



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר



**תוכנית מערכתית לשיפור במצב הבריאות
בחברה הערבית ולצמצום אי-שוויון
בבריאות ובשירותי בריאות**

אפריל 2019

לקחו חלק בעיצוב התוכנית

ועדת ההיגוי לתוכנית כוללת את האנשים המסומנים בקו תחתון. הועדה עיצבה את מתווה התוכנית וההמלצות הכלליות. אלו פותחו באמצעות עבודה במפגשי היגוי מורחבים עם קופות החולים ושחקנים נוספים וכן במסגרת צוותי עבודה שנפגשו כדי לפתח את המלצות ספציפיות (בתחומי ההשמנה וסוכרת, בריאות הנפש, שנות החיים הראשונות ובריאות האשה). כן נערכו מפגשים אישיים של עובדי משרד הבריאות עם ארגונים ומומחים שונים ונערכה התכתבות במיילים על טיוטות התוכנית.

משרד הבריאות:

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי: ד"ר שלומית אבני, ניר קידר, אורן אדרי, רייצ'ל ברנר-שלם, אבידן כהן, תומר רונן, דיאנה נקמולי לוי, אמציה גינת, ד"ר שגית ארבל-אלון, אנה לרנר

מינהל רפואה: ד"ר איריס לייטרסדורף, ד"ר הדר אלעד, ד"ר הדר ירדני, טל ניצני-ביטון, מלכה פרגר, ד"ר טל ברגמן, דני בודובסקי, גבי פרץ, רחלי שטרן, מועאוה כבהה

מינהל סיעוד: ד"ר שושי גולדברג, רות רוטשטיין

שירותי בריאות הציבור- מטה: רגדה ברקאת, פרופ' רונית אנדוולט, חוה אלטמן, ד"ר ליזה רובין, ניבה מנור, חיים גבע-הספיל; ניצה כהן. לשכות הבריאות: ד"ר מיכל כהן דר, ד"ר שיהאב שיהאב, ד"ר זיוה שטל, ד"ר נביל ג'ראייסי, ד"ר ליאורה שחר, ד"ר מנואל כץ, ד"ר חן שטיין-זמיר, סאוסן גנדארי, מוסא בג'אלי, נדא עילאן, ד"ר אמין קונבר, נידאל טראירה

אגף פיקוח על קופ"ח ושב"ן: עבדאללה זועבי

אגף כח אדם במקצועות הבריאות: ורד מדמון קייתי

אגף תכנון תקצוב ותמחור: יובל אביגדור

לשכת משנה למנכ"ל: מירי כהן, דוד אזולאי

המרכז לבקורות מחלות: ד"ר ענבר צוקר

מחלקת BI: גנאדי זסלבסקי

הרשות לפיתוח חברתי-כלכלי של מגזר המיעוטים, המשרד לשוויון חברתי:

חגית כהן, איימן סייף

משרד האוצר: רועי קאהן, ליאור קוטלר

קופות החולים:

שירותי בריאות כללית: ד"ר זאהי סעיד, ד"ר מוחמד נג'מי, ד"ר עביר עבדאללה, פטריסיה צימרמן, ד"ר טאנוס כורזום, ד"ר עדנאן זינה, ד"ר רסמיה אבו רביעה, אורלי פרנקו

מכבי שירותי בריאות: טלי קניג, חלימה רשיד

קופת חולים מאוחדת: ישי קום, ליאורה לוינסקי

לאומית שירותי בריאות: מרגלית שילה

ארגוני חברה אזרחית, מכוני מחקר ואקדמיה:

רשויות מקומיות: זאהר סאלח, ראש מועצת כאוכב; ד"ר סוהיל דיאב, ראש עיריית טמרה;
ביאן מטירי, ע.ראש עיריית טמרה, עו"ד עלא גנטוס, ועד ראשי רשויות ערביות, עו"ד סלאח
טארק, מועצת כאוכב.

הועד לבריאות בחברה הערבית, ההסתדרות הרפואית: פרופ' בשארה בשארת, עינאק
מוואסי

אגודת הגליל- האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות: בכר עוואדה

אג'יק- מכון הנגב: פיהמה עטאונה, ערן בוכ'לצב

המכללה האקדמית צפת: ד"ר מוחמד חטיב, ד"ר סלאם חדיד

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב: ד"ר ניהאיה דאוד

מכון גרטנר: ד"ר עפרה קלטר ליבוביץ, ד"ר קתלין אבו סעד, ד"ר אורלי טמיר

מרכז אדוה: ברברה סבירסקי

נשים לגופן: טל תמיר

אשלים: נועה בן דוד, סבי מנגשה, ריטה פרו

אגודת הרופאים הערבים בנגב: ד"ר נעים אבו פריחה, ד"ר זאייד עפאוי, ד"ר ג'בר אבו
עאבד, ד"ר עבד אבו ג'עפר, הייג'ר אבו שארב

עמותת "גושן": יונית לבנון, ד"ר מנואל כץ

פרופ' אילנה בלמייקר







האוניברסיטה העברית בירושלים: ד"ר אביעד טור סיני






המרכז הישראלי לדמוקרטיה: עודד רון, נסרין חאג' יחיא

תוכן עניינים

עמוד	
5	1. נתוני רקע: אודות מצב הבריאות של החברה הערבית בישראל
107	2. תפישת המדיניות
108	3. שיטת העבודה ומנדט הצוות
109	4. המלצות
109	4.1 מידע, מחקר וניטור אחר מצב הבריאות והפערים בבריאות
111	4.2 תשתיות שירותי בריאות וכח אדם בתחום הבריאות
117	4.3 רגולציה
118	4.4 תחומי בריאות
118	4.4.1 סוכרת והשמנה
120	4.4.2 בריאות הנפש
122	4.4.3 עישון ומחלות ריאה
124	4.4.4 שנות החיים הראשונות
129	4.4.5 בריאות האשה
130	4.5 התנאים החברתיים המשפיעים על בריאות
130	4.5.1 תנאי חיים ביישוב
132	4.5.2 השכלה וחינוך
132	4.5.3 עוני ורווחה
133	4.5.4 גזענות, אפליה והדרה
134	5. מנגנון הישום
135	6. פירוט סעיפי פעולה והערכה תקציבית

פרק 1. נתוני רקע אודות מצב הבריאות של החברה הערבית בישראל

טבלה מרכזת של הנתונים- השוואה בין יהודים לערבים על פי מגדר							
מאפיין המדד	קבוצת אוכלוסייה	מדד	יהודים			ערבים	
			נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים
תוחלת חיים 	יהודים-ערבים	תוחלת חיים, (2017)	85	81.4		82	77.5
הערכת מצב הבריאות 	יהודים-ערבים	מעריכים את מצב בריאותם "כ"טוב" או "טוב מאוד", (2017)	73%	77%	75%	73%	72%
גורמי סיכון 	יהודים-ערבים	שיעור המעשנים באוכלוסייה הבוגרת (מעל גיל 21), (2017)	17%	23%	23%	7%	38%
	יהודים-ערבים	שיעור המעשנים יותר מ 20 סיגריות ביום, (2017)	4%	8%		7%	24%
	יהודים-ערבים	שיעור עודף משקל והשמנה, BMI>25, (2017)	39%	54%	46%	47%	60%
	יהודים-ערבים	שיעור סובלים מעודף משקל (מעל אחוזון 85), כיתה ז', (2017/18)	28%	29%	28%	35%	38%
	יהודים-ערבים	אחוז האנשים שעשו פעילות גופנית ב 3 חודשים האחרונים, (2017)	54%	59%	56%	23%	33%
רפואה מונעת 	יהודים-ערבים	אחוז ההורים לילדים בגילאי 0-17 המחסנים את ילדיהם בקביעות, (2017)			91%		95%
	יהודים-ערבים	בני 20 ומעלה אשר קיבלו חיסון לשפעת עונתית, (2017)			26%		24%
	יהודים-ערבים	אחוז בני 60-74 עשו בדיקה לגילוי דם סמוי בצואה בשנה האחרונה, (2017)			22%		27%
	יהודים-ערבים	קולונוסקופיה- אחוז בני 40 ומעלה שעברו את הבדיקה, (2017)			41%		26%
	יהודים-ערבים	ממוגרפיה- אחוז הנשים מעל גיל 40 שעשו את הבדיקה, (2017)	77%			54%	
יהודים-ערבים	שיעור בנות 25 ומעלה עברו אי פעם בדיקת משטח צואר הרחם, (2017)	67%			27%		
בריאות הנפש 	יהודים-ערבים	דיווח על אבחנת רופא: דיכאון ו/או חרדה, (2013-2015)	10%	8%		7%	4%
	יהודים-ערבים	שימוש בתרופות נגדות דיכאון ו/או חרדה, (2013-2015)	6%	5%		3%	2%
	יהודים-ערבים	שיעור מוות מהתאבדות המתוקן ל 100,000 נפש, (2015)			4.7		1.1
תחלואה 	יהודים-ערבים	שיעור סוכרת סוג 1 ל 100,000, (2013)			13.7		14
	יהודים-ערבים	סוכרת סוג 2, גילאי 65 ומעלה, (2015)	19%	36%		40%	27%
	יהודים-ערבים	שיעורי תמותה מסרטן השד, (2015)	18%				25%
	יהודים-ערבים	מקרי תמותה מסרטן ריאה, (2015)	13%	20%		10%	34%

השוואה בין יהודים וערבים				
מאפיין הממד	קבוצת אוכלוסייה	מדד	יהודים	ערבים
בעלי רישיון 	יהודים ואחרים (לא כולל מצרים), ערבים (מוסלמים ודרוזים)	בעלי רישיון עיסוק ברפואה (ללא רפואת שיניים), (2018)	81%	15%
	יהודים ואחרים (לא כולל מצרים), ערבים (מוסלמים ודרוזים)	בעלי רישיון אחות/מוסמכת, (2018)	79%	18%
	יהודים ערבים	בעלי רישיון אחיות בריאות הציבור, (2018)	64%	25%
	יהודים ואחרים (לא כולל מצרים), ערבים (מוסלמים ודרוזים)	רפיו בהבעה ויצרה, (2018)	99%	0%
	יהודים ואחרים (לא כולל מצרים), ערבים (מוסלמים ודרוזים)	בעלי רישיון עיסוק בפסיכולוגיה, (2018)	93%	6%
	יהודים-ערבים	עובדים סוציאלים במערך בריאות הנפש בשירות המדינה (2018)	183	6
	יהודים ואחרים, מוסלמים	מומחים בפסיכיאטריה, (2018)	97%	2%
	יהודים ואחרים, מוסלמים	מומחים במנהל רפואי, (2018)	96%	2%
התפתחות הילד 	יהודים-ערבים	יחידות טיפוליות מוכרות על ידי משרד הבריאות להתפתחות הילד, (2018)	73%	22%
היפגעות ילדים 	יהודים ואחרים, ערבים	שיעור תמותת ילדים גילאי 0-4 מסיבות חיצוניות, (2015)	3%	9%
	יהודים-ערבים	שיעור תמותת ילדים ובני נוער ל 100,000 מהיפגעות בלתי מכוונת, (2017)	2.8	11.4
	יישוב יהודי ויישוב ערבי	שיעור הפנייה למיון ל-10,000 ילדים ונוער, (2012-2014)	743.2	969.2
תמותה 	יהודים-ערבים	שיעור התמותה ל 1,000 תושבים מתוקנן לפי גיל (ממוצע 2014-2016)	5.3	7.8
	יהודים ערבים	תמותת תינוקות- שיעור ל 1,000 לידות חי, (2017)	2.4	5.2
זמינות ופריסת שירותים 	יהודים-ערבים	בתי חולים כלליים, (2016)	15	9
	ישובים יהודיים-ישובים ערביים	זמינות רפא משפחה, בשעות ל-1000 נפש	13.65	18.21

פרק זה מתאר את מצב הבריאות של החברה הערבית בישראל.¹ ככל שהיו נתונים אמינים וזמינים, הנתונים מפורטים על פי מין, דת (למעט צ'רקסים עקב מחסור בנתונים אודותם), ואזור גיאוגרפי.

בסוף שנת 2018 מנתה אוכלוסיית ישראל 8.972 מיליון תושבים, מהם 74.3% יהודים (6.668 מיליון), 20.9% ערבים (1.876 מיליון), ו- 4.8% "אחרים" (אוכלוסייה ללא סיווג דת ונוצרים לא ערבים) (426 אלף).² בישראל חיים כ-175 אלף נוצרים, המהווים 2% מאוכלוסיית המדינה. 77.7% מהנוצרים בישראל, הם נוצרים ערבים.³ נכון לשנת 2017, מנתה האוכלוסייה הדרוזית כ-141 אלף נפש המהווה כ-1.6% מסך כל האוכלוסייה בישראל.⁴

1.1 הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות

בתוך כך, לאי השוויון בהכנסות, לעוני ולמצוקה כלכלית יש תפקיד משמעותי ביצירת פערים בבריאות ובנגישות לשירותי בריאות. כיוון שכך, בחרנו לפרט את הפערים בגורמים החברתיים המרכזיים המשפיעים על בריאות בהשוואה בין יהודים לערבים.

1.1.1 השכלה וחינוך

זכאות לבגרות

בשנת 2017, שיעור הזכאים לתעודת בגרות בחינוך הערבי עמד על 62.4%, מבין תלמידי כיתות יב', בהשוואה ל-66% בחינוך העברי.⁵ בשנה זו התלמידים המוסלמים היוו 84.4% מכלל תלמידי יב' בחינוך הערבי ושיעור הזכאות לבגרות בקרבם הגיע ל-59.5%. לעומת זאת, שיעור הזכאות בקרב התלמידים הנוצרים והדרוזים עמד על כ-79%. שיעור העומדים בדרישות הסף של האוניברסיטאות עמד על 47.6% בקרב תלמידי כיתות יב' בחינוך הערבי בהשוואה ל-56.8% בחינוך העברי. שיעור העומדים בדרישות הסף של האוניברסיטאות בקרב תלמידי יב' המוסלמים הגיע ל-44.3% בהשוואה ל-60.8% של הדרוזים, ו-71.9% בקרב הנוצרים.⁶

¹ תודה מיוחדת לאורן אדרי שחיברה וערכה פרק זה.

² הודעה לתקשורת- בפתחה של שנת 2019

³ הודעה לתקשורת- האוכלוסייה הנוצרית בישראל- נתונים לרגל חג המולד, 2018, למ"ס.

⁴ הודעה לתקשורת- האוכלוסייה הדרוזית בישראל, למ"ס, 2018

⁵ האוכלוסייה המוסלמית בישראל- נתונים לרגל חג הקורבן, למ"ס, 2018

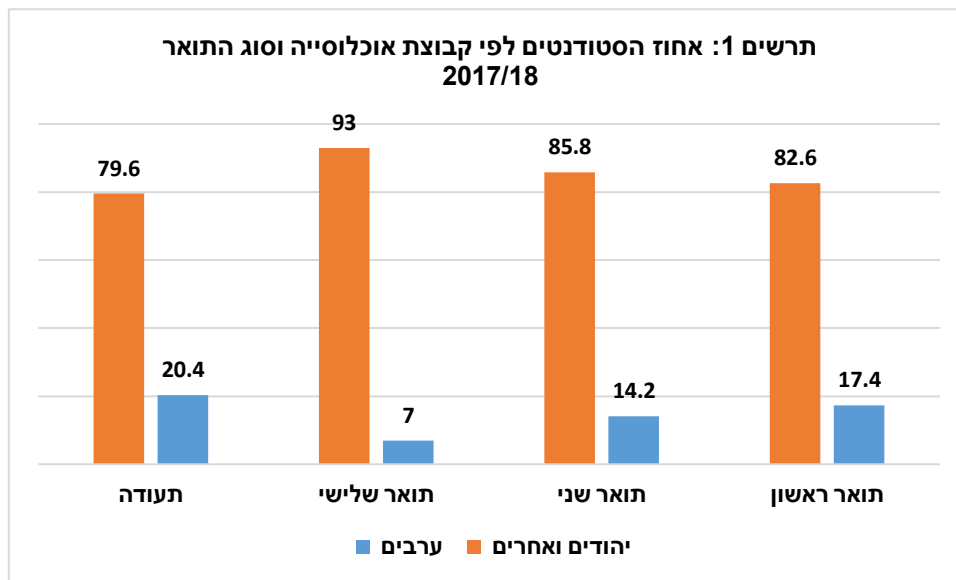
⁶ הודעה לתקשורת- האוכלוסייה המוסלמית נתונים לרגל חג הקורבן, למ"ס 2018

בהתייחס לנשירה מבית הספר, אחוז הנשירה בקרב תלמידים נוצרים ערבים היה הנמוך ביותר- 0.6%, לעומת 1.6% בקרב המוסלמים, ו 1.3% בקרב היהודים.⁷

שיעור הניגשים לבגרות מתוך השנתון, שיעור הזכאים לבגרות מתוך השנתון ובקרב תלמידי י"ב ושיעור הזכאים לתעודת בגרות המאפשרת קבלה לאוניברסיטאות בחינוך הבדואי בנגב נמוך שנים רבות משיעוריהם בשאר המגזרים, ובכלל זה במגזר הערבי. בשנים האחרונות עלה שיעור הזכאות לבגרות הן בכלל האוכלוסייה והן במגזר הבדואי בנגב, אולם העלייה במגזר הבדואי הייתה קטנה יותר, ולכן התרחבו הפערים בין החינוך הבדואי בנגב למגזרים אחרים. בשנת 2016 68.6% מתלמידי השנתון (לא כולל חרדים וערבים), היו זכאים לתעודת בגרות, לעומת 50.3% מהחינוך הערבי, ו 32.7% מהחינוך הבדואי בנגב.⁸

אקדמיה

בשנת הלימודים 2017/2018, בכל סוגי התארים לאוכלוסייה היהודית היה רוב משמעותי. מבין 266.8 אלף סטודנטים, 16.2% היו ערבים: 20.8% תעודה אקדמית, 17.4% תואר ראשון, 14.2% תואר שני, 7% תואר שלישי). בקרב סטודנטים חדשים לתואר ראשון, אחוז הסטודנטים הערבים היה 18%⁹. בשנת הלימודים 2017/2018, היו 5.9 אלף נוצרים, שהם 2.3% מסך הסטודנטים במוסדות להשכלה גבוהה בישראל. 94.1% מהסטודנטים הנוצרים הם ערבים, ו 5.8% הם נוצרים שאינם ערבים¹⁰.



⁷ פני החברה בישראל מס 10, דת והגדרה עצמית של מידת דתיות, פרק 5: חינוך והשכלה, למ"ס, 2018

⁸ החינוך הבדואי בנגב, מרכז המחקר והמידע, 2017

⁹ הודעה לעיתונות- השכלה גבוהה בישראל- נתונים נבחרים לשנת הלימודים תשע"ח (2017/18) לרגל פתיחת

שנת הלימודים האקדמית, למ"ס, 2018

¹⁰ הודעה לתקשורת, האוכלוסייה הנוצרית בישראל- נתונים לרגל חג המולד, 25.12.2018, למ"ס.

מתוך: הודעה לעיתונות, השכלה גבוהה בישראל- נתונים נבחרים לשנת הלימודים תשע"ח (2017/18), למ"ס.

נשים היוו רוב (59.3%) בכל סוגי התארים. אחוז הנשים בקרב הערבים היה גבוה במיוחד - פי שניים מאחוז הגברים, כלומר על כל סטודנט ערבי היו שתי סטודנטיות ערביות.

לוח 1: אחוז הנשים מסך הסטודנטים, לפי קבוצת אוכלוסייה וסוג התואר

תואר/שנה	תשע"ח 2017/18
יהודיות ואחרות - תואר ראשון	56.7%
ערביות - תואר ראשון	68.0%
יהודיות ואחרות - תואר שני	60.9%
ערביות - תואר שני	72.7%
יהודיות ואחרות - תואר שלישי	53.2%
ערביות - תואר שלישי	60.1%

מתוך: הודעה לעיתונות, השכלה גבוהה בישראל- נתונים נבחרים לשנת הלימודים תשע"ח (2017/18), למ"ס.

חינוך הוא התחום לימוד הנפוץ בקרב סטודנטים ערבים מוסלמים ובקרב דרוזים. במקצועות עזר רפואיים הערבים המוסלמים והנוצרים לומדים יותר מיהודים¹¹. נכון לשנת 2017, בקרב מקבלי תואר ראשון מהאוניברסיטאות, המכללות האקדמיות והאוניברסיטה הפתוחה, מתוך 172 מקצועות לימוד אחוז המוסלמים היה גבוה יחסית (יותר מ 20%) במקצועות שלהלן: שפה וספרות ערבית (53.3%), מנהל מערכות בריאות (38.4%), מדעי הרוח והחברה (37.4%), תרבות ואמנות (36.5%), רפואת שיניים (30.4%), סיעוד (30.2%), רוקחות (28%), אופטומטריה (27.5%), ספרות עברית (26.2%), לשון עברית (25.8%), מדעי הרפואה המעבדתי (24.3%)¹².

¹¹ סטטיסטיקל 169, דת והגדרה עצמית של מידת הדתיות, 2015-2016, נתונים מתוך דו"ח פני החברה בישראל מס' 10. מקצועות עזר רפואיים: רוקחות, הפרעות בתקשורת, בריאות הציבור, סיעוד, שירותי רווחה ובריאות, שירותי אנוש, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, דיאטטיקה (מדעי התזונה), מדעי הרפואה המעבדתי, אופטומטריה, ביהול משאבי מזון.

¹² הודעה לתקשורת- האוכלוסייה המוסלמית בישראל- נתונים לרגל חג הקורבן, 2018, למ"ס

1.1.2 הכנסה

ההכנסה הממוצעת של המועסקים הערבים נמוכה במידה משמעותית מזו של המועסקים היהודים. זאת בעיקר בשל שכר עבודה נמוך יותר לשעת עבודה, בין היתר בשל ריכוזם במשלחי יד ובענפים הממוקמים בתחתית סולם השכר. בקרב הנשים קשור השכר הנמוך שהן מקבלות גם לתעסוקה בהיקף משרה נמוך יותר. השכר לשעה של גברים ערבים נמוך בכ- 43% משכר גברים יהודים בעוד ששכר הנשים הערביות נמוך בכ-21% משכר נשים יהודיות. השכר לשעה של הנשים הערביות גבוה מזה של הגברים הערבים. הפער בשכר בין המגזר הערבי ליהודי בולט בעבודה שכירה: ההכנסה השכירה של גבר יהודי כמעט כפולה מזו של הערבי ובקרב הנשים השכר של אישה יהודיה גבוה ביותר משליש מזה של אישה ערבייה. לעומת זאת בקרב העצמאיים גבוהה ההכנסה הממוצעת של גבר יהודי רק בכשליש מזו של הגבר הערבי¹³.

לוח 2: הכנסה ושעות עבודה לפי מין ומגזר, 2010

ערבים		יהודים		
נשים	גברים	נשים	גברים	
4,383	5,784	6,416	10,421	הכנסה ממוצעת מעבודה שכירה (ש"ח)
32	44	36	45	שעות עבודה שכירה בשבוע בדרך כלל
33	31	41	53	שכר לשעת עבודה לשכירים (ש"ח)
4,095	9,112	6,428	10,660	הכנסה מעבודה עצמאית (ש"ח)
		24.0	18.2	אחוז מקבלי קצבת ילדים
		0.4	0.3	אחוז מקבלי קצבת נפגעי עבודה
		4.0	4.0	אחוז מקבלי קצבת נכות
		0.9	1.3	אחוז מקבלי דמי אבטלה

המקור: סקר הכנסות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ועיבודי המחברים.

מתוך: שוק העבודה של ערביי ישראל, ערן ישיב אוניברסיטת תל אביב, ניצה (קלינר) קסיר, 2013

בהשוואה למשקי בית ערביים, במשקי בית יהודיים ההכנסה למשק בית גבוהה ביותר מ-70%. האוכלוסייה הערבית נשענת על מקורות הכנסה מעבודה ומקצבאות ופחות מחסכונות בהשוואה לאוכלוסייה היהודית¹⁴.

¹³ שוק העבודה של ערביי ישראל, ערן ישיב אוניברסיטת תל אביב, ניצה (קלינר) קסיר, 2013

¹⁴ הודעה לתקשורת, אוכלוסיית ישראל לפי דת והגדרה עצמית של מידת דתיות, נתונים נבחרים מתוך דוח פני החברה מס' 10, למ"ס, 2018

לוח 3: הכנסות של משק בית לפי קבוצת אוכלוסייה, 2016

יהודים	ערבים	
20,595	12,078	הכנסה חודשית ממוצעת ברוטו למשק בית (ש"ח)
16,831	10,654	הכנסה חודשית ממוצעת נטו למשק בית (ש"ח)
78%	82%	מקורות ההכנסה מעבודה באחוזים
11%	15%	מקורות ההכנסה מקצבאות ותמיכות באחוזים
8%	2%	מקורות ההכנסה מפנסיה וקופת גמל באחוזים
3%	1%	מקורות ההכנסה מהון באחוזים

מתוך: הודעה לתקשורת, אוכלוסיית ישראל לפי דת והגדרה עצמית של מידת דתיות, נתונים נבחרים מתוך דוח פני החברה מס 10, למ"ס, 2018

דמי אבטלה

בשנת 2015 חיו במדינה כ-8.5 מיליון תושבים, מתוכם כ-62.9% ביישובים יהודיים, כ-21.7% ביישובים מעורבים וכ-15.5% ביישובים ערביים. מכאן, ששיעור מקבלי קצבת דמי אבטלה ביישובים יהודיים גבוה משיעורם באוכלוסייה¹⁵.

לוח 4: התפלגות דמי אבטלה, לפי סוג יישוב, 2015

סוג היישוב	מספר מקבלי קצבה	קצבה ממוצעת	התפלגות הקצבה
ישובים יהודיים	47,620	3,986	72.9%
ישובים מעורבים	11,266	3,993	17.3%
ישובים ערביים	7,682	3,310	9.8%
סך הכול	66,568	3,909	100.0%

מתוך: התפלגות תשלומי ביטוח לאומי לפי מגזר, מרכז מידע ומחקר של הכנסת, 2017

¹⁵ התפלגות תשלומי ביטוח לאומי לפי מגזר, מרכז מידע ומחקר של הכנסת, 2017

1.1.3 תחולת העוני

תחולת העוני של משפחות בכלל האוכלוסייה בישראל בשנת 2017, ירדה לעומת 2016, ועמדה על 18.4%. גם תחולת העוני של משפחות ערביות ירדה ב 2017 בהשוואה ל 2016, ועמדה על 47.1%. ירידה זו נזקפת לירידה החדה (כ-9%) בתחולת העוני של משפחות ערביות שאינן חלק ממזרח ירושלים או מהאוכלוסייה הבדואית בדרום (היות ובאוכלוסיות אלו היתה עלייה בתחולת העוני ב-2017)¹⁶.

תחולת העוני של משפחות בכלל האוכלוסייה בישראל עמדה בשנת 2016, על 18.5%. בעוד תחולת העוני של משפחות ערביות בישראל עמדה על 49.2%. הכנסת מספר תצפיות משמעותי של האוכלוסייה הבדואית למדגם לראשונה מזה ארבע שנים, אוכלוסייה המאופיינת בשיעור גבוה של משפחות גדולות, מיתנה את הירידה בתחולת העוני בקרב ערבים. יחד עם זאת, תחולת העוני של משפחות באוכלוסייה הערבית ירדה מ 53.3% בשנת 2015 ל 49.2% ב 2016.

קיימים פערים משמעותיים בתחולת העוני בקרב ילדים יהודים לערבים (21.1 לעומת 61.7, בהתאמה). הפער הגדול ביותר קיים במחוז מרכז (10.7 ביהודים לעומת 50 בערבים)¹⁷.

לוח 5: תחולת העוני באחוזים, לפי מחוז וסוג אוכלוסייה, 2016

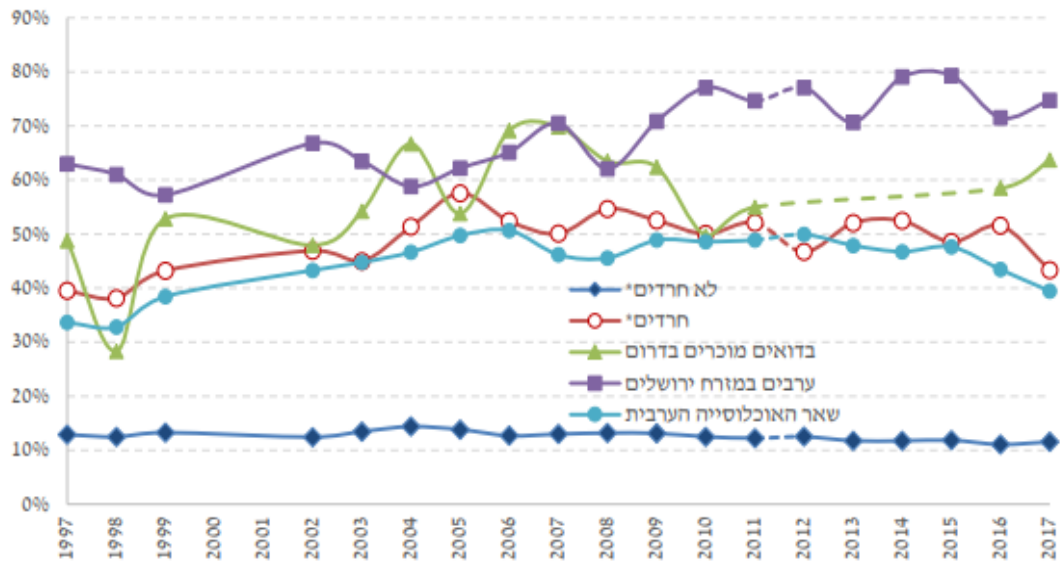
מחוז	יהודים			ערבים		
	משפחות	נפשות	ילדים	משפחות	נפשות	ילדים
סה"כ	13.2	14.3	21.1	49.2	52	61.7
ירושלים	26	29.8	39.6	69.6	72.9	78.2
צפון	15.2	13.6	16.9	40.2	39.6	49.1
חיפה	12.6	12.8	17.8	61.6	62.2	74
מרכז	7.5	7.5	10.7	33.7	38.4	50
תל אביב	10.2	11.5	19.2			
דרום	18.6	17.4	23.9	58.5	63.4	68.2

מתוך: ממדי העוני והפערים החברתיים, דו"ח שנתי, 2016, המוסד לביטוח לאומי.

תחולת העוני בקרב יהודים לא חרדים יציבה יחסית לאורך השנים והיא נמוכה משמעותית מהאוכלוסייה הערבית. תחולת העוני, בקרב ערבים במזרח ירושלים היא הגבוהה ביותר, והיא עלתה בין 2016 ל- 2017.

¹⁶ ממדי העוני והפערים החברתיים, דו"ח שנתי, 2017, המוסד לביטוח לאומי
¹⁷ ממדי העוני והפערים החברתיים, דו"ח שנתי, 2016, המוסד לביטוח לאומי

תרשים 2: תחולת העוני לפי קבוצת אוכלוסייה, 1997-2017



* האוכלוסייה החרדית, ובהתאם לכך האוכלוסייה היהודית שאינה חרדית, מוגדרות בשנים השונות בכמה אופנים: עד 2011 לפי גישת גוטליב-קושניר; בשנים 2012-2013 לפי בית הספר האחרון (גישה קלאסית); ומשנת 2014 ואילך לפי הגדרה סובייקטיבית.

מתוך: ממדי העוני והפערים החברתיים, דו"ח שנתי, 2017, המוסד לביטוח לאומי.

לוח 6: חישובי תחולת העוני של ערבים עם וללא הבדואית, 2002-2016

שנה	עם בדואים			ללא בדואים		
	עוני ילדים	עוני נפשות	עוני משפחות	עוני ילדים	עוני נפשות	עוני משפחות
2002	56.8%	49.5%	47.6%	57.2%	49.5%	47.6%
2003	57.5%	50.9%	48.3%	57.4%	50.4%	48.1%
2004	59.2%	51.6%	49.9%	57.9%	50.2%	48.9%
2005	64.2%	55.4%	52.1%	64.0%	55.0%	52.0%
2006	66.8%	57.6%	54.0%	65.1%	56.2%	53.2%
2007	62.5%	54.5%	51.4%	60.7%	53.0%	50.5%
2008	62.1%	53.1%	49.4%	61.2%	51.9%	48.6%
2009	66.8%	57.4%	53.5%	65.3%	56.2%	52.9%
2010	65.8%	56.6%	53.2%	66.1%	56.1%	53.5%
2011	66.5%	58.0%	53.5%	65.9%	57.4%	53.3%
2012	67.9%	58.0%	54.4%	67.9%	58.2%	54.7%
2013	66.4%	55.7%	51.7%	66.5%	55.8%	52.0%
2014	63.5%	54.0%	52.6%	63.6%	54.1%	52.6%
2015	65.6%	54.8%	53.3%	66.2%	55.3%	53.7%
2016	61.7%	52.0%	49.2%	60.5%	50.5%	48.4%

מתוך: ממדי העוני והפערים החברתיים, דו"ח שנתי, 2016, המוסד לביטוח לאומי.

1.1.4 מצב כלכלי

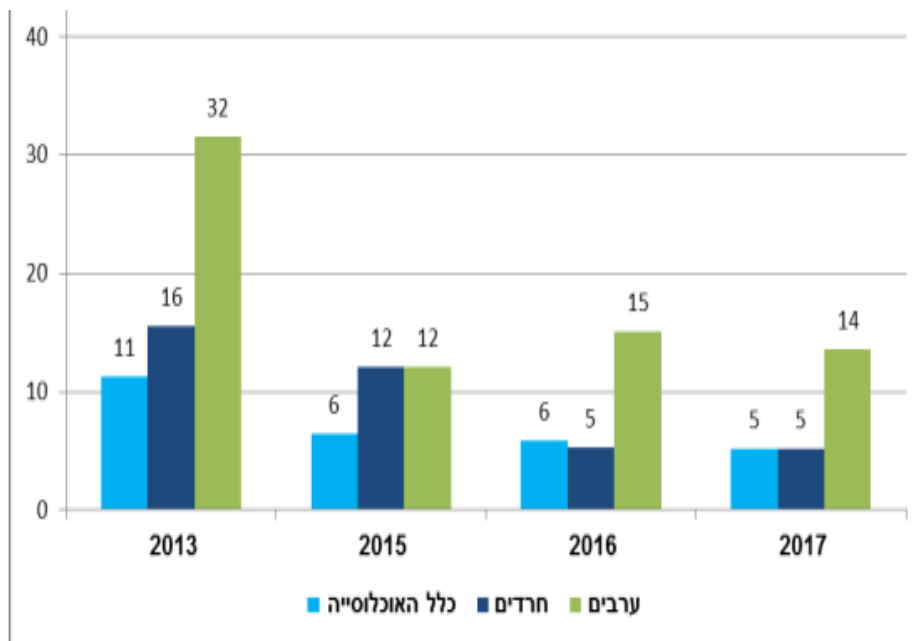
דיווח על קושי כלכלי וויתורים עקב קשיים כלכליים

בקרוב בני 20 ומעלה בשנת 2017, 37%, אינם מרוצים ממצבם הכלכלי. 11% הרגישו עניים (מקרב כלל האוכלוסייה), ו-28% מקרב הערבים. אחוזי הדיווח על קשיים כלכליים ועל וויתורים בשל קשיים כלכליים גבוהים יותר בקרב האוכלוסייה הערבית¹⁸, להלן:

ויתור על מזון

בשנת 2017, 7% (בקרוב כלל האוכלוסייה) דיווחו כי הם אכלו פחות משרצו בשנה האחרונה בשל קשיים כלכליים, 12% מקרב הערבים. 8% (בקרוב כלל האוכלוסייה) דיווחו שבשנה האחרונה הם ויתרו על אוכל בגלל קשיים כלכליים: 14% מהערבים לעומת 6% מהיהודים. 5 מבני 20 ומעלה (בקרוב כלל האוכלוסייה) ויתרו על ארוחה חמה לפחות פעם ביומיים בשל קשיים כלכליים, ו-14% בקרב הערבים. לאורך השנים ישנה ירידה משמעותית באחוז המוותרים על ארוחה חמה בשל קשיים כלכליים, בקרב כלל האוכלוסייה ובקרב החברה הערבית, אך נותרו פערים בין שתי האוכלוסיות¹⁹.

תרשים 3: בני 20 ומעלה שוויתרו על ארוחה חמה בשל קשיים כלכליים, אחוזים, שנים נבחרות



מתוך: הודעה לתקשורת, רוחת האוכלוסייה בישראל וויתורים בשל קשיים כלכליים, ממצאים ראשונים מתוך הסקר החברתי 2017, למ"ס

¹⁸ הודעה לתקשורת, רוחת האוכלוסייה בישראל וויתורים בשל קשיים כלכליים, ממצאים ראשונים מתוך הסקר החברתי 2017.

¹⁹ הודעה לתקשורת, רוחת האוכלוסייה בישראל וויתורים בשל קשיים כלכליים, ממצאים ראשונים מתוך הסקר החברתי 2017

שירותי רווחה

בשנת 2017, 1,226,000 תושבים היו רשומים כבעלי נזקקות במחלקות לשירותים חברתיים: 127.9 גברים ל 1,000 נפש, ו 150.6 נשים ל 1,000 ו 124.4 יהודים ל 1,000 נפש, ו 196 ערבים ל 1,000 נפש²⁰.

1.1.5 מדדי תעסוקה

השתתפות בכוח העבודה

בשנת 2017 בקרב מוסלמים בני 15 ומעלה שיעור ההשתתפות בכוח העבודה היה 43.4%: 61.5% בקרב גברים ו 25.3% בקרב נשים. אחוז השתתפות של נשים מוסלמיות (25.3%) נמוך משמעותית בהשוואה לנשים יהודיות (65.9%), נוצריות (48.3%), ודרוזיות (34.9%)²¹.

בלתי מועסקים מכוח העבודה

בשנת 2017, אחוז הבלתי מועסקים מכוח העבודה בקרב בני 25-64 - 3.7%. אחוז הבלתי מועסקים מכוח העבודה בקרב יהודים בני 25-64 - 3.7%, ובקרב הערבים 3.7%²².

שיעור תעסוקה

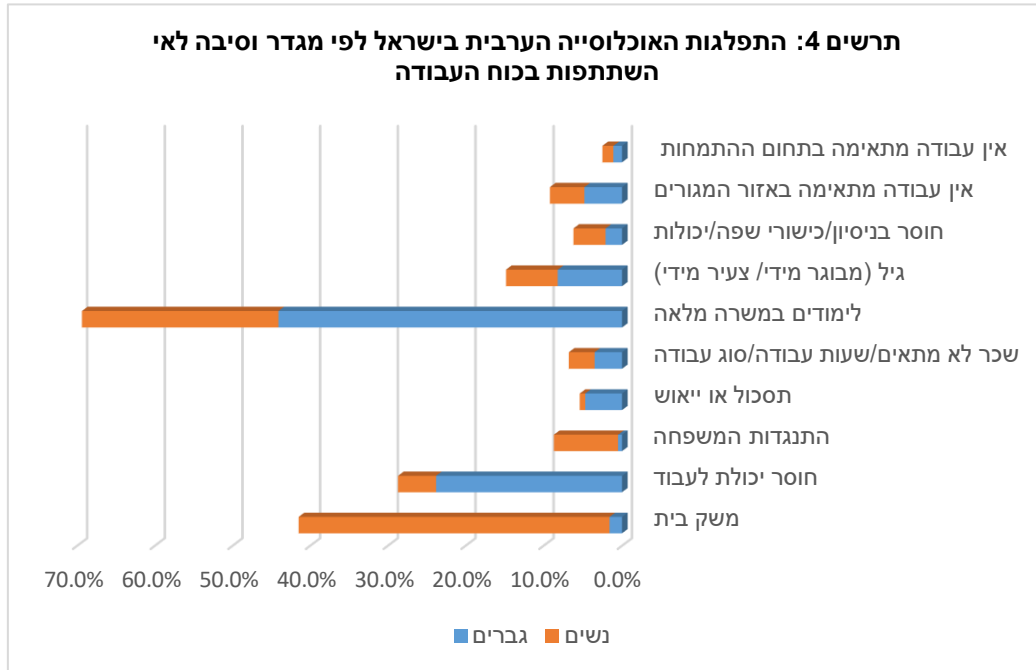
שיעור התעסוקה בקרב בני 25-64, 77.1%. שיעור התעסוקה בקרב יהודים בני 25-64 - 82.1%, לעומת 54.6% בקרב הערבים²³.

אבטלה

בשנת 2017, שיעור האבטלה בקרב הערבים בישראל הגיע ל-3.7%. שיעור האבטלה בקרב נשים ערביות הגיע ל 6.6%, לעומת 2.2% בקרב גברים ערבים. המצב בפריפריה פחות טוב ומגדיל את הפערים בין נשים לגברים. בצפון שיעור האבטלה הגיע ל 4.4%: (1.7% אצל גברים ערבים, 9.5% אצל נשים ערביות)²⁴.

²⁰ רשומים במחלקות לשירותים חברתיים, שנתון סטטיסטי לישראל 2018, למ"ס
²¹ הודעה לתקשורת- האוכלוסייה המוסלמית בישראל נתונים לרגל חג הקרבן, 2017, למ"ס
²² הודעה לתקשורת, נתונים מסקר כוח אדם לחודש דצמבר, לרבעון הרביעי ולשנת 2017, למ"ס, 2018
²³ הודעה לתקשורת, נתונים מסקר כוח אדם לחודש דצמבר, לרבעון הרביעי ולשנת 2017, למ"ס, 2018
²⁴ אגודת הגליל, 2018. The Palestinians in Israel, 5th Socio-economic Survey 2017,2018, The Galilee Society

כ- 40% מהנשים שלא עובדות, עוסקות במשק בית, כ- 25% מהנשים שלא עובדות, לומדות במשרה מלאה. בקרב הגברים הערבים, כ- 44% מהגברים שלא עובדים, לומדים במשרה מלאה, 23.8% מהגברים שלא עובדים זה מפאת חוסר יכולת לעבוד²⁵.



מתוך: סקר אגודת הגליל, 2017.

אחוז הבלתי מועסקים בשנת 2017 בקרב מוסלמים בגילאים 15 ומעלה היה 5.1%. נתון זה גבוה ביחס ליהודים (4.1%), נוצרים (4.7%) ודרוזים (4.3%)²⁶.

בשנת 2017, כ- 2% הגיעו ללשכת התעסוקה על מנת לחפש עבודה, לעומת 4.8% מהמוסלמים, 4% מהדרוזים ופחות מ- 2% מהנוצרים.

משלח יד

כ- 27% מהגברים המוסלמים המועסקים עובדים בענף הבינוי, 13% בענף התעשייה. כ- 38% מהנשים המוסלמיות המועסקות עובדות בענף החינוך, כ- 23% בענף שירותי בריאות ושירותי רווחה וסעד, כ- 38% המועסקות הן בעלות משלח יד אקדמי, כ- 28% הן עובדות מכירות ועובדות שירותים וכ- 12% הן עובדות בלתי מקצועיות²⁷. 59.1% עובדים בעבודה של מלאכה ומסחר, לעומת זאת, 19.8% מהגברים היהודים המועסקים בעבודה של מלאכה ומסחר. אחוז

²⁵ אגודת הגליל, 2018. The Palestinians in Israel, 5th Socio-economic Survey 2017,2018, The Galilee Society

²⁶ הודעה לתקשורת- האוכלוסייה המוסלמית בישראל - נתונים לרגל חג הקורבן, 2018, למ"ס

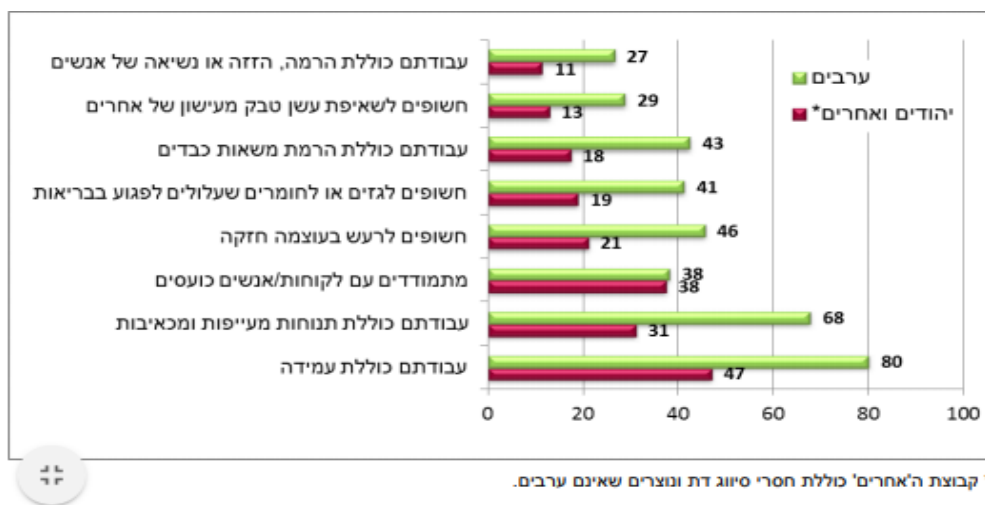
²⁷ הודעה לתקשורת- האוכלוסייה המוסלמית בישראל נתונים לרגל חג הקורבן, 2017, למ"ס

המועסקים במקצועות האקדמיים היה 6.5% ושיעור הטכנאים והמומחים היה 4.3% לעומת 25% מהגברים היהודים המועסקים הם במקצועות אקדמיים וכ- 13.8% כטכנאים ומומחים²⁸.

חשיפה לסיכונים בעבודה

4.3% מהיהודים ו-9.1% מהערבים מדווחים כי עבודתם מסכנת את בריאותם או את ביטחונם במידה רבה. בקרב היהודים, שיעור גבוה של חשופים ללחץ ומתח (לעתים קרובות או מדי פעם) (בהשוואה לערבים: 49.4% לעומת 25.1%, בהתאמה).

תרשים 5: מועסקים בני 20 ומעלה הנחשפים בעבודתם לסיכונים וגורמים המשפיעים לרעה על הבריאות (לפחות מחצית מזמן העבודה), לפי אוכלוסייה, אחוזים, 2016



מתוך: הודעה לתקשורת לקט נתונים בנושא תנאים פיזיים ומצוקות של מועסקים מתוך הסקר החברתי 2016, למ"ס

1.1.6 נייודות ותחבורה

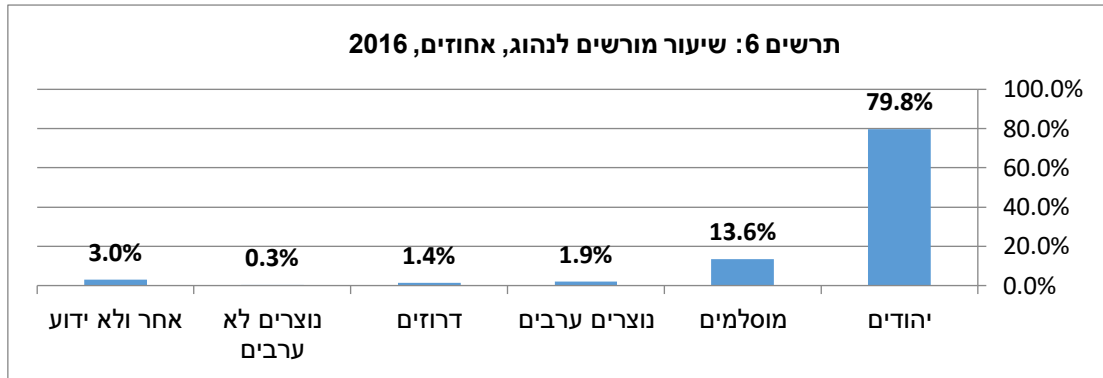
בסוף שנת 2017, מספר המורשים לנהוג ברכב מנועי, הגיע ל-4,250,000. כ-80% מכלל המורשים לנהוג, הם יהודים וכ-17% הם ערבים.²⁹ בשנת 2016, ל כ-1.8 מיליון נשים בישראל היה רישיונות נהיגה.³⁰ חלקן של הנשים מבין כל המורשים לנהוג בעלי רישיון נהיגה עמד על כ-43%. באוכלוסייה היהודית כ-45% מבין כלל המורשים לנהוג היו נשים, בעוד שבאוכלוסייה הערבית, שיעור הנשים המורשות לנהוג עמד על כ-37%. יחד עם זאת, נתון זה במגמת שיפור, ואחוז הנשים בעלות הרישיון גדל משמעותית בשנים האחרונות.

²⁸ אגודת הגליל, 2018. The Palestinians in Israel, 5th Socio-economic Survey 2017,2018, The Galilee Society

²⁹ הודעה לתקשורת- מורשים לנהוג 2017 למ"ס

³⁰ סטטיסטיקל 166, נשים וגברים 2016

חלקן של הנשים הרשאיות לנהוג היה גבוה משמעותית בקבוצת הגיל 25-34 ועמד על 47% באוכלוסייה היהודית ו 43% באוכלוסייה הערבית. בקרב נשים בנות 65 ומעלה שיעור הנהגות היה נמוך במיוחד ועמד על 39% באוכלוסייה היהודית ו 11% באוכלוסייה הערבית³¹. בשנת 2017 חל שיפור קל וחלקן של הנשים מבין כל המורשים לנהוג בעלי רישיון נהיגה עמד על כ 44.4%³².



מתוך: פני החברה בישראל פני 10- דת והגדרה עצמית של מידת דתיות בישראל, למ"ס

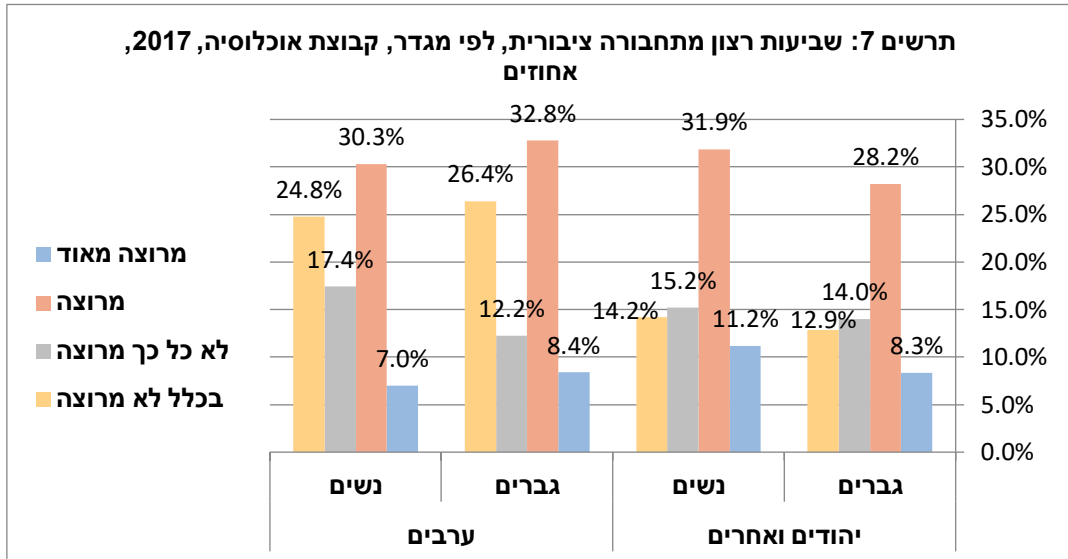
בבדיקת בעלות פרטית על כלי רכב לפי דת נמצא כי רובם – 76.8% – בבעלות יהודית, ו- 16.4% בבעלות מוסלמית, בדומה לחלקם באוכלוסייה.

שימוש בתחבורה ציבורית

31.9% מהיהודים וה"אחרים" לא משתמשים בתחבורה ציבורית לעומת 20.34% מהערבים. באוכלוסייה הערבית אחוז הלא משתמשים בתחבורה ציבורית בהשוואה בין המינים הוא כמעט זהה: 20.19% בגברים לעומת 20.49% בקרב הנשים. לעומת זאת הפער בקרב האוכלוסייה היהודית והאחרים שלא משתמשים בתחבורה ציבורית הוא משמעותי יותר: 36.55% בקרב הגברים לעומת 27.54% בנשים³³.

9.79% מהיהודים מאוד מרוצים מהתחבורה הציבורית לעומת 7.69% מהערבים. 13.57% מהיהודים לא מרוצים בכלל מהתחבורה הציבורית לעומת 25.6% מהערבים. נשים באופן כללי מביעות שביעות רצון גבוהה יותר מהגברים בתחבורה הציבורית³⁴.

³¹ סטטיסטיקל 166, נשים וגברים 2016
³² הודעה לתקשורת- מורשים לנהוג 2017 למ"ס
³³ הסקר החברתי 2017, למ"ס- מחולל דוחות
³⁴ הסקר החברתי 2017, למ"ס- מחולל דוחות



מתוך: הסקר החברתי, 2017, למ"ס.

1.1.7 תנאי חיים וסביבה

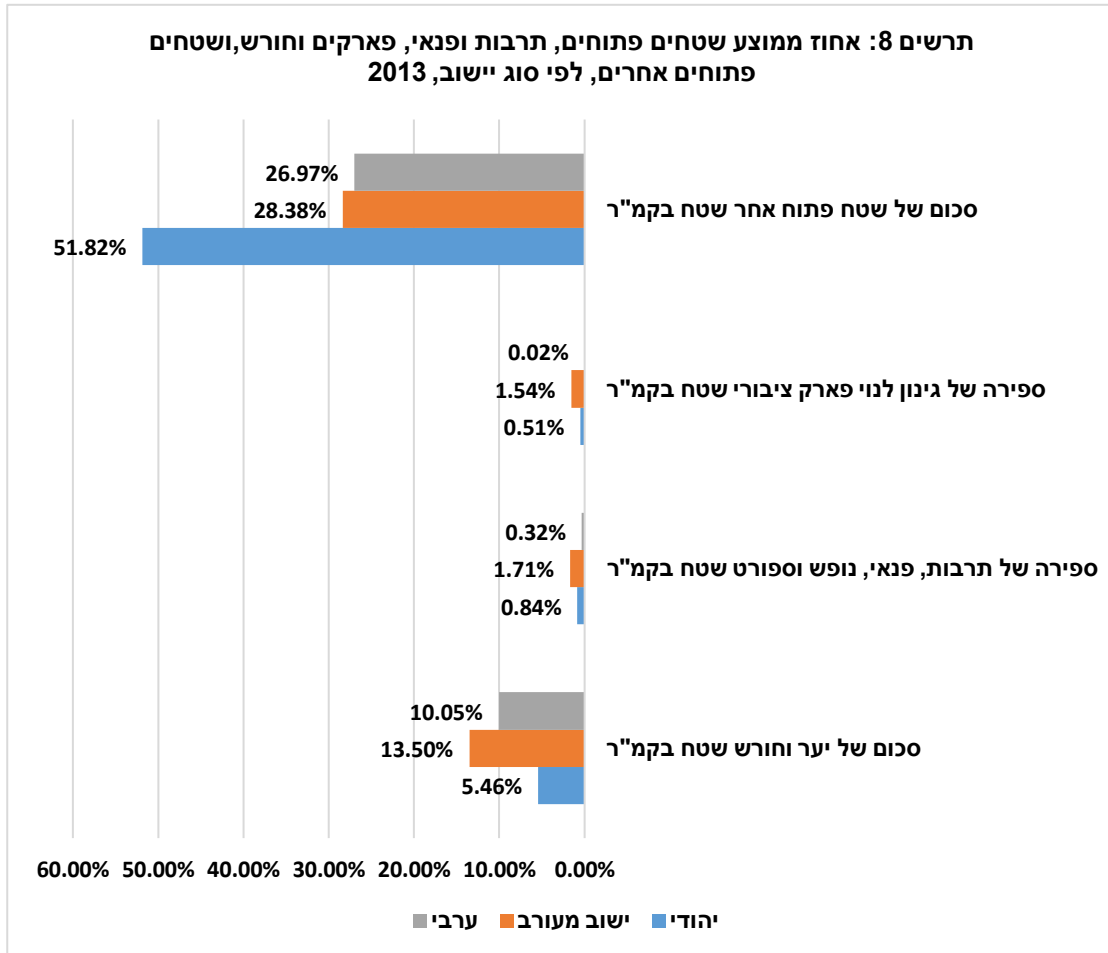
שימושי קרקע

במגזר הערבי קיים מחסור בגני שעשועים וגנים ציבוריים. רק ל-46.9% מהמשפחות יש אפשרות להשתמש בגינה ציבורית. 62.1% מהמשפחות הערביות דיווחו כי בשכונה יש מגרש משחקים לילדים. האזור הגיאוגרפי העיקרי הסובל ממחסור בגנים הוא הדרום, שבו יש מחסור של 72.5% בגנים לעומת 59.3% באזור הצפון³⁵.

בישובים יהודיים, אחוז השטחים הפתוחים גבוה באופן משמעותי בהשוואה לישובים ערביים. שביעות הרצון של התושבים מפארקים נמוכה משמעותית בהשוואה לתושבים יהודיים.

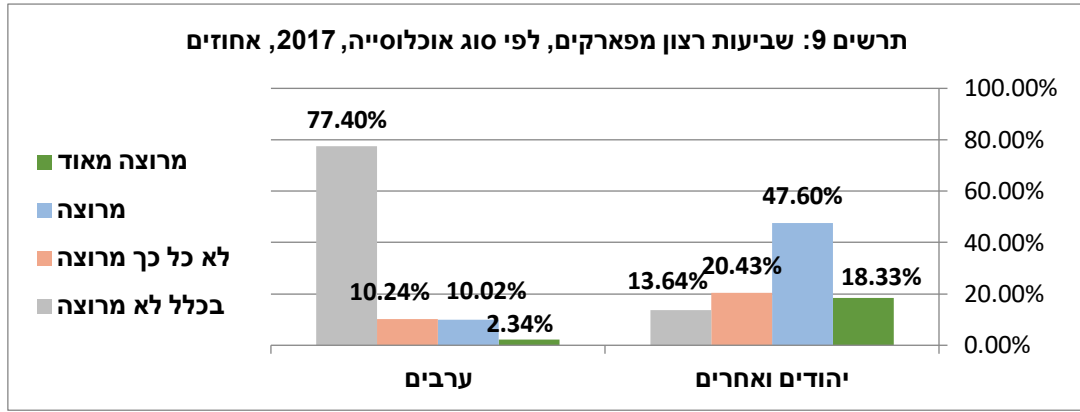
³⁵ הפלסטינים בישראל, סקר סוציולוגי ה-5, 2017, עמותת הגליל

תרשים 9, מבוסס על קובץ שימושי הקרקע (שנת 2013), מתוך קובץ רשויות מקומיות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. התרשים מציג את אחוז של שימושים שונים של הקרקע, מתוך סך שטח השיפוט, של אותה קבוצת יישוב: יישובים יהודיים, יישובים מעורבים (יהודים וערבים), ויישובים שאינם יהודיים.³⁶ קרקעות שמיעדות לתרבות, פנאי, נופש וספורט כוללים גם מלונאות ואירוח כפרי.



