

כנס מצפה לשוויון בבריאות



כנס מצפה רמון הרביעי לשוויון בבריאות בנגב

שיקום בקהילה | אתגרי הרפואה מרחוק (לרחוק) | קהילות בריאות

כתיבה ועריכה:

ד"ר קרן דופלט

המחלקה לניהול מערכות בריאות

אוניברסיטת בן גוריון בנגב



תודות

הכנס שנערך במאי 2016 הוא הכנס הרביעי בסדרת "כנסי מצפה רמון לשוויון בבריאות בנגב", ועסק בנושאים הבאים: רפואה (מ)רחוק, השיקום בקהילה וקהילות בריאות.

חברי הוועדה המארגנת מבקשים להודות לכל אלו שתמכו וסייעו בהכנת הכנס ותרמו להצלחתו: נשיאת אוניברסיטת בן גוריון בנגב - פרופ' רבקה כרמי; דיקן הפקולטה למדעי הבריאות - פרופ' עמוס כץ; ראש מינהל הפקולטה למדעי הבריאות - מר הרצל ג'אן; חברת הדירקטוריון של פדרציית פילדלפיה ויו"ר עמית של יוזמת Negev Now - גב' מישל ליון; מנכ"ל הרשות לפיתוח הנגב - מר נתן חיים ג'בלי ולחברי המועצה המקומית מצפה רמון בראשותו של מר רוני מרום. עוד נודה לחברים בקבוצות העבודה על ההשקעה הרבה מזמנם וממרחם, בייחוד לראשי הקבוצות שריכזו את עבודות ההכנה לכנס.

תודה לפרופ' עמוס כץ, לגב' מישל ליון, ולתא"ל (במיל') חזי משיטה על דברי הברכה בכנס והבעת התמיכה בתושבי הנגב. תודה למשתתפי המושב בנושא "הרפואה בנגב במבט קדימה": יו"ר המושב עו"ד נעמה דהן - מנכ"לית קרן מיראד; ראש המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון - פרופ' נדב דוידוביץ; מנהל מרחב דרום ומנכ"ל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה" - ד"ר אהוד דוידסון; והמשנה למנכ"ל משרד הבריאות - פרופ' ארנון אפק. תודה לראשי הרשות לפיתוח הנגב "המלצות לשינוי פני הרפואה בנגב": יו"ר ד"ר קרן דופלט - מרכזת פורום בריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות באוניברסיטת בן-גוריון; פרופ' גבי בן-נון (רפואה ל(מ)רחוק); ד"ר עומר פורת וד"ר יצחק (צאקי) זיו נר (השיקום בקהילה); פרופ' איה בידרמן וגב' בתיה לוי (קהילות בריאות).

תודה למשתתפי הפנל בנושא "נקודות המבט של מערכת הבריאות": יו"ר הפנל פרופ' גבי בן-נון ויו"ר פורום בריאות בנגב והמחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון; המשנה למנכ"ל משרד הבריאות - פרופ' ארנון אפק; מנכ"ל לאומית שירותי בריאות - מר ניסים אלון; ראש חטיבת הבריאות במכבי שירותי בריאות - פרופ' נחמן אש; רופא מחוז דרום במשרד הבריאות - ד"ר מיכאל גדלביץ; מנהל מחוז דרום בקופת חולים מאוחדת - ד"ר יואב יחזקאלי; דיקן הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב - פרופ' עמוס כץ; סגן מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "ברזילי" - ד"ר יואב שרר; ורופא מחוז דרום בשירותי בריאות כללית - ד"ר שלומי קודיש. תודה גם למשתתפי הפנל בנושא "נקודות המבט של הרשויות": יו"ר הפנל פרופ' אשר אלחיאני מהמחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת אריאל; ראש מועצת מצפה רמון - מר רוני מרום; ראש עיריית ירוחם - מר מיכאל ביטון; נציג פדרציית מונטריאל - מר אריה לוי; סמנכ"לית הרשות לפיתוח הנגב - גב' ורד גושן; יו"ר אגודת הרופאים הערבים בנגב - ד"ר נעים אבו פריחה ויו"ר מועצת הכפרים הלא מוכרים בנגב - מר עטייה אלעאסם.

אנו קוראים לממשלת ישראל לדאוג לביצוע החלטות הממשלה לקידום פיתוח הנגב ולחברי הכנסת לראות את הפוטנציאל הטמון בנגב ולפעול למען קידומו, גם במישור שירותי הבריאות. אנו תקווה כי המסקנות המוצגות בחוברת זו יהיו צעד חשוב נוסף בצמצום הפערים בבריאות בישראל בכלל, ובנגב בפרט.

חברי הוועדה המארגנת:

ד"ר קרן דופלט, פרופ' נדב דוידוביץ' ופרופ' גבי בן-נון - אוניברסיטת בן גוריון בנגב

עו"ד נעמה דהן, גב' ענבר זיידמן - קרן מיראד לפיתוח הנגב

גב' אורנה דותן - מו"מ מצפה רמון

מר תומר רכטמן - הרשות לפיתוח הנגב

גב' טליה לידר - נציגת הפדרציה היהודית של פילדפיה בישראל

* בתאריך 16/10/3 גב' ענבר זיידמן, סמנכ"לית קרן מיראד, ממיסדי 'כנס מצפה רמון' ושותפה בבירה להפקתו, הלכה לעולמה. יהי זכרה ברוך!

תקציר מנהלים

קיימים פערים משמעותיים במדדי הבריאות בין הנגב לבין מרכז הארץ. בשנים האחרונות עלה הנושא למודעות הציבורית ואף נעשו מספר שינויים מבורכים (כגון תמריצים לכח אדם, הרחבת ההכשרה של כח אדם במקצועות הבריאות, מבחני תמיכה לקופות החולים עבור השקעה בצמצום פערים, הוספת משתנה פריפריה לנוסחת הקצאת הכספים ועוד). עם זאת, עדיין ישנם פערים רבים בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות בנגב המחייבים בחינת דרכים יצירתיות לחיזוק מערכת הבריאות וקידום בריאות האוכלוסייה.

בדומה לכנסים הקודמים, ההכנות לכנס כללו עבודה מקדימה של קבוצות עבודה בנושאים שנבחרו. בכנס שותפים כל הגורמים העוסקים בנושא החל ממשרדי הממשלה השונים, רשויות מקומיות, ספקי הבריאות השונים (ציבוריים ופרטיים), נציגי הפדרציות היהודיות בישראל, חיל הרפואה, אקדמיה והחברה האזרחית. קבוצות העבודה דנו הפעם בנושאים ששמו דגש על הקהילה בהיבטים של הרפואה ל(מ)רחוק, השיקום בקהילה וקהילות בריאות. בכנס הוצגו ניירות עמדה עם המלצות יישומיות בנושאים הנדונים לצורך הבאתם בפני בכירי מערכת הבריאות בארץ ומשרדי ממשלה רלוונטיים.

ההמלצות המרכזיות לחיזוק הרפואה בנגב:

המלצות כלליות: מימוש המלצות כנסי מצפה בדגש על המלצות שאומצו על ידי משרד הבריאות והקופות כולל החלטת הממשלה 2025 בנוגע לחיזוק מערכת הבריאות בנגב, ביניהן הרחבה וחיזוק המרכז הרפואי סורוקה, בדגש על ההחלטה לתוספת מיידית של מיטות; התחלה מיידית של תכנון ובניית בית חולים נוסף בנגב כמרכז רפואי משולב אשר יכלול בית חולים כללי, מרכז גריאטרי ובית חולים פסיכיאטרי; יצירת מנגנון מעקב אחרי מימוש ההחלטות שהתקבלו; יצירת מנגנונים לשיחוף פעולה ואיגום משאבים בין כלל הגורמים העוסקים והתורמים לבריאות בנגב (בדגש על תשתיות וכח אדם); יצירת מנגנונים להגדלת שיעור עובדי הבריאות הכוללים חבילת תמריצים הן ברמה האישית (תמריצים כלכליים, קידום מקצועי, מחקר וכד') והן ברמה המשפחתית (תעסוקה לבן/בת הזוג, דיור וכו'); הגדרת מקצועות במצוקה בדרום במקצועות מועדפים; הגדרת סטנדרטים וצרכי בריאות של האוכלוסייה בנגב; חיזוק והנגשה של מסדי הנתונים בתחום הבריאות בנגב.

הרפואה ל(מ)רחוק: הרפואה מרחוק פותרת בעיות של נגישות וזמינות, ונותנת מענה למחסור בכוח אדם הקיים בפריפריה. יחד עם זאת הרפואה מרחוק אינה ניתנת "מחוסר ברירה", אלא מהווה דרך יעילה וטובה להנגשת השירותים. לכן יש לפתח שירותים אלה תוך שמירה על איכות טיפול מיטבית; הטמעת השימוש בטכנולוגיות מרחוק תשפר את זמינות השרות למטופל ותגביר את היעילות בשימוש במשאבים הנמצאים במחסור; יש לפתח שיח בין קופתי ולאגם משאבים (כולל עם חיל הרפואה) לקידום ולפיתוח תשתיות הרפואה מרחוק; יש להכשיר צוותים לשימוש בכלים לרפואה מרחוק; ולקבוע הנלים וסטנדרטים לגבי תיעוד ושמירה על חיסיון; יש להבטיח סטנדרטים אחידים לפיתוח והטמעת רפואה מרחוק; לקדם את החקיקה בנושא; וליצור מנגנוני תגמול על מתן השירות ברפואה מרחוק; כן יש לפעול לצמצום הפערים הדיגיטליים והגברת האוריינות הדיגיטלית בקרב האוכלוסייה הבדואית בעיקר.

השיקום בקהילה:

ההמלצות בתחום השיקום הכללי: תוספת מיטות שיקום בנגב: שיקום כללי, אורתופדי, ספינאלי, פגיעות מוחיות, שיקום גריאטרי ושיקום ילדים – בפריסה רב שנתית מהירה ככל הניתן; קביעת גורם מתכלל כדי שיהיה תאום בין היוזמות; פתיחת מרכזי שיקום יום / אשפוז יום שיקומי; בניית שדות חובה ברשומה הרפואית מהם ייגזרו התוויות לשיקום ברמת שחרור ממחלקה חריפה: (א) למחלקת שיקום/שיקום גריאטרי וממנה אח"כ לקהילה או (ב) למערכת שיקום אמבולטורית בקהילה; אספקת שירותים באופן מתואם: בשלב ראשון בניית מערכת מחשוב שתעביר נתונים

בין כל בעלי העניין לפי הרשאות שייקבעו מראש: מערכת אשפוז, מערכת מרפאות קהילה, משרד הבריאות, ועדות לאספקת טכנולוגיות מסייעות, ניידות, ועדות גודל רכב ובטיחות בדרכים, ביטוח לאומי, משרד השיכון, רווחה, משרד התחבורה, משרד החינוך; בשנים הקרובות יש לשאוף להתקרב למודל shop one stop בעניין הוועדות הרפואיות; קידום טכנולוגיות שיקומיות והכנסתן לסל לפי מדרג עדיפויות – באופן שוטף.

ההמלצות בתחום השיקום הקהילתי בדרום: יש צורך בעבודה נוספת למיפוי והערכה מדויקת של הצורך באשפוז יום שיקומי באזורים שונים של המחוז; יש לפתוח בהקדם מסגרות אשפוז יום שיקומי בנגב במסגרות השיקום הקיימות: מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה, מרכז רפואי אוניברסיטאי ברזילי, עלה נגב ובית בלב; יש לפתח מרכזי שיקום קהילתי במסגרת המשלבת טיפול שיקומי רב תחומי ומעטפת קהילתית, בדגש על נגישות לקהילה ולאזור מגוריו של הפרט.

קהילות בריאות:

המלצות בתחום התפתחות הילד: תיקוף התעריף שמשדר הבריאות קבע לטיפולים מתחום התפתחות הילד, בקביעתו כתעריף מחייב או בקביעת תעריף מינימאלי; הבטחת מימון מקיף ליחידות ולמרכזים להתפתחות הילד באופן שיבטיח את הפעלתם ללא תלות במציאת מקורות מימון חיצוניים; קביעת השתתפות עצמית של ההורים לטיפול – מינימאלית, רבעונית; הקצאת משאבים לאיתור מוקדם מקיף; בניית תכנית תמריצים לאנשי טיפול בנגב בתחומים השונים; פתיחת מסלולי הכשרה בנגב למטפלים מכל מקצועות הבריאות; הכרה ביחידות להתפתחות הילד כמקום להכשרה והתמחות.

המלצות בתחום בריאות הנפש בעידן הרפורמה: הקצאת תקציבים ייעודיים; "פרויקט לאומי" שמטרתו שיפור הנגישות ופיתוח מודלים לשילוב בריאות הנפש ורפואה ראשונית, המותאם לאוכלוסיית הנגב מבחינת נגישות והתאמה תרבותית; שיפור הקשר הישיר, דו כיווני, והעברת המידע בין אנשי בריאות הנפש ואנשי הרפואה הראשונית (בכל הארץ); פיתוח אמצעים וירטואלים ליועץ לרופא הראשוני, ופיתוח טל-פסיכיאטריה וטל-פסיכותרפיה בידאו; ניטור ומעקב אחרי אורך תורים בתחומים השונים בבריאות הנפש (גם למטפלים שאינם רופאים) ושיפור הזמינות במקומות שנדרש.

המלצות בתחום המגזר הבדואי: תכניות הכשרה ייחודיות – כפי שכבר החל להכשרת אחיות; תכניות מותאמות לקידום בריאות ורפואה מונעת- חינוך מהגיל הרך; תכניות מותאמות תרבותית בנושא מחלות כרוניות – מודעות למניעה, מעקב וטיפול קבוע; תכניות לצוותים הרפואיים במגזר הבדואי בנושא התאמה תרבותית; פיתוח תכניות קהילתיות בנושא בריאות – פעילות גופנית, תזונה נבונה וכו'; פיתוח והשקעה במענה הרפואי בפזורה; תוכנית קליטה ועידוד לרופאים בדואים הלומדים בחו"ל.

המלצות בתחום קידום בריאות ואורח חיים בריא: חיזוק שיתופי הפעולה בין הגורמים השונים העוסקים בקידום בריאות הקהילה במסגרות השונות (ערים בריאות, שולחנות בריאות וכדו') בדגש על התוכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא ("אפשריבריא"); העצמת הקהילות תוך שימוש בתפיסת עולם של Healthy Placemaking (HPM)). בטווח הקצר: מיפוי הפעילויות הקיימות בתחומי אורח החיים הפעיל והבריא בנגב, כולל יישום החלטות הממשלה בתחום, עידוד יצירת 'תפריטים' מגוונים ומותאמי מקום של פעילויות בתחומי אורח החיים הפעיל והבריא בהובלת 'שולחנות בריאות יישוביים' והמשך בנייה והפעלה של תשתית להכשרת אנשי מקצוע בגישת ה- HPM בנגב. בטווח הארוך: גיבוש שותפויות תלת מגזריות ייעודיות לתכנון ותקצוב פרויקטים של HPM, יצירת אינדקס ויטאליות- למדידת 'מקומות בריאים' בנגב והפיכת הנגב לבטא סייט לטכנולוגיות המסייעות באימוץ אורחות חיים בריאים והתמדה בהם (Engagement Tech).

תוכן עניינים

2	..... תודות
3	..... תקציר מנהלים
6	..... תכנית הכנס
8	..... מושב פתיחה וברכות
10	..... מושב 1: הרפואה בנגב במבט קדימה
14	..... מושב 2: מושב 2: המלצות לשינוי פני הרפואה בנגב
14	..... רפואה מ(ל)רחוק
16	..... השיקום בנגב
21	..... קהילות בריאות
28	..... פנל 1: פנל 1: נקודת המבט של הרשויות
29	..... פנל 2: נקודת המבט של מערכת הבריאות
32	..... רשימת חברי קבוצות העבודה
33	..... תקציר מנהלים – כנס מצפה הראשון לשוויון בבריאות (מאי 2011)
35	..... תקציר מנהלים – כנס מצפה רמון השני לשוויון בבריאות (אוקטובר 2012)
38	..... תקציר מנהלים – כנס מצפה רמון השלישי לשוויון בבריאות (מאי 2014)

תכנית הכנס

דברי פתיחה וברכות

יו"ר: פרופ' עמוס כץ - דיקן הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מר רוני מרום - ראש מועצת מצפה רמון

עו"ד נעמה דהן - מנכ"לית קרן מיראד'

גב' מישל לוין - חברת הדירקטוריון של פדרציית פילדלפיה ויו"ר עמית של יוזמת Negev Now

תא"ל (במיל') חזי משיטה

מושב 1: הרפואה בנגב במבט קדימה

יו"ר: עו"ד נעמה דהן - מנכ"לית קרן מיראד'

פרופ' נדב דוידוביץ' - ראש המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב - יישום החלטות הממשלה בתחום הבריאות

ד"ר אהוד דוידסון - מנהל מרחב דרום ומנכ"ל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה", שירותי בריאות כללית - מרחב הנגב והמרכז הרפואי "סורוקה" לקראת 2030

פרופ' ארנון אפק - המשנה למנכ"ל משרד הבריאות - חזון משרד הבריאות

מושב 2: המלצות לשינוי פני הרפואה בנגב

יו"ר: ד"ר קרן דופלט - מרכזת פורום בריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אב"ג בנגב; והמחלקה לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון.

