מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

# אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו

2016

ירושלים, דצמבר 2016
כסלו, תשע"ז

**משרד הבריאות**

**מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי**

# אי-שוויון בבריאות
# וההתמודדות עמו

## 2016

**ירושלים, דצמבר 2016** **כסלו, תשע''ז**

**כתיבה ועריכה:**

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

**בהכנת הדו"ח השתתפו (לפי סדר א'-ב'):**

אברהם טייאר, תחום טכנולוגיות מידע, משרד הבריאות

אמציה גינת, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

גנאדי זסלבסקי, תחום טכנולוגיות מידע, משרד הבריאות

ד''ר הדר אלעד, מינהל רפואה, משרד הבריאות

זלמן קאופמן, היחידה למחלות זיהומיות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות

מרים אבורבה, אגף המחשוב- תחום מידע, משרד הבריאות

ציונה חקלאי, אגף המחשוב- תחום מידע, משרד הבריאות

נורית דוברין, תחום הסקר החברתי, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

ניר קידר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

עמית שריר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

רני פלוטניק, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ד''ר שגית ארבל-אלון, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

תודה מיוחדת לגב' דיאנה נקמולי לוי, ממינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, על תרומתה המשמעותית בעדכון פרקים 1 ו-2 ובהכנת הדוח לפרסום.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
דואר אלקטרוני: emma.averbuch@moh.gov.il ;shlomit.avni@moh.gov.il

# תוכן עניינים


| | עמוד |
|---|---|
| **דבר שר הבריאות** | 5 |
| **פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון במדדי בריאות** | 7 |
| **פרק 2. פערים בפריסת תשתיות, כוח אדם ומיטות אשפוז** | 13 |
| **פרק 3. זמינות ונגישות שירותי הבריאות בעיניי המבוטח: עיבודים לממצאי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2015** | 23 |
| **פרק 4. מיפוי גיאוגרפי של שירותי בריאות בישראל** | 33 |
| **4.1 שירותי התפתחות הילד** | 33 |
| **4.2 דיאליזה: מאפייני מטופלים ופריסת שירותים** | 37 |
| **פרק 5. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות** | 43 |
| **5.1 פעילות משרד הבריאות** | 43 |
| **5.2 פעילות קופות החולים** | 55 |

# דבר שר הבריאות לתכנית לצמצום פערים בבריאות 2017

אי השוויון הוא אחד התופעות המדאיגות ביותר במערכת הבריאות בישראל. למרות שגורמים רבים שברובם מחוץ למערכת הבריאות יצרו עם השנים את אי השוויון בבריאות, אך זה אינו מפחית מהאחריות והמחויבות שלי כשר בריאות ושל משרד הבריאות לפעול בנושא, על מנת להבטיח את צמצום הפערים ויצירת מערכת בריאות איכותית, יעילה ושוויונית יותר.

תחום צמצום הפערים במשרד הבריאות הוגדר כיעד עליון החל בשנת 2010 במהלך הקדנציה הראשונה שלי במשרד. מאז, משרד הבריאות מחוייב לחלוטין לנושא ופועל במגוון רחב של כלים לצמצום הפערים. משרד הבריאות מחוייב להתמודדות עם אי השוויון בבריאות במטרה ליצור מערכת בריאות שוויונית וצודקת, המחויבת לרפואה ציבורית חזקה. אני גאה בפעילות היחידה לצמצום פערים הפועלת במשרד הבריאות, ויש להצטער על כך שזה לא קורה במשרדי ממשלה נוספים. אני מקווה שמשרדי ממשלה נוספים ישכילו לשים את נושא צמצום גבוה בסולם העדיפויות.

משרד הבריאות פועל במגוון חזיתות לצמצום הפערים. בכל פרמטר אנחנו נותנים עדיפות לפריפריה ולשמחתי גורמים נוספים במערכת הבריאות מצרפים לעשייה וניתן לקרוא בחוברת זאת על כלל העשייה של מערכת הבריאות לצמצום הפערים.

למרות העשייה הענפה, הפערים בבריאות עדיין קיימים ולא צפויים להעלם בשנים הקרובות. האתגרים החברתיים-כלכליים, אתגר הזדקנות האוכלוסייה, העוני וגורמים נוספים משפיעים לרעה על מצב הפערים בחברה הישראלית. אנחנו נמשיך לפעול ללא לאות לצמצום הפערים.

אני מתכוון להמשיך ולפעול בכל כוחי לצמצום הפערים בבריאות ולדאוג לכך שכלל מערכת הבריאות תפעל בכיוון זה. אני מברך את ידי העוסקים במלאכה, ובראשם את גב' שלומית אבני, מנהלת תחום צמצום פערים בבריאות, אשר פועלת לילות כימים על מנת לקדם את פעילות מערכת הבריאות בנושא חשוב זה. יחד נמשיך כולנו לחיזוק הפעילות של מערכת הבריאות לקידום השוויון בבריאות.

בכבוד רב,

הרב **יעקב ליצמן**, ח"כ
שר הבריאות

**Minister of Health**
**Ministry of Health**
P.O.B 1176 Jerusalem 9101002
**sar@moh.health. gov.il**
Tel: 972-2-5081325, Fax: 972-2-5655993

**שר הבריאות**
**משרד הבריאות**
ת.ד. 1176 ירושלים 9101002
**sar@moh.health.gov.il**
**טל:** 02-5081325, **פקס:** 02-5655993

# פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון במדדי בריאות

## תוחלת חיים

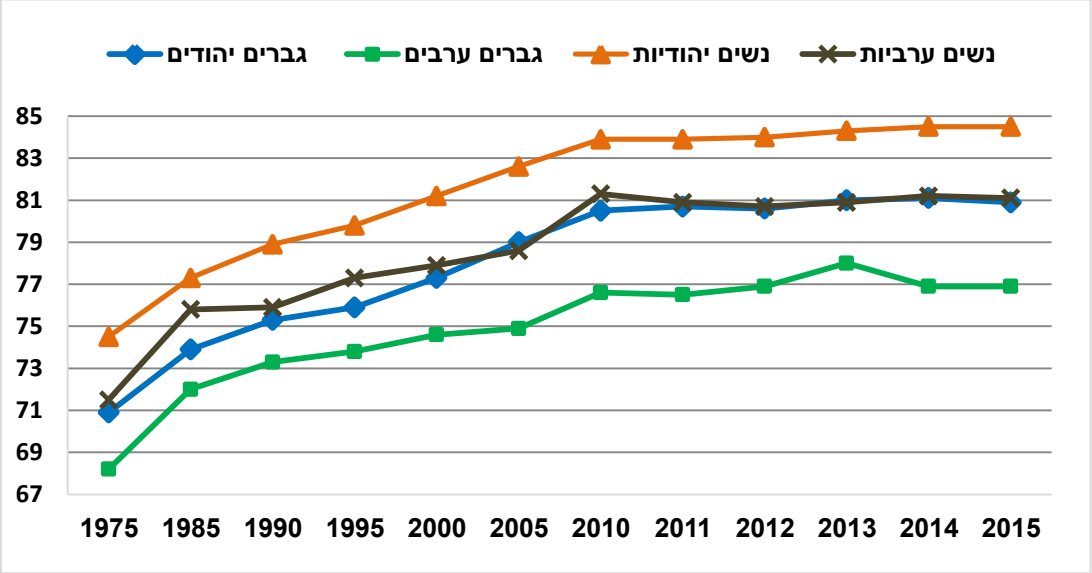
בשנת 2015 תוחלת החיים[1] הממוצעת בישראל הייתה 80.1 בקרב גברים, ירידה של 0.2 לעומת השנה הקודמת, ו- 84.1 בקרב נשים, ללא שינוי משנה שעברה[2].

בחינה של תוחלת החיים בישראל בהשוואה למדינות ה- OECD (נתוני 2014) מראה כי תוחלת החיים בקרב הגברים בישראל (80.3 בשנת 2014), הייתה השישית מבין מדינות ה-OECD (יחד עם אוסטרליה) וגבוהה ב-2.4 שנים מהממוצע במדינות ה-OECD. תוחלת החיים של הנשים באותה השנה דורגה במקום ה-11 מבין מדינות ה-OECD (יחד עם יוון, פינלנד וסלובניה), ונמצאה גבוהה ב-0.8 שנים מהממוצע במדינות ה-OECD. הפער בין גברים לנשים בדירוג הבין לאומי לטובת הגברים מצביע על הפוטנציאל להארכת משך החיים בקרב נשים ישראליות, יעד שראוי לפעול למימושו.

החל משנת 2010 נרשמה ירידה בדירוג בתוחלת חיים בלידה של ישראל ביחס למדינות ה- OECD, מהמקום השמיני לאחד עשרה בקרב נשים, ומהמקום השני לשישי בקרב גברים.

בפילוח לפי קבוצות אוכלוסייה, ניתן לראות התייצבות במדד תוחלת החיים בשנת המדידה האחרונה (2015) בקרב נשים יהודיות (84.5) וגברים ערביים (76.9), וירידה קלה בקרב גברים יהודים (80.9 ב- 2015 לעומת 81.1 ב- 2014) ונשים ערביות (81.1 בשנת 2015 לעומת 81.2 ב- 2014).

**תרשים 1. תוחלת חיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומגדר 1975-2015**




מקור: למ"ס. *שנתון סטטיסטי לישראל 2016*.

[1] תוחלת חיים היא מספר השנים הממוצע שאדם צפוי לחיות מגיל מסוים, בהנחה ששיעורי התמותה הקיימים בתקופת ההתייחסות יישארו קבועים לאורך כל חייו.
[2] למ"ס. *השנתון הסטטיסטי לישראל 2016*. אתר הלמ"ס.

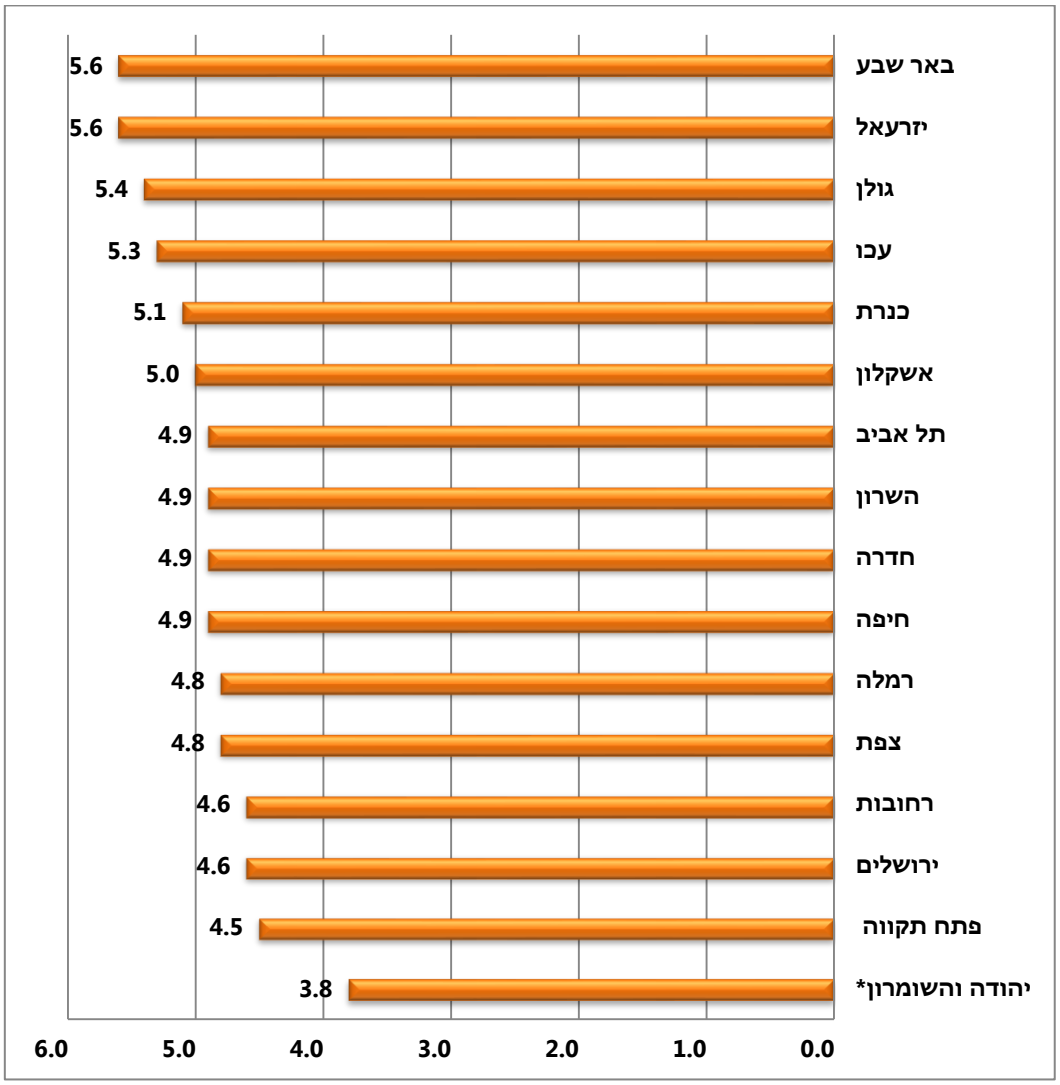
# תמותה

## תמותה כללית

שיעורי תמותה כללית ל- 1,000 תושבים (מתוקננים לגיל), בשנת 2014, עמדו על 5.7 בקרב גברים, ו- 4.2 בקרב נשים[3]. בפילוח לפי קבוצת אוכלוסייה, נמצא כי בשנה זו שיעור התמותה המתוקנן בקרב גברים יהודיים ואחרים בכלל הגילאים עמד על 5.5, ובקרב נשים יהודיות ואחרות על 4.0. בקרב האוכלוסייה הערבית באותה השנה שיעור התמותה הסתכם ב- 7.5 בקרב גברים ו- 5.3 בקרב נשים.

בפילוח על פי נפות, נמצא כי שיעורי התמותה המתוקננים הגבוהים ביותר נרשמו בשנה זו בנפות באר שבע ויזרעאל, והנמוכים בנפת פתח תקווה ובאזור יהודה ושומרון.

**תרשים 2. שיעורי תמותה כללית מתוקננים לפי נפה, 2015**

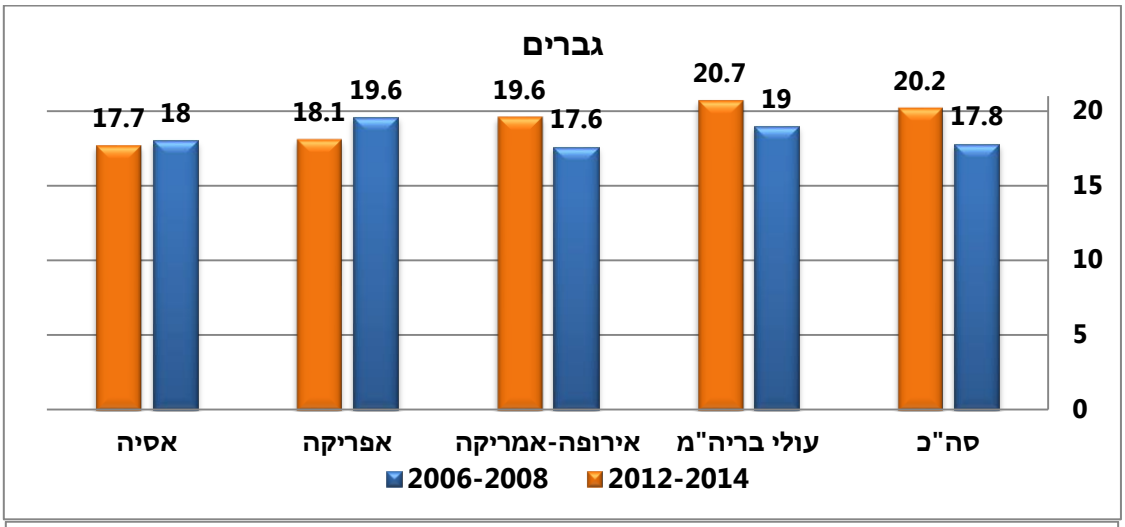


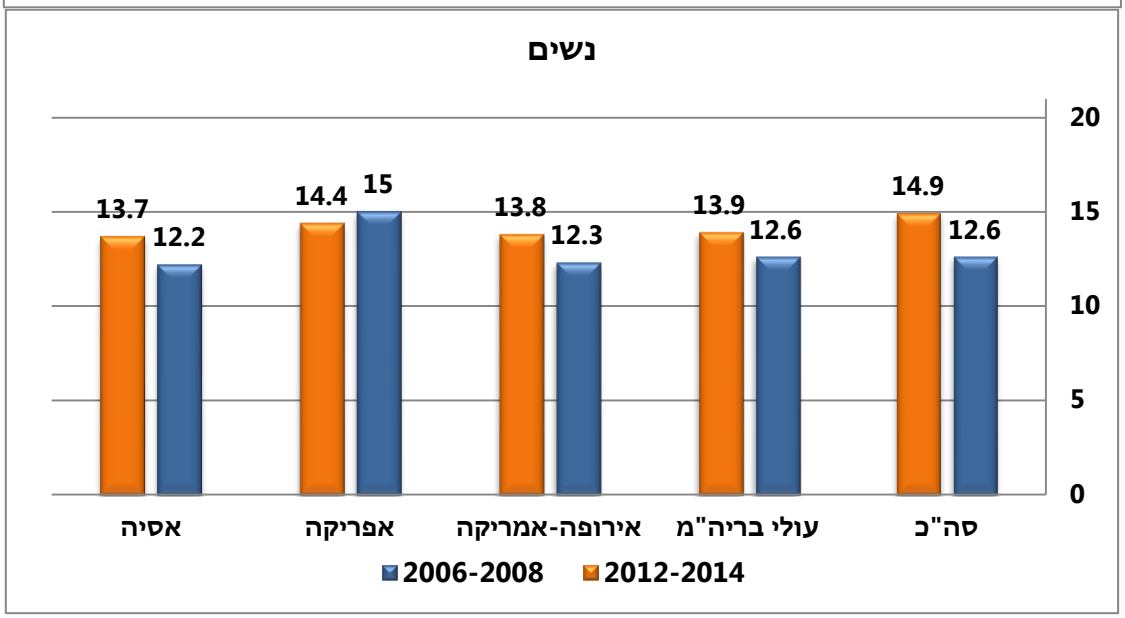

*ישובים ישראליים בלבד
מקור: למ"ס. *שנתון סטטיסטי לישראל*, 2016.

[3] למ"ס. *שנתון סטטיסטי לישראל 2016*.

תרשים 3 מציג שיעורי תמותה ממוצעים תלת-שנתיים בקרב האוכלוסייה היהודית המבוגרת, בשתי נקודות זמן. בקרב גברים, הנתונים מצביעים על עלייה בתמותה בקרב כלל האוכלוסייה, הכוללת גם את ילידי ישראל, וספציפית בקרב עולי ברה"מ לשעבר ואירופה-אמריקה, ואילו בקרב ילידי אסיה ואפריקה נרשמה ירידה בתמותה בין שתי תקופות זמן. בקרב גברים עולי ברה"מ לשעבר, נרשם שיעור גבוה ביותר של תמותה ביחס לקבוצות אחרות. בקרב נשים נצפתה עלייה בשיעורים בכל הקבוצות, להוציא את ילידות אפריקה, אצלן נרשמה ירידה בתמותה בשתי התקופות. העלייה המשמעותית ביותר בתמותה נרשמה באוכלוסיית הנשים הכללית, קבוצה הכוללת גם נשים ילידות ישראל. ניתן לשים לב, כי הפערים בשיעורי תמותה לפי יבשת לידה בקרב גברים, גדולים יותר מאשר הפערים בקרב הנשים.

**תרשים 3. שיעורי תמותה מתוקננים ל- 1,000 תושבים של יהודים ואחרים בני 45 ומעלה לפי מין ויבשת לידה, ממוצעים תלת-שנתיים***



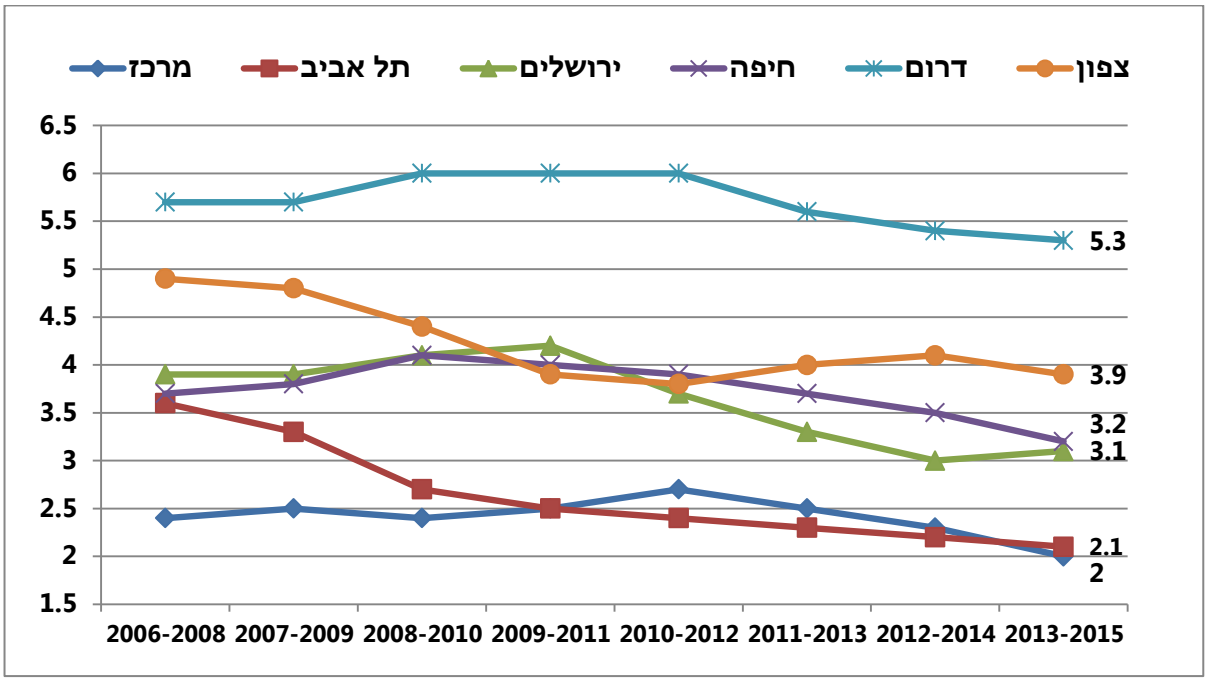

מקור. *למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 2016.*
*סה"כ כולל ילידי ישראל ויבשת לידה לא ידועה. ילדי אירופה ואמריקה כוללים עולי ברה"מ.

## תמותת תינוקות

בשנת 2015[4] שיעור תמותת התינוקות עמד על 3.1 ל- 1,000 לידות חי. בקרב יהודים ואחרים השיעור הסתכם ב- 2.2, ובקרב ערבים ב- 6.2.[5]

ראוי לציין לחיוב ירידה בשיעור תמותת תינוקות במחוז הצפון בתקופת המדידה האחרונה, לאחר עלייה רציפה משנת 2010 (תרשים 4). גם במחוזות הדרום, חיפה והמרכז קיימת ירידה לאורך זמן בשיעורי תמותת תינוקות. על רקע זה בולטת עלייה בתמותת תינוקות שנרשמה במחוז ירושלים מ- 3.0 בשנים 2012-2014 ל- 3.2 בשנים 2013-2015.

**תרשים 4. שיעורי תמותת תינוקות ממוצעים לפי מחוז**




מקור: למ"ס. *שנתון סטטיסטי לישראל, 2016*.

שילוב נתוני תמותת תינוקות לפי מחוז עם נתונים לפי קבוצת אוכלוסייה יוצר תמונה מורכבת (ראה לוח 1). בקרב יהודים, בחינה של שיעורי תמותה בשלוש נקודות זמן מראה ירידה עקבית במחוזות ירושלים, המרכז והדרום. במחוזות צפון וחיפה נצפתה יציבות במדד במשך שתי תקופות המדידה האחרונות.

בקרב האוכלוסייה הערבית, נצפתה ירידה עקבית במחוזות חיפה ומרכז, ואילו במחוז ירושלים מגמת הירידה התחלפה בעלייה. במחוזות דרום וצפון נצפתה יציבות בשיעור תמותת התינוקות בשנים האחרונות.

---

[4] ממוצע לשנים 2013-2015

[5] למ"ס. *שנתון סטטיסטי לישראל*, 2016.

.

**לוח 1. שיעורי תמותת תינוקות לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה, ממוצעים לשנים שונות**

| מחוז | ממוצע 2009-2011 | | ממוצע 2011-2013 | | ממוצע 2013-2015 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | יהודים ואחרים | ערבים | יהודים ואחרים | ערבים | יהודים ואחרים | ערבים |
| **סה''כ** | **2.7** | **6.7** | **2.5** | **6.3** | **2.2** | **6.2** |
| ירושלים | 3.1 | 6.7 | 2.5 | 5.0 | 2.2 | 5.5 |
| צפון | 2.9 | 4.7 | 2.8 | 4.8 | 2.8 | 4.8 |
| חיפה | 3.0 | 6.0 | 2.7 | 5.8 | 2.7 | 4.3 |
| מרכז | 2.1 | 6.3 | 2.2 | 5.5 | 1.7 | 4.8 |
| תל אביב | 2.5 | (3.8) | 2.2 | (4.6) | 2.0 | (6.0) |
| דרום | 3.5 | 11.6 | 3.1 | 11.0 | 2.8 | 11.0 |

מקורות: למ''ס. *שנתון סטטיסטי לישראל*, שנים שונות.

בבחינת הסיבות לתמותת תינוקות, הסיבה השכיחה ביותר לתמותת תינוקות באוכלוסייה היהודית היא סיבוך סב-לידתי (1.3 ל- 1,000 לידות חי[6], כ- 50% מסך כלל התמותה), ואילו בקרב בני דתות אחרות הסיבה המובילה היא, בדומה לשנים הקודמות, מומים מולדים (2.5 ל- 1,000 לידות חי, כ- 40% מכלל התמותה).

## הערכה עצמית של בריאות

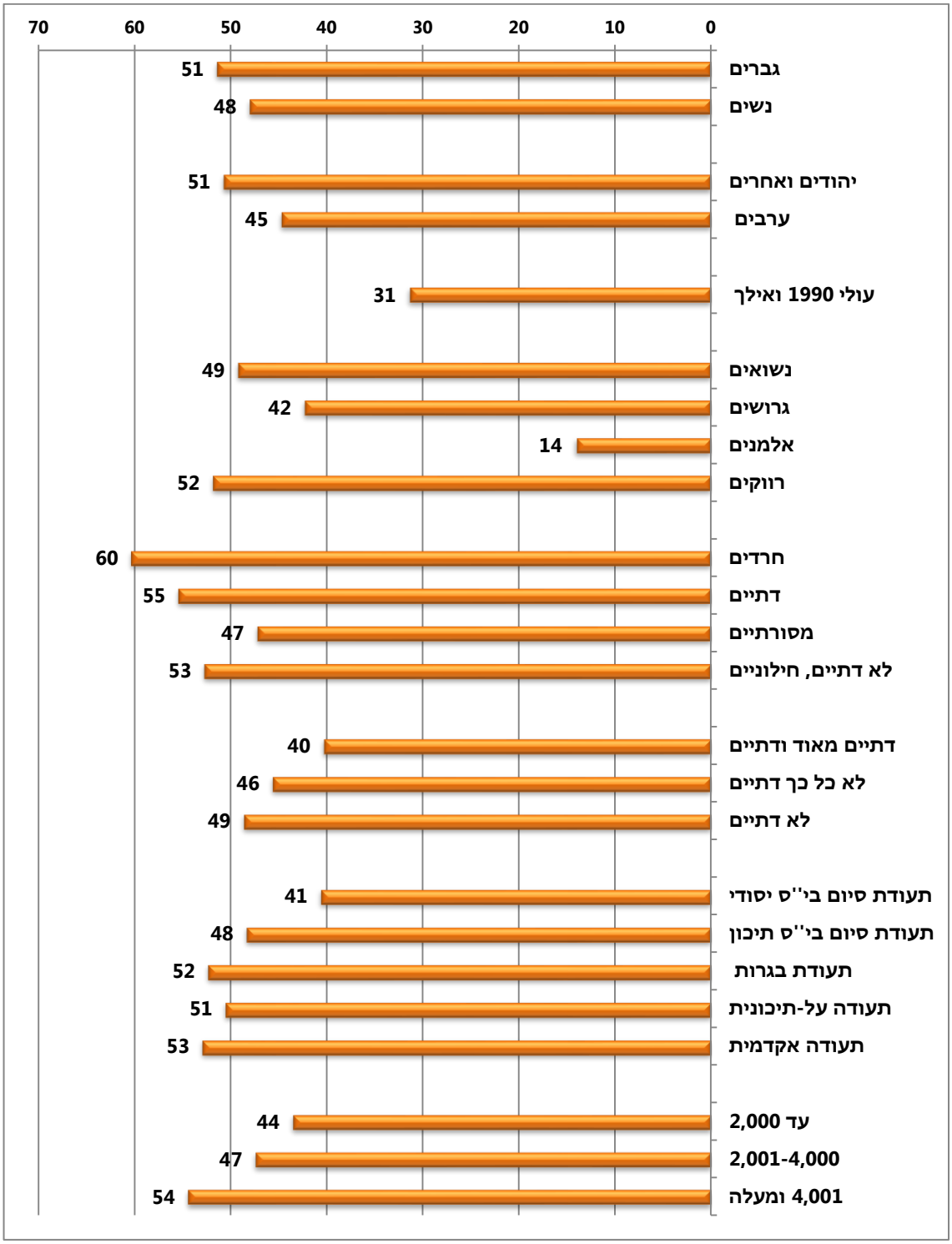
על הפערים במדדי בריאות ניתן ללמוד גם מהשימוש במדדים סובייקטיביים. לדוגמא, באמצעות הערכה עצמית של הבריאות, הנבדקת בעקביות בסקרים חברתיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. תרשים 5 מציג שיעורים מתוקננים של המעריכים את בריאותם כטובה מאוד, לפי מדדי רקע דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים שונים. מקור הנתונים הוא הסקר החברתי משנת 2014.

אלמנים, עולי 1990+, יהודים מסורתיים וערבים דתיים, בעלי השכלה יסודית/חטיבת ביניים ללא תעודה, ובעלי הכנסה נמוכה – כל אלה מציגים שיעורים נמוכים ביותר של הערכת בריאות עצמית טובה מאוד.

במטרה לעקוב אחר המגמות בהערכה עצמית של בריאות בקבוצות חברתיות ודמוגרפיות השונות, ערכנו השוואה של נתוני 2014 עם הנתונים מתוך הסקר החברתי משנת 2010. מהבדיקה הסתבר, כי לא חל כל שינוי משמעותי בתקופה זו, לא מבחינת שיעור האנשים שמעריכים את בריאותם כטובה מאוד בתוך הקבוצות ולא בין הקבוצות. כלומר, ההבדלים בין הקבוצות הם עקביים ונשמרים לאורך זמן.

