

סיכום מושב - אי-שוויון - זה עולה לנו בבריאות
כנס אלי הורביץ לכלכלה וחברה, 6-7.11.2013

מליאת פתיחה :

- **פרופ' אורלי מנור** - רוב מדינות העולם המערבי, ובהן ישראל, מאמצות היום את הגישה שבריאות היא זכות בסיסית. בישראל הדבר בא לידי ביטוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מטרת החוק להבטיח שוויון בזמינות, באיכות ובנגישות של שירותי הבריאות. אולם בפועל, אין שוויון. ההוצאה הלאומית לבריאות כחלק מהתוצר בישראל נותרה קבועה מאז חקיקת החוק (7.7%). במקביל, ביתר מדינות ה-OECD ישנה עלייה די דרמטית. גם החלק הציבורי בהרכב ההוצאה בישראל נמצא במגמת ירידה בישראל בעוד ב-OECD הוא נותר קבוע. המדדים בישראל משקפים כביכול מצב טוב - שיפור מתמשך בתוחלת חיים, הן של גברים והן של נשים, וירידה משמעותית בתמותת תינוקות. גם במדדי הבריאות וה-Better Life Index של ה-OECD ישראל נמצאת במקום גבוה. אולם מדדים אלה אינם משקפים את התמונה המלאה כיוון שהם מודדים את הממוצע ובכך מסתירים פערים גדולים מאד בבריאות בין קבוצות באוכלוסייה. אי השוויון בבריאות מתייחס לפערים במצב הבריאות בין פרטים, הקשור בגורמים חברתיים. הפערים הללו ניתנים למניעה והם בלתי הוגנים. יש לציין כי פונקצית הייצור של המוצר "מצב בריאותי", מורכבת מהרבה גורמים חיצוניים ולא רק ממשאבי מערכת הבריאות, וביניהם מצב חברתי-כלכלי, לו יש השפעה של ממש על מצב הבריאות. ישנן גם השפעות הדדיות בין מצב חברתי-כלכלי ובריאות - פערים מתמשכים במצב חברתי-כלכלי ובבריאות לא יאפשרו לקבוצות מוחלשות בחברה לטפס למעלה. ישראל של 2013 מאופיינת בפערים מאד גדולים במצב חברתי-כלכלי, בהכנסה ובהשכלה. הצוות עסק בשאלות - מה היקף הפערים בבריאות, מדוע הם נוצרים, כיצד הם מתמשכים, מה עלותם למשק, מהם החסמים לצמצום, ומהן הדרכים לצמצמן. מפת הפערים - תוחלת החיים עולה, אבל הפערים בין גברים ערבים ליהודים, גדל מ-2.7 שנים ליותר מ-4 שנים. הפער בין נשים יהודיות וערביות קבוע ועומד על 3 שנים. בתוך החברה היהודית קיימים פערים בתמותה בהתאם להשכלה. ככל שיורדת רמת ההשכלה, כך תוחלת החיים יורדת, גם בקרב נשים וגם בקרב גברים. הפערים בתמותה לא רק שלא הצטמצמו במהלך השנים, אלא הם התרחבו בצורה ניכרת. גם פערים בתמותת תינוקות מושפעים מהשכלת האם, ככל שההשכלה נמוכה יותר, כך שיעור

הכנס בשיתוף

תמותת התינוקות גבוה יותר. גם בהשוואה זו הפערים בין הקבוצות גדלים. גם תחלואה מושפעת מהכנסת משק הבית. משקי בית בהם ההכנסה לנפש גבוהה מ-4,000 ש"ח ברוטו, רק 10% עם בריאות לקויה, משקי בית בהם ההכנסה לנפש נמוכה מ-2,000 ש"ח ברוטו 30% עם בריאות לקויה. ראוי לציין, שפערים במצב חברתי-כלכלי מסבירים כמעט במלואם את הפערים בבריאות גם בין יהודים וערבים, וגם בתוך החברה היהודית.

מהו ההסבר לפערים? מדוע הם נוצרים? ראשית, מחסור במשאבים חומריים כפי שהודגם לעיל. שנית, הסביבה החברתית הנפשית של הפרט, כמו אוריינות בריאותית, חשיפה למצבי דחק ואפליה. גם ברמת הקהילה, להון חברתי יש תרומה גדולה מאד. רמת הבריאות בילדות המוקדמת משפיעה באופן משמעותי על הבריאות העתידית של הפרט. גם גורמים ברמת המקור כמובן, גורמים מבניים ברמת הקהילה, תנאי המחיה, התשתיות, המשאבים הכלכליים והחברתיים. יש היום הסכמה בין החוקרים כי כל הגורמים הללו פועלים במשולב. הם משפיעים על בריאות ישירות או דרך התנהגויות בריאותיות, קרי: אורח חיים, הימנעות מעישון, תזונה נכונה, פעילות גופנית וכמובן שימוש בשרותי בריאות.

ישנם אלמנטים כלכליים חשובים לפערים בבריאות. ראשית, ישנן תועלות כלכליות משמעותיות להשקעה בבריאות. התועלת הכלכלית נובעת מתפיסת הבריאות כמוצר הון, אבל גם כמוצר תצרוכת שמניב תועלת כשלעצמו, לפרט ולחברה.

הנטל הכלכלי של אי-השוויון חושב באמצעות שלושת הרכיבים הבאים:

- הערך החברתי של שנות חיים שאובדות (ערך חיים בגישת כלכלת הרווחה) - 34 מיליארד ש"ח
- אובדן תמ"ג בגלל אי-מיצוי גיל העבודה עקב תמותה מוקדמת (ערך חיים בגישת ההון האנושי) - 14 מיליארד ש"ח

- העלות העודפת של טיפול רפואי בגלל מצב בריאות ירוד - 2 מיליארד ש"ח
- סך הכל מדובר על 50 מיליארד ש"ח, שהם כ-7% מהתמ"ג וכמעט ההוצאה הלאומית לבריאות. מדובר באומדן חסר ראשוני, כיוון שאין מדידה של עלות המוגבלות אלא רק תמותה מוקדמת. מדוע לא נעשה דבר עד כה? כי יש הרבה חסמים, כגון: היעדר מודעות לגודל הבעיה, היקפה והשלכותיה; היעדר ראייה אינטגרטיבית - גוף אחד שמשקיע וגוף אחר שקוצר את פרות ההשקעה. למשל, קופת החולים תשקיע ומערכת הרווחה תרוויח; והצורך בהשקעה ראשונית גדולה. בעשור האחרון המודעות לנושא עלתה וגופים במערכת הבריאות פועלים בנושא. זה חלק מהתוכנית האסטרטגית של משרד הבריאות וגם קופות החולים. המאמצים מניבים פירות מעודדים. אלא שאלה מאמצים מכוונים מבצעיים. מבצע זה לא מענה לבעיה רחבה. אי אפשר

הכנס בשיתוף

לצמצם לחלוטין את הפערים, אבל צריך לעשות פעילות שתיגע בגורמים לפערים, ולכן צריך פעולה מקיפה שמבוססת על שילוב כוחות. לסיכום, לאי-השוויון בבריאות יש מחיר וההוצאה על בריאות היא הוצאה שנושאת תשואות חיוביות. אם נשפר את מצב הבריאות של השכבות החלשות, נביא לשיפור במצב הבריאות הממוצע וזה יביא להגדלת הצמיחה. אנחנו ראינו שיש עלות גבוהה לפערים - גם לפרט וגם לחברה. אז אין ספק שיש לנקוט במדיניות ממשלתית ברורה, שכוללת פעילות רב מערכתית בין-משרדית ובין-מגזרית. לא מדובר רק בחיסכון בכסף. יש את הפן המוסרי. מדינת ישראל הכירה בפן המוסרי, הצטרפה לאמנת אוטווה של ארגון הבריאות העולמי, שקראה לבריאות לכל. ארגון הבריאות העולמי קרא לאחרונה ואמר: אי השוויון בבריאות הורג. אם אנחנו נצמצם את הפערים, נסייע לפרטים לממש את הפוטנציאל הגלום בהם, הם יקיימו חיים יצרניים, זה יגביר את תחושת הסולידאריות בחברה, יביא לחסכון ויחזק את איתנותה של החברה, והרי בכך עוסק הכנס.

- **השרה יעל גרמן** - מדברים הרבה על בריאות, היא מאוד מעסיקה אותנו, אבל כשזה מגיע להשקעה כספית, רואים שההוצאה הציבורית בשנים האחרונות נותרה זהה, 7.7% לאורך כל השנים. ההוצאה הציבורית יורדת, ההוצאה הפרטית עולה, ואין ספק שאם אנחנו נשקיע בבריאות ונשקיע בצמצום פערים הרי שזה יהיה נכון, ואפילו תועלתני לטובת מדינת ישראל. ראשית, מערכת הבריאות בישראל היא מערכת מצוינת ומוכרת ככזו בעולם. אחת מהמטרות שלנו היא לשמר את המצוינות, ולא להגיע למצב שאליו הגיע החינוך, שחתיני פרס נובל היום הם תוצאה של ההשפעה בחינוך של לפני 30 שנה. אם לא נמשיך להשקיע כמו שמדינת ישראל משקיעה לאחרונה, מי יודע כמה חתני פרסי נובל יהיו לנו בעתיד. גם חוק ביטוח ממלכתי הוא אחד מהחוקים המתקדמים והשוויוניים ביותר - חזונו כולל שלושה ערכים חשובים: הערך השוויון, ערך הצדק וערך הערבות ההדדית. אנחנו צריכים לדעת איך לשמר את הערכים האלה וכיצד ניתן לבטא אותם ביום יום. אכן צמצום פערים חברתיים בכלל, וצמצום פערים בבריאות, אינו מעשה אלטרואיסטי אידיאולוגי בלבד, זהו מעשה תועלתני. כי כאשר אוכלוסיות מוחלשות נתקפות במחלת אפידמיולוגיות (מדבקות), בסופו של דבר המחלות האלה יגיעו גם אלינו. אם לא נשקיע בצמצום הפערים, בסופו של דבר החברה תצטרך לשלם פי כמה וכמה מונים בכסף כדי לרפא וכדי באמת לתת בריאות לאותן אוכלוסיות מוחלשות. לכן חובה עלינו לדעת את הפערים, ללמוד אותם ולפעול כדי לצמצם אותם.

הכנס בשיתוף

משרד הבריאות מקדיש לזה כבר שנים רבות גם מחשבה וגם פעולה. לא רק כפרויקטים חד-פעמיים, אלא כדרך מתמשכת. אני רוצה למנות רק חלק מהנושאים שטופלו בשנים האחרונות בנושא צמצום הפערים.

- הכנסנו תמריצים, יחד עם האוצר ובשיתוף של הר"י, למשיכת רופאים ואחיות לפריפריה. ניתנו תוספות שכר משמעותיות ומענקים לרופאים בפריפריה.
 - הוקם ביי"ס לרפואה בגליל
 - נפתחו קורסים להכשרת אחראים להנגשה תרבותית ולשונית.
 - יועד תקציב מיועד ומיוחד להקמת עשרה מוקדי רפואה דחופה בישובי הפריפריה. הנושא עדיין בהתפתחות ואנחנו נמשיך ונקצה תקציבים כדי לפתוח מוקדים נוספים בפריפריה.
 - נוסף משתנה של פריפריה גיאוגרפית לנוסחת הקפיטציה המרכיבה את תקציבי קופות החולים.
 - בוטלה אגרת טיפת חלב.
 - ניתנו הנחות בהשתתפות העצמית לתרופות עד 60% לקשישים ניצולי שואה.
 - הוקטן שעור ההשתתפות העצמית של מבוטחים בגין תרופות גנריות.
 - הורחבו שרותי בריאות בכלל ובפרט לתלמידים, וכיום 1.2 מליון תלמידים נהנים משעורי בריאות בחינם בלמעלה מ-200 בתי-ספר בארץ.
 - הוקם מוקד טלפוני לקידום ההנגשה הלשונית לאמהרית, מפני שחלק מהמטרה והדרך כוללת הנגשה של הבריאות לאותן אוכלוסיות שאינן יכולות לצרוך אותן, בין השאר, בגלל פערים תרבותיים ולשוניים כמו דוברי אמהרית ולעתים גם דוברי רוסית.
 - הקמנו מאגר שנתי של נתוני פערי אי-שוויון בבריאות, ואנחנו מפרסמים דו"ח שנתי על פעילות קופות החולים ומשרד הבריאות, בו אנחנו רואים את צמצום הפערים. פרטים מלאים נמצא בחוברת שישנה כאן, [התמודדות לאומית עם אי-שוויון בבריאות](#).
- פן נוסף של הנושא הוא השפעת הסטיגמות החברתיות והיחס החברתי שלנו על מערכת הבריאות, על הטיפול בבריאות וגם על הפערים בבריאות. לאחרונה שמענו שישנם רופאים שמסרבים לטפל בחולי איידס. אני הוצאתי מכתב גילוי דעת על התופעה. מחלת האיידס היא היום מחלה ידועה. חולי איידס משתמשים במספר תרופות מועט ויכולים לקיים אורח חיים רגיל. כל רופא יודע איך ניתן להימנע מהידבקות. אין שום סיבה שרופאים יסרבו לטפל בחולי איידס.

הכנס בשיתוף

נושא ההתאבדויות אף הוא סטיגמה חברתית. אנשים שנפגעו מהתאבדויות לא מדברים על זה. הסטיגמה גורמת לכך ש-500 איש מתאבדים כל שנה. כמעט פי שניים ממספר ההרוגים בתאונות דרכים, להן מקדישים ובצדק, 400 מליון שקלים בשנה. המדינה עדיין לא עוסקת בזה. אנחנו רוצים להציע תוכנית לאומית למניעת התאבדויות. מספר המתאבדים בקרב העדה האתיופית כפול פי שמונה ממספר המתאבדים בכלל האוכלוסייה. מספר המתאבדים בקרב קשישים מעל גיל 65 גבוה פי שניים או שלושה מכלל האוכלוסייה. אבל הסטיגמה שנובעת מהפחד לעסוק בנושא, גורמת לכך שהוא לא מטופל.

ישנן סטיגמות נוספות כגון הסטיגמות שקיימות בקרב אוכלוסיות ומגזרים כמו המגזר החרדי והמגזר הבודאי, שם אישה לא מסתכלת על עצמה ולא מטפלת בגופה, ואחת התוצאות למשל היא שהתמותה ממחלת סרטן השד בקרב חרדיות ובודאיות, גדול מהתמותה בכלל האוכלוסייה. מספר החולות, דרך אגב, קטן מכלל האוכלוסייה, אבל בגלל שהן לא מודעות או חוששות או לא נהוג בחברה להסתכל, להביט, לדעת, אין גילוי מוקדם והתוצאה היא במוות. לכן הייתי מבקשת להוסיף לכנס הזה, כחלק מהפערים בבריאות, להוסיף גם את הטיפול בסטיגמות החברתיות שגורמות לנו להימנע מלדבר ולטפל.

ולבסוף, כמה מילים על האתגרים שעומדים בפני מערכת הבריאות. כיום, יש להחזיר את החולה למרכז, כמו בתקופה שבה הרופא נגע בחולה לא רק כדי למשש ולבדוק אותו, אלא גם באמפתיה ובאכפתיות. המכשירים והטכנולוגיות קצת הרחיקו את המגע האנושי וקצת הסיטו את החולה מן המרכז. זאת לצד שאיפה להשתמש בטכנולוגיות הטובות והמשוכללות ביותר, כדי להביא ליעול ולטיפול הטוב ביותר במערכת ובחולים.

ניצב בפנינו אתגר מאוד רציני. אחד האתגרים הראשונים והעיקריים של מערכת הבריאות היא לשלב בין שתי המערכות העיקריות של מערכת הבריאות - מערכת קופות החולים ובתיה"ח. שתי מערכות שכמעט ולא מדברות אחת עם השניה. יש לגרום לכך שקודם כל יהיה רצף טיפולי, לאחר מכן תהיה זרימת מידע חופשית או אולי שיתוף פעולה כמו למשל, בחדרי מיון קדמיים שיכולים להיות בקופ"ח, ולא דווקא בבתי"ח וע"י כך להקל את העומס מחדרי המיון בבתי"ח. יש לדאוג לכך שכאשר בן אדם משתחרר, יש טיפול בית, אשפוז בית, בשיתוף פעולה כמובן עם בתי"ח. לדאוג לכך שהרפואה מרחוק תהיה משותפת, ושקופות החולים בבתי"ח יפעלו ביחד לטובת האזרח.

אתגר נוסף שעומד מולנו, הוא האתגר של פתיחת אזורי האשפוז. לא יכול להיות שאדם לא יוכל לבחור את ביה"ח בו הוא מאושפז. כדי שנוכל לעשות זאת, יש לשנות את שיטת המימון של בתי"ח. יש למצוא שיטה חדשה שבה אפשר יהיה לתמחר הן את יום האשפוז והן את

הכנס בשיתוף

הפרוצדורות השונות. ברגע שתהיה שיטה כזו שתיקח גם בחשבון את העלות השולית הפוחתת בוודאי אבל שיטה אובייקטיבית כדי לוודא שמשלמים מחיר ריאלי עבור הטיפול. קופ"ח תהיינה אדישות לאן הן שולחות ואז ניתן יהיה לעשות גם את אותו שיתוף פעולה. יש לדאוג שכל הנתונים אותם אנחנו בודקים בבתי"ח ובקופות החולים, יהיו שקופים, מבוקרים ומפורסמים באתר, כדי שכל חולה וכל מטופל יוכל לראות בכל ביי"ח כמה ניתוחים, כמה מקרי המוות, וכמה מקרי הזיהומים התקיימו בו.

אבל מעל הכל, האתגר העיקרי שלנו הוא לקבוע סדר עדיפות לאומי שבו ניקח בחשבון אותם פרמטרים ואותם נושאים שלא היו במרכז העניינים - כמו התאבדויות, אשפוז פסיכיאטרי, סטיגמות חברתיות ואי-שוויון חברתי. אין צורך לשנות את החזון, החזון של שוויון, צדק וערבות הדדית הוא החזון הנכון אותו אנחנו צריכים לממש.

סדנאות :

- **מצב הבריאות.** המדדים המשמשים היום להערכת מצב הבריאות של האוכלוסייה והתפקוד הכולל של מערכת הבריאות, משקפים רק חלק מהתמונה ויש סכנה שהם יוצרים תחושת שאננות. יש לגרום לשינוי תודעתי בגורמי הממשל שסוגיית הפערים בבריאות חמורה הרבה יותר מאשר המדדים המקובלים, המייצגים ממוצעים, משקפים.
- **יש להגדיר את צמצום הפערים בבריאות כיעד לאומי.** ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל היא 4.6% מהתל"ג וב-OECD 7%. יש לשים את נושא הבריאות גבוה יותר במערכת העדיפויות ולקבל תוספת משאבים. בהינתן הרחבה תקציבית, בניית מנגנון חד משמעי וברור של הסתת תקציבים למטרת צמצום הפערים. צמצום אי-השוויון והשגת בריאות טובה לכל הוא ערך בפני עצמו, גם אם לא היה חוסך כסף למדינה. צמצום ההוצאה הלאומית לבריאות תרם תרומה מכרעת לפערים בבריאות.
- **משרד האוצר.** יש להציג בפני משרד האוצר את עלות הפגיעה במשק הכרוכה בפערים בבריאות ובאמצעות זאת לשכנע את המשרד להקצות תקציבים. הצעות לצמצום הפערים צריכות להיות בשיתוף פעולה עם משרד האוצר. ללא הסכמת המשרד להשקיע תקציבים בנושא, לא יוכל להתקדם דבר. אין סתירה בין סגירת פערים ויעילות, יש למנף זאת לצורך השקעה גדולה יותר בבריאות.

הכנס בשיתוף

- **פיילוטים - יש להשיק פיילוטים (לפחות אחד במגזר הערבי) שיהיו בשיתוף פעולה עם ההנהגה המקומית ולקיים מעקב ומדידה של יעילות הפיילוטים.** כל פיילוט צריך להתחיל בהגדרת החסמים לשוויון ובחשיבה על הטיפול בהם. את הפיילוטים צריכה להוביל מערכת הבריאות. יש להבטיח התחייבות של מנהיגים ומנהלים אזוריים (לתת תקציבים לפיילוטים לדרג המוניציפלי).
- **חשיבות הקהילה בקידום בריאות.** יש לקיים פעילויות מיוחדות בשטח בקרב אוכלוסיות יעד. פעילויות אלה יהיו מתוכננות ומאורגנות על ידי גורמים מקומיים. על מנת להימנע מהעברת כוח וסמכויות לגורמים המקומיים באופן שיגדיל את אי השוויון (כיוון שהרשויות המקומיות החזקות ישקיעו יותר ויצליחו להשיג יותר כסף ממשלתי), יש לקבוע קריטריונים כך שרק הרשויות המקומיות החלשות יקבלו את התמיכה, בפרויקטים שהקהילות יקבעו לעצמן, וללא מצינע (matching) על מנת להגדיל את סיכוי היישום ברשויות חלשות. יש להכיר בחשיבות מנהיגי הדת במגזר החרדי והערבי אבל לזכור שיש גם הרבה פריפריה חברתית שאינה חלק ממגזרים אלה ועל מנת להגיע אליה יש צורך בגשרים אחרים. יש לעשות התאמה חברתית וסביבתית לכל אחד מהפיילוטים. יש להפנות משאבים מיוחדים למגזר הערבי. יש להגדיר קריטריונים ברורים להצלחה, ומנגנון שיוודא השקעת מלוא סכום התמיכה ישירות בפרויקטים חדשים הקשורים בקידום בריאות. ישנם יישובים שבהם ישנה שכיחות גבוהה של עוני ורמת בריאות טובה, כגון ירושלים ובני ברק בשל מאפיינים של לכידות קהילתית ועזרה הדדית וניתן ללמוד מהם. יש גם דוגמאות של שימוש באוכלוסיות החזקות מאותו ישוב, ראוי לגייס אותם באמצעות חינוך לצמצום פערים ברמת היישוב.
- **איזון בין מניעה וטיפול.** יש לאזן בין מניעה וטיפול ולהשקיע יותר במניעה ורפואה ראשונית, שלה תשואה ברורה ומדידה. הרפואה המונעת היא בדרך כלל הראשונה שנפגעת בהיחלשות המערכת הציבורית ולכן יש לתת לה תשומת לב מיוחדת.
- **ההוצאה לבריאות.** הבעיה המרכזית היא קיפאון בהוצאה הלאומית לבריאות וירידה באחוז ההוצאה הציבורית על בריאות. באופן כללי, יש להגדיל את שיעור ההוצאה הציבורית על בריאות ולקבוע מערכת העדפות שתעזור לצמצום אי השוויון. יש להקים גוף בתוך משרד הבריאות שינתב תוספות תקציב לפתרונות לצמצום פערים על פני פתרונות "צוואר בקבוק" וסגירת גירעונות. הועלתה אפשרות להעלות את מס הבריאות כדי להגדיל את סל השירותים הבסיסי ולצמצם את היקף הביטוחים המשלימים כן הועלתה אפשרות להשתמש בחלק מן הכספים של הביטוחים המשלימים/פרטיים להעלאת רמת הבריאות של קבוצות חלשות.

הכנס בשיתוף

- **הסרת מחסומים פיננסיים לשירותי בריאות: הורדת השתתפויות עצמיות באוכלוסיות חלשות.** יש לאתר כמה מוקדים של קושי בהשתתפות העצמית שלגביהם יש הסכמה בדרגים המקצועיים שהם מוקדים של אי-שוויון ולטפל בהם. יש לעשות זאת בצורה ישירה דרך התקציב, ללא מנגנון אג"ח. ראוי לבחון התערבות כזו בטרם יישומה הגורף, ולהעריך האם אכן חל שיפור בהיענות הציבור, המצדיק השקעה זו.
- **יש להקים מנגנון שיפצה את הקופות על השגת היעדים לצמצום פערים.** יש לכוון, באמצעות פרמטרים ברורים, את הסוכנים הרלוונטיים (בתי חולים, קופות חולים, ממשלה, ציבור) למטרת צמצום הפערים באזורים ספציפיים. אם קופות החולים היו נמדדות לפי הישגיהם בצמצום הפערים ומקבלות על כך פיצוי כספי כך שירצו לבטח חולים משכבה סוציו-אקונומית נמוכה, היה אפשר להגיע לתוצאות טובות יותר. הועלתה אפשרות **לשנות את נוסחת הקפיטציה כדי שתיקח בחשבון את הפערים.**
- **מנגנון מוסכם למימון יוזמות שמטרתן להקטין את אי שוויון בבריאות.** המדינה צריכה לשים זאת על סדר היום, לקבוע יעדים ברורים ומדידים לצמצום אי השוויון ולהקצות משאבים שנתיים מוגדרים לשם כך. יש להקים מאגר לאומי של יוזמות מצליחות לצמצום פערים בבריאות, כדי לאפשר חיקוי שלהן.
- **Health in all policies.** הערכה מבחינת התרומה לבריאות הציבור אך גם לצמצום הפערים בבריאות. יש להוסיף את קריטריון הבריאות להצעות חוק ותכניות מדיניות חדשות. יש לפתח מנגנון שיכמת את ההשפעה על אי השוויון של כל הצעה. תזכיר בריאותי לכל הצעת חוק (כמו שהארגונים הירוקים עושים בנושא הסביבה), הדבר צריך להיעשות על ידי המשרד או לחלופין על ידי גוף אחר בעל מעמד סטטוטורי (ולא NGO כלשהו).
- **פעילות מטעם מעסיקים.** במגזר העסקי ההשקעה בנושאים חברתיים מתייחסת כמעט בלעדית לחינוך ותרבות. יש לגרום לשינוי בתפיסת העולם כך שהקצאת התרומות של החברות העסקיות תגיע גם לנושא הבריאות. יש להוסיף את הבריאות לנושא הדיווח על אחריות תאגידית.
- **יש לבחון את עלות כל האחד מהפתרונות שהוצעו במסמך.**
- **יש לקשר בין תקציב הבריאות לתקציב הרווחה, ייתכן שבאמצעות מסלוקה.**

הכנס בשיתוף

מליאה מסכמת לאחר הסדנאות:

- **משה כחלון** - הסיבה לפערים בבריאות, ולפערים החברתיים בכלל, היא שלא רוצים לצמצם אותם. מי שיחליט לצמצם אותם יודע לעשות את זה. ברפורמה בסלולר לא המצאנו כלום, הכל היה במשרד האוצר, ניגשנו למדף ולקחנו רפורמה מוכנה. אפשר לצמצם פערים ואפשר לעשות רפורמות בבנקאות, בלי לפגוע ביציבות הבנקים. כל הזמן מדברים על היציבות של הבנקים, אבל יש 8 מליון אזרחים וצריך לדאוג גם ליציבות שלהם, שיישאר להם גם משהו בסוף החודש, ולא ישלמו עבור החזקים את העמלות שלהם ואת כל ההוצאות, דמי ניהול וכו'. על כל פנים, יש פערים בבריאות, קשה אפילו לציין את הנתונים. אני מרגיש לא נוח, גם מתמותות תינוקות בדרום ובצפון, גם עם גיל ממוצע של אנשים שחיים עם רמת הכנסה כזאת או אחרת, אם הוא גר בפריפריה הוא חי פחות. וזה לא קשור לרפואה מונעת. יש גם מגזרים שונים, יש מגזר מסוים שאין לו רפורמה מונעת. למרות הרפואה המונעת ולמרות המודעות, יש פה פערים אדירים. נגישות, זמינות לשירותים רפואיים. מי שמתגורר בצפון או בדרום לוקח לו בין 15 ל-45 דקות להגיע לקבל שרות רפואי. רופא מקצועי מול רופא רגיל: 1.6 במרכז הארץ, 0.6 דרום וצפון. מדינת ישראל יודעת לצמצם את זה.
- הקומבינציה הזאת גם של זמינות לשירותים רפואיים וגם לרמת ההכנסה, היא צועקת. אין נגישות ואין רגישות. כנראה יש פה שווים ושווים יותר, ויש פה אנשים שצריכים לחיות יותר ואנשים שצריכים לחיות פחות וזה חבל.
- הדבר הבא זה הוצאה ציבורית. ככל שההוצאה הציבורית יותר קטנה, זה לוחץ על החמישוניים התחתונים וזה משהו מכוון. ה-20% האלה מוציאים על בריאות כ-6% מההכנסה הפנויה שלהם, כשהחזקים יותר מוציאים רק 3.5%. אני לא חושב שאנחנו צריכים להיות כמו בארה"ב, שם ההוצאה היא 60% ציבורי, 40% פרטי, אבל לצערי אנחנו כבר שם. יש צמיחה מצוינת שלא מחלחלת לחלשים, תמיד נשארת למעלה בדיווידנדים, ופה הצמיחה כן מחלחלת לחלשים.
- בכל זאת אנחנו רואים את הדגש על זמינות של שירותים. יש שני מקומות בארץ, שלמרות שהם עניים, תוחלת החיים שלהם גבוהה, וזה החרדים. הם מרוכזים בדרך כלל בבני ברק ובירושלים ושם יש זמינות מצוינת לשירותים רפואיים. אז למרות רמת ההכנסה הנמוכה, עצם הזמינות לשירותים האלה, מאריך את החיים ונותן להם שירותים הרבה יותר טובים. ז"א עם רמת הכנסה נמוכה, קצת תפילות וזמינות רפואית, זה עובד.
- לגבי פערים - ככל שילד יקבל חינוך, אמצעים, כלים ושרותי ליבה יותר טובים, כך יוכל להתפתח יותר. בין אנשים שמשתכרים ב-6,000 שקל, ואנשים שמשתכרים ב-20 אלף שקל, כל יום הפערים

הכנס בשיתוף

מתרחבים בעידודה של הממשלה. מי שמשתכר 5,500 שקל, כל הכסף הולך על צריכה ומי שמשתכר ב-20 אלף שקל יכול לחסוך את הכסף ולהשקיע אותו באפיקים עם פטור ממס, כגון קרן השתלמות, קופות גמל, דירה להשקעה, תרבות (אותה מממנת המדינה), חינוך והשכלה גבוהה לילדים. אם אנחנו נבין שפריון זה הכשרת עובדים, וזה הון - ציוד נכון, אמצעים וכלים נכונים, אנחנו נצליח לצמצם, וזה לא חייב לבוא אחד על חשבון השני. לי יש חלום שהחזק ישלם עבור החזק והחלש ישלם עבור החלש ולא שהחלש ישלם עבור החזק. זה מה שאני רוצה בעמלות, בסולר, בבנקאות, בדמי ניהול, בכל. אם כל אחד ישלם עבור עצמו, אני חושב שאנחנו נגיע לסוג של צמצום. שוויון, לצערי, לא יהיה אבל צמצום פערים אפשר ואני חושב שזה אתגר ענק למדינת ישראל. אני חושב שפערים מסוכנים יותר לעתיד מדינת ישראל מאשר איומים ביטחוניים.

Dr. Camila Vammalle, Deputy Head of Budgeting and Public Expenditures for Health Care, OECD

לאחרונה נוצר ב-OECD שיתוף פעולה בין יחידת התקצוב ובין יחידת הבריאות על מנת לטפל יחד בבעיות שקשורות לקיימות פיסקלית ולהוצאה על בריאות במדינות ה-OECD. ברצוני להתייחס לשאלת אי-השוויון בבריאות מהפרספקטיבה של ה-OECD, תוך ניסיון להשוות את המצב של ישראל אל מול מדינות OECD אחרות.

כמה עובדות על אי-שוויון בבריאות באופן כללי, לא רק בישראל. בחלק מהאינדיקטורים אין מידע לגבי ישראל, אבל בהמשך לדיון הבוקר ניתן יהיה לעשות את החיבור. לאחרונה בוצע ב-OECD מחקר על אודות איכות שירותי הבריאות בישראל ופרק אחד התמקד בטיפול באי-השוויון בשירותי בריאות, אציג את עיקרי הדברים והמלצות המדיניות, שתואמות במידה רבה את הדיונים במליאה ובקבוצות העבודה ואת המסמך שהוכן לקראת הכנס.

ראשית, אי-שוויון חברתי-כלכלי, כמו רמת ההכנסה או רמת ההשכלה, משפיעים על הבריאות, בין אם באינדיקטורים אובייקטיביים כמו אורך חיים, תמותת תינוקות וכו', או אינדיקטורים יותר סובייקטיביים כמו איך אנשים מרגישים לגבי בריאות. בכל מדינות ה-OECD ישנם הבדלים משמעותיים בתוחלת החיים הצפויה בגיל 30 בין אנשים עם רמת השכלה שונה. אין נתונים לגבי ישראל אז לא ניתן להשוות לגבי ההבדל בין יהודים וערבים. גם ברמה הסובייקטיבית, בתשובה לשאלה "איך אתה מרגיש לגבי הבריאות שלך?" רואים את אותו הבדל - אנשים בעלי הכנסה גבוהה נוטים להרגיש טוב יותר לגבי בריאות מאשר אנשים עם הכנסה

הכנס בשיתוף

נמוכה. רואים את זה גם במסמך שהכין צוות המחקר הישראלי לכנס. בישראל למשל, 27% מהאנשים שמרוויחים פחות מ-2,000 ש"ח דיווחו על כך שהם מרגישים בריאות לקויה, לעומת 11% מהאנשים שמרוויחים מעל 4,000 ש"ח.

הגרפים מראים שיש הבדלים גדולים בין מדינות. יש מדינות שבהן מצב חברתי-כלכלי משפיע יותר על תוצאות הבריאות מאשר באחרות. אז יש מקום לשיפור במדיניות ולפעולות מדיניות על מנת לצמצם את היקף ההשפעה של אי-השוויון החברתי-כלכלי על הבריאות, לצד ניסיון לצמצם את הפערים החברתיים-כלכליים בעצמם.

אז למה קיימים ההבדלים בתוצאות הבריאות? יש כמה גורמים - גורמים תרבותיים, סוג התזונה של אנשים, שיעור המעשנים ועוד. חלק מהגורמים לפערים נמצאים בטווח מדיניות הבריאות עצמה ובמתן מענה לצרכים, כמו למשל פיזור הרופאים המקצועיים. בכל מדינות ה-OECD רואים שהסיכוי להיבדק ע"י רופא מומחה משתנה מאוד בהתאם לרמת ההכנסה של אנשים.

מחקר של ה-OECD הראה שיש 3 סיבות עיקריות לחוסר מענה לצרכים - 1. זמני המתנה ארוכים כדי לראות רופא מומחה, 2. המרחק בין הפרט ובין מקום הטיפול, אי-שוויון באספקת שירותים בהתאם לאזורים גיאוגרפיים שונים, 3. התשלום שהחולה צריך לשלם כדי לקבל שירות רפואי יקר מדי לרמת ההכנסה וליכולת לממן אותו. הסיבה האחרונה היא המשמעותית ביותר. בהתייחס לאינדיקטורים האלה, בישראל אי-שוויון גבוה בין עניים ועשירים, ביחס למדינות OECD. אחת מהסיבות לאי-השוויון בבריאות היא ההכנסה ונראה שזה נושא חשוב בישראל ביחס למדינות OECD אחרות. ישראל היא המדינה השישית מלמעלה בתוחלת חיים, כלומר ממוקמת טוב ביחס למדינות OECD ואם מסתכלים רק על האוכלוסייה היהודית ישראל נמצאת במקום השלישי. ניתן לראות את הפער בין קבוצות האוכלוסייה כאשר ערבים-ישראלים נמצאים מעט מתחת לממוצע ה-OECD, בין דנמרק וצ'ילה. יש לציין כי לישראל יש גם נתונים נפרדים, אבל למדינות האחרות יש רק ממוצעים, אבל יש אי-שוויון בכל המדינות. לו היה לנו את המינימום והמקסימום למדינות אחרות, היינו רואים פער בין קבוצות אוכלוסייה שלהן תוחלת חיים גבוהה יותר מאחרות.

יש פערים אזוריים גדולים בבריאות בישראל. תמותת תינוקות באזור המרכז נמוכה בהרבה מאשר בצפון או בדרום. כלומר, יש פערים אזוריים-גיאוגרפיים בנוסף לפערים בין קבוצות חברתיות.

הכנס בשיתוף

בהתייחס להוצאה שוטפת, שהיא גם אחד הגורמים המסבירים צרכים שלא נענים, ישראל גבוהה יותר בערך בשליש מממוצע ה-OECD. כמו כן, בהתייחס ההוצאה הפרטית על בריאות ביחס להוצאה הכוללת, ישראל נמצא במקום רביעי אחרי ארה"ב, שוויץ ויוון. ישראל בין המדינות עם הפערים הגבוהים ביותר של ריכוז רופאים פר אזור גיאוגרפי, ביחס למדינות ה-OECD.

המסרים המרכזיים במחקר של ה-OECD בנושא איכות השירות וטיפול באי-השוויון בישראל הם: ראשית, יש פערים במידע לגבי איכות השירות עבור קבוצות ותתי-קבוצות אוכלוסייה. מושקע הרבה מאמץ אבל צריך להיאסף יותר מידע לפי אזור גיאוגרפי וקבוצות אוכלוסייה כדי לעקוב ולהעריך טוב יותר את התקדמות המדיניות ואי-השוויון. שנית, צעדים משמעותיים ננקטו על-ידי הממשלה לאחרונה על מנת להפחית בעלויות שירותי הבריאות ולשפר את הגישה אליהם, אבל דרושה עוד עבודה ועוד מאמץ בכיוון הזה, כולל פיקוח על העבודה שנעשית לגבי רשתות ביטחון והאופן שבו הן עובדות ומחוזקות, ופיקוח על הרפורמות והצעדים החדשים שהוא מאוד חשוב. כמו כן, העלאת רמת המידע למטופלים לגבי זכויותיהם תוכל לעזור. שלישית, הפחתת אי-שוויון בנפח שירותי הבריאות צריכה להיות גבוה בסדר העדיפויות, למשל בהתייחס לפערים האזוריים במספר הרופאים. לבסוף, יש לחזק את קידום בריאות וחינוך לבריאות לאוכלוסיות מוחלשות, כמו גם שירות מותאם תרבותית בתוך הקהילות.

- **חיים אורון (ג'ומס) - שוויון הוא ערך שעומד בפני עצמו ובלתי מותנה בתועלות הכלכליות שלו, הטיעון לפיו יש לצמצם את אי-השוויון על מנת לחסוך בהוצאה הלאומית הוא בעייתי.** עקרונות חוק הבריאות מדברים על צדק, שוויון ועזרה הדדית. המהות של העזרה ההדדית היא שכל אחד משלם לפי יכולתו וצורך שרותי בריאות לפי צרכיו. מאז החוק, כל אחד משלם לא על פי יכולתו ומי שמשלם יותר, זה מי שצורך יותר שרותי בריאות באמצעות השתתפויות, תשלום עבור תרופות, ביטוחים משלימים וכו'. למחסור במשאבים יש תרומה מכרעת לפערים. זה לא עוד אחד הווריאנטים שלעולים מאתיופיה או לבדואים בנגב יש קושי להיות נגישים לברושרים, לפני שהיו באמהרית או בערבית ולכן רמת התחלואה בסוכרת עלתה. לפני 16 שנה החליטו החלטה מודעת, כשהתחיל חוק הבריאות: א. להקפיא את ההוצאה הלאומית לבריאות. ב. להגדיל את החלק של ההוצאה הפרטית על חשבון ההוצאה הציבורית. כיום רמת ההוצאה הלאומית דומה לזו שהייתה כאשר חוקק חוק הבריאות. ב-OECD אחוז ההוצאה הלאומית הוא 9.4% ואילו בישראל 7.7%, כלומר, יש פער של 14.6 מיליארד ש"ח, גם חצי מזה היה עושה מהפכה בשירותי הבריאות. זוהי הכרעה פוליטית, היא מבטאת מדיניות ויש לה תוצאות שבאו לידי ביטוי בדיון זה. המדדים

הכנס בשיתוף

קיימים, בואו נאמר שאנחנו רוצים להתיישר עם הממוצעים של ה-OECD גם ברמה של ההוצאה הלאומית, וגם ובעיקר ביחס בין הוצאה פרטית והוצאה לאומית, ונשים קץ לכך שככל שאנשים יותר חולים, כך הם משלמים יותר כסף. אני חושב שחובתה של המדינה לתת לחולים כרוניים תרופות מסוימות בלי השתתפות עצמית. זה כלכלי מאוד. חולי סוכרת שלא לוקחים את התרופות ומגיעים לבתי"ח כשהמצב כבר מסובך, עולים הרבה מאוד כסף. אותו הדבר לגבי הסיעודיים. אני חושב שצריך להביא את הכסף ממס בריאות ולא מביטוח משלים. אני חושב שצריך להעלות את שעור המס לבריאות ולא בתשלום עבור רופא. אני חושב שה-trade off הוא אמיתי, זה יעיל יותר כלכלית, אבל גם אם לא היה יותר יעיל כלכלית, הוא יותר צודק ונכון בטווח הארוך. זה המנגנון היחיד שיכול לבלום את התהליך שהופך היום לבעיה הכי גדולה של מערכת הבריאות הישראלית וזה הפערים. מבלי שינוי פרדיגמה מהותי לא ניתן יהיה להתמודד עם הפערים בבריאות.

- **ד"ר ערן הלפרן - א.** אנחנו איבדנו קצת כיוון במדינת ישראל. אנחנו קוצרים היום חברה מצליחה ומוצלחת שמבוססת על מה שדור ההורים זרע ועמד עליו בתנאים הרבה יותר קשים, גם בחינוך, גם בבריאות, ההישגים הם של הדור הקודם. בחוק הבריאות, בשנת 1995, הוחלט שמותר לגבות כסף עבור ביקור רופא, צילום רנטגן וכדומה. זה היה מאבק אדיר בין דור המייסדים של המדינה, אנשי הועד המפקח שאהבנו לשנוא אותם, הפוליטיקאים המפא"יניקים, שאמרו: זה לא חשוב שהקופה בגרעון של מיליארדים, לא ניקח כסף ממי שצריך ללכת לרופא ילדים, לא ניקח כסף ממי שצריך צילום שהרופא רשם לו. אז היו פשרות ועדיין הכללית קצת יותר טובה מהקופות האחרות בעניין של ההשתתפויות העצמיות, אבל מי ששמר על זה היו הזקנים המפא"יניקים. ב. יצא לאחרונה ספר של גיוזף שטיגליץ, חתן פרס נובל בכלכלה, על אי-השוויון בארה"ב. הספר כלכלי, הוא לא מדבר על הבריאות. והוא רואה באי-שוויון את מה שיהרוס את החברה האמריקאית ואת המובילות שלה. לדעתי, מה שיהרוס את החברה הישראלית הם אותם פערים שהולכים ומתרחבים. לא יהיה לנו את החוסן שאנחנו זקוקים לו והוא חשוב לא פחות מהביטחון.

אי-השוויון הורג, חייבים לעסוק בו אבל יהיה קשה מאוד לעסוק בו בלי הקונטקסט הכללי. הרבה מתוצאות הבריאות הן תוצאות של מערכת החינוך, חברה, הנושא של הרגלי חיים, מעבר למה שעושים בחדר מיון של ביי"ח א' או במחלקה פנימית של ביי"ח ב'. רוב ה-health outcomes אינן נובעות כתוצאה מהפעילות של מערכת רפואית. אנחנו חייבים לתקוף את הנושא בצורה הרחבה ביותר.

הכנס בשיתוף

בהיבט הפרקטי, אם הפערים כל כך גדולים, בוודאי שאין לעשות מהלכים שרק יחריפו את אי-השוויון, ואני מדבר על השר"פ. יש להיאבק להעברת המשאבים. יש להיאבק על הגדלת המשאבים במערכת, כדי לפתור את הבעיות, לא ע"י השר"פ. השר"פ זו תרופה כמו סטרואידים או כמו אספירין, זה לא יפתור בעיות אלא יחריף אותן. נמצא את עצמנו בעוד מספר שנים עם מערכת חולה, כתוצאת לוואי ממה שהו שבעיני הוא מוקצה. הוא יחריף את אי-השוויון, ויהרוס הרבה דברים טובים שקיימים היום במערכת, עם כל החוסרים שלה.

ההוצאה הציבורית בישראל היא 4.6% מהתל"ג, ההוצאה הציבורית בממוצע ה-OECD הוא 7%. ז"א פי 50%. זה מטורף ויהיו לזה השלכות. אין פה משחק סכום אפס, חייבים להוסיף. בכמה מיליארדים אפשר לקבל תוצאות מרשימות, אבל בעניין הזה צריך להיאבק. מערכת הבריאות היא מערכת יעילה, עם תוצאות טובות ואנחנו לא צריכים להוכיח את עצמנו, מגיע לנו יותר כסף, בדיוק כמו שראינו אתמול בביטחון שהמיליארדים זורמים, ואני לא בטוח שהם ברמת יעילות של אנשי מערכת הבריאות. אני מאמין גם, שאם יהיה במערכת הציבורית יותר כסף, הלחץ על המערכת הפרטית יקטן וכתוצאה מכך גם הפרמיות ירדו, גם הנהירה לשם תקטן, ולכל תוספת של איקס בציבורי, אני מאמין שתהיה ירידה מסוימת של חלקי איקס גם בצד הפרטי.

אני חוזר לא"ב של לימודי במנהל מערכות בריאות. באחד השעורים הראשונים למדנו על חסמים פיננסיים, חסמים של אורך תורים, (למי שיש כסף מקצר את התור בשיטה כזאת או אחרת), חסמים תרבותיים חברתיים וחסמים גיאוגרפיים. גיאוגרפיה זה לא רק קילומטרים. לפני הרבה שנים הייתי מנהל מחוז. לא הבנתי למה אני צריך לתת רופאת נשים בבית ג'אן. זה רק רבע שעה נסיעה ממעלות ובמעלות יש מרפאה עם אולטרה סאונד הכי משוכלל. אני לא אפתח בבית ג'אן מרפאת נשים כשאין שם ציוד. ואז הבנתי, שכדאי שאשה מבית ג'אן תגיע למעלות היא צריכה לחכות לבעלה הסוהר שמגיע פעם בשבועיים הביתה, כדי שהוא ייקח אותה לעיר הגדולה מעלות לעשות אולטרה סאונד. גם את הדברים הללו אנחנו צריכים להתחיל להבין, לפענח ולקדם, כדי שנוכל להגיע לתוצאות טובות יותר.

- **ד"ר בשארה בשארת** - אני מסכים עם קודמי שרובם היו בראייה סוציאליסטית של הקיבוץ. יש לנו מערכת בריאות מצוינת, עם עליה בתוחלת החיים עם השנים. אנחנו רואים מאז חוק ביטוח ממלכתי המשיכו כל שכבות האוכלוסייה הערבית והיהודית גם לעלות בתוחלת חיים, אבל עדיין הפער קיים בין אוכלוסייה יהודית וערבית. תוחלת תמותת תינוקות, שזה המדד החשוב לבריאות, יורדת עם השנים.

הכנס בשיתוף

קצת ממצאים בולטים: תמותת ילדים מהיפגעויות - יש פער עצום. האוכלוסייה הערבית נפגעת הרבה יותר מתאונות, גם בבית וגם בסביבה. סוכרת - התמותה מסוכרת באוכלוסייה הערבית הרבה יותר גבוהה. מחלות לב - ממוצע הגיל של ההתקף הראשון של חולי לב באוכלוסייה הערבית הוא 8 שנים פחות מהאוכלוסייה היהודית. סרטן השד - חציון גיל בעת האבחנה הוא בסביבות 50 באוכלוסייה העברית לעומת 60 באוכלוסייה היהודית. זה רק מראה שצריך חשיבה מחודשת בנושא של בדיקות הממוגרפיה, הסקר הלאומי, סל הבריאות שמתחיל בגיל 50. מחצית מהנשים מהאוכלוסייה הערבית שחולות בסרטן השד הן מתחת לגיל שמתחיל הסקר. בעבר אמרנו שבסרטן השד יש תחלואה נמוכה ותמותה גבוהה, אבל אנחנו רואים שהתחלואה גם עולה. התנהגות בריאותית - המגמות בשיעורי המעשנים רק הולך ועולה באוכלוסייה הערבית, למרות ירידה באוכלוסייה היהודית ובהרבה מקומות בעולם. פעילות גופנית - עדיין רואים פערים גדולים בין האוכלוסייה היהודית והערבית. סוכרת - שיעור הסוכרת הוא מעל 20% היום, זה כמעט פי עשר ממה שהיה לפני 30 שנה כשהתחלתי להיות רופא, אז סוכרת הייתה 2% מהאוכלוסייה הערבית בנצרת. עד לפני עשר שנים היינו פחות מ-10%. המשמעות היא מאוד קשה. זה לא רק חולי סוכרת שמקבלים אינסולין, חלקם הולכים להיות חולי דיאליזה, בגלל אי ספיקת כליות מסוכרת, שיעור האנשים הזקוקים לדיאליזה הולך ועולה בצורה דרסטית באוכלוסייה הערבית. היום יש שלושה מכונים בנצרת ולא מספיקים, עד לפני עשר שנים היה מכון אחד של דיאליזה בנצרת. הטיפול כולל גם צנתורים בגלל השפעה של הסוכרת, אשפוזים, קטיעת רגליים, ניתוחי לב. היום אנחנו מתמודדים 10% סיבוכים של לפני עשר שנים, עוד עשר שנים נתמודד עם סיבוכים של 20%-25%, שזה מעמסה הרבה יותר גדולה למערכת הבריאות. השמנת יתר - אצל נשים 52%, אצל גברים ערבים 25%. אם נחבר את הסוכרת עם השמנת יתר אפשר להגיע למגפה של השמנת יתר ולמגפה צריך להתייחס כמגפה. אם נשאר את המצב כפי שהוא, הוא רק ילך ויחמיר, וזה אחד הנושאים שאם נתערב בהם ונשקיע כסף, אפשר לקחת את זה כפיילוט ולהראות תוצאות עוד כמה שנים, זה יחסוך הרבה כסף בסופו של דבר. ד"ר ואמאל אמרה שצריך להתמקד בקבוצות חלשות ובמחלות הכרוניות, בהתאמה תרבותית וזה הפיילוט שאפשר לעשות בנושא סוכרת כמו בנושאים אחרים. אפשר לעצור את המגפה, אפשר להוריד מסיבוכי הסוכרת.

השאלה אם חוק שוויוני מביא לשוויוניות, אתם רואים שזה לא הביא. הפערים רק גדלו לאחר חוק ביטוח ממלכתי. עד היום הפערים בין האוכלוסייה היהודית והערבית רק עלו. בשביל צדק ושוויון צריך לתת יותר משאבים לקבוצות חלשות, צריך לדבר על סל הבריאות, ובעיקר בקידום בריאות ורפואה מונעת. רוב הדברים שהאוכלוסייה הערבית היום צריכה כדי לשפר את הבריאות זה לא עוד רופא נשים באחד המקומות, זה גם חשוב, אלא רפואה מונעת, קידום בריאות, כדי שנוכל

הכנס בשיתוף

למנוע את כל המחלות שאני מציין כאן. כמו כן, אין מספיק מחקר רפואי בבריאות האוכלוסייה הערבית, שגם בזה צריך להתמקד.

בתי החולים בנצרת מטפלים בכמעט 250 אלף איש, כמעט 400 מיטות. בתי חולים שהוגדרו ככאלה המשרתים את הפריפריה בצפון קיבלו תוספת וביניהם: נהריה, צפת, פוריה, עפולה ואף חדרה. אולם ביה"ח בנצרת לא הוגדרו כפריפריה, ואי התשלום של תוספת הפריפריה לצוותים בנצרת יכול להקשות על גיוס כוח אדם מקצועי.

● **פרופ' שלמה מור יוסף** - כיו"ר המכון הלאומי למדיניות בריאות שהיה שותף להכנת הכנס, יש להודות לפרופ' אורלי מנור שריכזה את קבוצת המחקר ולשרת הבריאות שמכבדת אותנו בהשתתפות הפעילה שלה משלב ההכנה לכנס ועד היום.

האם בריאות היא זכות אזרחית או מוצר? המדינה שהבריאות היא זכות. אבל במהלך השנים גרעו זכויות והוסיפו מוצרים. אז ביטוח משלים זה מוצר, זה לא זכות. בחירת רופא זה מוצר ולא זכות. כמובן שככל שיש יותר מוצרים, הפער גדל. כי על מוצר צריך לשלם ועל זכות לא צריך לשלם. זאת הסיבה המרכזית להגדלת אי-השוויון. אז אומר ג'ומס, בוא נחזור חזרה ובוא נבטל את המוצר ונחזיר אותו לזכות. אחרים אומרים שביטוח משלים זה מוצר שניתן לרכוש אותו. מס בריאות זה מס. אם נעלה את המס, אז באיזו טבלה כלכלית ב-OECD נוזז למקום לא טוב וזה לא בסדר. אבל אם בטבלה חברתית אנחנו במקום לא טוב, זה בסדר. זה לא מפריע לאף אחד. אז במדדים הכלכליים אנחנו בסדר ובמדדים החברתיים כמובן שאנחנו הרבה הרבה פחות מבסדר. ואז אנחנו מגיעים להוצאה פרטית לבריאות שהיא באמת מובילה כמעט בעולם.

כמובן שהפתרון המרכזי הוא הגדלת מקורות, אבל אין מה לעשות, בכל חמשת היעדים של הממשלה אין ביטוי לזה. לפי תפישת הממשלה היום אם תהיה טכנולוגיה ותשתיות ותחרותיות, אז יהיה טוב, כי אז נהנה מהתוצאות. איך אנחנו מצמצמים את אי-השוויון במדיניות הקיימת היום? יש פה אוסף של הצעות יחסית מצומצמות מבחינת הוצאה, לא הציעו לקחת עוד 2-3 מיליארד. וזה שעוני הוא חולי ואי-השוויון הורג, אנחנו בהחלט יודעים, אבל מכיוון שכולנו יודעים שזה רב-מערכתי, אני קורא לממשלה לשים את זה על השולחן. השר לשעבר כחלון אמר: לא רוצים, ולא - לא יכולים. השרה לשעבר יולי תמיר אמרה בערך אותו דבר.

לכן אני חושב שאם הממשלה באמת רוצה להביא לידי ביטוי את הערך הזה, ואני עכשיו לא נותן לו כימות כלכלי, אבל אני נותן לו כימות ערכי, אז אני חושב שצריך להיות חוק זכויות חברתיות, שלא קיים היום, והחוק הזה צריך להחיל בתוכו מעבר להצהרה, גם יעדים ברורים. כלומר, אנחנו רוצים לצמצם את העוני, אנחנו רוצים לצמצם את אי-השוויון. העוני היום הוא 20% מהמשפחות. ממוצע

הכנס בשיתוף

OECD הוא 10% מהמשפחות. אז בואו נגיע לממוצע ה-OECD תוך עשר שנים, תוך 12 שנה, אבל בואו נקבע לעצמנו יעד ואז גם נעקוב אחרי זה. ללא הצבת יעדים וללא גזירת תכניות מהיעדים, אנחנו נמצאים במצב שאנחנו צריכים להביא כל מיני פרויקטים נקודתיים: פיילוט לנשים חולות סרטן השד באוכלוסייה הערבית או אנשים שיש להם שני בני משפחה עם מחלות כרוניות, ובואו נוריד להם את ההשתתפויות העצמיות. כל הדברים האלה הם נכונים ואני חושב שצריך לעשות אותם אבל אני חושב שיש לנו מקום לעשות עוד, כי אנחנו לא יכולים לחיות במצב שמול העיניים שלנו אי-השוויון גדל, ואנחנו רק מודדים אותו.

• **פרופ' גבי בן-נון** - הנקודה הראשונה שניסינו להעלות בדיון פה היא - אם כל כך טוב, אז למה רע? שמעתם פה איזשהו מסר, מצד אחד מערכת מצוינת, אבל מצד שני מאד רעה. מערכת שמוציאה מעט מאד כסף, תוחלת החיים גבוהה ותמותת תינוקות נמוכה, ומצד שני, הרבה מאד בכיות ודברים רעים. אז שתי הערות בנושא הזה: א. הטענה שלנו שיש פער של זמן בין כמה כסף אתה נותן ומתי הוא מתחיל להשפיע. ב. תוחלת חיים איננה חזות הכל. לפעמים יש מדדים של איכות שאף אחד לא מודד אותם, ראו הסיפור של כמה זמן אתה ממתין בחדר מיון כדי להתקבל לאשפוז. אבל המסר המרכזי היה שהמספרים, המקרו-כלכליים וגם המקרו-בריאותיים, מסתירים את ההתפלגות בפנים. וההתפלגות היא לא שוויונית ומה שיותר חמור הוא שהפערים האלה לא סטטיים אלא מתרחבים.

שנית, הקשר שבין פערים בבריאות ובין פערים כלכליים וחברתיים אחרים. ידוע שיש למערכת הבריאות השפעה על צמצום של פערים. וכשאתה משפיע על משאבים ועל פיזור של משאבים, אתה משפיע על פערים. אבל רוב הפערים האלה נגזרים מפערים חברתיים-כלכליים. בערות זה חולי, עוני זה חולי, ומי שרוצה על באמת להתמודד עם העניין הזה של מה שנקרא צמצום פערים בבריאות, צריך לשנות סדרי עדיפויות חברתיים ברמה הלאומית ולא רק בתוך מערכת הבריאות. המסר השלישי, לפערים האלה יש מחיר כלכלי ואני לא אתווכח אם זה 50 או 70 מיליארד. המחיר הכלכלי בא לידי ביטוי בהפסד פריון, בהפסד תוצר, בוודאי בהפסד של הוצאה לבריאות. מי שמבין את זה, מבין שכאשר משקיעים כסף בבריאות, זה לא הוצאה, זה גם השקעה. והרבה מאד מרכיבים בתוך ההוצאה לבריאות הם מרכיבים של השקעה, שיכולה לחסוך במקומות אחרים ולהשיא הרבה מאד תשואות חיוביות.

המסר הרביעי היה, ניתן לצמצם ואיך לצמצם. בפרופורציות של 40-60 (40% מימון פרטי ו-60% מימון ציבורי) לא ייעשה כלום ולא יעזרו תוכניות כדי לצמצם פערים. הפרופורציה הזו ליבתה את הבעיות של מערכת הבריאות הציבורית. הפרופורציה הזאת יש לה שתי מגמות מאפיינות: 1. היא

הכנס בשיתוף

עולה, 2. היא אחת הגבוהות בעולם המערבי. אם לא נשנה את המגמה הזאת של ה-60-40 ולא נקבע עד שלפחות 30-70 כמו שזה היה ערך חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אז כמעט ולא עשינו כלום. רבותי, זה סוגיה של סדרי עדיפויות. אני חושב שבלי להציב את הנושא של בריאות כסדר עדיפות גבוה בסדרי העדיפויות של החברה הישראלית, מעט מאוד יוכל להיעשות לצמצום פערים.

- **יורם גבאי** - יש פער די גדול בין הניתוח של החינוך לבין הניתוח של הבריאות. בניית החינוך, אנחנו רואים את הדילמה האמיתית שלא התייחסנו אליה היום. בחינוך היתה תוספת משאבים מאד גדולה בשנים האחרונות והמבחן האמיתי היה האם אנחנו נותנים את זה אוניברסאלי או סלקטיבי על בסיס הכנסה. וההכרעה שלנו גם בוועדת טרכטנברג וגם בחינוך, היתה לתת אוניברסאליות. כלומר, בטווח קצר יש ניגוד אינטרסים בין הראיה של מה שקוראים מעמד הביניים לבין אי-השוויון. על משאבים נתונים ישראל קיבלה הכרעה ברורה מאד: היא מעדיפה את האוניברסאלי על פני הקבוצות החלשות. היא גם נתנה לחלשות, אבל לא בפרופורציה שהיא גבוהה מהפרופורציה של החזקות. ולכן כאן יש דילמה שהיא מאד קשה, וישראל הכריעה הכרעה לטובת מעמד הביניים, וצריך לקבל את זה כטוב או רע, אבל לא להתלונן אחרי זה שיש אי-שוויון.

בנושא הבריאות, למעשה תפקיד הבריאות בישראל, כמו תפקיד ההשכלה הגבוהה וכמו תפקיד הקצבאות, היה ברור מאד בעשור האחרון. להוריד את הגרעון חוב של מדינת ישראל מ-100% ל-68% ולהוריד את נטל המס ב-3-4 אחוזי תוצר. כלומר, במידה רבה מאד קיבלנו הכרעה בנושאים האלה של השכלה אקדמית ובנושא של בריאות, לממן את הקטנת החוב הלאומי והמסים. התוצאה של זה היתה תוצאה הכרחית. מרגע שאתה מעביר 40% מההוצאה להוצאה פרטית, ברור שאם אני משלם גם ביטוח פרטי, גם ביטוח דרך השב"ן וגם תשלום בכל ביקור אצל הרופא, אני רוצה עדיפות על פני מי שלא שילם. ואז אי-השוויון הוא נגזרת. ולכן למעשה תפקיד של שרת הבריאות הוא בשני משאבים: א. שהבריאות תהיה שוב במערכת ההעדפות כמו שהחינוך קיבל ולנסות לקבל תוספת משאבים, ב. את תוספת המשאבים בתחום הבריאות לתת על בסיס סלקטיבי, כלומר, לחזק את החלשים, בגלל ההגדלה האדירה בפערים. הערה אחת על מיסים. אני מקבל שיצטרכו להעלות אולי את נטל המס, אני אומר את זה כאיש מיסים, אני חושב שכבר הגענו ל-52% מס שולי ומס חברות 26.5% ולכן האופציה של מס בריאות בתוספת לשולי, נראית לי לא סבירה.

- **ד"ר זאב רותם** - אני רוצה להצביע על פיל גדול, שמהיכרותי עם מערכת הבריאות וגם עם מערכת הביטוח, יש לו השפעה מרכזית על אי-השוויון בשטח והוא הביטוחים הפרטיים. ההוצאה

הכנס בשיתוף

על ביטוחים פרטיים עלתה בין 2005-2010 ב-80% בעוד ההוצאה על הבריאות ב-10%. כיום הפרמיות על ביטוחי בריאות הם 7 מיליארד שקל, כולל הסיעוד. זה המון כסף. יש להם ערוצי הפצה חזקים, הם משפיעים בסופו של דבר על השרות שכל פרט יכול לקבל, וגם על המערכת הציבורית, כי הם למעשה משנים את זמינות השירותים לכל פרט, גם במערכת הציבורית, וברור לכולנו מי קונה ביטוחי פרטיים, ומה זה עושה לאי-השוויון.

בעיני, הבעיה המרכזית נעוצה במצב הרגולטורי הנוכחי. כאשר הפיקוח עליהם הוא לא במשרד הבריאות, אלא אצל רגולטור אחר שהיעד המקורי שלו הוא שמירה על יציבות מערכת הביטוח, אזי מערכת השיקולים הלגיטימית של אותו רגולטור, על הביטוחים הפרטיים אינה עונה בקנה אחד עם מערכת השיקולים של מערכת הבריאות. לכן, במקביל לכל המהלכים שדובר בהם, אני מציע לשים יעד מרכזי, למצוא דרך נוהלית או מבנית למצוא הלימה טובה יותר בין יעדי מערכת הבריאות, כולל אי-השוויון, לבין המערכת הרגולטורית על הביטוחים הפרטיים. אין לי ספק שללא הלימה כזאת יקשה לצמצם את אי-שוויון בבריאות.

● **פרופ' מומי דהן** - הסיבה לכך שהסיוע לאוכלוסייה החלשה בישראל כל כך דל היא שהאליטה בישראל, ואולי גם הציבור בכלל, חושב שהסטטיסטיקה של העוני ואי-השוויון הם למעשה שקר סטטיסטי ובמציאות אי השוויון והעוני בישראל הרבה יותר נמוכים. עבודת הצוות חשובה מאוד בהקשר של התודעה הכוזבת ביחס לעוני ואי השוויון. אם התודעה הזאת לא תשתנה, יהיה מאד קשה לשנות את המדיניות ביחס לאוכלוסיות החלשות והעוני והאי שוויון יישארו כפי שהם. דבר אחד ניתן לומר בוודאות - הערבים לא מרמים בתוחלת החיים. הם לא יכולים לרמות את התמותה, והם לא יכולים לרמות בהישגים בחינוך. למעשה אילו היינו מודדים את העוני או את אי השוויון בישראל רק לפי החינוך, היינו מוצאים שישראל נמצאת בצמרת העולמית. גם בבריאות, אי השוויון מאוד גדול וקשור במצב כלכלי-חברתי מעל הכל. ייתכן שהאליטה משקרת לעצמה שהסטטיסטיקה שקרית כדי לא לסייע לאוכלוסייה העניה ולאוכלוסיות החלשות. ללא שינוי משמעותי באי השוויון בהכנסות יהיה מאד קשה לצמצם הן את הפערים בחינוך והן את הפערים בבריאות.

● **ירון נויזרפר** - בקונטקסט החברתי, אג"ח חברתי זה לא כלי אינטואיטיבי וצריך ללמוד אותו. הוא יודע לעשות הרבה דברים שאנחנו מחפשים גם במערכת הבריאות וגם במערכות הציבוריות בכלל. 1. מדידה, ולשלם רק על תוצאות מוכחות טובות יותר ממה שהושגו עד היום, 2. הוא נותן לכל אותם תחומים ציבוריים וכל אותן בעיות חברתיות, גישה לכסף גדול שאיננו

הכנס בשיתוף

פילנתרופי ואיננו כסף ממשלתי. למעשה מדובר בהגדלת העוגה באמצעות כסף של משקיעים. 3. כל זאת תוך כדי העברת הסיכון מכספי משלם המסים לכספי ממשלה.

בנוגע לקונטקסט הבינלאומי של מה קורה בתחום היום. מדינות ה-G8 החליטו להקים trust force לחקור את הנושא של השקעות חברתיות בכלל ולהמליץ על יישום אג"ח חברתי במדינות ה-G8 בפרט. הקבוצה שאני משתייך אליה עומדת להציג בחודשים הקרובים בפני ה-G8 מודל לאג"ח חברתי בתחום של סוכרת, בעיקר בחברה הערבית. לדעתי, מדובר במהפכה של ממש אבל חובת ההוכחה עלינו.

- **פרופ' יצחק פטרבורג** - יש להגדיר את אי השוויון בו עוסקים. אי-שוויון בזמינות לשרותי בריאות לא שווה לאי-שוויון בבריאות, ואנחנו מבלבלים בין שני התחומים. ואגב, גם לא בטוח בכלל שכשיש יותר רופאים מומחים, החיים יותר טובים. לישראל יש את אחת ממערכות המידע הכי טובות בבריאות, יש ידע מדהים בתוך הקופות ואפשר לעשות ניתוחים לא רק ברמה של אורך חיים ממוצע, אלא גם לפי מחלה, לתחומים ועוד. כך אפשר לטפל נקודתית באי-שוויון. אני לא חושב שהאוצר הוא הפתרון. יש להגדיר מי מגדיר מדיניות, אפילו לא ארוכת טווח. אי אפשר לפתור את זה בשנה-שנתיים, צריך לעשות תוכנית מסודרת ולקבוע יעדים. אי אפשר לפתור את זה רק בבריאות. הבעיה שלנו בכלל בתשתית קהילתית מתאימה לטפל בבעיות שוויון. רוב הבעיות שהעלינו פה היא לא בכמות המרפאות או בכמות הרופאים המומחים ולא בזה הפתרון. אם אין שיתוף פעולה בין-משרדי ואין כסף משותף לכולם, כי המדינה לא מתנהלת כיחידה אינטגרטיבית, התוצאה היא שצד אחד לא מוכן שהכסף יצא ממנו, אבל הרווח יהיה אצל האחר.

נושא ההשתתפויות עבר כל גבול. הזקן בישראל, שזאת אוכלוסיה שלא דיברנו עליה, לא לוקח תרופות. איפה ההגדרה החברתית של מדינת ישראל?

נושא הביטוח המשלים שאני הייתי חלק ממחולליו וזה שהבאתי גם את הקופה שלי ל-80%, כי זה היה כסף טוב, זה חלק מאי-השוויון. והנושא של שר"פ זה הרעה החולה שתגביר את אי-השוויון ואסור להגיע לשם.

לסיום, אני חושב שהדרך היחידה להתעסק זה לקחת כמה פרויקטים קטנים, מתוחמים, אלה שהאוצר מבין שיש return of investment בכסף שלו ונראה שאפשר להחזיר כסף למערכת. לא צריך מאה כאלה, יכול להיות שצריך את העשרה הראשונים. אבל צריך להתחיל, כי כל מי שיושב פה יודע שיש אי-שוויון במדינת ישראל בתחום הבריאות.

הכנס בשיתוף

- **השרה יעל גרמן** - אני חושבת שיש פה תמימות דעים שאנחנו צריכים להציב את הפערים בבריאות כיעד לאומי בראש סדר העדיפות בתוך הממשלה. הצענו בפורום המצומצם בבוקר לנסח הצעת מחליטים. כדי לנסח הצעת מחליטים צריך שותפים רבים. אין ספק שהפערים בכלל, והפערים בבריאות בפרט, צריכים לעלות מזרקה. אין מחלוקת שאין מספיק מקורות תקציביים בתוך המערכת, יש מחלוקת מהיכן להביא אותם. היתה הצעה של חיים אורון להעלות את מס הבריאות, יורם גבאי טען שזה לא יתקבל. ברקע יש את נושא השר"פ. כלומר להביא את המקורות הפרטיים, השב"ן, לתוך המערכת הציבורית וכאן כמובן יש התנגדות של ד"ר ערן הלפרן, פרופ' יצחק פטרבורג ורבים אחרים. אני חושבת שיש שתי הצעות שהן אפשריות: האחת זה האג"ח החברתי. אני חושבת שזה החידוש הגדול של הכנס. אם באמת מהכנס הזה תצא יוזמה של אג"ח חברתי, ואפילו מצומצמת בתחום של סוכרת, במגזר הערבי ובקרב אתיופים. אם באמת ייקחו את הנושא הזה כפיילוט, כדי להוכיח שאג"ח חברתי ניתן ליישום, זה יהיה נהדר. רובנו נסכים שצריך לשנות את היחס שעליו פרופ' גבי בן-נון מדבר, יחס של 60-40. אנחנו אחת המדינות המערביות עם ההוצאה הפרטית הגבוהה ביותר ואין לכך הצדקה. זה נעשה מפני שההוצאה הציבורית ירדה, ולכן להערכתי, אם אנחנו יוצאים מכאן עם אג"ח חברתי ועם קריאה להעמיד את הפערים בבריאות בראש סדר עדיפות לאומי, ולהוסיף תקציבים ציבוריים למערכת, דיינו.

הכנס בשיתוף