק לעשן, לעומת 13% מבני 65 ומעלה.

עישנו בעבר ואינם מעשנים כיום

19% מבני 20 ומעלה עישנו בעבר ואינם מעשנים כיום: 24% מהגברים ו-14% מהנשים; 21% מהיהודים ו-7% מהערבים; 25% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש גבוהה מ-4,000 ש"ח, לעומת 11% מהגרים במשקי בית שבהם ההכנסה לנפש נמוכה מ-2,000 ש"ח.

52% מאלה שעישנו בעבר נהגו לעשן יותר מ-10 סיגריות ביום, ו-20% נהגו לעשן יותר מ-20 סיגריות ביום.

סיבות להפסקת העישון

26% מהמעשנים בעבר הפסיקו לעשן בגלל בעיה בריאותית: 39% מבני 65 ומעלה לעומת 13% מבני 20-44; 25% מהיהודים לעומת 41% מהערבים; 25% מקרב החרדים והדתיים לעומת 29% מהמסורתיים ו-22% מהחילוניים; 37% מקרב חסרי תעודה, 27% מבעלי תעודת סיום בי"ס תיכון, 25% מבעלי תעודת בגרות, ו-20% בלבד מהמחזיקים בתעודה אקדמית. עוד נמצא כי 36% מקרב הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש עד 2,000 ש"ח הפסיקו לעשן בגלל בעיה בריאותית, לעומת 30% מקרב הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה לנפש עומדת על 4,000-2,001 ש"ח, ו-23% מקרב הגרים במשקי בית שבהם ההכנסה לנפש גבוהה, מעל 4,000 ש"ח. 44% הפסיקו בשל **חשש מנזק עתידי לבריאותם** או לבריאות בני משפחתם: 47% מהגברים ו-39% מהנשים;

פרק 3. פערים באורח חיים ובהרגלי בריאות בישראל בראי תוצאות הסקר החברתי

45% מהיהודים ו- 43% מהערבים. 26% הפסיקו לעשן מסיבה אחרת, כגון לחץ מצד המשפחה או הסביבה, בעיה אסתטית, או עלות כספית גבוהה (והיריון – לנשים): 33% מהנשים ו-21% מהגברים; 26% מהיהודים לעומת 17% מהערבים.

7% מאלה שהפסיקו לעשן השתתפו בסדנה או קיבלו ייעוץ טלפוני להפסקת העישון במסגרת קופת החולים.

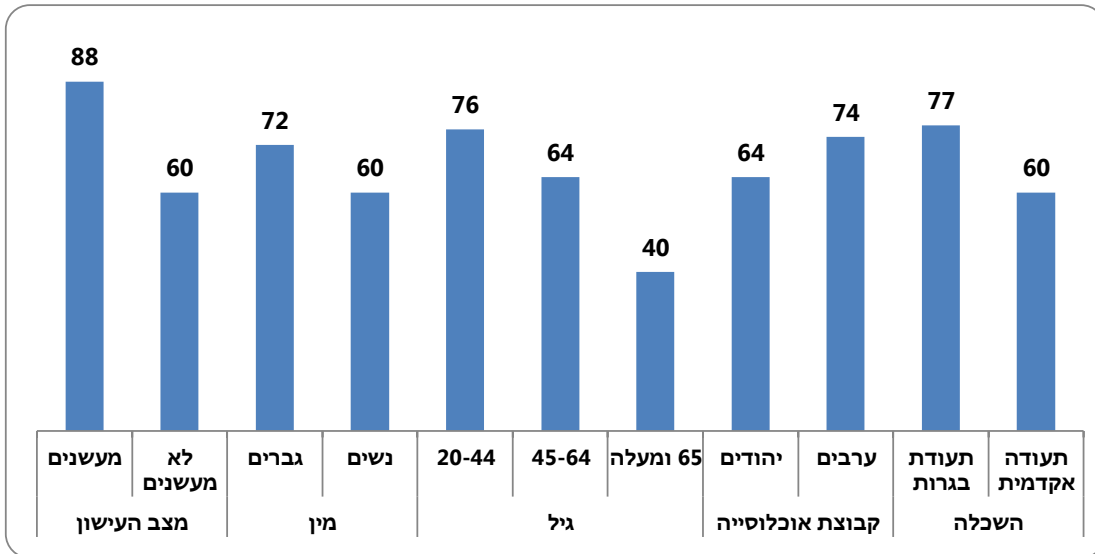
חשיפה לעישון של אחרים (עישון פסיבי)

66% מבני 20 ומעלה נחשפו לעישון של אחרים במידה כלשהי בחודש האחרון (71% ב-2010), 30% נחשפו לעיתים קרובות ו-36% מדי פעם או לעיתים רחוקות. שיעור גבוה של חשיפה לעישון של אחרים נמצא בקרב המעשנים בעצמם (88%), לעומת 60% בקרב אלה שאינם מעשנים. גברים (72%) נחשפים לעישון של אחרים יותר מנשים (60%); צעירים יותר ממבוגרים: 76% מבני 20-44, 64% מבני 45-64 ו-40% בגיל 65 ומעלה; ערבים (74%) יותר מיהודים (64%); בעלי תעודת בגרות כתעודה הגבוהה ביותר (77%), יותר מבעלי השכלה אקדמית (60%).

19% מבני 20 ומעלה נחשפו לעישון של אחרים בבית, 25% נחשפו במקום העבודה, 22% אצל חברים, 22% באירועים ובמקומות סגורים ו-26% נחשפו לעישון במקומות ציבוריים פתוחים³².

³² האחוזים מסתכמים ביותר מ-100%, מכיוון שמרואייני יכול היה לציין יותר ממקום אחד שבו נחשף לעישון של אחרים.

תרשים 23. בני 20 ומעלה החשופים לעישון של אחרים (עישון פסיבי), לפי תכונות נבחרות, אחוזים, 2017



פרק 3. פערים באורח חיים ובהרגלי בריאות בישראל בראי תוצאות הסקר החברתי

לוח 6. ריכוז ממצאים עיקריים מתוך הסקר החברתי של למ"ס בנושא אורח חיים והרגלי בריאות, 2017

עישון		עיסוק בפעילות גופנית	משקל, דיאטה, תזונה והרגלי אכילה			חיסונים וגילוי מוקדם						חיסון ילדים עד גיל 17	חיסון נגד שפעת עונתית	חיסון נגד דם סמוי בצואה לגילוי סרטן המעי הגס	קולונוסקופיה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס	ממוגרפיה לגילוי סרטן השד	משטח צוואר הרחם לגילוי הרחם בצוואר הרחם	עודף משקל, השמנה או השמנת יתר (BMI > 25)	עושים דיאטה לירידה במשקל או לשמירה על המשקל	בודקים סימון תזונתי	עיסוק בפעילות גופנית בקביעות	מעשנים לפחות סגריה אחת ביום	חשיפה לעישון של אחרים (עישון פסיבי)		
						נשים בנות 25 ומעלה, שנבדקו אי פעם - אחחים	נשים בנות 40 ומעלה, שנבדקו אי פעם - אחחים	בני 40 ומעלה, שנבדקו אי פעם - אחחים	בני 20 ומעלה, שנבדקו אי פעם - אחחים	בני 20 ומעלה, שנבדקו אי פעם - אחחים	בני 20 ומעלה, שנבדקו אי פעם - אחחים													בני 20 ומעלה, שנבדקו אי פעם - אחחים	בני 20 ומעלה, שנבדקו אי פעם - אחחים
קבוצת אוכלוסיה	יהודים	91	26	51	41	77	68	46	22	42	33	21	64	קבוצת אוכלוסיה	ערבים	95	24	49	26	54	16	27	16	26	74
מידת דתיות יהודים	חדדים	93	14	37	20	49	42	44	23	41	29	11	46	דתיים	94	22	51	42	23	40	31	11	58		
	מסורתיים	91	27	53	40	79	67	47	24	39	32	26	71	לא דתיים, חילוניים	89	29	51	43	21	45	36	22	65		
	ללא תעודה	93	33	54	34	73	40	53	15	23	20	27	66	תעודת סיום בי"ס תיכון (שאינה תעודת בגרות)	93	26	46	35	20	30	25	31	70		
	השכלה התעודה הגבוהה ביותר	תעודת בגרות	94	19	47	38	72	58	40	21	37	26	77	תעודת סיום מוסד על-תיכון (שאינה תעודה אקדמית)	92	26	53	41	23	42	34	23	62		
	תעודת סיום מוסד על-תיכון (שאינה תעודה אקדמית)	92	26	53	41	75	59	56	23	42	34	23	62	תעודה אקדמית	91	25	51	41	24	53	35	13	60		
הכנסה ממוצעת לנפש במשק בית (ברוטו לחדש)	עד 2,000 ש"ח	92	22	41	27	56	41	49	17	31	20	24	68	2,001-4,000 ש"ח	92	28	52	37	24	37	28	23	66		
מעל 4,000 ש"ח	92	28	57	46	84	76	50	23	47	37	21	66													

פרק 4. פערים בפריסת תשתיות כוח אדם ומיטות אשפוז

4.1 כוח אדם מועסק במערכת הבריאות

פרק זה כולל מידע על מגמות בפריסה הגיאוגרפית של תשתיות כוח אדם ומיטות אשפוז. מקור הנתונים הוא פרסומים שנתיים של אגף המידע במשרד הבריאות¹ והלמ"ס.

השיעור הממוצע התלת שנתי של רופאים המועסקים בישראל ל-1,000 נפש (לפי סקר כוח אדם של הלמ"ס) עמד בשנים 2014-2016 על 3.4, ירידה קלה לעומת הממוצע התלת שנתי הקודם, בה הממוצע עמד על 3.5.

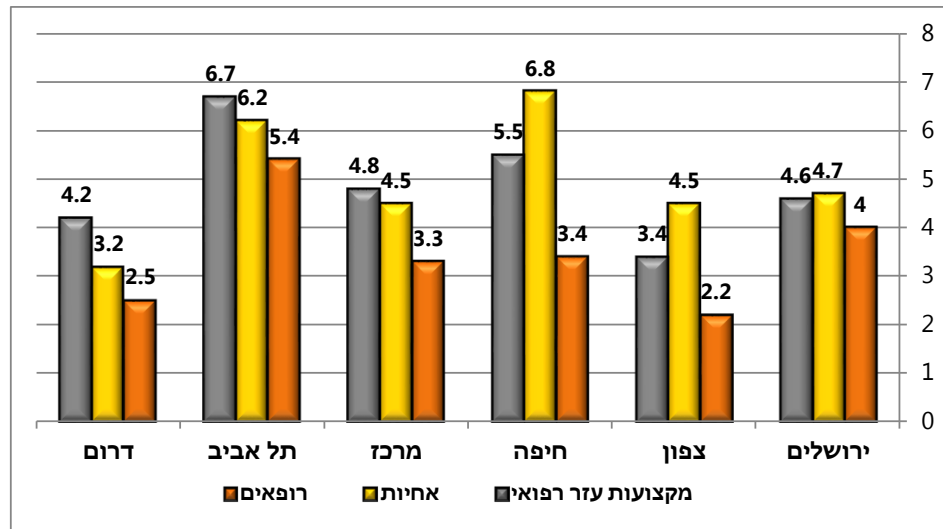
בהשוואה בין לאומית, ישראל ממוקמת נמוך מהממוצע במדינות ה-OECD. בשנת 2016 שיעור הרופאים הפעילים בישראל עמד על 3.1 לאלף נפש ביחס לממוצע מדינות הארגון שעמד על-3.3².

באשר לכוח אדם סיעודי, ישראל מציגה, בדומה לתקופות הקודמות, שיעור נמוך של אחיות ל-1,000 נפש, כאשר שיעור נמוך יותר נצפה רק במדינות מקסיקו, לטביה ויוון. בשנת 2016 שיעור האחיות בישראל עמד על 5.0 בהשוואה ל-9.3, הממוצע במדינות ה-OECD³. בשנים האחרונות הרחיב משרד הבריאות באופן משמעותי את מסגרות ההכשרה של אחיות, ומספרן הגיע לשיא של יותר מ-2,000 אחיות בשנה⁴.

תרשים 24 מציג התפלגות כוח אדם העוסקים במקצועות בריאות, לפי סקר כ"א של הלמ"ס, בשנים 2014-2016. מחוז תל אביב מוביל מבחינת שיעור הרופאים ובעלי מקצועות עזר רפואיים, ואילו מחוז חיפה מציג שיעור גבוה ביותר של בעלי מקצועות סיעוד. שיעורי רופאים נמוכים יותר במחוזות הדרום והצפון כמו גם שיעור בעלי מקצועות עזר.

¹ משרד הבריאות. כוח אדם במקצועות הבריאות. אגף המידע. שנים שונות.
משרד הבריאות. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל. אגף המידע. שנים שונות.
² ברוכים וקיני. 2018. מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2016. משרד הבריאות.
³ ברוכים וקיני, מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD, 2016, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, עיבוד על OECD health statistics, 2015.
⁴ פלוטניק וקידר. 2016. מערכת הבריאות בישראל בראי OECD 2014. משרד הבריאות.

**תרשים 24. התפלגות כוח אדם העוסקים במקצועות בריאות לפי מחוזות לפי סקר
הלמ"ס, 2014-2016**



מקור: משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות בריאות 2017. אגף המידע.

באשר למקצועות עזר רפואיים (כגון פיזיותרפיה, אופטומטריה, ריפוי בעיסוק, שיננית וכד'), הנתונים מצביעים על עלייה משמעותית במקצועות אלו בכל המחוזות בין השנים 2010 ל- 2016. במחוז צפון בתקופה זו נרשמה העלייה החדה ביותר, מ- 2.2 ל- 3.4 בשיעור המועסקים. למרות הגידול בבעלי מקצועות עזר בכל המחוזות הפערים בין המחוזות עדיין משמעותיים, כאשר מחוז תל אביב מוביל על שאר המחוזות בשיעור המועסקים.

תרשים 25 ולוח 7 ממחישים הבדלים בין המחוזות מבחינת מצבת כוח אדם ברפואת שיניים ובעלי מקצועות עזר רפואיים. הנתונים המוצגים הם ממוצעים לשנים 2012-2016 ומקורם בממצאי סקר כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שעברו עיבוד באגף המידע של משרד הבריאות. הנתונים סוכמו לממוצע חמש שנתי על מנת להתמודד עם תנודות וטעויות דגימה גדולות בחלק מהמקצועות. נתוני יהודה ושומרון הוצגו רק במסגרת השיעור הארצי עקב מספר קטן של מקרים.

מבחינת התפלגות בעלי מקצועות עזר בין המחוזות נראה כי ישנם מקצועות עם מצבת גבוהה יחסית במחוז מסוים ונמוכה במחוזות אחרים. כדוגמא, שיעור הרוקחים בחיפה (1.1) גבוה יותר מפי 2 משיעור הרוקחים בדרום (0.5). דוגמא אחרת היא זמינות גבוהה יותר של מרפאים בעיסוק באזור המרכז ביחס לשאר האזורים.

פרק 4. פערים בפריסת תשתיות כוח אדם ומיטות אשפח

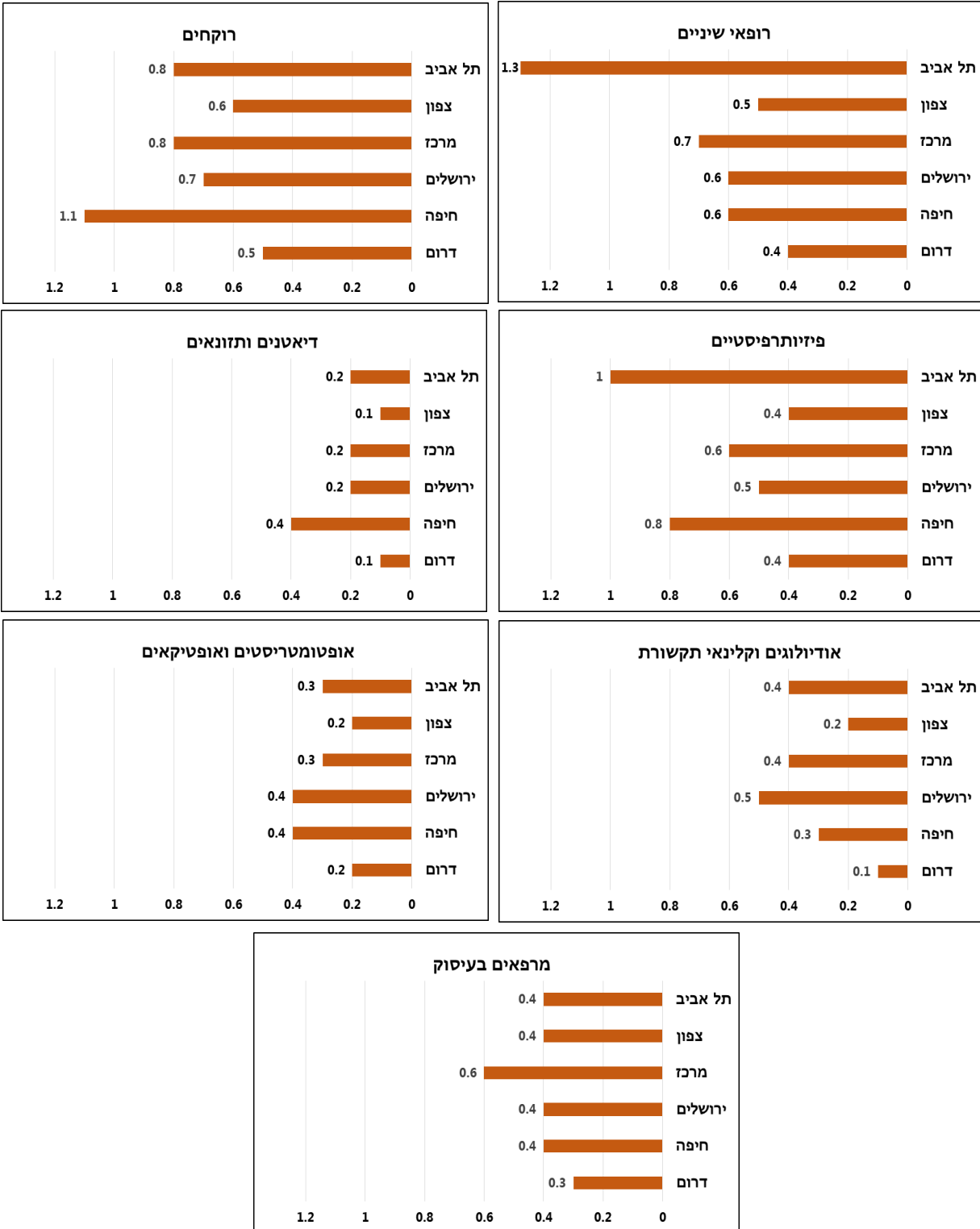
ככלל, מחוזות תל אביב וחיפה מציגים שיעורים גבוהים יותר של כוח אדם במקצועות עזר, ואילו מחוז הדרום והצפון נמוכים יותר. ירושלים מובילה רק בשיעור האודיולוגים וקלינאי התקשורת ביחס למחוזות אחרים, ואילו מחוז המרכז מוביל בתחום של ריפוי בעיסוק.

לוח 7. מועסקים ברפואת שיניים ובמקצועות עזר רפואיים לפי מחוז, ממוצע שנים 2012-2016

שיעורים ל- 1,000 נפשות							
סה"כ ארצי	דרום	תל אביב	מרכז	חיפה	צפון	ירושלים	
0.7	0.4	1.3	0.7	0.6	0.5	0.6	רופאי שיניים
0.7	0.5	0.8	0.8	1.1	0.6	0.7	רוקחים
0.6	0.4	1.0	0.6	0.8	0.4	0.5	פיזיותרפיסטים
0.2	(0.1)	0.2	0.2	0.4	(0.1)	0.2	דיאטנים ותזונאים
0.4	(0.1)	0.4	0.4	0.3	0.2	0.5	אודיולוגים וקלינאי תקשורת
0.3	0.2	0.3	0.3	0.4	0.2	0.4	אופטומטריסטים ואופטיקאים
0.4	0.3	0.4	0.6	0.4	0.4	0.4	מרפאים בעיסוק

מקור הנתונים: אגף מידע, משרד הבריאות
 הערה: הנתונים בסוגריים מבוססים על פחות מ- 1,000 מועסקים.
 נתוני יהודה ושומרון הינם נמוכים ולא ניתנים להצגה, על כן נכללו בסה"כ ארצי.

תרשים 25. מועסקים ברפואת שיניים ובמקצועות עזר רפואיים לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש, ממוצע שנים 2012-2016



פרק 4.2 הבדלים בפריסת מיטות אשפח ועמדות¹

בסוף שנת 2017 היו בישראל 15,798 מיטות לאשפח כללי בתקן². שיעור המיטות ל- 1,000 נפש עמד על 1.8 באותה השנה. השיעור המתוכנן לגיל הוא 1.74.

שיעור המיטות לאשפח כללי לאלף נפש באוכלוסייה בישראל הוא בין הנמוכים במדינות ה-OECD (2.3 לעומת 3.6 ממוצע OECD³). ישראל ממוקמת במקום הרביעי מתחתית הרשימה, כשיעור נמוך מישראל ניתן למצוא רק במקסיקו, צ'ילה, קנדה ושוודיה⁴. לאורך זמן, המיקום היחסי של ישראל ביחס למדינות אחרות השתפר מעט, אך עדיין נמוך מאוד. משרד הבריאות פועל לתוספת מיטות, בניסיון לעצור את מגמת הירידה בשיעור המיטות בישראל. לפי תכנון המשרד, במהלך השנים 2017-2022 צפויות להתווסף 1,350 מיטות נוספות למערך האשפח הכללי והפסיכיאטרי⁵.

משך השהייה הממוצעת בישראל מבטא את השיעור הנמוך של מיטות האשפח במדינה והוא נמוך ביחס למדינות ה-OECD (5.2 ימים לעומת 6.4 ממוצע OECD). בהתאם לכך גם שיעור התפוסה במוסדות אשפח בישראל גבוה מאוד ועולה משמעותית על הממוצע של ארגון ה-OECD 93.8 לעומת 75.5, מקום שני אחרי אירלנד.

בדוח הנוכחי, בשונה מדוחות אי-השוויון הקודמים, הוחלט להוסיף למדד של שיעורי מיטות ועמדות ל- 1,000 נפש שני מדדי אשפח נוספים - תפוסה ושהייה⁶. הוספת המדדים באה על מנת לספק תמונה מלאה יותר של מצב מערכת האשפח על ההבדלים הקיימים בפריסה ובמאפייני אשפח בין המחוזות.

יש לציין, כי דפוסי פעילות מערכת האשפח, לרבות מאפייני תפוסה במחלקות ואורך האשפח בבתי חולים, מושפעים משורה ארוכה של גורמים. בין אלו, למשל, הפריסה הגיאוגרפית של מוסדות האשפח, הבדלים בסוג ובאיכות השירות בין בתי החולים, הסכמי בחירה למבוטחים הנקבעים על ידי קופות חולים או השפעות גלויות או סמויות של תהליכים כלכליים במערכת הבריאות. לדוגמה, מתאשפזים רבים בבתי חולים במרכז הארץ ובאזור תל אביב מגיעים מאזורי פריפריאליים, גם לצורך צריכת שירותים מיוחדים ומורכבים שקיימים במרכזים רפואיים אלה או כביטוי לרצון המבוטחים לבחור במוסד אשפח. ניתן לראות ביטויים לכך בעומס יתר המאפיין את בתי החולים האלה לעומת בתי

¹ הפרק מבוסס על נתוני פרסום מוסדות האשפח והיחידות לאשפח יום בישראל משנים שונות של אגף המידע במשרד הבריאות ועיבוד נתונים מתוך מאגר נתוני אשפח של המשרד.

² אשפח כללי: כולל האגפים - פנימי, טיפול נמרץ, ילדים, כירורגי, יולדות והמחלקות להשייה. מיטות בתקן: מספר מיטות האשפח המאושר בתעודת הרישום של בית החולים בזמן מוגדר.

³ הנתון של OECD כולל גם מיטות לאשפח פסיכיאטרי.
⁴ ברוכים וקיני, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. 2016. מערכת הבריאות בישראל בראי OECD 2016. משרד הבריאות.

⁵ ברוכים וקיני, שם.

⁶ שהייה ממוצעת - מספר הימים הממוצע שהחולה שהה במחלקה או בית החולים מיום כניסתו ועד יום שחרורו. אחוז השהייה מחושב ביחס למספר השחרורים. אחוז תפוסה בתקן - מספר ימי האשפח שהיו בפועל בתקופה מוגדרת בהשוואה לימי האשפח הפוטנציאליים בהתאם לתעודת הרישום של כל בית חולים. אחוז תפוסת המיטות בתקן מחושב ביחס למספר המיטות בתקן בתקופה מוגדרת.

חולים בפריפריה. בנוסף לכך ראוי לציין, כי הפעילות של כל בית חולים משקפת גם את היעדים ואת מדיניות הארגון או של בעליו בהתנהלות מקצועית ופיננסית.

ראוי גם להבהיר, כי נתוני תפוסה המוצגים הם תפוסה בתקן, כלומר, מבוססים על היחס בין מספר ימי האשפוז בפועל בתקופה מוגדרת לבין מיטות בתקן בבית חולים. זאת לעומת תפוסה בפועל, המוגדרת ביחס למיטות אשפוז הקיימות בפועל בבית חולים. מאחר ופרקטיקה של הוספת מיטות מעבר למיטות בתקן היא פרקטיקה קיימת במערכת האשפוז, ייתכן וערכי התפוסה המוצגים כאן נמוכים יותר, אולם, שיעורים גבוהים של תפוסה הנצפים בחלק מהאגפים או המחוזות בהחלט יכולים להעיד על הצורך בשינוי תקינה ותוספת מיטות.

באשר לשהייה, נציין כי כמות ימי אשפוז מבטאים לא רק זמינות מיטות אשפוז, אלא מושפעים גם ממורכבות המקרים ומאפייני תמהיל אחרים של המטופלים המגיעים לבית חולים, כמו גם מכמות האשפוזים במוסד הרפואי.

תרשימים 27-33 מציגים מגמות בשיעורי המיטות באגף הכללי⁷, לפי סוג המחלקה, החל משנת 2008, שנת תחילת המעקב בדוחות אי-שוויון⁸. הנתונים הוצגו לפי מחוז. נציין, כי בשנת 2013 שונתה אוכלוסיית התקן לחישוב השיעור, מהלך שהשפיע קלות על הנתונים.

הנתונים מצביעים על המשך מגמת ירידה בשיעור המיטות לאשפוז כללי לאלף נפש באוכלוסייה בכל המחוזות, להוציא את מחוז הדרום⁹. במחוז הדרום הושג שינוי משמעותי בשיעור המיטות בזכות פתיחת בית חולים אסותא אשדוד בשנת 2017, הכולל שלוש מאות מיטות אשפוז. בית חולים זה מספק מענה לתושבי העיר השישית בגודלה בישראל, עם אוכלוסייה של מעל 200 אלף תושבים, וגם לתושבי האזורים הסמוכים, סה"כ כחצי מיליון איש.

בחלוקה לנפות (תרשים 26) נראה, כי מגמת הירידה הכוללת מאפיינת את כל הנפות להוציא את נפת אשקלון, בה שיעור המיטות הושפע מפתחת בית החולים באשדוד.

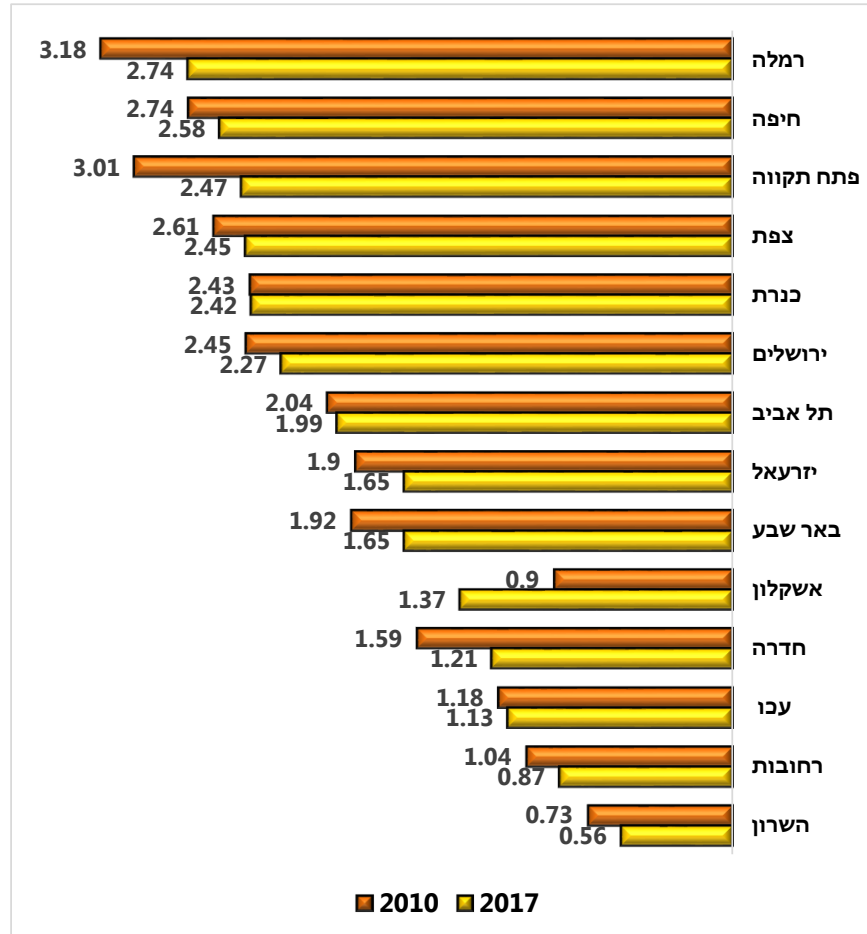
הירידה המשמעותית ביותר בין שתי נקודות הזמן המוצגות (2010 ו-2017) נצפתה בנפות רמלה ופתח תקווה. בשנת 2017 נפת רמלה שמרה על המקום המוביל מבחינת שיעור מיטות אשפוז כללי בין הנפות עם ערך של 2.74 מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש, במקום השני, במקום נפת פתח תקווה, שירדה לערך 2.47, נמצאת נפת חיפה עם הערך של 2.58 מיטות לאלף נפש.

⁷ בחרנו להציג בפרסום הנוכחי את כל מחלקות האשפוז הכללי למעט מחלקות השהייה, בהן דפוסי אשפוז שונים מאוד מכלל המחלקות. כמו כן, בחרנו להציג מיטות שיקום ולא את מיטות בריאות הנפש ומחלות ממושכות, שני תחומים לגביהם נדרשת עבודה מיוחדת ומעמיקה שראויה להיערך בנפרד.

⁸ אברבוך א', קידר נ' וחורב ט'. 2010. אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2010. אגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות.

⁹ העלייה במיטות האשפוז והעמדות במחוז ירושלים בשנת 2013 קשורה למיזוג בין בתי חולים ביקור חולים ושערי צדק בשנת 2012.

תרשים 26. שיעור המיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפש, לפי נפות, מתוקן לגיל



להלן הממצאים המציגים את הפערים והמגמות במיטות אשפוז ובעמדות אשפוז, לאורך זמן, לפי סוגי האגפים ולפי מחוזות:

אשפוז כללי

שיעור מיטות: בתחום זה ניכרת ירידה בשיעור המיטות בכלל המחוזות להוציא את מחוז הדרום. מגמת הירידה מלווה בצמצום פערים בשיעור המיטות בין המחוזות.

תפוסה: ניכרת ירידה בכלל המחוזות, במיוחד במחוז חיפה והדרום. אחוז התפוסה בתקן בתל אביב הינו גבוה יותר בין המחוזות בשתי נקודות זמן ועולה על 100%¹⁰.

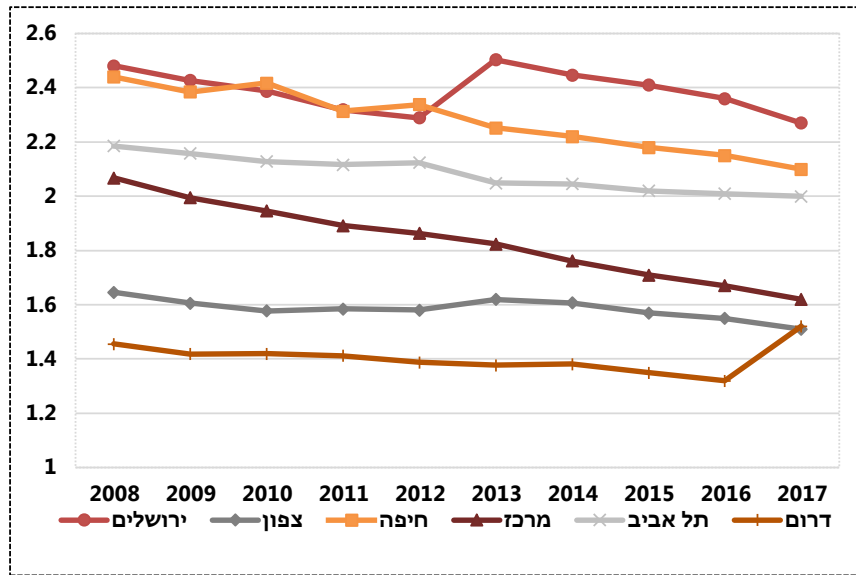
שהייה: ניכרת ירידה משמעותית במחוזות הדרום וחיפה וקלה בירושלים, כנגד עלייה במחוזות המרכז, הצפון ותל אביב. ראוי לשים לב לעובדה, כי הירידה הנצפית באחוז התפוסה במחוזות שונים (כדוגמא,

¹⁰ נזכיר, כי נתוני תפוסה בתקן מושפעים משיעור מיטות בפועל, כך שתוספת מיטות מעל התקן באה לביטוי בשיעורי תפוסה העולים על 100%.

