



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



## ילדים חורגים לישראל

על היעדר רפואת ילדים בכפרים הבלתי מוכרים בנגב והשלכותיו

נייר עמדה של קבוצת "נשים מובילות בריאות" ורופאים לזכויות אדם

נובמבר 2008

כתיבה: הייג'ר אבו-שארב.

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 ועצורים, מהגרי עבודה, חסרי מעמד אזרחי, פליטים ומבקשי מקלט, ופליסטינים בשטחים הכבושים.

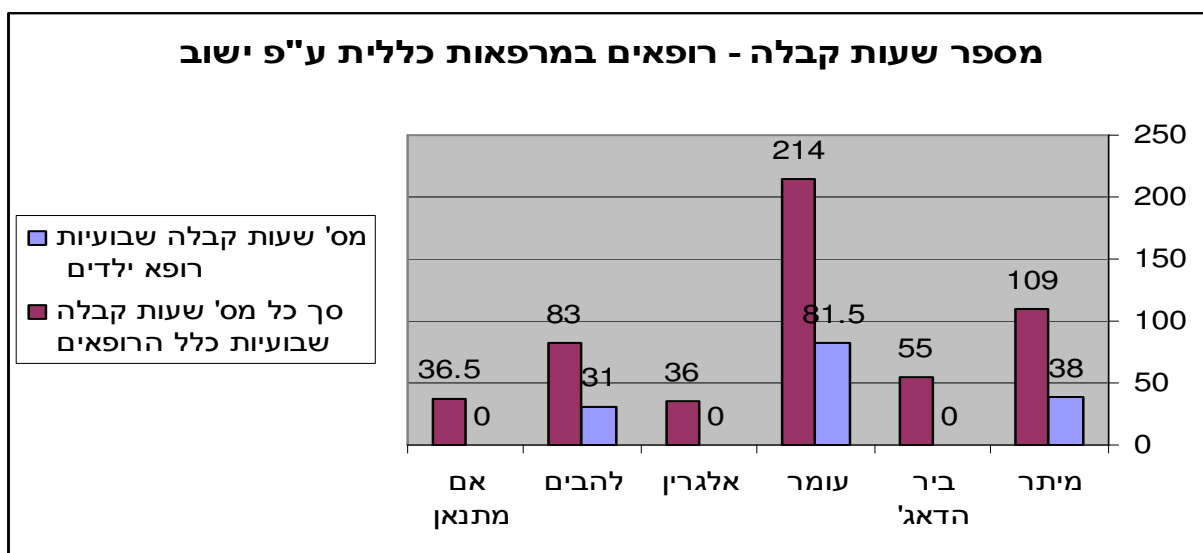
טל: 03-6873718 | פקס: 03-6873029 רח' גולומב 52, תל אביב 66171, ישראל | www.phr.org.il | mail@phr.org.il

בדרום הארץ ארבעים וחמישה כפרים המונים כשמונים ושלושה אלף תושבים, מהם שישים אחוזים הם ילדים. מרבית הכפרים אינם מוכרים על ידי המדינה ושכך נמנעת מתושביהם הזכות לשירותי בריאות ולתנאים הכרחיים לבריאות. מאז 1999 הוכרו, על ידי המדינה, אחד-עשר מהכפרים אך חרף הכרה זו הם אינם מקבלים את מלוא השירותים להם זכאי כל תושב.

כיום ישנן שתיים-עשרה מרפאות בכפרים הבלתי מוכרים ורק בשמונה כפרים תחנות לאם ולילד. במרפאות אין רופאי ילדים ונשים, בתי מרקחת, הצוות לרוב אינו דובר ערבית, שעות הפעילות מצומצמות ועוד.

בהסתמך על נתוני ביה"ח סורוקה, בהשוואה לילדים יהודיים: יותר ילדים בדואים פונים לחדרי מיון; יותר ילדים בדואים נזקקים לאשפוז במחלקת הילדים וביחידה לטיפול נמרץ; ויותר ילדים בדואים נפטרים עקב מחלתם. בנוסף, ילדים בדואים המגיעים לחדר מיון מגיעים בשלבים קריטיים של המחלה, בשל אבחון מאוחר הנובע מהעדר שירותים רפואיים, מחסור בתשתיות ומחסור בכבישים, תחבורה ודרכי גישה לקהילה.

חרף תחלואה ותמותה גבוהים יותר בקרב ילדים בדואים בנגב, באף אחת מהמרפאות הקיימות בכפרים (כולן של כללית פרט למרפאה אחת של לאומית) אין רופא ילדים. לעומת זאת, בישובים יהודיים סמוכים ועשירים- כמיתר, עומר ולהבים יש לתושבים מבטחי קופ"ח כללית רופאי ילדים, רופאי נשים ורופאי משפחה, שעות קבלה רבות וגמישות יותר ושירותים נלווים שאין במרפאות בכפרים. כך למשל, בעומר 5.18 שעות רופאים לכל 100 מבטחים לעומת 1.86 באלגרין. כן לרשות תושבי הישובים היהודיים האפשרות להיות מבטחים בקופות החולים האחרות (מכבי, מאוחדת ולאומית) הפועלות ביישובים היהודיים ואשר אינן פועלות בכפרים.



בסקר שערכו רל"א וקבוצת "נשים מובילות בריאות" בקרב 70 תושבות מהכפרים 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.

48% מהנשים דווחו כי נאלצו לאחר שקיבלו טיפול במרפאה בכפר, לפנות למקום נוסף על מנת להשלים את הטיפול בילדיהן; 77% מהנשים שדיווחו על פניה למקום אחר נאלצו לפנות לרופא ילדים פרטי, ו- 13% פנו למיון ילדים.

32% מהנשים דיווחו כי הן ביקרו במיון בשנה האחרונה עם ילדיהן: 24% בעקבות שלשולים, 20% בעקבות חום גבוה, 16% בעקבות אי הצלחת הטיפול שקיבלו מהרופא במרפאה ו- 12% בעקבות התייבשות.

50% מהנשים דווחו כי הן מגיעות למרפאה עם הילד ברגל וכי אין להן דרך אחרת להגיע למרפאה. 51% מהנשים טענו כי מדובר במרחק הליכה של בין 5 ל- 15 דקות, 35% ציינו שמרחק ההליכה למרפאה נע בין 20 ל- 40 דקות ו- 14% ציינו שמרחק ההליכה נע בין 60 ל- 120 דקות.

עיניכן הרואות כי הקמתן של המרפאות בכפרים, אשר רובן נבנו רק לאחר פניה לבג"צ<sup>1</sup>, מהווה צעד חלקי בלבד במימוש זכותם לבריאות של תושבי הכפרים. מימוש מלא מחייב חיבור לחשמל, מים ותנאים הכרחיים נוספים לבריאות. אך לא רק: הזכות לשירותי בריאות קשורה בזכות לשוויון ושכך, קיומן של מרפאות המציעות שירותים בהיקף ומגוון נמוך יותר בהשוואה לשירותים העומדים לרשות תושבים במרפאות שאינן בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, פוגעת בזכות השווה של תושבי הכפרים לשירותי בריאות אחידים. יתרה מכך, חוק ביטוח בריאות ממלכתי חרט על דגלו לא רק שוויון אלא את ערך הצדק שמשמעו השקעה גדולה יותר בפיתוח שירותים דווקא במקומות בהם נזקקים להם יותר. מכיוון שתושבי הכפרים סובלים מתמותה ותחלואה גבוהה יותר, על המדינה לדאוג להשקעה דיפרנציאלית בהקמה של שירותי בריאות דווקא בקרבם.

בהתייחס לרפואת ילדים, במקומות רבים בעולם משמש רופא המשפחה המטפל העיקרי לילד ורופא הילדים משמש לו יועץ (כך נהוג באנגליה למשל). יש לכך יתרונות רבים, בין השאר בהבנה כוללת של צרכי המשפחה. יחד עם זאת, העובדה שאין אף לא רופא ילדים אחד במרפאות בכפרים, בעוד דווקא בכפרים מספר גדול של ילדים, עם נתוני תחלואה ותמותה גבוהים ובהינתן תנאי חיים קשים, מעוררת שאלות ודורשת תיקון.

#### רופאים לזכויות אדם וקבוצת "נשים מובילות בריאות" דורשים מהמדינה:

לפעול להכרה של הכפרים הבלתי מוכרים בנגב; לחיבורם לכל התשתיות הלאומיות בדגש על חיבור למים וחיבור המרפאות לחשמל על מנת לאפשר, בין השאר, החזקת תרופות בקירור; לפעול לכך שהיקף, מגוון ואיכות השירותים הניתנים במרפאות בכפרים יהיה שווה לזה הזמין ברוב המרפאות הראשוניות שבישובים אחרים ולהציב, בין השאר, רופאי ילדים ורופאי נשים במרפאות הקיימות;

להשקיע באופן דיפרנציאלי דווקא בפיתוח היקף ומגוון שירותי הבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב; לפעול לתכנון וביצוע תוכניות לצמצום מדדי התחלואה והתמותה בקרב תושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב בכלל ובקרב ילדיהם בפרט, באופן שיהיה מותאם תרבותית; ולדאוג כי השירותים הרפואיים יהיו מותאמים מבחינה תרבותית ושפתית.

