



המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב | הפקולטה למדעי הבריאות | אוניברסיטת בן גוריון בנגב



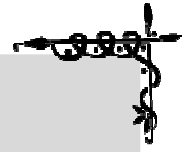
## הכנס השנתי הראשון לשוויון בבריאות בנגב

פרופ' נדב דוידוביץ | ד"ר קרן דופלט | פרופ' גבי בן-נון

# **כנס מצפה הראשון לשוויון בבריאות בנגב**

2011 במאי 11-12

**המלצות לתכנית פעולה יישומית  
ורב-שנתית להתמודדות עם הפערים  
בבריאות באזור הנגב**

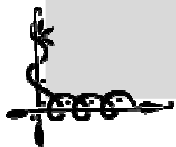


**"כנס מצפה לשוויון בבריאות",** אשר התקיים ב- 11-12 במאי 2011 במצפה רמון, הציג המלצות לתכנית פעולה יישומית ורב-שנתית להתמודדות עם הפערים בבריאות באזור הנגב. במהלך הכנס עלו ונדונו סוגיות בנושאים: שוויון בבריאות, הפרטת מדינת הרווחה, אחריות המדינה לבריאות תושביה, צמצום פערים וקידום הפריפריה. נושאים אלה נמצאים כיום על סדר היום הציבורי-חברתי במדינת ישראל.

הכנס, שהתקיים בשנת 2011, היה הראשון מתוך סדרה של כנסים עתידיים שבהם יבוצעו, בין היתר, מעקב אחר יישום ההמלצות והתכניות שגובשו והערכתן, לצד התוויית דרכי פעולה חדשות.

פרסום זה מציג את ההמלצות המרכזיות, שעלו מן הכנס, כמו גם את הדיונים שנערכו במהלכו.

ההמלצות המוצגות בחוברת זו מבטאות את עמדות המציגים ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני שאליו הם משתייכים.



עריכה ועיצוב: ברק חרמש

## תוכן העניינים



### עמוד

6	1. הקדמה
8	2. תכנית הכנס
9	3. מסקנות והמלצות מרכזיות
13	4. מושב פתיחה
16	5. ריכוז ניירות העמדה וההמלצות שגובשו על-ידי הצוותים
17	א. התמודדות עם פערים בכוח-אדם ובתשתיות
24	ב. תכניות התערבות לצמצום פערים בבריאות בנגב
26	ג. שימוש במנגנונים רגולטורים לצמצום פערים בבריאות
38	6. דיון בפנלים ודברי סיכום לכנס
43	7. רשימת המשתתפים בצוותים המקצועיים

## 1. הקדמה



בעשורים האחרונים הפך נושא אי השוויון בבריאות לבעיה מרכזית שיש להתמודד עמה, ולחפש דרכים לפתרונה. בישראל קיימים פערים בולטים בין קבוצות אוכלוסייה שונות ובין אזורים גיאוגרפיים שונים. פערים אלה מתבטאים במצב בריאותה של האוכלוסייה, בתנאים המקדמים בריאות (כגון: חינוך, תעסוקה, דיור וסביבה בריאה), בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות, בתשתיות, בתקינה ובאיוש כוח האדם וברמת הטכנולוגיה והמומחיות הרפואית. הפערים ההולכים וגדלים מבליטים את הניגוד בין האתוס החברתי-שוויוני, המוצהר של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995), לבין המציאות השוררת בפועל. איזור הנגב הוא אחת הדוגמאות הבולטות לאזור בארץ שבו באים לידי ביטוי פערים אלה.

גיבושן והפעלתן של תכניות התערבות במישורים השונים (המישור החברתי, המישור הכלכלי, המישור הארגוני, המישור החינוכי והמישור הסביבתי) מצריכים שיתוף פעולה בין-מגזרי. עקב זאת, התקבלה החלטה לקיים מסורת של "**כנסי מצפה רמון לשוויון בבריאות**", שמטרתם לשמור על נושא הפערים בבריאות על סדר היום הציבורי, וכמו כן, לדון בדרכי ההתמודדות עם פערים אלו. בכנס נערך מפגש בין קבוצות שונות: אנשי אקדמיה, משרדי ממשלה (משרד הבריאות, משרד האוצר והמשרד לפיתוח הנגב והגליל), ארבע קופות החולים, המרכזים הרפואיים בנגב, רשויות מקומיות, המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות, מכון ברוקדייל וארגוני המגזר השלישי. במפגש זה הוצגו המלצות בתחומים שונים ומגוונים, שמטרתן צמצום הפערים בבריאות בין הנגב ובין מרכז הארץ.

הכנס שהתקיים במאי 2011 הוא הכנס הראשון מבין סדרת כנסים. בכנסי ההמשך עתידים להתבצע הערכה ומעקב אחר יישום ההמלצות והתכניות שגובשו, בצד התוויית דרכי פעולה חדשות. הכנס, שהיה פתוח לקהל הרחב, הציג תוצרים של שלוש קבוצות עבודה, אשר גיבשו במשך מספר חודשים ניירות עמדה בנושאים של כ"א ותשתיות; תכניות התערבות לצמצום פערי תחלואה ותמותה; ושימוש במנגנונים רגולטורים לצמצום פערים בבריאות. במסמך זה ניתן למצוא את ניירות העמדה וההמלצות השונות. מעבר להמלצות המפורטות במסמך, ראוי לציין כי יש צורך בהקמת שדולת בריאות לנגב, אשר תפעל באופן שוטף במטרה לשים את נושא פערי הבריאות בנגב על סדר היום הציבורי, ותדאג לגייס תמיכה פוליטית בנושא.

בשנים האחרונות קבע משרד הבריאות כי נושא צמצום אי-השוויון בבריאות הינו אחד מ"עמודי האש", שלאורם ייבנו תכניות העבודה של המשרד לשנים הבאות. לשם כך, אף הוקמה יחידה, המרכזת את הפעילות בתחום אי השוויון. המשימות בתחום זה רוכזו לכדי תכנית פעולה ארוכת טווח, המתבצעת בימים אלה במשרד הבריאות, ושולבו בתכניות העבודה של אגפיו השונים. אנו סבורים כי ניתן לסייע למהלך זה, ולהעניק למשרד "רוח גבית" מהשחקנים השונים, הפועלים במערכת הבריאות ומחוצה לה, אשר יתגייסו יחדיו למשימה.

ברצוננו להודות לגורמים שתמכו וסייעו בהכנת הכנס, ותרמו תרומה מכרעת להצלחתו: קרן מיראז' לפיתוח הנגב – המנכ"לית **עו"ד נעמה דהן** ומנהלת הפרויקטים בנגב **גב' ענבר זיידמן**; המשרד לפיתוח הנגב והגליל – מנכ"לית המשרד **גב' אורנה הוזמן-בכור** וראש אגף בכיר נגב **גב' אדוה אשל-רבינוביץ'**; מנכ"ל הרשות לפיתוח הנגב - **מר נתן גיבלי**; אוניברסיטת בן-גוריון בנגב – הנשיאה **פרופ' רבקה כרמי**, דיקאן הפקולטה למדעי הבריאות היוצא, **פרופ' שאול סופר** ודיקאן הנכנס **פרופ' גבי שרייבר** והמועצה המקומית מצפה רמון בראשותה של **גב' פלורה שושן**. עוד, ברצוננו להודות למשתתפים השונים בקבוצות העבודה על השקעת זמנם ומרצם, שהביאו לתוצרים המוצגים במסמך זה. בייחוד נודה לראשי הקבוצות שריכזו את עבודות ההכנה לכנס: **פרופ' דן גרינברג וד"ר יצחק אבנד** (כ"א ותשתיות), **ד"ר צחית סימון-תובל וד"ר טוביה חורב** (מנגנוני הגולציה) ו**פרופ' אילנה שהם ורדי וד"ר יצחק זיו-נר** (התערבויות בתחום בריאות הציבור). כמו כן, ברצוננו להודות למשתתפי הפנל בנושא "צמצום פערים בבריאות בנגב בפרספקטיבה של מערכת הבריאות": מנכ"ל משרד הבריאות - **פרופ' רוני גמזו**, מנכ"ל לאומית שירותי בריאות - **מר ניסים אלון**, **לפרופ' אבי פורת** - המנהל הרפואי במכבי שירותי בריאות ו**ד"ר אורית יעקובסון** - סמנכ"ל וראש חטיבת הקהילה בשירותי בריאות כללית. ולמשתתפי הפנל בנושא "תרומת הרשויות מקומיות והמגזר השלישי לצמצום הפערים בבריאות בנגב": **גב' פלורה שושן** - ראש מועצת מצפה רמון, **מר מאיר כהן** - ראש עיריית דימונה, **מר רוביק דנילוביץ'** - ראש עיריית באר-שבע, **עו"ד נעמה דהן** - מנכ"לית קרן מיראז', **מר עמר ברט** - חבר תנועת "דרור ישראל" וקיבוץ המחנכים במצפה רמון ו**גב' רחל פרץ** - מרכזת קבוצת ב"ש - שוויון בבריאות. תודה לחברינו במחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון על העזרה והתמיכה. לבסוף, נודה ל**ברק חרמש**, אשר סייע בעריכה ובעיצוב של החוברת במסגרת פעילותו בתכנית לרפואנים בסטארט אפ - הזדמנויות לצעירים בבאר שבע, ול**מיכל זילברמן** על העריכה הלשונית.

לסיום, נדגיש כי בשנים האחרונות נהנה הנגב מתנופה כלכלית הכוללת: אזורי תעשייה מתקדמים, חממות טכנולוגיות, חברות ענק הבוחרות להקים בו מרכזי פיתוח, ויזמים פרטיים המעוניינים לנצל את הפוטנציאל הטמון בנגב. לצד זאת, דווקא התשתית הרפואית נותרה מאחור. הננו תקווה כי המסקנות, המוצגות בחוברת זו, יהוו צעד משמעותי נוסף בצמצום הפערים בבריאות בישראל בכלל, ובאזור הנגב בפרט.

## 2. תכנית הכנס

התכנסות	10:00-10:30
<b>דברי פתיחה וברכות</b>	10:30-10:45
פרופ' נדב דוידוביץ' - יו"ר המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב גב' פלורה שושן - ראש מועצת מצפה רמון עו"ד נעמה דהן - מנכ"לית קרן מיראז' לפיתוח הנגב	
<b>מושב 1: מקומו של הנגב בסדר העדיפות הלאומי</b>	10:45-11:45
יו"ר: פרופ' שאול סופר - דיקן הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב פרופ' רבקה כרמי - נשיאה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב גב' אורנה הזמן בכור - מנכ"לית המשרד לפיתוח הנגב והגליל	
<b>מושב 2: צמצום פערי בריאות בנגב - הלכה למעשה</b>	11:45-13:00
יו"ר: ד"ר קרן דופלט - המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב <u>התמודדות עם פערים בכוח-אדם ובתשתיות</u> ד"ר יצחק אבנד - מנהל רפואי מחוז דרום, מכבי שירותי בריאות פרופ' דן גרינברג - המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב <u>תכניות התערבות לצמצום פערים בבריאות בנגב</u> פרופ' אילנה שוהם ורדי - המחלקה לאפידמיולוגיה והערכת שירותי בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ד"ר יצחק זיו נר - יו"ר ארגון רופאי המדינה, הר"י ומנהל המחלקה לשיקום אורתופדי, המרכז הרפואי שיבא <u>שימוש במנגנונים רגולטורים לצמצום פערים בבריאות</u> ד"ר טוביה חורב - סמנכ"ל כלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות ד"ר צחית סימון תובל - המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב <u>אזוריות במערכת הבריאות בנגב</u> פרופ' דב צ'רניחובסקי - פורום בריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	
ארוחת צהריים	13:00-14:00
<b>פנל 1: תרומת הרשויות המקומיות והמגזר השלישי לצמצום הפערים בבריאות בנגב</b>	14:00-15:30
יו"ר: מר רן רוניק - כתב לענייני בריאות, "ישראל היום" גב' פלורה שושן - ראש מועצת מצפה רמון ד"ר יצחק אבנד - מנהל רפואי מחוז דרום, מכבי שירותי בריאות מר מאיר כהן - ראש עיריית דימונה מר רוניק דנילוביץ' - ראש עיריית באר-שבע עו"ד נעמה דהן - מנכ"לית קרן מיראז' מר עמר ברט - חברת תנועת "דרור ישראל" וקיבוץ המחנכים במצפה רמון גב' רחל פרץ - מרכזת קבוצת ב"ש לשוויון בבריאות	
<b>פנל 2: צמצום פערים בבריאות בנגב בפרספקטיבה של מערכת הבריאות</b>	15:30-16:30
יו"ר: ד"ר מיכאל שרף - מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה", שירותי בריאות כללית פרופ' רוני גמזו - מנכ"ל משרד הבריאות מר ניסים אלון - מנכ"ל "לאומית שירותי בריאות" פרופ' אבי פורת - מנהל רפואי ב"מכבי שירותי בריאות" ד"ר אורית יעקובסון - סמנכ"ל וראש חטיבת הקהילה ב"שירותי בריאות כללית"	
<b>סיכום: פרופ' גבי בן-נון - המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב</b>	16:30-16:45

### 3. מסקנות והמלצות מרכזיות



ההמלצות המרכזיות שעלו מעבודת שלוש הוועדות, שהוקמו לצורך הכנס, הן:

#### 1. קבלת החלטת ממשלה על צמצום פערים בבריאות כיעד לאומי

בדומה למדינות אחרות בעולם, מומלץ כי הממשלה תכריז על צמצום פערים בבריאות כיעד לאומי, ותכלול יעדים לצמצום פערים בכל תכניות העבודה של משרדי הממשלה הרלוונטיים.

#### 2. הקמת שדולת בריאות לנגב

מומלץ להקים גוף ממלכתי עם תקציבים ייעודיים, שימש כ"שדולת בריאות לנגב", ושיכלול אנשי אקדמיה, נציגים ממשרדי ממשלה שונים (כגון: משרד הבריאות, משרד האוצר, משרד החינוך, משרד הרווחה והמשרד לפיתוח הנגב והגליל), קופות החולים, בתי החולים, נציגי רשויות ומועצות מקומיות, נציגי עמותות ציבוריות וגופים בקהילה. המלצה נוספת היא שהפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב תשמש "אכסניה" לשדולה זו. גוף זה נדרש לטובת קידום אפקטיבי של המלצות המסמך.

