



## נייר עמדה לקראת תקציב 2018-2017

בימים אלו הולך ומתגבש תקציב המדינה, על חלקיו השונים. מאחר והתקציב יהא דו-שנתי קיימת חשיבות רבה עוד יותר לעמידה על הכללתם של נושאים מסוימים בתקציב, שאם לא כן ביצועם יידחה בזמן רב. מצב הבריאות בפריפריה הצפונית והדרומית הינו בכי רע, ושירותי הבריאות המוצעים לכלל התושבים באזורים אלו פחותים לאין שיעור מאלו המוצעים לתושבי אזור המרכז, ובאזורים אלו מצבה של החברה הערבית הינו רע במיוחד. כך גם לגבי האוכלוסייה יוצאת אתיופיה. נושאים רבים אחרים בתחום הבריאות מצריכים גם כן השקעת משאבים לתיקונם, ובראשם מערך הסיעוד אשר אינו נותן מענה מספק לסיעוד בקהילה. בנייר עמדה זה, יפורטו עמדות ארגוני החברה האזרחית המפורטים בהמשך הנייר, ביחס לסוגיות מסוימות בנושא הבריאות, אשר נדרשת הכללתן בתקציב הקרוב. להלן, בראשי פרקים, הסוגיות העיקריות הנדונות בנייר העמדה:

- \* **הפערים בשירותי הבריאות בין המרכז והפריפריה** באים לידי ביטוי בדרכים רבות ובהן היעדר מוחלט של שירותים, חוסר מקומי בשירותים וזמני המתנה ארוכים לרפואה מקצועית. דו"ח מכון טאוב אשר פורסם ממש בימים אלו<sup>1</sup> מצא כי קיימים פערים בין זמני ההמתנה של מטופלים לאבחון ולייעוץ מקצועי בבתי חולים בערים הגדולות ובפריפריה. יש צורך בתקצוב מיידי של השוואת תקני כוח האדם והמיטות לאשפוז על מנת שתושבי הפריפריה יוכלו לקבל השירותים הרפואיים להם הינם נזקקים והמגיעים להם כתושבי המדינה;
- \* יש לתקצב המלצות הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום ('**ועדת אפק**') והוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בצפון ('**ועדת גרוטו**') אשר הוקמו במטרה לשנות ולשפר את מצב הבריאות של תושבי אזורים אלו;
- \* מצבה הבריאותי של **האוכלוסייה הערבית** קשה במיוחד ומצב הבריאות של האוכלוסייה הבדואית נגב הוא בין הגרועים במדינת ישראל. שיפור בריאות האוכלוסייה הערבית מצריך התערבות בכל הרמות החל מהחינוך הפרטני ועד פיתוח מדיניות על בריאה שמקדמת את הבריאות, וזאת צריך להיעשות על ידי אימוץ תכנית ממשלה לאומית רחבה, רב שנתית ורב תחומית;
- \* **החלטת ממשלה 922** בנושא פיתוח כלכלי בחברה הערבית אינה מתייחסת כלל לשיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית, והסכום שהוקצה **בתכנית הצפון** לטובת הבריאות אינו כולל את הגורמים המשמעותיים ביותר שיכולים להשפיע על נתוני הבריאות של הגליל;
- \* התקציב שהוקצה לרפורמה **בשירותי בריאות הנפש** אינו מספיק או אינו מחולק בצורה שמבטיחה זמינות טובה של טיפול עבור כל מי שזקוק לו, ויש להבטיח בתקציב הנוכחי מילוי החסרים במערכת שירותי בריאות הנפש, תוך התייחסות מיוחדת לצרכים של הפריפריה הגיאוגרפית, החברתית והכלכלית;
- \* נדרשת רפורמה מקיפה במערך **הסיעוד** אשר אינו נותן מענה מספק לסיעוד בקהילה;

<sup>1</sup> [http://taubcenter.org.il/wp-content/files\\_mf/waitingtimesinhospitalsheb.pdf](http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/waitingtimesinhospitalsheb.pdf)

\* הוראתו המפורשת של **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** לפיה שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, מתאינת בהיעדר הגדרה מהם אותם "איכות סבירה", "זמן סביר" או "מרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". כתוצאה מכך מתאפשר המצב הקיים של חוסר שוויון ברור בין הזמינות והאיכות של שירותים רפואיים במרכז הארץ לבין זמינותם ואיכותם בדרום ובצפון הארץ. יש צורך **בקביעת סטנדרטים שוויוניים ומהותיים של זמן, מרחק (נגישות) ואיכות השירות**, ולאחר מכן לפעול לאכיפתם עד לסגירת הפערים.

#### א. "בפריפריה חיים פחות וחולים יותר" - שירותי בריאות ומצב הבריאות בפריפריה הצפונית והדרומית

על אף שחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 ("החוק") מבטיח זכות אוניברסלית לקבלת שירותי בריאות לכלל אזרחי המדינה, קיימים פערים גדולים במצב הבריאות, ובכמות ובאיכות שירותי הבריאות הניתנים בפריפריה ופערי הבריאות בין המרכז והפריפריה ממשיכים להעמיק. בין המדדים העיקריים המעידים על כך ניתן למנות פערים בתוחלת החיים, שיעורים גבוהים של תמותת תינוקות ושיעורים נמוכים של רופאים, אחיות וכוחות עזר רפואי (לפירוט נוסף ראו בהמשך נייר העמדה).

לפערים בנגישות לשירותי בריאות בין הפריפריה לבין המרכז פנים רבות:

\* פערים אלו יכולים להתבטא **בהיעדר מוחלט** בפריפריה של שירותים רפואיים מסוימים הקיימים במרכז. כך לדוגמה, במחוז הצפון ובמחוז הדרום קיים חוסר מוחלט במסגרות שיקום לילדים, ואלו קיימות רק בירושלים, תל השומר ובית לוינשטיין ברעננה. במחוז הצפון כלל אין מרפאות כאב, ובמחוז הדרום והצפון קיים חוסר מוחלט של שירותי בריאות נפש ובעיקר פסיכיאטרים עבור ילדים ונוער דוברי ערבית, שניתנים בשפתם על ידי מומחים בעלי רקע והבנה תרבותית וחברתית הנחוצים לטיפול.

\* הפערים יכולים להתבטא גם **בחוסר מקומי** בשירותים רפואיים, הגורם לעומס על המערכת ולתורים ארוכים לקבלת שירות רפואי.

דוגמה לחוסר מקומי כזה ניתן לראות במיטות לשיקום כללי, כאשר במחוז תל אביב 0.22 מיטות לשיקום כללי (ל-100,000 איש) לעומת 0.009 במחוז הצפון ו-0.05 במחוז הדרום, או במילים אחרות במחוז תל-אביב פי 24 (!!!) מיטות שיקום מאשר במחוז הצפון ופי 4.5 מאשר במחוז הדרום.

