

כנס מצפה לשוויון בבריאות

הכינוס השנתי השני לשוויון בבריאות בנגב



כנס מצפה רמון השני לשוויון בבריאות בנגב

24–25 באוקטובר 2012



המלצות יישומיות לשיפור שירותי הרפואה הראשונית
והרפואה הדחופה במדינת ישראל ובאזור הנגב בפרט

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

המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב | המחלקה לניהול מערכות בריאות

הפקולטה למדעי הבריאות | הפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר | אוניברסיטת בן גוריון בנגב

"כנס מצפה השני לשוויון בבריאות", אשר התקיים בין התאריכים 24-25 באוקטובר 2012 במצפה רמון, הינו השני מבין סדרת כנסים העוסקים בבניית תכנית פעולה יישומית רב-שנתית להתמודדות עם הפערים בבריאות באזור הנגב. הנושאים העיקריים אשר נידונו בכנס זה הם הרפואה הראשונית ורפואת החירום בנגב, וזאת מתוך ההבנה שללא השגת שיפור בשני תחומים אלה לא ניתן יהיה להתקדם לעבר היעד של צמצום הפערים בבריאות בנגב.

ניירות העמדה המוצגות בחוברת זו גובשו לאחר עבודה בת מספר חודשים של צוותי עבודה, הכוללים נציגים ממשרד הבריאות, מהמשרד לפיתוח הנגב והגליל, מקופות החולים, מהמרכזים הרפואיים בנגב, ממד"א, מהרשויות המקומיות, מאוניברסיטת בן גוריון בנגב, מארגוני המגזר השלישי ועוד.

בנוסף לכך, עסק הכנס בהוראת סטודנטים לרפואה בקהילה, בתוכניות לקידום בריאות הבדואים בנגב, בתרומת הרשויות המקומיות לצמצום הפערים בבריאות בנגב ובצמצום פערי הבריאות בפרספקטיבה של קובעי המדיניות.

חוברת זו מציגה את ההמלצות המרכזיות שעלו מן הכנס, כמו גם את הדיונים, ההרצאות והפאנלים שנערכו במהלכו.

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

תוכן העניינים



4 עמוד	.....	הקדמה
6 עמוד	.....	תכנית הכנס
7 עמוד	.....	תקציר מנהלים
10 עמוד	.....	מושב פתיחת הכנס וברכות
12 עמוד	.....	מושב 1: מקום הבריאות בפיתוח הנגב <ul style="list-style-type: none">• התמורות שחלו בתחום הבריאות בנגב מאז "כנס מצפה רמון" הראשון
15 עמוד	.....	מושב 2: צמצום פערי בריאות בנגב – הלכה למעשה <ul style="list-style-type: none">• הרפואה הראשונית בנגב – מפערים לאתגרים• הרפואה הדחופה בנגב ותמיכתה בחזון פיתוח הנגב• מרכזי הוראה בקהילה לסטודנטים לרפואה• בריאות הבדואים בנגב
31 עמוד	.....	פנל 1: תרומת הרשויות המקומיות והמגזר השלישי בצמצום הפערים בבריאות בנגב
33 עמוד	.....	פנל 2: צמצום פערים בבריאות בנגב בפרספקטיבה של קובעי המדיניות
36 עמוד	.....	מילות סיכום
37 עמוד	.....	חברי הצוותים

הקדמה

פרופ' נדב דוידוביץ', ד"ר קרן דופלט, פרופ' גבי בן-ננו
המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב והמחלקה לניהול מערכות בריאות,
אוניברסיטת בן גוריון בנגב



רבות דובר על הפערים בבריאות בנגב לעומת אזור המרכז, על הצורך לצמצם ועל הצעדים הדרושים לכך. גיבושן והפעלתן של תכניות התערבות במישורים השונים מצריכות שיתוף פעולה בין-מגזרי. "כנס מצפה רמון לשוויון בבריאות" משמרים את נושא הפערים בבריאות על סדר היום הציבורי, תוך כדי דיון בדרכי ההתמודדות עם פערים אלו, ומחזקים את שיתופי הפעולה הדרושים. הכנס, במתכונתו הייחודית, אפשר במה לשיח וליצירת שיתופי פעולה בין בעלי העניין השונים: 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, מטה היישום להתיישבות ופיתוח כלכלי של החברה הבדואית בנגב וארגוני המגזר השלישי.

הכנס שנערך באוקטובר 2012 הוא הכנס השני בסדרת הכנסים המתוכננים. בכנס הוצג מעקב אחר יישום ההמלצות והתכניות שגובשו בכנס הראשון שנערך במאי 2011, לצד התוויית דרכי פעולה חדשות. הכנס הציג תוצרים של שתי קבוצות עבודה אשר גיבשו במשך מספר חודשים ניירות עמדה בנושאים של הרפואה הראשונית בנגב ורפואת החירום בנגב. במסמך זה אפשר למצוא את ניירות העמדה ואת ההמלצות העולות מהם. מעבר להמלצות המפורטות במסמך ראוי לציין כי המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב באוניברסיטת בן גוריון פועל באופן שוטף במטרה לשים את נושא פערי הבריאות בנגב על סדר היום הציבורי, ובשיתוף פעולה עם כל בעלי העניין עומל על גיוס תמיכה פוליטית בנושא.

ברצוננו להודות לכל אלו שתמכו וסייעו בהכנת הכנס ותרמו תרומה מכרעת להצלחתו: מנכ"לית קרן מיראז' לפיתוח הנגב – עו"ד נעמה דהן; מנהלת התוכן והשיווק של קרן מיראז' לפיתוח הנגב – גבי תמר אדמתי; ראש אגף בכיר לפיתוח הנגב במשרד לפיתוח הנגב והגליל – גבי אדוה אשל-רבינוביץ'; מנכ"ל הרשות לפיתוח הנגב – מר נתן חיים גיבלי; מרכזות תוכניות הבריאות בקרן רש"י – גבי אילונה סהר; נשיאת אוניברסיטת בן גוריון בנגב – פרופ' רבקה כרמי; דיקן הפקולטה למדעי הבריאות – פרופ' גבי שרייבר; והמועצה המקומית מצפה רמון בראשותה של גבי פלורה שושן. עוד נודה לחברים בקבוצות העבודה על השקעת זמנם ומרצם. בייחוד לראשי הקבוצות שריכזו את עבודות ההכנה לכנס: פרופ' איה בידרמן וד"ר אסי סיקורל (רפואת הקהילה), ד"ר כרמי ברטל, ד"ר לימור אהרנסון-דניאל ומר אורן וכט (רפואת חירום).

תודה למשתתפי הכנס: לחה"כ פאינה קירשנבאום על דברי הברכות והבעת התמיכה בתושבי הנגב; ולראש המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון – פרופ' דן גרינברג; ומנהל מרפאת

מרום ערד בשירותי בריאות כללית מחוז דרום – ד"ר מוחמד אבו רביעה. תודה למשתתפי הפנל בנושא "צמצום פערים בבריאות בנגב בפרספקטיבה של קובעי המדיניות": מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה" – יו"ר הפנל ד"ר מיכאל שרף; מנכ"ל משרד הבריאות – פרופ' רוני גמזו; ראש מטה היישום להתיישבות ולפיתוח כלכלי במגזר הבדואי בנגב, משרד ראש הממשלה – אלוף (במיל') דורון אלמוג; מנהל מכון כללית למחקר ומחלקת תכנון מדיניות בריאות, משרד רופא ראשי, שירותי בריאות כללית – פרופ' רן בליצר; מנהלת האגף לרפואה ראשונית, קופת חולים מאוחדת – ד"ר רינת כהן; ו מנהל רפואי מחוז דרום, מכבי שירותי בריאות – ד"ר אלון אידלשטיין. ולמשתתפי הפנל בנושא "תרומת הרשויות המקומיות והמגזר השלישי לצמצום הפערים בבריאות בנגב": מנכ"לית קרן מיראז' – יו"ר הפנל, עו"ד נעמה דהן; ראש עיריית ירוחם – מר מיכאל ביטון; ראש מועצת מצפה רמון – גב' פלורה שושן, מנהל היחידה לפיתוח כלכלי, עיריית דימונה – מר אשר שטרן; ומנהלת תוכניות בריאות, קרן רש"י – גב' אילונה סהר.

תודה לחברינו במחלקה לניהול מערכות בריאות על העזרה והתמיכה, ולעובדי המועצה המקומית מצפה רמון, ובייחוד לגב' אתי פזרקר. לבסוף נודה לברק חרמש, אשר סייע בכתיבה ובעיצוב של חוברת זו במסגרת פעילותו בתכנית לרפואנים בסטארט אפ – הזדמנויות לצעירים בבאר שבע, ולמיכל זילברמן על העריכה הלשונית.

בשנים האחרונות נהנה הנגב מתנופה כלכלית, חברתית ותרבותית, אך התשתית הרפואית נותרה מאחור. אנו קוראים לחברי הכנסת החדשה ולממשלת ישראל לראות את הפוטנציאל הטמון בנגב ולפעול למען קידומו, גם במישור שירותי הבריאות. אנו תקווה כי המסקנות המוצגות בחוברת זו יהיו צעד בעל משמעות נוסף בצמצום הפערים בבריאות בישראל בכלל, ובנגב בפרט.



מימין לשמאל: ד"ר קרן דופלט, פרופ' גבי בן-נון, גב' פלורה שושן ופרופ' נדב דוידוביץ'

תכנית הכנס



פתיחת הכנס וברכות:

פרופ' נדב דוידוביץ' – המחלקה לניהול מערכות בריאות, יו"ר המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
חה"כ פאינה קירשנבאום – מפלגת "ישראל-ביתנו"
מר מאיר כהן – ראש עיריית דימונה ויו"ר מנהלת הרשות לפיתוח הנגב
גב' פלורה שושן – ראש מועצת מצפה רמון
עו"ד נעמה דהן – מנכ"לית קרן מיראז' לפיתוח הנגב

מושב 1: מקום הבריאות בפיתוח הנגב

יו"ר המושב פרופ' גבי שרייבר – דיקן הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
אדוה אשל-רבינוביץ' – ראש אגף בכיר לפיתוח הנגב, המשרד לפיתוח הנגב והגליל
פרופ' גבי בן-נון – המחלקה לניהול מערכות בריאות והמרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

מושב 2: צמצום פערי בריאות בנגב – הלכה למעשה

יו"ר המושב ד"ר קרן דופלט – המחלקה לניהול מערכות בריאות והמרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

הרפואה הראשונית בנגב

ד"ר אסי סיקורל – שירותי בריאות כללית מחוז דרום ובית הספר לרפואה בינ"ל, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
פרופ' איה בידרמן – שירותי בריאות כללית מחוז דרום וראש החטיבה לבריאות הקהילה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

רפואת חירום בנגב

ד"ר כרמי ברטל – מנהל המחלקה לרפואה דחופה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה", שירותי בריאות כללית
ד"ר לימור אהרונסון – ראש המחלקה לרפואת חירום, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

פיתוח מודל להוראת סטודנטים לרפואה בקהילה
פרופ' דן גרינברג – ראש המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

בריאות הבדואים בנגב

ד"ר מוחמד אבו רביעה – מנהל מרפאת מרום ערד, שירותי בריאות כללית מחוז דרום

פנל 1: תרומת הרשויות המקומיות והמגזר השלישי לצמצום הפערים בבריאות בנגב

יו"ר הפנל עו"ד נעמה דהן – מנכ"לית קרן מיראז' לפיתוח הנגב
גב' פלורה שושן – ראש מועצת מצפה רמון
מר מיכאל ביטון – ראש עיריית ירוחם
מר אשר שטרן – מנהל היחידה לפיתוח כלכלי, עיריית דימונה
גב' אילונה סהר – מנהלת תוכניות בריאות, קרן רש"י

פנל 2: צמצום פערים בבריאות בנגב בפרספקטיבה של קובעי המדיניות

יו"ר הפנל ד"ר מיכאל שרף – מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה", שירותי בריאות כללית
פרופ' רוני גמזו – מנכ"ל משרד הבריאות
אלוף (במיל') דורון אלמוג – ראש מטה היישום להתיישבות ולפיתוח כלכלי במגזר הבדואי בנגב, משרד ראש הממשלה
פרופ' רן בליצר – מנהל מכון כללית למחקר ומחלקת תכנון מדיניות בריאות, משרד רופא ראשי, שירותי בריאות כללית
ד"ר רינת כהן – מנהלת האגף לרפואה ראשונית, קופת חולים מאוחדת
ד"ר אלון אידלשטיין – מנהל רפואי מחוז דרום, מכבי שירותי בריאות

סיכום:

פרופ' גבי בן-נון – המחלקה לניהול מערכות בריאות והמרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב, אב"ג



תקציר מנהלים – מסקנות והמלצות



הנגב הוא חבל ארץ המאכלס כ-1.2 מיליון איש, האוכלוסייה המגוונת מפוזרת על גבי אזור גאוגרפי נרחב ביותר. בלא חיזוק מרכיב הבריאות בדרום קטן הסיכוי למימוש חזון פיתוח הנגב, המוטיבציה להגירת תושבים מהמרכז לדרום תצטמצם והפער בין המרכז לפרפריה יעמיק. מעבודת הוועדות שהוקמו לצורך הכנס עלו מספר המלצות עיקריות, ואלו הן:

תחום הרפואה הראשונית

הרפואה הראשונית בנגב היא אחד הבסיסים החשובים לתחושת הרווחה של התושבים. שיעור הרופאים הראשוניים לנפש בדרום הוא מהנמוכים בארץ, ועם גידול האוכלוסין הצפוי בנגב בשנים הקרובות עולה חשש ממשי כי חוסר בשירותי רפואה ראשונית יעכב את פיתוחו של חבל ארץ זה.

1. כוח אדם

- הגדרת רפואת המשפחה והסיעוד בקהילה בנגב כמקצוע במצוקה או כמקצוע מועדף על מנת להגביר את האטרקטיביות של התמחות ברפואת המשפחה בנגב על פני התמחות דומה במרכז.
- מתן מענקי פרפריה ייעודיים למעבר רופאי קהילה מהמרכז אל הנגב וסיוע במימון מקום מגורים ובמציאת תעסוקה לבני משפחה.
- קידום סביבת עבודה אטרקטיבית לצורך משיכת כוח אדם, דוגמת שנת שבתון לעובדי הבריאות ברפואה הראשונית בנגב, תכניות השתלמות ומחקר ייחודיות ועוד.
- הגדלה משמעותית של מספר תלמידי הסיעוד והרפואה במתן מלגות לימודים תמורת התחייבות להתמחות ולעבוד בנגב.
- הכשרת מתמחים ברפואת ילדים וברפואה פנימית לעבודה בקהילה ולא רק בבתי חולים.

2. מדיניות

- חיבור מבחני תמיכה ספציפיים לגיוס כוח אדם לרפואה הראשונית בפרפריה.
- קביעת מדדי זמינות ונגישות בפרפריה – חוק ביטוח בריאות ממלכתי מצוין כי שירותי הבריאות בישראל יינתנו לפי "שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר, ובמרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח". אנו ממליצים כי במסגרת פרויקט לאומי יתווספו תקני תשתית מינימליים לפרפריה שיכללו שיעורי כוח אדם ברפואה הראשונית לפי אזורים, זמינות ומרחק ממקומות ישוב.

3. שילוב כוחות בנגב ליצירת פתרונות ייחודיים לאתגר מערכת הבריאות

- הקמת מרכזי מצוינות והוראה בקהילה בכפוף להקצאת כוח אדם ותשתיות לצורך כך.
- הצעת פתרונות דויר איכותיים לאנשי הרפואה הראשונית שיבחרו להעתיק את מקום מגוריהם אל הנגב, באמצעות פרויקטים קיימים וחדשים, כדוגמת כפרי הסטודנטים והבוגרים המתהווים בנגב.
- קידום נושא הרפואה הראשונית באמצעות הגברת מודעות וסינוור קהילתי, על בסיס קואליציה רחבה לקידום הבריאות בנגב.

