



ביזור הבריאות בישראל

מיפוי הקיים, סקירה עולמית,
תמונת עתיד אפשרית

2024

ביזור הבריאות בישראל

מיפוי הקיים, סקירה עולמית, תמונת עתיד אפשרית

ביזור הבריאות בישראל

מיפוי הקיים, סקירה עולמית, תמונת עתיד אפשרית

כתיבה: ד"ר ינון שנקר

ניהול ועריכה: חנן מגל, קרן דורון כץ, נועה בהיר וקס

2024

כתיבה: ד"ר ינון שנקר, מומחה בבריאות הציבור
ניהול ועריכה: חנן מגל, קרן דורון כץ, נועה בהיר וקס
עיצוב גרפי: יעל פיקר

הזכויות שמורות לג'וינט-אלכא, 2024

ניתן לצטט מחוברת זו באופן הבא:
שנקר י. (2024). ביזור הבריאות בישראל – מיפוי הקיים, סקירה עולמית ותמונת עתיד אפשרית.
מסמך מדיניות. ג'וינט אלכא. ירושלים

תוכן העניינים

1 הגדרות ביזור ובריאות

2 מיפוי המצב הקיים –

מערכת הבריאות בישראל ברמה הלאומית, האזורית והמקומית

3 אזוריות הבריאות בעולם – מקרי בוחן

שוודיה

אנגליה

איטליה

4 תמונת עתיד אפשרית – מודלים חלופיים

5 סיכום ומסקנות

נספחים

1

**הגדרות
ביזור ובריאות**

—

הגדרות ביזור ובריאות

<p>גורמים סביבתיים היעדר תעסוקה או תנאי העסקה מסוכנים, איכות מים ואויר, סביבת מגורים</p>	10%
<p>גורמים חברתיים וכלכליים אוריינות נמוכה והיעדר השכלה, חוסר אמון במערכת, קהילה תומכת, הכנסה, קשרי משפחה וחברים, תעסוקה, חינוך</p>	40%
<p>התנהגויות בריאות רצף טיפול, עישון, צריכת אלכוהול וסמים, מניעת סטרס, תזונה בריאה, פעילות גופנית, התנהגות מינית</p>	30%
<p>שירותי הבריאות איכות, זמינות ונגישות השירות</p>	20%

תרשים גורמי ההשפעה על בריאות האדם

"ביזור הוא אמצעי לארגון מחדש של מערכות היחסים בין השלטון המרכזי למקומי על ידי יצירת מאזן מחדש של אחריות משותפת. מאזן סמכויות חדש, אשר ילווה בבחינה של תוצאות לצד מערך תיקון מתמיד, יוביל לשיפור ולהתייעלות מתמדת של כלל המערכות הציבוריות בישראל!"

ביזור בריאות הוא בנייה מחדש של מערכות יחסים בין השלטון המרכזי לשלטון המקומי והאזורי לטיוב מערכות הבריאות הציבוריות, השירות לאזרח למען שיפור מתמיד במדדי הבריאות של אוכלוסיית ישראל.

ביזור איננו רק העברה טכנית של סמכויות נקודתיות מהשלטון המרכזי למקומי.

בביזור, קבלת החלטות נעשית קרוב יותר לתושב.

"בריאות הינה השאיפה לשלמות גופנית, נפשית וחברתית; ולא רק העדר מחלה או שבריריות"
(ארגון הבריאות העולמי, 1946)

1 להרחבה: ביזור סמכויות מהשלטון המרכזי למקומי, ג'וינט אלכא ומילגת בכר, 2023

מאזן סמכויות חדש בין הממשל המרכזי למקומי ובתוכו העברת סמכויות מהממשל המרכזי לדרגים מקומיים הוא נושא מרכזי המעסיק מדינות רבות בעלות מאפיינים, רקעים ויכולות מגוונים, ממדינות החברות ב OECD ועד מדינות מתפתחות. השאלה המרכזית בבסיס הדיונים שמדינות אלו מקיימות, היא מה הדרך המתאימה ביותר לשפר את יכולות הממשל המרכזי והמקומי (ממשל אזורי או הרשויות המקומיות)², לקדם את יכולותיהם המקצועיות ולייעל תהליכי קבלת החלטות, תוך כדי שיתוף פעולה בין דרגי הממשל. השאלה האם לקדם ביזור, היא משנית לשאלה מהותית ומרכזית יותר: ומהם דרכי פעולה שנועדו לשרת מטרות לאומיות כגון שיפור יכולותיהם של דרגי הממשל במתן שירות טוב יותר, מכיל ומשתף לאזרח. אכן יסוד היא בניית הסכמות בין בעלי העניין בממשל המרכזי ובממשל המקומי בנוגע ליעילות המדיניות, שוויון בין תושבים, החוסן של הניהול התקציבי, העצמת התושב ומנגנוני פיקוח. העיסוק בשאלה האם וכיצד לבנות מאזן סמכויות אזורי ורשותי חדש נובעת בחלקה מכך שממשלות שונות בעולם מכירות בכך שלפחות חלק מהאתגרים הכלכליים, החברתיים והפוליטיים עימן הן מתמודדות, ניתנות לפתרון על ידי חיזוק הממשלות (הרשויות) האזוריות והמקומיות³.

ניתן למנות מספר סיבות להנעת תהליכי חשיבה אלה באירופה, וכעת גם בישראל:

1 הכרות לא מספיקה של הממשל המרכזי עם הצרכים המקומיים – המרחק הגיאוגרפי של הממשל המרכזי מההתמודדויות היומיומיות של התושבים, מוביל לעתים קרובות למחסור במידע על הצרכים המקומיים. במקרים רבים, לרשות המקומית יכולת טובה יותר לפתח תוכניות ושירותים המותאמים לנסיבות הייחודיות המקומיות. בעלי התפקידים ברשויות המקומיות, בקיאים יותר בצרכים של התושבים מאשר הממשל המרכזי. בנוסף, כששנוי מדיניות תלוי ביותר בעלי תפקידים (שילוב בין בעלי תפקידים מדרגים שונים), הביזור נוטה לעלות את רמת יציבות המדיניות.

2 בישראל ישנו דרג מקומי אחד והוא הרשויות המקומיות. במדינות אחרות יש דרג של רשויות ומועצות, מעליהן דרג אזורי או מחוזי ומעליהן הדרג המרכזי. מחקר זה שואף לחבר בין הידע התיאורטי ולדון בו מול מקרי בוחן ממספר מדינות, באופן שיהיה רלוונטי למציאות ומאפייני דרגי הממשל הישראליים. על כן, היכן שיהיה רלוונטי ההתייחסות תהיה לכלל סוגי הממשל המקומי והיכן שיהיה רלוונטי, ההתייחסות תהיה לרשויות המקומיות.

3 Charbit, C. (2011), "Governance of Public Policies in Decentralised Contexts: The Multi-level Approach", OECD Regional Development Working Papers, 2011/04, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kg883pkxkxhc-en>

2 בירוקרטיה לא מספיק יעילה מצד הממשל המרכזי – לעתים קרובות ממשלות מרכזיות אינן מסוגלות ליישם בהצלחה תוכניות מדיניות מקומיות או בניסיון ליעול הרשויות המקומיות. על אף שניהול טוב יותר אינו תוצאה אוטומטית של ביזור, לממשל רב מדרגי, יש יכולת גבוהה יותר לספק שירות מדויק ויעיל יותר מבחינת עלות תועלת. ביזור יכול לקדם אדמיניסטרציה אפקטיבית, לעזור לקצר תהליכים בירוקרטיים מורכבים ולהקל על צווארי הבקבוק בקבלת החלטות שנגרמים לרוב מתכנון ושליטה של הממשל המרכזי על פעילויות כלכליות וחברתיות.

3 רשויות מקומיות רבות המתקשות לפעול ביעילות תקציבית – בתנאים מסוימים, שותפות בסמכות והאחריות על גיבוש התקציב המקומי, יכולה לייעל את הקצאת המשאבים הממשלתיים, להשפיע באופן חיובי על היכולת של הממשל המקומי לייצר מקורות תקציב ובמקביל לשפר משמעותית את ההשפעה של המדיניות על התושבים. כמו כן, הסכמה על "אזוריות" ניהולית עשויה ליצור מיקוד גיאוגרפי ברמה המקומית לתיאום תוכניות לאומיות, מדינתיות, מחוזיות ומקומיות בצורה יעילה יותר ויכולה לספק הזדמנויות טובות יותר להשתתפות של תושבים מקומיים בקבלת החלטות. בסוגיות מיסוי, הגדלת אחוז המיסוי שבאחריות הרשויות, יכולה לחזק את המוטיבציה של הרשויות לתמוך ולעודד כלכלה מקומית במטרה לביצועים טובים ברמה בינלאומית. כמו כן, העברת הסמכויות לרשויות המקומיות, יכולה לעודד תחרות בין רשויות. תחרות שמטרתה למשוך תושבים או השקעות יכולה לעודד את הרשויות להיות יותר שקופות, יעילות ומתקשרות.

4 אי אמון ותופעת השחיתות, אי אמון של הציבור בממשל המרכזי והמקומי – הכישלון של ממשלות ריכוזיות לפעול כראוי ברמה המקומית משפיע על כלל האוכלוסייה. בדרך זו, כשל בממשל המרכזי גורם להחלשת האמון בממשל. קבלת החלטות מתוך סמכות ואחריות שנמצאת בידי נציגים מקומיים, היא דרך אפשרית למניעת ניצול סמכות לרעה. מחקר של הבנק העולמי (1999)⁴ מצא שיש קשר שלילי חזק בין ביזור פיסקאלי בהוצאות הממשלה לבין שחיתות.

4 Decentralization and Corruption: Evidence Across Countries (1999) Raymond Fisman and Roberta Gatti

לעוצמת התהליך חשיבות רבה נוספת. עוצמת הביזור נקבעת לפי מעמד הממשל המקומי מול הממשל המרכזי ורמת האוטונומיה שיש לו. הספרות המקצועית מחלקת את הביזור לשלוש רמות: ממשל מקומי כגורם תפעולי, ממשל מקומי כיחידה חצי אוטונומית ממשל מקומי כיחידה בעלת סמכות ואחריות מקיפה לפי חוק.

מחקר זה מבקש לבחון את המציאות הקיימת מערכת הבריאות בישראל בחלוקה בין שחקנים מרכזיים (ממשלה), אזוריים (אשכולות ומחוזות) ומקומיים (רשויות מקומיות), ואת הכשלים שארגון מחדש של מערכות היחסים בין השלטון המרכזי למקומי עשוי לפתור באמצעות יצירת מאזן מחדש של אחריות משותפת תוך יצירת תמונת עתיד אפשרית.

ביזור בהקשר של בריאות

השאיפה לשלמות פיזית, נפשית וחברתית ולא רק העדר מחלה או שבריריות (WHO, 1946)⁶ – מושפעת מגורמים גנטיים, מחשיפה לסיכוני בריאות סביבתיים, מנגישות וזמינות לשירותי בריאות, רווחה וקהילה ומחוסן אישי (כולל אוריינות בריאותית אישית וארגונית, התנהגויות בריאותיות ומצב כלכלי), כמתואר בתרשים 1 (עמוד 4).

לסביבות חיי היום-יומיות של האדם (מגורים, לימודים, עבודה ופנאי) ישנה השפעה משמעותית ולאורך החיים על בריאותו. סביבות אלה הן כמעט באופן מוחלט בתחום הגיאוגרפי שמהוות את מרכז חיי האדם. **לרשות המקומית השפעה חשובה על בריאות תושביה, על העובדים, המבקרים והחולפים בתחומה.** מידי יום נוספים למרחבים אורבניים בעולם 180,000 תושבים חדשים⁷, וב-2050 צפוי כי 68% מאוכלוסיית הערים תחייה בעיר, חלקה המגה-ערים בהן חיים כבר היום עשרות מיליוני תושבים.

נושא הסמכות והאחריות של רשויות מקומיות בישראל על תחום בריאות תושביהן נמצא כיום בחשיבות גבוהה מאי פעם⁸. **בריאות, כפי שנראה בעבודה זו, יכול להיות אחד ממנופי השינוי החשובים בתהליך שיוכל להביא לאחריות משותפת חדשה של השלטון המרכזי, האזורי והמקומי במדינת ישראל, ובמיוחד בחיזוק מעמדן של הרשויות המקומיות והאשכולות האזוריים כמובילי קידום בריאות תושביהן, בכל גיל.**

6 <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

7 <https://www.un.org/development/desa/en/news/population/2018-revision-of-world-urbanization-prospects.html>

8 מתואר בהרחבה בסקירת ספרות שבוצעה עבור אגף תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות (2022) ואשר חלקים ממנה מוטמעים במסמך זה.

על מנת לקדם פתרונות לקשיים במערך חלוקת האחריות והסמכות ניתן לייצר מנגנונים של איזונים ובלמים. הספרות המקצועית מציינת שלושה היבטים מרכזיים שמאפיינים את עבודת הממשלות בתחום זה:

ביזור פוליטי

על מנת לחזק את מערכת הממשל המקומית, יש צורך להעניק לה כוח פוליטי, על ידי העברת סמכויות יישום מדיניות חקיקה מממשלות מרכזיות למועצות מקומיות שנבחרו באופן דמוקרטי על ידי אזורי הבחירה שלהן. ביזור בתחום הפוליטי, דורש בחירות מקומיות סדירות, סמכויות מוגדרות וברורות, ועצמאות משפטית ופוליטית. ביזור הכוח הפוליטי בין הממשל המרכזי למקומי, הוא חלק ממערכת הבלמים והאיזונים שיכולה ליעל ולהטיב גם את העשייה של הממשל המרכזי⁵.

ביזור ארגוני/מנהלי

ביזור ארגוני/מנהלי מטיל אחריות על תכנון ויישום המדיניות המקומית בידי השירות הציבורי המקומי. עובדי השירות הציבורי המקומי, עובדים תחת סמכות של ממשלות המקומיות הנבחרות. ממשל מקומי אפקטיבי, הוא בעל יכולת קבלת החלטות, גיוס כוח אדם, ניהול וגיוס משאבים הממשל המרכזי לממשל המקומי. זוהי הדרך הנפוצה והמקובלת ביותר של ביזור.

ביזור פיסקאלי/ תקציבי

ביזור תקציבי מקנה אוטונומיה בניהול התקציב של הממשל המקומי, הכולל שליטה מלאה בהכנסות ובהוצאות של הממשל המקומי. כמו כן, לממשל המקומי ניתנת הסמכות לגבות מיסים לפי ראות עיניהם של בעלי התפקידים בממשל. העברת סמכויות תקציביות באופן אפקטיבי, מצריך ידע בנוגע לאופני ההתמודדות עם אתגרים של יצירת הכנסות וקבלת החלטות יעילה בהוצאות. בנוסף, יש צורך בידע מקצועי ובניית יכולת לניתוח נתונים והקמת מערכות בקרה מותאמות לממשל. מומלץ שהמאפיינים למערכת לניהול תקציבי יכללו: שקיפות הקצאת המשאבים/תקציבים מצד הממשל המרכזי למקומי, יכולת חיזוי של גובה התקציב העומד לרשות הממשל המקומי ואוטונומיה בנוגע לקבלת החלטות בנושא. בניגוד לנוהג שקיים במדינות רבות של מענקים וקולות קוראים שרירותיים, (לעיתים מונעים מאינטרסים פוליטיים), הקצאת המשאבים לממשל המקומי, צריכה להתבסס על נוסחאות שקופות, מוגדרות באופן שהממשל המקומי יכול לצרוך את התקציבים

5 מודלים או מנגנוני איזונים ובלמים בין דרגי הממשל יפורטו בחלק ב' של המסמך.

2

מיפוי המצב הקיים

מערכת הבריאות בישראל ברמה
הלאומית, האזורית והמקומית



להיות רשום באחת הקופות, שמתחרות ביניהן על מספר ואופי (גיל, גיאוגרפיה) המבוטחים. הקופות מחויבות על פי חוק לספק סל מתעדכן שנתי של שירותי בריאות ותרופות ואת תקציבן הן מקבלות ממס בריאות ותקציבים ממשלתיים, ומהשתתפות (קטנה) של המטופלים. הקופות אינן שוות בגודלן. כללית ומכבי מחזיקות בבעלות על בתי חולים ויתרון כולן הוא בפריסה ארצית שכונתית, המביאה את הטיפול הרפואי קרוב מאוד למבוטחים.

בדרך כלל עמותות ללא כוונת רווח אשר משלימות את השירות הרפואי במניעה, טיפול ושיקום, שניתן על ידי קופות החולים ומשרד הבריאות (יד שרה, מגן דוד אדום). עמותות רבות עוסקות בהגנה וקידום זכויות הפרט בתחומי הבריאות, על פי רוב בהצמדות למחלה או גורם סיכון אחד (הוועד למלחמה באיידס, אגודה למניעת סוכרת, מלחמה בסרטן). קיימת תחרות בין עמותות שמתמקדות בתחומי עניין זהים או קרובים, בעיקר על תקציבים ממשלתיים וקרנות

ארגונים בסקטור הפרטי והעסקי הפועלים למטרות רווח כספקים של מערכת הבריאות (צבר-רפואה, מכונידימות, חברות סיעוד), כחברות הזנק לפיתוחים וחדשנות בביו-מד, בביטוח (ביטוחי בריאות פרטיים) ובמחקר

האוניברסיטאות בישראל הן הגורם הבלעדי המכשיר את רופאי העתיד, אחיות מוסמכות וצוות רפואי נוסף, כולל רופאי שיניים, פארא-רפואי ורוקחים. בנוסף, חילופי הידע בתוך ומחוץ לישראל מתווכים (כנסים, ימי עיון) על ידי מוסדות אלה, שיש להם יוקרה רבה גם בקרב אנשי מקצוע וגם בקרב הציבור הרחב. המחקר המדעי הלאומי מבוצע על ידי מכונים ממשלתיים (גרטר), של קופות החולים (כללית-מחקר, מכבי-מחקר) וארגונים ציבוריים (ברוקדייל) אך בעיקר על ידי חוקרים באוניברסיטאות. הפרסומים המדעיים בבריאות ורפואה ביחס לגודל האוכלוסייה בארץ הם מהגבוהים בעולם.

לצה"ל (חיילים בחובה, קבע ומילואים) ולמשרד הבטחון (משפחות חללים) מעורבות יומית במניעה, טיפול ושיקום בריאותי המוגבל לפלח האוכלוסייה שהם על פי חוק מחויבים לו.

ארגונים ציבוריים

חברות פרטיות

אקדמיה

צה"ל

מיפוי המצב הקיים: מערכת הבריאות בישראל ברמה הלאומית, האזורית והמקומית

מיפוי ה"שחקנים" הראשיים במערכת הבריאות בישראל

מערכת הבריאות בישראל מספקת לכל התושבים במדינה שירותים רפואיים ברמה טובה ביותר ובהיקף סביר ובדרך-כלל זוכה גם לשביעות רצון בקרב הציבור. שירותי הבריאות מעוגנים בחוק 'ביטוח בריאות ממלכתי' והם ניתנים תמורת השתתפות נמוכה יחסית של הציבור. 'סל שירותי הבריאות' נחשב לאחד הטובים בעולם בהשוואה בינלאומית. את ההישגים בתחום בריאות האוכלוסייה ושביעות הרצון משירותי הבריאות יש הזקקים לזכות אופייה הציבורי של מערכת הבריאות בארץ ולזכות רמתו ואיכותו של כוח האדם בשירותי הבריאות. בעיית אי-השוויוניות בנגישות לשירותים והעלויות הגוברות של המערכת הן שתיים מתוך בעיות היסוד הבלתי פתורות עדיין.

ניתן לסווג את המוסדות והארגונים הפועלים במערכת הבריאות הישראלית מסווגים לארבעה שחקנים מרכזיים: משרד הבריאות, קופות החולים, ארגונים ציבוריים וחברות פרטיות. אליהם ניתן להוסיף גם האקדמיה וצה"ל כשחקנים בוירה.

משרד הבריאות

הזרוע הממשלתית המשמעותית ביותר במערכת הבריאות בישראל. המשרד אחראי על קביעת מדיניות הבריאות, פיקוח ובקרה על נותני השירות, מוסדות הבריאות והכשרת הצוותים הרפואיים (מתן רישיון לעיסוק ברפואה, סיעוד, פסיכולוגיה, מקצועות פרה-רפואיים), תקינה (כולל מכשור רפואי) וחקיקה. במקביל, המשרד מספק שירותים רפואיים לציבור (הוא הבעלים של רבים מבתי החולים), וכן גורם מבטח בתחומים מסוימים. במערכת הריכוזית מאוד בישראל מיניסטריון הבריאות יכול להשפיע באופן משמעותי ומהותי על כל רכיב במערכת הבריאות ועל בריאות הפרט.

קופות-החולים

פועלות בישראל 4 קופות חולים: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים מאוחדת וקופת-חולים לאומית. כל אזור חייב

הבסיס החוקי לפעילות מערכת הבריאות משמעותי לבחינה של הסדר עתידי בתחום האזורים. שלושה חוקים מרכזיים: חוק 'ביטוח בריאות ממלכתי', חוק 'זכויות החולה' ופקודת 'בריאות העם', מהווים תוספת חקיקתית משמעותית ומשנה מציאות בנוגע למערכת הבריאות:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד

החוק קובע חובת ביטוח בריאות לכל תושבי המדינה, וכל תושב זכאי לסל שירותי בריאות המוגדר בחוק. סל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות מורכב משני סלי שירותים, וכל אחד מהם הוא באחריות מוסדית אחרת: סל שירותי הבריאות שהאחריות לאספקתו היא של קופות-החולים ושירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי חולל שינוי תפיסתי: ממודל חווי וולונטרי בין קופות החולים למבטחיהן למודל של "פוליסה קולקטיבית" שבה המדינה היא "בעלת הפוליסה" ואחראית למימוןה מהמקורות שהיא אוגמת, לרבות ממיסוי המבטחים. הקופות הן המבטחות והמבטחים הם כלל תושבי המדינה הזכאים לשירותים על פי רשימה מפורטת. החוק הניע את מערכת הבריאות למעבר מזכות חוויית על פי התקשרות אישית של תושבי המדינה (המבטחים), תחת כללי המשפט הפרטי, ללא חובת ביטוח וללא חובה לבטח), ל"ביטוח חובה" סטטוטורי, המותיר מרווחים צרים בלבד לחופש פעולה של המבטחים או המבטחים.

בצידו השני של מטבע החובה: זכותו של כל תושב לקבל באמצעות אחת מקופות החולים לפי בחירתו מניפה רחבה של שירותים רפואיים מקיפים, אוניברסליים, שווים ושוויוניים במימון המדינה. מניפה זו מתעדכנת על ידי "וועדת סל הבריאות" מעת לעת, ואחריותה של המדינה היא לממן הסדר זה ממקורותיה הכוללים גם מס חדש - "דמי ביטוח בריאות".

המדינה היא האחראית לתחומי השירות הרפואי, אך קיימת הפרדה ברורה בין המקורות ואף המנגנון האדמיניסטרטיבי האחראי לגבייתם, לאיגומם ולהקצאתם (המוסד לביטוח לאומי) ובין המנגנון הרפואי (קופות החולים) המספק את השירותים למבטחים, ללא תלות במידת תרומתו הכספית של כל מבטח לסל המקורות.

יוזמות להכללת מבטחים פרטיים או גופים למטרות רווח נגנזו לאורך השנים מאז חקיקת חוק בטוח בריאות ממלכתי כך ששימור אופייה הציבורי של מערכת הבריאות היה למטרה קונצנזואלית של רוב הגורמים שלהם השפעה על מערכת הבריאות, כשרבים מן ההסדרים שנכללו בחוק בשנים האחרונות או אף במהלכי חקיקה מקבילים מעצימים את זהותה הציבורית של המערכת.

בהיבט מקומי הנוגע למקום אספקת השירות הרפואי, החוק שומר על עמימות יחסית ביחס לפרמטרים של איכות, מרחק וזמינות שעל פיהם יינתנו השירותים שבסל. סעיף 3 (ד) לחוק, קובע

כי "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". סעיף זה מבטא את ההבנה כי אין משמעות רבה לזכות לשירות רפואי אם קופת החולים חופשית לספקו בזמן, במרחק או באיכות הנראים לה, אך לצידה גם את ההכרה בכך שמקורותיה של המערכת אינם בלתי מוגבלים, ולכן פשרה מסוימת בין דרישות המבוטחים או ציפיותיהם ובין יכולתה של מערכת הבריאות להגשימן היא בלתי נמנעת.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו

החוק מעגן את ההלכות והעקרונות שנקבעו בפסיקות בתי-המשפט, בקודים האתיים של המקצועות הרפואיים ובהוראות משרד הבריאות, בכל הנוגע לזכויות החולה. עיקרי הנושאים שבהם דן החוק האמור:

- הזכות לקבל טיפול רפואי: "כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל". במצב חירום רפואי "זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה".
- איסור אפליה: "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה". עוד קובע החוק כי "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי גיל, ואולם אין רואים אפליה לפי סעיף זה כאשר ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים".
- הסכמה מדעת לטיפול רפואי: "לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת".
- שמירה על כבודו ופרטיותו של החולה: "מטפל, כל מי שעובד בפיקוחו של המטפל וכן כל עובד אחר של המוסד הרפואי ישמרו על כבודו ועל פרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי".
- זכות לנוכחות מלווה בטיפול רפואי: "מטופל זכאי לכך שאדם המלווה אותו, לפי בחירתו, יהיה נוכח בעת קבלת טיפול רפואי, ובלבד שהמלווה לא יתערב במתן הטיפול הרפואי".

פקודת בריאות העם – 1940

פקודה שנחקקה בשנת 1940 על ידי שלטונות המנדט הבריטי והוכנסה לספר החוקים בישראל. הפקודה מסדירה את פעילות מערכת הבריאות בתחומי: בריאות הציבור, סניטציה של מים וחלב, סידורי קבורה, רישוי מוסדות רפואיים, איכות הסביבה ועוד. מכוח פקודה זו מוסדרים בישראל בתקנות נושאים כגון: ניסויים רפואיים בבני אדם, הפריה חוץ-גופית ובקרת מחלות כולל מחלות מידבקות (למשל: קורונה).

טבלת סמכויות וסביבות ההשפעה על בריאות הפרט כיום של "שחקני מפתח" - תחומים עיקריים

ממשל מרכזי			
מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
<p>מ. התחבורה: כבישים אדומים, מבדקי רשות הרישוי (עיניים, כשירות, שלילה)</p> <p>מ. הרווחה: דחיקת תלות, תוכניות זיקנה ומוגבלויות</p> <p>מ. בטחון הפנים: עיר ללא אלימות, שיטור קהילתי</p> <p>מ. השיכון: מגורים לעת זיקנה</p> <p>מ. החינוך: חל"ב, שפ"י, עזרה ראשונה</p> <p>מ. הגנת הסביבה: אוויר נקי, מפגעים,</p> <p>מ. הבריאות: טיפות חלב, בריאות התלמיד, אפשריבריא, חיסונים, תוכניות מניעה לאומיות</p> <p>מ. חקלאות: פיקוח וטרינרי</p>	<p>מ. הבריאות: רגולציה, סל בריאות ממלכתי, בתי חולים, מרפאות בריאות הנפש, סיעודיים</p> <p>מ. הרווחה: תאונות עבודה, טיפול סיעודי בקהילה, מוסדות חוץ ביתיים</p> <p>מ. הפנים: תמ"א 49</p>	<p>מ. בטחון: כוחות הבטחון, איבה, ישובים בקו העימות בטוח לאומי: עפ' נכויות וגיל</p> <p>מ. הבריאות: מרכזי שיקום, כולל נפש וגריאטריה</p>	<p>רישוי רופאים, אחיות, מקצועות בריאות ותברואה הכרה במוסדות לימוד וקורסים ותוכניות ייחודיות (ענבר), ייעודי במ. החינוך, ייעודי בהגנת הסביבה</p>

הפקודה מתירה למנכ"ל משרד הבריאות (שלטון מרכזי) שורה של פעולות הנכנסות לתחומי הרשות המקומית, השכונה ובתי התושבים כגון: "רשאי בכל שעה נאותה משעות היום להיכנס לבית או למקום אשר יש לו יסוד להאמין כי קיימת בו מחלה מידבקת או כי לא מכבר הייתה קיימת בו מחלה מידבקת, ולבדוק אותם וכן רשאי הוא לבדוק כל אדם שנמצא באותם הבתים או באותו המקום" וכמו כן: "חיסויים, בנייתם מחדש, תיקונם, החלפתם או סגירתם של כל הספקת מים ביתית, בית כסא, משתנה, אסלה, מיתקן ביוב או מיתקן סניטרי" וגם: "סילוקם ואופן ביעורם של כל אשפה, צואה ופסולת מכל בנין פרטי או ציבורי או מכל דרך, רחוב או מקום ציבוריים".

בה בעת, הפקודה מסמיכה כל רשות מקומית למסור ליוצר המפגע הודעה ולפרט מה עליו לעשות לשם סילוק המפגע. אי קיום אחר דרישות ההודעה הוא עבירה פלילית. כאשר הרשות המקומית נמנעת מלהשתמש בסמכות זו, רשאי הממונה על איכות הסביבה שהוסמך על ידי השר להגנת הסביבה לדרוש ממנה לעשות כן, ואם לא נענתה לדרישה לעשות שימוש בסמכות במקומה.

בנוסף, בכל כפר רשאית הרשות הכפרית לספק את אמצעי התיעול הדרושים ולהחזיק את הספקת המים המתאימה והמספיקה לצרכים ציבוריים ופרטיים, ולצורך זה רשאית היא לבנות ולהחזיק מפעלי מים, לחפור בארות, ולעשות כל פעולות שתהיינה דרושות; להתקשר בחוזה עם כל אדם בדבר הספקת מים; לחפור ולהחזיק תעלות וביבין ומפעלים להזרמת מי שופכין: בתנאי כי כל תכנית של הספקת מים או תיעול תהא זקוקה לאישורו של מנכ"ל משרד הבריאות.

תמונת המצב הקיים

בעבודה זו בחרנו לתאר את המצב הקיים בישראל בשתי טבלאות משלימות זו את זו: הטבלה הראשונה, מתארת את עולם הבריאות כשהוא מחולק לארבעה תחומים: מניעה, טיפול, שיקום, וכוח-אדם והדרכות ובכל אחד מהם מובאות דוגמאות מרכזיות לאחריות, לסמכות ולפעילות של גורמי השלטון ברמותיהם השונות בכל אחד מן התחומים הנ"ל. הטבלה השנייה מדגימה את חלוקת האחריות והביצוע בתחומי חיים עיקריים ביחס לשתי קטגוריות: השלטון המרכזי (ממשלה) והשלטון המקומי (רשויות מקומיות ואשכולות).

אשכולות אזוריים

מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
<p>יחידות הבריאות האזוריות תשתיות:</p> <p>שבילי אופניים (גליל מערבי)</p> <p>וטרנריה:</p> <p>(גליל מזרחי, נגב מערבי)</p>	(-)	גליל מזרחי (מוגבלויות) נגב מערבי UP 60+	קורס מקדמי בריאות, שת"פ אקדמיה

רשויות מקומיות

מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
<p>כיבוי אש, שיטור קהילתי, ועדת משק לשעת חירום מקומית, הקצאת שטחים ירוקים הספקת מים, ביוב, ניטרול פסולת גורמים מזהמים ברשות, אוריינות בריאות במרכזים קהילתיים, תשתיות ועידוד פעילות גופנית, פיקוח (עישון, עסקים)</p>	<p>הקצאת שטחים חומים לבריאות בקהילה, שירותים בפועל עי' מח' לשירותים חברתיים, עו"ס חוק סיעוד, מרפאות עירוניות ייעודיות (לוינסקי), דרי רחוב</p>	<p>שירותים בפועל עי' מח' שירותים חברתיים, עו"ס חוק סיעוד</p>	

קופות חולים

מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
<p>בדיקות סקר, תוכניות התערבות פרטניות וקבוצתיות, היענות למבחני תמיכה לאומיים</p>	<p>רופאי משפחה, מומחים, מכונים, בתי חולים</p>	<p>מוסדות שיקום, שיקום ביתי,</p>	<p>הכשרה תוך שירות, בתי"ס לאחיות, מקצועות בריאות</p>

חברה אזרחית

מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
<p>לפי מחלות (מלחמה בסרטן), מיצוי זכויות, יעוץ והכוונה</p>	<p>בתי חולים ציבוריים (הדסה)</p>	<p>השאלת עזרים (יד שרה)</p>	(-)

סקטור פרטי

מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
<p>בריאות התלמיד, חדשנות</p>	<p>אישפוז בית, שר"פ, מרפאות מומחים ייעודיות, טיפולים ייחודיים (תא לחץ)</p>	<p>שיקום בית</p>	(-)

טבלת חלוקת סמכויות בתחום הבריאות בין הממשל המרכזי לרשויות המקומיות בישראל (2023)

ממשל מרכזי	רשויות מקומיות
<p>בריאות - רפואה מונעת וראשונית:</p> <p>מדיניות חיסונים ויישומה</p> <p>הנחיות בריאות ציבור ופיקוח על קופות החולים</p> <p>תיקצוב סל בריאות, כולל שיניים ופה</p> <p>בדיקות ניטור גורמי סיכון</p> <p>פיקוח על בריאות בגבולות שת"פ אזוריים (רש"פ) ובני"ל</p> <p>אפשריבריא</p> <p>הקמת יחידות בריאות ברשויות ערביות</p> <p>הקמת פורטאל דאטה לרשויות מקומיות</p>	<p>בריאות - רפואה מונעת וראשונית:</p> <p>הקמה והפעלה של טיפות חלב</p> <p>הקמה והפעלה של מרכזי יום לקשיש</p> <p>קמפיינים בתחומי אורח חיים בריא</p> <p>מקדם בריאות "אפשריבריא בעיר"</p> <p>יחידות בריאות עצמאיות במימון הרשות</p> <p>הקמת מתקני ספורט ותשתיות ספורט</p> <p>קידום בריאות באמצעות החברה למתנ"סים</p> <p>מקדם בריאות מטעם "רשת ערים בריאות"</p>
<p>בריאות - רפואה שניונית - יעוצית:</p> <p>קופות החולים: כללית, מאוחדת, מכבי, לאומית</p>	<p>בריאות - רפואה שניונית - יעוצית:</p> <p>הקצאת שטחים למרפאות קופות החולים</p> <p>מוקדי חירום (טר"מ, ביקור רופא</p>
<p>בריאות - רפואה שלישונית:</p> <p>בעלות על בתי חולים כלליים, ברה"נ, מר"ג</p>	<p>בריאות - רפואה שלישונית:</p> <p>בעלות, ניהול בית חולים עירוני</p>

מיפוי החסמים המרכזיים בקידום בריאות בישראל כיום

מדינת ישראל מהווה מודל להשראה על ידי מרבית מדינות העולם בתחום הבריאות. תוחלת החיים בישראל הנה מן הגבוהות בעולם (80.5 גברים, 84.6 נשים) עם עלייה מרשימה של יותר מ-10 שנים בתוחלת החיים בהשוואה ל-1970. סל השירותים במימון המדינה, באמצעות חוק בטוח בריאות ממלכתי נחשב לנדיב בעולם. ה"אגיליות" של מערכת הבריאות, שיתופי הפעולה עם צה"ל והרשויות המקומיות והמנהיגות הלאומית בהתמודדות עם מגפת הקורונה שהביאו להתחסנות מהירה ומקיפה של כלל תושבי ישראל העלו על נס גם את שירותי בריאות הציבור. במדדי יעילות מערכת הבריאות ישראל מדורגת במקום ה-6 המצוין¹⁰. רמת המחקר והפרסומים המדעיים ברפואה ובריאות בישראל, כמו גם חדשנות, פיתוחים טכנולוגיים ומספרן של חברות הזנק ביו-מד בארץ מצטרפים להיות בריאות ישראל מושא להערכה רבה בעולם.

בהשוואה למדינות OECD להלן מספר נתונים נוספים להשוואה:

- שיעור תמותת תינוקות בישראל נמוך ביותר (במיוחד ללא שעורי תמותה בחברה הבדואית): 3.1 פטירות לאלף לידות חי לעומת ממוצע של 4.2 בקרב מדינות OECD.
- שיעור צריכת האלכוהול בישראל נמוך משמעותית (3.1 ליטרים בשנה לעומת 8.8 ליטר).
- שיעור השמנת היתר באוכלוסייה בישראל עמד על 17.7%, בדומה לממוצע ב OECD.
- שיעור הפרייון בישראל הוא גבוה ביותר: 2.90 לידות לאישה בישראל לעומת 1.61 לידות לאישה ב OECD¹².
- שיעור הניתוחים הקיסריים בישראל הוא הנמוך מבין מדינות הארגון ועומד על 151 ניתוחים לאלף לידות חי לעומת 276 ניתוחים לאלף לידות בשאר מדינות הארגון.
- שיעור ההתאבדויות בישראל הוא מהנמוכים בקרב מדינות הארגון: 6 ל-100 אלף תושבים בישראל לעומת 11.6 לאלף תושבים ב OECD.
- שיעור המעשנים מהאוכלוסייה בגיל 15 ומעלה בישראל הוא ממוצע ביחס למדינות ה OECD (16.4%)
- שיעור השמנת היתר באוכלוסייה אף הוא ממוצע (17.7%)

9 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2022). תוחלת חיים לפי מין, דת וקבוצת אוכלוסייה. 15.9.2022.

10 Bloomberg Health Care Efficiency

11 מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2019

12 ילודה ופרייון בישראל 2020

במדדי מערכת, ישראל בפערים ניכרים ממדינות OECD אחרות:

- ישראל ניצבת במקום השלישי באחוז המחזיקים בביטוחי בריאות פרטיים (84.1%)
- שיעור ההוצאה על בריאות מהתוצר בישראל נמוך: 7.5% (מקום 27 מתוך 37 בדירוג המדינות)
- שיעור ההוצאה הציבורית מתוך סך ההוצאה על בריאות הינו מן הנמוכים (65%) לעומת 74% בממוצע.
- שיעור הרופאים הפעילים לאלף נפש נמוך בכ-9% מהממוצע (3.3 רופאים לאלף נפש) וכך גם שיעור האחיות: 5 אחיות לאלף נפש.
- שיעור המיטות לאשפוז כללי בישראל נמוך: 2.2 מיטות לאלף נפש לעומת ממוצע של 3.5 במדינות OECD
- שיעור מכשירי ה-MRI למיליון תושבים בישראל עומד על 5.1, מהנמוכים בכל מדינות OECD

הנתונים מצביעים על 9 כשלים מרכזיים בתמונת המצב בבריאות כיום בישראל:

1 רשימות המתנה ארוכות לרופאים מומחים והליכים אלקטיביים:

בשנת 2022, זמן ההמתנה הממוצע לרופא מומחה בישראל עמד על 2.5 חודשים. עבור הליכים מסוימים, כגון ניתוח החלפת מפרק הירך, זמן ההמתנה יכול להיות ארוך עוד יותר¹³. קיים מחסור הולך וגדל בצוות רפואי הכולל רופאים, אחיות, פרא-רפואיים ורוקחים. למעשה יש בישראל פיגור עצום בהכשרה של צוותי רפואה, כאשר יש המחסור הוא דרמטי ברופאים ואחיות, במיוחד בצפי שחלק ניכר מהרופאים כיום יפרשו לגמלאות תוך שנים ספורות.

2 מחסור במיטות אשפוז ובתשתיות:

שנת 2022 היה חסר של כ-20,000 מיטות אשפוז בישראל. מחסור זה נובע ממספר גורמים, לרבות הזדקנות האוכלוסייה והביקוש הגובר לשירותי בריאות ובעיקר הימנעות מבנייה של בתי חולים חדשים (להוציא את אסותא-אשדוד). בנוסף, קיימת תת השקעה בהון פיזי: בהקמת בתי חולים, במיטות בבתי חולים הקיימים, ובמרפאות לרפואה דחופה בפריפריה

13 מחדל התורים - חלק א

3 עלות גבוהה של שירותי בריאות:

עלות גבוהה של שירותי בריאות: עלות הבריאות בישראל גבוהה, הן ליחידים והן לממשלה. בשנת 2022, משק בית ישראלי ממוצע הוציא 11% מהכנסתו על שירותי בריאות. תקציב מערכת הבריאות בחסר כרוני. בשנת 2021 אחוז ההוצאה הלאומית השוטפת (ללא השקעות) לבריאות מהתוצר המקומי הגולמי בישראל היה 7.8% - נמוך מהממוצע (9.5%) במדינות ה-OECD¹⁴.

4 חוסר תיאום בין חלקי המערכת:

לעתים קרובות יש חוסר תיאום בין "השחקנים" העיקריים והמשניים במערכת הבריאות. לצד משרד הבריאות משרדי ממשלה שונים עוסקים אף הם בהיבטים של בריאות (חקלאות, שיכון, רווחה, ביטחון פנים), אך אינם משתפים די פעולה זה עם זה. כך גם קופות החולים, הנמצאות מחד בגירעון מתמיד ומאידיך בתחרות האחת בשנייה בהשקעות עתק בשיווק. אבן נגף משמעותית הנה בהעברת וזרימת מידע בתוך מערכת הבריאות. מטופלים מקבלים טיפול מקוטע, ומידע חשוב אינו עובר בין חלקי המערכת וחוסר מאוד רצף טיפולי בין אשפוז לקהילה, בין מניעה לטיפול ובין בריאות פיזית לנפשית.

5 אתגר השקיפות במערכת הבריאות:

משרד הבריאות הנו הרגולטור, המבטח והבעלים של בתי חולים ושירותי בריאות בקהילה ולמעשה נמצא בניגוד עניינים¹⁵. אתגר השקיפות מקשה על מטופלים להבין כיצד פועלת המערכת ומה הן זכויותיהם.

6 פערים בהצלחות בקידום בריאות: בישראל יש שיעור גבוה של השמנת יתר וסוכרת, חוסר

נגישות מספקת לשירותי בריאות גורמים לפערים, לצד הצלחה חלקית של קמפינים לקידום בריאות.

14 ההוצאה הלאומית לבריאות 2021

15 מתוך: סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות 2015, מרכז המחקר והמידע, הכנסת

7 פערי בריאות בין קבוצות סוציאקונומיות ותת-קבוצות חברתיות שונות:

אנשים מקבוצות סוציו-אקונומיות נמוכות נוטים יותר להיות חולים ולמות בטרם עת מאשר אנשים מקבוצות סוציאקונומיות גבוהות יותר. מדדי הבריאות באוכלוסייה היהודית טובים בהרבה מן האוכלוסייה הלא-יהודית¹⁶. ההתרחבות של המערכת הפרטית בבריאות לעומת הציבורית תורמת להגדלת אי השוויון בישראל, גם בפן הבריאותי וגם בפן הכלכלי. מצב בריאותי משליך בעוצמה על יכולת ההשתכרות של כל אדם, ולהפך. אי השוויון בבריאות בא לידי ביטוי מובהק בפערים הגדולים בגישה לשירותים רפואיים תוך פרק זמן סביר: תורים ארוכים במערכת הציבורית, לעומת גישה מהירה לאלה שיכולים להרשות לעצמם את עלויות המערכת הפרטית¹⁷.

8 אי שוויון שירותי בריאות בין אזורים גיאוגרפיים שונים:

קיים אי שוויון בשירותי בריאות בין אזורים גיאוגרפיים שונים. אנשים המתגוררים בצפון או בדרום הארץ כמו גם אלה הגרים באזורים כפריים נוטים יותר להתקשות בגישה לשירותי בריאות איכותיים מאשר אנשים המתגוררים באזורים עירוניים או בשכונות במרכז: פיזור מומחיות ברפואה ראשונית, שניונית ושלישונית.

9 חוסר נגישות לטיפול רפואי עבור אנשים עם מוגבלות ומצבים בריאותיים כרוניים: אנשים

עם מוגבלות ומצבים בריאותיים כרוניים מתקשים פעמים רבות בגישה לטיפול רפואי איכותי ושיקום. זה יכול להוביל להחמרה במצבם או אפילו למוות. לדוגמה, אנשים עם מוגבלות עלולים להתקשות להגיע לפגישות רופא או לקבל את הטיפול הדרוש להם בשל מגבלת נידודת, זמינות של רופאים מומחים ו/או מסגרות שיקום וגריאטריה. זאת חרף קיומם של חוקים מתקדמים כגון: חוק הנגישות, שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות.

16 יחס בין יהודים לערבים במדדי איכות חיים

17 טרכטנברג מ. (2020). מערכת הבריאות על פרשת דרכים. מחקר מוסד שמואל נאמן. הטכניון. מרץ 2020.

3

אזורים הבריאות בעולם – מקרי בוחן

—

ביזור הבריאות בעולם:

מקרי בוחן

ביזור משמעו ארגון מחדש של מערכות היחסים בין השלטון המרכזי למקומי על ידי יצירת מאזן מחדש של אחריות משותפת. מאזן סמכויות חדש, אשר ילווה בבחינה של תוצאות לצד מערך תיקון מתמיד ויוביל לשיפור ולהתייעלות מתמדת של כלל המערכות הציבוריות. במדינות בעולם, ביזור סמכויות היא אחת המגמות המובילות בעשורים האחרונים, הן ברמת השלטון המקומי והן ברמות הביניים של השלטון האזורי (בין אם לאזורים קיימים או לאזורים חדשים)¹⁸.

סקירת ספרות ממוקדת של מאמרים ודו"חות מאירופה, ארה"ב, אוסטרליה וארגונים בינלאומיים¹⁹ הצביעה על יתרונות ועל חסמים לארגון מחדש של מערכת יחסים בין שלטון מרכזי לשלטון אזורי (פרובינציות) ולשלטון מקומי (ערים). ברקע גם העובדה כי בכל יממה עוברים בעולם כ-180,000 בני אדם מהספר אל העיר, כך שניהול צרכי התושב (כולל בריאות) ברשויות מקומיות עירוניות נהיה מורכב עוד יותר. מקובלת התייחסות לשלטון מרכזי, שלטון אזורי ושלטון מקומי כמתואר בתרשים ובטבלה הבאים.

רמה מקומית	רמת בינים איזורית	רמה על איזורית
עיקר השירותים הקהילתיים:	תחומי האחריות שנקבעו לפי רמת התפקוד האזורית והאזור הגיאוגרפי:	שירותים בעלי עניין אזורי:
חינוך (גני ילדים, חינוך קדם-יסודי וחינוך יסודי)	השכלה תיכונית או חינוך מיוחד	השכלה תיכונית / גבוהה והכשרה מקצועית
רשתות שירות מקומיות (מים, ביוב, פסולת)	שירותים על-מוניציפליים בתחום הרווחה והנוער	תכנון מרחבי
כבישים מקומיים ותחבורה ציבורית עירונית	בתי חולים שניונים	פיתוח כלכלי אזורי וחדשנות
שירותים חברתיים מקומיים (תמיכה למשפחות וילדים, קשישים, מוגבלים, עוני, זכויות סוציאליות)	איסוף וטיפול בפסול	בריאות (רפואה שניונית ובתי חולים)
רפואה ראשונית ומונעת	כבישים משניים ותחבורה ציבורית	שירותים חברתיים (למשל שירותי תעסוקה, תמיכה באוכלוסיות מיוחדות)
בילוי (ספורט) ותרבות	סביבה	כבישים אזוריים ותחבורה ציבורית
סדר ובטיחות (כיבוי אש, שיטור מקומי)		תרבות, מורשת ותיירות

 <p>רמה מקומית מנעד רחב של אחריות סמכות כללית תפקידים ייחודיים הקבועים בחוק</p>	 <p>רמת בינים איזורית התמחות בסוגיות על-מוניציפליות סיוע לרשויות מקומיות. רמה זו עשויה לבצע גם תפקידים המוטלים על ידי השלטון המרכזי.</p>	 <p>רמה על איזורית משתנה לפי מדינות במיוחד בין מדינות פדרליות ואוניטריות</p>
--	---	---

18 OECD. (2019). Making Decentralization Work: a Handbook for Policy Makers (p. 81). Paris: OECD Publishing.

19 שנקר י. (2023). הרשות המקומית מקדמת בריאות תושביה: מדיניות, תוכניות ומחוננים. נייר מדיניות. משרד הבריאות. דצמבר 2023

להלן מספר דוגמאות:

אזוריות בבריאות במדיניות של ארגונים בינלאומיים משפיעים

ארגון הבריאות העולמי (WHO)

היוזמה של האזור האירופאי של ארגון הבריאות העולמי להקמה, תכלול והעצמה של "רשת ערים בריאות" מהווה זה 30 שנים דוגמה בינלאומית ייחודית לחיבוריות בין בריאות ועירוניות. העקרונות של רשת זו מאפשרים התאמה יעילה של מדיניות והתוכניות לאומיות ומקומיות, כפי שמובא באיור הבא.



מודל ארגון הבריאות העולמי "לעיר בריאה"

שמירה על איכות הסביבה	פיתוח כלכלי מקומי, תיירות, ירידי מסחר
דיור ציבור	סביבה (אזורים ירוקים)
סדר ציבורי ובטיחות משטרה והגנה אזרחית	דיור ציבור
פיקוח על השלטון המקומי (במדינות הפדרליות ולא במדינות אוניטריות כמו ישראל)	אדמיניסטרציה ואישורי פעילות מקומיים

מדינות בעולם, היתרונות לאחריות משותפת בבריאות²⁰ כוללים: יכולת לשפר את היעילות, האיכות וההיענות של מערכת הבריאות לצרכי התושבים, התאמה של שירותי הבריאות לצרכי הקהילות המקומיות וכן שיפור האחריות והשקיפות והעצמה של מקבלי החלטות המקומיים. חלק מהיתרונות בתחום שירותי הבריאות כוללים יעילות מוגברת, שכן לרשויות המקומיות והאזוריות יש הבנה טובה יותר של צרכי שירותי הבריאות המקומיים ויכולות לקבל החלטות מושכלות יותר לגבי הקצאת משאבים. זה יכול גם להוביל לגישה שוויונית יותר לשירותי בריאות, שכן ניתן להקצות משאבים על סמך צרכים וסדרי עדיפויות מקומיים.

ניתן להתייחס בנפרד ליתרונות של אחריות משותפת של שירותי הבריאות לרשויות מקומיות לעומת אזורים/ אשכולות, בהם הדבר עשוי להיות כרוך באחריות רחבה יותר לתכנון ותיאום שירותי בריאות באזור גיאוגרפי גדול יותר. ברמה האזורית קיים פוטנציאל לתכנון שירותי בריאות מתואמים ואסטרטגיים יותר, הזדמנות למנף יתרונות לגודל ומומחיות על פני אזור גיאוגרפי גדול יותר וכן, פוטנציאל להון עצמי גדול יותר במתן שירותים.

עם זאת, יש גם חסרונות פוטנציאליים למהלך כזה. אתגר למשל הוא שאחריות משותפת (שלטון מרכזי ומקומי) עלול להוביל לפיצול וחוסר עקביות במתן שירותי בריאות באזורים שונים ולהגדיל אי-שוויון בבריאות. קיים גם סיכון שלא יהיו לרשויות המקומיות את המומחיות או המשאבים הדרושים כדי לקבל החלטות יעילות לגבי שירותי בריאות, דבר שיוביל לחוסר יעילות או לתוצאות לא אופטימליות. ברמת אזור/אשכול החסרונות עלולים לבוא לידי ביטוי בבירוקרטיה ומורכבות ניהולית, פוטנציאל לניתוק מהקהילות המקומיות וצרכי הבריאות שלהן, ואתגרים בהתאמת סדרי עדיפויות מקומיים עם אסטרטגיות אזוריות.

UN-HABITAT & WHO (2020). Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook. Geneva. 20

הארגון לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי בינלאומי של המדינות המפותחות (OECD)

ה-OECD זיהה את ייעול מערכת הבריאות כאחד היעדים בתחום הממשל והניהול באופן כללי וכיעד לפתרון אתגר עכשווי (ודחוף) במסגרת רפורמות לקידום אזוריות וביזור, כפי שמוצג בתרשים.

אף על פי שה-OECD מעודד מאוד תהליכי אזוריות, הוא מצביע על כשלים פוטנציאליים: חשש ליצירת מבנה מסורבל, סיכון של העברת משאבים לא מספקת והיעדר יכולות אזוריות לביצוע תכנון אסטרטגי מתאים באזורים מרוחקים. קיימת מחלוקת לגבי גודל מיטבי של אשכולות שכן קשה מאוד לזהות גודל מיטבי לאספקה יעילה של שירותים ציבוריים. בנוסף, כשלים עלולים להיות גם בכך שאין שום עדות לתמיכה של התושבים ברפורמות האזוריות, הן בגלל היעדר התייעצות והעובדה שהמחוזות הן יחידות טריטוריאליות ותיקות, עם זהות חזקה.

חלוקת סמכויות בבריאות בין רשות מקומית לאזורית וללאומית אופיינה באירופה ועשויה לשמש אותנו בנייתוח הרצוי בישראל בפרקים הבאים. מערכות בריאות באירופה מציגות חמישה סוגים עיקריים של מודלים במערכות ניהול בריאות בהתייחס לתפקיד של שחקנים מקומיים ואזוריים בהשוואה לשלטון המרכזי²³:

סוג 1:

'מבוזר'

(כולל חמש מדינות: איטליה, ספרד, אוסטריה, גרמניה ובריטניה)

- במדינות אלו לרשויות האזוריות יש סמכות חקיקה בכל הנוגע לבריאות - או לתחומים ספציפיים של בריאות, כגון טיפול באשפוז באוסטריה.
- הרשויות המקומיות בדרך כלל אחראיות לניהול (ממדיניות לתכנון ועד לארגון) ולתפעול מערכת הבריאות בתוך המינהלות העצמאיות שלהם.
- למעט בריטניה, המימון באמצעות תקציבים תת-לאומיים (כאחוז מהתמ"ג) גבוה בהרבה מהנתח הלאומי.
- לרשויות אזוריות (ולרוב גם לרשויות מקומיות) יש הרשאה לגייס הכנסות, בעיקר באמצעות מיסוי, ולהחזיק בעלות על מתקני בריאות (למשל בית חולים עירוני).
- בכל המקרים, הרשויות האזוריות אחראיות גם לבריאות הציבור, שיישומה מועבר לרוב לרשויות מקומיות (למשל בגרמניה).

23 Soldi R, Odone C (2017). The management of health systems in the EU Member States: the role of local and regional authorities, European Committee of the Regions.

עקרונות אלה מתכתבים עם הצורך להעצים ערים בבריאות כך שיוכלו להשיג שינוי לטובה, להתמודד עם אי שוויון ולקדם ממשל תקין ומנהיגות לבריאות ולרווחה, חדשנות, שיתוף ידע ודיפלומטיה בריאותית ברמת העיר תוך בדגש על: אנשים (PEOPLE), השתתפות (PARTICIPATION), שגשוג (PROSPERITY), כדור הארץ (PLANET), מקום (PLACE) ושלום (PEACE)

בדו"ח עדכני מציג WHO יחד עם ארגון ה-HABITAT של האו"ם מספר עקרונות ליצירת אחריות משותפת בתכנון סביבות בריאות בין שלטון מרכזי למקומי²¹:

שותפות בכל היבטי התכנון העירוני:

לסביבה הבנויה יכולה להיות השפעה משמעותית על הבריאות, וחשוב לקחת בחשבון את הבריאות בעת קבלת החלטות משותפות בוועדות תכנון מחוזיות ועירוניות לגבי שימוש בקרקע, תחבורה, דיור ומרחב ציבורי.

הצורך בשיתוף פעולה רב יותר בין בריאות ומתכנני ערים:

למומחי בריאות ולמתכנני ערים יש נקודות מבט ומומחיות שונות, אבל יש להם מטרה משותפת ליצור ערים בריאות. על ידי עבודה משותפת הם יכולים לפתח פתרונות יעילים וברי קיימא יותר לשיפור הבריאות²².

חשיבות מעורבות הקהילה:

ישנה חשיבות של מעורבות תושבים בתהליך התכנון משלב ההתחלה. מעורבות אורחית תסייע להבטיח שהתוכניות ייענו לצרכי הקהילה ושהן בנוות קיימא לטווח הארוך.

הצורך במעקב והערכה:

חשוב לעקוב ולהעריך את ההשפעה של יוזמות תכנון עירוני לקידום בריאות. המעקב יסייע להבטיח שיוזמות אלו יהיו אפקטיביות ושהן עונות על צרכי הקהילה.

21 UN-Habitat and WHO. (2020). Integrating Health in Urban and Territorial Planning: A sourcebook.

22 תוכנית 100MUNI של ג'וינט אשל היא דוגמא טובה בתחום הזיקנה.

טבלת אתגרים במסגרת רפורמות לקידום אזוריות וביזור במדינות OECD²⁴
 (על פי: עושים את זה נכון – ביזור בראייה עולמית, OECD 2019) תרגום: ג'וינט אלכא)

מטרת מדיניות רחבה
שיפור התחרותיות והצמיחה האיזורית

מטרות ממשל וניהול	פתרון אתגרים נוכחיים	טיעוני נגד
באזורים גדולים יותר המסה הקריטית גדולה יותר, יש יותר משאבים ליישום אסטרטגיות יעילות לפיתוח אזורי ולכן הם יכולים לטפח תיאום תוך-אזורי וליישם תכנון טריטוריאלי משולב יותר.	היעדר אסטרטגיות פיתוח אזורי – האסטרטגיות מקוטעות מדי או שייכות בלעדית לממשל המרכזי. (TOP DOWN)	לעיתים, שוקי העבודה המקומיים קטנים יותר מרשויות אינדיבידואליות, בחלק מהמקרים אתגרי תיאום יכולים להיפתר באמצעות הסדרי תיאום בין-רשותיים.
גישה טובה יותר לידע מקומי, תיקון אסימטריה במידע.	צורך בתכנון מרחבי משופר ברמה האזורית.	הסיכון שבהעברת משאבים לא הולמת ובהיעדר יכולות אזוריות לתכנון אסטרטגי הולם באזורים מרוחקים.
שיתופי פעולה ציבוריים עם גורמים חיצוניים מקומיים/אזוריים חזקים קשים לפיתוח אזורי בנושאים כגון חדשנות, מדיניות שוק העבודה ותחבורה ציבורית. הגיוני שהאזור יקבל אחריות גדולה יותר מסיבות של קרבה או ידע מקומי והתאמה טובה יותר של המדיניות לתחומים הפונקציונליים. אחרים סבורים שממשלות מרכזיות נהנות מהאפשרות הטובה ביותר לאספקת שירותים יעילה, מסיבות של גודל או יכולת.	צורך בסינרגיה משופרת במספר תחומי מדיניות סקטוריאליים (כגון תשתית, חדשנות, השכלה גבוהה, דיור, שוק עבודה). צורך בשיתוף פעולה מוגבר: כדי להגיב למגמה האזורית המתרחבת בשוק העבודה הפונקציונלי.	הפנמת זליגות, אספקת שירות ציבורי באיכות טובה יותר שיתוף פעולה בין רשותי משופר.

מטרת מדיניות רחבה
יצירת יתרונות לגודל באספקת שירות ציבורי

מטרות ממשל וניהול	פתרון אתגרים נוכחיים	טיעוני נגד
שיפור היעילות במערכת בריאות.	קיטוע באחריות לאספקת שירות ציבורי בתחומי מדיניות רבים (תשתית, תחבורה, בריאות, דיור וכולי).	הסיכון שביצירת קונסטרוקציות מגושמות.
יתרונות לגודל בשירותי שוק עבודה, תחבורה ציבורית, תשתית.	הפנמת זליגות, אספקת שירות ציבורי באיכות טובה יותר שיתוף פעולה בין רשותי משופר.	יוכוח הגודל המיטבי: קשה מאוד לזהות גודל מיטבי לאספקה יעילה של שירות ציבורי
טיעוני נגד הנוגעים ליעילות, מטעם צדדים הסבורים שיחידות קטנות יותר עשויות להיות יותר יעילות ופחות בירוקרטיות הודות לידע מקומי טוב יותר, ליכולת לבחור אמצעים המותאמים יותר לצורכי לקוחותיהן וליכולת להתאים את אספקת השירות לשינויים בביקוש המקומי.		טיעוני נגד הנוגעים ליעילות, מטעם צדדים הסבורים שיחידות קטנות יותר עשויות להיות יותר יעילות ופחות בירוקרטיות הודות לידע מקומי טוב יותר, ליכולת לבחור אמצעים המותאמים יותר לצורכי לקוחותיהן וליכולת להתאים את אספקת השירות לשינויים בביקוש המקומי.

OECD. (2019). Making Decentralization Work: a Handbook for Policy Makers (p. 81). Paris: OECD Publishing

ניתן לאפיין שתי נטיות ברורות במערכות מבוזרות אלה: האחת, **חיזוק שיתוף הפעולה הבין-רשותי** שבא לידי ביטוי בקיום מנגנוני תיאום בין גורמי המערכת השונים. למשל באיטליה קיימת ישות מתאמת על-אשכולית או אוסטריה, שם הוקמו ועדות היגוי חדשות ברמה האזורית. השנייה, **חיזוק התחרות במערכת הבריאות**, דרך שימת דגש על הפרטת שירותי הבריאות. זה המקרה של גרמניה ושל בריטניה.

ביזור זה אינו רק חיובי. הוא עלול לגרום לפערים באופן שבו שירותי הבריאות ניתנים במחוזות שונים ברחבי המדינה. בעיה זו מוכרת בספרד ובאיטליה. דאגות אחרות במערכות מבוזרות עשויות להתייחס לאוטונומיה של מימון. באוסטריה, למשל, האוטונומיה ביכולת גיוס הכנסות ברמה המקומית מוגבלת בהשוואה לאחריות שהרשויות נושאות בה. בספרד, האוטונומיה של האזורים בהחלטות בנושא ההוצאות לבריאות מגבילה את היכולת של הממשלה לשלוט בקיימות הפיננסית של המערכות האזוריות.

סוג 2:

'מבוזר חלקית'

כולל שש מדינות: שוודיה, פינלנד, דנמרק, קרואטיה, בלגיה ופולין

במדינות אלו, חלק מהאחריות והתפקודים של מערכת ניהול הבריאות מועברים לרשויות מקומיות ו/או אזוריות. בשוודיה, פינלנד ודנמרק, למשל, רשויות תת-לאומיות אחראיות על ארגון ו/או מתן טיפול ראשוני ומשני.

בכל המדינות, מימון בריאות באמצעות תקציבים תת-לאומיים (כאחוז מהתמ"ג) גבוה בהרבה מהנתח הלאומי, למעט בלגיה שבה הנתח הלאומי והתת-לאומי שווה ערך.

במערכות המבוזרות בחלקן, רשויות תת-לאומיות מחזיקות ו/או מנהלות מתקני בריאות, בעלות הרשאה לגיוס הכנסות ואחריות מימון, והן מעורבות בפעילויות קידום בריאות ומניעה. למדינות השייכות לסוג זה יש רמות שונות של פיתוח נושא הביזור, ומלבד בלגיה, שבה הרפורמה במדינה (2014) העניקה לרשויות האזוריות יותר אחריות ושליטה בהוצאות בקרואטיה, מתרחשת אבולוציה במונחים של ארגון מחדש של סמכויות ויחסים פיסקאליים בין השלטון המרכזי למקומי, בעוד שבשבידיה ובדנמרק צפוי תיאום ושיתוף פעולה הדוק יותר בין רמות הממשלה הרלוונטיות של המערכת. בפינלנד מגמה מעניינית בה תועבר האחריות על שירותי הבריאות מהרמה המקומית לאשכולות אזוריים שהוקמו שם לאחרונה.

סוג 3:

'מבוזר אופרטיבית'

כולל תשע מדינות: ליטא, בולגריה, סלובקיה, סלובניה, רומניה, אסטוניה, הונגריה, צ'כיה ולטביה

לרשויות המרכזיות יש תפקיד חשוב ומוביל במערכות ניהול הבריאות של מדינות אלו. עם זאת, רשויות תת-לאומיות מחזיקות ומנהלות מתקני בריאות וכתוצאה מכך יש להם תפקיד תפעולי במתן שירותי בריאות. הרלוונטיות של תפקיד אופרטיבי זה משתנה בין מדינות. למשל, הוא גבוה בליטא ובצ'כיה וצנוע בהונגריה ובלטביה. במערכות המבוזרות מבחינה אופרטיבית, המימון מתקציבים תת-לאומיים מוגבל ונמוך מזה של החלק הלאומי. הנטייה של מערכות אלו לכיוון ביזור היא פחות שכיחה הגם שניכרת עלות-תועלת נמוכה של המערכות במצב הנוכחי

סוג 4:

'מרוכז ברוב'

כולל שלוש מדינות: צרפת, פורטוגל והולנד

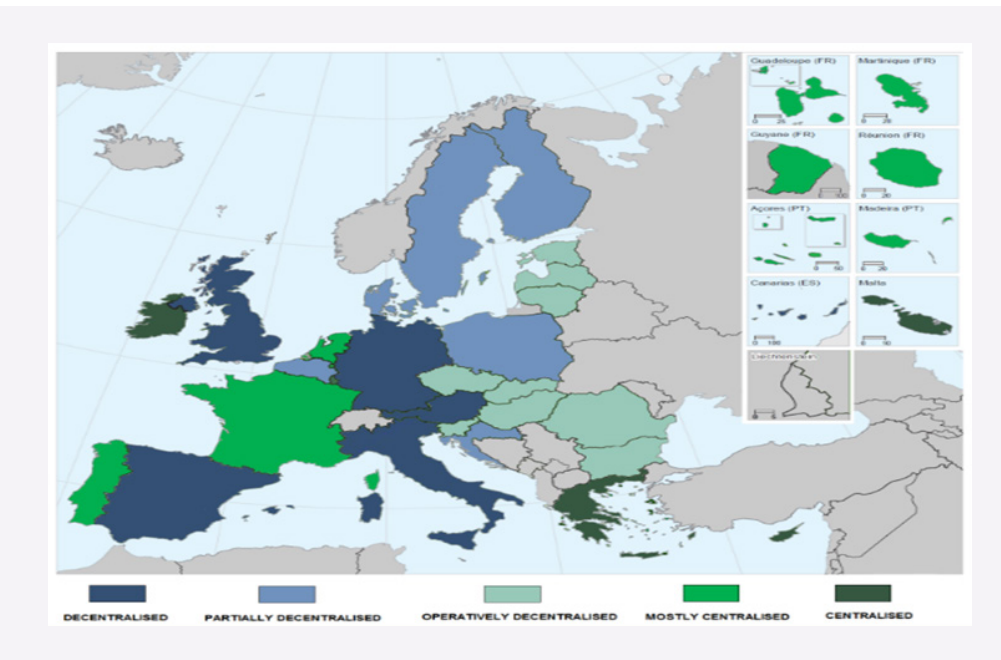
במדינות אלו, הסמכות ומרבית האחריות למערכת ניהול הבריאות מוטלים על השלטון המרכזי, אך לרשויות תת-לאומיות ניתנות פונקציות ספציפיות, כולל אלו הקשורות לבריאות הציבור. הרשויות ברמת אשכול או עיר גם תורמות, אם כי בחלק קטן, למימון הוצאות הבריאות ויש להן את היכולת לגייס הכנסות עצמיות בתחום. בצרפת ובפורטוגל המערכת בנויה ברמה הטריטוריאלית באמצעות גורמים המייצגים את הממשל המרכזי, בעוד שבהולנד היא מבוססת שוק.

סוג 5:

'ריכוזי'

כולל חמש מדינות: קפריסין, יוון, אירלנד, לוקסמבורג ומלטה

במדינות אלו השלטון המרכזי מחזיק בסמכות ובאחריות לבריאות וכן לתפקוד מערכת ניהול הבריאות. מימון הבריאות הוא רק דרך תקציב ממשלתי וכך גם תכנון ואספקה של השירותים. מתקני הבריאות (בתי חולים, מכונים וכו') נמצאים בבעלות המדינה ומנוהלים על ידי המדינה. באירלנד וביוון, המערכת בנויה ברמה הטריטוריאלית באמצעות גורמים המייצגים את הממשל המרכזי. בתוך קבוצה זו, מלטה היא חריגה בכך שלרשויות המקומיות יש תפקיד קטן בניהול מרפאות קטנות ובאספקת שירותים מסוימים, במיוחד באזורי פריפריה.



מדינות אירופה בחלוקה לפי מודל ביזור בריאות לרשויות מקומיות ואזוריות (2017)

בארצות אחרות ²⁵, למשל ארה"ב, בהן קיימת חלוקה מסורתית של סמכויות בין הממשל הפדרלי, למדינות, למחוזות ולרשויות המקומיות יש בעשור האחרון תהליכים דומים של ביזור אחד מהם, מציע מיזוג של מחלקות בריאות ברשויות קטנות כדי להפחית את עלות מתן השירות ולשפר את שירותי בריאות הציבור. התהליך עלול להיות גם מסובך וגם מאתגר בשל חסמים משפטיים, נסיבות פוליטיות או אינטרסים ונקודות מבט שונות של האוכלוסייה ^{28,27}.

שלוש דוגמאות ממדינות אירופה: שוודיה, אנגליה, ואיטליה מאפשרות השראה ואזהרה בחשיבה על מאזן אחריות משותפת בין שלטון מרכזי לאזורי ולמקומי.

Minnesota Department of Health (2014). Community health services administration handbook. 25

Parker AM, Shelton SR, Morganti KG & Nelson C (2012). Assessing relationships between state and local public health organizations: evidence from the NACCHO 2008 profile of local health departments. Journal of public health management and practice: JPHMP, 18(2), 156–159. 26

Hoornbeek, J., Morris, M., Libbey, P., & Pezzino, G. (2019). Consolidating Local Health Departments in the United States: Challenges, Evidence, and Thoughts for the Future. Public health reports (Washington, D.C.: 1974), 13(2), 103–108. 27

Gyllstrom, E., Gearin, K., Frauendienst, R., Myhre, J., Larson, M., & Riley, W. (2015). Local health department factors associated with performance in the successful implementation of community – based strategies: a mixed-methods approach. American journal of public health, 105 Suppl 2(Suppl 2), S311–S317. 28

1

**ביזור בריאות
בשוודיה**

שוודיה

לשוודיה היסטוריה ארוכה של ביזור במערכת הבריאות שלה. רפורמה משמעותית העבירה את האחריות על שירותי הבריאות מהממשל המרכזי ל-21 "מועצות מחוז", אשר משנת 2019 הפכו פורמלית ל"מחוזות" בשוודיה. רפורמה זו נבעה ממספר גורמים, לרבות רצון לשפר את היעילות וההיענות של מערכת הבריאות, ולתת לרשויות המקומיות שליטה רבה יותר על תקציבי הבריאות והשירותים שלהן.

ככל שניתן ליחס לו מדדי תחלואה ותמותה, הביזור של מערכת הבריאות השוודית נחל הצלחה. כל תושבי שוודיה זכאים לשירותי בריאות במימון ציבורי על פי חוק. ל-21 המחוזות יש אחריות למימון, רכישה ומתן שירותי בריאות. המחוזות מפקחים על שירותי בריאות ראשוניים, על רופאים מומחים ופסיכיאטרים, בעוד 290 הרשויות המקומיות אחראיות על טיפול באנשים עם מוגבלות, שירותי שיקום, טיפול ביתי, טיפול סוציאלי בילדים ומבוגרים, טיפול בקשישים ובריאות בבתי הספר. המערכת כעת יעילה יותר ומגיבה (RESPONSIVE) יותר לצרכי הבריאות של האוכלוסייה, ולרשויות המקומיות יש יותר שליטה על תקציבי הבריאות והשירותים שלהן. זה הוביל לשיפור באיכות הטיפול ולהפחתת עלויות, אך עדיין קיימת בעיה כרונית של זמני המתנה ארוכים מאוד לטיפול רפואי שאינו חירום.

מערכת הבריאות השוודית היא כיום אחת ממערכות הבריאות היעילות ביותר בעולם. ברמה ההצהרתית היא גם אחת השוויוניות ביותר, כאשר הזכות לטיפול רפואי מובטחת לכל האזרחים, ללא קשר להכנסתם או למעמדם החברתי. השוודים חיים יותר שנים מאנשים ברוב מדינות האיחוד האירופי האחרות. הפער בין המינים קטן יחסית, אך הפערים החברתיים-כלכליים נמשכים. בשנת 2014 קבעה הממשלה יעד לצמצם לאפס את פערי אי השוויון בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה בתוך דור אחד. בעקבות זאת, אומצה מדיניות בריאות ציבור חדשה בשנת 2018.

רוב הוצאות הבריאות ממומנות ממקורות ציבוריים על ידי הכנסות ממסים **מקומיים**, יחד עם העברות ישירות מהממשלה הלאומית. יש סובסידיות למחוזות עבור תרופות ותוכניות לאומיות ספציפיות. בשנת 2019, ההוצאה של שוודיה על בריאות לאדם הייתה הרביעית בגובהה מבין מדינות האיחוד האירופי, אולם 14% מן המימון הגיע ישירות מכיסם של משקי בית²⁹. ההשתתפות העצמית אינה אחידה בכל המחוזות – דבר התורם לאי שוויון בבריאות. הגבייה עבור ביקור אצל רופא משפחה נע בין 10 ל-30 יורו ועבור ביקור אצל מומחה – 40 יורו. התשלום המקסימלי לשנה

29 בישראל – 11%.

הוא 115 יורו ליחיד ועבור תרופות בסל – 235 לשנה. פטורים לחלוטין מתשלומים אלה הם: נשים בהריון, בני פחות מגיל 20 וקשישים.

חקיקה משנת 2010 שקבעה זמני המתנה מרביים לסוגים שונים של שירותים ניסתה להתמודד (ללא הצלחה) עם זמני המתנה ארוכים ביותר לטיפול רפואי שאינו חירום. יוזמות לתמרץ מחוזות לצמצם תורים בוטלו ב-2015. נעשו ניסיונות לצמצם את זמני המתנה על ידי פרסום פומבי בולט של נתונים על זמני המתנה, הן ברמת הספק הפרטני, כדי לעזור למטופלים לעשות בחירות מושכלות, והן ברמה הלאומית – בהשוואה בין מחוזות כדי להפעיל לחץ על המנהלים האזוריים. הממשלה התחייבה להגביר את המאמצים לצמצם את זמני המתנה – למשל, על ידי חתימה על הסכמים עם איגוד הרשויות המקומיות והמחוזות השוודית (איגוד חדש שקם כחלק מתפישת עולם מעודדת אחריות אזורית משותפת) והנחיות חדשות לגבי זמני מקסימום למתן שירות רפואי ברמות השונות. אם מחוז אינו עומד בתנאי הסף הללו לזמני המתנה, מוצע למטופלים טיפול במחוז אחר, בתשלום על ידי המחוז שלהם.

הפערים הגדולים בין מספר רופאי משפחה (קטן מאוד) לרופאים מומחים (מהגבוהים באירופה) הביאו לפריחה (מעל 270) של מרפאות פרטיות חדשות בעשור האחרון, הפועלות למטרות רווח ברחבי המדינה. בעיקר במחוזות העירוניים הגדולים ביותר, בהם האוכלוסיות עם רמה סוציו-אקונומית גבוהה. ההשפעה המיידית: עלייה במספר הביקורים הממוצע, אך במיוחד בקרב אלו בקבוצות אמידות יותר ובעלות צרכים רפואיים נמוכים יותר. טיפול משולב בעלי צרכים בריאותיים מורכבים נסוג לאחור. כלומר: הקצאת המשאבים לרפואה ראשונית במחוז הפכה להיות תלויה יותר במיקום הספק, בבחירת המטופל ובביקוש, ופחות בצורך בטיפול^{30,31}.

Johansson, N., Jakobsson, N., & Svensson, M. (2018). Regional variation in health care utilization in Sweden—the importance of demand-side factors. *BMC health services research*, 18, 1–9. 30

Burström, B., Burström, K., Nilsson, G. et al. (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *Int J Equity Health*: 16, 29. 31

הממשלה החדשה הכריזה גם על רפורמה רחבה ברפואה הראשונית, כולל תוכניות לצמצום פערים בין מחוזות ושיפור הגישה לבריאות איכותית באזורים כפריים. צעדים אלה משתדלים לבנות על עקרון האחראיות המשותפת עם המחוזות כשברקע יש לזכור:

- 1 שוודיה מקצה תקציב עצום לבריאות, כאשר ההוצאה לנפש וכתנח מהתמ"ג היא השלישית בגובהה בקרב מדינות האיחוד האירופי. עם זאת, המדינה מוציאה מעט יחסית על טיפול באשפוז בבתי חולים, ומתמקדת במקום זאת בטיפול בקהילה וטיפול ארוך טווח. המטרה: להעביר טיפול מבתי חולים לטיפול ראשוני בקהילה, ככל האפשר.
- 2 בשוודיה יש מספר גבוה יחסית של רופאים ואחיות, אך הבעיות נמשכות בגיוס עובדים, במיוחד באזורים כפריים. רק 15% מהרופאים הם רופאים כלליים, מה שמגביל את הנגישות לטיפול ראשוני.
- 3 זמני המתנה לשירותי בריאות הוא בעיה רבת שנים שגוברת במחוזות כפריים. הממשלה הודיעה על כוונה להקצות יותר תקציב לצמצום זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים ושירותי בריאות אחרים.

אתגר חשוב נוסף הוא כיצד לשפר את תיאום הטיפול ואת עמידה בזמנים של השירותים לחולים עם סרטן, מחלות נפש, מחלת אלצהיימר ואחרות.

להלן כמה ממאפיינים נוספים של מערכת הבריאות המבוזרת של שוודיה:

אחריות:

הממשלה אחראית על הרגולציה והפיקוח.

שליטה מקומית:

לרשויות המקומיות יש אחריות ראשית למתן שירותי בריאות בקהילותיהן.

מימון משותף:

הממשלה המרכזית מספקת מימון לבריאות, אך הרשויות המקומיות אחראיות לגייס את רוב המימון שלהן באמצעות מיסים.

שיתוף פעולה:

ישנו דגש חזק על שיתוף פעולה בין רמות ממשל שונות ובין ספקי שירותי בריאות שונים.

אבטחת איכות:

קיימת התמקדות חזקה בהבטחת איכות במערכת הבריאות השוודית. כל ספקי שירותי הבריאות נדרשים לעמוד בתקני איכות מסוימים.

בחירת המטופל:

למטופלים יש את הזכות לבחור את ספק שירותי הבריאות שלהם.

שקיפות:

מערכת הבריאות השוודית שקופה. למטופלים יש גישה למידע על איכות הטיפול ועלויות השירותים.

ביזור מערכת הבריאות השוודית ל-21 מחוזות תורם להבדלים אזוריים בנגישות לטיפול, דבר המנוגד ליעד השוודי של שוויון בבריאות. כדי לצמצם את הפערים הללו, וכדי להבטיח חלוקה שוויונית יותר של משאבים בין המחוזות הוצע מימון נוסף ממשלתי עבור תוכניות ממוקדות.

2

**ביזור בריאות
באנגליה**

1 קבלת החלטות שגויה (יש אומרים פוליטית) וחוסר תיאום בין הרפואה הראשונית, טיפול בבתי חולים, שירותי בריאות הנפש וטיפול סוציאלי. פיצול זה הביא לעתים קרובות לקטיעת רצף אספקת שירותי בריאות וחוסר יעילות, כאשר מטופלים חווים קשיים בניווט במערכת וקבלת טיפול הולם.

2 טענות בנושאי אחריות ושקיפות. הועלו דאגות לגבי ניגודי עניינים של אנשי מקצוע בתחום הבריאות שהיו אחראים בו-זמנית להזמנת שירותים ולייצוג האינטרסים של המרפאות או הארגונים בהם עבדו במחוז (כרופאים). עלו השגות של חוסר משוא פנים ואובייקטיביות של תהליכי קבלת החלטות.

3 שונות ברמת הביצועים ובתוצאות בריאות מדידות במחוזות שונים העלו חשש שחלק מה-CCG לא מנצלים ביעילות את התקציבים שהוקצו להם או מיישמים שיטות שאינן מבוססות ראיות, מה שהוביל לפערים באיכות שירותי הבריאות ובתוצאות הבריאות.

ה-ICS³³ באנגליה הם חלק מרפורמה חדשה, שנכנסה לתוקף ב-1 ביולי 2022. הם למעשה שותפויות בין ה-NHS (שירות הבריאות הממלכתי), רשויות מקומיות ושותפים אחרים, כגון המגזר ההתנדבותי וספקי טיפול סוציאלי. המטרה הנה לשמר את ההצלחות של ה-CCG אך לשפר בתחומים בהם כשלו: צמצום אי השוויון בבריאות, שיפור בריאותם של אנשים עם מחלות כרוניות ומורכבות, זיהוי טוב יותר והתייחסות לגורמים חברתיים התורמים לאי-שוויון בבריאות, כגון עוני, דיור גרוע ואבטלה. בנוסף, ה-ICS אחראים להגברת הפריון, ההתייעלות והחיסכון במערכת הבריאות המחוזית.

זהו למעשה החידוש העיקרי: ל-ICS יש אוטונומיה רחבה יותר לתמוך בפיתוח חברתי וכלכלי ולא רק להתמקד בבריאות. זה כולל עבודה עם מחלקות נוספות ברשויות מקומיות ושותפים אחרים שיכולים לקדם השפעה חיובית של גורמים חברתיים המשפיעים על הבריאות.

33 Ham, C., Dixon, A., Hunter, D., Wistow, G., & Appleby, J. (2022). Integrated care systems in England: progress and challenges. The King's Fund.

באנגליה קיים שירות בריאות ממלכתי (NHS) האמון על בריאות התושבים בכל הממלכה. בשנת 2013 הוכנסה רפורמה חדשה והוקמו באנגליה 15 Clinical Commissioning Groups (CCG) שאחראים על תכנון ואספקת שירותי בריאות במחוזות. ה-CCG³² כללו רופאי משפחה מקומיים, מנהלי NHS ובעלי עניין מקומיים אחרים. הם הוגדרו אחראים להקצאת מימון לספקי שירותי בריאות, קביעת סדרי עדיפויות לשירותים והזמנת שירותים חדשים. ישות זו גם אחראית לרכש, ניטור ביצועי נותני שירותי הבריאות, אחריות על ספקי שירותי בריאות, שיפור איכות הטיפול, תיאום עם הרשויות המקומיות (במיוחד מחלקות רווחה).

15 קבוצות ה-CCG זכו להערכה רבה על פעילותן ברמת המחוזות, דבר שהביא למספר הצלחות בהן:

- הגברת היעילות והאפקטיביות של שירותי הבריאות על ידי שהתאימו את שירותי הבריאות לצורכי הקהילות המקומיות בהן פעלו, מה שהוביל לשיפור היעילות והאפקטיביות. לדוגמה, הם הצליחו להפחית את זמני ההמתנה לטיפול ולשפר את שביעות רצון המטופלים.
- הגברת שיתוף הפעולה בין ספקי שירותי בריאות דבר שהוביל לתיאום טוב יותר של הטיפול ולשיפור התוצאות עבור המטופלים. לדוגמה, הם הצליחו לפתח הסדרי הזמנה משותפים עבור שירותי בריאות הנפש ושירותי גילוי מוקדם וטיפול בסרטן.
- אבטחת איכות טובה יותר על ידי קביעת סטנדרטים לספקי שירותי בריאות ומעקב אחר ביצועיהם. למשל, הצליחו להפחית את מספר הזיהומים הנרכשים בבתי חולים ולשפר את איכות הטיפול בחולים עם תחלואה כרונית.

הביקורת על פעילות ה-CCG הבירה להחלפתם בשנה שעברה בישות חדשה, גם היא מחוזית וגם היא באוריינטציה של שותפות שלטונית בין ה-NHS והמחוזות: Integrated Care Systems (ICS). לפני שנרחיב על שינוי חשוב זה, ראוי לבחון את כשלון ה-CCG שהביא להחלפתם:

32 Black, N. J., Naylor, C. D., & Dopson, S. (2016). The evolution of clinical commissioning groups in England: a qualitative study of the experiences of primary care professionals. *BMJ Open*, 6(1).

3

**ביזור בריאות
באיטליה**

איטליה

מבחינת אינדיקטורים בסיסיים של תוצאות בריאותיות, לתושבי איטליה יש את תוחלת חיים הגבוהה באירופה (82.9 בממוצע). שירות הבריאות הלאומי הוא אזורי (SSN) ומספק כיסוי אוניברסלי, ברובו ללא תשלום, קרוב אל התושב. זו נחשבת באירופה למערכת הבריאות המספקת טיפול איכותי ויעיל בעלות נמוכה יחסית³⁴. עם זאת, ניכרים הבדלים אזוריים במדדים בריאותיים, כמו גם הבדלים בהוצאות לנפש, התפלגות אנשי מקצוע בתחום הבריאות ואיכות שירותי הבריאות. האתגרים הבולטים העיקריים של מערכת הבריאות באיטליה קשורים לטיפול בתת-השקעה היסטורית בכוח העבודה בבריאות, מודרניזציה של תשתיות וציוד מיושנים ושיפור תשתיות המידע.

תוכנית ההתאוששות והחוסן הלאומי של איטליה (2021) מכילה סדרי עדיפויות ספציפיים במגזר הבריאות שיכולים לחזק את ה-SSN, כגון: חיזוק הרפואה הראשונית והקהילתית במדינה, הגברת השקעות הון ומימון הדיגיטציה של הבריאות. משימות מפתח אחרות כוללות: טיפול באי-השוויון בתוצאות הבריאות ובפערים ניכרים בגישה לטיפול בין המחוזות, כמו גם שיפור מסגרת המשילות כדי לשפר את התיאום הלוקה מאוד בחסר בין הרשויות המרכזיות והאזוריות

שירותי הבריאות מאורגנים בשלוש רמות: ארצית, אזורית ומקומית. ברמה הלאומית, משרד הבריאות אחראי להבטחת הזכות לבריאות לכלל האזרחים כהגדרתם בסעיף 32 לחוקה. משרד הבריאות כרגולטור אמון על שוויון, איכות ויעילות מערך הבריאות הלאומי, הוא מקדם מהלכים לשיפור, הכנסת חדשנות ועדכונים במערכת הבריאות. הממשלה המרכזית אחראית על קביעת סל שירותי בריאות בסיסי (di assistenza sanitaria – LEA livelli essenziali), שמערכת הבריאות מחויבת לספק לכלל האזרחים בחינם או בתשלום מינימלי. בנוסף, היא מקצה משאבי בריאות לממשלות אזוריות על פי 'הסכמי בריאות' המוסכמים על ידי הממשלה, האזורים ושני מחוזות אוטונומיים של טרנטו ובולצאנו.

20 הרשויות האזוריות ושני המחוזות האוטונומיים של טרנטו ובולצאנו נושאים באחריות לניהול, ארגון ומתן כל שירותי בריאות. לרמת הממשל האזורית יש פונקציות חקיקה, מנהליות, תכנון, מימון ופיקוח הנשענים על תוכניות בריאות אזוריות לשלוש שנים. הרשויות האזוריות גם אחראיות על הקצאת משאבים לפעילויות של מערכות בריאות מקומיות (Aziende Sanitarie)

34 EU (2012). The management of health systems in the EU Member States – The role of local and regional authorities. Brussels.

(Locali – ASLs) ולבית חולים ציבוריים בתחומן. פעילויות אלה כוללות יותר מ-5,700 סוגי סיוע ושירותים מוגדרים תחומי מניעה, טיפול ושיקום.

הרשויות המקומיות עוסקות גם הגדרת קריטריונים עבור הסמכה פרטית וציבורית של גופי בריאות. כך למשל: מינוי מנהלי ASL ובתי חולים ציבוריים, הגדרת המסגרת הרגולטורית שלהם, וגם הנחיות ניהוליות למתן השירותים בפועל.

מאז שהתאפשר לגופי השלטון האזורי לנהל מדיניות בריאות באופן עצמאי, נמצא שרמת המעורבות שלהם בניהול הישיר של שירותי הבריאות משתנה מאוד. שיעור מיטות בתי חולים המנוהלות ישירות על ידי הרמה האזורית עשוי לנוע בין למעלה מ-60% לפחות מ-1%.

החל מאוקטובר 2009, אספקת השירותים ברמה המקומית נעשית באמצעות רשת של כ-184 גופי/מערכות בריאות מקומיים, אשר הנם ישויות ציבוריות עם סמכות אוטונומית לניהול: תקציב, השירותים בפועל, מבנים ציבוריים (בתי חולים) ומוסדות מחקר רפואיים. הטיפול בבית החולים ניתן באמצעות כ-669 בתי חולים ציבוריים ודרך כ-559 בתי חולים פרטיים הקשורים בהסכמים עם ה-ASLs.

המטפל הראשוני הוא רופא משפחה או רופא ילדים, אשר מקבלים שכר המבוסס על מספר האנשים (מבוגרים או ילדים) הרשומים אצלם. ייעוץ רופא מומחה ניתן על ידי גופי מערכת הבריאות המקומית או על ידי נותני שירות ציבוריים ופרטיים מוסמכים שאיתם יש לרשות המקומית הסכמים. רופא המשפחה הוא "שומר הסף" דרכו מקבלים הפנייה ליעוץ רופא מומחה הטיפול התרופתי מוסדר על ידי הסוכנות האיטלקית לרוקחות (AIFA), שעוסקת ברישוי, ניטור, תמחור ופיקוח על כשלים בתרופות.

שירותי הבריאות ממומנים בעיקר על ידי מיסים ייעודיים המושגים ברמה האזורית וברמה הלאומית.

המימון הציבורי מהווה כ-70% מסך ההוצאות על בריאות וחברות ביטוח פרטיות (מימון לא ציבורי) מהוות כ-11%.

להלן כמה מהאתגרים המרכזיים איתם התמודדה איטליה בביזור מערכת הבריאות שלה:

- 01** חוסר תיאום בין אזורים בתכנון ובמתן שירותי בריאות. זה הוביל לחוסר יעילות ואי שוויון במתן הטיפול
- 02** חוסר השקעה בפיתוח, חידוש ודיגיטציה של תשתיות בריאות כגון בתי חולים ומרפאות, דבר שהוביל לירידה באיכות הטיפול.
- 03** ביזור מערכת הבריאות הוביל לפיצול המערכת והקשה על תיאום הטיפול בחולים מורכבים ובהערת מידע רפואי חשוב בין הגורמים השונים במערכת.
- 04** ביזור מערכת הבריאות הוביל להגדלת העלויות. זאת בשל העובדה שהמחוזות נאלצו לקחת על עצמם אחריות חדשה, כמו תכנון ומימון שירותי בריאות.

אזור ונטו ³⁵ בצפון מזרח איטליה, משרת 5 מיליון אנשים. תחומי האחריות שלו בתחום הבריאות כוללים ארגון שירותים רבים המגנים ומקדמים בריאות ומספקים טיפול בריאותי וחברתי במסגרת הנורמות שנקבעו על ידי החוקה האיטלקית וממשלת איטליה. הוא מהווה מקרה בוחן ראוי למשמעות של אחריות משותפת בבריאות.

בהחלטה של מחוז ונטו לבצע רפורמה במבנה קידום בריאות התושבים (בתוכנית חומש - - 2012-2016) הוטמעו עקרונות ופעולות שנועדו לחזק את היכולת והיעילות של המחוז במתן שירותי הבריאות לתושבים.

המטרות של תוכנית הבריאות והרווחה הנוכחית היו:

- 01** שימת דגש רב יותר על פעולה בין מגזרית לקידום בריאות.
- 02** פיתוח שירותים מבוססי קהילה.
- 03** קידום המשכיות הטיפול באמצעות נקודת תקשורת מקומית.
- 04** חיזוק טיפול בריאותי וחברתי משולב.

35 WHO (2018). The Veneto Model—a Regional Approach to Tackling Global and European Health Challenges. Copenhagen, Denmark: WHO, Regional Office for Europe, 2016.

- 05** ארגון מחדש של הטיפול בבתי החולים סביב מודל חדש.
- 06** ביצוע הערכות של צרכי הלקוח.
- 07** ארגון רשתות קליניות וניהול הטיפול.
- 08** שיפור רכש שירותים ומכרזים.
- 09** ביצוע ניתוחי השקעות קפדניים יותר.
- 10** פיתוח לוחות מחוונים למטופל וביצועים.

מיישום המודל באיטליה ניתן ללמוד ארבעה לקחים חשובים ³⁶ :

פעולה בגישה שיטתית

הלקח הראשון הוא ששיפור הבריאות וצמצום אי השוויון בבריאות מצריך גישה מתוככמת ורבת פנים. הניסיון של ונטו מראה כיצד המרכיבים השונים של השענות על מסגרת בריאות תיאורטית (HEALTH 2020), כולל התמקדות בשיפור מדיד, גישה חוצת מגורים, מודעות והגנה על הסביבה, וגיוס החברה האזרחית - יכולים לקדם מדידי בריאות בו זמנית. מודל ונטו מבוסס על הבנה מדעית של בעיות הבריאות באזור ומהם הפתרונות שיכולים להצליח, כמו גם על ההכרה שהחשיבות המיוחסת לבריאות נעוצה בהסדרים המוסדיים שלה, במערכת ממשל מתפקדת, שקופה, המכירה בציפיות הכוללות של מערכת הבריאות ועוקבת אחר ביצועיה.

חיבור כל הרמות ביחד

השיעור השני הוא החשיבות של קוהרנטיות רב-שכבתית. האינטראקציה הפעילה בין כל השותפים לניהול בריאות נתפסה כחשובה ביותר במונחים של שיתוף מידע, הצעת פתרונות והבטחת השותפות בכל הרמות השונות בביצוע בשאיפה לאפקט הטוב ביותר. הצלחה מוכחת בקידום בריאות הייתה חשובה לכל אחד מהשותפים מסיבותיו דבר שדרבן את כולם.

בין היתר, הודגמו דרכים שבהן מטרות המניעה שזוהו ברמה הלאומית מתפרשות ומיושמות ברמה המקומית וכיצד מועברים לרמה הלאומית קשיים מקומיים ואזוריים הדורשים תמיכה

36 Ghiotto MC et al (2018) Strengthening Primary Care: The Veneto Region's Model of the Integrated Medical Group. Health Policy 122(11), 1149–1154.

לאומית כשלכל רמה יש אחריות, משימות ושאיפות משלה, ועבודה שיתופית עם הרמות האחרות, המחזקת את סיכויי ההצלחה.

בריאות – העניין של כולם

המאמצים של אזור ונטו לשיפור הבריאות מושרשים בהבנה של הממדים האנושיים של חיי היומיום. הגישה הממוקדת באנשים של האזור נתפסה לא כסוגיה יבשה ופרוצדורלית, אלא כדרך לגייס אנשים לנהל את חייהם ובריאותם בעצמם.

בתוך מערכת הבריאות של ונטו, ההתמקדות בטיפול ותמיכה בפרט, פיתוח ותכנון בריאות ברמה המוניציפלית, נעשו תוך שידוך מומחיות טכנית ומעורבות ציבורית ברמת הבסיס ובשותפות אמיתית לבריאות מיטבית. הלקח השלישי הוא, שעידוד ועבודת הכנה ביצירת שותפויות עזרו לגבש את הבסיס לתכלול של כלל השותפים לשיפור הבריאות.

גמישות חשובה

תכנון דגשים ותוכניות קידום בריאות ומניעה מתחדש באופן קבוע מהרמה הלאומית ומטה. זוהי מערכת ריכוזית ולכן הרפורמה במחוז/אשכול ונטו מעניינת. המבנה החדש של מערכת הבריאות, הקשרו הפיננסי והדמוגרפי המשתנה שלה וכלל היבטי היישום, מהכשרת צוות דרך ניהול תהליכים קליניים ועד לאיסוף וניצול מידע – מתבצעים באופן אגילי תוך בדיקה, עדכון ושיפור כל העת. הגמישות הזו היא עבודה בתהליך. הלקח הרביעי שנלמד ממודל ונטו הוא שהגמישות והיכולת להגיב לצרכים משתנים מבלי לשבש או לבטל הישגים שכבר הושגו הן נקודות חוזק חשובות.

הלימוד הבינלאומי מצדיק התייחסות לשתי **יוזמות בינלאומיות חדשות** בקידום בריאות בשלטון המקומי מהשנתיים האחרונות:

הראשונה, **"רשת ערי מרמוט"** מקדמת את המוטו: "אנחנו רוצים לשנות את הדרך שבה השירותים הציבוריים שלנו פועלים כדי לתמוך באנשים למיצוי מלוא הפוטנציאל שלהם ולהבטיח שאף אחד לא יישאר מאחור. זה אומר, שילוב שירותים סביב אנשים, מקומות והצרכים שלהם, תוך התמקדות במניעה"³⁷. בשנתיים האחרונות ניכרת השפעה גוברת בתחום של בריאות ועירוניות של פרופ' מייקל מרמוט, מן הארכיטקטים הבולטים של המחקר, המדיניות והיישום של מהלכים לצמצום אי-שוויון בבריאות – שהוא גם המוביל את רשת הערים הנושאת את שמו. הוא מציע שישה תחומי פעולה לקידום בריאות ברשות המקומית, שישפיעו גם על צמצום אי-השוויון בבריאות:

Kerr D, Barnes E (2021). Ending Health Inequalities: A new network of 'Marmot Cities'. 37 Our Scottish Future.

- 1 תמיכה בילדים ובצעירים, תוך התמקדות בבריאותם הנפשית והרווחתית (WELLBEING).
- 2 הסטה משמעותית של תקציבים לתוכניות מניעה שהן בדרך כלל לא ממומנות במערכת הבריאות.
- 3 פיתוח אסטרטגיה לחיים בריאים על ידי יצירת סטנדרטים מחייבים (למשל: אוויר נקי, איכות דיור וחינוך), שיכולים לשמש בידי האזרחים כאמצעי פיקוח והמרצה של רשויות מקומיות לעמוד אחרי מחויבויותיהם.
- 4 להשתמש במוסדות 'עוגן' (למשל מוסדות מקומיים גדולים כמו אוניברסיטאות, עסקים, בתי חולים) לתמיכה מקומית לחיזוק חוסן כלכלי באמצעות יצירת מקומות עבודה.
- 5 זיהוי מקורות הון/מימון חדשים רלוונטיים לאוכלוסייה.
- 6 העברת אחריות וסמכויות ליצירת שינוי לערים כדי שיוכלו להביא לשינוי.

התאמת המיקוד של רשת ערי מרמוט למציאות בישראל מקבלת חיזוק בהמלצות **צוות מאסטר-קלאס** שבחן את הנושא בישראל (2017-2018) והמליץ, בין היתר על התמקדות באסטרטגיה להתערבות במרחב העירוני שתתייחס לשלוש נקודות חיים קריטיות במעגל החיים: התינוק מרגע לידתו ועד להגיעו לגיל 5, גילאי התעסוקה הפעילה והזקנה.

השנייה, **מיזם בלומברג להנהגה עירונית** באוניברסיטת הרווארד נועד ללוות ולסייע לראשי ערים לחזק את כישורי המנהיגות שלהם, לספק שירותים ציבוריים טובים יותר, לחזק קשרים חברתיים ואזרחיים ולהעמיק את קשריהם לקהילה הבינלאומית של ראשי ערים חדשניים. במיזם, שפיתח כלים מותאמים להתמודדות עם מגפת הקורונה ברמת הנהגה עירונית המיזם התמקד בפיתוח מנהיגות ויכולות ניהוליות של ראשות וראשי ערים ועוזריהם הבכירים, בד בבד עם חיזוק פעילויותיהן של העיריות. התוכנית מתמקדת בפיתוח יכולות כדוגמת טיפוח שיתופי פעולה, שימוש בדאטה בתהליך קבלת החלטות, יכולות משא ומתן, ניהול משברים, מעורבות תושבים, יצירת והטמעת רעיונות חדשניים. אוניברסיטת תל אביב תפתח בשנה הבאה תוכנית תאומה למיזם בלומברג.

4

ניתוח ביזורים הבריאות בישראל – ראיה לעתיד



ניתוח ביזוריות הבריאות בישראל: ראיה לעתיד

למידה מן העולם מסייעת להרחבת מגמות והחקר של "אחריות משותפת" בישראל, בין היתר, בהעצמת האשכולות האזוריים בתחום הבריאות, נושא שכבר מקבל תיעדוף משמעותי בארץ³⁸. נמצא שתחום הרווחה לעיתים קרובות כולל גם את הבריאות ברשות, מאופיין בפערים מובהקים בין הרשויות המקומיות והאזורים בעולם, בין היתר על רקע הפרופיל היישובי, גודל, איתנות ופריסת הרשויות המקומיות. כמו כן, תחום זה מאופיין בריבוי גורמים מקצועיים רלוונטיים לרבות נותני שירותים במיקור חוץ.

הניסיון הבינלאומי^{40,39} מצביע על מספר יתרונות בהאצלת סמכויות הממשל המרכזי למקומי ולאזורי, בין אם ברמת אשכול אזורי, הרשות המקומית או ישות אחרת (שטרם גובשה). ישויות אזוריות (קיימות וחדשות) יכולות ליצור תשתית מרכזית אזורית לבינוי ולהפעלה, ניהול שירותים במיקור חוץ במגוון תחומים, באספקת השירותים החברתיים הניתנים במיקור חוץ, סובסידיריות של החלטות התושב ועוד. ובמיוחד, הן עשויות לתת מענה לבעיות אספקת שירותי בריאות בישראל כפי שמיפינו בפרק 2.

זאת, על ידי הצעדים הבאים:

- 1 צמצום תורים, במיוחד לרופאים מומחים: על ידי מתן שליטה רבה יותר לקהילות המקומיות על משאבי הבריאות שלהן. ניתן לעשות זאת על ידי הקמת יחידות בריאות סטטוטוריות בשלטון המקומי שיתנו כוח לקהילות המקומיות להחליט כיצד להקצות ולתעדף משאבים ולהשתמש בממד הגודל (האזורי) ויכולותיהן כמנוף להסכמי מתן שירות מומחים טוב יותר מהקיים.

<https://www.gov.il/he/pages/cfb-16443> 38

The management of health systems in the EU Member States – The role of local and regional authorities. 39

Sreeramareddy, C. T., & Sathyanarayana, T. (2019). Decentralised versus centralised governance of health services. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(9). 40

- 2 מחסור במיטות אשפוז, מכונים ושירותים: אשפוז וטיפול בית שיפוקחו על ידי רמת שלטון מקומי עשויים להיות יעילים וזולים יותר, כמו גם הצגת כדאיות כלכלית להקמה והפעלה של ניידות דימות, טיפולי שיניים, בדיקות סקר ואף ייעוצי מומחה ברמת אזור (אשכול, מטרופולין).

- 3 עלות גבוהה של שירותי בריאות: ביזור עשוי לעזור להפחית את עלות שירותי הבריאות על ידי מתן שליטה רבה יותר לקהילות המקומיות על עלויות הבריאות שלהן. זה יכול להיעשות על ידי מתן כוח לקהילות מקומיות לנהל משא ומתן עם ספקי שירותי בריאות על מחירים נמוכים יותר וכמובן גביית מיסי בריאות מקומיים. באזורים חזקים יותר כלכלית ניתן יהיה לבצע גביה דיפרנציאלית של COPAYMENT.

- 4 תיאום לא הולם בין ספקי שירותי בריאות שונים: שיפור התיאום בין ספקי שירותי בריאות שונים על ידי יצירת מערכת מאוחדת יותר, כולל עם שירותי רווחה וחינוך. זה יכול להיעשות על ידי יצירת רשות בריאות אחת – "יחידת בריאות סטטוטורית" – שתהיה אחראית על תיאום כל ההיבטים של מערכת הבריאות, תכנון ארוך טווח וניטור (DASHBOARD) קבוע של פעולות ותוצאות.

- 5 חוסר שקיפות: יהיה ניתן להקל על המטופלים לגשת למידע בריאותי, לקיים פעילות אוריינות בריאותית מותאמת קהילה, בניית מערכת מקומית של מדיה חברתית שתספק למטופלים מידע מקומי, כולל עלות ההליכים ואיכות הטיפול. לתושבים קל יותר להפעיל מנפים פוליטיים על נבחרי ציבור ברמה המקומית.

- 6 שירותי בריאות ציבור במדיניות של ONEHEALTH: שליטה רבה יותר של שלטון מקומי (ודאי אזורי) על היבטים של בריאות החי, סביבה מזהמת וכו' יסייע לפתח וליישם תוכניות בריאות הציבור מותאמות תרבות, צרכים, שפה.

תמונת עתיד אפשרית – להמחשה

חלוקה מחדש אפשרית של אחריות לתחום הבריאות בישראל – "שחקני מפתח"

הטבלה הינה בגדר הצעה בלבד של כותב מסמך זה לטובת יצירת שיח וחשיבה בנושא

ממשלה (משרד הבריאות)

מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
תכנון אסטרטגי, רגולציה, חוקים ותקנות	תכנון אסטרטגי, רגולציה, חוקים ותקנות	תכנון אסטרטגי, רגולציה, חוקים ותקנות	הסמכה ופיקוח כ"א, הכשרות מקצועיות
הסמכה ופיקוח כ"א, מוסדות, שירות	הסמכה ופיקוח כ"א, מוסדות, שירות	הסמכה ופיקוח כ"א, מוסדות, שירות	עידוד מצוינות (ענבר)
קביעת סל תרופות	קביעת סל תרופות	קביעת סל תרופות	קשרים בינלאומיים
ניהול, שימור תיק רפואי	קביעת סל תרופות	קביעת סל תרופות	
ניטור תחלואה	ניהול, שימור תיק רפואי	ניהול, שימור תיק רפואי	
מחקר לאומי בבריאות	ניטור תחלואה	ניטור תחלואה	
חיסונים (שגרה, חירום)	מחקר לאומי בבריאות	מחקר לאומי בבריאות	
תעודת פטירה ורישיון קבורה	חיסונים (שגרה, חירום)	איוון תקציבי ותמיכות	

7 פערי בריאות בין קבוצות סוציו-אקונומיות שונות: השלטון המקומי יוכל לנהל מערכת תמיכות מקומית, משולבת רווחה ולמפות צרכי אוכלוסיות חלשות טוב יותר ויעיל יותר. יישום תוכניות המכוונות לפערים בריאותיים ספציפיים לשוב או לאזור תייעל משאבים, מסרים ותוצאות מדידות בבריאות.

8 אי שוויון שירותי בריאות בין אזורים גיאוגרפיים שונים ונגישות לטיפול רפואי לאנשים עם מוגבלויות ומצבים בריאותיים כרוניים: יכול להיות מצומצם בזכות מיפוי מקומי מדויק יותר, גביית מיסים וניהול הכנסות בריאות מחד ומאידיך – ניווד של שירותי בריאות (ניידות – ראו מעלה) לאזורים כפריים, מרוחקים או ישובים קטנים.

ניתן, בנוסף, להתייחס לעשר פונקציות חיוניות בבריאות, שאפשר לשקול בהן אחריות משותפת עם רמה אזורית או מקומית:⁴¹

- ← מעקב אחר מצב הבריאות הקהילתי כדי לזהות ולפתור בעיות בריאות ברשות.
- ← אבחון וחקר בעיות בריאותיות וסכנות בריאותיות ברשות.
- ← יידוע, חינוך והעצמה של תושבים לגבי בעיות בריאות.
- ← גיוס שותפויות קהילתיות לזיהוי ופתרון בעיות בריאות.
- ← פיתוח מדיניות ותוכניות התומכות במאמצי קידום בריאות הפרט ורשות.
- ← אכיפת חוקים ותקנות המגנים על הבריאות והבטיחות.
- ← חיבור תושבים לשירותי בריאות אישיים חיוניים והבטחת אספקת שירותי בריאות.
- ← דאגה לכך שכוח האדם יהיה מוסמך בתחום בריאות הציבור (כולל הדרכה).
- ← הערכה של היעילות, הנגישות והאיכות של שירותי בריאות אישיים ומבוססי אוכלוסייה.
- ← חקירה והמלצה על תובנות חדשות ופתרונות חדשניים לבעיות בריאות ברשות.

הטבלאות הבאות מציגות שתי אפשרויות – הצעות – למצב אחר בו יש אחריות משותפת בין הממשלה, השלטון המקומי והאזורי, שיש בו כדי לענות על (חלק) מהכשלים הקיימים היום במערכת הבריאות.

Watch: [Celebrating 25 Years and Launching the Revised 10 Essential Public Health Services.](#)

רשות מקומית			
מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
בריאות התלמיד	ט.ר.מ. (מוקד חירום לילי)	גריאטריה ושיקום בקהילה	
מרכז אורח חיים בריא לעת זיקנה	עבודה סוציאלית רפואית		
יעוץ דיאטני (כולל למטרה רפואית)			
טיפת חלב			
כל האישורים הניתנים שהם לצרכי רפוי כגון:			
סיכומים לגורמים רפואיים,			
אישור בריאות לתלמיד לחזור ללימודים,			
פטור ממכס של מכשיר רפואי או תרופה,			
אישור לקבלת דירה או החלפתה מטעמי בריאות,			
פטור או הנחה במיסים ואגרות מטעמי בריאות			
אישור לצה"ל על מצב בריאות			
אישור רפואי לבית־אבות ולמוסדות סיעודיים לפי הפרטים בכרטיס הרפואי			
שירותי רפואה מונעת			
תכנון המשפחה			

רשות אשפוז			
מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
אשפוז בבית חולים כללי: להתייעצות, אבחון וטיפול, ניתוח מיון לידה	אשפוז גריאטריה ושיקום		
שירותי סיעוד - כל הפעילויות הסיעודיות במסגרת האשפוז			
בריאות הנפש (בתי חולים אזוריים)			

אשכולות אזוריים			
מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
רפואה מקצועית: להתייעצות, אבחון וטיפול (במקצועות בהם חסר קיצוני)	רפואה מקצועית: להתייעצות, אבחון וטיפול (במקצועות בהם חסר קיצוני)		שירותי רפואה מונעת
מקצועות פארה־רפואיים	מקצועות פארה־רפואיים		
מרכזים להתפתחות הילד	מרכזים להתפתחות הילד		
שרות פסיכולוגי: שרותי אבחון והערכה פסיכולוגיים	שרות פסיכולוגי: שרותי אבחון והערכה פסיכולוגיים		

סקטור פרטי			
מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
טיפול שיניים לקשישים אופטומטריה	אשפוז וטיפול בית פליאטיבי		

צה"ל			
מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
מניעה, טיפול, שיקום למשרתים בחובה, קבע ומילואים	מניעה, טיפול, שיקום למשרתים בחובה, קבע ומילואים	מניעה, טיפול, שיקום למשרתים בחובה, קבע ומילואים	הדרכות של סגלי פיקוד ושל מתנדבי חיל הרפואה הדרכת האוכלוסייה במוכנות ומענים למצבי חירום (טבע, טרור, מלחמה)
הכנת העורף למצבי חירום טבע, טרור, מלחמה)	התמודדות עם מצבי חירום ואסונות המוניים (טבע, טרור, מלחמה)	סיוע בשיקום העורף במצבי חירום (טבע, טרור, מלחמה)	

קופת חולים			
מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
רפואה גרעינית ורדיולוגיה טיפולית ואבחנתית בדיקות מעבדה	ביקורים במרפאות רפואה ראשונית להתייעצות, אבחון וטפול רפואה מקצועית: להתייעצות, אבחון וטפול	שירותי סיעוד במסגרת הקהילתית)	
	שירותי סיעוד במסגרת הקהילתית מזון תרופתי, לפי מרשם של הרופא המטפל או דיאטנית קלינית תרופות טיפול שיניים ביקור בית של רופא		

חברה אזרחית			
מניעה	טיפול	שיקום	כוח אדם והדרכה
סדנאות ותוכניות מניעה של גורמי סיכון		מכשירי שיקום וניידות	

5

סיכום ומסקנות



סיכום ומסקנות

"ביזור" הוא אמצעי לארגון מחדש של מערכות היחסים בין השלטון המרכזי למקומי על ידי יצירת מאזן מחדש של אחריות משותפת. מאזן סמכויות חדש, אשר ילווה בבחינה של תוצאות לצד מערך תיקון מתמיד, יוביל לשיפור ולהתייעלות מתמדת של כלל המערכות הציבוריות בישראל, וממילא – למימוש פוטנציאל הבריאות הטובה בקרב תושבי המדינה.

ישראל מציגה כיום מערכת בריאות ריכוזית ביותר, ובה מסגרת נוקשה (אך מאוד נדיבה לאזרח) של אספקת סל שירותי בריאות, כולל תרופות, המוגדרת בחוק ומתעדכנת בכל שנה.

מחוזות משרד הבריאות אינם חופפים "מחוזות" אחרים של שחקנים חשובים במערכת הבריאות או הממשלה. היוזמה החדשה יחסית להקים ולקיים אשכולות אזוריים מאמצת באחרונה פעילויות בתחום הבריאות וברמת השלטון המקומי נעשתה עבודת מטה וגויסו תקציבים להגברת המעורבות המסודרת יותר של רשויות מקומיות (ערביות בעיקר, ואלה שנתמכות על ידי "אפשריבריא") בקידום בריאות תושביהן.

עבודות חקר, היועצות ותכנון מדיניות ויישום בתחום ה"ביזוריות", כולל המלצות צוותי מומחים ואף החלטות ממשלה – לא הבשילו עדיין למהלך סדור, לאומי, בו מוכוונים כולם להצלחתו.

עבודה זו הראתה כי היכולת לקיים ולארגן מחדש מערכת יחסים בין השלטון המרכזי והמקומי אפשרית, יש לה תקדימים מוצלחים בעולם וכי גם בתחום הבריאות נעשו ניסיונות חשובים, שמתעדכנים (דוגמאות אנגליה, איטליה ושוודיה) מעת לעת.

ישראל אינה בשלה עדיין לאמץ תהליך מלא של אזוריות הבריאות, וגם ניכר שיקשה על התומכים בביזור מלא שכזה לשכנע כי הוא יפתור בעיות יסוד וכשלים של מערכת הבריאות.

זאת, משלוש סיבות:

1 תוחלת החיים בישראל, שנים בבריאות טובה ומדדי בריאות ברי השוואה בינלאומית מעידים כולם על כך שתושבי ישראל (היהודים, לפחות) חיים בבריאות טובה ביחס למדינות דומות, למדינות OECD ולמדדי ארגון הבריאות העולמי.

2 חולשתן של מרבית 258 הרשויות המקומיות וצעירותם של האשכולות האזוריים מחייבת עבודה מאומצת בהבאתם כולם לרמת יציבות (לא רק כלכלית) מינימלית כדי שניתן יהיה לראות ברכה בקבלתם אחריות חדשה, מורכבת, תובענית ויקרה – לחיי אדם ובריאותו.

3 למהלך של אזוריות בבריאות נדרשת עבודת הכנה תוך ממשלתית וחץ ממשלתית, הסכמות רחבות של סקטורים שונים בתוך ומחוץ למערכת הבריאות והנעה לפעולה שתתקבל על ידי הציבור ותיתמך על ידיו. במצב הפוליטי הקיים קשה לראות הנצה של מהלך כזה מתרחשת.

ברם, נראה כי ישנם שני תחומים בשלים לפיילוט נרחב של אזוריות בבריאות: **זיקנה מיטבית** ו**בריאות התלמיד**. בשניהם, יש לשלטון המקומי יתרון יחסי משמעותי, כלי עבודה, ניסיון מערכתי (מחלקות רווחה וחינוך), שותפויות קיימות ובמיוחד – יכולת הצלחה סבירה ביותר.

זיקנה מיטבית:

הרציונל: מערכת הבריאות מתקשה לתת מענה לאחד מאתגרי הבריאות הדרמטיים של ישראל בעשורים הקרובים. השלטון המקומי, שהראה יכולות משמעותיות גם בתחום הדאגה לזקנים בעת הקורונה, הנו בעל יכולת להיות קטר מוביל יחד עם משרד הבריאות, קופות החולים ויתר "שחקני" מערכת הבריאות של פתרונות זיקנה מיטבית.

תמיכה מעשית: החלטת הממשלה 127 מחייבת עמידה במדדי הזדקנות מיטבית ברמה הלאומי וגם ברמה המקומית (ראה תוכנית 100MUNI). בנוסף, האשכולות האזוריים כבר מתקצבים בנושא ובונים מערך אסטרטגי ותוכניות עבודה ושותפויות בתחום.

WIFM: בשלטון המקומי קיימת הכרה גוברת בכך שהזקנים בישוב הם נכס (פוליטי, כלכלי, ערכי) ולא נטל. הכוונה של הכרה זו לתוכנית אזוריות סדורה היא באינטרס שלהם, ודאי ככל שתהיה מתקצבת ממקורות מגוונים ולא נטל על תקציביהם.

בריאות התלמיד:

הרציונל: מערכת הבריאות מתקשה לתת מענה לאתגר בריאות בני הנוער, במיוחד אלה בבתי הספר. זהו דור העתיד של צה"ל והמדינה ורבים מסיכוני הבריאות נרכשים ו\או מתייצבים בגיל זה (השמנה, עישון, אלימות). השלטון המקומי, שלו שליטה מוחלטת על מערכת החינוך בתחומו הנו בעל יכולת להיות קטר מוביל יחד עם משרד הבריאות, קופות החולים ויתר "שחקני" מערכת הבריאות של פתרונות בריאות התלמיד.

תמיכה מעשית: התוכנית האסטרטגית של משרדי הבריאות והחינוך, שתופי פעולה שנולדו בזמן הקורונה ומחלקות חזקות לקידום בריאות (חינוך, אפשרי בריא, אחרות) במשרד הבריאות ומתחזקות (מזכירות פדגוגית, שפ"י) במשרד החינוך – נותנים בסיס חשוב בתחום.

WIFM: מקבלי החלטות בשלטון המקומי מבינים את ההשקעה בדור הצעיר הן בבחינת היותו העתיד העיר והן בבחינת כוחו הכלכלי כצרכן. הכוונה של הכרה זו לתוכנית אזוריות סדורה היא באינטרס שלהם, ודאי ככל שתהיה מתוקצבת ממקורות מגוונים ולא נטל על תקציביהם. יהיה בכך גם חיזוק לעשייתם במערכת החינוך שבשליטתם.

מדדים להזדקנות מיטבית



מדדים להזדקנות מיטבית

חוסן כלכלי	משמעות	בריאות
הכנסה פנויה	איכות חיים מדד CASP	חיים בריאים אחוז שנים בריאות מגיל 65
יכולת להסתדר כלכלית	בדידות חשים בדידות	תפקוד מתקשים ב ADL מתקשים ב IADL

מדדים מנבאים להזדקנות מיטבית

אורח חיים בריא	ניהול בריאות
BMI-מיקוד לזקנה תזונה-מיקוד לזקנה עישון אלכוהול פעילות גופנית: מתונה מאומצת	אוריינות בריאות יישום התמדה: שיקום תרופות
אורח חיים פעיל	מוכנות כלכלית
השתתפות בתעסוקה השתתפות בפעילות חברתית רישות: מערכות תמיכה בני משפחה חברים	אוריינות פיננסית הכנסה: נכסים, חסכון, תעסוקה מותאמת

אוריינות דיגיטלית | גורם מנבא רוחבי אשר משפיע על כל קבוצות המדדים

החלטת הממשלה 127: מדדים להזדקנות מיטבית

נספחים

—

נספח 1: בריאות וה – SDG

בריאות עירונית היא סוגיה מורכבת ורב-גונית שהולכת ונעשית חשובה יותר ככל שהערים ממשיכות לצמוח ולהתמודד עם אתגרים חסרי תקדים הקשורים למבנים חברתיים, בעיות בריאות גלובליות ואי-שוויון בתוך ובין מדינות. כתוצאה מכך חלה התפתחות משמעותית בהבנתנו את הקשרים ההדדיים בין עיצוב עירוני, תכנון, בנייה וממשל, ובריאות האדם.

סדר היום לפיתוח בר קיימא לשנת 2030 והאג'נדה העירונית החדשה הפכו שניהם את הבריאות למרכיב מרכזי בתכנון עירוני וממשל. זה הוביל להצעה של פרדיגמה של "בריאות בכל המדיניות" (HiAP) המקשרת בין גורמים חברתיים של בריאות, חשיפות סביבתיות, התנהגות ותוצאות בריאותיות עם מדיניות עירונית הכלולה באג'נדה לפיתוח בר קיימא לשנת 2030 ומעבר לכך.

היעדים הנבחרים של יעדי פיתוח בר קיימא הקשורים לבריאות עירונית (SDG) שומרים על צבעיהם המקוריים וכוללים תוצאות בריאותיות, חשיפות סביבתיות וגורמים חברתיים של בריאות. בריאות עירונית היא זירה בין-מגורית המקשרת בין בריאות הציבור לתכנון עירוני, שנלכדה בעיקר על ידי SDG 3 (בריאות ורווחה) ו-SDG 11 (ערים מכילות, בטוחות, גמישות ובעלות קיימא).

היעדים הקשורים ל-SDG 3 כוללים תחלואה ותמותה ממחלות זיהומיות, מקרי מוות בטרם עת כתוצאה ממחלות לא מדבקות, ומוות ופציעות מתאונות דרכים. קידום בריאות הנפש ורווחה נלכדים גם ב-SDGs, כמו גם בתקנות השימוש בסמים ובאלכוהול ובתקנות הטבק. SDG 11 מתמקד באלמנטים מזיקים כגון זיהום אוויר, אך גם חשיפות סביבתיות חיוביות, כמו שטחים פתוחים ירוקים ופעילות גופנית, התנהגות מרכזית באורח חיים בריא, אינן נוכחות כיום במסגרת SDGs.

מגורים אחרים הקשורים פחות ישירות המשפיעים על בריאות עירונית כוללים מים ותברואה, גישה לחינוך איכותי, תעסוקה הגונה ובטוחה, תזונה מזינה וחיזוק החוסן וכושר ההסתגלות לסכנות הקשורות לאקלים ואסונות טבע.

כל ה-SDGs והיעדים הקשורים לבריאות עירוניים קשורים זה בזה, וניתן לשפר אותם על ידי תכנון עירוני ותחבורה. לדוגמה, עיצוב עירוני קומפקטי, תחבורה ציבורית יעילה, רשתות רכיבה על אופניים, שטחים פתוחים ירוקים וכחולים, ועמידות משופרת לגלי חום יכולים כולם לשפר את הבריאות והרווחה. שימור פרשת מים, מחזור, שימוש חוזר וצמצום פסולת מוצקה וניהול טוב יותר של שפכים וביוב יכולים להפחית את נטל המחלות הנובעות מבריאות לב וכלי דם, מערכת הנשימה, בריאות הנפש, מחלות זיהומיות ותחלואה מסרטן, כמו גם תמותה מוקדמת הכוללת.

ארגון הבריאות העולמי מגדיר את HiAP כגישה למדיניות ציבורית על פני מגורים הלוקחת בחשבון באופן שיטתי את ההשלכות הבריאותיות של החלטות, מחפשת סינרגיות ונמנעת מהשפעות בריאותיות מזיקות. HiAP צברה תאוצה בעשור האחרון באמצעות הדיון האינטנסיבי על פעולה למען גורמים חברתיים של בריאות. ממד השוויון שלו חיוני כדי להבטיח שהרווחים הבריאותיים יחולקו באופן שווה, ושוויון מגדרי יכול להיות מנוף חשוב בסך הכל.

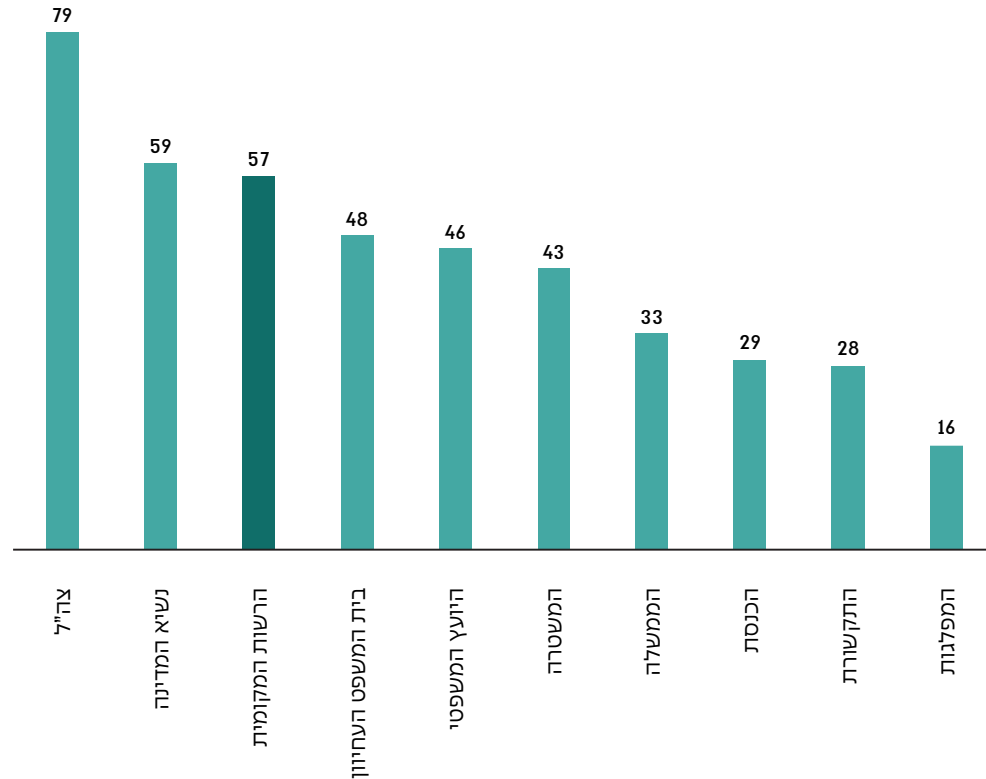
גישת HiAP חיונית כדי להבטיח שבריאות עירונית היא מרכיב מרכזי בתכנון וממשל עירוניים. זה עוזר לנווט בתהליך קביעת המדיניות על ידי עידוד המעורבות של כל מחזיקי העניין העיקריים בבריאות עירונית, מקדם קוהרנטיות מדיניות, ממשל ושיתוף מחזיקי עניין, ומבטיח את הצורך במידע ובנתונים באיכות גבוהה. ההצלחה או הכישלון של SDGs יהיו תלויים במידה רבה בניטור יעיל, ויישום HiAP עשוי לכלול חוקים, תקנות, ועדות מומחים, יחידות תמיכה, התייעצויות, אסטרטגיות או מערכות דיווח. במסגרת גישת HiAP, HIAs הם אחד הכלים העיקריים עבור מקבלי החלטות עירוניים ליישם "עדשת בריאות" כדי להעריך באופן מלא את הסיכונים וההזדמנויות הנשקפות ממדיניות ותוכניות, ולמדוד את השפעות הבריאותיות.

נספח 2: מגפת הקורונה כמנוף ל"בריאות בשלטון מקומי"

מגפת הקורונה (החל מדצמבר 2020⁴²) מהווה מנוף משמעותי ליצירת שינוי בכל הנוגע לרשות המקומית המקדמת בריאות תושביה ברגיעה ולא רק בחירום. המגפה הציבה בפני משרד הבריאות (כמו גם משרדי ממשלה אחרים, הרשות לשעת חירום וצה"ל-פיקוד העורף) אתגרים יוצאי דופן בהתמודדות עם המגפה שפתחו בה בעת הזדמנויות חדשות, אותן ניתן להרחיב ולהעמיק עתה. ביניהן:

- הסדרת סמכויות הרשות המקומית בקורונה בתחומים: אכיפה, הסברה, ניהול ובקרה, רווחה וביצוע חקירות אפידמיולוגיות. בשיתוף פעולה עם "מגן ישראל" ובאמצעות נוהל העברת מידע אשר ביסס סמכויות אלו דרך העברת מידע ונתונים.
- חשיפת נתוני תחלואה ברשות באמצעות 'דשבורד' רשויות מקומיות והתאמתו לצרכי הרשות המקומית.
- קיום מפגשי היועצות מצומצמים של ראשי רשויות מקומיות בשיתוף שר הבריאות על בסיס קבוע. במקביל פגישות אלו של הדרגים הנבחרים מן השלטון המרכזי והמקומי, התקיימו מפגשי היועצות וחשיבה של מנכ"לי הרשות המקומית יחד עם הדרג המקצועי הבכיר של המשרד.
- חיבור בין נציגות מקומית של קופות החולים לבין הרשויות המקומיות ליצירת שיתוף פעולה מיטבי ומבצעי בהיבטי הקורונה ובהם: בידוד במלוניות, ביצוע בדיקות ובהמשך עידוד התחסנות.

אחד הדברים שהתחדדו במיוחד עם משבר הקורונה הוא שאמון הציבור הוא תנאי מפתח להצלחה וליישום של החלטות מדיניות. בישראל, השלטון המקומי זוכה לאמון גבוה בהרבה מאשר הממשלה והכנסת – 57% בשנת 2021 דומה לתקופה שלפני הקורונה – 56%. נתון זה מחזק את המרכזיות של זירת השלטון המקומי, בכל הקשור לקידום ויישום מדיניות בכלל, וככל הנראה גם בעולמות הבריאות.



איור 15: מדד אמון הציבור במוסדות שלטון 2019 ו-2021

42 משרד הבריאות (2024). עולם הדאטה – פורטל הנתונים המתעדכן של משרד הבריאות.

נספח 3: מערכת הבריאות בישראל – תובנות נוספות

נכיר שחקנים אלה על תפקידיהם, יתרונותיהם וסמכויותיהם במערכת הבריאות בישראל:

קופות החולים

מערך קופות החולים התגבש במקור לפי 'מודל ביסמרק' של ארגוני בריאות שנוסדו בעיקר במסגרת ארגוני העובדים (ההסתדרות הכללית וההסתדרות הלאומית) המבטחים את חבריהם ואשר התפתחו לארגונים כלכליים רבי עוצמה הפועלים שלא למטרות רווח, אך בסביבה תחרותית מנוהלת תחת רגולציה ממשלתית נרחבת.

תושבי ישראל יכולים לעבור בכל עת בין קופות החולים ללא הגבלות, כך שהמתח התחרותי ביניהן מוביל לשיפור השירות למבוטחים, גם אם לא תמיד באופן מיטבי ובאמצעים המשפרים את רמת השירות במערכת.

ביטוח לאומי הוא הגוף הממשלתי שמעביר לקופות החולים את המשאבים הכספיים לצורך מתן השירותים. המקור העיקרי של התקציבים המופנים אל הקופות, מגיע לביטוח לאומי מתשלומי מסי הבריאות, אותם משלמים האזרחים.

קופות החולים מציעות כיום למבוטחיהן שירותים רפואיים נוספים, שאינם כלולים בסל הבריאות, ומספקים רפואה משלימה, קבלת חוות דעת מקצועיות, ניתוחים פרטיים, רכישת מוצרים רפואיים, טיפולי שיניים וכדומה, כאשר המבוטחים רוכשים את השירותים בתשלום, כחבילות ביטוח, כגון "כללית מושלם", "כללית פלטינום", "מגן זהב" וכדומה.

בישראל פועלות כיום 4 קופות החולים הבאות (לפי נתוני הביטוח הלאומי):

שירותי בריאות כללית (בעבר נקראה "קופת חולים כללית") שנוסדה ב-1911 ו-52 אחוז מהאוכלוסייה מבוטחים בה.

מכבי שירותי בריאות (בעבר נקראה "קופת חולים מכבי") שנוסדה ב-1941 ומשרתת 26 אחוז מהאוכלוסייה.

קופת חולים מאוחדת – נוצרה מאיחוד של קופת חולים עממית (נוסדה ב-1931) וקופת חולים של הציונים הכלליים (נוסדה ב-1936) שאוחדו ב-1974 ומשרתת 14 אחוז מהאוכלוסייה,

לאומית שירותי בריאות (בעבר נקראה "קופת חולים לאומית") שנוסדה ב-1933, ומשרתת 8 אחוז מהאוכלוסייה.

בתי החולים

לצד מערך קופות החולים פועלים בתי החולים הכלליים, אשר למעט בשוליים הם בעיקרם ארגונים

ציבוריים ללא מטרות רווח ונמצאים בבעלות מרכזית. כמחצית ממיטות האשפוז בבתי החולים

הכלליים נמצאת בבעלות ישירה של הממשלה; שליש נוסף בבעלות קופות החולים (כמעט כולם בבעלות

שירותי בריאות כללית ורשת בתי החולים 'אסותא' בבעלות מכבי), והיתר בבעלות פרטית ללא מטרות רווח) הדסה, שערי צדק, מעייני הישועה, לניאדו ובתי החולים בנצרת).

בין בתי החולים מתקיימת תחרות מוגבלת על הפעילות, בשל מעמדן החוקי של קופות החולים בקביעת הסדרי הבחירה בבתי החולים עבור מבוטחיהן, אך המתח התחרותי ביניהם רב ודוחף גם אותם למצוינות. קיים גם מתח קבוע בין מערך שירותי הבריאות בקהילה לבתי החולים.

רשימת בתי חולים לפי אזורים:

ירושלים	צפון
מרכז רפואי הדסה עין כרם, הדסה הר הצופים, ירושלים	בית החולים "זיו", צפת.
מרכז רפואי "שערי צדק", ירושלים.	בית החולים "פורייה", טבריה.
בית החולים "ביקור חולים", ירושלים.	בית החולים גליל מערבי, נהריה.
	בית החולים "כרמל", חיפה.
	בית החולים "רמב"ם", חיפה.
	בית החולים "בני ציון", חיפה.
	בית החולים האיטלקי, חיפה.
מרכז	דרום
מרכז רפואי "שיבא", תל השומר.	בית החולים "זיו", צפת.
מרכז רפואי "סוראסקי", תל אביב.	בית החולים "פורייה", טבריה.
מרכז רפואי "אסף הרופא", צריפין.	בית החולים גליל מערבי, נהריה.
מרכז רפואי "רבין" (בלינסון), פתח תקווה.	בית החולים "כרמל", חיפה.
בית חולים "מאיר", כפר סבא.	בית החולים "רמב"ם", חיפה.
מרכז רפואי "קפלן", רחובות.	בית החולים "בני ציון", חיפה.
מרכז רפואי "לניאדו", נתניה.	בית החולים האיטלקי, חיפה.
מרכז רפואי "אסותא", תל אביב.	
מרכז רפואי "מעייני הרפואה", בני ברק.	
מרכז רפואי "מדיקל סנטר", הרצליה.	
בית החולים "וולפסון", חולון.	

משרד הבריאות

הרגולטור של מערכת הבריאות, כרשות השלטונית אשר באמצעותה מיישמת הממשלה את מדיניותה בכלל מערכת הבריאות, בין היתר, באמצעות התוויית מדיניות הבריאות וקביעת סדרי עדיפויות ועקרונות הפעילות של המערכת. משרד הבריאות, בתוקף תפקידו המיניסטריאלי, מופקד על נושאים שונים, ובהם חקיקה; קביעת סטנדרטים; רישוי; פיקוח ובקרה; מחקר; הכשרה ותכנון כוח-אדם; התארגנות לשעת חירום ומדיניות פיתוח שירותי בריאות. נוסף על תפקידים אלה, נושא משרד הבריאות בשני תפקידים מנוגדים:

1 אספקה ישירה של שירותי בריאות: משרד הבריאות הוא הספק הגדול ביותר של שירותי אשפוז כללי, ובבעלותו כמחצית ממיטות האשפוז הכללי בישראל. כמו כן, נכון להיום משרד הבריאות הוא הספק העיקרי של שירותי בריאות הנפש ובבעלותו רוב המרכזים הגריאטריים הגדולים בישראל. נוסף על כך, משרד הבריאות מפעיל כמחצית מהתחנות לבריאות המשפחה ("טיפות חלב"), ובאמצעותן הוא מספק שירותי בריאות לאם ולילד.

2 גורם מבטח: משרד הבריאות אחראי להבטחת אספקתם של שירותים אלו: שירותי רפואה מונעת, הכוללים בדיקות שגרה לאישה ההרה ולתינוקה, בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות גנטיות ומחלות מטבוליות ביילודים, חיסונים וטיפול מונע, בריאות השן לתלמידים, תכנון המשפחה ובדיקות שגרה לתלמידים בבתי-ספר; שירותי אשפוז סיעודיים – אשפוז חולים סיעודיים (צעירים וגריאטריים) ואשפוז תשושי נפש; אספקת מכשירי שיקום וניידות שמשרד הבריאות משתתף במימוןם ושירותי בריאות הנפש, הכוללים שירותי אשפוז, שירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש וכן סל שירותי בריאות הנפש לגמילה.

חוקרים בתחום הבריאות מציינים כי ריבוי התפקידים של משרד הבריאות, שהוצג לעיל, עלול ליצור ניגוד עניינים, שכן בעוד משרד הבריאות, בתוקף תפקידו כמיניסטרו-רגולטור, אחראי לכלל ספקי שירותי הבריאות בישראל, כספק שירותים בעצמו הוא מתחרה בספקי שירותי בריאות בתחומים רבים.

לשכות הבריאות המחוזיות פועלות במסגרת 'שירותי בריאות הציבור' במטרה ליישם את המדיניות בתחומים: בריאות הסביבה (כגון פיקוח תברואי על מסעדות, בריכות שחיה, חופי רחצה ומוסדות חינוך), פיקוח על מזון (המיובא מחו"ל או המיוצר בארץ), אפידמיולוגיה (כגון חקירה וטיפול בהתפרצויות של מחלות ברמה המקומית והארצית), אם וילד, קידום בריאות ועוד בנוסף, כל לשכת הבריאות מהווה מעין שלוחה מקומית של משרד הבריאות, וכוללת מחלקות

מתחומים כגון: רוקחות, רפואת שיניים, גריאטריה, פסיכיאטריה ומכשירי שיקום וניידות. מטרתן של מחלקות אלו היא לפקח ולבקר את המוסדות השונים בתחומם וכן לתת שירות לאוכלוסייה על פי מדיניות משרד הבריאות.

בין השירותים השכיחים:

- **שירותי טיפת חלב – מעקב קדם, תוך ואחרי הריון, גדילה והתפתחות, חיסונים**
- **הודעת פטירה – במקרה של פטירה מחוץ לכותלי בית החולים**
- **רישיון קבורה – במקרה שהפטירה ארעה בבית חולים שאינו מנפיק או מחוץ לכותלי בית החולים**
- **רישוי עסקים – כל מי שמתכננים לפתוח עסק ומעוניינים לבדוק מראש את האפשרות מבחינת תנאים תברואתיים, פיזיים וסביבתיים**
- **הנחיות לאחר פגיעה מבעל חיים החשוד כחולה כלבת**
- **גמלת ניידות – אנשים המעוניינים להגיש בקשה לקבלת גמלת ניידות מהמוסד לביטוח לאומי חייבים ראשית להיבדק על-ידי ועדה רפואית מטעם משרד הבריאות שתקבע אחוזי מוגבלות בניידות**
- **דיווח וטיפול בתלונות בנושא מזון – שירות זה מאפשר לכול מי שרוצים להגיש תלונה למשרד הבריאות בנוגע לליקויים במוצרי מזון מסומנים וארוזים מראש או על מוצרי מזון שאינם ארוזים מראש**

תקציבו של משרד הבריאות הוא השלישי בגודלו בין תקציבי משרדי הממשלה, והוא קטן רק מתקציבי

משרד הביטחון ומשרד החינוך. המשרד הוא גם מעסיק משמעותי ביותר במשק: על-פי נתוני נציבות שירות המדינה, מועסקים במערכת הבריאות הממשלתית כ-220,000 עובדים. ניתן לקבוע כי משרד האוצר לפיכך הנו שחקן מפתח מרכזי בניווט מערכת הבריאות.

חיל הרפואה בצה"ל

חיל הרפואה נותן מענה רפואי לחיילי צה"ל ומהווה מעין קופת חולים נפרדת שכן כלל האחריות הנתונה על מנכ"ל קופ"ח נתונה גם על קצין הרפואה הראשי. במקרי חירום או כשמרפאות צה"ל סגורות, החיילים מקבלים שירות במרפאות הפרטיות של זכיינים הפרושות בכל הארץ.

סקטור פרטי

שירותי רפואה על ידי הסקטור הפרטי מאופיינים במספר תחומים: שירות רפואי פרטי בבתי החולים המאפשרים זאת, טיפולים רפואיים (ומניעה) ע"י גרומים פרטיים (רפואה משלימה, אסתטיקה, דיאטות, הפסקת עישון וכו') וביטוחי בריאות פרטיים.

בעיה מרכזית שנדונה באחרונה (ועדת אש) היא בעיית הכפל הביטוחי, המתקיימת בעיקר בתחום הניתוחים והיעוצים, וביתר שאת מול ביטוחי הפרט. בעיה מבנית זו מובילה לתופעות הבאות:

א תושבי המדינה מוציאים מדי שנה הוצאה כפולה של כמיליארד וחצי שקלים עבור שירותים שהם אינם מקבלים.

ב מתקיימת תחרות עזה על עבודת הצוותים הרפואיים, שהם משאב הנמצא במחסור, בין עשרות גורמים המשיכים לשלוש קבוצות מרכזיות: מערכת ציבורית, שב"ן, וחברות הביטוח הפרטיות.

ג ההשפעות השליליות על המערכת הציבורית מעמיקות פערים חברתיים ואי שוויון בנגישות לשירותי בריאות הנגזר ממנה, בעיקר בין תושבים החברים בשב"ן או מחזיקים בביטוח מסחרי, לבין תושבים שאין ברשותם כיסויי בריאות נוספים מעבר לסל הציבורי.

ד מגמות אלו מחריפות מדי שנה - בכל שנה ההוצאה על ביטוחי הבריאות גדלה בכ- 8%, וגורמת לגידול בהוצאות המיותרות של התושבים המחזיקים בכפל ביטוחי.

נספח 4: זרקורים – מערכות שלטון מקומי בהקמה ו/או בתכנון בישראל

יחידות בריאות ברשויות המקומיות

משרד הבריאות היקצה כ-15 מיליון ₪ להקמת יחידות בריאות ב-20 רשויות ערביות, במסגרת החלטת הממשלה 550. פרויקט זה כבר נמצא בשלבי מימון ופעולה, ומטרותו להקים ברשויות ערביות נבחרות יחידות בריאות עצמאיות כמודל לאימוץ סטטוטורי של בריאות ברשות המקומית בדומה למחלקות חינוך. בנוסף למימון הקמת היחידה וסיוע במימון מנהלים ומימון למשך מספר שנים, תקציב ייעודי נוסף שהוקצה בפרויקט זה מאפשר מיפוי של צרכי הבריאות בישובים, תכנון והוצאה לפועל של פעילויות מקדמות בריאות וכמו כן הערכה וניטור.

זו דוגמה פרו-אקטיבית של תהליך ביזורי (לא מלא) בו זרוע השלטון המרכזי מעודדת, יוזמת ודוחפת מהלך ביזוריות מובהק בתקציבה ולמשך תקופת זמן משמעותית מתוך כוונה שהקמת היחידות והתחלת ביצוע פרויקטים מקומיים תסייע להטמעתן המלא ולהרחבת הפרויקט לרשויות רבות נוספות..

הזדקנות מיטבית

בשנתיים האחרונות, פעילות מקדמת הזדקנות מיטבית⁴³ ברמת הרשות המקומית קיבלה האצה דרמטית. החלטת הממשלה בנושא מפת המדדים, קול קורא של משרדי הבריאות והפנים לרתימת האשכולות, מכרז של ג'וינט אשל בנושא תכנון עיר ידידותית גיל ופעילות החברה האזרחית (AGEING IL) מצביעים על עניין, יכולות ניצול משאבים חדשים ושיתופי פעולה (כולל, לראשונה, עם קופות החולים) ונכונות של רשויות מקומיות להיכנס לזירה החדשה להם. יחד עם זאת, יש כאן הזדמנות חשובה ללמוד על הפערים, החסמים והמנהיגות הנדרשת כדי להטמיע את תחום ההזדקנות המיטבית ברשויות המקומיות, במיוחד ברמת האשכולות.

ה"מהלך הרשותי" של ג'וינט אשל נועד לפתח אקוסיסטם רשותי המסייע לקידום המוביליות החברתית-כלכלית של ילדים, נוער וצעירים ברשויות מקומיות בפריפריה החברתית-גיאוגרפית, בחברה הערבית, הבדואית והחרדית וזאת על ידי שיפור מצבם בחמשת תחומי החיים של המוביליות: חינוך והשכלה, כלכלה, בריאות, דיגיטל ושייכות. המהלך הרשותי הוא אחד משמונת המהלכים התומכים באתגר המוביליות, והוא מקודם בשותפות עם משרד הרווחה והביטחון החברתי.

43 הזדקנות מיטבית בעידן של 100 שנות חיים, Thejoint.org.il

רשת ערים בריאות ואפשרי בריא

בישראל, פורסם באחרונה (אוגוסט 2021)⁴⁵ כלי מעשי ומארגן מאוד שנועד לסייע לראשי רשויות מקומיות לאמץ ולהפעיל תוכניות קידום בריאות בהתאם לבחירתם ולהתאמתן לאופי וצרכי הרשות. המאגר בעריכה והפקה של האגף לתכנון אסטרטגי וכלכלי והאגף לשירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות כולל כמאה יוזמות בתחום הבריאות לראשי רשויות, בכירים וצוותים מקצועיים ברשויות המקומיות. זהו אוגדן של היוזמות המובילות מישראל ומהעולם ובו מגוון רחב של רעיונות לתכנון, קידום ויישום מדיניות בריאות במרחב המקומי והאזורי. המאגר מבקש לאפשר להנהגת הרשות המקומית ליישם תוכניות בריאות, בראייה כוללת של האוכלוסייה וצרכיה המשתנים בכל רשות ורשות.

מאגר התוכניות הנו תוספת חשובה לשתי יוזמות ארוכות טווח ורוחביות בתחום הבריאות ברשות המקומית: **רשת ערים בריאות בישראל**⁴⁶ – הנה מסגרת שבה מתקיים תהליך של עבודה רוחבית משותפת של כל המגזרים, התושבים, הארגונים והרשות המקומית, על מנת להבטיח עיר דינמית שטוב לחיות בה. התוכנית בעלת תפיסה ערכית וארגונית המבוססת על הוגנות, שקיפות, שותפות, גישה של "בריאות בכל מדיניות" ומתן מענים לצרכי התושבים באמצעות הנכסים המקומיים. ברשת ערים בריאות בישראל מאוגדות רק כ- 56 רשויות.

הרשת, פרי יוזמה וניהול במשך שנים רבות ועד היום של דר' מילכה דונחין, מאגדת ערים, מועצות מקומיות ומועצות אזוריות, משרדי ממשלה, קופות חולים ואקדמיה הפועלים יחד לפיתוח הבריאות והקיימות במישור המקומי. בשנים האחרונות מהווה הרשת יחידה במרכז השלטון המקומי והודקו הקשרים בין הרשת לבין משרד הבריאות. הרשת מספקת לערים תמיכה, ליווי, הכשרה ופיתוח מקצועי. הרשת חברה ברשת האירופית של ערים בריאות בהובלת ארגון הבריאות העולמי, בסניף האירופי⁴⁷.

אֶפְשָׁרִיבְרִיא בעיר⁴⁸ – תוכנית לאומית המנוהלת ומתוקצבת על ידי משרד הבריאות, מהווה מודל לקידום חיים פעילים ובריאים של התושבים המבססים את מחויבות הרשות לקידום בריאות התושבים. רשות יכולה לקבל סיוע ממשרד הבריאות להשמת התוכנית. 54 רשויות בלבד והן

45 בריאות בכל מדיניות בשלטון המקומי מאגר יוזמות בתחום הבריאות לראשי רשויות, בכירים וצוותים מקצועיים ברשויות המקומיות, משרד הבריאות, 2021.

46 "עיר בריאה מהי", רשת ערים בריאות בישראל healthycities.co.il

47 Healthy Municipalities, Cities and Communities Movement, PAHO

48 <https://www.efsharibari.gov.il>

הרשויות המקומיות הן סביבת החיים המיידית של התושבים והן מעורבות בקביעת היבטים רבים של החיים האזרחיים. בשנים האחרונות נוסף אליהן רובד משילות אזורי – אשכולות רשויות המהווים מרחב גיאוגרפי, כלכלי ותרבותי שיתרום לפיתוח המוביליות האישית והחברתית.

תהליך העבודה נכון להיום מורכב מארבעה שלבים מרכזיים המובנים כתהליך "שעון חול": מאבחון ומיפוי רחבי היקף, למיקוד באמצעות תכנון אסטרטגי ותוכנית פעולה, ועד ליישום התוכנית בהיקף נרחב על פני מגוון תחומי חיים, גילים ודרכי פעולה. לאורך כל השלבים מתקיימים שני תהליכים מקבילים ומשלימים: פיתוח וניהול שותפויות ובניית יכולות ותשתיות לעבודה מקומית עצמאית.

טיפות חלב

שירות המניעה בטיפת חלב בישראל הוא שירות ייחודי ובעל חשיבות גבוהה בשמירה על בריאות הציבור, במניעת מחלות ובאיתור מוקדם של בעיות בריאות ושל מצבים רגשיים ותפקודיים של משפחות לקראת לידה, ובהמשך, מהלידה ועד גיל שש שנים. נכון לחודש דצמבר 2022, פועלות בישראל קרוב ל-1,000 תחנות טיפת חלב, כ-450 מהן מופעלות על ידי משרד הבריאות. השאר מופעלות על ידי קופות החולים, על ידי עיריות תל אביב וירושלים ועל ידי ספקים אחרים.

הפעלת התחנות של משרד הבריאות, הפזורות בכל הארץ, מציבה אתגרים חדשים בבנייה, בהרחבה ובתחזוקה של המבנים, וכן צורך לעמוד בציפיות המשפחות המקבלות שירות בטיפות החלב. על כן, חשיבות הסביבה שבה ניתן שירות ייחודי זה ברורה לכולם: סביבה בטוחה ונעימה, וכן כזאת שמייצרת גרייה התפתחותית, שהיא תשתית חשובה גם בעבור אנשי המקצוע העובדים בתחנות טיפות החלב.

"טיפת חלב" היא תחנה המספקת מדי יום שירותי בריאות ורפואה לנשים הרות, לתינוקות ולילדים – גילאי לידה עד שש – ולמלוויהם, שאותם מקבל צוות רפואי הנמצא בתחנה באופן קבוע. טיפת חלב פזורות בכל רחבי הארץ ומזמנות אליהן מגוון מבקרים בטווח גילאים רחב, שהם בעלי צרכים שונים. מגוון המשתמשים הפוקדים את התחנה מצריך התייחסות לכל פרט, ולצרכים המיידים שלו. מתוך המחשבה על הפעולות היום-יומיות של

כל עובד ועובדת במשך היום בתחנה, ניתן לאפיין ולעצב את התכונות הפיזיות של מרחב התחנה ושל סביבותיה. תוכנית "בין הטיפות" הנה מהלך ביזורי חשוב, שפוגש את המרחב הציבורי של טיפות החלב אשר פותח צוהר לראיה חדשה של יכולת הרשות המקומית להשתמש בסמכותה להקצאת שטחים "חומים" (ציבוריים) לגורמי בריאות בקהילה ככלי לחיזוק הביזוריות⁴⁴.

44 פרויקט בין הטיפות. בצלאל ומשרד הבריאות, 2022-2023.

מחויבות למנות מתאם בריאות ותזונאי עירוני ולקדם פעילות בת קיימא לקידום הבריאות בתחום הפעילות הגופנית, התזונה והתמודדות עם סטרס, תוך התייחסות לאוכלוסייה כולה, כולל הקשישים. בנוסף, קיים שיתוף פעולה הדוק בין משרדי הבריאות והפנים בקידום בריאות והזדקנות מיטבית ברמת האשכולות⁴⁹.

49 אשכולות איזוריים באתר משרד הבריאות