[6] ממוצע לשנים 2010-2014

**תרשים 5. אחוז בני 20 ומעלה שהעריכו את בריאותם* כטובה מאוד לפי תכונות נבחרות שיעור מתוקנן לגיל, 2014**




*) מבוסס על השאלה: "מהו מצב בריאותך בדרך כלל?". מתוך הסקר החברתי של למ''ס לשנת 2014.
הערה: קטגוריות השכלה - תעודת סיום בי''ס יסודי או חטיבת ביניים ללא תעודה; תעודת סיום בי''ס תיכון (ללא תעודת בגרות).
קטגוריית דתיות – "דתיים מאוד ודתיים, לא כל כך דתיים, לא דתיים" – הכוונה היא לבני דתות אחרות, לא יהודים.

מקור: למ"ס. *שנתון סטטיסטי לישראל*, 2016.

# פרק 2. פערים בפריסת תשתיות, כוח אדם ומיטות אשפוז

## 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 הבריאות[1].

השיעור הממוצע התלת שנתי של רופאים המועסקים בישראל ל- 1,000 נפש (לפי סקר הלמ"ס) עמד בשנים 2013-2015 על 3.5, עלייה קלה לעומת הממוצע התלת שנתי הקודם, בה הממוצע עמד על 3.4 (לוח 2).

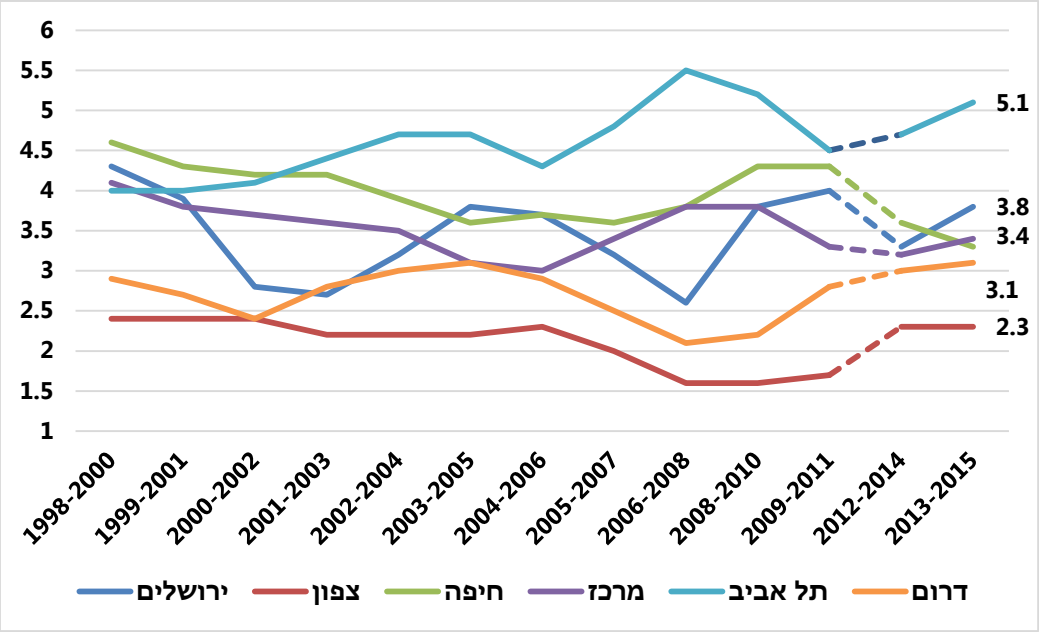
בהשוואה בין לאומית, ישראל ממוקמת נמוך מהממוצע במדינות ה- OECD. בשנת 2014 שיעור הרופאים בישראל עמד על 3.1 (בעלי רישיון עד גיל 65) ביחס לממוצע מדינות הארגון שעמד על-3.4[2]. המשך הירידה של ישראל ביחס למדינות אחרות מהווה ביטוי לחוסר התאמה בין היצע כוח האדם הרפואי לבין הקצב הגובר של גידול האוכלוסייה. גורם נוסף התורם להמשך הירידה של שיעור הרופאים בישראל, הוא גיל ממוצע גבוה בקרב הרופאים שיתבטא בשנים הקרובות ביציאה לגמלאות של קבוצה גדולה של רופאים, שהגיעו לישראל מברה''מ לשעבר בשנות התשעים. קליטתם במערכת הבריאות של אלפי רופאים עולים, הכפילה באותה תקופה, את מצבת כוח האדם הקיים. פרישתם של רופאים עולים מהמערכת עם הגעתם לגמלאות, אשר החלה נותנת אותותיה בעשור האחרון, צפויה להחריף את מצוקת כוח אדם. ההחרפה המשמעותית צפויה בפריפריה בכלל וברפואת הקהילה בפרט, אזורים ותחומים בהם רופאים עולים לשעבר מהווים חלק ניכר ממצבת כוח האדם, ונוכח העובדה כי רובם מועסקים ברפואה ראשונית[3].

תרשים 7 מציג מגמות בשיעור רופאים מועסקים לפי מחוז התעסוקה של הרופא. על רקע צמצום הפער בין כלל המחוזות, בזכות עליה בשיעור הרופאים בדרום ובצפון, וירידה במחוזות מרכז וחיפה, בולט הפער המתרחב בין מחוז תל אביב לשאר המחוזות. שיעור הרופאים במחוז זה הוא פי שניים משיעורם במחוז הצפון, בו נצפה השיעור הנמוך ביותר של רופאים מועסקים.

---

[1] משרד הבריאות. *כוח אדם במקצועות הבריאות*. אגף המידע. שנים שונות.
משרד הבריאות. *מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל*. אגף המידע. שנים שונות.
[2] פלוטניק וקידר. 2016. *מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2014*. משרד הבריאות.
[3] שמש וחב'. 2012. *מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל*. משרד הבריאות.

**תרשים 7. שיעור הרופאים המועסקים ל- 1,000 נפש לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת-שנתי***




מקור: משרד הבריאות. 2015. *כוח אדם במקצועות הבריאות 2014*, אגף המידע.
הערה: הקו המקווקו בין הממוצעים האחרונים (2009-2011 ו-2012-2014) מציין חוסר רצף בממוצעים (חסר נתון על הממוצעים בשנים 2010-2012 ו-2011-2013).

**לוח 2. שיעור הרופאים המועסקים ל- 1,000 נפש, לפי מחוז תעסוקה, ממוצע נע תלת-שנתי***

| מחוז | 2000-2002 | 2001-2003 | 2002-2004 | 2003-2005 | 2004-2006 | 2005-2007 | 2006-2008 | 2008-2010 | 2009-2011 | 2012-2014 | 2013-2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ירושלים** | (2.8) | (2.7) | 3.2 | 3.8 | 3.7 | 3.2 | 2.6 | 3.8 | 4.0 | 3.3 | 3.8 |
| **צפון** | 2.4 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.3 | 2.0 | (1.6) | 1.6 | 1.7 | 2.3 | 2.3 |
| **חיפה** | 4.2 | 4.2 | 3.9 | 3.6 | 3.7 | 3.6 | 3.8 | 4.3 | 4.3 | 3.6 | 3.3 |
| **מרכז** | 3.7 | 3.6 | 3.5 | 3.1 | 3.0 | 3.4 | 3.8 | 3.8 | 3.3 | 3.2 | 3.4 |
| **תל אביב** | 4.1 | 4.4 | 4.7 | 4.7 | 4.3 | 4.8 | 5.5 | 5.2 | 4.5 | 4.7 | 5.1 |
| **דרום** | (2.4) | 2.8 | 3.0 | 3.1 | 2.9 | 2.5 | (2.1) | 2.2 | 2.8 | 3.0 | 3.1 |
| **סה"כ** | **3.3** | **3.3** | **3.4** | **3.3** | **3.2** | **3.2** | **3.3** | **3.4** | **3.3** | ***3.4** | **3.5** |

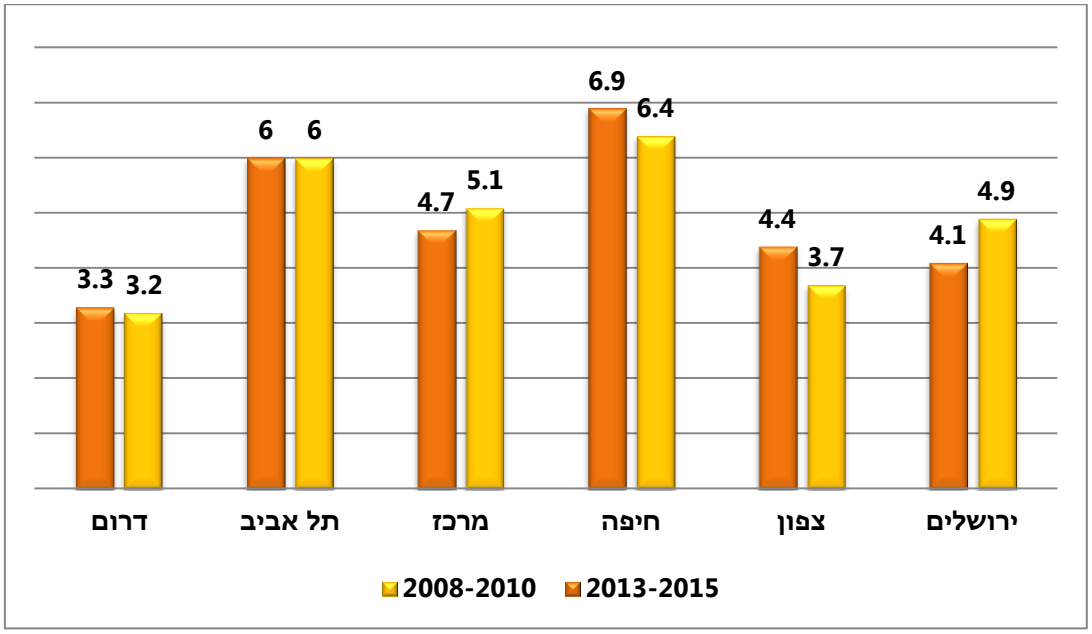
( ) - מבוסס על מספרים בעלי טעות דגימה יחסית גבוהה מ- 25%
*הפער בין נתון זה לנתון של ארגון OECD (3.1) שצוטט לעיל מוסבר על ידי הבדלים בהגדרה של הרופאים במקורות מידע שונים
מקור: משרד הבריאות. *כוח אדם במקצועות הבריאות*, שנים שונות
הערה: בשנת 2013 בוצע גם שינוי הגדרות בסיווג כוח אדם בסקר למ"ס.

תרשים 8 מציג את שיעור האחיות (מוסמכות ומעשיות) המועסקות ל- 1,000 נפש, בהשוואה בין המחוזות. השוואה בין המצב כיום לשיעורי אחיות לפני חמש שנים מראה עלייה במחוזות הצפון וחיפה, וירידה במחוזות ירושלים ומרכז. הירידה המתמשכת בירושלים עלולה להעיד על מחסור הולך ומחמיר של האחיות באזור. במחוז תל אביב לא נצפה כל שינוי בחמש השנים האחרונות. מחוז הדרום, בו נצפתה עלייה קלה בשיעור האחיות, עדיין ממוקם נמוך יותר ביחס לכלל האזורים.

בהשוואה למדינות OECD, מציגה ישראל, בדומה לתקופות הקודמות, שיעור נמוך ביותר של אחיות ל- 1000 נפש, כאשר שיעור נמוך יותר נצפה רק במדינות מקסיקו ויוון. בשנת 2014 שיעור האחיות בישראל עמד על 4.9 בהשוואה ל- 9.5, הממוצע במדינות ה- OECD.

בשנים האחרונות הרחיב משרד הבריאות באופן משמעותי את מסגרות ההכשרה של אחיות, ומספרן הגיע לשיא של יותר מ- 2,000 אחיות בשנה[4].

**תרשים 8: שיעור האחיות (המוסמכות והמעשיות) המועסקות ל-1,000 נפש לפי מחוז תעסוקה, ממוצע תלת שנתי**

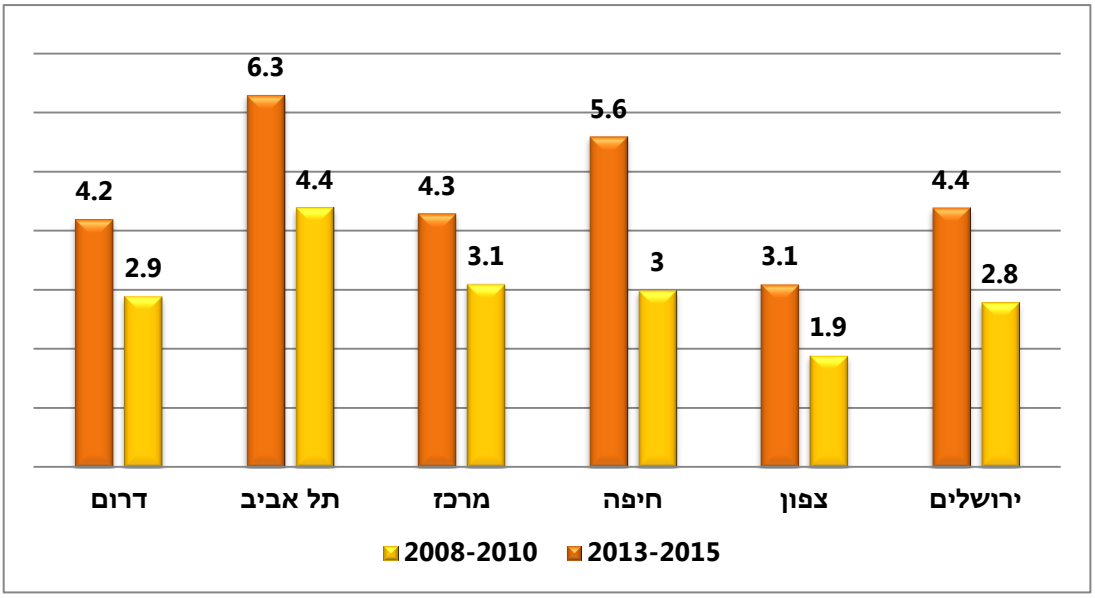



מקור: משרד הבריאות, *כוח אדם במקצועות בריאות 2015*. אגף המידע.

באשר למקצועות עזר רפואיים (כגון פיזיותרפיה, אופטומטריה, ריפוי בעיסוק, שיננית וכד'), הנתונים מצביעים על עלייה משמעותית במקצועות אלו בכל המחוזות בחמש השנים האחרונות. עלייה מבורכת זו, למרות שלא פסחה על אף מחוז, לא צמצמה משמעותית את הפערים בין המחוזות.

[4] פלוטניק וקידר. 2016. *מערכת הבריאות בישראל בראי OECD 2014*. משרד הבריאות.

**תרשים 9. שיעור המועסקים במקצועות עזר רפואי ל-1,000 נפש, לפי מחוז תעסוקה**




מקור: משרד הבריאות, *כוח אדם במקצועות בריאות 2015*. אגף המידע.

## הבדלים בפריסת מיטות אשפוז ועמדות[5]

בסוף שנת 2015 היו בישראל 15,487 מיטות לאשפוז כללי בתקן. השיעור המתוקנן לגיל של מיטות ל- 1,000 נפש, עמד על 1.8 באותה השנה.

שיעור המיטות לאשפוז כללי בישראל הוא בין הנמוכים במדינות ה- OECD (2.3 לעומת 3.6 ממוצע OECD[6]), והוא ממוקם במקום החמישי מתחתית הרשימה, כששיעור נמוך מישראל ניתן למצוא רק במקסיקו, צ'ילה, קנדה ובריטניה[7]. לאורך זמן, המיקום היחסי של ישראל ביחס למדינות אחרות השתפר מעט, אך הוא עדיין, כאמור, נמוך מאוד.

שיעור המיטות הנמוך בא לביטוי גם בנתוני שהייה ממוצעת נמוכה וגם בנתוני תפוסת מיטות אשפוז, שהיא עדיין הגבוהה ביותר בארגון ה- OECD.

תרשימים 10-14 מציגים מגמות בשיעורי המיטות ע"פ סוגיהם השונים, בשמונה נקודות זמן, החל משנת 2008. הנתונים הוצגו לראשונה במסגרת הדוח הראשון בסדרת *אי-שוויון בבריאות*

[5] הפרק מבוסס על נתוני פרסום *מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013* של משרד הבריאות, אגף מידע, חטיבת מידע ומחשוב.
[6] הנתון של OECD כולל גם מיטות לאשפוז פסיכיאטרי.
[7] פלוטניק וקידר. 2016. *מערכת הבריאות בישראל בראי OECD 2014*. משרד הבריאות.

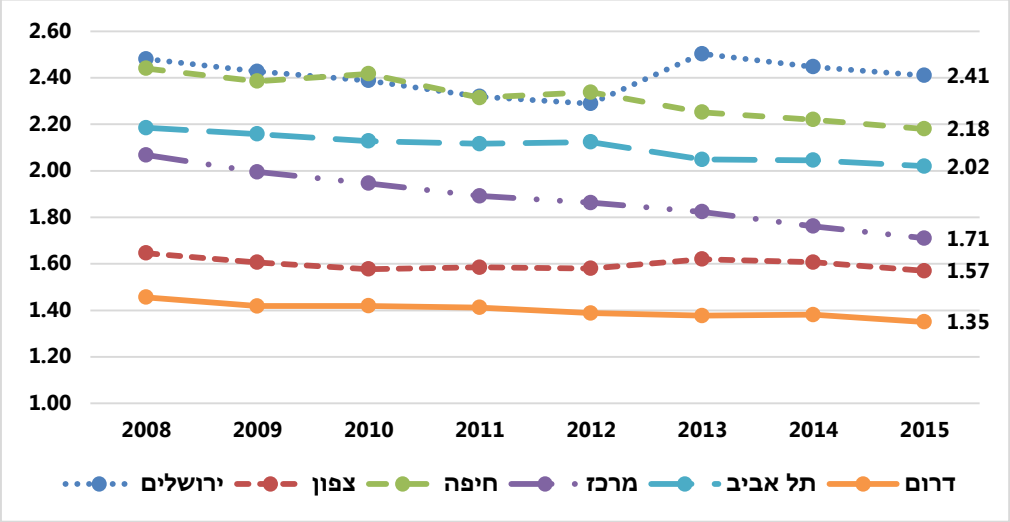
*והתמודדות עמו*, בשנת 2010[8]. נציין, כי בשנת 2013 שונתה אוכלוסיית תקן לחישוב השיעור, מהלך שהשפיע קלות על הנתונים.

הנותנים מצביעים על המשך מגמת ירידה במיטות לאשפוז כללי בכל המחוזות[9]. בחלוקה לנפות (תרשים 11) נראה כי הירידה המשמעותית ביותר בעשור האחרון נצפתה בנפות רמלה, פתח תקווה וצפת, אם כי אזורים אלה עדיין מובילים מבחינת שיעור המיטות לעומת אזורים אחרים. נזכיר, כי שיעור המיטות באזורים השונים מבטא פריסה של מוסדות אשפוז, על כן מראש קיימים פערים גדולים בין הנפות בהם מוסדות אשפוז רבים (כמו חיפה בה שבעה בתי חולים כלליים) לעומת נפות עם מעט מוסדות אשפוז (כגון השרון, עם בית חולים כללי אחד). כמו כן קיימת חשיבות לגודל המוסדות.

פריסת שירותי אשפוז היא גם תולדה של התפתחות היסטורית של המדינה ושל המערכת הרפואית בה, וקשורה גם לפריסה גיאוגרפית בלתי אחידה של האוכלוסייה. מכאן חשיבות להחלטות מדיניות, שתפקידן להביא לשיפור בנגישות שירותי האשפוז לכלל האוכלוסייה, ללא תלות באזור מגורים.

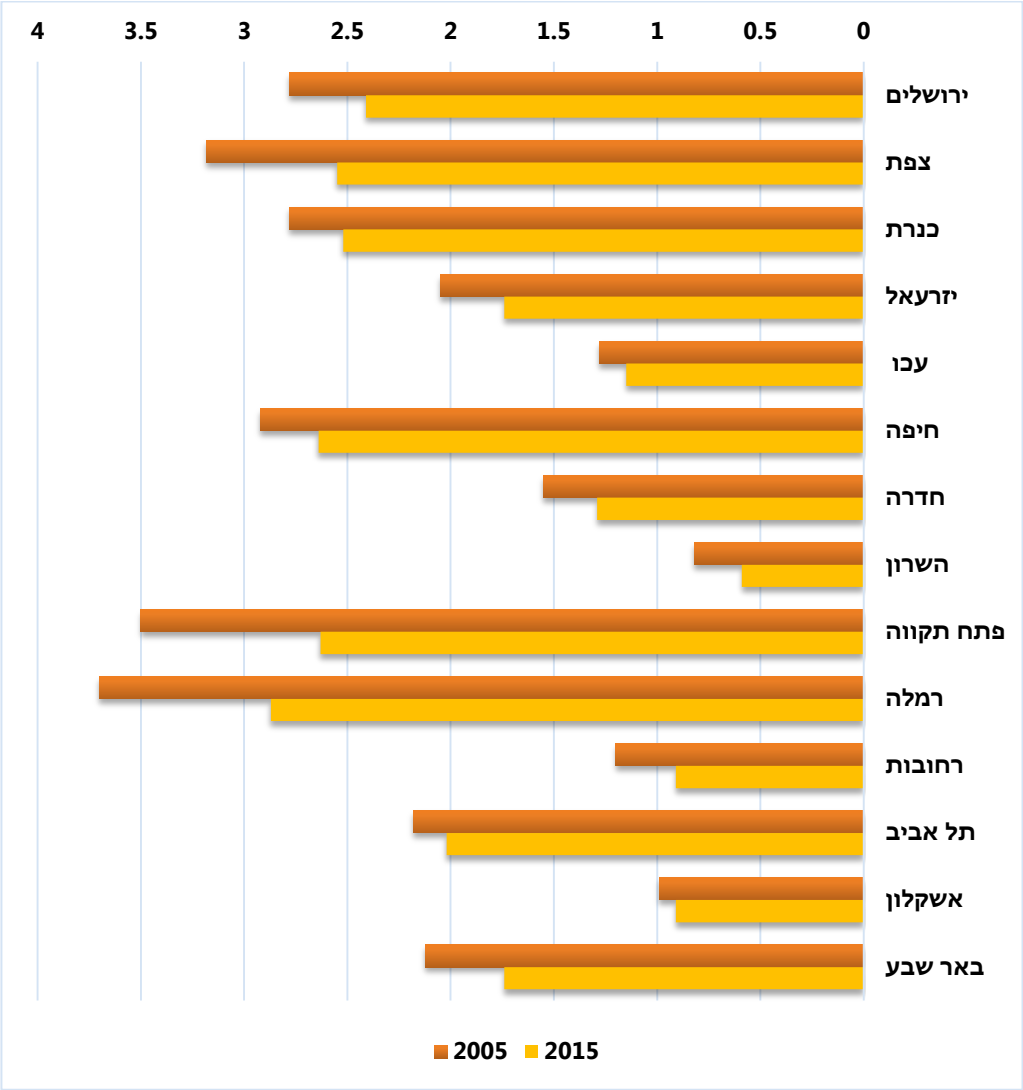
אחת ההחלטות מסוג זה היא ההחלטה להקים בית חולים חדש בעיר אשדוד. מצבת מיטות לאשפוז כללי, כמו גם מיטות מסוגים אחרים, בחלקה הדרומי של הארץ, עשויה להשתפר עם פתיחתו הצפויה בשנת 2017 של בית חולים ציבורי חדש בעיר זו (אסותא אשדוד). בית חולים זה יספק מענה לתושבי העיר, השישית בגודלה בישראל, עם אוכלוסייה של מעל 200 אלף תושבים, וגם לתושבי האזורים הסמוכים. בבית החולים החדש צפויות להיפתח 300 מיטות אשפוז.

**תרשים 10. שיעור המיטות לאשפוז כללי לפי מחוזות**
**שיעור לאוכלוסייה מתוקננת לגיל ל-1,000 נפש**




[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 11. שיעור המיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפש, לפי נפות, מתוקנן לגיל**



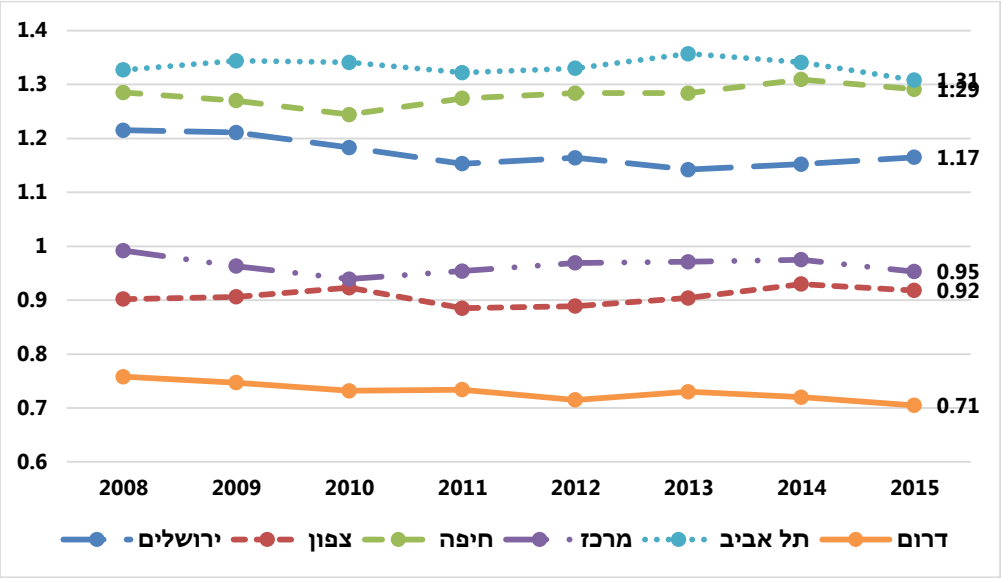

בשיעור מיטות אשפוז ל- 1000 ילדים, באגף הילדים, נרשמה ירידה ברוב המחוזות למעט מחוז ירושלים, בו נרשמה עלייה קלה. באגף הפנימי, השיעורים ירדו ירידות קלות ברוב המחוזות. במחוזות המרכז וירושלים נרשמה ירידה משמעותית בשלוש השנים האחרונות. באגף לטיפול נמרץ בתקופה זו, נרשמה ירידה קלה מאוד בכל המחוזות.

מצב קיפאון מלווה בירידה קלה מאפיין גם מגמות בשיעור בעמדות אשפוז. עליות נקודתיות נרשמו בשיעור עמדות לידה במחוז ירושלים, ובעמדות ניתוח בצפון. בדומה למיטות אשפוז, גם כאן הפערים בין המחוזות לרוב נשמרים.

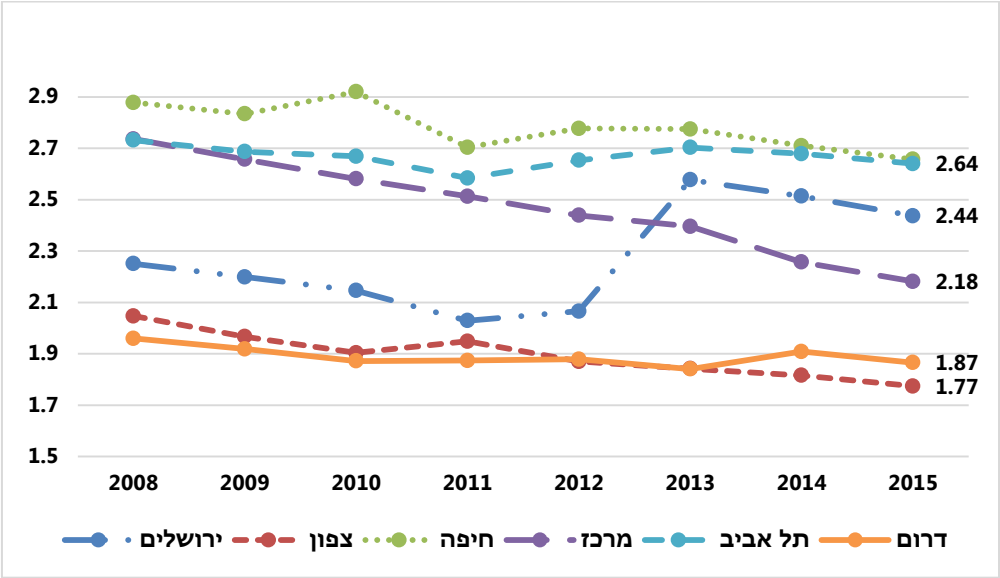
ירידה מתמדת בשיעור מיטות אשפוז, כמו גם בשיעור עמדות, להוציא עליות נקודתיות, המתרחשת למרות תוספת תשתיות לה זוכים בתי חולים בממדים אלו ואחרים מדי שנה, מלמדת על כך,

שתוספות אלו אינן מספיקות, אינן מותאמות לגידול האוכלוסייה, ואינן מסוגלות להפוך את מגמת הירידה הנצפית במערכת מזה שנים ארוכות.