4. הגברת המידע והחקר ברפואה הראשונית בנגב

- יצירת מאגר מידע בלתי תלוי שיאסוף מידע על שירותי הבריאות ועל התשתיות הפיזיות והאנושיות יאפשר קידום תכניות עתידיות וחקר בתחום הרפואה הראשונית. תחום הרפואה הראשונית המפוזר בין קופות החולים וארגוני הבריאות דורש תשומת לב מיוחדת לניצול משאבי המערכת בצורה הטובה ביותר למען תושבי האזור.

תחום הרפואה הדחופה

מצב הרפואה הדחופה בנגב נמצא כיום במצוקה קשה. המצב במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) במרכז הרפואי "סורוקה" מבטא מצוקה זו, הקיימת לאורך כל שרשרת הטיפול. כיום המלר"ד אינו מתאים לצרכי האוכלוסייה, ועל כן הוא נמצא באי-ספיקה מתמדת.

1. מדיניות בריאות

- מדיניות הגבלת שהייה לגבי ממתני אשפוז. על חקיקה כזו להיות מלווה במשאבים מתאימים.
- העלאת מספר מיטות האשפוז הכללי והרפואה הדחופה בדרום בהקמת מלר"ד חדש או בהרחבת המלר"ד הקיים.
- הוספת מיטות סיעודיות ושיקומיות במרחב הדרום.
- תגמול אחיות העובדות במלר"ד ובתחומי מצוקה אחרים.

2. ממשק קהילה-בית-חולים

- הפעלת מנגנון ניטור ומשוב משותף לבית החולים ולרפואה בקהילה בנוגע להפניה למלר"ד מהקהילה.
- ביטול מנגנונים כלכליים המתמרצים כלכלית פנייה למלר"ד. יש לעודד כלכלית שימוש בחלופות למלר"ד, היינו, מוקדי הלילה הרפואיים.
- חיזוק היחידות להמשך טיפול בבית באחריות קופות החולים.
- שיפור הקשר בין רופאי הקהילה למלר"ד.

3. מוקדי רפואה דחופה קדמיים

- הקמת מוקדים שיפעלו בשעות הערב והלילה בבאר שבע, ברהט, באופקים או בנתיבות ובמצפה-רמון וקביעת סטנדרטים אחידים להפעלת המוקדים.

4. שילוב פאראמדיקים בעלי ניסיון קליני במערך הרפואה הדחופה בקהילה ובבית החולים

- מתן מענה ראשוני של פאראמדיקים אקדמאים ביישובים שאין בהם רופא.
- שילוב פאראמדיקים במלר"דים כעוזרי רופא (למשל בביצוע טריאז, בליווי חולים במצב קריטי ובלקיחת דמים).
- מעקב בקהילה של פאראמדיקים אחר חולים מורכבים ויחידות טיפול בית.
- הסמכת פאראמדיקים להשאיר חולה בבית, לצורך הפעלה למקרים דחופים בבתי אבות ובמוסדות סיעודיים.

5. שינויים ארגוניים במלר"ד

- מעבר למודל רפואה דחופה חדש שהאחריות הכוללת בו היא של מומחי הרפואה הדחופה.
- העצמת מסלול ה-Fast Track לחולים מהלכים.
- קבלת מתמחים למסלול ישיר של רפואה דחופה.
- העסקת מנהלן תפעולי שתפקידו יהיה, בין היתר, לזהות צווארי בקבוק ולשמש נציג פניות הציבור.

6. המרחב הציבורי

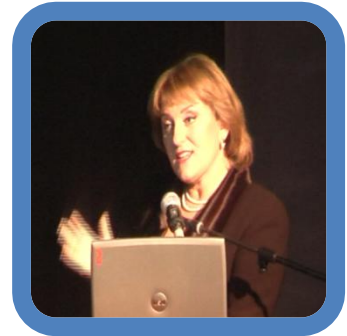
- חיזוק רפואת החירום בנגב באמצעות מנהיגות אזורית הכוללת מנהיגים במערכת הבריאות לצד הרשויות המוניציפאליות.
- שילוב הציבור ושיתופו בנעשה, תוך כדי קבלת הצעותיו לחלופות הולמות.
- הכנסת רכיב הבריאות בתכניות לפיתוח הנגב, מתוך הבנה שאזרחים שיתעניינו להתיישב בדרום יעשו כן רק אם תהיה רפואה חזקה באזור.



מושב פתיחת הכנס וברכות



ח"כ פאינה קירשנבאום, "ישראל-ביתנו"



ח"כ קירשנבאום סיפרה כי זיקתה הראשונה למערכת הבריאות בישראל הייתה במסגרת לימודיה בבית הספר לסייעוד בבלינסון לאחר

עלייתה לארץ. כחברת כנסת נגיעתה הראשונה לתחום הבריאות הייתה במהלך ליווי הבחירות לרשויות המקומיות בירוחם בשנת 2010. כאשר שאלה תושבים על אודות הבעיות בעיר רבים ציינו כי הבעיה החמורה ביותר היא שקופת החולים נסגרת בשעה שש בערב, כך שאם עולה צורך בשירותים רפואיים בשעות הערב על החולה להגיע לבית החולים סדוקה. משום שאין קו של מוניות שירות לבית החולים האפשרות היחידה היא להזמין אמבולנס. במקרה שהרופא המטפל מצא כי המצב הרפואי של החולה לא הצדיק נסיעה באמבולנס, על החולה לשלם בעצמו את עלות האמבולנס הגבוהה. תושבי העיר סיפרו כי בשל כך פעמים רבות היססו להזמין אמבולנס ונשארו בביתם מבלי לקבל טיפול. אפשר לומר כי פועל יוצא מאי-השוויון בהקצאת המשאבים לשירותי הבריאות הוא שתושבי הפריפריה מממנים את תושבי המרכז.

קיימות דוגמאות רבות למצוקה של מערכת הבריאות בישראל; ישראל נמצאת בתחתית הרשימה של מדינות ה-OECD בכמות מיטות האשפוז הכללי לנפש. בפריפריה המצב גרוע

אף יותר. מצוקת כוח האדם במערכת הבריאות גדולה אף היא – מנהלי המחלקות מבקשים להעלות לארץ רופאים מחו"ל ומספר האחיות המסיימות את לימודי הסייעוד הולך וקטן. נראה כי המענקים הניתנים לעובדי הבריאות בפריפריה לא יספיקו כדי לגשר על הפערים. על המדינה לפעול עכשיו בעניין זה מפני שהמערכת עומדת בפני קריסה.

לאחרונה ביקרה ח"כ קירשנבאום במרכז הרפואי ברזילי באשקלון. המכון האונקולוגי ממוקם בצריף, האחיות מקבלות מספר חולים בחדר אחד שאינו ממוזג. אלו תנאים שונים בתכלית מהתנאים שהכירה ח"כ מהמכון האונקולוגי במרכז הרפואי בילינסון. ח"כ ציינה כי לא יתכן כי הרפואה בישראל תמומן בכספי פילנתרופיה או בכספים קואליציוניים. חייבת להיות מדיניות ברורה וכיום אין מדיניות כזו.

תחום הבריאות אינו מדורג גבוה בסדר העדיפויות הלאומי. אחד הפתרונות להעלאת תחום הבריאות בסדר העדיפויות של המדינה הוא ביצירת ועדות כנסת אשר יפקחו על משרדי ממשלה. יש להקים "ועדת בריאות" עבור משרד הבריאות שתדון באופן שוטף במיני הסוגיות הקשורות במדיניות ובפעילות מערכת הבריאות.

גברת פלורה שושן, ראש מועצת מצפה רמון

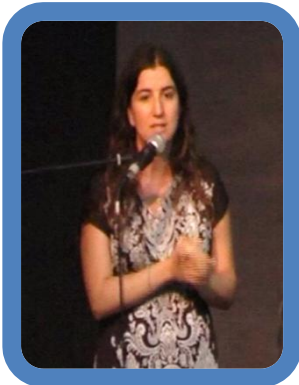


גב' שושן פתחה ואמרה כי אמנם גם מצב מערכת הבריאות בפריפריה הצפונית של מדינת ישראל אינו טוב, אולם בעוד שהזקנה בנהריה עדיין שוכבת במסדרון של

בית החולים, לזקנה במצפה רמון אין אפילו מסדרון לשכב בו. ביישובים המרוחקים בנגב כל אדם הזקוק לטיפול בדחופות נאלץ לנסוע

התמיכה בהפעלת המוקד החדש. תהליך שיפור הבריאות במצפה רמון הוא תוצאה של דבקות במטרה.

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



קרן מיראז' תופסת את אזור הנגב כמשאב חשוב של מדינת ישראל, המדינה צריכה לפתח את הנגב ולהתפתח בו. על כן מנסה הקרן להראות את ההיבטים היפים בהתיישבות ולגרום לתושבים נוספים

להגיע, כך לחברות ולספקים ישתלם להתחרות על מכרזים בנגב. לשם כך יש לשפר את מצב שירותי הבריאות בנגב.

עו"ד דהן ציינה כי קרן מיראז', כקרן פילנתרופית, עוזרת במימון הקמת תשתיות, אך אינה נוהגת לממן תקני כוח אדם רפואי. לא ייתכן שכוח האדם הרפואי תלוי בתרומות כאלה ואחרות – האחריות לכך מוטלת על המדינה. קרן מיראז' מחזקת את יזמתם של מארגני כנס מצפה רמון לספק במה לשיח שיביא לידי פתרונות.

עו"ד דהן הודתה לכל המעורבים בכנס המשקיעים מזמנם וממרצם למען חיזוק שירותי הבריאות בנגב, בכלל זה למשרד לפיתוח הנגב והגליל על שיתוף הפעולה. עו"ד דהן התחייבה לרתום את הגופים המוניציפאליים וחתמה באמירה כי קרן מיראז' תמשיך לפעול לקיום כנס זה בשנים הבאות ולהמשיך להניב תוצאות, כפי שכבר ניכר מאז הכנס הקודם.

לקבל את הטיפול הרפואי בבאר שבע בתקווה שיעבור את הנסיעה בשלום. דוגמה זו ממחישה כי מערכת הבריאות בדרום חולה וזקוקה לאינפוזיה באופן מיידי – על מנת להבריא את מטופליה וגם על מנת לסייע לעובדיה הכורעים תחת הנטל. כיום הסניטרים מואסים בעבודתם, האחיות קורסות פיזית, והרופאים מתמוטטים כלכלית.

קיום כנס כזה במצפה רמון מהווה אמירה חשובה, וזוהי גאווה גדולה עבורנו לארח במצפה רמון את הכנס החשוב הזה. מדובר כאן בלא פחות מאשר דיני נפשות – שיפור מצב הבריאות בנגב הוא אחד האתגרים הגדולים ביותר של אנשי הציבור, האקדמיה, קופות החולים ומשרד הבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע שלכל אזרח תהיה הזכות לקבל שירותי בריאות במרחק ובזמן סבירים. ניסוח זה הוא בעייתי בעיני, שכן המונח "סביר" נתון לפרשנות ועל כן מלמד על יחס המחוקק כלפי הפריפריה וכלפי חיי אדם.

התחושה של אנשי הפריפריה היא של הפקרה ושל זלזול בחייהם ובחיי משפחותיהם. תושבי מצפה רמון נושאים עיניהם לכנס זה ומצפים לפתרונות. שירותי הבריאות מעצבים את תחושת הביטחון הבסיסית ביותר של האדם בחברה, שירותי בריאות טובים חשובים גם בעיניו של רופא המתלבט אם להתמחות בנגב, ובעיניו של בן המקום המתלבט אם לגדל כאן את ילדיו.

ברור כי שיפור רפואת הקהילה היא המנוע לשינוי. עם זאת דרוש פיתרון רחב וכלל מערכתית, ויש להתחיל לפעול מיד. מאז כנס מצפה רמון הראשון חלו תמורות חיוביות אולם יש להמשיך ולפעול כי הדרך עודנה ארוכה.

גב' שושן בישרה כי לאחרונה נחתם מכרז עם חברת "ביקורופא" להפעלת מוקד רפואה לשעות הערב במצפה רמון. היא הודתה בסיום דבריה למשרד הבריאות ולקרנות השונות על

מושב 1: מקום הבריאות בפיתוח הנגב



יו"ר המושב: פרופ' גבי שרייבר, דיקן
הפקולטה למדעי הבריאות בנגב

הפקולטה למדעי הבריאות נוסדה מתוך חזון פיתוח הנגב אשר שם דגש בחיבור בין הפקולטה ובין הקהילה. גם בימים אלו אנו ממשיכים בגישה זו, קידום הבריאות בנגב הוא תפקידה העיקרי של הפקולטה.



אחת התכניות שהפקולטה קידמה לאחרונה היא "תכנית מנטורינג" (mentoring), תכנית שמטרתה היא קידום הישגותם של בוגרי בית הספר לרפואה בנגב. התכנית מציגה רופאים ורופאות שחיים ועובדים כמתור כמודל לחיקוי לדור הצעיר. בנוסף, הפקולטה מקדמת את נושא ההוראה בקהילה על ידי הקמת מרפאות מצוינות להוראת סטודנטים בקהילה.

גב' אדוה אשל-רבינוביץ, ראש אגף
בכיר לפיתוח הנגב במשרד לפיתוח הנגב
והגליל

גב' אשל-רבינוביץ פתחה את דבריה בציון שיתוף הפעולה המלא בין המשרד לפיתוח הנגב לבין כל משרדי הממשלה. המשרד נמצא כיום באיסוף נתונים לטובת פיתוח תשתיות בנגב.

הנגב נמצא בפני תנופת פיתוח חדשה: מעבר בסיסי צה"ל לדרום מביא עמו שלושים אלף חיילי חובה; הקמתה של קריית הדרכה בשנת 2014, מעבריהן של יחידות מודיעין ותקשוב ועוד יביאו לכך שארבעת אלפים אנשי קבע יעתיקו את מקום עבודתם לנגב, ורבים מהם אף יעתיקו את מקום מגוריהם לנגב. העיר העתיקה של באר שבע עוברת כיום שינוי, ובעתיד תהפוך לאזור בילוי עיקרי בבאר שבע. פרויקט נחל באר שבע, הפארק המוטורי ופארק הגולף גם הם בתנופה. אנו עומדים בתחילתה של תכנית להסדרת ההתיישבות הבדואית בנגב, שלצידה עומדת תכנית לפיתוח חברתי-כלכלי בעלות של כשמונה מיליארד שקלים. תכניות אלו עתידות להביא לידי שינוי בחינוך, בבריאות ובתעסוקה של האוכלוסייה הבדואית. נוסף על כל אלו, כבר בעשור הקרוב עתידים לקום בנגב עשרה יישובים חדשים.

מרחב ההזדמנויות העכשווי של מדינת ישראל הוא הנגב. התחזית היא שהממשלה תשקיע כחמישים מיליארד שקלים בנגב בעשור הקרוב. עשרים ושלושה מיליארד שקלים מהם יושקעו

במעבר בסיסי צה"ל לדרום. הקמת הבסיסים והעברת שלל השירותים של צה"ל למגזר האזרחי יביאו לפריחה ולשגשוג כלכלי בנגב, הדבר יאפשר עסקים ויזמות חדשים. על ארבעת הפארקים החדשים שנבנים כעת אפשר להעריך כי יתווספו של ארבעים אלף מקומות תעסוקה חדשים בדרום.

פארק ההיי-טק שעתיד להיבנות בתוך באר שבע צפוי להוסיף כשלושה עשר אלף משרות היי-טק חדשות וכעשרים וחמישה אלף משרות עקיפות. צפויה הגירה חיובית לתוך



בסיום דבריה ציינה גב' אשל-רבנוביץ כי בהובלת הפקולטה למדעי הבריאות ועזרת פעילות החברה האזרחית, יזכה הנגב לקפיצת מדרגה משמעותית של ממש.