רפואה (מ)רחוק

פרופ' גבי בן-נון - יו"ר פורום בריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אב"ג בנגב

שיקום בקהילה

ד"ר יצחק (צאקי) זיו נר - יו"ר המועצה הלאומית לשיקום

ד"ר אריק סיטון - סגן מנהל אגף השיקום, משרד הבריאות

גב' חגית לנדסמן - מנהלת יחידת שיקום יום, עלה נגב

ד"ר יולי טרגר וד"ר שרון נפרסטיק - מחלקת שיקום, המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה"

ד"ר עומר פורת - יו"ר החטיבה השיקומית, הסתדרות הפסיכולוגים

קהילות בריאות

פרופ' איה בידרמן - ראש החטיבה לבריאות בקהילה, אב"ג בנגב

גב' בתיה לוי - חינוך ובריאות, מנהל המעבר דרומה, משרד הבטחון

פנל 1: נקודת המבט של הרשויות

יו"ר: פרופ' אשר אלחיאני - המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל

משתתפים (לפי סדר א'-ב'):

ד"ר נעים אבו פריחה - יו"ר אגודת הרופאים הערבים בנגב

מר עטייה אלעאסם - יו"ר מועצת הכפרים הלא מוכרים בנגב

מר מיכאל ביטון - ראש עיריית ירוחם

גב' ורד גושן - סמנכ"לית הרשות לפיתוח הנגב

מר אריה לוי - נציג פדרציית מונטריאול

מר רוני מרום - ראש מועצת מצפה רמון

פנל 2: נקודת המבט של מערכת הבריאות

יו"ר: פרופ' גבי בן-נון - יו"ר פורום בריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אב"ג בנגב

משתתפים (לפי סדר א'-ב'):

מר ניסים אלון - מנכ"ל לאומית שירותי בריאות

פרופ' ארנון אפק - ראש מנהל הרפואה, משרד הבריאות, מנכ"ל משרד הבריאות הנכנס

פרופ' נחמן אש - ראש חטיבת הבריאות במכבי שירותי בריאות

ד"ר מיכאל גדלביץ - רופא מחוז דרום במשרד הבריאות

ד"ר יואב יחזקאלי - מנהל מחוז דרום בקופת חולים מאוחדת

פרופ' עמוס כץ - דיקן הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב

ד"ר שלומי קודיש - רופא מחוז דרום בשירותי בריאות כללית

ד"ר יואב שרר - סגן מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "ברזילי"

דברי פתיחה וברכות

פרופ' עמוס כץ - דיקן הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, פתח את הכנס וברך את המשתתפים. הדיקן ציין כי העובדה שכנס מצפה הרביעי מתקיים מעידה כי עדיין לא ניתן לנוח על זרי הדפנה ושעדיין לא הצלחנו להגיע לצמצום פערי הבריאות עבור תושבי הנגב. את הכנסים יזמה וממשיכה לארגן המחלקה לניהול מערכות בריאות יחד עם המרכז לחקר מדיניות בריאות בנגב של הפקולטה למדעי הבריאות, דבר המעיד על כך שיש המשכיות של החזון ושל השליחות של הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון שחרתה על דגלה מעבר להכשרת עובדי מקצועות הבריאות, להביא לפיתוח ולקידום הבריאות ושירותי הרפואה בנגב.

לפני כעשור הוקם בפקולטה על ידי נשיאת האוניברסיטה היום, פרופ' רבקה כרמי, "פורום בריאות בנגב" המאגד את כל הרשויות המקומיות ושירותי הבריאות בנגב, ועצם ריכוזו בפקולטה מעיד על העשייה הרבה ומעורבותה בקידום שירותי הבריאות בנגב. לפני כחודש אף ארגן הפורום, בראשות פרופ' גבי בן נון, יום עיון בנושא הקמת בית החולים החדש בנגב.

מבלי שתהיה תמיכה של המדינה ומבלי תמומשנה ההבטחות והחלטות הממשלה, הפערים ימשיכו להעיב על איכות הרפואה בנגב. ברוח זו נשלח לפני מספר ימים המכתב לראש הממשלה המזכיר את ההבטחות שלא מומשו, ואנו תקווה שימומשו בקרוב.

מר רוני מרום, ראש מועצת מצפה רמון עדכן כי הסתיים לאחרונה תהליך של מיתוג מצפה רמון בסיוע קרן מיראז' כ"מרחב השראה" לכולם. בהמשך התייחס למספר נושאים. הראשון, שוויון בבריאות צריך להתקיים בין הנגב לבין מחוזות אחרים בארץ, אם כי השגת שוויון בין היישובים הקטנים והמרוחקים לבין יישובים במרכז הארץ אינה ריאלית. מה שכן ריאלי הוא טיוב איכות שירותי הרפואה ביישובים אלה. לדוגמה, יש לשפר את איכות השירות השניוני והשלישוני עבור תושבי מצפה רמון. השני, גורמים רבים צריכים לחבור יחד כדי לשפר את שירותי הרפואה בנגב, כולל חשיבה משותפת "מחוץ לקופסה". במצפה רמון, לדוגמה, ישנן שתי קופות חולים שבכל אחת מהן אין מספיק מבוססים כדי לקבל שירותים מסוימים, ובמקום לאגם משאבים נופלים התושבים "בין הכסאות" ואינם זוכים לשירותים מסוימים בשתי הקופות. ייתכן ואיגום משאבים "על קופתי" ייתן את המענה הנדרש ביישובים הקטנים והמרוחקים מבחינה גיאוגרפית. השלישי, מבחן התוצאה של הכנס וכיצד הוא משפיע על איכות הרפואה בנגב, וכיצד ניתן לדחוף ליישום החלטות והמלצות הכנס.

עו"ד נעמה דהן, מנכ"לית קרן מיראז', שותפה בכירה וממייסדי כנס מצפה רמון, ציינה כי היא תושבת הנגב כבר 12 שנה, כנציגתם של משפחת מיראז' שמתגוררת בדנבר וכתושבת הנגב היא רואה בתרומתה לפיתוח הנגב את דרכה להיות חלק מהמפעל הציני. תושבי הנגב נהנים מאיכות חיים גבוהה בכל פרמטר אפשרי, למעט תחום הבריאות. בתחום הבריאות הנתונים מדברים בעד עצמם וחוסר השוויון בנגישות לשירותים ברור. איכות הרופאים מצוינת, אך הזמינות והנגישות בעייתיים. כיום עומלת קרן מיראז' עם כל ראשי הרשויות בנגב על תכניות עבודה ופתרונות חדשניים לפיתוח הנגב שיוגשו למשרד האוצר ולמשרד ראש הממשלה בכל תחומי החיים. אין זה מובן מאליו שיושבים באולם ביחד ראשי רשויות, האקדמיה, הקופות, בתי החולים והמשרד לקידום הפריפריה הנגב והגליל לטובת שיפור הבריאות בנגב. עו"ד דהן סיכמה כי הנגב כולו בתנופת פיתוח ועל תחום הבריאות להדביק את הקצב.

גב' מישל לוי, חברת הדירקטוריון של פדרציית פילדלפיה ויו"ר עמית של יוזמת Negev Now, פתחה בציון המחויבות העמוקה של הפדרציות היהודיות של צפון אמריקה לתושבי מדינת ישראל. בכל שנה מגויסים עשרות מיליוני דולרים כדי לתרום לפיתוח המדינה ותושביה, הן בתקופות של משבר והן בתקופות של רגיעה. לאורך השנים הפדרציות פיתחו שיתופי פעולה עם ערים ומועצות בנגב. לפדרציית פילדלפיה, לדוגמה, יש קשרים עם נתיבות ועם שדות נגב. מאז 2010 חברו מספר פדרציות והקימו את ה- "Negev Funding Coalition" שגייסה 55 מיליון דולר עבור שיפור

איכות החיים של תושבי הנגב בהווה ובעתיד. יוזמה זו מכונה "Negev Now". במסגרת יוזמה זו מוטמעים וממומנים באזור פרויקטים וגישות חדשניים שקיימים בעולם. היעד של "Negev Now" הוא לדאוג לבריאות ולרווחה (wellness) של תושבי האזור תוך יצירה של סביבה אטרקטיביות וחיונית (vital) המקדמת אורח חיים בריאות מעבר לטיפול בחולי. הקהילות בנגב צריכות להיות כאלה שלחבריהן יש את הכלים והאפשרויות לקיים אורח חיים מהנה ובריא. הפרציות גאות להיות חלק מכנס זה במסגרת שיתוף הפעולה שלה עם הרשויות בנגב, משרד הביטחון ואוניברסיטת בן-גוריון. הפרציות רואות בכך גם הזדמנות מבטיחה לשיתוף פעולה עתידי עם קרן מיראז' לצורך הפיכת הנגב למקום בריא ומהנה יותר לחיות בו.

באופן אישי, רואה גב' לוי בפיתוח הנגב כ"ציונות החדשה" של הדור שלנו. זהו הפרויקט הגדול הבא של העם היהודי. גב' לוי הביעה את הגאווה שלה ושל כאלף השותפים שלה בפדרציות היהודיות של אמריקה הצפונית לקחת חלק בתהליך זה של הפרחת ושגשוג הנגב.

תא"ל (במיל') חזי משיטה, סגן בכיר לראש מנהל המעבר דרומה במשרד הביטחון, הדגיש כי מערכת הבריאות בנגב נדרשת לשינוי משמעותי על מנת שבאמת יהיה שוויון לאזרחי הנגב לעומת תושבים במחוזות אחרים בארץ, ללא קשר למעבר צה"ל לנגב.

כבר כיום משרתים בקריית ההדרכה של צה"ל כ- 10,000 חיילים, ובעוד כ- 4-5 שנים יתחיל האיגוש של בסיסי אמ"ן ותקשוב בדרום (תוספת של כ- 20,000 חיילים). לכן משרד הביטחון לוקח חלק פעיל ומרכזי כגורם מקדם של תשתיות בכלל ותשתיות הבריאות בפרט, החסרות בדרום.

מר משיטה ברך על מכתב ראשי הרשויות המקומיות שנשלח לראש הממשלה והציע לנהל מעקב אחר הדברים על מנת שהחלטות הממשלה תמושנה. הוא מאמין כי אם יימשך שיתוף הפעולה בין כל הגורמים השותפים לכנס והדבר לא ימוש מסדר היום הציבורי בסופו של דבר יזכו תושבי הנגב לשירותי הבריאות להם הם ראויים.

מושב 1: הרפואה בנגב במבט קדימה

פרופ' נדב דוידוביץ', ראש המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב דיבר בהרצאתו על יישום החלטות הממשלה בתחום הבריאות. הוא פתח ברציונל של קיום כנסי מצפה רמון לשוויון בבריאות, שהחלו לאחר פנייה של ראשי רשויות בנגב לפקולטה. המטרה הייתה לעבור משלב של הצגת הפערים הקיימים לשלב של העלאת פתרונות יישומיים לצורך צמצום. אין מדובר ב"כנס" במשמעותו הרגילה, אלא בתהליך מתמשך של שמירת הנושא על סדר היום הציבורי. הכנס הינו אמצע התהליך, לאחר שקבוצות העבודה ישבו כמספר חודשים והגו פתרונות והמלצות יישומיות. הכנס הינו פלטפורמה ליצירת שיתופי פעולה בין כל בעלי העניין בנושאי הבריאות בנגב. אנו שואפים לתת רוח גבית למשרד הבריאות ולעבוד עם המשרד בשיתוף פעולה. בכל כנס אנו עוסקים בנושאים שונים הקשורים לתחום הבריאות בנגב, כאשר השנה הוקדש הכנס לנושא הקהילה מזוויות שונות.

פרופ' דוידוביץ' הציג מסמך מיום 31.10.2012 אותו כתב פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, בעקבות השתתפותו בכנס מצפה רמון השני. המכתב היה ממוען לפרופ' ארנון אפק שהיה בזמנו ראש מנהל רפואה, וכיום משמש כמשנה למנכ"ל משרד הבריאות; לד"ר מיכאל גדלביץ', רופא מחוזי בלשכת הבריאות בדרום; ולד"ר דוידסון שהיה באותה עת סמנכ"ל וראש חטיבת בתי החולים בשירותי בריאות כללית וכיום מכהן כמנכ"ל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה". במכתב ציין פרופ' גמזו: "בכנס מצפה רמון לפערים בנגב עלתה הסוגיה של החוסר הקשה של מיטות שיקום בדרום. אני מבקש לפתור זאת בחיפזות כבר בתחילת 2013 ולייעד לכך מקורות. לכן, אבקש לקיים פגישה דחופה בשבוע הבא בבאר שבע, למציאת התוכנית העדיפה והמהירה יותר במחוז, תוך החלטה מה הצורך הקריטי ביותר לסוג מיטות השיקום ואופן הפעלתם". נושא זה הינו מורכב ואיננו רוצים לקחת את הקרדיט לעצמנו, אך זו בהחלט דוגמה של תהליך שהחל גם הודות לכנס מצפה. דוגמה נוספת הינה דוגמת התמריצים הדיפרנציאליים שהציע ד"ר צאקי זיו נר כשהיה סגן יו"ר הר"י וריכז קבוצה בכנס מצפה הראשון. בכנס הועלתה המלצה זו בפעם הראשונה מבחינה ציבורית, ובסופו של דבר גם מומשה בפועל.

החלטות הממשלה האחרונות הנוגעות לשירותי הבריאות הנגב כוללות:

1. כחלק מהחלטה 2025, סעיף 63: הוחלט לפעול להקמת בית חולים שיקומי בכפר "עלה נגב".
2. כחלק מהחלטה 1846 ביולי 2014 - תקציב של 3.5 מיליון ש"ח בכל אחת מהשנים 2016-2015 לשם הצבת 2 נייודות טיפול נמרץ בשדרות וניידת נוספת במוא"ז אשכול, לצד הפעלת מוקד רפואי לילי ותגבור התחנה לבריאות הנפש בשדרות.
3. 2025 סעיף 50. א' - חיזוק מערך השירותים הניתנים לידי הגיל הרך ולהוריהם - הוקצו לשם כך 40 מלש"ח בפריסה מ 2020-2015.
4. הקמתם של מרכזי שירותים אינטגרטיביים לגיל הרך בתחום הבריאות, שירותים בתחום הרווחה ושירותים בתחום החינוך. לשם כך הוקצבו 15 מלש"ח בפריסה מ 2020-2016.
5. סעיף 48- הוספת 98 מיטות לבית החולים סורוקה ו- 20 מיטות נוספות לצרכי שיקום.
6. תגבור מערך מוקדי הלילה בדרום וחיזוק שירותי הרפואה, בפרט בשעות שמעבר לשעות פעילות המרפאות - להמשך הפעלת מוקדי הלילה הקיימים בדרום גם בשנים 2019-2015 ביישובים ערד, דימונה, מצפה רמון, ירוחם וקריית גת. לצורך כך יוקצה תקציב בסך 9.3 מלש"ח.
7. בנוסף, במהלך שנים אלו, יפעל משרד הבריאות להקמת שישה מוקדי לילה נוספים בשיתוף הפעלה הנהוגה כיום למוקדים מסוג זה, בפריסה על בסיס שיקולים מקצועיים, ביישובים אופקים, נתיבות, ערערה, רהט, כסייפה וכן מוקד שישרת את תושבי לקיה, חורה והסביבה. למטרה זו יוקצה תקציב בסך של 18.5 מלש"ח.

בפועל:

1. הקמת בית חולים חדש בדרום - אין עדיין מסגרת תקציבית, גם לא מודל הפעלה. טרם הוכרעה סוגיית

- הבעלות ואף לא יצא מכרז.
2. הוספת 98 מיטות לסורוקה 1-20 מיטות שיקום - מיטות השיקום התווספו, אך מתוך 98 מיטות שהובטחו - רק בודדות נפתחו בשל מחלוקת תקציבית.
 3. שיקום תחנות טיפת חלב - הביצוע נדחה. לא ברור למתי.
 4. תגבור מוקדי לילה - מתבצע חלקית בלבד ומותיר את תושבי הדרום ללא מענה מספק המעניק ביטחון לחיי התושבים.

לסיכום, שינוי מדיניות ציבורית זהו תהליך ארוך טווח המצריך עבודה סיועית של כל השותפים במישורים רבים, כולל לחץ פוליטי של ראשי הרשויות והתושבים עצמם, ומכאן גם נובעת חשיבותו של כנס זה.

ד"ר אהוד דוידסון, מנהל מרחב דרום ומנכ"ל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה", שירותי בריאות כללית דיבר בהרצאתו על "מרחב הנגב והמרכז הרפואי "סורוקה" לקראת 2030". מרחב דרום של שירותי בריאות כללית מורכב משני מוסדות. הראשון, המרכז הרפואי "סורוקה" שהוא בית חולים-על, מהגדולים בארץ, מתקרב ל-1,100 מיטות. השני, מחוז דרום של שירותי בריאות כללית האחראי על בריאותם של 2/3 מתושבי הנגב. כך שהערך המוסף נעוץ כאן ברצף הטיפולי בין ביה"ח והטיפול בקהילה לטובת המטופלים. כמובן שהמרכז הרפואי "סורוקה" מטפל בכלל המבוטחים של כל הקופות ומה שקובע זה הקדימות הרפואית ולא חברות בקופה כזו או אחרת. במרכז הרפואי "סורוקה" נולדים בכל שנה 16,000 תינוקות חדשים. תוך 10 שנים מדובר ב-160,000 אזרחים חדשים בנגב, בנוסף למעבר המבורך של בסיסי צה"ל לדרומה. לאור הגידול הצפוי ולאור העובדה שלפחות ב-10 השנים הבאות זה יהיה המרכז הרפואי היחיד באזור - מערכת הבריאות חייבת להיערך לקראת גידול זה.

המרכז הרפואי "סורוקה" בנה תכנית אסטרטגית ל-5 שנים. מספר הנחות יסוד הנחו את בוני התכנית: המרכז הרפואי "סורוקה" הוא היחיד בדרום, נותן שירות לשטח גיאוגרפי גדול (60% משטח המדינה), וממוקם בפריפריה. ביה"ח פועל תחת רגולציה כפולה, הן של משרד הבריאות והן של שירותי בריאות כללית. עליו להתעדכן כל הזמן מבחינת הידע המקצועי ומבחינה טכנולוגית, ולקיים את תפקידו הלאומי הן בשגרה והן בעתות מלחמה. כמובן שנלקחו בחשבון גם גידול האוכלוסין והדמוגרפיה. ביה"ח מצוי בתחרות מתמדת על אנשי מקצוע ועל "טלנטים".