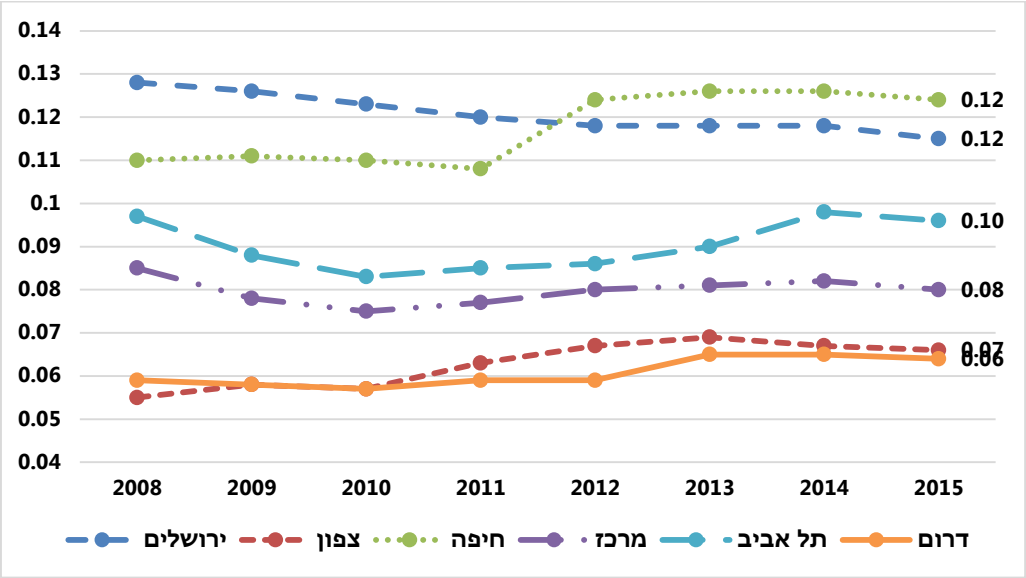
**תרשים 12. שיעור המיטות באגף הילדים לפי מחוזות, ל-1,000 ילדים בגיל 0-14**



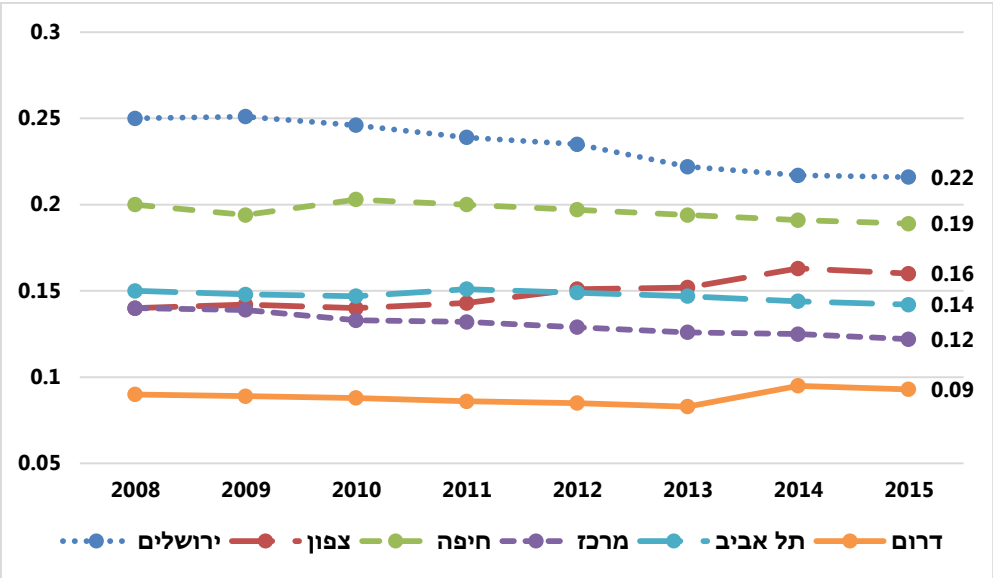

**תרשים 13. שיעור המיטות באגף הפנימי לפי מחוזות, ל-1,000 בני 45 ומעלה**



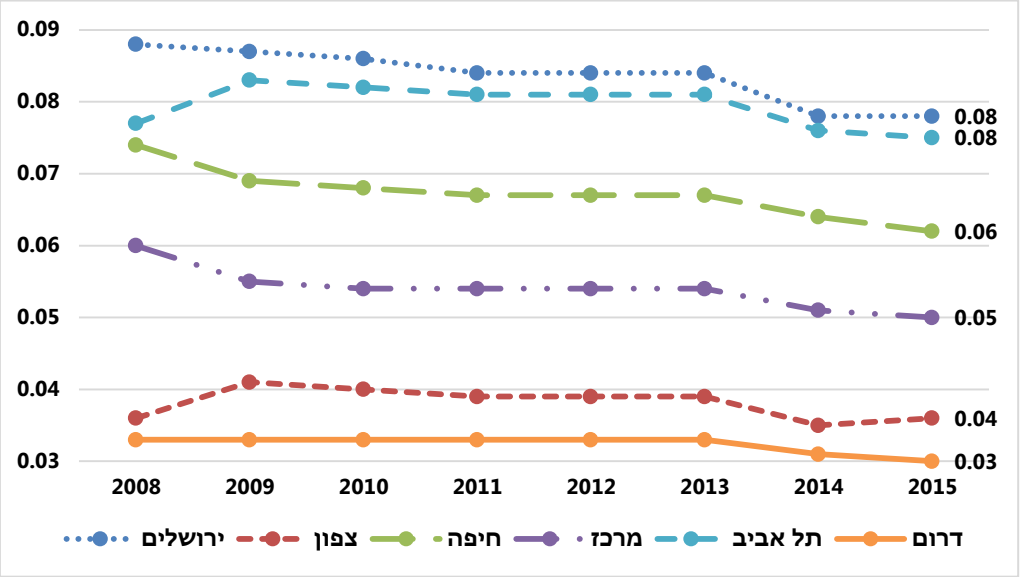
**תרשים 14. שיעור המיטות באגף לטיפול נמרץ לפי מחוזות, ל-1,000 נפש**



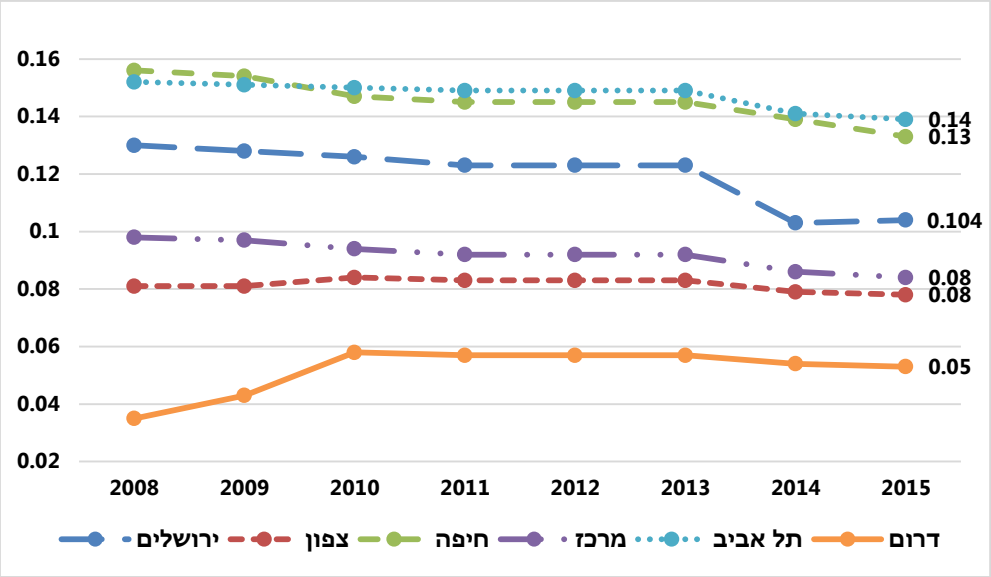

**תרשים 15. עמדות לרפואה דחופה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש**



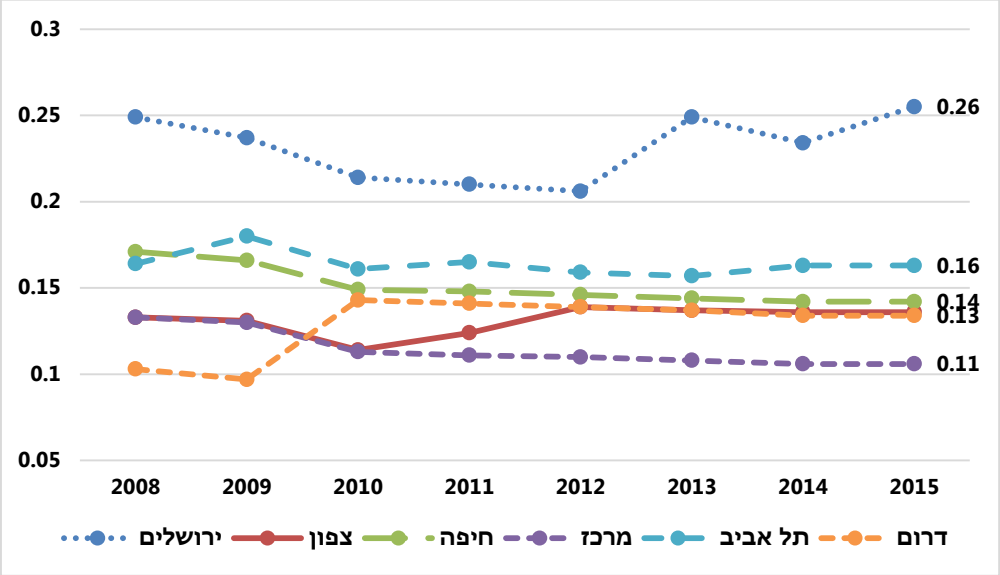
**תרשים 16. עמדות ניתוח לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש**




**תרשים 17. עמדות התעוררות לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש**



**תרשים 18. עמדות לידה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נשים בגיל 15-49**



# פרק 3. זמינות ונגישות שירותי בריאות בעיניי המבוטח:

## עיבודים לממצאי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2015

בפרק זה מוצגים ממצאי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2015. בסקר לשנה זו נבדקו עמדות הציבור כלפי שירותי הבריאות ובתוך כך חוויית המטופל בעת אשפוז בבית חולים כללי, בביקור בחדר מיון, בביקור אצל רופא משפחה, ובביקור אצל רופא מקצועי, לצד עמדות כלליות על שירותי הבריאות בישראל ויחסו לשימוש ברפואה פרטית. דגש מיוחד ניתן לבחינת מצב הזמינות והנגישות של שירותי הבריאות כפי שאלה נתפסים על ידי המבוטח[1].

הסקר החברתי הוא סקר שנתי, המספק מידע על תנאי המחיה ועל רווחתה של האוכלוסייה בישראל בתחומים שונים. אוכלוסיית הסקר כוללת בני 20 ומעלה והוא נערך באמצעות ריאיון טלפוני. בשנת 2015 רואיינו בטלפון כ- 7,100 איש מכל רחבי הארץ, המייצגים כ- 5.2 מיליון איש בגילאים הללו. תוצאות הסקר מוצגים בצירוף אומדנים לכלל אוכלוסיית ישראל.

בפרק זה מוצגים ממצאי הסקר הנוגעים להיבטים של זמינות ונגישות שירותי הבריאות, כפי שהם באים לביטוי בתוצאות הראיונות. הדגש בהצגת הממצאים הושם על היבטים גיאוגרפיים כמו גם על הבדלים דמוגרפיים בין אוכלוסיית המבקרים במוסדות בריאות.

## זמני המתנה לאשפוז ולקבלת שירות בחדרי מיון

15% מהציבור בגילאי 20 ומעלה, כ-770 אלף איש, היו מאושפזים בשנה האחרונה[2] בבית חולים כללי, 13% מבני 20-44 ו-22% מבני 65 ומעלה.

30% אחוז מהמרואיינים, אומדן ל- 304.8 אלף איש באוכלוסייה הכללית, דיווחו על כך, שזמן ההמתנה לאשפוז (כולל קבלת הפניה, קבלת התחייבות וכדומה), הפריע להם. מחציתם דיווחו שמשך זמן ההמתנה הפריע להם, ולמחציתם הפריע מאוד. לאנשים צעירים זמן ההמתנה הפריע יותר מאשר למבוגרים (32% בהשוואה ל- 22% בקרב בני 65+). לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין הקבוצות לפי משתני רקע נוספים.

רבע מהציבור בני 20 ומעלה, אומדן לאוכלוסייה של 1.3 מיליון איש, ביקרו בחדר מיון ב-12 החודשים האחרונים[3].

---

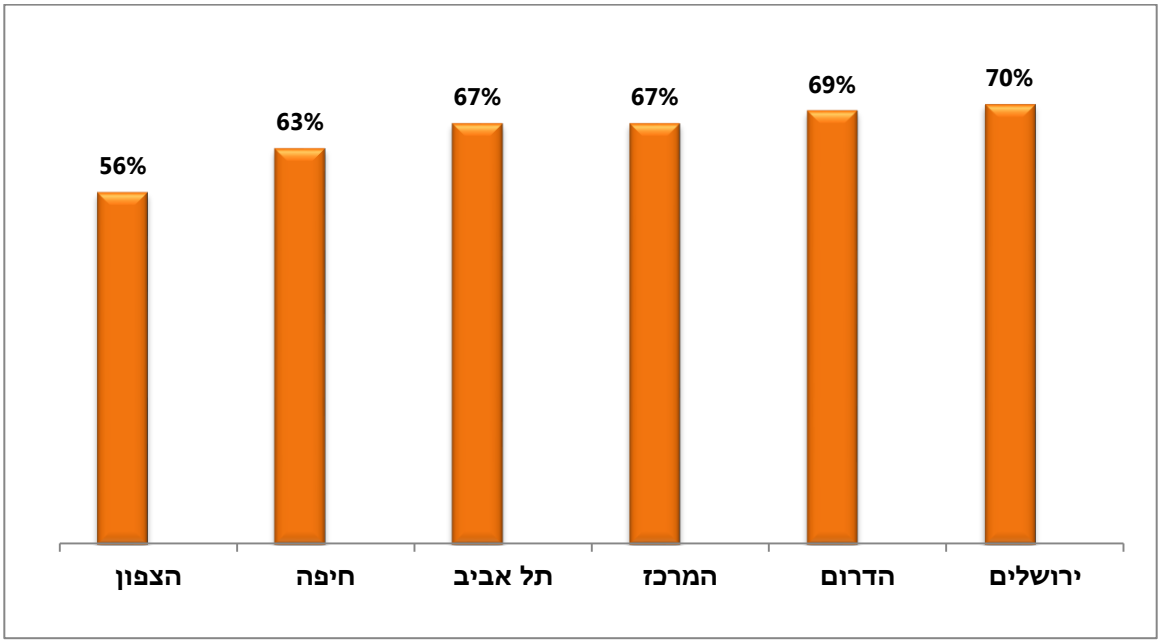
[1] לקט נתונים חדש מתוך הסקר החברתי 2015. *עמדות הציבור בני 20 ומעלה כלפי שירותי הבריאות בישראל*. יוני 2016.
http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201619231

[2] 'ב-12 חודשים האחרונים' או 'בשנה האחרונה''- הכוונה ל-12 החודשים שקדמו לריאיון.

[3] לא כולל אלה שליוו אדם אחר.

זמן ההמתנה בחדר מיון נתפס כארוך במיוחד עבור מרבית המבקרים. ליותר ממחצית המבקרים (65%) הפריע משך ההמתנה בחדר המיון. בחלוקה גאוגרפית, השיעור נע בין 70% במחוז ירושלים לבין 56% במחוז הצפון.

**תרשים 1. אחוז בני 20 ומעלה שביקרו בחדר מיון בשנה האחרונה שדיווחו כי משך ההמתנה בחדר המיון הפריע להם, לפי מחוז מגורים**




* הנתונים ליישובים הישראליים באזור יהודה והשומרון אינם מהימנים בשל טעות דגימה יחסית גדולה, ועל כן אינם ניתנים לפרסום.

## זמינות ונגישות שירותי רפואה דחופה בקהילה

בסקר נשאלו המרואיינים שאלה כללית לגבי זמינות של שירותי רפואה דחופה באזור מגוריהם, כאשר הזמינות הוגדרה במושגים של מרחק, שעות פתיחה ועלות. שירותי רפואה לצורך זה הוגדרו כ"טרם" (מוקד רפואה דחופה בקהילה), מוקדים של קופות חולים, חדרי מיון ומר''מ (מרכז לרפואה מיידית) וכד'.

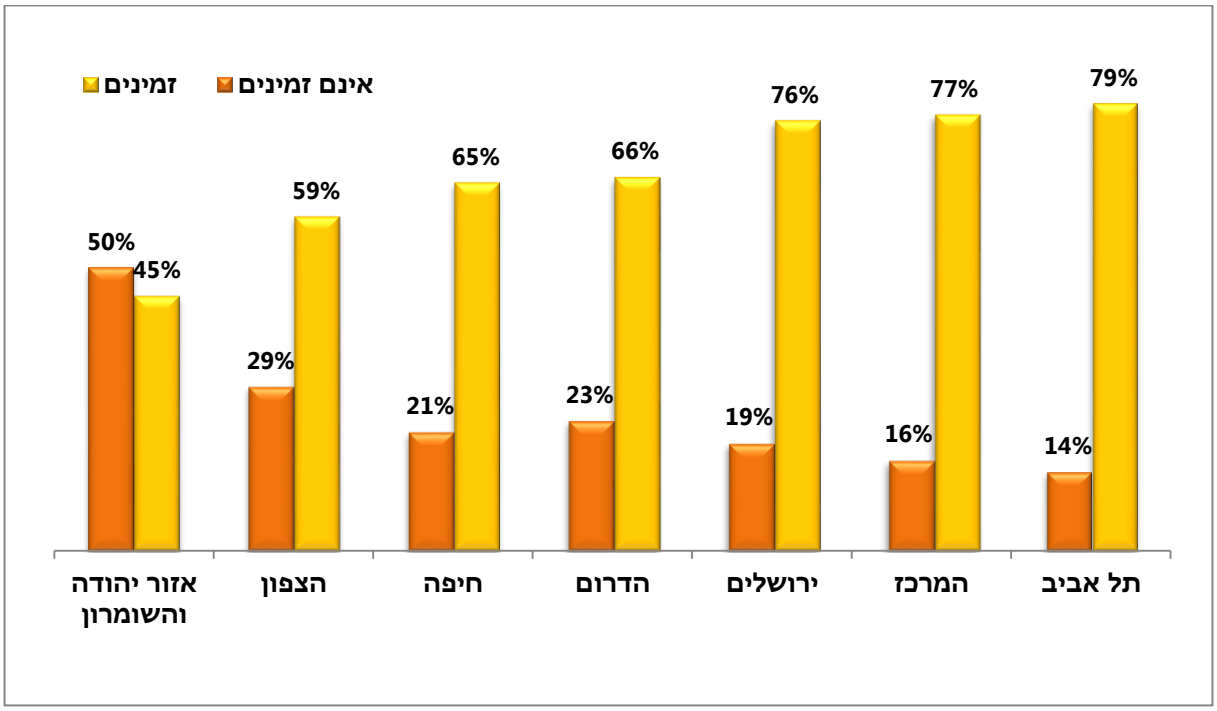
70% מכלל האוכלוסייה מדווחים כי באזור מגוריהם קיימים[4] שירותי רפואה דחופה זמינים.

13% דיווחו כי הם לא כל כך זמינים; 8%, אומדן ל- 417.6 אלף איש, דיווחו כי שירותי רפואה דחופה כלל אינם זמינים עבורם; ו- 9% נוספים דיווחו כי אינם יודעים אם קיימים שירותי רפואה דחופה זמינים או לא באזור מגוריהם. באזור יהודה והשומרון (יישובים ישראליים), מחצית (50%) מהתושבים דיווחו על העדר שירותי רפואה דחופה זמינים (שירות רפואה דחופה "לא כל כך זמינים" או "בכלל לא זמינים") באזור

[4] במידה רבה או במידה מסוימת

מגוריהם. 29% מתושבי מחוז צפון וכחמישית מתושבי מחוזות ירושלים, הדרום וחיפה דיווחו על העדר שירותי רפואה דחופה זמינים באזור מגוריהם.

**תרשים 2. זמינות של שירותי רפואה דחופה לפי מחוז מגורים (מבוסס על דיווחי הנדגמים)**




הערה: הנתונים לא מסתכמים ב- 100 אחוז בשל לא ידוע.

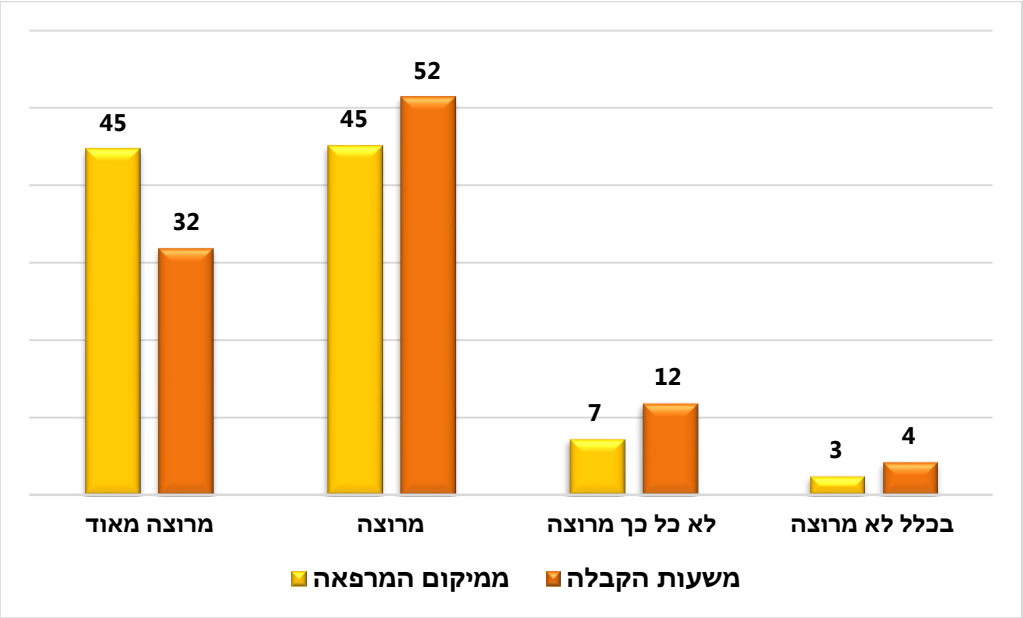
## זמינות ונגישות של הרפואה בקהילה

### רפואת המשפחה

83% מבני 20 ומעלה, כ-4.4 מיליון איש, ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא משפחה, נשים וגברים בשיעור דומה. 90% מהמבקרים הביעו שביעות רצון ממיקום המרפאה, על פי קריטריונים של קירבה למקום המגורים, גישה נוחה, סביבה בטוחה וכד'. צעירים הביעו שביעות רצון בשיעור דומה למבוגרים.

83% מהמבקרים הביעו שביעות רצון משעות הקבלה של רופא משפחה. ל-28% הפריע זמן ההמתנה לרופא (כולל את זמן ההמתנה עד הביקור והשהייה במרפאה): 30% מבני 20-44, 27% מבני 45-64 ו-23% מבני 65 ומעלה. רמת שביעות הרצון לגבי שעות הקבלה של רופא המשפחה נמוכה יותר משביעות הרצון לגבי מיקום המרפאה. באופן כללי, רפואת המשפחה מצטיירת מתוך הנתונים, כזמינה ונגישה עבור רוב המטופלים.

**תרשים 3. בני 20 ומעלה שביקרו אצל רופא משפחה בשנה האחרונה, לפי שביעות רצון ממיקום המרפאה ומשעות הקבלה, אחוזים, 2015**




## רפואה מקצועית

52% מבני 20 ומעלה, כ-2.7 מיליון איש, ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא מקצועי[5]. מרבית הביקורים - 77% - נערכו במרפאת קופת החולים או אצל רופא שעובד עם קופת חולים. 12% נערכו במרפאות פרטיות, 9% - במרפאות בתי החולים. היתר, 2%, במרפאה אחרת או לא ידוע.

בפילוח הביקורים לפי תחום רפואי, נמצא כי ביקורים אצל אורתופד נערכו בשכיחות הגבוהה ביותר (24%), אצל רופא עיניים - 11% (19% מבני 65 ומעלה), אצל רופא עור - 10%, אצל רופא אף אוזן גרון - 9%; 16% מהנשים פנו לרופא נשים. נציין, כי מקצועות אורתופדיה, עיניים, עור, נשים ואף אוזן גרון הינם מקצועות של פנייה ישירה, כלומר הביקור אצל רופא מומחה במקצועות אלה לא מצריך הפנייה מרופא ראשוני.

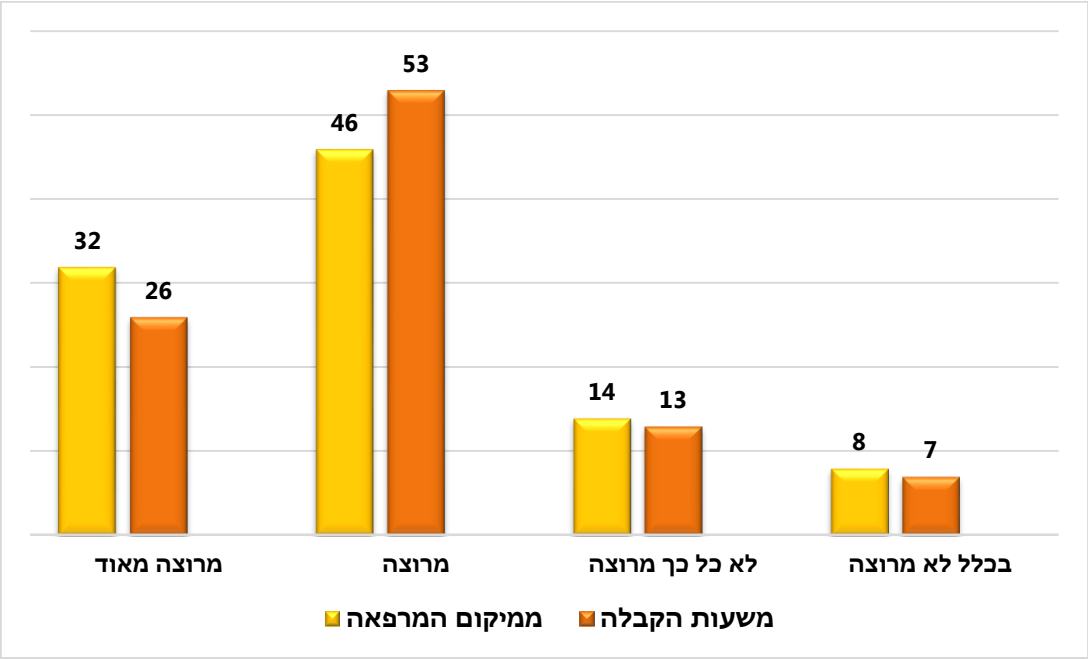
שביעות הרצון מנגישות וזמינות רפואה מקצועית נמוכה יותר מהרפואה הראשונית.

78% מהמבקרים אצל רופא מקצועי, לעומת 90% ברפואת המשפחה, היו מרוצים ממיקום המרפאה כגון: קרבה למקום המגורים, גישה נוחה, סביבה בטוחה. 22%, אומדן ל- 590.7 אלף איש מהפונים, לא היו מרוצים ממיקום המרפאה.

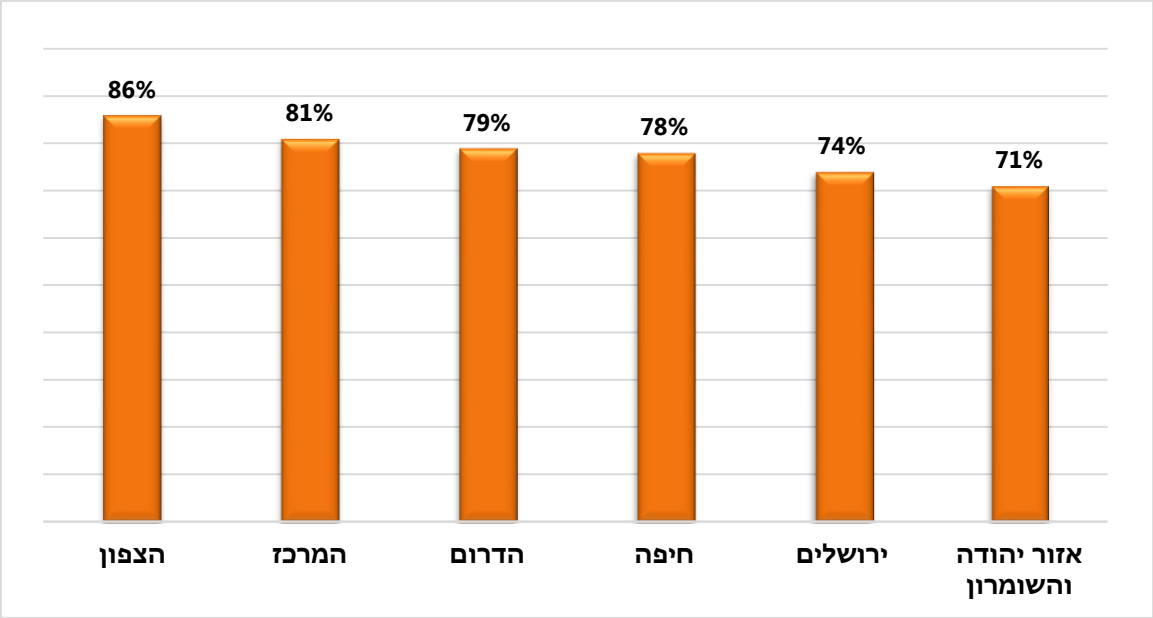
[5] לא כולל רופא שיניים וחדרי מיון, כולל רפואת נשים

79%, לעומת 83% ברפואת המשפחה, היו מרוצים משעות הקבלה של הרופא המקצועי: 73% מבני 44-20, 82% מבני 45-64 ו-88% מבני 65 ומעלה. נמצאו מרוצים משעות הקבלה של הרופא המקצועי - 86% מתושבי מחוז הצפון, 81% מתושבי מחוז המרכז, 79% מתושבי מחוז הדרום, 78% מתושבי מחוז חיפה, 74% מתושבי מחוז ירושלים ו- 71% מתושבי אזור יהודה והשומרון. 20% - 540.8 אלף איש, מהפונים לרופא מקצועי, לא היו מרוצים משעות הקבלה.

**תרשים 4. בני 20 ומעלה שביקרו אצל רופא מקצועי בשנה האחרונה, לפי שביעות רצון ממיקום המרפאה, משעות הקבלה, אחוזים, 2015**




**תרשים 5. שביעות רצון* משעות הקבלה בקרב בני 20 ומעלה שביקרו אצל רופא מקצועי בשנה האחרונה, לפי מחוז, אחוזים, 2015**




*) מרוצים ומרוצים מאוד

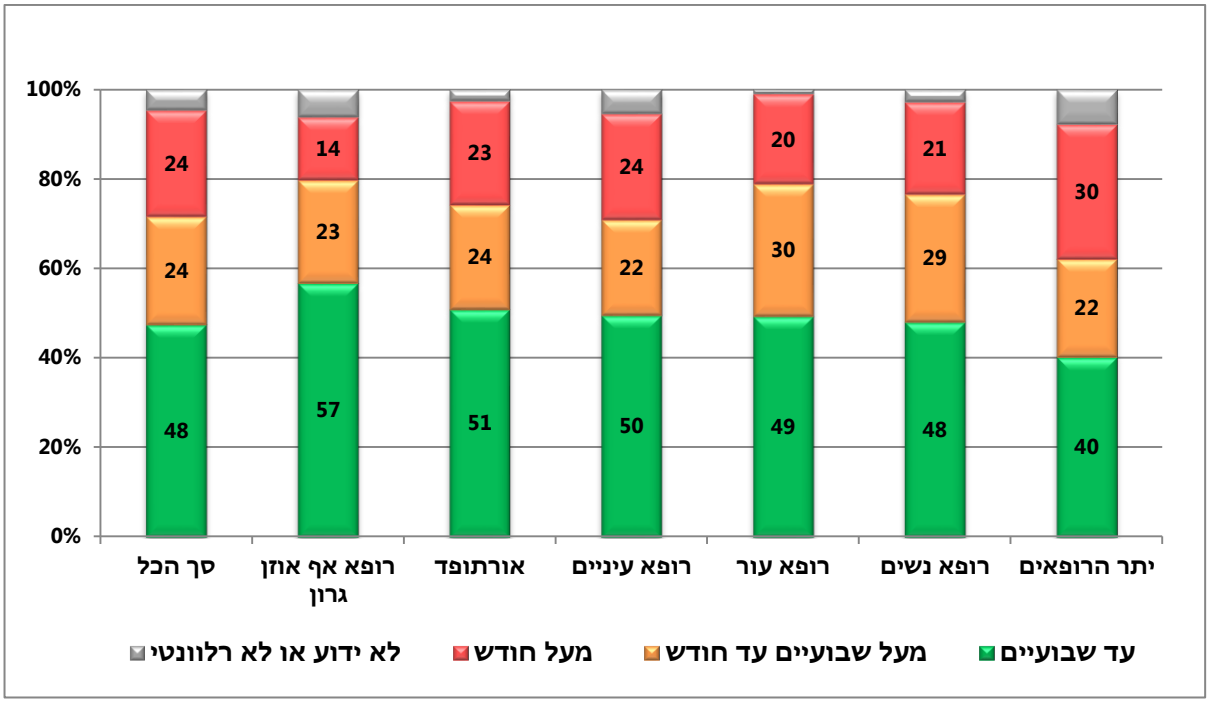
כמחצית מהפונים לרופא המקצועי (48%) המתינו עד שבועיים מאז הזמנת התור ועד לביקור אצל הרופא המקצועי (תרשים 6). 24% המתינו בין שבועיים לחודש, ושיעור זהה המתינו מעל לשלושה חודשים.