התמורות שחלו בתחום הבריאות בנגב מאז "כנס מצפה רמון" ה-I

פרופ' גבי בן-נון, המחלקה לניהול מערכות בריאות והמרכז לחקר מדיניות בריאות בנגב באוניברסיטת בן גוריון

הנגב, בעיקר של אוכלוסייה צעירה. השניו הדמוגרפי יביא עמו שינוי בצרכים ובדרישות. על הגופים המוניציפאליים, שירותי הבריאות והחינוך יהיה לעמוד להתאים עצמם לשינויים אלו. יהיה גם צורך בגידול מספר יחידות הדיור ובשינוי הרגלי הפנאי.

היכן השינויים הצפויים פוגשים את המציאות של מערכת הבריאות הנוכחית בדרום? לצערנו קיימים פערים בתחומים רבים – בכוח אדם, במחשוב, בשירותים וברפואת קהילה. פערים אלו עתידים לגדול עוד יותר אלא אם ייעשו צעדים של ממש.

נראה כי מעבר צה"ל לדרום הוא בבחינת פוטנציאל אדיר לקפיצת מדרגה ברווחת התושבים בנגב. המשרד לפיתוח הנגב והגליל מוביל כיום תכנית אסטרטגית, בשיתוף יתר משרדי הממשלה, הפורטת את כל הצעדים שיש לבצע על להפיק את המיטב ממעבר זה. אנו מאמינים ששינוי יגרום לשיפור ברווחת תושבי הנגב.

המשרד לפיתוח הנגב והגליל מפנה את תשומת לבו לתחומים הנוטים להיזנח בנגב, דוגמת תחום הבריאות. בשנים האחרונות עסק המשרד בשידרוג חדר המיון ותא הלחץ בביה"ח יוספטל, בפיתוח מרכז הסרטן במרכז הרפואי סורוקה, ובפיתוח ב"ח ברזילי כמענה ליישובי עוטף עזה. כמו כן, מעורב המשרד בהקמת מרכז שיקום בשידרות.

נוסף על כך, פועל המשרד בתחום כוח האדם, ומפעיל את התכנית המצליחה "רפואנים בנגב" בשיתוף גופים רבים. המטרה היא הבאתם של לא פחות ממאה וחמישים רופאים חדשים לנגב בשנים הקרובות. לכך נדרשים משאבים: מלגות לימודים, מענק מחקר לתקופת הסטאז', סיוע לבני הזוג של הרופאים במציאת מקום תעסוקה, סיוע במימון פעוטונים למשפחות הצעירות ועזרה בדיור.



כנס מצפה רמון הראשון לשוויון בבריאות בנגב, שהתקיים בחודש מאי 2011, התניע תהליכים בנושאים רבים אולם הדרך עדיין ארוכה. הפער בין שירותי הבריאות שזוכים להם

תושבי הדרום, לעומת השירותים במרכז, עודנו גדול מאוד. אם נבחן את מספר מיטות השיקום הכללי, למשל, נראה כי בדרום יש ארבע מיטות שיקום כללי בלבד עבור מיליון תושבים. צפוי גידול משמעותי באוכלוסיית הנגב בשנים הקרובות בעקבות מעבר צה"ל לנגב ובעקבות הריבוי הטבעי. גם אם נראה שהפערים מצטמצמים – הצרכים גדלים, למעשה הפער אינו מצטמצם. יש צורך במהלך אמת של "העדפה מתקנת". אנו תקווה לכך שנושא הבריאות יקבל עדיפות גבוהה יותר בכהונתה של הממשלה החדשה.

בעקבות כנס מצפה רמון הראשון נערך דיון חשוב בשדולת הבריאות בכנסת אשר העלה את נושא הפערים בבריאות בנגב על סדר היום הלאומי. במסגרת הדיון הוחלט לערוך

תמותת התינוקות בנגב, כידוע התמותה גבוהה במחוז דרום, הן באוכלוסייה הבדואית הן באוכלוסייה היהודית.

ישנן מגוון דרכים להגדיל את כוח האדם הרפואי. מאז כנס מצפה הקודם התווספו שדות קליניים לטובת הכשרת סטודנטים לרפואה, והוגדלו מספר הסטודנטים לרפואה ולסיעוד באוניברסיטת בן גוריון. קיים גידול משמעותי בסטודנטים מאזור הדרום, ומחקרים מראים כי סטודנטים שמגיעים מהדרום יבחרו בדרך כלל לחיות ולעבוד בדרום. לאחרונה ניתנו מלגות לאחיות שבחרו לעבוד בנגב, וגם נפתחה תוכנית ייחודית להכשרת אחיות מהאוכלוסייה הבדואית. זהו פרויקט בעל חשיבות עליונה, בעיקר לאור פערי התרבות והשפה בין החברה היהודית לחברה הבדואית.

פרופ' בן-נון חתם את ההרצאה בכוונת המארגנים להמשיך ולקיים את "כנסי מצפה רמון לשוויון בבריאות בנגב" בכוונה לשמר את נושא הפערים בבריאות על שולחן מקבלי ההחלטות במדינת ישראל.

מחקר שבוצע על ידי המרכז למחקר ומידע של הכנסת בנושא הכנסת משתנה הפריפריה לנוסחת ה"קפיטציה" שנה קודם לכן. בבחינת הנושא נמצאו שתי בעיות מהותיות בנוסחת ההקצאה: הראשונה היא העובדה שנוסחת ההקצאה נותנת פיצוי גם עבור יישובים כמו עומר, לעומת חוסר פיצוי עבור יישובים כמו נתיבות ושדרות.

הבעיה השנייה היא הקושי בהבטחה שהמקורות המועברים לקופות החולים בהתאם למבוטחים שלהן בדרום אכן יושקעו בתשתיות בדרום. כספים אלו, אשר אמורים להיות מוקדשים לפיתוח השירותים הרפואיים בפריפריה, נמהלים בתקציבים הנוספים של קופות החולים. אנו מציעים לדרוש מקופות החולים לדווח על ההשקעות שבוצעו בכל פרויקט בכל שנה. התקציבים מגיעים מכספי הציבור, ככאלה חובה שיהיה דיווח על השימוש בהם בהתאם ליעודם.

בנושא כוח האדם במסגרת הסכם הרופאים החדש הוחלט לתמרץ רופאים שיגיעו לפריפריה. אנו מציעים לבחון את אפקטיביות התמריצים הניתנים, להערכתנו הם אינם מספיקים. לאחר ניכוי של מס הכנסה, מתברר שהתמריצים לעבוד במרכז גדולים יותר. נושא זה נידון בכנסת הקודמת ויעלה גם על שולחנה של הכנסת הבאה.

לאחרונה הגדיר משרד הבריאות יעדי פעילות ברורים, בהם פיתוח הרפואה בפריפריה וקידום הרפואה הציבורית. דוגמה לפעילות למען מטרת הללו היא מבחני תמיכה של המשרד בקופות החולים הניתנים רק בתנאי שיקדמו את מצב הבריאות בפריפריה. משרד הבריאות מקדם כיום באופן מעשי את הקמתם של מוקדי רפואת חירום בפריפריה. בנוסף, פועל המשרד למען פתיחתן מחדש של תחנות לאם ולילד ביישובים הבדואים, שהוקפאו בעקבות מחסור באחיות בנגב. קיימות גם מספר תכניות התערבות נקודתיות, דוגמת הפרויקט לצמצום

מושב 2: צמצום פערי בריאות בנגב – הלכה למעשה



הרפואה הראשונית בנגב – מפערים לאתגרים

פרופ' איה בידרמן
וד"ר אסי סיקורל

"אני רופא משפחה
באזור רמת הנגב.
בשנה האחרונה בני
חלה מאוד והיה
זקוק לנוכחותי. במשך

שלושה חודשים לא הצלחתי למצוא רופא
מחליף, על אף ניסיונות המערכת לעזור. נאלצתי
לעבוד ביחד עם הבן שלי במרפאה, כדי לא
לנטוש את האוכלוסייה שאני משמש עבורה
כרופא יחיד. במידה מסוימת, אירוע זה הוביל
אותי לנסות להגיע לפורומים יותר רחבים בשביל
לנסות לענות על האתגרים הגדולים העומדים
לפנינו בשנים הקרובות."

ד"ר אסי סיקורל

בכנס מצפה רמון השני הוחלט לדון בנושא הרפואה
הראשונית מתוך הבנה כי נושא זה מצוי בליבת
האתגרים העומדים מול מערכת הבריאות בנגב. נייר
עמדה זה הוא פרי עבודתם של משתתפי הכנס וצוות
הרפואה הראשונית.

הרפואה הראשונית בנגב היא אחד הבסיסים
החשובים לתחושת הרווחה של התושבים. שיעור
הרופאים הראשוניים לנפש הוא מהנמוכים בארץ,
ועם גידול האוכלוסייה הצפוי בנגב בשנים הקרובות
עולה חשש ממשי כי חוסר בשירותי רפואה ראשונית
יעכב את פיתוחו של האזור. אנו צופים מחסור של
כמאה רופאים ושל כמאה וחמישים אחיות ברפואה
הראשונית בנגב בשנים הקרובות אשר ימנע עמידה
בסטנדרטים סבירים של איכות ונגישות כמוגדר
בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. צוות הרפואה
הראשונית קורא להגדרת הרפואה הראשונית
תחום מועדף בחזית סדר העדיפויות הלאומי. אנו
קוראים לפעולה כדי להפוך את האתגר
להזדמנות. בדוח זה אנו פורסים מתווה
מענה לאתגר.



חלק ראשון: רפואה ראשונית – מהי?

הרפואה הראשונית בארץ ניתנת ברובה
במסגרת מרפאות של קופות החולים או
במסגרת רפואה עצמאית הנותנת שירות
לקופות. בתוך המרפאות קיים שילוב של רופאים,
אחיות, עובדי מנהל ומטפלים נוספים כגון
דיאטניות, עובדות סוציאליות, ועוד, ומקצתן יש גם
בית מרקחת. רפואה ראשונית מוגדרת כמערכת
הרפואית המשמשת כממשק הראשוני של כל
מטופל שיש לו בעיה רפואית כלשהו. הרפואה
הראשונית כוללת טיפול בכל פניה בנוגע לבעיה
חריפה, מעקב אחר מחלות כרוניות, קידום בריאות,
מניעה ראשונית וטיפול פליאטיבי (הקלה על
כאבים).

עקרונות הרפואה הראשונית הם זמינות השירות
בהתאם לצרכי המטופל, המשכיות הטיפול לאורך
זמן, טיפול כוללני בבעיות השכיחות ותיאום
הטיפול כאשר יש צורך במערכות נוספות.¹ הרופא

¹ Starfield, B. (2005). The primary solution: Put
doctors where they count. *Boston Review*, Nov/Dec.

הראשוני והאחות מכירים, בדרך כלל, את המטופל ואת ההיסטוריה הרפואית שלו, ולכן יודעים לנהל את המצב הרפואי המיטבית באופן הטוב ביותר. הגישה לחולה היא שכל "אדם שלם", ולכן אין להתייחס לכל מחלה בנפרד.

מחקרים רבים הוכיחו כי על רפואה ראשונית חזקה מתבססת מערכת הבריאות, לרפואה ראשונית חזקה זיקה לתוצאות טיפול טובות יותר, טיפול שוויוני יותר, והוצאות נמוכות יותר בהשוואה לרפואה שניונית². במרבית המקרים אפשר לאבחן בעיות רפואיות ולספק טיפול מתאים במסגרת הרפואה הראשונית בקהילה. תפקידו המרכזי של הרופא הראשוני הוא ניהול המקרה (Case Management) כך שהמטופל יקבל טיפול מיטבי מתוך שימוש מושכל במשאבים הקיימים.

על אף הגדרה זו של תפקיד רופא המשפחה, המציאות כופה עליו לקחת תחומי אחריות נוספים. לדוגמה, בשל חוסר יכולת המערכת להגביר את כמות ימי האשפוז בהתאם לצרכים, דבר הבולט במיוחד בנגב, רופא המשפחה הוא המטפל בחולים שלאחר ניתוח. הוא העוקב אחר חולים המקבלים טיפול אנטיביוטי בביתם, והוא המטפל בחולה הנוטה למות. מעבר לכך, הרפואה המונעת הפכה לחלק גדול בעבודת המטפלים הראשוניים.

המקצועות העיקריים המעניקים רפואה ראשונית בארץ הם רפואת המשפחה, רפואת ילדים, רפואה כללית, ורפואה פנימית. כיום שיעור הרופאים הראשוניים לאוכלוסייה בנגב הוא מהנמוכים בישראל וכך גם שיעור האחיות לאוכלוסייה. מעבר לכך, גם שיעור הרופאים המומחים בקהילה נמוך. אוכלוסיית הרופאים בדרום מתבגרת, ומספר הרופאים הצפויים לפרוש בקרוב לגמלאות הוא הגדול ביותר.

בישראל קיימת גישה ישירה למספר מקצועות יועצים, ובהם רפואת נשים, רפואת עור, אף אוזן וגרון, עיניים ואורתופדיה, אולם רפואת המשפחה היא ההתמחות היחידה בארץ המעניקה הכשרה ייעודית לרפואה ראשונית בקהילה. בארצות הברית, לעומת זאת, קיימות תכניות התמחות לרפואה פנימית ורפואת ילדים ראשונית.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו בינואר 1995, הגדיר את סל השירותים הבסיסי שניתן במסגרת הרפואה הראשונית בכל הקופות, וכן אפשר חופש בבחירת הקופה המבטחת וזכות מעבר חופשי בין הקופות³. כמו כן, מטרות החוק היו לשפר את השוויון בבריאות ובזמינות לקבלת שרות רפואי.

בשנת 2002 כתבה ההסתדרות הרפואית דוח שכותרתו "הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בישראל", והוא הוגש לוועדה ציבורית שמינה ראש הממשלה לבחינת הנושא⁴. בהמלצות דוח זה:

- טיפוח הרפואה הראשונית וחיזוקה (4, עמ' 156).
- חיזוק התמריצים לעבודת רופאים בפריפריה (עמ' 168).

חלק שני: רפואה ראשונית והאוכלוסייה בנגב – אתגרים והזדמנויות

אוכלוסיית הנגב

בשנת 2012 מנתה אוכלוסיית מחוז הדרום כמיליון איש. מהם בנפת באר שבע הכוללת את מרבית הנגב התגוררו שש מאות שלושים וארבעה אלף איש. בעשור שבין 1998–2008 גדלה אוכלוסיית

³ בן נון, ג. וגור, ע. (עורכים) (2005). עשור לחוק ביטוח בריאות ומדיניות הבריאות. הוצאת המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

⁴ ההסתדרות הרפואית בישראל (2002). הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בישראל. הוגש לוועדה אשר מינה ראש ממשלת ישראל לבחינת הנושא.

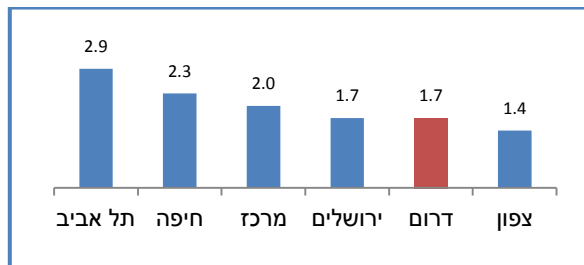
² Starfield B., Shi, L., & Macinko, J. (2005).

Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83 (3), 457-502.

