

**מערכת הבריאות בנגב**

**תאור המצב הקיים  
והצרכים בעת פתוח  
האזור**

**על פי התכנית הלאומית.**

**ספטמבר 2005**

**אב תשס"ה**

איסוף החומרים, כתיבה ועריכה : ד"ר רונית פלד  
המחלקה לניהול מערכות בריאות,  
הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת  
בן - גוריון בנגב.

עוזר מחקר :  
אראל גולדנברג  
המחלקה לניהול מערכות בריאות,  
ביה"ס לניהול, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

ועדת ההגוי :  
פרופ' יוסי פליסקין – המח' לניהול מערכות  
בריאות אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

פרופ' דני ורדי - שירותי בריאות כללית.

ד"ר דני גולדפרב – שירותי בריאות כללית.

ד"ר אילנה בלמקר – לשכת הבריאות מחוז דרום

פרופ' דינה פלפל – המח' לאפידמיולוגיה,  
אוני' בן גוריון בנגב.

פרופ' בועז פורטר – מכבי שירותי בריאות

פרופ' דב צ'רניחובסקי - המח' לניהול מערכות  
בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

חסייה לובצקי - המח' לניהול מערכות בריאות  
אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

**אנו מודים לכם על התפקודים מאצרכת הבריאות הנכם,  
ולאנשי אוניברסיטת בן גוריון על הסיוע הרב בהכנת  
מסמך זה.**

## תוכן העניינים

<u>עמוד</u>	
4	פתח דבר.....
5	תקציר .....
9	שיטות .....
	פרק ראשון: דמוגרפיה, מצב חברתי כלכלי
10	מצב בריאות – תאור מצב קיים....
14	ריכוז הממצאים.....
	פרק שני: הרפואה הראשונית- רפואת הקהילה:
17	תאור מצב קיים וצרכים עתידיים.....
	פרק שלישי: שירותי בריאות הציבור: תאור
20	מצב קיים וצרכים עתידיים.....
25	ריכוז הממצאים.....
	פרק רביעי: הרפואה השניונית – רפואה מייעצת
28	תאור מצב קיים וצרכים עתידיים...
31	פרק חמישי: רפואת חרום – רפואה דחופה.....
	פרק שישי: מערכת הרפואה השלישונית –
33	מערכת האשפוז.....
	א. אשפוז כללי
33	1.א תאור מצב קיים.....
38	2.א תאור הפערים.....
41	3.א אשפוז אחר.....
42	4.א צרכים מידיים.....
	ב. תרחישים לגידול האוכלוסיה
45	והמענה עליהם .....
49	ריכוז הנתונים.....
49	מיטות אשפוז .....
52	עמדות.....
52	אשפוז אחר.....
54	טכנולוגיה.....
55	תשתיות.....
55	חדרי לידה.....
	הגדרות.....
56	נספחים.....
57	בבליוגרפיה.....
60	

## פתח דבר

במסגרת התכנית הלאומית לפתוח הנגב, ועל פי החזון של פיתוחו קידומו וביסוסו של הנגב. הצבתו במרכז מפת האינטרסים הלאומיים של מדינת ישראל. הפיכתו לאזור מושך אוכלוסייה, תוך שיפור איכות החיים הכוללת ופיתוח קהילה פעילה, איכותית ותורמת- ניגשנו לכתיבת מסמך זה.

המטרה הכללית היתה לתאר את מערכת הבריאות בנגב על שלוחותיה במצב הקיים. לתאר את הפערים המתקיימים בנגב באספקת השירותים, המבנה שלהם והצרכים המיוחדים לאזור. לתאר את הצרכים לצמצום הפערים, ולהכין את התשתית העקרונית לפתוח עתידי של השירותים על פי גידול טבעי של האוכלוסייה המתגוררת בנגב ועל פי יעדי התכנית הלאומית.

מערכת הבריאות בישראל מורכבת ממספר נדבכים : הרפואה הראשונית – היא המערכת המספקת את שירותי רפואת המשפחה והילדים בקהילה, ומערכת שירותי בריאות הציבור. הרפואה השניונית – היא מערכת רפואת היועצים ורפואת החרום. ומערכת הרפואה השלישונית – היא מערכת האשפוז. על פי נדבכים אלה בדקנו ונתחנו את מערכת הבריאות בנגב, והכנו את התכנית לצרכים עתידיים בעת פתוח האזור.

כל ההערכות והניתוחים התבססו על מספר תרחישים : צמצום פערים בעת הזאת, גידול טבעי של אוכלוסיית הנגב לכדי 675,000 נפש, גידול אוכלוסיית הנגב לכדי 800,000 תושבים ועל פי יעד התכנית הלאומית לכדי 950,000 נפש.

כל הנתוחים שבוצעו לקחו בחשבון את התנאים המיוחדים לנגב שהעיקריים בהם הם : פיזור גיאוגרפי נרחב, אוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים, ומצבים חברתיים כלכליים שהם הידועים כמשפיעים אל בריאות האדם.

אנו תקווה כי מסמך זה ישמש את מקבלי החלטות בעת תכנון פתוח הנגב.

## תקציר

שינויים בפיזור האוכלוסייה במרחב הגיאוגרפי דורשים תכנון והתאמה של השירותים, כך גם בעת תכנון של פתוח אזורי. אחד המרכיבים החשובים בתכנון האזורי הוא התאמה של מערכת הבריאות לשינויים הדמוגרפיים העתידיים בכלל זה הרכב האוכלוסייה, פיזור במרחב וצרכיה המיוחדים לשירותי בריאות.

חוק בטוח בריאות ממלכתי שחוקק בשנת 1995 קבע בין היתר כי שירותי הבריאות בישראל יינתנו על בסיס שוויוני וללא כל אפליה. בכך נקבע כי שוויון בנגישות לשירותי בריאות הוא הבסיס העיקרי לחוק. למרות זאת שונות באספקת שירותי הבריאות בנגב נחקרה ותועדה בהרחבה ( **ניראל וחב' 2000**). גם בעלי תפקידים בכירים במערכת הבריאות בנגב מביעים לאורך השנים את חוסר שביעות רצונם מהפניית משאבים באופן שאינו מספק את הצרכים. ואמנם, בנגב מתקיימים מספר תנאים היוצרים צרכים מיוחדים לשירותי בריאות ובכלל זה:

- פיזור גיאוגרפי נרחב
- ריכוז של אוכלוסיות חלשות מבחינה חברתית כלכלית
- עודף תחלואה המחלות כרוניות

### תאור המצב הקיים:

במערכת הרפואה הראשונית - היא זו המספקת את שירותי הבריאות בקהילה, ניתנים השירותים ע"י ארבע קופות החולים כאשר, שירותי בריאות כללית הוא הספק הגדול ביותר בנגב. למעט קופת חולים מאוחדת, לכל הקופות מרפאות גם בישובי הבדואים. ממחקרה של ניראל וחב' ( **ניראל וחב' 2000**), עולה כי בנגב יש מחסור בכח אדם רפואי וסיעודי בהשוואה לשאר אזורי הארץ.

בשירותי בריאות הציבור - האחראיים על:

- פקוח על היבטים בריאותיים בתחומים רבים ביניהם: בניה ופתוח סביבתי, תעשייה, מזון, מים, מוסדות ציבור, אתרי בלוי ופנאי ועוד.
  - מניעת מחלות - בכלל זה חיסונים, מעקב הריוני, מעקב התפתחותי של ילדים פעוטים וילדי בתי הספר.
  - ניטור וטיפול בהתפרצויות של מחלות מדבקות
- גם שירות חשוב זה נדרש לעמידה בסטנדרטים הישראלים המקובלים תוך התאמה לצרכים המיוחדים המתקיימים בנגב. יחד עם זאת בשנים האחרונות סובל שירות זה מקיצוצים תקציביים ניכרים המשפיעים על יכולת מתן שירות נאות.

במערכת הרפואה השנייה - היא הרפואה המייעצת ( רפואת המומחים), ניתנים השירותים בעיקר ע"י קופות החולים. בתת התמחויות מיוחדות ניתנים שירותי הייעוץ במרפאות החוץ של

המרכז הרפואי סורוקה. בעלי תפקידים בכירים בקופות החולים הביעו בפנינו את הקושי שלהם לאייש משרות של רופאים מומחים במקצועות ייחודיים. מלבד זאת המרחקים הגיאוגרפיים ופיזור האוכלוסייה על שטח נרחב מקשים על נגישות נאותה.

שירותי רפואת החרום – ניתנים על ידי מגן דוד אדום והמחלקה לרפואה דחופה ויחידת הטראומה במרכז הרפואי סורוקה. גם כאן הפיזור הגיאוגרפי הנרחב של אוכלוסיית הנגב, מקשה על אספקת שירותי רפואה דחופה. ישנן נקודות ישוב אשר זמן ההגעה מהן לחדר המיון במ.ר. סורוקה גדול. המיונים הקדמיים אינם נותנים מענה שלם מכיוון שהם צריכים להיות מסוגלים לתת שירותי רפואה דחופה בסטנדרטים מקובלים ולהכיל בתוכם את כל הטכנולוגיות והפונקציות המתאימות. המחלקה לרפואה דחופה בסורוקה עמוסה מאד.

במערכת הרפואה השלישונית – המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה הינו בית החולים הכללי היחיד המשרת את אוכלוסיית הנגב. המ.ר. סורוקה מתמודד כבר היום עם אתגר היותו בית החולים היחיד האמון על מתן השרות רפואי מתקדם בסטנדרטים של המאה ה-21, לאוכלוסייה גדולה, המרוחקת ממרכזי אוכלוסייה אחרים ומסתמכת על בית חולים זה בלבד. יש בו 914 מיטות בתקן, 66 מיטות יום, 12 עמדות דיאליזה, 60 עמדות מיון ו-6 עמדות טראומה. .

- היקפי הפעילות היום במ.ר. סורוקה בתחומים רבים כגון: מספר טיפולים בנפגעי טראומה, קבלות בחדרי המיון, מספר ניתוחים, אשפוזים, ומספר הלידות הם הגבוהים ביותר במדינת ישראל ומהגבוהים בעולם המערבי.
- מהשוואת שיעורי מיטות האשפוז בנגב עם שאר אזורי הארץ מצטיירת תמונה של מחסור במיטות אשפוז.
- הבעיה חמורה במיוחד ביחידות לטיפול נמרץ, בפגיה, ביחידות האונקולוגיה בדיאליזת ילדים.
- בנגב מתקיים מחסור חמור בטכנולוגיות אבחוניות וטיפוליות והחולים נדרשים לקבל טיפול או שירות אבחוני בירושלים או במרכז הארץ. ישנן מספר פונקציות אבחוניות ו/או טיפוליות שכלל לא קיימות בנגב.
- התורים בנגב, לפרוצדורות ייחודיות כגון צינתורים, ארוכים מאד. ילודים פגים מועברים לבתי חולים אחרים.
- מספר פונקציות מעבדתיות חשובות חסרות בנגב.
- במ.ר. סורוקה נמצאות בבניה כ-120 מיטות אשר יתנו מענה למצוקה במחלקות: יולדות, ילדים וטיפול נמרץ בילוד (פגיה).

בבריאות הנפש: המרכז הרפואי לבריאות הנפש בבאר שבע, הוא בית החולים היחיד בנגב לבריאות הנפש והוא משרת אוכלוסייה של קרוב למליון נפש ( מאשדוד בצפון ועד אילת בדרום). במסגרת הרפורמה שמנהיג משרד הבריאות במגמה להעביר שירותים של בריאות הנפש אל הקהילה, נסגרו בשנה האחרונה מיטות אישפוז בה בעת שהשירותים

הקהילתיים החלופיים לא התפתחו. כבר היום חסרים שירותים משמעותיים במערך בריאות הנפש בנגב, למבוגרים ולילדים ונוער, ויש קושי לתת מענה לכל הצרכים בכל המגזרים ובכל הישובים.

### **צרכים פתרונית ויוזמות**

**במערכת הרפואה הראשונית** - שירותי הרפואה הקהילתית הניתנים על ידי קופות החולים, מתנהלים על פי סל הבריאות הקבוע בחוק בריאות ממלכתי ומותאמים לצרכי האוכלוסייה ולמדיניות הקופה. אנו משערים כי בעת גידול משמעותי של האוכלוסייה בנגב, תתאמנה הקופות את פריסת השירותים ואספקתם בהתאם. אין אנו רואים כל מקום להתערבות ממשלתית בתגבור הרפואה הקהילתית.

**בשירותי בריאות הציבור** – על מנת ששירות זה יוכל לעמוד ביעדים ובמשימות שמשרד הבריאות קבע בעבורו, תוך התאמתו לצרכים המיוחדים של אוכלוסיית הנגב, יש לתגבר **כבר עתה** את מצבת כח האדם המקצועי של לשכת הבריאות במחוז הדרום. בעת הגדלה של האוכלוסייה על פי התכנית הלאומית, תדרש התערבות ממשלתית על מנת לפתח שירות חשוב זה בהתאמה.

**במערכת הרפואה השניונית** - שירותי הרפואה המייעצת - יותאמו על ידי קופות החולים ובית החולים, כאשר תגדל אוכלוסיית הנגב, בהתאמה על פי צרכי האוכלוסייה. התערבות ממשלתית צריכה להיות כזו שתעודד כח אדם מקצועי (רופאים מומחים ואחיות מוסמכות) לעבוד בנגב.

**רפואה החרום**: מערכת רפואת החרום המסופקת על ידי מגן דוד אדום, תתאים עצמה לגידול באוכלוסייה. יש לשקול התערבות ממשלתית בהקמה של מיונים קדמיים בפריפריה הרחוקה. מיונים אלה צריכים להיות מסוגלים לתת שירותי רפואה דחופה בסטנדרטים מקובלים ולהכיל בתוכם את הטכנולוגיות המתאימות.

### **רפואה שלישונית – מערכת האשפוז**

- המצב הקיים – מחייב מיידית תוספת של כ- 500 מיטות למרכז הרפואי סורוקה. כעת נמצאות בבניה כ-120 מיטות. יש לדאוג לתקנון והפעלה של כל 500 המיטות תוך בניה של 380 מיטות חדשות בעלות \$ 38,000,000.
- בעת הגדלת האוכלוסייה בהתאם ליעדי התכנית הלאומית יש להקים בית חולים כללי נוסף בן כ-900 מיטות. עלות בית חולים חדש \$225,000,000. אנו ממליצים לשתף את הנהלת המ.ר סורוקה בתכנון בית החולים החדש זאת על מנת ליצור את האיזונים המתאימים.
- בתמ"א של אזור להבים, הוקצה מקום להקמת בית חולים נוסף.

- עד להקמתו של בית חולים נוסף בנגב, קיים צורך מיידי בתוספת מכשור מתקדם, טכנולוגיות רפואיות והרחבה או שדרוג שירותי טיפול ואבחון בסורוקה. תוספת זו נחוצה על מנת לענות על הצרכים המידיים של אוכלוסיית הנגב ועל מנת להשוות את איכות שירותי האבחון והטיפול לאלו הקיימים במרכז הארץ.

- המ.ר סורוקה זקוק לציוד הכולל: מכשיר PET-CT, חדר צנתורים חדש, מכשיר CT רב פרוסתי, מכשירי דיאליזה ייעודיים לילדים, מכשיר לריסוק אבני כליה ליטוטריפטר, ציוד להפעלת מעבדות מתקדמות וכן ציוד הנדסי – תשתית לשעת חרום כגון גנראטורים. בנוסף, יש צורך מייד בבינוי תשתית כגון קישור נוסף לרשת החשמל, בינוי פגייה, יחידת דיאליזה לילדים ומכון לרפואה גרעינית.

בריאות הנפש ואשפוז סיעודי: במערך בריאות הנפש בנגב, יש צורך מיידי בתוספת של 60 מיטות אשפוז. יש צורך דחוף בתגבור מערך הטיפול האמבולטרוי במיוחד באזורי הפריפריה, בחלקם אנו ממליצים לעבור לאבחון וטיפול באמצעות " בדיקה וטיפול מרחוק". יש צורך דחוף בפתוח השירותים בקהילה, במיוחד אלה הניתנים לאוכלוסיות בסיכון. יש צורך דחוף בפתוח של הוסטלים ומוסדות שיקום לחולי נפש בקהילה. שירותי בריאות הנפש לילדים והנוער גם הם לוקים בחסר משאבים. על מנת לצמצם פערים ולתת מענה בעת פתוח אזורי יש צורך בתגבור מערך בריאותי זה.

האשפוז הסיעודי רובו בידי גורמים פרטיים. רק חלק מהמיטות הסיעודיות בנגב, הן בבעלות ממשלתית. על כן על שירות זה פועלים ויפעלו גם בעתיד כוחות השוק. כמו בכל הארץ, גם בנגב, יש מחסור ב"קודים" ממשלתיים.

## שיטות

**מקור הנתונים:** רוב הנתונים נאספו ממאגרי המידע הלאומיים: הלשכה המרכזית

לסטטיסטיקה, ופרסומי משרד הבריאות - האגף למידע. שאר הנתונים התקבלו מספקי השירותים - קופות החולים: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים לאומית וקופת חולים מאוחדת. כמו כן התקבלו נתונים מהמחלקה הכלכלית של המרכז הרפואי סורוקה ומלשכת הבריאות המחוזית בבאר שבע וממרכז מגן דוד אדום.

הנתונים על כח אדם רפואי התקבלו מההסתדרות הרפואית (הר"י).

הנתונים על כח אדם סיעודי התקבלו ממאגרי המידע של משרד הבריאות.

נתונים כלליים על הנגב התקבלו מהרשות לפתוח הנגב באמצעות אתר האינטרנט שלהם.

**הבנת הצרכים המיוחדים של הנגב:** התקיימו פגישות עם כל מקבלי החלטות בקופות החולים:

מנהלי המחוזות, המנהלים הרפואיים ובעלי תפקידים בכירים אחרים.

כמו כן נפגשנו עם הנהלת המרכז הרפואי סורוקה, עם הרופאה המחוזית בנגב ד"ר אילנה בלמקר ועם מנהל המרכז לבריאות הנפש פרופ' קפלן.

מידע לגבי תכניות משרד הבריאות באשר למערכת האשפוז בישראל בכלל ובנגב בפרט התקבל משיחה עם מר יהודה רון, סמנכ"ל בכיר לראש מנהל התכנון במשרד הבריאות, ובאמצעות מסמך שהעביר אלינו.

כל החומרים האלה עברו עיבוד והערכה והועלו על הכתב בהתאמה.

## פרק ראשון: דמוגרפיה, מצב חברתי כלכלי, מצב בריאותי תיאור מצב קיים

נפת באר שבע משתרעת על שטח של 12,945 קמ"ר המהווים 58% משטחה של מדינת ישראל (הרשות לפתוח הנגב). בשטח זה מתגוררים כ- 530,000 תושבים (כ- 8% מאוכלוסיית המדינה). משמעות הדבר, פיזור אוכלוסייה גדול יחסית. עובדה זו משפיעה על אופי צריכת שירותי בריאות ואופי אספקתם.