מתוך: רשויות מקומיות בישראל, קובץ שימושי קרקע 2013, למ"ס, עיבוד: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.

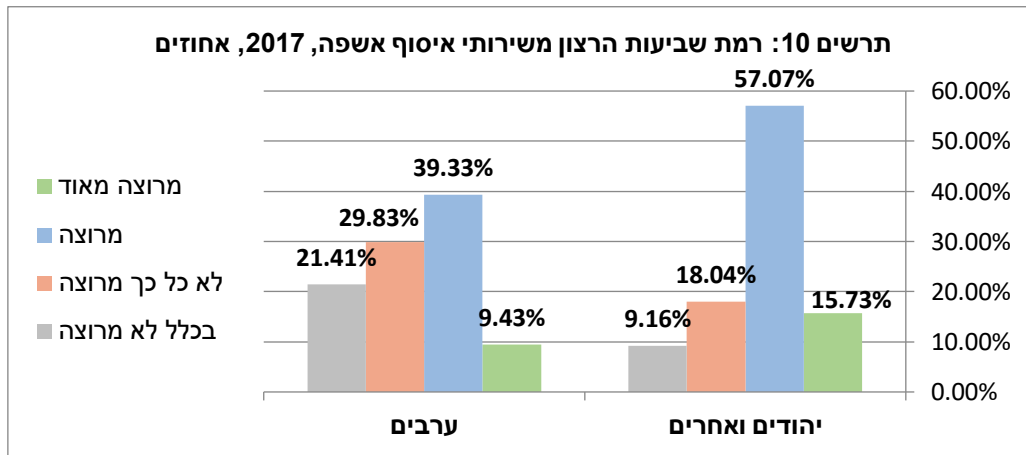
³⁶ הנתונים אינה כוללים רשויות אזוריות.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, למ"ס, 2017.

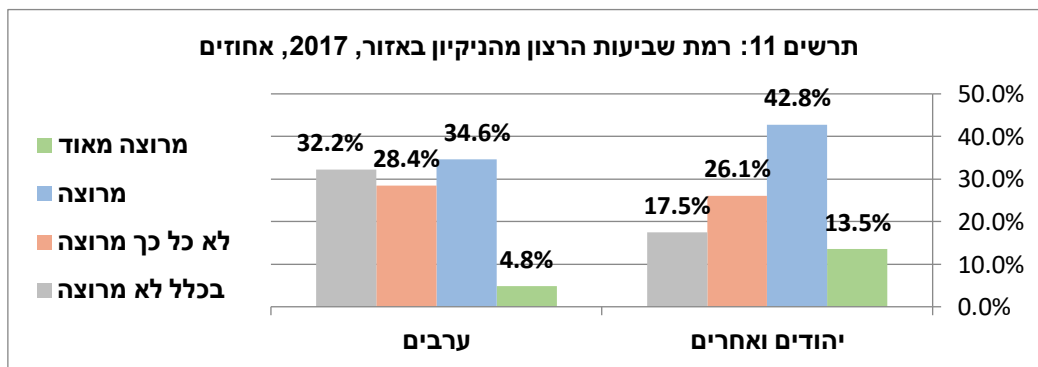
שביעות רצון מרמת הניקיון

56.4% מהיהודים היו מרוצים מהניקיון באזור מגוריהם, לעומת 37.3% מהערבים. 72.2% מהיהודים היו מרוצים משירותי איסוף אשפה לעומת 49.2% מהערבים.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, למ"ס, 2017.

ב 2017, מרבית היהודים והאחרים היו מרוצים או מרוצים מרמת הניקיון בסביבת מגוריהם, בפער ניכר מהאוכלוסייה הערבית.

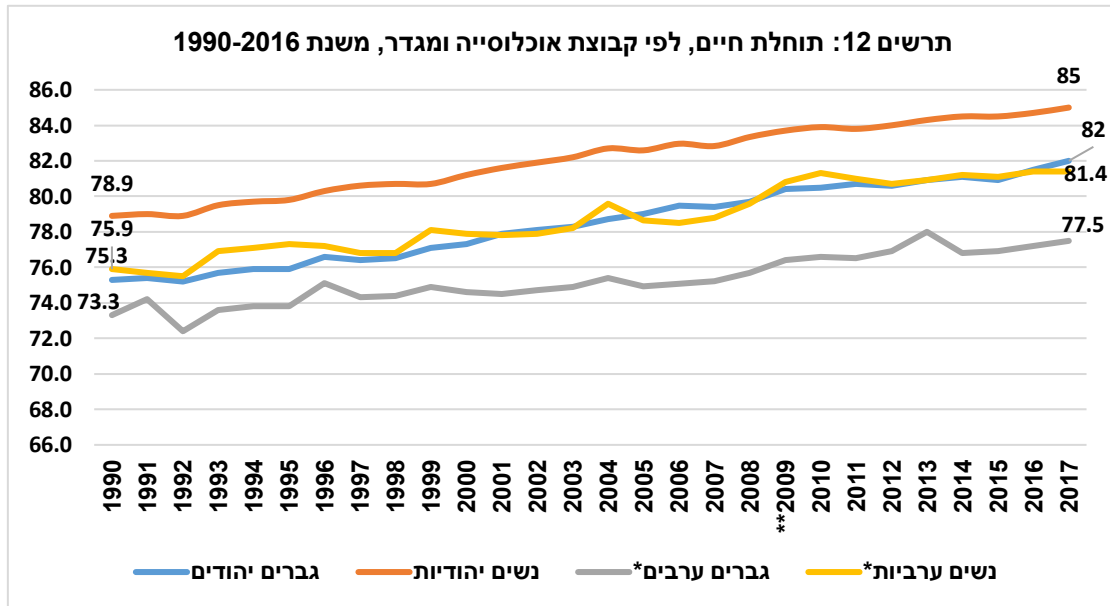


מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, למ"ס, 2017, משרד הבריאות

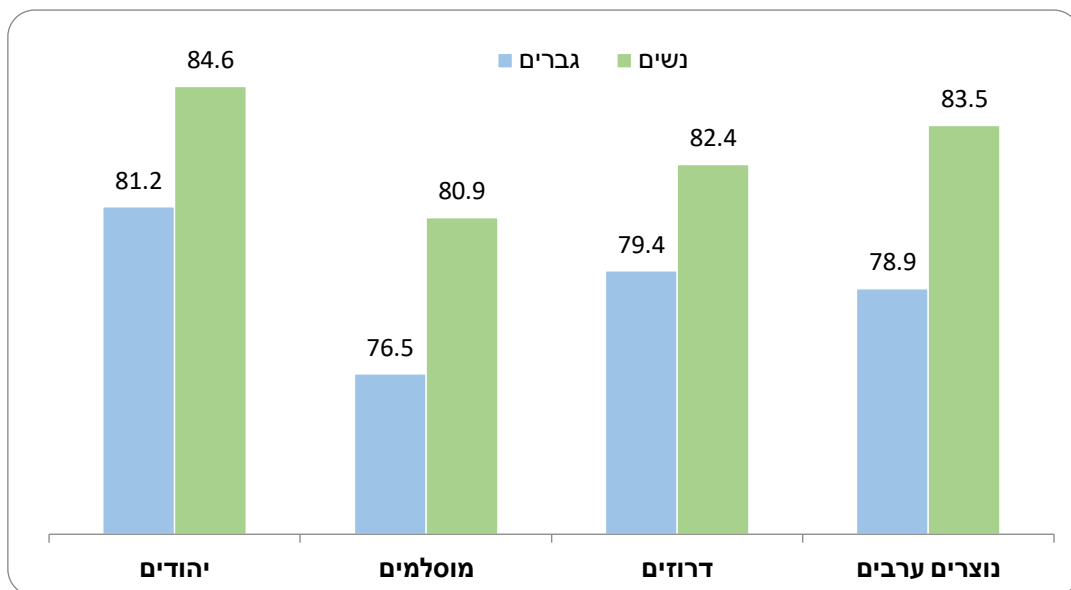
1.2 מדדי בריאות

1.2.1 תוחלת חיים

בשנת 2017, תוחלת החיים בקרב כלל אוכלוסיית הגברים בישראל עמדה על 80.7 ושל נשים על 84.6. תוחלת החיים של גברים יהודים, היתה 81.4 ושל נשים יהודיות 85.0. תוחלת החיים של גברים ערבים היתה 77.5, ושל נשים ערביות 82.0. גם בהשוואה בין דתות ניכרים פערים³⁷.



תרשים 13: תוחלת חיים, לפי דת, ממוצע 2016-2014

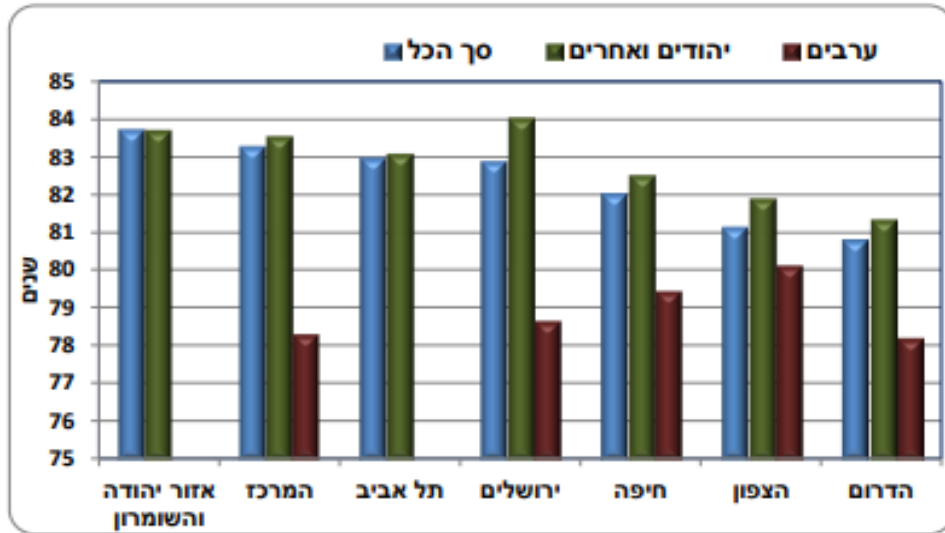


³⁷ השנתון הסטטיסטי לישראל 2017, תמותה ותוחלת חיים, אתר למ"ס.

תוחלת חיים לפי מחוזות

קיימים פערים בתוחלת החיים בין יהודים ואחרים לבין ערבים לפי המחוזות. בקרב ערבים, תוחלת החיים במחוז צפון היתה הגבוהה ביותר. גבוהה ב 1.5 שנים ממחוז ירושלים, ו 1.9 שנים ממחוז הדרום.

תרשים 15: תוחלת חיים לפי קבוצות אוכלוסייה ומחוז, ממוצע 2014-2016



מתוך: הודעה לתקשורת, תוחלת חיים בישראל 2016, למ"ס.

1.2.2 תמותה

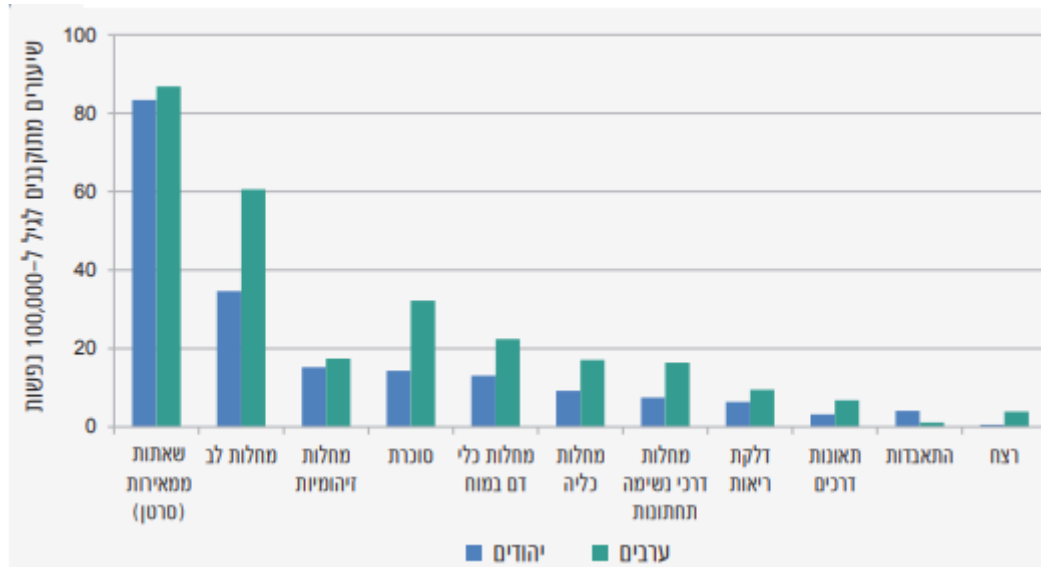
שיעור התמותה הממוצע (2014-2016) בקרב האוכלוסייה היהודית עמד על 5.3 ל-1,000 תושבים מתוקנן לפי גיל, לעומת האוכלוסייה המוסלמית שבה השיעור הממוצע היה 7.8³⁸.

השיעורים המתוקננים לגיל גבוהים בקרב ערבים לעומת יהודים כמעט בכל סיבות המוות המובילות. שיעורי התמותה מגידולים ממאירים בקרב ערבים דומים ליהודים, אך מעט גבוהים יותר. שיעור התמותה מסרטן הריאה שהוא הסרטן השכיח ביותר גבוה פי 1.4 בקרב ערבים. שיעורי התמותה המתוקננים גבוהים בקרב ערבים פי 1.8–2.3 לעומת יהודים מסיבות מוות כגון מחלות לב, מחלות כלי דם במוח, סוכרת, מחלות כרוניות של דרכי נשימה תחתונות ומחלות כליה. שיעור התמותה מכלל הסיבות החיצוניות גבוה פי 1.4 בקרב ערבים, וניכרים

³⁸ השנתון הסטטיסטי לישראל, 2018, למ"ס.

פערים גדולים גם בתאונות דרכים – פי 2.2, וברצח – פי 6.5. לעומת זאת שיעור ההתאבדויות גבוה פי 3.7 בקרב יהודים³⁹.

תרשים 16: שיעורי תמותה מתוקננים לגיל, לפי סיבות מוות נבחרות וקבוצת אוכלוסייה, 2015

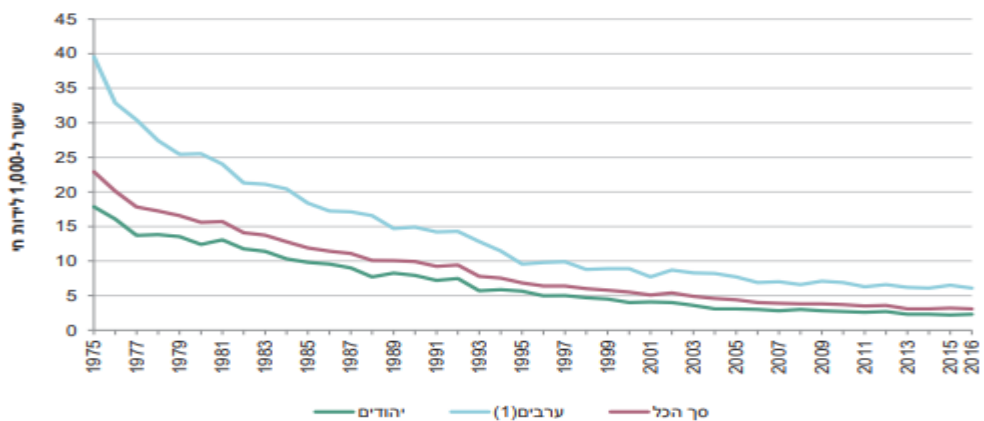


מתוך: פני החברה בישראל מס' 10, דת והגדרה עצמית של מידת דתיות, פרק 6: בריאות, למ"ס

תמותת תינוקות

לאורך השנים חלה ירידה בשיעורי תמותת תינוקות. קיימים פערים בשיעור תמותת תינוקות בין יהודים לערבים. שיעורי תמותת התינוקות בקרב ערבים נצפו כגבוהים יותר בהשוואה ליהודים, אף כי הפער הצטמצם לאורך השנים.

תרשים 17: שיעור תמותת תינוקות, ל 1,000 לידות חי: לפי קבוצת אוכלוסייה, 1975-2016.



(1) לפי שנת 1996 - בני דתות אחרות.

מתוך: שנתון סטטיסטי לישראל 2017, תמותה ותוחלת חיים, אתר למ"ס.

³⁹ פני החברה בישראל מס' 10, דת והגדרה עצמית של מידת דתיות, פרק 6: בריאות, למ"ס

לוח 7. שיעורי תמותת תינוקות לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה, ממוצע תלת-שנתי

ממוצע 2015-2017		ממוצע 2010-2012		מחוז
ערבים	יהודים ואחרים	ערבים	יהודים ואחרים	
5.9	2.3	6.6	2.6	סה"כ
5.5	2.6	5.7	2.7	ירושלים
4.2	3.1	4.5	3.0	צפון
3.9	2.0	7.1	2.7	חיפה
4.1	1.8	6.0	2.3	מרכז
(8.0)	2.0	(4.7)	2.3	תל אביב
11.0	3.0	12.0	3.5	דרום

מתוך: שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות, תמותה ותוחלת חיים, אתר למ"ס.

הערה: הנתון בסוגריים מבוסס על מספר קטן של מקרים.

בשנת 2016 פרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה נתוני לידות מרובות עוברים. לידות אלה בעלות סיכון רב יותר לאישה ולתינוק. מהנתונים עולה, כי בשנת 2013 4.6% מהיילודים בלידות של נשים בישראל היו לידות מרובות עוברים. שיעור זה גבוה יותר בקרב נשים יהודיות (4.8%) ביחס לנשים ערביות (3.8%). פערים ניכרים בין שני המגזרים נצפים בשיעור יילודים בלידות מרובות עוברים לפי גיל האם. במגזר הערבי שיעור היילודים המרבי בלידות מסוג זה הוא 4.8%, שיעור שנצפה בקרב אימהות בקבוצת גילאים 35-39. ואילו בקרב נשים יהודיות שיעור זה הגיע ל- 25% מכלל היילודים אצל אימהות בגילאים 45 ומעלה. הבדלים משמעותיים אלה נעוצים ככל הנראה בשוני בדפוס פרייה, שימוש בשיטות הפרייה חוץ גופית ופערי תרבות בין שתי האוכלוסיות⁴⁰.

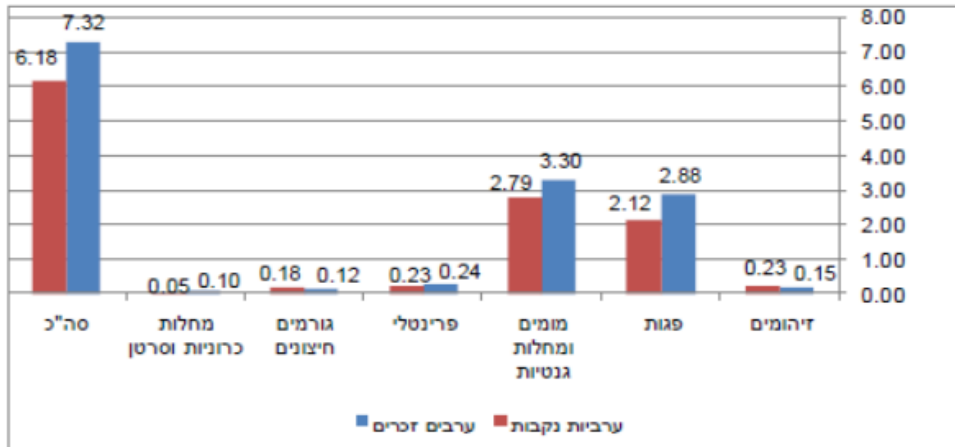
לוח 8: שיעור סיבות המוות ל-1,000 לידות חי: לפי קבוצת אוכלוסייה, 2008-2011

קבוצת אוכלוסייה	שנה	זיהום	פגות	מומים ומחלות קשות	מוות בעריסה	סב לידתי	גורמים חיצוניים	מחלות ממאירות וכרוניות
יהודים ואחרים	2008	0.05	1.57	0.75	0.19	0.17	0.06	0.06
	2009	0.07	1.53	0.68	0.15	0.23	0.01	0.02
	2010	0.06	1.53	0.74	0.11	0.1	0.07	0.04
	2011	0.14	1.23	0.7	0.27	0.14	0.02	0.05
ערבים	2008	0.23	2.23	2.81	0.38	0.35	0.18	0.1
	2009	0.2	2.89	3.12	0.38	0.23	0.1	0.1
	2010	0.1	2.67	3.21	0.42	0.17	0.25	0.02
	2011	0.23	2.24	3.04	0.38	0.2	0.08	0.08

מתוך: דו"ח תמותת תינוקות ותמותה פרינטלית בישראל לשנות 2008 – 2011, המחלקה לאם ולידה, משרד הבריאות

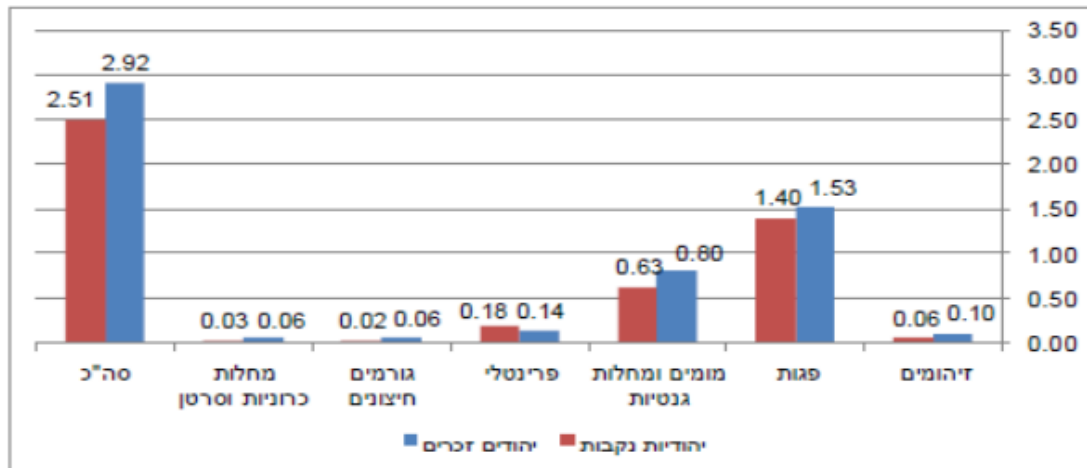
⁴⁰ דו"ח אי שוויון 2017, משרד הבריאות

תרשים 18: תמותת תינוקות ותמותה פרינטלית באוכלוסייה הערבית לפי סיבות ומגדר, 2008-2011



מתוך: דו"ח תמותת תינוקות ותמותה פרינטלית בישראל לשנות 2008 – 2011, המחלקה לאם ולילד, משרד הבריאות

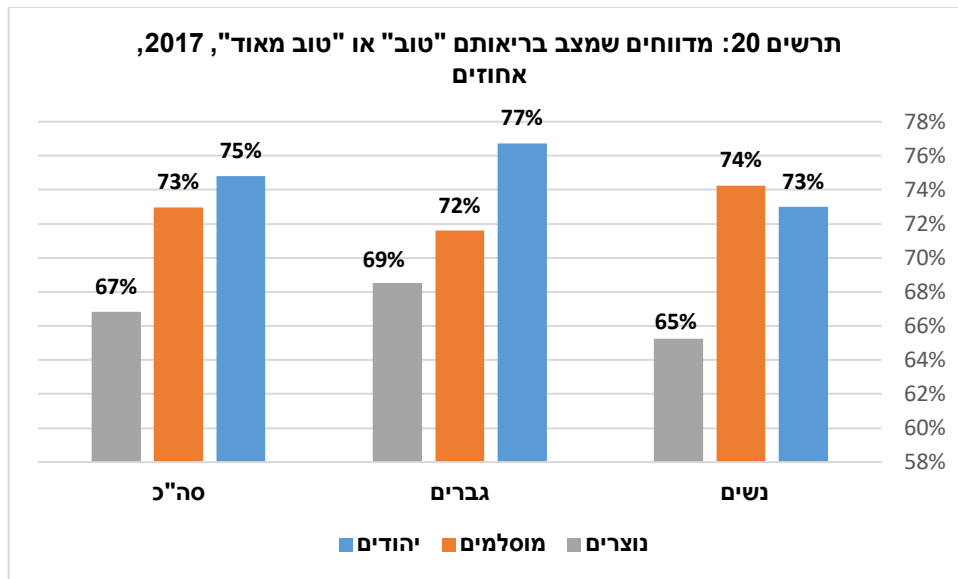
תרשים 19: תמותת תינוקות ותמותה פרינטלית באוכלוסייה היהודית לפי סיבות ומגדר, 2008-2011



מתוך: דו"ח תמותת תינוקות ותמותה פרינטלית בישראל לשנות 2008 – 2011, המחלקה לאם ולילד, משרד הבריאות

1.2.3 הערכה עצמית של בריאות

בשנת 2017, 74.96% העריכו שמצבם הבריאותי "טוב מאוד" או "טוב": 74.8% מהיהודים לעומת 72.9% מהמוסלמים. 72.7% מהאוכלוסייה הערבית העריכו שמצבם הבריאותי "טוב מאוד" או "טוב": 72.1% מהגברים לעומת 73.4% מהנשים.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, למ"ס, 2017

1.3 גורמי סיכון והתנהגויות בריאות

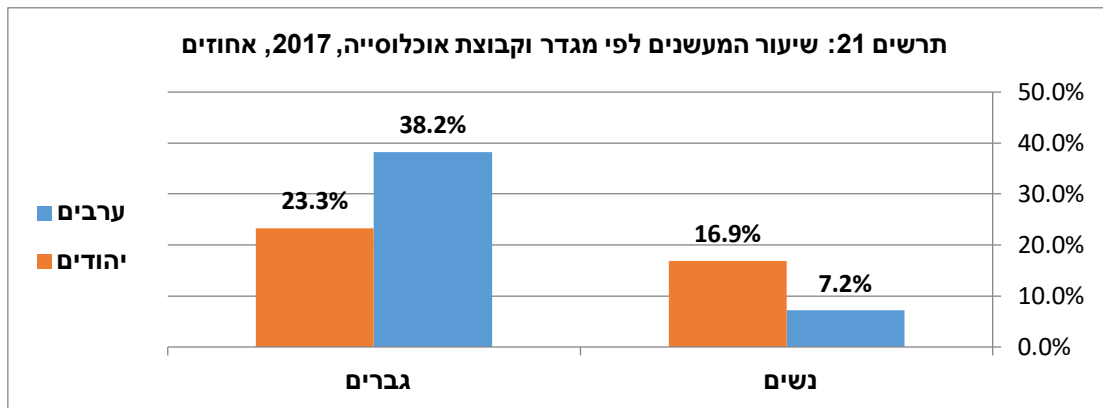
1.3.1 עישון

העישון גורם לנזקים בריאותיים רבים מהם- סרטן, מחלות כלי דם ולב, מחלות בדרכי הנשימה. ארגון הבריאות העולמי (who) קבע כי עישון הוא גורם התמותה השני הנפוץ ביותר, הוא גורם סיכון עיקרי לשתיים לפחות מסיבות התמותות המובילות – מחלות לב וכלי דם (כולל יתר לחץ דם, ומחלות כלי דם במוח- שבץ מוחי) וסוגים שונים של סרטן. העישון נחשב לגורם סיכון הניתן למניעה.

שיעור העישון בכלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל הוא 20.5%. שיעור העישון בגברים, גבוה משיעור העישון בנשים: 25.9% לעומת 15.3% בהתאמה. שיעור העישון בערבים גבוה מהשיעור ביהודים: 22.9% לעומת 20% בהתאמה. ההשוואה בין יהודים לערבים לא משקפת את המצב בצורה מדויקת היות ושיעורי עישון בקרב גברים ערבים גבוהים יותר משיעורי העישון של גברים יהודים, ושיעורי העישון בקרב נשים יהודיות גבוה משיעורי עישון בקרב נשים ערביות.

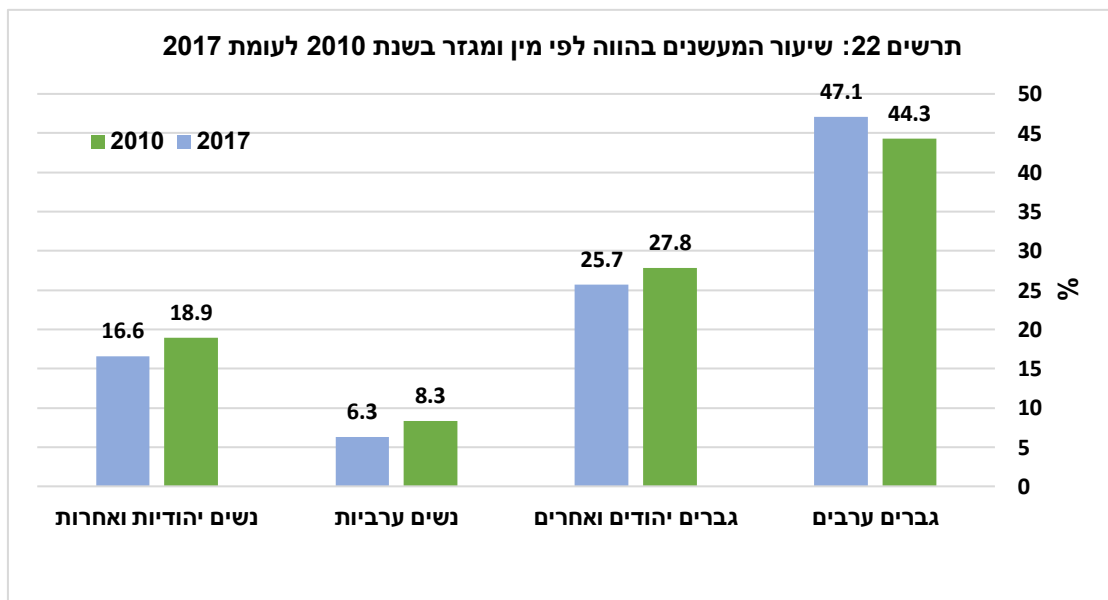
אחוז הגברים הערבים המעשנים מסך הגברים הערבים הוא כ-40%. זו הקבוצה שבה שיעורי העישון הגבוהים ביותר. מאידך, אחוז הנשים הערביות המעשנות מסך הנשים הערביות, הוא הנמוך ביותר. אחוז הנשים היהודיות המעשנות גדול יותר מפי שתיים מנשים ערביות⁴¹.

⁴¹ דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018



מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018, משרד הבריאות

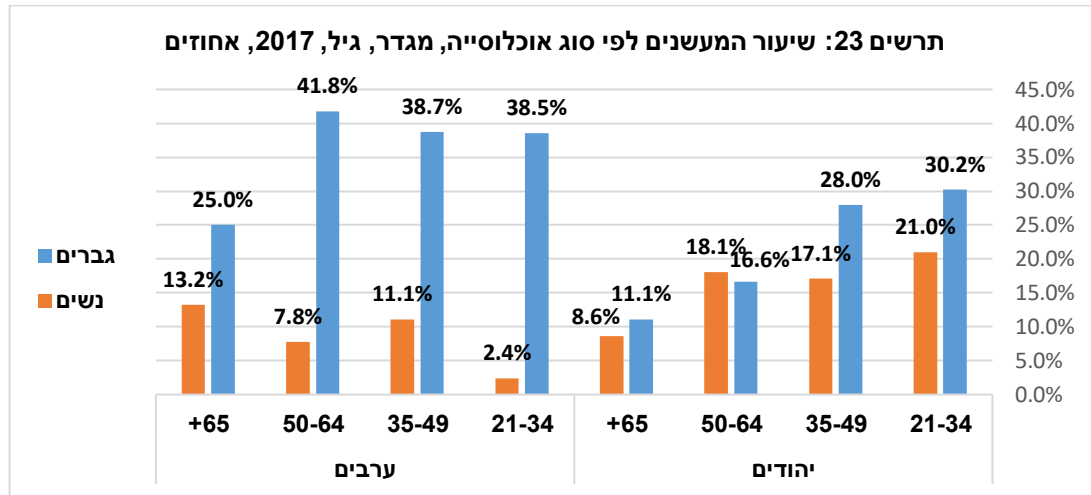
מחקר בנושא הגורמים המתווכים את הקשר בין מוצא אתני ועישון בקרב יהודים וערבים, שבוצע לאחרונה על ידי מכון גרטנר⁴² משווה בין שיעור המעשנים לפי מין ומגזר בין השנים 2010 ל-2017. המחקר התבסס על מדגם של 1,101 גברים ונשים יהודים וערבים בגילאי 25-74, מנפת-חדרה, אשר רואיינו בשנים 2002-2007. 750 מתוכם רואיינו שוב בשנים 2012-2015. המחקר מציג נתונים יחסית זהים לאלו שנמצאו בדו"ח שר הבריאות, למעט הנתון על אודות אחוזי העישון בקרב גברים ערבים שנמצא גבוה יותר מזה המדווח בדו"ח. ההשוואה בין השנים מלמדת כי ישנה ירידה בשיעור המעשנים בגברים יהודים, בנשים יהודיות ובנשים ערביות לעומת שנת 2010. עם זאת, ניתן לראות שלא זו בלבד ששיעור



העישון בגברים ערבים לא קטן משנת 2010, **הוא אף גדל**, בניגוד למגמת הירידה המתונה ביותר בקבוצות המגזר/מגדר.

⁴² מרכז הידע בנושא אי שוויון בבריאות ביחידה לאפידימיולוגיה של מחלות לב וכלי דם, מכון גרטנר לחקר אפידימיולוגיה לחקר ומדיניות בריאות.

מן הנתונים עולה, שבקרב היהודים קיימת מגמה של ירידה בשיעור המעשנים עם העלייה בגיל (למעט עליה של אחוז, בקרב נשים יהודיות בגילאי 50-64). בכל קבוצות האוכלוסייה שיעור המעשנים בגילאי 65 ומעלה, הוא הנמוך ביותר, למעט בקרב נשים ערביות.

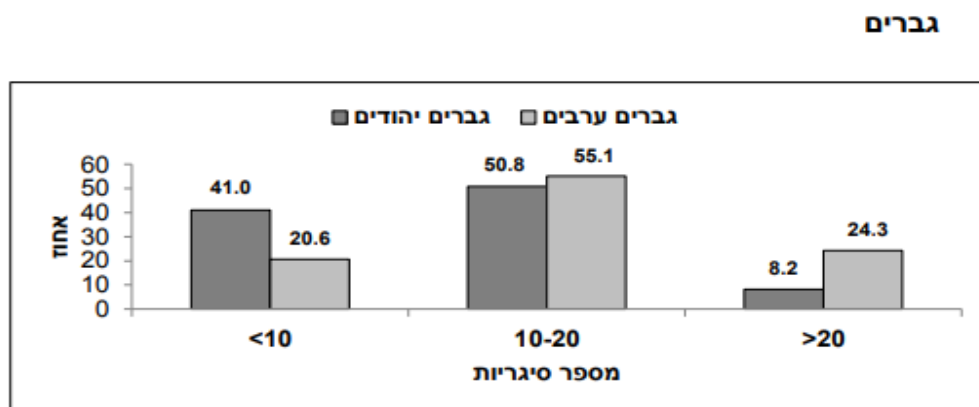


מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018, משרד הבריאות

צריכת סיגריות יומית

הנזק כתוצאה מעישון, תלוי גם בכמות הסיגריות הנצרכת על המעשן. כאמור, אחוז הגברים הערבים המעשנים גבוה מאחוז הגברים היהודים המעשנים. בנוסף הם מעשנים יותר. אחוז הגברים היהודים המעשנים פחות מ 10 סיגריות גבוה יותר מאחוז הגברים הערבים. בכל שאר רמות העישון גברים ערבים מעשנים יותר, כאשר ברמה של עישון מעל 20 סיגריות ביום הפער משמעותי מאוד.

תרשים 24: התפלגות המעשנים באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי צריכת סיגריות יומית, וקבוצת אוכלוסייה, סקר "KAP 2017" (אחוזים).

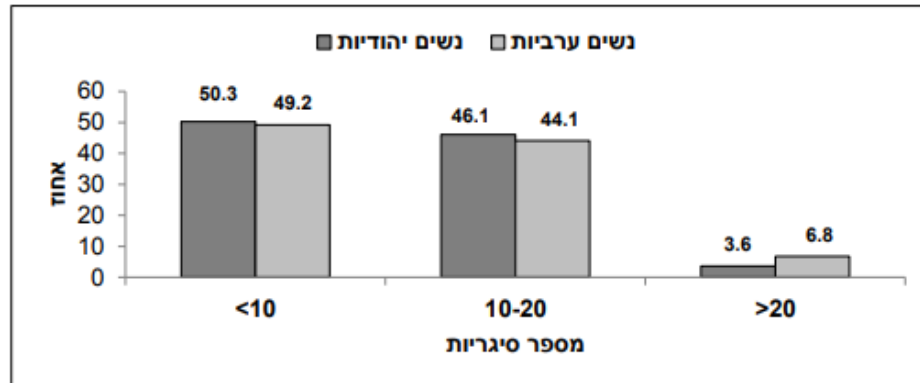


מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018

על אף שאחוז הנשים היהודיות המעשנות גבוה מאחוז הנשים הערביות המעשנות, אחוז הנשים הערביות המעשנות מעל 20 סיגריות גבוה יותר מנשים יהודיות. כמחצית הנשים המעשנות, מעשנות פחות מ 10 סיגריות ליום, גם באוכלוסייה היהודית וגם בערבית.

תרשים 25: התפלגות המעשנים באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי צריכת סיגריות יומית, וקבוצת אוכלוסייה, סקר "KAP 2017" (אחוזים).

נשים



מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018.

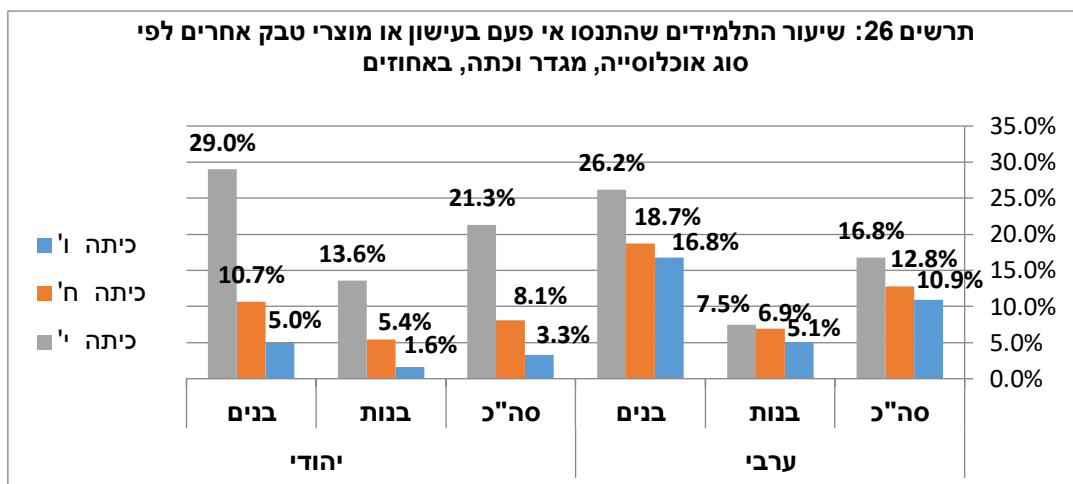
עישון בקרב בני נוער

במרבית מדינות המערב יש עלייה בשכיחות העישון בקרב בני נוער. מרבית המעשנים התחילו לעשן בגיל ההתבגרות, ובהסתברות גבוהה יותר ימשיכו לעשן בגילאים מבוגרים יותר בהשוואה למי שהתחיל לעשן בגיל מאוחר יותר. בדומה להתנהגויות סיכון כגון שתיית אלכוהול או שימוש בסמים, עישון נוטה לבוא עם התנהגויות סיכון אחרות בשל גורמי סיכון דומים.

מלבד עישון סיגריות קיימת עלייה בפופולריות של עישון נרגילה בקרב בני נוער. עישון נרגילה, קשור לנזקי בריאות ארוכים וקצרי טווח כמו סרטן, מחלות נשימה, בעיות פיריון, ובעיות שיניים. נמצא שעישון נרגילה מוביל להתנסות בהתנהגויות סיכון חמורות יותר⁴³.

כ 12% מהתלמידים מדווחים שהתנסו אי פעם בעישון סיגריות או מוצרי טבק. עם העלייה בגיל חלה עלייה בשכיחות ההתנסות בעישון (6% בכיתה ו' לעומת כ 20% בכיתה י'). במגזר היהודי העלייה עם הגיל היא המשמעותית ביותר. מגמת העישון בבני נוער דומה לזו של המבוגרים. שיעור העישון הכללי בתלמידים ערבים גבוהים מזה של יהודים. שיעור העישון בקרב בנים גבוה משיעור העישון אצל הבנות.

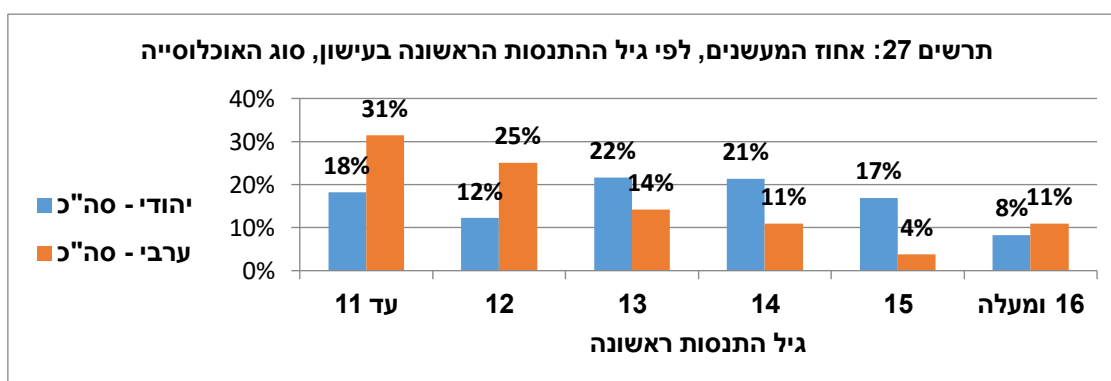
⁴³ דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018, משרד הבריאות



מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018, משרד הבריאות

התנסות ראשונה בעישון סיגריות

מן הנתונים עולה מגמה שלפיה, גיל ההתנסות הראשונית בעישון סיגריות נהיה צעיר יותר. בקרב האוכלוסייה הערבית, 31% מתחילים לעשן לפני גיל 11 לעומת 18% מקרב האוכלוסייה היהודית.



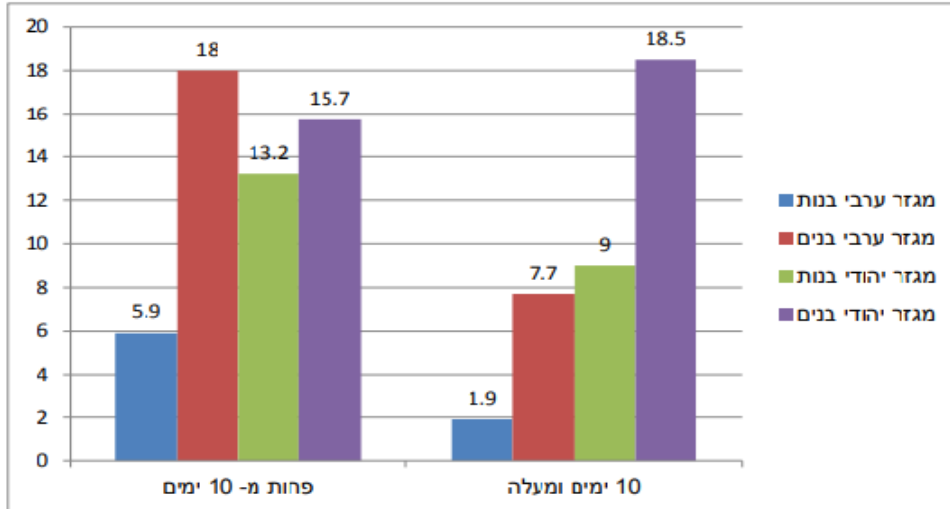
מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018, משרד הבריאות

דפוסי עישון בקרב תלמידי י"א- י"ב

שעור המתנסים בקרב בנים יהודים גבוה מאשר בקרב ערבים (34.2% בקרב יהודים לעומת 25.2% בקרב ערבים), ובקרב בנות יהודיות יותר מאשר בבנות ערביות (22.2% בקרב יהודיות לעומת 7.8% בקרב ערביות)⁴⁴.

תרשים 28: תדירות התנסות של תלמידי כיתות י"א- י"ב, בעישון סיגריות או מוצרי טבק אחרים, לפי מספר ימי עישון, סוג אוכלוסייה ומגדר, באחוזים

⁴⁴ מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018.



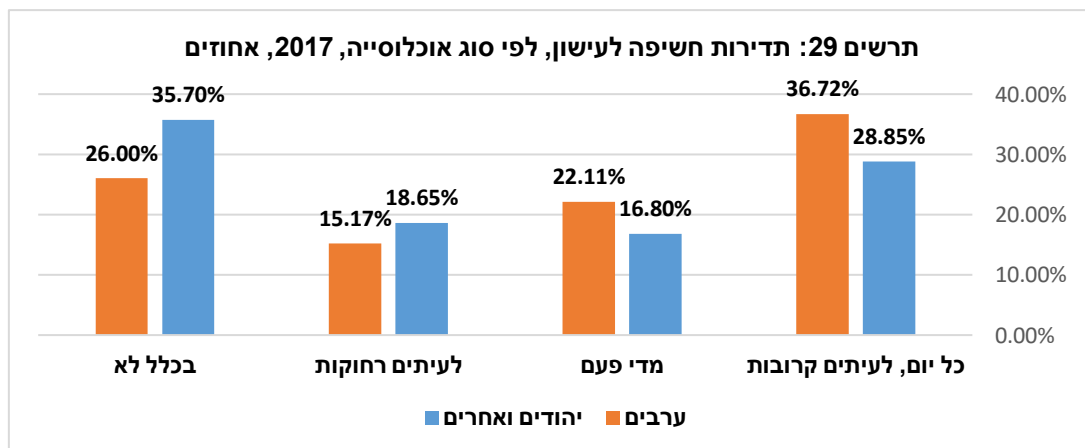
מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018, משרד הבריאות.
 הערה: במספר ימי עישון הכוונה: לפי מספר ימי עישון ב-30 הימים האחרונים

עישון נרגילה

21% מהתלמידים דיווחו שהתנסו בעישון נרגילה אי פעם. בנים מדווחים כמעט פי 2 מבנות (כ 28% לעומת כ 15%, בהתאמה). כמו כן חלה עלייה באחוזי המדווחים על עישון נרגילה עם העלייה בגיל. הקפיצה הגדולה היא בן כיתות ו' ו- ח' לכיתה י'. מגמות אלו, קיימות בקרב יהודים וערבים אך תלמידים ערבים מדווחים בשכיחות גבוהה יותר על עישון נרגילה (כ- 31%) לעומת תלמידים יהודים (כ 16%). בולט במיוחד אחוז הדיווח של בנים ערבים (כ- 42%)⁴⁵.

חשיפה לעישון- עישון כפוי

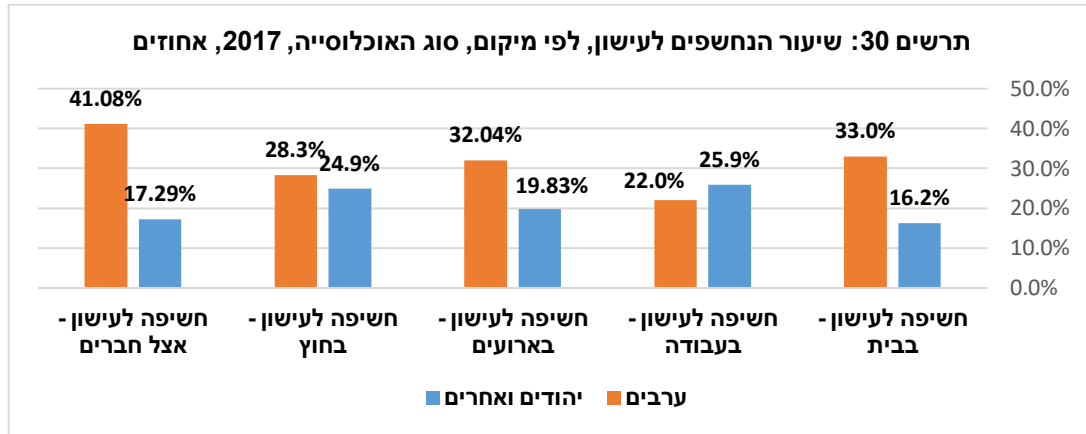
בקרב האוכלוסייה הערבית, בחודש שקדם לסקר שלהלן, נמצא שיעור גבוה יותר של אנשים שהיו חשופים לעישון של אחרים.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, 2017, למ"ס.

⁴⁵ מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018

האוכלוסייה הערבית, נחשפת לעישון פאסיבי יותר מהאוכלוסייה היהודית ואחרים. הפער הכי משמעותי בין הערבים ליהודים בחשיפה לעישון מתרחש אצל החברים (כ 41% אצל הערבים לעומת כ 17% אצל היהודים ואחרים). גם בבית ניכר פער (33% אצל הערבים לעומת כ 16% אצל היהודים). במקום העבודה, יהודים נחשפים לעישון יותר מערבים, בפער קטן יחסית⁴⁶.



מתוך: דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018, משרד הבריאות

1.3.2 משקל והשמנת יתר

עודף משקל והשמנת יתר הם גורמי סיכון עיקריים לכמה בעיות בריאותיות כולל סוכרת סוג 2, מחלות לב, יתר לחץ דם, הפרעה בשומני הדם, בעיות נשימה, כולל הפרעות נשימה חסימתיות בשינה (העלולות להוביל למחלות כגון מחלת לב כלילית ושכב מוחי), מחלות כבד וכיס מרה, דיכאון, סוגים שונים של סרטן (המעיי הגס, שד, הרחם והערמונית), סיבוכי הריון הלידה וכן מוגבלות תפקודית⁴⁷.

בשנת 2017, כמחצית מבני 20 ומעלה (48%) נמצאים במצב של עודף משקל, השמנה או השמנת יתר ($BMI \geq 25$): 55% מהגברים לעומת 41% מהנשים; 46% מהיהודים לעומת 54% מהערבים; 37% מבני 20-44 ו-60% מבני 45 ומעלה. גברים נמצאים בעודף משקל יותר מנשים בכל קבוצות הגיל (39% לעומת 26% בהתאמה)⁴⁸.

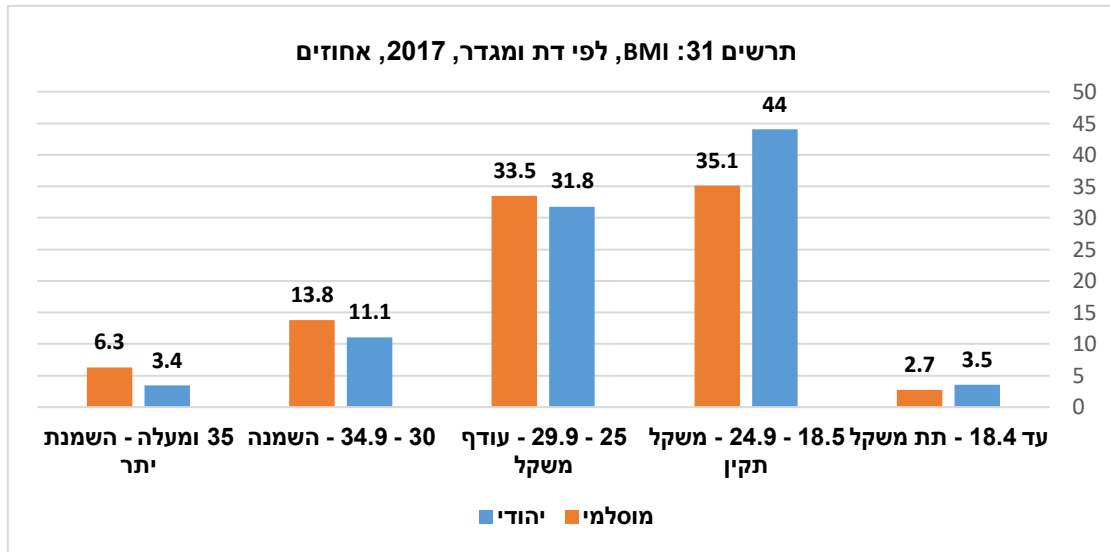
קיים פער משמעותי בין יהודים למוסלמים, באחוז האנשים בעלי BMI בטווח התקין: 44% מהיהודים לעומת 35.1% מהמוסלמים. אחוז המוסלמים הסובלים מרמות שונות של השמנה

⁴⁶ דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2018, משרד הבריאות

⁴⁷ התנהגויות בריאות, מניעה וטיפול בהשמנה, ד"ר בועז לב, ד"ר אלי רוזנברג, פרופ' תמר שוחט, היוזמה "לעתיד בריא 2020", משרד הבריאות, 2011.

⁴⁸ הודעה לתקשורת, לקט נתונים בנושאי בריאות ואורח חיים, מתוך הסקר החברתי 2017: משקל, דיאטה, תזונה והרגלי אכילה, למ"ס, 2018

גבוה מאחוז היהודים הסובלים מהשמנה: במצב של השמנה (BMI גבוה מ 30): 13.8% מוסלמים לעומת 11.1% מהיהודים.



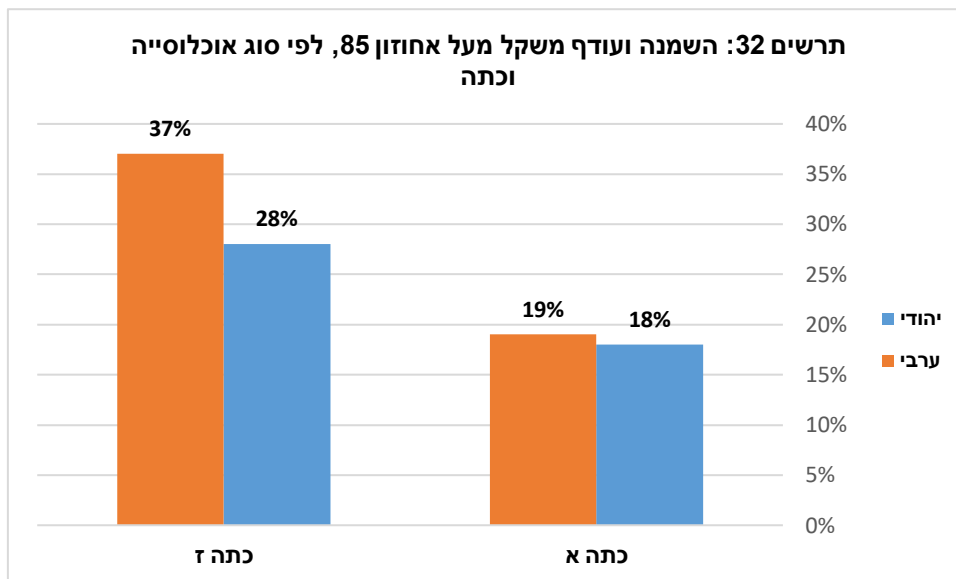
מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, למ"ס, 2017

קיימים פערים גם בחלוקה בין יהודים לערבים. 53.66% מהערבים סובלים מעודף משקל או השמנה: 60.25% מהגברים לעומת 47.15% מהנשים. 46% מהיהודים: 54.9% מהגברים ו 39.07% מהנשים.

השמנת ילדים

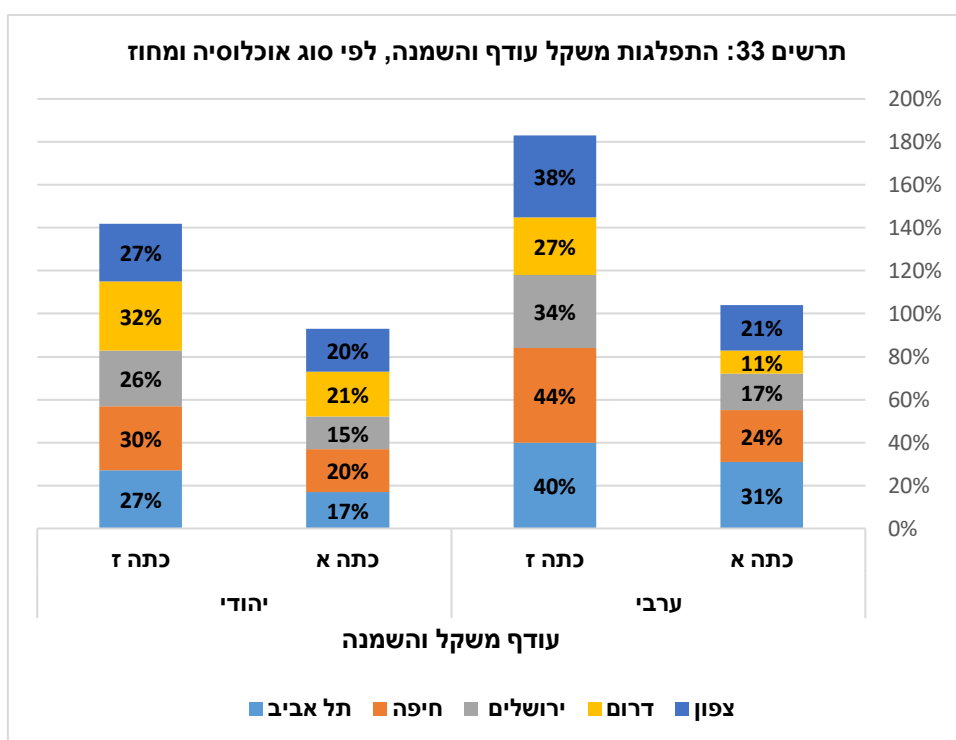
בשנת הלימודים 2017/18, 18% מתלמידי כיתות א ו 30% מתלמידי כיתות ז היו בעלי עודף משקל או השמנת יתר (מעל אחוזון 85). אחוז הילדים בעלי השמנת יתר (מעל אחוזון 97) עמד על כ-8% בכיתות א ועל כ-13% בכיתות ז. בקרב ערבים בכיתה ז', אחוז התלמידים בעלי עודף משקל והשמנה (מעל אחוזון 85), היה 37%, לעומת 28% אצל היהודים.

