

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

פיתוח סט מדדים לאומי לשיקוף פערים בבריאות ובשירותי הבריאות

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

ד"ר רחלי ווילף-מירון, מנהלת התכנית למדידת זמני המתנה ברפואה, מכון גרטנר
 ד"ר שלומית אבני, מנהלת אגף לתכנון ומדיניות, משרד הבריאות
 גב' ליאורה ולינסקי, אחות מפקחת ארצית בבריאות הציבור, משרד הבריאות

מילות מפתח

אי שוויון, פערים, בריאות, שירותי בריאות, משפיעים חברתיים, מתודולוגית דלפי, קונצנזוס, מדדים, לאומי

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

רקע. על רקע פערים סוציודמוגרפיים ניכרים במגוון מדדי בריאות, הוחלט במשרד הבריאות לקדם פיתוח של מטרות לאומיות מדידות לצמצום פערים.

מטרות. גיבוש הסכמה על סט לאומי של מדדי פערים בבריאות ובשירותי בריאות, במטרה לשקף תמונת מצב לציבור ולמקבלי החלטות, לייצר אחריותיות לצמצום פערים, ולכוון את פעילות המערכת לאור פערים אלו ולנטר מגמות עם הזמן.

שיטה. תהליך עבודה רב-שלבי: מיפוי נתוני אי שוויון מתוך כלל מקורות המידע הקיימים ודיאלוג עם בעלי תפקידים בתוך מערכת הבריאות; ביצוע גיאוקידוד באמצעות המרת כתובת המטופל למערכת גיאוגרפית מרחבית ושינוי לאזור גיאוגרפי סטטיסטי (אג"ס) והצמדת מאפיינים סוציודמוגרפיים לאג"ס. קריטריונים לסינון המדדים ונקבעו משקלות לקריטריונים. הוחלט על תהליך דלפי און ליין בשלושה שלבים, נבחרה פלטפורמה (תוכנת Qualtrix) לניהול התהליך. נבחרו 77 מומחים ונציגי ציבור להשתתף בתהליך הדירוג.

ממצאים עיקריים. בתהליך דורגו 30 מדדים, מחמישה תחומי תוכן. אחוזי ההיענות בסבב הראשון, השני והשלישי היו 96%, 88.9% ו-85%, בהתאמה. בסיום התהליך נבחרו 10 מדדים שקיבלו את הציון הגבוה ביותר: איזון סכרת, השמנה בילדים, ויתורים בתחום הבריאות, השמנה במבוגרים, כח אדם במקצועות הבריאות, היפגעות ילדים, עישון, תמותת תינוקות, נגישות לשירותי בריאות ומיטות אשפוז.

מסקנות. התהליך שתואר: חיבר בין מקורות מידע מגוונים ומערכת GIS כדי להתגבר על מכשולים קיימים באיתור פערים לפי מאפיינים סוציודמוגרפיים ברמת הפרט; גייס מגוון גדול של מומחים ונציגי ציבור לתהליך ההסכמה והשיג היענות גבוהה, שתתרום להטמעת המדדים על ידי המשתתפים. הושגה מידת הסכמה גבוהה עד מספקת בשלבי ההתייעצות השונים. המדדים שנבחרו מייצגים עולמות תוכן מגוונים, החל ממדדי מבנה, תהליך ותוצאי בריאות וכן מדדים מעולמות תוכן משיקים לעולם הבריאות.

המלצות/השלכות לקובעי מדיניות. המחקר הפיק סט מדדים מגוון שנתן ביטוי הולם למשפיעים החברתיים בבריאות ויעודד שיתופי פעולה בין מגזרים. יש ערך להציג את התהליך למקבלי ההחלטות בקופות החולים; להטמיע את המדדים במערכת BI של משרד הבריאות ולעקוב אחרי השפעת התערבויות על הפערים לאורך הזמן.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Development of a national indicator set, reflecting inequalities in health and health services

Investigators: full name and affiliations

Rachel Wilf-Miron, The Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research, Ramat Gan, Israel
Shlomit Avni, Ministry of Health, Jerusalem, Israel
Liora Valinski; Ministry of Health, Jerusalem, Israel

Key Words

Equity, health, healthcare services, indicators, national, Delphi, consensus.

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

Scientific Background. Considerable disparities have been reported in health and health services, between communities, populations, and regions of Israel.

The Objective of this study was to describe the process of reaching a consensus among experts and stakeholders on a limited set of national indicators, reflecting equity in health services and health outcomes.

Methodology. The study was designed as a multistage research. A) Identifying appropriate disparity measures. B) Agreement on the screening criteria and relative weight. C) Constructing the consultation framework as an on-line 3-round Delphi technique.

Findings. Thirty measures of disparity, presented to participants, belonged to the following domains: Health promotion (11 indicators); acute and chronic morbidity (11), life expectancy and mortality (2), health infrastructures, care and affordability (4); education and employment (2). Three "voting" rounds took place between February-May 2020. Of 77 contacted, 75 (97%) expressed willingness to participate. In the first round, 72 (96%) completed the survey and in the last round 55 - (74% of those invited to participate).

The leading ten indicators were: Diabetes care; childhood obesity, adult obesity, healthcare personnel, fatal childhood injuries, smoking infant mortality, inability to afford treatment or medication; access to mental health services; hospital beds. Agreement among raters (ICC) was 0.75.

Conclusions. The process succeeded in allocating sociodemographic and health characteristics to areas of residence using geographic information system. Diversity of participating experts and patient representatives allowed for a multidisciplinary, multi-level panel. The high response rate and good level of agreement between participants may facilitate acceptance and assimilation of the research output. The final list of 10 measures represents structure, process and outcomes and gives considerable weight to measures that lie at the interface between healthcare and other sectors.

Policy implications: The research produced a diverse set of indicators that could promote inter-sectoral collaboration at the level of Ministries and in the field. The process and its products may be introduced to policy-makers, especially in the HMOs; the selected measures should be incorporated into the MOH's Business Intelligence infrastructures, to allow monitoring over time of the effect of intervention, designed to reduce health disparities.

חלק ה': Executive Summary- English

Equity is the absence of avoidable, unfair, or remediable differences between groups of people, whether these groups are defined socially, economically, demographically or geographically or by other means of stratification. Recently, the equity discourse has put emphasis on the social determinants of health, which are the conditions in which people grow, work, live and age. Inequity in access to health care and education, work and housing conditions, and less healthy communities, are perceived as major contributors to health inequities within and between countries. Therefore, analysis of health inequities must take into account the effects of education, income, ethnicity or geography – on healthcare services and health outcomes.

Governments use national health-equity surveillance systems for routine monitoring of health inequity and the social determinants of health, and to evaluate the impact of health-equity policy and interventions. In Israel, academic and national bodies have documented disparities related to education, income and ethnicity. Coupled with a high national level of poverty and widening social disparities, this led the Ministry of Health (MOH) to decide on the development of a national set of equity indicators as part of its strategy to reduce health disparities. These indicators were intended to guide the long-term strategy toward health equity, reflecting the current status to policy makers and the public, and monitoring progress in reducing disparities over time.

The objective of this study was to describe the process of reaching a consensus among experts and stakeholders on a limited set of national indicators, reflecting equity in health services and health outcomes.

Methodology

The Israeli National Institute for Health Policy Research elected a steering committee to guide the research, which was designed as a multi-stage study.

A) Identifying appropriate disparity measures: a) Exploration of diverse data sources; Interviews with "information holders", such as the directors of the Israel Center for Disease Control (ICDC) registries; non-healthcare professionals, from the Ministries of Education, Welfare and the Central Bureau of Statistics.

b) Defining the required characteristics of a "good" indicator; c) Agreement on the social determinants of health to guide data analysis: age, gender, ethnicity,

religiosity, immigration, and socioeconomic status. Whenever data on ethnicity, immigration and income/education was unavailable at the individual level, it was derived from the socio-demographic characteristics of the residential neighborhood (n~3000 inhabitants), allocated from the citizen's home address.

B: Agreement on four screening criteria and relative weight: *public health importance* - the extent to which the disparity affects the health of the public, and the extent of population under influence (0.37); *disparity* characteristics – magnitude, number of social determinants involved, trends over time (0.26); *change potential* – feasibility of actions taken by the healthcare, education or welfare systems, to significantly reduce disparities (0.27); and public interest - how important is the issue and how unfair is the gap perceived to be by the public (0.10).

C: Constructing the consultation framework; 77 multi-sectoral and multi-level experts (78%) and patient representatives (22%) were asked to participate.

A 3-round Delphi was chosen to reach an agreement over a set of indicators. An online process, using the Qualtrics survey software, was designed. Indicators were presented in a clear manner, with disparities displayed by gender, age, SES, ethnicity, residence in the geographic periphery and immigration. Participants were asked to rate the importance of each of the disparity measures on a 4-point Likert scale where 1 indicates "not at all important" and 4 indicates "very important". At the end of the first and second rounds, all participants were exposed to the results of the scoring at this stage, with specification on how each criterion was graded.

Findings

Thirty measures of disparity, presented to the participants, belonged to the following domains: Health promotion; acute and chronic morbidity; life expectancy and mortality; health infrastructures and care affordability; education & employment. Three "voting" rounds took place, between February and May 2020. Of those contacted, 75 (97.4%) expressed willingness to participate. In the first round, 72 (96%) completed the survey. In the second round, 64 out of 72 participants (88.9) completed the survey and in the last round 55 (85.9%). Cumulative response rate=55/77=71.4%. The leading 10 indicators at the end of the third round were: diabetes care, obesity among children, obesity among adults, healthcare personnel, fatal childhood injuries, cigarette smoking, infant mortality, inability to afford treatment or prescribed medication, accessibility to mental health services, hospital

beds. Agreement between multiple raters (Intra Class Correlation – ICC=0.75 for the ten selected indicators in the last round) was good.

Conclusions

The research process succeeded in connecting between diverse information sources and a geographical information system, allocating sociodemographic characteristics to areas of residence. Diversity of the participating experts and patient representatives allowed for a multi-disciplinary, multi-level panel that contributed different points of view and expertise. The high response rate may help in acceptance and assimilation of the research output. We demonstrated a satisfactory level of agreement between participants in their rating of the measures' importance. The final list of 10 measures represents elements related to structure, process and outcomes and gives considerable representation to measures that lie at the interface between the healthcare and other sectors.

Policy implications and recommendations

The research produced a diverse set of indicators that could strengthen the accountability to reduce health disparities. These findings have the potential to promote inter-sectoral collaboration both at the level of Ministries and in the field. The process and its products might be introduced to policy-makers, especially in the HMOs as well as to the survey participants and to the public; the selected measures should be incorporated into the MOH's Business Intelligence infrastructures, to allow monitoring over time of the effect of interventions, designed to reduce health disparities. Targets for reducing disparities in the selected fields should be set, incorporated into the work plan of the healthcare system, and followed up for implementation; the whole process should be repeated within a few years.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

רקע מדעי

מרגרט וויטהד הגדירה הוגנות (equity) כ"העדר הבדלים שניתנים למניעה או לתיקון ואינם צודקים, בין קבוצות אנשים המוגדרים חברתית, כלכלית, דמוגרפית, גיאוגרפית או בדרכים אחרות.¹

לפי ארגון הבריאות העולמי, הוגנות משמעותה שלכל אחד יש סיכוי שווה להשיג את מלוא פוטנציאל הבריאות שלו.² פערים (disparities) או אי הוגנות (inequities) בבריאות מוגדרים כ"הבדלים ניתנים למניעה או בלתי צודקים בחשיפה ובפגיעות לגורמי סיכון לבריאות, תוצאים של שירותי בריאות והתוצאות החברתיות והכלכליות של תוצאים אלו.²

מאז שנת 2008, בה התפרסם דוח בנושא מטעם וועדה שהקים ארגון הבריאות העולמי, נותן שיח ההוגנות משקל גדל והולך למשפיעים החברתיים על הבריאות (social determinants of health). מדובר בתנאים בהם אנשים גדלים, עובדים, חיים ומזדקנים. חוסר הוגנות בחינוך, תנאי עבודה, דיור ונגישות לשירותי בריאות הם התורמים העיקריים לאי הוגנות בבריאות בתוך ובין מדינות.³ לכן, ניתוח של אי הוגנות בבריאות צריך להתחשב בהשפעות החינוך, ההכנסה, המוצא האתני והגיאוגרפיה – על שירותי הבריאות ועל תוצאי הבריאות.

