



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הבריאות
פורום בריאות בנגב



הרשות לפיתוח הנגב

בית חולים נוסף בנגב - קווים



עורכים
דב צ'רניחובסקי
מאיר סהר

משתתפים

ד"ר נדב דוידוביץ' – רפואה ובריאות הציבור
גב' אסתר לוינסון – תכנון ערים
ד"ר מיקי מלול – כלכלה
מר צבי פרנקל – משפטים
פרופ' דב צ'רניחובסקי – כלכלה ומדיניות מערכות בריאות
ד"ר אמיר שוהם – כלכלה



כל הזכויות שמורות

עימוד ועיצוב: ספי עיצוב גרפי
הדפסה: יחידת הדפוס אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

הרשות לפיתוח הנגב היא תאגיד שהוקם על פי חוק בשנת 1991. תפקידיה, כפי שנקבעו בחוק, הם ליזום ולהכין תכניות לעידוד יזמות ופעילות לפיתוח הכלכלי והחברתי של הנגב; לתאם בין משרדי הממשלה, רשויות וגופים העושים לפיתוח הנגב; ליזום מחקרים ולספק מידע בכל הקשור ליזמות כלכלית בנגב; לייעץ ולסייע בכל הקשור לתכנון ולהקמה של מפעלים כלכליים וחברתיים בנגב, לרבות להליכים הדרושים לעניין זה. במועצת הרשות חברים כל ראשי הרשויות בנגב, מנהליהם של משרדי הממשלה, נציגי שרים, נציגי האוניברסיטה ובית החולים, נציגי לשכות המסחר והתאחדות התעשיינים, בסך-הכול 61 חברים. מר רוביק דנילוביץ', ראש עיריית באר שבע, משמש כיו"ר מועצת הרשות.

"פורום בריאות בנגב" הוא ועדה של הפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. הפורום נועד לקדם את בריאותה של אוכלוסיית הנגב, שהיא בעלת צרכים מיוחדים הנובעים ממצבה החברתי-כלכלי הנמוך יחסית, מהמבנה האתני המיוחד שלה ומהחוסר היחסי של שירותי רפואה באזור הדרום. ה"פורום" יוזם, מעצב ומפעיל מדיניות ותכניות בתחום קידום הבריאות, אשר מותנות במאמץ משותף של כל הגופים העוסקים בנושא באזור, לרבות הקהילה. את ה"פורום" הקימה נשיאת האוניברסיטה פרופ' רבקה כרמי. בראשו עומד כיום דיקן הפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון, פרופ' שאול סופר, וחברים בו הגופים המספקים שירותי בריאות בנגב ונציגי ציבור, כולל נציגי הקהילה הברואית. הפורום יזם וקידם לאחרונה את הפרויקט "באר שבע עיר בריאה".

ועדת היגוי, הרשות לפיתוח הנגב:

מר פאיז אבו סייבן – ראש עיריית רהט
ד"ר אילנה בלמקר – מנהלת משרד הבריאות, מחוז דרום
מר אריק ברשדה – מנהל מחוז דרום במשרד לאיכות הסביבה
מר אלי לוי – ראש המועצה המקומית להבים
גב' סיגל מורן – ראש המועצה האזורית בני שמעון
מר מאיר סהר – מנהל הרשות לפיתוח הנגב
מר בנימין סימן טוב – מנהל מחוז דרום, משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
מר דרור קרואני – מנהל היחידה לתכנון ופיתוח כלכלי, המועצה האזורית בני שמעון
גב' פאני ששפורטה – מנהלת מחוז דרום, מינהל מקרקעי ישראל

פורום בריאות בנגב, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב:

ד"ר יצחק אבנד – מנהל רפואי, מכבי שירותי בריאות, מחוז דרום
מר עוזי ביתן – מנהל קופת-חולים לאומית, מחוז דרום
ד"ר אילנה בלמקר – מנהלת משרד הבריאות, מחוז דרום
מר הרצל ג'אן – ראש מינהל הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
יהודה גרדוס – המחלקה לגיאוגרפיה, הפקולטה למדעי הרוח והחברה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
נדב דוידוביץ' – המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
מיכאל ליינדרס – סגן מנהלת משרד הבריאות, מחוז דרום
ד"ר יהודה לימוני – מנהל רפואי, שירותי בריאות כללית, מחוז דרום
כרמי מרגלית – ראש המרכז לחינוך רפואי, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
פרופ' שאול סופר – דיקן הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
פרופ' דב צ'רניחובסקי – מנהל הפורום לבריאות בנגב, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
אילנה שהם-ורדי – ראש המחלקה לאפידמיולוגיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
פסח שוורצמן – יו"ר החטיבה לבריאות בקהילה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
ד"ר מיכאל שרף – מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה"
דב תמיר – ראש היחידה לקידום בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**הדעות המובאות במסמך זה מייצגות את דעת הרוב בוועדות ההיגוי
ואת המחברים, ולא את הדעות האישיות של חברי הוועדות
ואת אלה של המוסדות השונים.**

הקדמה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע:

“ביטוח הבריאות הממלכתי, על פי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית”
(חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ”ד-1994).

בהתאם, לכל אזרחי ישראל יש זכות בסיסית לשירותי רפואה, כמו גם לבריאות, המבוססים על עקרונות של הגינות וצדק חברתי. הרמה הנחותה יחסית של בריאות האוכלוסייה בנגב והחוסר בשירותי הרפואה בו הם אתגר לאומי בדרך למימוש זכות זו.

בברכתו של המשרד לפיתוח הנגב והגליל יזמו הרשות לפיתוח הנגב והפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב בחינה מחודשת של הרעיון להקמת בית חולים נוסף בנגב, על בסיס תכניות קיימות של משרד הבריאות. הבחינה המוצגת במסמך זה היא מקדמית ומתרכזת בבדיקת צרכים, במצבו היחסי של הדרום, באופיו של בית החולים המוצע ובדרכי פעולתו, כמו גם בהיבטיו הכלכליים-פיננסיים והמשפטיים. אין בדיקה זו בבחינת תחליף להכנת פרוגרמה מפורטת לבית החולים המוצע. אנו מודים למשרד הבריאות, כמו גם ל”שירותי בריאות כללית” ולקופת חולים “לאומית”, על הסיוע בחשיבה ובקבלת נתונים. תודתנו נתונה גם למר יהודה רון – סמנכ”ל תכנון ובינוי משרד הבריאות, לפרופ’ שלמה מור-יוסף – מנכ”ל ביה”ח “הדסה”, ולפרופ’ יהונתן הלוי – מנכ”ל המרכז הרפואי “שערי צדק”, על הסיוע בחשיבה.

תקציר מנהלים

הנגב הוא אזור מתפתח ביחס לאזורי המדינה האחרים. דמוגרפית, שיעורי הפריורן בנגב גבוהים. עם אלה, הזדקנות אוכלוסיית האזור מואצת. בנוסף, באוכלוסית הנגב שיעורים גבוהים יחסית של עולים, מחד, ומיעוט בדואי גדול, מאידך. כלכלית, האוכלוסייה מאופיינת במצב סוציו-אקונומי ממוצע נמוך. אפידמיולוגית, האוכלוסייה סובלת עדיין משכיחות גבוהה יחסית של מחלות זיהומיות, עם התפתחות חריפה של מחלות כרוניות, מדדי התחלואה ותוחלת החיים באזור נחותים מאלה של אזורי הארץ האחרים. פסיכולוגית, הערכה של האוכלוסייה את מצב בריאותה – המבטאת, קרוב לוודאי, גם תחושת קיפוח – נמוכים יחסית לאזורי המדינה האחרים. גיאוגרפית, האוכלוסייה מפוזרת על פני מרחב גדול הדורש מתן שירותים לאזורים מרוחקים.

כל אלה מציבים אתגרים מיוחדים למערכת שירותי הרפואה בנגב נוכח הקשר ההדוק בין גורמי סיכון דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים המאפיינים את הנגב לבין בריאות נחותה יחסית. תחזיות האוכלוסייה מצביעות על כך שאתגרים אלה רק ילכו ויגברו בשני העשורים הקרובים.

מערך האשפוז בנפת באר שבע כולל שלושה בתי חולים: המרכז הרפואי "סורוקה" בבאר שבע, בית החולים הממשלתי "יוספטל" באילת, מרכז אחד לבריאות הנפש בבאר שבע ו-13 בתי חולים למחלות ממושכות. בית החולים באילת משרת את תושבי העיר והערבה הדרומית. המרכז הרפואי "סורוקה" הוא "בית חולים-על" למחוז הדרום כולו, מאשדוד ועד אילת בדרום, ועליו רוב הנטל של הטיפול והאשפוז בנגב.

בית חולים כללי נוסף בנגב מחויב המציאות לפי כל אמת מידה. שיעור מיטות האשפוז הכלליות בנגב הוא היום מן הנמוך במדינה: 1.5 מיטות לאלף נפשות מתוקננות לעומת ממוצע ארצי של 2.0 אלף (לרבות הדרום) ו-2.4 בנפת חיפה, למשל, שמספר תושביה דומה לזה של נפת באר שבע. כדי לשמור על הרמה הנוכחית של מיטות אשפוז לאוכלוסייה בנגב בשנת 2025, נדרשת תוספת של 519 מיטות עד אותה שנה. לצורך הגעה לממוצע הארצי בשנה זו, יידרש להוסיף 695 מיטות. לצורך השוואת הרמה העתידית בנפת באר שבע לזו הנוכחית של נפת חיפה, יש להוסיף 1,876 מיטות עד שנת 2025.

הרעיון להקים בית חולים נוסף בדרום עלה בעבר וקיבל משנה תוקף בתכנית מטרופולין באר שבע, שאף סימנה את מיקומו על דעתו של משרד הבריאות והרשויות האחרות הנוגעות לעניין. בברכתו של המשרד לפיתוח הנגב והגליל יזמו הרשות לפיתוח הנגב ופורום הבריאות של הפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב בחינה מחודשת של הרעיון, על בסיס תכניות קיימות של משרד הבריאות. ההצעה היא לבנות בשלב הראשון בית חולים בסדר גודל של כ-300 מיטות, להרחיבו ל-600 מיטות בתוך כעשור מהקמתו ועד ל-900 מיטות כעבור כ-20 שנה. ראוי לציין שגם אז הנגב יהיה בחוסר יחסי לעומת שאר אזורי המדינה. בית החולים המוצע יהיה בית חולים "ציבורי", כהגדרתו בתקנות בריאות העם (אשפוז בבית חולים), התשמ"א-1980. לאור זאת, יהיו בו בשלב הראשון חדר מיון (כולל חדר מיון פנימי, כירורגי, ילדים, נשים), מחלקה פנימית ומחלקות כירורגיה ונשים. הוא יעבוד בשיתוף פעולה עם המרכז הרפואי "סורוקה", קופות החולים בדרום ושירותי החירום, כמו גם עם המערך האקדמי של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, העוסק בהכשרה של כוח אדם רפואי ובמחקר.

אין מניעה אדמיניסטרטיבית לגשת באופן מידי להקמת בית החולים. שטחים ותשתיות מתאימות כבר הוקצו ואושרו על ידי הרשויות המתאימות באזור צומת להבים, כחלק מתכנית אב קיימת. ההשקעה

הדרושה בהקמת השלב הראשון של בית החולים מוערכת בכ-700 מיליון ש"ח, לרבות הוצאות מימון. בתנאים הנוכחיים של מערכת האשפוז בישראל צפוי לבית החולים בשלבו הראשון הפסד תפעולי של 25 מיליון ש"ח לשנה, כזה הקיים בממוצע בבתי חולים ממשלתיים בסדר גודל של 300-400 מיטות. הגירעון למיטה יפחת עם הרחבת בית החולים.

במקרה שבו לא יהיה מוסד ציבורי – ממשלה או קופת חולים – שייטול על עצמו את הבעלות על בית החולים (שאינה בהכרח קשורה לסוגיית המימון של ההשקעה וההפעלה), עומדות על הפרק שתי אפשרויות: להקימו כעמותה בהתאם לחוק העמותות, התש"ם-1980, או להקימו כחברה בהתאם לחוק החברות, התשנ"ט-1999.

תוכן

11	1. מבוא
12	2. הנגב ואוכלוסייתו
12	2.1 הגדרה גיאוגרפית של אזור הנגב
13	2.2 האוכלוסייה
13	2.3 התפלגות הגילים
14	2.4 פריסת האוכלוסייה
14	2.5 תחזית האוכלוסייה
16	3. בריאות האוכלוסייה
16	3.1 תוחלת החיים
16	3.2 תמותת תינוקות
17	3.3 נתונים אפידמיולוגיים מיוחדים
17	3.4 הערכה עצמית של מצב הבריאות
18	3.5 בריאות ומצב חברתי-כלכלי
21	4. שירותי הרפואה
21	4.1 כוח אדם – רופאים ואחיות
23	4.2 שירותי אשפוז כלליים
24	4.3 היחס בין "שוויים"
25	4.4 המרכז הרפואי "סורוקה"
26	4.5 מספר המיטות הכלליות בנפת באר שבע בעתיד
27	5. התכנית לבית החולים
27	5.1 התכנית הכללית
27	5.2 שטחים
28	5.3 תשתיות ונגישות
30	6. אופי בית החולים, ארגונו וניהולו
30	6.1 סוג וגודל
31	6.2 כוח אדם
31	6.3 היחסים עם המרכז הרפואי "סורוקה"
31	6.4 יחסים עם מוסדות אחרים
33	7. הערכה כלכלית
33	7.1 חלוקת בתי החולים הממשלתיים לאשכולות
34	7.2 אומדן ההשקעה
35	7.3 הערכת רווח והפסד שנתיים – שלב א' (300 מיטות)
36	7.4 תחזית הכנסות, הוצאות וגירעון ל-10 שנים
37	7.5 הערכת רווח והפסד שנתיים תפעוליים – שלבים ב' וג'
41	8. היבטים משפטיים של הקמת בית החולים
41	8.1 מדיניות בנושא בעלות על מוסדות אשפוז כלליים
42	8.2 שיתוף פעולה מצד המדינה
42	8.3 מעמד מול הרשויות

42	8.4 מיסוי
43	8.5 צורת ההתאגדות המוצעת
45	9. סיכום
47	מקורות
48	נספח 1 – הצעת פרוגרמה לבנייה של בית חולים כללי

רשימת לוחות

14	לוח 2.א: התפלגות האוכלוסייה בנפת באר שבע לפי גיל, 2005 (באחוזים)
	לוח 2.ב: תחזית האוכלוסייה בנפת באר שבע לשנת 2025, לפי קבוצות גיל וקבוצות
15	אתניות (באחוזים)
16	לוח 3.א: תוחלת חיים לפי מחוז – ישראל, 1998-2002
	לוח 3.ב: אחוזי האוכלוסייה אשר דיווחו על בריאותם כ"טובה מאוד או מצוינת",
18	לפי מחוז ולפי גיל, 2003-2004
23	לוח 4.א: מערך האשפוז בנפת באר שבע, 2005
23	לוח 4.ב: שיעור מיטות כלליות לאלף נפש לפי מחוזות, 2005
24	לוח 4.ג: שיעור מיטות כלליות לאלף נפש משוקללת לפי מחוזות, 2006
24	לוח 4.ד: האוכלוסייה בנפות חיפה ובאר שבע, 1995 ו-2005
25	לוח 4.ה: שינויים בשיעורי מיטות בישראל, נפות חיפה ובאר שבע
	לוח 4.ו: תוספת נדרשת למיטות כלליות בנפת באר שבע, על פי שיעורים
26	אלטרנטיביים
33	לוח 7.א: ניתוח אשכולות
	לוח 7.ב: הכנסות והכנסות למיטה (באלפי ש"ח) בבתי החולים שבאשכול
35	הראשון, 2005
35	לוח 7.ג: תחזית הכנסות והוצאות לשנה
	לוח 7.ד: סך ההוצאות הקבועות בכל אשכול ושיעור ההוצאות הקבועות
36	מההכנסות
	לוח 7.ה: ניתוח רווח והפסד בתקופת ההרצה ובתקופה שלאחריה
36	(באלפי ש"ח)
37	לוח 7.ו: ההכנסות באשכול השני (באלפי ש"ח)
37	לוח 7.ז: הכנסות באשכול השלישי (באלפי ש"ח)
37	לוח 7.ח: תחזית הכנסות והוצאות לשנה לאחר ההרחבה הראשונה
38	לוח 7.ט: תחזית הכנסות והוצאות לשנה לאחר ההרחבה השנייה
39	לוח 7.י: סיכום סך ההכנסות וההוצאות של בית החולים למשך 20 שנה, באלפי ש"ח