מתוך הממתינים מעל שלושה חודשים, 19% - אומדן ל- 519.5 אלף איש - המתינו בין חודש לשלושה חודשים; ו- 5%, שהם 122.5 אלף איש, המתינו יותר משלושה חודשים עד לביקור (היתר, 4%, לא רלוונטי - ביקרו לצורך מעקב או ביקורת).

רפואת אף אוזן גרון מצטיירת כתחום בעל זמינות גבוהה ביותר עם 80% של ממתינים עד חודש. תקופות ההמתנה הגבוהות ביותר של מעל לחודש נרשמו ברפואת עיניים (24%) ובאורתופדיה (23%).

ראוי לציון, כי בתחומים מקצועיים אחרים, פחות שכיחים בקהילה, נצפים זמני המתנה ארוכים הרבה יותר, עם 30% ממתינים מעל החודש. בין המקצועות שנבדקו בסקר, ההמתנה הארוכה במיוחד נרשמה לביקור אצל רופא אורולוג, עם 66% ממתינים יותר משבועיים לביקור, ואצל כירורג עם 54% ממתינים תקופה זהה.

**תרשים 6. בני 20 ומעלה שביקרו אצל רופא מקצועי בשנה האחרונה, לפי זמן ההמתנה מאז הזמנת התור ועד לביקור אצל הרופא, אחוזים, 2015**




ההמתנה במרפאה של הרופא המקצועי מכבידה על כשליש מהפונים. ל- 28% מהפונים לרופא מקצועי – אומדן ל- 766.2 אלף איש - הפריע זמן ההמתנה במרפאה. בפילוח לפי מקצועות נמצא, כי ההמתנה הפריעה ל-36% מהנשים שפנו לרופא נשים, ל-32% מהפונים לרופא עיניים, וכן בהמתנה במרפאה של יתר הרופאים- אורתופד ואורולוג (29%), רופא עור (28%), רופא אף אוזן גרון (24%), כירורג וקרדיולוג (22%).

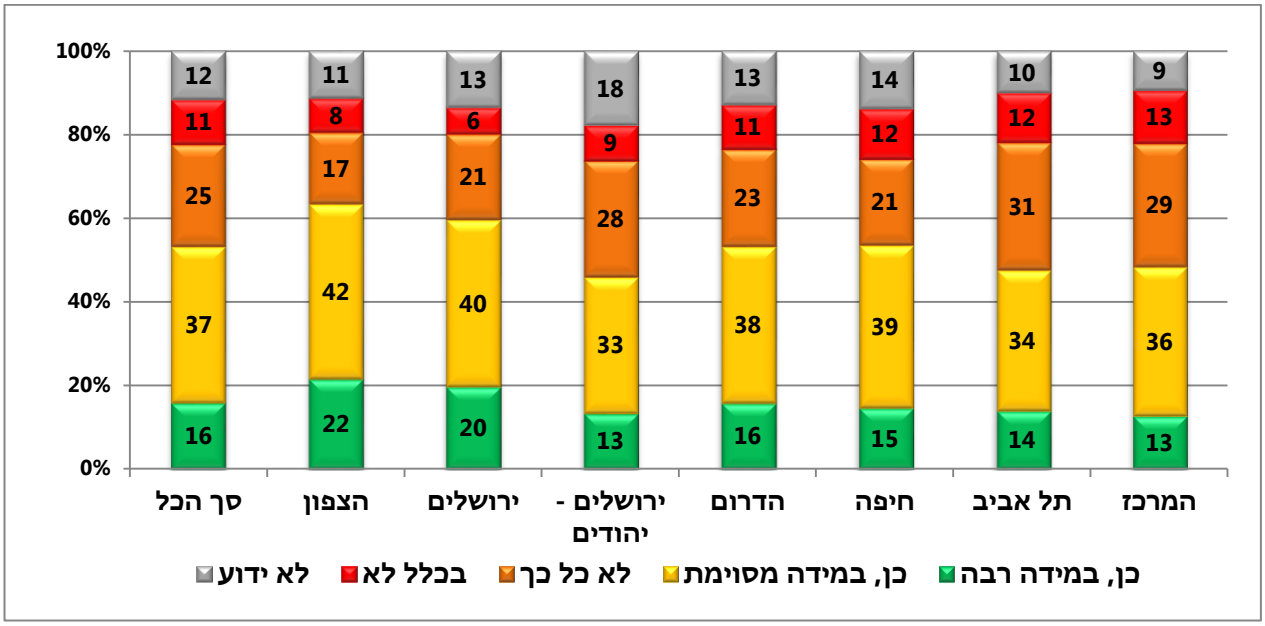
## אמון במערכת הבריאות בישראל ושביעות רצון מתפקודה

בסקר נבדקה רמת הציפייה של הציבור לקבלת טיפול להצלת חיים בעת מחלה קשה. זאת מתוך כוונה לבחון את מידה אמון הציבור במערכת והיכולת לסמוך עליה. לצורך זה נשאלו הנסקרים השאלה הבאה: "האם לדעתך, במקרה של מחלה קשה מערכת הבריאות בישראל מספקת את הטיפול הטוב והמועיל ביותר, כולל תרופות ובדיקות אבחון?". על פי ממצאי הסקר 53% מהמרואיינים ענו על שאלה זו בחיוב[6]: צעירים פחות ממבוגרים - 50% מבני 20-44, 54% מבני 45-64 ו-60% מבני 65 ומעלה. יהודים השיבו בחיוב פחות מערבים (48% מהיהודים לעומת 80% מהערבים). 36% מהציבור השיבו בשלילה ו-12% לא ידעו להעריך. במחוזות המגורים השונים, הטווח נע בין 64% אופטימיים במחוז הצפון לבין 49%-48% במחוזות המרכז ותל אביב.

הנתונים מעידים על כך, שדווקא אוכלוסייה מבוגרת, בעלת מגע תדיר יותר עם שירותי הבריאות, ושיעורי תחלואה גבוהים יותר נותנת אמון רב יותר במערכת, מאשר האוכלוסייה הצעירה. כמו כן ראוי לציון, כי דווקא תושבי מרכז הארץ (מחוזות המרכז, תל אביב וירושלים), הנהנים מנגישות ואיכות טובה יותר של השירותים, מאשר תושבי הפריפריה, נוקטים עמדה ביקורתית יותר ביחס למערכת. אחד ההסברים האפשריים לתופעה הוא רמת הציפיות הגבוהה יותר הידועה כמאפיינות צעירים ומשכילים.

ניתן לשים לב לשיעור גבוה של המרואיינים, שהשיבו "לא ידוע" (12%), כלומר, התקשו לתת אמון ביכולת המערכת להעניק טיפול אופטימאלי במצבי תחלואה קשים.

**תרשים 8. דיווחים של בני 20 ומעלה בתשובה לשאלה: "האם לדעתך, במקרה של מחלה קשה מערכת הבריאות בישראל מספקת את הטיפול הטוב והמועיל ביותר, כולל תרופות ובדיקות אבחון?", לפי מחוז מגורים*, אחוזים, 2015**




*לנתונים אודות אזור יהודה והשומרון רמת מהימנות נמוכה, ועל כן אינם ניתנים לפרסום. הנתונים לאוכלוסייה הערבית במחוז ירושלים אינם מהימנים בשל טעות דגימה יחסית גדולה, ועל כן אינם ניתנים לפרסום באופן נפרד.

[6] ענו 'כן, במידה רבה' או 'כן, במידה מסוימת'.

אמון במערכת וביכולתה לספק שירות איכותי ונגיש לכלל הציבור מוצא ביטוי גם במענה לשאלות נוספות שנשאלו בסקר. כך, 69% מהאוכלוסייה דיווחו כי הם תופסים את תפקוד מערכת הבריאות כטוב[15]: 65% מהיהודים ו-89% מהערבים; 68% מבני 20-64 ו-74% מבני 65 ומעלה. 29% תופסים את תפקוד מערכת הבריאות כלא טוב דיו או כלל לא טוב. לא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי משתני רקע נוספים.

57% תופסים את מערכת הבריאות כמספקת שירותים באופן שוויוני (ללא הבדל מין, גיל ומגזר, לכל קבוצות האוכלוסייה) – 54% מהיהודים ו-73% מהערבים. שליש (33%) סבורים כי מערכת הבריאות איננה[7] מספקת שירותים באופן שוויוני.

6% מהאוכלוסייה בגיל 20 ומעלה, 308.5 אלף איש, מתקשים לקבל שירותים רפואיים בשל בעיות שפה (כגון: ביקור אצל רופא, בבית חולים, בדיקות רפואיות).

ל-40% - 2.1 מיליון איש מהציבור, אין מספיק מידע על זכויותיהם במערכת הבריאות: ל-39% מהיהודים ול-46% מהערבים. ל-41% מילידי ישראל, 36% מילידי אירופה-אמריקה, 42% מילידי אסיה ו-39% מילידי אפריקה אין מספיק מידע על זכויותיהם. ל-40% מהציבור יש מספיק מידע על זכויותיהם, ו-20% נוספים לא חיפשו מידע או לא ידעו להשיב.

ניתן לשער, כי אי הכרת הזכויות, עליו מדווחים 40% מהמרואיינים, תורם להגברת החשש ואי-האמון ביכולת המערכת לספק טיפול אפקטיבי בעת מצוקה. על כן ניתן להעריך, כי קיים קשר בין מענה לשאלה זו לבין העובדה, כי רק מחצית המרואיינים (53%) הביעו בטחון במערכת לתת שירות טוב והולם בעת מחלה קשה.

## שימוש ברפואה פרטית

19%, כמיליון בני 20 ומעלה, השתמשו בשנה האחרונה בשירותי בריאות פרטיים (כולל ביטוח משלים, ביטוח פרטי או שירות בתשלום ללא ביטוח, שירותי בריאות נוספים- שב"ן): יהודים (21%) יותר מערבים (11%); נשים (23%) יותר מגברים (16%); שיעור דומה בקרב צעירים ומבוגרים; 28% מבעלי הכנסה ממוצעת (חודשית ברוטו) לנפש במשק בית מעל ל- 4,000 ש"ח ו-10% מבעלי הכנסה ממוצעת לנפש במשק בית עד 2,000 ש"ח.

שיעורי המשתמשים בשירותי רפואה פרטיים בערים הגדולות[8] הם: 31% מתושבי פתח תקווה; 25% מתושבי תל אביב-יפו; 21% מתושבי חיפה; 21% מתושבי באר שבע; 17% מתושבי ראשון לציון; 14% מתושבי ירושלים (19% מהיהודים בעיר).

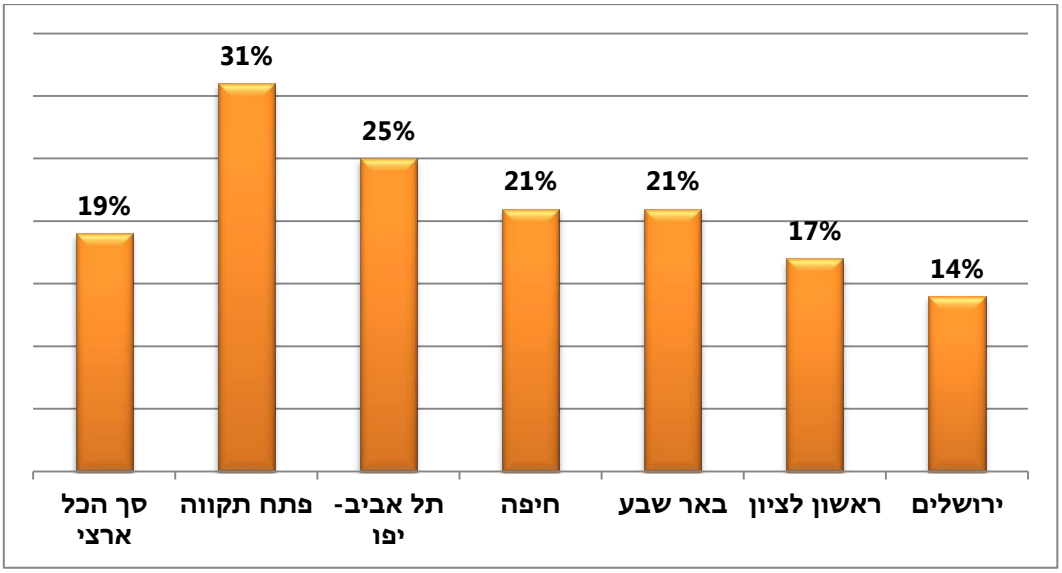
---

[7] 'לא כל כך' או 'בכלל לא'.

[8] רמת מהימנות הנתונים באשדוד ובנתניה היא נמוכה, ולכן הנתונים אינם ניתנים לפרסום.

הסיבה העיקרית לשימוש ברפואה פרטית הינה האפשרות לבחירת רופא (41% פנו מסיבה זו). סיבות נוספות הן קבלת שירות שאינו ניתן במסגרת קופות החולים (31%), הקדמת תור (22%), ושירות ויחס אדיב (5%).

**תרשים 9. שימוש בשירותי בריאות פרטיים* בקרב בני 20 ומעלה בשנה האחרונה, בערים המונות 200 אלף תושבים ומעלה[9], אחוזים, 2015**




* כולל ביטוח משלים, ביטוח פרטי או שירות בתשלום ללא ביטוח, שירותי בריאות נוספים (שב"ן)

[9] רמת מהימנות של הנתונים באשדוד ובנתניה נמוכה, להן הנתונים לא ניתנים לפרסום.

# פרק 4. מיפוי גיאוגרפי של שירותי בריאות בישראל

## 4.1 שירותי התפתחות הילד

תפקידו של מערך התפתחות הילד במערכת הבריאות הוא לתת מענה אבחוני וטיפולי לפעוטות וילדים עם עיכוב התפתחותי. אוכלוסיית היעד העיקרית של השירות הם בני הגיל הרך, מהלידה ועד גיל 9 שנים, אם כי טיפולים התפתחותיים ניתנים גם בגילאים בוגרים יותר. השירות ניתן לטווח רחב של בעיות, החל מעיכוב התפתחותי בכל התחומים, טיפול בילדים סומטיים וילדים על הספקטרום האוטיסטי, ילדים הסובלים מהפרעות קשב וריכז, ועוד.

המערך ההתפתחותי בישראל מורכב משלושה רבדים עיקריים: מכונים ויחידות להתפתחות הילד, ספקים בהסכם ומערך של עובדי מקצועות בריאות פרטיים[1].

משרד הבריאות מגדיר קריטריונים לפעילות השירות ההתפתחותי ומקנה הכרה למכונים ויחידות העומדים בהם.

המרכיב המרכזי של השירות הוא **המכונים להתפתחות הילד**, העוסקים באבחון וטיפול בילדים עם בעיות התפתחותיות קשות ומורכבות. במכונים צוות מקצועי בכל תחומי התפתחות הילד. את המכון מנהל רופא מומחה בנוירולוגית ילדים והתפתחות הילד, והצוות כולל קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים. בנוסף, יועצים בתחומי הרפואה הרלבנטיים כגון גנטיקה אורתופדיה, רופאי עיניים ועוד.

היום פועלים בישראל 37 מכונים מוכרים להתפתחות הילד, 8 מהם בבעלות של משרד הבריאות (מסונפים לבתי החולים הממשלתיים) ורובם שייכים לקופות החולים.

חלק מהילדים ממשיכים בטיפול במכון לאחר אבחון ראשוני, חלקם יטופלו **ביחידות להתפתחות הילד**, שפריסתם הארצית רחבה הרבה יותר. ביחידות קיים צוות של אנשי מקצוע בתחומי התפתחות הילד העוסקים בעיקר בטיפול. נכון להיום פועלות בישראל כ- 100 יחידות להתפתחות הילד המוכרות על ידי משרד בבריאות. חלק נכבד מהיחידות פועל בפריפריה הגאוגרפית והחברתית. כך, לדוגמא, בירושלים פועלות תשע יחידות.

מרבית היחידות מופעלות על-ידי עמותות ציבוריות בסיוע הרשות המקומית. בנוסף מופעלות יחידות על-ידי קופות החולים ורשת המתנ"סים. חלק מהיחידות נתמכות על ידי תוכנית הלאומית לילדים בסיכון, אשר מממנת חלק מפעילותן.

לצד היחידות המוכרות בישראל קיימות יחידות לא מוכרות. אלו הן יחידות שלא זכו להכרה ממשרד הבריאות או שההכרה הוסרה מהן בשל אי עמידה בקריטריונים שקבע המשרד מבחינת הרכב הצוות המקצועי, היקף הפעילות וסטנדרטים מקצועיים אחרים.

[1] מבוסס על מידע מתוך אתר משרד הבריאות

חלק מהטיפולים לילדים עם בעיות התפתחותיות ניתן על ידי ספקים. רובם מספקים טיפול לילדים עם בעיות פחות מורכבות או הפרעה בתחום אחד בלבד ולילדים גדולים (לרוב מעל גיל 6).

הנגישות הפיזית של השירות להתפתחות הילד חיונית עבור הילדים והוריהם. צרכני השירות הם בני הגיל הרך, חלקם עם קשיי ניידות המקשים על העברתם מהבית/המסגרת החינוכית למקום הטיפול. נוסף לכך, מדובר לרוב בסדרות טיפולים ארוכות, המחייבות הגעה תדירה של הילד, בלווי ההורה, ליחידה הטיפולית משך חודשים ואף למעלה מכך.

מפה 1 מציגה את פריסת המכונים והיחידות הטיפוליות להתפתחות הילד בישראל. מקור הנתונים הוא המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו במשרד הבריאות[2].

מספרם של המכונים והיחידות סוכם לכל יישוב ומוצג באמצעות עיגולים סגולים, כאשר גודל העיגול תלוי במספר ספקי השירות ביישוב.

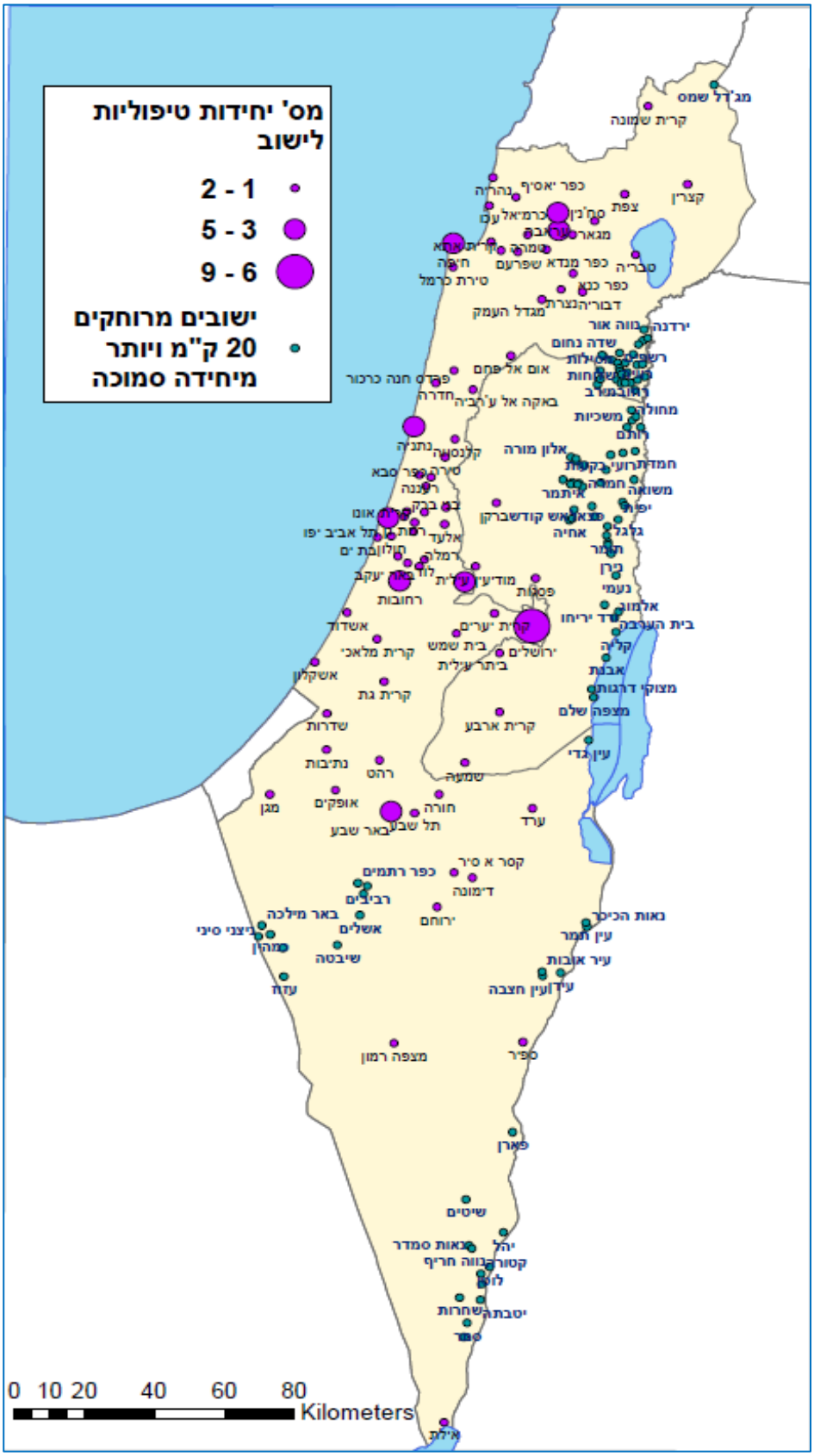
ניתן להתרשם מהפריסה רחבה יחסית של המכונים והיחידות.

לצד הישובים בהם קיים השירות, מצוינים יישובים בהם השירות נמצא במרחק העולה על 20 ק"מ. העיון במפה מלמד, כי ישנם מספר אזורים, בהם ניכר קושי לקבל שירות התפתחות הילד במרחק סביר, באמצעות יחידה טיפולית מוכרת: עמק בית שאן, בקעת הירדן, אזור השומרון, אזור ים המלח, הערבה ואזור הר הנגב הצפוני. לרוב מדובר ביישובים קטנים, אך גם ישובים כמו בית שאן, בו אין ולו מכון או יחידה טיפולית מוכרת אחת. **חשוב לציין שהמידע המוצג כאן הנו של יחידות להתפתחות הילד ומכונים מוכרים בלבד. לא מצוינת פריסת הספקים, היחידות והשלוחות שאינן מוכרות.**

בעניין נגישות השירות יש לציין, כי במקרה ומדובר בישוב בו פועלת רק יחידה אחת, והיא בבעלות אחת הקופות, לחברי קופות אחרות אין גישה לשירות התפתחותי, דבר שלא בא לידי ביטוי במפה המצורפת.

[2] תודתנו נתונה לד"ר הדר ירדני ולגב' רויה קשאני קולסקי מהמחלקה להתפתחות הילד ושיקומו על שיתוף הפעולה והנתונים.

**מפה 1. יישובים עם יחידות להתפתחות הילד ויישובים ללא יחידות המרוחקים מעל 20 ק''מ מיישוב עם היחידה הטיפולית**



## 4.2 דיאליזה: מאפייני מטופלים ופריסת שירותים[1]

הטיפול בדיאליזה הינו טיפול כלייתי חליפי אשר ניתן לחולים שכליותיהם חדלו לתפקד, מצב הקרוי "אי-ספיקת כליות סופנית"[2]. בעשורים האחרונים הפכה הדיאליזה לטיפול המקובל באי-ספיקת כליות סופנית. מספר המטופלים בדיאליזה כטיפול כלייתי חליפי הולך ועולה בהתמדה. מעבר לפגיעה הבריאותית הקשה והסבל האישי לחולים, מהווה אי-ספיקת כליות סופנית מעמסה ארגונית וכלכלית כבדה על מערכות הבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע את אי-ספיקת כליות סופנית כאחת מן ה"מחלות הקשות" שתוקצבו בנוסחת הקפיטציה בנפרד. עלות הטיפול בחולי הדיאליזה בישראל היא כמיליארד ש''ח בשנה.

נכון לשנת 2015, היו מטופלים בדיאליזה בישראל כ-6,454 חולים, מתוכם 3,918 (60%) גברים, ו – 2,536 (40%) נשים. 4,679 (73%) יהודים ואחרים ו- 1,775 (27%) ערבים[3]. בין מטופלי הדיאליזה ייצוג לכל קבוצות הגיל: כ- 60% מהמטופלים הם בני 65+, כ- 40% בגילאי הביניים, ובין הצעירים כ-80 ילדים (1%) המטופלים ב- 4 מחלקות מיוחדות לדיאליזה. המחוזות המובילים מבחינת מספר מטופלים המתגוררים בהם הינם מחוז המרכז עם 1,381 מטופלים (21% מכלל המטופלים) ומחוז הצפון עם 1,233 מטופלים (19%).

הרוב המוחלט של המטופלים בדיאליזה, טיפול מציל חיים עבורם, מטופלים ביחידות דיאליזה מיוחדות הממוקמות בבתי חולים ובקהילה, ורק מעטים מבין החולים מטופלים בביתם[4].

הטיפול בדיאליזה כרוך בנסיעות תכופות למקום קבלת השירות: כ- 90% מהמטופלים מגיעים ליחידות דיאליזה שלוש פעמים בשבוע, ועבור רבים מהם הנסיעה מהווה מעמסה פיזית וכלכלית[5].

הטיפול בדיאליזה מתבצע כיום במכונים ויחידות דיאליזה, הפועלות בבתי חולים. בנוסף, ניתן לקבל טיפולי דיאליזה בקהילה, ביחידות המופעלות על ידי גורמים פרטיים להם הסדר עם קופות החולים.

לוח 1 מציג תוצאות של סקר שנערך בקרב מטופלי דיאליזה, הבוחן מאפייני הגעה למרפאה[6]. מהתוצאות ניתן ללמוד, כי משך הזמן הממוצע עד להגעה למרפאה הוא קצר יחסית (כ- 15.8 דקות), אך סטיית התקן הגבוהה (23.7 דקות) מצביעה על מטופלים, שזמינות השירות הינה נמוכה עבורם.

כ- 40% מהמטופלים מגיעים למרפאה בלווי אדם נוסף (לרוב בן משפחה). משמעות הדבר היא שהגעה לטיפולי דיאליזה דורשת השקעה של זמן ומשאבים כספיים לא רק של המטופל עצמו, אלא גם של קרוביו והתומכים בו.

שליש מהמטופלים מגיעים לטיפול ברכבם הפרטי, שליש בתחבורה ציבורית, והשאר באמבולנס או בהסעה מאורגנת.

---

[1] תודתנו נתונה לפרופ' תמי שוחט, ריטה דיכטיאר, אורלי רומנו זליכה וזלמן קאופמן - מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות ולד''ר הדר אלעד וורדה טוחנר - ממשרד הבריאות, על הספקת הנתונים ושיתוף הפעולה.

[2] מבוסס על מידע מתוך אתר משרד הבריאות.

[3] נתוני המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. התפלגויות המוצגות אינן כוללות 40 מקרים, לגביהם חסר מידע.

[4] הטיפול בבית מתאים רק לחלק קטן של המטופלים, אולם נראה כי יש מקום להרחיב אותו תוך התחשבות במגבלות רפואיות ואחרות.

[5] לחולים והמלווים מגיע החזר עבור הנסיעות לטיפול, אך עדיין ישנו נטל כלכלי הכרוך בטיפולים.

[6] תוצאות סקר בנושא הערכת איכות חיים בחולים המקבלים טיפול בהמודיאליזה בישראל, נערך ב- 2014/2015 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות ובשיתוף האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם.

**לוח 1. מאפייני הגעה למכון דיאליזה, 2014/2015**

| משתנה | N=1,102 |
|---|---|
| **משך ההגעה למכון הדיאליזה (דקות)** (ממוצע+ סטיית תקן) | 23.7±15.8 |
| **הגעה למכון עם:** | |
| בן/בת זוג | 158 (14.1) |
| אחד הילדים | 158 (14.1) |
| מטפלת | 74 (6.6) |
| לבד | 648 (57.9) |
| אחד | 82 (7.3) |
| **הגעה למכון באמצעות:** | |
| רכב פרטי | 382 (34.1) |
| תחבורה ציבורית | 67 (6.0) |
| מונית | 375 (33.5) |
| אמבולנס | 134 (12.0) |
| הסעה | 120 (10.7) |
| אחר | 42 (3.8) |
| **משך החזרה מהמכון (דקות)** (ממוצע+ סטיית תקן) | 24.8±17.0 |
| **חזרה מהמכון באמצעות:** | |
| רכב פרטי | 387 (34.6) |
| תחבורה ציבורית | 60 (5.4) |
| מונית | 375 (33.5) |
| אמבולנס | 135 (12.1) |
| הסעה | 118 (10.5) |
| אחר | 45 (4.0) |

מקור: נתוני המרכז הלאומי לבקרת מחלות

מפה 1 מציגה שיעור מתוקנן לגיל של מקרי דיאליזה ל- 100,000 תושבים[7]. השיעורים מוצגים ביישובים מעל 10,000 איש. ניתן להתרשם מהמספר הרב של הישובים עם שיעור גבוה של חולי דיאליזה באזורי הצפון והדרום, בעיקר בקרב החברה הערבית. גם במגזר היהודי, ביישובים כמו אופקים או דימונה נצפה שיעור גבוה.

מפה 2 מציגה את פריסת המכונים ויחידות הדיאליזה בישראל, תוך ציון מספר הטיפולים לעמדה. ניתן לראות, כי היחידות באזורי הצפון והדרום פועלות בעומס רב יותר, שיכול להעיד על בעיות בהספקת השירות או לחילופין, על ניצול יעיל יותר של העמדות הקיימות. גם במרכז הארץ ישנן יחידות עמוסות מאוד, כמו אלה הממוקמות בערים כפר סבא ורחובות.

נראה, כי לפחות חלק מהעומס על היחידות, הנצפה באזור הדרום והצפון, ניתן להסביר על ידי זרימה של מטופלים המגיעים מאזורים מרוחקים בהיעדר שירות זמין עבורם.

מפה 3 בוחנת את מידת הנגישות של השירות, ומסומנים בה יישובים המרוחקים 20 ק"מ ויותר ממכון דיאליזה סמוך. ניתן לראות, כי מטופלי דיאליזה המתגוררים ב- 6 יישובים שגודלם מעל 10,000 תושבים

[7] נתוני המרכז הלאומי לבקרת מחלות

אינם בעלי גישה נוחה לשירות, לו הם זקוקים בתדירות גבוהה. היישובים עם המספר הרב ביותר של מטופלי דיאליזה, ללא נגישות לשירות הנם קריית שמונה וערד.

כן מסתבר כי ישנם יישובים נוספים, קטנים יותר, עם מספר מטופלים מצומצם, ללא גישה ליחידת דיאליזה בקרבת מקום המגורים. אלו הם יישובים הממוקמים באזור הנגב הצפוני, יהודה ושומרון, עמק בית שאן, הגולן הצפוני ובסמיכות ליישוב קריית שמונה.

יש לציין כי מחד, מספר מטופלי הדיאליזה ללא שירות הקרוב לישוב מגוריהם נמוך יחסית. מאידך, מדובר בישובים הסובלים ממילא מזמינות כללית נמוכה יותר לשירותים (לא רק בתחום הדיאליזה), בהשוואה לישובים שאינם פריפריאליים.

