

"מהחלמה מקומית לצמיחה אזורית"

רפואה, קהילה והזדמנות פורצת גבולות ...

סביל שמס



מהחלמה מקומית לצמיחה אזורית
רפואה, קהילה והזדמנות פורצת גבולות ...

פרויקט גמר

סטודיו ארכיטקטורה [פרו]אקטיבית – אזרחות | חברה | כלכלה
מנחים | פרופ' אורח גבי שורץ, ד"ר דקלה יזהר
אדריכלות חוקרת
מנחה | ד"ר אורין שחר
התוכנית לארכיטקטורה
הפקולטה לארכיטקטורה ובינוי ערים, הטכניון
התשפ"ה 2025

תוכן עניינים |

6	מבוא
15	רמת הגולן, בין סוריה לישראל
18	לפני הכיבוש 1967
22	חוק רמת הגולן 1981
24	קהילה בתווך זהותי
26	רפואה כהזדמנות
26	הממשל הצבאי 1967-1981
28	יוזמות פרטיות והכשרה מקצועית
44	סוריה - ישראל, העשור האחרון
44	מלחמת האזרחים בסוריה 2013-2019
48	הקורונה 2020
49	האסון 2024
50	המתקפה על הדרוזים בדרום סוריה 2025
54	גישות לתכנון מערכות בריאות
54	תכנון אובייקט-מרכזי מול תכנון שדה
56	תכנון מערכת הבריאות בישראל
57	תכנון מערכות רפואה בפריפריה
58	המצב הנוכחי – גישה אובייקט-מרכזית
60	מטרת הפרויקט
62	אסטרטגיה וכלים
64	התערבות
68	חוקיות מרחבית
70	טפולוגיות חדשות
76	פיזור הכיכרות והפונקציות הרפואיות
78	תוכניות, חתכים ומבטים
106	סיכום
109	ביבליוגרפיה



ברצוני להודות לפרו"פ גבי שוורץ, לד"ר דקלה יזהר ולד"ר אורין שחר, על
 הליווי המקצועי, ההנחיות המועילות והסיוע במימוש המחקר.
 תודה מיוחדת למשפחתי האהובה והתומכת, המלווה אותי לאורך כל הדרך.

לזכרם של 12 הנרצחים באסון מג'לל שמס, מלחמת חרבות ברזל, 2024.
 לעולם לא נשכח אתכם, הזיכרון שלכם יישאר חי בלבנו.
 הפרויקט מוקדש לכם, בתקווה לעתיד של שלום, צמיחה ושלווה...

מבוא |

"הצחוק שלהם הפך לשתיקה כואבת¹..."

ביום שבת, ה-27 ביולי 2024, בשעה 18:18, במהלך מלחמת "חרבות ברזל", פגעה רקטה שנורתה מלבנון במגרש כדורגל במג'דל שמש. האירוע, בו נרצחו 12 ילדים ובני נוער ונפצעו מעל 30 נוספים, מהווה את הפגיעה החמורה ביותר באוכלוסייה האזרחית בישראל במהלך המלחמה, לאחר מתקפת הפתע ב-7 באוקטובר. צוותי החירום, ובהם מגן דוד אדום, העניקו טיפול ראשוני לנפגעים, בשל היעדר תשתיות רפואיות מתאימות בגולן, פונו הפצועים לבתי החולים זיו בצפת, רמב"ם בחיפה ופוריה בטבריה.²

למרות פיתוח שירותי רפואה מקצועיים ברמת הגולן ויזמות קהילתיות מקומיות בתחום הבריאות, שהתבססו על קשרים היסטוריים עם סוריה ובעלות בריתה, וכן על צורך עצמאי למלא את הפער במערכת הבריאות, האירוע הטראגי חשף את ההזנחה המתמשכת בצרכים החברתיים והבריאותיים של האוכלוסייה מצד המדינה, מאז כיבוש רמת הגולן בשנת 1967 ועד היום³. המקרה הדגיש את הצורך הדחוף בשדרוג תשתיות הבריאות, כחלק מתכנון אזורי רחב, אינטגרטיבי ומעמיק, שיבטיח מענה הולם לצרכים הרפואיים והחברתיים של תושבי הגולן והאזור.⁴

"היה פחד שהירי ימשיך ולכן המסוקים לא הצליחו להגיע לתוך הכפר. אי אפשר היה להנחית מסוקים, והיה צריך לפנות את הפצועים מחוץ ליישוב, לבסיס שנמצא כחצי שעת נסיעה ורק משם במסוקים, זה הקשה ממש על נגישות הטיפול המיידי⁵."
ד"ר אבו סלאח.

1 מכול, ע. א. (2024, 7). "הצחוק שלהם הפך לשתיקה כואבת: אבל כבד במג'דל שמש - אלפים ליוו למנוחות את הילדים שנרצחו. ישראל היום.

2 פבריקר, א. (2024, 8). האסון במג'דל שמש חשף את נקודת התורפה של כוחות הרפואה בצפון. מקור ראשון.

3 Al-Marsad. (2018). Arab human rights center in Golan Heights. In D. R. Gannon, *Forgotten Occupation: life in the Syrian Golan Heights after 50 years of Israeli occupation* (pp. Chapter 1: Changing the landscape, pp.13-24). Majdal Shams, Israel.

4 ראיון עם פלח, ד. (2024, 8). אחד ביום עם ד"ר בריק - האסון של מג'דל שמש. פודקאסט.

5 בית-אור, מ. י. (2024, 7). הרופא שרץ לזירת האסון במג'דל שמש: "המראה הראשון שנגלה לעיניי - גופות ילדים. ישראל היום.

המציאות הזאת, של העדר תשתיות רפואיות מתאימות ברמת הגולן הציבה אתגר מרכזי לתושביה, ושיקפה את המתח הפוליטי והחברתי המתגלם ביחס המדינה אל תושבי הגולן הדרוזים.⁶ 80% מתושבי הכפרים בוקעאתא, מסעדה, עין קניא ומג'דל שמש מוגדרים כתושבי קבע במדינת ישראל, 20% הנותרים מוגדרים כאזרחים.⁷ למרות זאת הם קיבלו יחס שונה מצד המדינה, שבא לידי ביטוי בין היתר בהיעדר מענה לצרכים בסיסיים. מצב זה, גרם לתושבי רמת הגולן להישאר על התפר בין סוריה לישראל, על מנת לקבל מכל אחת מהן מענה חלקי לצרכיהם. לצורך התמודדות עם הסיטואציה המורכבת הזו נעשה ניסיון מצד התושבים לפתח מערכת יוזמת, עצמאית, ופרטית בתחום הרפואה וההשכלה. מערכת אשר נשענת באופן חלקי על השירותים המצומצמים שמספקות שתי המדינות: ישראל וסוריה, אך פועלת באופן עצמאי, תוך שמירה על חיבור מסוים למסגרות הלאומיות הקיימות.⁸



זירת האירוע, מגרש כדורגל מג'דל שמש 2024. Ynet

6 ראיון עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפתוח כפרים 1993-2017.

7 Al-Marsad. (2018). Arab human rights center in Golan Heights. In D. R. Gannon, *Forgotten Occupation: life in the Syrian Golan Heights after*

50 years of Israeli occupation (pp. Chapter 1: Changing the landscape, pp.13-24). Majdal Shams, Israel.



המצוקה ההומניטרית של הדרוזים בדרום סוריה אינה סוגיה מקומית בלבד, אלא נושאת משקל אזורי, במיוחד לנוכח הקשרים ההדוקים בין קהילות דרוזיות משני עברי הגבול – בסוריה, בלבנון, ובישראל.

מצב זה מחייב בחינה מחודשת של תפקידה האפשרי של רמת הגולן כצומת אזורית ונקודת חיבור בין ליאומית דבר שהוכיח את עצמו במהלך המלחמה האזרחית בסוריה, כך שצה"ל סיפק טיפול בפצועים והפליטים במסגרת פרויקט שכנות טובה מ-2013 עד סוף 2018, הוא הקים בית חולים על הגבול ליד מסעדה והציע טיפולים בעזרת רופאים מקומים לתושבים מחוץ לגבול. צעד זה חזר על עצמו גם באירועים האחרונים כך, שאחרי פניה לשר הבריאות להעברת הציוד הרפואי והתרופות לבית החולים בסוריה, היה מאמץ דומה להספקת הצרכים הדחופים מעבר לגבול, דבר שהדגיש מחדש את יעילת האזור והפוטנציאל שלו מבחינה חברתית, גיאוגרפית וקהילתית.⁹

מצד השני של הגבול בשנה האחרונה, ניצבות הקהילות הדרוזיות בדרום סוריה בפני איום מתמשך של טיהור אתני, שהחריף בעקבות קריסת שלטון אסד בסוף 2024. מתקפות שהובילו לרצח אנשים רבים, והרס תשתיות אזרחיות ובריאותיות בנוסף למצור על החברה בתוך העיר סוידא⁸.

הקהילות הדרוזיות, המאופיינות במבנה חברתי מגובש ובתחושת סולידריות עמוקה, נותרו מבודדות ולרוב חסרות הגנה מול כוחות קיצוניים ובלתי סדירים. לצד הפגיעה הפיזית, נרשמה קריסה כמעט מוחלטת של שירותי הבריאות המקומיים – בתי חולים נסגרו, צוותים רפואיים הותקפו ונרצחו, ותרופות בסיסיות אזלו. ועקב המצור הממושך המצב החמיר עוד יותר ויותר, אין גישה למים, חשמל ולכל עזרה אפשרית.⁸

9 משרד הבריאות (7,2025), משרד הבריאות נערך להעברת ציוד רפואי ותרופות לבית החולים בסוידא.

8 קארפ, א. ל. (7, 2025). המחווה לדרוזים בסוריה שיכולה להפוך את ישראל למעצמת סיוע. Ynet.

פרויקט זה מתבונן במצבה הייחודי של רמת הגולן, כאזור תפר בין שתי מדינות, ומציע גישה אינטגרטיבית, המשלבת פיתוח מערכתי רב-שכבתי עם מענה לצרכים הבריאותיים הדחופים של האוכלוסייה המקומית והאזורית. גישה זו מתבססת על ניצול היתרונות של שירותים רפואיים מתקדמים וכוח אדם מקצועי, תוך מיצוי הפוטנציאל שבקרבה לגבול עם סוריה.

הגבול, שבעבר היה מרכיב משמעותי בחיי החברה באזור, מציע כיום הזדמנות ייחודית ליצירת חיבורים עם רשתות רפואיות אזוריות ובינלאומיות. שיתופי פעולה רפואיים עתידיים עשויים לקדם תשתיות בריאות חוצות גבולות, שיבטיחו מענה רפואי משופר לתושבי האזור כולו. מודל זה יכול לשמש לא רק לפתרון בעיות בריאותיות מיידיות, אלא גם כמנוף לחיזוק קשרים חברתיים, כלכליים ודיפלומטיים, התורמים לפיתוח האזור והשתלבותו במרחב ההמקומי והבינלאומי. הפרויקט מתמקד בהקשר שהוסבר ומנסה לענות על השאלה:

"כיצד קהילה יכולה להיות חלק בלתי נפרד מפיתוח תשתית רפואית אינטגרטיבית, המותאמת לצרכים המקומיים ולפוטנציאל האזורי בכפרי רמת הגולן?"

שאלות משנה:

- כיצד ניתן לשלב את כוח האדם המקומי במערך רפואי רגיש תרבותית?
- כיצד הקרבה לגבול הסורי יכולה לתרום למערכת בריאות חוצת גבולות בעלת ערך דיפלומטי וחברתי?

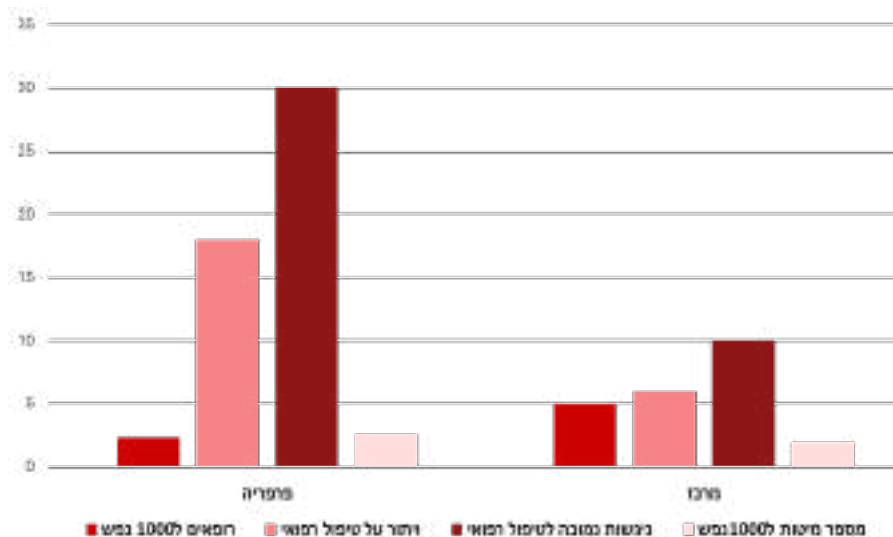
לצורך מענה על השאלות, הפרויקט יעסוק בגיבוש מסגרת התייחסות למונחים שהוצגו בבעיית המחקר, תוך סקירה היסטורית וניתוח מרכיבים מרכזיים באזור, דרך שלושה רבדים: המקום, הקהילה והרפואה. בהקשר זה, תיבחן התפתחות השירותים הרפואיים במרקם האזורי לאורך השנים, לצד ניתוח תפיסת הקהילה המקומית כלפי מערכת הבריאות במבט רחב.