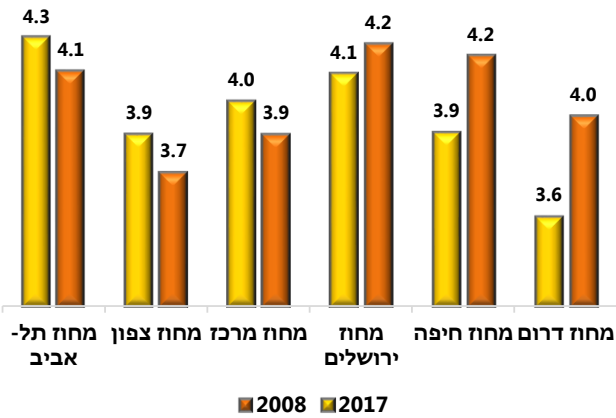
במחוז הדרום) לא מצאה ביטוי בירידה במספר ימי אשפוז של המטופלים. כלומר, לא בהכרח ירידה בתפוסה מלווה בעלייה בשהייה, והסיבה לכך קשורה במערך מורכב של שיקולים המשפיעים על מדיניות שחרור מאשפוז של בתי חולים.

משך השהייה במחוז הדרום (3.6) הוא הנמוך ביותר בין המחוזות.

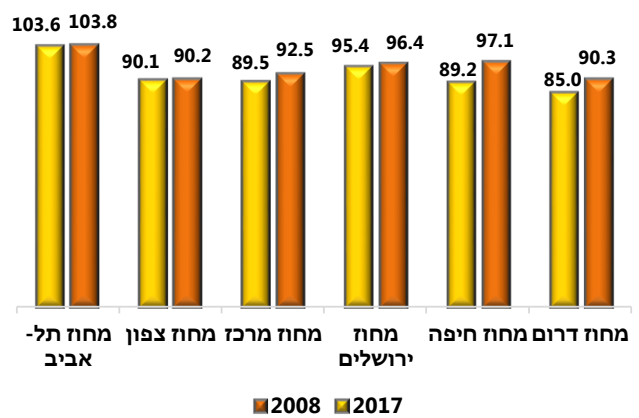
תרשים 27. שיעור המיטות לאשפוז כללי לפי מחוזות ל-1,000 נפש



שהייה ממוצעת - סה"כ כלליות



אחוז תפוסה בתקן - סה"כ כלליות



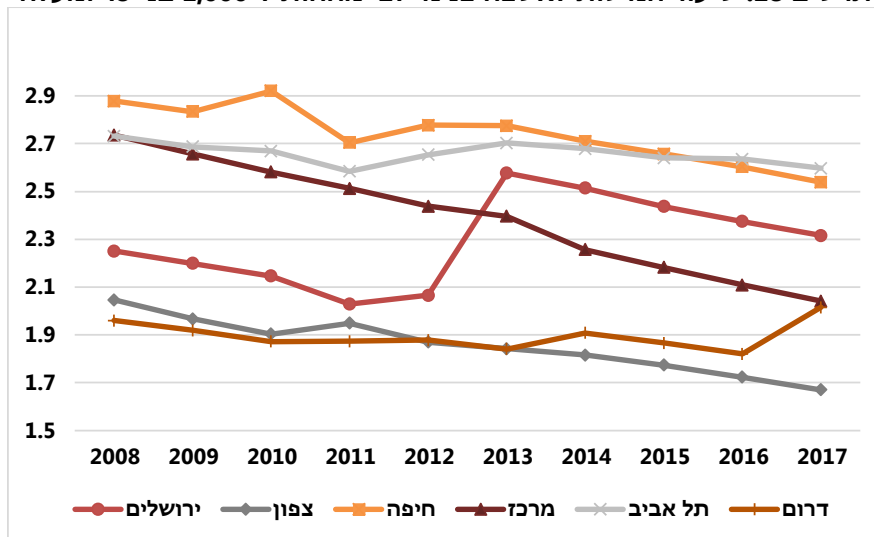
אגף פנימי

שיעור מיטות: ניכרת ירידה בשיעור מיטות אשפח במחוזות המרכז והצפון, מגמה מעורבת בירושלים – עלייה ב- 2013 עם פתיחת בית חולים ביקור חולים ולאחר מכן ירידה בשיעור המיטות, ועלייה במחוז דרום בשנה האחרונה. מחוז תל אביב ומחוז הצפון הם המחוזות בעלי שיעור המיטות הגבוה ביותר והנמוך ביותר (בהתאמה) ב- 2017.

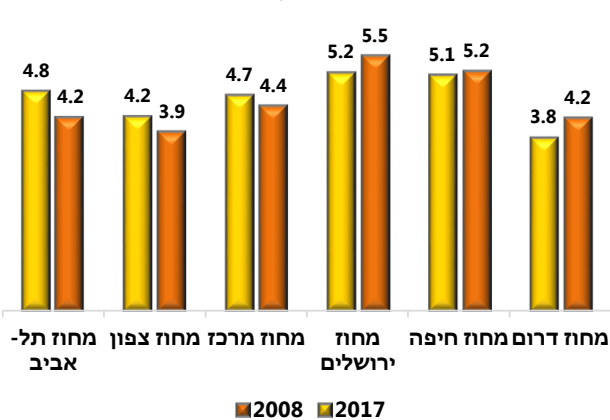
תפוסה: ניכרת ירידה במחוזות דרום, חיפה וירושלים ועלייה בשאר המחוזות. מחוזות ירושלים ותל אביב מציגים שיעורי תפוסה מעל 100%.

שהייה: ניכרת ירידה במחוזות הדרום וירושלים, יציבות בחיפה ועליות בשאר המחוזות. השהייה במחוז הדרום היא הנמוכה יותר מבין המחוזות.

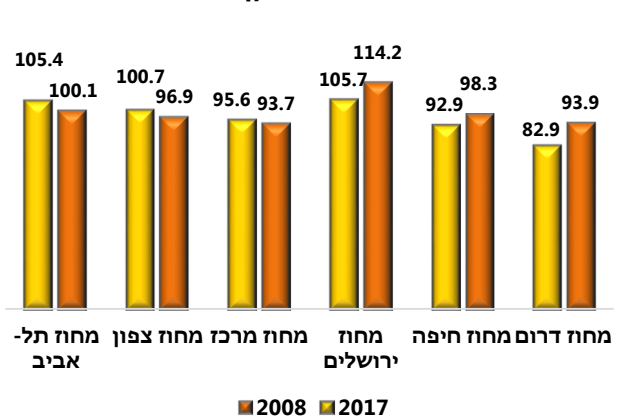
תרשים 28. שיעור המיטות לאשפוז פנימי לפי מחוזות ל-1,000 בני 45 ומעלה



שהייה ממוצעת - פנימי



אחוז תפוסה בתקן - פנימי



אגף טיפול נמרץ

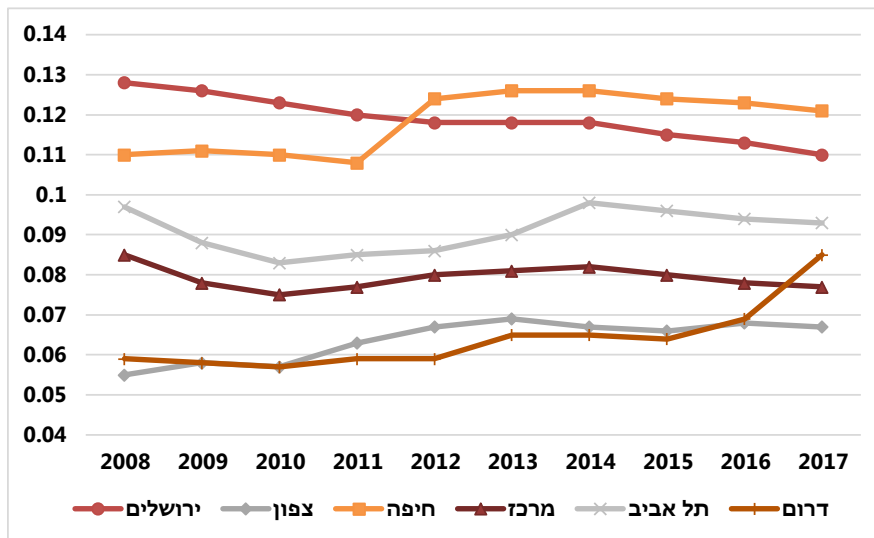
שיעור מיטות: ניתן לזהות מגמות מעורבות במחוזות השונים – עלייה במחוזות הדרום, הצפון וחיפה, ירידה במחוזות ירושלים והמרכז, ויציבות באזור תל אביב. באופן כללי מתקיימת מגמת צמצום פערים בין המחוזות, אולם עתידו תלוי בהמשך המגמות במחוזות הצפון והמרכז.

תפוסה: ניכרת ירידה בכלל המחוזות, במיוחד במחוז הצפון, ירושלים והדרום. דווקא מחוזות תל אביב וירושלים מציגים שיעורי תפוסה נמוכים יותר מהמחוזות האחרים.

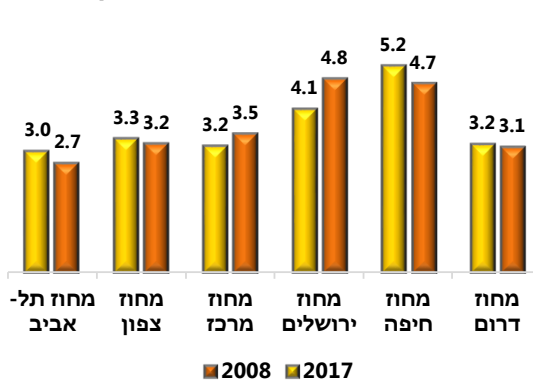
שהייה: ניכר כי גם בהתייחס למיטות טיפול נמרץ, ירידה בתפוסה אינה בהכרח מלווה בעלייה בשהייה. כך, לדוגמא, במחוז תל אביב יחד עם הירידה בתפוסה חלה עלייה קלה בימי אשפוז. מאידך-בירושלים שיעור התפוסה בין שתי תקופות המדידה התלווה בירידה בימי אשפוז.

מחוזות חיפה וירושלים מובילים על המחוזות האחרים מבחינת ימי שהייה.

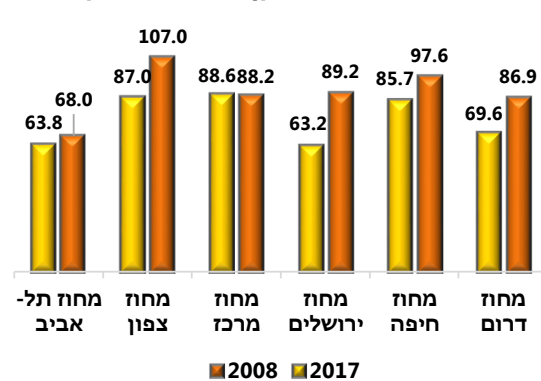
תרשים 29. שיעור המיטות באגף לטיפול נמרץ לפי מחוזות ל-1,000 נפש



שהייה ממוצעת - טיפול נמרץ



אחוז תפוסה בתקן - טיפול נמרץ



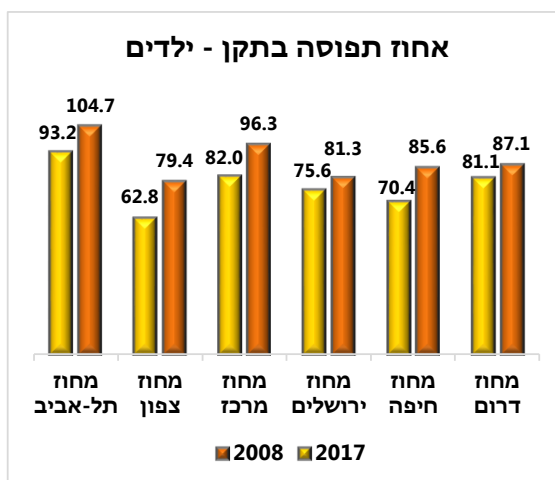
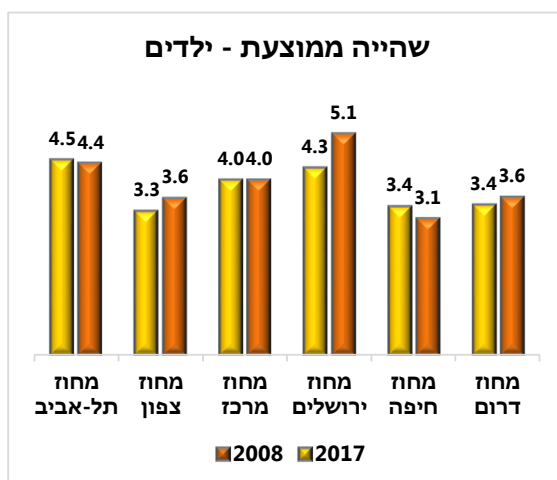
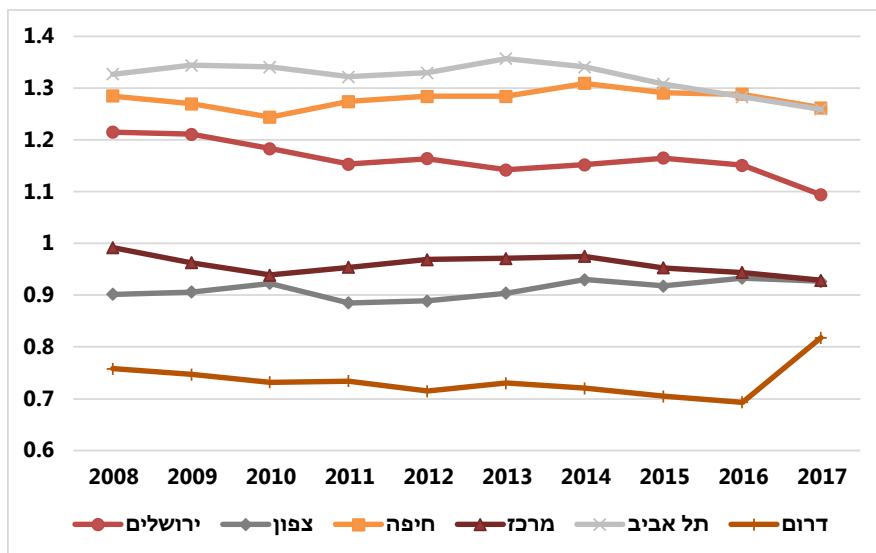
אגף ילדים

מיטות אשפח: ניכרת ירידה מתונה במחח תל אביב וחיפה, משמעותית יותר בירושלים, יציבות במחח המרכז ושינוי מגמת ירידה במגמת עלייה בשנה האחרונה במחח הדרום.

תפוסה: ניכרת ירידה בכלל המחחות. מחח המרכז מציג ערך נמוך ביותר של תפוסה (63%), פער של 30% בהשוואה למחח תל אביב שלו תפוסה של 93%.

שהייה: ניכרת ירידה משמעותית במספר ימי אשפח במחח ירושלים, ירידה מתונה יותר במחחות הדרום והצפון, יציבות במרכז ועלייה קלה במחחות חיפה ותל אביב.

תרשים 30. שיעור המיטות באגף הילדים לפי מחחות ל-1,000 ילדים בגיל 0-14



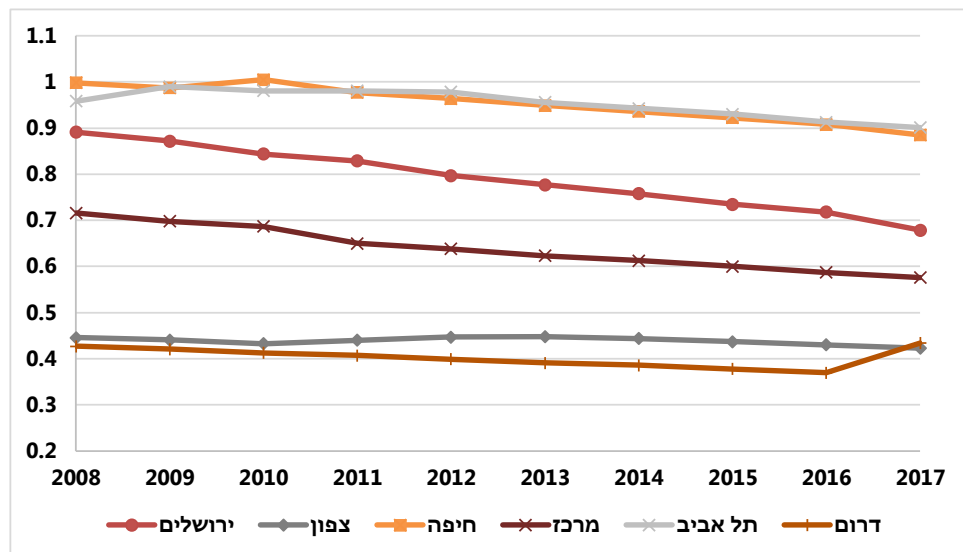
אגף כירורגי

שיעור מיטות: ניכרת ירידה קלה בכל המחוזות להוציא יציבות יחסית באזור הצפון ושינוי מגמה בשנה האחרונה במחוז הדרום. מחוזות דרום וצפון עדיין מציגים ערכים נמוכים יותר של מיטות אשפוז לנפש.

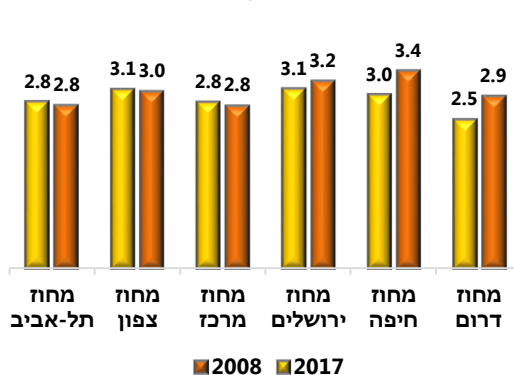
תפוסה: נצפתה מגמה מעורבת במחוזות השונים - עלייה קלה בדרום, ירושלים, צפון ותל אביב (מעבר ל-100%) במקביל לירידה במחוזות חיפה ומרכז.

שהייה: השהייה הממוצעת באגף הכירורגי היא קצרה יחסית ודומה בכל המחוזות. במחוז הדרום משך האשפוז הוא הקצר בין המחוזות ומסתכם ב-2.5 ימים. בין שתי תקופות המדידה לא נצפה שינוי משמעותי בשהייה למעט ירידה במחוז הדרום וחיפה.

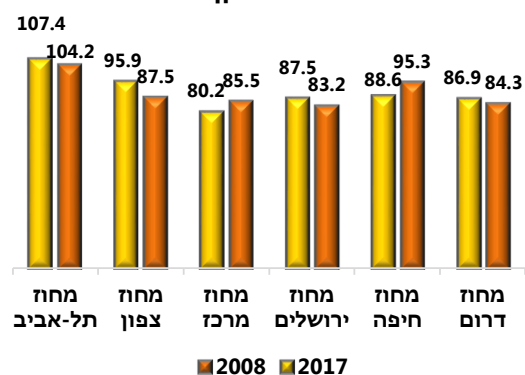
תרשים 31. שיעור המיטות באגף הכירורגי ל-1,000 נפש לפי מחוזות



שהייה ממוצעת - כירורגי



אחוז תפוסה בתקן - כירורגי



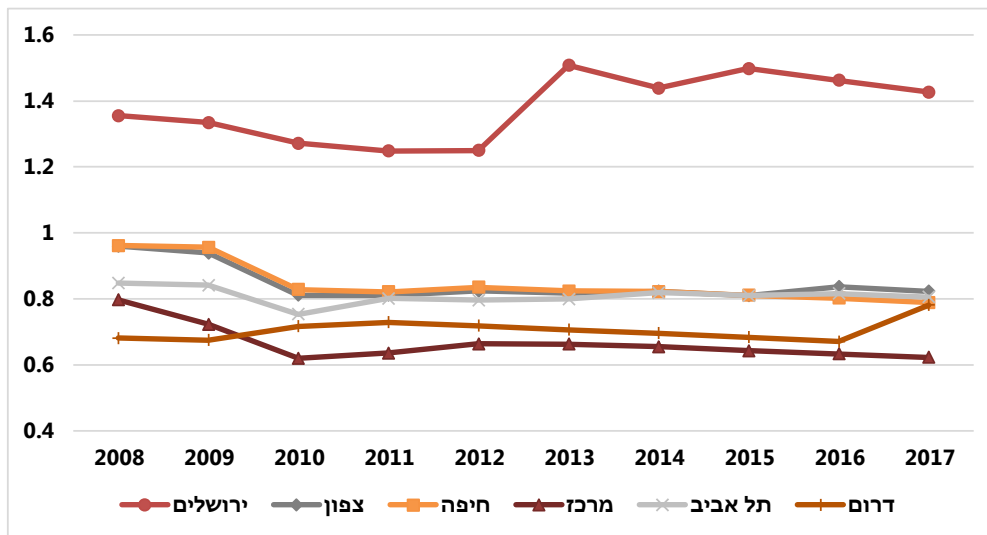
אגף יולדות

מיטות אשפח: באגף היולדות בולט הפער בין מחוז ירושלים, בעל השיעור הגבוה ביותר של מיטות מול מחוזות אחרים המציגים ערכים נמוכים יותר ודומים יחסית של מיטות. במחוז המרכז נרשם שיעור המיטות הנמוך ביותר, שיעור הנמצא במגמת ירידה.

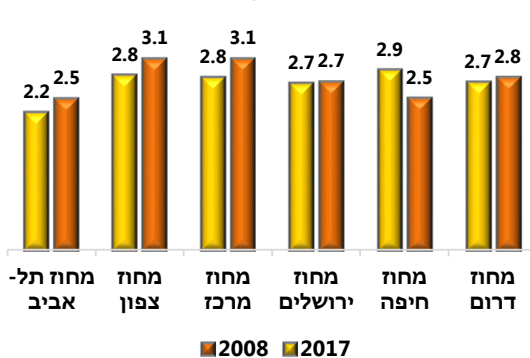
תפוסה: באגף זה נצפו אחוזי תפוסה גבוהים ביותר לאורך תקופת המדידה, כאשר מחוזות תל אביב ומרכז מציגים 113% תפוסה בתקן. גם מחוז ירושלים, למרות היותו בעל שיעור המיטות הגבוה ביותר במדינה, מציג שיעור גבוה של תפוסה – 108%. סביר להניח, שתפוסה באגף היולדות במחוזות השונים מושפעת מפריסת אוכלוסייה בעלת שיעור פריון גבוה. נראה כי פריסת מיטות אשפח כיום אינה עונה על הצרכים של אוכלוסיית נשים יולדות בצורה מספקת.

שהייה: שיעורי תפוסה גבוהים באגף היולדות מתלווים בשהייה נמוכה במיוחד, אשר נובעת מסוג השירות וסוג התגמול¹¹, אך גם, ככל הנראה, מעומס במחלקות. במחוז תל אביב נרשמה שהייה קצרה במיוחד - 2.2 ימים בממוצע. המחוז היחידי בו חלה עלייה בימי אשפח הוא מחוז חיפה.

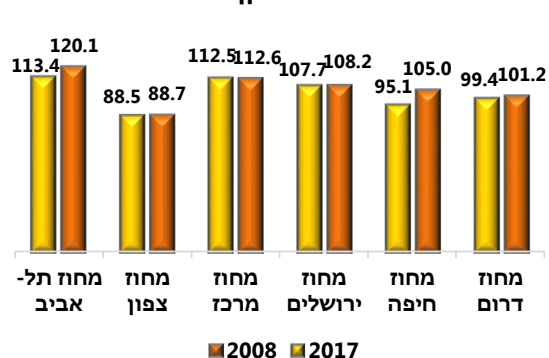
תרשים 32. שיעור המיטות באגף היולדות ל-1,000 נפש, לפי מחוזות



שהייה ממוצעת - יולדות



אחוז תפוסה בתקן - יולדות



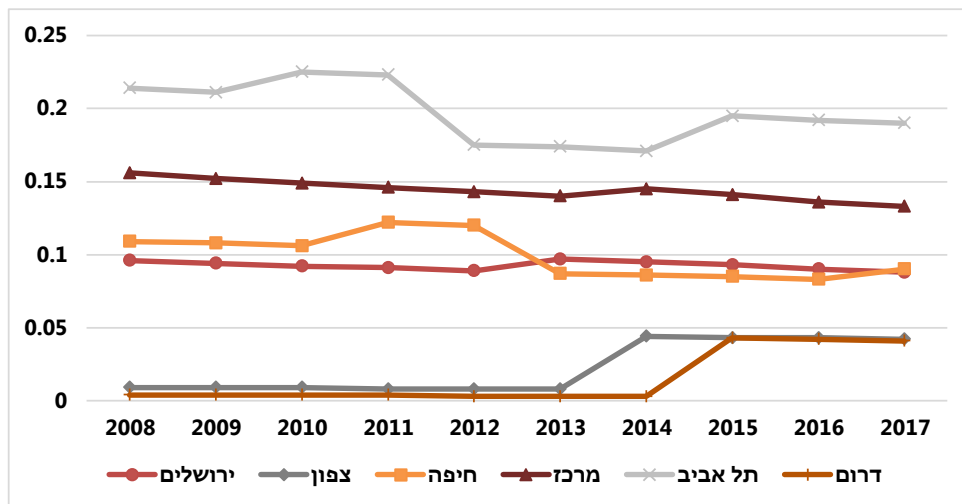
שיקום

מיטות אשפוז: בשיקום קיים מחסור לאומי במספר מיטות האשפוז בתחום, בכל המחוזות. בנוסף לכך, ניכרת מגמה ברורה של צמצום פערים בין המחוזות לאורך זמן. הסיבה העיקרית לצמצום היא תוספת מיטות אשפוז במחוזות הצפון והדרום בשנים 2014 ו- 2015. שיעור המיטות במחוזות אלה עודנו הנמוך ביחס למחוזות אחרים, אך בסך הכל מדובר במגמה חיובית של סגירת הפערים.

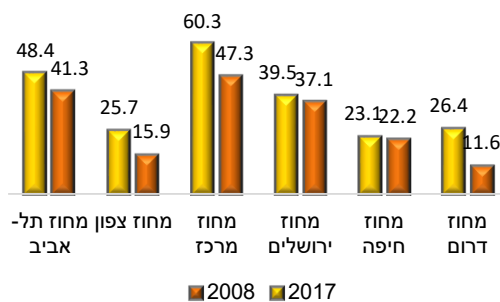
מחוז תל אביב מוביל על שאר המחוזות מבחינת שיעור המיטות תוך הדגמת ירידה קלה לאורך זמן.

תפוסה: בתחום זה ניכרים הבדלים משמעותיים בשיעורי התפוסה בין המחוזות, כאשר מחוז ירושלים מציג שיעור גבוה מאוד של תפוסה, שאף עלתה במהלך השנים והגיעה ל- 150%. אחוז תפוסה גבוה לצד עלייה מהירה בתפוסה במהלך הזמן נרשם גם במחוז תל אביב. לעומת זאת, העומסים במחוזות הפריפריאליים הם נמוכים – לדוגמא, במחוז הדרום וחיפה ערכי התפוסה הם 48% ו- 55% בהתאמה. כלומר, פער במיטות אשפוז לטובת מחוזות תל אביב וירושלים בהחלט לא מעיד על עודף תשתיות באזורים האלה. ייתכן והסיבות לתמונת התפוסה הנצפית הם קשורות בגורמים ובתהליכים אחרים דוגמת פריסה קיימת של מוסדות והבדלים בשיעור האוכלוסייה המבוגרת בין המחוזות.

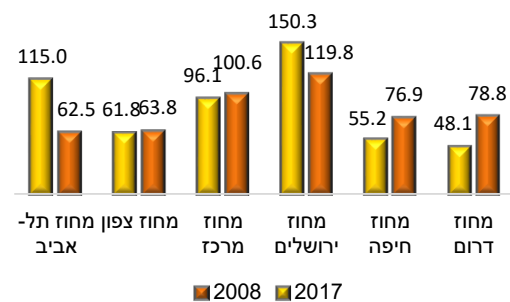
תרשים 33. שיעור המיטות לשיקום ל-1,000 נפש, לפי מחוזות, מתוקן לגיל



שהייה ממוצעת - שיקום



אחוז תפוסה בתקן - שיקום

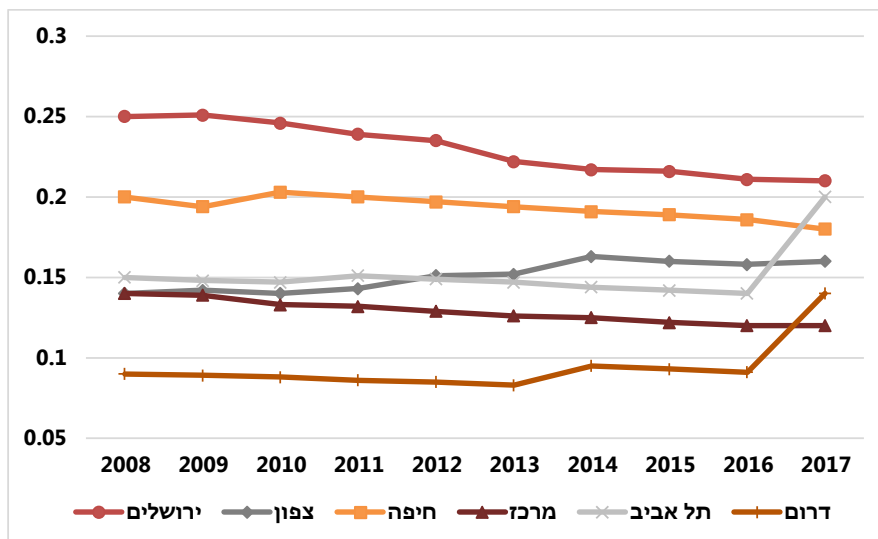


שהייה: כנגזרת של סוג האשפוז, זמני השהות בשיקום ארוכים ויכולים להגיע למספר חודשים. בדומה לפערים הנצפים באחוז התפוסה, גם בשהייה במוסדות לשיקום ניכרים פערים משמעותיים בין המחוזות. משך השהייה במחוז המרכז הוא גבוה ביותר ומגיע ל- 60 יום. המחוז בעל מספר ימי שהייה הנמוך ביותר הוא מחוז הדרום, שהשיג, אחרי עלייה תלולה בימי האשפוז, ערך של 26 ימים, 34 ימים פחות מאשר במחוז המרכז.

עמדות אשפוז

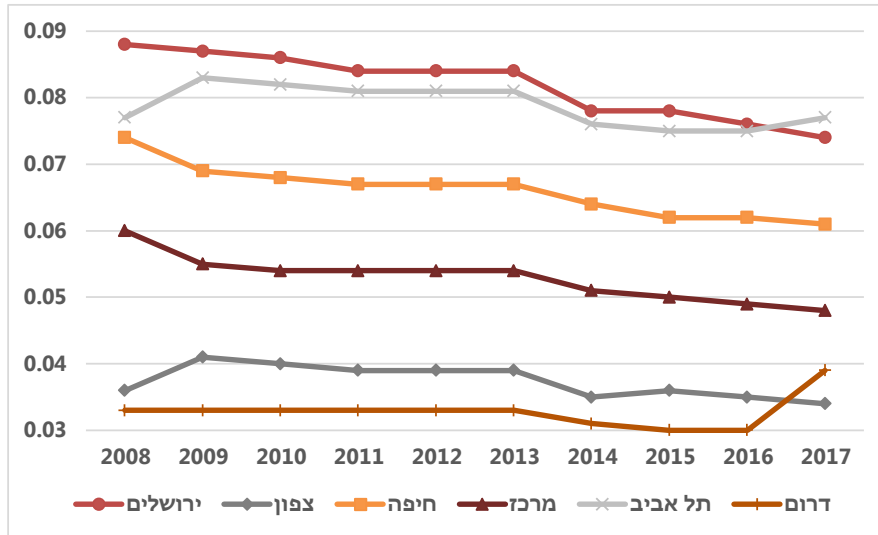
רפואה דחופה: בעמדות לרפואה דחופה בולטת עלייה בשיעור העמדות במחוזות תל אביב והדרום, בזכות תוספת תשתיות בשנים 2017. בכלל המחוזות נמשכת מגמה של ירידה קלה להוציא עלייה קלה במחוז הצפון. ככלל, נצפה צמצום הפער בין המחוזות במשך תקופת הזמן המוצגת.

תרשים 34. עמדות לרפואה דחופה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש



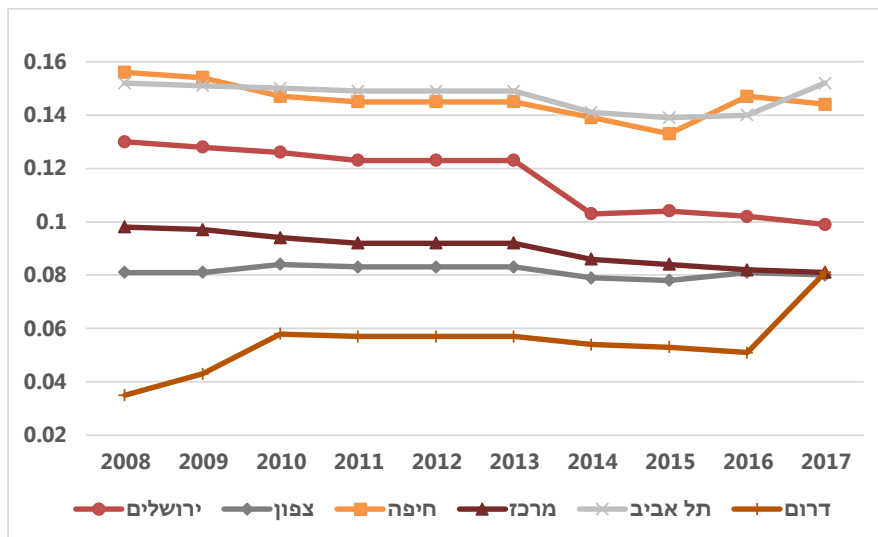
עמדות ניתוח: הפערים בשיעור עמדות הניתוח בין המחוזות הם גדולים ויציבים. לאחרונה חל צמצום מסוים בפער בזכות עלייה בעמדות במחוז הדרום ועקב ירידה במחוז ירושלים. מחוז תל אביב והדרום מציגים את הערך הגבוה והנמוך ביותר (בהתאמה) של העמדות בשנת המדידה האחרונה.