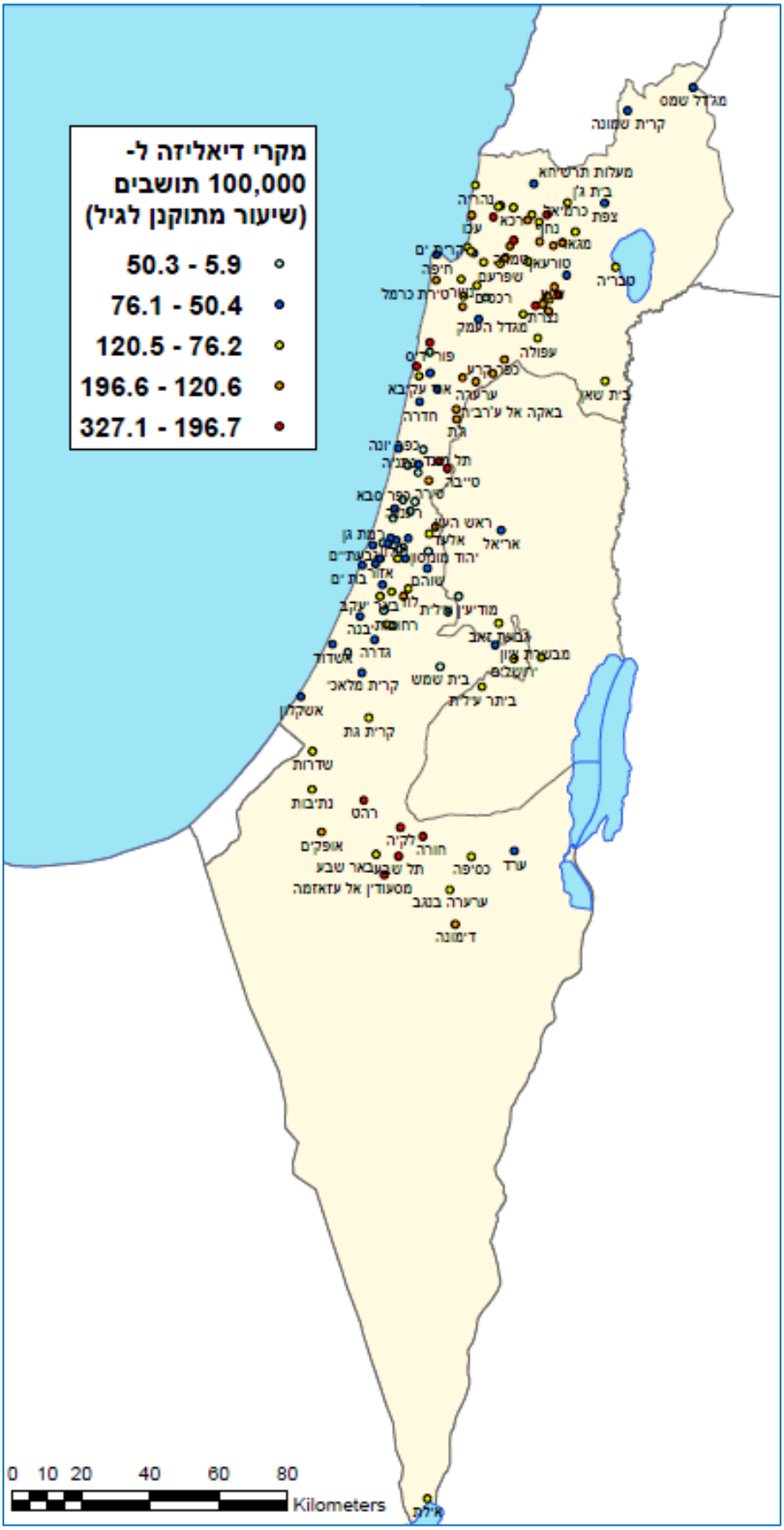
נוסיף ונציין, כי הגעה לטיפול מישובים מרוחקים מהווה בעיה בפני עצמה – המרחקים בין היישובים בפריפריה גדולים יותר, התחבורה הציבורית נגישה פחות (ולעיתים אף לא קיימת), ועלות הנסיעות עבור מונית או אמבולנס, אף אם קיים עבורן סבסוד חלקי, דורשת השקעה כספית גבוהה מצד המבוטח. הנטל הכלכלי על מטופלים המגיעים מיישובים אלו עלול להסתכם באלפי שקלים בחודש.

היבט נוסף של נגישות היחידות לדיאליזה, הוא מיגון המבנים של היחידות לצורך שעת חירום. עבור מטופלים המתגוררים באזורי גבול, או אלו המקבלים שירות באזורים הנמצאים תחת איום בטחוני, זמינות יחידת דיאליזה ממוגנת הינו בעל ערך עליון, מאחר והפסקת טיפול דיאליזה שנמשך לרוב כ- 4 שעות, בשל חובה להגיע למרחב מוגן עלולה לסכן את חייו.

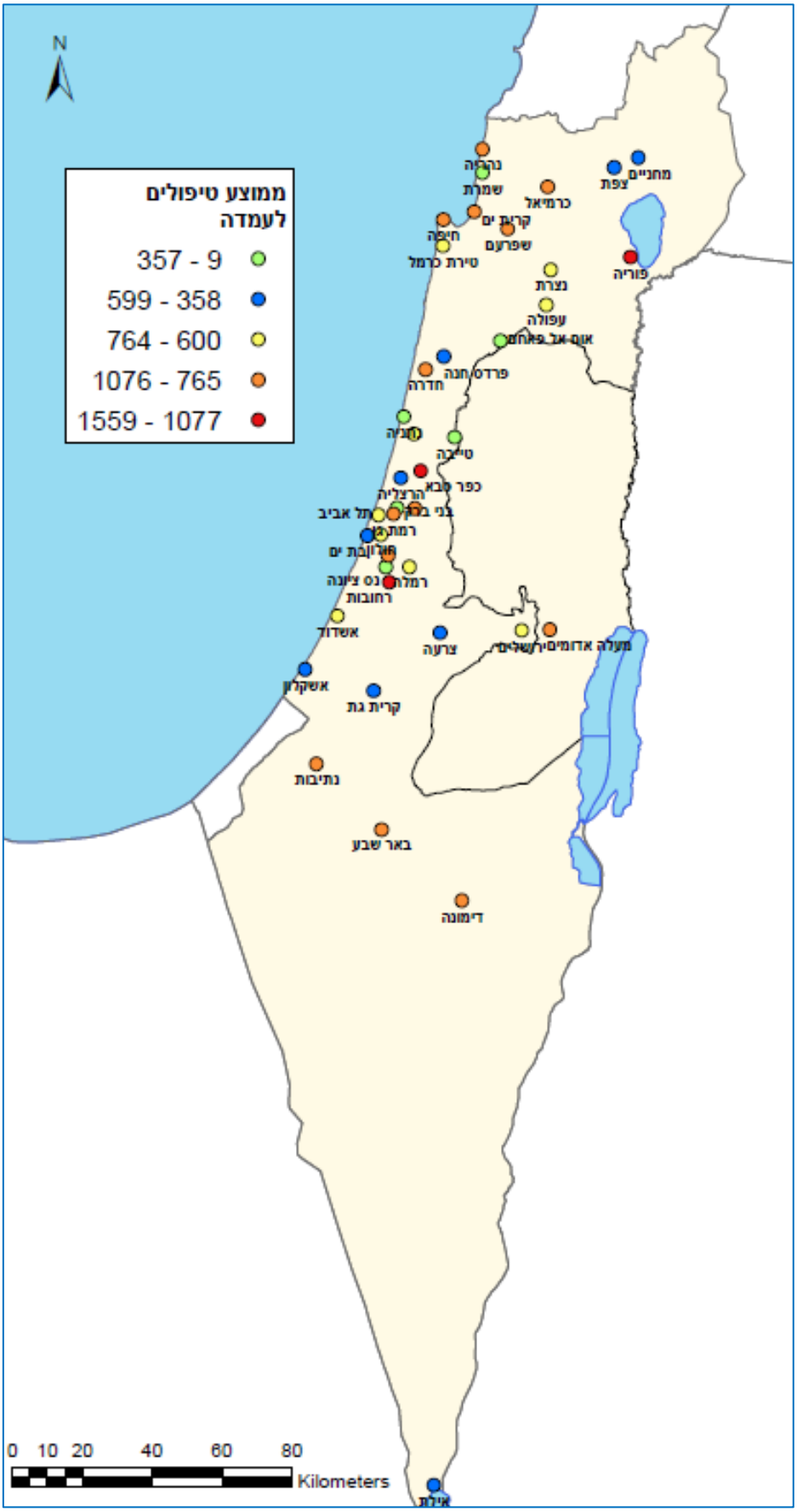
יחידות רבות עברו תהליך מיגון בארץ, או ממוקמות בתוך מוסדות ממוגנים, כמו בתי חולים. עם זאת, מרפאות רבות, הנמצאות ביישובים תחת איום בטחוני, כגון אלו הממוקמות באזור הצפון, בגליל, ביישובים כמו כרמיאל או מחניים, עדיין אינן ממוגנות. התקפות טילים על מרכז הארץ, ובעיקר על אזור גוש דן, שהתרחשו לפני שנים אחדות, מחייבות היערכות מתאימה גם באזורים אלה מבחינת מיגון היחידות. על פי תוכנית המיגון הקיימת[8], המיגון של כלל היחידות לדיאליזה צפוי להימשך עשור.

[8] על פי דרישות תוכנית מיגון ארצית.

**מפה: 1. מטופלים בדיאליזה ל- 100,000 תושבים ביישובים מעל 10,000 איש, 2015**



**מפה 2. ממוצע טיפולים לעמדת דיאליזה לפי יישובים, 2015**



**מפה 3. יישובים עם מכון דיאליזה ויישובים המרוחקים 20 ק''מ ויותר ממכון דיאליזה סמוך, 2015**

# פרק 5. פעילות מערכת הבריאות להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות[1]

## 5.1 פעילות משרד הבריאות

### מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

בשנת 2016 התמקדה פעילות תחום צמצום פערים בבריאות (יחידה בתוך מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות) במספר ערוצי פעולה אסטרטגיים המתוארים להלן. זאת לצד עבודה שוטפת המתוארת גם היא בהמשך:

**א. קידום ההוגנות בקבלת החלטות מדיניות במערכת הבריאות**

**הליך תכנון משתף ("שיתוף ציבור") בנושא פעילות מערכת הבריאות לצמצום אי-שוויון לשנים 2017-2020:** ברבעון האחרון של שנת 2015 יזם תחום צמצום פערים במשרד הבריאות יצירתה של פלטפורמה משרדית להליכי תכנון משתפים. הרציונל העיקרי מאחורי עיצוב ויישום מדיניות בריאות בהליכים המשתפים את הציבור הרחב והמקצועי (פעילים חברתיים, עמותות וארגונים חברתיים, אקדמיה, תעשייה, משתמשי רשתות חברתיות וכדו'), קשור בקידום ההגינות של הליכי ותוצאי המדיניות. הרחבת מספר השותפים בתכנון וביישום מדיניות מאפשרת ביזור של מוקדי כח והשפעה והזדמנות לאנשים נוספים לעצב את התהליך בהתאם למגוון הצרכים בחברה. שיתוף של קבוצות וקהילות מוחלשות חשוב במיוחד בהקשר זה, ודאי אלו המודרות ממוקדי כח.

כיום מנוהלים הליכי התכנון המשתפים במשרד על ידי תחום חדשנות במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. במהלך 2016 הפעיל המשרד מספר הליכים משתפים כאמצעי לפיתוח מעני מדיניות מיטביים, ביניהם בתחומים- אסדרת הפיקוח על המזון בישראל (הליך שהובל על ידי מחלקת תזונה במשרד), התמודדות עם מניעה וטיפול בתחלואה כרונית הליך (הליך שהובל על ידי תחום תכנון מדיניות במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד), ואיזון בית-עבודה (הליך שיועד לעובדי משרד הבריאות והובל על ידי הממונה על שוויון מגדרי במשרד). תהליך מרכזי שהוביל תחום צמצום פערים ואשר נמצא בשלבי סיום בימים אלה (דצמבר 2016), עסק בשאלה כיצד ניתן לייצר "קפיצת מדרגה" שתתרום לצמצום אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות. בשנים האחרונות פעלה מערכת הבריאות בערוצים רבים ומגוונים לקידום הנושא ואף כי חלו שינויים משמעותיים, בעיקר בתוצאים תהליכיים במערכת, הרי שפערים בתוצאי בריאות עודם קיימים ודורשים המשך התייחסות באמצעות מדיניות והתערבויות נוספות ומגוונות.

במסגרת ההליך המשתף הוזמן הציבור לחלוק עימנו את תובנותיו ביחס לשאלה שהוצגה באתר היוועצות דיגיטלי[2] ששימש גם כפלטפורמה לאיסוף ותיעוד המידע מערוצי פניה נוספים: אלו כללו-

[1] הכתוב בפרק זה נכתב על ידי הגופים שהעבירו את החומרים ונערך על-ידי מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

קבוצות מיקוד עם קבוצות מגוונות (אימהות ערביות צעירות מעכו, עולים חדשים וותיקים מברה"מ לשעבר ונשים בדואיות מהכפרים הבלתי מוכרים ועיירות הקבע בנגב); ושולחנות עגולים (שולחן פנימי עם עובדי מטה המשרד, שולחן עם הרופאים, האחיות ומקדמות הבריאות של לשכות הבריאות המחוזיות ושולחן עגול בין-מגזרי מסכם בראשות מנכ"ל המשרד, בו נכחו כ- 80 משתתפים המייצגים קשת מגוונת של בעלי עניין, ביניהם ארגונים חברתיים, תעשייה, אקדמיה ומומחים, משרדי ממשלה מקבילים, המערכת המטפלת, מטופלים ועוד). כמו כן נאספו תובנות באמצעות תא קולי טלפוני הנועד לדוברי שפות (ערבית, רוסית, אמהרית) ולציבור שהפלטפורמה הדיגיטלית אינה נגישה לו; בהיוועצות השתתפו מעל ל-10,000 משתתפים והתקבלו 635 תגובות אשר עובדו לתובנות מדיניות. עיבוד התגובות לכדי תובנות נעשה על ידי אנשי מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, לצד צוות ממכון גרטנר וצוות מחברת "תובנות" שסייעה בניהול התהליך כמו גם באמצעות יועץ אקדמי מומחה לנושא אי-שוויון בבריאות. התובנות שהתקבלו חולקו למוקדי תוכן להתערבות ולדרכי עבודה. טיוב התובנות נעשה בימים אלו והן יתורגמו להחלטות מדיניות, עקרונות עבודה ותוכניות עבודה כבר לשנת 2017.

ההליך סייע לתחום צמצום פערים בהפניית זרקור, בהעמקה של נקודות העיוורון ובתעדוף נושאים. כמו כן, מבחינת אופן קבלת ההחלטות במשרד הבריאות, מדובר בשינוי דפוס והרחבת מעגל המשפיעים על קבלת ההחלטות, שינוי שיתרום לרלוונטיות, לאפקטיביות ולהוגנות של תוצרי המדיניות.

**ייצוג הולם- עבודת מטה לגיוון פני מערכת הבריאות:** אגף משאבי אנוש במטה משרד הבריאות בשיתוף תחום צמצום פערים פעל במהלך השנה האחרונה בכמה ערוצים, במטרה להגדיל את מספר העובדים במערכת הבריאות, המגיעים מקבוצות חברתיות מגוונות. זאת מתוך תפיסה שייצוג של הקבוצות כעובדים במערכת הבריאות, יסייע בשיפור ובהנגשת שירותים, בהתאמה טובה יותר של השירותים לצורכי האוכלוסיות המגוונות ולהוגנות המערכת על ידי הצבת צוות עובדים מגוון בצמתי קבלת החלטות. נושא הגיוון בתעסוקה הוגדר כחלק מתוכנית העבודה השנתית של אגף משאבי אנוש מול ארגוני בריאות בכלל המערכת. במסגרת זו קודמו, בין היתר, המהלכים הבאים:

- הכשרת סוכני שינוי לקידום היצוג ההולם והגיוון בתעסוקה בקרב נציגי משאבי אנוש מכלל ארגוני הבריאות: בהמשך לסיום הליך מכרזי בנושא, המשרד נמצא בשלבי תכנון סופיים של תוכנית הכשרה לעובדי משאבי אנוש מארגוני הבריאות. במסגרת התוכנית יפגשו המשתתפים עם נציגים מקבוצות חברתיות מגוונות ועם נציגי עמותות העוסקות בתעסוקה של קבוצות אלה וירכשו כלים מעשיים ליישום בארגונם.

[2] נוסח שאלת ההיוועצות: "משרד הבריאות פעל בשנים האחרונות כדי לצמצם אי שוויון בבריאות, וכעת אנו מבקשים לבצע קפיצת מדרגה. מה הם המנופים העיקריים שיסייעו בהשגת השינוי? אילו עקרונות עבודה צריכים להנחות אותנו?"

- הוגדרו יעדי גיוון ליחידות המיניסטריון השונות, בהתאם לתמהיל העובדים הקיים בכל יחידה. היחידות התבקשו למפות את מאגר המשרות הפנויות והמתפנות ביחידותיהם ולהצביע על המשרות אותן הם מייעדים לגיוון.
- במטרה להגדיל את מספר המועמדים מאוכלוסיות מגוונות הפונים למכרזי המשרד, פעל המשרד כדי להגדיל את החשיפה למשרות המשרד בקרב אוכלוסיות מגוונות באמצעות יצירת שיתופי פעולה עם ארגונים המתמחים בתעסוקת אוכלוסיות, דוגמת "עולים ביחד", "למרחק", "אל פאנר", "קו המשווה", הג'וינט, "הפורום הישראלי לגיוון בתעסוקה", "מגדל אור", "אלווין" ועוד. המשרד החל להעביר מידע באופן שוטף לארגונים אלה על פתיחת מכרזים במשרד, לצורך הפצתם למאגרי המועמדים של הארגונים ופרסומם באתרים רלוונטיים. כמו כן, בחודש מרץ נערך מפגש עם מובילי תכניות אלה לשם גיבוש דרכי פעולה עתידים לשיתוף פעולה ולהגדלת היצע המועמדים במכרזי המשרד. בעקבות כך, אחוז הפונים בתקופה שבין ינואר לאוקטובר 2016 צמח משמעותית, ביחס לתקופה המקבילה אשתקד. כך למשל:

| תקופת פרסום | סה"כ פונים למכרזים פומביים מטה +לשכות | סה"כ מועמדים יוצאי אתיופיה | אחוז מסך המועמדים | ממוצע מועמדים למכרז |
|---|---|---|---|---|
| ינואר- אוקטובר 2015 | 147 | 53 | 1.55 | 0.36 |
| ינואר- אוקטובר 2016 | 224 | 146 | 2.59 | 0.65 |

### ב. שוויון בבריאות בכל מדיניות

"בריאות בכל מדיניות" היא גישה המעודדת בחינה שיטתית של כל מדיניות, בהתייחס להשפעותיה על בריאות. "שוויון בבריאות בכל מדיניות" מדגישה גם את החשיבה אודות ההשלכות האפשריות של מדיניות על יצירת פערים בבריאות ובשירותי בריאות, מצביעה על הצורך לפעול לצמצום פערים בתוכניות מדיניות חדשות וישנות ומעודדת בחינה גם של הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות, בתכנון ובהוצאה לפועל של כל תוכניות מדיניות. במהלך השנה שחלפה חיבר תחום צמצום פערים חוברת הדרכה בנושא המיועדת לקובעי מדיניות ומנהלים במערכת לצד אנשים העוסקים בתכנון ובהוצאה לפועל של תוכניות עבודה ו/או התערבות. החוברת, הנמצאת בשלבי עריכה סופיים, עורכת הכרות עם מושגי יסוד בסיסיים בתחום השוויון בבריאות ועם הגורמים החברתיים המייצרים פערים בבריאות ובשירותי בריאות. החוברת מציעה שני מודלים המפרטים את הגורמים לאי-שוויון ומנחה כיצד לקחת מרכיבים אלו בחשבון בתכנון ובהוצאה לפועל של מדיניות או תוכניות התערבות.

### ג. מדיניות מודעת עוני במערכת הבריאות

אף כי עוני נוצר מחוץ למערכת הבריאות, השלכותיו על הבריאות הרות גורל. חלק מהשלכותיו של העוני על בריאות לא רק נוצרות מחוץ למערכת הבריאות אלא מתווכות על ידיה: למידת האוניברסליות והיקף השירותים הציבוריים, אופן חלוקת המשאבים במערכת, עלותם, מנגנוני ההגנה שהמערכת מציעה, המידה בה השחקנים מתומרצים לטובת ההשקעה בחיים בעוני, המידה בה מבנה ואופי השירותים מותאם לאנשים החיים בעוני (פריסה, שעות פתיחה, אורך התור) ולאינטראקציות הנוצרות בין המטפל למטופל – לכולם השפעה על בריאות האנשים החיים בעוני. כן יש למערכת תפקיד משמעותי ביצירה, הובלה והעמקה של הממשקים עם מערכות חברתיות מקבילות- בחינוך, רווחה, תעסוקה וכדומה.

משרד הבריאות שקד בשנה האחרונה על עיצוב מהלך לפיתוח מדיניות מודעות עוני במערכת הבריאות. המהלך נבנה בשותפות עם משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומניח את היסודות לפיתוח והטמעה של תפיסות מדיניות ופתרונות נוגדי עוני במערכת הבריאות; אלו התלויים במערכת הבריאות, ואלו התלויים בתנאים שמחוצה לו וכתוצאה ממשקי עבודה בינמשרדיים בלתי יעילים או בלתי מספקים (ואף מהיעדרם של ממשקי עבודה). בשנת 2017 יכנס המהלך לתוקף בהמשך לתכנון משתף שיערך עם אנשים החיים בעוני, מטפלים במערכות הבריאות והרווחה וארגונים חברתיים.

### ד. מיפוי פערים בפריסת תשתיות חיוניות לצמצום אי-שוויון

תחום צמצום פערים בבריאות ותחום חיזוי תשתיות וכח אדם במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, בשיתוף יחידות מטה נוספות במשרד, ערכו במהלך השנה אחרונה בחינה של פערים בזמינות תשתיות (בתחום כח האדם, תשתיות פיזיות ומכשור) וגיבשו המלצות לצמצום הפערים. הנתונים בבסיס העבודה התקבלו מהיחידות המקצועיות הרלוונטיות ומקורות חיצוניים דוגמת למ"ס, ביטוח לאומי ואתרי קופות החולים. המיפוי התמקד במספר תשתיות שהתערבות לצמצום הפערים בזמינותם בעלת מנוף משמעותי בקידום שוויון בשירותי בריאות ובתוצאי בריאות: תפקידים ייעודיים האמונים על צמצום אי-שוויון, הצבת מקדמי בריאות, פריסת טיפות החלב ועומס העבודה בתחנות, כמות וזמינות רופאי משפחה, פריסת בתי מרקחת, פריסת מכוני התפתחות הילד ופרישת עמדות דיאליזה.

הפערים שנסקרו תחת תחומים אלו התמקדו בשונות בזמינות על רקע גאוגרפי והיכן שניתן על רקע חברתי-כלכלי של הישוב. תוצאי המיפוי וההמלצות הוגשו למנכ"ל המשרד וידונו במשרד בתקופה הקרובה.

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

- מרכז הידע בנושא אי-שוויון של משרד הבריאות בשיתוף מכון גרטנר: **סיום שני מחקרים- האחד בנושא בריאות יוצאי אתיופיה בישראל** (סקירה מקיפה של כלל הספרות בישראל העוסקת בהיבטי בריאות או שימוש בשירותי בריאות בקרב יוצאי אתיופיה); השני- **ניטור ומדידה של אי-שוויון בעולם** (סקירה של הנעשה בארה"ב ובאנגליה). שני המחקרים בשלבי פרסום.
- סיום **מחזור שלישי של קורס להכשרת מדריכים** להכשרת צוותי רפואה בתחום הכשירות תרבותית (בנובמבר הצטרפו ל- 66 המדריכים שהוכשרו בשנים 2014-5, 44 מדריכים נוספים).
- **תוכנית עבודה להסרת חסמים בהטמעת הדרכות בנושא כשירות תרבותית** בבתי החולים ותכנון ראשוני של שיתופי פעולה ארגוניים לקידום הנושא במערכת, בין ממוני כשירות תרבותית, מדריכים, מנהלי הדרכה ומנהלי שירות בבתי החולים.
- עיצוב **כלי בקרה מקיף לבחינת הכשירות התרבותית** בבתי החולים בשותפות מכון ברוקדייל.
- יישום פעולות הנובעות **מהחלטת ממשלה 609 לשילוב יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית**: הקמת ועדת היגוי ומעקב אחר ההחלטה; הוספת נתב באמהרית למוקד פניות הציבור של המשרד; עיצוב מבחני תמיכה לקופות החולים לגבי טיפול בסוכרת (נמצא בשלבים סופיים של יעוץ משפטי); ופעולות בתחום הייצוג ההולם (ראו מעלה).
- השתתפות בפורום **למיגור גזענות** נגד יוצאי אתיופיה שהוקם ונוהל על ידי משרד המשפטים, בהמשך להחלטת ממשלה בנושא. בהמשך להקמת הפורום- תכנון ראשוני של התמודדות מערכת הבריאות עם הנושא ובתוך כך מינוי ועדת מנכ"ל למיגור גזענות במערכת הבריאות.
- **פרס לעיבוד חדשני בנושא בריאות, חברה ומקום מגורים**: ביוני השנה הכריז מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות על קול קורא לקבלת פרס עבור עיבוד חדש ומקורי של נתונים בנושא אי-שוויון בין ישובים או בין אזורים גיאוגרפיים. מטרת הפרס היתה לעודד סטודנטים וחוקרים צעירים וותיקים להכיר ולעשות שימוש ב"פרופיל הבריאותי-חברתי של הישובים בישראל"- סדרת פרסומים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות המציגים את מצב הבריאות בישראל לפי יישוב או אזור. חרף עושר הנתונים המצויים בפרופיל, נעשה בו שימוש מוגבל במחקר. תכלית הפרס היתה הגברת החשיפה לפרופיל ועידוד חוקרים מתחום הבריאות, הרווחה ומחוצה להם, שטרם עשו בו שימוש, להכירו ולראות בו ככלי שימושי ומשמעותי בתחום הבריאות והרווחה והמחקר אודות אי-שוויון. 17 עבודות הוגשו לשיפוט ומהן נבחרו 3 עבודות זוכות. פרסים כספיים בסכום כולל של 6,000 ₪ יחולקו לשלושת הזוכים.

השנה ביקשנו מחלק מיחידות המשרד ומלשכות הבריאות המחוזיות תיאור מתומצת של פעילות אחת לקידום השוויון. שכך, אין בכדי התיאורים שלהלן כדי למצות את כלל הפעילויות שהמשרד מקדם בנושא.

## בריאות השן: סיכום פיילוט למניעת עששת בתחנות לבריאות המשפחה בדרום (2015-2016)

*ד"ר שלמה זוסמן, מנהל האגף לבריאות השן; ד"ר לנה נטפוב, מנהלת המחלקה לשירותים דנטליים, האגף לבריאות השן*

התחלואה בעששת ילדות מוקדמת גבוהה ביותר באזורים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה. כך למשל, בבדיקות סקר בריאות שיניים בקרב ילדים בני 3-4 שנערכו במאי 2016 בטייבה וטירה, נצפו פעוטות עם הרס משנן נרחב וחמור, הדורש טיפול מורכב. כיום מופעלת תכנית צחצוח שיניים מודרך במספר רב של גני טרום חובה ברשויות ברמה חברתית-כלכלית נמוכה, אך הדבר אינו מספיק. חלק מהילדים כבר סובלים בהגעתם למסגרת הגן, מהרס שיניים נרחב הנגרם ע"י עששת. על מנת למנוע מקרים כאלה, יש להתערב בשלבים מוקדמים מאד של חיי הילד, מיד לאחר הלידה ועד גיל שלוש שנים.
התערבות מוקדמת על ידי צוותי בריאות הציבור בתחנות לבריאות המשפחה נוסתה בשנים 2015-2016 במחוז הדרום. הפעילות נערכה בשלוש תחנות באזורים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה (באר שבע, רהט, נתיבות). מטרת ההתערבות היתה לבדוק את ישימות מניעת עששת בילדות המוקדמת, על ידי אחיות בריאות הציבור.

חומרים ושיטות: האחיות עברו הכשרה מתאימה ולאחר מכן, במסגרת עבודתן בתחנות, הדריכו את הורי התינוקות לתזונה בריאה ושמירה על גהות הפה, בדקו את מצב השיניים וקבעו את רמת הסיכון לעששת. בהתאם לסיכון, בוצעה ההתערבות המתאימה: מריחה של לכת פלואוריד ו/או הפנייה לרופא שיניים. כל הילדים שנבדקו ואחיהם, קיבלו מברשת שיניים ומשחה. הערכה נוספת תוכננה לביקור הבא של הפעוט בטיפת חלב (לרוב בהתאם לשגרת החיסונים). רמת הסיכון של הילדים תועדה בכל ביקור כדי להעריך את השינוי לאורך התוכנית.
הממצאים: בתוכנית השתתפו 1192 ילדים בגילאי 1-3 שנים. 96.7% קיבלו מריחת לכת פלואוריד, 11.2% הופנו לבדיקת רופא שיניים. 74 ילדים נבדקו בבדיקה חוזרת ונמצא שיפור על פי ההערכה שבוצעה על ידי האחיות: נרשם הבדל מובהק במצב בריאות הפה של הילדים החוזרים בין הפעם הראשונה לשנייה ($p<0.0001$). כמו כן, נצפתה ירידה בקבוצת סיכון בקרב 34 מהילדים. יש להמשיך ולעקוב אחר שאר הילדים שיגיעו לביקור שני על מנת להעריך את הירידה ברמת הסיכון שלהם.

סיכום: ההתערבות הייעודית הנגישה מניעה מתאימה לרמת הסיכון לפעוטות המבקרים בתחנות. נרשם שיפור במצב בריאות הפה של הילדים הנמצאים בסיכון גבוה לפתח עששת. לתוכנית פוטנציאל לצמצום פערים בין שכבות האוכלוסייה ולכן חשוב להמשיך בפעילות מניעת עששת, בעיקר באזורים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה.

## מינהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה: השקעות בבתי חולים בפריפריה הג"ג

*יהודה רון, סמנכ"ל בכיר לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה*

מינהל תכנון ובינוי מוסדות רפואה תכנן וביצע בשנים האחרונות פרויקטים בסכום של כ- 859 מלש"ח בבתי חולים ממשלתיים, כמו כן מימן השקעות בבתי חולים של שירותי בריאות כללית בסכום של 275 מלש"ח. חלק מהפרויקטים עדיין בביצוע. בסה"כ הושקעו כ-1,134 מלש"ח בפריפריה.