בנוסף, יבחן הפוטנציאל הגיאוגרפי של המרקם הכפרי ברמת הגולן, כיצד שימש את החברה המקומית בעבר ואיך צפוי להמשיך לשרת את האזור בעתיד. יתרה מזאת, יוצג בספר יוזמות חברתיות מקומיות בתחום הבריאות ויחס המדינה אליהן, תוך הצגת קשרי הגומלין בין עוצמת הקהילה ותפיסת הצורך הרפואי לבין התייחסות המדינה לאזור.

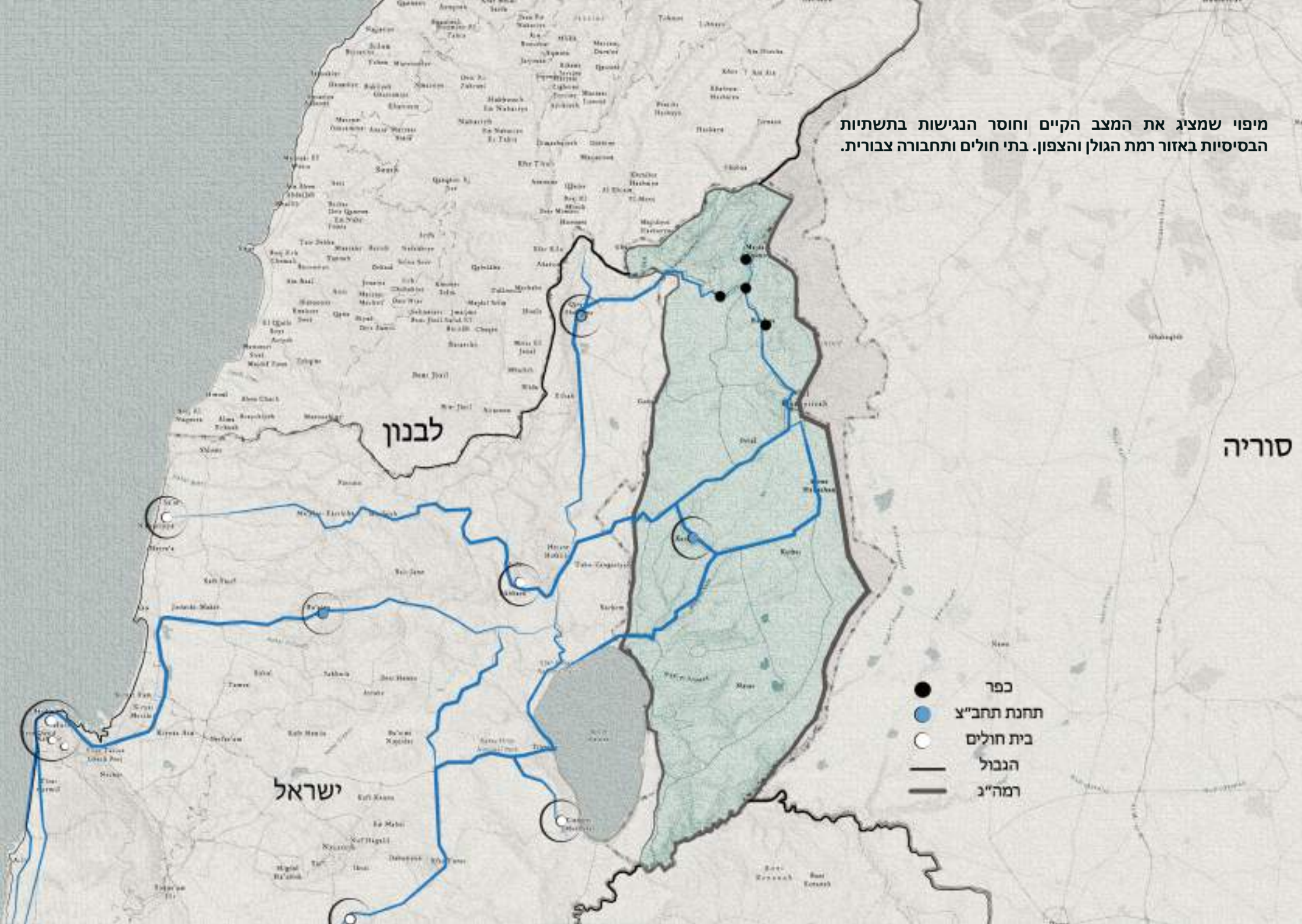
בהמשך, לצורך הבנת הקונטקסט של הפרויקט, יוצגו סקירה וניתוח אדריכלי של תכנון מערכות רפואיות באזורים פריפריאליים, תוך שמירה על רוח המקום והמרקם הכפרי, וכן ביקורת על תכנון בתי חולים כאובייקטים במרחב.

בחרתי להתמקד בכפר מסעדה בצפון רמת הגולן כמקרה בוחן, בשל מיקומו האסטרטגי במרכז האזור ועל ציר כביש 98, שמחבר את כל כפרי רמת הגולן יחד. מה שמחזק את תפקודו כמרכז תחבורתי וקהילתי.

הצורך הבריאותי בצפון בהשוואה עם המרכז, הלמ"ס.



מיפוי שמציג את המצב הקיים וחוסר הנגישות בתשתיות הבסיסיות באזור רמת הגולן והצפון. בתי חולים ותחבורה צבורית.



רמת הגולן, בין סוריה לישראל |

הגולן, רמה הררית סורית בגובה ממוצע של 1,000 מטר, משתרע על שטח של 1,750 קמ"ר. ישראל כבשה כ-1,250 קמ"ר משטח זה ב-9-10 ביוני 1967. כתוצאה ממלחמת 1973 והסכם ההתנתקות הסורי-ישראלי בשנה שלאחר מכן, החזירה ישראל לסוריה כ-100 קמ"ר.¹⁰

עד לקיץ 1967, התגוררו ברמת הגולן כ-137,000 תושבים סורים ב-340 ערים, כפרים וחוות. במהלך מלחמת ששת הימים ביוני 1967, גורשו כ-96% מהתושבים הסורים, ונאסר עליהם לשוב לבתיהם בהוראת צה"ל. לאחר המלחמה נותרו ברמת הגולן כ-6,400 תושבים סורים, תושבי חמשת הכפרים הדרוזים מג'דל שמס, מסעדה, בוקעאתא, עין קניא וסחיתא.¹¹

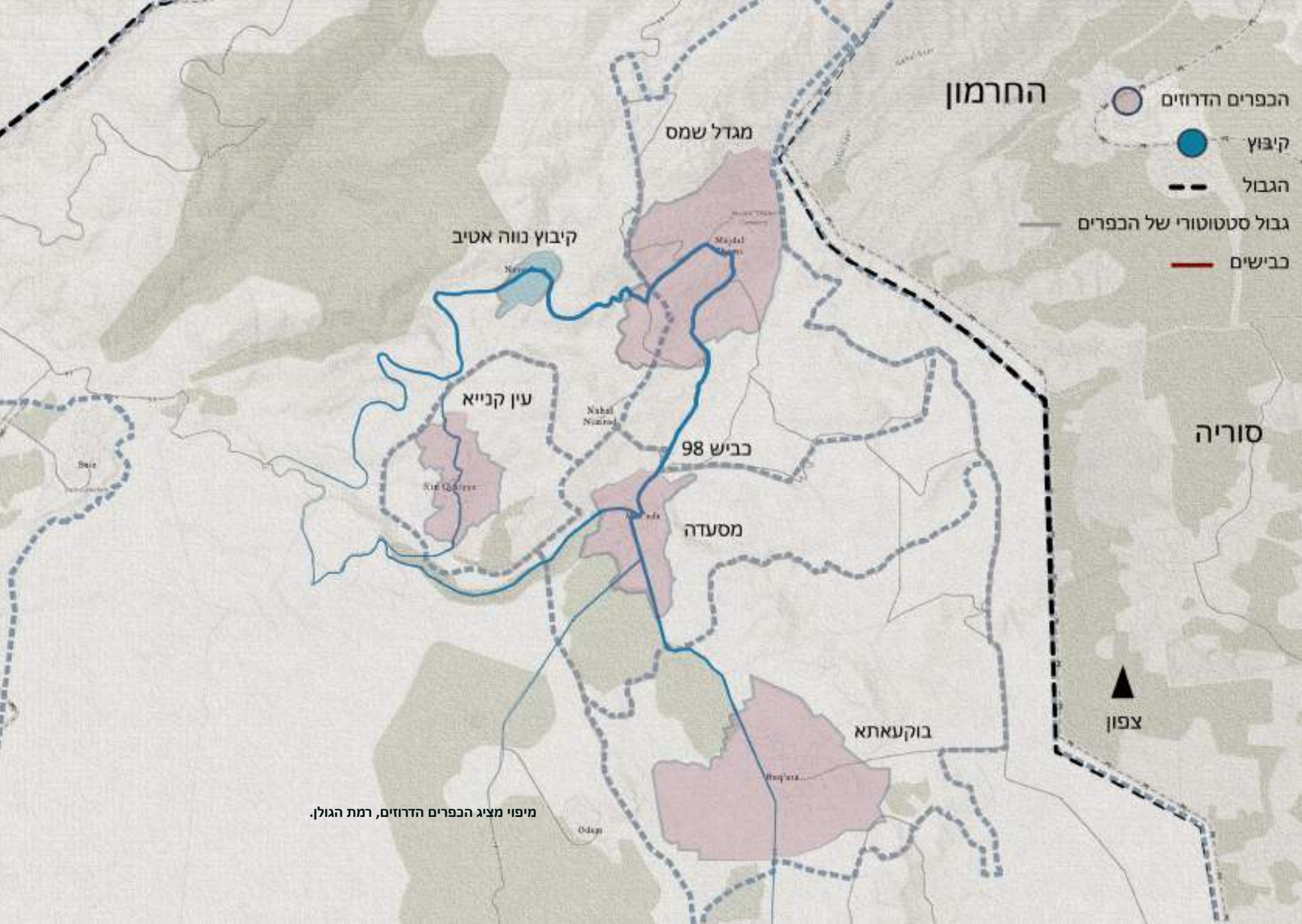
מ 1967 ועד 1981 הייתה רמת הגולן תחת ממשל צבאי. בתקופה זו, ב-באפריל 1971, גורשו תושבי כפר סחיתא בהוראת הממשל הצבאי, והכפר נהרס לצורך הקמת בסיס צבאי, המוכר כיום כמוצב 105. בשנת 1981, ולאחר 14 שנים של ממשל צבאי, הוחלט על סיפוח רמת הגולן למדינת ישראל ונחקק חוק רמת הגולן חוק הסיפוח. משמע שתחול ריבונות ישראלית מלאה, משפטית ומנהלית על רמת הגולן, יד ביד עם ניסיון לכפות אזרחות ישראלית על התושבים הסורים ברמת הגולן; ניסיון שנתקל בהתנגדות גורפת, במחאה עזה ושבייתה למשך שישה חודשים תחת מצור צבאי ישראלי. כיום רוב התושבים כ-80% מהאוכלוסייה, אין להם אזרחות ישראלית, וקיבלו מחוסר ברירה תושבות קבע.¹²

10 Al-Marsad. (2018). Arab human rights center in Golan Heights. In D. R. Gannon, *Forgotten Occupation: life in the Syrian Golan Heights after*

50 years of Israeli occupation (pp. Chapter 1: Changing the landscape, pp.13-24). Majdal Shams, Israel.

11 Halabi, T. M. *Life under Occupation in the Golan Heights*. pp. 78-93.

12 ג'בל, נ. מ. (2006). זוכרות את גיבוש הגולן, טרגדיה שלא סופרה, אתר זוכרות .



החרמון

הכפרים הדרוזים

קיבוץ

הגבול

גבול סטטוטורי של הכפרים

כבישים

סוריה



צפון

קיבוץ נווה אטיב

מגדל שמס

עין קנייא

כביש 98

מסעדה

בוקעאתא

מיפוי מציג הכפרים הדרוזים, רמת הגולן.



שרידי בית חולים גולן והעיר קוניטרה - רמת הגולן, ארכיון הסרטים הישראלי, סינמטק ירושלים

במהלך מלחמת ששת הימים ומלחמת יום הכיפור נכבשו מרבית שטחי המחוז על ידי ישראל, והעיר קוניטרה נהרסה חלקית וננטשה¹⁴. עקב זה, איבדה רמת הגולן את התשתיות הקהילתיות והמוסדות החינוכיים שסיפקו מענה לצורכי האוכלוסייה המקומית עד נקודת זמן זו. שרידי העיר עומדים נטושים עד היום, ומהווים עדות להיסטוריה של האזור ולשינויים הגיאופוליטיים שחלו בו¹⁵.

14 ג'בל, כ. מ. (2006). זוכרות את גיבוש הגולן, טרגדיה שלא סופרה, אתר זוכרות.