בכיתות ז אחוז התלמידים בעלי עודף משקל או השמנת יתר בבתי ספר ערביים היה גבוה באופן ניכר בהשוואה לבתי ספר אחרים, ועמד על 37%. בקרב ילדים ערבים ניכרת עלייה של ממש באחוז בעלי עודף משקל או השמנת יתר בין כיתות א לבין כיתות ז (מ-19% ל-37%, בהתאמה).



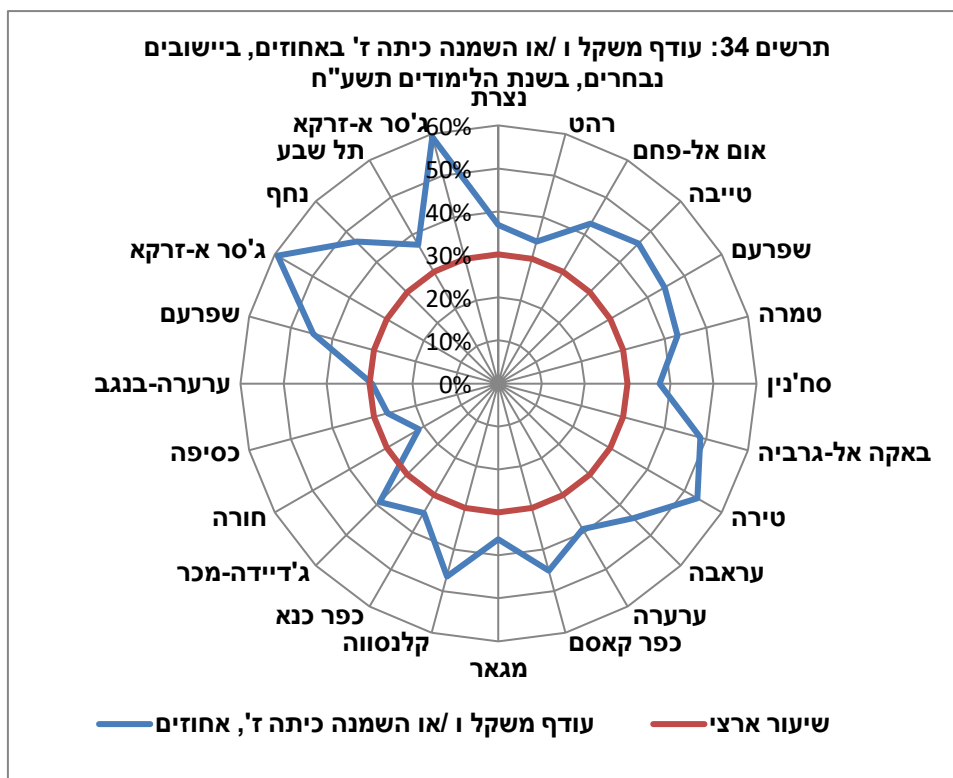
מתוך: מערכת ה-BI של משרד הבריאות, נתוני שנת הלימודים תשע"ח (2017/8)

במחוז חיפה, בקרב האוכלוסייה הערבית, ישנה קפיצה משמעותית באחוז ההשמנה בין כתה א' לכתה ז' (מ 24% ל 44%, בהתאמה). מחוז ירושלים ומחוז דרום הם בעלי שיעורים הנמוכים ביותר של השמנה ועודף משקל בקרב האוכלוסייה הערבית (בכתה ז', 34%, 34%, בהתאמה).



מתוך: מערכת ה-BI של משרד הבריאות, נתוני שנת הלימודים תשע"ח (2017/8)

בתרשים הבא, מופיע שיעור עודף ומשקל ו/או השמנה בקרב כתות ז' בשנת הלימודים תשע"ח, ביישובים ערבים נבחרים. למעט, חורה, כספייה וערערה בנגב, כל היישובים בתרשים הם מעל השיעור הארצי שעומד על 30%.



מתוך: מדדי איכות חיים בערים גדולות בישראל, הפרופיל העירוני, 2018, למ"ס.

לוח 9: עודף משקל ו/או השמנה, כיתה א' וז', לפי מגדר, לפי יישוב, באחוזים, בשנת לימודים תשע"ח

יישוב	א		א סה"כ		ז		ז סה"כ
	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	
אום אל-פחם	22%	21%	44%	22%	42%	43%	
טייבה	28%	29%	48%	29%	44%	46%	
חורה	9%	10%	22%	9%	20%	21%	
טמרה	25%	26%	45%	26%	42%	43%	
כסיפה	8%	11%	26%	9%	27%	27%	
באקה אל-גרביה	27%	23%	53%	25%	44%	49%	
ג'סר א-זרקא	47%	42%	55%	45%	65%	59%	
ג'דידה-מכר	22%	21%	45%	21%	33%	39%	
טירה	41%	35%	56%	38%	52%	53%	
כפר קאסם	28%	31%	50%	29%	39%	45%	
נחף	23%	17%	51%	20%	42%	47%	
נצרת	22%	18%	40%	20%	34%	37%	
עראבה	36%	30%	48%	34%	41%	44%	

39%	37%	41%	15%	17%	13%	ערערה
45%	42%	47%	22%	23%	20%	שפרעם
37%	38%	36%	15%	12%	17%	תל שבע
46%	47%	46%	27%	27%	27%	קלנסווה
34%	38%	30%	15%	15%	16%	רהט
35%	30%	40%	15%	16%	15%	כפר כנא
36%	32%	41%	18%	16%	20%	מגאר
38%	36%	39%	27%	27%	26%	סח'נין
29%	32%	26%	9%	8%	10%	ערערה-בנגב

מתוך: מדדי איכות חיים בערים גדולות בישראל, הפרופיל העירוני, 2018, למ"ס.

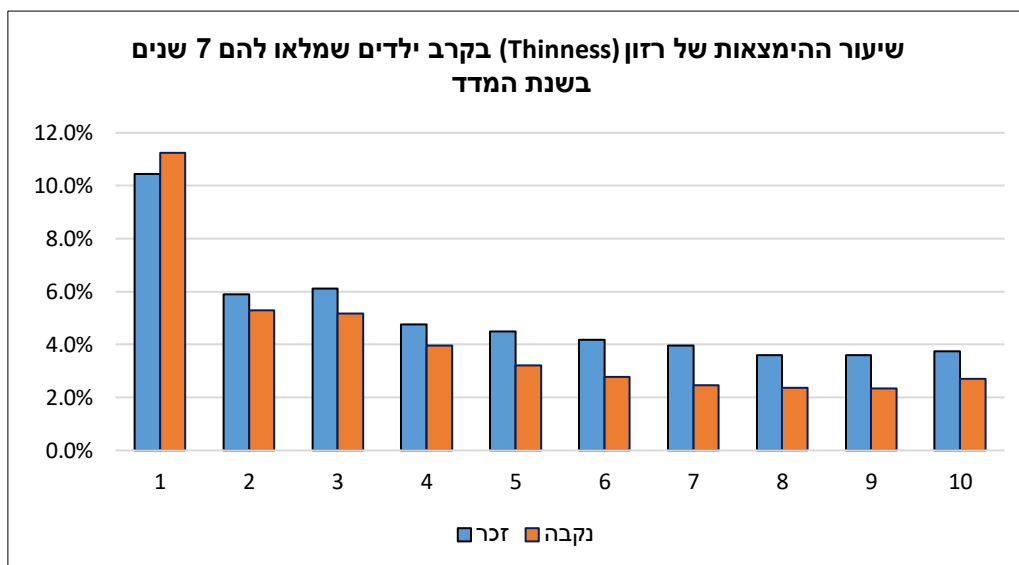
תת משקל

תת משקל מוגדר כ $BMI < 18.5$. לפי הסקר החברתי של הלמ"ס, מתוך בני ה-20 ומעלה, בשנת 2017, 3.3% היו במצב של תת משקל: 1.7% מהגברים ו 4.7% מהנשים. 3.5% מהיהודים סבלו מתת משקל: 1.9% מהגברים ו 5% מהנשים, 2.7% מהמוסלמים סבלו מתת משקל כאשר 4.3%, הן נשים⁴⁹. בשנת 2018, בקרב ילדי כיתות א, 2% מהיהודים ו-1% מהערבים היו במצב של תת משקל: 3% מהבנים היהודים, ו 1% מהבנות היהודיות, 2% מהבנים הערבים ו-1% מהבנות הערביות. בקרב ילדי כיתות ז', 4% מהיהודים ו-2% מהערבים היו במצב של תת-משקל: 4% מהבנים היהודים, ו-3% מהבנות היהודיות, 3% מהבנים הערבים, ו-2% מהבנות הערביות.⁵⁰

על פי התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, נכון לשנת 2017, כ-11% מהילדים בגיל 7, מאג"ס הנמוך ביותר- 1 (ציון פוינטס), נמצאים במצב רזון.

⁴⁹ מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי 2017, למ"ס.
⁵⁰ סקר הערכת גדילה, פורטל BI משרד הבריאות, 2018.

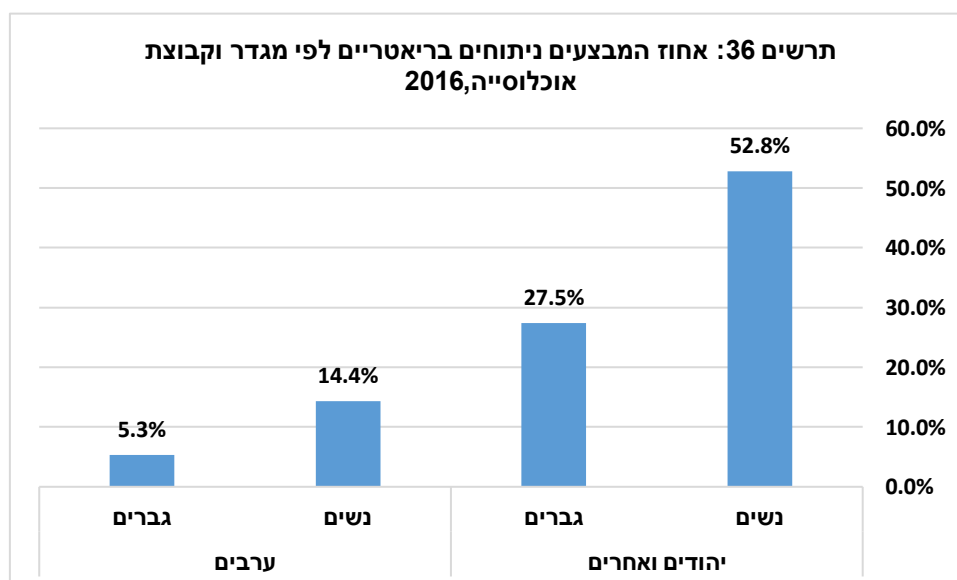
תרשים 35: שיעור הימצאות רזון בקרב ילדים בני 7, על פי מדד סוציו-אקונומי, 2017.



מתוך: עיבוד נתונים שבוצע ע"י פרופ' אורלי מנור, פרופ' רונית קלדרון וד"ר יעל שגיא מהתוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל.

ניתוחים בריאטריים

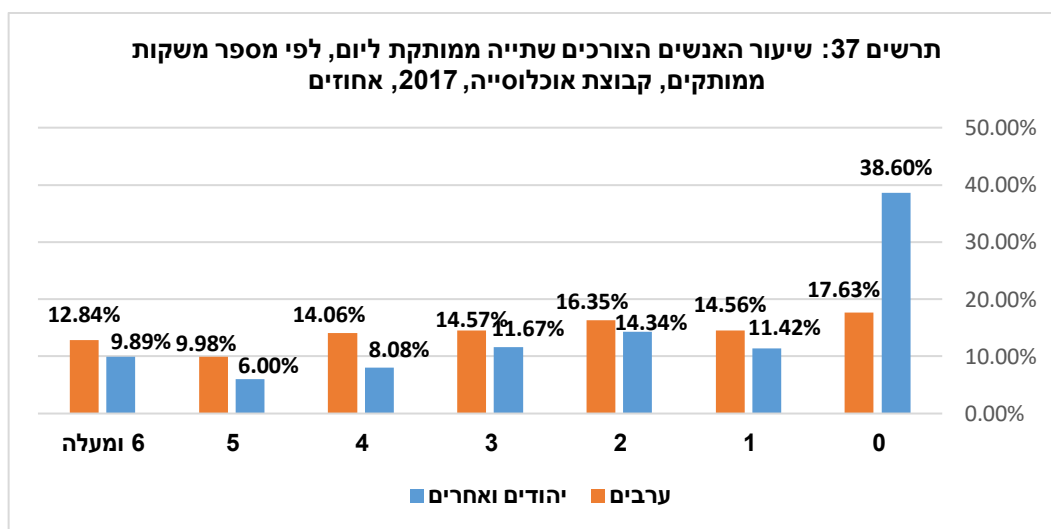
על אף ששיעור הערבים המתמודדים עם עודף משקל גבוה יותר, שיעור הפונים לניתוחים בריאטריים נמוך משמעותית מהאוכלוסייה היהודית. מתוך 8,322 אנשים שעברו בשנת 2016 ניתוח בריאטרי, 1,650 היו ערבים ו 6,682 יהודים ואחרים.



מתוך: הרשם הלאומי לניתוחים בריאטריים, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, והחוג לכירורגיה בריאטריית בישראל, סיכום שנת 2016, מצגת מתוך אתר משרד הבריאות

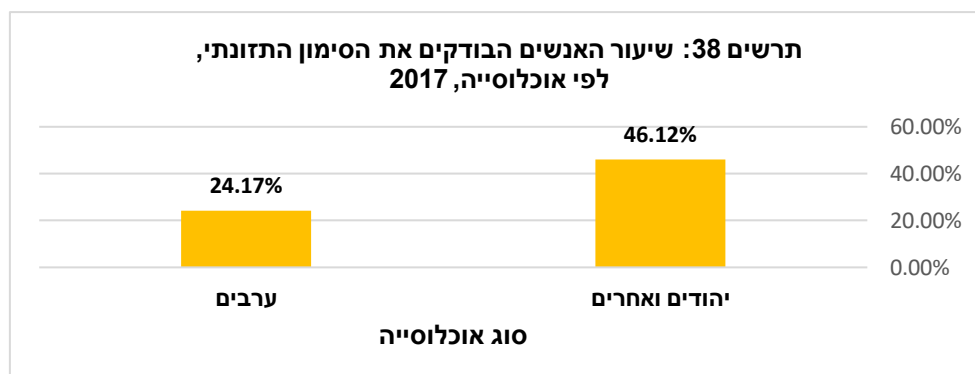
גורמי סיכון להשמנה ולסוכרת

החברה הערבית חשופה לגורמי סיכון להשמנה וסוכרת שעיקרם סוציאקונומיים: הכנסה והשכלה נמוכים, תהליכי עיור, סביבה אובסוגנית (תכונות סביבתיות או התנהגותיות הגורמות להשמנה) והשתייכות לקבוצת מיעוט. בשנת 2017, יהודים ואחרים צרכו פחות משקאות ממותקים מערבים. הפער המשמעותי ביותר היה בבחירה שלא לשתות בכלל משקאות ממותקים. 38.6% מהיהודים ואחרים צרכו 0 משקאות ממותקים, לעומת 17.6% בחברה הערבית.



מתוך: מחולל בדוחות של הסקר החברתי, 2017, למ"ס,

בשנת 2017, אחוז היהודים ואחרים אשר בדקו את הרכיבים או את הסימון התזונתי שעל אריזת מוצרי מזון היה גדול כמעט פי שתיים מאחוז הערבים. כ-42% מהיהודים ואחרים הצהירו כי הרגלי התזונה שלהם מושפעים ממחקרים או מפרסומים לגבי תזונה בריאה, לעומת 27.5% מהאוכלוסייה הערבית⁵¹.

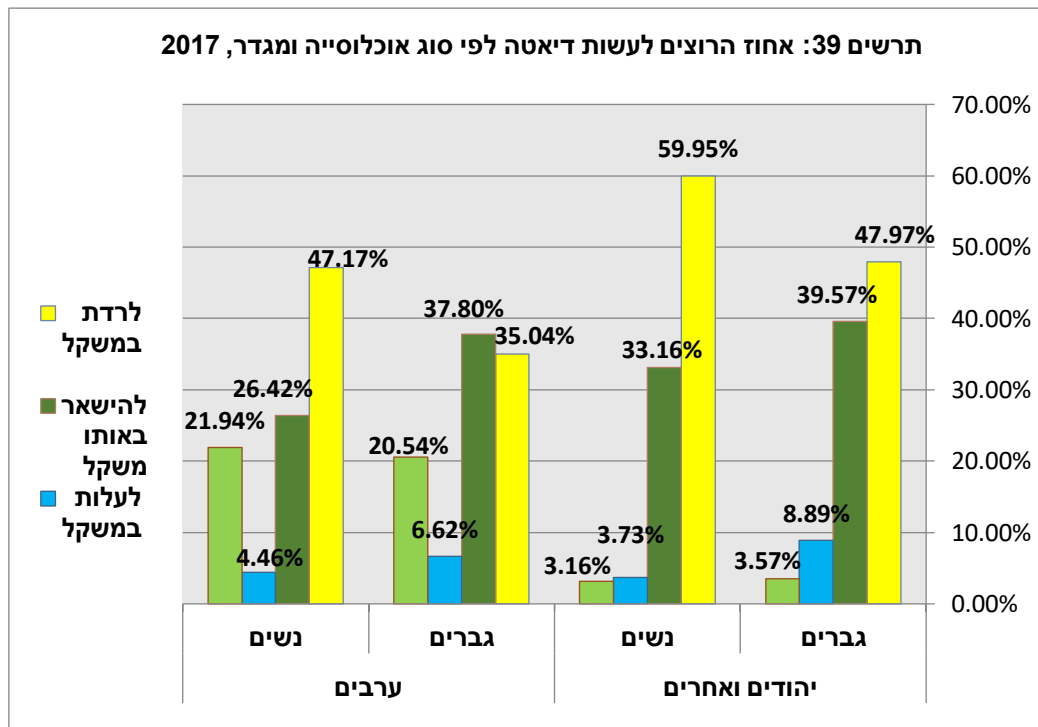


מתוך: מחולל דוחות הסקר החברתי, למ"ס, 2017

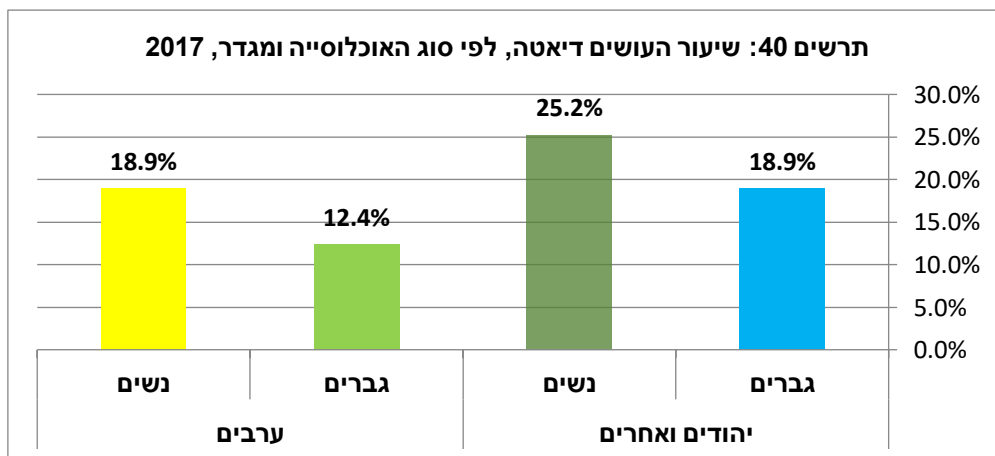
⁵¹ הסקר החברתי 2017, למ"ס, מחולל דוחות

ירידה במשקל

ב- 2017, 54.14% מהיהודים ואחרים דיווחו כי הם רוצים לרדת במשקל לעומת 41.13% מהערבים. השאיפה לרדת גדולה יותר אצל נשים מגברים ואצל יהודים ואחרים מערבים: 59.95% מהנשים היהודיות והאחרות רוצות לרדת במשקל לעומת 47.17% מהנשים הערביות. אחוז הגברים הערבים הרוצה לרדת במשקל הוא הנמוך ביותר, כ- 3.5%. שיעור היהודים ואחרים שלא אכפת להם מהמשקל שלהם הוא 3.36% לעומת 21.24% בקרב ערבים.⁵²



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, 2017, למ"ס,



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, 2017, למ"ס,

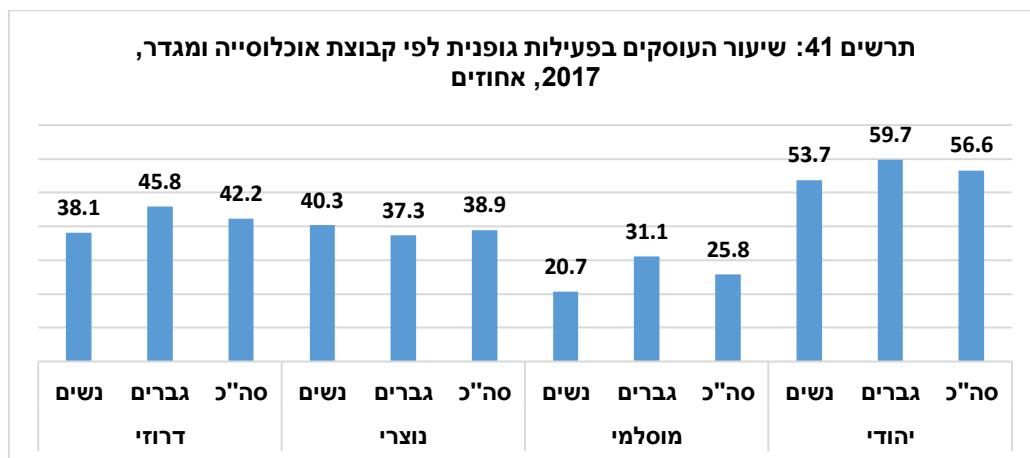
⁵² מחולל בדוחות של הסקר החברתי, 2017, למ"ס

1.3.3 פעילות גופנית

פעילות גופנית סדירה משפרת את הבריאות ואת איכות החיים של העוסקים בה בכל הגילים התועלת שבפעילות גופנית עולה עם העלייה במשך הפעילות ובעצמתה. ההמלצה הכללית לאוכלוסייה הבוגרת, לפי ארגון הבריאות העולמי היא לעסוק בפעילות גופנית מתונה לפחות 150 דקות מצטברות בשבוע או לעסוק בפעילות גופנית מאומצת לפחות 75 דקות מצטברות בשבוע, או לשלב ביניהן.

ערבים עוסקים בפעילות גופנית פחות מיהודים בשיעורים משמעותיים. בשנת 2017, שיעור היהודים שעסקו בפעילות גופנית בקביעות (לפחות 10 דקות ברצף, לפחות 3 פעמים בשבוע, בשלושה חודשים האחרונים, היה 33.2% לעומת 16.2% בקרב הערבים⁵³.

בשנת 2017, כ- 51.3% עסקו בפעילות גופנית ב 3 חודשים שלפני הסקר החברתי של הלמ"ס. 56.6% מהיהודים, לעומת 27.8% מהערבים. למעט הנוצרים, שיעור הגברים העוסקים בפעילות גופנית גבוה משיעור הנשים. כ 60% מהגברים היהודים עסקו בפעילות גופנית לעומת כ 20% כ 30% מהגברים המוסלמים. כ 54% מהנשים היהודיות עסקו בפעילות גופנית לעומת כ 26% מהנשים המוסלמיות. בחברה הערבית, מצבם של הדרוזים טוב יותר משל המוסלמים. כ 26% מוסלמים עסקו בפעילות גופנית לעומת כ 42% דרוזים⁵⁴.

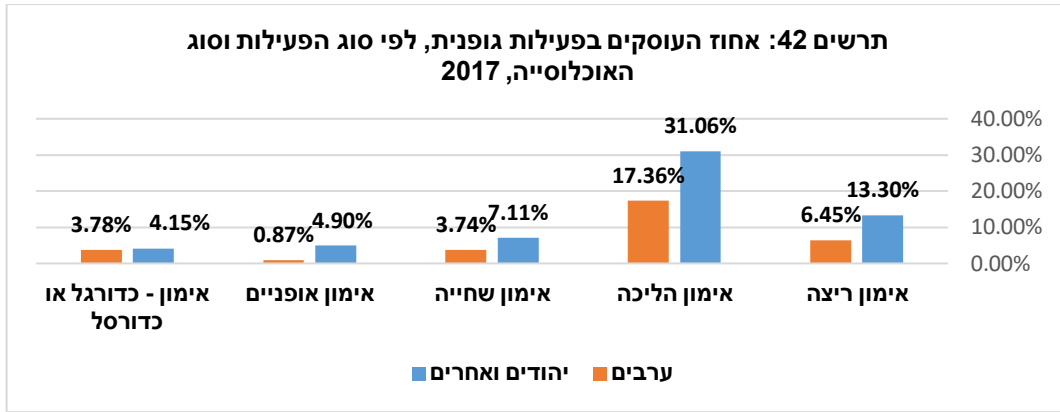


מתוך: מחולל דוחות של הסקר החברתי, למ"ס, 2017

הפערים הבולטים היו באימון הליכה: כ 31% מהיהודים והאחרים שהצהירו עשו כושר, עשו הליכה לעומת כ 17% מקרב הערבים שהצהירו שעסקו בפעילות גופנית. כ 13% מהיהודים שהצהירו שהם עוסקים בכושר, דיווחו שהם עושים אימון ריצה, לעומת כ 6% מהערבים שהצהירו שהם עוסקים בכושר.

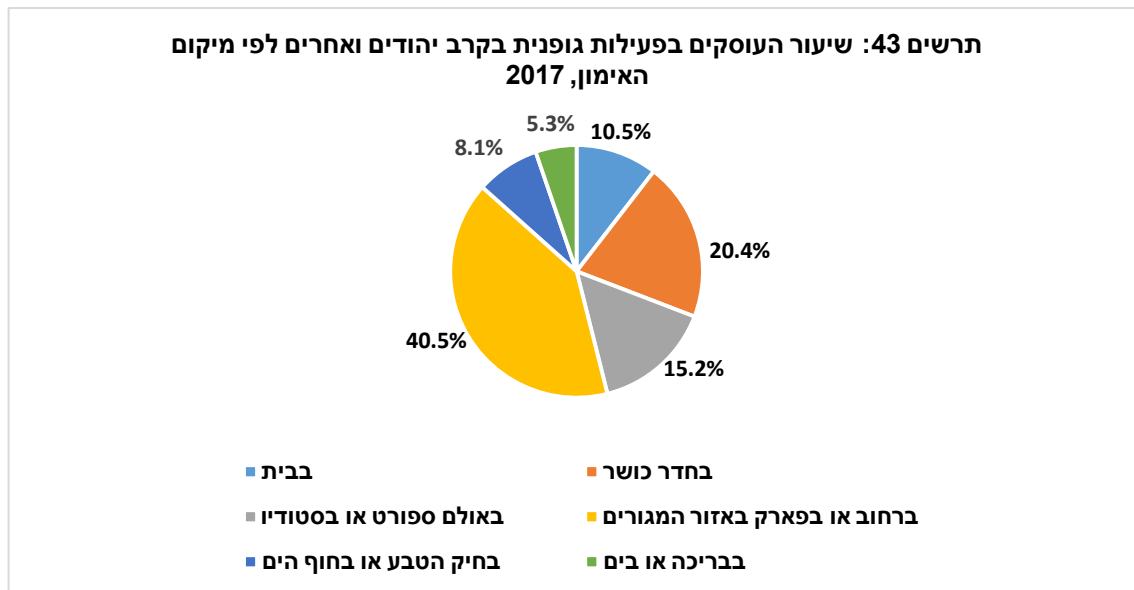
⁵³ פני 20 ומעלה לפי פעילות גופנית ותכונות נבחרות, למ"ס, 2018.

⁵⁴ מחולל דוחות של הסקר החברתי, למ"ס, 2017



מתוך: מחולל בדוחות של הסקר החברתי, 2017, למ"ס.

בשנת 2017, אין פערים קיצוניים במיקום בו יהודים וערבים מבצעים פעילות גופנית. יחד עם זאת, שיעור הערבים המצבעים פעילות גופנית בבית, בחדר כושר, בים או בחיק הטבע, גבוה משיעור היהודים הבוחרים להתאמן במקומות אלו. שיעור היהודים המבצעים פעילות גופנית באולם ספורט או בסטודיו, ברחוב או בפארק באזור המגורים, בבריכה או בים, גבוה יותר משיעור הערבים הבוחרים להתאמן באזורים אלו.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי, 2017, למ"ס.

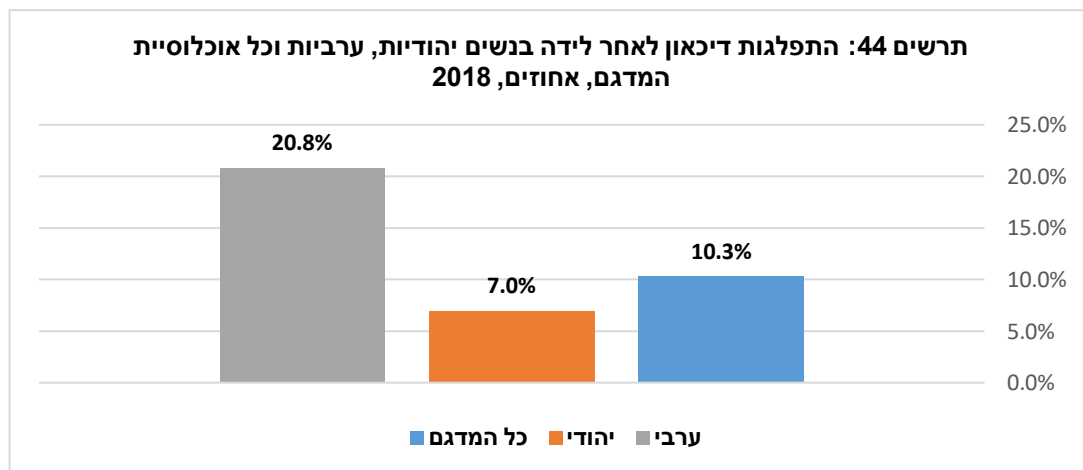
1.3.4 בריאות האישה הערבייה

דיכאון אחרי לידה

היריון ולידה הם תקופות רבות משמעות ורגישות בחיי האישה ומשפחתה. המעבר לאימהות כרוך בשינויים פיזיים, רגשיים ונפשיים רבים, והוא תהליך מורכב. רוב הנשים חוות דכדוך בימים הראשונים שלאחר הלידה. יש נשים שתופעות הדכדוך אצלן אינן חולפות ואף מחריפות או מופיעות בתקופה מאוחרת יותר. מצב זה נקרא דיכאון בהיריון ודיכאון לאחר לידה⁵⁵.

דיכאון לאחר לידה, נמדד על ידי סולם הדיכאון שלאחר הלידה (EPDS), אשר מעריך את הרגשות והתחושות, בשבוע האחרון שחלף בקרב נשים שלאחר לידה. השאלון מורכב מ-10 שאלות, הטווח נע בין 4 אפשרויות בחירה, והתשובות מקודדות בין 0-3, וסך הציונים בין 0-30. ציון של 10 ומעלה נחשב לסיכון של דיכאון לאחר לידה. כל תשובה חיובית לשאלה מספר 10 בנוגע לרעיון אובדני נחשבת סיבה לדאגה.

שכיחות דיכאון לאחר בקרב מחקר שנערך לאחרונה בישראל⁵⁶ עמד על 10.3%. נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי קבוצות הנשים שנבדקו: בקרב הנשים היהודיות נמצא שיעור של 7%, לעומת 20.8% בקרב הנשים הערביות.



מתוך: Postpartum depression among Arab and Jewish women in Israel: ethnic inequalities and risk factors

⁵⁵ הריון ולידה, דיכאון אחרי לידה, משרד הבריאות

⁵⁶ Postpartum depression among Arab and Jewish women in Israel: ethnic inequalities and risk factors, Nitza Shwartz RNMPH, Ilana Shoahm-Vardi MPHPhD, Nihaya Daoud MPHPhD, Midwifery, 2018.

בקרב נשים יהודיות גורמי הסיכון המרכזיים לדיכאון אחר לידה היו אלימות מצד בן הזוג, רמת השכלה נמוכה ומתח כרוני. בקרב נשים ערביות גורמי סיכון משמעותיים לדיכאון לאחר לידה היו היריון לא רצוי, תמיכה חברתית נמוכה ומתח כרוני⁵⁷.

פוליגמיה

הפוליגמיה מוגדרת כנישואין ליותר מבן זוג אחד. החוק הפלילי במדינת ישראל אוסר ריבוי נישואין אך אינו מבטל אותם. סעיף 176 לחוק העונשין קובע: "נשוי הנושא אישה אחרת, ונשואה הנישאת לאיש אחר, דינם – מאסר חמש שנים"⁵⁸. פוליגמיה הנה תופעה הנפוצה בעיקר בקרב ערבים בדואים בנגב ובמזרח ירושלים.

קשה להעריך את היקף התופעה בשל אי דיווח לגבי נישואין שניים ושלישיים. אחת האינדיקציות לריבוי נישואין, היא כאשר לזכר מסוים רשומים ילדים ממספר רב של נשים. על פי מרשם האוכלוסין, ל- 19,121 גברים מוסלמים, יש מספר ילדים מ- 2 נשים. ל 2,179 גברים יש מספר ילדים מ 3 נשים⁵⁹.

לוח 10 : מספר המוסלמים שיש להם מספר ילדים ממספר נשים, 2018

גברים	נשים
19,121	2
2,179	3
390	4
62	5
13	6
5	7
1	8
1	9

מתוך: דו"ח מסכם, הצוות הבין-משרדי להתמודדות עם השלכותיה השליליות של הפוליגמיה, 2018

⁵⁷ Postpartum depression among Arab and Jewish women in Israel: ethnic inequalities and risk factors, Midwifery (2018),

⁵⁸ סעיף 176 לחוק העונשין. התשל"ז- 1977

⁵⁹ מתוך: דו"ח מסכם, הצוות הבין-משרדי להתמודדות עם השלכותיה השליליות של הפוליגמיה 2018

לוח 11: מספר המוסלמים בעלי תרשומת המעידה על פוליגמיה לפי אזור מגורים, 2018

מספר הגברים	אזור מגורים
1,077	באר שבע
4	גולן
39	השרון
71	חדרה
1	חולון
6	חיפה
1	יריחו
575	ירושלים
6	כנרת
42	נצרת
37	עכו
41	עפולה
29	פתח תקווה
2	צפת
1	רמאללה
1	רחובות
33	רמלה
7	תל אביב

מתוך: דו"ח מסכם, הצוות הבין-משרדי להתמודדות עם השלכותיה השליליות של הפוליגמיה 2018.

השלכות הפוליגמיה כוללת עוני ומחסור מטריאלי קשה בשל משאבים המתחלקים בין מספר נשים שלהן גם מספר ילדים. התלות המוחלטת של האישה בבן הזוג, מגביר את החשש לפגיעה כלכלית באישה. נוסף לכך, נשים רבות חשופות לנזקים פסיכולוגיים ונפשיים וסובלות במידה רבה יותר מדיכאון, חרדה, עוינות, פרנויה וסומטיזציה. כן חשופות נשים במערכות פוליגמיות ליותר אלימות כלפיהן וכלפי ילדיהם.

פגיעה מינית

יש קושי משמעותי לאתר נתונים על היקף תופעת ההטרדות המיניות בחברה הערבית. בשנת 2017, בסקר שערך הלמ"ס אחוז המדווחים שעברו הטרדה מינית, בקרב היהודים והאחרים היה 2.2% לעומת 2.4% בקרב הערבים⁶⁰. בסקר שנעשה על ידי משרד התמ"ת ב 2011,

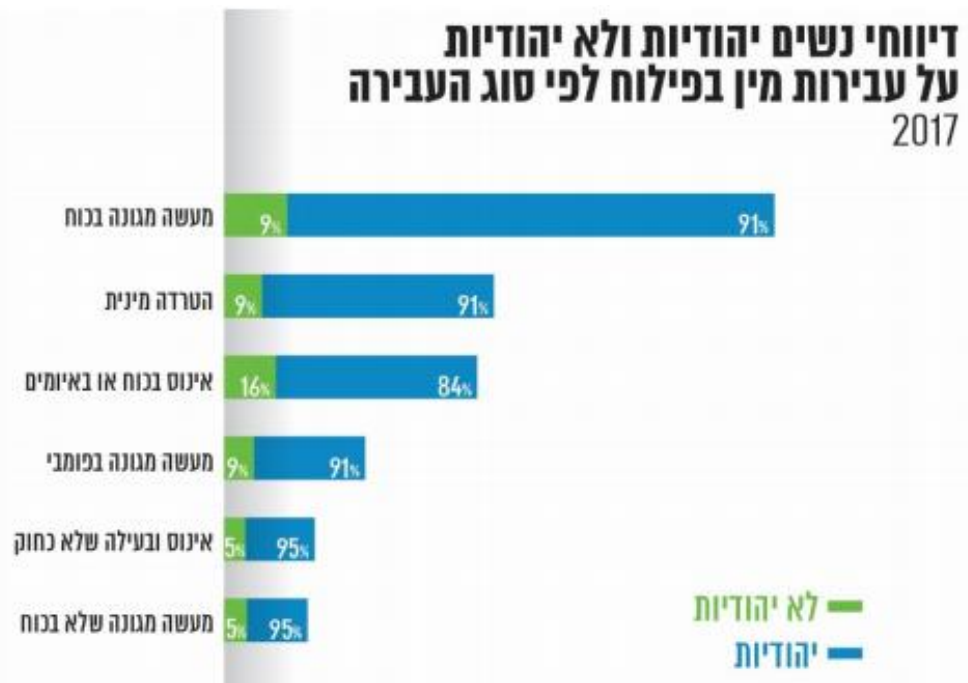
⁶⁰ סקר ביטחון אישי, למ"ס, 2017

נשים ערביות היוו רק 5.8% מהמדגם, וכשליש מתוכן דיווח שעברו הטרדה מינית במקום עבודתן⁶¹.

נתוני עמותת נשים נגד אלימות (מרכז סיוע לנפגעות תקיפה מינית בנצרת) לשנת 2017 הראו כי 37% מהפניות למרכז הסיוע באותה השנה עסקו בהטרדה מינית, לרוב במקום העבודה. נתונים של עמותת אסיואר לשנת 2016 הראו כי 53% מהפניות היו סביב הטרדה מינית ותקיפה מינית: מתוכן 17.5% על אונס, ו-13% על חשיפה או איום בחשיפת תמונות.

על פי נתוני המשטרה, בשנת 2017 נפתחו 4,215 תיקים שבהם צויינה קבוצת האוכלוסייה שאליה שייכת קורבן העבירה. מכלל תיקים אלו, 443 תיקים נפתחו בעקבות תלונה של לא יהודייה (כ-10% מהתיקים), שיעור הנמוך יחסית לשיעור הלא יהודיות באוכלוסייה. על פי נתוני המשטרה, בדיווח על עבירות שונות יש שיעור שונה לנשים יהודיות ולא יהודיות. השיעור הגבוה ביותר של נשים לא יהודיות נרשם בעבירת אינוס בכוח או באימים (16% - 140 תלונות של לא-יהודיות מתוך 862 עבירות), ועדיין שיעור זה נמוך משיעורן באוכלוסייה. בדיווח על העבירה הנפוצה ביותר בכלל הנשים, מעשה מגונה בכוח, היה שיעור הלא יהודיות נמוך יותר ועמד על 9%. שיעור נמוך במיוחד של לא יהודיות נרשם בדיווח על אינוס ובעילה שלא כחוק ומעשה מגונה שלא בכוח⁶².

תרשים 45: דיווח נשים על עבירות מין לפי פילוח סוג העבירה, וקבוצת אוכלוסייה



מתוך: עבירות מין כלפי נשים, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2018

⁶¹ 20 שנה לחוק למניעת הטרדה מינית, מציאות מטרידה, איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית, 2018

⁶² עבירות מין כלפי נשים, מרכז מחקר ומידע של הכנסת, 2018

על פי הגדרת המשטרה, בקבוצת היהודיות נכללות גם נשים שאינן יהודיות על פי דתן, אך שייכות ל"חברה היהודית".

1.3.5 רפואה מונעת

חיסונים

92% מההורים לילדים בגיל 0-17 דיווחו שהם מחסנים את ילדיהם בקביעות, בכל החיסונים בהתאם לגיל הילד- 91% מהיהודים ו 95% מהערבים.

26% מבני 20 ומעלה קיבלו חיסון נגד שפעת עונתית בשנים עשר החודשים האחרונים: 24% מהגברים ו 27% - מהנשים, 26% מהיהודים ו 24% מהערבים.⁶³

2.2% מהנשים הערביות ו 9.2% מנשים היהודיות בגילאי 21-40, התחסנו בחיסון נגד נגיף הפפילומה⁶⁴.

בדיקות רפואיות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות

51% מבני 40 ומעלה עשו אי פעם בדיקה לגילוי דם סמוי בצואה 55% מהגברים ו 47% - מהנשים. 23% עשו את הבדיקה בשנה האחרונה - 25% מהגברים ו 21% מהנשים 36% מבני 60-74: 22% מהיהודים ו 27% מהערבים.

38% מבני ה 40 ומעלה עשו אי פעם בדיקת קולונוסקופיה- 41% מהגברים ו 36% מהנשים, 41% מהיהודים לעומת 26% מהערבים. 29% מבני ה 40 ומעלה עברו את הבדיקה בחמש שנים האחרונות- 31% מהגברים ו 27% מהנשים. 30% מהיהודים ו 22% מהערבים.⁶⁵

⁶³ דם סמוי

⁶⁴ מתוך סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-3, 2013-2015, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות

⁶⁵ כל הפרק (מלבד חיסון פפילומה) נלקח מהודעה לתקשורת: לקט נתונים בנושאי בריאות, מתוך הסקר החברתי 2017 בנושא רפואה מונעת- חיסונים ובדיקות רפואיות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות.

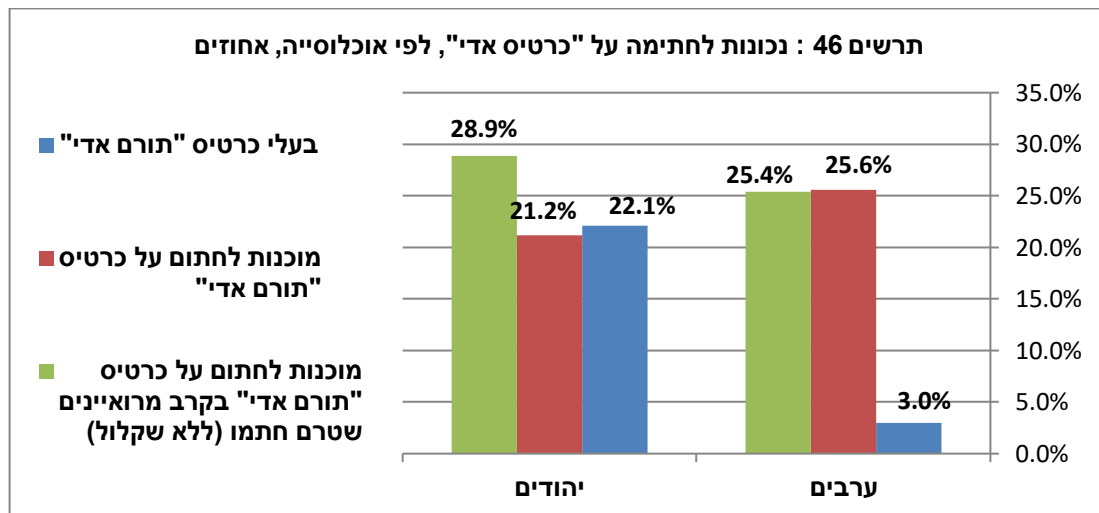
בדיקות ייעודיות לנשים לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות

74% מהנשים בנות 40 ומעלה עשו אי פעם בדיקת ממוגרפיה. 77% מהיהודיות לעומת 54% מהערביות. 57% מהנשים בנות 40 ומעלה נבדקו בשנתיים האחרונות. 60% מהיהודיות לעומת 44% מהערביות.

61% מהנשים בנות 25 ומעלה עברו אי פעם בדיקת משטח צוואר הרחם (pap): 67% מהיהודיות לעומת 27% מהערביות. 37% מהנשים בגיל 25 ומעלה נבדקו בשנתיים האחרונות. 40% מהיהודיות לעומת 17% מהערביות.⁶⁶

1.3.6 מוכנות לתרומת איברים

לפי סקר הבריאות הלאומי בישראל של המרכז לבקרת מחלות, 11.1% מהיהודים חתמו על "כרטיס אדי" לעומת 3% מהערבים. מבין המרואיינים שטרם חתמו, 25.4% מהערבים הביעו נכונות לחתום על כרטיס אדי לעומת 28.9% מהיהודים.



מתוך: סקר בריאות לאומי בישראל: INHIS-3, 2013-2015, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות

⁶⁶ כל הפרק (מלבד חיסון פפילומה) נלקח מהודעה לתקשורת: לקט נתונים בנושאי בריאות, מתוך הסקר החברתי 2017 בנושא רפואה מונעת- חיסונים ובדיקות רפואיות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות.

1.3.7 תחלואה

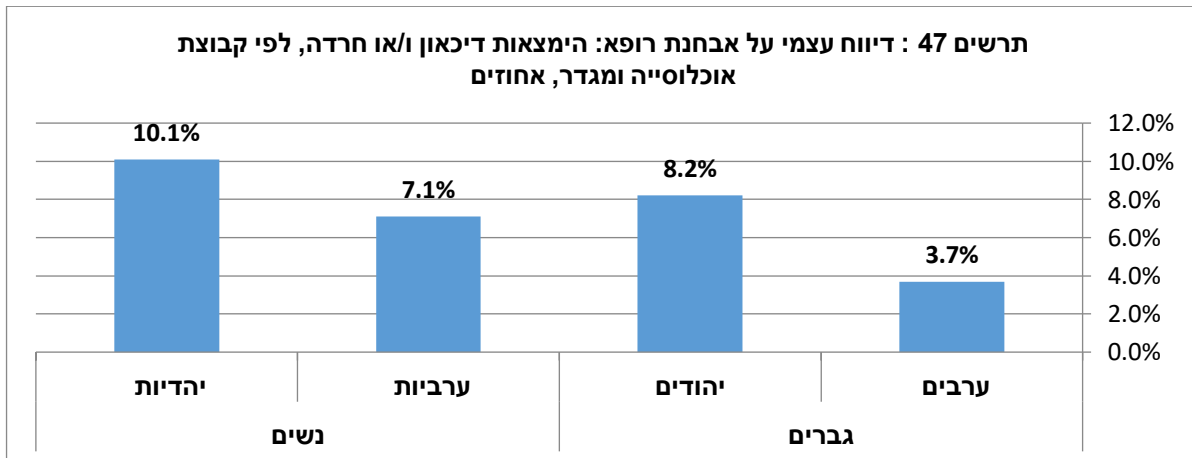
1.3.7.1 בריאות הנפש

ביולי 2015 החלה הרפורמה בבריאות הנפש. הרפורמה מסדירה את הזכות החוקית לקבלת טיפול, תוך קביעת סל טיפולים ושירותים שקופות החולים חייבות לתת לכל מבוסח, וזאת בזמן ובמרחק סבירים. מטרת נוספות של הרפורמה כוללות, בין היתר, שילוב הטיפול בגוף ובנפש ויצירת רצף טיפולי, שיפור איכות הטיפול, הסרת הסטיגמה הכרוכה במתן טיפול ובקבלתו והגדלת זמינות השירותים ונגישותם. אחת מן ההנחות שליוותה את תכנון הרפורמה הייתה כי הרפורמה תגדיל את שיעורי הפנייה של אוכלוסיות שכיום ממעטות לפנות לטיפול בבריאות הנפש⁶⁷.

במחקר משנת 2012 נשאלו הנסקרים בנוגע לתפיסתם הסובייקטיבית את בריאותם הנפשית. 24% מן המשיבים מן החברה הערבית דיווחו כי בשנה הקודמת חשו מצוקה נפשית שעמה התקשו להתמודד לבד. זאת לעומת 17% מן המשיבים מן החברה היהודית. מתוך אלו שדיווחו על תחושת מצוקה נפשית, 14% בלבד מן המשיבים מן החברה הערבית פנו לקבלת טיפול, לעומת 36% מן המשיבים מן החברה היהודית.⁶⁸

דיווח עצמי על תחושת דיכאון ו/או חרדה

מן הנתונים עולה כי, נשים מדווחות יותר מגברים על אבחנת רופא של הימצאות דיכאון ו/או חרדה, ויהודים מדווחים יותר מערבים. גברים ערבים, מדווחים בשיעורים נמוכים (3.7%) ביחס לנשים (8.2%), וביחס ליהודים.

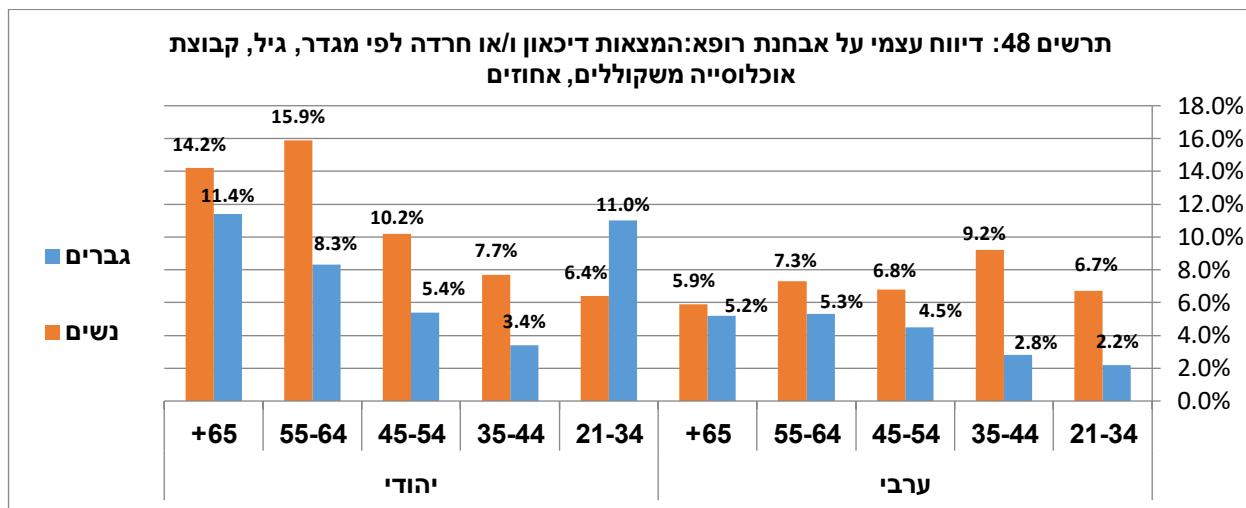


מתוך: סקר בריאות לאומי בישראל: INHIS-3, 2013-2015, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות

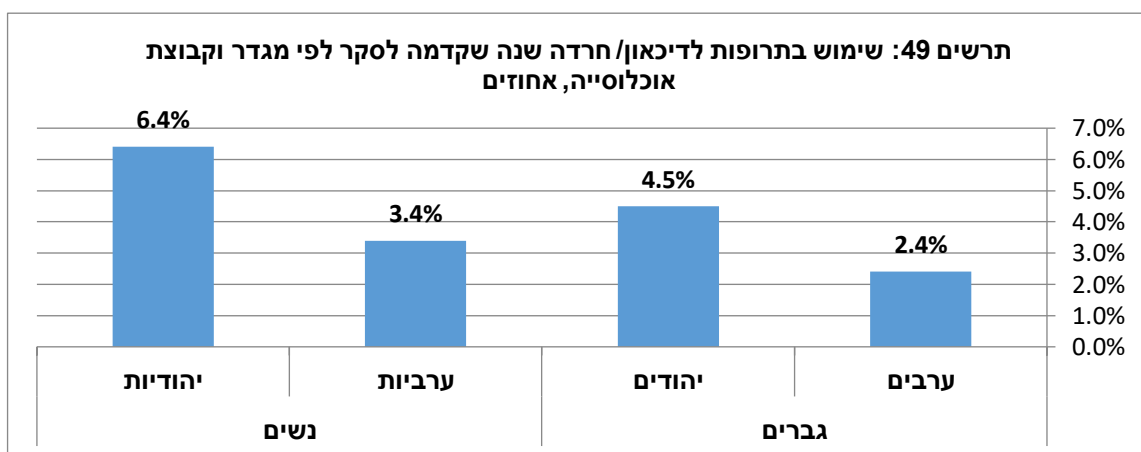
⁶⁷ מחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בשירותי בריאות הנפש — סיבות ופתרונות, ברוקדייל, 2018

⁶⁸ מחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בשירותי בריאות הנפש — סיבות ופתרונות, 2018

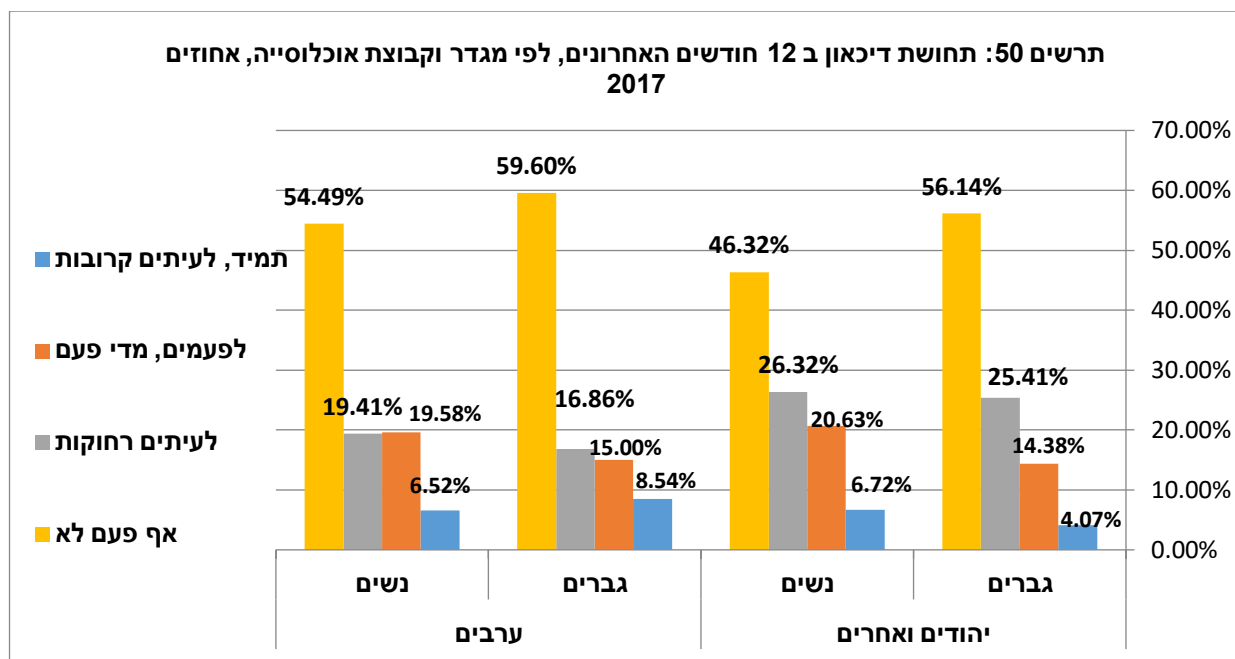
התפלגות המצאות דיכאון ו/או חרדה שונה בגילאים השונים, שונה בין יהודים וערבים, גברים ונשים. בגילאי 21-34 באוכלוסייה היהודית: 11% מהגברים ו 6.4% מהנשים דיווחו על אבחנת רופא של דיכאון ו/או חרדה.



מתוך: סקר בריאות לאומי בישראל: INHIS-3, 2013-2015, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות
 בקרב האוכלוסייה היהודית נעשה שימוש נרחב יותר בתרופות עבור טיפול בדיכאון ו/או חרדה כ 6% מהנשים היהודיות ו 4.5% מהגברים היהודיים דיווחו שהם נוטלים תרופות נגד דיכאון ו/או חרדה לעומת 3.4% מהנשים הערביות ו 2.4% מהגברים הערבים.



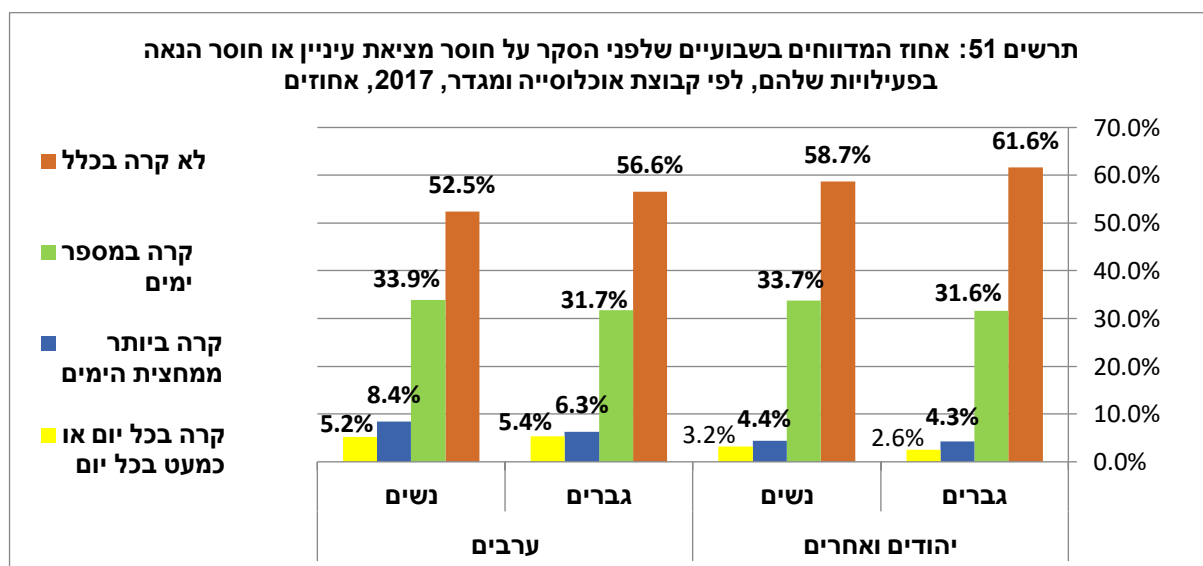
מתוך: סקר בריאות לאומי בישראל: INHIS-3, 2013-2015, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות
 בשונה מדיווח עצמי אודות אבחנת רופא המתייחסת לדיכאון ו/או חרדה שם נמצאים פערים לעומת יהודים, בקרב מדווחים על תחושת דכאון פערים לרעת ערבים: 5.4% מהיהודים ואחרים (נשים וגברים) מדווחים כי הם חשים דיכאון תמיד או לעיתים קרובות לעומת 7.5% מהערבים (נשים וגברים).



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי 2017, למ"ס.

חוסר הנאה

2.9% מתוך היהודים והאחרים הרגישו חוסר עניין או הנאה בפעילויות שלהם כל יום או כמעט כל יום במהלך השבועיים האחרונים שקדמו לסקר, לעומת 5.3% בקרב הערבים.

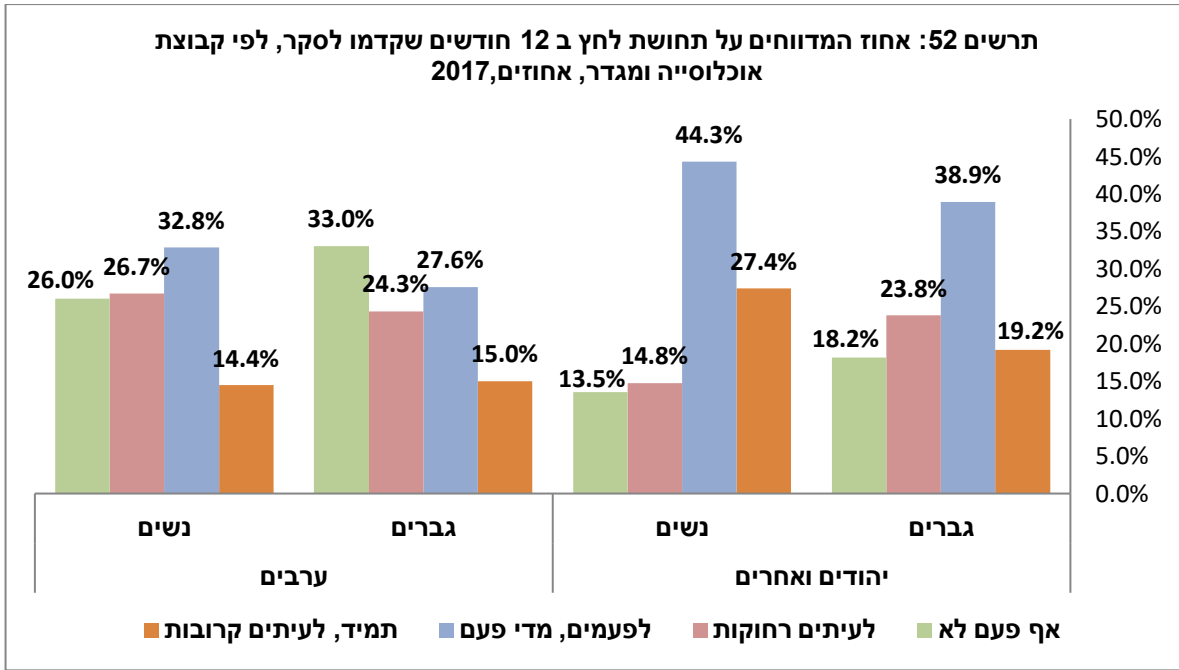


מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי 2017, למ"ס.

תחושת לחץ

ב 12 חודשים שקדמו לסקר שערך הלמ"ס, אחוז היהודים והאחרים שהרגישו לחץ תמיד או לעיתים קרובות גבוה יותר מאחוז הערבים (23.1%, 14.6% בהתאמה). אחוז הנשים ב 12

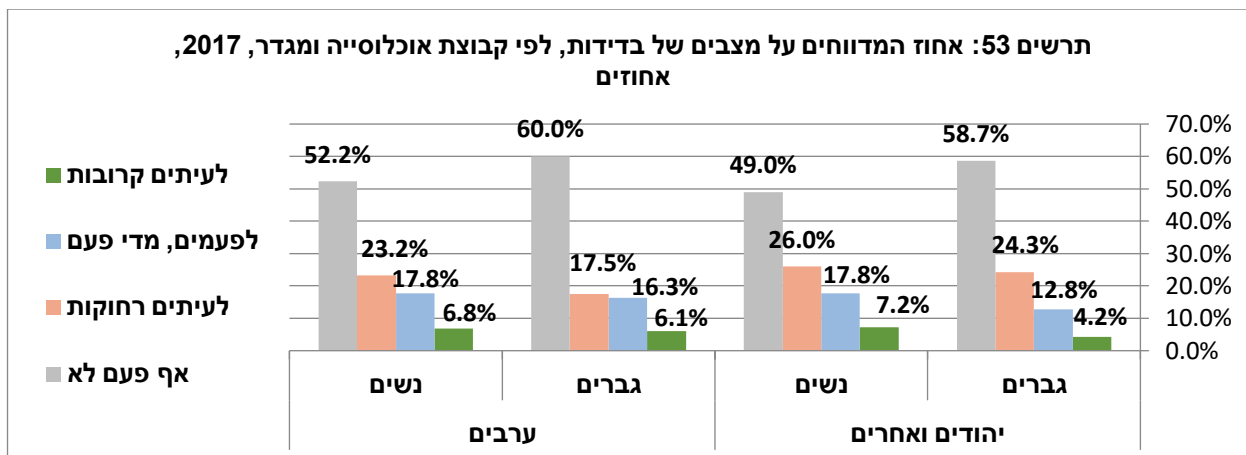
חודשים שקדמו לסקר שהרגישו תמיד או לעיתים קרובות לחץ גבוה יותר מאחוז הגברים. 27.4% מהנשים היהודיות חשו לחץ תמיד או לעיתים קרובות ב 12 חודשים שקדמו לסקר, זאת לעומת 14.4% מהנשים הערביות, 15% מהגברים הערבים ו 19.2% מהגברים היהודים.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי 2017, למ"ס.

תחושת בדידות

5.7% מהיהודים והאחרים מרגישים תחושת בדידות לעיתים קרובות לעומת 6.5% מהערבים. בקרב היהודים והאחרים קיים פער משמעותי בין נשים וגברים: 4.2% מהגברים מרגישים תחושת בדידות לעיתים קרובות לעומת 7.2% מהנשים. בקרב האוכלוסייה הערבית הפערים בין נשים לגברים קטנים יותר

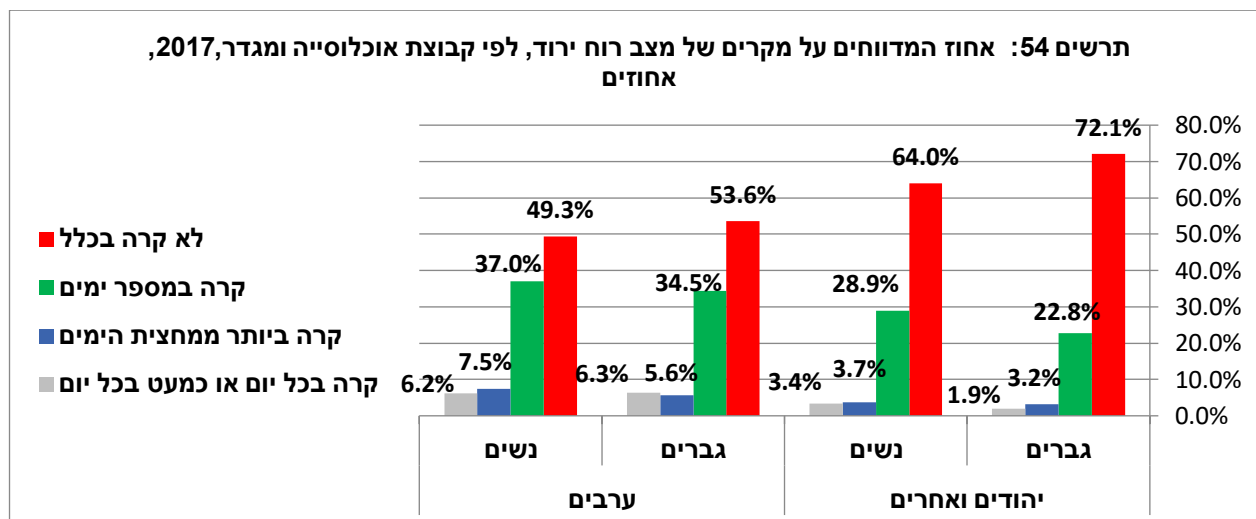


מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי 2017, למ"ס.

מצב רוח ירוד וחוסר תקווה

קיים פער משמעותי בין ערבים ליהודים ואחרים ובין נשים וגברים. בשבועיים שקדמו לסקר החברתי שבוצע ע"י הלמ"ס ב-2017, ל-67.9% מהיהודים והאחרים (גברים ונשים), לא קרה בכלל מצב שבו חשו מדוכאים, מצב רוח ירוד וחוסר תקווה, לעומת 51.4% מהערבים (גברים ונשים). 2.7% מהיהודים והאחרים חשו מדוכאים, מצב רוח ירוד וחוסר תקווה כל יום או כמעט כל יום בשבועיים שלפני הסקר, לעומת 6.3% מהערבים.

72.1% מהגברים היהודים והאחרים ו-64% מהנשים היהודיות והאחרות לא חשו בכלל בשבועיים שלפני הסקר דיכאון, חוסר תקווה ומצב רוח ירוד, לעומת 53.6% מהגברים הערבים ו-49.3% מהנשים הערביות.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי 2017, למ"ס.

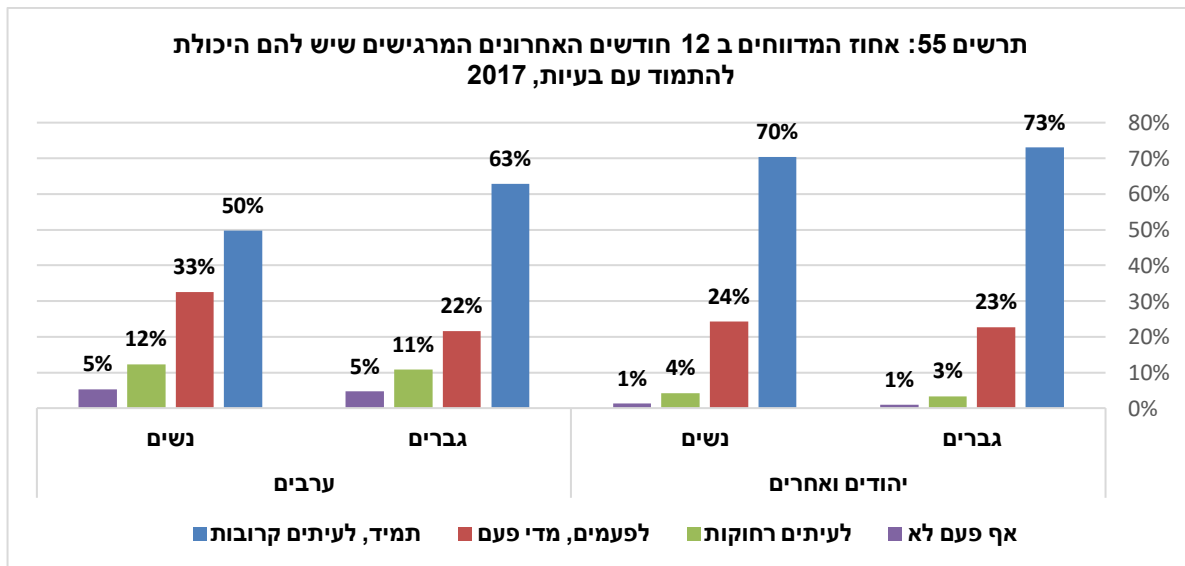
מקבלי קצבאות בתחום בריאות הנפש

מנתוני המוסד לביטוח לאומי מדצמבר 2013, עולה כי 46% מכלל מקבלי קצבת נכות כללית מוגדרים כמתמודדי נפש. כ 67% ממקבלי הקצבאות מתמודדי הנפש מתגוררים ביישובים יהודיים, כ 23% מתגוררים ביישובים מעורבים, וכ 10% ביישובים ערביים (כולל בדואים). כ 30% מסך מקבלי קצבת נכות כללית המתגוררים ביישובים ערביים מוגדרים כמתמודדי נפש. ביישובים יהודיים שיעורם הוא כ- 49%, וביישובים מעורבים שיעורם דומה לשיעורם ביישובים יהודיים (כ- 50%).⁶⁹

היכולת להתמודד עם בעיות ופנייה לעזרה

תחושת יכולת להתמודד עם בעיות היא תחושת יכולת ומסוגלות אישית, ומרכיב בתפיסת הרווחה האישית, והיא מתייחסת להערכה עצמית של הפרט כלפי מצבו הרגשי.⁷⁰

ב 2017, יהודים ואחרים (גברים ונשים) דיווחו באחוזים גבוהים יותר על יכולת להתמודד עם בעיות. 71.6% מהיהודים והאחרים הרגישו ב 10-12 חודשים שקדמו לסקר שהם יכולים להתמודד עם בעיות, לעומת 56.3% מקרב האוכלוסייה הערבית. 1.2% מסך היהודים והאחרים הרגישו ב 10-12 חודשים האחרונים שהם לא מסוגלים להתמודד עם הבעיות שלהם לעומת 5.0% מהערבים. מן הנתונים עולה כי, נשים ערביות דיווחו בשיעורים נמוכים יותר על יכולת להתמודד עם בעיות.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי 2017, למ"ס.

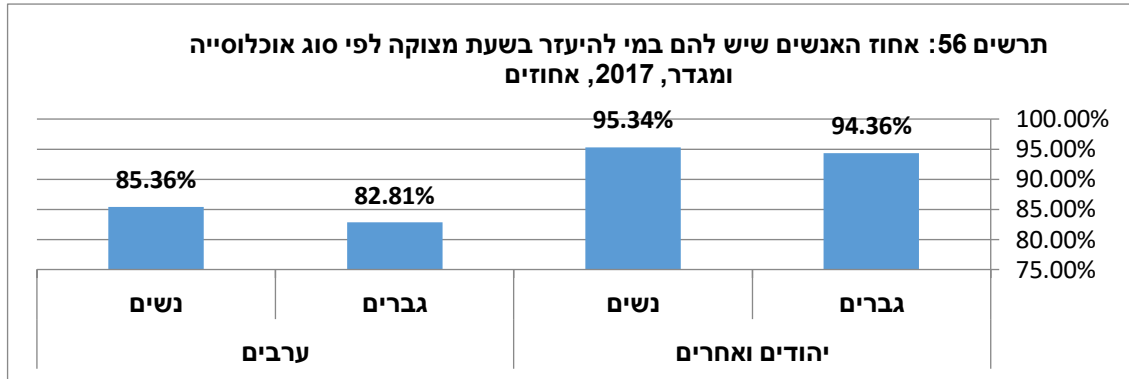
⁶⁹ מרפאות בריאות הנפש במגזר הערבי, הכנסת מרכז מחקר ומידע, 2014

⁷⁰ מדדי איכות חיים וחוסן לאומי, למ"ס, 2016

האפשרות להיעזר סביבה

התחושה שיש או שאין על מי לסמוך בשעת משבר או מצוקה היא מרכיב בהערכת הרווחה האישית. דיווח עצמי על תחושה זו משקף את תחושת האמון שהפרט חש כלפי סביבתו הקרובה, את מצבו הרגשי ואת קשריו החברתיים.⁷¹

ב 2017, כ 95% מהיהודים ואחרים דיווחו שיש להם על מי לסמוך שיכולו לפנות אליו בשעת משבר ומצוקה לעומת כ 84% מהערבים.



מתוך: מחולל הדוחות של הסקר החברתי 2017, למ"ס.

אובדנות

בשנת 2015, 342 אנשים התאבדו: 269 גברים ו 73 נשים, 323 יהודים ואחרים ו 19 ערבים. שיעור מוות מהתאבדות המתקנן ל 100,000 נפש: 4.7 יהודים ואחרים לעומת 1.1 ערבים.⁷²

בשנת 2014 היו 382 התאבדויות, 294 גברים ו-88 נשים. שיעור ההתאבדות המתקנן לגיל ליהודים ואחרים גבוה פי 2.4 בהשוואה לערבים בממוצע השנים 2012-2014. כשני שלישי (66%) מההתאבדויות הערבים היו עד גיל 45 לעומת 44% בקרב יהודים ואחרים. השיעור יציב בקרב ערבים לעומת ירידה אצל יהודים ואחרים.⁷³

בקרב ערבים מרבית ההתאבדויות הם בגיל צעיר, 23% בגילאי 15-24, 43% בגילאי 25-44, 43% בגילאי 25-44, 34% בגילאי 45 ומעלה, ו 1% בגילאי 65 ומעלה. בקרב יהודים ואחרים יותר ממחצית ההתאבדויות הן בגיל 45 ומעלה, 35% בגילאי 45-64, 21% בגילאי 65 ומעלה, ו 10% בגילאי 15-24.⁷⁴

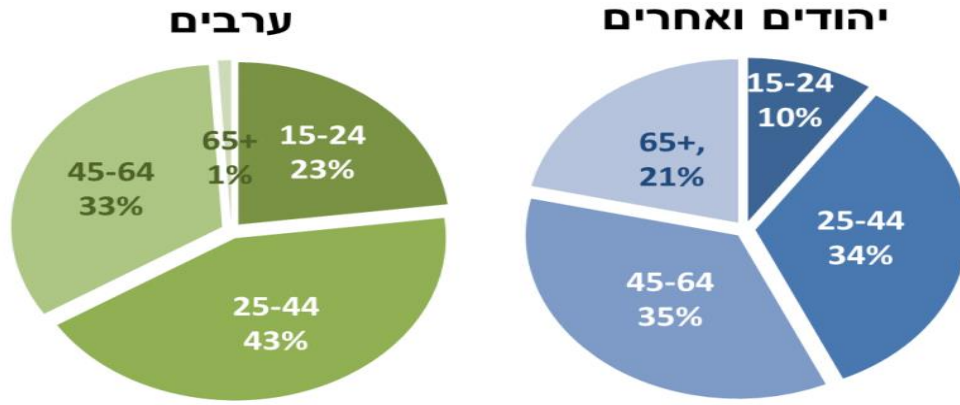
תרשים 57: אחוז התאבדויות לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל בשנים 2012-2014

⁷¹ מדדי איכות חיים, קיימות וחוסן לאומי, 2016, למ"ס

⁷² נתוני BI, משרד הבריאות

⁷³ הודעה לעיתונות, אובדנות בישראל, 2017

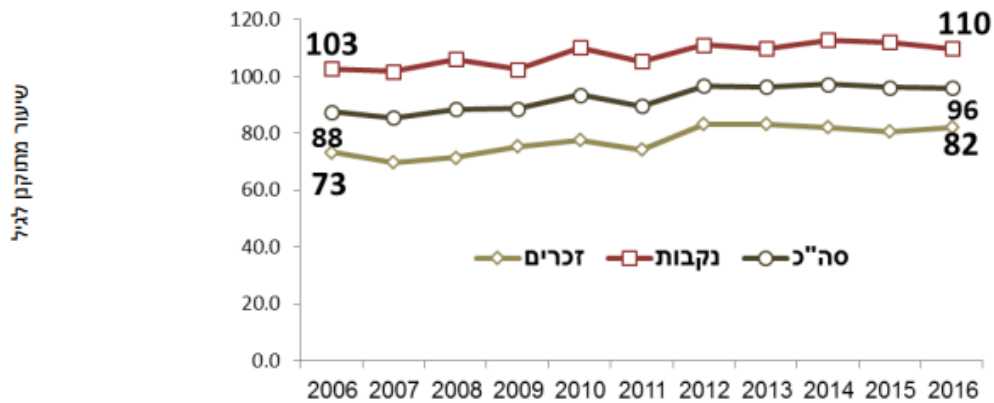
⁷⁴ מצגת אובדנות ישראל, יוני 2017, משרד הבריאות



מתוך: מצגת אובדנות ישראל, יוני 2017, משרד הבריאות.

תרשים 58: שיעור ניסיונות ההתאבדות המתוקן ל 100,000 בגיל 10 ומעלה

שיעור מתוקן לגיל ל-100,000 נפש בגיל 10 ומעלה
שיעור ניסיונות ההתאבדות המתוקן לגיל יציב יחסית בשנים 2011-2016.



מתוך: הודעה לעיתונות, אובדנות בישראל, משרד הבריאות, 2017

הפנייה לקבלת טיפול

במחקר שערך מכון ברוקדייל על צרכים, דפוסי שימוש וחסמים, נמצא כי החשים במצוקה נפשית המשתייכים לאשכולות החברתיים-כלכליים הגבוהים נוטים לפנות לטיפול מקצועי בשיעורים גבוהים יותר מאלו המשתייכים לאשכולות בינוניים ונמוכים, עוד עולה מן המחקר כי

נשים נוטות לפנות לטיפול בשיעורים גבוהים יותר מגברים וכי יהודים פונים לטיפול מקצועי בשיעורים גבוהים יותר מערבים (39% לעומת 21%)⁷⁵.

עוד עולה מן המחקר שערך ברוקדייל, כי לאוכלוסייה הערבית מאפיינים ייחודיים גם בתחום בריאות הנפש, המצריכים התאמות מצד קובעי המדיניות. במחקר זה, שיעורי המצוקה הנפשית שהמראוינים הערבים דיווחו עליהם גבוהים באופן מובהק מן השיעורים שהמראוינים היהודים דיווחו עליהם. גם שיעור המדווחים על מצוקה המובילה לבעיית תפקוד גבוה בקרב האוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית. לעומת זאת, שיעורי הפנייה לטיפול מקצועי ולטיפול מכל סוג שהוא באוכלוסייה הערבית נמוכים יותר. עוד עולה כי חוסר בנגישות למידע, חוסר בזמינות השירותים, היעדר אמון ביעילות הטיפול וסטיגמה מהווים חסמים משמעותיים יותר אצל האוכלוסייה הערבית. יתר על כן, כאשר שאלו על הסיבה העיקרית לאי-פנייה, חוסר נגישות למידע נשארה הסיבה השכיחה ביותר לאי-פנייה (23%) ואחריה אי-אמון ביעילות הטיפול (21%). למרות המחסור בשירותי בריאות הנפש בחברה ערבית, רק 13% ציינו אותו בתור סיבה עיקרית לאי-פנייה.⁷⁶

חלק מהחברה הערבית היא חברה מסורתית באופייה. לעיתים, ישנה התייחסות לפגיעות נפשיות בצורה שלילית וסטיגמטית⁷⁷, זאת בקרב הקבוצות המסורתיות בחברה הערבית⁷⁸. בשל כך, יש קושי לחשוף בעיות כמו ניסיונות התאבדויות, וקיים קושי לעודד לדבר עליהן. מאפיינים אלו מהווים קושי ביכולת להיענות לטיפול מקצועי⁷⁹.

נוסף לסטיגמה סביב מתמודד נפש המייצרים הסתגרות פנימית של מי שזקוק לטיפול פרטני בתחום של בריאות הנפש⁸⁰, יש מחסום של שפה בקרב חלק מדוברי הערבית כאשר הם מגיעים לקבל שירות רפואי, סיבה הגורמת הימנעות מקבלת שירות.⁸¹

⁷⁵ שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים. סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית, משרד הבריאות, 2017

⁷⁶ שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים. סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית, משרד הבריאות, 2017

⁷⁷ בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל. תמונת מצב על אזור המשולש, ג'וינט ישראל נכויות, 2011

⁷⁸ בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל. תמונת מצב על אזור המשולש, ג'וינט ישראל נכויות, 2011.

⁷⁹ בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל. תמונת מצב על אזור המשולש, ג'וינט ישראל נכויות, 2011.

⁸⁰ בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל. תמונת מצב על אזור המשולש, ג'וינט ישראל נכויות, 2011.

⁸¹ מרפאות בריאות הנפש במגזר הערבי, מרכז מחקר ומידע של הכנסת, 2014

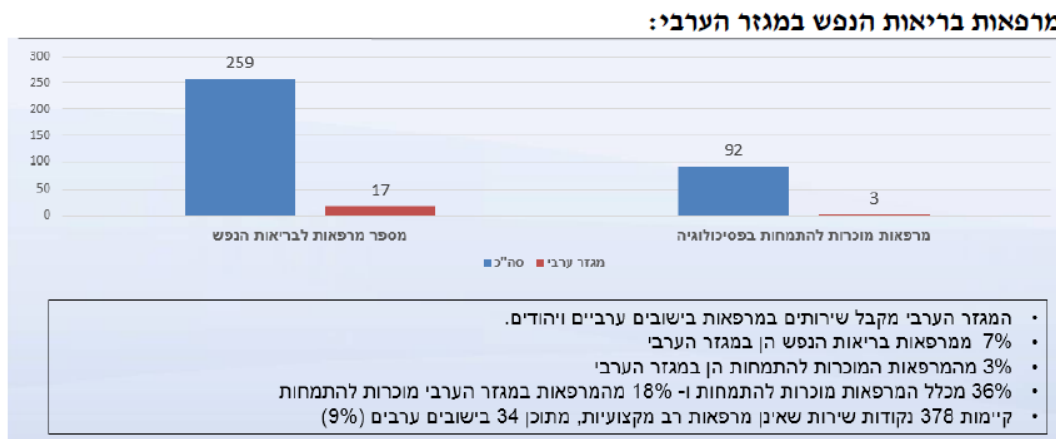
נגישות וזמינות שירותים בבריאות הנפש

קיים חוסר במידע מקצועי, מקיף ואמין בערבית. החולים רוצים לקבל מידע על המחלה דרכי התמודדות עם המחלה והזכויות שלהם. המידע שהם מקבלים מאנשי המקצוע הוא חלקי והם נאלצים להשיג את המידע בכוחות עצמם.

בהתייחס לזמינות השירותים, מרפאות בריאות הנפש מופעלות על ידי מגוון של ספקים: קופות חולים, בתי חולים ציבוריים, עמותות או ספקים פרטיים. במסגרת הרפורמה בבריאות נפש, נפתחו מרפאות מסוגים שונים: מרפאות רב מקצועיות - בהן צוות רב מקצועי של מטפלים - רופאים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועוד. במרפאות אלו ניתנים שירותים פסיכיאטריים, שיחתיים (פסיכותרפיה) ושירותים נוספים; נקודות שירות - בהן ישנם אנשי בריאות הנפש אך לא תמיד בכל המקצועות ולכן לא תמיד יהיו גם שירותים פסיכיאטריים (של רופא) וגם טיפולים שיחתיים; קליניקות של פסיכיאטר / רופא יועץ בהן נמצא רופא בודד, ללא צוות בריאות נפש נוסף; מסגרות לטיפול יום, המיועדות לתת טיפול אינטנסיבי על מנת למנוע אשפוז פסיכיאטרי⁸².

במסגרת שולחנות עגולים שקיים משרד הבריאות⁸³ בנושא הרפורמה בבריאות הנפש במגזר הערבי, הופצו הנתונים הבאים באשר למספר מרפאות בריאות הנפש במגזר הערבי לעומת סך המרפאות ביישובים יהודים וערבים. הנתונים נכונים לשנת 2015.

תרשים 59: מרפאות במגזר הערבי, 2015

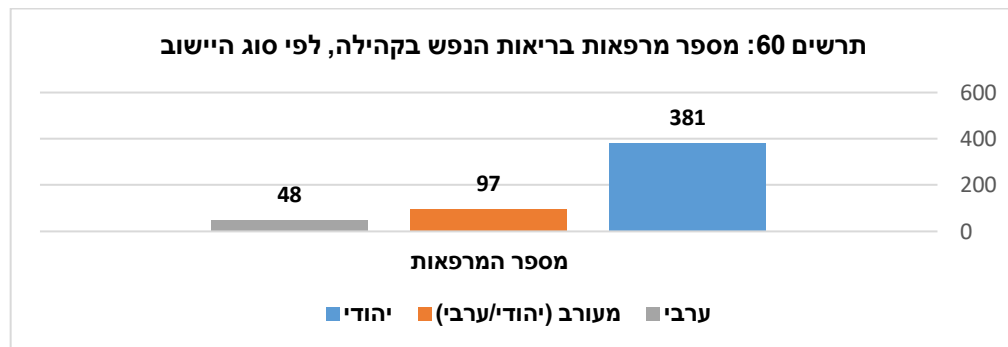


מרפאה במגזר הערבי=מרפאה שממוקמת ביישוב ערבי

מקור נתונים: אגף המידע במשרד הבריאות

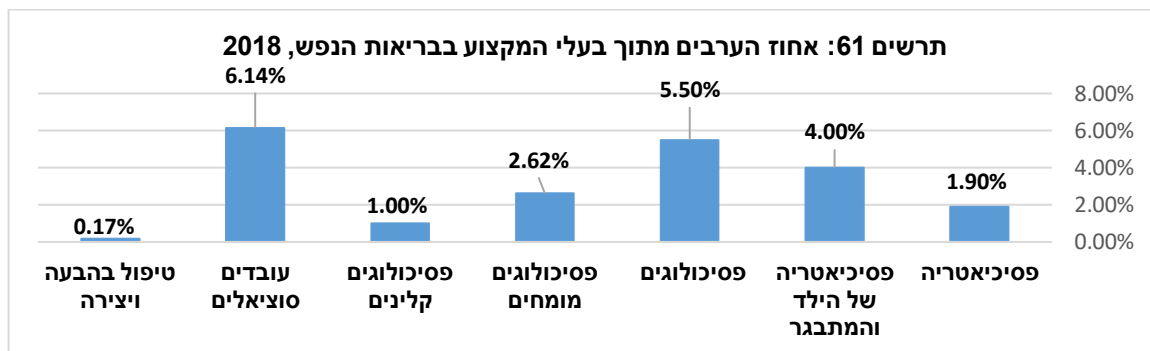
⁸² רשימת מרפאות בריאות הנפש בקהילה, בריאות הנפש, משרד הבריאות
⁸³ מתוך דוח סיכום שולחנות עגולים בנושא הרפורמה בבריאות הנפש במגזר הערבי; 30.5.2016, אגף משאבי אנוש, משרד הבריאות.

משרד הבריאות אוסף נתונים אודות פריסת מרפאות מאז הרפורמה שבוצעה בבריאות הנפש. מיפוי הנתונים אינו מקיף את כל נקודות השירות אך ניתן בעזרתנו לקבל תמונת מצב כללית, גם אם לא מדויקת, ביחס לפערים בפריסת מרפאות ונקודות השירות. נכון ל 2018 (זמני ההמתנה ברשימה מעודכנים לפברואר 2018), יש רק 48 נקודות שירות⁸⁴ ביישובים ערביים לעומת 381 נקודות שירות ביישובים יהודיים. מיעוט שירותים הפועלים בתוך היישובים הערבים ו/או בשפה הערבית מהווים חסם צריכת שירותים. שימוש בשירותים מחוץ ליישוב כרוך במאמץ נפשי ופיזי, השקעת זמן וכסף, אנרגיה, ארגון הסעות. התחבורה הציבורית לא מוסדרת מספיק. הטרחה בהגעה בשירותים שונים.⁸⁵



מתוך: רשימת מרפאות בריאות הנפש בקהילה, בריאות הנפש, משרד הבריאות

נוסף לכך, ישנו מיעוט דרמטי של ערבים בכלל המקצועות לבריאות הנפש. כך למשל, למרות שמספר המומחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר הערבים הכפיל את עצמו מ 2012 עד 2015, נכון לשנת 2018 אחוזם עודנו נמוך-4% מתוך כלל הפסיכיאטרים לילד ולמתבגר. התת ייצוג המשמעותי ביותר קיים בתחום ההבעה והיצירה, רק 0.17% הם מוסלמים.



מתוך: נתוני Bi, משרד הבריאות, 2018 למעט עבודה סוציאלית, האגף לעבודה סוציאלית משרד הבריאות, 2018; הערה: עובדי סוציאליים- בהתייחס לעובדים במערך בריאות הנפש בשירות המדינה בלבד.

⁸⁴ המונח נקודות שירות כולל מרפאות, וכן פסיכיאטרים ופסיכולוגים עצמאיים.
⁸⁵ בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל. תמונת מצב על אזור המשולש, גוינט ישראל נכויות, 2011.

לוח 12: עובדים סוציאליים ערבים במערך בריאות הנפש, 2018, מספרים מוחלטים ואחוזים

מרכז רפואי	מספר עו"ס בבריאות הנפש	מספר עו"ס בבריאות הנפש בני מיעוטים	שיעור עו"ס בבריאות הנפש בני מיעוטים
ב"ש	37	0	0.00%
אברבנאל	28	0	0.00%
באר נס	71	2	2.82%
שער מנשה	32	8	25.00%
מזור	71	15	21.13%
מעלה הכרמל	36	2	5.56%
לב השחן	53	2	3.77%
מרכז ירושלמי	94	0	0.00%
קהילת יפו	101	3	2.97%
תה"ש	16	0	0.00%
רמב"ם	15	0	0.00%
חדרה	24	2	8.33%
ברזיל	8	0	0.00%
ז'ו	17	3	17.65%
סה"כ	603	37	6.14%

מתוך: המחלקה לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות

סל שיקום נכי נפש בקהילה

בשנת 2016, רק 1,877 ערבים קיבלו שירותי סל שיקום, מתוך כ-22,877 ישראלים (8.2%) אשר קיבלו שירותי סל שיקום בפועל⁸⁶.

החסמים אשר יכולים להסביר את שיעור הפנייה הנמוך לשירותי השיקום בחברה הערבית הם בין היתר: התפיסה התרבותית להפרעות הנפשיות שמקורן באמונה, דת וסטיגמות.

נגישות: ועדות סל שיקום נערכות בעברית על ידי אנשי מקצוע שלא שולטים בערבית, וגם הטפסים הנשלחים קיימים רק בגרסה בעברית⁸⁷. אין מספיק כוח אדם שיכול לעשות וועדות בשפה הערבית, והצוות לא יכול לקרוא טפסים בערבית.

מצב סוציאקונומי: הרוב הגדול של מקבלי שירותי השיקום במגזר הערבי הוא במצב סוציאקונומי נמוך למדי ומתמודד עם קשיים כלכליים. בשל כך קיימת נטיית העדפה לשירותי שיקום בתחום התעסוקה במטרה לשפר את המצב הכלכלי. מצד אחר קיימת נטייה להימנע מקבלת שירותים תעסוקה עקב פחד לאבד את קצבת נכות. ובכלל הפחד לאבד את קצבת הנכות מונעת מחלק מנפגעי הנפש לגשת לסל שיקום.

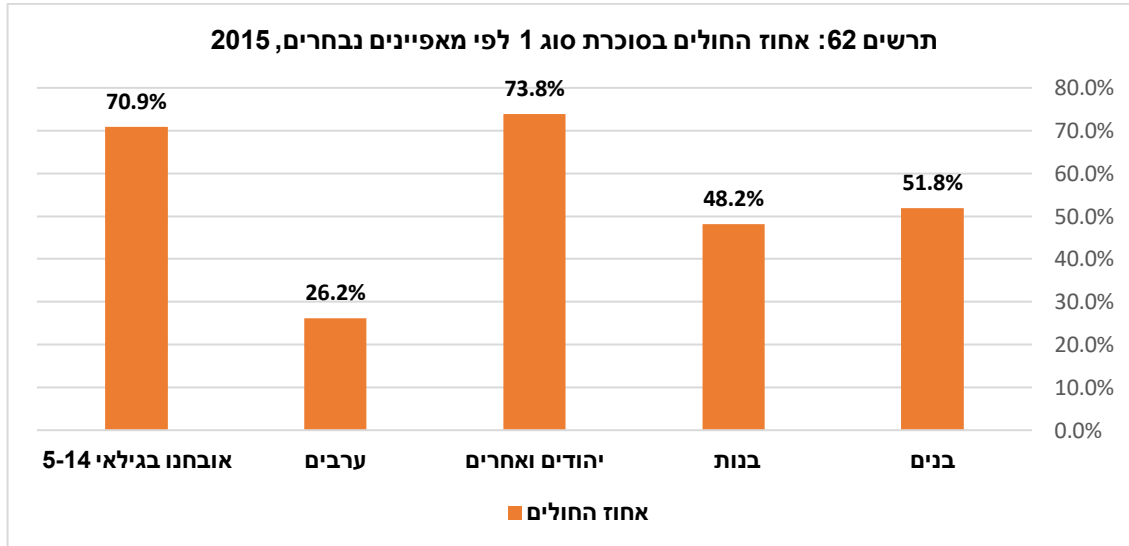
⁸⁶ נייר עמדה: שירותי השיקום במגזר הערבי – תמונת מצב, מערך השיקום, משרד הבריאות, 2018

⁸⁷ בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל. תמונת מצב על אזור המשולש, גוינט ישראל נכויות, 2011.

1.3.7.2 סוכרת

סוכרת מסוג 1 היא הפרעה בהפרשת האינסולין מהלבלב, הגורמת לאדם להיות תלוי באספקה חיצונית של אינסולין. זהו הסוג הנפוץ יותר בקרב ילדים ובני נוער, אם כי הוא יכול להופיע בכל גיל⁸⁸.

במהלך שנת 2015, דווחו 413 חולי סוכרת חדשים בבני 0-17 שנים.

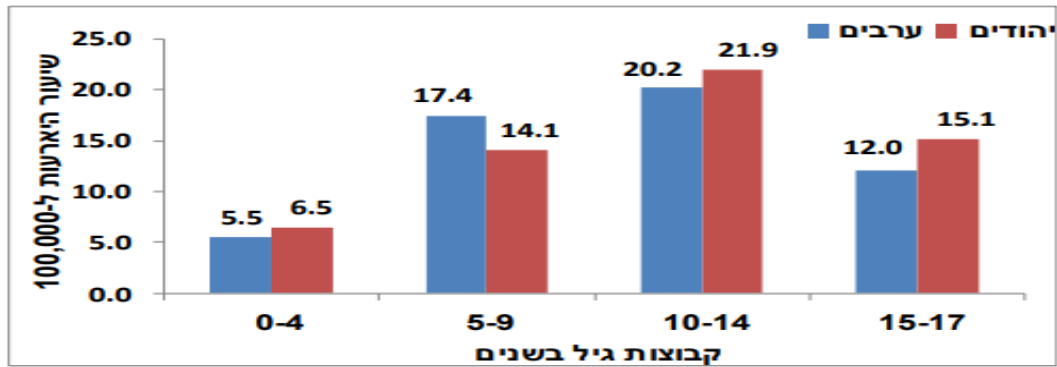


מתוך: ממצאי הרישום לסוכרת בגילאי 0-17, 2015, המרכז הלאומי לבקרת מחלות משרד הבריאות.

בשנת 2013, הגיל הממוצע בעת האבחון היה 10.40 שנים ביהודים, ו-10.28 בערבים. 54.3% מכלל החולים היהודים היו בנים לעומת 45% בערבים. לא נצפו הבדלים בשיעורי היארעות של סוכרת מסוג 1 בערבים (14.0 ל-100,000) בהשוואה ליהודים (13.7 ל-100,000). שיעורי היארעות הגבוהים ביותר היו בקבוצת הגיל 10-14 (ביהודים, 21.9 ל-100,000 ובערבים, 20.2 ל-100,000). שיעור היארעות היה גבוה ביהודים לעומת הערבים בקבוצת הגיל 15-17 שנה, אך בקבוצת הגיל 5-9 שנים, שיעור היארעות היה גבוה בערבים לעומת יהודים⁸⁹.

⁸⁸ אתר אינטרנט המרכז לבריאות לב האישה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה: רמת הסוכר בדם
⁸⁹ ממצאי הרישום לסוכרת בגילאי 0-17 שנים 2015, 2017, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות

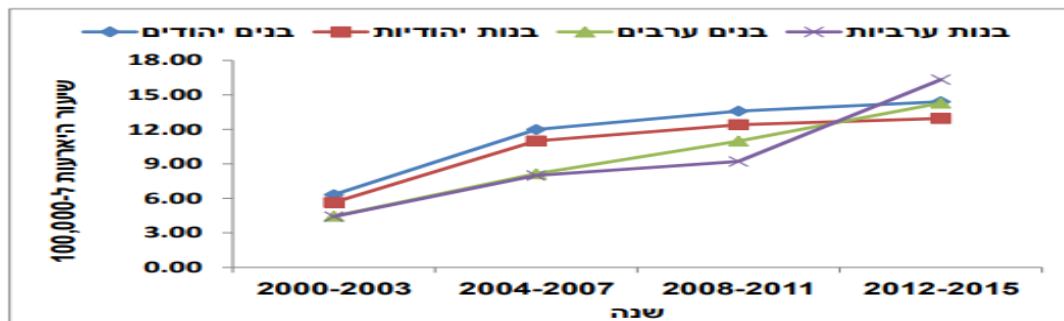
תרשים 63: שיעורי היארעות סוכרת מסוג 1 לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל, 2015



מתוך: ממצאי הרישום לסוכרת בגילאי 0-17, 2015, המרכז הלאומי לבקרת מחלות משרד הבריאות.

לאורך השנים 2000-2015, שיעורי ההיארעות של סוכרת סוג 1 היו גבוהים בבנים לעומת בנות באוכלוסייה היהודית, כאשר הפער בהיארעות גדל בין הבנים והבנות במשך השנים. באוכלוסייה הערבית, שיעורי ההיארעות היו דומים או גבוהים במקצת בקרב בנים לעומת בנות עד שנת 2011, מגמה זו התהפכה בין השנים 2012-2015 עם שיעורים גבוהים יותר בבנות מאשר בבנים בשל העלייה החדה בשיעורי ההיארעות בקרב בנות ערביות בתקופה זו⁹⁰.

תרשים 64: מגמות בהיארעות סוכרת סוג 1 לפי קבוצת אוכלוסייה ומגדר, 2000-2015



מתוך: ממצאי הרישום לסוכרת בגילאי 0-17, 2015, המרכז הלאומי לבקרת מחלות משרד הבריאות.

סוכרת סוג 2

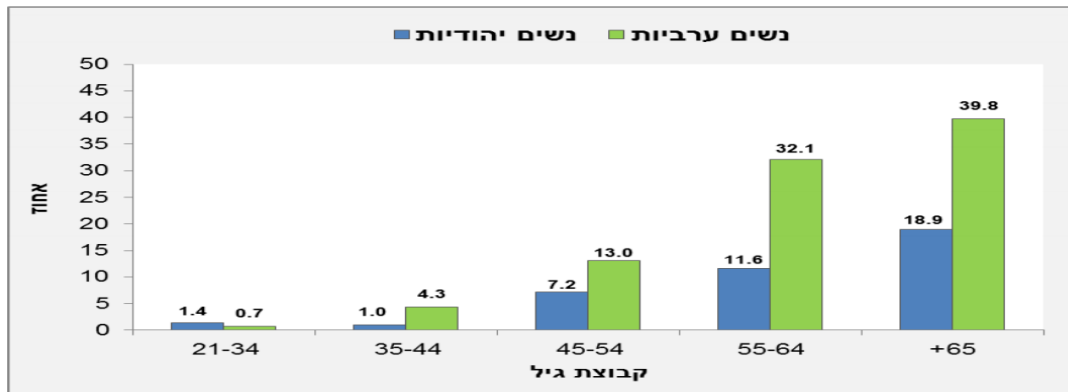
בסוכרת מסוג זה הלב לב מייצר אינסולין, אך הגוף אינו יכול לנצל אותו כראוי והסוכר לא חודר לתאים. בעיה זו נקראת "תנגודת אינסולין". בהמשך המחלה, לאחר תקופה שבה הלב לב מפריש אינסולין שאינו מנוצל, הולכת ויורדת יצירתו של האינסולין בגוף, ולעתים אף מפסיקה

⁹⁰ ממצאי הרישום לסוכרת בגילאי 0-17 שנים 2015, 2017, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות

לחלוטין. סוכרת מסוג 2 היא הצורה השכיחה ביותר של הסוכרת והגורמים לה הם שילוב של נטייה גנטית וגורמים סביבתיים, כמו השמנה וחוסר פעילות גופנית⁹¹

שיעור הגברים הסובלים מסוכרת גבוה משיעור הנשים הסובלות מסוכרת, ושיעור הערבים הסובלים מסוכרת גבוה משיעור היהודים. בנוסף קיימת מגמה של עלייה בשיעור החולים בסוכרת עם העלייה בגיל. בשנת 2015, נשים ערביות בגילאי 55-64 הן האוכלוסייה שסבלה מהשיעור הכי גבוה של סוכרת-32.2%, בפער ניכר מהנשים היהודיות באותה קבוצת גיל (11.6%), ומגברים ערבים (29.6%). כפי שצוין בפרקים הקודמים, השמנה מהווה גורם סיכון לתחלואה בסוכרת סוג 2 ושיעור הערבים הסובלים מעודף משקל גבוה מהאוכלוסייה היהודית⁹². שיעור התמותה הקשורים בסוכרת בקרב ערבים, גבוה יותר משיעור התמותה בקרב יהודים.

תרשים 65: שכיחות מחלת הסוכרת בגברים לפי סוג אוכלוסייה וגיל, 2014-2015

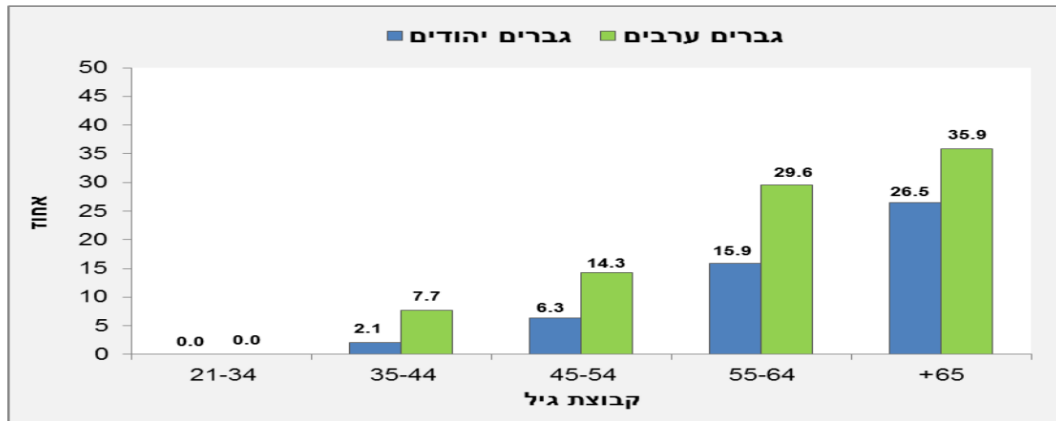


-3 INHIS 2015-2014

מתוך: תמונת מצב בישראל, השמנה, סוכרת והרגלי בריאות, המועצה הלאומית לסוכרת, מכון גרטנר

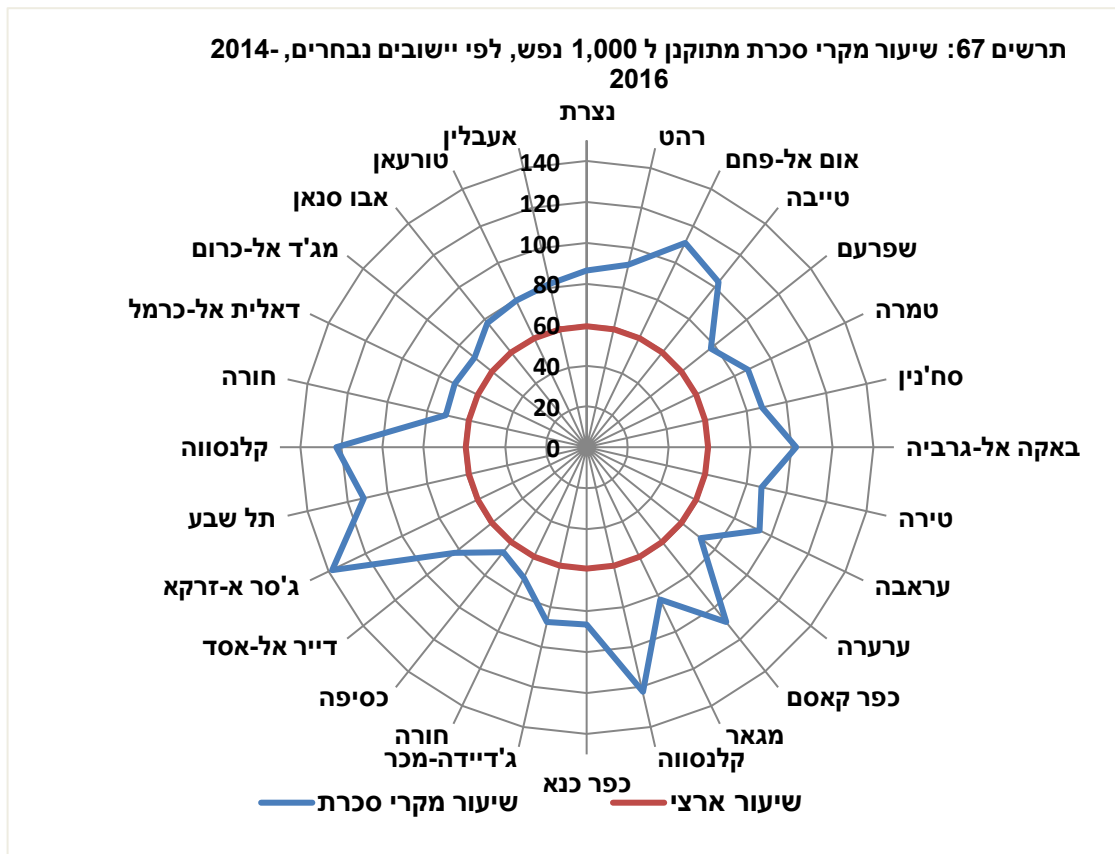
⁹¹ אתר אינטרנט המרכז לבריאות לב האישה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה: רמת הסוכר בדם
⁹² תמונת מצב בישראל, השמנה סוכרת והרגלי בריאות, ד"ר אורלי טמיר, המועצה הלאומית לסוכרת מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות קרן די-קיור ומיזם עוצמה, 2017,

תרשים 66: שכיחות מחלת הסוכרת בגברים לפי סוג אוכלוסייה וגיל, 2014-2015



-3 INHIS 2015-2014

מתוך: תמונת מצב בישראל, השמנה, סוכרת והרגלי בריאות, המועצה הלאומית לסוכרת, מכון גרטר בשנים 2014-2016 שיעור מקרי סוכרת הארצי היה 59.22 ל-1,000 נפש. בתרשים הבא, מופיע שיעור מקרי סוכרת לפי יישובים ערביים נבחרים. כל היישובים המופיעים בתרשים, בעלי שיעור גבוה יותר מהמוצע הארצי.



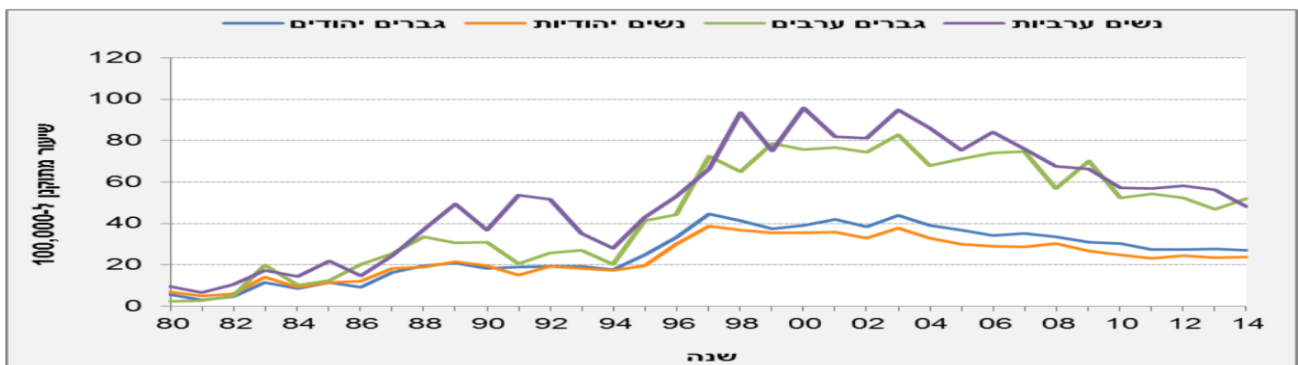
מתוך: מדדי איכות חיים בערים גדולות, פרופיל עירוני, למ"ס, 2017.

לוח 13: שיעור מקרי סכרת מתוקנן ל 1,000 נפש, לפי יישובים נבחרים, 2014-2016

שיעור ארצי	שיעור מקרי סכרת (2014-2016)	יישוב
59.22	86.42	נצרת
59.22	91.43	רהט
59.22	110.93	אום אל-פחם
59.22	103.34	טייבה
59.22	77.28	שפרעם
59.22	87.4	טמרה
59.22	87.94	סח'נין
59.22	102.23	באקה אל-גרביה
59.22	87.41	טירה
59.22	93.53	עראבה
59.22	71.07	ערערה
59.22	108.95	כפר קאסם
59.22	82.43	מגאר
59.22	122.48	קלנסווה
59.22	86.71	כפר כנא
59.22	87.58	ג'דידה-מכר
59.22	70.84	חורה
59.22	65.65	כסיפה
59.22	82.45	דייר אל-אסד
59.22	138.12	ג'סר א-זרקא
59.22	111.73	תל שבע
59.22	122.48	קלנסווה
59.22	70.84	חורה
59.22	71.75	דאלית אל-כרמל
59.22	70.38	מג'ד אל-כרום
59.22	77.94	אבו סנאן
59.22	79.52	טורעאן
59.22	82.1	אעבלין

מתוך: מדדי איכות חיים בערים גדולות, פרופיל עירוני, 2017.

תרשים 68: שיעור תמותה הקשור לסוכרת המתוקנן ל 100,000 נפש לפי מגדר, אוכלוסייה ושנה



National registry 2014

מתוך: תמונת מצב בישראל, השמנה, סוכרת והרגלי בריאות, המועצה הלאומית לסוכרת, מכון גרטר

1.3.7.3 מחלות ממאירות

בשנת 2015, אובחנו בישראל 29,510 תושבים עם גידולים שדווחו לרישום הסרטן הלאומי. סוגי הסרטן העיקריים האחראים ליותר מ 50% מכלל מקרי התחלואה בגברים בישראל, היו דומים ביהודים ובערבים וכללו את סרטן הערמונית, סרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הריאה, לימפומה שאינה הודג'קין וסרטן כיס השתן. עם זאת, בגברים יהודים סרטן הערמונית היווה כ- 18% מכלל הגידולים החודרניים לעומת 10% בגברים ערבים ואילו בקרב גברים ערבים סרטן הריאה היווה כ- 20% מכלל הגידולים החודרניים לעומת 12% בגברים יהודים. גם בנשים היה דמיון בסוגי הסרטן השכיחים בין יהודיות וערביות. בשתי קבוצות האוכלוסייה גידולי השד היוו כשליש מכלל הגידולים וגידולי המעי הגס והחלחולת היוו כ- 11% מכלל הגידולים. סרטן הריאה, סרטן בלוטת המגן (תירואיד), לימפומה שאינה הודג'קין וסרטן הרחם היו גם הם בין הגידולים השכיחים בנשים.⁹³

שיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל ל-100,000 נפש של סרטן חודרני בכלל האתרים בשנת 2015 היו גבוהים יותר ביהודים (בשני המינים) לעומת ערבים. ביהודים, שיעור הגברים (236.1) היה נמוך מהשיעור בנשים (263.6). בערבים היה השיעור בגברים (197.7) דומה לשיעור בנשים (194.7).⁹⁴

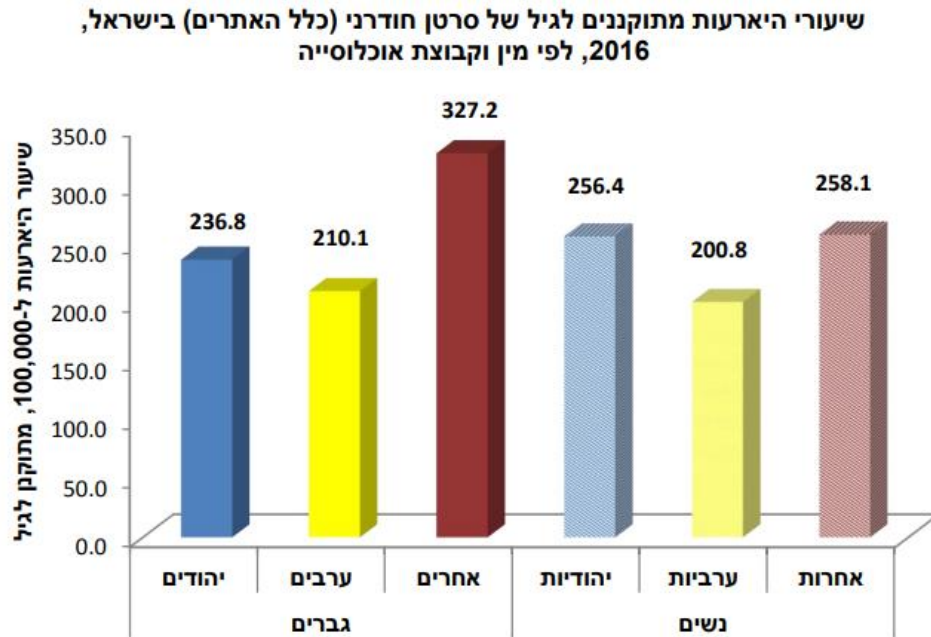
סוגי סרטן שכיחים

סרטן השד, הוא הסרטן הנפוץ ביותר אצל נשים יהודיות וערביות, יחד עם זאת, הוא נפוץ יותר אצל יהודיות בפער ניכר. סרטן הריאה הוא הסרטן הנפוץ ביותר בקרב גברים יהודים וערבים, אם כי הוא נפוץ יותר אצל ערבים בפער ניכר (בגלל שיעורי העישון הגבוהים). אצל יהודים וערבים הסרטן השני הנפוץ הוא סרטן המעי הגס/חלחולת, כאשר גברים חולים בסרטן זה בשיעורים גבוהים יותר.

⁹³ עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2015, משרד הבריאות, 2018

⁹⁴ עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2015, משרד הבריאות, 2018

תרשים 69: שיעורי היארעות מתוקננים לגיל של סרטן חודרני (כלל האתרים) בישראל, 2015, לפי מגדר וקבוצת אוכלוסייה



מתוך: עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2015, משרד הבריאות, 2018

האוכלוסייה הערבית בישראל עדיין מציגה שיעורי היארעות נמוכים עבור רוב סוגי מחלות הסרטן, אולם השינויים הדמוגרפיים, החברתיים והכלכליים שהיא עוברת, מובילים לשינויים במדדי בריאות ובהתנהגויות בריאות, המשפיעים גם על תמונת התחלואה בסרטן, שהיא דינמית ומשתנה. נראה כי בשנים הקרובות ימשיכו שיעורי היארעות לעלות באוכלוסייה זו, ותמונת התחלואה תתקרב לזו הנצפית באוכלוסייה היהודית. משום כך יש חשיבות להנגשת השירותים, התאמה תרבותית שלהם ובניית תכניות התערבות, בקרה ומניעה הקשורות לסרטן.⁹⁵

סרטן השד

סרטן השד הינה המחלה הממארת השכיחה ביותר בנשים. עיקר התחלואה בסרטן חודרני של השד נצפית בנשים מעל גיל 50 ביהודיות ובערביות. בשנת 2015 היווה סרטן חודרני של השד כשליש מכלל הגידולים החודרניים בנשים: 32.4% ביהודיות, 33.3% בערביות, ו 32.2% אחרות. בשנה זו אובחנו 4,846 חולות חדשות בסרטן חודרני של השד, מהן 85% יהודיות, 10% ערביות, ו 5% חולות אחרות.⁹⁶

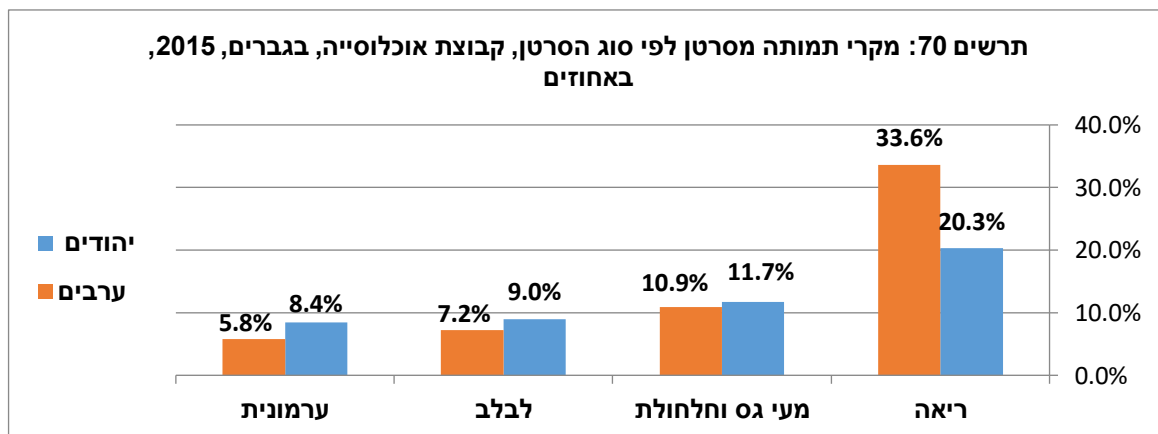
⁹⁵ סרטן באוכלוסייה הערבית בישראל – מגמות עתידיות, משרד הבריאות, 2017
⁹⁶ סרטן השד בישראל, עדכון נתוני היארעות ותמותה, 2018, הרישום הלאומי לסרטן, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

בשנת 2015 נפטרו מסרטן חודרני של השד כ-1,000 נשים בישראל. זהו הגורם השכיח ביותר לתמותה מסרטן בקרב נשים: כשישית מכלל התמותה מסרטן בנשים יהודיות, כרבע מכלל התמותה מסרטן בקרב נשים ערביות וכחמישית מכלל התמותה מסרטן בקרב נשים "אחרות". עיקר התמותה הוא בנשים בקבוצות הגיל המבוגרות. בהשוואה למדינות ה-OECD בישראל שיעור ההיארעות, שיעור התמותה, אבל גם שיעור ביצוע ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד וגם שיעור ההישרדות היחסי לחמש שנים מהמחלה, גבוהים מהמוצע.⁹⁷

תמותה מסרטן

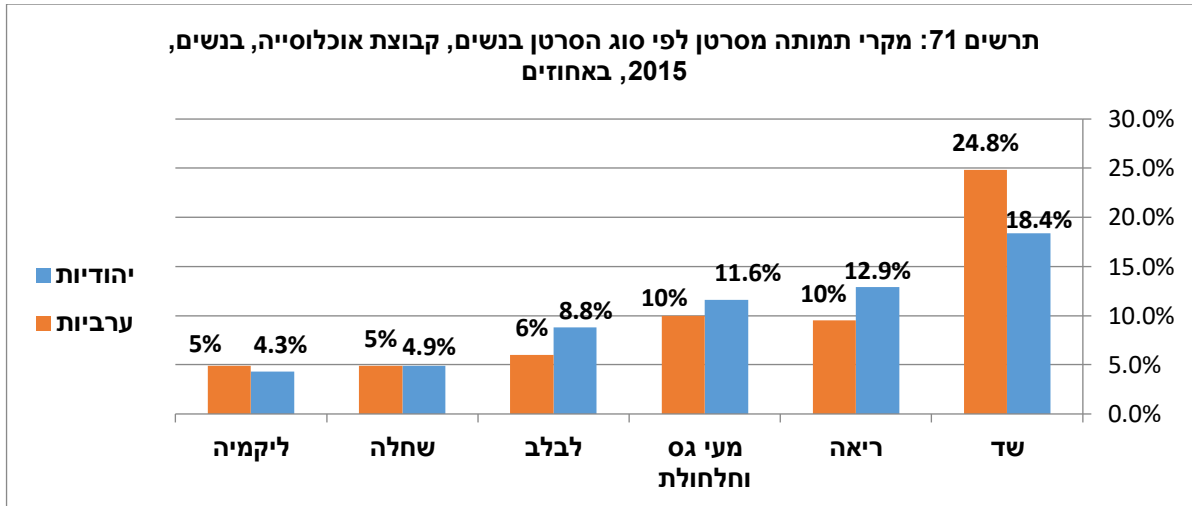
שיעורי התמותה מסרטן בקרב גברים בקרב יהודים וערבים גבוהים יותר בהשוואה לנשים. סוגי הסרטן העיקריים האחראים לעיקר התמותה מהמחלה בישראל היו דומים בגברים יהודים וערבים וכללו את סרטן הריאה, סרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הבלב וסרטן הערמונית. עם זאת, בגברים ערבים אחוז מקרי המוות מכלל הפטירות מסרטן שנזקק לחובת סרטן הריאה היה גבוה יותר (33.6%) בהשוואה לגברים יהודים (20.3%). גם בקרב נשים היו סוגי הסרטן האחראים על עיקר התמותה מסרטן דומים בין יהודיות וערביות וכללו את סרטן השד, סרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הריאה, סרטן הבלב וסרטן השחלה. אחוז מקרי המוות מכלל הפטירות מסרטן שנזקפו לחובת סרטן השד בנשים ערביות (24.8%) היה גבוה משמעותית מזה שבנשים יהודיות (18.4%).⁹⁸

שיעורי תמותה מסרטן (בתקנון ל 100,000) מתוקננים לגיל לפי קבוצת אוכלוסייה, מגדר, 2015



⁹⁷ סרטן השד בישראל, עדכון נתוני היארעות ותמותה, 2018, הרישום הלאומי לסרטן, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

⁹⁸ עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2015, משרד הבריאות, 2018



מתוך: עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2015, משרד הבריאות, 2018

סרטן צוואר הרחם

סרטן צוואר הרחם הוא הסרטן השלישי בשכיחותו בנשים בעולם, אחרי סרטן השד וסרטן המעי הגס והחלחולת. בישראל סוג סרטן זה אינו נפוץ ושיעורי ההיארעות של המחלה הם בין הנמוכים במדינות המערב. שיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל (ל-100,000) של סרטן ממוקד של צוואר הרחם בשנת 2012 היו 22.5 בנשים יהודיות ו-4.2 בנשים ערביות. סרטן ממוקד בצוואר הרחם מתגלה כמעט אך ורק באמצעות בדיקות לגילוי מוקדם. שיא האבחנה ביהודיות היה בגילאי 25-39, ובערביות, בגילאי 40-49. שיעורי התמותה המתוקננים לגיל (ל-100,000) של סרטן צוואר הרחם בשנת 2012 היו 1.5 בנשים יהודיות ו-0.94 בנשים ערביות⁹⁹.

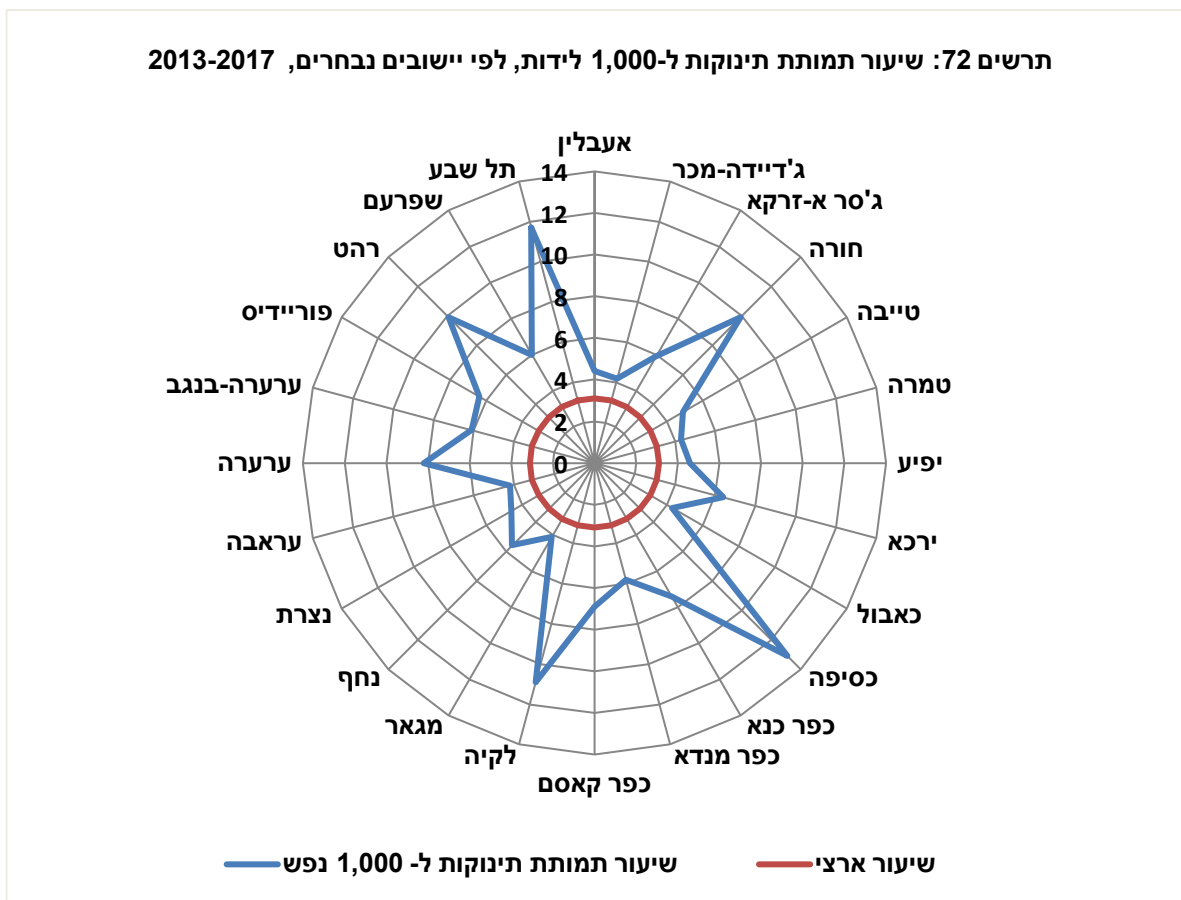
⁹⁹ סרטן צוואר הרחם בישראל – עדכון הנתונים. מקור הנתונים: הרישום הלאומי לסרטן והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, הכנת הנתונים ועיבודם: ד"ר ברברה סילברמן, פרופ' ליטל קינן-בוקר, גב' אירנה ליפשיץ, גב' יהודית פישלר, גב' ריטה דיכטיאר, משרד הבריאות.

1.3.8 שנות חיים ראשונות ובריאות ילדים

1.3.8.1 תמותה

תמותת תינוקות

בשנת 2016, שיעור התמותה בקרב תינוקות (ל 1,000 לידות חי) יהודים עמד על 2.3 לעומת 6.1 תינוקות ערבים. הפער הצטמצם לאורך השנים, ובשנים האחרונות הוא נותר יציב. בשנים 2013-2017, בכל היישובים המופיעים בתרשים, שיעור תמותת התינוקות גבוהה יותר מהשיעור הארצי (3.1).



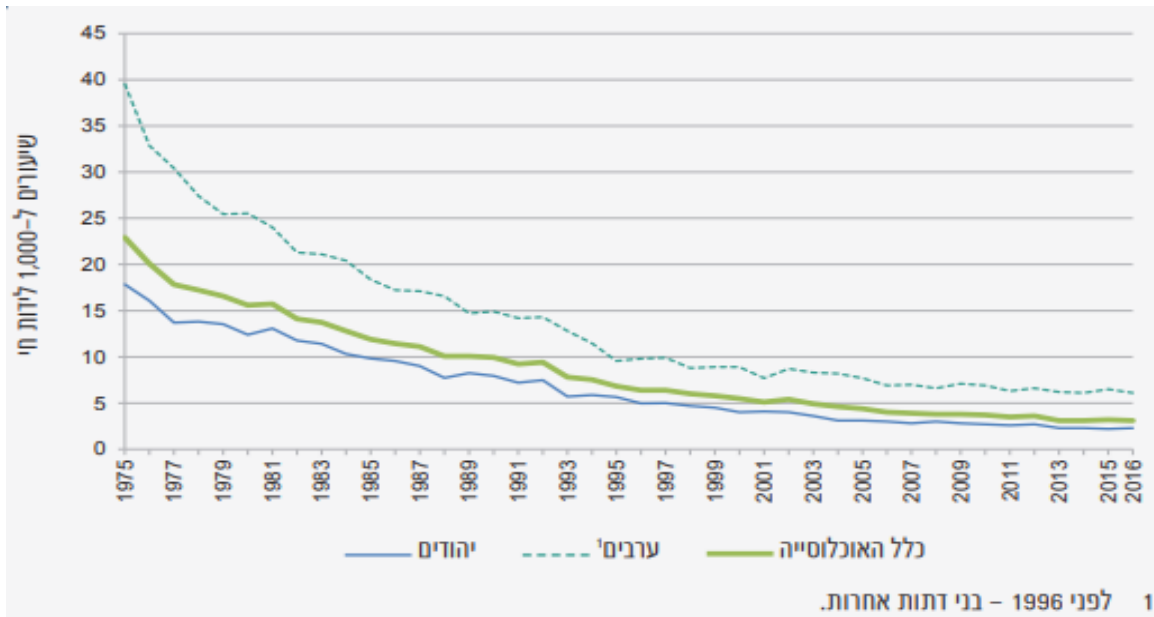
מתוך: מדדי איכות חיים בערים גדולות בישראל, פרופיל עירוני, 2017, למ"ס

לוח 14: שיעור תמותת תינוקות ל 1,000, לפי יישוב 2013-2017

שיעור ארצי	שיעור תמותת תינוקות ל- 1,000	יישוב
3.10	4.4	אעבלין
3.10	4.2	ג'דידה-מכר
3.10	5.9	ג'סר א-זרקא
3.10	9.9	חורה
3.10	4.9	טייבה
3.10	4.3	טמרה
3.10	4.6	יפיע
3.10	6.4	ירכא
3.10	4.3	כאבול
3.10	13.1	כסיפה
3.10	7.4	כפר כנא
3.10	5.8	כפר מנדא
3.10	6.9	כפר קאסם
3.10	10.9	לקיה
3.10	4.1	מגאר
3.10	5.6	נחף
3.10	4.6	נצרת
3.10	4.2	עראבה
3.10	8.2	ערערה
3.10	6.1	ערערה-בנגב
3.10	6.4	פורידיס
3.10	9.9	רהט
3.10	6	שפרעם
3.10	11.7	תל שבע

מתוך: Bi, משרד הבריאות. עיבוד: מנהל תכנון אטרטגי וכלכלי

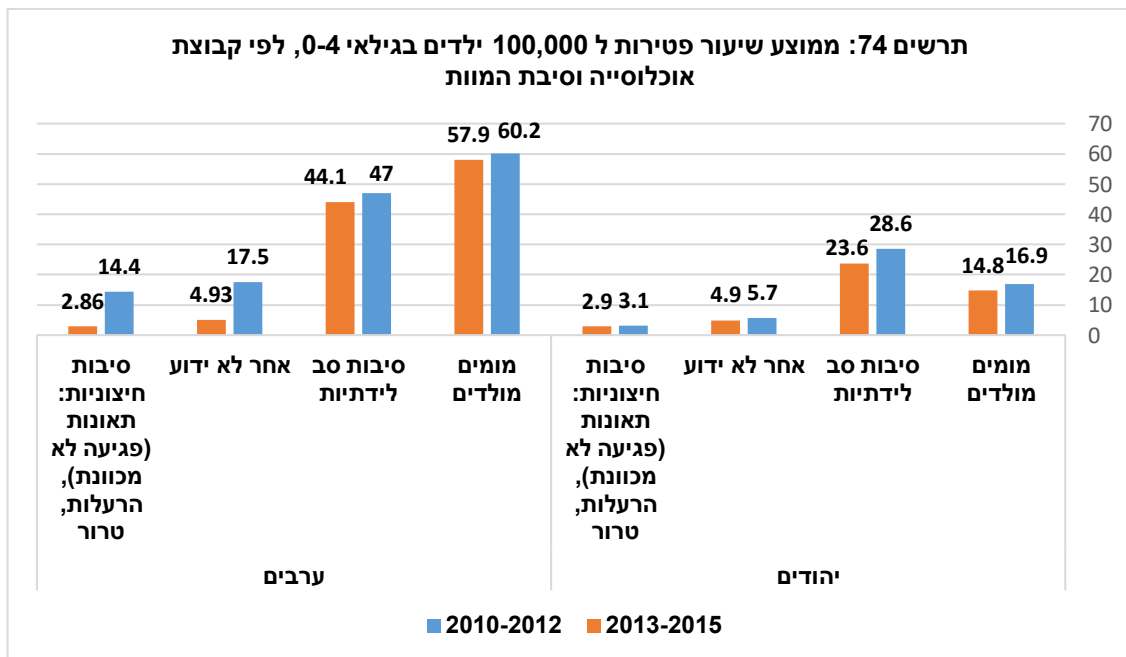
תרשים 73: תמותת תינוקות לפי קבוצת אוכלוסייה, 1975-2016



מתוך: דוח פני החברה בישראל מס' 10, דת והגדרה עצמית של מידת דתיות, פרק 6: בריאות. למ"ס

סיבות עיקרות למוות בקרב ילדים בני 0-4

שיעורי התמותה בקרב ילדים ערבים (גילאי 0-4) גבוהים משל ילדים יהודים ואחרים. בגיל 0-4 סיבת המוות המובילה בקרב ערבים היא מומים מולדים ואחר מכן סיבות סב לידתיות.



מתוך: נתוני ה BI, משרד הבריאות

1.3.8.2 היפגעות ילדים

היפגעות מתאונות מהווה בעיה מרכזית בתחום בריאות הילדים. תאונות הן גורם עיקרי לאשפוז, מוגבלות ולתמותה של ילדים בכל הגילים ומשני המינים, וכן גורם מוביל לנכות ולאובדן שנות חיים פוטנציאליות. היפגעות בלתי מכוונת הינה שכיחה יותר, באופן משמעותי, בקרב ילדים בחברה הערבית ביחס לילדים בחברה היהודית, כאשר תופעה זו בולטת הן בנתוני התמותה והן בנתוני האשפוז¹⁰⁰.

בשנת 2017, דווח על 144 מקרי מוות של ילדים ובני נוער מהיפגעות בלתי מכוונת, השקולים לשיעור תמותה של 1.5 מקרים למאה אלף ילדים ובני נוער. שלושת הגורמים העיקריים לתמותת ילדים ובני נוער, ב 2017 היו: תאונות דרכים (כ 47%), טביעה (כ 10%), נפילה (כ 10%). ילדים ובני נוער ערבים היוו כ 58% מהילדים ובני הנוער שנהרגו בשנת 2017, בעוד שחלקם באוכלוסיית הילדים ובני הנוער בישראל עומד על כ- 25% בלבד. ב 2017, שיעור התמותה ל 100,000 ילדים ובני נוער ערבים עמד על 11.4, לעומת 2.8 בקרב האוכלוסייה היהודית¹⁰¹.

בשנת 2015, שיעור התמותה אצל ילדים בגילאי 0-4 מסיבות חיצוניות (לרוב תאונות שונות) עמד על 9.2 בקרב ילדים ערבים לעומת 2.7 אצל יהודים ואחרים. הפערים הללו נגזרים בעיקר מתאונות של ילדים כהולכי רגל ומתאונות שמתרחשות בחצר הבית או בחנייה, לרוב כאשר הנהג הפוגע נוסע לאחור. ילדים ערבים בגילאי 0-4 נמצאים בסיכון גבוה גם לתאונות חנק, טביעה, כוויה/שריפה ונפילה. נראה ששיעורי התמותה וההיפגעות הגבוהים של פעוטות ערבים נובעים משילוב של שתי תופעות עיקריות: סביבת מגורים לא בטיחותית באופן יחסי (תשתית בית לקויה, מחסור במעקות ובסורגים, נגישות לחומרים מסוכנים וכו') ורמת השגחה נמוכה הנובעת ממודעות נמוכה לגורמי סיכון.

הפער הגדול ביותר בין ילדים ערבים לילדים יהודים מבחינת הסיכון להיפגעות הינו בקרב פעוטות בקבוצת הגיל 1-4. בקבוצת גיל זו, הסיכון של ילד ערבי למות כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת גבוה פי 6.2 מהסיכון של ילד יהודי. כמו כן, הסיכון היחסי של ילד ערבי להיפגע ולהתאשפז גבוה פי 7.1 מהסיכון של ילד יהודי, והסיכון היחסי של ילד ערבי בגילאי 1-4 להיפגע ולהתאשפז גבוה פי 2.2 מהסיכון של ילד יהודי באותה קבוצת גיל¹⁰².

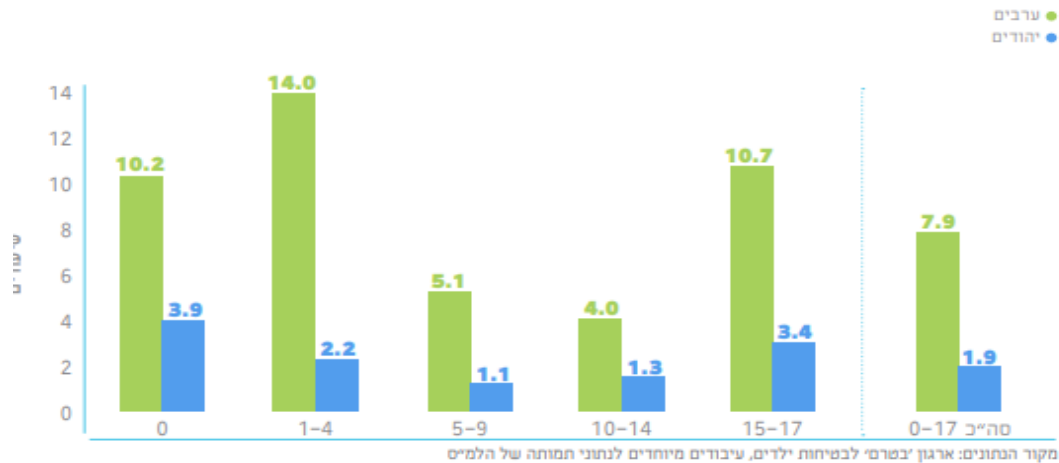
¹⁰⁰ היפגעות ילדים מתאונות בחברה הערבית בישראל, בטרם, 2016

¹⁰¹ דו"ח תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בשנת 2017, 2018, המערך הלאומי לנתוני היפגעות ובטיחות ילדים (NAPIS), בטרם.

¹⁰² היפגעות ילדים בתאונות בחברה הערבית בישראל. נייר עמדה מטעם ארגון בטרם לבטיחות ילדים. פרסום מס' 40.

בקרב החברה הערבית קיימים הבדלים. ילדים בדואים נמצאים בסיכון גבוה יותר לתמותה. אחד מכל חמישה ילדים בחברה הערבית הוא בדואי אך אחד מכל שלושה ילדים ערבים שנפגעו עקב היפגעות הוא בדואי.¹⁰³

תרשים 75: שיעורי תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת לפי גיל וסוג אוכלוסייה, בממוצע לשנה, 2011-2013



מתוך: היפגעות ילדים בחברה הערבית בישראל. דו"ח בטרם לאומה 2017

מקום ההיפגעות

בשנת 2017 נהרגו בבית ובחצר הבית 59 ילדים, המהווים כ-41% ממקרי התמותה עקב היפגעות בלתי מכוונת. כ-40% ממקרי התמותה של ילדים התרחשו בדרכים, כ-10% במרחב הציבורי, כ-6% במוסד חינוכי, וכ-3% בלבד במקום העבודה.

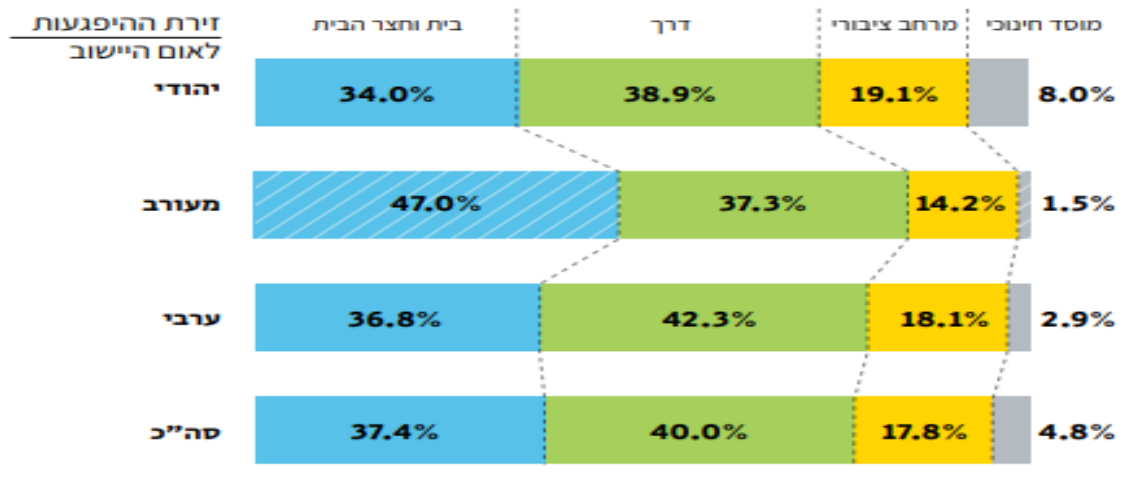
ילדים יהודים וילדים ערבים נבדלים במנגנוני ההיפגעות בזירת הבית. 3 הסיבות העיקריות לתמותה בבית ובחצר הבית בקרב ילדים יהודים הינן: חנק (כ-21%) (טביעה כ-18%) ונפילה (כ-15%) ואילו 3 הסיבות העיקריות לתמותה בבית בקרב ילדים ערבים הינן: היפגעות מרכב בחצר הבית (תאונת דרכים - הימצאות בסביבת הרכב, כ-28%), הרעלה/כוויה כתוצאה משריפה (כ-20%), ונפילה (כ-11%).

בזירת הדרך, שני סוגי ההיפגעות הבולטים ביותר שהובילו לתמותת ילדים ובני נוער בשנים 2013-2017 הינם: היפגעות כנוסע ברכב (כ-34%) והיפגעות כהולך רגל (כ-28%). שני סוגי היפגעות אלה הינם השכיחים ביותר בזירת הדרך הן בקרב ילדים יהודים והן בקרב ילדים ערבים. עם זאת, 60% מתמותת הילדים עקב היפגעות זו היא בקרב ילדים ערבים. סוג ההיפגעות השלישי בשכיחותו בזירת הדרך שונה בין ילדים ובני נוער יהודים לערבים: בקרב

¹⁰³ היפגעות ילדים בישראל. דו"ח בטרם לאומה 2017

ילדים יהודים ההיפגעות השלישית בשכיחותה הינה תאונת דרכים כרוכב אופניים (כ-13%) ובקרב ילדים ערבים - היפגעות כנהג/נוסע ברכב ממונע אחר (כ-13%). בהתייחס להיפגעות כנהג/נוסע ברכב ממונע אחר, בולטים במיוחד במעורבותם בתאונות דרכים אופנועים וקטנועים, המובילים לתמותת ילדים ערבים (88% ממקרי התמותה בהיפגעות מסוג זה)¹⁰⁴.

תרשים 76: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2015-2008) לפי לאום הישוב המגורים וזירת ההיפגעות, בממוצע לשנה, אחוזים



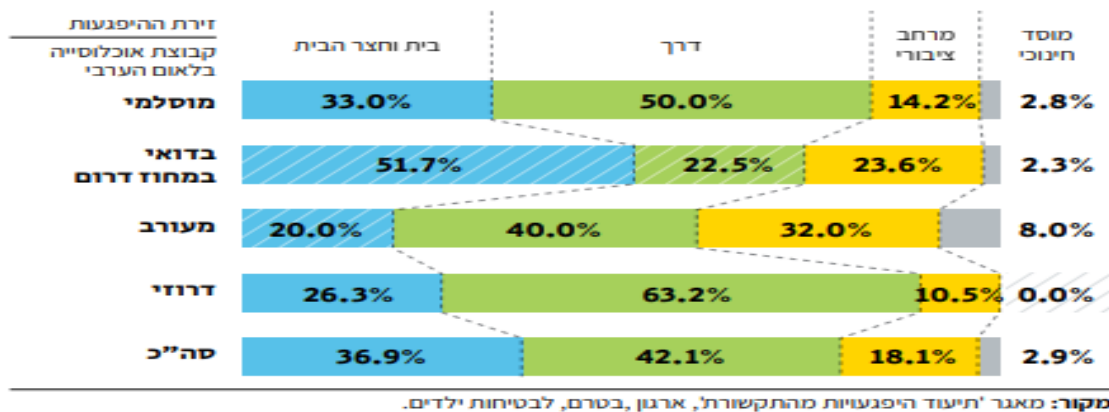
מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון, בטרם, לבטיחות ילדים.

מתוך: היפגעות ילדים בישראל. דו"ח בטרם לאומה 2017.

השכיחות היחסית של היפגעות המתרחשות בבית ובחצר הבית ומובילות לתמותה גבוהה ביישובים בדואיים במחוז דרום ונמוכה ביישובים ערביים מעורבים. בהתייחס לתאונות המתרחשות בזירת הדרך, שכיחותן גבוהה בקרב יישובים מוסלמיים ודרוזיים ונמוכה בקרב יישובים בדואיים במחוז דרום.¹⁰⁵

תרשים 77: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2015-2008) לפי קבוצת האוכלוסייה של יישוב המגורים וזירת ההיפגעות, בממוצע לשנה, אחוזים

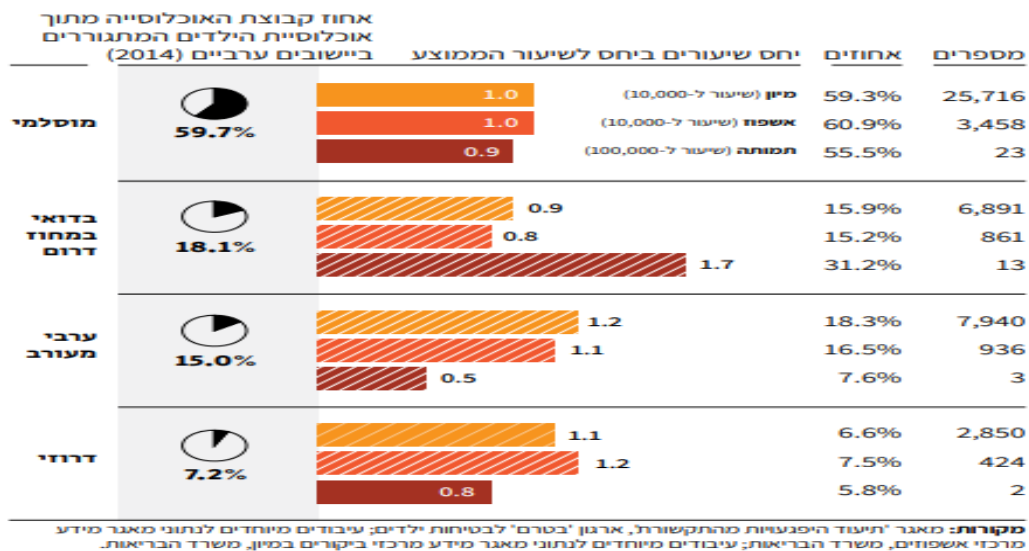
¹⁰⁴ דו"ח תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת שנת 2017, בטרם, ינואר 2018
¹⁰⁵ היפגעות ילדים בישראל. דו"ח בטרם לאומה 2017.



היפגעות לפי מקום מגורים

בהשוואה לשיעור התמותה הממוצע מתאונות בקרב ילדים בכלל הישובים הערביים, סיכון התמותה של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים במחוז דרום גבוה פי 7.1, בעוד שהסיכון לתמותה של ילדים המתגוררים ביישוב ערבי מעורב¹⁰⁶ נמוך פי 5.0. שיעורי האשפוז והפנייה למיון גבוהים מהממוצע בקרב ילדים המתגוררים ביישובים ערביים מעורבים ודרוזים, ונמוכים מהממוצע ביישובים בדואיים במחוז דרום.¹⁰⁷

תרשים 78: היפגעות ילדים לפי קבוצת האוכלוסייה של יישוב מגורים: פנייה לחדרי מיון (2012-2014), אשפוז (2012-2014), ותמותה (2008-2015), בממוצע לשנה, מספרים, אחוזים ויחס שיעורים ביחס לממוצע



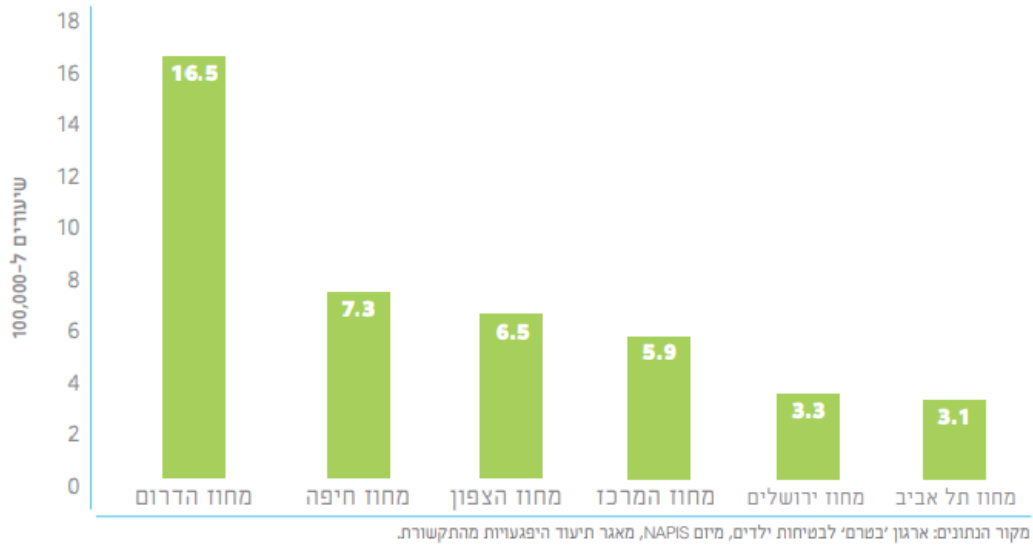
מתוך: היפגעות ילדים בישראל. דו"ח בטרם לאומה 2017.

¹⁰⁶ יישוב ערבי מעורב נחשב רשות ערבית שאחוז התושבים המוסלמים, הנוצרים או הדרוזים בה אינו עולה על 80%.

¹⁰⁷ היפגעות ילדים בישראל. דו"ח בטרם לאומה 2017

בקרב ילדים ערבים, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר בין השנים 2011-2015 הינם במחוז דרום (16.5 ילדים לכל 100,000). להבדיל, מחוזות תל אביב (3.1 ילדים לכל 100,000) וירושלים (3.3 לכל 100,000) הינם בעלי שיעורי התמותה הנמוכים ביותר ביחס לשיעורים מקבילים במחוזות אחרים¹⁰⁸.

תרשים 79: שיעורי התמותה של ילדים ערבים לפי מחוז היפגעות, בממוצע בשנה, שנים 2011-2015



מתוך: היפגעויות ילדים בחברה הערבית בישראל, 2016, בטרם

בקרב ילדים המתגוררים ביישובים יהודיים, שיעור הפנייה למיין ל 10,000 ילדים, הוא 743.2, בעוד שבקרב הילדים המתגוררים ביישובים ערביים הוא 969.2 ל 10,000 ילדים, והממוצע הארצי הוא 744.4 ל 10,000 ילדים¹⁰⁹.

היפגעות בני נוער

בין השנים 2013-2017, כ- 44% ממקרי התמותה של ילדים ובני נוער מהיפגעות בלתי מכוונת נגרמו כתוצאה מתאונות דרכים וכ- 46% מתאונות בית ופנאי. מבין תאונות הדרכים, הסיבה השכיחה ביותר לתמותת ילדים ובני נוער בשנים 2013-2017 היא תאונה כנוסע או נהג ברכב מנועי, שגורמת לכ- 24 מקרי תמותה של בני נוער בממוצע בשנה. יתר סוגי תאונות הדרכים

¹⁰⁸ היפגעויות ילדים בחברה הערבית בישראל, 2016, בטרם

¹⁰⁹ היפגעויות ילדים בישראל, דוח בטרם לאומה, 2017, בטרם.

לפי שכיחותם הינם: היפגעות ילדים כהולכי רגל, היפגעות של ילד הנמצא בסביבת הרכב (דריסה בעת נסיעה לאחור או תאונת חצר) והיפגעות כרוכב אופניים או גלגלים קטנים.

1.3.8.3 ילדים עם צרכים מיוחדים

בשנת הלימודים 2017-2018 למדו במערכת החינוך 2,615,000 תלמידים. 76% מתוכם בחינוך העברי, ו-24% בחינוך הערבי.¹¹⁰

בשנת 2016 למדו במערכת החינוך 2,185,246 תלמידים מתוכם 1,643,172 (75%) תלמידים בחינוך היהודי ו-542,074 בחינוך הערבי (25%). כלל תלמידי החינוך המיוחד מנו 204,819 תלמידים (9.4% מכלל התלמידים).¹¹¹

אוכלוסיות החינוך המיוחד כוללת תלמידים עם הקשיים הבאים: לקויות למידה והפרעות קשב וריכוז, הפרעות התנהגות, לקות שפתית, אוטיזם, מוגבלויות פיזיות, הפרעות נפשיות. במסגרת החינוך המיוחד, התלמידים מקבלים טיפול על ידי בעלי מקצוע: פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק, טיפול באמצעות אומנויות.¹¹²

מנתוני משרד החינוך עולה כי ישנם פערים בין יהודים לערבים בשכיחות לקויות שונות בקרב תלמידי החינוך המיוחד (לא כולל תלמידי שילוב). בחברה הערבית ניכרת שכיחות נמוכה של לקויות כגון אוטיזם הפרעות נפשיות והפרעות התנהגות או רגשיות, ולעומת זאת שכיחות גבוהה מאוד של משכל גבולי.¹¹³

שעות שילוב

תלמידים הזקוקים לעזרה מיוחדת זכאים לתקציב עבור שעות סיוע. מפילוח הנתונים על פי מספר המשרות לפי תחומי העיסוק של המטפלים: ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וטיפול במקצועות האומנות עולה כי בחינוך הערבי ישנן מעט מאוד משרות מטפלים במקצועות האומנות (5% בממוצע לאורך השנים). המצב אף חריף יותר בפילוח קטגוריה זו לתת-נושאים כגון טיפול בפסיכודרמה ובביבליותרפיה בהם רק כאחוז מהמטפלות עובדות בחינוך הערבי. לעומת זאת, בטיפול בפיזיותרפיה יש אחוזים גבוהים מאוד (כ-45%) של משרות מטפלות ביחס לשיעור התלמידים הערבים באוכלוסייה (כ-25%).¹¹⁴

¹¹⁰ מערכת החינוך לשנת הלימודים תשע"ט, אוגוסט 2018, משרד החינוך.

¹¹¹ אנשים עם מוגבלות בחברה הערבית: נתונים כלליים ונתונים על תלמידים במערכת החינוך המיוחד, מרכז מחקר ומידע של הכנסת, 2017.

¹¹² פורטל הורים לילדים עם צרכים מיוחדים, משרד החינוך

¹¹³ אנשים עם מוגבלות בחברה הערבית: נתונים כלליים ונתונים על תלמידים במערכת החינוך המיוחד, מרכז מחקר ומידע של הכנסת, 2017.

¹¹⁴ אנשים עם מוגבלות בחברה הערבית: נתונים כלליים ונתונים על תלמידים במערכת החינוך המיוחד, מרכז מחקר ומידע של הכנסת, 2017.

מערך התפתחות הילד

המערך ההתפתחותי בארץ מורכב משלושה רבדים עיקריים: מכונים ויחידות להתפתחות הילד של קופות החולים או בתי חולים, ספקים בהסכם עמן מתקשרות קופות החולים ומערך של עובדי מקצועות בריאות פרטיים.

על פי נתוני קופות החודש, נכון למרץ 2018, ישנם 460 יחידות ומכונים להתפתחות הילד (מוכרים ושאינם מוכרים על ידי משרד הבריאות), מתוכם 48 יחידות ומכונים ביישובים ערביים (בין היתר בג'לג'וליה, שגב שלום, כפר יעק, פקיעין)¹¹⁵.

המכונים להתפתחות הילד עוסקים באבחון ובטיפול בילדים להם בעיות התפתחותיות קשות ומורכבות יותר (להבדיל מיחידות להתפתחות הילד). במכונים צוות של כוח אדם מקצועי בכל תחומי התפתחות הילד ובכלל זה יועצים בתחומי הרפואה הרלבנטיים כגון גנטיקאים, אורתופדים, רופאי עיניים ועוד ובמקצועות הבריאות הנוספים. מתוך 38 מכונים להתפתחות הילד המוכרים על ידי משרד הבריאות, ישנו רק מכן אחד ביישוב ערבי (נצרת), 9 מכונים בערים מעורבות (יהודי/ ערבי) והיתר (28) ביישובים יהודיים.

לוח 15: מספר המכונים המוכרים על ידי משרד הבריאות להתפתחות הילד, לפי סוג הישוב ובעלות המכון, 2018

סכום כולל	מערב (מוסלמי/נוצרי)	מערב (יהודי/ערבי)	יהודי	
14		2	12	שירותי בריאות כללית
10		3	7	מכבי שירותי בריאות
8		1	7	משרד הבריאות
4		2	2	קופת חולים מאוחדת
1		1		לאומית שירותי בריאות
1	1			אחר
38	1	9	28	סכום כולל

מתוך: יחידות טיפוליות להתפתחות הילד, מנהל הרפואה המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו, משרד הבריאות (מעודכן לנובמבר 2018).

¹¹⁵ דוח יחידות טיפוליות, מערכת ה Bi, משרד הבריאות.

יחידות להתפתחות הילד

נכון לנובמבר 2018, ישנם 101 יחידות מוכרות על ידי משרד הבריאות להתפתחות הילד. כ- 73% מהיחידות נמצאות ביישובים היהודיים. כ- 5% נמצאים ביישובים מעורבים (יהודים/ערבים), כ- 13% ממוקמים ביישובים מוסלמים, וכ 4% בכפרים בדואים בנגב.

לוח 16: כמות יחידות טיפוליות מוכרות על ידי משרד הבריאות להתפתחות הילד, לפי סוג היישוב, בערכים מוחלטים ואחוזים, 2018

סוג היישוב	כמות	אחוז
יהודי	74	73.3%
מוסלמי	13	12.9%
מעורב (יהודי/ ערבי)	5	5.0%
בדואים בנגב	4	4.0%
מעורב (דרוזי/ מוסלמי/ בדואי / נוצרי)	3	3.0%
דרוזי	2	2.0%
סה"כ	101	100.0%

הערות: בטבלה של כמות יחידות טיפוליות, ירושלים סווגה כיישוב יהודי, ומזרח ירושלים כמוסלמי. יפו סווגה כמוסלמית.

מתוך: יחידות טיפוליות להתפתחות הילד, מנהל הרפואה המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו, משרד הבריאות. הנתונים נכונים לנובמבר 2018.

1.4 היצע שירותי בריאות בקהילה

כדי ללמוד על ההבדלים בהיצע שירותי הבריאות בין יישובים ממגזרים שונים, נערך ניתוח סטטיסטי הבוחן את ההבדלים בזמינות שעות שירותי הרפואה ב-7 תחומי רפואה בקהילה, בין יישובים יהודים, מעורבים, ערביים ובדואים. זאת תוך נטרול הבדלים דוגמת גודל היישוב ורמת הפריפריאליות שלו.

הניתוח מלמד שביישובים ערביים קיימים יותר שירותים מאשר ביישובים יהודיים. לעומת זאת, ביישובי הקבע הבדואיים בדרום, ובכפרים המוכרים והבלתי מוכרים קיימים פערים משמעותיים בהיצע שירותי הבריאות, ביחס ליישובים יהודיים וערביים כאחד. לפיכך, נציג את הממצאים בפירוט רב יותר במחוז הדרום, כדי לנתח את המחסור בשירותים ביישובים הבדואיים.

עקב המורכבות של ניתוח זמינות שעות שירותי רפואה בקהילה, נתאר להלן בקצרה את המתודולוגיה ששימשה לניתוח (ראו במסגרת), ובהרחבה נתאר את ממצאי הניתוח.

הגדרות ומתודולוגיה

ניתן למצוא את ההגדרות המלאות של מסד הנתונים, שיטת איסוף הנתונים ומגבלות הניתוח שלהם, בנספח המתודולוגי בפרסום בנושא זמינות שעות שירותי רפואה בקהילה, בקישור [כאן](#).

להלן ההגדרות העיקריות שנוגעות באופן ייחודי לפרסום זה:

1. שעות שירותי רפואה ל-1,000 נפש: שעות שירותי רפואה הן מספר שעות הקבלה השבועיים של כל הרופאים בתחום מקצועי מסוים, וביישוב מסוים, שזמינים למבוטחי קופות החולים, וזאת על פי המפורסם באתרי האינטרנט של הקופות. נתון זה מתוקן לאוכלוסיית היישוב, המתאימה לתחום הרפואי (למשל, רפואת ילוד וגניקולוגיה מתוקנת במספר הנשים ביישוב). הנתונים נכונים למאי 2018.

2. סוג היישוב: היישובים סווגו בהתאם לנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בקטגוריות הבאות: (1) יישובים יהודיים (2) יישובים "מעורבים" (יהודים + ערבים), שכוללים בין השאר, את שלוש הערים הגדולות: ירושלים, תל אביב – יפו, וחיפה. (3) יישובים ערביים (כולל יישובים מוסלמיים, נוצריים, צ'רקסיים, דרוזיים, יישובים בדואיים בגליל ויישובים מעורבים בין דתות אלו) (4) יישובי קבע בדואיים בנגב, (6) כפרים בדואיים מוכרים ובלתי מוכרים בנגב.

3. מודל סטטיסטי: לצורך הניתוח נעשה שימוש בשני מודלים המבוססים על מסד נתונים של 1,259 יישובים בכל הארץ: הראשון, להלן, "המודל המלא", מודל אקונומטרי שכולל משתנים מסבירים ברמת יישוב של: (1) סוג היישוב (חמישה משתני דמי), (2) גודל היישוב (משתנה רציף – מספר תושבים), (3) מחוז היישוב. בנוסף, המשתנה המוסבר של המודל הוא משתנה רציף של שעות רופא ל-1,000 נפש. מודל זה נועד לבחון האם יש הבדל מובהק בין המגזרים מבחינת זמינות השירותים, שאינו נובע מגודל היישוב, או ממיקומו הגיאוגרפי.

המודל השני, להלן "המודל הבסיסי", כולל משתנים מסבירים של מגזר היישוב בלבד, ללא ניטרול השפעות גודל היישוב, או מיקומו הגיאוגרפי. המניע לשימוש במודל זה הוא התפיסה, כי גם אם מגזר מסוים בוחר לגור ביישובים קטנים יותר, או פריפריאליים יותר, מעניין אותנו לבחון את ההשוואה הכוללת בין זמינות השירותים בין המגזרים.

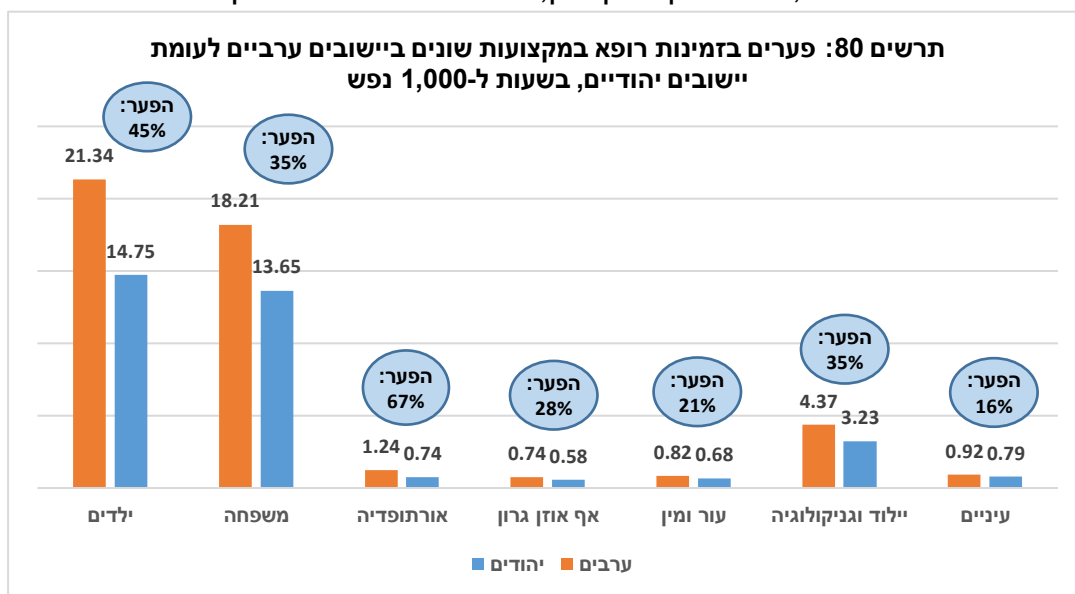
ממצאים: מבט ארצי

(1) בשני המודלים, גם במודל המלא, וגם במודל הבסיסי, עולה תוצאה ברורה כי ברמה הארצית, אין הבדל סטטיסטי מובהק בין יישובים יהודיים, לבין יישובים מעורבים (יהודים – ערבים) בזמינות השירותים.

(2) לגבי יישובים ערביים בניתוח רב-משתני, ב-5 מתוך 7 מקצועות, ביישובים אלו קיימת זמינות שירותים גבוהה יותר בהשוואה לסוגי ישוב אחרים, בעיקר במקצועות ילדים ומשפחה. יישובים אלה נמצאים רובם במחוז חיפה ובמחוז צפון, ומיעוטם במחוז מרכז, ובמחוז ירושלים.

במודל הסטטיסטי המלא, ביישובים ערביים רופאי ילדים פועלים בזמינות גבוהה ב-45% ביחס לשעות רופא הילדים ביישובים היהודים (ממוצע ארצי של 21.3 שעות רופא ילדים ל-1,000 נפש ביישובים ערביים, ביחס לממוצע ארצי של 14.75 שעות ביישובים יהודיים). בדומה, ביישובים ערביים, רופאי משפחה פועלים בזמינות גבוהה ב-35% ביחס לשעות רופא המשפחה ביישובים יהודיים (ממוצע ארצי של 18.2 שעות רופא משפחה ל-1,000 נפש ביישובים ערביים, ביחס לממוצע ארצי של 13.6 שעות ביישובים יהודיים).

גם במקצועות אחרים קיימים פערים משמעותיים: ביישובים ערביים הזמינות גבוהה ב-67% באורתופדיה, 28% באף אוזן גרון, ו-21% ברפואת עור ומין.



במודל הבסיסי שלא משווה יישובים מאותו גודל ומאותו מחוז, התוצאות נשמרות.

(3) **לגבי יישובים בדואים בדרום**, מצטיירת תמונה מורכבת יותר. בעוד שביישובי הקבע הבדואים זמינות השירותים גבוהה יותר מאשר ביישובים יהודיים בגודל דומה, בכפרים המוכרים והבלתי מוכרים, זמינות שעות הרפואה נמוכה באופן משמעותי ביחס ליישובים יהודיים בגודל דומה. נוכח תמונה מורכבת זו, בחרנו להאיר את ההשוואה במחוז הדרום, באופן נפרד.

ממצאים: היישובים הבדואים בנגב

במחוז הדרום זמינות שירותים נמוכה יותר משאר מדינת ישראל. לדוגמא, שעות שירותי רופא משפחה נמוכים במחוז דרום ב- 11% משעות שירותי רופא המשפחה הממוצעים בישראל. שירותי רופא ילדים נמוכים ב- 49% ביחס לשאר הארץ:

תחום מקצועי	ממוצע ארצי שעות רופא ל- 1000 נפש	ממוצע שעות רופא ל-1,000 נפש במחוז דרום	הפרש באחוזים: מחוז דרום ביחס לממוצע הארצי
אורתופדיה	0.23	0.11	-50%
אף אוזן וגרון	0.16	0.16	3%
יילוד וגניקולוגיה	1.90	1.63	-14%
ילדים	6.67	3.41	-49%
משפחה	10.31	9.16	-11%
עור ומין	0.17	0.20	22%
עיניים	0.21	0.15	-28%

בתוך כך, האוכלוסייה הבדואית שמתגוררת בדרום הארץ ומונה כיום כ 250 אלף אישה ואיש, היא אוכלוסייה שחוזה פגיעה כפולה: כתוצאה מזמינות שירותים נמוכה במחוז דרום כולו ובנוסף, זמינות שירותים נמוכה יותר, ביחס לשאר יישובי הדרום.

לצורך בחינה של מצב היישובים הבדואים בנגב, נציג את תוצאות הרגרסיה באופן ויזואלי. מוצגים להלן גרף לכל מקצוע, בו פרוסים היישובים במחוז דרום, מן הגדול ביותר (בצד ימין), ועד הקטן ביותר (בצד שמאל). בתחתית כל עמודה מופיע שם היישוב ומספר התושבים המתגוררים בו (או מספר התושבים הרלוונטי למקצוע הרפואי, למשל נשים בלבד בהתייחס לרפואת יילוד וגיניקולוגיה). פריסה זו מאפשרת להשוות כל יישוב ליישובים שדומים לו בגודל, ובגרף - צמודים אליו מימינו או משמאלו.

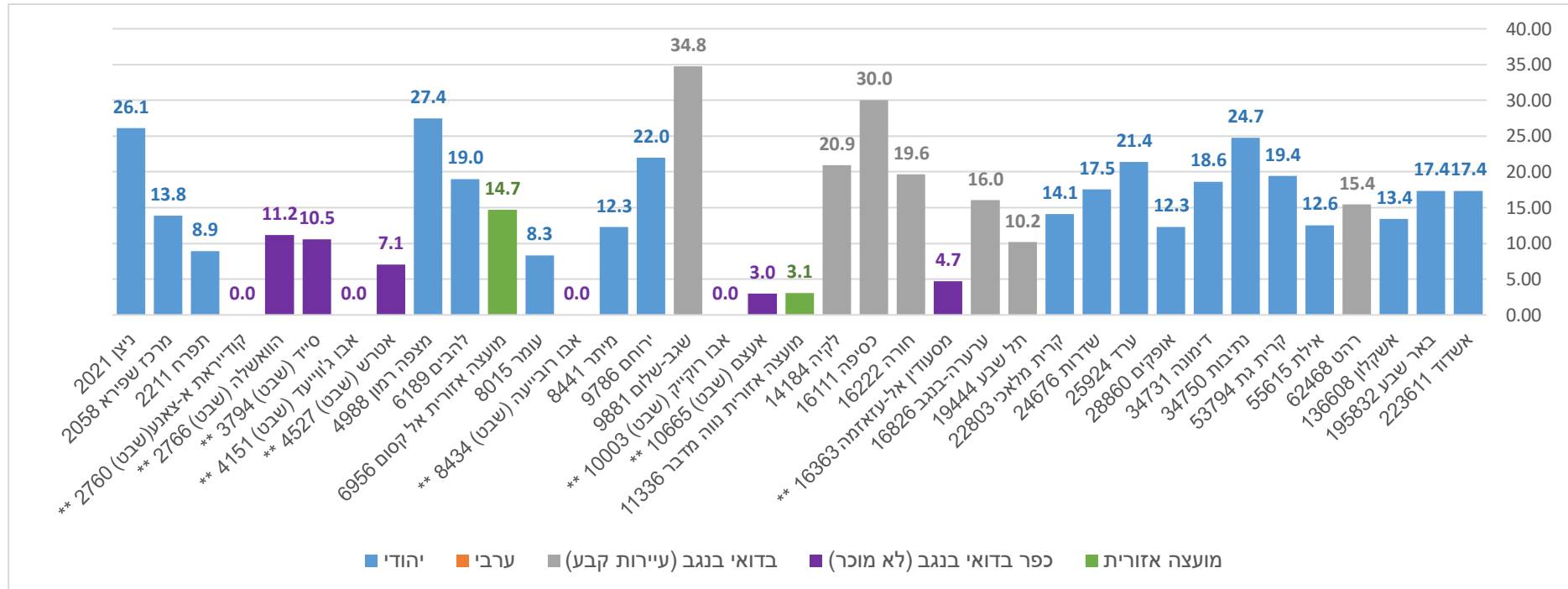
בנוסף, העמודות צבועות לפי סוג הישוב וגובה העמודה מתאר את המשתנה המוסבר בניתוח זה – שעות רופא ל- 1,000 נפש.

חשוב להדגיש בשלב זה את המשמעות של גודל היישוב לבחינת זמינות שירותי רפואה. לגודל היישוב יש השפעה על זמינות שעות הרפואה, גם לאחר שמתנה זה מתוקן ל- 1,000 נפש, משתי בחינות. ראשית, כיוון שאספקת שירותי בריאות הוא תחום שיש בו יתרון לגודל, אזי ככל שיישוב קטן יותר, ישנה עלות גבוהה יותר לאספקה של שירות נתון לנפש. שנית, ככל שיישוב קטן יותר, אזי תושביו נסמכים יותר על שירותים ביישובים סמוכים. באופן זה, ביישובים קטנים אין קניון, אין סניף ביטוח לאומי, אין סניף בנק, וגם אין מרפאה גדולה. במקרים אלו, התושבים ממלאים חלק גדול מהצרכים שלהם ביישובים סמוכים. עם זאת, העניין המרכזי של פרסום זה הוא לבחון האם ביישובים קטנים הדין שונה אם תושבי היישוב שייכים לאוכלוסיות שונות. על כן, ההשוואה הרלוונטית כאשר משווים בין יישובים, היא בין יישובים מאותו סדר גודל של מספר תושבים.

בעמודים הבאים תיאור תוצאות זמינות השירותים בדרום הארץ, לפי סוג השירות הרפואי וסוג הישוב.

רפואת המשפחה

תרשים 81: שעות רופא משפחה ל-1,000 נפש ביישוב, מחוז דרום

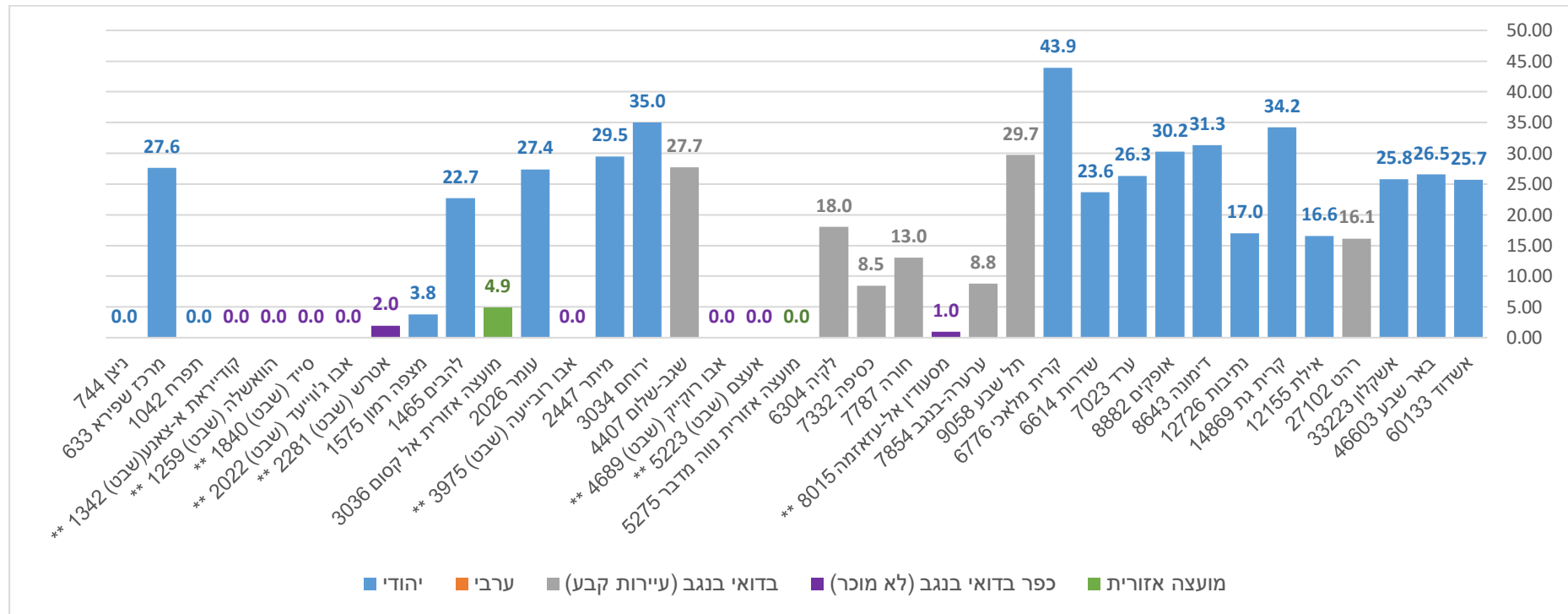


הערה: בגרף מוצגים יישובים גדולים מימין, ויישובים קטנים משמאל, באופן מדורג. מתחת לכל עמודה מצוין שם היישוב, ומספר התושבים בו. יש להשוות כל יישוב ליישובים שצמודים אליו מימין או משמאל, כלומר בסדר גודל דומה אליו, מבחינת מספר תושבים.

בהתייחס לרפואת משפחה, התרשים מציג כי בעיירות קבע בדואיות בנגב זמינות שעות הרופא אינה נופלת מזמינות שעות הרפואה ביישובים יהודיים בגודל דומה. עם זאת, ברוב הכפרים הבלתי מוכרים, זמינות שעות הרפואה נמוכה משמעותית מהזמינות ביישובים יהודיים דומים בגודלם. לדוגמה, קודייראת א-צאנע דומה בגודלו למרכז שפירא ולתפרח, אך אין בו כלל שירותי רפואת משפחה, בעוד במרכז שפירא הזמינות היא 13.8.4 שעות רופא ל-1,000 נפש, ובתפרח זמינות רופא המשפחה עומד על 8.9 שעות רופא ל-1,000 נפש. בדומה, מסעודין אל-עזאזמה דומה בגודלה לחורה ולערערה בנגב, אך מספר שעות הרופא ל-1,000 נפש נמוכה משמעותית.

רפואת ילדים

תרשים 82: שעות רופא ילדים ל-1,000 ילדים מתחת לגיל 15 ביישוב, מחוז דרום

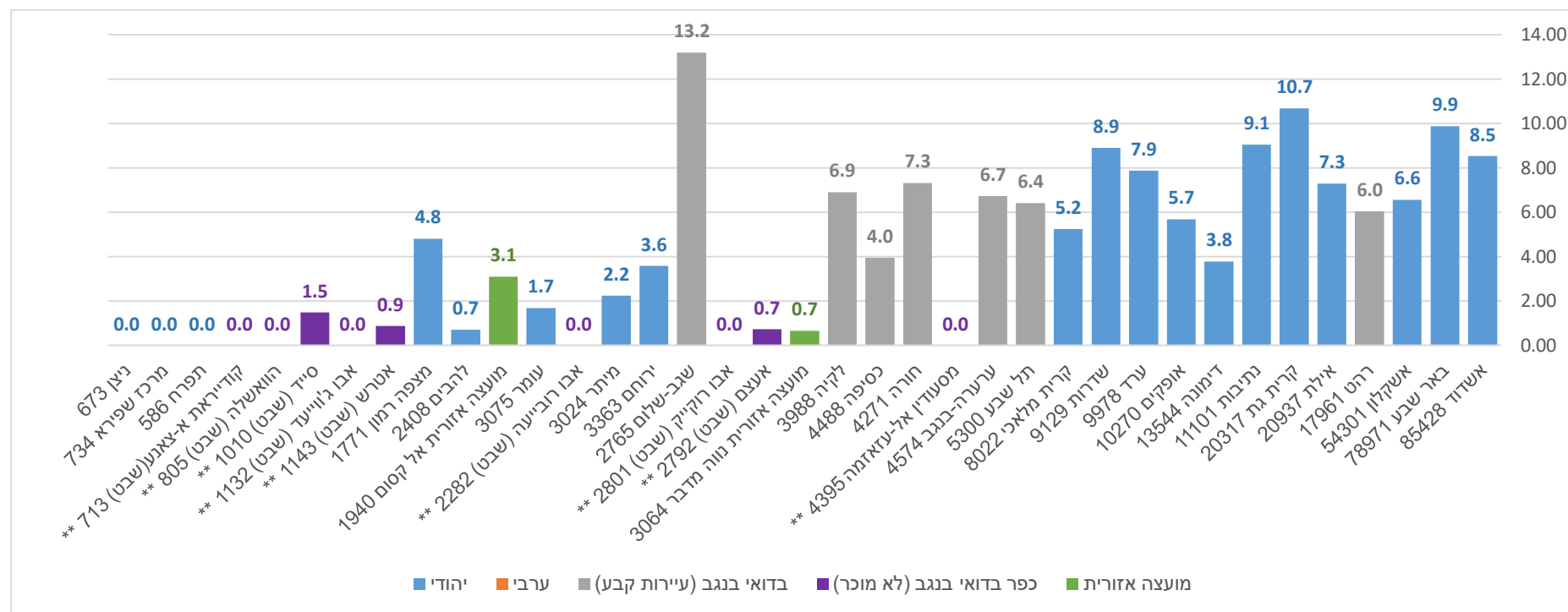


הערה: בגרף מוצגים יישובים גדולים מימין, ויישובים קטנים משמאל, באופן מדורג. מתחת לכל עמודה מצוין שם היישוב, ומספר הילדים בו. יש להשוות כל יישוב ליישובים שצמודים אליו מימין או משמאל, כלומר בסדר גודל דומה אליו, מבחינת מספר תושבים.

ברפואת ילדים בולט החיסרון בזמינות שעות רופא במועצות האזוריות נווה מדבר ואל קסום, ובכפרים הבדואים הלא מוכרים. למעשה, רפואת הילדים לא קיימת ברב הכפרים הללו וזאת למרות ששיעור הילדים בהם גבוה ביחס לממוצע בדרום. העיר הבדואית הגדולה ביותר, רהט, בולטת לרעה מבין היישובים בגודל דומה.

יילוד וגניקולוגיה

תרשים 83: שעות רופא יילוד וגניקולוגיה ל-1,000 נשים ביישוב, מחוז דרום

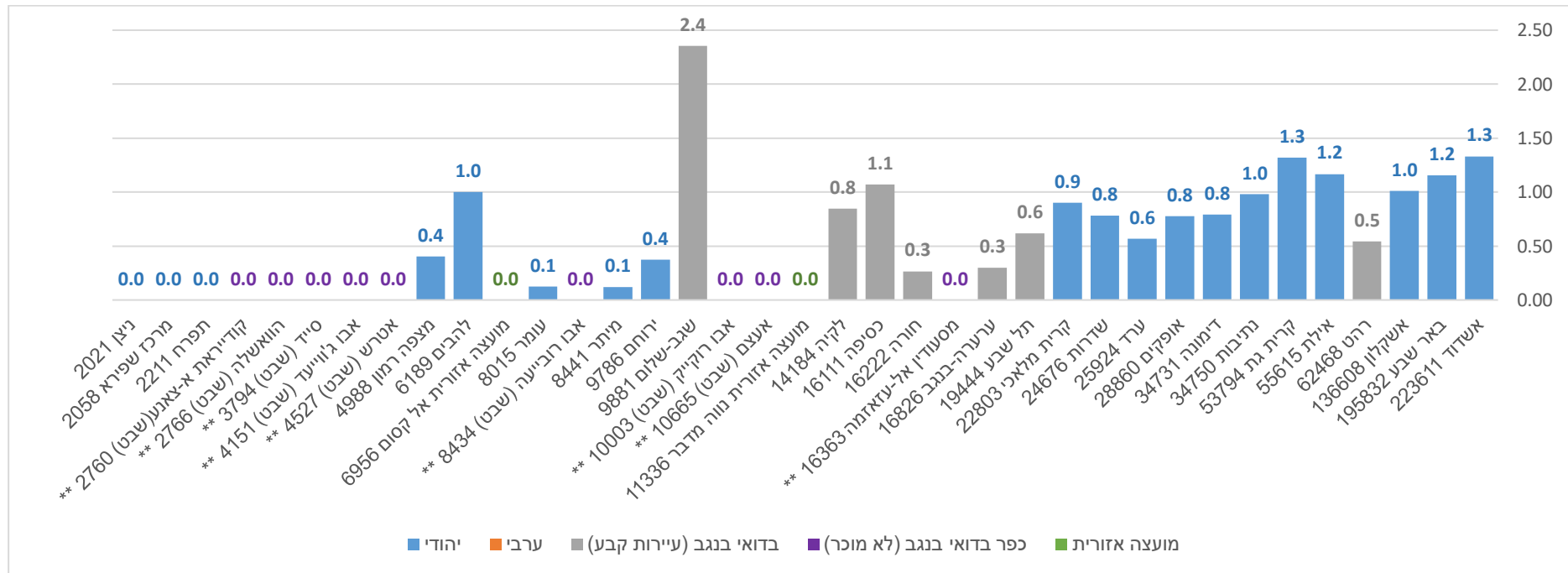


הערה: בגרף מוצגים יישובים גדולים מימין, ויישובים קטנים משמאל, באופן מדורג. מתחת לכל עמודה מצוין שם היישוב, ומספר הנשים בו. יש להשוות כל יישוב ליישובים שצמודים אליו מימין או משמאל, כלומר בסדר גודל דומה אליו, מבחינת מספר תושבים.

תחום היילוד והגניקולוגיה (רפואת נשים) הוא תחום ייעוצי, וככזה מאופיין במספר נמוך יותר של שעות רופא ל-1,000 נפש, ביחס לתחומי הרפואה הראשונית של רפואת משפחה וילדים. בתחום זה ניכר כי זמינות שעות רופא הנשים ביישובי קבע בדואיים גבוהה מעט יותר מזמינות שעות הרופא ביישובים יהודיים דומים בגודלם. זוהי מגמה הגיונית שכן ביישובים בדואיים היילודה הממוצעת גבוהה יותר. עם זאת, גם בתחום רפואי זה ניתן לראות כי הכפרים הבדואים הבלתי מוכרים הם בחוסר ביחס ליישובים בגודל דומה.

אף אוזן גרון

תרשים 84: שעות רופא אף אוזן גרון ל-1,000 נפש ביישוב, מחוז דרום

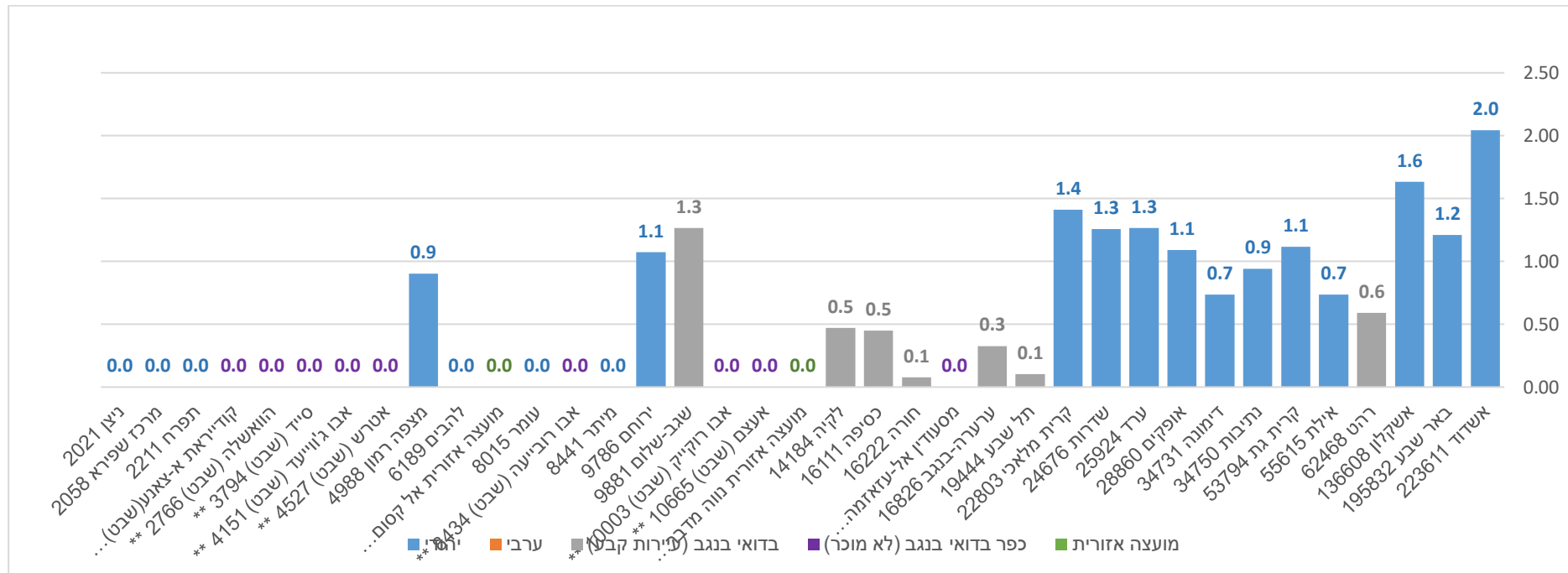


הערה: בגרף מוצגים יישובים גדולים מימין, ויישובים קטנים משמאל, באופן מדורג. מתחת לכל עמודה מצוין שם היישוב, ומספר התושבים בו. יש להשוות כל יישוב ליישובים שצמודים אליו מימין או משמאל, כלומר בסדר גודל דומה אליו, מבחינת מספר תושבים.

תחום רפואת אף אוזן גרון הוא תחום ייעוצי. ניתן לראות בגרף זה, כמו בגרפים האחרים, כי במועצות אזוריות נווה מדבר ואל קסום, ובכפרים הבדואיים הלא מוכרים לא ניתן שירות כלל בתחום זה. קיימים גם יישובים יהודיים קטנים שבהם לא ניתנים שירותים, ועם זאת, קיימים יישובים יהודיים קטנים כמו מצפה רמון, להבים, עומר ומיתר, שבהם כן ניתנים שירותים, בעוד בכפרים דומים בגודלם (אטרש, אבו רובייעה, אבו רוקיקו, אעצם ומסעודין אל עזאזמה), לא ניתנים שירותים כלל. העיר הבדואית הגדולה ביותר, רהט, בולטת לרעה מבין היישובים בגודל דומה.

אורתופדיה

תרשים 85: שעות רופא אורתופד ל-1,000 נפש ביישוב, מחוז דרום

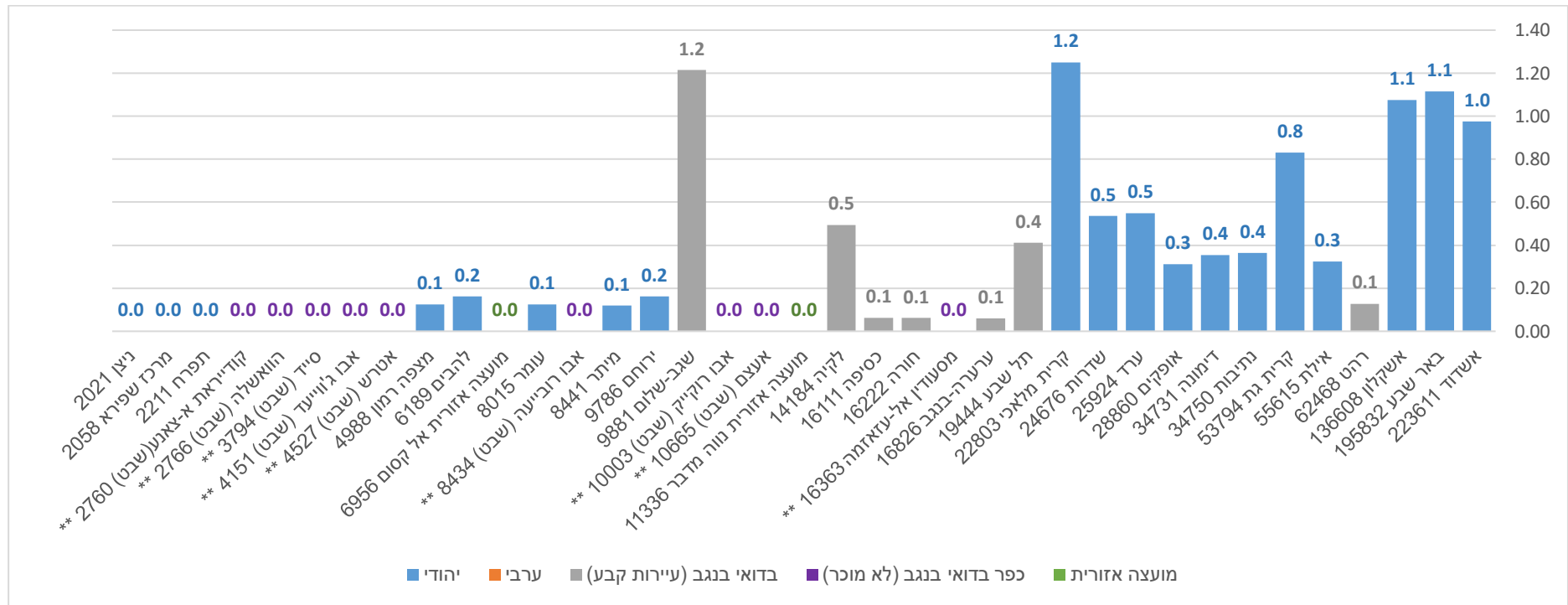


הערה: בגרף מוצגים יישובים גדולים מימין, ויישובים קטנים משמאל, באופן מדורג. מתחת לכל עמודה מצוין שם היישוב, ומספר התושבים בו. יש להשוות כל יישוב ליישובים שצמודים אליו מימין או משמאל, כלומר בסדר גודל דומה אליו, מבחינת מספר תושבים.

בתחום האורתופדיה ניתן לראות שכמו בתחום אף אוזן גרון, ברוב היישובים הקטנים לא ניתן שירות כלל, יהודים ובדואים כאחד. עם זאת, בתחום זה גם יישובי קבע בדואיים, כמו תל שבע, וערערה בנגב, בולטים לרעה מול יישובים דומים בגודלם כמו קריית מלאכי, ושדרות. גם כאן רהט, בולטת לרעה מבין היישובים בגודל דומה.

עור ומין

תרשים 86: שעות רופא עור ומין ל-1,000 נפש ביישוב, מחוז דרום

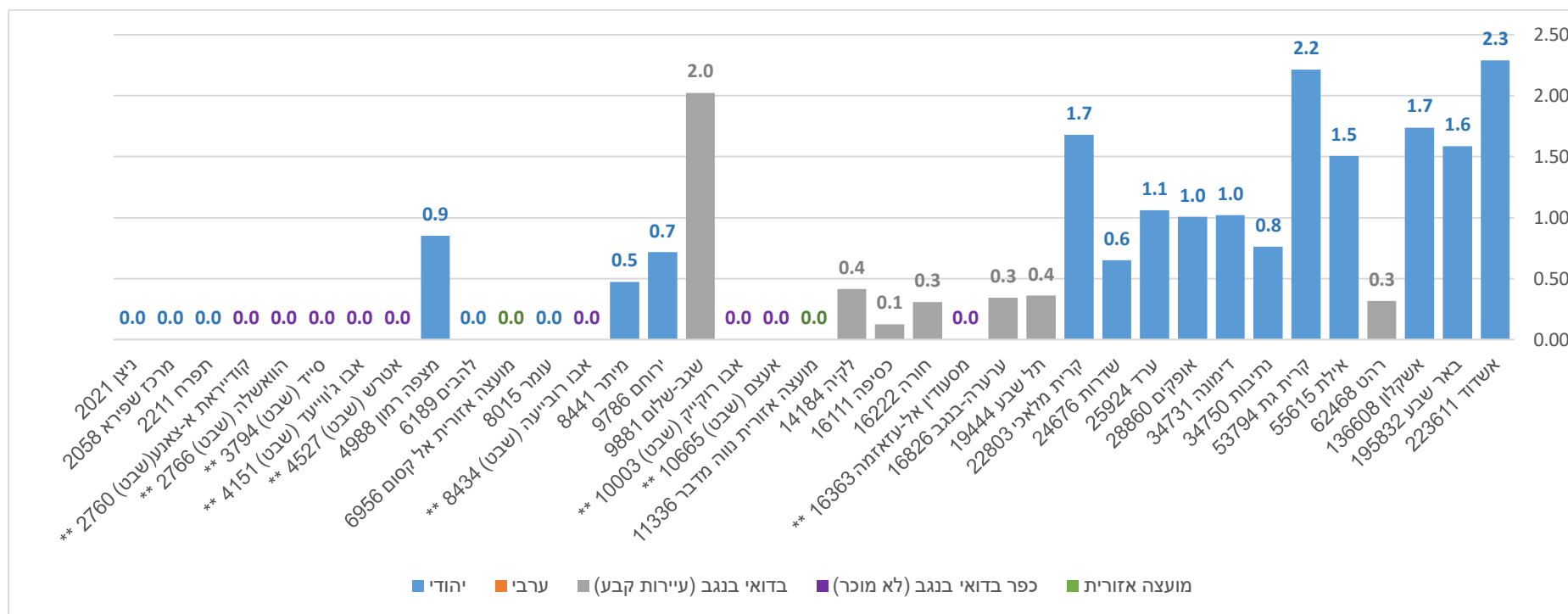


הערה: בגרף מוצגים יישובים גדולים מימין, ויישובים קטנים משמאל, באופן מדורג. מתחת לכל עמודה מצוין שם היישוב, ומספר התושבים בו. יש להשוות כל יישוב ליישובים שצמודים אליו מימין או משמאל, כלומר בסדר גודל דומה אליו, מבחינת מספר תושבים.

המגמות במקצוע עור ומין דומות מאוד למגמות במקצועות הייעוציים האחרים.

עיניים

תרשים 87: שעות הופא עיניים ל-1,000 נפש ביישוב, מחוז דרום



הערה: בגרף מוצגים יישובים גדולים מימין, ויישובים קטנים משמאל, באופן מדורג. מתחת לכל עמודה מצוין שם היישוב, ומספר התושבים בו. יש להשוות כל יישוב ליישובים שצמודים אליו מימין או משמאל, כלומר בסדר גודל דומה אליו, מבחינת מספר תושבים.

המגמות במקצוע עיניים דומות מאוד למגמות במקצועות הייעוציים האחרים.

סיכום – רפואת הדרום

הניתוח הראשון בפרק זה, שבוחן את ההבדלים בין המגזרים בישראל ככלל, מעלה כי בניתוח רב משתני ביישובים ערביים אין עדות לזמינות שירותים נמוכה יותר, ביחס למגזר היהודי או ליישובים מעורבים.

לעומת זאת, התמונה בנגב שונה בתכלית. הדרום כולו סובל מזמינות פחותה של שירותי רפואה בקהילה: ברפואת משפחה זמינות השירותים בדרום במונחי שעות רופא ל-1,000 נפש, נמוכה ב-11% ביחס לזמינות הממוצעת בישראל, וזמינות שירותי רפואת ילדים נמוכה ב-49% ביחס לזמינות הממוצעת בארץ. בתוך כך, ובכל המקצועות שנבחנו להלן, המועצות האזוריות אל קסום ונווה מדבר, והכפרים הבדואיים הלא מוכרים אינם מקבלים שירות דומה לשירות ביישובים יהודיים, וביישובי הקבע הבדואיים. יש לציין כי ביישובים הלא מוכרים וגם בחלק ניכר מאלו שמוכרים על ידי המדינה, קושי במתן שירותי בריאות הנובע מהיעדרן של תשתיות פיזיות ותכנוניות דוגמת חשמל, חיבור למים וזמינות של מבנים קבועים. יחד עם זאת, המשמעות של מחסור בשירותים היא השפעה על בריאות התושבים. חוסר טיפול, מניעת רפואי כאחד, תורמים לאי השוויון בתוצאי הבריאות הנובעים גם מגורמים חברתיים-כלכליים נוספים. העיר שהט בולטת לרעה בזמינות השירותים של רוב המקצועות, ביחס ליישובים בגודל דומה.

1.5. כוח אדם

משרד הבריאות עוסק ברישוי בעלי מקצוע העוסקים במקצועות הרפואה והבריאות המוכרים בחוק. המקצועות המצריכים רישוי הם: רפואה כללית, רפואת שיניים, רוקחות, עוזרי רוקחים, אופטומטריה ואורטופטיקה, היפנוזה, גנטיקה קלינית, עובדי מעבדה רפואית, קלינאות תקשורת, דיאטנות, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, טכנאות שיניים, שינניות, סיעוד ופסיכולוגיה¹¹⁶. הנתונים בפרק הזה מתייחסים לבעלי רישיון עיסוק במקצוע עד גיל 67.

מתוך סך בעלי הרישיון ברפואה כ-14% הם מוסלמים, ו-23% מסך בעלי רישיון ברפואת שיניים הם מוסלמים. כ-17% מסך האחיות והאחים המוסלמים הם מוסלמים, כ-37% מסך הרוקחים הם מוסלמים (יותר משיעורם באוכלוסייה).

¹¹⁶ אתר משרד הבריאות, רישוי מקצועות רפואה ובריאות.

במקצועות הבאים, שיעור המוסלמים מסך בעלי הרישיון הוא נמוך במיוחד ביחס לשיעורם באוכלוסייה:

לוח 17: בעלי רישיון עיסוק במקצוע, לפי קבוצת אוכלוסייה, מספרים מוחלטים, 2018

מקצוע	יהודים				סכום כולל
	דרוזים	ואחרים	מוסלמים	נוצרים	
אחות מוסמכות	300	36,528	7,922	1,461	46,211
אחות מעשיות	30	6,151	1,004	193	7,378
דיאטן תזונאי	7	2,774	146	43	2,970
מרפא בעיסוק	30	4,533	1,039	136	5,738
פיזיותרפיה	14	4,801	1,081	197	6,093
פסיכולוג	29	10,839	652	142	11,662
קלינאי-תקשורת	12	4,083	795	166	5,056
חוקחים	79	4,310	2,987	619	7,995
ריפוי ביצירה והבעה		1,174	2	5	1,181
רפואה	270	23,649	4,202	1,009	29,130
רפואת שיניים	214	6,341	2,144	439	9,138
סכום כולל	985	105,183	21,974	4,410	132,552

מקור: נתוני BI, משרד הבריאות, 2018

לוח 18: בעלי רישיון עיסוק במקצוע, לפי קבוצת אוכלוסייה, באחוזים, 2018

מקצוע	יהודים				סכום כולל
	דרוזים	ואחרים	מוסלמים	נוצרים	
אח/ות מוסמכת/ת	0.65%	79.05%	17.14%	3.16%	100%
אח/ות מעשית/ת	0.41%	83.37%	13.61%	2.62%	100%
דיאטן תזונאי	0.24%	93.40%	4.92%	1.45%	100%
מרפא בעיסוק	0.52%	79.00%	18.11%	2.37%	100%
פיזיותרפיה	0.23%	78.80%	17.74%	3.23%	100%
פסיכולוג	0.25%	92.94%	5.59%	1.22%	100%
קלינאי-תקשורת	0.24%	80.76%	15.72%	3.28%	100%
רוקחים	0.99%	53.91%	37.36%	7.74%	100%
ריפוי ביצירה והבעה	0%	99.41%	0.17%	0.42%	100%
רפואה	0.93%	81.18%	14.42%	3.46%	100%
רפואת שיניים	2.34%	69.39%	23.46%	4.80%	100%
סכום כולל	0.74%	79.35%	16.58%	3.33%	100%

מקור: נתוני BI, משרד הבריאות, 2018

לוח 19 מציג נתונים אודות התפלגות בעלי רישיונות למקצועות שונים, יהודים וערבים, לפי חלוקה למחוזות. **המחוז נקבע על פי מיקום מוסד הלימודים בו בעל המקצוע קיבל את רישונו.** בפועל, ייתכן שמקום עבודתו של בעל מקצוע אינו תואם את המחוז בו קיבל את רישונו, כך שהנתונים עשויים להשתנות עם השנים, ותוקפם פחות מדויק. חרף עובדה זו, הנתונים יכולים לספק אינדיקציה לפערים במספר בעלי מקצוע הערבים בכל מחוז לעומת מספר בעלי המקצוע היהודים.

לוח 19: בעלי רישיון עיסוק במקצוע, לפי קבוצת אוכלוסייה, לפי מחוז, במספרים, 2018.

מקור: נתוני BI, משרד הבריאות, 2018, מעובד במינהל התכנון האסטרטגי והכלכלי במשרד הבריאות.

מחוז תל-אביב	מחוז צפון	מחוז מרכז	מחוז ירושלים	מחוז יהודה ושומרון	מחוז חיפה	מחוז דרום	יהודי/ערבי	מקצוע
7802	2402	9280	3097	795	3920	3749	יהודי	רפואה
103	3072	544	859	0	921	452	ערבי	
2074	484	2591	848	230	932	863	יהודי	רפואת שיניים
43	1316	399	398	0	544	123	ערבי	
1480	1047	2912	703	269	1399	1642	יהודי	אח/ות מעשית
20	694	198	189	3	268	49	ערבי	
6073	4874	13099	3428	2557	5806	6438	יהודי	אח/ות מוסמכת
114	5693	1300	488	4	2023	423	ערבי	
558	334	1138	125	120	268	193	יהודי	דיאטן/ית
1	84	18	39	0	41	3	ערבי	תזונאית
637	517	1436	525	460	527	329	יהודי	מרפא/ה בעיסוק
9	656	172	87	0	245	22	ערבי	
921	548	1745	395	351	547	503	יהודי	פיזיותרפיה
12	747	174	68	0	253	66	ערבי	
3607	810	3579	1409	487	1311	787	יהודי	פסיכולוג/ית
13	506	57	37	0	142	72	ערבי	
758	310	1301	471	382	363	347	יהודי	קלינאית
6	527	123	82	0	180	33	ערבי	תקשורת

לוח 20 מציג נתונים אודות אחוז בעלי המקצוע הערבים מתוך סך בעלי המקצוע באותו המחוז (יהודים וערבים). למשל, ישנם 1.53% דיאטנים-תזונאים ערבים ממחוז דרום מסך דיאטנים-תזונאים יהודים וערבים במחוז. אחוז הערבים בכל מחוז נמדד ביחס ליהודים וערבים, ללא התייחסות לבעלי המקצוע שלא ידוע לאומם (לא ידוע, אחר). לכן, הנתונים מציגים תמונה שמרנית יחסית אודות אחוז הערבים, וייתכן כי במציאות הפערים אף עמוקים יותר ואחוז בעלי המקצוע הערבים היה קטן.

לוח 20: בעלי רישיון עיסוק במקצוע, ערבים, לפי מחוז, באחוזים, 2018.

מחוז תל-אביב	מחוז צפון	מחוז מרכז	מחוז ירושלים	מחוז יהודה ושומרון	מחוז חיפה	מחוז דרום	אחוז ערבים מתוך סה"כ יהודים וערבים בכל מחוז
1.30%	56.12%	5.54%	21.71%	0.00%	19.02%	10.76%	רפואה
2.03%	73.11%	13.34%	31.94%	0.00%	36.86%	12.47%	רפואת שיניים
1.33%	39.86%	6.37%	21.19%	1.10%	16.08%	2.90%	אח/ות מעשית/ת
1.84%	53.88%	9.03%	12.46%	0.16%	25.84%	6.17%	אח/ות מוסמכת/ת
0.18%	20.10%	1.56%	23.78%	0.00%	13.27%	1.53%	דיאטן/ית תזונאית/ת
1.39%	55.92%	10.70%	14.22%	0.00%	31.74%	6.27%	מרפא/ה בעיסוק
1.29%	57.68%	9.07%	14.69%	0.00%	31.63%	11.60%	פיזיותרפיה
0.36%	38.45%	1.57%	2.56%	0.00%	9.77%	8.38%	פסיכולוג/ית
0.79%	62.96%	8.64%	14.83%	0.00%	33.15%	8.68%	קלינאית/ת תקשורת

מקור: נתוני BI, משרד הבריאות, 2018, מעובד במינהל התכנון האסטרטגי והכלכלי במשרד הבריאות.

קיים תת ייצוג משמעותי במקצועות הבריאות בתחום בריאות הנפש. אחוז הערבים המומחים בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד והמתבגר נמוך- אחוז המומחים המוסלמים מהווים רק 1.9% ו 4%, מסך המומחים במקצועות אלו, בהתאמה. מתוך 11,662 פסיכולוגים (בעלי תואר שני בפסיכולוגיה), רק כ 5.5% הם מוסלמים. מתוך 1,181 מטפלים ביצירה והבעה, רק 0.17% (2 מטפלים), הם מוסלמים.

מקרב 3,816 פסיכולוגים בעלי מומחיות קלינית, רק 1% מהם מוסלמים, ו 0.1% דרוזים. מתוך 177 פסיכולוגים מומחים מוסלמים, כ 73% בעלי מומחיות חינוכית ו 21.5% בעלי התמחות קלינית.

לוח 21: פסיכולוגים לפי התמחות, סוג אוכלוסייה, מספרים מוחלטים ואחוזים, 2018

ממוחיות	יהודים ואחרים		דרוזים		מוסלמים		נוצרים		סכום כולל
	אחרי	יהודים	דרוזים	מוסלמים	נוצרים	מוסלמים	נוצרים		
פסיכולוגיה התפתחותית	262	95.27%	0	0%	6	2.18%	7	2.55%	275
פסיכולוגיה חברתית-תעסוקתית-ארגונית	297	100%	0	0%	0	0%	0	0%	297
פסיכולוגיה חינוכית	1,673	90.87%	5	0.27%	129	7.01%	34	1.85%	1,841
פסיכולוגיה קלינית	3,739	97.98%	4	0.10%	38	1%	35	0.92%	3,816
פסיכולוגיה רפואית	220	96.92%	1	0.44%	2	0.88%	4	1.76%	227
פסיכולוגיה שיקומית	296	98.67%	0	0%	2	0.67%	2	0.67%	300
סכום כולל	6,487	96.02%	10	0.15%	177	2.62%	82	0.0121	6,756

מקור: נתוני BI, משרד הבריאות, 2018

מומחיות ברפואה

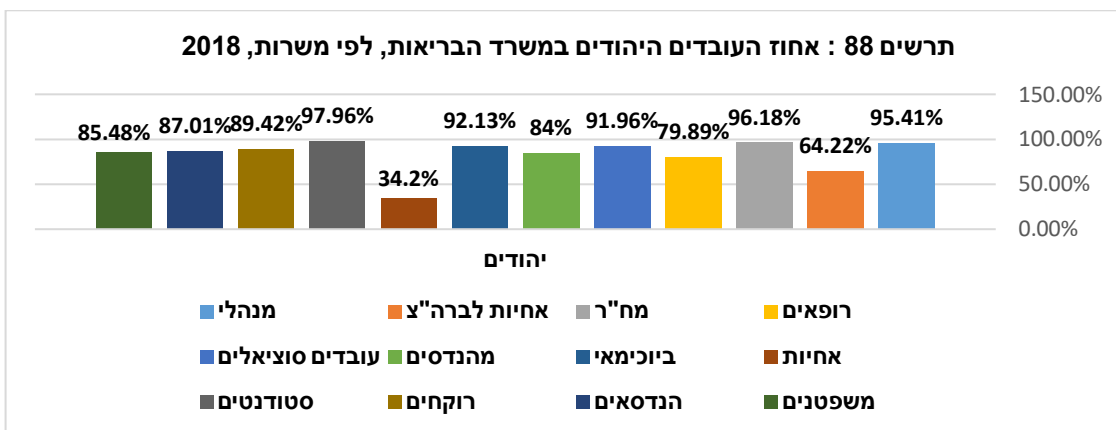
שיעור הרופאים מומחים המוסלמים נמוך משיעורם. רוב המוסלמים בעלי המומחיות, מומחים בתחומים הבאים: קרדיולוגיה, כירורגיה, רפואה דחופה, רפואה פנימית, רפואת משפחה וילדים. רק 1.5% מהרופאים המוסלמים בעלי התמחות במנהל רפואה, התמחות המאפשרת להתקדם לתפקידי ניהול.

לוח 22: שיעור בעלי מומחיות בהתמחויות נבחרות לפי דת- מומחיות עם שיעור נמוך של מוסלמים

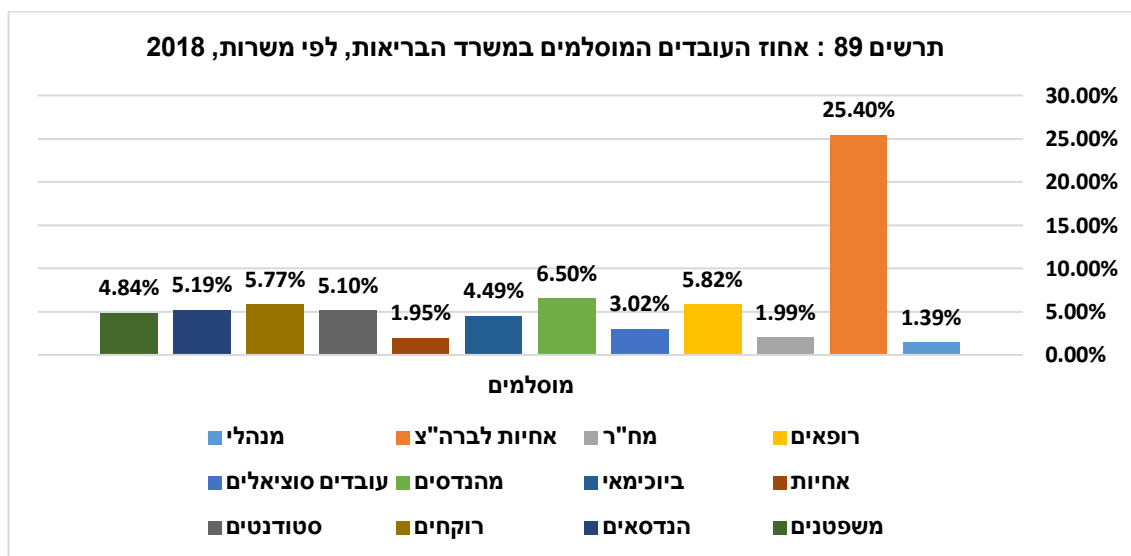
מומחיות	יהודים ואחרים	דרוזים	מוסלמים	נוצרים	סכום כולל
אונקולוגיה	94.1%	0%	2.5%	3.4%	100%
אף אוזן וגרון	89.0%	1.9%	5.2%	3.9%	100%
הרדמה	92.8%	0.3%	3.7%	3.2%	100%
טיפול נמרץ	94.5%	0%	2.5%	2.9%	100%
יילוד וגינקולוגיה	90.3%	0.6%	4.5%	4.5%	100%
כירורגיה	87.0%	1%	7.8%	4.1%	100%
מנהל רפואי	96.2%	1.5%	1.5%	0.8%	100%
ניחורגיה	94.4%	1.1%	2.2%	2.2%	100%
נירולוגיה	91.5%	0.9%	5.4%	2.1%	100%
נירולוגית ילדים	91.2%	0%	4.9%	3.9%	100%
עיניים	89.5%	0.6%	6%	3.9%	100%
פסיכיאטריה	96.9%	0.1%	1.9%	1.1%	100%
פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	94.8%	0%	4%	1.2%	100%
קרדיולוגיה	86.2%	1.2%	8.3%	4.3%	100%
רפואה דחופה	86.8%	1.5%	9.3%	2.4%	100%
רפואה פנימית	85.8%	0.9%	9.4%	3.9%	100%
רפואת המשפחה	86.5%	0.8%	10.0%	2.7%	100%
רפואת ילדים	87.8%	0.6%	7.9%	3.7%	100%
סכום כולל	88.60%	0.70%	7.2%	3.50%	100%

מקור: נתוני BI, משרד הבריאות, 2018

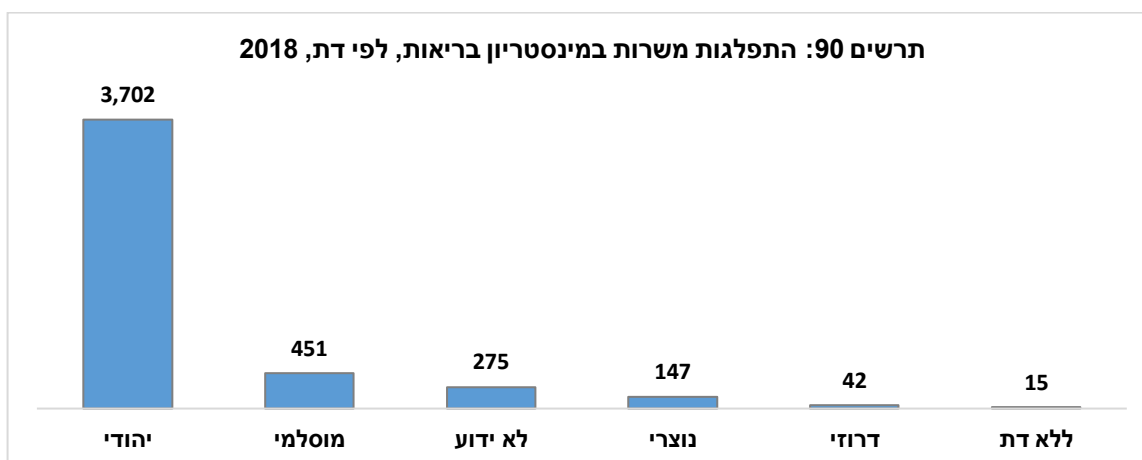
ייצוג הולם של ערבים (מוסלמים) במשרד הבריאות



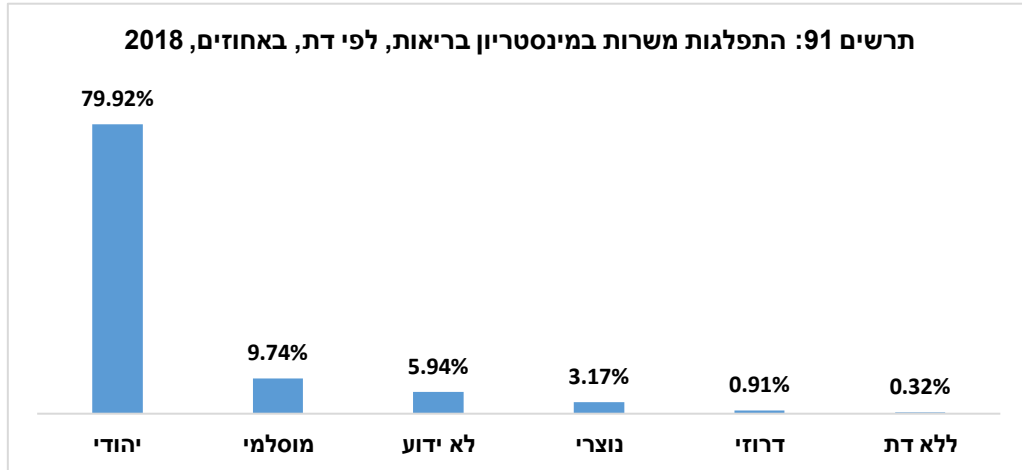
מקור: נתוני BI, משרד הבריאות, 2018



הערה: כמות העובדים המוצגת היא כמות העובדים במשרד הבריאות ללא עובדים בבתי חולים.
מתוך: נתוני BI משרד הבריאות, 2018



הערה: כמות העובדים המוצגת היא כמות העובדים במינסטריון (ללא עובדים בבתי חולים).
מתוך: נתוני BI משרד הבריאות, 2018



מתוך: נתוני BI משרד הבריאות, 2018 ועיבוד שנעשה במינהל התכנון האסטרטגי והכלכלי

דרוג	יהודי	מוסלמי	נוצרי	דרוזי	סה"כ	אחוז יהודי	אחוז מוסלמי	אחוז נוצרי
רופאים	305	22	15	1	378	81%	6%	4%
אחיות	105	6			307	34%	2%	0%
אחיות לברה"צ	895	356	79	27	1,378	65%	26%	6%
מינהלי	891	14	11	4	936	95%	1%	1%
מח"ר	575	12	9	3	602	96%	2%	1%
מהנדסים	170	13	7	3	200	85%	7%	4%
עובדים סוציאליים	182	7	6		199	91%	4%	3%
ביוכימאי-מיקרובי	165	8	2	2	178	93%	4%	1%
רוקחים	93	6	5		104	89%	6%	5%
סטודנטים לפי שע'	92	4	2		98	94%	4%	2%
הנדסאים/טכנאים	66	4	4	2	77	86%	5%	5%
משפטים	55	4	2		62	89%	6%	3%
פארמאפואיים	34	3			38	89%	8%	0%
מרפאים בעיסוק	29	1	2		32	91%	3%	6%
פיזיותרפיסטים	22		2		24	92%	0%	8%

לוח 23: מספר העובדים במינסטריון (ללא בתי חולים ממשלתיים), לפי סוג אוכלוסייה, מספרים מוחלטים, 2018

מתוך: נתוני BI משרד הבריאות, 2018

1.6 נגישות ופריסת שירותים

בסוף שנת 2016, פעלו 339 מוסדות אשפוז בישראל. 44 מוסדות לאשפוז כללי (11 ממשלתיים, 9 שירותי בריאות כללית, 2 הדסה, 6 מיסיון, 7 ציבוריים אחרים, 9 פרטיים), 12 מוסדות לבריאות הנפש (8 ממשלתיים, 2 שירותי בריאות כללית, 2 פרטיים), 281 מוסדות למחלות ממושכות (5 ממשלתיים, 2 שירותי בריאות כללית, 3 קופ"ח מאוחדת, 1 מיסיון, 3 רשות מקומית, 101 ציבוריים אחרים, 166 פרטיים), ו-2 מוסדות שיקום (1 שירותי בריאות כללית, 1 ציבורי אחר).¹¹⁷ בנוסף פעלו ב-2016, 57 מוסדות מוכרים לטיפול בגמילה מסמים, 49 יחידות יום בקהילה (5 יחידות לבריאות הנפש, 2 יחידות למחלות ממושכות, 42 יחידות לטיפול בדיאליזה).

בתי חולים לאשפוז כללי

הפריסה הגיאוגרפית הנוכחית של בתי החולים נקבעה ברובה עוד לפני קום המדינה ונשמרה על אף השינויים בפיזור האוכלוסייה שחלו מאז. בתי החולים הראשונים קמו עוד לפני תקופת המנדט הבריטי. עם העליות הראשונות ארגונים ציוניים, כדוגמת הדסה, הקימו בתי חולים על מנת לתמוך את היישוב היהודי בארץ. כך הוקמו בתי חולים ציבוריים בערים ירושלים, נצרת, יפו, חיפה, צפת וטבריה, ערים בהן היו ריכוזי אוכלוסייה באותה תקופה.¹¹⁸ בתקופת המנדט, הבריטיים הקימו בתי חולים צבאיים (בית חולים בתל השומר ובית חולים בצריפין), ששימשו את צה"ל עם קום המדינה ועם השנים עברו לאחריות משרד הבריאות והפכו לבתי חולים ממשלתיים.¹¹⁹ קופת חולים שירותי בריאות כללית הקימה מספר בתי חולים שפריסתם הושפעה מריכוז חברי ההסתדרות הכללית וצרכי הקופה.¹²⁰ נראה כי בעבר פיזור האוכלוסייה היווה שיקול מכריע בפיזור שירותי הבריאות. אך עם השנים האוכלוסייה גדלה, פיזורה השתנה ובפריסת בתי החולים כמעט ולא חלו שינויים.¹²¹

מתוך 44 מוסדות לאשפוז כללי, יש 20 מוסדות בערים מעורבות: יהודים-ערבים, כאשר מתוכם, 6 בתי חולים במזרח ירושלים, 3 מוסדות אשפוז בנצרת ושאר המוסדות בערים יהודיות.¹²²

¹¹⁷ מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2016, אגף המידע, משרד הבריאות, 2017.

¹¹⁸ יוס, בירנבאום ומור יוסף, 2006, בן-נון, ברלוביץ ושני, 2005, שובל ואנסון, 2000.

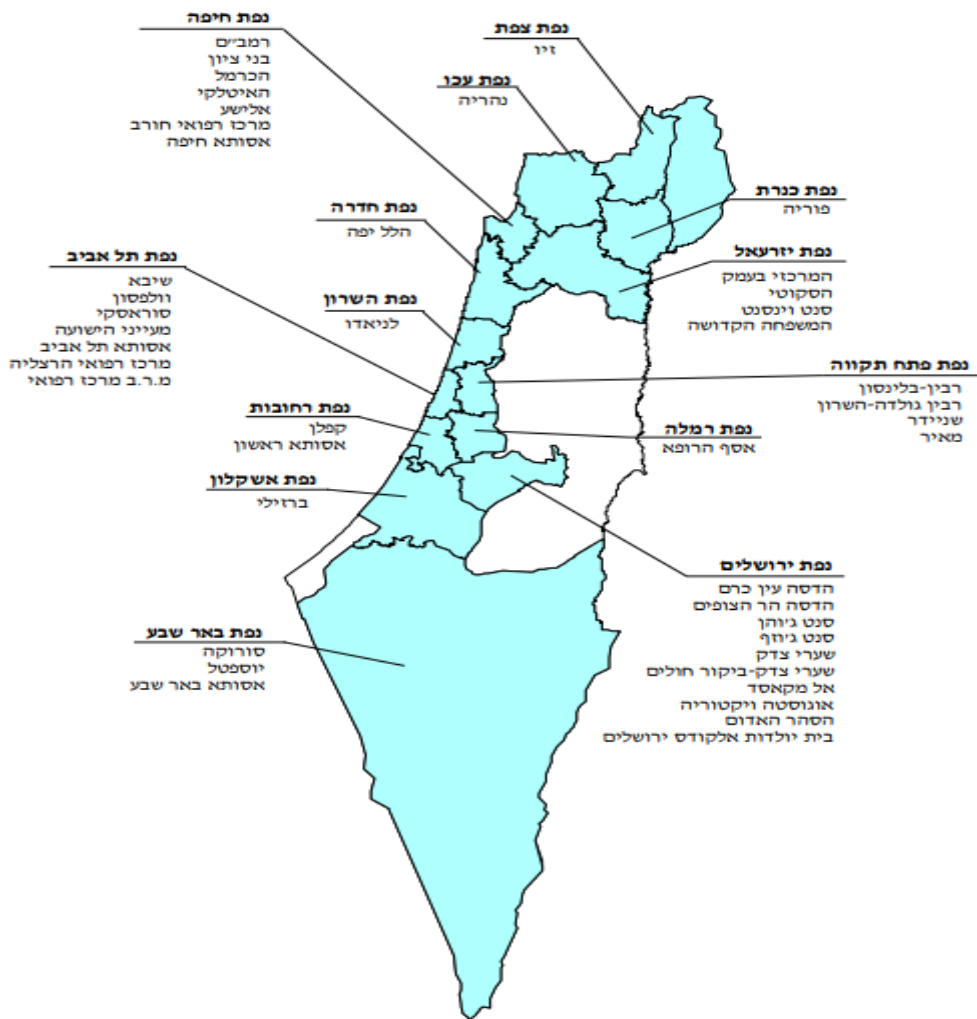
¹¹⁹ בן-נון, ברלוביץ ושני, 2005

¹²⁰ יוס, בירנבאום ומור יוסף, 2006

¹²¹ האם מיקומם של בתי חולים תואם את פריסת האוכלוסייה? עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית והתמחות בתכנון עירוני ואזורי, חמוטל עבדי, האוניברסיטה העברית בירושלים.

¹²² מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, אגף מידע, 2016

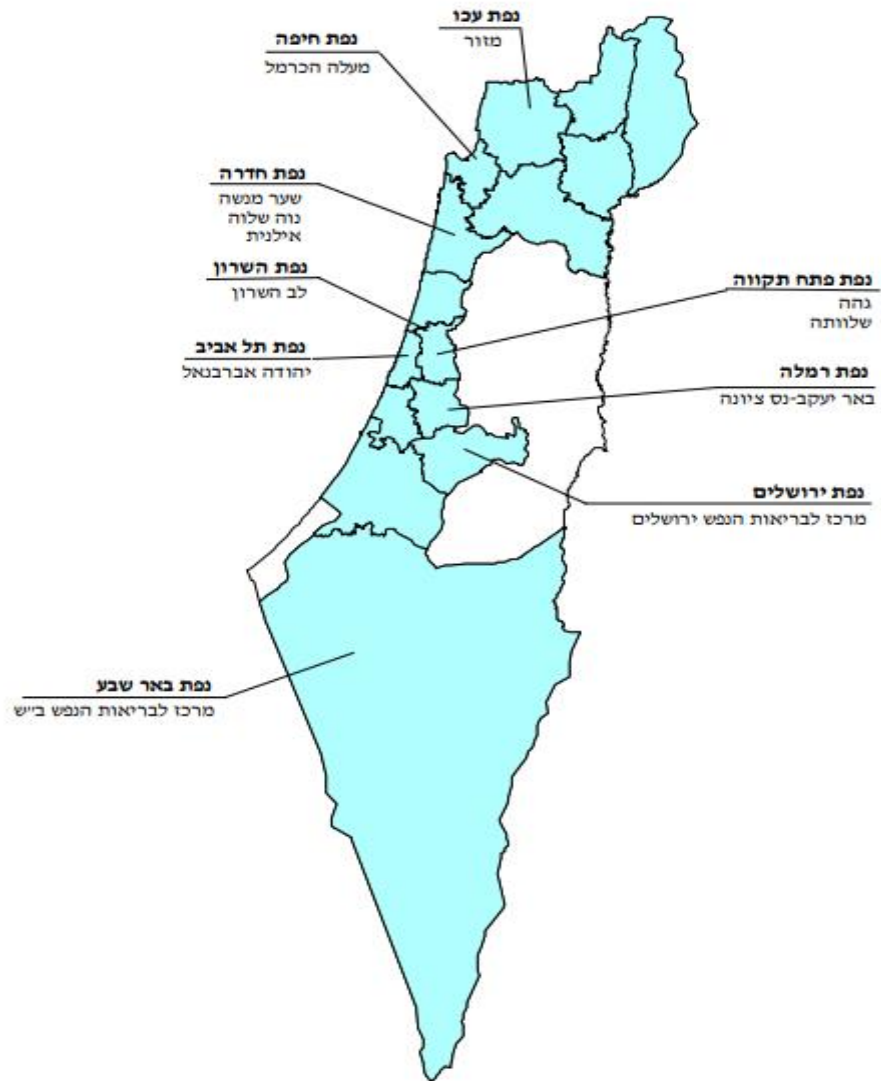
תרשים 92: בתי חולים לאשפוז כללי לפי נפות, 2016



מתוך: מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, אגף מידע, 2016

מתוך 12 מוסדות לבריאות הנפש (8 ממשלתיים, 2 שירותי בריאות כללית, 2 פרטיים), 2 נמצאים בערים מעורבות וכל השאר ביישובים יהודיים.

תרשים 93: בתי חולים לבריאות הנפש לפי נפות, 2016



מתוך: מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, אגף מידע, 2016

מוסדות גריאטרים

מתוך 26 מרכזים גריאטריים הקיימים בישראל: 4 ממשלתיים, 12 פרטיים, 6 ציבוריים, 1 מיסיון והיתר שייכים לקופות החולים. 7 מהמוסדות ממוקמות ביישובים מעורבים (חיפה, תל אביב, ירושלים), ו-18 ביישובים יהודיים.

לוח 24: מרכזים גריאטריים, לפי סוג היישוב, בעלות

מספר מוסדות	בעלות/סוג ישוב
1	מסין
1	יישוב מעורב (יהודי/ערבי)
4	ממשלתי
3	יהודי
1	יישוב מעורב (יהודי/ערבי)
12	פרטיים
9	יהודי
2	יישוב מעורב (יהודי/ערבי)
1	מוסלמי
6	ציבורי
3	יהודי
3	יישוב מעורב (יהודי/ערבי)
1	קפת חולים מאחדת
1	יהודי
2	שירותי בריאות כללית
2	יהודי
26	סכום כולל

מתוך: מוסדות האשפוז, והיחידות לאשפוז יום בישראל, משרד הבריאות, 2016

לוח 25: מרכזים גריאטריים, לפי סוג היישוב, מחוז

מספר מוסדות	סוג ישוב/מחוז
18	יהודי
4	דרום
2	חיפה
1	יהודה ושומרון
8	מרכז
1	צפון
2	תל אביב
7	יישוב מעורב (יהודי/ערבי)
2	חיפה
3	ירושלים
2	תל אביב
1	מוסלמי
1	צפון
26	סכום כולל

מתוך: מוסדות האשפוז, והיחידות לאשפוז יום בישראל, משרד הבריאות, 2016

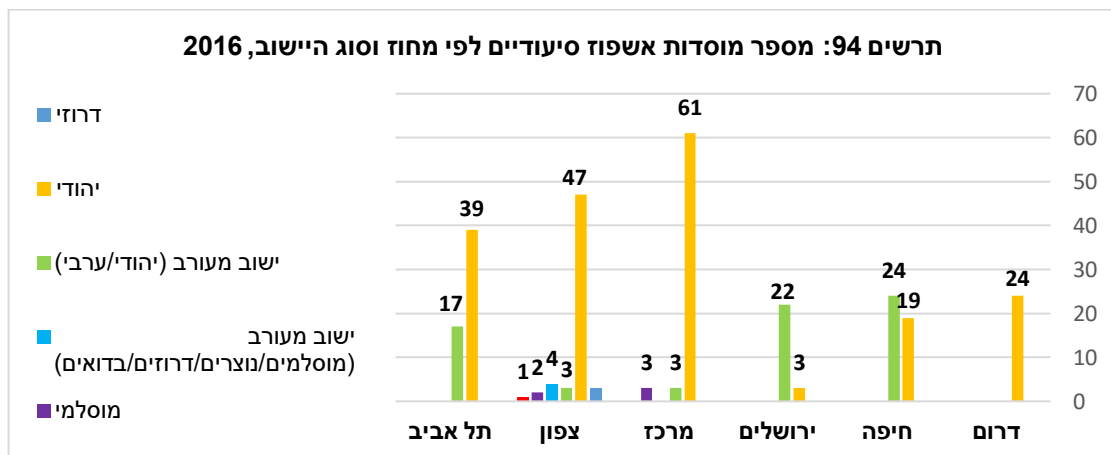
מוסדות סיעוד

מתוך 275 מוסדות סיעוד בבעלויות שונות (ציבוריות, פרטיות, של קופ"ח ועוד), 53 ביישובים מעורבים, 9 ביישובים מוסלמים ומעורבים, היתר ביישובים יהודיים.

לוח 26: מספר מוסדות סיעודיים, לפי סוג יישוב, 2016

סוג היישוב	מספר מוסדות
דרוזי	3
יהודי	193
ישוב מעורב (יהודי/ערבי)	69
ישוב מעורב (מוסלמים/נוצרים/דרוזים/בדואים)	4
מוסלמי	5
ערבי נוצרי	1
סכום כולל	275

מתוך: מוסדות האשפוז, והיחידות לאשפוז יום בישראל, משרד הבריאות, 2016

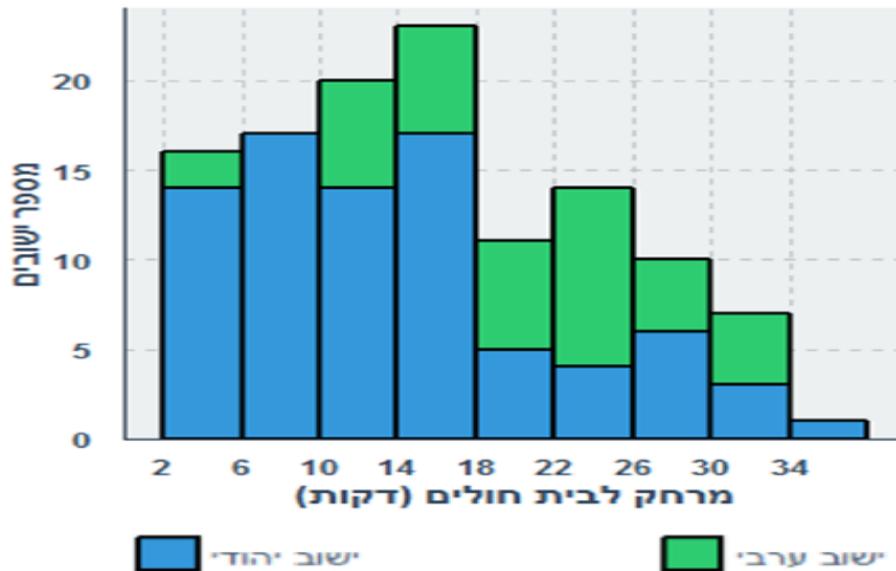


מתוך: מוסדות האשפוז, והיחידות לאשפוז יום בישראל, משרד הבריאות, 2016

מרחק נסיעה מבתי חולים כללים

הישובים בישראל נבדלים זה מזה גם במידת נגישותם לבתי חולים. ניתן לראות כי זמני הנסיעה לבית חולים מיישובים יהודיים קצרים בממוצע מזמני הנסיעה מישובים ערביים. הבדלים בזמני הנסיעה קיימים גם בין מחוזות, כאשר במחוזות תל אביב והמרכז הם הקצרים ביותר, באזור יהודה ושומרון הם הארוכים ביותר.

תרשים 95: היסטוגרמה של מרחק הנסיעה מיישובים גדולים (10,000 נפש ומעלה) שונים לבית חולים הקרוב, לפי סוג יישוב



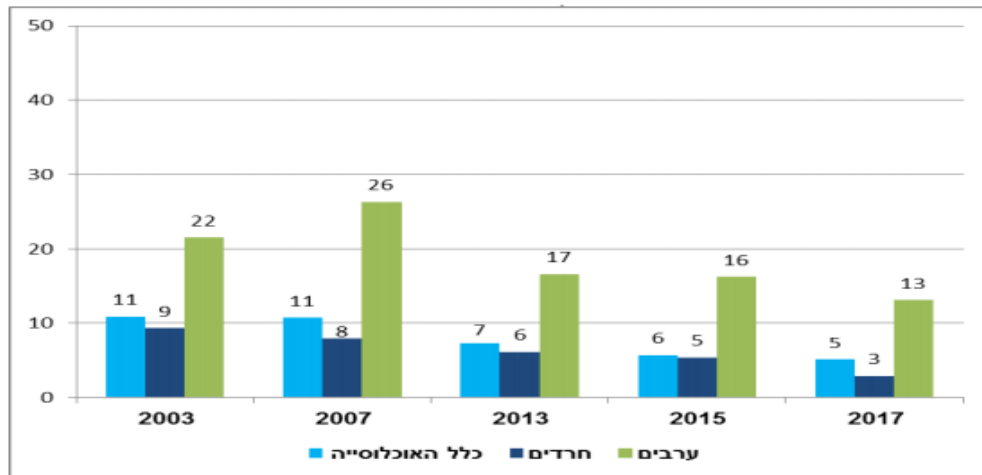
הערה: לציין כי יש להתייחס לנתונים אלו בזהירות שכן קיימת בעייתיות בשימוש בנתונים. בעיבוד זה נעשה שימוש ב-119 יישובים המוגדרים כגדולים עם מעל 10,000 תושבים. שכר, יישובים ערבים רבים וקטנים נותרו מחוץ לחישוב. חישוב משך הנסיעה מהיישוב לבית החולים נעשה בעזרת שירות "Google Maps": חישוב משך הנסיעה הקצר ביותר בו ניתן להגיע מסניף הדואר המרכזי של היישוב לבית חולים שיש בו מחלקה דחופה (ללא התחשבות בעומסי תנועה)¹²³.

1.7 ויתורים על שירותי בריאות עקב קשיים כלכליים

אחוזי הדיווח על ויתורים בשל קשיים כלכליים גבוהים יותר בקרב האוכלוסייה הערבית. כ-67% מבני 20 ומעלה נזקקו לתרופות במרשם רופא ב-2017. 8% מהם ויתרו על תרופות בשל קשיים כלכליים, 20% מהערבים לעומת 5% מהיהודים.

¹²³ אמידת הקשר בין תמותה לבית חולים, יוגב הרץ, מחקר במסגרת לימודים לתואר שני בביוולוגיה ובמרכז לחקר הרציונליות, האוניברסיטה העברית בירושלים

תרשים 96: בני 20 ומעלה שוויתרו על תרופות, בשל קשיים כלכליים, שנים נבחרות, אחוזים, מכלל

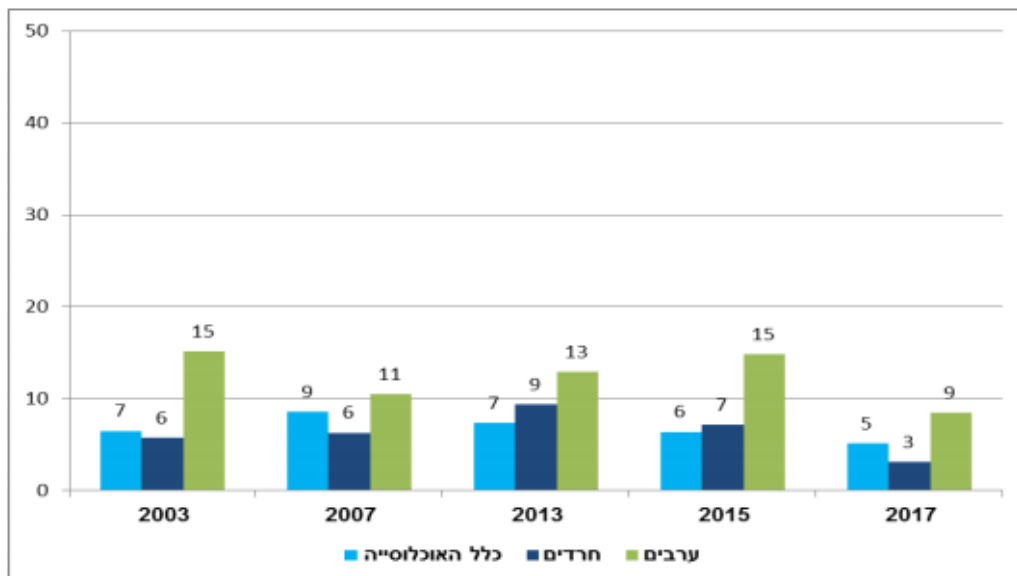


האוכלוסייה

מתוך: הודעה לתקשורת, רווחת האוכלוסייה בישראל וויתורים בשל קשיים כלכליים, ממצאים ראשונים מתוך הסקר החברתי 2017.

ב 2017, 56% מבני ה 20 ומעלה הזדקקו לטיפול רפואי. 9% מהם דיווחו שהם ויתרו על טיפול רפואי בשל קושי כלכלי: 16% מהערבים לעומת 8% מהיהודים.

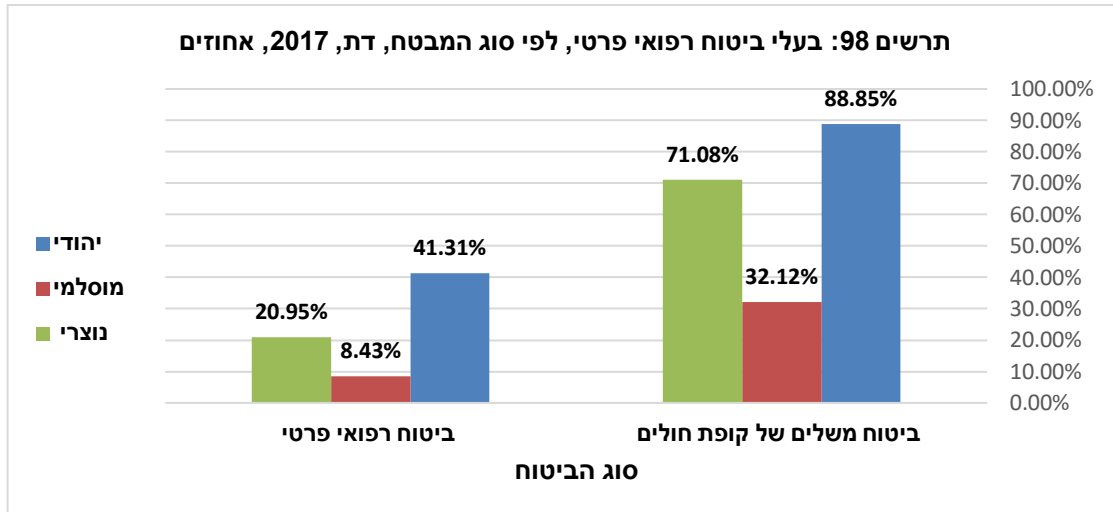
תרשים 97: בני 20 ומעלה, שוויתרו על טיפול רפואי בשל קשיים כלכליים, שנים נבחרות, אחוזים מכלל האוכלוסייה



מתוך: הודעה לתקשורת, רווחת האוכלוסייה בישראל וויתורים בשל קשיים כלכליים, ממצאים ראשונים מתוך הסקר החברתי 2017.

1.8. בעלות על ביטוחי בריאות

יהודים ביטוחי בריאות בשיעורים גדולים יותר מהמוסלמים: כ 88.8% מהיהודים בעלי ביטוח משלים לעומת כ 32% מהמוסלמים. כ 41% מהיהודים בעלי ביטוח רפואי פרטי לעומת כ 21% מהמוסלמים¹²⁴.



מתוך: הסקר החברתי, 2017, מחולל דוחות, למ"ס.

¹²⁴ הסקר החברתי, 2017, מחולל דוחות, למ"ס, עיבוד של מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות

2. תפיסת המדיניות

משרד הבריאות בשותפות עם הרשות לפיתוח כלכלי של מגזר המיעוטים במשרד לשוויון חברתי מבקשים לקדם תוכנית ממשלתית ממוקדת בבריאות האוכלוסייה הערבית בישראל שמטרתה להציע "טיפול שורש" במצב הבריאות והפערים בבריאות ובשירותי בריאות. מטרה זו סומנה במסגרת התוכנית האסטרטגית של משרד הבריאות בנושא צמצום אי-שוויון בבריאות לשנים 2017-2020¹. מטרת התוכנית להציע מנופי שינויים אסטרטגיים במסגרת החלטת ממשלה ייעודית בנושא, רב-שנתית ומתוקצבת.

התוכנית כוללת:

- א. מנופי שינוי אסטרטגיים- מבניים הנוגעים להיבטים של תשתיות, תקציבים, כח אדם, רגולציה ומחקר- שהנם במוטת השליטה של משרד הבריאות ומערכת הבריאות
- ב. מנופי שינוי אסטרטגיים- מבניים הנוגעים לתשתיות תומכות בבריאות (בדגש על פעילות הרשויות המקומיות בנושא)
- ג. מענים ל- 6 נושאים אקוטיים בתחום המניעה והטיפול בתחלואה בחברה הערבית בתחומים הבאים: סוכרת ואורח חיים בריא ופעיל (בדגש על השמנה); תחלואה ותמותה בשנות החיים הראשונות; בריאות האשה; עישון ומחלות ריאה; בריאות הנפש.

¹ ראו: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2017-2020.pdf>

3. שיטת עבודה

ראשית התכנסו משרד הבריאות יחד עם הרשות לפיתוח חברתי-כלכלי של מגזר המיעוטים במשרד לשוויון חברתי במהלך הרבעון הראשון של שנת 2017. בהמשך להשגת הסכמות ראשוניות על שיתופי הפעולה וכיווני הפעולה, כינסו המשרדים בספטמבר 2017 ועדת היגוי בה לקחו חלק נציגי יחידות רלוונטיות ממשרד הבריאות וכן 5 נציגי אקדמיה וחברה אזרחית. ועדת ההיגוי נפגשה 3 פעמים ובמהלכם החליטה על מבנה התוכנית המוצגת במסמך זה.

בהמשך להחלטה על מבנה התוכנית, נערכה פניה לקופות החולים בבקשה למנות 2-3 נציגים מכל קופה על מנת שיקחו גם הם חלק בעיצוב התוכנית. התקיימו מספר מפגשים יחד עם צוות שותפים רחב (הרחבה של ועדת ההיגוי) שכלל את קופות החולים, החברה האזרחית ונציגות של בכירים מועד ראשי הרשויות הערביות.

בנוסף, נציגות מועדת ההיגוי הובילה מספר תתי-קבוצות בנושאים שנבחרו:

- תת-קבוצה שעסקה בסוכרת, השמנה ותזונה
- תת קבוצה שעסקה בבריאות הנפש
- תת-קבוצה שעסקה בשנות החיים הראשונות
- תת-קבוצה שעסקה בבריאות האשה
- תת-קבוצה שעסקה בעישון.

גובשה טיוטת מסמך בה דנה ועדת ההיגוי במפגשה הרביעי. טיוטת המסמך המעודכנת בעקבות הדיון וטיוטות מאוחרות יותר נשלחו גם לכלל השותפים להערות.

במקביל, ניתנה במסגרת הסכם בריאות-אוצר שנחתם בפברואר 2018 התחייבות כתובה שעיקרה התכנסות במהלך שנת 2018 לגיבוש תוכנית שעיקרה מוקדי התוכן שפורטו במסמך זה. במהלך גיבוש הטייטא וכיווני הפעולה המפורטים ועם סיום שלב התכנון, נערכו דיונים עם האוצר בנושא.

סך כל לקחו חלק מעל ל- 100 איש בתהליך התכנון (ראו את רשימת השותפים המלאה בתחילת הדוח).

4. המלצות

ההמלצות שלהלן מקיפות את מוקדי התוכן שבהם הוחלט להתמקד במסגרת ועדת ההיגוי שליוותה את עיצובה של תוכנית זו. מוקדי התוכן כוללים התערבות בהתייחס לגורמי הסיכון המרכזיים המשפיעים על תוצאי הבריאות הנמוכים בחברה הערבית ולתחומי בריאות בהם פערים משמעותיים לרעתה של החברה הערבית.

ההמלצות שלהלן דורשות הקצאה משמעותית של תקציבים גם במקומות בהם אין זאת מוזכר מפורשות. פירוט של הסעיפים התקציביים ניתן לראות בקובץ אקסל נלווה.

4.1 מידע, מחקר וניטור אחר מצב הבריאות והפערים בבריאות

מידע מקיף אודות מצב הבריאות של החברה הערבית חיוני כבסיס למדיניות המתעדכנת על פי הצרכים והמנטרת שיפור במצב הבריאות האבסולוטי ובמצב אי-השוויון בבריאות לאורך זמן. נכון להיום, חסר מידע המפורסם באופן שוטף ונגיש לציבור וברזולוציות המאפשרות השוואה בין מבטחים מהחברה הערבית לאחרים וכן על רקע משתנים מגוונים דוגמת מגדר, מקום מגורים, מצב חברתי-כלכלי, מוגבלות וכדומה.

במשרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים מידע רב אודות מצב הבריאות ושירותי הבריאות, אך קיימים חסמים הקשורים באחידות המידע, באינטגרציה שלו וכן חסמים ארגוניים ומשפטיים המייצרים נגישות נמוכה למידע עיתי, פומבי ואשר מאפשר השוואה בין מבטחים/ות ערבים/ות לאחרים.

בנוסף, מחקר רב מתפרסם בישראל אודות מצב הבריאות של החברה הערבית אך ישנם תחומים דוגמת בריאות השן בהם לא קיים ידע רב או עדכני. נוסף לכך, חסר ידע אודות הערכת תוכניות התערבות בתחומי תחלואה ותמותה מרכזיים, קרי- עיקר המחקר מופנה לטובת תיאור תמונת המצב ולא לצורכי הערכה של תוכניות לשינוי.

(1) משרד הבריאות יבחן מול המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ומועצת הבריאות את חלוקת תקציב התמיכות במחקרים במסגרת הקולות הקוראים של המכון באופן שיבטא חלוקה של תחומי מחקר הנותנת המשקפת את חלקם באוכלוסייה של החברה הערבית ובתוך כך גם לחלוקה מגדרית.

(2) ינתן תקצוב ייעודי לצורך ביצוע מחקרי הערכה להתערבויות בתחומי תחלואה ותמותה מובילים בקרב החברה הערבית ובהתאם למוקדים שהוחלט עליהם במסגרת מסמך

- זה: סוכרת והשמנה, בריאות הנפש, שנות החיים הראשונות, בריאות האשה ועישון ומחלות ריאה, ובהתייחס להיבטים של מגדר וגיל.
- (3) המשרד יפעל לשכלול הפלטפורמות הדיגיטליות במערכת הבריאות באופן שיאפשר הנגשה והחצנה של מידע קיים אודות בריאות ושירותי בריאות ברמה הישובית: המידע יוחצן עבור כלל היישובים בישראל.
- א. הפלטפורמות הדיגיטליות של מערכת הבריאות תאפשרנה הנגשה והחצנה של מידע אודות אי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות ברמה הארצית והיישובית. המערכת תנגיש נתוני בריאות דוגמת נתוני תחלואה, תמותה, שימוש בשירותי בריאות, התנהגויות בריאות, זמינות ונגישות שירותי בריאות והנגשה בשפה הערבית.
- ב. הנתונים יוחצנו באופן שיאפשר להשוות בין קבוצות אוכלוסייה (יהודים/ערבים, לפי דת, מגדר, קבוצות גיל ומאפיינים דמוגרפיים אחרים) וכן לפי מאפיינים דמוגרפיים- ישוב/מחוז/נפה.
- ג. הפלטפורמה תאפשר הצגת וחקירת תמונת המצב ומעקב אחר מגמות שינוי לפי מדדי שיפור שיוגדרו.
- ד. כמו כן תנגיש הפלטפורמה נתונים מנהליים דוגמת זמינות ונגישות שירותים, כח אדם ותקנים, תשתיות פיזיות ותשתיות מידע (כגון: קמפיינים, מידע בשפה הערבית, פרסום זכויות). בטווח הארוך הפלטפורמה תנגיש מידע אודות הקצאת תקציבים וניצולם, זאת כתלות בסיוע עבודת מטה בנושא המתקיימת בימים אלו בנושא הוצאות קופות חולים ברמת ישוב.
- ה. בנוסף המערכת תאפשר חקירה של מספר נושאים שבמיקוד מסמך זה, מהם: שנות החיים הראשונות (כולל התפתחות הילד ותאונות בית וחץ), השמנה וסוכרת, עידון, בריאות הנפש, בריאות האישה. זאת לצד גורמים חברתיים דוגמת עוני ווהשכלה המשפיעים על בריאות.
- ו. המידע ישמש גורמים מקצועיים במשרד הבריאות ובמשרדי ממשלה אחרים, שותפים ובעלי עניין (קופות חולים, מגן דוד אדום, ביטוח לאומי, רשויות מקומיות, מוסדות לימוד והכשרה במקצועות הבריאות), חברה אזרחית ואת הציבור הרחב.
- ז. איסוף הנתונים בהתאם לנושאים הנדרשים יתבצע מול גורמים שונים והפלטפורמה תתפתח באופן מדורג, כתלות בהרחבת המידע המתקבל מגורמים אלו.

- ח. לשם החצנת המידע הנזכר ידרשו ממשקים אוטומטיים עם מקורות המידע השונים לאיסוף המידע הנדרש וטעינתו למאגר המידע עם מאפיינים בריאותיים במשרד הבריאות.
- ט. מאגר המידע יצטרך להתממשק עם רשם האוכלוסין לטובת הצלבת מידע עם פרטים אודות לאום ודת. ההתממשקות תבצע באופן פרטני לא מזוהה.
- י. איסוף ומסירת המידע ידרשו ביצוע בתדירות גבוהה כדי שהמידע יהיה רלוונטי וכדי שיהיה ניתן לנטר אחר שינוי במדדים כבסיס למדידת התקדמות במסגרת תוכנית ממשלתית זו.

(4) משרד הבריאות יפעל יחד עם קופות החולים ובתי החולים לצורך שכלול פלטפורמות מחשוב ומערכות מידע במטרה להעמיק את יכולות איסוף וניטור אחר מידע בדגש על מרפאות בישובים ערביים ובאופן שיאפשר להשוות בין קבוצות אוכלוסיה וכן לפי ישוב.

(5) משרד המשפטים יפעל בשותפות עם הייעוץ המשפטי של משרד הבריאות והביטוח הלאומי, וכן משרדי ממשלה רלוונטיים נוספים - ככל שידרשו - על מנת להסדיר האפשרות למתן מידע לקופות החולים על לאום, דת ומגדר המבוטח/ת. זאת במטרה לאפשר ניתוח מידע אודות מצב הבריאות ושירותי הבריאות בחברה הערבית, לשקף אותו לציבור ולנטר את הפערים בינה לאחרים לאורך זמן.

4.2 תשתיות שירותי בריאות וכח אדם בתחום הבריאות

אחוז הסטודנטים/יות הערבים/יות במקצועות הבריאות גדל באופן דרמטי בשנים האחרונות. יחד עם זאת, במספר מקצועות אחוז הסטודנטים/יות, וכפועל יוצא אחוז המטפלים/יות בפועל, נמוך. בין מקצועות אלו מספר "מקצועות תלויי שפה", בהם יש ערך מוסף משמעותי לאינטראקציה בינאישית עם המטפל/ת בשפתו/ה ובאופן המותאם לתרבותו/ה של המטופל/ת (למשל- בתזונה, קלינאות תקשורת ובתחום בריאות הנפש). בפועל, ישנו מחסור משמעותי של מטפלים/ת ערבים/ות במקצועות בריאות נפש עליהם מבקשת תוכנית ממשלתית זו לשים דגש. זאת לצד מקצועות בריאות נוספים בהם ניכר מחסור במטפלים/ות ערבים/ות וכן בתחומים בהם יש מחסור של אנשי/נשות מקצוע באזורים גיאוגרפיים מסוימים.

בהתייחס לתשתיות שירותי בריאות, במספר תחומים ישנו מחסור בישובים הערביים. כך למשל, זמינות השירותים בישובים ערבים בדואים בדרום ברפואת הקהילה נמוכה בהשוואה לאחרים וכן פרישת מוקדי שירות בתחום בריאות הנפש ובתחום השיקום בכל הארץ נמוכה בישובים ערבים.

המלצות בתחום כח אדם:

(1) משרד הבריאות יקדם את היצוג ההולם והשילוב בתעסוקה במערכת הבריאות של עובדים ערבים:

- א. המשרד יקדם מחקר הערכה של מצב השילוב של עובדים ערבים בקופות החולים ובארגונים נוספים שאינם חלק משירות המדינה.
- ב. המשרד יפעל לקדם שילוב משמעותי של מומחים רלוונטיים במסגרת מועצת הבריאות, המועצות הלאומיות ובמסגרת ועדות מקצועיות של המשרד תוכניות לאומיות דוגמת התוכנית הלאומית למניעה וטיפול בסוכרת.
- ג. המשרד יגדיר עבור יחידות המטה יעדים קונקרטיים בנושא יצוג הולם ויפעל כדי לעודד את קופות החולים לפעול בהקשר לכך ביחס לעובדי המטה.
- ד. המשרד יפעל כדי להגדיל את היצוג בקרב עתודות הניהוליות דוגמת תוכנית "ענבר".
- ה. המשרד יפעיל כדי לייצר פתרונות להתמודדות עם החסם הגיאוגרפי כולל בחינת אפשרויות עם נציבות שירות המדינה להסעות או אמצעים אחרים.

(2) משרד החינוך, משרד הבריאות, המל"ג והות"ת יפעילו תוכנית לעידוד תלמידים/ות ערבים/ות בחטיבות ביניים וחטיבות עליונות לפניה ללימודים אקדמאים בתחומים שפורטו בסעיף X. התוכניות יכללו:

- א. הסברה וקמפיינים לעידוד פניה למקצועות הבריאות ובפרט אלו שפורטו
 - ב. תוכנית מנהיגות וחניכה של אנשי ונשות בריאות בבתי ספר תיכונים
 - ג. סיוע בקבלה ללימודים כולל מכינות לפי הצורך
 - ד. ליווי אקדמי
 - ה. סיוע או סבסוד שכר לימוד ומלגות קיום והסעות במקרה הצורך
- (3) לטובת הכשרה של אנשי מקצוע בריאות אקדמיים שסייעו בחיזוק המענים בשנות החיים הראשונות בטיפות החלב, בקופות החולים ובמסגרת מכונים להתפתחות הילד, בדגש על אזורים בהם יש מחסור אקוטי דוגמת הנגב ומזרח ירושלים:
- א. הרחבת מספר והיקף התוכניות האקדמיות להכשרת אנשי בריאות בתחום סיעוד מקרב החברה הערבית, בדרום הארץ ובאזור ירושלים.
 - ב. הרחבת תוכניות הכשרה על-בסיסיות לאחיות בריאות הציבור בדרום ובאזור ירושלים.
 - ג. הגדלת מספר הסטודנטים/יות הערבים/יות המסיימים/ות תואר אקדמי בתחומי קלינאות התקשורת והריפוי בעיסוק בדרום הארץ ובאזור ירושלים:

- (1) הרחבת התמיכה בתוכניות ייעודיות לעידוד נשים בדואיות ללימודי קלינאות תקשורת במכללת אחוה, ככל שיש צורך בדבר וכן במוסדות שיתנו מענה לתושבי/ות ירושלים והאזור. התוכניות יכללו הסעות, שכר לימוד, מלגות קיום וליווי אקדמי.
- (2) בחינה של האפשרות למסלול יעודי בדרום הארץ ובאזור ירושלים בתחום ריפוי בעיסוק.
- (3) מתן מענקי עידוד לסטודנטים/יות ערבים/יות שסיימו תואר אקדמי ראשון באחד ממקצועות הבריאות לטובת לימודים לתארים שני ושלישי.
- (4) במטרה לתת מענה לאחוז המומחים/יות הנמוך ברפואת משפחה בקרב ערבים/יות מחד ובהתייחס לגורמי תחלואה וסיכון גבוהים בחברה הערבית דוגמת השמנה וסוכרת מאידך:
א. משרד הבריאות יפעל יחד עם קופות החולים לצורך הפעלת רופאי משפחה מומחים שישמשו כמדריכים לצורך הכשרה מקצועית של רופאים העובדים במרפאות רפואה ראשונית ללא התמחות, במטרה לקדם את רמתם המקצועית.
ב. ינתנו תמריצים במטרה להגדיל את מספר המתמחים/ות הערבים/יות ברפואת משפחה ורפואת ילדים.
- (5) בתחום התזונה ובמטרה לתת מענה לעלייה הגבוהה בהשמנה ובסוכרת בקרב החברה הערבית:
א. המשרד יפעל כדי לתמרץ הגדלה של מספר התקנים בבתי חולים במטרה להרחיב את השדות הקליניים בתחום התזונה.
ב. ינתנו לקופות החולים תמריצים לקליטה של דיאטנים/יות ערבים/יות לעבודה בישובים ערבים או לטובת מבוטחים/ות ערבים/יות.
- (6) משרד הבריאות, המל"ג והות"ת יפעלו יחד עם המכללה האקדמית אשקלון כדי לעודד ערבים/יות, העדיפות לנשים בדואיות ערביות מדרום הארץ, ללימודי תזונה. התוכנית תכלול מכינה, הסעות, סיוע בשכר לימוד, מלגות קיום וליווי אקדמי.
- (7) משרד הבריאות, המל"ג והות"ת יפעלו כדי לקדם פתיחת מסלול לימודי המשך ייעודי באוניברסיטת בן גוריון, להכשרת אחיות מוסמכות אקדמאיות, לנשים ערביות בדואיות מדרום הארץ.
- (8) משרד החינוך, משרד הבריאות, המל"ג והות"ת יקדמו תוכניות הסבה לאקדמאים ערבים ממקצועות בהם יש רוויה תעסוקתית למקצועות במצוקה שלעיל. דגש מיוחד יושם על:

א. הסבה אקדמית לתזונה לנשים ערביות אשר סיימו תואר אקדמי בתחום הוראה, המדעים או תחום רלוונטי אחר ושאינן משתלבות בתעסוקה בבתי הספר.

ב. הסבת אקדמית לסיעוד כולל הכשרה על בסיסית בבריאות הנפש ובבריאות הציבור.

(9) משרד הבריאות בשיתוף המל"ג והות"ת יבחן מתן מענה לבוגרי תוכניות אקדמיות בתחומי בריאות שלא סיימו לימודיהם בישראל, במטרה לייצר מענים להכשרת הבוגרים מבחינת הידע והמיומנויות הנדרשות בישראל וכן ידיעת השפה הערבית בהתאמה לעולם התעסוקה הרפואי.

(10) משרד הבריאות יתכנס להערכת צרכים ובעיות בנושא יחד עם השחקנים הרלוונטיים ויציע תוכנית עבודה בנושא החסמים בתחום התעסוקה של ערבים בוגרי תוכניות לימוד בבריאות המגיעים ממזרח ירושלים, תוך שנה מיום החלת הממשלה

המלצות בתחום תשתיות שירותי בריאות:

(11) המשרד יפעל כדי לייצר תמריצים לצמצום פערים ברפואה ראשונית ומקצועות ללא הפנייה באזור הנגב.

(12) המשרד יפעל לקדם, תוך איגום משאבים של קופות החולים, פיתוח נקודות שירות בבריאות הנפש באזורים/יישובים להם אין נגישות טובה לשירותים קיימים.

(13) המשרד יפעל לפיתוח מרכזי שיקום בקהילה באזורים/יישובים להם אין נגישות טובה לשירותים קיימים

(14) המשרד יפעל כדי לקדם הקמה של חמישה מרכזים רב תחומיים ברחבי הארץ שיתנו מענה רב-מקצועי תוך יישוג לקהילה ביישובים הערביים הסמוכים בתחום המניעה הראשונית ושניונית, חינוך לבריאות וטיפול. בין היתר יכללו במרכזים אלו השירותים הבאים:

א. עבודה על רשויות מקומיות ואשכולות אזוריים לצורך קידום הבריאות של תושביהם

ב. עבודה מול בתי ספר

ג. עבודה מול עסקים רלוונטיים לבריאות

ד. עבודה מול מבטחים/ות.

ה. הפעלת עובדים/ות סוציאליים/ות קהילתיים/ות ואנשי מקצועות הבריאות האחרים, כגון ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וקלינאות תקשורת, שיקדמו תוכניות

ביופסיכוסוציאליות בתחום הבריאות בשיתוף טיפות החלב, קופות החולים, מרכזי גיל רך, מרכזי בריאות הנפש וכדומה.

ו. הפעלת מתאמים/ות רפואיים שיסייעו במיצוי זכויות וסיוע בהתמצאות במערכת לחולים כרוניים.

(15) משרד הבריאות יפעל בשותפות עם מגן דוד אדום על מנת לעבות את מערך שירותי ההצלה בישובים ערביים:

12.1 הוספת ניידות לטיפול נמרץ ואמבולנסים בישובים הערבים, כולל הכשרת נהגים ופרמדיקים מהאוכלוסייה באזורים בהם מחסור בתשתיות פיזיות ושילוט דוגמת הכפרים הבלתי מוכרים בנגב.

12.2 הכשרות והסברה בחברה הערבית להגברת המודעות וביצוע הדרכות בהחייאה ועזרה ראשונה.

12.3 פריסת ציוד החייאה ועזרה ראשונה בישובים הערבים.

(16) משרד הבריאות יפעל להסיר חסמים במערכת הבריאות בנגישות לידע, בהתייחס להתמצאות במערכת הבריאות ולמימוש הזכויות המוקנות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת בנוסף להנגשה תרבותית ולשונית ולהסברה אודות אורח חיים בריא ופעיל:

א. במהלך 2019-2022 יפרסם משרד הבריאות 5 קמפיינים בערבית בנושאים הבאים: אורח חיים בריא ופעיל, תזונה ומניעת סוכרת, בריאות הנפש, תאונות בית וחופץ (ילדים) ועישון.

ב. משרד הבריאות ירחיב את פעילותו בתחום מיצוי הזכויות לטובת החברה הערבית:

1. במסגרת מוקד פניות הציבור של משרד הבריאות וכן במרכזי הזכויות של משרד הבריאות, יוצבו ויוכשרו עובדים/ות ייעודיים/ות ערבים/ות שיעסקו ביישוג אקטיבי אחר מבוטחים/ות ערבים/ות הזקוקים/ות לסיוע במיצוי זכויות, תוך מתן דגש על היבטים בתחום התפתחות הילד ומוגבלות פיזית, חושית, קוגניטיבית, תקשורתית ונפשית. העובדים/ות יעסקו במתן מידע לצד ליווי אקטיבי של מבוטחים/ות שיופנו בין היתר מטיפות החלב, מקופות החולים, ממרכזי גיל רך, ממרכזי התפתחות ילד, מבתי חולים, ממרכזי הזכויות בבתי החולים וכדומה. השירות יכלול עזרה בהתמצאות במערכת ובמערכות מקבילות, סיוע במילוי טפסים וכדומה.

2. יוצבו בלשכות הבריאות עובדים/ות ערבים/יות שתפקידם/ן יהיה מיצוי זכויות אקטיבי בהתייחס לזכויות המצויות בתוספת השלישית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. עבודתם תכלול יישוג אחר משפחות ועבודה קהילתית למיצוי זכויות והתמצאות במערכת הבריאות:

i. עובדים/ות כלליים/ות שסייעו במיצוי זכויות בתחום התפתחות הילד ובתחום מוגבלות פיזית, חושית, קוגניטיבית, תקשורתית ונפשית, ניידות ושיקום.

ii. תקני "משכילה ערבי/ה" בכל לשכות משרד הבריאות שעבדו בתחום סל שיקום נכי נפש בקהילה. במסגרת תפקידם/ן ינהלו ועדת שיקום, יערכו מיצוי זכויות ויישוג אחר מתמודדי נפש ומשפחותיהם בקהילה ובאמצעות ביקורי בית.

ג. המשרד יפעל יחד עם קופות החולים ובתי החולים כדי לקדם הנגשה שפתית של שירותים בתחומים אקוטיים שיקבעו מראש על משה"ב ושעודם אינם נגישים בשפה הערבית. דגש מיוחד ינתן לתרגום והתאמה תרבותית של חומרים בתחום התחלואה הכרונית, התפתחות הילד, בריאות הנפש ובריאות האישה. תעדוף ינתן לתקצוב ההנגשה של החומרים באזור מזרח ירושלים ודרום הארץ.

ד. יינתן תקציב ייעודי ללשכות הבריאות ובתי החולים הממשלתיים לצורך הנגשת חומרים לשפה הערבית.

(17) המשרד יבחן יחד עם משרד הרווחה ומשרד התחבורה אפשרות להפעלה של מערך הסעות לשכונות ואזורים ללא נגישות לתחבורה ציבורית דוגמת הכפרים הבלתי מוכרים בנגב במטרה לייצר מערכי הסעות אזוריים ממקום המגורים של התושבים/ות לשירותים הרפואיים. מערך יבחן ויופעל בשיתוף עם הרשויות המקומיות, האשכולות האזוריים, לשכות הבריאות וקופות החולים.

4.3 רגולציה

- (1) משרד הבריאות יפעל למפות את כלל התקציבים התוספתיים ואופן הקצאתם לפי אוכלוסיות. המשרד יפרסם את תוצאות המיפוי ואת הפעולות שבכוונתו לקדם לתיקון הבדלים בהקצאות במידה וימצאו כאלה. המיפוי יכלול גם תקציבים לבינוי ופיתוח של תשתיות בריאות דוגמת טיפות חלב, בהשוואה בין ישובים.
- (2) משרד הבריאות יפעל, בקנה אחד עם האמור בסעיף X, לנטר אחר החלוקה ההוגנת של משאבי קופות החולים לחברה הערבית באמצעות קביעת כללים מחייבים לקופות החולים בדבר דיווח על תשומות ותפוקות בישובים ערביים ומערבים בהשוואה לאחרים ובחלוקה מגדרית: הוצאה ממוצעת לנפש מבוטח/ת בישוב, זמינות שעות רופאים/ות ראשוניים ושניוניים (במקצועות פנייה ישירה), תוצאים של מדדי איכות (ע"פ המדדים בתוכנית מדדי איכות ברפואת הקהילה).
- (3) יתווספו משרות מפקחים אזוריים בתחום העישון, מסומנים לערבים/ות, שיפעלו באמצעות אשכולות משרד הפנים או באמצעי אחר שיאפשר הרחבה של הסמכות לפיקוח ואכיפה עירונית בתחום העישון.
- (4) משרד הבריאות יקיים בקרות שוטפות במרפאות בחברה הערבית שמספקות שירותים מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, במסגרת הליך הבקרה בקופות החולים, בין היתר, הבקרות יכללו בחינה של איכות השירותים שניתנים במרפאות, יחס אנשי/נשות המקצוע המומחים/יות והיקף המבוטחים/יות והמטופלים/ות ביחס לאנשי/נשות המקצוע.
- (5) משרד הבריאות יקדם מפגשים עיתיים עם מטופלים, מטפלים וארגוני חברה אזרחית מקרב החברה הערבית כדי לשתף בתהליכי קבלת החלטות בנושא בריאות ושירותי בריאות, לשמוע על צרכים ולקדם פתרונות משותפים.

4.4 תחומי בריאות

5.4.1 סוכרת והשמנה

השמנה וסוכרת מהווים איום הולך וגדל על החברה המערבית בכלל ובישראל בקרב החברה הערבית בפרט. ערבים מתים מגורמי סיבוך של סוכרת מוקדם יותר בהשוואה ליהודים. כל אישה ערבייה שלישית מעל גיל 35 סובלת מהשמנה.

ההמלצות שלהלן מבוססות על הצורך להגדיל את פעילות המניעה בתחום זה באמצעות חיזוק צוותי הרפואה הראשוניים וכן צוותי קידום בריאות. כן מושם דגש על ההקשר החברתי-סביבתי (משפחה, קהילה, ישוב).

(1) משרד הבריאות יפעל יחד עם קופות החולים כדי לקדם את ההכשרה והליווי המקצועי לעובדים/ות במרפאות ראשוניות בישובים ערביים בתחום מניעה וטיפול בהשמנה ובסוכרת בגישה קהילתית. דגש ינתן על רופאים/ות משפחה, תזונאים/ות וצוותי רפואה ראשונית כסוכני שינוי מרכזיים וטיפול התפיסה הקהילתית והמנהיגות החברתית לקידום אורח חיים מונע תחלואה.

(2) ינתנו תקציבים יעודיים לטובת פעילות עירונית מקדמת בריאות ובתוך כך למתאמי/ות בריאות עירוניים ולתפעול של יוזמות בריאות עירוניות בנושא. נוסף לכך, ינתן תקציב ייעודי לטובת הפעלת יוזמות קהילתיות ממוקדות במניעת השמנה וסוכרת ובקידום פעילות גופנית בישובים הערביים. במסגרת כך, יתועדפו גופים שיפעילו שיתופי פעולה בין-ארגוניים (רשות מקומית, בתי ספר, קופות חולים, בית חולים, מתנ"סים, חברה אזרחית וכדומה) ולגופים שיתעדפו עבודה עם נשים ו/או ילדים.

(3) משרד הבריאות יפעל יחד עם קופות החולים לצורך קידום העבודה עם מטופלים/ות עם טרום סוכרת, עם מטופלים/ות מקבוצות בסיכון ועם מטופלים/ות סוכרתיים לא מאוזנים. דגש יושם על ההיבטים הבאים:

א. הישגים במניעת מעבר מ"טרום סוכרת" לסוכרת והישגים באיזון סוכרת ומניעת סיבוכים

ב. הרחבת ההתערבות המשפחתית לצד הפרטנית ומתן טיפול בביתם של המטופלים/ות (ביקורי בית)

ג. מתן כלים והעצמה לנשים כגורם המרכזי המשפיע על בריאות ועל תזונת המשפחה

- ד. הרחבת זמינות השירות: מספר ואינטנסיביות ההתערבויות, אורך המפגש עם המטפל/ת, הגמשת שעות ההתערבות והטיפול כך שתתאמנה לנשים, למשפחות ולגברים עובדים (ערב, סופ"ש)
- ה. ביצוע התערבויות לטובת קבוצות בסיכון מיוחד דוגמת מתמודדי/ות נפש ולנשים עם סכרת הריונית.
- ו. עבודה מניעתית בנושא אורח חיים בריא, תזונה בריאה, מניעת עישון ופעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער.
- (4) משרד הבריאות יפעל כדי לתמרץ את קופות החולים להעסיק מגשרות קהילתיות ערביות, תזונאים/יות ומקדמ/ות בריאות ערבים/ות בעלות תואר אקדמי.
- (5) משרד הבריאות ומשרד החינוך יפעלו על מנת לקדם ולהטמיע חינוך לתזונה, לפעילות גופנית ולאורח חיים בריא בבתי ספר בישובים ערביים, באמצעות בעלי תפקיד יעודיים לנושא; תקציב יעודי יוקדש לטובת פיתוח חומרי הכשרה והדרכה בערבית למורות במדעים, ביולוגיה ותזונה ולטובת הכשרתן בפועל בתחום התזונה ואורח החיים הבריא.
- (6) משרד הבריאות ומשרד הכלכלה יפעלו כדי להעלאות מודעות לנושא אורח חיים בריא בקרב בתי עסק בישובים ערבים.
- (7) יוקצו משאבים לטובת חיזוק תחום התזונה וקידום הבריאות בכל אחת מלשכות הבריאות של משרד הבריאות. ינתן שירות, בין היתר, לצורכי ליווי מקצועי של תוכניות אסטרטגית ותוכניות התערבות בישובים ערבים וכן במסגרות מיוחדות דוגמת מסגרות בתחום בריאות הנפש באשפוז ובקהילה ובמוסדות גריאטרים.
- (8) משרד הבריאות יפעל כדי לחזק את מערך ההסברה הכללי ובתוך הכך מערך ההסברה האינטרנטי הייעודית בשפה הערבית ברשתות חברתיות כך שתכלול עידוד יוזמות ויראליות בנושא והפצתן, עבודה מול קובעי דעת קהל, יצירת תחרות ויראלית בין בתי עסק בנושא מזון בריא ואורח חיים בריא וכדומה.
- (9) משרד הבריאות יבחן, יחד עם מינהלת התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה, את האפשרות לשלב מדדי מניעה וכן משתנים המאפשרים לנטר אחר מצב הבריאות לפי לאום/מגדר/ישוב/מקום מגורים.

5.4.2 בריאות הנפש

שירותי בריאות הנפש הציבוריים ניתנים הן במערכות אשפוזיות והן במערכות האמבולטוריות (של קופות החולים, אליהן עבר מרכז הכובד מאז יישום הרפורמה בבריאות הנפש בשנת 2015, ושל ספקי שירותי שיקום מרפאות ממשלתיות, לצד ציבוריות ופרטיות אחרות). בעקבות הרפורמה הוגדלו מספר המרפאות ונקודות השירות ביישובים של החברה הערבית, אולם מחסור משמעותי ביותר באנשי מקצוע דוברי ערבית מקשה על הרחבתם והנגשתם של השירותים.

מספרם האבסולוטי (כמו גם שיעורם היחסי) של עובדים ערבים במקצועות בריאות הנפש קטן במיוחד. אלה כוללים- פסיכיאטרים, פסיכיאטרים של הילד והמתבגר, פסיכולוגים קליניים, התפתחותיים, שיקומיים ורפואיים ועובדים סוציאליים בעלי הכשרה בפסיכותרפיה.

כפועל יוצא, היצע השירותים הניתן למבוטחים ערבים נמוך יותר.

על אף ההטרונגיות הרבה בחברה הערבית, יש צורך גם בפיתוח שירותים מותאמי מגדר- קרי נשים, בנושאים כגון דכאון לאחר לידה או מצוקות הקשורות לפריון, הריון, תפקוד מיני וכד'.

לאור זאת נדרש:

1. גיבוש הסכמות עם קופות החולים במטרה לאגם משאבי תשתיות וכ"א מקצועי למתן שירותי בריאות הנפש ביישובי קצה עם קשיי נגישות.
2. להגדיל את היצע הרופאים הפסיכיאטרים ואנשי המקצוע הטיפוליים מהחברה הערבית הדרוזית והצ'רקסית, ולשלבם במערכות הטיפול הציבוריות בבריאות הנפש.

הגדלת היצע המטפלים המסיימים:

- (1) תוכנית המל"ג לעידוד והרחבת מספר הפסיכולוגים הערבים בישראל תורחב לכלל המוסדות האקדמיים הרלוונטיים (תשעה).
- (2) יפתחו חמישה מחזורי הכשרה בפסיכותרפיה לעובדים/ות סוציאליים/ות ולמקצועות בריאות נוספים מהחברה הערבית בעדיפות לבוגרי/ות תואר שני בעבודה סוציאלית או תואר שני טיפולי אחר, המתחייבים/ות לעבוד במערכת הציבורית של בריאות הנפש. מחזור אחד מבין החמישה יתן עדיפות לעובדי/ות בריאות נפש ערבים/ות העובדים/ות במערך בריאות הנפש הממשלתי או בקופות החולים וחסרי/ות הכשרה בפסיכותרפיה.

- (3) תופעל תוכנית לעידוד פניה של תלמידים/ות ערבים/יות ללימודים אקדמאים במקצועות לבריאות הנפש תוך התייחסות להיבטים של סטיגמה אודות מתמודדי נפש ואודות המקצוע.
- (4) תיפתח תוכנית מצוינות יעודית הכוללת מלגות עידוד לתלמידים/ות ערבים/ות הפונים למקצועות בתחום בריאות הנפש אשר תכלול מכינה.
- (5) יוגדלו, בהתאם לצורך, מספר המלגות לטובת ארגונים שיקלטו ערבים/יות מסיימי/ות תואר שני בפסיכולוגיה לצורכי סטאז', בכל שנה למשך 5 שנים, ככל שידרש.
- (6) ינתן תקציב ייעודי לטובת תמריצים לארגונים במערך בריאות הנפש אשר יקלטו עובדים/ות סוציאליים/יות מהחברה הערבית בוגרי תואר ראשון ושני בעבודה סוציאלית או תואר שני טיפולי אחר, או הלומדים/ות לתואר שני שכזה. התקציב יכלול אפשרות לארגונים להציע תמריצים לעובדים שיקלטו (בשכר, הכשרות וכדומה).
- (7) ינתן תקציב ייעודי לטובת הכשרות מטפלים/ות קיימים/ות במערך בריאות הנפש הממשלתי וכן מקופות החולים בנושא כשירות תרבותית בבריאות נפש.
- (8) ינתן תקציב ייעודי לטובת תמריצים לארגונים במערך בריאות הנפש אשר ישלחו עובדים/ות חסרי/ות הכשרה בפסיכותרפיה להשלים את הכשרתם זו.
- (9) במסגרת תוכניות המענקים לשנים הבאות יינתנו מענקים מוגדלים לערבים/יות מסיימי/ות סטאז' ברפואה שיפנו להתמחות בתחום הפסיכיאטריה והפסיכיאטריה של הילד זאת תמורת התחייבות לעבודה במשרה מלאה בשירות הציבורי במשך 5 שנים מסיום ההתמחות.

5.4.3 עישון ומחלות ריאה

מיגור העישון בכלל ובחברה הערבית בפרט, הוכר כנושא במיקוד לאומי עם קבלתה של החלטת ממשלה בנושא תכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו (מספר 3247). ביצועה של החלטת הממשלה, שעבודת הרקע שנעשתה לקראת גיבושה (דו"ח הועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו) משמשת בסיס להמלצות שלהלן, תלוי תקצוב נוסף. נכון להיום, המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות המובילה את הנושא, מקדמת מספר פעולות הנשענות על תקציבים הנגזרים מתקציבי המחלקה וכן מהתוכנית הלאומית לאורח חיים בריא ופעיל. בשנת 2017 תוקצבו מתוך התוכנית הלאומית 1.0 מלש"ח יעודיים לטובת הנושא בחברה הערבית: 0.5 מלש"ח (2018-2019) לטובת התערבויות יעודיות במחוז צפון (ביצוע- לשכת מחוז צפון); בשלב הראשון הועברו לצורך כך 200 אלף ש"ח); ו-0.5 מלש"ח לקמפיין הסברה לנוער (ביצוע- דוברות משה"ב באמצעות חברה חיצונית). כן מתוכנן מוקד לגמילה מעישון שיעניק שירות בשפות עברית, ערבית ובשפות נוספות, המוקד תוקצב השנה בכ- 1.8 מיליון ש"ח, ו-RFI לבחינת אפשרויות תפעול שונות שפורסם לאחרונה, משמש כתשתית למכרז עתידי. לתקופת הביניים בכוונת משרד הבריאות לרכוש את השירות מאחת מקופות החולים המפעילות מוקד טלפוני לגמילה מעישון.

הכלי העיקרי שיש בידי קופות החולים לצמצום העישון ונזקיו הינו סדנאות לגמילה מעישון, המוצעות ללא עלות למבוטחים. בנוסף קיימות תרופות מרשם ותחליפי ניקוטין, המסייעים בגמילה מעישון, שהזכאות שלהן בסל הבריאות הממלכתי תלויה בהשתתפות בסדנה. במטרה להנגיש ולהתאים את הגמילה מעישון למטופלים המעשנים, בחלק מקופות החולים ישנה אפשרות מצומצמת של ייעוץ טלפוני לגמילה מעישון וכן תהליך פיתוח של מערך ייעוץ אישי, וזאת כחלופה לסדנה הקבוצתית. במקביל מתקיים "פיילוט" בנושא "סמס והפסק".

הנגשת שירותי הגמילה מעישון חשובים במיוחד בפריפריה, מאחר וישנו קשר ישיר בין מצב סוציאקונומי ושיעורי עישון גבוהים, העישון מטיל עומס כלכלי ויוצר פערי בריאות ובכך מעצים את בעיית הנגישות לשירותי בריאות בקרב יישובים רחוקים ובכפרים הלא מוכרים בנגב. תוכניות בנושא גמילה מעישון חשוב שיכללו אנשי מקצוע מהחברה הערבית המעורבים בשטח וכן בניית תוכנית מותאמת תרבותית לחברה הערבית.

ההמלצות שלהלן בנויות על ההנחה כי ללא גוף ייעודי מתכלל ובעל זרועות מרובות ומגוונות העוסקות בניטור ומחקר, פיקוח ואכיפה, הסברה, פיתוח עבודה קהילתית, הרחבת מערך הגמילה מעישון וקידום מדיניות למיגור העישון, לא תעשה קפיצת מדרגה משמעותית בנושא.

(1) יוקם צוות משימה ייעודי במשרד הבריאות למניעה, צמצום וגמילה מעישון שיפעל בקרב החברה הערבית. תפקידו של הצוות שלפחות מחציתו יורכב מאקדמאים/יות ערבים/יות יהא לקדם התערבות כוללנית בנושא שתכלול הערכה ומחקר, קביעת מדיניות, הסברה, אכיפה ופיקוח, פיתוח עבודה קהילתית, ויעוץ משפטי. הצוות יורכב מאנשי מקצוע מהחברה הערבית ואחרים ויתקצב בתקציב קבוע רב-שנתי ויפעל בזירות להלן:

א. הרחבת השירות בשפה הערבית שתינתן במסגרת המוקד הטלפוני לגמילה מעישון שיופעל על ידי משרד הבריאות.

ב. מחקרים ייעודיים והערכה של תוכניות התערבות בנושא.

ג. עבודה מול קופות החולים, מוסדות אקדמים וגופי חברה אזרחית לטובת הפעלת מערך מקצועי של יעוצי/ות גמילה שיפעילו סדנאות מניעה וגמילה מעישון בבתי ספר ובגנים בישובים ערבים, בקרב נותני/ות שירות רפואיים ערבים, במוסדות דת, הכשרת אימאמים וסוכני שינוי נוספים מהחברה האזרחית והאקדמיה ועוד, מתוך הבנה וכוונה שכל אלו יכולים לשמש כסוכני שינוי.

ד. קמפיינים והסברה בערבית במגוון הנושאים, כגון מניעת התחלה עישון בצעירים, עידוד גמילה מעישון במבוגרים, חשיפה לעישון פאסיבי וכדומה.

ה. תגבור הפיקוח והאכיפה על עישון בישובים ערביים:

1. במקומות ציבוריים: בתיאום עם סעיף X, הוספת תקני מפקחים יעודיים חוץ-עירוניים באשכולות היישוביים או ישירות תחת צוות המשימה והסדרת סמכויות הפיקוח של המפקחים. אכיפה בבתי הספר, המכללות והמעוצות המקומיות בראש ובראשונה.

2. תקצוב חצי משרה לכל בית חולים לטובת מינוי יועץ גמילה מעישון ערבי, שיוכל לתת מענה רפואי מידי בערבית, למאושפזים מעשנים המתמודדים עם גמילה כפויה (חוסר יכולת לעשן), וכך למנוע את הפוטנציאל המסוכן של עבירה על החוק, חיכוך עם צוותים רפואיים, חולים ומבקרים ואלימות כלפיהם.

3. מעורבות במניעת פתיחתם של "בתי נרגילה" בשותפות עם המועצות המקומיות.

(2) בהתייחס למחלות ריאה (סרטן הריאות, דלקת ריאות זיהומית או דלקתית, אסתמה ומחלות ריאה חסימתיות כאמפיזמה וברונכיטיס כרונית, מחלות ריאה וסקולריות,

סיסטיק פיברוזיס, ותמת ריאתי), המשרד יפעל להעלאת מודעות לנושא בחברה הערבית ולפיתוח תשתיות לאיתור וזיהוי מחלות ריאה ולמתן טיפול מתאים. במסגרת זו, יקודם מחקר לצורך איתור הפערים והצרכים וינתנו תמריצים לספקי השירות לצורך העלאת המודעות, לדוגמה על ידי הכשרה ייעודית של רופאי המשפחה לנושא זה, ולשיפור התשתיות למשל באמצעות ביצוע בדיקות כתפקודי ריאות והדמיה מכוונת לאבחון, הגדלת הזמינות לשירותי רפואת ריאות ולרפואה תעסוקתית ולשיקום ריאתי למתאימים.

5.4.4 שנות החיים הראשונות

תוצאי הבריאות בשנות החיים הראשונות בחברה הערבית נמוכים ואף נמוכים מאוד בהשוואה לתוצאי הבריאות בקרב יהודים. הנתונים אודות תמותת תינוקות, מומים מולדים, בעיות התפתחות, השמנת ילדים, עיכובי גדילה, היפגעויות ילדים, תחלואה בעששת ילדות מוקדמת ועוד, מעידים על פערי בריאות גדולים, כשתוצאי הבריאות הנמוכים ביותר נצפו בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב. תוצאי בריאות אלו באים לידי ביטוי על רקע אתגרים רבים - עוני ותנאי חיים התורמים לבריאות טובה פחות של המשפחה והילד, היבטים תרבותיים הקשורים בנישואי קרובים ונישואים פוליגמיים, ונגישות וזמינות של שירותי בריאות.

חלק משירותי הבריאות בשנות החיים הראשונות סובלים ממחסור בכח אדם (בדגש על טיפות החלב ויחידות להתפתחות הילד) במיוחד באזורים מסוימים דוגמת הנגב. בנוסף, בחלק מהישובים הערביים מיעוט שעות שירות לנפש בתחומי אבחון וטיפול הניתנים על ידי מקצועות בריאות הנוספים בכלל ובתחום התפתחות הילד בפרט, תשתיות פיזיות לא מיטביות (טיפות חלב), צרכים בתחום התרגום וההתאמה לשונית ותרבותית של שירותים ועוד.

שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות ולשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות האמונים על עיקר הפעילות של משרד הבריאות בשנות החיים הראשונות פועלים בדרכים שונות כדי לתת מענים משולבים בשנות החיים הראשונות. זאת בטיפות החלב ובאמצעות עבודה עם גורמים נוספים דוגמת התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון. בשנה האחרונה פועל המשרד כדי לחזק את מערכי השירותים ע"י הגדלת זמינות שעות השירות בטיפות החלב, הרחבה של מערך של ביקורי בית, וחיזוק עבודת הצוותים במערך.

בהתייחס להתפתחות הילד, קיימות בנגב 5 יחידות קהילתיות להתפתחות הילד בישובים הבדואיים: 2 יחידות ברהט ו-3 יחידות בישובים חורה, תל שבע ונווה מדבר. בחלק מהיחידות, קיים שיתוף פעולה עם גורמים נוספים דוגמת התכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360 והרשות המקומית. חיבורים אלו מאפשרים למטפלים ביחידות להפעיל תכניות וקבוצות ייחודיות לתושבי הסביבה דוגמת קבוצה לאוריינות והתפתחות שפה או קבוצת הכנה לכיתה א הפועלות בנווה מדבר בשיתוף הרווחה והיחידה להתפתחות הילד.

במקביל, מקדמת לשכת הבריאות במחוז דרום תוכנית בינמשרדית לטובת "1,000 הימים הראשונים במרחב הבדואי". לתוכנית מתווה מפורט שנגזרת ממנו מקודמת בימים אלה, כפועל יוצא מתקציב מוגבל שניתן במסגרת החלטת ממשלה בנושא. תפיסת ההפעלה של התוכנית הנה התערבות כוללת, אינטגרטיבית ורב-שנתית שתתייחס לתחומי הסיכון המרכזיים בהתפתחות ילדים, שלומותם ובריאותם, ותשקף תפיסת שירות של התייחסות אוניברסלית לכלל האוכלוסייה, ומענים משלימים וייחודיים בהתאם לצרכים.

כמו כן, פותחה תוכנית ייעודית בנושא מניעת העששת וקידום בריאות הפה והשיניים בהובלת האגף לבריאות השן אשר פועלת בהצלחה בטיפות חלב בדרום וצפויה להתרחב למחוזות נוספים.

בשנה האחרונה מטה משרד הבריאות קידם תוכנית אסטרטגית רב שנתית לבריאות בשנות החיים הראשונות. מטרת העל של התוכנית הנה חיזוק יכולתה של מערכת הבריאות להוביל לבריאות ולשלומות שווה של כל ילד וילדה. מוקדיה האסטרטגיים של התוכנית כוללים דגש על מערכת בריאות תומכת הורות, על עבודה בתוך המערכת ובמשקים עם מערכות מקבילות כ-Eco-System וכן מיצוי והרחבה של מערך השירותים הקיים.

על בסיס הפעילות הקיימת וכן לאורן של תוכניות אסטרטגיות קודמות שפותחו בנושא אך הממומשות באופן חלקי נוכח מגבלות תקציביות, מוצגות ההמלצות להלן.

המלצות בתחום כח האדם:

(1) במקביל לפעולות לטובת הגדלת מספר המסיימים לימודים אקדמאים בתחומים הרלוונטיים לשירותים בשנות החיים הראשונות, יינתנו מענקים לטובת השמה של כח אדם בתחום הבריאות בשנות החיים הראשונות באזורים בהם יש מחסור אקוטי ובאופן מוגבר בנגב:

- א. מלגות עידוד ומענקי עבודה למועמדים/ות ערבים/ות שסיימו תואר אקדמי בסייעוד, בדגש על נשים בדואיות מהנגב ומאזור ירושלים, לטובת עידוד פניה להכשרה על-בסיסית בסייעוד בבריאות הציבור. זאת תמורת מחויבות לעבודה בטיפות החלב במשך 5 שנים.
- ב. מענקי עבודה למועמדים/ות ערבים/ות, בדגש על נשים בדואיות מהנגב ומאזור ירושלים, שסיימו תואר אקדמי באחד ממקצועות הבריאות הנוספים או לרופאים/ות מומחים/ות ברפואת ילדים תמורת מחויבות לעבודה בטיפות החלב, קופות החולים (בתחום ילדים) או מכוני התפתחות הילד במשך 5 שנים.
- (2) משרד הבריאות יפעל מול קופות החולים לחיזוק השירותים בשנות החיים הראשונות, מהם - במערכי התפתחות הילד, בתחום רפואת בילדים וברפואת נשים.
- (3) הרחבת מספר מגשרי הבריאות בטיפות החלב, נשים וגברים, שתפקידם הדרכות בתחום מניעה וקידום בריאות בטיפות החלב, בקהילה ובבית המבוטחים/ות. במסגרת תקציב לנושא ישוריין כסף להכשרת המגשרים/ות והכשרות המשך שלהם/ן.
- (4) יוקצו תקני כ"א ייעודיים לטיפות החלב של "משכילה/ה ערבי/ה" בתחום בריאות הציבור וקידום בריאות, התזונה ומקצועות הבריאות הנוספים. התקנון יעשה אופן מוגבר בלשכת בריאות מחוז דרום ובמחוז ירושלים.
- (5) יוקצו בלשכות הבריאות תקני "משכילה/ה ערבי/ה" לטובת תפקידים שעיסוקם יישוג אקטיבי לטובת מיצוי זכויות והתמצאות במערכת הבריאות בהתייחס להורים המתמודדים עם צרכים בתחום התפתחות הילד.
- (6) הרחבת המענים בתחום הדרכות בתחום מניעת מחלות פה ושיניים בקרב תינוקות בשנות החיים הראשונות ובקרב ילדים.

המלצות בתחום התשתיות:

- (7) יוקמו מרכזי גיל רך אינטגרטיביים במספר טיפות חלב בהן מבוטחים פעוטות בסיכון גבוה לתחלואה והיפגעות. המרכזים יפעלו באמצעות צוות רב-מקצועי שיציע שירותי הדרכה ומניעה, אבחון וטיפול, העשרה ופנאי משותף הורים-ילדים, בשעות הבוקר ואחר הצהריים. המרכזים יתנו שירות "כוכב" למבוטחים/ות נוספים/ות במסגרות האוניברסליות בישוב ובאמצעות ביקורי בית.

- (8) משרד הבריאות יפעיל שתי מרפאות נידות (דרום-ירושלים, מרכז-צפון) שיתנו טיפול משולב בתחום בריאות בשנות החיים הראשונות – מניעה וקידום בריאות, תזונה, איתור וטיפול בתחום התפתחות הילד באזורים עם תחלואה גבוהה וזמינות נמוכה של שירותי טיפת חלב והתפתחות הילד. הניידות יכללו צוות אחים/ות, רופא/ה התפתחותי/ת, דיאטנ/ית, מקצועות בריאות נוספים, אנשי צוות מתחום בריאות הפה והשן וצוות פסיכוסוציאלי. תקצוב ייעודי לנושא זה יאפשר את הקמת התשתית למרפאות וכן תמריצים לעידוד כח אדם לנושא.
- (9) ינתן תקציב ייעודי לשדרוג והתאמה של טיפות חלב - שיפוץ, הצטיידות והתאמה למענים קיימים ונוספים.
- (10) ירכש ציוד נייד לצורך איתור בעיות שמיעה בפעוטות בנגב, באמצעות טיפות החלב.
- (11) ינתן תקציב ייעודי לשדרוג ועיבוי הציוד ביחידות להתפתחות הילד בדרום הארץ ובאזור ירושלים.
- (12) יתנו תקציבים ייעודיים לטובת תרגום והתאמה תרבותית של:
- א. טפסים ומידע רשמי לערבית
- ב. חומרי הסברה בנושא שנות החיים הראשונות בכלל, התפתחות הילד, בטיחות, אורח חיים בריא וכדומה.
- (13) תקציב ייעודי ינתן לטובת הסברה במדיה ובאינטרנט בנושאים שהקשורים בשנות החיים ראשונות- תחלואה, היפגעות ועוד.
- (14) משרד הבריאות יטמיע הכשרות יעודיות לצוותי בריאות העוסקים בשנות החיים הראשונות, בדגש על מזרח ירושלים ואזור הנגב, בנושא עבודה קהילתית בשנות החיים הראשונות, איתור מוקדם של בעיות התפתחות וכדומה.

תוכניות ייעודיות:

תחלואה ותמותה נמנעת והיפגעות פעוטות וילדים:

- (15) יוקם צוות משימה במשרד הבריאות לטובת פעילות למניעה ולצמצום תחלואה ותמותה נמנעת של תינוקות וילדים בגיל הרך ולמניעה ולצמצום תמותה והיפגעות כתוצאה מתאונות בית וחץ. הצוות יתקצב בתקציב ייעודי חמש שנתי לטובת בניית תוכנית ההתערבות. בראש הצוות ת/יעמוד "משכילה/ ערבי/ה" מתחום הבריאות או מקצועות

הבריאות. ועדת היגוי בינמשרדית תלווה את עבודת הצוות. ועדת ההיגוי תכלול גורמים ממשרד הבריאות, נציגים מקופות החולים ובתי החולים, מהאקדמיה ומהחברה האזרחית. צוות המשימה יעסוק בנושאים הבאים:

- א. עבודה ייעודית בנושא היפגעות ילדים, בתיאום עם התוכנית הלאומית לבטיחות ילדים.
 - ב. עבודה ייעודית בנושא תמותת תינוקות ולידות של ילדים עם מומים מולדים. בתוך כך ינתן דש על הנושא של מניעת מומים מולדים דרך יעוץ גנטי וכן דגש על ליווי ומעקב רפואי אחר נשים הרות.
 - ג. מדידה וניטור אחר התקדמות
 - ד. איתור ויישוג אחר משפחות בסיכון
 - ה. קידום קשרי עבודה ותוכניות עם מערכות החינוך והרווחה ומערכות רלוונטיות נוספות
 - ו. תוכניות מניעה וטיפול בביתם של המשפחות, בקהילה ובארגוני הבריאות
 - ז. הכשרת צוותים
 - ח. ליווי והכשרת הורים בדגש על קשר הורה-ילד
 - ט. הסברה ומדיה
 - י. רכישה והטמעה של אמצעים טכנולוגיים ואחרים לטובת מניעת תאונות בית וחוץ.
 - יא. תכנון וחשיבה על קידום השימוש בבדיקות גנטיות בקרב האוכלוסייה.
- (16) משרד הבריאות יפעל בהובלת הצוות הייעודי יחד עם קופות החולים במטרה לתמוך בפעילות מדידה בתחום צמצום מומים ותחלואה נמנעת ומניעת היפגעות פעוטות וילדים. הדגש ינתן לטובת הגדלת כח אדם ייעודי לנושא, הרחבת זמינות וסוגי המענים, יישוג אקטיבי אחר משפחות בסיכון, ביקורי בית ותוכניות התערבות ייעודיות.

מניעת עששת ילדות מוקדמת בקרב ילדים

(17) יוקם צוות משימה (שירותי בריאות הציבור, בריאות השן) לטובת הטמעת פעילות בריאות השן בטיפות חלב למניעה ולצמצום תחלואה בעששת ילדות מוקדמת. הצוות יהיה אחראי על:

- א. מדידה וניטור אחר הטמעה בתחנות טיפת חלב
- ב. מדידה וניטור אחר שינוי / שיפור של רמת הסיכון לעששת של הפעוטות
- ג. מדידה וניטור אחר הפניות הפעוטות לטיפול מוקדם בקופות חולים - בשיתוף קופות חולים

- ג. קידום קשרי עבודה ותוכניות עם מערכות החינוך והרווחה ומערכות רלוונטיות נוספות (מעונות יום, גני ילדים טרום חובה וחובה)
- ד. הכשרת צוותים חדשים / ריענון הכשרה עבור הצוותים הפעילים
- ז. הסברה ומדיה (לרבות ממשק עם התכנית הלאומית אפשריבריא)
- (18) משרד הבריאות יפעל בהובלת הצוות הייעודי יחד עם קופות החולים לתמוך בפעילות מדידה בתחום צמצום תחלואה בעששת ילדות מוקדמת בקרב פעוטות. הדגש ינתן לטובת הגדלת כח אדם ייעודי לנושא, קרי מומחים ברפואת שיניים לילדים והרחבת זמינות טיפול מונע בקהילה (מרפאות ומסגרות הגנים)

5.4.5 בריאות האשה

בין נשים יהודיות לערביות מתקיים פער קבוע כשלוש שנים בתוחלת החיים. זהו נתון הסוכם מספר מצטבר של פערי בריאות בין נשים יהודיות לערביות ובנגישות ובשימוש בשירותי הבריאות. כלל ההמלצות שתוארו במסמך זה חשוב שיישומן תוך התאמה מגדרית ותעדוף נשים ערביות, זאת בהתייחס לסעיפים בהם יש עודף של תחלואה לרעת נשים או בעיות של נגישות לשירותים. הסעיפים שלהלן מפרטים גם המלצות נוספות הנוגעות לנשים ערביות:

- (1) מחקר ואיתור חסמים לניצול מיטבי של שירותי בריאות ומימוש זכויות:
- א. ארגון שולחנות עגולים שנתיים ביישובים נבחרים עם מטפלים/ות ומטופלות, לשם הבנת מחסומי הטיפול.
- ב. עידוד מחקר בנושא.
- (2) אלימות נגד נשים ופגיעות מיניות: משרד הבריאות יפעל כדי להרחיב את מערך ההסברה שלו בנושא אלימות ופגיעות מיניות בקרב נשים באמצעות חומרי הסברה בערבית (מותאמים תרבותית) לאנשי/נשות צוות ולמבוטח/ות מערכת הבריאות ומרכזי סיוע ומוסדות לנשים מוכות ובאמצעות הכשרות לצוותי בריאות במרפאות ראשוניות, בקרב רופאי/ות נשים ובטיפות החלב.
- (2) דיכאון אחרי הלידה:
- א. משרד הבריאות יבדוק הצורך לתקף שאלון איתור דיכאון אחר לידה לנשים ערביות (מותאם תרבותית).
- ב. משרד הבריאות יפעל כדי להרחיב את מערך ההסברה שלו בנושא דיכאון אחר לידה בקרב נשים באמצעות חומרי הסברה בערבית (מותאמים תרבותית)

לאנשי/נשות צוות ולמבוטחי/ות מערכת הבריאות באמצעות הכשרות לצוותי בריאות במרפאות ראשוניות, בקרב רופאי/ות נשים ובטיפות החלב.

ג. משרד הבריאות יבצע סדנאות תמיכה נשים ערביות ובני משפחתם בטיפות החלב בנושא הורות תוך התייחסות לנושא דיכאון לאחר לידה.

(3) מניעה מוקדמת של סרטן השד: משרד הבריאות יבחן אפשרות לעידוד קופות החולים להפעיל ניידות ממוגרפיה; זאת לצד קידום הסברה בנושא בקרב מטופלות וצוותי בריאות

(4) פוליגמיה: המשרד יפעל לתגבר מענים פסיכוסוציאליים לנשים בפולוגמיה בדרום הארץ באמצעות מתן עובדים סוציאליים בטיפות חלב ובבית החולים סורוקה.

4.5 התנאים החברתיים המשפיעים על בריאות

5.5.1 תנאי חיים ביישוב

התנאים הפיזיים ותשתיות הבריאות בישובים ערביים רבים אינם מעודדים אורח חיים בריא ולעיתים אף פוגעים בהם. כך למשל, היעדרן של מדרכות, שטחים פתוחים, תאורת לילה, מועדוני ספורט ופנאי וכדומה מייצרים סביבה טבעית שאינה מעודדת לאורח חיים פעיל ובריא. בחלק מהישובים תושבים חשופים למפגעים שונים המסכנים את הבריאות דוגמת כבישים רעועים, אי פינוי של פסולת או שריפתה ומגורים בקרבה לגורמים מזהמי אוויר. אלה משפיעים, בין היתר, על בטיחות בדרכים ותאונות דרכים וכן על יצירת תחלואה ושימוש מיטבי בשירותים חיוניים.

- (1) משרד הפנים, המרכז לשלטון מקומי, משרד התרבות והספורט ומשרד הבריאות יתכנסו בשותפות עם קופות החולים ולשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות כדי לתכנן הנגשה של מדרכות, מסלולי הליכה, תאורת לילה ויצירת אלטרנטיבות לשטחי משחק, פנאי ופעילות גופנית, תוך תשומת לב לצרכים השונים של גברים ונשים, בעלי מוגבלות וללא מוגבלות. יתועדפו במסגרת התקציב ישובים לפי מפתח שיקח בחשבון את גודל הישוב, מדד חברתי-כלכלי, הרכב גילאי, תחלואה וכדומה. תעדוף זה יעשה באמצעות קול קורא לישובים. היציאה לקול הקורא תלווה על ידי רכז/ת מקצועי/ת שיתנו סיוע לישובים בהגשת הקול קורא ומתן התמיכה יכלול גם ליווי מקצועי ישובי.
- (2) משרד הבריאות יחד עם משרד הפנים והרשויות המקומיות או האזוריות הרלוונטיות יתכנסו התערבות לשיפור תשתיות סביבתיות תומכות בריאות בישוב דוגמת הסדרה של ביוב ומי

- שופכין (בתיאום עם החלטת ממשלה 3790) ופינוי אשפה. דגש מיוחד ינתן לשובים בהם מפגעים מרובים ואקוטיים דוגמת מזרח ירושלים.
- (3) משרד הבריאות, יחד עם משרד הפנים והמרכז לשלטון מקומי, יפעלו כדי להרחיב את היצע כח האדם והידע המקצועי בתחום קידום הבריאות והתזונה בשובים ערביים:
- 2.1 הצבת מקדמי/ות בריאות לצד תזונאים/יות בשובים הגדולים ביותר בהם שיעורי תחלואת לב וסוכרת הגבוהים ביותר. זאת על בסיס תקציב יעודי לנושא וכנגד השתתפות של רשויות מקומיות בהתאם לניקוד במדד החברתי-כלכלי שלהם ומצב ההכנסות של הרשות המקומית ובגובה שאינו עולה על 25% מסך העלות.
- 2.2 תמרוץ רשויות ערביות מצטיינות למתן יעוץ בתחומי בריאות וקידום בריאות לרשויות אחרות ו/או מתן שירותי יעוץ אסטרטגי בקידום בריאות לשובים בהם לא קיים או לא ת/יוצב מקדם/ת בריאות עירונית, דרך האשכולות האזוריים. היעוץ יכלול ליווי בבנייה אסטרטגית של תוכניות בריאות ישוביות הכוללות הערכת מצב אסטרטגית, הגדרת מטרות, יעדים וגיוס משאבים.
- 2.3 תקציבים לביצוע תכניות התערבות ישוביות ב- 5 הנושאים במוקד מסמך זה: סוכרת ואורח חיים בריא ופעיל, עישון (מניעה וגמילה) ומחלות ריאה, שנות החיים הראשונות ובריאות הנפש, מתוך רגישות מגדרית וגילאית וכן בהתייחס לצרכים ייחודיים של נשים.
- (4) ינתנו מענקי עידוד לצורך הקמה של מחלקות בריאות ברשויות המקומיות הערביות או לחילופין להרחבת מחלקות תברואה או ספורט כך שיופקדו גם על קידום בריאות ולצורך הכשרת מנהלי/ות מחלקות אלו.
- (5) יפורסמו קולות קוראים לארגונים חברתיים שיציעו מחקרי הערכה מעצבים או תכניות התערבות ישוביות או אזוריות ב- 5 הנושאים במוקד מסמך זה: סוכרת ואורח חיים בריא ופעיל, מניעת עישון ומחלות ריאה, שנות החיים הראשונות, בריאות האשה ובריאות הנפש מתוך רגישות מגדרית וגילאית וכן בהתייחס לצרכים ייחודיים של נשים.
- (6) כינוס צוות עבודה בינמשרדי (משרד הפנים- משרד הבריאות לבחינת האפשרות לחקיקה סטטוטורית בנושא מחלקת בריאות).

5.5.2 השכלה וחינוך

אחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על בריאות הנו מעמד חברתי-כלכלי ובתוך כך, השכלת נשים. בנוסף, הקשר ההדוק בין חינוך לבריאות קשור ביכולת להשפיע על ההתפתחות הפיזית, מוטורית, קוגניטיבית, רגשית וחברתית של ילדים בשנות חייהם הראשונות ובמהלך שנות בית הספר.

- (1) משרד החינוך, בשותפות עם משרד הבריאות ירחיב את התמיכה המקצועית בצוותי ההוראה בבתי הספר באמצעות קידום ימי הדרכה ושעות פיתוח מקצועי למנהלים, מורים וגגנות- תזונה, עישון, נישואי קרובים, תאונות בית וחוף.
- (2) יינתן תקציב ייעודי לצורך פיתוח תכני לימוד, הכשרת צוותי הוראה והתערבויות בית ספריות בתחום הבריאות.
- (3) יוצבו רפרנטים מחוזיים במשרד החינוך שיעסקו ביישום התוכנית לצד תמיכה מקצועית לצוותי ההוראה בבתי הספר ורגולציה על בתי ספר ערביים
- (4) תוקם קרן ייעודית לטובת עידוד השכלה גבוהה בקרב ערבים, תוך תעדוף נשים. התקציב יתבסס על תקציבי משרד הבריאות ומשרד החינוך ומאצינג של משרד האוצר. שלישי לפחות מהפעילויות לטובת הנושא יתמקדו בהכשרת נשים בתחום מקצועות הבריאות, בהתאם לצרכי מערכת הבריאות ביחס למקצועות בהם היצע נמוך של אנשי בריאות ערבים.

5.5.3 עוני ורווחה

עוני משפיע באופן דרמטי על בריאות באמצעות מספר מתווכים- ויתור על תרופה או שירות רפואי בשל עלותו או לסירוגין ויתור על צרכים חיוניים אחרים לבריאות (חימום, רכישה של מזון בריא וכדומה); חשיפה לדחק מוגבר; תנאי חיים הפוגעים בבריאות (דיור לא הולם, חשיפה לאלומות, תשתיות לא מפותחות וכדומה); אוריינות בריאותית נמוכה; הדרה חברתית ושיקום והשתלבות בחיי הקהילה עוד.

- (1) המשרדים יפעלו להרחבת התקציבים הרחבת התקציב לצרכים מיוחדים ברווחה לצורך סיוע בהפחתת השתתפויות ומימון נסיעות למבוטחים ערבים
- (2) המשרדים יפעלו להציב יועצי בריאות בתוך מרכזי עוצמה, בדומה לממוני תעסוקה ויועצי חובות הפועלים במרכזים

5.5.4 גזענות, אפליה והדרה

לאחרונה פרסם משרד הבריאות דוח בנושא גזענות, אפליה והדרה במערכת הבריאות (ראו [כאן](#)). הדוח שנכתב בשותפות עם נציגות מקופות החולים, מבתי חולים, מהחברה האזרחית ומהאקדמיה מצביע על תופעות של גזענות, אפליה והדרה בינאישית ומוסדית, נגד קבוצות חברתיות שונות בישראל, מהם ערבים/יות. בהמשך להמלצות המפורטות בדוח:

- (1) משרד הבריאות יפעל לפרסום קול קורא להקמה של קבוצת מחקר בנושא גזענות אפליה והדרה במערכת הבריאות. הקבוצה שתזכה במענק תקדם מחקר יעודי בנושא תופעות של גזענות במערכת הבריאות, בין היתר, נגד ערבים/יות וכנגד אוכלוסיות מוחלשות בתוך החברה הערבית. יתועדפו פניות היוצרות שיתופי פעולה בין אנשי אקדמיה לבין ארגוני חברה אזרחית.
- (2) משרד הבריאות יטמיע הכשרות למטפלים ובקרב מוסדות לימוד בנושא.
- (3) משרד הבריאות יקדם במהלך 2019 קמפיין הסברתי בנושא "אפס גזענות במערכת הבריאות" הנגיש את האפשרות להתלונן בנושא והמשדר אפס סובלנות לביטויי גזענות. הקמפיין ישודר בערבית ובעברית.

5. מנגנון היישום

(1) התוכנית תנוהל ותלווה על ידי ועדה מייעצת שתכלול את מנכ"ל משרד הבריאות או מי מטעמו בדרג סמנכ"ל ומעלה, חברי צוות היישום (כמפורט בסעיף הבא), נציג מאגף תכנון תמחור ותקצוב במשרד הבריאות, נציג חטיבת הרפואה במשרד הבריאות, נציג שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות, נציג מהרשות לפיתוח חברתי-כלכלי של מגזר המיעוטים במשרד לשוויון חברתי ו-4 נציגים חברה אזרחית ואקדמיה.

- א. הועדה תאשר את תוכניות העבודה של צוות היישום ותהיה רשאית להמליץ על שיוניים בתוכנית בהתאם להתקדמות.
- ב. הועדה תקבע מדדים מדידים להתקדמות בתוכנית ותנטר אחריהם.
- (2) לצורכי יישום התוכנית יוקדם מטה יישום במשרד הבריאות שתורכב ממנהל יחידה, 2 רכזים ו-3 עובדים מחוזיים (בדרום, במרכז ובצפון).

- א. מטה היישום יפרסם אחת לשנה דוח התקדמות שנתי בהתאם למדדים שיקבעו על ידי הועדה המייעצת.
- ב. מטה היישום יפעיל 3 צוותי משימה בתחום מניעת הסוכרת, בתחום שנות החיים הראשונות ובתחום העישון, שיתכללו ויתאמו את כלל הנושאים המופיעים בהחלטת ממשלה זו בנושאים אלו. צוותי המשימה יורכבו ממנהל ו-2 רכזים לכל צוות משימה.

6. פירוט סעיפי פעולה והערכה תקציבית

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
מידע, מחקר וניטור אחר מצב הבריאות והפערים בבריאות	מחקר	הקצאת משאבי מחקר לאומיים	הגדלת ההוגנות בהקצאת משאבים של המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ומועצת הבריאות	500	בסיס
מידע, מחקר וניטור אחר מצב הבריאות והפערים בבריאות	מחקר	מחקרי הערכת התערבויות	תקצוב ייעודי לצורך ביצוע מחקרי הערכה להתערבויות בתחומי תוכנית זו	3,000	חד פעמי
מידע, מחקר וניטור אחר מצב הבריאות והפערים בבריאות	מידע	פלטפורמה למעקב אחר שיפור ומגמות לאורך זמן	שכלול הפלטפורמות הדיגיטליות [משרד וקופות] באופן שיאפשר הנגשה והחצנה של מידע וניטור אחר פערים בתוצאים, תשומות ותפוקות הבריאות ברמת דת, לאום, מגדר, ישוב וכדומה וניטור אחר הישגי תוכנית זו	10,000	חד פעמי
מידע, מחקר וניטור אחר מצב הבריאות והפערים בבריאות	מידע	מידע בנושא לאום	הסדרת האפשרות למתן מידע למשה"ב וקופה"ח על לאום ודת	-	
כ"א	יצוג הולם	יצוג הולם	מחקר הערכה על מצב השילוב של עובדים ערבים בקופות החולים ובארגונים נוספים שאינם חלק משירות המדינה	500	חד פעמי
כ"א	יצוג הולם	יצוג הולם	שילוב משמעותי של מומחים רלוונטיים במסגרת מועצת הבריאות, המועצות הלאומיות ובמסגרת ועדות מקצועיות של המשרד תוכניות לאומיות	-	
כ"א	יצוג הולם	יצוג הולם	הגדרת יעדים קונקרטיים ליחידות מטה המשרד והנחיות לעידוד קופה"ח בנושא שילוב ערבים במטה	-	
כ"א	יצוג הולם	יצוג הולם	מלגות עידוד לצורך הגדלת היצוג של ערבים בעתודות הניהול דוגמת ענבר ועתודות ישראל	300	בסיס
כ"א	יצוג הולם	יצוג הולם	פתרון לחסם הגיאוגרפי לעבודה במטה בירושלים בשותפות עם נציבות שירות המדינה (הסעות וכדומה)	3,000	בסיס
כ"א	כ"א- כללי	הגדלת היצע העוסקים במקצועות בחוסר	תוכנית מנהיגות וחניכה של אנשי ונשות בריאות בבתי ספר תיכונים; דגש על מקצועות בתחום הרווחה (פסיכולוגים, עו"סים וכדומה)	20,000	בסיס

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
כ"א	כ"א- כללי	הגדלת היצע העוסקים במקצועות בחוסר	תוכנית למצטיינים- מסלולים לימוד בתחומי בריאות; דגש על מקצועות בתחום הרווחה (פסיכולוגים, עו"סים וכדומה)	30,000	
כ"א	כ"א- סיעוד	הגדלת היצע העוסקים סיעוד דרום ומז'ים	הרחבה מתונה של הכשרות ללימודי סיעוד דרום הארץ ואזור ירושלים	5,000	בסיס
כ"א	כ"א- סיעוד	הגדלת היצע העוסקים סיעוד בברהצ דרום ומז'ים	הרחבת תוכניות הכשרה על-בסיסיות לאחיות בריאות הציבור בדרום ובאזור ירושלים	5,000	בסיס
כ"א	כ"א מקצועות שפתיים	הגדלת היצע העוסקים קלינאות	עידוד נשים ערביות בדואיות ללימודי קלינאות בדרום (הסעות, הרחבת השתתפות בשכר לימוד וכד)- הרחבת מספר הסטודנטים והרחבה לשכר לימוד מלא	6,120	בסיס
כ"א	כ"א מקצועות שפתיים	הגדלת היצע העוסקים ריפוי בעיסוק בדרום ובמז'ים	בחינה של האפשרות למסלול יעודי בדרום הארץ ובאזור ירושלים בתחום ריפוי בעיסוק ותמיכה לנשים בדואיות ונשים ממזרח ירושלים [הסעות, שכר לימוד ליווי אקדמי]	6,120	בסיס
כ"א	כ"א מקצועות שפתיים	הגדלת היצע עוסקים מקצועות שפתיים דרום	שיווק והעלאת מודעות למקצועות הבריאות להם ביקוש נמוך יותר- קלינאות, ריפוי בעיסוק; כולל סרטוני שיווק ועבודת שטח מול תלמידים	2,000	בסיס
כ"א	כ"א- חוקרים	הגדלת היצע המומחים והחוקרים במקצועות הבריאות (לימודים מתקדמים)	מענקי עידוד לסטודנטים/יות ערבים/יות שסיימו תואר אקדמי ראשון באחד ממקצועות הבריאות לטובת לימודים לתארים שני ושלישי.	2,000	בסיס
כ"א	כ"א- רופאים ראשונים	שיפור איכות הטיפול ברפואת המשפחה	הכשרה מקצועית של רופאים העובדים במרפאות רפואה ראשונית ללא התמחות ברפואת משפחה	5,000	בסיס

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
כ"א	כ"א- רופאים ראשוניים	הגדלת היצע רופאי שיקום	תמריצים במטרה להגדיל את מספר המתמחים/ות הערבים/יות ברפואת משפחה ורפואת ילדים	7,000	בסיס
כ"א	כ"א מקצועות שפתיים	הגדלת היצע העוסקים בתזונה	תמריצים להרחבת השדות הקליניים בתחום התזונה	3,000	חד פעמי
כ"א	כ"א מקצועות שפתיים	הגדלת היצע העוסקים בתזונה	תמריצים לקופות החולים לקליטה של דיאטנים/יות ערבים/יות בישובים ערבי ו להרחבת שעות משרה וכן לתת התמחות דוג סוכרת, נפרולוגיה וכדומה	2,000	בסיס
כ"א	כ"א מקצועות שפתיים	הגדלת היצע העוסקים בתזונה בדרום	עידוד נשים ערביות בדואיות ללימודי תזונה בדרום (הסעות, הרחבת השתתפות בשכר לימוד וכד)- הרחבת מספר הסטודנטים והרחבת המענים בתוכנית שער לאקדמיה	6,120	חד פעמי
כ"א	כ"א- סיעוד	אקדמיזציה של אחיות מעשיות בדואיות	מסלול לימודי המשך ייעודי באוניברסיטת בן גוריון, להכשרת אחיות מוסמכות אקדמיות, לנשים ערביות בדואיות מדרום הארץ	7,000	בסיס
כ"א מקצועות שפתיים	כ"א- כללי	הגדלת היצע העוסקים במקצועות בחוסר	תוכנית הסבה לאקדמאים ערבים ממקצועות בהם יש רוויה תעסוקתית למקצועות במצוקה דוגמת תזונה, ברה"נ ועוד	5,000	בסיס
כ"א	כ"א- בוגרי חו"ל	הגדלת היצע העוסקים במקצועות בחוסר	המשרד יתכנס להערכת צרכים ובעיות בנושא יחד עם השחקנים הרלוונטים ויציע תוכנית עבודה בנושא הכשרה ושילוב בתעסוקה בתחום הבריאות של ערבים בוגרי מוסדות לימוד מחוץ לישראל, תוך שנה מיום החלת הממשלה	3,000	בסיס
כ"א	כ"א- מז ירושלים	איכות העוסקים ורגולציה על השירותים במזרח העיר	המשרד יתכנס להערכת צרכים ובעיות בנושא יחד עם השחקנים הרלוונטים ויציע תוכנית עבודה בנושא החסמים בתחום התעסוקה של ערבים בוגרי תוכניות לימוד בבריאות המגיעים ממזרח ירושלים, תוך שנה מיום החלת הממשלה	-	
כ"א	זמינות שירותים	זמינות שירותי רפואה ראשוניים ושניוניים	תמריצים לצמצום פערים ברפואה ראשונית ומקצועות ללא הפנייה (דגש נגב)	50,000	חד פעמי

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
תשתיות	נפש	זמינות ופרישת שירותי בריאות נפש בקהילה	פיתוח נקודות שירות בבריאות הנפש באזורים/יישובים להם אין נגישות טובה לשירותים קיימים	50,000	חד פעמי
תשתיות	שיקום	זמינות ופרישת שירותי שיקום	פיתוח מרכזי שיקום בקהילה באזורים/יישובים להם אין נגישות טובה לשירותים קיימים	50,000	חד פעמי
תשתיות	מניעה	מרכזי מניעה וטיפול רב מקצועיים	חמישה מרכזים רב תחומיים ברחבי הארץ שיתנו מענה רב-מקצועי תוך יישוג לקהילה ביישובים הערביים הסמוכים בתחום המניעה הראשונית ושניונית, חינוך לבריאות וטיפול, בריאות האשה	60,000	חד פעמי
תשתיות	חירום	ניידות טיפול נמרץ	הוספת ניידות לטיפול נמרץ ואמבולנסים ביישובים הערבים, כולל הכשרת נהגים ופרמדיקים מהאוכלוסייה באזורים בהם מחסור בתשתיות פיזיות ושילוט	15,000	בסיס
תשתיות	חירום	מודעות וידע בציבור אודות התנהלות במצבי חירום	הכשרות והסברה בחברה הערבית להגברת המודעות וביצוע הדרכות בהחייאה ועזרה ראשונה.	3,000	בסיס
תשתיות	חירום	ציוד רפואה דחופה	פריסת ציוד החייאה ועזרה ראשונה ביישובים הערבים	2,000	חד פעמי
תשתיות	חירום	מרכזי חוסן	הקמת 3 מרכזי חוסן לשעת חירום ביישובים ערבים ו/או מעורבים, צפון תחילה	7,500	בסיס
הסברה	ידע ומודעות	קמפיינים	קמפיינים בערבית בנושאים הבאים: אורח חיים בריא ופעיל, תזונה ומניעת סוכרת, בריאות הנפש, תאונות בית וחופץ (ילדים) ועישון	10,000	בסיס
הסברה	מימוש זכויות	אי מימוש זכויות והיענות לטיפול	עובדים יעודיים בפניות ציבור, מרכזי זכויות ולשכות הבריאות לצורך יישוג אקטיבי בדגש על התפתחות הילד, מוגבלות, ברה"נ וסל שיקום	10,000	בסיס
הסברה	הנגשה שפתית ותרבותית	הנגשה שפתית ותרבותית של שירותים	תקצוב להרחבת הנגישות השפתית במערכת הבריאות- תרגום בכתב של שילוט, חומרים וכד	700	בסיס

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
תשתיות	הנגשה פיזית	הנגשה פיזית של השירותים	חיזוק המערך של טל-רפואה ושל ניידות שירות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב כמענה לחסמי הגעה פיזיים לשירות מיפוי התקציבים התוספתיים ואופן הקצאתם ופעולות לתיקון	8,000	בסיס
רגולציה	מיפוי	חלוקת תשומות משה"ב	-	-	-
רגולציה	חלוקת תשומות	חלוקת תשומות קופה"ח	ניטור ופרסום החלוקה ההוגנת של משאבי קופות החולים לחברה הערבית באמצעות קביעת כללים מחייבים לקופות החולים בדבר דיווח על תשומות ותפוקות	-	-
רגולציה	בקרה	בקרות על איכות השירות	בקרות שוטפות במרפאות בחברה הערבית במסגרת הליך הבקרה בקופות החולים תוך שימת דגש על איכות השירותים שניתנים במרפאות, יחס אנשי/נשות המקצוע המומחים/יות והיקף המבטוחים/יות והמטופלים/ות ביחס לאנשי/נשות המקצוע.	-	-
רגולציה	שיתוף	שיתוף ציבור בהחלטות מדיניות	שיתוף מובנה באמצעות מפגשים עיתיים עם מטופלים, מטפלים וארגוני חברה אזרחית מקרב החברה הערבית כדי לשתף בתהליכי קבלת החלטות בנושא בריאות ושירותי בריאות, לשמוע על צרכים ולקדם פתרונות משותפים.	-	-
רגולציה	אכיפת עישון	פיקוח על עישון	משרות מפקחים אזרחיים מסומנים לערבים/ות, שיפעלו באמצעות אשכולות משרד הפנים או באמצעי אחר שיאפשר הרחבה של הסמכות לפיקוח ואכיפה עירונית בתחום העישון.	10,000	בסיס
סוכרת והשמנה	צוותי רפואה	חיזוק ופיתוח מנהיגות בקרב צוותי רפואה ראשוניים	תוכניות מנהיגות, הכשרה וליווי המקצועי לעובדים/ות במרפאות ראשוניות בישוים ערביים בתחום מניעה וטיפול בהשמנה ובסוכרת בגישה קהילתית	4,000	בסיס
סוכרת והשמנה	עבודה קהילתית	תוכניות התערבות עירוניות	תקציבים יעודיים לטובת פעילות עירונית מקדמת בריאות ובתוך כך למתאמי/ות בריאות עירוניים ולתפעול של יוזמות בריאות עירוניות בנושא	35,000	בסיס

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
סוכרת והשמנה	זמינות שירותים	הרחבת זמינות ואינטנסיביות השירותים והתאמה לצרכים	תמרוץ קופות החולים לצורך קידום העבודה עם מטופלים/ות עם טרום סוכרת, עם מטופלים/ות מקבוצות בסיכון כולל בברה"נ ועם מטופלים/ות סוכרתיים לא מאוזנים.	15,000	בסיס
סוכרת והשמנה	עבודה קהילתית	כח אדם מומחה בעבודה קהילתית	תמרוץ קופות החולים להעסיק מגשרות קהילתיות ערביות ומקדמ/ות בריאות ערבים/ות בעלות תואר אקדמי	4,000	בסיס
סוכרת והשמנה	מחקר ומדידה	מחקר	מחקר יעודי לגבי הרגלי צריכה של מזון וסל מזון בריא	30,000	חד פעמי
סוכרת והשמנה	בתי עסק	עבודה מול בתי עסק	פיילוט ייעוץ לרשויות מקומיות לעבודה עם בתי עסק ובתי ספר	1,000	בסיס
סוכרת והשמנה	בתי עסק	עסקים אינטרנטיים לאורח חיים בריא	הדרכה ויעוץ בתחומי בריאות דרך סניפי מעו"פ לעסקים אינטרנטיים	1,500	בסיס
סוכרת והשמנה	עבודה קהילתית	כח אדם ייעודי בלשכות	הקצאת משאבים לטובת חיזוק כח האדם הערבי בתחום התזונה וקידום הבריאות בכל אחת מלשכות הבריאות של משרד הבריאות לטובת . לצורך ליווי מקצועי של תוכניות אסטרטגית ותוכניות התערבות בישובים ערבים וכן במסגרות מיוחדות דוגמת מסגרות בתחום בריאות הנפש באשפוז ובקהילה ובמוסדות גריאטרים.	3,000	בסיס
סוכרת והשמנה	ידע ומודעות	הסברה	חיזוק מערך ההסברה הכללי ובתוך כך מערך ההסברה האינטרנטי הייעודית בשפה הערבית ברשתות חברתיות כך שתכלול עידוד יוזמות ויראליות בנושא והפצתן, עבודה מול קובעי דעת קהל, יצירת תחרות ויראלית בין בתי עסק בנושא מזון בריא ואוח חיים בריא וכדומה.	4,000	בסיס
סוכרת והשמנה	מחקר ומדידה	מדידה וניטור	עבודה מול מינהלת התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה, את האפשרות לשלב מדדי מניעה וכן משתנים המאפשרים לנטר אחר מצב הבריאות לפי לאום/מגדר/ישוב/מקום מגורים.	-	
בריאות הנפש	כ"א מקצועות שפתיים	הרחבת היצע הפסיכולוגים	הרחבת תוכנית המל"ג לעידוד והרחבת מספר הפסיכולוגים הערבים בישראל לכלל המוסדות האקדמיים הרלוונטיים (עשרה).	12000	חד פעמי

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
בריאות הנפש	כ"א מקצועות שפתיים	הרחבת היצע הפסיכולוגים	יגדלו, בהתאם לצורך, מספר המלגות לטובת ארגונים - בעדיפות לקופות החולים- שיקלטו ערבים/יות מסיימי/ות תואר שני בפסיכולוגיה לצורכי סטאז'	2000	בסיס
בריאות הנפש	כ"א מקצועות שפתיים	הרחבת היצע הפסיכותרפיסטים	תקציב להתאמת ההכשרה, שיווק ופרסום וחמישה מחזורי הכשרה נוספים בפסיכותרפיה לעובדים/ות סוציאליים/ות ולמקצועות בריאות נוספים מהחברה הערבית בעדיפות לבוגרי/ות תואר שני בעבודה סוציאלית או תואר שני טיפולי אחר	5000	מתפרס על פני 8 שנים
בריאות הנפש	כ"א מקצועות שפתיים	הרחבת היצע הפסיכותרפיסטים	תמריצים לארגונים במערך בריאות הנפש אשר ישלחו עובדים/ות חסרי/ות הכשרה בפסיכותרפיה להשלים את הכשרתם זו	200	חד פעמי
בריאות הנפש	כ"א מקצועות שפתיים	הרחבת היצע העו"סים בברה"נ	מענקים ודמי קיום לתמרוץ הסבה סטודנטים אקדמאים לעו"ס תואר ראשון ושני במטרה להפנות למערכי בריאות הנפש בשותפות עם משרד הרווחה	5000	חד פעמי
בריאות הנפש	כ"א מקצועות שפתיים	הרחבת היצע העו"סים בברה"נ	מלגות קליטה לארגונים לצורך התמחות הבוגרים/ות בעו"ס	3000	בסיס
בריאות הנפש	כ"א מקצועות שפתיים	כשירות תרבותית בקרב העוסקים	הכשרות מטפלים/ות קיימים/ות במערך בריאות הנפש הממשלתי וכן מקופות החולים בנושא כשירות תרבותית בבריאות נפש	2000	בסיס
בריאות הנפש	כ"א מקצועות שפתיים	הגדת היצע הפסיכיאטרים- מבוגרים וילד	במסגרת תוכניות המענקים לשנים הבאות יינתנו מענקים מוגדלים לערבים/יות מסיימי/ות סטאז' ברפואה שיפנו להתמחות בתחום הפסיכיאטריה והפסיכיאטריה של הילד	2000	בסיס
צמצום עישון	צוות משימה	צוות ייעודי	צוות משימה ייעודי במשרד הבריאות למניעה, צמצום וגמילה מעישון שיפעל בקרב החברה הערבית	תקנים	
צמצום עישון	מוקד גמילה	הרחבת שירותי מוקד גמילה לצורך יישוג אקטיבי	הרחבת השירות בשפה הערבית שתינתן במסגרת המוקד הטלפוני לגמילה מעישון שיופעל על ידי משרד הבריאות	500	בסיס
צמצום עישון	מחקר	מחקר	מחקרים ייעודיים והערכה של תוכניות התערבות בנושא עישון+ מחקרי בנושא מחלות ריאה	500	בסיס

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
צמצום עישון	עבודה קהילתית	יועצי גמילה וסדנאות בקהילה	עבודה מול קופות החולים, מוסדות אקדמים וגופי חברה אזרחית לטובת הפעלת מערך מקצועי של יועצי/ות גמילה שיפעילו סדנאות מניעה וגמילה מעישון בבתי ספר ובגנים ביישובים ערבים, בקרב נותני/ות שירות רפואיים ערבים, במוסדות דת, הכשרת אימאמים וסוכני שינוי נוספים מהחברה האזרחית והאקדמיה ועוד, מתוך הבנה וכוונה שכל אלו יכולים לשמש כסוכני שינוי	15,000	בסיס
צמצום עישון	ידע ומודעות	קמפיינים	קמפיינים והסברה בערבית במגוון הנושאים, כגון מניעת התחלה עישון בצעירים, עידוד גמילה מעישון במבוגרים, חשיפה לעישון פאסיבי וכדומה	3,000	בסיס
צמצום עישון	אכיפת עישון	אכיפה	תגבור הפיקוח והאכיפה על עישון ביישובים ערביים	תוקצב בסעיף 41	
צמצום עישון	ידע ומודעות	יועצי גמילה במערך האשפוז	מינוי יועץ גמילה מעישון ערבי בבתי חולים	6,000	בסיס
צמצום עישון	אכיפת עישון	אכיפה	מעורבות במניעת פתיחתם של "בתי נרגילה" בשותפות עם המועצות המקומיות	-	
צמצום עישון	הכשרות צוותים	הגדלת האיתור ושיפור הטיפול במחלות ריאה	הכשרה ייעודית של רופאי המשפחה בנושא איתור וטיפול במחלות ריאה	5,000	בסיס
צמצום עישון	זמינות שירותים	הגדלת האיתור ושיפור הטיפול במחלות ריאה	הגדלת זמינות השירותים והציוד בנושא איתור וטיפול במחלות ריאה	10,000	חד פעמי
שנות חיים ראשונות	כ"א	הגדלת היצע אחיות בטיפות חלב בנגב ובמז.ים	מלגות עידוד ומענקי עבודה למועמדים/ות ערבים/ות שסיימו תואר אקדמי בסיעוד, בדגש על נשים בדואיות מהנגב ומאזור ירושלים, לטובת עידוד פניה להכשרה על-בסיסית בסיעוד בבריאות הציבור	10,000	בסיס
שנות חיים ראשונות	כ"א	הגדלת היצע מקצועות בריאות נוספים בתחום התפתחות הילד בנגב ובמז.ים	מענקי עבודה למועמדים/ות ערבים/ות, בדגש על נשים בדואיות מהנגב ומאזור ירושלים, שסיימו תואר אקדמי באחד ממקצועות הבריאות הנוספים או לרופאים/ות מומחים/ות ברפואת ילדים תמורת מחויבות לעבודה בטיפות החלב, קופות החולים (בתחום ילדים) או מכוני התפתחות הילד במשך 5 שנים	5,000	בסיס

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
שנות חיים ראשונות	עבודה קהילתית	הרחבת המגשרים הקהילתיים	הרחבת מספר מגשרי הבריאות בקופות חולים/ טיפות החלב, נשים וגברים, שתפקידם הדרכת בתחום מניעה וקידום בריאות בטיפת החלב וכן בתחום החוסן החברתי והרגשי לשעת חירום, בקהילה ובבית המבוטחים/ות	7,500	בסיס
שנות חיים ראשונות	ידע ומודעות	ידע ומודעות בריאות הפה והשן	הרחבת המענים בתחום הדרכות בתחום מניעת מחלות פה ושיניים בקרב תינוקות בשנות החיים הראשונות ובקרב ילדים	2,500	בסיס
שנות חיים ראשונות	זמינות שירותים	הרחבת זמינות שירותי התפתחות הילד, ליווי הריון	תמרוץ קופות החולים בנושא חיזוק השירותים בשנות החיים הראשונות, מהם - במערכי התפתחות הילד, בתחום רפואת בילדים וברפואת נשים	35,000	בסיס
שנות חיים ראשונות	עבודה קהילתית	הגדלת היצע מומחי ברה"צ בלשכות	כ"א ייעודי לטיפות החלב של "משכילה/ ערבי/ה" בתחום בריאות הציבור וקידום בריאות, התזונה ומקצועות הבריאות הנוספים. התקנון יעשה אופן מוגבר בלשכת בריאות מחוז דרום ובמחוז ירושלים.	תקנים	
שנות חיים ראשונות	מיצוי זכויות	מיצוי זכויות	כח אדם שעיסוקו יישוג אקטיבי לטובת מיצוי זכויות והתמצאות במערכת הבריאות בהתייחס להורים המתמודדים עם צרכים בתחום התפתחות הילד.	4,000	בסיס
שנות חיים ראשונות	תשתיות	שירותים אינטגרטיביים	מרכזי גיל רך אינטגרטיביים במזרח העיר ובנגב במספר רשויות מקומיות בהן מבוטחים פעוטות בסיכון גבוה לתחלואה והיפגעות. המרכזים יפעלו באמצעות צוות רב-מקצועי שיציע שירותי הדרכה ומניעה, אבחון וטיפול, העשרה ופגאי משותף הורים-ילדים, בשעות הבוקר ואחר הצהריים. המרכזים יתנו שירות "כוכב" למבוטחים/ות נוספים/ות בטיפות חלב קרובות ובמרכזים קהילתיים ובאמצעות ביקורי בית.	50,000	בסיס
שנות חיים ראשונות	תשתיות	הנגשה פיזית של השירות ויישוג	שתי מרפאות ניידות (דרום- ירושלים, מרכז- צפון) שיתנו טיפול משולב בתחום בריאות בשנות החיים הראשונות- מניעה וקידום בריאות, תזונה, איתור וטיפול בתחום התפתחות הילד	600	בסיס
שנות חיים ראשונות	תשתיות	תשתית פיזית	תקציב ייעודי לשדרוג והתאמה של טיפות חלב - שיפוץ, הצטיידות והתאמה למענים קיימים ונוספים.	40,000	חד פעמי

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
שנות חיים ראשונות	תשתיות	ציוד	ציוד נייד לצורך איתור בעיות שמיעה בפעוטות בנגב	500	חד פעמי
שנות חיים ראשונות	תשתיות	ציוד	תקציב ייעודי לשדרוג ועיבוי הציוד ביחידות להתפתחות הילד בדרום הארץ ובאזור ירושלים.	500	חד פעמי
שנות חיים ראשונות	ידע ומודעות	הסברה	תקציב ייעודי ינתן לטובת הסברה במדיה ובאינטרנט בנושאים שהקשורים בשנות החיים ראשונות- תחלואה, היפגעות ועוד.	2,000	בסיס
שנות חיים ראשונות	הכשרות צוותים	הכשרה וחיזוק הכלים לצוותים	הכשרות יעדיות לצוותי בריאות העוסקים בשנות החיים הראשונות, בדגש על מזרח ירושלים ואזור הנגב, בנושא עבודה קהילתית בשנות החיים הראשונות, איתור מוקדם של בעיות התפתחות וכדומה.	1,000	בסיס
		צוות יעודי תמותת תינוקות מומים והיפגעות	צוות משימה במשרד הבריאות לטובת פעילות למניעה ולצמצום תחלואה ותמותה נמנעת של תינוקות וילדים בגיל הרך ולמניעה ולצמצום תמותה והיפגעות כתוצאה מתאונות בית וחץ		
שנות חיים ראשונות	צוות משימה		תקנים		
שנות חיים ראשונות	עבודה קהילתית	מניעת מומים והיפגעות	תקציבים למדידה והתערבויות: מדידה בתחום צמצום מומים ותחלואה נמנעת ומניעת היפגעות פעוטות וילדים. הדגש ינתן לטובת הגדלת כח אדם ייעודי לנושא, הרחבת זמינות וסוגי המענים, יישוג אקטיבי אחר משפחות בסיכון, ביקורי בית ותוכניות התערבות יעדיות.	15,000	בסיס
שנות חיים ראשונות	עבודה קהילתית	מניעת עששת ילדות מוקדמת בקרב ילדים	תקציבים למדידה, התערבויות	5,000	בסיס

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
בריאות האישה	מחקר ומדידה	מחקר ואיתור חסמים לניצול מיטבי של שירותי בריאות ומימוש זכויות:	מחקר ואיתור חסמים לניצול מיטבי של שירותי בריאות ומימוש זכויות:	300	חד פעמי
בריאות האישה	הכשרות צוותים	איתור אלימות נגד נשים ופגיעות מיניות	חומרי הסברה בערבית (מותאמים תרבותית) לאנשי/נשות צוות ולמבוטחי/ות מערכת הבריאות ולמרכזי סיוע ומוסדות לנשים מוכות; הכשרות לצוותי בריאות במרפאות ראשוניות, בקרב רופאי/ות נשים ובטיפות החלב	1000	חד פעמי
בריאות האישה	הכשרות צוותים	דיכאון אחרי הלידה	חומרי הסברה בערבית (מותאמים תרבותית) לאנשי/נשות צוות ולמבוטחי/ות מערכת הבריאות באמצעות; הכשרות לצוותי בריאות במרפאות ראשוניות, בקרב רופאי/ות נשים ובטיפות החלב; מענים בטיפות חלב באמצעות עו"סים	1000	חד פעמי
בריאות האישה	זמינות שירותים	מניעה מוקדמת של סרטן השד	בחינת האפשרות לניידות ממוגרפיה והסברה לאומית וקופתית בקרב מטופלות וצוותים בנושא		
בריאות האישה	כ"א	תגבור מענים פסיכוסוציאליים לנשים בפוליגמה	מענה בטיפות חלב ע"י עוסיות בריאות	1,000	בסיס
בריאות האישה	כ"א	מיצוי זכויות נשים בפוליגמיה	מענה בסרוקה	200	בסיס
תשתיות בישוב	פעילות גופנית	תנאים תומכי הליכות ופג.ג	הנגשה של מדרכות, מסלולי הליכה, תאורת לילה ושטחי משחק, פנאי ופעילות גופנית- דרך מרכזי מסגרת	70,000	חד פעמי
תשתיות בישוב	תשתיות סניטציה	מניעת סביבה פוגעת	הסדרה של ביוב ומי שופכין (בתיאום עם החלטת ממשלה 3790) ופינוי אשפה. דגש מיוחד ינתן לישובים בהם מפגעים מרובים ואקוטיים דוגמת מזרח ירושלים.	100,000	חד פעמי

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
תשתיות בישוב	כ"א	כח אדם מקצועי בישוב	[בחינת אפשרות להצבה דרך רווחה כממוני בריאות ישובי] הצבת מקדמי/ות בריאות לצד תזונאים/יות בישובים הגדולים ביותר בהם שיעורי תחלואת לב וסוכרת הגבוהים ביותר	10,000	בסיס
תשתיות בישוב	כ"א	כח אדם מקצועי בישוב	מענקי עידוד לצורך הקמה של מחלקות בריאות ברשויות המקומיות הערביות או לחילופין להרחבת מחלקות תברואה או ספורט	20,000	בסיס
תשתיות בישוב	כ"א	כח אדם מקצועי בישוב	כינוס צוות עבודה בינמשרדי פנים-בריאות לבחינת האפשרות לחקיקה סטטוטורית בנושא מחלקת בריאות		
תשתיות בישוב	ידע ומודעות	ידע ישובי בבריאות	יעוץ רשויות מצטיינות (922) לרשויות אחרות+ תקצוב עודף למתן שירות לכפרים סמוכים; יעוץ דרך אשכולות אזוריים+ הקצאת תקציב משרד הפנים לכפרים הבדואים	15,000	בסיס
תשתיות בישוב	עבודה קהילתית	תוכניות התערבות ישוביות	קולות קוראים לארגונים חברתיים שיציעו מחקרי הערכה מעצבים או תוכניות התערבות ישוביות או אזוריות ב- 5 הנושאים במוקד מסמך זה/ או דרך פורום חברה אזרחית באשכולות	2,500	חד פעמי
השכלה וחינוך	השכלה וחינוך	הסברה לקהל היעד	ימי הדרכה ושעות פיתוח מקצועי למנהלים, מורים וגגנות- תזונה, עישון, נישואי קרובים, תאונות בית וחץ	2000	בסיס
השכלה וחינוך	השכלה וחינוך	הדרכה ופיקוח על בתיס וצוותים	רפרנטים מחוזיים: כח אדם יעודי במשרד החינוך שיעסוק ביישום התוכנית לצד תמיכה מקצועית לצוותי ההוראה בבתי הספר ואת הרגולציה על בתי ספר ערביים	תקנים	
השכלה וחינוך	השכלה וחינוך	פיתוח חומרי לימוד	תקציב ייעודי לצורך פיתוח תכני לימוד, הכשרת צוותי הוראה והתערבויות בית ספריות בתחום הבריאות.	2,000	חד פעמי
השכלה וחינוך	השכלה וחינוך	השכלה גבוהה	קרן ייעודית לטובת עידוד השכלה גבוהה בקרב ערבים, תוך תעדוף נשים.	10,000	בסיס

פרק	תת-פרק	הנושא	הפעולה	עלות (אש"ח)	בסיס/חד"פ
עוני ורווחה	עוני ורווחה	מוותרים על טיפול בגלל עלויות ישירות או נלוות	הרחבת התקציב לצרכים מיוחדים ברווחה לצורך סיוע בהפחתת השתתפויות ומימון נסיעות למבוטחים ערבים	20000	בסיס
עוני ורווחה	עוני ורווחה	מיצוי זכויות למבוטחים ערבים בעוני בממשק בין המערכות	יועצי בריאות בתוך מרכזי עוצמה (בדומה לממוני תעסוקה/ יועצי חובות)	4000	בסיס
גזענות, אפליה והדרה	גזענות, אפליה והדרה		קול קורא להקמה של קבוצת מחקר בנושא גזענות אפליה והדרה במערכת הבריאות	500	בסיס
גזענות, אפליה והדרה	גזענות, אפליה והדרה		הכשרות למטפלים ובקרב מוסדות לימוד בנושא	250	בסיס
גזענות, אפליה והדרה	גזענות, אפליה והדרה		קמפיין הסברתי בנושא "אפס גזענות במערכת הבריאות"	1000	בסיס
מנגנון היישום	מנגנון היישום		ועדה מייעצת	0	0
מנגנון היישום	מנגנון היישום		כח אדם למטה יישום עם זרועות מחוזיות	4 תקנים	
מנגנון היישום	מנגנון היישום		דוח התקדמות שנתי ע"ב הפלטפורמה הדיגיטלית	1500	בסיס