



משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר



שוויון בבריאות בכל מדיניות -

שב"מ

Health equity in all policies -

HEIAP

חוברת הדרכה

לתכנון והערכת מדיניות

בריאות מכוונת שוויון

כתיבה:

שלומית אבני

ד"ר אמה אברבוך

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

תחום צמצום פערים בבריאות

ינואר 2017

shlomit.avni@moh.gov.il

ברצוננו להודות לשורה של אנשים על הערותיהם ועל תרומתם להצלחת פרסום זה (לפי סדר א"ב):

אנה לרנר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
פרופ' טוביה חורב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
ניר קידר, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
נעמה רון, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
ד"ר שגית ארבל אלון, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

שוויוניות בבריאות (Equity in health) מבטיחה שלכל אדם ואדם תינתן הזדמנות שווה לממש את מלוא פוטנציאל הבריאות שלו. "שוויון בבריאות בכל מדיניות" הנה גישה המעודדת בחינה שיטתית של ההשלכות של כל מדיניות, הן בעת התכנון שלה והן בהוצאתה לפועל, על יצירת פערים בבריאות ובשירותי בריאות.

חוברת זו מיועדת לעובדים במערכת הבריאות המצויים בצמתים של קבלת החלטות שמשפיעות על המשאבים, על התכנים ועל דרכי העבודה של הארגון שבו הם עובדים. התרומה של כל אחת ואחד לצמצום פערים בממלכתם תביא לשינוי מצטבר ומשמעותי שיקדם את השוויון בבריאות ואת ההוגנות של מערכת הבריאות.

“דברים תמיד נראים בלתי אפשריים עד שהם נעשים”

נלסון מנדלה

דרך צלחה!

חוברת זו נכתבה במטרה לשמש כלי מנחה לקידום שוויון בעת תכנון והוצאה לפועל של מדיניות. תכני החוברת מבוססים על ספרות בנושא, אך עברו פישוט ותמצות כדי להפכם נגישים ושימושיים עבור המשתמשים בחוברת.

דבר מנכ"ל משרד הבריאות

אי שוויון בכלל ואי שוויון בתחום הבריאות בפרט פוגע בכולנו כחברה ולא רק באותן הקבוצות אשר מערכת הבריאות אינה מספיק נגישה וזמינה להן. לפיכך, העיסוק באי השוויון בתחום הבריאות נמצא בליבת העשייה של משרד הבריאות ונוכח בכל אחד מעמודי האש של המשרד.

אנו פועלים לצמצום אי השוויון במגוון דרכים: הן באמצעות שימוש בכלים כלכליים מרכזיים דוגמת הוספת מרכיב חברתי, דמוגרפי ופריפריאלי בנוסחת הקפיטציה והן באמצעות פעולות ממוקדות ותכניות לאומית כמו התכנית הלאומית לשילוב יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית, בה משרד הבריאות קידם מהלכים להנגשת שירותי הבריאות לקבוצה זו ולשילובם בחברה.

העיסוק בתחום צמצום אי השוויון צריך לעבור כחוט השני בכל עשיית המשרד והמערכת. עלינו להעמיק ולחשוב כיצד ניתן לצמצם אי שוויון כבר בשלב תכנון המדיניות. מדובר בצו מוסרי אך לא רק, חבישת המשקפיים של שוויון בשלבי התכנון וההוצאה לפועל של מדיניות כזו תתרום לפיתוח התערבויות אפקטיביות יותר ולחסכון בהוצאות מיותרות על תחלואה ותמותה הניתנים למניעה.

שוויון בבריאות בכל מדיניות מהווה גם את הגשר שלנו כעובדי מערכת הבריאות למערכות ציבוריות מקבילות ומעודד עבודה בצוותים ובשותפויות. הוא גם תורם תרומה משמעותית לצמצום הפערים החברתיים הגדולים בחברה בה אנו חיים והופך אותנו, לצד שייכותנו לקהילה הרפואית, חלק מקהילה גדולה יותר התורמת לשינוי חברתי.

חוברת זו נועדה לסייע לעובדי מערכת הבריאות בתכנון מדיניות ופעילות בראי השוויון. אני מאמין כי השימוש בה יתרום רבות לקידום הנושא.

בברכה,

משה בר סימן טוב
מנכ"ל משרד הבריאות

מה תוכלו לעשות בעזרת מדריך זה?

להעריך אם מדיניות או פעילות נתונה
מכוונת לקידום שוויון בבריאות



להבין טוב יותר מהו שוויון בבריאות ומהם
הרווחים של עבודה מכוונת שוויון בכל
מדיניות

לזהות את המטרות והמאפיינים של
המדיניות ושל הפעילות שרוצים
לקדם ולעצבם מחדש דרך נקודת
המבט של שוויון

לזהות אלו אנשים ואלו קבוצות מרוויחות
ואלו קבוצות אינן מרוויחות ואפילו
נפגעות ממדיניות ומפעילות נתונות

תוכן עניינים

7

מילון השוויון
בבריאות

10

מה מרוויחים כאשר
לוקחים בחשבון
שוויון?

11

איפה אפשר
להטמיע חשיבה
מקדמת שוויון?

13

מה חשוב לקחת
בחשבון בחשיבה
על שוויון?

17

מודל עבודה 1:
שאלות מנחות
לבחינת שוויון
בכל מדיניות לאור
הגורמים החברתיים
לבריאות (SDH)

20

מודל עבודה 2:
מרכיבים ושאלות
מנחות לבחינת
שוויון בכל מדיניות
לאור מרכיבי הזכות
לבריאות

22

דגשים בעבודה
לצמצום אי-שוויון
בבריאות

23

על מי חשוב לחשוב
כשמדובר
באי שוויון?

27

נקודות לבחינת
השוויון לאורכו של
מעגל התכנון

30

מודל עבודה לדוגמא

32

אז מה אני עושה
מחר בבוקר?

33

מקורות מידע
שימושיים

מילון השוויון בבריאות

שוויוניות בבריאות (Equity in health):

שוויוניות בבריאות (Equity in health) מבטיחה שלכל אדם ואדם תינתן הזדמנות שווה לממש את מלוא פוטנציאל הבריאות שלו. (World Health Organization, 2016)

אי-שוויון בבריאות:

הבדלים בין אנשים בחשיפה לסיכונים בריאותיים, ברמת הפגיעות של בריאותם, בתוצאי הבריאות ובהשלכות חברתיות-כלכליות של תוצאים אלו; הפערים קשורים למגוון משתנים - מגדר, מעמד חברתי-כלכלי, לאום, אתניות, דת ודתיות, מקום מגורים ומשתנים רבים נוספים. הפערים לרוב עמוקים ומורכבים יותר כאשר כמה משתנים מופיעים במשולב (לדוגמה: אתניות, מעמד חברתי כלכלי ומגדר).

שלושה מאפיינים מבדילים בין מצב "טבעי" של הבדלים או שוני במצב הבריאות (הבדלים טבעיים יכולים לבוא לידי ביטוי למשל על רקע גיל או מין), לעומת הבדלים שאינם טבעיים: כאשר מדובר בהבדלים שיטתיים בבריאות, קרי הבדלים שאינם מחולקים באופן אקראי והמייצרים מגמה עקבית של פערים בין אוכלוסיות; כאשר פערים נוצרים על ידי תהליכים חברתיים, להבדיל ממנגנונים ביולוגיים; וכאשר מקובל לראות את הפערים כלא-הוגנים מכיוון שהם נוצרים על ידי מצבים ועל ידי "הסכמים" חברתיים שאינם מתיישבים עם התפיסות הרווחות בדבר הוגנות בחברה.

