



# עשרים שנה לאוקטובר 2000

## אפליה מבונית בבריאות בין ערבים ליהודים



HUMAN RIGHTS  
ישראל ישראל

PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS  
רופאים אטבים  
לזכויות אדם לחقوق الإنسان

**"מכל סוגי אי-השוויון,  
חוסר צדק בנריאות  
הוא המזעזע  
והאכזרי ביותר"**

מרטין לותר קינג, 1966

**כתיבה:** יתם רוזנר

**סייעו בהכנת הדו"ח:** ליטל גרוסמן והדס זיו

**עיצוב:** דוד מוסקוביץ / דוד ויוסף תקשורת חזותית

**צילום:** אקטיבסטילס [activestilles.org](http://activestilles.org)

**הדפסה:** טאצ' פרינט תל אביב

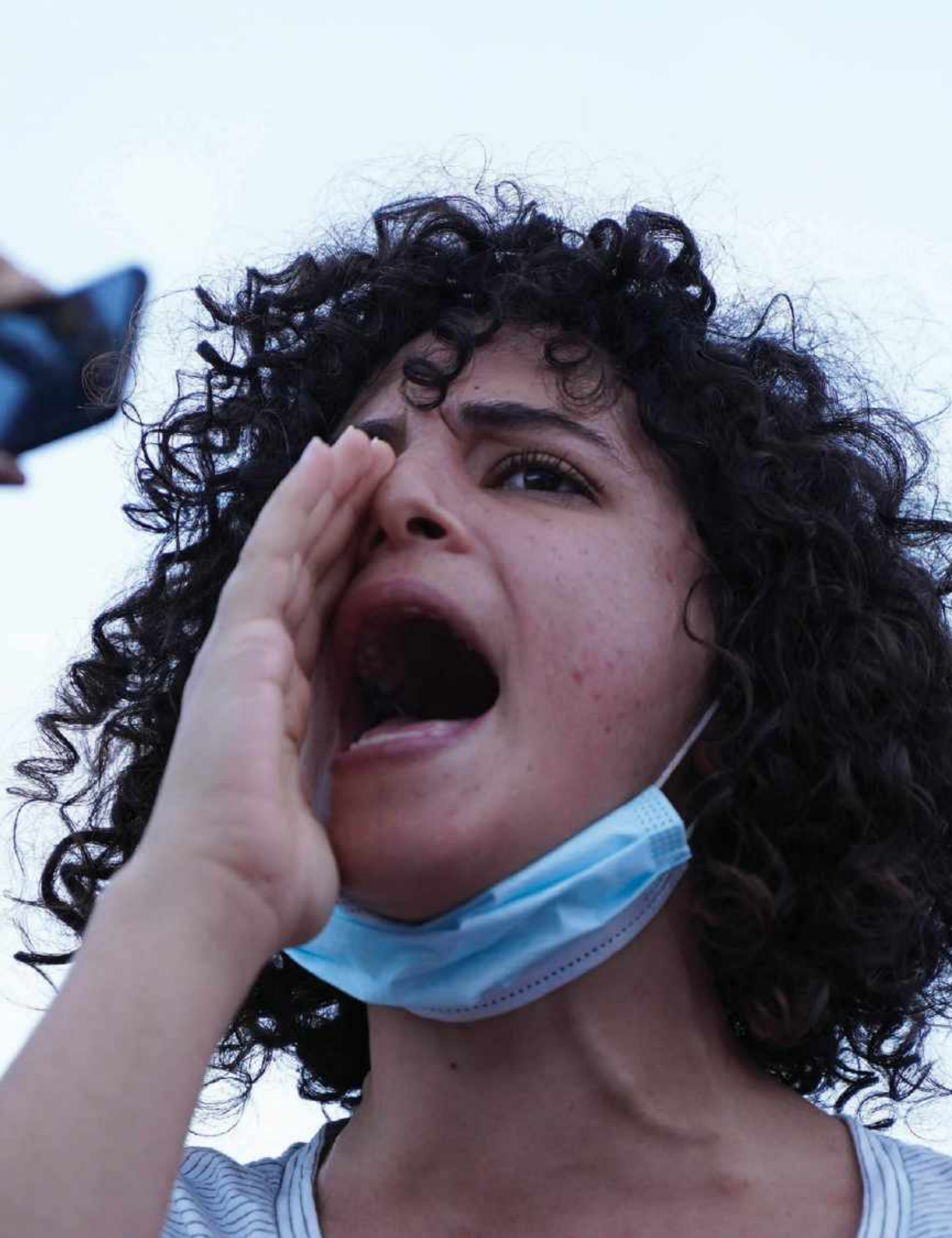
**הפקה:** אסף קינצר

**תודות:** רן גולדשטיין, נדב דוידוביץ', גיא שלו, סילין ג'בר

אוקטובר 2020

# תוכן העניינים

תקציר	05
הקדמה	12
מבוא	16
פערים בבריאות בין יהודים וערבים בישראל	21
רפואת משפחה	34
סקר רפואת משפחה	37
סקר רפואת מומחים	41
סקר היערכות למגפת הקורונה	46
דיון ומסקנות	51



# תקציר

## רקע

אף על פי שהדרתה ואפלייתה של האוכלוסייה הערבית-פלסטינית בישראל מלוות את המדינה מאז ייסודה, אירועי אוקטובר 2000 נחשבים לאחת מהטראומות שצרבו את יחסי המדינה עם אזרחיה ותושביה הערבים (ההגדרה 'ערבים' כוללת את הפלסטינים אזרחי מדינת ישראל, האוכלוסייה הבדואית, ותושבי מזרח ירושלים הפלסטינים). דו"ח ועדת אור שבחנה את האירועים הצביע על אפלייה מבנית כלפי האוכלוסייה הערבית, וקרא לממשלות ישראל לפעול לסיומה. עשרים שנה לאחר מכן, השוואת מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית למצב הבריאות של האוכלוסייה היהודית מצביעה על כך שאפליית האוכלוסייה הערבית נותרה כשהייתה.

## פערים במדדי בריאות

סקירה מתוך דוחות הלמ"ס, נתוני משרד הבריאות ומחקרים מצביעה על פערים משמעותיים בבריאות בין האוכלוסייה הערבית לבין היהודית, לרעת האוכלוסייה הערבית.

- **תוחלת החיים הממוצעת** באוכלוסייה הערבית (79.5) נמוכה באופן משמעותי מתוחלת החיים באוכלוסייה היהודית (83.1).
- **שיעור תמותת התינוקות** באוכלוסייה הערבית יותר מכפול (5.4) משיעורה באוכלוסייה היהודית (2.4).
- **שיעורי התמותה לנפש** באוכלוסייה הערבית (7.1 לגברים, 4.9 לנשים) גבוהים באופן משמעותי משיעורם באוכלוסייה היהודית (5.5 לגברים, 3.9 לנשים).
- **שיעורי הסוכרת** באוכלוסייה הערבית (14.0% בקרב גברים, 14.5% בקרב נשים) גבוהים באופן משמעותי משיעורם באוכלוסייה היהודית (8.5% בקרב גברים, 6.8% בקרב נשים).
- **שיעורי התמותה מסוכרת** באוכלוסייה הערבית (32%) יותר מכפולים משיעורי התמותה באוכלוסייה היהודית (14%).

- **שיעורי ההשמנה** באוכלוסייה הערבית (54%) גבוהים באופן משמעותי משיעורם באוכלוסייה היהודית (46%).
- **ההערכה העצמית של בריאות** נמוכה בקרב המשיבים הערבים (49% העריכו את בריאותם כטובה מאוד) לעומת בקרב המשיבים היהודים (56% העריכו את בריאותם כטובה מאוד).

## אפלייה חברתית-כלכלית של האוכלוסייה הערבית והשפעתה על בריאות

פערים בבריאות אינם תולדה של נגישות נמוכה לשירותי בריאות בלבד אלא של מכלול רחב של נסיבות חברתיות-כלכליות, אשר הקצאת משאבים לשירותי בריאות היא רק חלק מתוכם. האפליה העמוקה והמתמשכת של האוכלוסייה הערבית בישראל נטועה בגזענות ממסדית וניכרת במכלול תחומים ומרחבים, אשר לכל אחד מהם השפעה ניכרת על מצב הבריאות: בחינוך, בתעסוקה, בהקצאת קרקעות למגורים, בפיקוח ואסדרת זיהום אוויר, רעש וצפיפות ביישובים העירוניים, ובהיעדר הקצאת משאבים ייעודיים לפיתוח עירוני שמאפשר ומעודד קיום אורח חיים בריא. האפלייה וההדרה של האזרחים הערבים בתחומי החיים שצוינו, מונעות מימוש אורח חיים מקדם בריאות ומקושרים עם סוגים רבים של תחלואה כגון השמנה, יתר לחץ דם, סוכרת ועוד. בנוסף לכך, שיעור היעדר הביטחון התזונתי גבוה פי כמה בקרב האוכלוסייה הערבית, דבר שיש לו קשר רב גם עם תחלואה המקושרת עם תזונה ולחץ.

האוכלוסייה הערבית מאופיינת בשיעורי עוני גבוהים מאוד ביחס לאוכלוסייה הכללית, עובדה המונעת מרבים לרכוש שירותי ביטוח נוספים (שב"נים) וביטוחים פרטיים. ואכן ניכרים פערים משמעותיים בשיעורי המחזיקים ביטוחים אלה לעומת שיעורם באוכלוסייה היהודית. הפערים בתחלואה, כמו גם חוסר היכולת של משפחות רבות לרכוש ביטוחים מביאים לכך ששיעור ההוצאה על תרופות גבוה פי כמה דווקא בקרב האזרחים הערבים. כך יוצא שדווקא האוכלוסיות המאופיינות בהכנסה פנויה נמוכה, נאלצת להוציא ממון רב על תרופות.

## הפרטת השירותים החברתיים והשפעתה על נגישות לבריאות

מדיניות ההפרטה ושחיקת התקציבים החברתיים בה נקטו ממשלות ישראל בעשורים האחרונים הביאה לפגיעה בשירותים הציבוריים, בהם שירותי הבריאות, דבר שפוגע בראש ובראשונה באוכלוסיות הממוקמות בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית. מנקודת מבט של נגישות לשירותי בריאות, השחיקה התקציבית באה לידי ביטוי בהחלשת שירותי בריאות הציבור, בצמצום כוח האדם הרפואי בפריפריה הגיאוגרפית, בהיעדר השקעה בתשתיות עירוניות ובתחבורה – דבר שמונע מהאוכלוסייה הערבית (במיוחד בדרום) נגישות למרפאות ולתחנות טיפת חלב בעת הצורך.

יתר על כן, השחיקה התקציבית פוגעת ביכולתו של משרד הבריאות לבצע פיקוח ואכיפה אפקטיביים על הגופים שהוא מוסמך עליהם, ובראשם קופות החולים. חולשתו של משרד

הבריאות כרגולטור חושפת אוכלוסיות מוחלשות לאי-צדק ואי-שוויון במתן שירותי בריאות, בניגוד לכתוב בחוק ביטוח בריאות ממלכתי המושתת על "עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".

## פערים בטיב שירותי הבריאות

הגורמים שצוינו לעיל, קרי אוכלוסייה מוחלשת מבחינה חברתית-כלכלית, המאופיינת בשיעורי תחלואה גבוהים, בנגישות נמוכה יותר לשירותי בריאות, וביכולת נמוכה יותר לקיים אורח חיים מקדם בריאות, באים לידי ביטוי גם בעת מתן שירותי הבריאות. המחסור המתמשך ברופאים ואנשי סיעוד בכלל ובפריפריה בפרט, מגדילים את העומס על אנשי הבריאות האמונים על מתן שירותי בריאות בפריפריה החברתית והגיאוגרפית – יחד עם הגזענות המבנית, ההשלכה על טיב השירותים שהם מספקים דרמטית.

ממידע שהגיע לידי עמותת רופאים לזכויות אדם עולה שבמקרים לא מעטים רופאי משפחה אחראים על אלפי מטופלים כ"א, פי שניים ושלושה ממספר המטופלים המאפשר טיפול מיטבי בקהילה (כאלף מטופלים לרופא משפחה). בהתאם, מסקרי שביעות רצון משירותי בריאות בקהילה ושירותי רפואת מומחים עולה פער מובהק בטיב השירותים שקיבלו מטופלים יהודים וערבים, לרעת המשיבים הערבים.

- זמן ההמתנה עד לקבלת תור לרופא/ה
- צפיפות במרפאה בעת ההמתנה
- זמינות תחבורה ציבורית מהבית ועד למרפאה
- משך הזמן שנמשכה הפגישה אצל הרופא/ה
- מידת הקשב של הרופא/ה
- מידת ההתייחסות של הרופא/ה למכלול הסיבות שהמטופל ביקש לטפל בהם
- רמת הבהירות של ההסברים שסיפק הרופא/ה

הממצאים המשותפים שעלו בשני הסקרים ממחישים את אחד מהגורמים המשמעותיים לפערים בבריאות בין יהודים לערבים – היעדרם של הקצאת זמן הולמת, הנגשה תרבותית ושפתית הולמת ונגישות מצד הרופאים והרופאות – למרות שכל אלה נדרשים כדי להגדיל את רמת ההיענות של האוכלוסייה לטיפול הרפואי.

## בריאות בתקופת הקורונה

מגפת הקורונה שהכתה בישראל במרץ 2020 היוותה מקרה בוחן ליכולתה של מערכת הבריאות לספק מעני בריאות הולמים לאוכלוסיות בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית - אשר אינן מיוצגות כהלכה במוקדי קבלת ההחלטות. מנתונים שהגיעו לידי רל"א כבר בשבועות הראשונים למשבר הקורונה נחשף חוסר המוכנות של משרד הבריאות להעברת מסרים מסודרת בשפה הערבית. נתונים אלה הגיעו מקרב קהילות דוברות ערבית ובמיוחד במזרח

**אף על פי שהדרתה ואפלייתה של האוכלוסייה  
הערבית-פלסטינית בישראל מלווה את המדינה  
מאז ייסודה, אירועי אוקטובר 2000 נחשבים  
לאחת מהטראומות שצרכו את יחסי המדינה עם  
אזרחיה ותושביה הערבים. דו"ח ועדת אור שבחן  
את האירועים הצביע על אפלייה מבנית כלפי  
האוכלוסייה הערבית וקרא לממשלות ישראל  
לפעול לסיומה. עשרים שנה לאחר מכן, השוואת  
מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית למצב  
הבריאות של האוכלוסייה היהודית מצביעה על כך  
שאפליית האוכלוסייה הערבית נותרה כשהייתה.**



ירושלים ובפזורה הבדואית. כדי לבחון את הפערים הללו והשפעתם על ארון האוכלוסייה במוסדות, הזמינה רל"א סקר עמדות בקרב משיבים יהודים וערבים. הסקר חושף פערים מובהקים בין שתי האוכלוסיות.

- **חשיפה להנחיות מצד משרד הבריאות בנוגע למגפה.** פערים משמעותיים לרעת החברה הערבית.
- **הרעה במצב התעסוקתי.** שיעור הערבים שנפגע היה גבוה בהרבה משיעור היהודים.
- **רמת המוכנות הלוגיסטית לעמידה בסגר.** המשיבים הערבים היו ערוכים פחות.
- **מידת שביעות הרצון מתפקוד ראש הממשלה,** נמוכה בהרבה בקרב הערבים.
- **מידת ארון בעדכוני ראש הממשלה,** נמוכה בהרבה בקרב הערבים.
- **שביעות רצון מתפקוד משרד הבריאות** נמוכה בהרבה בקרב הערבים.

יתר על כן, נמצאו פערים מובהקים בנוגע לצעדים שהממשלה צריכה להפעיל במטרה לתת מענה למגפת הקורונה.

- **היעדר מעורבות הכנסת.** מרבית המשיבים הערבים חשו שקבלת החלטות הממשלה ללא פיקוח ומעורבות של הכנסת מהווה פגיעה בדמוקרטיה, לעומת שיעור נמוך יותר בקרב המשיבים היהודים.
- **החלטת הממשלה להשתמש בשב"כ** להפעלת אמצעי מעקב אחר אנשים שאמורים להיות בבידוד זכתה לתמיכה של מרבית המשיבים היהודים, לעומת מיעוט המשיבים הערבים.

מגפת הקורונה וההתמודדות עמה היא עדות נוספת לעומק הפערים בבריאות בישראל. בין היתר משתקפים בתשובות הסקר הפערים הכלכליים והלוגיסטיים לרעת הציבור הערבי ביכולת התמודדות עם משבר הקורונה, ופערים במשאבים שהוקדשו לקידום מדיניות ההכונה וההסברה בין הציבור היהודי לציבור הערבי בנוגע לסכנת הקורונה והתנהגות מסכנת במרחב הציבורי, גם הוא לרעת הציבור הערבי. כמו כן, עולים הפערים המובנים יש לומר, ברמת הארון ששתי האוכלוסיות מייחסות לראש הממשלה ומשרד הבריאות. כך גם עולה החשש של הציבור הערבי מהשימוש בשב"כ במאבק לבלימת התפשטות נגיף הקורונה.

## המלצות מדיניות

מתוך ראיונות עם מומחים תושבי ישראל, ערבים ויהודים, גובשו המלצות לקידום מדיניות שתכליתה לצמצם בטווח הקצר והארוך את הפערים בבריאות בין תושבי המדינה היהודים והערבים וחזונה - סגירתם. להלן.

- **טיוב שירותי רפואה ראשונית בקהילה.** חרף החשיבות הרבה של רפואת משפחה בפרט, ורפואה ראשונית בכלל לבריאות הציבור, בשנים האחרונות עולות קריאות מטעם הציבור ורופאי המשפחה כאחד בנוגע לשחיקה והיעדר תקצוב נאות לשירותי רפואת המשפחה.

- **העלאת מודעות והדרכת רופאים להנגשה תרבותית ולרגישות חברתית.** משרד הבריאות וקופות החולים מחויבים לספק פתרונות כדי לחסל את הפערים, למשל בהעלאת מודעות בקרב רופאים המשרתים אוכלוסיות מוחלשות לחסמים העומדים בפני מטופליהם ונסיבות חייהם.
- **קביעת תקרה מקסימלית של מטופלים ביחס לכל רופא משפחה.** נכון להיום, ישנם רופאי משפחה במגזר הערבי המטפלים באלפי מטופלים, הרבה מעבר למה שמומלץ או נכון. מצב זה מביא לכך שהשירות הרפואי הניתן למטופליהם של אותם הרופאים לקוי מכאן קוצר הזמן שיכולים הרופאים להקדיש למטופליהם.
- **טיוב הרגולציה שמבצע משרד הבריאות על מרפאות במגזר הערבי.** לאור היעדר התחרותיות בין קופות החולים באזורים גיאוגרפיים שבהם מרוכזת האוכלוסייה הערבית, חיוני שמשרד הבריאות ייקח על עצמו להציב ולאכוף סטנדרטים בנוגע למתן שירותי בריאות בכלל, ובקהילות ערביות בפרט.
- **חיזוק בריאות הציבור.** נכון הוא כי ככלל יובשו שירותי בריאות הציבור לכלל אזרחי ישראל, אך משמעות צמצום קריטי יותר בקרב אוכלוסיות מוחלשות.

אף על פי שמשרד הבריאות הינו הגורם האחראי על מתן שירותי בריאות באופן ישיר, ועל תוצאי בריאות כהשלכה, הרי שגורמי היסוד לחלק ניכר מהפערים בבריאות אינם מצויים בתחום אחריותו של המשרד. להלן חלק מהצעדים שבהם יש לנקוט במטרה לקדם את מצב הבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל.