רפואה ראשונית בנגב

בשנים 2009–2010 שיעור הרופאים המועסק בקהילה במחוז דרום עמד על 1.7/1,000 נפש⁵, נתון זה כולל רופאים ראשוניים ושניוניים, המועסקים במשרה מלאה או חלקית. שיעור זה הוא מהנמוכים ביותר בקרב המחוזות, רק השיעור במחוז צפון נמוך יותר. יש לציין כי מחוז דרום, להגדרת משרד הבריאות, כולל את כל המרחב מהעיר אשדוד דרומה. להערכתנו, לו נמדד שיעור הרופאים בנגב בלבד ערכו היה נמוך בהרבה.

שיעור הרופאים בקהילה ל-1,000 נפש לפי מחוז, 2010:



לעומת זאת בשנת 2003 שיעור הרופאים הראשוניים במחוז דרום לא נפל משמעותית מהשיעור במחוזות אחרים. הדבר נבע מפעילות אינטנסיבית של אוניברסיטת בן גוריון בחינוך לרפואה קהילתית, ובעצם היות ההתמחות לרפואת משפחה התמחות מובילה בדרום. שיעור הרופאים בקהילה בשנת 2003 עמד על 7.2/10,000, ומאחר שלא כל הרופאים מועסקים במשרה מלאה ברפואה ראשונית, עמד שיעור המשרות על 5.3 משרות מלאות ל-10,000 נפש⁶. הגיל הממוצע של רופאים ראשוניים עמד אז על ארבעים ותשע, ושיעור המומחים בקרב הרופאים הראשוניים עמד על ארבעים ושלושה אחוזים במחוז דרום.

הדרום בעשרים וחמישה אחוזים. האוכלוסייה בנגב מתאפיינת במעמד סוציאקונומי נמוך בהשוואה לאזורים אחרים בישראל, דבר המתבטא בשיעור גבוה יחסית של בלתי מועסקים, ברמת השכלה נמוכה ובמדדי בריאות פחות טובים – תוחלת חיים הנמוכה ביותר בהשוואה לממוצע במחוזות בישראל ושיעורי תמותת תינוקות הגבוהים ביותר.

פיזור האוכלוסייה בנגב מגוון ומתאפיין בצפיפות אוכלוסייה נמוכה, אזורים דלילים באוכלוסייה, ריחוק גאוגרפי ניכר בין יישובים ואזורי ספר מרוחקים שמקצתם נמצאים באיום בטחוני מתמיד.

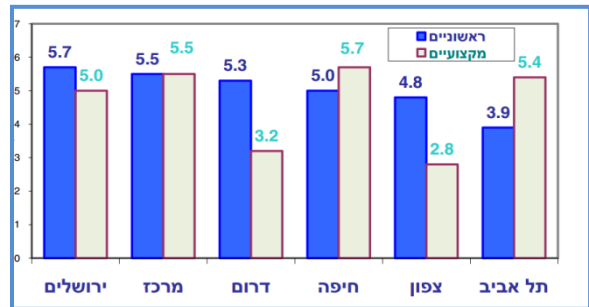
מקומה של הרפואה הראשונית בקרב אוכלוסייה בעלת מעמד סוציאקונומי נמוך וריחוק גאוגרפי חשוב בייחוד. אוכלוסיות אלו סובלות יותר מגורמי סיכון כגון השמנה, עישון וחוסר פעילות גופנית, מאוריינות בריאותית נמוכה וממחלות כרוניות כגון סוכרת ומחלות לב, ועל כן זקוקות לתשתית רפואה ראשונית חזקה יותר. בנוסף, באזורים המרוחקים הרפואה הראשונית מספקת מגוון שירותים רחב ומקיף יותר, הנובע מזמינות נמוכה של רפואה שניונית ושל מרכזים רפואיים. זמינות נמוכה וריחוק ממרכזי בריאות נמצאו קשורים לירידה בשימוש בשירותי בריאות נחוצים, לעיתים אף בהימנעות ממנו, ובמיוחד בשירותי רפואה מונעת.

אוכלוסיית הנגב עומדת בפני גידול משמעותי בשנים הקרובות. הריבוי הטבעי של האוכלוסייה בנגב גבוה, בדגש על האוכלוסייה הבדואית בנגב, ששיעור הריבוי הטבעי שלה הוא הגבוה ביותר בישראל. תהליכים ארוכי טווח כגון מעבר בסיסי צה"ל לנגב ומדיניות עדיפות לאומית ברוב יישובי הנגב, יובילו לגידול משמעותי באוכלוסייה.

⁵ אברבוך, א., קידר, נ. וחורב, ט. (2010). אי שוויון כבריאות והתמודדות עמו, משרד הבריאות.

⁶ חורב, ט. וקידר, נ. (2010). אור וצל בהתפתחותו וכיישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: השתקפותה של הרפורמה מתמש עשרה שנות חקיקה, משרד הבריאות.

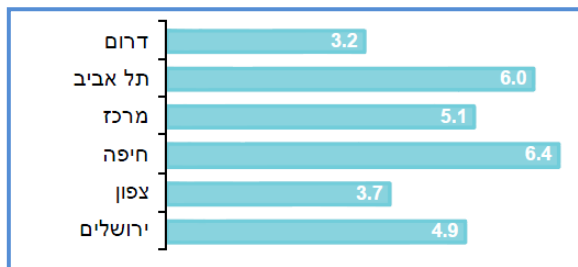
שיעור המשרות המלאות של רופאים ראשוניים לעומת רופאים מקצועיים ל-10,000 מבוטחים לפי מחוז, 2003:



ועולה. במחוז דרום שיעור האחיות הנמוך הוא ביותר בארץ ועומד על 3.2 אחיות ל-1,000 נפש, זאת לעומת 6 אחיות ל-1,000 נפש בישראל בכלל. שיעור האחיות המועסקות במקצוע עומד על 4.8 ל-1,000 נפש, שמונים אחוזים מהאחים והאחיות מועסקים בבתי החולים ועשרים אחוזים בקהילה⁹.

מגזר האחיות בנגב אף הוא מתבגר ובשנים הקרובות תצאנה אחיות רבות לגמלאות, דבר זה יעצים עוד יותר את הפער אל מול המחוזות האחרים.

שיעור האחיות המועסקות ל-1,000 איש, לפי מחוזות:



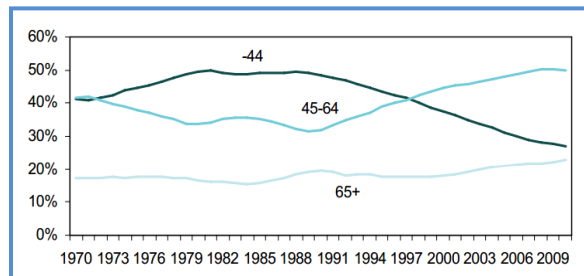
לסיכום, התחזית לשנים הבאות מבחינת שיעור הרופאים והאחיות בקהילה מציגה מגמות של ירידה מדאיגה במחוז דרום, ובייחוד נוכח גידול האוכלוסייה הצפוי. בלא התערבות מהירה הדבר עלול להוביל למשבר חמור ברפואת הקהילה בנגב.

מערכת הבריאות והרפואה הראשונית בנגב

מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי טרם נקבעה בישראל תשתית מינימאלית מחייבת של שירותי בריאות במקומות יישוב – ההשפעה היא בעיקר על יישובים קטנים ומרוחקים. בתכנית המדדים הלאומית למדדי איכות עד היום לא נקבעו מדדים לבחינת זמינות ומרחק של שירותי בריאות¹⁰.

מאפיינים נוספים של הרופאים במחוז דרום הם שיעור נמוך של ילידי ישראל, שיעור הנמוך של בוגרי בתי ספר לרפואה בישראל⁷ והגיל הממוצע של הרופאים הולך ועולה עם השנים. בעשרים השנים האחרונות הגיל הממוצע של העוסקים במקצוע הרפואה עולה בהתמדה – רק רבע מהרופאים בסוף 2010 היו צעירים מגיל ארבעים וחמש, לעומת מחצית מהרופאים בסוף שנות השמונים⁸. תהליך ההזדקנות של העוסקים ברפואה ראשונית חריף יותר בנגב ובעשור הקרוב צפויים לצאת רופאים ראשוניים רבים לגמלאות. אם לא יתבצע שינוי, הצפי הוא שלא יהיו מספיק רופאים שיחליפו את העומדים לפרוש.

שיעור הרופאים המועסקים לפי גיל, 1970-2010:



שיעור האחיות ביחס לאוכלוסייה בישראל הולך ויורד, בעוד שגיל המועסקים במקצוע הסייעור הולך

⁹ חקלאי, צ. (2010). כוח אדם במקצועות הבריאות 2008. משרד הבריאות.

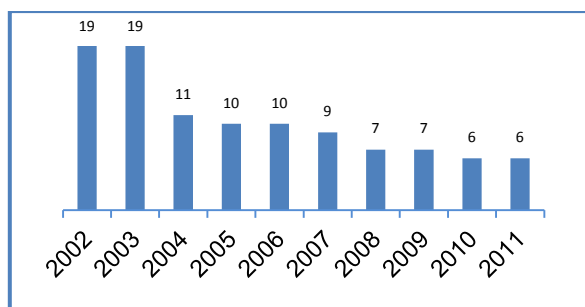
¹⁰ אפשטיין, ל. וחורב, ט. (2007). אי שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות. מרכז טאוב.

⁷ מרכז המידע והמחקר של הכנסת (2008). היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל.

⁸ חקלאי, צ. (2010). כוח אדם במקצועות הבריאות 2008. משרד הבריאות.

זה מטיל צל כבד על יכולת תכניות ההכשרה למלא את הצרכים כבר בשנים הקרובות.

שיעור המתקבלים להתמחות ברפואת משפחה במרכז הרפואי "סרוקה", בשנים 2002–2011:



מקור נוסף למילוי השורות ברפואה הראשונית הוא רופאי בית החולים. רופאים מתחום הרפואה הפנימית ורפואת הילדים יכולים להיות תוספת לרופאי משפחה מומחים, אך גם זמינות זו לרפואה הראשונית בשנים הקרובות מוטלת בספק לאור הצרכים הגדולים במערכת האשפוזית.

חלק שלישי: המלצות צוות הרפואה הראשונית

בבסיס הפערים בזמינות, בנגישות ובאיכות שירותי הבריאות בין אזור הנגב לאזור המרכז עומד כוח האדם הרפואי, הסיעודי והמנהלי במרפאות. המלצות צוות הרפואה הראשונית של כנס מצפה השני כוללות הגברת כוח המשיכה של הנגב לצוות רפואי וסיעודי, חיזוק מערך כוח האדם ושימורו באמצעים שונים. עוד עומד הצוות על הצורך בהקצאת משאבי מערכת "צבועים" לרפריה, וחיזוק תשומת הלב הרגולטורית לרפואה הראשונית. לבסוף מציע הצוות שילוב כוחות של גופים שונים בנגב: רשויות מקומיות, משרדי ממשלה, אוניברסיטת בן גוריון, הסקטור השלישי וצה"ל – ליצירת פתרונות מקומיים שינצלו את יתרונותיו של הנגב לצורך חיזוק תשתית הרפואה הראשונית בעשורים הקרובים.

מערכת הבריאות פועלת במציאות של "תחרות מנוהלת" בין ארבע קופות החולים. תחרות זאת מתבטאת ביישובים עירוניים גדולים, אך ביישובים שהאוכלוסייה בהם קטנה מ-5,000 איש, הכוללים את מרבית הסקטור הכפרי בנגב ורבים מתושבי המגזר הבודאי, בעיקר בכפרים הלא מוכרים, פועלת קופת חולים אחת בלבד. עובדה זו מקטינה את עצמת התחרות המנוהלת באזורי הרפריה, ויוצרת קהל שבוי עם יכולת מעבר מוגבלת בין הקופות.

כדי לענות על הצורך שכבר קיים היום, אך עתיד להתגבר בעקבות גידול האוכלוסייה ופרישה צפויה של רופאים, יש צורך להביא לאזור לפחות מאה רופאי קהילה חדשים ומאה וחמישים אחיות בשנים הקרובות. המשמעות היא שבהינתן גודל משרה ממוצע של 1,500 איש לרופא, ייווצר מצב בו כ-150,000 איש בנגב יוותרו בלי רופא משפחה! כבר היום מערכת הבריאות בנגב מתקשה לתת מענה לצורך ברופאים באזורים מרוחקים, כדוגמת הערבה¹¹, ובאיתור רופאים מחליפים.

מקורות למילוי השורות

בשנים עברו אחד המקורות החשובים למילוי צרכי המערכת הייתה תכנית ההתמחות ברפואת המשפחה באוניברסיטת בן גוריון. בשנים האחרונות קיימת ירידה משמעותית במספר המתמחים בתכנית עקב ירידה בביקוש, מגמת הירידה היא כלל ארצית¹². בעשור שבין השנים 2002–2012 פחת מספר המתמחים החדשים מעשרים מתמחים בשנה לשישה מתמחים בלבד בשנה, זאת עוד לפני הסכם הרופאים החדש אשר יצר העדפה למקצועות רפואה אחרים שהוגדרו "מקצועות במצוקה". נתון

¹¹ קוריאל, א. (2010). דוקטור בודד בערבה: רופא אחד - 1.5 מיליון

דונם. *ynet* (פורסם ב- 27.9.2010)

¹² הראל, ר. (2007). הכול נשאר בקופה. *זמן הרפואה*, 30: 36-41.

ההסתדרות הרפואית.

לתלמידים שיבחרו בעבודה בקהילה עוד במסגרת לימודיהם.

- סיוע ומימון לימודים לסטודנטים לסייעוד ולרפואה בתמורה להתחייבות התמחות ועבודה בנגב – בדומה למסלול עתודה של צה"ל.
- הכשרת מתמחים ברפואת ילדים וברפואה פנימית לעבודה בקהילה – כיום ההכשרה של רופאים אלו מתבצעת בבית החולים בלבד. הכשרת רופאים אלו לרפואה ראשונית תגדיל את יכולתם להיענות לאתגרים הצפויים לעמוד בפני המערכת בשנים הקרובות. חשיפתם למקצוע היא חשובה.
- חזרת אוניברסיטת בן גוריון להובלה בתחום החינוך לשירות קהילתי ובהתמחות ברפואת משפחה בדרום.