תרשים 35. עמדות ניתוח לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש



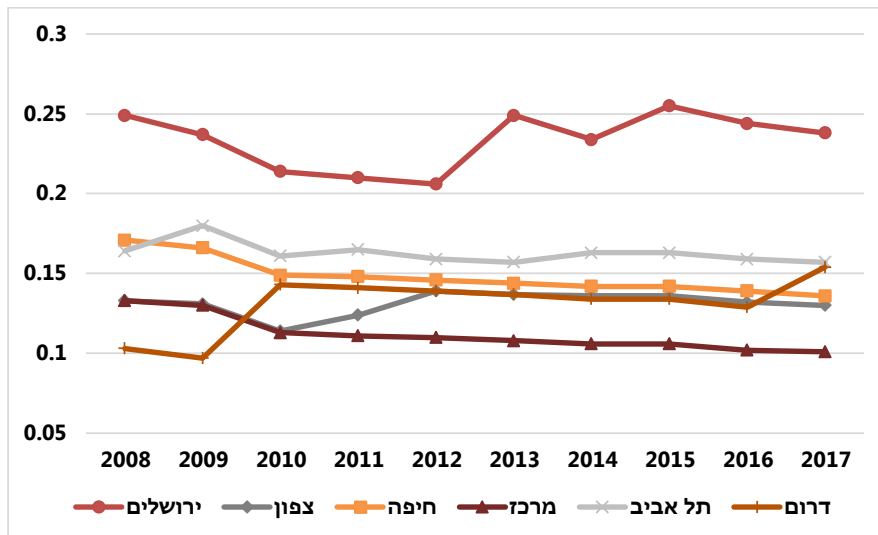
עמדות התעוררות: העלייה המשמעותית במחוז הדרום בעמדות התעוררות לאורך כל תקופת המדידה אפשרה לצמצם פער ניכר בין מחוז זה לשאר המחוזות. ככלל ניכרת התכנסות בשיעורי העמדות אם כי מחוזות תל אביב וחיפה מציגים ערכים גבוהים ביחס לשאר המחוזות.

תרשים 36. עמדות התעוררות לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש



עמדות לידה: בעמדות הלידה רוב המחוזות מציגים ערכים דומים למעט מחוז ירושלים, המתאפיין בשיעור גבוה בפער ניכר ביחס למחוזות האחרים. כאמור, כפי שציינו זאת בהתייחס למיטות אשפח, השיעור הגבוה לא בהכרח מעיד על עודף שירות במקום. מחוז המרכז, בדומה למצבו במיטות אשפח באגף היולדות, מציג ערך נמוך ביותר של עמדות.

תרשים 37. עמדות לידה לפי מחוז, שיעור ל-100,000 נשים בגיל 15-49



לסיכום נציין, כי המגמות לאורך זמן במדדי אשפח שהוצגו כאן ראויים לבחינה מעמיקה והערכה יסודית של תהליכים המתרחשים במערכת אשפח על היבטיה השונים. ככלל, נראה כי על רקע ירידה כוללת של שיעור במיטות ועמדות יש תהליכים חיוביים כגון תוספת תשתיות או שיפור במצבם היחסי של המחוזות הפריפריאליים.

אחת העובדות הבולטות שמשקפות בנתונים נוגעת בקשר בין מדדי אשפח שונים. נמצא שהקשר בין מדדי אשפח שונים ושינויים בערכים של המדדים לאורך זמן מורכב, לא חד משמעי ולפעמים אף בלתי צפוי.

ניתוח משולב של המצב, כולל התייחסות להיבטים של תפוסה ושהייה, מעלה שאלות באשר ליכולת המערכת לספק שירות איכותי ושוויוני לכלל התושבים, גם לאלה החיים בפריפריה וגם לאלה החיים במרכז הארץ.

לוח 8. שיעור מיטות אשפוז כללי ומיטות שיקום ל- 1,000 נפש, 2008/2017

מחוז תל-אביב	מחוז צפון	מחוז מרכז	מחוז ירושלים	מחוז חיפה	מחוז דרום	שנה	מחלקה
2.19	1.65	2.07	2.48	2.44	1.46	2008	אשפוז כללי
2.00	1.51	1.62	2.27	2.10	1.52	2017	
2.73	2.05	2.74	2.25	2.88	1.96	2008	אגף פנימי
2.60	1.67	2.04	2.32	2.54	2.02	2017	
0.10	0.06	0.09	0.13	0.11	0.06	2008	טיפול נמרץ
0.09	0.07	0.08	0.11	0.12	0.09	2017	
1.33	0.90	0.99	1.22	1.29	0.76	2008	אגף ילדים
1.26	0.93	0.93	1.09	1.26	0.82	2017	
0.96	0.45	0.72	0.89	1.00	0.43	2008	כירורגיה
0.90	0.42	0.58	0.68	0.89	0.43	2017	
0.85	0.96	0.80	1.36	0.96	0.68	2008	יולדות
0.81	0.82	0.62	1.43	0.79	0.78	2017	
0.21	0.01	0.16	0.10	0.11	0.00	2008	שיקום
0.19	0.04	0.13	0.09	0.09	0.04	2017	

לוח 9. תפוסה בתקן באשפוז כללי ובשיקום, 2008/2017

מחוז תל-אביב	מחוז צפון	מחוז מרכז	מחוז ירושלים	מחוז חיפה	מחוז דרום	שנה	מחלקה
103.8	90.2	92.5	96.4	97.1	90.3	2008	סה"כ כלליות
103.6	90.1	89.5	95.4	89.2	85.0	2017	
100.1	96.9	93.7	114.2	98.3	93.9	2008	פנימי
105.4	100.7	95.6	105.7	92.9	82.9	2017	
68.0	107.0	88.2	89.2	97.6	86.9	2008	טיפול נמרץ
63.8	87.0	88.6	63.2	85.7	69.6	2017	
104.7	79.4	96.3	81.3	85.6	87.1	2008	ילדים
93.2	62.8	82.0	75.6	70.4	81.1	2017	
104.2	87.5	85.5	83.2	95.3	84.3	2008	כירורגי
107.4	95.9	80.2	87.5	88.6	86.9	2017	
120.1	88.7	112.6	108.2	105.0	101.2	2008	יולדות
113.4	88.5	112.5	107.7	95.1	99.4	2017	
62.5	63.8	100.6	119.8	76.9	78.8	2008	שיקום
115.0	61.8	96.1	150.3	55.2	48.1	2017	

לוח 10. שהייה ממוצעת באשפוז כללי ובשיקום, 2008/2017

מחוז תל-אביב	מחוז צפון	מחוז מרכז	מחוז ירושלים	מחוז חיפה	מחוז דרום	שנה	מחלקה
4.1	3.7	3.9	4.2	4.2	4.0	2008	סה"כ כלליות
4.3	3.9	4.0	4.1	3.9	3.6	2017	
4.2	3.9	4.4	5.5	5.2	4.2	2008	פנימי
4.8	4.2	4.7	5.2	5.1	3.8	2017	
2.7	3.2	3.5	4.8	4.7	3.1	2008	טיפול נמרץ
3.0	3.3	3.2	4.1	5.2	3.2	2017	
4.4	3.6	4.0	5.1	3.1	3.6	2008	ילדים
4.5	3.3	4.0	4.3	3.4	3.4	2017	
2.8	3.0	2.8	3.2	3.4	2.9	2008	כירורגי
2.8	3.1	2.8	3.1	3.0	2.5	2017	
2.5	3.1	3.1	2.7	2.5	2.8	2008	יולדות
2.2	2.8	2.8	2.7	2.9	2.7	2017	
41.3	15.9	47.3	37.1	22.2	11.6	2008	שיקום
48.4	25.7	60.3	39.5	23.1	26.4	2017	

לוח 11. עמדות אשפוז, 2008/2017

מחוז תל-אביב	מחוז צפון	מחוז מרכז	מחוז ירושלים	מחוז חיפה	מחוז דרום	שנה	מחלקה
0.15	0.14	0.14	0.25	0.20	0.09	2008	עמדות לרפואה דחופה
0.20	0.16	0.12	0.21	0.18	0.14	2017	
0.08	0.04	0.06	0.09	0.07	0.03	2008	עמדות ניתוח
0.08	0.03	0.05	0.07	0.06	0.04	2017	
0.15	0.08	0.10	0.13	0.16	0.04	2008	עמדות התעוררות
0.15	0.08	0.08	0.10	0.14	0.08	2017	
0.16	0.13	0.13	0.25	0.17	0.10	2008	עמדות לידה
0.16	0.13	0.10	0.24	0.14	0.15	2017	

פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

הפרק הנוכחי מורכב משני חלקים מרכזיים. החלק הראשון מציג מגמות ושינויים במאפיינים של כוח אדם רפואי בישראל במספר נקודות זמן, והשני מספק תחזית באשר לגידול עתידי של בעלי מקצוע רפואי מול גידול האוכלוסייה, תחזית שנבנתה על סמך ניתוח נתוני עבר.

המעקב אחר מגמות בכוח אדם רפואי המוצג כאן נערך תוך התייחסות לשינוי במאפייני רקע דמוגרפיים, חברתיים ותעסוקתיים של רופאים עובדים, שחל עם השנים. התמהיל של כוח האדם הרפואי בישראל, כמו גם במדינות אחרות, משתנה, ולשינוי זה יש השלכות רבות על ספקי שירותי בריאות כמו גם על מקבלי השירות – המטופלים. לדוגמא, לייצוג אוכלוסיות שונות בכוח האדם הרפואי השפעה על מידת ההתאמה התרבותית והלשונית של שירותי בריאות, כמו גם על מתן הזדמנויות תעסוקתיות לעסוק ברפואה לבעלי רקע דמוגרפי וחברתי שונה. בחינת שינויים בפריסה הגיאוגרפית של כוח אדם רפואי תורמת להבנת מידת הזמינות של שירותי הרפואה לתושבים באזורים שונים בארץ ולאורך זמן. העיון בתמהיל המקצועי, והשינויים שחלו בו לאורך זמן, עשוי לאותת על סימני מצוקה ומחסור הקיים או עתידי במתן טיפול לקבוצות חולים במחלות מסוימות כמו גם למטופלים מקבוצות גיל שונות ובעיקר – לאוכלוסייה המבוגרת ולילדים.

עריכת המעקב מהסוג המוצע עשויה לתרום לבניית הבסיס לתכנון כוח אדם רפואי, תכנון שמתחשב בצרכים הרפואיים של האוכלוסייה, אך גם בצורך בהספקת שירות זמין, שוויוני ומותאם לאוכלוסיית המטופלים על שלל גווניה.

בחינת המגמות במאפייני הרופאים העובדים התאפשרה בזכות שלושה מחקרי המשך שנערכו במשרד הבריאות בשנים 2008, 2012 ו-2015¹. העובדה כי בישראל אין חובה לרישוי חוזר או רישום חוזר של רופאים, וחוסר היכולת הנובע מכך לקבל מידע שוטף ועדכני על העיסוק בפועל של רופאים, הניעה סדרה של מחקרים, שהתבססו על שילוב מקורות מידע – חלקם מתוך מאגרי מידע של משרד הבריאות (קובץ בעלי רישיון של משרד הבריאות) וחלקם מתוך מאגרי מידע של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

¹ שמש וחב', 2012. "מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל", משרד הבריאות. שריר ע' וגינת א' 2016. "מקצועות הבריאות בישראל 2012 - רופאים", משרד הבריאות ולמ"ס; נקמולי לוי ד', שריר ע', גינת א'. "מקצועות הבריאות בישראל 2015 - רופאים" (טרם פורסם).

שיטות

העבודה הנוכחית מבוססת על איחוד והצלבת מידע מסדרה של מחקרי כוח אדם. כל המחקרים בוצעו בשיתוף פעולה בין הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (אגף בריאות) למינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות. עיבוד הנתונים נערך במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות. להלן רשימת מקורות הנתונים ששימשו בסיס לשלושת המחקרים, לפי שנת התייחסות הנתונים:

2008:

1. קובץ בעלי רישיון לעסוק ברפואה בישראל. הקובץ מנוהל במשרד הבריאות וכולל פרטים דמוגרפיים, השכלתיים ואחרים של הרופאים.

2. קובץ הכנסות מעבודה ומעסק (מס הכנסה) של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הקובץ מנוהל ומופק על ידי רשות המיסים ומועבר ללמ"ס אחת לתקופה. הקובץ כולל נתונים על שכר, סוג העסקה, ענף כלכלי ועוד.

3. קובץ חברתי-כלכלי של מפקד האוכלוסין 2008. הקובץ מופק על ידי למ"ס ומכיל נתונים על משלח יד, שעות עבודה, מקום עבודה ומשתנים אחרים, על פי מדגם של כ-14% מכלל אוכלוסיית ישראל.

2012 ו-2015:

1. קובץ בעלי רישיון לעסוק ברפואה בישראל של משרד הבריאות.

2. קובץ הכנסות מעבודה ומעסק (מס הכנסה) של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

קישור בין הקבצים וטיוב הנתונים נערכו על ידי הלמ"ס. שייכות למקצוע רפואי הוגדרה על פי שייכות לענף הבריאות.

בשל ההבדלים בהגדרות המשתנים בין המחקרים השונים, ובמיוחד בין שנת 2008 לשנים נוספות, במקומות בהם לא הייתה אפשרות להשוות עם שנת 2008, ההשוואה נערכה רק לשתי נקודות זמן לשנים 2012 ו-2015.

מטרות העבודה:

- לעמוד על שינויים במאפיינים דמוגרפיים, חברתיים, כלכליים וגיאוגרפיים של רופאים עובדים בישראל לאורך זמן
- לתאר את המאפיינים התעסוקתיים של הרופאים
- לזהות סימני מחסור קיים ועתיד בתחומים מסוימים
- לבחון התאמה של מצבת כוח האדם הנוכחי למגמות בגידול האוכלוסייה בשנים הבאות ובפרט, לגידול באוכלוסיות הילדים והקשישים, שתי קבוצות גיל בעלות צרכים מיוחדים בתחום שירותי הבריאות.

פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

ממצאים

הרכב דמוגרפי וחברתי של כוח אדם רפואי – מגמות לאורך זמן

בין השנים 2008 ו-2015 גדל מספר בעלי רישיון רפואה, החיים בישראל, ב-3,385 רופאים והגיע ליותר מ-31 אלף. באותה התקופה גדל מספר העובדים בענף הבריאות, מתוך כלל בעלי הרישיון, ב-1,871 איש.

מעקב אחר התפלגות של בעלי רישיון לאורך זמן לפי מגדר מגלה יציבות בשיעור הנשים, גם בקרב מקבלי רישיון, וגם בקרב העובדים בענף הבריאות. שיעור הנשים שעובדות ברפואה נמוך מעט משיעור מקבלות הרישיון, והמגמה הזאת נשמרת לאורך זמן. בסך הכל השיעור של הנשים ברפואה נע סביב ארבעים אחוז.

לוח 12. בעלי רישיון החיים בישראל

2015		2012		2008		
מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	
31,701	100	29,129	100	28,316	100	סה"כ
13,376	42.2	12,207	41.9	11,839	41.8	נשים
18,325	57.8	16,922	58.1	16,477	58.2	גברים

לוח 13. רופאים עובדים בישראל*

2015		2012		2008		
מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	
25,331	100	23,094	100	23,460	100	סה"כ
10,353	40.9	9,344	40.5	9,577	40.8	נשים
14,978	59.1	13,750	59.5	13,883	59.2	גברים

* העובדים מתייחס לרופאים העובדים בענף הבריאות

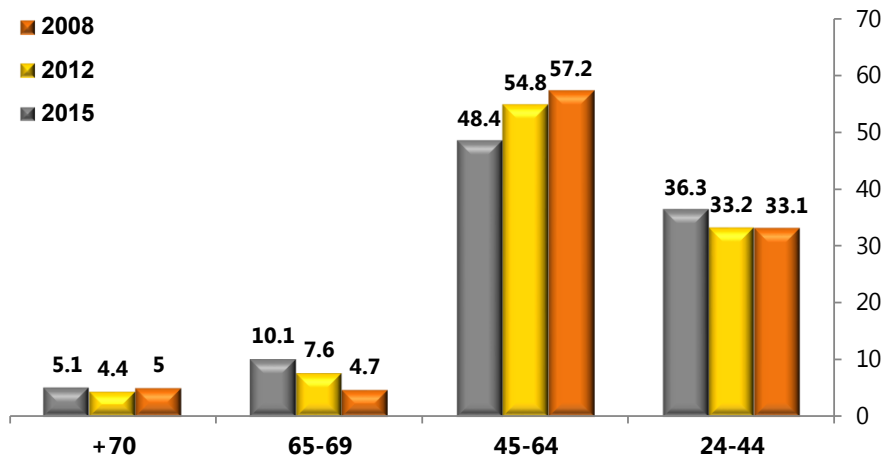
לוח 14 מציג את אחוז הנשים מכלל הרופאים לפי קבוצות גיל, בשלוש נקודות זמן. מהנתונים עולה, כי אחוז הנשים הצעירות מכלל הרופאים ירד מעט במהלך השנים. במקביל, חלה ירידה משמעותית בשיעור הנשים המבוגרות בקרב הרופאים.

לוח 14. אחוז הנשים מכלל הרופאים העובדים לפי קבוצות גיל

אחוז נשים מכלל הרופאים			קבוצות גיל
2015	2012	2008	
46.1	47.5	48.5	24-44
41.1	39.4	38.0	45-64
31.0	26.9	32.6	65-69
21.4	22.8	29.5	70+
40.9	40.5	40.8	סה"כ

בחינת התפלגות הגילאים (תרשים 38) מראה מגמת התבגרות של בעלי המקצוע הרפואי: אחוז הרופאים בגילאי הביניים ירד בין השנים 2008 ל- 2015 ב-8%, זאת לצד עלייה באחוז הרופאים בני +65 מ- 9.7% ל- 15.2%. אחוז הרופאים הצעירים עלה בכ-3% בתקופה המקבילה.

תרשים 38. התפלגות רופאים עובדים לפי קבוצות גיל, אחוזים



פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

לוח 15. התפלגות רופאים עובדים לפי קבוצות גיל

2015		2012		2008		קבוצות גיל
%	N	%	N	%	N	
36.3	9,201	33.2	7,676	33.1	7,765	24-44
48.4	12,265	54.8	12,661	57.2	13,416	45-64
10.1	2,561	7.6	1,745	4.7	1,114	65-69
5.1	1,304	4.4	1,012	5.0	1,165	70+
100	25,331	100	23,094	100	23,460	סה"כ

נתוני התפלגות הרופאים לפי קבוצת אוכלוסייה מציגים גידול עקבי של ערבים בכוח האדם הרפואי, מ- 9.6% בשנת 2008 ל- 14.7% בשנת 2015. נתוני מגדר, הזמינים לשנים 2012 ו- 2015, מראים עלייה קלה של כ- 2% בשיעור הנשים הערביות מכלל הנשים ברפואה (לוח 17).

הסתכלות על החלוקה הפנימית לפי מגדר בשתי קבוצות אוכלוסייה מגלה, כי בתוך המגזר היהודי אחוז הגברים עמד על 55% בשנת 2015 (ירידה קלה של אחוז אחד משנת 2012), ואילו בקרב הערבים אחוז הגברים היה 84% (ירידה של 2% מהתקופה הקודמת).

לוח 16. רופאים העובדים בישראל לפי קבוצות אוכלוסייה

אחוז			מספר			קבוצות אוכלוסייה
2015	2012	2008	2015	2012	2008	
85.3	88.3	90.4	21,617	20,389	21,537	יהודים ואחרים
14.7	11.7	9.6	3,714	2,705	2,281	ערבים
100	100	100	25,331	23,094	23,818	סה"כ

לוח 17. אחוז הרופאים העובדים בישראל לפי קבוצות אוכלוסייה ומין

2015		2012		קבוצות אוכלוסייה
נשים	גברים	נשים	גברים	
94.2	79.2	96.0	83.0	יהודים ואחרים
5.8	20.8	4.0	17.0	ערבים
10,353	14,978	9,344	13,750	סה"כ

נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הנוגעים בייצוג קבוצות שונות בלימודי הרפואה מאשרים את המגמה המשתקפת בנתונים המובאים כאן.

על פי נתוני למ"ס נצפית מגמת גידול משמעותי במספר הסטודנטים הערבים בכלל ובמקצועות רפואה בפרט. בין השנים 1999/00 ל- 2016/17 עלה מספר הסטודנטים הערבים כמעט פי 3 מ- 14 אלף ל- 40.5 אלף בכלל המוסדות להשכלה גבוהה. אחוז הסטודנטים הערבים בלימודי רפואה גדל מ- 7% בשנת תש"ס (1999/00) ל- 16% בשנת תשע"ז (2016/17) ובמקצועות עזר רפואיים מ- 11% ל- 22.4%. בשנת 2017 אחוז הערבים בקרב סטודנטים לתואר ראשון ברפואה הגיע למעשה לחלקה היחסי של הערבים באוכלוסייה (19.2% לעומת 20.8%)³. חלקם בקרב הסטודנטים לרפואת שיניים היה גבוה יותר (24.7%).

כמו כן, מנתוני לומדים משנת תשע"ז לקראת תואר ברפואה עולה, כי בעוד שחלקם של היהודים והאחרים בלימודי רפואה היה זהה לחלקם היחסי באוכלוסייה, קבוצות של נוצרים-ערבים ומוסלמים הגרים במחוזות הצפון וחיפה היו מיוצגים ייצוג יתר (פי 2 לערך ופי 1.2 בהתאמה)⁴.

לעומת זאת, ישנן קבוצות שמיוצגות פחות מחלקן היחסי באוכלוסייה באופן ניכר (ייצוג חסר), כמו יוצאי אתיופיה (פי 0.25), בדואים (פי 0.14) וחרדים (פי 0.09). תרשים 39 מציג ייצוג קבוצות חברתיות שונות בקרב סטודנטים לרפואה⁵. ייצוג הסטודנטים לצורך זה מוגדר כאחוז בקרב סטודנטים לתואר ראשון ברפואה כללית, ביחס לחלקם היחסי באוכלוסייה.

² לשכה מרכזית לסטטיסטיקה. השכלה גבוהה תשע"ז 2016/17. סטטיסטיקל 168.

³ נכון לשנת 2016.

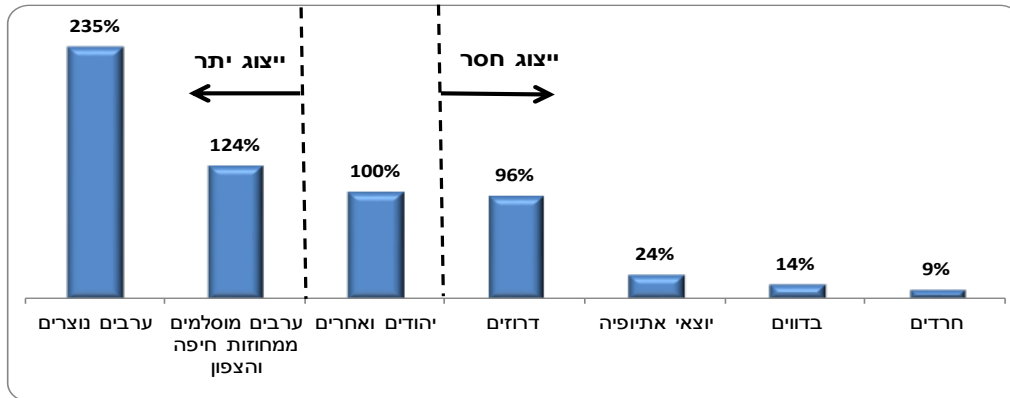
⁴ לשכה מרכזית לסטטיסטיקה. לימודי רפואה באוניברסיטאות בשנים 1999-2017, הודעה לתקשורת,

8.7.18.

⁵ למ"ס, שם.

פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

תרשים 39. הייצוג של קבוצות שונות בלימודי רפואה - אחוז בקרב סטודנטים לתואר ראשון ברפואה כללית ביחס לחלקם היחסי באוכלוסייה*, תשע"ז (2016/17)



* 100% משמעותו שהייצוג של הקבוצה המסוימת בלימודי רפואה כללית זהה לייצוגה באוכלוסייה. הערה: הנתונים בתרשים מייצגים קבוצות נבחרות לפי מאפייני רקע שונים, הקבוצות מיוצגות כפי שהם פורסמו על ידי למ"ס.

באשר לפילוח הרופאים לפי ארץ קבלת התואר, הנתונים מצביעים על עלייה איטית לאורך זמן ברופאים שקיבלו תואר בישראל. זאת, לצד העלייה באחוז מסיימי תואר במזרח אירופה (לוח 18). אחוז הרופאים שקיבלו תואר בברה"מ לשעבר נמצא בירידה וצפוי לרדת עוד עם פרישת הרופאים שהגיעו לישראל עם גל העלייה הגדול בשנות ה-90. אחוז הרופאים בעלי תארים מאירופה המערבית ומאמריקה מראה יציבות יחסית לאורך הזמן.

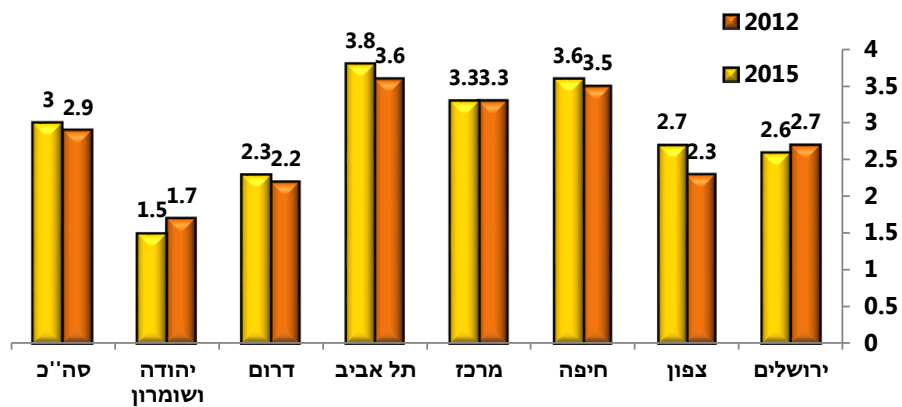
לוח 18. אחוז הרופאים העובדים בישראל לפי מקום לימוד

מקום לימוד	2015	2012	2008
ישראל	39.2	38.4	35.7
אסיה אפריקה	3.6	2.7	2.3
בריה"מ	31.6	33.7	34.9
מזרח אירופה	10.5	9.5	7.6
מערב אירופה	10.5	10.8	11.5
אמריקה	4.6	4.9	4.9
סה"כ	100	100	100
N	25,331	23,094	23,818

פריסה גיאוגרפית של כוח אדם רפואי

לוח 19 ותרשים 40 מציגים התפלגות של כוח אדם רפואי בשתי נקודות זמן לפי מחוז מגורים של הרופא, נתון שהיה זמין לביצוע החישוב. מהתרשים ניתן ללמוד על עלייה בשיעור הרופאים במחוזות הצפון, חיפה, תל אביב והדרום בין שתי נקודות זמן. לעומת זאת, נרשמו ירידה במחוז ירושלים ויהודה ושומרון⁶. מחוז תל אביב וחיפה מובילים מבחינת שיעור הרופאים המתגוררים בהם.

תרשים 40. התפלגות הרופאים העובדים בענף הבריאות לפי מחוז מגורים של הרופא, שיעור ל-1,000 נפש



לוח 19. התפלגות הרופאים העובדים בענף הבריאות לפי מחוז מגורים של הרופא, שיעור ל-1,000 נפש

2015		2012		מחוז
שיעור ל-1,000 נפש	מספר	שיעור ל-1,000 נפש	מספר	
2.6	2,748	2.7	2,592	ירושלים
2.7	3,664	2.3	3,077	צפון
3.6	3,467	3.5	3,288	חיפה
3.3	6,850	3.3	6,362	מרכז
3.8	5,221	3.6	4,664	תל אביב
2.3	2,806	2.2	2,553	דרום
1.5	575	1.7	552	יהודה ושומרון
3.0	25,331	2.9	**23,094	סה"כ

* הסכומים שונים מסה"כ בשל מקרים של לא ידוע.

⁶ הנתונים המוצגים מתייחסים למחוז מגורים של הרופא (לפי קובץ מס הכנסה). מניתוח הנתונים עולה כי יש חפיפה משמעותית בין מקום המגורים לבין מחוז העבודה של הרופא. יוצא דופן ככל הנראה הוא מחוז יו"ש, בו רופאים רבים עובדים מחוץ למחוז המגורים.

פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

התפלגות הרופאים לפי צורת העיסוק ומאפייני השכר

להלן מוצגים נתונים על צורת העיסוק ומאפייני השכר לפי משתני רקע חברתיים שונים, כפי שאלו התקבלו במסגרת המחקרים שנערכו בשנים 2012 ו-2015. בתקופה זו נצפתה ירידה קלה בשיעור הרופאים העובדים רק כשכירים, במקביל לירידה של אלו העובדים רק כעצמאים. שיעור הרופאים המועסקים גם כשכירים וגם כעצמאים עלה בתקופה זו ב- 5%.

נשים עובדות בעיקר כשכירות, אך בקרבם ניכרת מגמה של עלייה מהירה בשיעור המועסקות בו זמנית כשכירות וכעצמאיות – אחוז נשים אלה עלה כמעט פי 2 במהלך ארבע שנים (לוח 21).

לוח 20. רופאים עובדים בענף הבריאות לפי צורת העיסוק

2015		2012		צורת העיסוק
%	N	%	N	
68	17,234	70	16,280	שכיר
4	1,081	7	1,614	עצמאי
28	7,016	23	5,200	שכיר ועצמאי
100	25,331	100	23,094	סה"כ

לוח 21. אחוז הרופאים העובדים לפי צורת העיסוק ומין

2015		2012		צורת העיסוק
נשים	גברים	נשים	גברים	
75.9	62.6	84.4	61.1	שכיר
3.3	4.9	4.6	8.6	עצמאי
20.8	32.5	11.1	30.3	שכיר ועצמאי
100	100	100	100	סה"כ
10,353	14,978	9,344	13,750	N

שכר

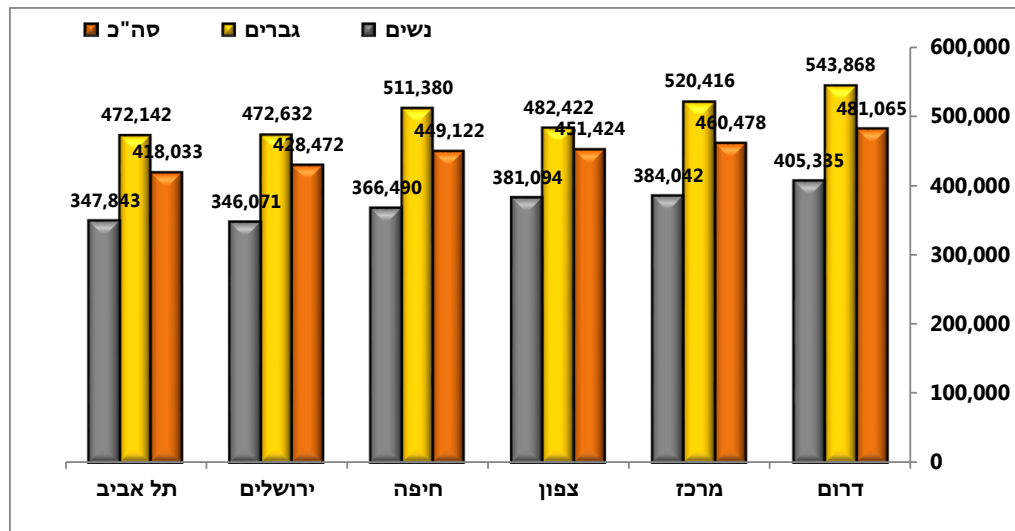
בשנת 2015 עמד השכר השנתי הממוצע ברוטו על 447,730 ש"ח. השכר החציוני הסתכם ב- 378,895 ש"ח. שכר הנשים הממוצע והחציוני היה נמוך מזה של הגברים. יחס דומה נצפה גם בשנת 2012 בין המינים. בין שתי תקופות הזמן השכר עלה בשני המינים אם כי הפער בין המינים, כאמור, נשמר. ישנם מספר הסברים אפשריים להבדלי שכר בין הגברים לנשים: נשים עובדות פחות שעות מגברים ועובדות יותר כשכירות. שיעור הנשים בקרב המומחים הוא נמוך יותר, ואילו שכרם של מומחים גבוה יותר.

לוח 22. שכר של רופאים עובדים לפי מין*

2015		2012		
ממוצע	חציון	ממוצע	חציון	
500,304	429,793	443,040	384,560	גברים
371,684	325,258	308,123	275,447	נשים
447,730	378,895	388,452	329,623	סה"כ

* עובדים בענף הבריאות, שכר שנתי ברוטו

תרשים 41. ממוצע השכר השנתי של רופאים לפי מחוזות



פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

לוח 23. עובדים בענף הבריאות - שכר שנתי ברוטו, ממוצע וחציון לפי מחוז מגורים ומין, 2015

מחוז מגורים	ממוצע			חציון		
	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים
ירושלים	428,472	472,632	346,071	334,723	360,391	292,611
צפון	451,424	482,422	381,094	386,270	415,972	335,690
חיפה	449,122	511,380	366,490	385,719	453,811	321,492
מרכז	460,478	520,416	384,042	397,781	464,523	337,865
תל אביב	418,033	472,142	347,843	343,577	402,295	288,069
דרום	481,065	543,868	405,335	426,816	481,068	365,233

רופאים מומחים

אחוז הרופאים המומחים עלה מעט במהלך השנים ובשנת 2015 הגיע ל- 58%, 3% אחוזים יותר משנת 2008 (לוח 25).

