



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

שירותי הבריאות במחוז הצפון

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

כתיבה: שלי לוי, רכזת מחקר בכירה

אישור: שרון סופר, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

ח' בכסלו תשע"ב

4 בדצמבר 2011

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

תמצית

המחוז הצפוני של מדינת ישראל משתרע על שטח של 4,473 קמ"ר, שהם כ-21% משטחה היבשתי של המדינה. אוכלוסיית מחוז צפון היא השלישית בגודלה בין המחוזות בישראל, וכ-17% מאוכלוסיית המדינה מתגוררת במחוז זה.

יחסית למחוזות האחרים בישראל, במחוז צפון יש שיעור גבוה יותר של אוכלוסייה ברמה חברתית-כלכלית נמוכה, ולמאפיין זה עלולה להיות השפעה על צורכי הבריאות של אוכלוסיית המחוז, שכן צורכי הבריאות של השכבות החלשות בחברה מרובים יותר מצורכי הבריאות של השכבות החזקות יותר. על השיעור הגבוה של אוכלוסייה ברמה חברתית-כלכלית נמוכה ניתן ללמוד, בין השאר, מהעובדה שהשכר הממוצע של שכירים ועצמאים במחוז צפון הוא הנמוך ביותר בין המחוזות בישראל. שכרם הממוצע של שכירים במחוז צפון נמוך בכ-22% מהשכר הממוצע של שכירים בישראל ושכר השכירות נמוך בכ-19%. העצמאים במחוז צפון משתכרים אף הם בממוצע כ-18% פחות מהשכר הממוצע לעצמאים בישראל.

תוחלת החיים במחוז צפון נמוכה מתוחלת החיים במחוזות האחרים, למעט במחוז דרום. תוחלת החיים של שני המינים במחוז צפון בשנים 1998–2002 היתה 77.9 שנים, לעומת תוחלת חיים של 80.1 שנים במחוז ירושלים, שבו תוחלת החיים הגבוהה ביותר. שיעור התמותה המתוקנן במחוז צפון גבוה מהממוצע הארצי ועומד על 6.3 פטירות ל-1,000 נפש, לעומת שיעור ארצי של 6 פטירות ל-1,000 נפש. זהו שיעור התמותה השני בגודלו בארץ, לאחר מחוז דרום.

במחוז צפון, כמו במחוז דרום, עומדות לרשות האוכלוסייה פחות מ-1.5 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת 2 מיטות ויותר מזה ביתר המחוזות. בין המחוזות בישראל, השהייה הממוצעת באשפוז במחוז צפון בשנת 2009 היתה השהייה הקצרה ביותר – 3.7 ימים בממוצע לעומת 4 ימים בממוצע הארצי. סבב המיטות במחוז צפון, מדד המצביע על מספר האשפוזים הממוצע למיטה, היה השני בגודלו לאחר סבב המיטות במחוז תל-אביב, ועמד על 90.2 אשפוזים למיטה בשנה. מדדים אלה מלמדים שהיצע המיטות במחוז אינו עונה על הצרכים; שיעור המיטות הנמוך מאפיין לא רק את האשפוז הכללי אלא גם את תחומי האשפוז האחרים, כפי שמפורט במסמך.

במשך יותר מעשור לא נוספו בישראל מיטות אשפוז כללי. בישראל יש 1.93 מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש. שיעור זה נמוך מאוד בהשוואה למדינות ה-OECD, ורק בפינלנד ובמקסיקו השיעור נמוך יותר. בפברואר 2011 החליטה הממשלה על הוספה של 960 מיטות אשפוז כללי בפריסה לשש שנים, ומהן 190 מיטות יוספו בשנת 2011. משרד הבריאות לא מסר כיצד הקצה את תוספת המיטות לשנת 2011 בין בתי-החולים, שכן לטענתו לא כל המיטות הוקצו. המשרד הסביר זאת בחוסר היכולת להוסיף מיטות במרחבים הקיימים בחלק מבתי-החולים ובצורך לבנות מבנים חדשים לשם כך; סיבה נוספת היא אי-הסכמה עם משרד האוצר על תקני כוח-אדם שילוו את תוספת המיטות.

יש לציין כי לא די בתוספת של 960 מיטות לפתור את המחסור הקיים במיטות אשפוז כללי, ומספר המיטות שאמורות להתווסף הוא רק כ-60% ממספר המיטות שלדברי משרד הבריאות חסרות כבר כיום (1,500 מיטות). תוספת זו לא רק שאינה נותנת מענה על המחסור הקיים אלא אין בה מענה גם על הצרכים הגדלים של מערך האשפוז בטווח הבינוני והארוך, הנובע מהגידול באוכלוסייה ומהזדקנותה.

שיעור הרופאים המועסקים במחוז צפון הוא הנמוך ביותר בישראל. במחוז זה יש רק 1.6 רופאים מועסקים ל-1,000 נפש, לעומת ממוצע ארצי של 3.45 רופאים מועסקים. גם שיעור הרופאים המומחים בקהילה במחוז צפון הוא הנמוך ביותר בישראל: פחות מ-60% מרופאי הקהילה במחוז צפון הם



מומחים, לעומת שני-שלישים או יותר מהרופאים בשאר המחוזות (למעט מחוז דרום); רק כ-40% מרופאי הקהילה במקצועות הראשוניים במחוז צפון הם מומחים, לעומת יותר ממחצית ביתר המחוזות (למעט מחוז דרום).

בתי-החולים במחוז צפון, כמו במחוז דרום, התקשו במשיכת כוח-אדם רפואי אליהם בשל מיקומם בפרפריה, ובנואר 2011 רק 11% מהמתמחים בישראל התמחו במחוז צפון. הממשלה נקטה כמה צעדים לעידוד הגדלת כוח-האדם הרפואי בפרפריה, ובהם:

- בית-הספר החמישי לרפואה פתח השנה את שעריו בצפת, וכיום לומדים בו 124 סטודנטים;
- בהסכם הקיבוצי עם הרופאים, שנחתם באוגוסט 2011, הוגדל מספר המתמחים בפרפריה. כ-26% מתקני המתמחים שהוקצו למוסדות לאשפוז הכללי לשם הפחתת מספר התורנויות של המתמחים הוקצו למחוז צפון – סך הכול 124.6 תקנים. זהו שיעור זהה לזה שהוקצה למחוז המרכז. למחוז צפון ולמחוז דרום הוקצו יחד 47% מכלל תקני המתמחים שנועדו להפחתת מספר התורנויות שלהם;
- ההסכם מגדיל במידה ניכרת את תוספת הפריפריה למתמחים המועסקים בפרפריה: מ-2.5% כפי שהיה ערב ההסכם ל-10% בשנת 2011 ובתוך כשנתיים – ל-25%. ההסכם מגדיל גם את תוספת הפריפריה למומחים וקובע לראשונה תוספת פריפריה גם לרופאים שאינם מומחים ואינם מתמחים;
- בהסכם נקבע שתינתן הלוואה בסכום של 300,000 ש"ח, שתהפוך למענק בתום תקופת ההתמחות או ההעסקה, למתמחים ולמומחים שיעברו לפרפריה. מתמחים ומומחים במקצועות במצוקה שיעברו לפרפריה יקבלו הלוואה עומדת בסכום של כ-0.5 מיליון ש"ח.

מנהלי בתי-חולים בצפון הארץ שעמם שוחחנו שיבחו את ההסכם וטענו כי הוא משפר את יכולתם למשוך כוח-אדם רפואי לפרפריה, אם כי עברו רק כשלושה חודשים מאז נחתם, ומוקדם עדיין להעריך את השפעתו בטווח הארוך על היקף כוח-האדם הרפואי בפרפריה.

בבתי-החולים בצפון חסרות כמה מחלקות ויחידות מקצועיות. לבית-הספר לרפואה בצפת הוקצו עד כה 50 מיליון ש"ח להקמת מבנה בית-הספר ושדרוג אמצעי ההוראה בבתי-החולים, אולם עד כה לא הוקצו כספים לבינוי מחלקות ויחידות מקצועיות חדשות בבתי-החולים ולרכישת ציוד עבורן. מחלקות אלה דרושות לקיום הלימודים הקליניים של בית-הספר לרפואה. מתוכננת של ארבעה שלבים שערך משרד הבריאות בעניין זה עולה כי עלות הקמתן של יחידות ומחלקות בבתי-החולים בצפון ורכישת ציוד עבורן תסתכם בכ-500 מיליון ש"ח (לא כולל עלויות הפעלה). **תוכנית זו טרם נדונה בממשלה.**

מחוז צפון היה המחוז היחיד שבו עד לסוף שנת 2010 לא היה מכשיר MRI ניח אלא רק מכשיר נייד, שנתן שירות, כמה ימים בחודש, בכל אחד מחמישה בתי-החולים האלה: בית-החולים זיו בצפת, בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, בית-החולים פורייה בטבריה, המרכז הרפואי העמק בעפולה והמרכז הרפואי הלל יפה בחדרה (מחוז חיפה). המכשיר הנייד לא הופעל בבתי-החולים בעיר נצרת.

באוקטובר 2010 נתן משרד הבריאות שמונה רשיונות חדשים לרכישה ולהפעלה של שמונה מכשירי MRI, ושלושה מהם הוקצו למחוז הצפון: מכשיר אחד לבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה; מכשיר אחד משותף לבית-החולים פורייה בטבריה ולבית-החולים זיו בצפת; מכשיר אחד משותף לבית-החולים העמק בעפולה ולאזור נצרת. **המכשיר בבית-החולים העמק בעפולה ובבית-החולים בנצרת החל לפעול, והוא נמצא כארבעה ימים בחודש בבית-החולים בנצרת ויתר הזמן בבית-החולים העמק בעפולה;**



המכשיר בבית-החולים נהרייה נמצא בהרצה ויחל לפעול תוך כמה ימים; **הרשיון השלישי** מוקפא כרגע, ומשרד הבריאות נמסר כי סגן שר הבריאות פועל להרחבת מספר הרשיונות כך שבת-החולים צפת, פורייה וחדרה ירכשו, כל אחד מהם, מכשיר MRI ניח נפרד, שכן המשרד מאמין שבכל בית-חולים יש להציב מכשיר ניח. המשרד לא מסר מהו לוח הזמנים לשינוי הרשיון.

מחוז צפון הוא המחוז היחיד שאין בו ולו מאיץ קווי אחד. בכל יתר המחוזות יש שלושה מכשירים כאלה או יותר. שירות זה ניתן כיום לתושבי הצפון במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה, שבו ארבעה מכשירים. בהחלטת הממשלה מפברואר 2011 נקבע שיש להוסיף שמונה מאיצים קוויים¹ לבתי-החולים בישראל, ועל-פי התוכנית להוספת יחידות חדשות בבתי-החולים בצפון יש כוונה להקים במרכז הרפואי זיו בצפת מרכז הקרנות הכולל מאיץ קווי. משרד הבריאות לא מסר מתי יוצב מכשיר זה.

אשר ליחידות להפריה חוץ-גופית, מ-24 יחידות להפריה חוץ-גופית בישראל, רק שתי יחידות נמצאות במחוז צפון – אחת במרכז הרפואי העמק בעפולה ואחת במרכז הרפואי פורייה בטבריה. היחס בין אוכלוסיית מחוז צפון בסוף שנת 2010 ובין מספר היחידות במחוז זה (שתי יחידות) הוא 639,600 נפש לכל יחידה להפריה חוץ-גופית – פי שניים ויותר מהתקן שקבעה הממשלה, שהוא יחידה אחת ל-300,000 נפש.² זהו מספר הנפשות הגדול ביותר ליחידה בכל המחוזות בישראל. בפברואר 2011 החליטה הממשלה כי לנוכח התקן של יחידה ל-300,000 נפש היא מנחה את שרי הבריאות והאוצר להוסיף יחידה להפריה חוץ-גופית בבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה. מבית-החולים לגליל המערבי נמסר כי הוחל בבניית היחידה להפריה חוץ-גופית, וככל הנראה היא תחל לפעול בעוד כשמונה חודשים. אולם לטענת בית-החולים הוא טרם קיבל ממשרד הבריאות תקציב לשם בניית היחידה ולרכישת ציוד עבורה.

בעיריית קריית-שמונה פועל משנת 1982 חדר מיון קדמי שמפעיל המרכז הרפואי זיו בצפת. בכל שנה מועלות טענות בדבר כוונה של משרד הבריאות לסגור חדר מיון זה. לדברי ראש עיריית קריית-שמונה, מר נסים מלכה, משרד הבריאות דורש מהעירייה להשתתף במימון הפעלת חדר המיון בסכום של 750,000 ש"ח בשנה. במשרד הבריאות טוענים כי המשרד, בהוראת סגן שר הבריאות, גיבש תוכנית לאומית להקמת מוקדי רפואה דחופה ביישובים בפריפריה שיפעלו לאחר שעות הפעילות של קופות-החולים. לדברי המשרד, במימון המרכזים יישאו משרד הבריאות, הרשות המקומית וקופות-החולים – כל אחד מהם בשליש מעלות ההפעלה.

כ-70% מהמבוטחים במחוז צפון הם מבוטחי שירותי בריאות כללית. לשם הגדלת ההשקעה הכספית של קופות-החולים בתשתיות ובקידום הבריאות בפריפריה הצהיר משרד הבריאות בשנת 2010 על כוונתו לבחון את נוסחת הקצאת המקורות לקופות-החולים. ואכן, ב-13 באוקטובר 2010 אישרה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת תיקון לתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות-החולים), התשנ"ה–1995, ולפיו **בחישוב מספר המבוטחים המשוקלל לשם הקצאת המקורות הכספיים בין קופות-החולים יינתן משקל לכל אחד ממבוטחי הקופות לא רק לפי גילו, כפי שהיה ערב התיקון, אלא גם לפי מינו וריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה**. דהיינו, בגין מבוטחים תושבי הפריפריה תינתן לקופות-החולים תוספת תקציב. את השפעתו של שינוי זה על התחרות בין קופות-החולים ועל מידת הרחבת הפעילות שלהן בפריפריה יש לבחון בטווח הארוך יותר.

¹ החלטה מספר 2917 של הממשלה, "חיזוק מערכת הבריאות והרחבת מערך האשפוז הציבורי", 27 בפברואר 2011.

² חושב על-פי אוכלוסייה של 1,279,200 בסוף שנת 2010; לרשות אוכלוסייה זו שתי יחידות הפריה חוץ-גופית.



מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ועניינו **שירותי הבריאות במחוז צפון**.

במחוז צפון, כמו במחוז דרום, היקף שירותי הבריאות העומדים לרשות האוכלוסייה קטן יותר בהשוואה לשירותי הבריאות העומדים לרשות האוכלוסייה במרכז הארץ. מדדים רבים הבוחנים את השירותים במחוז צפון מעלים כי ברוב המקרים היקף השירותים בו גבוה יותר, גם אם במעט, מזה שבמחוז דרום, אולם אין בכך כדי לשנות את העובדה ששני מחוזות אלה, המהווים כ-86% משטחה של מדינת ישראל, סובלים מאי-שוויון בכל הנוגע לשירותי הבריאות בהם, לעומת אזור המרכז.

במסמך זה אנו מבקשים להציג את מאפייני מחוז צפון ואוכלוסייתו וכן את תמונת המצב במחוז זה לעניין תשתיות הבריאות המרכזיות בו וכוח-האדם הרפואי המועסק בו. המסמך יתמקד בעיקר במהלכים שמשרד הבריאות נוקט בתקופה האחרונה כדי לצמצם את אי-השוויון בבריאות בפריפריה.

בדצמבר 2010 פרסם משרד הבריאות את עיקרי תוכנית מדיניות הבריאות לשנים 2011–2014, שבה חמש מטרות-על לעניין מערכת הבריאות³ – וכפי שהן מכונות בתוכנית, "עמודי האש" – ואלה הן:⁴ חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות; צמצום אי-השוויון בבריאות; קידום תחום בריאות הציבור; הבטחת איכות הרפואה ושירותי הבריאות בישראל; התאמת תשתיות שירותי הרפואה למגמות והתפתחויות עתידיות.

אשר למטרה השנייה, שהיא **צמצום אי-השוויון בבריאות**, בתוכנית מפורטים שישה יעדים להשגתה של מטרה זו ושלושה מהם מתמקדים באי-השוויון בין האזורים הגיאוגרפיים בישראל: הראשון, **הימצאות כוח-אדם רפואי איכותי ומקצועי בפריפריה בהיקף מספק**; השני, **שיפור תשתיות פיזיות באזורי הפריפריה**; השלישי, **תמרוץ קופות-החולים לביצוע פעולות לצמצום אי-השוויון בבריאות**.

הצבתה של מטרה זו בראש סדר העדיפויות של המשרד באה לידי ביטוי גם בדוח מקיף שבחן את אי-השוויון בבריאות ואת ההתמודדות עמו, ופורסם לראשונה בנובמבר 2010.⁵ נוסף על כך, בשנת 2009 הקים המשרד יחידה ייעודית לצמצום פערים בבריאות במסגרת האגף לכלכלה וביטוח בריאות, שתפקידיה, כפי שהוגדרו על-ידי המשרד, הם עיצוב מדיניות המשרד בתחום אי-השוויון בבריאות; איסוף ופרסום של מידע על פערים בבריאות; קידום צעדים להסרת מחסומים כלכליים, תרבותיים ופיזיים בנגישות לבריאות; פיתוח תמריצים לארגוני בריאות לפעילות בתחום צמצום הפערים. לרשות היחידה הייעודית לצמצום פערים בבריאות במשרד הבריאות, שכאמור מוטלת עליה משימה רחבת היקף, עומד תקן כוח-אדם אחד בלבד (עובדת אחת במשרה מלאה).⁶

את הדיון בשירותי הבריאות במחוז צפון יש לקיים על רקע העובדה שאי-שוויון בבריאות הוא חלק מאי-השוויון והפערים בין המרכז לפריפריה בתחומי חיים אחרים, ובהם התעסוקה, החינוך, הרווחה והתחבורה. בפריפריה מתגוררת אוכלוסייה מוחלשת בתחומי חיים רבים, ותחום הבריאות משקף את הרמה החברתית-הכלכלית של האוכלוסייה וגם מושפע ממנה.