לפי ברוורמן, ניטור הוגנות בבריאות הינו מאמץ של הקהילה המדעית, אך היעדים הבסיסיים שלו מוכוונים ע"י ערכים – עקרונות אתיים הנוגעים לצדק, זכויות אדם כולל הזכות לאי אפליה והזכות לבריאות. מכאן שעל הממשלות והארגונים שמשפיעים על הבריאות, מוטלת חובה מוסרת לצמצם פערים בבריאות.^{4,5}

מדינות רבות בעולם הקימו בשנים האחרונות מערכות למדידה וניטור שגרתי של הוגנות בבריאות ושל המשפיעים החברתיים על הבריאות. מערכות אלו משמשות להעריך את ההשפעה של מדיניות והתערבויות לקידום הוגנות.⁶

בארה"ב, התפתחו מערכות לניטור פערים בבריאות בשנות השמונים של המאה העשרים, על רקע פערים ניכרים בהכנסה ורמת עוני גבוהה. מדידת הפערים צמחה ממדידת בריאות האוכלוסייה, שאיתרה פערים במצב הבריאות ובתוצאי הבריאות בין תת אוכלוסיות שמוגדרות סוציו-דמוגרפית, למשל ע"י מוצא וגזע. אחת התוכניות הוותיקות למדידה ודיווח היא "Healthy People", בהובלת המרכז לבקרת מחלות (CDC). תכנית זו פרסמה לראשונה ב-1979 יעדים לקראת 1990 ב-15 תחומים מועדפים שבאים לידי ביטוי ב-226 תוצאים ספציפיים. מספר התחומים והמדדים גדל בהדרגה ובפרסום של 2010 (שנת מטרה 2020) הגיע כבר עד 42 תחומים וכ-1200 תוצאים. גם מספר הפרמטרים לאי שוויון (inequality)

parameters) גדל בהדרגה: אם בשנת 1979 האוכלוסיות שנטרו אופיינו רק ע"י מוצא וגזע, הרי שבהמשך התווספו מגדר, גיל, השכלה, הכנסה, מוגבלות, אזור גיאוגרפי ואוריינטציה מינית.⁷ הסוכנות למחקר ואיכות שירותי הבריאות (AHRQ) מפרסמת מזה 14 שנים ברציפות דוחות שנתיים על איכות ודוחות על פערים בבריאות, שהפכו עם הזמן לדוח לאומי אחוד של איכות ופערים.⁸ הדוח משקף בין השאר מגמות עם הזמן בפערים לפי מגוון פרמטרים דוגמת מוצא/גזע או הכנסה. יוזמה לאומית נוספת לניטור פערים בבריאות היא Health Disparities and Inequalities Reports של המרכז לבקרת מחלות, המספק ניתוח ודיווח של מגמות עדכניות בפערים עבור מדדי בריאות ומשפיעים חברתיים נבחרים, ב-29 תחומים, 6 מהם משפיעים חברתיים או סביבתיים. בהתבסס על סקירת ספרות ומפגש מומחים, המרכז לבקרת מחלות הוביל לאחרונה תהליך שתפוקתו היא סט המלצות באשר לאופן המדידה של הוגנות בבריאות. דוגמא לסוגיה הקשורה למדידה היא ההשפעה של בחירה בפער יחסי או מוחלט על הממצאים ומכאן על קביעת מדיניות והקצאת משאבים.⁹

במדינות כמו ארה"ב, בהן מדידה ושיקוף של פערים מתקיימות מזה מספר עשורים, נצבר כבר ניסיון שמאפשר ליצור "מפת דרכים" להקטנת פערים, לדוגמא פערי מוצא וגזע. מפת הדרכים מציגה את הפרקטיקות הטובות ביותר לצמצום הפערים. אחת ההמלצות מתייחסת לקשר בין איכות - שמשפרת תוצאי בריאות עבור כולם אבל לא בהכרח מצמצמת פערים - לבין הוגנות, תוך שימוש בתשתית האיכות והפיכת הוגנות לחלק אינטגרלי ממאמצי שיפור האיכות.¹⁰

בריטניה מתקיים ניטור של ממדים מגוונים של אי שוויון בבריאות, כחלק מניטור מדדי תוצא במסגרת תכנית אסטרטגית.¹¹ לכל אחד מיעדי העל של שירות הבריאות הלאומי נקבעו עשרות אינדיקטורים למדידת התקדמות. האינדיקטורים נבחרו לפי חמישה קריטריונים: (1) מבטאים את הביטויים המרכזיים של אי-שוויון בתוצאות; (2) משקפים תחומי התערבות בהם ל-NHS יש יכולת לעשות שינוי משמעותי ביחס לאי-שוויון שאנשים חווים; (3) משקפים תחומי מדיניות בעלי קדימות גבוהה (4) משקפים את רוחב היריעה ביחס לכלל האינדיקטורים; (5) מכסים משתנים רחבים ככל הניתן של אי שוויון (אתניות, אזור חברתי כלכלי, גיל, מין), ככל שהנתונים מאפשרים זאת. בין האינדיקטורים לאי שוויון שנבחרו בבריטניה – תמותה כוללת ולפי סיבות מובילות; אובדן תוחלת חיים בשל תמותה ניתנת למניעה; תמותת תינוקות; איכות חיים באנשים הסובלים ממחלות כרוניות; חווית המטופל משירותי רפואה ראשונית ושירותי אשפוז.¹² במסגרת Public Health Outcomes Framework יש התייחסות מיוחדת למשפיעים החברתיים על הבריאות לדוגמא שיעור הילדים מתחת לגיל 20 במשפחות החיות בעוני או פערי תעסוקה לרעת אנשים שסובלים ממצבים כרוניים או בידוד חברתי.¹³

בעקבות המלצות של דוח אסטרטגי שהפיק פרופ' מרמוט, מתפרסם החל משנת 2011 סט מדדים (Marmot indicators) ברמת הרשויות המקומיות. מדובר במדדי בריאות דוגמת אינדקס אי השוויון בתוחלת חיים בלידה, או מדדים שמעריכים את המשפיעים החברתיים, דוגמת חינוך, הכנסה, סביבה בנויה ועבודה. מדדים אלו מתפרסמים לפי 160 אזורים גיאוגרפיים.¹⁴

בבריטניה משתמשים בנתונים אדמיניסטרטיביים, דוגמת אשפוזים דחופים דרך חדר מיון בקרב מטופלים שסובלים ממחלות כרוניות ה"רגישות" לאיכות הטיפול בקהילה. בעזרת אינדיקטור עוני או חסר (deprivation index) של שכונת המגורים, ניתן להעריך את כמות האשפוזים העודפים עקב אותם פערים חברתיים.¹⁵

צפון אירלנד הקימה מערכת לניטור פערים בבריאות ומפרסמת דוח שנתי שמציג פערים בהשוואה בין אזורים גיאוגרפיים של החמישון העני ביותר לחמישון הכי פחות עני. בדוח ניתן להוריד טבלאות ותמונות ולהפעיל "מסננים" וכן לעקוב אחרי מגמות עם הזמן.¹⁶

קנדה הגדירה בשנת 2016 חמישה פרמטרים לריבוד מדדי הוגנות: גיל, מין (כפי שנקבע בלידה), מגדר (לפיו חי האדם כיום), השכלה (5 קטגוריות) ואזור מגורים גיאוגרפי כפרי או עירוני.¹⁷

בקנדה התקיים תהליך לאיסוף ובחירת מדדים במרכזי רפואה ראשונית שמשרתים אוכלוסייה אבוריג'נית באזורים עירוניים עניים. המדדים נאספו אחרי סקירת ספרות וסריקת מערכות המידע של הארגונים. התקיימו ראיונות מעמיקים וקבוצות מיקוד עם מטופלים ואנשי צוות. 63 אנשי צוות השתתפו באחד או שני סבבי Delphi. בין הסבבים התבקשו 51 מטופלים לחוות את דעתם על המדדים. מתוך 42 מדדים, 17 נפלו אחרי סיבוב הדלפי הראשון ועוד 8 אחרי הסיבוב השני. סיבות לפסילה היו חשיבות נמוכה, חזרתיות והערכה כי אין סיכוי סביר לטיפול בבעיה שהמדד מציף. 17 מדדים נכללו בסט הסופי של מדדים שהוגדרו בקדימות גבוהה.¹⁸

ניו זילנד פיתחה אינדיקטור חסר אזורי ליחידות גיאוגרפיות קטנות יחסית, של 60-110 תושבים. אינדיקטור זה מאפשר להציג פערים במדדי בריאות, כמו השמנה או עישון, בהשוואה בין העשירון התחתון והעליון.¹⁹

בחמשת העשורים האחרונים התרחב באופן ניכר בסיס היעד המחקרי על פערים בבריאות. לפי זהות המחבר הראשי של המחקרים ניתן להתרשם ש-159 מדינות - בעיקר אירופאיות ואנגלוסקסיות ובעלות הכנסה גבוהה - תרמו לפרסומים אלו.²⁰

ארגון הבריאות העולמי פיתח, כחלק מבניית יכולות למדידה וניטור של המשפיעים החברתיים ושל הוגנות בבריאות, מסגרת מכוונת הוגנות ליצירת חיבור בין בריאות ומגזרים אחרים (EQuAL), שמטרתה לאפשר תשתית מדידה וניטור אחידה של תחומים קליניים נבחרים, משפיעים חברתיים ואינדיקטורים.²¹ הארגון גם מרכז, החל מ-2015, מסגרת מאגדת של נתוני אי הוגנות מהמדינות החברות, במגוון תחומי בריאות. הניטור מכיל מרכיבים של איסוף, ניתוח ודיווח, הן ברמה גלובלית והן ברמה לאומית.²²

קבוצת עבודה המשותפת לגורמים בארגון הבריאות העולמי וגורמי בריאות הציבור הקנדיים, פרסמה בספטמבר 2018 מתודולוגיה להצעה וסינון של מדדים שמשקפים את המשפיעים החברתיים על הבריאות. בין התובנות שהם הפיקו בתהליך: צורך בגיוון של משתתפי קבוצת העבודה וצורך להתמודד עם האתגר של מיעוט נתונים קיימים.²³ בין קריטריוני ההכללה למדדים לרשימה הראשונית, נדרשו האינדיקטורים לשקף תפיסת מדידה מרכזית; להסתמך על נתונים שקיימים לפחות 3 שנים (כדי למדוד את ההשפעה של התערבות) ולמדוד פעולה שניתנת לשינוי.