15 Sakr Abu Fakhr, J. o. (2000). Voices from the Golan.



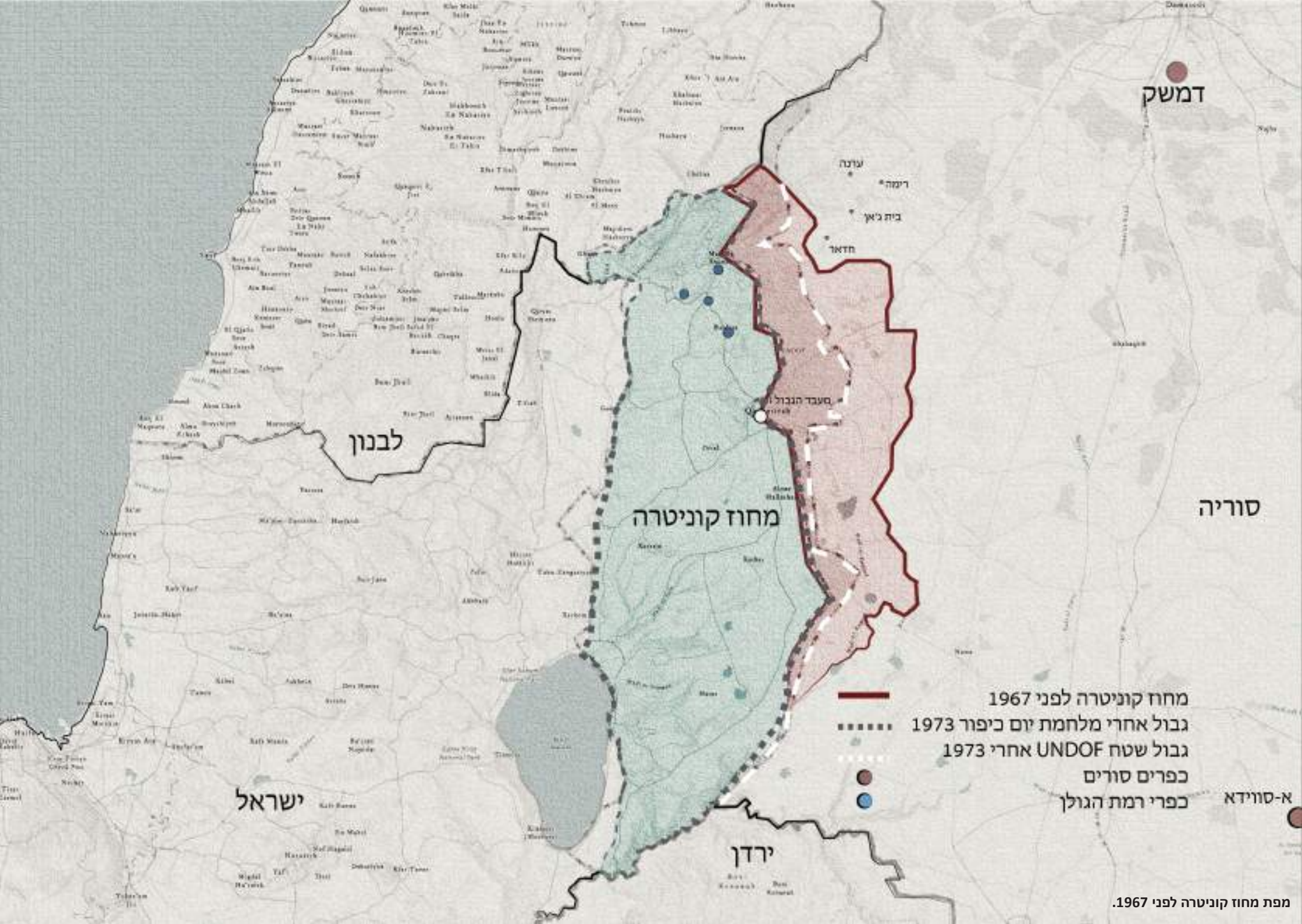
עיר קוניטרה -רמת הגולן לפני 1967, ארכיון הסרטים הישראלי, סינמטק ירושלים

לפני הכיבוש 1967:

לפני מלחמת ששת הימים היו הכפרים הדרוזיים בצפון רמת הגולן חלק מהמדינה הסורית ושויכו למחוז קוניטרה (בערבית: مُحافظة القنيطرة), אחד מ-14 מחוזותיה של סוריה, המשתרע בדרום-מערב המדינה¹³.

המחוז חולק לשתי נפות, ובירתו, העיר קוניטרה, שימשה מרכז אזורי משמעותי לתושבי רמת הגולן, במרחק של כ-10 ק"מ מהכפרים הדרוזיים. העיר סיפקה שירותים חינוכיים כגון בית חולים, אוניברסיטה, בנקים ומוסדות ציבוריים נוספים, שהיוו תשתית קהילתית מרכזית לתושבי האזור.

13 מ, ש. (2013). אתר נעמוש, הרמה הסורית, רמת הגולן .



דמשק

סוריה

לבנון

מחוז קוניטרה

ישראל

ירדן

מחוז קוניטרה לפני 1967
גבול אחרי מלחמת יום כיפור 1973
גבול שטח UNDOF אחרי 1973
כפרים סורים
כפרי רמת הגולן

א-סוידא

מפת מחוז קוניטרה לפני 1967.



הפגנות נגד חוק רמת הגולן - אתר הספרייה הלאומית, המכתבה الوطنية الإسرائيلية - רמת הגולן



מوقع جولاني, نبيه عويدات
הפגנות נגד חוק רמת הגולן

חוק רמת הגולן 1981 :

חוק רמת הגולן" (1981) החיל את החוק והמנהל הישראלי על האזור, והוביל לסיום הממשל הצבאי ולהחלת שלטון אזרחי ישראלי. אחד מהשלכותיו המרכזיות היה צמצום יציאת סטודנטים דרוזים ללימודים בסוריה, בשל המתיחות הגוברת בין המדינות.¹⁶ ישראל אפשרה מעבר מוגבל של צעירים דרוזים דרך הצלב האדום, אך מתוך חשש לחיזוק ההתנגדות לשלטון הישראלי, הוטלו הגבלות משמעותיות¹⁷. בסוף שנות ה-80, בעקבות שינויים מדיניים וניסיונות להסכמי שלום, החלה התגמשות מסוימת שאפשרה את "הגל השני" של סטודנטים דרוזים ללימודי רפואה בסוריה, לצד הקלות בביקורי משפחות וגישה לטיפולים רפואיים מתקדמים¹⁸.

16 Halabi, T. M. Life under Occupation in the Golan Heights. pp. 78-93.

17 Al-Marsad. (2018). Arab human rights center in Golan Heights. In D. R. Gannon, Forgotten Occupation: life in the Syrian Golan Heights after 50 years of Israeli occupation (pp. Chapter 1: Changing the landscape, pp.13-24). Majdal Shams, Israel.

18 ראיון עם אל-מרטי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפיתוח כפרים 1993-2017.

קהילה בתווך זהותי |

"לאחר כישלונם של הסכמי השלום, הבנו כי המצב לא צפוי להשתנות, ואי אפשר להמשיך להתמודד עם ההזנחה המתמשכת מצד המדינה. הקהילה נדרשה לקחת אחריות על עצמה ולמלא את הפערים הקיימים. מכאן נולד הרעיון להקים את עמותת גולן לפיתוח כפרים¹⁹." תאסיר אל-מרעי, המנהל לשעבר של עמותת פיתוח הכפרים בגולן.



תושבי מג'דל שמש 1981, אתר הספרייה הלאומית, المكتبة الوطنية الإسرائيلية - רמת הגולן



מג'דל שמש 1982
מג'דל שמש 1979
היכיר המרכזית בוקעאטא
תاريخ الجولان منذ الاحتلال حتى اليوم, د. ثائر أبو صالح
تاريخ الجولان منذ الاحتلال حتى اليوم, د. ثائر أبو صالح

המציאות הזאת ברמת הגולן לאורך השנים הציבה אתגר מרכזי לתושביה, אשר מאז 1967, ובשל המתח הפוליטי והחברתי, אין מענה קולקטיבי לצרכים הבסיסיים שלהם במרחב²⁰. מצב זה הוביל את הקהילה המקומית לפתח מערכת יוזמות עצמאיות, להשלים פערים ולענות על הצרכים המקומיים, במיוחד בתחום הרפואה. מערכת זו נשענת באופן חלקי על השירותים המצומצמים שמספקות שתי המדינות סוריה וישראל, אך פועלת באופן עצמאי, תוך שמירה על חיבור מסוים למסגרות הלאומיות הקיימות²¹.

מדובר כן, בקהילה ילדית ויחודית ומובדלת, ללא כוח או השפעה פוליטית, מרוחקת ומבודדת גיאוגרפית. לאורך עשרות השנים שחלפו מאז כיבוש רמת הגולן, מתקיים באזור סדר ומערך יחסים פנימי עצמאי שמנסה להתמודד עם כל האתגרים מסביב¹⁸. ההזנחה המתמשכת של תשתיות ושירותים חיוניים ברמת הגולן, למרות ניצול המשאבים המקומיים, כגון: אדמות חקלאיות פרטיות ומשאבי טבע ענקיים, משקפת מדיניות עקבית שהציבה המדינה מאז כיבוש האזור בשנת 1967²². מגמה זו ניכרת בפרויקטים רחבי היקף, כדוגמת מיזמי טורבינות הרוח וניצול האנרגיה המתחדשת, שעוררו מחלוקות סביבתיות וחברתיות משמעותיות בין התושבים לממשלה. מדיניות זו לא רק מובילה לחוסר ההתייחסות לצרכי הקהילה המקומית האמיתיים אלא גם לפגיעה מתמשכת בסביבה, בנוף הטבעי, בכלכלה המקומית ובזכויות הקהילה על אדמותיה, המרכיבות חלק מרכזי בזהותם של תושבי רמת הגולן²³.

"הם לימדו אותנו שהתרבות שלנו סורית. זה החינוך שקיבלנו. אבל במקביל אנחנו גרים בישראל, ואנחנו מבינים את זה מגיל קטן. האמת שזה מתוסבך מאוד עבורנו. יש אנשים שמרגישים סורים, ויש אנשים שמרגישים ישראלים ואפילו עושים שירות לאומי²⁴" למאר, בת 16, אחת החברים של הילדים הנפגעים באסון.

20 Studies, J. o. (1987). The Golan Heights: Twenty Years After.

21 ראיון עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפיתוח כפרים 1993-2017.

22 Eldin, M. F. (2019). Power, Politics, and Community: Resistance Dynamics in the Occupied Golan. In J. o. Studies.

23 Al-Marsad. (2018). Arab human rights center in Golan Heights. In D. R. Gannon, Forgotten Occupation: life in the Syrian Golan Heights after 50 years of Israeli occupation (pp. Chapter 1: Changing the landscape, pp.13-24). Majdal Shams, Israel.

24 ארליך, י. (2024, 8). חיים על הגדר: מפגש מטלטל עם צעירי מג'דל שמש. ישראל היום.

19 ראיון עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפיתוח כפרים 1993-2017.

רפואה כהזדמנות |

הממשל הצבאי 1967-1981:

אחרי שאיבדה רמת הגולן את התשתיות הקהילתיות והמוסדות החיוניים שסיפקו מענה לצורכי האוכלוסייה המקומית לפני מלחמת השיש ימים, האזור נוהל על ידי הממשל הצבאי, והחוק הישראלי לא הוחל בו באופן מלא. מצב זה השפיע משמעותית על מערך שירותי הבריאות, שהתאפיין בהיעדר תשתיות רפואיות מספקות²⁵. עם כניסת הממשל הצבאי, בוטלו כל המוסדות הסוריים שפעלו קודם לכן מתוכם בית חולים גולן שהיה בעיר קוניטרה, והמרפאה המרכזית במג'דל שמש, הוסבה למפקדה צבאית²⁶. מערכת הבריאות המקומית, שהייתה קיימת עד 1967, נפגעה משמעותית עקב המלחמה ובתוצאה מעזיבת חלק ניכר מהאוכלוסייה המקומית. אף על פי שהממשל הצבאי סיפק שירותי בריאות בסיסיים, התשתיות נותרו מצומצמות, והגישה לשירותים רפואיים מתקדמים הייתה מוגבלת²⁷.

לאחר מלחמת יום כיפור 1973, הקים צה"ל מרפאה מרכזית ששייכת לקופת חולים כללית בקיבוץ מרום גולן, ובמקביל הוקמו 36 מרפאות קטנות ששייכות לאותה קופה בפריסה רחבה ברחבי רמת הגולן. שתי מרפאות מתוך מערך זה פעלו במג'דל שמש ובבוקעתא, אך השירות הרפואי שניתן בהן היה מוגבל לשעות פעילות מצומצמות, בנוכחות אחיות וביקורי רופאים כמה פעמים בשבוע²⁸.