- **תכנון עירוני מותאם לקיום אורח חיים בריא**
- **שמירת החזות של היישובים, טיוב היגיינה וניקיון ביישוב.**
- **שיפור תשתיות התחבורה ביישובים העירוניים בחברה הערבית**

לסיכום, עשרים שנה לאחר אירועי אוקטובר 2000, ניכר אי-שוויון בבריאות בין האוכלוסייה היהודית והאוכלוסייה הערבית בישראל. פערים אלה מהווים תוצאה של סדר עדיפויות פוליטי, של אפליה מבנית וגזענות, ושל העדר הקצאה נאותה של משאבים. התרחבות פערים אלה, כפי שהדו"ח מעלה בחלק מהתחומים שנבחנו, אינה מסתכמת רק בפגיעה במצב הבריאות האישי של האינדיבידואלים בחברה. היא מובילה לשסע חברתי עמוק, לחסם בפני הזדמנויות אישיות ובפני מוביליות חברתית, אישית וקהילתית כאחד. התמשכות הפערים בבריאות היא עדות להתנערות המדינה מחובתה לספק לתושביה שוויון זכויות והזדמנויות מלא.



## הקדמה

### האוכלוסייה הערבית פלסטינית בישראל שני עשורים מאירועי אוקטובר 2000

אזרחי ישראל הערבים פלסטינים<sup>1</sup> המוגדרים כמיעוט אתנו-לאומי מודרים באופן מבני ועקבי בהקצאת המשאבים הלאומיים, החומריים והסימבוליים כאחד. על פניו מדינת ישראל קבעה בבירור זכויות אזרח מלאות לכל אזרחיה הערבים פלסטינים, אך זאת כפרטים בלבד. בניגוד למדינות בהן נקבעו זכויות קולקטיביות למיעוטים, ישראל אינה מכירה בזכאותם של אזרחיה הערבים לזכויות קיבוציות, דבר שבא לידי ביטוי בחוק הלאום שנחקק ב-2018. יחד עם היסטוריה של דיכוי, להיבט זה השלכות ברמה הקונקרטית והסימבולית באופנים עמוקים ביותר. אי-השוויון בין יהודים לערבים תועד באינספור סקרים ומחקרים מקצועיים, בפסקי דין, בהחלטות ממשלה, בדוחות מבקר המדינה ובמסמכים אחרים.<sup>2</sup> לשם המחשה, נכון לראשית 2020 האוכלוסייה הערבית פלסטינית בישראל מונה כ-1.9 מיליון נפשות, כ-21% מאוכלוסיית המדינה,<sup>3</sup> באותה השעה, שיעור התושבים הערבים הנמצאים מתחת לקו העוני עומד על למעלה מ-50%.<sup>4</sup>

אף על פי שהדרתה ואפלייתה של האוכלוסייה הערבית מלוות את המדינה מאז ייסודה, **אירועי אוקטובר 2000** נחשבים לאחת מהטראומות המכוננות ביחסי המדינה עם אזרחיה הערבים.<sup>5</sup> אירועי אוקטובר 2000 הם הביטוי השגור לתיאור סדרת הפגנות מחאה של אזרחים ערבים, שבמהלכן נורו למוות 13 אזרחים (אחד מהם תושב השטחים) בידי שוטרי משטרת ישראל. היקפם של האירועים ותוצאותיהם הטראגיות חשפו את מימדי האפליה ואי-השוויון

בין תושביה היהודים לבין תושביה הערבים של ישראל. דו"ח ועדת החקירה הממלכתית בראשות השופט תיאודור אור קבע כי "הממסד לא גילה רגישות מספקת לצרכי המגזר הערבי, ולא פעל די על מנת להקצות את משאבי המדינה באופן שוויוני גם למגזר זה". ועדת אור ציינה עוד כי "גם כאשר הייתה נכונות להכנת תכניות רב שנתיות לפיתוח



המגזר הערבי... היה הביצוע המעשי של התכניות וההמלצות, במקרים רבים, מזערי בלבד. הרבה כוונות טובות נשחקו בתהליכי טיפול בירוקראטיים נוקשים".<sup>6</sup>

בהתאם, בפסיקות בית המשפט העליון לאחר אירועי אוקטובר 2000 נמתחה ביקורת חריפה בדבר אי-שוויון הממושך כלפי החברה הערבית. למשל, בעתירה בעניין תיקצוב שיקום שכונות בחברה הערבית צוין כי גם המשיבים מודים כי "...היתה הפליה היסטורית בהקצאת תקציבים במסגרת פרויקט שיקום השכונות". בית המשפט פסק כי "הקצאת תקציבי מדינה צריכה להיעשות על בסיס שוויוני ועל פי קריטריונים ברורים ... הדברים נכונים שבעתיים כאשר מדובר בהקצאת תקציבי המדינה לצורך מימוש זכויות בסיסיות כזכות לחינוך, לדיור או לבריאות".<sup>7</sup>

למרות הדברים הנקבים שנכתבו בדו"ח ועדת אור ואמירות בית המשפט העליון שצוינו, אי-השוויון בין היהודים לערבים אזרחי מדינת ישראל אך מעמיק. יוזמות ממשלתיות שמטרתן קידום החברה הערבית, למשל החלטת ממשלה מס' 922 שאושרה בחודש דצמבר 2015 ועלותה הוערכה ב-15 מיליארד ש"ח לא הביאו לשינוי, והחברה הערבית עודנה מצויה בפריפריה החברתית.<sup>8</sup> הדבר בא לידי ביטוי, בין היתר בפערים רחבים בחינוך, בשיעורי עוני גבוהים, בנגישות נמוכה לאשראי, העדר מענים כוללים לבעיה חמורה ומתמשכת של פשיעה אלימה, באי השתלבות מלאה בשוק העבודה, המסחר והעסקים, ובהשתתפות נמוכה בעבודות ממשלתיות.<sup>9</sup> בנוסף לכך, במקרים רבים מנועים ערבים מלרכוש או לשכור דירות ביישובים בעלי רוב יהודי. הריחוק הפיזי והתרבותי ממקומות עבודה וממגורים משותפים עם יהודים מגביר את תחושות הניכור שחווים ממילא אזרחי ישראל הערבים כמיעוט פוליטי, כך שנוצר מעגל שמזין את עצמו ומקשה על חיים משותפים ושוויוניים.<sup>10</sup>

לצד האפליה במשאבים לאומיים והיעדר שוויון הזדמנויות חשוב לציין גם את השיח המדיר והגזעני כלפי האזרחים הערבים שהושמע לא פעם מצד בכירים בממשלות ישראל לדורותיהן, ובכללן אמירתו של ראש הממשלה כי "המצביעים הערבים נעים בכמויות אדירות אל הקלפיים",<sup>11</sup> והצהרתו של ח"כ (ובהמשך שר התחבורה) בצלאל סמוטריץ כי לאחר הלידה "טבעי שאשתי לא תרצה לשכב ליד מישהי שהרגע ילדה תינוק שאולי ירצה לרצוח את התינוק שלה עוד עשרים שנה".<sup>12</sup> כך גם ברמה המקומית, ראש עיריית עפולה שהשתתף בהפגנה נגד מכירת בית למשפחה ערבית בעפולה, או ראש עיריית נצרת עילית לשעבר (היום נוף הגליל) שמעון גפסו שאמר (בראיון שהעניק לעיתון כל אל-ערב) "שאם הוא היה באירועי אוקטובר, היו הרבה יותר הרוגים". גפסו שהשיב לשאלה בנוגע למהומות אוקטובר ושוויון זכויות שהערבים מבקשים מהממסד, אמר כי "גם מפגין לא חמוש יכול

<sup>6</sup> 'מחקר לבדיקת המדיניות הממשלתית כלפי האוכלוסייה הערבית במסגרת עבודת הרשויות המקומיות בחברה הערבית', מוגש למרכז השלטון המקומי בישראל, דצמבר 2015.

<sup>7</sup> ראו בדו"ח ועדת אור: פרק א' - תהליכי הסלמה במגזר הערבי ברקע פרוץ המהומות.

<sup>8</sup> החלטת ממשלה מס' 922 הינה תכנית חומש מערכתית לשנים 2016-2020 בעניין שילוב כלכלי של אוכלוסיית המיעוטים בישראל, הכוללת בין היתר, תיקון מנגנוני ההקצאה הממשלתיים בהתאם לצרכים המקצועיים של המשרדים השונים: חינוך, תחבורה, תשתיות, תעשייה ומסחר ועוד. ראו: 'פעילות הממשלה לפיתוח כלכלי באוכלוסיית המיעוטים בשנים 2016-2020', משרד ראש הממשלה, 31 בדצמבר 2015.

<sup>9</sup> למשל, ראו: סיון קלינגבייל וליאור דטל. 'לאיש לא אכפת': זינוק בפערי ההשכלה בין יהודים לערבים', דה מרקר, 11 בדצמבר 2019. דני זקן. 'ההשקעה בחברה הערבית תניב תשואה לכל המשק', גלובס, 15 באוקטובר, 2019.

<sup>10</sup> ניציה קסיר ואסף צחור-שי. 'תמונת מצב פיתוח כלכלי: החברה הערבית, הדרוזית והצ'רקסית', מפת דרכים לחברה משותפת, דצמבר 2016.

<sup>11</sup> שברית בנדט, עמרי נחמיאס ויאיר אלטמן. 'תניהו הפיץ סרטון: הערבים מגיעים בכמויות אדירות אל הקלפיים', וואלה, 17 במרץ, 2015.

<sup>12</sup> מורן אזולאי. 'הציצו הנזעני של הח"כ: אחרי לידה אשתי רוצה לנוח, לא חפלות כמו אצל יולדות ערביות', Ynet, 5 באפריל, 2016.

**להיות מסוכן** וקבע שהאצבע שלו יותר קלה על ההדק.<sup>13</sup> מיותר לציין כי אף אחד מהדוברים לא הועמד לדין על גזענות.

בדומה למנהיגיו, חלקים לא מעטים של הציבור היהודי נגועים בגזענות. ברמה הפוליטית, מרבית הציבור היהודי מתנגד להכללת מפלגות ערביות בקואליציה ולמינויים של שרים ערבים.<sup>14</sup> רובו של הציבור היהודי לא מוכן לגור ליד ערבים,<sup>15</sup> או להשכיר להם דירות.<sup>16</sup> הגזענות שוכנת גם במוסדות רפואיים. לא פעם יהודים מסרבים לקבל טיפול מרופאים ערבים, ולעתים מטופלים יהודים לא רוצים להתאשפז באותו חדר עם מטופלים ערבי.<sup>17</sup>

בדומה לתחומי החיים שצוינו ולרבים שקצרה היריעה מלפרטם, אי-השוויון בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית בא לידי ביטוי בשדה הבריאות. שני עשורים לאחר אירועי אוקטובר 2000, הפערים בבריאות בין יהודים וערבים נותרו משמעותיים, ומתרחבים הן לשיעורי התמותה והתחלואה, והן להקצאת משאבי בריאות בחלוקה לאוכלוסיות. **המסמך הנוכחי מעלה ודן בפערים אלה ובגורמים להם, ומציע חלופות מדיניות.**

13 נקי חורי, 'ראש העיר גפסו: נצרת עלית היא עיר ליהודים בלבד', הארץ, 5 ביוני, 2011.  
14 תמר הרמן, אלה הלה, חנון כהן, דנה בובליל, 'מדד הדמוקרטיה הישראלית 2015', המכון הישראלי לדמוקרטיה, 2015.  
15 חדשות 2, 'יהודים נגד שכנים ערבים – ולהפך', מאקו, 18 בדצמבר, 2017.  
16 אלפי שאולי, 'ה-SMS הסגיר: גיש בעיה עם השכרת דירה לערבי', Ynet, 29 בינואר 2013.  
17 ראו: יסמין אבו פריחה, 'גזענות ברפואה היא הרבה מעבר למטופל שקורא לרופאה 'ערבי מסריח'', דוקטורס אונלי, 28 בינואר, 2019.  
וכן: 'כשירות דתית ותרבותית בטיפול רפואי בישראל', מרכז טננבאום להבנה בין-דתית.

## מבוא

### חובתה של המדינה לשוויון בבריאות

אחת מחובותיה הבסיסיות של המדינה לתושביה היא לאפשר ולהבטיח את זכותם לבריאות. חובה זו כוללת תנאים מגדירי בריאות המשפיעים על איכות חייהם של התושבים – מים נקיים, פרנסה, חינוך, דיור הולם ועוד, ובמקביל קיום תשתית ראויה המעניקה מענה הולם לצרכי הבריאות שלהם. יישום חובה זאת נעשה על ידי מימון והפעלת מוסדות האמונים על מתן שירותי בריאות, קביעת חוקים ותקנות, וקיום רגולציה שתבטיח מתן שירות איכותי ושוויוני לכלל תושביה.

השוויון בא לידי ביטוי בשני היבטים מרכזיים: **שוויון פורמאלי**, יחס שווה והקצאה שווה של משאבים כלכליים וחברתיים; ו**שוויון מהותי**, אשר מדגיש את מבחן התוצאה, במטרה להקנות לאנשים על אף מאפייניהם השונים הזדמנויות שוות למימוש יכולותיהם.<sup>18</sup> בהתאם לזאת, 'שוויון בבריאות' (Health equity) לא נמדד בהקצאה שווה של משאבים לכל אחד מהחברים בקהילה, אלא משמעותו שלכל אחד שמורה ההזדמנות למצות את פוטנציאל הבריאות שלו במלואו, ושלא ייתכן ותימנע ממישהו האפשרות להגשים פוטנציאל זה.<sup>19</sup> בהתאם לזאת, אחת הדרכים להעריך את הוגנותה של חברה היא על פי מידת השוויון וההוגנות שבה משאבי הבריאות מוקצים לרוחב הספקטרום החברתי, ומידת ההגנה שמסופקת לאדם מפני אפליה בהקשר של בריאות. לא בכדי, עיקרון השוויון בבריאות עומד בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל, שלפיו טיב שירותי הבריאות של אדם לא יהיו תלויים במקום מגוריו, מוצאו ויכולותיו הכלכליות.

כדי להגדיר אי-שוויון בתחום הבריאות יש להבחין בין "אי-שוויון" בבריאות ובין "אי-צדק" או "אי-ישר" בתחום זה. "אי-שוויון" (Inequality) בתחום הבריאות משמעו קיומם של הבדלים – שחלקם אינם ניתנים לשינוי בהכרח – בין אנשים או בין קבוצות אוכלוסייה בכל הנוגע למצב הבריאות. למשל, הבדלים הנובעים מתורשה או מצב בריאות עם הלידה. לעומת זאת, המשמעות של "אי-צדק" או "אי-ישר" (Inequity) עוסקת במאפיינים של הקבוצות המוחלשות באוכלוסייה, כמו נשים, עניים ומיעוטים אתניים, ולאומיים, מאפשרת לאמוד את



ההבדלים ברמת הבריאות על יסוד המאפיינים הללו (אי-צדק) ובעקבות כך לגבש תכנית פעולה הולמת.<sup>20</sup>

מנקודת מבט פוליטית, ההגנה על הזכות לבריאות חיונית ליצירת מרחב ציבורי שוויוני ופעיל. מעבר לרווחה הגופנית והנפשית שהיא מספקת, הבריאות מאפשרת לאדם להשתתף, להתחרות ולהשפיע בכל הרמות והמרחבים החברתיים, הכלכליים והפוליטיים, ולהנות ממגוון אפשרויות וההזדמנויות הניתנות לחבריה של אותה החברה. בהתאם, אי-שוויון בבריאות הינו חסם בפני אינדיבידואלים, קהילות ואוכלוסיות להתערות, לעצב ולהשפיע על המרחב הציבורי, ולהנות ממוביליות חברתית שוויונית. אי-שוויון בבריאות הוא מחולל של מעגל קסמים של עוני – שמשפיע על בריאות – ומביא להגברה של עוני וחוזר חלילה.<sup>21</sup>

גם מנקודת מבט מאקרו-כלכלית, אי-שוויון בבריאות גובה מחיר גבוה למערכת הבריאות ולכלל החברה ולא רק לפרטים. ראשית, במערכת מדולדלת ממשאבים וכוח אדם כפי שהיא בישראל, עליית תחלואה של אוכלוסייה מוחלשת עלולה, במיוחד בתקופה של משברי בריאות, להעמיס על המערכת כך שהתמודדותה עם המשבר לא תיעשה בצורה המיטבית עבור כלל המטופלים. בין היתר היות ואנשים עניים המאופיינים בשיעור תחלואה גבוה מלכתחילה פגיעים הרבה יותר למגפות.<sup>22</sup> שנית, קבוצות מובחנות הסובלות מבריאות לקויה – מושפעות מבחינה כלכלית, בשל הפגיעה ביכולת השתכרותן, בפריון בעבודה, באובדן כושר עבודה בטרם עת ואבטלה.<sup>23</sup> ושלישית, אי-שוויון בבריאות אינו משפיע רק על השכבות המוחלשות שידן אינה משגת לרכוש שירותי בריאות איכותיים ולנהל אורח חיים מקדם בריאות. מצב של אי-שוויון נרחב בבריאות מביא לאורך זמן להרעה גם בתוצאי הבריאות גם של אותם תושבים שנהנים מרווחה כלכלית ומסוגלים להרשות לעצמם סטנדרט גבוה יותר של בריאות.<sup>24</sup>

באותה העת, חשוב לזכור כי אי-שוויון בבריאות הוא בראש ובראשונה בעיה מוסרית. כל בני האדם צריכים להיות מתנאים שיאפשרו להם להיות בריאים ומוגנים מתחלואה ותמותה ברת מניעה. מניעת הזכות של בני אדם לבריאות אינה צודקת ואינה מוסרית בגלל שהיא מפחיתה את היכולת לפעול באופן מלא כבני אדם ומונעת מהם למצות את מלוא הפוטנציאל הטמון בהם.<sup>25</sup> בעוד שיש הכרה כי רמת הבריאות המסופקת לתושבים תלויה במידה מסויימת במשאביה של המדינה שבה הם חיים – נקודה שראוי לבחון גם מול סדר עדיפויות ממשלתי – הרי שאין כל הצדקה מוסרית לאי-שוויון בבריאות בין תושבי המדינה. מרגע שקיים סטנדרט מסויים עליו להתקיים באופן שוויוני עבור כלל התושבים, ללא קשר להבדלים בגין עושר, מוצא אתני, לאום, אמונה דתית, מגדר ועוד.

בתמצית, לאי-שוויון בבריאות יש השלכות רבות על חייהם של אינדיבידואלים, קהילות ומדינות כאחד. כפי שלא יעלה על הדעת כי קהילה אחת תיהנה מנגישות למשפט צדק

20 שלומית קניה ונביל חטאב. 'אי-שוויון בבריאות בין ערבים ליהודים בישראל', המכון הישראלי לדמוקרטיה, 21 בנובמבר 2010.  
21 ליאנון אפשטיין, רחל גולדווג, שורוק איסמעיל, מרים גרינשטיין וברוך רוזן. 'צמצום אי-שוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותכנית פעולה', מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאיירס- ג'וינט- ברוקדייל, 2006.  
22 Kara Gavin July. 'Even the Richest Americans Lag Behind the English on Health, Study Finds', Med-U Health Lab, 14, 2020.  
23 'מעגל הקסם של עוני ובריאות', רופאים לזכויות אדם, 16 באוקטובר, 2020.  
24 'Mind the gap: Even the richest Americans lag the English on health', Institute for Social Research, July 13, 2020.  
25 Ruger, Jennifer Prah. 'Ethics and governance of global health inequalities.' Journal of Epidemiology & Community Health 60, no. 11 (2006): 998-1002.