**השקעות בבתי חולים בפריפריה (במיליוני ₪)**

| בי"ח | פרויקט | 2011-2013 | 2014 | 2015 | 2016 | סה"כ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| באר שבע | הקמת מחלקת נוער | 12 | 9 | 3 | 1 | 25 |
| באר שבע | שדרוג מחלקות אשפוז | 11 | | | | 11 |
| באר שבע | שדרוג תשתיות | 5 | 1 | 2 | | 8 |
| **באר שבע סה"כ** | | **27** | **10** | **6** | **1** | **44** |
| ברזילי | הקמת מבנה כירורגי כולל מחלקה לרפואה דחופה,חדרי ניתוח, אגף ילדים, טיפול נמרץ | 109 | 45 | 61 | 80 | 296 |
| ברזילי | שדרוג מחלקת נשים | 13 | 1 | | | 14 |
| ברזילי | שדרוג תשתיות | 43 | 2 | 2 | 1 | 47 |
| **ברזילי סה"כ** | | **165** | **48** | **63** | **80** | **357** |
| זיו | שדרוג חדרי ניתוח | 13 | 1 | 2 | | 16 |
| זיו | הקמת מרכז לבריאות הילד כולל אשפוז מוגן | 42 | 28 | 16 | 4 | 90 |
| זיו | שדרוג תשתיות | 16 | 15 | 17 | 14 | 63 |
| **זיו סה"כ** | | **71** | **45** | **35** | **17** | **168** |
| נהריה | הקמת מחלקה לרפואה דחופה | 46 | 1 | | | 47 |
| נהריה | הקמת מרכז לבריאות האישה | 35 | 40 | 23 | 7 | 105 |
| נהריה | שדרוג תשתיות | 23 | | 15 | | 38 |
| **נהריה סה"כ** | | **104** | **41** | **38** | **7** | **190** |
| פוריה | הקמת מחלקה לרפואה דחופה ואשפוז מוגן | 47 | 3 | 3 | 1 | 54 |
| פוריה | הקמת אגף מיילדות וחדרי לידה | 26 | 2 | | | 27 |
| פוריה | שדרוג תשתיות | 11 | 3 | 5 | | 19 |
| **פוריה סה"כ** | | **83** | **8** | **8** | **1** | **100** |
| **סה"כ בתי חולים ממשלתיים** | | **451** | **151** | **151** | **106** | **859** |
| **בי"ח** | **פרויקט** | **2011-2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **סה"כ** |
| העמק | מבנה כירורגי רב- תכליתי, מחלקות אשפוז, אגף שיקום,חדרי ניתוח,חדרי לידה - בביצוע | 6 | 40 | 28 | 22 | 96 |
| העמק | שדרוג והרחבה מרפאות חוץ | | 5 | 16 | 7 | 27 |
| העמק | שדרוג תשתיות | | 12 | 5 | 7 | 23 |
| **העמק סה"כ** | | **6** | **56** | **48** | **36** | **146** |
| סורוקה | מרכז אונקולוגי - בביצוע | 3 | 17 | 10 | 30 | 59 |
| סורוקה | השלמת חדרי ניתוח ממוגנים | | 5 | | | 5 |
| סורוקה | הפרעות אכילה - שדרוג מחלקה | | 1 | 4 | 1 | 6 |
| סורוקה | שדרוג תשתיות | 3 | 4 | 12 | 6 | 24 |
| **סורוקה סה"כ** | | **6** | **26** | **26** | **37** | **94** |
| יוספטל | מחלקה לרפואה דחופה - שדרוג והרחבה | 17 | 4 | 2 | 1 | 23 |
| יוספטל | שדרוג תשתיות | | 2 | 3 | 6 | 11 |
| **יוספטל סה"כ** | | **17** | **7** | **5** | **7** | **35** |
| **סה"כ בתי חולים שירותי בריאות כללית - מימון משרד הבריאות** | | **29** | **89** | **79** | **79** | **275** |

## המחלקה לתזונה: דיון עם נציגי עמותות חולים בישראל ומציאת פתרונות הולמים למצוקתם סביב נושא המזון, הטיפול התזונתי והבירוקרטיה

*פרופ' רונית אנדוולט, ראש המחלקה; פאינה צודיקוב- רכזת בכירה בתזונה בבריאות הנפש; יוספה כחל – רכזת בחירה בתזונה בגיל השלישי ; אורית יונה- מפקחת ארצית בתי חולים וקהילה בתזונה*

חוסר בטחון תזונתי מהווה בעיה משמעותית במערכת הבריאות בכלל ובשמירה על בריאות הציבור בפרט. חוסר ביטחון תזונתי כולל מצבים רבים, הנעים בין שני קצוות הספקטרום: מצד אחד השמנת יתר ומשקל עודף, ומצד שני תת-תזונה. גם במצבי השמנת יתר ניתן למצוא אנשים רבים הסובלים מחוסר ביטחון תזונתי. תכניות שונות קיימות ומיושמות למאבק במגפת השמנת היתר ברמה עולמית ומקומית, אך מצבים של תת-תזונה הוא נושא שלא זכה שנים רבות להתייחסות הראויה, וזאת למרות נזקיו הבריאותיים, השפעותיו על יכולות ריפוי המטופל, איכות חייו והוצאות מערכת הבריאות.

ישראל היא אחת מ-14 מדינות השותפות למיזם פאן אירופאי אשר מכונה ONCA- Optimal Nutrition Care for All. המיזם מובל על ידי ארגון בשם ENHA ( European Nutrition for Health Alliance).

נבנתה תכנית לאומית לביטחון תזונתי לכל, המובלת על ידי המחלקה לתזונה במשרד הבריאות בשיתוף המועצה הלאומית לתזונה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד. שותפים לתוכנית זו מחלקות שונות במשרד הבריאות, משרדי ממשלה אחרים, ארגוני רופאים, מקצועות הבריאות, קופות החולים ונציגי ציבור, השייכים לעמותות חולים. אחד מהפעולות בתוכנית, על פי המודל האירופאי, היא לשתף את ציבור המטופלים ולשמוע מהם על הצרכים שלהם בתחום המזון והתזונה. פעולה זו יכולה לסייע לקדם פתרונות לצמצום הפערים.

מטרות המפגש של שולחנות עגולים כללו: לאפשר לחולים ולנציגי ארגוני החולים לשתף באתגרים התזונתיים של המתמודדים עם מצבים רפואיים ומחלות שונות; ליצור ערוץ תקשורת ישיר בין ארגוני החולים לבין בעלי תפקידים מובילים בתחום התזונה במשרד הבריאות; לקבל מידע וסיוע בפתרון בעיות בהם נתקלים החולים והארגונים המסייעים להם.

התקיימו שני מפגשים בסגנון "שולחנות עגולים" עם נציגי עמותות חולים שונים ובעקבותיהם נעשו הפעולות הבאות:

- הוכנס לסל הטכנולוגיות מזון יעודי באמצעות צנטר עד גיל 19, והשנה הוגשה הרחבה עד לגיל 67 וזאת כדי לתת מענה בסל לכלל האוכלוסייה הניזונה בהזנה אנטראלית בצורה שיוונית.
- תוספי תזונה המיועדים לחולים הוגדרו כמזון ייעודי וישולבו בסל הטכנולוגיות.

- אספקת שתיה והאכלה במיון (מלר"ד)– עלה נושא העדר אפשרות לרכוש או לקבל מזון מותאם תחלואה למי שמגיע למיון – המחלקה לתזונה שילבה בנוהל סל מזון את החובה להזנה לאחר 6 שעות במיון.
- חלק גדול מהמטופלים לא זוכים לקבל טיפול תזונתי במרפאות של תחלואה כרונית מורכבת כטרשת נפוצה ועוד ונאלצים לגשת לסוגים שונים של מטפלים- נעשתה פניה של המחלקה לתזונה למרפאות השונות לשילוב תזונאים במקום.
- חשיפה של התזונאים במסגרת יום עיון לקשיים התזונתיים של מטופלים רבים הסובלים מתחלואה כרונית כפולה.

שולחנות עגולים עם מטופלים הסובלים ממחלות כרוניות מעלים את המצוקות המורכבות של התמודדות עם תחלואה כרונית ותזונה מורכבת. הבנת האתגרים מאפשרת שיפור וייעול שירותים לטובת החולים בצורה שיוונית.

## לשכות הבריאות המחוזיות

### לשכת הבריאות המחוזית, צפון: בריאות וצמצום פערים בקרב ערבים תושבי הצפון

*דר' מיכל כהן-דר, רופאת המחוז; דר' סמירה עוביד, מקדמת בריאות מחוזית*

קידום בריאות הישובים הדרוזים והצ'רקסיים: נבנתה תכנית לקידום בריאות בישובים הדרוזים כחלק ממימוש החלטת ממשלה החלטה מספר 59 של הממשלה מיום 07.06.2015. הפעלת התכנית החלה כבר בשנת 2016 ותמשיך עד שנת 2020. התכנית מתמקדת בקידום בריאות התושבים באותם ישובים בנוסף לבינוי ושיפוץ מבנים הנותנים שירותי בריאות "תחנות טיפות חלב" של משרד הבריאות. עד היום נבנתה תכנית והוצגה לראשי הרשויות הדרוזיות. הרשויות קבלו הנחיה על ידי אנשי המקצוע במחוז לביצוע מיפוי ראשוני ולאיתור צרכים מקומיים ושילובם בתוכנית העבודה המוצעת. בנוסף החלה הבניה והשיפוץ של טיפות החלב בישובים אלו.

קידום בריאות הישובים הבדואים: נבנתה תכנית לקידום בריאות בישובים הבדואים כחלק ממימוש החלטת ממשלה 922 להעצמת הישובים הבדואים בצפון. הפעלת התוכנית החלה בשנת 2016 ותמשך עד שנת 2020. התכנית מתמקדת בקידום בריאות התושבים באותם ישובים בנוסף לבינוי ושיפוץ מבנים הנותנים שירותי בריאות - "תחנות טיפות חלב" של משרד הבריאות. התוכנית נמצאת בשלבים הראשוניים לביצוע, עד היום נבנתה תוכנית אב, התקיימה ישיבה עם ראשי הרשויות הבדואים לתכנון התאמת התכנית לצרכים המקומיים והפעלתה.

## לשכת הבריאות המחוזית, ירושלים: תכנית "מתמודדים" עם אורח חיים בריא במסגרות שיקום נפגעי נפש

*ד"ר חן שטיין-זמיר, רופאת המחוז*

אוכלוסיית היעד: אנשים המתמודדים עם רגישות נפשית ומשתמשים בשירותי שיקום בקהילה (דיור, תעסוקה ופנאי), במחוז ירושלים.

במסגרת הכשרה מעשית בבריה"צ לסטז'ריות לתזונה הנערכת בלשכה, מבוצע אבחון קהילתי במסגרות לשיקום בריאות הנפש בקהילה. מתוך המידע שנאסף, עלה כי יש צורך לקדם במסגרות אלו אורח חיים בריא תוך שימת דגש על תזונה נבונה ופעילות גופנית. במהלך שנת 2016 נערכו שני ימי עיון למובילי בריאות, למבשלות ולמדריכים העובדים במסגרות השיקום בבריאות הנפש במחוז ירושלים.

על מנת לסייע לצוותים ולמתמודדים לבנות תכנית שנתית לעידוד אורח חיים בריא ולבצעה, הפיקה לשכת הבריאות חוברת עזר - "מסגרות שיקום בקהילה מקדמות את בריאותן" - עם רעיונות מעשיים המותאמים לאוכלוסיית נפגעי נפש, לצורך בניית תכנית התערבות, תוך התייחסות לקשיים ופתרונם, העשויים להתעורר במהלך התכנית. חוברת זו הינה ראשונה מסוגה וזוכה לתגובות חיוביות רבות מאנשי מקצוע בכל הארץ. הפרויקט נבנה תוך שיתוף פעולה בין המדורים: תזונה, קידום בריאות, צוות שיקום של הפסיכיאטריה המחוזית בלשכת הבריאות ובשיתוף נציגים מהמסגרות השיקומיות השונות, תוך רגישות לצרכים הייחודיים של הקהל היעד.

ב-1 בנובמבר התקיים "יום שיא" המותאם למתמודדים עם רגישות נפשית שכלל תחנות שונות ומגוונות לביצוע פעילות גופנית ודוכני הסברה במגוון נושאי בריאות. לצורך כך, הצליחה לשכת הבריאות לאגד יחד 21 שותפים אשר נרתמו לנושא בהתלהבות, חלקם פועלים בהתנדבות, ביניהם: ארבעת קופות החולים, האגודה לבריאות הציבור, עמיתים, עמותות של בריאות הנפש כגון קוטב, רעות, סאמיט, קלאבהאוס, מפעלות, אתגרים, עמותת לטם , עיריית ירושלים :'פרוייקט ירושלים עיר בריאה ומקיימת' ו'פרוייקט ירושלמים בוחרים בריא' ועוד. בנוסף, גויסו מתנדבים - חניכי מכינה קדם צבאית, שעברו הכשרה מתאימה שתאפשר להם לסייע למתמודדי הנפש במהלך היום. ההפנינג המתוכנן הינו הראשון מסוגו במחוז ירושלים. לראשונה תינתן הזדמנות לאוכלוסיית נפגעי נפש לחוות הפנינג בריאות המוני בסביבה מונגשת ותומכת. במהלך היום, הוענקו תעודות למסגרות המצטיינות בהפעלת התכניות לקידום אורח חיים בריא.

## לשכת הבריאות המחוזית, חיפה: הנגשה לשונית

*עדי פרץ, ס.ממונה מינהל בריאות במחוז, בתיה מג'ר, האחות המפקחת המחוזית*

בשנת 2016 תורגמו הדפים כל מחלקות לשכת הבריאות במחוז לשפות נוספות: מחלקת ועדות ניידות- תרגום דף ההזמנה והדף נלווה לערבית ולרוסית. המחלקה למחלות ממושכות ושיקום בנפת חיפה וחדרה-תרגום דפי המידע של אשפוזים, מכשירי שיקום וניידות והתאמת תנאי דיור לשפה הערבית הרוסית. המחלקה לאפידמיולוגיה בנפת חיפה וחדרה -תרגום דפי מידע בנושא כלבת, דיפתריה טטנוס, דיפתריה טטנוס ושעלת, תחלואה במערכת העיכול, ליגיונלה, לערבית ולרוסית. המרפאה הניידת- תרגום גלוית המידע ואתר האינטרנט לערבית ולרוסית. התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי -תרגום עלון המידע לערבית ולרוסית.

כן תורגמו נתבי השיחות במרכזיות של 56 תחנות טיפת חלב במחוז בהתאם לצרכי האוכלוסיה. לדוגמא: בתחנות שבמגזר ערבי ההקלטה הינה בעברית ובערבית. בתחנת קרית ים א' ההקלטה הינה בעברית, ברוסית ובאמהרית.

הוצב שילוט בשפות העברית, הערבית והרוסית בלשכות הבריאות בחיפה ובחדרה. בתחנות טיפת חלב בישובים הערביים הוצב שילוט של התחנה בשפות עברית וערבית.

## לשכת הבריאות המחוזית, תל-אביב: "בריא לגוף בריא לנפש"- תכנית קידום בריאות בקרב גברים חרדים המתמודדים עם מחלת נפש

*עינת אופיר, מחלקת תזונה; רחלי שטרן, סל שיקום פסיכיאטריה*

לשכת הבריאות מקיימת תכנית לצמצום פערים במפעל מוגן לגברים דתיים וחרדים בבני ברק המופעל ע"י עמותת "עזר מציון". במסגרת התוכנית נערכו פעולות להעברת ידע והתנסות בקידום אורח חיים בריא בתחומים הבאים: תזונה נכונה, היגיינת הפה ופעילות גופנית. התכנית נעשתה בשיתוף פעולה עם עמותת "עזר מציון" ועמותת "מפעלות – חינוך וחברה". אוכלוסיית היעד כוללת את כלל צוות העובדים במרכז התעסוקתי והמתמודדים המועסקים בו. קודם לתוכנית נעשתה הערכות מקדימה אשר כללה מיפוי הידע הקיים בקרב המתמודדים והצוות בתחום תזונה ואורח חיים בריא באמצעות מפגשים אישיים.

התוכנית כללה מספר שלבים: מפגש של הדיאטנית עם הצוות לצורך למידה; גיוס ועידוד הצוות להכנסת נושא קידום הבריאות לתוכניות השיקום של המתמודדים; הצגת התוכנית למתמודדים וגיוסם לשינוי על ידי הצוות; ביצוע פעולה בעלת נראות במפעל (כגון: הכנסת ירקות לארוחות הבוקר, יום ללא מעלית); פרסום חומרים רלוונטיים במרכז התעסוקה; הכנסת מטרות בנושא קידום בריאות לתוכנית השיקום האישית של מתמודדים המעוניינים בכך; התמקדות בשני נושאים נבחרים בתזונה- שילוב ירקות ופירות בתפריט היומי ושתיית מים; חיבור גורמי שיקום ובני משפחה המלווים את המתמודד לתהליך בכלל ולמטרות השיקום בפרט.

צוות המפעל נקט בפעולות שונות לצורך הנגשה של הנושאים ברמה הפרקטית למתמודדים: העברת סדנאות למתמודדים בנושא הכנת כריכים בריאים; והגשת ירקות חתוכים וקנקני מים

בהפסקות, במקום שתיה מתוקה ועוגיות. הצוות מתייעץ עם דיאטנית הלשכה במהלך השנה על תפריטים להגשה בחגיגות, טיולים וכו' ושינניות הזמנו למפעל והעבירו הדרכות למתמודדים בנושא שמירה על היגיינת הפה. בנוסף, ישנו עידוד להשתתפות בפעילות גופנית מגוונת בשעות הפנאי כגון, קבוצת ספורט וכדורגל ושחיה בבריכה כחלק מהשתתפות במועדון פנאי וחברה, הפעילות מותאמת לציבור החרדי ומופעלת בשיתוף של סל שיקום ו"מפעלות – חינוך וחברה" ופתוחה לאוכלוסיית סל שיקום במחוז.

התוכנית הינה תוכנית מתמשכת ובשנת 2017 יעסקו במפעל ב-2 נושאים נוספים הקשורים בקידום הבריאות. צוות סל שיקום עוקב אחר יישום המיזם הייחודי כחלק מהתוכנית השיקומית הפרטנית. אנו מאמינים בשילוב של קידום אורח חיים בריא כמסייע בשיפור איכות חיי המתמודדים ובשמירה על בריאותם הנפשית.

## 5.2 פעילות קופות החולים לצמצום אי-שוויון: סוכרת כמקרה מבחן

פרק זה מתאר את פעילות קופות החולים לצמצום אי-שוויון. השנה בחרנו להעמיק בנושא אחד ולבחון את הפערים והפעילות לצמצומם דרכו. במוקד פרק זה הפערים בתחום הסוכרת וכן הפעילות לצמצומם, בקרב קופות החולים. בתחילת הדיווח מתארת כל קופ"ח את תמונת המצב על פי מדד אחד שנבחר לשם דיווח זה- שכיחות סוכרת בהשוואה בין אג"סים נמוכים לגבוהים[3]. בהמשך הדוח מתארת קופ"ח את הפעילות שהיא נוקטת לצמצום הפערים ואת האתגרים והקשיים בצמצום אי-השוויון בתחום הסוכרת.

תמונת המצב של הפערים על פי אג"סים משתנה בין הקופות. ראוי לציין כי השוואה בהקשר לשכיחות סוכרת בין אג"סים ללא תקנון לגיל, עשויה לעוות את התמונה ולהצביע על שכיחות גבוהה יותר דוקא בקרב אג"סים גבוהים, המאופיינים בהרכב גילאים מבוגר יותר. בחלק מהמקרים נצפה קיטוב בפערים במשך השנים, בהשוואה בין האג"סים, כתוצאה מעלייה משמעותית יותר בשכיחות סוכרת בקרב אג"סים נמוכים בהשוואה לעליה קטנה יותר בקרב האג"סים הגבוהים. יחד עם זאת גם מגמה זו אינה עקבית ודורשת בחינה נוספת.

קופות החולים מתעדות הצלחות לא מבוטלות בטיפול במצב הבריאות של קבוצות מוחלשות, לדוגמא בשיפור האיזון של חולים סוכרתיים חרדים וערבים. חל צמצום מסויים של הפערים בהיבטים מסוימים של הטיפול במחלה, לדוגמא- אחוז גילוי רטינופתיה סוכרתית גבוה יותר בפריפריה גיאוגרפית, אחוז השתתפות בסדנאות סוכרת כמו גם היענות לחיסון פניאומוקוק גבוהים יותר בקרב חולי סוכרת מאג"סים נמוכים. יחד עם זאת, הפערים באיזון הכולל של סוכרת ובסיבוכי סוכרת עודם משמעותיים.

ניכר כי קופות החולים עושות פעולות רבות ומגוונות בהתייחס לטיפול בסוכרת. ניתן לאפיין מספר התערבויות המשותפות לכל קופות החולים, הכוללות פעילויות אוניברסליות המופעלות לטובת מטופלים חולי סוכרת באשר הם, לצד פעילויות המותאמות לצרכים פיזיים או תרבותיים של קבוצות בסיכון. להלן:

[3] אג"ס: אזור גאוגרפי סטטיסטי. מדד שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה המאפשר זיהוי של יחידות גאוגרפיות בתוך ישובים לפי מצבן החברתי-כלכלי. האג"סים מסווגים ל- 20 אשכולות, כאשר אג"ס 1 מצביע על יחידה גיאוגרפית במעמד החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ו- 20 הגבוה ביותר.

| מאפייני התערבות משותפים לכלל קופות החולים | |
|---|---|
| **כלים אוניברסליים לטיפול בסוכרת** | **כלים ממוקדים בצמצום הפערים בסוכרת** |
| • טיפול אישי ממוקד בסוכרת ובאורח חיים, לרוב- מנוהל על ידי גורם מקצועי אחד המשמש case manager<br>• סדנאות קבוצתיות העוסקות באורח חיים וטיפול במחלה<br>• ביקורי בית ותמיכה טלפונית במטופל<br>• הקניית מיומנויות וכלים למטופל, לצורך טיפול עצמי<br>• הנגשת מידע והסברה<br>• הכשרה של הצוותים: התמקצעות בתחום הסוכרת ובעבודה בין-צוותית | • התאמה תרבותית ושפתית של ההתערבויות וחומרי ההסברה והכשרת צוותים בתחום הכשירות התרבותית<br>• שימוש באמצעים ומאגרי מידע דיגיטליים כדי לנטר את ההבדלים בסוכרת ובטיפול בה<br>• הנגשה פיזית של שירותים (טלה-רפואה) |

בקרב חלק מהקופות ניתן לזהות פעולות שמטרתן לענות על חסמים נוספים המייצרים פערים בבריאות: תוספות תקינה ייעודיות של מטפלים במרפאות עם תוצאי בריאות נמוכים; מרפאות סוכרת ניידות לטיפול במרפאות מרוחקות; וסיוע כלכלי למטופלים שאין ביכולתם לשלם על תרופות. יחד עם זאת, ניכר כי קיימים גורמים לפערים בתחום הסוכרת שאינם זוכים למענה או הזוכים למענה חלקי בלבד. אלה כוללים, בין היתר:

| **גורמים לאי-שוויון הזוכים להתייחסות מוגבלת או חסרה על ידי קופות החולים[4]:** |
|---|
| • ויתור על טיפול תרופתי או אחר בשל העלות הכלכלית<br>• העדר יכולת לשלם על הוצאות נלוות (תחבורה, אוכל בריא וכדו')<br>• היענות נמוכה או חוסר היענות לבדיקות שגרה: בדיקות דם, משקל, גובה, לחץ דם, בדיקת כפות רגליים ובדיקות עיניים<br>• פערים בזמינות שירותים - מטפלים ומכונים – באזורים מרוחקים ו/או בישובים ערביים<br>• אוריינות בריאותית נמוכה ובכללה- אוריינות טכנולוגית<br>• קשיי תקשורת בין מטפל למטופל הנובעים מיחס לא טוב, גילויי אפליה או גזענות<br>• היעדר הון ותמיכה חברתית- נפשית, רוחנית, פיזית, חברתית וכלכלית<br>• סביבה לא מאפשרת (מדרכות רעועות, מחסור בתאורה ושטחים פתוחים וכדו') |

[4] זאת בהסתמך על הדיווחים שקיבלנו לצורך חוברת זו והמופיעים בהמשך הפרק. מובן שהדיווח אינו מקיף את כלל הפעילות שמקיימות קופות החולים, אך יחד עם זאת, ניתן ללמוד על הדגשים בפעילות של הקופות, בהשוואה להיבטים המודגשים פחות.

טיפול בכלל הגורמים המייצרים פערים בבריאות, וודאי אלו הנוצרים מחוץ למערכת הבריאות דורש מאמץ לאומי מורכב ובינמשרדי. לצד מאמץ שכזה, ראוי לשקול אימוץ של מהלכים נוספים על ידי נותני השירות, מאמצים הממוקדים ביצרנים של אי-שוויון, למשל[5]:

| **קפיצת מדרגה בצמצום פערים בסוכרת? כיווני פעולה נוספים לעתיד** |
|---|
| • שילוב תמיכה נפשית וחיזוק מערך הקשרים החברתיים במסגרת ההתערבויות הקיימות;<br>• משך ביקור ארוך יותר; שילוב אנשי צוות נוספים, למשל מגשרים תרבותיים, מתאמי טיפול או סוכני זכויות שיעסקו בהכוונת מטופלים בתוך המערכת וסיוע במימוש הזכויות שלהם;<br>• גיוס אקטיבי של מטפלים ועובדים מקבוצות חברתיות מגוונות והסרת חסמים העומדים בפניהם בקבלה לעבודה ובקידום בעבודה;<br>• שיתוף מבוטחים, מנהיגות קהילתית/דתית ורשויות מקומיות בתכנון התערבויות;<br>• עבודה בשיתוף מקומות עבודה המעסיקים אחוז משמעותי של קבוצות חברתיות בסיכון;<br>• הבנייה והעמקה של שיתופי הפעולה בין מערכות הבריאות, החינוך והרווחה המקומיות בשיתוף הרשויות המקומיות. |

[5] במסגרת התוכנית הלאומית למניעה וטיפול בסוכרת, פרק העוסק ב-"התאמת שירותי הבריאות בתחום הסוכרת לצרכים הכלכליים, החברתיים והתרבותיים של קבוצות חברתיות שונות". הפרק (ראו: כאן) שנכתב בעזרת שותפים רבים (בעריכת אבני, ש., אברבוך, א.), מפרט את הפערים בתחום הסוכרת והטיפול בה, לצד המלצות לטווח קצר וארוך ותוכנית פעולה בנושא. רשימת הדוגמאות שלהלן מהווה רשימה חלקית מתוך ההמלצות המפורטת בפרק.

# שירותי בריאות כללית: צמצום אי-שוויון בסוכרת

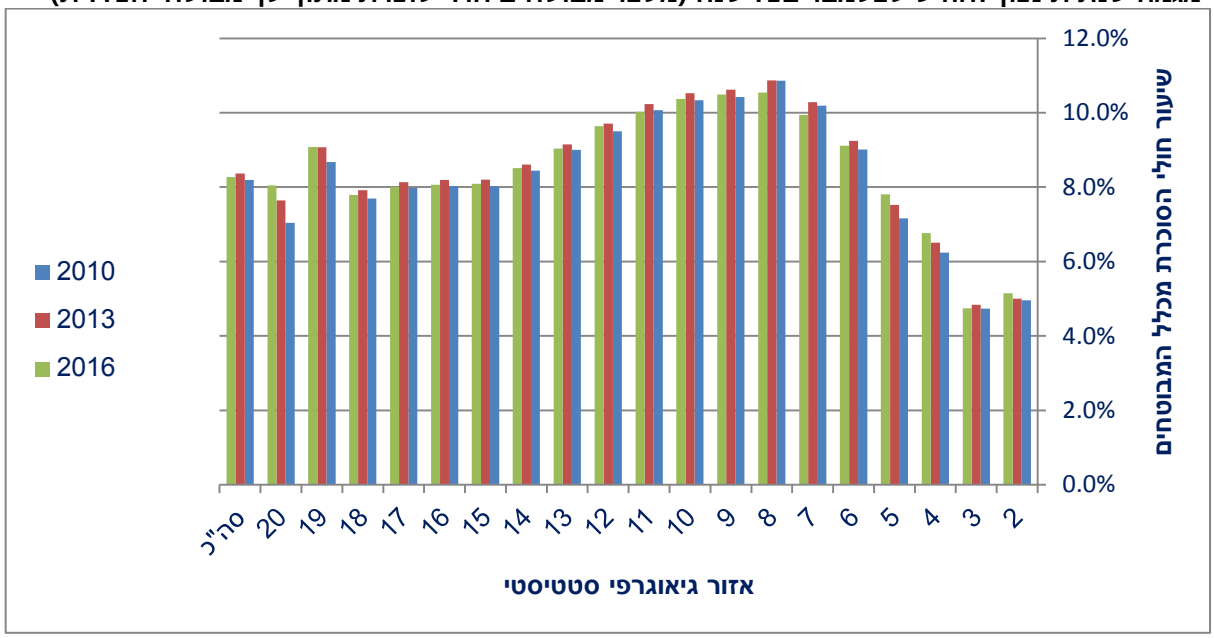
*המסמך הוכן על ידי (על פי סדר הא'-ב'): ד"ר אירנה ליבשיץ, פרופ' דיאן לוין, כלנית קיי, ד"ר מינה רותם, פרופ' מרגלית גולדפרכט, ד"ר ניקי ליברמן*

## א. הגדרת הבעיה: תיאור האתגרים בצמצום אי-שוויון בסוכרת

שכיחות מחלת הסוכרת בישראל, כמו במדינות אחרות בעולם, נמצאת בעליה בקרב בני 18 ומעלה (2012: 9.53% - 2014: 9.71% בממוצע). בין הסיבות לכך נמנות הזדקנות האוכלוסייה, עודף משקל, חוסר פעילות גופנית, ועישון סיגריות. יחד עם זאת, קיימת מגמת עליה בשיעור איזון הסוכרת (2012: 63.4% - 2014: 66.5%). הכללית משקיעה משאבים מרובים באיתור הסוכרת, בזיהוי פערים בין אוכלוסיות שונות, ומובילה אסטרטגיות מגוונות ומבוססות ראיות כדי לצמצם את הפערים המתגלים - באיזון סוכרת, וכדי למנוע סיבוכים, ולקדם איכות חיים. כפועל יוצא מכך, צומצם הפער באיזון כולל של סוכרת בקרב האוכלוסייה הערבית באופן משמעותי (2010: 68.6%, בהשוואה ל -2015 : 77.0% המהווה שיפור של 12%). בצד ההישגים ראוי לציין כי הכללית מבטחת שיעור גבוה מהממוצע הארצי של בני 65+, שבהם הימצאות סוכרת בשיעור גבוה וכי שיעור מבוטחי הכללית במעמד סוציו-אקונומי נמוך, גבוה יותר מהקופות האחרות. נתונים אלו מחייבים הקצאת משאבים ממוקדת אשר יאפשרו מניעה, אבחון וטיפול סדיר במחלת הסוכרת.

## ב. תמונת המצב

**שיעור מבוטחים עם סוכרת מכלל מבוטחי הכללית בחלוקה לאזור גיאוגרפי סטטיסטי (אג"ס)**
**מגמה שנתית נכון לחודש ספטמבר בכל שנה (מספר מבוטחים חולי סוכרת מתוך סך מבוטחי הכללית)**




*(**מפתח**: א. ככל שערך האג"ס נמוך יותר, מצ"ב הסוציו-אקונומי/פריפריה חברתית נמוך יותר. ב. אג"ס 0 הוא "לא ידוע" ולכן הוא לא מופיע בתרשים; באג"ס 1 יש מעט מאוד אנשים כך שאין לקבוצה זאת משמעות סטטיסטית).*

מהתרשים הנ"ל אפשר להבחין כי השיעור הנמוך ביותר של סוכרת הוא באג"סים 3-2, ככל הנראה על רקע היקף גדול של ילדים בישובים אלה. השיעור הגבוה ביותר מתרכז באג"סים 11-6 וגם ב 20-19. בחלק מהאג"סים נצפתה ירידה בשיעור חולי הסוכרת בין השנים 2013 – 2016.