רשימת תרשימים

13	תרשים 2.א: האוכלוסייה בנפת באר שבע באלפי נפשות, 2005-1996
17	תרשים 3.א: תמותת תינוקות לאלף לידות חי
	תרשים 3.ב: הקשר בין תוחלת חיים למדד החברתי-כלכלי ביישובים המונים
19	מעל 50,000 תושבים, 2002-1998

- 19 תרשים 3.ג: הקשר בין המדרד החברתי-כלכלי לשיעור התמותה של תינוקות
ביישובים המונים מעל 10,000 תושבים, 1998-2002
- 20 תרשים 3.ד: האוכלוסייה ביישובים העירוניים של נפת באר שבע (ללא אילת)
באלפים, לפי אשכול חברתי-כלכלי
- 21 תרשים 4.א: נפשות "משוקללות" ונפשות "רגילות" (באלפים) לפי מחוז, ישראל
2006
- 22 תרשים 4.ב: שיעורי רופאים ואחיות לאלף נפש משוקללות לפי מחוז, 2006
- 22 תרשים 4.ג: אינדקס רופאים ומיטות ל-1000 נפשות מתוקנות (ממוצע ישראל = 1)
ותמותת תינוקות ל-1,000 נפשות, ישראל 2006
- 25 תרשים 4.ד: מיטות לאלף נפש בישראל, נפות חיפה ובאר שבע, 2005
- 25 תרשים 4.ה: התפוסה בפועל במחלקות ב"סורוקה" בשנים 1998 ו-2005,
באחוזים
- 34 תרשים 7.א: אפיון האשכולות לפי סך ההכנסות במיליוני ש"ח ומספר
המיטות, 2005

רשימת מפות

- 12 מפה 1: נפת באר שבע
- 15 מפה 2: צפיפות האוכלוסין בנפת באר שבע
- 28 מפה 3: תכנית המתאר של מטרופולין באר שבע
- 29 מפה 4: תכנית בניין עיר החלה על השטח המיועד לאזור התעסוקה העתידי

1. מבוא

מדדי הבריאות של אוכלוסיית הנגב מלמדים על נחיתותו של האזור יחסית לאזורי הארץ האחרים. כך הוא המצב ביחס לזמינות שירותי הרפואה: שיעור מיטות האשפוז הכלליות בנגב הוא מן הנמוכים במדינה. באזור קיים בית חולים כללי אחד – המרכז הרפואי "סורוקה" שבעיר באר שבע. הרעיון להקים בית חולים נוסף עלה בעבר וקיבל משנה תוקף בתכנית מטרופולין באר שבע, שאף סימנה את מיקומו על דעתו של משרד הבריאות והרשויות האחרות הנוגעות לעניין.

מטרת המסמך היא להציג בחינה מקדמית של הקמת בית חולים זה. הבחינה מתמקדת בגודלו של בית החולים ובסוג השירותים שיעניק, כמו גם בהיבטים המנהליים, הארגוניים, הכלכליים והמשפטיים של המוסד. להכנת המסמך חברו יחדיו הרשות לפיתוח הנגב שבמשרד לפיתוח הנגב והגליל והפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

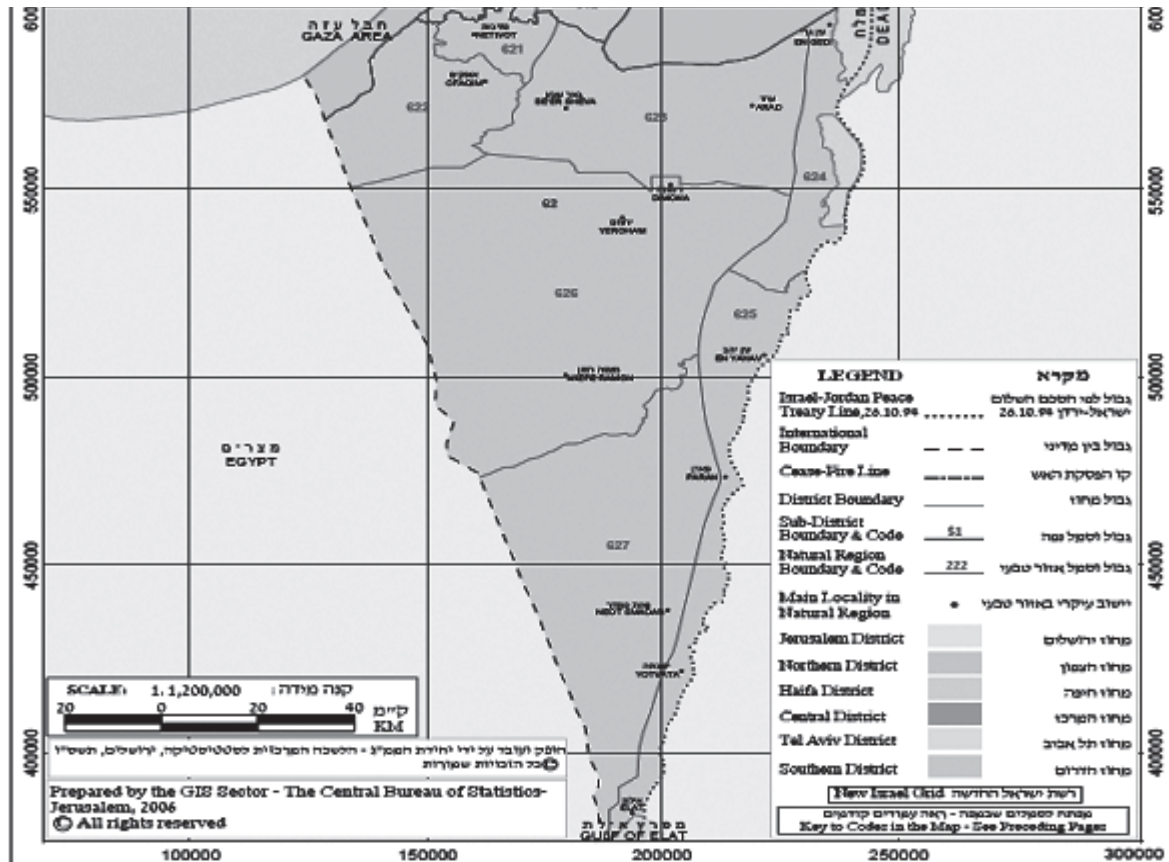
2. הנגב ואוכלוסייתו

2.1 הגדרה גיאוגרפית של אזור הנגב

הנגב הוא חלק ממחוז הדרום, המשתרע מאשדוד ועד אילת. יש בו שתי חטיבות עיקריות: נפת באר שבע, המשתרעת מנתיבות-רהט-ערד בצפון ועד אילת בדרום, ונפת אשקלון – המשתרעת מאשדוד בצפון ועד שדרות בדרום. השטח של נפת באר שבע הוא 12,946 קמ"ר, המהווים 58% משטחה של מדינת ישראל בתחומי הקו הירוק. חוק הרשות לפיתוח הנגב חל על כל נפת באר שבע ועל חלקה הדרומי של נפת אשקלון.

"מטרופולין באר שבע" הוא מושג תכנוני המציין את קבוצת היישובים העירוניים והכפריים המקיימים זיקה לעיר באר שבע. המטרופולין משתרע משדרות ושער הנגב בצפון ועד הערבה התיכונה בדרום. במסמך זה מוצגים הנתונים בעיקר על נפת באר שבע, אשר רובה שייכת לאזור האשפוז של המרכז הרפואי "סורוקה" בבאר שבע.

מפה 1: נפת באר שבע

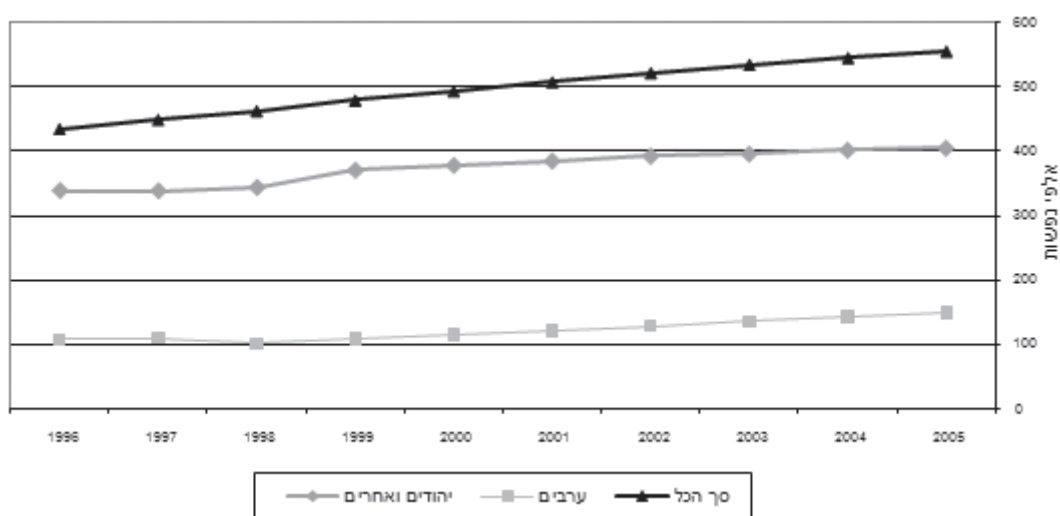


2.2 האוכלוסייה

בסוף שנת 2005 גרו בנגב 555,200 תושבים, מהם 405,600 יהודים ו-149,600 ערבים בדואים (תרשים 2.א). בין השנים 1995 ל-2005 גדלה אוכלוסיית הנגב ב-32.5%, בהשוואה ל-24.6% בישראל בכלל. הגידול נובע משני מקורות עיקריים: הגירה של עולים לנגב וריבוי טבעי. עולים חדשים מהווים 24.6% מכלל היהודים בנגב ו-17.9% מכלל תושבי האזור.

שיעור הפרייון הכולל בישראל היה 2.84 בשנת 2005. באזור הדרום היה שיעור הפרייון הכולל 3.60; 2.44 בקרב היהודים ו-7.60 בקרב הבדואים. לפיכך, בעתיד צפוי גידול ניכר באוכלוסיית המיעוטים, המהווה כיום כ-27% מתושבי הנפה.

תרשים 2.א: האוכלוסייה בנפת באר שבע באלפי נפשות, 1996-2005



מקור: למ"ס (2006א)

2.3 התפלגות הגילים

עקב שיעורי הילודה הגבוהים, האוכלוסייה הבדואית צעירה ביחס לאוכלוסיית ישראל – גם בהשוואה לאוכלוסייה הערבית בישראל (לוח 2.א).

שיעור הקשישים באוכלוסייה היהודית בנפת באר שבע מתקרב לשיעורם בכלל האוכלוסייה במדינה. בשלושה יישובים יהודיים בולטים ריכוזים גבוהים יחסית של אוכלוסייה מעל גיל 65: באר שבע, עומר וערד.

לוח 2.א: התפלגות האוכלוסייה בנפת באר שבע לפי גיל, 2005 (באחוזים)

קבוצת גיל		יהודים		ברואים/ערבים
		בישראל	בנפת באר שבע	בישראל
		בנפת באר שבע		
0-14	25.3	25.4	40.7	56.6
15-64	63.2	63.9	56.6	42.2
+ 65	11.5	10.7	2.7	1.2
סך הכול	100.0	100.0	100.0	100.0

מקור: למ"ס (2006א). לוח 2.10

2.4 פריסת האוכלוסייה

רוב האוכלוסייה היהודית גר בשבעה יישובים עירוניים: באר שבע, נתיבות, אופקים, ערד, דימונה, ירוחם ומצפה רמון. בנוסף ליישובים שהוזכרו, האוכלוסייה היהודית פזורה גם ביישובים כפריים ופרבריים. רוב הבדואים גר בבקעת באר שבע, שהינה חלק מהנפה. כמחצית מאוכלוסיית הבדואים גרה בשבעה יישובים המוכרים על ידי המדינה (חורה, כסייפה, לקיה, ערערה בנגב, רהט, שגב שלום ותל שבע) ובכמה יישובים כפריים קטנים הנמצאים בתהליך הסדרה מבחינה תכנונית ובתחום מתן השירותים. המחצית השנייה של האוכלוסייה גרה במקבצים אשר אינם מוכרים כיישובים רשמיים, בדיוור שנבנה ללא היתר וללא פיקוח, ללא שירותים וללא תשתיות תקינות של מים, ביוב, ניקוז, חשמל ודרכים.

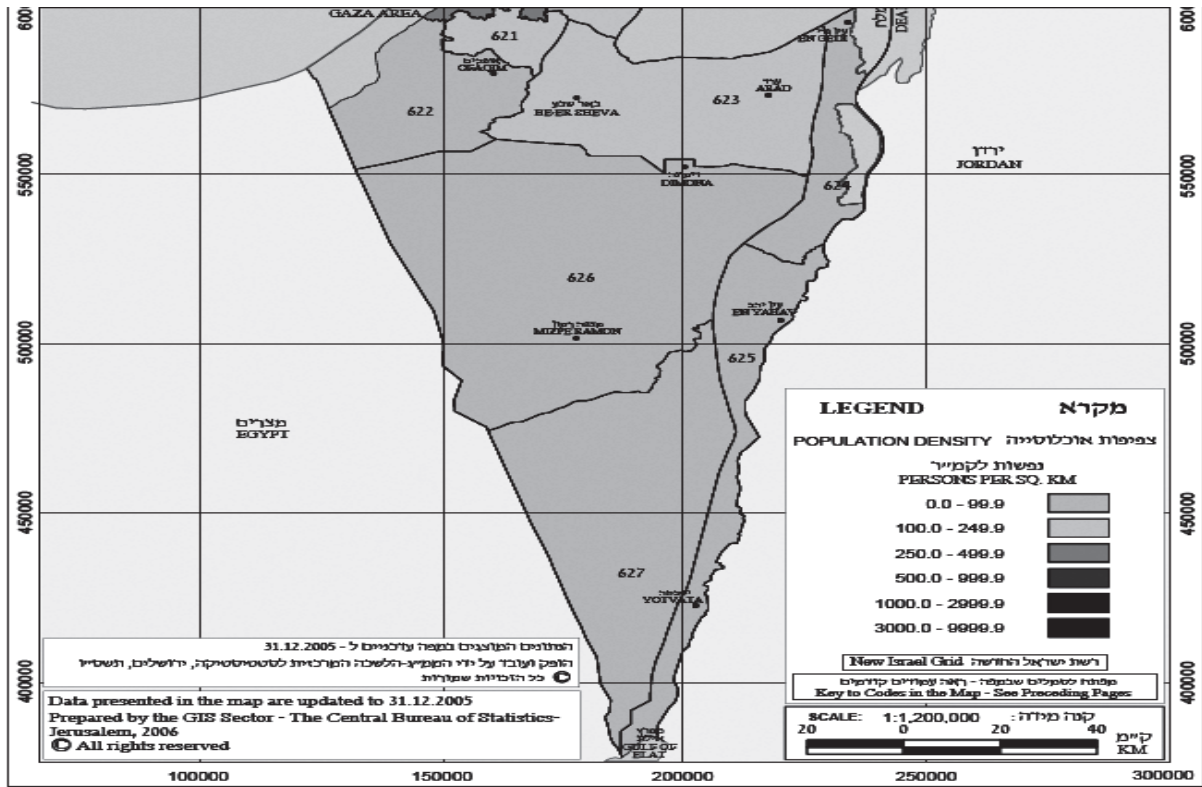
היישובים הגדולים ביותר בנגב הם העיר באר שבע, שבסוף שנת 2006 מנתה 185,300 תושבים, והעיר רהט שלה 40,000 תושבים. רוב האוכלוסייה של נפת באר שבע גר בעיר באר שבע ובסביבתה הקרובה (מפה 2).