קיבוץ מרום גולן - דור כיפור 1973 - סיפור מקומי, ראיונות עם לוחמי יום כיפור ובני משפחותיהם



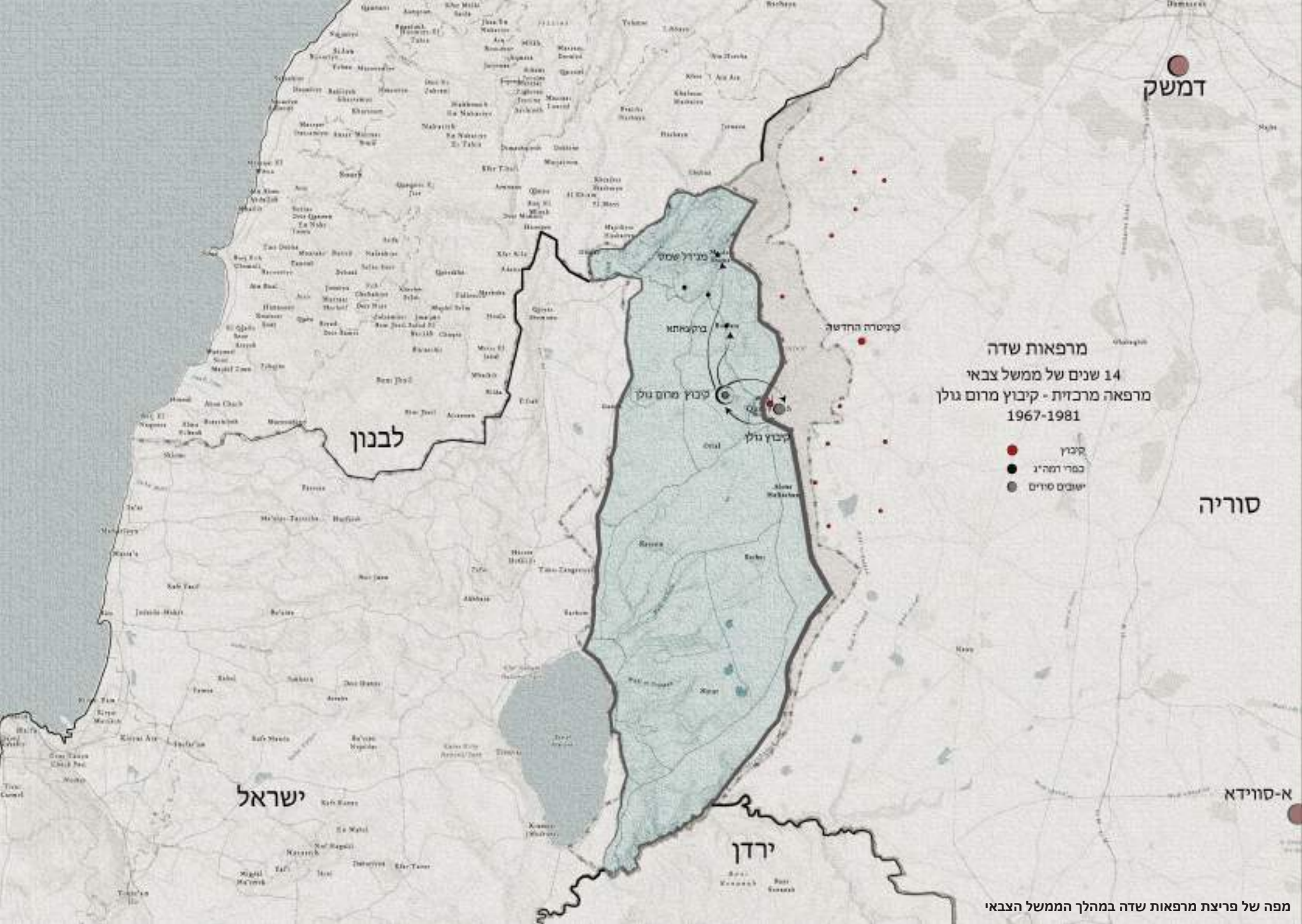
מרפאה מרכזית רמת הגולן, ארכיון הסרטים הישראלי, סינמטק ירושלים

25 מן, ש. (2013). אתר נעמוש, הרמה הסורית, רמת הגולן.

26 ג'בל, כ. מ. (2006). זוכרות את גיבוש הגולן, טרגדיה שלא סופרה, אתר זוכרות.

27 ראיון עם סוטיצקי, ס. (2024). אחות מפקחת של קופת חולים כללית מרפאות רמת הגולן, תקופת הממשל הצבאי, סרטון.

28 ראיון עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפתוח כפרים 1993-2017.



דמשק

מרפאות שדה

14 שנים של ממשל צבאי
מרפאה מרכזית - קיבוץ מרום גולן
1967-1981

- קיבוץ
- כפר דמה"ג
- יושבים סורים

סוריה

א-סוידא

ירדן

ישראל

לבנון

מפה של פריצת מרפאות שדה במהלך הממשל הצבאי



מחזור הסטודנטים הראשון - מוקע גולני



סטודנטים מחכים ועוברים הגבול לצד סוריה ללמוד רפואה דרך מעבר הגבול קוניטרה-רמת הגולן- בית מלח אבו סאלח



מעבר הגבול קוניטרה - רמת הגולן, ארכיון הסרטים הישראלי, סינמטק ירושלים



מחזור הסטודנטים הראשון 1979 - בית מלח אבו סאלח

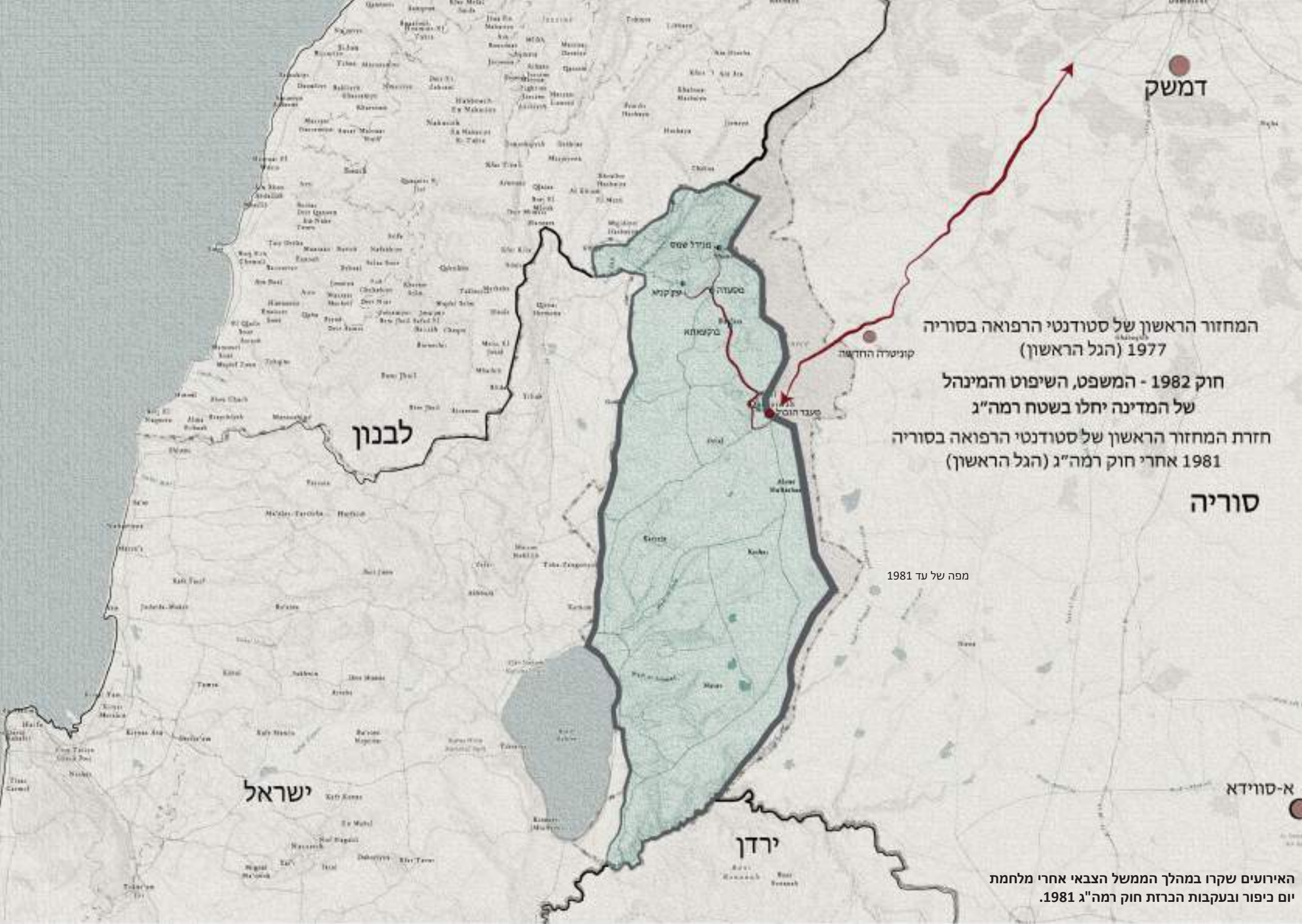
יזמות פרטיות והכשרה מקצועית לתושבי המקום:

1973-1981:

לאחר מלחמת יום הכיפורים נותרה רמת הגולן תחת שליטה ישראלית, תוך שמירה על מצב ביטחוני ומדיני מתוח. במסגרת הסכם הפרדת הכוחות עם סוריה (1974) נקבע אזור חיץ מפורז בפיקוח האו"ם²⁹. במקביל, בקרב האוכלוסייה הדרוזית בגולן גבר הרצון לרכוש השכלה גבוהה, בעיקר בתחומי הרפואה והרוקחות. בעקבות שמירת הקשרים התרבותיים והמשפחתיים עם סוריה, נפתחה לראשונה אפשרות ללימודים אקדמיים באוניברסיטאות סוריות, ובראשן אוניברסיטת דמשק, שסיפקה מלגות וסיוע כלכלי לסטודנטים מהגולן. מסלול זה אפשר רכישת ידע רפואי מתקדם, שנועד לשפר את שירותי הבריאות המקומיים, לנוכח המחסור בתשתיות רפואיות מתקדמות בגולן. בוגרי הלימודים הפכו לרופאים ורוקחים מובילים בקהילתם, וסייעו בצמצום פערים בתחום הבריאות³⁰.

29 Heights, A.-M. -T. (2007). Suggested issues for Consideration Regarding Israel's Combined tenth, eleventh, twelfth, and thirteenth Periodic Report to the UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination(CERD). Majdal Shams, Golan Heights.

30 ראיון עם אל-מרע, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפתוח כפרים 1993-2017.



דמשק

המחזור הראשון של סטודנטי הרפואה בסוריה
(הגל הראשון) 1977

חוק 1982 - המשפט, השיפוט והמינהל
של המדינה יחלו בשטח רמה"ג

חזרת המחזור הראשון של סטודנטי הרפואה בסוריה
1981 אחרי חוק רמה"ג (הגל הראשון)

סוריה

מפה של עד 1981

לבנון

ישראל

ירדן

א-סוידא

האירועים שקרו במהלך הממשל הצבאי אחרי מלחמת
יום כיפור ובעקבות הכרזת חוק רמה"ג 1981.



סטודנטים עוברים דרך מעבר הגבול קוניטרה ללמוד בסוריה- רמת הגולן, מועד יולי, נביה עייד



משפחות הסטודנטים המחכים להם במעבר הגבול לחזור מסוריה - רמת הגולן, מועד ג'ולאני, נביה עוידא



סטודנטים עוברים דרך מעבר הגבול קוניטרה ללמוד בסוריה- רמת הגולן, מועד יולי, נביה עזיז

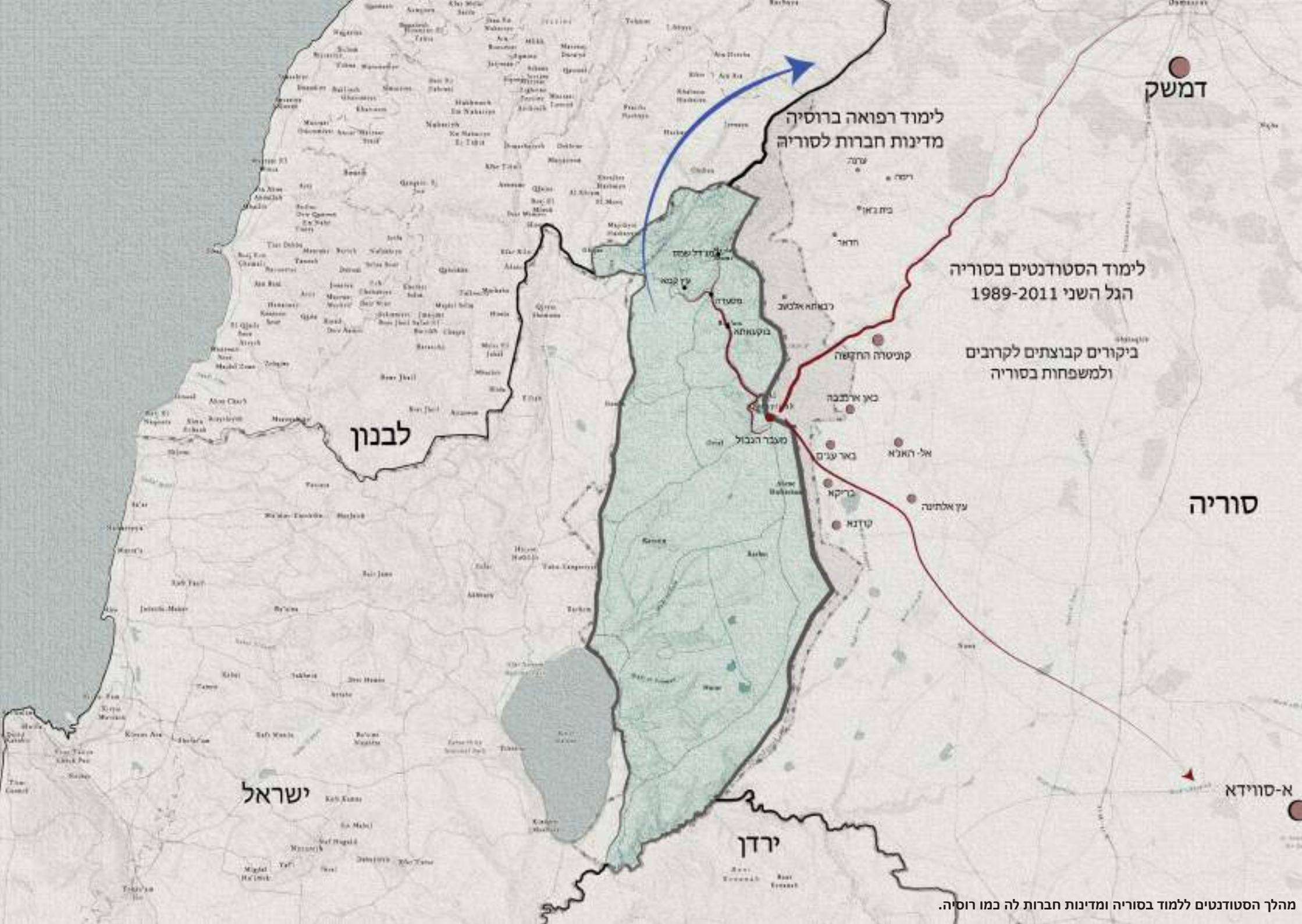
:1989-2011

מאז מלחמת יום הכיפורים ועד לפרוץ מלחמת האזרחים בסוריה, תושבי רמת הגולן שמרו על קשריהם עם משפחותיהם בסוריה וניצלו את האפשרות לרכוש השכלה גבוהה במוסדות סוריים, לצד הטבות והקלות. לאחר הפסקה כפויה ב-1981, חודשה האפשרות ללימודים בסוריה בסוף שנות ה-80, וכן במדינות בעלות ברית של סוריה, כגון רוסיה³¹. מטרת מגמה זו הייתה שיפור מערכת הבריאות המקומית וצמצום הפערים בשירותים הרפואיים³². חרף המורכבויות הפוליטיות, רבים מבוגרי מוסדות הלימוד הסוריים השתלבו כאנשי מקצוע מיומנים במערכת הבריאות הישראלית, מה שהוביל לשיפור משמעותי בכוח האדם הרפואי המקומי³³.