לוח 24 מציג מאפייני מומחים בשלוש נקודות זמן. מהנתונים אפשר לראות כי לא חל שינוי משמעותי בתמהיל אוכלוסיית המומחים לפי מגדר וקבוצת אוכלוסייה לאורך זמן. גברים מהווים רוב בקרב בעלי מומחיות (62% בשנת 2015) ואחוז זה יציב לאורך זמן.

אחוז הערבים מכלל המומחים עלה מ- 5% ל- 8% במהלך השנים.

לוח 24. רופאים מומחים לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

2015		2012		2008		
%	N	%	N	%	N	
100%	14,776	100%	13,632	100%	13,219	סה"כ
מין						
62%	9,177	63%	8,639	63%	8,375	גברים
38%	5,599	37%	4,993	37%	4,844	נשים
קבוצת אוכלוסייה						
92%	13,573	93%	12,670	95%	12,500	יהודים ואחרים
8%	1,203	7%	962	5%	719	ערבים

נתוני התפלגות רופאים מומחים זמינים לשנת 2015. בשנה זו נע אחוז המומחים בין 46% במחוז הצפון לבין 63-64% במחוזות המרכז ותל אביב.

לוח 25. התפלגות המומחים לפי מחוז מגורים

2015		מחוז
מספר	אחוז המומחים	
2,748	56.7	ירושלים
3,664	45.6	צפון
3,467	59.1	חיפה
6,850	64.4	מרכז
5,221	62.9	תל אביב
2,806	51.1	דרום
25,331	58.3	סה"כ

מצבת כוח האדם הרפואי מול תחזית גידול אוכלוסיית ישראל

פרק זה מוקדש לניסיון לזהות צרכים עתידיים בכוח אדם רפואי בדגש על צרכים של שתי אוכלוסיות – האוכלוסייה המבוגרת וילדים.

על מנת לבדוק שינויים במידת התאמת הגידול בכוח אדם מקצועי לבין הגידול בקבוצות גיל שונות, ערכנו חישוב שיעורי רופאים עובדים⁷ ב- 2 נקודות זמן – 2008 ו- 2015 מול גדל האוכלוסייה הרלוונטית באותה נקודת זמן.

אוכלוסיית ישראל מנתה, בסוף מאי 2018, 8.86 מיליון נפש. האוכלוסייה בישראל צעירה, באופן יחסי, לעומת רוב המדינות המפותחות, כאשר 28% מהאוכלוסייה הם ילדים עד גיל 14. אוכלוסיית בני 65 ומעלה מהווים 11% מהאוכלוסייה.

המספר המוחלט של בני 65 ומעלה באוכלוסייה הולך וגדל, והוא צפוי להמשיך ולגדול בשנים הבאות. גם משקלם מתוך כלל האוכלוסייה צפוי להמשיך ולעלות.

במהלך שלושים השנים האחרונות גדלה אוכלוסיית ישראל כמעט פי שניים. מ- 4,476.8 אלף בסוף שנת 1988, ועד ל- 8,796.2 בסוף שנת 2017 – גידול של 96%. המספר המוחלט של בני 65 ומעלה יותר מאשר הוכפל, ושיעורם בכלל האוכלוסייה, שעמד בשנת 1988 על 9%, עבר את ה-11% בשלושים השנים שחלפו.

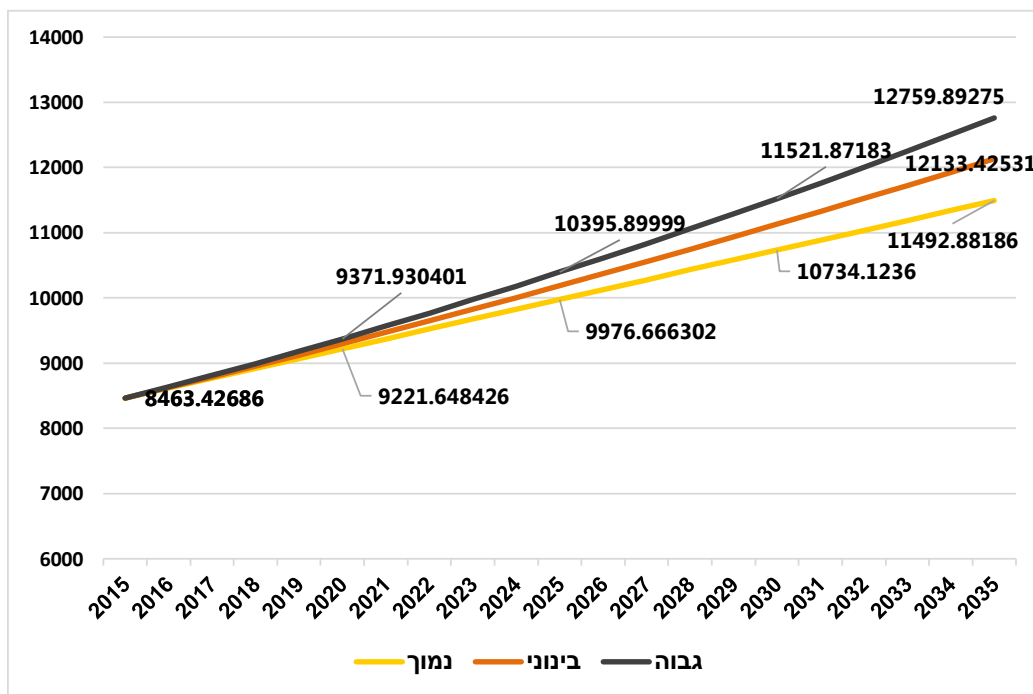
האוכלוסייה המבוגרת צורכת יותר שירותי בריאות באופן משמעותי, גם של שירותי הקהילה וגם שירותי אשפוז.

⁷ עובדים בענף הבריאות

פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מבצעת, מעת לעת, תחזית אוכלוסייה לישראל. התחזית האחרונה התבצעה על בסיס נתוני האוכלוסייה של שנת 2015, ל-50 שנים קדימה – עד 2065. מאחר והתחזית מתבססת לא רק על נתונים, אלא גם על הנחות, מפרסמת הלמ"ס את התחזית על פי שלושה תרחישים שונים, נמוך, בינוני וגבוה. התחזית מוצגת לפי גילאים, וקיימת גם תחזית עם חלוקה למחוזות המגורים. אם נתבונן בתחזית לטווח הזמן של עשרים השנים הראשונות – עד שנת 2035, נראה כי האוכלוסייה צפויה לגדול ולהגיע למספר שבטווח 11.49-12.76 מיליון נפש.

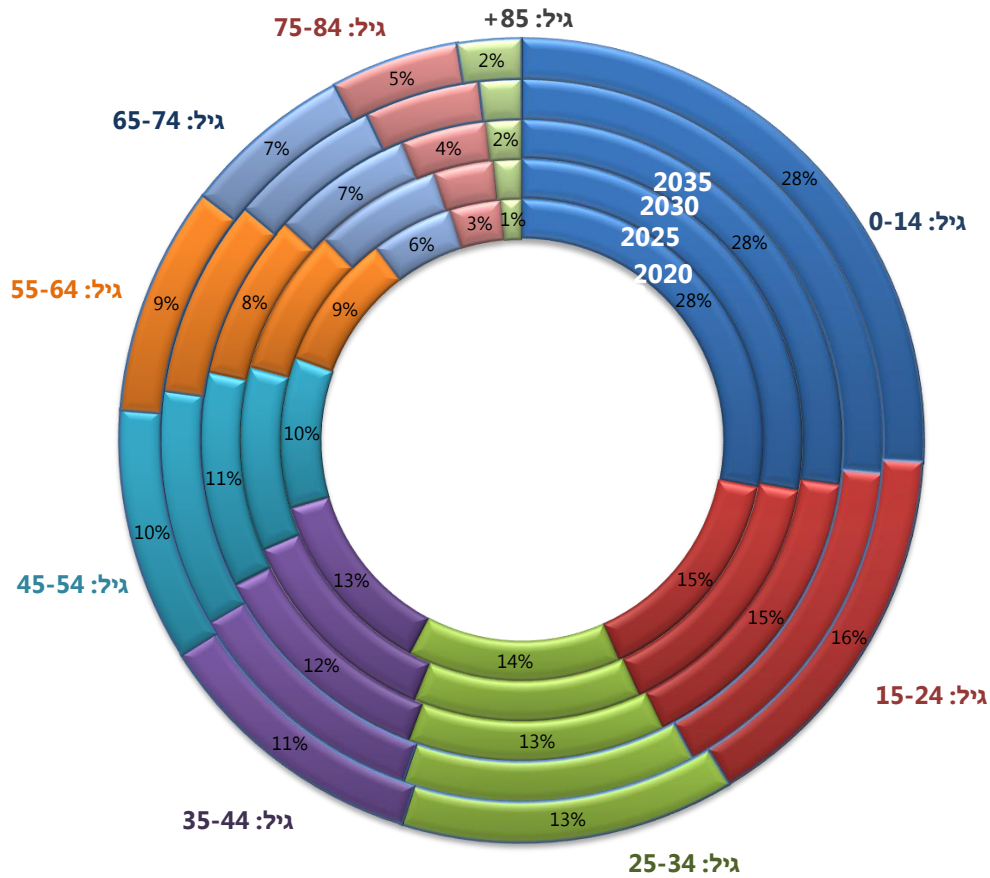
תרשים 42. תחזית אוכלוסייה עד שנת 2035 לפי שלושה תרחישים: גבוה, בינוני ונמוך, אלפים



מקור: עיבוד פרסומי לשכה מרכזית לסטטיסטיקה

תחזית האוכלוסייה, לפי פילוח לגילאים, מעלה כי מספר בני ה-65 ומעלה צפוי להגיע, בשנת 2035, למספר שבטווח 1.6-1.7 מיליון נפש, 13.6%-13.7% מאוכלוסיית המדינה. התרשים הבא מציג שינויים במבנה הדמוגרפי של אוכלוסיית ישראל לשנים הבאות לפי תרחיש בינוני. מהתרשים נראה גידול באוכלוסייה מבוגרת לצד שמירה על אחוז גבוה של ילדים (28%) לאורך זמן.

תרשים 43. משקל קבוצות הגיל באוכלוסייה, על פי תחזית הלמ"ס (תרחיש בינוני)



על מנת ללמוד על קצב גידול בכוח אדם רפואי מול קצב גידול האוכלוסייה בדקנו שיעורי רופאים ל-1,000 בין שתי נקודות זמן – 2008 ו-2015. ההנחה היא כי במצב האופטימאלי קצב גידול בשיעור הרופאים משיג את הקצב של גידול האוכלוסייה ואף עולה עליו במידה ומדובר במקצועות במחסור. לוח 26 מראה שינוי בכוח אדם רפואי בהתמחויות נבחרות בין השנים 2008 ל-2015 בנתונים גולמיים תוך ציון אחוז השינוי. לעומת זאת, לוח 27 מציג אחוז שינוי במונחים של שיעור הרופאים ל-1,000 נפש, זאת במטרה לבחון את מגמת השינוי בשיעור המומחים במקצועות השונים ביחס לאוכלוסייה. כל שיעור של בעלי מומחיות נבנה ביחס לאוכלוסייה הרלוונטית לתחום התמחותם. למשל, שיעור בעלי התמחות בגריאטריה נבנה ביחס לאוכלוסייה של בני 65 ומעלה. זאת לעומת התמחות ברפואת ילדים, עבורה נבחרה אוכלוסייה רלוונטית של ילדים עד גיל 14. בחירת המקצועות נערכה לפי שיקולי זמינות הנתונים ההשוואתיים כמו גם לפי קהלי יעד של השירות, כגון אוכלוסיית בני 65+.

פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

לוח 26. בעלי תעודת מומחה העובדים בענף הבריאות (כל ההתמחויות), לפי תחום התמחות, אחוז גידול בין השנים

תחום מומחיות	2008 סה"כ	2015 סה"כ	אחוז שינוי
פנימית	2,403	2,916	21%
רפואת ילדים	1,844	2,129	15%
משפחה	1,294	1,675	29%
יילוד וגניקולוגיה	1,062	1,172	10%
פסיכיאטריה	790	880	11%
כירורגיה כללית	600	662	10%
הרדמה	522	640	23%
גריאטריה	271	361	33%
פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	182	208	14%
ניאונטולוגיה	122	139	14%
רפואה פיסיקלית ושיקום	117	133	14%
טיפול נמרץ כללי	113	173	53%
נוירולוגית ילדים והתפתחות הילד	155	236	52%
כירורגית ילדים	59	63	7%
טיפול נמרץ ילדים	41	63	54%
סה"כ	9,957	11,450	15%

לוח 27. שיעור מומחים ל-1,000 נפש לפי קבוצת אוכלוסייה רלוונטית ושיעור השינוי בין השנים

מקצועות במחסור ⁸	אחוז שינוי	אחוז שינוי	2015	2008	שיעור מומחים ל-1,000 נפש	
**	29%	13%	0.198	0.175	משפחה	התמחות לכלל אוכלוסייה
	21%	6%	0.345	0.326	פנימית	
	10%	-4%	0.078	0.081	כירורגיה כללית	
***	14%	-1%	0.016	0.016	רפואה פיזיקלית ושיקום	
***	11%	-3%	0.104	0.107	פסיכיאטריה	
	23%	7%	0.076	0.071	הרדמה	
	53%	33%	0.020	0.015	טיפול נמרץ כללי	
	15%	1%	0.890	0.881	רפואת ילדים	התמחות לילדים עד גיל 14
****	14%	0%	0.087	0.087	פסיכיאטריה-ילדים	
	7%	-7%	0.026	0.028	כירורגיה-ילדים	
**	52%	33%	0.099	0.074	נוירולוגיה-ילדים	
	54%	35%	0.026	0.020	טיפול נמרץ-ילדים	
*	14%	-1%	0.785	0.794	ניאונטולוגיה	התמחות לאוכלוסיית ילדים ממוצעת גילאי 0-1
	10%	-4%	0.378	0.392	יילוד וגניקולוגיה	התמחות לנשים מגיל 15
***	33%	1%	0.384	0.379	גריאטריה	התמחות לגיל 65 ומעלה
****		-17%	0.0154	0.0185	פסיכיאטרים ערבים	התמחות לאוכלוסייה הערבית

מקור: עיבוד מערכת "עוסקים" המנוהלת על ידי משרד הבריאות. החישוב נעשה לפי מומחיות אחרונה.

הנתונים המוצגים בלוח ובתרשים מובילים למספר תובנות:

- קצב הגידול במקצועות רפואה שונים אינו אחיד ואינו תמיד משיג את הגידול באוכלוסייה הרלוונטי. יתרה מזאת יש מקצועות בהם שיעור בעלי מומחיות ירד.
- פריצות משמעותיות בשיעור בעלי מומחיות הושגו במספר מקצועות, כגון טיפול נמרץ למבוגרים וילדים, שהם לאו דווקא מקצועות במחסור. עם זאת, העלייה בשיעור המומחים במקצועות האלה כמו גם במקצועות אחרים המציגים עלייה משמעותית, היא מבורכת.
- רפואת משפחה, מקצוע יסוד ברפואה, מוגדרת בישראל כמקצוע במחסור. שיעור בעלי מומחיות בתחום זה עלה ב- 13% בין שתי נקודות הזמן.

⁸ חומרת המחסור במקצועות מסוימים סומנה על ידי כוכביות, כאשר מספר כוכביות מעיד על חומרת הבעיה. בצבע ירוק סומנו מקצועות ששיעור הרופאים בהם עלה, ואילו באדום – ירד. חומרת המחסור הגדרה על פי מידע פנימי של משרד הבריאות כמו גם על ידי מקורות מידע נוספים

פרק 5. שינויים במאפייני כוח אדם רפואי בישראל לאורך זמן ותחזית מול גידול האוכלוסייה

- ברפואי יילוד וגניקולוגיה, אחד מקצועות החשובות של הרפואה ראשונית, נרשמה ירידה של 4% במהלך תקופת המדידה. מאחר ומדינת ישראל מתאפיינת בשיעורי פריון גבוהים במיוחד, ישנה חשיבות רבה לשמירה על מצבת קיימת של כוח אדם במקצוע זה ואף הוספת בעלי התמחות בתחום זה בעתיד.
- מצבת כוח אדם במקצועות לילדים עברה שינוי משמעותי במקצועות כמו נירולוגיה (+) (33%) וטיפול נמרץ (+35%). יחד עם זאת, שיעור מומחים ברפואת ילדים, אשר אומנם לא מוגדר כמקצוע במחסור, אך מבוקש מאוד בשטח, כמעט לא השתנה לאורך 8 שנים. בתחום כירורגית ילדים נצפתה ירידה של 7%. שיעור בעלי מומחיות בנאונטולוגיה, מקצוע במחסור, עלה מעט (+1%) בין שתי תקופות זמן.
- תחום הפסיכיאטריה מוכר כתחום מקצועי במחסור. שיעור הפסיכיאטרים לילדים בתקופת המדידה לא השתנה ונשאר במחסור. ירידה משמעותית מאוד של 17% נצפתה בפסיכיאטרים דוברי ערבית. מהנתונים מתקבלת תמונה כללית של מחסור בבעלי מומחיות במקצוע הזה וספציפית לקבוצות מטופלים ערבים.
- ברפואה פיזיקלית ושקום נמצאה ירידה של 1% במספר בעלי מומחיות ל-1,000 נפש בכלל האוכלוסייה.
- כירורגיה כללית- בהשוואה בין השנים 2008 ו-2015 נמצאה ירידה של 4% במספר הכירורגיים (הכלליים) ל-1,000 נפש מכלל האוכלוסייה.
- במרדימים חל גידול של 7% בכוח אדם הרפואי לאורך תקופת המדידה.
- גריאטריה - שיעור בעלי מומחיות בגריאטריה, למרות היותה מוגדרת כמקצוע במחסור חמור, לא השתנה למעשה במהלך 8 שנים. המשך מצב קיים בהכרח תוביל להחמרת המצב עם גידול במספר בני הגיל המבוגר בישראל.

בעידן בו מתרחשים תהליכים של הזדקנות האוכלוסייה, פיתוחים טכנולוגיים וגידול האוכלוסייה, תכנון כוח אדם רפואי בצורה יעילה חיוני למערכת הבריאות. מתוך עיבוד נתונים המתייחסים הן לשינוי האוכלוסייה והן לשינוי במספר הרופאים המועסקים, עולה כי שיעור הרופאים עד גיל 65 לאלף נפש באוכלוסייה, הנמצא כיום על 3.18, צפוי לרדת באופן מתון עד שנת 2027, לשיעור של 3.06, ולאחר מכן לעלות עד ל-3.14 בשנת 2035. השיעור, עומד כיום על 3.1, והוא צפוי לרדת באופן עקבי עד ל-2.85 בשנת 2035.

התחזית הכללית של שינוי שיעור הרופאים ל-1,000 נותנת בסיס כללי לתהליך התכנון, אך אינה מספיקה כמובן, לתכנון פרטני של בעלי מקצועות שונים ברפואה. זה האחרון אמור להתבצע בהתחשב בפרופיל המשתנה של כל מקצוע ומקצועי מול מאפיינים הקיימים והעתידים של אוכלוסיות המטופלים הרלוונטיות.

סיכום

הנתונים שהוצגו כאן מרכיבים פרופיל חברתי ותעסוקתי כללי של רופאים עובדים בישראל, תוך בחינת מגמות שינוי שחלו בו במהלך שמונה שנים. למאפייני הפרופיל כמו גם למגמות שינוי השפעה קיימת ועתידית על מתן שירותי רפואה בישראל.

גידול באוכלוסייה מבוגרת כמו שמירת חלקם הגבוה של הילדים במבנה דמוגרפי של החברה הישראלית מצריכות היערכות מוקדמת וממוקדת של מערכת הבריאות. היערכות זו אמורה להתחשב גם בכמות המטופלים, גם בצרכים הרפואיים המשתנים לאורך זמן, וגם במבנה הדמוגרפי הקיים והעתיד של החברה הישראלית. ניתוח קצב גידול בכוח אדם רפואי באוכלוסייה במהלך שמונה שנים שמוצג כאן מאפשר להפיק תובנות לגבי העתיד, ובפרט, לזהות פערים בין המצוי לבין רצוי במצבת כוח אדם.

תקוותנו היא שמידע זה יתרום להחלטות באשר לתכנון עתיד של כוח אדם והקצאה נבונה של המשאבים, באופן שתתרום לשיפור זמינות ונגישות השירות כמו גם למתן מענה לצרכים של קבוצות מטופלים הנבדלות ביניהם בגיל, מקום מגורים ומאפיינים דמוגרפיים וחברתיים אחרים.

פרק 6. פעילות מערכת הבריאות להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות¹

6.1 פעילות משרד הבריאות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

מדיניות מודעת עוני במערכת הבריאות

בהמשך להליך תכנון משותף שנערך בנושא במהלך 2017², בספטמבר 2018 הוגשה ואושרה על ידי מנכ"ל המשרדים- בריאות ועבודה, רווחה ושירותים חברתיים- תוכנית עבודה משותפת בנושא בריאות ועוני. אלה הם עיקריה:

1. הגדלת תמריצים לטובת פרקטיקות ממוקדות עוני ובריאות במסגרת מבחני תמיכה 9-2017 לקופ"ח לטובת קשישים בעוני הסובלים מבעיות בריאות מורכבות.
2. מחקר הערכה של צרכים בתחום התחבורה ושל עלות נסיעות, השתתפויות עצמיות, חובות, טיפולי שיניים ושירותים שאינם בסל, לקראת גיבוש המלצות בנושא לתקציב 2020.
3. הקמת צוות בין-משרדי קבוע, שיפעל לטיוב העבודה לטובת מתמודדי נפש החיים בעוני ומועמדי חכאים תחת חוק שיקום נכי נפש בקהילה.
4. בניית תורת עבודה והנחיות לעבודה ישובית בין-משרדית, בשותפות מחוזות וישובים [ע"ב פיילוטם ישוביים- ראו בהמשך].
5. כתיבה והטמעה של אינטייק בנושא בריאות במרכזי נושמים לרווחה (נושמים תחילה- בהמשך הרחבה למח' שירותים חברתיים).
6. כתיבה ופרסום אמות מידה למדיניות ופרקטיקות מודעות עוני למערכת הבריאות.
7. סדנאות עבודה משותפות לעובדי בריאות ורווחה מחזיים שיכלול הכרות עם המערכת המקבילה זיהוי חסמים בממשקי עבודה ופתוח פתרונות.
8. תמריצים לטובת עבודה ישובית: פיילוט בין-משרדי רחב במסגרת "המיזמים הלאומיים" בג'וינט-אלכא בנושא משפחות עובדות החיות בעוני: פיתוח ממשקים ושגרות עבודה ברמה מרחבית-יישובית.
9. פיילוט בערים רמלה, לוד וג'סר עזארה: שינוי שגרות עבודה לטובת בריאות של משפחות עם ילדים צעירים החיות בעוני [הרחבה לרמה כלל-ארצית בהתאם לתוצאות].
10. הכשרות לעובדי ולקוחות מרכזי עוצמה בנושא חוק בב"מ, זכויות וניווט במערכת הבריאות.
11. בחינת אפשרות ללמידה הדדית ופלטפורמות משותפות בנושא מימוש זכויות- דרך מוקדי השירות הטלפוניים של משרד הבריאות (ומוקד התרגום הרפואי) ומרכזי הזכויות בקהילה של משרד הבריאות (חלק ממערך המרכזים של אגף שירות)

¹ הכתוב בפרק זה נכתב על ידי הגופים שהעבירו את החומרים ונערך על-ידי מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
² ראו בתוך: אברבוך ואבני. 2017. "אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2017", מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

12. קורס הדרכה "train the trainers" (עו"סים, סיעוד, רפואה ומקצועות בריאות נוספים) בנושא פרקטיקה מודעת עוני (הטמעת הדרכות שוטפות בכלל המוסדות).

סעיפים 1,5,6-10 נמצאים בשלבי הטמעה וכבר תוקצבו.

בריאות, עירוניות ועוני בשנות החיים הראשונות- פיילוט בערים לוד ורמלה

משרד הבריאות שם לו למטרה את קידום הבריאות, ההתפתחות והשלומות של ילדים בשנות החיים הראשונות. במסגרת זו נערכה עבודת מטה בנושא במהלך השנים 2017-8 והנושא סומן כ"מטרת על" על ידי מנכ"ל משרד הבריאות לשנת 2019. במקביל מבקש המשרד לפתח מדיניות ותוכניות לטיפול בממשקים שבין עוני לבריאות וכן לפתח דרכי עבודה בשגרה ופרקטיקות עבודה עירוניות, זאת מתוך הנחה כי שירותי הבריאות מאופיינים בפרגמנטציה ובקשרים מועטים בין "שחקני בריאות" שונים ובינם לבין שירותים חברתיים אחרים במערך עירוני או אזורי נתון. פרגמנטציה זו מערימה קשיים על ניצול השירותים בידי מבוטחים ובמיוחד בידי אנשים החיים בעוני.

במהלך השנה האחרונה פועל משרד הבריאות יחד עם ג'וינט ישראל, אשלים כדי לפתח מודל עירוני להתערבות, ממוקד בבריאות ילדים בגילאי לידה עד 6 ומשפחות צעירות במצבי עוני בערים רמלה ולוד. הכוונה היא כי מודל ההתערבות יוטמע בהמשך על ידי משרד הבריאות ברמה הארצית, באמצעים שונים העומדים לרשותו, דוגמת חוזרים ואמות מידה, תמיכות כספיות, הכשרות צוותים וכדומה.

פיילוט ההתערבות נמצא בשלבי תכנון סופיים בלוד ובשלבי תכנון מתקדמים ברמלה. בתכנון ההתערבות לקחו חלק נציגים בכירים מהרשות המקומית (בברכת ראש העיר ומנכ"ל העירייה ובהובלת אגף הרווחה בעיר לוד והמרכז לגיל הרך בעיר רמלה), נציגים מחזיים ומקומיים מארבעת קופות החולים, נציגות טיפות החלב, נציגי מטה משרד הבריאות, נציגים ממערך החינוך לגיל הרך בעיר, ארגונים חברתיים ועוד. את הפיילוט מלווה מכון ברוקדייל בהערכה ומדידה.

בשתי הערים בהמשך להליך תכנון ובחירה, תהיה התמקדות ביצירה והעמקת רצף הטיפול- איתור, אבחון וטיפול עבור ילדים בגיל הרך (בנושא קשיים ועיכובים התפתחותיים). תוכנית הפעולה בשלבי פיתוח סופיים. כך למשל בלוד, הכיוונים הנבחרים כוללים:

- הצבה של מתאמת טיפול בקופ"ח- מעין עו"ס או אח/ות קשר בקהילה לגיל הרך שתפקידה/ו יהא לעמוד בקשר עם המשפחה ולסייע לה בהסרת חסמים פיזיים, כלכליים, אורייניים ועוד, עם טיפת חלב, מעונות וגני ילדים ועם הרווחה.
- שילוב צוות רב מקצועי מתחומי התפתחות הילד בטיפת חלב- במטרה לשפר את האיתור של ילדים בגילאי לידה עד 5, להנגיש את האבחון (שיתבצע במקום) ולהעניק טיפול ראשוני (לבעיות שאינן מורכבות- למשל באמצעות הדרכות הורים)
- שילוב צוות רב מקצועי במעונות ו/או גנים- גם היא במטרה לשפר את האיתור באמצעות עם צוותי החינוך, לתת טיפול ראשוני

- מעטפת תגבור תכניות עירוניות- שתכלול תכלול עירוני של פעילות השחקנים בנושא באמצעות מפגשים תקופתיים, פלטפורמה דיגיטלית וכן מענים עירוניים להורים וילדיהם.

במהלך 2019 יחל שלב ישום התוכניות בלוד וברמלה ושלב תכנון של פיילוט בנושא הגיל הרך בעיר ג'סר עזאקה. במקביל, תעשה במהלך 2019 עבודה שמטרתה בחינת האפשרות ל"מידול" העבודה שנעשתה בערים לכדי מודל עבודה ארצי שיוטמע באמצעים שונים העומדים לרשות המשרד.

התוכנית הממשלתית לבריאות בחברה הערבית

משרד הבריאות בשותפות עם הרשות לפיתוח חברתי-כלכלי של המיעוטים במשרד לשוויון חברתי סיימו במהלך 2018 לגבש טיוטת תוכנית מקיפה רב-שנתית לבריאות החברה הערבית. התוכנית פותחו עם כ- 100 אישה ואיש מקופות החולים, לשכות הבריאות, אקדמיה וארגוני חברה אזרחית. במהלך החודשים האחרונים של ספטמבר נערכו פגישות עם משרד האוצר בנושא תמחור התוכנית וכן עם משרדי ממשלה מקבילים במטרה לדייק עמם תוכניות משותפות.

מרכיבי התוכנית כוללים התייחסות לנושאי רוחב, התמקדות במספר מוקדי תוכן בהם ישנם פערי בריאות ו/או שירותי בריאות עמוקים בין יהודים לערבים, והתייחסות לגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות, להלן:

אחר	הגורמים החברתיים לבריאות	מוקדי תוכן: בעיות מורכבות	המעטפת: מנופים אסטרטגיים
מנגנון היישום	תנאי חיים ביישוב	סוכרת והשמנה	מידע, מחקר וניטור אחר מצב הבריאות והפערים בבריאות
	השכלה וחינוך	בריאות הנפש	תשתיות שירותי בריאות
	עוני ורווחה	עישון ומחלות ריאה	כח אדם
	גזענות, אפליה והדרה	שנות החיים הראשונות	רגולציה
		בריאות האשה	

התוכנית עתידה להיות מוגשת לשולחנה של הממשלה החדשה.

הקמת פורטל אינטרנטי למעקב אחר מצב בריאות האוכלוסייה ושירותי בריאות ביישובי ישראל

"מפת הבריאות היישובית" מאפשרת לציבור הרחב, לקובעי מדיניות ולנציגי רשויות מקומיות ללמוד אודות תוצאי הבריאות של היישוב ומצב שירותי הבריאות שלה, באופן המאפשר השוואה ליישובים אחרים. בכך מתאפשר מעקב אחר פערים ואי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות בין יישובים ואזורים גיאוגרפיים.

מדובר בפורטל אינטרנטי שהוקם על ידי משרד הבריאות ומאפשר התרשמות על גבי מפה של ממזדים דמוגרפיים, חברתיים ובריאותיים שונים. המפות מאפשרות חשיפת מידע מקיף, מגוון ואמין לציבור בצורה נגישה וידידותית למשתמש. בניית הפורטל מהווה המשך פעילות לאפיון בריאותי של יחידות שטח גיאוגרפיות, פעילות שהחלה בפרסום סדרת מפות מדינת ישראל הכוללות מידע בריאותי בשילוב מידע על שירותי בריאות ברמה אזורית³.

הפורטל מיועד להיות מקור מידע המאפשר השוואה בין ישובים על בסיס גיאוגרפי וסוציאוקונומי, כמו גם על סמך הרכב דמוגרפי וחברתי של האוכלוסייה, לרבות גודל האוכלוסייה, מבנה גילאים, ההרכב הדתי והלאומי ועוד. במסגרת הפורטל אפשרויות לבחון תוצאי בריאות ושירותי בריאות באופן ויזואלי ולהוריד נתונים לקובצי אקסל לצורכי עיבוד נתונים וקשרים בין נתונים.

גרסת הפיתוח הראשונה של הפורטל תושק בתאריך 30.1.2019 במסגרת הכנס השנתי של משרד הבריאות בנושא "מערכת הבריאות מתמודדת עם אי שוויון". המשרד מתייעד להמשיך ולפתח באמצעות הזנת נתונים נוספים וכן אפשרויות הצלבה שונות עם משתנים חברתיים.

מינעה ומיגור גזענות

בהמשך לפעילות שהחלה בשנת 2017⁴, פירסם המשרד במאי 2018 דוח בנושא "מקדמים שוויוניות בבריאות באמצעות מיגור גזענות במערכת"⁵.