## רקע על מחברות נייר העמדה – קבוצת "נשים מובילות בריאות"

אנו קבוצת נשים, ערביות-בדואיות, מהכפרים הבלתי מוכרים בנגב, אשר התגבשה במסגרת קורס "נשים מובילות בריאות" של עמותת רופאים לזכויות אדם. אנו תושבות עשרה כפרים בלתי מוכרים – תל ערד, קסר אלסר, ואדי אלנעם, אל זרנוג, ח'שם זנה, אם בטין, ואדי ג'וזין-תלאע רשיד ואלבאטל-קרקור. במסגרת הקורס נחשפנו למידע רב אודות בריאות והזכות לבריאות, ובסופו החלטנו להתמקד בשני נושאים לפעולה בכפרים הבלתי מוכרים בנגב: (1) העלאת מודעות של נשים לזכות לבריאות, באמצעות העברת סדנאות בנושא ו-(2) סנגור מול קופת חולים כללית ומשרד הבריאות כדי שיעסיקו רופאי ילדים מומחים במרפאות הקיימות. נייר העמדה מציג את ממצאנו באשר למטרה השנייה: לדאוג כי המרפאות הקיימות בכפרים יתנו שירות בסיסי – רפואת ילדים – הניתן כמובן מאילו בישובים הסובבים אותנו.

## רקע כללי על תנאים הכרחיים לבריאות ושירותי בריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב

בדרום הארץ ארבעים וחמישה כפרים המונים כשמונים ושלושה אלף תושבים, מהם שישים אחוזים הם מתחת לגיל 19. מרבית הכפרים אינם מוכרים על ידי המדינה ומשכך נמנעת מתושביהם הזכות לשירותי בריאות ולתנאים הכרחיים לבריאות כמו מים, חשמל, ביוב, פינוי אשפה, דיור הולם, כבישים סלולים, שילוט דרכים ועוד; הכפרים הבלתי מוכרים אינם מופיעים במפות הרשמיות של המדינה ואינם מופיעים בנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. גם אחד-עשר מהכפרים אשר הוכרו על ידי המדינה, מאז 1999 עדיין אינם מקבלים את מלוא השירותים להם זכאי כל תושב.

### העדר תנאים הכרחיים לבריאות:

מטבע הדברים ילדים מועדים יותר ממבוגרים להתייבשויות ומחלות מעיים, עקב המחסור בנגישות למים נקיים וראויים לשתייה. בחודש אוגוסט, מתפרצת "מגפת שלשולים", ובמהלכה מאושפזים בכל שנה כשישה-עשר אלף ילדים בדואים לעומת חמשת אלפים ילדים יהודים; כלומר בעוד שהילדים הבדואים מהווים עשרים וחמישה אחוזים בלבד מכלל תושבי האזור, הרי שהם מהווים כשמונים אחוזים מכלל הילדים המתאשפזים.<sup>2</sup>

סכנה נוספת בקיץ נגרמת מעצם הדיור בפחונים. מבנה זה מכפיל את דרגת החום ותינוקות רבים מגיעים לטיפול רפואי עקב עליית חום גופם והתייבשות. בחורף המצב קשה עוד יותר שכן הקור העז

2 אלמי, א, (מאי 2006). רופאים לזכויות אדם. נשק המים: מים, המדינה והכפרים הבלתי מוכרים בנגב.

בבית והיעדר היכולת לספק אמצעי חימום בטיחותי (בהעדר חיבור לחשמל), גורם לאשפוזם (מקור או מכוויות) ואף למותם של ילדים.<sup>3</sup>

תנאי התברואה הירודים, בניהם – קיומה של אשפה, בהעדר פיתרון מוסדר לפינויה – מהווים בסיס טוב לגידול עכברים אשר לא פעם נשכו ילדים. גם שריפת האשפה אינה נטולת סכנות. היא גורמת לשחרור רעלים הפוגעים בילדים המשחקים בסביבה.<sup>4</sup>

### העדר שירותי בריאות הולמים:

דווקא בשל העדרם של תנאים הכרחיים לבריאות ותוצאות הבריאות הנמוכות היו צריכים תושבי הכפרים הבלתי מוכרים להיות בעלי נגישות גבוהה לשירותי בריאות. אך המצב רחוק מכך. כיום ישנן שתיים-עשרה מרפאות בכפרים הבלתי מוכרים ורק בשמונה כפרים קיימות תחנות לאם ולילד. מרפאות אלו משרתות רק 20% מהתושבים של הכפרים הבלתי מוכרים. לא זו בלבד, אלא שהשירותים במרפאות הקיימות לוקים בחסר ואינם נגישים לתושבים:

**נגישות פיזית:** העדר תחבורה ציבורית וכבישים סלולים מקשה על ההגעה למרפאות הממוקמות הרחק ממרכז הכפר. במיוחד קשה הדבר לנשים, המופקדות על הטיפול בילדים ובה בעת סובלות מהגבלות חברתיות על תנועתן. עובדה זו מעידה כי במיקום המרפאות כמו גם בשעות פתיחתן (אינן פועלות אחר הצהריים ובימי שישי) לא נעשתה התאמה של המרפאה לאוכלוסייה אותה היא אמורה לשרת.

**מחסור בהתמחויות:** במרפאות בכפרים מקבלים רופאי משפחה בלבד. אין בהן רופאי ילדים, רופאי נשים או רופאים מקצועיים אחרים (רק במרפאת לאומית בכפר אל-גרין/סייד מקבל גם רופא נשים). מי שנוקק לשירותי רפואה מתמחה נאלץ להגיע למרפאה בבאר-שבע, מה שמצריך זמן, וכרוך בהוצאות נסיעה.

**מחסור בתרופות, ובשירותי מעבדה:** מכיוון שהמרפאות אינן מחוברות לחשמל ופועלות בעזרת גנרטורים, הן מסוגלות לספק רק תרופות שאינן מצריכות קירור. במרפאות אין רוקחים ושכך ממלאת האחות שני תפקידים. מי שנוקק לתרופות שהמרפאה לא מספקת, נאלץ להגיע למרפאה בעיירות קבע<sup>5</sup>, העלות הכרוכה בכך, גורמת לחלקם לוותר על התרופות.

**שפה:** הצוות הרפואי הפועל במרפאות לרוב דובר עברית בלבד, דבר המקשה על האמהות לתקשר עם הרופאים. הן מתקשות להסביר את הבעיה עמה הגיעו כמו גם להבין את הוראות הצוות הרפואי.

**תחנות לאם ולילד:** הגם שבשתיים-עשרה כפרים הוקמו מרפאות, הרי שרק בשמונה מהם נפתחו גם תחנות לאם ולילד. אלו פועלות יומיים בשבוע ובשעות הבוקר בלבד דבר הגורם לעומס רב.

<sup>3</sup> שם

<sup>4</sup> שם

<sup>5</sup> בין השנים 1968 ועד שנות השמונים הקיימה המדינה 7 עיירות: רהט, תל-שבע, חורה, לקייה, שגב שלום, כסייפה וערערה. העיירות, להבדיל מהכפרים, הוכרו על ידי המדינה, הן מחוברות לתשתיות ויש בהן מרפאות.

## היעדר שירותים לילדים חסרי מעמד

בישראל בכלל וכפרים הבלתי מוכרים בנגב בפרט חיים אלפי ילדים חסרי מעמד.<sup>6</sup> מכיוון שהזכאות לשירותי בריאות תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי מותנית בתושבות, חלק ניכר מילדים אלו נותרים ללא ביטוח בריאות ואינם זכאים לטיפולים רפואיים, למעט במצב חירום. בפברואר 2001 נכנס לתוקפו הסדר המעניק, תמורת תשלום, שירותי בריאות לילדים שאינם תושבים, באמצעות קופ"ח מאוחדת. סל השירותים הניתן בהסדר שווה לסל השירותים הניתן לילדים ישראלים. עם זאת, אחד הסייגים של ההסדר הוא כי אם אחד מהורי הילד פלסטיני הרי שהילד מנוע מלהירשם להסדר.<sup>7</sup> סייג זה מונע מעיקר הילדים חסרי המעמד בכפרים את האפשרות לאלטרנטיבה היחידה לקבלת שירותי בריאות (פרט לשוק הפרטי). גם לילדים מהכפרים הזכאים להסדר, חרף סייגיו, בעיה בנגישות לשירותים הניתנים תחתיו שכן אין אף סניף של קופת חולים מאוחדת בכפרים.

## הזכות לבריאות של ילדי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב: תמונת מצב

ילדי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב סובלים מאפליה משולשת: בהיותם תושבי הדרום הם סובלים מאחוזי תחלואה ותמותה גבוהים וזמינות נמוכה יותר של שירותים רפואיים ביחס לשאר חלקי הארץ; בהיותם חלק מהמיעוט הערבי בישראל הם סובלים מאחוזי תחלואה ותמותה גבוהים וזמינות נמוכה יותר של שירותים רפואיים ביחס לרוב היהודי; ובהיותם ערבים-בדואים, תושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב הם סובלים מאחוזי תחלואה ותמותה גבוהים וזמינות נמוכה יותר של שירותים רפואיים אף ביחס לכלל קבוצת המיעוט הערבי.

מכיוון שהכפרים בנגב אינם מוכרים על ידי המדינה הם גם נותרים שקופים בעיני הרשויות השונות. כך למשל, הם לא מופיעים בנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות ובי"ח סורוקה, כך שאין בנמצא נתונים בריאותיים ספציפיים להם. מעט המידע שמצאנו אודות הכפרים הבלתי מוכרים בנגב סווג על פי המוצא השבטי של התושבים ולא הכפר בהם הם מתגוררים, דבר שהקשה על קבלת נתונים מדויקים ומהימנים אודות מצב הבריאות של ילדי הכפרים. כך לדוגמא, כשרצינו לבדוק את אחוז הפניות למיון של ילדים מהכפרים הבלתי מוכרים בהשוואה לילדים הפונים מעיירות קבע וילדים יהודיים, נתקלנו בבעיה: לבית החולים סורוקה היו נתונים של ילדים על פי המוצא השבטי שלהם ולא על פי כפרים וכתוצאה לא ניתן היה לשייך את הילדים לכפר או עיירת קבע שכן בני שבט יכולים לגור גם בעיירה וגם בכפר בלתי מוכר.

6 בסקר שערכה רל"א וקבוצת "נשים מובילות בריאות" – בהמשך – דווחו 5 מתוך 70 נשים כי לילדיהן אין ביטוח בריאות בשל היותם חסרי מעמד.

7 רן כהן, מנהל מחלקת מהגרים וחסרי מעמד, רופאים לזכויות אדם. להסדר התניות וסייגים נוספים בעיתיים: ההסדר וולונטרי ומבוסס על אחריות ההורים לרישום ותשלום ולא על זכותו של הילד לבריאות, זאת בניגוד לילדי ישראלים אשר זכאים לשירותי בריאות במנותק מתשלום ורישום; נדרשת תקופת המתנה של שישה חודשים לזכאות לטיפול לילדים אשר לא נולדו בישראל; הביטוח אינו מכסה טיפול רפואי במקרה של מצב רפואי הקודם לכניסה לישראל; הטיפול הרפואי מותנה בדרישת תשלום גבוהה; ועוד.

איסוף נתונים מהווה בסיס חיוני להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות. אי קיומו של בסיס נתונים ספציפי לאוכלוסיית הכפרים הבלתי מוכרים בנגב, לא רק שלא מאפשר התמודדות עם אי-השוויון אלא אף מסייע להנציח אותו.<sup>8</sup>

### מצב הבריאות של ילדי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב

שנות הילדות הן קריטיות. אי שמירה על בריאות תקינה עלול להשפיע על תפקודו הכללי של הילד לאורך כל חייו. אי טיפול בבעיות בריאות עלול לגרום לבעיה בריאותית שלא ניתנת לתיקון אחר כך.

תנאי המגורים, תנאי החיים ותנאי ההיגיינה הירודים, המחסור בתשתיות, חשמל, מים, ביוב, כבישים, תחבורה ושירותי בריאות בצרף המצב הסוציו-אקונומי והמאפיינים הדמוגרפיים והחברתיים של האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב, הנם בעלי השפעה מכרעת על המצב הבריאותי של התושבים בכלל ועל ילדיהם בפרט. פציעה, תחלואה גבוהה, פניות רבות למיון ותמותה גבוהה בקרב ילדים בדואים, הן תופעות שכיחות ביותר:<sup>9</sup>

#### תמותת תינוקות:

שיעור תמותת התינוקות באוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב הנה מהגבוהים בארץ: בשנת 2005 עמד שיעור תמותת התינוקות במחוז הדרום על 4.72 לכל 1,000 לידות חי בקרב היהודים לעומת 15.45 לכל 1,000 לידות חי בקרב הערבים.<sup>10</sup>

בשנת 2006 שיעור תמותת תינוקות לכלל האוכלוסייה היה 5.5 ל – 1,000 לידות חי. שיעור התמותה בקרב יהודים עמד על 3.1 לכל 1,000 לידות חי ובקרב החברה הערבית בנגב היה השיעור 13.7 לכל 1,000 לידות חי. יש לציין כי גם אם מומים מולדים מהווים את גורם המוות המוביל בקרב ילדים ערבים, הרי שהם לא מסבירים את מרבית הפער.

#### תחלואה:

מחסור בתשתיות – מים זורמים, ביוב והעדר חשמל – מוביל לתנאים היגייניים נמוכים וכתוצאה להידבקות ילדים במחלות זיהומיות; בחודש אוגוסט, מתפרצת "מגפת שלשולים", ובמהלכה מאושפזים בכל שנה כשישה-עשר אלף ילדים בדואים לעומת חמשת אלפים ילדים יהודים; כלומר בעוד שהילדים הבדואים מהווים עשרים וחמישה אחוזים בלבד מכלל תושבי האזור, הרי שהם מהווים כשמונים אחוזים מכלל הילדים המתאשפזים<sup>11</sup>; היעדרם של תנאים פיזיים וסביבתיים מובילים לתאונות בית, תאונות דרכים, כוויות, הרעלות, שאיפת גופים זרים וטביעות; התנאים הסביבתיים חושפים את ילדי הכפרים לסכנות רבות כמו נחשים, עקרבים, מכות קור וחום; והמגורים בקרבת רמת חובב תוצאתה בעיות בדרכי הנשימה, מחלות אונקולוגיות וסיכוי גבוה יותר לתחלואה כללית.

8 אבני, ש. (אפריל, 2007). רופאים לזכויות אדם. "הזכות לבריאות בקרב ערבים פלסטינים בישראל: מבט משווה – דוח לרגל יום הבריאות העולמי".

9 וייסבלאי, א. (20 בנובמבר 2006). "תמותת מצב – ילדים במגזר הבדואי בנגב". הוגש לוועדה לזכויות הילד בכנסת.

10 נתונים לאומיים של תמותת תינוקות וילדים עד גיל 5 בישראל – 20 לדצמבר 2005 משרד הבריאות.

11 אלמי, א. (מאי 2006). רופאים לזכויות אדם. נשק המים: מים, המדינה והכפרים הבלתי מוכרים בנגב.

המצב הכלכלי הנמוך של תושבי הכפרים בשילוב אובדן דרך החיים המסורתית מוביל, בין השאר, לתת תזונה בקרב ילדיהם – מחקר העלה כי לילדים בדואים הגרים בכפרים הבלתי מוכרים סיכוי גדול פי 2.4 לתת-תזונה, בהשוואה לאלו הגרים בעיירות קבע (כדוגמת רהט).<sup>12</sup>

בנוסף, מספר התחנות לאם ולילד המועט ושעות הפעילות המצומצמות בכפרים הבלתי מוכרים מקשה על מעקב הריון, תנאי הכרחי לאבחון מוקדם של מומים מולדים<sup>13</sup> ועל מעקב גדילה והתפתחות תקינה של פעוטות. שיעור כיסוי החיסונים בקרב הערבים-בדואים בנגב נמוך בחמישה אחוזים מזה שבמגזר היהודי.<sup>14</sup>

יותר תינוקות מן המגזר הבדואי מגיעים לאשפוז בהשוואה לילדים מהמגזר היהודי: בשנת 2003 שיעור הילדים הבדואים המאושפזים במגזר הבדואי היה 32% לעומת כ-8% מהמגזר היהודי. שיעור האשפוזים הגבוה בקרב תינוקות בדואים מיוחס לשיעור גבוה של מומים מולדים, של תאונות ושל מחלות. מאז שנת 2000 יש מגמה של ירידה בשיעור האשפוזים של תינוקות בשני המגזרים, ובייחוד במגזר הבדואי.<sup>15</sup>

על פי פרופסור שאול סופר<sup>16</sup>, בהסתמך על נתוני בית החולים סורוקה, הרי שבהשוואה לילדים יהודיים: יותר ילדים בדואים פונים לחדרי מיון; נזקקים לאשפוז במחלקת הילדים; נזקקים לאשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ויותר מהם נפטרים עקב מחלתם. בנוסף, ילדים בדואים המגיעים לחדר מיון מגיעים בשלבים קריטיים של המחלה, בשל אבחון מאוחר הנובע מהעדר שירותים רפואיים, מחסור בתשתיות ומחסור בכבישים, תחבורה ודרכי גישה לקהילה.

9.1% מכלל הילדים הבדואים בנגב הם ילדים עם צרכים מיוחדים (בעלי נכויות פיזיות, קוגניטיביות ונפשיות שונות) לעומת 7.7% מכלל הילדים בארץ. שיעור זה גבוה גם בהשוואה לשיעורים המקבילים באוכלוסיות הערביות והיהודיות בארץ (8.3% ו-7.6% בהתאמה) ל-7.9% מכלל הילדים הבדואים לקויות למידה או בעיות התנהגות ורגש.<sup>17</sup>

### זמינות שירותי הבריאות לילדי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב

קופ"ח כללית הנה מפעילה את כל המרפאות הראשוניות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב (פרט לשוב אל גרין/סייד שם מפעילה לאומית מרפאה אחת). רק כשישים אחוזים מכלל התושבים בכפרים בהם יש מרפאות, רשומים במרפאות הקיימות בכפרים שלהם (גרף 1)<sup>18</sup>. משיחות של קבוצת "נשים מובילות בריאות" עם תושבים, עלה כי עקב המרחק הרב של המרפאות ממרכז הכפר ועקב המחסור בשירותים

12 עופר מאיר, ynet, "מחקר חדש מגלה: תת תזונה של ילדי כיתה א' בדרום הארץ". 6.2.2005.

13 סופר, ש. (2006). בתוך: "דו"ח (אי) הצדק הסביבתי: הצדק הסביבתי: בריאות, סביבה וחברה". ועדת המעקב לצדק סביבתי.

14 מערכת הבריאות בנגב – תיאור המצב הקיים והצרכים בעת פתוח האזור על פי התוכנית הלאומית. ספטמבר 2005.

15 וייסבלאי, א. (20 בנובמבר 2006). "תמונת מצב" – ילדים במגזר הבדואי בנגב. מוגש לוועדה לזכויות הילד.

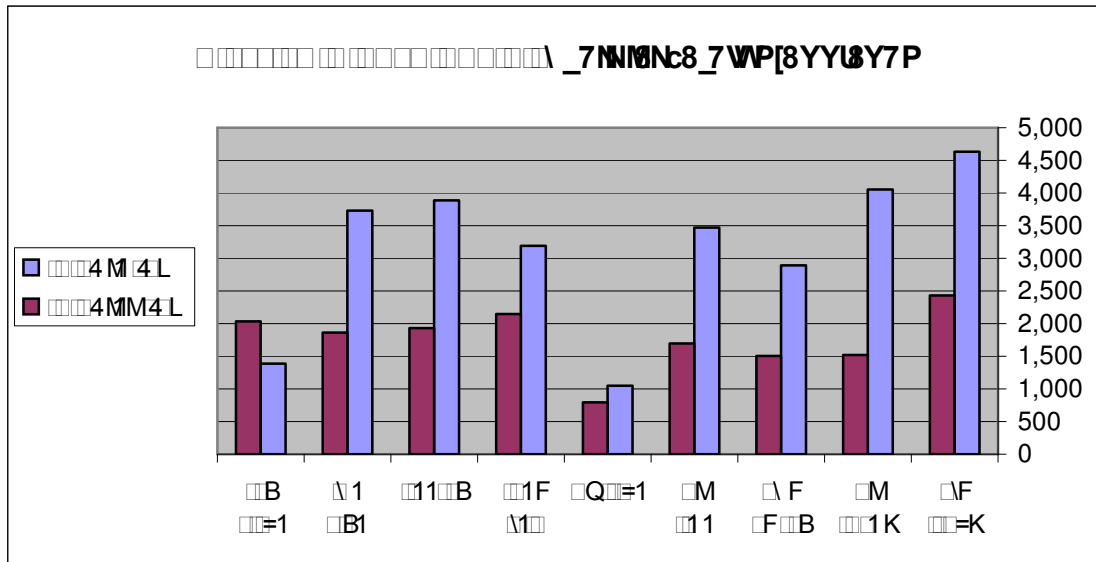
16 סופר, ש. (2006). בתוך: "דו"ח (אי) הצדק הסביבתי: הצדק הסביבתי: בריאות, סביבה וחברה". ועדת המעקב לצדק סביבתי.

17 שטרסברג, נ, נאו, ד, זיו, ע. (יולי 2008). ארגון שתי"ל והמועצה לכפרים הבלתי מוכרים. "ילדים עם צרכים מיוחדים

באוכלוסייה הבדואית בנגב: מאפיינים, דפוסי שימוש בשירותים והשלכות הטיפול בהם על האמהות".

18 הנתון אודות מספר התושבים התקבל מהמועצה לכפרים הבלתי מוכרים בנגב. הנתון אודות מספר המבוטחים התקבל דרך פניית חופש מידע לממונה על הנושא בקופ"ח כללית – הגב' נועה דנאי. במרפאת אלזרנוג יותר מבוטחים ממספר תושבי הכפר. ע"פ המועצה לכפרים הבלתי מוכרים הסיבה לכך היא כי למרפאה פונים תושבים מהכפרים הסמוכים – חשמזאנה וביר אלחמאם.

בסיסיים כתרופות, רפואה מקצועית (בדגש על רופא ילדים), שעות קבלה מוגבלות ועוד, מעדיפים תושבים רבים לקבל את השירות בעיירות קבע. התושבים סיפרו שאלו הרשומים במרפאות בכפרים הנן מקרב האוכלוסיות המוחלשות ביותר – משפחות מרובות ילדים החיות מהבטחת הכנסה, משפחות ללא רכב, אלמנות, נשים שניות וקשישים.

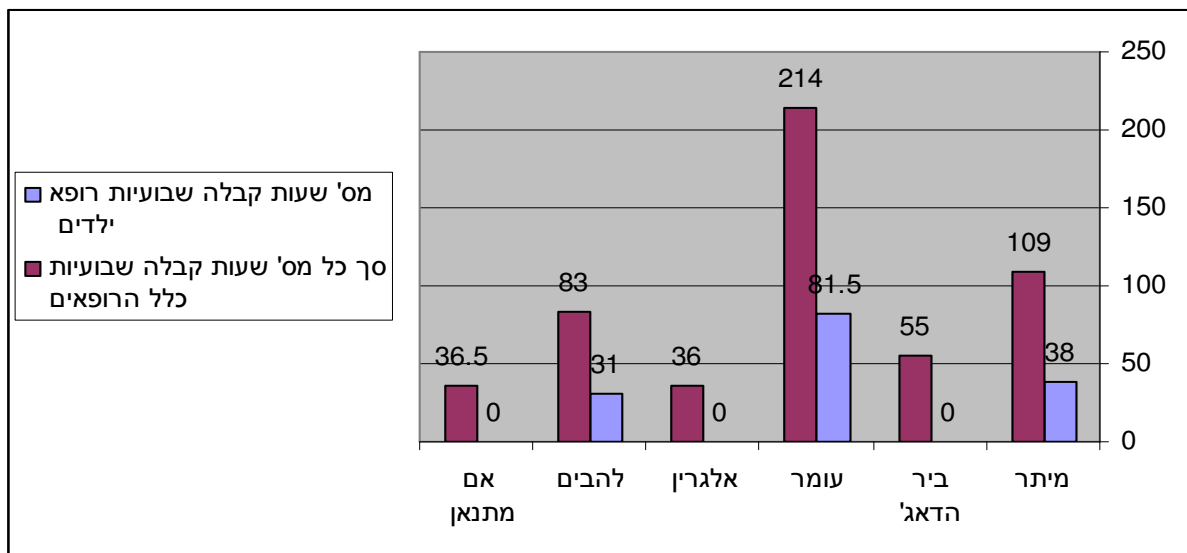


גרף 1

לצורך בחינת השירותים הרפואיים הזמינים לתושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב, בהשוואה לתושבים יהודים המתגוררים בישובים סמוכים בנגב, ערכנו השוואה בין שלושה כפרים בלתי מוכרים (ביר הדאג', אלגרין ואם מתנאן) – שלושת הכפרים עם מספר התושבים הגדול ביותר) לבין שלושה ישובים יהודים קרובים (מיתר, עומר ולהבים)<sup>19</sup>:

המרפאות ביישובים מיתר, עומר ולהבים מציעות היקף ומגוון רחב יותר של שירותים רפואיים. בכולן יש רופאי ילדים ורופאי נשים, מומחיות שאינה עומדת לרשות תושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב. שעות הפעילות של המרפאות בישובים היהודים פרושות על כל שעות היום, המרפאות נגישות יותר וקיימים בהם שירותים כבית מרקחת, דיאטנית וכדומה שאין במרפאות בכפרים.

<sup>19</sup> הנתונים לקוחים מאתר האינטרנט של קופת חולים כללית.



(ראו נספח לקבלת נתונים משווים נוספים בין המרפאות)

פערים אלו חריפים במיוחד נוכח הנתונים אודות התחלואה והתמותה הגבוהה של ילדי הכפרים בהשוואה לילדים יהודים וכן נוכח הנתונים אודות מצבם החברתי-כלכלי של התושבים בכפרים לעומת אלו שבישובים היהודים הסמוכים: מיתר, להבים ועומר נמצאים בראש הדרוג החברתי-כלכלי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (אשכולות 9,9 ו-10 בהתאמה) לעומת הכפרים הבלתי מוכרים בנגב הנמצאים בתחתית (הם אמנם אינם מודרגים אך עיירות הקבע-כערערה בנגב, שגב שלום, רהט ולקיייה-מודרנות בתחתית הטבלה- אשכול 1).

### נגישות שירותי הבריאות לילדי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב

שבעים נשים, אמהות לילדים, רואינו על ידי "נשים מובילות בריאות", בליווי עמותת רופאים לזכויות אדם, במטרה לבדוק את נגישותם של ילדי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב לשירותי בריאות. הבדיקה התמקדה במידת ואופן השימוש בשירותי המרפאות בכפרים הבלתי מוכרים ובחסמים בקבלת השירות, כל זאת בדגש על צרכיהם הרפואיים של הילדים והמענים הקיימים לצרכים אלו. הראיונות התבצעו פנים מול פנים, באמצעות שאלון מובנה בערבית, אם בביתן של הנשים, ואם במרפאות (בארבעה כפרים- ואדי אלנעם, אם בטין, אלסרה ואלזרנוג). גיל המרואיינות: 1% 5 מהנשים 30-20 שנים, 32% מהנשים 40-30 שנים, 1% 17 מהנשים מעל גיל - 40 שנים.

השכלת המרואיינות: 22.8% מהנשים לא למדו כלל, 34.2% מהנשים לא סיימו תיכון ו-38.5% מהנשים סיימו תיכון. היתר (3 נשים) המשיכו ללימודים גבוהים. מספר ילדים ממוצע: 6. בתשובה לשאלה "האם יש לאחד מהילדים שלך בעיה רפואית כרונית" ענו 20% מהנשים כי יש להם ילד החולה במחלה כרונית והזקוק למעקב חודשי ותרופות וטיפולים על בסיס קבוע.

ממצאי הראיונות:<sup>20</sup>

<sup>20</sup> הראיונות התבצעו בערבית. התשובות מתייחסות לאחוז מבין העונות על השאלה שנשאלה.

## שימוש בשירותים הרפואיים:

בתשובה לשאלה "האם מרבית הביקורים למרפאה היו לצרכי הילדים או לצרכים שלך או בעלך?", ענו 90% מהנשים כי במרבית הפעמים הן מבקרות במרפאות לצורכי ילדיהן:

בתשובה לשאלה "למי את פונה בדרך כלל כאשר הבן/בת חולים?"<sup>21</sup> ענו:

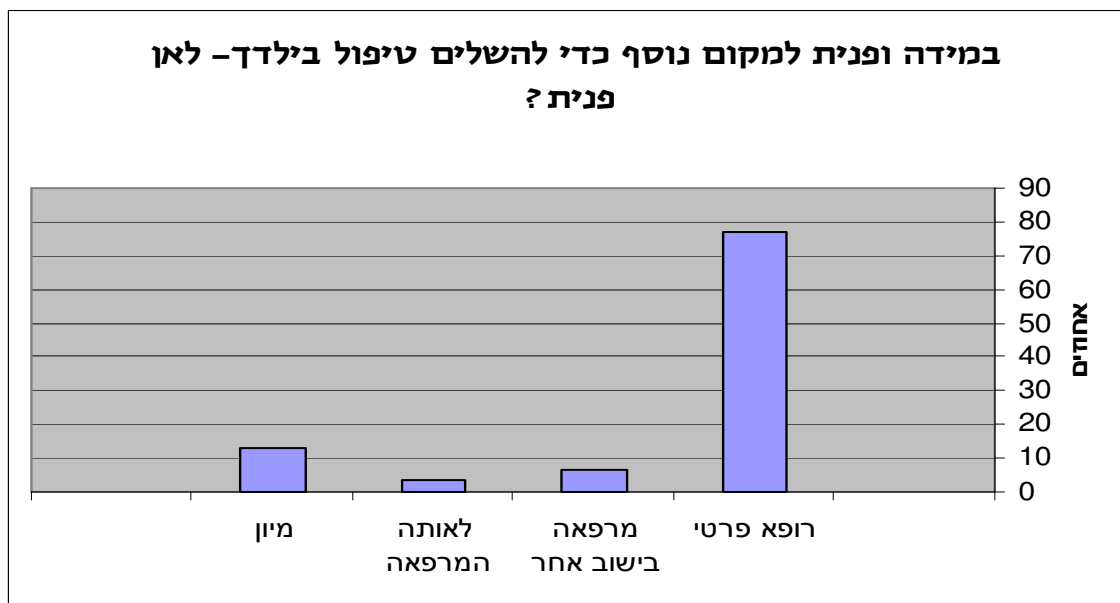
▲ 55% מהנשים ש"רוב הזמן" הן מגיעות למרפאה בכפר; השאר ענו שאינן מבקרות במרפאה כלל או שמבקרות בה לפעמים.

▲ 20% מהנשים שרוב הזמן הן פונות לרופא פרטי; 55% פונות לרופא פרטי לפעמים.<sup>22</sup>

▲ מעטות מהנשים פונות למיון "רוב הזמן"; 53% פונות למיון "לפעמים";

▲ 1-3% מהנשים פונות "רוב הזמן" למרפאה בכפר אחר; 32% פונות "לפעמים".

בתשובה לשאלה "האם יש מצבים בהם פנית למרפאה בכפר ולאחר מכן היית צריכה לפנות למקום נוסף כדי להשלים את הטיפול בילדיך?" ענו 48% מהנשים שהן נאלצו לפנות למקום נוסף. מבין אלו שצינו כי הן פונות למקום נוסף גם לאחר ביקור במרפאה בכפר, 77% דווחו כי הן פונות לרופא פרטי, 13% פונות למיון והיתר למרפאה אחרת או לביקור נוסף באותה המרפאה:



גרף מס' 1

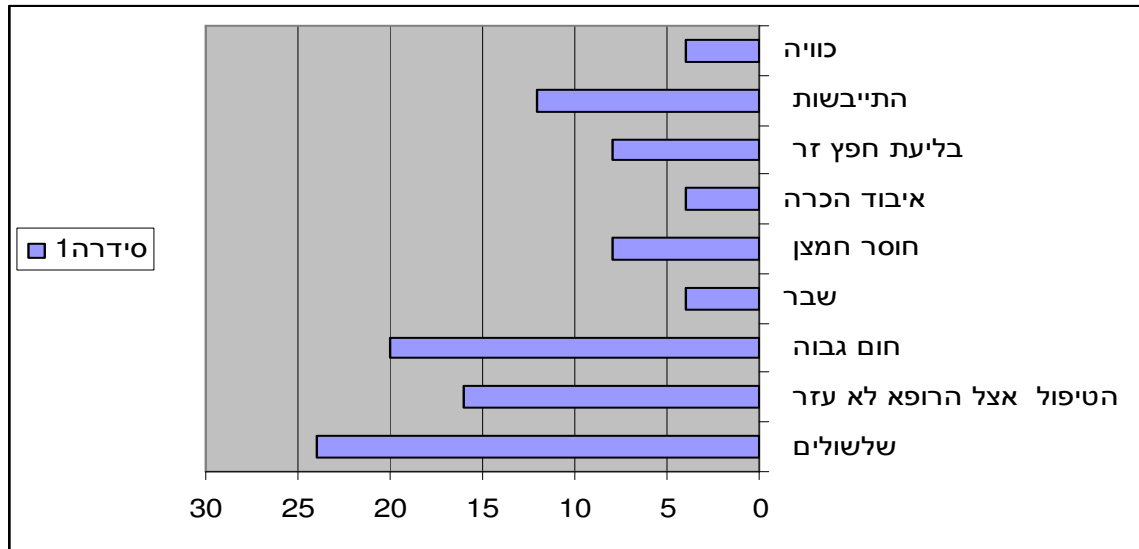
בתשובה לשאלה "מדוע היה צורך בפניה נוספת" ענו 87.5% שהטיפול אצל הרופא במרפאה "לא עזר".

בתשובה לשאלה "בשנה האחרונה, האם ביקרת עם הילדים במיון?" ענו 32% מהנשים כי הן ביקרו במיון בשנה האחרונה עם הילד.

בתשובה לשאלה "במידה וביקרת במיון, מה הייתה סיבת הביקור" ענו:

<sup>21</sup> בתשובה לשאלה זו ביקשנו התייחסות ל5 קטגוריות – מרפאה בכפר, רופא פרטי, חדר מיון, טיפול מסורתי ומרפאה בכפר אחר. בכל אחת מהקטגוריות ניתן היה לסמן – "רוב הזמן" או "לפעמים" או אף פעם".  
<sup>22</sup> לגבי הסיבות לפנייה לרופא פרטי – ראו בהמשך תת-פרק זה.

24% בעקבות שלשולים  
 20% בעקבות חום גבוה  
 16% בעקבות אי הצלחת הטיפול שקיבלו מהרופא במרפאה  
 12% בעקבות התייבשות  
 היתר פנו בעקבות שבר/ קוצר נשימה/ איבוד הכרה/ כווייה/ בליעת חפץ זר.



גרף 3

#### נגישות לשרות הרפואי

בתשובה לשאלה "איך את מגיעה למרפאה?" ענו 50% מהנשים כי הן מגיעות למרפאה עם הילד ברגל וכי אין להן דרך אחרת להגיע למרפאה. הנשים תיארו את הקושי בהגעה למרפאה, בייחוד בעת שהילד חולה ונאלץ ללכת דרך ארוכה בתנאי מזג אוויר קשים- החום הגבוה בקיץ והגשם והקור העז בחורף. הן הדגישו כי לנשים בהריון ולנשים הנאלצות לשאת את ילדיהם על הידיים קשה במיוחד. היעדר דרך סלולה ונוחה להליכה ברגל ו/או ברכב תורמת אף היא לכך שהנגישות למרפאה נמוכה.

בתשובה לשאלה "מהו מרחק ההליכה מביתך למרפאה שבכפר" ענו 51% מהנשים כי מדובר במרחק הליכה של בין 5 ל- 15 דקות, 35% ציינו שמרחק ההליכה למרפאה נע בין 20 ל- 40 דקות ו- 14% ציינו שמרחק ההליכה נע בין 60 ל- 120 דקות.

מבין הנשים המגיעות ברכב 65% ציינו שמרחק הנסיעה ברכב נע בין 10 ל- 20 דקות ו- 35% מהן ציינו שמרחק הנסיעה ברכב נע בין 25 ל- 30 דקות. בשל היעדר תחבורה ציבורית בכפרים, מגיעות הנשים עם הבעל או קרוב משפחה. ניתן להניח כי חלק ניכר מנשים אלו לא יגעו למרפאה בכפר, לולא בעל או קרוב משפחה שיסיע אותן ואת ילדיהן, זאת בשל המרחק מביתן למרפאה.

## נגישות תרבותית (שפה)

בתשובה לשאלה "האם את נזקקת לעזרה בשפה העברית" ענו 56% מהנשים שכן. בתשובה לשאלה "אם כן, מי עוזר לך בתרגום?" ענו 53% מהנשים כי נעזרו בבעל או בבני המשפחה לצורך תרגום בעוד ש- 24% מהנשים נעזרו בצוות הרפואי או במבקרים עוברי-אורח במרפאה.

## פניה לרפואה פרטית

הפניה לרפואת ילדים פרטית הנה תופעה נפוצה, ההולכת ומתרחבת, בקרב תושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב. הסיבה העיקרית לתופעה זו הנה היעדרם של רופאי ילדים וכן שעות הפעילות המוגבלות של המרפאות בכפרים. הרופאים הפרטיים זמינים גם בשעות שבהם המרפאות בכפרים סגורות - אחר הצהריים, בערב ובימי שישי ושכך הם אף משמשים אלטרנטיבה לפניה למוקד בשעת הצורך. בנוסף, נותנים הרופאים הפרטיים שרות בשפתם של התושבים ותוך הבנה תרבותית, שכן הם בני אותה החברה. הפניה לרפואה פרטית אינה נפוצה רק בקרב תושבי הכפרים. מבוטחים רבים פונים לרפואה פרטית גם כאשר קיימים השירותים במערכת הציבורית. יחד עם זאת, רפואת ילדים הנה שירות טריוויאלי במרפאות רבות ברחבי הארץ, אלטרנטיבה שאינה עומדת לרשות תושבי הכפרים במרפאות הקיימות בכפרים הבלתי מוכרים. שכך, עבור תושבי הכפרים, הפניה לרפואה פרטית מהווה ברירת מחדל כמעט בלתי נמנעת ורבים משלמים על רפואה פרטית במקום לקבל את השירות במרפאות הקיימות.

מתוך ראיון עם א' - רופא ילדים בעל מרפאה פרטית:

"אני פתחתי מרפאה פרטית כי לא יכולתי להישאר אדיש למצב הקיים. אנשים מוחפשים אותי בבית; אם הייתי מקבל מטופלים במרפאה בכפר לא היו מגיעים אלי הביתה. אני לא התכוונתי לפתוח מרפאה אבל האנשים מכירים אותי ויודעים איפה אני גר. אישה שמגיעה אלי כשהילד עם חום גבוה - אני לא יכול לשלוח אותה הביתה או לטיפול במקום אחר כשאני יודע שקשה לה להגיע בשעות כאלה למרפאה בעיירות קבע או למיון. הפתרון למצב של הילד שלה זה לא המיון וחבל שתגיע למיון כאשר הבעיה לא מצריכה זאת. בהתחלה האנשים הגיעו אלי הביתה ולא יכולתי לסרב לטפל בילדים; "זה" מכיר אותי ו"זה" - טיפלתי בו בעבר. לפעמים אמהות מצפות ממני שאטפל בילד שלהן כמו שטיפלתי בילד של השכנה שלה ושהטיפול בו היה מוצלח. בסוף נאלצתי לפתוח מרפאה פרטית. אנשים מגיעים אלי כי הם יודעים שאני רופא ילדים והם רוצים את הטיפול הטוב לילדים שלהם. כואב לי כי האנשים משלמים פעמיים - לקופת חולים ולרופא פרטי. אגב אני חשבת שברגע שאתחיל לגבות תשלום עבור הטיפול האנשים יפסיקו להגיע אבל לא - הם מגיעים ומשלמים".

## ה' מאלסרה

"לבן שלי היו בעיות בריאות. כשניגשתי לרופא המשפחה במרפאה בכפר, הוא נתן לו תרופה ואמר "זה יעבור". הבעיה לא נפתרה, חזרתי פעמים רבות ובסוף הילד אושפז בבית חולים, עם בעיות קשות בכליות. זה בגלל הרשלנות של הרופא במרפאה. אני לא מגיעה יותר לרופא שבמרפאה שלנו והולכת ישר לרופא ילדים פרטי".

לסיכום, הממצאים שלהלן מצביעים על חוסר נגישותן של המרפאות בכפרים לתושביהן – מחסור במומחים, מרחק ממרכז הכפר, שעות קבלה מצומצמות וחוסר בהתאמה שפתית. לפיכך פונות הנשים לפתרונות שלא במסגרת המרפאה בכפר – לרופאי ילדים פרטיים, למרפאות בעיירות קבע שם מקבלים רופאי ילדים ואף למיון.

מחצית מהנשים הפונות עם ילדיהן למרפאה שבכפר מדווחות כי הן נאלצות בכל מקרה, לפנות עם אותה הבעיה לגורם נוסף. כשלושת רבעי מהפונות לגורם נוסף ניגשות לרופא פרטי, פעולה הדורשת מהן זמן נוסף וכסף.

הסיבה העיקרית לפניה לגורם נוסף היא תחושה כי רופא המשפחה לא סייע בפתרון הבעיה. הגם שמדובר בתופעות הקיימות גם בציבור הרחב (פנייה לפרטי, הליכה למומחים) הרי שהאחוז הגבוה של הפונים לפתרונות אחרים, בניהם פניה למיון (שליש מהנשים), עשוי להעיד על בעיות בתקשורת בין הרופא לאם ולילד/ה (שפה), על תחושה של חוסר אמון שחלקה עשוי לנבוע מכך שאין מדובר ברופא ילדים ואולי אף על חוסר אמיתי במענה רפואי המותאם לצורכי המטופל.

כפילות זו גורמת לא רק לבזבוז זמן ומשאבים ברמת הפרט אלא על שימוש בשירות יקר יותר – חדרי מיון – והכבדה כלכלית על מערכת הבריאות בכלל, בהיעדר רפואה ראשונית זמינה.

### חובת המדינה למימוש הזכות לבריאות<sup>23</sup>

הזכות לבריאות עוגנה באמנות בינלאומיות שעליהן חתומה מדינת ישראל וכן בחוקים מקומיים: חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה. על פי אלו, חובת המדינה לדאוג כי לכל אדם החי בתחומה תהיה גישה לשירותים רפואיים ול"תנאים הכרחיים" לבריאות.

אי-אפליה ושוויון מהווים מוטיבים מרכזיים החוזרים ונשנים לאורכה של האמנה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, שאותה אשררה ישראל ב-1991, ובהערה כללית 14 של הוועדה המנטרת אמנה זאת, הנוגעת לסעיף 12 לאמנה שעניינו בריאות. על פי אלו, על המדינה להבטיח, בין השאר, אי-אפליה בגישה לשירותי בריאות ול"תנאים הכרחיים" לבריאות.

אחת מחובות הגרעין המוטלות על המדינה,<sup>24</sup> היא כי גישה לשירותי בריאות תינתן באופן בלתי מפלה לכל, ובמיוחד לקבוצות "פגיעות" וקבוצות "שוליים" ("vulnerable or marginalized groups"). האמנה מדגישה כי על המדינה לנקוט בצעדים "לשם הפחתת תמותת תינוקות ולהבטחת התפתחות תקינה של ילדים, מניעת מחלות מידבקות וטיפול בהן ויצירת תשתית שירותי בריאות".

<sup>23</sup> פרק זה נכתב ע"י שלומית אבני-וקנין, בהתבסס על: אבני, ש. (אפריל 2008). רופאים לזכויות אדם. "הזכות לבריאות בקרב ערבים פלסטינים בישראל: מבט משווה". דוח לרגל יום הבריאות העולמי.

<sup>24</sup> חובה שעל המדינה להבטיח בהתאם לאמנה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, ללא קשר למצבה.

אמנת האו"ם בדבר זכויות הילד מ- 1989 הכירה ב"זכותו של הילד להנאה מבריאות ברמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה", ומדגישה את חובת המדינות לפעול למען יישומה המלא של זכות זו ולנקוט באמצעים מתאימים לשם כך".<sup>25</sup>

בשנת 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר קבע את זכויותיו של הפרט לשירותי בריאות ואת חובתה של המדינה לממן שירותים אלו. עקרונותיו המרכזיים של החוק – "צדק, שוויון ועזרה הדדית" – תרמו לצמצום מסוים של אי השוויון בין תושבים שונים בישראל.

בשנת 1996 נחקק חוק זכויות החולה, שעיגן את זכויותיו של החולה כלפי נותן השירות הרפואי – הרופא והמוסד הרפואי. אחד מסעיפי החוק מדגיש כי "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה".<sup>25</sup>

אלא שחוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה לא היו מענה מספק לצמצום הפערים בין תושבים שונים בכלל ובין יהודים לערבים בפרט. אף כי כל תושב במדינה זכאי לשירותים שווים על פי חוק, הרי בפועל יש פערים בזמינות ובאיכות השירותים הניתנים בישובים שונים; תושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב סובלים מנתוני הבריאות הנמוכים ביותר בישראל וזמינות ונגישות נמוכה לשירותי בריאות – מרפאות, תחנות לאם ולילד, רפואה מקצועית, מכשור, שירותי רוקחות ועוד.

חובת המדינה לסגירת פערים המתוארים בנייר זה – ברמת הבריאות, בזמינות ובנגישות של שירותים רפואיים וב"תנאים הכרחיים" לבריאות נובעת, אם כן, הן מאמנות בינלאומיות והן מחוקים מקומיים. לחובת המדינה ליזום פעולה אקטיבית לצמצום עד סגירת פערים אלה יש גם היגיון רפואי (שכן היא תשפר את מצב בריאותם של התושבים הערבים-בדואים בנגב) והיגיון כלכלי (שכן אוכלוסיה חולה צורכת יותר שירותי בריאות, יותר שירותים מורכבים ויקרים, ו"עולה" במחיר של ימי עבודה, קצבאות ביטוח לאומי ועוד); זוהי גם חובתה האנושית והמוסרית.

## סיכום והמלצות

מדינת ישראל, המחויבת לבריאות כלל תושביה אינה מעניקה שירותי בריאות שוויוניים לתושבי הכפרים בכלל ולילדי הכפרים בפרט. השירותים הקיימים במעט המרפאות שהוקמו בכפרים הבלתי מוכרים בנגב חסרים שירותים בסיסיים כרפואת ילדים ונשים. החוסר בולט בייחוד נוכח אי השוויון בהיקף ומגוון השירותים בהשוואה של הכפרים הבלתי מוכרים בנגב ליישוביהם היהודים השכנים.

הקמתן של המרפאות, אשר רובן נבנו רק לאחר פניה לבג"צ<sup>26</sup>, מהווה צעד חלקי בלבד במימוש זכותם לבריאות של תושבי הכפרים. מימוש מלא מחייב חיבור לחשמל, מים ותנאים הכרחיים נוספים לבריאות. אך לא רק: הזכות לשירותי בריאות קשורה בזכות לשוויון ושכך, קיומן של מרפאות המציעות שירותים

<sup>25</sup> Convention on the Rights of the Child, 1989, article 24.

בהיקף ומגוון נמוך יותר בהשוואה לשירותים העומדים לרשות תושבים במרפאות שאינן בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, פוגעת בזכות השווה של תושבי הכפרים לשירותי בריאות אחידים. יתרה מכך, חוק ביטוח בריאות ממלכתי חרט על דגלו לא רק שוויון אלא את ערך הצדק שמשמעו השקעה גדולה יותר בפיתוח שירותים דווקא במקומות בהם נזקקים להם יותר. מכיוון שתושבי הכפרים סובלים מתמותה ותחלואה גבוהה יותר, על המדינה לדאוג להשקעה דיפרנציאלית בבניה של שירותי בריאות דווקא בקרבם. בהתייחס לרפואת ילדים, במקומות רבים בעולם משמש רופא המשפחה המטפל העיקרי לילד ורופא הילדים משמש לו יועץ (כך נהוג באנגליה למשל). יש לכך יתרונות רבים, בין השאר, רב בהבנה כוללת של צרכי המשפחה. יחד עם זאת, העובדה שאין אף לא רופא ילדים אחד במרפאות בכפרים, בעוד דווקא בכפרים מספר גדול של ילדים, עם נתוני תחלואה ותמותה גבוהים ובהינתן תנאי חיים קשים, מעוררת שאלות ודורשת תיקון.