31 Halabi, T. M. *Life under Occupation in the Golan Heights*. pp. 78-93.

32 Sakr Abu Fakhr, J. o. (2000). Voices from the Golan.

33 ראיין עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפתוח כפרים 1993-2017.



דמשק

לימוד רפואה ברוסיה
מדינות חברות לסוריה

לימוד הסטודנטים בסוריה
הגל השני 1989-2011

ביקורים קבוצתיים לקרובים
ולמשפחות בסוריה

לבנון

סוריה

ישראל

ירדן

א-סוידא

מהלך הסטודנטים ללימוד בסוריה ומדינות חברות לה כמו רוסיה.

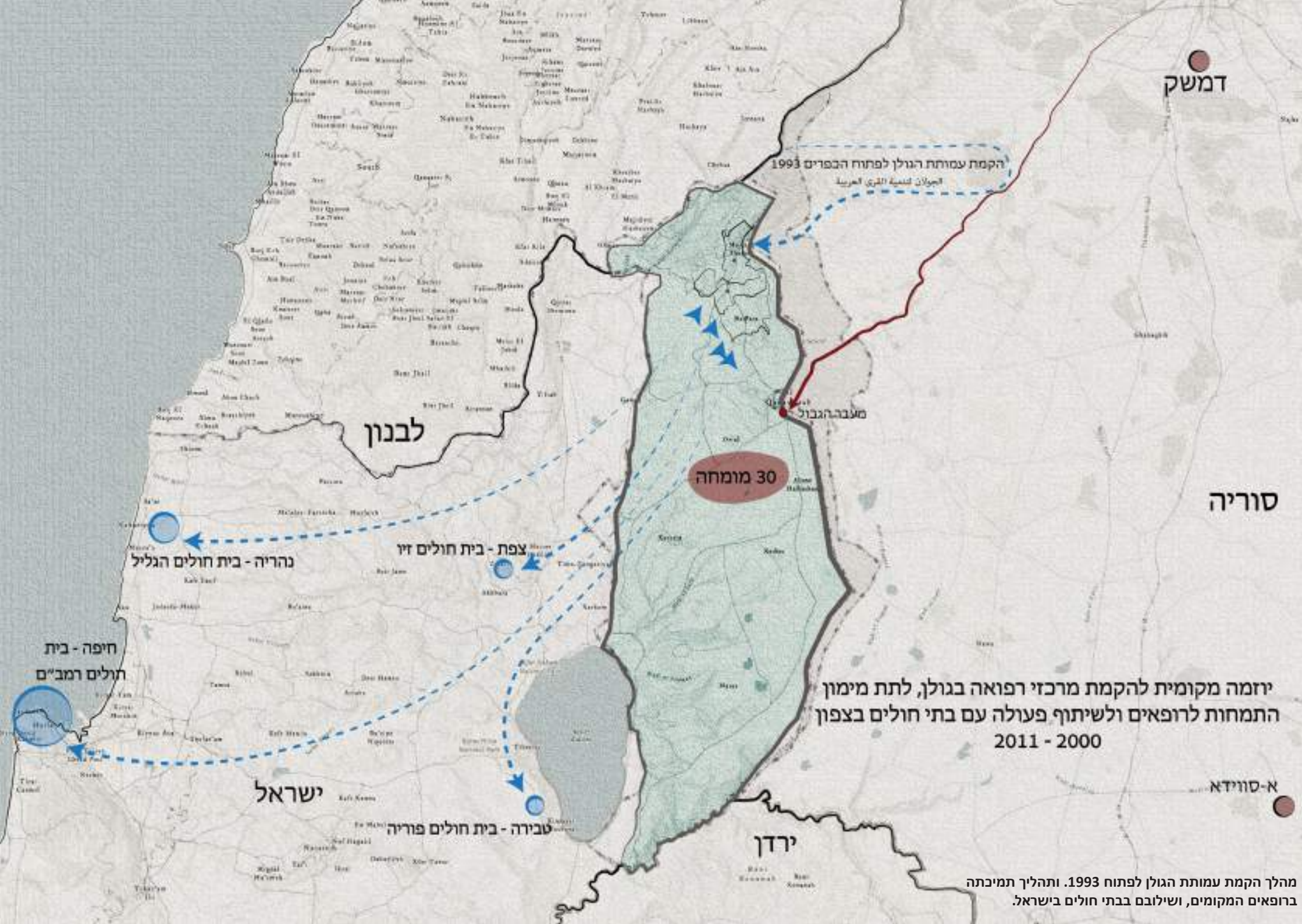
[illegible]

המפלגות והמפלגות - המפלגות והמפלגות

לוגו עמותת הגולן לפתוח.



35 ראיין עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפתוח כפרים 1993-2017.



דמשק

הקמת עמותת הגולן לפתוח הבפרים 1993
الحولان لتسمية القرى العربية

לבנון

סוריה

30 מומחה

צפת - בית חולים זיו

נהריה - בית חולים הגליל

חיפה - בית חולים רמב"ם

יחזמה מקומית להקמת מרכזי רפואה בגולן, לתת מימון התמחות לרופאים ולשיתוף פעולה עם בתי חולים בצפון 2000 - 2011

ישראל

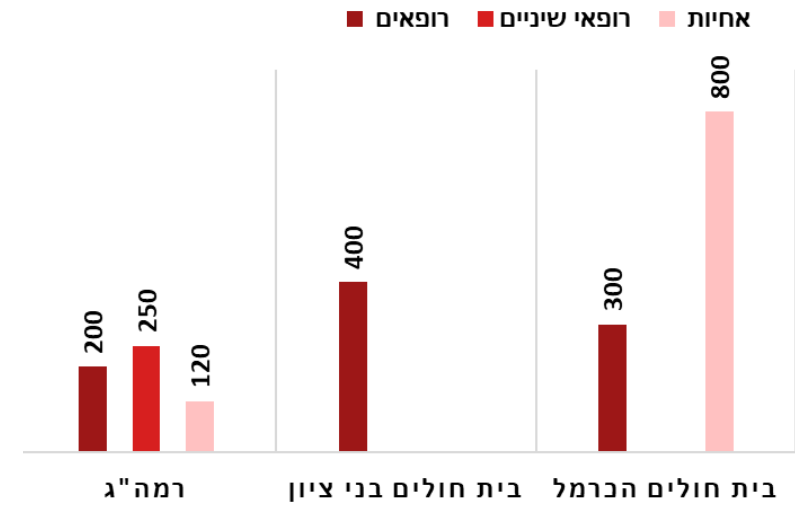
ירדן

טבריה - בית חולים פוריה

א-סוידא

מהלך הקמת עמותת הגולן לפתוח 1993. ותהליך תמיכתה ברופאים המקומים, ושילובם בבתי חולים בישראל.

כמות הרופאים ברמה"ג בהשוואה לגודל האכלוסיה, ולבתי חולים בארץ הלמ"ס.

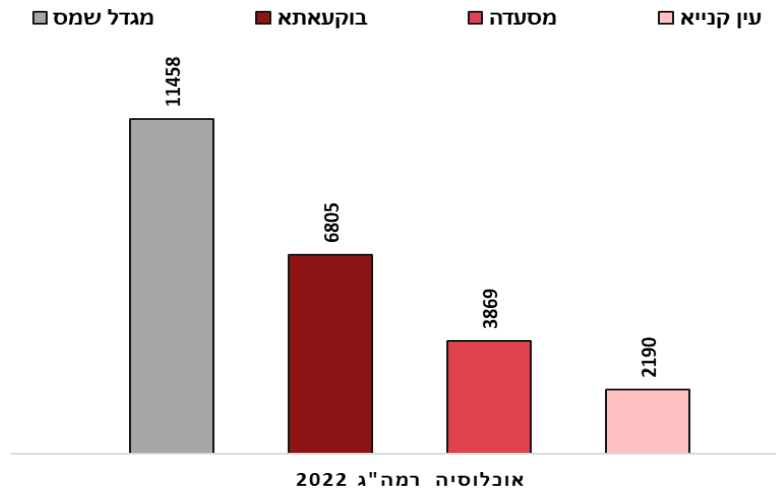


המצב היום 2025:

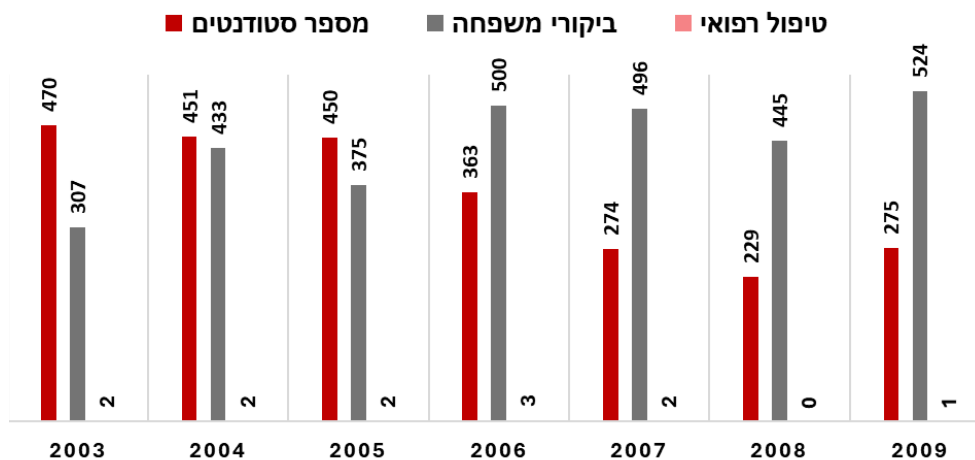
כיום, ברמת הגולן ישנם כ-250 רופאי שיניים וכ-200 רופאים כלליים, מהם כ-50 מומחים בתפקידים בכירים בבתי החולים בצפון³⁶. מספר זה דומה לכמות הרופאים בבתי חולים מרכזיים כדוגמת בני ציון וכרמל. עם זאת, ההזנחה המתמשכת של תשתיות הבריאות בפרiferia ממשיכה להגביל את מימוש הפוטנציאל של כוח האדם הרפואי המקומי ומהווה חסם בפני שיפור כולל של מערכת הבריאות באזור.

36 ראינו עם אל-מרטי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפיתוח כפרים 1993-2017.

האכלוסיה בכפרים הדרוזים ברמת הגולן, הלמ"ס



כמות הסטודנטים, מבקרים ומוטפלים בסוריה 2003-2009, הלמ"ס



סוריה - ישראל, העשור האחרון |



אתר הארץ, בית חולים שדה ברמת הגולן

מלחמת האזרחים בסוריה, טיפול פצועים בישראל:

2013-2019:

במהלך מלחמת האזרחים בסוריה (2011–2018) החלה ישראל לספק סיוע רפואי לפצועים סורים דרך מעבר הגבול בגולן, בתגובה למצב ההומניטרי הקשה. צה"ל הקים בית חולים שדה במוצב 105, באזור שבו שכן בעבר כפר סחיתא מזרח מסעדה. בית החולים קלט פצועים שונים, בהם אזרחים שנפגעו בלחימה ולוחמים ממגוון קבוצות, כולל המורדים.³⁷