ההמלצות בדו"ח שגובשו בשותפות עם סך כל כ- 46 אישה ואיש מהמטה, החברה האזרחית, האקדמיה והמערכת המטפלת, כוללות:

מינעת גזענות, אפליה והדרה	איתור מופעי גזענות, אפליה והדרה וניטורם	טיפול בגזענות, באפליה ובהדרה
ניכוש אמנה חברתית משותפת באמצעות מעגלי שיח עם קבוצות חברתיות מגוונות, עם מטופלים, עם מטפלים, עם איגודי עובדים ועוד	מינוי בעל תפקיד ייעודי שתפקידו יכלול טיפול בתלונות פרטניות לצד איתור מופעים ממוסדים וטיפול בהם	חוזר מנכ"ל מנחה בנושא
הכשרה וחינוך לסטודנטים ולצוותים פעילים בשטח	הנכחה, הנגשה וכישוט האפשרות להגשת תלונה	מנהיגות וניהול: הנחיה, תמרוץ ועי" דוד למנהלים בכירים בנושא
מסע הסברה ליצירת אמון ואווירה ציבורית נוגדת גזענות ומקדמת מציאות שוויונית	עידוד פרואקטיבי להגשת תלונות בדגש על קבוצות מוחלשות	הטמעה של תהליכי בקרה הנובעים מחוזר המנכ"ל ומחובות מנהלים בנושא
עיצוב מחדש של "מרחבים נפוצים" דוגמת מחלקת מיון או מחלקת יולדות באמצעים פיזיים וארגוניים (כנהל ביקור משפחות)	הקמת צוות מחקר וייעוץ; קידום מחקר ייעודי ראשון בנושא	עליית מאמץ בצעדים לקידום הניוון בתעסוקה

³ ראו אברבוך ואבני. 2015. "אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2015". מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

⁴ ראו בתוך: אברבוך ואבני. 2017. "אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2017", מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

⁵ ראו: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Elimination_of_racism.pdf

בנוסף, מופיעות המלצות הנוגעות ל"פרשות עבר":



כבר במהלך עבודת הועדה החל המשרד לפעול בכמה ערוצים ומאז פרסום דו"ח הועדה ביתר שאת:

1. טיפל פרטני בפניות המתקבלות אודות גזענות בינאישית או גילויי גזענות מוסדית
2. בחינה מחדש של נהלים שהתקבלו עליהם תלונות, דוגמת נהלי התנהלות המערכת בשעת חירום, נוהלים בנושא אפשרות צוותים לדבר בשפתם במקום העבודה ונוהל מתן חיסון שחפת לילודים
3. פיילוט לפיתוח הכשרות לצוותים בנושא (נערך באספ הרופא ונמצא בשלבי המשך פיתוח יחד עם מרכז מסר לסימולציה רפואית בתל השומר)
4. עבודה עם איגודי עובדים בנושא- ועדת האתיקה של ההסתדרות הרפואית ואיגוד רופאי בריאות הציבור
5. תחילת תכנון עבודה בנושא פרשות העבר: תרומות דן; דפו פרוורה
6. גיוס סטודנטית יעודית לנושא ילדי תימן המזרח והבלקן העוסקת במיפוי ארכיונים בנושא ומחקר

זמינות שעות שירותי רפואה בקהילה: מיפוי גיאוגרפי

בשנה האחרונה פעל המינהל כדי לנתח ולפרסם נתונים אודות זמינות שעות שירות רפואי בקהילה בשבעה תחומים מקצועיים: שלושה ברפואה ראשונית (רפואת משפחה, רפואת ילדים, רפואת נשים)

וארבעה ברפואה מקצועית, במקצועות בהם מתאפשרת פנייה ישירה של המטופל/ת ללא צורך בהפניה (אורתופדיה, אף אחן גרון, עיניים, עור).⁶ העבודה נועדה להציג נתוני זמינות שעות שירותי רפואה בקהילה בהשוואה בין קופות חולים, ובהשוואה בין מרכז לפריפריה.

זמינות שעות השירות הוגדרה במונחים של שעות פעילות הרופא ל-1,000 נפש ונאספה על בסיס שעות השירות כפי שהקופות בוחרות לחשוף אותם למבטחיה באמצעות האינטרנט. הניתוח נעשה בשני רבדים: אזורי טבעיים ובישובים. בהתייחס ליישובים נכללו 41 יישובים המייצגים כ-4.6 מיליון תושבים. הניתוח על פי אזורי טבעיים, לעומת זאת, מאפשר להכליל בניתוח כ-7.6 מיליון תושבים, כך שהוא מספק תמונה כוללת יותר ברמה הלאומית.⁷

ניתוח ההבדלים בין פריפריה למרכז בתוך הקופות מורכב, כיוון שההשוואה מחייבת יישובים בגדלים דומים. עם זאת, מן ההשוואה עולות מספר תובנות מעניינות:

- מבחינת זמינות שעות השירות ברמה הארצית, ניתן לראות שעבור כל הקופות, אין אף אזור בארץ, מבין אלו שבהם אנו עוסקים בעבודה זו (כלומר אזורי שיש בהם מעל ל-25,000 תושבים), שבהם לא קיים שירות כלל.
- בבחינת פריפריה מול מרכז, בהשוואה בין אזורי דומים, הכללית נותנת יתרון למחוזות המרכז ברוב האזורים בהם היא נותנת שירות. במידה פחותה יותר, גם מכבי ומאוחדת נותנות יתרון למחוזות המרכז.
- בשירותי בריאות כללית ניכר כי אזור באר שבע והסביבה נופל בזמינות שעות השירות ביחס לאזורים בגדלים דומים במרכז (לדוגמא, אזור תל אביב והסביבה, אזור ירושלים והסביבה). כך למשל, באזור תל אביב זמינות שעות השירות של רופא משפחה באזור תל אביב עומדת על 19.7 שעות רופא ל-1,000 נפש, ובאזור ירושלים זמינות שעות השירות של רופא משפחה עומדת על 19.4 שעות רופא משפחה ל-1,000 נפש. בבאר שבע לעומת זאת זמינות שעות השירות של רופא משפחה עומדת על 14.7 שעות רופא ל-1,000 נפש. גם בצפון אזורי בנפח מבטחים דומה (אזור נצרת והסביבה) הם בעלי זמינות שעות שירות נמוכה יותר – 14.8 שעות רופא ל-1,000 נפש.
- בשירותי בריאות כללית באזורים בעלי מספר מבטחים קטן יותר הפערים בין פריפריה למרכז מצטמצמים, אך עדיין זמינות השירותים במחוזות תל אביב, המרכז וירושלים גבוהים יותר.
- במכבי שירותי בריאות, ניכר כי ברוב ההשוואות, הקופה נותנת שירות שווה באזורי פריפריה כמו באזורי המרכז, מלבד ביישובים קטנים, שם בולט מחוז הדרום הרעה (באזור אשקלון שעות רופא

⁶ נתוני זמינות רפואה בקהילה לפי אזורי גאוגרפיים פורסמו לראשונה בדוח "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2017"; הממצאים המלאים בנושא, כולל התייחסות ללאומית שירותי בריאות, יפורסמו באתר המשרד בפרסום ייעודי בנושא.

⁷ כדי לבצע השוואה הוגנת, הוצגו מקרים בהם ביישוב מסוים/ אזור טבעי, לשתי קופות (או יותר) יש סדר גודל דומה של מבטחים. הניתוח לפי אזורי טבעיים שימושי כשאנחנו מתייחסים לאזור השירות כאזור רחב יותר מהיישוב בו מתגורר המבטח. העניין רלוונטי בעיקר כשמדובר ביישובים קטנים יותר, הנסמכים על יישובים סמוכים גדולים לצורך קבלת מגוון רחב של שירותים, כולל שירותי בריאות.

משפחה ל- 1,000 נפש עומדים על 11.9, בעוד באזור חדרה לדוגמא, הקופה נותנת שירות של 15.1 שעות רופא משפחה ל- 1,000 נפש).

- קופת חולים מאוחדת נותנת שירות בפריפריה רק באזורים בפריפריה עם מספר מבוטחים קטן. אך בהשוואה לאזורי שירות מצומצמים במחוז תל אביב, במרכז ובחיפה, השירות הניתן במחוז הצפון נופל ברמת זמינות שעות השירות. למשל, באזור נצרת עומד שירות רופא ילדים על זמינות של 20.8 שעות רופא ל- 1,000 נפש, בעוד שבאזור פתח תקווה עומד השירות על 35.5 שעות רופא ילדים ל- 1,000 נפש.

בנוסף לכך, עסק תחום צמצום פערים בפעילות שוטפת שכללה, בין היתר:

- סט מדדים לאומי לדיווח וניטור של פערים בבריאות ובשירותי בריאות: המשרד יזם מהלך שמטרתו גיבוש הסכמה לאומית על סט לאומי של מדדי פערים בבריאות ובשירותי בריאות, במטרה לשקף תמונת מצב לציבור ולמקבלי החלטות ולנטר מגמות עם הזמן. לצורך כך נערכה פניה לחברה לאיכות ברפואה שהסכימה להוביל את הנושא ולמכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות שהסכים לממן את המהלך המחקרי, בהובלתה של ד"ר רחלי ווילף מירון.
- הסתיימה שנת תמיכה ראשונה בקופות החלים לטובת תמרוץ התערבויות ביו-פסיכוסוציאליות בקשישים במצבי עוני (מקבלי קצבת זקנה עם השלמת הכנסה). במסגרת מבחן זה נהנו 6920 קשישים החיים בעוני מהתערבויות שביצעו קופות החולים כללית, מכבי ומאוחדת.
- המשך הכשרתן של ממונות שוויון מבתי הספר והמכללות לסיעוד בשותפות עם מינהל הסיעוד במשרד הבריאות. במהלך 2018 הוכלל בטופס הבקרה של מינהל סיעוד חובות שילוב תכנים אודות אי-שוויון, כשירות תרבותית ומניעת גזענות, אפליה והדרה בתוכניות הלימוד של בתי הספר.
- התקיים תהליך הטמעה של תכני כשירות תרבותית במספר מוסדות הכשרה אקדמיים במקצועות הבריאות באמצעות ימי עיון ייעודיים לסטודנטים וקודמו מספר שיתופי פעולה עם מגוון אגפים בתוך משרד הבריאות בנושא כשירות תרבותית, במסגרת זו לקח תחום צמצום פערים השתתפות פעילה בימי עיון לאנשי מקצועות בריאות (כגון ימי עיון לדיאטניות בקופות חולים ובמשרד הבריאות והרצאות ייעודיות לעובדי מלר"דים).
- הושלמה קבלת טפסי בקרה במסגרת בקרה רוחבית של משרד הבריאות בנושא כשירות תרבותית במוסדות בריאות בדגש על התאמת השירותים לעולים חדשים.

השנה ביקשנו מחלק מיחידות המשד ומלשכות הבריאות המחוזיות תיאור מתומצת של פעילויותיהם לקידום השוויון. אין בכדי התיאורים שלהלן כדי למצות את כלל הפעילויות שהמשד מקדם בנושא.

שירותי בריאות הציבור

סיעוד בבריאות הציבור

תחומים	נושא	פעילות
פעילויות למיפוי וניטור פערים	טיפות חלב מקדמות הנקה	המחלקה תקדם השנה מיפוי של הכשרות אחיות בתחום ההנקה; תוקם ועדת היגוי לנושא טיפת חלב מקדמת הנקה; כתיבה והפצת חזר בנושא עידוד הנקה
	בקה בטיפת חלב	בבקה נבדקים זמינות ושעות קבלת קהל, פערים בתקינת אחיות בטיפת חלב, הנגשה לשונית ותרבותית, קיום פעילות עם קבוצות הורים ייחודיות מותאמות לצרכי אוכלוסיה, שיעור התחסנות
	בקה בשירותי בריאות התלמיד	בבקה נבדק מתן השירות בהתאם לחזר ראש שירותי בריאות הציבור ולנהלים הרלוונטים למתן השירות, שיעורי כיסוי בדיקות סינון וחיסונים, פעילויות הנעשות להעלאת שיעורי הכיסוי.
	חיבור טיפות חלב למוקד "קול הבריאות"	כחלק משפור השירות למטופלי טיפות חלב החל לפעול שירות חדש לזימון תור במוקד "קול הבריאות" (*5400)
	תכנית לאומית למדדי איכות בטיפות חלב	הובלת מדדי איכות לפעילויות בטיפות חלב
	מיפוי חסרים בתקינת אחיות בפריפריה ובמגזר החרדי במחוז ירושלים	גיוס אחיות ומתן תמריצים במחוז דרום; מיפוי צרכי כוח אדם בתחנות בבית עלית ובבית שמש (אושרו 10 תקני אחיות חדשים ל 2019)
	מיפוי חסרים בהכשרת אחיות בריאות הציבור בפריפריה	פתיחת קורס על בסיסי ייעודי לאחיות בריאות הציבור במחוזות דרום ואשקלון
מיפוי חסרים בהכשרת אחיות בריאות לתלמיד בפריפריה	פתיחת קורס ללימודי הסמכה ייעודי לאחיות בריאות התלמיד ממחוזות דרום, אשקלון והצפון	
פעילויות ייעודיות	תכנית טיפול בפג	הכשרת אחיות טיפות חלב כמנהלות טיפול בפג ומשפחתו

85 אחיות בריאות הציבור מ-42 טיפות חלב עברו הכשרה ייעודית ומדריכות הורים לתזונה בריאה ושמירה על גהות הפה. בהתאם לסיכון מבצעות מריחה של לכת פלואוריד ו/או הפנייה לרופא שיניים	הרחבת הפעילות למניעת העששת ולקידום בריאות הפה בתחנות טיפת חלב	המגדירות את נושא צמצום כיעד עיקרי
הנחיית קבוצות הורים במכלול נושאים במסגרת תכנית לאומית לילדים ונוער בסיכון	חיזוק קשר הורה ילד	
נכתב סטנדרט להפעלת טיפת חלב ניידת במטרה להנגיש שירות מונע ולתת מענים מקצועיים בשגרה ובמצבי חירום רפואיים, לאוכלוסייה הכללית בכלל ולאוכלוסיות מודרות שאינן צורכות שירותי בריאות	טיפת חלב ניידת	

אגף התזונה

תזונה ים תיכונית

כרמית ספרא, אבידור גינסברג, חוה אלטמן, רבקה גולדשמיט רונית אנדוולט- אגף התזונה

רקע: משרד הבריאות בישראל אימץ את עקרונות התזונה הים תיכונית. זאת בהמשך לעבודה של ועדה רב מקצועית שכללה אנשי מקצוע מהאקדמיה משרות המזון ומאגף התזונה ומבריאות הציבור: עקרון 1- השלם גדול מסכום חלקיו: הערך התזונתי של התפריט אמנם תלוי ברכיבים התזונתיים, אך גם במזונות המספקים אותם, בהרכב כלל המזונות בארוחה, באופן הכנת המזון ואף באופן אכילתו. מתוך כך, לתזונה ממדים חברתיים ותרבותיים. לכל אלו השפעה על הבריאות והמיטביות.

עקרון 2- 4 ממדים לתזונה ים תיכונית:

2.1 הממד הבריאותי: כבר בשנות ה 50 הוצגו מחקרי תצפית שבאזורים בהם רווחת התזונה הים תיכונית, קיימת היארעות נמוכה ביותר למחלות לב. במשך השנים מחקרי התערבות הוכיחו את הקשר בין תזונה ים תיכונית לירידה בתחלואה לבבית, ירידה בסיכון לסוכרת מסוג 2, שיפור רמות שומנים בדם, ירידה במשקל, ירידה בסיכוי לדמנציה, מניעת סרטנים שונים ועוד.

2.2 הממד הסביבתי-מקיים: תזונה ים תיכונית היא תזונה מקיימת שאיננה מזיקה לסביבה, קבילה תרבותית, נגישה, הוגנת כלכלית ומטייבת. התזונה הים תיכונית מבוססת על מזונות שאינם מעובדים או מעובדים מינמלית, ואיננה כוללת מזון אולטרה-מעובד. מזון אולטרה-מעובד מזיק לבריאות ופוגע בסביבה. זאת מכיוון שמזון אולטרה-מעובד בא להחליף אכילת מזון בריא, הוא ארוז ומשונע למרחוק ומכיל מגוון תוספים שאינם מהטבע. אופן האכילה, גדלי המנה והצפיפות הקלורית במזון אולטרה-מעובד סותרים את עקרונות התזונה הים תיכונית ובכך פוגעים באיזון הסביבתי שהיא מאפשרת.

2.3 הממד החברתי: תזונה ים תיכונית מדגישה את תרומת החברתיות ותחושת השייכות לבריאות. בישול ביתי, שעומד בבסיס תזונה זו, מקדם הכנת מזון משותפת ואכילה סביב שולחן בחברה.

2.4 הממד הכלכלי: תזונה ים תיכונית מבוססת על חומרי גלם מהצומח, עונתיות וצריכת תוצרת מקומית.

עקרון 3: התזונה הים תיכונית מתאימה לכל שכבות הגיל וחשובה במיוחד ב- 1000 הימים הראשונים לחיים. זאת מכיוון שבימים אלו התינוק מתפתח משמעותית. תזונה טובה בשנות הגדילה וההתבגרות חשובה כיוון שיש לה השפעה על הגדילה, ועל אימוץ הרגלי אכילה בריאים כהכנה לחיים הבוגרים. תזונה ים תיכונית מבוססת על מאפיינים הכוללים מרכיבים נוגדי דלקת. אלו חשובים למניעת מחלות דגנרטיביות טרשת עורקים ומחלות של הגיל השלישי.

עקרון 4: עיצוב סביבה בריאה יאפשר בחירה טובה בקלות. מדיניות תומכת להרגלי אכילה ים תיכוניים כוללת סימון שיפוטי בחזית האריזה, תכניות לקידום בריאות ומערכות הזנה בריאות בבתי הספר.

סימון שיפוטי בחזית האריזה

כרמית ספרא

רקע: ועדת האסדרה לתזונה בריאה גיבשה המלצות לאסדרה תזונתית בריאה לאוכלוסיה בישראל. בין המלצות הועדה נקבע כי יוסכם על סימון אינפורמטיבי ושיפוטי בחזית האריזה. המלצה זו התקבלה בהתאם לתהליך שיתוף ציבור שנעשה כחלק מעבודת הועדה. הציבור ביקש סימון שיפוטי אינפורמטיבי בחזית האריזה ומניעת הטעיה תזונתית בתהליכי קניית מזון.

מטרה: הנגשת מידע שיפוטי בנוגע לרכיבי מזון מזיקים במוצרי מזון ארוחים מראש

שיטה: פיתוח סמלים לחזית אריזת מזונות. הסמלים מאפשרים לצרכן לדעת בקלות כאשר קיימים ערכים גבוהים יחסית של נתרן, שומן רווי וסוכר ל 100 גרם מזון או ל 100 מ"ל נחל. הסמלים יאפשרו בחינה שיפוטית של המוצר והשוואה משמעותית בין מוצרים בכל קטגוריה.

תוצאות: תקנות הגנה על בריאות הציבור (מזון) (סימון תזונתי), התשע"ח-2017 כוללות את הדרישה לסמן בסמלים אדומים מזונות שעוברים את ערכי הסף לרמות נתרן, שומן רווי וסוכר. הדרישה הנה הדרגתית, דו שלבית. מזונות המכילים רמות שומן רווי, נתרן ו/או סוכר מעבר לערכי הסף הבאים, ידרשו לסמן זאת בצורה בולטת בחזית האריזה.

סימון חיובי בחזית האריזה

כרמית ספרא- אגף התזונה

רקע: פיתוח קריטריונים לסימון חיובי וולנטרי בחזית האריזה נעשה בעקבות המלצות ועדת האסדרה וכחלק משלים לחוק הסימון שיחול ב 2020. פיתוח הסימון החיובי משמעותי לקידום בחירה בריאה של מזון מכיוון שהסימון האדום יצביע על מזונות שאינם מומלצים לצריכה, אך אין זה אומר שמזון שאיננו מסומן באדום הנו מזון בריא ומומלץ. הסימון החיובי בחזית האריזה יהווה סמן ימני לקניה של מזון המותאם להמלצות המקובלות של תזונה ים תיכונית. באמצעות הסימון החיובי, הבחירה הבריאה תהיה הבחירה הקלה ברשתות השיווק.

מטרה: קביעת קטגוריות, וקריטריונים לכל קטגוריה, אשר יוכלו לקבל סימון חיובי בחזית האריזה.

שיטה: הוקמה ועדה מדעית, בלתי תלויה, לפיתוח הסימון החיובי. הועדה מורכבת ממומחים מובילים בישראל לתזונה ולמניעת מחלות ומנציגים מאגף התזונה ושירות המזון הארצי במשרד הבריאות. הועדה ביקשה ויישמה כי בשיבותיה קביעת הקטגוריות לסימון החיובי ייערכו בדיונים מקצועיים סגורים ללא נוכחות התעשייה או התקשורת, זאת כדי לקבל החלטות על בסיס מדעי בלבד באופן בלתי תלוי ושאינו מוטה. גורמים ממשרד הבריאות או מטעמו נפגשו עם נציגים של חברות מזון והתעשייה לפי דרישה בכדי להבין תהליכים טכנולוגיים של פיתוח מזון.

תוצאות: נקבעו 25 קטגוריות שיוכלו לשאת את הסימון החיובי. לכל קטגוריה נקבעו קריטריונים מותאמים לה, לפי עקרונות התזונה הים תיכונית. הקטגוריות והקריטריונים שהוצעו הנם למזונות בסיס בתפריט ים תיכוני. בהתאם להיענות, להתקבלות ולמודעות לסימון הירוק ולאור פיתוח מוצרים חדשים שעומדים בהלימה לעקרונות שהוצגו, הועדה תשקול בעתיד הוספה של קטגוריות ו/או קריטריונים חדשים.

סיכום ומסקנות: המלצות הועדה הוצגו למנכ"ל משרד הבריאות בספטמבר 2018. לאחר השלמת תהליכים מנהליים ומשפטיים, יפורסמו הקטגוריות והקריטריונים. ניתן יהיה לסמן מזון בסימון חיובי לאחר החלת חוק הסימון, ב 1.1.2020. את הפן המקצועי-מדעי ינהל צוות היגוי המורכב מאנשי מקצוע מתחום התזונה, המשפט, בקרת מזון, אגרונומיה, תקשורת, שיווק חברתי וניהול. תבנה תכנית הערכה ויוקצו משאבי ניהול ובקרה. נדרש תהליך הטמעה של הבנת הסימונים והפיכתם לכלי יישומי לעידוד צריכה של תזונה ים תיכוני.

לשכות הבריאות המחוזיות

לשכת הבריאות המחוזית ירושלים

מיגור מחלת חצבת 2018 בערים ביתר עילית, בית שמש וירושלים

רקע: בתקופה שבין 01.08.2018 ועד 09.12.2018 דווחו כ-1600 מקרי תחלואה בחצבת ללשכת הבריאות ירושלים המהווים 65% מ-2457 המקרים שדווחו בישראל. להלן יוצגו הפעילויות שנעשו בעקבות ההתפרצות. לשכת הבריאות המחוזית פעלה במטרה לבלום את התפרצות מחלת החצבת על ידי העלאת שיעור התחסנות בחיסון MMR. ניתן דגש על הנגשת החיסונים **למשפחות חרדיות, מרובות ילדים, התלויות בתחבורה ציבורית- משפחות שילדיהם לא חוסנו בחיסון MMR בערים ביתר עילית, בית שמש וירושלים.**

הפעילות שנערכה בנושא:

- נערכו חקירות אפידמיולוגיות והופנו מגעים להתחסן.
- גויסו אחיות מתגברות לסיוע בטיפות החלב-מלשכת הבריאות ירושלים, ממחוזות אחרים, ממנהל הסיעוד, מהשירות לבריאות התלמיד ("נטלי") ומבתי החולים.
- גיוס צוות מנהלי ושינוע מוגבר של חיסונים.

- יישוג טלפוני של הורים לילדים שאינם מחוסנים.
- השלמת חיסונים למטופלים, חיסון המגעים, קליטת משפחות שאינן מוכרות בטיפות החלב והשלמת חיסונים נוספים לפי השגרה.
- הפעלת טיפות חלב כל יום עד שמונה בערב ובנוסף בימי שישי עד שתיים עשרה.
- שיתוף פעולה עם "נטלי".
- יצירת שותפויות עם ארגוני בריאות המקומיים. לדוגמה מתן חיסונים בשעות אחר הצהריים במבנה של קופת חולים מאוחדת בבית שמש, ע"י צוותי לשכת הבריאות ו"נטלי".
- הפעלת ניידות בבית שמש לשם הנגשת השירות.
- הקצאת אולם בלשכת הבריאות, הממוקמת בסמיכות לשכונות גאולה ומאה שערים, לצורך חיסוני תלמידים בשעות הבוקר והערב.
- פרסום מודעות בשכונות חרדיות בעברית וביידיש (פשקווילים) והפעלת כרזים.
- הפצת מסמך חתום הקורא להתחסן שנכתב ע"י רבנים.

לשכת הבריאות המחוזית חיפה

גב' מג'ר, האחות המפקחת המחוזית; גב' אחלאם חמיס, מקדמת בריאות מחוזית

הנגשה תרבותית: הסתיימו סדנאות לכל עובדי המחוז בנושא הנגשה תרבותית ולשונית; תורגמו תדריכים של המחלקה לשירותי מזון לשפה הערבית.

מודל שירות מונגש לקהילת ג'סר אלזרקא באמצעות טיפת חלב:

השכלה ותעסוקה: איתור 50 נשים וגברים ללימודי סיעוד בבית ספר לאחיות בני ציון בעזרת תקציב של המשרד לשוויון חברתי- 2.3 מיליון ₪. הסטודנטים החלו בתכנית הלימודים ב-12.9.2018. התכנית כוללת מכינה קדם אקדמית ולימודי סיעוד לאח/ות מוסמך/ת. במקביל, הוגשה בקשה לקרן קיסריה לגימלת קיום חודשית. הדבר נבחן עדיין על ידי הקרן.

שליחתן של 15 נשים ללימודי סיעוד לקשישים באמצעות תקציב של האגף לגריאטריה, משרד הבריאות. כל ה-15 מועסקות במקומות עבודה שונים בסביבות ג'סר אלזרקא.

העצמה: נעשו 3 קבוצות העצמה: נשים, גברים ונערות. המטרה- העצמת נשים למנהיגות. המטרה בגברים: חיזוק קשר אב-ילד. המטרה בנערות: העצמה וקידומן לקראת השכלה גבוהה באוניברסיטה ובנוסף פיתוח ההתנדבות בקהילה שלהן.

עירוניות: תמיכה ושיתופי פעולה עם רשויות ממעמד סוציו- אקונומי נמוך, הנגשת השירותים הניתנים בלשכת הבריאות דרך מתאמי הבריאות העירוניים. לדוגמה: תו לחם בריא באום אלפחם, עידוד עסקים לקבלת רשיון עסק, רשיון יצרן ותו לחם בריא.

לשכת הבריאות המחוזית מחוז מרכז

ד"ר עפרה חבקין, רופאת המחוז

פעילות מחלקת בריאות השן:

המחלקה מקדמת באופן אקטיבי תכניות בתחום גם בקרב אוכלוסיית פגועי הנפש ובקרב תלמידי פנימיית. אוכלוסיית פגועי הנפש הינה אוכלוסייה בעלת סיכון גבוה למחלות הפה והשיניים אשר כחלק מתהליכי שיקומה נמצאת במפעלים מוגנים, לכן מפעל מסוג זה מהווה מקום מתאים לקידום בריאות הפה באוכלוסייה זו. פרויקט זה לקידום בריאות הפה מתבצע בשיתוף המכללה ברמת-גן. בתכנית כחלק מקורס שינניות מועברים ע"י רופא שיניים ממחוז המרכז תכנים הנוגעים לייחודיות בריאות הפה באוכלוסיית פגועי הנפש. בהמשך ישנו חלק מעשי המתקיים ב-6 מפעלים מוגנים במחוז המרכז, כאשר אותה קבוצת שינניות שקיבלה הדרכה- מעבירה תכנים מתאימים לאוכלוסיית המועסקים במפעלים אילו, ואף מתרגלות עם המשתתפים הדרכה מעשית אישית.

בנוסף נבנתה תכנית בקרה בפנימיית בתחום בריאות השן, לצמצום פערים בתחום זה בקרב תלמידי פנימיית במחוז. התכנית כללה מיפוי הפנימיית ושירותי בריאות השן שלהן ובניית מאגר נתונים מעודכן. פנימיית בהן קיימת מרפאת שיניים ואינן בעלות רישיון - יעברו תהליך רישוי, ומרפאות שיניים בעלות רישיון יבוקרו בהיבט הפעלת המרפאה ותוקף הרישיון. בפנימיית בהן לא קיימות מרפאות - ייבדק ניהול תחום רפואת השיניים בפנימייה מול הנהלת הפנימייה, ובתחומים הבאים: הפניה לבדיקות שגרה, טיפול מונע, מעקב אחר ביצוע והשלמת תכניות טיפול בהתאם להנחיות הרופא המטפל. בכלל הפנימיית נבחנת המודעות וההתייחסות לתחום רפואת השיניים מול צוותי הפנימייה, לרבות הקפדה על הרגלי היגיינה באופן שוטף, מודעות לתזונה והקשר לבריאות הפה. בשנת 2018 נעשו בקרות בשתי פנימיית, באחת מרפאה פרטית שאינה דורשת רישוי, אך נערכה פגישה עם צוות הפנימייה להטמעת נהלי ביקורת ומעקב שגרתי במרפאה, ובשנייה מרפאת תאגיד ללא רישיון, ובעקבות התכנית החל הליך רישוי למרפאה. מתוכננת בקרת המשך עם הרופא והמנהל לצורך עמידתה בדרישות משרד הבריאות לטיפול בילדים ונוער.

פעילויות נפת רחובות:

1. הנגשה לשוניית של טפסים: השנה בוצע תרגום לשפה הרוסית של דפי המידע להגשת בקשות לרישיון עסק ולחוות דעת מקדמית.
2. "פעיל זה בריא": תכנית קידום בריאות בנושא תזונה ופעילות גופנית בגני ילדים בעיר רחובות. ידוע כי **למשפחות במצב סוציו-אקונומי נמוך קשה יותר לנהל אורח חיים בריא. להם יש פחות מרחבים לתמרון בעת רכישת מזון ולכן יש לפקח על תזונת הילדים עוד יותר כמו גם להקפיד על הרגלי פעילות גופנית.** נמצא כי בשכונות מצוקה (שיקום שכונות) לא הייתה פעילות העשרתית בתחום התנועה והתזונה בתוך גני הילדים. לשכת הבריאות רחובות עם שותפים בעירייה הפעילה תכנית חלוג- "פעיל זה בריא" - בארבעה גני ילדים, להגברת פעילות גופנית בקרב פעוטות בגילאי 3-6 שנים, המבקרים בגן הילדים, מזון בטוח והתאמת תפריט בריא לפי צרכי ילדי הגנים. בתכנית השתתפו 134 ילדים בגיל 3-6 ש', גננות וסייעות. הפעילות כללה הפעלה והקניית

- מושגי יסוד ותרגול בפעילות גופנית ותזונה. הגננות רכשו ידע ומיומנויות שמאפשרים להטמיע את התנועה ותפריט מזון כאורח חיים בריא בגן הילדים.
3. התכנית הלאומית 360 בעיר ראשון לציון- תכנית המשך: לשכת הבריאות רחובות שותפה לתכנית הלאומית לילדים בסיכון, הקימה ביחד עם עיריית ראשון לציון "בית פתוח" בשתי תחנות טיפת חלב עבור משפחות לילדים בגיל הרך בשכונות רמב"ם ורמת אליהו בעיר. בשנת 2018 צורכים עוד כ-120 ילדים ומשפחותיהם את השירותים בבתי הפתוחים. צוות רב מקצועי בהובלת אחות בריאות הציבור, מאפשר להורים באווירה פתוחה לקבל מענה, הדרכה וייעוץ מאנשי מקצוע בתחום הבריאות והרווחה למיומנויות הוריות וקידום ההתפתחות בגיל הרך בנושאים המעסיקים אותם, וקשיים המאותרים על ידי אנשי מקצוע. הבית נותן מענה זמין ונגיש הן לאוכלוסייה שמתקשה לצרוך שירותים על רקע כלכלי או על רקע תרבותי ומשפחתי והן למשפחות וילדים שמתקשים למצוא מענה במערך שירותי הרווחה והבריאות העירוניים הקיימים היום.
4. תכנית לזוו פגים ומשפחותיהם בטיפת חלב: נפת רחובות השתתפה בתכנית הפיילוט של משרד הבריאות לקידום איכות הטיפול הסיעודי לילדים פגים בקהילה. הוכשרו 6 אחיות להיות מלוות פגים. נבנתה תכנית התערבות לקידום מצבם הרפואי, בריאותי, הפסיכוסוציאלי שלתינוקות פגים למיצוי פוטנציאל הגדילה וההתפתחות הטמונים בהם. הקמנו מערך ממוסד למעקב אחרי כל הפגים ב-6 תחנות טיפת חלב למיצוי איכות הטיפול הסיעודי עבורם ועבור בני משפחותיהם. בימים אלה עומד להיפתח קורס להכשרת אחיות בריאות הציבור לקידום המיומנויות המקצועיות לשם אבטחת איכות טיפול לאוכלוסייה זו.

פעילויות נפת פתח-תקווה:

1. מנתוני תחנות טיפות החלב של לשכת הבריאות בנפת פ"ת עולה תמונה של **חוסר ברזל בדם בקרב תינוקות ופעוטות במגזר הערבי בנפה, עד לשיעור המצאות של כ-14% מבדיקות הברזל בדם של גיל שנה**. לצורך צמצום הפערים בנושא הוקצו משאבים ובוצעו הפעולות הבאות: הסברה והדרכה להורים על חשיבות תזונה נכונה ע"י דיאטנית, הנגשת בקבוקי טיפות תוסף הברזל להורי תינוקות לשימוש החל מגיל 4 חודשים בהתאם להמלצות, הדרכת פרטנית בנושא להורים ע"י אחיות טיפות חלב, ומעקב אחר רמת הברזל בדם לאחר גיל שנה אצל הפעוטות.
2. במהלך חודש יולי 2018 פתחה לשכת הבריאות של נפת פ"ת את המרכז הראשון לייעוץ הנקה בעיר פ"ת, בטיפת חלב נווה-גן. חלק מאוכלוסיית השכונה מוכר כמשפחות בסיכון. המרכז מופעל ע"י אחות מוסמכת לייעוץ הנקה. על מנת לממש את החלטת הנהלת הנפה על המשך פרישת מרכזי ייעוץ ההנקה ליישובים נוספים בנפה, כגון במגזר הערבי, נשלחו שתי אחיות נוספות לקורס הסמכה בנושא.
3. במסגרת תכנית קידום הבריאות הלאומית נערכת סדרת מפגשי הדרכה של אחיות בריאות הציבור לקבוצות הורים לתינוקות (עד גיל שנה) בטיפות החלב ביישובים ושכונות מוחלשות בנפת פתח תקווה: בשנת 2017 התקיימו בנפת פ"ת 19 קבוצות הדרכת הורים בהוצאה של כ-154,000 ש"ח. במחצית הראשונה של שנת 2018 התקיימו כבר 13 קבוצות להדרכות מסוג זה.

פרק 6. פעילות מערכת הבריאות לצמצום אי-שוויון בבריאות

4. במסגרת התפשטות החצבת לאחרונה לקהילות חרדיות שונות בשנת 2018 בארץ, כולל לעיר החרדית בנפה אלעד, הנהלת הנפה החליטה על מבצע מהיר של יישוג אחר לא מחוסנים, והשלמת חיסון החצבת של השגרה בקרב הפעוטות בגיל שנה ומעלה.
5. המחלקה למחלות ממושכות וניידות בלשכת הבריאות פתח תקווה הונגשו באופן מלא בשנה האחרונה למוגבלים בניידות. הפרויקט הצריך מעבר להשקעה התקציבית והתכנון ההנדסי המתאים לכך, שינויים זמניים באופן עבודת המחלקה והסתגלות הצוות עד להשלמת הפרויקט החשוב.
6. בלשכת הבריאות פתח תקווה מתקבלים דיווחים שוטפים בדבר תחלואה במוסדות החינוך לגיל הרך, וכן מתקבלות, מפעם לפעם, פניות הציבור בדבר רמת היגיינה ותנאי תברואה ירודים במוסדות אלו. בשנים 2017-18, מח' בריאות הסביבה בנפת פתח תקווה מתמקדת בשגרה בהעלאת המודעות בדבר שמירה על היגיינה ותנאי תברואה נאותים בגני ילדים ובמעונות, לרבות אופן הטיפול במזון וחלוקתו, באמצעות הדרכות נקודתיות של צוותי המוסדות ע"י המפקחים בעת בקורות, וכן הדרכות עיתיות מרוכזות של הצוותים המועסקים ברשויות המקומיות. זאת על מנת לצמצם את היקף התחלואה הזיהומית בגיל הרך.
7. מפקחי בריאות הסביבה בלשכת הבריאות פתח תקווה אחראים בשגרה לביצוע בקורות על תשתיות מוסדות האשפוז השונים בנפה. מערכת המים במוסד מהווה גורם משמעותי עיקרי וחשוב בבחינת מערכות התשתית במוסדות. מערכת מים שאינה מתוחזקת על פי ההנחיות והדרישות יכולה להיות נקודת חולשה קריטית בתשתית המוסד העלולה לגרום לתחלואה קשה בקרב המאושפזים. ע"י מח' בריאות הסביבה נבנה בנפת פ"ת מאגר מידע בנושא תשתיות המים במוסדות האשפוז, לרבות מוסדות האשפוז הגריאטריים, בנפה.

לשכת הבריאות המחוזית תל אביב

כהכנה לשלוש תכניות ההתערבות המפורטות מטה, סטאז'ריות של מחלקת התזונה ערכו אבחון של המצב הקיים במסגרות השונות, וכתבו המלצות המתאימות למאפייני וצרכי האוכלוסייה. התכניות נבנו בהתאם להמלצות ובהחלטה משותפת עם הנהלת המסגרות השונות.

אורח חיים בריא ופעיל בקרב נשים חרדיות המתמודדות עם מחלת נפש

קידום בריאות | תזונה | סל שיקום

שיתוף פעולה מוצלח נרקם בין הלשכה למסגרת תעסוקתית שיקומית של עזר מציון – מטבח שיקומי בבני ברק בו עובדות נשים חרדיות. במסגרת ההתערבות ניתנה הכשרה לצוות העובדים על תזונה נבונה ופעילות גופנית, ותזונה המותאמת למתמודדות בהתאם לאפשרויות הכנת המזון הקיימות במטבח. בנוסף, נערכו שינויים בתפריט הארוחות המוגשות במפעל, בסדר היום של המתמודדות, והחלה שגרת ביצוע פ"ג משותפת בתום יום העבודה.

תפריט בריא לילדים בסיכון, המבקרים במועדוניות רווחה ברמת-גן

תזונה | קידום בריאות

כ-20 ילדים בכיתות ד'-ז' ממשפחות בסיכון מגיעות בתום יום הלימודים ל-2 מועדוניות ברמת-גן, שם מוגשת להם ארוחת צהריים המבוססת במקום. במסגרת התכנית צוות המועדוניות קיבל ליווי והדרכה בנוגע לעקרונות קניה ואחסון מזון, עקרונות בישול בריא ובניית תפריט מתאים. כמו כן, בשיתוף עם עיריית ר"ג, יקבלו הילדים סדנאות בתזונה נכונה מהדיאטנית העירונית.

קידום בריאות במרכזי יום לקשיש ברמת-גן

קידום בריאות | תזונה | סיעוד (מחלות ממושכות)

כ-350 קשישים מבקרים כמעט מדי יום בשלושה מרכזי יום לקשישי בר"ג. במסגרת ההתערבות עובדי/ות המרכזים קיבלו הדרכות בנושאי בריאות רלוונטיים, נערכו שינויים במזון המוגש בארוחות, ובהמשך יקבלו הקשישים, בני משפחותיהם והמטפלים הדרכות על בישול בריא מהדיאטנית העירונית.

חטיבת הרפואה

האגף לגריאטריה

הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים של הקשישים הביאה לריבוי תחלואה כרונית לאורך השנים, בעיקר בגיל המבוגר ולכן אוכלוסייה זו הינה הלקוח העיקרי של מערכת הבריאות. האגף לגריאטריה פועל לקידום בריאות ורווחת הקשישים ולצמצום אי השוויון בבריאות במסגרת תכניות לאומיות וכן בקידום הפחתת עלויות ההשתתפות העצמית לאשפוז סיעודי.

האגף לגריאטריה היה שותף ותמך בתהליכים לקידום בריאות הקשישים ומניעת אי שוויון כמפורט:

1. שיפור חוק ביטוח סיעוד והגדלת סכום הגמלה: מעבר מ 3 רמות ל 6 רמות, גמלה בכסף או בעין. מרווח השירות הניתן לקשיש גדל בהתאם לזכאות. כמו כן, הוחלט על תגבור הבקרה למקבלי גמלה בכסף⁸.
2. טיפולי שיניים לקשישים: רפואת שיניים מונעת ומשמרת, יינתנו בהדרגה החל מה-1.1.2019 מגיל 75 ומעלה. הסל הכולל רפואה משקמת עתיד להיכנס החל מה- 1.9.2019 לגילאי 80 ומעלה. השירות יינתן בקופ"ח או באמצעות ספקים שלהן.
3. הפחתת ההשתתפות העצמית בעלות הקוד: התקיימה עבודת מטה במטרה לקדם הפחתה הדרגתית עד כדי ביטול מלא של השתתפויות ילדי המאושפזים באשפוז הסיעודי הממושך שתחת אחריות משרד הבריאות לפי התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת,

⁸ ראו: https://www.btl.gov.il/benefits/Long_Term_Care/Pages/default.aspx

בהתאם למקורות התקציביים. התקבלה ההחלטה כי החל מה-1.1.2019 תינתן הנחה של 500 ₪ בחדש לילדי המאושפזים. באופן זה אוכלוסיות חלשות יזכו בהקלה בתשלום הקוד (כל ילד ששילם עד כה עד לסכום של 500 ₪ לחדש יקבל פטור מלא).

4. הנגשת שירותים במסגרת התוכניות הלאומיות ומבחני תמיכה: הזאת באמצעות: תוכניות לאומיות בנושאים- מניעת נפילות, מניעה וטיפול בדמנציה וטיפול פליאטיבי; מבחני תמיכה בנושאים דוגמת טיפולי בית, שיקום בית ועוד. קופות החולים, מועצות מקומיות ואפשרי בריא, יספקו שירותים לאוכלוסיית הקשישים המהווים את עיקר צרכני שירותים אלו.

אגף רפואה קהילתית

מוקדי רפואה דחופה בקהילה מספקים שירותי עזרה רפואית דחופה למבוטחי קופות החולים בשעות שהמרפאות אינן פעילות. השירות משלים את פעילותן של מחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים הכלליים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב את קופות החולים להעמיד לרשות מבוטחיהן מענה רפואי סביר בכל שעות היממה. אחת מחלופות השירות, בעיקר בשעות שהמרפאות אינן פעילות, הינה מוקד לשירותי רפואה דחופה בקהילה.

בשל חוסר כדאיות כלכלית לפתיחת מוקדים בריכזי אוכלוסייה קטנים, יזם משרד הבריאות בשנת 2012 פתיחת מוקדי רפואה בפריפריה, במימון משותף של משרד הבריאות, הרשות המקומית וקופות החולים. מוקדים אלו נותנים שירות למבוטחי כל קופות החולים באזור. קיימים מספר אזוריים, בהם קיים קושי לקבל שירות רפואה דחופה באמצעות מוקדי רפואה דחופה במרחק סביר. אלו הם אזור הגולן, בקעת הירדן, אזור ים המלח, הר הנגב הצפוני, הערבה והשומרון. כיום פועלים 13 מוקדי רפואה דחופה בקהילה בתמיכת משרד הבריאות. **בשנים 2018-2019 צפויים להיפתח עוד 6 מוקדים נוספים בתמיכת המשרד.**

חשיבות הפריסה הרחבה של מוקדי רפואה דחופה בקהילה היא לצורך מתן שירות נגיש תמין, בסמוך למקום מגורי הפונה ובאופן בו ייחסך ממנו הצורך לפנות למלר"ד ככל הניתן.

חוזר של משרד הבריאות מגדיר את אמות המידה להפעלת השירות הרפואי הניתן במוקד, הכולל שירותי רפואה למבוגרים ולילדים. סוגי השירותים הרפואיים במוקד יקבעו על ידי המנהל הרפואי, תוך התחשבות בשיקולי איכות ובטיחות הטיפול. החוזר מגדיר תחומים נוספים רבים כגון: כוח אדם נדרש, דרישות מבנה ותשתית, שירותים נלווים, תיעוד ורישום, דיווחים, בקרה ופיקוח, הגדרת תרופות וציוד רפואי בסיסי. המוקדים נבדלים האחד מן השני: ישנם מוקדים גדולים מאוד, המציעים מגוון שירותים כגון: צילומי רנטגן ושירותי מעבדה, לחלופין, ישנם מוקדים קטנים, בהם פועל איש צוות רפואה יחיד, הנותן שירותי רפואה בסיסיים.

חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

פעילות החטיבה מכוונת לפריפריה הגאוגרפית וכן לפריפריה הרפואית, בתי החולים הפסיכיאטרים והגריאטריים:

תחום	נושא	פירוט
כלכלה	מימון תת התמחויות על של רופאים בפריפריה	באופן מסורתי למרכזים הרפואיים בפריפריה יש קושי במשיכת רופאים- החטיבה מסייעת באמצעות מימון התקן של הרופא בעודו בתת התמחות בבית חולים במרכז הארץ
	מתן תעודף תקציבי לבתי חולים בפריפריה	המרכזים הרפואיים בפריפריה מתמודדים עם בעיות העסקה ועלויות העסקה. החטיבה מבצעת תיעודף תקציבי בפועל על מנת לסייע בגיוס כ"א
	הקמת תאגיד בריאות למרכזים הרפואיים הפסיכיאטריים והגריאטריים	בשיח על פריפריה שמים על פי רוב דגש על שני סוגים של פריפריה – גיאוגרפית וחברתית. סוג נוסף של פריפריה הוא פריפריה רפואית. מדובר במשקים בהם קשה יותר לגייס כוח אדם ותרומות, וסביבת העבודה בהם מאתגרת יותר. תאגיד לאותם מרכזים יסייע להם להתמודד על כוח אדם איכותי וייתן להם תמריץ לפתח ענפי פעילות רפואית נוספים. החטיבה מקימה תאגיד לבתי חולים אלה.
כ"א	פיתוח פיזי בבתי חולים בפריפריה	על מנת לחזק את בתי החולים בפריפריה מפנה משרד הבריאות חלק משמעותי מאד מתקציב הפיתוח שלו לבתי חולים בפריפריה.
	תעודף הפריפריה בתוספת מיטות ותקנים	על מנת לחזק את בתי החולים הפריפריים ניתן תעודף למרכזים הרפואיים בפריפריה בפתיחת מיטות ובהגדלת תקני כח אדם.
	פעילות לצמצום שחיקת כ"א במערך הפסיכיאטרי	בתי החולים נדרשו להציג תכניות לפעילויות הפוגה והעצמה עבור צוותים בבתי החולים הפסיכיאטריים. לאחר הצגת התכניות ואישורן ע"י החטיבה הועבר מימון לבתי החולים ליישומן.
מחשוב	מימון קורס פסיכותרפיה אנליטית למתמחים בפסיכיאטריה	תקצוב הקורס לאור הצורך בחיזוק מערך הפסיכיאטריה.
	הכשרה לרופאות מנהלות	החטיבה פיתחה הכשרה לרופאות מומחיות שאותרו ע"י הנהלות בתי החולים כבעלות פוטנציאל לניהול בכיר, במטרה לקדם שוויון מגדרי בתפקידי ניהול בכירים בבתי החולים.
	קידום פרויקט גפ"ן בפסיכיאטריה ובגריאטריה	פרויקט ליישום מערכת ATD ו- ERP לבתי החולים הגריאטריים והפסיכיאטריים הממשלתיים המבוססת על פתרון נמ"ר ומזור המיושם בבתי החולים הכלליים. בכך מחזקים את בתי החולים הקטנים ובפריפריה הרפואית מבחינה לוגיסטית ואדמיניסטרטיבית.
ערעורים	טלה מדיסין	הנגשת הרפואה לאוכלוסייה בפריפריה באמצעות קידום פתרונות של טלה מדיסין.
	הטמעת תיק קליני ממוחשב- התחלת פריסה בפריפריה	הטמעת מערכת תיק קליני ממוחשב- התחלת פריסה בפריפריה לעצמם לעשות זאת על חשבונם.
	ערעורים	מערכת לערעורים של בתי החולים למול קופות החולים. הטמעה ראשונה בכלל הפסיכיאטריה.

פרק 6. פעילות מערכת הבריאות לצמצום אי-שוויון בבריאות

<p>איחוד תהליכי עבודה בתוך התיק הקליני באופן סדור ומקיף לצורך מתן מענה סדור לצרכי השטח, יצירת אחידות וחיבור תהליכים, על מנת לשפר את התיעוד הרפואי, המעקב הקליני ואת יכולת המדידה במרכזים הרפואיים הממשלתיים הגריאטריים והפסיכיאטרים. מנהלת תיק הקליני פרומתיאוס הביאה לאחדות ולצמצום שונות בתוך המערך הממשלתי.</p>	<p>מנהלת תיק קליני פרומתיאוס בבריאות הנפש וגריאטריה</p>	
<p>החטיבה החלה בהטמעת תהליך עבודה חדש שמטרתו לקדם תהליך מתמיד של איכות ובטיחות הטיפול כחלק מתרבות ארגונית בבריאות הנפש וגריאטריה. נבנתה תכנית הטמעה ייחודית "עשרת השלבים - מסלול ישר לאקרדיטציה". התכנית הנגישה את המושגים הקשורים לתהליך זה ואגידתם בכלים מעשיים שמסיעים למרכזים הרפואיים בתהליך ובנוסף יש ליווי שוטף בתהליך על ידי מתן ארגז כלים ויצירת תשתית ידע משותפת.</p>	<p>התנעת מהלך לקבלת תן תקן בינלאומי לאיכות ובטיחות בבתי החולים הפסיכיאטרים והגריאטריים</p>	<p>אקרדיטציה</p>
<p>הקמת BI קליני; פותחו ואפיינו מדדי איכות; פותח דו"ח התרעה יומי למנהלים שנותן להם יכולות לעקוב ולבקר אחר הנתונים כחלק משיפור איכות הטיפול במטופל. היום כל מדדי האיכות הלאומיים ממוחשבים ונמצאים ב BI</p>	<p>הקמת מערך BI לבתי החולים הפסיכיאטרים והגריאטריים</p>	<p>איכות</p>
<p>מערכת לניהול ביצועים למערך בתי החולים הממשלתיים. המערכת תאפשר מדידה והערכה השוואתית בין בתי החולים השונים תוך הצבת יעדים מוגדרים. אחת ממטרות הפרויקט היא להביא לצמצום הפערים בין המרכזים השונים ע"י שיקוף תמונת מצב השוואתית, הנגשת מידע וקביעת יעדים מדידים.</p>	<p>התנעת פרויקט מפה אסטרטגית</p>	<p>תכניות עבודה</p>

המועצות הלאומיות

המועצות הלאומיות, כגוף המייעץ למנכ"ל ולהנהלה הבכירה של המשרד, דנות במהלך כל השנה באופן שוטף בנושאים הנוגעים לאי שוויון בבריאות והשלמת פערים בכל תחומי התוכן הרפואי והלוגיסטי. בהרכב המועצות הובטח איחון ייצוג ככל הגורמים המערכתיים, בדגש על נציגות פריפריה, קבוצות מיעוטים וצרכני שירות. מתוך כלל הנושאים שנידונו השנה, נציין מספר דוגמאות:

- טיפול בסוכרת במגזר הערבי ובפריפריה
- שיקום לב מרחוק
- הקמת מרכזי שיקום בפריפריה
- שיקום בית
- הכנסה לסל התרופות - הסעות ילדים מהפריפריה למרכזי שיקום
- תמריצים לכח אדם מקצועי לבחור בהתמחות בשיקום להכוונה לפריפריה
- קידום בריאות בקרב יוצאי אתיופיה
- הטיפול בשבץ מוחי בישראל
- עדכון פרויקט שיתוף מידע

- נושאים רלוונטיים שנדונו במועצה הלאומית לבריאות האישה בשנים 2016-2018:
 - התייחסות לחוזר לקידום, הגנה ותמיכה בהנקה בטיפות חלב
 - האם קיימת הצדקה רפואית להגבלת תוקף מרשם לגלולות לשלושה חודשים?
 - גימלה לשמירת הריון בביטוח לאומי
 - הארכת ההתוויה של תרופת מיפיג'ין
 - הריון בסיכון
 - הצגת פרויקט הדרכת חיילות בנושא רצפת אגן
 - אמצעי חירום למניעת הריון - על פי ההתוויה המאושרת של התכשירים
 - תסמונת שלפוחית השתן הכאובה
 - קידום הוראת נושא פגיעות מיניות ואלומות במשפחה
 - ועדת לב האישה
 - טיפול ומודעות לאנדומטריזיס

6.2 פעילות קופות החולים



שירותי בריאות כללית

שוש גן-נוי, פרופ' דיאן לוי, ד"ר מינה רותם, רונית וייזר, נעם גרינשפון, ד"ר שלומית ירון, כלנית קיי

מבוא

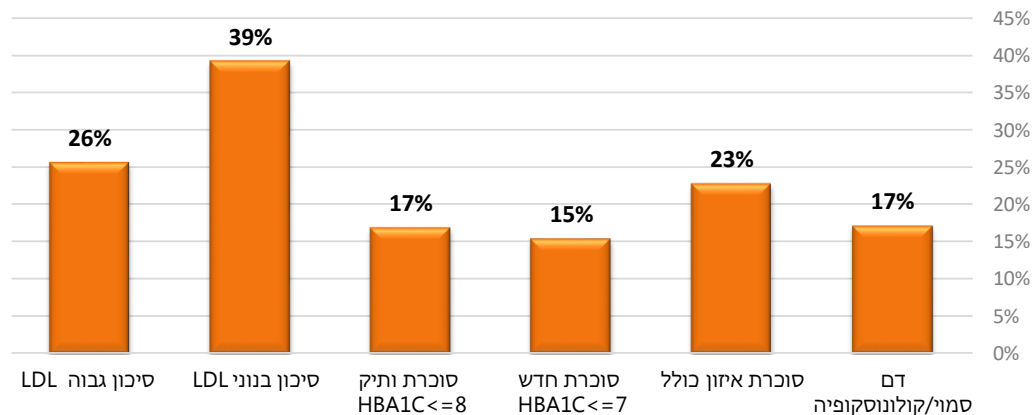
הכללית ממשיכה לפעול להטמעת התוכנית לצמצום פערים ולהעמקתה, בהתאם לאסטרטגיית הליבה שלה – קידום בריאות האוכלוסייה, שיפור איכות הטיפול, הנגשתו לכל וצמצום פערים. תוכנית צמצום הפערים מתמקדת ב-50 מרפאות שנבחרו על-פי הקריטריונים לצמצום פערים. לתוכנית נוספו מרפאות שהציונים של מדדי הליבה שלהן נמוכים מהמוצע.

צמצום פערים במדדי איכות רפואיים

ככלל, ניתן לציין כי קיימת מגמת שיפור בכל המדדים הקליניים, בכל מרפאות הכללית. יחד עם זאת, במרפאות שהשתתפו בתוכנית צמצום פערים, נצפית קפיצה גדולה יותר בתהליך השיפור ואחוז צמצום הפערים עומד על 30.5%. שיפור זה ניתן לייחס לתהליכי איכות ממוקדים וזומים הנעשים במחוזות, בקרב מרפאות הפער.

להלן מוצגים, לדוגמה, שעורי צמצום הפער ב-6 מדדים נבחרים בנושאי סוכרת, LDL ודם סמוי בצואה/קולונוסקופיה, במרפאות המיקוד לצמצום פערים:

שיעור צמצום הפער ב-6 מדדי איכות במרפאות לצמצום פערים, ספטמבר 2018 לעומת יוני 2016



הכשרת צוותים

א. הכשרת צוותים רפואיים בתחום הנגשה תרבותית-חברתית

מרכיב חשוב בהטמעת ההתערבות לצמצום אי-שוויון והצלחתה הוא מיומנותם המקצועית של הצוותים הרפואיים והכלים העומדים לרשותם בהתמודדות לאור המגוון התרבותי והפערים החברתיים.

אחד הנושאים הדורש התערבות ממוקדת הוא הטיפול בסוכרת בקרב יוצאי אתיופיה, שממדיה גדלו בצורה משמעותית בקרב אוכלוסייה זו. לשם כך, פותחה והופעלה בכללית השתלמות ייעודית לצוותים רב-מקצועיים מהמרפאות בהן ריכז גבוה של יוצאי אתיופיה, בעשרות ישובים. התוכנית הועברה על-ידי מומחי הכללית וגורם חוץ שמתמחה בנושא הנגשה תרבותית.

התוכנית, בת 12 שעות, כללה הדרכה ועדכון ידע בתחום תחלואה כרונית וטרומ-סוכרת וסוכרת בקרב עולי אתיופיה, הטיפול בסוכרת מזווית הראייה של המטופל, תובנות בנושא התאמה תרבותית, תקשורת מותאמת תרבותית, תזונה והרגלי אכילה בהתאמה תרבותית. במסגרת ההשתלמות הוכן והוגש תפריט על-פי מיטב המטבח האתיופי, וכן נערכו סימולציות לשיפור מיומנויות תקשורת. הוצגו למשתתפים הכלים העומדים לרשותם ליישום ההתערבויות ותוכנית הפעולה המרפאתית בנושא.

עד עתה השתתפו בהשתלמויות כ- 200 אנשי צוות, ביניהם מגשרי תרבות, רופאים, אחיות, דיאטניות, עובדים סוציאליים, רוקחים, מקדמות בריאות ונציגי שירות במרפאות.



בעקבות ההשתלמויות, הופעלו תוכניות ייעודיות ליוצאי אתיופיה שיש להם סוכרת באמצעות סדנאות, כמו לדוגמה: סדנת אורח חיים בריא בת שישה מפגשים, לאנשים יוצאי אתיופיה עם סוכרת, בשפה האמהרית, שהועברה במבחר ישובים, על-ידי צוות רב מקצועי – רופא, אחות, דיאטנית, ופיזיותרפיסטית; סדנאות של מפות שיחה, שתורגמו על-ידי מגשרת לאמהרית; וכן ימי בריאות,

פעילות קהילתית. סגל ההדרכה בפעילויות אלו היה מורכב ברובו מאנשי מקצוע יוצאי אתיופיה. בנוסף, מתקיימים אירועי הדרכה קהילתיים, שנערכים בשיתוף פעולה עם ארגונים שותפים בקהילה.



אירוע קהילתי בנושא אורח חיים בריא בקרית חיים בשיתוף עיריית חיפה – דצמבר 2018

ב. כשירות תרבותית - הכשרת ממונים על הנגשה והתאמה תרבותית

בכללית מונו אנשי מקצוע בכל המוסדות (בתי-חולים ומחוזות), לריכוז הנושא של הנגשה תרבותית ושפתית. הם החמנו למספר ימי הכשרה כדי ללמוד על מושגי היסוד של התאמה תרבותית ושפתית, להכיר את הכלים שעומדים לרשות הצוות להתאמה תרבותית של שירותי הבריאות, וגם את השיטות והאמצעים להכשיר צוותים בנושא. בימי ההכשרה, המשתתפים פגשו מומחים בתחום ההנגשה התרבותית, וכן תרגלו את השימוש בכלים לשם העברת ישיבות צוות בנושא ולפתרון בעיות שמתעוררות מעת לעת בתחום. עבור ממונים אלה נפתח אתר מקוון מיוחד בפורטל של הכללית, באמצעותו מנגישים כלים חדשים ועדכונים מקצועיים נוספים.

שירותים לקהל: התפתחות הילד ובריאות האישה

א. התפתחות הילד

תחומים בהם הורחבו התערבויות להדרכת הורים מותאמת תרבותית ליוצאי אתיופיה ולאוכלוסייה הערבית הם התפתחות הילד והתזונה בגיל הרך ובילדות. פעילויות נערכות במרכזי בריאות הילד, טיפות חלב, מעונות יום ובקהילה. כך לדוגמא, במחוז דרום נערכו הדרכות קבוצתיות בעזרת מגשרת, במרכז בריאות הילד באשקלון, להורים יוצאי אתיופיה. נושאי ההדרכה היו גרייה, התפתחות התינוק והנקה. כמו-כן, צוות של רופא, אחות ודיאטנית יצא לשני מעונות יום, כדי להדריך את ההורים, בליווי תרגום. נושאי ההדרכה כללו תזונה מתאימה והתמודדות עם מחלות חורף. במפגשים הקבוצתיים,

פרק 6. פעילות מערכת הבריאות לצמצום אי-שוויון בבריאות

השתתפו 20 הורים בכל מפגש, ובפעילות זו שהחלה ב – 2017 ונמשכת גם בשנת 2018 השתתפו כ- 240 איש.

באוכלוסייה הערבית בצפון, לדוגמא, בכפר רג'ר – נערכה בשנת 2017 פעילות לילדי גן חובה (40 ילדים) ולהוריהם, בנושא תזונה מתאימה למניעת השמנה, במיוחד עקב העובדה שהתזונה בכפר מושתתת על ריבוי מאכלים מתוקים עתירי פחמימות. צוות שכלל דיאטנית, רופא ואחות העבירו את ההדרכה להורים בערבית.



יצירה שנעשתה על-ידי משתתפת בסדנה לנשים בהריון ראשון

יחמה חדשנית לעידוד מעקב התפתחות הילד ומתן חיסונים בקרב משפחות ברוכות ילדים, הופעלה במחוזות מרכז וירושלים. במסגרת יחמה זו, שונה מהלך זימון התורים, כך שבמשפחות להן כמה ילדים הנמצאים בו זמנית בטיפול טיפת חלב, יקבלו ההורים זימון למועד אחד עבור כמה ילדים יחד, כאשר לכל ילד יינתן הטיפול לו הוא זקוק במועד זה: לאחד חיסון, לשני בדיקת התפתחות, או ראייה וכד'.

במחוז ירושלים, בישובים בהם ישנן טיפות חלב של כללית, החלו במהלך 2017 בפרויקט שמטרתו להשיג כיסוי חיסוני גבוה יותר. במסגרת הפרוייקט, שהפך לתוכנית נמשכת, הורים למשפחות ברוכות ילדים שמעוניינים לחסן את ילדיהם בביתם, מזמינים את האחיות לביתם לצורך מתן החיסונים לילדיהם. מרבית האוכלוסייה ביישובים אלה, הנמצאים בפריפריה, היא חרדית.

ב. בריאות האישה

שני מרכזים חדשים לבריאות האישה נפתחו בטייבה ובאום-אל-פאחם, במחוז שרון-שומרון. באום-אל-פאחם החלו בהפעלת סדנאות הכנה ללידה המותאמות לאוכלוסייה הערבית. הצוות המטפל עצמו הוא מהאוכלוסייה הערבית. כן נערכה לראשונה באום-אל-פאחם, במרכז לבריאות האישה, סדנה לנשים בהריון ראשון, לאחר שחוו קשיים בכניסה להריון, כמו הפלות או טיפולי פוריות. הסדנה עסקה בתחושות וברגשות, בהנחיית מרפאה בעיסוק דוברת ערבית, מבית חולים שניידר.

אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018

כמו-כן, נערכה במקום הרצאה של רופאת נשים ואחות ל-35 נערות מאורסות, בגילאים 16 – 18, על שינויים הורמונליים, נטילת חומצה פולית, בדיקות גנטיות ונישואי קרובים.

בנוסף, נערכו פעילויות ייחודיות המותאמות לאוכלוסייה במקום, כמו הרצאה במסגד, שניתנה על-ידי גניקולוגית, ל – 45 נשים שנוסעות למכה, בנוגע למחזור החדשי ולשמירה על היגיינה.

בטייבה, במרכז בריאות האישה, בשבוע חג הראמאדן, רופאת הנשים נתנה הדרכות קצרות לנשים, בעת שהמתינו לתורן, במגוון נושאים, כמו תזונה, מעקב הריון. נערכו 4 סבבי הדרכות, שבכל אחד מהם השתתפו בין 20 ל- 30 נשים.

בטייבה, הצוות יצא גם לקהילה ונתן הרצאות בבי"ס, ל – 50 תלמידות בכיתות ח', אודות השינויים ההורמונליים, המחזור החדשי והיגיינה.

פיתוח חומרי הדרכה לקהל בהתאמה תרבותית

בנוסף לכל אותם החומרים שהותאמו תרבותית בשנים האחרונות, השנה הותאם חומר הדרכה חדש לאוכלוסייה הערבית והחרדית בנושא "הריון, לידה ומצבי רוח", שעוסק בנושא של איתור וטיפול בדיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה.

כמו-כן, פותחו חומרי הדרכה בנושא ביצוע בדיקות דם סמוי בצואה, גם בשפות אנגלית, רוסית, ערבית, צרפתית ואמהרית, בנוסף לעברית.

חומרים אלה נמצאים בשימוש רב באופן שוטף ונמסרים לקהל בכל מוסדות הכללית – מרפאות ראשוניות ומרפאות יועצות, מכונים, בתי מרקחת ובתי חולים.

שירותים מקוונים בהתאמה תרבותית

הכללית ממשיכה ליחס חשיבות רבה להנגשת אתרי הכללית והשירותים המקוונים לקהל הרחב ובהתאמה תרבותית ושפתית. במהלך השנה האחרונה הושם דגש במיוחד על הרחבת אתר הכללית בערבית, באמצעותו מוגש מידע בריאותי שימושי בערבית בעשרות נושאים. באתר מופיע גם מידע עדכני מפורט על שירותי הבריאות שעומדים לרשות הקהל. כמו-כן, שירותי און-ליין מרכזיים מונגשים בשפה הערבית – זימון תורים, קבלת תוצאות בדיקות, סרטוני הדרכה ועוד.



מכבי: חושבים שוויון – עושים שוויון

עוני זקנה ובריאות- התערבות כוללנית בקרב קשישים החיים בעוני

ד"ר ליזה אברבנאל כנעני, מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית ויחסי חבר, מגר' טלי קניג, ממונה על תחום השוויון, המחלקה לניהול איכות, טלי שגב, ס.מנהלת מחלקה לעבודה סוציאלית ויחסי חבר, רות וגנר, עו"ס מחזית, מחח דרום, תמר אלוני, עו"ס מחזית, מחח צפון, ליאת פוקס-זך, עו"ס מחזית, מחח ירושלים והשפלה, ד"ר ג'וליה גזמן, עו"ס מחזית, מחח מרכז, גבריאלה סליזק, עו"ס מחזית, מחח שרון.

בישראל על אף מדיניות הרווחה, חלקם של הקשישים הנמצאים מתחת לקו העוני הוא הגבוה ביותר ובהפרש רב ממרבית המדינות המפותחות המשתייכות ל- OECD (2012). עוני בקרב קשישים הוא גורם סיכון מרכזי לאי ביטחון תזונתי, להשלכות על אורח החיים ועל הצורך לבחור בין קניית תרופות או מזון. חלק גדול מהקשישים החיים בעוני חווים מצוקה חמרת באופן קבוע ולפיכך מגבילים את הוצאותיהם על מזון, חימום או קירור הבית, מגבילים שימוש בטלפון וחשמל ומוותרים על צרכים רפואיים. החל מיולי 2017 הוגדר נושא זה כחלק ממבחני התמיכה לצמצום פערים בבריאות ובמכבי נבנתה תכנית לאיתור יזום של קשישים החיים בעוני בכדי למנוע הזנחה של טיפול רפואי ולקדם בריאות טובה וכוללת לאוכלוסייה מוחלשת זו, תוך שיתוף פעולה פרואקטיבי בין המטפלים במכבי וכן עם שירותים בקהילה.

לשם כך ננקטו הפעולות הבאות: הוגדרו דוחות לאיתור אוכלוסיית היעד (חברי מכבי בני 70 ומעלה עם קוד הבטחת הכנסה); בכל מחח הוגדר צוות מנהל רב תחומי בהובלת עו"ס מחזית. בכל מרחב הוגדרה עו"ס אשר שימשה כ- case manager; נקבע יעד להיקף של 3000 מטופלים לקבוצת ההתערבות; נבנו תכניות טיפול בשיתוף הצוות הרב מקצועי, הכוללות התייחסות למכלול צרכי הבריאות והרווחה של הקשישים, קוימו ביקורי בית ובוצע קשר עם שירותים בקהילה לצורך מתן טיפול כוללני וסיוע במיציא זכויות ושירותים.

תוצאות: בין התאריכים 1.7.2017 ל-30.6.2018 הוכללו בפרויקט 3163 קשישים, 66% מהם נשים; גיל ממוצע: 81.5 שנה; 43% מהמטופלים חולי סוכרת, 43% חולי לב, 21% חולי סוכרת ולב, 28% חולים אונקולוגים ו-57% משוייכים ליחידה לטיפול בית; לכל המטופלים נקבעה תכנית טיפול. משך טיפול ממוצע אצל העו"ס בתקופה הנמדדת הייתה 121 יום. העו"ס קיימו כ-3.5 פגישות בממוצע עם כל מטופל במהלך הטיפול; בממוצע היו 24 ביקורים אצל רופאים וצוות רב מקצועי מאז הביקור הראשון של העו"ס ועד סוף התקופה הנמדדת; ל-76% מהמטופלים העו"ס יצרה קשר גם עם שירותי קהילה (כגון מחלקת רווחה ברשות המקומית, ביטוח לאומי וכו'). בממוצע נוצר קשר עם 2 שירותים בקהילה עבור כל מטופל.

תכנית זו ממשיכה גם לשנת 2019. אנו מאמינים כי מתן מענה טיפולי אינטגרטיבי מאפשר שיפור איכות הטיפול לקשישים החיים בעוני וכפועל יוצא ישפר תוצאות בריאותיות, ימנע תחלואה ויסייע בהתמודדות עם מצבי מחלה.

דרום - התערבות יזומה לשיפור מדדי סוכרת בקרב חולי סוכרת ברהט ולקיה

חגית דהן מנהלת מרחב מבואות באר שבע, עירית גפן, אחות מנהלת מרחב, דר' מרק מישנה, מנהל רפואי, דר' ליליאן אפללו, סגנית מנהלת רפואית מחוז, ד"ר יונתן ארבל, סגן מנהלת רפואית מחוזי רות וגנר, עו"ס מחוזית, אורית אביצור, עו"ס מרחב מבואות באר שבע, מגר' ורד רב-הון, רוקחת מחוזית, סאבר אבו רטיוש, רוקח מנהל מכביפארם, סטלה גלייזר, מנהלת תזונה מחוזית, דיאלה אבו סלאח, דיאטנית ורכזת תזונה במגזר הבדואי, מרים לוי, זהבה חמו, בטי קליין, מייסון אזברגה אחיות במרחב מבואות באר שבע, מכבי שירותי בריאות מחוז דרום

בסניפי רהט ולקיה כ-3,200 מבוטחים, מהם 200 חולי סוכרת (6% ברהט לעומת 3% ביישובים יהודים במרחב), מחציתם אינם מאחזים. שכיחות המחלה גבוהה במיוחד בקרב צעירים עד גיל 45 ועומדת על 57% בהשוואה ל-27% בקרב היהודים במרחב.

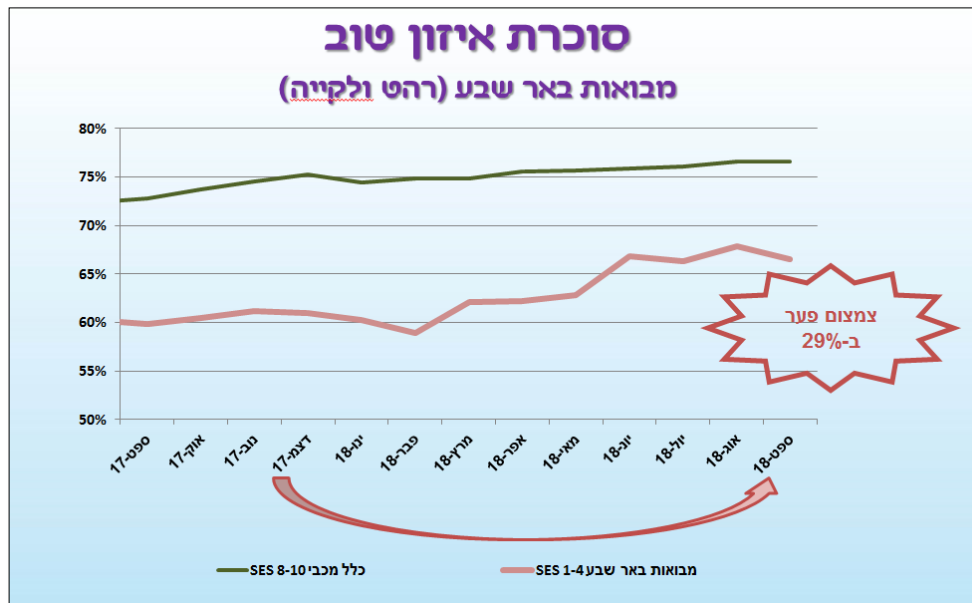
במהלך 2018 נעשה תיגבור עובדים ומטפלים ברהט ולקיה שאיפשר תגבור פעילות פרו-אקטיבית רב מקצועית (רפואי משפחה, עו"ס, אחיות, מתאמת שירות, מנהלי המרכז הרפואי) ומותאמת לכל חולה סוכרת. התכנית כוללת מעקב אחר רכישת תרופות, פגישה עם עו"ס להערכה והתאמת ההתערבות, הגדרת מתאם טיפול העשוי להשפיע על היענות המטופל לטיפול, שינוי תכנית טיפול בהתאם לתוצאות מעבדה והיענות המטופל והפניה למכון סוכרת בהתאם לצורך. התוכנית עדיין בעיצומה.

תוצאות עבור תכנית ההתערבות ברהט (בלקיה התכנית בעיצומה)

תכנית ההתערבות בוצעה בקרב 16 חולי סוכרת, שממוצע גילם עמד על 49.5 שנים (± 12.4). טרום ההתערבות, ממוצע רמת HbA1C עמד על 10.7 (± 1.9) בעוד שטווח רמת HbA1C נע בערכים 8.7-16.

14 מטופלים (87.5%) נענו לתכנית הטיפול והגיעו למפגשים יזומים עם הצוות הרב מקצועי בהתאם לתכנית הטיפול שגובשה עבורם.

ההתערבות שהחלה לפני כשנה (ועדיין נמשכת) מראה ירידה ממוצעת של 1.85 ברמת HbA1C (ערך ממוצע ± 1.6 , 8.85, טווח ערכים נע בין 6.1-10.6).



תכנית תזונה ופעילות גופנית במגזר הבדואי

סטלה גלייזר – מנהלת תחום תזונה מחוז דרום, דיאלה אבו סלח – רכזת תחום תזונה במגזר הבדואי, אימאן אלצאנע- דיאטנית מרכז רפואי רהט

במגזר הבדואי של מחוז דרום בישובים לקיה, ערוער וכסייפה ובעיר רהט, נבנתה תכנית התערבות נרחבת הפונה ל-3 סוגי אוכלוסייה: ילדים, בני נוער ומתבגרים וקבוצת נשים:

1. **עידוד צריכת פירות וירקות בקרב ילדים**- מטרת התכנית - לעודד שילוב פירות וירקות בתזונה יומיומית וגידול וטיפול של ירקות בבית הספר. התכנית כוללת 2 מפגשים ומיועדת לילדים בני 5-8 שנים. המפגש הראשון מוקדש להעברת תכנים תזונתיים ע"י דיאטנית, בצורה חווייתית בנושא – השפעות המיטביות של צריכת פירות וירקות בצבעים שונים והצגת קשר בין אכילת פירות וירקות לבין בריאות טובה חרעת ירקות בגינה של בית הספר. במפגש השני מכינים הילדים סלטים שונים מהירקות שגידלו בגינה הבית ספרית ובתוספת ירקות נוספים.
2. **סיוור מודרך בסופר לבני נוער ולמתבגרים**- לעידוד צריכת מזונות בריאים, קידום בריאות ומניעת מחלות בבני נוער ובני משפחותיהם. תכנית זו מיועדת לצעירים בני 16-18 שנים. דיאטנית מעבירה סיוור מודרך בסופר, מקנה מידע ועושה סדר בין אלפי מוצרים שונים בסופר. קריאת תוויות מזון ובחירה מושכלת של המזונות השונים והעמקת הידע בנושא פחמימות פשוטות, משקאות קלים, מלח, ג'אנק פוד ועוד.
3. **טיפול קבוצתי - תזונה וספורט**. בהדרכת דיאטנית ומאמנת כושר. מטרת התכנית - הקניית ידע תזונתי, עידוד פעילות גופנית וירידה במשקל. חיזוק עיקרון שילוב תזונה וספורט, אימוץ התנהגויות מקדמות בריאות והטמעתן כחלק מתרבות החיים והתגברות על חסמים כגון מצב כלכלי ירוד, העדר יכולת לשלם על הוצאות נלוות וסביבה לא מאפשרת. התכנית בת 6-8 מפגשים, מיועדת

לנשים בלבד, מתקיימת בעיר ההט, בשיתוף פעולה עם חדר כושר בעיר. אופן העברת הפעילות - דיאטנית ומאמנת כושר מעבירות סדנה המקנה ידע ומידע על שילוב תזונה נכונה וספורט והשפעתה על בריאות הגוף והנפש. הטיפול כולל סדנא חוויתית לבישול בריא, הכנת שייקים בריאים, קינוחים בריאים ועוד.

יפו – פרויקט ישיר לסוכרת

ד"ר סיגל שקלאי, מנהלת מכון סוכרת, מרינה גרנובסקי, אחות המכון, בוסי פאנגרי, ג'ומאנה אבו-דאוד, מרינה ווטמאכר, מזכירות המכון - צוות מכון הסוכרת ביפו. חגי קנטרוביץ, ילנה פרמן, ד"ר דניאל קון - הנהלת מרחב יפו.

במרחב יפו קיימת אוכלוסייה ערבית במצב סוציאקונומי נמוך הסובלת משיעורים גבוהים של סוכרת מבוגרים (type II). אחת הבעיות המשמעותיות והמורכבות עם אוכלוסייה כזאת היא חוסר ההיענות לטיפול. במכבי יפו קיים מכון סוכרת רב צוותי עם פריסת שעות רחבה אולם מיצוי נמוך של שירותי המכון בשל היענות נמוכה של המטופלים.

בעקבות כך, הוחלט בהנהלת מכבי מרחב יפו לבצע שינוי תפיסתי של שיטת העבודה. במקום שהמכון יתפקד כמעין מרפאת חוץ אליו מפנים במידת הצורך, המכון יבצע התערבות פרו-אקטיבית לגיוס מטופלים למכון, כל זאת לאחר קבלת הסכמתם של רופאי המשפחה.

מכון הסוכרת ביצע חיתוך של נתוני החולים הסוכרתיים במרחב והרכיב רשימה של חולים אשר קיים עבורם פוטנציאל גבוה לשינוי בבריאותם. קריטריוני הסף לתוכנית היו: סוכרת חדשה (עד 10 שנים), $HbA1c < 8$, ללא טיפול באינסולין. בסה"כ הורכבה רשימה של כ- 150 מטופלים מהם המכון הצליח לגייס עד כה 20 מטופלים (חצי שנה מתחילת התוכנית).

התוצאות מיהרו להגיע, לאחר חצי שנה בלבד של התערבות, הצליח המכון להוריד את ערך $HbA1c$ של המטופלים ב- 1.5 g/dl במוצע למטופל. המכון ממשיך לגייס מטופלים נוספים לתוכנית תוך המשך עבודתו השוטפת. לציין כי התוכנית חייבה הערכות מחדש בכל הנוגע למדיניות שחרור מבוטחים מהמכון. המטופלים המשתתפים בפרויקט אמורים לקבל טיפול נקודתי בבעייתם והוצאתם חזרה לרופא המשפחה להמשך טיפול. התכנון הוא לשחרור לאחר כשנה.

מרחב בני ברק - פעילויות ייחודיות במסגרת מכון פיזיותרפיה

שרון דבורקין, מנהלת מכון פיזיותרפיה מרחב בני ברק

במכון פיזיותרפיה במרחב בני ברק ובקהילת וויזניץ במתנס של העירייה, מתקיימות כ- 50 קבוצות התעמלות שונות בשבוע בהדרכת פיזיותרפיסטים של מכבי. הקבוצות מחולקות לפי צרכי האוכלוסייה ומיועדות לקהלי יעד שונים: גברים, נערים, גיל הזהב גברים, נערות, נשים צעירות, הכנה

ללידה, נשים לאחר לידה, נשים, גיל הזהב נשים. כמו כן התקיימו במהלך השנה הרצאות בקהילה בנושאים ש"לא מדברים עליהם" כגון רצפת אגן בגיל המעבר, שיקום לאחר לידה, ביצוע פעילות גופנית.

פעילות "אי שוויון" במחוז השרון 2018

אורלי פרנקו, מקדמת בריאות מחוז שרון. אמאל גבאלי, מנהלת מרחב מזרח השרון

בשנת 2018 התמקדנו במחוז השרון בסניפי מזרח השרון: טירה, טייבה וקלנסואה. מעבר לפעילות שגריתית בתחומי הסוכרת וגמילה מעישון עלה צורך במתן מענה למשפחות צעירות בהתהוות, מתן כלים ועזרה בהתמודדות בשלבים ראשונים בהקמת משפחה.

הרקע לפעילות: שינוי במבנה המסורתי של המשפחה והחמולה בחברה הערבית; נשים נכנסו למעגל העבודה זה גרם לשינוי באורח החיים של המשפחה המורחבת – היו נוהגים לבלות יותר שעות ביחד; הנשים דואגות לקריירה ואז יולדות ותוך כדי ממשיות בפיתוח הקריירה; מודעות האם הצעירה לדימוי הגוף; חשיפה לרשתות החברתיות; חיפוש אחר מעגלים נשיים ומקורות תמיכה של קבוצת השווים

תהליך עבודה: איתור מנחות מקצועיות מהמגזר הערבי ובתחומי ההתערבות הנדרשים; בניית תכניות מותאמות לאוכלוסיית היעד; פרסום והפצת המידע בקרב קבוצות האוכלוסייה באמצעים שונים כמו פרסום במרכזים הרפואיים, רשתות חברתיות ואנשי מקצוע בטיפות חלב ובמרפאות; איתור מקומות בהם ניתן לקיים את הפעילות; גיוס הנהלת המרחב, רופאים ואנשי צוות מטפלים להפצת הפעילות.

תחומי ההתערבות: עיסוי והתפתחות תינוקות – הדרכה קבוצתית של מספר מפגשים על ידי אחות טיפת חלב ומנחה מוסמכת בעיסוי תינוקות. מתן כלים והעשרה לאימהות תוך כדי התנסות חוויתית בסביבה תומכת ומכילה ומפגש עם קבוצת השווים; הכנה ללידה- הדרכה להכנה ללידה לנשים תוך שילוב בני הזוג בשלבי ההדרכה כולל סיור ייעודי בבית חולים; ייעוץ והכנה להנקה- הדרכה ייעודית על ידי אחות טיפת חלב ומומחית בהנקה עם דגש על חשיבות ההנקה, מיתוסים, שיתוף בידע, דילמות וקשיים שעולים בקרב האימהות בתחום ושילוב של הדרכה בטיפול ראשוני בתינוק לאחר החזרה הביתה מבית החולים (רחצה, שינה הלבשה נכונה ותזונה); החייאת תינוקות - סדנאות החייאה להורים; מוכנות לכתה א' – שילוב אנשי מקצועי מתחום התזונה וסיעוד בפעילות בקהילה.

סיכום: נמצאה שביעות רצון גבוהה בקרב המשתתפים בכל מגוון הפעילויות; יש צורך בהרחבת מגוון הסדנאות בתחומי משפחה צעירה כמו ייעוץ שינה לתינוקות, תזונת תינוקות וילדים, סדנאות התפתחותית לגילאים מאוחרים יותר ועוד; נדרשת הרחבת מאגר המנחות מהמגזר הערבי על מנת לתת מענה לצורך הולך וגובר בפעילות ייחודית זו.

מזרח ירושלים - תכנית למניעת השמנה בילדים במגזר הערבי

אורית בן שוהם, מנהלת תחום תזונה מחזית, סחר לאפי, מנהלת המרחב, מוחמד מסארוה, מנהל רפואי מרחבי, צליל שדה, מנהלת מכבי אקטיבי, ליאת פוקס, עו"ס מחזית, עדי חסידוב גפני, רופאת ילדים מחזית, סמדר אלינסון, מקדמת בריאות מחזית.

במכבי קיימת תכנית רב מקצועית לטיפול בעודף משקל בילדים, במסגרת קבוצתית (הנחיית הורים ופעילות גופנית לילדים) ופרטנית. מטרת התכנית - טיפול ממוקד בילדים חברי מכבי הסובלים מעודף משקל, השמנת יתר והבאתם לאיזון טוב יותר, הקניית הרגלי אורח חיים בריא ולמדדי בריאות מותאמים לגילם.

הקמנו וועדת היגוי במזרח ירושלים לבחינת ביצוע התכנית. הוועדה כללה מנהלים, אנשי מקצוע בתחום ונציגים של מטפלים ומנהלים ממזרח ירושלים. הגענו למסקנה כי יש לעשות התאמה תרבותית לאוכלוסיית היעד. התאמה זו כוללת ויתור על הטיפול הקבוצתי והתמקדות בטיפול פרטני רב מקצועי ייעודי בהורה ובילד.

עקרונות השיטה: התבססות בטיפול בילד באמצעות משפחתו-הוריו; בחירת המבוטחים על בסיס נתונים קליניים + סיכויי הצלחה; בחירת רופאי ילדים שישתתפו בתהליך; הובלת התכנית בצוות משולב רופא ילדים, דיאטנית ועו"ס; ביצוע בקרה שוטפת על התקדמות התכנית ותוצאותיה ברמה פרטנית ורוחבית; הפעילות במימון מלא של מכבי, ללא השתתפות עצמית של המשפחות.

יישום: בוצעה ישיבת התנעה ראשונית עם 5 רופאי ילדים: ד"ר מוחמד מסארוה, ד"ר אדיב נצר אלדין, ד"ר כותר לדויא, ד"ר חנאן נמוז, ד"ר נאדר קניבי. הדיאטניות: אבאא פתחו, מונא עווידא, עוברות הדרכה שוטפת עם צוות המרכז "מכבי אקטיבי". ניתן הסבר ראשוני על די עו"ס. משפחות שנכנסות לתכנית ממלאות שאלון ידע ועמדות. פגישה ראשונה היא פגישת אינטייק משותפת בהשתתפות כל הצוות הרב מקצועי: רופא ילדים, דיאטנית, עו"ס, הורה וילד. נקבעות פגישות פרטניות עם הצוות בתדירות של פעם בשבועיים-שלושה בהן מתקבלת החלטה לגבי אופן המשך הטיפול. בכל משפחה נעשה מעקב למשך חצי שנה.

פעילות עד כה: גויסו 35 משפחות, 24 משפחות עברו אינטייק של רופא, עו"ס ודיאטנית. 22 משפחות פעילות כרגע בתכנית. יעד עד סוף 2018 - 40 משפחות פעילות.

פעילות מחוז צפון- תכנית מנטורינג לרופאי משפחה

אנדרה הורביץ, מקדמת בריאות מחזית, אנעאם גנדר, ס.מנהלת סיעוד מחזית.

לטובת טיוב הטיפול באיזון מחלת הסוכרת באוכלוסיות אלה מתקיימת תכנית מנטורינג להעצמת רופאי משפחה ושירות ייעוץ מקוון למטופלי סוכרת. פרופ' שחאדה מייעץ במפגשים מתוכננים מראש, עם רופאי משפחה ומטופליהם, בטיפול תרופתי מיטבי לטובת איזון מחלת הסוכרת, צוות

סיעודי ממשיך בליווי המטופלים ובזימונם לבדיקות. התכנית מכוונת לרופאים בפריפריה, המטופלים במספר רב של חולי סוכרת בהיענות נמוכה ובינונית ולא מאחזים.

מרכז סוכרת מקוון

ד"ר גלית קאופמן, ראש מחוז צפון בשיתוף פעולה עם מכון גרטנר ופרופ' מרדכי שני

התכנית בהובלת פרופ' שחאדה- יו"ר אגודת סוכרת ארצית, ד"ר ריזאן סחניני- ס. מנהל רפואי במחוז צפון, אנעאם גנדר- סגנית אחות מחזית, שורוק נאסר, מיסא סאלום

פרוייקט מקוון לטיפול בחולי סוכרת בפריפריה שאינם מאחזים במחלת הסוכרת. במסגרת התכנית צוות המרכז לסוכרת מאתר את המטופלים ומגייסם לטיפול אישי מקוון. לכל מטופל מתואם מודל טיפולי המותאם לצרכיו, בהובלת אחות, עו"ס ודיאטנית. משך הליווי המקוון הוא חצי שנה, כשהמטרה לפתח עצמאות מלאה בניהול המחלה ובאיזונה, לפי אומדן מסוגלות לניהול עצמי והגעה להמוגלובין מסוכרר מתחת ל-7. מודל הליווי בנוי משיחות קבועות. תכני שיחה מותאמים למטופל והעצמתו.

מנהלי הפרוייקט מבצעים בקרה שבועית על תפוקות, משוב רבעוני כולל האזנות לשיחות בכדי לשפר את איכות הטיפול, בקרת תיקים, ביצוע בדיקות ומדדי איכות. הפרוייקט מאפשר למטופלים לקבל ליווי ללא צורך להגיע אל מתקני מכבי ומשפר בכך את הענותם למפגשים. גם למטופלים ולמערכת נחסך זמן רב של נסיעות. זהו מודל שמתאים לליווי מטופלים ביעילות במחוז פריפריאלי.

במהלך 5 חודשים טופלו 450 מטופלים וישנה ירידה של 8.2% בסוכר המסוכרר. הפרוייקט הורחב לעוד 3 שנים עם יעד איזון של 90% מחולי הסוכרת במחוז.

הרחבת שירותי פיזיותרפיה במחוז צפון

לימור אילת, פיזיותרפיסטית מחזית

רכסים: הרחבת שירות פיזיותרפיה מבוגרים באופן משמעותי כולל בשעות הערב; הרחבת שירות פיזיותרפיה ילדים; הרחבת שירות שיקום רצפת אגן וטיפול לימפאטי; קבוצות התעמלות גברים ונשים בשעות אחצה/ערב.

צפת: בימים אלו מתהווה קבוצה למטופלי בריאות הנפש בשיתוף עו"ס ופיזיותרפיסטית; התקיים ערב לנשים חרדיות בנושא רצפת אגן; נפתחה קבוצה פעילות גופנית לנשים בלבד.

התאמת שירותים למבוטחים בעלי מוגבלויות

סנדרה מירון – ממונת שוויון ונגישות לאנשים עם מוגבלות

אנשים עם מוגבלות הינו פלח נכבד מאוד באוכלוסיית חברי מכבי והשנה הוספנו:

- למגזר החרדי – אישור מיוחד לשימוש בטלפון חכם בהיתר לחברים עם מוגבלות בשמיעה, על מנת שיוכלו לקבל מסרונים
- לחברים עם מוגבלות בשמיעה – ביטול הגבלת 5 פניות לרופא באון ליין
- לחברים עם מוגבלות בשמיעה – ביטול תזכורות קוליות כולל מחברות חיצוניות.
- לחברים עם מוגבלות בראייה – זיהוי במערכות על מנת לאפשר שירות מותאם: קבלת חומרים בדרך דיגיטלית, מדבקה מזהה בכתב ברייל לכרטיס חבר ואפשרות קבלת עזרה להכוונה בתוך המרכז הרפואי.
- לחבר חדש (הנשלח במייל ובמסרון) – הוספת קובייה של מידע לגבי כל ההתאמות לנגישות הקיימות במכבי כולל הסברים כיצד יוכל להנות מהן.

שיקום ביתי

ד"ר ג'פרי שיימס, מנהל תחום השיקום ארצי, אגף הרפואה ומקצועות הבריאות ומנהל רפואי- מרכז שיקום יום ראש"צ (סניף רמות)

ישנו מחסור ידוע במיטות אשפוז במיוחד בפריפריה, והאופציה של שיקום ביתי חוסך למטופלים שהייה מיותרת במחלקות בהמתנה לשיקום, ונותן מענה נוח ויעיל לצרכים שיקומיים. במהלך השנתיים האחרונות מכבי הרחיבה את פעילותה בתחום "שיקום ביתי" ע"י התקשרות עם חברות חיצוניות. השירות, שהוא בפריסה ארצית, מאפשר לחברי מכבי להשתקם ולקבל טיפול רב מקצועי ואינטנסיבי בבית, במקום באשפוז שיקומי. במהלך 2018 הוכללו בתכנית כ-800 מטופלים.



אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו

ישי קום, ליאורה ולינסקי, טל שאול, ד"ר דודי דביר, מלי קושא, רות אליעזר, עינת אורון, עידית ורד, קרן זמיר, מיכל פליישר, שוש קרני, חגית איטח, אסנת קרני, צביה קסל, סבחה נבאברה, אלונית טל, יעל יפתח, יהודית שיבר, שיפי הרברט, מינה זידמן.

בשנת 2018 הפעלנו מגוון תוכניות בתחומים שונים שמטרתם צמצום פערים באיכות הטיפול, בשירות ובסביבה הארגונית. התכניות עסקו בקשישים החיים בעוני, אוכלוסיות בסיכון, אנשים עם מוגבלויות, ילדים עם לקות התפתחותית, מטופלים המרותקים לביתם, ומטפלים שהם עולים חדשים. להלן פירוט התכניות:

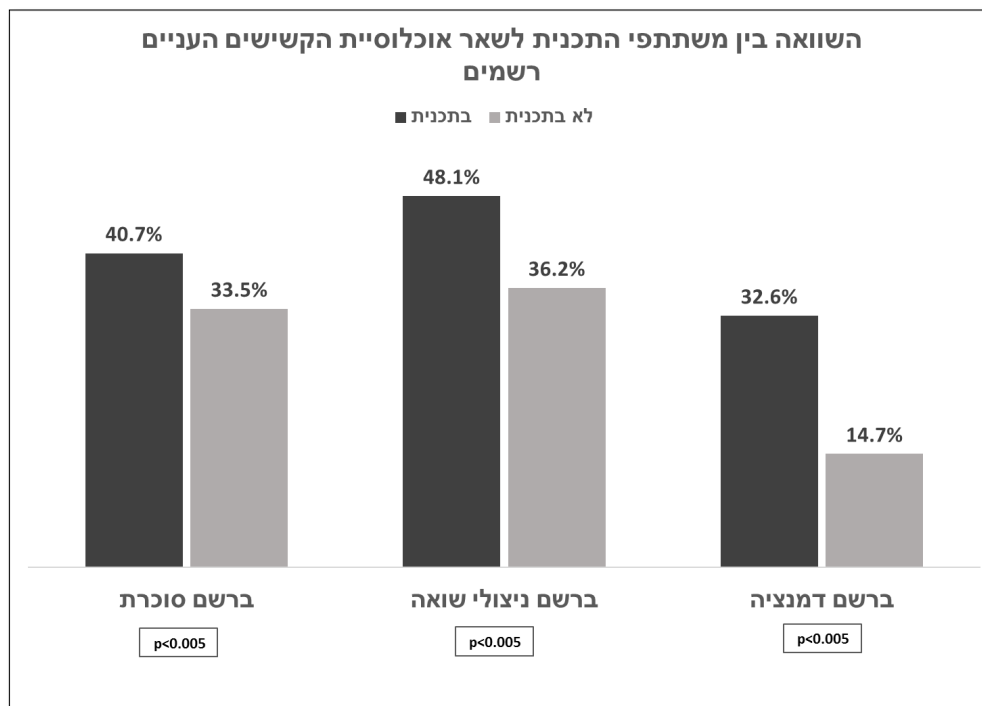
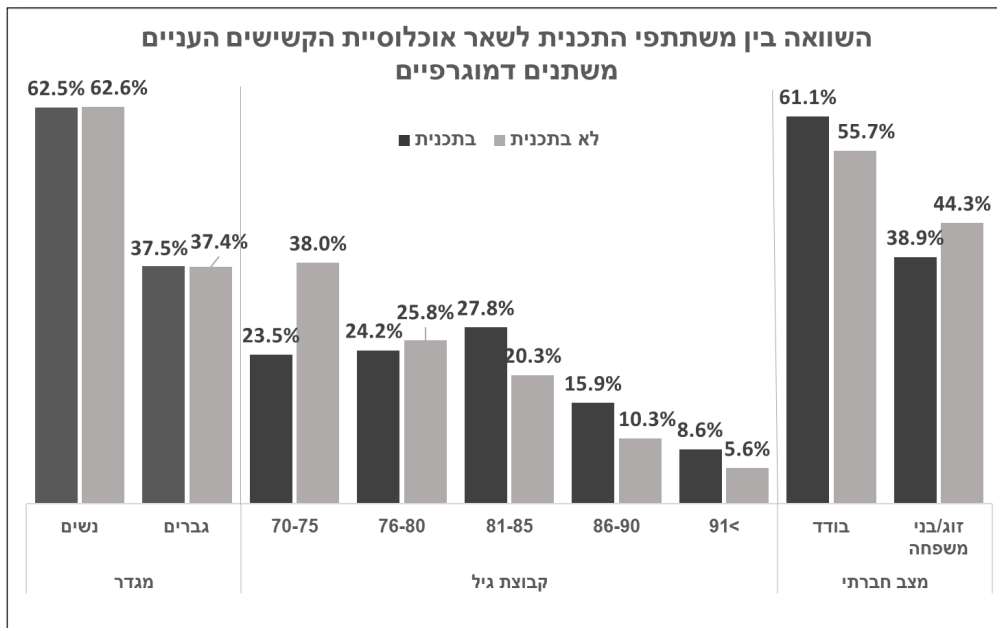
להסתכל לעוני בעיניים - תכנית לצמצום פערים בקשישים החיים בעוני

רקע: איכות ואריכות חיים של קשישים, מושפעים מארבעה גורמים מרכזיים: מצב בריאות, רמת הכנסה, קשרים חברתיים ופנאי משמעותי. עוני והדרה חברתית, מהווים גורמים מרכזיים לפערי בריאות. קשישים הסובלים מעוני, מתקשים בניהול מחלתם ואורח חיים בריא. הדבר נובע ממחסור במשאבים פיזיים, חברתיים ומחסימים בנגישות לשירותי בריאות. על כן, נדרשת התערבות בין מקצועית לסיוע בהנגשת שירותים רפואיים, מידע ומשאבים קהילתיים אחרים. מבחני התמיכה של משרד הבריאות בתחום צמצום פערים ל-2017-2018, ממוקדים באוכלוסיית קשישים החיים בעוני. לאור זאת, גיבשנו במאוחדת מודל להתערבות יזומה של צוות בין-מקצועי עם אוכלוסייה זו.

מטרות: (1) בניית תשתית לאיתור וטיפול יזום באוכלוסיית היעד; (2) חיזוק עבודת צוות בין מקצועית בהובלת אחיות ועו"ס לטיפול יזום באוכלוסיות מורכבות ביו-פסיכו-סוציאלית.

שיטה: (1) בניית מסד נתונים דינאמי של קשישים החיים בעוני, המאפשר תיעודף טיפולי, בהתאם לרמת מורכבות ביו-פסיכו-סוציאלית; (2) גיבוש והפעלה של מודל התערבות בין מקצועי הכולל מדדים להצלחה; (3) ההתערבות היזומה כוללת מפגש ראשוני של אחות ועו"ס לביצוע הערכה כוללת של מצב בריאות וסיכון ביו-פסיכו-סוציאלית, הגדרת מנהל טיפול, בניית תכנית התערבות מותאמת אישית, הכוללת ביקורי בית, שילוב של מקצועות נוספים וקישור לגורמי תמיכה קהילתיים.

סטטוס התכנית: בין יולי 2017 עד נובמבר 2018 טופלו באופן יזום **3,910** קשישים המהווים **16.4%** מאוכלוסיית הקשישים החיים בעוני במאוחדת. בהשוואה לשנה שלפני תחילת התכנית נצפתה בקרב האחיות עליה של **24%** בביצוע אנמנזה, ועליה של **32.8%** במספר ההתערבויות. בקרב העובדות הסוציאליות חלה עליה של **17.2%** בביצוע אינטייק, עליה של **143%** במספר התערבויות, ו-**210%** בביקורי בית. התרשימים הבאים מתארים את התפלגות המשתנים הדמוגרפיים והרפואיים בקרב קשישים החיים בעוני שהשתתפו בתכנית לעומת אלה שעדיין לא הגיעו לתכנית. ניתן לראות שמודל התיעודף סייע לנו, להתמקד באוכלוסייה המצויה בסיכון גבוה יותר- מבוגרים יותר, חולים יותר ובודדים יותר.



אמנם תקופת ההתערבות קצרה מכדי לזהות השפעה משמעותית על בריאות המשתתפים, אולם ראינו שלאחר תקנון למשתנים האחרים המנבאים היצמדות לטיפול תרופתי (גיל, מצב חברתי ובריאותי והיצמדות קודמת), חלה עליה של **20%** בהיצמדות לטיפול התרופתי בקרב המשתתפים בתכנית (Adjusted OR= 1.207, p<0.000). ההתערבות כללה הנגשה של שירותים לקשישים בתוך

מאוחדת וקישור עם מגוון גורמי תמך קהילתיים כגון: ביקור בית משותף עם עו"ס הרווחה, סידור מתנדב להפגת בדידות, סיוע בשיפוץ דירה, קבלת תרומות, חיבור לעמותות סיוע ועוד.

מודל העבודה הבין-מקצועי הביא להידוק יחסי העבודה ושיתופי הפעולה בין העובדות הסוציאליות והאחיות ועם הרופאים ומקצועות הבריאות האחרים, לטובת צמצום פערים באוכלוסייה. מודל עבודה זה, מהווה בסיס לתכניות התערבות נוספות במאוחדת.