בתחומי אחריותו של גוף זה יכללו עקרי הנושאים הבאים:

א- בחינה מתמדת של מצב הבריאות בפריפריה הדרומית, גיבוש אסטרטגיות, קבלת החלטות וקביעת יעדים אופרטיביים לשיפור של גוף זה בהתאם להמלצות דו"ח זה וממצאים נוספים שיעלו בעתיד.

ב- ניהול התהליכים, יישום ההחלטות, ובקרתם בהתאם.

גוף זה יפעל בשני מישורים:

- **גוף סטטוטורי:** גוף זה יהיה בעל כוח משימה ממלכתי, שברשותו מעמד מיוחד, המובל על-ידי משרד הבריאות, אך שותפים בו גם משרדי האוצר, החינוך והרווחה, המשרד לפיתוח הנגב והגליל, ההנהגות המקומיות, קופות החולים והמגזר השלישי.
- **שדולת בריאות לנגב:** שדולה, אשר תפעל באופן שוטף על מנת לשים את נושא פערי הבריאות בנגב על סדר היום הלאומי, ותדאג לגיוס תמיכה פוליטית בנושא.

#### 3. הקמת מאגר נתונים ממלכתי

מומלץ להקים מאגר נתונים ממלכתי בתחום הבריאות על בסיס גיאוגרפי וחברתי-כלכלי, אשר יכלול את הנתונים הבאים:

א- **נתוני תשתיות כוח אדם ותשתיות אחרות:** כדוגמת מאגר נתונים מסודר של פרטי כוח האדם הרפואי העובד בנגב (רופאים, אחיות ועוד), נתונים אודות פריסת תשתיות מרפאתיות, שירותי אשפוז ועוד; ניהול התהליכים, יישום ההחלטות, ובקרתם בהתאם.



ב- נתוני תחלואה וצריכת שירותים: כדוגמת נתונים אודות משך זמן המתנה, ביקורים בשירותים השונים ונתונים דמוגרפיים-אפידמיולוגיים שונים. זאת, על מנת שישמשו נתונים אלה מצע לקביעת סטנדרטים לפריסת שירותים וכוח אדם.

מומלץ כי הדיווח למאגר זה יוסדר על ידי הרגולטור תוך יצירת מסדי נתונים, הנדונים בצורה אחידה ואיכותית, כך שיוכלו לשמש את מקבלי ההחלטות בתכנון ובביצוע.

#### 4. קביעת יעדים על פי סטנדרטים בינלאומיים

בהתאם למאגר הנתונים הממלכתי שיוקם, הוועדה ממליצה לקבוע יעדים מדידים להרחבת התשתיות, הטכנולוגיות וכוח האדם הרפואי. יעדים אלו יקבעו על פי סטנדרטים המתייחסים לפריסת השירותים וכוח האדם בתכנון שירותי רפואה. הסטנדרטים יתבססו על נתונים קיימים המאפיינים את האוכלוסייה, הפריסה האזורית, עומס התחלואה וצריכת השירותים.

#### 5. קביעת יעדים באשר לכוח אדם ולתשתיות

א- בטווח הקצר:

- הגדלת מצבת כוח האדם באזור (רופאים, אחיות ועובדי מקצועות הבריאות האחרים) על-ידי:
  - הגדלת מכסת הסטודנטים לרפואה ולסיעוד באוניברסיטת בן-גוריון, תוך הוספת שדות קליניים להוראה, ומתן עדיפות לקבלת סטודנטים תושבי הנגב.
  - תכנון רב-שנתי והכוונת הקבלה להתמחויות הנחוצות לאזורי הפריפריה.
  - גיבוש חבילת תמריצים ייעודית לרופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים ובעלי מקצועות בריאות אחרים, בתמורה להתחייבותם להתגורר ולעבוד בנגב לתקופה שלא תפחת מ-6 שנים.
- הרחבת הגדרות התפקיד וההרשאות המתאימות לכוח האדם הסיעודי ולמקצועות בריאות נוספים, על מנת לפשט תהליכים ולהקטין את העומס המוטל על מצבת הרופאים הקיימת. תהליך זה יוחל בשלב ראשון באזור הנגב כפיילוט.
- בחינת האפשרות להכיר במקצועות נוספים, במרחב שבין האחות לרופא, תוך הענקת סמכויות נוספות, דוגמת Nurse Practitioner (NP) / Physician Assistant (PA).
- הוספת מחלקת שיקום במרכז הרפואי "סורוקה", ובניית מערך שיקום בקהילה.
- תגבור שירותי הקהילה והרפואה הדחופה באזור הנגב.

## ב- בטווח הארוך:

- הרחבת תשתיות הרפואה הפיזיות והטכנולוגיות על פי הסטנדרטים שיקבעו, כגון: הגדלת מספר מיטות האשפוז הכללי והשיקום, פריסה נרחבת של שירותי האמבולנסים, הרחבת שירותי נט"ן ושירותים הרפואיים לאחר שעות הפעילות, הגדלת מספר עמדות הדיאליזה והמכונים להתפתחות הילד ועוד.
- התנית הקבלה להתמחויות מבוקשות בבתי חולים ציבוריים שונים ב"שנות שירות" בנגב.
- הקמת בית חולים כללי ציבורי נוסף בנגב.

## 6. שימוש במנגנוני רגולציה לצמצום פערים בבריאות בנגב

- עידוד שינוי מנגנוני הקצאת המקורות של הנהלות הקופות למחוזות בדומה למנגנוני ההקצאה הלאומיים.
- עידוד קופות החולים להרחיב שירותים בפריפריה על-ידי תוספת הקצאה, התלויה בפעולות ייעודיות לצמצום פערים באזור הנגב.
- יצירת שיתוף פעולה בין קופות החולים בנוגע לשימוש בתשתיות יקרות (כדוגמת: בתי מרקחת, שירותי טיפת חלב, שירותי הוספיס בית, מכוני דימות ועוד), עבור ישובים קטנים ומרוחקים, בקרב כל חברי קופות החולים. על משרד הבריאות לסקור תשתיות קיימות, לקבוע יעדים להבניית תשתיות נוספות, להציב את האחריות על יישומן בין הקופות בראש סדר העדיפויות ולדאוג לאכיפה מעשית שתאפשר שימוש לכלל חברי הקופות באזור.
- הפחתת חלקה של ההשתתפות העצמית במימון סל הבריאות: ביטול השתתפות עצמית על שירותי מניעה ושירותים שהביקוש להם קשיח, והרחבת מנגנוני הפטורים וההנחות בתשלומים לתושבי הפריפריה הגיאוגרפית והחברתית-כלכלית.
- עדכון נוסחת הקצאת המקורות לקופות החולים, שיכלול מתאמי סיכון נוספים (לדוגמה: משתנה חברתי-כלכלי ומצבי בריאות נבחרים).
- עידוד מחקר לבחינת ההשלכות הקליניות והכלכליות של אי-היענות לטיפול בעקבות תשלומי ההשתתפות העצמית, תוך שימת דגש על אוכלוסיית הנגב.
- יצירה של "סביבה מאפשרת" לאימוץ אורח חיים בריא באמצעות צעדים כגון: פיתוח תשתיות סביבתיות, עיגון תמריצים חיוביים ושלייליים בחוק, עידוד מקומות עבודה להפעלת תכניות לקידום בריאות, העסקת מקדמי בריאות בקופות החולים ובמוסדות החינוך ועוד.
- הידוק פיקוחו של משרד הבריאות על הביטוח הפרטי ועל מניעת כפל ביטוח.

## **7. קידום בריאות וגיבוש תכניות התערבות לצמצום פערים**

- א- אבחון בעיות בריאות שכיחות בקרב תושבי הנגב, וגיבוש תכניות התערבות רב-מקצועיות המכוונת לאוכלוסיות ספציפיות באזור.
- ב- שיתופם של אנשי מקצוע מתחומים שונים, כגון: נציגי רשויות מקומיות, משרדי ממשלה שונים, ועמותות מקומיות המייצגות את התושבים, החל משלב התכנון ועד לשלב הביצוע וההערכה.
- ג- בניית מבחנים וקריטריונים, אשר לפיהם יתמרץ משרד הבריאות את קופות חולים להפעיל תכניות לקידום בריאות ורפואה מונעת בנגב.
- ד- עידוד הצטרפותן של הרשויות המקומיות בנגב לרשת הערים הבריאות, על מנת למנף את כוחן של הרשויות המקומיות כמובילות שינוי.

## 4. מושב הפתיחה



**פרופ' נדב דוידוביץ - יו"ר המרכז לחקר מדיניות בריאות בנגב והמחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב**

פרופ' דוידוביץ פתח את הכנס, וציין כי מטרתו לדון בנושא הפערים בבריאות ובחיפוש דרכים לצמצום. פרופ' דוידוביץ הבהיר כי המושג בריאות אינו מתיחס רק למימד הקליני של המערכת, אלא גם למימדים רבים נוספים של איכות חיינו, ולכן שיפור הבריאות יחול רק בשיתוף פעולה של כל הארגונים המעורבים בעיצוב איכות חיינו.

פרופ' דוידוביץ הוסיף כי בכוונת המארגנים לקיים כנס זה בכל שנה, בין השאר, כדי להביא לשילוב כוחות בין משרד הבריאות, האקדמיה, קופות החולים, משרדי הממשלה השונים והחברה האזרחית, על מנת להגיע לפתרונות משולבים לצמצום פערי בריאות בנגב.

בחודשים האחרונים עבדו שלוש קבוצות עבודה על ניסוח המלצותיהם בנושאים הבאים:

- כוח אדם ותשתיות
- גולציה
- תכניות התערבויות בתחום בריאות הציבור

לדברי פרופ' דוידוביץ, הנוכחות המלאה בכנס מלמדת על כך שהגענו לשלב של בשלות, ונושא צמצום הפערים מצוי במודעות של כולנו. אנו מעוניינים לתת "רוח גבית" למשרד הבריאות, אשר גיבש לאחרונה "עמודי אש" - יעדים ארוכי טווח של המשרד אשר נועדו, בין היתר, לצמצם פערים בין הפריפריה ובין חלקי הארץ האחרים, ולקדם את השוויוניות במערכת הבריאות.

ראשית הכנס הייתה בדחיפה מלמטה; פלורה שושן - ראש מועצת מצפה רמון, מאיר כהן - ראש עיריית דימונה וצביקה גרינוולד - ראש העיר אופקים, התכנסו יחדיו והחליטו לגייס גם את האקדמיה, למען קידום נושא הבריאות.

## גב' פלורה שושן - ראש מועצת מצפה רמון

גב' שושן שיתפה את הקהל במקרה מייצג שאירע לתושבת מצפה רמון, אשר נזקקה לשירותי רופא בלילה, אך נאלצה להמתין שעות לרופא ולפינויו של אמבולנס למרכז הרפואי "סורוקה" בבאר שבע.



לדבריה, על אף שבשנת 1994 חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המבוסס על צדק, שוויון ועזרה הדדית; דה-פקטו, המצב בפריפריה אינו כזה: המוקדים הרפואיים אינם נותנים מענה, התורים ארוכים, אחוזי השתתפות העצמית הם גבוהים, המיטות מעטות ותמותת התינוקות גבוהה. מדיניות ממשלות ישראל הופכת את הישובים הרחוקים לנחשלים. בנוסף לכך, לאזור לא מגיעים תושבים חדשים, ובשל המספר הנמוך של תושבי מצפה רמון, נטען כי לספק להם שירותי בריאות ברמה הניתנת באזור המרכז, זה לא כלכלי. לטענתה, כל ראשי הרשויות המקומיות בפריפריה מתמודדים עם המדיניות המפלה לרעה של אזור הדרום מדי יום ביומו. גב' שושן קבעה שבשיתוף הפעולה של כל הגורמים ניתן להביא לשינוי. כשם שהיינו עדים להקמת מוקד החירום בדימונה, אנו צריכים להמשיך ולהיאבק שדברים ישתנו גם כאן. היא קוראת לכך שלא נשתוק עד שהמצב ישתנה, נפעל להקמת בית חולים נוסף בנגב, להבאתם של הרופאים החדשים ולהגדלת השירותים הרפואיים בנגב.

## עו"ד נעמה דהן - מנכ"לית קרן מיראז' לפיתוח הנגב

עו"ד דהן ציינה כי בריאות הינה זכות בסיסית, ושעל המדינה להבטיחה לתושביה מבלי שיהיה צורך להילחם על מימושה. עו"ד דהן תיארה את פעילות קרן מיראז', הרואה בנגב כאחד הנכסים הגדולים ביותר של מדינת ישראל. לפיה, צריך להסתכל על עתיד מקום זה לאור השינויים שנעשים באזורנו. הסתכלות זו על העתיד הביאה את הקרן לכדי הקמת מרכז החירום הרפואי בדימונה.



## מקומו של הנגב בסדר העדיפות הלאומי

## פרופ' שאול סופר - דיקן הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון

פרופ' סופר הדגיש כי הכנס איננו כנס של בכינות ומסכנות. האנשים שנמצאים כאן, מחויבים לנגב ואוהבים את האוכלוסייה והמקום. העשייה לטובת הנגב היא אינה לצורך קבלת פרס, אלא "הגענו לכאן בעמדה של כוח ואנחנו רוצים לדרוש את מה שמגיע לנו בזכות, בצדק ובדין".





### **פרופ' רבקה כרמי - נשיאת אוניברסיטת בן גוריון**

פרופ' כרמי ציינה בדבריה כי נושא הבריאות בנגב אינו נמצא על סדר היום הציבורי. במהלך השנים נעשו בדרום דברים מדהימים, הרבה בגלל האקדמיה והפקולטה למדעי הבריאות, אך כיום ישנו איום על מפעל זה.

תמותת תינוקות באזור הדרום ירדה מ- 18 ל- 10 פטירות לאלף לידות חי בעקבות תכנית התערבות בהובלתה של הפקולטה, אולם כיום היא שבה ועולה מחדש. יש באוניברסיטה תרומות לרכישת מכשיר MRI ולבניית הוספיס בנגב, אך לא ניתן לממשם כי הנגב אינו נמצא על סדר היום של ממשלת ישראל ושל משרד הבריאות. רופאים אינם נשארים בנגב, למרות שיש בנגב את פס הייצור הטוב ביותר לרופאים בארץ. העברת רופא ממרכז הארץ לדרום כרוכה בצמצום שכרו ב-30-40%, משום שאין פה רפואה פרטית. ישנו אי שוויון שרק ילך ויגדל. האנשים היושבים בכנס זה נמצאים פה בגלל אידיאולוגיה. "אנחנו פה מעמדת חזק, ובתוקף חזק זה אנחנו צריכים להוריד כפפות... אני מקווה שתצא בשורה ממקום זה, ותצא קריאה לממשלת ישראל- לא עוד קיפוח הנגב."