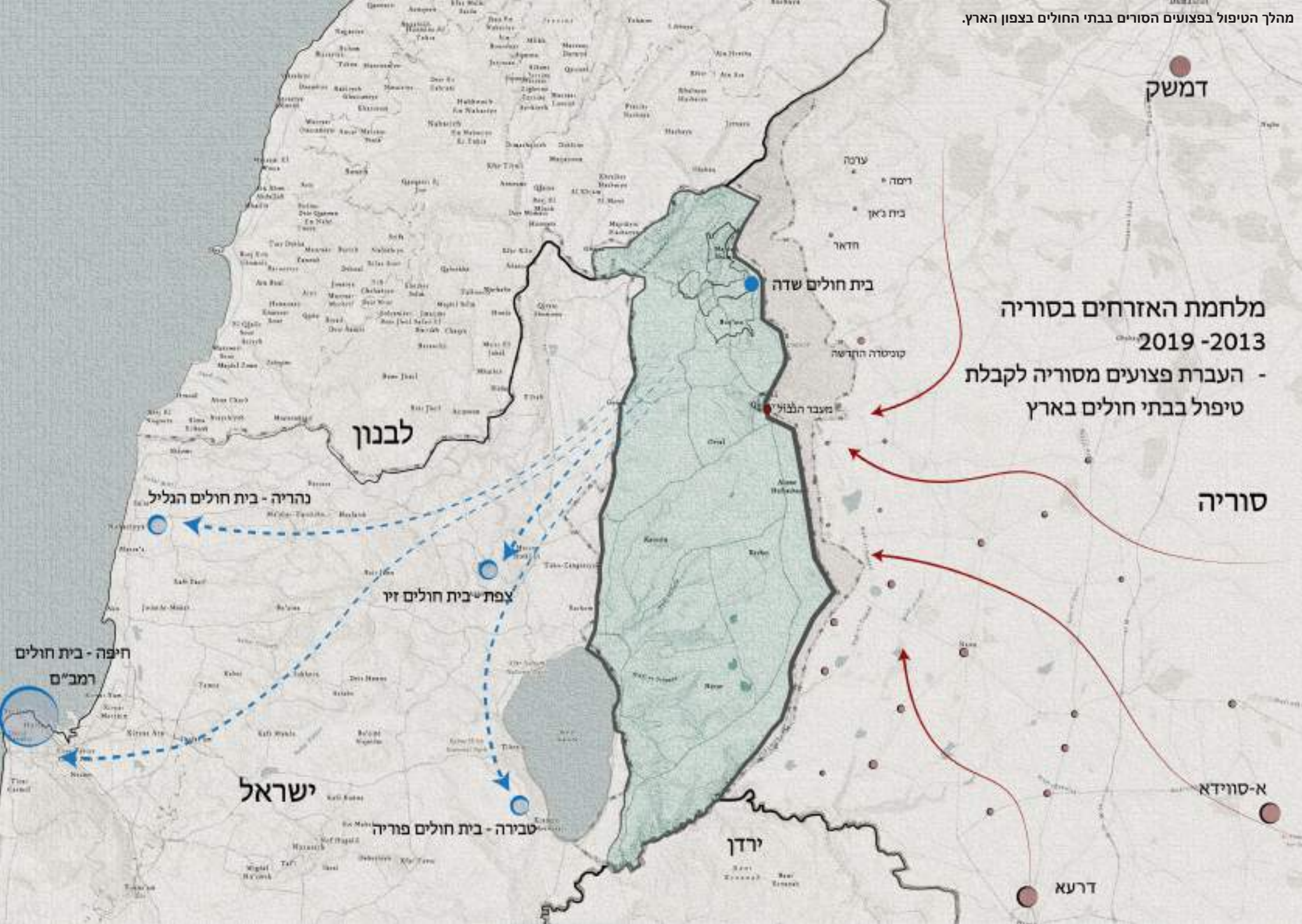
בשנת 2016 הורחב הסיוע במסגרת מבצע "שכנות טובה", אשר כלל מתן טיפול רפואי, אספקת מזון, מים וציוד נוסף לאזרחים סורים באזורי הלחימה הסמוכים לגבול. המבצע נמשך עד 2018, אז השיב משטר אסד את שליטתו בדרום סוריה והסיוע הישראלי הופסק. בסך הכול טופלו כ-3,600 פצועים סורים בבתי חולים בצפון ישראל, בהם המרכז הרפואי לגליל בנהריה, בית החולים זיו בצפת, פוריה בטבריה ורמב"ם בחיפה.³⁸

37 בית חולים שדה של חיל הרפואה – מענה רפואי הומניטרי בשירות הדיפלומטיה הצבאית - סא"ל שול (2020). מרכז דדו את"צ.

38 דוידוביץ', ב. ל. (2020). מערכת הבריאות בישראל, מבט-על.



מבצע שכנות טובה, ויקפידה



האסון 2024 מיני בית חולים :

האסון במג'דל שמש היה אירוע טראגי שהותיר חותם עמוק על הקהילה המקומית. האירוע, אשר גרם לנפגעים רבים, הדגיש את הצורך הקריטי בשיפור תשתיות החירום והיערכות למצבי חירום באזור⁴⁰. בתגובה לאסון, הרשויות המקומיות פעלו בשיתוף פעולה עם כוחות החירום הארציים, לרבות מגן דוד אדום, פיקוד העורף ושירותי הכבאות וההצלה, במטרה להעניק סיוע ראשוני ולפנות נפגעים לבתי החולים בצפון. במקביל, הקהילה המקומית התגייסה באופן משמעותי, כאשר תושבים רבים לקחו חלק במאמצי החיפוש, החילוץ והסיוע למשפחות הנפגעים⁴¹.

בעקבות האירוע, התקיימו דיונים מעמיקים בנוגע לצורך הדחוף בחיזוק תשתיות הבטיחות והחירום ברמת הגולן⁴². בין הנושאים המרכזיים שנדונו היו הרחבת זמינותם של שירותי הרפואה הדחופה ביישובים הדרוזיים בגולן, תגבור צוותי הרפואה ומד"א, ושדרוג תשתיות התחבורה והגישה לאזורי מגורים מרוחקים, על מנת לאפשר פינוי מהיר ויעיל במקרי חירום⁴³.

אחת ההצעות שעלו לדיון הייתה הקמת מרכז רפואי אזורי קטן, אשר יכלול מחלקת חירום לצד שירותי טיפול ושיקום יום. הקמת מתקן מסוג זה עשויה לשפר משמעותית את יכולת המענה הרפואי באזור, לצמצם את זמני ההגעה לטיפול רפואי דחוף, ולחזק את חוסנה של הקהילה המקומית בהתמודדות עם מצבי חירום עתידיים³⁶.



40 בית-אור, מ. י. (2024, 7). הרופא שרץ לזירת האסון במג'דל שמש, ישראל היום.

41 פבריקר, א. (2024, 8). האסון במג'דל שמש חשף את נקודת התורפה של כוחות הרפואה בצפון. מקור ראשון.

42 ראינו עם פלח, ד. (2024, 8). אחד ביום עם ד"ר בריק - האסון של מג'דל שמש. פודקאסט.

43 ראינו עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפתוח כפרים 1993-2017.



מתחם תת קרקעי לחירום, כפר מג'דל שמש.



מוקד חירום, כפר בוקעאטא.

הקורונה 2020 מתחם חירום, מרכז מחקרים :

לאחר פרוץ מגפת הקורונה בשנת 2020, יישם אזור רמת הגולן צעדים משמעותיים להתמודדות עם המשבר הבריאותי. במג'דל שמש, ביוזמת עמותת "גולן לפיתוח כפרים", הוקם מרכז מחקר סמוך לבית הספר התיכון המקומי, אשר שימש פלטפורמה לשיתופי פעולה עם בתי חולים בצפון ורופאים מקומיים, ותרם לקידום המחקר המדעי באזור³⁹.

כחלק מההיערכות למגפה, הוקם במג'דל שמש מתחם תת-קרקעי ייעודי לטיפול דחוף בחולי קורונה, שסיפק מענה רפואי לאוכלוסייה המקומית במצבי חירום. יוזמות אלו חיזקו את התשתית הבריאותית בגולן ושיפרו את יכולת ההתמודדות האזורית עם המגפה³¹.

39 ראינו עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפתוח כפרים 1993-2017.

המתקפה על הדרוזים בדרום סוריה 2025:

בשנה האחרונה ולאחר קריסת משטר אסד בדצמבר 2024, חלה הידרדרות ביטחונית חדה בדרום סוריה, שהתבטאה בגל תקיפות אלימות כלפי יישובים דרוזיים, במיוחד באזור א־סוּיִדָא ובכפרים הסמוכים לחדר, סמוך לגבול רמת הגולן.⁴⁴ על פי דיווחים מקומיים, נהרגו באירועים למעלה מ־1000 אזרחים דרוזים, בהם נשים וילדים, חלקם במעשי טבח והתעללות חמורה. האזור הוכנס למצור מלא, כולל ניתוק אספקת מים, מזון ותרופות.⁴⁵

בתגובה לפניית הנהגת העדה הדרוזית בישראל, הרחיב צה"ל את הסיוע ההומניטרי. נפתח מסלול פינוי לפצועים דרוזים־סורים לישראל, והוקם מתקן רפואי נייד בדרום סוריה על ידי חיל הרפואה, חטיבה 210 וגורמים נוספים. מאז ההתקפה הראשונה במאי 2025 פונו לישראל עשרות פצועים, שטופלו בביה"ח זיו בצפת, בהובלת צוותים רפואיים ובהם רופאי רמת הגולן.⁴⁶ פעולות אלו שיקפו המכנות והפוטנציאל המרחבי לסיוע הומניטרי במצב חירום אזורי, תוך שיתוף פעולה יעיל עם צוותים רפואיים ישראלים.

צעדים אלו מדגישים את המכנה המשותף ואת הפוטנציאל המרחבי לסיוע הומניטרי במצבי חירום אזוריים, תוך שיתוף פעולה אפקטיבי עם צוותים רפואיים מקומיים.

המציאות הנוכחית ממחישה עד כמה חיוני ודחוף לבחון את הסוגיות המרכזיות הנידונות במחקר זה: מצבה הקשה של הקהילה הדרוזית בדרום סוריה והצורך ההדוק בתשתית רפואית בכפרי רמת הגולן מחד גיסא, ומאידך גיסא ההזדמנות האזורית הגלומה ברמת הגולן כמרחב אסטרטגי לפיתוח עתידי, תוך הקמת תשתיות חוצות גבולות בתכנון מושכל ואפקטיבי.



טיפול פצועים סורים על ידי כוחות צה"ל.



44 Mills, C'. (2025). Syria after Assad: Consequences and interim authorities 2025. 9-12.

45 Staff, JNS. (may 2025). IDF sets up field triage facility for Syrian Druze civilians. JNS.

46 As Syria's Druze minority reels from violence, Israel pursues an opening. The Washington Post.

המרחק מהמרכז, הקשר האמיץ של הדרוזים בישראל עם הקהילה שמעבר לגבול, והזהות הייחודית שמתעצבת על רקע המציאות הגיאוגרפית – כל אלה מדגישים עד כמה התשתיות הרפואיות צריכות להיות מותאמות לקהילה ולמיקום, במילים אחרות לתת לקהילה עצמה להחזיק ולפתיח, להגדיר ולהשתמש בתשתית ולהסתכל על הקהילה כבסיס שיודיע לתמוך ולבנות את התשתית עצמה.

אירועים כמו מלחמות, מגפת הקורונה והאסון במגדל שמש הדגישו את הצורך במערכת בריאות חזקה, גמישה ומותאמת לאזור. יש להמשיך ולתמוך באכלוסיה העצמאית היוזמת הזאת, ולפתח תשתיות רפואיות יעילות, לנצל את כוח האדם המקומי ולבסס מערכת חירום מתקדמת שתבטיח מענה מהיר ואיכותי לתושבי הגולן והאזור.

אחרי כל הזיהויים שהוסברו מקודם, אפשר להבין שהצפון וספציפית רמת הגולן נמצאים בצורך הדוק בשירות רפואי, וצעד ראשון במציאת דרך לשיפור היא להבין שהמרחב שם לא מתפקד כמו המרכז, הוא מרחב כפרי קהילתי שיש לו אופן חיים שונה לגמרי וצריך להתייחס אילו אחרת

ההתפתחות ההיסטורית של מערכת הבריאות ברמת הגולן ממחישה את חשיבותה של היוזמות הקהילתיות בפיתוח שירותים רפואיים באזור. לאורך השנים, האוכלוסייה המקומית התמודדה עם מחסור בתשתיות רפואיות וניצלה את ההזדמנויות שנפתחו בפניה, כולל השכלה רפואית בסוריה, והקמת מסגרות בריאות עצמאיות. בגולן, הצורך בשירותי רפואה חורג מההיגיון הפונקציונלי של נגישות ויעילות. הוא משקף צורך עמוק יותר, בנראות, בשייכות, ובקשר אנושי ותרבותי, הוא גם צורך קהילתי, רגשי, ואפילו פוליטי.



גישות לתכנון מערכות בריאות |

תכנון מערכות ותשתיות בכלל, ובפרט תכנון מערכת הבריאות, יכול להתבצע על פי שתי גישות מרכזיות:

1. תכנון אובייקט-מרכזי (Object-Based Planning)

2. תכנון שדה (Field-Based Planning)

שתי הגישות נבדלות זו מזו בתפיסה הבסיסית שלהן, בגישה לניתוח בעיות ובאופן יישום הפתרונות.

תכנון אובייקט-מרכזי (Object-Based Planning)

גישה זו מתמקדת במבנים, משאבים ותשתיות פיזיות. בתכנון כזה, כל מערכת נתפסת כאוסף של אובייקטים שיש לנהל, לשפר ולהרחיב כדי להשיג תפקוד אופטימלי. הגישה מאפיינת לרוב מערכות גדולות כמו תשתיות תחבורה, חינוך ובריאות, שבהן קביעת מדיניות נשענת על נתונים כמותיים ומדדים אחידים⁴⁷.

מאפיינים מרכזיים של גישה זו:

תכנון ריכוזי ומוסדי - מבוסס על רגולציה וסטנדרטים אחידים הנקבעים על ידי המדינה או גופים מרכזיים.

פתרונות אחידים לכלל האוכלוסייה - גישה המבוססת על הנחה כי צרכי האוכלוסייה דומים, ולכן התכנון אחיד יחסית.

גמישות נמוכה - תהליכי תכנון ממוסדים ורגולטוריים עלולים להקשות על התאמות מהירות למצבים משתנים.

תכנון שדה (Field-Based Planning)

גישה זו מציעה תכנון דינמי ומבוסס הקשר, בו המערכת מתוכננת בהתאם לצרכים הספציפיים של הקהילה המקומית. במקום להתמקד בתשתיות פיזיות, הגישה מתמקדת בגורמים חברתיים, תרבותיים וסביבתיים, במטרה לספק פתרונות מותאמים לכל אזור⁵⁰.

מאפיינים מרכזיים של גישה זו:

תכנון מבוסס קהילה - האוכלוסייה המקומית שותפה בתהליך קבלת ההחלטות.