החזון של המרכז הרפואי "סורוקה": להיות מרכז רפואי מוביל, להעניק רפואה יוצאת דופן באיכותה, להציב את המטופל ואת צרכיו במרכז ולהוות מופת לחינוך ולמחקר רפואי [מפני שלתושבי הנגב מגיע בדיוק מה שמגיע לכל תושב אחר במדינת ישראל].

התכנית האסטרטגית נבנתה על ארבעה צירים עיקריים. הראשון, לקדם ולהביא לרמה של מצוינות לאומית ואפילו בינלאומית של מספר מרכזי הובלה בביה"ח. ביניהם, מרכז המוח, מכון גנטי, מערך מציל חיים של ביה"ח וכירורגיה קולורקטלית. השני, להיכנס לתוך מרכזים מסוימים של ביה"ח בהם צריך שדרוג של תשתיות, של טכנולוגיה ו/או תוספת של כוח אדם. השלישי, לפתח מוקדים מסוימים בביה"ח שחלקם כבר הוקמו, כמו: מחלקת שיקום, מרכז רב-תחומי לטיפול בהשמנת יתר, מערך גדול לפה ולסת. ולבסוף, שורה של מהלכים שהם חוצי-ארגון, כגון: שיפור חוויית המטופל, מחקר והוראה וטיפול המשאב האנושי.

הנושא של שירות וחוויית המטופל זו סוגייה מאוד מרכזית. ביה"ח שוקד על פיתוח שירותים והתאמה תרבותית לאוכלוסיית הנגב. אחד המהלכים המשמעותיים הוא הכניסה לעולם ה"דיגיטלי". עובדים כעת על שדרוג אתר האינטרנט של "סורוקה" ועל פיתוח אפליקציה של ביה"ח להגדלת הנגישות. המרכז הרפואי "סורוקה" עובד בשיתוף פעולה מלא עם הפקולטה למדעי הבריאות בתחומי המחקר וההוראה. סביבה אקדמית מאפשרת לרופאים צמיחה ומצוינות אישית. ד"ר דוידסון העלה מספר סוגיות בעייתיות. ביניהן, ביה"ח "סורוקה" אינו ממוגן, ישנו צורך לתת דגש על אוכלוסיית הנשים והילדים מפני שזו האוכלוסייה שתגדל, כולל האוכלוסייה הצעירה שתגיע בעקבות מעבר בסיסי צה"ל ומחסור המיטות שקיים כבר עכשיו.

בית החולים בנה תכנית לתוספת של כ- 280 מיטות ל- 10 השנים הבאות תוך חלוקה למקצועות השונים. כך לפחות אפשר יהיה להבטיח שהפערים לא יגדלו עוד יותר לאור הגידול הצפוי באוכלוסייה.

הוקמה בסורוקה מחלקת שיקום כולל גיוס כוח אדם מתאים, וזו תחילתו של צמצום פערים בתחום השיקום. באמצעות תרומות הוקמו חדרי ניתוח ממוגנים חדשים, שדרשו גם כן תוספת של כוח אדם מתאים, והם מאפשרים ביצוע אלפי ניתוחים נוספים וקיצור של התורים. המחלקה הגריאטרית שופצה. מרכז הסרטן החדש ייפתח בעוד שנה וגם הוא מבשר את סגירת הפערים בתחום. הורחבו, שופצו, נבנו ונפתחו מרפאות נוספות בתחומים שונים, כולל רכישת טכנולוגיות חדשות וגיוס טלנטים.

אמנם הייתה החלטת ממשלה על תוספת של מיטות בסורוקה, אך התקציב לא הועבר. בכל שנה שעוברת ולא נפתחו מיטות חדשות הפערים רק הולכים וגדלים. ד"ר דוידסון מאמין שבשיתוף פעולה של כל הגורמים ניתן יהיה לממש ולהגשים את החזון האסטרטגי של המרכז הרפואי "סורוקה".

פרופ' ארנון אפק, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, הציג את חזון משרד הבריאות. ממשלת ישראל עושה רבות כדי לקדם את הנגב, ניתן לראות זאת בתשתיות, בהקמת שכונות חדשות, בהקמת מרכז הסייבר בבאר שבע ועוד. בתחום הבריאות סגירת הפערים רבי השנים תיקח זמן, וראש הממשלה, שר המשלה, שר הבריאות ומנכ"ל משרד הבריאות מחויבים לפעול בעניין. פרופ' אפק קריא את חזון משרד הבריאות שנכתב בשנת 2002 בכנס האסטרטגי הראשון של משרד הבריאות: "מימוש הזכות הבסיסית לבריאות וקידום בריאות של כלל אוכלוסיית ישראל באמצעות מערכת בריאות השואפת לאיכות ושוויוניות מירביים תוך כיבוד ערכי כבוד האדם והחברה". כבר אז יעדי המשרד היו איכות, יעילות, מחקר, שיתוף הציבור, צמצום פערים וחיזוק הקהילה. יעדים שנמצאים בכל התכניות האסטרטגיות של משרד הבריאות מאז, ולוונטיים גם היום. אין זה אומר שלא נעשה כלום עד כה. אך עדיין יש מה לעשות.

היעדים ל- 2016 כוללים 6 עמודי אש:

קידום אורח חיים בריא, רפואה מונעת וסביבה בריאה

- העלאת המודעות והשיח על אורח חיים בריא במערכת הבריאות ומחוצה לה
- נידוח יישום אורח חיים בריא ופועיל באוכלוסייה
- הטמעת היבטים בריאותיים בכלכל תחומי נכוש מדיניות
- הגברת פעילות רפואה מונעת

חיזוק מערכת הבריאות הציבורית זמינות, אמן ומובילות

- הנדלת זמינות השירותים ואפשרויות הבחירה במערכת הציבורית
- חיזוק הרפואה בקהילה
- הבטחת רצף הטיפול
- שיפור במערך יחסי הגומלין והתמחיל בין הרפואה הציבורית לפרטית

חיזוק היסודות - איתנות מערכת הבריאות

- חיזוק התשתית הכלכלית של מערכת הבריאות
- חיזוק התשתית הניהולית ומנגנוני ניהול
- בניית תשתית יא מקצועית, הכשרתו והתאמתו לצרכים המשתנים
- התאמת תשתיות פיזיות לצרכי המטופלים

קידום איכות ושקיפות במערכת הבריאות

- קידום איכות ונטיחות קלינית
- שיפור איכות הירעוים הרפואי
- קידום שידותיות
- קידום שקיפות והנגשת מידע לציבור

המטופל כאדם במרכז

- קידום השיח וחיזוק תפיסת המטופל במרכז
- מיפי הפער, הסיבות ואתגרים במימוש התפיסה
- ניבוש תכנית פעולה

עיצוב מערכת הבריאות בהתאם לאתגרי העתיד

- היערכות מערכת הבריאות להזדקנות האוכלוסייה
- עיצוב והיערכות מערכת הבריאות בעידן המידע והבריאות הדיגיטלית
- התאמת מערכת הבריאות לשינוי במאפייני התחלואה הכרונית
- התאמת מערכת הבריאות למגמות החברתיות - כלכליות ותרבותיות בישראל

עמודי האש 2016

פרופ' אפק הרחיב לגבי היעד האסטרטגי והגדול ביותר, לדעתו: "המשופל כאדם במרכז", שמובילה ד"ר ורד עזרא, ראשת מנהל רפואה. במערכת הבריאות עובדים ולומדים לפי פרופסיות. רופאים בנפרד ואחיות בנפרד ונפגשים בפעם הראשונה בתוך המחלקות. יש מקום ללמידה משותפת תוך כבוד לפרופסיות האחרות. בתי החולים בנויים סביב סוגי מחלות (פנימית, כירורגיה), אך עלינו להבין כי החולה מגיע כ"אדם" ולא כסוג של מחלה. מעבר למבנה הקיים, נבחרים הרופאים ע"פ ציון הפסיכומטרי קודם כל ולא לפי האיכות האנושית שלהם, וכל עוד צירוף זה נמשך, קשה לתת מענה לחולה כ"בן אדם".

פרופ' אפק שיתף שעמד בראש הוועדה לחיזוק שירותי הרפואה בדרום והמלצותיה אומצו כהחלטות ממשלה. חלק מההחלטות מומשו. לדוגמה, מוקדי הלילה שפועלים למרות שאין להם הצדקה מבחינת עלות-תועלת. בהקשר זה הבטיח פרופ' אפק לאמץ את נמלצתו של ראש מועצת מצפה רמון, מר רוני מרום, לקיים שיח משותף עם הקופות הפועלות ביישוב לצורך איגום משאבים. שר הבריאות החליט לפתוח מוקדים נוספים ברהט, חורה ואופקים. באר שבע, כאמור, נמצאת בתנופת פיתוח, ובראש וראשונה יש לחזק את המרכז הרפואי "סורוקה" וזה המענה העיקרי והטוב לשנים הקרובות. לפי פרופ' אפק כן ניתן בעבר תקציב ל"סורוקה" לפיתוח שהושקע בהתאם לסדר העדיפויות של ביה"ח ושל הקופה, אך ברור שהתקציב שניתן אינו מספיק. ברור כיום שהמרכז הרפואי "סורוקה" לא יספיק לתת מענה לצרכי העתיד, לכן יש להקים בית חולים נוסף בנגב.

סוגיית מרכזי הגיל הצעיר נבחן בממשלה לצורך איחוד המענה לאזרחים. נתפחה מחלקת שיקום ב"סורוקה" ונבנית מחלקה נוספת. כעת יש לקדם את השיקום בקהילה. משרד האוצר נתן בזמנו כ- 36 מיליון ₪ למענקים לחיזוק הפריפריה ובזכותם המרכז הרפואי "סורוקה" פתח מחדש את המחלקה הפנימית שנסגרה, ומאז נפתחו 6 מחלקות פנימיות חדשות. הכסף נגמר בשנת 4102, כאשר הוצאו קרוב ל- 700 מיליון ₪ על מענקים. כיום האתגר של המערכת הוא להוסיף מקומות להתמחות ולתעדף מקצועות במצוקה בפריפריה, ולכן נוספה ב- 5102 יחד עם האוצר התמחות בפריפריה ברפואת משפחה. יש לתת מענה גם למקצועות נוספים במצוקה, כמו שיקום ופתולוגיה. משרד הבריאות פרסם מבחני תמיכה לקופות החולים כדי שיפתחו התמחות ברפואה בקהילה, כולל פתיחת מחלקה לרפואת ילדים בקהילה להתמחות משולבת של בית חולים-קהילה. כדי שיהיו מומחים עם אוריינטציה קהלית. ההתמחות תתקיים בבית החולים אך גם בקהילה כדי שתהיה להם אוריינטציה גם לקהילה. לסיכום, שיתוף הפעולה הוא קריטי, כל אחד מהמקום שלו יכול לתרום, וביחד נמשיך בתנופה.

מושב 2: המלצות לשינוי פני הרפואה בנגב

הקדמה

לנגב מאפיינים ייחודיים המוסיפים לקשיים הגרמים בשל החוסרים במערכת הבריאות: מחד, הפיזור הגיאוגרפי של האוכלוסייה – המצריך הערכות מיוחדות, בשל ריבוי מוקדי אוכלוסייה מרוחקים. ומאידך, המצב הסוציו-אקונומי הנמוך יחסית של אוכלוסיית הנגב – מביא לתלות גבוהה במערכת הציבורית ולצריכת שירותים מוגברת. במסגרת ההכנה לכנס נפגשו במשך מספר חודשים שלוש קבוצות עבודה על מנת לרקום ניירות עמדה מבוססי מחקר ונתונים, שהוכנו לאחר דיון מעמיק בין בעלי העניין השונים. בקבוצות לקחו חלק נציגים מהאקדמיה, מחיל הרפואה, ממשרדי ממשלה, מקופות החולים, מהרשויות המקומיות ומארגוני החברה האזרחית. חברי הקבוצות מיפו את הפערים הקיימים והצפויים לפי ההערכות והציעו פתרונות ודרכי פעולה לטווח הקרוב והרחוק. הקבוצות חולקו על פי שלושה נושאים הנוגעים לתחום הקהילה: רפואה (מ)רחוק בהובלת פרופ' גבי בן-נון; השיקום בקהילה בהובלת ד"ר עומר פורת וד"ר יצחק (צאקי) זיו נר; וקהילות בריאות בהובלת פרופ' איה בידרמן וגב' בתיה לוי.

אתגרי הרפואה (מ)רחוק

כיום מונה אוכלוסיית הנגב מעל מיליון נפש החיים ב- 60% משטחה של מדינת ישראל. מצב זה יוצר פערי זמינות ונגישות לשירותי אבחון וטיפול שונים באזור הנגב ביחס לאזורי הארץ האחרים. הנגשת מגוון רחב של שירותים רפואיים איכותיים לאוכלוסיית הנגב מהווה אתגר חשוב לכל ארגוני הבריאות הפועלים באזור. בהקשר זה מציעה הרפואה מרחוק (Telemedicine) מגוון דרכים למתן שירותי בריאות ורפואה, ללא קשר למיקום הפיזי של המטפל-מטופל, תוך שימוש באמצעים טכנולוגיים המגשרים על פערי המרחק. רפואה מרחוק מנגישה את המידע הרפואי ממקומות שונים בו זמנית עקב כך משפרת נגישות לרפואה ראשונית, שניונית ושלישונית. על כן במקומות ישוב מרוחקים רפואה מרחוק עשויה להיות חלופת שירות כמעט יחידה.

יתרונות השימוש ברפואה מרחוק הם רבים. ישנו חסכון בעלויות לחולה (נסיעות וחניה, ביטול זמן הגעה, זמן המתנה); חסכון עלויות לספק השירות (חסכון בעלויות שירותי מומחים, צוות רפואי ואדמיניסטרטיבי, תשתיות מטה, חדר ההמתנה משרדים ואחזקה, הגברת התיאום בין המטפלים השונים והגברת יעילות הדרכה והכשרה); הידוק הקשר בין בית החולים לקהילה; שיפור איכות (תיאום רב יותר בהחלטות קליניות, קיצור זמן אבחון, שיפור איכות הטיפול למחלות כרוניות במסד או בבית המטופל); והגדלת זמינות השירות (שירותי מומחה, אבחון (פיננצ'ר) וטיפול, תמיכה באימוץ אורחות חיים בריאות).

כבר כיום ישנו שימוש של ארגוני בריאות בדרום בטכנולוגיות שונות לשיפור הנגישות לרפואה ראשונית, שניונית ושלישונית, לדוגמה בתחומי: רפואת עור, פסיכיאטריה (אחרי אבחון ראשוני), מעקב תרופתי, מעקב אחר תפקודי כבד, בדיקות דם המפוענחות באמצעות טלה רדיולוגיה, כונני דימות, ניטור המשכי של חולים כרוניים (חולי סכרת, לחץ דם) ומרפאת קוצבי לב.

השימושים הפוטנציאליים הנוספים כוללים: קידום בריאות הציבור, הוראה ומחקר, שירותי תרגום מרחוק וכמובן טיפול רפואי, הכולל: מתן מרשמים, עדכון תרופות, פענוח וניטור נתונים, הידוק הקשר עם מטופלים בזמן חירום, הרחבת שירותי מומחים בהתמחויות שונות, ניהול טיפול אינטגרטיבי במצב של ריבוי מחלות, חינוך רפואי ותמיכה בקבלת החלטות קליניות.

ישנם חסמים שונים בפני הרחבת השימוש ברפואה מרחוק שלא ניתן להתעלם מהם.

< מבחינת המטופל: ישנן אוכלוסיות להם יש קושי בשימוש ברפואה מרחוק כגון, בעלי מוגבלויות ונכות, המתקשים להשתמש במחשב, בגלישה באינטרנט או בטלפון נייד, קשישים ואוכלוסייה בדואית, חוסר אמון של המטופל במדיה הוירטואלית לצורך קבלת שרות רפואי וחסמים תרבותיים (ידע, שפה).

< מבחינת המטפל: חוסר אמון של המטפל במתן שרות רפואי ללא מגע, תגמול – מי משלם וכמה, הקצאת זמן טיפול.

< חסמים משפטיים הכוללים העדר רגולציה שתגן על ספק השירותים, הסדרה של הגנת המידע, הסדרה של מנגנון ניהול סיכונים ורישוי.

< מבחינה בירוקרטית/טכנית: מנגנוני תיעוד הפעולות וסטנדרטיזציה של התיעוד.

< חסמים כלכליים נוגעים למנגנוני התגמול: ישנן תועלות כלכליות מהשימוש ברפואה מרחוק, אולם עדיין לא נוצר המנגנון היעיל לתגמול ספקי השירות עבור מתן שירותים אלה.

דוגמאות לשימוש ברפואה מרחוק כבר כיום: במחוז דרום של שירותי בריאות כללית ישנם שירותים של טלה רפואה (טלה רדיולוגיה) ושירותי אונליין לכלל המבוטחים (מוקד אחיות טלפוני, רופא ילדים אונליין, רופא משפחה אונליין, פורומים מקוונים ורופא עור אונליין). במרחב דרום ישנו טלה-שבץ מול יוספטל, יעוץ אנדוקרינולוג (מטופל-רופא), יעוץ זיהומיות (פיילוט מתוכנן, רופא-רופא), מרפאות מקוונות (פסיכיאטריה, סוכרת), טלה דרמוסקופיה ושיקום מרחוק (גרטרנר).

במחוז דרום של מבחינה בריאות ישנם שירותים מרחוק בתחומי האנדוקרינולוגיה/ סוכרת, פסיכיאטריה + פסיכוגריאטריה, תזונה, רוקחת קלינית וטלה פצע. ישנם שירותים של ביקורים מקוונים ברפואת משפחה וילדים, כולל ייעוצים וירטואליים בין רופאים.

בקופת חולים מאוחדת ישנם מספר שירותים בשלבי פיתוח: פיזיותרפיה וקלינאי תקשורת, פסיכיאטריה מרחוק, מוקד תרגום, ורפואה אישית מונגשת לפריפריה (מרפאה ניידת בתחומי סכרת וגריאטריה).