כ-25% מתושבי הנגב הם בדואים, ולאוכלוסייה זו בגלל אורח חייה, מצבה הכלכלי-חברתי הקשה, ומשתנים תרבותיים חברתיים אחרים, דפוסי צריכת שירותי בריאות שונים מאלה של האוכלוסייה היהודית.

ילדים וקשישים נחשבים ל"צרכני שירותי בריאות" עיקריים. שיעור הילדים בנגב גבוה בהשוואה לממוצע הארצי. 13% מאוכלוסיית הנגב הם ילדים עד גיל ארבע, כאשר הממוצע הארצי הוא 9.5%. בנגב 34% הם ילדים עד גיל 14 ו-8% קשישים מעל גיל 65. אוכלוסיית הקשישים בנגב, נמוכה יחסית למרכז הארץ.

בנגב פועל בית חולים כללי אחד: המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, המשרת את אוכלוסיית הנגב, וכ"בית חולים על" משרת אוכלוסייה של כ-900,000 נפש בכלל זה תושבים מנפת אשקלון. כמו כן הוא משרת את אוכלוסיית חיילי צה"ל שגודלה אינו ידוע.

### **מסקנה: בנגב מתקיימים מספר תנאים ייחודיים הדורשים הערכות מיוחדת ושונה של מערכת הבריאות.**

עפ"י קצב גידול האוכלוסייה בכל מגזר בין השנים 1995-2002 שיעור הגידול בשנת 2014 ללא תוספת אוכלוסייה יהיה 131% באוכלוסייה היהודית ו-175% באוכלוסייה הבדואית. גידול אוכלוסייה ניכר נרשם בכל הרשויות הבדואיות, בשני הפרברים להבים ומיתר ובמועצה האזורית רמת נגב, שחלק מאוכלוסייתה בדואית. זהו קצב גידול מואץ, עוד בטרם הגדלה יזומה של האוכלוסייה.

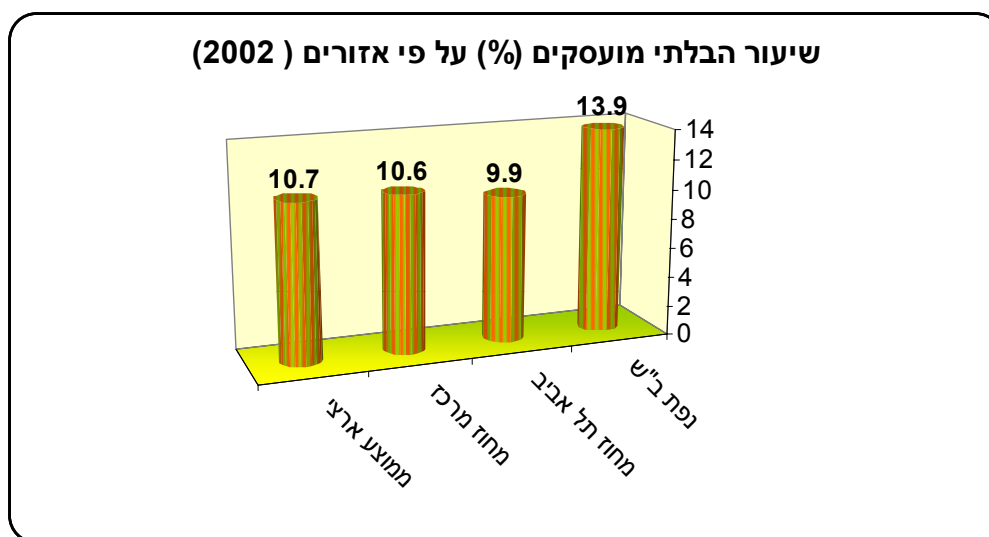
שירותי בריאות כללית מספקת שירותי ל-68% מהאוכלוסייה בנגב, מכבי שירותי בריאות לכ-22% ולאומית ומאוחדת לשאר האוכלוסייה. הגורם המבטח המרכזי בנגב הוא שירותי בריאות כללית ושיעור המבוטחים על ידי קופה זו גדולים משיעור מבוטחיה בכלל הארץ (54.9%). רוב הקופות מספקות שירותים בערי הבדואים ולשכנת הבריאות המחוזית נותנת מענה מיוחד לצרכי התושבים המתגוררים בפזורה, בישובים שאינם מוכרים ואינם מרוכזים.

### **מדדים חברתיים כלכליים**

דו"ח מבקר המדינה בשנת 1999 ייחד פרק לערי דרום הארץ (מבקר המדינה 1999). הדו"ח בפרק זה מסתמך על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומצביע על פערים חברתיים כלכליים משמעותיים בין יישובי דרום הארץ ומרכזה. מהדו"ח עולה כי רוב הרשויות בדרום נמצאות ברמה חברתית כלכלית נמוכה לעומת רוב הרשויות במרכז הארץ הנמצאות ברמת רווחה בינונית וגבוהה. עפ"י נתוני הבטוח הלאומי המצוטטים בדו"ח המבקר, שיעור תחולת העוני בדרום הארץ

גדול מהשיעור הממוצע באזורי הפתוח בישראל. עפ"י נתוני הלמ"ס משנת 2003 שיעור הבלתי מועסקים בנפת באר שבע עומד על 13.9%, כאשר במחוז תל אביב 9.9% ובמחוז המרכז 10.6%. הממוצע הארצי הוא 10.7% (למ"ס 2003). ההכנסה הממוצעת לנפש בדרום, בסוף שנות התשעים היתה 60-80% מהשכר הממוצע הארצי. נתון זה, עפ"י מבקר המדינה מצביע על רמת חיים נמוכה ופעילות כלכלית ירודה. בבדיקת ממוצע שנות הלימוד של בני 26-50 נמצא, כי בישובי דרום הארץ השיעור הוא 90% מהממוצע הארצי, בערי מרכז הארץ הוא גבוה במעט מהממוצע פי 1.25.

**מסקנה:** קיימים פערים ניכרים כמעט בכל המדדים בין הישובים בנגב לבין הממוצעים הארציים. יתרה מזו, במרחב מטרופוליני באר שבע עצמו מתקיים הקיטוב החברתי-כלכלי האזורי הגדול בארץ.



### מדדי בריאות:

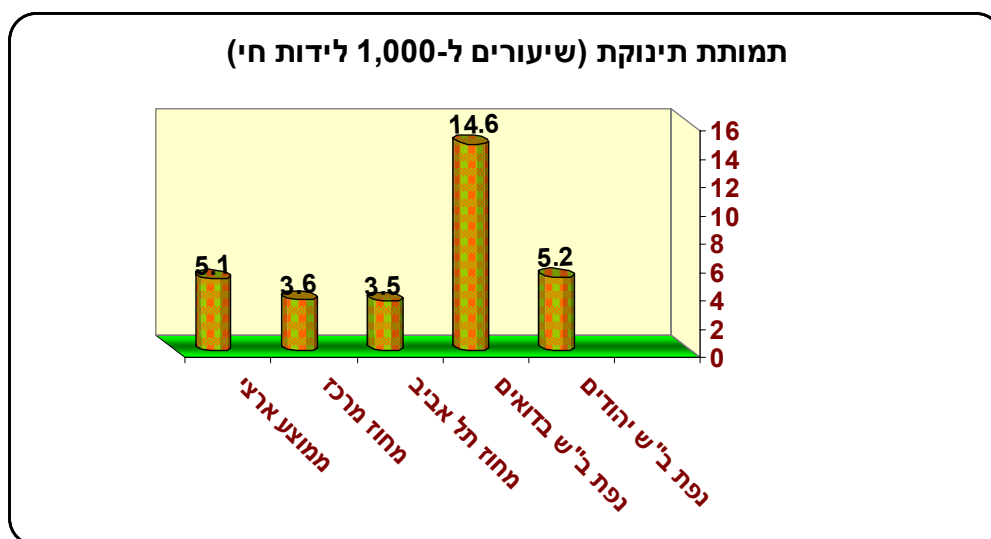
ילודה: בשנת 2003 התרחשו כ-15,000 לידות בנפת באר שבע מהן כ-13,000 התרחשו במ.ר סורוקה. שיעור הילודה הגולמי בנגב (מספר לידות מחולק לגודל האוכלוסיה) היה בשנה זו 23.8 ל-1,000 נפש. במגזר הבדואי השיעור היה 55.4 ל-1,000 נפש. מספר הלידות ושיעורי הילודה בנגב הם מהגבוהים בישראל. שיעורי ילודה במרכז הארץ עומדים על 19.3 במחוז המרכז ו-17.7 במחוז תל אביב. גם שיעורי הפרייון הכוללים (מספר הילדים הממוצע הצפוי לאישה בחייה) בנגב (3.91), הם מהגבוהים בישראל (למ"ס 2004).

**שיעור תמותה:** שיעור הפטירות הגולמי לשנת 2003 בנפת באר שבע היה 5.2 ל-1000 נפש. באותה תקופה שיעור הפטירות הגולמי במחוז תל אביב ובמחוז המרכז היה 8.4 ו-5.3 בהתאמה. שיעור

הפטירה בדרום דומים באופן כללי לשיעורים בשאר אזורי הארץ למעט בהשוואה לאלה של תל-אביב וחיפה, שתי ערים עם אוכלוסייה מבוגרת יחסית. (למ"ס 2004)

**תמותת תינוקות:** תמותת תינוקות (פטירה של תינוק עד גיל 12 חודשים) הינו מדד חברתי כלכלי בריאותי מאד "רגיש" ומקובל בהשוואות בין לאומיות, בין תרבותיות ובין מגדרים ומגזרים. מדד זה מושפע ממצב כלכלי חברתי של האם והמשפחה, ממצבה הבריאותי, מיכולת השימוש והרמה של שירותי הבריאות וממשתנים אחרים כגון מומים מולדים, תאונות בית ודומיהם.

השיעור הממוצע של פטירת תינוקות לשנים 2001-2003 בנפת באר שבע היה 9.8 ל-1000 לידות חי. ממוצע השיעורים באותה תקופה במחוז תל אביב ובמחוז המרכז היו 3.5 ו-3.6 בהתאמה והשיעור הארצי היה 5.1. **שיעורי תמותת התינוקות בדרום הארץ גבוהים מאלה שבמרכז הארץ.** שיעור תמותת תינוקות בקרב האוכלוסייה הבדואית היה בשנים אלה 14.6 ל-1,000 לידות חי, **בקרב הבדואים השיעורים גבוהים פי שלושה בהשוואה לממוצע הארצי.**

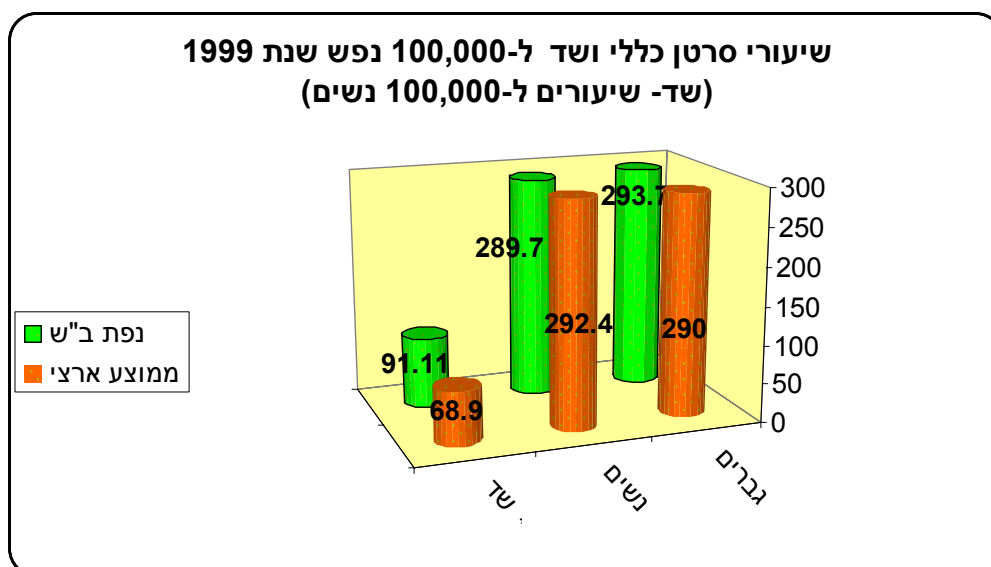


**תחלואה במחלות כרוניות:**

על פי נתוני שירותי בריאות כללית שיעור החולים במחלות כרוניות מתוך סך המבוטחים במחוז הדרום עומד על 23.5%. בסקר שנערך ופורסם בשנתון הנגב לשנת 2002, כשליש מאוכלוסיית הנגב הגדירו את מצבם הבריאותי בשנת 2001 כלא טוב עד לא טוב בכלל. רק שליש הגדירו את מצבם הבריאותי כטוב מאד. כמו כן עולה מסקר זה כי, שיעור המגדירים עצמם כבעלי בריאות טובה בנגב נמוך בהשוואה לכלל הארץ (כלל הארץ 42%) **שנתון נגב 2002**

**מחלת הסרטן:** על פי נתוני משרד הבריאות – המרכז לרישום סרטן מסוף שנות התשעים, השיעור המתוקן לגיל ל-100,000 נפש לגברים ולנשים בנפת באר שבע היה 293.7 ו-289.7 בהתאמה. במחוז תל אביב השיעור המתוקן לגברים ונשים היה 288.0 ו-312.0 בהתאמה. באותה תקופה השיעור הממוצע הארצי המתוקן לגברים ולנשים היה 290 ו-292.4 בהתאמה, ל-100,000 נפש. **השיעורים במחוז הדרום בגברים גבוהים מהממוצע הארצי ואף מאלה של אזרחי מחוז תל**

**אביב.** בעיר ערד השיעור המתוקנן לחולים בסרטן המעי הגס, בסוף שנות התשעים, הוא הגבוה ביותר בין ערי ישראל גם בגברים וגם בנשים 53.02 ו- 40.81 ל-100,000 נפש בהתאמה. טבלת השיעורים של סרטן הריאה וסרטן המוח ומערכת העצבים מצביעה על כך כי נפת באר שבע נמצאת באמצע הטבלה. הממוצע הארצי של שיעור סרטן השד הינו 68.9 ל-100,000 נשים. בנפת באר שבע השיעור המתוקנן היה בסוף שנות התשעים 91.11 ובמחוז מרכז 90.78. (מפוי גיאוגרפי של מחלות ממאירות)



**ביקורים במיון:** בשנת 2002 ביקרו בחדרי המיון של המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה 192,175 חולים. (משרד הבריאות ביקורים בחדרי מיון 2002). באותה שנה ביקרו בהדסה עין-כרם 70,269 ובמרכז הרפואי שיבא 167,064 שני מרכזים רפואיים גדולים במרכז הארץ ובירושלים. מכלל הביקורים במיון סורוקה באותה שנה 14% מהביקורים היו של ילדים עד גיל 4. בעין כרם ובמרכז הרפואי שיבא שיעור ביקורי הילדים היה 7%-10% בהתאמה.

### לסיכום

כל פרמטר שנבדק בפרק זה מצביע על כך כי שיעורים ניכרים מתושבי הנגב, נמצאים במצב חברתי כלכלי נחות מזה של תושבי מרכז הארץ וכי תושבי הנגב פחות בריאים בהשוואה לאוכלוסיית מרכז הארץ. כל תכנון עתידי של המערכת לאספקת שירותי הבריאות חייב לקחת בחשבון שני נתונים אלה.

הנושא	תאור מצב קיים	מסקנות עיקריות
גיאוגרפיה	נפת באר שבע משתרעת על שטח של 12,945 קמ"ר המהווים 58% משטחה של מדינת ישראל (הרשות לפתוח הנגב)	אוכלוסיית הנגב מפורזת על שטח נרחב עובדה המשפיעה על הצרכים לשירותי בריאות ואופי אספקתם
דמוגרפיה	בנפת באר שבע חיים כ-530,000 תושבים. כ-25% מהם הינם בדואים. 13% מהם ילדים עד גיל 4, 34% ילדים עד גיל 14 ו-8% קשישים מעל גיל 65. (למ"ס 2004)  המרכז הרפואי סרוקה כ"מרכז על" משרת אוכלוסייה של כ-900,000 נפש בכלל זה תושבים מנפת אשקלון. ואת אוכלוסיית חיילי צה"ל שגודלה אינו ידוע.	שיעור "צרכני הבריאות" בנגב: ילדים, גבוה יחסית למרכז הארץ (9.5%). לעומת זאת שיעור הקשישים נמוך יחסית למרכז. "צרכני בריאות" יחודיים הם הבדואים וחלקם באוכלוסייה גבוה. שירותי האישפוז בנגב משרתים אוכלוסייה גדולה מזו המתגוררת באזור.
גידול אוכלוסייה	עפ"י קצב גידול האוכלוסייה בכל מגזר בין השנים 1995-2002 שיעור הגידול בשנת 2014 ללא תוספת אוכלוסייה יהיה 131% באוכלוסייה היהודית ו-175% באוכלוסייה הבדואית	גידול אוכלוסייה ניכר נרשם בכל הרשויות הבדואיות, בשני הפרברים להבים ומיתר ובמועצה האזורית רמת נגב, שחלק מאוכלוסייתה בדואית. (למ"ס)
גורם מבטח	שירותי בריאות כללית מספקת שירותי ל-68% מהאוכלוסייה בנגב, מכבי שירותי בריאות לכ-22% ולאומית ומאוחדת לשאר האוכלוסייה.	הגורם המבטח המרכזי בנגב הוא שירותי בריאות כללית. שיעור המבוטחים על ידי קופה זו גדולים משיעור מבוטחיה בכלל הארץ (54.9%)
מצב חברתי כלכלי		
מדדי תעסוקה והכנסה	שיעור הבלתי מועסקים בנפת באר שבע עומד על 13.9%. ההכנסה הממוצעת לנפש בדרום, בסוף שנות התשעים היתה 60-80% מהשכר הממוצע הארצי. (למ"ס 2003) בערים הגדולות בנגב שיעור המשפחות עם יותר מ-4 ילדים עומד על כ-25%. בישובים הבדואים שיעור זה הוא מעל 60%. 16% ממקבלי אבטחת הכנסה בישראל חיים בישובים עירוניים בנגב. יותר מחלקם באוכלוסייה הכללית (7.6%). כ-18% מהמשפחות בנגב טופלו בשנת 2002 ע"י שירותי הרווחה. (הרשות לפתוח הנגב)	שיעור בלתי מועסקים בנגב גדול מזה שבתל אביב 9.9% ובמחוז המרכז 10.6% ומהממוצע הארץ העומד על 10.7%. (למ"ס 2003) דו"ח מבקר המדינה משנת 1999 מצביע על פערים חברתיים כלכליים משמעותיים בין ישובי דרום הארץ ומרכז. מהדו"ח עולה כי רוב הרשויות בדרום נמצאות ברמה חברתית כלכלית נמוכה לעומת רוב הרשויות במרכז הארץ הנמצאות ברמת רווחה בינונית וגבוהה. נתוני השכר הממוצע, עפ"י מבקר המדינה, מצביעים על רמת חיים נמוכה ופעילות כלכלית ירודה. <b>לסיכום: הרמה הכלכלית של תושבי הנגב ירודה בהשוואה לשאר חלקי הארץ.</b>