2. מדיניות

- הגדרת הרפואה הראשונית בנגב כתחום מועדף, וכאתגר בסדר עדיפות לאומי כחלק בלתי נפרד מהתכנית הלאומית ליישוב הנגב.
- שימוש בנוסחת ההקצאה ("קפיטציה") החדשה לקידום הרפואה הראשונית בנגב – נוסחת ה"קפיטציה" החדשה, המעבירה תקציב לקופות החולים עבור תושבי הפריפריה, היא צעד מבורך. אנו ממליצים על הסטת התקציב או חלקו לרמת המרחב והמחוז כדי להגדיל את המשאבים המקומיים לחיזוק המערכת.
- יצירת מבחני תמיכה ספציפיים למימון מאמצים לגיוס כוח אדם לרפואה הראשונית בפריפריה – אנו ממליצים כי משרד הבריאות יבחן יצירת מבחני תמיכה ספציפיים לצורך מימון עידוד גיוס כוח אדם בנגב.
- יצירת מדדי זמינות ונגישות בפריפריה לאור כוונת החוק – חוק ביטוח בריאות ממלכתי מצייץ כי שירותי הבריאות בישראל יינתנו לפי "שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן

- הגדרת רפואת המשפחה בנגב והסיעוד בקהילה בנגב כמקצוע במצוקה או מועדף – הגדרה זו תגביר את האטרקטיביות של התמחות ברפואת המשפחה בנגב על פני התמחות דומה במרכז, ואת יכולת הגיוס של כוח אדם סיעודי לרפואה הראשונית.
- מענקי פריפריה למעבר רופאי קהילה מהמרכז אל הנגב – הסכם העבודה הקיבוצי שנחתם בשנת 2011 בין ההסתדרות הרפואית למעסיקים הגדיר מענקי מעבר לפריפריה בבתי החולים ובקהילה. מאידך גיסא, מקורות התקציב למענק זה בקהילה עמומים ולא ברור גורל המענקים בשנים הקרובות. צוות הרפואה הראשונית ממליץ על הגדרת תקציב "צבוע" למענקים אלו בשנים הקרובות.
- סיוע פרטני במעבר מהמרכז אל הנגב – באמצעות שילוב כוחות של רשויות מקומיות, הסקטור השלישי, ומשרדי הממשלה, ועל בסיס תשתיות קיימות, סיוע במימון ובמציאת מקום מגורים וסיוע במציאת תעסוקה לבני משפחה.
- עידוד משיכת כוח אדם באמצעות קידום סביבת עבודה מושכת – באמצעות העלאת האטרקטיביות של תעסוקה ברפואה ראשונית באזור. לדוגמה, קידום תכנית שנת שבתון לעובדי הבריאות ברפואה הראשונית בנגב, תכניות השתלמות ומחקר ייחודיות, יצירת סביבת עבודה מיטבית ומעטפת תומכת רחבה לשימור כוח האדם לאורך זמן.
- הגדלה משמעותית של מספר תלמידי הסיעוד והרפואה בדרום והגדלת מחויבותם להישארות בפריפריה – פרחי הסיעוד והרפואה הלומדים במוסדות האקדמיים בדרום הם התשתית העתידית של כוח האדם הרפואי. הצוות ממליץ להגדיל את מספר תלמידי הרפואה והסיעוד, להגביר את שיעור הלומדים בני הנגב ולייצר מסלולי הכשרה מוגדרים ומובנים בסיוע ייחודי

תחום הרפואה הראשונית המפוזר בין קופות החולים וארגוני בריאות נוספים דורש תשומת לב מיוחדת כדי לסייע בניצול משאבי המערכת בצורה מיטבית למען תושבי האזור.

לסיכום, רפואה ראשונית חזקה היא תנאי חשוב בתחושת הביטחון של האוכלוסייה. המענה לאתגר צמצום הפערים בבריאות בנגב חייב להגיע מתוך שיפור מצבה של הרפואה הראשונית כבר היום, תוך ראייה מפוקחת של מגמת גידול האוכלוסייה בעתיד.

סביר, ובמרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח". אנו ממליצים כי במסגרת פרויקט לאומי יתווספו תקני תשתית מינימאליים לפריפריה שיכללו שיעורי כוח אדם ברפואה הראשונית לפי אזורים, זמינות ומרחק של שירותי רפואה ראשונית ממקומות יישוב, בתוך שימת דגש באוכלוסיות פריפריה ובמיעוטים. תקנה זו תיצוק תוכן ממשי לחוק הקיים.

3. שילוב כוחות בנגב ליצירת פתרונות ייחודיים לאתגר מערכת הבריאות

- מוסדות ההשכלה הגבוהה כמנוף לגיוס כוח אדם למערכת – באמצעות תכניות איכות, תארים מתקדמים, ושילוב מחקר ושירות במסלולים מובנים עם דגש ברפואה ראשונית.
- מרכזי מצוינות והוראה בקהילה – עידוד הוראת תלמידי רפואה, סיעוד ומתמחים בקהילה, כל זאת בכפוף להקצאת כוח אדם נוסף ותשתיות לצורך כך.
- רשויות מקומיות ומגזר שלישי – יצירת פתרונות דיור איכותיים לאנשי הרפואה הראשונית שיבחרו להעתיק את מקום מגוריהם אל הנגב, באמצעות פרויקטים קיימים וחדשים, דוגמת כפרי הסטודנטים והבוגרים המתהווים בנגב.
- קידום נושא הרפואה הראשונית באמצעות יצירת מודעות וסינוור קהילתי – באמצעות קואליציה רחבה לקידום הבריאות בנגב.

4. הגברת המידע והחקר ברפואה הראשונית בנגב

- בהמשך להמלצות כנס מצפה הראשון אנו קוראים ליצירת מאגר מידע בלתי תלוי שיאסוף מידע על שירותי הבריאות, תשתיות פיזיות ואנושיות, יאפשר קידום תכניות עתידיות וחקר בתחום הרפואה הראשונית.

הרפואה הדחופה בנגב ותמיכתה בחזון פיתוח הנגב

ד"ר כרמי ברטל, ד"ר לימור אהרנסון-דניאל ומר אורן וכט

כפי שצוין, הנגב הוא חבל ארץ המאכלס כ-1.2 מיליון איש, אוכלוסייה מגוונת הממוקמת

בפיזור גאוגרפי נרחב ביותר. תחום הרפואה בנגב בכלל, ותחום הרפואה הדחופה בפרט, נמצאים כיום במצוקה קשה, והמצב במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) במרכז הרפואי סורוקה מבטא מצוקה זו הקיימת לאורך כל שרשרת הטיפול.

הרפואה הדחופה היא התמחות רפואית המוקדשת לאבחנה ולטיפול בתחלואה או בפגיעה לא צפויה. רפואה דחופה כוללת הערכה ראשונית, אבחנה, טיפול והעברה של כל מטופל הדורש טיפול רפואי, כירורגי או פסיכיאטרי מהיר. רפואה דחופה נעשית בבתי חולים, במרפאות לרפואה דחופה, בניידות טיפול (אמבולנסים) או בזירת אסון.

חלק ראשון: הסיבות לעומס במלר"ד סורוקה

במרחב דרום ישנם שלושה מלר"דים – בסורוקה בבאר שבע, ביוספטל באילת ובברזילי באשקלון. מלר"ד סורוקה הוא העמוס ביותר – הוא מקבל את מספר החולים הגדול ביותר, משמש כמרכז הטרואמה היחיד במרחב, ולמעשה הוא העמוס ביותר בארץ, ואף העמוס ביותר בהשוואה לכל מלר"ד אחר במדינות ה-OECD.

התפוסה הממוצעת במלר"ד סורוקה היא מאה ושלושים אחוזים, ומגיעה עד לשלושים אחוזים

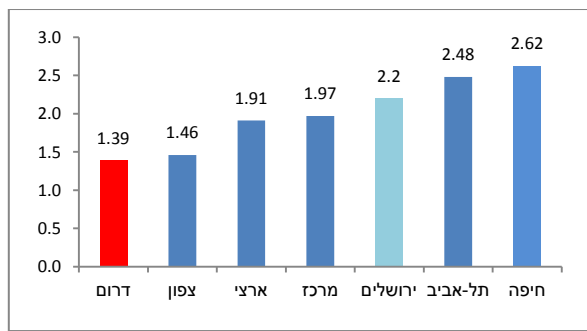
בחודשי החורף. בחורף של שנת 2012, לדוגמה, כמה מבתי החולים במרכז סגרו שעריהם מפאת העומסים הכבדים, אולם מלר"ד סורוקה אינו יכול לסגור את שעריו ולהפנות את המטופלים לבתי חולים אחרים על פי הנחיית משרד הבריאות.

מלר"ד סורוקה תוכנן בשנת 1990 ונפתח בשנת 2000. בשנה זו היו כחמישים אחוזים ממספר הפניות שיש היום: 75,000 פניות לעומת 150,000 פניות השנה. אף על פי כן, מאז ועד היום לא נוספה למלר"ד אף לא מיטה אחת.

מחוז דרום הוא הדל ביותר, ביחס לשאר המחוזות, במוקדי רפואה דחופה הפועלים בשעות הלילה. בנוסף, במחוז דרום קיים השיעור הנמוך ביותר של מיטות אשפוז, והוא

נמוך בשליש מהשיעור הארצי.¹³

שיעור מיטות לאשפוז כללי לאלף נפש לפי מחוז, 2010:



נתונים עדכניים מראים כי שיעור עמדות הרפואה הדחופה במחוז דרום נמוך ביותר מחמישים אחוזים מהממוצע הארצי.

¹³ חקלאי, צ. (2011). מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2010, משרד הבריאות.

שיעור עמדות רפואה דחופה לאלף נפש לפי מחוז:



בינואר 2012 ממוצע התפוסה במלר"ד סורוקה היה כמאתיים ועשרים אחוזים, שבעים וחמישה חולים במלר"ד אך רק שלוש ושלוש מיטות, שלוש מהחולים המתינו לאשפוז במחלקות הפנימיות שנסגרו. לא כל שכן, בשלוש השנים האחרונות, נצפתה עלייה של שנים עשר אחוזים בפניות למלר"ד, כאשר האוכלוסייה בנגב גדלה בקצת פחות אחוז וחצי.

בשנים האחרונות חלה עלייה בפניות למלר"ד דווקא בשעות הלילה וחלה ירידה בפניות בשעות הבוקר והצהריים. דבר זה נובע מהיעדרם של מוקדי לילה אחרים בסביבה, ומכך שהשירות לאחר חצות הלילה הפך זול באופן יחסי – תשעים ותשעה שקלים בלבד. מוקד האחיות הטלפוני, *2700, הוא שירות נוסף המקל מאוד על הגישה למלר"ד. מקבץ הגורמים האלה יוצר מצב של "זמינות יתר" של מלר"ד סורוקה, הגורר את הגעתו של גל חדש של מטופלים לאחר השעה חצות. ברוב המקרים מדובר בעיות קלות שאינן דורשות הגעה למלר"ד.

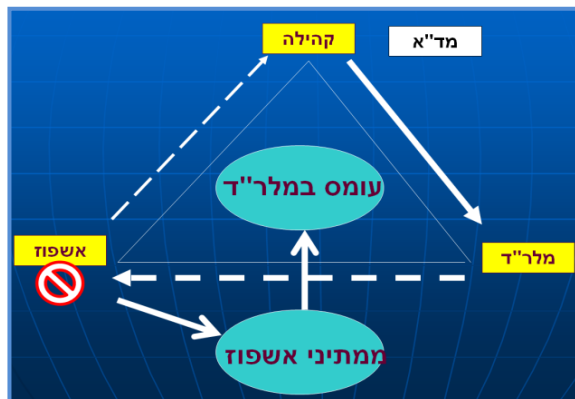
גם רופאי משפחה מקבלים לעיתים קרובות החלטה שגויה ושולחים מטופלים למלר"ד. על כן יש לברך על הכנסת פרק המלר"ד בלימודי ההתמחות לרפואת משפחה בשנים האחרונות. על מנת לחזק את הבנתם של רופאי משפחה בעבודת המלר"ד בשנים האחרונות פועל פרויקט "רוח דרומית" אשר מחזק את שיתוף הפעולה בין רופאי הקהילה לצוות המלר"ד. עד כה כחמישים רופאי קהילה השתלמו בנושא עבודת המלר"ד והרפואה דחופה,

והתוצאות הן הפניה של חולים מתאימים למלר"ד, ואחוזי אשפוז גבוהים יותר של המופנים.

האחיות המועסקות במלר"ד עובדות בתנאים שאין להם אח ורע במערכת הבריאות, ובשל כך שחיקתן גבוהה מזו של עמיתותיהן במחלקות אחרות. כיום אחיות מדירות רגליהן מרפואת החירום. וכך גם במקצוע הרפואה, הסכם הרופאים החדש לא יצר תמריץ מספק להבאתם של רופאים לעבוד במלר"ד סורוקה.

חלק שני: מנגנון היווצרות העומס במלר"ד סורוקה והשלכותיו

מנגנון היווצרות העומס:



התרשים המוצג לעיל מראה זרימה האמורה להיות דינאמית בין שלושה גופים: רפואת הקהילה, המלר"ד ומחלקות האשפוז. כאשר רפואת הקהילה מפנה הרבה מטופלים למלר"ד העומס בו גדל. כשאין אפשרות להוציא חולים מהמחלקות לטיפול בקהילה, בעקבות חוסר במוסד שיקומי ובמיטות סיעודיות, נוצר עומס גדול על מחלקות. לבסוף אם אין אפשרות לאשפוז במחלקות בשל תפוסה מלאה בהן, המטופלים ממתינים במלר"ד. רוב העומס מתרכז במחלקה שהיא בבחינת "בור ללא תחתית", בלא גבולות ובלא תקנים – זוהי המחלקה לרפואה דחופה.

בשנים האחרונות חלה החמרה בתופעה של חולים הממתינים להתאשפוז במחלקות הפנימיות ובינתיים

בלא קשר למצב התפוסה ולמצב משאביה הרפואיים. כך הפך המלר"ד בסורוקה ל"בור ספיגה" בלא גבולות.

חלק שלישי: המלצות צוות הרפואה הדחופה

1. מדיניות בריאות

- מדיניות הגבלת שהייה לגבי ממתני אשפוז. באוסטרליה, לדוגמה, נחקק "חוק 4 השעות", המגביל את שהייתו של חולה במלר"ד ל-4 שעות בלבד. על חקיקה כזו להיות מלווה במשאבים מתאימים.
- העלאת מספר מיטות האשפוז הכללי והרפואה הדחופה בדרום – בהקמת מלר"ד חדש או בהרחבת המלר"ד הקיים.
- הוספת מיטות סיעודיות ושיקומיות במרחב הדרום.
- תגמול אחיות העובדות במלר"ד ובתחומי מצוקה אחרים. חשוב להדגיש כי בלא העדפה מתקנת, בהינתן ההבדל הגדול בעומסי העבודה בין המלר"ד לבין מחלקות אחרות, בלתי-אפשרי להשאיר אחיות במלר"ד לאורך זמן, דבר זה פוגע במיומנות ובמקצועיות.

2. ממשק קהילה-בית-חולים

- הפעלת מנגנון ניטור ומשוב משותף לבית החולים ולרפואת הקהילה בנוגע להפניה למלר"ד מהקהילה.
- ביטול מנגנונים יוצרי תמריצים כלכליים המעודדים פנייה למלר"ד. יש לעודד כלכלית שימוש בחלופות למלר"ד, היינו, מוקדי הלילה הרפואיים.
- חיזוק היחידות להמשך טיפול ביתי בקופות החולים.
- שיפור הקשר בין רופאי הקהילה למלר"ד.

תופסים מיטות של מלר"ד, לעיתים לאורך מספר ימים. תופעה זו, המכונה בספרות "Boarding in ER", הגיעה לממדים מדאיגים כאשר ברוב שעות היממה חולים הממתנים לאשפוז תופסים מעל למחצית ממיטות המלר"ד. תופעה זו מוכרת בספרות כמגבירת תחלואה ותמותה, בין היתר מהסיבה שיש לתת לממתני האשפוז טיפול במסדרונות, בלא פרטיות, בלא אפשרות למעקב רפואי וסיעודי מתאימים, ולכן האבחון הוא מאוחר – עד כדי סכנת חיים. מאמר שהתפרסם בקנדה מצא כי המשמעות של כל עשרים וארבע שעות המתנה לאשפוז, היא עלייה בשלושים אחוזים בסיבוכים הקליניים, ועלייה בשלושה אחוזים בתמותה.¹⁴

באופן מעשי מדובר בעבודה מתמשכת במתכונת של "אירוע רב נפגעים" – בליווי הירידה בסטנדרטים המשתמעת מכך. כאשר המטופלים נאלצים לשהות זמן ארוך במלר"ד, הצוות המטפל חווה שחיקה משמעותית יותר, והדבר מוביל לירידה בשביעות רצון החולים, לעלייה באירועי האלימות בבית החולים ולירידה כללית באמון הציבור במערכת הרפואה הדחופה. מצב זה פוגע במשאבי הפנימי של מד"א משום שאמבולנסים מתמהמהים בבית החולים באין מיטה לפרוק את המטופל ולחזור לזמינות. יש להתייחס לתופעה זו כאיתות אזהרה חמור המעיד על היותה של מערכת הרפואה הדחופה בדרום על סף קריסה.