³ לתוכנית יש שתי מטרות נוספות, הנוגעות למשרד הבריאות: האחת, חיזוק מעמד המשרד כגורם יוזם ומוביל תוך שיפור התפקוד ורמת השירות; האחרת, צמצום המתח בין שלושת תפקידי משרד הבריאות: רגולטור, מבטח ונותן שירותים.

⁴ משרד הבריאות, עיקרי תוכנית מדיניות הבריאות: מטרות העל, 2011–2014, דצמבר 2010.

⁵ משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, אי-השוויון בבריאות וההתמודדות עמו, נובמבר 2010.

⁶ גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 4 בדצמבר 2011.



במסמך זה שני חלקים: החלק הראשון יעסוק במאפייניו של מחוז הצפון ובחלק השני נעסוק בהיקף תשתיות הבריאות במחוז ובפעילות המשרד לשיפור המצב בתחום זה. חשוב לציין כי החלטות הממשלה בדבר שיפור שירותי הבריאות בפריפריה וכן ההסכם הקיבוצי עם הרופאים התקבלו במהלך שנת 2011, ולכן במסמך נציג מה נעשה עד כה, כחודש לפני תום שנת 2011, ויש מקום לבחון שוב, בעתיד, את מידת יישומן של החלטות אלה ואת השפעתן, לאחר שיישמו, על שירותי הבריאות בפריפריה בכלל ובמחוז צפון בפרט.

חלק א'

את הדיון בשירותי הבריאות במחוז צפון יש לקיים בשים לב לשלושה מאפיינים מרכזיים של המחוז: שטחו ופריסת האוכלוסייה בו; הרכבה של האוכלוסייה המתגוררת בו; הרמה החברתית-כלכלית של אוכלוסייה זו.

1. מאפייני מחוז צפון

המחוז הצפוני של מדינת ישראל משתרע על שטח של 4,473 קמ"ר,⁷ שהם כ-21% משטחה היבשתי של המדינה.⁸ זהו המחוז השני בגודלו לאחר מחוז דרום,⁹ והוא מחולק לחמש נפות: **נפת גולן**, **נפת צפת**, **נפת כנרת**, **נפת יזרעאל** ו**נפת עכו**, כדלקמן:¹⁰



אוכלוסיית מחוז צפון היא השלישית בגודלה בין המחוזות בישראל – כ-17% מאוכלוסיית המדינה מתגוררת במחוז זה:

⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 1.1 **שטח מחוזות, נפות, אזורים טבעיים וימות**, תאריך כניסה: 27 בנובמבר 2011.

⁸ שטחה היבשתי של ישראל הוא 21,643 קמ"ר.

⁹ מחוז דרום מתפרס על כ-65% משטחה היבשתי של מדינת ישראל. מחוז דרום וצפון יחד הם כ-86% משטחה היבשתי של ישראל.

¹⁰ התמונה עובדה באדיבותה של גבי מיכל שולמן, מעצבת גרפית.



מחוז	מספר תושבים בסוף שנת 2010 ¹¹	שיעור התושבים מכלל האוכלוסייה	צפיפות האוכלוסייה לקמ"ר יבשתי ¹²
מרכז	1,854,900	24%	1,433.4
תל-אביב	1,285,000	17%	7,470.9
צפון	1,279,200	17%	286
דרום	1,106,900	14%	78
ירושלים	945,000	12%	1,447.1
חיפה	913,000	12%	1,054.3
יהודה ושומרון	311,100	4%	-
סך הכול	7,695,100	100%	334.5

אפשר לראות כי מספר התושבים במחוז צפון כמעט זהה למספר התושבים במחוז תל-אביב, קרי אותו שיעור אוכלוסייה מתגורר במחוז צפון ובמחוז תל-אביב, **אולם אוכלוסיית מחוז צפון פרוסה על פני שטח הגדול פי 26 משטח מחוז תל-אביב כולו**. הצפיפות במחוז צפון היא המועטה ביותר למעט הצפיפות במחוז דרום, ומספר היישובים במחוז זה הוא הגדול ביותר בין כל המחוזות בישראל – 416 יישובים, שהם כ-35% מכלל היישובים במדינה.¹³

שטחן של חמש הנפות¹⁴ במחוז צפון וצפיפות האוכלוסייה בהן אינם אחידים. להלן שטח כל נפה במחוז צפון, אוכלוסייתה וכן צפיפות האוכלוסייה בה:

¹¹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.7, **יישובים ואוכלוסייה לפי מחוז, נפה, דת וקבוצת אוכלוסייה, שנתון סטטיסטי לישראל 2011**.

¹² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.14, **צפיפות האוכלוסייה לקמ"ר יבשתי, לפי מחוז ונפה, שנתון סטטיסטי לישראל 2011**.

¹³ בסוף שנת 2010 היו בישראל 1,187 יישובים לא כולל 28 שבטי בדואים במחוז דרום. להלן מספר היישובים בכל מחוז: במחוז ירושלים – 68 יישובים, במחוז צפון – 416 יישובים, במחוז חיפה – 92 יישובים, במחוז מרכז – 237 יישובים, במחוז תל-אביב – 14 יישובים, במחוז דרום – 240 יישובים ובאזור יהודה ושומרון – 120 יישובים.

¹⁴ בישראל יש 13 נפות: חמש מהן במחוז צפון, ארבע במחוז המרכז, שתיים במחוז חיפה ושתיים במחוז דרום. מחוז ירושלים ומחוז תל-אביב אינם מחולקים לנפות.



נפה	שטח הנפה בקמ"ר ¹⁵	שיעור שטח הנפה מכלל שטח מחוז צפון	מספר התושבים בנפה בשנת 2010 ¹⁶	שיעור התושבים מכלל תושבי מחוז צפון	צפיפות אוכלוסייה בנפה לקמ"ר יבשתי ¹⁷
נפת עכו	928	21%	571,700	45%	616.1
נפת יזרעאל	1,193	27%	454,700	36%	381.2
נפת כנרת	529	12%	103,400	8%	195.5
נפת צפת	670	15%	107,100	8%	159.9
נפת גולן	1,154	26%	42,200	3%	36.6
סך הכול	4,473	100%	1,279,200	100%	286

אפשר לראות כי **נפת עכו** היא המאוכלסת ביותר והצפופה ביותר במחוז צפון, ואילו **נפת גולן** – שטחה הוא הגדול ביותר ואוכלוסייתה היא הקטנה ביותר ולכן הצפיפות בה נמוכה מאוד.

לגודלו של מחוז צפון ולפריסת האוכלוסייה בו יש השפעה רבה על פריסת שירותי הבריאות במחוז ועל נגישותם לתושבים. לדוגמה, בתכנון השירותים במחוז יש להביא בחשבון את המספר הרב של יישובים, את המרחק בין היישובים – בעיקר בין היישובים הכפריים למרכזים העירוניים, את פיזור האוכלוסייה ואפילו את קרבתם הגיאוגרפית של תושבי נפת יזרעאל ונפת עכו למחוז חיפה בהשוואה לשלוש הנפות האחרות במחוז צפון.

נוסף על המאפיינים הגיאוגרפיים של המחוז ופיזור האוכלוסייה בו, מחוז צפון מתאפיין בכך שהרכב אוכלוסייתו שונה מזה של יתר המחוזות בישראל. בניגוד ליתר המחוזות, במחוז צפון רק 44% מהתושבים (561,700 תושבים) הם יהודים, ו-56% מהתושבים הם ערבים (680,200 תושבים).¹⁸ למעשה, למעט הנפות כנרת וצפת, בכל הנפות במחוז צפון רוב התושבים הם ערבים (ראו טבלה מספר 1 בנספח). אוכלוסיית המחוז גדלה בשיעור שנתי קטן משיעור הגידול הארצי – 1.7% לעומת שיעור גידול ארצי של 1.9%. שיעור הגידול בקרב האוכלוסייה הערבית במחוז הוא 1.9% ושיעור הגידול בקרב האוכלוסייה היהודית הוא 1.6%.¹⁹

במחוז צפון יש שיעור גבוה יותר של אוכלוסייה ברמה חברתית-כלכלית נמוכה בהשוואה למחוזות האחרים בישראל, ולמאפיין זה עלולה להיות השפעה על צורכי הבריאות של אוכלוסיית המחוז, שכן צורכי הבריאות של השכבות החלשות בחברה מרובים יותר מצורכי הבריאות של השכבות החזקות יותר. על שיעור גבוה יותר של אוכלוסייה ברמה חברתית-כלכלית נמוכה במחוז צפון ניתן ללמוד, בין השאר, מהנתונים על רמת השכלה ורמת ההכנסה של תושבי המחוז. לדוגמה, מנתונים על שיעור הזכאות לתעודת בגרות בקרב תלמידים בחינוך העברי עולה כי שיעור הזכאים לתעודת בגרות במחוז צפון בשנת

¹⁵ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 1.1, **שטח מחוזות, נפות, אזורים טבעיים וימות**, תאריך כניסה: 27 בנובמבר 2011.

¹⁶ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.7, **יישובים ואוכלוסייה לפי מחוז, נפה, דת וקבוצת אוכלוסייה**, שנתון סטטיסטי לישראל 2011.

¹⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.14, **צפיפות האוכלוסייה לקמ"ר יבשתי, לפי מחוז ונפה**, שנתון סטטיסטי לישראל 2011.

¹⁸ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.7, **יישובים ואוכלוסייה, לפי מחוז, נפה, דת וקבוצת אוכלוסייה**, שנתון סטטיסטי לישראל 2011.

¹⁹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.4, **מקורות גידול האוכלוסייה, לפי מחוז, קבוצת אוכלוסייה ודת**, שנתון סטטיסטי לישראל 2011.



2010 היה הנמוך ביותר בין כל המחוזות בישראל, ורק 62.3% מהניגשים לבחינות הבגרות היו זכאים לתעודת בגרות, לעומת שיעור ארצי של כ-70%.²⁰

נתון נוסף המלמד על הרמה החברתית-כלכלית של אוכלוסיית מחוז צפון הוא רמות ההכנסה של התושבים במחוז זה. מהנתונים עולה כי השכר הממוצע של שכירים במחוז צפון הוא נמוך, לעומת השוואה לשכר השכירים ביתר המחוזות בישראל, כדלקמן:²¹

מחוז	שכר ממוצע לגברים לחודש בשנה ²² בשנת 2009	שכר ממוצע לנשים לחודש בשנה ²³ בשנת 2009
סך הכול	8,568	5,555
מרכז	10,229	6,246
תל-אביב	9,689	6,298
חיפה	8,573	5,411
יהודה ושומרון	8,446	5,014
דרום	7,413	4,711
ירושלים	7,028	5,162
צפון	6,684	4,510

אפשר לראות כי הן השכירים והן השכירות במחוז צפון משתכרים סכום נמוך יותר בממוצע מהסכום משתכרים התושבים ביתר המחוזות בישראל. שכרם הממוצע של השכירים בצפון נמוך ב-22% משכרם הממוצע של גברים בישראל ושכר השכירות נמוך בכ-19% מהשכר הממוצע לשכירות בישראל.

תמונה זוהי עולה מהנתונים על הכנסותיהם של עצמאים, וגם במקרה זה ההכנסה הממוצעת של עצמאים במחוז צפון היא הנמוכה ביותר. הם משתכרים בממוצע כ-18% פחות מההכנסה הממוצעת של עצמאים בישראל:²⁴

²⁰ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 8.24 **נבחנים בבחינות בגרות, לפי זכאות לתעודה ותכונות נבחרות, שנתון סטטיסטי לישראל 2011**. יש להדגיש שמדובר בשיעור הזכאים מבין מי שנבחנו בבחינות בגרות. כידוע לא כל תלמידי כיתה י"ב ניגשים לבחינות אלה. על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2009 רק כ-82% מתלמידי כיתה י"ב בחינוך העברי נגשו לבחינות הבגרות. ראו: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 8.23 **תלמידי כיתות יב, נבחנים בבחינות בגרות וזכאים לתעודה, שנתון סטטיסטי לישראל 2011**.

²¹ המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, **ממוצעי שכר והכנסה לפי יישוב ולפי משתנים כלכליים שונים 2009**, כתב ז'ק בנדלק, אוקטובר 2011.

²² שכר ממוצע לחודש בשנה משמעו חלוקת כל השכר ששולם לשכיר בשנה ב-12 חודשי עבודה אפשריים; המונח "שכר ממוצע לחודש עבודה" משמעו חלוקת כל השכר ששולם לשכיר בשנה במספר חודשי העבודה שעבד במהלך השנה. המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, **ממוצעי שכר והכנסה לפי יישוב ולפי משתנים כלכליים שונים 2009**, כתב ז'ק בנדלק, אוקטובר 2011.

²³ ש.ם.

²⁴ ש.ם.



מחוז	הכנסה ממוצעת לחודש בשנה של עצמאים, 2009
סך הכול	8,055
תל-אביב	9,252
מרכז	8,610
חיפה	7,859
דרום	7,607
יהודה ושומרון	7,511
ירושלים	7,394
צפון	6,609

מאפייני מחוז צפון שתוארו לעיל עלולים להשפיע על צורכי הבריאות של אוכלוסיית המחוז ועל דפוסי השימוש שלה בשירותי בריאות, והחסמים הגיאוגרפיים והכלכליים עלולים לפגוע בנגישותה של אוכלוסייה זו לשירותי בריאות בהשוואה לאוכלוסיית אזורים אחרים בישראל.

2. תוחלת חיים ותמותת תינוקות במחוז צפון

יש קשר חיובי בין הרמה החברתית-כלכלית של מקום המגורים לבין תוחלת החיים בו, ולכן באופן כללי, ככל שהישוב מדורג גבוה יותר במדד החברתי-כלכלי כך תוחלת החיים בו היא גבוהה יותר. מהנתונים על מחוז צפון עולה כי בהשוואה ליתר המחוזות, תוחלת החיים במחוז צפון היא הנמוכה ביותר, למעט תוחלת החיים במחוז דרום; שיעור התמותה הכללי בו, ואף שיעור תמותת התינוקות במחוז זה, הוא השני בגובהו לאחר מחוז דרום.

תוחלת החיים בישראל גבוהה ביחס למדינות ה-OECD. בשנת 2009 היתה תוחלת החיים של שני המינים בישראל 86.1 שנים, והיא דורגה במקום החמישי במדינות ה-OECD. רק תוחלת החיים ביפן, בשווייץ, בספרד ובאיטליה היתה גבוהה יותר מזו שבישראל.²⁵

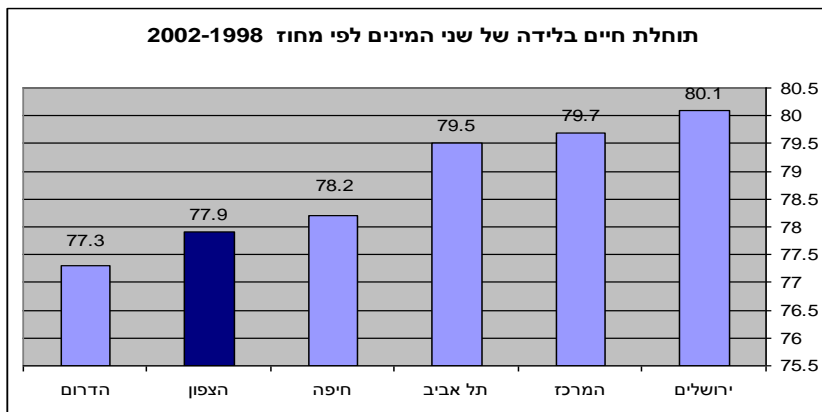
עם זאת, יש הבדלים בתוחלת החיים בין המחוזות במדינה. כיום הנתון המעודכן ביותר על תוחלת החיים על-פי מחוזות בישראל הוא מהשנים 1998–2002,²⁶ ועולה ממנו כי תוחלת החיים במחוז צפון נמוכה מתוחלת החיים ביתר המחוזות בישראל, למעט מחוז דרום:²⁷

²⁵ OECD Health Data, 2011.

²⁶ עדכון נתון זה במסגרת הפרסום "פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל", המשותף ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמשרד הבריאות, מתוכנן לשנת 2012.

²⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות, פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998–2002, מאי 2006.