### **אורנה הוזמן בכור - מנכ"לית המשרד לפיתוח הנגב והגליל**

גב' הוזמן בכור טענה כי לשם צמצום המחסור במיטות אשפוז יש להקים בית חולים נוסף באזור צומת להבים. החזון של הבאת 300,000 עובדים חדשים לדרום יתקל בקשיים, אם לא יהיה שיפור בתשתיות הבריאות. בערבה התיכונה יוקם להערכתה מוקד קדמי, ויתוגברו שירותי הבריאות בבית החולים "יוספטל" באילת. "במקום בו יש בריאות יש תקווה, ובמקום בו יש תקווה יש הכול. יש הרבה תקווה לנגב ..."



### **ח"כ ד"ר רחל אדטו - ראש שדולת הבריאות בכנסת**

ח"כ ד"ר אדטו הדגישה את מסירותה בפעילות בכנסת לטובת נושא הפערים בבריאות. לטענתה, לא רק שהבריאות בדרום אינה על סדר היום הציבורי, אלא ככלל מערכת הבריאות אינה מעניינת כיום את מקבלי ההחלטות בירושלים. החשיבות של כנס זה היא בכך שהוא יכול להציף את הנושא, וטוב שאמצעי התקשורת דנים בעניין.

## 5. עבודת הצוותים



### רקע

בשנים האחרונות, **נהנה הנגב מתנופה** כלכלית, הכוללת אזורי תעשייה מתקדמים, חממות טכנולוגיות, חברות ענק הבוחרות להקים בו מרכזי פיתוח ויזמים פרטיים המעוניינים לנצל את הפוטנציאל הטמון בנגב. לצד זאת, **התשתית הרפואית נותרה מאחור**. עבודת הצוותים התייחסה למציאות זו וגיבשה דרכים לשינויה.

המסמך והמלצות הצוותים מתייחסים לאזור הגיאוגרפי הנמצא דרומית לאשקלון ועד למצפה רמון. אזור הערבה ואילת דורשים התייחסות ייחודית, היות והם בעלי מאפיינים שונים משאר הנגב מבחינת הפריסה הגיאוגרפית, ריכוזי ההתיישבות והמאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של התושבים. למרות שאזור הערבה הוא אזור נרחב גיאוגרפית, מתגוררים בו 60,000 תושבים, כאשר רובם מתגוררים באילת.

אוכלוסיית הנגב מהווה כ-13% מאוכלוסיית ישראל, ומונה כ-1,000,000 נפש. באזור אוכלוסייה בדואית גדולה, המונה כ-185,000 איש (יותר משליש מהם מתגוררים ביישובים לא מוכרים)<sup>1</sup>. ראוי יהיה ליחד בהמשך דיון נפרד לסוגיית תשתית שירותי הבריאות (הפיזית וכ"א הרפואי) במגזר הבדואי לטובת מיפוי צרכים והבניית תשתיות מתאימות.

אוכלוסיית הנגב מאופיינת ברמה חברתית-כלכלית נמוכה בהשוואה למחוזות אחרים. הדבר בא לידי ביטוי בשיעור גבוה של בלתי מועסקים וברמות שכר נמוכות.

על מצב הבריאות של האוכלוסייה במחוז הדרום ניתן ללמוד משני מדדים אובייקטיביים זמינים, תוחלת חיים ותמותת תינוקות, המצביעים על מצב בריאות טוב פחות בהשוואה לאזורים אחרים בארץ. תוחלת החיים הממוצעת (לשני המינים) עומדת על 77.3 במחוז דרום לעומת 79.7 במרכז. שיעור תמותת התינוקות בישראל עומד על 4.4 לאלף לידות חי, ואילו במחוז דרום השיעור הוא 6.3 לאלף לידות חי. הגורמים התורמים לתמותת תינוקות הם רבים, החל מבעיות גנטיות ומומים מולדים וכלה בהיעדר תשתיות סביבתיות נאותות. אך נתון נוסף שעלול לתרום לכך הוא היעדר מעקב טרום לידתי (Lack of prenatal care-LOPC). מנתוני המרכז הרפואי "סורוקה" אנו למדים כי **12% מהנשים היולדות בביה"ח מגיעות ללא מעקב טרום לידתי**, מצב זה מעלה באופן משמעותי את הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בלידה. בנוסף, ניתן ללמוד על מצב הבריאות באזור מסקרי בריאות, שנערכים אחת לכמה שנים. בסקר הערכה עצמית של מצב בריאות, שערך משרד הבריאות בשנים 2003-2004, עולה כי במחוז דרום שיעור הנשאלים, שהעריכו את מצב בריאותם הגופני והנפשי כ"טוב מאוד" או "מצוין", הוא הנמוך ביותר בארץ.



1. לאוכלוסיית הבדואים נתוני בריאות ייחודיים, לדוגמא: שיעורי הילודה גבוהים ביחס לשאר האוכלוסייה, כמו גם שיעור תמותת תינוקות מאוד גבוה. ישנה גם בעיית נגישות קשה בכפרים שאינם מוכרים.

על פי נתוני משרד הבריאות, כפי שפורסמו בדו"ח משנת 2007<sup>2</sup>, עולה כי קצב עליית התחלואה בממאירות בנפת באר שבע הוא הגבוה ביותר ביחס לאזורי הארץ האחרים. לפיכך, צפוי כי העומס על התשתיות המועטות והעמוסות ממילא הקיימות באזור כיום, ימשיך ויגבר.

מחקרים רבים שנערכו בעבר, הוכיחו קשרים מובהקים בין רמה סוציו-אקונומית, השכלה ותחלואה. קשרים אלו בוטאו על ידי חברי הצוותים המכירים את מערכת הבריאות הציבורית, אשר מדבריהם עולה כי במחוז דרום יש ריכוז גבוה של חולים כרוניים ומורכבים, הדורשים טיפול מצוותים מומחים, מקצועיים ומיומנים, ותשתיות טיפוליות מתאימות.

## צוות מס' 1: כוח אדם ותשתיות (פיזיות וטכנולוגיות)

### רקע

רבות נכתב על מצב התשתיות וכוח האדם הרפואי בישראל ועל הפערים המשמעותיים ההולכים וגדלים בין מרכז לפריפריה. תמונת מצב זו לא השתנתה משמעותית למרות המלצותיהן של מספר ועדות בדיקה מטעם משרד הבריאות וארגונים אחרים בנושא. הצפי הוא שפערים אלה ילכו ויגדלו בעתיד ו אף עלולים להביא לפגיעה הולכת ומעמיקה בבריאותם של תושבי הדרום.

חברי הקבוצה סקרו את המסמכים הרבים שנכתבו בנושא<sup>3</sup> על-ידי אנשי אקדמיה, מחלקת המידע והמחקר של הכנסת, ועדות של נציגי מקצועות הרפואה וכן דו"חות נוספים, שנכתבו לצורך בחינת הנושא. מוצגים במסמך זה הנתונים המרכזיים, התובנות וההמלצות שנאספו במהלך השנים האחרונות, כמו גם נתונים והמלצות נוספים.

הבעיות באזור הנגב קשורות בתשתיות הרפואה המועטות, אשר אינן מסוגלות לתת מענה הולם לצרכי האוכלוסייה. בנוסף, פיזור האוכלוסין על שטח נרחב כל כך מעמיד אתגר ייחודי נוסף בתכנון פריסת שירותים ובמתן מענה הולם לכלל האוכלוסייה. כל אלו, כמו גם תשתיות אחרות באזור, שאיכותן ירודה וקיומן דליל, הם הסיבות המרכזיות לקשיים המשמעותיים בגיוס כוח אדם מיומן.



2. משרד הבריאות - מיפוי היארעות המחלות הממאירות בישראל בחלוקה גיאוגרפית לנפות, נתוני 2005-2001.
3. דב צ'רניחובסקי וענת שמש. "פערים בין "מרכז" ו"פריפריה" ברמות בריאות ובזמינות שירותי רפואה בישראל; סקירה. הוועדה לנושא הפערים במערכת הבריאות בין מרכז לפריפריה. "דו"ח הוועדה". 2008.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת - שלי לוי. "הקשיים בהגדלת כוח-האדם הרפואי בפריפריה". 2010.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת. "שירותי הבריאות ביישובי הבדואים בנגב". 2009.
- משרד הבריאות. "תכנית עבודה לשנת 2011". 2010.
- מרכז המחקר והמידע בכנסת. "היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל". 2008.
- משרד הבריאות - האגף לכלכלה וביטוח בריאות. אי שוויון בבריאות וההתמודדות איתו. 2010.
- משרד הבריאות - דו"ח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל.
- אתר האינטרנט של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- אתר האינטרנט של ביטוח לאומי.



בעיות אלו מחייבות פתרון כולל ובר קיימא והתגייסות רב מערכתית של המוסדות הממלכתיים, בתי החולים וקופות החולים, ארגונים לאספקת שירותי חירום, האקדמיה, הרשויות המקומיות, וכל זאת בשיתוף פעולה עם התושבים וארגוני המגזר השלישי.

יש צורך מידי בביצוע תכנון מחדש של פריסת השירותים והגדלת כוח האדם הרפואי באזור. בתהליך זה נדרש להתייחס באופן ייחודי למערך הרפואה בקהילה, לתשתיות האשפוז ולטכנולוגיות רפואיות נוספות.

## **תשתיות וטכנולוגיות רפואיות באזור (בתי חולים ומערך הרפואה בקהילה)**

בהתייחס לתשתיות אשפוז, רפואה דחופה וטכנולוגיות רפואיות, הנתונים הקיימים משקפים פערים משמעותיים בין הדרום לשאר אזורי הארץ, שממילא מצביעים על פערים בהשוואה בינלאומית.

בשנת 2009, בעוד **שיעור מיטות אשפוז** הכלליות בישראל עמד על 1.9, מספר נמוך כשלעצמו לעומת הממוצע העולמי העומד על 3.3; **בדרום עמד שיעור זה על 1.4** והוא הנמוך ביותר בישראל. הנתון מציג את תמונת המצב בכל אגפי האשפוז הכללי (האגף הפנימי, אגף הטיפול הנמרץ, האגף הכירורגי, אגף הילדים ואגף היולדות).

באזור הנגב, כפי שהוגדר לצורך מסמך זה, **אין מיטות אשפוז שיקום**. מיטות אשפוז השיקום היחידות באזור קיימות בנפת אשקלון, ובשיעור נמוך בכ- 80% מהשיעור הארצי ורובן בבעלות פרטית. בכל הדרום **אין הוספיס אשפוזי לחולים סופניים**.

המרכז הרפואי-האוניברסיטאי "סורוקה" קיבל בשנת 2009 את מספר הפניות הרב ביותר למחלקה לרפואה דחופה מכלל בתי החולים בישראל (198,400), **בעוד ששיעור עמדות הרפואה הדחופה באזור נמוך ביותר מ-50% מהממוצע הארצי**. למעשה, מחוז דרום עומד בתחתית הרשימה בהתייחס לעמדות רפואה דחופה, עמדות ניתוח, עמדות התאוששות ועמדות לידה, כאשר שיעור העמדות לנפש נמוך מהממוצע הארצי בכל התחומים, משיעור של 30% עבור עמדות לידה ועד כ- 70% לעמדות התעוררות.

מרכיב מרכזי של הרפואה הדחופה הוא **מערך פריסת האמבולנסים**, בייחוד כאשר מדובר באזור בעל פריסה גיאוגרפית כה נרחבת ופריסת שירותים מצומצמת. באזור קיימות 18 תחנות הזנקה הנענות לכ-390 קריאות ביממה. תמונת המצב מראה כי **כ-19% מנקודות ההזנקה נמצאות באזור, אך כ-26% מכלל הקריאות והפינויים ברחבי הארץ מתבצעים בדרום**.

נתון נוסף המצביע על פערים משמעותיים, מתיחס למספר עמדות הדיאליזה באזור. **על אף שמספר החולים הזקוקים לעמדת דיאליזה באזור הוא מהגבוהים בישראל, מספר עמדות הדיאליזה הוא הנמוך ביותר.** 32 עמדות המהוות 6% מכלל העמדות בישראל, בשיעור של 0.03 ל-1000 נפש, לעומת השיעור הארצי של 0.078.

## כוח אדם רפואי

כאמור, לא פשוט לגייס כוח אדם רפואי לעבודה באזור. למעשה, אנחנו לומדים שכבר בזמן בחירת מקום הסטאז', **בתי החולים באזור** נמצאים בתחתית רשימת העדיפויות של סטודנטים לרפואה. בהסתכלות על כוח האדם הרפואי באזור, **שיעור הרופאים המועסקים והאחיות המועסקות נמוך מאוד**, ובשנת 2009 עמד על 2.1 ו-3.7 ל-1,000 נפש בהתאמה, בהשוואה דומה ל-3.3 ו-5.1 ברמה הארצית.

**במערך הרפואה בקהילה** מספר הרופאים בדרום עומד על 1,779 והם מייצגים שיעור של 1.64 ל-1,000 נפש, בהשוואה ל-1.99 ל-1,000 נפש במרכז. רק כ-40% מכלל הרופאים בקהילה במקצועות הרפואה הראשונית (רפואת משפחה, רפואה פנימית ורפואת ילדים) הם בעלי תעודת מומחה, לעומת 58% באזור המרכז. המחסור בכוח אדם רפואי במערך הקהילה צפוי אף להחריף בשנים הבאות. כבר היום ידוע שבחמש השנים הקרובות צפויה פרישה לגמלאות של למעלה מ-50 רופאים של שירותי בריאות כללית במחוז הדרום, וכאמור, אין מי שיחליף אותם. המגמה המדאיגה, בייחוד בהקשר הרופאים בקהילה, מתבטאת גם במספר המתמחים ברפואת הקהילה שהולך ופוחת, ואנו יודעים כבר היום על תקנים פנויים למתמחים, שאינם מתמלאים.