**אי שוויון באיזון סוכרת:** מניתוח נתוני הכללית, על אף הפערים הקיימים באיזון סוכרת בין המגזר הכללי לבין המגזרים הערבי והחרדי, ניכר השיפור באיזון הסוכרת בקרב מגזרים אלה. האיזון הכולל של הסוכרת במגזר החרדי השתפר מאוגוסט 2010 ועד אוגוסט 2015 ב- 11.8% ובאוכלוסייה הערבית נצפה שיפור של 12.7% לעומת שיפור ב – 3.6% בקרב האוכלוסייה הכללית.

## ג. פעילות הכללית לצמצום אי-שוויון בסוכרת:

### ג.1 הצלחות

#### ג.1א. פעילות כלל ארצית לצמצום פערים בסוכרת

צמצום פערים בבריאות בכלל ובסוכרת בפרט הוא אחד מנושאי הדגל של הכללית וכרוך בעשייה עשירה בהיקף ארצי בהתאמה לצרכי האוכלוסייה. הפעילות כוללת שיטות למניעת סוכרת, קידום איכות רפואית וקידום הבריאות בכלל: הדרכת מטופלים במסגרת סדנאות "מפות שיחה" וכן סדנאות רב-מקצועיות בנושא אורח חיים בריא וטיפול עצמי בסוכרת. שיטות אלה מותאמות תרבותית לאוכלוסיות ספציפיות: אוכלוסייה הערבית, יוצאי אתיופיה, והאוכלוסייה החרדית. חלק מהפעילות נערכת בשיתוף פעולה עם עמותות התנדבותיות, ועם גופים נוספים. הפעילות מלווה במתן חומרי הדרכה במגוון נושאים הקשורים בסוכרת. החומר מונגש לשונית ומותאם תרבותית, לשפות עברית, רוסית וערבית. הכללית נעזרת באמצעים טכנולוגיים חדשניים כגון: מדור מיוחד באתר האינטרנט של הכללית שמוקדש לנושא סוכרת, אליו ניתן לשלוח שאלות למומחי סוכרת בכללית. בנוסף, הכללית פיתחה והטמיעה מרשם מידע מקוון בנושא, תזכורות אישיות הנשלחות כחלק מהתיק הרפואי האישי המקוון ועוד.

#### ג.1.ב. רצף טיפול בסוכרת בין בית חולים וקהילה

הוקם פורום רצף טיפול בית חולים - קהילה, הכולל מתאמות סוכרת מבתי החולים של הכללית ורכזות סוכרת מהמחוזות. הוטמע תהליך עבודה המבטיח העברת מידע על מטופלים מורכבים, ערריים לדוגמא, אשר התקבלו לאשפוז בגין אירועי היפו/היפרגליקמיה או התחלות טיפול באינסולין, וקיים צורך אצלם בהמשך הדרכה ומעקב. תהליך העבודה מאפשר קליטת המטופל המשתחרר מאשפוז לקהילה, תוך שמירת הרצף הטיפולי.

#### ג.1.ג. יוזמות מיוחדות במחוזות בקהילה

בשורות הבאות נציג תמצית ממבחר פעילויות מיוחדות המבוצעות במחוזות, שמיועדות לצמצום פערים בסוכרת.

**מחוז שרון-שומרון - "חולה סוכרת בליווי אישי":** במהלך 2015-2016 הוביל מערך הסיעוד, תוכנית במטרה להגיע לאיזון של אנשים עם סוכרת מהמגזר הערבי שאינם מצליחים להגיע לערכי מטרה. במסגרת התוכנית הושם דגש על תפיסת מטופל כחלק ממשפחה וקהילה. השתתפו בתוכנית אחיות שעברו הכשרה על בסיסית בנושא סוכרת שהקנתה מיומנויות כ - case manager. בתוכנית ההכשרה קבלו האחיות תכנים בנושא העצמת מסוגלות אישית לטיפול וניהול פעיל של המחלה, וכן שיפור מיומנות תקשורת עם שותפי תפקיד. השתתפו מרפאות נבחרות בכל מחוז, אשר הזמינו מטופלים עם סוכרת לא מאוזנת, לסידרה של מפגשים אישיים עם האחות אשר התמחתה בנושא. נערכו ביקורי בית לפי הצורך וכן ניתנה תמיכה טלפונית. חלק מהמטופלים השתתפו גם במפגשים קבוצתיים (מפות שיחה או סדנאות אורח חיים בריא וטיפול עצמי בסוכרת). השתתפו 309 מטופלים מישובים: ג'ת, בקה, ג'בארין, מחאגנה, ומייסר. תוצאות התוכנית מצביעות על שיפור באיזון הסוכרת. השיפור במדדים HbA1C, טריגלצרידים ו – LDL, וכן שיפור באחוז החולים שנבדק על ידי רופא עיניים. דיווח עצמי של המשתתפים הצביע על שיפור משמעותי בביצוע פעילות גופנית, בהקפדה על הרגלי אכילה בריאים, ועל בדיקות עצמיות של רגליים. סקר שביעות רצון של האחיות שהשתתפו בתוכנית, מצביע על שביעות רצון גבוהה מאוד.

**מחוז דרום - "חולי סוכרת בידיים טובות":** פותח והוטמע תהליך שהחל משנת 2014 ועדיין נמשך עבור חולי סוכרת חדשים, אשר הוגדרו כפריפריה חברתית או גיאוגרפית ונתוני איזון הסוכרת שלהם נמצאו נמוכים בהשוואה למחוז. השתתפו בתוכנית מטופלים ממרפאות תל שבע, רהט, חורה, לקיה, שדרות, אופקים, ערד, דימונה, באר שבע ועוד. מטופלים אלו הוכנסו למעקב במהלך השנה הראשונה אחרי גילוי מחלת הסוכרת, במטרה להבטיח היצמדות לתוכנית הטיפול והגעה לערכי המטרה. במסגרת התוכנית נבנה תהליך שכלל את הצעדים הבאים: פיתוח תורה להתאמה אישית של טיפול, פיתוח כלי עבודה (הנחיות מקצועיות וערכה למטופלים) והכשרה של מנהלות סיעוד וצוות רפואי בישיבות צוות במרפאות. הוטמע תהליך ליווי אישי של אחות כ"מאמנת אישית לחיים בריאים", כולל הקפדה על טכניקת הזרקה נכונה למטופלים באינסולין והדרכה לשימוש במשאבי הקופה לצורך איזון סוכרת. מהערכות של הצוותים במרפאות עולה שביעות רצון גבוהה מהתוכנית ומתרומתה לחולי הסוכרת. תוצאות התוכנית מראות שיפור ניכר בטריגלצרידים ($p=.003$), בכולסטרול LDL ($p<.001$) וב – HbA1C ($p<.001$). נכון לספטמבר 2016, התהליך מוטמע ב- 36 מרפאות בהשתתפות 392 מטופלים.

**מחוז חיפה וגליל המערבי - "העצמת נשים בנושאי בריאות":** החל משנת 2016 נערכות מפגשי שכונות בשיתוף פעולה עם מח' רווחה בישוב תמרה, בשם: "העצמת נשים בנושאי בריאות." התוכנית מתבססת על מפגשים המתקיימים בבתים הפרטיים של תושבים, ובכל מפגש עד 20 נשים. המפגש כולל הרצאה ודיון משותף. במסגרת המפגשים הנושא המרכזי הוא סוכרת, תוך מתן דגש על אורח חיים בריא ואיזון. רוב המשתתפות מוכרות על ידי גורמי הרווחה בגלל מצוקתן הכלכלית. יש לציין גם שהמדובר בהנגשת שרותי קידום בריאות לשיפור אורח חיים בריא בקרב קבוצה זאת אופן שמצליח יותר בהשוואה לכל שיטה אחרת.

**ג.1.ד. יוזמות חדשניות מלוות מחקר והערכה**

**CHANGE-D** – בין השנים 2014-2016, הכללית פיתחה, הפעילה והעריכה, בתמיכה של חברת MSD, תוכנית מיוחדת לאנשים עם סוכרת לא מאוזנת. מטרת התוכנית להגיע להישגים טובים יותר בהתנהגות בריאותית, לרבות אורח חיים בריא וטיפול בעצמי באמצעות אימונים לקידום הבריאות, דווקא בקרב מטופלים שנמצאים בפריפריה גאוגרפית או חברתית ותוצאות איזון סוכרת אצלם נמוכה מהממוצע במחוז. השתתפו בתוכנית מטופלים לא מאוזנים מהישובים שפרעם, ביר אל מכסור, עכו עמידר, עתלית, עראבה, סחנין, כפר כנא, עילוט, עין מאהל ועוד. אנשי מקצוע ממקצועות הרפואה, הסיעוד, קידום הבריאות, תזונה ודיאטה, רוקחות, ועבודה סוציאלית עברו הכשרה מיוחדת באימון לבריאות ע"י מקדמת בריאות. בעקבות ההכשרה, כ- 260 חולי סוכרת לא מאוזנים, מהמגזר היהודי והערבי עברו סידרה של מפגשי אימון בהתאמה אישית. התוצאות הראשוניות מצביעות של שיפור במספר תחומים, כמה חודשים אחרי תום התוכנית, בהשוואה לקבוצת ביקורת.

"**תמורות**" – בשנת 2015 החלה תוכנית חדשנית במספר מרפאות באשדוד, בתמיכה של תוכנית "עוצמה". במסגרת התוכנית אנשים עם סוכרת לא מאוזנת משתתפים באחד ממספר תוכניות שמטרתן להעצים ולשפר את המיומנויות לטיפול עצמי ואורח חיים בריא בסוכרת. נציין במיוחד שתי זרועות של התוכנית שנמצאות בשלבי פיילוט מלוות הערכה, הן בנושא שינוי התנהגות בריאותית, אוריינות בריאותית ועמדות, והן בנושא של מדדי איזון:

1. **מיסרונים מקדמי בריאות** – פותח מאגר מיסרונים בנושאי טיפול תרופתי, בדיקות מעקב, תזונה, פעילות גופנית, גמילה מעישון, ובהתאם למודל של "שינוי בשלבים". פותח כלי לאיתור הצרכים של משתתפי התוכנית בתחומים הנ"ל, ונשלחים מיסרונים בהתאם. התוכנית נמצאת בשלבי פיילוט, מלווה הערכה.

2. **הדרכת עמיתים** – פותח מערך להכשרת אנשי צוות נבחרים עבור מטופלי סוכרת כדי להוות מדריכים של מטופלים אחרים. העמיתים מקיימים סידרה של מפגשים "בגובה עיניים" עם קבוצות קטנות של מטופלים עם סוכרת. היזמה נועדה לאנשים עם סוכרת שאינם מאוזנים, ושהתקשו לשפר את אורח החיים והטיפול העצמי באמצעות טיפול שיגרתי בלבד. כמו כן השיטה משתפת קהל חשוב כמשאב משפיע - אנשים עם סוכרת שמשתפים אחרים עם נסיונם החיובי בטיפול עצמי.

**תוכנית מ.ח.ץ** –במחוזות ירושלים ודן-פתח תקוה, פותחה תוכנית ייחודית שנועדה להכשיר צוותים רפואיים למתן טיפול ממוקד ורב מקצועי לחולי סוכרת לא מאוזנים, בעלי היענות נמוכה לתוכנית הטיפולית ושצוות המרפאה מתקשה לאזנם. המודל מבוסס על חשיבה חיובית ומנחה את המטפלים לבסס את הקשר עם המטופל על ערכי המטופל ולהצביע על תרומת התוכנית הטיפולית לערכים האישיים של המטופל. באופן זה מחבר המטפל בין הצורך בהצמדות לתוכנית הטיפול לבין דברים המוערכים ע"י המטופל, באמצעות מודל מ.ח.ץ הצוות מקדם את ההיצמדות

לתוכנית הטיפולית בסוכרת בקרב מטופלים בעלי הענות נמוכה לטיפול. בימים אלו מעובדים ממצאי התוכנית.

### ד. אתגרים וקשיים

למרות העשייה הענפה של הכללית בתחום הסוכרת, ישנם עדיין אתגרים ומחסומים לצמצום פערים בנושא סוכרת. הכללית מבטחת שיעור גבוה יותר של מטופלים ברמה סוציו-אקונומית נמוכה והשיעור של המבוטחים בני 65+ גבוה יותר בהשוואה לממוצע הארצי. שתי נקודות אלה מעלות את האתגרים ואת הקשיים בטיפול בחולי סוכרת ולכן נדרשת הקצאת משאבים נוספת.

נציין שגורמים מסחריים ממשיכים להשפיע על הרגלי קניה וצריכה של הקהל ומקדמים התנהגות בריאותית סיכונית לטרום סוכרת וסוכרת כגון שתית משקאות מותקים, יושבנות ועישון סיגריות. קיים עדיין צורך להתייחס לנורמות ולסטיגמות בנושא סוכרת, ובהתאמה תרבותית. בנוסף, קיים צורך לשתף יותר את הקהל בתכנון, בהפעלה ובהערכה של תכניות לצמצום פערים בסוכרת; טרם קמה מנהיגות משפיעה בקרב חלק מהאוכלוסיות בהן יש עדות לפערים בסוכרת בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.

### ה. מבט לעתיד: איך עושים את קפיצת המדרגה בצמצום אי-השוויון בסוכרת?

נדרשת עשייה רחבה יותר הן ברמה הלאומית- באמצעות רגולציה וחקיקה, והן בהקצאת משאבים ע"י גורמים ממשלתיים. עשייה בשני תחומים אלה תאפשר מניעת מחלת הסוכרת והטיפול האפקטיבי בה, ע"י :

- הרחבת הפעילות הלאומית בנושא מניעה כבר בשלב ההריון, על ידי איתור מוקדם של סוכרת הריונית וטיפול ממוקד במחלה.
- הרחבת כוח האדם המקצועי וסמכויותיו לטיפול בנושא כולל אחיות מומחיות סוכרת בקהילה.
- הכנסת סדנאות בנושא שינוי אורחות חיים וטיפול בעצמי בסוכרת לסל השירותים.
- קידום אורח חיים בריא לאוכלוסיות שבסיכון במיוחד כדי למנוע טרום סוכרת וסוכרת.
- התאמת הכלים והפעילות לאוריינות הבריאותית למגוון הקהלים והמשך התאמה תרבותית.
- העמקת ההכשרה של אנשי מקצוע מכל מקצועות הרפואה והבריאות בנושא איזון הסוכרת כולל כלים לשיפור התנהגות בריאותית וטיפול עצמי, כולל גם בהכשרה הבסיסית של מקצועות הרפואה והבריאות.
- פיתוח והטמעת טכנולוגיות חדישות בהתאמה לאוכלוסיות לשם העצמת מטופלי סוכרת ומעקב אחרי האיזון.
- פיתוח והפעלת מסעי הסברה באמצעי התקשורת ההמוניים בנושאים מרכזים: צמצום הצריכה של משקאות ממותקים, קידום פעילות גופנית, וקידום המודעות לשירותים לגמילה מעישון.
- הרחבת תוכניות הדרכה וקידום בריאות בקרב ילדים ובני נוער.

# מכבי שירותי בריאות: צמצום אי-שוויון בסוכרת

*מגר' טלי קניג, ד"ר עינת אלרן, המחלקה לניהול איכות*

## א. הגדרת הבעיה: תיאור האתגרים בצמצום אי-שוויון בסוכרת

האתגרים בצמצום אי השוויון בסוכרת מתחילים במניעת גורמי הסיכון למחלה כגון השמנה, זיהוי מוקדם של המחלה, שיפור הענות המטופלים לביצוע בדיקות מעקב, ניהול אורח חיים בריא והענות לטיפול התרופתי.

האתגרים במניעת גורמי הסיכון למחלת הסוכרת כוללים בעיקר צורך רב יותר לחינוך לאורח חיים בריא בקרב האוכלוסייה הבריאה ובקרב ילדים. אנו יודעים שקיים שיעור גבוה יותר של עודף משקל והשמנת יתר בקרב ילדים וצעירים באוכלוסיות במעמד סוציואקונומי נמוך. קיימת מודעות נמוכה לתזונה בריאה ופעילות גופנית בקרב אוכלוסיות אלה ונדרש חינוך הילדים וההורים לצורך הקניית הרגלי חיים נכונים ובריאים. אנו עדים לגידול מתמשך באוכלוסיית חולי הסוכרת בקרב כל שכבות האוכלוסייה, אולם קיים גידול משמעותי יותר בקרב אוכלוסיות במעמד סוציואקונומי נמוך (גרף 1). עקב כך, מדי שנה מאובחנים חולי סוכרת חדשים רבים יותר בקרב האוכלוסיות המוחלשות, דבר המצריך צוות מטפל רחב יותר ויותר באוכלוסייה זו.

חינוך לאורח חיים בריא מתחיל בקהילה ומצריך מודעות והתגייסות של משרד החינוך, הרשויות המקומיות וגופים אחרים, בנוסף למערכת הבריאות. זהו אתגר משמעותי לצמצום הפערים בהמצאות סוכרת ולאיזון סוכרת. בנוסף, הצלחת שינוי באורחות חיים תלוי לרוב בשינוי התנהלות כל היחידה המשפחתית ולא רק בן משפחה אחד.

נמצא שלחולי הסוכרת בפריפריה גורמי סיכון ומחלות נלוות רבות יותר מאשר לחולי הסוכרת במרכז. לדוגמא, שיעור חולי הסוכרת עם BMI גבוה מ-30 הוא כ-46% במחוזות צפון ודרום לעומת 37-40% במחוזות המרכז. עודף משקל גורם לעמידות לאינסולין ומקשה על איזון חולים אלה.

אנו עדים לחסם כלכלי ברכישת תרופות. כ-12% ממבוטחי מכבי אינם רוכשים תרופות מרשם בשל חסם כלכלי. חלק מהתרופות לסוכרת אינן כלולות בסל התרופות הממלכתי ועלותן גבוהה. אנו רואים צריכה נמוכה ב-30% של התרופות החדשות בקרב חולי הסוכרת ממעמד סוציואקונומי נמוך בהשוואה לחולי הסוכרת ממעמד סוציואקונומי גבוה. כמו כן קיים פחד מפני זריקות, דבר המהווה מחסום לשימוש בתרופות כגון אינסולין ותרופות ממשפחת GLP1. כל אלה מגבילים את יכולתו של הרופא להוביל לטיפול מיטבי בחולים.

ביצוע בדיקות תקופתיות לניטור מחלת הסוכרת חשוב למניעת סיבוכים ולטיפול בסיבוכים בשלבים מוקדמים. הבדיקות כוללות: רמות סוכר בדם, כולסטרול בדם, לחץ דם, תפקוד כלייתי,

בדיקת עיניים, בדיקת כפות רגליים ועוד. באוכלוסיות במעמד סוציואקונומי נמוך קיימת מודעות נמוכה יותר לביצוע בדיקות תקופתיות ועל כן נדרשת הזמנה פרו-אקטיבית של חולים אלה לביצוע הבדיקות.

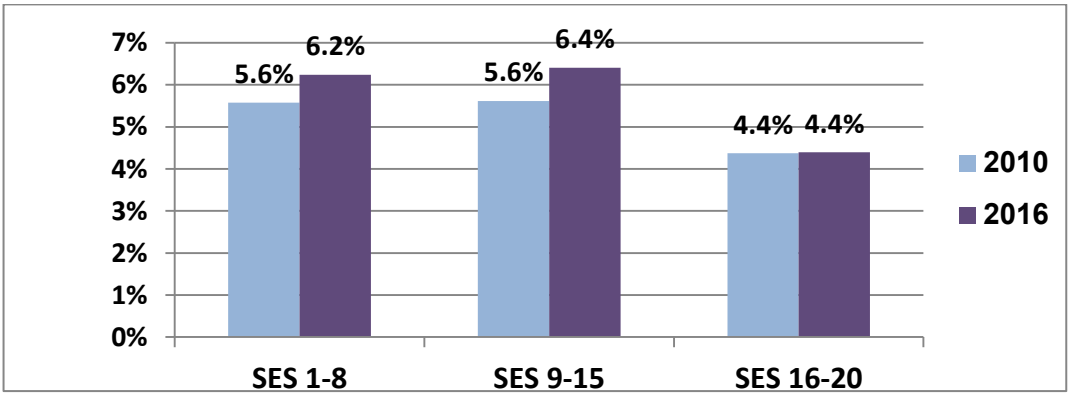
ללא הקפדה על אורח חיים בריא הכולל תזונה בריאה, פעילות גופנית נאותה והימנעות מעישון, הסיכוי להשיג איזון המחלה לאורך זמן, גם אם נוטלים את התרופות בהיענות מקסימלית, הינו נמוך. באוכלוסיות במעמד סוציואקונומי נמוך תהליכי השינוי באורח החיים קשה ומורכב אף יותר. הסיבות לכך רבות וכוללות מודעות נמוכה יותר לחשיבות אורח חיים בריא, סיבות תרבותיות ולעיתים גם תנאים פיזיים ומשפחתיים המקשים על הקפדה על אורח חיים בריא לאורך זמן. גם אם מחנכים למודעות לאורח חיים בריא, לשכבות החלשות באוכלוסייה פחות זמן פנאי ( leisure time) לעסוק בפעילות גופנית, ועלויות אוכל בריא גבוהות יותר מעלויות מזון באיכות נמוכה - junk food.

חשוב לציין את האתגר בהצגת הפערים בהימצאות הסוכרת ובאיזונה לפי פילוח בין האוכלוסיות במעמד סוציואקונומי נמוך וגבוה באופן בולט לכלל המנהלים בקופה, כמו גם פילוח בין המגזר היהודי לערבי או החרדי. כאשר הפערים אינם מודגמים באופן חד וברור, קיים קושי לטפל בהם. כאשר היכולות הטכניות לאיתור הפערים גדל, כך גם עולה יכולת הקופה והמטפלים לצמצם את הפערים. דוגמא לכך היא הגדרת מדדי איכות ופילוחם לפי רמה סוציואקונומית.

## ב. תמונת המצב:

### ב.1 פערים בהימצאות סוכרת 9/2010-9/2016 בחלוקה לאג"סים

**גרף 1 : המצאות סוכרת בקרב מבוטחי מכבי בפילוח לפי SES 2010, 2016**




הערה : השיעור אינו מתוקנן לגיל.

## ב.2 איזון הסוכרת וסיבוכיה

בעקבות תכניות התערבות ייעודיות שחלקן מפורטות בסעיף ג', ניתן לראות לאורך השנים שיפור מתמיד באיזון הסוכרת החוצה את כל שכבות האוכלוסייה במכבי.

באיזון כולסטרול ובאיזון לחץ דם ניתן לראות, שכיום, חולי הסוכרת במעמד סוציואקונומי נמוך מאוזנים יותר מאשר חולי הסוכרת במעמד סוציואקונומי גבוה. לעומת זאת, באיזון רמות HbA1C הפער בין חולי הסוכרת במעמד סוציואקונומי נמוך לגבוה הצטמצם אך במעט משך השנים. רמת איזון ה-HbA1C של חולי הסוכרת במעמד סוציואקונומי נמוך כיום הגיעה לרמת האיזון של חולי הסוכרת במעמד סוציואקונומי גבוה ב-2012. (טבלה 1).

**טבלה 1 – איזון חולי סוכרת לפי SES, 2012, 2016**

| | שיעור חולי הסוכרת עם HbA1C תקין | | שיעור חולי סוכרת לא מאוזנים (HbA1C גבוה מ-9) | | שיעור חולי הסוכרת עם כולסטרול מאוזן | | שיעור חולי הסוכרת עם לחץ דם מאוזן | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ינו-12 | אוג-16 | ינו-12 | אוג-16 | ינו-12 | אוג-16 | ינו-12 | אוג-16 |
| מבוטחי מכבי SES 16-20 | 58.60% | 66.70% | 8.40% | 6.30% | 60.40% | 61.20% | 66.90% | 72.40% |
| מבוטחי מכבי SES 1-8 | 51.50% | 59.40% | 12.80% | 10.30% | 57.20% | 61.40% | 68.50% | 74.80% |

בחולי הסוכרת במעמד סוציואקונומי נמוך הודגם שיעור סיבוכים גבוה יותר מאשר בחולי הסוכרת במעמד סוציואקונומי גבוה (טבלאות 2א' 2ב'). כמו כן נצפה מספר סיבוכים גבוה יותר למטופל בקרב חולי הסוכרת במעמד סוציואקונומי נמוך (טבלה 2א).

**טבלה 2א- שיעור סיבוכים בחולי סוכרת לפי SES**

| תחום סיבוכים | SES 1-8 | SES 16-20 |
|---|---|---|
| Nephropathy | 24.1% | 22.3% |
| Cardiovascular | 16.7% | 16.5% |
| Retinopathy | 18.1% | 10.8% |
| Neuropathy | 19.6% | 15.4% |
| PVD ופצעים ברגלים | 11.1% | 8.8% |
| Cerebrovascular | 9.3% | 8.9% |
| דיאליזה | 0.6% | 0.3% |

טבלה 2ב – שיעור סיבוכים בחולי הסוכרת

**טבלה 2ב- שיעור כמות סיבוכים בחולי סוכרת לפי SES**

| | SES 1-8 | SES 16-20 |
|---|---|---|
| ללא סיבוכים | 43.5% | 50.0% |
| תחום סיבוך אחד | 35.2% | 33.4% |
| שני תחומי סיבוכים | 14.5% | 12.1% |
| שלושה תחומי סיבוכים ויותר | 6.8% | 4.6% |

טבלה 2א – שיעור סיבוכים בחולי הסוכרת

## ג. פעילות הקופה לצמצום אי-שוויון בסוכרת:

### ג.1 הצלחות

במהלך השנים האחרונות התקיימו במחוזות דרום וצפון ובפריפריה חברתית סדנאות למטפלים להכרה מעמיקה יותר של הטיפול בסוכרת, כולל ניסיון מעשי בבדיקה עצמית של סוכר ובהזרקה עצמית עם עטי אינסולין ובכך הורדנו את ה"התנגדות הפסיכולוגית לאינסולין" של הצוות. כמו כן, הוכשרו ונקלטו רופאים לטיפול בסוכרת: אנדוקרינולוגים, מומחים ברפואה פנימית ורופאי משפחה אשר עברו הכשרה ייחודית בסוכרת. רופאי הסוכרת וצוותי מכוני הסוכרת מגיעים אל היישובים המרוחקים ומדריכים רופאים ראשוניים ומטפלים בחולי סוכרת לא מאוזנים. לדוגמא, במחוז דרום פיתחו תפקיד **יועצי סוכרת** בתוך המרכזים הרפואיים בעיירות המרוחקות. יועצי סוכרת מגיעים באופן סדיר למרכזים הרפואיים גן יבנה, קריית מלאכי, קריית גת, שדרות, דימונה, אופקים, ירוחם, ערד, וליישובי המגזר הבדואי. בנוסף מופעל שרות טלה-רפואה בתחום הסוכרת לערד ולמצפה רמון. כיום יש באפשרותם של למעלה מ 90% מחולי הסוכרת במחוז דרום לפגוש יועץ סוכרת בתוך הישוב בו הם מתגוררים, וההמתנה לתור ליועץ סוכרת במחוז היא כשבועיים בלבד. יועצים אלו עובדים בשיתוף פעולה עם הצוות הרפואי : הרופאים, האחיות והדיאטניות העובדות במרכז הרפואי הפריפרי.

כיום נדרשת הרפואה הראשונית להיות רפואה יוזמת ולעודד פעילות קידום בריאות. באוכלוסייה במעמד סוציואקונומי נמוך קיימת חשיבות מיוחדת לכך. ברוח זו נבנים **צוותים תומכים לרופא הראשוני** (השכיר והעצמאי כאחד) המבוססים על אחות, אנשי מקצועות הבריאות והמינהל. צוותים אלה מאתרים את חולי הסוכרת הלא מאוזנים ובונים תכנית טיפול מותאמת לצרכיו הייחודיים של המטופל וליכולותיו. תהליכי מעקב אחר יישום השינויים שהוגדרו בטיפול מאפשרים "סגירת מעגל" כדי לוודא שהמטופלים נענים לשינויים ולהמלצות החדשות וכך מתאפשר ניהול מתמשך של הטיפול. בשנים האחרונות תגברנו את עבודת הצוות הרב-מקצועי בחולי הסוכרת בפריפריה הגאוגרפית והחברתית, תוך מתן דגש על טיפול מותאם תרבות ומגזר.

לדוגמא, כמעט לכל רופאי המשפחה במחוז צפון צוותה אחות לטיפול באוכלוסיית הסוכרת במרפאת הרופא. בחלק מהמרפאות אף נבנה צוות רב מקצועי רחב לטיפול בחולים אלה. נראה שיפור ניכר בכל מדדי הסוכרת בחולים בהם נעשתה התערבות הצוות (ביצוע בדיקות, איזון כולסטרול, לחץ דם והמוגלובין מסוכרר).

איש הצוות החשוב ביותר לאיזון הסוכרת הוא **המטופל עצמו**. ללא מעורבותו ומחויבותו - קשה להצליח. על כן תכניות ההתערבויות כללו העצמת המטופל ועידודו לנטילת אחריות על בריאותו. נבנו כלים התומכים במטופל כגון קבוצות תמיכה מותאמות תרבות, עלונים מתורגמים, שיתופי פעולה עם אנשי דת וחינוך.

אנו רואים שתהליכים אלה שיפרו את איזון הסוכרת ביישובים מרוחקים.

**כלים טכנולוגים וטלה-רפואה** מאפשרים מתן מענה מקצועי מרחוק ומאפשרים הנגשת הרפואה המתקדמת ביותר לאזורים פריפריים מרוחקים. רופאים יכולים לשלוח בקשות לייעוץ פרטני מטובי המומחים בארץ לגבי מטופל במקרים בהם אין צורך בביקור פיזי של המטופל. כיום מתקיימים מעל 30,000 יעוצים וירטואלים בשנה בתחומים שונים. **מומה** (מוקד רב תחומי מקוון לתמיכה וטיפול בחולים כרוניים) נפתח ביולי 2012 ועד היום טיפל בכ- 20,000 מטופלים עם מחלות כרוניות שונות, מתוכם, כ-5000 חולי סוכרת לא מאוזנים. מתוך הכרה בייחודיות הטיפול בחולים כרוניים במעמד סוציואקונומי נמוך, נבנה במומה פרויקט ייעודי עם מחוז דרום בו נכללו כ-400 מטופלים במהלך השנה האחרונה. מוקד המומה הוכיח שיפור ניכר באיזון המטופלים. מעל 40% מהמטופלים הם מיישובי פריפריה וממעמד סוציואקונומי נמוך.

**ג.2 אתגרים וקשיים**

הפיזור הגאוגרפי מציב אתגר במתן שירותים זמינים לכל יישובי הפריפריה, בעיקר ברפואה שניונית, עו"ס, דיאטניות ומקצועות בריאות נוספים, אך אנחנו מרחיבים שירותים אלה מדי שנה . אנו לומדים את החסמים התרבותיים של האוכלוסייה מתוך תקשורת עימה ובונים תכניות מותאמות, תוך חיבור ורתימת עמותות וגורמים אחרים בקהילה.

חסם כלכלי ברכישת תרופות, הוא אתגר עימו מתמודדים הרופאים והצוות המטפל. אנו נותנים מענה חלקי בלבד לחסם זה בעזרת "קרן מכבי", אך לא ניתן לפתור הבעיה ללא הכללת כל התרופות לטיפול בסוכרת בסל הבריאות הממלכתי.

