



אי שוויון בבריאות בנגב תמונת מצב

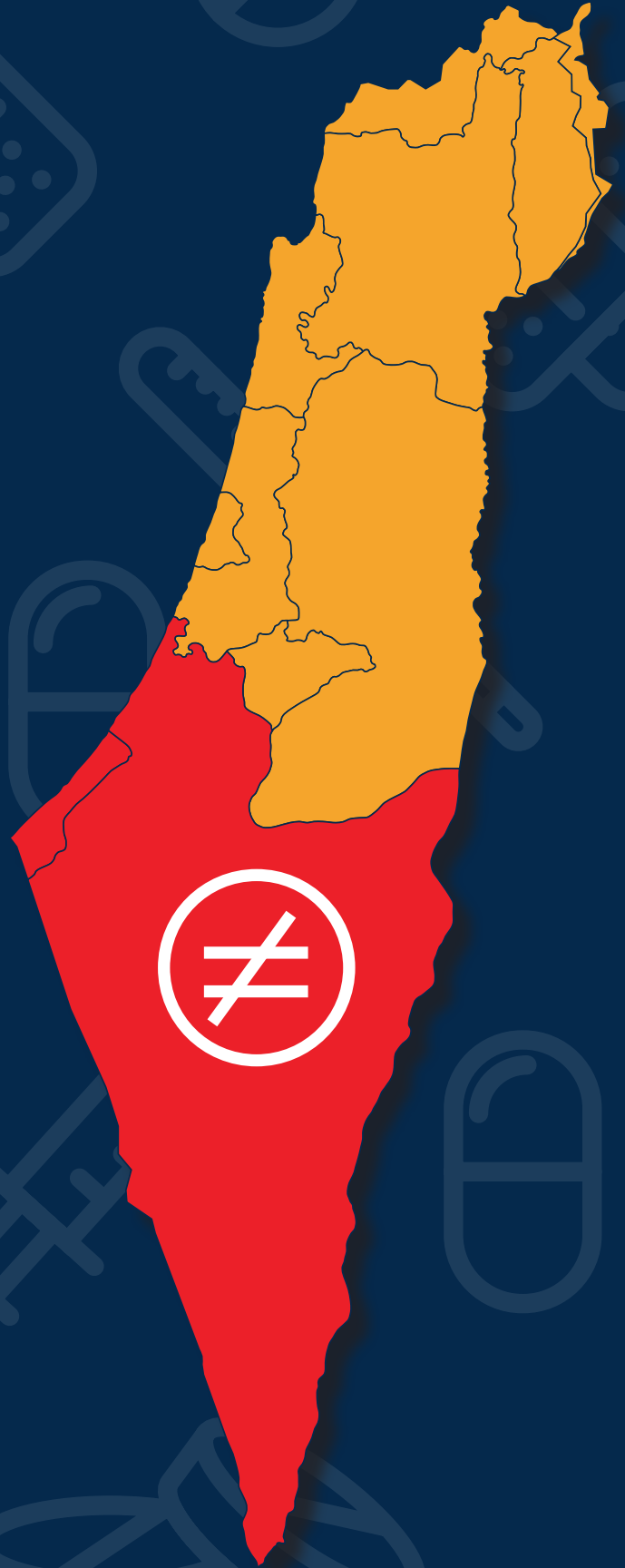
2020 - 2010

اللامساواة في مجال
الصحة في النقب:

تقرير حالة ٢٠٢٠-٢٠١٠

עריכה וכתיבה:

יותם רוזנר, Ph.D, ראש תחום מחקר, רופאים לזכויות אדם



שותפים לכתיבת הדו"ח

עריכה וכתיבה: יותם רוזנר, Ph.D, ראש תחום מחקר, רופאים לזכויות אדם
ליווי מדעי: פרופ' נדב דוידוביץ, ראש בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

שותפים להכנת הדוח:

ליטל גרוסמן, מנהלת מחלקת קידום מדיניות בריאות בישראל, רופאים לזכויות אדם
יוהן אטלן, מנכ"ל מועצת הנגב
גלית יחיא צפדיה, יועצת ארגונית ורכזת פרויקט שוויון בבריאות בדרום, שתיל - הקרן החדשה לישראל

كتابة وإعداد: يوتام روزنر, Ph.D, رئيس قسم الأبحاث. أطباء من أجل حقوق الإنسان
مرافقة علمية: بروفيسور نداد دافيدوفيتش. رئيس مدرسة الصحة العامة. جامعة بن غوريون في النقب

المشاركون في إعداد التقرير:

ليطال غروسمان, مديرة قسم السياسات الصحية في إسرائيل. أطباء من أجل حقوق الإنسان
يوهان أطلان, مدير عام مجلس النقب
غاليت يحيى تسفاديا, مستشارة تنظيمية ومركزة مشروع المساواة في الصحة في الجنوب - الصندوق الجديد لإسرائيل

על קואליציית ארגוני הבריאות בנגב

קואליציית ארגוני הבריאות בנגב הוקמה בשנת 2017 לשם חיזוק מערכת הבריאות הציבורית בנגב וצמצום אי השיויון הקיים באיכות ורמת השירותים בתחום הבריאות בין מרכז הארץ לבין הנגב. הקואליציה מונה שורה של ארגונים ופעילים דרומיים יהודים ובדואים הפועלים סביב סוגות בריאות שונות הרלבנטיות לכלל תושבי הנגב. חיבור הפעילות של ארגונים אלו תחת מסגרת אחת נועד לשם העצמת הפעילות המשותפת ויצירת איפקט גדול יותר בזירה הציבורית. עיקר פעולתה של הקואליציה מתמקד בעבודה לשינוי מדיניות והעלאת המודעות לפערים ואי השיויון.

הארגונים החברים בקואליציה (לפי סדר א'-ב')

אגודת הרופאים הבדואית, אג"ק - מכון הנגב, אסר"ן, חוסן קהילתי אופקים, יוזמת א-נביעא, מועצת נגב, מז"ח - רשת מרכזי זכויות חברתיות, מרש"ם, פורום בריאות דרום, רופאים לזכויות אדם, שתיל - הקרן החדשה לישראל אנשי מקצוע, אקדמיה ופעילים חברתיים.

העשור האחרון אופיין בהעלאת המודעות לתופעת אי-שוויון בבריאות בישראל, במיוחד לפערים הניכרים בין המרכז לפריפריה. המסמך הנוכחי שופך אור על מוקדי הפערים בבריאות בין המרכז לדרום הארץ, על פעולות הממשלה לצמצם את הפערים הללו בעשור האחרון ותוצאותיהם, וממליץ על צעדים להמשך התהליך. להלן תמצית הנקודות במסמך.

א. פערים בתוצאי בריאות - הפערים בבריאות בין מרכז הארץ לבין דרומה ניכרים במרבית המדדים: שיעורי תחלואה, תוחלת חיים, תמותת תינוקות, גורמי סיכון, התנהגות מקדמת בריאות ותפיסה עצמית של בריאות - כולם לרעת תושבי דרום הארץ.

ב. פערים במשאבים וכוח אדם - הפערים בין מרכז הארץ לבין דרומה מתבטאים בשיעור נמוך יותר לנפש של רופאים, כוח אדם סיעודי ומקצועות הבריאות השונים. כמו כן, ניכרים פערים בנגישות למרכזי רפואה, במספר מיטות במחלקות ובמשך האשפוז.

ג. מדיניות הממשלה בעשור האחרון לצמצום האי-שוויון בבריאות - בעשור האחרון הייתה עלייה במודעות הממשלה לדחיות ולכורח למצוא פתרון מערכתי למצוקת הבריאות בדרום. ניתן להצביע על מספר צעדים שננקטו:

- עדכון נוסחת הקפיטציה בכדי לעודד הקצאת משאבים לפריפריה הגיאוגרפית.
- מתן תמריצים לעידוד מעבר רופאים ומתמחים לפריפריה (שבוטלו בשנה האחרונה).
- הגדלת מסגרות ההכשרה לרפואה וסיעוד.
- הקמת ועדה בין-משרדית לבחינת מצב הבריאות בנגב אשר הגישה המלצות לחיזוק מערכת הבריאות בנגב ("ועדת אפק").
- החלטת ממשלה 2025 אשר כוללת צעדים שונים לחיזוק מערכת הבריאות, הכוללת בין היתר החלטה על חיזוק המרכז הרפואי סורוקה והקמת בית חולים שני בבאר שבע.
- פתיחת מחלקת שיקום בבית החולים סורוקה ובית חולים שיקומי ("עלה נגב").
- הלאמת שירותי בריאות התלמיד במחוז דרום.

ד. בחינה לאחר קרוב לעשור מצביעה על פערים בין הכוונות עליהן מכריזה הממשלה לבין המצב בשטח וצעדים קונקרטיים שהיא אכן נוקטת בהם.

- עדכון נוסחת הקפיטציה לא הביא לעלייה מספקת בהשקעה של קופות החולים בדרום.
- תכנית התמריצים הביאה להצלחות חלקיות, אך לא לשינוי המיחול בפריסת כוח האדם הרפואי.
- מרבית ההמלצות שבאו לידי ביטוי בהחלטת הממשלה 2025 יושמו באופן חלקי או לא יושמו כלל, ובראשן ההמלצה על הקמת בית חולים נוסף בבאר שבע אשר למרות ההצלחה באישורי בועדת התכנון העליונה לאחרונה - אינו צפוי לקום בתאריך המיועד (2025). בעקבות זאת, הוגשה עתירה של מועצת הנגב, קואליציית ארגוני הבריאות בנגב וראשי רשויות מקומיות כנגד ממשלת ישראל.
- נותרו פערים משמעותיים בכח אדם בדגש על אחיות לבריאות הציבור במחוז, הן במספר התקנים והן בתקנים שלא מצליחים לאייש. נכון להיום לא מצאה הממשלה נוסחה לשינוי מצב זה.

לסיכום, החלטות הממשלה והמדיניות שיושמה בידי משרד הבריאות ומשרד האוצר היו צעד בכיוון הנכון, אך לא הביאו לשינוי מספק של המצב בפועל. אי היכולת מצד ממשלת ישראל לקדם אכיפה ומימון הולמים הביאו לכך שאי-השוויון בבריאות בין מרכז הארץ והפריפריה הדרומית נשאר כמעט ללא שינוי. הפערים בבריאות בין תושבי הדרום לבין שאר הארץ אינם פוגעים רק בבריאותם של תושבי האזור, הם פוגעים באופן חמור במרקם חייהן של קהילות ומשפחות ופוגעות בחוסן הלאומי ובסולידריות החברתית במדינת ישראל.

ה. אי לכך, הקואליציה לקידום הבריאות בנגב קוראת לממשלת ישראל להכיר בדרום כאזור עדיפות לאומית ולבצע את הצעדים הבאים בהקדם האפשרי:

- חיוב קופות החולים לפרסם ולהנגיש לציבור מידע אודות הקצאת המשאבים ואספקת השירותים לפריפריה הגיאוגרפית.
- הוספת מדדי ביצוע בהקשר של צמצום פערי שוויון למודל התקצוב של קופות החולים.
- מימוש כל החלטות הממשלה הכלולות בהחלטה מס' 2025, כולל הקמת בית חולים נוסף לנגב, תהליך הדורש הערכות כבר מהיום בדגש על כוח אדם שיאייש את בית החולים.
- הגדלת ותמרוץ כוח אדם איכותי והרחבת תשתיות הלימוד בנגב, בדגש על מקצועות הבריאות, תוך שימת דגש על סטודנטים תושבי הנגב היות והסיכוי שיישארו בנגב גבוה משמעותית.
- חיזוק תחום קידום בריאות ורפואה מונעת, בדגש על בריאות האוכלוסייה הבדואית, תוך חיזוק הקשר עם הרשויות המקומיות.
- יישום תפיסת בריאות בכל מדיניות וחיזוק הקשר שבין מערכות הבריאות למערכות השונות המשפיעות על הבריאות כגון סביבה, חינוך, רווחה ותעסוקה.

מלֶּחֶס תְּנִיזָה

אִתְּסֵם הָעֵקֶד הָאַחִיר בַּזְּיָד הַוְּעִי חֵיָאֵל פְּצִיָּה הַלַּמְסָאוָה פִּי הַصְּחָה פִּי אִסְרָאֵיל. חֵסֶסֶה הַפְּגִוָּת הָעֵמִיקָה בֵּין הַמֶּרְכֵּז וְהַצְּוָחִי. תִּסְלֵט הַזֶּה הַוְּחִיקָה הַצְּוֹעַ עַל הַפְּגִוָּת הַרְּיִסִיָּה פִּי מְגָל הַصְּחָה בֵּין מֶרְכֵּז וְגִנּוּבִי הַבִּלָּד. וְעַל הַמְּסָעִי הַחֲקוּמִיָּה לְתַקְלִיבֵּשׁ הַזֶּה הַפְּגִוָּת פִּי הָעֵקֶד הָאַחִיר וְנִתְאַחַּח הַזֶּה הַמְּסָעִי. וְתִקְדָּם סִלְסֵלָה מִן הַתּוּסִיָּבִים לְמִתַּבַּעֵה הַסִּירוּרָה. מָא יִלְי מִלְּחֶס לָאֵהֵם הַנְּקָאֵט פִּי הַוְּחִיקָה.