גופים שונים פיתחו בשנים האחרונות ארגזי כלים להערכת הוגנות בבריאות, דוגמת Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus) שהיא אפליקציה שמאפשרת לכל משתמש להעלות את בסיסי הנתונים שלו ולהעריך פערים במדדי בריאות, ברמה גלובלית לאומית או אזרית.²²

בישראל פרסמו בעשורים האחרונים אנשי אקדמיה וגופים לאומיים, דוגמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מחקרים ודוחות מגוונים על פערי בריאות הקשורים להשכלה, הכנסה או השתייכות לקבוצת מיעוט אתני.⁷ המסמך הראשון שריכז את הן היקף וחומרת הבעיה והן המלצות להתמודדות עמה ברמה הלאומית, היה הדוח של אפשטיין וחורב משנת 2007.²⁴ החל משנת 2010 מפרסם משרד הבריאות דוח שנתי "אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו", שמציג תמונת מצב, מגמות עם הזמן במדדי ליבה כמו תמותת תינוקות ותוחלת חיים. חלק מהדוחות התמקדו בניתוח ופרסום ממצאים בתחומים נבחרים, בנוסף למדדי הליבה. הדוח מכיל גם תיאור של פעילויות שנקטו היחידות הרלוונטיות של משרד הבריאות, ארבע קופות החולים ומוסדות אשפוז נבחרים. שתי קופות חולים (כללית שירותי בריאות ומכבי שירותי בריאות) פועלות החל משנת 2008 לקידום השוויון ופרסמו מדדי פערים נבחרים ומהלכים ארגוניים לצמצום פערים אלו. בשתי קופות אלו מאמצים לקידום הוגנות הם חלק מניהול האיכות.²⁵⁻²⁸ קופות החולים מאוחדת ולאומית שירותי בריאות החלו גם הן לצמצם פערים בעשור האחרון ואלהן הצטרפו גם מוסדות אשפוז.²⁹ תכנית המדדים הלאומית לרפואת הקהילה בישראל מודדת ומפרסמת אחת לשנה מקבץ מדדי איכות. התכנית מנתחת ומציגה פערים בין אוכלוסיות חזקות וחלשות סוציאקונומית – בשנים הראשונות לפי מאפיין שהוא

proxy (זכאים לפטור או הנחה מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי בריאות); החל מהדו"ח לשנת 2016-2018 מדדי האיכות מתפרסמים לפי מצב חברתי כלכלי (4 קבוצות סוציאקונומיות על בסיס ציון פוינטס).³⁰

כל הפרסומים שתוארו לעיל הציגו פערים ניכרים, לדוגמא פערים בתמותת תינוקות ותוחלת חיים בין ערבים ליהודים,³¹ או פערים בשימוש בשירותי בריאות ופערים בתוצאי בריאות, בין אוכלוסיות עם הכנסה נמוכה לאלו עם הכנסה גבוהה.³² אוכלוסיות נוספות בסיכון הם יהודים חרדים, עולים מברית המועצות לשעבר ומאתיופיה.

בעשור האחרון נוקטים משרד הבריאות וקופות החולים מאמצים ניכרים לצמצם פערים בבריאות. ועדיין, קיימים בישראל פערים בין קהילות, אוכלוסיות ואזורים גיאוגרפיים.³³ פערי בריאות אלו, בנוכחות תחולת עוני גבוהה בישראל ופערים חברתיים מתרחבים,³⁴ הביאו את מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות לצאת למהלך של הגדרת מדדים לאומיים שישקפו את הפערים בבריאות. מהלך זה נגזר הן מהתוכנית האסטרטגית של משרד הבריאות לצמצום אי שוויון לשנים 2017-2020, במסגרתה התחייב המשרד להגדיר מדדים לאומיים והן ממטרות העל של משרד הבריאות ששואף לפתח "אינדקס בריאות" לאומי, במסגרתו תהיה גם התייחסות לאי-שוויון.

המחקר שיתואר לעיל נערך ביוזמה ובהזמנה של מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי ובמימון וליווי מקצועי של המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות.

מטרות המחקר

גיבוש הסכמה על סט לאומי של מדדי פערים בבריאות ובשירותי בריאות, במטרה לשקף תמונת מצב לציבור ולמקבלי החלטות ולאפשר ניטור של מגמות עם הזמן.

שיטות המחקר

המחקר בוצע במספר שלבים.

1. איסוף מדדים המועמדים לסט המדדים הלאומי

א. סקירת מקורות מידע קיימים וגלויים:

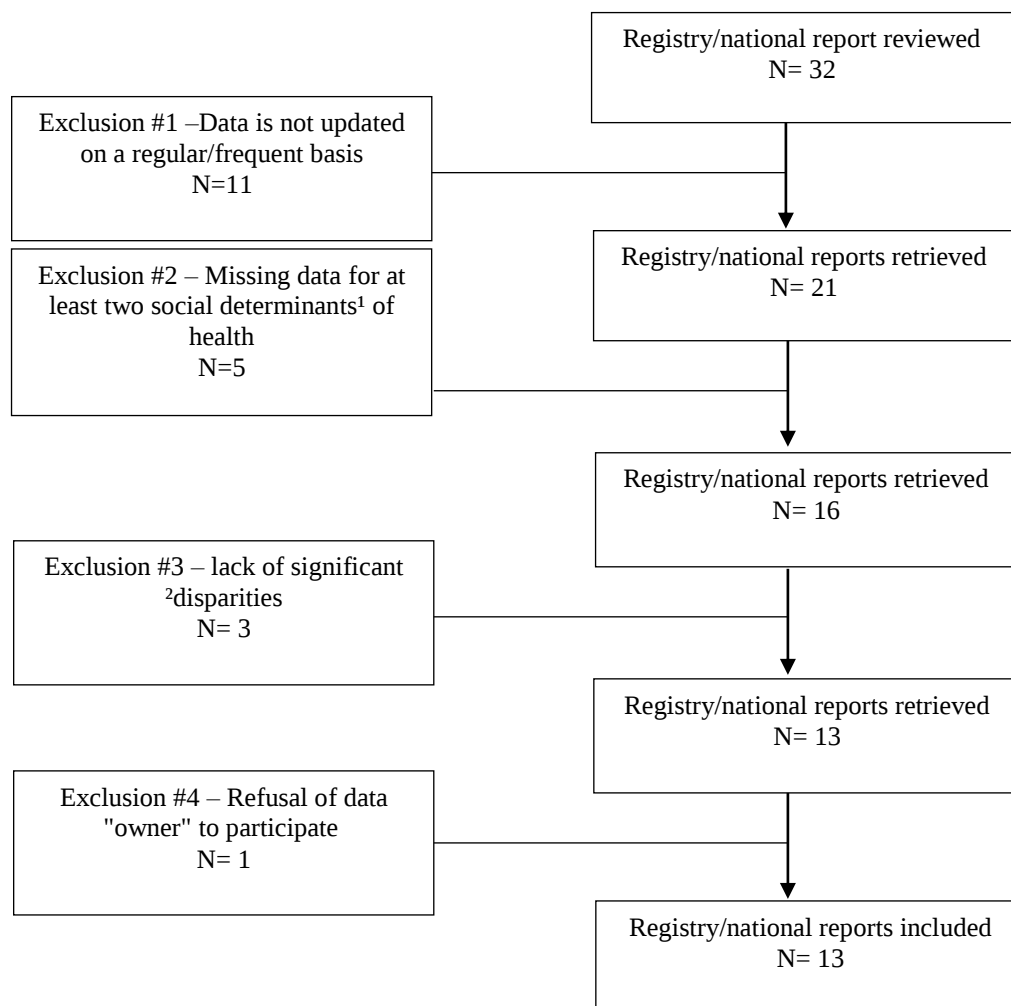
בשלב הראשון ביצענו סקירה מקיפה של כל מקורות המידע בתחומי הבריאות, החברה והרווחה, שנמצאים במרחב האינטרנטי ושקופים לציבור בטווח של 10 שנים אחורה. אותרו 32 מקורות מידע כאלו. בכל מקור מידע בחנו ומיפינו את הפערים הקיימים על פי **המאפיינים הסוציו דמוגרפיים הבאים**: גיל, מגדר, לאום, מצב חברתי כלכלי, הגירה, מדד פריפריאליות ומידת דתיות. לאחר מכן יצרנו קשר עם מגוון "בעלי מידע" למשל אחראי רשמים במרכז

הישראלי לבקרת מחלות, ונפגשנו עם כל אחד מהם לצורך היכרות עמוקה יותר עם מקור המידע, אופי הנתונים והפערים הקיימים.

במהלך הפגישות התקיים דיאלוג עם בעלי המדעים לגבי המלצתם, אילו מדדים מתוך כל מקור מידע מתאימים וראויים לדעתם להיכנס לסט המדדים הלאומי. כמו כן, נבחנה נגישות לבסיסי נתונים מפורטים ומקיפים יותר מאלו שהיו שקופים לציבור, לדוגמא רשם הסוכרת או רשמי הסרטן. נבחנה גם זמינות המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים שנמנו לעיל, לגבי כל אחד ממקורות המידע שלעיל.

בתום תהליך זה נבחרו 13 מקורות מידע. תרשים 1 מדגים את תהליך ניפוי מקורות המידע.

Figure 1. The process of identification and selection of data sources



¹ Age, gender, education, income (socioeconomic status), immigration, geography, ethnicity

² Relative disparity ≥ 1.1

ב. הסכמה על סט קריטריונים להערכת המדדים

קבוצת עבודה שכללה את חברי וועד החברה הישראלית לאיכות ברפואה ואת שלוש החוקרות שהובילו את המחקר, גבשה, על בסיס סקירת ספרות והתייעצות עם מומחי תוכן, הצעה לסט קריטריונים לפיהם יוערכו המדדים. הסט הראשון כלל תשעה קריטריונים ולאחר דיון בין חברות הצוות הוחלט על שישה קריטריונים שיוצגו לוועדת ההיגוי המלווה את המחקר. חברי וועדת ההיגוי שליוו את המחקר (n=9) באו מתחומי מדידת איכות, חקר פערים, כלכלה, מדיניות חברתית ומדיניות בריאות, וועדת ההיגוי הסכימה על גיבוש/צמצום הסט לארבעה קריטריונים: חשיבות ציבורית, אופי הפער, עניין ציבורי ופוטנציאל לשינוי. חברי הוועדה נתנו, כל אחד בנפרד, משקל לכל אחד מארבעת הקריטריונים, כאשר הסכום המקסימאלי הינו 100%. תוצאות הצבעת חברי הוועדה הראו כי חשיבות בריאותית היא הקריטריון החשוב ביותר (36.8%), אופי הפער ופוטנציאל לשינוי קבלו משקל יחסי של 25.6% ו-26.8%, בהתאמה. עניין ציבורי היה הקריטריון שדורג הכי נמוך (10.6%). לפירוט הקריטריונים והמשקל היחסי של כל אחד ראו טבלה 1:

טבלה 1: קריטריונים לניפוי מדדי פערים

שם הקריטריון	תיאור	משקל יחסי
חשיבות בריאותית	מידת ההשפעה של בריאות הציבור והיקף האוכלוסייה המושפעת	0.37
אופי הפער	גודל ומגמות: פער משמעותי, שאינו מצטמצם או מתרחב עם הזמן; פער ביותר ממאפיין (משפיע חברתי) אחד	0.26
עניין ציבורי	הנושא נתפס חשוב בעיני הציבור; הפער נתפס 'לא הוגן'	0.10
פוטנציאל לשינוי	מידת יכולתן של מערכות הבריאות, החינוך והרווחה, לעשות שינוי משמעותי לצמצום הפער	0.27

ג. בחירת מדדים לצורך הצמדת מאפיינים סוציודמוגרפיים לפי אזור המגורים

לאחר בחירת תחומי הידע שראוי להעמיק בהם, קיימנו סבב פגישות עם בעלי המידעים הנבחרים. בפגישות אלו נבחנו המשתנים שנאספים בכל תחום ומקור מידע, ויחד נבחרו אותם מדדים שראוי להעביר תהליך גיאוקידוד (geo-coding). גיאוקידוד מבוצע על ידי צוות BI-GIS באגף המחשוב של משרד הבריאות, באמצעות המרת תעודת הזהות המוצפנת של המטופל לכתובת, זיהוייה במערכת גיאוגרפית מרחבית ושיוכה לאזור גיאוגרפי סטטיסטי

(אג"ס), של כ-3000 תושבים עם איפיונים דומים. מערכת שפיתחה חברה ישראלית בשם POINTS מאפשרת הצמדת כתובת המטופל למגוון מדדים סוציודמוגרפיים, המבוססים על הצלבה ושקלול של משתנים כלכליים חברתיים מפרסומים של גופים ממשלתיים וגופי מחקר וממצאים ממחקר פנימי של פוינטס מול בסיסי נתונים אגרגטיביים של כל אוכלוסיית המדינה. מדובר במערכת עם שיעור כיסוי גבוה יותר (כ-95% מאוכלוסיית המדינה) ותדירות עדכון גבוהה יותר, בהשוואה לדירוגי אג"סים ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המדד המוביל הוא ציון חברתי-כלכלי (על סולם מ-1 עד 10). לאזורים חרדיים וערביים יש סולם חברתי כלכלי נפרד. מדדים נוספים ברמת אג"ס הם שיעור החרדים, יוצאי ברית המועצות לשעבר, ערבים ויוצאי אתיופיה. בשונה מהדירוג החברתי כלכלי, כל האחרונים מדורגים לפי סולם קטגוריאל - (ללא, שיעור) נמוך, בינוני, גבוה וגבוה מאד).