2.5 תחזיות האוכלוסייה

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה חוזה כי בשנת 2025 יהיו בארץ 9,261,600 נפש, מהם 74.9% יהודים (למ"ס, 2006). תחזית אוכלוסייה שנערכה לצורך עבודה זו מראה כי אם לא תהיה הגירה לאזור, ואם תוחלת החיים תעלה במעט והפריון ירד במקצת, כי אז בשנת 2025 יגורו באזור 880,000 תושבים – בהם 500,000 יהודים ו-380,000 בדואים. ההתפלגות של קבוצות הגיל תשתנה כמפורט בלוח 2.ב. התחזית אינה לוקחת בחשבון הגירה פנימית, כגון הגידול באוכלוסייה של כוחות הביטחון עם ההעתקה של בסיסי צה"ל לנגב.

תכנית האב למטרופולין באר שבע הציבה יעד אוכלוסייה של 928,700 נפש במטרופולין, הכוללת את רוב אוכלוסיית הנפה. תכנית זו גם מניחה שתהיה הגירה פנימית לאזור, אך מבלי לקחת בחשבון את עיבוי המערך של צה"ל באזור.

מפה 2: צפיפות האוכלוסין בנפת באר שבע



מקור: למ"ס (2006א)¹

לוח 2.ב: תחזית האוכלוסייה בנפת באר שבע לשנת 2025, לפי קבוצות גיל וקבוצות אתניות (באחוזים)

קבוצת גיל	יהודים ואחרים	ערבים
4-0	7.03%	17.4%
14-5	17.40%	33.58%
64-15	63.68%	47.57%
65 ומעלה	11.89%	1.39%
סך הכול	100.00%	100.00%
מספרים מוחלטים	497,880	380,340

מקור: למ"ס (2006א)

1. רוב האוכלוסייה גר באזור טבעי באר שבע, המצויין במפה במספר 623

3. בריאות האוכלוסייה

3.1 תוחלת החיים

תוחלת החיים הגבוהה ביותר של גברים ונשים יחד, בשנים 1998-2002, נרשמה בירושלים, באזור המרכז ובתל-אביב – 80.1, 79.7 ו-79.5, בהתאמה (לוח 3.א). בחיפה התמונה טובה פחות – 78.2 שנים, והיא טובה עוד פחות באזורי הפריפריה – הצפון והדרום. באזורי הפריפריה אלה תוחלת החיים היא הנמוכה ביותר – 77.9 ו-77.3, בהתאמה. מצבו של הדרום הוא הנחות ביותר.

לוח 3.א: תוחלת חיים לפי מחוז – ישראל, 1998-2002

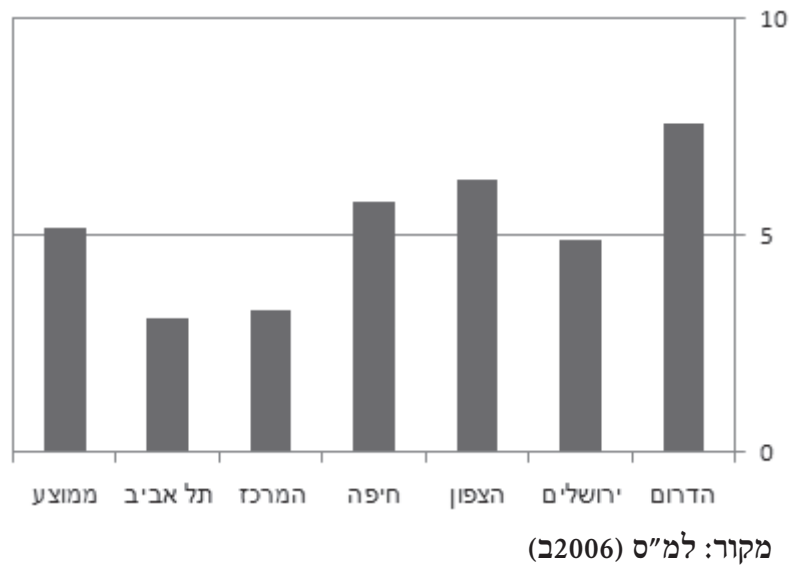
מחוז	תוחלת חיים בלידה		
	שני המינים	זכרים	נקבות
ירושלים	80.1	78.1	81.9
המרכז	79.7	77.6	81.7
תל אביב	79.5	77.4	81.3
חיפה	78.2	76.2	80.1
הצפון	77.9	75.9	79.9
הדרום	77.3	75.0	79.6
ישראל	78.9	76.8	80.8

מקור: למ"ס (2006ב)

3.2 תמותת תינוקות

גם שיעור תמותת התינוקות לאלף לידות חי מראה פערים בין המרכז לפריפריה, בעלי אופי הדומה לנתונים שהוצגו לעיל (תרשים 3.א). לפי נתוני שנת 2004, השיעור הנמוך ביותר של תמותת תינוקות נרשם בתל אביב – 3.1 לכל אלף לידות חי. שיעור דומה נמצא באזור המרכז – 3.3 לכל אלף. השיעור גבוה יותר בירושלים – 4.9 לכל אלף לידות חי, ואף יותר מכך בחיפה – 5.8 לכל אלף. שיעור גבוה יותר נרשם בצפון – 6.3, אולם השיעור הגבוה ביותר של תמותת תינוקות נרשם בדרום: 7.6 לכל אלף לידות חי. היינו, שיעור התמותה של תינוקות בצפון הוא כפול מאשר בתל-אביב, ובדרום הוא אף גבוה יותר – יותר מפי שניים.

תרשים 3.א: תמותת תינוקות לאלף לידות חי



3.3 נתונים אפידמיולוגיים מיוחדים

נפת באר שבע בולטת בכמה מאפיינים אפידמיולוגיים חשובים מבחינת צורכי הרפואה:

- שיעור גבוה של יילודים עם מומים מולדים – 16.1 לאלף לידות חי בנפה בהשוואה ל-15.3 בישראל;
- שיעורי פטירה גבוהים של ילדים – 2.5 פטירות לאלף ילדים גילאי 0-4 בהשוואה ל-1.4 בישראל;
- תמותה כתוצאה ממחלות כלי דם במוח – 163.1 למאה אלף בנפה בהשוואה ל-122.5 בישראל;
- שיעור גבוה יחסית של מקבלי קצבאות נכות. בסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה דיווחו 21.4% ממקבלי הקצבאות של הביטוח הלאומי בנפת באר שבע כי הם מקבלים קצבת נכות, בהשוואה ל-16.5% מהמרווינים בישראל.

3.4 הערכה עצמית של מצב הבריאות

ההערכה העצמית של תושבי הדרום את מצב בריאותם נמוכה בכל קבוצות הגיל הנסקרות. תופעה זו בולטת במיוחד בקרב האוכלוסיות המבוגרות יחסית, מעל גיל 45, אשר מטבע הדברים צורכיהן הרפואיים גוברים (לוח 3.ב).

לוח 3.ב: אחוזי האוכלוסייה אשר דיווחו על בריאותם כ"טובה מאוד או מצוינת", לפי מחוז ולפי גיל,

2004-2003

סך הכול	גיל					מחוז
	44-21	64-45	74-65	+75	+65	
55.1	71.2	45.8	21.8	11.5	17.9	כלל ארצי
64.2	79.5	58.6	(26.2)	..	21.2	ירושלים
50.6	64.4	38.9	(12.4)	..	(9.1)	הצפון
48.6	67.4	36.9	(17.6)	(11.8)	15.4	חיפה
60.8	76.6	53.2	24.0	(11.0)	18.9	המרכז
56.8	73.6	50.9	29.9	(18.6)	25.4	תל אביב
45.8	62.6	33.7	(14.2)	..	10.3	הדרום

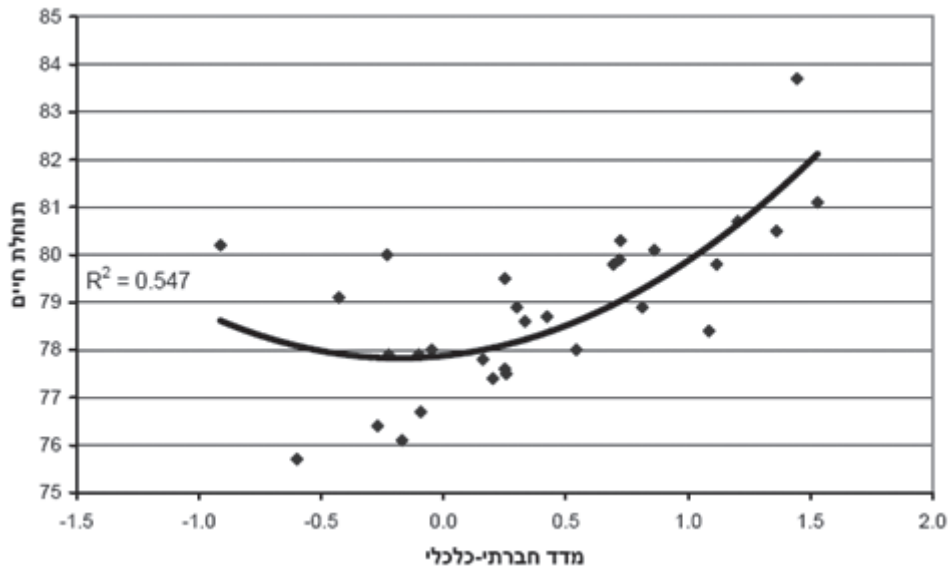
מקור: משרד הבריאות (2006)

3.5 בריאות ומצב חברתי-כלכלי

בישראל, כבכל מקום אחר בעולם, קיים קשר ברור בין הפרופיל החברתי-כלכלי של האוכלוסייה לבין מצב הבריאות שלה. לפי נתונים שנאספו בשנים 1998-2002, השוואת מדדי בריאות בין יישובים בישראל מעלה כי קיים קשר חיובי בין מצב חברתי-כלכלי, כפי שהוא נמדד על ידי האינדקס החברתי-כלכלי של יישובים בישראל, לבין מדדי בריאות². ככל שהמדד החברתי-כלכלי גבוה יותר, כך תוחלת החיים גבוהה יותר (תרשים 3.ב) ותמותת התינוקות נמוכה יותר (תרשים 3.ג).

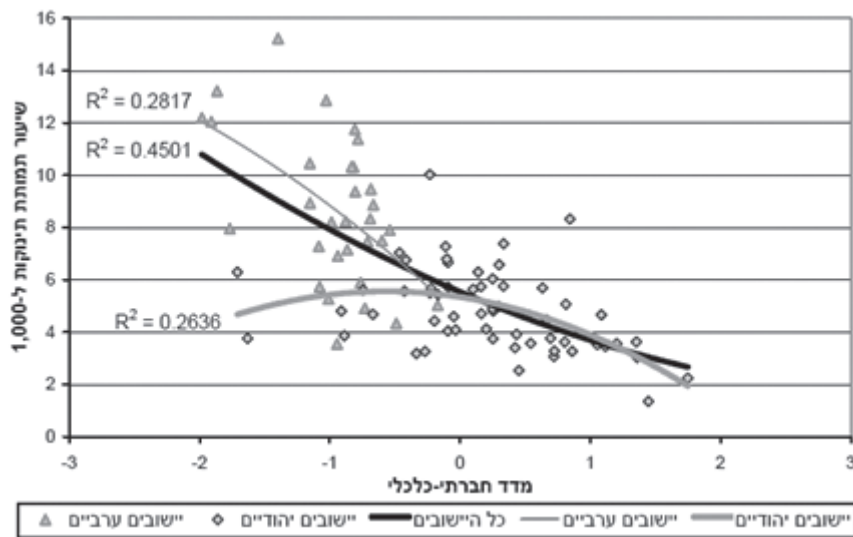
2. ראוי לציין בהקשר זה כי במציאות הקשר קרוב לודאי חזק יותר, מאחר שבבדיקה לא נכללו יישובים קטנים, שבהם למטה מ-50,000 תושבים. כלומר, האוכלוסיות החלשות המאפיינות יישובים קטנים – בעיקר בקרב המיעוטים – אינן נכללות בבדיקה.

תרשים 3.ב: הקשר בין תוחלת החיים למדד חברתי-כלכלי ביישובים המונים מעל 50,000 תושבים, 2002-1998



מקור: למ"ס (2006)

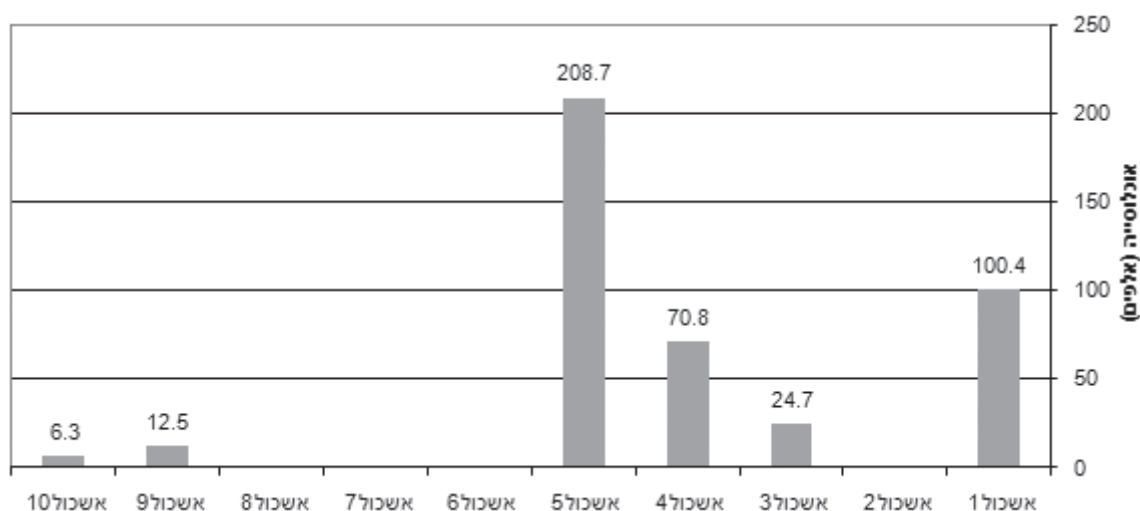
תרשים 3.ג: הקשר בין המדד חברתי-כלכלי לשיעור התמותה של תינוקות ביישובים המונים מעל 10,000 תושבים, 2002-1998



מקור: למ"ס (2006)

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה דירגה את היישובים בישראל לפי מעמד חברתי-כלכלי ומינה אותם לעשרה אשכולות, כאשר האשכול הראשון הוא הנמוך ביותר. אוכלוסיית היישובים בנפת באר שבע שייכת ברובה לחמשת האשכולות הראשונים, כאשר היישובים הבדואים מרוכזים באשכול הנמוך ביותר והעיר באר שבע באשכול החמישי (תרשים 6.3). לאשכולות הבינוניים (6-8) אין כלל ייצוג באזור. משמעות הנתונים היא כי רוב תושבי האזור נמצאים בסטאטוס חברתי-כלכלי נמוך, על כל המשתמע מכך, לפחות מבחינת צורכי הבריאות וההזדקקות לשירותי רפואה.