מיקוד בצרכים אנושיים ולא רק בתשתיות - הגישה שמה דגש על חוויית המשתמש, על נגישות ועל שירותים מותאמים אישית.

גישה הוליסטית ומבוזרת - פתרונות הנובעים מתוך ההקשר המקומי, ולא בהכרח דרך קביעת מדיניות כלל-ארצית אחידה.

יכולת הסתגלות וגמישות גבוהה - מאפשרת התאמות מהירות לאתגרים משתנים, כמו שינוי דמוגרפי או משברים בריאותיים⁴⁸.

תכנון שדה

לאומית ומאוחדת - בוקעאטא



מורקם שיחופי

מרכז רפואי - מנדל שמש



קנה מידה קהילתי

מרכז רפואי לאומית - מסעדה



מערכת דינמית ומחוברת

מרכז רפואי כללית - בוקעאטא



מערכת מרכזית

תכנון מערכת הבריאות בישראל |

תכנון מערכת הבריאות בישראל מתבצע בעיקר באמצעות גישה אובייקט-מרכזית, המתמקדת במבנים, משאבים ותשתיות. גישה זו מדגישה את הצורך בהקמת מתקנים רפואיים, הקצאת ציוד וטכנולוגיה, ותכנון כוח אדם רפואי בהתאם לסטנדרטים מוגדרים. לדוגמה, דו"ח מבקר המדינה מצביע על ליקויים בהכשרת הרופאים ותכנון כוח האדם הרפואי, וממליץ על תכנון אסטרטגי ארוך טווח וניצול יעיל יותר של שדות קליניים להכשרה⁴⁹.

מנגד, גישת תכנון שדה (Field-Based Planning) מציעה הסתכלות הוליסטית יותר, המתמקדת בצרכי הקהילה והמטופלים. בגישה זו, התכנון מתבצע בהתבסס על מאפייני האוכלוסייה, דפוסי התחלואה המקומיים, והמשאבים הזמינים בקהילה. היא שמה דגש על התאמת השירותים לצרכים המשתנים של האוכלוסייה, קידום בריאות מונעת, ושיתוף פעולה בין גורמים שונים במערכת הבריאות⁵⁰.

ביקורת על הגישה האובייקט-מרכזית טוענת כי היא עלולה להוביל להתעלמות מהבדלים אזוריים, חברתיים ותרבותיים, וליצור פערים בנגישות ובאיכות השירותים בין המרכז לפרפריה⁵¹.

לעומת זאת, תכנון באמצעות גישת שדה עשוי לסייע בצמצום פערים אלו, על ידי התאמת השירותים לצרכים המקומיים, קידום סביבות מקדמות בריאות, ובניית תוכניות לשינוי נורמות חברתיות. גישה זו כוללת תכנון מדיניות בריאות ותכנון אסטרטגי ארוך טווח, קידום סביבות מקדמות בריאות, ובניית תוכניות לשינוי נורמות חברתיות.

תכנון מערכות הרפואה בפרפריה |

אוכלוסיית הפרפריה במחוזות הצפון והדרום מתגוררת בשטח המהווה כ-85% משטח מדינת ישראל, אוכלוסייה זו מאופיינת בגיל חציוני נמוך ביחס למרכז הארץ ובשיעור גבוה של פרטים המשתייכים למעמד סוציו-אקונומי נמוך⁵².

בישראל מתקיימים פערים מבניים משמעותיים בנגישות ובאיכות שירותי הבריאות בין אזורי המרכז לאזורי הפרפריה. פערים אלו מתבטאים במחסור בתשתיות רפואיות, בכוח אדם מקצועי ובהיעדר זמינות לשירותים רפואיים מתקדמים באזורים הפרפריאליים⁵³. על אף שעקרון השוויון מהווה יסוד מרכזי במערכת הבריאות הציבורית, הפערים בין המרכז לפרפריה נותרו בעינם, בעיקר בכל הנוגע לתשתיות רפואיות ולזמינות כוח אדם בבתי החולים ובמערכת הרפואה הקהילתית⁵⁴.

לשם צמצום פערים אלו ועל מנת לבחור את הגישה המתאימה ביותר לפתרון אפקטיבי ושיפור נגישות ואיכות הטיפול הרפואי בפרפריה, נדרש יישום גישה מקיפה ורב-תחומית שמתיחס לתשתית כמערך חיה ודינמית שמשלבת את הקהילה ותצומחת ממנה. שילוב של טכנולוגיות מתקדמות וגישות תכנוניות, שעל פיהן מערכות ברחבי העולם מעוצבות, תכנון שדה ותכנון אובייקט⁵⁵.

פיתוח תשתיות רפואיות המותאמת לקהילה, והשקעה בשימור והכשרה של כוח אדם רפואי עשויים להוביל לשיפור משמעותי במערכת הבריאות ולצמצום אי-השוויון הגיאוגרפי בשירותים הרפואיים⁵⁶.

52 ארד, ד. ה. הצפון והדרום תחת מתקפה: הכנס השני לשוויוניות בבריאות בפרפריה. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

53 פחפ' ברוך רוזן, מ. ב. (2024). תכנון כוח אדם רפואי: השוואה בין ישראל למדינות נבחרות ב-OECD.

54 משרד הבריאות (2022) - דוח אי שוויון במערכת הבריאות והתמודדות עמו. ירושלים.

55 דוידוביץ', ב. ל. (2020). מערכת הבריאות בישראל, מבט-על.

56 משרד הבריאות (2012), שירותי הבריאות בפרפריה- בתי החולים והקהילה.

49 דוידוביץ', ב. ל. (2020). מערכת הבריאות בישראל, מבט-על.

50 bogt, O. v. (2009). Architectural models for decentralized hospital buildings. In The urban project (pp. pp. 57-68).

51 משרד הבריאות (2012), שירותי הבריאות בפרפריה- בתי החולים והקהילה.

המצב הנוכחי – גישה אובייקט-מרכזית:

כיום, ארבעת הכפרים הדרוזים יש ביניהם קשר גאוגרפי, מרחבי ותרבותי, והם נגישים אחד לשני. לצורך חקר מערכת הבריאות התמקדתי בכפרים בוקעאתא מסעדה ומגדל שמס שנמצאים על ציר כביש 98 המחבר ביניהם.

מערכת הבריאות ברמת הגולן פועלת בעיקר על פי גישת התכנון האובייקט-מרכזית, המתמקדת בהקמת תשתיות רפואיות, הקצאת כוח אדם ושימוש בטכנולוגיות מתקדמות. עם זאת, שיטה זו אינה נותנת מענה מספק לצורכי האוכלוסייה המקומית, בשל גורמים כגון מרחק גיאוגרפי ממרכזים רפואיים גדולים, מחסור בכוח אדם רפואי ותלות בשירותי רפואה מרחוק.⁵⁷

תושבי הכפרים הדרוזיים בבוקעאתא, מסעדה, מגדל שמס ועין קניה מתמודדים עם נגישות רפואית מוגבלת, כאשר מרכזי הבריאות המקומיים מספקים בעיקר שירותי רפואה ראשונית, בעוד שטיפולים מורכבים מחייבים נסיעה ארוכה לצפת, חיפה או נהריה. תכנון הבריאות בגולן מתבסס בעיקר על הוספת שירותים נקודתיים, כמו הרחבת שירותי רפואה דחופה ומרפאות מומחים, אך אינו נותן מענה מערכתי לאתגרים הייחודיים של האזור.⁵⁸

גישת האובייקט-מרכזית אינה לוקחת בחשבון את הדינמיקה החברתית-כלכלית ואת צורכי האוכלוסייה המקומית. כמו כן, הריחוק ממרכזים רפואיים יוצר עומס על שירותי הבריאות המקומיים, מה שמוביל להיעדר זמינות של מומחים ושימוש נרחב ברפואה מרחוק. אמנם הטכנולוגיה מסייעת בגישור על פערים, אך ללא פריסה גיאוגרפית מתאימה, היא אינה מהווה תחליף לטיפול רפואי ישיר. בנוסף המערכת הנוכחית לא מנצלת את כוח האדם והצוות הרפואי שנמצא באזור באופן שווה, כך שזה נחשב פספוס גדול לאוכלוסייה המקומית ותושבי רמת הגולן.

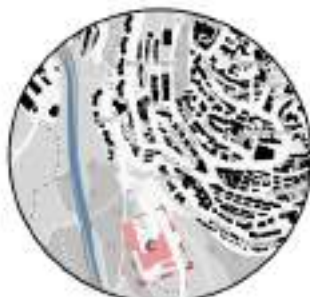
תכנון אובייקט

בית חולים פוריה - אזור טבריה



מערכת דינמית ופורמאלית

בית חולים זיו-צפת



מערכת מנותקת

בית חולים רמב"ם - חיפה



קנה מידה עצום

בית חולים הגליל-נהריה



נגישות וריחוק מהמרכז

57 משרד הבריאות (2022) - דוח אי שוויון במערכת הבריאות והתמודדות עמו. ירושלים.

58 ראיון עם אל-מרע, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפיתוח כפרים 1993-2017.



מטרת הפרויקט |

שיפור הנגישות לשירותי בריאות איכותיים בפריפריה עשוי לתרום גם לאיזון דמוגרפי ולפיזור האוכלוסייה במדינה. החברה נושאת באחריות מוסרית להבטחת גישה שוויונית לשירותי בריאות, אשר תאפשר לכלל האזרחים לממש את פוטנציאל הבריאות שלהם. צמצום פערים אלו יתרום לא רק לרווחת האוכלוסייה אלא גם לכלכלת המדינה. לשם כך, נדרשת בחינה מעמיקה של אמצעים אופרטיביים לצמצום אי-השוויון, לצד הקצאת משאבים ייעודיים. יישום פתרון מערכתי, הנשען על שיתוף פעולה בין כלל הגורמים הרלוונטיים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה, הוא יעד לאומי בעל חשיבות אסטרטגית⁵⁹. יתרה על זאת, חשוב לציין שתשתיות חיות הן אלו שצומחות מתוך החיים עצמם, ולא רק משרתות אותם. לכך יש להרחיב את ההבנה המסורתית של תשתיות מעבר להיבט הפיזי ולהכיר במימד החברתי, הכלכלי והתרבותי שלהן. תשתיות הן לא רק אמצעי אלא גם חלק ממערכת יחסים שמעצבת אינטראקציות אנושיות⁶⁰.

בגולן, ובפרט בכפרים הדרוזיים, פערי הנגישות והשירות במערכת הבריאות מורגשים במיוחד, בשל הריחוק ממרכזים רפואיים מתקדמים, מחסור במתקנים רפואיים מתקדמים, וכן אי-ניצול מיטבי של כוח האדם המקומי. תושבי האזור נאלצים לנסוע מרחקים ארוכים לצורך קבלת טיפול רפואי, מה שמוביל לפגיעה בזמינות ובנגישות של שירותים רפואיים חיוניים. המענה הרפואי באזור מתבסס בעיקר על שירותי רפואה ראשונית בקופות החולים ועל הפנייה לבתי חולים בערים סמוכות, אך פתרונות אלו אינם נותנים מענה מקיף ומספק לכל צורכי האוכלוסייה.

מטרת הפרויקט היא להתייחס לשלושה היבטים מרכזיים: הצורך הקיים, הפוטנציאל הגיאוגרפי, ושילוב מיטבי של כוח האדם המקומי, במטרה לפתח מערכת בריאות חלופית שתשלים את החסר ותספק פתרון אינטגרטיבי לפערים הקיימים. בהתאם לגישת תכנון השדה (Field-Based Planning), יש לראות בתכנון מערכת הבריאות ברמת הגולן דרך ההתייחסות הנזכרת, תהליך דינמי המותאם לאוכלוסייה המקומית ולמאפייניה הייחודיים. גישה זו יכולה לשפר את הנגישות והאיכות של שירותי הבריאות.

59 משרד הבריאות (2022) - דוח אי שוויון במערכת הבריאות והתמודדות עמו. ירושלים.

59 Amin, A. (2014). Lively infrastructure. Theory, Culture & Society, 31(7-8), 137-161.

אסטרטגיה וכלים |

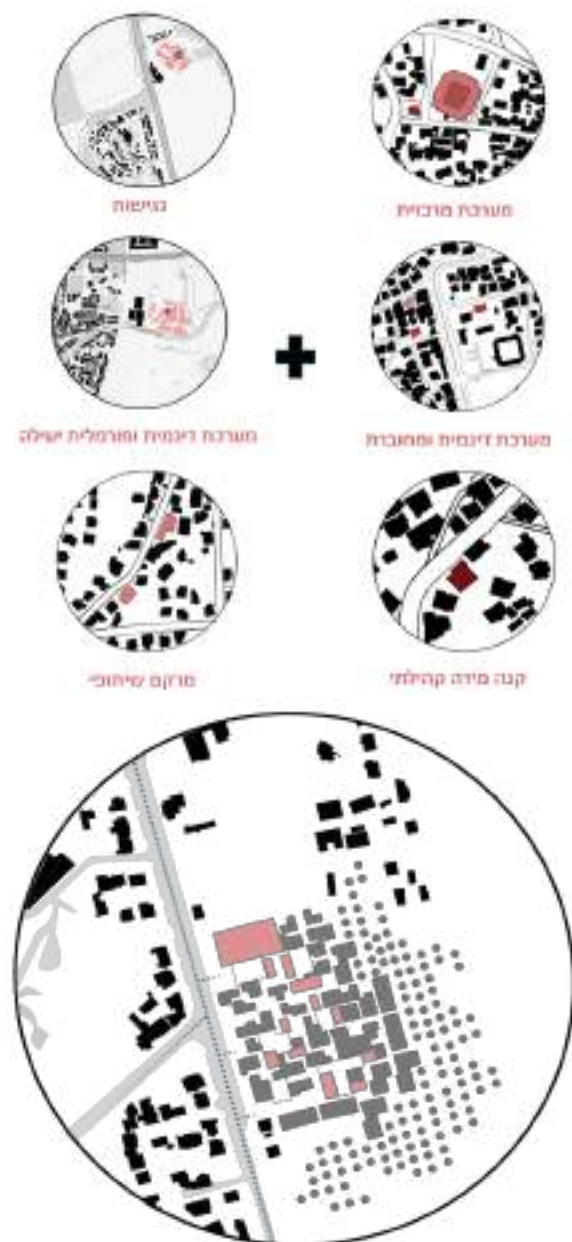
כצעד משמעותי לקידום האזור ולשיפור התשתית הרפואית בגולן, צריך לפתח מערכת רפואית אינטגרטיבית אחרת דרך שיטה אלטרנטיבה, המבוססת על עקרונות תכנון שדה ומתחשבת במאפיינים תרבותיים, מרחביים, חברתיים וכלכליים. באמצעות בחינה מעמיקה של זיקות אלו, הפרויקט מפתח מערכת תכנונית אפקטיבית ומפותחת, הממפה את הפונקציות הרפואיות הנדרשות בחברה ומשלבת אותן באופן אורגני בתוך סביבת המגורים הטיפוסית באזור וההתנהלות היומיומית של התושבים ואנשי הרפואה.