גם בתחנות אם וילד (טיפות חלב) ניתן לפתח שירותי רפואה מרחוק, כגון יעוץ לאימהות בעיקר לאחר לידה בשפות שונות; מוקד יעוץ באמצעות סרטונים שאימהות מעבירות; טיפול בילדים ביישובי הבדואים באמצעות יצירת סרטונים קצרים עם מסרים ברורים המועברים לטלפונים חכמים.

שירותי רפואה מרחוק יכולה להיות אפקטיבית גם בקרב חיילי צה"ל – על רקע מעבר צה"ל דרומה, פוטנציאל השימוש ברפואה מרחוק הוא גבוה. התייעצויות מרחוק בנושאי רפואה שונים יכולות לשפר תוצאים בריאותיים של החיילים.

ההמלצות לפיתוח הרפואה למ(מ)רחוק בנגב:

< הרפואה מרחוק פותרת בעיות של נגישות וזמינות, ונותנת מענה למחסור בכוח אדם הקיים בפריפריה. יחד עם זאת הרפואה מרחוק אינה ניתנת "מחוסר ברירה", אלא מהווה דרך יעילה וטובה להנגשת השירותים. לכן יש לפתח שירותים אלה תוך שמירה על איכות טיפול מיטבית.

< יש לפתח שיח בין קופתי ולאגם משאבים (כולל עם חיל הרפואה) לקידום ולפיתוח תשתיות הרפואה מרחוק.

< יש להכשיר צוותים לשימוש בכלים לרפואה מרחוק.

< יש לקבוע נהלים וסטנדרטים לגבי תיעוד ושמירה על חיסיון.

< יש להבטיח סטנדרטים אחידים לפיתוח והטמעת רפואה מרחוק.

< יש לקדם את החקיקה בנושא.

< יש ליצור מנגנוני תגמול על מתן השירות ברפואה מרחוק.

< יש לפעול לצמצום הפערים הדיגיטאליים והגברת האוריינות הדיגיטלית בקרב האוכלוסייה הבדואית בעיקר.

השיקום בקהילה בנגב

פורום הנגב לשיקום קם בשנת 2013 על ידי צוות אנשי מקצועות השיקום למען קידום שרותי השיקום בנגב וצמצום הפערים בין המרכז והפריפריה. במסגרת הפורום נפגשות קבוצות עבודה באופן תדיר לקידום נושאים בתחום רפואה פיזיקאלי ושיקום, בתחום השיקום המקצועי והתעסוקתי ומסגרות פנאי והכנה לחיים עצמאיים. החזון הוא קידום הטיפול השיקומי בנגב במטרה לאפשר למטופלים איכות של חיים פוריים, יצירתיים תוך מימוש היכולות ככל שניתן. נושא השיקום הוא נושא בעייתי בארץ בכלל, ועל אחת כמה וכמה באזורים הפריפריאליים, על אף שהוא מעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. תפקיד מערכת השיקום הינו לצמצם ולגשר ביו הלכות של האדם (חסר או אובדן כלשהם של מבנה אנטומי, או ליקוי פיסיולוגי או פסיכולוגי) לבין הנכות שלו (ההגבלה לאדם המסוים שמונעת ממנו תפקוד נורמאלי והיא מושפעת ביותר מהמצב החברתי). ככל שמערכת השיקום תקיין מוגבלות על ידי טיפול מקצועי מיומן, אימון, לימוד ושילוב טכנולוגיות מסייעות, כך הנכות תקטן ותאפשר את שילוב האדם עם מוגבלות במשפחה, בקהילה ובעבודה.

בראייה לאומית ושיקומית, יש להבטיח תהליך שיקום על ידי צוות רב מקצועי בהנחיית רופא מומחה בשיקום. הבטחת המשכיות רצף טיפולי בקהילה, תאפשר שחרור מוקדם יותר ממחלקות אשפוז שיקומיות, תאפשר השבת המשוקם לסביבתו הטבעית, תפחית מן הצורך לפתח מוסדות לטיפול ממושך ותחסוך עלויות.

לשם השוואה, בשנת 2010 מספר רופאי שיקום ל-100,000 נפש באיטליה היה: 0.12, בספרד: 0.037, בצרפת: 0.033 ובישראל: 0.01! מבחינת צפי רופאי השיקום¹ בהנחה שב-5 השנים הקרובות יפרשו 35 רופאים מומחים שמעל גיל 67 ויתוספו 18 רופאים מומחים חדשים, יקטן מספר הרופאים בדיסציפלינה ב-17 רופאים בתוך 5 שנים. על פי נתוני משרד הבריאות התפוסה הממוצעת במחלקות השיקום בארץ הינה 108%, והיא גבוהה מהתפוסה הממוצעת במחלקות האשפוז הכלליות. ע"י תוספת של כ-25 מיטות, ניתן להוריד את אחוז התפוסה הממוצעת הארצית לכ-75%, דבר שיוביל לכך שבתקופות העומס אחוז התפוסה לא יעבור את ה-100%. לצורך כך נדרשת גם תוספת של כ-25 רופאים (23%).

שיעור המיטות לשיקום מכל הסוגים ב-2013:

שיעור ל-65+ (אמדן אוכלוסיה ל-2013)		מספר מיטות פברואר 2013			
שיקום	גריאטריה שיקום	65+אמדן	שיקום ילדים	שיקום	גריאטריה שיקום
0.33	0.33	83.7	32	28	28
0.10	0.33	109.1	0	11	36
0.89	2.13	126.9	0	113	270
1.17	2.17	205.8	21	240	446
0.95	0.98	207.5	15	198	204
0.03	0.74	116.8	0	4	87
0.69	1.24	861.0	68	594	1071

1. מסתמך על סקר חברת ארגו עבור הר"י בשיתוף איגוד השיקום (2010)

מיטות אשפוז שיקומי בתקן, ינואר 6102:

מחוז	בעלות מוסד	מספר	מיטות לאישפוז יום
ירושלים	הדסה הר הצופים	28	10
	ציבורי מלכ"ר	70	
	אלין	27	
צפון	ממשלתי	40	
	שירותי בריאות כללית	20	
דורות	ממשלתי - הילל יפה	6	
	בני ציון	35	
	מיסיון	10	
	פרטי - אלישע	32	
	נהריה	40	
	עפולה - העמק	20	
	שירותי בריאות כללית - לוינשטיין	287	15
תל אביב	ממשלתי - שיבא	141	8
	עירוני ממשלתי - איכילוב	24	
	ציבורי מלכ"ר - רעות	72	
	פרטי - בית בלב בת ים	30	
	אסף הרופא	12	
דרום	ממשלתי - ברזילי	4	
	שירותי בריאות כללית - סורוקה	20	
	ציבורי מלכ"ר	28	

האוכלוסייה בארץ הולכת ומזדקנת וכך גם האוכלוסייה בדרום, לכן יש צורך לפתח את נושא השיקום בנגב.

ההמלצות בתחום השיקום הכללי:

- < תוספת מיטות שיקום בנגב: שיקום כללי, אורתופדי, ספינאלי, פגיעות מוח שיקום גריאטרי ושיקום ילדים - בפריסה רב שנתית מהירה ככל הניתן.
- < קביעת גורם מתכלל כדי שיהיה תאום בין היוזמות.
- < פתיחת מרכזי שיקום יום / אשפוז יום שיקומי.
- < בניית שדות חובה ברשומה הרפואית מהם ייגזרו התוויות לשיקום ברמת שחרור ממחלקה חריפה: (א) למחלקת שיקום/שיקום גריאטרי וממנה אח"כ לקהילה או (ב) למערכת שיקום אמבולטורית בקהילה
- < אספקת שירותים באופן מתואם: בשלב ראשון בניית מערכת מחשוב שתעביר נתונים בין כל בעלי העניין לפי הרשאות שייקבעו מראש: מערכת אשפוז, מערכת מרפאות קהילה, משרד הבריאות, ועדות לאספקת טכנולוגיות מסייעות, נידות, ועדות גודל רכב ובטיחות בדרכים, ביטוח לאומי, משרד השיכון, רווחה, משרד התחבורה, משרד החינוך.
- < בשנים הקרובות יש לשאוף להתקרב למודל one stop shop בעניין הוועדות הרפואיות.
- < קידום טכנולוגיות שיקומיות והכנסתן לסל לפי מדרג עדיפויות - באופן שוטף.

מרכזי שיקום קהילתיים בדרום

מחלות, תאונות ואירועי בריאות אחרים גורמים במקרים רבים לפגיעה ברמת העצמאות ואיכות חייו של המטופל. אצל חולים אלו טיפול שיקומי נכון חייב להיות חלק בלתי נפרד מתוכנית טיפולית כללית וצריך להינתן מיד לאחר סיומו של הטיפול הרפואי הראשוני. ואולם, חלק גדול מהחולים אשר סיימו את הטיפול האשפוזי-שיקומי עדיין זקוקים להמשך ליווי של צוות מקצועי מיומן על מנת לאפשר חזרה לתפקוד מיטבי. המשך ליווי כזה הינו מיטבי כאשר הוא נעשה במסגרת קהילתית נגישה בסמיכות למקום מגוריו של החולה.

אשפוז יום שיקומי ומרכז שיקום קהילתי מהווים מסגרות שיקומיות הנותנות פתרון מיטבי עבור: (1) חולים הזקוקים לטיפול שיקומי ראשוני; (2) במסגרת להמשך טיפול שיקומי לאחר שחרור מוקדם מאשפוז שיקומי; (3) לטיפול תומך או שיקום חוזר לחולים כרוניים.

על פי מסמך המלצות שהוצג בשנת 2013² הומלץ על הקמת מרכז אשפוז יום שיקומי או מרכז שיקום בקהילה על בסיס אחד לכ- 200,000 נפש. על פי הערכות שונות אוכלוסיית הגב צפויה לגדול לכ- 1.03 מיליון תושבים בשנת 2035. על פי נתוני גידול האוכלוסייה, יש צורך בכחמישה מרכזי יום שיקומיים בנגב על מנת לעמוד בהמלצות לעיל. כיום, יש במחוז דרום שני אשפוזי יום שיקומיים בלבד: עלה נגב (מועצה אזורית מרחבים), ומרכז רפואי שיקומי בית בלב (עומר). בטבלה מספר 1 ניתן לראות את התפלגות הפניית החולים ממחוז דרום של שירותי בריאות כללית למסגרות אשפוז יום נכון לשנת 2014. כפי שניתן לראות, מרבית המטופלים (80%) מופנים להמשך טיפול בעלה נגב. ואולם, 20% הנותרים מופנים להמשך שיקום במסגרות אשפוז יום במרכז הארץ (בית חולים לווינשטיין ברעננה, ובית חולים שיבא בתל השומר). מיותר לציין את הקושי העומד בפני החולים ומשפחותיהם, תושבי הדרום, אשר נאלצים להתיק את חיהם למרכז הארץ ולהמשיך את תהליך השיקום במרחק מהקהילה ומהבית.

טבלה 1: נתוני הפניית חולים לאשפוז יום שיקומי במחוז דרום (2014)

מספר מטופלים בשנה	מוסד שיקומי
12	בית לווינשטיין
3	הרצלד
145	עלה נגב
5	רעות
7	שיבא
1	גני עומר
7	אלין
180	סך הכול

מרבית החולים שמקבלים כיום טיפול שיקומי באשפוז יום במרכזי שיקום במרכז יכולים להיעזר באשפוז יום שיקומי או שיקום קהילתי בדרום. עם זאת, כמות גדולה מאוד של חולים אינם מקבלים טיפול שיקומי כלל או מקבלים טיפול בסקטורים נפרדים של מקצועות הבריאות ללא תכנית אחידה. נוסף על חולים אלו, מסגרות שיקום קהילתי יאפשרו לחולים המאושפזים בשיקום להשתחרר מוקדם יותר ולהמשיך טיפול בקהילה. מסגרת זו תאפשר גם בנייה של תכניות שיקום ייחודיות בתחומים שונים לחולים עם פגיעות יחסית קלות שיכולים להגיע לשיקום יום ישירות מאשפוז אקוטי.

2. פרג, א., זיו-נר, י. (2013). המלצות למדיניות שיקום בקהילה. מתוך: שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תכנית לאומית, האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות והמועצה הלאומית לשיקום – נובמבר 2013.

מודל למרכז לשיקום קהילתי:

יש חוסר במסגרות אשפוז יום שיקומי בדרום הארץ בכלל ובנגב בפרט. צורך זה בולט במיוחד על רקע גידול האוכלוסייה הצפוי בשנים הקרובות, ולאור ההמלצה על הקמת מרכזים בהיקף של מרכז לב- 000,002 תושבים. אשפוזי יום שיקומיים יוקמו במהלך השנים הקרובות בתוך בתי החולים (המרכז הרפואי סורוקה והמרכז הרפואי ברזילי) אולם אלו יתנו פתרון חלקי בלבד לצורך הקיים. מאפייניהם הסוציו-דמוגרפיים של תושבי הנגב (פיזור רחב, מצב סוציו-אקונומי נמוך) מחזדים את הצורך לשיקום מבוסס קהילה, בתוך ריכוזי האוכלוסייה. הקמת מרכזי שיקום קהילתי הינם פתרון מיטבי למצוקה הקיימת כיום בנגב. מרכזים אלו יוקמו בתוך/לצד מרכזים קהילתיים וישלבו מספר שירותים חיוניים לפרט בתהליך השיקום: שיקום רפואי באמצעות מקצועות הבריאות, שירותים נלווים ומעגל תמיכה העשירתי/תברתי בתוך הקהילה.

שיקום יום קהילתי:

אוכלוסיית היעד הינה חולים שהשתחררו לקהילה, בעלי משפחה תומכת היכולים להגיע באופן שוטף ועצמאי למסגרת. חולים אלו יהיו בעלי מורכבות רפואית/שיקומית נמוכה יחסית שאינם זקוקים לעבודה אינטנסיבית יומיומית. הצוות יכלול רופא מומחה שיקום (זמין לצורכי מעקב ופתרון בעיות) לצד צוות מקצועות בריאות: פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, דיאטנית, עו"ס ופסיכולוג ומזכירה. תכניות טיפול אפשריות: תחליף אשפוז (תכנית שיקום אינטנסיבי בחולים שזקוקים לשיקום ראשוני מיד לאחר סיום טיפול בבעיה ראשונית באשפוז אקוטי ויכולים להיות בבית ולהגיע לשיקום יום); קיצור אשפוז (תכנית המשך טיפול שיקומי בחולים לאחר סיום שיקום ראשוני במסגרת אשפוז); שיקום תומך (תכנית טיפול תומך בחולים לקרת סיום של שיקום ראשוני); הערכה שיקומית (הערכה שיקומית לחולים שפוטנציאל שיקומי שלהם אינו ברור ומסגרת שיקומית אופטימלית אינה מוגדרת); שיקום חוזר (תכנית שיקום חוזר לחולים שנמצאים בבית לאחר סיום תכנית שיקום ראשונית וזיהתה אצלם ירידה חדשה ברמת העצמאות ובאיכות חייהם); ותכניות שיקום שונות ושיקום קבוצתי מחוץ לסל.

טבלה 2: מרכיבים דומים ושונים בפעילות של אשפוז יום שיקומי ומרכז שיקום קהילתי

מרכיב	אשפוז יום שיקומי	מרכז שיקום קהילתי
הגדרת החולה	חולה שיכול להיות בבית עם סביבה משפחתית תומכת ויכולת להגיע באופן עצמאי לאשפוז יום	חולה שיכול להיות בבית עם סביבה משפחתית תומכת ויכולת להגיע באופן עצמאי לאשפוז יום
צורת עבודה	על פי תכנית שיקום אחידה ע"י צוות רב תחומי עם הגדרות שיקומיות ברורות ודיונים בישיבות צוות	על פי תכנית שיקום אחידה ע"י צוות רב תחומי עם הגדרות שיקומיות ברורות ודיונים בישיבות צוות
אינדיקציה	המשך טיפול שיקומי בחולה עם פוטנציאל שיקומי לאחר שיקום ראשוני באשפוז או בתחליף אשפוז	המשך טיפול שיקומי בחולה עם פוטנציאל שיקומי לאחר שיקום ראשוני באשפוז או בתחליף אשפוז
צוות	צוות שיקומי מלא, כולל רופא שיקום מטפל על בסיס קבוע	צוות שיקומי בסיסי, רופא שיקום ברקע, זמין לפתרון בעיות שיקומיות מורכבות
תכנית שיקום	תכנית אינטנסיבית בדומה למרכז שיקום, מינימום 4 פעמים בשבוע 3 טיפולים פרטניים ביום	תכנית פחות מוגדרת על פי צרכי החולה, כולל טיפול תומך פעם – פעמיים ביום ע"י צוות של 2 מטפלים, כולל טיפול קבוצתי
טכנולוגיות	שימוש בטכנולוגיות מתקדמות של מרכז שיקום	שימוש בטכנולוגיות פשוטות יחסית של הקהילה
חולים	חולים שזקוקים לשיקום אינטנסיבי מאוד וניסיון בתחומים שהמוסד מתמחה בו	חולים עם פגיעות פחות מורכבות שזקוקים לשיקום פחות אינטנסיבי לאורך זמן ממושך יותר
מימון	דומה לאשפוז (טופס 17)	חלק ממבנה הקהילתי במחוז (ללא טופס 17)

לסיכום

פיתוח שירותי שיקום בקהילה עומד בקנה אחד עם המגמה העולמית של קיצור ימי אשפוז ושחרור חולים לקהילה מוקדם ככל האפשר. אולם, בהעדר מסגרות אשפוז יום שיקומי בנגב, נאלצים תושבי הדרום להרחיק למרכז הארץ על מנת לקבל שירותים קהילתיים נאותים. קיומן של שתי מסגרות מצומצמות בלבד (עלה נגב, בית בלב) אינו עולה בקנה אחד עם ההמלצות על הקמת מרכז אחד לכל 200,000 תושבים. הקמת אשפוזי היום בבתי החולים הגדולים ובערים המרכזיות (סורוקה בבאר-שבע, ברזילי באשקלון) יערך עוד זמן מה ולא יצליח לתת מענה למיליון התושבים הצפויים להתגורר בנגב בשנים הקרובות.