תרשים 6.3: האוכלוסייה בישובים העירוניים של נפת באר-שבע (ללא אילת), באלפים, לפי אשכול חברתי-כלכלי



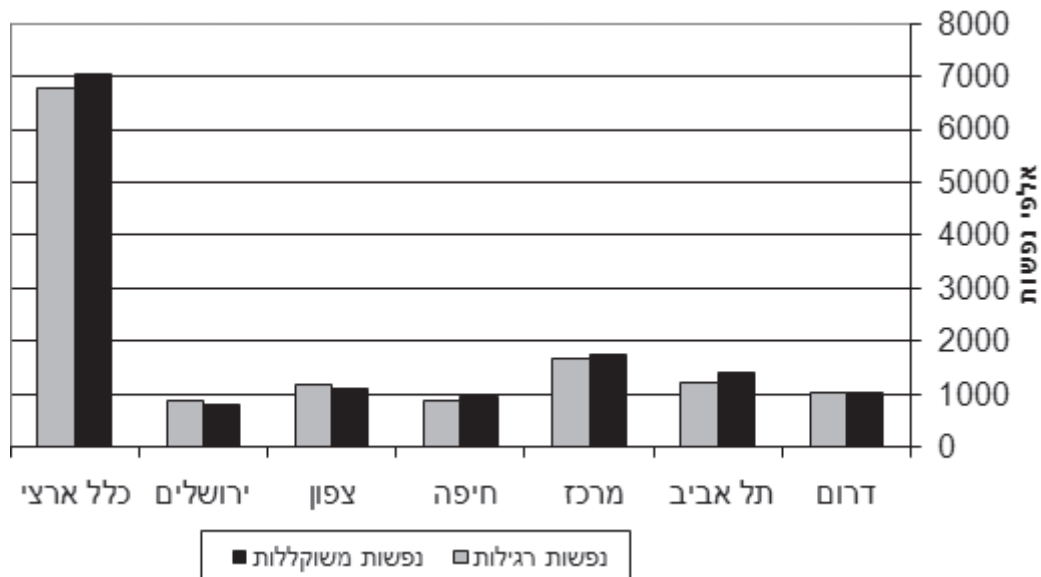
מקור: למ"ס (2007א)

4. שירותי הרפואה

השוואה של מצאי המשאבים הרפואיים – בין מקומות ועל פני זמן – חייבת להתייחס להגדרה עקבית של צרכים. המפתח לאומדן הצרכים לצורך הקצאה של מקורות ציבוריים למערכת הבריאות בישראל הוא מנגנון הקפיטציה, אשר הנוסחה היא מרכיב מרכזי בו.

הנוסחה מבוססת על גיל ונותנת "משקל" לקבוצות גיל לפי צורכיהן היחסיים (צ'רניחובסקי, 2005). בהתאם, בתרשים 4.4 מוצג היחס בין נפשות משוקללות לנפשות רגילות באוכלוסיית ישראל. הנתונים מצביעים על יחסים נמוכים יחסית בצפון, בירושלים ובדרום, אזורים עם אוכלוסיות צעירות יחסית, לעומת אזורים אחרים – שאוכלוסיותיהם מבוגרות יחסית.

תרשים 4.4: נפשות "משוקללות" ונפשות "רגילות" (באלפים) לפי מחוז, ישראל 2006



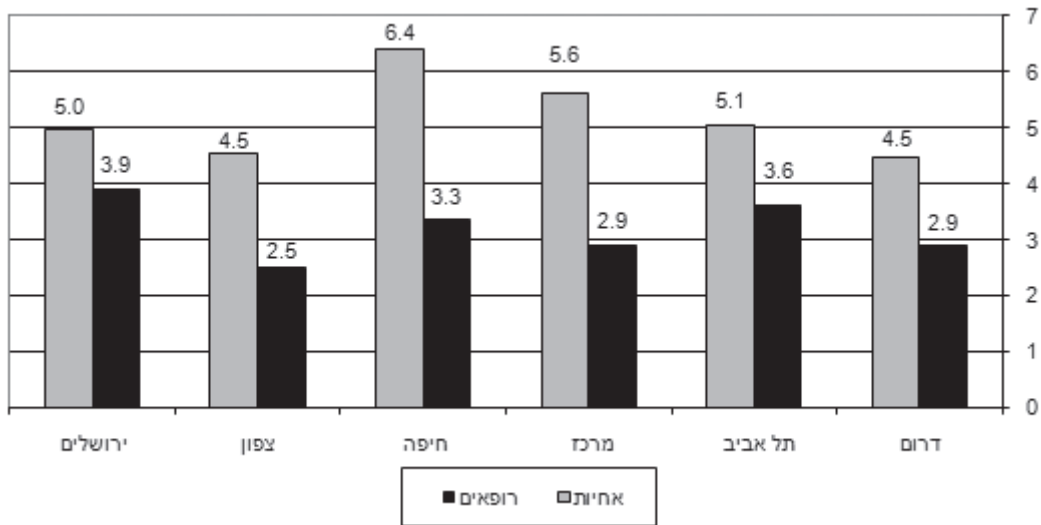
מקור: למ"ס (2007). לוח 2.10

4.1 כוח-אדם – רופאים ואחיות

בהתאם למדידת הצרכים של מערכת הבריאות הישראלית מוצגים בתרשים 4.4 שיעורי הרופאים והאחיות ל-1000 נפש משוקללת (קפיטציה). הנחיתות היחסית של מחוזות הצפון והדרום בולטת. גם אם יש בנתונים הטיות אפשריות, הנובעות מאי זהות בין מחוז המגורים של הרופא לבין מחוז עבודתו, אין בהן כדי לשנות את התמונה, אשר מקבלת חיזוק בנתוני המיטות הכלליות.

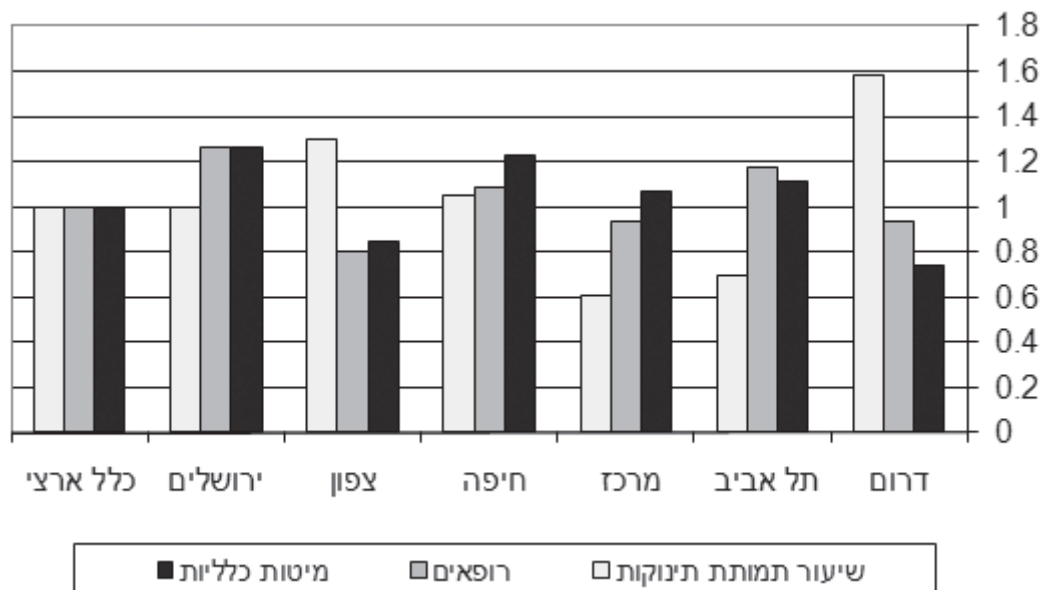
מחוזות תל אביב וירושלים נהנים מהיצע גדול יחסית של רופאים – 3.6 רופאים לאלף נפש משוקללת במחוז תל אביב ו-3.9 בירושלים, לעומת 2.9 בדרום (תרשים 4.4). מחוזות אלה אף נהנים מהיצע גדול של אחיות – 5.1 אחיות לאלף נפש משוקללת בתל אביב לעומת 5.0 בירושלים ו-4.5 אחיות בדרום. היצע זה קשור, בין השאר, למספר מיטות האשפוז, בעיקר הכלליות, בשני המחוזות.

תרשים 4.ב: שיעורי רופאים ואחיות לאלף נפשות משוקללות לפי מחוז, 2006



מקור: משרד הבריאות (2008א). עמוד 163

תרשים 4.ג: אינדקס רופאים ומיטות ל-1000 נפשות מתוקנות (ממוצע ישראל = 1) ותמותת תינוקות ל-1000 נפשות, ישראל 2006



מקורות: משרד הבריאות (2008א)

משרד הבריאות (2008ב)

למ"ס (2007ב). לוח 3.10. עמוד 186

4.2 שירותי אשפוז כלליים

מערך האשפוז בנפת באר שבע כולל שלושה בתי חולים: המרכז הרפואי "סורוקה" בבאר שבע, בית החולים הממשלתי "יוספטל" באילת, מרכז אחד לבריאות הנפש בבאר שבע ו-13 בתי חולים למחלות ממושכות. רוב המוסדות נמצאים בבאר שבע (לוח 4.א). בית החולים באילת משרת את תושבי העיר והערבה הדרומית, כ-60,000 נפש – כולל תושבים קבועים, כוחות הביטחון ותיירים שאינם מתגוררים באופן קבוע באזור. המרכז הרפואי "סורוקה" הוא "בית חולים-על" למחוז הדרום כולו, מאשדוד ועד אילת בדרום, ועליו רוב הנטל של הטיפול והאשפוז בנגב.

לוח 4.א: מערך האשפוז בנפת באר שבע, 2005

מוסד	מחוז דרום סה"כ מוסדות	נפת באר שבע	מחוז דרום מיטות	נפת באר שבע
בית חולים כללי	2	1	1,031	966
בריאות הנפש	1	1	222	222
מחלות ממושכות	13	7	991	636
סך הכול	16	10	2,244	1,824

מקור: משרד הבריאות (2007)³

בהשוואה ארצית, מחוז המרכז הוא המחוז הרווי ביותר מבחינת מיטות לסוגיהן. שיעורן לאלף נפש בכל הסוגים גבוה מהשיעור הארצי (לוח 4.ב). במחוז הדרום נמצאו השיעורים הנמוכים ביותר של מיטות כלליות, מיטות למחלות ממושכות ומיטות שיקום. גם שיעור המיטות לבריאות הנפש נמוך מהשיעור הארצי.

לוח 4.ב: שיעור מיטות כלליות לאלף נפש לפי מחוזות, 2005

מחוזות כלליות לאלף נפש	בריאות הנפש לאלף נפש	מחלות ממושכות לאלף בני 75 +	שיקום לאלף נפש
ישראל	2.092	0.763	68.076
ירושלים	2.476	0.664	66.711
צפון	1.563	0.360	85.099
חיפה	2.700	1.810	66.858
מרכז	2.240	1.043	99.441
תל אביב	2.627	0.566	48.124
דרום	1.497	0.391	46.218

מקור: משרד הבריאות (2007)³

3. בבאר שבע יש בית חולים פרטי העוסק בפרוצדורות כירורגיות, אך ללא אישפוז.

גם תיקון של גודל האוכלוסייה לפי נפשות משוקללות או לפי מבנה הגילים שעליו מבוססת נוסחת ההקצאה של תקציבי קופות החולים, אין בו כדי לשנות את התמונה (לוח 4.4).

לוח 4.4: שיעור מיטות כלליות לאלף נפש משוקללת, קפיטציה לפי מחוזות, 2006

שיעור מיטות	מחוז
1.975	ישראל
2.498	ירושלים
1.671	צפון
2.419	חיפה
2.103	מרכז
2.205	תל אביב
1.458	דרום

מקור: משרד הבריאות (2008ב). לוח ג'. עמוד 30

4.3 היחס בין "שווים"

כדי להדגים את המחסור היחסי במיטות אשפוז בנפת באר שבע הושוותה הנפה למקבילתה בצפון – נפת חיפה. שתי הנפות דומות זו לזו במספר תושביהן, אך הן אינן דומות בתהליכים הדמוגרפיים ובמבנה הגילים של אוכלוסייתן (לוח 4.4). אך אין זה ההבדל היחיד בין שתי הנפות. נפת באר שבע משתרעת על פני 12,946 קמ"ר, ואילו נפת חיפה – על פני 294 קמ"ר בלבד. לכן, התושבים בנפת באר שבע נוסעים מרחק רב יותר לצורך קבלת שירותים רפואיים לעומת התושבים בנפת חיפה. בנפת באר שבע 128 יישובים ובנפת חיפה 90 יישובים.

לוח 4.4: האוכלוסייה בנפות חיפה ובאר שבע, 1995 ו-2005

2005		1995		קבוצת הגיל
נפת חיפה	נפת באר שבע	נפת חיפה	נפת באר שבע	
528,600	550,200	487,200	423,000	סך כל האוכלוסייה
105,000	185,400	112,580	147,220	ילדים עד גיל 14
71,400	116,100	104,240	93,200	נשים בנות 15-44
203,400	130,800	166,100	86,360	בני 45+
82,400	43,000	70,900	27,240	בני 65+

מקורות: למ"ס (2006א)

למ"ס (1995)

האוכלוסייה בנפת חיפה גדלה ב-8% בין השנים 1995-2005 ואילו האוכלוסייה בנפת באר שבע גדלה ב-30%. אף על פי כן, ואולי מסיבות היסטוריות, מערך האשפוז בנפת חיפה כולל שבעה בתי חולים כלליים בבעלויות שונות: ממשלתית, עירונית, שירותי בריאות כללית, מיסיון ובתי חולים פרטיים, ואילו בנפת באר שבע יש שלושה בתי חולים, שבאחד מהם יש אשפוז יום בלבד.

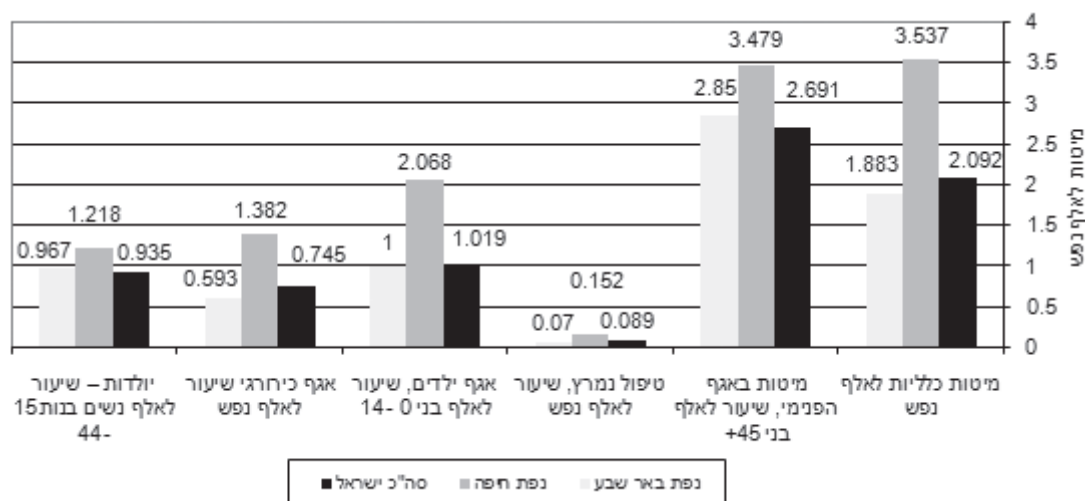
בין השנים 1995 ל-2005 קטן שיעור המיטות לאלף נפש בנפת חיפה כ-2%, ואילו בנפת באר שבע הוא הצטמצם כ-7% – למרות הגידול הניכר באוכלוסייתה (לוח 4.ה). מספר המיטות לאלף נפש בנפת חיפה גבוה באופן ניכר מזה של נפת באר שבע (תרשים 4.ד).