### המלצות לשינוי מדיניות<sup>27</sup>

- 1) על המדינה לפעול להכרה בכפרים תוך שיתוף התושבים בתהליך.
- 2) על המדינה לחבר את הכפרים הבלתי מוכרים לכל התשתיות הלאומיות, בדגש על חיבור למים. כן יש לחבר את המרפאות בכפרים לחשמל על מנת לאפשר, בין השאר, החזקת תרופות בקירור.
- 3) על המדינה לפעול לכך שהיקף, מגוון ואיכות השירותים הניתנים במרפאות בכפרים יהיה שווה לזה הזמין ברוב המרפאות הראשוניות שבישובים אחרים. לצורך כך, יש לפעול, בין השאר, להצבת רופאי ילדים ורופאי נשים במרפאות הקיימות ולהרחבת השירותים הקיימים בתחנות לאם ולילד.
- 4) על המדינה להשקיע באופן דיפרנציאלי דווקא בפיתוח היקף ומגוון שירותי הבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב כמתחייב נוכח תוצאות הבריאות של תושבי הכפרים.
- 5) על המדינה לפעול לתכנון וביצוע תוכניות לצמצום מדדי התחלואה והתמותה בקרב תושבי הכפרים הבלתי מוכרים בנגב בכלל ובקרב ילדיהם בפרט, באופן שיהיה מותאם תרבותית.
- 6) על השירותים הרפואיים להיות תואמים לצרכי התושבים מבחינה תרבותית ושפתית.

כתיבה: הייג'ד אבו-שארב<sup>28</sup>

תחקיר: הייג'ד אבו שארב, קבוצת נשים "מובילות בריאות": נגאח אבו נאדי, מליחה אלנסאסרה, נסרה אלולדי ואמירה אלהואשלה

כתיבת התקציר, פרק "חובת המדינה למימוש הזכות לבריאות" ופרק הסיכום וההמלצות: שלומית אבני וקנין

כתיבת שאלון הסקר, ניתוח תוצאות: ד"ר נדב דוידוביץ, גילה זליקוביץ

איסוף מידע לסקר (ראיונות באמצעות שאלונים): אמירה אבו קוידר, חנאן אבו קוידר, אסמא אבו קוידר, אמירה אלהואשלה, נסרה אלולדי, נגאח אבו נאדי, סוסן אבו כף, סברין אבו כף, זוהרה אבו גרביע ואסמהאן אבו קוידר

עריכת תוכן: שלומית אבני וקנין

עריכה לשונית: הדס זיו

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



<sup>27</sup> בהתבסס על המלצות לשינוי מדיניות שהוגשו לוועדת גולדברג: עבאס, ו. הסדרת התיישבות הבדואים בנגב – עמדת רופאים לזכויות אדם.

<sup>28</sup> רכות קבוצת "נשים מובילות בריאות" ועובדת רופאים לזכויות אדם.

## נספח: השוואת השירותים הניתנים במרפאות מיתר, עומר ולהבים לשירותים

הניתנים בביר הדאג', אלגרין ואם מתנאן <sup>29</sup>

השוואת השירותים הניתנים במרפאת מיתר של כללית לעומת מרפאת ביר הדאג' של כללית:

מרפאת ביר הדאג'					מרפאת מיתר				
מספר תושבים 106 5 מס' מבוטחים בכללית 2429 60% מהתושבים הם ילדים עד גיל 19					מס' תושבים 6900 מס' מבוטחים בכללית 4263 36.1% מהתושבים הם ילדים עד גיל 19				
הערות	ימים ושעות הקבלה	מס' שעות קבלה בשבוע	מס' רופאים	התמחות	הערות	ימים ושעות הקבלה	מס' שעות קבלה בשבוע	מס' רופאים	התמחות
מספר ילדים מבוטחים <sup>31</sup> 1,564 מספר ילדים חולים כרוניים 108	0	0	0	רפואת ילדים	מספר ילדים מבוטחים <sup>30</sup> 1538	א'-ו' 7:30-12:00 17:00-20:00	38	2	רפואת ילדים
ד', ה' 8:30 - 15:30	א'-ה' 8:30 - 16:00	55	2	רופאי משפחה	א'-ו' 6:30-12:00 17:00-20:00	67	7	רפואת משפחה	
			0	רפואת נשים	יום בשבוע 7:30-11:30	4	1	רפואת נשים	
		55 שעות		ס"ה שעות		109 שעות			ס"ה שעות
המרפאה פועלת 5 ימים בשבוע בין השעות - 8:00 - 15:30; שרותי מעבדה - יומיים בשבוע: ב, ד, 8:30-9:30; טיפת חלב: יומיים בשבוע - 8:30 - 15:30				שירותים נוספים	המרפאה פועלת 6 ימים בשבוע בין השעות - 6:30 - 12:00 ו- 16:30 - 20:00; שירותי מעבדה - 5 ימים בשבוע: 7:00-9:30; דיאטנית- מקבלת יומיים בשבוע 11:30-17:30; 16:30-19:30 בית מרקחת- 6 ימים בשבוע טיפת חלב: 5 ימים בשבוע - 8:00 - 11:00 יום אחד ערב 16:30-19:00				שירותים נוספים

מהשוואת מרפאת מיתר למרפאת ביר הדאג', ניתן ללמוד על פערים גדולים במגוון והיקף השירותים הרפואיים:

1. במרפאת מיתר מקבלים שני רופאי ילדים הנותנים סך כך 38 שעות שבועיות בעוד במרפאת ביר-הדאג' אין רופא ילדים כלל; זאת חרף העובדה כי סביר שבביר-הדאג' יותר ילדים - ע"פ ככלית 64.3% מהמבוטחים הם ילדים בגילאי 0-18 (לעומת 36.1% מכלל התושבים במיתר שהנם בגילאי 0-19. אנו משערים כי אחוז הילדים בגילאי 0-18 מהבוטחים בכללית לא שונה מהותית מאחוזם באוכלוסייה).

<sup>29</sup> מספר התושבים חושב על בסיס מס' התושבים לשנת 2004 (על פי נתונים שהתקבלו מהמועצה לכפרים הבלתי מוכרים) תוך חישוב גידול האוכלוסייה המוסלמית בדרום בשנים 2004-2006 (על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). מספר התושבים בישובים היהודיים נכון גם הוא לשנת 2006 ונלקח מהשלכה המרכזית לסטטיסטיקה.

<sup>30</sup> חושב ע"פ יחס התושבים בגילאי 0-19 בישוב מיתר (ע"פ הלמ"ס, 2006): 36.1% מתוך 4263 מבוטחים בכללית.

<sup>31</sup> מספר המבוטחים בכללית בגילאי 0-18, על פי מידע שהתקבל בתאריך 06/01/08 מקופת חולים כללית בעקבות התכתבות שניהלה קבוצת הנשים ורל"א עמה.

2. במרפאת מיתר שבעה רופאי משפחה הנותנים סך כל 67 שעות שבועיות – 1.57 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחים בקופ"ח כללית במיתר; במרפאת ביר-הדאג' שני רופאי משפחה הנותנים סך כל 55 שעות – 2.26 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחי כללית בכפר.
3. במרפאת מיתר, פרט לרופאי משפחה וילדים ישנה רופאת נשים הנותנת 4 שעות בשבוע. במרפאת ביר-הדאג' אין רופאת נשים כלל.
4. סך כל שעות קבלת רופאים במרפאת מיתר – 109 שעות שבועיות שהן 2.55 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחים לעומת 2.26 לכל 100 מבוטחים בביר-הדאג'. יש להדגיש שוב כי במיתר לא רק סך כל שעות קבלה של רופאים רבות יותר לנפש אלא שלוש התמחויות שונות בעוד בביר-הדאג' רופא המשפחה מקבל את כלל החולים, ללא קשר לצורך הרפואי.
5. המרפאה במיתר פועלת 6 ימים בשבוע בעוד המרפאה בביר-הדאג' פועלת 5 ימים בשבוע.
6. המרפאה במיתר פועלת לאורך כל שעות היום – בבוקר ואחר הצהריים, בעוד שמרפאת ביר-הדאג' פתוחה עד השעה 16:00 בלבד.
7. במרפאת מיתר בית מרחקת ושירותי דיאטנית, שירותים שאינם ניתנים במרפאת ביר-הדאג'.
- 6 במרפאת במיתר שירותי המעבדה פועלים 5 ימים בשבוע למשך שעתיים וחצי, בעוד שבביר-הדאג' שירותי המעבדה פועלים רק יומיים בשבוע במשך שעה.
- 7 במרפאת מיתר טיפת חלב הפועלת כל יום בבוקר ויום אחד אחר הצהריים, בעוד שבביר-הדאג' השרות פועל רק יומיים בשבוע בבוקר.

יש לציין כי מרפאת מיתר נגישה יותר למבוטחיה בשל קיומם של תשתיות ואמצעי תחבורה בעוד שבביר-הדאג' אין דרכים סלולות למרפאה ואין תחבורה ציבורית. כן חשוב לציין כי בישוב מיתר עומדת לרשות התושבים מרפאה עצמאית נוספת של כללית (אשר ע"פ אתר האינטרנט של הקופה מקבלת "תושבי מיתר ודרום הר חברון בלבד") וכן מרפאה של קופת חולים מאוחדת, קופת חולים לאומית וקופ"ח מכבי.