לצד תהליך השיקום הרפואי/בריאותי, זקוק הפרט לשירותים ומשאבים נוספים הניתנים באמצעות משרדים ורשויות שונות אשר יש ביניהם ממשקים וחפיפה ויש צורך לרכז ולייעל שירותים אלו על מנת לסייע לפרט. תהליך השיקום הוא מיטבי כאשר הוא מתרחש בתוך הקהילה, בסמוך למקום מגוריו של הפרט ובשילוב גורמים קהילתיים מקומיים. באופן זה נחשף המשתתף גם לפעילות תרבותית, חברתית ופנאי שהקהילה מציעה, ויכול להשתלב בה מוקדם ככל האפשר. אנו מציעים הקמה של מרכזי שיקום קהילתיים, אשר יאגדו תחת גג אחד: ליווי שיקומי רפואי ושל מקצועות הבריאות באמצעות צוות רב תחומי לצד ריכוז שירותי ליווי ותמיכה מטעם משרדי הממשלה וארגונים שונים (ביטוח לאומי, עמותות), בתוך/לצד מרכזים קהילתיים קיימים.

ההמלצות בתחום השיקום הקהילתי בדרום:

יש צורך בעבודה נוספת למיפוי והערכה מדויקת של הצורך באשפוז יום שיקומי באזורים שונים של המחוז. יש לפתוח בהקדם מסגרות אשפוז יום שיקומי בנגב במסגרות השיקום הקיימות: מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה, עלה נגב, מרכז רפואי אוניברסיטאי ברזילי, ובית בלב. יש לפתח מרכזי שיקום קהילתי במסגרת המשלבת טיפול שיקומי רב תחומי ומעטפת קהילתית, בדגש על נגישות לקהילה ולאזור מגוריו של הפרט.

פרויקט "חזרה הביתה"

ד"ר אריק סיטון, סגן מנהל אגף השיקום במשרד הבריאות, הציג את פרויקט "חזרה הביתה" שהוא פרי עבודה של מסד נביות של הג'וינט, קרן רודרמן ומשרדי ממשלה (משרד הרווחה, ביטוח לאומי ומשרד הבריאות). מטרת התכנית הינה לסייע לאדם עם מוגבלות חדשה למלא את צרכיו, לקבל את זכויותיו ולהשיג את מטרותיו במגוון תחומי חיים, תוך התאמה אישית. התכנית מציעה שותפות בין הגורמים המטפלים וליווי ביו-פסיכו-סוציאלי ארוך טווח באמצעות מתאם טיפול ועמית מומחה. מתאם הטיפול מהווה כתובת למטופל, מסייע בגיבוש תכנית טיפול אישית, נותן למטופל את כל המידע לו הוא זקוק ומסייע בפניה ליועדת סל שיקום (בבריאות הנפש). העמית המומחה הוא אדם שעבר טראומה בעצמו ומלווה את המטופל לאורך התהליך, מסייע לו במימוש התכנית האישית ובמימוש זכויותיו ומשמש מקור תמיכה והשראה. המטופל נמצא במרכז ומסביבו יש ציר של מתאם הטיפול שמתאם גם את הטיפול הרפואי, את הזכויות הסוציאליות וחזרה לקהילה ולתעסוקה.

הפרויקט ממומן לשלוש השנים הקרובות בכ- 3 מ"ח כאשר השותפים של המשרד בהפעלה הם שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות ועמותת לשמ"ה בהיבט הנפשי. הליווי הוא עד שנתיים. בשירותי בריאות כללית הפרויקט יתחיל במחוז דרום. הציפייה היא ליישום התכנית האישית, מניעת אשפוזים חוזרים, מיצוי זכויות, הבטחת רצף טיפול שיקום, תחושת שליטה והפגת תחושת בדידות, השתלבות בתעסוקה ובפעילויות בקהילה וחזרה לשגרת חיים בקרב בני המשפחה.

קהילות בריאות

הקבוצה בחרה לעסוק ב-4 נושאים: התפתחות הילד, בריאות הנפש בעידן הרפורמה, המגזר הבדואי וקידום בריאות ואורח חיים בריא.

התפתחות הילד

מחקרים מלמדים כי תקופת הינקות והגיל הרך קריטית להתפתחות, על כן לאיכות הטיפול הניתן במהלכה השפעות מרחיקות לכת על הפרט ועל תפקודו לאורך החיים. התערבות מוקדמת, מניעתית בגיל הרך עשויה לצמצם פערים עתידיים ולחסוך את ההשקעה הרבה הכרוכה בתוכניות שיקום וטיפול.

בישראל פועלות 95 יחידות להתפתחות הילד בהן הכיר משרד הבריאות, הנותנות מענה לילדים עם עיכוב התפתחותי או צרכים מיוחדים. מתוכן 80 יחידות קהילתיות אשר אינן שייכות לקופות החולים. בנוסף קיימות עוד 15 יחידות שאינן מוגדרות "קהילתיות" והן פועלות במרפאות היישוביות של קופות החולים. כמו כן, קיים שירות טיפולי פרטי שהקופות מממנות בבית המטפל או בקליניקות פרטיות. זאת ועוד, ישנן יחידות קהילתיות אחרות הפועלות בהיעדר הכרה, או נתונות בהליכי הכרה, אך גם הן מקבלות לטיפולן ילדים מתוקף הסכמים עם קופות החולים.

כרבע מהיחידות הקהילתיות המוכרות פועלות באזור הנגב והדרום (לצורך השוואה, רבע אחר מהיחידות נמצא באזור ירושלים, וזאת כאשר אזור ירושלים חולש על פחות ממחצית משטח אזור הדרום ובעל אחוז מעט קטן יותר של אוכלוסיה מאשר באזור הדרום).

ייחודן של היחידות הקהילתיות הוא בהדגשת האוריינטציה הקהילתית. היחידות מצויות בקשר הדוק עם טיפות החלב, מעונות היום והגנים ועל כן ערוכות היטב לתאם את הטיפול עם הצוותים במוסדות אלו. היחידות מחוברות לצרכי הקהילה באמצעות זיקה ישירה למקבלי ההחלטות ברמה המוניציפאלית ועל כן הן מסוגלות לתת מענים מתאימים לצרכים קהילתיים מיוחדים. היחידות פועלות בתיאום עם גורמי השירות בקהילה ולכן מסוגלות ליזום ולקדם תוכניות לאיתור ילדים בעלי קשיים התפתחותיים. כך, הן מאתרות בגיל צעיר יותר ומבטיחות טיפול מוקדם וכוללני יותר. היחידות נמצאות בקשר ישיר עם ההורים והסביבה החברתית ועל כן יכולות לפעול למתן תמיכה הוליסטית של השירותים, כגון שילוב תמיכה רפואית ורגשית ולפעול כגורם מנהל טיפול בקרב משפחות עם צרכים מורכבים וילדים בסיכון. היחידות נגישות לאוכלוסיות מוחלשות ועניות שהמודעות אצלן לחשיבות האיתור והטיפול המוקדם נמוכה.

אחריות משרד הבריאות

המדינה נוטלת אחריות לטיפול בילדים עם עיכוב התפתחותי באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הקובע כי השירות צריך להינתן באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. האחריות לאספקת השירות מוטלת על קופות החולים. אולם בפועל, המדינה נוטלת על עצמה אחריות מוגבלת להתנהלותן של היחידות הקהילתיות, הן מבחינת המימון והן מבחינת ההתנהלות הארגונית. ההתקשרות העיקרית של היחידות מעוגנת בהסדרים חוזיים מיוחדים לכל יחידה בנפרד, כספקי שירותים לקופות החולים. היחידות הן למעשה ספק משנה של הקופה: הקופה רשאית בכל עת להתקשר עם היחידה או להפסיק את ההתקשרות.

סוגיות מרכזיות

1. משרד הבריאות קבע הנחיות בנושא תעריפי תשלום על ידי הקופות והשאיר זאת בגדר המלצה בלבד. לאור זאת, רוב היחידות להתפתחות הילד בישראל נתונות במצוקה תקציבית קשה ועבור חלקן, ישנו חשש כבד להמשך פעילותן:
 1. המימון המגיע ליחידות אלו מקופות החולים הוא חלקי בלבד, כאשר ברוב המקרים עומד ההחזר על כמחצית בלבד מהתעריף המומלץ שקבע משרד הבריאות.
 2. המשרד פועל כגורם מבקר בלבד ואינו תומך ביחידות, אף לא בדרישות שהוא עצמו מעמיד (כגון

הדרכות הצוותים והגגה רפואית).

3. כתוצאה מכך היחידות נאלצות להסתמך על מימון משלים מתרומות וקרנות. אלו מקורות שאינם מספקים עוגן תקציבי מוצק שכן להבדיל מההכנסה מקופ"ח הם אינם מוענקים בתמורה לשירות הניתן בפועל ותוחלתם לאורך זמן איננה מובטחת. אם וכאשר מסתיימת תקופת המענק מהקרן או מהתרומה אזי על היחידה להיכנס למסגרת קיצוצים חדה וכואבת.

4. יחידות רבות נתמכות ברשויות מקומיות. מכאן, שרשויות שאינן חזקות דיו לא תוכלנה לתמוך לאורך זמן או באופן משמעותי במתן שירות התפתחותי הולם לילדי התושבים.

2. הקופות אינן חותמות עם היחידות על הסכמים הכוללים את כל סוגי הטיפולים הפארא-רפואיים. זאת, בניגוד להיצע הקיים ביחידות ובניגוד גמור להנחיות המשרד. גם כאשר נחתמים הסכמים הכוללים את כל מקצועות הבריאות, הקופות משאירות חלק מהטיפולים במסגרתן (כדוג' פיזיותרפיה או ע"ס) או מפנות למטפלים פרטיים, גם כשמדובר בטיפולים ילדים מורכבים. זאת, חרף העובדה כי ביחידות ניתן מענה כוללני לכל הצרכים של הילד, עם גורם מתכלל שבדק שהילד ומשפחתו אכן מקבלים מענה הולם. נכון להיום, ילדים רבים מקבלים מענה בכמה מקומות שונים, ללא הסתכלות כוללת על מצבם.

3. תורי המתנה ארוכים מאוד – כתוצאה ממחסור במשאבים, ילדים רבים ממתנים בתורי המתנה ארוכים (לעתים אף לכדי שנה שלמה!!) כדי לקבל את הטיפול הנדרש להם ע"מ שיוכלו לגשר על הפער ההתפתחותי ולהשתלב בהקדם במסגרות חינוך רגילות.

4. עלות הטיפולים גבוהה יחסית למרכז הארץ וזאת מאחר שלעיתים קרובות אנשים נאלצים לפנות לטיפולים באופן פרטי. גם כאשר הקופות מחזירות את מרבית העלות, הדבר לוקח שבועות אם לא חודשים ארוכים ומשפחות שלמות אינן יכולות לשאת אף לא בעול הזמני (בעיקר כאשר מדובר בכמה טיפולים בחודש).

5. הקופות גובות את תשלום דמי ההשתתפות מההורים עוד במועד הטיפול ולא אחת לרבעון, כפי שקורה בשאר התחומים.

6. בשל התעריפים וחוסר הנגישות אנשים רבים לא משתמשים בשירות – נגישות זכאותם של ילדים עם קשיי התפתחות לקבלת שירותים אינה מוגדרת כיום באופן מפורט ומלא: החוק אינו מבהיר מהו טיפול ב"איכות סבירה" וב"מרחק סביר מהבית". כך, גם כאשר מצא משרד הבריאות כי מרחק בן 30 ק"מ הוא מרחק סביר לקבלת טיפול, הורים רבים אינם נוסעים לטיפול במקום מרוחק עקב המרחק ועלויות הנסיעה.

7. מסלולי הטיפול המוצעים לתושבי הדרום מוגבלים ואינם מאפשרים גמישות (טיפולים רק בשעות הבוקר, אין טיפולים דרך הביטוחים המשלימים וכו').

8. מחסור במטפלים – בהעדר נוסחת תקצוב שירותים המביאה באופן מתאים את גורם המרחק, קשה לספק בנגב שירות בהיקף מתאים, בנגישות, בזמינות ובאופן הולם. כך למשל, לא אחת קורה שאנשי הצוות ביישובי הפריפריה עוזבים את היחידות לאחר תקופת עבודה קצרה, לנוכח התנאים הקשים, לטובת שכר גבוה והזדמנויות השתכרות רבות ומגוונות ביישובי המרכז. באופן דומה, קיים מחסור של מטפלים פרטיים.

9. קושי במתן שירות מותאם לקבוצות מיעוט שכן בהעדר תקצוב הולם, היחידות מתקשות לאתר מטפלים בעלי ידע תרבותי מגוון או לממן הדרכות בנושא.

10. העדר שירותים חיוניים כמו יסוג (outreach) ואיתור מוקדם. בכל רשות האיתור נעשה על ידי גורם אחר (טיפות החלב, תכנית ברשות, תכנית איתור של המרכז לגיל הרך). הבעיה היא שמדובר בתכנית שבדרך כלל בעלת תקציב מוגבל ולא בשירות איתור מסודר לאורך שנים המהווה חלק מהמערך ההתפתחותי ברשות.

11. מחסור במסלולי הכשרה ומסלולי פיתוח מקצועי בנגב.

12. מחסור במסלולי תעסוקה שונים למטפלים.

13. מחסור בתחומי טיפול, כדוגמת ספורט טיפולי (קידום של תחום זה מתחבר גם לנושא של WELLNESS).

המלצות

< תיקוף התעריף שמשרד הבריאות קבע לטיפולים מתחום התפתחות הילד, בקביעתו כתעריף מחייב או בקביעת תעריף מינימאלי.

< הבטחת מימון מקיף, המכסה את כלל מרכיבי המעטפת המנהליים והמקצועיים, ואף מבטיח מענה לתהליכי הקמה, התחדשות ופיתוח של היחידות. זאת, הן מאת קופות החולים, והן מאת משרד הבריאות, כגון באמצעות ערוץ תמיכות. התעריף שיקבע יכלול התאמה לפי מרחק ההגעה של המטפל למקום מתן השירות.

< הטיפול יינתן בתשלום השתתפות עצמית מזערית, ויחויב כל רבעון.

< אימוץ עקרונות הדגם הבין משרדי של התוכנית הלאומית, הקובע את שייכות היחידות הקהילתיות למרכז הגיל הרך, ועיגון עיקרון אחריות הרשות המקומית למתן השירות.

< הקצאת משאבים לתוכנית איתור מקיפה, המשתלבת בעבודת מסגרות החינוך בכל גיל.

< הרחבת השירותים בהדרגה, תוך מתן מענה מוקדם, מקיף ואפקטיבי לצרכים קיימים, באמצעות תכניות יישוג ואיתור מוגברות והתערבות טיפולית מוקדמת.

< גיבוש תוכנית תמריצים למטפלים בנגב – בדומה לתוכנית שיש לאחיות.

< פתיחת מסלולי הכשרה בנגב למטפלים בתחומים רגשיים ותחומים פארא-רפואיים.

< מתן הכרה ליחידות כמקום התמחות, והסדרת הדרכה למתמחים במרכזים אזוריים.

בריאות הנפש בעידן הרפורמה

ביולי 2015 נכנסה הרפורמה בבריאות הנפש לתוקפה. נושא הטיפול בנפגעי הנפש הועבר לקופות החולים. כחלק מהרפורמה אמורים היו להיפתח שירותים חדשים בקהילה, מלבד השירותים שהיו קודם. בחודש אפריל 2016 התקיים יום עיון משותף של המועצות הלאומיות לבריאות, שהתייחס לממשק רפואה ראשונית-בריאות הנפש בעידן הרפורמה. בעיות וקשיים: אוכלוסיית הנגב מגוונת, מאופיינת בתחלואה נפשית גבוהה יותר עקב מצוקה כלכלית, בטחונית, קיומית. כמו כן היענות נמוכה יותר לטיפול תרופתי ומעקב, עם הפסקות טיפול תדירות. האוכלוסייה הבדואית זקוקה להתאמה תרבותית, ועדיין אין מספיק אנשי מקצוע בתחום. נקבע תעריף נמוך לתשלום למטפלים ע"י קופות החולים, הטיפול הפסיכולוגי הוצא מהביטוחים המשלימים, חוסר כוח אדם גורם ללחץ ועומס בעבודה, האזור לא מושך אנשי מקצוע צעירים, מחסור במיוחד בפסיכותרפיסטים, עוס"ים ופסיכיאטרים לילדים. זאת ועוד, מודל ה-LIAISON במרפאות הראשוניות מיושם רק בחלק קטן מהמרפאות. המודל המומלץ היה- פסיכיאטר שיגיע למרפאה הראשונית ל- 4 שעות פעם בשבועיים במרפאה בת 10,000 מבוטים.

המלצות

< תקציבים ייעודיים

< "פרויקט לאומי" שמטרתו שיפור הנגישות ופיתוח מודלים לשילוב בריאות הנפש ורפואה ראשונית, המותאם לאוכלוסיית הנגב מבחינת נגישות והתאמה תרבותית.

< שיפור הקשר הישיר, דו כיווני, והעברת המידע בין אנשי בריאות הנפש ואנשי הרפואה הראשונית (בכל הארץ).

< פיתוח אמצעים וירטואלים ליעוץ לרופא הראשוני, ופיתוח טלה-פסיכיאטריה וטלה-פסיכותרפיה בוידאו.

< ניטור ומעקב אחרי אורך תורים בתחומים השונים בבריאות הנפש (גם למטפלים שאינם רופאים) ושיפור הזמינות במקומות שנדרש.

האוכלוסייה הבדואית בנגב מתאפיינת בפידור גיאוגרפי נרחב ובעלת ייחודיות תרבותית. מבחינה בריאותית באוכלוסייה זו: ריבוי תאונות בעיקר בקרב ילדים, אחוז עישון גבוה מאד, מחלות כרוניות – סוכרת, יתר לחץ דם, קושי בהיענות לטיפול ומעקב, חוסר איזון מחלות כרוניות, ריבוי אשפוזים ופניות למיון (בעיקר בילדים).

המלצות

- < תכניות הכשרה ייחודיות – כפי שכבר החל להכשרת אחיות
- < תכניות מותאמות לקידום בריאות ורפואה מונעת- חינוך מהגיל הרך
- < תכניות מותאמות תרבותית בנושא מחלות כרוניות – מודעות למניעה, מעקב וטיפול קבוע
- < תכניות לצוותים הרפואיים במגזר הבדואי בנושא התאמה תרבותית
- < פיתוח תכניות קהילתיות בנושא בריאות – פעילות גופנית, תזונה נכונה וכו'
- < פיתוח והשקעה במענה הרפואי בפזורה
- < תוכנית קליטה ועידוד לרופאים בדואים שלומדים בחו"ל .

קידום בריאות ואורח חיים בריא

קידום אורח חיים בריא בקהילה הוא קו ההגנה הראשון והיעיל ביותר למניעת מחלות כרוניות ולמניעת עומס על מערכות הבריאות המצויות במשבר תפעולי ממילא בארץ בכלל ובנגב בפרט. מחקרים מראים כי לקיום אורח חיים בריא יש השפעה של כ- 30% לפחות על מצבנו הבריאותי בעוד שלטיפול רפואי השפעה של 20% בלבד. בנוסף, הרלוונטיות של קידום אורח החיים הבריא בקהילה הולכת ועולה – תחזיות של ארגון הבריאות העולמי (WHO) מצביעות על כך שעד 2020 כמעט שני שלישים מכלל המחלות תהיינה קשורות לאורח החיים של אנשים ובכלל זה לתזונה, אורח חיים יושבני, לחץ נפשי וכד'.

אף על פי כן, תחום קידום הבריאות נתפס כשולי יחסית בשיח הרפואי, העוסק יותר במערכות הרפואה השניוניות והשלישוניות אשר להן השפעה מיידית יותר להצלת חיים ובסיס רחב יותר של מחקר. בנוסף, הדיסציפלינה של קידום הבריאות בקהילה עוסקת פחות בטיפול רפואי ויותר בשינוי ההתנהגות של הפרט ובשינויים ליצירת סביבה המאפשרת אורח חיים בריא – תחומים שאינם נלמדים דיים בבתי הספר לרפואה ומקצועות בריאות נוספים ואינם מבוססים בקרב אנשי המקצוע הרפואי. אי לכך, תחום זה סובל מחוסר משמעותי בתקצוב, בכוח אדם ובמסגרות הכשרה שיאפשרו את פיתוח התחום וההשפעה האפקטיבית על חלקים נרחבים יותר מקרב האוכלוסייה. מעבר לכך, ישנו קושי לשלב כוחות ולעבוד בשיתוף פעולה עם כל הדיסציפלינות המשפיעות על שינוי ההתנהגות בקרב הציבור, כגון: חינוך, תכנון ובינוי, רווחה, תרבות ופנאי ועוד.

כל אלה מייצרים תמונת מצב בעייתית של אפקטיביות המאמצים לקידום אורח חיים בריא בקהילה בחלקים רבים בארץ והתפשטות של אורח חיים לא בריא בקרב אחוז הולך וגדל של האוכלוסייה – מעבר לאורח חיים יושבני ותזונה עתירת סוכר, מלח ושמן. כתוצאה גם ניכרת עלייה באחוז הסובלים ממחלות כרוניות המתלוות לאורח חיים זה, כגון סכרת, עודף משקל ומחלות לב.

גישת ה- Healthy Placemaking

אנו עדים בגישה האחרונה לעלייתה של גישה מערכתית חדשה לטיפול בסוגיה זו בציבור הרחב – גישת ה- Healthy Placemaking (HPM)³. גישה זו מרחיבה את מוקד ההסתכלות של אנשי המקצוע בתחום קידום אורח חיים בריא ושל התושבים אל מעבר להרגלי החיים של הפרט והמשפחה אל המקומות הפיזיים שבהם מתגוררים האנשים ועל האופן שבו ניתן לעצב את המקומות האלו כמקומות שמניעים התנהגות פעילה ובריאה יותר. מדובר בגישה חדשנית המשלבת

3. לקריאה נוספת - <http://uli.org/wp-content/uploads/ULI-Documents/Building-Healthy-Places-Toolkit.pdf>

דיסציפלינות שונות (בריאות הציבור, תכנון אורבני, מדעי החברה ועוד) על מנת לסייע לקהילות לקחת הובלה בתכנון המרחב בו הן חיות, מתוך הבנה שלסביבה שבה אנו חיים יש השפעה מכרעת על איכות החיים שלנו בצורה ניכרת הרבה יותר מאשר לבתי חולים ולתרופות.

הגישה משלבת ארבעה תחומים עיקריים:

1. מרחב ציבורי מעודד התנהגות פעילה ובריאה – תכנון, עיצוב ויצירת מקומות בריאים, בטוחים, ותוססים בשכונות המגורים, עידוד פעילות גופנית בחוץ, יצירת סביבות שמעודדות חיים מאוזנים ו-wellbeing, בשיתוף הקהילה ולמענה (תוך התייחסות לקהלי יעד מרקעים ומגילאים שונים).

2. תזונה והרגלי אכילה בריאים – רכישה בפועל של הרגלי אכילה בריאים באמצעים כמו: הגדלת נגישות למקומות בהם ניתן להשיג (לקנות, לגדל וליצור) מזון בריא וללמוד להפיק ממנו את המירב והמיטב לצרכי הפרט והמשפחה. זאת תוך מינוף השונות והמגוון הקהילתי לתועלת זו.

3. מיצוי זכאות והנגשת שירותי בריאות ו-Wellness – 'חיבור' בין הצעות ערך קיימות (מוצרים/שירותים/ תשתיות פיזיות וטכנולוגיות) מעודדי אורח חיים בריא לבין מי שצריך להשתמש ולהפיק ערך מהן (לרבות תשתיות ומתקני הספורט, הביולוי והפנאי שכבר קיימים במרחב הציבורי).

4. קישוריות ולכידות קהילתית – שיפור איכות ה'חיבור' והקשרים (החברתיים, הכלכליים, והפיזיים) בשכונה; הגדלת הנגישות לשירותי חינוך, תרבות, אומנות ופנאי מכווני אורח חיים פעיל ובריא; הגברת מעורבות פעילה של הקהילה בתהליכים לשיפור איכות חייה.

בשנים האחרונות זוכה גישה ה-HPM להכרה הולכת וגוברת במקומות רבים בעולם, הכוללת יישום בפרויקטים בפועל, כגישה בעלת יכולת גבוהה להטמעת הרגלי התנהגות בריאים יותר והנעה של קהלים רחבים למעבר לאורח חיים פעיל ובריא יותר⁴.

ההזדמנות הייחודית לקידום גישה ה-HPM בנגב

מצב הבריאות בנגב מוכר לכל מי שהשתתף עד כה בכנסי מצפה רמון. שלא במפתיע, גם מצב אורח החיים של תושבי הנגב אינו מעודד. בנגב קיים מעגל שבו היעדר היצע של פעילויות התומכות בקיום אורח חיים פעיל ובריא, מוביל למודעות נמוכה לקיום פעילויות אלו, אשר מובילה לביקוש נמוך לפעילויות אורח חיים פעיל ובריא וחוזר חלילה. יתר על כן, ניכרת היערכות גם ברמת הרשויות המקומיות לעידוד הנושא של קידום אורח חיים פעיל ובריא בקהילה. בין הדוגמאות ניתן למצוא התארגנויות הפונות לקהל אזורי, כמו מרוץ הלילה של באר שבע, אך גם התארגנויות מקומיות כמו מרוצי אופניים ואירועי יוגה שנתיים באופקים, נסיעות מאורגנות באופניים לבית הספר בירוחם, פיתוח שבילי הליכה ואופניים בנתיבות, ועוד. היערכות זו, לצד תנופת הבנייה הניכרת בכמעט כל יישובי הדרום הגדולים, מצביעים על כך שהנגב בשל להיות בטא סייט לבדיקת הקונספט של HPM בישראל.

ההמצות לקווי פעולה לפיתוח Healthy Placemaking בנגב

בטווח הקצר

< מיפוי הפעילויות הקיימות בתחומי אורח החיים הפעיל והבריא בנגב, כולל יישום החלטות ממשלה בתחום – במרחב הנגב כבר מתקיימים מאמצים ויוזמות מקומיות ואף יוזמות בפריסה אזורית וארצית הממוקדות בקידום אורח חיים בריא, כגון 'רשת ערים בריאות' הפועלת מזה 25 שנה בארץ ומקדמת אורח חיים בריא בערים. לשכת הבריאות מחוז דרום, מפעילה פרויקטים רבים, כולל בדגש על האוכלוסייה הבדואית. אך גם כאן קיים מחסור בכח אדם ומשאבים. מיפוי הנכסים והתכניות הפועלות במרחב הנגב בתחומי אורח החיים הפעיל והבריא יאפשר זיהוי של הזדמנויות לחבר מאמצים ומשאבים ליצירת אפקט משמעותי יותר לקידום הן של גישה ה-HPM והן של המעבר לאורח חיים פעיל ובריא בכלל בקהילות הנגב. אנו קוראים ליישום התוכנית הלאומית לאורח חיים פעיל ובריא בהובלת משרד הבריאות, תוכנית אפשרי בריא בנגב, כולל השקעת המשאבים שהוגדרו בתוכנית.

4. לקריאה נוספת – <http://www.gjh.org/files/Mariposa%20Healthy%20Living%20Initiative%202012.pdf>

< גיבוש שולחנות יישוביים לקידום אורח חיים פעיל ובריא בקהילה - אלמנט מרכזי בגישת ה-HPM הוא שילוב הקהילה בעיצוב הצורך ובבניית המענים שיסייעו לקהילה במעבר לאורח חיים פעיל ובריא יותר. זאת מכיוון שבאמצעות כך ניתן להגביר הן את התאמת המענים לערכי הקהילה המקומית ורצונותיה והן מכיוון שכך נוצרת מעורבות פעילה ואחריות של הקהילה על שינוי אורחות חייה. בנושאים הקשורים בשינוי אורחות חיים של יחידים ומשפחות - תזונה, פעילות גופנית ועיצוב ושימוש במרחב הציבורי - לרמה הקהילתית יש משקל עצום. על אחת כמה וכמה כשמדובר בקהילות הנבדלות בתרבותן, כגון הקהילה הבדואית או החרדית. כלי מרכזי לביצוע שילוב כוחות זה הוא יצירת מסגרות יישוביות שמקדמות בצורה מערכתית ופעילה את המעבר של הקהילה המקומית לאורח חיים פעיל ובריא, תוך שילוב ושתוף כל הנכסים והכוחות המקומיים. במספר יישובים עירוניים בנגב כבר התגבשו שולחנות יישוביים שכאלו - ביניהם נתיבות, אופקים, ובאר שבע. שולחנות אלו פועלים בצורה מסודרת לקידום המעבר של הקהילה המקומית לאורח חיים פעיל ובריא יותר וכוללים את מגוון הדמויות הרלוונטיות בישוב לקידום הנושא, כולל נציגי מערכת החינוך, הספורט, ההנדסה, המרכזים הקהילתיים, נציגי קהילה, נציגי שירותי הבריאות, ועוד. השולחנות היישוביים מהווים רמת ביניים חיונית בין המאמצים והתכניות האזוריים בנגב המוגבלים במוטת השליטה של הארגונים הגדולים המקדמים אותם, ובין השירותים המגיעים בסופו של דבר לאזרח שבקצה. במקביל הם מהווים נקודת מפגש חיונית בין הדיסציפלינות השונות הרלוונטיות לתחום ה-HPM המאפשרת גיבוש של מטרות משותפות, תכניות משותפות ושפה משותפת. על כן אנו ממליצים לקדם את המסגרת של שולחנות יישוביים ולהוביל לגיבושם של שולחנות אלו גם בישובים נוספים ברחבי הנגב. גיבוש זה עשוי אף לסייע במאמצים נוספים, כגון מיפוי הנכסים והצרכים הקיימים ביישובים.

< יצירת 'תפריטים' מגוונים ומותאמי מקום של פעילויות בתחומי אורח החיים הפעיל והבריא - האתגר המשמעותי שאותו מנסה גישת ה-HPM לפצח הוא האתגר של יצירת מעורבות פעילה (Engagement) של הקהילה לשינוי התנהגותה ולאימוץ אורח חיים פעיל ובריא יותר. על מנת ליצור מעורבות פעילה של הקהילה יש צורך למשוך ולהניע קהלים מגוונים - ילדים, הורים, נשים, גברים, בני הגיל השלישי וכל שילוב שביניהם - ולטפל בצרכים ובתחומי עניין מגוונים - תזונה בריאה, פעילות גופנית, טיפולים משלימים וכדומה. לשם כך יש לקדם מאמץ הן ברמה המקומית והן ברמה האזורית לפתח תפריטים מגוונים של תכניות ופעילויות בתחומי אורח החיים הפעיל והבריא המוצעות לציבור הרחב, ומוגשות לו בצורה אטרקטיבית - פעילויות שמוגדרות כיפיות ולא מניעתיות. תפריט מגוון כולל תכניות מתמשכות לקהלים מגוונים (למשל פעילויות לאורך השנה לקידום פעילות גופנית במערכת החינוך, או סדרה של מפגשים לקידום תזונה בריאה להורים צעירים), לצד אירועים מקומיים שחוגגים את המאמץ הקהילתי לאמץ אורח חיים פעיל ובריא יותר ומייצרים מומנטום למשיכת אנשים לפעילויות מתמשכות - מרוצים לא תחרותיים, ימים ממוקדים בבריאות האישה, וכדומה. אלו יאפשרו לציבור לעשות את הצעד הראשון ולהתנסות בתחומי פעילות שונים ובהמשך גם להתמיד. במקביל, יש לקדם גם אירועי עוגן אזוריים בתחומי אורח החיים הפעיל והבריא. אירועים אלו יש בכוחם למשוך קהל משתתפים גדול יותר ולהפוך מנוע להיערכות בכל קהילות הנגב (למשל פתיחת קבוצת ריצה מקומית לקראת אירוע מרתון אזורי).

< המשך בנייה והפעלה של תשתית מקצועית לקידום גישת ה-HPM בנגב - על מנת שניתן יהיה לפתח את הפרופסיה של HPM בנגב יש לבנות תשתית מקצועית - כוח אדם, כלים ותקציבים - המתמקדים בתחום זה שיוכלו לקדם את התחום ולפתחו בנגב. צעדים ראשוניים בכיוון בניית התשתית המקצועית של ה-HPM בנגב כבר נמצאים בשלבי תכנון מתקדמים - בסמסטר סתיו הקרוב אף יצא לדרך קורס ראשון ב-HPM במסגרת הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון. במסגרת הקורס ילמדו התלמידים, בהם גם סטודנטים מבית הספר לרפואה, את עקרונות הגישה והכלים המקצועיים שלה, אך גם ידרשו לבצע פעילות מעשית בקהילות הנגב השונות כחלק מהכשרתם בקורס. שילוב הסטודנטים בקהילה ייעשה בשיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות ועם שולחנות הבריאות הפועלים כבר בחלק מהישובים. זהו רק צעד ראשון - יש להמשיך ולפתח את האקו-סיסטם התומך ב-HPM ובכלל זה גם מקדמי בריאות, מטפלים פארה-רפואיים, מתכננים, מנהלי תרבות ואירועים, מנהלי מערכות חינוך ועוד. כלי משמעותי שבאמצעותו לתמוך בפיתוח האקו-סיסטם הוא מפגשי Masterclass עם מומחים בתחום ה-HPM המגיעים מחו"ל שיכולים לנהל

שיחה ברמה הפרקטית עם אנשי הביצוע בנגב על לקחים לביצוע פרויקטים מסוג זה בארץ. בנוסף, בחלק מהתחומים השייכים לאקו-סיסטם של ה-HPM, כגון בתחום של המטפלים הפארה-רפואיים, קיים מחסור אקוטי הן באנשי מקצוע בנגב והן מבחינת תחומי טיפול זמינים בנגב וזמני המתנה. גם בפערים אלו יש לטפל במסגרת המאמץ הכולל לקידום HPM בנגב.

בטוח הארוך

<גיבוש שותפויות תלת מגזריות ייעודיות לתכנון ותקצוב פרויקטים של HPM - מעבר למאמצים המקומיים לקידום פרויקטים של HPM, יש לגבש גם מסגרת תמיכה אזורית לפרויקטים שישקיעו ב-HPM שתוכל להוות זרז לפיתוח המומחיות המקומית בנושא ולהכוונת וכיול פרויקטים פוטנציאליים לעקרונות הגישה. מסגרת תמיכה שכזו תוכל להניע היווצרותם הן של פרויקטים קטנים שיעלו מהקהילה והן להניע ערים לפעולה באמצעות הצעות למימון לפרויקטים גדולים (בסגנון תחרות HPM). תחומי הפעילות שאותם יש לקדם במסגרת כזו יהיו:

- תזונה והרגלי אכילה בריאים בקהילה - הגדלת הנגישות למקומות בהם ניתן להשיג מזון בריא ולימוד הקהילה להפיק ממנו את המירב והמיטב לצרכי הפרט והמשפחה;

- פיתוח רצף חינוכי בתחומי אורח החיים הפעיל והבריא מגן הילדים, דרך בתי הספר היסודיים והתיכון, בצבא ובחיים האזרחיים;

- פיתוח מרחבים ציבוריים המעודדים התנהגות פעילה ובריאה - מאמץ לתכנון, עיצוב ויצירת מקומות בריאים, בטוחים ותוססים בשכונות ותיקות וחדשות, בשיתוף הקהילה ולמענה. מאמצים אלו יש ללוות במהלך עירוני לעידוד הקהילה להפיק ערך מתשתיות קיימות וחדשות, כגון מסלולי הליכה, פארקים ומתקני כושר;

- הנגשת שירותי בריאות - לאור תת המיזוי הנרחב של שירותי הבריאות המוצעים לקהילות הנגב, יש לחבר בין הצעות ערך קיימות (מוצרים / שירותים / תשתיות פיזיות וטכנולוגיות) מעודדי אורח חיים בריא לבין מי שצריך להשתמש בהן ולהפיק מהן ערך במקום;

- חיזוק החוסן הקהילתי - הנושא של חוסן קהילתי רלוונטי במיוחד בדרום ויש לו השלכה ממשית על היכולת של הקהילה לנהל אורח חיים פעיל ובריא. פרויקטים בתחום זה ישפרו את איכות הקשרים החברתיים, הכלכליים והפיזיים בתוך הקהילות בנגב.