לוח 4.ה: שינויים בשיעורי מיטות בישראל, נפות חיפה ובאר שבע

שיעור השינוי 2005-1995			שיעור המיטות
נפת באר שבע	נפת חיפה	סה"כ ישראל	
-7%	-2%	-10%	מיטות כלליות לאלף נפש
-12%	-11%	-14%	מיטות באגף הפנימי, שיעור לאלף בני +45
28%	43%	26%	טיפול נמרץ, שיעור לאלף נפש
7%	13%	4%	אגף ילדים, שיעור לאלף בני 0-14
-17%	-7%	-18%	אגף כירורגי, שיעור לאלף נפש
-19%	1%	-11%	יולדות, שיעור לאלף נשים בנות 15-44

מקור: משרד הבריאות (2007)

תרשים 4.ד: מיטות לאלף נפש בישראל, נפות חיפה ובאר שבע, 2005

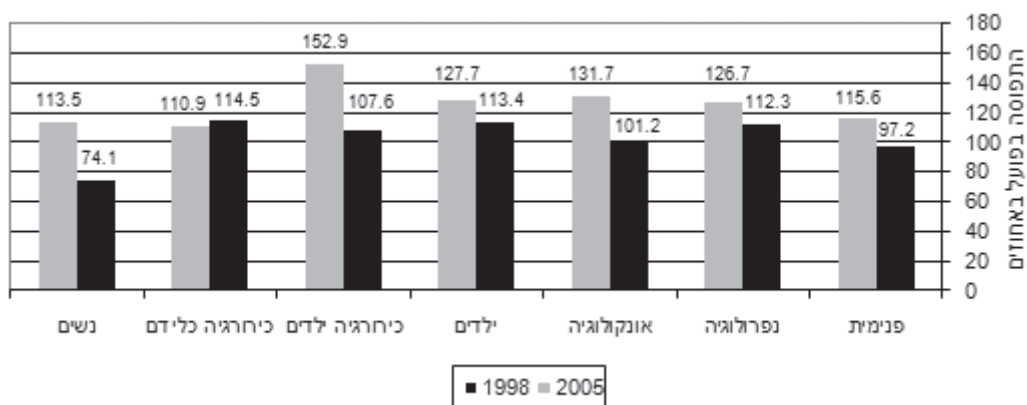


מקור: משרד הבריאות (2007)

4.4 המרכז הרפואי "סורוקה"

מספר המיטות בתקן במרכז הרפואי "סורוקה" גדל כ-18% בתוך עשור – מ-792 מיטות בשנת 1995 ל-966 בשנת 2005, וכיום נוספו כ-120 מיטות. אולם, כאמור, הגידול במספר המיטות אינו מדביק את קצב הגידול של האוכלוסייה ושל צרכיה. הצפיפות היחסית הולכת וגדלה בשנים האחרונות בכל המחלקות הבסיסיות: פנימית, נפרולוגיה, אונקולוגיה, ילדים, כירורגיה ילדים ונשים (תרשים 4.ה).

תרשים 4.ה: התפוסה בפועל במחלקות ב"סורוקה" בשנים 1998 ו-2005, באחוזים



מקורות:

משרד הבריאות (2007)

משרד הבריאות (1999)

4.5 מספר המיטות הכלליות בנפת באר שבע בעתיד

אם האוכלוסייה בנפת באר שבע תגדל לפי התחזית של הלמ"ס ותמנה 851,500 תושבים בשנת 2025, ומספר המיטות הכלליות במרכז הרפואי "סורוקה" יהיה אז 1,086, שיעור המיטות לאלף נפש יפחת מ-1.883 כיום ל-1.275 בשנת 2025. אם האוכלוסייה תגדל ותשיג את היעד שקבעה תכנית מטרופולין באר שבע, שיעור המיטות לאלף נפש יפחת ויגיע לשפל של 1.169 בשנת 2025. כדי לשמור על השיעור הנוכחי גם בשנת 2025 יהיה צורך להוסיף 519 מיטות (לוח 4.ו). כדי להגיע בשנת 2025 לשיעור הארצי הנוכחי יהיה צורך להוסיף 695 מיטות. כדי להגיע בשנת 2025 לשיעור הנוכחי של נפת חיפה יהיה צורך להוסיף 1,876 מיטות. סדרי הגודל לא ישתנו באופן מהותי אם תילקח בחשבון הירידה הקיימת במשך האשפוז, וזאת בעיקר נוכח הזדקנות האוכלוסייה.

לוח 4.ו: תוספת נדרשת למיטות כלליות בנפת באר שבע, על פי שיעורים אלטרנטיביים

שנת 2025	שנת 2007	שיעור נוכחי	אזור
519		1.883	דרום
695	40	2.092	ארצי
1,876	828	3.479	נפת חיפה

5. התכנית לבית החולים

5.1 התכנית הכללית

תכנית המתאר של מטרופולין באר שבע מציגה רשימת פרויקטים בוני מטרופולין – אשר מבססים את התשתית המטרופולינית. הפרויקטים אמורים להיות ממונפים בתקציב הציבורי. מדובר בשותפויות של רשויות שונות ובמנגנוני מימון מגוונים, שבהם יש מרכיב תקציבי ממשלתי ישיר או עקיף. בית החולים המוצע נמצא ברשימה זו.

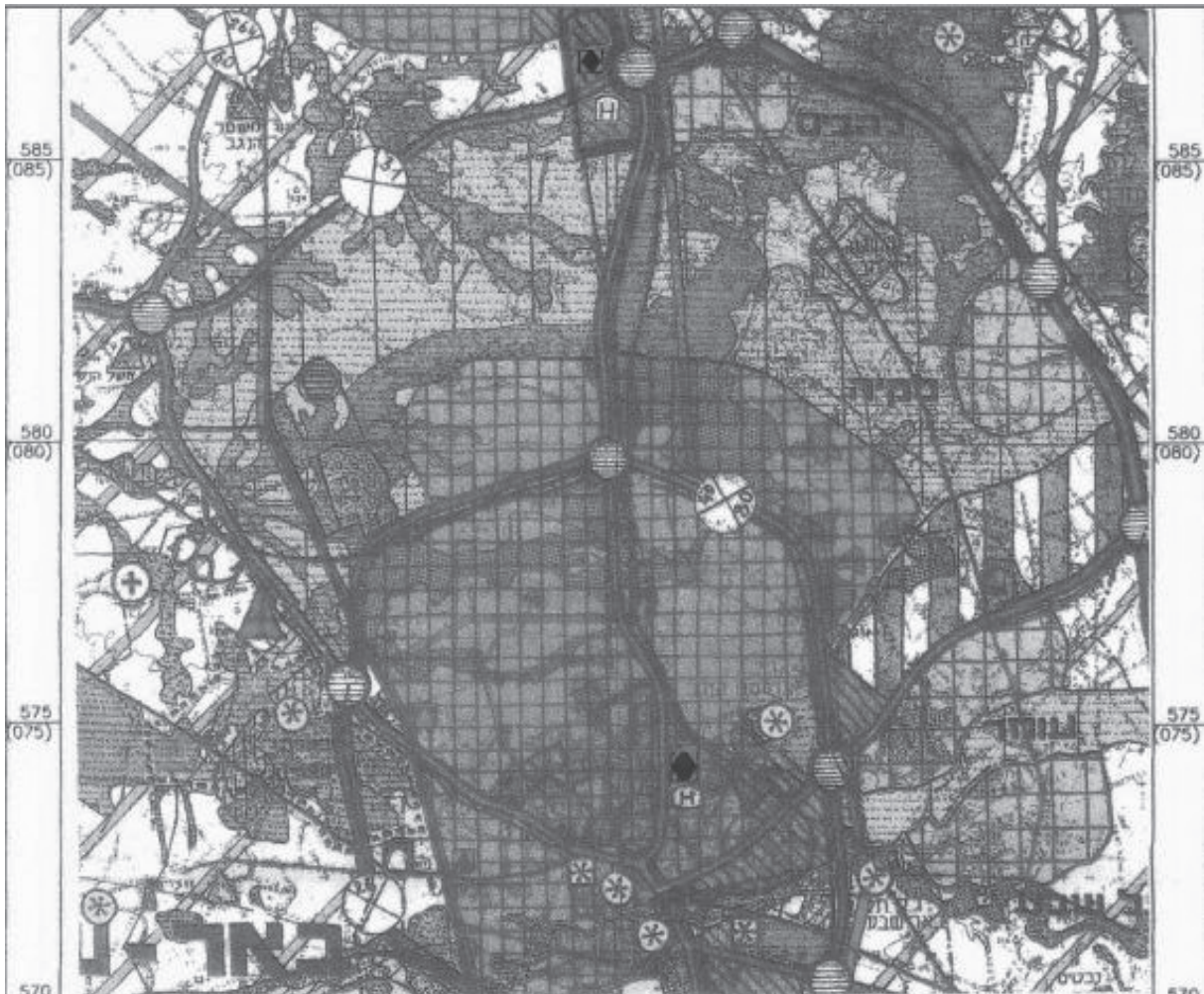
לפי התכנית – אשר בהכנתה השתתף משרד הבריאות – בית החולים יכול מבנים ומתקנים לצורכי אשפוז, מרפאות חוץ, מעבדות ומשרדים, מלונית ללינת מבקרים, מנחת מסוקים המותנה באישור הגורמים המתאימים, שטחים לתמרון ולחנייה, שטחים לנוי ולמתקנים טכניים. שטחי בית החולים מפורטים בנספח 4.1 על דעת משרד הבריאות, תכנית המתאר למטרופולין באר שבע סימנה את בית החולים באזור התעסוקה שבצומת להבים (מפה 3). אזור תעסוקה זה משותף לשלוש רשויות מקומיות: עיריית רהט, המועצה המקומית להבים והמועצה האזורית בני שמעון. על השטח חלה תכנית שינוי מספר 17 לתכנית מתאר מחוזית 4/14, שאושרה על ידי המועצה הארצית לתכנון ובנייה. כמו כן, חלה על השטח תכנית בניין עיר (תב"ע) 7/02/305/49, שעברה את כל הליכי התכנון ופורסמה ברשומות ביום 23 במאי 2006 (מפה 4). לפיכך, אפשר לגשת לתכנון מפורט של בית החולים ולקבל היתר בנייה באופן מידי.

התכנית מתחשבת בבית החולים שיוקם ולכן היא מתירה באזור התעסוקה רק שימושים שיעמדו בדרישות התכנון והטכנולוגיה המבטיחות מניעה של מפגעים סביבתיים ועמידה בהוראות איכות הסביבה ודיניה. בתחום אזור התעסוקה ייאסרו שימושים אשר הפעילות הצפויה בהם עלולה לגרום סיכון, מטרד או מפגע לסביבה – על פי דעת מהנדס הוועדה המקומית או הוועדה למיון ולקליטת מפעלים של מינהלת האזור או של המשרד לאיכות הסביבה.

5.2 שטחים

לבית החולים הוקצו 230 דונם, אשר בהם אפשר לבנות 132,000 מ"ר ברוטו. לשם השוואה, המרכז הרפואי "סורוקה" משתרע על שטח בן 300 דונם, מהם כ-180,000 מ"ר בנויים.

4. יצויין שהמשרד השתתף בהחלטה על מיקום בית החולים וגם הכין תכנית לבית חולים נוסף בדרום. אין החלטה מפורשת שתכנית בית החולים הנוסף אכן מיועדת למיקום שעליו הוחלט.

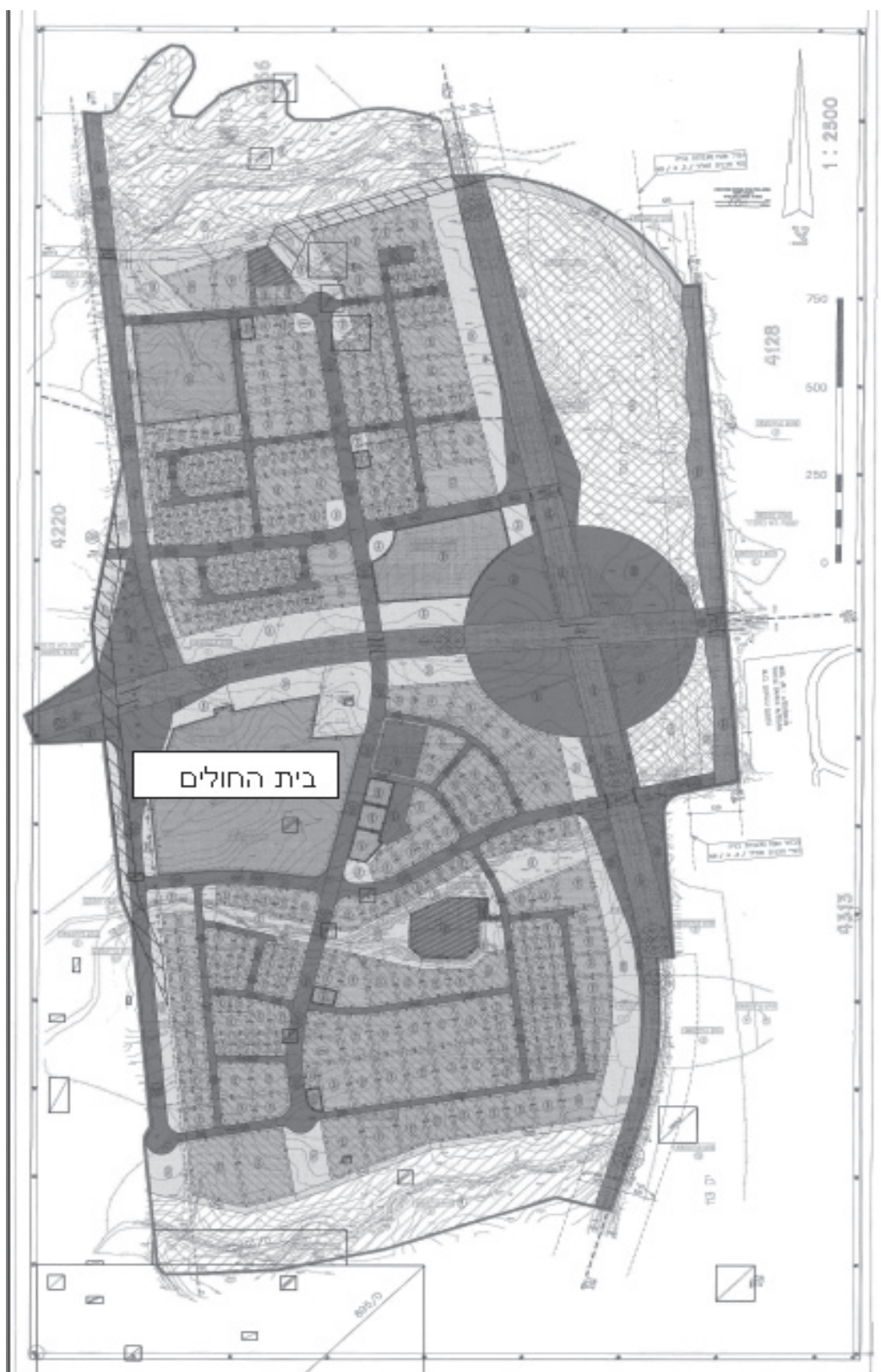


בית החולים מסומן (בצפון) באות H
מקור: שינוי מספר 17 לתכנית מתאר מחוזית ת/מ/מ/14/4

5.3 תשתיות ונגישות

כבישים ותחבורה: אזור התעסוקה שבו ייבנה בית החולים נמצא בנקודת המפגש של כביש 40, המחבר את באר שבע עם מרכז הארץ, עם כביש 6 ("חוצה ישראל") ועם תחנת הרכבת להבים-רהט (מפה 3). מדובר, אפוא, במתחם הנהנה מרמת נגישות גבוהה ביותר. מים: מתוכננים שני קווי מים, האחד מכיוון צומת הנשיא והשני מכיוון להבים. ביוב: ממערב למתחם נמצא מכון טיהור שפכים פעיל, שיוכל לקלוט את שפכי אזור התעסוקה. חשמל: בצפון אזור התעסוקה מוקמת תחנת משנה של חברת החשמל. עם זאת, יהיה צורך להעתיק את קו המתח הגבוה כך שישמש לצורכי אזור התעסוקה כולו.