קיים מחסור הולך ומחריף של כוח אדם סיעודי בנגב. ישנם קשיים משמעותיים באיזושתקנים קיימים הן בבתי החולים והן במערך הרפואה בקהילה ובפרט **בתחנות לאם ולילד, אשר שם המחסור באחיות הביא לסגירתן של מספר תחנות**. התמריצים הכספיים, שניתנים כיום לאחיות הבאות לשרת באזור, ככל הנראה אינם מספקים, היות והבעיה היא משמעותית ומתמשכת. כיום מועסקות ל-3.7 אחיות ל-1,000 נפש באזור הדרום, זהו השיעור הנמוך ביותר בארץ. הממוצע הארצי עומד על 5.1 ל-1,000 נפש. בהתאם לתחזיות העדכניות לשנת 2025, ההערכה הקיימת היא שללא התערבות, שיעור האחיות בכל הארץ יהיה 5.05 ל-1000 נפש, ובדרום כמובן שפחות. ממוצע שיעור האחיות במדינות ה-OECD עומד כיום עומד על 6.5 ל-1,000 נפש. נדרשת הקצאת משאבים על-ידי הרגולטור לצורך תמריצים, וזאת בנוסף לתמריצים שיוכלו להציע המעסיקים השונים.

## מסקנות והמלצות

נתוני הבריאות, הצפי לגידול האוכלוסייה ותשתיות שירותי הבריאות וכוח האדם הרפואי באזור מחייבים פעולה מיידית לתכנון מחדש של פריסת השירותים ולהגדלת כוח האדם הרפואי באזור הנגב.

בהתייחס להמלצות הרשומות מטה, יש צורך בגיבוש תכנית רב מערכתית ליישום, מעקב ובקרה. במקביל, נדרשת הסכמה ויישום של פתרונות בטווח הקצר והארוך, לעצירת הידרדרות המצב ומניעת קריסת המערכת הרפואית באזור.

חברי הקבוצה מבקשים להציע גישה כוללת להתמודדות עם הבעיה, גישה המחייבת הסכמה רחבה, שיתוף פעולה, יישום ובקרה. לצורך כך, נדרשת חבירה של הרשויות הממלכתיות, מוסדות האשפוז, קופות החולים וכמובן תושבי האזור. בנוסף, מומלץ על **הקמת מאגר נתונים ממלכתי** לאיסוף נתוני תחלואה כבסיס לקביעת סטנדרטים לתקינה ולתשתיות. יתר על כן, מומלץ ליצור מנגנוני מדידה ומעקב סטנדרטים אחר תהליכי יישום.

### 1. המלצות לטווח הקצר

#### א- כוח אדם

בבסיס כל שינוי וחשיבה מחדשת לגבי פריסת השירותים באזור יש לתת את הדעת לבעיית כוח האדם הרפואי, שנמצא במחסור עכשווי משמעותי וקשה לגייסו לעבודה באזור – הן בקהילה והן בבתי החולים. יש הכרח בהגדלת "נתח העוגה הלאומי" של רופאים ומטפלים המגיעים לאזור. לצורך כך נדרשת הכוונה, עידוד והקצאת משאבים. בעוד במרכז הארץ מוצעות לרופאים ובעלי מקצועות נוספים הזדמנויות כלכליות, חברתיות, חינוכיות ותרבותיות רבות, המצב בפריפריה שונה בתכלית. הזדמנויות תעסוקה לבני/ות-זוג, שירותי החינוך, ואפשרויות הפיתוח המקצועי הרבה יותר מוגבלות.

- תכנון רב-שנתי והכוונת הקבלה להתמחויות הנחוצות לאזורי הפריפריה.
  - הרחבת הגדרות התפקיד לכוח אדם סיעודי: יש לאפשר קיום של בעלי תפקידים נוספים במרחב שבין הרופא לאחות, על מנת לפנות את זמנם של הרופאים. לשם כך יש להרחיב הכשרות והרשאות מתאימות לכוח אדם סיעודי ומקצועות בריאות נוספים, דבר אשר ינגיש שירותים, יפשט תהליכים ויקטין את העומס על מצבת הרופאים ההולכת ומדלדלת.
- דבר זה יתבצע באמצעות מהלך כלל לאומי או באמצעות מהלך אד-הוק המכוון לפריפריה, אשר יגרום להכרה במקצועות נוספים, כדוגמת Nurse Practitioner (אחות קלינית) ו-Physician assistant (עוזר רופא).

- שירות לאומי: הקמת מסלול שירות לאומי, בדומה למסלול הצבאי של האוניברסיטה העברית בירושלים. סבסוד הלימודים, עלויות מחייה ומענקים נוספים יינתנו לסטודנטים שייבחרו להתגורר ולעבוד באזור הנגב לתקופה של לא פחות מ-6 שנים.
- סיוע בשכר לימוד ומתן תמריצים נוספים למי שסיים את לימודיו וישרת באזור: בחינת מתן הלוואות בתנאים מועדפים (חלקן הלוואות שכולן או חלקן יהפכו למענק על-פי קריטריונים של פרק הזמן ששהו ושירתו באזור), נקודות זיכוי מס, מלגות, הטבות ברכישת דיוור, מינויים אקדמיים, מסלולים ניהוליים וקידומים נוספים למי שישרת באזור פרקי זמן ממושכים (לפחות 3-6 שנים).
- שיפור תנאי המתמחים במרכז הרפואי סורוקה והגדלת התקנים: המרכז הרפואי סורוקה נמצא בעדיפות נמוכה בקרב סטאזרים וגם בקרב מתמחים. יש צורך בהגדלת המכסה ועידוד סטודנטים ומתמחים באמצעות מתן תמריצים כגון שכר גבוה יותר, סיוע בשכר דירה, אפשרויות מחקר ותנאי התמחות נוחים יותר.

#### ב- תשתיות רפואיות

- על רקע העדרם של מיטות שיקום באזור הנגב מומלץ על הוספת מחלקת שיקום במרכז הרפואי "סורוקה", ובניית מערך שיקום בקהילה.
- הרחבת פריסת רפואה דחופה: יש להגדיל את כמות האמבולנסים, נט"ן ושירותים נוספים לאחר שעות הפעילות.

## 2. המלצות לטווח הארוך

#### א- כוח אדם

- על מנת ליישם פיתרון הולם ובר קיימא בתכנון כוח האדם בנגב לטווח הארוך נדרשת תפישה ממלכתית כוללת לפיתוח האזור ושיפור רמת החיים בו. יש צורך ביצירת קהילות אטרקטיביות, תנאי מגורים משופרים, היצע תעסוקתי נרחב ושיפור תשתיות החינוך, הרווחה והתרבות על מנת למשוך אוכלוסיה חדשה לאזור.
- פתיחת מגמה ייחודית בבתי הספר לרפואה, אליה יתקבלו סטודנטים אשר יתחייבו להשלים תקופת עבודה, לאחר תום לימודיהם והתמחותם, בדרום.
- התניית קבלה להתמחויות מבוקשות בבתי חולים הנתמכים ע"י המדינה ב"שנות שירות" בדרום.

## ב- תשתיות רפואיות

- הרחבת תשתיות הרפואה הפיזיות והטכנולוגיות על-פי הסטנדרטים שייקבעו: יש להגדיל את שיעור מיטות אשפוז כללי ושיקום, שירותים רפואיים לאחר שעות הפעילות, עמדות דיאליזה, מכונים להתפתחות הילד ועוד.
- הקמת בית חולים נוסף באזור: קיימת תוכנית מתאר להקמת בית חולים נוסף, בצומת להבים. המהלך יאפשר גם העלאת שיעור העמדות לרפואה דחופה ועמדות ניתוח. נכון להיום אין כל עיסוק של משרדי הבריאות והאוצר במטרה לקדם יישום תוכנית זאת. הועדה סבורה כי נכון יהיה להקים בית חולים זה ולא להגדיל את המרכז הרפואי סורוקה, שהוא כבר היום אחד מבתי החולים העמוסים והצפופים במדינת ישראל, ונכון יהיה לפזר, הן גיאוגראפית, הן ניהולית והן משיקולי ניהול סיכונים, את פריסת מיטות האשפוז בנגב. אין ספק כי הקמת בית חולים נוסף תוכל להתאפשר רק במקביל להגדלה משמעותית של היצע כוח האדם הרפואי, מקצועות הבריאות האחרים וכוח האדם הרפואי-ניהולי בדרום, על מנת למנוע "קניבליזציה" ותחרות על אותו פלח עובדים מצומצם הנמצא כיום בדרום.

מאחר ומימון ההמלצות שצוינו לעיל אינו יכול להתבצע מתקציבם השוטף של המוסדות והארגונים האחראים על בריאות האוכלוסייה באזור, על המדינה להקצות לנושא תוספת משאבים ייעודיים. רק בדרך זו ניתן יהיה להביא לשיפור משמעותי בתשתיות שירות הרפואי לתושבי הנגב.

## **סיכום**

חוק הבריאות הממלכתי במדינת ישראל מושתת על עקרונות של צדק, שוויון, ועזרה הדדית. לא זאת התמונה שמצטיירת במסמך זה מהנתונים על מצב התשתיות וכוח האדם הרפואי באזור הנגב. רבות נכתב על המצב הקיים, תחזיות עתידיות והמלצות שונות לייצוב ושיפור התשתיות הקיימות, אך עד היום, מעט מאוד מהמלצות אלו יושם. מענה כוללני לסוגיות הרבות איתן מתמודד האזור דורשת התגייסות רב מערכתית, בין-משרדית לטובת פיתרון הולם ובר-קיימא. פתרונות קצרי טווח יתנו מענה חלקי וסביר שלא יוכלו לתת מענה בטווח הזמן הרחוק לשינויים הדמוגרפיים ולגידול האוכלוסייה באזור.

חשוב לציין כי תשומת הלב שמפנה משרד הבריאות לסוגיית הפערים בפריפריה של המדינה היא צעד ראשון וחשוב לקידום הנושא בתודעה הלאומית ושינוי סדרי העדיפויות בהתאם. נוסחת קפיטציה החדשה מנסה לתת מענה חלקי לבעיה ע"י הכרה בצורך לתקצב יותר את הפריפריה. אך גם כאן יש ערך בהקמת תשתית רגולטורית שתחייב כי אותם כספים שניתנו לקופות החולים בגין מבוטחי הפריפריה, יושקעו בפריפריה בהתאם.

במקביל יש ערך בניהול משותף של תשתיות, כוח אדם ייחודי (לדוגמא אנשי מקצועות הבריאות ורופאים דוברי השפה הערבית) ותהליכי עבודה, באזורי האוכלוסייה הדלילים ומרוחקים. המצוקה היא אחידה לכל נותני השירות, אי לכך נדרש שהמשרד יהיה מעורב באופן ישיר ופעיל בניהול והסדרת התהליכים באזורים אלה.

בנוסף, יש צורך בגיבוש אסטרטגיה להקמת מאגר נתונים ממלכתי לאיסוף נתוני תחלואה, כבסיס לקביעת סטנדרטים לתקינה ותשתיות. הגוף צריך לקבוע יעדים מדידים לפרק זמן הקצר (2012-15) לתוספת מיטות אשפוז ותקינה במרכז הרפואי-אוניברסיטאי סורוקה והקהילה באזור הדרום, בשלב הראשוני יש צורך להוציא לפועל את "תכנית אשפוז 2015" ולדאוג שבמסגרת התוכנית תינתן תקינה הולמת ויוסטו משאבים לאזור הנגב.

כדי להבטיח את גידול כוח האדם הרפואי באזור והשוואתו לשיעור המטפלים במחוזות מרכז הארץ (רופאים, אחיות ומקצועות הבריאות האחרים אחרים), יש צורך בהבניית ויישום חבילת תמריצים כספיים ואחרים ומסלולי פיתוח מקצועיים, כפי שפורטו במסמך זה.

ללא מתן מענה הולם לכל הסוגיות, עלולה מדינת ישראל למצוא עצמה עם פערים חברתיים, כלכליים ובריאותיים הולכים וגדלים. אין זו התשתית המוסרית עליה הוקמה המדינה ועליה הושתת חוק הבריאות הממלכתי.

## צוות מס' 2: תכניות התערבות לצמצום פערים בבריאות

### רקע

עבודת הוועדה התמקדה בניתוח של מספר תכניות התערבות, הפועלות כיום באזור הנגב, וביניהן פרויקט לצמצום תמותת התינוקות, שהובל על-ידי משרד הבריאות, האוניברסיטה וגורמים במגזר השלישי.

ניתוח הפרויקטים הביא לזיהוי של מספר בעיות בשיטה הקיימת:

1. **לא קיים מנגנון תעודף של זיהוי פערים ומוקדי התערבות.**
2. תכניות התערבות רבות מנוהלות כפרויקטים על-ידי משרדי הממשלה, המגזר השלישי או האוניברסיטה, **ללא הערכה מסודרת של הממצאים וללא הבטחה להמשכות.**
3. כפילויות וחוסר תיאום גורמים **לפיזור המאמץ ולבזבוז משאבים**, בעיקר משאבי כוח אדם.
4. במקרים רבים, **מעריך השירותים הרפואיים הקיימים אינו מסוגל לתת מענה להגדלת הביקוש שעשויה תכנית התערבות מוצלחת ליצור.** לדוגמה, תכנית התערבות תוכל להגדיל את היענות הנשים בנגב לבצע את מלוא הבדיקות הטרומ-לידתיות במהלך ההיריון, אך מערך טיפת החלב לא יוכל לעמוד בכך.
5. קיים חוסר מידע על צרכים, פערים ועל תכניות התערבות מוצלחות שנוסו.

### האסטרטגיה המוצעת

1. על הממשלה להגדיר את היעד של סגירת הפערים בבריאות כיעד לאומי.
2. יש לבצע התערבות ב"מעלה הזרם", כלומר לכל אורך הרצף הטיפולי של מערכת הבריאות, החל ממניעה ועד לטיפול רפואי. כמו כן, לכל אורך המדרג החברתי-כלכלי, ולא רק עבור השכבות החלשות ביותר.
3. ההתערבות מחייבת ראייה רב-תחומית ורב-מקצועית: נדרש שיתוף פעולה מתמשך ומוסדר בין ספקי שירותי הבריאות השונים, הרווחה, החינוך והמשרד לפיתוח הנגב והגליל. כמו כן, נדרש תיאום עם האחראים על תחומים נוספים (משרד התחבורה, משרד התשתיות, משרד השיכון ומשרד האוצר), בהתאם לאופי הסוגיה.
4. בכל תכנית התערבות ובכל שלבי התכנון, הביצוע וההערכה יש לשלב נציגים מאוכלוסיית היעד ואת ארגוני המגזר השלישי.