אם כן, יעילות המלר"ד תלויה בזרימה דינמית במעגל קהילה-מלר"ד-אשפוז-שחרור בחזרה לקהילה. במחוז דרום, באופן ייחודי, הוגדר המלר"ד כמחלקה אשר אינה יכולה לסגור את שעריה או לווסת חולים לבתי חולים אחרים. בשל היותה מרכז על עליה להיות ערוכה בכל רגע נתון למצב אסון

¹⁴ Kolb, E.M.W., Lee, T., & Peck, J. (2007). Effect of coupling between Emergency Department and Inpatient unit on the overcrowding in Emergency Department. *Winter Simulation Conference Proceedings*, 1586-1593.

3. מוקדי רפואה דחופה קדמיים

- מתן סמכות לפאראמדיקים להשאיר חולה בבית לצורך הפעלה למקרים דחופים בבתי אבות ובמוסדות סיעודיים.

המלצות אלו דורשות תוספת להכשרה שמקבלים פאראמדיקים היום. ראש אגף רפואה במד"א וראש המחלקה לרפואת חירום באוניברסיטת בן גוריון בנגב (הגופים המכשירים פאראמדיקים במדינת ישראל) הסכימו להתאים את תכני ההכשרה להרחבת סמכויות הפאראמדיק לטיפול בקהילה. המודל הרצוי העומד לנגד עיניהם הוא ששירות בקהילה יותר לפאראמדיקים מנוסים ויהיה אופק מקצועי לפאראמדיק שהשלים לפחות חמש שנות עבודה בשטח.

5. שינויים ארגוניים במלר"ד

- מעבר למודל רפואה דחופה חדש שהאחריות הכוללת בו היא של מומחי הרפואה הדחופה. כיום ברוב בתי החולים בארץ, רופאים שונים ממגוון מחלקות מטפלים בחולים שבמלר"ד. לעומת זאת במרכז הרפואי שיבא פועל מודל שלפיו מומחי רפואה דחופה ממונים על המלר"ד. בבתי חולים רבים בעולם פועל מודל זה כ-20 שנה.
- העצמת מסלול ה-Fast Track לחולים מהלכים המסוגלים ללכת. כיום כשליש מהמטופלים, אלה הסובלים מבעיות פחות חמורות, מופנים למסלול זה לטיפול מהיר כדי להישאר פחות זמן במלר"ד. המטרה היא לגרום לכך שכחצי מהמטופלים יפנו למסלול זה.
- העסקת מנהלן תפעולי שתפקידו יהיה, בין היתר, לזהות צווארי בקבוק ולשמש כנציג פניות הציבור.
- קבלת מתמחים למסלול ישיר של רפואה דחופה.

- הקמת מוקדים שיפעלו בשעות הערב והלילה בבאר שבע, ברהט, באופקים או בנתיבות ובמצפה רמון. כדוגמה למוקד רפואה דחופה הפועל באופן יעיל, נבחן את מוקד מיראזו בדימונה. בדימונה מתגוררים כ-40,000 נפש ובשנת 2011 המוקד נענה לכמעט 9,000 פניות. לפני פתיחתו של המוקד, בשנת 2009, נשלחו שמונים אחוזים מהחולים בדימונה לטיפול במלר"ד סורוקה, ומהם התאשפזו עשרים אחוזים בלבד. בשנת 2011, לעומת זאת, שמונים אחוזים מהפונים למוקד מיראזו נשארו בדימונה ולא הופנו לסורוקה. מהחולים שכן הופנו למלר"ד סורוקה שמונים אחוזים התאשפזו.

- התאמת פתרונות שונים לצרכים שונים. לא על כל המוקדים להיות בנויים זהה, יש לפעול בגמישות וביצירתיות. דוגמאות לכך יכולות להיות הפעלת מוקד לילה במרפאה המקומית או הפעלת שירותים של רופא המבקר בבתי מטופלים.
- קביעת סטנדרטים אחידים להפעלת המוקדים. אלה יהיו מדדי איכות מדויקים, ולא רשימה במסתכמת בכותרות של פונקציות או של שירותים. יש להשתמש במדדי איכות המוקדים כתנאי לזכייה במכרז.

4. שילוב פאראמדיקים בעלי ניסיון קליני במערך הרפואה הדחופה בקהילה ובבית החולים

- מתן מענה ראשוני בישובים שאין בהם רופא של פאראמדיקים אקדמאים.
- שילוב פאראמדיקים במלר"דים כעוזרי רופא (למשל בביצוע טריאז', בליווי חולים במצב קריטי ובלקיחת דמים).
- ביצוע מעקב בקהילה של פאראמדיקים אקדמאים אחר חולים מורכבים ויחידות טיפול בית.

6. המרחב הציבורי

- חיזוק רפואת החירום בנגב באמצעות מנהיגות אזורית שתציב נושא זה על סדר היום, לא רק באמצעות מנהיגויות מקומיות, שלעיתים מקדמות את הנושא ולעיתים מזניחות אותו. לשם כך יש לשלב מנהיגים במערכת הבריאות לצד רשויות מוניציפאליות.
- שילוב הציבור ושיתופו בנעשה, תוך כדי קבלת הצעותיו לחלופות הולמות.
- שילוב רכיב הבריאות בתכניות לפיתוח הנגב מתוך הבנה שאזרחים שיתעניינו להתיישב בדרום יעשו כן רק אם תהיה רפואה חזקה באזור.

לסיכום, באחריות משרד הבריאות וקופות החולים לצמצם את פערי המשאבים בין המרכז והפריפריה. נדרש פתרון דחוף למשבר "ממתני האשפוז". כיום המלר"ד הנוכחי אינו מתאים לצרכי האוכלוסייה ועל כן הוא באי-ספיקה מתמדת. בלא חיזוק רכיב הבריאות בדרום, קטן הסיכוי למימוש חזון פיתוח הנגב, המוטיבציה להגירת תושבים מהמרכז לדרום תצטמצם והפער בין המרכז לפריפריה יעמיק.



מרכזי הוראה בקהילה לסטודנטים לרפואה

פרופ' דן גרינברג, ראש המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

הצורך בפיתוח מרכזי הוראת רפואה בקהילה

נושא פיתוח מרכזי הוראה בקהילה לסטודנטים לרפואה באוניברסיטת בן גוריון בנגב עלה על סדר היום בתחילת כהונתו של פרופ' גבי שרייבר כדיקן הפקולטה למדעי הבריאות. לפרויקט השלכות כלכליות ולוגיסטיות, והוא צפוי לתת מענה לאחד האתגרים החשובים ביותר של מערכת הבריאות בדרום: הצורך בחיזוק רפואת הקהילה.

מרפאות הוראה צריכות לכלול רפואת משפחה, רפואה יועצת, אשפוז יום ושירותים הניתנים על-ידי מקצועות בריאות אחרים. צעדים ראשוניים ליישום פרויקט דומה נעשו במספר בתי ספר לרפואה בישראל כדוגמת בית הספר לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית, בית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב ובית הספר לרפואה של אוניברסיטת בר אילן בצפת.

להוראת הרפואה בקהילה חשיבות עליונה מכמה סיבות:

1) כיום נעשית ההכשרה ברובה במחלקות בית החולים כאשר קיימת חשיפה מועטה של הסטודנטים לרפואה ושל המתמחים למצבים רפואיים האופייניים לרפואת הקהילה ולעבודת בעלי מקצועות הבריאות האחרים, כגון פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, עבודה סוציאלית, ושירותים דוגמת אשפוז יום.

2) אפשרותם של סטודנטים להיחשף באופן משמעותי לרפואה בקהילה יכולה להביא לכך ששיעורים גדולים יותר של בוגרי בית הספר לרפואה יבחרו בעבודה בקהילה.

3) פיתוח מרכזי ההוראה בקהילה יכול לפתור חלקית את מצוקת השדות הקליניים, קרי המשאבים הנחוצים לטובת הכשרת סטודנטים לרפואה, אשר תגדל אף יותר בשנים הקרובות לאור הגידול במספר הסטודנטים בכיתות הרפואה והסיעוד. כך מקצת הסטודנטים יוכשרו במרפאות בקהילה והדבר יקל על עומס ההוראה בבתי החולים.

4) הוראתם של רופאי קהילה תחייב אותם להתעדכן בספרות המקצועית העכשווית ובפרקטיקה המתקדמת ביותר, דבר שיביא בטווח הארוך גם לשיפור איכות הטיפול בקהילה.

חזון הפרויקט והמשאבים הדרושים

חזון הפרויקט לפיתוח מרכזי הוראה בקהילה הוא לחזק את הקשר בין האקדמיה ובין קופות החולים, בשיתוף פעולה מחקרי בתחומי רפואת הקהילה והרפואה היועצת. לחזון שותפים מנהלים בארבע קופות החולים. הפרויקט יוביל להעצמה של רופאים ועובדים במקצועות הבריאות בקהילה, וגם למשיכה של כוח אדם רפואי חדש לאזור הדרום ביצירת סביבת עבודה אקדמית בדמות מרפאות קהילה גדולות שבהן תתבצע רפואה אינטגרטיבית.

ברור כי לתכנית השלכות תקציביות נרחבות. בימים אלו אנו עדים למחסור ברופאי משפחה וברופאים יועצים, בייחוד במחוז דרום. על מנת

ההוראה הקלינית. במסגרת חשיבה זו יש לבחון מחדש, בין היתר, את התכנים הנלמדים, את משך ההוראה הקלינית, האופן בו היא מתבצעת וע"י מי. שילוב הוראת הרפואה בקהילה צריך גם הוא להיבחן.

להכשיר את עשרות הסטודנטים שיגיעו ללמוד בקהילה יש להגדיל את מספר רופאי הקהילה. כיום ההוראה איננה מוטלת על קופות החולים, אשר נמצאות בגרעון תקציבי גדול ממילא, ועל כן אין ציפייה לכך שאת התקציבים לטובת ההוראה מהקופות החולים יקצו הקופות. מעבר לכך, הכנסתם של סטודנטים ללמידה לתוך המרפאות תגזור הארכה של משך זמן ביקור החולה הממוצע, ובהתאם גם תורים ארוכים יותר. בשלב הראשוני עשויה להיווצר פגיעה בזמינות השירות.

כשרופאים עצמאיים העובדים בקופות החולים יקדישו מזמנם להוראה, משך הטיפול בחולים יתארך והם יוכלו לקבל פחות מטופלים מבעבר, על כך יש למצוא דרך לפצותם. אחד המקורות לתמרץ רופאים למעורבות בעשייה אקדמית זו היא מתן של מינוי אקדמי. מינויים אקדמיים ועבודה מחקרית דורשים תקציבים ייעודיים.

התקציב להקמת מרפאות חדשות ו/או התאמת מרפאות קיימות להוראה לא יכול להגיע רק מכספי פילנתרופיה מפאת הדרישות ארוכות הטווח לתקצוב עלויות תפעול, תגמול של קופות החולים והרופאים ותקנון אקדמי לצוות ההוראה. אחד המקורות אפשריים למימון הוא המועצה להשכלה גבוהה.

דוח "ההסדרים הכספיים בין האוניברסיטאות לבתי החולים בישראל"¹⁵ הציע תכנית מסודרת לתגמול מחלקות ורופאים בעבור הוראה בבתי החולים. כותבי הדוח המליצו לעשות עבודה דומה על תקצוב ההוראה בקהילה כדי לקבוע כללים מוסדרים עבור כל בתי הספר לרפואה בישראל. עוד נכתב בדוח: "לאור מה שעולה מהחומר הרב שנאסף על ידינו, הן בארץ והן ממדינות אחרות, ומהשיחות שקיימנו עם בעלי תפקידים במערכת, אין ספק שיש מקום לחשיבה מחודשת בכל הקשור להיקף ולאופן

¹⁵ גלזר, ק., ישראל, א. וכץ, א. (2012). ההסדרים הכספיים בין האוניברסיטאות לבתי החולים בישראל: מצב קיים, כשלים והמלצות. המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות בישראל.

בריאות הברואים בנגב

ד"ר מוחמד אבו רביעה

מאפיינים חברתיים-כלכליים ובריאותיים של האוכלוסייה הברואית בנגב

צמצום הפערים במערכת הבריאות בין המרכז לבין הפריפריה הדרומית היא מטרה חשובה ביותר, ובמיוחד עבור האוכלוסייה הברואית בנגב. האוכלוסייה הברואית מונה כ- 200,000 נפש המהווים כשלושים אחוזים מכלל אוכלוסיית דרום הארץ. כשישים אחוזים מבני הקהילה מתגוררים בכפרים לא מוכרים. אוכלוסייה זו בעלת ריבוי טבעי מהגבוהים בעולם, ומכפילה את עצמה מדי 13 שנים. כמו כן, שישים אחוזים מהברואים הם צעירים עד גיל 18, נתון המתאים לאוכלוסיות החיות במדינות העולם שלישי.

החברה הברואית היא "חברה במעבר" מחיי נוודות לחיי קבע – כך שביישובים הברואים אפשר לראות משפחות החיות באוהלים לצד מבני בטון קבועים.

מאז הקמתו משרתים בצה"ל בדואים, בעיקר בגששות, אולם על אף הגיוס לצה"ל שילוב הברואים בחברה הישראלית מצומצם ביותר.

האוכלוסייה הברואית מדורגת במקום האחרון במדרג הסוציו אקונומי במדינת ישראל. בני הקהילה נשארים כ- 6 שנות לימוד בלבד בממוצע במערכת החינוך, ואחוזי הנשירה מבתי הספר הם מהגבוהים בארץ, כעשרה אחוזים. רבים עוזבים את בתי הספר כדי לעזור בכלכלת המשפחה, המרחק הגדול מבית הספר והתנאים במוסדות החינוך – כל אלה הם סיבות לכך. האוכלוסייה סובלת מאחוזי פשיעה גוברים ואחוזי אבטלה גבוהים. כיום רבים מהברואים עוסקים ברעיית צאן, במסחר ובמלאכה.

גם בימים אלו, בכרבע מהמשפחות הברואיות קיימת תופעת פוליגמיה, וכחמישים ושמונה אחוזים מהזוגות המתחתנים הם קרובי משפחה. התרבות הברואית שמרנית בכל הנוגע לשימור מבנה המשפחה ולנישואי קרובים. זהו אחד מהגורמים העיקריים לשיעור הגבוה של מומים מולדים בקרב הברואים.

מחקרים שבדקו את מצב הבריאות באוכלוסייה הברואית הראו תמונה בעייתית הדורשת מענה: תופעת האנמיה בילדים עדיין גבוהה, ילדים רבים נולדים בתת משקל ונשארים בתת משקל עד גיל 5; נשים רבות אינן מגיעות למעקב היריון עקב בעיות נגישות ובשל סיבות תרבותיות; הסביבה רווית מפגעים – בדמות מפגעי רעש, זיהום אוויר וזיהום מקורות מים; רבות הן התאונות בבית ובחצר – בעקבות מגורים במבנים לא גמורים, מדרגות ללא מעקה והבערת מדורות.



מערכת הבריאות והאוכלוסייה הברואית

בשנת 1995 נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר יצר מהפכה בזכויות תושבי ישראל לקבל שירותי בריאות. כיום פועלים סניפי קופות החולים כללית, מכבי ולאומית בכל יישובי הקבע הברואים שהמדינה מכירה בהם. כמו כן, נפתחו תחנות טיפת חלב. לעומת זאת רוב הברואים החיים בכפרים הבלתי-מוכרים, בלא חיבור מוסדר לתשתיות חשמל ומים נקיים, נאלצים להגיע ליישובי קבע או לבאר שבע על מנת לקבל שירותי בריאות.

אחד הפרויקטים שהצלחו לקדם את תחום הבריאות בקרב בני הקהילה הברואית הוא התכנית, שהחלה בשנת 2006, לצמצום תמותת

הבריאות. הדבר הוביל לסגירה של 19 תחנות טיפות חלב בבת אחת. אחד הפתרונות היה מתן תמריצים לאחיות העובדות בקהילה הבדואית, אשר כלל מענקים והשתתפות בשכר דירה. התוצאה היתה הצלחה באיזו כל התקנים הריקים ופתיחת התחנות.