הנושא	תאור מצב קיים	מסקנות עיקריות
השכלה	ממוצע שנות הלימוד של בני 26-50 בנגב, עומד על 90% מהממוצע הארצי.	בערי מרכז הארץ ממוצע שנות הלימוד גבוה במעט מהממוצע: פי 1.25.
מדדי בריאות וחולי		
ילודה	בשנת 2003 התרחשו כ 15,000 לידות בנפת באר שבע מהן כ 13,000 התרחשו במ.ר סורוקה. שיעור הילודה הגולמי* בנגב היה בשנה זו 23.8 ל-1000 נפש. במגזר הבדואי השיעור היה 55.4 (למ"ס 2004)	מספר הלידות ושיעורי הילודה בנגב הם מהגבוהים בישראל. שיעורי ילודה במרכז הארץ עומדים על 19.3 במחוז המרכז ו-17.7 במחוז תל אביב. גם שיעורי הפרייון הכוללים* בנגב (3.91), הם מהגבוהים בישראל.
תמותת תינוקות*	השיעור הממוצע של תמותת תינוקות לשנים 2001-2003 בנפת באר שבע היה 9.8 ל-1000 לידות חי. בקרב יהודים השיעור היה 5.2 ובקרב הבדואים 14.6 ל-1,000 לידות חי. (למ"ס 2004).	שיעורי תמותת התינוקות היהודים בנגב גבוהים ביחס לממוצע הארצי באוכלוסיה היהודית (3.9), בקרב הבדואים השיעורים גבוהים פי שלושה בהשוואה לממוצע הארצי.
תמותה כללית	שיעור הפטירות הגולמי לשנת 2003 בנפת באר שבע היה 5.2 ל-1000 נפש.	שיעורי התמותה הגולמיים בנגב דומים לאלה של מחוז המרכז (5.3).
תחלואה במחלות כרוניות*	על פי נתוני שירותי בריאות כללית שיעור החולים במחלות כרוניות* בנפת באר שבע, מתוקן לגיל, גבוה בהשוואה לשיעורים הארציים.	בנגב יש עודף חולים במחלות כרוניות.
הערכה עצמית של מצב בריאותי	כשליש מאוכלוסיית הנגב הגדירו את מצבם הבריאותי בשנת 2001 כלא טוב עד לא טוב בכלל. רק שליש הגדירו את מצבם הבריאותי כטוב מאד. (שנתון נגב 2002)	שיעור המגדירים עצמם כבעלי בריאות טובה בנגב נמוך בהשוואה לכלל הארץ (42%)
מחלת הסרטן	בסוף שנות התשעים שיעור הסרטן המתוקן לגיל ל-100,000 נפש לגברים ולנשים בנפת באר שבע היה 293.7 ו-289.7 בהתאמה. בעיר ערד השיעור המתוקן לחולים בסרטן המעי הגס, בסוף שנות התשעים, היה הגבוה ביותר בין ערי ישראל גם בגברים וגם בנשים 53.02 ל-100,000 נפש. טבלת השיעורים של סרטן הריאה וסרטן המוח ומערכת העצבים מצביעה על כך כי נפת באר שבע נמצאת באמצע הטבלה. שיעור סרטן השד המתוקן לגיל היה בסוף שנות התשעים 91.11 (רשום סרטן – משרד הבריאות)	בחלק מסוגי המחלות הממאירות, השיעורים בנגב גבוהים בהשוואה לממוצע הארצי ולמחוזות מרכז הארץ. ביניהם סרטן השד וסרטן המעי הגס.

הנושא	תאור מצב קיים	מסקנות עיקריות
<b>ביקורים במיון</b>	בשנת 2002 ביקרו בחדרי המיון של מ.ר. סורוקה 192,175 חולים 14% מהביקורים היו של ילדים עד גיל 4. <b>(ביקורים במיון- נתוני משרד הבריאות).</b>	באותה שנה ביקרו בהדסה עין כרם 70,269 ובמרכז הרפואי שיבא 167.064 שני מרכזים רפואיים גדולים במרכז הארץ ובירושלים. בעין כרם ובמ.ר שיבא שיעור ביקורי הילדים היה 7% ו-10% בהתאמה. המספר והשיעורים הגבוהים של הביקורים במיון מצביעים על עודף תחלואה בנגב. ועל מחסור בשירותי רפואה דחופה הנובע מהפריסה הרחבה של האוכלוסייה בנגב.
<b>פעולות איבה</b>	בשנים 2001-2003 טופלו במ.ר סורוקה כ-800 נפגעי פעולות איבה, והתבצעו כ-200 נחיתות מסוקים.	
		<b>לסיכום:</b> למרות שאוכלוסיית הנגב צעירה יותר בהשוואה לשאר חלקי הארץ, רמת התחלואה באוכלוסייה זו גבוהה יותר.

#### הגדרות:

**תמותת תינוקות:** מוות של תינוק שנולד חי ומת עד גיל 12 חודשים.

**שיעור פריון כולל:** מספר הילדים הממוצע הצפוי לאישה בחייה

**שיעור ילודה גולמי:** מספר לידות מחולק לגודל האוכלוסייה

**מחלות כרוניות:** יתר לחץ דם, מחלות לב כליליות, אסטמה, מחלות ממאירות, סוכרת.

**שיעור ימי אשפוז:** שיעור ימי אשפוז ל-1000 נפש באוכלוסייה ממוצעת בנפה.

## **פרק שני: הרפואה הראשונית – רפואת הקהילה** **תאור מצב קיים וצרכים עתידיים**

שירותי הבריאות הראשוניים ניתנים בישראל במסגרת רפואת הקהילה. הם ניתנים על ידי קופות החולים ועל ידי שירותי בריאות הציבור- לשכת הבריאות המחוזית בנגב. קופות החולים מספקות את רפואת המשפחה, רפואת הילדים ובחלקן מפעילות במספר ישובים גם טיפות חלב. שירותי בריאות כללית מספקים שירותים ל-68% מאוכלוסיית הנגב ומכבי שירותי בריאות ל-22%. השאר מבוטחים ע"י קופת חולים לאומית ומאוחדת המפעילה בנגב רק מרפאה אחת.

### **מרפאות:**

**לשירותי בריאות כללית:** כ-160 מרפאות ראשוניות שהן מרפאות משפחה, ילדים ומרפאות משולבות (ילדים + משפחה). כמו כן היא מפעילה שישה מרכזים לבריאות הילד בהם מרוכזת רפואה ראשונית ורפואת המומחים לילדים (רפואת המומחים תידון בהמשך). שירותי בריאות כללית מספקת שירותי רפואה ראשונית בערים הגדולות, במרבית הישובים הכפריים ובישובי הבדואים הקבועים ובפזורה. לקופה מרפאות ברהט, חורה, כסיפה, שגב שלום, תל שבע וערעה בנגב.

**למכבי שירותי בריאות:** מרפאות ראשוניות בכל הערים בנגב, בישובי פריפריית באר שבע: מיתר, להבים ועומר, ובמגזר הבדואי ברהט, כסיפה, ערוער ולקיה. בבאר שבע ובקרית גת מופעלים מרכזים לבריאות הילד (מכבי-טף).

**לקופת חולים לאומית:** מרפאות ראשוניות בבאר שבע, באופקים, בדימונה ובלהבים. במגזר הבדואי מפעילה קופ"ח לאומית מרפאות ברהט, כסיפה ובחורה.

**קופת חולים מאוחדת:** לקופת חולים מאוחדת מרפאה אחת בנגב – בבאר שבע.

לכל הקופות מלבד המרפאות המוזכרות לעיל, מרפאות נוספות במתכונת "רופא עצמאי", בעיקר בערים.

בכל הקופות במרפאות הראשוניות מופעלים במרפאות הגדולות **בתי מרקחת**.

מכבי שירותי בריאות מפעילה **מעבדה** אחד גדולה ומרכזית במרכז הארץ עם מערך שינוע מכל המרפאות, לשירותי בריאות כללית שירותי מעבדה מקומיים והם מסתייעים בשירותי המעבדה של המרכז הרפואי סורוקה..

## כח אדם רפואי:

### אחיות:

בנגב ( לא כולל העיר אילת) מתגוררות 2,661 אחיות מוסמכות ומעשיות ( אתר משרד הבריאות). 23 (0.8%) מהן הן אחיות מהמגזר הבדואי. הערכת כח האדם הסייעודי העומד לרשות מערכת הבריאות בנגב מאד מסובך לביצוע. לא קיים מאגר מידע מסודר ותקף לגבי האחיות המוסמכות והמעשיות לחוד, על פי מקומות העבודה והגורם המעסיק. הערכתנו היא כי רוב האחיות הרשומות במאגר מחלקת הסייעוד במשרד הבריאות, מועסקות בנגב. אין בידינו מידע כמה מהן עובדות בפועל ובאיזה חלקיות משרה. כמה מהן עומדות לרשות הרפואה הקהילתית וכמה מהן לרשות מערכות האשפוז. נורית ניראל וחבי' במחקר שפורסם בשנת 2000 מסתמכות על סקרי כח אדם שמבצעת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, המשמשים למעקב שוטף אחר התפתחויות בכח העבודה בישראל, גודלו ותכונותיו. הנתונים המתקבלים מסקרי כח אדם מוגבלים זאת בגלל גודל המדגם הקטן, טעויות דגימה גדולות והענות נמוכה. גם בסקרים אלה מסתמכים על כתובת מגורים ולא על כתובת המעסיק. עפ"י ניראל וחבי' שיעור האחיות המוסמכות בקהילה ובבתי החולים ל-1,000 נפש, בסוף שנות התשעים, בדרום הארץ קטן בהרבה בהשוואה לממוצע הארצי ובהשוואה לצפון ומרכז הארץ: 2.52, 3.61, 2.48 ו- 4.10 בהתאמה.

### רופאים:

בנגב מתגוררים 308 רופאי משפחה, ו-191 רופאי ילדים. (עפ"י נתוני ההסתדרות הרפואית). אין בידינו נתונים כמה מהם מועסקים בנגב ובאיזו חלקיות משרה.

עפ"י ניראל וחבי' שיעור הרופאים המועסקים בקהילה ובבתי החולים בדרום, בסוף שנות התשעים, היה הנמוך ביותר בהשוואה לממוצע הארצי ולמרכז הארץ. 2.62, 3.55 ו- 4.07 בהתאמה. גם שיעור שעות העבודה ל-1,000 נפש של הרופאים בדרום נמוך בהשוואה לשאר אזורי הארץ בכל שנה שנבחנה.

### פרא – רפואיים:

- שרותי פיזיותרפיה ניתנים בבית החולים ובמרפאת המחוז בבאר שבע. כמו כן יש קליניקות בתוך מרפאות הקהילה באשקלון, אופקים, שדרות ודימונה.
- שרות רפוי בעסוק ניתן בבית החולים סורוקה לתושבי באר שבע, ערד, ישובי הבדואים, הערבה, אילת ולקהילות שלא מקבלות שרות על ידי המחוז. קליניקות של רפוי בעסוק נמצאות בתוך מרפאות הקהילה באשקלון, אופקים, שדרות ודימונה.

- שרות קלינאות תקשורת לכל תושבי הדרום ניתן בעיקר בבית החולים סורוקה.
- **דיאטנים:** חשיבות עבודתם של הדיאטנים/דיאטניות ברפואה הראשונית היא בעיקר במניעה ראשונית ושניונית של מחלות כרוניות. כיום היעוץ וההכוונה הדיאטניים הם חלק בלתי נפרד מהטיפול הרפואי ומהמניעה של מחלות כסוכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב ומחלות ממאירות. בשירותי בריאות כללית השרותים ניתנים במרפאת המחוז בבאר שבע. כמו כן יש קליניקות בתוך מרפאות הקהילה.

**סיכום ומסקנות:** שירותי הרפואה הקהילתית הניתנים על ידי קופות החולים, מתנהלים על פי סל הבריאות הקבוע בחוק בריאות ממלכתי ומותאמים לצרכי האוכלוסייה ולמדיניות הקופה. אנו משערים כי בעת גידול משמעותי של האוכלוסייה בנגב, תתאמנה הקופות את פריסת השירותים ואספקתם בהתאם. אין אנו רואים כל מקום להתערבות ממשלתית בתגבור הרפואה הקהילתית.

## פרק שלישי : שרותי בריאות הציבור

### תאור מצב קיים וצרכים עתידיים

שירותי בריאות הציבור בנגב ניתנים ע"י לשכת הבריאות – מחוז דרום ותחום האחריות מקביל לנפת הנגב עפ"י החלוקה הממשלתית. בשנים האחרונות סובל שירות זה מקיצוצים תקציביים ניכרים המשפיעים על יכולת מתן שירות נאות. בולט במיוחד הנזק הנגרם בגלל הקפאת קליטת עובדים חדשים המיועדים להחליף עובדים חיוניים שיצאו מהשרות. בנגב המצב חמור בהשוואה לשאר אזורי הארץ, היות ובנגב ריכוזים גדולים של אוכלוסייה המוגדרת כ"אוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים", בכלל זה בדואים, עולים חדשים ואוכלוסייה בנמצאת במצוקה כלכלית חברתית.

תמונת המצב של שירותי בריאות הציבור בנגב כפי שתואר להלן, הנתונים והצרכים הנדרשים לסגירת הפער ולהגדלה של האוכלוסייה הוכנה על-ידי צוות לשכת הבריאות המחוזית בראשותה של ד"ר אילנה בלמקר, רופאת המחוז.

אין במאגרי המידע הלאומיים נתונים השוואתיים לגבי אספקה וצריכה של שירותי בריאות הציבור, והשוואה בין המחוזות לא תהיה הגונה מבלי לנתח ניתוח עמוק את צרכי האוכלוסייה של כל מחוז ומחוז. ברור מעל לכל ספק כי במחוז הדרום מתקיימים שני תנאים יחודיים:

- ריכוז גדול של אוכלוסייה המוגדרת כ"בעלת צרכים מיוחדים".
- פיזור גיאוגרפי נרחב.

### בריאות הסביבה

מהנדסי בריאות הסביבה של הלשכה תורמים לתכנון ישובים חדשים ושכונות חדשות על מנת להבטיח שהפיתוח יבוצע בצורה המשמרת את בריאות התושבים. לדוגמא: שמירה על מרחק מתעשייה מזיקה, שמירה על רדיוס מגן מבארות מי שתיה, הבטחה של אספקת מים באיכות הראויה ופתרונות ביוב בהתאם לגידול יישובים, הבטחת תנאים תברואתיים לאתרי תיירות, מסחר, מבני ציבור וכו'.

צוות עובדי בריאות הסביבה אחראיים על הפיקוח התברואתי במחוז. הדבר נעשה באמצעות פיקוח על תכנון מחוזי וישובי כולל אישורי תוכניות על מנת להבטיח שהפיתוח לא יגרום להשפעות מזיקות לבריאות.

הנושאים המפוקחים שבאחריות צוות זה:

- פיקוח על איכות מי השתיה ועל ספקי המים.
- פקוח על הטפול בשפכים והתאמת פתרונות הביוב לגידול של יישובים. בכלל זה הבטחת פתרונות נאותים ליישובים חדשים, אישור תוכניות של מתקני טיפול במים ובשפכים, פקוח על השקייה בקולחים ומתן היתרים להשקיה בקולחים.
- פקוח על תיירות, מלונאות ועסקי ארוח. בכלל זה פקוח על בריכות שחיה, מרחצאות, חופי רחצה.

- פקוח על מסעדות ובתי אוכל. בכלל זה מטבחים מוסדיים למניעת הרעלות מזון, פקוח על עסקי שווק מזון, על מפעלי מזון.
- פקוח על הטיפול בשפכים של תעשיית הפרמצאוטיקה והקוסמטיקה.
- פקוח על מוסדות חינוך ורווחה ומתן אישורים תברואתיים למשרדי החינוך והרווחה,
- פקוח על מערכות מים במוסדות צבוריים ותיירותיים למניעת ליגיונלוזיס, הנחיית עובדים ברשויות המקומיות, מפעילי בריכות וכו'.

**מסקנה: על מנת לאפשר פקוח נאות על היבטים הקשורים בבריאות הסביבה יש לקחת בחשבון שגידול האוכלוסייה יגרום לגידול באובייקטי הפיקוח ויהיה צורך להוסיף מהנדסי והנדסאי בריאות הסביבה בהתאם.**

### **שרות המזון המחוזי**

פיקוח באופן ישיר על מפעלי מזון בתחום המחוז במטרה לאכוף את דרישות החוקים, צווים, תקנים ותקנות הקשורים למזון, על מנת לקדם את האיכות ובטיחות המזון המיוצר ומשווק במחוז. עיקרי הפעילות הנגזרת מהפיקוח הנ"ל:

- רישוי מפעלי מזון (רשיון יצרן ומתן חוות דעת לרשויות המקומיות לרישיון עסק).
- בדיקת תכנון מפעלים בהתאם לדרישות ועל-פי טכנולוגיות ותזרימי ייצור. עבודת הפיקוח מתבצעת על מזון מיובא, מיוצר ומשווק בשיתוף פעולה מלא עם המעבדות. מתבצעת נטילת דוגמאות לבדיקת התאמת המזון (מחומר גלם עד למוצר הסופי) לדרישות התקנות, התקנים והצווים הרלוונטיים כגון: שאריות חומרי הדברה, מתכות כבדות, חומרים משמרים, מיקרוטוקסינים, מיקרוביולוגיה אנטמולוגיה וכו'.
- בנוסף, מתבצעות בדיקות שטח לצידוד, כלים וידיים של עובדים. פיקוח על הובלות מזון בדרכי השיוק ומתן חוות דעת לרשיון עסק לרכבי הובלת מזון.

**מסקנה: עם גידול אוכלוסיית המחוז, יש גידול מקביל בשיווק מזון, יבוא מזון וייצור מזון במפעלים, כך שיהיה צורך בגידול צוות המהנדסים וההנדסאים שמפקחים על מזון במחוז.**

### **מעבדות בריאות הציבור**

המעבדה המחוזית לבריאות הציבור, על תחומי פעולתה המגוונים מהווה נידבך מרכזי בשמירה על בריאות תושבי הארץ והדרום בפרט.

המעבדה משרתת שני מחוזות: מחוז אשקלון ומחוז הדרום ולפיכך מעניקה שירותים לאזור גיאוגרפי עצום מימדים המשתרע מאשקלון ועד לאילת והמהווה למעלה ממחצית שטחה של מדינת ישראל. במסגרת תפקיד המשרד כגוף המאשר איכות מי שתייה, המעבדה מבצעת כ - 20,000 בדיקות מיקרוביולוגיות וכימיות של מי שתייה המסופקים לאוכלוסיית הנגב מדי שנה. כמו כן, במסגרת תפקיד המשרד כגוף המפקח על טיב המזון המשווק לתושבי הארץ, המעבדה מבצעת בדיקות מיקרוביולוגיות וכימיות של חלק ניכר מהמזון המיובא ארצה בנמלי הים באשדוד ואילת (כ - 60% מהמזון הנצרך בארץ מיובא דרך נמל אשדוד). מבוצעות כל שנה

כ – 40,000 בדיקות מיקרוביולוגיות וכימיות של מזון מיובא, מיוצר ו/או משווק. מיקום המעבדה מאפשר גישה נוחה יחסית למגוון לקוחות מהאזור ובתחומים מסוימים הוא אף קריטי, כך למשל בכל האמור לשינוע דגימות מים וקולחין.

במעבדה חמש מחלקות: בדיקות מיקרוביאליות של מזון, בדיקות מיקרוביאליות במי-שתייה, מי-ים, מי-נופש, פארקי מים טבעיים, בתי חולים ומקוואות, בדיקות כימיות במזון, בדיקות כימיות במי שתייה, שפכים וקולחין, בדיקות סרולוגיות בנשים הרות.

המעבדה שותפה לחקירות אפידמיולוגיות במקרה של הרעלות מזון והתפרצויות וכן מאפשרת לתת מענה, בתחומי פעילותה לאירועים חריגים, כולל גורמי טרור כימי וביולוגי.

בשנתיים האחרונות קוצצו היקפי המשרה לחלק ניכר מאנשי הצוות במעבדה, במסגרת הקיצוצים הרחביים שהוטלו על המשרד, בעוד היקפי העבודה בכל המחלקות המשיכו לגדול.

העליה הצפויה בגודל האוכלוסיה בדרום, תתבטא בהגדלה ניכרת נוספת בהיקפי הפעילות של המעבדה במגוון תחומי פעילותה. לפיכך, נדרשת תוספת תקנים ותקציבים לפיתוחה: תקן לכל מחלקה, שה"כ חמישה תקנים. כן נדרשים תקציבים לשדרוג המכשור מעבדתי ולפעילות השוטפת, כולל ביצוע סקרים יזומים.

בנוסף, קיימת דרישה מתמדת מגופים שונים במשרד הבריאות, להרחבת פעילות המעבדה לתחומים חדשים נוספים.

קירבת המעבדה לאוניברסיטת בן-גוריון ופיתוח המרכז הלאומי החדש לביו-טכנולוגיה בנגב יכולים לאפשר שיתוף פעולה פורה בין גופי המחקר במוסדות האקדמיים ובין המעבדה המחוזית, בתחומי בריאות הציבור והמדע היישומי ומהווה הזדמנות לפיתוח שיטות בדיקה חדשות.

**מסקנה: המעבדה חייבת לגדול בהתאם לגידול האוכלוסיה. יש צורך בתוספת תקנים של לבורנטים ועובדי מעבדה ובתוספת ציוד בהתאמה.**

### **פיקוח על שרותי בריאות**

משרד הבריאות, באמצעות לשכת הבריאות – מחוז דרום, מאתר צרכים של האוכלוסייה, מתאם בין ספקי השרות השונים ומפקח על מוסדות בריאות (בתי חולים כלליים, מוסדות לחולים סעודיים, קופות החולים, שירותי בריאות הנפש, בתי מרקחת, מרפאות שיניים ושירותי רפואה מונעת). בגלל חוסר בכ"א מקצועי ומנהלי כיום, אין מאגרי מידע מחוזיים המאפשרים איתור צרכים באופן שוטף ומבוצע פיקוח באופן חלקי על נותני השרותים.

**מסקנה: מרכיבי הפקוח האלה חייבים לגדול בהתאם לגידול באוכלוסייה על ידי תוספת של תקנים למפקחים בלשכת הבריאות – במחוז הדרום.**

### **אפידמיולוגיה**

המחלקה לאפידמיולוגיה בלשכת הבריאות – מחוז דרום, מבצעת חקירות של התפרצות מחלות מדבקות, פקוח על כסוי חיסונים, טיפול באירועי תחלואה חריגים, מטפלת בקליטת עליה ע"י בדיקות סינון.

**מסקנה: בעת הכפלה של האוכלוסייה דרושה תוספת של תקן אחד לפחות לאחות אפידמיולוגית.**

## טיפות חלב: שירות בריאותי מונע לאם ולילד

מטרות השירות הן:

מעקב הריוני אחרי האישה ההרה לשמירה על תקינות ההריון וטיפול במצבים מיוחדים בכלל זה:

- בדיקות שיגרה להתפתחות ההריון והפניה לגורמים מטפלים בהתאם לצורך.
- הדרכה והכוונה על התפתחות ההריון, השינויים החלים על האישה, הכנה לקראת הורות ולידה, הכנה להנקה, תמיכה רגשית.
- מעקב וטיפול בתינוקות מרגע לידתם עד לכתם לכיתה א' בבית הספר, בכלל זה: מתן הדרכה והכוונה, מעקב גדילה והתפתחות, חיסונים, ביצוע בדיקות סינון, איתור מצבי סיכון.

אחד התפקידים המרכזיים של אחיות טיפת החלב הוא קשר עם הקהילה באמצעות יישוג (Out Reach). אחיות טיפת חלב הן אלה המאתרות משפחות וילדים בסיכון בגיל הרך ביותר, אלימות במשפחה, דכאון אחרי לידה, בעיות בקשר שבין האם והילוד. הן מאתרות לקויי התפתחות ולקויי בריאות אצל תינוקות רכים, ונדרשות להכיר כל משפחה בקהילה אותה התחנה משרתת, תוך מענה לצרכים המיוחדים של אוכלוסיות נזקקות. כ-70% מהנשים ההרות מטופלות בטיפות החלב המופעלות על ידי לשכת הבריאות – מחוז דרום. כ-90% מהילודים מטופלים בתחנות טיפות החלב של לשכת הבריאות. אישה הרה מטופלת בטיפת חלב במהלך הריונה, ותינוק מטופל עד גיל 6 – גיל כניסתו לבית הספר. גודל מיטבי של תחנת טיפת חלב הוא כ-350 תינוקות מטופלים בכל רגע נתון. יחד עם זה יש לציין כי באוכלוסייות עם צרכים מיוחדים יש לפתוח טיפות חלב לכמות קטנה יותר של מטופלים. תחנה כזו צריכה להיות מאויישת על-ידי: שלוש אחיות בריאות הציבור וחצי משרה של רופא אם וילד.

### שירותי טיפת חלב במגזר הבדואי:

במגזר הבדואי פועלות 17 טיפות חלב בישובי הקבע, 7 תחנות בפזורה ו-3 תחנות ניידות מהן 2 מיועדות לחיסונים. בין השנים 1995 ו-2002 חלה עליה של 57% במספר המשפחות הבדואיות שטופלו בטיפות החלב, עליה של 50% במספר התינוקות ועליה של 58% במספר הפעוטות. כמו כן חלה עליה של 48.3% במספר הנשים ההרות שקיבלו טיפול בתחנות טיפת החלב. שיעור כיסוי החיסונים במגזר הבדואי נמוך בכ-5% מזה שבמגזר היהודי, כאשר ברור שהעלאת שיעור המחסונים תלויה ביכולת השירות להגיע אל הילדים באופן יזום.

**מסקנה: כבר היום ישנו מחסור בתחנות טיפות חלב בשכונות החדשות בנגב ובמגזר הבדואי. ברשות האזורית החדשה – אבו בסמה, יש להקים בדחופות תחנת טיפת חלב בכל ישוב חדש. כמובן כי בעת בניית תחנות טיפות חלב חדשות יש לתקצב איוש התחנות בכוח אדם מקצועי (רופאים ואחיות בריאות הציבור) בהתאם לנוהלי משרד הבריאות.**

## שירותי בריאות לתלמיד

מטרת השירות היא :

- להעריך צרכים רפואיים של תלמידי בתי הספר, המשפיעים על יכולת הלמידה.
- לבצע בדיקות סינון כגון : שמיעה, ראייה והתפתחות.
- להשלים את תכנית החיסונים.
- לבצע תכניות לקידום בריאות בעיקר במחלות אשר גורמי הסיכון להם מתפתחים בגיל הילדות.
- לאתר אוכלוסיות בסיכון ולבנות עבורן תכניות התערבות ייעודיות.

כאשר השירות החל לפעול בשנת 1997 "מפתחות כח האדם" היו : אחות אחת ל- 1,500 תלמידים ורופא אחד ל- 6,000 תלמידים. התקציב הארצי לבריאות התלמיד נקבע באותה שנה ומאז היה 70 מליון ₪ לשנה. תקציב זה לא השתנה לאורך השנים אך אוכלוסיית הילדים גדלה והתייקרה עלות ההעסקה של הרופאים והאחיות והייתה התייקרות של מחירי החיסונים. העלות האמיתית של השירות בישראל, עומדת על 84 מליון ₪ לשנה. בשנה הקרובה יקוצץ התקציב לכדי 54 מליון ₪ וזה אומר : אחות אחת ל-3,500 תלמידים ורופא אחד ל- 30,000 תלמידים. בכלל זה קוצץ באופן משמעותי תקציב שירות הבריאות לתלמיד בנגב. בנגב "על הנייר" יש אחות אחת ל-2,200 תלמידים ורופא אחד ל-30,000 תלמידים. בפועל המצב הן בשירותי בריאות התלמיד והן בתחנות טיפת חלב גרוע הרבה יותר שכן משרות שהתפנו כתוצאה מעזיבת אחיות את האזור, יציאה לפנסיה וכו' לא קיבלו אישור לאיוש מחדש. יתר על כן, התקציב של לשכת הבריאות – מחוז דרום, אינו לוקח בחשבון את הצרכים המיוחדים של אוכלוסיית הנגב והם :

1. פיזור גיאוגרפי נרחב : יש מחסור גדול של רופאים ואחיות בפריפריה. על מנת לתת שירותים ביישובי הפריפריה יש להסיע רופאים ואחיות מרחק רב דבר המקשה מאד על אספקה יעילה של השירותים. לדוגמא : אחות אחראית על מספר בתי ספר צריכה לנוע ביום עבודה בין ירוחם, דימונה ואולי גם מצפה רמון.
2. אוכלוסיות מיוחדות : **בדואים** : 60% מאוכלוסיית הבדואים בנגב מרוכזים ביישובי קבע ו-40% מהם ביישובי פזורה. בפזורה וביישובי הקבע ישנם בתי ספר בהם על משרד הבריאות לתת שירותי בריאות לתלמידים. יש מחסור חמור באחיות דוברות ערבית. לבדואים צרכי בריאות מיוחדים : בגלל ריבוי של נישואי קרובים ישנו ריבוי גדול של מומים מולדים. יש ריבוי של מחלות זיהומיות ותאונות בית. **חרדים** : חובת משרד הבריאות לתת שירותי בריאות לכל התלמידים גם לאלה הלומדים במוסדות שאינם מוכרים ( הזרם העצמאי, תלמידי בלע"ז, חב"ד ואחרים). גם לאוכלוסייה זו צרכים מיוחדים עקב מצוקתם הסוציו-אקונומית.

27.5% מבתי הספר במחוז, בהם ניתן שירותי בריאות לתלמיד, נמצאים באשכול (מדד חברתי כלכלי) 0-1, 71% מהם באשכולות 2-5 ורק 1.5% באשכולות 6-10

מסקנה: יש ליצור תנאים נאותים לקידום מקצועי והכשרה של אחיות במגזר הבדואי.  
יש לשמור על יחס של אחות אחת ל-1,500 תלמידים ורופא אחד ל-6,000 תלמידים עם  
"מקדמים" מיוחדים המתאימים לצרכי האוכלוסייה בנגב. "מקדמים" אלה צריכים לכלול:  
תוספת של 10% לפחות לאוכלוסיות מיוחדות, ותוספת 10% למרחקים גיאוגרפיים.

### ריכוז הממצאים:

מסקנות עיקריות	תאור מצב קיים	הנושא
<b>בריאות הסביבה</b>		
<p>1. כבר היום חסרים מרכזי פקוח ומהנדסים באופן מיוחד לחיזוק המגזר הבדואי הנמצא רחוק מאוד מאחורי המגזר היהודי בכל הנוגע לפקוח תברואי.</p> <p>בהתאם לגידול המואץ של האוכלוסייה - כל 5 שנים יש להוסיף תקן אחד לנושא זה.</p> <p>2. לגבי כלל המחוז: עם כל תוספת אוכלוסייה של 50,000 נפש, דרושה תוספת תקן של מהנדס/מרכז פקוח בתחום בריאות הסביבה.</p>	<p>על מנת לספק את השירותים על פי המטרות ועל פי "מפתחות כח אדם" שהוגדרו ע"י משרד הבריאות חסרים כיום:</p> <p>1. מהנדס תכנון בניה ותשתיות לטיפול ב-  22 יישובים החדשים שהטיפול בהם מתקדם בוועדה המחוזית, ובהערכות של הרחבת יישובים קיימים ופרישת צה"ל עקב ההתנתקות.  2. מהנדס איכות מים לתגבור הפקוח המקצועי על מי שתיה ובמיוחד על מתקני טפול במים, כולל התפלה ומים מותפלים המיובאים למחוז.</p> <p>3. משרת מפקח בריאותי למוסדות חינוך במגזר הבדואי.  4. מפקח לפקוח תברואי והדרכה לבעלי עסקים במגזר הבדואי.  5. מפקח המתמחה במזון לפקוח על מפעל ההזנה ועל עסקי מזון ותיירות רגישים.  6. תוספת של מזכירה למזכירות המחלקה, העמוסה באופן בלתי אפשרי.  7. השלמה ל- 100% של משרת מפקח למוסדות חינוך.</p>	<p><b>המטרה:</b> פקוח על תכנון מחוזי וישובי על מנת להבטיח שהפיתוח לא יגרום להשפעות מזיקות לבריאות. פיקוח על מי שתייה, בריכות שחייה וחופי רחצה, המצב התברואי במוסדות בריאות, בבתי ספר ומוסדות ציבוריים, פיקוח על בתי אוכל, פיקוח על השקיה במי קולחין.</p>

מסקנות עיקריות	תאור מצב קיים	הנושא
<b>שרות המזון</b>		
<p>עם גידול האוכלוסייה במחוז יגדל בהתאמה מספר עסקי המזון, היצרנים והמשווקים. כמו כן יגדל נפח הסחורות המיובאות הטעונות פיקוח. לשם כך, נדרשת תוספת של:</p> <p><b>משרה אחת לפיקוח על שיחרור מזון מיובא.</b></p> <p><b>שתי משרות פיקוח על הרישוי במפעלים ועסקי שיווק מזון.</b></p>	<p>מחוז הדרום נמצא על שטח גיאוגרפי הגדול ביותר בארץ. על כל שטח המחוז פרוסים כ- 280 מפעלי מזון ברמות סיכון שונות. בנוסף לייצור קיימים במחוז שלושה מעברי גבול לפיקוח על שחרור מזון מיובא (ערבה, נמל אילת וניצנה). פעילות רבה במחוז מתבצעת בפיקוח על שיווק והובלת מזון מיובא ומיוצר.</p>	<p><b>המטרה:</b> פיקוח על איכות המזון המיוצר ומשווק במחוז לאורך כל שרשרת המזון מהיצרן ועד לצרכן כך שיהיה בטוח למאכל אדם וללא סיכונים לבריאות הציבור.</p>
<b>מעבדה מחוזית לבריאות הציבור</b>		
<p>נדרשת השקעה בפיתוח תשתיות חדשות וחינוך הציוד המעבדתי. דרושה תוספת של חמישה תקנים של אנשי מקצוע על מנת לאפשר הכנסת טכנולוגיות חדשות ועמידת המעבדה בדרישות לביצוע בדיקות פיקוח הכרחיות של מים ומזון בהתאם לגידול האוכלוסייה ופיתוח המחוז.</p>	<p>הצוות הקיים מתמודד בקושי רב עם עומס המטלות והיקפי העבודה הקיימים.</p>	<p><b>המטרה:</b> ביצוע הבדיקות המקרוביולוגיות והכימיות הדרושות לפיקוח על איכות מי השתייה ואיכות המזון המיוצר והמשווק במחוז; פיקוח על מי בריכות שחייה וחופי רחצה; פיקוח על השקייה במי קולחין.</p>
<b>פיקוח על שרותי בריאות</b>		
<p>לצורך איתור צרכים, תאום בין ספקי השרותים ותיגבור הפיקוח על שרותי בריאות המסופקים נדרשת תוספת כוח אדם:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. תקן של רופא מומחה במנהל בריאות כראש צוות</li> <li>2. חצי משרת רופא גריאטר מחוזי.</li> <li>3. חצי משרה לרופא אם וילד מחוזי.</li> <li>4. משרה לרופא לשכה מומחה בבריאות הציבור מהמגזר הבדואי.</li> <li>5. יועצים בתחומים הבאים: רפואה פנימית, רפואת נשים, הרדמה/כירורגיה (תשלום פר שעות עבודה).</li> <li>6. משרת אחות מפקחת.</li> <li>7. משרה של רוקח לשכתי.</li> <li>8. עובד סוציאלי – ½ משרה לפיקוח.</li> <li>9. דיאטנית – ½ משרה לפיקוח.</li> <li>10. מנהלן – 1 משרה (רכז נושא פיקוח על מוסדות בריאות).</li> </ol>	<p>בגלל חוסר בכ"א מקצועי ומנהלי כיום, אין מאגרי מידע מחוזיים המאפשרים איתור צרכים באופן שוטף. כיום מתבצע הפיקוח באופן חלקי. בכלל זה:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. מתן חוות דעת על תכנון מוסדות בריאות.</li> <li>2. בדיקת צוות רב מקצועי לקראת רישוי מוסדות בריאות.</li> <li>3. פיקוח תקופתי לצורך המשך רישוי.</li> <li>4. פיקוח רב מקצועי על מוסדות לחולים סיעודיים ופסיכיאטריה.</li> <li>5. פיקוח על ספקי שירות:       <ol style="list-style-type: none"> <li>א. שירותי רפואה מונעת.</li> <li>ב. בירור תלונות על השירות הניתן על ידי כל ספקי שרותי בריאות במחוז.</li> <li>ג. פיקוח על בתי מרקחת.</li> <li>ד. פיקוח על רפואת שיניים (כולל תאגידיים).</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>המטרה:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. איתור צרכים של האוכלוסייה לשרותי בריאות.</li> <li>2. תאום בין ספקי השרות השונים.</li> <li>3. פקוח על מוסדות בריאות (בתי חולים כלליים, מוסדות לחולים סיעודיים, קופות החולים, שירותי בריאות הנפש, בתי מרקחת, מרפאות שיניים, שירותי רפואה מונעת).</li> </ol>

<b>אפידמיולוגיה</b>		
<p>בעת הכפלת האוכלוסייה יש להוסיף לפחות משרה אחת נוספת של אחות אפידמיולוגית ותקן לרופא מומחה לבריאות הציבור.</p>	<p>בכל המחוז יש משרה אחת של אחות אפידמיולוגית בלבד.</p>	<p><b>המטרה:</b> חקירת התפרצויות של מחלות מדבקות, פקוח על כסוי חיסונים, טיפול בארועי תחלואה חריגים. בדיקות סינון בעת קליטת עליה.</p>
<b>טיפות חלב – שירות מונע לאם וילד</b>		
<p>על פי "מפתחות" שנקבעו ע"י המכון לפריון העבודה ועל פי נוהלי משרד הבריאות:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. באופן מיידי יש להוסיף 30 תקני אחיות בריאות הציבור ו- 4 רופאי אם וילד לאיוש התחנות הקיימות כיום.</li> <li>2. על מנת לצמצם פערים יש לתכנן ולבנות 12 תחנות חדשות באופן מיידי (10 במגזר הבדואי ו- 2 במגזר היהודי).</li> <li>3. עבור כל תחנה חדשה יש להוסיף 3 תקני אחיות ו- 1/2 תקן רופא אם וילד.</li> <li>4. בעת גידול של האוכלוסייה יש להוסיף משרות בהתאמה על פי המפתח של המכון לפריון העבודה ונוהלי המשרד.</li> </ol>	<p>כיום בנגב, יש מחסור בתחנות טיפות חלב, במיוחד בשכונות החדשות ובמגזר הבדואי, כולל ביישובים הבדואים החדשים (ברשות האזורית החדשה אבו-בסמה).</p> <p>גודל מיטבי של תחנת טיפת חלב הוא תחנה לכל 350 תינוקות מטופלים בכל רגע נתון. יחד עם זאת יש לפתח תחנות גם ביישובים/שכונות קטנים במידה ומדובר באוכלוסייה בעלת מעמד סוציו-אקונומי נמוך ו/או צרכים מיוחדים.</p>	<p><b>המטרה:</b> שרות מונע לאם וילד על מנת לאפשר ככל הניתן הריון תקין ומעקב אחר בריאות הילוד והפעוט על מנת לאפשר לו לנצל את מלוא פוטנציאל הגדילה וההתפתחות. בכלל זה: מתן הדרכה והכוונה, ביצוע בדיקות סינון, מעקב גדילה והתפתחות, חיסונים, איתור סטיות מנורמות התפתחות מקובלות והפניה לרפואה מייעצת, איתור אלימות במשפחה, דכאון שלאחר לידה, בעיות תפקודיות שלאחר לידה ומצבי סיכון אחרים: בניית תוכניות התערבות מותאמות לאוכלוסיית המטופלים</p>
<b>שירותי בריאות לתלמיד</b>		
<p>ה"מפתח" המקובל הוא אחות ל- 1,500 תלמידים ורופא ל- 6,000 תלמידים.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. על מנת לצמצם פערים ולהביא את השירות לכדי סטנדרט רצוי ומקובל יש להוסיף באופן מיידי 14 משרות רופא ילדים ו- 20 משרות אחיות בריאות הציבור. בעת הגדלת האוכלוסייה ובהתאם למספר התלמידים יהיה צורך בתוספת אחיות ורופאים עפ"י המפתחות המקובלים</li> <li>2. יש לפעול בדחיפות להכשרת כח אדם מקצועי (בעיקר אחיות) במגזר הבדואי.</li> <li>3. יש ליצור מערכת של "מקדמים" למצבת כח אדם, המותאמים לצרכי אוכלוסיית הנגב, הלוקחים בחשבון את הפיזור הגיאוגרפי, והצרכים המיוחדים.</li> </ol>	<p>הפיזור הגיאוגרפי הגדול בנגב דורש הערכות שונה משאר חלקי הארץ. בנגב יש ריכוז ייחודי של אוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים, כגון האוכלוסייה הבדואית. כעת יש מחסור משווע בכוח אדם מקצועי למתן השרות.</p>	<p><b>המטרה:</b> הערכת צרכי הבריאות של התלמיד; התערבות רב מקצועית על מנת לאפשר לתלמיד לנצל מלוא פוטנציאל הלמידה שלו; ביצוע חיסוני שיגרה; בדיקות סינון: לראיה, שמיעה גדילה והתפתחות; פתוח וביצוע של תכניות קידום בריאות; איתור והתערבות בילדים בסיכון.</p>

## פרק רביעי: רפואה שניונית- רפואה מייעצת

### תאור מצב קיים וצרכים עתידיים

הרפואה המייעצת - רפואת המומחים, הנחשבת כרפואה שניונית, נמצאת בחלקה בקהילה ושירותיה מסופקים על ידי רופאים מומחים במרפאות קופות החולים, ובחלקה בבתי החולים במרפאות החוץ, על ידי רופאי בתי החולים. מודל זה מתקיים גם בנגב. לכל ארבעת קופות החולים שירותי רפואת מומחים ובמ.ר סרוקה יש מרפאות חוץ.

הרפואה המודרנית נוטה בעת הזאת להעביר כמה שיותר פונקציות אבחוניות וטיפוליות מבתי החולים אל הקהילה. לפיכך מתחזקת עם השנים רפואת המומחים בקהילה, ובישראל שירותים אלה ניתנים בעיקר ע"י קופות החולים. בתי החולים מסייעים במתן רפואה יועצת רק באותן תת התמחויות החסרות בקהילה. למשל: מרפאת נשים כוללת מרפאה להריון בסיכון, נשים עם סוכרת, סקסולוגיה וכד'. מרפאות אלה מקבלות חולות מכל המחוז. מעבר לכך, השימוש במרפאות החוץ בבית החולים, והפניית החולים אליהן, תלויים במידה רבה במערכות ההסכמים בין הקופות ובתי החולים.

שירותי הבריאות הניתנים במסגרת הרפואה השניונית הם:

### מרפאות מייעצות

קהילה שירותי בריאות כללית	מ.ר סרוקה	המקצוע	קהילה שירותי בריאות כללית	מ.ר סרוקה	המקצוע
2	1	שד	--	2	אונקולוגיה
	1	נירוכירורגיה	8	1	אורולוגיה
12		נירולוגיה	21	1	אורתופדיה
21	1	עיניים	7	2	קרדיולוגיה
--	1	פה ולסת	2	1	אלרגיה
--	1	פוריות הגבר	19	1	אף אוזן גרון
19	1	עור ומין	36	1	גניקולוגיה
7	1	גסטרו	--	1	המטולוגיה
21	1	דיאטה	--	1	טרום נתוח
6	1	גריאטריה	--	1	ילדים
			--	1	יתר לחץ דם
			2	2	כאב
			23	3	כירורגית
			9	1	פלסטיקה
			9	1	ריאות
			11	1	סוכרת

## רופאים:

### רופאים המתגוררים בנגב עפ"י התמחות ( נתוני הר"י )

המקצוע	
רפואת ילדים	191
רפואה פנימית	162
קרדיולוגיה	19
יילוד וגניקולוגיה	88
נפרולוגיה	8
אורטופדיה	22
עור ומין	20
גסטרואנטרולוגיה	5
המטולוגיה	5
אימונולוגיה ואלרגיה	2
אנדוקרינולוגיה	2
מחלות ריאה	3
אורולוגיה	21
גריאטריה	5
אף אוזן וגרון	24
אונקולוגיה	13
הרדמה	70
נוירולוגיה	23
כירורגיה כללית	47
כירורגיה של בית החזה	4
כירורגית ילדים	7
נוירוכירורגיה	10
כירורגיה פלסטית	6
כירורגית כלי דם	3
כירורגית פה ולסת	3
מחלות עיניים	38
פסיכיאטריה	78
<b>המקצוע</b>	
פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	6
רפואה תעסוקתית	14
רפואה אבחנתית ( פאתולוגיה, רדיולוגיה, גרעינית)	61
מקצועות אחרים	20
בריאות הציבור	10
<b>סכ"ה</b>	<b>990</b>

הטבלה שלעיל מציגה את מספר הרופאים המתגוררים בנגב. כ-93% מהם מתגוררים במטרופולין באר שבע, השאר מתגוררים בערד, נתיבות, אופקים ודימונה. כ-3% מהם עובדים מחוץ לנגב גם זאת על פי רישומי ההסתדרות הרפואית. אין בידנו מידע כמה רופאים שאינם מתגוררים בנגב, עובדים במרפאות ובתי החולים שבנגב. יחד עם זאת מטבלה זו מתקבלת תמונה כללית, די מדויקת, על מצב כח האדם הרפואי על פי התמחות. זאת גם מתוך הנחה כי רוב רובם של הרופאים עובדים בבתי החולים ובקופות החולים.

ניראל וחבי' מציינים במחקרם כי בנגב הקושי העיקרי במתן שירותי רפואת המומחים – הרפואה המייעצת, נעוץ בעובדת מחסור כח אדם מקצועי במספר מקצועות מיוחדים. כמו כן עולה עובדת הקושי בגיוס רופאים מומחים לעבודה בנגב. מלבד זאת הפיזור הגיאוגרפי הנרחב מקשה על אספקת השירותים שכן, קופות החולים מחויבות להקצות לישובים קטנים ומרוחקים שירותי מקצועיים ברמה נאותה גם במרחק רב מהערים הגדולות. יש לציין כי גם מקבלי ההחלטות בקופות החולים ציינו בפנינו את הקושי בגיוס רופאים מומחים בנושאים מסוימים, לעבודה בנגב.

**סיכום ומסקנות: שירותי הרפואה השניוניית, רפואת המומחים ניתנים ע"י קופות החולים ובתת התמחויות ייחודיות ע"י מרפאות החוץ במ.ר סורוקה. כאשר תגדל אוכלוסיית הנגב, תגדלנה גם מרפאות אלה בהתאמה על פי צרכי האוכלוסייה. התערבות ממשלתית צריכה להיות כזו שתעודד כח אדם מקצועי ( רופאים מומחים ואחיות מוסמכות) לעבוד בנגב.**

## פרק חמישי: רפואת החרום – מגן דוד אדום

שירותי רפואת החרום ניתנים על ידי מגן דוד אדום (מד"א) והמחלקה לרפואה דחופה במרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה. הנתוח שלהלן מתייחס רק לשירותי מד"א.

מסקנות	מצב קיים	הנושא
<p>בגלל פיזור גיאוגרפי נרחב, יש לשקול פיתוח שירות ייחודי המותאם לתנאים. לדוגמא, נקודות הזנקה לאמבולנסים, רפואה מוטסת וכו'.</p>	<p>מצפון רצועת עזה, דרך צומת בית קמה ועד מצפה שלם אשר לחוף ים-המלח, במזרח – ממצפה שלם לאורך גבול ירדן ועד אילת בדרום. ובמערב: ישובי קו עוטף עזה.</p>	<b>גבולות מתן השירות</b>
	<p>באר שבע, אופקים, נתיבות, שדרות, צוחר, רהט, דימונה, ערד, ירוחם, מצפה רמון, רמת חובב, תמר ואילת</p>	<b>תחנות האזור</b>
	<p>12 - תורני מוקד 1 - פראמדיק סופרווייזר 46 – פראמדיקים 77 - חובשי רפואת חירום/נהגי אמבולנס 10 – בנות שירות לאומי/חובשות ופקידות. 1076- מתנדבים (431 נוער + 645 בוגרים מתוכם כ- 180 נהגים, ו- 90 בגדוד הכוננים)</p>	<b>כח אדם</b>
	<p>116 אמבולנסים, מהם שלושה ברהט. 13 אט"ן, 2 נט"ן.</p>	<b>אמבולנסים</b>
	<p>בערד, דימונה, נתיבות, שדרות, באר שבע וירוחם</p>	<b>מוקדי מיון קהילתיים מוקדים לשירות רופא לילה.</b>

התחנה בבאר שבע משמשת כ"תחנה אזורית" ויש בה מוקד שליטה ותקשורת לקבלת הקריאות מהציבור ולשיגור צוותי ההצלה מתחנות האזור, בתחנה זו ממוקמת מינהלת האזור. ברוב

התחנות יש גם צוות לסעד חיים מתקדם - ניידת טיפול נמרץ - נט"ן או אמבולנס טיפול נמרץ - אט"ן בעוד שמהאחרות מופעל שרות של סעד חיים בסיסי (אמבולנס).

צוות אמבולנס כולל שני אנשי צוות - חובש נהג אמבולנס וחובש מלווה.

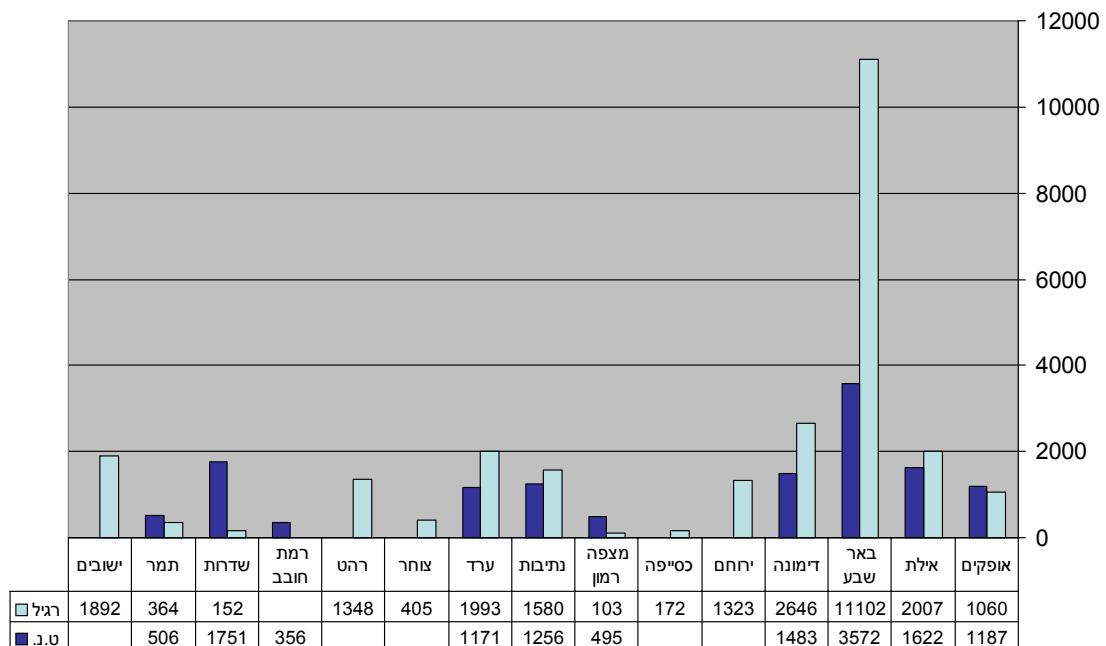
צוות נט"ן כולל שלושה אנשי צוות – רופא, פארמדיק וחובש נהג אמבולנס.

צוות אט"ן כולל שני אנשי צוות – חובש נהג אמבולנס ופארמדיק .

מוקד שליטה אזורי מונה 2-3 עובדי מוקד.

**סיכום ומסקנות:** הפיזור הגיאוגרפי הנרחב של אוכלוסיית הנגב, מקשה על אספקת שירותי רפואה דחופה. ישנן נקודות ישוב אשר זמן ההגעה מהן לחדר המיון במ.ר סורוקה גדול. יש לשקול הקמת מיונים קדמיים בפריפריה הרחוקה. מיונים אלה צריכים להיות מסוגלים לתת שירותי רפואה דחופה בסטנדרטים מקובלים ולהכיל בתוכם את הטכנולוגיות המתאימות.

**פעילות מבצעית מד"א נגב - 2004**  
(סך של 39,546 אירועים)



## פרק שישי: מערכת הרפואה השלישונית – מערכת האשפוז

### א. אשפוז כללי: 1.א. תאור מצב קיים

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש סורוקה (מ.ר. סורוקה), הממוקם בעיר באר שבע, הוא בית החולים השלישוני היחיד בנגב. בנוסף לסורוקה פועלים בעיר באר שבע גם בית חולים פן.א.ג.מ בע"מ בבעלות פרטית ובית חולים רמת מרפא בבעלות מכבי שרותי בריאות. בתי חולים אלה מבצעים מספר מוגבל של פרוצדורות כירורגיות אמבולטוריות באופן פרטי, ואינם מספקים שירותי אשפוז, מיון, טיפול נמרץ, חדרי לידה או כירורגיה מתקדמת.

מ.ר.. סורוקה הוא בבעלות ובהנהלת שירותי בריאות כללית. ומשרת בפועל את אוכלוסיית נפת באר שבע (המונה כ-530,000 נפש), כבית חולים על הוא משרת גם את אוכלוסיית נפת אשקלון (כ-400,000 נפש), נפת אילת וכן את אוכלוסיית חיילי צה"ל המשרתים באזור הדרום שמספרם מוערך בעשרות אלפים.

מ.ר.. סורוקה משתרע על שטח של 286 דונם מהם שטח בנוי 147,818 מ"ר. על פי נתוני משרד הבריאות קיימות בסורוקה 914 מיטות בתקן, 66 מיטות יום, 12 עמדות דיאליזה, 60 עמדות מיון ו-6 עמדות טראומה. במ.ר.. סורוקה מועסקים כ-3784 עובדים.

**מדדי פעילות:** בשנת 2003 ביקרו בחדרי המיון של סורוקה 196,346 חולים, במרפאות החוץ כולל המכונים ואשפוז היום האמבולטורי 433,683 חולים. בשנה זו היו בסורוקה 81,823 קבלות לאשפוז ו-325,605 ימי אשפוז. כמו כן התקיימו 30,000 פעולות ניתוחיות ו-13,251 לידות. בשנת 2003:

- השהיה הממוצעת בסורוקה היתה 4.4 ימים
- סבב המיטות היה 72.9
- אחוז התפוסה בפועל היה 136.2%

### שיעורי מיטות:

- מאז 1998 ועד 2003 נצפתה ירידה של כ-20% בשיעור המיטות ל-1,000 נפש בנפת באר שבע. באגף הפנימי באותה תקופה הירידה הייתה בשיעור של כ-25%, באגף הילדים ירידה של כ-25%, באגף הכירורגי כ-27% כך גם באגף המילדותי. ( נתוני למ"ס ) ( מוסדות האשפוז ).
- המרכז הרפואי סורוקה נמצא בעשור האחרון בתנופת בינוי ניכרת לאחר שנים רבות בהם לא בוצע כל בינוי. בשנים האחרונות נפתח בניין כירורגי חדש ונבנו מחלקות פנימיות חדשות, חדרי מיון כללי וילדים, וחדרי ניתוח חדשים. חטיבות הילדים והנשים והמיילדות (כולל חדרי לידה חדשים) נמצאים בתהליכי בינוי מתקדמים. על פי הודעת משרד הבריאות (מסמך מר יהודה רון), נמצאות בבניה

במ.ר.. סורוקה כבר עתה כ-120 מיטות במחלקות: יולדות, ילדים וטיפול נמרץ בילוד (פגיה).

### האגף הפנימי:

- שיעור המיטות באגף הפנימי ל-1,000 נפש בני 45+ בנגב, ירד בין השנים 1988 עד 2002 בכ-25%. שיעור המיטות הפנימיות בנגב הוא 0.43 ל-1,000 נפש מבוגרים.
- בשנת 2003: תפוסת המיטות היתה 116% - כ-10% למעלה מהממוצע הארצי.
- סבב המיטות היה 99.5 (גם כן כ-10% למעלה מהממוצע הארצי).

### האגף הכירורגי: שנת 2003:

- התפוסה באגף זה הייתה 79% (ממוצע ארצי 86.3%)
  - ממוצע השהיה הממוצעת 3.8 ימים (ממוצע ארצי 3.2)
  - ממוצע סבב המיטות 76.5 (ממוצע ארצי 3.2 ימים).
- יש לזכור כי רוב הפעילות באגפים הכירורגיים היא אלקטיבית ויש אפשרות לווסת את הפעילות.

### האגף לטיפול נמרץ:

במ.ר. סורוקה 41 מיטות ט.נ. בתקן.

- שיעור מיטות ט.נ. בנגב הוא הנמוך ביותר בישראל.
- תפוסת המיטות ביחידות לט.נ. במ.ר.. סורוקה הייתה בשנת 2003 71% (הממוצע הארצי) 74%.
- סבב המיטות שבמ.ר. סורוקה עומד על 90%.
- בשנים 2001 עד 2003 טופלו במ.ר.. סורוקה כ-800 נפגעי פעולות איבה.
- מ.ר. סורוקה, כמרכז הרפואי היחיד בנגב, הינו מרכז טראומה אזורי. יחידת הטראומה בסורוקה הינה מתקדמת וכוללת צוות מיומן וציוד חדשני העומד לרשות התושבים והמבקרים בדרום הארץ (כ-60% משטח מדינת ישראל) למתן טיפול חירום בנפגעי טראומה, תאונות דרכים, פעילות צבאית ופעולות איבה.

יש לזכור שביחידות לטיפול נמרץ יש לאשפז את החולים אך ורק במיטות האשפוז התקניות. אי לכך התפוסה אינה משקפת את המציאות אלא רק המדד החשוב ביותר שהוא שיעור החולים שאינם מגיעים ליחידות מפאת העומס ומתאשפזים במחלקות האשפוז למרות חומרת מצבם.

### אגף הילדים:

- בנגב חיים 176,500 ילדים עד גיל 14. הם מהווים כשליש מאוכלוסיית הנגב.
- במ.ר. סורוקה 145 מיטות ילדים בתקן (כולל כירורגית ילדים).

- שיעור המיטות ל-1,000 נפש ילדים דומה לשיעור הארצי. מהשוואת מספר האשפוזים באגף במהלך שנת 2003 עולה כי אגף הילדים במ.ר. סורוקה עמוס וצפוף מאד.
- גם סבב המיטות העומד על 111.7 מצביע על עומס בלתי רגיל.
- ישנה בעיה במספר מיטות בכירורגית ילדים.
- מס' הפניות לחדר מיון ילדים בשנת 2003 בסורוקה היה 49,576 ( לצורך השוואה – במרכז הרפואי שיבא היו 27,180 פניות, ובשערי-צדק 12,420 ).
- אין בנגב מיטות אונקולוגיות והמטואונקולוגיות ילדים. ביום מאושפזים ילדים החולים בסרטן במחלקת ילדים רגילה ועל כן חלק מהמיטות במחלקת ילדים ב' מוקצות לכך (10 מיטות).

### היחידה לטיפול נמרץ בילוד – פגיה

#### פגיה

- הפגיה בסורוקה – היחידה בנגב מונה 24 מיטות המוגדרות כמיטות לטיפול נמרץ בילוד. בנוסף לכך יש בסורוקה עוד 34 מיטות המוגדרות לטיפול מיוחד בילוד והן ממוקמות במחלקת יונקים.
- בשנת 2004 התרחשו 318 לידות פג. זאת מתוך 12,627 לידות שהתרחשו בשנה זו.
- בכל הארץ חלה עליה בשיעור לידות פג, בעקבות התפתחות טיפולי פוריות והפריית מבחנה.
- בנגב – בו מתרחשות מספר הלידות הגבוה בישראל, גם שיעור הפגות גבוה בהתאמה.
- בשנת 2004 העבירו 12 פגים לבתי חולים במרכז ובצפון הארץ בגלל תפוסה מלאה בפגיה של סורוקה, ו-4 יולדות בסיכון גבוה לפני לידת פג. בשנים 2002 ו-2003 הועברו 30 פגים ו-13 יולדות.

#### האגף המיילדותי:

- באגף המיילדותי במ.ר. סורוקה 106 מיטות במחלקות היולדות ו-10 עמדות חדר לידה.
- על פי התכנון, בשנת 2007 תפתח מחלקת יולדות חדשה ויפעלו בסה"כ 24 עמדות חדר לידה.
- מספר הלידות בנגב בכל שנה, הוא הגבוה ביותר בישראל. כל הלידות בנגב מתרחשות במ.ר. סורוקה.
- שיעור המיטות במח' יולדות בנגב אינו שונה בהרבה מהמוצע הארצי או מהמתקיים באזורים אחרים בישראל. אולם יש לזכור, כי על פי אישור מיוחד ממשד הבריאות יולדת בנגב, משתחררת לביתה לאחר לידה כעבור 36 שעות ולא כפי שמקובל כעבור 48 שעות. זאת מפאת הצפיפות הגדולה במחלקות היולדות במ.ר. סורוקה. עם פתיחת המחלקה החדשה בעיה זו תיפתר.

## מיון וטראומה

- בנגב קיימות 60 עמדות מיון ( רפואה דחופה) ו-6 עמדות טראומה בלבד.
- בסורוקה קיים חדר המיון העמוס ביותר במדינה. עמדות הרפואה הדחופה במ.ר. סורוקה ועמדות הטראומה משרתות את אוכלוסיית צה"ל בנגב.
- בשנת 2003 היו 196,000 פניות למיון סורוקה (ללא יולדות).
- הניסיונות להקים מיון קדמי בדימונה ובערד כשלו, שכן מיון כזה צריך לכלול את כל הפונקציות והטכנולוגיות הנדרשות ועלות הקמתו והפעלתו השוטפת (בעיקר עלויות כח אדם) גבוהה ביותר.

## אונקולוגיה:

- הטיפולים האונקולוגיים ניתנים בארבעה אתרים: מכון אונקולוגי (מחלקת אשפוז ויחידת אשפוז יום), המטואונקולוגיה, גניקולוגיה אונקולוגית והמטואונקולוגיה ילדים.
- כל ארבעת האתרים מאד צפופים. בכל חודש מתרחשים בהם כ-2,500 טיפולים ומצטרפים כ-120 חולים חדשים.
- מספר טכנולוגיות קיימות אינן נגישות לתושבי הנגב (למשל – השתלת מוח עצם). אם בגלל מחסור בכח אדם מקצועי או בגלל מחסור בטכנולוגיה. לעומת זאת קיים טיפול של השתלת תאי אב.
- ביחידת הרדיוטרפיה במכון האונקולוגי שני מאיצים, המשמשים למתן טיפול קרינתי באוכלוסיית חולי הסרטן בנגב. במקום קיים בינוי המאפשר התקנת מאיץ קווי שלישי, שלא נרכש משיקולי עלות.

## עמדות דיאליזה:

- כתשעים אחוז מהחולים הנזקקים לטיפול דיאליזה מטופלים בבתי החולים או בקהילה.
- עשרה אחוז מטופלים בבתיהם בדיאליזה ציפקית ( CAPD ,CCPD).
- בנגב פעלו ב- 2003 12 עמדות דיאליזה בתקן, כולן במ.ר. סורוקה. אין בנגב עמדות דיאליזה לילדים, והילדים הזקוקים לטיפול זה (4-2 בכל רגע נתון) נאלצים לנסוע לירושלים מספר פעמים בשבוע על מנת לקבל את הטיפול.
- דיאליזה מתקיימת גם במכון נפרומור בבאר שבע.
- בשנה זו התקבלו לטיפול 77 חולים חדשים, והתבצעו 58,197 טיפולים מכל הסוגים.
- השיעור הארצי לעמדות דיאליזה לחולים שהתקבלו לטיפול בשנת 2003 היה 0.3. בנגב השיעור היה 0.15.

## צינתורים:

- במ.ר. סורוקה פועלים שני חדרי צינתורים, אחד מהם מאד מיושן (הותקן בשנת 1994) עם שיעור תקלות גבוה, ועומד בפני החלפה.

- כיום התור לצינתור אבחנתי הוא מעל שלושה חודשים וההמתנה בזמן האישפוז לצינתור מתמשכת בשל בעיית זמינות חדרי הצינתורים.
- בשל העומס הקיים על חדרי הצינתורים והתקלות המרובות, אוכלוסיית הדרום מופנית לביצוע צינתורים בבתי חולים אחרים בארץ שם התור קצר באופן משמעותי (עד שבוע).

#### **מעבדות:**

- מעבדות המ.ר. סורוקה נותנות שירותי מעבדה למטופלים במרכז הרפואי כמו גם למבוטחי מחוז הדרום של שרותי בריאות כללית.
- מספר פונקציות מעבדתיות חסרות בנגב, ובדיקות אלו נשלחות בלית ברירה לביצוע במעבדות במרכזים רפואיים אחרים במרכז הארץ.

#### **טכנולוגיה:**

בכל אחד מסוגי הטכנולוגיות המקובלות במערכת האיבחונית והטיפולית יש מחסור בנגב, בהשוואה לשאר אזורי הארץ (במספרים מוחלטים) (מקור: האגף לרישוי מוסדות רפואה ומכשירים מיוחדים):

סוג מכשיר / מחוז	סה"כ	ירושלים	צפון	חיפה	ת"א	מרכז	דרום
CT	41	6	6	6	9	8	6
גמא קמרה	68	9	6	13	19	14	7
צנתר לב	31	5	4	5	7	7	3
אנגיוגרפיה	23	3	3	4	5	6	2
MRI	10	2	1	2	5	2	2
מאיץ קווי	18	4		3	5	3	3
קובלט	3			1	2		--
ליטוטרופטר	4	1		1	2		--
רדיוכירורגיה							
סטראוסקטית	1				1		--
CT דנטלי	14	1		1	8	4	--
MRI BS	1				1		--
PET CT	4	1		1	2		--
CT BS	2			1	1		--
תא לחץ	6			3		1	2
CT סימולטור	6	1		1	2	1	1

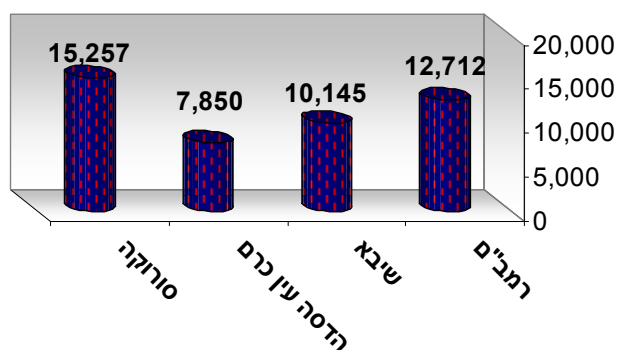
## תשתיות:

- תשתית החשמל במ.ר. סורוקה זקוקה לשידרוג דחוף. בין היתר קיימת בעיה בקווי הזנת חשמל לבית החולים, המתבססת על קו הזנה אחד ללא כל יתירות. פגיעה בקו זה עלולה לגרום לפגיעה במערכות קריטיות ומומלץ על ידי מהנדסי חשמל לבנות קו הזנה נוסף, כפי שקיים במרכזים רפואיים אחרים.
- בנוסף, קיים צורך בציוד תשתיתי אחר לשעת חרום כגון גנרטורים. (מסמך הנהלת סורוקה).

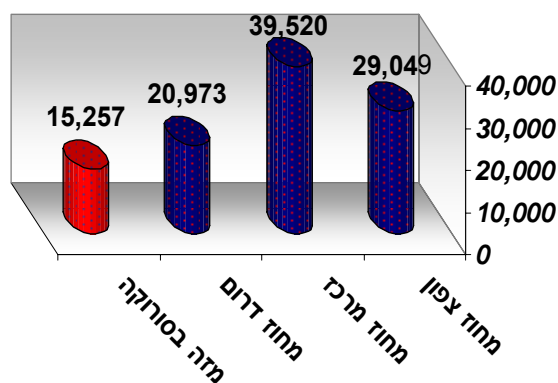
## 2.א תאור הפערים

- שיעורי המיטות לנפש בנגב נמוכים מאלה שבמרכז הארץ.
- כל מדדי הפעילות (שהיה ממוצעת, תפוסה, סבב מיטות, קבלות וכיו"ו) מצביעים על העובדה כי המ.ר. הרפואי סורוקה הוא הצפוף והעמוס ביותר במדינת ישראל. (מוסדות האישפוז)
- היקף הפעילות במ.ר. סורוקה בתחומים מסוימים (אשפוזים, פניות לחדרי מיון, לידות) הינו הגבוה במדינה.
- המ.ר. סורוקה משרת אוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים המיוחדת לנגב: שיעור גבוה של בדואים, חיילי צה"ל בריכוזים גבוהים, אוכלוסייה המרוחקת גיאוגרפית ממרכזי טיפול.
- **באגף הפנימי:** סבב המיטות בשנת 2003 היה 99.5 לעומת ממוצע ארצי של סבב מיטות פנימיות באותה תקופה של 88.9.
- **בנגב:** 256 מיטות פנימיות, באזור תל אביב: 920 ובאזור ירושלים: 389 (מוסדות אשפוז)
- **באגף לטיפול נמרץ (ט.נ.):** שיעור מיטות ט.נ. בנגב הוא הנמוך ביותר בישראל.
- תפוסת המיטות ביחידות לט.נ. סורוקה היתה בשנת 2003 71%. הממוצע הארצי היה 74%.
- הבעיה במחלקות הט.נ. בסורוקה היא חלק מבעיה כלל ארצית של מצוקת מיטות זאת בגלל העלות הגבוהה של הקמת מיטות ט.נ. שהן מיטות עתירות טכנולוגיה.
- בשל מצוקת מיטות בטיפול נמרץ רק כרבע מהחולים באוטם חריף בשריר הלב מאושפזים ביחידה לטיפול נמרץ לבבי, השאר מאושפזים במחלקה פנימית רגילה, בה חסרים כוח האדם הייעודי האמצעים למעקב רציף וטיפול דחוף בחולים אלה.
- **אגף הילדים:** השוואת מספר האישפוזים באגף במהלך שנת 2003 מראה כי אגף הילדים במ.ר. סורוקה – בית החולים היחיד בנגב לאישפוז וטיפול בילדים עמוס וצפוף מאד. גם סבב המיטות העומד על 111.7 מצביע על עומס בלתי רגיל. ישנה בעיה במספר מיטות בכירורגית ילדים. למ.ר. סורוקה מס' הפניות לחדר מיון הגבוה ביותר בהשוואה למרכזים גדולים אחרים בישראל.
- אין בנגב מיטות יעודיות לאונקולוגיה והמטולוגיה ילדים.
- אין בנגב מכשירי דיאליזה יעודיים לילדים. שירות דיאליזה לילדים לא ניתן לתושבי הנגב.

**אישפוזים באגף הילדים עפ"י בתי חולים  
שנת 2003**

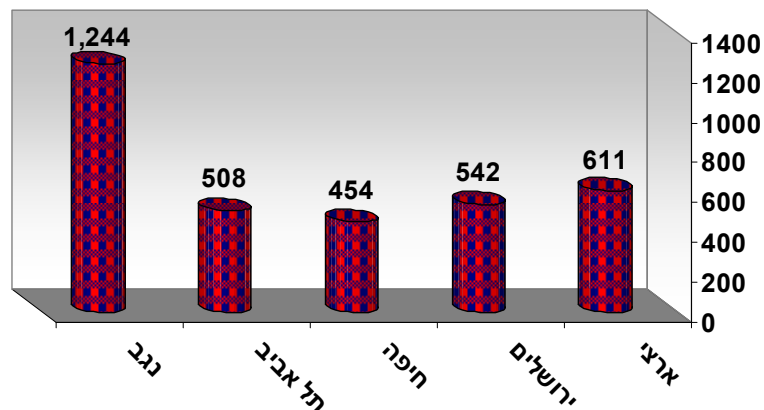


**אישפוזים באגף הילדים עפ"י מחוזות  
שנת 2003**

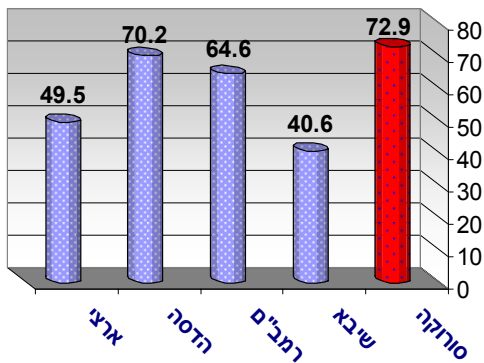


- פגיה – היחידה לטיפול נמרץ בילוד:** הבעיה בפגיית המ.ר. סורוקה היא חלק מבעיה כלל ארצית כפי שקבע מבקר המדינה בדו"ח משנת 2003. הביקורת העלתה מבקר קובע כי: " תקן מיטות האשפוז ב יחידות אינו מעודכן ואינו הולם את צורכי האוכלוסייה ובתי החולים...". המצב במ.ר. סורוקה חמור בהשוואה לכל המרכזים הגדולים בישראל בגלל מספר הלידות הגבוה ושיעור הגבוה של מומים מולדים בקרב הבדואים. בגלל תפוסה מלאה בפגיה מועברים פגים לטיפול בבתי חולים אחרים במרכז או בצפון הארץ.

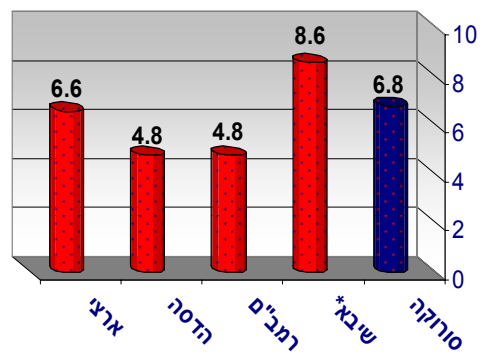
מספר לידות לעמדה בשנת 2002\*



סבב מיטות בפועל בשנת 2003



שהיה ממוצעת של חולים ששוחררו בשנת 2003



- **אונקולוגיה:** מספר טכנולוגיות קיימות לטיפול בחולי סרטן אינן מבוצעות בסורוקה למשל – השתלת מוח עצם. קיים בנגב מחסור בכוח אדם מקצועי בנושאי אונקולוגיה.
- **טכנולוגיות:** קיים בנגב מחסור בטכנולוגיה טיפולית ואבחונית הגורם לכך שחולים קשים נאלצים לעבור טיפולים או בדיקות בירושלים או במרכז הארץ. **בין הפערים הבולטים:**

- **PET-CT** – מכשיר המשמש לאבחון מתקדם של סרטן, טכנולוגיה חדישה שנכנסה לסל הטכנולוגיות של משרד הבריאות ונחשבת חיונית לטיפול בסוגי סרטן מסוימים (כגון לימפומות). בנגב אין אף מכשיר מסוג זה.
- **צינתורים:** אחד משני חדרי הצינתורים היחידים בנגב מיושן, סובל מתקלות חוזרות הגורמות להשבתת פעילות וזקוק להחלפה. התור לצינתור אבחנתי, לתושב הנגב, הוא שלושה חודשים ויותר וההמתנה בזמן האישפוז לצינתור מתארכת בין היתר בשל היעדר זמינות חדר הצינתורים.

- **מאיץ קווי** – בסורוקה מאיץ קווי אחד המספק שירות לכלל חולי הסרטן באוכלוסיית הנגב. להגברת הזמינות נדרש מאיץ קווי נוסף, קיימת תשתית נדרשת להקמתו.
- **ליטוטריפטור** – מכשיר לריסוק אבני כלייה באמצעות על-קול. אין בסורוקה מכשיר ליטוטריפטור קבוע.
- **מכשירי דיאליזה לילדים** – אין בסורוקה מכשירי דיאליזה יעודיים לילדים.
- **מעבדות:** חסרות טכנולוגיות כגון: מעבדה לאיידס כמותי (Viral Load). בדיקות מסוימות של חומצות אמינו בדם ובשתן נשלחות לבתי חולים אחרים מפאת חסרון בטכנולוגיה.
- חסרות מספר פונקציות במעבדות גנטיות. חסר זה מכביד בעיקר על ביצוע בדיקות גנטיות לאוכלוסיית הבדואים הסובלים ממומים מולדים בשיעורים גבוהים מאד.

### **3.2. אשפוז אחר**

**בריאות הנפש:** בבאר שבע פועל המרכז הרפואי לבריאות הנפש היחידי בנגב בפרט ובדרום בכלל. הוא משרת את אוכלוסיית הדרום מאשדוד בצפון ועד אילת בדרום. בבית חולים זה 270 מיטות לבריאות הנפש ו-60 מיטות גריאטריה. שיעור המיטות לבריאות הנפש בדרום הוא 0.4 בעוד שהממוצע הארצי הוא 0.8.

**מסקנה:** חסרות מיטות אשפוז לבריאות הנפש ולכן מתקצר משך האשפוז, החולים משתחררים לביתם לפני הזמן ומכיוון שלא הושלם הטיפול הם חוזרים לאשפוז כעבור זמן קצר ("דלת מסתובבת").

בנוסף לכך נותן בית החולים שירות אמבולטורי למבוגרים. שירות זה ניתן בפריסה גיאוגרפית רחבה מאד: מאשדוד, קרית גת בצפון ועד אילת בדרום. על מנת לתת מענה בפיזור גיאוגרפי נרחב, יש לפרוס שלוחות בחלק מהישובים ובחלק מהמקומות שמהם הנגישות קשה יותר, יש לספק שירות באמצעות "בדיקה מרחוק".

במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש שמנהיג משרד הבריאות, ישנה מגמה של סגירת מיטות אשפוז ופתוח השירותים בקהילה על מנת שאלה יועברו בעתיד לידי קופות החולים. בפועל אמנם נסגרות מיטות אשפוז אך השירותים הקהילתיים אינם מתפתחים.

**בריאות הנפש – ילדים ונוער:** מרכז טל הינו השירות האמבולטורי היחיד לבריאות הנפש ילדים ונוער בנגב. לאחרונה צומצמו שלוחותיו וחלקן אף נסגרו. במרכז טל מטופלים מדי חודש כ-1,000 ילדים ובני נוער מכל המגזרים ומכל הישובים בנגב. לרשות המרכז 10 משרות עו"ס, פסיכולוגים קליניים ופסיכיאטריים).

**אישפוז סיעודי** רק כ-10% ממיטות האשפוז הסיעודי הן בבעלות ממשלתית. כל השאר הן בבעלות ציבורית או פרטית. המחלקות במוסדות האישפוז הסיעודי הן גריאטריה שיקומית, סיעודית מורכבת, גריאטריה סיעודית ותשושי נפש. כ-50% מהאשפוזים מתקיימים במחלקות לגריאטריה סיעודית.

מסקנה: על האישפוז הסיעודי פועלים "כוחות השוק" ובמידה ויהיה צורך בתוספת מיטות סיעודיות הן תוקמנה ע"י גורמים פרטיים וציבוריים בעלי ענין.

**שיקום:** אין בנגב אף מיטת שיקום מכל סוג. חולים אחרי תאונות מכל סוג מועברים למוסדות שיקום במרכז הארץ. לקשישים הנדרשים לשיקום לאחר שבר בצוואר הירך ( גורם סיכון לתמותה עיקרי בקרב קשישים) אין פתרון. גם לזקוקים לשיקום נירורולוגי ( לאחר שבץ מוחי) ולשיקום לבבי אין פתרון. לפיכך, אנו סבורים שיש לתת מענה לנושא השיקום בנגב, תוך עבודת מטה ובדיקת החלופות האפשריות.

**הוספיס לחולים סופניים:** אין בנגב הוספיס לחולים סופניים.

#### 4.א צרכים מידיים לסגירת פערים – מערכת האשפוז

על מנת לאפשר לתושבי הנגב לקבל שירות רפואי בדומה לזה הניתן לתושבי מרכז הארץ וירושלים, המתבסס על טכנולוגיות מתקדמות ובעומסי פעילות המקובלים בבתי החולים במרכז הארץ, מומלץ לצייד את המרכז הרפואי סרוקה בציווד הרפואי והתשתיות ולאפשר את השירותים הרפואיים המפורטים לעיל:

טכנולוגיות		
נדרש מכשיר אחד בעלות כוללת של 5 מליון דולר (2 מליון דולר רכש+ בנוי והתאמת המכון לקליטת המכשיר)	סטנדרט הדמיה במחלות ממאירות כגון: לימפומה, סרטן המעי הגס, הושט, הקיבה והריאות.	PET CT
נדרש מיקרוסקופ אלקטרוני בעלות של \$ 250,000	נדרש לאבחון מדויק בפאתולוגיה	מיקרוסקופ אלקטרוני
יש צורך בחדר צינתור שלישי בעלות כוללת של \$ 1,250,000 (רכש \$750,000 + בנוי)	במ.ר סרוקה יש 2 חדרי צינתורים אחד מהם מאד מיושן ועומד בפני החלפה.	חדר צינתורים
נדרש מאיץ קווי נוסף בעלות של 2.5 מליון דולר	טכנולוגיה נדרשת לטיפול בחולי סרטן.	מאיץ קווי
נדרש מכשיר אחד בעלות של 1 מליון דולר	טכנולוגיה חדשה המאפשרת אבחון בדיוק גבוה מתקדמת.	CT רב פרוסתי
נדרשת רכישה של מכשיר ליטו-טריפטור בעלות של \$250,000	מכשיר לריסוק אבני כליה. התופעה שכיחה יותר באזורים בעלי מזג אויר חם ויבש.	ליטו-טריפטור
בעלות של \$25,000 למכשיר סה"כ \$100,000	אין כיום מכשירים בנגב. דרושים 4 מכשירים	מכשירי דיאליזה לילדים

		המשך.....
<p><b>נדרשת מעבדה לאיידס כמותי, לבדיקות מיוחדות של חומצות אמינו בדם ובשתן ומספר פונקציות מעבדתיות לבדיקות גנטיות</b></p> <p>סה"כ עלויות \$500.000</p>	<p>כבר היום חסרות מספר פונקציות במעבדות מ.ר. סורוקה המשרתות גם שירותי בריאות כללית במחוז הנגב. פירוט:</p> <p>1. מכשיר real time PCR</p> <p>1.1 וירולוגיה + הפקה \$80.000</p> <p>1.2 מכון גנטי \$40.000</p> <p>1.3 בקטרולוגיה \$40.000</p> <p>2. מכשיר ספירת דם (2) \$100.000</p> <p>3. מכשיר מיון דגימות ממוחשב \$160.000</p> <p>4. ציוד אופטי – מיקרוסקופים \$20.000</p> <p>5. צנטרפוגות מקוררות (4) \$30.000</p>	<p><b>מעבדות</b></p>
<p>עלות \$108,000</p>	<p>מכשיר לבדיקות גנטיות הקיים ב3 מוקדים ברחבי הארץ. דרוש על מנת לתת תשובות מדוייקות מהירות ומהימנות לגבי זיהוי מחלות גנטיות והן להמטואונקולוגיה.</p>	<p><b>GENETIC ANALYZER</b></p>
<p>סה"כ עלויות \$3,700,00</p>	<p>1. קו הזנת חשמל נוסף לבית החולים בעלות \$1,400,000</p> <p>2. ציילר TR 1250 בעלות \$1,500,000</p> <p>3. שני גנרטורים בהספק של KVA 1250 כ"א</p>	<p><b>תשתיות</b></p>

#### צרכים נוספים:

#### יחידות ושירותים רפואיים

- שיפוץ והרחבת הפגייה – \$2,000,000.
- הקמת יחידה לדיאליזה לילדים – עלות של \$200,000.

#### כוח אדם

- המטולוגיה – השתלת מח עצם.
- אונקולוגיה
- נפרולוגיה ילדים – דיאליזה
- שיקום - הקמה דחופה של מוסד שיקום שיכלול את הפונקציות הבאות: שיקום אורטופדי, שיקום נוירולוגי ושיקום לב.

## בריאות הנפש

**מיטות אשפוז:** על מנת להשוות את שיעורי המיטות בנגב לממוצע הארצי, דרושות כבר עתה כ- 60 מיטות.

### **שירות אמבולטורי:**

- נדרשת הקמה של מרפאות בישובי הפריפריה. בחלק מהם הפתרון יכול להיות באמצעות שיטות של "בדיקה מרחוק". מערכות כאלה יש להקים בכחמש נקודות ישוב בנגב. שולחה כזאת כוללת רופא ועו"ס וטכנולוגיה לתקשורת וידאו בעלות של 20,000 ₪ לתחנה.
- במרפאה בבאר שבע חסרה יחידה לביקורי בית הכוללת אחות רופא ( בחצי משרה) ועו"ס.

### **שירות קהילתי – חסרים פרויקטים מיוחדים:**

- פרויקטים מניעתיים לעולים חדשים במרכזי הקליטה.
- יעוץ לרפואה הראשונית בקופות החולים
- טיפול באוכלוסיות בסיכון
- טיפול במשפחות של חולי נפש בקהילה
- מסגרות טיפול לחולים צעירים
- מסגרת לטיפול זוגי

**שירותי בריאות הנפש לילדים ונוער:** כבר היום כדי לתת מענה הולם לצרכי בריאות הנפש של ילדי ובני הנוער מהנגב דרושה הגדלה של משרות כח אדם : 2 פסיכיאטרים, 5 פסיכולוגים קליניים, 5 עו"ס, ומזכירה רפואית. יש לפתוח שלוחות טיפול בירוחם, במצפה רמון, באופקים, במגזר הבדואי, ברמת הנגב ובחבל אשכול. ( נספח ד"ר דפנה אדר).

**מסקנה:** כבר היום השירותים הקיימים אינם נותנים מענה לאוכלוסיית הנגב. יש לתגבר שירותים אלה באופן מיידי, על אחת כמה וכמה, בעת גידול האוכלוסייה בהתאם ליעדי התכנית הלאומית.

### **שיקום בריאות הנפש:**

- יש צורך בהקמת מועדון תעסוקתי בבאר שבע ל-50 משתקמים.
- חסר הוסטל לצעירים חולי נפש עד גיל 25 בהיקף של 30 מקומות.

- חסר הוסטל מוגן לקשישים סיעודיים חלקית אשר אינם מתאימים למוסדות סיעודיים, בהיקף של 30 מקומות.
- חסר הוסטל בן 20 מקומות לחולי נפש עם מחלות גופניות
- חסר הוסטל לתחלואה כפולה ( מחלת נפש+התמכרויות), בהיקף של 20 מקומות

בישראל מוקמים הוסטלים ע"י יזמים פרטיים כאשר המדינה משלמת כל חוסה על פי תעריף יומי של כ-100 ש"ח ליום.

**מסקנה:** כבר היום השירותים הקיימים אינם נותנים מענה לאוכלוסיית הנגב. יש לתגבר שירותים אלה באופן מיידי, על אחת כמה וכמה, בעת גידול האוכלוסייה בהתאם ליעדי התכנית הלאומית.

## **ב. תרחישים לגידול האוכלוסייה והמענה עליהם**

פתוח מערכת הבריאות בנגב צריכה להסתמך על אופציות שונות של הגידול באוכלוסייה, פיזורה, אופי ההתיישבות (עירוני, כפרי, מטורופולין), אופי ומצב שירותי הבריאות הקיימים, והקשרים ביניהם.

### **בכל תרחיש יש לקחת בחשבון את הפרמטרים הבאים:**

- א. אוכלוסייה:** האוכלוסייה תגדל בעשר השנים הבאות עפ"י:
1. ריבוי טבעי לכדי 675,000 נפש.
  2. הגירה פנימית מהארץ ומחו"ל בשני שלבים ( נקודות זמן בהן מערכת הבריאות תדרש לביצוע התאמה) : לכדי 800,000 נפש ולכדי 950,00 נפש.

### **ב. פיזור האוכלוסייה**

על פי תכנית הפתוח באופן הבא: באר שבע כעיר המרכזית וליבת המטרופולין, הרחבת פתוח וחיזוק הישובים העירוניים והכפריים הקיימים והקמה של מספר מצומצם של ישובים חדשים.

## ג. מערכת האשפוז

1. המצב הקיים – מחייב מיידית תוספת של כ- 500 מיטות למרכז הרפואי סורוקה, מהן כ-120 מיטות נמצאות כעת בבניה. כמו כן דרושה תוספת של טכנולוגיות אבחוניות החסרות כבר כיום ( כמפורט בטבלה המצורפת).
2. הקמת בית חולים חדש, בתנאים סבירים, נמשכת כעשר שנים מרגע התחלת התכנון.
3. בכל תרחיש יש לפעול ליצירת תחרות, באמצעות הקמת בית חולים חדש. כאשר תכנון בית החולים החדש צריך להיעשות בשיתוף עם הנהלת סורוקה על מנת ליצור איזונים מתאימים.
4. לפי תוכנית המתאר לפתוח הנגב כפי שאושרה ע"י רשויות התכנון, הוקצתה "משבצת" להקמת בית חולים באזור להבים.
5. על פי החלטת משרד הבריאות, וללא כל קשר לתכנית פתוח הנגב, יוקם בית חולים חדש באשדוד. יש לכך השפעה על רמת שירותי הבריאות בנגב במיוחד, אם האוכלוסייה החדשה תיקלט במערב ובצפון הנגב.
6. קיימת מגמה להעביר כמה שיותר שירותי בריאות מבתי החולים לקהילה, לקופות החולים. יחד עם זאת, "המנוע" העיקרי של רמת שירותי הבריאות הוא בית החולים. שם מתקיים הלימוד, המחקר והפיתוח. הרופאים המומחים מצויים בבית חולים.
7. תאגיד בריאות – ועדת לאון המליצה על תיאגוד בתי החולים בישראל. בית חולים חדש יכול להיות מוקם כתאגיד בריאות עצמאי, לא ממשלתי ולא שייך לקופות החולים. הקושי הקיים בתיאגוד בתי חולים קיימים לא מתקיים בבית חולים חדש שיוקם כתאגיד מלכתחילה.
8. יש לתגבר באופן משמעותי את מערך בריאות הנפש, בעיקר זה של ילדים ונוער.

## צרכים עפ"י תרחישים

### ריבוי טבעי לכדי 675,000 נפש, ללא שינוי בפיזור:

1. יש להוסיף למרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה כ-500 מיטות, מהן כ-120 נמצאות עתה בבניה.

2. הרחבת הקיבולת של סורוקה תמצה את עצמה, ולא תהיה אפשרות להגדיל אותו מעבר לתוספת זו.

3. יש להוסיף כבר עתה על מנת להשוות את יכולת ורמת האבחון בנגב לזו של אזורים אחרים בישראל, טכנולוגיות אבחוניות הכוללות: מאיץ קווי, PET CT, מיקרוסקופ אלקטרוני לפאתולוגיה, מכשיר CT רב פרוסתי, ליטו טריפטר לריסוק אבני כליה, חדר צינתורים וטכנולוגיות חסרות במערך המעבדתי.

4. יש לפתח פרויקטים קהילתיים מיוחדים במסגרת שירותי בריאות הנפש.

#### **גידול האוכלוסייה מעבר לריבוי הטבעי, על פי יעדי התכנית (950,000 נפש)**

1. מעבר למיצוי יכולת הפתוח של המרכז הרפואי סורוקה, ובעת הגדלת אוכלוסיית הנגב עפ"י יעדי התכנית הלאומית, לכדי 950,000 נפש: יהיה צורך בבי"ח חדש בן כ-900 עד 1,000 מיטות.

2. מכיוון שהקמה של בית חולים נמשכת כעשר שנים, יש לקבל את ההחלטה על בית חולים חדש כבר כעת.

3. מיקום בית החולים הנוסף בנגב שנוי במחלוקת. מבין החלופות הקיימות התקבלה במשרד הבריאות ההחלטה להקצות שטח לבניית בית חולים חדש באזור להבים.

4. אנו רואים את שיתוף הנהלת המרכז הרפואי סורוקה בתכנון בית חולים נוסף בנגב כחיונית ביותר, זאת על מנת ליצור את כל האיזונים הנאותים והנדרשים, על מנת למנוע כפילויות מיותרות ובזבוז משאבים ועל מנת ליצור תחרות הוגנת ובעיקר פורייה.

5. יש לדאוג לפתוח מערכות בריאות הנפש בהתאמה.

## עלויות:

- עלות בניה של מיטת אשפוז בבית חולים קיים היא \$ 100,000 . לפיכך תוספת של 380 מיטות למר. סורוקה ( לא כולל המיטות שבבניה) תעלה \$ 38,000,000 .
- עלות בניה של מיטת בית חולים בית חולים חדש היא \$250,000 . לפיכך עלות בניה של בית חולים חדש בין כ-900 מיטות תעלה: \$225,000,000 .
- עלויות תוספת טכנולוגיה ותשתיות לצמצום פערים – ראה בטבלה לעיל.

**ריכוז הנתונים:**

**מיטות אישפוז**

הנושא	תאור מצב קיים				מסקנות עיקריות
בית חולים כללי	המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה" (מ.ר סורוקה)				
מספר מיטות בתקן (2004)	914 מיטות				
	מיטות	שיעור ל-1000 נפש*	תפוסה *%	שיעור ארצי (למ"ס)	
פנימית+נפרולוגיה	228	0.43	119.0	0.57	שיעור המיטות לנפש מחושב על בסיס האוכלוסייה המתגוררת בנפה. חישוב זה אינו לוקח בחשבון את האוכלוסייה אותה משרת בית החולים בהיותו "בית חולים על". כמו כן את אוכלוסיית חיילי צה"ל באזור.
גריאטריה אקוטית	29	0.05	80.5	0.09	
עור ומין	12	0.02	80.0	0.01	
נוירולוגיה	30	0.06	85.0	0.04	
ילדים	66	0.15	129.0	0.15	
כירורגיה כללית	72	0.18	79.0	0.25	
אורטופדיה	44	0.14	77.1	0.14	
נוירוכירורגיה	21	0.04	67.5	0.02	כמעט בכל המחלקות השיעורים ל- 1000 נפש נמוכים מאלה שבמרכז הארץ ( מחוז תל אביב ומחוז מרכז), ומהמוצע הארצי.
פלסטיקה+כוויות	20	0.03	57.7	0.03	
כירורגית כלי דם	5	0.009	155.9	0.02	
כירורגית יד	5	0.009	69.0	--	
כירורגית ילדים	15	0.02	152.2	0.04	
כירורגית חזה ולב	18	0.03	88.7	0.04	במחלקה האונקולוגית התפוסה מאד גבוהה.
אורולוגיה	25	0.05	69.6	0.06	
א.א.ג.	20	0.04	63.1	0.05	
עיניים	18	0.03	63.4	0.06	המצב במחלקת יולדות עד כדי כך חמור שמשרד הבריאות נתן למ.ר סורוקה אישור מיוחד לשחרר יולדת אחרי 36 שעות ולא כפי שמקובל אחרי 48 שעות, בגלל תפוסה גבוהה מאד. מוסדות האשפוז
אונקולוגיה	20	0.04	136.2	0.03	
המטואונקולוגיה	10	0.02	0.00	--	
נשים	45	0.08	112.1	0.10	
יולדות	106	0.21	104.0	0.20	
טיפול נמרץ לב	19	0.03	89.5	0.04	
טיפול נמרץ כללי	22	0.04	68.3	0.04	
טיפול מיוחד בילוד	58	0.10	94.0	0.07	
טיפול נמרץ ילדים	6	0.01	97.5	0.01	

	עפ"י שיעור ארצי	הצורך בתוספת מיטות
	תוספת מיטות	לפי אוכלוסיה קיימת (הבסיס לחישוב 530,000 נפש)
<p>על מנת להשוות את מספר המיטות בנגב לפי השיעור הממוצע הארצי לנפש, יש להוסיף מיידית מיטות כמעט בכל המחלקות. אנו ערים לטענה כי בחלקים מסוימים בישראל יש עודף מיטות ושהשיעור הממוצע הארצי אינו משקף מציאות נכונה, אולם יש לזכור כי לנגב צרכים מיוחדים כפי שתואר בפרק א'.</p> <p>על מנת לצמצם פערים נוכחיים יש להוסיף - 267 מיטות.</p> <p>120 מיטות נמצאות בבניה</p> <p>עפ"י חישובי שיעורים באונקולוגיה ובטיפול מיוחד בילוד, אין צורך בתוספת מיטות, אולם תפוסה מאד גבוהה ( בגלל שיעורי תחלואה גבוהים) מדגימה צורך דחוף בתוספת מיטות.</p>	78	פנימית+נפרולוגיה
	-8	עור ומין
	-8	נירולוגיה
	18	גריאטריה אקוטית
	16	ילדים
	60	כירורגיה כללית
	--	כירורגיה פלסטית
	6	כירורגית ילדים
	6	כירורגית כלי דם
	31	אורטופדיה
	--	נירוכיכירורגיה
	3	כירור' חזה ולב
	9	אורולוגיה
	4	א.א.ג.
	12	עיניים
	--	המטואונקולוגיה
	--	אונקולוגיה
	8	נשים
	27	יולדות
	3	טיפול נמרץ לב
--	טיפול נמרץ כללי	
--	טיפול מיוחד בילוד	
2	טיפול נמרץ ילדים	
267	סכ"ה תוספת מיטות למחלקות הנ"ל	
<p>כבר עתה, ללא גידול באוכלוסייה ועל מנת להשוות פערים יש להוסיף כ-147 מיטות במחלקות שתוארו לעיל. הן דרושות במיוחד באונקולוגיה, בטיפול מיוחד בילוד בכירורגיה ובגריאטריה חריפה.</p>		סיכום

### הצורך בתוספת מיטות עד שנת 2014

יעד התוכנית לפיתוח הנגב	שלב ביניים	עפ"י גידול טבעי	הבסיס לחישוב הוא עפ"י שיעורים ארציים, ומספר מיטות קיים
950,000	800,000	675,000	אוכלוסייה
314	228	160	פנימיות
57	43	30	גריאטריה אקוטית
0	0	--	עור ומין
8	2	--	נוירולוגיה
77	54	39	ילדים
166	128	95	כירורגיה כללית
89	68	51	אורטופדיה
0	0	--	נוירוכירורגיה
9	4	--	פלסטיקה+כוויות
14	11	8	כירורגית כלי דם
23	17	11	כירורגית ילדים
20	14	8	כירורגית חזה ולב
32	23	19	אורולוגיה
28	20	11	א.א.ג.
39	30	20	עיניים
9	4	--	אונקולוגיה
50	35	23	נשים
84	54	28	יולדות
19	13	9	טיפול נמרץ לב
16	10	8	טיפול נמרץ כללי
9	0	--	טיפול מיוחד בילוד
4	2	4	טיפול נמרץ ילדים
1,063	760	524	סכ"ה

## מדדי אשפוז

סבב המיטות במ.ר סורוקה היה בשנת 2003 72.9 וזהו סבב מיטות הגבוה ביותר בישראל .  
 אחוז התפוסה במ.ר סורוקה היה בשנת 2003 הגבוה ביותר בישראל 136.2%.

מסקנה: המ.ר הרפואי סורוקה הוא העמוס, והצפוף ביותר בישראל.

## עמדות \*\*

מסקנות עיקריות	תאור מצב קיים			הנושא
	שיעור ארצי (למ"ס)	שיעור ל-1000 נפש*	מספר	עמדות
מיון שיעור עמדות המיון והטראומה במחוז הדרום הוא הנמוך ביותר בישראל (0.28 בירושלים, 0.21 בחיפה, 0.14 בצפון ל-1,000 נפש). החישובים אינם לוקחים בחשבון את אוכלוסיית צה"ל המשרתת בנגב ומפונה בעת הצורך למיון סורוקה. בשנת 2003 היו 196,000 פניות למיון סורוקה ללא יולדות.	0.15	0.11	60	מיון
		0.01	6	טראומה
	0.068	0.02	12	דיאליזה
	0.06	0.04	22	חדר נתוח
				מיטות אחרות
	0.84	0.4	270	בית חולים לבריאות הנפש
		---	---	שיקום
	0.16	0.09	46	מיטות אשפוז יום- כללי
				אשפוז סיעודי:
	0.15	0.07	36	גריאטריה שיקום
2.17	1.4	760	גריאטריה סיעודית	
0.22	0.2	108	סיעודית מורכבת	
0.47	0.22	120	תשושי נפש	
		1024	סכ"ה סיעודי	
דיאליזה: בנגב ( סורוקה) שיעור העמדות למטופלים הוא 0.15. בהדסה עין כרם 0.5, ברמב"ם 0.3 ובשיבא (0.5)	--	--	--	שיקום: שיקום אורטופדי, שיקום לבבי, שיקום נוירולוגי, שיקום קשישים
בריאות הנפש: בבאר שבע מרכז לבריאות הנפש, היחידי בדרום המשרת לא רק את אוכלוסיית הנגב. לכן				התפתחות הילד מכון אחד בסורוקה תחנה לאבחון ושיקום הילד בבאר שבע

שיעורי המיטות ל-1,000				
נפש, הדומים לממוצע הארצי אינם משקפים את המציאות. במסגרת	<b>המשך.....</b>			
הרפורמה נסגרות מיטות אשפוז אך שירותי קהילה חלופיים אינם נפתחים. המצב חמור בשירותי בריאות הנפש של הילד והנוער. בכל השירות חסרות פונקציות חשובות.				
<p><b>אשפוז סיעודי</b> בכל תת המחלקות שיעור המיטות ל-1,000 נפש נמוך מהממוצע הארצי. כ-50% מהמיטות באישפוז הסיעודי הן בבעלות פרטית ו-40% בבעלות ציבורית. רק כ-10% הן בבעלות ממשלתית.</p>				
<p><b>שיקום</b> אין בנגב מוסד לאישפוז שיקומי מכל סוג!!</p>				
<p><b>התפתחות הילד</b> המכון בסורוקה והתחנה בבאר שבע אינם מסוגלים לספק את כל צרכי האוכלוסיה לשירותי אבחון וטיפול, במיוחד לאוכלוסיה הבדואית בה שיעורי המומים המולדים גבוהים יחסית לכל מגזר בישראל. <b>(מומים פתוחים בתעלת העצבים - משרד הבריאות)</b></p>				

	תוספת מיטות			הצורך בתוספת עמדות עד 2014 ( עפ"י שיעורים ארציים )
	עפ"י תכנית פתוח הנגב (950,00)	עפ"י תכנית פתוח הנגב (800,00)	עפ"י גידול טבעי (675.000)	
	82	60	40	מיון
	106	82	62	אשפוז יום
	35	26	18	חדרי נתוח
<b>מערכת אבחון - טכנולוגיה</b>				
נדרש מאיץ קווי נוסף בעלות של 2.5 מליון דולר	טכנולוגיה נדרשת לטיפול בחולי סרטן. יש במ.ר סורוקה מאיץ קווי אחד			מאיץ קווי
נדרש מכשיר אחד בעלות כוללת של 5 מליון דולר ( רכש+בנוי )	סטנדרט הדמיה הבמחלות ממאירות כגון: לימפומה, סרטן המעי הגס, הושט הקיבה והריאות. אין בנגב מכשיר כזה			PET CT
נדרש מקרוסקופ אלקטרוני בעלות של \$ 250,000	נדרש לאבחון מדויק בפאתולוגיה			מיקרוסקופ אלקטרוני
נדרש מכשיר אחד בעלות של 1 מליון דולר	טכנולוגיה חדשה המאפשרת אבחון בדיוק גבוה. אינו מצוי בנגב. במ.ר סורוקה שני מכשירי CT ישנים ויש צורך להחליפם בטכנולוגיה מתקדמת.			CT רב פרוסתי
נדרשת רכישה של מכשיר ליטו-טריפטור בעלות של \$ 250,000	מכשיר לריסוק אבני כליה. התופעה שכיחה יותר באזורים בעלי מזג אוויר חם ויבש במיוחד. אין בנגב מכשיר קבוע והאוכלוסייה מטופלת במכשיר נייד המגיע לאזור בתדירות נמוכה או בטכנולוגיה פחות יעילה.			ליטו-טריפטור
דרושים 4 מכשירים בעלות כוללת של \$100,000	אין כיום מכשיר כזה בנגב			מכשירי דיאליזה לילדים
יש צורך בחדר צינטור שלישי בעלות כוללת של \$ 1,250,000 (בנוי+ טכנולוגיה)	במ.ר סורוקה יש 2 חדרי צינטורים אחד מהם מאד מיושן ועומד בפני החלפה. התור לצינטור אבחנתי הוא בן מספר חודשים והאוכלוסייה נדרשת לנסוע לבתי חולים אחרים על מנת לבצע צינטור.			חדרי צינטורים
להשלמת פונקציות מעבדתיות חסרות נדרש \$500,000	כבר היום חסרות מספר פונקציות במעבדות מ.ר סורוקה המשרתות גם שירותי בריאות כללית במחוז הנגב.			מעבדות
עלות \$108,000	מכשיר לבדיקות גנטיות הקיים ב-3 מוקדים ברחבי הארץ. דרוש על מנת לתת תשובות מדויקות מהירות ומהימנות לגבי זיהוי מחלות גנטיות והן להמטואונקולוגיה.			GENETIC ANALYZER
\$3,700,000	נדרש שידרוג תשתית החשמל			תשתיות

## חדרי לידה – תאור מצב קיים\*\* –

מס' לידות לעמדה	לידות חי ל-1,000 נשים	שיעור עמדות לידה לנשים בגיל הפריון	נשים בגיל 15-44 (באלפים)	עמדות לידה	לידות חי	אזור
611	92.55	0.151	1,426.6	216	132,030	ארצי
542	131.34	0.242	165.0	40	21,677	ירושלים
697	103.07	0.148	250.3	37	25,798	צפון
454	78.94	0.174	178.4	31	14,079	חיפה
613	85.95	0.140	335.2	47	28,813	מרכז
508	79.22	0.156	250.1	39	19,808	תל אביב
993	109.34	0.110	199.9	22	21,855	דרום
1,244	112.74	0.091	110.3	10	12,438	מזה בסרוקה

מסקנות עיקריות:

בנגב שיעור הילודה הגבוה ביותר ושיעור עמדות הלידה לנפש הנמוך ביותר בהשוואה לממוצע הארצי ולמחוזות אחרים בישראל. במרכז הרפואי סרוקה מספר הלידות לעמדה הוא הגבוה ביותר, פי שניים מכל אזור אחר בישראל.

**עם פתיחת מחלקת היולדות החדשה ועימה פתיחה של חדרי לידה נוספים ישתפר המצב וינתן מענה לצרכים הנוכחיים.**

## חדרי לידה – תחזית צרכים

מסקנות עיקריות	לפי 500 לידות לעמדה.		לפי 611 לידות לעמדה (ממוצע ארצי)		מספר לידות	
	תוספת	נדרש	תוספת	נדרש		
עפ"י גידול טבעי בשנת 2014 תדרש תוספת של כ-20 עמדות.	15	25	10	20	12,438	כיום – לסגירת פערים
	18	28	14	24	14,234	גידול טבעי
	23	33	17	27	16,306	לפי שיעור לידות לתחזית נשים בגיל הפריון – גידול טבעי
עפ"י תכנית פתוח הנגב תדרש תוספת של 30-40 עמדות.	41	51	32	42	25,600	עפ"י תכנית פתוח הנגב***

\* לפי 530,000 נפש תפוסה בשנת 2003

\*\* נתונים לשנת 2002, מקור הנתונים שנתון סטטיסטי 2003 ומוסדות האישפוז 2002 : <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=2&catid=587&pageid=3349>

\*\*\* עפ"י 43% נשים בגיל הפריון 15-44 שנים. נתוני למ"ס שנתון 2004

• הגדרות:

**מיטות בתקן** : מספר מיטות האישפוז המאושרות בתעודת הרישום של בית החולים בזמן מוגדר.

**אחוז תפוסת המיטות בתקן** : ימי אשפוז בפועל התקופה \* 100  
מספר המיטות בתקן בתקופה \* מספר הימים בתקופה

**סבב מיטות** : מספר האשפוזים הממוצע למיטת אשפוז בתקופה

מדינת ישראל  
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות  
Ministry of Health  
Tel-Aviv Jaffa  
ת"א - יפו

המינהל לתכנון פתוח ובינוי מוסדות רפואה  
Administration For Planning, Development  
And Construction of Medical Institutions

תאריך: 15 אוגוסט 2005  
י"א, תשס"ה  
מספר: 6071

אל:  
ד"ר רונית פלד  
המחלקה לניהול בריאות  
אוניברסיטת בו גוריון

הנדון: דרומה – עידו הנגב, פרויקט ממשלתי לפיתוח הנגב  
מכתבך מיום 26.7.05

בהמשך לשיחותינו הטלפונית להלן התיחסותי למכתבך הנ"ל:

בהתאם לתחזיות שנערכו במשרד לשנת 2015 יהיה צורך להוסיף עוד כ- 270 מיטות באזור הנגב. בשלב זה נמצאים בשלבי בניה בבי"ח "סורוקה" כ- 120 מיטות נוספות: יולדות, ילדים ופגים. בנוסף לכך יהיה צורך בעוד כ- 150 מיטות עד לשנת 2015 בעיקר בחטיבת הפנימית וטיפול נמרץ. תוספת זו של 150 מיטות תתבצע בבי"ח "סורוקה" ו/או במרכזים הגריאטריים הסמוכים.

הנתונים הללו מבוססים על תחזית אוכלוסייה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2015. נפת ב"ש כ- 684,000 נפש, נפת אשקלון (כולל העיר אשדוד) כ- 561,000 נפש.

ברור שאם במהלך השנים הבאות יחול שינוי מהותי בתחזית זו, אנו נעדיין גם את תחזית המיטות.

בכל מקרה אנו פעלנו לשריין משבצת קרקע באזור להבים להקמת בי"ח חדש כאשר הדבר ידרש.

בברכה  
יחודה רון  
סמנכ"ל בכיר וראש המינהל

העתק: פרופ' א. ישראל - מנכ"ל  
ד"ר א. בלמקר - רופאת מחוז ב"ש והדרום



**מ ה נ ד ס ב י ת ה ח ו ל י ם**

E-Mail DavidSadis@clalit.org.il 6274034-08 פקסי 6403456/7-08 טל

תאריך : 24.08.05

לכבוד  
ד"ר אילן זלינגר  
ס.מנהל בית החולים  
כאן

**הנדון: תגבור תשתיות בית החולים**

ד"ר זלינגר שלום,

בהמשך לישיבה אתמול להלן רשימת התשתיות שאני ממליץ להוסיף לרשימת הצרכים של ביה"ח ב-5 שנים הבאות:

- א. קו הזנת חשמל נוסף לבית החולים - \$ 1,400,000.
- ב. ציילר TR 1250 - \$ 1,500,000.
- ג. שני גנרטורים בהספק של KVA 1250 כ"א - \$ 800,000.

בברכה,  
דוד סדיס  
ס. משנה למנהל ביה"ח

העתק:

מר גדי כהן – משנה למנהל המרכז הרפואי





## בבליוגרפיה:

- ✓ נורית ניראל, דינה פלפל, ברוך רוזן, עירית זמורה, מרים גרינשטיין, סימה זלצברג. נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק בטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים הישראל? הוצאת גוינט-מכון ברוקדייל. דמ-00-354
- ✓ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה – השנתון לשנת 2004 לוחות 2.10 ו-2.11
- ✓ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה – השנתון לשנת 2003
- ✓ נתונים סטטיסטיים של הרשות לפתוח הנגב <http://www.negev.co.il/statis/ch1.asp>
- ✓ שנתון סטטיסטי לנגב 2002 מפוי גיאוגרפי של מחלות ממאירות בישראל 1984-1999 פרסום 4/01 2001. <http://www.health.gov.il/Download/pages/Mipui-V6-2.pdf>
- ✓ מרכז רפואי סורוקה – המחלקה הכלכלית
- ✓ רשום סרטן - מפוי גיאוגרפי של מחלות ממאירות בישראל 1984-1999 פרסום 4/01 2001. <http://www.health.gov.il/Download/pages/Mipui-V6-2.pdf>
- ✓ נתוני משרד הבריאות – ביקורים במיון, האגף למידע.
- ✓ מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=2&catid=587&pageid=33>  
49
- ✓ מומים פתוחים בתעלת העצבים בישראל – המחלקה לגנטיקה קהילתית, שירותי בריאות הציבור:  
[http://www.health.gov.il/download/forms/a2546\\_neural\\_tube\\_defects.pdf](http://www.health.gov.il/download/forms/a2546_neural_tube_defects.pdf)