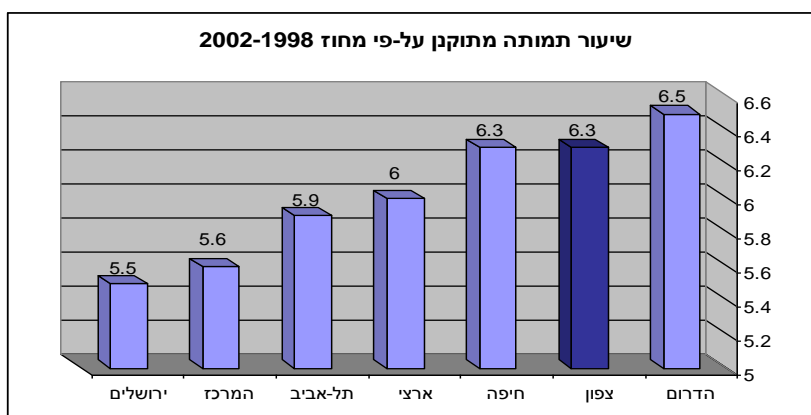




בחינה של תוחלת החיים על-פי מגדר מעלה כי נשים במחוז צפון חיות בממוצע שנתיים וארבעה חודשים פחות מהנשים במחוז ירושלים, ושנה וארבעה חודשים פחות מנשות מחוז תל-אביב. הגברים במחוז צפון חיים בממוצע שנתיים פחות מגברים תושבי מחוז ירושלים ושנה וחצי פחות מגברים תושבי מחוז תל-אביב (ראו טבלה מספר 2 בנספח).

בחינת תוחלת החיים במחוז צפון על-פי נפות מעלה כי תוחלת החיים בנפת כנרת היא הגבוהה ביותר (אין מידע על נפת גולן), ואילו בנפת צפת תוחלת החיים היא הנמוכה ביותר במחוז.²⁸

אשר לשיעורי התמותה בישראל, מנתוני הפרופיל הבריאותי-חברתי של היישובים בישראל בשנים 1998–2002 עולה כי **שיעור התמותה הארצי המתוקן (לגיל) בשנים אלה היה שש פטירות ל-1,000 תושבים. להלן שיעור התמותה הארצי המתוקן (לגיל) על-פי מחוזות:**²⁹



שיעור התמותה המתוקן במחוזות הדרום, הצפון וחיפה היה גבוה מהממוצע הארצי: המחוז שבו שיעור התמותה הגבוה ביותר היה מחוז דרום, ואחריו – המחוזות צפון וחיפה.

מדד נוסף שיש לתת עליו את הדעת הוא תמותת תינוקות. בשנת 2010 נולדו במחוז צפון 15,690 תינוקות, שהם כ-15% מכלל לידות החי בישראל באותה השנה.³⁰ בשנה זו נפטרו בישראל 610 תינוקות – 104 מהם (כ-17%) במחוז הצפון. זהו מספר הפטירות השלישי בגודלו בישראל, לאחר מחוזות דרום וירושלים

²⁸ ש.ם.

²⁹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות, פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998–2002, מאי 2006.

³⁰ בשנת 2010 היו בישראל 166,255 לידות חי. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 3.11 [לידות חי, פטירות ופטירות תינוקות, לפי מחוז ונפה, קבוצת אוכלוסייה ודת, שנתון סטטיסטי לישראל 2011](#).



(ראו טבלה מספר 3 בנספח).³¹ להלן שיעור תמותת התינוקות הממוצע בשנים 2008–2010 בכל אחד מהמחוזות בישראל:³²

שיעור תמותת תינוקות ממוצע לשנים 2008–2010 ³³	מחוז
6.0	דרום
4.1	ירושלים
4.4	צפון
2.4	מרכז
4.1	חיפה
2.7	תל-אביב
2.4	יהודה ושומרון
3.7	סך הכול

אפשר לראות כי שיעור התמותה במחוז צפון הוא השני בגודלו לאחר מחוז דרום. שיעור זה גדול כמעט ב-20% משיעור התמותה הארצי. יש לציין כי שיעור תמותת התינוקות בישראל ירד ירידה ניכרת בעשורים האחרונים, הן בקרב האוכלוסייה היהודית והן בקרב האוכלוסייה הערבית, אולם שיעור התמותה במחוז צפון עדיין גבוה מהשיעור הארצי ומהשיעור ביתר המחוזות, כאמור – למעט מחוז דרום.

מ-104 פטירות של תינוקות במחוז צפון בשנת 2010, כ-64% מהפטירות (67 פטירות) הן של תינוקות מהמגזר הערבי ו-36% מהפטירות (37 פטירות) הן של תינוקות מהמגזר היהודי. שיעור תמותת התינוקות בקרב האוכלוסייה היהודית במחוז צפון, העומד על 3.3 פטירות ל-1,000 לידות חי, הוא במקום השני בישראל, לאחר מחוז דרום, כדלקמן:³⁴

שיעור תמותת תינוקות בקרב יהודים ואחרים, ממוצע לשנים 2008–2010	מחוז
3.8	דרום
3.3	צפון
3.0	חיפה
2.8	ירושלים
2.7	תל-אביב
2.4	יהודה ושומרון
2.0	מרכז
2.7	סך הכול

³¹ שם.

³² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 3.11, [לידות חי, פטירות ופטירות תינוקות, לפי מחוז ונפה, קבוצת אוכלוסייה ודת, שנתון סטטיסטי לישראל 2011](#).

³³ מחושב לפי מספר פטירות ל-1,000 לידות חי.

³⁴ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 3.11, [לידות חי, פטירות ופטירות תינוקות, לפי מחוז ונפה, קבוצת אוכלוסייה ודת, שנתון סטטיסטי לישראל 2011](#).



שיעור תמותת התינוקות בקרב ערבים במחוז צפון, לעומת זאת, שעמד בשנים 2008–2010 על 5.1 פטירות ל-1,000 לידות חי, הוא השיעור הנמוך ביותר בקרב אוכלוסייה זו בהשוואה למחוזות האחרים, והוא נמוך בכרבע משיעור התמותה הארצי בקרב האוכלוסייה הערבית, שעמד בתקופה זו על 6.8 פטירות ל-1,000 לידות חי.³⁵

3. בריאותם של תושבי מחוז צפון לעומת בריאות התושבים במחוזות אחרים בישראל

בסקר בריאות לשנת 2009 שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה נתבקשו הנשאלים להשיב על שאלות אשר למחלות שאובחנו אצלם וכן על התנהגותם הבריאותית וחשיפתם לגורמי סיכון.

מהסקר עולה כי **אי-אפשר להצביע על שיעורי תחלואה גבוהים במחלות כרוניות שונות בקרב תושבי מחוז צפון ביחס לתושבי המחוזות האחרים בישראל**. מהנתונים עולה, בין השאר:

- שיעור הנשאלים במחוז צפון שדיווחו שהם סובלים מסוכרת הוא השלישי בגודלו בין המחוזות בישראל;
- שיעור המדווחים על מחלת האסטמה הוא הנמוך ביותר בין המחוזות בישראל, למעט השיעור באזור יהודה ושומרון;
- שיעור המדווחים כי הם סובלים מיתר לחץ דם נמוך משיעור זה במחוזות האחרים, למעט מחוז ירושלים ואזור יהודה ושומרון;
- שיעור המדווחים על סרטן נמוך משיעור זה במחוזות האחרים, למעט מחוז דרום ואזור יהודה ושומרון (ראו טבלה מספר 4 בנספח).

מנגד, מהסקר עולה כי אוכלוסיית מחוז צפון חשופה יותר לגורמי סיכון ולהתנהגות מסכנת בריאות. על-פי הסקר, **שיעור העיסוק בפעילות גופנית בקרב גברים ונשים במחוז צפון הוא הנמוך ביותר בין המחוזות בישראל**, רק 164 גברים ל-1,000 נפש דיווחו כי עסקו בפעילות בגופנית שלוש פעמים בשבוע לפחות במשך חצי שעה לפחות, לעומת 259 גברים בתל-אביב ו-206 גברים בדרום. בקרב הנשים במחוז צפון, רק 150 נשים ל-1,000 נפש דיווחו כי עסקו בפעילות בגופנית שלוש פעמים בשבוע לפחות במשך חצי שעה לפחות, לעומת 227 בתל-אביב ו-171 בדרום (ראו טבלה מספר 5 בנספח).³⁶

גם **שיעור המעשנים בקרב הגברים במחוז צפון הוא הגבוה ביותר בישראל** – 349 איש ל-1,000 נפש – בעוד הנשים במחוז מעשנות יותר מהנשים במחוז ירושלים ובאזור יהודה ושומרון, אך פחות מהנשים ביתר המחוזות בישראל (ראו טבלה 6 בנספח).³⁷

תמונה דומה עולה מסקר הבריאות הלאומי שערך משרד הבריאות בשנים 2003–2004, שבו נבחן שיעור הסובלים מהשמנת יתר. מהסקר עולה כי **שיעור הגברים הסובלים מהשמנת יתר (BMI 30 ומעלה) במחוז צפון הוא הגבוה ביותר בין המחוזות בישראל**, ואילו שיעור הנשים הסובלות מהשמנת יתר במחוז

³⁵ שם. על-פי נתוני הלשכה גם בתל-אביב השיעור הוא 5.1 ל-1,000 לידות חי, אולם זהו שיעור ממוצע, המבוסס על 5 עד 19 מקרים במונה.

³⁶ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 25, [אנשים שעוסקים בפעילות גופנית לפחות 3 פעמים בשבוע לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות](#), סקר בריאות 2009, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011.

³⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 24, [מעשנים כיום לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות](#), סקר בריאות 2009, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011.



צפון גבוה מזה הקיים במחוזות מרכז ותל-אביב, אולם נמוך מזה שביתר המחוזות (ראו טבלה מספר 7 בנספח).³⁸

אשר למידת שביעות הרצון של התושבים ממצב בריאותם, מסקר הבריאות הלאומי עלה כי **כמחצית מהנשאלים במחוז צפון העריכו את בריאותם הכללית (הנפשית והגופנית) כטובה מאוד או מצוינת**.³⁹ שיעור זה נמוך מהשיעור המקביל במחוזות ירושלים, מרכז ותל-אביב, אולם הוא גבוה יותר משיעור זה במחוזות חיפה ודרום :

שיעור הנשאלים שדיווחו כי בריאותם הכללית טובה מאוד או מצוינת	מחוז
64.2	ירושלים
60.8	מרכז
56.8	תל-אביב
50.6	צפון
48.6	חיפה
45.8	דרום

חלק ב' – הפעולות להרחבת שירותי הבריאות במחוז צפון

כאמור, המטרה השנייה במדיניות משרד הבריאות לשנים 2011–2011 היא צמצום אי-השוויון בבריאות. מתוך שישה יעדים שהוגדרו להשגתה של מטרה זו, שלושה יעדים מתמקדים באי-השוויון בין האזורים הגיאוגרפיים בישראל. הראשון הוא **שיפור תשתיות פיזיות באזורי הפריפריה**; השני, **הימצאות כוח-אדם רפואי איכותי ומקצועי בפריפריה בהיקף מספק**; השלישי, **תמרוץ קופות-החולים לביצוע פעולות לצמצום אי-השוויון בבריאות**.

להלן נציג את המצב הקיים בכל אחד משלושת התחומים האלה, את פעולות משרד הבריאות לשיפור תחום זה במחוז צפון ואת מידת יישומן של החלטות עד כה.

4. מערך האשפוז במחוז צפון

4.1. תמונת מצב 2009

במחוז צפון יש שבעה בתי-חולים לאשפוז כללי, ובהם 1,868 מיטות אשפוז כללי, כדלקמן:⁴⁰

³⁸ משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 28, [מדד מסת גוף של 30 או יותר על-פי דיווח עצמאי של משקל וגובה](#), סקר הבריאות הלאומי 2003–2004, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011.

³⁹ משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 3, [העריכו את בריאותם הכללית \(הנפשית והגופנית\) כטובה או מצוינת](#), סקר הבריאות הלאומי 2003–2004, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011.

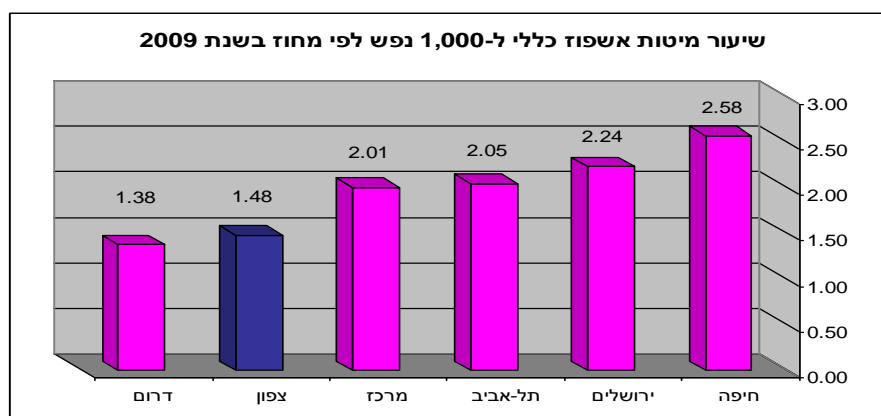
⁴⁰ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2009](#), חלקים א' ו-ב', תשע"א.



מספר מיטות אשפוז כללי	בעלות	נפה	המוסד הרפואי
271	ממשלתית	נפת צפת	בית-החולים ע"ש רבקה זיו בצפת
587	ממשלתית	נפת עכו	בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה
239	ממשלתית	נפת כנרת	בית-החולים פורייה בטבריה
472	שירותי בריאות כללית	נפת יזרעאל	המרכז הרפואי העמק בעפולה
102	מיסיון	נפת יזרעאל	בית-החולים הצרפתי סנט וינסנט דה פאול בנצרת
89	מיסיון	נפת יזרעאל	בית-החולים המשפחה הקדושה בנצרת
108	מיסיון	נפת יזרעאל	בית-החולים אי.מ.מ.ס הסקוטי בנצרת
1,868			סך הכול

מספר בתי-החולים הממשלתיים במחוז צפון הוא הגדול ביותר בין המחוזות בישראל, וזהו המחוז היחיד שבו אין בית-חולים בבעלות פרטית (בכל יתר המחוזות יש בתי-חולים פרטיים או בתי-חולים ציבוריים המפעילים שר"פ,⁴¹ כמו במחוז ירושלים). כאמור, בסוף שנת 2009 עמדו לרשות כ-17% מאוכלוסיית המדינה המתגוררת במחוז צפון 1,868 מיטות אשפוז כללי, שהן כ-12.8% מכלל מיטות האשפוז הכללי בישראל.

בשיעור מיטות האשפוז הכללי בישראל יש בעשורים האחרונים ירידה מתמדת, ובשנת 2009 הוא היה 1.93 מיטות ל-1,000 נפש בלבד. זהו השיעור הנמוך ביותר במדינות ה-OECD, למעט פינלנד ומקסיקו.⁴² הירידה בשיעור המיטות ניכרת בכל המחוזות, אולם במחוז צפון ודרום היא הובילה לשיעורים נמוכים במיוחד, ובסוף שנת 2009 היו במחוז צפון פחות מ-1.5 מיטות ל-1,000 נפש, כדלקמן:⁴³



פריסת מיטות האשפוז הכללי במחוז צפון אינה אחידה, ולהלן שיעור מיטות אשפוז ל-1,000 נפש במחוז צפון לפי נפות, בשנת 2009:⁴⁴

⁴¹ שר"פ – שירותי בריאות פרטיים.

⁴² OECD Health Data, 2011.

⁴³ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2009, חלקים א' ו-ב', תשע"א.

⁴⁴ שם.



שיעור מיטות אשפוז ל-1,000 נפש	נפה
1.483	סך הכול
2.579	נפת צפת
2.344	נפת כנרת
1.715	נפת יזרעאל
1.045	נפת עכו

מהנתונים עולה כי כך בעוד שיעור המיטות בנפות צפת וכינרת גבוה מהשיעור הארצי, שיעור המיטות בנפת יזרעאל ובעיקר בנפת עכו הוא נמוך מאוד – בנפת עכו יש מיטה אחת ל-1,000 נפש. עם זאת, יצוין שבחישוב שיעור המיטות ל-1,000 נפש במחוז צפון כולן משרד הבריאות כולל בחישוביו את תושבי רמת הגולן, אך בחישוב שיעור המיטות לפי נפות תושבי נפת גולן (42,200 איש בשנת 2010) אינם נכללים בחישוב שיעור המיטות.⁴⁵ תושבי נפת גולן מקבלים שירותי בריאות בבתי-החולים בנפות הסמוכות – בעיקר נפת צפת ונפת כנרת – ולכן יש להניח כי שיעור המיטות ל-1,000 נפש בנפות אלה נמוך מזה שמוצג בפרסום משרד הבריאות.

שיעור מיטות נמוך מאפיין כמעט את כל אגפי האשפוז הכללי במחוז צפון: שיעורי מיטות האשפוז באגף הפנימי,⁴⁶ באגף הילדים⁴⁷ ובאגף הכירורגי⁴⁸ במחוז צפון מדורגים בתחתית רשימת המחוזות, ורק במחוז דרום שיעורי המיטות נמוכים יותר. אשר לאגף לטיפול נמרץ, שיעורי המיטות במחוז צפון ובמחוז דרום באגף זה זהים, והם הנמוכים ביותר בישראל.⁴⁹ עם זאת, שיעור מיטות האשפוז באגף יולדות במחוז צפון הוא השלישי בגודלו בישראל, לאחר מחוזות ירושלים וחיפה.⁵⁰

יכולתו של מערך האשפוז הכללי במחוז לספק את הצרכים הקיימים נבחנת על-פי כמה מדדי אשפוז מקובלים, ובהם תפוסת המיטות, שהייה ממוצעת באשפוז ומדד סבב המיטות. מבחינת מדדים אלה עולה כי שיעור מיטות האשפוז במחוז צפון אינו עונה על הצרכים. אומנם תפוסת המיטות באשפוז הכללי בתקן בישראל בשנת 2009 היתה 96.4%, אולם התפוסה בתקן במחוז צפון בשנה זו היתה 91.5%. זהו שיעור התפוסה הנמוך ביותר במחוזות בישראל, למעט שיעור התפוסה במחוז דרום, שעמד בשנה זו על 87.9%.⁵¹ מנגד, השהייה הממוצעת באשפוז הכללי בישראל בשנת 2009 היתה ארבעה ימים, אולם במחוז צפון השהייה הממוצעת באשפוז הכללי היתה 3.7 ימים.⁵² מדובר בשהייה הקצרה ביותר בישראל, בהשוואה ליתר המחוזות. הסבר אחד להתקצרות השהייה הממוצעת באשפוז עשוי להיות השיפורים הטכנולוגיים והטיפולים החדשניים וכן הרחבת השירותים הניתנים בקהילה, אולם הסבר

⁴⁵ כך עולה מתשובה על שאלה שהעברנו לאגף תחום מידע במשרד הבריאות; גב' מרים אבורבה, תחום מידע במשרד הבריאות, מכתב בדואר אלקטרוני, 27 בנובמבר 2011.

⁴⁶ באגף הפנימי במחוז צפון יש 1.967 מיטות ל-1,000 נפש בני 45 ומעלה, לעומת שיעור ארצי של 2.383.

⁴⁷ באגף הילדים במחוז צפון יש 0.906 מיטות ל-1,000 ילדים בגילאי 0–14, לעומת שיעור ארצי של 0.981.

⁴⁸ באגף הכירורגי במחוז צפון יש 0.441 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת שיעור ארצי של 0.693.

⁴⁹ באגף טיפול נמרץ במחוז צפון יש 0.058 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת שיעור ארצי של 0.080.

⁵⁰ באגף יולדות במחוז הצפון יש 0.939 מיטות ל-1,000 נשים בגיל פרייון, 15–44, לעומת שיעור ארצי של 0.847.

⁵¹ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2009, חלקים א' ו-ב', תשע"א.

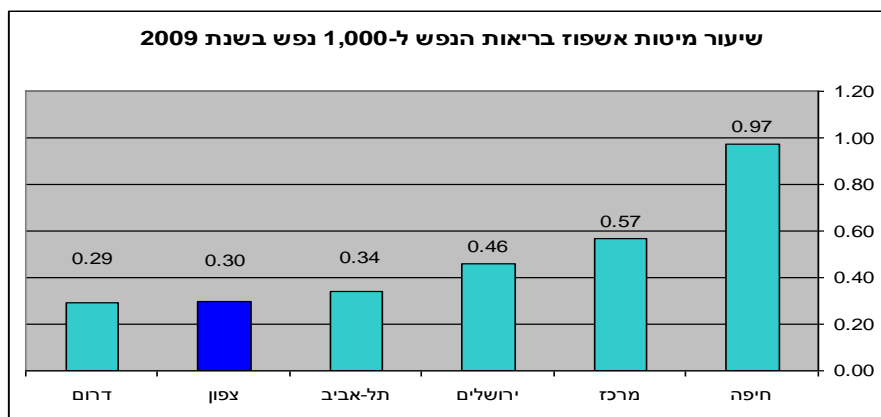
⁵² שם.



נוסף הוא עודף ביקוש על היצע. דהיינו, מאחר שהאוכלוסייה גדלה בשיעור רב יותר משיעור תוספת מיטות האשפוז הכללי, הדרך לספק את צורכי האשפוז הקיימים היא לקצר את השהייה באשפוז, כלומר לשחרר חולים מאשפוז מוקדם מהרצוי.

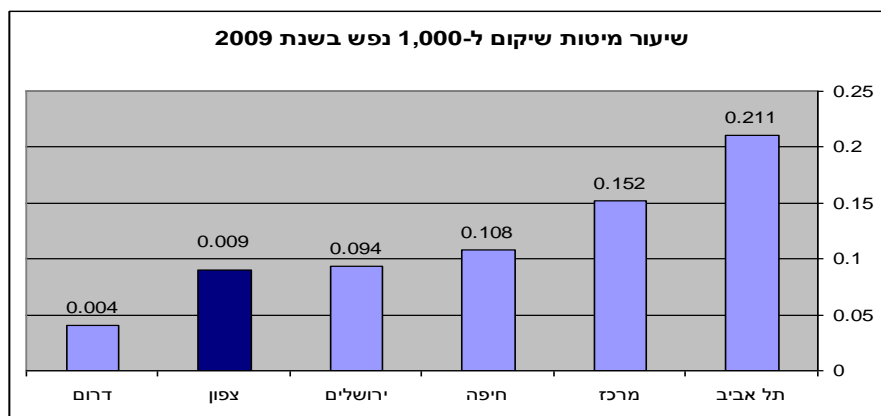
מדד נוסף המצביע על עודף הביקוש על ההיצע במחוז צפון הוא מדד **סבב המיטות**, המבטא את מספר האשפוזים הממוצע למיטה בתקופה מסוימת. מדד סבב המיטות במחוז צפון בשנת 2009 היה 90.2 אשפוזים בממוצע למיטה, לעומת שיעור ארצי של 89.6⁵³. מדד סבב המיטות במחוז צפון היה השני בגודלו בישראל לאחר מחוז תל-אביב (98.9 אשפוזים למיטה).⁵⁴

שיעור המיטות הנמוך במחוז צפון קיים לא רק באשפוז הכללי אלא גם בתחומי אשפוז אחרים. בשנת 2009 היו בישראל 0.46 מיטות אשפוז בריאות הנפש ל-1,000 נפש. להלן שיעור המיטות לפי מחוזות:⁵⁵



אפשר לראות כי שיעור מיטות בריאות הנפש במחוזות צפון ודרום הוא הנמוך ביותר בישראל – והוא נמוך ביותר משליש מהשיעור הארצי.

אשר לשיעור מיטות שיקום, בשנת 2009 היו בישראל 0.099 מיטות ל-1,000 נפש. להלן התפלגות המיטות על-פי מחוז:⁵⁶



⁵³ לא כולל העברות בין מחלקות באותו המוסד.

⁵⁴ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2009, חלקים א' ו-ב', תשע"א.

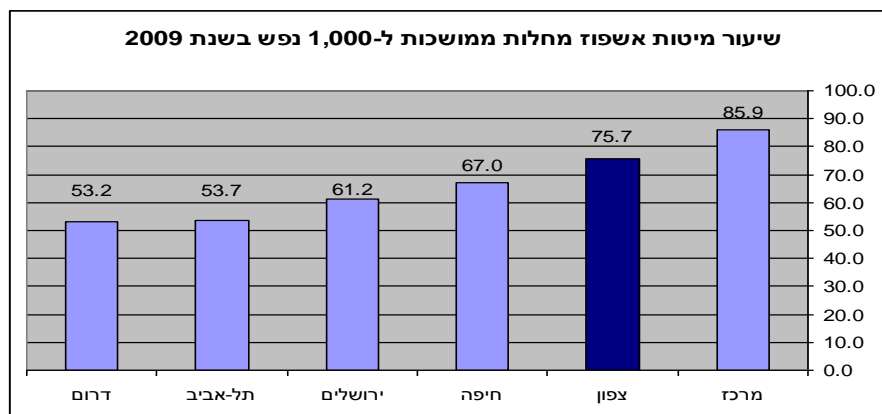
⁵⁵ ש.ם.

⁵⁶ ש.ם.



גם במקרה זה שיעור המיטות במחוז צפון ודרום הוא הנמוך ביותר בישראל; שיעור המיטות במחוז צפון אף קטן ביותר מ-90% מהשיעור הארצי.

לעומת זאת, שיעור מיטות אשפוז מחלות ממושכות במחוז צפון הוא השני בגודלו בישראל, לאחר מחוז מרכז, ושיעור זה גבוה מהשיעור הארצי, שעמד בשנת 2009 על 65.9 מיטות ל-1,000 נפש:⁵⁷



"מיטות אשפוז מחלות ממושכות" הוא שם כולל לכמה סוגי מיטות אשפוז, ומבחינה זו התמונה במחוז צפון מורכבת יותר. בעוד שיעור המיטות לגריאטריה סיעודית במחוז צפון הוא הגבוה ביותר מבין כל המחוזות בישראל⁵⁸ ושיעור המיטות לתשושי נפש הוא השני בגודלו לאחר מחוז מרכז,⁵⁹ שיעור המיטות לסיעודית מורכבת הוא הנמוך ביותר בישראל⁶⁰ וכך גם שיעור המיטות לגריאטריה שיקום.⁶¹

בבחינת עמדות הטיפול במחוז צפון עולה כי בעוד שיעור עמדות הדיאליזה ועמדות הרפואה הדחופה ל-1,000 נפש במחוז גדול יותר משיעור העמדות במחוז מרכז ובמחוז דרום ונמוך בכ-5% מהשיעור הארצי, שיעור עמדות הניתוח וההתעוררות במחוז צפון נמוך מאוד לעומת השיעור בשאר המחוזות והוא גדול רק מזה הקיים במחוז דרום (ראו טבלה מספר 8 בנספח).⁶²

4.2. פעילות משרד הבריאות להגדלת מערך האשפוז

במשך כעשור כמעט לא נוספו מיטות אשפוז כללי בישראל חרף הגידול באוכלוסייה, הזדקנותה והגידול המתמיד בצרכיה הבריאותיים. בינואר 2010 מסר משרד הבריאות לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת שבישראל חסרות 1,500 מיטות אשפוז כללי.⁶³

במשרד הבריאות פעלו בשנים 1995–2005 שתי ועדות שערכו תוכניות להתאמת מערך האשפוז הכללי בישראל לגידול באוכלוסייה ולצרכיה. בתוכנית אשפוז 2000, שתאריך היעד שלה נקבע לשנת 2000, היתה המלצה להוסיף 2,826 מיטות אשפוז כללי, ומהן כ-1,000 מיטות במענה על המחסור במיטות

⁵⁷ בני 75 ומעלה; שם.

⁵⁸ 61.689, לעומת שיעור ארצי של 45.971.

⁵⁹ 10.872, לעומת שיעור ארצי של 10.588.

⁶⁰ 6.752, לעומת שיעור ארצי של 4.889.

⁶¹ 0.046, לעומת שיעור ארצי של 2.528.

⁶² משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2009, חלקים א' ו-ב', תשע"א.

⁶³ פרוטוקול מספר 187 משיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 12 בינואר 2010, <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/html/avoda/2010-01-12-01.html>, תאריך כניסה: 1 בדצמבר 2011.



בישראל שהיה קיים במועד כתיבת הדוח. על בסיס תוכנית זו הושג בשנת 1997 סיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר על הוספת 1,200 מיטות אשפוז, שהן כ-42% מכלל המיטות שעליהן המליצה הוועדה, ורובן הוספו למערכת. בתוכנית אשפוז 2015–2025, שנכתבה במשרד הבריאות בשנת 2005, נקבע כי יש צורך בתוספת של 3,646 מיטות אשפוז כללי עד לשנת 2015 ושל עוד כ-2,500 מיטות עד לשנת 2025. תוכנית זו מעולם לא אומצה בידי הממשלה ועל כן לא הוחל ביישום מסקנותיה, אף-על-פי שהוועדה הוקמה על-פי החלטת ממשלה.⁶⁴

ב-27 בפברואר 2011 החליטה הממשלה על הוספת 960 מיטות אשפוז כללי במהלך שש שנים, משנת 2011 עד לשנת 2016, כך שבכל שנה יתווספו לכל הפחות 160 מיטות ולכל היותר 190 מיטות. מהתוספת השנתית, כ-80 מיטות לכל הפחות יוקצו למחלקות יולדות ופגים. ההחלטה קובעת כי בהקצאת המיטות בין בתי-החולים תינתן עדיפות לפריפריה, ובלשון ההחלטה (סעיף 1.2 להחלטה 2917):⁶⁵

הקצאת תוספת המיטות כאמור תיעשה בידי שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, **תוך מתן עדיפות לבתי-החולים באזורי הפריפריה**, בשים לב למספר מיטות האשפוז הכללי לנפש בכל אזור ובהתחשב בעיקרון כי חלקן של סך המיטות שהוקצו לבתי-החולים באזורי הפריפריה מתוך סך המיטות שהוספו לפי החלטה זו, יהיה כפול מחלקן של סך המיטות בבתי-החולים באזורי הפריפריה בשנת 2010 מתוך סך המיטות בכל בתי-החולים בשנת 2010.

כלומר, בסוף שנת 2010 שיעור מיטות האשפוז הכללי במחוזות צפון ודרום היה כ-23% מכלל מיטות האשפוז הכללי בישראל, ולכן על-פי החלטה על תוספת המיטות שקבעה הממשלה יוקצו למחוזות אלה 46% מתוך 960 המיטות שיוספו לבתי-החולים בישראל בשש השנים הבאות – 442 מיטות אשפוז.

ממשרד הבריאות נמסר כי במסגרת הוספת 960 מיטות יוקצו ארבעה סוגי מיטות: אשפוז פנימית, אשפוז טיפול נמרץ, פגים ויולדות. כ-80 מיטות יוקצו ליולדות ולפגיות ו-80 מיטות יוקצו למחלקות פנימיות ולטיפול נמרץ. לדברי המשרד, בשנת 2011 הוקצו 190 מיטות, בשנת 2012 יוקצו 190 מיטות נוספות ובשנת 2013 יוקצו 130 מיטות. כאמור, על-פי החלטת הממשלה, **בכל שנה אמורות להתווסף לכל הפחות 160 מיטות אשפוז או לכל היותר 190 מיטות אשפוז.**

שנת 2011 היא השנה הראשונה שבה אמורות להתווסף מיטות אשפוז, אולם חרף בקשתנו המשרד לא העביר לידנו את הקצאת המיטות על-פי בתי-חולים ומחלקות לשנת 2011, והשיב: **"אנחנו כרגע נמצאים בשלב האחרון של אישור התוכנית 2012–2013 וגמר הקצאת מיטות 2011"**. המשרד הוסיף כי הקצאת המיטות לשנת 2011 בין בתי-החולים עדיין לא נקבעה סופית משתי סיבות עיקריות:⁶⁶ ראשית, בכמה בתי-חולים בפריפריה אין מקום להציב את המיטות הנוספות, ולשם כך יש צורך בבנייה של מבנים חדשים. לדברי המשרד, **"לפריפריה ניתנה עדיפות בתוכנית אך החלוקה בפריפריה הינה מעט פחות מהמתוכנן בשל הצורך בתשתיות בינוי על מנת להכיל את כלל המיטות"**.⁶⁷ נציין כי מבית-החולים זיו בצפת נמסר לנו כי אכן בית-החולים קיבל הקצאה של 13 מיטות אשפוז בלבד בשנת 2011: שבע מיטות למחלקת פגים, שלוש מיטות לטיפול נמרץ כללי ושלוש מיטות למחלקת יולדות. עוד נמסר לנו כי בית-

⁶⁴ משרד הבריאות, תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000, אוגוסט 1996, וגם משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

⁶⁵ החלטה מספר 2917 של הממשלה, "חיזוק מערכת הבריאות והרחבת מערך האשפוז הציבורי", 27 בפברואר 2011.

⁶⁶ גבי מירי כהן, מנהלת תחום שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 4 בדצמבר 2011, וגם ד"ר חזי לוי, ראש מינהל רפואה במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 4 בדצמבר 2011.

⁶⁷ שם.



החולים הסכים לתוספת של 13 מיטות בלבד שכן אין ביכולתו להוסיף מספר גדול יותר של מיטות במבנים הקיימים.⁶⁸

הסיבה השנייה לעיכוב בהקצאת המיטות לשנת 2011, כפי שעלה מדברי מנהלי בתי-החולים שעמו שוחחנו, היא כי המיטות לא לוו בתוספת תקציב למימון תקני כוח-אדם. משרד הבריאות אישר כי "אין עדיין הסכמה סופית עם האוצר לגבי מתן תקני כוח-האדם האמורים ללוות את המיטות".⁶⁹

תוספת של 960 מיטות היא כאמור תוספת המיטות הראשונה זה כעשור, אולם תוספת זו, שתיפרס על פני שש שנים, לא די בה להתאים את מערך האשפוז הכללי לצרכים הקיימים. תוספת של 960 מיטות אשפוז היא תוספת של כ-60% ממספר המיטות שמשרד הבריאות טוען שחסרות כבר כיום (1,500 מיטות). יש לזכור כי התוספת תינתן בהדרגה במשך שש שנים, ולא רק שהיא אינה משלימה את החסר הקיים כבר כיום, כפי שהגדירו משרד הבריאות, אלא ההחלטה אינה מביאה בחשבון את הגידול המתמיד בצרכים במערך האשפוז הכללי בטווח הבינוני והארך, הנובע מהגידול באוכלוסייה, מהזדקנותה ומגורמים נוספים.

מהמלצות שתי תוכניות האשפוז שנכתבו במשרד הבריאות לעניין מספר מיטות האשפוז הכללי בישראל עולה כי בשנת 2009 היו בישראל 708 מיטות פחות ממספר המיטות הנדרש בשנת 2000 על-פי תוכנית אשפוז 2000. להלן מספר המיטות הנדרש על-פי מחוזות:⁷⁰

מחוזות	מספר מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2000	מספר מיטות אשפוז כללי בשנת 2009 ⁷¹	מספר מיטות אשפוז כללי כללי נדרש בשנת 2015
ארצי	15,307	14,599	17,192
תל-אביב	3,431	3,197	3,159
מרכז	3,226	3,650	4,543
צפון	2,428	1,864	2,561
דרום	2,179 ⁷²	1,501	2,451
חיפה	2,161	2,318	2,301
ירושלים	1,662	2,069	2,176

אפשר לראות כי בשנת 2009 היו במחוז צפון 564 מיטות פחות ממספר המיטות הנדרש בשנת 2000 על-פי תוכנית אשפוז 2000. אשר לתחזית האשפוז לשנת 2015, עד לשנה זו יש צורך בהוספה של כ-697 מיטות במחוז צפון על המיטות הקיימות בשנת 2009.

יש לציין כי בשתי תוכניות האשפוז נקבע כי שיעור המיטות במחוז צפון יהיה הנמוך ביותר בישראל, עקב התחזיות על הגידול באוכלוסייה ובשל פרמטרים נוספים שהובאו בחשבון בתוכניות. להלן המלצות תוכניות האשפוז אשר לשיעורי מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש, על-פי מחוזות:⁷³

⁶⁸ ד"ר אוסקר אמון, מנהל בית-החולים זיו בצפת, שיחת טלפון, 30 בנובמבר 2011.

⁶⁹ גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 4 בדצמבר 2011.

⁷⁰ משרד הבריאות, תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000, אוגוסט 1996, וגם: משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

⁷¹ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2009, חלקים א' ו-ב', תשי"ע (2009).

⁷² כולל 220 מיטות באזור יהודה, שומרון וחבל עזה.



מחוזות	שיעור מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2000	שיעור מיטות אשפוז כללי בישראל בשנת 2009 ⁷⁴	שיעור מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2015 ⁷⁵
תל-אביב	2.859	2.503	2.7
חיפה	2.629	2.580	2.4
ארצי	2.450	1.933	2.1
ירושלים	2.400	2.239	1.8
מרכז	2.361	2.012	2.1
דרום	2.309	1.384	2.0
צפון	2.146	1.483	1.8

כאמור, שיעור המיטות ל-1,000 נפש לשנת 2000 במחוז צפון, כפי שקבעה הוועדה, הוא 2.15. זהו השיעור הנמוך ביותר בין המחוזות בישראל, אולם מדובר בשיעור גבוה מזה שהיה במחוז צפון בשנת 2009 – פחות מ-1.5 מיטות ל-1,000 נפש. גם בתוכנית אשפוז 2015–2025 הומלץ כי בשנת 2015 במחוז צפון ובמחוז ירושלים יהיה שיעור המיטות הנמוך ביותר בישראל – 1.8 מיטות ל-1,000 נפש – אולם גם לגבי המלצה זו מדובר בשיעור גבוה מהשיעור הקיים כיום.

החלטת הממשלה להוסיף 960 מיטות אינה מבוססת על שתי תוכניות אשפוז אלה. יש לציין כי תוכנית אשפוז 2015–2025 נכתבה בשנת 2005, ואם הממשלה סבורה כי היא אינה משקפת את הצרכים הקיימים ואין לעבוד על-פיה, אזי נדרשת תוכנית חדשה שתעסוק בצורכי מערך האשפוז גם כיום וגם בטווח הבינוני והארוך יותר. תהליך של הוספת מיטות הוא תהליך ממושך, האורך שנים מספר וכרוך בבניית מבנים חדשים. כאמור, כיום כמעט אי-אפשר להוסיף מיטות אשפוז חדשות במרחבים הקיימים בבתי-החולים ויש צורך לבנות מבנים חדשים או מחלקות חדשות, ואפילו בתי-חולים חדשים. תהליך זה עלול להימשך שנים מספר, ועל כן יש להתחילו מוקדם ככל האפשר. תכנון ארוך טווח של הוספת מיטות יאפשר להתמודד עם מכשול זה – מכשול שכאמור מונע כיום את הוספת כל המיטות שהוחלט על הקצאתן בשנת 2011.

5. כוח-אדם רפואי וסיעודי במחוז צפון⁷⁶

5.1. כוח-אדם רפואי – המצב ב-2009

בשנת 2010 היו בישראל 4.42 בעלי רשיון לעסוק ברפואה כללית ל-1,000 נפש, ו-3.38 בעלי רשיון כאמור עד גיל 65.⁷⁷

⁷³ משרד הבריאות, תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000, אוגוסט 1996, וגם: משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

⁷⁴ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2009, חלקים א' ו-ב', תש"ע (2009).

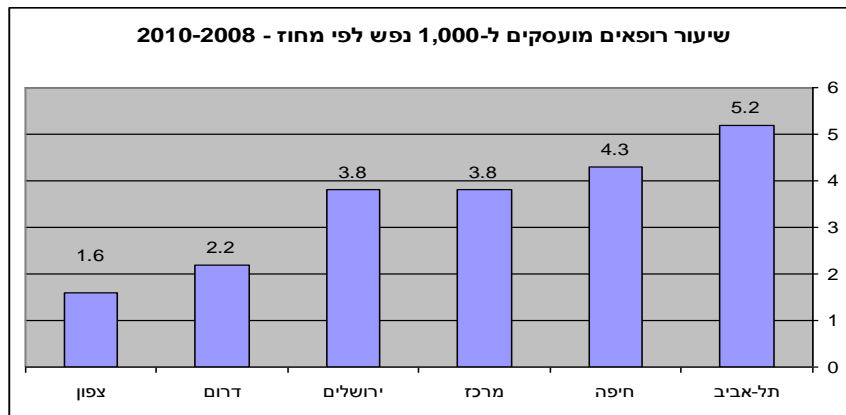
⁷⁵ חישוב שלנו על סמך מספר המיטות המומלץ ותחזית האוכלוסייה לפי מחוזות המופיעה בדוח.

⁷⁶ נתוני הרופאים והאחיות המועסקים פורסמו בידי משרד הבריאות על סמך סקר כוח-אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. יש לשים לב כי מועסקים בסקר כוח-אדם כולל אנשים שעבדו לפחות שעה אחת בשבוע בעבודה כלשהי תמורת שכר, רווח או תמורה אחרת. אשר לבעיות מתודולוגיות של הסקר ראו: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, היעדרם של כלים לתכנון כוח-האדם הרפואי בישראל, כתבה שלי לוי, 5 ביולי 2010.

⁷⁷ משרד הבריאות, כוח-אדם במקצועות הבריאות 2010, נובמבר 2011.



אשר למספר הרופאים המועסקים, בשנים 2008–2010 היו בישראל 3.45 רופאים מועסקים ל-1,000 נפש,⁷⁸ וישראל דורגה במקום השמיני בין 20 מדינות OECD שלגביהן יש מידע על שנת 2009.⁷⁹ להלן שיעור הרופאים המועסקים לפי מחוז בשנים 2008–2010:⁸⁰



אפשר לראות כי שיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש במחוז צפון הוא הנמוך ביותר בין כל המחוזות בישראל – שיעורם במחוז צפון נמוך בכ-53% מהשיעור הארצי.

במחוז צפון לא רק שיעור הרופאים קטן יותר מהשיעור בשאר המחוזות אלא גם שיעור הרופאים המומחים. ממחקר שערך משרד הבריאות על בסיס נתוני השנים 2003–2004 לעניין רופאים בקהילה עלה כי שיעור הרופאים המומחים בקהילה במחוז צפון הוא הנמוך ביותר בישראל:⁸¹

מחוז	שיעור הרופאים המומחים מכלל הרופאים בקהילה	שיעור הרופאים המומחים מכלל הרופאים בקהילה במקצועות ראשוניים
תל-אביב	82%	70%
מרכז	72%	58%
חיפה	70%	51%
ירושלים	66%	53%
דרום	58%	43%
צפון	57%	41%

מן הטבלה עולה כי פחות מ-60% מרופאי הקהילה במחוז צפון הם מומחים, לעומת שני-שלישים או יותר מהרופאים בשאר המחוזות, ורק כ-40% מרופאי הקהילה במקצועות הראשוניים במחוז צפון הם מומחים, לעומת יותר ממחצית ביתר המחוזות, למעט מחוז דרום.

⁷⁸ ש.ם.

⁷⁹ OECD Health Data, 2011.

⁸⁰ משרד הבריאות, כוח-אדם במקצועות הבריאות 2010, נובמבר 2011.

⁸¹ משרד הבריאות, האגף לכלכלת בריאות, תחום תכנון, סקרים והערכה, הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים, צוות המחקר: ענת שמש, אמה סמטניקוב, מיכאל דור, מיקי שרף, ורדה שלו, יוסי רוזנבלום וערן מץ, אוגוסט 2007.



הגדלת כוח-האדם הרפואי במחוז צפון, ובכלל זה הגדלת מספר המתמחים והרופאים המומחים, מצריכה כמה וכמה פעולות, כגון הגדלת מספר העוסקים בתחום הרפואה ברמה הארצית, חשיפת הסטודנטים לרפואה לעבודה במחוז צפון, הוספת תקנים למתמחים ולמומחים וכן מתן תמריצים כלכליים ולא-כלכליים לשם גיוס כוח-אדם רפואי למחוז צפון. להלן נתאר את פעולות משרד הבריאות בעניין זה.

5.2. הקמת בית-הספר לרפואה בגליל

הגדלת מספר העוסקים בתחום הרפואה בכל רחבי הארץ תשפיע גם על שיעור הרופאים בפריפריה ומכאן חשיבות הרחבתן של מסגרות ההכשרה בבתי-הספר לרפואה. בעקבות המלצותיהן של כמה ועדות שעסקו בצורך להגדיל את היקף מסגרות ההכשרה לרופאים בישראל פעלה הממשלה להרחבת מסגרות הלימוד הקיימות, ובמרס 2009 החליטה גם על הקמת בית-הספר החמישי לרפואה בגליל בעיר צפת.⁸²

בית-הספר לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בצפת פתח את שעריו בשנת הלימודים תשע"ב, וכיום לומדים בו 124 סטודנטים. 54 סטודנטים לומדים במסלול קליני של שלוש שנות לימוד, המיועד לסטודנטים ישראלים שהשלימו שלוש שנות לימודי רפואה בחו"ל, ו-70 סטודנטים לומדים במסלול ארבע-שנתי ללימודי רפואה, המיועד לבוגרי תואר ראשון בתחומי מדעי הטבע.⁸³

ההוראה הקלינית בפקולטה נעשית בבתי-החולים ברחבי הגליל: בית-חולים ע"ש ברוך פדה פורייה בטבריה; בית-חולים ע"ש רבקה זיו בצפת; בית-חולים לגליל המערבי בנהרייה; בית-החולים הסקוטי בנצרת; בית-החולים ע"ש המשפחה הקדושה בנצרת; בית-החולים הפסיכיאטרי מזרע. ההוראה הקלינית מתקיימת גם במרכזי הרפואה האמבולטוריים ברחבי הגליל.

כיום הלימודים הקליניים באזור הצפון חושף את הסטודנטים לעבודה באזורים אלה, והתקווה היא כי ההיכרות עם האזור וההתערות בו יגדילו את נכונותם לעבוד בו בתום הלימודים, שכן כיום **סטודנטים לרפואה מעדיפים שתקופת הסטאז' שלהם תהיה בבתי-חולים במרכז הארץ ולא בבתי-החולים בפריפריה.⁸⁴**

עד כה הקצתה ממשלת ישראל 50 מיליון ש"ח להקמת בית-הספר לרפואה בצפת: תחילה הוקצו 30 מיליון ש"ח להקמת מבנה בית-הספר,⁸⁵ ובהמשך הוקצו 20 מיליון נוספים לשם שדרוג אמצעי הוראה בבתי-החולים בצפון, כגון הקמת חדרי סמינרים ומעבדות.⁸⁶ אוניברסיטת בר-אילן התחייבה אף היא לגייס תקציבים תואמים (matching). משיחות שקיימנו עם גורמים בבתי-החולים בצפון עולה כי התאמת חדרי הסמינרים והמעבדות בבתי-החולים לצורכי לימוד לא הושלמה ובחלקה אף לא החלה. עם זאת, יש לציין כי לא הועלו בפנינו טענות על פגיעה בפעילות הסטודנטים בבתי-החולים בשל כך.⁸⁷

⁸² החלטת ממשלה מספר 4541, "קביעת מיקום בית הספר החמישי לרפואה בצפת", 8 במרס 2009.

⁸³ גבי יפעת הירש, מערך הדוברות באוניברסיטת בר-אילן, מכתב בדואר אלקטרוני, 28 בנובמבר 2011.

⁸⁴ ראו: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [הקשיים בהגדלת כוח-האדם הרפואי לפריפריה](#), כתבה שלי לוי, 24 בינואר 2011.

⁸⁵ החלטת ממשלה מספר 2090, "בית-הספר לרפואה בצפת: הקמת המתחם הזמני ומתחם הקבע", 15 ביולי 2010.

⁸⁶ החלטת ממשלה מספר 3719, "הפקולטה לרפואה בצפת: שדרוג אמצעי הוראה בבתי-חולים בצפון", 18 בספטמבר 2011.

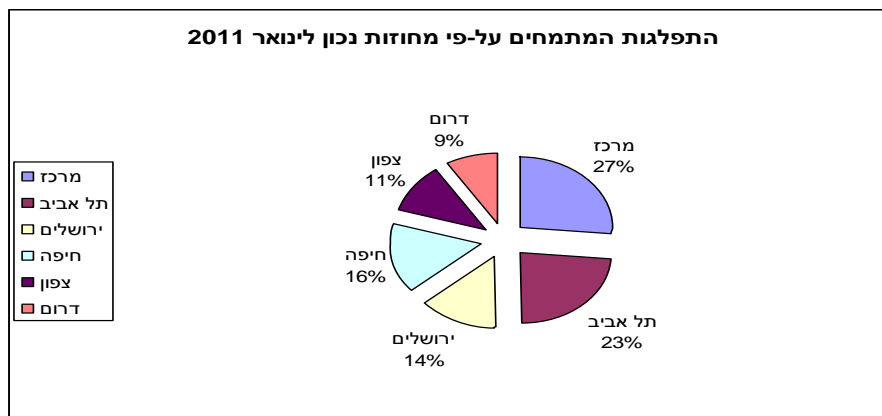
⁸⁷ ד"ר אוסקר ארון, מנהל בית-החולים זיו בצפת, שיחת טלפון, 30 בנובמבר 2011; ד"ר יעקב פרבשטיין, מנהל בית-החולים פורייה בטבריה, שיחת טלפון, 30 בנובמבר 2011; ד"ר מסעד ברהום, מנהל בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, שיחת טלפון, 1 בדצמבר 2011.



5.3. הגדלת מספר המתמחים במחוז צפון

בתי-החולים בפריפריה מתקשים למשוך אליהם מתמחים. המחסור במתמחים מורגש בכל התחומים אולם הוא חמור במיוחד במקצועות שיש בהם מחסור במתמחים בכל הארץ, כגון הרדמה, טיפול נמרץ, רפואת יילודים – ניאונטולוגיה, וכדומה. מנהלי בתי-החולים שעמם שוחחנו בתחילת שנת 2011 טענו כי אין להם די תקני מתמחים וכי הם אינם מצליחים לאייש את כל התקנים הקיימים למתמחים בתחומים שונים – בעוד במרכז הארץ יש מועמדים רבים המבקשים להתמחות בבתי-החולים במרכז. המתמחים הם לא רק עתודת המומחים של מדינת ישראל אלא גם כוח עבודה חשוב בבתי-החולים, שכן הם המבצעים את התורנויות במחלקות שבהן הם מתמחים וגם במחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון), ואילו הרופאים המומחים מבצעים את הכווננויות.⁸⁸

ממידע שקיבל מרכז המחקר והמידע של הכנסת מהמועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בינואר 2011 עולה כי רק 11% מהמתמחים (525 מתמחים) התמחו במחוז צפון. להלן התפלגות המתמחים על-פי מחוזות בישראל. **המידע מינואר 2011:**⁸⁹



בהסכם הקיבוצי החדש שנחתם בין המעסיקים בבתי-החולים הציבוריים – ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית וההסתדרות המדיצינית הדסה – לבין ההסתדרות הרפואית ב-25 באוגוסט 2011, יש התייחסות נרחבת לצורך להגדיל את כוח-האדם הרפואי בפריפריה.

על-פי ההסכם, בעשר השנים הקרובות, כלומר עד יולי 2019, יוקצו לבתי-החולים הציבוריים ברחבי הארץ 1,000 תקני רופאים.⁹⁰ מספר זה אינו כולל תקני רופאים שיינתנו בעקבות תוספת מיטות אשפוז בבתי-החולים במהלך תקופת ההסכם. **מתוך 1,000 תקנים אלה יקצו לבתי-החולים הציבוריים בפריפריה ובמרכז תקני מתמחים, כדי להקטין את מספר התורנויות של המתמחים בבתי-החולים כך שלא יהיו להם יותר משש תורנויות בחודש.** יש לציין כי כבר בהסכם הקיבוצי הקודם נקבע כי למתמחה לא יהיו יותר משש תורנויות בחודש, אולם ההסכם לא לווה בתוספת תקנים מספקת, ולכן בפועל היו למתמחים תורנויות רבות יותר ממה שנקבע בהסכם.

⁸⁸ ראו: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [קשיים בהגדלת כוח-האדם הרפואי לפריפריה](#), כתבה שלי לוי, 24 בינואר 2011.

⁸⁹ לא כולל 14 מתמחים במשרד הבריאות ו-38 מתמחים בצה"ל. גבי דנה פישביין, סגנית מנהלת המועצה המדעית בהסתדרות הרפואית בישראל, מכתב, 24 בינואר 2011.

⁹⁰ כולל 80 תקני רופאים לבתי-החולים הממשלתיים שעליהם החליטה הממשלה בפברואר 2011.



על-פי ההסכם הקיבוצי החדש, בהקצאת תקני המתמחים המיועדים להקטנת מספר התורנויות של המתמחים בין בתי-החולים, תינתן עדיפות לפריפריה: איוש התקנים בפריפריה יהיה מידי בעוד הקצאת התקנים לאזור המרכז לצורך איושם תחל רק כשנה וחצי לאחר חתימת ההסכם, כלומר רק בתחילת שנת 2013. עם זאת, אפשר יהיה להקדים את הקצאת התקנים למרכז לשם הקלת עומס התורנויות של מתמחים "במקרה של מצוקה חריפה (עומס תורנויות)", ובלבד שמספר התקנים שיוקצו בשנה וחצי שמיום חתימת ההסכם לא יעלה על 20% ממספר התקנים הכולל שהוקצו למרכז לשם הקטנת מספר התורנויות.

על-פי ההסכם, 518.1 תקנים⁹¹ (כ-52% מכלל התקנים שיתווספו על-פי ההסכם) מיועדים להקטנת מספר התורנויות של המתמחים בבתי-החולים. 231.4 מהם הוקצו למוסדות אשפוז בבעלות ממשלתית; 236.7 תקנים הוקצו לבתי-חולים בבעלות שירותי בריאות כללית; ו-50 תקנים – לבתי-החולים בבעלות הדסה.

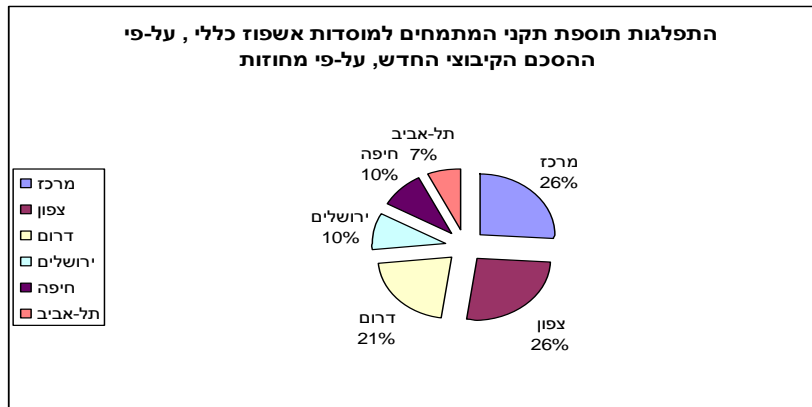
מתוך 518.1 התקנים המיועדים להקטנת מספר התורנויות של המתמחים 482.6 מהתקנים (כ-93%) מיועדים למוסדות לאשפוז כללי – 50 מהם לשני בתי-החולים בבעלות הדסה בירושלים, והיתר – על-פי ההסכם כדלקמן:

מספר תקני רופאים מתמחים	מוסדות אשפוז כללי בבעלות שירותי בריאות כללית	מספר תקני רופאים מתמחים	מוסדות אשפוז כללי בבעלות ממשלתית
61.6	המרכז הרפואי סרוקה בבאר-שבע	33.2	המרכז הרפואי ברזילי באשקלון
39.0	המרכז הרפואי העמק בעפולה	32.4	בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה
31.4	המרכז הרפואי קפלן ברחובות	25.5	המרכז הרפואי זיו בצפת
30.1	המרכז הרפואי מאיר בכפר-סבא	24.7	המרכז הרפואי פורייה בטבריה
26.4	המרכז הרפואי ע"ש רבין, בילינסון פתח-תקווה	21.0	המרכז הרפואי אסף הרופא בצריפין
17.8	המרכז הרפואי כרמל בחיפה	18.8	המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה
12.2	המרכז הרפואי ע"ש רבין, השרון בפתח-תקווה	16.5	המרכז הרפואי שיבא בתל-השומר
6.0	בית-חולים לילדים שניידר בפתח תקווה	15.3	המרכז הרפואי וולפסון בחולון
5.9	בית-החולים יוספטל באילת	11.8	המרכז הרפואי רמב"ם בחיפה
230.4	סך הכול	199.2	סך הכול

אפשר לראות כי מתוך 482.6 תקני מתמחים המיועדים למוסדות לאשפוז כללי, 124.6 תקנים מיועדים למתמחים במחוז הצפון – 26% מהתקנים. להלן התפלגות תוספת התקנים המיועדת להקטנת מספר התורנויות למתמחים במוסדות אשפוז כללי על-פי מחוזות:

⁹¹ לא כולל בתי-החולים בבעלות ממשלתית עירונית: המרכז הרפואי איכילוב בתל-אביב ובני-ציון בחיפה.





אפשר לראות כי 26% מהתקנים הוקצו למחוז צפון, כשיעור התקנים למחוז המרכז, ו-21% מהתקנים הוקצו למחוז דרום. **סך הכול 47% מהתקנים הוקצו למחוזות צפון ודרום.**

ממשרד הבריאות נמסר כי עד היום חולק חלק ניכר מהתקנים לפריפריה,⁹² אולם יש לציין כי עדיין לא ברור אם מספר התקנים שנקבע אכן יוביל לצמצום מספר התורנויות של המתמחים, או, כפי שקרה בעקבות ההסכם הקיבוצי הקודם, לא יהיה די בתקנים אלו להפחית את מספר התורנויות. לדוגמה, מבית-החולים **בנהרייה** נמסר כי הוא ביקש 96 תקני מתמחים אך קיבל רק 32 תקנים, ולהערכת בית-החולים תוספת תקנים זו לא תוביל להקטנה של מספר התורנויות של המתמחים בבית-החולים.⁹³ מבית-החולים **העמק** בעפולה נמסר כי אם לא מביאים בחשבון את התורנויות של תורני חוץ ומומחים בבית-החולים, אזי לצורך צמצום מספר התורנויות של המתמחים יש צורך ב-75 תקני מתמחים ולא ב-39 תקנים – מספר התקנים שקיבל בית-החולים; כיוון שתורני חוץ ומומחים משתלבים בתורנויות, התוספת של 39 תקנים היא מספיקה.⁹⁴

כאמור, נוסף על 482.6 תקני מתמחים למוסדות לאשפוז כללי ניתנו עוד 35.5 תקני רופאים מתמחים למוסדות אשפוז בריאות הנפש, מוסדות שיקום ומוסדות אשפוז מחלות ממושכות.⁹⁵ מתוך 35.5 תקנים אלה, 2.2 תקנים הוקצו למרכז לבריאות הנפש מזרע בעכו (כ-7%).

יתרת התקנים, שלא תוקצה לשם צמצום מספר התורנויות של המתמחים בבתי-החולים (481.9 תקנים), תוקצה כך ש-50% מהם ייועדו לקליטת רופאים מומחים ו-50% מהם – לקליטת רופאים מתמחים בבתי-החולים הציבוריים, במהלך של ארבע שנים. גם במקרה זה ההקצאה תהיה במתן עדיפות לפריפריה. בהסכם נכתב במפורש כי מיתרת התקנים שלא הוקצתה להקטנת מספר התורנויות של מתמחים לא יוקצו לבתי-החולים במרכז, במשך שנה וחצי מיום חתימת ההסכם, תקני מתמחים אלא רק תקני מומחים, כדי לשמר את העדיפות שניתנה לפריפריה בתקני מתמחים.

⁹² גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 4 בדצמבר 2011.

⁹³ ד"ר מסעד ברום, מנהל בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, שיחת טלפון, 1 בדצמבר 2011.

⁹⁴ ד"ר דוד אלמוג, סגן מנהלת בית-החולים העמק בעפולה, שיחת טלפון, 4 בדצמבר 2011.

⁹⁵ מתוכם 6.3 תקנים למוסדות בבעלות שירותי בריאות כללית ו-29.2 תקנים למוסדות בבעלות ממשלתית.



5.4. תמריצים כלכליים למשיכת רופאים לפריפריה

ההסכם הקיבוצי החדש מגדיל במידה ניכרת את תוספת הפריפריה שתשולם לרופאים המועסקים בפריפריה. עד להסכם הקיבוצי החדש הוגדרו 13 מוסדות רפואיים שהרופאים המועסקים בהם מקבלים תוספת פריפריה ובהם 5 מוסדות במחוז צפון: בית-החולים ע"ש רבקה זיו בצפת; בית-החולים פורייה בטבריה; בית-החולים המרכזי בעמק בעפולה; בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה; מרכז הבריאות בקריית-שמונה. על-פי ההסכם הנוכחי נכללים בהגדרה זו גם הרופאים במרכז לבריאות הנפש מזרע בעכו. להלן תוספת השכר⁹⁶ שניתנה לרופאים בבתי-החולים בפריפריה בהסכם הקיבוצי הקודם, לעומת התוספת שנקבעה בהסכם הקיבוצי החדש:

שיעור התוספת על-פי ההסכם החדש	שיעור התוספת בהסכם הקיבוצי הישן	רופא
10% מ-1 באוגוסט 2011 17.5% ב-1 באוגוסט 2012 25% ב-1 באוגוסט 2013	-	רופא תחומי (לא מומחה ולא מתמחה)
10% מ-1 באוגוסט 2011 17.5% ב-1 באוגוסט 2012 25% ב-1 באוגוסט 2013	2.5%	מתמחה
8.33% מ-1 באוגוסט 2011 12.67% מ-1 באוגוסט 2012 17% מ-1 באוגוסט 2013	4%	מומחה/מנהל לא כולל מנהל בית-החולים וסגנו
5% מ-1 באוגוסט 2011 7% ב-1 באוגוסט 2012 8% ב-1 באוגוסט 2013	4%	מנהל בית-החולים וסגנו

למעשה, ההסכם החדש מעניק לראשונה תוספת שכר גם לרופאים שאינם מומחים ואינם מתמחים, ותוספת זו זהה לתוספת שתינתן למתמחים. תוספת השכר למתמחים גדלה מ-2.5% ל-10% כבר בשנת 2011, ובתוך שנתיים היא תעמוד על 25%, כלומר פי 10 מהתוספת שניתנה בהסכם הישן. גם המומחים זכו להגדלת תוספת הפריפריה מ-4% ל-8.33% בשנה הראשונה להסכם, ובתוך שנתיים התוספת תגיע ל-17%. מנהלי בתי-החולים וסגניהם, שבעבר קיבלו תוספת פריפריה זהה לזו של רופאים מומחים, יקבלו תוספת קטנה יותר מזו של רופאים מומחים, אולם גם התוספת הניתנת להם גדולה יותר מזו שניתנה על-פי ההסכם הישן.

נוסף על כך, ההסכם קובע מתן הלוואה עומדת, שתהפוך למענק בסיום ההתחייבויות, לרופאים שיעברו לעבוד בבתי-חולים ובמרפאות קהילה בפריפריה. לשם כך הועמד תקציב של 300 מיליון ש"ח לשנים 2011–2019, ובכל שנה קלנדרית יוקצו 37.5 מיליון ש"ח. המענק יינתן לרופאים מתמחים ולרופאים במשרה מלאה שיעברו לעבוד בפריפריה, ממועד חתימת ההסכם (אוגוסט 2011) ו"יש להם סידור מגורים בפריפריה שמאפשר עמידה בתנאי תפקידם לפי ההסכמים הקיבוציים", בכפוף לקריטריונים שייקבעו בידי ועדה משותפת למעסיקים ולהסתדרות הרפואית.⁹⁷

⁹⁶ מדובר בשיעור מהשכר שהוא בסיס לחישוב ערך יום עבודה.

⁹⁷ משרד הבריאות, שירותי בריאות כללית והדסה נדרשים להקים, כל אחד מהם, ועדה משותפת עם ההסתדרות הרפואית, אשר תפקידה לקבוע את הקריטריונים ליכארות רופא לתשלום, לגובה התשלום ולאופן חלוקת העלות.



להלוואה עומדת בסכום של 300,000 ש"ח, שתהפוך למענק בתום תקופת ההתחייבות, יכולים להיות זכאים הרופאים האלה:

- מתמחה שישלים את כל תקופת התמחותו בפריפריה;
- מתמחה בהתמחות-על שיבצע התמחות של שנתיים וחצי בפריפריה יהיה זכאי לשני-שלישים של המענק (200,000 ש"ח) ובגין עבודה במשך שנה וחצי כרופא מומחה בתחום התמחות-העל בפריפריה הוא יהיה זכאי לשליש הנותר (100,000 ש"ח);
- מומחה או מנהל שיעבוד שש שנים בפריפריה.

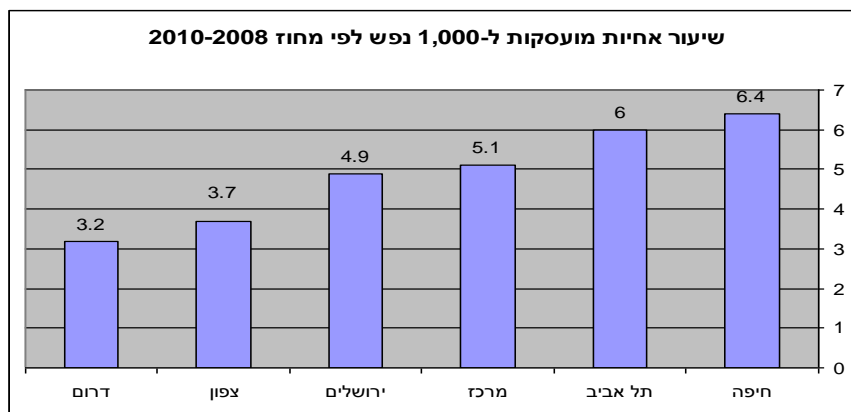
נוסף על כך, מתמחה או מומחה במקצוע מצוקה שיעבור לעבוד בפריפריה יהיה זכאי להלוואה עומדת שתהפוך למענק של 500,000 ש"ח – 300,000 ש"ח מענק בגין עיסוק במקצוע מצוקה ועוד 200,000 ש"ח בגין עבודה בפריפריה.

משיחות שקיימנו עם כמה ממנהלי בתי-החולים בפריפריה הם הביעו תמיכה גדולה בהסכם הרופאים והביעו אמונה כי בכוחו של הסכם זה לשפר את יכולתם למשוך כוח-אדם רפואי איכותי לפריפריה. לדבריהם, כבר כיום הם חשים כי הם מצליחים לעניין מועמדים רבים יותר מבעבר, ואף היה גיוס של כמה רופאים בעיקר למחלקות הפנימיות.⁹⁸ עם זאת, חלפו רק כשלושה חודשים מאז החתימה על ההסכם ומוקדם עדיין להעריך את השפעתו על כוח-האדם הרפואי בפריפריה בטווח הארוך.

5.5. כוח-אדם סיעודי

שיעור האחיות (שיש להן רשיון לעסוק בסיעוד) בישראל בשנת 2010 היה 7.48 ל-1,000 נפש; שיעור האחיות עד גיל 65 היה 6.07 אחיות ל-1,000 נפש.⁹⁹

אשר ל**אחיות מועסקות**, שיעור האחיות המועסקות במחוז צפון גבוה יותר משיעורן במחוז דרום ונמוך בכ-20% מהשיעור הארצי (4.7 אחיות מועסקות ל-1,000 נפש):¹⁰⁰



⁹⁸ ד"ר אוסקר אמון, מנהל בית-החולים זיו בצפת, שיחת טלפון, 30 בנובמבר 2011; ד"ר יעקב פרבשטיין, מנהל בית-החולים פורייה בטבריה, שיחת טלפון, 30 בנובמבר 2011; ד"ר מסעד ברהום, מנהל בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, שיחת טלפון, 1 בדצמבר 2011; ד"ר דוד אלמוג, סגן מנהלת בית-החולים העמק בעפולה, שיחת טלפון, 4 בדצמבר 2011.

⁹⁹ משרד הבריאות, כוח-אדם במקצועות הבריאות 2010, נובמבר 2011.

¹⁰⁰ ש.ם.



יש לציין כי שיעור האחיות המועסקות בישראל נמוך מאוד: בשנת 2009 היו בישראל 4.52 אחיות מועסקות ל-1,000 נפש, וישראל דורגה במקום ה-16 בדירוג 18 מדינות OECD שלגביהן יש מידע על שנת 2009; אחריה דורגו רק קוריאה, עם שיעור אחיות מועסקות דומה, ומקסיקו, שבה יש 2.46 אחיות מועסקות ל-1,000 נפש.¹⁰¹

הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל במשרד הבריאות התריעה כבר ביוני 2010 על מחסור ניכר באחיות בישראל. יש לציין כי הוועדה קבעה זאת על סמך הנתונים על מספר המורשות לעסוק בסיעוד ולא על סמך מספר האחיות המועסקות, וכפי שהוצג לעיל, שיעור האחיות המועסקות נמוך יותר. הוועדה קבעה כי המחסור באחיות מחייב הגדלה של מסגרות ההכשרה לאחיות בהקדם האפשרי עד ל-2,300 סטודנטים בכל שנה כדי לבלום את מגמת הירידה במספרן, כך שבשנת 2015 יעמוד שיעור בעלות הרשיון לעסוק בסיעוד עד גיל 60 על 5.8 אחיות ל-1,000 נפש.¹⁰²

יש לציין כי במחוז צפון היכולת לגייס אחיות לעבודה בבתי-החולים טובה יותר בהשוואה לאזורים אחרים, כיוון שבאזור זה מתגוררות אחיות רבות. עם זאת, המחסור הכללי באחיות בישראל משפיע גם על מחוז צפון. נוסף על כך, תקני אחיות נקבעים על סמך מספר מיטות אשפוז ועל כן אי-הוספה של מיטות אשפוז משמעה אי-הוספה של תקני אחיות – מה שיוצר אי-הלימה בין היקף כוח-האדם הסיעודי לבין הצרכים בבתי-החולים ברחבי הארץ, ובתוך כך במחוז צפון.

בהחלטת הממשלה מ-27 בפברואר 2011 רשמה לפניה הממשלה את הודעת שר הבריאות ושר האוצר על הוספה של 190 תקני אחיות בבתי-החולים בשנת 2011 לשם טיפול בחולים מונשמים במחלקות הפנימיות.¹⁰³ **פנייתנו למשרד הבריאות בבקשה לקבל מידע על מספר התקנים שהוקצו לבתי-החולים בפריפריה לא נענתה.**

6. הקמת יחידות מקצועיות ורכישת מכשירים רפואיים

6.1. רקע

הקמתו של בית-הספר לרפואה בצפת נועדה, בין השאר, לחזק את שירותי הבריאות בגליל, שכן הקמתו כרוכה בהתאמת התשתיות של בתי-החולים במחוז צפון לצורכי ההוראה והלימודים הקליניים של בית-הספר ובין היתר בתוספת מיטות אשפוז, הרחבת יחידות או הקמה של יחידות מסוימות שאינן קיימות כיום במחוז צפון וכן גיוס רופאים להוראה אקדמית.

כאמור, עד כה הוקצו 50 מיליון ש"ח להקמת מבנה בית-הספר ולשדרוג אמצעי ההוראה בבתי-החולים, אולם לא הוקצו כספים לבינוי מחלקות ויחידות מקצועיות חדשות בבתי-החולים ולרכישת ציוד עבורן.

מתוכנית שערך משרד הבריאות בעניין זה עולה כי עלות הקמתן של יחידות ומחלקות בבתי-החולים בצפון ורכישת הציוד עבורן תסתכם בכ-500 מיליון ש"ח (לא כולל עלויות הפעלה). על-פי התוכנית, שמפורטים בה ארבעה שלבים, בשלב הראשון בלבד יש צורך בהקמתן של המחלקות האלה:

- מחלקת נירורורגיה, מחלקה פנימית ומחלקה כירורגית בבית-החולים לגליל המערבי בנהריה;

¹⁰¹ OECD Health Data, 2011.

¹⁰² משרד הבריאות, דוח הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל, יוני 2010.

¹⁰³ החלטה מספר 2917 של הממשלה, "חיזוק מערכת הבריאות והרחבת מערך האשפוז הציבורי", 27 בפברואר 2011.



- מרכז הקרנות כולל מאיץ קווי, וכן התאמה והרחבה של מחלקת המטואונקולוגיה במרכז הרפואי זיו בצפת;
- מחלקת כירורגיה לב-חזה במרכז הרפואי פורייה בטבריה.

על-פי הערכת משרד הבריאות, עלויות הבינוי ורכישת הציוד למחלקות אלה מוערכות ב-40 מיליון ש"ח (לא כולל עלויות הפעלה).

בשלב השני יש צורך, בין השאר, בהקמתן של מחלקה פנימית ומחלקה אונקולוגית בפורייה; בהקמת מחלקת המטואונקולוגיה של הילד ומרכז הקרנות כולל מאיץ, בהתאמת יחידה לטיפול מוגבר, בהרחבת מכון פתולוגיה ובהרחבה והתאמה של המחלקה לפסיכיאטריה של המבוגר בבית-החולים זיו בצפת; בהקמת יחידת צנתורים בנצרת ובהקמת יחידה לרדיולוגיה פולשנית בנהרייה. על-פי הערכת משרד הבריאות, עלות הוספת המחלקות והיחידות בשלב השני מוערכת ב-97 מיליון ש"ח; הוספת מחלקות ויחידות בשלב השלישי בתוכנית מוערכת ב-70 מיליון ש"ח, ובשלב הרביעי – ב-287 מיליון ש"ח. כאמור מדובר רק בעלויות בנייה והצטיידות, לא כולל עלויות הפעלה.¹⁰⁴ **תוכנית זו טרם נדונה בממשלה.**

יש לציין כי מלחמת לבנון השנייה, שפרצה ביולי 2006, העלתה את הצורך למגן בתי-חולים בצפון הארץ ובדרומה כדי שאלה יוכלו להמשיך ולפעול גם בעת ירי רקטות. ביוני 2007 החליטה הממשלה החלטה שעיקרה הקמה, שדרוג ופיתוח של מחלקות לרפואה דחופה ושטחי אשפוז מוגנים בבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, במרכז הרפואי פורייה בטבריה, במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה ובמרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון. נוסף על כך הוחלט להעמיד מקורות מימון לשדרוג חדרי ניתוח, חדרי לידה ומחלקות לרפואה דחופה בבתי-חולים ציבוריים כלליים לא ממשלתיים שאינם בתי-חולים של קופת-חולים. האחריות לביצוע התוכניות הוטלה על משרד הבריאות, ונקבע כי הן תיושמה בשנים 2007–2011. על-פי החלטת הממשלה, ההיקף הכספי הכולל של תוכניות אלה יהיה 479 מיליון ש"ח.¹⁰⁵

ממשרד הבריאות נמסר כי בימים אלה הושלמה הקמתן של מחלקות לרפואה דחופה ממוגנות ומחלקות אשפוז ממוגנות בבית-החולים פורייה בטבריה ובבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה במסגרת תוכנית זו, וכן הסתיימו הקמתם של אגף ניתוחים בבית-החולים האנגלי בנצרת ושל חדרי לידה בבית-החולים הצרפתי בעיר. כמו כן, הקמתו של אגף מיילדות חדש בבית-החולים פורייה עומדת להסתיים, מוקם אגף ילדים ואשפוז מוגן גם בבית-החולים זיו בצפת ובבית-החולים העמק נבנה בניין רב-תכליתי ובו אגף חדרי ניתוח, אגף שיקום, מחלקות יולדות ומחלקות אשפוז נוספות.¹⁰⁶

המשרד הוסיף כי עומד להיבנות אגף מיילדות חדש בבית-החולים בנהרייה ובו שתי מחלקות יולדות וחדרי לידה וכן אגף שיקום חדש. כמו כן, יוקמו אגף חדרי ניתוח בבית-החולים הצרפתי בנצרת ואגף חדרי לידה ואגף חדרי ניתוח בבית-החולים האיטלקי בחיפה.¹⁰⁷

6.2. מכשיר MRI

מכשיר דימות תהודה מגנטית (Magnetic Resonance Imaging – להלן: מכשיר MRI) הוא מכשיר לסריקת רקמות ואיברי גוף פנימיים הפועל על גלים אלקטרו-מגנטיים וגלי רדיו, ללא שימוש בקרינה

¹⁰⁴ תוכנית משרד הבריאות לשדרוג בתי-החולים בצפון לקראת פעילותו של בית-הספר לרפואה בצפת, 17 ביולי 2011.

¹⁰⁵ החלטת ממשלה מספר 1853, "חיזוק הצפון, חיפה ואשקלון – הקמה, שדרוג ופיתוח יחידות בבתי-חולים", 24 ביוני 2006.

¹⁰⁶ מר יהודה רון, סמנכ"ל בכיר וראש מינהל במשרד הבריאות, מכתב, 4 בדצמבר 2011.

¹⁰⁷ שם.



מייננת (קרני רנטגן). בדיקת MRI יכולה להדגים בצורה טובה את המוח, עמוד השדרה, הצוואר, הפנים, השדיים ומערכת השריר-שלד בגוף, הכוללת את הגפיים והמפרקים.¹⁰⁸

עד שנת 2010 היו בישראל 10 מכשירי MRI – שמונה מכשירים ניידים ושני מכשירים ניידים. **מחוז צפון היה המחוז היחיד שבו לא היה מכשיר MRI נייד אלא רק מכשיר נייד. מכשיר זה פעל כמה ימים בחודש בכל אחד מחמשת בתי-החולים האלה: בית-החולים זיו בצפת, בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, בית-החולים פורייה בטבריה, המרכז הרפואי העמק בעפולה והמרכז הרפואי הלל יפה בחדרה (מחוז חיפה).** המכשיר הנייד לא שימש את בתי-החולים בעיר נצרת.

באוקטובר 2010 נתן משרד הבריאות שמונה רשיונות חדשים לרכישה ולהפעלה של שמונה מכשירי MRI. שלושה מהם הוקצו למחוז הצפון: מכשיר אחד לבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה; מכשיר אחד משותף לבית-החולים פורייה בטבריה ולבית-החולים זיו בצפת; מכשיר אחד משותף לבית-החולים העמק בעפולה ולאזור נצרת. יש להבהיר כי מדובר ברשיון לרכישה ולהפעלה של המכשיר, ובית-החולים אמור לגייס את הכספים הדרושים לרכישתו.

כיום, שנה לאחר מתן הרשיונות, מכשיר אחד החל לפעול, מכשיר נוסף נמצא בהרצה לפני הפעלה מלאה והרשיון לגבי המכשיר השלישי מוקפא כרגע עד לשינוי הרשיון. להלן פירוט בעניין זה:

המכשיר המשותף לבית-החולים העמק בעפולה ולאזור נצרת מופעל בידי מכון מור-מ.א.ר, שקיבל את הרשיון להפעילו. מדובר במכשיר MRI נייד, והוא החל לפעול לפני ארבעה חודשים. כאמור, עד להפעלת המכשיר, בתי-החולים הכלליים בנצרת לא קיבלו שירות מניידת MRI. כיום המכשיר הנייד מוצב בבית-החולים עפולה רוב ימי החודש, והוא פועל בבית-החולים הצרפתי בנצרת ארבעה ימים בחודש בלבד. מינואר 2012 הניידת תעניק שירות בבית-החולים נצרת במשך שמונה ימים בחודש.¹⁰⁹

אשר למכשיר הנייד של בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, בית-החולים סיים את התקנת המכשיר וכיום הוא פועל במתכונת של הרצה, לפני הפעלה מלאה שלו בעוד ימים ספורים. המכשיר נקנה בעיקר מתקציב שהועבר לבית-החולים ממשרד הבריאות; יתר הסכום הוא מתקציב המשרד לפיתוח הנגב והגליל (1 מיליון ש"ח) ומכספי תרומות (1.85 מיליון ש"ח: 1.5 מיליון ש"ח מהקרן לידידות ו-350,000 ש"ח מעמותה נוספת שביקשה להישאר בעילום שם).¹¹⁰

אשר לרשיון המשותף שניתן לבית-החולים פורייה ולבית-החולים בצפת, ממשרד הבריאות נמסר כי סגן שר הבריאות פועל להרחבת מספר הרשיונות כך שבת-החולים צפת, פורייה וחדרה ירכשו, כל אחד מהם, מכשיר MRI נייד נפרד, שכן המשרד מאמין שבכל בית-חולים יש להציב מכשיר נייד. לדברי המשרד, הרשיון שניתן לרכישת מכשירים ניידים הוא אילוץ, בשל מספרם המועט של רשיונות שאושרו בהשוואה למספר הרשיונות הנדרש.¹¹¹ נציין כי המשרד לא מסר מהו לוח הזמנים להרחבת רשיונות אלה.

¹⁰⁸ משרד הבריאות, המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, מכשירים רפואיים מיוחדים בישראל: תמונת מצב ודפוסים שימוש, 2007–2009, אוקטובר 2010.

¹⁰⁹ ד"ר סלים נחלה, מנהל בית-חולים הצרפתי בצפת, שיחת טלפון, 1 בדצמבר 2011.

¹¹⁰ ד"ר מסעד ברהום, מנהל בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, שיחת טלפון, 1 בדצמבר 2011.

¹¹¹ גב' איילת קידר, מנהלת ענף במינהל רפואה, מכתב בדואר אלקטרוני, 30 בנובמבר 2011.



6.3. מאיץ קווי

מאיץ קווי הוא מכשיר המשמש לטיפול בקרינה – רדיותרפיה – והוא מרכיב חשוב ברצף הטיפולי בחולים במחלות ממאירות. כמחצית מחולי הסרטן מטופלים כיום ברדיותרפיה כחלק מהטיפול הראשוני שלהם בסרטן. בתחילת שנת 2010 היו בישראל 25 מאיצים קוויים, כדלקמן:¹¹²

מחוז	מספר מאיצים קוויים
תל-אביב	9
ירושלים	5
מרכז	4
חיפה	4
דרום	3
סך הכול	25

מחוז צפון הוא המחוז היחיד שאין בו ולו מאיץ קווי אחד. בכל יתר המחוזות יש שלושה מכשירים או יותר. שירות זה ניתן כיום לתושבי הצפון במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה, שבו ארבעה מכשירים. בהחלטת הממשלה מפברואר 2011 נקבע שיוספו שמונה מאיצים קוויים,¹¹³ ועל-פי התוכנית להוספת יחידות חדשות בבתי-החולים בצפון יש כוונה להקים במרכז הרפואי זיו בצפת מרכז הקרנות שיהיה בו מאיץ קווי.¹¹⁴ אשר לשאלתנו מתי יוצב מכשיר זה במחוז צפון, השיב המשרד: "אנו עומדים להוסיף מאיץ קווי בבית-החולים זיו בצפת ומתקדמים על-פי תוכנית עבודה וגיוס שאר התקציב".¹¹⁵

6.4. יחידה להפריה חוץ-גופית¹¹⁶

הפריה חוץ-גופית (IVF – In Vitro Fertilization) היא אמצעי לטיפול בעקרות נשים. בתהליך זה מפרים את ביצית האשה על-ידי זרע מחוץ לגוף האשה, ולאחר מכן משיבים את הביצית המופרית לרחם. בישראל פועלות 24 יחידות להפריה חוץ-גופית, כדלקמן:¹¹⁷

¹¹² משרד הבריאות, המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות, מכשירים רפואיים מיוחדים בישראל: תמונת מצב ודפוסי שימוש, 2007–2009, אוקטובר 2010.

¹¹³ החלטה מספר 2917 של הממשלה, "חיזוק מערכת הבריאות והרחבת מערך האשפוז הציבורי", 27 בפברואר 2011.

¹¹⁴ משרד הבריאות, המינהל לטכנולוגיות ותשתיות, האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים, מכתב, 3 בנובמבר 2009.

¹¹⁵ גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 4 בדצמבר.

¹¹⁶ ראו גם מרכז המחקר והמידע של הכנסת, היקפן ופריסתן של היחידות להפריה חוץ-גופית בישראל, כתבה שירי בס ספקטור, 21 בפברואר 2010.

¹¹⁷ החלטה מספר 2917 של הממשלה, "חיזוק מערכת הבריאות והרחבת מערך האשפוז הציבורי", 27 בפברואר 2011.



מספר יחידות הפריה חוץ-גופית	מחוז
6	מרכז
5	תל-אביב
5	חיפה
4	ירושלים
2	דרום
2	צפון
24	סך הכול

מ-24 יחידות הפריה חוץ-גופית, רק שתי יחידות נמצאות במחוז צפון, האחת במרכז הרפואי העמק בעפולה והאחרת במרכז הרפואי פורייה בטבריה.

ב-12 בספטמבר 2006 החליטה הממשלה לתקן את התוספת החמישית לפקודת בריאות העם, 1940, ולכלול בה הוראה שלפיה השיעור המרבי של יחידות ומכונים להפריה חוץ-גופית בישראל לא יעלה על יחידה אחת ל-300,000 נפש.¹¹⁸ ערב קבלת החלטה זו לא נכללה בתוספת החמישית לפקודה כל הוראה בדבר המספר המרבי של יחידות ההפריה החוץ-גופית בישראל, ומאז קבלת החלטת הממשלה ועד היום טרם תוקן התיקון האמור בפקודה. עם זאת, ממשלת ישראל רואה את התקן של יחידה אחת ל-300,000 נפש כתקן מנחה לקביעת מספר היחידות להפריה חוץ-גופית בישראל, ובפברואר 2011, בהחלטה נוספת של הממשלה, נקבע כי בהתאם לתקן זה היא מנחה את שרי הבריאות והאוצר להוסיף יחידה להפריה חוץ-גופית בבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה.¹¹⁹

יש לציין כי על-פי גודל האוכלוסייה בישראל בסוף שנת 2010, 7,695,100 נפש,¹²⁰ יש על-פי התקן שצוין צורך ב-25.65 יחידות הפריה חוץ-גופית, כלומר יש צורך בהוספה של יחידה אחת לפחות על מספר היחידות הקיימות כיום. היחס בין גודל אוכלוסיית מחוז צפון בסוף שנת 2010 למספר היחידות במחוז זה (שתי יחידות) הוא כיום 639,600 נפש ליחידה להפריה חוץ-גופית – פי שניים ויותר מהתקן שנקבע בהחלטת הממשלה.¹²¹ זהו מספר הנפשות הגדול ביותר ליחידה בכל המחוזות בישראל. הוספת יחידה להפריה חוץ-גופית במחוז זה תביא ליחס של 426,400 נפשות ליחידה. גם יחס זה הוא מעל התקן שקבעה הממשלה, אולם בגין הוספה כאמור היחס במחוז צפון ישתפר ויהיה טוב יותר מהיחס במחוז דרום, שבו יש כיום 553,450 נפש ליחידה.¹²²

מבית-החולים לגליל המערבי נמסר כי בית-החולים החל בבניית היחידה להפריה חוץ-גופית, וככל הנראה היא תחל לפעול בעוד כשמונה חודשים. כמו כן, נמסר כי הסתיים המכרז לבחירת מנהל ליחידה. אולם לטענת בית-החולים טרם התקבל משרד הבריאות תקציב לבניית היחידה ולרכישת ציוד עבורה.

¹¹⁸ החלטה מספר 470 של הממשלה, [פתיחת יחידות מקצועיות והתייעלות מערכת הבריאות הציבורית](#), 12 בספטמבר 2006.

¹¹⁹ החלטה מספר 2917 של הממשלה, "חיזוק מערכת הבריאות והרחבת מערך האשפוז הציבורי", 27 בפברואר 2011.

¹²⁰ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.7, [יישובים ואוכלוסייה, לפי מחוז, נפה, דת וקבוצת אוכלוסייה](#), שנתון סטטיסטי לישראל 2011.

¹²¹ חושב על-פי 1,279,200 איש בסוף שנת 2010, שלרשותם שתי יחידות הפריה חוץ-גופית.

¹²² חושב על-פי 1,106,900 איש בסוף שנת 2010, שלרשותם שתי יחידות הפריה חוץ-גופית.



לדברי בית-החולים, ההערכה היא כי בניית היחידה תסתכם בכ-3 מיליון ש"ח ועלות ההצטיידות תהיה כ-500,000 דולר.¹²³

7. חדר מיון קדמי בעיר קריית-שמונה

בעיר קריית-שמונה פועל משנת 1982 לערך חדר מיון קדמי שמפעיל המרכז הרפואי זיו בצפת. לחדר מיון זה, הפועל 24 שעות ביממה, נקבע תקן אחד לרופא ותקן אחד לאחות. לפני כשנה היו בו שני תקנים לרופאים ותקן אחד לאחות. לדברי עיריית קריית-שמונה, בשנת 2011 ביקרו 9,000 חולים בחדר מיון זה; 5,000 מהם ביקרו בשעות 8:00–19:00. חדר המיון משרת את מבוטחי כל קופות-החולים וכן חיילים המוצבים באזור ונפגעי תאונות דרכים. עוד נמסר מהעירייה כי כ-20% מהפונים לחדר המיון הופנו להמשך קבלת טיפול במרכז הרפואי זיו בצפת.¹²⁴

מדי שנה בשנה מועלות טענות בדבר רצון משרד הבריאות לסגור חדר מיון זה. לדברי ראש עיריית קריית-שמונה מר נסים מלכה, משרד הבריאות דורש מהעירייה להשתתף במימון הפעלת חדר המיון בסכום של 750,000 ש"ח בשנה, אולם לטענתו העירייה אינה יכולה לשאת בעלות זו. כיום פעילותו של חדר המיון מובטחת עד סוף שנת 2012, שכן עיריית קריית-שמונה גייסה תרומה בסך 750,000 ש"ח לשם כך.¹²⁵

במשרד הבריאות טוענים כי המשרד, בהוראת סגן שר הבריאות, גיבש תוכנית לאומית להקמת מוקדי רפואה דחופה ביישובים בפריפריה, שיפעלו לאחר שעות הפעילות של קופות-החולים. לדברי המשרד, במימון המרכזים יישאו משרד הבריאות, הרשות המקומית וקופות-החולים – כל אחד מהם בשליש מעלות ההפעלה. המשרד סבור כי אין צורך בחדר מיון הפועל 24 שעות ביממה וכי לא רק שלא הוכח הצורך בחדר מיון זה אלא שהפעלתו הובילה את המרכז הרפואי זיו בצפת להפסד כלכלי שנתי של 5 מיליון ש"ח.¹²⁶

ממשרד הבריאות נמסר עוד כי בחודש דצמבר תתקיים במשרד פגישה עם ראשי רשויות בפריפריה, ובהם ראש עיריית קריית-שמונה, לשמיעת עמדותיהם לעניין התוכנית הלאומית להקמת מוקדי רפואה דחופה. יש לזכור שיש רשויות מקומיות שמצבן הכספי לא יאפשר להן לשאת בעלות הפעלת המוקד לרפואה דחופה, והן יאלצו להסתמך על גיוס תרומות.¹²⁷ מן הראוי לדון בשאלה אם נכון שהפעלתו של מוקד רפואה דחופה תהיה תלויה ביכולתה הכלכלית של הרשות המקומית ובשאלה אם בקריית-שמונה, המרוחקת כ-40 ק"מ מבית-החולים הקרוב, יש צורך בחדר מיון קדמי הפועל 24 שעות ביממה.

¹²³ ד"ר מסעד ברהום, מנהל בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה, שיחת טלפון, 1 בדצמבר 2011.

¹²⁴ מר נסים מלכה, ראש עיריית קריית-שמונה, מכתב לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 4 בדצמבר 2011.

¹²⁵ מר נסים מלכה, ראש עיריית קריית-שמונה, שיחת טלפון, 1 בדצמבר 2011.

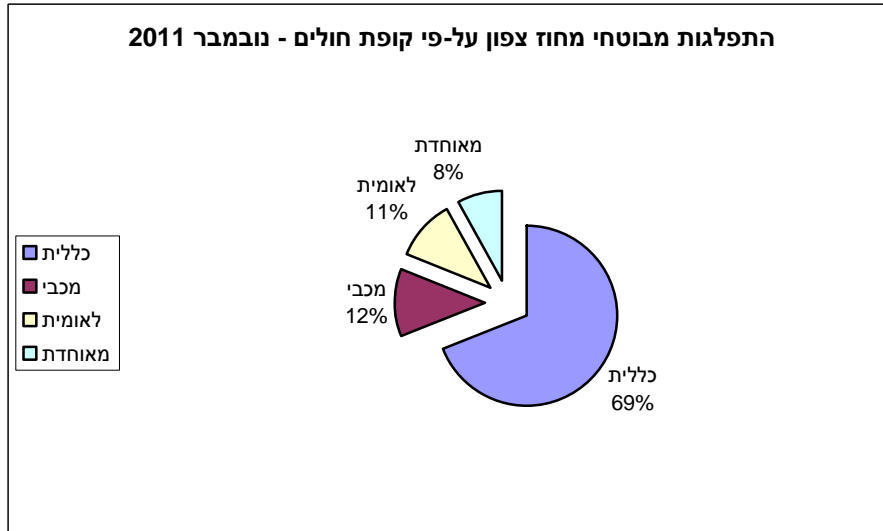
¹²⁶ גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 4 בדצמבר 2011; ד"ר חזי לוי, ראש מינהל רפואה, שיחת טלפון, 4 בדצמבר 2011.

¹²⁷ שם.



8. עידוד קופות-החולים להשקיע בשירותי הבריאות בפריפריה

כ-70% מהמבוטחים במחוז צפון הם מבוטחי שירותי בריאות כללית, ויתר המבוטחים מבוטחים בשלוש הקופות האחרות. להלן התפלגות המבוטחים במחוז צפון בין ארבע קופות-החולים. הנתונים מאפריל 2011:¹²⁸



מספר מבוטחי שירותי בריאות כללית במחוז צפון הוא 883,271 איש, שהם כ-69% ממבוטחי המחוז. לשם המחשת ייחודיותה של חלוקה זו נציין ששיעור המבוטחים בשירותי בריאות כללית במחוז חיפה הוא 60% ובמחוז דרום – 59%. בחינת התפלגות המבוטחים על-פי נפות במחוז צפון מעלה כי כ-76% מהמבוטחים בנפת כינרת, כ-68% מהמבוטחים בנפת צפת, כ-66% מהמבוטחים בנפת עכו, כ-64% מהמבוטחים בנפת גולן וכ-37% מהמבוטחים בנפת יזרעאל מבוטחים בשירותי בריאות כללית.¹²⁹

אחד מהיעדים לצמצום אי-שוויון בבריאות שקבע משרד הבריאות הוא תמרוץ קופות-החולים לנקוט פעולות לצמצום אי-שוויון זה. לשם הגדלת ההשקעה הכספית של הקופות בתשתיות ובפעילות לקידום בריאות בפריפריה הצהיר המשרד על כוונתו לבחון את נוסחת הקצאת המקורות לקופות-החולים וכן לקבוע תמריצים לקופות בהיקף של כ-20 מיליון ש"ח, בכל אחת מהשנים 2011–2013, לשם שיפור התשתיות בפריפריה.¹³⁰

ב-13 באוקטובר 2010 אכן אישרה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת תיקון לתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הקצאה לקופות-החולים), התשנ"ה–1995, ולפיו **בחישוב מספר המבוטחים המשוקלל לצורך הקצאת המקורות הכספיים לקופות-החולים יינתן משקל לכל אחד ממבוטחי הקופות לא רק לפי גילו, כפי שהיה ערב התיקון, אלא גם לפי מינו וריחוק מקום מגוריו ממרכזי אוכלוסייה.** דהיינו, בגין מבוטחים תושבי הפריפריה תינתן לקופות-החולים תוספת תקציב.

הקביעה כי המבוטח הוא תושב הפריפריה – לעניין נוסחת הקפיטציה – מבוססת על מדד פריפריאליות של רשויות מקומיות 2004 שהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה פרסמה בשנת 2008. מדד הפריפריאליות

¹²⁸ מר ז'ק בנדלק, מינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי, מכתב בדואר אלקטרוני, 16 בנובמבר 2011.

¹²⁹ על-פי נתוני סוף שנת 2010. המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, חברות בקופת-חולים 2010, כתב ז'ק בנדלק, יוני 2011.

¹³⁰ משרד הבריאות, עיקרי תוכנית מדיניות הבריאות: מטרות העל 2011–2014, דצמבר 2010.



מבוסס על ממוצע של שני מרכיבים: האחד, **מדד נגישות פוטנציאלית של רשות מקומית**, המשקלל בין קרבת הרשות המקומית לכל הרשויות המקומיות בארץ לבין גודל האוכלוסייה שלה. והשני, קרבה של הרשות מקומית לגבול מחוז תל-אביב; קרבה רבה יותר למחוז תל-אביב משמעה ערך גבוה יותר.¹³¹ מ-95 היישובים שהוגדרו יישובים פריפריאליים לעניין זה, 70 יישובים הם במחוז הצפון – כ-74% מהיישובים הפריפריאליים על-פי מדד הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מכלל המבוטחים שנחשבים תושבי פריפריה לעניין נוסחת הקפיטציה, כ-74% מתגוררים ביישובים במחוז צפון.

שינוי הנוסחה משמעותו כי בגין כל מבוטח המוגדר תושב פריפריה לעניין הנוסחה תקבל קופת-החולים שבה הוא מבוטח תוספת של כ-5%, ולפי משרד הבריאות הכנסת משתנה הפריפריה לנוסחה תביא להגדלת התוספת ליישובי הפריפריה ב-200 מיליון ש"ח; מתוך סכום זה, כ-160 מיליון ש"ח הוספו לסל שירותי הבריאות כתוספת בעקבות הכנסת משתנה הפריפריה לנוסחה.¹³² את השפעתו של שינוי זה יש לבחון בנפרד, אולם יש לציין כבר כעת כי בעוד מטרת השינוי היא עידוד השקעת הקופות בפריפריה, הכספים שיועברו לקופות עקב שינוי נוסחת הקפיטציה אינם כספים צבועים, כלומר הם אינם ייעודיים להשקעה בפריפריה בלבד, והקופה רשאית להקצותם כרצונה. השינוי בנוסחה גם אינו מלווה במנגנון המבטיח כי קופות-החולים אכן ישקיעו תוספת זו ביישובי הפריפריה.

¹³¹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **מדד פריפריאליות של רשויות מקומיות 2004 – פיתוח חדש**, הודעה לעיתונות, 17 באוגוסט 2008.

¹³² **המלצות הצוות הבין-משרדי לעדכון נוסחת חלוקת מקורות המימון לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בין קופות-החולים**, סיוון תש"ע.



טבלה מספר 1

תושבי הנפות במחוז צפון לפי קבוצות אוכלוסייה, שנת 2010: ¹³³

מספר תושבים ערבים	מספר תושבים יהודים	נפה
368,900	187,800	נפת עכו
246,600	194,800	נפת יזרעאל
30,500	69,300	נפת כנרת
11,300	91,700	נפת צפת
22,900	18,100	נפת גולן
680,200	561,700	סך הכול

טבלה מספר 2

תוחלת החיים בלידה של שני המינים לפי מחוז, בשנים 1998–2002: ¹³⁴

תוחלת חיים בלידה נשים	תוחלת חיים בלידה גברים	מחוז
81.9	78.1	ירושלים
81.7	77.6	המרכז
81.3	77.1	תל אביב
80.1	76.2	חיפה
79.9	75.9	הצפון
79.6	75.0	הדרום

¹³³ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.7, [יישובים ואוכלוסייה, לפי מחוז, נפה, דת וקבוצת אוכלוסייה, שנתון סטטיסטי לישראל 2011](#).

¹³⁴ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות, [פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 1998–2002](#), מאי 2006.



טבלה מספר 3

מספר פטירות של תינוקות בישראל בשנת 2010 על-פי מחוז: ¹³⁵

מחוז	פטירות תינוקות בשנת 2010
דרום	153
ירושלים	110
צפון	104
מרכז	88
חיפה	66
תל-אביב	65
יהודה ושומרון	24
סך הכול	610

טבלה מספר 4

שיעור המדווחים על סוכרת, אסטמה, יתר לחץ דם וסרטן על-פי מחוזות, שיעור ל-1,000 נפש:

מחוז	דיווחו על סוכרת, שיעור ל-1,000 נפש ¹³⁶	דיווחו על אסטמה, שיעור ל-1,000 נפש ¹³⁷	דיווחו על יתר לחץ דם, שיעור ל-1,000 נפש ¹³⁸	דיווחו על סרטן, שיעור ל-1,000 נפש ¹³⁹
חיפה	60	37	146	21
דרום	57	33	117	6
צפון	51	28	97	12
תל-אביב	50	42	132	22
מרכז	49	45	109	17
ירושלים	32	34	82	14
יהודה ושומרון	32	23	55	6

¹³⁵ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 3.11, [לידות חי, פטירות ופטירות תינוקות, לפי מחוז ונפה, קבוצת אוכלוסייה ודת, שנתון סטטיסטי לישראל 2011](#).

¹³⁶ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 11, [מדווחים על סוכרת לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות, סקר בריאות 2009, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011](#).

¹³⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 12, [מדווחים על אסטמה לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות, סקר בריאות 2009, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011](#).

¹³⁸ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 7, [מדווחים על יתר לחץ דם לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות, סקר בריאות 2009, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011](#).

¹³⁹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 15.1, [מדווחים לפי סרטן לפי מין ותכונות דמוגרפיות וחברתיות, סקר בריאות 2009, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011](#).



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

טבלה מספר 5

שיעור המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית בהיקף של שלוש פעמים בשבוע לפחות על-פי מחוזות: ¹⁴⁰

מחוז	שיעור הגברים שעסקו בפעילות גופנית ¹⁴¹ שלוש פעמים לפחות (שיעור ל-1,000 נפש)	שיעור הנשים שעסקו בפעילות גופנית שלוש פעמים לפחות (שיעור ל-1,000 נפש)
תל-אביב	259	227
מרכז	234	209
חיפה	226	184
יהודה ושומרון	219	183
דרום	206	171
ירושלים	194	182
צפון	164	150

טבלה מספר 6

שיעור המדווחים על עישון על-פי מחוזות: ¹⁴²

מחוז	שיעור הגברים המעשנים כיום, שיעור ל-1,000 איש	שיעור הנשים המעשנות כיום, שיעור ל-1,000 איש
צפון	349	103
דרום	313	154
חיפה	310	122
ירושלים	274	101
מרכז	254	129
תל-אביב	251	150
יהודה ושומרון	14	60

¹⁴⁰ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 25, [אנשים שעוסקים בפעילות גופנית לפחות 3 פעמים בשבוע לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות](#), סקר בריאות 2009, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011.

¹⁴¹ פעילות של 30 דקות ביום לכל הפחות.

¹⁴² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 24, [מעשנים כיום לפי מין ותכונות דמוגרפיות חברתיות](#), סקר בריאות 2009, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011.



טבלה מספר 7

שיעור בעלי BMI של 30 ומעלה לפי מחוזות: ¹⁴³

מדד מסת גוף BMI של 30 ומעלה על-פי דיווח עצמי של משקל וגובה שיעור ל-100 תושבים		מחוז
נשים	גברים	
15.7	15.6	צפון
18.9	14.1	דרום
19.8	13.7	חיפה
13.4	13.5	מרכז
12.6	12.5	תל-אביב
18.2	12.1	ירושלים

טבלה מספר 8

שיעור עמדות טיפול ל-1,000 נפש על-פי מחוזות: ¹⁴⁴

מחוז	עמדות דיאליזה ל-1,000 נפש	עמדות רפואה דחופה ל-1,000 נפש	עמדות ניתוח ל-1,000 נפש	עמדות התעוררות ל-1,000 נפש
סך הכול	0.154	0.149	0.058	0.102
ירושלים	0.199	0.251	0.087	0.128
תל-אביב	0.185	0.148	0.083	0.151
חיפה	0.216	0.194	0.069	0.154
מרכז	0.122	0.139	0.055	0.097
צפון	0.145	0.142	0.041	0.081
דרום	0.136	0.089	0.033	0.043

¹⁴³ משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 28, [מדד מסת גוף של 30 או יותר על-פי דיווח עצמאי של משקל וגובה](#), סקר הבריאות הלאומי 2003–2004, תאריך כניסה: 30 בנובמבר 2011.

¹⁴⁴ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2009](#), חלקים א' ו-ב', תשע"א.



הכנסת

מרכז המחקר והמידע