מגוון הדיסציפלינות הקשורות ב-HPM מעלה את הצורך לשיתוף פעולה בין גופים מתחומים שונים. בהקשר זה יש לשאוף ליצירת 'שותפויות חכמות' - כאלה המנצלות את היתרונות היחסיים של חבריהן ליצירת אפקט שהוא מעבר ליכולת ההשפעה של כל אחד מהגופים כשלעצמו. דוגמא אחת כזו היא השותפות החכמה שכבר החלה לפעול בשנתיים האחרונות בין הפדרציות היהודיות המשקיעות בנגב, מנהל מעבר צה"ל לנגב של משרד הביטחון והרשות לפיתוח הנגב, התומכת בין השאר גם בנושאים של HPM. זו תהיה הזדמנות לשלב גם שחקנים שעד כה לא היו מעורבים בנושאים אלו, או שמעורבותם הייתה מצומצמת, כגון חברות ההייטק, גופי פילנתרופיה נוספים, משרד החינוך, משרד השיכון והבינוי ועוד.

<יצירת אינדקס ויטאליות- למדידת 'מקומות בריאים' בנגב - במקומות שונים בעולם בהם ניסו לקדם את המעבר המערכתי לאורח חיים פעיל ובריא בקהילה נעשה מאמץ מקביל לפתח מדד שיאפשר ניתוח של המצב הקיים בהקשר לחינויות הקהילה ואורח חייה ומעקב אחר התקדמות המאמצים לקדם אורח חיים פעיל ובריא יותר (דוגמה בולטת הוא דוח ה-Toronto Vital Signs⁵). נכון להיום אין מדד מובהק שמאפשר לאבחן את מצב אורח החיים של מקומות שונים בנגב, או בארץ. לשם כך יש ליצור בסיס נתונים מקיף ומדד שיאפשר יצירת תמונת מצב ברורה באשר למצב החינויות והבריאות של קהילות הנגב.

< הפיכת הנגב לבטא סייט לטכנולוגיות של Engagement Tech - המעבר לאורח חיים פעיל ובריא מורכב מהרבה מאוד החלטות קטנות שאדם עושה בשגרת יומו, בין אם מדובר בהחלטה של מה לאכול, או אם לעלות במעלית או במדרגות. במקומות רבים והולכים כיום בעולם תופסת הטכנולוגיה תפקיד משמעותי באופן שבו ניתן לסייע לאנשים לבצע החלטות אלו. טכנולוגיות אלו - המכונות Engagement Tech - משלבות ומצליבות מגוון מקורות מידע (בחלק מהטענות מדברים על כך שרק 5% מהמידע שניתן לדעת על מצבו הבריאות של האדם מגיע ממקורות רפואיים קליניים) על מנת לייצר לכל אדם תמונה מקיפה ואישית של מצבו ולהזכיר לו אופציות נוספות שנגישות לו בזמן המייד והקרוב לשיפור אורח חייו. השילוב בין המאמץ המערכתי לקידום אורח חיים פעיל ובריא בנגב לבין היווצרותו של אקו-סיסטם של IT וסייבר בבאר שבע, הופכים את הנגב למקום אופטימלי ליצירת בטא סייט לבחינתן של טכנולוגיות אלו. בנושא זה ישנן כבר מספר התחלות בנגב, ביניהן המרכז לחדשנות דיגיטאלית שבפארק ההייטק בבאר שבע שעובד על פיתוח טכנולוגיות אלו, אך באמצעות עבודה וניסוי בקהילות הנגב עצמן ניתן היה להשיג ערך גדול יותר הן להקלות עצמן והן לבירוך האפקטיביות של טכנולוגיות אלו.

פנל 1: נקודת המבט של הרשויות

יו"ר הפנל, פרופ' אשר אלחיאני מהמחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת אריאל, פתח את הדיון בפנל ושאל את המשתתפים מה כל אחד עושה באזור/בתחום שלו לקידום בריאות האוכלוסייה.

ד"ר נעים אבו פריחה, יו"ר אגודת הרופאים הערבים בנגב, טוען כי ב-20 השנים האחרונות חל שינוי לרעה באורח החיים של הערבים תושבי הנגב. בעבר הם היו פעילים יותר והתזונה הייתה טובה יותר, והתוצאה של השינוי היא שכיום יש יותר מחלות כרוניות בקרב אוכלוסייה זו. האגודה מקדמת את העלאת המודעות לאורח חיים בריא בקרב האוכלוסייה באמצעות הרצאות וסדנאות. בכוונתם לפנות למשרדי הממשלה ולקופות החולים כדי לפתח שבילי הליכה, בריכות שחייה וחדרי כושר לצורך הנגשה ועיסוק בפעילות גופנית בקרב האוכלוסייה הבדואית. באשר להתאמה התרבותית ד"ר אבו פריחה מציע לחשוב על הליך קליטה מסודר של רופאים בדואים שמגיעים מחו"ל ולפתוח מחזור נוסף של לימודי סיעוד בקרב בדואיות שתוכלנה להשתלב ולתת מענה בקהילה.

מר עטייה אלעאסם, יו"ר מועצת הכפרים הלא מוכרים בנגב, שיתף כי ישנם 120,000 תושבים בכפרים הלא מוכרים, שחלקם אינם זוכים לשירותי בריאות נאותים. בחלק מהמרפאות אין תשתיות חשמל ויש קושי לשמר תרופות בתנאים אלה. אמבולנסים אינם נכנסים לכפרים הלא מוכרים בשל תנאי השטח. ביישובים אלה נערמת אשפה המזהמת את הסביבה וגורמת לתחלואה ואין מתקנים המעודדים פעילות גופנית. עם זאת, מתקיימות הדרכות להעלאת המודעות לנושאי תזונה נכונה וחשיבות הפעילות הגופנית.

מר מיכאל ביטון, ראש עיריית ירוחם, טוען למרות שמשרד הבריאות מכיר באי השוויון בין הנגב לאזור המרכז בכל הפרמטרים (כוח אדם, מספר מיטות, תוחלת חיים ועוד), הוא אינו פועל מספיק כדי לצמצמו. על מנת להביא לשינוי יש לאחד כוחות ולצאת למאבק ציבורי, ובכך עוסקת "מועצת הנגב". בירוחם, בעידוד העירייה, הוארכו שעות פתיחת המרפאה באמצעות תורמים, הוקם מוקד לילה, הוקמה מרפאה קהילתית לטיפולי שיניים לאוכלוסיות מוחלשות (ניתן בה שירות גם לאוכלוסייה הבדואית), גויסו תרומות להעמיד ניידת של מד"א לטובת התושבים ועוד. בעייתיות נעוצה ברפואת המומחים. יש מחסור ברופאים והתורים מאוד ארוכים. מר ביטון שיבח את המאמצים של הנהלת מחוז דרום בשירותי בריאות כללית לשפר את השירות הניתן בירוחם; וקורא להמשיך ולשפר את איכות השירות הניתן לתושבי הנגב.

מר רוני מרום, ראש מועצת מצפה רמון, רואה בהנהגה המקומית ככתובת המובילה בנושאי קידום בריאות ואורח חיים בריא. נעשו שינויים מבניים במועצה לצורך חיזוק הפעילות הקהילתית, גם בנושאי בריאות. לצורך חיזוק אורח החיים הבריאה של התושבים בריכת השחייה במצפה רמון נפתחת לאורך כל השנה, הוקמה קבוצת רכיבה לילדים, פעילויות של פע"ג במרכז יום לקשיש, בגני הילדים נעשו הדרכות לילדים, הורים וגננות בנושאי תזונה נבונה ועוד.

מר מרום ציין כי על אף השינוי בנוסחת הקפיטציה והכנסת מרכיב הפריפריה, תושבי מצפה רמון אינם חשים בהשקעה נוספת של הקופות עבור תוספת התקציב שהם קבלו. כמו בירוחם, הבעיה העיקרית נעוצה ברפואה השניונית (בתדירות, באיכות של חלק מהרופאים ובמכשור) וברפואה השלישונית. על הקופות לשתף פעולה בתחומים אלה כדי שתושבי הפריפריה המרוחקת יזכו למענה הולם. בנוסף, בכל שנה נאלצת המועצה לגייס כסף מפילנתרופיה כדי להשתתף בתקציבי המרכז לגיל הרך והמוקד, ולכן בכל שנה המשך הפעלתם לוט בערפל. גם המענה בתחום בריאות הנפש והמענה לשירותי בריאות לחיילים הוא עדיין בעייתי. כיום חיילים צריכים לנסוע בסופי שבוע לבאר שבע, למרות שיכלו לקבל מענה במקד במצפה רמון.

מר אריה לוי, נציג פרציית מונטריאול, סיפר כי בעבר הפדרציות עבדו בנפרד ולפני כמה שנים הפדרציות התאגדו תחת יוזמת "NEGEV NOW". הפדרציות עובדות בשיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות, הרשות לפיתוח הנגב ועם מנהל המעבר דרומה במשרד הבטחון. העיסוק של הפדרציות בתחום הבריאות הוא יחסית חדש, ובמסגרת היוזמה הם בחרו להתרכז במניעה, לכן יצרו שולחנות בריאות יישוביים, מתוך תפיסה שיצירה של קהילות חזקות ובריאות תעלה את החוסן הקהילתי של היישובים ותמשוך מתיישבים חדשים לנגב.

גב' ורד גושן, סמנכ"לית הרשות לפיתוח הנגב, הסבירה כי הרשות עובדת בממשקים שונים עם משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות והקהילות עצמן. היא הזכירה את השותפות של הרשות יחד עם הסוכנות היהודיות, מפעל הפיס, אוניברסיטת בן גוריון והמרכז הרפואי "סורוקה" בתכנית הרפואנים המכוונת להמרת סטודנטים לרפואה להישאר בפריפריה וכבר מראה את אותותיה. הרשות שותפה במהלכים אסטרטגיים כמו הקמת מרכזים לגיל הרך בשיתוף הרשויות המקומיות ומשרדי הממשלה הרלוונטיים. הרשות לפיתוח הנגב מחויבת להמשך פעילות בתחום הבריאות.

פנל 2: נקודת המבט של מערכת הבריאות

יו"ר הפנל, פרופ' גבי בן-נון, יו"ר פורום בריאות בנגב, המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב, הפנה שש שאלות להתייחסותם של משתתפי הפנל: מהם, לדעתם, החסמים בפני ביצוע החלטות הממשלה בנושא תגבור השירותים בפריפריה וכיצד ניתן להתגבר עליהם, האם מניסיונם תמריצים כספיים מסייעים לגיוס כוח אדם לפריפריה, האם וכיצד באה לידי ביטוי במדיניות הקופה העדפת הפריפריה, אלו שיתופי פעולה מתקיימים כיום בין קופות החולים באזורי הפריפריה וכיצד ניתן לשפרם, כיצד ניתן לשפר את שיתוף הפעולה בין אוניברסיטת בן גוריון, ספקי שירותי הבריאות וקופות החולים בדרום, והאם וכיצד נערך ארגונם לקראת מעבר צה"ל דרומה.

פרופ' ארנון אפק, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, פתח באזכור המוקדים שנפתחו בירוחם ובמצפה רמון ביוזמת שר הבריאות, הרב יעקב ליצמן, ובכוונתו להרחיב פרויקט זה גם לאוכלוסייה הבדואית. פרופ' אפק קורא לשילוב כוחות ולהידברות בין הגורמים השונים כדי להביא לשינויים הנדרשים. הדוגמאות לכך רבות: פתיחת המחלקה לשיקום במרכז הרפואי "סורוקה", פתיחת המוקדים ועוד. פרופ' אפק שמע בכנס על הבעייתיות בתחום הרפואה השניונית והבטיח שיטפל בנושא יחד עם ראשת מנהל רפואה, ד"ר ורד עזרא. הוא ציין כי לאחרונה אושרו 30 תקנים נוספים לסטודנטים לרפואה והם ניתנו כולם לאוניברסיטת בן גוריון, בחשיבה שחלק מהבוגרים יישארו לעבוד בנגב. בנוסף, הורחבו ונפתחו חוגים נוספים לסייעוד באזור הדרום כדי להתמודד עם המחסור בכ"א סיעודי.

מר ניסים אלון, מנכ"ל לאומית שירותי בריאות, ציין כי לקופה קל יותר להקים מרפאה ראשונית בקהילה, אך הבעיה המרכזית היא בתחום בתי החולים, מכיוון שהתחושה היא שהמרכז הרפואי סורוקה הוא מונופול המשתמש בכוחו לטובת שירותי בריאות כללית, ויש לפתוח את התחרות גם בתחום זה. בעיה נוספת היא כוח האדם בסייעוד. ככל שמתרחקים לאזורים הפריפריאליים הבעיה קשה יותר. בנוסף, טוען מר אלון, הסכם הרופאים האחרון דיבר רק על הרופאים בבתי החולים ללא התייחסות לרופאים הראשוניים בקהילה (משפחה, ילדים, נשים), ששם המצוקה העיקרית והקשה ביותר. בעיה זו הועלתה רק בהמשך ונפתרה רק באופן חלקי. מר אלון קורא להמשיך לתת את אותם מענקים שניתנו לרופאים בבתי החולים לרופאים הראשוניים בקהילה.

פרופ' נחמן אש, סמנכ"ל וראש חטיבת הבריאות במכבי שירותי בריאות, מסכים כי המפתח לשינוי הוא שיתוף הפעולה בין כל הגורמים בדגש על הקופות בהובלה של משרד הבריאות. הוא מצטרף לדעה כי כוח אדם בכל מקצועות הבריאות הוא החסם העיקרי, הן מבחינת התקצוב והן מבחינת התקנים. העלויות למתן שירותי רפואה בפריפריה גבוהות ושינוי נוסחת הקפיטציה (בהכנסת מרכיב הפריפריה) אינו נותן מענה מספק, והקופה מוסיפה יותר מהתקציב שלה. לדעת פרופ' אש התחרות בין קופות החולים על הרופאים מזיקה לכולם וגורמת לכך שמשלמים הרבה יותר לרופאים ושיתוף פעולה בין הקופות יוכל למתן מצב זה, ולהביא לניצול טוב יותר של המשאבים. מבחני תמיכה לקופות יוכלו להגביר את עשייתן בדרום כאשר התקצוב מותנה בעשייה (בניגוד לקפיטציה שאינה מבטיחה השקעה בהכרח בדרום). שיתופי הפעולה עם האוניברסיטה מבורכים בעיקר בעניין חיזוק הקהילה, צריכות להיות יותר הכשרות, התנסויות והתמחויות בקהילה במטרה שהרופאים לעתיד יעבדו בקהילה. באשר לתמריצים: יש לתת יותר דגש על הקהילה, ולתת תמריצים גם לרופאים מומחים בקהילה ולא רק למתמחים. לממשלה יש כאן תפקיד מרכזי הן במתן תקציבים, והן מכיוון שהרגולטור יודע להשפיע על הקופות וכרגע השיטה היא זו הגורמת לתחרות, ויש לשנותה לפחות באזור הדרום.

ד"ר מיכאל גדלביץ', רופא מחוזי בלשכת הבריאות מחוז דרום, משרד הבריאות, הסביר כי לשכת הבריאות עוסקת יותר במניעה (טיפות חלב, בקרות בתחומי התברואה והמדון וכו') תוך שיתוף פעולה שוטף עם הרשויות המקומיות. נכון להיום, ישנו קושי בכ"א סיעודי בתחום בריאות הציבור (שירות הבריאות לתלמיד ותחנות טיפת חלב). ישנן 27 תחנות טיפת חלב בכפרים הבדואים ולפני מספר שנים החליטה נציבות שירות המדינה לתת מענקים לאחיות שיעבדו במגזר הבדואי דבר שהוביל לשיפור ניכר. התמריץ הוגבל בזמן, לכן נכון להיום שוב נוצרה מצוקה של כוח אדם בתחנות במחוז בכלל, ובמגזר הבדואי בפרט. ישנם תקנים רבים של אחיות שקשה לאיישם עקב השכר שניתן בטיפות חלב לעומת שכר אטרקטיבי יותר הניתן בקופות או בבתי החולים.

ד"ר יואב יחזקאלי, מנהל מחוז דרום בקופת חולים מאוחדת, הסכים עם קודמיו כי הבעיה אינה נעוצה בתשתיות אלא בכוח אדם. יש להוסיף מיטות במרכז הרפואי "סורוקה" ובהמשך להקים בית חולים חדש, אך בראש וראשונה לפתח את רפואת הקהילה. לצורך כך יש לקדם את עניין כוח האדם הרפואי והסיעודי. לוקח שנים להכשיר כ"א כזה ב"ייצור מקומי" ופחות בהבאה של כ"א ממרכז הארץ. הוא מציע להוסיף עוד מקומות להכשרת רופאים ואחיות בדרום. ד"ר יחזקאלי הוסיף כי בשנים האחרונות מגמת התחרות בין הקופות גברה על מגמת שיתופי הפעולה, בין השאר עקב לחצי השכר של כוח האדם הרפואי. יש לדבר על הבנות בין קופות החולים ולאגם משאבים במיוחד בתחום הרפואה השניונית בחסות משרד הבריאות. בנוסף האוכלוסייה בפזורה הבדואית אינה זוכה לשירותי בריאות הולמים וכאן במיוחד יש מקום לשיתופי פעולה בין הקופות.

פרופ' עמוס כץ, דיקן הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב, כמי שאמון על הכשרת עובדי הבריאות במטרה שהם יישארו בנגב, ציין כי בביה"ס לרפואה ישנם כ-2,000 מועמדים על 120 מקומות. כרגע לא ניתן להגדיל את מספר המקומות עקב חוסר בשדות קליניים להכשרת הסטודנטים. ביה"ס לרפואה באוניברסיטת בן גוריון בנגב הוריד מעט את ציון הסכם כדי לתת משקל גבוה יותר לאיכות האנושית של המועמדים. אין ספק שהמענקים היו פקטור מאוד חשוב בהבאת רופאים למרכז הרפואי "סורוקה", וכדאי להשקיע בתכנית כזו גם בקהילה בהתמחות

ברפואה ראשונית. השארה של בוגרי בית הספר לרפואה בנגב היא תהליך מתמשך דרך ההשקעה בהכשרה, והשקעה במחלקות שהם הולכים אליהן.. הפקולטה עובדת על תכנית של ROLE MODEL שתפעל בקהילה, כדי שהסטודנטים יראו שדברים חשובים נעשים גם ברפואת הקהילה. בנוסף, תכנית המנטורינג (חניכה) עברה יותר לכיוון של רפואת המשפחה והקהילה. ויחד עם תקצוב מתאים ומענקים מנותבים הסטודנטים גם לעבודה בקהילה. פרופ' כץ הוסיף כי רופאים מומחים יגיעו יותר לדרום במידה ויהיו תמריצים לכך. בנוסף יש לעודד במתן תמריצים גם לרופאים בפריפריה. בפקולטה לרפואה מתקיימת מזה 15 שנים תכנית "ניצני רפואה" המיועדת לאוכלוסיות הבדואיות, במסגרתה תלמידים בבתי הספר התיכונים עוברים תהליך הכשרה והמצטיינים שבהם מתקבלים לפקולטה הן לבתי הספר לרפואה והן למקצועות הבריאות האחרים. עקב דיונים עם הרגולטור ועם גורמים אחרים באשר לתקציב מתעכבת כבר שנה וחצי פתיחת התכנית להכשרת אחיות מהמגזר הבדואי.

ד"ר שלומי קודיש, רופא מחוז דרום בשירותי בריאות כללית, שיתף כי בעשר השנים האחרונות שמה הנהלת הכללית את נושא צמצום הפערים באיכות הרפואית כאחד מיעדיה. הקופות מתחרות על כ"א בתוך אזור הדרום והדבר מזיק לכל הקופות, לכן יש לפעול להבאת רופאים מאזורים אחרים בארץ לאזור הדרום. מתן השירותים באזורים הפריפראליים יקר יותר, מפני שעלות רופא שעובד בשבע מרפאות שונות גבוהה יותר. דרך נוספת של הקופה להתמודד עם האתגרים היא אשפוז בית במגוון שירותים. האוכלוסייה בנגב מצפה לקבל את כל השירותים בקרבת ביתם (ובצדק), אך זה מהווה אתגר אדיר לנוחני השירותים בנגב. לדברי ד"ר קודיש מענקים שניתנו בתחום רפואת המשפחה הצליחו להביא מתמחים לתחום, והוא ממליץ לשכפל את המודל גם לתחומי הסיעוד, הרוקחות, השירות לילדים וכו'. בעניין שיתופי הפעולה ציין ד"ר קודיש כי במקומות בהם יש מצוקת רופאים לשירותי בריאות כללית לא ניתן לקבל מבוססים מקופות אחרות, אך לדוגמה, בקניון בקריית גת בו מופעלים 4 בתי מרקחת של ארבע הקופות חשוב למצוא את הדרך לשתף פעולה ולמנוע בדבול של המשאבים. שיתוף פעולה נוסף נדרש בתחום התחרות על כ"א באזור הדרום, זה רק מעלה את מחיר השירותים מבלי להוסיף דקה נוספת של שירות לתושבים. כאן הרגולטור צריך להתערב ולעשות הסדרה כמו בבתי החולים, מפני שהתחרות בתחום זה משפרת רק את חשבון הבנק של הרופאים, אך אינה תורמת לבריאות הציבור.

פרופ' גבי בן-נון הודה למשתתפי הפגל ולכל המשתתפים בכנס. בדברי הסכום אמר פרופ' בן נון כי ישנו קונצנזוס בין הדוברים לכל אורך הכינוס באשר לצורך בחיזוק שיתוף הפעולה בין קופות החולים על חשבון התחרות. נושא המחסור בכ"א בנגב הוא מרכזי והוא שב ועולה בכל הכנסים. חשוב להמשיך ולקדם את מתן התמריצים הכלכליים לרופאים ואחיות בעיקר בקהילה כאמצעי לגיוס ושימור כוח אדם זה באזור הדרום. הכנס הנוכחי היה הרביעי שהתקיים ובכוונתנו להמשיך ולשמר את מסורת קיום כנס זה גם בעתיד כדי להמשיך ולהעלות את נושא הפערים בבריאות בנגב על סדר היום הציבורי ולהביא לשיפור וקידום בריאות האוכלוסייה בנגב על כל גווניה.

ד"ר יניב שרר, סגן מנהל המרכז הרפואי ברזילי, סקר את נקודת המבט של בי"ח בפריפריה הן מבחינת הקצאת המשאבים הלאומיים למערכת האשפוז (חסר במיטות אשפוז ניכר עוד יותר בהשוואה לכלל המדינה), והן מבחינת מדדי הבריאות הלאומיים בפריפריה ויכולת ביה"ח להשפיע עליהם. ד"ר שרר ציין כי תמריצים מתאימים לרופאים לעבור לפריפריה יסייעו לפעילות בתי החולים ולהעלאת רמת הרפואה באזור, ויתרמו במקביל לזמינות ולאיכות הרפואה בקהילה על ידי אותם הרופאים. התמריצים היום מהווים התחלה טובה אך אינה מספקת. למרות הקשיים הצליח המרכז הרפואי ברזילי להפוך למוביל ברמה הלאומית במדדי איכות, ודוגמה מייצגת לכך היא הטיפול בשבץ בביה"ח שהינו שני בארץ בזמן ביצוע CT לחולי שבץ, והשלישי בהצלחת ביצוע טיפול ממש קריש (תרומבוליטי) מקרב 25 מרכזים רפואיים בישראל.

חברי הקבוצות (לפי סדר א'-ב')

רפואה (מ)רחוק

מרכז:

פרופ' גבי בן נון - אוניברסיטת בן גוריון בנגב

חברי הקבוצה:

ד"ר אופק - CDI - Center for Digital Innovation

פרופ' מאיר אורן - אוניברסיטת בן גוריון בנגב, לשעבר מנהל המרכז הרפואי הלל יפה

רס"ן איציק ביטון - חיל רפואה, צה"ל

פרופ' דן גרינברג - אוניברסיטת בן גוריון בנגב

חגית דהן - מכבי שירותי בריאות

ד"ר קרן דופלס - אוניברסיטת בן גוריון בנגב

ד"ר יעקב דרייהר - המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה"

צביה ירדן - לשכת הבריאות מחוז דרום, משרד

הבריאות

שלמה עמיר - מכבי שירותי בריאות

ד"ר שלומי קודש - שירותי בריאות כללית

ליאורה שחר - לשכת הבריאות מחוז דרום, משרד

הבריאות

שיקום בקהילה

מרכזים:

ד"ר יצחק (צאקי) זיו נר - יו"ר המועצה הלאומית לשיקום

ד"ר עומר פורת - יו"ר החטיבה השיקומית, הסתדרות הפסיכולוגים

חברי הקבוצה:

ד"ר ניצן אלמוג - אוניברסיטת בר אילן

ד"ר יונתן ארבל - מכבי שירותי בריאות

סא"ל ד"ר סתיו בקר - חיל רפואה, צה"ל

אלכס ויינטראוב - משרד הכלכלה

דן וקסלר - אוניברסיטת בן גוריון בנגב

גב' ענבר זיידמן - קרן מיראד'

ד"ר יולי טרגר - המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה"

עידית לוזון - משרד הרווחה והשירותים החברתיים

ד"ר לנה לוצקי - שירותי בריאות כללית

חגית לבנדסמן - עלה נגב

אירנה מז'בובסקי - מרכז לבריאות הנפש, ב"ש

ד"ר אליעז מילר - המרכז הרפואי האוניברסיטאי "ברזילי"

רו"ח מיכאל מישורי דרעי - שירותי בריאות כללית

אחינועם מליניאק - ג'וינט ישראל

שרית מנור - הרשות לפיתוח הנגב

ד"ר שרון נפרסטק - אוניברסיטת בן גוריון בנגב והמרכז

הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה"

רחלי נתן - אגף השיקום, משרד הבטחון

רחל סולומוני - ביטוח לאומי

ד"ר אריק סיסון - משרד הבריאות

אפרת סימנהויז-שפרן - אשל/ג'וינט ומשרד הבריאות

קהילות בריאות

מרכזות:

פרופ' איה בידרמן - אוניברסיטת בן גוריון בנגב ושירותי

בריאות כללית

גב' בתיה לוי - מינהל המעבר דרומה, משרד הבטחון

חברי הקבוצה:

סועדא אבו סיאם - משרד החינוך

פרופ' לימור הארנסון דניאל - אוניברסיטת בן גוריון בנגב

מיכאל אוחיון - עיריית באר שבע

רועי אמנו - מכללת קיי

ד"ר ליליאן אפללו - מכבי שירותי בריאות

יעל אשכנזי - מכון ברוקדייל

ד"ר נטליה בלינסון - עיריית ערד ושירותי בריאות כללית

אל"מ ד"ר יאיר ברק - חיל רפואה, צה"ל

ד"ר מיכאל גדלביץ' - לשכת הבריאות מחוז דרום, משרד הבריאות

פרופ' נדב דוידוביץ' - אוניברסיטת בן גוריון בנגב

אורנה דותן - מועצה מקומית מצפה רמון

ד"ר חנה זידנברג - אוניברסיטת בן גוריון בנגב

איריס זקס - שירותי בריאות כללית

ד"ר יואב יחזקאלי - קופת חולים מאוחדת

עו"ד אביטל ישר רוזנאי - מנהלת הפורום הארצי של

היחידות להתפתחות הילד

בועז ישראלי - פרקסיס

אורי מלר - פרקסיס

סא"ל גנאדי מיינשלוס - חיל הרפואה, צה"ל

שרית מנור - הרשות לפיתוח הנגב

אורלי קרוב - לשכת הבריאות מחוז דרום, משרד הבריאות

ינאי קרנצלר - משרד הבריאות

תומר רכטמן - הרשות לפיתוח הנגב

ד"ר זיוה שטל - לשכת הבריאות מחוז דרום, משרד הבריאות

תקציר מנהלים – כנס מצפה רמון הראשון לשוויון בבריאות (מאי 2011)

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 חברתי-שוויוני, המוצהר של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (5991), 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 המלצות 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. במסגרת 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.

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, שישמש 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:

א- 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.

ב- 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 תבילת 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 esruN (AP) / (PN) renoitcarP / (AP) tnatissA naicisyP.

הוספת מחלקת שיקום במרכז הרפואי "סרוקה", 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 והשירותים 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-לכלית.

עדכון נוסחת הקצאת המקורות לקופות החולים, שיכלול מתאמי סיכון נוספים (לדוגמה: משתנה חברתי-לכלכלי 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

אבחון בעיות בריאות שכיחות בקרב תושבי הנגב, וגיבוש תכניות התערבות רב-מקצועיות המכוונות לאוכלוסיות ספציפיות באזור.

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.

בניית מבנים וקריטריונים, אשר לפיהם יתמרץ משרד הבריאות את קופות חולים להפעיל תכניות לקידום בריאות ורפואה מונעת בנגב.

עידוד הצטרפותן של הרשויות המקומיות בנגב לרשת הערים הבריאות, על מנת למנף את כוחן של הרשויות המקומיות כמובילות שינוי.

תקציר מנהלים – כנס מצפה רמון השני לשוויון בבריאות (אוקטובר 2012)

רבות דובר על הפערים בבריאות בנגב לעומת אזור המרכז, על הצורך לצמצמם ועל הצעדים הדרושים לכך. גיבושן והפעלתן של תכניות התערבות במישורים השונים מצריכות שיתוף פעולה בין-מגזרי. "כנסי 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 2012, 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. רבות דובר על הפערים בבריאות בנגב לעומת אזור המרכז, על הצורך לצמצמם 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 1102, 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. הנגב הוא חבל ארץ המאכלס כ-2.1 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 לפריפריה 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 פריפריה 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 בתמן 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 בפריפריה.

< קביעת מדדי זמינות ונגישות בפריפריה - 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 לפריפריה שיכללו שיעורי כוח אדם ברפואה הראשונית לפי אזורים, זמינות ומרחק ממקומות ישוב.

3. שילוב כוחות בנגב ליצירת פתרונות ייחודיים לאתגר מערכת הבריאות

< הקמת מרכזי מצינות והוראה בקהילה בכפוף להקצאת כוח אדם ותשתיות לצורך כך.

< הצעת פתרונות דיור 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 וסינוגר 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 הקהילה-בית-חולים

- < הפעלת מנגנון ניטור ומשוב משותף לבית החולים ולרפואה בקהילה בנוגע להפניה למלר"ד מהקהילה.
- < ביטול מנגנונים כלכליים המתמרים 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-kcarT tsaF 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 רכיבי הבריאות בתכניות לפיתוח הנגב, מתוך הבנה שאזרחים שיתעניינו להתיישב בדרום יעשו כן רק אם תהיה רפואה חזקה באזור.

תקציר מנהלים – כנס מצפה רמון השלישי לשוויון בבריאות (מאי 2014)

קיימים פערים משמעותיים במדדי הבריאות בין הנגב לבין מרכז הארץ. בשנים האחרונות עלה הנושא למודעות הציבורית ואף נעשו מספר שינויים מבורכים (כגון תמריצים לכח אדם, הרחבת ההכשרה של כח אדם במקצועות הבריאות, מבחני תמיכה לקופות החולים עבור השקעה בצמצום פערים, הוספת משתנה פריפריה לנוסחת הקצאת הכספים ועוד). עם זאת, עדיין ישנם פערים רבים וקיים צורך בקידום בריאות אוכלוסיית הנגב. עליית צה"ל דרומה מהווה נקודת מינוף משמעותית לצורך בחינת דרכים יצירתיות לחיזוק מערכת הבריאות בנגב. הכנס השנה אורגן במשותף על ידי מארגני "כנס מצפה לשוויון בבריאות בנגב" ו"כנס כלכלה ומדיניות בריאות" של חיל הרפואה. בכנס שותפים כל הגורמים העוסקים בנושא החל ממשרדי הממשלה השונים, רשויות מקומיות, ספקי הבריאות השונים (ציבוריים ופרטיים), חיל רפואה, אקדמיה והחברה האזרחית. קבוצות העבודה דנו בהשלכות מעבר צה"ל על הרפואה הראשונית, השניונית והשלישונית בדרום. קבוצה רוחבית ריכזה את ההמלצות החתוכות את כלל הנושאים. בכנס הוצגו ניירות עמדה עם המלצות יישומיות בנושאים הנדונים לצורך הבאתם בפני בכירי מערכת הבריאות בארץ ומשרדי ממשלה רלוונטיים.

ההמלצות המרכזיות לחיזוק הרפואה בנגב:

קבוצה רוחבית: יצירת מנגנונים לשיתוף פעולה ואיגום משאבים בין כלל הגורמים העוסקים והתורמים לבריאות בנגב (בדגש על תשתיות וכח אדם); יצירת מנגנונים להגדלת שיעור עובדי הבריאות הכוללים תבילת תמריצים הן ברמה האישיה (תמריצים כלכליים, קידום מקצועי, מחקר וכד') והן ברמה המשפחתית (תעסוקה לבן/בת הזוג, דיור וכו'); הגדרת סטנדרטים וצרכי בריאות של האוכלוסייה בנגב.

רפואה ראשונית: הגדרת רפואת המשפחה בדרום כמקצוע מועדף; מתן תמריצים, הגדלת מספר המתמחים, הכשרת פנימאים לעבוד כרופאי משפחה ובחינת הרחבה והעברה של סמכויות לאחיות ולפרמדיקים תוך יצירת מקצועות חדשים כמו "עוזר רופא"; פיתוח רפואת הילדים בדרום באמצעות מעטפת של תמיכה מקצועית (הכשרה, מחקר, אקדמיה ותמריצים), עבודה במודל משולב קהילה/בית חולים והגדלת מספר מתמחים ומתמחי על; הרחבת מסגרות ההכשרה בדרום לאחיות, מימון לימודים/לימודי הסבה ומתן תמריצים; הקמת מרפאות מצוינות להוראה בקהילה; יצירת שיתוף פעולה בין קופות החולים ואיגום משאבים בתחומי הרפואה הראשונית ואמצעי העזר במיוחד בישובים קטנים ומרוחקים; שיתוף פעולה עם צה"ל על ידי שילוב התמחויות ותקנים, ומסלולים משותפים באקדמיה ובמחקר. **רפואה שניונית:** איגום משאבי כ"א וטכנולוגיה בין הקופות לבין עצמן ובין הקופות לבין צה"ל; אכיפת הרגולציה המחייבת שירות מקופת חולים אחת בישובים המונים עד 000,01 נפש; הקמת מרפאות משותפות לכלל הקופות למימון טוב יותר של תשתיות בנייה ותשתיות כ"א מקצועי; הכוונה לאומית למקצועות התמחות עם העדפה לפריפריה; העסקת רופאים מתמחים בקהילה כחלק מתכניות ההתמחות; סבסוד לאומי והטבות לעובדי מקצועות בריאות המתחייבים לעבוד בפריפריה.

רפואה שלישונית: הרחבת המרכז הרפואי סורוקה; התחלה מיידית של תכנון ובניית בית חולים נוסף בנגב כמרכז רפואי משולב אשר יכלול בית חולים כללי, מרכז גריאטרי ובית חולים פסיכיאטרי; תכנון והקמת מכללה ללימוד מקצועות הבריאות שתוקם בסמוך לבית החולים הנוסף; מתן תמריצים לסגל מכל מקצועות הבריאות; קידום וחיזוק שיתופי פעולה עם צה"ל.