שתי דוגמאות נוספות - חוסר מהותי בתקינת אחיות טיפת חלב, וחוסר במרפאות מקצועיות כגון מרפאות בריאות האישה בערים ערביות גדולות.

\* שיעור הממתינים יותר מחודש ליועץ מומחה בתחום לא שכיח בישוב פריפריאלי הוא 56% מהפונים לעומת 38% בישוב שאינו פריפריאלי.<sup>2</sup> כן נמצא כי שיעור גבוה יחסית של מבוטחים בדרום ובצפון כלל לא נכנסים לתור ומבקרים פחות אצל רופאים יועצים ואף מוותרים על טיפול בגלל המרחק.

\* לפי סקר מדדי בריאות וסביבה של אגודת הגליל שיתפרסם בחודש ספטמבר 2016,<sup>3</sup> כ-5% מבני 18 ומעלה באוכלוסייה הערבית מחכים לביצוע של ניתוח או ביקור רפואי, כאשר בקרב בני 60+ שיעור הממתינים עולה ומגיע לכ-10%. ועוד על פי אותו סקר, כ-46% מהנשאלים ציינו שזמן ההמתנה נע בין חודש לשלושה

<sup>2</sup> אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, דצמבר 2014.

<sup>3</sup> אגודת הגליל, סקר מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית 2016.

חודשים ובקבוצת הגיל בין 45-59 זמן ההמתנה אף ארוך משלושה חודשים, כאשר בכל קבוצות הגיל זמן ההמתנה של נשים היה ארוך יותר מזמן ההמתנה של גברים.

\* חוסר מקומי כזה יכול להיגרם גם על ידי **פרישת שירותים** אשר אינה מתחשבת במאפייניה של האוכלוסייה המגוונת בגליל. כך לדוגמה, השמנת יתר וסכרת זוהו כמגפה באוכלוסייה הערבית, ומחייבים פריסה של מרכזים לחולי סכרת (לצד מתן דגש רב על מניעה).

\* פערים בנגישות לשירותי בריאות יכולים להיות גם תוצאה של היעדר **הנגשה תרבותית** או הנגשה תרבותית שאינה מספקת. למעלה ממחצית האוכלוסייה בצפון הינה ערבית וכמעט רבע מאוכלוסיית הדרום הינה ערבית, ויש ליתן להנגשה תרבותית מלוא תשומת הלב הראויה. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2010, המחייב את בתי חולים וכל המסגרות הטיפוליות להתאמה לשוניית של השירותים הניתנים על ידם, אינו מיושם במקומות רבים ויש צורך בשינוי אסטרטגי בבתי החולים ובתפיסתם למתן שירות. כמו כן, הבנת השפה הינה חלק חשוב אך אינה חזות הכל ובנוסף ראוי שהמערכת תכיר ותתכלל את מועדי החגים והימים המיוחדים לאוכלוסייה הערבית, בנוסף לקידום פעילות קהילתית עם המרחב והסביבה.

\* גורם נוסף לפערים בנגישות לשירותי בריאות עשוי להיות התניית קיצוב תוכניות לקידום בריאות **במא'צינג** מהרשות המקומית בה מתוכננת להיערך התוכנית. להווה ידוע כי בעיית העישון חמורה ביותר בקרב האוכלוסייה הערבית וכי שיעורי המעשנים בקרב אוכלוסייה זו גבוהה באופן משמעותי משיעוריה בקרב האוכלוסייה היהודית. אולם אם תכנית להפסקת עישון ברשות מקומית ערבית מאשכול נמוך תותנה בקבלת מימון מקביל מהרשות, מימוש התוכנית נדון לכישלון.

\* יש צורך בשינוי מבני וקונספטואלי של מחלקות התברואה ברשויות המקומיות על מנת שתוכלנה להתחיל לעבוד בבריאות הציבור ולקדם תכניות לשינוי מצב התודעת והבריאות של האוכלוסייה על ידי ייזום תכניות בקהילה. משרד הפנים אכן אישר תקן של רכז בריאות ברשויות המקומיות אך בהיעדר תקציב רשויות חלשות בפריפריה אינן יכולות לאייש תקן זה ללא סיוע תקציבי של משרד הבריאות (ראה בעניין זה גם סעיף ט' להלן).

\* קופות החולים השונות עושות שימוש במבנה החמולתי לצורך גיוס חברים חדשים על ידי העסקת רופאים קבלנים מבני המשפחה, ובכך מונעת תנועת חברים ותחרות או תהליך של בקרת השירות או הגשת תלונות.

בנסיבות חמורות אלו, יש לתקצב באופן מידי השוואת תקני כוח האדם והמיטות לאשפוז, כך שהפריפריה – אשר מצב הבריאות של תושביה גם כך טוב פחות משל תושבי המרכז - לא תשתרד עוד מאחור ותושביה יוכלו לקבל השירותים הרפואיים להם הינם נזקקים והמגיעים להם כתושבי המדינה.

## ב. ועדות מיוחדות לשיפור שירותי הרפואה בדרום ובצפון

לאור הפערים הידועים בבריאות בין הפריפריה הצפונית והדרומית והמרכז הבאים לידי ביטוי כמעט בכל מדדי הבריאות ובשירותי הבריאות הניתנים כפי שפורט בהרחבה לעיל, הוקמו ועדות מיוחדות במטרה לשנות ולשפר את מצב הבריאות של תושבי אזורים אלו. הועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בדרום (**ועדת אפק'**) הגישה המלצותיה בחודש אוגוסט 2014 והועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בצפון (**ועדת גרוטוי'**) עתידה לתת המלצותיה בקרוב מאוד. ברם, יישום מסקנותיה והמלצותיה של ועדת אפק לא תוקצב, ומכאן גם לא נעשה. אין לקבל מצב זה בו מסקנותיהן והמלצותיהן של ועדות מקצועיות מיוחדות אשר הוקמו כאמור על מנת לשנות

ולשפר את מצב הבריאות של תושבי הפריפריה הצפונית והדרומית, תונחנה במגירה ותהיינה כאות מתה, כאשר במחיר הכבד נושאים אותם תושבים. לכן, יש לכלול בתקציב הנדון עתה את המלצותיהן של שתי ועדות אלו.

