

נובמבר 2016

אי שוויון בבריאות בישראל –

נייר עמדה לקראת דיון בוועדה המיוחדת לצדק חלוקתי ושוויון חברתי

חובתה של מדינת ישראל לספק שירותי בריאות אוניברסאליים ברמה נאותה לכל האוכלוסייה מעוגנת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.¹ אולם בפועל, רוח החוק לחוד ומציאות לחוד. כוונת המחוקק רחוקה מלהתממש הלכה למעשה, כפי שמעידים הנתונים במדינה.

בישראל יש פערים בהיקף שירותי הבריאות באזורי הפריפריה לעומת אזור מרכז הארץ. אי-שוויון זה הוא חלק מאי-השוויון והפערים בתחומי חיים אחרים בין המרכז לפריפריה, ובהם התעסוקה, החינוך, הרווחה והתחבורה. בפריפריה מתגוררת אוכלוסייה מוחלשת בתחומי חיים רבים, ותחום הבריאות משקף את הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה וגם מושפע ממנה.

במחקרים רבים נמצא כי יש יחס ישר בין מעמד חברתי-כלכלי, ובעיקר רמת הכנסה והשכלה, ובין רמת הבריאות, ומכאן שדווקא לרשות אלה הזקוקים ביותר לשירותי הבריאות עומדת מערכת בריאות בהיקף מצומצם יותר.² נתונים עדכניים של משרד הבריאות ושל הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) מאשרים את קיומו של קשר זה.

כך למשל, בין הערים הגדולות יש פער של כ- 4-2 שנים בתוחלת החיים של תושביהן: ברמת גן וברחובות תוחלת החיים היא הגבוהה ביותר (84.3 ו- 83.3 בהתאמה) ובבאר שבע ובבת ים היא הנמוכה ביותר (81 ו- 80.5 בהתאמה).

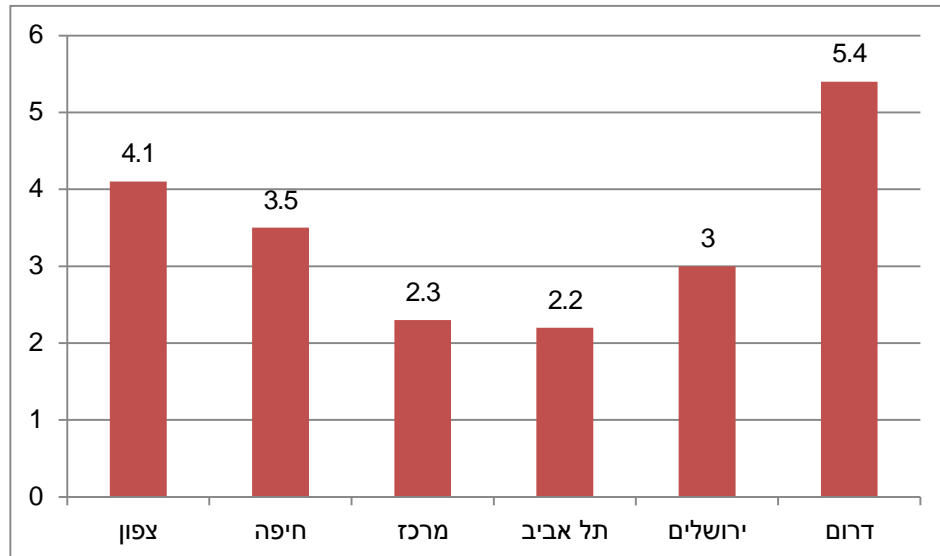
יש לתת את הדעת על כך כי שתי הערים בעלות תוחלת החיים הגבוהה והנמוכה ביותר סמוכות זו לזו ושוכנות באזור המרכז, ללמדנו כי פערי בריאות אינם נגזרים ממרחקים גיאוגרפיים בלבד אלא עשויים לנבוע משלל גורמים חברתיים-כלכליים. מדאיגה לא פחות היא העובדה כי בערים מסוימות (בת ים, אשדוד ונתניה) חל קיפאון ואף ירידה קלה בתוחלת החיים בשנים האחרונות.³

¹ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

² מרכז המחקר והמידע של הכנסת, הקשיים בהגדלת כוח האדם הרפואי בפריפריה, כתבה: שלי לוי. ינואר 2011: 2.

³ משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, 2015.

על הקשר שבין מיקום גיאוגרפי למדדי בריאות ניתן ללמוד מהטבלה הבאה - תמותת תינוקות
לאסף לידות חי לפי מחוזות – ממוצע לשנים 2012-2014 :



מהתרשים עולה כי שיעור תמותת התינוקות במחוזות הצפון והדרום הוא הגבוה ביותר בעוד שבמחוזות המרכז ותל אביב הוא הנמוך ביותר.