מפה 4: תכנית בניין עיר החלה על השטח המיועד לאזור התעסוקה העתידי



מקור: תכנית מתאר מספר 49/305/02/7

6. אופי בית החולים, ארגונו וניהולו

בית החולים המוצע יהיה בית חולים "ציבורי" כהגדרתו בתקנות בריאות העם (אשפוז בבית חולים), התשמ"א-1980, כפי שיובהר בהמשך, בפרק 8. השירותים אשר בית החולים יציע לציבור יהיו לפי סל שירותי הבריאות שהציבור זכאי לו על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, עם אפשרות להרחבת השירותים לתחומים המוצעים בביטוחים מרצון.

6.1 סוג וגודל

בשלב הראשון, בית החולים ייבנה כבית חולים בסדר גודל של כ-300 מיטות. בתי החולים בישראל שהם מסדר גודל כזה ובעלי אופי דומה לזה של בית החולים המתוכנן הינם "פוריה", "זיו", "הלל יפה" ו"ברזיל". לאחר כ-10 שנים יורחב בית החולים ל-600 מיטות, ועד ל-900 מיטות בסופו של דבר, כעבור כ-20 שנה. תכנון זה מתאים הן לצורכי האשפוז בנגב והן לחוסר במיטות אשפוז, ואף עומד במבחן ההיגיון הכלכלי של ההשקעה ושל ההוצאות וההכנסות המתוכננות, כמפורט בפרק הבא. הצעת הפרוגרמה של בית החולים מחולקת לארבעה תפקודים עיקריים (נספח 1):

1. אדמיניסטרציה
2. אבחון, ריפוי ושירותים
3. אשפוז
4. משק, אספקה ואחזקה

ההקמה של בית החולים חייבת להיעשות על פי תקנות בריאות העם והסטנדרטים שאותם קובע משרד הבריאות. לאור זאת, בבית החולים יהיו בשלב הראשון מחלקות בתחומים הבאים:

- חדר מיון (כולל חדר מיון פנימי, כירורגי, ילדים, נשים)
- פנימית
- כירורגיה
- נשים

לצורך תפקודו הראוי, לפחות בתחילת דרכו, רצוי שבית החולים המוצע ישתף פעולה עם המרכז הרפואי "סורוקה" גם בניצול תשתיות, כמפורט להלן.

- מעבדות: בשלב הראשון יינתנו שירותים בסיסיים (כגון ספירת דם, כימיה וכדומה). בדיקות מורכבות יותר יישלחו למרכז הרפואי "סורוקה". הבדיקות הפתולוגיות יבוצעו באופן דומה.
- מחשוב, לוגיסטיקה, כוח אדם: יינתנו שירותים על ידי בית החולים. ניהול מחלקות אלו ייעשה בשלב הראשון על ידי המרכז הרפואי "סורוקה".

6.2 כוח אדם

בית החולים יזדקק בשלב ההרחבה (600 מיטות) לכ־2,170 עובדים, בהם 325-435 רופאים ו־650-1,080 אחיות. הוא גם יזדקק למערכת ענפה של מוצרים ושירותים. כדי למשוך כוח אדם איכותי, יש להקים בית חולים עם תשתית הדרכה ומחקר למתמחים, רופאים ואחיות. תשתית זו כוללת ציוד רפואי מתקדם, מבנים מאובזרים, אפשרויות למחקר, מענקים ותמריצים נוספים – כמו מענקים וסיוע לרופאים העוברים דרומה. כפי שצינו בפרק 4.1, קיים קשר בין מספר מיטות האשפוז למספר הרופאים והאחיות באזור. לפיכך, הרחבת תשתית האשפוז אשר צפויה למשוך כוח אדם רפואי לדרום, תאפשר לרופאים מעבר בין מוסדות רפואה ותיטיב עם הסביבה החברתית־מקצועית בתחום זה בדרום.

6.3 היחסים עם המרכז הרפואי "סורוקה"

ללא קשר למבנה הסטאטוטורי של בית החולים, אשר יידון בפרק 8, הרעיון המנחה בכל חלופה הוא כי בית החולים המוצע יהיה ביחסי גומלין – אשר יוגדרו מבחינה משפטית – עם המרכז הרפואי "סורוקה". המטרה של יחסי הגומלין, אשר יתקיימו לפחות בעשור הראשון שלאחר הקמת בית החולים ויימשכו בצורות שונות גם מעבר לכך, היא למנוע תחרות בלתי יעילה. קיום תחרות, לפחות בתחילה, בין בית החולים המוצע לבין המרכז הרפואי "סורוקה", יביא לבזבוז משאבים בשל הקמה ואחזקה מיותרת של תשתיות – הן למתן שירותי אשפוז והן למתן שירותים אמבולטוריים. תחרות בשלב זה גם תגרום נזק בתחום כוח האדם.

מודל אפשרי לשיתוף פעולה מסוג זה הוא סוג היחסים הפונקציונלי בין בית החולים "הדסה עין כרם" לבית החולים "הדסה הר הצופים", אך ללא תלות בנושא הבעלות הקיים שם. יחסים של שיתוף פעולה מסוג זה יאפשרו הישענות ושיתוף; כאמור, בעיקר בנושאי תשתית כגון לוגיסטיקה, משאבי אנוש, מחשוב ומעבדה. הם גם יאפשרו שיתוף פעולה בתחומים הרפואיים השונים, תוך אפשרות לקיום, לפחות בתחילה, של מנהל מחלקה משותף (אשר ינהל שתי מחלקות בשני בתי החולים). מאידך, תינתן אפשרות, בייחוד בתחומים רפואיים שבהם ישנן תת־התמחויות רבות כמו תחום הכירורגיה, לפיתוח נושאים ייחודיים בבית החולים החדש.

מצב זה של יחסי גומלין יתקיים בשלב הביניים של הקמת בית החולים וייבחן בהמשך, עם אפשרות למתן עצמאות לבית החולים החדש בהתאם להתפתחויות בתחומים השונים.

6.4 יחסים עם מוסדות אחרים

קופות החולים

ללא תלות בשאלת הבעלות והיחס בין בית החולים המוצע למרכז הרפואי "סורוקה", בית החולים יקבל מבוטחים מכל קופות החולים.

שירותי חירום

בבית החולים המוצע יהיו חדר מיון והמחלקות הבסיסיות הנדרשות מבית חולים ציבורי על-פי החוק. מענה בנושאים ייחודיים כגון נוירוכיורוגיה יינתן על בסיס המרכז הרפואי "סורוקה", אשר ישמש כמרכז הטראומה השלישוני.

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב והמרכז הרפואי "סורוקה"

בית החולים יתוכנן כבית חולים אוניברסיטאי על כל המשתמע מכך: הכשרת סטודנטים לרפואה, הכשרת רופאים מתמחים ומחקר. הוא יוכר כבית חולים שאפשר להתמחות בו במקצועות הרפואיים הבסיסיים השונים כגון רפואה פנימית, כירורגיה ואורתופדיה, בשיתוף עם המרכז האוניברסיטאי "סורוקה". זה יתאפשר על ידי החיבור למרכז הרפואי "סורוקה" ולאוניברסיטת בן-גוריון ועל ידי עמידה בדרישות האוניברסיטה וההסתדרות הרפואית.

7. הערכה כלכלית

ההערכה הכלכלית של הקמת בית החולים מתייחסת לבית חולים בן 900 מיטות, שייבנה בשלושה שלבים בני 300 מיטות כל אחד, במשך 17-20 שנים. כדי להעריך את ההכנסות ואת ההוצאות השוטפות של בית החולים נעשה שימוש בנתוני הניתוח הפיננסי של בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות לשנים 2005-2000 (משרד הבריאות). ניתוח פיננסי של בתי החולים הממשלתיים ותאגידי הבריאות לשנים 2005-2000, (ירושלים). כמו כן, נעשה שימוש בחישובים שנערכו לגבי ההקמה של בית-חולים באשדוד.

7.1 חלוקת בתי החולים הממשלתיים לאשכולות

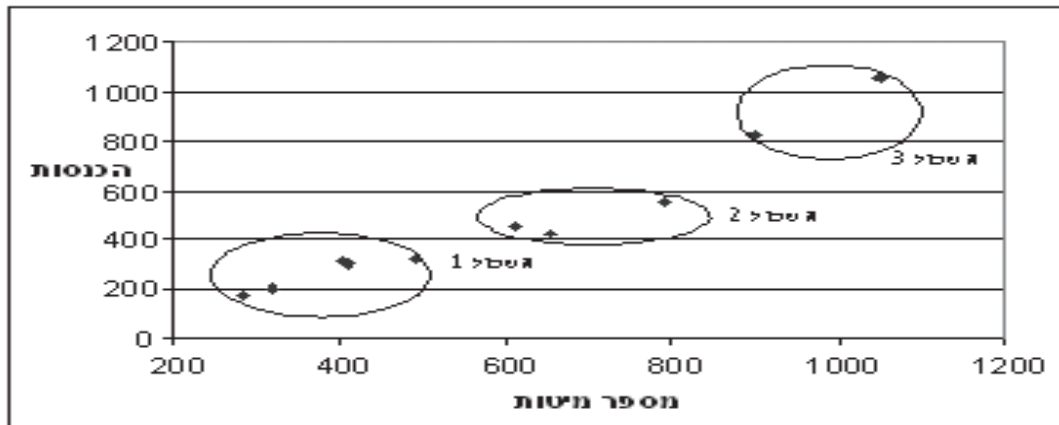
במטרה להכין תחזית להכנסות ולהוצאות התפעול של בית החולים בוצע ניתוח אשכולות (cluster analysis) לעשרת בתי החולים הממשלתיים: ההכנסות וההוצאות השנתיות ביחס למספר המיטות. הניתוח מראה כי אפשר לסווג את בתי החולים לשלושה אשכולות עיקריים, ה"מסדרים" לפי סדרי הגודל של בית החולים המוצע בלהבים, לשלבי השונים (תרשים 7.א)⁵. ברור כי קיים מתאם חיובי בין סך המיטות לסך ההכנסות וההוצאות.

לוח 7.א: בתי חולים ממשלתיים לפי אשכולות, 2005

אשכול	1	2	3
בתי החולים	פוריה	וולפסון	רמב"ם
	זיו	נהריה	איכילוב
	הלל יפה	אסף הרופא	
	בני ציון		
	ברזילי		
מספר מיטות ממוצע	381	685	974
הכנסות שנתיות במיליוני ש"ח	260	479	942

5. עקב שונותו הגדולה מיתר בתי חולים, בית החולים "שיבא" הוצא מהניתוח. הוא מהווה אשכול בפני עצמו.

תרשים 7.א: אפיון האשכולות לפי סך ההכנסות במיליוני ש"ח ומספר המיטות, 2005



7.2 אומדן ההשקעה

האומדן של עלויות ההקמה כולל שלושה מרכיבים עיקריים:

1. פיתוח סביבתי ובניין;
2. ציוד רפואי;
3. מימון.

פיתוח סביבתי ובניין

עלות הפיתוח הסביבתי מוערכת ב-100,000 ש"ח לדונם ובסך-הכול 23 מיליוני ש"ח ל-230 דונם. העלות הממוצעת, בהערכה שמרנית, לבניית מ"ר בבית חולים – הכוללת את הקמת המבנה ואת כל המערכות הצמודות אליו (חשמל, מים וכיוצא באלה) – היא כ-16,000 ש"ח. עלות ההקמה של בית החולים, ששטחו ברוטו הוא 40,370 מ"ר, מוערכת, אפוא, ב-640 מיליוני ש"ח. בסך-הכול, עלות פיתוח השטח והקמת המבנה מוערכת ב-663 מיליוני ש"ח.

הציוד הרפואי

קיים קושי בקביעה של מפרט הציוד שבית החולים ירכוש ובהערכת עלותו המדויקת. מדובר בעיקר במיטות אשפוז ובעיבוד לחדרי הניתוח ולמכון הרנטגן. בהערכה ראשונית, על בסיס תחשיבים שנעשו בעבור בתי חולים דומים, נראה כי עלות ההצטיידות תסתכם בכ-10 מיליון דולר, שהם כ-40 מיליוני ש"ח.

מימון

הנחת העבודה היא כי שלוש השנים הראשונות הינן תקופת ההרצה של בית החולים, כאשר בשנה הראשונה בית החולים יפעל בהיקף של 33% מרמת התפוקה המלאה, בשנה השנייה – של 67%, ומהשנה השלישית ואילך הוא יתייצב על רמת פעילות מלאה וקבועה לגבי השלב הנתון, 300 מיטות בשלב הראשון. הגירעונות של שלוש השנים הראשונות, שהינם מעבר לגירעון ברמת הפעילות הקבועה, מתווספים לעלות ההשקעה הראשונית של הקמת בית החולים.

בשנה הראשונה, עלויות מימון אלה צפויות לעמוד על כ-11 מיליוני ש"ח; בשנה השנייה – כ-6 מיליוני ש"ח. סך כל עלות המימון הכלולה בחישוב היא כ-17 מיליוני ש"ח (מהוונים בשער היוון 7% לשנה). אלה מתווספים להשקעה בהקמה.

לסיכום, סך כל עלות ההקמה של בית החולים מוערכת בכ-720 מיליוני ש"ח. בהנחה שמימון ההשקעה יתפרס על פני 20 שנה, לפי שער ריבית של 7% לשנה, יהיה אפשר לממן את ההשקעה הראשונית של כ-720 מיליון ש"ח ב-20 תשלומים שנתיים של כ-68 מיליון ש"ח, הכוללים ריבית והחזר הלוואה.

7.3 הערכת רווח והפסד שנתיים – שלב א' (300 מיטות)

בדיקת הרווח או ההפסד התפעוליים מסתמכת על ממוצעי ההכנסות למיטה ועל שיעורי ההוצאות מתוך ההכנסות בחמשת בתי החולים הנמצאים באשכול הראשון המתאים לבית החולים המוצע בשלב הראשון שלו (לוח 7.7).

לוח 7.7: הכנסות והכנסות למיטה (באלפי ש"ח) בבתי החולים שבאשכול הראשון, 2005

ממוצע	ברזילי	בני ציון	הלל יפה	זיו	פוריה	בית-החולים
380.8	490	401	410	319	284	מספר מיטות
259,600	319,000	308,000	300,000	200,000	171,000	הכנסות
675.98	651.02	768.08	731.71	626.96	602.11	הכנסות למיטה

חישובי ההוצאות מבוססים על המאפיינים של ממוצע שיעורי ההוצאות השונות בבתי החולים שבאשכול (לוח 7.7).

לוח 7.7: תחזית הכנסות והוצאות לשנה

סעיף	אלפי ש"ח	אחוז מההוצאות
הכנסות	202,793	
שכר עבודה ונלוות	-159,963	78.88
שימוש בחומרים	-32,974	16.26
הוצאות תפעול אחרות, כולל שיפוץ ובינוי	-26,282	12.96
הוצאות הנהלה וכלליות – ללא שכר, כולל מימון	-9,328	4.60
גירעון שוטף כללי (ללא הוצאות מימון)	-25,755	-12.70

7.4 תחזית הכנסות, הוצאות וגירעון ל-10 שנים

לצורך חישוב עלויות ההפעלה של בית החולים חשוב להפריד בין העלות השוטפת – התלויה ברמת הפעילות של המוסד, לבין העלות הקבועה – אשר אינה תלויה ברמת פעילות זו. מרכיב ההוצאות הקבועות בפעילות בית החולים מוערך בכ-54 מיליוני ש"ח לשנה באשכול הראשון (לוח 7.7).⁶

לוח 7.7: סך ההוצאות הקבועות בכל אשכול ושיעור ההוצאות הקבועות מההכנסות

אשכול	הוצאות קבועות (באלפי ש"ח)	שיעור ההוצאות הקבועות מההכנסות
1	54.440	20.94%
2	94,030	19.63%
3	107,810	11.44%

מהנתונים המפורטים בלוח 7.7 עולה כי קיים יתרון לגודל בפעילות של בתי החולים, והוא מתבטא בשיעור ההוצאות הקבועות, אשר הולך וקטן ככל שבית החולים גדול יותר. בהתאם לנתונים אלה, ובהתאם להנחות בדבר תקופת הרצה של שלוש שנים, ההכנסות וההוצאות של בית החולים המוצע מפורטות בלוח 7.ה.