שני הפרויקטים שהצגנו, התכנית לצמצום תמותת התינוקות ותכנית התמריצים לאחיות העובדות בקהילה הבדואית, הם סיפורי הצלחה שיש ללמוד מהם וליישם למען המשך העשייה במישור הבריאותי בקהילה הבדואית.

המלצות לצמצום הפערים בבריאות בקהילה הבדואית

ההשקעה הגדולה בפיתוח הנגב מצריכה השקעה גם באוכלוסייה הבדואית למען צמצום הפערים בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הבדואית. ד"ר אבו-רביעה המליץ בהצאתו על:

1) בניית תשתיות מסודרות לטובת אספקת מים וחשמל, סלילת כבישים, סילוק שפכים ופינוי אשפה.

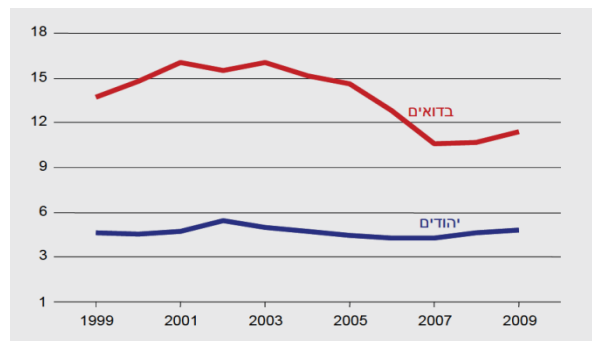
2) השקעה בחינוך בכלל ובחינוך לבריאות בפרט. יש לעודד תכנון המשפחה, נושא זה אינו מוכר כלל במשפחות רבות. יש לחנך להנקה – אימהות רבות מפסיקות להניק לאחר 4-3 חודשים מהלידה, ולרוב כבר נכנסות שוב להריון.

3) חיזוק שירותי הרפואה המונעת בגיל הרך ובבית הספר והתאמתם למאפייני החברה והתרבות הבדואיים. חשוב להפעיל תכניות לעידוד תזונה נכונה בקרב ילדים בדואים.

4) הכשרת אנשי מקצועות הבריאות בנושא כשירות תרבותית, והקטנת החסמים התרבותיים במתן מידע, שילוט, הסברה ותרגום לערבית.

תינוקות. תמותת תינוקות היא אחד המדדים החשובים המעידים על מצב בריאות האוכלוסייה. שיעור תמותת תינוקות בדואים בשנת 2004 היה 16 לאלף תינוקות, לעומת השיעור הארצי של 4.2 לאלף תינוקות. שיעור גבוה זה נובע בעיקר ממומים מולדים וממחלות תורשתיות. מחקרים מראים כי ככל שמספר שנות הלימוד של האם קטן יותר, תמותת התינוקות עולה.

תמותת תינוקות במחוז דרום בין השנים 2009-1999¹⁶



התכנית לצמצום תמותת תינוקות בדואים כוללת שיתוף פעולה בין משרד הבריאות, המרכז הרפואי סורוקה, שירותי בריאות כללית, הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון, ומנהיגי הקהילה הבדואית שפעלו במסגדים ובמתנ"סים. התכנית פעלה בדרך של שילוב אסטרטגיות של רפואה מונעת וחינוך לבריאות, הנגשת שירותים, התאמה תרבותית והעצמת הקהילה הבדואית. התכנית הצליחה להביא לידי ירידה בשיעור תמותת התינוקות במגזר הבדואי לכדי 11.5 לאלף תינוקות. הקצאת משאבים ייעודית, בדמות תקציבים, כוח אדם, שיתוף פעולה בין מוסדות ומגזרים שונים, בניית מאגר מידע ותהליך הערכה, היתה ועודנה המפתח להצלחה.

בשנים 2008-2009 נוצר משבר באיזו התקנים של אחיות טיפות החלב במחוז דרום של משרד

¹⁶ לשכת הבריאות המחוזית, מחוז הדרום והמרכז לבקרת מחלות (2008). מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים כנגב. משרד הבריאות.

פנל 1:

תרומת הרשויות המקומיות והמגזר השלישי בצמצום הפערים בבריאות בנגב

יו"ר פנל: עו"ד נעמה דהן, מנכ"לית קרן מיראז' לפיתוח הנגב. משתתפים: גב' פלורה שושן, ראש מועצת מצפה רמון; מר מיכאל ביטון, ראש עיריית ירוחם; מר אשר שטרן, מנהל היחידה לפיתוח כלכלי בעיריית דימונה; גב' אילונה סהר, מנהלת תכניות בריאות בקרן רש"י



עו"ד דהן פתחה בהצגת הטענה כי את הזכויות הבסיסיות של האדם, כגון בריאות וביטחון, המדינה אמורה לספק, ואי אפשר ליצור תלות בגופים פילנתרופיים. פעילות קרן מיראז' אינה מנסה להחליף את משרדי הממשלה השונים, אלא להתמקד בסיוע למתיישבים בנגב. הקרן פונה לחיזוק הפיתוח הכלכלי והעסקי, התעסוקה, התרבות, השיווק והמיתוג של האזור, וזאת כדי לגרום לכוחות השוק לראות את הפוטנציאל הגלום בנגב. הקרן היא גורם תומך. לתפיסתה, ההנהגה המקומית – נבחרו הציבור, הם האנשים המשמעותיים ביותר, שביכולתם לעשות שינוי. ואכן, בשנים האחרונות נראית מגמה שראשי הרשויות בנגב לוקחים יותר אחריות על תחום הבריאות בנגב.

מר מיכאל ביטון בירך על קיום כנסי מצפה לשוויון בבריאות, שמייצרים במה לחשיפת הפערים ולשיח בין קובעי המדיניות שיכול להביא לשיתופי פעולה,

בייחוד מתוך פעילות הוועדות העובדות ביחד בין הכנסים. ביטון רואה בפילנתרופיה מקור ליזמות, ליצירת שינוי ובסופו של דבר להטמעה של השינוי על ידי הבאת מיזמים שמוכחים כיעילים לשולחן הממשלה וקבלת מימון ממשלתי קבוע בעבורם.

לדידו, האחריות על תחום הבריאות היא חלק מתחום האחריות של ראשי הרשויות. ביטון הציג שלושה פרויקטים הקיימים בירוחם בזכות תמיכה של קרנות פילנתרופיות. הראשון, גיוס תקציב בעזרת קרן רש"י לצורך בניית מוקד רפואי בירוחם למתן שירות רפואי בשעות הלילה. השני, גיוס כספים בסיוע מנכ"ל מד"א להבאת ניידת טיפול נמרץ עם שלושה פאראמדיקים לירוחם, עד אז במקרה של סכנת חיים נאלצו אנשים להמתין לניידת טיפול נמרץ מדימונה. השלישי, גיוס תרומות מחברת לוטוס להקמת מרפאת שיניים המעניקה טיפול למשפחות במצוקה, ובכללן לקהילה הבדואית.

ביכולתה של הרשות המקומית, בעזרתן של קרנות פילנתרופיות, לחולל שינוי משמעותי בבריאות, ובה בעת להביאו לשולחנם של קובעי המדיניות כדי להופכו לקבוע. הביקורתיים יאמרו כי המדינה מתנערת מאחריותה, והפסימיים יטענו שאין סיכוי לחולל שינוי אמיתי. כאשר מבינים את המורכבות שביצירת השינוי בתחום הבריאות, נראה כי הדרך הנכונה היא להתחיל בפילנתרופיה וליצור דרכי מדיניות ממשלתית.

מר אשר שטרן הדגיש את השינוי שעשה המרכז הרפואי שקם ב-2010 בדימונה. מעבר לשינוי בקבלת שירותי בריאות בלילה מבלי לנסוע לסורוקה, נוצר שינוי חברתי-קהילתי בתוך היישוב, שינוי משמעותי באיכות החיים של התושבים. לאחרונה הוקם מרכז לרפואה יועצת של שירותי בריאות כללית בתוך המרכז הרפואי מיראז', וכעת תושבי דימונה אינם מתבקשים להגיע לבאר שבע לשם כך. גם 56 חולי הדיאלזה המתגוררים בדימונה יכולים לקבל כעת טיפול בעירם.

מקצועות הרפואה. לשם כך אנו צריכים להשקיע בחינוך צעירים מהדרום כדי שיוכלו להוות תחרות אמיתית לצעירים מהמרכז. סהר קראה לתמיכת האקדמיה בעריכת מחקר מתוקף של הצרכים האמיתיים של האוכלוסייה בדרום.

גב' פלורה שושן שיתפה כי אחד הדברים העיקריים ששמה לעצמה למטרה הוא הנגשת השירותים הרפואיים למצפה רמון. במצפה רמון חסרים רופאים ראשוניים ושניוניים, אין יכולת לבצע צילומי רנטגן ועוד. השותפות עם קרן רש"י, קרן מיראז', אוניברסיטת בן גוריון ומשרד הבריאות הצליחה להביא לשיפור המענה לתושבים. המוקד הרפואי של חברת "ביקורופא" בלילה מתעד להיפתח בקרוב לרווחת תושבי מצפה רמון והסביבה.

שושן הביעה עניין בכך שהאוניברסיטה תלווה את כניסת חברת "ביקורופא" למצפה רמון, ותפתח מדדים לבדיקת

איכות הטיפול, שביעות רצון התושבים והאפקטיביות של המהלך. כנסי מצפה רמון לשוויון בבריאות מעלים את נושא הבריאות בדרום על סדר היום הציבורי. ראוי כי בבחירות הקרובות לכנסת לכל מפלגה ייוחד פרק בנושא בריאות במצע. לבסוף, סיכמה שושן, כי "אמנם המנדט על הבריאות בידי הממשלה, אך האחריות היא שלנו".

עו"ד דהן חתמה את הפאנל בהתחייבות של קרן מיראז' לעשות כל שביכולתה כדי לחזק את ההתיישבות בדרום, במטרה להפוך את התחרות על מכרזי הקמת מוסדות בריאות לכדאית עבור הספקים של שירותי הבריאות, כפי שעשתה חברת "ביקורופא" במצפה רמון.

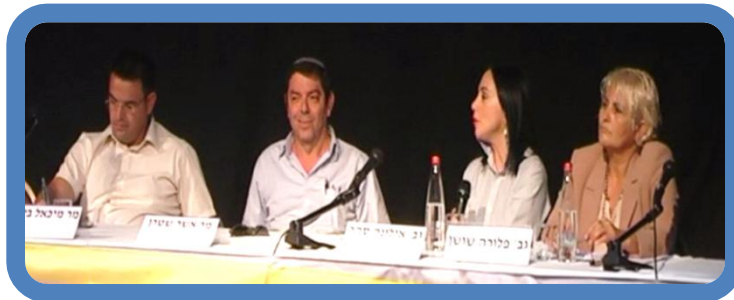
שטרן הזכיר את המחסור בטיפול השיקומי בנגב. כיום תושבים מדימונה נאלצים להגיע לתל אביב ולתל השומר על מנת לקבל טיפולים שיקומיים, על המדינה לתת לכך מענה. זאת ועוד, בעבר היה נהוג שרופאים יבצעו "ביקורי בית". יש חולים בדימונה שאינם יכולים להגיע אל המרכז הרפואי, אולם באותה מידה הרופא אינו מסוגל להגיע אליהם, מכיוון שהוא הרופא היחיד במרפאה. כשחולים אלו זקוקים לטיפול רפואי הם מזמינים אמבולנס כדי להגיע למרכז ולעיתים הם נוסעים בלא צורך לבאר שבע. יש להקים מערך של ביקורי בית של רופא או של פאראמדיק שיוכשר ויוסמך לכך.

גב' אילונה סהר ציינה כי מטרת הפילנתרופיה היא בין השאר לצמצם פערים,

והדרך הטובה ביותר לעשות כן היא בהקמת תשתיות. כיום הפערים בבריאות הם אחד המחסומים העיקריים בפיתוח הפריפריה – בתל אביב ישנן תשתיות עודפות – אפשר לבחור בין כמה וכמה מוקדים רפואיים שנותנים שירותים בלילה. על אף שאפשרות הבחירה מבורכת, היא באה על חשבון הפריפריה.

הסיוע הפילנתרופי אינו מגיע תמיד למקומות עם הצרכים הגדולים ביותר, אלא לאותם מקומות שקיימים בהם שותפים לעשייה, כדוגמת עיריית ירוחם. לקרנות הפילנתרופיות יש אפשרות להחליט באופן עצמאי היכן להשקיע את הכספים וכיצד, ועל ראשי הרשויות להשכיל לנצל יכולת זו.

לקרן רש"י מרכזים לגיל הרך שבהם מופעלים מרכזים פארא-רפואיים. הקרן מציעה מלגות לרופאים שיעבדו ברפואה התפתחותית. אחת האסטרטגיות למענה למצוקת כוח האדם הרפואי בנגב היא הבאת סטודנטים מהדרום ללמוד את



פנל 2:

צמצום פערים בבריאות בנגב בפרספקטיבה של קובעי המדיניות

יו"ר הפנל: ד"ר מיכאל שרף, מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה. משתתפים: פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות; אלוף (במיל') דורון אלמוג, ראש מטה היישום להתיישבות ולפיתוח כלכלי במגזר הבדואי בנגב; פרופ' רן בליצר, מנהל מכון כללית למחקר ומחלקת תכנון מדיניות בריאות, שירותי בריאות כללית; ד"ר רינת כהן, מנהלת האגף לרפואה ראשונית, קופת חולים מאוחדת; ד"ר אלון אדלשטיין, מנהל רפואי מחוז דרום, מכבי שירותי בריאות



ד"ר שרף פתח את הפנל בסקירה של השינויים שהתרחשו בתחום הבריאות בנגב מאז כנס מצפה רמון הראשון; התפרסמו מבחני תמיכה של משרד הבריאות הנותנים עדיפות לאזורים פריפריאליים; הורחבו השדות הקליניים והתשתיות האקדמיות, לרבות הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה ולסיעוד; הסכם הרופאים החדש הביא למתן תמריצים לרופאים העובדים בפריפריה, דבר אשר הוביל לקליטה של רופאים חדשים במרכז הרפואי סורוקה; ובנוסף, הוגדלו התקציבים עבור תכנית צמצום תמותת התינוקות בקרב האוכלוסייה הבדואית בדרום.

באשר לשינויים שנעשו בשנה האחרונה במרכז הרפואי סורוקה ציין ד"ר שרף את הקמתם של חדרי יולדות מתקדמים, קבלת מכשיר MRI נוסף, ושיפור מחלקת הילדים. לאחר שבשנים האחרונות עזבו יותר מתמחים את המחלקות הפנימיות מאשר אלו שהתחילו את ההתמחות בהן, לראשונה בשנת 2012, בזכות הסכם הרופאים, התהפכה המגמה. בחטיבת הילדים חל שינוי לטובה, וגם במקצוע ההרדמה ישנה התקדמות. בחטיבה האונקולוגית, לעומת זאת, עדיין ישנם קשיים בהשגת כוח אדם. בעקבות הגידול במספר המתמחים ברפואה הפנימית בסורוקה מאמין ד"ר שרף כי בסיום התמחותם יופנו מתמחים אלו לעבודה בקהילה.

עם זאת, ציין ד"ר שרף, עדיין חסרה בנגב מחלקת שיקום, וגם המלר"ד בסורוקה סובל מקשיים רבים בתשתיות ובכוח אדם.