פערים בין מחוזות קיימים לא רק במדדי בריאות מרכזיים אלא גם בפריסת תשתיות בריאות, כאשר ההשקעה במחוזות הצפון והדרום ביחס לגודל האוכלוסייה היא על פי רוב הנמוכה ביותר, ומפגרת בפער גדול אחר יתר המחוזות.

מחוז	שיעור רופאים מועסקים ממוצע לאסף נפש (2012-2014)	שיעור אחיות מועסקות לאסף נפש (2012-2014)	שיעור מיטות לאשפוז כללי לאסף נפש, מתוקנן לגיל (2013)
צפון	2.3	4.4	1.6
חיפה	3.6	7	2.3
מרכז	3.2	4.8	2
תל אביב	4.7	6.1	2.1
ירושלים	3.3	4.2	2.5
דרום	3	3.4	1.4

פערים דומים קיימים גם בתשתיות נוספות כגון מיטות שיקום, עמדות ניתוח, מקצועות עזר רפואיים ועוד. פערים אלה מתבטאים בעיקר באורכי תורים בלתי נסבלים בפריפריה הן לניתוחים אלקטיביים והן לרפואה יועצת.

מאבק הר"י באי-שוויון

להסתדרות הרפואית מחויבות עמוקה וארוכת שנים למאבק באי-שוויון בבריאות. כבר בשנת 2008 העלתה הר"י לסדר היום הציבורי את בעיית אי השוויון בעת שפרסמה דוח ראשון מסוגו בנושא. יתר על כן, במאבק להצלת מערכת הבריאות הציבורית בשנת 2011 לחמה הר"י להגדלת תקני הרופאים ולמתן תוספות שכר ומענקים למקצועות במצוקה ולפריפריה (וכן מענק כפול למקצועות במצוקה בפריפריה). תוספות השכר והמענקים שניתנו מכוח הסכם הרופאים ולאחריו היוו נקודת מפנה קריטית עבור מערכת הבריאות הציבורית בפריפריה. כ-1,800 רופאים ורופאות עברו לצפון ולדרום וקיבלו מענקים, מה שאפשר לפתוח מחלקות נוספות, להציל מקצועות במצוקה ולהנגיש רפואה איכותית ושוויונית יותר לכלל המטופלים בישראל.

לצד זאת, הר"י עתרה לבג"צ בשנת 2011 בדרישה להוסיף מיטות אשפוז בבתי החולים. בעקבות הדיון בעתירה, קיבלה ממשלת ישראל החלטה לפרוס עוד 960 מיטות אשפוז במהלך 6 שנים. החלטה זו, לצד הישגי מאבק 2011, שיפרה את המצב בפריפריה.

גם בימים אלה, בעת הדיון על חוק ההסדרים והתקציב לשנים 2017-2018, נאבקת הר"י להוספת תקני רופאים, מענקים ותוכנית לאומית אמיתית לקיצור תורים.

המלצות

1. נדרשת השקעה כספית מסיבית במערכת הבריאות בדגש על חיזוק בתי החולים והקופות.
2. נדרשת תוכנית לאומית להוספת מיטות אשפוז בדגש על בתי החולים בפריפריה. על פי קצב גידול האוכלוסייה יש להוסיף לפחות 300 מיטות אשפוז כללי בכל שנה. ובנוסף לכך, יש להוסיף מיטות בהתאם להזדקנות האוכלוסייה. סך הכול, לא פחות מ-400 מיטות בכל שנה. התוספת המיועדת בתקציב המדינה לשנים 2017-2018 כלל אינה מספיקה – אפילו לא כדי לשמור על המצב הקיים, וישנו אף מחסור קשה במיטות שיקום, בריאות הנפש וגריאטריה בצפון ובדרום המצריך מיטות נוספות מעבר ל-400 המדוברות.
3. תוספת תקנים ומענקים – יש להקצות תקנים ייעודיים לרופאים ורופאות בתי חולים ומרפאות בפריפריה תוך הצבת יעד ברור של **השוואת המצב למרכז המדינה**. יש להחזיר את המענקים למקצועות במצוקה בפריפריה אשר לא ניתנים כיום.
4. תוכנית לאומית לקיצור תורים – יש להוציא לפועל תוכנית לקיצור תורים אשר תתקצב באופן ריאלי ותאפשר יצירת זמינות ונגישות מיטבית בכל אזורי הארץ.
5. שיפור מצב חדרי המיון (מלר"דים) בפריפריה – יש להפנות משאבים להגברת זמינות הטיפול בחולים הממתינים שעות ארוכות בחדרי המיון בבתי החולים בפריפריה.