אי-שוויון בשירותי בריאות:

פערים בשירותי בריאות יכולים לבוא לידי ביטוי בהבדלים בין אוכלוסיות או בין אזורים בהיקף ובזמינות של המשאבים המושקעים (למשל בתקצוב, בתשתיות פיזיות, בכוח אדם ובמכשור רפואי) ובמידת הנגישות של שירותי הבריאות (למשל, במידה שבה השירותים נגישים כלכלית, פיזית ותרבותית לכל אדם ובמידה שבה אוכלוסיות שונות נענות לטיפול). ההיקף והאופי של המימון של מערכת הבריאות, המבנה שלה, פריסת השירותים, נגישותם וכדומה - כולם משפיעים על פערים בין אנשים וקבוצות שונות, בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות.

פערים בבריאות ובשירותי בריאות באים לידי ביטוי, בין היתר (אך לא רק):

במדדי בריאות: תוחלת חיים, תמותת תינוקות, תחלואה, מוגבלות

בהתנהגויות בריאות: עישון, פעילות גופנית, תזונה

בדיווח עצמי על בריאות, בדיווח על שביעות רצון משירותי בריאות

בגישות לשירותי בריאות:

- **כלכלית** (עלות טיפול והוצאות נלוות, גישות לשירותים שאינם כלולים בסל, רפואה פרטית)
- **תרבותית ושפתית**
- **פיזית** (פריסה של שירותי בריאות, גישות לבעלי מוגבלות)
- **גישות למידע.**

בשימוש בשירותי בריאות: רפואה מונעת ובדיקות סקר, פניה לרפואה יועצת או לרפואה שלישונית, היענות לטיפול, איכות רצף הטיפול

בידע, בהבנה ובמימוש של זכויות לקבלת שירותים

ביכולת להתמצא במערכת הבריאות

בגישות לקשרים, למקורות השפעה ולתמיכה בעת הצורך

בייצוג נמוך יותר של עובדי בריאות מקבוצות מגוונות במקצועות ו/או דרגים שונים במערכת

הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות:

כיום מושם דגש על ההשפעה של "הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות" (the social determinants of health), למשל, השכלה, הכנסה, תעסוקה ותנאי עבודה, סביבה פיזית והתנאים שאליהם אנשים נולדים ובהם גדלים, עובדים ומזדקנים. תפיסה זו מדגישה כי דרך החלוקה של כסף, כוח ומשאבים בחברה מטה את כף הבריאות לטובת אוכלוסיות מסוימות, ויוצר אי-שוויון בבריאות.

המדרון החברתי-כלכלי בבריאות:

נהוג לזהות "מדרון חברתי-כלכלי" בבריאות: ככל שאתה "גבוה" יותר במעמד החברתי-כלכלי, כך אתה בריא יותר. ה"מדרון" חוצה את כל שכבות האוכלוסייה - החל במעמד החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ועד לגבוה ביותר. תופעה זו, המתועדת בתוך מדינות ובין מדינות, מצביעה על כך שאי-שוויון בבריאות משפיע על כולם: ככל שאתה משפר את מצבך החברתי-כלכלי היחסי, כך מצבך הבריאותי משתפר באופן יחסי לאחרים גם כאשר אתה גבוה יחסית במעלה המדרון.

(בריאות ו-) שוויון בבריאות בכל מדיניות - Health equity in all policies

"בריאות בכל מדיניות" היא גישה המעודדת בחינה שיטתית של מדיניות בהתייחס להשפעותיה על בריאות. "שוויון בבריאות בכל מדיניות" היא גישה המדגישה את ההשלכות שיש למדיניות על יצירת פערים בבריאות ובשירותי בריאות ומעודדת בחינה גם של הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות הן בתכנון והן בהוצאה לפועל של כל מדיניות. הגישות מדגישות את הצורך בעבודה בין-משרדית ובין-מגזרית כעקרון עבודה מרכזי.

מה מרוויחים כאשר לוקחים בחשבון שוויון?

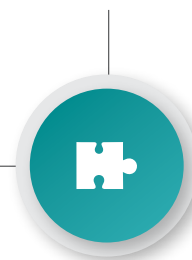
הגדלת האמון במערכת
הבריאות ושביעות הרצון
ממנה ומשירותי הבריאות



זיהוי כשלים וחסמים אפשריים
ליישום מוצלח של מדיניות או
של פעילות



התאמת המדיניות לצרכים
של אוכלוסיות יעד שונות



השגת תוצאות המשפיעות
על בריאות האוכלוסייה
כולה, לצד השפעה על
ה"קצוות"

זיהוי נקודות חוזק המאפשרות
הגדלת הישימות של מדיניות
או של פעילות

שירותי בריאות הוגנים יותר

איפה אפשר להטמיע חשיבה מקדמת שוויון?

חשיבה מקדמת שוויון חשוב להטמיע ב-3 זירות: בזירה בה הארגון/היחידה מעצב וקובע מדיניות, בזירה בה הוא פועל כספק שירותים ובזירה בה הוא פועל כמעסיק (ישיר או עקיף):

האם הארגון מעודד פעילות לקידום השוויון בקרב היחידות שעליהן הוא אחראי?

האם המדיניות לוקחת בחשבון צרכים של קבוצות שונות?

האם המדיניות מקדמת שוויון?

הארגון
קובע מדיניות



כיצד ניתן לדאוג לכך שגם הספקים של הארגון (מיקור חוץ) מספקים שירותים באופן שוויוני?

כיצד ניתן לקדם סגירת פערים בשירותים באספקת השירותים הישירה?

האם השירותים מסופקים באופן שוויוני (על-פי הצרכים היחסיים של כל קבוצה)?

הארגון
כספק שירותים



אילו חסמים יש לקבוצות מגוונות לעבוד בארגון (חסמים גיאוגרפיים לכלליים, תרבותיים וכדומה)?

האם הארגון מייצר הזדמנויות שוות לאנשים מקבוצות מגוונות להתקדם בארגון? האם בכל הדרגות?

האם הארגון מייצר הזדמנויות שוות לקבוצות חברתיות מגוונות לעבוד בארגון? האם בכל הדרגות?

הארגון
כמעסיק



בחינת השוויון במסגרת כל ההליכים הארגוניים:

תכנון, עיצוב והוצאה לפועל של מדיניות, של תכניות התערבות ושל פעילויות מכוונות שוויון - יכולים להיטמע ב-3 זירות אלו בתהליכים מרכזיים ומגוונים שהם חלק מהיום-יום במערכת הבריאות. למשל, **בערכים** המובילים את הפעילות, בפיתוח **המדיניות** של הארגון/היחידה, באופן שבו מחלקים **משאבים**, בתכנים **ובדרכי העבודה**, ב**יוזמות** חדשות הנמצאות בתהליכי פיתוח וכדומה:



מה חשוב לקחת בחשבון בחשיבה על שוויון?

נקודת המבט הראשונה לבחינת השוויון: הגורמים החברתיים המשפיעים

על בריאות - SDH

דוח ארגון הבריאות העולמי משנת 2008 בנושא הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות תיאר את הגורמים שאינם ביולוגיים/קליניים ואת תרומתם לאי-שוויון בבריאות. הספרות מבחינה בין משתנים המשפיעים על בריאות כדוגמת מעמד חברתי-כלכלי או השכלה לבין **גורמים המתווכים** את ההשפעה על בריאות. מדוע למשל מעמד חברתי-כלכלי מנבא את מצב הבריאות? ההסברים מצביעים על מכלול של גורמי סיכון מצטברים הקשורים להשכלה, להכנסה, לתעסוקה ולמשאבים הכלכליים, החברתיים, הפסיכו-סוציאליים והפוליטיים העומדים לרשות האדם. כן מתייחסת הספרות **למכניזמים המבניים המייצרים אי-שוויון בבריאות** (למשל, מערכת הביטחון הסוציאלית במדינה, שיטת המיסוי, האקלים הפוליטי-חברתי). אי השוויון בבריאות מיוצר כתוצאה מהאינטראקציה בין כלל הגורמים הללו.