אלוף (במיל') דורון אלמוג הציג את פעילות מטה היישום להתיישבות ולפיתוח כלכלי של הקהילה הבדואית בנגב. המטה קם על בסיס החלטות ממשלה 3707 ו-3708, הנוגעות להסדר ההתיישבות הבדואית בנגב ולפיתוח כלכלי בקהילה. ב-5 השנים הקרובות תשקיע המדינה כשמונה מיליארד שקלים ביישום החלטות אלו, וזאת מתוך הבנה שהמגמות הנוכחיות: ריחוק הבדואים ממדינת ישראל, היות המגזר ברמה הסוציו-אקונומית הנמוכה ביותר, הפשיעה הגוברת ורמת הבריאות הנמוכה – מגמות אלו הן אתגר של ממש בפיתוח הנגב. האלוף אלמוג הדגיש כי בלא פיתוח של הקהילה הבדואית אי-אפשר יהיה לפתח את הנגב.

מטה היישום מתמקד בארבעה תחומים עיקריים: תעסוקה, חינוך, תשתיות ושירותים. כדי לטפל בנושא הבריאות, יש לחזק תחילה תחומים אלו. לדוגמה, מתוך כמאתיים אלף מבני המגזר הבדואי, כשישים אחוזים הם עד גיל 18. רבים מבני הנוער באוכלוסייה זו נושרים ממערכת החינוך. יש להשקיע מאמצים מיוחדים באוכלוסייה זו, ובהם

הגיע לחיזוק המרכז. הוחלט כי בשנה הבאה יוצאו מספר מקצועות רפואיים מהגדרת ה"מקצועות במצוקה", אולם יושארו התמריצים לפריפריה. זאת ועוד, קבע פרופ' גמזו, שכדי להביא כוח אדם רפואי לנגב יש להכשירו בנגב. בשנתיים האחרונות אוניברסיטת בן גוריון עשתה מהלך אמתי להגדיל את כיתות הרפואה והסיעוד, וישנה תכנית לפתוח בדרום חוג לריפוי בעיסוק. ברור כי כדי לגשר על הפערים יש להמשיך ולפעול, למשל בפיתוח של משרות

אטרקטיביות והגדלת השירותים בדרום. בעבר הפעיל משרד הבריאות לחץ מאסיבי על אגף התקציבים ועל הממונה על השכר בנציבות שירות המדינה כדי להגדיל את התמריצים לאחיות, והתוצאות היו

מוצלחות. יש להמשיך ולפעול גם בשיטה זו. פרופ' גמזו הזכיר את הניסיון החלוצי בדרום ליצור מקצועות רפואיים חדשים במתן סמכויות נרחבות לפאראמדיקים ובהכשרת עוזרי רופא.

4) מוקדים לרפואה דחופה – המימון להקמתם של מוקדי לילה עתיד להיות במתן שליש מהתקציב הנדרש מאת משרד הבריאות, שליש נוסף מאת קופת החולים ושליש אחרון מאת הרשות המקומית. היעד הוא הקמת חמישה מוקדים חדשים עד לסוף שנת 2013, ובמהלך שנת 2014 לסיים את הקמתם של שנים עשר המוקדים המתוכננים.

פרופ' בליצר התייחס גם הוא לנוסחת הקפיטציה ולמבחני התמיכה – להערכתו, נוסחת הקפיטציה היא איננה כלי לשינוי מדיניות בטווח הקצר, אולם

העמקה של תכניות מיוחדות לסטודנטים בדואים במקצועות הבריאות. האלוף אלמוג הדגיש את הצורך בחיזוק הרפואה המונעת והחינוך לבריאות בחברה הבדואית ובשיפור הנגישות והזמינות לשירותי בריאות בכפרים הבדואים בפזורה. תפקיד מטה היישום אינו להחליף את משרדי הממשלה השונים, אלא לקשר, לסנכרן, וליצור שיתופי פעולה בין המשרדים ובינם לבין האוכלוסייה.

פרופ' גמזו התייחס במהלך הפנל למספר נושאים:



1) בית חולים נוסף בדרום – משרד הבריאות הגיש למשרד ראש הממשלה תכנית להקמת בית חולים נוסף בדרום. פרופ' גמזו פרס את הדילמות הנוגעות להקמת בית חולים זה: אם יוקם כתוספת למרכז הרפואי סרוקה,

כבית חולים עצמאי, ממשלתי, או בשיתוף של הצבא.

2) נוסחת הקפיטציה ומבחני תמיכה – הוספת הרכיב הגאוגרפי לנוסחת הקפיטציה לא תרמה ליצירת שינוי מדיניות שהביא לשיפור השירותים בפריפריה. לעומת זאת בעזרת מבחני התמיכה שפרסם משרד הבריאות יוכל המשרד לכוון את הפעולות הנדרשות לסגירתם של פערים מסוימים בעזרת קופות החולים.

3) בעיית כוח האדם בפריפריה – הסכם הרופאים החדש הביא אתו שיפור בתמריצים לעבודת רופאים בפריפריה, אולם השיפור אינו מספיק. אחת הסיבות לכך היא שההסכם הגדיר "מקצועות במצוקה" אשר בעליהם יקבלו תמריצים, אולם עדיין רוב בעלי מקצועות אלו עובדים במרכז, ולכן רוב התקציב

ובמיוחד בתחומים של איזון של חולי סכרת וחולי לב.

ד"ר אידלשטיין הסכים עם קודמיו כי הנושא הבעייתי ביותר הוא המחסור בכוח אדם רפואי בדרום, ובפרט בכל הנוגע לרפואה הראשונית. כדי למלא את הפערים שעתידים להיווצר בשנים הקרובות בעקבות הפרישה של רופאי משפחה רבים לגמלאות יש צורך בהתערבות של המדינה, שכן מערכת התמריצים שהקופה מפעילה אינה מספיקה.

לפי ד"ר אידלשטיין שיתוף הפעולה בין הקופות הוא חיובי ביותר נוכח התחרות על אותם מבוטחים. עם זאת מתן שירותי הרפואה במוקדים משותפים למספר קופות חולים זו שיטה מצוינת בתנאי שתשווה ההשתתפות העצמית של מבוטחי כלל הקופות עבור אותם שירותים.

היא כלי לשינוי עיוותים ולמניעת תמריצים שליליים. אידיאלית, מטרת הנוסחה היא להביא לאדישות של הקופה המבטחת כלפי קבלת מבוטחים מסוגים שונים. אדם זקן או אדם במעמד סוציו-אקונומי נמוך מקבלים את המקדם התקציבי המתאים בנוסחה ולכן אין זה משתלם פחות לבטחם. כלומר, יש להעמיק במתן תמריצים לחיזוק ההשקעה במבוטחים ביישובי הדרום. במבחני התמיכה מדובר על השקעות קונקרטיות ועל דיווח מצד קופות החולים על התקדמות. שני כלים אלו יכולים לעשות שינוי ובעיקר בעידן של משבר תקציבי חמור בקופות החולים.

פרופ' בליצר ציין כי שירותי בריאות כללית התייחסו לצמצום הפערים בבריאות בנושא אסטרטגי כבר ב-2007 וקבעו את התקצוב על פי אסטרטגיה זו. נושא צמצום הפערים בין הפריפריה למרכז הוכנס בתור תוכנית חמש שנתית של קופת החולים. מחוז דרום צמצם בשבעים אחוזים את הפערים במדדי איכות לעומת מחוזות אחרים.

ד"ר כהן הזכירה כי למושג "פריפריה" ישנם היבטים חברתיים ותרבותיים מעבר להיבטים הגאוגרפיים. לאוכלוסיות שונות צרכים שונים, ויש להתאים עבורם את השירותים. קופת חולים מאוחדת משתפת פעולה עם מרפאות מכבי בערד ובירוחם, ובנתיבות ובאופקים יש לקופה הסכם עם מוקד מקומי. המענה לפערים צריך להתבצע בשיטה של "איגום משאבים", שבה קופות החולים משתמשות במשאבים זו של זו על מנת להפחית בזבוז משאבים יקרים של כוח אדם ושל תשתיות.

ד"ר אידלשטיין ציין כי בשנה האחרונה השקיעה מכבי שירותי בריאות בתשתיות, בשירותים ובתקני כוח אדם במחוז דרום, הרבה מעבר לתוספת שניתנה לקופה עם השינוי בנוסחת הקפיטציה. זאת בעקבות החלטה אסטרטגית במכבי, שלפיה יש לפעול כדי לצמצם את הפערים. כיום ששת המרכזים הרפואיים של מכבי בדרום הארץ הם מהמצליחים ביותר מבין מרפאות מכבי בכלל,

מילות סיכום



תקשורת, עובדים סוציאליים ומרפאים בעיסוק. יש להסתכל על העניין בראייה מפקחת ולתכנן לטווח הארוך. החשיבה לטווח הארוך צריכה להיות נר לרגלינו.

כמו מנכ"ל משרד הבריאות הגענו גם אנו למסקנה כי השינוי שנעשה בהכנסת המשתנה הגאוגרפי לנוסחת ההקצאה של קופות החולים לא הביא לשינוי המיוחל. על כן יש לשקול צעדים נוספים, כמו "צביעת" כספים עבור פרויקטים ספציפיים בנגב.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה כוונה לעודד תחרות בין קופות החולים באיכות השירות. לתחרות בשירותי בריאות יכולים להיות חסרונות רבים, אולם היא גם יכולה לייצר הזדמנויות. נראה כי הדרך הנכונה היא דרך הביניים. שיתופי פעולה בין ספקי השירות אפשר לראות, לדוגמה, בהפעלת מוקדי הרפואה ובתהליך הכשרת הרופאים המתמחים בפריפריה.

אל לנו להגיע למצב שספקי השירותים מתחרים על המשאבים המגיעים מאות מאותה "עוגה". כל עוד בית החולים והקהילה מתחרים על אותו היצע מצומצם של בעלי מקצוע אין מוצא מבעיה זו. על כן יש למצוא דרכים "להגדיל את העוגה". יש להגדיל את תקציב הבריאות ולא להגדיל את מידת האגרסיביות של הגופים השונים בהתחרות על משאב מצומצם.

המסר העיקרי מכנס זה הוא שרק באמצעות שיתוף פעולה בין כל בעלי העניין ובעזרת מימון נרחב יותר, נוכל להתמודד עם הפערים הרבים שבין מצב הבריאות בפריפריה הדרומית לבין מצב הבריאות במרכז.

הנגב עובר שינוי גאוגרפי, כלכלי וחברתי. בכנס זה עלו חששות רבים מכך שנושא הבריאות עלול "לפגור" מאחורי השינויים שעתידים להתרחש בנגב. השינויים יכולים להיות מנוף לצמיחה, אולם יכולים גם לגרום לצניחה. "רפואה" ו"בריאות" אינם מושגים זהים. הבריאות מושפעת מגורמים רבים ומגוונים שרבים מהם נידונו במהלך הכנס. רפואה טובה היא הבסיס לשיפור באיכות החיים. על מנת לפתח את הנגב יש צורך ממשי בייצור של מערכת שירותי בריאות חזקה.

יש יתרונות בכך שרשות מקומית לוקחת על עצמה את האחריות על קידום נושאי הבריאות עבור האוכלוסייה המקומית. הרשות מכירה היטב את צרכי התושבים, וחשוב לה להגיע לתוצאות חיוביות בנושא זה. אולם לעיתים רשות מקומית רואה רק את צורכי האוכלוסייה המקומית, גם במצבים בהם נדרשת ראייה אינטגרטיבית שתדע לייצר תערוך משאבים.

ביישובים רבים בנגב קיימת בעיה תקציבית לפתח מוקדי רפואה חדשים, ואכן המודל שהציע בכנס זה משרד הבריאות, שלפיו שליש מהתקציב להקמת מוקד חדש יגיע ממשרד הבריאות, שליש מקופת החולים ושליש מהרשות המקומית, אינו מתאים לכל היישובים. הפתרונות השונים צריכים להתייחס למרחק היישוב מהעיר ולצרכי האוכלוסייה המקומית.

על מנת לקדם את הבריאות בתחום כוח האדם יש להכשיר יותר רופאים ואחיות, כמו גם קלינאי

חברי הצוותים (לפי סדר א'-ב')



המארגנים

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

חברי קבוצת העבודה בנושא רפואה ראשונית בנגב

שם	שיוך מוסדי	דוא"ל
1 ד"ר מוחמד אבו רביעה	שירותי בריאות כללית	muhammedab@clalit.org.il
2 ד"ר יעקב אורקין	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	urkin@bgu.ac.il
3 ד"ר אלון אידלשטיין	מכבי שירותי בריאות	hazan_r@mac.org.il
4 אדוה אשל-רבינוביץ'	המשרד לפיתוח הנגב והגליל	advae@pmo.gov.il
5 פרופ' איה בידרמן	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	sbider@netvision.net.il

yossibr@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ד"ר יוסי ברגמן	6
omerbart@gmail.com	עמותת דרור ישראל	עמר ברט	7
obashkin@gmail.com	מכללת אשקלון	ד"ר אסנת בשקין	8
zahava@negev.co.il	הרשות לפיתוח הנגב	נתן גיבלי	9
hana.torjeman@bsh.health.gov.il	ל"ב מחוז דרום, משרד הבריאות	ד"ר מיכאל גדלביץ'	10
dangr@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	פרופ' דן גרינברג	11
office@meragef.org.il	קרן מיראז' לפיתוח הנגב	עו"ד נעמה דהן	12
liora.v@meuhedet.co.il	קופ"ח מאוחדת	ליאורה ולינסקי	13
zahavaly@walla.com	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	זהבה יהב	14
iarden.tzvia@bsh.health.gov.il	ל"ב מחוז דרום, משרד הבריאות	צביה ירדן	15
efratm@iula.org.il	עיריית דימונה	מאיר כהן	16
shoshpe@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ד"ר יהודה לימוני	17
hadasez@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	רו"ח מיכאל מישורי דדעי	18
assi@docurel.net	שירותי בריאות כללית	ד"ר אסי סיקורל	19
liora.shahar@bsh.health.gov.il	ל"ב מחוז דרום, משרד הבריאות	ליאורה שחר רוטברג	20
naamaa@clalit.org.il	המרכז הרפואי האוני' סורוקה	ד"ר מיכאל שרף	21

חברי קבוצת העבודה בנושא רפואת הירום בנגב

שם	שיוך מוסדי	דוא"ל
1	תמר אדמתי	קרן מיראז' לפיתוח הנגב tamar@meragefoundations.org.il
2	ד"ר לימור אהרנסון-דניאל	אוניברסיטת בן גוריון בנגב limorad@bgu.ac.il
3	ד"ר ליליאן אפללו	מכבי שירותי בריאות aflalo_1@mac.org.il
4	ד"ר שפיר בוטנר	מד"א shafirb@gmail.com
5	ד"ר כרמי ברטל	המרכז הרפואי האוני' סורוקה carmiba@clalit.org.il
6	אורן וכט	אוניברסיטת בן גוריון בנגב orenwacht@gmail.com
7	ד"ר איליה חזנוב	שירותי בריאות כללית ilyakh@clalit.org.il
8	מירי כהן	משרד הבריאות miri.cohen@moh.health.gov.il
9	יעקב כהן	הרשות לפיתוח הנגב yaakov@negev.co.il
10	זיוה ליטבק	המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות zival@israelhpr.health.gov.il
11	רמי מילר	מד"א ramim@mda.org.il
12	להט מעיין	נטל"י lahatm@natali.co.il
13	אילונה סהר	קרן רש"י ilona.sahar@rashi.org.il
14	ד"ר רפי סטרוגו	מד"א refaels@mda.org.il

adini@netvision.net.il	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	ד"ר ברוריה עדיני	15
federbub@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	ד"ר פאולה פדר-בוביס	16
peist_ari@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	אריאלה פייסט	17
jpliskin@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	פרופ' יוסי פליסקין	18
rotem_anat@meuhedet.co.il	קופ"ח מאוחדת	ענת רותם	19
sdagan@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	ד"ר דגן שוורץ	20
esterp4@gmail.com	מו"מ מצפה רמון	פלורה שושן	21
asher@dimona.muni.il	עיריית דימונה	אשר שטרן	22