א. פְּגִוָּת פִּי וָאֵעַ הַصְּחָה - הַפְּגִוָּת פִּי הַصְּחָה בֵּין מֶרְכֵּז הַבִּלָּד וְגִנּוּבִיהָ תִּנְעַקֵּס פִּי מְעֻזֵּת הַמְּוֹשְׁרָת: מְעַדְלָת הַמֶּרֶז. מָמוּל הָעֵמֶר. וְפִיָּת הָאֻפְלָל. עוֹמֵל הַחֶזֶק. הַסְּלוּק הַמְּעַזָּז לְלִסְחָה וְהַנְּטוֹר הַזָּאֵתִי לְלִסְחָה - גְּמִיעָהָ תִּסְיֵא לְסִכָּאֵן גִּנּוּבִי הַבִּלָּד.

ב. פְּגִוָּת פִּי הַמְּוָרֵד וְהַצְּוִי הַבְּשִׁרִיָּה - הַפְּגִוָּת בֵּין מֶרְכֵּז הַבִּלָּד וְגִנּוּבִיהָ תִּנְעַקֵּס פִּי נִסְבָּה אֶפְל מִן הָאֻפְלָאָה וְהַצְּוִי הָעָמָלָה פִּי מְגָל הַתְּמִרִיבֵּשׁ וּמְגָלָּת סְחִיָּה אֲחֵרָה לְלִפְרֵד. הֵנָּה אֵיבָּא פְּגִוָּת בָּרֵזָה פִּי מְנָלִיָּה הַמְּרָכֵּז הַסְּחִיָּה. עַדֵּד הָאֻסְרָה פִּי הָאֻקְסָאָם וּמְדָה הָאֻסְתִּישְׁפָאָה.

ג. הַסִּיָּסָאָת הַחֲקוּמִיָּה פִּי הָעֵקֶד הָאַחִיר לְתַקְלִיבֵּשׁ הַלַּמְסָאוָה פִּי הַסְּחָה - פִּי הָעֵקֶד הָאַחִיר. אִזְדָּד הַוְּעִי הַחֲקוּמִי בְּחִסּוּס צְרֻרָה אֵיבָּא חֵל לְמִנְהֵחַ לְאִזְמָה הַסְּחָה פִּי הַגִּנּוּב. יִמְכַנְנָא זְכָר בְּעֻז הַחֻטּוֹת הַתִּי אִתְּחַדֵּת פִּי הַזֶּה הַצְּדָד:

- תְּחַדִּיבֵּת סְחִיָּגָה אֲגוּר הָאֻפְלָאָה הַסְּנִוּוּיָּה לְתִשְׁחִיבֵּשׁ סְנָאֵדִיק הַמֶּרֶזִּי עַלֵּי תְּחִסִּיבֵּשׁ מְוָרֵד אִזְפָּאֵיָּה לְלִצְוָחִי הַגֵּגְרָפִיָּה.
- תְּקַדִּיבֵּשׁ חוֹאֲפִז לְתִשְׁחִיבֵּשׁ אִנְתַּקָּל הָאֻפְלָאָה וְהָאֻפְלָאָה הַמְּתַרְבִּיבִין אֵלֵי הַצְּוָחִי (הַחוֹאֲפִז אֵלֵי הָעָמָ הַמָּאֲזִי).
- זְיָאָה אֲטֵר הַתְּאֵהִיל לְמוּצוּעִי הַטֵּב וְהַתְּמִרִיבֵּשׁ.
- אִקָּמָה לְגִנָּה בֵּין-וּזְרָאֵיָּה לְתַקְיִיבֵּשׁ הַוְּזַע הַסְּחִי פִּי הַנְּקֵב. וְהַתִּי קַדְמַת תּוּסִיָּבִים לְתַעְרִיבֵּשׁ וּדְעַמֵּה גְּהָאֵז הַסְּחָה פִּי הַנְּקֵב ("לְגִנָּה אֻפִּיק").
- הַקְּרָאֵר הַחֲקוּמִי 2025 הַזֶּה יִנְתַּזֵּמֵן תְּדָאִיבֵּר מְחֻלָּפָה לְתַעְרִיבֵּשׁ הַגְּהָאֵז הַסְּחִי. וּמִן בֵּינֵהָ הַקְּרָאֵר בְּדַעַמֵּה וְתַעְרִיבֵּשׁ הַמֶּרְכֵּז הַטֵּבִי סוּרוּקָא וְאִקָּמָה מְסִתְשִׁפִּי אֲחֵר פִּי בְּנֵר הַסְּבִיב.
- פִּתַּח קִסֵּם אִעָּדָה תְּאֵהִיל פִּי מְסִתְשִׁפִּי סוּרוּקָא. וּמְסִתְשִׁפִּי אִעָּדָה הַתְּאֵהִיל ("עָלִיָּה נִיגִיב").
- תַּעְרִיבֵּשׁ הַמְּנָלִיָּה לְחֻדְמָת הַסְּחָה הַנְּפִסִּיָּה פִּי אִטָּר הָאִיִּלָּח.



• تأميم خدمات صحة الطالب في لواء الجنوب.

ث. تقييم الوضع بعد نحو عقد من الزمن يشير إلى وجود فجوات بين النوايا المعلنة للحكومة وبين الواقع. والخطوات الفعلية التي تتخذها الحكومة.

- تحديث صيغة أجور الأطباء السنوية لم يؤد إلى زيادة استثمار صناديق المرضى في الجنوب. لا يوجد تخصيص واضح للميزانيات، ولا توجد شفافية واضحة في حجم الميزانيات التي تستثمرها صناديق المرضى في الضواحي.
- خطة الحوافز أسفرت عن نجاحات جزئية، ولكنها لم تخلق التغيير المرجو في توزيع الموارد البشرية في مجال الصحة.
- معظم التوصيات التي انعكست في القرار الحكومي ٢٠٢٥ طبقت بشكل جزئي أو لم تطبق على الإطلاق. وعلى رأسها إقامة مستشفى إضافي في بئر السبع، الذي يبدو أنه لن يتم في التاريخ المخطط له (٢٠٢٥). بالرغم من التقدم الذي أحرز مؤخراً في لجنة التخطيط العليا. في أعقاب ذلك، قدّم التماس من قبل مجلس النقب، ائتلاف منظمات الصحة في النقب ورؤساء السلطات المحلية ضد حكومة إسرائيل.
- هناك فجوات عميقة في القوى العاملة، خاصة ممرضات الصحة العامة في لواء الجنوب، وذلك من حيث عدد الوظائف ومن حيث عدد الوظائف صعبة الإشغال. حتى الآن، لم تجد الحكومة الصيغة الملائمة لإصلاح هذا الوضع.

أخيراً، القرارات والسياسات الحكومية التي طبقتها وزارة الصحة ووزارة المالية كانت خطوة في الاتجاه الصحيح، ولكنها لم تخلق التغيير الكافي في الواقع. لقد أدى عجز الحكومة عن تطبيق وتمويل الإجراءات الملائمة إلى جمود شبه مطلق في حالة اللامساواة في الصحة بين مركز البلاد والضواحي الجنوبية. الفجوات في الصحة بين سكان الجنوب وسائر أنحاء البلاد لا تضر بصحة السكان فقط، بل تضر أيضاً بالنسيج الحياتي للمجتمعات والعائلات، وتضرّ بالحصانة الوطنية وبالتكافل الاجتماعي في دولة إسرائيل.

ج. بناءً على ذلك، يدعو ائتلاف تعزيز الصحة في النقب حكومة إسرائيل للاعتراف بمنطقة الجنوب كمنطقة أفضلية قومية واتخاذ الخطوات القادمة في أسرع وقت ممكن:

- إلزام صناديق المرضى بنشر وإتاحة المعلومات للجمهور حول تخصيص الموارد وتقديم الخدمات للضواحي الجغرافية.
- إضافة مؤشرات تنفيذية في سياق تقليص فجوات اللامساواة إلى نموذج تخصيص الميزانيات في صناديق المرضى.
- تنفيذ جميع قرارات الحكومة الواردة في القرار رقم ٢٠٢٥، بما في ذلك إقامة مستشفى إضافي في بئر السبع، وهي سيرورة التي تتطلب الاستعداد من الآن، مع التركيز على القوى البشرية التي ستعمل في المستشفى.
- زيادة وتحفيز قوى بشرية نوعية وتوسيع البنى التحتية التعليمية في النقب، مع التشديد على الطلاب سكان النقب، لأن احتمال بقائهم في النقب عال جداً.
- تعزيز مجال الصحة والطب الوقائي، مع التركيز على صحة المجتمع البدوي، إلى جانب توطيد العلاقة مع السلطات المحلية.
- تطبيق نهج صحي متساوق في جميع السياسات، وتوطيد العلاقة بين النظم الصحية والنظم المختلفة التي تؤثر على البيئة، التربية والتعليم، الرفاه والتشغيل.

"מכל סוגי אי-השוויון, אי-שוויון בבריאות הוא המזעזע וחסר האנושיות ביותר" (מרטין לותר קינג)¹

בריאות היא אחד היסודות לאיכות חייו של אדם. בריאותה של האוכלוסייה מושפעת ממכלול מרכיבים קשורים להיבטים ביולוגיים-פיזיים של האוכלוסייה, לתנאים סביבתיים וחברתיים, למאפייני התנהגות, למערכת שירותי הבריאות ולרמת הרפואה. נאמנה לתפיסה זו חוקקה הכנסת את חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד (1994) המציין כי החוק "יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית"². ואולם, החוק חסר הגדרה אופרטיבית של מושגי השוויון במידת הנגישות של שירותי הבריאות שהיא מספקת לתושבים, וזאת לצד העדר פיקוח על מימוש השוויון בפועל ברמת הנגישות של תושבי המדינה לשירותי בריאות איכותיים³. לצד זאת, בשנים האחרונות הועלתה ביקורת נוקבת על כך שמערכת הבריאות בישראל לא הסתגלה כראוי למגמות הדמוגרפיות, הטכנולוגיות והחברתיות שהתחוללו בבריאות בעשורים האחרונים, ובכללן הזדקנות האוכלוסייה, התייקרות הטכנולוגיות והתרחבות הצרכים הרפואיים - שהשילוב ביניהן הוביל להתייקרות גלובלית של שירותי בריאות⁴. עקב כך, נראתה עלייה קבועה בהוצאה הלאומית על בריאות ביחס לתמ"ג ב-OECD, ובאותה העת, שיעור ההוצאה בישראל נותר כשהיה. כך שבעוד ובמדינות כמו בלגיה, הולנד, גרמניה וצרפת שבדומה לישראל מפעילות מודל של ביטוח בריאות ממלכתי וקופות חולים, ההוצאה על בריאות עומדת על כ-11% מהתמ"ג, בישראל שיעור ההוצאה ביחס לתמ"ג נותר יציב בסביבות 7.4% במשך עשורים. השחיקה התקציבית הגוברת בבריאות הציבורית באה לידי ביטוי בעומסים בלתי נסבלים בבתי החולים, במחסור במיטות אשפוז, בתקניה חסרה של כוח רפואי, בשחיקת שירותי הבריאות הציבור ועוד. רבים מתושבי ישראל פונים לפיכך לשירותי בריאות פרטיים במטרה לקבל מענים זמינים ונוחים יותר⁵.

ההתדרדרות במערכת הבריאות הציבורית משפיעה בראש ובראשונה על תושבי הפריפריה החברתית והגיאוגרפית במדינה, שרבים מהם אינם יכולים לרכוש שירותי בריאות יקרים בשוק הפרטי, מה גם ששירותים אלה מרוכזים באופן טבעי במרכז. בהיעדר יכולת זאת הם תלויים בשירותי הבריאות הזמינים באזור מגוריהם. הפגיעה בתושבי הפריפריה משמעותית אף יותר לאור העובדה שפריסת המשאבים והיכולת לגייס כוח אדם רפואי איכותי נמוכים יותר באזור מגוריהם, דבר שמביא לכך ששירותי הבריאות הנגישים להם נופלים משירותי הבריאות הנגישים לתושבי המרכז. הפערים בין מרכז לפריפריה באים לידי ביטוי במיוחד במצב הבריאות בנגב.

מטרת המסמך היא להציג את הפערים במדדי הבריאות של תושבי הדרום ביחס לתושבי יתר הארץ ואת הפערים בהקצאת המשאבים וכוח האדם. כן יוצגו מאמצי הממשלה לצמצם את הפערים הללו בעשור האחרון ותוצאותיהם של אותם מהלכים בשינוי המצב בפועל. כמו כן, המסמך מצביע על שורה של צעדי מדיניות שעל ממשלת ישראל לקדם בהקדם האפשרי.

מסמך זה סוקר את התמורות המרכזיות שחלו בנגב בעשור האחרון בדגש על שינויים שהתחוללו בתחום הבריאות, במטרה להאיר על מגמות מסמך זה סוקר את התמורות המרכזיות שחלו בנגב בעשור האחרון בדגש על שינויים שהתחוללו בתחום הבריאות, במטרה להאיר על מגמות חיוביות ועל צרכים שנתרו ללא מענה.

אי-השוויון בשירותי בריאות בין מחוז דרום ליתר המחוזות במדינה אינו תולדה רק של התנאים במערכת הבריאות אלא גם של המצב החברתי-כלכלי בישראל. למעשה התנאים החברתיים-כלכליים הם הגורם המשמעותי המשפיע על הבריאות ולכן כל מענה לצמצום פערים בבריאות חייב לקחת משתנים אלו בחשבון. ניתן לייחס את הפערים בתחומי הבריאות בנגב לשני גורמים עיקריים: פיזור גיאוגרפי רחב וריכוז של אוכלוסיות מוחלשות מבחינה חברתית - כלכלית. כ-81% משטח מחוז הדרום אינו מוגדר כשטח בנוי, חקלאי או מיוער⁶. המרחבים הבלתי מיושבים העצומים מקשים על ההתפתחות הכלכלית של מחוז הדרום. שתי האוכלוסיות העיקריות המרכיבות את הנגב הן אוכלוסיות מוחלשות, כל אחת מסיבותיה. ראשית, **המהגרים היהודים יוצאי מדינות צפון אפריקה**, שנשלחו לאזור הנגב בשנות החמישים בשל מדיניות הממשלה לחיזוק ההתיישבות באזורים בעלי אוכלוסייה דלילה יחסית. הללו שוכנו ברובם ביישובים קטנים בעלי תשתיות כלכליות דלות שהנציחו את מצבם הכלכלי, בעוד התושבים שהתבססו מבחינה כלכלית היגרו למרכז הארץ⁷. שנית, **התושבים הבדואים** אשר מעמדם ההתיישבותי מעולם לא הוסדר כיאות, ורק בשנות השישים החלו הרשויות להקים עבור האוכלוסייה יישובי קבע⁸. כיום, מתגוררת ביישובים הללו אוכלוסייה המונה מעל 240 אלף איש, ואילו היתר, כ-80 אלף איש, מתגוררים מחוץ ליישובים מוסדרים, הידועים גם כ"כפרים הלא מוכרים בנגב"⁹. ככלל האוכלוסייה הבדואית לא זכתה מעולם לשירותים שווים ומאופיינת לפיכך בשיעור גבוה של עוני, בפערים בהשכלה, ונגישות נמוכה להזדמנויות חברתיות וכלכליות¹⁰.

מבחינה כלכלית - פוליטית, חלק נכבד מהאחריות להיעדר הפיתוח נופל לפתחן של ממשלות ישראל ההיסטוריות, אשר לצד הכוונה של אוכלוסיות מוחלשות לפריפריה הצפונית והדרומית, פיתחה באזורים אלה בעיקר ענפי תעשייה שבהם ניתן היה להעסיק כוח אדם נטול מיומנויות (טקסטיל, מחצבים, עיבוד תוצרת חקלאית). לימים עם התגברות מגמות הגלובליזציה התקשו לעמוד בתחרות הבינלאומית, דבר שפגע בביטחון התעסוקתי של האוכלוסייה¹¹. לצד זאת, ניתן להצביע על אפליה בהקצאת קרקעות, בבניית תשתיות לאומיות, ותכנון של יישובי הערביים בפריפריה כגורמים המעכבים את הפיתוח המקומי¹². ואכן, מרבית יישובי הנגב אינם מתאפיינים במצב סוציו-כלכלי איתן. העיר באר שבע למשל, ממוקמת באשכול סוציו-אקונומי 5, עירות הפיתוח (דימונה, נתיבות ואופקים) ממוקמות באשכולות 3-4, הרשויות המקומיות הבדואיות (תל שבע, שגב שלום, ערערה בנגב) ממוקמות באשכול סוציו-כלכלי 1. רק קומץ יישובים (מיתר, להבים ועומר) ממוקמים באשכולות 8-9¹³.

הפערים הכלכליים מתבטאים גם בהכנסה אישית. עפ"י סקר ביטוח לאומי השכר הממוצע לשכירים בשנת 2016 בנפת באר שבע עמד על 9,346 לחודש עבודה, וזאת לעומת 11,640 בנפת תל אביב¹⁴. על פי סקר הלמ"ס שפורסם ב-2020 השכר ביישובים היהודיים

⁶ "שנתון סטטיסטי לישראל 2019, פרק 1: גיאוגרפיה", הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 29 ביולי, 2019.

⁷ אבי פיקאר. "ראשיתה של העלייה הסלקטיבית בשנות החמישים", עיונים בתקומת ישראל 9, 1999, 338-394.

⁸ חבצלת יהל. "הצעות ליישוב בדווי הנגב בימי טרום וראשית מדינת ישראל: 1948-1949", ישראל 25, 2018, 1-29.

⁹ ראו: "הכפרים הבדווים הבלתי מוכרים בנגב - עובדות ומספרים", האגודה לזכויות האזרח, 30 בדצמבר, 2019.

¹⁰ חנינא פורת. "הנגב - 'פריפריה שכוחה' או 'ספר יישובי מועדף'", מחלקה ראשונה, 28 באוגוסט, 2018.

¹¹ "מסקנות הוועדה הבין משרדית לבחינת מדיניות הטבות המס והמענקים במסגרת החוק לעידוד השקעות הון", מונגשות לידי שר האוצר יובל שטייניץ ושר התמ"ת בנימין בן אליעזר, 2010.

¹² רג'א חורי. "מדיניות הקרקעות והתכנון בישראל - אין מקום לערבים?", המכון הישראלי לדמוקרטיה, פרלמנט, 76, מרץ 2013

¹³ ראו: מפת הבריאות היישובית, מדד חברתי-כלכלי, משרד הבריאות.

¹⁴ מרק רוזנברג. "שכר מעבודה לפי יישוב ומשתנים כלכליים שונים 2016", המוסד לביטוח לאומי, נובמבר 2018: "הבדואים בנגב: עובדות ומספרים", מאירס - ג'וינט - ברוקדייל, מאי 2017.

¹ Edward Kennedy. "The Role of The Federal Government in Eliminating Health Disparities", Health Affairs, 24, 2

² ראו: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, סעיף 1.

³ רותי הוסטובסקי. "תפקידו של בית המשפט בקביעת קריטריונים לצורך מימוש הזכות לקבלת שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים", מעשי משפט, כרך ח', 2016. נסים כהן. "רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים", המכון הישראלי לדמוקרטיה, פברואר, 2014.

⁴ ראו: "משרד הבריאות - סוגיות בתקציב מערכת הבריאות", מבקר המדינה, דוח שנתי 65, התשע"ה-2015; שלי לוי. "היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל", הכנסת, מרכז המחקר והמידע, ירושלים, יולי 2008; לאה אחדות ונבי בן נון. "תקציב הבריאות במצוקה: בין הפרטי לציבורי", מכון ון ליר, 15 ביוני, 2011.

⁵ דב צ'רינובסקי. "מערכת הבריאות: מבט על", מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, 23 בפברואר, 2019; רוני לינדר. "דו"ח המבקר: כך פוגעים בבריאות הציבור בגלל חוסר תכנון", דה מרקר, 6 במאי, 2019; "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", מבקר המדינה, דוח שנתי 65, 2015, 503-554.

עמד על 1,286 ו-7,262 ש"ח לגברים ו-6,292 ש"ח לבקרב גברים ו-3,717 ש"ח בקרב נשים. לעומת זאת, השכר הממוצע בתל אביב עמד על 13,132 ש"ח לגברים ו-8,884 ש"ח לנשים. מחוז הדרום (בצוותא עם מחוז הצפון) מאופיין כאזור שהסיכוי למצוא בו עבודה הוא הנמוך ביותר¹⁵.

מאפיין נוסף של אזור הנגב הוא **צפיפות דיור גבוהה ביחס לממוצע הארצי**. ברמה הארצית, במשקי בית יהודים ממוצע הנפשות למשק בית עומד על 3.09 וממוצע הנפשות לחדר עומד על 0.8. במשקי בית ערביים ממוצע הנפשות למשק בית עומד על 4.49 וממוצע הנפשות לחדר על 1.31¹⁶. בנפת באר שבע הממוצע עומד על 3.63. (בהשוואה ל-2.63 במחוז תל אביב, 3.27 במחוז מרכז, 2.93 במחוז חיפה, 3.61 לחדר במחוז צפון, נמוך מזה במחוז ירושלים 3.98). יתר על כן, היישובים המקיפים את העיר באר שבע (הטבעת החיצונית) מאופיינים בצפיפות גבוהה ביותר. כך שבעוד שיעור משקי הבית שבהם יש 2 נפשות ומעלה במטרופולין באר שבע עמד על 1.29% (לעומת 2.8% בתל אביב, 2.7% בחיפה, ו-17.1% בירושלים), עמד שיעור זה על 35.7% ממשקי הבית בטבעת החיצונית של באר שבע. יתר על כן, כ-55% ממשקי הבית בטבעת החיצונית של באר שבע היה ממוצע של יותר מנפש לחדר במשק הבית (בהשוואה לפחות מ-45% באוכלוסייה הכללית)¹⁷.

תחום נוסף שבו מתבטאים הפערים בין דרום הארץ לבין מרכז הוא חינוך. בשנת 2017 שיעור הזכאים לתעודת בגרות מקרב תושבי מחוז דרום מסיימי י"ב שעומדים בדרישות הסף לכניסה לאוניברסיטה עמד על 62.7% בקרב האוכלוסייה היהודית ו-36.1% באוכלוסייה הדרונית, וזאת כאשר בתל אביב שיעור הזכאים עמד על 73.6%¹⁸. יתרה מזאת, שיעור הנשירה מבתי ספר על יסודיים בקרב בני נוער בדואים מהנגב עומד על 29%, וזאת לעומת 5% מכלל האוכלוסייה בישראל¹⁹.

לצד הפערים הכלכליים פוליטיים שצוינו, **אין להתעלם מהמצב הביטחוני החמור המאפיין את אזור הנגב** - בדגש על הנגב המערבי מזה כעשרים שנה בשל מתקפות הטילים שמקורן בקונפליקט המתמשך עם ארגוני ההתנגדות הפלסטינים ברצועת עזה²⁰. החשופים לירי סובלים מרמות גבוהות של תסמיני הפרעות פוסט טראומטיות, פגיעות בגוף וכן ברכוש²¹.

בדומה למרבית המחוזות בארץ (למעט מחוז יו"ש ומחוז המרכז), מחוז דרום מאופיין במגמה ארוכת שנים של הגירה פנימית שלילית. בין השנים 2006 - 2015, היגרו אל המחוז 325 אלף איש, ו-350 אלף הגרו מחוצה לו²². אולם, על פי דו"ח שפורסם ב-2019, מאז ההגירה השלילית הלך והצטמצם בין השנים 2015-2019 עד שהפך לחיובי בשנה האחרונה²³. בסוף 2018 כבר מנה הנגב 825.5 אלף תושבים, גידול של 184.3 אלף תושבים ביחס לשנת 2008 אז עמד מספר התושבים בנגב על 641.2 אלף תושבים. למרות הגידול המהיר, מאז שנות החמישים אוכלוסייה זו נשענת באופן כמעט בלבדי על בית חולים אחד - **מרכז רפואי סורוקה בבאר שבע**²⁴.

ראוי לציין כי **בעשור האחרון ידע הנגב תהליכי פיתוח מואצים**. הוקם פארק התעשייה עידן הנגב, ואזור התעשייה נ.ע.מ בנגב המערבי עובר משלב ההקמה לשלב התפעול השוטף. בנוסף, מוקם פארק ההייטק והסייבר בבאר שבע שמטרתו ליצור רצף גיאוגרפי בין החברות בפארק, הקמפוס הטכנולוגי של צה"ל, אוניברסיטת בן-גוריון, והמרכז הרפואי סורוקה. כמו כן, נחנך קו הרכבת המחבר את באר שבע עם יושביי הנגב המערבי, ומושלמת סלילתו של כביש 6 עד לצומת שוקת²⁵. במסגרת הסכמי הגג עם הרשויות המקומיות בנגב אושרו כ-90,000 יחידות דיור שצפויות להכפיל ולשלש חלק מן היישובים באזור. עם זאת, טרם הושלם תכנונו של אזור התעשייה בצומת שוקת (כביש 31) אשר אמור היה לתת מענה לפיתוח הכלכלי של צפון מזרח הנגב.

בעשור האחרון קידמה הממשלה מספר תוכניות לקידום הנגב: **החלטת ממשלה 546** (2013) - התוכנית הלאומית לפיתוח הנגב על רקע מעבר צה"ל לדרומה; **תוכנית רב שנתית לפיתוח הדרום 2025** (2014) - תוכנית מרכזית רב שנתית שנועדה לתת מענה למגוון תחומים: דיור, צמיחה דמוגרפית, תרבות ופנאי, תשתיות כלכלה עסקים, בריאות ועוד²⁶. לצד תוכניות אלו קדמה הממשלה את **החלטה מספר 2397** (2017) תוכנית חומש לחיזוק האוכלוסייה והרשויות המקומיות הדרוניות בנגב. במסגרת תוכנית זו הוגדרו גם פעולות לטובת חיזוק מערך הבריאות באזור הנגב²⁷.

בנוסף, בעשורים האחרונים עלתה המודעות במערכות הבריאות ובציבור הרחב **לאי-השוויון בבריאות של תושבי הפריפריה בכלל ובנגב בפרט**. בין יתר הדוחות ניתן לציין מחקר של מכון "מאירס- ג'וינט-ברוקדייל" משנת 2006, אשר הצביע על צעדים שמערכת הבריאות יכולה לנקוט לצמצום אי-השוויון: הכרה בקיום הבעיה כתנאי מוקדם; מעורבות בתכנון ובפעילות ארוכי-טווח לצמצום אי-השוויון; הפעלת תוכניות התערבות המיועדות לאוכלוסיות ספציפיות; חיזוק עיסוק מניעה המבוססת על עובדות בכל הרמות במערכת הבריאות; עדיפות לצמצום אי-השוויון והקצאת משאבים הולמים²⁸. דו"ח של מרכז המחקר והמידע של הכנסת מ-2008 הצביע על כך שמחוז הדרום מאופיין בהקצאת משאבים נמוכה ביותר ביחס ליתר המחוזות במיטות אשפוז כללי, מיטות טיפול נמרץ, בשיעור ימי אשפוז ועוד, וכך גם בשיעור עמדות רפואה דחופה, עמדות ניתוח, עמדות דיאליזה, עמדות התעוררות ועמדות לידה. המחוז אופיין גם בשיעור הנמוך ביותר של רופאי קהילה לנפש, שני בתחתית הדירוג ברופאים מקצועיים, וכן בשיעור הרופאים הלא מומחים במחוז דרום הוא כמעט הגבוה ביותר בין המחוזות בישראל²⁹.

לסיכומו של עניין, **אזור הדרום בפרט והנגב בכלל, מאופיינים כאזורים דליי אוכלוסין, במחסור בתשתיות ובפיתוח עירוני ותעשייתי, ובהשקעות ומדיניות ממשלתית לא הולמות. האוכלוסיות ברובן מוחלשות מבחינה חברתית וכלכלית לעומת מחוזות אחרים, ומרבית היישובים ממוקמים באשכולות חברתיים-כלכליים נמוכים. בהתאם, רמת שירותי הבריאות שאפיינה את האזור במשך עשורים אופיינה כנמוכה ביחס לרמת שירותי הבריאות. שניתנו לתושבי המרכז, דבר שהתבטא גם במדדי הבריאות של תושבי האזור.**

¹⁵ "דוח סיכום שנת 2019 - מגמות בשוק העבודה", שירות התעסוקה הישראלי, 15 בינואר, 2020.

¹⁶ "משקי בית תכונות כלכליות וצפיפות דיור על פי סקרי כוח אדם 2018", הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פרסום מס' 3871 מרץ, 2020.

¹⁷ https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2020/1783_households_labour_survey_2018/h_print.pdf

¹⁸ "הרשויות המקומיות בישראל 2017", הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 30 ביוני, 2019.

¹⁹ "הבדואים בנגב: עובדות ומספרים מאי 2017", מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, מאי 2017.

²⁰ סיגל בן דוד. "קראו לנו בכיינים: תושבי עוטף עזה חושפים מציאות בלתי נסבלת שנמשכת 18 שנה", מעריב, ה-28 במרץ, 2019.

²¹ זהבה סולומון, ליאת יצחקי, יפית לוי. "חיים בצל טילים: הערכת צרכים ויעילות התערבות", הוגש למוסד לביטוח לאומי.

²² נטע משה. "נתונים על תעסוקה וענף התעשייה במחוז הדרום", הכנסת, מרכז המחקר והמידע, 3 ביולי, 2017, ע' 2.

²³ <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5626107,00.html>

²⁴ "הועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום דו"ח מסכם לשרת הבריאות ומנכ"ל משרד ראש הממשלה", משרד הבריאות, מנהל הרפואה, ירושלים, אוגוסט 2014.

²⁵ איתמר גנות. "חזון ישראל 2040 - רילוקיישן ישראלי: קק"ל יוצרת סדר עדיפויות לאומי חדש", מעריב, ה-18 בפברואר, 2020.

יאסר עוקבי. "פארק תעשייה חדש יקום בנגב בעלות 70 מיליון שקל", מעריב, ה-22 במאי, 2018.

אורלי הרר. "50 מיליון ש"ח לפארק התעשייה בנתבות", ערוץ 7, ה-1 במרץ, 2017.

²⁶ "תוכנית רב שנתית לפיתוח הדרום", מספר החלטה 2025, משרד ראש הממשלה, ה-23 בספטמבר, 2014.

²⁷ "תוכנית לפיתוח כלכלי חברתי בקרב האוכלוסייה הדרונית בנגב 2017-2021", מספר החלטה 2397, משרד ראש הממשלה, ה-12 בפברואר, 2017.

²⁸ ברוך רוזן, ליאו אפשטיין, רחל גולדווג, שורוק איסמעיל, מרים גרינשטיין. "צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותוכנית פעולה", דו"ח מחקר, "מאירס- ג'וינט-ברוקדייל", אפריל 2006.

²⁹ שלי לוי. "היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל", הכנסת, מרכז המחקר והמידע, ירושלים, יולי 2008.

ג. סקירת אירועי בריאות משמעותיים בעשור האחרון בנגב

כפי שצוין לעיל, אי-השוויון בבריאות בין מחוז הדרום בכלל והנגב בפרט לבין מרכז הארץ אינו בגדר תופעה חדשה. העשור האחרון אופייני בהעלאת המודעות למקורות אי-שוויון בבריאות בפריפריה הדרומית של ישראל ובקידום מדיניות שנועדה לתת לכך מענה. במסגרת המאמצים לקידום הבריאות בפריפריה ובפרט במחוז הדרום ננקטו מספר צעדים ראויים לציון. **הפרק הבא דן בצעדים אלה ובהשלכותיהם על מצב הבריאות בנגב.**

עדכון נוסחת הקפיטציה (2010)

מנגנון הקפיטציה משמש להקצאת הכספים הנגבים על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין קופות החולים. בהתאם לתפיסת הצדק החברתי המגולמת בחוק, מנגנון הקפיטציה נועד להעמיד לרשות מבוטחים בעלי נתוני בריאות שונים הזדמנויות שוות לקבלת שירותי בריאות באמצעות חלוקה הוגנת של המשאבים בין הקופות. כאשר הנוסחה הניצבת בבסיס המנגנון, נועדה לחשב את נתח התקציב הדרוש לכל קופה בהתאם לצורכי מבוטחיה. נוסחה זו יוצרת, למעשה, "אפליה מתקנת" בין קופות החולים כך שיינתן "פיצוי" לקופה אשר מבוטחיה צורכים יותר שירותי בריאות. הקצאה ראויה אמורה למנוע אי-אספקה הוגנת של שירותי בריאות, ולברירת מבוטחים על רקע מצבם הבריאותי, גילם, מגדרם, מעמדם הסוציו-אקונומי ואזור מגוריהם³⁰.

אף שסעיף 94 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המתווה את עקרונות הקצאת הכספים בין קופות-החולים, קובע כי בחישוב מספר הנפשות המתוקננות יינתן לכל מבוטח משקל "לפי גילו, ריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה ולפי אמות מידה נוספות", **מאז עיצוב הנוסחה בשנת 1995 ועד לסוף אוקטובר 2010 המשתנה הגיאוגרפי לא נכלל בנוסחת הקפיטציה**. בשנת 2010 הוחלט להכליל בנוסחה גם מקדמי מגדר ופריפריה, לאור התפיסה שהעדר התייחסות מספקת למשתנים אלה אינו משקף צרכי הבריאות של מבוטחי קופות החולים³¹.

בנובמבר 2012 פרסם משרד הבריאות מסקנות באשר להוספת המשתנה פריפריה בנוסחת הקפיטציה. המשרד קבע שהתגמול לפריפריה אינו מחולל שינוי ואינו מצליח להגביר את התחרות בין הקופות על המטופלים בפריפריה. נתוני הביטוח הלאומי הצביעו על כך שהשינויים שחלו בעקבות שינוי הנוסחה היו מזערניים. בדיקה של מרכז המחקר והמידע של הכנסת הצביעה על כך שתוספת התקציב המיועד לפריפריה הסתכמה בפחות מ-150 מיליון ש"ח, סכום זניח בהתחשב בכך שהתקציב המועבר לקופות דרך מנגנון הקפיטציה עמד על 30 מיליארד ש"ח³².

פרסומים שעסקו בחוסר היעילות של המשתנה 'פריפריה' בנוסחת הקפיטציה העלו שהבסיס לקביעת הפיצוי לכל נפש מתוקננת ולפיכך גם יעילותו, אינם ברורים. **ניכר שאין במנגנון הקפיטציה ערובה לכך שהתקציב שניתן לקופת החולים בגין ריחוק גיאוגרפי אכן ישמש לפיתוח שירותי הקופות באזורי הפריפריה. דלילות האוכלוסייה באזור הנגב, יחד עם המחסור היחסי בתשתיות מחייבים היערכות והשקעה בתשתיות שהסכומים הנדרשים לביצועם הם קרוב לוודאי מעבר לתוספת**. יתר על כן, בשל פערי ההכנסות לרעת הנגב, האזור אינו מאופיין בביקושים גבוהים יחסית לשירותים במימון פרטי שהם מקור הכנסה נוסף גם לקופות וגם לנותני שירות. ביקושים אלה מתמרצים את הקופות להתחרות ולהשקיע במרכז - על חשבון הדרום³³.

החתימה על ההסכם הקיבוצי בין המעסיקים לבין ההסתדרות הרפואית (2011)

ב-25 באוגוסט 2011, לאחר שביתה ממושכת, נחתם הסכם קיבוצי בין ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית וההסתדרות המדיצינית הדסה (המעסיקים) לבין ההסתדרות הרפואית בישראל - הר"י. ההסכם כלל את הסכמת שני הצדדים בדבר "הצורך בהכנסת שינויים משמעותיים במערכת הבריאות". ההסכם נועד להביא מזור למערכת הבריאות הציבורית ולייצב את התנהלותה

³⁰ הסתדרות הרפואית בישראל. "עדכון נוסחת הקפיטציה", נייר עמדה, 2013.

³¹ שלי לוי. "המשתנה הגיאוגרפי בנוסחת הקפיטציה שתוקנה ב-2010 והשפעתו על התקציב בגין מבוטחים תושבי הנגב", מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 19 בנובמבר, 2011.

³² הסתדרות הרפואית בישראל. "עדכון נוסחת הקפיטציה", נייר עמדה, 2013.

³³ דב צירינחובסקי. "שינויים בהקצאה לקופת החולים לצמצום פערים בין מרכז ופריפריה - האומנם?!", מרכז טאוב, מאי 2011.

למשך שנים, לשפר את תנאי ההעסקה של הרופאים, ולתת מענה לציבור החולים. במסגרת ההסכם התחייבה המדינה לתת תמריצים כדי לעודד רופאים ומתמחים לעבור לפריפריה³⁴.

ההסכם הקיבוצי מגדיל את "תוספת הפריפריה" שתשולם לרופאים המועסקים באזורי פריפריה, וקובע מתן הלוואה עומדת בגובה 300 אלף ש"ח שתהפוך למענק בסיום ההתחייבות ותינתן לרופאים שיעברו לעבוד בבתי-חולים ובמרפאות קהילה בפריפריה. נוסף על כך, מתמחה או מומחה במקצוע מצוקה שיעבור לעבוד בפריפריה יהיה זכאי להלוואה עומדת שתהפוך למענק של 500 אלף ש"ח. המסגרת התקציבית שהוקצתה לתוכנית הסתיימה כבר ב-2014, ומאז במשך שנים הוקצבו כספים נוספים מדי שנה לתוכנית. הסכומים שהוקצו לתוכנית המענקים להמרצת מעבר רופאים לפריפריה הסתכמו בכמעט מיליארד שקלים לאורך עשור (אף שסכומיהם הלכו ופחתו). ב-2019 התקבלה החלטה לבטל את המשך תכנית המענקים³⁵.

הדעות בנוגע ליעילות התוכנית חלוקות. **סקרי כוח האדם של הלמ"ס הצביעו על כך שלמרות המענקים שיעור הרופאים בפריפריה הצפונית והדרומית היה פחות ממחצית שיעורם בתל אביב. יתר על כן, אי-השוויון בא לידי ביטוי בכך שגם שיעור הרופאים המומחים במרכז היה גבוה משיעורם בפריפריה**³⁶. יתר על כן, דו"ח ביקורת פנימי של משרד הבריאות שנגנז מצא שיותר משליש מהמתמחים בפריפריה תכננו לעבוד בה גם בתחילת לימודיהם³⁷. לעומת זאת, בהסתדרות הרפואית טענו כי בעקבות התוכנית עברו 1800 רופאים ורופאות לפריפריה הצפונית והדרומית ולמקצועות במצוקה, דבר שאיפשר לפתוח מחלקות נוספות ולפתח מקצועות במצוקה³⁸.

הרפורמה בבריאות הנפש

בשנת 2015 ביצעה מדינת ישראל רפורמה משמעותית במערכת בריאות הנפש, במסגרתה הועברה האחריות על הספקת שירותי בריאות הנפש מן המדינה אל קופות החולים. יישום הרפורמה מסדיר לראשונה, מאז כניסתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, את הזכות החוקית לקבלת טיפול נפשי, תוך קביעת סל טיפולים ושירותים שהקופות חייבות לתת לכל מבוטח, וזאת בזמן ובמרחק סבירים³⁹. אחת ממטרות הרפורמה הייתה לשפר את מצבם הקשה של שירותי בריאות הנפש בפריפריה, שדוחות שונים ובהם מבקר המדינה ומרכז המחקר של הכנסת הצביעו על מחסור בכוח אדם מקצועי, פריסה מצומצמת של מרפאות ותורים ארוכים מאוד - בפער ניכר מרמתם במרכז הארץ⁴⁰.

חמש שנים מביצוע הרפורמה ניתן לומר כי התוצאות אינן משביעות רצון, לפחות בנקודת הזמן הנוכחית. התקציב שהעבירה המדינה לקופות חולים לטיפול נפשי בקהילה אמנם גדל בלפחות 300% אלא שתקציב זה לא היה "צבוע", ולכן הקופות עשו בו גם שימושים אחרים. כמו כן, למרות הגידול בתקציב גדל מספר המטופלים ב-15% בלבד. בד בבד, מספר הפגישות לכל מטופל הצטמצם ב-30% עד 40%⁴¹. הביקורת על הרפורמה לבריאות הנפש, אשר בוטאה באופן פומבי על ידי הממונה לתחום במשרד הבריאות, ד"ר טל ברגמן-לוי, מצביעה על פערים חמורים בין מרכז לפריפריה בזמינות תורים ובזמני המתנה (סקר של משרד הבריאות מצא שזמני המתנה לבריאות נפש בבאר שבע כפולים ויותר מחיפה ובת ים)⁴². באותה העת, חשוב לציין כי הקמת תשתית בריאות הנפש על ידי הקופות הביאה לכך שהרבה אנשים שבעבר נמנעו מלקבל טיפול בתקופה שרוב השירותים היו פרטיים, מרגישים היום שיש להם יכולת לפנות לקופה ולקבל שירות⁴³.

³⁴ צוות גלובס. "האם התמריצים למתמחים בפריפריה נולדו בימי לפיד ומתו בתקופת כחלון?", גלובס, 6 באוגוסט, 2019.

³⁵ אדריאן פילוט. "אחרי עשור: האוצר מבטל את המענקים לרופאים בפריפריה", כלכליסט, 26 בספטמבר, 2019.

³⁶ שם.

³⁷ הילה ויסברג. "הפלוונטר הפוליטי גובה מחיר גם מהרופאים בפריפריה: המענקים יבוטלו החל מ-2020", גלובס, 26 בספטמבר, 2019.

³⁸ רותם אליזרע. "המתמחים שעברו לפריפריה עבור מענק מרגישים שלא סופרים אותם", 31 Ynet באוקטובר, 2018.

³⁹ הדר סמואל ואירית אלרועי. "הרפורמה במערכת בריאות הנפש בישראל", מאירס - ג'וינט - ברוקדייל, 3 בינואר, 2018.

⁴⁰ טל כרמון. "שירות במצוקה", דבר העובדים בארץ ישראל, 17 בנובמבר, 2016.

⁴¹ אביאל אורן. "כך קרסה הרפורמה בבריאות הנפש", 28 Ynet באוגוסט, 2018.

⁴² הילה ויסברג. "אתם בדיכאון? חכו שנה לפסיכולוג: המסמך שחושף את כישלון הרפורמה בבריאות הנפש, גלובס, 28 בינואר, 2019.

⁴³ בועז אפרת. "העלתה את הביקוש ולא טיפלה במצוקת התורים: החורים ברפורמת בריאות הנפש", וואלה, 18 ביולי, 2020.

הוועדה הבין משרדית לבחינת מצב הבריאות בנגב (2014)

הוועדה הבין משרדית שהתכנסה בראשות מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' ארנון אפק בשנת 2014, סקרה מגוון רחב של תחומי רפואה בדרום לקבלת תמונה שלמה: שירותי הקהילה, טיפות החלב, התפתחות הילד, שיקום, בריאות השן, מד"א, בריאות הנפש, מוקדים לרפואה דחופה, הוראת הרפואה וכוח האדם הרפואי בדרום, ובעקבות זאת המליצה של שורת צעדים:

תוספת של מאות מיטות לביה"ח סורוקה; הקמת בי"ח נוסף ציבורי בעיר באר שבע כמענה לגידול והזדקנות האוכלוסייה שיפעל החל משנת 2025; חיזוק המענה בתחום השיקום בדרום ע"י הוספת מחלקות לשיקום מידי בסורוקה ובברזילי, ומחלקות לשיקום כרוני בעלה נגב; חיזוק טיפות החלב לאור הצורך לתת מענה לאוכלוסייה צעירה; פתיחת מוקדי לילה כמענה לאוכלוסייה בפיזור רחב בנגב, וכך למנוע הגעה למיון סורוקה ולהקל על המיון היחידי בנגב; חיזוק כ"א מקצועי ע"י קורסים ייעודיים ומענקים, וכן הגדלת מספר הלומדים רפואה באוניברסיטת בן גוריון.

ההמלצה לפתוח בית חולים שני בבאר שבע אומצה בהחלטת ממשלה בספטמבר 2014, בה נקבע שמכרז הקמה יפורסם בתוך שנתיים. אולם, שש שנים לאחר פרסום ממצאי ועדת אפק, לא פורסם מכרז להקמת בית חולים נוסף. בעקבות זאת הוגשה עתירה מטעם קואליציית ארגוני הבריאות באזור בהובלת מועצת הנגב יחד עם ראשי רשויות מקומיות לבג"צ נגד שר הבריאות ושר האוצר בתביעה לפרסם בתוך 6 חודשים מכרז להקמת בית חולים שני בנגב (2019)⁴⁴. לאור קצב ההתקדמות עולה חשש שבית החולים השני לא ייפתח שערו בעשור הקרוב.

פתיחת מחלקת שיקום בבית החולים סורוקה. בעקבות המלצות הוועדה וכתוצאה של מאבק ציבורי הוקמה בסוף 2018 מחלקת שיקום בסורוקה המונה 36 מיטות. בנוסף, התקבלה ההחלטה להקמה של בית חולים שיקומי ראשון בנגב - עלה נגב. אכן הפינה להקמת בי"ח הנונה ב-2019, בבית החולים שצפוי לעלות למעלה מ-220 מיליון שקלים, צפוי לכלול 108 מיטות שיקום (כיום בכל רחבי ישראל יש 847 מיטות אשפוז), ויפעלו מחלקה אורתופדית ומחלקה ניירולוגית, בנוסף למכוני ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה. צפי הפתיחה הוא לשנת 2021⁴⁵.

הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה באוניברסיטת בן גוריון. מאז ההחלטה גדלה בהדרגה מכסת הסטודנטים הישראליים בכל אחת מהאוניברסיטאות בישראל המפעילות לימודי רפואה, ובכללן אוניברסיטת בן גוריון בהתחשב באילוצי זמינות מקומות ההתמחות בבתי החולים⁴⁶. ב-2018 אישרה הוועדה לתכנון ותקצוב של מערכת ההשכלה הגבוהה (ות"ת) הקצאת תקציבים כדי לעודד את האוניברסיטאות להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה. לפי הערכות בוועדה, הסכום יגיע לעשרות מיליוני שקלים. במסגרת התוכנית החדשה יגדל התעריף למספר הסטודנטים הקיים וכן יינתנו מענקים בעבור הגדלה של מספרם הכולל⁴⁷. אולם, ב-2019 המועצה להשכלה גבוהה (מל"ג) דחתה בקשה של בן גוריון להוסיף סטודנטים ישראלים לרפואה למסלול המיועד לסטודנטים מחו"ל בטענה שמסלול כזה אינו שוויוני ולפיכך לא ניתן לאשרו⁴⁸.

נכון להיום, מספר הסטודנטים לרפואה הלומדים בדרום הוא הנמוך במדינה. מתוך 5,194 סטודנטים לרפואה בישראל, רק 830 סטודנטים בדרום ולומדים באוניברסיטת בן גוריון. לפי סקר, חלק משמעותי מהם אינם דרומיים ואינם מתכוונים להשתקע בדרום הארץ כרופאים. לפי הערכות, פחות מ-3% מכלל הסטודנטים לרפואה בישראל הם תושבי הדרום במקור⁴⁹. נתונים אלה ממחישים את הצורך לפתח את כוח האדם יליד הדרום שישמש כעתודת הרפואה באזור בעתיד.

הלאמת שירותי בריאות התלמיד (2012)

בעבר סופקו שירותי בריאות התלמיד באופן בלעדי על ידי משרד הבריאות וניתנו על ידי האחיות בבתי הספר, ואולם בשנת 2006 החליט משרד האוצר להפריט את השירות. ההפרטה הביאה לפגיעה משמעותית בטיב השירות - בעוד שלפני ההפרטה עמד שיעור התלמידים המחוסנים על 95%-97% תלמידים במוצע, הרי שלאחר הפרטת השירות ירד שיעור החיסונים בעשרות אחוזים. בנוסף נרשמה ירידה משמעותית בבדיקות סקר לשמיעה, ראייה וגדילה, וכן חינוך לבריאות. אף על פי שהפגיעה בשירותי הבריאות לתלמיד הייתה רוחבית, ניכר שהמחוז שנפגע יותר מכל היה מחוז הדרום. לשם המחשה, בשנים 2009-2010 לא חוסן אף תלמיד מקרב ילדי כיתה ח' הבדואים, וששיעור ההתחסנות בכיתות א' ב' באזור הדרום בכלל עמד על 73%-76% בלבד.

ב-2012 החליטו סגן שר הבריאות ומנכ"ל משרד הבריאות להחזיר את השירות לידי המדינה במחוזות הדרום ואשקלון, שם בלט הקושי להפעיל את השירות בשל המחסור באחיות והפיזור הגיאוגרפי הרחב. העברת האחיות לידי משרד הבריאות סייעה להגברת שיעור החיסונים במחוז הדרום ולצמצום ניכר בפערים בינו לבין שאר הארץ במדד זה. ואולם, למרות שהאחריות עברה לידי משרד הבריאות נותרו כעשרים תקנים של אחיות לבריאות שלא הצליחו למלא.

מאז הלאמת השירות בדרום הארץ עלה שיעור החיסונים באזור הדרום באופן ניכר. עם זאת, מדו"חות משרד הבריאות עולה שעדיין קיימים פערים לא מבוטלים בבריאות בין דרום הארץ לבין הממוצע הארצי, במיוחד בגילאים המאוחרים. אולם, בשל החוסר באחיות לבריאות הציבור בכלל, ובריאות התלמיד בפרט - ניכר כי יתר תפקודי האחיות לבריאות התלמיד נפגעו הרבה יותר. הפערים בין הממוצע הארצי לבין דרום הארץ באים לידי ביטוי בשיעורי ביצוע בדיקות גדילה, בריאות ראייה ובשיעורי ביצוע עדכון ההורים במקרים נדרשת יצירת קשר⁵⁰. ייתכן והפער הבולט ביותר הוא בשיעור הביצוע של החינוך לבריאות במחוז, הנמוך ביותר בארץ בכל אחת משכבות הגיל, ונותר באופן קבוע במרחק עצום משיעור הביצוע הארצי. המחסור באחיות לבריאות הציבור בדרום הארץ, אשר בא לידי ביטוי גם בתקנים חסרים וגם בתקנים שלא מצליחים למלא מביאים לכך שמשרד הבריאות נוקט ביוזמות שונות - ובכללן השימוש בסטודנטיות לסייעוד כדי לחסן את ילדי הדרום⁵¹.

לסיכומו של עניין, **ניכר כי ממשלת ישראל הפעילה בעשור האחרון יוזמות לא מעטות לקידום הבריאות בנגב. בין אלה ניתן לציין את תכנית התמריצים לעידוד כוח אדם רפואי לעבור לפריפריה, ההחלטה על פתיחת מחלקת שיקום בסורוקה ובית חולים שיקומי בנגב, הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה והחלטה על פתיחת בית חולים נוסף בבאר שבע. אולם, ניכר כי הצעדים לא תמיד השיגו את מטרותיהם, וכי ישומו נותר חלקי במקרים רבים.**

⁴⁴ הילה ויסברג. "בגלל גרירת הרגליים עם בית החולים השני בנגב - במועצת הנגב יעתרו לבג"ץ", גלובס, 24 במרץ, 2019.

⁴⁵ נדי גולן. "בית החולים השיקומי הראשון נבנה בדרום", ישראל היום, 7 באוגוסט, 2019.

⁴⁶ "מספר המתקבלים ללימודי רפואה יגדל ב-100 סטודנטים בכל מחזור", המועצה להשכלה גבוהה, 11 במאי, 2017.

⁴⁷ עמרי זרחוביץ. "האוניברסיטאות יתמרצו בעשרות מיליוני שקלים על הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה", גלובס, 24 באוקטובר, 2018.

⁴⁸ רוני לינדר. "למרות המחסור: מל"ג דחתה בקשה של בן גוריון להוסיף סטודנטים לרפואה", דה מרקר, 19 באוגוסט, 2019.

⁴⁹ "מנהל סורוקה מזהיר: המחסור בכוח אדם רפואי בדרום הארץ צפוי להחמיר", דוקטורס אונלי, 4 בדצמבר, 2019.

⁵⁰ משרד הבריאות, "דוח סיכום שירותי בריאות לתלמיד בשנת הלימודים תשע"ט 2018-2019".

⁵¹ קטי דור. "בעקבות מחסור גדול באחיות: סטודנטיות לסייעוד מחסנות את ילדי הדרום נגד שפעת", כאן, 28 בנובמבר, 2019.

ד. מדדי בריאות של תושבי הדרום בהשוואה לשאר הארץ

הנתונים המשמשים פרק זה עוסקים ברובם במצב הבריאות במחוז דרום, הכולל לצד נפת באר שבע גם את נפת אשקלון (דבר שיוצר הטיה סטטיסטית לטובה), ואולם למרות ההטיה, מניתוח הנתונים עולה שמדדי הבריאות במחוז הדרום נופלים מיתר המחוזות בארץ במרבית המדדים. **הצגת מדדי בריאות ותחלואה מעלה שהעיר באר שבע, העיר הגדולה ביותר בנגב, מאופיינת בתוצאות נמוכות מהמוצע הארצי בכלל המדדים. בין היתר ניכרת תוחלת חיים נמוכה יותר, שיעור גבוה יותר של תמותת תינוקות, שיעור גבוה של סרטן (מכלל הסוגים) בקרב גברים ונשים כאחד, שיעור גבוה של סוכרת, שיעור גבוה של חגבולות תפקודית והכרה עצמית נמוכה יותר של בריאות** (ראה לוח 1).

לוח 1

מדדי בריאות של העיר באר שבע בשנים 2015 - 2017 בהשוואה למוצע הארצי ותל אביב

מגבלות מוגבלות תפקודית	סוכרת	סרטן נשים (כל הסוגים)	סרטן גברים (כל הסוגים)	תמותת תינוקות	תוחלת חיים	
אחוזים	שיעור מתוקנן לאלף איש	שיעור מתוקנן ל-100 איש	שיעור מתוקנן ל-100 איש	ל-1000 לידות	ממוצע בשנים 2015-2017	
28	58	322	364	4.8	81.2	באר שבע
22	56	315	330	3.2	82.5	ארצי
12	45	348	339	1.6	82.8	תל אביב

יתר על כן, עולים פערים משמעותיים בהתנהגות מקדמת בריאות בין העיר באר שבע והמוצע הארצי. הנתונים המוצגים בלוח 2 מצביעים על שיעור גבוה יותר של השמנת ילדים ועישון - אשר יש להם תרומה ניכרת למחלות כגון סוכרת, מחלות לב וסרטן ריאות. בנוסף, ניכר שיעור נמוך יותר של ביצוע פעילות גופנית לעומת הממוצע הארצי. יתר על כן, תושבי העיר מאופיינים בשיעור נמוך יותר של ביצוע בדיקות ממוגרפיה וחיסוני שפעת. בנוסף, מדד הערכה עצמית של בריאות הנבדק בסקרים החברתיים של הלמ"ס, מצביע על פערים משמעותיים בין המרכז לנגב. כך, בעוד שההערכה העצמית עומדת על ממוצע ארצי של 84, ובתל אביב מגיעה ל-91, בבאר שבע היא עומדת על 75 בלבד (ראה לוח 2).

לוח 2

התנהגות מקדמת בריאות של בשנים 2015-2017 בהשוואה בין ב"ש למוצע הארצי ות"א

הערכה עצמית של בריאות	ממוגרפיה	חיסוני שפעת	פעילות גופנית	עישון	השמנת ילדים	
שיעור מתוקנן לאלף איש	שיעור מתוקנן ל-100 איש	שיעור מתוקנן ל-100 איש	באחוזים	ל-1000 לידות	ממוצע בשנים 2015-2017	
ציון	אחוזים	אחוזים	אחוזים	אחוזים	אחוזים	באר שבע
75	69	27	30	26	36	ארצי
84	74	26	41	23	28	תל אביב
91	77	28	30	25	30	

גם חלוקה ליישובים חושפת פערים משמעותיים בין הדרום לבין שאר הארץ. להלן יוצג פירוט: **סרטן**

כפי שעלה בעמ' 12, שיעורי הסרטן באזור הדרום גבוהים. למשל, דוח של משרד הבריאות העלה שנפת באר שבע ממוקמת במקום השלישי הגבוה ביותר בשיעורי סרטן גברים בשנים 2010 - 2015 (לאחר חיפה ואשקלון). לעומת זאת שיעור הסרטן בקרב נשים לא היה גבוה מהמוצע.⁵² נתונים אלה עומדים בקנה אחד עם הנתונים מתוך מפת הבריאות היישובית של משרד הבריאות המצביעים על שיעור גבוה של **סרטן בקרב גברים** ביישובי נגב ביחס ל-100 אלף תושבים: ערד (405.4) באר שבע (363.9), דימונה (360.2), אופקים (357.5), נתיבות (276.1) ורהט (262.0). זאת כאשר הממוצע הארצי עומד על 330 למאה אלף. **שיעורי הסרטן בקרב נשים** במרבית יישובי הדרום יחסית קרובה לממוצע הארצי (315 למאה אלף): 322 בבאר שבע, 295.6 בדימונה, 283.6 בנתיבות, 143.0 ברהט. רמות גבוהות ביותר נמצאו באופקים (380.7) ובערד (357.1).

שיעורי ההשמנה ועודף המשקל

גבוהים בעיקר בקרב תושבי יישובים באשכולות חברתיים-כלכליים נמוכים, ככל שהאשכול החברתי-כלכלי של היישוב חזק יותר, כך יורדת רמת ההשמנה ועודף המשקל. לשם המחשה, בעוד הממוצע הארצי עומד על 30%, שיעורי עודף המשקל בקרב ילדים בכיתות ז' גבוהים ביותר באשכולות **2 ו-3** (קרוב ל-40%), ונמוכים ביותר באשכול **9** (כ-20%).⁵³ מגמה זאת באה לידי ביטוי ביישובים בנגב, בשדרות (36.2), באר שבע (35.4%), ושדות נגב (33.7%), רהט (34.1%), ותל שבע (37.3).

סוכרת

בדומה להשמנה, גם שיעורי הסוכרת גבוהים באופן בלתי פרופורציונאלי בקרב יישובים הממוקמים באשכולות החברתיים - כלכליים הנמוכים. כך, בעוד הממוצע הארצי לסוכרת עומד על פחות מ-60 לאלף תושבים, הרי ששיעור זה גבוה מ-80 באשכולות **3-1**, ופחות מ-50 באשכולות **8-9**.⁵⁴ בהתאם, ניכר כי שיעור הסוכרת גבוה ביותר ביישובים הלא יהודיים ובהם: תל שבע (111), לקיה (107) ורהט (91). לצד זאת, שיעור הסוכרת גבוה באופן משמעותי מהממוצע הארצי גם ביישובים היהודיים: ערד (71), אופקים (68), שדרות (68) ונתיבות (65). בעיר הגדולה בנגב, באר שבע, שיעור הסוכרת (58) קרוב לממוצע הארצי.⁵⁵

תמותת תינוקות

נכון לשנים 2012 - 2016 שיעור תמותת התינוקות הגבוה בישראל מצוי באזור הנגב. ארבעת היישובים שבהם תמותת התינוקות ביחס למאה אלף היא הגבוהה ביותר הם היישובים הבדואים כסייפה (16), תל שבע (11.9), רהט (10.5) וחורה (9.7). לצד זאת, חשוב לציין כי גם ביישובים היהודיים שיעור תמותת התינוקות גבוה מהממוצע הארצי. כך, שיעור תמותת התינוקות גבוה מאוד בנתיבות (5.4) ובאר שבע (4.8), וברמה נמוכה יותר באופקים (2.7) ובדימונה (2.4).⁵⁶ זאת בשעה ששיעור תמותת תינוקות ארצית עומדת על 2.2 בקרב יהודים, ו-6.2 בקרב ערבים.⁵⁷

לסיכום של דבר

השוואת מדדי הבריאות חושפת שיעורי התחלואה בקרב תושבי הדרום, יהודים ולא יהודים כאחד, גבוהים באופן משמעותי מהממוצע הארצי במדדים שנבחנו.

ה. פערים בהקצאת משאבי בריאות

פרק זה דן בפערים שבמשאבי הבריאות המופנים לדרום הארץ לעומת יתר המחוזות. הנתונים רוכזו מדו"חות "כוח אדם במקצועות הבריאות" שפורסמו בשנים 2010 ו-2019. מטרת הניתוח היא לבחון את הפערים במשאבי כוח אדם והתשתיות והשינויים בפריסת כוח האדם הרפואי בעשור האחרון ועל ידי כך לבחון האם מדיניות הממשלה להגביר את פריסת הכוח האדם הרפואי השיגה את יעדיה. הפערים בבריאות מתחילים בכוח האדם הרפואי.

כוח אדם רפואי בנגב

רופאים

הממוצע הארצי להקצאת רופאים ביחס לאלף נפש עומד על 3.3 (מעט נמוך ביחס לממוצע ה-OECD שעומד על 3.6). ההשוואה בשנים 2015-2017 בין מרכז לפריפריה חושפת כי שיעור הרופאים המועסקים במחוז תל אביב הינו 5.3 לאלף איש. לעומת זאת במחוז הדרום שיעור זה עומד על 2.1 בלבד, פחות ממחצית משיעורם במחוז תל אביב.⁵⁸ בולטת העובדה שבעוד שיעור הרופאים והרופאות לאלף נפש אף ירד מעט בין השנים 2016-2017 (מ-5.5 ל-5.3 במחוז תל אביב, ובין 3.8 ל-3.3 במחוז מרכז), **השיעור הנמוך נשאר כשהיה במחוז באר שבע**. קיפאון זה בולט במיוחד לאור העובדה שעלות תכנית התמריצים לעידוד רופאים להשתקע במחוז הדרום הוערכה במעל מיליארד ש"ח, אשר הייתה צפויה להגדיל את שיעור הרופאים לנפש.

סיעוד

השיעור הארצי הממוצע של כוח סיעודי לאלף נפש עומד על 5.0 (נופל מהממוצע ב-OECD 9.3). השוואת כוח האדם בין מרכז הארץ לדרומה חושפת פערים משמעותיים לא פחות, כאשר שיעור כוח הסיעוד עומד על 6.7 לאלף איש במחוז חיפה, 6.2 בתל אביב, ובדרום 3.3 בלבד. יתר על כן, נראית ירידה משמעותית בין השנים 2006-2017 במחוז הדרום (מ-3.74 ל-3.3 לאלף נפש).

לוח 3

שיעור כוח אדם הרפואי לפי מחוז בהשוואה בין השנים 2006-2008 לבין 2015-2017

	שיעור רופאות ורופאים ל-1000 נפש			שיעור אחיות ואחים ל-1000 נפש		
	2006-2008	2015-2017	שינוי בין התקופות	2006-2008	2015-2017	שינוי בין התקופות
ירושלים	2.6	3.9	1.3	5.62	5.7	0.08
צפון	1.6	2.1	0.5	3.83	4.5	0.67
חיפה	3.8	3.8	0	6.75	6.7	0.05-
מרכז	3.8	3.3*	0.5-	5.53	4.5	1.03-
תל אביב	5.5	5.3	0.2-	6.34	6.2	0.14-
דרום	2.1	2.1	0	3.74	3.3	0.44-

הסקירה מצביעה על כך ששיעור הרופאים בדרום הארץ (כמו גם בצפון) נמוך ביחס למרכז בשתי התקופות. אולם בעוד בצפון הארץ הייתה עלייה בשיעור זה בין התקופה הראשונה לשנייה (למעלה מ-25%), הרי שבדרום הארץ לא ניכר שינוי משמעותי. בניגוד לכך, נראתה ירידה משמעותית בשיעור הכוח הסיעודי לאלף נפש. לאור העובדה כי הצורך בתגבור כוח העבודה הסיעודי בדרום צוין לא אחת במחקרי מדיניות, מדובר בממצא מדאי, במיוחד על רקע הגידול המשמעותי באוכלוסייה.⁵⁹

⁵² ראו: "עדכון היארעות סרטן פי נפות בישראל 2001-2015", משרד הבריאות, אוקטובר 2018

⁵³ ראו: "הרשויות המקומיות בישראל 2017", הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פרסום מס' 1759, יוני 2019, ע' 18.

⁵⁴ שם.

⁵⁵ ראו: "מפת הבריאות היישובית", משרד הבריאות.

⁵⁶ שם.

⁵⁷ ראו: אמה אברבוך ושלומית אבני. "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו - 2016", משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, ירושלים, דצמבר 2016.

⁵⁸ ראו: אמה אברבוך ושלומית אבני. "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו - 2018", משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, ירושלים, ינואר 2019.

⁵⁹ ראו: יפה הארון, ענת שמש, נעמה רותם, מוריה ג'ורגי, ציונה חקלאי, שושי ריב"א וטוביה חורב. "מאפיינים תעסוקתיים של האחיות בישראל", דו"ח מחקר, משרד הבריאות והשלכה המרכזית לסטטיסטיקה, ספטמבר 2014.

סוגיה נוספת להתייחסות הינה מספר המיטות הזמינות לתושבי הנגב. סורוקה, בית החולים היחיד באזור הוא בית החולים השלישי בגודלו בארץ, כאשר מספר המיטות בו הוא 1150⁶¹. ואולם, שיעור המיטות באזור ירד מ-1.92 למאה אלף נפש ב-2010, ל-1.65 ב-2017. הפערים בשיעורי המיטות בין יתר המחוזות ניכרים כמעט בכל סוגי המחלקות (ראה לוח 6)⁶².

לוח 6

מספר מיטות בחלוקה לפי מחלקות בהשוואה בין מחוזות בישראל (2017)

שיקום	יולדות	כירורגיה	אגף ילדים	טיפול נמרץ	אגף פנימי	אשפוז כללי	ירושלים
0.09	1.43	0.68	1.09	0.11	2.32	2.27	ירושלים
0.13	0.62	0.58	0.93	0.07	2.05	1.51	צפון
0.09	0.79	0.89	1.26	0.12	2.54	2.10	חיפה
0.13	0.62	0.58	0.93	0.08	2.04	1.62	מרכז
0.19	0.81	0.90	1.26	0.09	2.60	2.00	תל אביב
0.04	0.78	0.43	0.82	0.09	2.02	1.52	דרום

זמינות שירותי בריאות בקהילה

נתונים אלה מציגים מספר שעות פעילות שבועיות של רופאי משפחה ל-1,000 מבוטחים. הנתונים נאספו על ידי הלמ"ס, ומוצגים במפת הבריאות היישובית של משרד הבריאות. להלן יוצגו הפערים בין המחוזות בחלוקה לתחומי רפואה.

רופאי משפחה

מהנתונים באשר לאזורים טבעיים⁶³ המכילים 200 אלף בני אדם או יותר עולה כי אזור באר שבע מאופיין בזמינות נמוכה יותר של שעות שירות ביחס לאזורים דומים במרכז, למשל תל אביב וירושלים. בעוד באזור תל אביב זמינות שעות השירות של רופא משפחה עומדת על 19.8 שעות רופא ל-1000 איש, ובירושלים על 19.4 ל-1000 איש, בבאר שבע מדובר על 14.7 בלבד⁶⁴.

רפואת ילדים

מהנתונים באשר לאזורים טבעיים המכילים 200 אלף בני אדם או יותר עולה כי זמינות השירות של רופאי ילדים בקופת חולים לאלף מבוטחים עומדת על 16.07 באזור באר שבע, וזאת בהשוואה ל-27.4 באזור חיפה, 24.2 באזור פתח תקווה, 45.47 באזור תל אביב, ו-29.9 באזור ירושלים⁶⁵.

אורתופדיה

מהנתונים באשר לאזורים טבעיים המכילים 200 אלף בני אדם או יותר עולה כי זמינות שעות מומחים לאורתופדיה עומדת על 0.4 באזור באר שבע, לעומת 2.01 באזור חיפה, 1.3 באזור פתח תקווה, 3.04 באזור תל אביב (1.64 של קופ"ח כללית ו-1.4 של קופ"ח מכבי), ו-1.94 באזור ירושלים (1.05 של כללית בנוסף ל-0.89 של מאוחדת)⁶⁶. ואולם, החלוקה ליישובים מצביעה על פערים משמעותיים יותר. למשל, בחלוקה ליישובים בקבוצת גודל בין 50 - 100 אלף עולה כי בעוד זמינות האורתופדים עומדת על 0.4 לאלף איש ברהט, היא מוערכת ב-2.23 ברחובות (פי למעלה מ-5), ואילו בעוד זמינות אורתופדים בקבוצת גודל 100 אלף איש ויותר עומדת על 0.8 בבאר שבע, היא עומדת על 2.14 בחיפה.

⁶¹ הדר חורש. "הממשלה המליצה ב-2014 להקים בית חולים נוסף בבאר שבע - היום התוכנית אושרה", דה מרקר, 30 בדצמבר, 2019.

⁶² אמה אברבך ושלומית אבני. "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018", משרד הבריאות, ינואר 2019.

⁶³ המושג 'אזור טבעי' מתאר חלוקה מפורטת יותר של שטח המדינה לאזורים טבעיים שאינם נפות. כל אזור טבעי הנו חלק מנפה אחת, ובכמה מקרים נפה שלמה. האזורים הטבעיים הנם תחומים רצופים ואחידים ככל האפשר, הן מבחינת המבנה הפיזי, האקלים והקרקעות, והן מבחינת התכונות הדמוגרפיות, הכלכליות והתרבותיות של האוכלוסייה.

⁶⁴ עמית שריר, אבידן כהן, רייצ'ל ברנר שלם. "זמינות שעות שירותי רפואה בקהילה: מיפוי גיאוגרפי", משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, ע' 21.

⁶⁵ שריר, כהן וברנר שלם, שם, נספח ג: קבוצת האזורים הטבעיים בהם יש יותר מ-200 אלף מבוטחים בקופה המופיעה, ע' 28.

⁶⁶ ראה נספח ו.

תחום נוסף שנמצאו בו פערים משמעותיים בשירותי הבריאות הוא מקצועות כוח העזר הרפואי. מהנתונים המוצגים בלוח 4 ניתן לראות כי שיעור כוח העזר הרפואי בשנים 2012-2016 במחוז הדרום היה הנמוך ביותר בכל אחת מהקטגוריות (לעיתים בצוותא עם מחוז צפון). יתר על כן, השוואת כלל המועסקים בכוח עזר רפואי לאלף נפש (שנערכה בין השנים 2013 - 2015), חושפת כי מחוז הדרום ממוקם במקום הלפני אחרון (לפני מחוז צפון הממוקם אחרון) עם 4.2 אנשי צוות לאלף נפש, וזאת לעומת 6.3 במחוז תל אביב, 5.6 במחוז חיפה, 4.4 במחוז ירושלים ו-4.3 במחוז מרכז⁶⁰.

לוח 4

שיעור כוח העזר הרפואי ביחס לאלף איש לפי מחוז בשנים 2012-2016

ירושלים	רופאי שיניים	רוקחים	פיזיו-תרפיסטים	דיאטנים ותזונאים	אודיולוגים וקלינאי תקשורת	אופטיקאים ואופטי-מטריסטים	מרפאים בעיסוק
0.6	0.6	0.7	0.5	0.2	0.5	0.4	0.4
0.5	0.5	0.6	0.4	(0.1)	0.2	0.2	0.4
0.6	0.6	1.1	0.8	0.4	0.3	0.4	0.4
0.7	0.7	0.8	0.6	0.2	0.4	0.3	0.4
1.3	1.3	0.8	1.0	0.2	0.4	0.3	0.4
0.4	0.4	0.5	0.4	(0.1)	(0.1)	0.2	0.3

תפוסת המיטות ומשך השהייה הממוצעת במחלקות

הנתון הבולט ביותר בסקרי אי-שוויון בבריאות אותם מפרסם מזה כעשור משרד הבריאות מצביע על כך שמשך השהייה הממוצעת במחוז הדרום ירד באופן משמעותי בין השנים 2008 - 2017. כך שבעוד שמשך שהייה באשפוז במהלך 2008 עמד על 4.0, הרי שב-2017 הוא עמד על 3.6, הנמוך ביותר מכלל המחוזות. ניתן לשער שאחד הגורמים לכך שמשך האשפוז הוא הקצר ביותר במחוז הדרום הוא המחסור במיטות אשפוז (ראה לוח 5).

לוח 5

מדדי אשפוז בהשוואה לאורך העשור האחרון

מחוז	אחוז תפוסה בתקן - סה"כ כלליות		שיעור אחיות ואחים ל-1000 נפש	
	2008	2017	2017	שינוי בין התקופות
ירושלים	96.4	95.4	4.2	4.1 -0.1
צפון	90.2	90.1	3.7	3.9 -0.2
חיפה	97.1	89.2	4.2	3.9 -0.3
מרכז	92.5	89.5	3.9	4.0 -0.1
תל אביב	103.8	103.6	4.1	4.3 -0.2
דרום	90.3	85.0	4.0	3.6 -0.4

⁶⁰ אמה אברבך ושלומית אבני. "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2016", משרד הבריאות, דצמבר 2016.



רפואת אף - אוזן - גרון

מהנתונים באשר לאזורים טבעיים המכילים 200 אלף בני אדם או יותר עולה כי זמינות שעות רופאי אף-אוזן-גרון עומדת על עומדת על 0.55 לשעה באזור באר שבע (קופ"ח כללית בלבד), לעומת 1.21 באזור חיפה, 1.03 אצל קופ"ח כללית ו-0.78 בקופ"ח מאוחדת באזור תל אביב, ו-1.24 באזור ירושלים⁶⁷. בחלוקה לפי יישובים בקטגוריית גודל 100 אלף תושבים ויותר ניתן לראות כי זמינות התורים בבאר שבע עומדת על 1.0 לאלף, וזאת לעומת 1.43 בחיפה. בהשוואה בין יישובים של 50-100 אלף, עולה כי זמינות הרופאים ברהט היא 0.52 וזאת לעומת 1.3 ברחובות ו-1.65 בכפר סבא.

עור ומין

זמינות הרופאים באזור באר שבע עומדת על 0.39, וזאת לעומת 0.99 בחיפה, 2.38 בתל אביב ו-1.74 בירושלים.

לסיכום, **מסקירת הנתונים עולים פערים משמעותיים בכוח האדם, בנגישות לשירותי רפואה והקצאת מיטות אשפוז בין מחוז הדרום לבין יתר מחוזות הארץ. לאור העובדה ששיעור התחלואה במחוז גבוה יחסית - אין לחלוק על הצורך והדחיפות בחיזוק הבריאות הציבורית באזור הנגב.**

⁶⁷ בירושלים, בניגוד לבאר שבע, פועלת קופת חולים מאוחדת כך שלמעשה הקצאת השעות לאוכלוסייה כפולה.

1. סיכום והמלצות לקידום מדיניות

בבריאות, בדומה לתחומים אחרים, קבוצות המשתייכות לפריפריה החברתית והגיאוגרפית, מצויות במצב בריאותי מיטבי פחות משאר האוכלוסייה. הן סובלות משיעורי תחלואה גבוהים יותר, תוחלת חיים קצרה יותר, ואיכות חיים נמוכה יותר. מציאות זאת נכונה בישראל כפי שהיא נכונה במרבית מדינות העולם, אם לא כולן⁶⁸. בהתאם, הממצאים המוצגים במסמך זה מצביעים על פערים משמעותיים בבריאות תושבי דרום הארץ, לבין יתר התושבים, במיוחד אזורי המרכז. הפערים הללו מתבטאים במדדי בריאות של תושבי האזור, המאופיין בשיעור תחלואה גבוה יחסית, כמו גם בהקצאה נמוכה יחסית של משאבי בריאות וכוח אדם רפואי. **לאי-השוויון בבריאות יש השלכות חורגות בהרבה משיעורי תחלואה גבוהים יותר ותוחלת חיים קצרה יותר בקרב תושבי הנגב. הפערים בבריאות הם חסם בפני פיתוח כלכלי, חברתי ותרבותי של האזור.**

הצהרת ארגון הבריאות העולמי מ-1998 שכותרתה "בריאות לכל במאה ה-21", מציינת במפורש כי ללא בריאות טובה לא יוכלו בני אדם, משפחות, קהילות ואומות להשיג את מטרותיהם החברתיות והכלכליות⁶⁹. בהתאם, הפערים בבריאות אינם מסתכמים בשיעור גבוה יותר של תחלואה ותמותה, הם גובים מחירים עצומים ממרקם החיים בקהילות בנגב - מבחינה כלכלית, חברתית ופוליטית. השארת המצב על כנו במשך עשורים כה רבים מהווה כתם מוסרי על דמותה של מדינת ישראל - המחויבת לאפשר לכל תושביה שירותי בריאות שוויוניים שיאפשרו להם לחיות את חייהם במלואם. היכולת של אזור המציע שירותי בריאות לא נאותים למשוך אליו אוכלוסיות חזקות אינה גבוהה, ומובילה להגירה שלילית מהאזור. הגירה זאת איננה נייטרלית מבחינה מעמדית, ומאפיינת בעיקר את המשפחות האמידות בנגב להגר למרכז, בעוד מעוטי היכולת נותרים בפריפריה. תהליך זה מוביל להחרפת הפערים החברתיים - כלכליים בחברה הישראלית, להגברת אי-השוויון בה, לשחיקת הסולידריות החברתית והפוליטית, וחלוקת משאבים לא הוגנת⁷⁰.

בראשית שנות האלפיים החלו להתפרסם דוחות ומחקרים המצביעים על חומרת הפערים בבריאות והשפעותיהם. לאור כך, בעשור האחרון נעשו מאמצים לא מבוטלים במטרה לחזק ולקדם את מצב הבריאות בדרום בכלל ובנגב בפרט. בין הצעדים ניתן לציין את הרפורמה בהכשרת רופאים באוניברסיטת בן גוריון, חיזוק מערך השירותים הניתנים לילדי הגיל הרך והוריהם, הוספת מיטות לסרוקה ועוד. ואם זאת, לא ניתן להתעלם מכך שחרף המאמצים המשמעותיים נכון להיום לא ניכרת התקדמות משמעותית במצב הבריאות בנגב⁷¹. הגורם העיקרי לכך הם מאפייני האזור עצמו, קרי אוכלוסיות מוחלשות מבחינה חברתית-כלכלית ופיזור גיאוגרפי רב. גורמים אלה מייחדים את הנגב ומחייבים מתן פתרון יעיל, הוליסטי, כולל ומערכתי, הרבה מעבר לפתרונות הנקודתיים שהוצעו עד היום.

חרף מחויבותו הדקלרטיבית לעקרון השוויון בשירותים לכלל תושבי המדינה, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מבוסס במידה רבה על תיאוריית שוק, קרי העיקרון המארגן לפיו תחרות בין ספקיות שירותים תביא למקסום השירותים והרווחה לציבור המבוטחים. אולם, הגיון שוקי זה אינו פועל דה פקטו במחוז הדרום, המאופיין בדלילות אוכלוסין וברווחה כלכלית נמוכה, ולפיכך מתנהל בו מונופול מוחלט כמעט של קופת חולים אחת, אשר כמעט ואינו מאתגר.

לאחר עשורים שבהם מודל התחרות של קופות החולים מיצה את עצמו ללא הועיל באזור הנגב, ניתן להכריז בפה מלא על קריסת התזה שהתחרות בין קופות החולים תצלח בהבאת שוויון בבריאות לתושבי הנגב. למעשה, אי-השוויון הולך ומשתרש כמצב טבעי, אשר ניתן לכל היותר למתנו על ידי מתן סובסידיות וכלים אחרים.

לאור זאת, **מוטלת על הממשלה האחראיות לספק פתרון בר קיימא שיבטיח לתושבי הדרום נגישות לשירותי בריאות שוויוניים, איכותיים ונגישים, לא רק בהתאם לממוצע הארצי, אלא בהתאם לרמת התחלואה הגבוהה באזור כולו. לצורך כך תידרש ממשלת ישראל להשתחרר מפרדיגמות קודמות, ולהכריז על תכנית לאומית להבראת הבריאות בנגב. תכנית שתיתן מענים**

הוליסטיים המבוססים על מאפייניו של האזור וצרכי הבריאות של תושביו. בין היתר, התוכנית הלאומית צריכה לכלול את הצעדים הבאים, חלקם צוינו כבר בדו"ח ועדת אפק:

חיוב קופות החולים בשקיפות חלוקת התקציבים הגאוגרפיים בפני הציבור

אנו דורשים יצירת מנגנון פיקוח המחייב את קופות החולים לפרסם ולהנגיש לציבור מידע אודות הקצאת המשאבים ואספקת השירותים באזור מגוריהם. בנוסף, אנו דורשים להוסיף מדדי ביצוע בהקשר של צמצום פערי שיוויון למודל התקצוב של קופות החולים ("נוסחת הקפיטציה").

מימוש כל החלטות הממשלה הכלולות בהחלטה מס' 2025, כולל הקמת בית חולים נוסף לנגב

עד היום לא מומשה החלטת הממשלה. על כך, אנו דורשים סיום הכנת המרכז להקמת בית החולים ופרסומו, תוך הבטחת התקציב הדרוש לשם תכנון בית החולים. המרכז הרפואי סרוקה הינו המרכז הרפואי היחיד המשרת את תושבי הנגב. ב-2014 ממשלת ישראל הודיעה על הקמה של בית חולים נוסף לנגב, וזאת לאור צפי גידול האוכלוסייה והעובדה שסרוקה הגיע לקצה גבול הגודל. לאור תחזיות גידול האוכלוסייה יש צורך בכ-2000 מיטות אשפוז נוספות על מנת להגיע לשיעור מיטות האשפוז במרכז. לאחרונה התבררנו שבית החולים אושר בוועדה העליונה לתכנון, יש להמשיך ולקדם את התהליך במהרה ולצאת למכרז. בנוסף יש לממש גם את יתר ההחלטות הכלולות בהחלטה מס' 2025. הקמת בית החולים דורשת הכנה רבה מראש לא רק בצד התכנון הפיזי אלא גם בנושאי כוח אדם ונושאים נוספים, כולל החיבור בין בית החולים לקהילה, לאקדמיה ועוד.

הגדלת ותמרוץ כוח אדם מקצועי והרחבת תשתיות הלימוד בנגב.

א. אנו דורשים מתן תמריצים (מענקים כלכליים, סיוע בשכר דירה, וסיוע בקידום מקצועי), לצד הגדלת מספר התקנים בקהילה ובבית החולים עבור רופאים וכוח אדם סיעודי.

ב. אנו דורשים הרחבת מלאי מסלולי הלימוד למקצועות הבריאות במגוון המוסדות האקדמיים בנגב (אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מכללת ספיר ומוסדות אקדמיים אחרים בנגב). ובפרט פתיחת מסלול לימודים למקצועות הבריאות הנמצאים במחסור עמוק בנגב.

ג. אנו דורשים סיוע למסיימי לימודי רפואה בחו"ל תושבי הנגב בשילובם במערכת הבריאות בנגב, באמצעות פיתוח הכשרות וסבבי התמחות בבתי החולים ובמרפאות הקהילה בנגב.

לאור המחסור החמור בכוח אדם רפואי והתוכנית להקמתו של בית חולים נוסף בבאר שבע, יש לפעול באופן מיידי להוספת תקנים וחיזוק כוח האדם הרפואי בסרוקה.

ד. קידום בריאות ורפואה מונעת.

אנו דורשים להקצות רכז בריאות עירוני לרשויות הנמצאות באשכולות סוציו-אקונומיים 5-2. כדי שיהיו הגוף המתאם והמוביל של תוכניות מקדמות בריאות, ויהוו את החוליה המקשרת בין קופות החולים, הרשות המקומית, משרדי ממשלה, חברה אזרחית ועוד. היות והקשר בין בריאות לבין חינוך הוא הדוק ובלתי ניתן להתרה, במטרה לצמצם את שיעורי התחלואה הבלתי פרופורציונאליים המאפיינים את דרום הארץ, על מדינת ישראל להשקיע באופן גובר בחינוך לבריאות ורפואה מונעת.

קידום הבריאות של האוכלוסייה הבדואית.

אנו דורשים הכנה ויישום של תכנית חומש בנושא קידום הבריאות בקרב האוכלוסייה הבדואית המותאמת לצרכי הקהילה. קרוב ל-250 אלף מתושבי הנגב הם בדואים. מרביתם משתייכים לאשכול סוציו-אקונומי 1 ומדדי הבריאות שלהם הם הקשים ביותר בישראל. שיפור מצב הבריאות איננו מוגבל או מסתכם בשיפור שירותי הבריאות. במטרה לשפר את פני מצב הבריאות באזור הנגב, יש לתת מענה מממשלתי לגורמים מגדירי בריאות (Social Determinants of Health) אשר משפיעים על שיעורי התחלואה בנגב. בין אלה ניתן לציין את מצב הדיור, הפיקוח על תנאי תעסוקה, הנגישות למקורות חשמל ומים נקיים ועוד.

⁶⁸ William H. Frist. "Overcoming Disparities In U.S. Health", HEALTH AFFAIRS VOL. 24, NO. 2

⁶⁹ שלי לוי. "היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל", הכנסת, מרכז המחקר והמידע, ירושלים, יולי 2008, ע' 7.

⁷⁰ עמית אפרתי. "האיום הדמוגרפי: האוכלוסייה הישראלית "נוטשת" את הנגב והגליל", המכון למחקרי ביטחון לאומי, עדכן אסטרטגי, כרך 20, גיליון 3, אוקטובר 2017.

⁷¹ "מוניטור נגב: אתר המעקב האזרחי אחר ביצוע החלטות הממשלה לפיתוח הנגב", המרכז להעצמת האזרח.

על כן, לצד ההמלצות הכלליות לחיזוק תשתיות הבריאות בדרום וצמצום הפערים יש לקדם תוכניות ושירותים המיועדים לקהילה הבדואית ומותאמים לצרכי הקהילה ומאפייניה. במיוחד יש לפעול למען קידום אספקת שירותים בכפרים הלא מוכרים שאינם מחוברים לתשתיות חשמל ומים. אפליית החברה הבדואית בדרום נגרמת, בין יתר הגורמים, בשל אי ההכרה בכפרים הבדואים הבלתי מוכרים מאז קום המדינה. לאור זאת, אנו קוראים לממשלת ישראל להכיר באופן רשמי באותם כפרים ולספק להם תשתיות ראויות, בדומה לכלל תושבי המדינה.



אי שוויון בבריאות בנגב תמונת מצב

2020 - 2010