בספרות קיימים מודלים מגוונים המתארים את ההשפעות של גורמים שונים על בריאות ועל אי-שוויון בבריאות ואת האינטראקציה בין הגורמים הללו. מודלים אלו מדגישים כמה מרכיבים מרכזיים אשר משפיעים על שוויון בבריאות:

- ההקשר הפוליטי-כלכלי-חברתי
- מעמד חברתי-כלכלי (השכלה, הכנסה ותעסוקה ובתוך כך האינטראקציה של מעמד עם אתניות ומגדר)
- מבנים קהילתיים והפסיכו-סוציאליים (קיומם של הון חברתי, רשתות תמיכה, חשיפה לדחק ו אלימות)
- תנאי החיים, הסביבה הפיזית וסביבת העבודה
- נגישות לשירותי בריאות והשימוש בהם
- גורמים התנהגותיים, תרבותיים וסגנון חיים

הגורמים לאי-שוויון בבריאות הם גם המרכיבים שיש להתייחס אליהם בתכנון. ובהוצאה לפועל של מדיניות, של תכניות התערבות ושל פעילויות מקדמות שוויון במסגרת חוברת זו, נציע שתי דרכים משלימות לבחינת ממדי אי-השוויון בתכנון: ובהוצאה לפועל של מדיניות, של תכניות ושל התערבויות

נקודת מבט ראשונה לבחינת שוויון: מבוססת על התפיסה המדגישה

את הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות

(להלן - The social determinants of health SDH)

נקודת מבט שנייה לבחינת שוויון: מבוססת על התפיסה המדגישה זכויות

אדם בכלל ואת המרכיבים של **הזכות לבריאות** בפרט כפי שמפורטת

באמנה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות של האו"ם.

התפיסה הראשונה מאירה את הגורמים המצויים מחוץ למערכת הבריאות והמשפיעים על יצירת אי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות. השנייה שמה דגש (בעיקר) על יחסי כוחות, על מנגנונים מפלים ועל אי-שוויון הנובע מתנאי חיים שונים.

מה חשוב לקחת בחשבון בחשיבה על שוויון?

להלן ריכוז של המרכיבים שנמצאו מרכזיים בהשפעתם על אי-שוויון בבריאות, בחלוקה לרמות (ממשלה - חברה - קהילה - פרט):

המרכיב המשפיע על שוויון

- משילות
- מדיניות מקרו-כלכלית
- מדיניות חברתית
- ערכים חברתיים ותרבותיים
- הסביבה הטבעית והבנויה

רמת הממשלה

- מעמד חברתי-כלכלי וריבוד חברתי

רמת החברה

פירוט

למשל, קיומה של מחויבות ממשלתית בחקיקה ובהחלטות ממשלה לצמצום אי-שוויון; מידת הפרוגרסיביות של מערכת המיסוי בכלל ושל מס הבריאות בפרט; אחוז ההוצאה הלאומית על בריאות ואחוז ההוצאה הציבורית כמרכיב בהוצאה הלאומית; היקף וגובה קצבאות הבטחת הכנסה וקצבאות זקנה ונכות וכד'.

מעמד (SES - Socio Economic Status) מורכב מהתנאים הכלכליים-חברתיים ומהתנאים התרבותיים המשפיעים על מקומו היחסי של הפרט בחברה. מעמד חברתי-כלכלי כולל בתוכו לא רק מצב סוציו-אקונומי אלא מרחיב את ההסתכלות גם לנגישות לעמדות כוח ויוקרה, סטאטוס ומשאבים שאינם חומריים. מעמד חובק בתוכו מכלול מצטבר של גורמי סיכון לבריאות הקשורים להשכלה, להכנסה, לתעסוקה, למשאבים חומריים, חברתיים, פסיכו-סוציאליים ופוליטיים העומדים לרשות האדם.



המרכיב המשפיע על שוויון

- תנאי חיים בקהילה ובשכונה
- לכידות חברתית ותמיכה חברתית ורגשית
- רשתות חברתיות והון חברתי
- שייכות, הכלה (הדרה)



- השכלה
- תעסוקה
- הכנסה, עוני ותנאים חומריים
- מגדר
- אתניות
- גורמים פסיכו-סוציאליים
- גורמים התנהגותיים וביולוגיים

פירוט

תנאים מאפשרי בריאות (מדרכות, תאורה, כבישים סלולים, פינוי אשפה וניקיון, אלימות)

תמיכה נפשית ורוחנית, תמיכה חומרית, תמיכה פיזית, עזרה במילוי משימות וכדומה¹ (משפיעים בתורם על-)

- הפחתה של דיכאון ושל מצבי דחק

- הגברת התנהגויות מקדמות בריאות

- חשיפה למקורות מידע, לידע, לקשרים ולמשאבים

תחושת שייכות לקהילה ולחברה (לחלופין, חשיפה להדרה חברתית, לגזענות ולאפליה)

השכלה: רמת השכלה נמוכה מהווה גורם סיכון לתחלואה ולתמותה גבוהים יותר

תעסוקה: תחום התעסוקה וסוג התעסוקה הם בעלי השפעה על בריאות - מובטלים, עובדים בעבודות כפיים ועובדי צווארון כחול - בסיכון גבוה יותר

הכנסה: המשאבים החומריים העומדים לרשות הפרט משפיעים על נגישותו לשירותי בריאות. אלה כוללים, בין היתר: היכולת לשלם עבור תרופה וטיפול (השתתפות עצמית) והיכולת לשלם עבור הוצאות נלוות לטיפול - תחבורה, מזון, חימום/קירור, בעלות על נכסים (למשל, רכב ודירה או משאבים כדוגמת מוצרי חשמל או חסכונות)

מגדר: לדוגמה - נשים נמצאות בסיכון גבוה יותר לתת-אבחון של מחלות לב. גברים נמצאים בסיכון גבוה יותר לעישון

אתניות: לרוב, מיעוטים אתניים נמצאים בסיכון גבוה יותר לתחלואה ולתמותה

תנאי חיים: כדיור נאות, נגישות לתחבורה ולמרכזי שירות ובילוי

גורמים פסיכו-סוציאליים: חשיפה לדחק, בדידות, דיכאון וחרדה, ביטחון עצמי, ערך עצמי וכד'

התנהגויות בריאות: עישון, פעילות גופנית, השמנה, צריכת חומרים מסוכנים וכו'

¹ מידת התמיכה הרגשית והחברתית ואופיה, הרשתות החברתיות וההון החברתי תלויים בפרמטרים חברתיים רבים - אישיים וקהילתיים. למשל, גברים יותר מנשים, קשישים יותר מצעירים, ערבים יותר מיהודים ובעלי הכנסה נמוכה יותר מבעלי הכנסה בינונית - דיווחו על תמיכה רגשית ותמיכה כספית נמוכות יותר

מה חשוב לקחת בחשבון בחשיבה על שוויון?

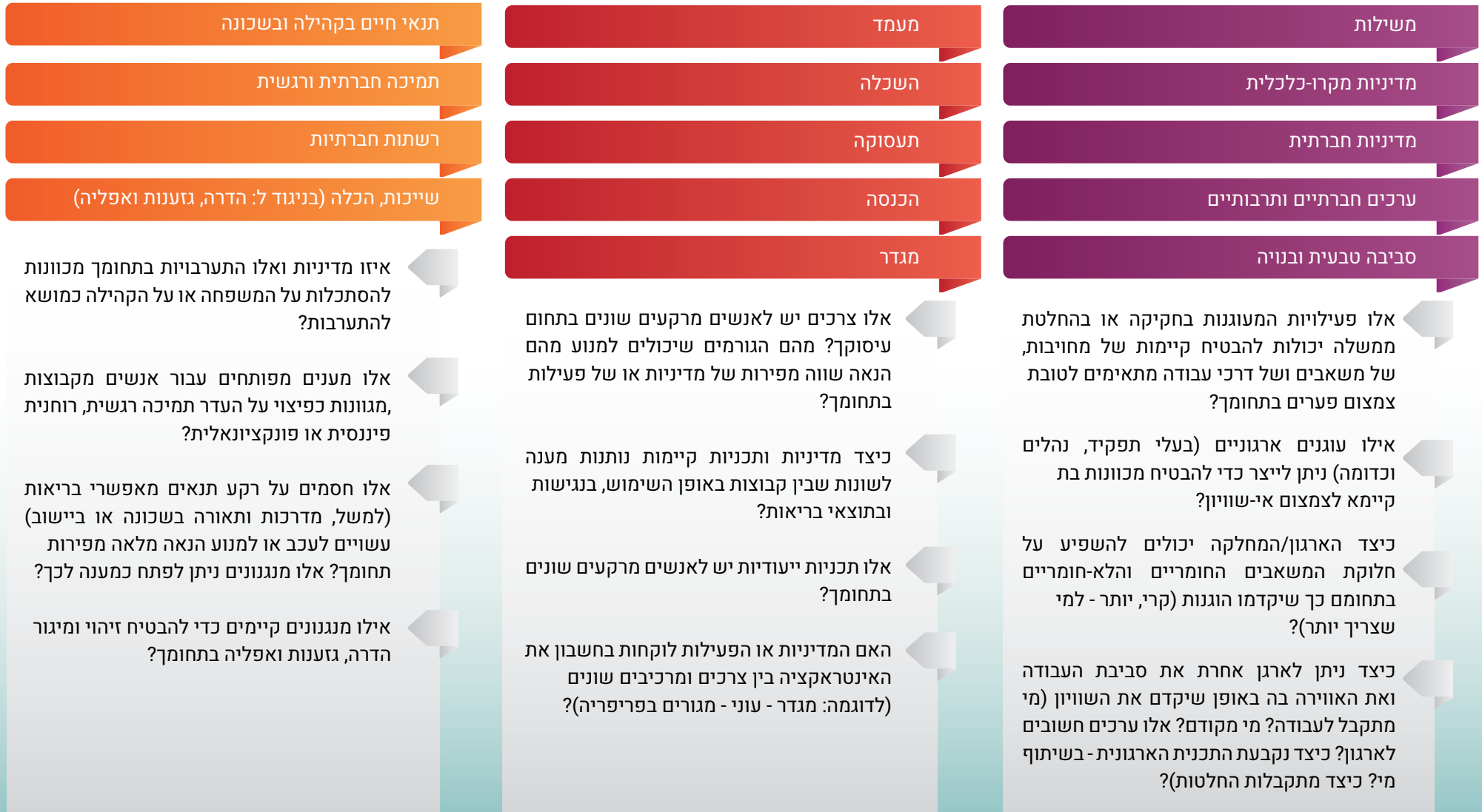
המודל המדגיש את הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות, רואה במערכת הבריאות גורם חברתי לבריאות, אחד מתוך כלל הגורמים שתוארו לעיל. באשר למרכיבים בתוך מערכת הבריאות התורמים לצמצום אי-שוויון (או להרחבתו כאשר אינם מטופלים כראוי), מדגישים מודלים אלו את ההיבטים שלהלן:



מה חשוב לקחת בחשבון בחשיבה על שוויון?

מודל מספר 1 שלהלן מפרט שאלות שהן בסיס לבחינת היבטים של שוויון בכל מדיניות, התערבות ופעילות, בחלוקה למרכיבי SDH, כפי שפורטו לעיל.

מודל עבודה מספר 1: שאלות מנחות לבחינת שוויון בכל מדיניות לאור הגורמים החברתיים לבריאות - SDH



מודל עבודה מספר 1: שאלות מנחות לבחינת שוויון בכל מדיניות לאור הגורמים החברתיים לבריאות - SDH



מה חשוב לקחת בחשבון בחשיבה על שוויון?

נקודת מבט שנייה לבחינת השוויון: זכות האדם לבריאות

"ההכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם" משנת 1948 של האומות המאוחדות סימנה את הזכות לבריאות של כל אדם, וכך נכתב בה: "כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה, לבריאותם לרווחתם שלו ושל בני ביתו. לרבות מזון, לבוש, שיכון, טיפול רפואי, שירותים סוציאליים כדרוש, לזכות לביטחון במקרה של אבטלה, מחלה, אי-כשירות לעבודה, התאלמנות, זקנה או מזור אחר בנסיבות שאינן תלויות בו".

בשנת 1992 אשררה מדינת ישראל את האמנה הבינלאומית ל"זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות". סעיף 12 באמנה קבע את זכותו של כל אדם "ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר הניתנת להשגה". בשנת 2000 ועדת האו"ם לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות הגדירה את תכולת סעיף 12 באמנה, הסעיף העוסק בבריאות, במסגרת "הערה כללית 14". בתוך כך, הוגדרה מחויבות המדינה למימוש הזכות לבריאות באופן הדרגתי ופרוגרסיבי. המרכיבים המרכזיים הכלולים ב"הערה כללית 14" מתוארים להלן:



איכות השירותים

- שירותים ברמה מדעית ורפואית מספקת
- צוותים מקצועיים ומיומנים



התאמת השירותים

- כבוד והתאמה להבדלים תרבותיים
- הגנה ורגישות למיעוטים
- רגישות למגדר
- הקפדה על עקרונות של אתיקה רפואית: שמירה על פרטיות, הקלת כאב ומצוקה, נאמנות מוחלטת למטופל מעל אינטרסים אחרים, עצמאות קלינית ומוסרית



נגישות השירותים

- נגישות פיזית
- נגישות כלכלית
- נגישות למידע
- העדר אפליה במתן שירותים



זמינות השירותים

- קיומם של שירותים חיוניים
- פריסת שירותים וזמני המתנה



תנאים הכרחיים המשפיעים על בריאות

- למשל מזון, מים נקיים וראויים לשתייה, סביבה בריאה, דיור נאות ועוד

מרכיבי הזכות לבריאות רבים ויתוארו במודל מספר 2 שלהלן. לצד כל מרכיב, מוצעות שאלות שהן הבסיס לבחינה של היבטים של שוויון בכל מדיניות, התערבות ופעילות

מודל עבודה מספר 2: מרכיבים ושאלות מנחות לבחינת שוויון בכל מדיניות לאור הזכות לבריאות

נגישות השירותים

נגישות פיזית: מה המרחק ממקום קבלת השירות? האם ניתן להגיע לשם בתחבורה ציבורית? האם קשישים ואנשים עם נכויות יכולים להגיע למקום השירות?

נגישות כלכלית: מה עלות הטיפול? אלו עלויות נלוות יש לטיפול או לצורך שמירה על בריאות (תחבורה, תזונה ייחודית, עלויות חימום או קירור הבית וכד')?

נגישות למידע: האם כל המידע (מניעה וטיפול) ידוע ומובן? האם כל אדם יודע מה מגיע לו ויש לו הידע והיכולת לממש את זכויותיו?

העדר אפליה במתן שירותים: האם קיימים בשירות חסמים הקשורים ליחס הצוות (כגון זלזול, הדרה או ביטויי גזענות)?

זמינות השירותים

קיומם של שירותים חיוניים: האם שירותים חיוניים כלולים בסל השירותים הציבורי? אלו שירותים אינם כלולים בסל הציבורי אך חיוניים במיוחד לקבוצות "מוגנות" על-פי האמנה (ילדים, קשישים, אנשים החיים בעוני וכו')?

פריסת שירותים: האם השירות כלול בסל הציבורי, האם הוא זמין במידה שווה של סבירות בכל מקום ולכל אדם (קרי, האם הפריסה הוגנת)?

תנאים הכרחיים המשפיעים על בריאות

אלו חסמים הקשורים לתנאי חיים ניצבים בפני המטופל בקבלת השירות או משפיעים על בריאותו? כיצד ניתן לצמצם השפעה של חסמים אלו? כיצד בונים התערבות הכוללת התייחסות לכלל המרכיבים המשפיעים על המטופל ועל בני בית?

מודל עבודה מספר 2: מרכיבים ושאלות מנחות לבחינת שוויון בכל מדיניות לאור הזכות לבריאות

איכות השירותים

האם הרמה המדעית והרפואית מספקת: האם הרמה הרפואית שווה בכל מקום ועבור כל אדם? האם כך גם לגבי איכות השירות?

מה נדרש לארגון ולצוות כדי לקדם את איכות הרפואה ואת איכות השירות לאוכלוסיות שונות?

התאמת השירותים

האם השירותים ניתנים תוך כבוד והתאמה - להבדלים תרבותיים? קרי, השירותים והצוותים "כשירים תרבותית"?

האם השירותים מספקים הגנה והנם - רגישים למיעוטים (לאומיים / אתניים / תרבותיים וכו')? האם יש שימת לב מיוחדת לצרכים של קבוצות המיעוט ותעדופם בעת הצורך?

האם קיימת רגישות למגדר? האם יש שימת-לב מיוחדת לצורכיהן של נשים, של נערות של ילדות?

האם ישנה הקפדה על אתיקה רפואית?

דגשים בעבודה לצמצום אי-שוויון בבריאות

הספרות העוסקת בדרכים לצמצום אי-שוויון בבריאות מדגישה כמה עקרונות שחשוב ליישם בתכנון של כל מדיניות לצמצום אי-שוויון. עקרונות אלו פחות רלוונטיים לתכנון של התערבות או של פרויקט ספציפי שכן הם מופשטים וקשים לתרגום לפרקטיקה, אולם הם אבני יסוד שלאורם נכון לתכנן ולהוציא לפועל מדיניות ברמת המזו או המקרו, קרי ברמת הארגון או ברמת המערכת

התייחסות לגורמים החברתיים לבריאות	כפי שפורטו בתחילת החוברת, מדובר במגוון גורמים הקשורים להכנסה, להשכלה, לתעסוקה ולתנאי עבודה, לסביבה ולתנאי חיים
התערבות בכל מעגלי החיים	היריון ולידה, שנות החיים הראשונות, גיל ההתבגרות, תקופת בגרות, זקנה וסוף החיים
התערבות לאורכו של המדרון החברתי-כלכלי	מכיוון שפערים הם תופעה המתרחשת לכל אורכו של המדרון החברתי-כלכלי, חשוב לפעול לטובת כלל האוכלוסייה לאורכו של המדרון, תוך הפעלת עיקרון של אוניברסליזם יחסי
אוניברסליזם יחסי	ההתערבות לאורכו של המדרון החברתי-כלכלי צריך שתיעשה באופן יחסי לצרכים, ותכלול השקעה מרובה יותר ופיתוח והשמה של התערבויות ייחודיות עבור הקבוצות שזקוקות לכך יותר
עבודה בין-מגזרית ובין-תחומית	עבודה משולבת של שלושת המגזרים: הציבורי (ממשלה וגופי ציבור), העסקי והשלישי (חברה אזרחית); זאת לצד עבודה בינתחומית (בריאות-רווחה-חינוך-כלכלה-תחבורה וכדומה)

על מי חשוב לחשוב כשמדובר באי-שוויון?

מוצגים להלן משתני רקע חברתיים מרכזיים שזוהו במחקרים בעולם ובישראל כמשפיעים על אי-שוויון:



מין ומגדר

הבדלים על רקע מין הם פערים הנוצרים על רקע הבדלים אנטומיים ופיזיולוגיים בין גברים לנשים. לעניין אי-שוויון, הפערים הלא הוגנים הם אלו הנוצרים על רקע מגדר- קרי המרכיבים החברתיים, הכלכליים, התרבותיים והייעוציים של הבדלים על רקע מין. דוגמא אחת להבדל על רקע מגדרי הוא אי-שוויון באבחון של מחלות לב על רקע הידע על הפיזיולוגיה האנושית שנאסף בהתבסס בעיקר על הגוף הגברי. הביטוי הסימפטומטי השונה בין גברים לנשים והנטייה של מטפלים להתייחס בביטול לתלונות של נשים, בהשוואה לגברים, מגדילה פערים באבחון בין נשים לגברים

גיל

לעניין אי-שוויון, הפערים המדאיגים הם אלו הניתנים למניעה; למשל, כיצד מונעים אבחון יתר של מחלות קשורות גיל בקרב קשישים או תת-אבחון של תסמינים אחרים על רקע הייחוס של ביטויים רפואיים רק להיותו של המטופל קשיש או על רקע סטריאוטיפיזציה או זלזול בצרכיו של המטופל. גם ילדים הם קבוצה העשויה לסבול מ"גילנות"² על רקע הנחות יסוד המגיעות מעולם הטיפול במבוגרים. למשל, הגבלת חופש הבחירה של ילדים באשר לאופי הטיפול מתוך הנחה כי חופש הבחירה נתון למטפל או להוריהם

מעמד חברתי-כלכלי

הבדלים על רקע המיקום היחסי של הפרט בדירוג החברתי-כלכלי. למשל- הבדלים במספר הסיבוכים כתוצאה מסוכרת לרעת מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה לגבוה. נהוג להתייחס ל- 3 משתני גרעין מרכזיים בהקשר למעמד-השכלה, הכנסה ותעסוקה. בישראל נהוג להשתמש במדד החברתי-כלכלי של היישובים בישראל או באג"ס - אזור גיאוגרפי סטטיסטי של השכונה - מדדים שפיתחה הלמ"ס. המדד מורכב מ-17 משתנים הקשורים להכנסה, להשכלה לתעסוקה, לבעלות על רכוש וכדומה.

עוני

עוני הוא מחסור חומרי, אך לא רק. עוני קשור גם למחסור בהזדמנויות חיים, לחשיפה לתנאי חיים טובים פחות ולדחק, למחסור בהון סימבולי הקשור בנראות ובכבוד, לנגישות נמוכה יותר למקורות תמיכה חברתיים ולמקורות מידע והשפעה. פערים על רקע החיים בעוני קשורים באים לידי ביטוי למשל, בויתור על מזון, תרופות ושירותי בריאות באחוזים גבוהים יותר בהשוואה לאחרים

לאום ודת

הבדלים בין יהודים לערבים,³ מוסלמים לנוצרים. למשל- פערים בשיעור תמותת התינוקות בין ערבים מוסלמים ליהודים לרעתם של ערבים; שיעורי העישון הגבוהים של גברים ערבים ביחס לגברים יהודים ושיעורי עישון גבוהים בקרב נשים יהודיות בהשוואה לערביות

דתיות

הבדלים על רקע מידת הדתיות (חרדי-דתי-מסורת-חילוני)⁴- בקרב יהודים וערבים. למשל, גילוי מאוחר של מחלות ממאירות בקרב נשים חרדיות; היענות נמוכה יותר לבדיקות סקר בהיריון בקרב נשים בדואיות מוסלמיות ונשים חרדיות; סיכון גבוה יותר לגידולי עור (מלנומה) עקב חשיפה לשמש בקרב האוכלוסייה החילונית היהודית והערבית

מוצא, עלייה והגירה

הבדלים על רקע ארץ לידה או ארץ מוצא ההורים. למשל, יוצאי אתיופיה שעלו לישראל ואלו שנולדו בישראל הם בעלי סיכון גבוה יותר לסוכרת; עולים מברה"מ לשעבר סובלים מתחלואה גבוהה יותר של סרטן המעי הגס והחלחולת; שיעור ההתאבדויות בקרב שתי אוכלוסיות אלו גבוה מהמוצע; וישנן מחלות גנטיות הנפוצות יותר בקרב בעלי עדות שונות בישראל. ההבדלים נוצרים על רקע שינוי בהרגלי האכילה ואורח החיים או הרגלים טובים פחות דווקא בארץ המוצא, חשיפה לדחק בעקבות הגירה, שינוי במעמד החברתי-כלכלי (ירידה בהכנסות ורכוש, ירידה במעמד החברתי) והיחלשות מערכות התמיכה. חלק מההסברים קשורים גם לגנטיקה

מקום מגורים

הבדלים על רקע מגורים בפריפריה הגיאוגרפית - צפון ודרום הארץ - או בפריפריה חברתית (למשל בשכונה בדרום תל אביב) בהשוואה למרכז הארץ או לאזורים סוציו-כלכליים חזקים. למשל, הפערים הידועים בשיעור כח האדם הרפואי לרעת הדרום והצפון, בהשוואה למרכז או ההבדלים בתוחלת החיים

מוגבלות פיזית ונפשית

הבדלים בין אנשים עם מוגבלות פיזית ונפשית לאחרים. למשל, אנשים עם מוגבלות מדווחים פחות מאחרים על מצב בריאותי טוב, סובלים יותר מהשמנת יתר ומאושפזים יותר. לאנשים בעלי מוגבלות גם אפשרויות כלכליות מוגבלות יותר בגלל שייכות גבוהה יותר למעמד חברתי-כלכלי נמוך בגלל הדרה ממעגלי תעסוקה

גזענות והדרה חברתית

פגיעה בבריאות ובנגישות לשירותי בריאות הנוצרת על רקע חשיפה לגזענות ולהדרה חברתית. למשל, חשיפה לגזענות נמצאה קשורה לסיכון גבוה יותר לדיכאון, ללחץ דם, למחלות לב, לסרטן שד, לשפעת, לדיווח עצמי על בריאות ירודה ולתמותה. מחקרים הראו כי אנשי רפואה מעניקים טיפול שונה וטוב פחות למיעוטים שונים, למשל לשחורים בהשוואה ללבנים

נטייה זרה מינית

הבדלים בבריאות ובנגישות לשירותי בריאות על רקע נטייה או זהות מינית ומגדרית (למשל- לסביות, הומוסקסואלים, טרנסג'נדרים וביסקסואליים) (להט"ב). הפערים נוצרים בין היתר, על רקע הדרה חברתית, סטריאוטיפיזציה וסטיגמטיזציה מחוץ למערכת ובתוכה, על רקע תת-שימוש בשירותי בריאות (למשל ביקורים תכופים פחות של נשים לסביות לשירותים גניקולוגיים) והתנהגויות בריאות סיכוניות (למשל שימוש מוגבר בחומרים פסיכואקטיביים).

מעמד אזרחי

הבדלים בבריאות ובשירותי בריאות על רקע המעמד האזרחי שניתן לאדם והמגדיר את יחסיו עם המדינה ואת זכויותיו וחובותיו. בישראל, תושבי קבע ואזרחים זכאים לביטוח בריאות ממלכתי. מי שאינו תושב קבע- מהגרי עבודה, פליטים, מבקשי מקלט, עולים ללא מעמד ותיירים- לא יהיו זכאים לשירותי בריאות מתוקף החוק

חשוב לקחת בחשבון כי קיימת **אינטראקציה בין גורמי הרקע החברתיים** המשפיעים על אי-שוויון, ומשכך, השתייכות ליותר מקבוצת סיכון אחת עשויה להצביע על סיכון גבוה עוד יותר. למשל, גבר מובטל בפריפריה נמצא בסיכון גבוה יותר לבריאות טובה פחות מגבר מובטל תושב המרכז.

לרוב אם כן, אנשים מקבוצות ותת-קבוצות שמעמדן החברתי-כלכלי נמוך יותר ומיעוטים חברתיים, כלכליים ותרבותיים נמצאים בסיכון לבריאות פחות טובה בהשוואה לרוב. בהקשר זה חשוב להימנע מהנחות יסוד והכללות לגבי קבוצות כיוון שלעיתים הפערים בתוך קבוצות אוכלוסייה (למשל בין ערבים נוצרים לערבים מוסלמים) גדולים יותר מאשר הפערים בין קבוצות. עם זאת, חשוב לקחת בחשבון כי בחלק מהמקרים, דווקא הקבוצה ה"חזקה" יותר תהיה זאת שנמצאת בסיכון גבוה יותר לבריאות טובה פחות בהשוואה לקבוצה ה"חלשה" יותר. לדוגמה: גברים מועדים יותר מנשים לעישון ולסרטן ריאות; בעלי מעמד חברתי-כלכלי גבוה ויהודים סובלים ממחלות ממאירות בשכיחות גבוהה יותר ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ומערבים; ביישובים חרדים, מתועדים שיעורי תמותה נמוכים יותר בהשוואה ליישובים אחרים

על מי חשוב לחשוב כשמדובר באי-שוויון?

2 גילנות בגיל ההתבגרות ageism הנו סטריאוטיפ המתקבע על אדם עקב גילו (צעיר, מבוגר, וכדומה) בלי להתייחס לתכונותיו האישיות של האדם. הביטוי המעשי לסטריאוטיפ זה באה לידי ביטוי באפליה נגד אדם עקב השתייכותו לקבוצת גיל מבוגר או צעיר

3 האוכלוסייה הערבית בישראל היא קבוצה הטרוגנית מאוד (ערבים מוסלמים, ערבים נוצרים, בדואים, דרוזים, צ'רקסים). השונות בקבוצה זו היא בדת, מסורת, במקום מגורים ועוד. חלק ניכר מהנתונים מתייחס לערבים מוסלמים בלבד (בדרך כלל בגלל מגבלות סטטיסטיות), ולרוב לא נכללים נתונים על אודות תושבים ממזרח ירושלים או על תושבים חיים בכפרים לא מוכרים בנגב. גם מבחינת בריאות, יש שונות גבוהה בתוך הקבוצה ובינה לבין קבוצות אוכלוסייה אחרות. למשל- תמותת התינוקות בקרב ערבים נוצרים נמוכה יותר בהשוואה ליהודים. יש להעיר כי במקרים מסוימים, דווקא יהודים מועדים יותר לסיכון. למשל, השכיחות של רוב המחלות הממאירות בקרב יהודים גבוהה יותר (להוציא את סרטן הריאה).

4 גם בהתייחס לנושא הדתיות קיימת הטרוגניות רבה. למשל, קיימים הבדלים בין חרדים ליטאים לספרדים לחסידים וחרדים מזרמים אחרים, בין חרדים לבעלי כיפות סרוגות, באורח החיים, במנהגים, במעמד החברתי-כלכלי וכד'.

נקודות לבחינת שוויון לאורכו של מעגל התכנון

תכנון והוצאה לפועל של מדיניות, של תכניות עבודה או של התערבות ספציפית כוללים כמה שלבים, ובמסגרתם חשוב לשלב חשיבה של "שוויון בכל מדיניות". בכל אחד משלבי התכנון, חשוב לבחון כמה היבטים. אלו מפורטים בהמשך, להלן סיכום עיקריהם:

- מובילי ההחלטות: מי המתכנן והמוציא לפועל של המדיניות או של ההתערבות, והאם בהליך מעורבות קבוצות מגוונות?
- הצרכים: לאיזו בעיה או צורך נותנים מענה ומי נלקח בחשבון בהגדרת הבעיה?
- האוכלוסיות: מי ייהנה מהמדיניות או מההתערבות ומי יפסיד או ייהנה ממנה פחות או כלל לא ייהנה? (ראוי בהקשר לזה לשים לב להבדלים בין תתי-אוכלוסיות)
- החסמים: אלו מענים וכלים קיימים במטרה להסיר חסמים כלכליים, חברתיים, פיזיים, תרבותיים ופוליטיים
- המכניזמים: אלו מנגנונים וכלים יבטיחו צמצום אי-שוויון ביישום?

נקודות לבחינת שוויון לאורכו של מעגל התכנון

בתרשים שלהלן רשימה של שאלות מנחות המסייעות בחשיבה על היבטים של שוויון לאורך מעגל התכנון. למעשה, אותן השאלות רלוונטיות בכל שלב במעגל התכנון:

שאלות מנחות לבחינת השוויון	מרכיבים במעגל התכנון והיישום
האם ניתוח הבעיה לוקח בחשבון תמונת מצב ממוצעת או גם הבדלים בצרכים, בשימושים וברצונות של קבוצות חברתיות שונות?	על איזו בעיה נועדה המדיניות/ הפעילות לענות?
האם משולבים שחקנים מקבוצות מגוונות בתכנון? האם משולבים שחקנים בתוך או מחוץ למערכת שיכולים להעשיר את התובנות לגבי הגורמים החברתיים העשויים להשפיע על התהליך ועל תוצאות המדיניות/הפעילות?	מי השחקנים המתכננים את המדיניות הפעילות?
האם ישנה התייחסות מפורשת לקידום השוויון? האם מדד התוצאה מתייחס להישג ממוצע או שכולל גם יעדים לצמצום פערים בתוצאים?	מהי מטרתה המוצהרת של המדיניות הפעילות? כיצד הוגדר היעד לשינוי (מדד התוצאה)?
האם ישנה התייחסות מפורשת לקידום הבריאות של קבוצות חברתיות בשוליים?	מי קהל היעד המוצהר של המדיניות הפעילות?
האם לשחקנים יש ידע ויכולת לאמץ זווית ראייה מוכוונת שוויון? האם קיימים תמריצים חיוביים / שליליים / ניגודי אינטרסים שעשויים להשפיע על יישום מרכיבי השוויון? האם משולבים בביצוע שחקנים מקבוצות מגוונות?	מי השחקנים המוציאים לפועל את המדיניות/פעילות דה-פקטו?

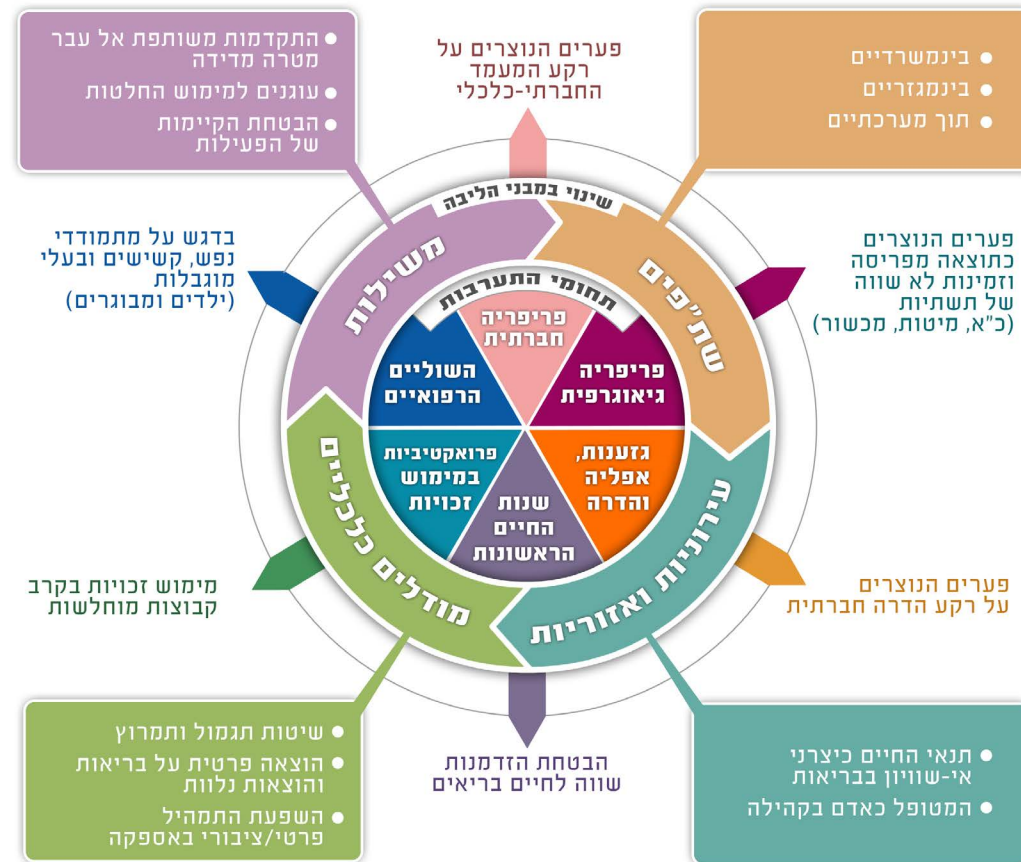
שאלות מנחות לבחינת השוויון	מרכיבים במעגל התכנון והיישום
אלו קבוצות לא נהנות בגלל סוג האמצעים (כיוון שלמשל תלוי שפה, אוריינות, הגעה פיזית וכדומה)?	אלו אמצעים/כלים מרכזיים מאפיינים את המדיניות/פעילות?
אלו חסמים (כלכליים / תרבותיים / לשוניים / גיאוגרפיים / מעמדיים / מגדריים / פוליטיים) מונעים תועלת שווה? וכדומה	מיהו המשתמש הממוצע במדיניות / בפעילות?
<p>מי קהל היעד הנהנה בפועל?</p> <p>אלו קבוצות מודרות בפועל?</p> <p>האם בפועל נוצרו השפעות שליליות לא-מתוכננות על קבוצות מסוימות?</p>	<p>כיצד תוצאות המדיניות/הפעילות משפיעות בפועל על קבוצות חברתיות שונות?</p>
<p>במדד התוצאה, האם כולם הרוויחו (יותר שירותים, שירותים איכותיים יותר, יותר בריאות וכדומה)?</p> <p>האם כולם יצאו נשכרים באופן שווה?</p> <p>האם הקבוצות המוחלשות שהרוויחו הפסידו במקביל צרכים חיוניים אחרים (למשל הוצאה כספית המצמצמת הכנסה פנויה לטובת צרכים חיוניים אחרים)?</p> <p>האם ואיזה פערים במדדי התוצאה נמדדו לאורך זמן?</p>	מהם ההישגים המרכזיים של המדיניות/הפעילות?

מהם האתגרים העיקריים בתחום השוויון הדורשים התערבות במסגרת המדיניות/הפעילות?
 אלו קבוצות חברתיות דורשות תשומת לב מיוחדת בהליך התכנון במטרה לקדם שוויוניות?

מודל עבודה לדוגמא

המודל שלהלן מציג תפיסת התערבות ארגונית לצמצום אי-שוויון בבריאות. המודל משלב חכמת המונים, ידע וניסיון מקצועי של עובדי מערכת הבריאות בישראל ותובנות מהספרות המדעית בעולם בנושא כלים והתערבויות לצמצום פערים.⁵ אף כי נבנה במטרה להנחות את הפעילות של משרד הבריאות בישראל בשנים הבאות, המודל עשוי להתאים לארגוני בריאות נוספים וליחידות בתוך ארגוני בריאות בבניית ההתערבויות הייחודיות להם לצמצום אי-שוויון

⁵ בין החודשים יולי לדצמבר 2016, קידם משרד הבריאות הליך תכנון משותף בנושא תפקידה של מערכת הבריאות בצמצום אי-שוויון בבריאות בשנים 2017-2020. ההליך כלל היוועצות ציבורית באמצעים דיגטליים ובאמצעות מפגשים פנים אל פנים עם מבוטחים במערכת הבריאות, עם נציגי ארגונים חברתיים, עם עובדי מערכת הבריאות, עם עובדים ממערכות ממשלתיות מקבילות, עם אנשי אקדמיה ועם אנשים מהמגזר העסקי. מהתובנות שעלו, התגבש מודל התערבות שלאורו יפעל משרד הבריאות בשנים הקרובות במטרה לצמצם אי שוויון. לאתר היוועצות של משרד הבריאות ראו: <http://impact.health.gov.il/>



המרכיבים המנחים: שיתופי פעולה (עם הרווחה, ברמת מטות וברמת השטח), עירוניות (פרויקטים קהילתיים בשיתוף ארגוני חברה אזרחית והרשות המקומית), מודלים כלכליים (הפחתת השתתפויות עצמיות או שימוש בהון הקהילתי לסיוע בהסעה לטיפולים רפואיים) ומשילות (למשל על ידי יצירת מטרה מדידה משותפת עבור כל השחקנים המעורבים והבטחת תקצוב לאורך זמן).

המעגל החיצוני של המודל - מבני הליבה - כולל ארבעה מרכיבים מנחים בעבודת הארגון: משילות - היכולת לייצר עוגנים לפעילות קבועה, שוטפת ובת-קיימא כדי לצמצם אי-שוויון (למשל, דרך יצירת מדיניות והנחיות כתובות, מינוי בעלי תפקידים ייעודיים לנושא השוויון, קביעת מטרות מדידות ותכניות רב-שנתיות וכדומה); שיתופים - עבודה בשיתופי פעולה מרובים (למשל, באמצעות יצירת קשרי עבודה והתערבויות משותפות בין מערכות הבריאות, בין מערכות הרווחה ומערכות הבריאות, בין מערכות ציבוריות למגזר השלישי ולמגזר העסקי ובין מטות הארגונים למחוזות ולנקודות הקצה נותנות השירות); עירוניות ואזויות - עבודה דרך הסתכלות על הקהילה הגיאוגרפית והחברתית שמסביב למבוטח (עבודה בשיתוף מערכות עירוניות ותוך שימת דגש על תנאי החיים של המבוטח ושל משפחתו) והמודלים הכלכליים - קרי, התקצוב של הפעילות ואופן חלוקת המשאבים החומריים במערכת (למשל, תעדוף או תמרוץ של פריפריה חברתית במשאבים, הקלה בהוצאה הכספית של מבוטחים על שירותי בריאות וכדומה).

המעגל הפנימי של המודל כולל שישה תחומי התערבות (במודל זה, אלו מוקדי ההתערבות שנבחרו עבור השנים 2017-2020); שלושה מהם נוגעים לקבוצות אוכלוסייה מוחלשות - פריפריה חברתית (מעמד חברתי-כלכלי נמוך), פריפריה גיאוגרפית (ריחוק ממרכזי אוכלוסייה ובתוך כך ממרכזים של שירותים רפואיים) והסובלים מגזענות, מאפליה ומהדרה חברתית (על רקע לאום, מוצא, מגדר, גיל, זהות מינית וכדומה). שלושה תחומי התערבות נוספים הם אוניברסאליים, אך לעניין מודל זה מתבקש הארגון לבחון אותם דרך הפריזמה של שוויון בכל מדיניות: שנות החיים הראשונות (נשים הרות, אימהות, פעוטות וילדים ומשפחות צעירות); מימוש זכויות (ידע, התמצאות במערכת הבריאות ומימוש בפועל של זכויות בתחום הבריאות והרווחה, בדגש על אוכלוסיות מוחלשות); ו"השוליים הרפואיים" (צרכים רפואיים, כלכליים וחברתיים של אנשים המתמודדים עם מחלה קשה, מבוגרים וילדים עם מוגבלות פיזית או נפשית או עם צרכים מיוחדים וכן זקנים).

בין המעגל החיצוני לפנימי מתקיימת אינטראקציה כך שכל מרכיב במעגל החיצוני הוא אספקט לריה לבחינה של כל מרכיב במעגל הפנימי. למשל, כיצד מצמצמים אי-שוויון על רקע מעמד חברתי-כלכלי ("פריפריה חברתית") תוך שימת דגש על ארבעת

אז מה אני עושה מחר בבוקר?

למידה נוספת: דרך מקורות המידע; באמצעות הזמנה לחשיבה עם קבוצת העמיתים שלך; דרך הכשרות בנושא.

פרויקט אחד תחילה: הפרויקט הבא על סדר היום שלך - תכנון הפרויקט גם מזווית השוויון;

תכניות עבודה לשנה הבאה: תכנון מזווית השוויון;

התבוננות פנימה: חשיבה ויישום של תהליכי עבודה מקדמי שוויון - ערכים, גיוס, קידום ושימור של עובדים ודרכי עבודה (עבודה ברשת, עבודה בינמגזרית, הליכי תכנון מדיניות, יישום והערכה משתפים)

חישבו עמנו: תחום צמצום פערים בבריאות, משרד הבריאות Shlomit.avni@moh.gov.il

מקורות מידע

of health (2nd ed., pp. 6-30). Oxford: Oxford University Press.

Canadian council on social determinants of health. (2015). A review of frameworks on the determinants of health

Dahlgren G, Whitehead M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

Diderichsen, F. (2004) Resource allocation for health equity: Issues and methods. Health, Nutrition and Population. (HNP) discussion paper. Washington, DC: World Bank. Retrieved from

Mackenbach, J. P., van de Mheen, H., & Stronks, K. (1994). A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 38(2), 299-308. doi

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Ed). (2006). *Social determinants of health*. NY: Oxford University Press.

Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization

Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The affliction of inequality*. London: Routledge.

החוברת מבוססת על מקורות המידע שלהלן. לנוחיותכם, סידרנו אותם לפי נושאים והוספנו עוד כמה מקורות מומלצים

יש לי הפנאי לקריאה של פריט אחד בלבד (אם כן, המלצתנו היא):
[WHO. \(2016\). Innov8 approach for reviewing national health programs to leave no one behind: technical handbook](#)

מושגי יסוד באי-שוויון בבריאות

National Collaborating Centre for Determinants of Health (NCCDH).
English glossary of essential health equity terms

WHO. Social determinants of health: Key concepts: What are health inequities or inequalities? WHO website

הזכות לבריאות

אבני, ש. (2007). צדק, שוויון ועזרה הדדית: אתגרים המערכת הבריאות הציבורית בישראל. רופאים לזכויות אדם ומרכז אדוה

גרוס, א. (2004). בריאות בישראל בין זכות למצרך. בתוך: רבין, י., שני, י. (ערי). זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל. אוניברסיטת תל אביב: הוצאת רמות. שלו, כ. (2003). בריאות משפט וזכויות אדם. הוצאת רמות: אוניברסיטת תל אביב.

מודלים מסבירים אודות הגורמים לאי-שוויון בבריאות

Brunner, E., & Marmot, M. G. (2006). Social organization, stress, and health. In M. G. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.). *Social determinants*

התמודדות עם אי-שוויון בבריאות

Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Horev T, Avni S. (2016). Strengthening the capacities of a National Health Authority in the effort to mitigate health inequity – The Israeli Model. Israeli Journal of Health Policy Research;5:19

Public health agency of Canada. (2014). Toward health equity: Canadian approaches to the health sector role

Public Health England. (2014). Local action on health inequalities: Tackling health inequalities through action on the social determinants of health: lessons from experience. Health Equity Briefing 10: September 2014

Sudbury & District Health Unit. (2011). 10 Promising practices to guide

local public health practice to reduce social inequities in health

Whitehead, M., Povall, S., Loring, B. (2014). The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health. WHO Europe

WHO. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health - final report

תמונת מצב של הפערים בבריאות בישראל

אברבוק, א., חורב, ט., קידר, נ. (2010). אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010. האגף לכלכלת בריאות, משרד הבריאות

אברבוק, א. (2012). אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2012. האגף לכלכלת בריאות, משרד הבריאות

אברבוק, א., אבני, ש. (2013). אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2013. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

אברבוק, א., אבני, ש. (2014). אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2014. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

אברבוק, א., אבני, ש. (2015). אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2015. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

אברבוק, א., אבני, ש. (2016). אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2016. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

משרד הבריאות ומכון גרטנר. מרכז ידע אודות אי-שוויון בבריאות

בריאות ושוויון בבריאות בכל מדינות

Craig, P. (2013). Health inequalities action framework. NHS health Scotland

Ministry of Health, Social Services and Equality. (2012). Methodological Guide to integrate Equity into Health Strategies, Programmes and Activities. Version 1. Madrid: Ministry of Health, Social Services and Equality. Methodological Guide to integrate Equity into Health Strategies, Programmes and Activities. Version 1. Madrid 2012

Public Health England. (2015). Health equity in all policies masterclass. Executive summary

Public Health England. (2013). Public Health England equality analysis

Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Freiler, A., Bobbili, S., Bayoumi, A., Owcampo, P. (2011). Getting started with health in all policies: A resource pack. Centre for research on inner city health (CRICH). St. Michael's Hospital: Keenan research centre of the Li Ka Shing Knowledge Institute

WHO. (2015). Health in all policies: training manual