5. יש להקים מנגנונים בהכונת משרד הבריאות, אשר יפעלו ברמה הממשלתית, האזורית והמקומית, ולהפעילם בכל שלבי התוכנית: התכנון, ההטמעה, ההערכה והפיקוח.
6. יש לבחון השלכות על פערים בבריאות של תוכניות ויוזמות בכל תחומי החיים (HEALTH EQUITY IN ALL POLICIES), וכמו כן, לבדוק באיזה מידה עתידות להשפיע תוכניות שונות לפיתוח הנגב (כדוגמת מעבר צה"ל לנגב) על המצב הבריאותי בנגב.
7. תפקיד האקדמיה והמגזר השלישי הוא להתניע תהליכים: לסייע בזיהוי הפערים, להתאים תוכניות או לתכנן תוכניות חדשות, לבחון היתכנות (פיילוט) והערכה, אך **לא למלא את מקומם של האחראים על מתן השירותים.**

### **תהליך מוצע לתכנון והפעלה של תוכניות התערבות לצמצום פערים**

1. הגדרת הנתונים הנדרשים לצורך זיהוי פערים בבריאות במערכות איסוף מידע הקיימות בקרב קופות החולים ומשרד הבריאות.
2. הקמת מנגנונים לזיהוי פערים ברמות השונות (הרמה הלאומית, הרמה האזורית, והרמה המקומית) ומערכת קריטריונים לתעדוף מוקדים להתערבות.
3. לימוד מהצלחות – קידום פרויקט מאגר המידע על תוכניות התערבות מוצלחות, שאותן ניתן לאמץ ולשכפל.
4. התאמת תוכניות התערבות מוצלחות לבעיות שונות ולאוכלוסיות אחרות, ו/או תכנון תוכניות חדשות.
5. בדיקת היתכנותם של פרויקטים וקביעת יעדים ריאליים (היקף ולוח זמנים) ומדידים להערכה, וביצוע הערכה.
6. הטמעת תוכניות מוצלחות במערכת השירותים.
7. המשכת תמרוץ קופות החולים, והטמעת פרויקטים לצמצום פערים.
8. מודל ערים בריאות – **אנו קוראים לרשויות המקומיות לזהות פערים ברמת הרשות** תוך שיתוף פעולה בין בעלי העניין השונים: התושבים, ספקי שירותי הבריאות, האחראים על החינוך ועל הרווחה (לדוגמה: מודל אשדוד – פעילות גופנית).



## צוות מס' 3 : שימוש במנגנונים רגולטורים לצמצום פערים

### רקע

הפערים בבריאות בישראל מושתתים הן על רקע חברתי-כלכלי, והן על רקע אזורי (מרכז לעומת פריפריה)<sup>4</sup>. דיון הוועדה עסק בשימוש במנגנונים רגולטורים לצמצום פערים בבריאות על רקע אזורי, וכמו כן בדרכים לצמצום פערים על רקע חברתי, מתוך הבנה שגם בקרב תושבי פריפריה עצמם קיימים פערים על רקע חברתי-כלכלי. חוסר השוויון נובע מהבדל בתכונות ובהעדפות (ביולוגיות והתנהגותיות), בסביבה (האנושית, הביולוגית והפיסיקלית), ביכולת להשתמש במידע (ובכך להבין גורמים למחלה, דרכי טיפול, זכויות ועוד) ובמידת השימוש בשירותי בריאות.

מטרת הרגולציה במערכת הבריאות הינה לסייע בפתרון הכשלים בשוק הבריאות, על מנת להשיג יעדים כלכליים (יעילות) וחברתיים (שוויון). אמצעי ההתערבות של המדינה בהסדרת פעילותה של מערכת הבריאות כוללים:

1. חקיקה והנהגת מנגנוני פיקוח ואכיפה.
2. קביעת מחירים והעדפה מתקנת (סבסוד, מיסוי והקצאה).
3. חינוך ואספקה של שירותים (למשל פיתוח שירותים באזורים מרוחקים).

### צמצום אי השוויון מחייב הגדלת היקף המימון הציבורי של ההוצאה הלאומית לבריאות.

כמו כן, יש להקצות משאבים נוספים לפריפריה על מנת להתאים את המצב המתקיים בה, לסטנדרטים של איכות השירות המקובלים בארץ ובעולם, ולתת מענה לגידול הדמוגרפי הצפוי בנגב בשנים הבאות.

הוועדה עסקה במינון האופטימאלי של הרגולציה ובמידת האוטונומיה שיש להשאיר בידי המבטחים ונותני השירות, כמו גם במידת האחריות האישית המצופה מהחולה. בהקשר זה נדונו שלוש סוגיות מרכזיות הנוגעות להשפעת הרגולציה על צד הביקוש ועל צד ההיצע:

1. גבולות האחריות האישית של הפרט ואחריות המדינה, בקידום ובשמירה על בריאות הפרט.
2. נוסחת ההקצאה.
3. היקף המימון הפרטי.

---

4. Jaffe, D.H. et al. (2005). Individual, household and neighborhood socioeconomic status and mortality: a study of absolute and relative deprivation. *Social Science & Medicine* 60(5):989–997; Epstein, L., Horev, T. (2007). Inequality in health and in the health system [Hebrew]. Jerusalem, Taub Center for Social Policy Studies in Israel  
הלשכה המרכזית לסטטיטיקה (הלמ"ס) ומשרד הבריאות. (2006). פרופיל בריאותי חברתי של היישובים בישראל - 1998-2002. פ"מ מס' 1270, ירושלים; אברבוך, א., קידר, נ., חורב, ט. (2010). אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו - 2010. משרד הבריאות, ירושלים.

## גבולות האחריות האישית של הפרט ואחריות המדינה בקידום ושמירה על

### בריאות הפרט

היקף התערבות המדינה בתחום המניעה, האבחון והטיפול במחלות, הוא תלוי גישה ועמדה ערכית באשר למידת חשיבותה של הבטחת הזכות לבריאות. האחריות והמעורבות של המדינה בצמצום פערים ובאי שוויון בבריאות ממוקמות בין הגישה הליברלית לבין הגישה הסוציאל-דמוקרטית. הגישה הליברלית דוגלת במידה רבה של אחריות אישית של הפרט על בריאותו, ובצמצום מעורבות המדינה לכדי דאגה אך ורק לפרטים שאינם מצליחים להשיג את המינימום ההכרחי לשמירה על בריאותם. לעומתה, הגישה הסוציאל-דמוקרטית דוגלת במעורבות פעילה של המדינה בשמירה על הביטחון החברתי והכלכלי לאוכלוסייה כולה, הספקת הטיפול הרפואי מוטלת על המדינה ואינה בגדר אחריותו של הפרט על בריאותו. גישה זו מתייחסת לבריאות כאל מוצר חברתי ולא רק כמוצר ציבורי.

פרט למדינה, קיימים שני שחקנים מרכזיים נוספים היכולים לתרום לצמצום הפערים בבריאות: קופות החולים והרופא המטפל בקהילה. לקופות בכלל ולרופאים בפרט תפקיד כפול: מחד יישום המדיניות הנובעת מאחריות המדינה בנושא, ומאידך - עידוד הפרט לנהוג באחריות אישית באופן המקדם את בריאותו. עידוד זה יעשה בעזרת אמצעים שונים כגון: הפיכתו של מידע לנגיש יותר, הפנייתו של הפרט לשירותים שונים, יכולת המעקב שלו אחר ביצוע בדיקות שונות וכדומה. בעידן של התפתחויות טכנולוגיות וריבוי טיפולים, של התמחויות ותתי-התמחויות, לא קיים תחליף לקופות החולים ולרופאים המטפלים כאשר מדובר בהחלטה ביקורתית באשר לשימוש הולם ונאות בשירותי הבריאות השונים.

לכאורה, אחריותו האישית של הפרט על בריאותו היא ברורה מאליה, אך בכל זאת ישנו צורך לעסוק בה בנוסף לדיון אודות אחריותה של המדינה על צמצום הפערים ואי השוויון בבריאות.

האחריות האישית של הפרט על בריאותו מוגדרת כמידה שבה מצליח הפרט לשמר ולקדם את בריאותו בעקבות החלטותיו העצמאיות. הואיל ומחלתו של הפרט מהווה נטל על סביבתו, ניתן לראות באחריותו האישית של הפרט על בריאותו, כמייצגת את חובתו כלפי סביבתו להישאר בריא ולהימנע ממחלות. האחריות שלוקח על עצמו הפרט מניעה אותו להתנהג באופן המקדם את בריאותו, והיא משמעותית להשגת תוצאות בריאותיות טובות, במידה דומה להתערבות רפואית יקרה. אחריות זו באה לידי ביטוי, בין היתר, במילוי אחר עצות אנשי המקצוע, במתן מידע מהימן אודות המצב הבריאותי, בהיענות לתוכנית הטיפול המומלצת, בנטילת תרופות ועוד. לכן, פעילותה של המדינה אמורה להתמקד ביצירת "סביבה מאפשרת" למימושה של אחריותו האישית של הפרט.

---

5. Wikler, D. (2005). Personal and social responsibility for health. In: Arand S, Peter F, Sen A, Eds. Public health, ethics and equity. Oxford: Oxford University Press: pp. 109-134.

6. Einarson, T. R. (2005). The Authority/Pharmacotherapy Care model: an explanatory model of the drug use process in primary care. Research in Social and Administrative Pharmacy 1 (1): 101-117

יצירתה של "סביבה מאפשרת" דורשת התערבות ברמה הלאומית: עיגון תמריצים חיוביים ושלייליים; חקיקת חוקים ותקנות (למשל בנושא הגבלת עישון); עידוד מקומות העבודה, קופות החולים ומוסדות החינוך להטמיע פעולות לקידום אורח חיים בריא וליצור תשתית עירונית סביבתית מתאימה הכוללת - תכנון פארקים, שבילי אופניים והליכה, מגרשי ספורט וכדומה.

בתחום המניעה והאבחון - על המדינה לכלול שירותים אלו בסל שירותי הבריאות, ולהפכם לנגישים יותר לאוכלוסיות בעלות היענות נמוכה, היענות אשר לעיתים נובעת מחוסר מודעות או זמינות מוגבלת.

לרופא המטפל בקהילה יש תפקיד מרכזי. אמנם ישנן קבוצות אוכלוסייה שעבורן די במידע נגיש, בהפניה לשירותים שונים, במעקב אחר ביצוע בדיקות שונות וכדומה; אולם ישנן קבוצות אוכלוסייה, שלהן חשוב שהרופא הראשוני יהיה האחראי המרכזי בידיו את כל הטיפול בהן.

## נוסחת ההקצאה

### רקע

סעיף 17 לחוק ביטוח הבריאות הממלכתי, התשנ"ד 1994, קובע כי ההקצאה של מקורות מימון עלות סל שירותי הבריאות לקופות החולים תיעשה בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל בכל אחת מקופות החולים, לבין סך כל מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופות החולים. לעניין זה, קובע סעיף 17 כי בחישוב "מספר המבוטחים המשוקלל" יינתן משקל לגיל המבוטח, **לריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה** ולאמות מידה נוספות - לפי קביעת שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

בהתאם לסעיף הנ"ל, מחלק המוסד לביטוח לאומי מדי חודש את כספי עלות סל שירותי הבריאות לקופות החולים. בשנת 2011 אומדן עלות סל שירותי הבריאות לקופות החולים הוא כ-32 מיליארד ₪. בחודש אפריל 2011 התחלק התקציב בין קופות החולים באופן הבא: כללית 56.6%, מכבי 23.3%, מאוחדת 11.6% ולאומית 8.5%.

בדו"ח ועדת בן-נון משנת 1994, אשר פיתח את נוסחת ההקצאה המקורית, הוסבר כי השימוש במשתנה שקובע כי ריחוק מקום מגוריו של המבוטח ממרכזי אוכלוסייה ישוקלל בנוסחת ההקצאה "הינו בעייתי ביותר ועל כן ממליצה הוועדה לדחות את השימוש במשתנה זה בנוסחת ההקצאה לכשנתיים". על אף שחלפו 16 שנים מאז דו"ח ועדת בן-נון ועד לשנת 2010, עדיין לא הוכלל סעיף זה בנוסחה. בשנת 2010 החליטה ועדה משותפת למשרדי הבריאות והאוצר, לכלול בנוסחת ההקצאה את מרכיב המרחק ממרכזי אוכלוסין, וזאת באמצעות מדד ייעודי שפיתחה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

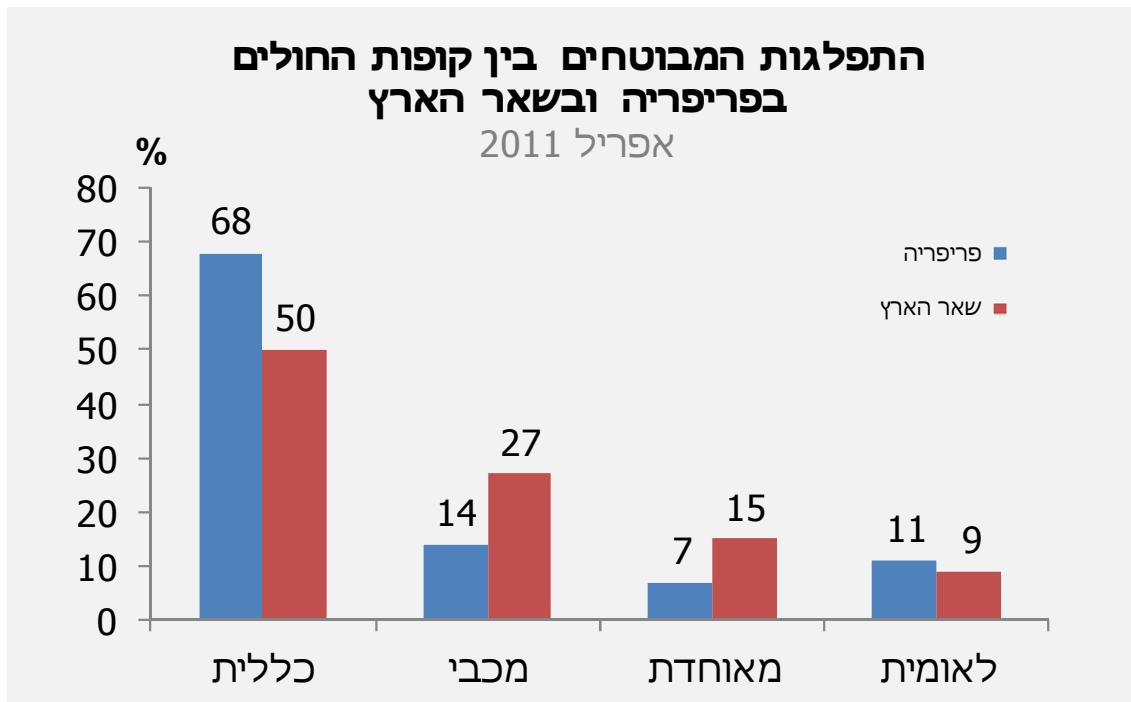
מדד הפריפריה של הלמ"ס, שפותח בשנת 2008, מחלק את כל הרשויות המקומיות בישראל ל-10 אשכולות לפי מידת הפריפריאליות של כל רשות. החלוקה מתבצעת החל מאשכול 1, הכולל רשויות מקומיות פריפריאליות ביותר, ועד אשכול 10 הכולל את הרשויות המקומיות המרכזיות ביותר. המדד הינו שקלול שווה של שני מרכיבים: הראשון - נגישות פוטנציאלית של רשות מקומית, המשקלל בין קרבת הרשות המקומית לכל הרשויות המקומיות בארץ, לבין גודל האוכלוסין שלהן; השני - קרבת הרשות המקומית לגבול מחוז תל אביב. מדד זה הינו מדד אובייקטיבי, אשר אינו תלוי במערכת הבריאות ואומץ על-ידי משרדי ממשלה שונים. חשוב לציין כי המדד כלל אינו לוקח בחשבון משתנים חברתיים-כלכליים אלא אך ורק את המרכיב הגיאוגרפי.