## ד. מבט לעתיד: איך עושים את קפיצת המדרגה בצמצום אי-השוויון בסוכרת?

הצלחות בצמצום פערים בבריאות תהיינה מוגבלות כל עוד נפעל בשדה מערכת הבריאות בלבד. כדי להשיג צמצום פערים אמיתי ולאורך זמן יש צורך בשיתופי פעולה והגדרת מטרות משותפות עם מערכות ממלכתיות נוספות כגון מערכת החינוך, רשויות מקומיות, מערכת הרווחה, ביטוח לאומי ועוד.

## קופ"ח מאוחדת: צמצום אי-שוויון בסוכרת

*ישי קום, עינת אורון, ליאורה ולינסקי, ד"ר פביאן הרשקוביץ, שוש קרני, בושרה יונס, יהודה בר-אילן, רוחמה כהן, אסנת קרני, צביה קסל, יעל יפתח, אלונית טל, אסיה קליין, אילנה רחנבלום, דבורה שקד, מלכה לוי, חנה עמרם.*

### א. הגדרת הבעיה: תיאור האתגרים בצמצום אי-שוויון בסוכרת

סוכרת הינה מחלה פרוגרסיבית המחייבת איזון תדיר. מידת האיזון תלויה ברמת הידע והמודעות של המטופלים והמטפלים, נגישות לטיפול, והתאמת שגרת הטיפול לחייו של המטופל. במאוחדת מספר אוכלוסיות הדורשות התאמה של גישת הטיפול, השפה והשירות. התכניות לצמצום פערים מתמקדות בעיקר בשלוש קבוצות אוכלוסייה:

| קבוצת אוכלוסייה | מאפיינים דמוגרפיים | מאפיינים תרבותיים |
|---|---|---|
| אוכלוסייה חרדית | כ-35% מהמבוטחים. גיל ממוצע צעיר. ילודה גבוהה. גרים בשכונות הומוגניות בישובים עירוניים. SES נמוך יחסית | לכידות וקונפורמיות חברתית גבוהה. מנהיגות חזקה. צורך בהתאמה שפתית ותרבותית של השירות. |
| אוכלוסייה ערבית | כ-15% מהמבוטחים. גיל ממוצע צעיר. SES נמוך יחסית. גרים בעיקר בישובים כפריים בפריפריה הגאוגרפית ובמזרח ירושלים. | כוללת קבוצות אוכלוסייה בעלות צרכים שונים (בדואים, נוצרים, דרוזים וכו'). קיימת השפעה של גורמי דת. צורך בהתאמה שפתית ותרבותית של השירותים לכל קבוצה. |
| פריפריה גאוגרפית | SES נמוך. אוכלוסיות ערביות ובדואיות ועולים מברה"מ לשעבר – גיל מבוגר. | נדרשת התאמה תרבותית ושפתית עם דגש על טיפול באוכלוסייה מבוגרת ואוכלוסיית עוני. |

הערה: SES= socio-economic-status

**האתגרים הטיפוליים המרכזיים:**

**מצד המבוטחים -** היעדר דבקות טיפולית (Adherence) יכול לנבוע מהקושי בניהול עצמי של המחלה, כתוצאה מפערי שפה ופערי תרבות, כגון:

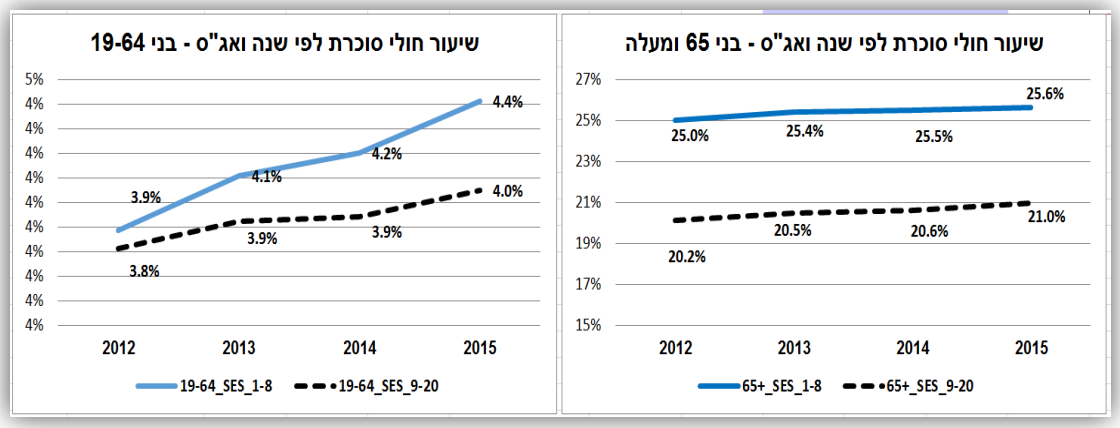
1. **דת ודתיות (מוסלמית ויהודית):** אמונה ש"הכל מכוון מלמעלה", צורך בקבלת אישור לטיפול ממנהיגות דתית, הסתרת המחלה מחשש לפגיעה במעמד המשפחה בקהילה.
2. **עוני**: קיים קושי ברכישת תרופות ובביצוע טיפולים בשל מצוקה כלכלית, קושי להתנייד לקבלת טיפולים ללא רכב פרטי, קשיים בשל אוריינית בריאותית נמוכה או בשל קשיי ההישרדות היומיומיים, המשפיעים מאוד על מידת הפניות הנפשית לניהול המחלה ואימוץ אורח חיים בריא.

3. **עולים**: קשיים בניווט מול מערכת הבריאות וחוסר אמון במערכת הרפואית, התנגדויות תרבותיות (כגון חיסונים), צורך בהתאמה שפתית, זיקנה.
4. **מיס-אינפורמציה**: באוכלוסייה הערבית דווח על מצבים בהם מטופלים אינם רוצים להגיע לאיזון מתוך תפיסה מוטעית שסיבוכי הסוכרת יקנו להם אחוזי נכות גבוהים בביטוח הלאומי.

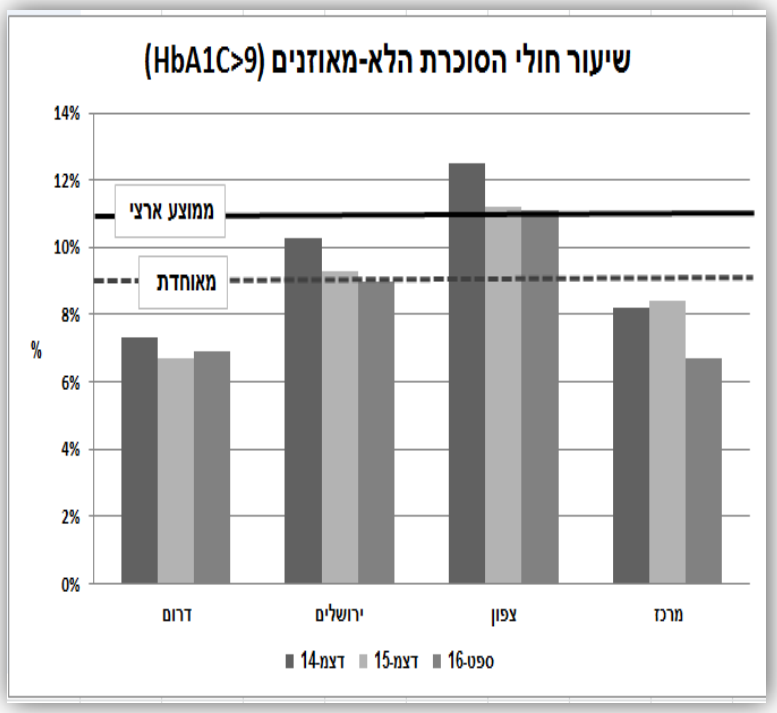
**מצד המטפלים –** מספר גדול של רופאים ללא התמחות, בעיקר באוכלוסייה הערבית. שונות ברמת הידע של הצוות בתחום הסוכרת. העדר זמן ייעודי להעמיק בטיפול, העדר מיומנויות תקשורת וטיפול המותאם תרבות, קשיים ברצף הטיפול בין אנשי המקצוע השונים.

## ב. תמונת המצב:

### ב.1 פערים בשכיחות סוכרת 1/2012-1/2016 בחלוקה לאג"סים ולגיל




הערה: חישוב שיעור חולי הסוכרת באוכלוסייה בכל קבוצות הגיל הראה שיעור גבוה יותר בקרב אוכלוסיות באג"ס 9-20. ההסבר לכך הוא התפלגות הגילאים במאוחדת, כשקבוצות האוכלוסייה באג"ס 1-8 צעירות יותר (בגלל אוכלוסיות החרדים והערבים). לכן אנו מציגים את שיעור חולי הסוכרת בשתי קבוצות גיל.




### ב.2 פערים באיזון וסיבוכי סוכרת

במאוחדת שיעור חולי הסוכרת המאוזנים גבוה יחסית. במחוזות ירושלים והצפון שיעור המטופלים שאינם מאוזנים גבוה יחסית, בעיקר באוכלוסייה הערבית. אין לנו כיום נתונים אודות סיבוכים כתוצאה ממחלת הסוכרת ברמת הקופה (כריתות גפיים ועיוורון).

## ג. פעילות מאוחדת לצמצום אי-שוויון בסוכרת –הצלחות, אתגרים וקשיים:

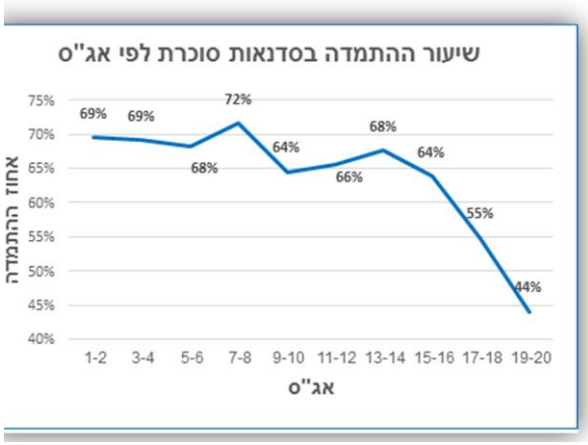
כחלק מאסטרטגיית מאוחדת לצמצום אי השוויון בבריאות הופעלו מגוון התערבויות לשיפור איכות הטיפול באוכלוסיות היעד של התכנית לצמצום פערים:

- ניתוח שיטתי של נתונים לזיהוי נקודות חולשה בהתערבויות לטיפול בחולי סוכרת ובניית תכניות התערבות מותאמות.
- שיקוף נתונים, מפגשי עבודה ובקרה של הנהלות המחוזות עם מנהלות ואחיות אחראיות במרפאות על רמת האיכות הקלינית.
- העמקה והרחבת הפעילות ב"מרפאות אדומות" (מרפאות עם ציון איכות נמוך), המשפרות גם את רמת האיזון של חולי הסוכרת.
- תוספת תקינה ייעודית –רופאים, אחיות, דיאטניות במרפאות האוכלוסייה הערבית. מונתה אחות אחראית סוכרת למרחב מזרח ירושלים.
- הפעלת "מרפאות סוכרת ניידות" – הגעת צוות רב מקצועי לטיפול במרפאות מרוחקות.
- חיזוק הקשר בין צוות מכוני הסוכרת לבין הרופאים המטפלים.
- קיום ימי בריאות סוכרת במרפאות.
- במצבי מצוקה כלכלית – פנייה יזומה של הצוות המטפל לקבלת הנחה ברכישת תרופות דרך ועדת חריגים מרכזית.
- **הכשרת מטפלים**
- "בי"ס לסוכרת" לרופאים- קורס עדכון ידע קליני בן 10 מפגשים בוצע לכ-100 רופאים במרכז, דרום וירושלים עם הכשרה ייעודית לרופאי מזרח ירושלים.
- קידום בריאות - 2014-2016 - 45 רופאי משפחה, 10 אנדוקרינולוגים ו-75 מטפלים ממקצועות הבריאות עברו הכשרה לשיפור מיומנויות תקשורת והנחיית קבוצות סוכרת.
- סדנאות כשירות תרבותית: 1,005 אנשי צוות מתוכם 340 בהכשרה יומית, 665 בהכשרה קצרה.
- **חיזוק הדיאלוג עם אנשי הדת ומובילי דעה** – בכל המחוזות, התקיימו מפגשים עם מובילי דעה. הועברו הרצאות לאימאמים אשר התגייסו להעביר את המסרים הרלוונטיים במסגדים.

**דוגמאות להצלחות:**

**ג.1 פעילויות לקידום בריאות וצמצום אי שוויון - סדנאות סוכרת:**

בשנה האחרונה התקיימו כ-200 סדנאות, והשתתפו כ-2,300 מטופלים. מתוך כלל המשתתפים בסדנאות סוכרת מחציתם היו ברמה כלכלית-חברתית נמוכה (1-8). ממוצע ההשתתפות היה גבוה בקרב אוכלוסיית האג"ס הנמוך 1-8 לעומת אג"ס 9-20 (69.8% ו-64.6%, בהתאמה (P<.01).

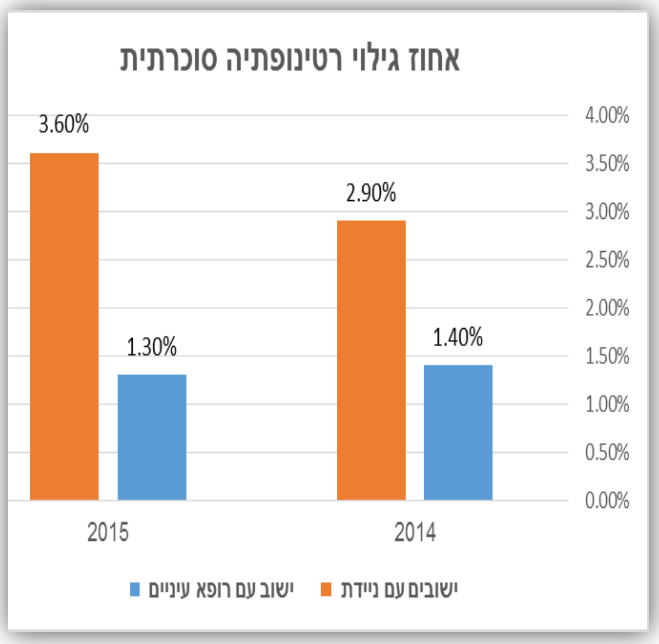


ההתמדה הגבוהה באג"סים הנמוכים משקפת כנראה, את הצימאון של אוכלוסייה זו לידע, ולקבלת תמיכה. סבסוד הסדנאות מאפשר לאוכלוסייה זו להגיע לסדנאות.

**ג.2 הפעלת מודל לייעוץ מקצועי לצוות המטפל במגזר הערבי ע"י אחות מומחית בסוכרת במחוז צפון**: בישראל היום קיימת מומחיות סיעודית בתחום הסוכרת. במחוז הצפון מנהלת תחום הסוכרת המחוזית היא מומחית לסוכרת ומהאוכלוסייה הערבית. בנינו תכנית התערבות עם מספר מרפאות. אחות מומחית הסוכרת מבקרת פעם בשבוע בכל מרפאה, נפגשת עם הרופאים הראשוניים ואחיות המרפאה, ומבצעת הדרכה קלינית תוך התמקדות בחולי הסוכרת עם המוגלובין מסוכרר מעל 8. במידת הצורך האחות נפגשת גם עם המטופלים המאוד מורכבים למתן יעוץ פרטני בהפניית הרופא. במהלך החודשים מרץ-אוקטובר התקיימו כ- 26 פגישות עם הרופאים. ניתנו 130 המלצות לשינוי טיפול תרופתי. הוחלפו טיפולים ל- 51 מטופלים והופסקו טיפולים מיותרים ל- 14 מטופלים. המודל הראה שיפור בהמוגלובין מסוכרר אצל 37% ושיפור חלקי אצל 34%. בנוסף לכך שיפור בדביקות וביצוע מעקבים בקרב המטופלים.

**ג.3 הנגשת שירותי בריאות לחולי סוכרת באזורי פריפריה גיאוגרפית, מחוז דרום:** לחולי סוכרת ברמה כלכלית-חברתית נמוכה בפריפריה קיים קושי בנגישות לבדיקת עיניים. בדיקה זו חיונית למניעת עיוורון. במחוז דרום פועלת תכנית, בשיתוף עמותת "לראות", להשלמת בדיקות עיניים במרפאות בהן מספר גדול של חולי סוכרת עם נגישות נמוכה לרופא עיניים ולהעלאת מודעות מטפלים ומטופלים לחשיבות הבדיקה. בין השנים 2014-2016 התקיימו **25 ימי פעילות** בהם נבדקו **475 מטופלים**. הפעילות לוותה במחקר כמותי ואיכותני.

**ממצאים:**




- חלה עלייה חדה יותר בשיעור ביצוע בדיקות עיניים במרפאות בהם פעלה הניידת ( p=0.002)
- חלה גם עלייה בגילוי רטינופתיה סוכרתית (ראו תרשים).
- בניתוח רב משתני עם פיקוח על מין, גיל ומצב חברתי כלכלי, ההבדל בשיעור ביצוע בדיקות העיניים ובשיעור רטינופתיה נשמר. ($p<0.05$).
- בראיונות עומק בקרב 30 מטופלים, דווח: "הזימון לניידת מסייע לי בטיפול האישי ובשליטה במחלה", "הגעתי לבדיקה בזכות האמון בצוות המטפל ובגלל הפחד מסיבוכי הסוכרת", "במאוחדת עוזרים בטיפול במחלה, מרגישה שלא שוכחים אותי".

## ד. מבט לעתיד: איך עושים את קפיצת מדרגה בצמצום אי-השוויון בסוכרת?

בהסתכלות על איכות הטיפול בחולי סוכרת במאוחדת יש צורך להתמקד בארבעה נושאים עיקריים:

1. האוכלוסייה הערבית, תוך התמקדות במזרח ירושלים. בעקבות מינוי אחות אחראית סוכרת במרחב מזרח ירושלים נבנית תכנית התערבות ייעודית הכוללת הרחבה והעמקה של "בי"ס לסוכרת" לרופאי המרחב בשפה הערבית, וגיוס שעות אנדוקרינולוג למתן יעוץ לרופאי המרחב. בנוסף, תורחב פעילות אחות מומחית סוכרת במחוז הצפון. כמו כן חיוני לטפל בסוגיית המיס-אינפורמציה יחד עם אנשי הביטוח הלאומי.
2. יישובי פריפריה חברתית וגאוגרפית – הרחבת מגוון המענים לאוכלוסיית העולים/קשישים המתגוררים בפריפריה הגאוגרפית, ע"י הנגשת שירותים בניידת, סיוע ברכישת תרופות בהמלצת הצוות המטפל לועדת חריגים. כמו כן, בהנגשה פרואקטיבית של מידע וזכויות מותאמים למגוון אוכלוסיות: חרדית, ערבית ומבוגרת, ובאופן מותאם שפתית בדגש על רוסית וערבית.
3. תכנית לטיפול בטרום סוכרת. אחת מתכניות הליבה של מאוחדת היא תכנית ליווי הריון. במסגרת תכנית זו יגבר האיתור, המעקב והטיפול בנשים עם סוכרת הריון. בנוסף, תופעל תכנית סדנאות לטיפול ומניעה לאנשים עם טרום-סוכרת.
4. הרחבת המידע אודות סיבוכי סוכרת ושיקוף הנתונים לכלל הצוותים המטפלים.

## לאומית שרותי בריאות- צמצום אי-שוויון בסוכרת

*מרגלית שילה, מנהלת מערך קידום בריאות וצמצום פערים בבריאות, הנהלה ראשית*

### א. הגדרת הבעיה: תיאור האתגרים בצמצום אי-שוויון בסוכרת

מחלת הסוכרת הנה המחלה הכרונית השכיחה ביותר ומהווה נטל כבד על החולה, משפחתו ומערכת הבריאות. ידוע כי קצב גידול המחלה עולה באופן משמעותי בעולם וההנחה היא כי בשנת 2030 יהיו בארץ מעל מיליון חולי סוכרת.

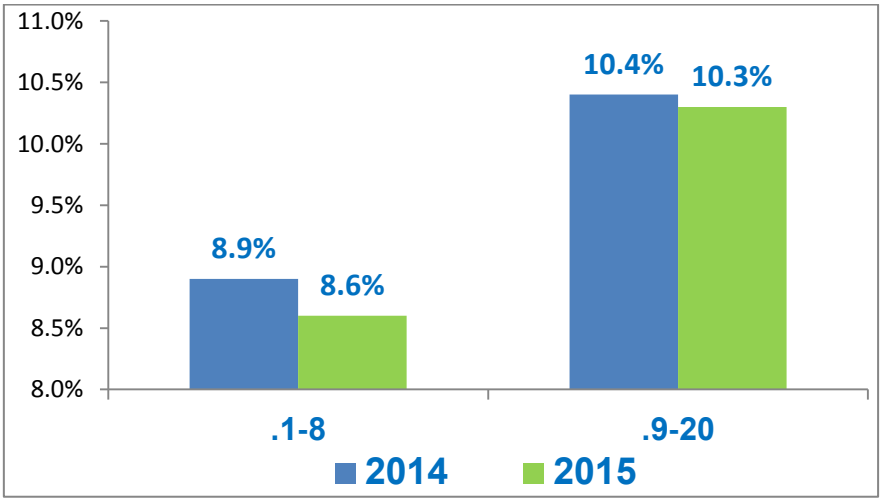
מצב זה מצריך מאתנו לפעול בנושא ללא עליה מקבילה במשאבים של לאומית. לכן בפנינו ניצבים אתגרים משמעותיים ואנו מחויבים בשינוי פרדיגמות טיפוליות.

שיעור המצאות הסוכרת בלאומית שרותי בריאות על פי אגסי"ם 1-8 עומד על 8.6% ומשתנה בהתאם לקבוצות חברתיות שונות. אוכלוסיית המטופלים של לאומית הנה הטרוגנית ומורכבת מקבוצות הנבדלות ביניהן בנושאים כגון: דת, תרבות ושפה. כל קבוצה הנה בעלת אופי ייחודי במסורת ובסגנון החיים כמו גם בתפיסת מצבי חולי, התנהגות בריאותית, דפוסי שימוש בשרותי בריאות, דפוסי תחלואה ומדדי בריאות שונים.

מאחר ואנו מזהים כי קיימת השפעה של הסביבה התרבותית ומנגנוני הטיפול הפנים-קהילתיים בחולה הסוכרתי, אנו מפעילים תכניות בקרב המגזרים השונים. בסיס התוכניות נשענות על פרמטרים מדידים כגון נתוני תחלואה, שיעור סיבוכים, צריכת שירותים והבנת התרבות של אותו מגזר בו אנו פועלים.

### ב. תמונת המצב:

**תרשים 1 : שיעור המצאות סוכרת בגילאי 18 ומעלה, בחלוקה לפי אג"סים**




הערה: השיעור אינו מתוקנן לגיל. ניתן לראות כי באגסי"ים 1-8 שיעור סיבוכי הסוכרת הוא נמוך יותר מאגסים 9-20. מרבית המגזר הדתי והמגזר הכפרי בלאומית, משוייכים לאגס"ים 1-8. לציין כי קיים הבדל מהותי בין שני המגזרים- אומנם החתך הסוציואוקונומי במגזר חרדי-דתי הנו נמוך, אך לא בהכרח שיעור הסוכרת גבוה.

## ג. פעילות הקופה לצמצום אי-שוויון בסוכרת

בלאומית אנו פועלים לצמצום פערים ואי שוויון בבריאות באופן ממוקד בתחומים כגון: הנגשת תשתיות של שרותי בריאות בדגש על מרכז ופריפריה, קידום בריאות ואיכות הרפואה. עשייה זו כוללת בין השאר גם הפעלת תוכניות ממוקדות לשיפור הנגישות לחולי סוכרת.

בסיס העבודה הינו ברשומה הרפואית המאפשרת זמינות מידע הדרוש להפעיל כלים מבוססי נתוני אבחנה ומדדים קליניים בהתייחס למגזרים שונים ולפריפריה מול מרכז, דבר המאפשר סיווג של כלל החולים לפי רמת מורכבות והתחלואה הכוללת של החולה .

הטיפול בחולה הסוכרתי מחייב יצירת תשתית אינטגרטיבית קלינית טובה. תשתית זו כוללת הקצאת זמן ותגמול לביצוע פעולות תאום, ריכוז מידע וקבלת החלטות על סמך מידע שמתקבל ממטפלים שונים. על פי נתונים אלו, אנו יוצרים מנגנונים לקביעת אחריות טיפולית ואף מעניקים תמריצים.

### ב.1 טיפול באיזון חולי סוכרת

כחלק מהמטרה להגביר את שיעור איזון חולי הסוכרת בהתייחס למגזרים ותרבויות שונות ולמנוע את ההחמרה הצפויה במצבו של החולה הסוכרתי, אנו מקיימים התערבות ישירה מול המטופלים, תוך העצמת הצוות הרפואי. התוכנית כוללת ניהול טיפול ממוקד: טיפול במסגרת רפואה ראשונית באחריות ובניהול רופא המשפחה, ריכוז הטיפול ע"י גורם אחד (לרוב מתבצע ע"י האחות), הדרכה ותמיכה בחולה עצמו לביצוע טיפול עצמי ותאום טיפול בין כלל הגורמים המטפלים. פעילות זו מונגשת תרבותית ושפתית.

נוסף לכך, בוצעו הכשרות לאנשי צוות רפואי בדגש על גישת הטיפול המוטיבציוני להגברת היענות טיפולית ואימוץ אורח חיים בריא. שיטה זו מאפשרת למקד את הטיפול הרפואי והשיח בין מטפל למטופל בהיבטים חשובים ביותר לחולה ולהעלות את המוטיבציה הפנימית של המטופל לשנוי דפוסי חשיבה והתנהגות. כלים אלו מסייעים לצוות המטפל לזהות את מיקום המטופל ב"מעגל השינוי".

כמו כן מתבצעות סדנאות כשירות תרבותית לצוות המטפל. סדנאות אלו מאפשרות התמודדות עם חסמים תרבותיים ולשוניים ומעניקות דרכים וכלים להתמודדות עם חסמים אלו וזאת על מנת להעניק טיפול שוויוני לכלל המטופלים.

אין ספק כי אינטגרציה קלינית זו ושמירה על רצף טיפולי, משפיעות באופן משמעותי על תוצאות הטיפול. מטופלים דיווחו כי ההכוונה וליווי צמוד של המטפלים והצוות הרפואי, מסייעים להם להתמודדות וטיפול במחלה.

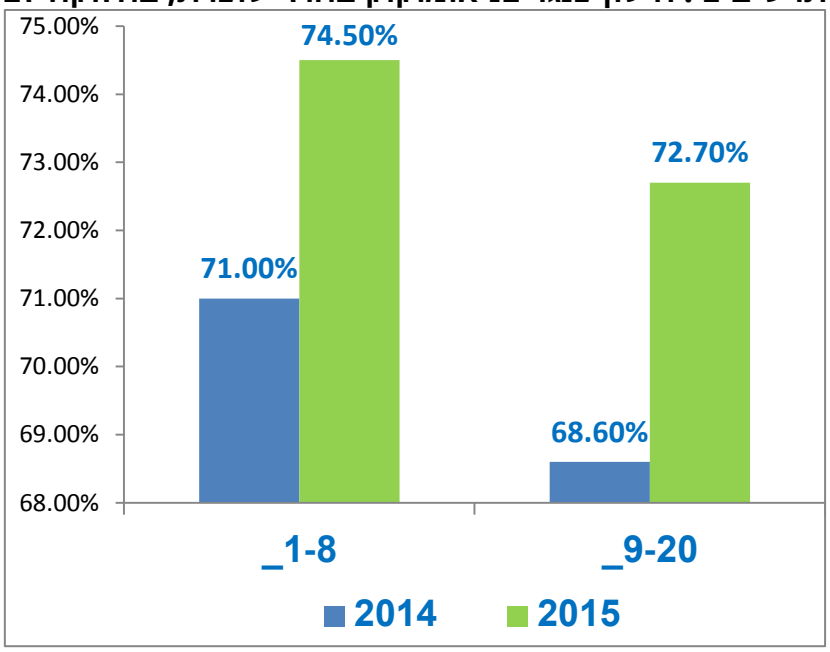
יחד עם זאת, עומדים בפנינו אתגרים נוספים בטיפול בחולים הסוכרתיים המצריך הקצאת קשב ניהולי ומשאבים ייעודיים כגון: איתור חולים טרום סוכרתיים והתערבות אינטנסיבית בשלבי

המחלה הראשוניים; איתור בלתי מספק ומאוחר מדי של החולה; היעדר משאבי כ"א - כיום אנו מתבססים על אחיות לביצוע משימות החורגות מתפקידי הליבה השגרתיים של הרופא; ריכוז מידע רלוונטי לחולה הסוכרתי; תמיכה בטיפול וסיוע לחולים בהבנת ההמלצות הרפואיות, תוך עבודת צוות שוטפת וצמודה עם רופאי המשפחה; היעדר משאב כלכלי – טיפול בסוכרת הנו טיפול ארוך טווח המחייב התייחסות למספר רב של מטפלים. כל אלה מהווים מרכיבים הכרחיים כדי לספק מענה מקיף לאתגרים הרבים הכרוכים בטיפול המשולב.

**ב.2 חיסון כנגד פניאומוקוק בחולי סוכרת:**

כחלק מהמטרה להגביר את שיעור ההיענות לחיסון כנגד פניאומוקוק בחולי סוכרת, גיבשנו תכנית התערבות מקיפה לקידום החיסון באזורים פריפריאליים באגסים 1-8.
בכל אזור מונו מקדמי חיסון שתפקידם לרכז את המרכזים הרפואיים באזור, ביצעו טלפונים ללקוחות הפוטנציאלים, הסבירו להם על חשיבות החיסון וערכו מעקב אחר ביצוע החיסון.
במהלך תקופה זו בוצעו מספר פעולות נוספות: נשלחו מסרונים בשפות השונות ללקוחות הקופה שעתידים להתחסן, חולקו דפי מידע אודות חשיבות החיסון בשפות השונות ומותאמים למגזרים השונים. בנוסף, פורסם מידע על חשיבות החיסון באינטרנט, ניוזלטר, פייסבוק ובמסכי הפלזמה בשפות השונות.

**תרשים 2 : חיסון כנגד פניאומוקוק בחולי סוכרת, בחלוקה לפי אג"סים**



## ד. מבט לעתיד - צמצום אי שוויון בסוכרת

התמודדות עם מחלת הסוכרת מצריכה התייחסות יעילה עם דרישות הטיפול.
מאחר ומחלת הסוכרת היא רב מערכתית, היא מחייבת את המטופל בהבנת משמעות המחלה, מיומנויות טיפול (כגון: כמדידת גלוקוז עצמית, זיהוי מצבי קיצון כהיפרגליקמיה או היפוגליקמיה וכדומה), ידע בתזונה, אמצעים כלכליים, חוזק נפשי יחד עם תחושת מסוגלות עצמית.
למרות שמדובר בהתמודדות פרטנית, להשתייכות הקהילתית קיימת השפעה מכרעת על יכולת המטופל לעמוד במטלות אלו. לכן נמשיך לקיים וליצור קשר עם מובילי דעה מתרבויות השונות, ממשקים עם העיריות, מועצות אזוריות, מרכזי חינוך, מתנסים ועמותות.
בעקבות הפערים הבולטים בין התרבויות השונות, הצוות המטפל ינגיש את הטיפול בשפה ובעולם מושגים התואם לעולמו של המטופל ובכך ישפיע על מידת ההיענות שלו לטיפול. כמו כן, נמשיך להתמקד בבניית תוכניות התערבות ממוקדות ונפעיל קבוצות תמיכה המותאמות תרבותית ושפתית.