הרשמים שנבחרו לעבור גיאוקידוד הם: סכרת, סרטן- מעי גס, ריאות ושד, דיאליזה, ממוגרפיה ושבץ מוחי.¹ בנוסף, נלקחו נתונים לצורך גיאוקידוד ממקורות המידע הבאים: התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים, מדידות משקל וגובה לצורך חישוב מסת גוף בתלמידי בתי הספר בכיתה א' וכיתה ז'. נלקחו נתונים גם מהמקורות הבאים: דו"ח שר הבריאות על עישון, פעילות גופנית, התכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה, ונתונים על זמני המתנה לתחילת טיפול פסיכותרפי מהאגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות.

התפוקה של התהליך שתואר לעיל הניבה 30 מדדים שנבחנו לאור סט הקריטריונים.

2. בניית מסגרת ההתייעצות לצורך גיבוש סט מדדי פערים לאומיים

במקביל לתהליך שתואר בסעיף 1, גובשה התקבלה החלטה לגבש תהליך התייעצות לצורך השגת הסכמה רחבה על סט המדדים הנבחר, ³⁵ לצורך תכנון התהליך התייעצנו עם גב' עדי בן מרדכי, מנהלת תחום שיתוף ציבור וד"ר פאולה פדר-פוביס, מומחית למחקר איכותני וחברת סגל בפקולטה למדעי הרווחה ובריאות, אוניברסיטת בן גוריון שהפכה משלב זה ואילך למומחית מלווה לתהליך.

א. בחירה וגיוס של משתתפי תהליך ההתייעצות

צוות החוקרות בהתייעצות עם וועדת ההיגוי, קבע "מפתחות" לבחירת מומחים ונציגי הציבור - תחום מומחיות (שיווין, מדידה, איכות, בריאות הציבור), מגזר מקצועי (רפואה, סיעוד, מקצועות הבריאות, חינוך, רווחה), דרג (מנהל בכיר, מנהל זוטרי, עובד מן השורה), תחום ייצוג (בית חולים, קהילה, אקדמיה), ומומחים בבריאות מקרב קבוצות מוחלשות (החברה הערבית, יוצאי אתיופיה, אוכלוסייה חרדית, אוכלוסיה הסובלת ממוגבלות נפשית). בתום

¹ רשם בריאטרי עבר תהליך של גיאוקידוד אך עקב סוגיות מתודולוגיות וסטטיסטיות לא נכלל בתהליך הדלפי
טופס 6.06
16
2017

התהליך נבחרו 77 אנשים. אחת החוקרות הראשיות בצעה שיחת טלפון אישית לכל אחד מהמועמדים, בה הוסברו מטרת ההתייעצות ומה נדרש מהמשתתף (כולל הצורך להשקיע זמן בשלושת השלבים). כל אחד מה-77 התבקש להביע "הסכמה להשתתף". אם התקבלה הסכמה, נשלח לאחר השיחה מכתב הסבר מקיף למייל האישי (נספח 1). להלן תחומי התוכן שהמומחים ונציגי הציבור מייצגים: אקדמיה (מכוני מחקר ואוניברסיטאות) – 35%; מהמשתתפים; אספקת שירותי בריאות בקהילה ובאשפוז (רמות ניהול מגוונות, אנשי מקצועות הבריאות) – 29%; מגזר שלישי וארגוני מטופלים – 22%, משרדי ממשלה – 14%.

ב. מתודולוגיה ותשתיות

הוחלט להשתמש בטכניקת דלפי (Delphi) כדי להשיג הסכמה על סט המדדים הנבחר. דלפי היא שיטה שכיחה ומקובלת לאיסוף ושילוב של נתונים שנאספים באופן שיטתי ממגיבים שונים בתחום ההתמחות הרלוונטי לסוגיה הנבחנת, במטרה להגיע להסכמה מודעת על סוגיה מורכבת מהעולם האמיתי.³⁶ הטכניקה מנוהלת כתהליך תקשורת בין חברי הקבוצה, שמטרתו לקדם התלכדות של דיעות המשתתפים שהם מומחים או נציגי ציבור, בנושאים הקשורים למדיניות בריאות,^{37,38} לדוגמא - מדדי הוגנות ברפואה ראשונית. התהליך מתנהל לרוב ב-2-3 סבבים, כאשר הנושאים או המדדים שמקבלים את הציון הגבוה ביותר, עולים לשלב הבא.¹⁸

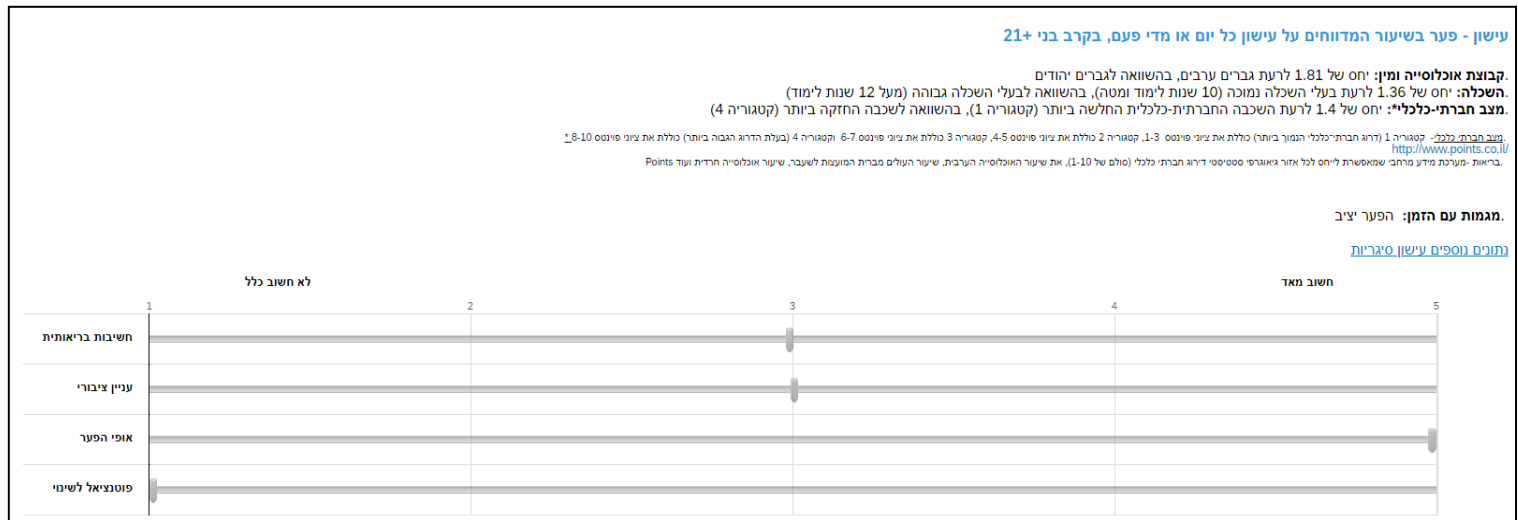
כדי לאפשר למומחים ונציגי ציבור מרחבי הארץ להשתתף, בחרנו בפורמט דיגיטלי. תוכנת Qualtrics לניהול סקרים נמצאה המתאימה ביותר, מבחינת נוחות ההתקשרות עם המומחים ונציגי ציבור, יכולת לשלוח תזכורות אוטומטיות ולהוסיף קבצי נתונים המלווים את המדדים שהוצעו.³⁹

כל המדדים הוצגו בצורה זזה, ובשפה שמובנת גם לנציגי ציבור, נציגי משרדי ממשלה וארגוני המגזר השלישי שאינם מתחום הבריאות: הגדרה בהירה של המדד (למשל פער בשיעור המדווחים על עישון כל יום או כמעט כל יום, בקרב בני +21); תיאור הפערים לפי המשפיעים החברתיים – ככל שהמידע קיים (למשל פער לפי מגדר, השכלה, קבוצות אוכלוסייה ודירוג חברתי כלכלי). ראו איור מספר 2:



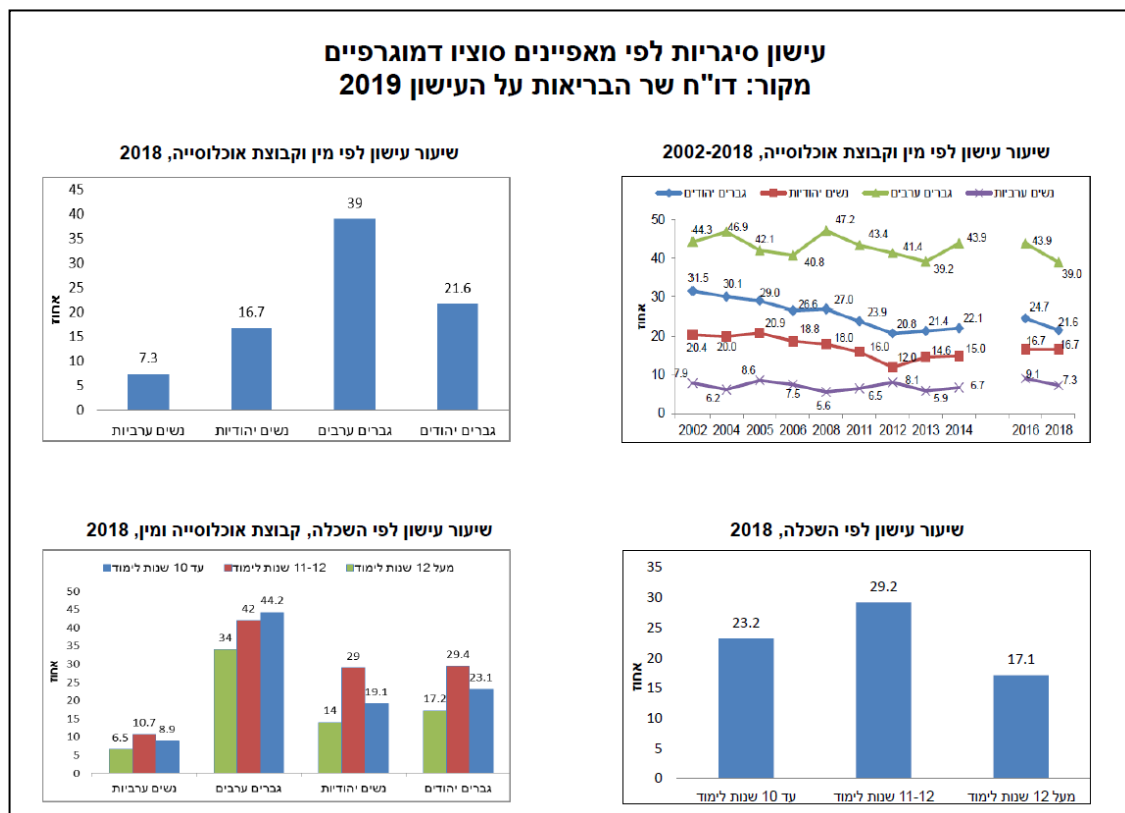
המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

איור 2: דירוג המדדים בפלטפורמת הדיגיטלית (Qualtrix)



למי שהיה מעוניין, ניתן ללחוץ על לינק "נתונים נוספים" ולקבל פירוט, לרוב בצורה גרפית, של המקורות לתיאור המדד. לדוגמא במקרה של עישון סיגריות, באיור 3 ניתן לראות כל נתוני הרקע.