הוועדה המשותפת למשרדי הבריאות והאוצר החליטה כי קופות החולים יקבלו תגמול נוסף בגין מבוטחים המתגוררים בארבעת האשכולות הנמוכים במדד הפריפריה של הלמ"ס. לפי נתונים הנכונים ל-2011.1.4, כ-1.1 מיליון תושבים, המהווים כ-15% מאוכלוסיית מדינת ישראל, גרים בישובים הנמצאים בארבעת האשכולות הפריפריאליים ביותר. הוועדה החליטה כי עבור כל מבוטח הנמצא בישובי הפריפריה, תקבל הקופה תגמול נוסף של כ-5% ביחס לתגמול שהיא מקבלת עבור מבוטח ממוצע בשאר חלקי הארץ. שוויה של ההטבה הינו קרוב ל-200 ₪ בשנה עבור מבוטח בפריפריה (לצורך כך הוסיפו המשרדים 160 מיליון ₪ לעלות הסל). לדוגמה, שירותי בריאות כללית, אשר לה כ-24 אלף מבוטחים בדימונה, תקבל בשנת 2011 תוספת תקציב שנתית של יותר מ-4 מיליון ₪ עבור מבוטחים אלה.

יש לציין, כי בדומה לשאר המרכיבים בנוסחת הקפיטציה (גיל ומגדר) ההקצאה לפריפריה אינה "צבועה". המשמעות היא שקופות החולים מקבלות, בהתאם לנוסחת ההקצאה, סכום אחד מן המדינה והן יכולות להקצות אותו בין מבוטחיהן כראות עיניהן, ללא קשר למשתנים הקיימים בנוסחה (גיל, מגדר ופריפריה). העקרונות שעמדו, בין היתר, בפני הוועדה הבין-משרדית בהחלטתה לא "לצבוע" את תוספת ההקצאה בגין הפריפריה נבעו בעיקר מהטעמים הבאים:

- שמירה על עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר קובעים כי תקציב הסל אינו "צבוע" למטרות מיוחדות (גם תקציב שוועדת הסל מקציבה לתרופה חדשה שבסל אינו "צבוע" לאותה תרופה, אלא נכלל בעלות הסל הכוללת).
- הנעת הקופות לשפר את השירות למבוטחי הפריפריה באמצעות הפיכתו לרווחי יותר עבור קופות החולים. ככל שיחס ההכנסות/הוצאות על מבוטחים יהיה חיובי יותר, כך יהיה כדאי יותר לקופות החולים להתחרות על מבוטחים באותו אזור, וזאת באמצעות שיפור השירות הניתן במקום לכלל מבוטחי הקופה.

בחינת התפלגות המבוטחים בפריפריה, כפי שהוגדרה באשכולות 1-4 של הלמ"ס, מראה כי חלקה של שירותי בריאות כללית במבוטחי הפריפריה גדול משמעותית מחלקה במבוטחים בשאר חלקי הארץ (68% לעומת 50%). גם בלאומית נתח המבוטחים בפריפריה הינו גבוה מאשר חלקה בשאר האוכלוסייה. במכבי שירותי בריאות ובמאוחדת אחוז המבוטחים בפריפריה נמוך משמעותית, בכ-50%, מאחוז המבוטחים בהן בשאר חלקי הארץ.



בחינה של האוכלוסייה לפי גיל, מראה כי אוכלוסיית הפריפריה הינה צעירה יותר מאשר האוכלוסייה בשאר חלקי הארץ. כ-46% מתושבי הפריפריה הינם מתחת לגיל 25 לעומת 42% בשאר חלקי הארץ.

מכיוון שהשינוי בנוסחת הקפיטציה נכנס לתוקף רק בחודש נובמבר 2010, קשה עדיין להעריך את השפעתה על הקצאת המשאבים של קופות החולים לפריפריה. בכדי לבחון את השינוי שחל בעקבות הנוסחה הגיע משרד הבריאות להחלטה, שגובתה על-ידי הממשלה, להקצות משאבים מתוך מבחני התמיכה לקופות החולים. זאת, בתנאי שיראו באיזו דרך הם משקיעים את הכספים בפריפריה ומפתחים תכניות לצמצום אי שוויון בבריאות.

יש לציין כי אמנם הכללת משתנה המרחק בנוסחת ההקצאה מהווה פריצת דרך באופייה של הנוסחה, מנוסחה שמטרתה אך ורק לחזות את ההוצאות של קופות החולים לנוסחה שמתמדת אותן להתנהגות מסוימת; אך לעומת זאת קיימות גם ביקורות חשובות ומשמעותיות על אופן הכללת משתנה המרחק בנוסחה.

נקודת ביקורת ראשונה נוגעת לכך שהשינוי נוגע רק לצדדים הגיאוגרפיים של הפריפריה ולא לצדדים החברתיים. במצב זה ישובים חזקים מבחינה חברתית-כלכלית בפריפריה מקבלים תקציבים נוספים, ואילו ישובים חלשים במרכז או בפריפריה של המרכז לא זוכים לתקציבים נוספים. יש לשקול הגדרת משתנה "חברתי-כלכלי" שיבדיל בין הישובים החזקים לבין הישובים החלשים בתוך הפריפריה.

ביקורת אחרת הינה בנוגע לאופן הנעת הקופות. ישנן טענות כי חלוקה לא "צבועה" של תקציבים, תגרום לכך שהתקציב "יבלע" בתקציבים הגדולים של הקופות ולא יגיע לפריפריה. ובמידה ומשרדי הממשלה אכן היו מעוניינים כי התקציבים יגיעו לפריפריה, הם היו צריכים לחלק אותם אך ורק בהתאם להשקעות מקבילות של קופות החולים בפריפריה (מבחינת תמיכה לדוגמה). ביקורת נוספת על התוכנית נוגעת לכך שהיא מקצה את הכסף ללא כל הוכחה של תפוקות. גם אם התקציב יגיע לפריפריה, לא ניתן להבטיח כי הוא ישמש לצרכים הדחופים ביותר של תושבי הפריפריה (יתכן כי צרכים אלו הינם בבתי החולים ולא בטיפול הקהילתי דווקא).

### **מסקנות והמלצות**

1. יש לבצע עדכון **נוסף** בנוסחת ההקצאה:
  - הכללת מתאמי סיכון נוספים (כגון משתנה חברתי-כלכלי ומצב בריאותי).
  - הבחנה בין רמות פריפריה גיאוגרפית שונות.
2. יש לעדכן את נוסחת הקצאת המקורות על-ידי הנהלות הקופות למחוזות. יש לציין כי דבר זה נעשה כבר בחלק מהקופות.
3. יש לעודד את קופות החולים להרחיב את שירותיהן בפריפריה (לדוגמה על-ידי עריכת מבחני תמיכה והסכמי ייצוב):
  - תוספת הקצאה תלוית פעולות ייעודיות (מבחינת תמיכה).
  - פיתוח כלים להערכת הגידול בשירותים שנותנות קופות החולים בפריפריה, שאינו כתוצאה מגידול במספר המבוטחים או ממעבר בין הקופות, אלא מגידול בהיקף שירותים "נטו".
  - פרסום מדדים השוואתיים בתוך הפריפריה, וזאת על מנת לעודד תחרות על איכות השירותים בפריפריה.
4. יש לקדם במידת האפשר שת"פ בין קופות החולים לביצוע תכניות התערבות באזורי היעד.

### **היקף המימון הפרטי**

#### **רקע**

היקף המימון הפרטי של ההוצאה הלאומית לבריאות עלה מ-30% בשנת 1995 ל-38% בשנת 2010, שיעור גבוה מאוד בהשוואה לממוצע במדינות ה-OECD. עיקר הגידול במימון הפרטי נובע מהסיבות הבאות:

- גידול ברכישת ביטוחים משלימים (מסחריים ו/או במסגרת השב"ן).
- גידול בהשתתפויות עצמיות.

לעלייה זו השלכות על הגדלת אי השוויון בנגישות לשירותי בריאות, כפי שעולה מנתונים של מכון ברוקדייל ושל ההסתדרות הרפואית. עיקר הפגיעה הוא באוכלוסיות המשתייכות למעמד חברתי-כלכלי נמוך, אשר נמנעות מרכישת טיפולים רפואיים בשל עלותם ו/או בשל חוסר מודעות לתרומת הטיפול למצב בריאותם. פגיעה זו מחריפה משום שתושבי הפריפריה סובלים מהיצע מצומצם ולעיתים זניח של חלק משירותי הבריאות המתקדמים, וכמו כן נושאים בעלויות העקיפות הכרוכות ברכישת שירותי בריאות במקומות מרוחקים.

### 1. הביטוח המשלים (שב"ן)

עם הנהגת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי בשנת 1995, התעורר ויכוח בנוגע למידת המעורבות של המערכת הציבורית בהסדרת פעילותו של שוק הביטוח המשלים, האמור להתקיים לצידה. חוק ההסדרים 1998 הורה כי הביטוח הוולונטרי המשלים ישא אופי חברתי, יופעל על-ידי קופות החולים תחת הכותרת של שירותי בריאות נוספים (שב"ן), ויוסדר על-ידי משרד הבריאות. השירותים העיקריים הנכללים בביטוח המשלים הם:

- א. בחירת רופא מנתח (במסגרת שר"פ).
- ב. חוות דעת שנייה.
- ג. רפואה אלטרנטיבית משלימה.
- ד. אביזרים רפואיים.
- ה. שיפוי ניתוחים והשתלות בחו"ל.

יתרונות תכנית ביטוח זו נובעים משני מקורות עיקריים:

א. איסור החרגה (בהתאם ל"מצב הבריאות"): בכך מבוטל איום ברירת הסיכונים הקיים בשוק ביטוח הבריאות המסחרי הפרטי.

ב. קביעת פרמיה אחידה לפי גיל בלבד (ולא לפי "מצב בריאות"): הפרמיה האחידה מאפשרת לחולים, שהיו צריכים לשלם פרמיה גבוהה לו הייתה נקבעת לפי מצב בריאות (כמקובל בשוק ביטוח בריאות פרטי), לרכוש ביטוח בפרמיה ממוצעת.

בחינת מגמת ההתפתחות בשוק השב"ן מעלה גידול חד בשיעור בעלי ביטוח זה (מכ-30% לפני שנת 1995 עד כ-75% כיום), ומגמה זו יוצרת מספר בעיות:

א. שיעור גבוה זה של בעלות עשוי להצביע על **מידת אמון קטנה בשירותי הסל הבסיסי** ועל נכונותה של האוכלוסייה ברובה המכריע לשלם עבור שירותים הניתנים מעבר לסל הבסיסי.

ב. אם למרבית האוכלוסייה יהיה ביטוח שב"ן, יאבד הביטוח מייחודיותו במובן שיגבר העומס על השירותים הניתנים במסגרתו, התורים יתארכו, ולכן **בעלות על ביטוח זה תאבד מערכה.**

ג. רמת ההוצאה הפרטית הגבוהה המתחייבת מהביטוח המשלים (פרמיה והשתתפויות עצמיות) מגדילה את אי השוויון וחוסר ההוגנות בשוק זה.

ד. במקום לשפר את רווחת האוכלוסייה באמצעות תחרות על איכות הטיפול הרפואי וחווית השירות בסל הבסיסי, בהתאם למטרות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התחרות בין הקופות מתנקזת לשוק השב"ן. מתן אפשרות לקופות להציע ביטוח שב"ן, למעשה, מקנה להן אמצעים לברירת מבוטחים עקיפה.

ה. מגמת השחיקה בעלות הסל האחיד המוגדר בחוק מגבירה מחד את חשיבות הימצאותה של חלופת הביטוח המשלים, אולם מאידך מגדילה את אי השוויון בנגישות לשירותי בריאות חיוניים ביותר.

ו. עיקר מקורות השב"ן מושקעים בפיתוח שירותים במרכז הארץ, ולכן קטנה נגישות תושבי הפריפריה לשירותים אלה.

### **המלצות המדיניות לצמצום אי השוויון הנובע מהשב"ן**

- יש לבחור שירותים חיוניים הנכללים בשב"ן ולהעבירם לסל הציבורי, למשל: שירותי התפתחות הילד, שירותים מצילי חיים בחו"ל ועוד.
- כצעד נלווה, יש להגדיל את ההיצע בפריפריה: כיוון שהוספת שירותים לסל הציבורי אשר אינם זמינים לתושבי הפריפריה, לא תסייע לצמצום אי השוויון, ניתן לחייב ספקים הפועלים במסגרת השב"ן להעניק היקף שירותים מינימלי בפריפריה כתנאי להכללתם בשב"ן. כאשר אין הצדקה כלכלית לפתיחת מרכזי רפואה ייחודיים בפריפריה, יהיה על המדינה לפצות את תושבי הפריפריה בגין העלויות העקיפות הכרוכות בצריכת השירות (זמן, נסיעה ועוד).
- על משרד הבריאות להיות מעורב בפיקוח על הביטוח הפרטי בעיקר כדי למנוע כפל ביטוחים.

### **2. השתתפויות עצמיות**

תשלומי ההשתתפות העצמית כאחוז מסך הוצאות הקופות הוכפלו מכ-5% בשנת 1995 עד ל-11% בשנת 2010. מטרת החלת ההשתתפות בתשלום היא מניעה של צריכת שירותים שאינם נחוצים רק משום שהם ניתנים בחינם (תופעת "הסיכון המוסרי").