בעוד אחרות יודרו ממנו או שקהילה אחת תזכה להגנת כוחות הביטחון ואחרת תופקר, כך אי-שוויון בבריאות מטיל כתם מוסרי על דמותה של חברה. כמי שמופקדות על ביטחונם החברתי והאישי של תושביה, על ממשלות מוטלת האחריות והסמכות להבטיח שוויון בריאותי מלא בין התושבים.

## אי-שוויון בבריאות: פערים על רקע מעמד, אתניות ולאום

אי-שוויון בבריאות שמקורו בפערים מעמדיים וכלכליים הוא אתגר גלובלי המתעלה מעל עידינים וגבולות מדינה. מאז ומעולם מעמד חברתי נמוך קושר לנגישות נמוכה יותר לשירותי בריאות, לרמה נמוכה יותר של שירותים ולסיכון גבוה יותר ללקות במחלה, נכות פיזית או מוות מוקדם.<sup>26</sup>

קל לצמצם את הקשר בין בריאות לבין מעמד ביכולתו של האדם לרכוש לעצמו שירותי רפואה איכותיים יותר, אך למעשה הוא תוצאה של מכלול נסיבות רחב בהרבה.<sup>27</sup> המתאם שבין מעמד חברתי וכלכלי לבין בריאות איננו מתבטא רק בנגישות לשירותי רפואה איכותיים, מדובר בסולם חברתי שהמצויים בראשו נהנים מסטנדרטים גבוהים בהרבה של בריאות ביחס לאלה שבתחתית באינספור תחומים: החל מאיכות האוויר ומי השתייה באיזור מגוריהם, וכלה בתנאי עבודה ומגורים, ביכולת לבחור מקצוע ולהינות מפרנסה בטוחה, בטיב והיקף החינוך בכלל והחינוך לבריאות בפרט, ביטחון תזונתי ועוד. לא מפתיע לפיכך שאוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה מתאפיינות בשיעור גבוה של תמותת ילדים ותינוקות, רמות גבוהות יותר של חרדה ודיכאון והתנהגויות הפוגעות בבריאות, ביניהן ניתן למנות התנהגות מקדמת בריאות (תזונה, הרגלי כושר, צריכת טבק ואלכוהול), נטיה גנטית וחשיפה לגורמים סביבתיים ולאלימות,<sup>28</sup> ולעומתן בחברות העשירות שיעורי התחלואה והתמותה מרוכזים בעיקר בגילאים מאוחרים.<sup>29</sup>

אי-שוויון בבריאות מצוי בסוגים רבים של חתכים ושערים בחברה, אחד הדומיננטיים שבהם הוא אי-שוויון בין קבוצות תרבותיות ואתניות שונות הדרות יחד באותה המדינה אך אינן נהנות משוויון בהקצאת משאבים ושוויון הזדמנויות. אלו תועדו במשך שנים רבות בחברות ובמדינות רבות.<sup>30</sup> מבחינה מחקרית, פערים בבריאות בין קבוצות מיעוט תרבותיות ואתניות לבין קבוצות הרוב נמצאו באינספור מחקרים קליניים שבחנו הצלחה בטיפול השתלת כליה,<sup>31</sup> פערים בשלב הגילוי של סרטן,<sup>32</sup> דבקות בנטילת תרופות לסרטן<sup>33</sup> ועוד.

בתמצית, יש מתאם בין השתייכות לקבוצות מיעוט אתניות ובין השתייכות למעמד חברתי-

<sup>26</sup> Essays, UK. (November 2018). [Relationship between social class and health](#)

<sup>27</sup> אמה אברבוך, ניר קידר וטוביה חורב. 'אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010', משרד הבריאות, ירושלים, נובמבר 2010.

<sup>28</sup> ליאון אפשטיין, רחל גולדווג, שרוק איסמעיל, מרים גרינשטיין, ברוך רוזן, 'צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת

מדיניות לאומית ותכנית פעולה דו"ח מסכם', מאיירס – גוינט – ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, אפריל 2006.

<sup>29</sup> Matthews, David. "Social class and its influence on health." *Nursing Times* 111, no. 42 (2015): 20-21

<sup>30</sup> Baron-Epel, Orna, and Giora Kaplan. "Can subjective and objective socioeconomic status explain minority health disparities

in Israel?." *Social Science & Medicine* 69, no. 10 (2009): 1460-1467

<sup>31</sup> Wilkins, Lamont J., Yaw A. Nyame, Valerie Gan, Songhua Lin, Daniel J. Greene, Stuart M. Flechner, and Charles S. Modlin.

"A contemporary analysis of outcomes and modifiable risk factors of ethnic disparities in kidney transplantation." *Journal of*

the National Medical Association 111, no. 2 (2019): 202-209

<sup>32</sup> Farias, Albert J., Carol Y. Ochoa, Gabriela Toledo, Soo-In Bang, Ann S. Hamilton, and Xianglin L. Du. "Racial/ethnic

differences in patient experiences with health care in association with earlier stage at breast cancer

diagnosis: findings from the SEER-CAHPS data." *Cancer Causes & Control* (2019): 1-11

<sup>33</sup> Stout, Emily, Patrına Sexton, and Salimah H. Meghani. "Racial differences in adherence to prescribed analgesia in cancer

patients: an integrated review of quantitative research." *Journal of Clinical Outcomes Management* 24, no. 1 (2017): 39-48

כלכלי נמוך, כלומר להיות נדונים לנגישות נמוכה יותר להזדמנויות להשכלה אקדמית ולהיות מוסלמים לעבודות שבהן הסיכונים לפגיעה או תחלואה רבים יותר מאשר למעמדות הגבוהים. לא רק שמצבם הבריאותי גרוע יותר, הרי גם בנגישותם לשירותי בריאות הם מצויים בעמדת נחיתות. למשל, כאשר יש לקבוצות אלו ייצוג יתר בפריפריה הגאוגרפית, שבה משאבי הבריאות זמינים פחות מאשר במרכז. במערכת שחלקה מופרט הרי שנמצא כי לחברי קבוצת מיעוט אתני יש ייצוג יתר בקרב אוכלוסיית האנשים שאין להם ביטוח בריאות פרטי, דבר שמגביל את נגישותם לטיפול רפואי בעת מחלה או פגיעה.<sup>34</sup>

כאמור, פערים בין קבוצות אתניות בבריאות הם תופעה גלובלית ואולם, יש לצפות ממדינה כי תפעל לסגירתם. דו"ח זה מדגים כיצד ישראל מנציחה פערים אלו, גם כאשר פומבית היא מתחייבת למגרם.<sup>35</sup> אף על על פי שאי-שוויון בבריאות מתקשר עם חלוקות נוספות בין חתכי אוכלוסייה, ניכר כי הביטוי המובהק ביותר של אי-שוויון בבריאות מצוי בפערים בין יהודים לערבים תושבי ישראל, גם בניקוי המשתנה החברתי-כלכלי. פערים אלה באים לידי ביטוי בתוצאי בריאות (שיעורי תחלואה, תמותה והערכה עצמית של בריאות), בהקצאת משאבים כלכליים אישיים, ובהתנהגויות מקדמות בריאות (רפואה מונעת, תזונה, עישון, פעילות גופנית ועוד).

Betancourt, Joseph R., Alexander R. Green, J. Emilio Carrillo, and I. I. Owusu Ananeh-Firempong. "Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care." *Public health reports* (2016).

Daoud, Nihaya, Varda Soskolne, Jennifer S. Mindell, Marilyn A. Roth, and Orly Manor. "Ethnic inequalities in health between Arabs and Jews in Israel: the relative contribution of individual-level factors and the living environment." *International journal of public health* 63, no. 3 (2018): 313-323.



בית מלט 43  
משטרת ישראל



## פערים בבריאות בין יהודים וערבים בישראל

שורשי אי-השוויון בבריאות בין תושביה היהודים והערבים מצויים בראשית ימיה של מדינת ישראל. צורכי היהודים טופלו במסגרת קופות החולים שפעלו עוד בימי המנדט הבריטי, ואילו האוכלוסייה הערבית טופלה על ידי שירותי בריאות פרטיים מודרניים או בידי מטפלים מסורתיים. לאחר קום המדינה נקבע כי שירותי הבריאות המיועדים לאוכלוסייה הערבית יפעלו מתוך תיאום מלא עם הממשל הצבאי שפעל בין השנים 1948-1966 ולא בהתאם לאופן שבו האוכלוסייה היהודית טופלה. לאחר ביטול הממשל הצבאי החל המצב להשתנות לאחר כניסת הערבים תושבי ישראל לשוק העבודה, דבר שאפשר להם גישה לשירותי הבריאות של קופות החולים, במיוחד חברי ההסתדרות הכללית שהיו מבוטחים באמצעות המעסיקים. עם זאת, רבע מהאוכלוסייה הערבית נותרה ללא כיסוי ביטוחי, והמשאבים שהושקעו בפיתוח שירותי בריאות ביישובים הערבים נותרו מצומצמים יחסית לאלה שהושקעו ביישובים היהודים.

המצב השתנה עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי שהבטיח שכל תושבי ישראל יוכלו להנות מסל שירותים בסיסי. אולם היעדר הגדרות חד משמעויות לגבי טיב השירותים שלהם זכאים תושבי ישראל, כמו גם היעדר התייחסות לבעיות הבריאות הייחודיות לחברה הערבית, הובילו לכך שמצב הבריאות בחברה הערבית אינו עומד בקנה אחד עם מצב הבריאות באוכלוסייה היהודית.<sup>36</sup> הפערים בבריאות בין יהודים לערבים הם נושא מדובר בשיח המחקרי והמקצועי בקרב העוסקים במקצועות הבריאות.<sup>37</sup> **הסקירה הבאה תציג את עיקרי הפערים:**

**תוחלת חיים.** תוחלת חיים בלידה נחשב לאחד מהמדדים המשמעותיים לבחינת בריאות האוכלוסייה. לצד איכות שירותי בריאות הוא נחשב למדד המצביע על הבדלים בתנאי חיים, איכות חיים, השכלה, עוני ועוד. נתונים שפרסמה הלמ"ס מצביעים על פער משמעותי בתוחלת חיים בין האוכלוסייה היהודית (83.1) לבין האוכלוסייה הערבית (79.5). אמנם, הפער הצטמצם במעט בקרב גברים מ-4.4 שנים ב-2006 ל-3.7 ב-2018, ובקרב נשים מ-4.5 שנים ב-2006 ל-2.8 ב-2018, ואולם עדיין מדובר בפער משמעותי המצביע על ההבדלים במגדירי הבריאות של שתי האוכלוסיות ושירותי הבריאות הנגישים להן.<sup>38</sup>

<sup>36</sup> אמה אברבון, גידי פרץ ושלומית אבני. "אי שוויון בבריאות והתמודדות עימו 2019", משרד הבריאות, ירושלים, פברואר 2020.

**תמותת תינוקות.** מדד שיעור תמותת תינוקות משמש כאחד המדדים העיקריים לבחינת בריאות אוכלוסייה ואיכות הטיפול, לא רק בקרב תינוקות אלא באופן רחב יותר כאינדיקטור למצב בריאות האוכלוסייה, רמת עוני, סטטוס חברתי-כלכלי של האוכלוסייה וזמינות ואיכות שירותי הבריאות והטכנולוגיה הרפואיים. הנתונים מצביעים על פערים משמעותיים בשיעורי תמותת התינוקות בין האוכלוסייה היהודית (2.4 לאלף לידות) לבין האוכלוסייה הערבית (5.4 לאלף לידות). יש לציין כי שיעור תמותת התינוקות בשתי האוכלוסיות הצטמצם בהשוואה לנתוני 2004 שפורסמו על ידי הלמ"ס, שאז שיעור תמותת התינוקות באוכלוסייה היהודית עמד על 3.4 לאלף לידות ואילו בקרב האוכלוסייה הערבית על 8.2 לאלף לידות. אולם, יחס תמותת התינוקות בין האוכלוסיות נותר יציב (עם תנודתיות מסוימת) על 2:1 לאורך מרבית התקופה שבין 1979-2020.<sup>39</sup>

באותה עת, חשוב להפריד בין כל האוכלוסייה הערבית ובין האוכלוסייה הערבית הבודאית שמסוגלות יחידיו בנתוני הלמ"ס. כך למשל, בעוד נתוני תמותת התינוקות ביחס לאלף לידות בערים הערביות טירה (3.1), באקה אל גרבייה (4.1), אום אל פאחם (4.1) וטייבה (4.5) שיעור זה גבוה פי 1.5-2 משיעור זה באוכלוסייה היהודית, הרי שביישובים הבודאים, במיוחד אלו הממוקמים במחוז דרום, שיעור תמותת התינוקות לאלף לידות גבוה בהרבה. למשל ברהט (10.5), תל שבע (11.9) וכסיפה (16.0) שבהם שיעור תמותת התינוקות הוא פי 5-8 מאשר בממוצע בקרב האוכלוסייה היהודית.<sup>40</sup> אחד הגורמים המובילים לשיעור הגבוה של תמותת תינוקות מאוכלוסייה הבודאית הוא היעדר נגישות לרפואת נשים, כפי שעולה מדבריה של ד"ר זויה אזברגה, מומחית לרפואת נשים הפועלת באזור הדרום, בועדת הכנסת:

"כמעט 17%-18% מהנשים ההרות בכפרים הבלתי מוכרים לא מצליחות להגיע לרופא/ה נשים. הן באות אלינו פעם ראשונה לבית חולים בלי אף מעקב. מה מתחבא כאן? כאן מתחבאות כל המחלות הגנטיות, כל המומים המולדים שאנחנו לא יודעים עליהם שום דבר, מדברים גם על סוכרת. כשאנחנו מדברים על סוכרת, אנחנו יודעים שיש לנו כמעט 30% 40% מהנשים שבהריון עם סוכרת, שהן מוגדרות עם סוכרת הריונית, ואנחנו יודעים שאנחנו לא נטפל בנשים האלה.... המרחק בין בית חולים לבין טיפת חלב והמרפאה, כשהיא אמורה ללכת במזג אוויר קשה מאוד. היא עוצרת ואומרת: זאת לא חובה בשבילי."<sup>41</sup>

**סוכרת.** שיעור הסוכרת באוכלוסייה הערבית (14.0% בקרב גברים, 14.5% בקרב נשים) גבוה באופן משמעותי משיעור הסוכרת בקרב האוכלוסייה היהודית (8.5% בקרב גברים, 6.8% בקרב נשים). הדבר נכון לא רק לשיעור התחלואה מסוכרת, אלא גם לשיעורי התמותה כתוצאה מהמחלה. נכון ל-2018, שיעור התמותה מסוכרת בקרב ערבים עומד על 32%, וזאת לעומת 14% בלבד אצל יהודים (פי 2.3).<sup>42</sup> (יחס התמותה דומה ליחס שנמצא בסקר שפורסם ב-2006, אשר מצביע על כך ששיעורי התמותה מסוכרת גבוהים פי 2.6 בקרב האוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית).<sup>43</sup>

<sup>39</sup> נתון זה מתקבל כאשר מצרפים את היחס בין שיעורי תמותת התינוקות נכון להיום לנתונים שפרסמה הלמ"ס בדו"ח: "ירידה של 70% בשיעורי תמותת התינוקות בישראל בשנים 1979 – 2004", הלשכה המרכזית סטטיסטיקה, 31 במרץ, 2008.

<sup>40</sup> ראו: **מפת הבריאות היישובית**, מודדי בריאות: תמותת תינוקות ומודד חברתי – כלכלי, משרד הבריאות, 26 באוגוסט, 2020.

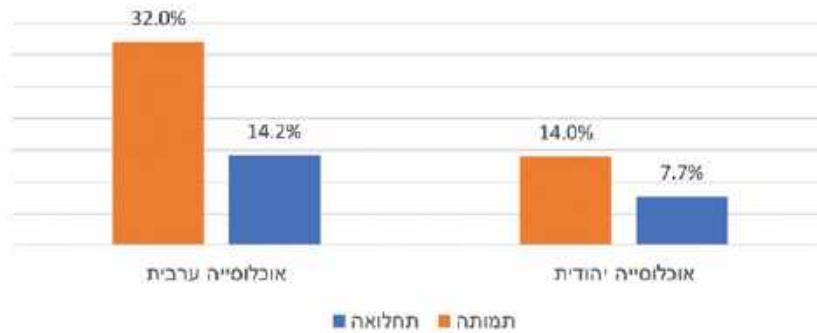
<sup>41</sup> ראו: ישיבת ועדה של הכנסת ה-20, "תעסוקת ערבים ושוויון חברתי - קידום הבריאות באוכלוסייה הערבית", 10 ביולי, 2018.

<sup>42</sup> קרין לויט, "נתונים מדאיגים: הערבים מתים יותר וחולים יותר", Ynet, 10 ביולי, 2018.

<sup>43</sup> אמה אברבוך, ניר קידר וטוביה חורב, "אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010", משרד הבריאות, ירושלים, נובמבר 2010.

מחקר מטעם מכון גרטנר שבחן את הגורמים לריבוי מקרים של חוסר איזון סוכרת בחברה הערבית, מצא שעל פי רוב חולי הסוכרת הערבים אינם נמצאים בטיפול תזונתי. הם מגיעים לדיאטנית או מבצעים ניטור עצמי לרמת הגלוקוז בדם רק כאשר איזון הסוכרת גרוע. כמו כן הצביע המחקר על חסמים אישיים לביצוע פעילות גופנית, נגישות נמוכה לשירותי בריאות (שפוגעת ביכולת לבקר באופן תדיר אצל הדיאטנית), וחסמים משפחתיים – תרבותיים שנמצאו כולם קשורים באי שמירה על דיאטה.<sup>44</sup>

### תרשים 1: שיעורי תחלואה ותמותה מסוכרת בהשוואה בין האוכלוסייה היהודית והערבית



**השמנה.** נתוני ההשמנה (BMI של 30 ויותר) נאספים על ידי הלמ"ס. בישראל שיעורי ההשמנה מוערכים בכ-48% מהאוכלוסייה. שיעורי ההשמנה בקרב האוכלוסייה הערבית (54%) גבוהים באופן משמעותי משיעורי ההשמנה באוכלוסייה היהודית (46%).<sup>45</sup> פערים משמעותיים בין יהודים וערבים במדד זה נמצאו גם בסקר הלמ"ס שנערך ב-2006. שיעור ההשמנה נמצא גבוה יותר בקרב האוכלוסייה הערבית הן בקרב גברים (16.6% לעומת 13.5% בקרב גברים יהודים), והן בקרב נשים (19.7% בקרב נשים ערביות, לעומת 14.7% בקרב נשים יהודיות).<sup>46</sup>

הפער בשיעורי השמנה גבוה אף יותר בקרב ילדים ובני נוער. סקר הלמ"ס (2015) מצא כי כ-21% מכלל תלמידי כיתות א', ו-31% מכלל תלמידי כיתות ז' סבלו מעודף משקל והשמנת יתר. אולם, שיעור התלמידים הערבים המאופיינים בעודף משקל עומד על 23% בכיתה א' ו-38% בכיתה ז'. יתר על כן, נצפתה עלייה משמעותית יחסית בשיעור התלמידים הערבים הסובלים מהשמנה בכיתה א' (23%), לבין שיעור ההשמנה ועודף המשקל בכיתה ז' (38%).<sup>47</sup>

**סרטן.** נתונים אלה, אשר מקורם ברישום הלאומי לסרטן והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, מצביעים על הבדלים בשיעורי סרטן שונים בין יהודים לערבים. בניגוד למצבים אחרים, שיעורי הסרטן ביחס למאה אלף איש נמוכים יותר בקרב האוכלוסייה הערבית מאשר האוכלוסייה היהודית, הן ביחס לנשים (173.4 בקרב נשים ערביות לעומת 236.6 בקרב נשים יהודיות),

<sup>44</sup> עפרה קלטר - ליבוביץ' ועמיתים. 'סוכרת באוכלוסייה הערבית בישראל: מדוע אנו לא מצליחים להשיג איזון הולם?', מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות.  
<sup>45</sup> רותם אליזרע. 'ז'ח השמנה 2018: כמחצית מהישראלים – שמנים', 3 Ynet, בספטמבר 2018.  
<sup>46</sup> אמה אברבור, ניר קידר וטוביה חורב. 'אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010', משרד הבריאות, ירושלים, נובמבר 2010.  
<sup>47</sup> הלמ"ס. 'עודף משקל בקרב ילדים', 2015.

והן ביחס לגברים (210.1 בקרב גברים ערבים לעומת 225.4 בקרב גברים יהודים).<sup>48</sup> שיעורי התחלואה הגבוהים יותר בקרב האוכלוסייה היהודית לעומת הערבית נמצאו גם ב-2006.<sup>49</sup>

עם זאת נמצאה שונות בין סוגי הסרטן המאפיינים את האוכלוסיות. בקרב גברים יהודים סרטן הערמונית מהווה 18% מכלל מקרי הסרטן, לעומת 11% בלבד בקרב גברים ערבים. לעומת זאת, סרטן הריאה (המקושר עם עישון) מהווה 20% מכלל מקרי סרטן הריאות בקרב גברים ערבים לעומת 12% בלבד בקרב גברים יהודים. לעומת זאת, בקרב נשים נמצא פער משמעותי בגידולי מעי הגס והחלחולת המהווים 14.0% מקרב כלל הגידולים בקרב נשים ערביות, ולעומת זאת רק 10.2% בקרב נשים יהודיות.<sup>50</sup> סרטן זה מקושר עם גורמים הקשורים עם התנהגות בריאות ואיכות חיים ובהם עודף משקל, תזונה (צריכת סידן נמוכה, מחסור בסיבים, צריכת בשר אדום) והיעדר פעילות גופנית.<sup>51</sup>

**הערכה עצמית של בריאות.** נמדדת על ידי הלמ"ס ונחשבת למדד בעל כושר ניבוי טוב לגבי מצב הבריאות האובייקטיבי.<sup>52</sup> בדו"ח הלמ"ס (2018) נמצא פער משמעותי בין האוכלוסייה היהודית לבין האוכלוסייה הערבית. בעוד בקרב האוכלוסייה היהודית 56% דרגו את מצב בריאותם כ"טוב מאוד", הרי שרק 49% ממשיבי האוכלוסייה הערבית דרגו את מצב בריאותם בציון זה. לעומת זאת נמצא שהפערים הצטמצמו לעומת סקר בריאות דומה שנערך בשנת 2007, שאז דרגו 44% מהמשיבים היהודים את מצב בריאותם כ"טוב מאוד" וזאת לעומת 33.8% מהמשיבים הערבים.<sup>53</sup>

**תמותה כללית.** שיעורי תמותה כללית לאלף תושבים עמדה על 5.7 בקרב גברים ועל 4.0 בקרב נשים ב-2017. הפער בין יהודים וערבים במדד זה משמעותיים שכן בעוד שיעור זה עומד על 5.5 בקרב גברים יהודים ואחרים, הרי שאצל גברים ערבים הממוצע עומד על 7.1, ובדומה לכך, פער משמעותי גם בין נשים יהודיות ואחרות (3.9) לבין נשים ערביות (4.9).<sup>54</sup>

בכל הקשור לתמותה כתוצאה מתחלואה עולה כי שיעור התמותה גבוה באופן ניכר בקרב ערבים. למשל, שונות בולטת ומדאיגה נמצאת בהבדלים בתמותה מסרטן. חישוב שיעור התמותה מסרטן ביחס לחולי הסרטן בקרב הגברים היהודים עומד על כ-38% לעומת כ-47% מקרב הגברים הערבים. אצל הנשים מדובר על 31% לעומת 38.4% בהתאמה.<sup>55</sup>

48 ברברה סילברמן ועוד. "עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2017", משרד הבריאות, 2020.

49 אמה אברבור, ניר קידר וטוביה חורב. "אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010", משרד הבריאות, ירושלים, נובמבר 2010.

50 ברברה סילברמן ועוד. "עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2017", משרד הבריאות, 2020.

51 ראו: הילה בדש. "הקשר בין תזונה ומניעת סרטן המעי הגס", BeWell, איכילוב.

52 ראו: הלמ"ס. "הערכה עצמית של בריאות".

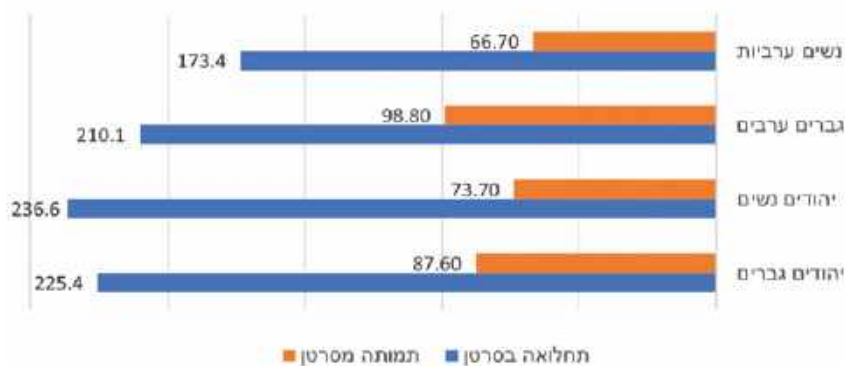
53 אמה אברבור, ניר קידר וטוביה חורב. "אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010", משרד הבריאות, ירושלים, נובמבר 2010.

54 אמה אברבור, גידי פרץ ושלומית אבני. "אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2019", משרד הבריאות, ירושלים, פברואר 2020.

55 בחישוב מספר התמותה מכל סוגי הסרטן בקרב גברים ביחס לתחלואה בסרטן מכל הסוגים בקרב גברים (ראה לוח 1).



**תרשים 2: תחלואה ותמותה מסרטן מכל הסוגים ביחס ל-100 אלף איש בחלוקה לפי מגדר ולאום**



הפער בולט אף יותר בשיעורי התמותה מסוכרת, שגבוהים פי 2.3 בקרב ערבים משיעורי התמותה בקרב יהודים. בעוד שבכל הנוגע לסוכרת ניתן לשייך את הפער להיענות לטיפול ותזונה קפדנית, הרי שבסרטן לפחות חלק מן ההבדלים ניתן לשייך לאיחור באיבחון. ואכן, ממחקרים בעולם ידוע כי מצב חברתי-כלכלי נמוך קשור לאיחור באבחון ונגישות נמוכה יותר לטיפול.

## לוח 1: השוואה בין יהודים וערבים בשיעורי תחלואה ותמותה

אוכלוסייה ערבית	אוכלוסייה יהודית	
79.5	83.1	תוחלת חיים (בשנים) <sup>56</sup>
5.4	2.4	תמותת תינוקות לאלף לידות <sup>57</sup>
7.1	5.5	תמותה לאלף נפש - גברים
4.9	3.9	תמותה לאלף נפש - נשים
14.0%	8.5%	שיעורי הימצאות סוכרת בקרב גברים <sup>58</sup>
14.5%	6.8%	שיעורי הימצאות סוכרת בקרב נשים <sup>59</sup>
32%	14%	תמותה מסוכרת <sup>60</sup>
54%	46%	שיעורי השמנה <sup>61</sup>
49%	56%	אחוז בני 20 ומעלה שהעריכו את בריאותם כטובה מאוד <sup>62</sup>
210.1	225.4	כל סוגי הסרטן ל-100 אלף בקרב גברים <sup>63</sup>
173.4	236.6	כל סוגי הסרטן ל-100 אלף בקרב נשים
98.75	87.6	תמותה מסרטן ל-100 אלף בקרב גברים
66.69	73.73	תמותה מסרטן ל-100 אלף בקרב נשים

## ההוצאה אישית על בריאות ואורח חיים בריא

כפי שעלה בסקירה, אחד מהגורמים המשפיעים ביותר על בריאות הוא מצב סוציו-כלכלי של האוכלוסייה.<sup>64</sup> גורם זה משפיע על בריאות באינספור דרכים, החל מחינוך אשר מקושר עם רמת המודעות של האוכלוסייה לחשיבות של ניהול אורח חיים בריא, רמת הכנסה המקושרת עם היכולת לרכוש מוצרי מזון טריים בעלי ערך תזונתי גבוה, מגורים ביישובים באשכולות

<sup>56</sup> אדריאן פילוט. 'הלמ"ס: הערבים ותושבי הפריפריה חיים פחות וחולים הרבה יותר', כלכליסט, 4 בדצמבר, 2019.  
<sup>57</sup> אמה אברבוק, גידי פרץ ושלומית אבני. 'אי שוויון בבריאות והתמודדות עימו 2019', משרד הבריאות, ירושלים, פברואר 2020.  
<sup>58</sup> שרון גבריאל. 'אפידמיולוגיה של סוכרת בישראל ובעולם', מגזין מכון תנובה למחקר, גיליון 54, מאי 2018.  
<sup>59</sup> שרון גבריאל. 'אפידמיולוגיה של סוכרת בישראל ובעולם', מגזין מכון תנובה למחקר, גיליון 54, מאי 2018.  
<sup>60</sup> קרין לויט. 'נתונים מדאיגים: הערבים מתים יותר וחולים יותר', Ynet, 10 ביולי, 2018.  
<sup>61</sup> רותם אליזרע. 'דו"ח ההשמנה 2018: כמחצית מהישראלים – שמנים', Ynet, 3 בספטמבר 2018.  
<sup>62</sup> מבוסס על השאלה: 'מהו מצב בריאותך בדרך כלל?'. מתוך הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2018.  
<sup>63</sup> כל הנתונים העוסקים בשיעורי סרטן ביחס לאוכלוסיות לקוחים ממאמרו של ברברה סילברמן ועוד. 'עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2017', משרד הבריאות, 2020.

Kington, Raynard, Diana Tishado, and David M. Carlisle. "Increasing racial and ethnic diversity among physicians: an intervention to address health disparities." The right thing to do, the smart thing to do: Enhancing diversity in the health professions (2001): 57-75

סוציו-כלכליים גבוהים מקושרים עם שיעור נמוך יחסית של רעש, זיהום אוויר והצטברות פסולת, וכמובן נגישות ויכולת לצרוך שירותי בריאות איכותיים בעת הצורך.

אי-השוויון הכלכלי בין האוכלוסייה היהודית לבין האוכלוסייה הערבית בא לידי ביטוי בהכנסה ויכולת כלכלית אינדיבידואלית, דבר אשר יש לו השלכות משמעותיות על מצב הבריאות. הסקר החברתי-כלכלי של הלמ"ס שנערך ב-2018 מצביע על כך ששיעור התושבים המתארים את עצמם כעניים גבוה פי שלוש וחצי בקרב התושבים הערבים (27.6%), לעומת התושבים היהודים (7.6%).<sup>65</sup> יתר על כן, ההכנסה הכספית נטו של משק בית במגזר הערבי עומדת על 12,700 ש"ח לעומת 18,720 ש"ח נטו למשק בית באוכלוסייה היהודית, ושיעור העוני בקרב משקי בית ערבים עם ילדים קטנים עומד על 63%, לעומת 32.3% בקרב האוכלוסייה הכללית. התאם, ההוצאה החודשית של משקי בית יהודים על חינוך ותרבות (3,612 ש"ח) היא כמעט פי שלוש מההוצאה החודשית של משקי בית ערבים (1,250 ש"ח). ההוצאה החודשית של האוכלוסייה היהודית על דיור (4,234 ש"ח) עומדת על כמעט 1.5 מאשר ההוצאה באוכלוסייה הערבית (2,937 ש"ח).<sup>66</sup> לפערים הסוציו-כלכליים יש השפעות לא מעטות גם על ניהול אורח חיים בריא ועל צריכת שירותי בריאות.

ניתן להעריך גישה לשירותי בריאות על ידי מספר פרמטרים ובהם ביטוח בריאות, שיעורי ותדירות שימוש בשירותי בריאות (הן כאלה שאפשר לדחות כמו בדיקות תקופתיות, והן כאלה שלא – כמו אשפוז); ואינדיקטורים מבניים ובהם נגישותם של רופאים, מרפאות וסוגים אחרים של שירותי בריאות.

**ביטוחי בריאות.** נתונים שעלו בסקר החברתי של הלמ"ס (2017) מצביעים על פערים משמעותיים בשיעור המחזיקים בביטוחים משלימים ופרטיים בין האוכלוסייה היהודית לבין האוכלוסייה הערבית.<sup>67</sup> שיעור התושבים המחזיקים בביטוחים אלה גבוה יותר בקרב האוכלוסייה היהודית הן בביטוחים משלימים (ביטוח פרטי מטעם הקופה, כמו 'מכבי שלי', 'כללית מושלם' וכו') של קופות החולים (86% בקרב האוכלוסייה היהודית לעומת 38% בקרב האוכלוסייה הערבית), הן בביטוחי בריאות פרטיים שמציעות חברות הביטוח (40% בקרב האוכלוסייה היהודית לעומת 12% באוכלוסייה הערבית), והן באחזקה כפולה של ביטוח משלים של קופ"ח וביטוח פרטי (38% באוכלוסייה היהודית לעומת 8% באוכלוסייה הערבית). פער נוסף בין האוכלוסיות עלה בסקר החברתי של הלמ"ס (2010) שהצביע על כך ששיעור הביטוחים הסייעודיים בחברה היהודית (43%) גבוה כמעט פי חמש משיעור זה באוכלוסייה הערבית (9%).<sup>68</sup>

<sup>65</sup> הלמ"ס. 'הסקר החברתי 2018 – כולל נושא ייחודי: מוביליות חברתית, לוח 12, בני 20 ומעלה, לפי ויתורים מסיבות כלכליות והרגשת עוני', 2018.

<sup>66</sup> הלמ"ס. 'משקי בית עם שני ילדים או יותר מתחת לגיל שש נתונים מתוך סקר הוצאות משק הבית 2018', ירושלים, 9 ביולי 2020.

<sup>67</sup> לקט נתונים בנושא ביטוחי בריאות ומידע בנושא בריאות, מתוך הסקר החברתי 2017, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 3 בפברואר 2019.

<sup>68</sup> ראו: יואב פרידמן (עורך). 'הביטוח הסייעודי בישראל', בנק ישראל, חטיבת המחקר, אוקטובר 2017.

### תרשים 3: השוואה בין יהודים וערבים בשיעורי רכישת ביטוחים משלימים, פרטיים וסיעודיים



**הוצאה על תרופות.** סקר הוצאות משק בית שערך מכון גרטנר בקרב 8,465 משקי בית ב-245 יישובים עירוניים וכפריים במטרה לבחון את הקשר בין הוצאות על תרופות למאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מצא כי ההוצאה על תרופות מהווה כ-13% מסך הוצאות משקי הבית על בריאות עבור כלל האוכלוסייה. מהסקר עולה שהסתברות גבוהה יותר להוצאה כלשהי לצורך רכישת תרופות גבוהה באופן מובהק בקרב משיבים ערבים. בנוסף, נמצא קשר מובהק ושילי בין רמת הכנסה לבין הסיכוי להוצאה כלשהי לרכישת תרופות – כלומר, ההוצאה על תרופות גבוהה יותר דווקא בקרב בעלי הכנסה נמוכה. בקרב האזרחים ערבים (המאופיינים בהכנסה נמוכה יותר מהמוצע) נצפו הן סיכוי גבוה יותר להוצאה כלשהי על תרופות והן רמת הוצאה גבוהה משמעותית בסה"כ, ייתכן בשל שכיחות גבוהה יותר של בריאות לקויה. ייתכן ותורמים לכך גם החדירות הנמוכה של ביטוחי הבריאות המשלימים, וחוסר ידע או חסמים אחרים בשימוש בביטוח המסחרי באוכלוסייה זו.<sup>69</sup>

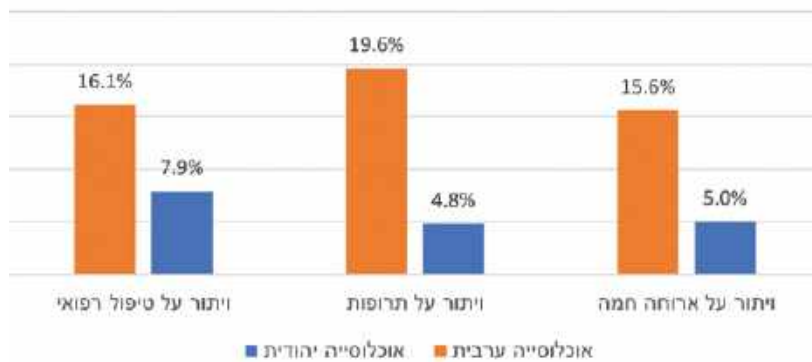
**ויתור על טיפול רפואי.** הסקר החברתי של הל"מ"ס (2020) מצא כי 9.4% מקרב האוכלוסייה הכללית הצהירו כי ויתרו על טיפול רפואי מסיבות כלכליות. החלוקה בין יהודים לערבים במדד זה מצביעה על פער משמעותי בין שתי הקבוצות: שיעור המשיבים הערבים שויתרו על טיפול רפואי מפאת מחסור כס עומד על 16.1% - יותר מכפול משיעור היהודים שויתרו על טיפול רפואי בנסיבות דומות (7.9%). יתר על כן, שיעור הערבים שהצהירו על כך שנאלצו לוותר על תרופות מפאת מחסור כס (16.7%) גבוה פי שלושה משיעור זה בקרב המשיבים היהודים (4.8%).<sup>70</sup>

**ביטחון תזונתי.** הסקר החברתי של הל"מ"ס (2020) מצא כי 6.8% מקרב האוכלוסייה הכללית הצהירו כי ויתרו על ארוחה חמה. גם במדד זה נמצא כי שיעור המשיבים הערבים שויתרו

<sup>69</sup> ליאת אורנשטיין, אנגלה שטרית, ברניס אוברמן, מיכל בנדרלי, עפרה קלטר-ליבוביץ. 'הוצאות משקי בית על רכישת תרופות', דו"ח המחקר הוכן עבור מרכז הידע בנושא אי-שוויון בבריאות, המשותף למכון גרטנר ולמשרד הבריאות.  
<sup>70</sup> הל"מ"ס. 'הסקר החברתי 2018 – כולל נושא ייחודי: מוביליות חברתית, לוח 12, בני 20 ומעלה, לפי יתורים מסיבות כלכליות והרגשת עוני', 2018.

על ארוחה חמה (15.6%) עומד על פי שלושה ויותר משיעור זה בקרב המשיבים היהודים (5.0). פערים דומים עלו בסקר בריאות של הלמ"ס משנת 2010 מצביע על כך כש-80% מהאוכלוסייה מדווחים שלא הצטרכו אף פעם ליותר על אוכל (באופן כללי) בגלל קשיים כלכליים במהלך 12 החודשים שקדמו לסקר. עוד עלה ששיעור הערבים שדווחו על העדר צורך ליותר על אוכל במהלך 12 החודשים האחרונים נמוך ב-15% מזה שבקרב יהודים (70% לעומת 85% בהתאמה). כלומר, שיעור הערבים המאופיין בחוסר ביטחון תזונתי גבוה פי שלושה משיעור היהודים.<sup>71</sup>

#### תרשים 4: השוואה בין יהודים וערבים בויתורים על מזון, תרופות או טיפול מפאת קשיים כלכליים



### התנהגות מקדמת בריאות

אחת הסיבות לפערים בתוצאי בריאות היא התרחבות הפערים בהתנהגויות מקדמות בריאות. אחד מהאספקטים החשובים ביותר למצבו הבריאותי של האדם הוא קידום בריאות (Health Promotion). קידום בריאות הינו תהליך המאפשר לאנשים להגביר את השליטה על בריאותם. מתוקף אחריותן לזכות לבריאות, ממשלות מחויבות ליצור תשתית המאפשרת ומעודדת קידום בריאות, כמו לפעול להגברת אוריינות הבריאות, בניית סביבה קהילתית תומכת בחיים בריאים, והקמת תשתיות לשירותי בריאות.

קידום בריאות מבוסס על העצמת המטופלים כדי להגביר מודעות לבריאות ולקדם התנהגות בריאות: תזונה, פעילות גופנית, צמצום נטילת חומרים מזיקים כמו אלכוהול ו/או עישון, שינה מסודרת וכו' - במטרה לקדם מניעה ולא רק טיפול. לרופאי בריאות הציבור יש חלק חשוב בקידום בריאות, שכן הם יכולים ואף אמורים לעודד הרגלי בריאות נאותים, חיסונים, בדיקות סקר, הרגלי אכילה והתעמלות, להזהיר מפני סכנות העישון והאלכוהול - במטרה לקדם חיים בריאים וארוכים יותר. ואולם, החלק החשוב יותר הוא יצירת כל אותם תנאים

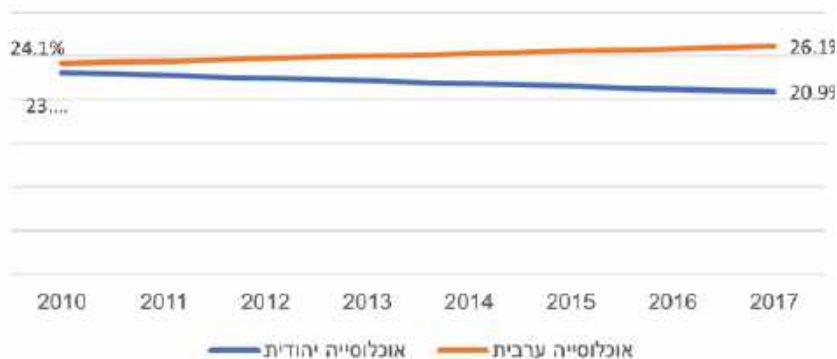
<sup>71</sup> הלמ"ס. הסקר החברתי 2018 – כולל נושא ייחודי: מוביליות חברתית, לוח 12: בני 20 ומעלה, לפי ויתורים מסיבות כלכליות והרגשת עוני [לפי תכונות נבחרות](#).

כלכליים ופיסיים שיאפשרו זאת – חינוך ותשומת לב במוסדות החינוך לעידוד התנהגויות בריאות, רחובות בטוחים, פארקים וגינות משחקים, תשתיות תחבורה, הכנסה פנוייה ועוד.

**תזונה.** כאמור, סכרת והשמנה הן מבעיות הבריאות המובילות בשכיחותן בישראל, במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית (ובמיוחד בקרב נשים ערביות). בישראל כמעט שליש מהאוכלוסייה הערבית מעל גיל 50 חולה בסוכרת, שיעור גבוה באופן מובהק בהשוואה לשיעור החולים בסוכרת בקרב האוכלוסייה היהודית.<sup>72</sup> אחד הגורמים לכך הוא אורח החיים באוכלוסייה הערבית המתאפיין בתזונה עתירת קלוריות ושומנים רוויים.<sup>73</sup>

**עישון.** סקר הלמ"ס (2010) מצא שכמעט אין הבדל בשיעור עישון בין האוכלוסייה היהודית (23.1% מעשנים) והערבית (24.1% מעשנים), לצד הבדל משמעותי יותר בכמות הסיגריות היומית: בחברה היהודית 53% עישנו יותר מעשר סיגריות ביום, בחברה הערבית 79% עישנו למעלה מעשר.<sup>74</sup> לעומת זאת סקר הלמ"ס משנת 2017 מצא פערים משמעותיים פי כמה בין יהודים לערבים, ראשית בשיעור המעשנים: 20.9% בחברה היהודית, ירידה משמעותית בהשוואה ל-2010, ואילו בחברה הערבית דווקא נצפתה עלייה ל-26.1%. מה שיכול להעיד על מאמצים שהושקעו באופן שונה בקרב שתי האוכלוסיות או העדר התאמה תרבותית בתוכניות למניעת עישון. יתר על כן, בעוד בחברה הערבית שיעור המעשנים מעל 10 סיגריות ביום פחת ל-63.9% (ירידה של 18%), שיעור זה פחת ל-41% בחברה היהודית (ירידה של 22%).<sup>75</sup> ראוי לציין כי מגדר משחק תפקיד מאוד גדול בהרגלי עישון. יש הבדל משמעותי בשיעור הגברים המעשנים בישראל בין גברים ערבים 44% לבין גברים יהודים – 28%. לעומת זאת שיעורי העישון בקרב נשים יהודיות 18% גבוהים משיעורי העישון בקרב נשים ערביות 10%.<sup>76</sup>

## תרשים 5: שיעורי המעשנים באוכלוסייה היהודית והערבית בהשוואה בין השנים 2010-2017



Heymann, Anthony D., Giora Kaplan, Nurit Freidman, and Orna Baron-Epel. "Unsupportive Social Interactions are Associated with Poorer Self-reported Health in Israeli Patients with Diabetes." *American journal of health behavior* 40, no. 5 (2016): 645-651.

<sup>72</sup> מתוך: עזאם אבראהים והדיל עבוד. "סוכרת באוכלוסייה הערבית בישראל", דה מדיקל, אתר הרופאים של ישראל, דצמבר, 2014.

<sup>73</sup> הלמ"ס. הסקר החברתי 2010, **לוח 25 - בני 20 ומעלה, לפי עישון סיגריות ולפי תכונות נבחרות, 2010**

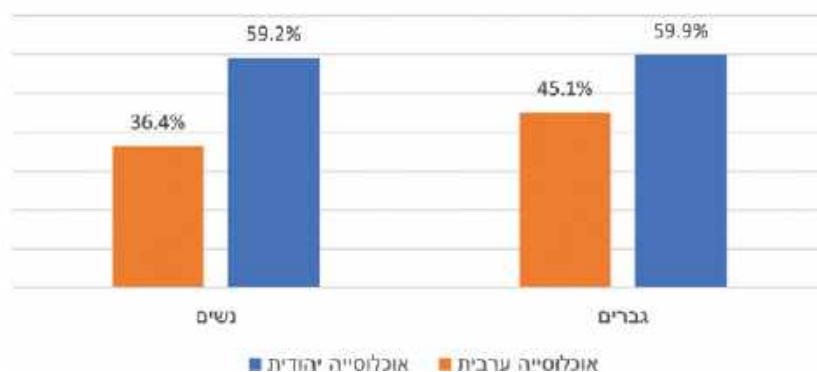
<sup>74</sup> הלמ"ס. הסקר החברתי 2017, **לוח 32 - בני 20 ומעלה, לפי עישון סיגריות ולפי תכונות נבחרות, 2017**

<sup>75</sup> הלמ"ס. הסקר החברתי 2017, **לוח 32 - בני 20 ומעלה, לפי עישון סיגריות ולפי תכונות נבחרות, 2017**

<sup>76</sup> (Ronny Linder. "Israeli Arab men are the heaviest smokers in the EU", *The Marker*, June 08, 2017, (Hebrew

**פעילות גופנית.** פער ראוי לציון נוסף הוא בשיעור ביצוע הפעילות הגופנית. סקר שנערך בידי משרד הבריאות מציג פערים משמעותיים בשיעור ביצוע פעילות גופנית בין האוכלוסייה היהודית (59.9% בקרב גברים יהודים ו-59.2% בקרב נשים יהודיות) לבין האוכלוסייה הערבית (45.1% בקרב גברים ערבים ו-36.4% בקרב נשים ערביות).<sup>77</sup> מלבד הקושי הכרוך בשינוי תזונתי מתאים של החולה הסוכרתי הערבי והצורך להתאים תוכניות להרגלים בציבור זה, הרי שקיים גם קושי בהיענות לפעילות גופנית קבועה. "בחלק מהכפרים הערבים אין תשתית מתאימה לפעילות גופנית, מסלולי הליכה לדוגמה. בעיה זו בולטת עוד יותר אצל הנשים הערביות, אשר הנורמות החברתיות מקשות עליהן במקרים רבים בביצוע פעילות גופנית מחוץ לבית".<sup>78</sup> אין בכך כדי לפתור את המדינה מאחריותה לספק תנאים המאפשרים ומעודדים קידום בריאות, אלא בדיוק להיפך – היעדרם הוא בבחינת פגיעה בזכות לבריאות.

### תרשים 6: שיעורי העוסקים בפעילות גופנית באוכלוסייה היהודית והערבית לפי מגדר



ברם, לא ניתן לנתק את הפערים בשיעור התנהגויות מקדמות בריאות מהפערים בתשתיות המקומיות. בחלק מהכפרים והעיירות הערביות אין מרחב עירוני שמאפשר עיסוק בפעילות גופנית, למשל שבילי ריצה. מדובר בבעיה חמורה אף יותר עבור נשים ערביות, שמוסכמות חברתיות או העדר תחושת ביטחון אישי (רחובות מוארים) לעתים קרובות מונעות מהן להתאמן מחוץ לבית.<sup>79</sup> לא די בלהעניק משאבים זהים לכל אוכלוסייה, יש להתאים את הקצאת המשאבים למאפיינים של כל קהילה.

נדגיש כי השימוש במושג 'קידום בריאות' נעשה לעיתים באופן לקוי ואף מניפולטיבי כדי להסיט את האחריות לאי שימור אורח חיים בריא אל האינדיבדואל. לא כך הוא. קיום אורח חיים בריא טמון באינטרקציה בין מחויבות ומסוגלות אישית (שגם היא תלויה בנסיבות חיון של כל אדם) לבין תנאים כלכליים – חברתיים ופוליטיים המאפשרים ואף מניעים קיום אורח

<sup>77</sup> Ministry of Health, October 2018, (Hebrew) "Exercise habits survey among Israeli residents aged 21+."

<sup>78</sup> שם.

<sup>79</sup> ראסם ח'מאסי. 'המרחב הציבורי וחזות היישובים הערבים בישראל: הסרת חסמים ומימוש אתגרי הפיתוח', אוניברסיטת חיפה, דצמבר 2016.

חיים זה. היעדר קידום בריאות איננו תוצר של החלטות האדם בלבד, אלא מונע מתוקף מדיניות פוליטית הכרוכה בהקצאת משאבים.

אחד הגורמים לפערים בקיום אורח חיים בריא בין האוכלוסייה היהודית לבין האוכלוסייה הערבית הינו המעבר מההיר מהתיישבות כפרית להתיישבות עירונית שכופה שינוי מהיר בסגנון התזונה. תהליך העיור המואץ בחברה הערבית מלווה בשינויים באורח החיים, ירידה ברמת הפעילות הגופנית המבוצעת ושינוי בהרגלי התזונה, אשר הובילו להמרה של מזון מסורתי עשיר בפחמימות מורכבות במזונות עשירים בפחמימות פשוטות. שינויים אלו מסבירים את השיעורים הגבוהים של השמנה באוכלוסייה הערבית.<sup>80</sup> אולם, בעוד בערים יהודיות שגם בהן גברה הצפיפות, התכנון העירוני מותאם לניהול אורח חיים בריא, ומכיל שטחים ירוקים, שבילי אופניים, מסלולי ריצה ועוד, התכנון העירוני ביישובים הערבים איננו מותאם לכך. היעדר תכנית מתאר מעודכנות ומותאמות תרבותית וסביבתית להקשרים של האוכלוסייה הערבית הביא לצפיפות הולכת וגוברת ככל שהאוכלוסייה ביישובים אלו גדלה.<sup>81</sup> היעדר שטחים ציבוריים המאפשרים עיסוק בפעילות גופנית או מרחבים ירוקים הנחוצים לתחושת רוגע, שבהיעדרם גוברת תחושת הדחק המקושרת אף היא עם סגנון חיים לא בריא (למשל עישון).<sup>82</sup>

בנוסף לכך, האוכלוסייה הערבית נתונה לחשיפה גבוהה בהרבה לפגיעתם של סיכונים בעבודה מאשר האוכלוסייה היהודית. סקר הלמ"ס מצא כי 9.1% מהאוכלוסייה הערבית חשו שעבודתם מסכנת את בריאותם במידה רבה, ו-26.4% במידה מסוימת, וזאת לעומת האוכלוסייה היהודית שבה 4.3% הגדירו את עבודתם כמסכנת במידה רבה ו-13.7% במידה מסוימת. בין הסכנות שצוינו: חשיפה להידבקות במחלות, חשיפה לרעלנים וחומרים מסוכנים, הרמת משאות כבדים, חשיפה לעימותים עם לקוחות כועסים ועוד.<sup>83</sup>

לסיכום, הסקירה בפרק מצביעה על פערים משמעותיים במצב הבריאות בישראל בין האוכלוסייה הערבית לבין האוכלוסייה היהודית. ההיקף וקנה המידה של פערים אלה מצביעים על בעיה מערכתית. באותה העת, חשוב לציין כי בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל משתפרת, בדומה לבריאות האוכלוסייה היהודית אך במדדים רבים הפער ביניהם נשמר ובמונחי תוחלת החיים הפערים מתרחבים.

<sup>80</sup> שרון גבריאל. "אפידמיולוגיה של סוכרת בישראל ובעולם", מגזין מכון תנובה למחקר, גיליון 54, מאי 2018.

<sup>81</sup> מתוך שיחה עם פרופ' ראסם חמאסי, מתכנן החוג לנאוגרפיה ולימודי סביבה, אוניברסיטת חיפה.

<sup>82</sup> מתוך שיחה עם דר' מילכה מנוחין, ביה"ס לבריאות הציבור, הדסה.

<sup>83</sup> הלמ"ס. "פני החברה בישראל מס' 10: נודת והגדרה עצמית של מידת דתיות, פרק 2: רוחות האוכלוסייה, תעסוקה ורמת חיים", הלמ"ס, 2018.





הבית האמיתי



## רפואת משפחה

בכל הקשור לבחינת גזענות, אפליה והדרה חברתית במתן שירותי בריאות, שדה הרפואה הראשונית (רפואת ילדים ומשפחה) הוא מקרה מבחן דרכו משתקפת היטב הדרה זו והשפעתה על חיי אדם, בהיותה קו הטיפול הראשון והמשמעותי ביותר בקהילה.<sup>84</sup>

רופאי משפחה אמורים להיות הרופא/ה האישי/ת, דמות מוכרת היטב למטופליהם, וגורם מתכלל שנותן מענה הוליסטי לכלל מאפייני הבריאות, אורחות החיים וסביבתם המשפחתית והחברתית של המטופלים – תוך שמירה על רצף טיפולי ארוך טווח. במקרים רבים רופאי המשפחה והילדים מספקים את הטיפול היחיד הניתן למטופל, ובמקרים אחרים – גורם מפנה.<sup>85</sup> רופאי משפחה נדרשים לידע מקצועי רב ומקיף, זמינות גבוהה, ראיית המטופל באופן רב תחומי תוך שיכלול את כל המידע העולה ממפגשיו עם רפואת מומחים, אמפתיה ויכולת תקשורת גבוהה עם המטופלים.<sup>86</sup> יתר על כן, מרבית המטופלים מזהים את רופאי המשפחה בתור המקור העיקרי למידע רפואי בנוגע למצבם.<sup>87</sup>

בהקשר של פערים בבריאות, התקשורת בין המטפל למטופל קריטית להפחתתם. בריאות ושירותי בריאות נטועים בקונטקסט חברתי, וגורם קריטי בהקשר זה הוא תקשורת בין אישית. הספרות במדעי הבריאות מצביעה על כך שאיכות התקשורת משפיעה על שביעות רצון המטופל ועל היענותו להוראות הרופאים. תקשורת איכותית עם הרופאים במהלך הביקור מקושרת לפיכך עם מדדי בריאות משופרים אצל מטופלים.<sup>88</sup>

בשנים האחרונות עולים יותר ויותר קולות המדברים על המחסור ברופאי משפחה בחברה הערבית ועל כך שרופאי משפחה בחברה הערבית מטפלים בכמות גבוהה מאוד של מטופלים – דבר שמשפיע גם על איכות הטיפול. ראו דבריו של בכר עואודה, מנכ"ל אגודת הגליל לשעבר:

**"הרופא הוא הדמות הדומיננטית, הוא ה-front desk של משרד הבריאות ביישובים"**

הערבים. אבל מתברר גם שהרופאים האלה לא פנויים, לרופאים שלנו יש לפעמים 3,000 חברים, וצר לי חברים, אי אפשר לטפל ב-3,000 חברים. משרד הבריאות בתור רגולטור לא עושה מספיק לבדוק כאן, האם המבוטח של הקופה מקבל שירות נאות. ראינו שיש איזה סוג של סוכנויות, והקופות רצות על הרופא שיש לו חמולה, ולא על הרופא הטוב שנותן שירותים טובים, וראינו כמה פרשות כאלה. זה נושא שאנחנו צריכים לטפל בו, כי אני חושב שחלק גדול מהבעיה גם טמון כאן, כי ניהול המחלה הוא בעיה. מהרגע שמגלים את הבעיה, עושים את הבדיקות אבל לא בודקים את ההשלכות של הבדיקות, האדם הלך הביתה והוא לא מגלה והרופא גם לא בודק שיש לו בעיה וצריך לעקוב אחרי זה. ניהול הבעיה, ניהול המחלה, הוא הבעיה הכי גדולה שיש לנו בחברה הערבית, וצריך לעשות סטנדרט כאן. אני אומר: אוקי, אל תפגעו במשכורת של הרופאים, אפילו תכפילו את המשכורת של הרופאים, אבל שיהיה סטנדרט בכמה מטופלים הוא יטפל. 800 מטופלים זה ב-OECD – שיהיה גם כאן. למה כאן יש 3,000?<sup>89</sup>

בעקבות הדברים פנתה עמותת רופאים לזכויות אדם (רל"א) בבקשת חופש מידע למשרד הבריאות באשר לשאלה האם ישנה מכסה המגבילה את מספר המטופלים ביחס לכל רופא משפחה. תשובת משרד הבריאות הייתה כדלקמן: "לפי סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד 1994, 'שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13'. הקופות הן שקובעות את המכסה לרופאי המשפחה. על תנאי המכסה לעמוד בסעיף הנ"ל.<sup>90</sup> משמעות הדברים היא שמשרד הבריאות לא מציב קריטריונים ואינו מפקח על מספר המטופלים לכל רופא.

יתר על כן, בראיונות עם אנשי רפואה מהחברה הערבית עלה האופן שבו הפיקוח (והיעדרו) מצד קופות החולים מביא לשוני ברמת השירות. להלן דברים שעלו בשיחה עם ד"ר לינה קאסם, רופאת משפחה מאזור הצפון: "המצב הוא שהקופות מציבות סטנדרטים שונים לציבור היהודי והציבור הערבי. בציבור היהודי הקופות לא יאפשרו מצב שבו רופא אחד אחראי על אלפי מטופלים. בציבור הערבי אין את אותם סטנדרטים, מעלימים עין מהחריגות שקורות כי הקופות מחדדות שהם יאבדו את הרופאים שיעברו לקופה אחרת עם כל הקליינטים שלהם".

פרופ' נדב דוידוביץ ראש הבית ספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן גוריון מרחיב: "על פי עדויות רבות בראיונות שבצענו, נראה שקיים פער משמעותי בין מספר המבוטחים לרופא משפחה בין האוכלוסייה הערבית ליהודית, ובכל מקרה באופן כללי במשך שנים מתקיימת שחיקה במספר רופאים ראשוניים, במיוחד בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית. רופא משפחה לא יכול לתת טיפול איכותי לאורך זמן לאלפי מטופלים. מחקרים שבדקו את הנושא מצביעים על כך שכדי לתת טיפול רפואי איכותי מטופלים, צריך להקדיש מספיק זמן לכל מטופל, ליזום פניות למטופלים ולעשות אינטגרציה של צרכי המטופל. צריך להגביל את מספר המטופלים לרופא משפחה ל-1000 ולהבטיח ככל האפשר שמדובר

<sup>89</sup> ראו: ישיבת ועדה של הכנסת ה-20. 'תעסוקת ערבים ושוויון חברתי' - קידום הבריאות באוכלוסייה הערבית', 10 ביולי, 2018.  
<sup>90</sup> ראו: תשובת משרד הבריאות מה-9 בפברואר, 2020, מספר סימוכין 017573320.

**במשרה מלאה ולא התבססות בעיקר על חלקיות משרה של רופאים שעובדים במשרות נוספות. גם העובדה שאין שקיפות מה מספר המטופלים לרופא משפחה בחברה הערבית ובמגזרים אחרים מקשה לצמצם את הפערים ולהתמודד עם התופעה.<sup>91</sup>**

להיעדר קריטריונים בנוגע למספר מטופלים לרופא/ה השלכות קשות יותר בפריפריה הגאוגרפית-חברתית. בעוד שבמרכזים עירוניים המאופיינים באוכלוסיה חזקה יתחרו קופות החולים ביניהן, וישקיעו משאבים לשיפור זמינות ואיכות השירות במרפאותיהן על מנת למשוך ולשמר מבוטחים, הרי שבפריפריה החברתית-כלכלית הן נעדרות תמריץ לשיפור, ולפיכך היעדר הסטנדרטים יוביל לפגיעה באיכות וזמינות השירותים.

תזה זאת עמדה במבחן כאשר בתגובה לעתירה שהגישה רל"א יחד עם האגודה לזכויות האזרח ופורום לבריאות בגליל, השיבו קופות החולים 'כללית' ו'מכבי' כי הן מעדיפות להשקיע את עיקר משאביהן במרכז ולא בפריפריה הגיאוגרפית: "באותה המידה בה האזרחים הדירים ביישובים מרוחקים נדרשים לנסוע מרחקים גדולים יותר ביחס לתושבי הערים הגדולות לשם קבלת שירותים בתחומים שונים כגון בתחומי החינוך והתרבות. נכון הדבר ואולי אף נכון יותר גם ביחס לשירותי השיקום". עוד כותבים עורכי הדין בשם קופת החולים: "אך הגיוני הוא כי באזורים בהם ריכוז אוכלוסייה גבוה יותר יופעלו מוסדות שיקום בשיעור גבוה יותר ביחס לאזורים בהם האוכלוסייה דלילה יותר". קופת חולים מכבי כותבת בתשובתה: "היעדר שיווין מספרי בהיצע המיטות לנפש בצפון ובדרום, ביחס לזה שבמרכז, אינו מעיד בהכרח על אפליה. מאחר שקיים שוני רלוונטי שעשוי להצדיק פער שכזה".<sup>92</sup>

היות ומרבית היישובים הכפריים והעירוניים בהן דרות הקהילות הערביות ממוקמות בפריפריה הגיאוגרפית, להקצאת משאבים בלתי שוויוניים עשויה וצפויה להיות השפעה על רמת שירותי הבריאות שהן מקבלות ביישובים. הסקר הבא בוחן סוגיה זאת באמצעות ניתוח שביעות הרצון מעבודתם של הרופאים הראשוניים ביישובים, הלא הם רופאי המשפחה.

<sup>91</sup> מתוך שיחה שהתקיימה עם פרופ' נדב דוידוביץ' ב-2 בספטמבר, 2020.  
<sup>92</sup> ראו: רותם אליזרע, 'קופות החולים מודות: עדיפות להשקיע במרכז מאשר בפריפריה', Ynet, 18 בפברואר, 2017.

## סקר רפואת משפחה

הפערים בהקצאה ופיקוח על מספר הרופאים פר אוכלוסייה שדווחו בפרק הקודם, מעלים חשש שלהקצאה בלתי מידתית של מטופלים ביחס לרופא/ה עשויה להיות השלכה על יכולתם של הרופאים להקצות זמן הולם לכל מטופל/ת. לפיכך, הזמינה רל"א סקר הבחון את טיב איכות השירות הרפואי כפי שנתפס בידי מטופלים ומטופלות יהודים וערבים.

מטרת הסקר הייתה לבחון את שביעות רצונם של אנשים שביקרו אצל רופאי המשפחה בשנה האחרונה. בפרק הנוכחי יוצגו ממצאים המתייחסים לשביעות הרצון של המשיבים מעבודת המרפאה ומיחס הרופא/ה. שביעות רצון של מטופלים היא תפיסה סובייקטיבית של חווית הטיפול ומתייחסת למספר מאפיינים: נגישות הטיפול, התנאים הפזיים של המרפאה וזמן ההמתנה בתוכה והיחס ואיכות הטיפול שנתן הרופא/ה.

מהסקר עולים פערים מובהקים בין יהודים לערבים במספר קטגוריות: זמן ההמתנה לתור, מספר האנשים שחיכו בחדר ההמתנה לרופא/ה (צפיפות), ונגישות התחבורה הציבורית למרפאה. כמו כן, עולים פערים מובהקים ביחס שנתן הרופא/ה למטופלים, לרעת המטופלים הערבים.

### מתודולוגיה

הסקר בוצע בספטמבר 2019 באמצעות מוקד הסקרים האינטרנטי של מכון המחקר I-panel. הסקר נערך בשפות עברית וערבית. המשיבים על הסקר הם אנשים שהיו בביקור אצל הרופא/ה בשנה האחרונה. סה"כ נדגמו 612 משיבים, מתוכם 489 יהודים ו-123 ערבים (79.9% ו-20.1% בהתאמה שמייצגים את היחס בין יהודים לערבים בישראל).

### הכלים

הסקר בחן את עבודת הרפואה הראשונית על ידי התייחסות לשני פרמטרים נפרדים: א. **עבודת המרפאה** וב. **עבודת הרופא/ה**. שאלון הסקר נבנה על בסיס סקירת ספרות ושאלוני שביעות רצון הקיימים בפרסומי משרד הבריאות. השאלון כלל שאלות סוציו-דמוגרפיות, 3 שאלות על נגישות השירות (זמן המתנה עד לתור הקרוב ביותר, מרחק המרפאה, תחבורה

ציבורית למרפאה), 5 שאלות על השירות בתוך המרפאה (זמן המתנה עד הכניסה למשרד הרופא, מידת הניקיון, צפיפות במשרד), 7 שאלות על יחס הרופא, ו-2 שאלות לסיכום כללי של הביקור. הניתוח נערך באמצעות התוכנה SPSS.

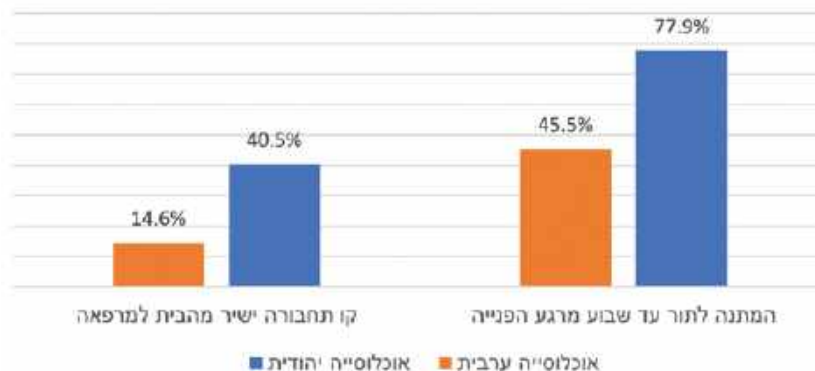
## ממצאים

החלק הראשון של השאלון בסקר חושף פערים מובהקים לרעת האוכלוסייה הערבית בזמינות ובנגישות למרפאת המשפחה. ראשית, בנגישות תחבורתית למרפאה. כך, בעוד 40.5% מהמשיבים היהודים העידו על כך שיש קו אוטובוס ישיר מבתם למרפאה, 16.8% העידו על שני קווי אוטובוס או יותר, ו-42.7% אמרו שאין קו בכלל, הרי שאצל המשיבים הערבים רק 14.6% אמרו שיש קו ישיר מבתם למרפאה, 31.7% אמרו שנדרשים להם שני קווים או יותר, ו-53.7% ציינו שאין תחבורה ציבורית מבתם למרפאה.

כך גם באשר למשך ההמתנה מרגע הפנייה למרפאה בנוגע לקביעת תור ועד למועד הבדיקה אצל הרופא/ה. כך, בעוד בקרב המשיבים היהודים 77.9% ציינו כי נמצא להם תאריך עד שבוע מרגע הפנייה, בקרב המשיבים הערבים רק 45.5% מהמשיבים קבלו תור תוך שבוע ממועד הפנייה. פערים מתונים נמצאו גם במשך ההמתנה במרפאה עצמה. כך 85.5% מהמשיבים היהודים ציינו כי נכנסו למשרד הרופא/ה עד חצי שעה ממועד התור שנקבע, וזאת לעומת 80.5% מהמשיבים הערבים. בהתאם, 3% ציינו מהמשיבים היהודים ציינו כי נאלצו לוותר על התור בשל משך ההמתנה, וזאת 8.1% מהמשיבים הערבים.

נושא נוסף שבו נמצאו פערים משמעותיים בין המשיבים היהודים והערבים הוא מצב הצפיפות באזור ההמתנה במרפאה. בעוד 52.1% מהמשיבים היהודים ציינו כי המתינו יחד עימם עד שני אנשים, רק 35.8% מהמשיבים הערבים ציינו כי המתינו יחד עימם שני אנשים או פחות. לעומת זאת, 22.8% מהמשיבים הערבים ציינו כי המתינו יחד עימם חמישה אנשים או יותר, וזאת לעומת 12.7% מהמשיבים היהודים.

## תרשים 7: זמינות ונגישות תחבורתית למרפאת המשפחה בהשוואה בין יהודים לערבים

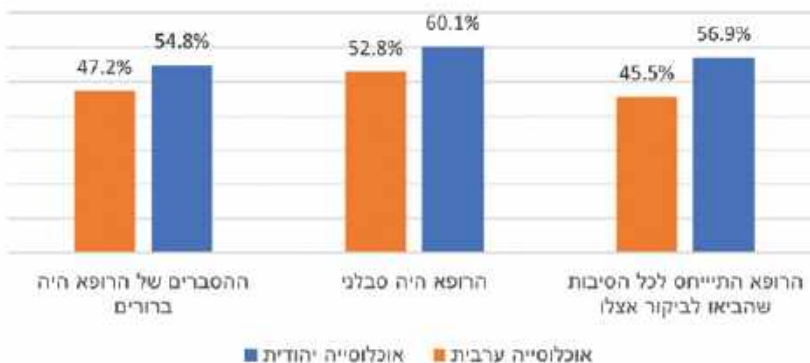


בעוד החלק הראשון עסק בזמינות, הנגישות והצפיפות של המרפאה למטופלים, החלק השני עסק בטיב עבודת הרופא/ה. למרות שביעות רצון גבוהה יחסית של כלל המשתתפים בסקר מעבודת הרופא/ה (86.3% מהמשיבים היהודים ציינו שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד מהביקור, וכך גם 78% מהמשיבים הערבים), עדיין קיימים פערים משמעותיים לרעת האוכלוסייה הערבית בכל הקשור לטיב עבודת הרופא/ה ולרמת האינטרקציה עימו. **להלן עיקרי הפערים.**

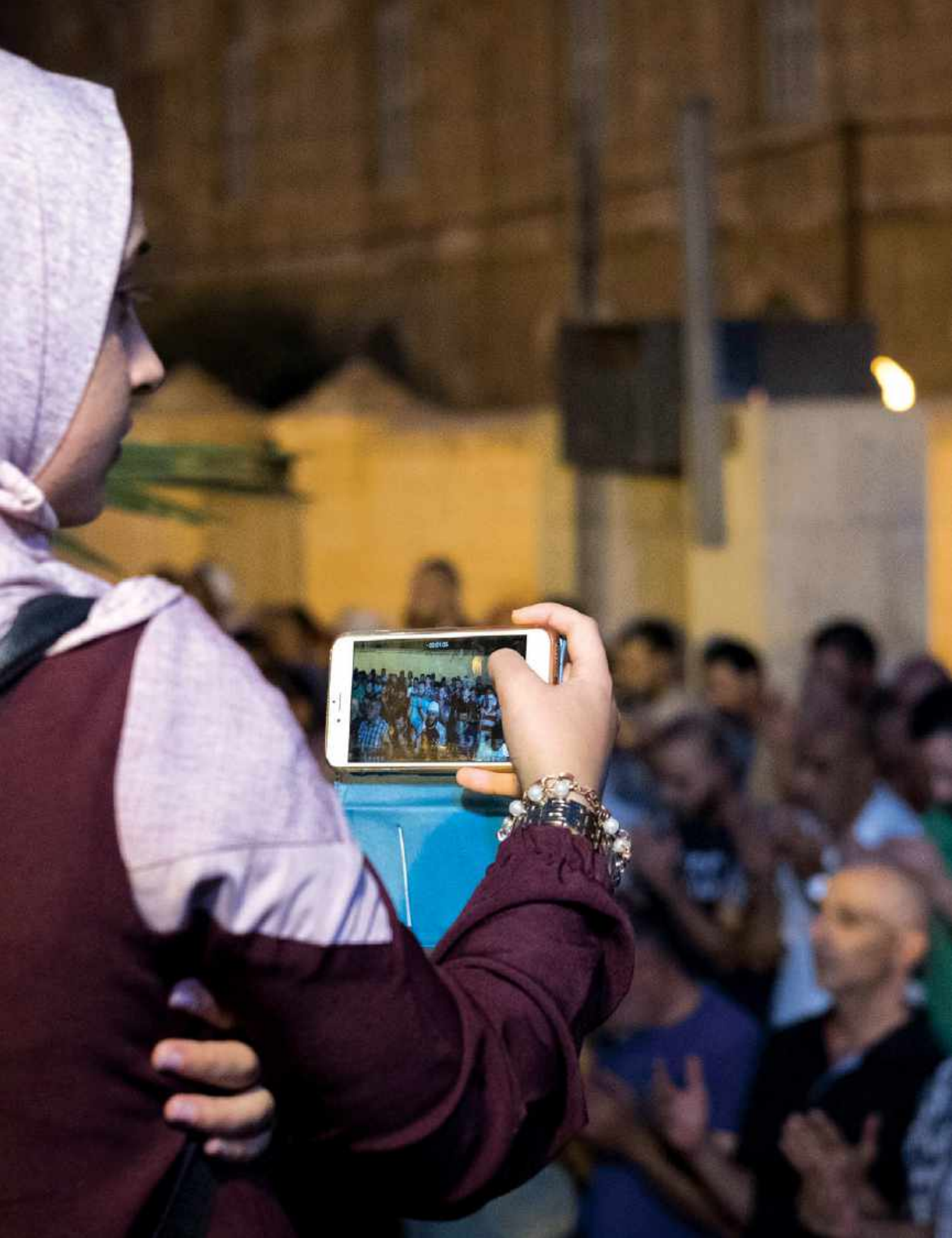
ראשית, משך הזמן שנמשכה הפגישה. 42.9% מהמשיבים היהודים היו שבעי רצון במידה גבוהה מאוד ממדד זה, לעומת 35.0% מהמשיבים הערבים. כמו כן, נמצאו פערים בתחושה שהרופא/ה הייתה קשוב/ה במהלך הפגישה. 87.3% מהמשיבים היהודים חשו שהרופא/ה הייתה קשוב/ה במידה גבוהה או גבוהה מאוד, וזאת בהשוואה ל-75.6% מהמשיבים הערבים. בהתאם, 60.1% מהמשיבים היהודים חשו שהרופא/ה הייתה סבלנית במידה רבה מאוד, וזאת לעומת 52.8% מהמשיבים הערבים.

סוגייה נוספת שבה עלו פערים משמעותיים היא בטיב התקשורת בין הרופא/ה למטופלים. בעוד 86.5% מהמשיבים היהודים דרגו במידה גבוהה או גבוהה מאוד את מידת הבהירות של ההסברים שסיפק/ה הרופא/ה במהלך הפגישה, רק 74.8% מהמשיבים הערבים דרגו שאלה זאת במידת גבוהה או גבוהה מאוד. בדומה לכך, 56.9% מהמשיבים היהודים דרגו במידה גבוהה מאוד את השאלה העוסקת בהתייחסות הרופא/ה במכלול הסיבות שהביא אותם לביקור, וזאת לעומת 45.5% מהמשיבים הערבים.

### תרשים 8: שיעור המשיבים שציינו מידת שביעות הרצון שלהם מהיבטי הטיפול כ'גבוהה מאוד'



לסיכום, נקודה חיובית העולה מהסקר היא כי המשיבים בסה"כ תופסים את רמת השירותים הרפואיים כגבוהה יחסית, במיוחד בכל האמור לעבודת הרופא/ה. לעומת זאת, עולים פערים לרעת האוכלוסייה הערבית במספר היבטים: הנגישות והזמינות של שירותי המרפאה, הצפיפות במרפאה ובייחוד הסבלנות והיחס שקיבלו מהרופא/ה במהלך הפגישה. שיפור באותם היבטים יכול לסייע בהגעה לתוצאות בריאות טובות יותר באוכלוסייה שמלכתחילה שיעור התחלואה בה גבוה יותר, ומאופיינת בגורמים מגדירי בריאות (עוני, תכנון עירוני לא מקדם בריאות וכו') המקושרים עם שיעורי תחלואה ותמותה גבוהים יותר.





## סקר רפואת מומחים

לצד רפואה ראשונית, רפואת מומחים היא המוקד המשמעותי ביותר בשירותי בריאות של האדם. רפואה זאת כוללת מענים לאינספור תחומי בריאות ובהם רפואת עור, גניקולוגיה, גסטרוולוגיה ועוד. יש חשיבות עצומה שהרופאים המייעצים יהיו נגישים, אמפטיים, סבלניים ובעלי נכונות לתקשורת טובה עם המטופלים. תקשורת לקויה של הרופא/ה עם המטופל עשויה להשפיע באורח משמעותי על תוצאות הטיפול – במיוחד כאשר ההיענות (Compliance) מצריכה משאבים רבים מהמטופל ובני משפחתו. כדי לבחון האם מתקיימים פערים בין יהודים לערבים בהערכת טיב שירותי רפואת מומחים, הזמינה רל"א סקר לבחינת הסוגיה.

### מתודולוגיה

הסקר בוצע באוקטובר 2019 באמצעות מוקד הסקרים האינטרנטי של מכון המחקר I-PANEL. הסקר נערך בשפות עברית וערבית. סה"כ נדגמו 603 משיבים, מתוכם 480 יהודים ו-123 ערבים באופן שמדמה את משקלם באוכלוסייה. התנאי להשתתפות בסקר היה ביקור אצל רופא/ה מומחה לפחות פעם אחת בשנה שקדמה להשתתפות בסקר. מטרת הסקר הייתה לבחון את רמת שביעות רצון האוכלוסייה מרפואת מומחים, בדגש על חווית המטופל.

### הכלים

הסקר בחן את עבודת המרפאה תוך התייחסות למספר פרמטרים: **נגישות לשירותים** (זמני המתנה לתור, דחיית תורים, מרחק ונגישות למרפאות המומחים, ביטולים בעקבות דחיה), **עבודת הרופא/ה** (משך זמן פגישה, קשב וסבלנות הרופא), **ועבודת הצוות הרפואי** (אחיות, טכנאים וכו'). הניתוח נערך באמצעות התוכנה SPSS.

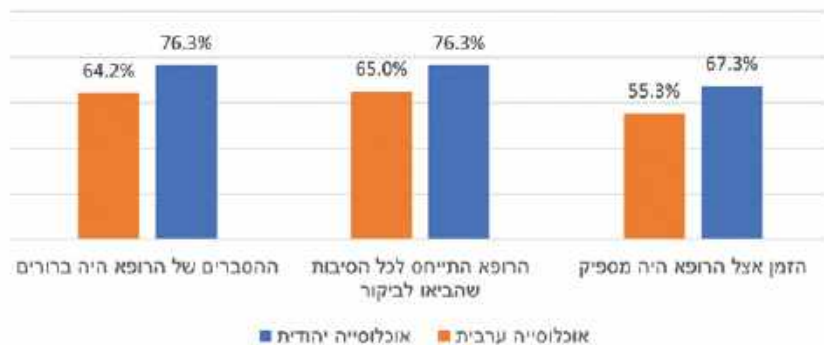
### ממצאים

בכל הנוגע לנגישות וזמינות מרפאת המומחים הרי שמרבית המדדים לא מצביעים על פער משמעותי בין יהודים לערבים, ולעיתים היה הפער לטובת המשיבים הערבים (זמן ההמתנה).

עם זאת, נמצא פער מובהק סטטיסטית לרעת המשיבים הערבים בנגישות תחבורתית למוקדי רפואת המומחים. 31% מהמשיבים הערבים השיבו שאין להם תחבורה ציבורית לעומת 14% בלבד מהמשיבים היהודים. ממד זה מצביע על פער תשתיתי שאינו קשור דווקא למערכת הבריאות וחושף את התלות של זו בשלל התנאים החברתיים.

בכל הנוגע לשביעות הרצון מעבודת הרופא/ה, זו הייתה גבוהה יותר בקרב המשיבים היהודים. בשלוש מהקטגוריות נמצאו פערים מובהקים סטטיסטית או קרובים למובהק – התחושה שהזמן אצל הרופא/ה היה מספיק (67.3% מהמשיבים היהודים הביעו שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד במדד זה, לעומת 55.3% בלבד בקרב המשיבים הערבים), התחושה שהרופא/ה התייחס לכל הסיבות שהביאו לביקור (76.3% בקרב המשיבים היהודים, 65% בקרב המשיבים הערבים), וההתרשמות שהסברים של הרופא/ה היו ברורים (76.3% בקרב המשיבים היהודים, 64.2% בקרב המשיבים הערבים).

### תרשים 9: שיעור המשיבים שהביעו שביעות רצון גבוהה וגבוהה מאוד מעבודת הרופא בחלוקה ליהודים וערבים



בניגוד להבדלים ביחס הרופא, בדיקת דירוג שביעות הרצון של יתר הגורמים בצוות הרפואי לא חשפה פערים משמעותיים. למעשה, שביעות הרצון מעבודת האחות הייתה גבוהה בהרבה בקרב המשיבים הערבים כאשר 96% מהמשיבים הערבים הביעו שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד (22.9% ו-72.9% בהתאמה), לעומת 86% בלבד בקרב המשיבים היהודים (39.1% ו-47% בהתאמה). לצד זאת, נמצא פער משמעותי לרעת המשיבים הערבים, בשמירה על פרטיות המטופלים בעת הבדיקה. 83.5% מהיהודים הביעו שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד ממדד זה, לעומת 72.3% מהמשיבים הערבים.

לסיכום, בניגוד מסוים לסקר שבחן את הפערים בשירותי רפואת משפחה שחשף פערים משמעותיים בין יהודים לערבים בכמעט כל אחת מן הקטגוריות שנבחנו, הסקר הבוחן רפואת מומחים, אמנם מצביע על פערים מסוימים ברמת השירות שקבלו יהודים וערבים בעת קבלת שירותים אלה, אולם מדובר בפערים מעטים יותר ומתונים יותר.

**הממצאים שעלו בסקר רפואת המשפחה  
ממחיישים את אחד מהגורמים המשמעותיים  
לפערים בבריאות בין יהודים לערבים  
– היעדר הקצאת זמן הולמת, הנגשה  
תרבותית ושפתית הולמת ונגישות  
מצד הרופאים והרופאות – למרות  
שבדיוק אלה נדרשים כדי להגדיל  
את רמת היענות של האוכלוסייה  
לטיפול הרפואי הנדרש.**

הפערים הבולטים בסקר הצביעו על נגישות נמוכה יותר מצד המשיבים הערבים למרפאות המומחים בכל הקשור לתחבורה ציבורית; באופן ההתייחסות של אנשי הצוות לפרטיות של המטופלים שנפלה ברמתה ביחס למטופלים הערבים, ובמיוחד במידת הקשב, בהקצאת הזמן, בהתייחסות מלאה מצד הרופאים למכלול הנסיבות שהביאו את המטופל לקבוע את התור ובטיב ההסברים שנתן למטופלים בעת הפגישה. ממצאים אלה שעומדים בקנה אחד עם הממצאים שעלו בסקר רפואת המשפחה ממחישים את אחד מהגורמים המשמעותיים לפערים בבריאות בין יהודים לערבים – היעדר הקצאת זמן הולמת, הנגשה תרבותית ושפתית הולמת ונגישות מצד הרופאים והרופאות – למרות שבדיוק אלה נדרשים כדי להגדיל את רמת ההיענות של האוכלוסייה לטיפול הרפואי הנדרש.



לא שמענו  
עוד, ומת אהל  
חברה עבודה

לא שמענו  
עוד

KIDS  
מעון

LAWRENCE  
HOTEL

שטרה



## סקר היערכות למגפת הקורונה

הקשר בין מגיפת הקורונה לבין העוני בישראל חורג בהרבה ממפת הנדבקים. אף על פי שהשלכות של הקורונה על הכלכלה הלאומית והגלובלית היו צפויות להיות רוחביות, המכה הכלכלית שהנחיתה מגפת הקורונה הוטלה בראש ובראשונה על אוכלוסיות המצויות תחת קו העוני. גם כאן, האוכלוסייה הפגיעה ביותר להשלכות הקורונה הינה האוכלוסייה הערבית, ששיעורים לא פרופורציונאליים מחבריה פוטרו מעבודתם או הוצאו לחל"ת.<sup>93</sup> יתרה מזאת, מנתונים שהגיעו לידי רל"א כבר בשבועות הראשונים למשבר הקורונה נחשף חוסר המוכנות של משרד הבריאות להעברת מסרים מסודרת בשפה הערבית. נתונים אלה הגיעו מקרב קהילות דוברות ערבית ובמיוחד במזרח ירושלים ובפזורה הבדואית.<sup>94</sup> כדי לבחון את הפערים הללו והשפעתם על אמון האוכלוסייה במוסדות, הזמינה רל"א סקר אינטרנטי.

### מתודולוגיה

הסקר שנערך במרץ 2020 בפריסה ארצית בידי חברת מדגם פאנל מולא בידי 554 משיבים, מתוכם 110 ערבים ו-444 יהודים. הנתונים נותחו באמצעות מבחן  $\chi^2$  (Chi Square) כדי לבחון פערים סטטיסטיים בין המשיבים היהודים והערבים.

### כלים

הסקר בחן שלוש תמות עיקריות: **הראשונה**, מידת המוכנות והמודעות של המשיבים בנוגע למגיפת הקורונה. התמה **השנייה** בחנה את עמדותיהם של המשיבים בנוגע לתפקוד הממשלה ומוסדותיה בנוגע למשבר הקורונה, ואילו התמה **השלישית** בחנה את עמדות המשיבים בנוגע לצעדי מדיניות למניעת התפשטות הקורונה העומדים במתח עם זכויות אדם ואזרח בישראל.

<sup>93</sup> מניתוח של שירות התעסוקה עולה כי בעוד שבמרץ עמד שיעור הערבים מבין הנרשמים החדשים בתביעה לדמי אבטלה על 17.3%, באפריל היה שיעור גבוה במיוחד של 24.9%. ראו: סיון קליגבייל. "הערבים אולי ניצחו את הקורונה אבל ישלמו את מחיר המשבר הכלכלי", דה מרקר, 24 במאי, 2020.

<sup>94</sup> ענת בין-לובוביץ. "האם הממשלה מזניחה את ההסברה אודות הקורונה בחברה הערבית?", גלובס, 19 באפריל, 2020.

**המכה הכלכלית שהנחיתה מגפת הקורונה  
הוטלה בראש ובראשונה על אוכלוסיות  
המצויות תחת קו העוני. גם כאן,  
האוכלוסייה הפגיעה ביותר להשלכות  
הקורונה הינה האוכלוסייה הערבית,  
ששיעורים לא פרופורציונאליים מחבריה  
פוטרו מעבודתם או הוצאו לחל"ת.**

## ממצאים

הסקר חושף פערים משמעותיים בעמדות יהודים וערבים. ראשית, עולה פער משמעותי ברמת החשיפה להנחיות להתנהגות בעניין הקורונה בין האוכלוסייה הערבית (40.4% בלבד נחשפו במידה רבה ורבה מאוד להנחיות) והאוכלוסייה היהודית (92% נחשפו במידה רבה ורבה מאוד להנחיות). יתר על כן, הסקר חושף פערים מובהקים באופן שבו שתי האוכלוסיות נפגעו מבחינה כלכלית כתוצאה ממגפת הקורונה (חשוב לזכור, הסקר פורסם עוד לפני התפרצות התחלואה במגזר הערבי).

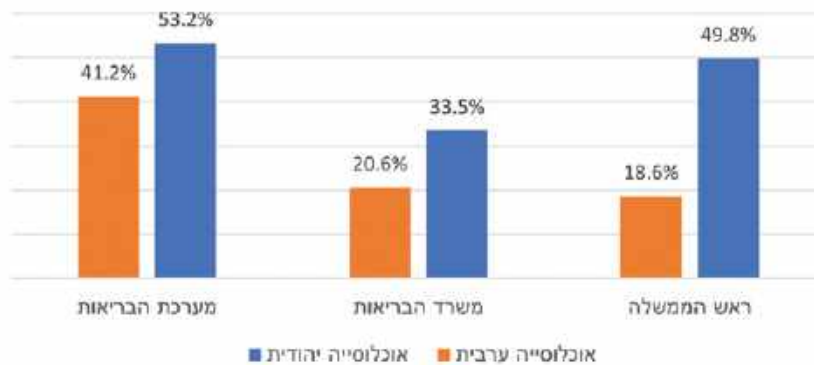
בעוד 56.3% מהמשיבים הערבים דיווחו על הרעה כלשהי במצבם התעסוקתי (חל"ת, צמצום שכר או אחוזי משרה, פיטורים), כשרק 51.3% מהמשיבים היהודים דווחו על גורל דומה. פערים קטנים יותר נמצאו ברמת המוכנות הכלכלית לסגר ממושך (28.5% בקרב האוכלוסייה היהודית הגדירו את עצמם כערוכים כלכלית במידה רבה ובמידה רבה מאוד לסגר, וזאת לעומת 25.2% באוכלוסייה הערבית), וברמת ההיערכות הלוגיסטית לעמידה בסגר ממושך (50% באוכלוסייה היהודית הרגישו שהם ערוכים במידה רבה ובמידה רבה מאוד, לעומת 44.7% באוכלוסייה הערבית). (ראה לוח 7).

מקבץ השאלות הבא עסק ברמת האמון שנתנו המשיבים בממשלת ישראל ומוסדותיה ובמסוגלותם לנהל את משבר הקורונה באופן משביע רצון. למשל, פער מובהק נמצא בשאלה העוסקת בתפקוד ראש הממשלה. אף על פי ש-43% בלבד מכלל המשיבים דרגו את תפקודו של ראש הממשלה כ"טוב", נמצא פער משמעותי בין המשיבים היהודים – כ-50% מתוכם דרגו את התפקודו של נתניהו כטוב, לעומת 18.6% מהאוכלוסייה הערבית. בהתאם, רק 9.8% מהמשיבים הערבים אמרו שיש להם אמון רב בעדכוני ראש הממשלה בנוגע לקורונה, לעומת 35.9% מהציבור היהודי.

באשר לעבודת משרד הבריאות, 20.6% מהמשיבים הערבים דרגו את תפקוד המשרד כ"טוב", לעומת 33% מהמשיבים היהודים. באופן דומה, 38.2% מהמשיבים הערבים דרגו את מידת האמון שהם חשו כלפי עדכוני אנשי מערכת הבריאות כ"גבוה", לעומת 49.3% מהציבור היהודי. באשר לתפקוד מערכת הבריאות (בתי חולים, מרפאות קופות חולים, מד"א וכו'), 41.2% מהמשיבים הערבים דרגו אותה כטובה, וזאת לעומת 53.2% מהמשיבים היהודים. הן המשיבים הערבים והן המשיבים היהודים לא האמינו שלמערכת הבריאות יש משאבים מספיקים להתמודד עם המגיפה (רק 14.7% מהמשיבים הערבים, ו-20.9% מהמשיבים היהודים חשבו שהמערכת ערוכה בצורה טובה).



## תרשים 10 : דירוג תפקודי הממשלה ביחס למגפת הקורונה בציון 'טוב' בחלוקה ליהודים וערבים



החלק האחרון בשאלות עסק בעמדותיהם של המשיבים בנוגע לצעדים שהממשלה צריכה להפעיל במטרה לתת מענה למגפת הקורונה. שאלות אלה חושפות פערים מובהקים בין יהודים וערבים באשר לאופן שבו הממשלה צריכה לפעול.

**ראשית, בכל הנוגע למעורבות (או היעדר מעורבות) הכנסת.** 55% מהמשיבים הערבים הסכימו במידה רבה ורבה מאוד שקבלת החלטות הממשלה ללא פיקוח ומעורבות של הכנסת מהווה פגיעה בדמוקרטיה, וזאת לעומת 44.1% בלבד בציבור היהודי. **שנית, החלטת הממשלה להשתמש בשב"כ** כדי להפעיל אמצעי מעקב אחר אנשים שאמורים להיות בבידוד. החלטה זאת זכתה לתמיכה של 58.2% מהמשיבים היהודים, לעומת 41.2% מהמשיבים הערבים. 24.5% מהמשיבים הערבים אמרו שההחלטה פוגעת בזכויות פרט באופן לא מידתי לעומת 12.9% מהמשיבים היהודים. באותה העת, 53.9% מהמשיבים הערבים אמרו שהמגבלות על התנועה נכון להיום אינן מספקות, ושצריך לעבור לאכיפה ואמצעים נוקשים יותר, וזאת לעומת 40% בלבד מהמשיבים היהודים.

לסיכום, מגפת הקורונה וההתמודדות עמה הפנתה זכוכית מגדלת לתמונת הפערים בבריאות בישראל. בין היתר משתקפים בתשובות הסקר הפערים הכלכליים והלוגיסטיים לרעת הציבור הערבי ביכולת התמודדות עם משבר הקורונה, פערים עצומים במשאבים שהוקדשו לקידום מדיניות ההכוונה וההסברה בין הציבור היהודי לציבור הערבי בנוגע לסכנת הקורונה והתנהגות מסכנת במרחב הציבורי, גם הוא לרעת הציבור הערבי. כמו כן, עולים הפערים המובנים יש לומר, ברמת האמון ששתי האוכלוסיות מייחסות לראש הממשלה ומשרד הבריאות ומסודותיו. כך גם עולה החשש של הציבור הערבי מהשימוש בשב"כ במאבק לבלית התפשטות נגיף הקורונה. נושאים אלו טבועים עמוק ביחסי הרוב היהודי עם אזרחי ישראל הערבים-פלסטינים ופתרונם הגם שישליך על מערכת הבריאות אינו טמון בה בלבד.



## דיון ומסקנות

אפליה היא הבדלה בין קבוצות חברתיות שונות או בין פרטים שונים המעניקה לקבוצה או לפרט מסוימים יתרונות או חסרונות יחסיים, ללא הצדקה עניינית. אפליה עשויה להתבסס על היבטים שונים (מגדר, גזע, לאום, מוצא, דתיות, גיל, מוגבלות ועוד), וליתרונות או לחסרונות הנובעים ממנה עשויים להיות ביטויים שונים בחיים האינדיבידואליים והציבוריים: כלכליים, חברתיים ופוליטיים. מטרתו של הדו"ח הנוכחי הוא לבחון את הפערים בבריאות המתקיימים בין יהודים וערבים, תושבי מדינת ישראל, את הגורמים לו ולקבוע המלצות מדיניות לצמצום מצב זה.

אי-השוויון בבריאות המתואר בדו"ח זה אינו מידע חדש. מן המפורסמות הוא שקיימים פערים משמעותיים, ברורים ובלתי ניתנים להפרכה בבריאות בין האוכלוסייה הערבית לבין האוכלוסייה היהודית בישראל. הפערים בין יהודים וערבים שעולים בדו"ח אינם מתמקדים בתחום בודד או שניים, אלא באים לידי ביטוי במרבית מדדי הבריאות: תוחלת חיים, שיעור תמותת תינוקות, שיעורי תחלואה, הערכה עצמית של מצב בריאות, סוכרת, משקל עודף, שיעורי עישון ועוד. יתר על כן, ממצאי הדו"ח מצביעים על פערים, לעתים מובהקים, בטיב שירותי הבריאות שמקבלים תושבי המדינה הערבים בהשוואה לתושבים היהודים. פערים אלה עלו בעיקר ביחס לשירותי רפואה ראשונית הניתנת בקהילה, ובמידה פחותה בהרבה ביחס לרפואת מומחים. פערים נוספים עלו בהיערכות הממשלה למגפת הקורונה במרץ 2020.

הדו"ח מצביע על כך שחלק גדול מהפערים בבריאות בין יהודים לערבים אינו בבחינת כוח עליון או תוצר של שוני תרבותי, אלא תוצאה של מדיניות ממשלתית שמדירה את האוכלוסייה הערבית במשך עשורים. יש מספר גורמים שניתן לייחס לפערים אלה. **ברמת שירותי הבריאות:**

**ראשית, גורם משמעותי המוביל לפערים בבריאות בין יהודים לערבים הוא אי-השוויון במתן שירותי בריאות מצד קופות-החולים, שבניגוד לרציונל של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ושל נוסחת הקפיטציה ששונתה במטרה לעודד את קופות החולים להקצות משאבים רבים יותר לפריפריה, מפנות את מירב משאביהם דווקא למרכז. התנהלות זאת**

מובילה באופן בלתי נמנע לפגיעה בשירותי הבריאות הניתנים לאוכלוסייה הערבית אשר מרוכזת בפריפריה הגיאוגרפית של ישראל, המאופיינים בשיעור נמוך של רופאים ורופאות, אחים ואחיות וכוח עזר רפואי ביחס למרכז הגיאוגרפי.<sup>95</sup>

**שנית, ניכרים פערים באופן שבו הרופאים והרופאות מתייחסים למטופליהם בזמן המפגש, במיוחד בכל האמור לרפואת משפחה.** מהסקרים שביצעה רל"א עולים פערים לא מבוטלים ביחס שנותנים הרופאים למטופליהם בזמן המפגש ובכך שכמות הזמן, הקשב, בהירות ההסברים וההנחיות שנותנים הרופאים למטופליהם, לוקה בחסר בהשוואה בין המטופלים היהודים לבין המטופלים הערבים. חשוב לציין, הפערים בטיפול אינם תוצר של מדיניות גזענית מצד הרופאים אלא של פערים מבניים במדיניות קופות החולים ומשרד הבריאות, המביאה לכך שבמקרים רבים מספר המטופלים של רופא/ה (אשר אינו מפקח) כה גדול, עד כדי כך שהרופאים אינם יכולים לספק טיפול נאות. זאת למרות שדווקא האוכלוסייה הערבית מאופיינת בשיעורי תחלואה גבוהים יותר, ונדרשת להשקעה מרובה יותר של קשב ופניות מצד הרופאים בעת המפגש.

**שלישית, בנגישות המרפאות בפריפריה הגיאוגרפית, שהיעדרה מוביל לכך שלא פעם אנשים הנדרשים לטיפול רפואי מוותרים או דוחים את הביקור במרפאה.** יש לכך השפעה רבה במיוחד על אנשים המתמודדים עם מצבים בריאותיים מורכבים, על נשים הרות, ועל אנשים שנדרשים למעקב וביקורת מפאת אוריינות בריאות נמוכה. היעדר הנגישות התחברתית למרפאות שדווח במחקר אומר דרשני.

אולם, לא ניתן לצמצם את ההדרה למועד מתן הטיפול בלבד. ההדרה שוכנת בכלל מערכי מתן שירותי הבריאות. ביטויים להדרה במערכת הבריאות מצויים גם ולעתים אף בעיקר, בפרקטיקות מבוניות אשר מאפשרות חלוקה בלתי הולמת של משאבים, הן אם באופן מכוון והן על ידי העדר הצבת קריטריונים יעילים ופיקוח הולם שתכליתם יישום בפועל של הקצאת המשאבים. כל אלה נופלים לפתחו של משרד הבריאות, הגורם הממשלתי האמון להבטחת שירותי בריאות איכותיים ושוויוניים לכלל תושבי ישראל.

משרד הבריאות מחזיק בסמכות ואחריות לחלק משמעותי מהפערים שנמצאו במתן שירותי בריאות והנגישות להם, בין היתר בשל מדיניות רגולטורית לוקה בחסר: היעדר הכשרה מספקת לאנשי רפואה ראשונית אשר מתמודדים עם אוכלוסיות עם אוריינות בריאות נמוכה; העדר קריטריונים באשר למספר מטופלים מקסימאלי לרופאים ראשוניים; שונות ברמת חוויות השירות מקבל שירותי בריאות; הפרטה נרחבת של שירותי בריאות שהובילה לכך שאוכלוסיות המבטחות את עצמן לדעת נהנות מיתרון משמעותי באיכות שירותי בריאות על פני אוכלוסיות שידן אינה משגת. משרד הבריאות, כרשות מינהלית שכפופה לעיקרון חוקיות המינהל, אחראי על צמצום פערים אלה עד לסגירתם.<sup>96</sup> עליו להבטיח צדק חלוקתי שהחוק קבע; עליו לעקוב אחרי פריסתם והנגשתם השוויונית של שירותי הבריאות לכל התושבים תוך שמירה על עקרונות הצדק החלוקתי, כלומר התחשבות במצב התחלואה בקהילות השונות, כך שמשאבים רבים יופנו לאותן אוכלוסיות שמצבן הבריאותי אינו בכי טוב.

<sup>95</sup> ראו: 'כוח אדם במקצועות הבריאות 2019', משרד הבריאות, ירושלים, יולי 2020.  
<sup>96</sup> האם ערבים יפסיקו לחיות פחות מיהודים?, גלובס, 5 ביוני, 2019.

לצד אלה ניתן לציין את הייצוג הנמוך של החברה הערבית במוקדי קבלת ההחלטות של מדיניות הבריאות בישראל. לא רק שהחברה הערבית הודרה ומודרת באופן מוחלט כמעט ממשלות ישראל, נכון להיום טרם כיהנו תושבי מדינה ערבים בתפקידי מפתח כמנכ"ל משרד בריאות, מנכ"ל קופת חולים וכיו"ב.<sup>77</sup> ככלל, רמת ייצוגם של הרופאים הערבים בתפקידים בכירים במערכת הבריאות נמוכה מאוד, דבר אשר לצד ההשלכות הסמליות שלו, מביא לכך שיש התייחסות חסרה לצרכים, המאפיינים והאינטרסים הבריאותיים של החברה הערבית במוקדי קבלת ההחלטות.

חשוב לומר כי משרד הבריאות האמון על מתן שירותי בריאות בישראל אכן ביצע צעדים להפחתת פערי בריאות בין האוכלוסיות בישראל. בין אלה ניתן למנות את היחידה לצמצום פערים שהוקמה לפני כעשור ומאז סוקרת ומעלה את המודעות לפערים בבריאות בישראל. כמו כן, בשנים האחרונות, נערכו משרדי האוצר והבריאות לגיבוש תכנית מקיפה לנושא בריאות האוכלוסייה הערבית, בשותפות עם ארגוני החברה האזרחית ואנשי בריאות מובילים, אשר מסקנותיו פורסמו באפריל 2019.<sup>78</sup> ואולם, יישומה בושש לבוא. היקף הפערים וחומרתם מחייבים צעדים משמעותיים ונוקבים מאלה שציין משרד הבריאות כדי להתמודד עם בעיות עומק אלה. כמובן, ללא גיבוי תקציבי הולם לתוכניות אלה אין היתכנות ממשית.

## הדרה בתנאים מגדירי בריאות

לא ניתן ולא נכון לצמצם את ההדרה החברתית שמאפיינת את יחס הממסד לחברה הערבית לשירותי בריאות בלבד, שהרי עיקר הגורמים לרמת הבריאות אינם במרחב של השירות הרפואי אלא של תנאי החיים והמעמד החברתי-כלכלי. האפליה העמוקה והמרכזית של האוכלוסייה הערבית בישראל הינה במגדירי הבריאות (Social determinants of health): בחינוך, בתעסוקה, בהקצאת קרקעות ייעודיות למגורים, בפיקוח ואסדרת זיהום אוויר, רעש וצפיפות ביישובים העירוניים, ובפיתוח עירוני שמאפשר ומעודד קיום אורח חיים בריא בחיי היום יום. כל אלה אינם מתחילים במשרד הבריאות – אלא במדיניות ממשלתית הדוגלת בהסרת אחריות למצבן של אוכלוסיות מוחלשות בכלל, ובשיח המדיר ופעמים רבות אף הגזעני של ראשיה כלפי האוכלוסייה הערבית בפרט.

ההפרטה הנרחבת, התקצוב החסר לאוכלוסיות מוחלשות ותפקודו הכושל של משרד הבריאות כרגולטור על שירותי הבריאות אינם מנותקים מרוח התקופה. מזה עשורים מובילות ממשלות ישראל גישה הדוגלת בצמצום מעורבות המדינה בחיים החברתיים. כפי שניתן ללמוד מהנסיון האמריקני, לא רק שאידיאולוגיה תועלתנית זאת לא הביאה לשיפור איכות חיייהן ובריאותן של אוכלוסיות מוחלשות – היא גם בלתי יעילה. ההפרטה, חשוב לומר, פוגעת בשירותים הניתנים בעיקר לאוכלוסיות מוחלשות שאינן יכולות לשלם תמורת שירותים חברתיים באיכות גבוהה. מבחינה נורמטיבית מדובר בפגיעה בזכויות האזרח של אוכלוסיות מוחלשות שכן היא פוגעת ביכולת לקבל שירותים חברתיים שהם זכאים להם. השינוי הנדרש בתפיסה אינו רק ממשרד הבריאות, אלא בעיקר ממשרדי ראש הממשלה והאוצר אשר הם אלו שהובילו תהליכים אלה במשך עשורים.

<sup>77</sup> ראו למשל: "רופאים ערבים ב'כללית' מוחים על אפליה בקידום לתפקידים בכירים", דוקטורס אונלי, 20 בפברואר 2019.  
<sup>78</sup> תלי חירותי-סובר. "צוות המומחים של המל"ל: בלי נשים וכלי ערבים", דה מרקר, 10 באפריל 2020.  
<sup>79</sup> ראו: מענה שר הבריאות, חה"כ יולי אדלשטיין לשאילתא של חה"כ ג'אבר עסקאלה, 20 ביולי 2020.

**עשרים שנה לאחר אירועי אוקטובר  
2000, ניכר כי מצב הבריאות בישראל  
עודנו מאופיין בפערים משמעותיים  
בין האוכלוסייה הערבית לבין האוכלוסייה  
היהודית. פערים אלה אינם גזרה  
משמיים, אלא מהווים תוצאה של  
סדר עדיפויות פוליטי, של אפליה מבנית  
נגועה בגזענות, ושל העדר הקצאה  
נאותה של משאבים.**

## המלצות מדיניות

מתוך ראיונות עם מומחים תושבי ישראל, ערבים ויהודים, גובשו המלצות לקידום מדיניות שתכליתה לצמצם בטווח הקצר והארוך את הפערים בבריאות בין תושבי המדינה היהודים והערבים, וחזונה - סגירתם. המלצות אלה כוללות תחומי עשייה שבתחום אחריות משרד הבריאות, כמו גם תחומים אשר נופלים לפתחם של משרדי הממשלה האחרים. להלן.

- **טיוב שירותי רפואת ראשונית בקהילה.** אף על החשיבות הרבה של רפואת משפחה בפרט, ורפואה ראשונית בכלל לבריאות הציבור, בשנים האחרונות עולות קריאות מטעם הציבור ורופאי המשפחה כאחד בנוגע לשחיקה והיעדר תקצוב נאות לשירותי רפואת המשפחה. בין היתר, התפרסם כי בשל העומס הרב, במקרים רבים הרופאים אינם מסוגלים להקצות יותר ממספר דקות לכל מטופל.<sup>99</sup>
- **העלאת מודעות והדרכת רופאים להנגשה תרבותית ולרגישות חברתית.** משרד הבריאות וקופות החולים מחויבים לספק פתרונות כדי לחסל את הפערים האלה בכלים שונים – בביצוע סקרי שביעות רצון שיבחנו את הפערים בין הרופאים השונים, בהשקעה במקצוע והעלאת מודעות בקרב רופאים המשרתים אוכלוסיות מוחלשות לחסמים העומדים בפני מטופליהם ונסיבות חיים. רפואת משפחה ורפואת קהילה הם הבסיס לטיפול מתמשך, ומחייבות את הרופאים והרופאות להקדיש זמן, מומחיות והיכרות מלאה ועמוקה עם נסיבות החיים של המטופל/ת, אשר מהווה את הבסיס לטיפול שיינתן.
- **חיזוק בריאות הציבור.** הממצאים שהועלו מצביעים על צורך מהותי בניהול רב מערכתי שחורג בהיקפיו מתחום שירותי הבריאות הניתנים לציבור הערבי בישראל. הפערים בנגישות תחבורתית לשירותי בריאות, היעדר תשתית יישובית המאפשרת ומניעה עיסוק באיכות חיים כגון שטחים ציבוריים, הרעש וזיהום האוויר הנפוץ בגלל היעדר הפרדה בין שטחי תעשייה לבין שטחי מגורים – כל אלה גורמים אשר דוחקים את התושבים ביישובים וערים ערביות אל תוך חלל פנימי, ומקשים על אימוץ אורחות חיים המקדמות שימור וקידום בריאות אישית. נכון הוא כי ככלל יובשו שירותי בריאות הציבור לכלל אזרחי ישראל, אך משמעות צמצום קריטית יותר בקרב אוכלוסיות מוחלשות.
- **קביעת תקרה מקסימלית של מטופלים ביחס לכל רופא משפחה.** נכון להיום, ישנם רופאי משפחה במגזר הערבי המטפלים באלפי מטופלים, הרבה מעבר למה שמומלץ או נכון. מצב זה מביא לכך שהשירות הרפואי הניתן למטופליהם של אותם הרופאים לקוי מפאת קוצר הזמן שיכול אותו רופא להקדיש לכל מטופל.
- **טיוב הרגולציה שמבצע משרד הבריאות על מרפאות במגזר הערבי.** לאור היעדר התחרותיות בין קופות החולים באזורים גיאוגרפיים שבהם מרוכזת האוכלוסייה הערבית, כמו גם השתרשות נורמות לא ראויות למתן שירותי רפואה בקהילות אלה, חיוני שמשרד הבריאות ייקח על עצמו להציב סטנדרטים בנוגע למתן שירותי בריאות

<sup>99</sup> רותם אליזרע. 'מחאת רופאי המשפחה: יש לנו 4 דקות בלבד למטופל', Ynet, 12 בדצמבר, 2016.

בכלל, ובקהילות ערביות בפרט: בטיב ההכשרה הניתנת לרופאי המשפחה (למשל, האם עברו התמחות ברפואת משפחה או רפואה פנימית), מספר השעות שיכולים רופאי משפחה להקצות לעבודה זאת, ועוד. יתר על כן, יש להיאבק בתופעה הפסולה שמאפשרת לרופאים פרטיים לעבור עם כל מטופליהם מקופת חולים אחת לאחרת.

אף על פי שמשרד הבריאות הינו הגורם האחראי על מתן שירותי בריאות באופן ישיר, ועל תוצאי בריאות, הרי שגורמי היסוד לחלק ניכר מהפערים בבריאות אינם מצויים בתחום אחריותו של המשרד: חינוך לבריאות וחינוך סביבתי, עיצוב המרחב העירוני, שירותי איסוף פסולת וסניטציה ביישובים, שירותי תחבורה ציבורית וסלילת כבישים אשר מאפשרת נייחות ועיסוק בכושר גופני; זיהום אוויר ורעש כתוצאה מקרבת גורמים מזהמים ליישוב – כל אלה מנותקים לחלוטין מהישג ידו של המשרד – אשר נתבע להתמודד עם ההשלכות הרפואיות של הגורמים הללו. **להלן חלק קטן מהצעדים שבהם יש לנקוט במטרה לקדם את מצב הבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל.**

- **עיצוב המרחב הציבורי**, המרחב העירוני במרבית היישובים העירוניים במגזר הערבי אינו מותאם נכון להיום לספק תשתית ראויה לקידום אורח חיים בריא. בין השאר יש לשמור ולשפר את חזות היישובים. מצב הבריאות אינו מנותק מתחזוק היגיינה עירונית. מרחב עירוני צפוף, רועש ובלתי מזמין דוחף את התושבים להמנע מיציאה מבתיהם.
- **שיפור תשתיות התחבורה ביישובים העירוניים בחברה הערבית**. מהמפורסמות שמצב תשתיות התחבורה ביישובים הערבים בכי רע, דבר שיש לו קשר הדוק עם שיעור גבוה בהרבה של תאונות דרכים בחברה הערבית.<sup>100</sup> מה שפחות נדון הוא ההשפעה של העדר תשתית תחבורתית על היכולת של התושבים באזורים מרוחקים להגיע לבדיקות במרפאה. בקרב חולים כרוניים או נשים בהריון מדובר בסיכון עצום.
- **תכנון עירוני מותאם לקיום אורח חיים בריא**. ברור כי צפיפות העיר קשורה ישירות ליכולתם של תושבי המרחב לקיים שגרה של פעילות גופנית הכרחית וחיונית, למשל הליכה וריצה. לשיפור בחזות והפחתת הצפיפות צפויה להיות השפעה חיובית על הבריאות הפיזית והנפשית של התושבים כאחד. שיעורי הסכרת וההשמנה הגבוהים קשורים להיעדר זמינות של שבילי הליכה. על מנת שאלו יתקיימו, מתחייבת חקיקת תקנות עזר ופיקוח.
- **יצירת חיץ בין גורמי חוץ שמשפיעים על המרחב לבין תושבי הערים**. זאת על מנת להתמודד עם מצב בו יישובים עירוניים אינם מופרדים מגורמי זיהום, כמחצבות או מפעלים מזהמים. כמו כן, יש לקדם הפרדה בין רכבים כבדים שנכנסים לעיר ומייצרים זיהומים או סיכון לתאונות דרכים – למשל על ידי הקמת מתחמים לוגיסטים מחוץ ליישוב, בהם יכולים להחנות רכבים כבדים.

לסיכום, עשרים שנה לאחר אירועי אוקטובר 2000, ניכר כי מצב הבריאות בישראל עודנו מאופיין בפערים משמעותיים בין האוכלוסייה הערבית לבין האוכלוסייה היהודית. פערים אלה אינם גזרה משמיים, אלא מהווים תוצאה של סדר עדיפויות פוליטי, של אפליה מבנית

<sup>100</sup> טלי חרותי – סובר. 'התשתיות בחברה הערבית מוזנחות - גורמות לתאונות דרכים', דה מרקר, 14 ביולי, 2020.



נגועה בגזענות, ושל העדר הקצאה נאותה של משאבים. התרחבות פערים אלה, כפי שהדו"ח מעלה בחלק מהתחומים שנבחנו, אינה מסתכמת רק בפגיעה במצב הבריאות האישי של האינדיבידואלים בחברה. היא מובילה לשסע חברתי עמוק, לחסם בפני הזדמנויות אישיות ובפני מוביליות חברתית, אישית וקהילתית כאחד. הפערים בבריאות מהווים במובן זה מיקרוקוסמוס של השסע הלאומי בישראל נכון ל-2020: מצד אחד ישנה הכרה לכאורה בצורך לספק לכולם שוויון הזדמנויות ובמחויבותה של המדינה לספק זאת לתושביה, ומצד שני המדיניות בפועל מפלה ומדירה אזרחים רבים, תוך כדי שהמדינה מתנערת מאחריותה לפקח ולהוביל שינוי ממשי במצב זה.

דו"ח אור מציין כי "יש הטוענים כי מצבם של האזרחים הערבים שפר מאוד יחסית למצבם בעבר או ביחס למצבם של הערבים בארצות שכנות. אנו דוחים טיעון זה שכן המשאבים שמקצה המדינה יש לחלק באופן שוויוני בין כל האזרחים ללא קשר לרמת המחייה בארצות ערביות שכנות, ואת הפערים בין האזרחים היהודים והערבים יש לסגור מתוקף זכות לא כמעשה של חסד".<sup>101</sup> רק מחויבות אמיתית של ממשלות ישראל בהווה ובעתיד תוביל לשוויון המיחל בבריאות בין תושביה היהודים לבין תושביה הערבים. ללא קיום צעדים אמיצים ומשמעותיים מבחינה פוליטית ותקציבית כאחד, האפליה בבריאות תמשיך לשכון במחוזותינו לעוד שנים ארוכות.

<sup>101</sup> עלי חידר, "מדד השוויון בין האזרחים היהודים והערבים בישראל", עמותת סיכוי, מרץ 2007.