איור 3: נתוני רקע- עישון





המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

עבור כל מדד, המשתתפים התבקשו לדרג את חשיבותו בעיניהם, על סולם ליקרט בן 5 נקודות כאשר 1=לא חשוב בכלל, ו-5=חשוב מאד, לפי ארבעת הקריטריונים שצוינו לעיל. כדי שהדירוג שלו ייחשב, נדרש המשתתף לדרג את כל המדדים. בסיום סבב ראשון (בלבד) ניתנה למומחים ולנציגי ציבור אפשרות להציע מדדים נוספים שלא עלו לדירוג והם מוצאים אותם ראויים. הוכן פורמט פשוט להצעה, שכלל בקשה לצרף נתונים התומכים בקיום פערים (איור 4).

איור 4: פורמט להצעת מדדים חדשים

פורמט להצעת מדד חדש (אופציונלי):	
שקופית זו הינה אחרונה. לסיום הסקר עליך ללחוץ על כפתור "הבא" באפשרותך להציע עד 3 מדדים נוספים. לכל מדד יש לציין את הפרטים הבאים: א. תחום המדד (לדוגמא: מיצוי זכויות בבריאות, חשיפה פסיבית לעישון סיגריות) ב. הגדרת המדד ואופי הפער (לדוגמא: פער בין אוכלוסייה חזקה וחלשה בממד הסוציו אקונומי). ג. הצגת הנתונים שתומכים בצורך לדון בממד. יש להתבסס על נתונים ברמה הלאומית המדגימים פער של לפחות 10% בין שתי האוכלוסיות הנבחות.	
הצעה למדד 1	
תחום המדד	
הגדרת המדד ואופי הפער	
הצגת הנתונים שתומכים בצורך לדון בממד	

תוצאות

30 מדדים שהוצעו בסבב ההתייעצות הראשון היו שייכים לחמשת תחומי התוכן הבאים: קידום בריאות (11 מדדים), תחלואה חריפה וכרונית (11), תוחלת חיים ותמותה (2), זמינות ונגישות שירותי בריאות (4), חינוך, השכלה ותעסוקה (2).

בסבב הראשון (16.2.2020) התבקשו המדרגים לדרג כל אחד מהמדדים לפי כל אחד מארבעת הקריטריונים. הציון שניתן לאותו מדד בסבב המסוים היה ציון משוקלל, לפי משקלו היחסי של כל קריטריון. ניתן למדרגים שבוע להשיב.

בסיום הסבב הראשון הציעו 11 משתתפים הצעות ל-19 מדדים חדשים. חלק מהמדדים נשלח שלא לפי הפורמט המומלץ וללא נתונים. החוקרות עשו מאמץ לאתר נתונים בעצמם. חמישה מתוך 19 המדדים שהוצעו היו עם נתונים שענו לדרישות ואושרו ע"י וועדת ההיגוי כמדדים מתאימים להיכנס לסבבי הדירוג השני והשלישי. בסיום הסבב הראשון מוינו המדדים

לשלושה שלישים לפי דירוג יורד: השליש הראשון (עשרת המדדים המדורגים גבוה ביותר) "נשמר" לסבב השלישי; השלישי השני עלה לסבב השני והשלישי השלישי (הנמוך ביותר) לא המשיך בסבבי הדירוג הבאים.

הסבב השני נערך כעבור שבועיים, (1.3.20), ונכללו בו 15 מדדים: 10 המדדים שהיו בשליש האמצעי בסבב הראשון, ודורגו על סולם בין 1-5, ללא שקלול קריטריונים מחדש, ו-5 מדדים חדשים שהוצעו ע"י המשתתפים ודורגו על סולם של 1-5 לפי ארבעת הקריטריונים (ציון כל מדד - משוקלל לפי משקל הקריטריונים). גם בסבב זה ניתן למדרגים שבוע להשיב.

הסבב השלישי התחיל באיחור (21.4.2020) בשל מגפת הקורונה והעומס על המשתתפים – בעיקר אלו שמתוך מערכת הבריאות. למדרגים התאפשר להגיב בפרק זמן ארוך יותר – שלושה שבועות. נכללו בסבב זה 10 מדדים שקיבלו את הציון הגבוה ביותר בסבב הראשון ו-10 מדדים שקיבלו את הציון הגבוה ביותר בסבב השני.

היענות: מתוך 77 מומחים שנוצר עימם קשר, 75 (97.4%) הביעו את נכונותם להשתתף. בסבב הראשון השלימו את הדירוג 72 מומחים מתוך ה-75 (96%). בסבב השני, 64 מתוך 72 (88.9%) סיימו את הדירוג ובסבב השלישי - 55 מומחים (86%). שיעור ההיענות הכולל על פני שלושת הסבבים – 55 מתוך 77 משתתפים שנעשתה אליהם פנייה - **71.4%**.

חישוב הסכמה בין מומחים בסבבי הדלפי: הליך ההסכמה וחישוב מדד ההסכמה בכל

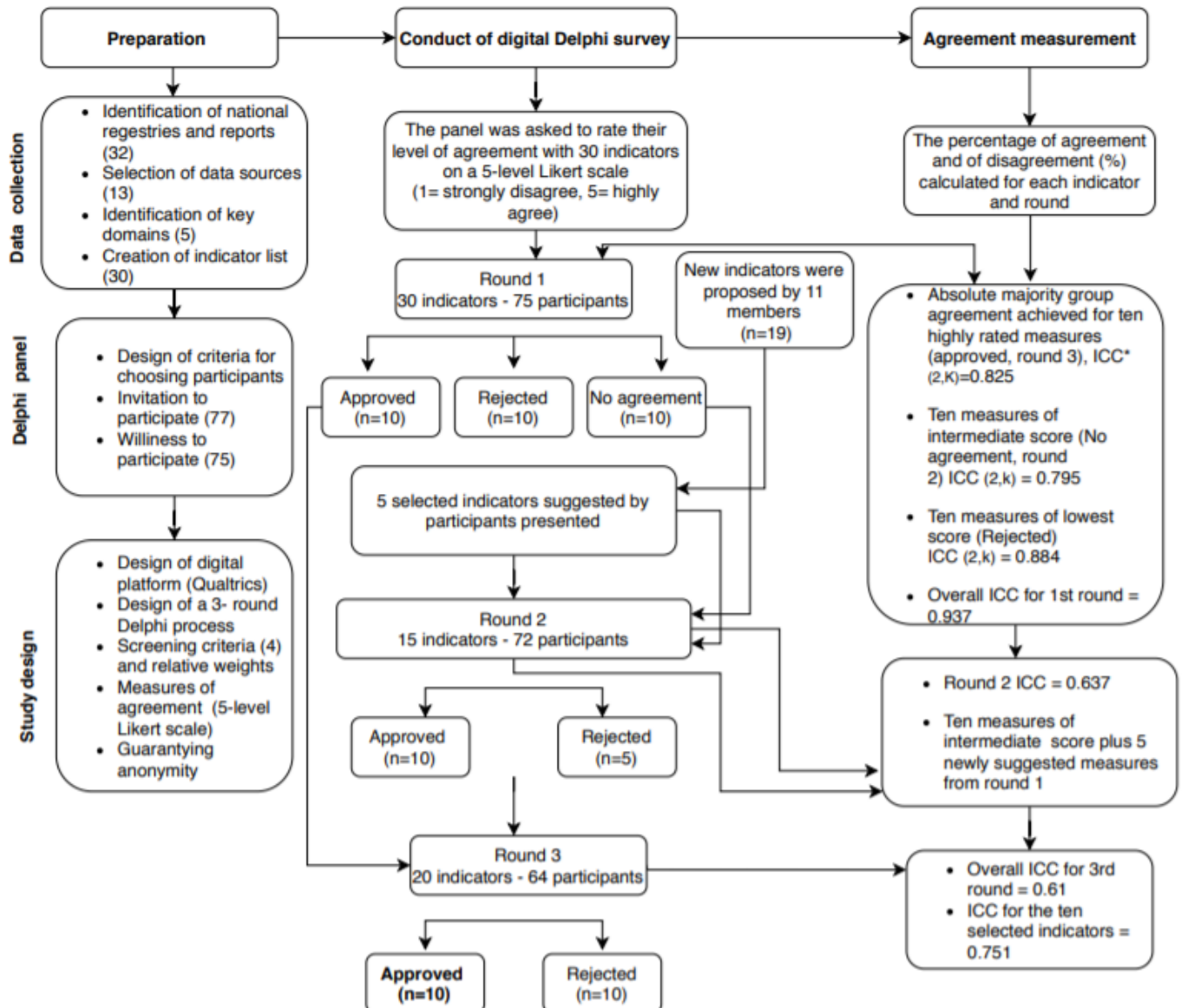
אחד מהסבבים נעשה בעזרת חישוב מדד הסכמה מסוג-

Intra-class correlation coefficient (ICC) Two-way random effects, absolute agreement, multiple raters measurements (with 95% confidence interval).⁴⁰

מדד זה מאפשר חישוב הסכמה בין שופטים ונחשב למדד המקובל במחקרים דומים.³⁵ ערך של ICC הקטן מ-0.5 מעיד על מהימנות נמוכה. ערך של 0.5-0.7 מעיד על מהימנות בינונית וערך של 0.75-0.9 מעיד על מהימנות טובה. ערך הגדול מ-0.9 מצביע על מהימנות מצוינת.⁴⁰

איור 5 מדגים את התהליך כולו.

Figure 5. Flowchart of the Delphi process for selecting indicators



*ICC =Intraclass correlation coefficient

טבלה 2 מפרטת את הציון שקבלו כל 30 המדדים, בכל אחד מהקריטריונים. ניתן לראות כי הקריטריון שקבל את הציון הגבוה ביותר על פני כל המדדים הוא חשיבות בריאותית והנמוך ביותר - פוטנציאל שינוי.

טבלה 2: ציון ממוצע שניתן לכל מדד פערים, עבור כל אחד מהקריטריונים

אופי הפער	פוטנציאל לשינוי	עניין ציבורי	חשיבות בריאותית	
4.08	3.59	4.08	4.64	עישון
3.73	3.3	3.28	4.39	פעילות גופנית
3.18	3.78	3.47	4.11	ממוגרפיה
3.16	3.77	3.33	4.36	מע' הגס סקר
2.65	3.59	2.58	3.65	שצי
3.21	3.71	3.9	4.59	חיסונים
3.45	3.6	3.07	3.84	טיפות חלב
4.1	3.73	3.53	4.27	דיכאון
3.41	2.56	2.95	3.44	הערכה עצמית של בריאות
3.75	3.92	3.33	4.14	בריאות השן
3.67	3.33	2.85	3.78	בריאות השן מבוגרים
3.97	3.53	4.01	4.62	השמנת יתר מבוגרים
3.49	2.6	2.97	3.86	מוגבלות תפקודית חמורה
4.03	3.93	3.79	4.71	סכרת
3.92	3.88	3.95	4.53	המצאות השמנה ילדים
4.04	3.6	3.92	4.6	שבץ מוחי
3.78	3.26	3.27	4.3	אי ספיקת כליות
3.3	3.07	3.32	4.16	סרטן הריאה
2.48	2.85	2.96	3.78	סרטן המעי אבחון
2.67	3.22	3.4	3.96	סרטן השד
3.71	2.9	3.97	4.3	תוחלת חיים
4.03	3.86	4.15	4.58	היפגעות בלתי מכוונת
3.75	3.29	3.82	4.15	אובדנות
3.64	3.77	3.68	4.18	בריאות הנפש
3.73	3.89	3.99	4.4	ויתורים בתחום הבריאות
3.79	3.7	4.16	4.18	כח אדם במקצועות הבריאות
3.64	3.48	4.21	4.11	מיטות אשפוז
3.67	3.29	3.9	3.62	השכלה
3.01	2.63	3.23	3.33	הכנסה

טבלה 3 מפרטת את הציון המסכם בכל אחד משלושת הסבבים למדדים שעלו לאותו סבב.