הסכנה הטמונה בהטלת השתתפויות עצמיות היא ויתורם של הנזקקים לטיפול מסוים (בד"כ בעלי ההכנסות הנמוכות) על טיפול זה בגלל ההוצאה המתחייבת ממנו, עקב זאת יורע מצבם והם עלולים להזדקק לטיפול רפואי רב ומורכב יותר (למשל אשפוז, שעלותו גבוהה יותר). בכך נפגעת היעילות וההוגנות באספקת שירותי הבריאות.

במטרה להתמודד עם תופעה זו, יש למצוא את שיעור ההשתתפות האופטימלי ולהחילו רק על שירותים אשר הביקוש אליהם גמיש באופן יחסי. המנגנון המקובל כולל מדרג של השתתפויות עצמיות שגובהן משתנה לפי סך ההוצאה ומצב הבריאות מחד, ולפי רמת ההכנסה מאידך.

### סקירה היסטורית של התמורות בהשתתפויות העצמיות

- 1995: עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הוטלו השתתפויות עצמיות בגין צריכת תרופות, בצד הנחה בשיעור של 50% לאזרחים ותיקים המקבלים הבטחת הכנסה.
  - 1998: הועלו שיעורי ההשתתפויות העצמיות בגין צריכת תרופות, ונוספו השתתפויות עצמיות בגין ביקורים אצל רופאים מומחים, מכוני הדמיה ושירותים מיוחדים אחרים. במקביל, התרחב מעגל מקבלי ההנחות והפטורים ונקבעה תקרה משפחתית לתשלומי השתתפויות עצמיות<sup>9</sup>.
  - 2003: במסגרת התכנית להבראת כלכלת ישראל השתנתה המדיניות, והנחות ופטורים לאוכלוסיות מסוימות (מקבלי דמי מזונות, אזרחים ותיקים עם הבטחת הכנסה, עולים חדשים ומשפחות אברכים) הוקטנו או בוטלו כליל. חשוב לומר כי למרות שגובה ההשתתפויות העצמיות ניתן לקביעה על-ידי כל קופה וקופה בצורה תחרותית, הקופות אינן מנצלות כלי זה, וגובה ההשתתפויות העצמיות שווה בקירוב בכל הקופות.
- סקר של מכון ברוקדייל משנת 2009<sup>10</sup> הראה כי 7% מהאוכלוסייה מדווחים כי ויתרו על טיפול רפואי כלשהו (לא כולל רפואת שיניים ותרופות) לפחות פעם אחת במהלך שנה, בשל התשלום. 22% מבעלי ההכנסות הנמוכות ו-18% מהחולים הכרוניים דיווחו כי ויתרו על טיפול רפואי ו/או על תרופה בשל התשלום (נציין שערכים אלה דומים לממצאי הסקר מ-2007, אך נמוכים בהשוואה לממצאים מהסקר שנערך ב-2005). בנוסף, 14% מבעלי ההכנסות הנמוכות ו-13% מאוכלוסיית החולים הכרוניים דיווחו כי ויתרו על טיפול רפואי בגלל מרחק<sup>11</sup>.

7. יש הטוענים כי מערכת ההנחות והפטורים אינה משיגה את יעדה, כיוון שקיימת עדות שעל אף קיומה, אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך עדיין מוותרות על טיפולים רפואיים בשל עלותם. בנוסף מעודד מנגנון זה תרבות של "מסכנות" ותיגוג של חולים.

8. ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר., יאיר, י., עקיבא, א. (2010). ממצאים מהסקר השמיני במחקר מעקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות של מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל. מאירס ג'וינט, מכון ברוקדייל, ירושלים.

9. ראוי להדגיש כי ממצאים מרחבי העולם מראים כי 20%-60 מהחולים המקבלים מרשם לתרופות אינם מממשים אותו ואינם נצמדים להנחיות הטיפול התרופתי כלשונו, לאו דווקא מסיבות כלכליות. היעדר סימני מחלה ממשיים, אי נוחות בנטילת התרופה ובעיקר תופעות לוואי של התרופות (סחרחורות, כאבי בטן ועוד) מקטינים בצורה משמעותית את הציות למרשם התרופתי.

## המלצות לצמצום אי השוויון הנובע מההשתתפויות העצמיות

1. בחינה מחדשת של ההשתתפויות העצמיות בקבלת טיפול רפואי. בנוגע לכך הועלו בצוות שתי גישות:
  - דעת הרוב - יש לבצע התאמות במדיניות ההשתתפות בתשלום, כך שימוזער אי השוויון הנובע ממנה.
  - דעת המיעוט - ביטול הדרגתי של ההשתתפויות העצמיות.
2. מומלץ לפתח מנגנונים המגנים על אוכלוסיות מוגדרות – פטורים, הנחות או תקרות בתחומים שונים (לדוגמה: השירות הסייעדי המורכב, אגרת מיון ועוד). וועדה פנימית של משרד הבריאות שדנה בסוגיה זו המליצה בקיץ 2010 בין היתר: על הקטנת התקרה הכספית החדשית על ההשתתפויות עצמיות לחולים כרוניים וקשישים המקבלים השלמת הכנסה, על מתן הנחה בגובה 10% מההשתתפויות לקשישים בני 75 ומעלה ועל מתן הנחות בהשתתפות עצמית בתרופות לניצולי שואה. בתוכנית העבודה של משרד הבריאות לשנת 2011 נקבעו בין המדדים להצלחה: הורדת שיעור הויתור על תרופות מרשם ועל ביקורים אצל רופא בקרב אוכלוסיות חלשות (חמישון תחתון) מ-22% ל-20%, והורדת שיעור ההשתתפות בגין תרופות בסל מ-33% ל-28%, עד סוף שנת 2012. בנוסף, נדונה האפשרות להתאים את שיעור ההשתתפות למדד כלכלי<sup>12</sup>.
3. מומלץ לבטל השתתפות עצמית על שירותי מניעה ועל שירותים שבהם הביקוש קשיח.
4. מומלץ לעודד מחקר שיבחן את התוצאות הקליניות והכלכליות לאורך זמן של אי-מימוש מרשמים במחלות שונות. אין ספק שהקופות עצמן, כמו גם משרד האוצר, ינהגו אחרת בנושא ההשתתפויות העצמיות, נוכח ממצאים המורים על החמרת המחלה והוצאות רפואיות עתידיות ניכרות במקרים של הימנעות ממימוש מרשם לאור עלותו.
5. מומלץ לבחון את התאמת ההשתתפות העצמית לתועלת מהטיפול שעליו היא מוחלת, בהתאם למגמה המתפתחת כיום בעולם<sup>13</sup>. עבור טיפולים המביאים לשיפור בבריאות (על סמך מחקרים וניסויים קליניים), יש להשית השתתפות עצמית נמוכה או אף לבטלה, וזאת בשל החיסכון בהוצאות הטיפול העתידי שהטיפול ישיג. לעומת זאת, יש מקום להטלת השתתפויות עצמיות גבוהות יחסית עבור טיפולים שיעילותם הקלינית נמוכה או לא ברורה, וספק אם יחסכו בעלויות עתידיות. ממצאים מארה"ב מעידים כי הפעלת תכניות השתתפויות עצמיות מסוג זה בסכרת ובאסתמה הורידו את הוצאות הטיפול לאורך זמן באופן ניכר, הרבה מעבר להפסד ההכנסות כתוצאה מהקטנת ההשתתפויות העצמיות על תרופות הידועות כמועילות. צרפת הינה דוגמה למערכת שבה ההשתתפויות העצמיות מבוססות תועלת ומן הראוי ללמד ממנה לעומק.



10. משרד הבריאות. (2011). ספר תוכניות העבודה לשנת 2011. ירושלים.

11. Fendrick, A. M. et al., (2009). Value-Based Insurance Design: Embracing Value Over Cost Alone, The American Journal of Managed Care 15: S277-S283

עם זאת, גם אם ימצא על פי ניתוח שכזה כי ראוי להטיל השתתפות עצמית גבוהה על שירות מסוים, על המדינה לפתח ולמסד מנגנוני הגנה על אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך הצורכות את השירות.

6. עמדת המיעוט המליצה על הורדה הדרגתית של ההשתתפות העצמית, עד כדי ביטולה לחלוטין, במספר שלבים:

- בשלב הראשון - הורדת ההשתתפות העצמית על שירותי מניעה ראשוניים ושניוניים (חיסונים, ממוגרפיה ועוד).
- בשלב השני - הורדת ההשתתפות העצמית על שירותים הנצרכים על ידי חולים כרוניים. מכיוון שמדובר לרוב בתרופות מרשם, ריסון צריכה שאינה נחוצה יושג על-ידי תמריצים על צד ההיצע.
- בשלב השלישי - הורדת ההשתתפות העצמית על תרופות המחייבות מרשם רופא ושירותים שיש צורך בהפניית רופא אליהם.
- בשלב הרביעי - ביטול אגרות על שירותי רפואה שאינם מצריכים הפניה של רופא, מכיוון שבהגעה לביקור רופא ישנם חסמים נוספים (זמן, טרחה ועוד).

### מקורות מימון חלופיים/משלימים

יישום המלצותינו בדבר צמצום אי השוויון הנגרם מהשב"ן ומההשתתפויות העצמיות, מחייב הקצאתם של תקציבים נוספים לטובת מערכת הבריאות הציבורית. להלן הצעות הוועדה למקורות המימון הנדרש:

א- העלאת שיעור מס הבריאות: מומלץ להעלות את מס הבריאות ואת רמת הפרוגרסיביות שלו (השוואתו לתשלום דמי ביטוח לאומי<sup>14</sup>, העלאת תקרת התשלום ועוד).

ב- החזרת המס המקביל, אשר בוטל בשנת 1997: השתתפות המעסיקים בישראל ברווחת עובדיהם, ובכלל זה בבריאותם, נמוכה בהשוואה בינלאומית. בשנת 2005 היוו תשלומי רווחה אלה 16% מעלות השכר לשעה, בעוד שהממוצע באירופה ובארצות הברית הוא כ-23%. במדינות רבות מס מעסיקים מהווה מקור מימון לסל שירותי הבריאות, וזאת מתוך הכרה כי שיפור בריאות האוכלוסייה מועיל גם למעסיקים - מצב הבריאות של עובדיהם משתפר, גדל פרויקט העבודה וקטנות היעדרויות מפאת מחלה.

---

14. חורב, ט. וקידר, נ. (2010). אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות האגף לכלכלה וביטוח בריאות, ירושלים.

ג- העברת השתתפויות עצמיות: יש לבטל השתתפות עצמית על מוצר או שירות אחד על חשבון החלת השתתפות בגין מוצר או שירות אחר, שעבורו יש הצדקה לגבייתה. למשל, נראה כי לשירותים הפרא-רפואיים ביקוש עודף, הנובע מגישות אבחוניות המבוססות על קווים מנחים "גמישים" (אבחון על ידי עמותות וגורמי חינוך שונים).

## 6. סיכום הפנלים ודברי סיכום



### פנל 1:

#### תרומת הרשויות המקומיות והמגזר השלישי לצמצום הפערים בבריאות בנגב

רן רוניק - כתב לענייני בריאות ב"ישראל היום", כהן כיו"ר הפנל, אשר בו השתתפו גב' פלורה שושן - ראש מועצת מצפה רמון, מר מאיר כהן - ראש עיריית דימונה, מר רוביק דנילוביץ' - ראש עיריית באר-שבע, עו"ד נעמה דהן - מנכ"לית קרן מיראז', מר עמר ברט - חברת תנועת "דרור ישראל" וקיבוץ המחנכים במצפה רמון וגב' רחל פרץ - מרכזת קבוצת ב"ש לשוויון בבריאות.

הסוגיה העיקרית, אשר נדונה בפנל, הייתה מקומה של המדינה מול מקום הקרנות הפילנתרופיות, בפיתוח מערכת הבריאות בפריפריה.

**פלורה שושן** תארה את הפערים בשירותי הבריאות, שמקבלים תושבי מצפה רמון: למרות שהתושבים משלמים גובה מס זהה, יש חוסר בשירותים רפואיים לעומת אזורים אחרים - אין שירות צילומי רנטגן, לא קיים שירות דיאליזה ועל תושבי מצפה רמון לנסוע לבאר שבע ולשלם דמי השתתפות עצמית גבוהים. בנוסף, לא קיים שירות רפואת חירום והזמן הלוקח לקבל טיפול ראשוני עומד על מספר שעות. פלורה ציינה שנתקלה בחוסר היענות מצד תושבי מצפה רמון לגשת ולקבל שירותים רפואיים (לדוגמה, הם אינם רוכשים תרופות ואף מוותרים על טיפולי דיאליזה), במידה ולשם כך נדרש מהם לצאת מהישוב.

**מאיר כהן** תאר את הקמתו של מרכז הרפואה הדחופה בשנת 2010 בדימונה, בתרומתו של דיוויד מיראז', שנתן מענה למצוקה הקשה בעיר. מאיר שמח מאוד על הקמתו של מרכז זה, אם כי הצטער על כך שאת אחריותה של המדינה נאלצו למלא פילנתרופים, כפי שגם קרה במערכת החינוך בדימונה. לדעת מאיר, ללא הקרנות והעמותות שפועלות, "הפריפריה הייתה פושטת רגל".

**עו"ד נעמה דהן** הסבירה כי לדעתה פילנתרופיה לא צריכה להיות אחראית על הבריאות במקום המדינה, אלא להיות מעורבת מתוך הבנה שהפערים בבריאות מהווים חסם להתפתחות כלל האוכלוסייה. לשיטתה, מקומה של קרן מיראז' הינו, לדוגמה, במתן עזרה במיפוי הבעיות של מערכת הבריאות בנגב ובהמתן לנתונים תקציביים עבור משרד האוצר, יותר מאשר במתן תקציבים לפתרון הבעיות.

**רוביק דנילוביץ'** הסכים עם קודמיו על כך שעם כל הרצון הטוב של אנשי הפילנתרופיה, התמיכה הרבה שהנגב מקבל אמורה דווקא להגיע מהמדינה. לראיה העלה רוביק את נושא המחלקה החדש לטיפול בסרטן, אשר תמומן על ידי תרומות מחו"ל, ואת החוסר בשירותי הטיפול באונקולוגיה בנגב.