### ג. חיזוק האוכלוסייה הערבית

מצבה הבריאותי של **האוכלוסייה הערבית**, ששיעורה כ-53% מאוכלוסיית הצפון וכ-20% מאוכלוסיית הדרום,<sup>4</sup> קשה במיוחד ומצב הבריאות של האוכלוסייה הבדואית בנגב הוא בין הגרועים במדינת ישראל: **תוחלת החיים** באוכלוסייה הערבית בכלל נמוכה ב-3 שנים בממוצע מהמקבילה באוכלוסייה היהודית; בשנת 2014 חלה **ירידה** של למעלה משנה בתוחלת החיים של גברים ערבים מ-78.0 ל-76.9, לעומת עלייה בתוחלת החיים של גברים יהודים מ-80.7 ל-80.9 באותה תקופה; קיימת **תחלואה רבה במחלות כרוניות** (שיעורים גבוהים יותר של סרטן ריאות, סכרת ומחלות לב) עם מגמה ברורה של **עלייה** וכן שיעורים גבוהים יותר של תמותת תינוקות.

לפי נתוני אגודת הגליל 29.6% מהאוכלוסייה הערבית מגיל 21 ומעלה סובלים מאחת מהמחלות הכרוניות כאשר הסוכרת היא הנפוצה ביותר ומגיעה ל-12.7% מאוכלוסייה זו, ולאחריה לחץ דם ממנו סובלים 11.3% וכולסטרול ממנו סובלים 9.2% מהאוכלוסייה האמורה. בשיעורי התחלואה בסרטן חלה עלייה משמעותית כאשר בשנת 2004 0.2% מכלל האוכלוסייה הערבית בארץ נרשמו כחולי סרטן, בשנת 2010 כ-0.4% ובשנת 2016 שיעור התחלואה בסרטן הגיע לכ-0.7% מאוכלוסייה זו.<sup>5</sup>

בנוסף לשיעורי התחלואה האמורים, כ-9.4% מכלל האוכלוסייה הערבית סובלים מקשיים תפקודיים כאשר מעל גיל 60 השיעור עולה ל-57%. אי תפקוד ראייה הוא הנפוץ ביותר ושיעורו 6.8% מהאוכלוסייה. 5.8% מכלל התושבים הערבים נפגעו בביתם בשנת 2015, מהם כמחצית מתחת לגיל 17, כאשר הפגיעה הנפוצה ביותר – כרבע מן הפגיעות - הינה שברים. 75% מהנפגעים בפגיעות אלו נזקקו לטיפול רפואי, כאשר שני שלישי מהטיפולים נעשו בחדרי המיון של בתי החולים.<sup>6</sup>

שיפור בריאות האוכלוסייה הערבית דורש התערבות בכל הרמות החל מהחינוך הפרטני ועד פיתוח מדיניות על בריאה שמקדמת את הבריאות. לאור הפערים הקיימים בבריאות בין האוכלוסייה הערבית והיהודית, נדרשת מדיניות של העדפה מתקנת שתיטיב לאוכלוסייה הערבית ותשפר את מצב בריאותה.

בתוך כך, על הממשלה לאמץ **תכנית לאומית רחבה, רב שנתית ורב תחומית** שתכלול:

\* פיתוח תשתיות ומסגרות בריאות ורפואה בישובים הערבים: מרכזי בריאות האישה, מרכזי בריאות לילדים וצעירים, חדרי מיון קדמיים, מרכזים להתפתחות הילד, מכוני אבחון מוקדם, מסגרות שיקום ותגבור יחידות בריאות הנפש במומחים דוברי ערבית.

\* תכנית לאומית לקידום הבריאות (קידום אורח חיים פעיל ובריאה) בהקשר זה, חשוב לשלב יותר ישובים ערבים בתכניות קיימות כמו 'אפשריבריא', תוך מתן סיוע תקציבי שיאפשר לישובים החלשים יותר להצטרף לתכנית.

<sup>4</sup> נכון לשנת 2014 האוכלוסייה הערבית במחוז הצפון עומדת על כ-723 אלפי איש מתוך כ-1,350 אלפי איש בכלל אוכלוסיית המחוז, והאוכלוסייה הערבית במחוז הדרום עומדת על כ-228.5 אלפי איש מתוך כ-1,192 אלפי איש בכלל אוכלוסיית המחוז. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.19 "אוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, גיל ומין, מחוז ונפה", **שנתון סטטיסטי לישראל 2015**.

<sup>5</sup> אגודת הגליל, סקר מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית 2016.

<sup>6</sup> אגודת הגליל, סקר מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית 2016.

- \* הרחבת התכנית הלאומית למלחמה בעישון והנגשתה לכלל הציבור במישור ההסברתי החינוכי והטיפולי.
- \* הרחבת והעמקת שיתוף הפעלה והסיוע לארגוני החברה האזרחית העוסקים בבריאות החברה הערבית תוך מתן הזדמנות למימון פרויקטים מקומיים, אזוריים וארציים שמטרתם לקדם את הבריאות של האוכלוסייה הערבית.
- \* הרחבת וחיזוק הסיוע הכספי והמקצועי לרשויות המקומיות לקידום מעורבותם בבריאות תוך מימוש של תפקידי מרכזי הבריאות ברשויות המקומיות.
- \* עידוד התמחויות ותת התמחויות רפואיות חסרות באוכלוסייה הערבית כמו פסיכיאטריה (במיוחד פסיכיאטריה ילדים), בריאות הציבור, גניקולוגיה, ועוד.

בהקשר זה יצוין שהגם **שהחלטת ממשלה 922** בנושא פיתוח כלכלי בחברה הערבית כוללת המלצות רבות ומפורטות בתחומים שונים, הרי בתחום הבריאות הינה כוללת המלצה **בודדת אחת** – איחוד בתי החולים הכנסייתיים בנצרת. גם המלצה בודדת זו אינה אופרטיבית, אינה מוסברת ולא ברור כיצד תבוצע וכיצד תביא לשיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית. לעמדתנו על משרד הבריאות להכין תכנית מפורטת ומעמיקה אשר תיכלל כבר במסגרת התקציב של 2017-2018 לטובת שיפור המצב הבריאותי של תושבי הפריפריה, בכלל, והאוכלוסייה הערבית, בפרט.

#### ד. תכנית הממשלה לחיזוק הצפון

התוכנית האסטרטגית לפיתוח הצפון היא כלי חשוב בניסיון לצמצם את פערי הבריאות בין המרכז לפריפריה ולקדם מצוינות בגליל. הגרסאות המוקדמות של התוכנית – כפי שיצאו לתקשורת – דיברו על סכומים של 15 מיליארד ש"ח, אבל גם פריסה של 10 מיליארד ש"ח על 5 שנים היא בשורה חשובה לתושבי הגליל. שינוי נוסף ומדאיג יותר הוא השיח על הוספת מטרופולין חיפה לתוכנית, זאת למרות שבכל הנוגע למצב הבריאות, מחוז צפון נמצא בפיגור עצום מאחורי מחוז חיפה, ובחלק מנתוני שירותי הבריאות אין הבדל של ממש בין מחוז חיפה לבין מרכז הארץ.

בתוכנית הוקצו 850 מיליון ש"ח לטובת הבריאות, אבל ניתוח של אופי ההקצאה מעיד על כך ששני הגורמים המשמעותיים ביותר שיכולים להשפיע על נתוני הבריאות של הגליל - חיזוק רפואת קהילה וצמצום פערים בתוך הגליל בין החברה היהודית והחברה הערבית ובין המגזר היהודי הכפרי לבין עיירות הפיתוח - כמעט ולא מקבלים התייחסות בחבילת הסיוע המתוכננת.

ראוי לציין שכל המחקרים בנושא מראים שהרפואה האשפוזית ופיתוח המצוינות האקדמית, כבודם במקומם מונח, אינם הפרמטרים המרכזיים ביותר לשינוי ברמת התחלואה או התמותה של בני האדם, ולכן נכון בעינינו לייצר תמהיל שיאפשר גם פיתוח תשתיות (ובעיקר תחום השיקום החשוב כל כך), גם שדרוג בית הספר לרפואה, וגם קידום תוכניות מוטות קהילה, ובעיקר באשכולות מוניציפאליים 1-5.

כלל המאמצים הממשלתיים, תקציב משרד הבריאות, מסקנות ועדת גרוטו והתוכנית האסטרטגית, צריכים לתת משאבים מספיקים לשינוי תוצאות הבריאות במחוז צפון, וזאת במסגרת החזון של שר הבריאות ליצמן שהצפון יהיה המחוז המוביל מבחינת נתוני הבריאות שלו. כרגע המצב הפוך.

כמו כן, הנתונים של החברה הערבית הם קשים. ראש הממשלה קורא לקהילה להיות חלק מהפיתוח החברתי והכלכלי של מדינת ישראל. במצב התשתיות הנוכחי של היישובים הערביים בצפון, יהיה קשה מאוד לעלות שלב בסולם, כאשר נושאים בסיסיים כמו החיים עצמם נמצא במשבר תמידי. מצב התחלואה הכללי בחברה הערבית מחייב הכנת תכנית רוחבית והוליסטית בשיתוף השלטון המקומי, משרדי ממשלה (כגון חינוך, סביבה ובריאות) וארגוני חברה אזרחית לקידום מצב הבריאות ואורח חיים בריא.

## ה. בריאות הנפש

קיימות כיום מספר בעיות משמעותיות שקשורות לרפורמה שנעשתה בשירותי בריאות הנפש:

\* תורי ההמתנה לטיפול נפשי אורכים חודשים ולעתים חצי שנה ויותר, גם למפגש הראשוני וגם לטיפול פסיכותרפיה במידה ויש בהם צורך. הבעיה נובעת מכמה סיבות: סרבול בירוקרטי בקבלת טיפול, שיכול להוות חסם בפני עצמו; מחסור בכוח אדם מקצועי, במיוחד אנשי בריאות נפש מהחברה הפלסטינית בישראל; מחסור במרפאות ומרכזי טיפול ותת איוש של מרפאות לעומת התקנים שהובטחו לפני כניסת הרפורמה לתוקף. למרות שאפשר היה לרגל הרפורמה לעשות העדפה מתקנת עבור יישובי הפריפריה נדמה שזה כלל לא נלקח בחשבון.

\* מסלול בתשלום של 130 שקלים לטיפול שמוצע כאפשרות נוספת לטיפול פסיכותרפי. המסלול הזה מוצג כחלק ממסלול הטיפול הציבורי אך הוא מהווה למעשה מסלול פרטי לכל דבר ואינו רלוונטי כמובן למי שאינו יכול לשלם. אם מדובר במפגשים אחת לשבוע זה מסתכם בכ-500 שקלים בחודש, סכום בהחלט משמעותי.

\* זכאות לטיפול נפשי במערכת הבריאות הציבורית נקבעת על סמך קיומה של אבחנה פסיכיאטרית. נטען על ידי מטפלים ומטופלים כי אנשים הסובלים ממצוקה נפשית על רקע נסיבות חיים (גירושין, החלפת מקום מגורים, מוות של אדם קרוב וכו'), אינם זכאים לטיפול. עוד נטען שאבחנות ניתנות לא על פי קריטריונים מקצועיים אלא על מנת להבטיח קבלת טיפול. אנו סבורים שעל מערכת הבריאות לספק טיפול לכל אדם שמרגיש שיש לו צורך בטיפול נפשי ושיש לתת אבחנות רפואיות אך ורק על סמך קריטריונים מקצועיים.

\* ישנן טענות מצד מטפלים על הפרה של סודיות רפואית שמרתיעה אנשים מלפנות לטיפול. על פי כללי הרפורמה, הטיפולים, כולל האבחנות מתועדים בתיק הרפואי שחשוף לעיני מטפלים שונים, גם כאלה שאינם מתחום בריאות הנפש. בשילוב עם הבעיה בסעיף הקודם גם זה מהווה חסם בפני פניה לקבלת טיפול.

אוכלוסיות שאינן הרוב הממוצע נתקלות בבעיות נוספות בקבלת סיוע נפשי:

\* חברי הקהילה האתיופית סובלים מחסמים תרבותיים ושפתיים בפני קבלת טיפול. הקופות ומרכזי הטיפול השונים אינם נגישים תרבותית ושפתית ואתיופים אינם מאובחנים בהתאם למצבם ואינם מקבלים הפניות מהקופות לטיפול נפשי. יש בלבול בקרב מטפלים בין בעיות גוף לנפש וחוסר הבנה לגבי מהות התלונה. רוב האתיופים אינם מסוגלים לממן טיפול במסלול ההשתתפות העצמית הגבוהה (130 שקלים לטיפול) ולכן הוא בכלל לא רלוונטי עבורם. לפיכך טיפול פסיכותרפי הרבה פחות נגיש לקהילה האתיופית. על מוסדות מערכת הבריאות להבטיח שירותי גישור לטיפול הרפואי באמצעות מתורגמנים אך גם תרבותיים. קיים מחסור במתורגמנים ומגשרים ולכן על משרד הבריאות לדאוג להכשרות הנדרשות.

בריאות הנפש בחברה הערבית:

ממצאי המחקרים בתחום בריאות הנפש מראים כי האוכלוסייה הערבית בישראל סובלת יותר ממצוקות נפשיות בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. בתוך כך, נשים ערביות סובלות באופן בולט ממצוקות אלה והן נזקקות יותר לטיפול. שיעור ניסיונות ההתאבדות גבוהים יותר בקרב הערבים בהשוואה ליהודים (בצפון: 24.4 לעומת 11 ל-100.000). היצע שירותי בריאות הנפש בחברה הערבית קטן בהשוואה לחברה היהודית וקיים עיכוב בקבלת השירותים הראשוניים. מצד שני, נושא בריאות הנפש בחברה הערבית עדיין נחשב לנושא טאבו בעל רגישות תרבותית גבוהה וע"כ קיימת בעיה של מיעוט פניות לטיפול או ליעוץ נפשי.

נתונים אלה מחייבים מספר צעדים לשיפור שירותי בריאות הנפש והנגשתם:

- \* הרחבת היצע השירותים ובכלל זה הקמת מרכזי תמיכה וטיפול נפשי נוספים
- \* הנגשה תרבותית ולשונית של שירותי בריאות הנפש (הכשרת צוותים מומחים ערבים, הנגשת חומרים כתובים ושירותי מידע אחרים לציבור וכו..)
- \* ליזום קמפיין הסברה אודות בריאות הנפש לשיפור המודעות והשימוש בשירותי הבריאות.
- \* ליזום תכנית לאומית לבריאות הנפש שתכלול פיתוח תשתיות חדשות, שיפור יחידות בריאות הנפש במוסדות הטיפול, קמפיין הסברה מותאם תרבותית לאוכלוסייה הערבית).

**לסיכום, שירותי בריאות נפש בישראל עברו שינוי גדול מאד בשנה האחרונה. אומנם השינוי תוקצב אך ניראה שתקציב זה אינו מספיק או אינו מחולק בצורה שמבטיחה זמינות טובה של טיפול עבור כל מי שזקוק לו. לקראת קביעת התקציב לשנתיים הבאות יש לבחון את החסרים במערכת שירותי בריאות הנפש ולהבטיח את מילויים, תוך התייחסות מיוחדת לצרכים של הפריפריה הגיאוגרפית, החברתית והכלכלית.**

**ו. רפורמת הסיעוד**

מערך הסיעוד אינו נותן היום מענה מספק לסיעוד בקהילה, מספר השעות הניתנות במסגרתו נמוך מאד, והינו מטיל נטל כבד על המשפחות; הקריטריונים והבדיקות למתן סיוע סיעודי לקשישים פוגעניים; בנוסף, האשפוז הסיעודי לא נכלל בסל הבריאות שבאחריות הקופות, והוא באחריות מספר גופים (בהתאם למצב המטופל), מצב המקשה על בני משפחותיהם לממש את זכויותיהם, ולכאורה אין לגורמים המטפלים תמריץ למנוע הידרדרות מצבו של האדם ולמנוע ממנו להגיע למצב סיעודי.

על מנת להתמודד עם מצב קשה זה נדרשת רפורמה מקיפה, שתכלול, בין היתר: הגדלה משמעותית של שעות הסיעוד בקהילה ופתרונות נוספים בקהילה (87% מהסיעודיים נמצאים בביתם); הכנסת האשפוז הסיעודי לסל הבריאות שבאחריות הקופות, ביטול אחריות בני המשפחה לשאת בחלק מעלות האשפוז, וריכוז כל השירותים תחת גורם מטפל אחד.

המדובר בבעיה המצריכה התייחסות וטיפול דחופים ביותר, וזאת לאור ההזדקנות החדה של האוכלוסייה המביא לגידול משמעותי במספר האנשים שיגיעו למצב סיעודי, המחייב להיערך, מבחינת כוח אדם, מוסדות ופתרונות מתאימים, על מנת להבטיח כי גם אוכלוסייה שידה אינה משגת לשלם עבור שירות כזה, תקבל אותו באופן נגיש, ואיכותי.

לצורך מימון הרפורמה האמורה, מוצע להעלות את מס הבריאות ב-0.5%. המדובר במס פרוגרסיבי, והעלות הצפויה לאדם תהיה פחותה באופן משמעותי מההוצאות דהיום על ביטוחי סיעוד פרטיים שאנשים משלמים.

## ז. סטנדרטים למתן שירותי בריאות

סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994 ("החוק") קובע מפורשות כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח; אך בשום מקום - דבר חקיקה או אחר, לא הוגדרו מהם אותם "איכות סבירה", "זמן סביר" או "מרחק סביר ממקום מגורי המבוטח" וכתוצאה מכך מתאפשר המצב הקיים בו רבים מהשירותים ניתנים ללא כל הסדרה של הסטנדרטים הנדרשים והתוצאה היא חוסר שוויון ברור בין הזמינות והאיכות של שירותים רפואיים במרכז הארץ לבין זמינותם ואיכותם בדרום ובצפון הארץ.

ואכן, דו"ח מכון טאוב אשר פורסם ממש בימים אלו בנושא זמני המתנה בבתי חולים<sup>7</sup> ציין היעדר הסטנדרטים האמורים ומצא כי קיימים פערים בין זמני המתנה של מטופלים לאבחון ולייעוץ מקצועי בבתי חולים באזורים שונים, התואמים את משאבי הבריאות המצומצמים המוקצים לאותם אזורים. כך לדוגמה נמצא שבעוד שזמן המתנה החציוני לניתוחים אלקטיביים בירושלים עומד על 72 אחוז מהממוצע הארצי, הרי זמן המתנה בצפון הארץ הוא כ-116% אחוז מן הממוצע הארצי ובדרום הארץ כ-144% מן הממוצע הארצי. במילים אחרות, זמן המתנה החציוני לניתוח אלקטיבי בירושלים קצר ב-28 אחוז מזמן המתנה הממוצע במדינה, בעוד שבצפון ובדרום הינו ארוך יותר ב-16 אחוז וב-44 אחוז.

דוגמא מובהקת לאי השוויון האמור בזמינות ואיכות שירותים רפואיים היא האפליה הקיימת בשירותי שיקום, הן באשפוז והן במרכזי שיקום יום בקהילה. אין צורך להכביר מילים על אודות החשיבות המכרעת של שירותי השיקום הניתנים למי שעבר פציעה או תאונה, אירוע מוחי וכדומה אשר נועדו להחזיר את האדם לתפקוד מרבי לאחר הפגיעה, ולאפשר לו לשוב ולהשתלב בחיי החברה. היעדרם של שירותי שיקום איכותיים וזמינים בזמן סביר עלולים לפגוע קשות בסיכויי השיקום, להותיר את האדם במצב של חוסר תפקוד ולפיכך בתלות מתמשכת במערכות התמיכה של המדינה, ולהעצים את האסון שאירע לו ולבני משפחתו. לאור חשיבותם, מורכבותם ומחירם, שירותי השיקום מסופקים באופן ציבורי, והם כלולים בסל הבריאות הבסיסי וניתנים לכל המבוטחים באמצעות קופות החולים.

פיזור מיטות השיקום בארץ אינו אחיד, ועומד על 0.1 מיטות ל-1000 נפש בממוצע ארצי. בפילוח גיאוגרפי עולה תמונה ברורה של אי-שוויון. בעוד שיש 0.22 מיטות ל-1000 נפש באזור תל אביב, יש רק 0.11 בחיפה, 0.09 בירושלים, וכ-0.05 בדרום ובצפון; מתוך 296 מיטות מתאימות לשיקום נוירולוגי בארץ אף לא אחת מהן בנגב או בגליל. בתחום שיקום הילדים כל המיטות המתאימות ברחבי הארץ, מצויות באזור המרכז או בירושלים. גם המצב במרכזי שיקום היום בפריפריה בכי רע ובאף אחד מארבעת המרכזים אין רופא בית שיקומי, אין מרפאת מכשירים ואין פסיכולוג.

האפליה האמורה מתקיימת בשל היעדר סטנדרטים מחייבים. החוק מחייב לתת שירותי בריאות בזמן, מרחק ואיכות סבירים, וכן בשוויון בין מבוטחים. כפי שניתן להיווכח מהדוגמה שהובאה לעיל, שירותים רפואיים אינם ניתנים בהתאם לחוק, והם מפלים בין מבוטחים על פי מקום מגוריהם. **הדרך הנכונה להתמודד עם תופעה זו הינה בקביעת סטנדרטים שוויוניים ומהותיים של זמן, מרחק (נגישות) ואיכות השירות, ולאחר מכן לפעול לאכיפתם באמצעות תכנית ברורה והקצאת משאבים, באופן פרוגרסיבי, ועד לסגירת הפערים.**

<sup>7</sup> [http://taubcenter.org.il/wp-content/files\\_mf/waitingtimesinhospitalsheb.pdf](http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/waitingtimesinhospitalsheb.pdf)



ביחס ל"מרחק סביר ממקום מגורי המבוטח" חשוב גם להבין את המרחקים המדוברים. כך לדוגמה באזור הצפון קיימת נטייה מערכתית שגויה להתייחס לחיפה כמרכז לשירותי רפואי לתושבי הגליל, על אף ריחוקה מחלקים גדולים מהגליל. במצב הקיים, חולים רבים ובני משפחותיהם נאלצים לנסוע לחיפה או למרכז לקבלת טיפול – כאשר יש לזכור כי חלק ניכר מאוכלוסיית הגליל מתנייד עקב מצבו הכלכלי בתחבורה ציבורית - מטלה קשה בעתות בריאות וקל וחומר בעתות חולי. נסיעות אלו גורמות להוצאות כלכליות לחולים ובני משפחותיהם ולאובדן ימי עבודה. חלק מהחולים, למרבה הצער, מחליטים בנסיבות אלו לוותר כליל על קבלת הטיפול. המצב זהה גם עבור תושבי הדרום שכן סורוקה אינו יכול לספק את הצרכים של כל תושבי האזור ומטופלים נאלצים להגיע לטיפול באזור המרכז.

#### ח. קידום בריאות

קידום הבריאות הוא תהליך מורכב שמטרתו לסייע לאנשים ברמת הפרט והקבוצה לשלוט יותר בבריאותם ואף לשפר אותה. תהליך זה מחייב פעילות רב תחומית, שיתוף פעולה בין משרדי שיביא לשינויים ברי קיימא בתנאים הסביבתיים, החברתיים, הכלכליים, הפוליטיים והתרבותיים שמקדמים את הבריאות. קידום הבריאות אומנם ממוקד יותר במניעה הראשונית אך גם מכוון לחולים ועוסק במניעה שניונית ושלישונית באותה המידה. חינוך לבריאות הוא אחת האסטרטגיות המרכזיות בתהליך זה וחוק ביטוח בריאות ממלכתי התייחס לחינוך הבריאותי כחלק מהשירותים שצריכים להינתן לאוכלוסייה על ידי ספקי השירותים. אך, יחד עם זאת החוק לא הגדיר ולא התייחס לתכנים או להיקף של שירות זה. שירות זה בחלקו מסופק ומומן דרך מבחני התמיכה במסגרתם ספקי השירותים (קופות החולים) מקבלים מימון להרחבת פעילותם לחינוך וקידום הבריאות, אך לא קיימים נתונים לגבי היקפי הפעילות שנעשית ותוצאותיה.

קידום הבריאות מחייב פעילות רחבה מתוך מסגרות קיימות ברמות השונות, ערים (ערים בריאות), מוסדות חינוך (בתי ספר מקדמי בריאות), מרכזים ומוסדות בריאות, מסגרות חברה ותרבות, מקומות עבודה וכו', נוטלים אחריות על הבריאות ופועלים לקידומה. פעילות זו מחייבת היערכות מחודשת ברמה הארגונית ודורשת משאבים של כוח אדם מקצועי, תשתיות, ותקציבים שניתן לקדם בשיתוף עם הכוחות המקומיים כמו רשויות מקומיות, בתי ספר, מוסדות וארגונים יוזמים אחרים. על כן, חשוב להכליל בתקציב המדינה מספיק משאבים במסגרת תוכניות לאומיות לקידום הבריאות בכלל (כמו התוכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל וברא, אפשריבריא) וטיפול בבעיות ספציפיות (כמו התוכנית הלאומית לעישון, מחלות כרוניות, אבחון מוקדם של סרטן השד וכו') תוך מתן העדפה לאוכלוסיות פגיעות ומוחלשות ואזורי פריפריה.

#### ט. רשויות מקומיות

אחד האמצעים לקידום בריאות האוכלוסייה הוא שיתוף הרשויות המקומיות, חיזוק ושדרוג מחלקות הבריאות ברשויות והרחבת תחומי פעילותן ומינוי מנהלי יחידות בריאות מקומיות שישמשו גם כרפרנטים לכל נושא הבריאות ברמה המקומית. בחודש יוני 2015 פרסם משרד הפנים תקן למנהל יחידת בריאות עירונית/ישונית אשר ייעוד תפקידו יהא "הטמעת העקרונות של העיר הבריאה בתפקוד העירוני היום-יומי, תוך שימוש באסטרטגיות של קידום בריאות וקיימות, במטרה לשפר את בריאות כלל התושבים תוך צמצום פערי בריאות". ואולם, תקן זה אינו מגובה בתקציב ולכן אין ביכולתן הכלכלית של רשויות מקומיות מאשכול נמוך למנות מנהל יחידת בריאות כאמור לצורך קידום בריאות תושביהן.

לכן, יש להבטיח בתקציב המדינה תקציב למינוי מנהל יחידת בריאות עירונית / יישובית ברשויות המצויות באשכולות 1-5, ללא דרישת מימון מקביל מהרשויות.

#### י. שיתוף פעולה בין מגזרי

יש להבין כי הוספת עוד מתקנים ותשתיות, הגם שיביאו לשיפור מסוים, לא יפתרו את בעיית מצב הבריאות של תושבי הצפון או הדרום, וכי לשם כך יש צורך בעיקר בהשקעה מהותית במניעה ובקידום בריאות האוכלוסייה - ערבית כיהודית, עירונית ככפרית, תהליך אשר יש לעשות בשיתוף הציבור וארגוני חברה אזרחית.

לחברה האזרחית יש נכסים של אמון, נגישות לתרבות המקומית ומקצועיות, שניתן להיעזר בהם, ובייחוד בחברה הערבית והחרדית, ולראייה המושב המיוחד אשר יוחד לנושא שיתוף הפעולה בין משרד הבריאות, קופות החולים ובין החברה האזרחית בכנס השנתי השישי של משרד הבריאות בנושא "מערכת הבריאות מתמודדת עם אי-שוויון" 2015.

לכן, יש להקצות בתקציב משאבים לעמותות המקדמות בריאות לצורך פיתוח כלים של שיתוף פעולה ויישום, המהווים אחת הדרכים היעילות לקדם תוצאות בריאות.

#### יא. יישום החלטות ממשלה

**שיפור שירותי הבריאות בדרום.** בשנים האחרונות התקבלו מספר החלטות ממשלה המתייחסות לשיפור שירותי הבריאות בדרום. ההחלטות שהתקבלו חשובות בכך שמתוות את הדרך לצמצום הפערים בבריאות בין הדרום למרכז. אולם, חלק משמעותי מההחלטות לא יושמו ויש לדאוג כי יוקצו המשאבים המתאימים עבורן בתקציב 2017.

כך, בהחלטה 2025 הוחלט, בין היתר, להקצות 5.9 מלש"ח עבור פרויקט למניעת תאונות והגברת הבטיחות (בשנת 2015) ועבור הפעלת מרכז אזורי לטיפול בטראומה עבור הקהילה הבדואית (בשנים 2015-2016); הוחלט גם על הקצאת 5 מלש"ח על ידי משרד הבריאות ו-10 מלש"ח (שניהם בשנים 2015-2016) על ידי משרד האוצר לצורך הקמת ועדת היגוי להקמת בית חולים ציבורי חדש בבאר שבע לאור מעבר צה"ל לנגב; הממשלה רשמה לפני את הודעת שרת הבריאות ושר האוצר על אישור 98 מיטות כלליות לבית החולים סורוקה, בשנים 2014-2016, וזאת במסגרת הקצאת 960 המיטות שאושרו בהחלטת הממשלה מס' 2917 מיום 27.02.2011;

עוד הוחלט על הקצאת 9.3 מלש"ח לשם המשך הפעלת מוקדי הלילה הקיימים בדרום גם בשנים 2015-2019 ביישובים ערד, דימונה, ירוחם וקרית גת, והקצאת 18.5 מלש"ח לצורך הקמת שישה מוקדי לילה נוספים בשיטת ההפעלה הנהוגה כיום למוקדים מסוג זה ביישובים אופקים, נתיבות, ערעה, רהט, כסייפה וכן מוקד שישרת את תושבי לקיה, חורה והסביבה. בהחלטה הממשלה חלוקת ההקצאות בנושא מוקדי הלילה בין משרד האוצר ומשרד הבריאות, תוך פירוט פריסת הסכומים בשנים 2015-2020.

יש להבטיח הכללה בפועל בתקציב המדינה של ההקצאות המפורטות בהחלטות הממשלה המפורטות לעיל.

**קידום בריאות יוצאי אתיופיה.** בעקבות המחאה של קיץ 2015, הוקמה ועדת שרים (החלטת ממשלה 609) והתקבלו החלטות לקליטה מיטבית של יוצאי אתיופיה. במסגרת הליכי שיתוף שקיים משרד הבריאות, התקבל

פידבק מהשותפים אודות תהליכים קיימים, תועדפו הנושאים להתערבות והוצפו כיווני פעולה ודרכי פעולה חדשים.

**הנושאים שתועדפו הם:** הנגשה לשונית ותרבותית של שירותי הבריאות, מימוש זכויות, ייצוג הולם של יוצאי אתיופיה במערכת הבריאות ומאבק בסוכרת ועידוד אורח חיים ופעיל.

מאז שנתקבלו ההחלטות באוקטובר 2015, אין שום התחלה של עשייה בפעילות הנ"ל על ידי המשרד. יש צורך בפעילות שתקדם יישום החלטת הממשלה והשקעת המשאבים הדרושים בהקשר של יוצאי אתיופיה.

ועדת השרים החליטה על הקצאת 19.6 מיליון במשך 4 שנים, וקבעו במה יושקעו ה-5 מיליון בשנה:

1. 2 מיליון ש"ח – תמיכות בקופות חולים לצמצום וטיפול בחולי סוכרת יוצאי אתיופיה

2. 2 מיליון ש"ח - הרחבת מגשרים בקופות חולים

3. 1 מיליון ש"ח להסברה.

הכסף לא מועבר מהאוצר ולכן, על אף החלטות שנתקבלו כאמור, אין פעילות.

## יב. נוסחת הקפיטציה

בשנת 2013 התכנסה ועדת הקפיטציה על מנת לדון בשינויים הנדרשים בנוסחה שעל פיה מחלק משרד הבריאות את התקציב לקופות החולים. המטה הציבורי לשוויון בבריאות<sup>8</sup> הפנה אל הוועדה בדצמבר 2013 נייר עמדה בו הוא מתייחס לאופן בו הקצאת מקורות המימון לקופות החולים יכולה להוות כלי לצמצום הפערים בין תושבי הפריפריה והמרכז. ארגוני המטה הציבורי לשוויון בבריאות אף ביקשו להופיע בפני הוועדה כדי להסביר בהרחבה את עמדתם. למרות הזמן שעבר מאז ופניות נוספות מגורמים שונים לא פורסמה נוסחה חדשה להקצאת מקורות המימון לקופות החולים ובקשות נציגי ארגוני החברה האזרחית להופיע בפני הוועדה לא נענו. משיחות עם גורמים מקצועיים ניתן להבין שהסיבה לעיכוב עדכון הנוסחה נובעת מקושי בתקצוב שירותי בריאות הנפש שעברו לאחריות קופות החולים בתוך הנוסחה.

בתחילת חודש אוגוסט 2016 אישרה ועדת הבריאות לקריאה שנייה ושלישית הצעת חוק ממשלתית, הקובעת כי שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר ובאישור ועדת הבריאות של הכנסת, יהיה רשאי לשנות את נוסחת הקפיטציה. אנו רואים בוועדת הקפיטציה ועדה מקצועית הפועלת באופן שמממש תהליכים דמוקרטיים רצויים. הוועדה מורכבת ממומחים וכחלק מעבודתה מקבלת התייחסות מהציבור לנושאים המועלים במסגרת כתב המינוי של הוועדה, במטרה לקבל תמונה רחבה עד כמה שניתן לנושאים אלה. בנוסף לכך נציגי הציבור אף מוזמנים להציג את עמדתם בפני חברי הוועדה.

ואולם, השינוי המוצע מפיקע למעשה מהציבור את היכולת להיות שותף בקבלת החלטות ולהשפיע על מהלכים שיש להם השלכות משמעותיות על בריאותו. בתקופה בה קיימת הבנה לגבי החשיבות במעורבות הציבור בהחלטות הממשלה ומשרדיה זהו צעד תמוה ביותר. כמו כן, שינוי החוק המוצע יאפשר עירוב של שיקולים

<sup>8</sup> המטה הציבורי לשוויון בבריאות: אגודת הגליל – האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות, אגיק מכוון הנגב, אחוזת נגב-תושבים עושים למען עצמם, בזכות-המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, האגודה לזכויות האזרח בישראל, האגודה לצדק סביבתי בישראל, טנא בריאות, ידיד-מרכזי זכויות בקהילה, יסמין אל נגב - עמותת לבריאות האשה והמשפחה \* נשים לגופן \* פורום בריאות דרום \* פורום צפת לביו-אתיקה (המכללה האקדמית צפת) \* קבוצת ב"ש – שוויון בבריאות \* קול הזכויות \* רופאים לזכויות אדם \* רשת ערים בריאות בישראל \* שתי"ל – שירותי תמיכה וייעוץ לקידום שינוי חברתי

פוליטיים במקום בו נדרשים שיקולים מקצועיים בתחום הבריאות והכלכלה. לכן, יש לבטל את הצעת החוק ולחזור ולדון בתקציבי קופות החולים, כולל שירותי בריאות הנפש, באמצעות ועדת הקפיטציה תוך הכנסת פרמטרים לנוסחה שיקדמו את סגירת הפערים בין הפריפריה למרכז.

### **מדדים עיקריים המעידים על פערים בבריאות ובשירותי הבריאות בין הפריפריה והמרכז<sup>9</sup>**

- \* הפער בתוחלת החיים בין הדרום למרכז מגיע לחמש שנים מהממוצע הארצי ותוחלת החיים בצפון נמוכה בשנתיים מתוחלת החיים במרכז ;
- \* במחוז הדרום שיעור תמותת התינוקות הגבוה בארץ, ושיעורו למעלה מכפול מהשיעורים המקבילים במחוז תל-אביב ובמחוז ירושלים ; משנת 2010 חלה עלייה בשיעור תמותת תינוקות במחוז הצפון על רקע מגמות חיוביות במדד זה בשאר המחוזות ;
- \* שיעור הרופאים המועסקים במחוז הצפון ובמחוז הדרום הם הנמוכים ביותר בארץ ועומדים על כ-2.3 רופאים (ל-1,000 נפש) במחוז הצפון וכ-3.0 רופאים במחוז הדרום, לעומת כ-4.7 באזור תל-אביב. חשוב להדגיש בהקשר זה כי בצפון ובדרום מיעוט מומחים, הגורם לעומס רב ולתורים ארוכים, או לחילופין לקבלת טיפול על ידי רופא שאינו מומחה ברפואה היועצת וברפואת משפחה ;
- \* שיעור האחיות המועסקות ושיעור המועסקים בכוחות עזר רפואי, נמוכים גם כן באופן משמעותי מהנתונים המקבילים באזור המרכז ותל-אביב ועומדים על 4.4 אחיות מועסקות ו-2.2 מועסקים במקצועות עזר רפואי (ל-1,000 נפש) במחוז הצפון ו-3.4 אחיות מועסקות ו-2.3 מועסקים במקצועות עזר רפואי במחוז הדרום לעומת 6.1 ו-4.6 במחוז תל-אביב ;
- \* שיעור המיטות לאשפוז נמוך גם כן באופן משמעותי מהנתונים המקבילים בשאר המחוזות ועומד במחוז הדרום על כ-1.4 לאשפוז כללי (ל-1,000 נפש) ובמחוז הצפון על כ-1.6 מיטות לעומת כ-2.5 במחוז ירושלים וכ-2.05 במחוז תל-אביב. כך גם לגבי שיעור המיטות באגף ילדים, באגף פנימי ואגף טיפול נמרץ ועמדות רפואה דחופה ;
- \* קיים עודף תחלואה ברור בסכרת וסיכון יתר מובהק לתחלואה בסרטן במחוז הצפון.

### **הארגונים והגופים המגישים נייר העמדה (לפי סדר א'ב):**

**אגודת הגליל – האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות**, ארגון הפועל בציבור הערבי ישראלי בתחומים של בריאות הציבור, תברואה, חקלאות, איכות סביבה ותחומים קרובים נוספים.

**האגודה לזכויות האזרח בישראל**, ארגון זכויות אדם הפועל להגנה על זכויות האדם ולקידומו, בכל מקום שבו הפגיעה בזכויות נעשית על ידי רשויות ישראליות או מטעמן.

<sup>9</sup> כל הנתונים מתוך אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, דצמבר 2015.

**פורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל**, פורום של מעל 250 תושבות ותושבי הגליל המייצגים את מגוון האוכלוסיות וסוגי ההתיישבות השונים בגליל הפועל להובלת הגליל למצוינות בבריאות ולקידום שוויון בבריאות ביחס לאזורי הארץ האחרים וכן בקרב תושבי הגליל.

**טנא בריאות**, ארגון המקדם פעילויות הסברה הולמות למניעה, לאיתור ולטיפול במחלות כרוניות בקרב יוצאי אתיופיה באמצעות מומחי בריאות יוצאי אתיופיה ובשיתוף הקהילה.

**פורום בריאות דרום**, פורום אזרחי של פעילות ופעילים חברתיים, נשות ואנשי מקצוע מתחום מקצועות הבריאות ומתחומים נוספים ונציגי רשויות מקומיות המתגוררים בכל אזור הנגב, יהודים וערבים, הפועל לסגירת הפערים העמוקים והמטרידים הקיימים בתחום הבריאות בין מרכז לדרום.

**רופאים לזכויות אדם**, ארגון הנאבק למען יישום זכויות אדם בכלל והזכות לבריאות בפרט מתוך אמונה כי מאבק לצדק ושוויון חייב לכלול מחויבות לשינוי המבנים החברתיים והפוליטיים העומדים בבסיס האפליה, מרוויחים ממנה ומאפשרים אותה.

**שתיל, הקרן החדשה לישראל**, ארגון הפועל בחזית החברה האזרחית לקדם ערכי שוויון, דמוקרטיה, וצדק חברתי בישראל, במטרה לחזק את אלו הפועלים למען חברה צודקת ומשותפת לכל אוכלוסיותיה, המושתתת על שוויון בין כל אזרחי ותושבי ישראל.