לוח 7.ה: ניתוח רווח והפסד בתקופת ההרצה ובתקופה שלאחריה (באלפי ש"ח)

היקף הפעילות	ההכנסות הצפויות	ההוצאות הצפויות	הגירעון עקב הוצאות מימון "הרצה"	הגירעון מפעילות שוטפת	
0.33	67,598	112,478	-11,469	-37,223	שנה 1
0.67	135,195	170,512	-5,735	-31,489	שנה 2
1.00	202,793	228,547	0	-25,754	שנה 3 ואילך

אפשר לראות כי מעבר לעלות ההשקעה ולהוצאות המימון הכרוכות בבניין בית החולים ובהרצתו במשך שלוש שנים, במבנה מערכת האשפוז הקיימת ובתנאים שבהם היא פועלת בישראל – לפחות בבתי החולים הממשלתיים – צפוי לבית החולים גירעון שוטף של כ-26 מיליון ש"ח לשנה – סדר הגודל של גירעון של בתי חולים של המדינה באותו סדר גודל.

6. ראשית ביצענו רגרסיה ליניארית כדי לבודד את מרכיב ההוצאה הקבועה בסך הוצאות התפעול. הרגרסיה בוצעה עבור עשרת בתי החולים הממשלתיים. המשתנה התלוי הינו: סך הוצאות התפעול; המשתנה הבלתי תלוי: סך הכנסות תפעוליות. כך הוספנו שני משתני דמי לכל אשכול לבדיקת שוני בעלויות הקבועות בין בתי החולים באשכולות השונים.

7.5 הערכת רווח והפסד שנתיים תפעוליים – שלבים ב' וג'

ההנחה היא שכעבור שבע שנים מתחילת ההקמה של השלב הראשון, או ארבע שנים של פעילות מלאה, יוחל בתוספת של עוד 300 מיטות. לאחר שבע שנים נוספות יורחב בית החולים בעוד 300 מיטות, עד ל-900 מיטות – גודלו המרבי הצפוי.

כדי לחשב את תחזית ההכנסות של בית החולים בכל שלב, חושב ממוצע ההכנסות למיטה בכל אשכול (לוחות 7.1 ו-7.2).

לוח 7.1: ההכנסות באשכול השני (באלפי ש"ח)

ממוצע	אסף הרופא	נהריה	וולפסון	בית החולים
685.33	792	609	655	מיטות
478,667	554,000	455,000	427,000	הכנסות
699.51	699.49	747.13	651.91	הכנסה למיטה

לוח 7.2: ההכנסות באשכול השלישי (באלפי ש"ח)

ממוצע	איכילוב	רמב"ם	בית החולים
974	1,050	898	מיטות
942,000	1,061,000	823,000	הכנסות
963.48	1,010.48	916.48	הכנסה למיטה

תחזית ההכנסות וההוצאות לאחר ההרחבה הראשונה ולאחר ההרחבה השנייה חושבה באותו אופן שבו חושבה התחזית עבור האשכול הראשון.

לוח 7.3: תחזית ההכנסות וההוצאות לשנה לאחר ההרחבה הראשונה

אחוז מההכנסות	אלפי ש"ח	סעיף
	419,706	הכנסות
74.00	-310,582	שכר עבודה ונלוות
18.77	-78,765	שימוש בחומרים
12.37	-51,904	הוצאות תפעול אחרות, כולל שיפוץ ובינוי
5.10	-21,405	הוצאות הנהלה וכלליות – ללא שכר, כולל מימון
10.00	-42,950	הפסד תפעולי

במצב של פעילות מלאה עם 600 מיטות, בית החולים המורחב יישא בשלב הראשון בגירעון בסך כ-43 מיליון ש"ח, אך שיעור הגירעון מתוך ההכנסות יהיה קטן יותר. באופן דומה חושבו הכנסות, הוצאות ורווח/הפסד תפעוליים בפעילות עם 900 מיטות, כמוצג בלוח 7.3.

לוח 7.ט: תחזית ההכנסות וההוצאות לשנה לאחר ההרחבה השנייה

סעיף	אלפי ש"ח	אחוז מההכנסות
הכנסות	867,131	
שכר עבודה ונלוות	-583,145	67.25
שימוש בחומרים	-155,650	17.95
הוצאות תפעול אחרות, כולל שיפוץ ובינוי	-101,021	11.65
הוצאות הנהלה וכלליות – ללא שכר, כולל מימון	-42,056	4.85
הפסד תפעולי	-14,741	-1.7

מהנתונים המוצגים בלוח 7.ט עולה כי לאחר ההרחבה השלישית גודל הגירעון בפעילות מלאה יקטן הן בערכו המוחלט והן בשיעורו מתוך ההכנסות. זאת כתוצאה מהיתרונות לגודל שהוערכו קודם. סיכום סך המימון של בית החולים – לפי התנאים הקיימים בישראל לגבי בתי חולים ממשלתיים – מובא בלוח 7.י.

לוח 7.1: סיכום ההכנסות וההוצאות של בית החולים למשך 20 שנה, באלפי ש"ח

סעיף	שלב א			שלב ב			שלב ג		
	שנה								
	1	2	3	8	9	17	18	19	20-והלאה
פעילות שוטפת									
הכנסות שוטפות	67,598	135,195	202,793	275,097	347,402	419,706	568,848	717,989	867,131
הוצאות שוטפות	112,478	170,512	228,547	332,977	397,816	462,656	611,581	746,727	881,872
רווח מפעילות שוטפת	(44,880)	(35,317)	(25,754)	(57,879)	(50,415)	(42,950)	(42,734)	(28,737)	(14,741)
הוצאות מימון									
שלב א	67,000	67,000	67,000	67,000	67,000	67,000	67,000	67,000	67,000
שלב ב				67,000	67,000	67,000	67,000	67,000	67,000
שלב ג									67,000
סך החזר בגין מימון	67,000	67,000	67,000	134,000	134,000	134,000	201,000	201,000	201,000
סך רווח שנתי-כולל הוצאות מימון	(111,880)	(102,317)	(92,754)	(191,879)	(184,415)	(176,950)	(243,734)	(229,737)	(215,741)

הערות:

הנחה ראשונה: לאחר השנה ה-20, הוצאות המימון יימשכו על אף שהחזר ההלוואה למימון השלב הראשון מסתיים, וזאת משום שההנחה היא שהחזר ההלוואה משקף פחת אמיתי. כלומר, לאחר 20 שנה יהיה צורך לחדש את המבנה שהוקם ראשון וכן הלאה. לפיכך, התזרים של השנה ה-20 והלאה יציב.

הנחה שנייה: הגדלת בית החולים פי שניים מצריכה השקעה כפולה. הנחה זו מגלמת השקעת יתר בכניית שני השלבים הבאים.

הנחה שלישית: לקיחת ההלוואה לבניית השלב הראשון נעשית ביום התחלת פעילותו של בית החולים. אם הבנייה מתחילה שנתיים לפני כן, הסכום של הוצאות המימון בשורה 5 יעמוד על 78 עד שנה 17, ומשנה 18 החידוש ייעשה בעלות 68.

כאשר בית החולים הוא בגודל מירבי של 900 מיטות ופועל בתפוסה מלאה, הגירעון הוא בן כ-700 ש"ח ליום אשפוז, או בסדר גודל של כ-0.40 מהתעריף של יום אשפוז, כאשר מרבית הגירעון היא לצורכי מימון ההשקעה. משמעות הנתונים היא שתעריף יום אשפוז בישראל, לפחות בהיבט של בתי החולים הממשלתיים, אינו מכסה את עלות ההון.

חשוב לציין שזה הגרעון הממוצע הקיים בכל בית חולים כללי ממשלתי, לפחות בישראל. הגרעון השוטף מוצא ביטוי תקציבי. עלויות המימון מבטאות את העלות האלטרנטיבית של ההון הקיימת בהשקעה אשר אינה מוצאת ביטוי בתקציב השוטף אלא בעת ההקמה.

8. היבטים משפטיים של הקמת בית החולים

המבנה המשפטי של בית החולים המוצע תלוי בגורמים הבאים:

- המדיניות בנושא בתי-חולים כלליים
- מידת שיתוף הפעולה מצד המדינה
- מעמד מול רשויות המדינה והממשלה להשתתפות במכרזים או לקבלת פטור לפי חוק חובת המכרזים, התשנ"ב-1992
- סוגיות מיסוי
- צורת ההתאגדות

8.1 מדיניות בנושא בעלות על מוסדות אשפוז כלליים

מבחינת המבנה הסטאטוטורי והבעלות על בית החולים, יש כמה חלופות:

- בעלות המדינה
- בעלות קופת חולים
- מלכ"ר – עמותה
- B.O.T.

המדיניות בנושא מוסדות אשפוז כלליים בישראל היא מורכבת. ככלל, ועדות שונות ("נתניהו", "אמוראי", "ליאון") המליצו על הוצאת המדינה מבעלות על בתי חולים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי-התשנ"ד 1994 אף קבע מסגרת לכך. המלצות אלה גם לוו בהצעות להוצאת בתי החולים של "שירותי בריאות כללית" (שב"כ) מבעלותה ומניהולה של הקופה.

למרות המלצות אלה, לא קרה דבר מהותי. יחד עם זאת, הצדדים שבהם מדובר (מדינה ושב"כ) נמנעים מלהקים בתי-חולים חדשים בעלי אופי ציבורי בבעלותם. במידה שהם עושים כן, מתגבשת נטייה של קופות-החולים לבקש להקים בתי-חולים בעלי "אופי פרטי". כך גם קרה בעיר באר שבע ("מכבי שירותי בריאות"). ראוי לציין שלבתי-חולים אלה אין בסיס ברור לפעילות ללא מימון מהמערכת הציבורית. בתנאי השוק הקיימים, גורמים פרטיים לחלוטין אינם נוטים להיכנס לענף האשפוז הכללי. עובדה זו מצאה את ביטויה בניסיון להקים בית-חולים כללי בעיר אשדוד. ביסוד הדברים עומדת, לפחות בחלקה, המציאות הפיננסית של הפרויקט, אשר תוארה בפרק הקודם, לפיה בתנאים הנוכחיים של מחירי אשפוז, כפי שאלה נקבעים על ידי המדינה, מוסדות האשפוז הללו גירעוניים.

לפיכך נראה כי בתנאי השוק הנוכחיים של מערכת האשפוז – זו הנשענת על המקורות ועל ההסדרים הציבוריים הקיימים – לא תהיה נטייה לגורם ציבורי או פרטי להשקיע בתחום זה. הגם שאפשרות של בעלות המדינה על בית החולים המוצע, כמו גם של קופת חולים או בעלות פרטית בהסדר B.O.T. או

7. שיטת B.O.T. (Build-Operate-Transfer) משמשת לגיוס הון פרטי לטובת פרויקטי תשתית לאומיים. במסגרת שיטת מימון זו הממשלה מעניקה זיכיון לתכנון, הקמה והפעלה של הפרויקט לתקופה מסויימת. כלומר, בסוף התקופה הזיכיון עובר לממשלה.

הסדר בדומה לזה של כביש חוצה ישראל – אינה נשללת. הגישה בעבודה היא שיש לבחון תנאים של עמותה עצמאית, בדומה לבתי החולים הכלליים בירושלים או בית החולים "לניאדו". בסופו של דבר, סוגיית הבעלות מבטאת את הקושי הבסיסי בהקמת בית-חולים נוסף בדרום. הדיון שלהלן בוחן את התנאים המשפטיים המסייעים להתגבר על קושי זה, בהיבטים שצוינו לעיל.

8.2 שיתוף פעולה מצד המדינה

בית חולים חדש מותנה – בכל מקרה – באישור של מנכ"ל משרד הבריאות. לשם כך על המנכ"ל להתחשב בתועלת מהמוסד לבריאות הציבור, לפריסה של מיטות האשפוז ולנגישותן לציבור הרחב. אלה, ביחס לגודל ההשקעה.

8.3 מעמד מול הרשויות

חובת מכרז לפי חוק חובת המכרזים, התשנ"ב-1992 חלה רק על המדינה, תאגידים ממשלתיים, תאגידים מממשלתיים, תאגידים מקומיים, מועצות דתיות, קופות חולים ומוסדות להשכלה גבוהה. בית חולים שאינו ממשלתי או שאינו בבעלות של קופת חולים אינו כפוף לחובת המכרז לפי חוק חובת המכרזים. אם בית החולים יהיה אוניברסיטאי, אפשרות שאינה סבירה, יתכן שייחשב חלק של מוסד להשכלה גבוהה, ואז תחול עליו חובת המכרז לפחות לצרכים אקדמיים⁸. מועצת מקרקעי ישראל⁹ קבעה כי ניתן להקצות קרקע למוסדות ציבור בפטור ממכרז למטרה ציבורית ובכלל זה בריאות, תוך עמידה בתנאים שנקבעו בהחלטה – שעיקרם הקמת עמותה או הקדש ציבורי, לרווחת הציבור ולא רווח כלכלי.

8.4 מיסוי

כדי שבית החולים יוכל ליהנות מפטור מתשלומי מס הכנסה, עליו להיות "מוסד ציבורי" כמשמעותו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה-תשכ"א 1961. כלומר, לענייננו, חבר-בני-אדם של שבעה לפחות, שרובם אינם קרובים זה לזה, הקיימים ופועלים למטרה ציבורית, נכסיהם והכנסותיהם משמשים להגשמת המטרה הציבורית בלבד והם מגישים דין וחשבון שנתי לגבי נכסיהם, הכנסותיהם והוצאותיהם – להנחת דעתו של פקיד השומה, על פי תקנות שהתקין שר האוצר.¹⁰

8. מוסדות להשכלה גבוהה יהיו כפופים לחוק חובת המכרזים רק לאחר שתפורסמה תקנות מתאימות. תקנות אלו טרם הותקנו, אך לפי חוק חובת המכרזים יש להתקין תקנות אלה עד ליוני 2007. לאחר שהתקנות תפורסמה יתכן שיהיה מקום לשקול בקשה לשר האוצר, או לשרי האוצר והחינוך, לגבי פטור ממכרז, מכרזים סגורים ודרכי עריכת מכרז, לאור סעיפים 4 ו-5 לחוק.

9. החלטת מועצת מקרקעי ישראל מס' 1105 מיום 23.3.2007.

10. "מטרה ציבורית" – מטרה שעניינה דת, תרבות, חינוך, מדע, בריאות, סעד או ספורט, וכל מטרה אחרת שאושרה על-ידי שר האוצר כמטרה ציבורית.

כדי לעודד תורמים, יש גם צורך לקבל הכרה של שר האוצר (באישור ועדת הכספים של הכנסת) בבית החולים כבמוסד ציבורי, בהתאם לסעיף 46 לפקודת מס הכנסה. הכרה כזו מאפשרת לתורם לקבל זיכוי ממס ההכנסה שהוא חייב בו, בשיעור של 35% מגובה התרומה.

לעניין חוק מס ערך מוסף, התשל"ו-1975, חבר בני אדם שאין עיסוקו לשם קבלת רווחים ושאינו מוסד כספי הוא מלכ"ר.¹¹ מלכ"ר אינו גובה מע"מ בגין הכנסה שהיא בתחום שבו הוא עוסק כמלכ"ר. כלומר, אם בית החולים ירצה שיופעל מגרש חנייה או כל עסק אחר בתחומיו, יהיה מן הראוי להפעילם באמצעות אחרים, שיקבלו זיכיונות להפעלתם.

כאשר החוק דורש שנכסיו של התאגיד והכנסותיו ישמשו להגשמת המטרה הציבורית בלבד, או שעיסוקו לא יהיה לשם קבלת רווחים, אין פירוש הדבר שאסור לתאגיד להפיק רווחים. הכוונה היא שהרווחים שיעשה התאגיד לא יחולקו בין חבריו וישמשו רק להשגת מטרותיו.