#### השוואת השירותים הניתנים במרפאת עומר של קופ"ח כללית לעומת מרפאת אל סייד (אלגרין) של כללית:

מרפאת אל סייד ( אלגרין ) מספר תושבים 4267 מס' מבוטחים בכללית 1,931 60% מהתושבים הם ילדים עד גיל 19					מרפאת עומר מספר תושבים 6924 מס' מבוטחים בכללית 4129 28% מהמבוטחים הם ילדים עד גיל 19				
הערות	ימים ושעות הקבלה	מס' שעות בשבוע	מס' רופאים	התמחות	הערות	ימים ושעות הקבלה	מס' שעות קבלה בשבוע	מס' רופאים	התמחות
מספר ילדים מבוטחים 1,311 מספר ילדים חולים כרוניים 121	0	0	0	רפואת ילדים	מספר ילדים מבוטחים <sup>32</sup> 1156	א'-ו' 6:30-12:00 17:00-19:30	81.5	4	רפואת ילדים
	א',ב,ד, 8:00-16:00 ג, 8:00-14:00 ה, 8:00-13:00	36 שעות	1	רופאי משפחה		א'-ו' 6:30-12:00 17:00-20:00	129.5	6	רפואת משפחה
0	0	0	0	רופאת נשים		יום אחד בשבוע	3	1	רפואת נשים

<sup>32</sup> חושב ע"פ יחס התושבים בגילאי 0-19 בישוב עומר (ע"פ הלמ"ס, 2006): 28% מתוך 4129 מבוטחים בכללית.

						16:30- 19:30			
		36		ס"ה שעות			214		ס"ה שעות
16:00 - 8:00 - 8:00 - 8:00	המרפאה פועלת 5 ימים בשבוע - 8:30-9:30			שירותים נוספים במרפאה		6 ימים בשבוע - 6:30 - 12:00 16:30-20:00			שירותים נוספים במרפאה
8:30-9:30	שירותי מעבדה יומיים בשבוע ב,ד					5 ימים בשבוע - 7:00-9:30			
15:45 - 8:00	טיפת חלב יומיים בשבוע א'-ד'					6 ימים בשבוע - 7:00 - 11:00 +			
						20:00 - 16:30			
						מתבצעת במרפאה בדיקת חלבון עוברי כל יום			

מהשוואת מרפאת עומר למרפאת אלגרין ניתן ללמוד על פערים גדולים במגוון והיקף השירותים הרפואיים:

1. במרפאת עומר מקבלים 4 רופאי ילדים הנותנים סך כך 81.5 שעות שבועיות בעוד במרפאת אלגרין אין רופא ילדים כלל, זאת חרף העובדה כי סביר שבאלגרין יותר ילדים - ע"פ כללית 67.8% מהמבוטחים הם ילדים בגילאי 0-18 (לעומת 28% מכלל התושבים בעומר שהנם בגילאי 0-19.0. אנו משערים כי אחוז הילדים בגילאי 0-18 המבוטחים בכללית לא שונה מהותית מאחוזם באוכלוסיה).
2. במרפאת עומר 6 רופאי משפחה הנותנים סך כל 129.5 שעות שבועיות - 3.13 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחים בקופ"ח כללית בעומר; במרפאת אלגרין יש רופא משפחה אחד הנותן סך כל 36 שעות - 1.86 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחי כללית בכפר.
3. במרפאת עומר, פרט לרופאי משפחה וילדים ישנה רופאת נשים הנותנת 3 שעות בשבוע. במרפאת אלגרין אין רופאת נשים כלל.
4. סך כל שעות קבלת רופאים במרפאת - 214 שעות שבועיות שהן 5.18 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחים לעומת 1.86 לכל 100 מבוטחים באלגרין. יש להדגיש שוב כי בעומר לא רק סך כל שעות קבלה של רופאים רבות יותר לנפש אלא 3 התמחויות שונות בעוד שבאלגרין רופא המשפחה מקבל את כלל החולים, ללא קשר לצורך הרפואי.
5. המרפאה בעומר פועלת 6 ימים בשבוע בעוד המרפאה באלגרין פועלת 5 ימים בשבוע.
6. המרפאה בעומר פועלת לאורך כל שעות היום - בבוקר ואחר הצהריים, בעוד שמרפאת אלגרין פתוחה עד השעה 16:00 בלבד.
7. במרפאה בעומר בית מרקחת בעוד שבמרפאת אלגרין אין.
8. במרפאת עומר שירותי המעבדה פועלים 5 ימים בשבוע למשך שעותיים וחצי, בעוד שבאלגרין שירותי המעבדה פועלים רק יומיים בשבוע במשך שעה.
9. במרפאת עומר מתבצעת בדיקת חלבון עוברי 5 ימים בשבוע בעוד שבאלגרין אין.

יש לציין גם מרפאת עומר נגישה יותר למבוטחיה בשל קיומם של תשתיות ואמצעי תחבורה בעוד באלגרין, אין דרכים סלולות למרפאה ואין תחבורה ציבורית. כן חשוב לציין כי בישוב עומר מרפאות נוספות של קופת חולים מאוחדת, קופת חולים לאומית וקופ"ח מכבי.

**השוואה השירותים הניתנים במרפאת להבים של קופ"ח כללית לעומת מרפאת אם מתנאן של כללית:**

מרפאת אם מתנאן					מרפאת להבים				
מס' תושבים 4467 מס' מבוטחים בכללית 1519 -					מס' תושבים 5600 מס' מבוטחים בכללית 3517				
60% מהתושבים הם ילדים עד גיל 19					36.5% מהמבוטחים הם מתחת לגיל 19				
הערות	ימים ושעות הקבלה	מס' שעות בשבוע	מס' רופאים	התמחות	הערות	ימים ושעות הקבלה	מס' שעות קבלה	מס' רופאים	התמחות

						בשבוע		
מספר ילדים 979 מספר ילדים חולים כרוניים 65	0	0	0	רפואת ילדים	מספר הילדים המבוטחים בכללית 1283	א'-ו' 7:00- 12:00 17:00- 20:00	31	4
	א'-ה' 8:00- 15:30	36.5	1	רופאי משפחה		א'-ו' 7:00- 12:00 17:00- 20:00	49	4
	0	0	0	רופאת נשים		יום אחד בשבוע 17:00- 20:00	3	1
		36.5		ס"ה שעות			83 שעות	
שעות פעילות המרפאה 5 ימים בשבוע נ: א-ה 8:00 - 5:30 שירותי מעבדה יומיים בשבוע ב, ד 8:00 - 10:00 טיפת חלב יומיים בשבוע ג, ה' 9:00 - 15:30				שירותים נוספים במרפאה	פעילות המרפאה 6 ימים בשבוע נ: א-ו שעות 6:30 - 12:00 16:30 - 20:00 שרותי מעבדה 5 ימים בשבוע נ: א-ה כל יום משעה 7:00 - 9:30; דיאטנית: שלושה ימים בשבוע 07:00-12:00 בית מרקחת 6 ימים בשבוע נ: א - 1 8:00 - 12:00 17:00 - 20:00 טיפת חלב 3 ימים ב, ג, 8:30 - 12:00 ה - 16:00 - 19:30			

1. במרפאת להבים מקבלים ארבעה רופאי ילדים הנותנים סך כך 31 שעות שבועיות בעוד במרפאת אם מתנאן אין רופא ילדים כלל, זאת חרף העובדה כי באם מתנאן 979 מבוטחי כללית בגילאי 18-0.
  2. במרפאת להבים 4 רופאי משפחה הנותנים סך כל 49 שעות שבועיות - 1.3 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחים בקופ"ח כללית להבים; במרפאת אם מתנאן רופא משפחה אחד הנותן סך כל 36.5 שעות - 2.4 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחי כללית בכפר.
  3. במרפאת להבים, פרט לרופאי משפחה וילדים ישנה רופאת נשים הנותנת 3 שעות בשבוע. במרפאת אם מתנאן אין רופאת נשים כלל.
  4. סך כל שעות קבלת רופאים במרפאת להבים - 83 שהן 2.35 שעות שבועיות לכל 100 מבוטחים לעומת 2.4 לכל 100 מבוטחים באם מתנאן. יש להדגיש שוב כי בלהבים 3 התמחויות שונות בעוד שבאם מתנאן רופא המשפחה מקבל את כלל החולים, ללא קשר לצורך הרפואי.
  5. המרפאה בלהבים פועלת 6 ימים בשבוע בעוד המרפאה באם מתנאן פועלת 5 ימים בשבוע.
  6. המרפאה בלהבים פועלת לאורך כל שעות היום - בבוקר ואחר הצהריים, בעוד שמרפאת אם מתנאן פתוחה עד השעה 15:30 בלבד.
  7. במרפאה בלהבים בית מרקחת ושירותי דיאטנית, שירותים שאינם ניתנים במרפאת אם מתנאן.
  8. במרפאת להבים שירותי המעבדה פועלים 5 ימים בשבוע למשך שעתיים וחצי, בעוד שבאם מתנאן שירותי המעבדה פועלים רק יומיים בשבוע במשך שעתיים.
  9. במרפאת להבים שרות טיפת חלב שפועל כל יום, בעוד שבאם מתנאן השרות פועל רק יומיים בשבוע.
- גם הנגישות למרפאת להבים קלה יותר מהנגישות למרפאת אם מתנאן בשל קיומם של תשתיות בלהבים. יש לציין שבישוב להבים מרפאות נוספות המשרתות את הקהילה - מרפאות של קופ"ח מכבי, קופ"ח לאומית וקופ"ח מאוחדת.