טבלה 3: תוצאות הדירוגים, לפי סבב התייעצות בטכניקת דלפי

הגדרת הממד	ציון סבב 1	ציון סבב 2	ציון סבב 3
שיעור בוגרים המדווחים על עישון כל יום או מדי פעם	4.2379		3.79
שיעור בני +21 העומדים בהמלצות לפעילות גופנית	4.2059	3.59	3.51
ביצוע בדיקת ממוגרפיה לאיתור סרטן השד	4.1946	3.57	3.66
ביצוע בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן מעי גס	4.1453	3.48	3.66
טיפול אנטיביוטי מניעתי סביב ניתוח לתיקון שבר צוואר הירך	4.1423		
מתן חיסוני שגרה לפעוטות עד גיל שנתיים	4.11	3.46	
ביקור ראשון בתחנת טיפת חלב במהלך השבועיים הראשונים שלאחר הלידה	4.093		
ציון בינוני וחמור בשאלון לאיתור דיכאון לאחר לידה	4.0582		3.68
הערכה עצמית של מצב הבריאות	4.007		
בריאות השן בקרב ילדים	3.9506	3.88	
בריאות השן בקרב בני +21 ומעלה	3.9263		3.64
המצאות השמנת יתר באוכלוסייה הבוגרת	3.9025		3.92
מוגבלות תפקודית חמורה בקרב בני +20	3.9016		
מדדי איכות הטיפול בסכרת	3.8384		4.09
המצאות השמנה בקרב תלמידי כיתות א' ו-ז'	3.7974		4.02
היארעות וטיפול בשבץ מוחי	3.7953		3.58
המצאות דיאליזה בחולי ספיקת כליות סופנית	3.791	3.75	3.47
היארעות סרטן הריאה	3.7871		
שלב המחלה בעת אבחון סרטן המעי הגס	3.7219		
שלב המחלה בעת האבחון של סרטן השד	3.7142		
תמותת תינוקות	3.6164		3.79
תוחלת חיים	3.5883	3.64	3.34
תמותת ילדים עקב היפגעות לא מכוונת	3.5		3.89
שיעור התאבדויות	3.5522	3.52	3.38
זמני המתנה לתחילת טיפול פסיכותרפי	3.3757	3.72	3.77
שיעור המוותרים על טיפול רפואי ותרופות	3.3445		4.02
פריסת כוח אדם מועסק במערכת הבריאות	3.2788		3.91
פריסת מיטות אשפוז ועמדות	3.1325	3.82	3.74
חינוך והשכלה	3.1024		
תעסוקה	3.0515		
מדדים חדשים			
היארעות עבירות אלימות חמורות		3.85	3.4
ירידה במשקל בקרב מבוגרים		3.49	
בדידות		3.49	
הימצאות וטיפול תרופתי בדמנציה		3.54	
נטל ההוצאה הפרטית לבריאות		3.52	

המדדים הנבחרים: עשרת המדדים שדורגו במקומות הגבוהים ביותר בסיום הסבב השלישי,

המסכם, מוצגים בטבלה 4.

טבלה 4: המדדים הנבחרים (לפי סדר יורד)

הגדרת הממד	ציון בסבב 3
איכות הטיפול בסכרת	4.09
המצאות השמנה בקרב תלמידי א' & ז'	4.02
ויתורים בתחום הבריאות	4.02
המצאות השמנה באוכלוסייה בוגרת	3.92
כח אדם במקצועות הבריאות	3.91
היפגעות ילדים	3.89
עישון סיגריות	3.79
תמותת תינוקות	3.79
זמני המתנה בבריאות הנפש	3.77

דיון ומסקנות

המחקר שתואר לעיל מתאר את כל שלבי התהליך לבחירה בסט מדדים מצומצם ומוסכם שנועד לשקף ולנטר פערים בבריאות ובשירותי הבריאות ולכוון את מאמצי מערכת הבריאות בנושא לשנים הבאות. במרכזו תהליך של שיתוף קבוצה גדולה מאד של מומחים ונציגי ציבור בהשגת הסכמה על סט המדדים הנבחר. התהליך שתואר לעיל הותאם לקהל מגוון – 78% מומחים שמעורבים באספקת השירות הרפואי, כולל מנהלים, מטפלים, מומחי תוכן וחוקרים. 22% היו מומחים מהמגזר השלישי, נציגי קבוצות מיעוט, ונציגי ארגוני חולים. צורת הצגת המדדים תוכננה כך שהתכנים יהיו ברורים ובהירים לכל המשתתפים, גם כאלה שאינם מתחום הבריאות. במקביל, הוצגו נתונים נוספים עבור כל אחד משלושים המדדים ואלו אפשרו למומחים (ולאחרים) להתעמק במקור הנתונים. תהליך ייחודי זה היה כרוך במספר אתגרים או קשיים פוטנציאליים, לאורם ראוי להעריך את התהליך:

מקורות מידע

במשך שנים ארוכות, עמד בפני חוקרים ומקבלי ההחלטות אתגר של נגישות למידע קיים או העדר מידע, על פערים בבריאות לפי מאפיינים סוציודמוגרפיים, ברמת הפרט. במהלך המחקר נעשה שיתוף פעולה ראוי להערכה בין שותפים שונים – (1) אחראי רשמים במרכז הישראלי לבקרת מחלות (תעודת זהות מוצפנת של מטופל שמופיע ברשם מחלה מסוימת דוגמת סוכרת או שבץ מוחי, מתורגמת לכתובת מגורים); (2) צוות GIS/BI במשרד הבריאות שבצע תהליך של גיאוקידוד והמיר כל כתובת לאזור גיאוגרפי סטטיסטי, במערכת

גיאוגרפית מרחבית שמכסה כמעט את כל תושבי המדינה ומתעדכנת באופן תכוף; לכל אג"ס הוצמדו המאפיינים הסוציודמוגרפיים שלו (למשל, שיעור גבוה מאד של ערבים, הציון הסוציאקונומי על סולם מ-1 עד 10); (3) צוותי היחידות למידע ומחשוב והיחידות לביו סטטיסטיקה וביו מתמטיקה ומרכז הידע בנושא אי שוויון במכון גרטנר היו אמונים על ניתוח הנתונים ויצירת מדדי פערים. שיתוף פעולה זה אפשר להעשיר את מגוון המדדים במאפיינים סוציודמוגרפיים, מעבר למה שהערכנו שניתן יהיה כאשר יצאנו לתהליך המחקר. אנו מאמינים כי המבנה הייחודי של המחקר – הזמנתו ע"י מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, כאשר מנהלת אגף מדיניות, ד"ר שלומית אבני היתה אחת משלוש החוקרות ושותפה פעילה בתהליך לכל אורכו – היה חיוני לשיתוף הפעולה הייחודי שתואר לעיל.

גיוס פאנל מגוון של משתתפים ועיצוב התהליך בהתאם

הושקעה תשומת לב רבה ביצירת תמהיל מדויק ככל שניתן של מומחים - הן מומחי תוכן והן מומחי תהליך; מייצגים רמות ניהול שונות; נציגי מגוון מקצועות הבריאות ועולמות תוכן מחוץ לעולם הבריאות (פנאל רב-מגזרי); נציגי הפריפריה החברתית והגיאוגרפית, קבוצות מיעוט ומהגרים; יצוג מגדרי ככל שניתן. באשר לנציגי הציבור, עמד לפנינו אתגר של ניהול תהליך שבו אין מקום להסבר מפורט על התהליך ובעיקר על המדדים שהוצגו – מה שהיה מתאפשר בתהליך הסכמה שהתבצע במפגשים "פיזיים". הבחירה בתהליך אינטרנטי הייתה את הכף לבחירה בנציגי בנציגי החברה האזרחית ונציגי ארגוני חולים (ולא דגימה של אזרחים) מתוך הבנה שיהיה להם הידע הבסיסי הנדרש כדי להשתתף באופן משמעותי ומודע בתהליך. ראוי לציין כי לכל משתתף ניתן "קול אחד בעל משקל שווה" – בלי קשר למקצועו, דרגתו הניהולית או מעמדו האקדמי. כך גדל הסיכוי למגוון קולות ודעות.

אחד הרווחים של גיוס והתגייסות מגוון מומחים ונציגי ציבור הוא הערכתנו כי, חלק ניכר מהמשתתפים יהיה מעורב גם ביישום המדידה וצמצום הפערים ולכן לבחירה ולשיתוף בתהליך יש משמעות גם לקבלה (acceptance) של תפוקות התהליך ע"י משתתפים מגוונים.

היענות

סוגייה זו עשויה להכשיל תהליך הסכמה. חוקרים מניחים כי, תהליכי הסכמה רבים לא פורסמו בספרות המקצועית בגלל היענות נמוכה ולכן לא ניתן היה להעריך מהי ההיענות הצפויה. העובדה ש-97% מאלו שפנינו אליהם הסכימו להשתתף, ושיעור ההיענות הכולל בשלושת הסבבים עמד על 71.4% (הסבב השלישי בעת מגיפת הקורונה היה בסיכון רב להכשיל את התהליך כולו; הוא הוריד את שיעור ההיענות בהשוואה לסבבים הקודמים אך עדיין השיג היענות מכובדת). היענות גבוהה כזו מעידה ככל הנראה על תכנון נכון של התהליך, בחירה מושכלת במשתתפים שאליהם פנינו, ובעיקר עניין גדול של המשתתפים בנושא וביכולתם להשפיע על כיווני הפעולה לצמצום פערים – עניין שבא לידי ביטוי בנכונות

להשקיע משאבי זמן. העובדה כי הפנייה למשתתפים נעשתה על ידי החוקרות, שעשו מאמץ לחלק ביניהן את הפנייה לפי היכרות עם המשתתפים, תרמה לנכונות להתגייס לתהליך.

הסכמה בין המדרגים

תוצאות ICC היו גבוהות בשני הסבבים הראשונים וסבירות בסבב השלישי; יחד עם זאת, יש חשיבות גדולה לחישוב מדד ההסכמה גם עבור התפוקה הסופית של התהליך – עשרת המדדים שנבחרו ע"י 55 המשתתפים בסבב השלישי והסופי, היה גבוה ($ICC=0.751$). אנו יכולים להעריך כי התפוקה שהתקבלה בסיום התהליך משקפת את דעת המשתתפים באופן משמעותי. הירידה במידת ההסכמה בין סבב ראשון ושני לבין סבב שלישי יכולה להיות מוסברת ע"י משך זמן ארוך מהמתוכנן בין שני הסבבים הראשונים והשלישי, שעשוי היה לאפשר "חשיבה מחודשת" של חלק מהמדרגים; מעבר מסולם דירוג מפורט לסולם "יחיד" לדירוג הזמין מעצם טיבו את המשתתפים לעשות "דירוג מהבטן", עובדה שעשויה לגרום שינוי במידת ההסכמה של משתתף נתן למדד.

בחירה במדדים מגוונים

ביציאה לדרך, לא היה ברור האם התפוקה הסופית תהיה מאוזנת בין תחומים קליניים שונים ותתן מקום גם לתחומים שמייצגים את המשפיעים החברתיים ואינם קליניים "טהורים". התפוקה להערכתנו מגוונת ומעניינת – כך למשל היא כוללת 3 מדדים מתחום קידום בריאות (עישון, השמנה בילדים והשמנה בבוגרים); מדד הקשור לחסמים כלכליים שמונעים ממטופל לממש את הזכות לבריאות (פערים בשיעור המוותרים על טיפול רפואי או תרופות במרשם רופא); מדדי מבנה (מיטות אשפוז וכוח אדם במערכת, זמני המתנה לטיפול נפשי) ומדדים שהטיפול בהם הוא הרבה מעבר לזה של מערכת הבריאות – תמותת ילדים עקב הפגעות, ועבירות אלימות חמורות.

ייצוג למגוון משפיעים חברתיים ולעשייה בין מגזרית

המדדים שנבחרו בסיום התהליך כוללים התייחסות לשניים או יותר מבין המאפיינים הסוציודמוגרפיים הבאים: מין, קבוצת אוכלוסיה (יהודי/ערבי), חרדיות, מצב חברתי כלכלי, השכלה, הכנסה, פריפריאליות גיאוגרפית. בכך הם מייצגים את השיח המרכזי בנושא פערים בבריאות – שיח שנותן מקום נכבד למשפיעי החברתיים ומעודד עבודה בין מגזרית – בריאות, רווחה, חינוך ומשרדים אחרים. בעשרת המדדים כלולים גם מדדים שמעצם הגדרתם נופלים בתחום אחריות של מספר מגזרים – כמו הפגעות קטלנית של ילדים או אלימות חמורה.

דירוג מושכל

קשה להעריך מה התהליך שעבר כל אחד מהמשתתפים בבואו לדרג ועד כמה הקדיש זמן למחשבה על כל אחד מהקריטריונים או האם נעשה חקר של המדדים באמצעות לימוד הנתונים הנוספים. יחד עם זאת, יש לנו מספר אינדיקציות לדירוג מושקע ומושכל: (1) דיווח אישי (במייל או בדרך אחרת) של המשתתפים ש"השקענו הרבה יותר זמן ממה שכתוב

במכתב הפנייה שהדירוג לוקח".... 2) ניתוח המשקל שניתן לכל אחד מהקריטריונים מעיד על כך שמרבית המדרגים הבינו עד כמה מורכב לחולל שינוי בפערים שהועמדו לדירוג, מה שבא לידי ביטוי בציון נמוך יחסית לקריטריון זה (פוטנציאל השינוי בהשקעה של משרד הבריאות ומשרדי ממשלה אחרים). 3) שינוי בדירוג בין סבב ראשון+ שני לבין הסבב השלישי, הקובע. אנו מניחים כי החשיפה של המשתתפים לדירוג הכולל של המשתתפים בסבבים הקודמים אפשרה להם לעשות חשיבה מחודשת רגע לפני תרומתם לבחירה בסט המדדים הסופי.

קבלה (acceptance) מקצועית של תפוקות התהליך

התהליך המחקרי נועד להמליץ על סט מדדים מוסכם שיתווה את מדיניות משרד הבריאות ואת התנהלות ספקי השירותי הרפואי בנושא צמצום פערים. תהליך מחקרי, מקצועי ומושקע ככל שיהיה, נדרש גם לתן תקן מקצועי כדי שניתן יהיה להסתמך עליו בקבלת החלטות. המכון הלאומי היה שותף מקצועי לניהול התהליך, בעזרת וועדת היגוי בת תשעה חברים, כל אחד בעל ניסיון ומעמד רלוונטי לנושא המחקר, שהוקמה לצורך ליווי והנחייה מקצועית של צוות החוקרות. נציגה בכירה של המזמין (משרד הבריאות) ויו"ר הגוף שעליו הוטלה המשימה (וועד החברה הישראלית לאיכות ברפואה) היו חלק מהוועדה. וועדה זו היתה מעורבת בקבלת ההחלטות בכל הצמתים המשמעותיים של המחקר, וסמכה את ידיה על התפוקה הסופית.

לסיכום, דלפי מקובלת כטכניקה מחקרית לגיטימית ותקפה, במיוחד במדעי הבריאות. הגדרה מדויקת של הסוגיות (במקרה שלנו – מהם המדדים החשובים ביותר לכוון את המאמצים הלאומיים לצמצום פערים), גיוס מומחים ונציגי ציבור מתאימים, שימוש בשלושה סבבים של דירוג ומתן משוב למשתתפים בין הסבבים, היו בין התורמים לאיכות התהליך. כל משתתף יכול היה לשקול מחדש את הדירוג שלו בסבב הקודם לאור תוצאות הפנאל כולו.

אנו מאמינים כי מתן אנונימיות למשתתפים כלפי חוץ (רק החוקרות יכלו, תאורטית, לדעת מי דרג איך, אך לא נעשה בזה כל שימוש בעת ההליך המחקרי) אפשרה למשתתפים להביע את דעתם הכנה, חופשיה מציפיות מהם כממלאי תפקיד מסוים.⁴¹

מצאנו את טכניקת הדלפי און ליין כמתאימה מאד להשגת קונצנזוס בין קבוצה גדולה מאד של משתתפים ונציגי ציבור. התהליך מתואר כ"חלופה נוחה, ישימה וקבילה לשיטה המסורתית מבוססת נייר".^{35,42}

הנוחות הייתה כפולה – הן למנהלי התהליך ובעיקר למשתתפים, מה שאפשר להם להיכנס ל"מעבדה הוירטואלית" מתי שהתאים להם, לדרג את המדדים ברצף אחד או במקטעים (ואף דרך הטלפון הנייד); נחסכו עלויות הכרוכות בהבאת עשרות אנשים עסוקים לחדר אחד מספר פעמים; נחסך זמן נסיעות יקר וכך ניתן היה לכלול בתהליך נציגים רבים של הפריפריה הגיאוגרפית.⁴³ קשה להמעיט בחשיבות הנגישות "מכל מקום בכל זמן" לאפשרות לסיים את

התהליך בעת מגיפת COVID-19, שעשויה היתה למנוע את סיום התהליך לו היה נשען על השתתפות פיזית של משתתפים.

התהליך שיתף מגוון גדול מאד של מומחים – הן בתהליך בחירת 30 המדדים שהוצגו לדירוג, והן בדירוג עצמו, שגייס מומחים מרמות ניהול ומגזרים מגוונים וכן נציגי החברה האזרחית וארגוני מטופלים. עובדה זו מגדילה את הסיכוי לבחירה מקצועית ונכונה, שנותנת מקום לקולות מגוונים של "שחקנים" מרקעים שונים.

התהליך נוהל תוך היצמדות למתווה מתודולוגי מוסכם לתהליך מסוג זה – מרגע שנבחר המתווה, הוא הכתיב את שלבי העבודה עד לסיום התהליך.

התהליך נוהל בשקיפות מלאה (תוך שמירה על האנונימיות המובטחת): כל אחד מהמדדים יכול היה לראות את נתוני הרקע לכל מדד שנבחר, ולהבין מדוע המדד עלה לשיפוט; כל המדרגים נחשפו לבחירה המצרפית של כלל המדרגים בשלב הקודם מה שאפשר לו לשקול מחדש את החלטתו לתת דירוג גבוה או נמוך למדד זה או אחר.

המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

המחקר שתואר לעיל הצליח להעמיד, לראשונה בישראל, סט מדדים מצומצם שנבחר ע"י קבוצה גדולה של משתתפים, ומטרתו למדוד פערים במגוון תחומי בריאות, לשקף אותם לציבור ומקבלי ההחלטות, לנטר מגמות עם הזמן ולעשות בהם שימוש לצורך הכוונת פעילות המערכת. בדרך זו ניתן יהיה גם לבחון האם התערבויות שנועדו לצמצם פערים במדד אחד או מקבץ מדדים, אכן ישיגו את מטרתן.

היענות מרשימה להשתתף של מומחים ונציגי ציבור, כולל נציגים נבחרים של ארבע קופות החולים, הביאה לכך שהבחירה בסט המדדים התחשבה במגוון דעות של נציגים בעלי רקע רלוונטי מגוון; היקף המשתתפים עשוי לתרום לקבלה של תפוקות התהליך על ידי קברניטי מערכת הבריאות ובשותפיהם במערכות אחרות.

בחירה בסט מדדים מגוון עשויה לסייע בהטמעת ערכי השוויון בבריאות במערכת הבריאות.

על רקע אלו, אנו ממליצים

1. לשקף את תפוקות התהליך למשתתפים - 75 משתתפים הוזמנו לתהליך הדירוג והביעו נכונות להשתתף בתהליך. מתוכם, סיימו 55 את כל סבבי הדירוג. אנו ממליצים לחשוב על מסגרת (פורום אינטרנטי? מפגש פיזי) להציג בפניהם את תפוקות התהליך. חלק מהם אף פנה אישית ובקש לדעת מהם המדדים הנבחרים. המלצתנו היא לכלול בתהליך את כל ה-75 (גם את אלו שנשרו בדרך).

2. **הטמעה וניטור רציף במערכות BI של משרד הבריאות:** אנו ממליצים להטמיע את סט המדדים בהקדם האפשרי במערכות הממוחשבות של משרד הבריאות, ולעדכן את המדדים לפחות אחת לשנה: למרות הרצון לכלול בסט הנבחר רק מדדים שמופקים באופן אוטומטי מהמערכות הממוחשבות, בנקודת הזמן הזו לא ניתן היה לוותר על תחומים חשובים שאינם עונים לקריטריון זה של זמינות נתונים שוטפת; אנו מקווים כי התהליך הזה יקדם הטמעה שלהם במערכות מידע ממוחשבות.

3. **לשקף את התהליך והתפוקות לציבור**

4. **להנגיש את התהליך למקבלי החלטות בארגוני הבריאות –** יש חשיבות להעביר את מהות התהליך והמשמעות של המדדים הנבחרים לשחקנים הרלוונטיים במערכת הבריאות – בעיקר מקבלי ההחלטות בקופות החולים.

5. **לקבוע יעדים לצמצום הפערים בתכניות העבודה של כלל מערכת הבריאות** ולבצע מעקב ובקרה אחר יישום תכניות אלו

6. **לבנות שותפויות ותכניות בין משרדיות לצמצום הפערים.** כפי שנכתב, חלק מהפערים נובע מגורמים שאינם תחת השפעתו הישירה של מערכת הבריאות, אך יש לכך השפעה רבה על בריאות האוכלוסייה. על כן ראוי כי מערכת הבריאות תפעל בשותפות עם גורמים נוספים לצמצום פערים אלו

7. **לבצע "רענון" של התהליך בעוד מספר שנים לא גדול.** יש מדדים חשובים שנשארו על שולחן העריכה, לעתים בגלל בעיות בזמינות הנתונים או בשיתוף פעולה של בעלי המידע. עד ל"רענון" או חזרה על תהליך דומה, אנו מקווים שמערכות המדידה יעברו כברת דרך, אולי גם בזכות התהליך שתואר לעיל ויאפשרו לכלול בתהליך מגוון גדול יותר של מדדים. אנו ממליצים כי תהליכים דומים שיתוכננו בתחום זה או בתחומים משיקים, ישתפו גם הם באופן עמוק ומשמעותי את "מזמין העבודה" שאחראי ליישום של התפוקות של תהליכים אלו. שיתוף כזה יגדיל את הסיכוי ליישום משמעותי.

"מזמין העבודה" הוא מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, הגוף שאמון בין השאר על מדיניות צמצום פערים. אנו מאמינים כי עובדה זו מגדילה את הסיכוי שסט המדדים שנבחר בתהליך שתואר לעיל, יהפוך מ"רשימת מכולת" למצפן שיכוון את תשומת הלב והמשאבים של מערכת הבריאות בשנים הקרובות.

רשימת מקורות

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Heal Promot Int*. 1998;6(3).
<https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/6/3/217/742216>. Accessed May 25, 2020.
2. WHO. *The Innov8 Approach for Reviewing National Health Programs to Leave No One behind: World Health Organization 2016*. (World Health organization, ed.); 2016.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250442/9789241511391-eng.pdf>. Accessed May 25, 2020.
3. WHO Commission on Social Determinants of Health & WHO. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report*.; 2008.
https://books.google.co.il/books?hl=iw&lr=&id=zc_VfH7wfV8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Commission+on+Social+Determinants+of+Health+-+final+report&ots=4w9fArQhgG&sig=tyFAq77uYKiqnMZeA1ac5Kh2KcU&redir_esc=y#v=onepage&q=Commission+on+Social+Determinants+of+Health+-+fin. Accessed May 25, 2020.
4. Braveman PA. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *J Heal Popul Nutr*. 2003;21:181-192. doi:10.2307/23499216
5. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. *Am J Public Health*. 2014;104(SUPPL. 4). doi:10.2105/AJPH.2014.302200
6. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
7. Abu-Saad K, Avni S, Kalter-Leibovici O. Health disparities monitoring in the U.S.: Lessons for monitoring efforts in Israel and other countries. *Isr J Health Policy Res*. 2018;7(1):1-14. doi:10.1186/s13584-018-0208-1
8. Rockville M. *2016 National Healthcare Quality and Disparities Report | Agency for Health Research and Quality*.; 2017. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqrdr16/index.html>. Accessed May 25, 2020.
9. Penman-Aguilar A, Talih M, Huang D, Moonesinghe R, Bouye K, Beckles G. Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity. *J Public Heal Manag Pract*. 2016;22(Suppl 1):S33-S42. doi:10.1097/PHH.0000000000000373
10. Training B. *Finding Answers Disparities Research for Change. A Roadmap to Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Care*.; 2014. www.solvingdisparities.org. Accessed May 25, 2020.
11. Department of Health. *The NHS Outcomes Framework 2016/17 Title: The NHS Outcomes Framework 2015/16*.; 2016. www.gov.uk/dh. Accessed May 25, 2020.
12. Department of health. *NHS Outcomes Framework 2015/6: Updated Equalities Analysis, March 2015*.; 2015. www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/. Accessed May 25, 2020.
13. Official Statistics. Public health outcomes framework: February 2018 data update - GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/statistics/public-health-outcomes-framework-february-2018-data-update>. Published 2018. Accessed May 25, 2020.

14. Public Health England. *Marmot Indicators for Local Authorities.*; 2017.
<http://www.instituteofhealthequity.org/about-our-work/marmot-indicators-release-2017>. Accessed May 25, 2020.
15. Cookson R, Asaria M, Ali S, Shaw R, ... TD-SS&, 2018 U. Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Elsevier* 198:148-156;2018 ..
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618300042>. Accessed May 25, 2020.
16. Department of Health Northern Ireland. *Health Inequalities – Annual Report 2018* |.; 2018.
<https://www.health-ni.gov.uk/news/health-inequalities-annual-report-2018>. Accessed May 25, 2020.
17. Canadian Institute for Health Information. *In Pursuit of Health Equity: Defining Stratifiers for Measuring Health Inequality — A Focus on Age, Sex, Gender, Income, Education and Geographic Location.*; 2018. www.cihi.ca. Accessed May 25, 2020.
18. Wong S, Browne A, Varcoe C, Lavoie J, One AF-Pl, 2014 U. Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PLoS One*. 2014;9(12).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257722/>. Accessed May 25, 2020.
19. Atkinson J, Salmond C, Crampton P. *NZDep2013 Index of Deprivation The Authors.*; 2014.
20. Cash-Gibson L, Rojas-Gualdrón D, One JP-P, 2018 U. Inequalities in global health inequalities research: a 50-year bibliometric analysis (1966-2015). *ncbi.nlm.nih.gov* 2018 ..
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5792017/>. Accessed May 25, 2020.
21. Pedrana L, Pamponet M, Walker R, Costa F, Rasella D. Global Health Action Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. *Taylor Fr*. 2016. doi:10.3402/gha.v9.28831
22. Hosseinpour AR, Schlotheuber A, Nambiar D, Ross Z, Ng N. Global Health Action Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus): software for exploring and comparing health inequalities using uploaded datasets Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus): software for exploring and comparing health inequalities using uploaded datasets. *Taylor Fr*. 2018;11. doi:10.1080/16549716.2018.1440783
23. Working Group for Monitoring Action on the Social Determinants of Health. Towards a global monitoring system for implementing the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: developing a core set of indicators for government action on the social determinants of health to improve health equity. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):136. doi:10.1186/s12939-018-0836-7
24. 2007 אפשטיין ל חט. אי הבריאות ובמערכת בבריאות שוויון; . www.taubcenter.org.il. Accessed May 25, 2020.
25. Balicer R, Hoshen M, ... CC-H services, 2015 U. Sustained Reduction in Health Disparities Achieved through Targeted Quality Improvement: One-Year Follow-up on a Three-Year Intervention. *ncbi.nlm.nih.gov* 2015 .. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693854/>. Accessed May 25, 2020.
26. Balicer RD, Shadmi E, Lieberman N, et al. Reducing health disparities: Strategy planning and 2017

- implementation in Israel's largest health care organization. *Health Serv Res.* 2011;46(4):1281-1299. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01247.x
27. Wilf-Miron R, Peled R, Yaari E, Vainer A, Porath A, Kokia E. The association between socio-demographic characteristics and adherence to breast and colorectal cancer screening: Analysis of large sub populations. *BMC Cancer.* 2011;11. doi:10.1186/1471-2407-11-376
28. Miron RW, Galai N, Lernau O. Organisational efforts to improve quality while reducing healthcare disparities: The case of breast cancer screening among Arab women in Israel. *qualitysafety.bmj.com* . 2010. doi:10.1136/qshc.2008.029645
29. Financial & Strategic Planning Administration M of H. *Coping with Health Inequalities: A Roadmap for Developing a National Plan.*
30. Calderon-Margalit Weissam Abu-Ahmed Arie Ben-Yehuda Ehud Horwitz Michal Krieger Orly Manor Ora Paltiel Yiska Weisband Yael Wolff-Sagy R. *2 National Program for Quality Indicators in Community Healthcare in Israel.*; 2017.
31. Chernichovsky D, Bisharat B, Bowers L, Brill A SC. The Health of the Arab Israeli Population. *Jerusalem Taub Cent Soc Policy Stud Isr.* 2017.
32. Shmueli A. Income-related inequalities in health and health services use in Israel. *Isr J Health Policy Res.* 2014;3(1). doi:10.1186/2045-4015-3-37
33. Skorecki K, Horton R. Israel: health and beyond. *Lancet.* 2017;389(10088):2551-2562. doi:10.1016/S0140-6736(17)30877-2
34. Bleikh H. *Poverty and Inequality in Israel: Trends and Decompositions.*; 2016. http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/povertyandinequality.pdf. Accessed May 25, 2020.
35. Freitas Â, Santana P, Oliveira MD, Almendra R, Bana E Costa JC, Bana E Costa CA. Indicators for evaluating European population health: A Delphi selection process. *BMC Public Health.* 2018;18(1). doi:10.1186/s12889-018-5463-0
36. Seow H, Snyder C, ... RM-J of pain and, 2009 U. A framework for assessing quality indicators for cancer care at the end of life. *Elsevier*2009 .. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392409007106>. Accessed May 25, 2020.
37. Boylan S, Sainsbury E, Thow AM, et al. A healthy, sustainable and safe food system: Examining the perceptions and role of the Australian policy actor using a Delphi survey. *Public Health Nutr.* 2019;22(16):2921-2930. doi:10.1017/S136898001900185X
38. Wichaikhum O, Abhicharttubutra K, Nantsupawat A, Kowitlawakul Y, Kunaviktikul W. Developing a strategic model of participation in policy development for nurses. *Int Nurs Rev.* 2020;67(1):11-18. doi:10.1111/inr.12571
39. Barnhoorn JS, Haasnoot E, Bocanegra BR, van Steenberg H. QRTEngine: An easy solution for running online reaction time experiments using Qualtrics. *Behav Res Methods.* 2014;47(4):918-929. doi:10.3758/s13428-014-0530-7
40. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med.* 2016;15(2):155-163. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012
41. Donohoe H, Stelfox M, Tennant B. Advantages and limitations of the e-Delphi technique:

- Implications for health education researchers. *Am J Heal Educ.* 2012;43(1):38-46. doi:10.1080/19325037.2012.10599216
42. Deshpande AM, Shiffman RN, Nadkarni PM. Metadata-driven Delphi rating on the internet. *Comput Methods Programs Biomed.* 2005;77(1):49-56. doi:10.1016/j.cmpb.2004.05.006
43. de Villiers MR, de Villiers PJT, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach.* 2005;27(7):639-643. doi:10.1080/13611260500069947

נספח 1: מכתב הסבר לתהליך



**משרד
הבריאות**
כחיים בריאים יותר



**הזמנה להצטרף לקבוצת מומחים ובעלי עניין לצורך הכ
סט מדדים לאומי לניטור ודיווח ציבורי של פערים בב.**

שלום רב,

בשם צוות המחקר, אני מודה לך על הסכמתך להקדיש מזמנך ולהשתתף בתהליך ההסכמה. להלן רקע קצר על התהליך:

המשימה לגבש הסכמה לגבי מקבץ (סט) מדדי פערים לאומיים היא יוזמה משותפת של מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, החברה הישראלית לאיכות בריאות והמכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי הבריאות. המכון הלאומי שותף במימון ובליוי מקצועי של המחקר. המדדים שייבחרו בתהליך ההסכמה יאפשרו למקד את המאמצים של מערכת הבריאות בצמצום פערים בתחומים שמשתתפי התהליך ידרגו כחשובים ביותר. המדדים הנבחרים גם ידווחו לציבור בעזרת מערכת בינה עסקית (BI) באתר משרד הבריאות.

כדי להחליט אילו מדדי פערים יכנסו לתהליך הדירוג, סרקנו את כל מקורות המידע הקיימים. מתוכם נבחרו מדדים שלגביהם יש נתונים זמינים ומועדכנים ברמה הלאומית עבור אחד או יותר מהמאפיינים הסוציודמוגרפיים - מעמד חברתי כלכלי, רמת פריפריאליות (פריפריה גיאוגרפית מול מרכז), קבוצות אוכלוסייה (לאום ערבי או יהודי), רמת דתיות, מגדר, גיל והגירה (עולים חדשים). ככל שניתן, הצמדנו לכל מטופל, בעזרת זיהוי מרחבי (גיאוקידוד) של כתובת מגוריו, את הדירוג החברתי כלכלי, הלאום, רמת הפריפריאליות ומידת הדתיות. מאפיינים אלו סוגו בעזרת מערכת שנקראת POINTS (<http://www.points.co.il/>). דוגמא – יחס של 1.46 באחוז המטופלים עם אבחנה של שבץ מוחי שמגיעים לבית חולים באמבולנס, לטובת המרכז, בהשוואה לפריפריה – 49% ו-34%, בהתאמה.

בהמשך למייל זה תמצא/י לינק לתוכנת סקרים בשם Qualtrics, בעזרתה את/ה מתבקשים לדרג 32 מדדים, ע"י מתן ציון מ-1 (הכי פחות חשוב בעיניך) ועד 5 (הכי חשוב בעיניך) לכל אחד מ-4 הקריטריונים לפיהם אנו ממליצים להעריך את המדדים:

חשיבות בריאותית: מידת ההשפעה על בריאות הציבור והיקף האוכלוסיה המושפעת (37% ממשקל הציון)

אופי הפער - גודל הפער, נוגע למספר מאפיינים סוציודמוגרפיים, איננו מצטמצם ואף מתרחב עם הזמן (26%)

פוטנציאל לשינוי - מידת היכולת של מערכת הבריאות ומערכות אחרות (חינוך, רווחה) לעשות שינוי משמעותי (27%)

עניין ציבורי - הנושא נתפס חשוב בעיני הציבור. הפער נתפס 'לא הוגן' (10%)
אנו מתכננים לקיים **שלושה סבבים** של השגת הסכמה, שיאפשרו לצמצם בהדרגה אל 32 המדדים **לעשרת הנבחרים**. אתם מוזמנים, אם תראו לנכון, להציע עד 3 מדדים חדשים (בסבב הראשון בלבד ולפי פורמט מובנה בתוך מערכת הסקר). להערכתנו, יידרשו **שלוש שעות** לכל היותר לדירוג, הליך יחד, וזאת בזמן ובמקום שנוח לכם.

בתודה על השקעת זמנכם בתהליך החשוב הזה.

שלכם,

ד"ר רחלי ווילף מירון – חוקרת ראשית
ד"ר שלומית אבני – חוקרת שותפה
גב' ליאורה ולינסקי – חוקרת שותפה
ד"ר פאולה פדר בוביס – יועצת אקדמית לתהליך ההסכמה
מר גידי פרץ - מנהל תחום צמצום פערים בבריאות, משרד הבריאות
גב' מור סבאן – מנהלת המחקר: טלפון נייד של מור לכל שאלה או הבהרה – **050-203-0191**