יש לציין כי בית החולים הציבורי שבו אנו דנים במסמך זה אינו "תאגיד בריאות" כהגדרתו בסעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985. "תאגיד בריאות", בהתאם להגדרה הנ"ל, הוא תאגיד "המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור". מכיוון שאין הדיון כאן בהקמת בית חולים ממשלתי בהכרח, או במתן שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי, כל ההוראות שנקבעו מכוח חוק יסודות התקציב לגבי תאגידי בריאות לא יחולו על ענייננו.

8.5 צורת ההתאגדות המוצעת

אם מוסד ציבורי – ממשלה או קופת חולים – לא ייטול על עצמו את הבעלות על בית החולים, שאינה בהכרח קשורה לסוגיית המימון של ההשקעה וההפעלה, עומדות על הפרק שתי אפשרויות: האחת – להקימו כעמותה בהתאם לחוק העמותות, התש"ס-1980, והשנייה – להקימו כחברה בהתאם לחוק החברות, התשנ"ט-1999. ואם חברה – איזה סוג של חברה? כך או כך, אפשר לבחור בשיטת B.O.T. בסיוע ממשלתי.

ההצעה היא שבית החולים יאוגד כחברה פרטית בעירבון מוגבל, שתקנונה יקבע כי היא מוקמת להשגת מטרות ציבוריות בלבד (בריאות) ויאסור חלוקת רווחים לבעלי מניותיה, בהתאם לסעיף 11(ב) לחוק החברות, התשנ"ט-1999.¹² זאת כיוון שטרם הובררו סופית אחריותם האישית של חברי העמותה לחובותיה, וכן ההגבלות המוטלות בעמותה על פעילותם של חברי הוועד, כגון פסלות של אדם הנותן שירות לעמותה בשכר לכהן כחבר ועד או אי כשירותו של מי שאינו חבר העמותה לכהן כחבר ועד.

חברה כזו תיחשב ל"חברה לתועלת הציבור" לאור הוראות חוק הנאמנות, התשל"ט-1979. סעיף 32 שבו קובע כי חברה רשומה הפטורה מתשלום מס הכנסה לפי סעיף 9 לפקודת מס הכנסה, דהיינו חברה שהיא "מוסד ציבורי", או חברה שבית המשפט הצהיר לפי בקשת היועמ"ש לממשלה שהיא חברה לתועלת הציבור (וחברה שעניינה הוא בריאות נכנסת למסגרת זו), היא "חברה לתועלת הציבור". על חברה כזו

11. מלכ"ר אינו רשאי לקזז מס תשואות מאחר שאינו "עוסק" לפי חוק מס ערך מוסף. כמו כן, מלכ"ר חייב בתשלום מס שכר בגובה של 8.5% על השכר שהוא משלם לעובדיו. מכאן שסיווג התאגיד כמלכ"ר עלול לפגוע בו. יש מקום לשקול רישום של בית החולים כ"עוסק" לעניין פעילויות שונות שלו. החוק מאפשר פיצול בין הפעילויות השונות של אותו גוף.

12. ראה ד"א פרנקל, דיני עמותות בישראל, פרלשטיין-גינזור, תל-אביב, 2000.

להירשם בפנקס חברות לתועלת הציבור שמנהל רשם ההקדשות, ויחולו עליה ההוראות בדבר דיווח ומתן מידע על עניני החברה לרשם ההקדשות – מה שיאפשר פיקוח על ניהול ענייניה מטעם מי שאמור לייצג את "הציבור"; זה שהחברה מוקמת כדי לספק לו את שירותי הבריאות ומקבלת תרומות לצורך זה.¹³ על הקמת החברה ומנגנוניה יחולו הוראות חוק החברות. כלומר, חייבים להיות בחברה דירקטוריון, מנהל כללי ורואה חשבון מבקר, עם אפשרות למינוי של ועדת ביקורת ואסיפה כללית של כל בעלי המניות. כפי שתיארנו לעיל, החלטת מועצת מקרקעי ישראל קובעת כי מוסד ציבורי יהא רשאי לבקש הקצאת קרקע למטרה ציבורית בפטור ממכרז.

ההחלטה קובעת כי על המוסד לעמוד בתנאים הבאים:

1. עמותה או בבעלות עמותה רשומה על פי חוק העמותות, תש"ם-1980, או הקדש ציבורי;
2. בתקנון המוסד נקבע שאינו מיועד לשאת רווחים ופעולותיו מכוונות אך ורק לקידום אחת המטרות המפורטות לעיל;
3. שירותי המוסד ניתנים חינם, או בתשלום המשמש לכיסוי הוצאותיו בלבד;
4. הכנסות המוסד אינן מתחלקות כפירות לאדם או לגוף כלשהו;
5. בתקנון המוסד נקבע שבעת פירוקו יועברו נכסיו לעמותה בעלת מטרות דומות או למדינה. שינוי סעיף זה בתקנון המוסד יהיה טעון הסכמת המינהל.

כך שנראה כי יש להתאים את צורת ההתאגדות לאפשרות לקבל את הקרקע בפטור ממכרז, אם באמצעות עמותה או על ידי הקמת חברה לתועלת הציבור – בתנאי שחברה כזו תוכל לחסות תחת החלטת מועצת מינהל מקרקעי ישראל.

לצדה של החברה או העמותה מוצע להקים גם חברה כלכלית, שתהיה עסק לכל עניין שאינו פעילות "רפואית". החברה הכלכלית תעסוק בכל הפעילויות הכלכליות הנלוות, כמו ניהול מגרש חנייה ועוד. בין חברת בית החולים לבין החברה הכלכלית ייחתם הסכם, שיגדיר בצורה מפורטת ומדויקת את היחסים שבין שתי החברות (או העמותה) ואת סמכויותיה ומטרותיה – לרבות הגבלותיה – של החברה הכלכלית.

13. לאור כמה אי התאמות בין חוק הנאמנות לחוק החברות בעניין חברות לתועלת הציבור, מונחת כיום על שולחן הכנסת הצעת חוק החברות (תיקון – חברה לתועלת הציבור), התשס"ד-2004.

9. סיכום

אוכלוסיית הנגב ופריסתה הגיאוגרפית מציבים כמה אתגרים ייחודיים מבחינת מערכת הבריאות: ראשית, האוכלוסייה בעלת מאפיינים של אזורים "מתפתחים". יש בה עדיין שיעורי פריון גבוהים במיוחד, במקביל להזדקנות מואצת של האוכלוסייה. אלה, מראש, מטילים לחצים מיוחדים על מערכות בריאות. תחזיות האוכלוסייה מצביעות על כך שלחצים אלה יגברו בשני העשורים הקרובים: האוכלוסייה צפויה לגדול ב-53.3% לפי התחזית המינימליסטית, ואוכלוסיית בני ה-65 ומעלה צפויה לגדול ב-50%. שנית, פיזור הגיאוגרפי של האוכלוסייה מהווה אתגר מבחינת מתן שירותים לאזורים מרוחקים. ריכוז האוכלוסייה מסביב לעיר באר שבע יכול לסייע לעמוד באתגר.

נחיתותה היחסית של אוכלוסיית הנגב בתחום הבריאות ברורה במדדים אובייקטיביים בסיסיים וגם בתחושת האוכלוסייה בדרום, בפרט זו הזקוקה לשירותי רפואה. נחיתות זו קשורה לתנאים הדמוגרפיים המיוחדים, הכוללים מחד אוכלוסייה בדואית גדולה ומאידך – אוכלוסייה גדולה של עולים מארצות חבר העמים ומאתיופיה. שירותי רפואה נאותים הם האמצעי הבסיסי לתיקון המצב, לפחות בטווח הקצר. אם האוכלוסייה תמשיך לגדול כתוצאה מריבוי טבעי בלבד, ובהנחה שהוא יקטן בהדרגה, יפחת שיעור המיטות לאלף נפש מ-1.883 כיום ל-1.205 בשנת 2025. אם האוכלוסייה תגדל ותשיג את היעד שקבעה תכנית מטרופולין באר שבע, שיעור המיטות לאלף נפש יפחת ויגיע לשפל של 1.104 בשנת 2025. כדי לשמור על השיעור הנוכחי בשנת 2025 יהיה צורך להוסיף 519 מיטות. כדי להגיע בשנת 2025 לשיעור הארצי הנוכחי, יהיה צורך להוסיף 695 מיטות. כדי להגיע בשנת 2025 לשיעור הנוכחי של נפת חיפה יהיה צורך להוסיף 1,876 מיטות. סדרי הגודל לא ישתנו באופן מהותי, אם תילקח בחשבון הירידה הקיימת במשך האשפוז, וזאת בעיקר נוכח הזדקנות האוכלוסייה.

מוצע כי בשלב הראשון בית החולים יהיה בגודל של כ-300 מיטות. בתי החולים בישראל מסדר גודל כזה ובעלי אופי דומה לזה של בית החולים המתוכנן הינם "פוריה", "זיו", "הלל יפה" ו"ברזילי". בהמשך, תוך כעשר שנים, יורחב בית החולים ל-600 מיטות, ועד ל-900 מיטות בסופו של דבר. בית החולים המוצע יהיה בית חולים "ציבורי" כהגדרתו בתקנות בריאות העם (אשפוז בבית חולים), התשמ"א-1980. לאור זאת, בבית החולים יהיו בשלב הראשון מחלקות בתחומים הבאים:

- חדר מיון (כולל חדר מיון פנימי, כירורגי, ילדים, נשים)
- פנימית
- כירורגיה
- נשים

בית החולים המוצע יעבוד בשיתוף פעולה עם מערכת קופות החולים בדרום ועם שירותי החירום, כמו גם עם המערך האקדמי של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, העוסק במחקר ובהכשרה של כוח אדם רפואי. ההשקעה בהקמת השלב הראשון של בית החולים, בסדר גודל של כ-300 מיטות, מוערכת בכ-400 מיליון ש"ח. לבית החולים – בתנאים הנוכחיים של מערכת האשפוז בישראל – צפוי הפסד תפעולי של כ-25 מיליון ש"ח לשנה. הגירעון למיטה יפחת עם הרחבת בית החולים. אם מוסד ציבורי, ממשלה או קופת חולים, לא ייטול על עצמו את הבעלות על בית החולים – שאינה בהכרח קשורה לסוגיית המימון של ההשקעה והפעלה, עומדות על הפרק שתי אפשרויות:

- האחת – להקימו כעמותה בהתאם לחוק העמותות, התש"ם-1980;
- השנייה – להקימו כחברה בהתאם לחוק החברות, התשנ"ט-1999. יידרש להחליט על סוג החברה.
- התועלות הנלוות להקמה של בית החולים הנוסף, מעבר לקידום הבריאות וצמצום פערים, הן:
- בית חולים זקוק לידיים עובדות בתחומים שונים ומגוונים. בית חולים בסדר גודל של כ-600 מיטות כלליות זקוק לכ-2,170 עובדים, בהם 325-435 רופאים ו-650-1,080 אחיות. הוא גם זקוק למערכת ענפה של הספקת מוצרים ושירותים.
 - בית החולים יסייע במשיכה לאזור של תושבים חדשים, אשר יגורו כאן, ישלמו מיסים מקומיים וירכשו מוצרים ושירותים, ובכך ירחיבו ויחזקו את הכלכלה המקומית.
 - תשתית נוספת להכשרתו של כוח אדם רפואי בישראל.
- מהבחינה האדמיניסטרטיבית, אין מניעה לגשת להקמה של בית חולים נוסף בדרום. שטחים ותשתיות מתאימות כבר הוקצו ואושרו על ידי הרשויות המתאימות, כחלק מתכנית אב קיימת.

מקורות

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 57, ירושלים 2006.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 47, ירושלים 1995.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הרשויות המקומיות בישראל, ירושלים 2007א.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 58, ירושלים 2007ב.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פרופיל דמוגרפי-בריאותי של היישובים בישראל 1998-2002, ירושלים 2006.

מדינת ישראל, דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה ("ועדת אמוראי"), ירושלים, 2002.

מדינת ישראל, ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין-וחשבון ("ועדת נתניהו"), ירושלים, 1990.

מרכז מידע ומחקר – הכנסת, פערים בבריאות ובשירותי רפואה בין מרכז לפריפריה (בעבודה).

משרד הבריאות, סקר בריאות לאומי 2003-2004, ירושלים 2006.

משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום 2005, ירושלים 2007.

משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום 1998, ירושלים.

משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2007, ירושלים 2008א.

משרד הבריאות, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום 2007 חלק ב', ירושלים 2008ב.

משרד הבריאות, הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי חולים ממשלתיים ("ועדת ליאון"), ירושלים, (2004).

סדן-לובנטל, תכנית כוללת ובחינה כלכלית ראשונית לכדאיות של פיתוח מתחם תעסוקה בצומת להבים, תל אביב, 1999.

צ'רניחובסקי, ד', השינויים הראויים במנגנון הקפיטציה, ירושלים (הכנסת, מרכז המחקר והמידע) 2005.

פסקי דין

ד"א פרנקל, דיני עמותות בישראל, פרלשטיין-גינורסר תל אביב, 2000.

מכתבים

מכתב מאת יהודה רון, סמנכ"ל בכיר וראש המנהל לתכנון, פיקוח ובינוי מוסדות רפואה, אל דר' רונית פלד, המחלקה לניהול בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מיום 15 באוגוסט 2005.

מכתב מאת יהודה רון, סמנכ"ל בכיר וראש המנהל לתכנון, פיקוח ובינוי מוסדות רפואה, אל שלום דנינו, יו"ר הוועדה המחוזית לתכנון ובנייה מחוז הדרום, מיום 18 בינואר 2000.

תכניות סטטוטוריות

מטרופולין באר שבע, תכנית מתאר מחוזית חלקית תממ/4/14/23 גרסה 2, נובמבר 2006.
שינוי מספר 17 לתכנית מתאר מחוזית ת/מ/מ/4/14.
תכנית בניין עיר מספר 7/02/305/49.

אתרי אינטרנט

אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, www1.cbs.gov.il

נספח 1 – הצעת פרוגרמה לבניית בית-חולים כללי

הערות	שטח	שם קבוצה/מחלקה	
	1279	אדמיניסטרציה	א.
	261	מנהלה ראשית	1.א
	372	מנגנון	2.א
	581	שירותי עזר מינהליים	3.א
	66	שער ראשי	4.א
	7614	אבחון, ריפוי ושירותים	ב.
30 עמדות	1463	מיון וקבלה	1.ב
	206	קבלה	2.ב
	855	מרפאות (8)	3.ב
	899	דימות	4.ב
	1006	מכונים	5.ב
	849	ניתוחים	6.ב
	650	מעבדות	7.ב
	850	אספקת סטרל' ובית מרקחת	8.ב
	546	רשומות רפואיות	9.ב
	291	פתולוגיה	10.ב
	7408	אשפוז	ג.
125 מיטות	2377	3.5 מחלקות: 2.5 פנימיות, 1 כירורגית	1.ג
46 מיטות	1372	יולדות, כולל 8 חדרי לידה ו-US	2.ג
38 מיטות	673	מעורבת: 26 אורתופדיה, 2 אורולוגיה	3.ג
36 מיטות	748	ילדים	4.ג
12 מיטות: 8 לב ו-4 נשימתי	517	טיפול נמרץ ולב כללי	5.ג
15 עמדות פגים	482	פגים וילודים	6.ג
16 מיטות	370	נשים	7.ג
12 מיטות	318	מעורבת: 4 נירולוגיה, 5 עיניים, 3 א.א.ג.	8.ג
	552	אשפוז יום – 20 עמדות	9.ג
	3448	משק, אספקה ואחזקה	ד.
	783	אפסנאות	1.ד
	936	מטבח וחדר-אוכל	2.ד
	439	אחזקה	3.ד
	800	אנרגיה ותקשורת	4.ד
	370	חצרנות וגינון	5.ד
	120	תחבורה	6.ד
	19750	סה"כ שטחים במ"ר נטו	
	40370	סה"כ שטחי בנייה ברוטו	

מקור: משרד הבריאות