**רחל פרץ** תארה את הקמתה של הקבוצה לשוויון בבריאות בב"ש. רחל הציגה את הנחיתות הכמותית של כל סוגי הציוד הרפואי הממוחשב בנגב ביחס למחוזות אחרים, כדוגמה אחת מני רבות לפערי התשתיות בנגב.

**בדיון פתוח, שהתקיים בחלק זה של הפנל, מסר עמר ברט** שלדעתו אי השוויון בבריאות מבטא עניין רחב יותר של אי שוויון כללי ופערים חברתיים-כלכליים שהולכים ומתעצמים. **מאיר כהן** קבע שכספי משלם המיסים אשר מגיעים לקופות החולים אינם "נצבעים" במיוחד בשביל הנגב, ומטבע הדברים מגיעים דווקא למקומות עתירי כוח האדם ועתירי המתקנים, קרי לא לנגב. **רן רוניק** שאל איזה תקציב "צבוע" במשרד הבריאות לטובת סגירת פערים. **ד"ר טוביה חורב, סמנ"כל כלכלה וביטוח בריאות במשרד הבריאות**, השיב כי במסגרת שינוי "נוסחת ההקצאה לפריפריה" התווספו 160 מיליון ₪ לקופות החולים בעבור הפריפריה על-ידי הוספת המרכיב הגיאוגרפי. בנוסף, מבחני התמיכה לפריפריה תוקצבו בכ-35 מיליון ₪, וכמו כן נוספו 60 מיליון ₪ בעבור בתי חולים בפריפריה במסגרת שנת התקציב 2010. **ד"ר טוביה חורב** הסביר כי בנוסף ל"צביעת" הכסף עבור הפריפריה, משרד הבריאות פועל גם בתחום הנגישות הלשונית והגישור התרבותי בתוך קופות החולים.

## פנל 2:

### צמצום פערים בבריאות בנגב בפרספקטיבה של מערכת הבריאות

ד"ר מיכאל שרף - מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה" כיהן כיו"ר הפנל, שבו השתתפו פרופ' רוני גמזו - מנכ"ל משרד הבריאות, מר ניסים אלון - מנכ"ל "לאומית שירותי בריאות", פרופ' אבי פורת - מנהל רפואי ב"מכבי שירותי בריאות" וד"ר אורית יעקובסון - סמנכ"ל וראש חטיבת הקהילה ב"שירותי בריאות כללית".

הפנל דן בעיקר בסוגיית חוסר כוח האדם הרפואי בדרום, והדרכים השונות לצמצם פער זה.

ד"ר מיכאל שרף הציג מספר נתונים אודות כוח האדם במרכז הרפואי-אוניברסיטאי "סורוקה"- בית החולים היחיד המטפל באוכלוסייה עם צרכים מיוחדים של כמעט מיליון תושבים. "סורוקה" הוא בית החולים בעל המיון העמוס במדינת ישראל, שבו מבוצעים 32 אלף ניתוחים ו-14 אלף לידות בשנה, הוא המעסיק הגדול ביותר בנגב (4,000 עובדים) ומאוכלס ב-1,000 מיטות. ד"ר שרף המשיך ופירט אודות השיפור בתשתיות שנעשה בשנים האחרונות במרכז הרפואי, ולאחר מכן הבהיר את הבעיות העיקריות שאיתן מתמודד המרכז: רק 30% מהסטודנטים לרפואה המסיימים את לימודיהם באוניברסיטת בן-גוריון מחליטים להשאר בנגב, ישנו מחסור נרחב במרדימים ובמתמחים למחלקות הפנימיות אשר קורסות מעומס יתר ועוד. ד"ר שרף שאל את הפורום כיצד ניתן להביא כוח אדם רפואי גדול יותר לעבוד לנגב.



**פרופ' רוני גמזו** קבע כי זוהי עובדה ידועה שמספר הרופאים והאחיות בנגב קטן בהרבה מהדרוש, ועוד עתיד להצטמצם אם לא יבוצעו צעדים משמעותיים; אך הדגיש שהבעיה המרכזית היא דווקא היקף ההכשרה - בבית החולים "ברזילי" וב"סורוקה" מכשירים פחות ממאה אחיות בשנה, כשבכל הארץ מכשירים 1400-1500 אחיות בשנה. לשיטתו, יש להגדיל את היקף ההכשרה, קרי את מספר הסטודנטים לרפואה ולסיעוד באוניברסיטאות.

**ד"ר אורית יעקובסון** הציגה את בעיית הרפואה בפריפריה כבעיה כלל עולמית. ד"ר יעקובסון הסבירה שעל מנת לגרום לכוח האדם הרפואי לעבוד בפריפריה, יש להתחשב בעובדה שצריך למצוא תעסוקה גם לבני משפחתם של הצוות הרפואי.

**מר ניסים אלון** דיבר על התמריצים הקיימים כיום ברמת קופות החולים לקידום הפריפריה והציג מספר דוגמאות לניסיונותיה של קופת חולים "לאומית" לתגבר את השירותים בפריפריה ככל שרק ניתן.

**פרופ' אבי פורת** הסביר כי להבנתו, הבעיה החמורה בכוח האדם היא חוסר במקצועות רפואה ספציפיים. לכן, נדרשת הכוונה של המדינה להתמחות במקצועות שנמצאים "במצוקה", הכוונה שתבצע על-ידי תכנון לטווח ארוך של כוח אדם רפואי. פרופ' פורת מנה את הפתרונות המוכרים לבעיית כוח האדם - פתיחת בי"ס לרפואה, הבאת סטודנטים מחו"ל, מתן תמריצים למקצועות "במצוקה" ועוד. לטענתו, ויסות הכניסה להתמחויות - הוא הפתרון הנדרש. על המדינה להתערב בכניסת כוח האדם הרפואי להתמחויות, על פי תכנון לטווח ארוך, ולקבוע לשם כך את התקנים להתמחויות הנדרשות ואף את מקום העבודה של המתמחים.

**בדיון שהתפתח בנושא זה, שאל ד"ר מיכאל שרף** את הפורום על שיתוף הפעולה בין הקופות במתן שירות רפואי בישובים מרוחקים שפריסתם מקשה על מתן שירותים, ואף יוצרת כפילות של מאמץ בין הקופות. הוא הוסיף ושאל כיצד יכול משרד הבריאות, כרגולטור, לתמרץ שיתופי פעולה כאלה. **פרופ' גמזו** אמר שיצירת שיתוף פעולה בין כל הקופות היא דבר מיוחד, מדובר בתהליך שלוקח זמן רב, משום שהוא דורש גישור על ניגודי אינטרסים של הקופות השונות והמועצות האזוריות השונות. **ניסים אלון** הוסיף כי לעיתים קשה לקופות החולים לשתף פעולה, משום שתמיד ישנה תחרות על מבוטחים. **פרופ' אבי פורת** סיכם שצמצום פערים עולה כסף, אך בתמורה חוסך כסף לטווח הרחוק.



## סיכום הכנס

### **פרופ' גבי בן-נון - המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב**



שלוש קבוצות העבודה הציגו בכנס את עקרי עבודתם לאחר שלושה חודשי עבודה. המסר הכללי העולה מדו"חותיהם של הצוותים מעלה תמונה עגומה של פער בין אזור הדרום ובין יתר חלקי הארץ, הבא לידי ביטוי בשורה ארוכה של מדדי בריאות: החל מתשתיות שירותי בריאות כגון: כוח אדם, תשתיות אשפוז, מכשור רפואי ועוד, דרך תוצאי הבריאות, כפי שהם באים לידי ביטוי בין השאר בתוחלת חיים ובתמותת תינוקות.

פרופ' בן-נון הדגיש את חשיבות השמת נושא הפערים בין הפריפריה והמרכז על סדר היום של מקבלי ההחלטות. התערבות המדינה מחייבת גיבוש תכנית אסטרטגית ארוכת טווח. לטענתו, ניתן לשפר במידה רבה יותר בשילוב ידיים ובשיתוף פעולה של הגורמים העוסקים בבריאות - משרד הבריאות, קופות חולים, רשויות מקומיות ונציגי ציבור - מאשר כל גורם בנפרד.

מדינת ישראל הגדירה את פיתוח הנגב כמשימה לאומית. במסגרת משימה זו דובר רבות על חיזוק התעשייה, פיתוח התיירות ותגבור תשתיות התעבורה (רכבת לנגב). במקביל לכל זאת, הגיעה העת לדבר גם על פיתוח תשתיות בריאות. במסגרת הכנס דובר רבות על הפן הכמותי, אך אין לשכוח את הצורך שלא להתפשר על איכויות. יש לגרום לכוח האדם הרפואי המגיע לנגב להישאר כאן עם משפחתם, ולא להגיע רק על מנת למלא את חלקם לתקופה מוגבלת בלבד. מידה מסוימת של תחרות בין ספקי שירותים יכולה להביא לשיפור איכות השירות, אך יש להיזהר - תחרות אגרסיבית מדי עשויה לפגוע באיכות השירות ולהביא להתנהגות סלקטיבית של גורמי הביטוח ושל ספקי השירותים. הרעיון הוא לא ההתחרות על רופא מסוים או אחות מסוימת, אלא משיכתם והכשרתם של צוותים רפואיים נוספים.

יש להיזהר שלא להשתמש באחריות הפרט על בריאותו כתירוץ המצדיק את עמדת המדינה שלא לעשות דבר. חייבים להגדיל את "עוגת המשאבים" הציבוריים המופנים לפריפריה.

בשנה האחרונה הצטרפנו לארגון ה-OECD. אך, מיקומה של ישראל במימון הציבורי של מערכות הבריאות הוא מהנמוכים מבין כל הארצות. הגיעה העת להגדיל את מעורבות המדינה בבריאות תושביה בכלל ובבריאות תושביה שבפריפריה בפרט.

## 7. רשימת הצוותים

### המארגנים

דוא"ל	שיוך מוסדי	שם	
Nadavd@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	פרופ' נדב דוידוביץ'	1
Dopelt@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	ד"ר קרן דופלט	2
Gabibinnun@gmail.com	אוניברסיטת בן-גוריון	פרופ' גבי בן-נון	3

### חברי קבוצת עבודה בנושא כוח אדם ותשתיות

דוא"ל	שיוך מוסדי	שם	
Abend_j@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	ד"ר יצחק אבנד - מרכז	1
Dangr@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	פרופ' דן גרינברג - מרכז	2
Aflalo_l@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	ד"ר ליליאן אפללו	3
yossibr@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ד"ר יוסי ברגמן	4
Hjean@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	הרצל ג'אן	5
Avishy@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	פרופ' אבישי גולדברג	6
lhadari@leumit.co.il	לאומית שירותי בריאות	ד"ר ישראל הדרי	7
Oj1234@gmail.com	המרכז הרפואי סורוקה	ד"ר אורלי ויינשטיין	8
Inbar@meragefoundations.org.il	קרן מיראז'	ענבר זידמן	9
Assi@docurel.net	שירותי בריאות כללית	ד"ר אסי סיקורל	10
Michal@negev.co.il	הרשות לפיתוח הנגב	מיכל עוזיהו	11
Othmanal@clalit.org.il	עיריית רהט שירותי בריאות כללית	ד"ר אלקרינאוי עותמאן	12
Peist_ari@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	אריאלה פייסט	13
Jpliskin@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	פרופ' יוסי פליסקין	14
Ronsabar@gmail.com	אוניברסיטת תל אביב	ד"ר רוני צבר	15
Calanitke@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	כלנית קיי	16
Michaelsh@clalit.org.il	המרכז הרפואי סורוקה	ד"ר מיקי שרף	17

## חברי קבוצת עבודה בנושא שימוש במנגנונים רגולטורים לצמצום פערים

דוא"ל	שיוך מוסדי	שם	
Tuvia.horev@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ד"ר טוביה חורב - מרכז	1
Simont@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	ד"ר צחית סימון-תובל - מרכזת	2
Aviram@israelhpr.health.gov.il	המכון הלאומי לחקר שירותי ומדיניות הבריאות	פרופ' אליק אבירם	3
Ubitan@leumit.co.il	לאומית שירותי בריאות	עוזי ביתן	4
Shuli@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	ד"ר שולי ברמלי-גרינברג	5
Itamar.grotto@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	פרופ' איתמר גרוטו	6
Dror.guberman@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ד"ר דרור גוברמן	7
Naama@meragefoundations.org.il	קרן מיראז'	עו"ד נעמה דהן	8
Rachel_m@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	ד"ר רחלי ווילף-מירון	9
Arcohen@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ד"ר ארנון כהן	10
Meirco@iula.org.il	עיריית דימונה	מאיר כהן	11
Lavi_avi@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	אבי לביא	12
Yehudali@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ד"ר יהודה לימוני	13
Zival@israelhpr.health.gov.il	המכון הלאומי לחקר שירותי ומדיניות הבריאות	זיוה ליטבק	14
Tamarm@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	תמר מדינה-הרטום	15
Dfilc@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	פרופ' דני פילק	16
Nir.kaidar@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ניר קידר	17
Amirsh@ekmd.huji.ac.il	האוניברסיטה העברית	פרופ' עמיר שמואלי	18

## חברי קבוצת עבודה בנושא תכניות התערבות לצמצום פערי תחלואה ותמותה

דוא"ל	שיוך מוסדי	שם	
Zivner@netvision.net.il	הר"י והמרכז הרפואי תה"ש	ד"ר יצחק זיו נר - מרכז	1
Vilana@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	פרופ' אילנה שוהם ורדי - מרכזת	2
Muhammedab@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ד"ר מוחמד אבו רביע	3
Emma.averbuch@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ד"ר אמה אברבוך	4
Leon@hadassah.org.il	המכללה לישראל	פרופ' לאון אפשטיין	5
Arbelle_j@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	ד"ר יונתן ארבל	6
Advae@pmo.gov.il	המשרד לפיתוח הנגב והגליל	אדוה אשל-רבינוביץ'	7
Rbalicer@netvision.net.il	שירותי בריאות כללית	ד"ר רן בליצר	8
Ilana.belmaker@bsh.health.gov.il	משרד הבריאות	ד"ר אילנה בלמקר	9
Milka@hadassah.org.il	האוניברסיטה העברית	ד"ר מילכה דונחין	10
Noa@ima.org.il	הר"י	נעה מגלה	11
Federbub@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון	ד"ר פאולה פדר-בוביס	12
Porath_avi@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	פרופ' אבי פורת	13
Ravid@ima.org.il	הר"י	רביד קורן	14
Bruce@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	ד"ר ברוך רוזן	15
Mazalb@barzi.health.gov.il	המרכז הרפואי ברזילי	ד"ר שמעון שרף	16