צמצום פערים בשירותי התפתחות הילד

איתור פרואקטיבי של לקויות התפתחותיות בקרב אוכלוסיות בהן קיים תת-איתור: מבחינה מעמיקה של שימוש בשירותים ואבחנות, נמצא כי קיימת שונות בין אוכלוסיות בשיעור הפניות לאבחון ולטיפול הנובעים מפערים כלכליים ותרבותיים. לאור זאת, בנינו במערכות ה-BI אפליקציה מקוונת מבוססת GIS לזיהוי אזורים בהם קיים תת איתור של לקויות התפתחותיות. לאחר זיהוי אזורים בסיכון לתת-איתור מתבצעת התערבות פרואקטיבית ע"י הצוות המטפל, להגברת המודעות בקרב רופאי ילדים, אחיות טיפת חלב, ומקצועות הבריאות. בנוסף, באזורים אלו, מופעלת "ניידת" התפתחות הילד, שתפקידה לבצע בדיקות לאיתור מוקדם של לקויות התפתחותיות.

ביצוע קורס רופאים התפתחותיים: בתחום נוירולוגית ילדים והתפתחות הילד קיים חוסר משמעותי של רופאים. יש מעט מאוד מתמחים בתחום חזמן ההמתנה לרופאים ארוך בעיקר בפרפריה. בשנת 2018 הפעלנו קורס להכשרת רופאים התפתחותיים לתחום התפתחות הילד. הקורס יועד לרופאי ילדים מומחים אשר יעבדו שלוש שנים במכונים עד קבלת הכשרה מתאימה לתחום התפתחות הילד. כחלק ממטרות הקורס אותרו רופאים העובדים בפרפריה גיאוגרפית וחברתית ויכלו לתת שרות התפתחותי באזורים בהם יש חוסר משמעותי ברופאים. כגון: רופא ייעודי למזרח ירושלים, סכנין, רופאה לבאר שבע ורופא למגזר החרדי בירושלים.

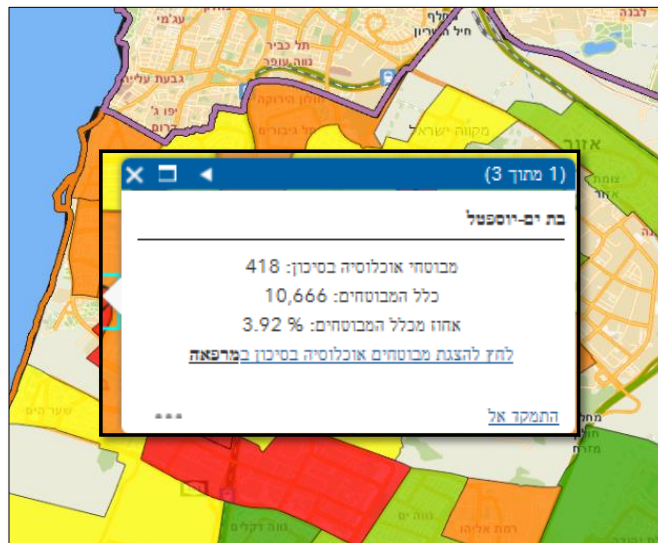
הנגשת שירות: אפליקציית איתור שירותים לתחום התפתחות הילד - בתחום התפתחות הילד נבנתה אפליקציה לצורך איתור ספקים במרחק ממגורי המטופל. ע"י הקשת ת"ז ניתן לראות את המרחק הגאוגרפי של הספק מביתו של המטופל, דרכי ההגעה לספק בתחבורה ציבורית וכן את זמני ההמתנה לספק. אפליקציה זו מנגישה את השרות ההתפתחותי למטופלים ומאפשרת טיפול מהיר וממוקד.

אבחון אוטיזם מעל גיל 7: בתחום האוטיזם קיים קושי לאבחון ילדים מעל גיל 7, מכיוון שאין הכשרה מתאימה למטפלים בתחום התפתחות הילד מפאת גילו של המטופל. בינואר 2018 נפתחה את המרפאה הראשונה בקהילה לאבחון אוטיזטים בניהול פסיכיאטרית ילדים. צוות המרפאה מונה גם פסיכולוג קליני ועובדת סוציאלית. המרפאה נותנת אבחנה/ אבחנה מבדלת תוך חודש וחצי מתחילת האבחון. זמן ההמתנה לאבחון לא עולה על חודשיים. יתרון המרפאה הוא מהירות קבלת האבחנה ומתן אבחנה מבדלת במידה והילד לא נמצא על הספקטרום. המרפאה נמצאת במודיעין לצד תחנת הרכבת ומאפשרת פניה מכל הארץ לאבחון.

פיתוח כלי לאיתור, ניהול טיפול והנגשת שירות לאוכלוסיות בסיכון ביו-פסיכו-סוציאלי

בשנת 2018 השקנו רשם של מטופלים בסיכון ביו-פסיכו-סוציאלי המשמש כלי עבודה למערך העו"ס. הרשם נבנה מתוך נתוני רשמי תחלואה, רשם ברה"נ, ציון עומס תחלואה, נתוני קצבאות ביטוח לאומי ומשרד האוצר, ומידע מהרשומה הסוציאלית. באמצעות אלגוריתם משוקפת רמת הסיכון המותאמת אישית לכל מטופל. המידע מוצג באמצעות מערכת GIS ברמת שכונות, וכרשימה לטיפול. הרשם מהווה כלי לטיפול פרואקטיבי באוכלוסיות החלשות והמורכבות.

בשנת 2019, הכוונה להרחיב את השימוש בכלי זה, למקצועות המטפלים בחטיבת הרפואה, תוך התאמות והרחבות. הכלי נועד להעמיק את גישת הטיפול הפרואקטיבי באוכלוסיות חלשות ומורכבות לכלל הצוות הרב מקצועי.



בנייה והפעלת תוכנית רב שנתית להנגשת מרפאות והתאמת שירות במאחדת:

כארגון בריאות, אנו מחויבים לתת שירות איכותי, מלא חמין, לכלל המבוטחים תוך התייחסות מותאמת לאנשים עם מגבלה פיסית, נפשית, קוגניטיבית או אחרת. במהלך 2018 בנינו תוכנית נגישות כוללת, רב-שנתית, תוך מעורבות אישית של המנכ"ל, והקצאת תקציב ייעודי לנושא.

שלבי התכנית שהובלנו בשנה זו הם: סמנכ"ל התפעול של מאחדת מונה לעמוד בראש וועדת היגוי לנגישות; הפעילות חולקה ל 3 תחומים (נגישות פיסית, נפשית, קוגניטיבית או אחרת) ובראש כל תחום עומד סמנכ"ל; מנהלי מחוזות וסמנכ"לים מדווחים למנכ"ל סטטוס ביצוע במסגרת תוכנית שנתית וחציון; התקיים כנס נגישות ארצי בהשתתפות בעלי תפקידים בקופה ונציגת משרד הבריאות;

מונה רכז נגישות ארצי כמחויב בחוק; 10 מנהלים ועובדים עברו קורס רכזי נגישות (בחברת נגישות לישראל); תכנית ליווי של מערך התקשורת הפנים-ארגוני

נגישות השירות: בכל מחוז מונתה מורשת נגישות שעברה הכשרה כחוק והוקצתה חצי משרה בכל מחוז; פורסמה הצהרת נגישות באתר האינטרנט של הקופה; אתר האינטרנט החדש של הקופה מונגש כחוק; בוצעה הנגשה של כרטיסי המבוטחים (הגדלת פונט); החל דיון בשאלה כיצד לזהות במערכות המידע איזה התאמה נדרשת למבוטח בהתאם לצרכיו; החל מיפוי תהליכי השירות שיש להנגיש.

נגישות מתו"ס (מבנים, תשתיות וסביבה): בכל מחוז מונה פרויקטור ייחודי שעוסק במשרה מלאה בתחום נגישות מתו"ס; כל מרפאה חדשה מבוצעת עפ"י תקנות הנגישות; בוצעו עשרות סקרי נגישות בפריסה ארצית ובוצעו התאמות נגישות במרפאות רבות; הותקנו לולאות שמע ב 95% מאתרי הקופה; הותקנו כמאה דלפקים מונגשים במרפאות; הסתיימה הנגשת 18 מתוך 30 מעליות; עד סוף 2018 יצוידו כל מרפאות הקופה בכיסאות נגישים; הוקם צוות היגוי לנושא הנגשת השילוט הפנימי; החל תהליך מיפוי האתרים בהם יש להציב "סימני אזהרה" כחוק.

הדרכה: החלו הדרכות ייעודיות לנציגי השירות במוקדי התורים והמידע; תוכנית ההדרכה לשנת 2019 אושרה ע"י ועדת ההיגוי וחטיבת מש"א; מפותחת לומדה להדרכת כל עובדי הקופה; ב 2019 יעברו מאות עובדים סדנא חווייתית.

הקמה והפעלת מוקד אחיות מיילדות

החל מאוגוסט 2018, הוקם מוקד אחיות רב ערוצי (בשלב זה מופעלים ערוצים: טלפוני וצ'אט), העונה לצרכי האוכלוסייה בתחום המיילדות. הנשים ומשפחותיהן פונות לאחיות, בשיחת טלפון ישירה ומקבלות מענה בתחומים: טרום הריון, מהלך ההריון, לאחר הלידה, הנקה ויילודים עד 8 שבועות. המוקד פעיל 7 ימים בשבוע, בשלב הראשוני בשעות: 18:00 עד חצות בכל יום כולל סופי שבוע וחגים. פניות הנשים הינן בעיקר על רקע שאלות וסימפטומים במהלך ההריון ולאחר הלידה, הצורך בהתייעצות עם אחות עולה בתקופה רגישה ומיוחדת זו גם אודות ההריון והיולדת וגם אודות התינוק הנולד והטיפול בו.

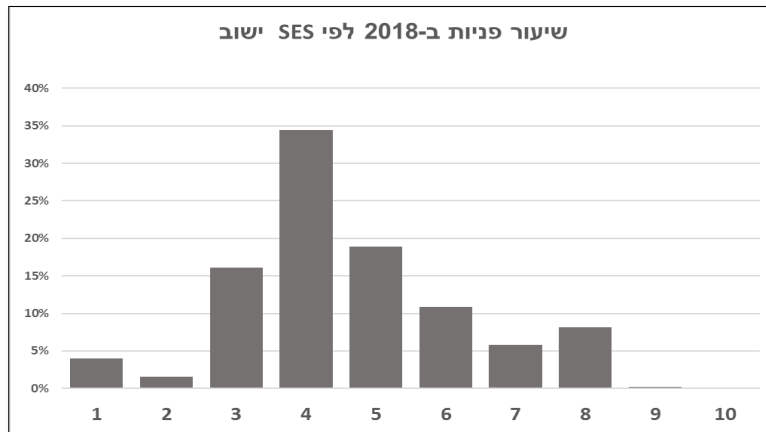
המענה ניתן במספר שפות (האחיות דוברות ערבית, רוסית, אנגלית ועברית) ולכלל האוכלוסייה, מכל הארץ. בשיחת טלפון ונגישות רבה, ניתן מענה ישיר, מקצועי, ואישי לכל מבוססת שפונה לאחיות בכל בעיה או שאלה לצורך התייעצות, הדרכה ופתרון מותאם לבעיה שהתעוררה.

האחיות עברו הכשרה ייעודית לעבודה במוקד וכלל המידע מהתיק הרפואי נגיש לאחיות כולל מידע מרופאי הנשים, בדיקות מעבדה והפניות המופיעות במערכת. בהכשרתן הינן אחיות טיפת חלב, ליווי הריון ומדריכות הנקה, כך שהסיוע מקצועי ואיכותי.

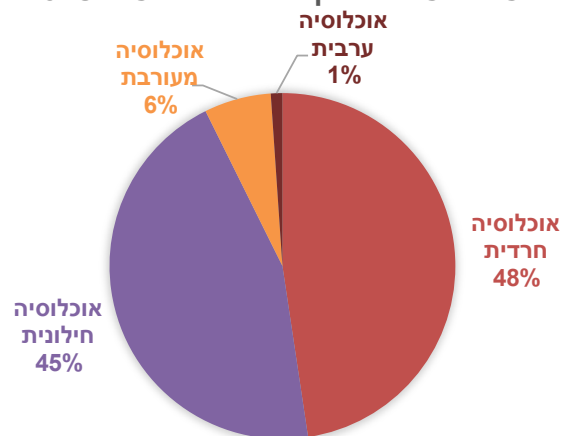
מוקד האחיות משרת את כלל האוכלוסיות ומכל הארץ. יחד עם זאת, על פי פילוח אזורי גיאוגרפיים לפניות המבוטחים למוקד האחיות (אוקטובר 2018), בחלוקה למחוזות, כ-40%

אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018

מהפניות מירושלים, 26% ממחוז מרכז. להלן התפלגות הפניות לפי קבוצת אוכלוסייה ומעמד כלכלי חברתי:



התפלגות פניות למוקד המיילדותי לפי אוכלוסייה



אוכלוסיית המגזר החרדי, מתאפיינת בילודה גבוהה ולכן התחום המיילדותי והצורך במענה אחיות חשוב מאוד ומאפשר פניה ישירה לאחיות להתייעצות, הדרכה ופתרון בעיות. בנוסף, לפי פילוח מספר הפניות והשיחות לאחיות לפי ימים ושעות, ניתן לראות שיש מאפיינים ייחודיים לאוכלוסייה, כגון: משמרת מוצאי שבת הינה העמוסה ביותר עם מספר הפניות הרב ביותר, מה שהצריך תגבור צוות והוספת אחיות למשמרת זו, לעומת משמרת של ערב שיש בה יש מיעוט פניות.

התערבויות ייחודיות להעצמת נשים באוכלוסיות מיוחדות

תראו אותי" - קבוצות לנשים בגיל המעבר באוכלוסייה החרדית, מחוז מרכז: נשים בגיל המעבר חוות שינויים גופניים, נפשיים ותפקודיים המשפיעים על איכות חייהן. האוכלוסייה החרדית מאופיינת בנורמות צניעות המקשות על דיון בנושאי גיל המעבר עם בן הזוג ונשים אחרות. בנוסף,

האישה החרדית חשופה פחות למדיה ומכאן שקיים חוסר מידע המוביל לעיתים למצוקה גופנית נפשית ופגיעה בזוגיות. במקביל קיימת מודעות נמוכה של הצוות המטפל להיבטים המיוחדים של האישה החרדית. בשנת 2018 התחלנו להפעיל תכנית התערבות ייעודית שמטרתה לספק תמיכה לנשים במגזר החרדי בגיל המעבר, ולהעלות את רמת הידע והמודעות של הצוות לצרכי האישה.

התכנית כללה התערבות קבוצתית בת 7 מפגשים, בהנחיית עו"ס, והשתתפות גינקולוגית, דיאטנית ופיזיותרפיסטית. במהלך המפגשים ניתן דגש לסוגיות ייחודיות של המשתתפות, כגון דימוי עצמי בעקבות הפסקת הילודה, שינויים פיזיולוגיים ויחסי אישות.

התכנית לוותה בהערכה מובנית, והתבססה על מיפוי צרכים באמצעות שאלונים. הנושאים שעלו כצורך מהנשים היו הפרעות שינה (75% מהנשים), גלי חום (65%), בעיות ריכח (65%) וכאבי אש (55%). חל שיפור ברמת הידע של הנשים, בדיווח על ביצוע פעילות גופנית, ובביצוע בדיקות סקר וטיפול תזונתי. התכנית תמשיך לפעול בשנת 2019.

קבוצה להעצמת נשים באוכלוסייה הבדואית, מחוז דרום: התוכנית מיועדת לנשים מהחברה הבדואית בדרום שיש להן ביקורים חוזרים לרופאי משפחה על רקע לחצים נפשיים ותלונות סומאטיות. נשים שהרקע המשפחתי, הכלכלי והזוגי שלהן מורכב ומשפיע על מצב בריאותן. נשים אלו, מתמודדות עם מצבים ייחודיים שמצריכים התערבות מותאמת. בשל היות המרפאה מקום ניטרלי, נשים יכולות להגיע בחופשיות וללא התנגדות למפגש טיפולי ללא חשש. בקבוצה ניתן לנשים מקום לשתף, לקבל תמיכה ללא כל שיפוטיות או האשמה, דבר שלא קורה בדרך כלל. הן קיבלו כלים להתמודד עם הלחצים שהן מתמודדות איתם באופן יותר יעיל, תוך העצמה אישית שמטרתה לגרום להן להרגיש יותר טוב מבחינה רפואית ונפשית. ההתערבות הקבוצתית כוללת 6 מפגשים. התכנית תמשיך לפעול בשנת 2019.



לאומית שירותי בריאות

כבכל שנה, אנו ממשיכים בדרכינו לקדם את השוויון ולצמצם פערים. השנה מיקדנו את פעילותינו במספר תחומים מובילים: גיבשנו ויישמונו מדיניות של מניעה וחשיפה לגזענות וצמצום פערים, ביצענו תוכניות התערבות מגוונות וקידמנו פיתוחים טכנולוגיים שונים. כל הפעילויות הינן פעילויות מתמשכות הדורשות קשב, התמדה ונחישות וזאת בכדי לקדם ככל הניתן את השוויון בבריאותם של מטופלינו.

"בלאומית אין סבלנות לגזענות!"

תחת המסר "בלאומית אין סבלנות לגזענות!", נעשתה עבודה חוצת ארגון שכללה את הפעילויות הבאות:

- הצגת נושא מניעה וחשיפה לגזענות, אפליה והדרה במערכת הבריאות בפני מטה הנהלת לאומית, מטות המחוזות והאזורים.
- ידוע ופרסום הנושא בקרב עובדי לאומית באמצעות הפורטל הארגוני ותדריכים למרכזים הרפואיים.
- הקמת צוות למניעת גזענות בלאומית הכולל 10 נאמנים מכלל היחידות הארגוניות ומדיסיפלינות שונות. הנאמנים עברו הכשרה פנימית הכוללת מצגות, סרטים וקבלת מערכי שיעור. ההדרכה כללה את הנושאים הבאים: גזענות במערכת הבריאות; גזענות מוסדית; גזענות כסוגיה מקצועית וכיצד משפיעה על הבריאות; שיח עמיתים על האתגרים הקשורים לגזענות; גזענות כלפי מטפלים/ נותני שרות; גזענות כלפי מטופלים; כיצד יכולה להראות גזענות בטיפול; כלים יישומיים להתמודדות; כלים למניעת שחיקה, הסלמה והתמודדות ארגונית
- הנאמנים מעבירים סדנאות בקרב עובדי לאומית לכלל הסקטורים במרכזים הרפואיים ובכך מעלים את החשיפה, המודעות ונלחמים בגזענות. הסדנאות כוללות את הנושאים הבאים: חשיפה לנושא, רקע והגדרות, מחקרים; דוגמאות לאיתור גזענות מצד מטופל או מטפל; כלים להתמודדות ארגונית למניעת גזענות, אפליה והדרה; שיח עמיתים ולמידה משותפת



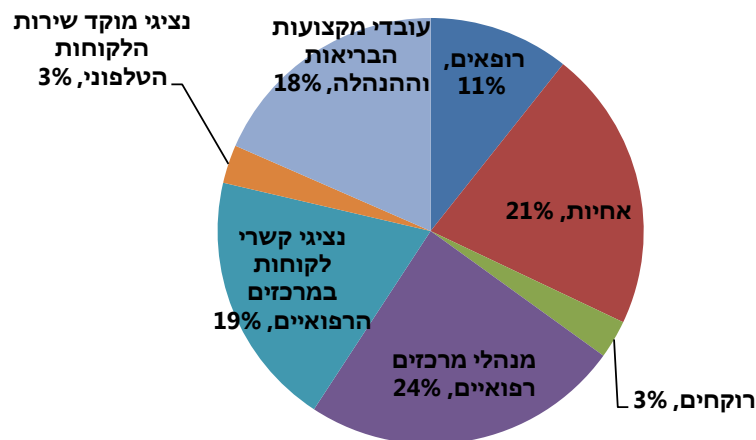
צוות ממוני מניעה וחיפה לגזענות, אפליה והדרה בלאומית

סקר מחזורי לקידום השוויון

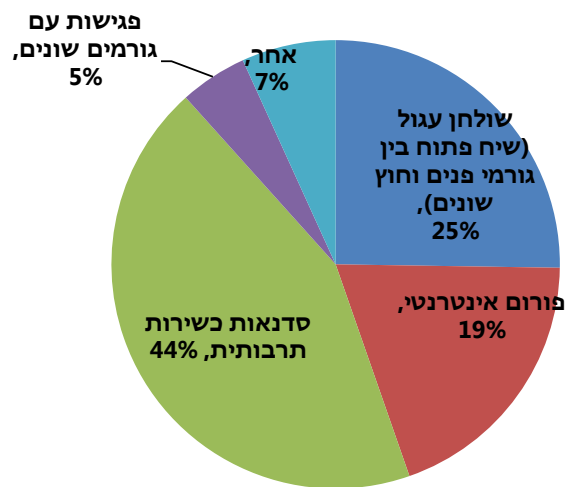
לאומית רואה בעובדי הארגון שותפים מלאים לקידום נושא אי שוויון וצמצום פערים, ולכן במסגרת זו מבצעת סקרים מעת לעת. מטרת הסקרים לחשוף ולשתף את עובדינו באופן שוטף ורציף לנושא. מה שהנחה אותנו לכל אורך הדרך הוא שככל שנבין יותר את בעיית אי השוויון נוכל לצמצם פערים בקרב מטופלינו ובכך לשפר את איכות הרפואה והשירות שאנו מעניקים. השנה, התמקד הסקר בשיתוף מלא של עובדי הארגון בבניית תוכנית עבודה שנתית כוללת המותאמת למרכזים הרפואיים וקידום תוכנית עבודה, כל זאת למען קידום השוויוניות בבריאות וצמצום פערים בקרב מטופלי לאומית.

תוצאות עיקריות מהסקר:

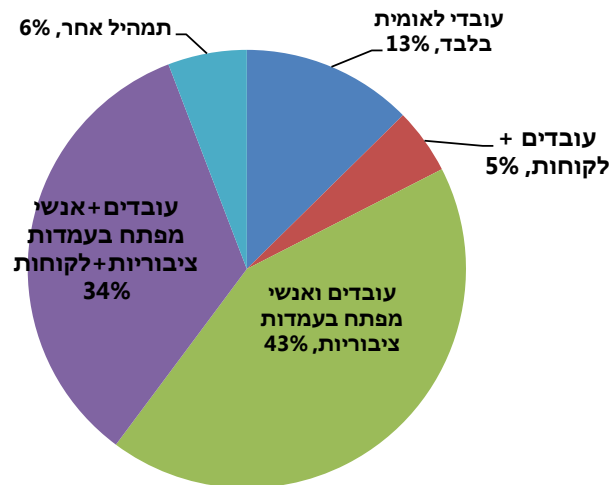
הסקטורים שהשיבו לסקר. ניתן לראות שהשיבו סקטורים מגוונים ומייצגים:



הנשאלים התבקשו להשיב כיצד להערכתם ניתן להגביר את השיח בנושא אי השוויון בקופה, חזאת לצורך העמקת ההבנה של הנושא ובניית תוכנית עבודה בהתאם. להלן תשובות הנשאלים:



הנשאלים פירטו מהו לדעתם תמהיל המשתתפים הנכון במסגרת מפגשי שולחן עגול שיקיימו (מפגש שולחן עגול הינו שיח פתוח בין גורמי פנים וחץ שונים):



נוהל נגישות

כתיבת נוהל מטה עבור המרכזים הרפואיים בנושא נגישות הנותן, הכולל כלים מעשיים. הנוהל מקדם את מחויבות ההנהלה וכולל את הנושאים הבאים: כללים לשירות נגיש במרכז הרפואי, אופן תקשורת מול מטופל עם מוגבלות, לרבות שלבים במתן השירות ודגשים בשיחה טלפונית. בנוסף, נותן כלים מעשיים לשיפור הנגישות במרכז הרפואי ככל הניתן (הסדרת חניה לנכים, נידוד מטפלים, צידוד עזר וכד').

מחשוב ודיגיטל:

אפליקציית לאומית- האפליקציה של לאומית היא המובילה בתחום הרפואה בהנגשה לבעלי מוגבלויות על פי תקני ההנגשה המקובלים בישראל. בנוסף, האפליקציה הותאמה כ'אפליקציה כשרה' ונמצאת כעת בחנויות אפליקציות כשרות הקיימות במכשירים חכמים כשרים.

נגישות מרכזים רפואיים באתר האינטרנט – השנה נעשתה עבודת מטה בנושא נתוני הנגישות של כל מרפאות לאומית. נתוני הנגישות יפורטו באתר האינטרנט ובמערכות התפעוליות של לאומית באמצעות פרמטרים אחידים המפרטים את המידע הבא: האם המבנה הינו במפלס אחד, גישה לנכים, הימצאות שירותי נכים, הימצאות מעלית, קיום חניה, עזרים לליקויי שמיעה.

רופאי אישי בביקור מרחוק (טלמדיסין) - שירות ייחודי ללאומית המתאים לבעלי מוגבלויות וקשיי ניידות. השירות מאפשר למטופלי לאומית לתאם תור לרופא המשפחה/ ילדים שאליו הם מוצמדים (רופא אישי ולא רופא מזדמן) ולבצע ביקורים בשיחת ווידאו, חאת במהלך שעות הקבלה של הרופאים שהוגדרו עבור מתן שירות זה.

ביצוע החזרים כספיים באפליקציית לאומית – שירות ייחודי בלאומית המתאים לבעלי מוגבלויות וקשיי ניידות ומאפשר למטופלים לקבל את החזרים באמצעות שירותי האונליין ללא צורך להגיע למרכז הרפואי. המטופל מצרף בשירותי האונליין את צילום החשבונית והמסמכים הרלוונטיים. החזר שאושר מזוכה ישירות לחשבון הבנק. הטיפול בפניה מתבצע תוך 5 ימי עסקים.

הודעות קוליות למטופלים – הוטמעה מערכת למסירת הודעות קוליות המתאימה במיוחד עבור טלפונים כשרים במגזר החרדי שאינם מותאמים לקבלת מסרונים. נושאי ההתראות הינם מגוונים ומקיפים נושאים שונים: תזכורת תורים, התראות על אישורי התחייבויות, תרופות וכד'. נוסח ההודעה מותאם לאוכלוסייה בדגש על מגדר.

עמדה ממוחשבת לניהול התור במרכז הרפואי - העמדות הממוחשבות תוכננו עם הנגשה לנכים.

פעילות התערבות מותאמות:

טרם סוכרת וסוכרת בקהילת המטופלים מהמוצא האתיופי – קידום השוויון בכלל ובסוכרת בפרט הוא אחד מהנושאים בהם אנו ממקדים את העשייה בקרב מטופלים יוצאי אתיופיה. לאומית ביצעה מיפוי פערים בין מטופלים אלה לבין האוכלוסייה הכללית בכל הקשור למחלת הסוכרת ותוצאי הבריאות הכרוכים בה. לאור הממצאים הוחלט להפעיל תוכנית לקידום הטיפול בטרם סוכרת וסוכרת בקרב הקהילה.

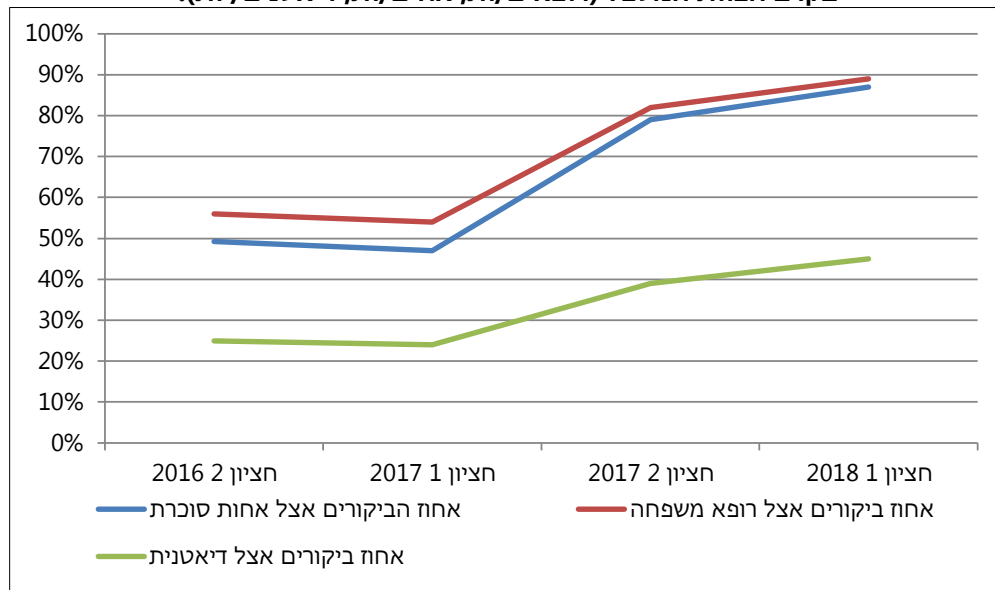
בסיס הנתונים הוביל אותנו לאמץ את מבחן התמיכה של משרד הבריאות **ולגבש תוכנית הכוללת את הפתרונות ותהליכי העבודה הבאים:** פותחו כלים ממוחשבים להטמעה אשר מנטרים באופן שוטף את מצבו הבריאותי של המטופל ומאפשרים הערכת ביצועים, הכוונת מיקוד לשיפור ואיתור תחומי הצלחה; גובשו והוטמעו תהליכי עבודה בין אנשי הצוות הרב מקצועי במרכזים הרפואיים; פותחו והוטמעו כלים לשיפור האוריינות לצורך העברה וקליטה נכונה של מידע רפואי הן בקרב המטופלים והן בקרב המטפלים, לצורך התמודדות עם האתגרים העומדים בפנינו במימוש התוכנית; התקיימו הכשרות של מגשרות אודות הטיפול בחולה הסוכרת; התקיימו הכשרות של צוותי המרפאות בנושא התאמת האבחון, ההתערבות, הטיפול והליווי וכשירות תרבותית לצורך הבנה

אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018

מעמיקה של התרבות המאפיינת אוכלוסייה זו; בוצעו מפגשי למידה שבהם הופקו תובנות מעמיתים ודנו בסיפורי הצלחה; נבנתה תוכנית הפעלה אישית לקידום בריאות המטופל במרפאה, בביתו ובקהילה.

תוכנית זו מתבטאת בפעילות מגוונת, מיקוד התוכנית נמדד באופן מתמשך ומשפיע על איכות הרפואה אשר משתפרת מדי שנה. כמו כן, התוכנית תורמת ללמידה ארגונית המסייעת להפיק תובנות מהאתגרים וההצלחות איתם אנו מתמודדים.

אחוז ביקורים של מבוטחים יוצאי אתיופיה עם טרום סוכרת וסוכרת בקרב הצוות המטפל (רופאים/ות, אחים/ות, דיאטנים/ות):



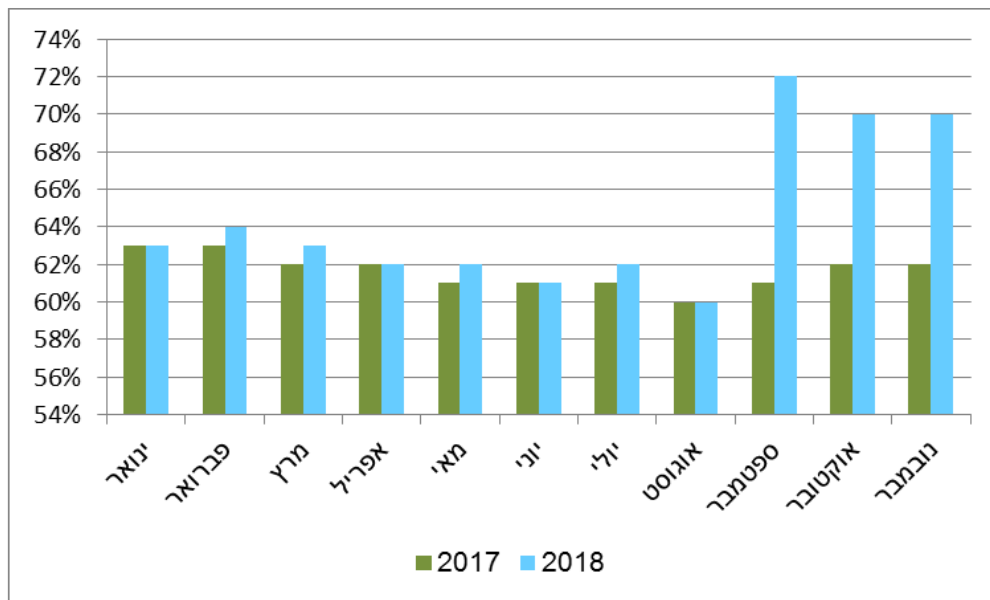
שיפור היענות לחיסון מניעת זיהומים פולשניים בפנוימוקוק ופנוימוניה בקרב החברה

החרדית והחברה הערבית

מטרת התוכנית הייתה להגביר את שיעור היענות לחיסון במרכזים הרפואיים של החברה הערבית ושל החברה החרדית בהם שיעור הביצוע היה נמוך. הסיבות לחוסר היענות תלויות בהבנת האדם את בריאותו ובקשר בין אמונות לבריאות. לאור זאת, נדרשה תוכנית מותאמת תרבותית. תוכנית זו היתה קצרת מועד והתקיימה בחודשים ספטמבר – נובמבר, 2018. תהליך ההתערבות שילב מספר סקטורים: אחיות, רופאים, נציגי קשרי לקוחות במרכז הרפואי, רוקחים וגורמים המשפיעים על הקהילה.

גובשה תכנית התערבות מקיפה לקידום החיסון באזורים פריפריאליים. בכל אזור מונו נאמני חיסון שתפקידם היה להכשיר את הצוותים במרכזים הרפואיים של האזור, לסייע במצבים של התנגדויות מול המטופלים, לנתר ולעקוב אחר הפעילות במרכזים הרפואיים.

אחוזי ביצוע חיסון במרפאת בני ברק, השוואה בין שנת 2017 ל – 2018:



אחוזי ביצוע חיסון במרפאות מזרח ירושלים, השוואה בין שנת 2017 ל – 2018:

