

דו"ח שוויוניות בבריאות: מדדים, פערים והמלצות מדיניות (2023)

ירושלים, אפריל 2025
ניסן התשפ"ה

נדא עליאן, ד"ר חני שרודר - מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
טל פריימן, שיר כהן, ניצן יוגב - פ.ר.ג צעדים לשינוי חברתי

בהכנת הדו"ח לקחו חלק:

איילת גרינבאום אריזון - סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
אלכסיי בלינסקי - סגן ראש המנהל ומנהל אגף כלכלת בריאות, תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
רייצ'ל ברנר שלם - מנהלת אגף בכיר תכנון כ"א במערכת הבריאות
ד"ר ארז גרטי - ראש תחום אימפקט, מערך מודיעין בריאות, משרד הבריאות
פרופ' דיאן לוין - מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות וממונה על התאמה תרבותית ושפתית, הנהלת קופ"ח כללית
ד"ר דינה צימרמן - מנהלת המחלקה לאם וילד, בריאות הציבור, משרד הבריאות
דנה אייל - חטיבת הבריאות, מחלקת ניהול איכות, ממונה על תחום השוויון, קופ"ח מכבי
זק תגר - ראש צוות GIS אגף טכנולוגיות דיגיטליות ודאטה, משרד הבריאות
חיים עזצדוק - מיישם ומטמיע BI, אגף טכנולוגיות דיגיטליות ודאטה, משרד הבריאות
חנן מגל - מנהל תחום תוכניות אזוריות, ג'וינט אלכא
טל ארנברג - אגף תכנון מדיניות, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
טלי ניצני ביטון - מנהלת תחום תוכניות התערבות כ"א, אגף בכיר לתכנון כ"א, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
יפעת עירשי בס - מנהלת תחום בכירה חיצונית ותכנון כ"א, אגף בכיר לתכנון כ"א, משרד הבריאות
ד"ר מורן בלייכפלד מגנאזי - מנהלת אגף התזונה, בריאות הציבור, משרד הבריאות
מרגלית שילה - מנהלת מערך קידום בריאות וצמצום פערים, חטיבת רפואה, קופ"ח לאומית
ד"ר נור עבדאלהאדי שחברי - ראש מטה יישום תוכנית הבריאות בחברה הערבית, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
נעמה רותם - ראש תחום בריאות ותנועה טבעית, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
ד"ר עדי מימון - עמיתת ממשק, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
צח בן מנחם - אנליסט, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי
קרן זמיר - עובדת סוציאלית ראשית, קופ"ח מאוחדת
רונן אלקיים - מרכז בכיר תוכניות התערבות כ"א, אגף בכיר לתכנון כ"א, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

משה בר סימן טוב - מנכ"ל משרד הבריאות

שלום רב,

דו"ח שוויוניות בבריאות לשנת 2023 משקף את האתגרים המשמעותיים בפניהם עמדה החברה הישראלית טרום המלחמה וכן במהלכה, השפעות אותן אנו צופים לראות בשנים הקרובות.

תושבי הצפון והדרום, אשר כבר בעתות שגרה חווים פערים לעומת תושבי המרכז, מושפעים יותר מהמלחמה. משרד הבריאות פועל ללא לאות כדי להבטיח לתושבים הללו את שירותי הבריאות הטובים ביותר, גם באמצעות תוכניות תקומה ותנופה אשר יאפשרו יצירת תנאים מיטביים להגדלת השירותים הרפואיים באזור.

המשרד משקיע מאמצים ומשאבים רבים לצמצום אי השוויון במערכת הבריאות. אחת מתוכניות הדגל, היא הרפורמה בכוח אדם רפואי אשר אחת ממטרותיה היא צמצום פערי כוח האדם בין המרכז לפריפריה שיובילו לצמצום הפערים בשירותי הבריאות הניתנים באזורים אלה. בנוסף, המשרד מקדם פרויקטים ותוכניות רחבות ואסטרטגיות שמקדמות שוויון בריאותי בחברה הערבית והחרדית.

הדאגה לצמצום הפערים ושיפור השירותים הרפואיים, יחד עם המשאבים הרבים שהושקעו לשם כך, ימשיכו להיות בראש סדר העדיפויות שלנו, על מנת להבטיח שירותי בריאות איכותיים ונגישים לכל האוכלוסייה בישראל.

אני רוצה להודות לכל מי שתרום לכתיבת הדוח החשוב הזה, ובכלל זה: לאיילת גרינבאום אריזון, סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי וכלכלי, ולצוותה, ד"ר חני שרודר והגברת נדא עליאן.

בהרכת ימים שקטים,

משה בר סימן טוב
מנכ"ל משרד הבריאות

איילת גרינבאום אריזון - סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי-כלכלי, משרד הבריאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994 מעגן תפיסה שוויונית של שירותי הבריאות לכלל תושבי מדינת ישראל. מערכת הבריאות על כל רבדיה משקיעה מאמצים רבים במטרה להעניק שירותי רפואה איכותיים, זמינים ונגישים לכל אחד ובכל מקום. כמדי שנה אנו מפרסמים דו"ח זה שמטרתו לעקוב אחר התפתחות אי השוויון ולתאר את מהלכי המדיניות שלנו במטרה לצמצם אותו.

צמצום אי השוויון הוא משימה מורכבת, ארוכת שנים ודורשת משאבים רבים, אך אנו פועלים בה באופן רציף ונחוש. הפעילות שמקדם המשרד בשנים האחרונות מטפלת בבעיות השורש המובילות לפערים בבריאות, ולצד זאת מעלה את המודעות לנושא ומעודדת את משרדי הממשלה השונים וקופות החולים לפעול בנושא. מצורף פירוט הנושאים המרכזיים שקודמו בשנים האחרונות:

במסגרת הרפורמה בכוח אדם רפואי הצבנו בראש סדרי העדיפויות שלנו את צמצום פערי כוח האדם בין הפריפריה למרכז. כיוון שכך, אנו פועלים להגדלה ניכרת של מספר המטפלים במקצועות הרפואה והבריאות, בדגש על כוח אדם מצטיין, זאת באמצעות מספר תוכניות שונות שאנו מאמינים שיסייעו לצמצום פערי בריאות.



תוכנית אילנות נגב ואילנות גליל: תוכניות מנהיגות המיועדת לסטודנטים מצטיינים לרפואה בנגב ובגליל שהושקה בשנת 2022, ואליה מתקבלים מדי שנה סה"כ 90 סטודנטים חדשים באוניברסיטת בן גוריון ובאוניברסיטת בר אילן. הסטודנטים מתחייבים להתמחות בסיום הלימודים בנגב ובגליל.

תוכנית הכוכבים: תוכנית מנהיגות המיועדת למתמחים מצטיינים שיתחילו התמחות בפריפריה ובמקצועות במצוקה. התוכנית כוללת הכשרה מקיפה, והמטרה היא שהמתמחים ישתלבו בפעילות מחקרית, אקדמית, חינוכית ומנהיגותית בנגב ובגליל, ויהיו האבן השואבת לדור הבא של צעירים מצטיינים בנגב ובגליל. התוכנית הושקה בשנת 2023 עם 20 מתמחים בשנה ממוגון מקצועות, ובשנת 2025 צפויה לצמוח עם קבוצת מתמחים ייעודית בפסיכיאטריה, קבוצה בהתפתחות הילד, קבוצה בשיקום וקבוצה ייעודית של רופאים ואחיות בחבל תקומה.

תוכנית אופקים: תוכנית מימון הלוואות לסטודנטים לרפואה הלוואות בחו"ל, ומכוונת לסטודנטים שידם אינה משגת לממן לימודי רפואה באופן עצמאי. לסטודנט שסיים את לימודיו יוצע להפוך את ההלוואה למענק אם יחליט להתמחות בפריפריה. התוכנית הושקה בשנת 2024 וכוללת 100 סטודנטים חדשים בשנה.

תוכנית שורשים: תוכנית למימון תואר שני לפסיכולוגים בתמורה להתמחות בנגב או בגליל. התוכנית הושקה בשנת 2024 וכוללת 40 סטודנטים חדשים בכל שנה.

תוכנית מנדל למנהיגות רפואית בנגב: תוכנית המיועדת לרופאים ומקצועות הבריאות בדרגי ביניים מהנגב, ומטרתה לספק כלי חינוך למנהיגות, כדי להכשיר טוב יותר את דור העתיד ולהוביל מיזמים לשינוי בנגב. התוכנית הושקה בשנת 2023 עם 20 עמיתים חדשים בכל שנה, וצפויה להתרחב בהמשך.

תוכנית שגרירי בריאות: תוכנית מנהיגות המיועדת למימון מלגות ל-120 סטודנטים למקצועות הבריאות מהחברה הערבית בתואר ראשון או שני במקצועות הפיזיותרפיה, הריפוי בעיסוק, קלינאות התקשורת, התזונה, הפסיכולוגיה והייעוץ הגנטי. התוכנית כוללת מעטפת לבניית יכולות אישיות ומנהיגותיות, התחייבות לעבודה במערכת הבריאות הציבורית בפריפריה והתנדבות בבתי חולים פסיכיאטריים וגריאטריים במהלך התואר.

תוכנית העולים: שיתוף פעולה עם משרד העלייה והקליטה וארגון נפש בנפש. במסגרת תוכנית לעידוד עליית רופאים ניתנים מענקים ייחודיים לרופאים עולים שיחליטו לעבוד בפריפריה.

במסגרת **התוכנית הלאומית לתכנון תשתיות בריאות** עברנו כברת דרך משמעותית בעבודה עם נתונים וקבלת החלטות מבוססות נתונים, תוך מיפוי ההיצע הנוכחי של שירותי בריאות ובחינת הביקושים הנוכחיים והעתידיים, בהסתמך על חיזוי אוכלוסיית ישראל עד 2030, כולל דמוגרפיה והזדקנות. בשנתיים האחרונות התמקדנו בשירותי הבריאות האלו: דיאליזה, בתי מרקחת, אונקולוגיה, רדיותרפיה, התפתחות הילד, בריאות הנפש, חדרי ניתוח (ציבורי ופרטי), מוקדים לרפואה דחופה, TAVI, IVF, סכרת (מרפאות פצע), בריאות השן, מכשירים רפואיים מיוחדים ועוד. מידע נוסף על התוכנית תוכלו למצוא בדו"ח זה.

במקביל לעיסוק הרב בכוח אדם ותשתיות בריאות, המנהל מקדם תוכניות ייעודיות לחברה הערבית ולחברה החרדית, שמטרתן צמצום פערי בריאות.

במסגרת התוכנית המערכתית לשיפור מצב הבריאות בחברה הערבית ולצמצום אי השוויון בבריאות, בשיתוף פעולה של המשרד והרשות לפיתוח חברתי כלכלי של החברה הערבית ואגף הבדואים, עסקנו רבות בביסוס התוכנית הרב שנתית וביישומה. בין הנושאים שקודמו: פרסום מבחן תמיכה לקופות החולים לשלוש השנים הקרובות (לאחר שיח מתמשך עם הקופות) שמטרתו להרחיב את השירות הרפואי הניתן לאוכלוסייה הערבית בהיקף תקציבי של כ-100 מיליון ש"ח. פרסום מבחן תמיכה לארגוני החברה האזרחית, שבמסגרתו עמותות מהחברה הערבית ייתמכו על ביצוע פעילות מניעה וקידום אורח חיים בריא בחברה הערבית, בהיקף תקציבי של 12 מיליון ש"ח ל-3 שנים. הקמת 24 יחידות בריאות ברשויות החברה הערבית והבדואית, שתפקידן הוא להעלות את המודעות ולפעול כדי למנוע תחלואה ולקדם אורח חיים בריא ברשויות. השקת מיזם משותף לבטיחות ילדים בחברה הבדואית. תקצוב מחקרים מדעיים לטובת אפיון התנהגויות בריאות שונות בקרב החברה הערבית. הוקצה תקציב ניכר להתפתחות הילד לעיריית ירושלים לטובת הרחבה ניכרת של שירותי התפתחות הילד לחברה הערבית במזרח ירושלים ופרסום מבחן תמיכה ייעודי לקופות חולים במזרח ירושלים. השקת קמפיין רחב היקף למניעת השמנה וסוכרת, שנועד להעלות את המודעות לחשיבות אורח החיים הבריא באופן פשוט ובכלים פרקטיים. נוסף על כך קודמו תוכניות שונות לשילוב החברה הערבית במקצועות בריאות, לדוגמה תוכנית שגרירי הבריאות ושנת מעבר בחברה הבדואית.

לפני מספר חודשים העלינו אתר אינטרנט ייעודי לתוכנית, הכולל מידע על הפעילות המלאה וחומרים מקצועיים. האתר בשפות עברית וערבית וכתובתו:

<https://www.gov.il/he/departments/units/arab-society-health-improvement-program/govil-landing-page>

במסגרת תוכנית הבריאות לצמצום פערי בריאות בחברה החרדית, ובשיתוף פעולה בין המשרד לרשות לפיתוח חברתי וכלכלי של המגזר החרדי במשרד ראש הממשלה, קודמו תכניות בתחומים שבהם נצפו פערי בריאות, ובכללם: כיסוי נמוך של חיסונים, בריאות השן, בטיחות ילדים, עידוד פעילות גופנית, מניעת עישון, תזונה נכונה, הסברה וחוסן נפשי.

התוכנית פועלת במספר זירות, בדגש על מתן שירותים קרוב לבית ובהנגשה תרבותית:

1. טיפות חלב - (א) ניידת טיפת חלב בשכונות חרדיות שבהן שיעור כיסוי חיסונים נמוך; (ב) מניעת עששת - מריחת לכה פלוריד החל מהשן הראשונה, והדרכה בנוגע למניעת עששת; (ג) תזונאיות - הדרכה למניעת אנמיה ותזונה נכונה בילדים; (ד) פעילות ב-19 מתנסים בשכונות חרדיות - הפעלת תוכניות בנושאים שבהם נמצאו פערים (פעילות גופנית, תזונה נכונה, בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן, בטיחות ילדים ועוד).
2. בתי ספר - (א) הדרכה של צעירות וצעירים בנושאים הנוגעים למניעת תחלואה וקידום בריאות בדגש על מניעת עישון, תזונה נכונה ופעילות גופנית; (ב) מורים וצוות פדגוגי - הדרכה בנושאי קידום בריאות, תזונה נכונה, מניעת עישון, פע"ג ועוד.
3. הכשרות כ"א - מכינות להכשרת כ"א במקצועות הבריאות הנמצאים בייצוג נמוך.
4. מדידה והערכה - של תכניות ההתערבויות לאומדן של אפקטיביות ואימפקט.

גם השנה המשכנו לקדם פעילות משמעותית בשלטון האזורי לטובת מניעת תחלואה, קידום אורח חיים בריא וצמצום פערי בריאות. לפני כשלוש שנים החל המשרד להקים יחידות בריאות באשכולות האזוריים, והשנה הפעילות התרחבה לכלל האשכולות האזוריים. בכל אשכול מונו מתכללת בריאות ותזונאית, ומקודמות פעולות רבות לקידום אורח חיים בריא וצמצום פערים.

תמריצים לקופות: במסגרת מבחני התמיכה של המשרד לקופות החולים, הוכנס תקציב גבוה יותר לפעילות בפריפריה ובחברה הערבית. דוגמאות למבחנים שנכנס בהם תמריץ גבוה יותר לפריפריה ולחברה הערבית: בריאות הנפש, התפתחות הילד, אשפוזי בית, התמכרויות ועוד.

מדידת אי השוויון: בשנים האחרונות המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל מפרסם דו"ח של התוכנית הלאומית למדידת פערים בבריאות בישראל, כשהשנה פורסמו נתונים בחתך גאוגרפי, סוציואקונומי ובחתך מגזרי. הדו"ח המקיף מפרסם תהליך משמעותי שעבר בגיבוש סט לאומי של מדדים לפערים בבריאות ובשירותי הבריאות, ומשמש מצפן עבור כולנו.

אני מודה לכל מי שלקחו חלק בכתיבת הדו"ח ובייחוד לנדא עליאן מנהלת תחום צמצום פערי בריאות וד"ר חני שרודר, מנהלת האגף לתכנון מדיניות.

תודה לשר הבריאות אוריאל בוסו ולמנכ"ל משרד הבריאות משה בר סימן טוב, שפועלים רבות כדי לצמצם פערי בריאות ובזכותם המשרד מצליח לקדם פעילות ענפה. תודה מיוחדת למנהלי מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי ולעובדיו, שעובדים לילות כימים כדי לצמצם פערי בריאות תוך רתימת שותפים רבים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה.

מאת ארכאוס ימים שקטים ואוהבים יותר,

איילת גרינבאום אריזון

סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי וכלכלי

10.....	תקציר מנהלים.....
14.....	פרק 1: אי השוויון במדדי הבריאות.....
15.....	מגמות עיקריות בתחום אי השוויון במדדי הבריאות.....
15.....	התפתחות מדדי הבריאות: תוחלת חיים, שיעורי תמותה ותמותת תינוקות.....
20.....	התנהגות בריאותית בחברה החרדית.....
25.....	התנהגות בריאותית בחברה הערבית.....
31.....	פרק 2: אי השוויון בכוח אדם ותשתיות בריאות.....
32.....	מספר המיטות ל-1,000 נפש לפי אזור גיאוגרפי.....
35.....	מועסקים במקצועות הרפואה והבריאות.....
37.....	רפורמת הסדרי הבחירה והשפעתה על נגישות לתשתיות הבריאות.....
40.....	התוכנית הלאומית לתכנון פריסת תשתיות בריאות.....
40.....	פריסת תחנות טיפות חלב.....
43.....	פריסת מכוני שיקום.....
46.....	פריסת מרכזים אונקולוגיים.....
50.....	כוח האדם במקצועות הרפואה והבריאות בחברה החרדית.....
52.....	כוח האדם במקצועות הרפואה והבריאות בחברה הערבית.....
55.....	פרק 3: אי השוויון ברפואה הקהילתית.....
56.....	מאוחדת.....
59.....	כללית.....
61.....	לאומית.....
63.....	מכבי.....
66.....	פרק 4: גורמים חברתיים וכלכליים המשפיעים על הבריאות – מגמות עיקריות.....
67.....	אי שוויון חברתי כלכלי: עדכון תמונת מצב.....
68.....	ממדי העוני בישראל.....
74.....	החברה החרדית בראי אי השוויון.....
75.....	הדמוגרפיה בחברה החרדית.....
76.....	חינוך והשכלה גבוהה בחברה החרדית.....
78.....	תעסוקה ורמת החיים בחברה החרדית.....
80.....	עוני בחברה החרדית.....
81.....	פרק 5: תוכנית התערבות מערכתית לצמצום אי השוויון: הקמת יחידות בריאות באשכולות האזוריים.....

רשימת הלוחות והתרשימים

- 15.....2023-2013. לוח 1: מדדי הבריאות העיקריים 2023-2013.
- 16.....2023. תרשים 1: תוחלת החיים בלידה ובגיל 65 - 2022 לעומת 2023.
- 17.....2023-2013. תרשים 2: תוחלת החיים לפי קבוצות אוכלוסייה 2023-2013.
- 17.....2023-2013. לוח 2: שיעורי התמותה לפי קבוצות אוכלוסייה 2023-2013.
- 18.....2023-1996. תרשים 3: יחס שיעורי תמותת תינוקות חברה ערבית לעומת חברה יהודית ואחרת 2023-1996.
- 18.....2023-2013. לוח 3: שיעורי תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי לפי קבוצות אוכלוסייה - 2023-2013.
- 19.....(2023-2021). תרשים 4: תוחלת החיים בלידה לפי אזור גאוגרפי (ממוצע 2023-2021).
- 19..... תרשים 5: שיעור התמותה ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי - כלל האוכלוסייה.
- 20..... תרשים 6: שיעורי תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי לפי אזור גאוגרפי וקבוצות אוכלוסייה.
- לוח 4: אחוז מטופלים בבריאות הנפש בחלוקה דמוגרפית מבין מבוסחי קופות החולים כללית, מכבי ולאומית (2017).....22.
- תרשים 7: שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי.....23.
- תרשים 8: שיעור התלמידים בישיבות התיכונים ובתיכונים לנוער חרדי נושר (גיל 12-18) שהתנסו אי פעם בעישון.....24.
- תרשים 9: שיעור התלמידים המעשנים בישיבות תיכניות ותיכונים לנוער חרדי נושר (גיל 12-18) על פי תדירות העישון.....24.
- תרשים 10: היארעות סרטן ריאה לפי מין וקבוצות אוכלוסייה.....26.
- תרשים 11: שתיית אלכוהול: אחוז התלמידים ששתו משקה אלכוהולי כלשהו, שלא למטרות קידוש, לפחות פעם אחת ב-30 הימים האחרונים, לפי כיתה ומגזר.....26.
- תרשים 12: שימוש בחשיש/מריחואנה: אחוז התלמידים שהשתמשו בחשיש/מריחואנה (גראס, קנביס) ב-30 הימים האחרונים, לפי כיתה ומגזר.....27.
- תרשים 13: שיעור הימצאות השמנת יתר בילדים בני 7 ובני 14-15 לפי קבוצות אוכלוסייה, 2023.....28.
- תרשים 14: שיעור הימצאות של השמנת יתר על פני גילים שונים - גברים לפי קבוצות אוכלוסייה.....28.
- תרשים 15: שיעור הימצאות של השמנת יתר על פני גילים שונים - נשים לפי קבוצות אוכלוסייה.....29.
- תרשים 16: שיעור הימצאות הסוכרת בקרב בני 25 ומעלה לפי קבוצות אוכלוסייה וקבוצות גיל ב-2022.....29.
- תרשים 17: מספר מיטות האשפוז הכלליות ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי.....32.
- תרשים 18: מספר מיטות אשפוז אגף פסיכיאטריה ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי.....33.
- תרשים 19: מספר מיטות אשפוז אגף שיקום ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי.....34.
- תרשים 20: מספר מיטות אגף אשפוז גריאטרי ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי.....34.
- תרשים 21: מספר הרופאים והרופאות המועסקים ל-1,000 נפש לפי מחוז גאוגרפי, ממוצע 2021-2023.....35.
- תרשים 22: מספר האחים והאחיות המועסקים ל-1,000 נפש לפי מחוז גאוגרפי, ממוצע 2023-2021.....35.
- תרשים 23: מועסקים במקצועות רפואיים אחרים ל-1,000 נפש לפי מחוז גאוגרפי 2023-2021.....36.
- תרשים 24: מועסקים במקצועות פרא רפואיים ל-1,000 נפש לפי מחוז גאוגרפי 2023-2021.....36.
- תרשים 25: המספר הממוצע של מרכזי העל שהקופה מציעה, השוואה של ההסדרים עד אחרי ספטמבר 2023.....38.
- תרשים 26: המספר הממוצע של כלל בתי החולים (כללי ומרכזי על) שהקופה מציעה, השוואה של ההסדרים עד אחרי ספטמבר 2023.....38.

תרשים 27: מספר ממוצע של כלל בתי החולים (כללי ומרכזי על) שהקופה מציעה, השוואה בין פריפריה ומרכז לפי ההסדרים אחרי ספטמבר 2023.....39

לוח 5: המרחק הממוצע העודף לבתי החולים שהקופה מציעה למבוטח לפי סוג קופה, ובריבוד לפריפריה-מרכז, השוואה בין ההסדרים עד ספטמבר 2023 ואחריו39

לוח 6: המרחק הממוצע העודף לבתי החולים שהקופה מציעה למבוטח לפי סוג קופה, ובריבוד למחוז, השוואה בין ההסדרים עד ספטמבר 2023 ואחריו40

תרשים 28: שיעור כיסוי האוכלוסייה לפי מחוז ואופן ההגעה לטיפות החלב - מאי 2024.....41

תרשים 29: נגישות לטיפות החלב לפי מרחק ואופן ההגעה - דצמבר 2024.....42

תרשים 30: פריסת מיטות שיקום (מחלקות) ומרכזי שיקום אמבולטורי.....44

תרשים 31: חיזוי שיעור מיטות שיקום (אורתופדי + גריאטרי) למטופלי שבר צוואר ירך לפי נפה גאוגרפית בשנת 2030.....45

תרשים 32: פריסה גאוגרפית של בתי החולים בישראל לפי גודל (כמות הטיפולים האונקולוגיים) ומרכזי רדיותרפיה, בשנים 2018-2022.....47

תרשים 33: התפלגות טיפולי האונקולוגיה שניתנו בבתי חולים לפי גודל בית החולים.....48

תרשים 34: התפלגות טיפולי האונקולוגיה לפי מחוזות בתי חולים ומחוזות מגורים, 2018-2022.....49

תרשים 35: חלוקה של המחוז שבו מטופלים מקבלים טיפול בקרב מטופלים מהמחוזות חיפה, דרום וצפון, בשנים 2018-2022.....49

תרשים 36: מספר רישיונות חדשים לאחיות שהופקו לחרדים בוגרי האקדמיה הישראלית.....51

תרשים 37: שיעור הערבים מבין מקבלי הריישיונות החדשים במקצועות רפואה נבחרים 2010 לעומת 2022.....53

תרשים 38: שיעורי הייצוג של החברה הערבית בשירות המדינה לפי דרג התפקיד.....54

תרשים 39: איזון כולסטרול בחולי לב - איזון ע"פ מגדר.....65

תרשים 40: איזון כולסטרול בחולי לב - ע"פ מגזר ומגדר.....65

תרשים 41: ההוצאות הציבוריות לרווחה כאחוז מהתמ"ג - השוואה בינלאומית, 2022-2023.....67

תרשים 42: השינוי בהכנסה הכלכלית ובהכנסה נטו (אחוזים), 2022 ו-2023.....68

תרשים 43: תחולת העוני של נפשות, ילדים, ואזרחים ותיקים (אחוזים), 2010-2023.....69

תרשים 44: עומק העוני וחומרת העוני (מדד FGT) בנפשות, לפי הכנסה נטו (אחוזים), 2021-2023.....69

תרשים 45: השפעת תשלומי ההעברה והמיסים הישירים לצמצום תחולת העוני של משפחות ונפשות (אחוזים), 2010-2023.....70

תרשים 46: התפלגות האוכלוסייה לעומת התפלגות העניים, קבוצות שונות (אחוזים), 2023.....71

תרשים 47: מפת חום - תחולת העוני של משפחות ביישובים שבהם יותר מ-5,000 תושבים (אחוזים), 2023.....72

תרשים 48: תחולת עוני בקרב נפשות, מדינות ה-OECD (אחוזים), שנים שונות.....73

תרשים 49: מדד ג'יני לאי שוויון בהכנסה נטו, מדינות ה-OECD (אחוזים), שנים שונות.....74

לוח 7: היישובים המרכזיים שבהם מתגורר הציבור החרדי והמדד החברתי-כלכלי שלהם.....75

תרשים 50: התפלגות גילים לפי מגזר (2022).....76

תרשים 51: שיעור זכאים לתעודת בגרות לפי מגזר, 2022.....77

תרשים 52: שיעור גברים ונשים בעלי תואר אקדמי לפי מגזר, 2000-2021, גילי 25-49.....77

תרשים 53: הכנסה חודשית והוצאה חודשית לנפש (תקנית), לפי קבוצת אוכלוסייה, 2021 (בש"ח).....79

לוח 8: הוצאה חודשית על בריאות למשקי בית יהודיים, לפי מידת דתיות של משק הבית.....79

לוח 9: תחולת עוני של נפשות, ילדים ואזרחים ותיקים (אחוזים), 2023.....80

לוח 10: חלקן של נפשות ומשפחות בכלל האוכלוסייה ובאוכלוסייה הענייה (אחוזים), 2023.....80

תרשים 54: מספר המיזמים בתחומי הפעילות באשכולות.....84

אי שוויון בבריאות מתייחס לפערים מדידים במצב הבריאות בין תתי אוכלוסיות הנובעים בין השאר מהבדלים בגורמים חברתיים, כלכליים ופיזיים. מערכת הבריאות עוסקת באופן רציף במיפוי וניטור פערים אלה ובבניית מדיניות וכלים לצמצומם. מידי שנה מפרסם משרד הבריאות את דו"ח השוויוניות בבריאות ומרכז את הנתונים העיקריים המצביעים על פערים אלה, מנתח את הסיבות הפוטנציאליות להיווצרותם ומתאר צעדי התערבות שנועדו לצמצם אותם. בשנת 2023 פרצה מלחמת חרבות ברזל והשפיעה על פערים אלו, אף על פי שהחלה ברבעון האחרון של השנה. ניתן להניח כי השפעותיה של המלחמה על אי השוויון ילוו אותנו גם בשנת 2024 ויתכן אף מעבר לה. השנה הדו"ח מציג נתונים על החברה החרדית וממשיך במעקב אחר החברה הערבית שהדו"ח הקודם התייחס אליה בהרחבה.

מגמות עיקריות בתחום אי השוויון במדדי הבריאות

מדדי הבריאות העיקריים המוצגים בדו"ח הם מדדי תוחלת החיים, שיעורי התמותה ותמותת התינוקות. מדדים אלה נותחו בקבוצות האוכלוסייה השונות ועל פני אזורים גיאוגרפיים שונים.

- **תוחלת החיים** - תוחלת החיים ב-2023 היא 83.3 שנים. לאורך העשור האחרון חלה עלייה בתוחלת החיים באוכלוסייה בישראל. שיעור העלייה בתוחלת החיים בקרב קבוצת הנשים הערביות הוא הגבוה ביותר - יותר מנשים יהודיות ויותר מגברים יהודים וערבים. פערי תוחלת החיים בין נשים ערביות לנשים יהודיות הולך ומצטמצם, בעוד הפער בין גברים יהודים לגברים ערבים הולך וגדל. מגמה זו המשיכה גם בשנת 2023. השפעת המלחמה על תוחלת החיים ניכרת בעיקר באוכלוסייה היהודית. בקרב הגברים הפער בין תוחלת החיים בנטרול הרוגי המלחמה לתוחלת החיים הכוללת את הרוגי המלחמה הוא 11 חודשים. בקרב הנשים היהודיות הוא 4 חודשים. בניית גיאוגרפי ניכרים פערים בתוחלת החיים בין האזורים השונים. תוחלת החיים באזורי המרכז, תל אביב, ירושלים ויהודה ושומרון (ביהודה ושומרון נמדדו המדדים לאוכלוסייה היהודית בלבד) גבוהה מהממוצע הארצי בעוד שבאזורי חיפה, הצפון והדרום היא נמוכה מהממוצע הארצי.

- **שיעורי התמותה ל-1,000 נפש** - שיעור התמותה המתוקנן ב-2023 הוא 4.4 ל-1,000 נפש. שיעור זה ירד בשנת 2023 לעומת 2022. לאורך העשור האחרון, לא ניכרת מגמה ברורה של ירידה או עלייה בשיעורים אלו. שיעורי התמותה בחברה היהודית נמוכים משיעורי התמותה בחברה הערבית. לאורך העשור האחרון ההפרש בשיעורי התמותה בין חברות אלה נע בין 19%-29%. בשנת 2023 ההפרש עמד על 18.6% ובנטרול הרוגי המלחמה על 24.4%. בחינת שיעורי התמותה לפי אזורים גיאוגרפיים מראה תמונה הפוכה להפרשי תוחלת החיים - שיעורי התמותה באזורי תל אביב, המרכז, ירושלים ויהודה ושומרון נמוכים יותר מהממוצע הארצי בעוד באזורי חיפה, הצפון והדרום הם גבוהים יותר ממנו.

- **שיעורי תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי** - שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי ב-2023 הוא 2.7. גם במדד זה ניכרת מגמה של ירידה לאורך העשור האחרון. ירידה זו ניכרת גם בחברה היהודית וגם בחברה הערבית. יחד עם זאת, הפערים בין החברה היהודית והחברה הערבית ממשיכים - שיעור הירידה בחברה היהודית גדול יותר (ירידה של 16.7% בחברה היהודית לעומת ירידה של 16% בחברה הערבית). היחס בין שיעורי התמותה בין החברה הערבית לחברה היהודית הוא 2.7. פערים אלו באים לידי ביטוי בכל האזורים הגיאוגרפיים וגבוהים במיוחד באזור הדרום, שם היחס בין שיעורי תמותת התינוקות עולה ל-4.

מגמות עיקריות בתחום אי השוויון בתשתיות בריאות

זמינות שירותי הרפואה, נגישותם ואיכותם משפיעים באופן משמעותי על מדדי בריאות האוכלוסייה. בדו"ח השנה נמשך המעקב אחר שיעור המיטות וכוח האדם הרפואי ל-1,000 נפש בפילוח גיאוגרפי. בנוסף יתוארו מהלכי מדיניות בתחומי תכנון כוח האדם בחברה החרדית והערבית, רפורמת הסדרי הבחירה ופריסת תשתיות רפואה המבוססת על ניתוח נתונים.

בבחינת שיעור המיטות ל-1,000 נפש לפי אזור גיאוגרפי ניתן להבחין במגמות הבאות:

- שיעור מיטות האשפוז הכלליות ל-1,000 נפש ירד בין השנים 2010-2023. ב-2023 הוא עמד על 1.716. השיעורים באזורי הדרום והצפון נשארו יציבים בשנים אלו ונמוכים מהממוצע הארצי, בעוד שבאזורי המרכז, תל אביב וירושלים ניכרת ירידה במדד זה. אזורי תל אביב וירושלים גבוהים מהממוצע הארצי.
- שיעור מיטות האשפוז הפסיכיאטרי ב-2023 הוא 0.36 ל-1,000 נפש. בשיעור זה ניכרת יציבות בין השנים 2020-2023 במרבית אזורי הארץ למעט חיפה וירושלים שם ניכרת שחיקה. באזור חיפה שיעור מיטות אלה הוא הגבוה ביותר ובאזור הדרום הוא הנמוך ביותר.
- שיעור מיטות אשפוז השיקום ב-2023 הוא 0.10 ל-1,000 נפש. בשיעור זה ניכרת יציבות יחסית בין 2020-2023, למעט באזור תל אביב שם ניכרת שחיקה. אזור תל אביב הוא האזור בו שיעור המיטות הוא הגבוה ביותר ובצפון הוא הנמוך ביותר.
- שיעור מיטות האשפוז הגריאטרי ב-2023 הוא 2.8 ל-1,000 נפש. גם בשיעור זה ניכרת יציבות בין השנים 2020-2023, למעט באזורי תל אביב והדרום - שם ניכרת שחיקה. בתל אביב, חיפה והמרכז שיעור מיטות אלה הוא הגבוה ביותר ובדרום ובירושלים הוא הנמוך ביותר.

בבחינת מספר המועסקים במקצועות הרפואה ל-1,000 נפש ניתן להבחין בפערים הבאים:

- באזורי תל אביב, חיפה והמרכז מספר הרופאים והרופאות הממוצע ל-1,000 נפש גבוה יותר מהממוצע הארצי העומד על 3.9. בשאר האזורים המספר נמוך מהממוצע הארצי.
- באזורי תל אביב וחיפה מספר האחים והאחיות הממוצע גבוה יותר מהממוצע הארצי העומד על 5.4.
- באזורי תל אביב, המרכז וחיפה מספר העוסקים במקצועות רפואה אחרים (כגון פיזיותרפיסטים, קלינאי תקשורת, תזונאים וכד') גבוה מהממוצע הארצי העומד על 5.3.
- באזורי תל אביב וחיפה מספר העוסקים במקצועות פרא רפואיים גבוה מהממוצע הארצי העומד על 5.8.

ב-2023 נכנסה לתוקפה רפורמת הסדרי הבחירה מול קופות החולים, במטרה להרחיב את השירותים הרפואיים העומדים לרשות המבוטחים. הוגדרו קריטריונים חדשים שבהם הקופות נדרשות לעמוד כדי להגדיל את נגישות המבוטחים לבתי חולים, הוספו תחומים שהמבוטח זכאי לקבל בהם שירות ללא קשר להסדרי הבחירה של הקופה שאליה הוא משתייך והוגדרו לקופות החולים קריטריונים שקופים וברורים ליידוע המבוטחים לגבי הרחבת אפשרויות הטיפול. הרפורמה צפויה לקצר את מרחקי ההגעה של מטופלים לשירותי בריאות שונים ובכך לשפר את השירות, בעיקר לתושבי הפריפריה.

במסגרת פריסת תשתיות מבוססות נתונים, בוחן הדו"ח השנה 3 תחומי פעילות: טיפות החלב, מרכזי שיקום ומכוני אונקולוגיה:

- **טיפות חלב** - שיעור גבוה מתושבי ישראל - 98% - מתגורר באזורים סטטיסטיים הנמצא במרחק הליכה או מרחק נסיעה של עד 5 ק"מ מתחנת טיפת חלב*. בניתוח גיאוגרפי, המחוז בו הנגישות היא הנמוכה ביותר הוא מחוז הדרום.

- **מרכזי שיקום** - בעוד שבמרכז הארץ קיימים לא מעט מרכזי יום, בתי חולים ומרפאות, בפרפריה הגאוגרפית כמעט שאין מרכזי שיקום. הבעיה המרכזית קיימת דרומית לבאר שבע. במחוז הצפון המצב מעט טוב יותר, אם כי בחינת שיעורי הביקוש מגלה ששיעורי ההיצע דלים יחסית גם הם. מניתוח הזדקנות האוכלוסייה עד שנת 2030, שנועד להעריך את הביקוש לשירותי שיקום (בהתבסס על אירועי שבר צוואר ירך ושבר מוחי) בבחינת השיקום הגריאטרי ניכר כי אזורי הצפון, הדרום והבקעה צפויים להיות בלתי נגישים לשיקום גריאטרי ואורתופדי.
- **מרכזים אונקולוגיים** - כ-60% מהטיפולים האונקולוגיים בבתי החולים בישראל ניתנים ב-4 בתי חולים גדולים - סוראסקי, תל השומר, בלינסון ורמב"ם. כ-20% נוספים ב-4 בתי חולים בינוניים נוספים - סורוקה, הדסה, מאיר ושערי צדק. בנוסף, נמצא כי שיעור החולים הנאלצים לנסוע למחוזות מרוחקים מאזור מגוריהם גבוה בעיקר באזור הדרום.

במסגרת תכנון כוח האדם במערכת הבריאות, נבחנה מידת הייצוג של כוח אדם מהחברה החרדית ומהחברה הערבית:

- **כוח אדם מהחברה החרדית** - שיעור השתלבותה של האוכלוסייה החרדית במקצועות הרפואה והבריאות נמוך במידה ניכרת בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. מצב זה בולט במיוחד בתחומים כמו רפואה, פיזיותרפיה, תזונה ופסיכולוגיה, שבהם לא נרשמה עלייה ניכרת בשנים האחרונות. בכל שנה ניתן מספר מועט של רישיונות מקצועיים בתחומים אלו לאנשי מקצוע חרדים, כאשר מספר הסטודנטים החרדים בלימודי רפואה נוסק לאפס. לעומת זאת בתחום הסיעוד ניכרת צמיחה בשנים האחרונות של אחים ואחיות מהחברה החרדית. הסיבה לכך היא בנייתן של תוכניות ייעודיות לסטודנטים מהחברה החרדית, בשונה מתחומים אחרים. התאמתן של תוכניות בתחומים מגוונים לחברה החרדית, יחד עם פרסום מסלולי הלימוד המיוחדים, צפויים להביא להגדלת שיעור כוח האדם מחברה זו.
- **כוח אדם מהחברה הערבית** - השתלבות החברה הערבית במקצועות הרפואה והבריאות בישראל משמעותית, כאשר אנשי מקצוע ערבים ממלאים תפקיד מרכזי במתן שירותי הבריאות בישראל. שיעור הערבים העוסקים ברפואה, רוקחות, סיעוד ורפואת שיניים גבוה משיעורם באוכלוסייה. יש לציין כי 75% ממקבלי רישיונות הרפואה בחברה הערבית למדו בחו"ל. לצד שיעורם הגבוה יחסית של הערבים במקצועות הבריאות, שיעורם בתפקידי ניהול בכירים במערכת הבריאות ובהתמחויות יוקרתיות נמוך.

מגמות עיקריות בתחום אי השוויון ברפואה הקהילתית

מערך הרפואה הקהילתית המופעל ע"י קופות החולים מהווה תשתית מרכזית לצמצום פערים בריאותיים בכל קופות החולים נעשות פעילויות מגוונות לצמצום אי השוויון. המלחמה העמידה בפני קופות החולים אתגרים משמעותיים כגון טיפול במשפחות מפונים וטיפול משמעותי בתחומי הטרואמה ובריאות הנפש הפעילויות העיקריות שבוצעו ע"י קופות החולים:

- **מאוחדת** - הפעלה מגוון כלים להתמודדות עם המלחמה כגון מוקדי חירום למענה לאוכלוסייה המבוגרת, מוקד סיוע נפשי, מוקד ליווי היריון, תהליכים לפיתוח חוסן בקרב צוותים רפואיים וקשר עם אוכלוסיות בסיכון. כמו כן ערכה הקופה סקר לבחינת התנהגויות בריאותיות לאור המלחמה. בנוסף שמה הקופה דגש על הנגשת זכויות רפואיות במטרה לצמצם פערים בערוצים שונים.
- **כללית** - גם היא הפעילה מגוון כלים במטרה להתמודד עם השפעות המלחמה. במסגרת זו שמה הקופה דגש על רציפות הטיפול הרפואי ופתחה מוקדי רפואה באתרי הפינוי של האוכלוסייה, שעסקו גם בקידום התנהגויות בריאות. בנוסף, שמה הקופה דגש על כלים להנגשת שירותים ובהם כלים לטיפול מרחוק. גם כללית פעלה בהעלאת החוסן של הצוותים הרפואיים ופעלה מול משפחות החטופים והשבים.

*הסבר לשיטת החישוב מופיע בהרחבה בפרק 2 להלן

- **לאומית** - הפעילה תוכניות להעצמת הצוותים הרפואיים ובניית החוסן, העלתה את הנגשת השירותים מרחוק והמשיכה להפעיל מערך לוגיסטי של משלוח תרופות במטרה למנוע מהאוכלוסייה לצאת מביתה באזורי סיכון. בנוסף הפעילה הקופה מוקדים לתמיכה נפשית, הפעילה מרפאות ייעודיות וטיפול רפואה משלימה לאוכלוסיות המפונות, לאנשי המילואים ולבני משפחותיהם. בנוסף, הפעילה מערכת תמיכה וליווי למשפחות החטופים והשבים.
- **מכבי** - במהלך תקופת הלחימה הופעלו מוקדים רפואיים ייעודיים למגוון צרכים דחופים. בנוסף, הפעילה הקופה מספר תהליכים לשמירה על הרצף הטיפולי של אוכלוסיות המפונות לאספקה סדירה של תרופות והוקמו מרפאות ייעודיות ביעדי הפינוי. בנוסף, פיתחה הקופה מגוון כלי ניהול מיחשוביים למעקב אחר אוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים. הקופה גם תגברה את מערך השירותים האדמיניסטרטיביים ופעילויות החוסן לעובדיה. בנוסף לפעילות הקשורה למלחמה פעלה הקופה במטרה לצמצם פערים באיזון מחלות לב כלילית בנשים. במסגרת זו הושקה תוכנית ייעודית שכללה מגוון פעילויות בקרב המבוטחות לצד פעולות הסברה והכשרות לרופאים. ההתערבות הובילה לשיפור במדדי איזון הכולסטרול בקרב נשים חולות לב ולהגברת המודעות.

תוכנית התערבות מערכתית לצמצום אי השוויון: הקמת יחידות בריאות באשכולות האזוריים

ב-2023 המשיך משרד הבריאות להפעיל תוכנית התערבות רחבת היקף באשכולות האזוריים. לאשכולות האזוריים תפקיד חשוב בצמצום פערי בריאות בהיותם גורם מרכזי בטיפול בגורמים חברתיים סביבתיים המשפיעים על הבריאות (כגון נגישות ותחבורה, זיהום אויר, תזונה, חינוך ועוד). במסגרת זו הוקמו יחידות בריאות בהובלת מתכללי בריאות באשכולות במטרה לעקוב ולהעלות את המודעות למדדי הבריאות של התושבים וליזום מהלכים אזוריים המשפיעים על בריאות האוכלוסייה. את פעילות מתכללי הבריאות באשכולות מלווים משרד הפנים ומשרד הבריאות בשיתוף ארגון ג'וינט - אלכא. במסגרת זו הופעלו תוכניות מגוונות כגון עידוד תזונה בריאה, פעילויות לאוכלוסייה המבוגרת, תוכניות לעידוד פעילות גופנית, פעילות בתחום הגיל הרך ופעילויות נוספות.

פרק 1: אי השוויון במדדי הבריאות



אי שוויון בבריאות מתייחס להבדלים מדידים במצב הבריאות בין תתי אוכלוסיות. ניתן למדוד אי שוויון בבריאות ולקבוע אחריו באמצעות נתונים והשוואות לאורך זמן. שוויוניות בבריאות היא היעדר הבדלים לא הוגנים שניתן למנוע או לתקן בין קבוצות של אנשים, בין שהקבוצות מוגדרות על בסיס חברתי, כלכלי, דמוגרפי, גאוגרפי או על פי ממדים אחרים של אי שוויון (כגון מין, מגדר, אתניות, מוגבלות או נטייה מינית). לגורמים החברתיים הקובעים את הבריאות (social determinants of health) יש השפעה על תוצאות הבריאות, והם מהווים רכיב מרכזי בהבטחת השוויוניות בבריאות. אלו הם התנאים שבהם אנשים גדלים, עובדים, חיים ומתבגרים, והמערך הרחב יותר של כוחות ומערכות אלו.¹ כלומר, שירותי הבריאות הניתנים במערכת הבריאות אינם המשפיעים הבלעדיים על בריאות האוכלוסייה.² בשנת 2023 מלחמת חרבות ברזל השפיעה על תנאים אלו, אף על פי שהחלה ברבעון האחרון של השנה.

1.1 מגמות עיקריות בתחום אי השוויון במדדי הבריאות

תוחלת החיים של סה"כ האוכלוסייה ב-2023 היא 83.3 שנים. שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי הוא 2.7 ושיעור התמותה ל-1,000 נפש הוא 4.4. אי השוויון בין אוכלוסיות שונות בחברה מוצא את ביטויו במדדי הבריאות. בחינה של מדדי תוצא בריאותיים - תוחלת חיים, שיעורי תמותה ושיעורי תמותת התינוקות - מגלה פערים המעידים על הבדלים באורח חיים בריא, באוריינות בריאות ובנגישות לשירותים רפואיים. טיפול באי השוויון אמור להשפיע על מדדי הבריאות ולאזן את הפערים בהם. השנה, המחיר הכבד של המלחמה השפיע על התמותה ועל מדד תוחלת החיים. בהשוואה בין אוכלוסיות, החברה היהודית הושפעה יותר מהחברה הערבית. בפירוט להלן נציין את מידת ההשפעה.

1.1.1 מגמות במדדי הבריאות: תוחלת חיים, שיעורי תמותה ותמותת תינוקות

מגמת העלייה בתוחלת החיים והירידה בשיעורי תמותת התינוקות ניכרת לאורך כל העשור האחרון, למעט בשנות מגפת הקורונה (2020-2022) שבהן העלייה בתוחלת החיים בלידה נבלמה ובתקופת המלחמה. מחיר המלחמה בולט מאוד - בעיקר בתוחלת החיים ובשיעורי התמותה³ - ללא הרוגי המלחמה תוחלת החיים הייתה צפויה להיות גבוהה ב-6 חודשים.

לוח 1: מדדי הבריאות העיקריים 2013-2023

שיעור שינוי 2013-2023 המלחמה	שיעור שינוי 2013-2023	2023 ללא הרוגי המלחמה	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	מדד
2.1%	1.5%	83.8	83.3	82.8	82.6	82.7	82.9	82.9	82.6	82.5	82.1	82.1	82.1	תוחלת חיים בלידה סה"כ אוכלוסייה
1.8%	0.9%	81.7	81.0	80.7	80.5	80.6	81.0	80.9	80.6	80.7	80.1	80.3	80.3	תוחלת חיים בלידה גברים
2.2%	1.9%	85.7	85.5	84.8	84.6	84.8	84.7	84.8	84.6	84.2	84.1	84.1	83.9	תוחלת חיים בלידה נשים
	-12.9%		2.7	2.8	2.8	2.4	3.0	3.0	3.1	3.1	3.2	3.1	3.1	שיעור תמותת תינוקות ל-1000 לידות חי
-14.0%	-6.4%	4.3	4.4	4.8	5.0	4.9	4.8	4.7	4.8	4.9	5.0	4.9	5.0	שיעור תמותה מתוקנן ל-1,000 נפש

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

[1] Social determinants of health, WHO

[2] County Health Rankings & Roadmaps, What Impacts Health, Explore health topics, University of Wisconsin Population Health Institute

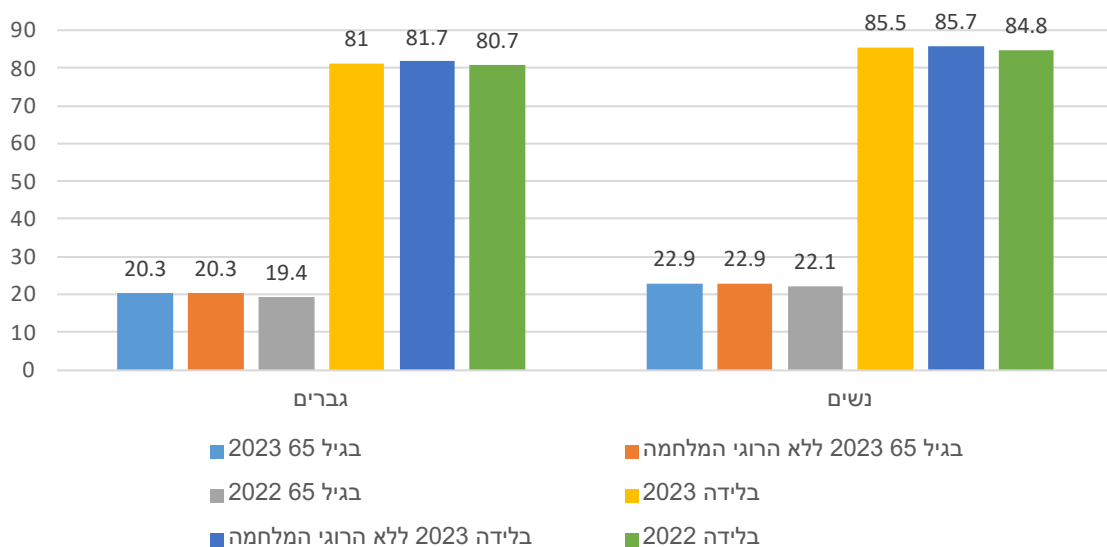
[3] כל שיעורי התמותה המופיעים בפרק זה מתוקנני גיל

הערה: שיעורי התמותה בשנת 2023 כוללים 1,250 חיילים ואזרחים שנהרגו במלחמה. ב-2023 ניכרת מגמת שיפור בולטת במדד תוחלת החיים (גם כאשר כוללים את הרוגי המלחמה) והיא גבוהה יותר מתוחלת החיים בשנת 2019, לפני מגפת הקורונה, ב-0.4 שנה (0.9 שנה ללא הרוגי המלחמה).

1.1.2 תוחלת החיים בלידה ובגיל 65

בשנת 2023 ניכרת מגמת שיפור גם בתוחלת החיים בגיל 65 - עליה מ-22.1 ל-22.9 לנשים ומ-19.4 ל-20.3 לגברים. ניכר כי המלחמה לא השפיעה על תוחלת החיים בגיל 65.

תרשים 1: תוחלת החיים בלידה ובגיל 65 – לעומת 2022



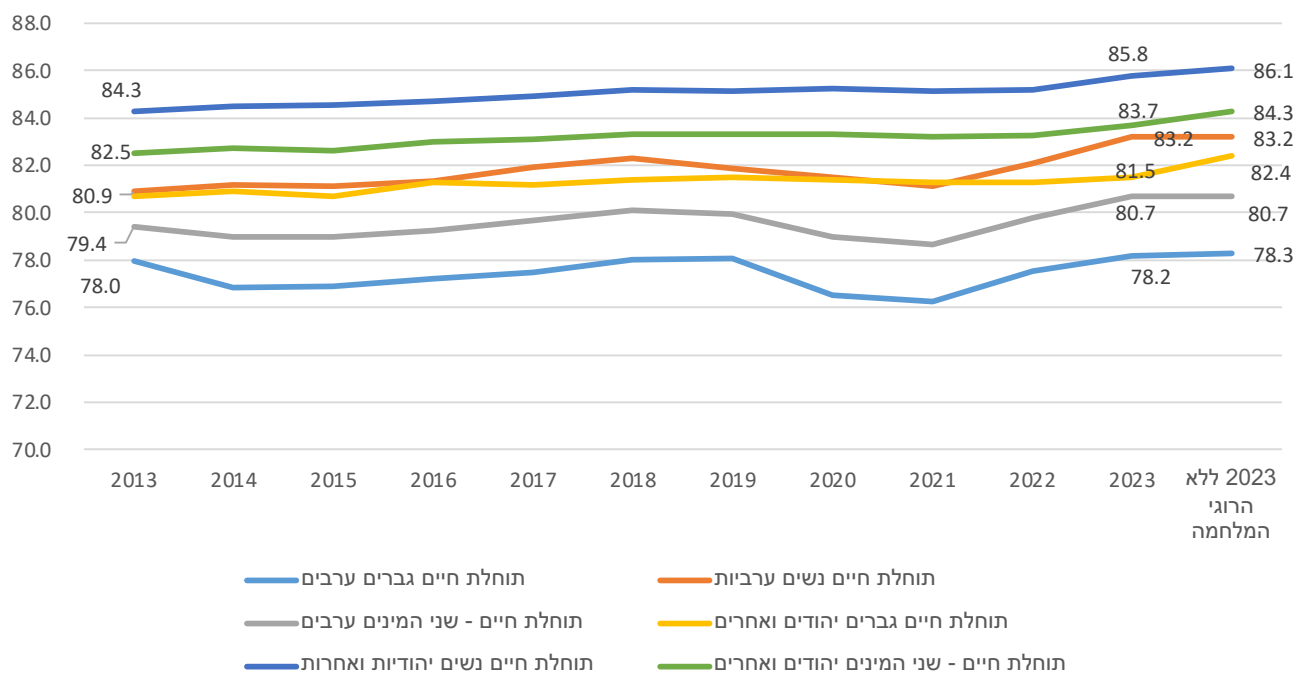
מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

בין שנת 2022 לשנת 2023 עלתה תוחלת החיים ללא הרוגי המלחמה של נשים בלידה בכ-11 חודשים: מ-84.9 ל-85.7, בעוד תוחלת החיים בקרב גברים עלתה בכשנה: מ-80.9 ל-81.7. בשנת 2022 עדיין הייתה תמותה גבוהה יחסית מנגיף קורונה (8.4% מסך הפטירות), שיעורי התמותה מקורונה היו גבוהים יותר בקרב גברים מבקרב נשים.

1.1.3 תוחלת החיים לפי קבוצות אוכלוסייה

לאורך השנים, ניכר פער בתוחלת החיים בין החברה היהודית לחברה הערבית. הפערים בקרב הגברים גבוהים יותר מאשר בקרב הנשים. תוחלת החיים של גברים ערבים ירדה מאוד בשנות הקורונה, ובשנת 2023 חזרה לרמה שהייתה בה בשנת 2019 לפני הקורונה (78.2), גבוהה אך במעט מתוחלת החיים לפני עשור - בשנת 2013. תוחלת החיים של נשים ערביות ירדה גם היא בשנות הקורונה, אך במידה פחות בולטת, ובשנת 2023 הייתה עלייה ניכרת בתוחלת החיים, כך שהיא גבוהה ב-1.3 שנה לעומת 2019 ועומדת על 83.2. סה"כ, מ-2013 עלתה תוחלת החיים בקרב הנשים הערביות ב-2.3 שנים - כ-3%. שיעור העלייה בתוחלת החיים בקרב נשים ערביות הוא הגבוה ביותר בעשור האחרון - יותר מבקרב הנשים היהודיות ויותר מבקרב הגברים בשתי קבוצות האוכלוסייה. כמו כן, ההפרש בין קבוצות האוכלוסייה בקרב הנשים הולך ומצטמצם, בעוד שבקרב הגברים הוא גדל.

תרשים 2: תוחלת החיים לפי קבוצות אוכלוסייה 2013-2023



מקור: עיבודי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

השפעת המלחמה באה לידי ביטוי בעיקר בקרב האוכלוסייה היהודית. ניתן להבחין בפער בין תוחלת החיים בנטרול הרוגי המלחמה לבין תוחלת החיים הכוללת את הרוגי המלחמה. בקרב הגברים פער זה עומד על 11 חודשים (81.5 לעומת 82.4), ובקרב הנשים על 4 חודשים (85.8 לעומת 86.1). כמו כן, בנטרול הרוגי המלחמה, הפער בין ערבים ליהודים עלה ב-2023 ב-4 חודשים בקרב הגברים, וירד בכ-3 חודשים בקרב הנשים בהשוואה ל-2022.

1.1.4 שיעורי תמותה ל-1,000 נפש מתוקננים לפי קבוצות אוכלוסייה

שיעור התמותה בקרב ערבים עמד ב-2023 על 5.1 ל-1,000 נפש ובקרב יהודים ואחרים על 4.3. בחינת יחס שיעורי התמותה המתוקננים לגיל (ל-1,000 נפש) מגלה שיעור תמותה גבוה בקרב ערבים כל השנים, לעומת יהודים בשנים 2013-2023, בטווח של 17%-29%. יחס זה עלה בשנות הקורונה, וחזר ב-2023 לרמתו ב-2013, מעט נמוך יותר מב-2022, וזהה ליחס ב-2013. יש לציין כי הפרש זה כולל את הרוגי המלחמה, שברובם היו יהודים. בנטרול הרוגי המלחמה ההפרש בשיעורי התמותה היה גבוה יותר ומגיע לכ-24% ב-2023.

לוח 2: שיעורי התמותה ל-1,000 נפש לפי קבוצות אוכלוסייה 2013-2023

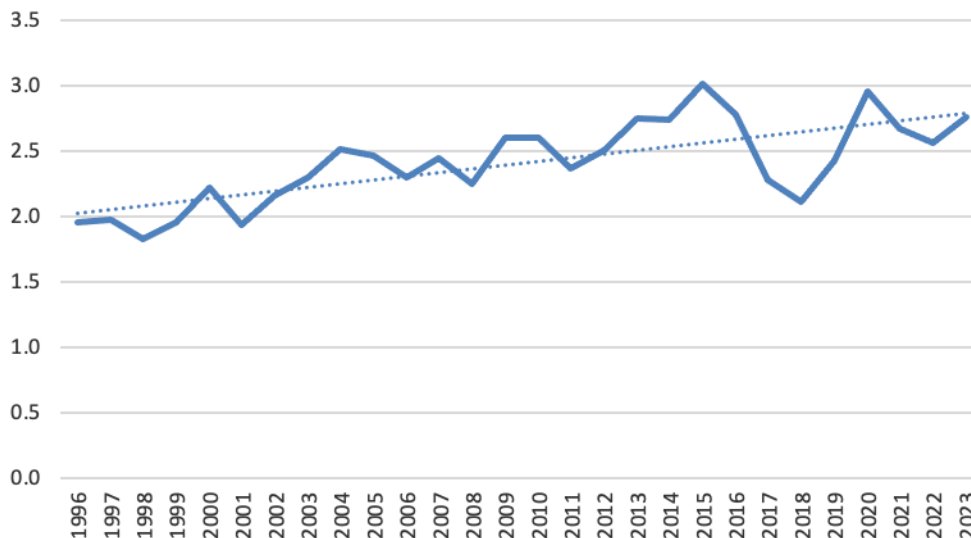
2023 ללא הרוגי המלחמה	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	
5.1	5.1	5.6	6.2	6.1	5.5	5.4	5.6	6.1	6.0	6.0	5.7	שיעור תמותה - ערבים
4.1	4.3	4.7	4.8	4.8	4.7	4.6	4.7	4.9	4.8	4.8	4.8	שיעור תמותה - יהודים ואחרים
24.4%	18.6%	19.1%	29.2%	27.1%	17.0%	17.4%	19.1%	24.5%	25.0%	25.0%	18.8%	יחס שיעורי התמותה - ערבים לעומת יהודים

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

1.1.5 שיעורי תמותת התינוקות (ל-1,000 לידות חי) לפי קבוצות אוכלוסייה

בין השנים 2013-2023 ניכרת מגמה של ירידה בשיעורי תמותת התינוקות גם בחברה הערבית וגם בחברה היהודית. יחד עם זאת, לא צומצמו הפערים במדד זה כפי שמתבטאים ביחסי השיעורים.

תרשים 3: יחס שיעורי תמותת התינוקות חברה ערבית לעומת חברה יהודית ואחרת 1996-2023



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי עמד ב-2023 על 5.2 בקרב הערבים ועל 1.9 בקרב היהודים והאחרים.

לוח 3: שיעורי תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי לפי קבוצות אוכלוסייה – 2013-2023

שיעור השינוי 2023-2013	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	דת
-16.0%	5.2	5.3	5.3	4.8	5.4	5.0	5.4	6.2	6.5	6.1	6.2	ערבים
-12.9%	1.9	2.1	2.0	1.6	2.2	2.4	2.4	2.2	2.2	2.2	2.2	יהודים ואחרים
	2.7	2.5	2.7	3.0	2.5	2.1	2.3	2.8	3.0	2.8	2.8	יחס שיעורי תמותת התינוקות - ערבים לעומת יהודים ואחרים

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

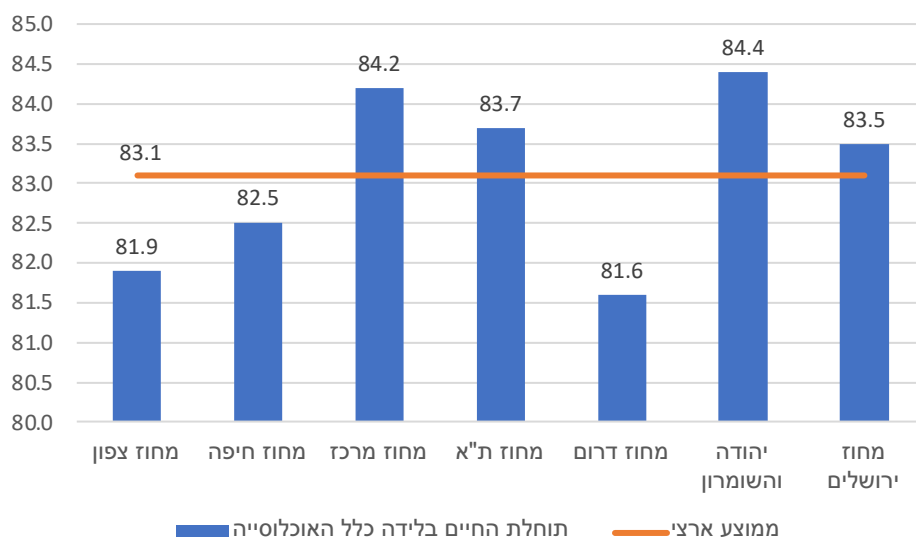
ייתכן שההסבר להפרש בין היהודים לערבים בשיעור תמותת התינוקות נובע משיעור היענות נמוך יותר לביצוע בדיקות גנטיות, בדיקות אבחנתיות בהריון ומעקב הריון מלא, שיעור גבוה של נישואי קרובים וסיבות פרא-רפואיות כגון ידע ומודעות, עמדות דתיות ועוד.⁴

1.1.6 תוחלת החיים לפי אזור גאוגרפי (ממוצע 2021-2023)

בבחינת תוחלת החיים לפי אזור גאוגרפי, ניכר כי במחוזות צפון, דרום וחיפה תוחלת החיים נמוכה מהממוצע הארצי. ההפרש היחסי באזורי הפריפריה (צפון ודרום) גבוה משמעותית מההפרש באזור חיפה. האזור הגאוגרפי שבו תוחלת החיים היא הגבוהה ביותר היא מחוז יהודה ושומרון⁵ ומחוז המרכז. חלק מההבדלים בתוחלת החיים במחוזות נובעים מהבדלים בהרכב האוכלוסייה.

[4] תחומים אלו פורטו בהרחבה בדו"ח אי השוויון בבריאות וההתמודדות עימו לשנת 2022, משרד הבריאות
 [5] באזור יהודה ושומרון לא נמדדה תוחלת החיים של האוכלוסייה הערבית. תוחלת החיים המופיעה היא של קבוצת האוכלוסייה של יהודים ואחרים בלבד

תרשים 4: תוחלת החיים בלידה לפי אזור גאוגרפי (ממוצע 2021-2023)



מקור: עיבודי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

הערה:

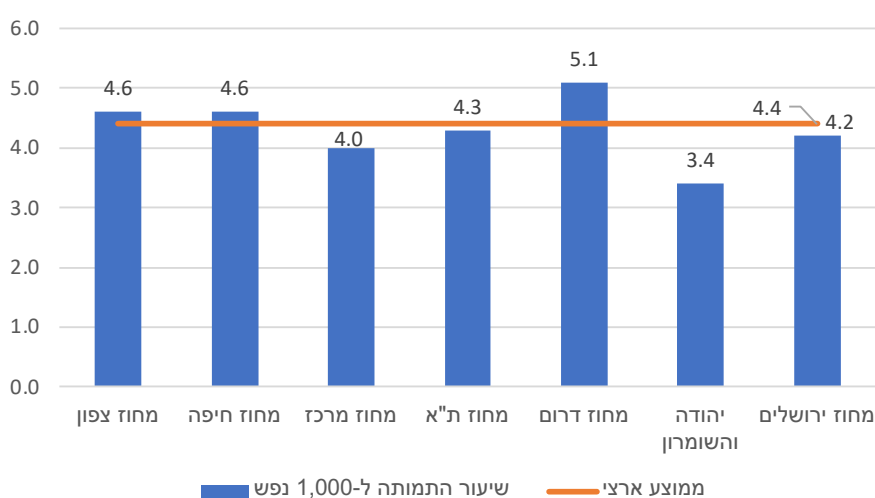
- נתון הממוצע הארצי המופיע בלוח זה הוא ממוצע שנים 2021-2023, ולפיכך שונה מתוחלת החיים ב-2023 המופיעה בפרק זה.
- אזור יהודה ושומרון כולל את תוחלת חייהם היהודים והאחרים בלבד.

1.1.7 שיעורי תמותה מתוקננים לפי אזור גאוגרפי

19

בדומה לתוחלת החיים, הפערים בין האזורים הגאוגרפיים ניכרים גם בשיעורי תמותה מתוקננים (ל-1,000 נפש). באזורי הפריפריה שיעורי התמותה גבוהים יותר מהממוצע הארצי. מחוז הדרום בולט בשיעורי תמותה גבוהים במיוחד. חלק מהפער נובע משיעור גבוה של אוכלוסייה בדואית באזור הדרום, המאופיינת באורח חיים פחות בריא, שיעור גבוה של תאונות בסביבה הביתית, שיעור נמוך של בדיקות גנטיות וכד'.⁶

תרשים 5: שיעור התמותה ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי - כלל האוכלוסייה



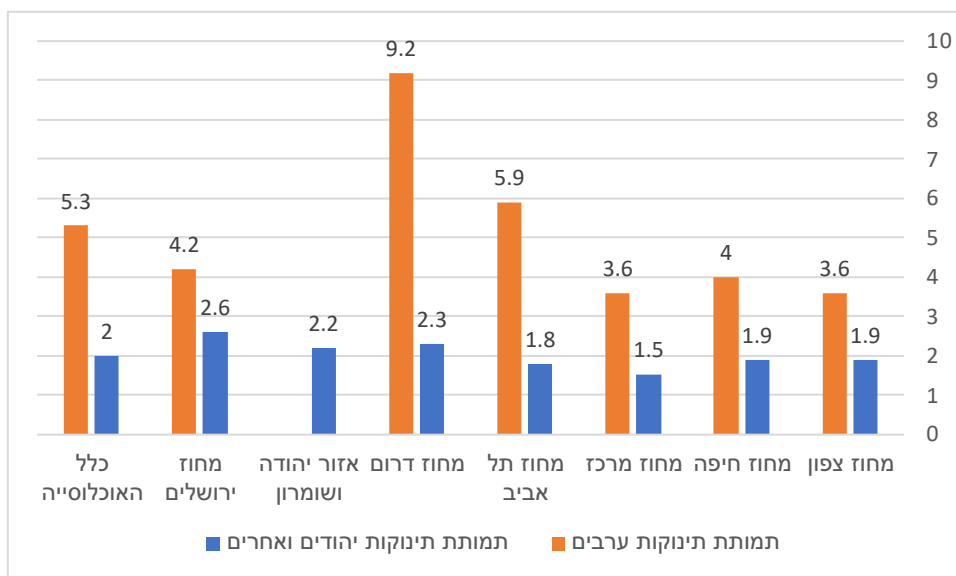
מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

הערה: אזור יהודה ושומרון כולל את שיעור תמותת היהודים והאחרים בלבד.

1.1.8 תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי לפי אזור גאוגרפי ואוכלוסייה

בבחינת שיעורי תמותת התינוקות לפי אזורים גאוגרפיים וקבוצות אוכלוסייה, ניכר שיעור גבוה יותר של תמותת תינוקות בכל המחוזות בקרב ערבים בהשוואה ליהודים. בהסתכלות לפי מחוז, ניכר כי במחוז הדרום הפער בין יהודים ואחרים לערבים הוא הגבוה ביותר, ובמחוז ירושלים הוא הנמוך ביותר.

תרשים 6: שיעורי תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי לפי אזור גאוגרפי וקבוצות אוכלוסייה



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

הערות:

- שיעור תמותת התינוקות בקרב הערבים במחוז תל אביב מבוסס על 5-19 מקרים של תמותת תינוקות
- באזור יהודה ושמרון נמדדו שיעורי תמותת התינוקות מקרב קבוצת היהודים והאחרים בלבד.

1.1.9 הפערים במדדי הבריאות - סיכום

לאורך השנים ניכר שיפור במדדי תוחלת החיים, שיעורי התמותה ושיעורי תמותת התינוקות באוכלוסיית ישראל. בחינת הפערים במדדים אלו ממשיכה להצביע על פערים בין קבוצות אוכלוסייה ובין אזורים גאוגרפיים - בעיקר בין אזורי הפריפריה למרכז.

1.2 התנהגות בריאותית בחברה החרדית

בדו"ח השנה, יושם דגש על החברה החרדית. אי השוויון החברתי והכלכלי בישראל בא לידי ביטוי באופן משמעותי בחברה החרדית. כאמור, רבים מהגורמים המשפיעים על הבריאות אינם טמונים במערכת הבריאות אלא מושפעים מהתנאים החברתיים-כלכליים בהם אנשים נולדים וחיים. החברה החרדית, מאופיינת ברמה סוציו-אקונומית נמוכה ואורחות חיים ייחודיות המשפיעות גם על הבריאות שלה. מעבר למעמד סוציו-אקונומי נמוך יחסית לאוכלוסייה הכללית, ושיעורי השכלה והשכלה גבוהה נמוכים, החברה החרדית מאופיינת באורחות חיים ייחודיים, שלהם השפעה פוטנציאלית על מדדי הבריאות:

• **תזונה** - החברה החרדית מתאפיינת בצריכה נמוכה של פירות וירקות לנפש ביחס למספר הנפשות בבית - אף שגודל משק בית ממוצע בחברה החרדית גבוה ב-61% מגודל משק בית ממוצע בכלל האוכלוסייה,⁷ סך ההוצאה על פירות וירקות דומה.⁸ זאת ועוד, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, משקי בית חרדים מאופיינים בשיעורים גבוהים יותר של רכישת מזונות לא בריאים:⁹ שתייה ממותקת (79% ממשקי הבית החרדים רוכשים שתייה ממותקת לעומת 51% באוכלוסייה הכללית), חטיפים (93% בחברה החרדית לעומת 67% באוכלוסייה הכללית), מאפים מתוקים (78% בחברה החרדית לעומת 60% באוכלוסייה הכללית) וממתקים (89% בחברה החרדית לעומת 74% באוכלוסייה הכללית). הרגלי תזונה אלו יתכן ומשתקפים גם בנתוני גובה של ילדים חרדים בכיתות א' ו-ז,¹⁰ המראים שיעור הגבוה בערך פי 2 של ילדים בתת גובה בחברה החרדית לעומת ילדים בכלל האוכלוסייה.¹⁰ אימוץ הרגלי אכילה בריאים הוכח כגורם משמעותי לבריאות תקינה.¹¹ בקרב בני הישיבות קיימת מודעות נמוכה לאורח חיים בריא, שמתבטאת בצריכה של מזון אולטרה מעובד המוגש בישיבה ושאינו נדרש לעמוד בתקן מחייב של איכות, יחד עם צריכה מרובה של שתייה מתוקה ומיעוט באכילת פירות וירקות.¹²

• **סוכרת** - בנייתוח שיעור הימצאות הסוכרת בגילאי 25 ומעלה ל-100 נפש ב-2022, ניתן לראות כי שיעורי הסוכרת בחברה החרדית גבוהים מעט מבאוכלוסייה היהודית בין הגילאים 35-64. בקבוצת הגיל 35-44 השיעור בחברה החרדית הוא 1.9% (לעומת 1.8% בחברה היהודית שאינה חרדית), בקבוצת הגיל 45-54 הוא 6.7% (לעומת 6% בקבוצת הגיל 55-64 הוא 16% (לעומת 15.1%). בגילאים הבוגרים יותר השיעור בחברה החרדית נמוך יותר: בקבוצת הגיל 65-74 הוא 26.8% (לעומת 27.4%) ובגיל 75 ומעלה הוא 35.3% (לעומת 37.3%).¹³

• **פעילות גופנית** - החברה החרדית מתאפיינת באורח חיים יושבני, 26% מהחברה החרדית עוסקים בפעילות גופנית קבועה לעומת 33% בקרב יהודים שאינם חרדים. בבחינת אופי הפעילות נמצא כי בחברה החרדית רק 16% עוסקים בפעילות גופנית מאומצת לעומת 31% בחברה שאינה חרדית.¹⁴ תופעה זו עלולה להשפיע על פערי הבריאות בין האוכלוסייה החרדית לאוכלוסייה הכללית.

• **תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת**¹⁵ - שיעורי התמותה בעקבות היפגעות בלתי מכוונת בחמש השנים שקדמו לשנת 2022, גבוהים פי 1.7 בקרב ילדים חרדים, בהשוואה לילדים שאינם חרדים בגילי 0-17 (3.8 מקרים למאה אלף לעומת 2.3 מקרים למאה אלף בהתאמה). מתחת לגיל 15 הנתון עוד מובהק יותר, ומצביע על סיכון הנע בין פי 2 ל-2.2 (משתנה בין הגילים) עבור ילד חרדי לעומת ילד יהודי שאינו חרדי.

• **בריאות השן** - קיימים שיעורים גבוהים של תחלואה דנטלית בקרב ילדים בחברה החרדית, שיעורי עששת גבוהים יותר ובהתאם, צורך גדול יותר בטיפולים.¹⁶

[7] הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - משקי בית - תכונות כלכליות וצפיפות דיור על פי סקר כוח אדם 2021, 2023.

[8] שנתון החברה החרדית, המכון הישראלי לדמוקרטיה, 2023.

[9] דר סמואל, רינה מעוז ברויאר, "הרגלי צריכת מזון ועמדות כלפי התוכנית לסימון מוצרי מזון", מכון מאירס-גיוינט-ברוקדייל, 2020.

[10] מדדי גדילה בילדים, עולם הדאטה של משרד הבריאות, 2023.

[11] תזונה בריאה לילדים ולנוער, משרד הבריאות, הורות והורים, 2024.

[12] נתוני אגף התזונה, משרד הבריאות, 2024.

[13] הרישום הלאומי לסוכרת, משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2022.

[14] ד"ר איתן רגב, דב גולדברג, ד"ר תמר הרטום ואדם נשרי, "בריאות, תחלואה וצריכת שירותי בריאות בחברה החרדית", משרד הבריאות והמכון החרדי למחקרי מדיניות, 2023.

[15] דו"ח תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בשנת 2023, משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות.

[16] שירותי בריאות השן במסגרת סל שירותי הבריאות, דו"ח מבקר המדינה, 2023. עמ' 84.

• **שיעור התחסנות** - החברה החרדית מאופיינת בשיעור כיסוי חיסונים נמוך. הגורמים העיקריים לשיעורי התחסנות נמוכים אלו הם מגבלות לוגיסטיות (הנובעות מקשיי התנהלות עם מספר רב של ילדים, אי התאמה של שעות הפעילות וקושי בקביעת תורים), חששות וחשדנות כלפי היעילות של החיסונים, חוסר מודעות לחשיבות החיסונים ועיתוי קבלתם, ולעיתים גם פעילות ממוקדת של מתנגדי חיסונים בקרב החברה החרדית.¹⁷ כך לדוגמה, המגזר החרדי הוא המגזר עם שיעור ההיענות הנמוך ביותר לחיסוני שפעת בקרב בני 20 ומעלה, ועומד על 14% לעומת 29% בקרב המגזר החילוני. בתחום חיסון הילדים בטיפות חלב, למשל, נמצא כי שיעור ביצוע חיסון MMR בשנת 2024 עומד על 13%-34% בחלק מתחנות טיפות חלב חרדיות בירושלים בהשוואה לממוצע הארצי שעומד על 64% (2024).¹⁸ כמו כן, נמצא כי כ-10% מהילדים שאינם מחוסנים בארץ משויכים ל-2 טיפות חלב בעלות אופי אוכלוסייה חרדי במחוז ירושלים.¹⁹

• **בריאות הנפש** - כפי שניתן לראות בלוח שלהלן, שיעורי צריכת שירותי בריאות הנפש נמוכים יותר ביישובים שרוב אוכלוסייתם חרדית, לעומת יישובים שבהם רוב האוכלוסייה לא חרדית.

לוח 4: אחוז מטופלים בבריאות הנפש בחלוקה דמוגרפית מבין מבטחי קופות החולים כללית, מכבי ולאומית (2017)

יישוב	מבוגרים	ילדים
קריית יערים	0.43%	0.15%
ירושלים	1.79%	0.73%
ביתר עילית	2.22%	0.66%
בית שמש	2.43%	1.08%
אלעד	2.67%	1.21%
בני ברק	3.1%	0.9%
אילת	4.06%	3.24%
תל אביב - יפו	4.08%	2.31%
חיפה	4.08%	2.6%
באר שבע	5.36%	3.32%

מקור: נתוני האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, 2017.

דו"ח מבקר המדינה משנת 2020, שעסק בתוצאות השלב השלישי ברפורמת בריאות הנפש, העלה כי רמת הנגישות והזמינות של שירותי בריאות הנפש באוכלוסייה החרדית אינה מספקת. כמו כן, הדו"ח ציין את הקושי התרבותי הקיים באוכלוסייה החרדית בקבלת שירותים בתחום בריאות הנפש מקופות החולים, והעדפת הפנייה לעמותות פנים קהילתיות כמו: 'בית חם', עמותת 'למרחב' ופרויקט 'אל הנפש' שמפעילה קרן ידידות טורונטו. עוד העלתה הביקורת את חשיבות הרגישות התרבותית והכרת הסוגיות הדתיות והקהילתיות בכל התערבות טיפולית בתחום בריאות הנפש. בהקשר זה מציינת הביקורת שהיו מקרים שבהם מטופלים חרדים לא קיבלו שירותים מפאת חוסר התאמה תרבותית של המטפל, או לנוכח מרפאה שאינה מותאמת לצורכיהם ובקשותיהם לקבלת טיפול מותאם נענו

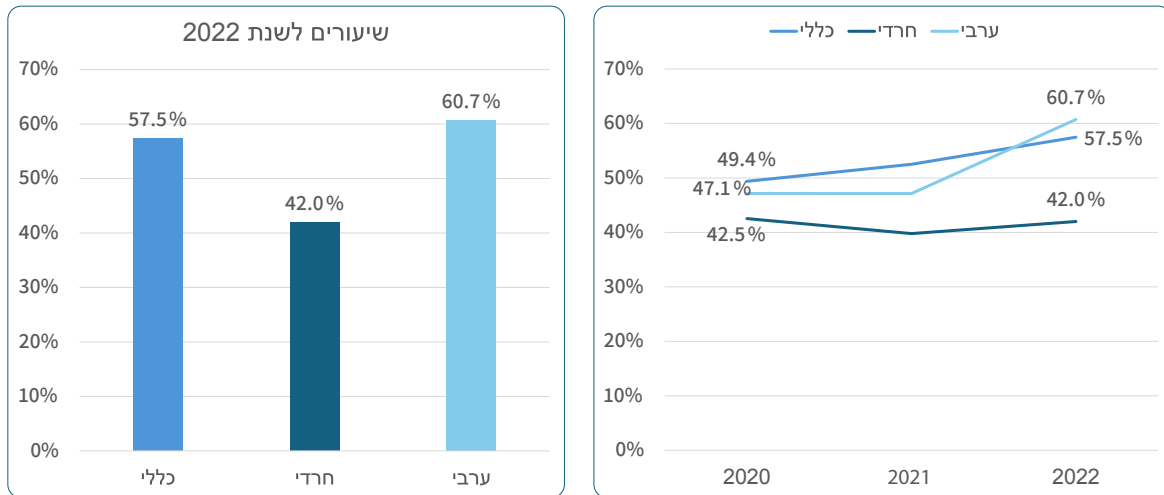
[17] Avraham Jacobson, Sivan Spitzer, Yanay Gorelik and Michael Edelstein, "Barriers & enablers to vaccination in the ultra-Orthodox Jewish population: A systematic review", *Frontiers in Public Health*, 2023

[18] מערך המודיעין - בריאות הציבור ולשכת הבריאות ירושלים.

[19] ד"ר ארז גרטי, "למה חשוב לעודד התחסנות בחברה החרדית?", מתוך כנס השקת תוכנית בריאות בחברה החרדית, משרד הבריאות, חטיבת בריאות הציבור, 2024.

בשלילה²⁰. אלו ועוד, מהווים את הגורמים לשיעור המטופלים הנמוך בבריאות הנפש בחברה החרדית. אינדיקציה נוספת לפער זה הוא שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה לאחר אשפוז פסיכיאטרי, כפי שמופיע בתרשים להלן:

תרשים 7: שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי



מקור: התוכנית הלאומית למדדי בריאות בקהילה, 2022.

ניכר כי גם לאחר אשפוז פסיכיאטרי, בני החברה החרדית מגיעים להמשך טיפול בשיעורים נמוכים יותר - 42.5-42% בשנים 2022-2020 בהתאמה, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית היהודית עם 49.4-60.7% בשנים 2022-2020 בהתאמה.

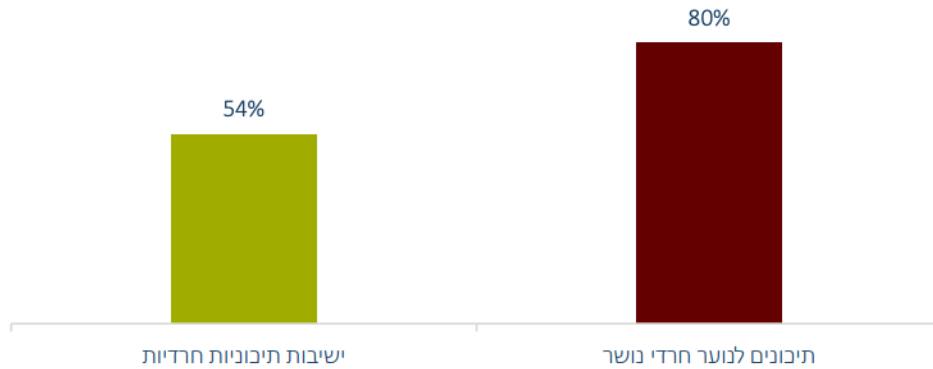
• עישון²¹ - סקר ראשון מסוגו שנערך בקרב בני נוער וצעירים במגזר החרדי בחן את שיעורי העישון וההתנסות בעישון. אוכלוסייה זו אינה נכללת בסקרים שנערכו בעשורים האחרונים הבוחנים את התנהגויות הבריאות של תלמידים בגיל בתי הספר (HBSC - Health Behaviors in School Aged Children). התלמידים שנכללו בסקר הם תלמידי ישיבות תיכוניות חרדיות ותלמידי תיכונים לנוער חרדי נוסף (גיל 12-18) ותלמידים הלומדים בישיבות גדולות במסגרת פנימייתית (גיל 17-24). מהנתונים עולה כי קיימת תופעה רחבה של עישון בכלל האוכלוסיות שנסקרו.

■ הרגלי העישון בקרב תלמידי ישיבות תיכוניות חרדיות ותיכונים לנוער חרדי נוסף (12-18) כפי שניתן לראות בתרשים שלהלן, קיים שיעור התנסות גבוה בעישון בשני סוגי המסגרות, כאשר שיעור ההתנסות בתיכונים לנוער חרדי נוסף גבוהים יותר: 80% לעומת 54% בישיבות תיכוניות:

[20] "משרד הבריאות - היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש", מבקר המדינה, דו"ח שנתי 70, 2020. עמ' 797.

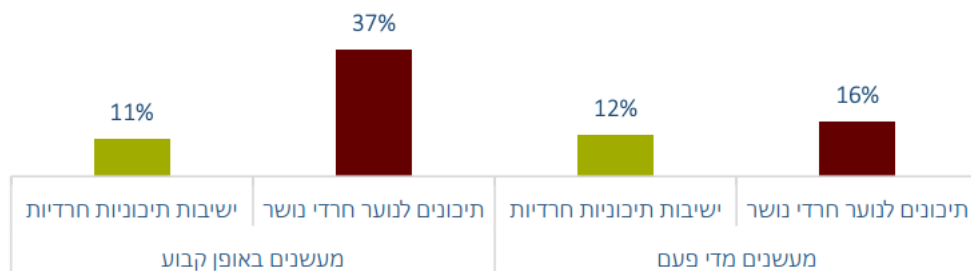
[21] דו"ח סקר עישון בקרב בני נוער וצעירים בחברה החרדית, בעבור המחלקה לחינוך וקידום בריאות, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות והמכון החרדי למחקרי מדיניות, 2024.

תרשים 8: שיעור התלמידים בישיבות התיכונים ובתיכונים לנוער חרדי נושר (גיל 12-18) שהתנסו אי פעם בעישון



מקור: דו"ח סקר עישון בקרב בני נוער וצעירים בחברה החרדית, בעבור המחלקה לחינוך וקידום בריאות, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות והמכון החרדי למחקרי מדיניות, 2024. בבחינת שיעור המעשנים במוסדות אלו, ניכר פער בעיקר בקרב התלמידים המעשנים באופן קבוע - 37% מתלמידי התיכונים לנוער חרדי נושר מעשנים באופן קבוע, לעומת 11% בישיבות התיכוניות, כפי שניתן לראות בתרשים להלן:

תרשים 9: שיעור התלמידים המעשנים בישיבות תיכוניות ותיכונים לנוער חרדי נושר (גיל 12-18) על פי תדירות העישון



מקור: דו"ח סקר עישון בקרב בני נוער וצעירים בחברה החרדית, בעבור המחלקה לחינוך וקידום בריאות, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות והמכון החרדי למחקרי מדיניות, 2024.

גיל ההתנסות הראשון בעישון הממוצע במוסדות אלו הוא 12.43 (עם סטיית תקן של 2.24 שנים)²², כאשר בתיכונים לנוער חרדי נושר הגיל צעיר בכשנה לעומת הישיבות התיכוניות.

■ הרגלי העישון בקרב תלמידי ישיבות גדולות (17-24)

שיעור הצעירים בישיבות הגדולות שהתנסו אי פעם בעישון עומד על 77%. בבחינת הרגלי העישון ניכר שיעור גבוה יותר מהתלמידים בתיכונים לנוער חרדי נושר והישיבות התיכוניות: 56% מתלמידי הישיבות הגדולות מעשנים, מתוכם 32% באופן קבוע. גיל ההתנסות הראשונה של תלמידים אלו עומד על 14.96 שנים (עם סטיית תקן של 2.47 שנים)²³.

חשוב לציין כי בהשוואה לסקר הבינלאומי הבוחן את התנהגויות הבריאות של בני הנוער (HBSC) שנערך בקרב תלמידי בתי הספר בחברה היהודית הכללית, יהודית דתית (ממ"ד) וערבית, הממצאים נמוכים יותר בחברה

[22] לא כולל התנסות בחג הפורים - שבו מקובל בחברה החרדית לאפשר לילדים להתנסות בעישון. יש לציין שעישון בפורים עשוי להשפיע על תפיסת מסוכנות העישון ואף להוביל להתנסויות נוספות אחריו.

[23] לא כולל התנסות בחג הפורים

היהודית. בין השאר, לדוגמה, במגזר היהודי לבדו שיעור המתנסים בעישון סיגריות בין הכיתות הי-י"ב הוא 13.4%²⁴ (שיעור המתנסים בעישון סיגריות אלקטרוניות הוא 16%). יחד עם שיעורי העישון הגבוהים, ניכר כי המודעות לנזקי העישון גם היא גבוהה בקרב הצעירים בחברה החרדית: מעל 90% מהצעירים בכל סוגי המוסדות סבורים כי העישון מזיק לבריאות. מבין המעשנים באופן קבוע או מדי פעם, 55% מתלמידי הישיבות הגדולות, 50% מתלמידי הישיבות התיכוניות ו-31% מתלמידי התיכונים לנוער נושר היו מעוניינים להפסיק לעשן.

• **בדיקות רפואיות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות** - במגזר החרדי ניכרת נטייה נמוכה יותר לביצוע בדיקת קולונוסקופיה לגילוי סרטן המעי הגס והחלחולת, כאשר רק 24% מבני 40 ומעלה עברו את הבדיקה, זאת לעומת 53% בקרב האוכלוסייה היהודית²⁵. בתחום בדיקות הממוגרפיה לגילוי סרטן השד נרשמת השתתפות נמוכה יותר בקרב נשים חרדיות בגילי 50-76, כאשר אחוז הנבדקות יורד ככל שרמת הדתיות עולה: 84% מהחילוניות נבדקות, 80% מהמסורתיות, 75% מהדתיות ו-54% מהנשים החרדיות. נוסף על כך, שיעור הנשים החרדיות שעברו בדיקת משטח צוואר הרחם (PAP) לגילוי סרטן צוואר הרחם נמוך במידה ניכרת ועומד על 41%, לעומת 75% בקרב הנשים החילוניות בגילי 25-57.²⁶

1.3 התנהגות בריאותית בחברה הערבית

דו"ח אי השוויון בבריאות לשנת 2022 שם דגש על פערי הבריאות בחברה הערבית לעומת החברה היהודית. השנה נמשיך ונעקוב אחר פערים אלו תוך ניתוח הסיבות הגורמות להם. בהיותה חברה בעלת שיעור גבוה של אוכלוסייה המתגוררת ביישובים במעמד סוציו-אקונומי נמוך, היא מאופיינת ברמת הכנסה נמוכה, שיעורי השכלה נמוכים ומדדי בריאות נמוכים ביחס לאוכלוסייה הכללית והיהודית במדינת ישראל. לצד מאפיינים אלו, ובמידה רבה גם כתוצאה מהם, קיימים פערים משמעותיים בינה לבין החברה היהודית בהתנהגויות בריאות כמו עישון, תזונה, פעילות גופנית וחיסונים:

• **עישון** - החברה הערבית מאופיינת בהרגלי עישון כבדים יותר מהמגזר היהודי. להלן מספר נתונים המצביעים על תופעה זו מבוססים על מחקר HBSC משנת 2023:

- על פי מחקר HBSC משנת 2023²⁷, חמישית (20.6%) מאלו שהתנסו במוצר עישון כלשהו, התנסו לפני גיל 11, כמעט פי 2 מאשר בחברה היהודית (10.4%).
- באותו סקר נמצא כי מעל חמישית (21.8%) מהתלמידים הבנים בחברה הערבית עישנו לפחות פעם אחת סיגריה אלקטרונית בחודש האחרון לעומת 12.8% בחברה היהודית.

שיעור העישון בחברה הערבית בקרב הגברים בני 16-74 עומד על 37.2% (21% בקרב גברים חרדים ו-27.4% בקרב האוכלוסייה הכללית). נשים ערביות מעשנות פחות (5.4%) מהשיעור הכללי שעומד על 16.4%²⁸. עישון פעיל או סביל הוא גורם הסיכון העיקרי למחלות שונות כגון מחלות לב, כלי דם וסוגים שונים של סרטן. הרוב המוחלט של מקרי סרטן הריאה (80%-90%) מאובחנים בחולים שמעשנים או עישנו בעבר. בהתאם, היארעות סרטן הריאה, כלומר ההסתברות לחלות במחלה, בקרב גברים ערבים הוא הגבוה ביותר. יחד עם זאת, ניתן לראות מגמת ירידה קלה ומובהקת בשנים 1996-2020 (AAPC=0.5%)²⁹.

[24] ממצאי סקר 2022-2023 - HBSC על בריאותם ורווחתם של בני נוער בישראל - פרופ' יוסי הראל-פיש.

[25] רפואה מונעת - חיסונים ובדיקות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות, הסקר החברתי 2023, הלמ"ס. עמ' 2.

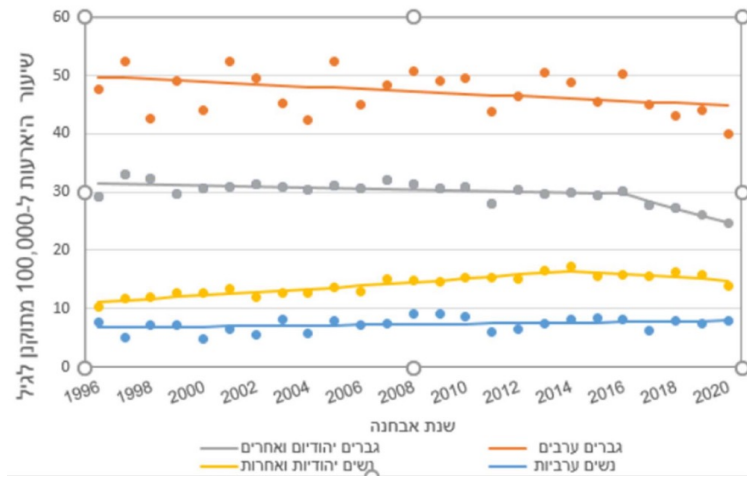
[26] התוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה, 2023 והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, ינואר 2024.

[27] מחקר HBSC לשנת 2023. עמ' 47.

[28] פרופ' רונית קלדרון-מרגלית. מדדי פערים בבריאות לשנת 2022. שקף 19.

[29] סרטן הריאה בישראל. עדכון נתוני היארעות ותמותה, משרד הבריאות, 2023. עמ' 2.

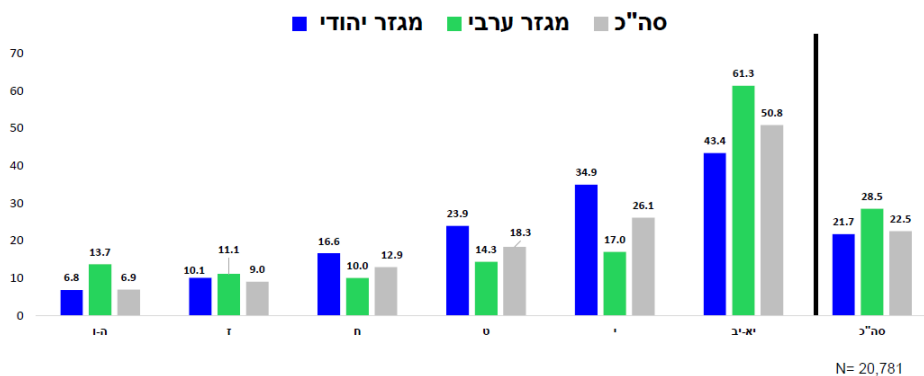
תרשים 10: היארעות סרטן ריאה לפי מין וקבוצות אוכלוסייה



מקור: סרטן הריאה בישראל, עדכון נתוני תחלואה ותמותה, ישראל 1996–2020, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2024.

- **שתיית אלכוהול³⁰** - אחוז התלמידים בכיתות ה'–יב' ששתו משקה אלכוהולי כלשהו לפחות פעם אחת ב-30 הימים האחרונים שלא למטרות קידוש, הוא הגבוה ביותר בקרב החברה הערבית ועומד על 28.5% מהתלמידים, לעומת 21.7% באוכלוסייה הכללית. בכיתות ח'–י' צריכת האלכוהול בחברה היהודית גבוהה יותר, אך בכיתות יא'–יב' קיימת קפיצה ניכרת, העומדת על 61.3% מהתלמידים בחברה הערבית ששתו אלכוהול לפחות פעם אחת באותו החודש, לעומת 43.4% בחברה היהודית.

תרשים 11: שתיית אלכוהול: אחוז התלמידים ששתו משקה אלכוהולי כלשהו, שלא למטרות קידוש, לפחות פעם אחת ב-30 הימים האחרונים, לפי כיתה ומגזר



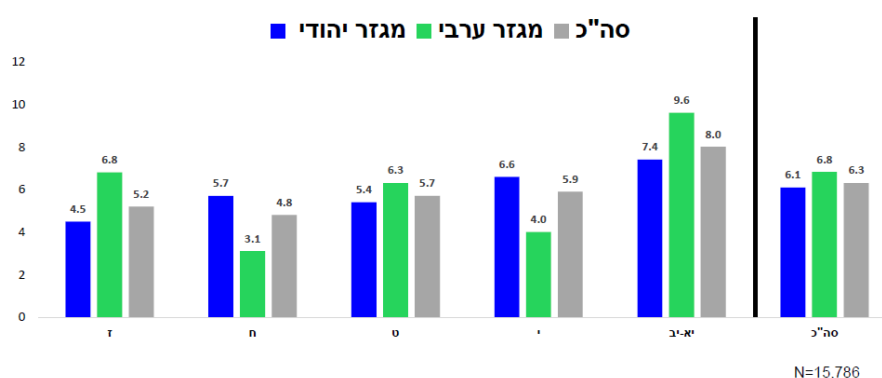
מקור: מחקר HBSC לשנת 2023. עמ' 50.

- **שימוש בסמים³¹** - שיעור התלמידים מהחברה הערבית שהשתמשו במריחואנה גבוה מהתלמידים מהחברה היהודית בכיתות ז', ט', יא' ויב'. לעומת זאת, בכיתות ח' וי' שיעור זה נמוך בקרב התלמידים מהחברה הערבית ביחס לתלמידים מהחברה היהודית. במוצע גילאי - 6.8% מהתלמידים הערבים מעשנים מריחואנה ביחס ל-6.1% באוכלוסיית התלמידים היהודית מכיתות ז' ומעלה. יחד עם זאת, ניתן לראות ירידה בשימוש במריחואנה בקרב תלמידי החברה הערבית בעשור האחרון בשיעור שעמד על 12.6% בשנת 2014, ל-8.3% בשנת 2023.

[30] מחקר HBSC לשנת 2023. עמ' 50.

[31] מחקר HBSC לשנת 2023. עמ' 73.

תרשים 12: שימוש בחשיש/מריחואנה: אחוז התלמידים שהשתמשו בחשיש/מריחואנה (גראס, קנביס) ב-30 הימים האחרונים, לפי כיתה ומגזר



מקור: מחקר HBSC לשנת 2023. עמ' 73.

- **פעילות גופנית** - רק 34% מבני ה-20 ומעלה בחברה הערבית עוסקים בפעילות גופנית, זאת לעומת 60% בחברה היהודית.³²
- **ויתורים בתחום הבריאות בשל קשיים כלכליים** - בחברה הערבית קיים שיעור של 16.5% בויתור על תרופות במרשם רופא בשל קשיים כלכליים, זאת לעומת 6.9% באוכלוסייה הכללית (פי 2.4). יתרה מזאת, 18.3% מהנזקקים לטיפול רפואי, ויתרו על הטיפול בעקבות מצוקה כלכלית, זאת לעומת 8.8% מהאוכלוסייה היהודית.³³ כרבע (24.7%) מבני ה-20 ומעלה בקרב האוכלוסייה הערבית ויתרו על טיפולי שיניים, זאת לעומת 10.4% באוכלוסייה היהודית.³⁴
- **תזונה** - על פי הסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2023, נמצאו פערים משמעותיים בין האוכלוסייה היהודית לערבית במספר תחומים תזונתיים: 50.4% מהאוכלוסייה הערבית צורכים חטיפים מלוחים לפחות פעמיים ביום, לעומת 24.6% בלבד בקרב היהודים; 50.7% מהאוכלוסייה הערבית צורכים בשר אדום או מעובד לפחות שלוש פעמים בשבוע, לעומת 25.9% בקרב היהודים; רק 9.8% מהערבים צורכים לפחות שתי מנות דגים בשבוע, לעומת 35.7% בקרב היהודים; 34.3% מהערבים שותים לפחות שלוש כוסות שתייה ממותקת ביום, בהשוואה ל-17.6% מהיהודים; ו-21.7% מהאוכלוסייה הערבית צורכים לפחות שלוש מנות ירקות ביום, לעומת 31.7% מהיהודים. בנוסף, האוכלוסייה הערבית מושפעת פחות מסימוני המוצרים בהשוואה לאוכלוסייה היהודית: רק 33.5% מהערבים מדווחים כי הם מושפעים מהסימון האדום, לעומת 46% בקרב היהודים, ו-33.4% מהערבים מושפעים מהסימון הירוק, בהשוואה ל-42.6% מהאוכלוסייה היהודית. עם זאת, קיימים גם הבדלים חיוביים בהרגלי התזונה בקרב האוכלוסייה הערבית, הכוללים צריכה מוגברת של פירות, מאכלים מדגנים מלאים וקטניות, וכן שימוש בשמן זית כשמן עיקרי לתיבול ובישול.
- **השמנת יתר** - בחברה הערבית ניכר כי שיעור השמנת היתר גבוה יותר מהחברה הכללית. תופעה זו ניכרת הן בקרב ילדים והן בקרב מבוגרים. נכון לשנת 2023 10.4% מבני השבע בשנתן סובלים מהשמנת יתר לעומת 8.1% בחברה הכללית. בגילי 14-15 19.9% מהבנים ו-14.1% מהבנות סובלים מהשמנת יתר, לעומת 12.9% מהבנים ו-11.9% מהבנות בחברה הכללית.³⁵ נכון לשנת 2022, 31.6%

[32] פעילות גופנית, הסקר החברתי 2023, הלמ"ס. עמ' 2.

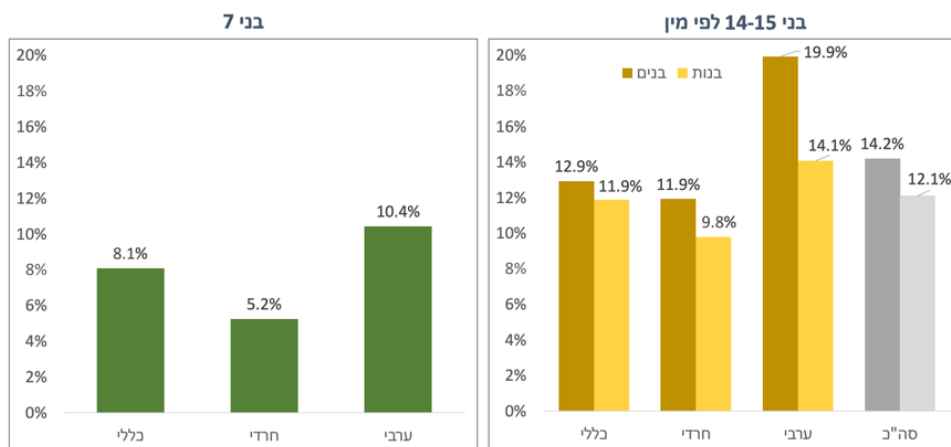
[33] פרופ' רונית קלדרון-מרגלית, מדי פערים בבריאות לשנת 2022. שקף 65.

[34] רווחת האוכלוסייה בישראל וויתורים בשל קשיים כלכליים, הסקר החברתי 2023, הלמ"ס. עמ' 4.

[35] פרופ' קלדרון-מרגלית, רונית. הישיבה השנתית של התוכנית הלאומית למדי איכות לרפואת הקהילה, ממצאים נבחרים לשנת 2023, ממצאים בצל המלחמה, 9.2024.

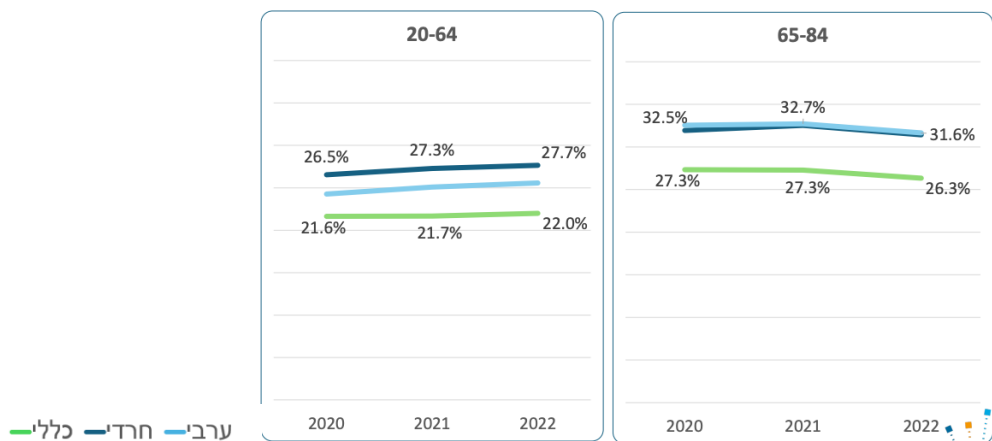
מהגברים בגילי 65-84 במגזר הערבי סובלים מהשמנת יתר, לעומת 23.6 בחברה הכללית³⁶. בחברה הערבית 20% בלבד קיבלו בעבר ייעוץ תזונתי מדיאטנית, זאת לעומת שיעור כפול בחברה היהודית, העומד על 40%³⁷.

תרשים 13: שיעור הימצאות השמנת יתר בילדים בני 7 ובני 14-15 לפי קבוצות אוכלוסייה, 2023



מקור: פרופ' קלדרון-מרגלית, רונית. הישיבה השנתית של התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה, ממצאים נבחרים לשנת 2023, ממצאים בצל המלחמה, 9.2024

תרשים 14: שיעור הימצאות של השמנת יתר על פני גילים שונים – גברים לפי קבוצות אוכלוסייה

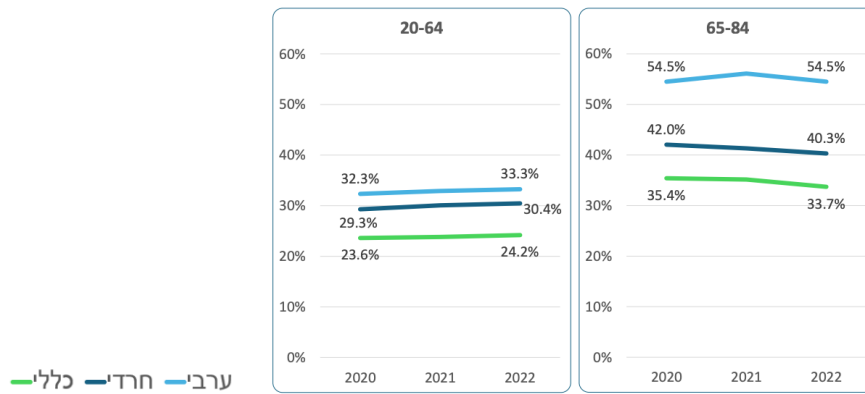


מקור: פרופ' רונית קלדרון-מרגלית, מדדי פערים בבריאות לשנת 2022.

בקרב נשים ערביות השיעור אף גבוה יותר: בגילי 20-64, 33.3% מהנשים סובלות מהשמנת יתר, ו-54.5% מהנשים הערביות בגילי 65-84. בגילי 14-15, קיימת מגמת עלייה, והשיעור עומד היום על 13.4% מהנערות הערביות.

[36] פרופ' קלדרון-מרגלית, רונית. מדדי פערים בבריאות לשנת 2022, שקף 25.
 [37] משקל ודיאטה, הסקר החברתי 2023, הלמ"ס. עמ' 3.

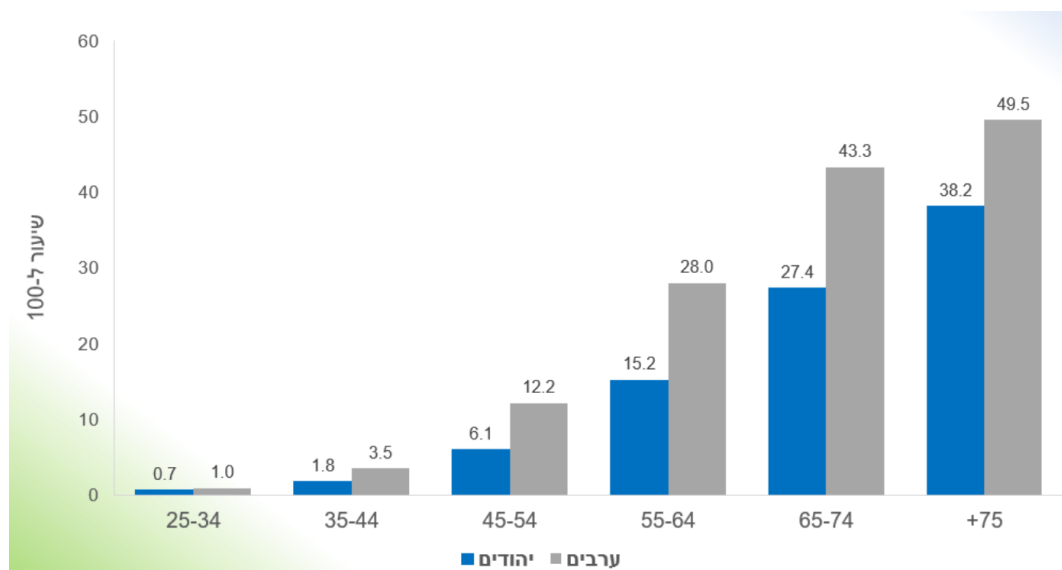
תרשים 15: שיעור הימצאות של השמנת יתר על פני גילים שונים – נשים לפי קבוצות אוכלוסייה



מקור: פרופ' רונית קלדרון-מרגלית, מדדי פערים בבריאות לשנת 2022.

- סוכרת** - בחברה הערבית 26.4% מבני ה-45 ומעלה חולים בסוכרת, לעומת 18.2% בחברה הכללית.³⁸ שיעור הסוכרת עולה עם הגיל, ובגילי 75 ומעלה כמעט מחצית מהאוכלוסייה (49.5%) חולה בסוכרת.³⁹ רמת HbA1c העולה על 9% בחולי סוכרת נחשבת לרמת סוכר גבוהה במיוחד, ומעידה על חוסר איזון מספק של הסוכרת, מה שמגביר את הסיכון לסיבוכי המחלה, כגון פגיעה בעיניים עד עיוורון, כשל כלייתי, פגיעה עצבית, וכן מחלות לב וכלי דם. בקרב חולי סוכרת בגילי 18-44 בחברה הערבית, נתון זה עומד על 21.3%. בקרב המגזר הערבי במצב כלכלי נמוך (דירוג 1-3), השיעור אף גבוה יותר - 22.4%.⁴⁰ זאת בהשוואה לשיעורים בחברה הכללית, שעומדים על 12.1% ו-18.3% בהתאמה. בקרב ילדים, חולי סוכרת בגילי 2-17 מהמגזר הערבי סובלים מרמת HbA1c העולה על 9% בשיעור כפול מזה של האוכלוסייה הכללית, כאשר בחברה הבדואית הנתון מטפס ל-70% מחולי הסוכרת בגילי 10-14, לעומת 16% באוכלוסייה היהודית שאינה חרדית. נתון זה מעיד על חוסר בשליטה על המחלה ופגיעה משמעותית במי שמדורגים ברמה סוציו אקונומית נמוכה ובילדים בפרט.

תרשים 16: שיעור הימצאות הסוכרת בקרב בני 25 ומעלה לפי קבוצות אוכלוסייה וקבוצות גיל ב-2022



מקור: משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, הרישום הלאומי לסוכרת, מצב הסוכרת בישראל ב-2022

[38] פרופ' רונית קלדרון-מרגלית, מדדי פערים בבריאות לשנת 2022. שקף 30.
 [39] הרישום הלאומי לסוכרת, משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2022.
 [40] פרופ' רונית קלדרון-מרגלית, מדדי פערים בבריאות לשנת 2022. שקף 35.

- **בדיקות רפואיות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות** - בחברה הערבית ניכרת נטייה נמוכה יותר לביצוע בדיקת קולונוסקופיה לגילוי סרטן המעי הגס והחלחולת, כאשר רק 33% מבני 40 ומעלה עברו את הבדיקה, זאת לעומת 50% בקרב האוכלוסייה היהודית. כאשר בוחנים את שיעור הניגשים לבדיקה בחמש השנים האחרונות, הנתון אף נמוך יותר, עם 27% בלבד מבני 40 ומעלה בחברה הערבית. גם בתחום בדיקות הממוגרפיה לגילוי סרטן השד נרשמת השתתפות נמוכה יותר בקרב נשים ערביות בגילי 50-76, עם 68% בלבד לעומת 79% בקרב נשים יהודיות. נוסף לכך, שיעור הנשים הערביות שעברו בדיקת משטח צוואר הרחם (PAP) לגילוי סרטן צוואר הרחם נמוך במידה ניכרת ועומד על 40%, לעומת 64% בקרב הנשים היהודיות בגילי 25-57.⁴¹
- **תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת**⁴² - ילדים ובני נוער ערבים היוו כ-47% מכלל הילדים ובני הנוער שנהרגו בשנת 2022, אף שחלקם בכלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער בישראל הוא כ-24% בלבד. בשנת 2021 הנתון עמד על שיעור דומה של מקרים (48%). ככלל, הסיכון של ילד ערבי להיהרג עקב היפגעות בלתי מכוונת היה גבוה פי 2.7 מהסיכון של ילד יהודי, בין השנים 2018-2022 (3.6 מקרים למאה אלף ילדים בהשוואה ל-2.7 מקרים למאה אלף ילדים). **משמעות נתון זה היא כי לו שיעורי התמותה של ילדים ערבים היו זהים לשיעורי התמותה בקרב ילדים יהודים, ניתן היה להציל כ-28 ילדים בשנה.** למרות המשקל הגבוה של ערבים בנטל התמותה, המגמה ארוכת הטווח מצביעה על ירידה לאורך השנים בשיעורי התמותה מתאונות של ילדים ובני נוער ערבים: שיעורי התמותה בחברה הערבית בשנים 2020-2022 נמוכים ב-28% בהשוואה לשנים 2010-2008. אחוז הירידה בשיעורי התמותה בחברה היהודית גבוה יותר, ועומד על 37%.

[41] רפואה מונעת - חיסונים ובדיקות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות, הסקר החברתי 2023, הלמ"ס, עמ' 2-3.

[42] המערך הלאומי לנתוני היפגעות ובטיחות ילדים, דו"ח תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, 2022.

פרק 2:

אי שוויון בתשתיות וכוח אדם



זמינות שירותי הרפואה, נגישותם ואיכותם משפיעים באופן משמעותי על מדדי בריאות האוכלוסייה. בפרק זה נתאר את המגמות המרכזיות בעולם תכנון כוח האדם והייצוג של החברה החרדית והחברה הערבית בכוח האדם הרפואי, את הרפורמה שנערכה בהסדרי הבחירה והשפעתה על נגישות לתשתיות בריאות, ואת תוכנית התשתיות הלאומית שבמסגרתה מבוצעת פריסת תשתיות על בסיס ניתוח נתונים המצביעים על זמינות השירותים תוך מיקוד בפריסת טיפות חלב, במכוני שיקום ובמרכזי טיפול אונקולוגי

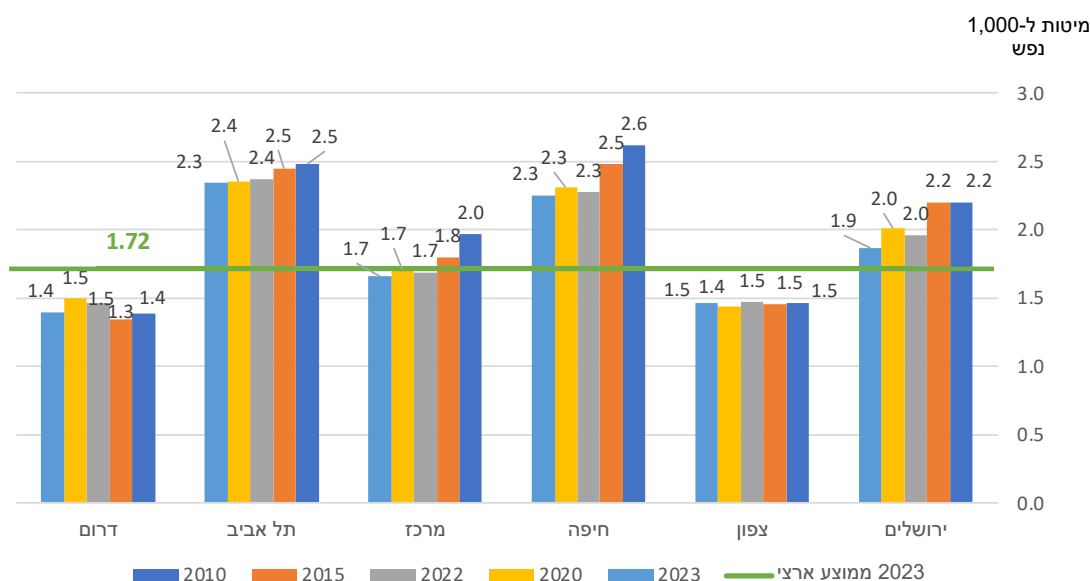
2.1 מספר המיטות ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי

מספר מיטות האשפוז ל-1,000 נפש משמש אינדיקטור חשוב בניתוח אי השוויון בין אזורים גאוגרפיים שונים. בסעיפים הבאים נשווה בין האזורים השונים בשיעור המיטות ל-1,000 נפש לפי סוגים שונים של מיטות אשפוז. כל הנתונים נכונים לסוף שנת 2023.⁴³ יש לציין כי מספר המיטות בכל מחוז חולק בגודל האוכלוסייה באותו המחוז. בחישוב זה לא נכללים תושבי אזור יהודה ושומרון. בחישוב ממוצע המיטות הארצי אוכלוסיית יהודה ושומרון נכללת.

2.1.1 מיטות האשפוז הכלליות ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי

על פי דו"ח של אגף המידע במשרד הבריאות, נכון לדצמבר 2023 שיעור מיטות האשפוז הכלליות בישראל הוא 1.716 מיטות ל-1,000 תושבים. לשם השוואה, ממוצע המיטות ל-1,000 נפש במדינות ה-OECD ב-2022 היה 3.81. בהשוואה אזורית ניכר כי מחוזות הפריפריה - צפון ודרום - מתאפיינים בשיעור נמוך של מיטות ל-1,000 נפש. יחד עם זאת, באזורים אלה ניכרת יציבות לאורך השנים במספר המיטות מ-2010 עד 2023, כאשר בשאר האזורים המספר נשחק עם השנים. בשנת 2023 מספר מיטות האשפוז הכלליות ל-1,000 נפש בדרום ובצפון נמוך מהממוצע הארצי, בעוד בירושלים, חיפה ותל אביב הוא גבוה ממנו ובמרכז דומה לממוצע הארצי.

תרשים 17: מספר מיטות האשפוז הכלליות ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי



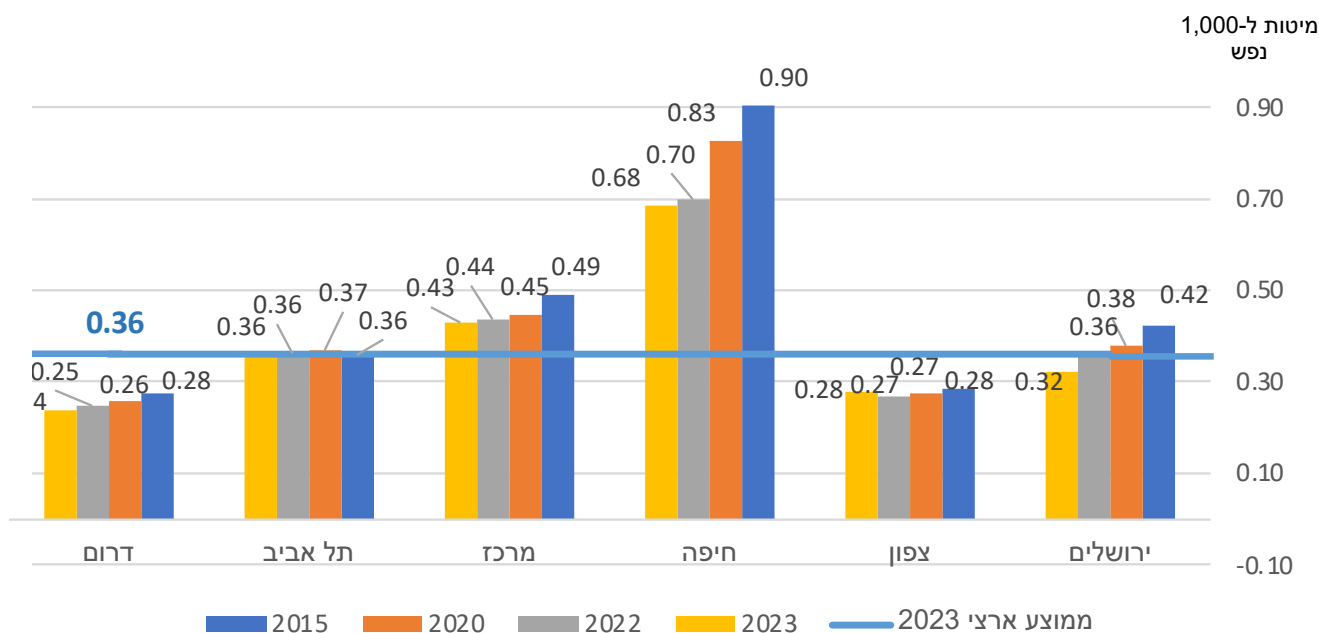
מקור: מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, אגף המידע חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, 2010-2023.
הערה: נתוני המיטות ב-2015 נכונים לינואר 2016 ונתוני המיטות ב-2020 נכונים לינואר 2021.
 הנתונים המופיעים בתרשימים מעוגלים.

[43] מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, אגף המידע חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, 2023.

2.1.2 מספר מיטות אשפוז אגף פסיכיאטריה ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי

ב-2023 מספר מיטות אשפוז אגף פסיכיאטריה ל-1,000 נפש הוא 0.36. לשם השוואה, ממוצע המיטות ל-1,000 נפש במדינות ה-OECD ב-2022 היה 0.67. במחוז חיפה מספר המיטות ל-1,000 נפש הוא הגבוה ביותר לאורך השנים, אך הוא נשחק במידה ניכרת בין השנים 2015 עד 2023. שחיקה זו ניכרת גם במחוזות המרכז, ירושלים ודרום, אך בשיעורים נמוכים יותר. במחוזות צפון ותל אביב מספר המיטות יציב לאורך שנים אלו. מספר מיטות אגף פסיכיאטריה ל-1,000 נפש ב-2023 בחיפה ובמרכז גבוה מהממוצע הארצי, בדרום, בצפון ובירושלים נמוך ממנו ובתל אביב דומה לממוצע הארצי.

תרשים 18: מספר מיטות אשפוז אגף פסיכיאטריה ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי



מקור: מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, אגף המידע חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, 2010-2023.

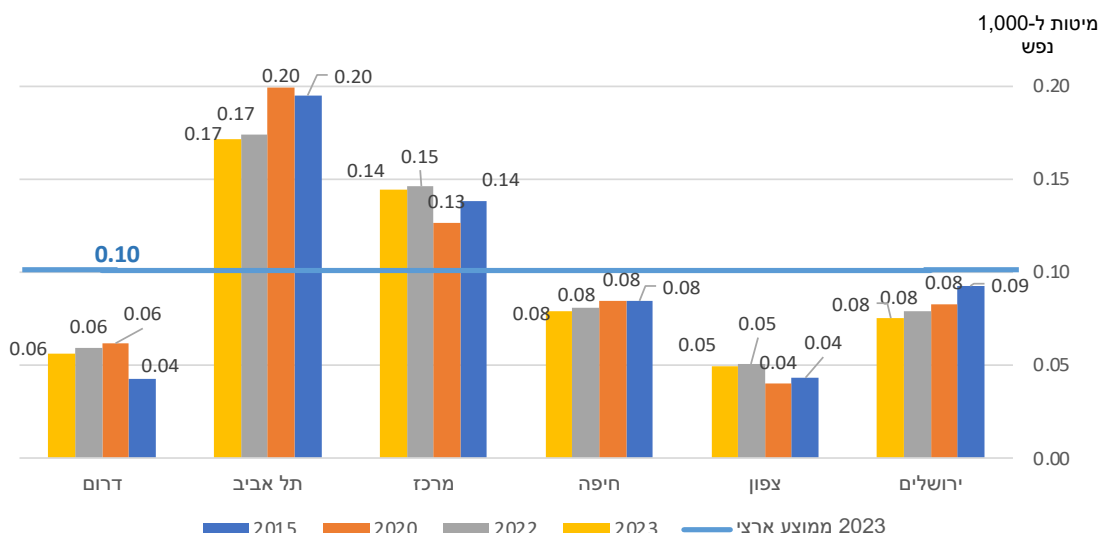
הערה: נתוני המיטות ב-2015 נכונים לינואר 2016 ונתוני המיטות ב-2020 נכונים לינואר 2021. הנתונים המופיעים בתרשימים מעוגלים.

2.1.3 מספר מיטות אשפוז אגף שיקום ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי⁴⁴

ב-2023 מספר מיטות אשפוז אגף שיקום ל-1,000 נפש הוא 0.1. החשיבות של זמינות מיטות אגף שיקום עולה לאור המלחמה עקב העלייה במספר פצועי המלחמה. בחינת הפערים במיטות אלה בין האזורים הגאוגרפיים בשנת 2023 מצביעה על מספר נמוך יחסית של מיטות בצפון ודרום, ומספר גבוה יחסית בתל אביב והמרכז. מרבית המחוזות שומרים על יציבות במספר המיטות ל-1,000 בין השנים 2015-2023, למעט מחוז תל אביב, שבו ניכרת שחיקה.

[44] מיטות אגף שיקום כוללות את המחלקות שיקום כללי, שיקום ילדים, שיקום אורתופדי, שיקום נירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום נשימתי ילדים וטיפול נמרץ שיקומי מחוסרי הכרה.

תרשים 19: מספר מיטות אשפוז אגף שיקום ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי



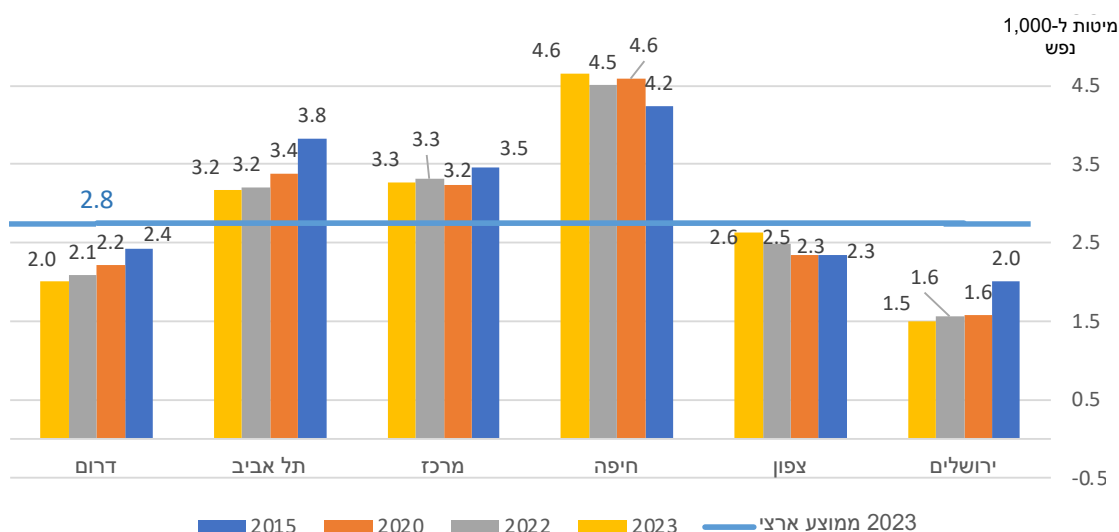
מקור: מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, אגף המידע חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, 2010-2023. הערה: נתוני המיטות ב-2015 נכונים לינואר 2016 ונתוני המיטות ב-2020 נכונים לינואר 2021. הנתונים המופיעים בתרשימים מעוגלים.

יש לציין כי במרכז רפואי צפון (פוריה) הוקם מרכז שיקומי ובו 162 מיטות. המרכז, שהוקם במטרה לפתור מחסור ניכר בשירותי שיקום לתושבי הצפון, החל לפעול בהדרגה תוך שיפור הנגישות לשירותי שיקום לתושבי אזור זה.

2.1.4 מספר מיטות אשפוז גריאטרי ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי

ב-2023 מספר מיטות אשפוז גריאטרי ל-1,000 נפש הוא 2.8. מספר המיטות הנמוך ביותר הוא במחוזות ירושלים והדרום. לאורך השנים ניכרת עלייה במספר זה במחוזות חיפה והצפון ושחיקה בירושלים, תל אביב והדרום.

תרשים 20: מספר מיטות אגף שיקום גריאטרי ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי



מקור: מיטות אשפוז ועמדות ברישוי, משרד הבריאות, אגף המידע חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, 2010-2023. הערה: נתוני המיטות ב-2015 נכונים לינואר 2016 ונתוני המיטות ב-2020 נכונים לינואר 2021. הנתונים המופיעים בתרשימים מעוגלים.

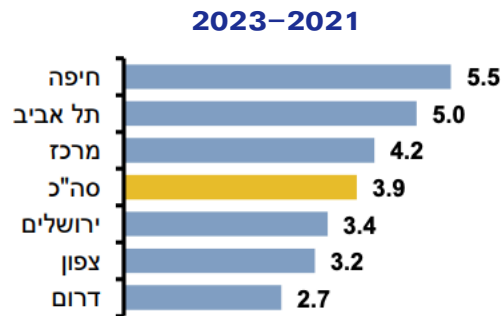
2.2 מועסקים במקצועות הרפואה והבריאות

לכוח האדם המועסק במקצועות הבריאות והרפואה תפקיד מרכזי בצמצום פערים במערכת הבריאות. המדד הרלוונטי לבחינת פערים במערכת הוא מספר המועסקים במקצועות שונים ל-1,000 נפש, המאפשר השוואה בין אזורים שונים בארץ. הנתונים להלן מתבססים על דוח כוח האדם במקצועות הבריאות ומתייחסים למחוז התעסוקה.

2.2.1 מספר רופאים ורופאות ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי 2021-2023

בממוצע השנים 2021-2023 היו 37.7 אלף רופאים ורופאות מועסקים בשנה, עלייה מ-27 אלף בממוצע בין השנים 2012-2014. מספר הרופאים והרופאות ל-1,000 נפש עלה מ-3.3 בממוצע בשנים 2012-2014 ל-3.9 בממוצע בשנים 2021-2023. ב-2022 ממוצע הרופאים והרופאות ל-1,000 נפש במדינות ה-OECD היה 3.7. באזורי חיפה, תל אביב והמרכז מספר הרופאים והרופאות המועסקים ל-1,000 נפש הוא הגבוה ביותר ובאזורי הדרום, ירושלים והצפון הוא הנמוך ביותר.

תרשים 21: מספר הרופאים והרופאות המועסקים ל-1,000 נפש לפי מחוז גאוגרפי, ממוצע

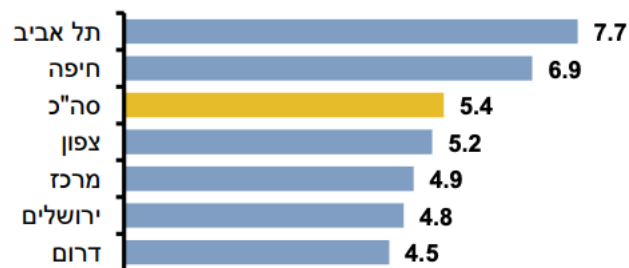


מקור: משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2023
הערה: סה"כ כולל יהודה ושומרון ומחוז לא ידוע

2.2.2 מספר אחים ואחיות ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי 2021-2023

בממוצע בין השנים 2021-2023 היו 52 אלף אחים ואחיות מועסקים בשנה, עלייה מ-39.3 אלף בממוצע בין השנים 2012-2014. מספר האחים והאחיות המועסקים ל-1,000 נפש עלה מ-4.9 בין השנים 2012-2014 ל-5.4 בין השנים 2021-2023. ב-2022 ממוצע האחים והאחיות ל-1,000 נפש במדינות ה-OECD היה 9.4. גם במספר האחים והאחיות במחוזות תל אביב וחיפה גבוהים מהממוצע. מחוזות ירושלים, דרום ומרכז נמוכים מהממוצע.

תרשים 22: מספר האחים והאחיות המועסקים ל-1,000 נפש לפי מחוז גאוגרפי, ממוצע 2021-2023

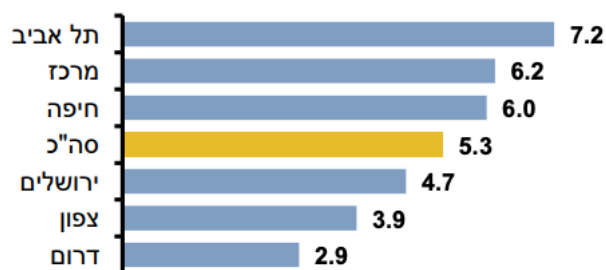


מקור: משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2023
הערה: סה"כ כולל יהודה ושומרון ומחוז לא ידוע

2.2.3 מספר המועסקים במקצועות רפואיים אחרים⁴⁵ ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי 2023-2021

בממוצע בין השנים 2023-2021 היו 50.8 אלף מועסקים במקצועות רפואיים אחרים בשנה, עלייה מ-30.9 אלף בממוצע בין השנים 2014-2012. מספר המועסקים במקצועות רפואה אחרים ל-1,000 נפש עלה מ-3.8 בין השנים 2014-2012 ל-5.3 בין השנים 2023-2021. יש לציין כי במקצועות אלו לא התבצעה השוואה לממוצע מדינות ה-OECD במחוזות תל אביב, חיפה ומרכז מספר המועסקים גבוה מהממוצע ובמחוזות ירושלים, דרום וצפון נמוך מהממוצע.

תרשים 23: מועסקים במקצועות רפואיים אחרים ל-1,000 נפש לפי מחוז גאוגרפי 2023-2021

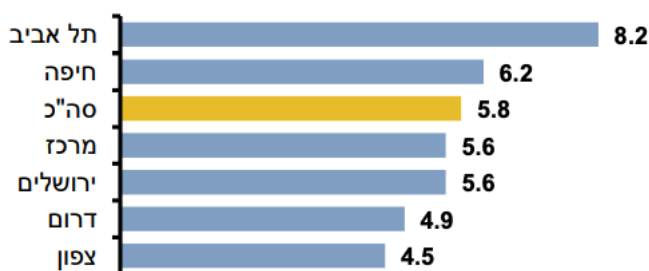


מקור: משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2023
הערה: סה"כ כולל יהודה ושומרון ומחוז לא ידוע

2.2.4 מספר המועסקים במקצועות פרא רפואיים⁴⁶ ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי 2023-2021

בממוצע בין השנים 2023-2021 מספר המועסקים הממוצע במקצועות הפרא רפואיים ל-1,000 נפש היה 5.8. גם במקצועות אלו לא התבצעה השוואה לממוצע מדינות ה-OECD. במחוזות תל אביב וחיפה מספר המועסקים גבוה יותר מהממוצע הארצי, בעוד שבמחוזות המרכז, ירושלים, הצפון והדרום המספר נמוך מהממוצע הארצי.

תרשים 24: מועסקים במקצועות פרא רפואיים ל-1,000 נפש לפי מחוז גאוגרפי 2023-2021



מקור: משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2023
הערה: סה"כ כולל יהודה ושומרון ומחוז לא ידוע

[45] מקצועות רפואיים אחרים: רוקחים, פיזיותרפיסטים, מטפלים ברפואה אלטרנטיבית ומשלימה, מרפאים בעיסוק, אודיולוגים וקלינאי תקשורת, דיאטנים ותזונאים, אופטומטריסטים ואופטיקאים, וטרינרים, כירורגים, אוסטאופתים, מומחי כף רגל ומטפלים באומנות.

[46] מקצועות פרא רפואיים: טכנאי ציוד דימות רפואי וציוד טפולי, סייעים לרופאי שיניים, שיניניות ובעלי משלוח יד דומה, טכנאי פיזיותרפיה וסייעים, טכנאי מעבדה רפואית ופתולוגית, טכנאי תותבים רפואיים ותותבי שיניים, עובדי אמבולנס, פקחים בתחום הבריאות הסביבתית והתעסוקתית, טכנאים ועוזרים אחרים, יועצים רפואיים, עובדי בריאות קהילתית ומשלח יד נלווה אחר בתחום הבריאות.

2.2.5 מועסקים במקצועות בריאות ל-1,000 נפש לפי אזור גאוגרפי 2019-2023

נוסף לנתונים שהוצגו להלן שהתייחסו לממוצע בין השנים 2021-2023, נבחנו מספר מקצועות בריאות פרטניים בין השנים 2019-2023:

- **רופאי השיניים:** הממוצע הארצי עמד על 0.9 רופאי שיניים ל-1,000 נפש. במחוזות ירושלים ותל אביב המספר עמד על 1.1 ל-1,000 נפש, לעומת 0.5 במחוז הדרום, 0.7 במחוז חיפה ו-0.8 במחוז המרכז
- **רוקחים:** הממוצע הארצי עמד על 0.9 רוקחים ל-1,000 נפש. במחוזות חיפה והמרכז הוא עמד על 1.1 רוקחים ל-1,000 נפש, 1.0 במחוז תל אביב, לעומת 0.7 במחוז הצפון, 0.5 במחוז הדרום ושיעור ממוצע במחוז ירושלים.
- **אודיולוגים וקלינאי תקשורת:** הממוצע הארצי עמד על 0.7 אודיולוגים וקלינאי תקשורת ל-1,000 נפש. במחוז ירושלים הוא עמד על 1.0, על 0.9 במחוז תל אביב, 0.8 במחוז חיפה, 0.5 במחוזות המרכז והצפון ו-0.3 במחוז הדרום.
- **פיזיותרפיסטים:** הממוצע הארצי עמד על 0.7 פיזיותרפיסטים ל-1,000 נפש. במחוז חיפה הוא עמד על 1.0, במחוזות תל אביב, המרכז והצפון על 0.8 לעומת 0.6 במחוז ירושלים ו-0.5 במחוז הדרום.
- **מרפאים בעיסוק:** הממוצע הארצי עמד על 0.6 ל-1,000 נפש. במחוז חיפה הוא עמד על 1.0 ו-0.7 במחוזות תל אביב והמרכז, לעומת 0.4 במחוזות הדרום והצפון ושיעור ממוצע במחוז ירושלים - 0.6.
- **אופטומטריסטים ואופטיקאים:** הממוצע הארצי עמד על 0.3 ל-1,000 נפש. במחוז ירושלים הוא עמד על 0.6 ובמחוז המרכז - על 0.4. במחוזות חיפה ותל אביב המספר עמד על 0.3 ובמחוזות הצפון והדרום על 0.1 ל-1,000 נפש.

2.3 רפורמת הסדרי הבחירה והשפעתה על נגישות לתשתיות הבריאות⁴⁷

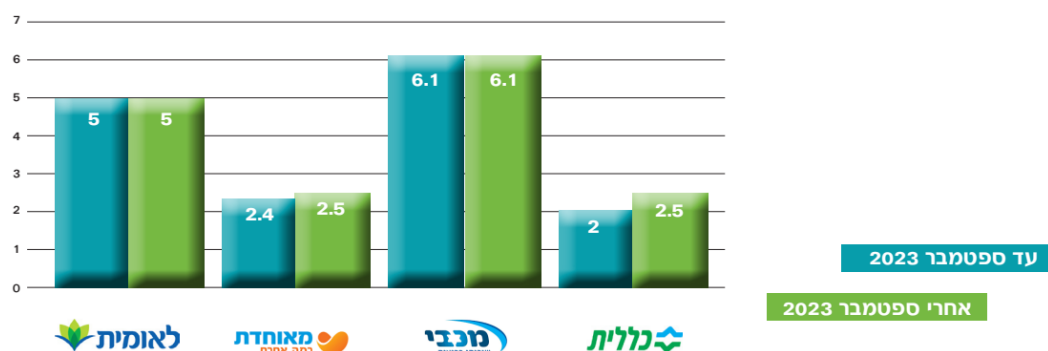
בחודש ספטמבר 2023 קידמה חטיבת רגולציה, חדשנות וכלכלה של משרד הבריאות רפורמה בהסדרי הבחירה מול קופות החולים, במטרה להרחיב את השירותים הרפואיים העומדים לרשות המבוטחים. בתוך כך, הוגדרו קריטריונים חדשים שבהם הקופות נדרשות לעמוד כדי להגדיל את נגישות המבוטחים לבתי חולים ומרכזי על (בתי חולים גדולים המציעים מגוון גדול של שירותי רפואה). לצד זאת, הוספו תחומים שהמבוטח זכאי לקבל בהם שירות ללא קשר להסדרי הבחירה של הקופה שאליה הוא משתייך - ניתוחי נשים, ניורוכירורגיה, שירותי אשפוז בבריאות הנפש ו-IVF. נוסף לזאת, הוגדרו לקופות החולים קריטריונים שקופים וברורים ליידוע המבוטחים לגבי הרחבת אפשרויות הטיפול - הן בערוצים הפיזיים והן בערוצים הדיגיטליים. מעבר להרחבת אפשרויות הבחירה, הרפורמה צפויה לקצר את התורים ולהגביר את האמון של האוכלוסייה בשירותי הרפואה הציבורית לעומת מערכת הרפואה הפרטית. יש לציין כי הרפורמה משפיעה במידה שונה על מספר המרכזים הרפואיים שבהם מבוטחי כל קופה יכולים לבחור, וזאת בהתאם לקופה. קופות חולים מכבי ולאומית אפשרו למבוטחיהן אפשרות בחירה רחבה גם לפני הרפורמה, ולפיכך בהיבט זה היא לא השפיעה עליהם. כללית ומאוחדת לא הציעו למבוטחיהן בחירה רחבה כמו מכבי ולאומית, ובהיבט זה הרפורמה הוסיפה להם אפשרויות בחירה.

47 השפעת רפורמת הסדרי הבחירה על מערכת הבריאות, משרד הבריאות, מנהל אסטרטגיה ותכנון כלכלי, חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, 2024.

2.3.1 השפעת הרפורמה על מספר המרכזים הרפואיים המוצעים למבוטחים

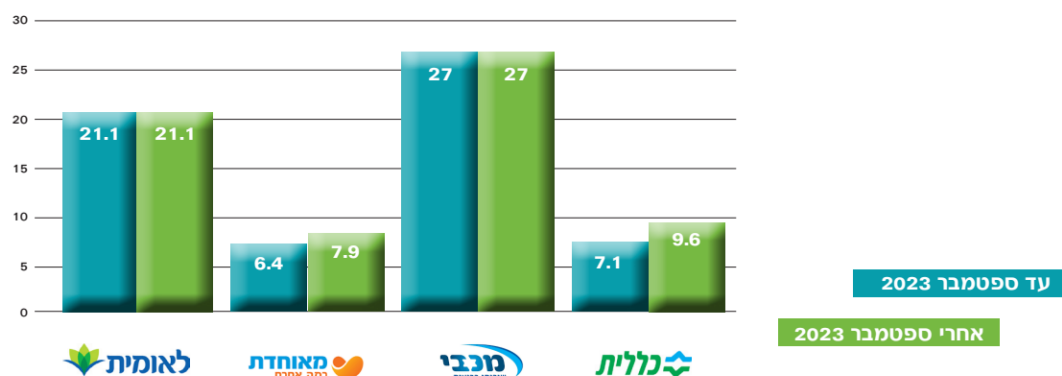
כאמור, הרפורמה הגדילה את מספר המרכזים הרפואיים שמהם יכולים המבוטחים לבחור לקבל טיפול (למבוטחי כללית ומאוחדת). ההשפעה ניכרת הן בהיבט של מספר מרכזי העל והן בהיבט סך בתי החולים

תרשים 25: המספר הממוצע של מרכזי העל שהקופה מציעה, השוואה של ההסדרים עד אחרי ספטמבר 2023



מקור: השפעת רפורמת הסדרי הבחירה על מערכת הבריאות, משרד הבריאות, מנהל אסטרטגיה ותכנון כלכלי, חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, 2024.

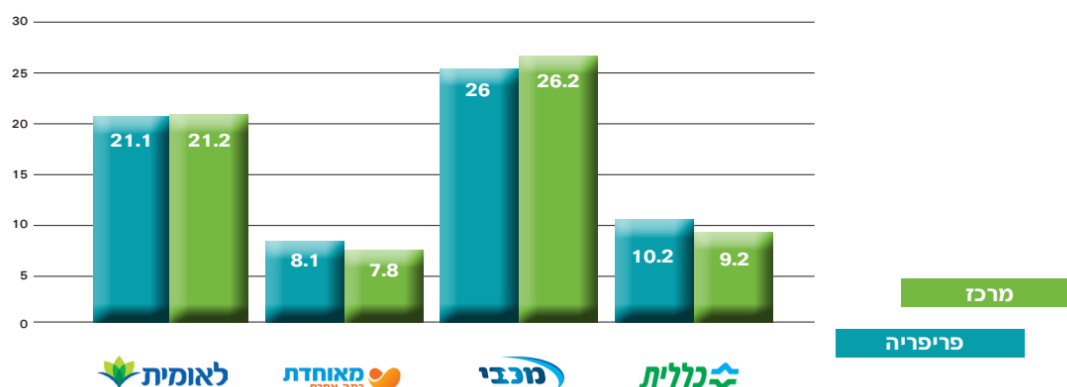
תרשים 26: המספר הממוצע של כלל בתי החולים (כללי ומרכזי על) שהקופה מציעה, השוואה של ההסדרים עד אחרי ספטמבר 2023



מקור: השפעת רפורמת הסדרי הבחירה על מערכת הבריאות, משרד הבריאות, מנהל אסטרטגיה ותכנון כלכלי, חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, 2024.

מהנתונים עולה, כי ללקוחות כללית עלה מספר מרכזי העל המוצעים ב-0.5 וללקוחות מאוחדת ב-0.1. במספר בתי החולים הממוצע עלה המספר ללקוחות כללית ב-2.5 וללקוחות מאוחדת ב-1.5. מניתוח השוואתי בין הפריפריה למרכז עולה כי כמעט ולא קיימת שונות בין מספר בתי החולים הממוצע בכל קופות החולים. למעט במכבי, בכל קופות החולים מספר בתי החולים הממוצע המוצע בפריפריה מעט גבוה יותר לעומת המרכז.

תרשים 27: מספר ממוצע של כלל בתי החולים (כללי ומרכזי על) שהקופה מציעה, השוואה בין פריפריה ומרכז לפי ההסדרים אחרי ספטמבר 2023



מקור: השפעת רפורמת הסדרי הבחירה על מערכת הבריאות, משרד הבריאות, מנהל אסטרטגיה ותכנון כלכלי, חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, 2024.

2.3.2 השפעת הרפורמה על מרחק ההגעה לבתי החולים

בבחינת ההשפעה על מרחק ההגעה, נבחן המרחק העודף הממוצע להגעה לבית החולים. מרחק עודף מוגדר כהפרש המרחק בין בית החולים הקרוב ביותר לכתובת המטופל (בעל יכולת להעניק את הטיפול הנחוץ לו) לבית החולים שבו קיבל המטופל את הטיפול בפועל. לדוגמה - מטופל המתגורר באשקלון, יתכן כי בית החולים הקרוב ביותר למקום מגוריו הרלוונטי לטיפול הנדרש הוא אסותא באשדוד. אם הוא קיבל טיפול בסורוקה בבאר שבע, המרחק העודף שהוא נאלץ לעבור הוא המרחק בין סורוקה לאסותא.

לוח 5: המרחק הממוצע העודף לבתי החולים שהקופה מציעה למבוטח לפי סוג קופה, ובריבוד לפריפריה-מרכז, השוואה בין ההסדרים עד ספטמבר 2023 ואחריו

אזור בארץ	מועד	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
כללי	לפני הרפורמה	9.9	0.3	0.9	1.1
	אחרי הרפורמה	1.4	0.3	0.6	1.1
מרכז	לפני הרפורמה	9.1	0.4	0.6	0.9
	אחרי הרפורמה	1.2	0.4	0.4	0.9
פריפריה	לפני הרפורמה	11.3	0.1	1.7	1.4
	אחרי הרפורמה	1.6	0.1	1.1	1.4

מקור: השפעת רפורמת הסדרי הבחירה על מערכת הבריאות, משרד הבריאות, מנהל אסטרטגיה ותכנון כלכלי, חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, 2024.

המרחק העודף התקצר משמעותית עבור כל מבוטחי כללית ומאוחדת. ניתן להבחין כי שיעור השינוי במרחק העודף בפריפריה גבוה יותר משיעור השינוי במרכז - הן בכללית והן במאוחדת. כך לדוגמה - עבור מבוטחי כללית הגרים בפריפריה המרחק העודף התקצר פי 7 (מ-11.3 ק"מ ל-1.6 ק"מ).

לוח 6: המרחק הממוצע העודף לבתי החולים שהקופה מציעה למבוטח לפי סוג קופה, ובריבוד למחוז, השוואה בין ההסדרים עד ספטמבר 2023 ואחריו

מחוז	מועד	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
צפון	לפני הרפורמה	13.8	0.2	4.1	2.4
	אחרי הרפורמה	1.2	0.2	2.4	2.4
דרום	לפני הרפורמה	7.3	0	0.2	0.5
	אחרי הרפורמה	2.2	0	0.2	0.5
תל אביב	לפני הרפורמה	5.2	0.1	0.1	0.3
	אחרי הרפורמה	1.9	0.1	0.1	0.3
חיפה	לפני הרפורמה	8.1	0.2	1.2	1.0
	אחרי הרפורמה	3.0	0.2	1.2	1.0
ירושלים	לפני הרפורמה	34.0	0.8	0.4	0.8
	אחרי הרפורמה	0.4	0.8	0.1	0.8
מרכז	לפני הרפורמה	2.1	0.6	0.8	1.3
	אחרי הרפורמה	0.3	0.6	0.6	1.3
יהודה ושומרון	לפני הרפורמה	14.3	0.2	0.3	1.4
	אחרי הרפורמה	0.3	0.2	0.2	1.4

מקור: השפעת רפורמת הסדרי הבחירה על מערכת הבריאות, משרד הבריאות, מנהל אסטרטגיה ותכנון כלכלי, חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, 2024.

בבחינת המחוזות, ניכרת ירידה משמעותית בכל המחוזות בקופת חולים כללית. כך לדוגמה במחוז ירושלים המרחק העודף של מבוטחי כללית ירד מ-34 ק"מ ל-0.4 ק"מ. בקופת חולים מאוחדת ניכרת ירידה משמעותית בעיקר בצפון ובירושלים.

2.4 התוכנית הלאומית לתכנון פריסת תשתיות בריאות

הגידול בביקוש לשירותי רפואה, יחד עם הגידול באוכלוסיית ישראל והזדקנות האוכלוסייה, הביא למחסור או לחוסר איזון בחלק מהשירותים המוצעים. במטרה לתת מענה לתופעה זו נבנתה התוכנית הלאומית לפריסת תשתיות בריאות מבוססת נתונים. התוכנית מאפשרת לקבל החלטות מבוססות נתונים אודות המיקום האידיאלי להקמת שירותי בריאות, על סמך מערך מדדים הכולל דמוגרפיה והזדקנות, שכוחות של תחלואה, מרחקי נסיעה מבית המטופל לשירות הרפואי, מדדי ניצולת (היצע או ביקוש) של המכונים השונים ומפת התחרות של קופות החולים. בדו"ח אי השוויון בבריאות לשנת 2022, תוארה פריסת תשתיות מכוני הדיאליזה ובתי המרקחת על בסיס ניתוח הנתונים. בדו"ח זה נתאר את פריסת טיפות החלב, מרכזים לטיפולים אונקולוגיים ומכוני השיקום.

2.4.1 פריסת תחנות טיפת חלב

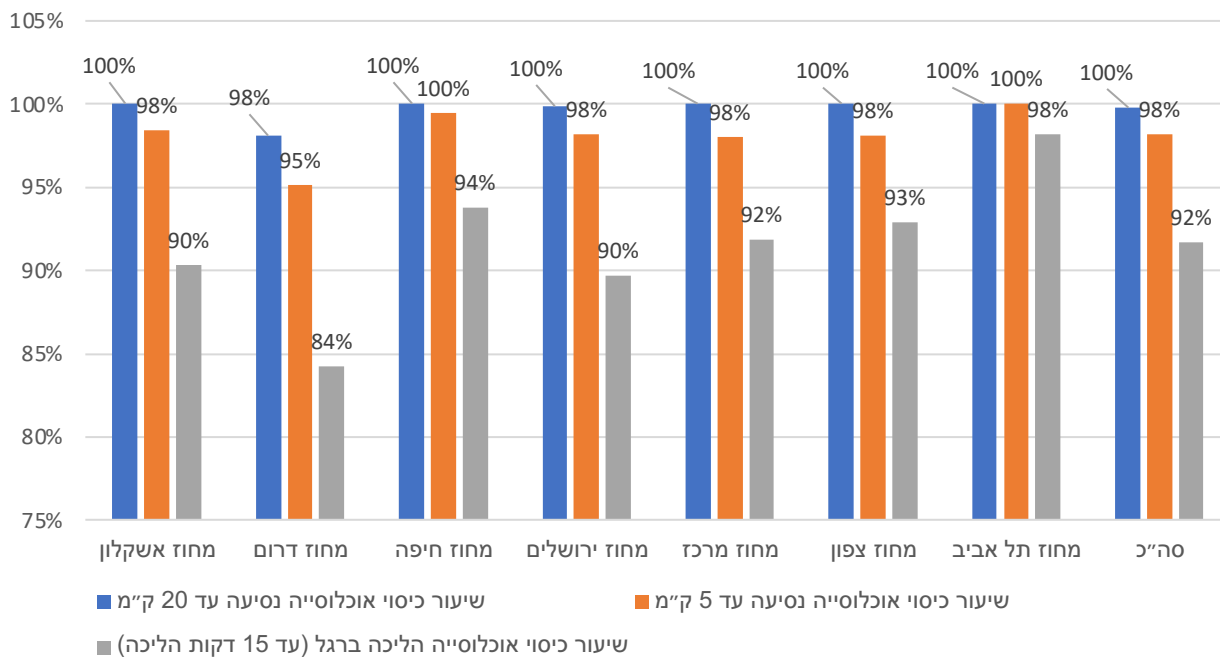
הטיפול במסגרת תחנות טיפת חלב הוא בעל חשיבות גבוהה לצמצום אי השוויון בשירותי הבריאות. הדרכת ההורים בנוגע לאורח חיים בריא, זיהוי מוקדם של תופעות בריאותיות העלולות להופיע בשנות החיים הראשונות ומוקד היוועצות זמין להורים - ממלאים תפקיד חשוב בהתפתחות תקינה ובשמירה על הבריאות לאורך החיים. לפיכך, קיימת חשיבות גבוהה לזמינות של תחנות טיפת חלב, במיוחד באזורים המאופיינים באוכלוסיות במעמד סוציו־אקונומי נמוך. הניתוח מתבסס על אפשרויות ההגעה לתחנות טיפת חלב ולמרחק מהן. ההסבר לאופן החישוב: נגישות לתחנות טיפת חלב חושבה לפי זמן הליכה ממוצע וכן לפי מרחק נסיעה. בשני המקרים חושבו אזורי שירות על בסיס רשת כבישים/מדרכות (מקור נתונים: HERE) בעזרת כלי Network Analyst של ArcGIS. אזורי שירות חושבו לכל תחנות טיפת חלב

הפתוחות במועד החישוב (מאי 2024). שכבת אזורי השירות הוצלבה עם שכבת אזורי סטטיסטיים (פוינטס מיפוי עסקי), כאשר אזורי סטטיסטיים שנחתכים על ידי אזורי השירות נחשבים נגישים לצורך ניתוח זה, וכך ניתן לחשב את אחוז אוכלוסיית הביקוש הנגישה/לא נגישה לשירות במרחק הנסיעה או הליכה המחושבים (שכבת הגילים היא לידה עד 4 שנים כולל, לפי הגדרות הלמ"ס. יש לציין כי השירותים בתחנות טיפת החלב ניתנים לילדים מגיל לידה ועד גיל 5 שנים כולל). יצוין כי לגישה זאת מגבלות דיוק, במיוחד לגבי חישוב האוכלוסייה הנגישה במרחק הליכה על בסיס אזור סטטיסטי. עם זאת, החישוב עדיין נותן תמונת מצב כללית טובה.

נכון למאי 2024, בישראל 806 תחנות טיפות חלב פעילות, 47% מהן בבעלות משרד הבריאות או בבעלות רשויות מקומיות (תל אביב וירושלים)⁴⁸. המספר הגבוה של טיפות החלב מאפשר נגישות גבוהה לשיעור גדול של האוכלוסייה:

- 92% מהאוכלוסייה מתגוררת באזורים סטטיסטיים המרוחקים מרחק הליכה ברגל מתחנת טיפת חלב.
- 98.2% מהאוכלוסייה מתגוררת באזורים סטטיסטיים המרוחקים מרחק של עד 5 ק"מ נסיעה ברכב מתחנת טיפת חלב.
- יתר האוכלוסייה מתגוררת באזורים סטטיסטיים המרוחקים מרחק של עד 20 ק"מ נסיעה ברכב מתחנת טיפת חלב.
- יש לציין כי טיפות החלב המופיעות בניתוח כוללות את כלל הבעלויות - משרד הבריאות, רשויות מקומיות, קופות החולים והסהר האדום.

תרשים 28: שיעור כיסוי האוכלוסייה לפי מחוז ואופן ההגעה לטיפת החלב – מאי 2024



מקור: המחלקה לאם וילד, בריאות הציבור ואגף המחשוב, משרד הבריאות

מניתוח השוואתי של הנתונים עולה כי כמעט כל האוכלוסייה מתגוררת באזורים סטטיסטיים הנמצאים במרחק של עד 20 ק"מ נסיעה מתחנת טיפת חלב. בבחינה של הגעה ברגל לתחנות טיפות החלב, במחוז הדרום שיעור האוכלוסייה המתגוררת באזורים סטטיסטיים הנמצאים במרחק הליכה מתחנת טיפת חלב

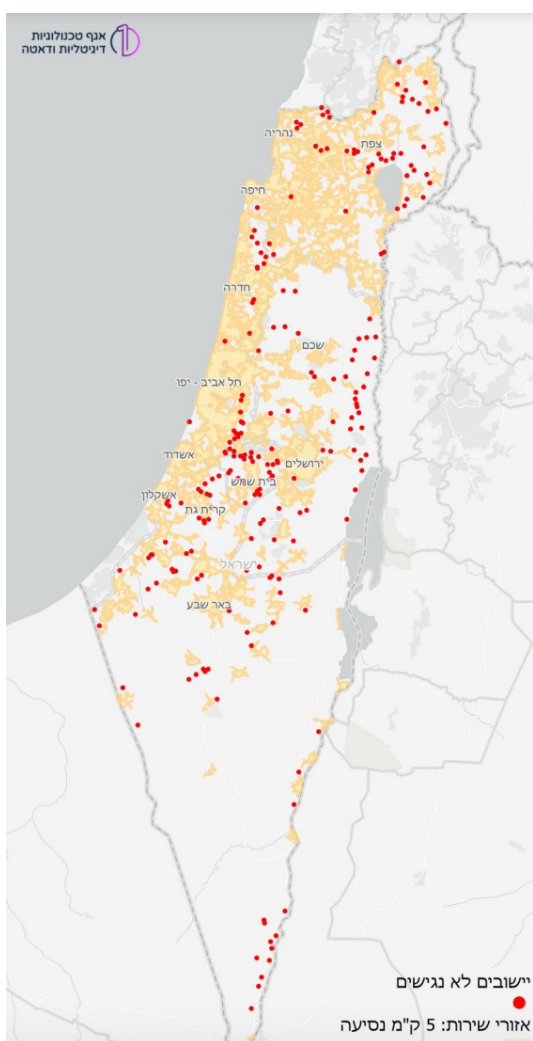
{48 המחלקה לאם וילד, בריאות הציבור, משרד הבריאות

הוא הנמוך ביותר ועומד על 84%. במחוז תל אביב שיעור זה הוא 98%.

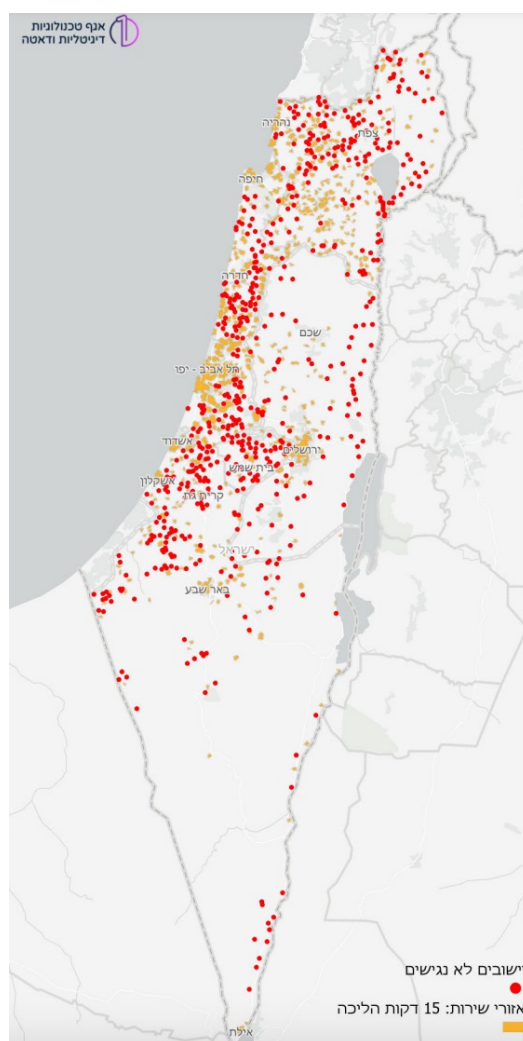
במיפוי היישובים שאינם נגישים לטיפות חלב בהתאם לאופן ההגעה, ניתן להבחין בהבדלים בין האזורים השונים: לאורך מישור החוף ובאזור העמקים בצפון הנגישות לטיפות חלב במרחק נסיעה של עד 5 ק"מ גבוהה יחסית. באזור הערבה והדרום, הנגישות נמוכה יחסית (למרות שמרבית האוכלוסייה נמצאת במרחק של עד 20 ק"מ מטיפת חלב גם בו).

תרשים 29: נגישות לטיפות החלב לפי מרחק ואופן ההגעה – דצמבר 2024

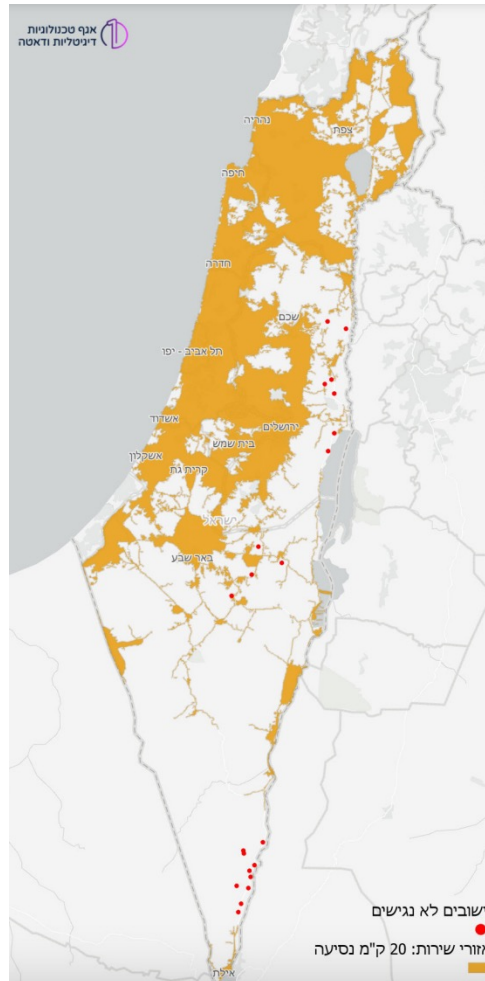
נסיעה עד 5 ק"מ



הליכה ברגל (עד 15 דקות)



נסיעה עד 20 ק"מ



מקור: משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי ואגף טכנולוגיות דיגיטליות ודאטה – תכנון פריסת טיפות חלב
הערה: במפות המוצגות בתרשים, כל יישוב שבו לא קיימת נגישות מיוצג באותה הצורה (נקודה אדומה), ללא תלות בגודל האוכלוסייה בו.

לסיכום, רוב האוכלוסייה נהנית מנגישות גבוהה לטיפות החלב. יחד עם זאת, הנגישות הגבוהה אינה ערובה לצריכה מיטבית של שירותי טיפות חלב. לשם כך יש לפעול בערוצים של העלאת מודעות האוכלוסייה לחשיבות המעקב בטיפות החלב.

2.4.2 תכנון פריסת מכוני שיקום⁴⁹

תכנון תשתיות הבריאות בוחן צרכים עתידיים לאור צפי גידול האוכלוסייה והזדקנותה. אחד התחומים המשמעותיים בהיבט זה הוא תחום השיקום - הרלוונטי בעיקר לאוכלוסיות מבוגרות (62% ממיטות השיקום בישראל הן מיטות לשיקום גריאטרי). לאור הזדקנות האוכלוסייה, צפויה עלייה בביקוש לשירותי שיקום.

בעוד מיטות שיקום נמצאות לרוב בבתי חולים או בבתי חולים ייעודיים, קיימים גם מרכזי שיקום אמבולטורי. שירותי שיקום אלו מסופקים בד"כ במכונים מרכזיים ייעודיים שאליהם מגיע המטופל לטיפול יום. עובדה זו מקשה על מתן מענה מיטבי בפריסת השירותים ברחבי הארץ. שירותי שיקום קרובים לבתי המטופלים יכולים להעלות את ההיענות לטיפול, ולשפר את איכות הטיפול.

{49} דו"ח תכנון פריסת תשתיות שיקום יפורסם בקרוב.

תרשים 30: פריסת מיטות שיקום (מחלקות) ומרכזי שיקום אמבולטורי

פריסת מרכזי שיקום אמבולטורי



◆ מרכזי שיקום אמבולטורי

פריסת מיטות שיקום (מחלקות)



■ מיטות שיקום

מקור: תכנון פריסה אופטימלית של מרכזי שיקום ככלי לצמצום פערים ושיפור יעילות הטיפול, משרד הבריאות, 2024.

מהניתוח עולה כי בעוד שבמרכז הארץ קיימים לא מעט מרכזי יום, בתי חולים ומרפאות, בפריפריה הגאוגרפית כמעט שאין מרכזי שיקום. באזור הדרום, דרומית לבאר שבע, ניכר שביחס לאוכלוסייה קיימים מעט מרכזי שיקום היכולים לתת מענה שיקומי לתושבים. באזור אילת והערבה אין כלל שירותי שיקום. במחוז הצפון המצב מעט טוב יותר, אם כי בחינת שיעורי הביקוש מגלה ששיעורי ההיצע דלים יחסית גם הם.

מניתוח הזדקנות האוכלוסייה עד שנת 2030, שנועד להעריך את הביקוש לשירותי שיקום (בהתבסס על אירועי שבר צוואר ירך ושבץ מוחי) בבחינת השיקום הגריאטרי ניכר כי אזורי הצפון, הדרום והבקעה צפויים להיות בלתי נגישים לשיקום גריאטרי ואורתופדי.

בכל שנה מאובחנים כ-32,000 חולי סרטן חדשים. כיום מרבית הטיפול מתבצע במכוני אונקולוגים בבתי החולים הכלליים. פריסה זו של השירותים עלולה לגרום לפערים, להקשות על המטופל ומשפחתו הנדרשים לנסוע מרחקים ארוכים, להוביל לחלוקה לא נכונה של המשאבים ולהעמיס על בתי החולים. נוסף על כך, בחירום, מטופלים בפריפריה הגאוגרפית יכולים להתקשות להתנייד, ולכן קיימת חשיבות לקבלת טיפולים חיוניים באזור מגוריהם. בשנים האחרונות, תחום האונקולוגיה עבר שינויים רבים באופי השירות והטיפול הניתנים למטופלים. במקום להיות אשפוזי כבעבר, הטיפול הפך בעיקרו לטיפול אמבולטורי הניתן במסגרות של אשפוז יום. האופציות השונות לטיפולים השתפרו והשתכללו, מה שהעלה את תוחלת החיים ואת הצורך של מטופלים לקבל שירותים טיפוליים שונים לאורך זמן רב. שינוי זה, יחד עם הזדקנות האוכלוסייה ועומס בירוקרטי רב על המטפלים, יוצרים עומס רב על הצוות הרפואי בכלל ועל הרופאים בפרט. נוסף על כך, שינויים באופי הטיפול ובהתמקצעות בתחומים שונים הוביל לכך שבמכוני הגדולים קיימים מומחים רבים לכל תחום בנפרד (ריאה, שד וכו'). עבור מטופלים אונקולוגים, הקרבה למרכז שבו מתבצע הטיפול היא משמעותית. נמצא כי קרבה מסוימת משפרת את יעילות הטיפול ואת ההתמדה בו. לכן, ישנה חשיבות למיקומו של המרכז המטפל ולקרבתו למגורי המטופל.

לצורך בחינת פריסת הטיפולים האונקולוגיים, ביצע משרד הבריאות **מחקר רטרוספקטיבי** שניתח נתונים אודות כלל הטיפולים האנטי נאופלסטיים (הכימיים/ביולוגיים/אימוניים) שניתנו בעירוי בבתי החולים הציבוריים בישראל בשנים 2018-2022, תוך בחינת פריסת השירותים בהתאם לנתונים גאוגרפיים, גודל בית החולים ומרחקי הנסיעה ביחס למקום המגורים של המטופל. בשנים אלו בוצעו כ-1.7 מיליון טיפולים ב-23 בתי חולים ברחבי הארץ - כ-400,000 ימי טיפול בשנה. הטיפולים מופו לפי גודל בית החולים ומיקומו.

תרשים 32: פריסה גאוגרפית של בתי החולים בישראל לפי גודל (כמות הטיפולים האונקולוגיים) ומרכזי רדיותרפיה, בשנים 2018-2022



מקור: תכנון אופטימלי ומבוסס נתונים של פריסת שירותים אונקולוגיים, משרד הבריאות, 2024.

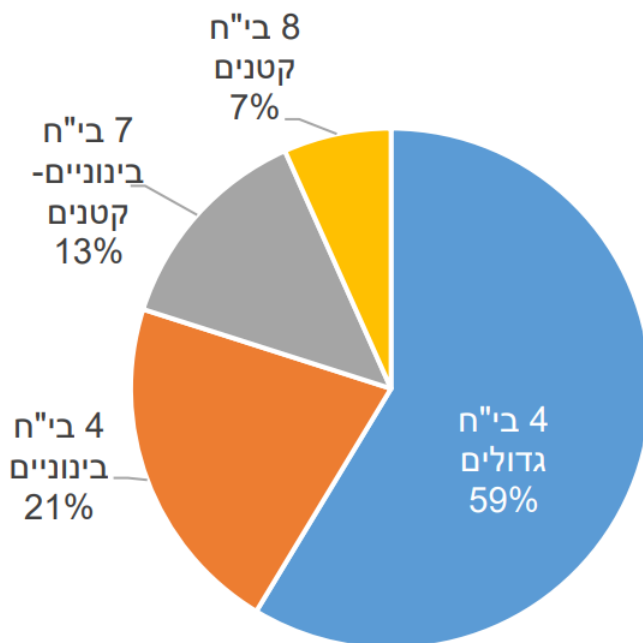
מקרא:

- בית חולים גדול - כ-200 אלף טיפולים בשנים 2018-2022
- בית חולים בינוני - 60-140 אלף טיפולים בשנים 2018-2022
- בית חולים קטן-בינוני - 20-50 אלף טיפולים בשנים 2018-2022
- בית חולים קטן - עד 20 אלף טיפולים בשנים 2018-2022
- ▲ מסמל את קיומו של טיפול רדיותרפיה בבית החולים

בתי החולים הגדולים הם שיבא, סוראסקי, בילינסון ורמב"ם. בתי החולים הבינוניים הם הדסה, סורוקה, מאיר ושערי צדק. בתי החולים הבינוניים-קטנים הם שמיר, קפלן, המרכזי בעמק, נהריה, אסותא אשדוד, בני ציון והלל יפה. בתי החולים הקטנים הם כרמל, זיו צפת, ברזילי, לניאדו, המשפחה הקדושה, וולפסון, פוריה ויוספטל.

מהמיפוי עולה כי 3 מתוך 4 המרכזים הגדולים נמצאים באזור המרכז. באופן כללי קיים ריכוז גדול של מרכזי טיפול במחוזות המרכז ותל אביב.

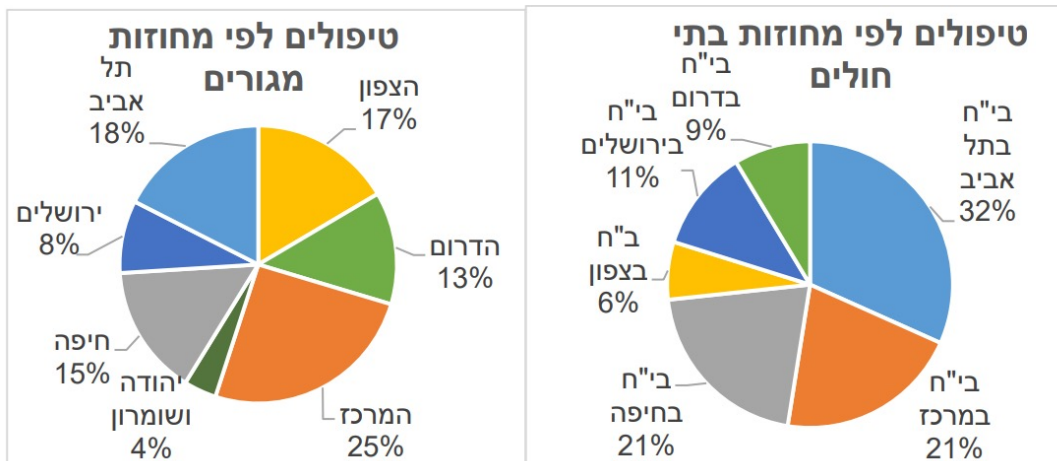
תרשים 33: התפלגות טיפולי האונקולוגיה שניתנו בבתי חולים לפי גודל בית החולים



מקור: תכנון אופטימלי ומבוסס נתונים של פריסת שירותים אונקולוגיים, משרד הבריאות, 2024.

מהניתוח ניכרים הפערים בטיפול בין המרכזים השונים. 59% מהטיפולים ניתנו ב-4 בתי החולים הגדולים. 21% מהטיפולים ניתנו ב-4 בתי החולים הבינוניים. מכאן ש-8 בתי חולים העניקו 80% מהטיפולים. נוסף לזאת, נבדק היחס בין אחוז האוכלוסייה המתגורר בכל מחוז לעומת אחוז הטיפולים בכל מחוז. נמצא כי יחס זה דומה מאוד, ומדובר בהבדלים בודדים לכאן ולכאן. המחוזות שבהם קיים ההבדל הגדול ביותר הם ירושלים וחיפה, כאשר במחוז חיפה מתגוררים 11% מהאוכלוסייה במדינת ישראל, ואחוז הטיפולים שמתבצעים למתגוררים במחוז זה הוא 15%, ומחוז ירושלים, שבו מתגוררים 13% מהאוכלוסייה במדינת ישראל, ואחוז הטיפולים שמתבצעים למתגוררים במחוז זה הוא 8%. בשאר המחוזות, ההבדל בין אחוז באוכלוסייה לאחוז הטיפולים נמוך אף יותר (נתוני האוכלוסייה נלקחו מהלמ"ס, 2019). זאת ועוד, נבדקה התפלגות הטיפולים עבור מחוזות בתי חולים. כלומר, מה אחוז הטיפולים שעברו בבתי חולים במחוז מרכז, תל אביב, דרום וכו'. הנתונים הושוו לאחוז הטיפולים לפי מגורים של כל מחוז, ונמצאו פערים מסוימים. כך למשל, 18% מהטיפולים מבוצעים למתגוררים בתל אביב, אך בתי החולים בתל אביב מבצעים כ-32% מהטיפולים.

תרשים 34: שיעור הטיפולים האונקולוגיים שניתנו לפי מחוז בתי החולים בהם ניתנו לעומת שיעור הטיפולים שניתנו לפי מחוז מגורי המטופלים, 2018-2022



מקור: תכנון אופטימלי ומבוסס נתונים של פריסת שירותים אונקולוגיים, משרד הבריאות, 2024.

נוסף לכך, נבדק המרחק בין נפת מגורים למחוז בית חולים המטפל במחוזות המרוחקים. עבור מחוז צפון, חיפה ודרום (נפות גולן, כנרת, עכו, יזרעאל, צפת, חיפה, חדרה, אשקלון ובאר שבע) חושב אחוז הטיפולים שמתרחשים בבתי חולים במחוזות מרכז, תל אביב וירושלים, וכך התקבל אחוז הטיפולים שמתבצעים רחוק מהבית. נראה כי במחוזות הצפוניים (חיפה וצפון), אחוז הנוסעים לבית חולים מרוחק נמוך יחסית (18% במחוז חיפה ו-12% במחוז צפון), בעוד במחוז דרום מדובר באחוזים גבוהים יותר - 39%.

תרשים 35: חלוקה של המחוז שבו מטופלים מקבלים טיפול בקרב מטופלים מהמחוזות חיפה, דרום וצפון, בשנים 2018-2022



מקור: תכנון אופטימלי ומבוסס נתונים של פריסת שירותים אונקולוגיים, משרד הבריאות, 2024.

2.5 כוח האדם במקצועות הרפואה והבריאות בחברה החרדית ובחברה הערבית

במסגרת המיקוד בחברה החרדית והמשך המעקב בחברה הערבית, נבחנו שיעורי ההשתתפות של מגזרים אלו בתחומי הרפואה והבריאות.

2.5.1 כוח האדם במקצועות הרפואה והבריאות בחברה החרדית

בישראל בשנת 2021 היו 3.3 רופאים לכל 1,000 תושבים, נתון הנמוך בכ-10% מהמוצע במדינות ה-OECD. כמעט מחצית מהרופאים נמצאים מעל גיל 55, דבר המצביע על כך שרבים מהם מתקרבים או כבר חצו את גיל הפרישה (לפי דו"ח ה-OECD מ-2023).⁵¹ גם במספר האחיות הנתונים מראים פער משמעותי: בשנת 2020 היו בישראל 5.1 אחיות ל-1,000 תושבים, לעומת 8.5 בממוצע ב-OECD (לפי נתוני BI). נוסף לכך, גם במקצועות הבריאות ישנם פערי כוח אדם משמעותיים כפי שהוצג בדו"ח בשנת 2021.⁵²

האוכלוסייה החרדית, אשר בסוף 2023 שיעורה עמד על 13.6% מכלל אוכלוסיית ישראל, צפויה לגדול בקצב מהיר ולמנות כשליש מהאוכלוסייה בתוך 40 שנה.⁵³ שילוב חרדים בשירותי הבריאות, שבהם שיעור השתלבותם כיום נמוך מאוד, עשוי להוות דרך משמעותית להתמודדות עם משבר כוח האדם במקצועות הרפואה והבריאות. מהלך זה יכול להוות מקור לכוח אדם איכותי למערכת, ובמקביל לספק לאוכלוסייה החרדית הזדמנות לפרנסה מכובדת ויציבה.

שיעור השתלבותה של האוכלוסייה החרדית במקצועות הרפואה והבריאות נמוך במידה ניכרת בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. מצב זה בולט במיוחד בתחומים כמו רפואה, פיזיותרפיה, תזונה ופסיכולוגיה, שבהם לא נרשמה עלייה ניכרת בשנים האחרונות. בכל שנה ניתן מספר מועט של רישיונות מקצועיים בתחומים אלו לאנשי מקצוע חרדים, כאשר מספר הסטודנטים החרדים בלימודי רפואה נושק לאפס. במקצוע הפיזיותרפיה, נשים חרדיות מהוות רק 1.7% מהעוסקים בתחום, כאשר 44% מהן למדו בחו"ל, בעיקר בארצות הברית, ו-62.5% מתגוררות במחוז ירושלים. בארץ ישנן 136 פיזיותרפיסטיות בלבד, מדובר בשיעור של 0.1 לכל 1000 נפש, בעוד בחברה הכללית השיעור עומד על 0.9. בתחום הריפוי בעיסוק נשים חרדיות מהוות רק 6.4% מכלל המרפאים בעיסוק בארץ, כאשר כחמישית מהן (19.7%) רכשו את השכלתן בחו"ל. בממוצע, בכל שנה נוספות 37 מרפאות בעיסוק חרדיות לתחום. שיעור המרפאות מהחברה החרדית נמוך במידה ניכרת ביחס לגודל האוכלוסייה, ועומד על 0.45 מרפאות בעיסוק ל-1,000 נפש. שיעור המרפאות בעיסוק לגילי 0-9 עומד על 1.4 ל-1,000 נפש, זאת לעומת 5 מרפאות בעיסוק ל-1,000 נפש באוכלוסייה הכללית.

בתחום קלינאות התקשורת, נשים חרדיות מהוות 10.6% מכלל קלינאיות התקשורת, ובממוצע מתווספות כ-45 קלינאיות חרדיות חדשות מדי שנה, כאשר חמישית מהן רכשו את הכשרתן בחו"ל. שיעורן של קלינאיות התקשורת החרדיות עומד על 1.9 ל-1,000 נפש, זאת לעומת שיעור של 4.6 קלינאיות ל-1000 נפש באוכלוסייה הכללית.

במקצוע הסייעוד צמח בהדרגה מספר הרישיונות החדשים שניתנו לאחיות מהמגזר החרדי החל משנת 2015, מספר שהגיע לשיא של 237 רישיונות חדשים בשנת 2023.⁵⁴

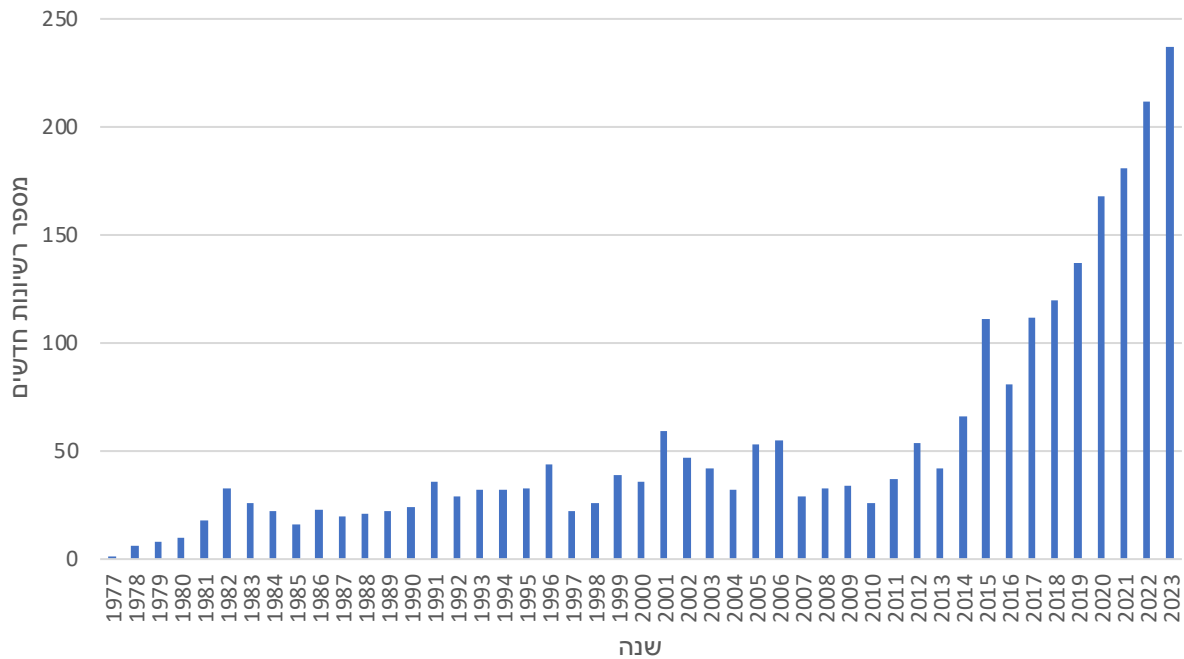
[51] Lafortune, G. et al. "OECD Report on Medical Training in Israel-Towards a Better Governance Structure for Health Workforce Planning and Policy Making in Israel", 2023

[52] פערי כוח אדם במקצועות הבריאות – פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק, 2021

[53] שנתון החברה החרדית 2023, המכון הישראלי לדמוקרטיה.

[54] שנתון החברה החרדית 2023, המכון הישראלי לדמוקרטיה.

תרשים 36: מספר רישיונות חדשים לאחיות שהופקו לחרדים בוגרי האקדמיה הישראלית



מקור: ד"ר עדי מימון. "שילוב עובדים מהחברה החרדית במקצועות הבריאות". מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, 2024.

שיעור הסטודנטים החרדים מתוך כלל הסטודנטים לסייעוד דומה לשיעורם של הסטודנטים באוכלוסייה הכללית, נתון המעיד על התועלת הטמונה בתוכניות ייעודיות למגזר החרדי. מכאן ניתן להסיק כי החסם העיקרי להגדלת מספר הסטודנטים החרדים הוא היעדר תוכניות לימוד מותאמות לחברה החרדית, דבר המקטין את שיעור ההשתתפות במקצועות שבהם אין הכשרות מותאמות. תחום הסייעוד מוביל במספר התוכניות הייעודיות לחברה החרדית, המתקיימות בארבעה מוסדות המלמדים סיעוד - באשקלון, נתניה, בני ברק וירושלים. בתחומי הפיזיותרפיה והתזונה לא קיימות תוכניות ייעודיות למגזר החרדי, בעוד שבתחומים כמו ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת קיימות תוכניות ייעודיות - אך לא בפריסה ארצית. תוכניות להפרעות בתקשורת קיימות בבני ברק וירושלים, ותוכניות לריפוי בעיסוק קיימות רק בבני ברק. מקצוע הפסיכולוגיה יוצא דופן בכך שייצוג הסטודנטים החרדים שלומדים אותו נמוך, למרות שקיים בו מסלול לימודים ייעודי לחרדים. הבדל זה נובע מהצורך בתואר שני לקבלת רישיון, בעוד שבהתאם לפסיקת בג"צ לא מתקיימים לימודים לתואר שני בהפרדה מגדרית.

הוספת תוכניות ייעודיות למגזר החרדי, הרחבתן, הנגשתן ופרסום שלהן צפויים להגדיל את שיעורם של סטודנטים וסטודנטיות חרדים במקצועות הבריאות. ערכי החסד והנתינה, שעלו כגורם מניע עיקרי בראיונות עם אנשי בריאות חרדים, עולים בקנה אחד עם מקצועות הבריאות, שבהם העבודה מאפשרת לממש את הערכים הללו הלכה למעשה.⁵⁵ גידול במספר עובדי מערכת הבריאות החרדית יתרום רבות הן לשיפור שירותי הבריאות בחברה החרדית, והן לעובדים החרדים, שימצאו את פרנסתם במקצוע מכובד. בכך ימצא גם פתרון חלקי למשבר כוח האדם במערכת הבריאות.

השתלבות החברה הערבית במקצועות הרפואה והבריאות בישראל משמעותית, כאשר אנשי מקצוע ערבים ממלאים תפקיד מרכזי במתן שירותי הבריאות בישראל: בשנת 2023 שיעור הערבים העוסקים במקצועות הרפואה עמד על 25% רופאים, 27% אחיות, 27% רופאי שיניים, ו-49% רוקחים. הנתונים האלה מתאימים ביחס לשיעורם של הערבים בקבוצת גיל העבודה (גיל 15-65) העומד על 22%, ואף גבוהים מהם.⁵⁷

למערכת הבריאות ישנם מספר מאפיינים התורמים לעיסוק נרחב של אנשי מקצוע ערבים:⁵⁸ מאפיין ראשון הוא הערכים ההומניסטיים והאוניברסליים שעליהם מושתת מתן מענה רפואי ושירותי בריאות. אלה תורמים לא רק לתפקידה המיוחד של מערכת הבריאות כמסלול ניעות סוציו-אקונומי לערביי ישראל, אלא אף להיותה מסגרת לשיתוף פעולה בין אנשי מקצוע יהודים וערבים, ולתחום שבו מתן השירותים עולים במידה רבה על הבדלי דת או לאום.⁵⁹ מאפיין שני הוא העובדה שהמימון של שירותי הבריאות בישראל הוא בעיקרו ציבורי, מה שמקנה לבתי החולים ולקופות אחריות ומשאבים כספיים הדרושים להעסקת אנשי מקצוע בתחום הבריאות ביישובים ערביים.⁶⁰ לפיכך, העוסקים במקצועות אלו באפשרותם לעבוד הן בתחומי היישובים הערביים והן מחוצה להן.

גורם נוסף הוא שישראל אינה מכשירה מספיק אנשי מקצוע בתחום הבריאות כדי לענות על צרכיה (במיוחד ברפואה ורפואת שיניים), ובהתאם לכך, מסתמכת על אנשי מקצוע הבריאות שרכשו את השכלתם בחו"ל. הדבר יצר הזדמנויות לערביי ישראל, שרבים מהם רכשו השכלה מחוץ לישראל - באירופה, במדינות ערב הסמוכות וברשות הפלסטינית.⁶¹

מאפיינים רלוונטיים נוספים כוללים את הקושי שעומד בפני ערביי ישראל בהבטחת תעסוקה במסגרות רווחיות מחוץ לתחום הבריאות, כגון חברות היי־טק, התעשיות הביטחוניות ומשרדי עורכי דין גדולים; הנכונות הגדולה יותר של גברים ערבים מגברים יהודים לעבוד בסיעוד; המעמד הגבוה במיוחד של הרפואה באוכלוסייה הערבית; נטייתם של בוגרי רוקחות יהודים להעדיף עבודה בחברות פארמה ולא בתחום הבריאות; ועוד.⁶²

בין השנים 2010 ל-2022, מספר הרישיונות החדשים שניתנו מדי שנה לאזרחי ישראל, ערבים ויהודים כאחד, גדל באופן ניכר בכל אחד ממקצועות הבריאות. בהתייחס להתפלגות מקבלי הרישיונות החדשים לפי קבוצות אוכלוסייה, ניכר כי שיעורם של הרופאים הערבים זינק מ-18% ב-2010 ל-46% ב-2022, כאשר בסיעוד ניכר גידול מ-32% ב-2010 ל-44% ב-2022. שיעוריהם של רופאי השיניים והרוקחים החדשים לא השתנו במידה ניכרת לאורך שנים אלו.⁶³

[56] חלק זה מבוסס על המחקר: Bruce Rosen, Sami Miaari, Brookdale institute & Tel Aviv University, Israeli Arabs and the health care professions

[57] Bruce Rosen, Sami Miaari, Brookdale institute & Tel Aviv University, Israeli Arabs and the health care professions. P.1

[58] Bruce Rosen, Sami Miaari, Brookdale institute & Tel Aviv University, Israeli Arabs and the health care professions. P.11-12

[59] Burks DJ, Kobus AM. The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. Med Educ. 2012

.Reznik R. Integrating Israel's Arab Citizens in the Healthcare System. The Abraham Initiatives. 2011

;Reznik R. Integrating Israel's Arab Citizens in the Healthcare System. The Abraham Initiatives. 2011 [60

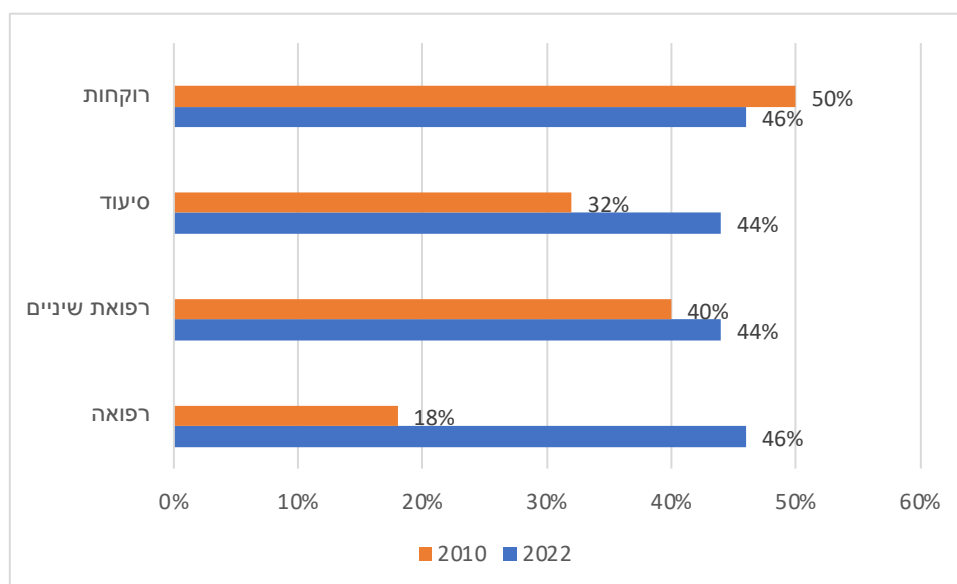
Angel Y, Niv-Yagoda A, Gamzu R. Adapting the Israeli national health insurance law to the 21st century- a report from the 19th Dead Sea Conference. Israel Journal of Health Policy Research. 2021

[61] Bruce Rosen, Sami Miaari, Brookdale institute & Tel Aviv University, Israeli Arabs and the health care professions. P. 12

;Reznik R. Integrating Israel's Arab Citizens in the Healthcare System. The Abraham Initiatives. 2011 [62

[63] Bruce Rosen, Sami Miaari, Brookdale institute & Tel Aviv University, Israeli Arabs and the health care professions. P.8

תרשים 37: שיעור הערבים מבין מקבלי הרישיונות החדשים במקצועות רפואה נבחרים 2010 לעומת 2022



לימודים בחו"ל משמשים מסלול נגיש למקצועות הבריאות בישראל, הן לאוכלוסייה היהודית והן לאוכלוסייה הערבית. נכון לשנת 2022, אחוז הלומדים בישראל מקרב בעלי המקצועות המורשים עד גיל 67 עמד על 42% רופאים, 50% רופאי שיניים ו-49% רוקחים.

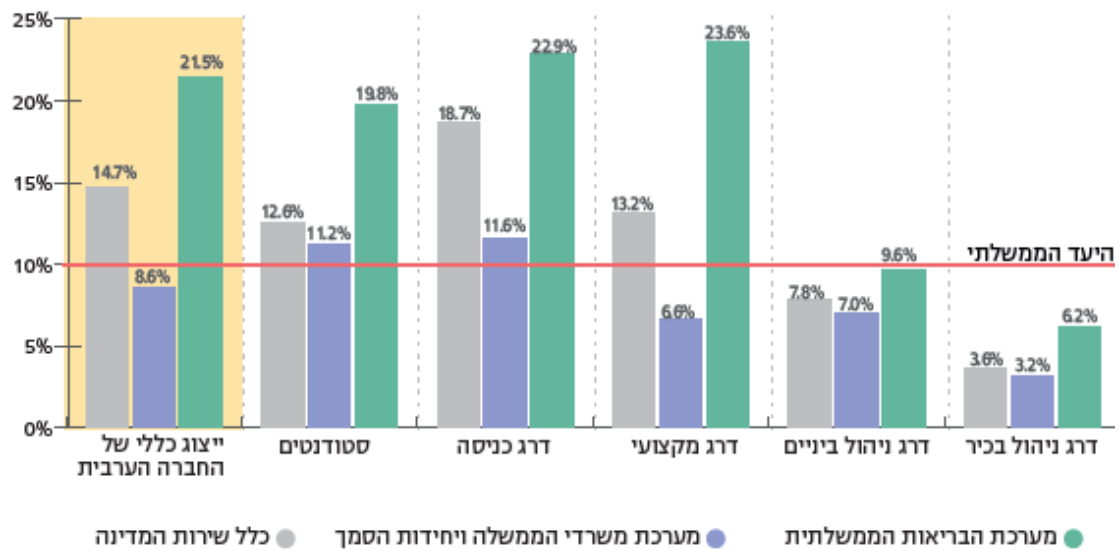
מקרב הרופאים הערבים שקיבלו את רישיונות הרפואה שלהם ב-2023, 25% למדו בישראל, בעוד ש-75% למדו בחו"ל (בעיקר במזרח אירופה). לעומת זאת, מקרב הרופאים היהודים שקיבלו את רישיונותיהם בשנת 2023, 54% למדו בישראל, 23% למדו בחו"ל טרם עלייתם לישראל, ו-23% נוספים למדו בחו"ל בהיותם אזרחי ישראל. יתר על כן, בשנת 2022, בקרב רופאים מורשים עד גיל 67, 68% מהרופאים הערבים למדו בחו"ל, שיעור גבוה מהשיעור הכולל (58%). נוסף לכך, בקרב אנשי מקצוע שקיבלו את רישיונותיהם בשנת 2022, 8% מהרופאים, 24% מרופאי השיניים ו-32% מהרוקחים למדו בבתי ספר מקצועיים במזרח התיכון. אלה היו בעיקר ברשות הפלסטינית, ירדן ובמדינות אחרות דוברות ערבית.⁶⁴ למרות השתלבותם המשמעותית של עובדים ערבים במערכת הבריאות בישראל, עדיין נותרו אתגרים רבים. בתקופות של קונפליקט מוגבר, מוסדות הבריאות אינם חסינים מפני העלייה הכללית ברמות המתוחות בין המגזרים, המשפיעה הן על אינטראקציות בין אנשי מקצוע לבין עצמם, והן על אינטראקציות בין אנשי מקצוע למטופלים.

כמו כן, אנשי מקצוע ערבים בתחום הבריאות נמצאים בתת ייצוג בתפקידים בכירים וניהוליים, וכן בהתמחויות הרפואיות היוקרתיות ביותר.⁶⁵ מערכת הבריאות עומדת ביעדי הייצוג שנקבעו בשנת 2007 בכמעט בכל הדרגים. נכון לשנת 2022, כ-69% מהעובדים הערבים בשירות המדינה (לא כולל עובדי הוראה) נמנים על העובדים במערכת הבריאות. היעד שהוצב בהחלטת ממשלה בשנת 2007, לפיו 10% מעובדי המדינה בכל הדרגים יהיו מהמגזר הערבי, מתגשם בכלל הדרגים במערכת הבריאות, מלבד בדרג הניהול הבכיר, שבו עובדים מהמגזר הערבי מהווים 6.2%.

Bruce Rosen, Sami Miaari, Brookdale institute & Tel Aviv University, Israeli Arabs and the health care professions. [64].P. 10

.Reznik R. Integrating Israel's Arab Citizens in the Healthcare System. The Abraham Initiatives, 2011 [65]

תרשים 38: שיעורי הייצוג של החברה הערבית בשירות המדינה לפי דרג התפקיד



מקור: מכון Adalya, מכון NAS, דורית גרון, מחקר תכנון מדיניות לתוכנית מערכתית לבריאות בחברה הערבית בנושא "הגברת ייצוג החברה הערבית בקבלת החלטות ודרגים בכירים במערכת הבריאות"

יש לציין כי ההישגים במקצועות הבריאות המאפיינים את המגזר הערבי המתגורר בצפון הארץ ובמרכזה רווחים פחות בקרב האוכלוסייה הבדואית המתגוררת בדרום.

אתגר מרכזי נוסף בא לידי ביטוי בתת ייצוג בולט של המגזר הערבי במקצועות בריאות הנפש (בעיקר פסיכיאטריה ופסיכולוגיה). 17% מהערבים שלמדו לתואר ראשון בפסיכולוגיה באוניברסיטאות ימשיכו לתואר שני באוניברסיטאות, לעומת 30% מהיהודים.⁶⁶

אתגר עתידי שעומד להשפיע על השתלבותם של רופאים ערבים במערכת הבריאות הישראלית הוא כניסתה לפועל של "רפורמת יציב". "רפורמת יציב" נועדה להסדיר את לימודי הרפואה בחו"ל. ברפורמה נקבע כי החל משנת 2026, רק בוגרי בתי הספר לרפואה במדינות ה-OECD או בתי ספר לרפואה נוספים המוכרים על ידי מדינות מערביות (בעיקר על ידי ארה"ב), יוכלו לגשת לבחינת רישוי. הרפורמה צפויה להקטין את זרם הרופאים החדשים החל משנת 2026, ובעיקרם את בוגרי בתי הספר לרפואה מקרב המגזר הערבי, שמרביתם נהגו לרכוש את השכלתם בבתי ספר שאינם עומדים בתקן הרפורמה (בעיקר במדינות רומניה, אוקראינה, מולדובה ומצרים). בבחינת התפלגות הרופאים שקיבלו את רישיונותיהם בין 2020 ל-2022 (לא כולל רופאים שהוכשרו בשיתוף עם צה"ל וכאלו שעלו לישראל), עולה כי 76% ממקבלי הרישיון היהודים ו-10% ממקבלי הרישיון הערבים למדו רפואה בישראל. 20% ממקבלי הרישיון היהודיים ו-30% ממקבלי הרישיון הערבים למדו בחו"ל בבתי ספר לרפואה המוכרים ע"י רפורמת יציב. 5% ממקבלי הרישיון היהודים ו-60% ממקבלי הרישיון הערבים למדו בבתי ספר לרפואה שאינם מוכרים על ידי רפורמת יציב.⁶⁷

[66] כ"א במקצועות הבריאות בחברה הערבית, משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי, שקף 12.
[67] Bruce Rosen, Sami Miaari, Brookdale institute & Tel Aviv University, Israeli Arabs and the health care professions

פרק 3: אי השוויון ברפואה הקהילתית



עם פרוץ מלחמת חרבות ברזל, נדרשו קופות החולים האמונות על הטיפול בקהילה להתמודד עם אתגרים רבים ומורכבים. בין השאר, נדרשו להעניק מענה לקהילות המפונות, להקים מרפאות במלונות שבהם שוכנו מפונים, לטפל בפצועי המלחמה ובמשפחות החטופים והשבים, ולהמשיך לספק שירותים שוטפים לכלל המטופלים. כל זאת, תוך תגבור מערך הטיפול לנוכח ההשלכות הבריאותיות והרגשיות של המלחמה וחיזוק החוסן של העובדים, לרבות משרתי המילואים ובני משפחותיהם. בפרק זה נפרש את המאמצים של קופות החולים והתמודדותן מול אתגרי אי השוויון בראי המלחמה. כל המידע המופיע בפרק זה משקף חומרים שהועברו ע"י קופות החולים.

3.1 קופת חולים מאוחדת

בשנת 2024 הופעלו בקופת חולים מאוחדת מגוון תוכניות בתחומים שונים, שמטרתן לצמצם את הפערים באיכות הטיפול, בשירות ובסביבה הארגונית. המלחמה הציפה את הצורך לחזק את החוסן הבריאותי של כלל האוכלוסייה, בדגש על מחוזות דרום וצפון.

התערבויות שנעשו כמענה לצרכים שעלו בעת המלחמה:

הפעלת מוקדים בשגרה ובחירום:

• מוקד +75 בחירום – מתן מענה לאוכלוסייה המבוגרת בעת חירום:

המוקד הוקם בעקבות פרוץ המלחמה ופעל במתכונת 24/7 במשך מספר חודשים. הוא סיפק שירות במספר שפות. המידע על פתיחתו הופץ באמצעות הודעות טקסט ודוא"ל שנשלחו לכלל בני ה-75 ומעלה. במהלך פעילותו התקבלו במוקד כ-50 שיחות ביום, כאשר מרבית הפניות עסקו בזימון תורים ובהזמנת תרופות לבית. כמחצית מהפונים היו תושבי אזור הדרום. מסקר שביעות רצון שערכה הקופה בקרב 153 מטופלים שנעזרו בשירות, עלה כי 56% מהם היו מרוצים או מרוצים מאוד. בבדיקה מדגמית של הפונים שאינם מרוצים, התגלה כי עיקר הבעיות נבעו מקשיים בקידום תורים ומהיעדר טיפול משלים מצד הגורמים שאליהם הופנתה הפנייה. עקב ההסלמה הביטחונית, המוקד שב לפעול במהלך השבועיים האחרונים.

• מוקד תמיכה נפשית טלפוני וייעוץ בתחום אלימות במשפחה:

קו התמיכה הופעל ב-7 באוקטובר בשעה 8:30 על ידי צוותי עבודה סוציאלית ובריאות הנפש ומאז פועל ברציפות, תוך התאמה למתכונות שונות בהתאם לצורכי השטח. עד כה התקיימו במוקד כ-2,533 שיחות.

נוסף על כך, מופעל קו ייעודי המציע מענה רגשי הכולל עד שלוש שיחות תמיכה טלפונית ממוקדות עבור מי שזקוק ליותר משיחה בודדת, וכן שירות טיפולי מקיף של עד 15 שיחות מרחוק, לאחר תהליך מיון במערך בריאות הנפש. השירות זמין בעברית, בערבית וברוסית.

• מוקד ליווי היריון:

מוקד היריון ולידה של מאוחדת מספק מענה לנשים הרות ולאחר לידה, והוא פועל מדי יום בין השעות 8:00 בבוקר ועד חצות, שבעה ימים בשבוע. את השירות מעניקות אחיות ומיילדות המוכשרות בתחומי היריון ושלביו, טיפול ביולדת וביילוד, ייעוץ הנקה וייעוץ שינה. הפונות יכולות ליצור קשר ישירות עם הצוות באמצעות שיחה טלפונית, צ'אט או ביקור דיגיטלי, בהתאם להעדפתן.

במהלך שנת 2024 עד לספטמבר, כולל, טופלו 72,893 פניות בערוצי השירות השונים. המוקד נגיש לכל מבטוחות מאוחדת בכל רחבי הארץ, ומציע שירות בשפות עברית וערבית, עם אפשרות לקבל מענה גם ברוסית ובאמהרית. בשנת המלחמה נרשמה עלייה של 10% במספר הפניות למוקד. לצד פניות בנושאי היריון ולידה, התקבלו פניות רבות בנושאים רגשיים כמו חרדה, תחושת בדידות ולחץ, בעיקר מצד נשים שבני זוגן גויסו לשירות מילואים.

הנגשת זכויות:

במסגרת המאמצים לצמצם פערים ניתן דגש מיוחד על הנגשת מידע אודות זכויות רפואיות למבטוחים. אתר הקופה שודרג, בדגש על תחומי ליבה משמעותיים: אונקולוגיה, סוכרת, ניצולי שואה, דיאליזה ושירותים לאזרחים ותיקים.

נוסף לכך, כחלק מתפיסת השירות בקופה, פותחה מערכת המנגישה אוטומטית מידע רלוונטי ללקוח - זכויות וזכאויות במאוחדת ומחוצה לה. מערכת זו מבטיחה כי כל מבטוח יקבל את המידע הדרוש לו אישית בזמן אמת, גם אם אינו יכול לחפש או לפנות באופן יזום כדי לקבל מידע.

חוסן לצוותי רפואה:

הטיפול בחוסן עובדי מערכת הבריאות הוא סוגיה בעלת חשיבות רבה, במיוחד נוכח האתגרים הרבים בעבודתם, בשגרה וביתר שאת בתקופות של מלחמה. במסגרת זו, התקיימו כ-120 קבוצות ייעודיות לעובדי מאוחדת ממגוון תפקידים, בהובלת עובדות סוציאליות.

מטרות הקבוצות:

1. עיבוד רגשי, מענה בתנאי לחץ וחרדה ופיתוח תחושת חוסן.
2. יצירת תחושת שייכות ויחד צוותי, חיזוק קשרים ושימור תפקוד.
3. הקניית כלים להתמודדות עם לחץ וחרדה תוך זיהוי מוקדי מצוקה אצל משתתפי הקבוצות, מניעת "תשישות החמלה" וטראומטיזציה משנית.

מפגשי החוסן התקיימו במספר ערוצים: מפגשים פרונטליים במרפאות, מפגשים פרטניים וקבוצתיים, מפגשים היברידיים עם צוותים ומפגשי וינר חוצי ארגון שהתרחשו בסמיכות לפרוץ המלחמה. הקבוצות הונחו בהתאם לבקשת ההנהלה ובהתאם לצרכים שעלו מהשטח, ברמה הסקטוריאלי, ברמה המרפאתית או ברמה המחוזית.

בקבוצות השתתפו מנהלים, מתאמות שירות, מנהלות סיעוד, רופאים, טכנאיות אולטרסאונד, מקצועות הבריאות, היחידות לאשפוזי בית, בקרה והתפתחות הילד. העובדים דיווחו על שביעות רצון גבוהה וראו חשיבות בקיום מפגשים אלו סמוך לאירועי ה-7.10. במשובים שנערכו לאחר מפגשי החוסן, שיתפו העובדים כי הכלים שרכשו במפגשים והאסטרטגיות להתמודדות עם לחץ חיזקו את עמידותם הנפשית. כמו כן נצפתה ירידה בהיעדרויות עובדים לאחר ההתערבות, ומנהלים דיווחו על שיפור התקשורת והתפקוד הצוותי במצבי לחץ.

קשר יזום עם אוכלוסיות בסיכון:

בסמוך לאירועי 7.10 ולפרוץ מלחמת חרבות ברזל נעשתה פנייה יזומה להערכת צרכים עם בני משפחות הנרצחים, החטופים והמפונים. אחיות ועובדות סוציאליות יצרו קשר יזום עם 98% מהמפונים, עם כל משפחות הנרצחים, בני משפחות החטופים והשבים המבטוחים במאוחדת.

שינויים בהרגלי הבריאות בעקבות ה-7.10 ומלחמת חרבות ברזל

במטרה לזהות את הצרכים המשתנים של לקוחות מאוחדת בעקבות המלחמה, נשלח סקר בנושא הרגלי בריאות למדגם מייצג בחודש מאי 2024 לדואר האלקטרוני ולמסרונים. על הסקר ענו 491 משיבים (8.2% היענות).

תובנות הסקר:

- 17% מלקוחות מאוחדת מעשנים כיום (מאי 2024). במחוזות הפריפריה האחוז גבוה יותר במידה ניכרת (צפון 22.9% ודרום 22%, לעומת במחוז ירושלים 12.8% ובמחוז מרכז 12.4%).
- המשיבים לסקר נשאלו אם שינו משהו בהרגלי הבריאות בחודשים האחרונים (מאז השבעה באוקטובר).
 - ♦ אחוזים גבוהים מהמשיבים (29%) העידו שהם עלו במשקל. עיקר השינוי נמצא במחוז דרום (38%) ובמחוז מרכז (35%). אלו שני המחוזות שספגו ירי טילים מעזה בתחילת המלחמה.
 - ♦ אחוזים דומים העידו שהם עושים פחות ספורט (28%). גם כאן בולטות התשובות של לקוחות מחוז דרום (31%) ומחוז מרכז (30%).
 - ♦ 7% מהלקוחות, שהם 33% מבין המעשנים היום, ענו שהגדילו את מספר הסיגריות, ועוד 2% מהלקוחות (שהם 11% מהמעשנים כיום) ענו שחזרו לעשן בעקבות המצב.

התערבויות:

השמנה והפרעות אכילה

מאז תחילת המלחמה עלה אחוז הפניות בנושאי אכילה רגשית, עלייה במשקל, עודף משקל והשמנה. נוסף על כך, נצפתה עלייה ניכרת בהפרעות האכילה. קופת חולים מאוחדת נערכת בנושא הטיפול בהשמנה כבר משנת 2021, עת יצא מבחן התמיכה לטיפול בהשמנה, וסוגיית ההשמנה מטופלת במאוחדת מאז המלחמה ביתר שאת. הטיפול בהשמנה מוגדר בארבעה רבדים: (1) קידום בריאות ומניעה לכל אוכלוסיית מאוחדת; (2) ה-*standard of care*, שהוא טיפול בעודף משקל והשמנה בכל מרפאות מאוחדת הראשוניות בידי מערך התזונה והדיאטה. כחלק מהטיפול נבנית תוכנית תזונתית מותאמת אישית, המעודדת את המטופלים לפעילות גופנית במקביל. ההתאמה נעשית אישית, כלכלית ותרבותית; (3) עד סוף 2024 תשלום מאוחדת הקמת 8 מרפאות "שוקלים מחדש" לטיפול בהשמנה במבוגרים ובבני נוער וילדים - אחת מכל סוג בכל מחוז. המרפאות מותאמות לטיפול באוכלוסיות המיוחדות של מאוחדת בחברה החרדית והערבית; (4) להשלמת התמונה, קיימת תוכנית להכנה ולליווי מטופלים גריאטריים, שנקראת "בקיזור אנחנו איתך".

עישון

בתחום העישון שיקפו המרפאות עלייה במספר המעשנים מאז תחילת המלחמה, שתוקפה על ידי הסקר בנושא שינוי הרגלי הבריאות. נבנה רשם עישון, המאפשר לעקוב אחרי כל המטופלים המעשנים, מתי התחילו לעשן ומתי הפסיקו, והכול לפי מאפייני רקע כמו יישוב מגורים, גיל, אשכול סוציו-אקונומי, חברה ומגדר. הרשם מאפשר זיהוי אוכלוסיות ממוקד לטיפול פרואקטיבי.

נוסף על כך, מאוחדת מפעילה מגוון שירותים לגמילה מעישון כמו סדנאות, ייעוץ לנשים הרות, ייעוץ אישי טלפוני וייעוץ לבני נוער. תיאום השירות נעשה באמצעות מתאמות בריאות שעברו הכשרה ייעודית, והן יוזמות קשר עם המטופלים ומציעות את השירותים הרלוונטיים.

ברבעון הרביעי של שנת 2023, מייד אחרי תחילת מלחמת חרבות ברזל, אובחנה ירידה באחוז הנשים בנות 51-74 שנה המבצעות ממוגרפיה במחוזות דרום (ירידה מ-72.3% ל-69.3%) ומרכז (ירידה מ-70.5% ל-67.9%). מחוז דרום המשיך בשנת 2024 ברמה זו ועדיין לא התרחשה התאוששות, ואילו במחוז מרכז החלה ההתאוששות, אך עדיין אין חזרה לאחוזים שלפני המלחמה. ניידת ממוגרפיה נשלחה באוקטובר 2023 לים המלח במטרה לתת שירות למפונים ומשם המשיכה לפריפריה החברתית והגאוגרפית, במסגרתה נערכו כ-5,200 בדיקות.

3.2 קופת חולים כללית

קופת חולים כללית נערכה להתמודדות עם המצב, במטרה לאפשר רצף טיפולי במתן שירותים רפואיים למבוטחיה ולמעל 130,000 עקורים ומפונים, ביניהם מספר רב של נפגעים, תוך גיוס אנשי צוות ומתנדבים לכל נקודה שבה נדרש לתת שירות. פעילות זו הצריכה הגדלת משאבים ופתיחת כ-495 נקודות שירות במהירות שיא בכל הארץ לצורך מענה בתחומים: רפואת משפחה, רפואה יועצת, רפואת ילדים, בית מרקחת, בדיקות מעבדה ועוד. זאת לצד המשך מתן שירות למעל 4.8 מיליון מבוטחי כללית, תוך קידום איכות רפואית, חיסונים ושגרת עבודה בבתי החולים של כללית ובמרפאות הקהילה, כולל בערים תחת אש, כמו שדרות, שלומי, קריית שמונה ועוד. נוסף על כך, תגברה כללית את מספר המרפאות האחודות, הגדילה את מספרן ושיפרה את מוכנותן.

שמירה על רציפות הטיפול לכלל המבוטחים ובדגש על אוכלוסיות מיוחדות

כללית פעלה כדי לשמור על הרצף הטיפולי עבור מבוטחים שנעקרו מבתיהם, באמצעות מגוון פתרונות מותאמים. המאמצים כללו קשר שוטף עם רכזי בריאות יישוביים, הרחבת פעילותן של אחיות הקשר בקהילה ושמירה על מידע וטיפול רציף למטופלים שעברו ממחוז אחד לאחר. עבור אלו שפוננו והועברו לאזור חדש, התקיימו ברגישות שיחות קבלה ואוריינטציה. זאת ועוד, אוכלוסיות מיוחדות מופו ופוננו בהתאם לצורכיהן, ונשמר רצף הטיפול עבור חולים אונקולוגיים, כולל הפניה לקבלת טיפולים הקרובים למקום הימצאם. רשימות פרואקטיביות הופקו לזימון מפונים עם מחלות כרוניות מורכבות, ובוצעו התקשרויות יזומות עם חולים מרותקים ועירייים. שיחות יזומות נערכו גם לנשים הרות לצורך מעקב היריון, והוקמו מרפאות ייעודיות למפונים.

לדוגמה, הוקמו מרפאות באילת וים המלח, ונדרשו מאמצים רבים כדי לאתר תשתיות, ובעיקר כדי לגייס כוח אדם מקצועי, כולל עבור פתיחת בית מרקחת בים המלח. היחידות להמשך טיפול נערכו ביעילות להמשך טיפול וביזור אשפוז בית אקוטי במחוזות, כאשר מטופלים רבים הועברו מבתי חולים להמשך טיפול בקהילה.

הרחבת הנגישות לטיפול

הורחבו שירותי רפואת און ליין, הן ברפואת המשפחה והן ברפואה יועצת. ניתנו שירותי רפואה מתקדמים מרחוק, כדוגמת כללית BOX, למתן שירותי ייעוץ מותאמים אישית במגוון מקצועות הרפואה היועצת. אספקת תרופות און ליין הוגדלה במידה ניכרת, ושירות משלוח תרופות עד הבית בחינם ניתן לכולם. החלה חלוקת גנרטורים ביתיים למונשמים ונתמכי נשימה כדי להיערך מראש למצב של הפסקות חשמל.

כמו כן, נוספו גנרטורים רבים למרפאות אחודות במחוזות צפון וחיפה, ואף למספר מרפאות מקו חדרה וצפונה. בחלק מהמחוזות החלו להרחיב תשתיות במרפאות אחודות נוספות לקראת קליטת גנרטורים בהמשך.

קידום בריאות

פעילויות יזומות בנושאי קידום בריאות התקיימו באתרים שבהם שוכנו מפונים, כמו בתי מלון וקיבוצים. במסגרת הפעילויות קוימו הרצאות והדרכות בנושאי אורח חיים בריא, טיפול עצמי בתחום מחלות כרוניות לרבות בנושא סוכרת, חשיבות מעקב ובדיקות לגילוי מוקדם של מחלות, התפתחות תינוקות, ניהול והתמודדות עם מצבי לחץ, מניעת שימוש לרעה בחומרים ממכרים, גמילה מעישון והתמדה בגמילה גם במצב החירום.

נוסף על כך, פותחו חומרי הדרכה לקהל, כמו עלון הדרכה להגעה בטוחה למקלט, ממ"ד, מרחב מוגן, כתבות באתר כללית, סרטונים ברשתות החברתיות וביוטיוב, בנושאים: גמילה מעישון והתמדה בגמילה, חשיבות הרגלי אכילה ותזונת המשפחה בתקופה זו, פעילות גופנית למבוגרים, פעילות גופנית למשפחות צעירות, שיטת מיינדפולנס לניהול מצבי לחץ והקפדה על הרגלי שינה בריאים. כללית המשיכה להנגיש שירותי קידום בריאות מרחוק לכל המבוטחים. נצפתה עלייה ניכרת בפניות לקו הייעוץ הטלפוני לגמילה מעישון בתקופה זו, בהשוואה לתקופה המקבילה אשתקד. סדנאות במבחר נושאי קידום בריאות הועברו מפורמט פרונטלי לוירטואלי, באמצעות תוכנת מייקרסופט טימס, כדי להנגיש את התוכניות. במקביל, פותחה מערכת חדשה המסייעת להירשם לסדנאות ולעקוב אחריהן. בצורה זו התאפשר למבוטחי כללית להמשיך להשתתף בתוכניות במהלך תקופת החירום ובשגרת החירום. יש לציין שהתוכניות נערכו בשפות עברית, ערבית ורוסית.

פעילות מול משפחות החטופים והשבים

התקיימה עבודה שוטפת מול חמ"ל החטופים ומשפחותיהם, כמו גם טיפול ממוקד בשבים ובמשפחותיהם. הוכשרו אחיות מתאמות טיפול ששובצו לפי התאמה לאוכלוסייה (ילדים/מבוגרים) וטיפלו גם בתיאום השחרור מבית החולים, קליטה בקהילה וליווי אישי.

חוסן עובדים

פעילויות יזומות נעשו על מנת להגביר את חוסן העובדים ולהיענות לצרכים שהתעוררו בעקבות המצב. בתקופה הראשונה אחרי פרוץ המלחמה, התקיימה סדרת ובינרים בשעות הערב, על מנת לתת כלים להתמודדות עם מצבי לחץ בעבודה ובבית, בדגש על כלים לתמיכה בבני משפחה. עובדים שפונו קיבלו מעטפת רציפה, וסופקו פתרונות לעובדים ובני משפחתם שנזקקו לעזרה, תוך גילוי רגישות וגמישות למצבם. נפתחה מרפאת פרסונל, שכוללת טיפולי ייעוץ פסיכולוגי בן 3-7 טיפולים בווידאו, לעובדים שמעוניינים בכך. התקיימו פעילויות ייחודיות לעובדים שחוו טראומה החל מה-7.10.23, או שנחשפו לאירועים קשים. נפתח "מרחב מרפא" לטיפול גוף ונפש. נפתחו מועדוניות לילדי עובדים, התקיימו סיורי תמיכה וחיזוק מצד ההנהלה, הכשרות מקצועיות וגיוס כוח אדם ייעודי לטובת הנושא. נוסף על כך, עובדים שגויסו למילואים ונקלטו חזרה לעבודה עם שחרורם קיבלו מענה. המנהלים קיבלו הדרכות כיצד לקבל חזרה לעבודה אנשי מילואים שהשתחררו וחזרו לעבודה, וכיצד ליצור איתם קשר. נערכו פגישות בטימס עם אנשי המילואים עצמם, מפגשים של עובדים סוציאליים עם צוותי מרפאות, ובהם אנשי צוות שחזרו ממילואים. בכל המחוזות התקיימה פעילות לצוותים "מתאוררים בכללית" לצורך התרעננות וחיזוק החוסן

3.3 קופת חולים לאומית

לאומית שירותי בריאות מספקת שירותי בריאות בפריסה ארצית באמצעות כ־320 מרכזים רפואיים, כ-150 בתי מרקחת ומיליון בדיקות מדי יום. בקופה מועסקים כ־3,700 שכירות ושכירים, ועוד כ־1,700 רופאים עצמאיים.

התערבויות שנעשו כמענה לצרכים שעלו בעת מלחמה:

“רואים אותי במלחמה”

פרויקט “רואים אותי במלחמה” הוא חלק מתפיסה ארגונית שנבעה מהצורך לחזק את התקשורת הארגונית, ההקשבה והיחס האישי לעובדות ולעובדי הקופה. התפיסה יושמה תוך מתן דגש על הפן הרך, האנושי, האישי והרגשי וחיזוק ערכים של הקשבה, העצמה, שיתוף ודאגה לעובדים. בפן האישי, ניתנו תמיכה וסיוע ברמת הפרט, והוענקו כלים להתמודדות נפשית ורגשית. בפן המשפחתי, הוענקו שירותי שמרטפות לילדי העובדים וחולקו חבילות שי למשפחות. בפן הארגוני, ניתנה גמישות ניהולית שאפשרה עבודה מרחוק והשתתפות בפעילות התנדבותית בקהילה, וכל זאת תוך מעורבות אישית של המנכ“ל וחברי ההנהלה.

חוסן עובדים

העובדות הסוציאליות בקופה סיפקו שירותי תמיכה רגשית. כמו כן, הוקמו קבוצות תמיכה לאוכלוסיות ייעודיות: הורים של חיילים וחיילות, הורים לילדי גן עד ביה“ס, בני 60+, עובדים שפונו מבתיהם, צוות הסיעוד, נציגי מוקדי השירות הטלפוני ועובדים המשרתים במילואים. עם עובדים הנמצאים במצבים מאתגרים התקיים קשר יומיומי.

הארגון השקיע בתמיכה פיזית לעובדים ובני משפחותיהם במגוון דרכים. פעילויות גופניות ייעודיות נערכו כדי להפיג לחצים, והוסדרו הסעות לעבודה עבור העובדים. כמו כן, סופקו ארוחות מפנקות ונשלחו מארזים עם חטיפים ופינוקים לסניפים, כדי להקל על העובדים ולשפר את תחושת הרווחה שלהם.

בתחום התפקודי ניתנה גמישות ניהולית שאפשרה עבודה היברידית, ושנוו שעות הפעילות של המרפאות באזורים מאתגרים. הצוות הניהולי הפגין מעורבות ישירה ותמיכה, כולל ביקורי מנכ“ל ושיחות אישיות עם העובדים. התקיימו הדרכות ייעודיות למנהלים בנוגע לקליטת מילואימניקים בחזרה לעבודה, ויושם פרויקט “מילים טובות” שנועד להעלות את המורל בקרב העובדים. נוסף על כך, סופקו פתרונות תעסוקתיים לעובדים מפונים, ונערכו הרצאות וסדנאות בנושאי בריאות הנפש, טיפולים תרופתיים והתמודדות עם התמכרויות.

במישור הכלכלי, עובדים שפונו מבתיהם קיבלו שוברי קנייה לרשתות מזון, ושוברים דיגיטליים חולקו לעובדים שגויסו לשירות מילואים. נוסף על כך, הוצעה הרצאה מיוחדת שעסקה בניהול כלכלי בתקופות

של איזודאות, במטרה לסייע לעובדים להתמודד עם אתגרים כלכליים במהלך המלחמה. הארגון דאג גם למשפחות העובדים באמצעות מגוון פעילויות, כגון הפעלות לילדים (אוריגמי, ד"ר מולקולה, הופעות בשפה הערבית ועוד) ושירותי שמרטפות לילדי העובדים. מתנות ומארזי שי נשלחו למשפחות העובדים מדי כמה שבועות, וכללו גם חבילות ייעודיות לבני זוג ובנות זוג של מילואימניקים ומשפחות שילדיהם גויסו בצו 8.

בתחום הרגשי הוצעו פעילויות להורדת סטרס כמו מינדפולנס, יוגה ודמיון מודרך, לצד הרצאות מעשירות בנושא התמודדות עם מצב מלחמה, שאותן העבירו פסיכיאטרים ומומחים בחקר המוח. העובדים זכו להוקרה פומבית, כולל חלוקת תעודות הוקרה למילואימניקים, ועובדי הסקטורים השונים קיבלו תמיכה רגשית, תוך הדגשת החשיבות הרבה של תרומתם בתקופה זו.

הישגיה הניכרים של התוכנית באו לידי ביטוי מובהק בממצאי סקר BDI אשר נערך במרץ-אפריל 2024. הסקר בחן את העמדות, התפיסות והמחשבות של העובדים בזמן המלחמה. התוצאות מסתמכות על 1,215 משיבים, מדגם מייצג של הארגון. ממצאי הסקר מעידים על עלייה ברמות שביעות רצון בהשוואה לסקר קודם, ועמדות חיוביות מאוד ביחס להתנהלות הארגון בזמן מלחמה. הממצאים משקפים הלכה למעשה את הצלחת התוכנית "רואים אותי במלחמה".

לאחר המלחמה נרשמה עלייה במדדי שביעות הרצון בקרב העובדים. 31% מהמשיבים דיווחו כי רמת שביעות הרצון שלהם ממקום העבודה עלתה בעקבות ההתמודדות עם המלחמה, וממוצע ציוני שביעות הרצון של עובדי הקופה עמד על 7.98, לעומת 7.84 בסקר הקודם. נוסף על כך, 58% מהעובדים ציינו כי תפקוד החברה במהלך המלחמה היה מצוין.

התוכנית הביאה להישגים משמעותיים נוספים. כמות המשתתפים בפעילויות חצתה את רף ה-1,000, ונרשמה התנדבות רחבת היקף מצד העובדים הן למען עמיתיהם והן למען הקהילה. הארגון קיבל מכתבי תודה מהעובדים ומבני משפחותיהם, והטיפוליים הפרטניים שהוצעו לעובדים שיפרו במידה ניכרת את רווחתם ואת תפקודם. זאת ועוד, נרשמה הצלחה בתהליך קליטתם מחדש של מילואימניקים שחזרו לעבודה, תוך מתן מענה מותאם ותומך לצורכיהם.

מענה ללקוחות בחרבות ברזל:

בתקופת המלחמה הוקם מוקד שירות לשעת חירום, זמינות השירותים הורחבה, הונגשו פתרונות רפואיים מרחוק ומערך התמיכה הנפשית תוגבר תוך שמירה על תקשורת שוטפת עם הלקוחות, ושמירה על רצף שירותי וטיפוליים.

- **זמינות מוגברת של שירותים רפואיים:** פתיחת מוקד חירום שכלל מענה 24/7 של צוותים רפואיים והרחבת שעות הפעילות של מרפאות במיקומים נגישים, גם באזורי קונפליקט.
- **הנגשת שירותי רפואה מרחוק:** ייעוץ עם רופאים אונליין בתחומים כמו רפואת משפחה, פסיכולוגיה, ילדים ועוד. כמו כן בוצע מעקב רפואי מרחוק: מעקב אחר מטופלים במחלות כרוניות או לאחר ניתוחים
- **אספקת תרופות ושירותי לוגיסטיקה:** המשך משלוח תרופות עד בית המטופל כדי למנוע הגעה פיזית למרפאות באזורים עם סיכון גבוה. נוסף לזאת, מטופלים קיבלו סיוע במציאת בתי מרקחת פתוחים, תוך הנחיות והכוונה לבתי מרקחת פעילים וזמינים.
- **תמיכה נפשית ופסיכולוגית:** שירותי הייעוץ הטלפוני תוגברו והעניקו תמיכה נפשית זמינה לנפגעי חרדה ופוסט-טראומה. ניתנה האפשרות לקיים 3 שיחות ליווי תמיכה לכל דורש, ובמשך מספר חודשים הופעל קו כוננים של אנשי מקצוע, שנתן מענה מהבוקר עד שעות הלילה. בוצעו ביקורים יזומים של

- צוות עובדים סוציאליים וצוות בריאות הנפש והופקו סרטוני הסברה.
- **הנגשת מידע והסברה:** נשלחו עדכונים ומידע לגבי שירותים זמינים, הנחיות חירום ועצות רפואיות להתמודדות במצבי לחץ. כמו כן, ההסברה תוגברה דרך רשתות חברתיות עם מידע והנחיות בהתנהלות בחירום בשפות שונות.
 - **מעטפת תומכת למשפחות החטופים:** פנייה יזומה, תמיכה, טיפול וליווי צמוד למשפחות החטופים והפצועים. לכל בן משפחה מונתה אחות / עובדת סוציאלית הנמצאת עימו בקשר רצוף וזמינה לכל צורך. מתקיים מעקב רפואי וזימון יזום לבדיקות / טיפולים לבני המשפחה אשר לא הגיעו לביקור אצל רופא משפחה.
 - **מרפאות ייעודיות עבור המפונים:** נפתחו מספר מרפאות במרכזי מפונים שנועדו לספק מענה רפואי מייד. המרפאות פעלו בים המלח, אילת, ירושלים ותל אביב. מרפאות אלו הציעו מגוון שירותים רפואיים באופן סדור מתחילת המלחמה כל ימות השבוע, לרבות רפואה ראשונית, רפואה יועצת (אורתופדיה, א.א.ג, עיניים, עור, קרדיולוגיה, פסיכיאטריה, גניקולוגיה, התפתחות הילד, רפואה משלימה, מקצועות פרא רפואה, עבודה סוציאלית, פיזיותרפיה, רפואה דחופה, וכן שירות טלמדסין, רפואה משלימה, דיגום ועוד), זאת במטרה להבטיח מענה מהיר ומקיף לאנשים שנאלצו לעזוב את בתיהם. צוותי המרפאה פעלו כדי לתת תחושת ביטחון ולסייע בהתמודדות עם האתגרים הבריאותיים הייחודיים הנובעים מהמצב.
 - **טיפול רפואה משלימה:** הוענקו טיפולי רפואה משלימה למפוני צפון הארץ ודרום הארץ, כמו גם למילואמניקים, נשות המילואמניקים ולמשפחות החטופים. טיפולי הרפואה המשלימה ניתנו ללא השתתפות עצמית.
- פעילויות אלו החלו בימים הראשונים של המלחמה ונמשכות עד היום בהיקף מצומצם יותר ובהתאם לצרכים המשתנים. באופן שוטף נאספים נתונים אודות הנפגעים, המגויסים והמפונים ובהתאם לעדכונים ניתנים מענים מדויקים.

3.4 קופת חולים מכבי

במהלך תקופת המלחמה נאלצו אוכלוסיות השוויין להתמודד עם אתגרים משמעותיים בתחום הרפואה בקהילה, וכפועל יוצא של היערכות במצב חירום. קבוצות אלו כוללות בין היתר אוכלוסיות מוחלשות מהפריפריה הגאוגרפית והחברתית, ממגזרים וממגדרים שונים.

מכבי נערכה באופן מידי למתן שירותי בריאות, ונעשו פעולות על מנת לתת מענה הולם לכלל חבריה ובפרט לאוכלוסיות השוויין, תוך פריסה של שירותים להבטחת טיפול איכותי, הוגן, נגיש ושמירה על רצף טיפולי.

התערבויות שנערכו כמענה לצרכים שעלו בעת מלחמה:

מרבית השירותים הרפואיים המשיכו לפעול כסדרם והתורים התקיימו כמתוכנן תוך מתן אפשרות לתיאום תור לכל רופא שבו המטופל בוחר, ללא קשר למקום מגוריו או לרופא שאליו משויך.

במהלך תקופת הלחימה הופעלו מוקדים רפואיים ייעודיים למגוון צרכים דחופים. מוקד רפואי משפחה ורופאי ילדים פעל 24/7 לטיפול במרשמים ובפניות דחופות, ומוקד האחיות של "מכבי ללא הפסקה" סיפק מענה טלפוני רציף. נוסף לכך, הוקמו מוקדי תמיכה וסיוע נפשי, ובהם מוקד טלפוני בהובלת עובדות סוציאליות וקו סיוע ייעודי למצבי חרדה, שפעלו ללא צורך בהפניה וללא תשלום.

הצטיידות בתרופות

כדי לשמור על הרצף הטיפולי, ננקטו מספר תהליכים כדי להבטיח זמינות של תרופות. מטופלים יכלו להתייעץ עם מוקד "מכבי ללא הפסקה" בכל מקרה של קושי בתחום התרופות, כולל ייעוץ עם רוקחי מכבי-פארם. עבור מטופלים המתגוררים או שוהים באזורי עימות, הוצעו שירותי משלוח תרופות עד הבית ללא עלות, בעוד שבאזורים אחרים ניתן שירותי משלוחים בהשתתפות עצמית.

באזור ים המלח הוקם ארון תרופות לניפוק מידי במרפאה רב-תחומית בבית מלון, ובטבריה ניתן מענה למטופלים מפונים על ידי צוות רב-מקצועי בבתי המלון. בשדרות הוקמה מרפאה אחודה בשיתוף קופות נוספות בהתאם להנחיות משרד הבריאות. נעשתה עבודה משותפת עם פיקוד העורף, רשויות מקומיות ומכבי-פארם לשילוח תרופות לבתים שבהם הייתה מגבלה בהתניידות.

הופקו דוחות ייעודיים לאיתור מטופלים עם מרשמים שתוקפם עומד לפוג, ונעשה יישוג יזום למטופלים בטווחי הלחימה במטרה לוודא שרכשו תרופות, מזון וציוד רפואי. השיחות בוצעו בשיתוף פעולה עם מכבי-פארם ומטה מכבי.

הקמת מרפאות אחודות ומרפאות POP-UP

כחלק מהתמודדות עם הצרכים המידיים, הוקמו עבור המפונים מרפאות אחודות במספר אזורים, כגון ים המלח ומצפה רמון. הוזמנו ציוד מותאם ותרופות למרפאות אלו, וצוותים הוכשרו לטיפול במצבי טראומה. מרפאות POP-UP הוקמו כדי לתת מענה לצרכים רפואיים ונפשיים דחופים. המרפאות טיפלו במקרים של פגיעות פיזיות קלות, פגיעות נפשיות, חידוש מרשמים, תסמיני חרדה, מחלות זיהומיות ותסמינים סומטיים שנבעו מלחץ מתמשך. זאת ועוד, ניתנו שירותים למטופלים שנפצעו בקרבות ושחררו מבתי החולים.

התהליך כלל מיפוי המלונות והקהילות, נוכחות רופא ומזכירה במלונות עם ציוד רפואי מתאים, ועדכון המפונים על זמינות השירותים. שיתופי פעולה הוסדרו בין בתי המלון, פיקוד העורף והקהילות, וכן בין קופות החולים, כדי למנוע כפילויות ולמקסם את השירותים הניתנים.

פיתוח כלי ניהול מחשוביים

פותח דשבורד חצ"מים (חולים עם צרכים רפואיים מיוחדים) שיצר תשתית לניהול מרכזי של מידע רב ומסייע להיערך למגוון מצבי חירום בזמן אמת, ולנהל אוכלוסיית מרותקי בית ובעלי צרכים רפואיים מיוחדים בשעת חירום.

שירותים אדמיניסטרטיביים

במטרה לשפר את הנגישות והשירות למטופלים, פותחו והורחבו כלים דיגיטליים באפליקציית "מכבי" ובאתר "מכבי Online". כלים אלו כוללים אפשרות לזמן תור טלפוני לשירותי משרד מרחוק ולבצע פעולות בשירות עצמי, כגון הגשת בקשה להתחייבות, זימון וביטול תורים, קבלת מידע על שעות פעילות של שירותים ומרכזים רפואיים ועוד.

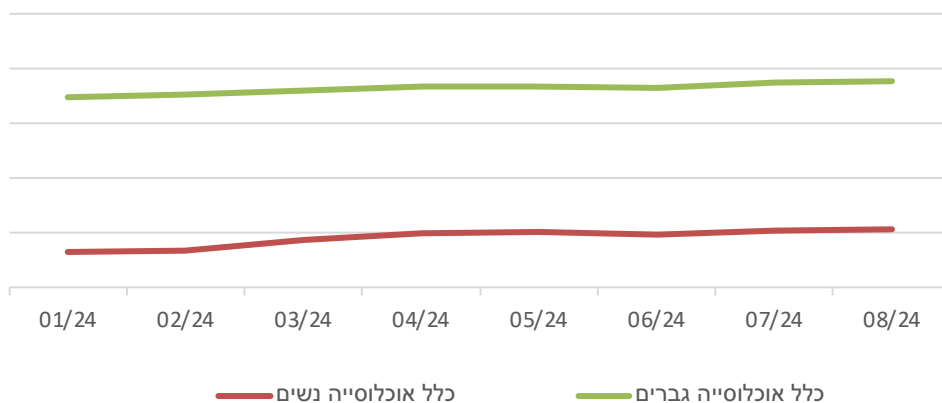
חוסן עובדים

במהלך התקופה התקיימו פעילויות רבות לחיזוק חוסנם של העובדים. בין הפעילויות התקיימו הדרכות להתמודדות עם שיחות קשות, ושובצו עובדים מפונים לעבודה באזורים קרובים למקום מגוריהם החדש. נוסף על כך, ניתנה תמיכה למשפחות עובדים שגויסו למילואים, וקוימו מפגשי צוות קבועים עם מנהלים לעידוד שיח בנושאים רגשיים והענקת כלים להתמודדות. כמו כן, נוצר ממשק עבודה ייחודי בין מוקד האחיות למוקד העובדות הסוציאליות, שנועד לתמוך בעובדים ולשפר את שיתופי הפעולה בין המוקדים.

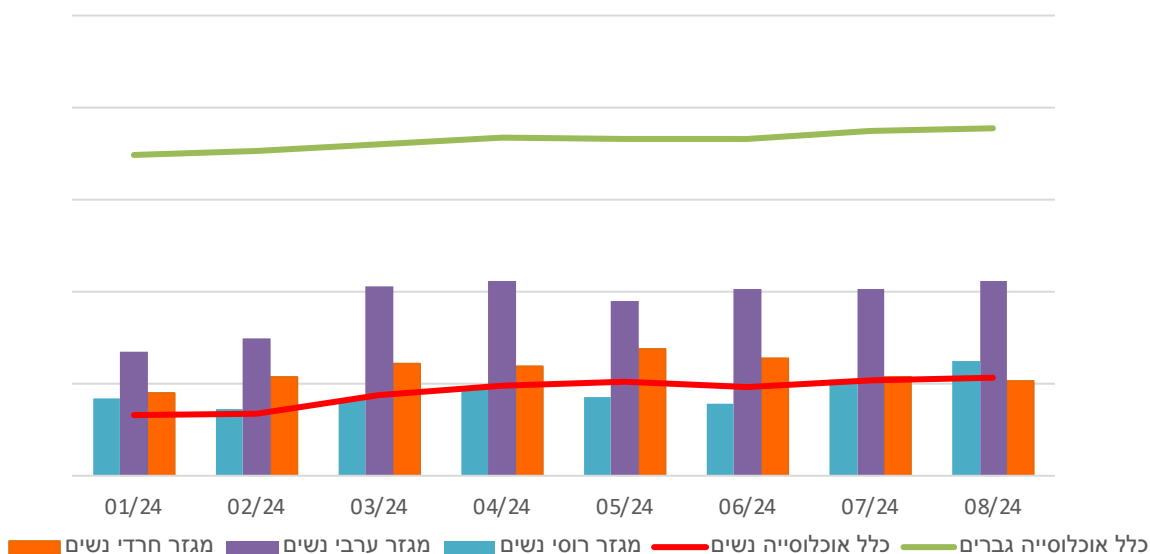
צמצום פערים באיזון מחלות לב כלילית בנשים – מניעה, אבחון וטיפול מותאם

נשים מעל גיל 35 מכלל המגזרים סובלות מתחלואה לבבית באיזון נמוך יותר בהשוואה לגברים, במיוחד בהקשר של היפרליפידמיה - גורם סיכון משמעותי בקרב מטופלים עם מחלה קרדיווסקולרית. נשים מאוזנות פחות טוב מגברים, נכון לאוגוסט 2024, רק כ-50% מהנשים עם מחלה קרדיווסקולרית עומדות ביעד $LDL < 70-100 \text{ mg/dl}$ לעומת 64% מהגברים, ושיעורן נמוך עוד יותר בערכים המחמירים של $LDL < 55 \text{ mg/dl}$, במיוחד בגילי 45-54, שבהם רק 35% מהנשים מאוזנות. פערים אלו מתקיימים בכלל המגזרים, קבוצות הגיל והמצבים הסוציאקונומיים, ומדגישים את הצורך בהגברת המודעות למניעה, אבחון וטיפול. כדי להתמודד עם האתגר, הושקה תוכנית ייעודית שכללה מסע מסרים מותאם אישית, קמפיין תקשורת, וובינרים, כתבות בעיתונות ותכניות רדיו, לצד פעולות הסברה והכשרות לרופאים. ההתערבות הובילה לשיפור במדדי איזון הכולסטרול בקרב נשים חולות לב ולהגברת המודעות, עם חשיפה של 1,873 נשים לובינרים ברשתות החברתיות.

תרשים 39: איזון כולסטרול בחולי לב ע"פ מגדר



תרשים 40: איזון כולסטרול בחולי לב – ע"פ מגזר ומגדר



פרק 4:

גורמים חברתיים וכלכליים המשפיעים על הבריאות – מגמות עיקריות

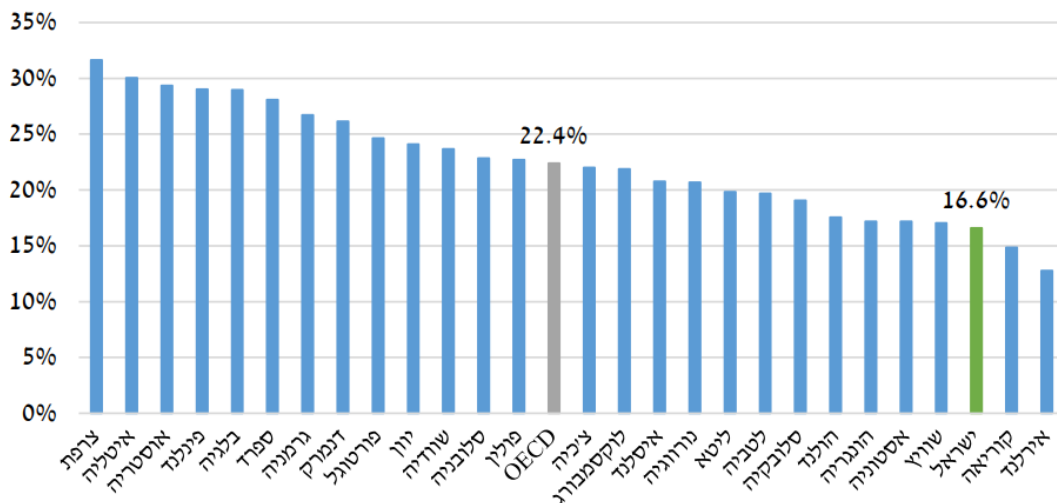


4.1 אי שוויון חברתי כלכלי: עדכון תמונת מצב

בכל שנה, גם השנה המוסד לביטוח הלאומי פרסם את הדו"ח השנתי לשנת 2023,⁶⁸ הכולל נתונים על ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות. החל משנת 2019 הדו"ח מבוסס כולו על הנתונים המנהליים המצויים בביטוח הלאומי הכוללים את כלל אוכלוסיית ישראל. יודגש כי חלק מהנתונים מתעדכנים גם למפרע, ועל כן נתוני העבר המופיעים בדו"ח לעיתים שונים מנתונים שפורסמו בדו"חות קודמים לגבי אותן שנים. על פי הדו"ח, ההתפתחויות הכלכליות-חברתיות במשק מושפעות מהמצב הכלכלי ומהמדיניות החברתית, בייחוד באמצעות תשלומי העברה. בשנת 2023 הואטה הצמיחה עקב מלחמת "חרבות ברזל" - התוצר המקומי הגולמי (להלן: תמ"ג) עלה בשיעור של 2% בלבד, לעומת 6.5% בשנת 2022 ו-8.1% בשנת 2021. עם זאת, שיעור התעסוקה עלה, כמו גם השכר הממוצע במשק. לצד אלו נרשמה גם עלייה בהיקף תשלומי ההעברה.⁶⁹

ההוצאה הציבורית לרווחה בישראל, אשר נמדדת כאחוז מהתמ"ג, היא מהנמוכות במדינות המפותחות. כפי שניתן לראות בתרשים 41, השיעור נמוך בכ-6 נקודות האחוז מהממוצע ב-OECD. בשנת 2023 ההוצאה הציבורית לרווחה הייתה גבוהה יותר מבשנה הקודמת, 16.6% מהתמ"ג לעומת 15.8% בשל הצורך לתמוך בחלק מהאוכלוסייה עקב המלחמה.⁷⁰

תרשים 41: ההוצאות הציבוריות לרווחה* כאחוז מהתמ"ג - השוואה בינלאומית, 2023-2022



מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023, עמ' 9. נתוני ה-OECD הם לשנת 2022 בישראל מעודכנים ל-2023.

*הוצאות על זקנה ושארים, נכויות, בריאות, תמיכה במשפחות, אבטלה ועידוד תעסוקה, עזרה בדיוור והבטחת הכנסה.

בשנת 2023 עלתה ההכנסה החצינית התקנית נטו לנפש ב-3.2%, שיעור גבוה מבשנת 2022 ונמוך מהשיעור הממוצע שהיה בעשור הקודם טרום הקורונה. ההכנסה הכלכלית החצינית התקנית לנפש, זו שאינה כוללת התערבות ממשלתית, עלתה ריאלית ב-2023 בשיעור מתון של 1.7% לעומת 6.8% בשנת 2022.

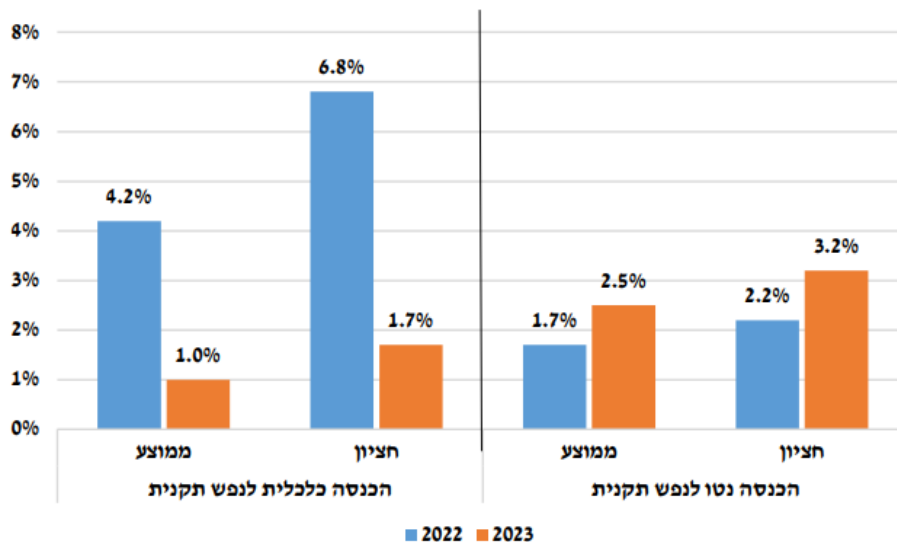
[68] דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות - 2023, מינהל המחקר והתכנון, הביטוח הלאומי.

[69] שם, עמ' 8.

[70] שם.

בהשוואה להכנסה הממוצעת, עלתה ההכנסה הכלכלית החציונית בשיעור גבוה יותר, כיוון שהשפעת הצמיחה הכלכלית על האוכלוסייה הייתה בשיעורים גבוהים יותר בחלק התחתון של סולם ההכנסות, כמו בשנתיים הקודמות. גם ההכנסה החציונית נטו עלתה בשיעור גבוה לעומת ההכנסה הממוצעת.⁷¹

תרשים 42: השינוי בהכנסה הכלכלית ובהכנסה נטו (אחוזים), 2022 ו-2023



מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023. עמ' 10.

4.2 ממדי העוני בישראל

נזכיר כי מדידת העוני בישראל מבוססת על ממדי עוני יחסיים, כנהוג במרבית מדינות המערב. לפיכך, עוני הוא תופעה של מצוקה יחסית אשר מוערכת על בסיס רמת החיים המאפיינת את החברה. קו העוני מחושב כמחצית מחציון ההכנסה התקנית נטו לנפש.⁷² בשנת 2023 עלה קו העוני בישראל ב-3.2% (ריאלית) והגיע ל-3,324 ש"ח לחודש. קווי העוני לפי גודל משפחה מלמדים שמשפחה של זוג עם ילד או הורה עצמאי עם שני ילדים זקוקים להכנסה של 8,808 ש"ח לחודש, כדי להימצא מעל קו העוני.⁷³

בשנת 2023 חיו בישראל 1.98 מיליון נפשות בעוני, בהן 872.4 אלף ילדים ו-158.5 אלף אזרחים ותיקים. בהיבט תחולת העוני, המוגדרת כשיעור האוכלוסייה החי מתחת לקו העוני, ניכרת ירידה קלה מאוד בתחולת הנפשות החיות בעוני, מ-20.8% בשנת 2022 ל-20.7% בשנת 2023. תחולת העוני של ילדים ירדה מעט גם היא, ב-0.2 נקודת האחוז, והגיעה ל-27.9%. גם בקרב משפחות ירדה תחולת העוני ב-0.2 נקודות האחוז והגיעה ל-20.1%. לעומת זאת, תחולת העוני בקרב אזרחים ותיקים נותרה זהה לשנה הקודמת - 12.8%, כפי שניתן לראות בתרשים 43.⁷⁴

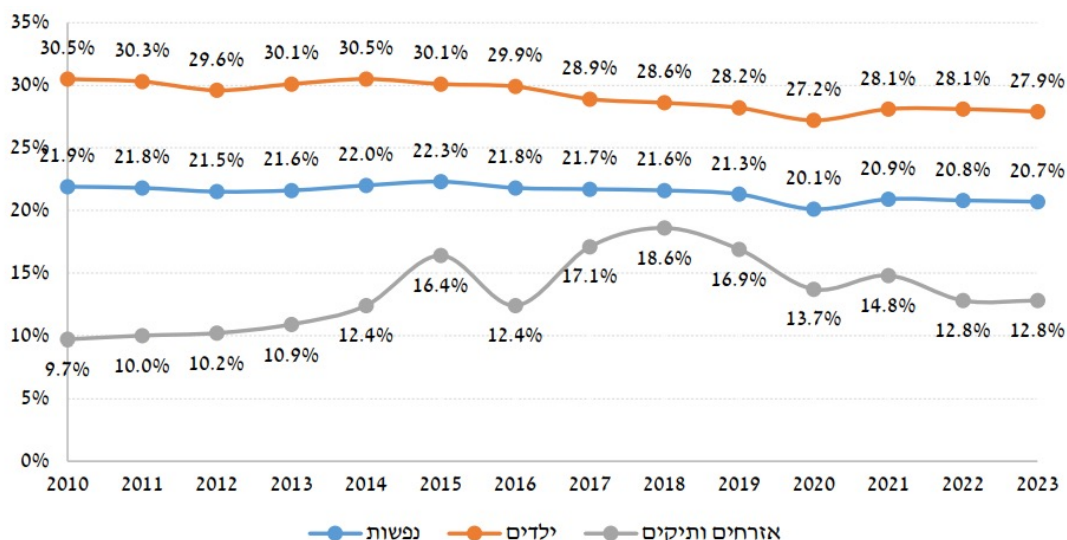
[71] ש"ח, עמ' 9.

[72] כלומר מתוקנת לגודל משפחה בשל קיומם של יתרונות לגודל המשפחה מבחינת צריכה.

[73] הרחבה על קווי העוני לפי גודל המשפחה לשנת 2023 ניתן למצוא בדו"ח המלא בעמ' 11.

[74] דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות - 2023, מנהל המחקר והתכנון, הביטוח הלאומי. עמ' 12.

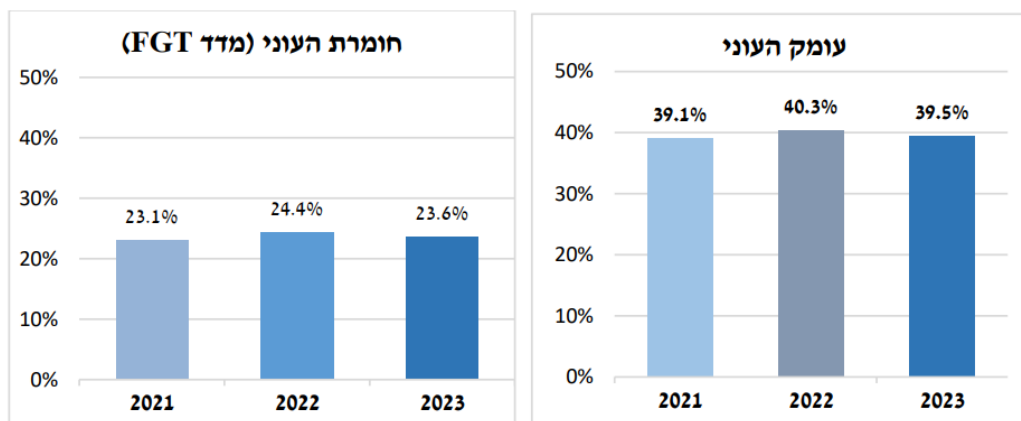
תרשים 43: תחולת העוני של נפשות, ילדים, ואזרחים ותיקים (אחוזים), 2010–2023



מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023. עמ' 12.

בשנת 2023 האנשים החיים בעוני היו עניים פחות בהשוואה ל-2022, בניגוד להחמרה שחלה בשנתיים הקודמות. כפי שניתן לראות בתרשים 44, נרשמו שיפורים במדדי עומק העוני וחומרת העוני. מדד עומק העוני מבטא את הפער בין הכנסת העניים וקו העוני. מדד חומרת העוני (מדד FGT) מבטא את המרחק של הכנסות העניים מקו העוני, כאשר הוא מועלה בריבוע. לפיכך המשקל שניתן לעניים יותר, גדול בהשוואה למדד עומק העוני.⁷⁵

תרשים 44: עומק העוני וחומרת העוני (מדד FGT) בנפשות, לפי הכנסה נטו (אחוזים), 2021–2023

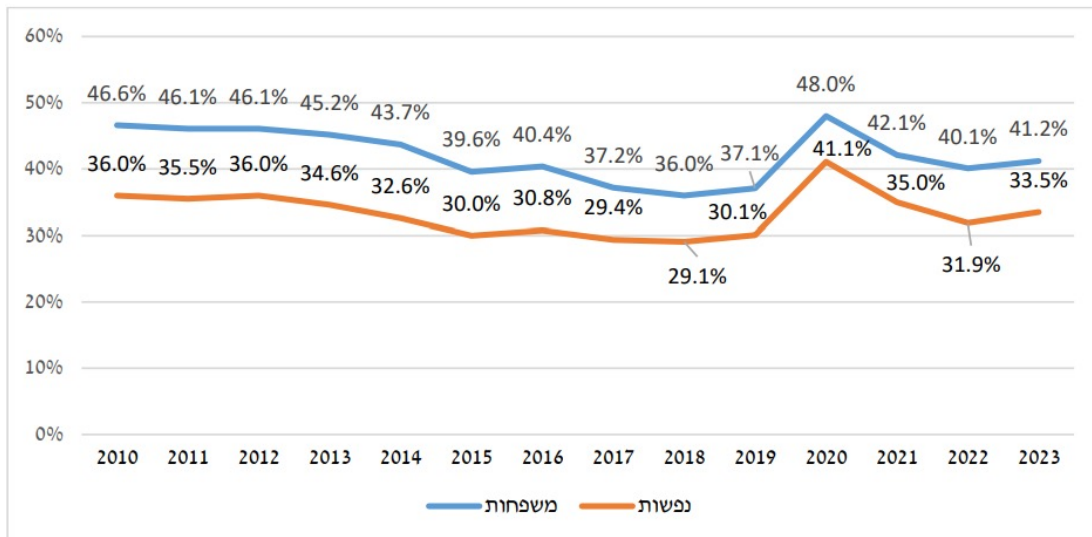


מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023. עמ' 13.

בחינה של תחולת העוני לפני ההכנסה הכלכלית בין 2022 ל-2023 מלמדת על החמרה בעוני ברוב הפילוחים (משפחות, נפשות וילדים). לעומת זאת, חלה ירידה קלה בשיעורי העוני לפי הכנסה נטו כפי שהוצג מעלה. הכלים העיקריים והחשובים של הממשלה לשיפור המצב הכלכלי-חברתי של האוכלוסייה, המשפיעים בטווח הקצר אך גם בטווח הארוך, הם תשלומי ההעברה והמיסים הישירים. מהשוואה בינלאומית עולה כי התרומה הישירה של התערבות הממשלה בישראל לצמצום העוני היא כ-60% בלבד מהממוצע ב-OECD.

יחד עם זאת, כפי שניתן לראות בתרשים 45, בשנת 2023 התרומה של תשלומי ההעברה והמיסים הישירים לצמצום העוני עלתה לעומת שנת 2022, אלו צמצמו את שיעורי העוני של נפשות ב-33.5% לעומת 31.9%, ושל משפחות ב-41.2% לעומת 40.1%. עלייה זו מקורה בגידול בהעברות שונות, כמו גידול בקצבאות הנכות, תשלומי מענקים כמו מענק אכלוס עקב המלחמה, והפעלת הוראת שעה להקלות באבטלה, וכן מגידול בהיקף הקצבאות, כמו תגמולים לנפגעי איבה. עלייה זו באה לאחר ירידה בשנתיים הקודמות עם היציאה ממשבר הקורונה, שם הסיוע הממשלתי צמצם את שיעורי העוני של נפשות ב-41.1% ושל משפחות ב-48.0%⁷⁶. יותר מכול הצטמצמה תחולת העוני של משפחות הודות לקצבאות אזרח וותיק ושארים ושל קצבאות נכות כללית. נציין כי עקב המלחמה דמי אבטלה צמצמו את העוני בשיעור ניכר יותר, וכי מענקי המלחמה ששולמו על ידי הביטוח הלאומי בשנה זו, כמו מענק אכלוס, צמצמו את העוני ב-0.5%⁷⁷.

תרשים 45: השפעת תשלומי ההעברה והמיסים הישירים לצמצום תחולת העוני של משפחות ונפשות (אחוזים), 2010–2023

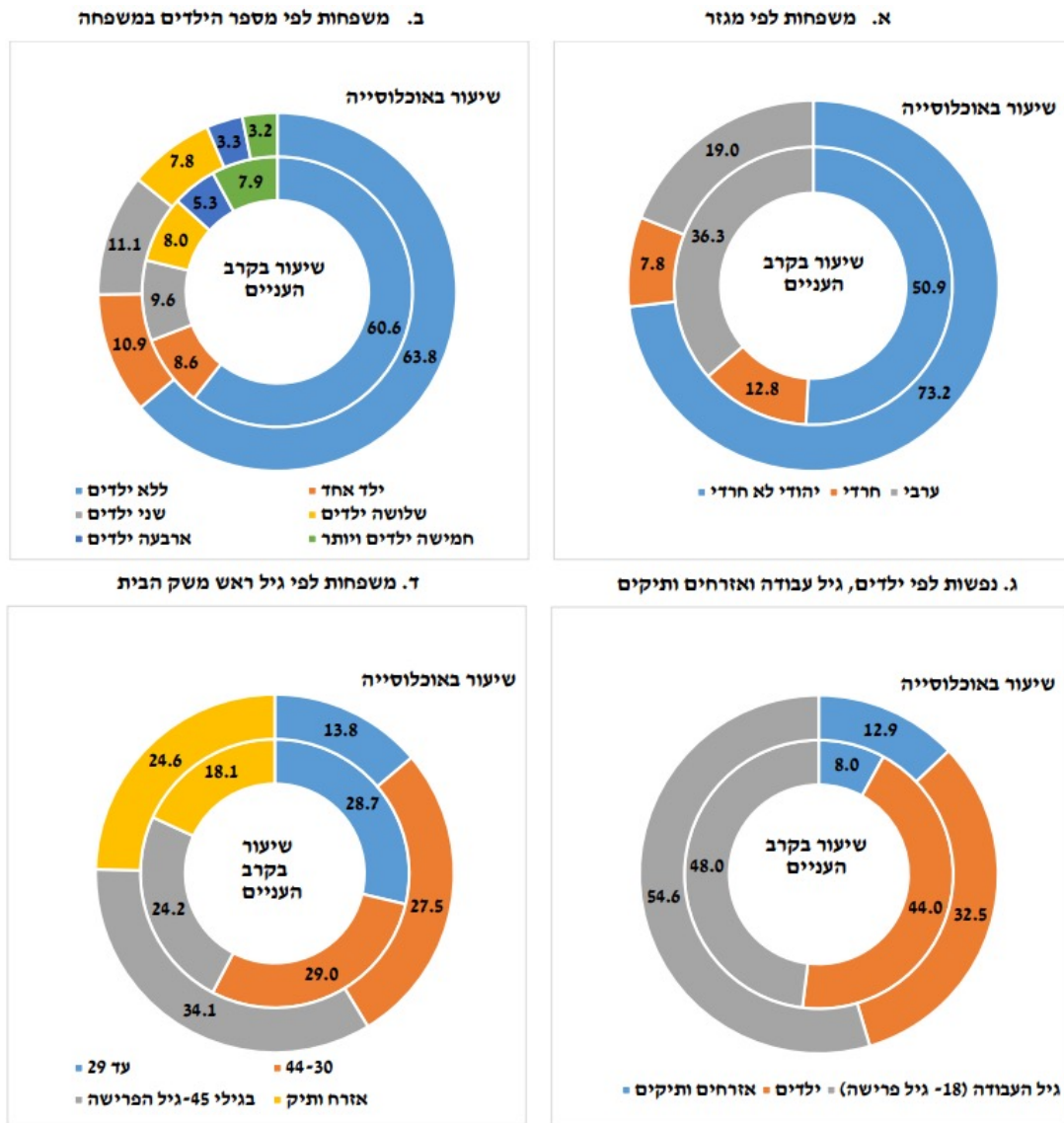


מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023. עמ' 14.

עתה יוצג ניתוח של מאפייני האנשים החיים בעוני כפי שמוצג בדו"ח הביטוח הלאומי. מסקנות הניתוח מעלות גם השנה שממדי העוני בישראל אינם אחידים. בהתפלגות על פי מגזר, עולה כי האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה החרדית הן העניות ביותר. בהתפלגות על פי מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים עולה כי תחולת העוני גבוהה במשפחות מרובות ילדים, במשפחות צעירות, בקרב ילדים, במשפחות עם מעט מפרנסים ועוד. בקבוצות אחדות יש מתאם בין אחדים מהמאפיינים המחמירים את מצב העוני.⁷⁸

[76] שם, עמ' 14.
 [77] שם, עמ' 15.
 [78] שם, עמ' 24.

תרשים 46: התפלגות האוכלוסייה* לעומת התפלגות העניים, קבוצות שונות (אחוזים), 2023

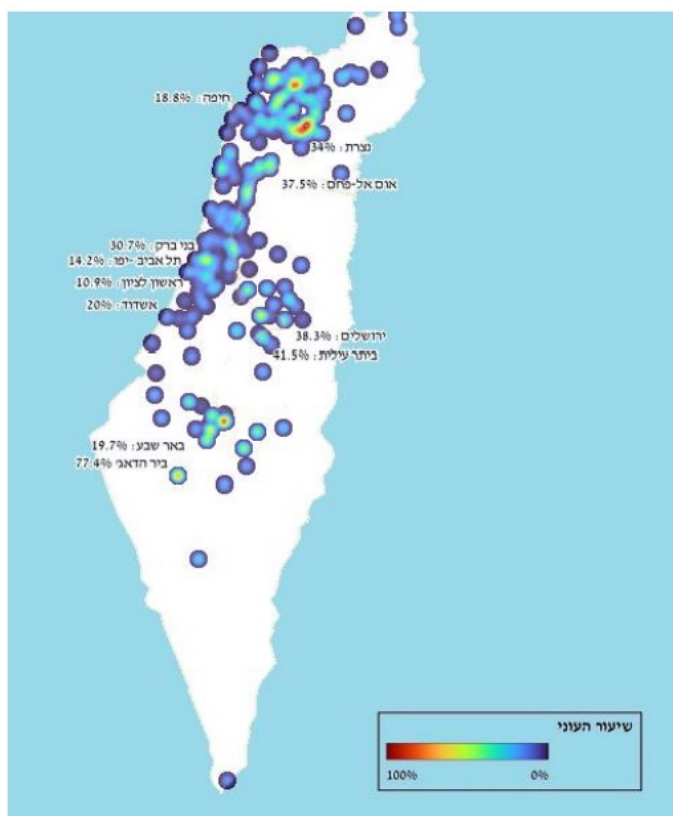


מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023. עמ' 23.

* המעגל החיצוני מציג את השיעור בכלל אוכלוסייה. המעגל הפנימי מציג את השיעור בקרב העניים.

בבחינת ממדי העוני בפריסה גאוגרפית, ממדי העוני במחוזות ירושלים, הצפון והדרום גבוהים מהמוצע - תחולת העוני של משפחות במחוזות אלו מגיעה ל-36.2%, 22.5% ו-22.6% בהתאמה, לעומת תחולת העוני של משפחות במחוז מרכז ובמחוז תל אביב - 13.8% ו-15.1% בהתאמה, הנמוכים בהרבה מהמוצע הארצי - 20.1%. מפת החום המוצגת מטה משקפת את ההבדלים בממדי העוני בין המחוזות והיישובים בהם. הדו"ח מציין כי ממדי העוני במחוזות וביישובים מושפעים כמובן מהרכב האוכלוסייה החיה בהם. שכיחות גבוהה של עוני קיימת במחוזות וביישובים שבהם שיעור גבוה של אוכלוסייה ערבית או חרדית ובפריפריה הגאוגרפית, רבים מהם יישובי בדואים בדרום הארץ.⁷⁹

תרשים 47: מפת חום – תחולת העוני של משפחות ביישובים שבהם יותר מ-5,000 תושבים (אחוזים), 2023



מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023. עמ' 32.

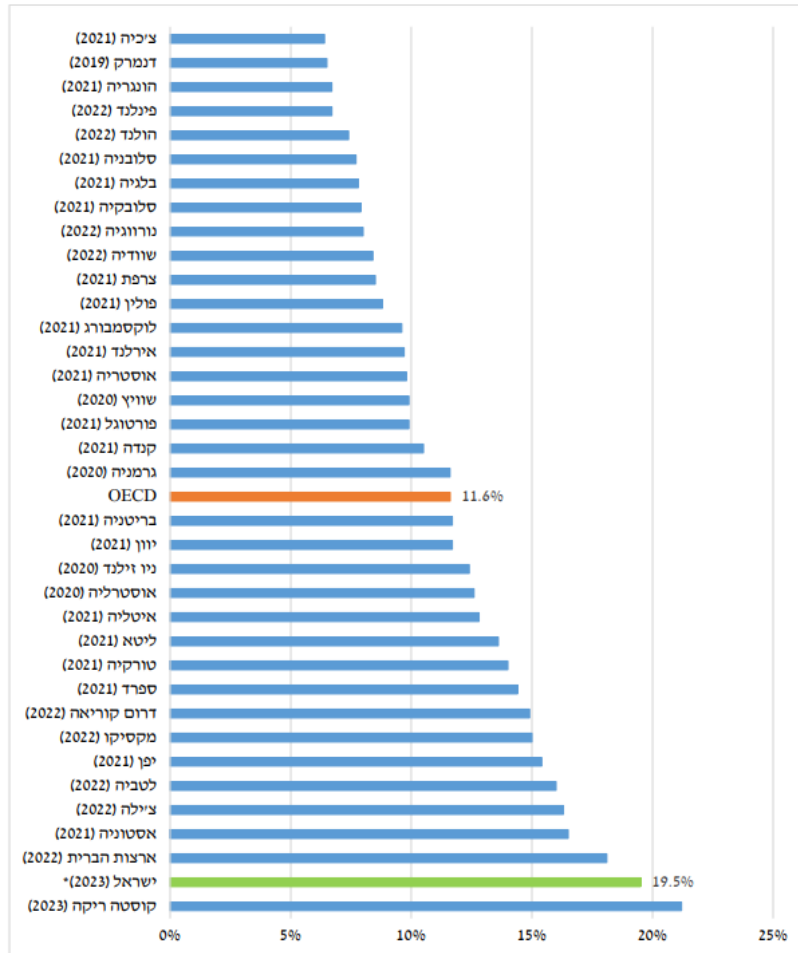
4.3 ממדי העוני והאי שוויון בישראל בהשוואה בינלאומית

דו"ח הביטוח הלאומי ערך השוואה בינלאומית של ממדי העוני והאי שוויון.⁸⁰ בישראל מצב העוני חמור ואי השוויון הכלכלי גבוה ביחס למדינות ה-OECD. בהשוואה בינלאומית של תחולת העוני לפי ההכנסה הכלכלית, בישראל תחולת העוני גבוהה וממוקמת במקום 11 מתוך 36 מדינות. בהשוואה של תחולת העוני לפני הכנסה נטו, כלומר לאחר התערבות ממשלתית, המצב אף חמור יותר, זאת מאחר שהיקף רשת הביטחון הסוציאלי בישראל נמוך יחסית. הממצאים מראים כי לפי מדידה זו ישראל ממוקמת בתחתית מדינות ה-OECD לפני קוסטה ריקה, עם פער של כ-8 נקודות האחוז מהממוצע במדינות ה-OECD, כ-63% גבוה יותר מן הממוצע, כפי שניתן לראות בתרשים 48.⁸¹

[80] הרחבה על שיטות החישוב והשוואה הבינלאומית ניתן למצוא בדו"ח המלא בעמ' 34 ובנספח ב'.

[81] דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות - 2023, מנהל המחקר והתכנון, הביטוח הלאומי, עמ' 34-35.

תרשים 48: תחולת עוני בקרב נפשות, מדינות ה-OECD (אחוזים), שנים שונות**

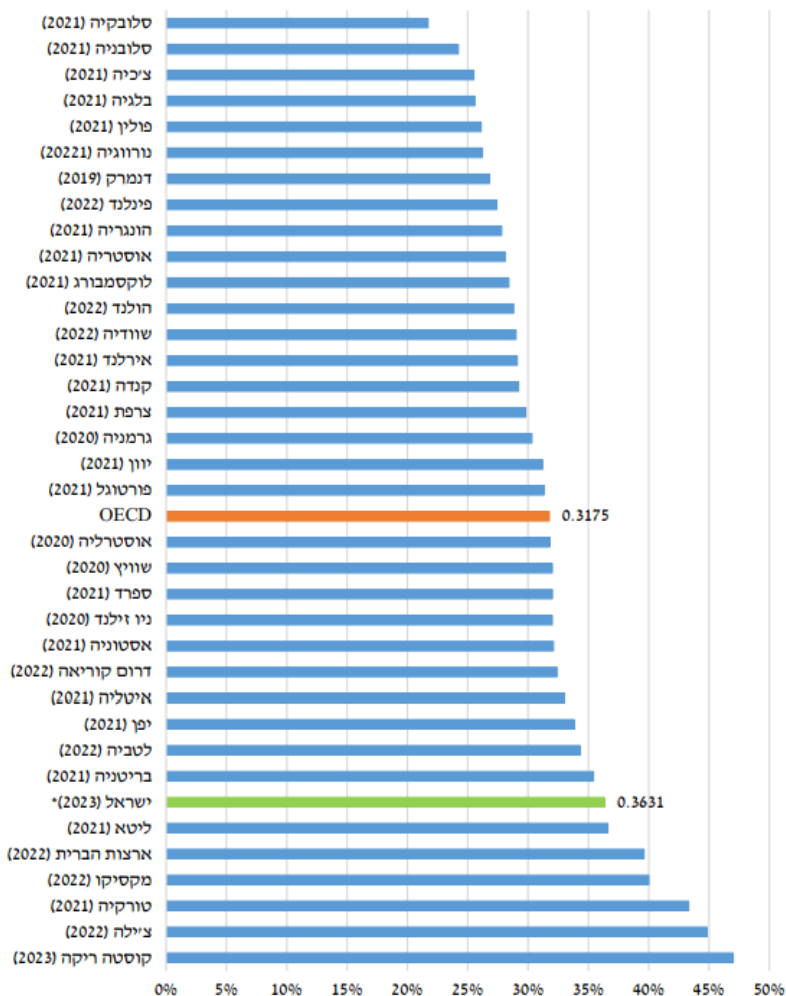


מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023. עמ' 35.

**לכל מדינה מופיעה השנה המאוחרת ביותר שלגביה יש נתונים זמינים. הנתונים לישראל מוצגים לשנת 2023. *החישוב נעשה על פי הנתונים המנהליים וסולם השקילות של ה-OECD.

בהשוואה בינלאומית אי השוויון הכלכלי בישראל גבוה. אחד המדדים המקובלים למדידת אי השוויון בהכנסות הוא מדד ג'יני. כפי שניתן לראות בתרשים 49, בהשוואת רמת אי השוויון בין המדינות כפי שהוא מתבטא במדד ג'יני של הכנסה תקנית נטו לנפש, רמת אי השוויון בישראל גבוהה, כאשר רמות אי שוויון גבוהות יותר קיימות רק בארצות הברית, טורקיה, מקסיקו, צ'ילה, קוסטה ריקה וליטא.⁸²

תרשים 49: מדד ג'יני לאי שוויון בהכנסה נטו, מדינות ה-OECD (אחוזים), שנים שונות**



מקור: דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות 2023. עמ' 37.

**לכל מדינה מופיעה השנה המאוחרת ביותר שלגביה יש נתונים זמינים. הנתונים לישראל מוצגים לשנת 2023. *החישוב נעשה על פי הנתונים המנהליים וסולם השקילות של ה-OECD.

4.4 החברה החרדית בראי אי השוויון

בדו"ח השנה, הושם דגש על החברה החרדית. אי השוויון החברתי והכלכלי בישראל בא לידי ביטוי במידה ניכרת בחברה החרדית. כאמור, רבים מהגורמים המשפיעים על הבריאות אינם טמונים במערכת הבריאות, אלא מושפעים מהתנאים החברתיים-כלכליים שבהם אנשים נולדים וחיים. החברה החרדית מאופיינת ברמה סוציו-אקונומית נמוכה ואורחות חיים ייחודיים, המשפיעים גם על הבריאות שלה. בחלק זה יסוקרו מאפיינים עיקריים של החברה החרדית כמו גם פערים בתחומי החינוך וההשכלה הגבוהה, רמת החיים, התעסוקה ותחולת העוני, אשר עשויים להשפיע על פוטנציאל הבריאות של הנמנים עליה.

4.4.1 הדמוגרפיה בחברה החרדית

על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בסוף שנת 2023 אוכלוסיית ישראל נאמדה בכ-9.842 מיליון תושבים⁸³ כאשר החברה החרדית מנתה כ-1.2 מיליון נפשות המהווים כ-12.3% מתוכה.⁸⁴ רוב הציבור החרדי מרוכז בשישה יישובים מרכזיים: ירושלים, בני ברק, בית שמש, מודיעין עילית, ביתר עילית, אשדוד ואלעד, כפי שניתן לראות בלוח להלן:

לוח 7: היישובים המרכזיים שבהם מתגורר הציבור החרדי והמדד חברתי-כלכלי שלהם

יישוב	מספר החרדים ביישוב	אחוז החרדים המתגוררים ביישוב מכלל החרדים בישראל ⁸⁵	אחוז החרדים מכלל תושבי העיר ⁸⁶	מדד חברתי-כלכלי של יישוב המגורים (1-10) ⁸⁷
ירושלים	292,634	24%	29%	2
בני ברק	209,710	17%	95%	2
מודיעין עילית	86,601	7%	99%	1
ביתר עילית	67,147	5.5%	98%	2
אשדוד	52,587	4%	22%	5
אלעד	48,733	4%	94%	2

קצב הגידול של האוכלוסייה החרדית עומד על כ-3.9% בשנה (בערך פי 2 מהאוכלוסייה הכללית). כך על פי התחזיות⁸⁸ בשנת 2065 שיעורה יעמוד על כ-25%. פריון הילודה⁸⁹ בחברה החרדית הוא 6.2 והוא הגבוה ביותר בישראל. בחברה הערבית הפריון הממוצע עומד על 2.6 ובקרב החברה היהודית שאינה חרדית הוא 2.3. כפי שניתן לראות בתרשים הבא, האוכלוסייה החרדית הינה אוכלוסייה צעירה: כ-56% מהאוכלוסייה החרדית נמצאת מתחת לגיל 19, לעומת כ-30% מהאוכלוסייה היהודית שאינה חרדית.⁹⁰ להתפלגות הגילים של אוכלוסייה יש השפעה על שירותי הבריאות הנצרכים וכן על פריסת תשתיות הבריאות, סוגי תופעות הבריאות וכד'.

[83] אוכלוסיית ישראל בפתחה של שנת 2024, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הודעה לתקשורת. 28.12.23.

[84] דו"ח מצב החברה החרדית 2023, המכון החרדי למחקרי מדיניות, עמ' 16.

[85] שם, עמ' 36.

[86] שם.

[87] אפיון יחידות גאוגרפיות וסיווגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה בשנת 2021, הלשכה המרכזית

לסטטיסטיקה, הודעה לתקשורת. 29.7.2024.

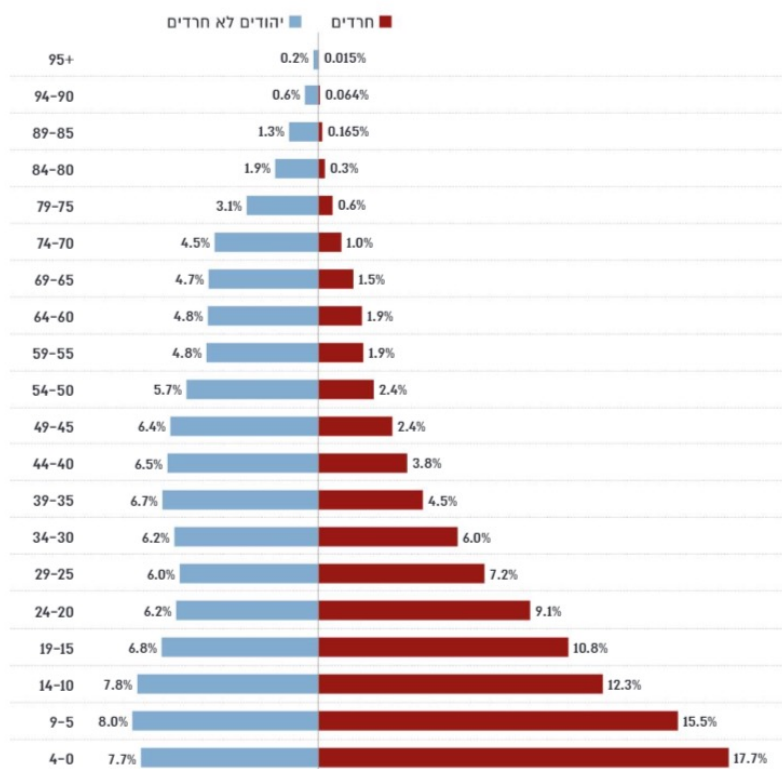
[88] קצב הגידול בפועל של האוכלוסייה החרדית בשנים האחרונות (3.9%) תואם את התרחיש הנמוך של הלמ"ס ובהתאם

לכך המכון החרדי למחקרי מדיניות חישב את התחזית לגודל האוכלוסייה.

[89] שיעור הפרייון - מונח המתאר אומדן של מספר הילדים שצפויה אישה ללדת בימי חייה.

[90] דו"ח מצב החברה החרדית 2023, המכון החרדי למחקרי מדיניות. עמ' 14.

תרשים 50: התפלגות גילים לפי מגזר (2022)



מקור: דו"ח מצב החברה החרדית, המכון החרדי למחקרי מדיניות, 2023. עמ' 19.

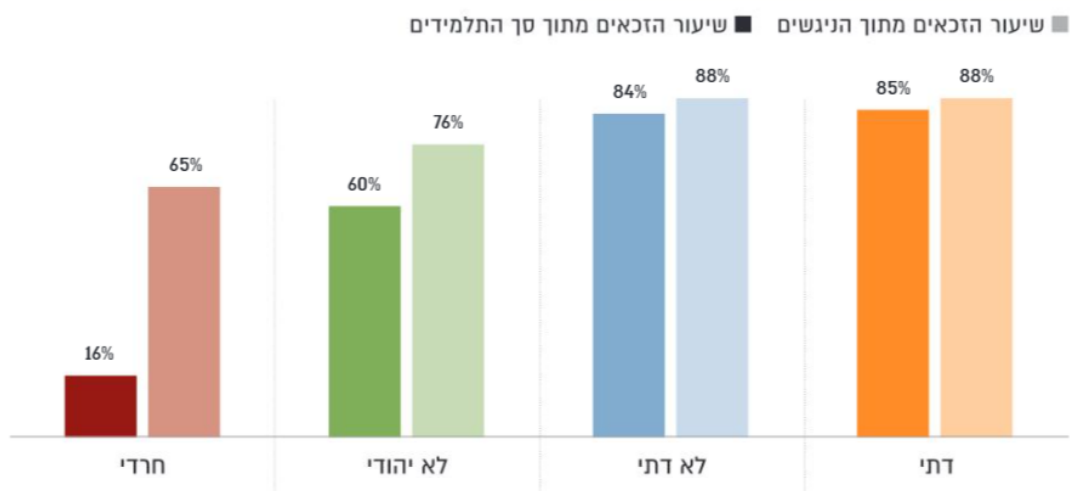
4.4.2 חינוך והשכלה גבוהה בחברה החרדית

בתחומי החינוך וההשכלה הגבוהה קיימים פערים בין המגזר החרדי למגזרים השונים בישראל. במערכת החינוך החרדית רוב מוסדות החינוך אינם מכינים לבחינות הבגרות, ואינם מגישים אליהן. נוסף לכך, קיימים הבדלים עמוקים במסלול החינוכי בין גברים לנשים בחברה החרדית.⁹¹ לפיכך שיעור הזכאים לתעודת בגרות במגזר החרדי עומד על 16% בלבד, לעומת 60% במגזר הלא יהודי, 84% במגזר היהודי הלא דתי ו-85% במגזר היהודי הדתי. כמו כן, שיעור הזכאים לתעודת בגרות במגזר החרדי מתוך הניגשים לבחינות הבגרות הוא 65% לעומת 76% במגזר הלא יהודי ו-88% במגזר היהודי הדתי והלא דתי.⁹²

[91] מכון ירושלים למחקרי מדיניות, דגנית לוי - שילוב חרדים בהשכלה הגבוהה, 2021.

[92] דו"ח מצב החברה החרדית, המכון החרדי למחקרי מדיניות. עמ' 104.

תרשים 51: שיעור זכאים לתעודת בגרות לפי מגזר, 2022

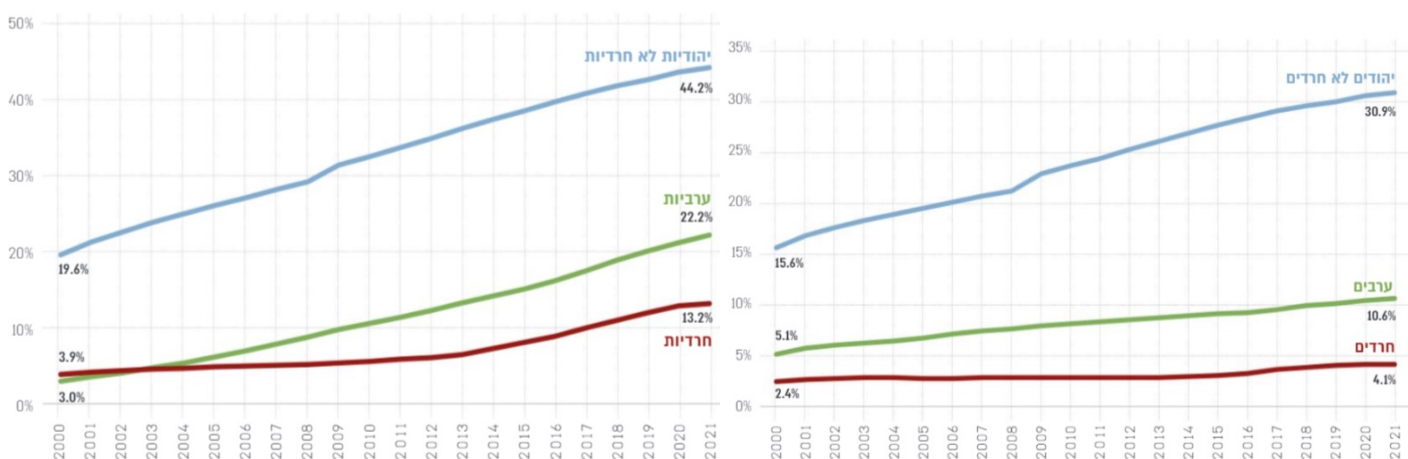


מקור: דו"ח מצב החברה החרדית, המכון החרדי למחקרי מדיניות, 2023. עמ' 105.

הבדלים ניכרים קיימים בין בנות לבנים בשיעור הזכאות לתעודת בגרות מקרב התלמידים החרדים. נכון לשנת 2022, שיעור הבנות הזכאיות לתעודת בגרות מקרב התלמידים החרדים היה 25.2%, לעומת שיעור הבנים הזכאים, שהיה 4.7% בלבד.⁹³

באשר להשכלה גבוהה, רק 4.1% מהגברים החרדים הם בעלי תואר אקדמי, לעומת 10.6% מהגברים הערבים ו-30.9% מהגברים היהודים הלא חרדים. בקרב הנשים החרדיות המצב טוב יותר, אך עדיין ישנם פערים אל מול שאר המגזרים. רק 13.2% מהנשים החרדיות הן בעלות תואר אקדמי, לעומת 22.2% מהנשים הערביות ו-44.2% מהנשים היהודיות הלא חרדיות. בקרב הנשים החרדיות נצפה שינוי משמעותי, שיעור הזכאות לתואר אקדמי עלה ב-9.3%, ואילו בקרב גברים חרדים הוא עלה ב-1.7% בלבד.⁹⁴

תרשים 52: שיעור גברים ונשים בעלי תואר אקדמי לפי מגזר, 2000–2021, גילי 25–49



מקור: דו"ח מצב החברה החרדית, המכון החרדי למחקרי מדיניות, 2023. עמ' 112–113.

[93] שם, עמ' 107.

[94] שם, עמ' 112.

לפי ניתוח שערך **בנק ישראל** יש מתאם חיובי בין השכלה נמוכה לתחלואה. בעלי השכלה גבוהה חשופים פחות לגורמי סיכון בריאותיים ויש להם סיכוי גבוה יותר לדווח כי מצב בריאותם הוא "טוב מאוד".⁹⁵ נוסף לכך, לבעלי השכלה גבוהה אפשרויות תעסוקה ברמות שכר גבוהות יותר - מה שמשפיע על היכולת לצרוך שירותי רפואה מתקדמים במסגרת שירותי השב"ן וביטוחי הבריאות הפרטיים.⁹⁶ בהתייחס לחברה החרדית, יש לציין כי היא אמנם רוכשת פחות השכלה גבוהה ביחס למגזרים אחרים, אך היא מאופיינת באורח חיים למדני הייחודי לה, אשר ייתכן שממתן השפעה זו. לחברה החרדית מאפיינים ייחודיים, לכן ייתכן כי גורמים אחרים משפיעים יותר על תוצאי הבריאות שלה.

4.4.3 תעסוקה ורמת חיים בחברה החרדית

דו"ח **שירות התעסוקה** לשנת 2023 מעלה כי שיעור התעסוקה בקרב גברים חרדים עומד על 55.1%, נתון נמוך משמעותית משיעורו הן בקרב גברים יהודים שאינם חרדים (87%) והן בקרב גברים ערבים (77.9%). שיעור התעסוקה של נשים חרדיות עומד על 80.7%. שיעור זה גבוה לעומת שיעור התעסוקה בקרב הגברים החרדים, נמוך במעט משיעור התעסוקה של נשים יהודיות שאינן חרדיות (83.4%), וגבוה אל מול שיעור התעסוקה של נשים ערביות (44.8%).

הדו"ח מציין כי כוח העבודה בישראל מגוון יותר מאשר בעבר. הסיבה לכך היא השתתפות של אוכלוסיות נוספות, ביניהן בעיקר נשים חרדיות וערביות וגם גברים חרדים, אם כי באופן מתון יותר. משנת 2014 שיעור התעסוקה של נשים חרדיות עלה מ-68.4% ל-80.7% ובקרב הגברים החרדים שיעור התעסוקה עלה מ-48.1% ל-55.1%.⁹⁷ שיעורי התעסוקה הנמוכים משפיעים על רמת החיים של משק הבית וקשורים בקשר ישיר לרמת ההכנסות וההוצאות שלו.

כפי שעולה **משנתון החברה החרדית 2023** של המכון הישראלי לדמוקרטיה, על פי נתוני משקי הבית בשנת 2021, ההכנסות וההוצאות הממוצעות של משק בית חרדי נמוכים במידה ניכרת מאלו של משק בית יהודי לא חרדי, אף על פי שמספר הנפשות הממוצע במשק בית חרדי עומד על קרוב לפי שניים.

ההכנסה החודשית הממוצעת ברוטו למשק בית חרדי הייתה 14,978 ₪, הכנסה הנמוכה ב-55% מההכנסה ברוטו למשק בית יהודי לא חרדי שעמדה על 22,047 ₪.⁹⁸ פערים גדולים עוד יותר עולים לפי חישוב הכנסה תקנית נטו לנפש אשר נמוכה ב-110%, בחברה החרדית היא עמדה על 3,863 ₪ בעוד בקרב החברה היהודית הלא חרדית היא עמדה על 7,407 ₪.

ההוצאה החודשית של משקי בית חרדיים נמוכה בממוצע מההוצאה החודשית של משקי בית יהודים לא-חרדים. על פי נתוני השנתון, ההוצאה החודשית של משק בית חרדי עמדה על 13,972 ₪ בחודש בממוצע, 11% פחות ממשק בית יהודי לא-חרדי, שבו ההוצאה עמדה על 15,610 ₪.⁹⁹ ההוצאה החודשית התקנית לנפש נמוכה גם היא במידה ניכרת, 2,994 ₪ לנפש במשק בית חרדי לעומת 5,157 ₪ במשק בית יהודי לא-חרדי.

[95] "הקשר בין המצב החברתי-כלכלי למצב הבריאות", חטיבת המחקר, בנק ישראל, 2016.

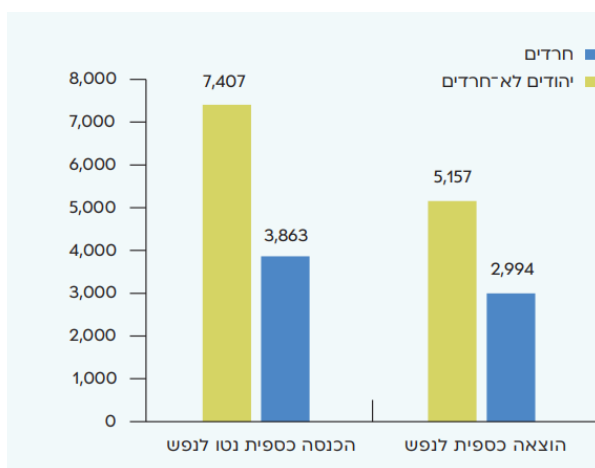
[96] סקר הוצאות והכנסות משקי הבית, הלמ"ס, 2022.

[97] דו"ח שירות התעסוקה לשנת 2023, עמ' 72.

[98] שנתון החברה החרדית 2023, המכון הישראלי לדמוקרטיה, עמ' 51.

[99] שם, עמ' 52.

תרשים 53: הכנסה חודשית והוצאה חודשית לנפש (תקנית), לפי קבוצת אוכלוסייה, 2021 (בש"ח)



מקור: שנתון החברה החרדית 2023, המכון הישראלי לדמוקרטיה, עמ' 53.

פערי ההכנסה מוסברים בין היתר על ידי תא משפחתי המבוסס על מפרנסת יחידה או על מפרנסים העוסקים במקצוע שבו רמת ההכנסה היא נמוכה, וכן על ידי שימוש מופחת בהון ובקרנות פנסיה. כמו כן, אפשר שבמציאות הפערים בהכנסות קטנים יותר הודות להכנסות מעבודה לא מדווחת. פערי ההוצאה יכולים להיות מוסברים על ידי ההכנסה הנמוכה יותר, תרבות הצריכה החסכנית והצנועה של החברה החרדית, וכן קיומם של מרחבי צריכה וחסד קהילתיים, המאפשרים לרכוש מוצרים בזול או לקבלם בחינם.¹⁰⁰

כפי שעולה מסקר הכנסות והוצאות של משקי הבית 2021 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בנייתו לפי מידת דתיות, המגזר החרדי מוציא פחות באופן ניכר על ביטוח בריאות, רפואת שיניים, הוצאות לשירותי בריאות והוצאות אחרות לבריאות.

לוח 8: הוצאה חודשית על בריאות למשקי בית יהודיים, לפי מידת דתיות של משק הבית

אחר/לא ידוע	חרדי	דתי	מסורתי	חילוני	סך הכול	
1,100 ±187	699 ±77	984 ±130	1,038 ±81	1,062 ±71	1,014 ±45	בריאות
438 ±75	284 ±28	403 ±32	438 ±29	430 ±21	416 ±13	ביטוח בריאות
118 ±52	168 ±51	268 ±111	220 ±47	192 ±36	206 ±27	רפואת שיניים
187 ±106	93 ±32	99 ±30	117 ±34	180 ±27	146 ±17	הוצאות לשירותי בריאות
357 ±101	152 ±23	213 ±36	263 ±40	259 ±40	246 ±23	הוצאות אחרות לבריאות

מקור: סקר הכנסות והוצאות של משקי הבית 2021, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

4.4.4 עוני בחברה החרדית

לפי דו"ח ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות - 2023, תחולת העוני בקרב משפחות חרדיות עמדה על 33%, יותר מכפול מהשיעור בקרב יהודים לא חרדים - 14%. תחולת העוני בקרב נפשות הוא 38.5%, לעומת 11.1% בקרב יהודים לא חרדים.¹⁰¹ זאת ועוד, בחברה החרדית כמעט כל ילד שני חי בעוני - תחולת העוני בקרב ילדים חרדים הוא 45.4%, שיעור הגבוה בכפי 3.5 מאשר בקרב ילדים יהודים שאינם חרדים.¹⁰²

לוח 9: תחולת עוני של נפשות, ילדים ואזרחים ותיקים (אחוזים), 2023

יהודי לא חרדי	חרדי	
11.1	38.5	תחולת עוני של נפשות
12.9	45.4	תחולת עוני של ילדים
10.2	11.2	תחולת עוני של אזרחים וותיקים

מקור: עיבוד נתוני דו"ח ממדי העוני והאי-שוויון בהכנסות - 2023, מנהל המחקר והתכנון, הביטוח הלאומי. עמ' 49.

בהתאם לנתונים לעיל, שיעור המשפחות החרדיות החיות בעוני מכלל המשפחות החיות בעוני גבוה משיעורן הדמוגרפי. שיעור המשפחות החרדיות מכלל המשפחות הוא 7.8% ואילו שיעור המשפחות החרדיות החיות בעוני הוא 12.8%, לאחר תשלומי ההעברה והמיסים הישירים. הדבר נכון גם בהסתכלות על נפשות, בעוד שיעור הנפשות החרדיות עומד על 12.1% מכלל האוכלוסייה, שיעור הנפשות החרדיות החיות בעוני הוא 22.5%, לאחר תשלומי ההעברה והמיסים הישירים.¹⁰³

לוח 10: חלקן של נפשות ומשפחות בכלל האוכלוסייה ובאוכלוסייה הענייה (אחוזים), 2023

יהודי לא חרדי	חרדי	
73.2	7.8	חלקן של המשפחות בכלל האוכלוסייה
50.9	12.8	חלקן של המשפחות בכלל באוכלוסייה הענייה
65.2	12.1	חלקן של הנפשות בכלל האוכלוסייה
35.1	22.5	חלקן של הנפשות בכלל האוכלוסייה הענייה

מקור: עיבוד נתוני דו"ח ממדי העוני והאי-שוויון בהכנסות - 2023, מנהל המחקר והתכנון, הביטוח הלאומי. עמ' 53.

כאמור, מצב בריאותי ומצב חברתי-כלכלי שלובים זה בזה בקשר הדוק. מעמד סוציו-אקונומי נמוך משפיע על רמת הבריאות של הפרט, על היכולת להגיע לטיפול, על מדדי בריאות ועל הסיכוי לקיים אורח חיים בריא.¹⁰⁴

[101] ממדי העוני והאי שוויון בהכנסות - 2023, מנהל המחקר והתכנון, הביטוח הלאומי. עמ' 24.

[102] שם, עמ' 49.

[103] שם, עמ' 53.

[104] הוועדה לקביעת אסטרטגיית צמצום פערי בריאות בעשור הקרוב: המלצות לתקציב 2023-24, עמ' 14.

פרק 5:

תוכנית התערבות מערכתית לצמצום אי השוויון: הקמת יחידות בריאות באשכולות האזוריים



5.1 הקמת יחידות בריאות באשכולות האזוריים

אשכול אזורי הוא איגוד ערים שהוקם במטרה לעודד פיתוח אזורי ושיתוף פעולה בין הרשויות המקומיות החברות בו. האשכול מבוסס על התאגדות וולונטרית של רשויות סמוכות, אשר הבינו את התועלת והפוטנציאל הטמונים בשיתוף פעולה.¹⁰⁵ מהלך הקמת האשכולות החל בשנת 2009, מתוך יוזמה מקומית של רשויות גליל מערבי, ולאחר מכן, בשנת 2012, משרד הפנים פרסם את הקול הקורא (להלן: קו"ק) הראשון להקמת האשכולות. במרוצת השנים הוקמו 12 אשכולות הכוללים 170 רשויות, המהוות כ-65% מכלל הרשויות בישראל.¹⁰⁶

למשרד הפנים 4 מטרות בפעילות האשכולות האזוריים: 1. לשפר את איכות החיים של התושבים ולצמצם פערים בין הרשויות השונות, 2. לייעל את אספקת השירותים המוניציפליים על ידי איגום משאבים וניצול יתרון הגודל, 3. לפתח אזורים ועשייה בין מגזרית, 4. לקדם לכידות אזורית.¹⁰⁷ ההתמודדות עם נגיף הקורונה הדגישה את חשיבות הקשר הישיר והשוטף שבין מערכת הבריאות לבין השלטון המקומי ובצורך בניהול בריאות מקומי.¹⁰⁸ נוסף על כך, על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO), ההשפעה על הבריאות אינה תלויה רק בשירותי מערכת הבריאות, אלא במידה רבה תלויה גם בתנאים הסביבתיים והחברתיים שבהם האוכלוסייה נולדת, גדלה, עובדת, חיה ומתבגרת, ובמערך הרחב יותר של כוחות ומערכות המעצבים את תנאי חיי היום-יום.¹⁰⁹ תפיסה אזורית וקהילתית של הטמעת בריאות מאפשרת להתייחס לגורמי סיכון ומשתנים סביבתיים, חברתיים, תזונתיים, פסיכולוגיים, פיזיים וכלכליים המשפיעים על בריאות האוכלוסייה, ואכן הרמה האזורית זוהתה כזירת פעילות אפקטיבית וחיונית כדי לקדם בריאות ולמנוע תחלואה כרונית.¹¹⁰ לאור אלו, חבר מנהל אסטרטגי במשרד הבריאות לאגף בכיר לפיתוח אזוריות במשרד הפנים במטרה להקים יחידות בריאות אזוריות, מתוך הכרה בערך של ניהול בריאות אזורי.

בשנת 2020 פרסמו משרד הבריאות ומשרד הפנים קו"ק לקידום בריאות והזדקנות בריאה ופעילה באשכולות, אשר היה מיועד לתקצוב 7 אשכולות לתקופה בת 3 שנים לגיוס מתכלל בריאות אזורי והנעת מיזמים בנושא. במענה על הקו"ק, נדרש כל אשכול להציג אסטרטגיית בריאות אזורית הכוללת מיפוי צרכים בנושא הבריאות במרחב האזורי, ותוכנית תלת-שנתית המפרטת יוזמות ופעילויות לקידום בריאות אזורית.¹¹¹ דרך אלו ביקשו המשרדים להטמיע תפיסת בריאות אזורית, קרי לקדם את העיסוק בבריאות כחלק מן התחומים שבהם עוסקים אשכולות אזוריים, ולפתח תחום של קידום בריאות מתוך ראייה אזורית. עבודת מתכללי הבריאות אמורה לשנות את האזור כולו, למקסם את פוטנציאל הבריאות הטובה בקרב תושבי רשויות האשכול ולקדם תפיסות של "בריאות בכל מדיניות" בפעילות השוטפת של הרשויות המקומיות ובאשכול האזורי, זאת על ידי פיתוח אקוסיסטם מקדם בריאות ברמת האשכולות והפעלת יוזמות המכוונות כדי לשפר את בריאות אוכלוסיית המתגוררים באשכול, בדגש על מתן מענים המותאמים לצורכי האוכלוסייה המקומית ולהעדפותיה.¹¹²

[105] אשכולות אזוריים בישראל, מרכז המחקר והמידע, כנסת ישראל, 2019. עמ' 2.

[106] אימפקט כלכלי של אשכולות אזוריים 2022-2023, אגף בכיר פיתוח אזוריות, משרד הפנים, 2024, עמ' 24.

[107] אימפקט כלכלי של אשכולות אזוריים 2022-2023, אגף בכיר פיתוח אזוריות, משרד הפנים, 2024.

[108] הנחיות לאשכולות האזוריים להגשת מועמדות לקידום בריאות והזדקנות בריאה ופעילה באשכולות, 10.12.2020.

[109] Social determinants of health, WHO.

[110] בריאות באשכולות האזוריים, מסמך רקע על פעילות הבריאות באשכולות, מנהל תכנון אסטרטגי כלכלי, משרד

הבריאות, 2022.

[111] הנחיות לאשכולות האזוריים להגשת מועמדות לקידום בריאות והזדקנות בריאה ופעילה באשכולות, 2020. <https://www.gov.il/he/pages/pubappeal-healthy-aging>

[112] הדר סמואל, דנית סובול-סרא'ג, המיזם לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים, הערכה מעצבת, מכון מאיירס

ג'וינט ברוקדייל, 2024. עמ' 2.

בתום השנה הראשונה, ניכר היה כי העשייה מניבה תוצאות משמעותיות בשטח. הפעילות כללה בנייה של תשתיות אזוריות לקידום בריאות, והשתתפו בה ארגונים וגורמים שונים המשפיעים על הבריאות האזורית, כמו קופות חולים ובתי חולים, משרדי ממשלה שונים ועמותות. כמו כן, נוצרו חיבורים לקידום פעילויות ותכנים ברמת הרשויות המקומיות, לרבות תמיכה בהקמת יחידות בריאות רשותיות וסיוע בתחילת פעילות עם "אפשריבריא" ברמת הרשות המקומית.¹¹³ לאור הצלחת המיזם, הקו"ק הורחב לכל 12 האשכולות.

יחידות הבריאות באשכולות האזוריים מקדמות בריאות דרך שינויים מערכתיים, אשר נעשים באמצעות 5 פעולות מרכזיות: 1. הקמת שותפויות ויצירת פורומים של שחקני הבריאות השונים באזור כמו קופות החולים, עמותות, רשויות ואקדמיה, לטובת איגום משאבים ועשייה משותפת לטובת קידום בריאות התושבים, 2. איסוף וניתוח נתונים של בריאות התושבים כמו מדדי בריאות, תזונה והתנהגות בריאות לצורך מעקב ומיקוד העשייה האזורית, 3. רתימה של הרשויות ושל השחקנים השונים להשקעה בבריאות וחשיבותה, 4. ניצול יתרון הגודל כדי לקדם בריאות ולהוזיל עלויות דרך ריכוז רכש, מיזמים משותפים, קמפיינים ומענים משותפים לחירום, 5. הקמת תשתיות אזוריות המשפרות את הנגישות לשירותי הרפואה וקידום הבריאות.¹¹⁴

את פעילות מתכללי הבריאות באשכולות מלווים משרד הפנים ומשרד הבריאות בשיתוף ארגון ג'וינט-אלכא. הליווי כולל תוכנית מעטפת של ליווי מנגנוני הניהול של המיזם, ליווי עבודת המתכללים באופן קבוצתי ופרטני, איתור פתרונות לחסמי רוחב שעולים מהשטח וקידומם, פיתוח מוקדי ידע ומידול העשייה. כמו כן, מכון ברוקדייל ליווה את המיזם בהערכה מעצבת הבוחנת את מידת ההתאמה בין מטרותיו לבין הפעולות בשטח, וכן בהערכה למיזם כמקרה בוחן של יצירת תפקיד חדש ברמת האשכולות האזוריים.¹¹⁵

בשנת 2023 הורחבה והתבססה פעילות יחידות הבריאות האזוריות. כמו כן, הועמקה הפעילות מול חטיבת בריאות הציבור ואגף התזונה, זאת על ידי פרסום קו"ק של אסטרטגיה ומדיניות תזונה שבו נבחרו 8 אשכולות אזוריים לביצוע פעילות תזונה בריאה רחבה, בליווי מקצועי של לשכות הבריאות המחוזיות והתזונאיות המחוזיות. נוסף על כך, עקב מלחמת 'חרבות ברזל', פורסם קו"ק לכלל האשכולות האזוריים למתן מענה חירום בהיבטי בריאות, וכלל האשכולות קידמו פעילות חירום משמעותית כפי שתפורט לדוגמה מטה. בסוף שנת 2023, 111 רשויות מקומיות היו שותפות לפרויקט, 3.2 מיליון תושבי אשכולות הושפעו מפעילות יחידות הבריאות, כמו גם תושבי רשויות מפונות ומתפנות, וגויסו תקציבים שמינפו את תקציבי משרד הבריאות והפנים באמצעות שותפויות.¹¹⁶

5.2 פעילות יחידות הבריאות באשכולות - 2023

הפעילות בשנת 2023 התמקדה בעיקר בתחומי התזונה, זקנה, מודעות ומנהיגות בריאות, קידום בריאות ופעילות גופנית. פעילויות נוספות נרשמו גם בתחומי התפתחות הילד, שיקום, בריאות הנפש, מניעת עישון ואספקת שירותי בריאות ופריסתם. בד בבד, ננקטו פעולות בשדות המניעתיים הקליניים. יחידות הבריאות מקדמות כל העת שיתופי פעולה בין שחקנים ממגזרים שונים לקידום בריאות, והן מגייסות רשויות חדשות לתנופת קידום בריאות, אוספות DATA ומעורבות בהקמת תשתיות בנות קיימא אזוריות

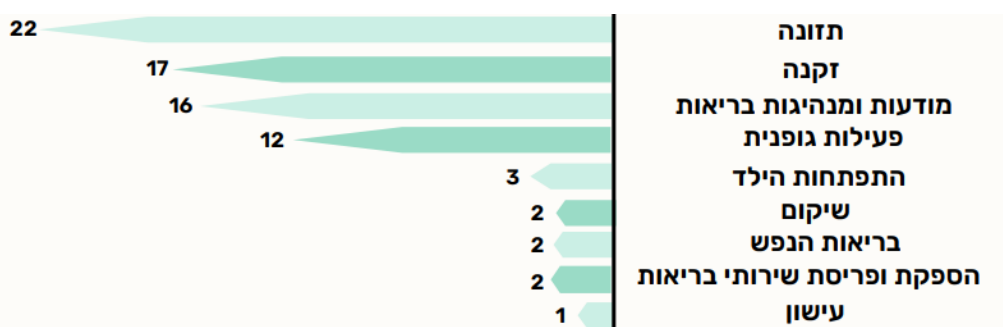
[113] בריאות באשכולות האזוריים, מסמך רקע על פעילות הבריאות באשכולות, מנהל תכנון אסטרטגי כלכלי, משרד הבריאות, 2022.

[114] מתוך ראיון עם מנהל תכנית האשכולות: חנן מגל, ג'וינט-אלכא. 04.11.2024.

[115] הדר סמואל, דנית סובול-סרא'ג, המיזם לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים, הערכה מעצבת, מכון מאיירס ג'וינט ברוקדייל, 2024.

[116] מסמך פעולות והצלחות - ביסוס יחידות הבריאות האזוריות, סיכום שנת 2023.

תרשים 54: מספר המיזמים בתחומי הפעילות באשכולות



מקור: מסמך פעולות והצלחות - ביסוס יחידות הבריאות האזוריות, סיכום שנת 2023.

להלן דוגמאות לפעולות:

- במסגרת קידום בריאות והזדקנות בריאה באשכולות האזוריים (קו"ק 2020), הוקם באשכול גליל ועמקים מערך נייד לבדיקות סקר לבני 60 ומעלה ויצירת חיבורים עם שירותים פסיכוסוציאליים למניעת הידרדרות גילאית; באשכול שורק דרומי הוקם מועדון הבריאות האזורי, מועדון הליכת הבוקר אשר כולל קבוצות לקידום אורח חיים בריא בגיל השלישי בשיתוף 4 קופות החולים - 10 קבוצות במסגרת הפיילוט; באשכול הנגב המערבי פותח מודל אזורי והוגדרה תוכנית עבודה ליחידה אזורית להתפתחות הילד בשיתוף רשויות מקומיות, קופות חולים ונוספים, בהתאם לצרכים שמופו בתחום היחידות ההתפתחותיות ברשויות ברחבי האשכול.

- במסגרת קידום מדיניות תזונה בריאה באשכולות האזוריים (קו"ק 2023) קודמה פעילות תשתיתית מעמיקה בכ-139 רשויות, רתימת שותפים ובניית פורומים אזוריים מקצועיים במטרה לשנות את התזונה ולהטמיע מדיניות תזונתית באשכול; בוצעו עבודת עומק, הדרכה וליווי לעשרות צוותי חינוך והתערבות במאות גנים ובתי ספר במרחב האשכולות, במטרה לשנות את סביבת המזון; במהלך שנת 2023 יצאו יחידות הבריאות באשכולות האזוריים בשיתוף אגף התזונה במהלך חדשני, להקמת מרכז מידע אזורי לתחום הבריאות, הן בהקשרי הרגלי תזונה ואורח חיים בריא, והן בהקשרים מערכתיים לבחינת מעורבותן של הרשויות בקידום בריאות. המהלך הניב דשבורד עדכני אשר משקף סטטיסטית את הרגלי התזונה של אוכלוסיות האשכול, ומאפשר תכנון מדויק יותר להתערבויות וכלי לרתימת שחקנים ורשויות אחרות.

- במסגרת מענה חירום בריאותי בעקבות מלחמת 'חרבות ברזל' (קו"ק 2023), הוקמו מיזמי טיולים טיפוליים במרחב הנגב לתושבים מפונים וצוותים מטפלים; באשכול גליל מזרחי הוכשרו ותיקים בני האשכול להעברת פעילויות מקדמות חוסן ובריאות בקרב ותיקים מפונים מהאשכול; באשכול המפרץ הוקם מרכז מתכלל אזורי ליצירת רצף טיפולי בית חולים-קהילה, באשכול יהודה ושומרון פותחו מענים שונים לחירום כמו חלוקה של כ-2,400 חבילות בריאות מותאמות תרבותית לתושבים המוגדרים בביטחון תזונתי ירוד, וחיזוק החוסן בקרב בני נוער דרך סדנאות, פעילויות וחומרי הסברה.¹¹⁷

באפריל 2024 פרסם מכון ברוקדייל את ההערכה המעצבת למיזם. המכון העלה כי שילוב מתכללי הבריאות באשכולות נתפס כצעד הכרחי לקידום התחום ברמת האשכולות. התפקיד החדש הביא את השלטונות האזוריים והמקומיים לעסוק בבריאות, וברשויות רבות מונו מתאמי בריאות וניכר שיתוף

[117] מסמך פעולות והצלחות - ביסוס יחידות הבריאות האזוריות, סיכום שנת 2023.

הפעולה שלהן עם האשכול. על אף הזמן הקצר של הפעלת המיזם, אפשר להבחין בניצני שינוי בתפיסות של בעלי התפקידים ברשויות בנוגע למקומם בשמירה על בריאות התושבים וקידומה. יחד עם זאת, עלה כי רוב הפעילות שנבחנה לא תוכננה מתוך מסגרת של חשיבה תוצאתית, ולא לוותה במדידה סדורה או בהצבת יעדים מדידים לבחינת השפעת הפעילות. עוד נמצא כי משרדי ממשלה ושחקנים נוספים בשדה הבריאות אינם נחשפים די הצורך לקיומן ולפועלן של המתכללים ולערך המוסף שהעבודה האזורית יכולה להניב עבור תחום הבריאות.¹¹⁸

לסיכום, ניכר כי מיזם הבריאות באשכולות מחזק את הקשר לגורמי הביצוע ברמת הרשויות. הפעילות השוטפת של הרשויות משפיעה על אורחות החיים והסביבה הקהילתית והפיזית של התושבים - גורמים שיש להם השפעה ניכרת על הבריאות. השילוב בין ראייה מערכתית של תשתיות בריאות עם ראייה מערכתית של משפיעים חברתיים ופיזיים על הבריאות הוא שילוב משמעותי, ובא לידי ביטוי מעשי בפעילות באשכולות האזוריים.

הדו"ח נכתב בשיתוף:

