



# יוצאים ידי חובה

שירותי הבריאות

בכפרים הבלתי מוכרים בנגב

אפריל 2009

المجلس الإقليمي للقرى غير المعترف بها في النقب  
 המועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב  
 The Regional Council for the Unrecognized Villages in the Negev-RCUV



רופאים לזכויות אדם - ישראל (ע"ר)  
 أطباء لحقوق الإنسان-إسرائيل  
 Physicians For Human Rights - Israel



**רופאים לזכויות אדם - ישראל (ע"ר)**  
**أطباء لحقوق الإنسان - إسرائيل**  
**Physicians For Human Rights - Israel**



## **יוצאים ידי חובה**

**שירותי הבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב**

אפריל 2009

# יוצאים ידי חובה

## שירותי הבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב

אפריל 2009

**כתיבה:** וסים עבאס

**תחקיר:** יעלה רענן – המועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב, וסים עבאס – רופאים לזכויות האדם, פאדי אלעברה – רופאים לזכויות האדם

**עריכה:** אירית באומן

**צילום:** דניאלה צ'יסלו

**עיצוב:** דוד מוסקוביץ

**דפוס:** גפרורי דפדפת

### תודות:

כתיבתו של דו"ח זה התאפשרה הודות לתמיכתה של הקהילה האירופית. תוכנו של מסמך זה הוא באחריותה הבלעדית של רופאים לזכויות אדם ישראל ואין הוא משקף בשום אופן את עמדתה של הקהילה האירופית



4	מבוא
6	<b>שירותי רפואה ראשונית</b>
8	המבנה הארגוני של המרפאות ומאפייניהן
8	זמינות השירותים
11	חיבור המרפאות לתשתיות
12	נגישות לשירותים
13	בעיות שפה ותקשורת
14	שעות ימי עבודה
16	שירותי מעבדה ובדיקות
20	<b>שירותי תחנת האם והילד לבריאות המשפחה</b>
20	זמינות ונגישות השירותים
23	תוצאות בריאות בכפרים: תמותת תינוקות והתפתחות הילד
25	סיכום השלכות והמלצות: זיהוי וטיפול מוקדם מול טיפול מאוחר
26	<b>נספחים</b>
26	נספח מס' 1 – תשובת קופת חולים כללית מתאריך 21/2/08
31	נספח מס' 2 – מכתבו של ד"ר טלב אבו חמאד, מנהל מנהלת נגב דרומי, קופ"ח כללית מתאריך 22/12/08 במענה למכתבה של רופאים לזכויות אדם.

עיקר דו"ח זה מוקדש לסוגיית ההפרה של הזכות לקבלת שירותי בריאות של התושבים הערבים – בדואים תושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב ואפלייתם כתוצאה מהעדר חמור במרפאות ותחנות בריאות המשפחה, ובכל הקשור לאספקת, נגישות, זמינות ותאימות במעט שירותי הבריאות הקיימים ביישובים אלו.

הזכות לטיפול רפואי מהווה את אחד המרכיבים החשובים ביותר של הזכות לבריאות. האמנה הבינלאומית לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות הגדירה כי על מדינות שהן צד לאמנה (וישראל ביניהן) לדאוג ל: "יצירת התנאים שיבטיחו לכל שירות וטיפול רפואי במקרה של חולי."<sup>1</sup>

מימוש הזכות לבריאות, כמו גם זכויות אחרות, תלוי בהגשמת ארבעה מרכיבים מהותיים הקשורים בקבלת טיפול רפואי והם: זמינות, נגישות, תאימות ואיכות.

**זמינות:** מוגדרת כקיומם של מתקני בריאות, שירותים ותכניות בכמות מספקת שעולה בקנה אחד עם הצורך של האוכלוסייה.

**נגישות:** גישה למתקנים, לשירותים ולתכניות בריאות בצורה שוויונית ולא מפלה, תוך הסרת מכשולים פיסיים, כלכליים ומחסומי מידע.

**תאימות:** התאמת השירותים הניתנים לקונטקסט החברתי-תרבותי של האוכלוסיות השונות, כיבוד עקרונות האתיקה הרפואית והתאמה תרבותית של השירותים.

**איכות:** שמירה על רמת שירותים רפואיים ומדעיים באיכות מספקת.<sup>2</sup>

עקרון האפליה מהווה את אחת מחובות הגרעין של המדינה בהגשמת מרכיבים אלה.

גם בחוק הישראלי מודגש ערך השוויון בהגשמת המרכיבים השונים של הזכות לבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי – 1994, המסדיר את מחויבות קופות החולים להעניק שירותי בריאות לכלל תושבי המדינה, קובע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי... יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" וכי "שירותי הבריאות הכלולים בסל השירותים יינתנו לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". חוק זכויות החולה – 1996, קובע במפורש כי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית והן מבחינת יחסי אנוש"<sup>3</sup> וכי "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא או מטעם אחר כיוצא באלה."<sup>4</sup>

---

1. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966, article 12(d) שם.

2. שם.

3. חוק זכויות החולה, 1996, סעיף 5.

4. חוק זכויות החולה, 1996, סעיף 4.

עקרון "אי האפליה" אינו מיושם בכל הקשור לקבלת שירות רפואי בכפרים הבלתי מוכרים בנגב. המציאות בכפרים רחוקה מרוח האמנות הבינלאומיות והחוקים המקומיים. ביחס לחובות המדינה, לא זו בלבד שזמינות המתקנים ומרכזי הבריאות בכפרים נמוכה (12 מרפאות בלבד ליותר מ־83,000 תושבים), אלא שגם איכותם ירודה מאוד בהשוואה לשירותים דומים שניתנים במקומות אחרים בארץ. הפערים בין צרכי החברה לבין השירותים הניתנים בפועל בכפרים אלו, מוכיחים עד כמה מופלים תושבי הכפרים הבלתי־מוכרים בנגב בכל הקשור בזכות השווה ליהנות משירותי בריאות, לעומת שכניהם היהודים. מדובר ללא ספק בהפרה מהותית של עיקרון השוויון.

שיפור זמינותם של השירותים והנגישות אליהם, כמו גם שיפור תוצאות הבריאות הנמוכות של האוכלוסייה, מחייב השקעה דיפרנציאלית בפיתוח שירותים ביישובים אלה. במציאות קורה ההיפך: שירותי הבריאות הקיימים לא מסופקים ברמה נאותה על ידי קופות החולים־ספקי השירות שנותנות שירותים ברמת נגישות, זמינות ותאימות נמוכים. ובנוסף המדינה מונעת אספקת תשתיות ושירותים חיוניים ומשתמשת באי אספקת שירותי בריאות נוספים כאמצעי לחץ שמטרתו אילוץ התושבים לעבור לעיירות הקבע ולוותר על בעלותם על האדמה.

מסקנות אלה מבוססות על עבודת שטח שנעשתה על ידי הארגונים רופאים לזכויות אדם והמועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב. בין החודשים מרץ ואוגוסט 2008 נעשה מיפוי כללל שירותי הבריאות הקיימים בכפרים הבלתי מוכרים בנגב. המיפוי כלל את 11 המרפאות של קופת חולים כללית, את המרפאה היחידה של קופת חולים "לאומית" ביישוב "אלסייד", ושמונה תחנות לאם ולילד. שירותים אלה הושאו לשירותים הניתנים ביישובים יהודיים פריפריאליים באזור הנגב<sup>5</sup>, הדומים בנתונים דמוגרפיים וגיאוגרפיים חשובים: מרפאות כפריות, אשר מרחקם מהעיר דומה למרחק המרפאות בכפרים הערבים בנגב, ואשר מספקות שירותים לגודל אוכלוסייה דומה. תוצאות מיפוי זה יוצגו בהרחבה בפרקים הבאים.

5. היישובים היהודיים שנבדקו הם: מדרשת שדה בוקר, קיבוץ שדה בוקר, שרינים, רביבים ומעגלים. היישובים נבחרו בין היתר לפי מספר תושבים (ממוצע דומה לזה שבכפרים) וכן בהתאם לאשכול חברתי-כלכלי (יישובים שאינם משתייכים בהכרח לאשכולות גבוהים).

## שירותי רפואה ראשונית – מרפאות

אוכלוסיית הכפרים הבלתי מוכרים בנגב סובלת זה שנים ארוכות ממדיניות הממשלות השונות שלא להכיר ביישובים. למדיניות זו השלכות על מצב בריאות התושבים. דו"ח שפורסם בפברואר 2009 על ידי מחוז דרום במשרד הבריאות – "מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב"<sup>6</sup> – מצביע על תוצאות בריאות נמוכות של האוכלוסייה הערבית בדואית בנגב בכלל, ובכפרים הבלתי מוכרים בפרט: שיעור תמותת תינוקות גבוה במיוחד, שיעור גבוה של ילדים הסובלים מתת-תזונה, תינוקות הנולדים עם משקל לידה נמוך בהשוואה לממוצע הארצי, אחוז גבוה של ילדים הסובלים מאנמיה ומבעיות גדילה ועוד. הדו"ח ממליץ על הפעלת תוכניות מניעה, ועל שיפור תשתיות תומכות בריאות (אספקת מים וחשמל סדירה, סלילת דרכי גישה, סילוק שפכים, פינוי אשפה), זאת בנוסף לשיפור והרחבה של שירותי הבריאות הקיימים בכפרים, קרי, טיפות החלב והמרפאות הראשוניות.

שירותי רפואה ראשונית נחשבים לגורם מכריע בכל הקשור לטיפול, אבחון ומניעת מחלות. עד ל-1994 לא הוקמה בכפרים הבלתי מוכרים ולו מרפאה אחת. אלה מבין התושבים (כ-60%) שהיו מסוגלים לבטח את עצמם (בשנים שלפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי) נאלצו לעשות דרכם למרפאות ביישובים בדואים ויהודיים בסביבתם הקרובה או הרחוקה. מרפאות שירותי בריאות כללית הקיימות בקיבוצים, במושבם או ביישובים קהילתיים הנמצאים בסמוך לכפרים, לא פתחו שעריהן לאותם תושבים. רק בערים כבאר שבע, ירוחם, דימונה או ערד<sup>7</sup>, בהן יש מרפאות המוגדרות כ"מרפאות מיעוטים" ניתנו שירותים לאוכלוסייה הבדואית. מצב זה מתקיים עד לעצם היום הזה. במסמך בנושא, שהוכן ב-1994 מטעם הרשות לפיתוח הנגב, נכתב כי: "מאוכלוסיית הנגב נמנע שירות בריאות הולם", וכי "...על בסיס החוק תהיה לאוכלוסייה הבדואית הזכאות לדרוש שירותי בריאות שכרגע אינם מסופקים בחלקם או במלואם."<sup>8</sup> עם החלת החוק נרשם רובה המכריע של האוכלוסייה אשר לא הייתה מבוססת לשירותי בריאות כללית.

המרפאה הראשונה בכפרים – מרפאת "אל סייד" – הוקמה בכפר אל-גרין בשנת 1994. מאז ועד היום הוקמו בסך הכול 12 מרפאות בכפרים הבלתי-מוכרים, 11 מופעלות ע"י קופת חולים כללית ואחת ע"י קופ"ח לאומית (כן קיימת מרפאה נוספת של כללית ביישוב החדש שהוקם לשבט טרבין-אלסאנע).

6. ראה דו"ח "מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב" **לשכת הבריאות – מחוז דרום**, דצמבר 2008.

7. בבאר-שבע ובערד ישנן מרפאות של שירותי בריאות כללית אשר מטפלות באופן בלעדי במבוטחים בדואים ונקראות "מרפאות מיעוטים".

8. דו"ח "בשט הפקר", רופאים לזכויות האדם 2003, עמ' 52.

הקמת רוב המרפאות והתחנות לבריאות המשפחה התאפשרה רק בעקבות עתירות לבג"צ. ביוני 2000 הגישו האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות אדם והמועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב עתירה להקמת מרפאות (בג"צ 4540/00). בעתירה נדרשה המדינה להקים מרפאות בשלושה כפרים<sup>9</sup> ולקבוע קריטריונים להקמת מרפאות עתידיות בישובים ערביים בנגב בהם אין מרפאות קהילתיות. בתשובת המדינה התעלמה זו מן הדרישה לקבוע קריטריונים, אך התחייבה להקים מרפאות בכפרים – דריג'את, וואדי אלנעם ואל-זרנוג (אבו קווידר). משרד הבריאות בתשובתו מה- 11.9.2001 ציין כי על-פי עמדתו המקצועית יש להקים בנוסף מרפאות בכפרים – אל פורעה, עבדה, מרעית, תל-אלמלח וביר-הדאג'. בפסק הדין מתאריך 14/5/2006 השופטים לא הטילו על משרד הבריאות לקבוע קריטריונים ברורים להקמת מרפאות, אבל קבעו כי "הקמת מרפאות ביישובי הבדואים היא צורך חיוני שעל המדינה לספק"<sup>10</sup>. חשוב לציין שהתחייבות זו של המדינה להקים עוד מרפאות לא מומשה במלואה, וכי המלצות של משרד הבריאות להקים עוד מרפאות באל-פורעה ובתל-אל-מלח נדחו על ידי הוועדה המחוזית לתכנון ובנייה ומשרד הפנים בטענה שהמעמד התכנוני של היישובים לא מאפשר הקמת מרפאות.

במהלך החודשים מרץ-אוגוסט 2008 נערך מטעם **רופאים לזכויות אדם והמועצה האזורית לכפרים הבלתי-מוכרים בנגב** סקר מיפוי לשירותים הקיימים בכל המרפאות ותחנות בריאות המשפחה בכפרים הבלתי מוכרים בנגב<sup>11</sup>. הסקר כלל ביקור בכל אחת מהמרפאות, שיחה ומילוי שאלונים ע"י אנשי הצוות השונים. השאלונים הורכבו על בסיס שאלונים קודמים של מיפוי שירותים דומה שבוצע בשנת 2003 על ידי רופאים לזכויות האדם ואוניברסיטת בן-גוריון בנגב, והורכבו בעזרת מומחה לבריאות הציבור וכללו שאלות לגבי חיבור המרפאות לתשתיות (מים, חשמל וביוב), שאלות על סוגי השירותים, מספר אנשי צוות והתמחויות, שפה ותקשורת, שירותי מעבדה ושעות פעילות של המרפאות.

בנוסף, פנינו במכתב מתאריך 25/12/07 אל קופת חולים כללית באמצעות חוק חופש המידע (לאחר שנשלחו שתי פניות שהופנו למר' שמואל לפיד – מנהל מחוז דרום בקופת חולים כללית), וביקשנו מידע, אותו אימתנו בביקורינו במרפאות. המידע שנתקבל בתאריך 21/2/08 הגיע באיחור והיה חלקי, שכן הקופה טענה כי אין ברשותה מידע נוסף על זה שנמסר<sup>12</sup>. חשוב לציין כי במהלך שנת 2003 נערך מיפוי דומה<sup>13</sup> שהצביע על לקויים חמורים ברמת השירותים, זמינותם ונגישותם לאוכלוסייה. לא מפתיע שחמש שנים לאחר המיפוי הראשוני, מצאנו את אותה רמת השירותים ותוצאות דומות החושפות, שוב, תמונה קשה באשר לרמת השירותים הניתנים במרפאות בכפרים הבלתי מוכרים. עיקר הבעיות כפי שנמצאו הן בזמינותן ונגישותן של המרפאות, בשעות ובימי עבודה וכן מכשולי שפה ותקשורת, בנוסף לרמת שירותים נמוכה והעדר תרופות ורפואת מומחים. על ממצאים אלה יורחב בהמשך.

9. וואדי אלנעם, אל-זרנוג (אבו קווידר) ודריג'את.

10. מתוך פסק דין מבג"צ 4540/00, מתאריך 14/5/06.

11. סקר המיפוי נערך על-ידי וסים עבאס, יעלה רעון ופאדי אלעברה מרופאים לזכויות האדם, במהלך החודשים מרץ-אוגוסט 2008.

12. ראה נספח מס' 1 תשובת קופת חולים כללית מתאריך 21/2/08. בשיחת טלפון שקיים וסים עבאס עם גב' נועה דנאי-מנהלת מחלקת נהלים, תיאום וניהול ידע באגף תכנון ומדיניות בריאות ב"כללית" בתאריך 27.2.08 נמסר שהמידע שנשלח כולל כל המידע הקיים ברשותם על המרפאות בכפרים.

13. המיפוי נערך ב-9 המרפאות שהיו קיימות אז, על ידי רופאים לזכויות האדם עם אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

## המבנה הארגוני של המרפאות ומאפייניהן

רוב המרפאות פועלות בתוך מבנים ארעיים (קרוואנים), ליד בתי הספר. הן מחוברות לרשת המים הארצית, בעוד החשמל מסופק על-ידי גנראטור. לרוב המרפאות מבנה ארגוני דומה: עובד/ת משק, מנהל/ת אדמיניסטרטיבית, אח/ות ורופא/ת משפחה מומחה ו/או רופא כללי ללא התמחות. המנהל/ת האדמיניסטרטיבית/ת אחראית על הקשר השוטף עם המבוטחים ובין היתר גם על קביעת התורים<sup>14</sup>. ברוב המרפאות ניתן שירות הזמנת תורים לבדיקות ולרופאים שאינם זמינים במרפאה, זאת מתוך ההכרה בקושי בקביעת תור העומד בפני מי שאינו בקיא בשפה. האח/ות אחראית, בנוסף לתפקידי/ה המקובלים, גם על בדיקות המעבדה המתבצעות פעמיים בשבוע ברוב המרפאות ועל מכירת התרופות בחדר התרופות. כל הרופאים שמשרתים במרפאות כללית בכפרים הם רופאים מומחים או מתמחים ברפואת משפחה או רופאים בלי כל התמחות-אין אף רופא מומחה ברפואת ילדים או נשים. רק במרפאה היחידה שמפעילה לאומית בכפר "אלסייד" יש גם רופא נשים (גניקולוג), שלו שעות קבלה פעם בשבועיים.

## זמינות השירותים

זמינות מוגדרת כקיומם של מתקנים בכמות מספקת העונה על צרכי האוכלוסייה.

ב-34 כפרים אין כיום שירותי רפואה כלל, ביניהם: אל-פורעה המונה 3,885 תושבים; אלזעורה המונה 2,894 תושבים; ותל-אלמלח המונה 1,250 תושבים<sup>15</sup>. לשם ההשוואה, בישובים יהודיים בהם מספר תושבים נמוך מאלה שתוארו, קיימת מרפאה ראשונית, לדוגמא: בקיבוץ שדה בוקר המונה 360 תושבים, מדרשת שדה בוקר המונה 650, וקיבוץ רביבים המונה 900 תושבים. ביישוב להבים, אשר מנה, בשנת 2006, 5,569 תושבים, יש שלוש מרפאות בהן רופא/ת משפחה, רופא/ת ילדים וביקורים קבועים של רופאים מומחים, זאת בנוסף לבית מרקחת אחד, בעוד שבכל הכפרים הבלתי מוכרים אין ולו בית מרקחת אחד. בניגוד ללהבים, בכפר וואדי אל-נעם המונה יותר מ-6,000 תושבים, יש מרפאה אחת בלבד, ובה רופא משפחה ואחות.

אחד האינדיקטורים לזמינות השירותים, הינו יחס רופא-קהילה; היחס המקובל בישראל הוא רופא אחד לכל 1,400-1,200 אנשים בקהילה (בריאה ויציבה). מהנתונים שאספנו עולה כי בכפרים הבלתי מוכרים, ממוצע רופא-קהילה עומד על רופא אחד לכל 3116.7 תושבים. גם בבדיקת יחס רופא-מבוטחים (דהיינו אלה מבין התושבים הרשומים כמבוטחים במרפאות בכפרים), הרי שהמספר גבוה ועומד על 1,531 מבוטחים לכל רופא<sup>16</sup>. לצורך השוואה בדקנו ממוצע רופא-קהילה בחמישה ישובים יהודיים הדומים בגודל האוכלוסייה שלהם (מדרשת שדה בוקר, קיבוץ שדה בוקר, שריגים, רביבים ומעגלים), ומהנתונים עלה כי יחס הרופא-תושב בהם עומד על אחד לכל 892 תושבים.

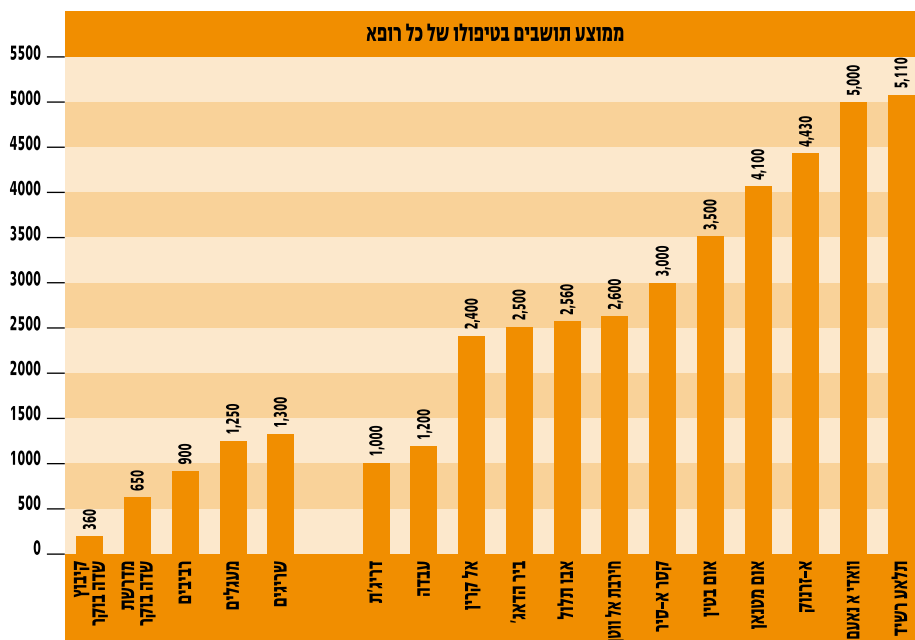
14. מלבד המרפאה בכפר עבדה שאין בה אף עובד חוץ מרופא אחד, שגם ממלא תפקיד המנהל ופקיד האדמיניסטרציה.

15. נתונים עד שנת 2004 של המועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב.

16. יותר ממחצית אוכלוסיית הכפרים הבלתי מוכרים מבוטחת במרפאות הקיימות בעירות הבדואיות או ב"מרפאות מיעוטים" בערים הקרובות ביותר (באר שבע,

ערד, ירוחם ודימונה), דבר שעשוי להצביע על אי שביעות רצון מהשירותים הקיימים באותן מרפאות בכפרים.

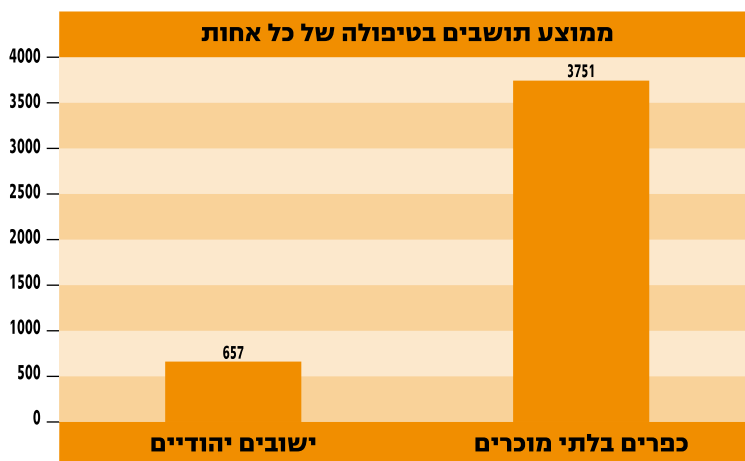
## טבלה מס' 1: ממוצע תושבים בטיפולו של כל רופא במרפאות בכפרים וביישובים יהודיים



\* ממוצע כפרים: 3116.7 / ממוצע יישובים יהודיים: 892

בכל הקשור לאחים/יות, המצב חמור אף יותר. מהנתונים אותם קיבלנו מקופת חולים "כללית" עולה כי רק 9 אחיות עובדות במרפאות של הקופה בכפרים הבלתי מוכרים בנגב. אחות נוספת עובדת במרפאת "לאומית" באל-סייד. מחישוב של יחס אחות-קהילה, עולה שבכפרים, לכל 3751 תושבים יש אחות אחת בממוצע (לפי מספר תושבים), לעומת 657 תושבים לכל אחות ביישובים היהודיים שנבדקו. גם היחס אחות-מבוטחים בכפרים גבוה ועומד על אחות אחת לכל 1769 מבוטחים.

## טבלה מס' 2: ממוצע תושבים בטיפולה של כל אחות במרפאות בכפרים ובישובים יהודיים

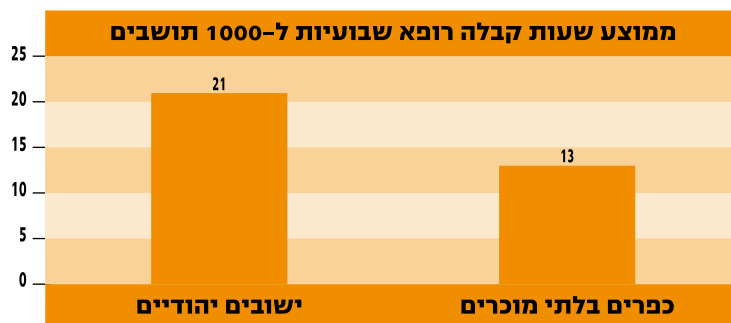


הפערים התהומיים בנתונים שהוצגו לעיל אינם יכולים להיות מוסברים אלא על ידי אפליה עמוקה ומושרשת בכל הקשור לתפיסת המדינה את אזרחיה הערבים־הבדואים. במקום לנקוט במדיניות של סגירת פערים על ידי השקעה דיפרנציאלית באוכלוסייה שנתוני הבריאות שלה נמוכים משמעותית מכל אוכלוסייה אחרת – השקעה שמשמעה הקצאת לפחות 60 תקנים לרופאים שישרתו את האוכלוסייה<sup>17</sup> – בפועל, לא רק שאין השקעה דיפרנציאלית, אלא שמספר הרופאים והאחיות רחוק מלהיות קרוב ליחס המקובל והינו יותר מפי שלוש מהיחס המקובל בישראל.

בנוסף, גם ממוצע שעות הקבלה השבועיות של רופאים לכל 1,000 תושבים במרפאות בכפרים נמוך מזה שביישובים היהודיים – 13 שעות קבלה שבועיות לכל 1,000 תושבי כפרים לעומת 21 בישובים היהודיים.

17. פרופ' מיכאל ויינגרטן, חישובי התאמת מרפאה לתושבים לפי יחס מספר הרופאים לקהילה. רופאים לזכויות אדם, מסמך פנימי.

### טבלה מס' 3: ממוצע שעות קבלת רופא שבועיות במרפאות ל-1000 תושבים



מיותר לציין שמצב זה של מחסור ברופאים, אחיות ושעות קבלה גורם לעומס יתר על אלה העובדים במרפאות. לפיכך הרופאים מקדישים זמן מועט לכל חולה, זמני המתנה ארוכים מאוד לבדיקת רופא/ת (מעל ל-45 דק' המתנה) או לשירות קביעת תור לרופא/ה מומחה (מספר שבועות)<sup>18</sup>.

### חיבור המרפאות לתשתיות

מבחינת מים וביוב כל המרפאות בכפרים הבלתי מוכרים מחוברות לרשת המים הארצית. בנוסף רמת הסניטציה נאותה – ברובן קיימים שירותים המחוברים לבור תת קרקעי לספיגת מי ביוב.

החיבור לחשמל נחשב כתשתית חיונית ביותר לשיפור איכות וזמינות השירותים הרפואיים. אולם, כל המרפאות בכפרים אינן מחוברות לרשת החשמל הארצית ונעזרות בגנרატורים שרובם מופעלים רק בשעות הפעילות של המרפאה. מרפאות בודדות בלבד מחוברות לגנררטור המופעל אוטומטית בלילה ומאפשר הפעלת המקרר לאחסון התרופות הדורשות קירור. בשאר המרפאות העדר החיבור לחשמל מונע החזקת תרופות הזקוקות לקירור, בהן תרופות למחלות כרוניות רבות. בנוסף, מנות חיסון הדורשות קירור מובאות על ידי האחות בכל בוקר ומוחזרות למרפאת "האם" בסוף היום. הירתמותן של האחיות מבורכת אך אין בה כדי להבטיח המצאות החיסונים באופן סדיר ולכל אורך תקופת החיסונים, כפי שקורה ברוב המרפאות.

תלותן של המרפאות באספקת חשמל מגנררטור גורמת לשיבושים בפעילותן. בעבר הושבתו מרפאות בגלל בעיות באספקת החשמל מהגנררטור, תקלות, או כשהסולר אזל. כך למשל, בכפר קסר אל-סר (אל-הוואשלה), נסגרה המרפאה במהלך 2008 כמה פעמים בשל גניבת מיכלית הסולר.

<sup>18</sup>. מתוך שיחות שלנו עם מטופלים במהלך הביקורים במרפאות

נושא של חיבור המרפאות בכפרים לרשת החשמל הארצית נידון בבג"צ מס' 6602/07, שהוגש בשנת 2007 על ידי רופאים לזכויות האדם, האגודה לזכויות האזרח והמועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב. טרם נתקבל פסק דין בנדון.

## רפואה מתמחה (ילדים ונשים) ושירותי רוקחות

אמנות בינלאומית רבות מגדירות את אוכלוסיית הנשים והילדים כפגיעות, ודורשות מהמדינה הגנה ודאגה מיוחדת להנגשת שירותים רפואיים והתאמתם לאוכלוסיות אלה<sup>19</sup>. חרף מחויבותה המוסרית והחוקית של ישראל לאמנות אותן אישרה, מהמיפוי שערכנו במרפאות עולה כי באף אחת מ־11 המרפאות של קופת חולים כללית אין ולו רופא מומחה אחד ברפואת ילדים או רפואת נשים, מלבד מרפאת קופת חולים "לאומית" שבאל-סייד אליה מגיע רופא נשים אחת לשבועיים.

מבדיקה שערכנו במרפאות כפריות קטנות של קופ"ח כללית ביישובים סריגים, מדרשת וקיבוץ שדה בוקר, מעגלים ורביבים מצאנו שבמרפאות אלה אין רפואת נשים. לא רק זאת, במרפאות רביבים, מדרשת וקיבוץ שדה בוקר נמצא רופא ילדים, מומחה ברפואה מונעת, רק פעם בשלושה חודשים יחד עם זאת חשוב להדגיש כי מדובר ביישובים קטנים מבחינת מספר התושבים ולתושביהם נגישות טובה למרפאות אזוריות ועירוניות קרובות בהן זמינים שירותים מורחבים הכוללים רפואה מומחית - ביניהם רפואת ילדים ונשים. התושבים ברביבים, מדרשת שדה בוקר וקיבוץ שדה בוקר ניגשים למרפאה האזורית של המועצה האזורית "רמת הנגב" אליה הם משתייכים, ובישוב מעגלים, פונים התושבים למרפאות העירוניות בעיירה נתיבות שנמצאת במרחק של כמה ק"מ בודדים. עבור תושבי הכפרים הבלתי מוכרים, לעומת זאת, הנגישות לרפואה מומחית מוגבלת מאוד בשל העדר כבישי גישה ותחבורה ציבורית סדירה וכתוצאה מכך נאלצים התושבים לנסוע למרחקים גדולים, עד כדי עשרות קילומטרים.

העדר רפואת מומחים במרפאות בכפרים היא עדות למדיניות תמוהה ביותר. לגבי מחסור ברופאי ילדים באוכלוסייה בה ילדים מתחת לגיל 17 מהווים כ־61% מהאוכלוסייה (קרוב ל 50 אלף) נטען בפנינו כי "רפואת הילדים בקהילה נחשבת כרפואה ראשונית... רופאי המשפחה במרפאות כללית ככלל, מוכשרים לבדוק מבוגרים וילדים על פי הכשרה מקצועית."<sup>20</sup>

ממחקר קודם של רופאים לזכויות אדם<sup>21</sup>, נמצא כי יותר ילדים בדואים פונים לחדרי מיון; יותר ילדים בדואים נזקקים לאשפוז במחלקת הילדים וביחידה לטיפול נמרץ; ויותר ילדים בדואים מתים עקב מחלתם. בנוסף, ילדים בדואים מגיעים לחדר מיון בשלבים קריטיים של המחלה, בשל אבחון מאוחר הנובע מהעדר שירותים רפואיים, מחסור בתשתיות ומחסור בכבישים, תחבורה ודרכי גישה לקהילה. בסקר שערכה קבוצת "נשים

19. ראה, האמנה הבינלאומית לזכויות הילד: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

20. האמנה הבינלאומית למיגור כל צורות אפליה נגד נשים <http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm>

21. ראה נספח מס' 2, מכתבו של ד"ר טלב אבו חמאד, מנהל מנהלת נגב דרומי, קופ"ח כללית מתאריך 22 בדצמבר 2008 במענה למכתבה של רופאים לזכויות אדם.

נייר עמדה ילדים חורגים לישראל, רופאים לזכויות האדם, נובמבר 2008

<http://www.phr.org.il/phr/article.asp?articleid=1083&catid=31&pcat=-1&lang=HEB>

מובילות בריאות", כחלק מדו"ח שעסק בהיעדר רפואת ילדים בכפרים והשלכותיו, נמצא כי העדר רופאי ילדים במרפאות בכפרים גורם ל-48 אחוז מהנשים לפנות עם ילדיהן למרפאות אחרות. מתוכן 77 אחוז פונות לרופאי ילדים פרטיים<sup>22</sup> כיוון שאלה נגישים להן יותר מכל גורם רפואי אחר.

אוכלוסיית הכפרים מתאפיינת בגיל ממוצע צעיר ובהריונות מרובים. לפיכך סביר היה להניח כי במרפאות יהיה תקן לרופא נשים. ואולם, בדיקה שעשתה רופאים לזכויות אדם<sup>23</sup> העלתה כי העדר רופא נשים במרפאות גורם לכך שכ-80 אחוז מהנשים בכפרים מוותרות על טיפול רפואי בשל ריחוקן של מרפאות הממוקמות מחוץ לכפרים ואשר בהן כן זמין רופא נשים<sup>24</sup>.

בנוסף להיעדר רפואת מומחים, אין במרפאות רוקחים ובתי־מרקחת (למעט חדרי התרופות במרפאות). העדרו של רוקח מגביל מאוד את מלאי התרופות, זאת בשל הוראות משרד הבריאות הקובעות שחלק ניכר מהתרופות יכולות להיות מונפקות אך ורק על ידי רוקח מוסמך, ולא על ידי אח/ות. גורם נוסף להגבלת המלאי של התרופות הוא אי חיבור המרפאות לרשת החשמל הארצית, כתוצאה המרפאות אינן מחזיקות בתרופות חיוניות שצריכות קירור ממושך. הנגשת שירותי רוקחות לתושבי הכפרים הייתה מקלה באופן משמעותי על החולים וחוסכת מהם הוצאות וטרחה לא מבוטלות הכרוכות בניסיעה לבתי מרקחת ביישובים סמוכים. זמינותן הנמוכה של התרופות במרפאות בכפרים פוגעת במיוחד בחולים כרוניים הצורכים תרופות באופן תדיר, ומסכנת את בריאותם. מתוך שיחות עם תושבי הכפרים, ועם האחיות, מסתבר שזקנים רבים, ובעיקר זקנות, אינן יכולות להגיע לבית מרקחת לקנות תרופות. היעדר חלוקת תרופות לחלק מן המחלות הכרוניות בכפר מונע מהם הלכה למעשה גישה לתרופות מצילות חיים.

## נגישות השירותים

נגישות שווה למתקנים, לשירותים ולמידע רפואי, היא אחד התנאים ההכרחיים ביישום הזכות לבריאות. נגישות נמדדת לא רק במרחק הפיזי של המתקנים מהתושבים, אלא גם תלויה בתנאים נוספים כתשתיות, דרכי גישה ותחבורה ציבורית במחיר שווה לכל נפש. גם המצב הכלכלי של האדם משפיע על יכולתו להתנייד.

במהלך עבודת השטח שלנו באיסוף נתונים על שירותי הבריאות הקיימים בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, נתקלנו בסוגים רבים של מכשולים לנגישות השירותים לאוכלוסייה. הבעיות העיקריות בתחום הנגישות, כפי שעולה מתוצאות המיפוי, הן: ימי ושעות העבודה של המרפאות, מיקומם של שירותי המעבדה וליקויים בתקשורת בין הצוות הרפואי לחולים, בשל בעיות שפה.

<sup>22</sup>. (שם)

<sup>23</sup>. ראה דו"ח **אנא הן - ג'נדר ובריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, גוטליב נורה**, רופאים לזכויות האדם, אפריל-2008  
<http://www.phr.org.il/phr/article.asp?articleid=889&catid=19&pcat=12&lang=HEB>

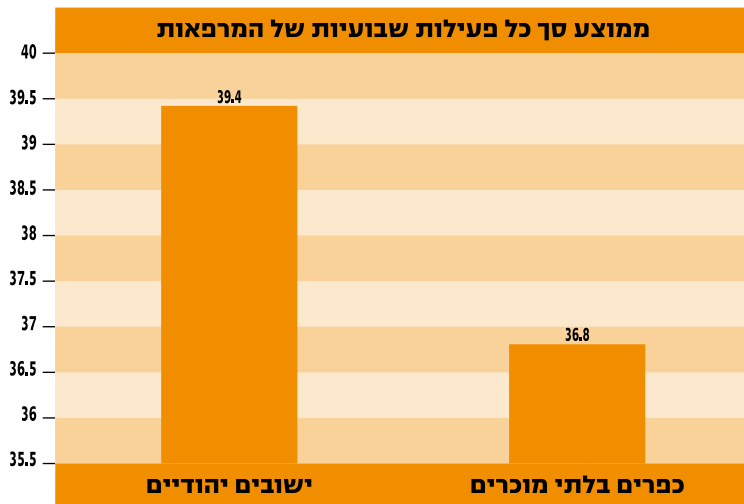
<sup>24</sup>. שם.

## שעות וימי העבודה

בנתונים רשמיים (אף כי חלקיים) שקיבלנו מקופת חולים "כללית" נטען שמרפאותיה בכפרים הבלתי מוכרים בנגב פתוחות חמישה ימים בשבוע, כ־8 שעות ביממה (וכי רובן פתוחות בין השעות 15:30/16:00-8:00). במהלך המיפוי שהתבסס על עבודת שטח, מצאנו סתירות למידע זה, שהעמידו את מהימנות המידע של קופת חולים "כללית" בסימן שאלה. ע"פ הצהרת כללית, שעות הפעילות במרפאת אל־אעסם הן 15:30-7:30, ואילו בדיקת שטח העלתה שהמרפאה פועלת בין השעות 15:00-8:30. בחלק מהמרפאות היינו עדים לסגירתן לפני השעה המצויינת, בעוד באחרות, גם אם נשמרת שעות הסגירה, הרי שהרופא היחיד עזב כמה שעות קודם לכן. עדויות תושבים מהכפר אל־זרנוג (אבו גויידר) העלו שקופת החולים לפעמים נסגרת זמן קצר לאחר השעה 13:00 ולא בשעה 16:00, כפי שאמור היה להיות על־פי נתוני "כללית".

רופא העובד באחת המרפאות (שביקש לא להזכיר את שמו בדו"ח), הפנה את תשומת ליבנו לבעיה חמורה נוספת שקשורה לשעות הפעילות וקבלת הקהל במרפאות. לדבריו, בחלק מהמרפאות, קופת החולים אינה טורחת לשלוח רופא מחליף במקרים בהם נעדר הרופא היחיד העובד במרפאה בשל מחלה או אף חופש המתוכנן מראש. במקרים מסוימים נשאר לפיכך המרפאה לתקופה של שבוע ויותר ללא רופא. שכך, תושבים רבים נאלצים לחכות ימים ארוכים ללא טיפול או לנסוע עד לבאר שבע בכדי לקבלו.

## טבלה מס' 4: ממוצע סך כל שעות פעילות שבועיות של המרפאות בכפרים וביישובים היהודיים



חשוב לציין כי חלק מעובדי המרפאות מודעים לבעיית שעות וימי הפעילות, לא רק משום שזו הועלתה בפניהם לא פעם על ידי התושבים והועדים המקומיים, אלא משום שהגעתם שלהם למרפאות מתאפיינת אף היא באותה בעייתיות. בהעדר תחבורה ציבורית, תלותם בהסעה המאורגנת מטעם הקופה – המובילה צוותים למספר מרפאות – גורמת לכך שחלק מהצוותים מאחר בהגעתו ומקדים ביציאתו ובכך מקוצרות שעות הקבלה הרשמיות של המרפאה. יתרה מכך, נראה שבעיות לוגיסטיות אלו ועלותן הכלכלית, עומדות גם ברקע ההחלטה שלא לפצל את שעות הפעילות במרפאה לשעות הבוקר ואחר הצהריים. תהא אשר תהא הסיבה, העובדה היא כי המרפאות אינן נותנות מענה כלל בשעות אחה"צ והערב. יוצאת דופן היא מרפאת קופת חולים לאומית המפצלת את שעות פעילותה לבוקר וערב.

מרפאת "כללית" ביישוב נבטים, המוגדרת כ"מרפאה כפרית" – בדומה לכל המרפאות בכפרים הבלתי מוכרים – פתוחה חמישה ימים בשבוע, באחד מהימים גם בשעות אחר-הצהריים ועד 19:30 בערב<sup>25</sup>.

המרפאה בכפר עבדה הקרוב למצפה רמון, נפתחה בשנת 2004 לאחר פנייה לבג"צ במסגרת בג"צ מרפאות (בג"צ 4540/00) ומאבק ארוך שנים של התושבים להכרה ביישוב ולאספקת שירותים בסיסיים של חינוך ובריאות. המאבק כלל התנחלות של תושבים מהכפר באוהלים מול קריית הממשלה בירושלים למשך כחצי שנה במהלך שנת 1991, זאת לאחר שכוחות סיוור מיוחדות של המשטרה (יס"מ), פינו אותם מאדמתם בכוח בכדי ליישבם מחדש באחת העיירות הבודאיות. לאורך המאבק הקשה וארוך השנים, הצליחו התושבים להביא להכרה ביישוב, להקמת בית ספר יסודי ולהקמת מרפאה.

המרפאה שהוקמה לאחר העתירה לבג"צ, העלתה ציפייה כי יינתן מענה הולם לבריאותם של יותר מ-1000 תושבים הגרים ביישוב, ציפייה שנכזבה. רמת הזמינות של השירותים במרפאה נמוכה מאוד, אין לה שעות פעילות קבועות, היא מופעלת על ידי רופא יחיד אשר עוסק, בנוסף למתן טיפול רפואי, גם בניהול האדמיניסטרטיבי, בקביעת תורים ובפתיחה וסגירה של המרפאה. רוב הזמן הרופא אינו נמצא במרפאה כך שכאשר חולה זקוק לבדיקתו, עליו להתקשר לנייד של הרופא. או אז, קובע לו הרופא תור בהתאם ליכולתו להגיע למרפאה. הרופא מגיע למרפאה, פותח אותה ומעניק טיפול לחולה. אם אין חולים נוספים – והרי רוב התושבים לא יודעים שהוא אכן מגיע באותה שעה – סוגר הרופא את המרפאה. במקרים מסוימים הרופא מגיע כשעה לאחר שיחת הטלפון, ולעיתים יכול החולה להמתין מספר שעות או ימים.

בשל זמינות נמוכה זו של השירותים, בחרו רוב התושבים של הכפר שלא להירשם במרפאה זו, והם מעדיפים לנסוע למרפאה במצפה רמון שם הם יכולים לסמוך על זמינות השירותים ואף על איכותם הטובה בהרבה, כולל שירותי רפואת מומחים.

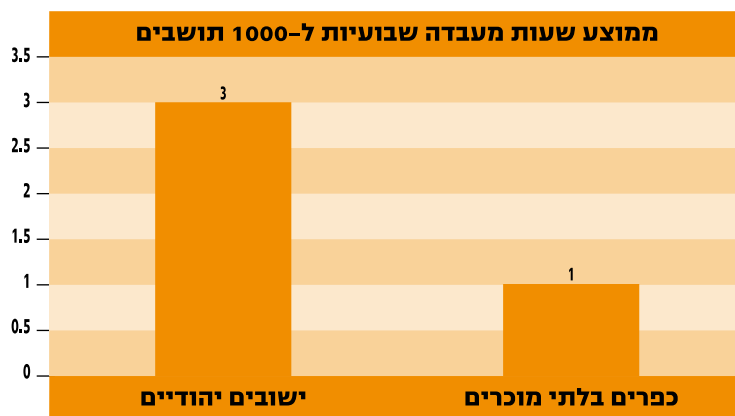
<sup>25</sup> המידע אודות שעות הפעילות של המרפאה מופיע באתר האינטרנט של קופת חולים כללית, <http://www.clalit.co.il>

העובדה כי המרפאות אינן זמינות בשעות אחר הצהריים ואף לא בימי שישי (ימי המנוחה לאוכלוסייה המוסלמית) פוגעת בעיקר באוכלוסייה העובדת הנאלצת להפסיד שעות עבודה. קושי זה מועצם עקב העובדה כי הנשים לרוב לא תצאנה למרפאה ללא ליווי גבר מהמשפחה.

## שירותי מעבדה ובדיקות

לבדיקות מעבדה המתבצעות במרפאה הראשונית, כמו – בדיקות דם, שתן, סכרת, לחץ דם, דופק, משקל וגובה – חשיבות גבוהה לזיהוי, מעקב ומניעה בשלבים המוקדמים ביותר של מחלות. מההשוואה שערכנו עולה כי ממוצע שעות מעבדה שבועיות ל-1000 תושבים בכפרים הבלתי מוכרים עומד על שעה אחת, לעומת שלוש שעות במרפאות שביישובים היהודים. בנוסף, במרפאות בכפרים הבלתי מוכרים נגבד קיימים שירותי מעבדה מוגבלים שכוללים בדיקות דם בסיסיות, שתן, סכרת, דופק, משקל וגובה, ורק בחלק מהמרפאות קיימות בדיקות א.ק.ג וספירת דם. בדיקות מיוחדות לנשים כמו מעקב היריון, סכרת היריון ו-Ultra Sound<sup>26</sup> לנשים כמעט ולא קיימות במרפאות "כללית" בכפרים. לעומתן, כל המרפאות ביישובים היהודים שנבדקו מספקות שירותי בדיקות הכוללים גם בדיקות ספירת דם, סכרת, סכרת היריון ובדיקות א.ק.ג.

### טבלה מס' 5: ממוצע שעות מעבדה שבועיות ל-1000 תושבים בכפרים וביישובים יהודיים



26. מרבית "לאומית" בא-לסייד היא היחידה שעושה בדיקות Ultra Sound לנשים בהריון המבוקרות במרפאה.

## היעדר נגישות פיסיית

חלק גדול מהמרפאות הקיימות בכפרים נמצאות בקצה הרחוק של היישוב, מיקום שנקבע על פי רוב לפי ההנחיות של רשויות התכנון מבלי התחשבות בצרכי התושבים. בסקר שערכו רל"א וקבוצת "נשים מובילות בריאות" בקרב 70 תושבות מהכפרים<sup>27</sup> נמצא כי עקב המרחק הרב של המרפאות ממרכז הכפר ועקב המחסור בשירותים בסיסיים כתרופות, רפואה מקצועית (בדגש על רופא ילדים), שעות קבלה מוגבלות ועוד, מעדיפים תושבים רבים לקבל את השירות בעיירות קבע או אצל רופאים פרטיים. כך למשל, רק 55% מהנשים פונות "רוב הזמן" למרפאה בכפר בעוד – 45% אינן מבקרות במרפאה כלל או שמבקרות בה לפעמים. במקרים בהם נזקקים התושבים לשירות שאינו קיים במרפאה הם נאלצים לנסוע ליישובים מרוחקים. בהיעדר תחבורה ציבורית מן הכפר, הופך הצורך בנסיעה למכשול של ממש. נפגעים מכך בעיקר זקנים, חולים, נשים הרות וילדים התלויים בקרוב משפחה שיסיעם לטיפול. במקרים אחרים הם נאלצים לצעוד רגלית עד לכביש הראשי ולהמתין ללא מחסה לאוטובוס המגיע לפאתי אחת הערים, שם עליהם להמתין לאוטובוס נוסף שיביאם למרפאה. לא פלא הוא שרבים מהם נאלצים לוותר או לדחות את הטיפול.

בכפר תל אל-מליח ובסביבתו הקרובה, שכוללת גם את תושבי הכפרים באט א-סראיעה וא-סרה, מתגוררים כ-1,200 תושבים. בכפר אין מרפאה, והמרפאה הקרובה ביותר נמצאת בכסייפה, מרחק 15-18 ק"מ מבתי התושבים. בהיעדר תחבורה ציבורית סדירה ותשתיות תחבורה בסיסיות, משך ההגעה הממוצע מתל אלמלח למרפאה בכסייפה הינו כשעתיים וחצי לכל כיוון. אין פלא, כי רוב התושבים מוותרים על ביקור במרפאה ואינם מקבלים טיפולים חיוניים. במסגרת בג"צ מרפאות (בג"צ 4540/00), המליץ משרד הבריאות על הקמת מרפאה ביישוב, אך זו לא הוקמה בשל התנגדות רשויות התכנון. לאחר למעלה משלוש שנים בהן התכתבו עם משרד הבריאות, משרד הפנים ורשויות התכנון, עתרו לבג"צ (בג"צ 8211/08), האגודה לזכויות האזרח, רופאים לזכויות האדם, ועד היישוב של תל-אלמליח, והמועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב, בדרישה לפתוח מרפאה ביישוב. במהלך דיון ראשון בעתירה בתאריך 26.2.09 החליטו השופטים לדחות את המשך הדיונים לתקופה של 6 חודשים עד להתפתחות ביישום ההמלצות של ועדת גולדברג<sup>28</sup>.

## היעדר נגישות כלכלית

את הנגישות הפיסיית הלקויה המתוארת לעיל מעצימים משתנים חברתיים-כלכליים. העובדה שרוב התושבים מובטלים ועניים, מקשה עליהם לממן גם נסיעה בתחבורה ציבורית מסובסדת כל שכן – בהעדרה של זו – לשכור רכב או לשלם על הסעות פרטיות. כך, אוכלוסייה שנחשבת לענייה ביותר במדינה, נדרשת להוציא אחוזים ניכרים מהכנסתה רק לשם הגעה למרכזים רפואיים. כך נאלצים התושבים להחליט לעיתים בין מזון ומלבוש לבין טיפול רפואי.

<sup>27</sup> שם (24).

<sup>28</sup> ועדה שהוקמה בהחלטת ממשלה בראשות שופט בית המשפט העליון לשעבר, אלעזר גולדברג, בכדי לבחון את סוגיית הכפרים הבלתי מוכרים והסכסוך על האדמה בין המדינה לתושבים הערבים בדואים בנגב. הועדה קיימה שימועים ציבוריים בין ינואר – מאי 2008, ופרסמה את המסקנות שלה בדצמבר 2008.

## היעדר נגישות תרבותית

בחברה הערבית-בדואית בנגב הנשים הן צרכניות עיקריות של שירותי בריאות, הן עקב אחוזי תחלואה גבוהה במחלות כרוניות שמגיעים ל-30%<sup>29</sup>, והן מתוקף תפקידן החברתי כמטפלות העיקריות של הילדים. ואולם, רובן אינן נוהגות ואינן יוצאות את שטחי הכפר בלא ליווי ולפיכך מועצמת חוסר הנגישות לטיפול רפואי. חוסר הרגישות התרבותית מוצא ביטוי גם בהיבטים סמליים. רבות מהמרפאות קרויות על שם שבטים מסויימים במקום בשמו ההיסטורי של היישוב. עובדה זו יוצרת מתחים בתוך הקהילה ואף מונעת מחלק מהתושבים להגיע לאותן מרפאות בשל זהותם השבטית השונה.

## בעיות שפה ותקשורת

תקשורת טובה בין הצוות הרפואי לבין המטופלים היא תנאי מוקדם לקשר חיובי אשר מסייע לקביעת טיפול יעיל ואיכותי ביותר. הצורך של הצוות הרפואי בתקשורת הוא לא רק להבין את השפה של המטופלים, אלא גם להבין הקונטקסט החברתי-תרבותי של המטופל אשר יעזור לו לקביעת הטיפול המתאים ביותר.

מחקר קודם של רופאים לזכויות אדם<sup>30</sup> מצא שבעיות תקשורת הן מחסום משמעותי ביותר עבור נשים ערביות-בדואיות. המחקר הראה כי פערים לשוניים, תרבותיים וחינוכיים תורמים בצורה משמעותית לשימוש לקוי בשירותי בריאות. במחקר נמצא כי 62% מהנשים מגדירות עצמן כלא אורייניות בשפה העברית וכי 59% מהנשים היו ללא כישורים מילוליים בעברית. שכך, מתקשות הנשים להבין את ההסברים של אנשי הצוות במרפאה ונאלצות להיעזר באדם נוסף-מטופל או איש צוות.

כמחצית מהרופאים במרפאות בכפרים הבלתי מוכרים אינם דוברי ערבית או שהם בעלי ידע בסיסי, הדבר נכון גם לחלק גדול מהצוות האדמיניסטרטיבי במרפאות אשר לרוב בעל ידע בסיסי בלבד בשפה. בנוסף, שלטים המורים על ימי ושעות עבודה כתובים בעברית ברוב המרפאות למרות שאין אף מבוטח ששפת אמו עברית במרפאות אלה.

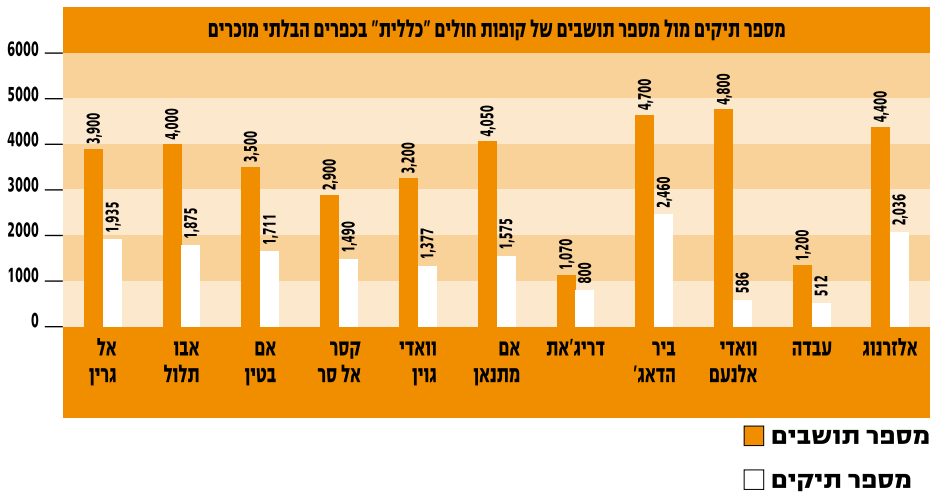
לגבי ידיעונים וחומרי הסברה, על קיום חומרי הסברה וידיעונים בשפה הערבית, חסרים חומרים רבים הקיימים אך ורק בשפה העברית; עלונים ייחודיים העוסקים במחלות או ברפואה מונעת (סוכרת, יתר לחץ דם, עישון), והקיימים גם בערבית, נמסרים בחלק מהמרפאות באופן אישי לחולים, על פי שיקול דעת הרופא, בהתאם לבעיה.

29. ראה דו"ח נידונים לחושך – סוגית החשמל וחולים כרוניים בכפרים הבלתי מוכרים, רופאים לזכויות האדם, מרץ 2009.

30. שם (26)

מרפאת "לאומית" שנמצאת ביישוב אלגרין (אל סיד), היא המרפאה היחידה שלא שייכת לקופת חולים "כללית" בכפרים. ביישוב קיימת מרפאה של כללית, אך לאומית, שהקפידה למקם את המרפאה (2006) במיקום נגיש לתושבים במרכז היישוב עתה על צורך אמיתי ולפיכך משכה אליה מבוטחים רבים. עיקר הצלחתה נובע משיפור משמעותי בנגישות של התושבים לשירותי רפואה ראשונית, שיפור ברמת שירותי הרפואה והרחבתם כך שיכללו רפואת נשים, מכשור ניהולי ורפואי חדיש, בדיקות רפואיות לנשים כמו Ultra Sound, סכרת הריון, ובנוסף בדיקות כמו א.ק.ג, לחץ דם, שתן וסכרת. המרפאה גם הגבירה את מעורבותה בקהילה דרך ארגון ימי בריאות בקהילה ובבתי הספר במטרה להעלות את המודעות של התושבים בנושאי בריאות. השיפור ברמת השירותים ונגישותם גרם לשביעות רצון של חלק הולך וגדל של תושבים והיא הצליחה למשוך קרוב ל־800 מבוטחים עד כה.

### טבלה מס' 6: מספר תיקים מול מספר תושבים של קופות חולים "כללית" בכפרים הבלתי מוכרים



כפי שניתן ללמוד מהטבלה, קיים פער גדול בין מספר התושבים בכפרים לבין מספר המבוטחים בפועל במרפאות. במיוחד גדול הפער בכפרים וואדי אל-נעם (רק 586 מבוטחים במרפאה מבין 6,800 התושבים), ביר הדאג', אם מתנאן ואלג'רין. נתונים אלה מוכיחים עד כמה, עדיין, רואים רוב התושבים את המרפאות בכפרים הבלתי מוכרים כבלתי מספקות לצורכיהם ומעדיפים להרחיק עד לשגב שלום, באר שבע, חורה, כסייפה, מצפה רמון או ירוחם בכדי לקבל השירות ההולם. חשוב לציין ששיפור השירותים במרפאות צריך להיות האינטרס העליון של קופות החולים, אם הן מעוניינות למשוך כמה שיותר מבוטחים למרפאות.

## שירותי תחנות האם והילד לבריאות המשפחה

סעיף 12 של האמנה הבינלאומית לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות מדיש את זכותם של ילדים לבריאות ודורש מהמדינות לפעול להבטחת התפתחותם התקינה של ילדים ולהפחתת שיעורי תמותת תינוקות ולידות-מית<sup>31</sup>. בנוסף, האמנה לזכויות הילד והאמנה הבינלאומית למיגור כל צורות האפליה נגד נשים, דורשות מחויבות מלאה של המדינות לאבטחת בריאותם ושלמות גופם של אוכלוסייה ייחודית זו, דרך אספקת שירותים ותנאים מגדירי בריאות והסרת חסמים שונים בנגישות השירותים.

עד לשנת 1997 לא הייתה אף תחנה לבריאות המשפחה בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, למרות שיעור הפרייון הכולל של אוכלוסייה זו (שמוגדר כמספר הילדים הממוצע הצפוי שאישה תלד בימי חייה) הוא הגבוה ביותר בארץ<sup>32</sup>, ולמרות שמדובר באוכלוסייה צעירה מאוד (61% מכלל האוכלוסייה בני 0-17 – 41.2% מהאוכלוסייה הם בני 0-9 שנים).

בשנת 1997 הוגשה עתירה לבג"צ (7115/97)<sup>33</sup> על ידי תושבים מהכפרים הבלתי מוכרים וארגונים לשינוי חברתי, שבמרכזה עמדה הדרישה להקים 12 תחנות טיפת חלב בכפרים הבלתי-מוכרים. בתקופה שקדמה להגשת העתירה, תושבות הכפרים נאלצו לנסוע לישובים בדואים או יהודיים על מנת לקבל טיפול ולחסן את ילדיהן וכתוצאה אחוז החיסונים של ילדים בדואים היה נמוך מאוד בהשוואה לממוצע הארצי. כמו במקרה של המרפאות, המדינה לא ששה להיענות לדרישה ובמרץ 1999, לאחר למעלה משנה של דיונים, פסק בית-המשפט והורה למשרד הבריאות להקים 6 תחנות בריאות המשפחה ולספק תחבורה ציבורית נאותה לתחנות הקיימות בישובים. כיוון שבמהלך שנת 1999 לא נעשה דבר בנידון, בתחילת 2000 הואשם המשרד בבזיון בית-המשפט. עד סוף שנת 2001 נבנו 6 מרפאות. בדומה למרפאות הראשוניות, גם תחנות בריאות המשפחה בכפרים סובלות מבעיות שונות בתחומי הנגישות, הזמינות ואיכות השירותים.

### זמינות ונגישות השירותים

בכפרים הבלתי-מוכרים קיימות היום 8 תחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב), השייכות למשרד הבריאות, בכפרים: אבו-תלול, אם בטין, אם מתנאן, ביר-הדאג', דריג'את, וואדי-ג'ונין, וואדי אלנעם וקסר אלסר. בנוסף פועלת משאית טיפת חלב המשמשת כתחנה ניידת לבריאות המשפחה. המשאית היא באחזקה משותפת של אגודת הגליל ושל משרד הבריאות. הנהג ומנהל התחנה מקבלים את משכורתם מאגודת הגליל ואילו האחות והרופא/ה הם עובדי משרד הבריאות. צוות קבוע של התחנה הניידת כולל נהג, אחות ורופא – שני רופאים

31. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966, Article 12 (2)a

32. לפי נתונים של משרד הבריאות – מחוז דרום עולה כי שיעור הפרייון לשנת 2006 בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב היה 7.3 בהשוואה ל-4.0 ול-2.9 באוכלוסייה המוסלמית ובכלל האוכלוסייה בישראל.

33. העתירה הוגשה בדצמבר 1997 בשם 121 מתושבי הכפרים הבלתי-מוכרים ומספר ארגונים. המשיב בעתירה היה משרד הבריאות. העתירה הוגשה באמצעות עדאלה, המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל.

מתחלפים עובדים בניידת – רופא ילדים ורופאת נשים, המתחלפים ביניהם לפי הצורך בשטח. המשאית יוצאת פעמיים בשבוע ועובדת באזור שני הכפרים הבלתי מוכרים וואדי אל-נעם ואל-באט, והיא מתפקדת כתחנת טיפת חלב לכל דבר, למעט העובדה שאין אפשרות לקחת בדיקות שתן ואין אמצעי למדידת גובה. המשאית קטנה וצפופה והרופא/ה והאחות עובדים בחדרון אחד, דבר שמאט את עבודתם וכן פוגע בפרטיות המטופלות. עקב מספר המטופלות הרב (כ־20 מטופלות ביום), עומס על התחנה גדול.

בהעדר תחנות נוספות לבריאות המשפחה בכפרים הבלתי מוכרים, פונים התושבים לתחנות הקיימות בעיירות הקבע, בנוסף לתחנות המיועדות לאוכלוסיית הכפרים הבלתי מוכרים בערים – באר שבע, דימונה, ירוחם, מצפה רמון ועוד. העדרן של תחנות נוספות בכפרים, פוגעת באוכלוסייה בעלת ניידות נמוכה ובמיוחד בנשים וילדים. כאמור, נשים רבות מוותרות על ביקורים בתחנות בשל העדר כבישים ותחבורה ציבורית, הגבלות על עצמאות ותנועה, עלות נסיעה והיעדר גורם שישגיח על הילדים.

כל התחנות הוקמו בצמוד למרפאות ורק בכפרים בהן יש מרפאות. בדומה למרפאות, גם התחנות מחוברות לרשת המים, אך החשמל מקורו בגנרטור. כתוצאה, לא מחזיקים בתחנות בחיסונים והאחיות מביאות איתן את החיסונים בתחילת יום הפעילות ומחזירות את מה שנותר לסניף הראשי בסוף יום העבודה.

בעבר פעלו התחנות יומיים בשבוע, לרוב בשעות הבוקר (בין השעות 08:00-14:00), אבל לאחרונה קוצצו שעות הפתיחה של חלק מהתחנות (כמו התחנות בדריג'את ובקסר אל-סר-אל הוואשלה), ואלה פועלות כעת פעם בשבוע. כתוצאה מצמצום שעות הפעילות, התחילו להצטבר תורים ארוכים באותן התחנות, נשים נאלצו לחכות שעות ארוכות בכדי לחסן את ילדיהן, לבצע מעקב התפתחות וגדילה, לקבל הדרכה מהאחות או לעשות סקירת היריון. במקרים רבים חזרו נשים הביתה לאחר המתנה ארוכה מבלי לראות האחות או הרופא.

במהלך מיפוי השירותים בשטח קיבלנו תלונות מהתושבים על שעות הפעילות של תחנות בריאות המשפחה בכפרים דריג'את ו-קסר אל-סר (אל-הוואשלה). עיקר התלונות היו על זמינות ואיכות השירותים הניתנים בתחנות האם והילד בשני היישובים האלה בשל צמצום המשמעותי בשעות הפעילות שלהן. התושבים התלוננו על שיבושים קשים ותדירים בפתיחת התחנות. באחד השבועות, התחנות בשני היישובים לא נפתחו כלל בשל היעדרותה של האחות האחראית, וזאת מבלי להודיע למבוטחים שקבעו תורים מבעוד מועד. בביקור שערכנו בתחנה בקסר אל-סר (אל-הוואשלה) ביום שני, ה-16.09, יום שבו אמורה התחנה להיות פתוחה, מצאנו שהתחנה לא נפתחה לאורך כל היום וזאת ללא הודעה מראש, אף לא במודעה על דלת התחנה. במהלך אותו יום הגיעו לתחנה יותר מ-20 נשים מהישוב שקבעו תורים בתחנה וחיכו שעות ארוכות בתקווה שהתחנה תפתח. בתאריך 23.09 נשלח מכתב על ידינו למשרד הבריאות בעניין. טרם התקבלה תשובה.

חלק מהגדרת התפקיד של התחנה לבריאות המשפחה היא הכוונה וייעוץ לגבי גידול ילדים והטיפול בהם וכן העלאת מודעות של אימהות לסוגיות הקשורות הבריאות המשפחה והריון. בחוות דעת שהגיש ד"ר חאתם כנאענה ב־1997 במסגרת טיפוח חלב (7115/97), נכתב כי, בהתייחס לטיפוח החלב הניידת, "מבנהו אינו מאפשר מתן שירות לאם ולילד מלבד חיסון חד־פעמי... החיסון הינו אך ורק חלק מהשירות הרפואי והתברואתי הניתן בתחנת אם וילד..."<sup>34</sup>. בשל מיעוט התחנות בכפרים, שעות הפעילות המצומצמות והיעדר כוח־אדם, המרפאות עוסקות לרוב במתן חיסונים ומעקב הריון לנשים, ושמות דגש מועט בלבד על ההדרכות והעלאת המודעות של האוכלוסייה בנושאים השונים של בריאות המשפחה. כן הופכות התחנות לשוליות במערך הייעוץ לגבי גידול ילדים והטיפול בהם, בייחוד נוכח מגבלות שפה של הצוות.

לשכת הבריאות המחוזית מודעת היטב למחסור בתחנות, בתקנים ובכוח אדם ואף הצהירה כי "בתקופה זו השירות המונע לאם ולילד נמצא במשבר קשה בנגב בשל חוסר בכוח אדם רפואי־סייעודי"<sup>35</sup>. על־פי חוזר מנהל שהוציא ראש השירות לאם ולילד במשרד הבריאות, יחס אחות־ילדים רצוי בתחנה לבריאות המשפחה הוא 1:350-400. בהתחשב בעובדה כי מדובר באוכלוסיית ילדים גדולה, הרי שתחנות המשפחה בכפרים חסרות כמה עשרות תקנים. בדו"ח משרד הבריאות שצוטט לעיל, הציגה לשכת הבריאות המחוזית בדרום תחזית עגומה למחסור בכוח אדם – "תתכן עלייה באחוז נשים הרות בדואיות שאינן נעות לשירותי תחנות לבריאות המשפחה ולמעקב טרם לידתי וירידה באחוז התינוקות הבדואים שרשומים בתחנות לבריאות המשפחה".

בבג"צ 7115/97 (שעיקרו פתיחת טיפוח חלב בכפרים) הצהיר משרד הבריאות שכתנאי לביצוע פסק הדין ועל מנת להפעיל תכניות התערבות יעילות, ובהתחשב באוכלוסייה ובתנאי החיים שלה, נדרשות: 14 משרות לאחיות, 3.5 משרות רופאים, 10 משרות לפרויקט מגשרות בדואיות, 2 משרות לפרויקט 'משחקיות', ומשרת מהנדס לפעולות פיקוח וקידום מצב התברואה והביוב. לשכת הבריאות במחוז דרום הדגישה כי: "קיימת מזה שנים תוכנית לצמצום הפערים בין האוכלוסייה הבדואית והאוכלוסייה היהודית... **שלא באה לידי ביטוי בתקני המחוז בשום תחום.**" (ההדגשה לא במקור). בכתבה בנושא אמרה רופאת המחוז, ד"ר אילנה בלמייקר, כי התכנית לצמצום הפערים "מוצגת מדי שנה בשנה בהצעת התקציב ומשרד הבריאות אינו נענה לה."<sup>36</sup> בכנס שנערך בשנת 2008 ע"י סגור קהילתי ואוניברסיטת בן־גוריון בנושא הזכות לבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, הדגישה שוב ד"ר בלמייקר כי לשכת הבריאות המחוזית מכירה בצרכי האוכלוסייה ופועלת בנושא, אך לטענתה בלי גיבוי תקציבי הולם.

פרט לבעיות בנגישות הפיזית של התחנות, קיים חסם כלכלי שכן הטיפול בטיפוח החלב כרוך בתשלום של כ־300 ₪ (לחצי שנה, במקרה שהאישה נרשמת במועד). בנוסף, בדיקות שונות במהלך ההיריון אינן כלולות בסל שירותי הבריאות (בדיקות גנטיות, עד לאחרונה־שקיפות עורפית וסקירת מערכות שנייה) ועל כן תלויות ביכולת המשפחה לשלם עבורן. מכיוון שמדובר באוכלוסייה ענייה ועם אחוז ילודה גבוה־הרי שהנטל הכלכלי מהווה חסם משמעותי בקבלת הטיפול.

34. ד"ר חאתם כנאענה, **חות דעת מקצועית בנושא: בריאות המשפחה ביישובים הבדואים בנגב.** חוו"ד זו הוגשה לבית המשפט העליון בשבתו כבית דין גבוה לצדק, כנספח לעתירה 7115/97 שעסקה בהקמת טיפוח חלב ואשר הוגשה באמצעות עדאלה, המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל.

35. **מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב,** משרד הבריאות – לשכת הבריאות במחוז דרום (דצמבר 2008) ע"מ 52.

36. נטע זן, **בריאות סוג ב'.** הארץ, מוסף בריאות 26.8.2002.

## תוצאות בריאות בכפרים הבלתי מוכרים: תמותת תינוקות והתפתחות הילד

שיעור תמותת תינוקות הינו מדד מקובל בעולם לרמת בריאות הילדים והאוכלוסייה בכללותה. גורמים רבים משפיעים על שיעורי תמותת התינוקות ביניהם – השכלת אם, עוני, זמינות ואיכות השירותים, תנאים מגדירי בריאות (מים בטוחים, סביבה נקייה, מערכת ביוב וסניטציה), וכן נישואי קרובים.

שיעורי תמותת התינוקות בקרב האוכלוסייה הערבית בדואית הם הגבוהים ביותר בארץ. בשנת 2005 עמד השיעור בכפרים הבלתי מוכרים על 14.7 לכל 1,000 לידות חי. השיעור בקרב יהודים-ישראלים היה 3.9 ל-1,000 והשיעור הממוצע של כלל האוכלוסייה לאותה שנה היה 4.6 ל-1,000 לידות חי. הנתונים העדכניים הקיימים לגבי שנת 2006 מצביעים על ירידה קלה בשיעור התמותה בכפרים – 11.9 ל-1,000 לידות חי, לעומת 4.3 לכלל האוכלוסייה בישראל. משרד הבריאות תולה שיעור גבוה זה במספר גורמים ביניהם – מומים מולדים ומחלות תורשתיות (הגורם השכיח, אחראי ל-42.7% ממקרי המוות), פגות (22% ממקרה המוות), והשאר במחלות זיהומיות וגורמים המוגדרים אחרים או לא ידועים, שאחראים לכ-35% ממקרי המוות.<sup>37</sup>

אף כי שיעורי תמותת התינוקות ירדו בשש השנים האחרונות, הפער נשמר ושיעור התמותה בקרב הערבים בדואים עודנו גבוה כמעט פי שלוש מהממוצע הארצי. במשרד הבריאות נוטים להסביר את הפער בשכיחות הגבוהה של נישואי קרובים אשר גורמים לריבוי מומים מולדים. אמנם שיעור תמותת התינוקות עקב מומים מולדים גבוה במיוחד ועומד על כ-5 לכל 1,000 לידות חי (לעומת 0.8 בקרב יהודים באזור באר שבע), אולם הסבר נוסף מתייחס לזמינות נמוכה של שירותי בריאות בכלל וטיפול חלב בכפרים הבלתי-מוכרים.

בחוות דעת של ד"ר כנאענה במסגרת בג"צ (7115/97), נכתב כי "הנשים הבדואיות נמצאות במצוקה בריאותית וסוציו-אקונומית קשה במיוחד... שימוש נשים הרות בשירותים מונעים, מוקדם ככל האפשר ובתדירות המומלצת, משפיע חיובית על תוצאות ההיריון, בריאות האם והילוד **ותמותת התינוקות**".<sup>38</sup> (ההדגשה לא במקור).

מדד בריאות חשוב נוסף הינו משקל לידה, אשר מושפע ממצב הבריאות של האם, תזונה ומעקב ההיריון טרום לידתי המתבצע בתחנות לבריאות המשפחה. מהנתונים שהתפרסמו בדו"ח לשכת מחוז דרום במשרד הבריאות, עולה כי בשנת 2006 אחוז הילדים שנולדים במשקל לידה נמוך (פחות מ-2,500 גרם), בכפרים הבלתי מוכרים, גבוה מהאחוז בכלל האוכלוסייה בישראל (10% לעומת 8.2%).

37. ראה, מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב, משרד הבריאות לשכת הבריאות ממחוז דרום (דצמבר 2008).

38. ד"ר חאתם כנאענה, חוות דעת מקצועית בנושא: בריאות המשפחה ביישובים הבדואים בנגב. ראו הערה 125.

נתונים של מחקר שנערך על ידי רופאים לזכויות אדם<sup>39</sup> הראה כי חל שיפור משמעותי בהגעת נשים לטיפולים ומעקב הריון בכפרים שהוקמו בהן תחנות לבריאות המשפחה<sup>40</sup>. גם בדו"ח משרד הבריאות דווח כי נצפתה עליה של 12.1% במספר התינוקות המקבלים טיפול בתחנות לבריאות המשפחה בכפרים בין השנים 2006-2000 ועליה של 28.6% במספר הפעוטות הרשומים בתחנות לבריאות המשפחה לאותה תקופה.

משרד הבריאות מקצה תקציב שנתי לפרויקט מיוחד שמטרתו הפחתת תמותת תינוקות באוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב. מדובר בפרויקט שנערך בשיתוף בין משרד הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, המרכז הרפואי סורוקה, שירותי בריאות כללית ובשיתוף עם מנהיגים מקומיים, נציגי הקהילה הבדואית וארגונים ללא מטרת רווח<sup>41</sup>. חרף חשיבותה של התוכנית, ברור שתוצאותיה מוגבלות בהעדר מדיניות שתקדם הקמת מרפאות ראשוניות, תחנות לבריאות משפחה נוספות ואספקת תנאים מגדירי בריאות לתושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב-המלצות שגם מחוז דרום במשרד הבריאות אימץ בדו"ח שפרסם לאחרונה.<sup>42</sup>

---

39. On the Path to Health: Access to Antenatal Care in the Unrecognized Villages of the Negev, Physicians for Human Rights, 2006.

40. המחקר כלל איסוף נתונים בשדה, הן בשיטות כמותיות באמצעות שאלוני הערכה, והן בשיטות איכותניות דרך ראיונות עומק, עדויות ובחינת מקרים.

41. ראה דו"ח מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב, משרד הבריאות-לשכת הבריאות במחוז דרום (דצמבר 2008), ע"מ 48.

42. שם (7).

## סיכום, השלכות והמלצות: זיהוי וטיפול מוקדם מול טיפול מאוחר

לפי הנתונים של בית החולים סורוקה על בריאות החברה הערבית-בדואית בנגב עולה כי 60% מסך כל האשפוזים בבית החולים הם של תושבים בדואים, בזמן שאחוזם הכללי באוכלוסייה הנו כ-26%. נתון זה מצביע, בין היתר, על בעיות הקשורות בשירותי הרפואה המונעת והראשונית ביישובים אשר תוארו בדו"ח זה. תושבים רבים מותרים על טיפול ראשוני בשל העדר מרפאה או תחנת לבריאות המשפחה או בשל בעיות בנגישות של השירותים מבחינה פיזית, כלכלית ותרבותית. מצב זה גם מעצים את הניכור שחשים התושבים לשירותי הרפואה ומונעים שימוש יעיל ואיכותי באותם השירותים. יש לכך השלכות מרחיקות לכת על בריאות התושבים, אך גם מעבר לכך. בטווח הארוך החיסכון מאי-הנגשת השירותים המניעתיים והראשוניים, מוביל לעלויות גבוהות בהמשך: רבים מותרים על טיפולים שיכולים למנוע התפתחויות והסתבכויות רפואיות המחייבות אשפוזים ארוכים בבתי החולים. מחיר טיפולים מורכבים יותר, דוגמת אשפוזים, הוא גבוה לא רק לבריאותו של החולה ולמשפחתו אלא גם לקופה הציבורית.

מחקרים רבים בבריאות הציבור תומכים היום בגישה של הרחבת שירותי הבריאות המניעתיים והראשוניים ופיתוח שירותים נוספים במטרה לצמצם ולמנוע תחלואה. ככל שמרחיבים את שירותי הרפואה הראשונית והשניונית (רופאה מתמחה) ומשקיעים בה, יכולת המניעה, האבחון והטיפול המקדים במחלות משתפרת, דבר שמקטין את הצורך ברפואה שלישונית (אשפוזים בבתי חולים). על כן, **רופאים לזכויות האדם והמועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב** דורשים ממשרד הבריאות, קופות החולים ויתר רשויות המדינה לנקוט בצעדים מידיים, להלן:

- הרחבת שירותי הבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב: הקמת מרפאות ראשוניות ותחנות לבריאות המשפחה בכל הכפרים שבהן שירותים אלה לא קיימים ביישוב או בסביבתו הקרובה במרחק סביר.
- שיפור הנגישות למרפאות הנמצאות במרחק מהיישוב, דרך העתקת מיקומן למרכזי היישובים.
- סלילת כבישי גישה למרפאות וחיבורן לרשת החשמל הארצית.
- הרחבת השירותים הקיימים במרפאות: אספקת מכשור רפואי מתקדם, הרחבת שירותי המעבדה והבדיקות והוספת תקנים חדשים של רופאים מומחים, דיאטנים/ות ורופאי ילדים ונשים.
- אספקת שירותי רוקחות והקמת בתי מרקחת במרפאות הקיימות בכפרים.
- התאמה תרבותית של השירותים דרך ייצוג הולם לשפה הערבית במרפאות, קליטת רופאים ואחיות דוברי השפה, תרגום ופרסום חומרי הסברה לערבית והנגשתם לאוכלוסייה הרחבה, וכן שימוש בשילוט בשפה הערבית.
- הרחבת שעות הפעילות של המרפאות וטיפות החלב ופיצול השעות לפחות בחלק מימי העבודה.
- שינוי שמות המרפאות הקיימות הקרואות על שמות שבטים לשמם ההיסטורי של הכפרים, זאת כדי למנוע אי הגעה של תושבים בגלל אי-שיוך שבטי.

21 פברואר 2008



**אגף תכנון ומדיניות בריאות**

לכבוד

רופאים לימות אדם

רחוב גולומוב 52, תל אביב

66171

75266

**הנדון: פניתכם לקבלת מידע על מספר מבטחים במופאות**

בהמשך לבקשתכם להלן התייחסותנו למידע המבוקש:

**א. מספר מבטחים בכל מרפאה, מספר ילדים עד גיל 18 ומספר הילדים החולים במחלה כרונית**

### מבטחים

גילאי 0-18	0-18	מספר מבטחים	מספר מבטוח
116	1,366	2,036	אבו גויידר
125	1,084	1,697	אבו-כף
65	979	1,519	אבו קורינאת
96	1,423	2,147	אל אטרש
121	1,311	1,931	אל סייד
130	1,131	1,862	אל עסאם
108	1,564	2,429	ביר הדאג'
37	489	795	דראג'ת
89	918	1,505	הואשלה

**ב. מספרי הרופאים שעובדים בכל מרפאה והתמחותם ושעות פתיחה של המרפאה**

התמחות	מספר רופאים	ערב חג	ח"מ	יום ה	יום ד	יום ג	יום ב	מרפאה
1	2	7.30-11.30	7.30-12.30	7.30-15.30	7.30-15.30	7.30-15.30	7.30-15.30	אבו גינדר
מתמחה	1	8.00-11.45	8.00-12.30	8.00-15.45	8.00-15.45	8.00-15.45	8.00-15.45	אבו-כץ
רופא משפחה מומחה	1	8.00-12.00	8.00-12.30	8.00-15.30	8.00-15.30	8.00-15.30	8.00-15.30	אבו קוריאת
רופא משפחה	1	8.30-12.00	8.30-13.00	8.30-16.00	8.30-16.00	8.30-16.00	8.30-16.00	אל אטרש
רופא משפחה מומחה	1	8.00-12.00	8.00-13.00	8.00-16.00	8.00-14.00	8.00-16.00	8.00-16.00	אל סייד
רופא משפחה מומחה	2	7.30-11.30	7.30-12.30	7.30-15.30	7.30-15.30	7.30-15.30	7.30-15.30	אל עסאם
רופא משפחה	2	8.00-12.00	8.00-13.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	ביר הדאלי
רופא משפחה	1	8.00-12.00	8.30-13.00	8.30-15.45	8.30-12.45	8.30-18.45	8.30-18.45	דרראת
רופא משפחה	1	8.00-12.00	8.00-13.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	הואשלה

בברכה

נועה דנאי

מנהלת מחלקת נהלים, תיאום וניהול ידע  
אגף תכנון ומדיניות בריאות, "שירותי בריאות כללית"



**אגף תכנון ומדיניות בריאות**

06 פברואר 2008

לכבוד

רופאים לזכוות אדם

רחוב גולומוב 52, תל אביב

66171

75266

**הנדון: פניתכם לקבלת מידע על מספר מבטחים במופאות**

בהמשך לבקשתכם להלן התייחסותנו למידע המבוקש:

**א. מספר אנשי צוות והמקצוע שלהם:**

שירות נוסף	שירות נוסף 1	אדם'	אחיות	רופאי משפחה	אל אמל - שבט אלכרום ואדי אל נעים דראג'ת טרבין אלסמע אבו-כף אל סייד ביר הדאג' אל עסאם הוואשלה אל אטרש אבו קורינאת
שירות נוסף 2	מעבדה	1	0	1	
טפת חלב	מעבדה	1	1	1	
	מעבדה	1	1	1	
	מעבדה	0	0	1	
	מעבדה	1	1	1	
	מעבדה	1	1	1	
	מעבדה	1	1	2	
	מעבדה	1	1	2	
	מעבדה	1	1	1	
	מעבדה	1	1	1	
	מעבדה	1	1	1	
טפת חלב	מעבדה	1	1	1	

**ב. מקצועות במרפאה וחדר תרופות:**

אין מקצועות במרפאה  
אין חדר תרופות

**ג. ימי פתיחה ושעות קבלה שבועיות:**

ערב חג	ח"מ	יום ה	יום ד	יום ג	יום ב	יום א	מרפאה
8.00-12.00	8.00-13.00	8.00-16.00	8.00-13.00	8.00-16.00	8.00-12.00	8.00-16.00	אל אמל - שבט
8.00-12.00	8.30-13.00	8.00-16.00	8.00-12.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	אלכורום
8.00-12.00	8.30-13.00	8.30-15.45	8.30-12.45	8.30-18.45	8.30-18.45	8.30-15.45	ואדי אל נעים
8.00-11.45	8.00-12.30	16.15-19.15	8.00-11.00	16.15-19.15	16.15-19.15	13.30-15.30	דראג'ת
8.00-12.00	8.00-13.00	8.00-16.00	8.00-15.45	8.00-15.45	8.00-15.45	8.00-15.45	טרבין אלסנע
8.00-12.00	8.00-13.00	8.00-16.00	8.00-14.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	אבו-כף
7.30-11.30	7.30-12.30	7.30-15.30	7.30-15.30	7.30-15.30	7.30-15.30	7.30-15.30	אל סייד
8.00-12.00	8.00-13.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	8.00-16.00	ביר הדאג'
8.30-12.00	8.30-13.00	8.30-16.00	8.30-16.00	8.30-16.00	8.30-16.00	8.30-16.00	אל עסאם
8.00-12.00	8.00-12.30	8.00-15.30	8.00-15.30	8.00-15.30	8.00-15.30	8.00-15.30	הואשלה
							אל אטרש
							אבו קורינאת

**ד. ממוצע חודשי למספר מטופלים:**

מטופלים לחודש במרפאה	מטופלים לחודש במרפאה	מבטחים	אל אמל - שבט אלכורום ואדי אל נעים דראג'ת טרבין אלסנע אבי-כף אל סייד ביר הדאג' אל עסאם הוואשלה אל אטרש אבו קורנאת
149.5	33.4	512	
34.2	16.6	586	
504.7	58.9	800	
942.3	118.9	אין נתונים	
1178.8	149.8	1,711	
796.1	155.3	1,935	
1100.9	136.7	2,460	
91.8	43.2	1,875	
571.6	125.9	1,490	
686.3	111.1	2,180	
		1,575	

בברכה

נועה דנאי

מנהלת מחלקת נהלים, תיאום וניהול ידע  
אגף הכנון ומדיניות בריאות, " שירותי בריאות כללית"

**נספח מס' 2 – מכתבו של ד"ר טלב אבו חמאד, מנהל מנהלת נגב דרומי, קופ"ח כללית מתאריך 22/12/08 במענה למכתבה של רופאים לזכויות אדם.**

**כללית**

הכי טובה למשפחה

ההנהלה הראשית

כ"ח כסלו תשס"ט

25/12/2008

סימנו: 35658

חטיבת הקהילה

לכבוד  
גבי שלומית אבני וקנין  
מנהלת מח' תושבים  
רופאים לזכויות אדם

**הנדון: העסקת רופאי ילדים במרפאות שירותי בריאות כללית בכפרים הבלתי מוכרים בנגב**  
**מכתבך מיום 8/12/08**

שלום רב,

פנייתך למנכ"ל הכללית הועברה להתייחסותי:

מצורף מכתבו של ד"ר טלב אבו חמאד, המשקף נכונה את התנהלות הכללית בכפרים הבלתי מוכרים בנגב.

ב ב ר כ ה

ד"ר אורית יעקובסון - סמנכ"ל  
ראש חטיבת קהילה

העתק:

מר אלי דפס – מנכ"ל

ד"ר גיורא וורבר - סגן ראש אגף רפואה

ד"ר טלב אבו חמאד – מנהל מנהלת נגב דרומי

22 בדצמבר 2008

לכבוד:  
רופאים לזכויות אדם

**הנדון: העסקת רופאי ילדים במרפאות "הכללית" בכפרים הבלתי מוכרים בנגב**

1. הכללית נותנת שרותי רפואה ראשונית בכפרים הבלתי מוכרים (הפזורה הבדואית) באמצעות המרפאות הבאות: אל סייד, אל אמל, אלאטרש, דראג'ת, אבו כף, אבו קווידר, אלאעסם, אבו קרינאת, אלהואשלה, ביר הדא'ג, ואדי אל נעים.  
בחלק מהכפרים הבלתי מוכרים נמצאים בשיפוט של המועצה האזורית אבו בסמה.
2. הכללית היא הקופה היחידה אשר ניגשה למרכזי משרד הבריאות להקמת מרפאות ראשוניות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב.
3. המרפאות של הכללית בכפרים הבלתי מוכרים נותנות שירותי רפואה לאוכלוסייה הבדואית למרות העדר תשתית מקדמת בריאות כמו: חשמל, כבישים, מים זורמים ופינוי אשפה.
4. המרפאות הראשוניות בכפרים הבלתי מוכרים מאוישות עם רופא, אחות ועובד מנהל. בכל מרפאה קיים חדר תרופות, רשומה רפואית ממוחשבת בדומה למרפאות הכפריות ביישובים היהודים.
5. המרפאות בכפרים הבלתי מוכרים מקבלות שירותי רפואה שניוניות ממרכזי הבריאות הגדולים הסמוכים גיאוגרפית לכפרים הבלתי מוכרים.
6. בנוסף הכללית מפעילה ניידת ייעודית (בכל שעות היום), לטובת התושבים בדואים ביישובים הבלתי מוכרים. הניידת מסייעת באיתור חולים עם צרכים מיוחדים מיוחדים ומסייעת לצוות הרפואי להגיע לביקורי בית אצל חולים מרותקים וקשים.
7. כ - 67% מכלל הרופאים במרפאות הכללית בכפרים הבלתי מוכרים הינם רופאים מומחים ומתמחים ברפואת המשפחה. זהו שיעור גבוה מהשיעור ברמה הארצית.
8. רופאים שאינם מומחים או מתמחים ברפואת המשפחה במרפאות ביישובים הבלתי מוכרים בנגב, עוברים הכשרה מיוחדת לדיפלומה ברפואת המשפחה באוניברסיטת בן גוריון (בחודש 2/2009 הם אמורים לסיים את ההכשרה שנמשכה 3 שנים).
9. רפואת הילדים בקהילה נחשבת כרפואה ראשונית ואינה רפואה (יועצת). רופאי המשפחה במרפאות הכללית ככלל, מוכשרים לבדוק מבוגרים וילדים על פי הכשרה מקצועית.
10. כ - 50% מכלל הרופאים במרפאות הכללית בכפרים הבלתי מוכרים, הם דוברי השפה הערבית ושיעורם גבוה משיעור הרופאים דוברי השפה הערבית ביישובי הקבע והעיר רהט.
11. מרבית הרופאים הערביים בני המגזר הבדואי מועסקים בכללית מלבד 2 רופאים שמועסקים בקופות אחרות.

12. כל הרופאים המומחים והמתמחים הוכשרו במסגרת התמחותם לבדוק ילדים ועברו רוציות במסגרת התמחותם במחלקות הילדים עפ"י קריטריונים של המועצה המדעית במדינת ישראל.
13. הכללית מודעת היטב לשיעור תמותת התינוקות הגבוה בקרב האוכלוסייה הבדואית הן ביישובי הקבע והן ביישובים הבלתי מוכרים שעומד על 11.5 ל – 1000 לידות חי, נכון לשנת 2007. לפני נתוני משרד הבריאות הסיבה העיקרית לתמותה נגרמת עקב מומים מולדים ומחלות תורשתיות. מתוך מודעות לבעיה זו מפעילה הכללית שרות מידע גנטי קדם הריון הכולל מתן מידע גנטי לכל האוכלוסייה הבדואית בנגב מאז שנת 2005 השירות ניתן בחינם לכל פונה.
14. במרפאות הכללית ביישובים הבלתי מוכרים בנגב מועסקים כל העובדים כשכירים ועובדים בין השעות 8:00-16:00 ברצף ללא פיצול, כאשר ביישובים עומר, מיתר ולהבים מועסקים רופאים עצמאיים בלבד שעובדים בשעות הבוקר המוקדמות ושעות הערב ובין השעות 12:00-16:00 המרפאות סגורות. בחלק משעות הפעילות המרפאות מופעלות ע"י רופאים כלליים בלבד. דוגמת מיתר בין השעות 8:00-12:00 כל יום.
15. הכללית מודעת לאילוצי האוכלוסייה הבדואית בכפרים הבלתי מוכרים ופועלת להתאמת השירות לצרכי המטופלים הבדואים ע"י הגברת המודעות בקרב האוכלוסייה בתחום קידום הבריאות באמצעות מקדמות בריאות דוברות השפה הערבית בכל המרפאות. הצוותים בקהילה הוכשרו להוביל תהליכי איכות מובנים לאיזון מחלות כרוניות ומניעת מחלות. בכל מרפאות המגזר הבדואי כולל המרפאות בכפרים הבלתי מוכרים מופעל פרויקט ייחודי בתחום מניעת האנמיה בקרב תינוקות במרפאות המגזר הבדואי.
16. הכללית מודעת היטב למצב הסוציו כלכלי הנמוך של הבדואים בכפרים הבלתי מוכרים ולקשיים הקיימים בתנאי הסביבה הקשים אשר משפיעים על הנגישות לשירות כמו העדר תחבורה ציבורית. ברור כי לתנאי חיים של התושבים הבדואים בכפרים הבלתי מוכרים ישנה השלכה על מצבם הבריאותי והכללית פועלת כל העת לשיפור השירות הרפואי, ע"י התאמה של השירות הרפואי לצרכים ולתרבות של התושבים הבדואים בנגב. עם זאת המענה ניתן לטיפול בבעיות רפואיות בלבד. בנוגע למצב הסוציו כלכלי ותנאי הסביבה אצל האוכלוסייה הבדואית בכפרים הבלתי מוכרים (אשר משליך באופן ישיר על מצבם הבריאותי) לא ניתן לפתור זאת ע"י מערכת הבריאות הציבורית בלבד. הנושא מחייב התערבות ברמה לאומית לפתרון כוללני של מגוון הבעיות אשר יביאו לשיפור במצב וישליכו לחיוב גם על מצבם הבריאותי של הבדואים בנגב.

בברכה,

ד"ר טלב אבו חמאד  
מנהל מנהלת נגב דרומי

**רופאים לזכויות אדם** מאמינה כי לכל אדם הזכות לבריאות במובנה הרחב ביותר, בהתבסס על זכויות אדם, צדק חברתי, וכללי האתיקה הרפואית. חובתה של מדינת ישראל ליישם זכות זו באופן שוויוני, לכלל האוכלוסיות תחת שליטתה: תושבי ישראל, הבדואים בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, אסירים ועצירים, מהגרי עבודה, חסרי מעמד אזרחי, פליטים ומבקשי מקלט, ופלטטינים בשטחים הכבושים.

**טל: 03-6873718 | פקס: 03-6873029**

**כתובת: רח' דרוור 9, תל אביב 68135, ישראל**

**מייל: [mail@phr.org.il](mailto:mail@phr.org.il) | אתר אינטרנט: [www.phr.org.il](http://www.phr.org.il)**

**ISSN # 0793-6222**

**המועצה האזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב** הוקמה ב־1997, כהנהגה עממית נבחרת ע"י הוועדים המקומיים בכפרים ומייצגת לתושביהם. ועדת המעקב העליונה לאזרחים הערבים בישראל הכירה במועצה וביו"ר שלה כחבר רשמי בה. פועלת המועצה לייצוג קהילת הכפרים הבלתי מוכרים מול מקבלי ההחלטות השונים, להעצמה קהילתית בכפרים עצמם, מנהלת מאבק משפטי, מגישה תוכניות מתאר אלטרנטיביות מייצרת תשתית מידע להזנת המערכות השונות ועוד.

**טל: 08-6283043 | פקס: 08-6283315**

**כתובת: רח' העצמאות 47 ב"ש 68135 ת"ד 10002**

**מייל: [rcuv.rcuv@gmail.com](mailto:rcuv.rcuv@gmail.com) | אתר אינטרנט: [www.rcuv.net](http://www.rcuv.net)**