שילוב של ידע תכנוני ואדריכלי המותאם לזהות המקומית ולמרקם הכפרי, לצד יצירת תשתית רפואית הנשענת על כוח האדם המקומי ומותאמת לצורכי הקהילה ולפוטנציאל האזורי, מהווה את הגישה האפקטיבית ביותר להבטחת מענה רפואי איכותי ובר-קיימא שבה מהקהילה ומשרת אותה באותה מידה.

הפרויקט מתבסס על אופייה הקהילתי הייחודי של רמת הגולן, תוך הכרה בעוצמה הקהילתית וביוזמות המקומיות שצמחו מתוך צורך ממשי בפיתוח תשתיות בסיסיות. מאפיינים אלו מהווים נקודות חוזקה משמעותיות במרקם הכפרי והאזורי.

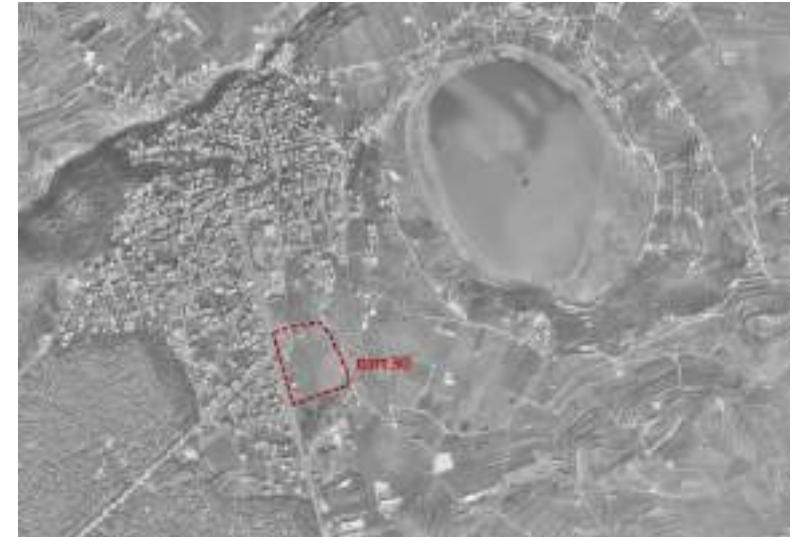
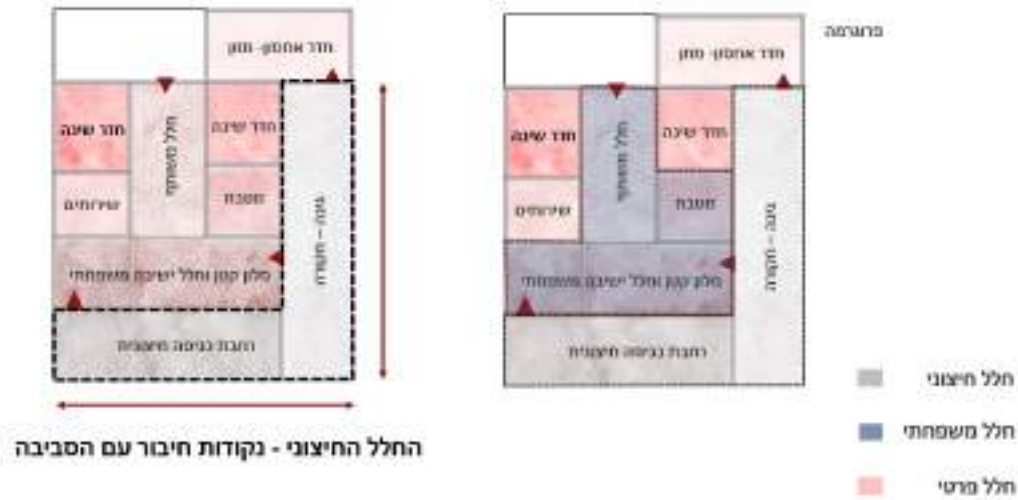
במטרה לחזק ולהעצים את כוח האדם הרפואי המקומי, מציע הפרויקט גישה תכנונית חדשנית, השואבת השראה מהמרקם העירוני-כפרי ומעמידה את הרפואה כחלק אינהרנטי מחיי היומיום של הקהילה. הגישה התכנונית משלבת בין שתי תפיסות אדריכליות מרכזיות "האובייקט" ו"השדה" תוך התאמה לסוג הפונקציה הרפואית ולטיפולוגית המגורים הסמוכה לה. הבחירה בין שיטות אלו נשענת על ניתוח מערכות היחסים המרחביות המאפיינות את הכפר, ובפרט על הזיקות המתקיימות בין רופא למטופל, בין עמיתים למקצוע, ובין הרופא לבין ביתו וסביבתו הקרובה. מערכות יחסים אלו משתקפות בתכנון השכונתי, היוצר מרקם אדריכלי אינטגרטיבי, קהילתי ורב-ממדי.

חיבור בין אובייקט לשדה





הפרוגרמה של הבית הטיפוסי

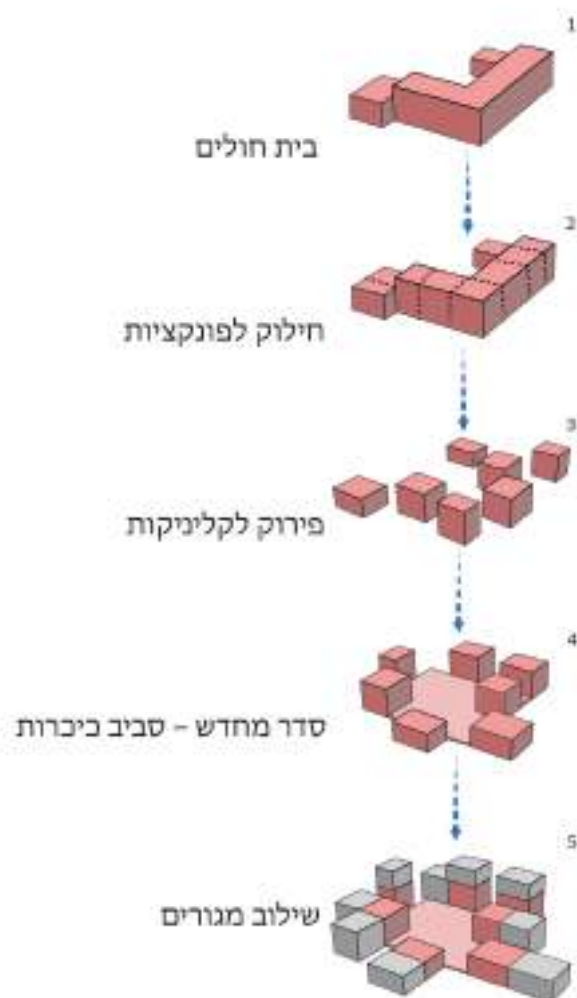


אתר ההתערבות, שטח מזרח כפר מסעדה.

לצורך יישום האסטרטגיה התכנונית, בחרתי בכפר מסעדה שבצפון רמת הגולן כמקרה בוחן. מיקומו המרכזי באזור, בין ארבעת הכפרים הסמוכים, מעניק לו חשיבות אסטרטגית. מעברו של כביש 98 בתחומו מחזק את תפקידו כמרכז תחבורתי וקהילתי, ומעצים את נגישותו לכלל היישובים הסובבים, מה שהופך אותו למקום הכי מתאים להתערבות.

התערבות |

הפרויקט מציע התערבות תכנונית הכוללת פיתוח שכונה ייעודית למגורי רופאים ולמתן שירותי רפואה מתקדמים עבור יישובי רמת הגולן. תכנון זה מתבסס על ניתוח טיפוסי המגורים המקומיים ברמת המיקור, תוך בחינה של שלושה מרחבי יסוד במרחב הביתי: המרחב החיצוני, המרחב המשפחתי והמרחב הפרטי עם ניתנת דגש על המרחב החיצוני והחצרות הציבריות. שלושת מרחבים אלו מהווים בסיס להבניית סביבת מגורים ההולמת את הדפוסים התרבותיים-חברתיים של האזור, תוך התאמתם לצרכים הפונקציונליים של צוותים רפואיים הפועלים בו.

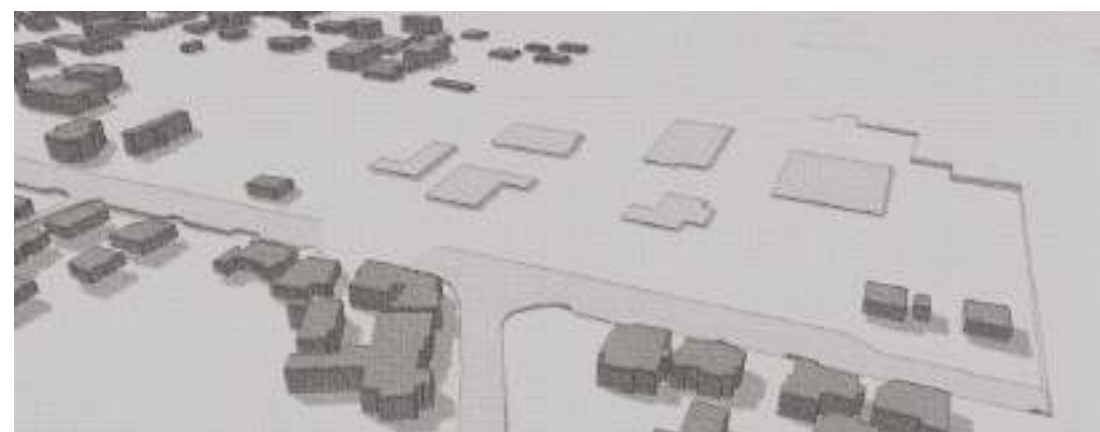


בד בבד, נבחנות דרישות התקן של משרד הבריאות, תוך פירוק מערך בית החולים לפונקציות המרכיבות את תכנית הפרוגרמה הסטנדרטית של מוסדות רפואיים. באמצעות מיפוי המענים הרפואיים הקיימים במרקם הכפרי של הגולן, זוהו הפערים בין ההיצע הקיים לבין הצרכים הרפואיים הדחופים של האוכלוסייה המקומית. על בסיס ניתוח זה, נבחרו הפונקציות החסרות שישולבו בתכנון, בהן: מתחם מיון וחדרי ניתוח, מחלקת אשפוז יום, מחלקת נשים, מרפאות לריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת, פיזיותרפיה, שירותי רפואה משלימה, מרפאות לטיפול שוטף, שירותי רופאים מומחים, וכן מרפאות פרטיות לרפואת שיניים ולבריאות הנפש.

לאחר בחירת הפונקציות הרפואיות הנדרשות, כל פונקציה מפורקת למספר קליניקות קטנות המתמקמות סביב כיכר מרכזית בתוך המרקם המתוכנן. כל כיכר יחד עם הקליניקות הסובבות אותה, מהווה מעין "אגף" של בית חולים מרחבי, אשר מבוצר בתוך תשתית ההתערבות הכפרית. בהמשך לכך, משתלבות יחידות המגורים בתוך המרקם סביב הקליניקות, כאשר מגורי הרופאים והצועות הרפואיים שזורים במבנה התפקודי והקהילתי של השכונה, כך שנוצר רצף תפקודי בין חיים פרטיים לבין הפעילות המקצועית.

מנגנון תכנוני זה מציע מודל חדש של פיתוח מרחבי, המבוסס על חיזוק הקשרים הרב-ממדיים: בין רופא למטופל, בין עמיתים למקצוע ובין הרופא לביתו ולסביבתו הקרובה. כל קליניקה המתמקמת סביב הכיכר מתפקדת לא רק כיחידה עצמאית, אלא כחלק ממערך שיתופי הפועל בסינרגיה עם יתר הקליניקות, ומספק מענה רפואי מקצועי ואינטגרטיבי בקנה מידה שכונתי.

הקשרים המרחביים בין הקליניקות למגורים מתבטאים בשלושה דפוסי חיבור עיקריים: חיבור ישיר, חיבור מנותק וחיבור ביניים. דפוסים אלו מאפשרים יצירה של גינות פרטיות וציבוריות סביב כל יחידה, לצד שטחים קהילתיים משותפים לכל מקבץ מגורים. התוצאה היא מערכת של חללים מגוונים היוצרת חוויית תנועה רציפה ועשירה בין הפונקציות השונות של המרחב.



2 שבילים ותנועה



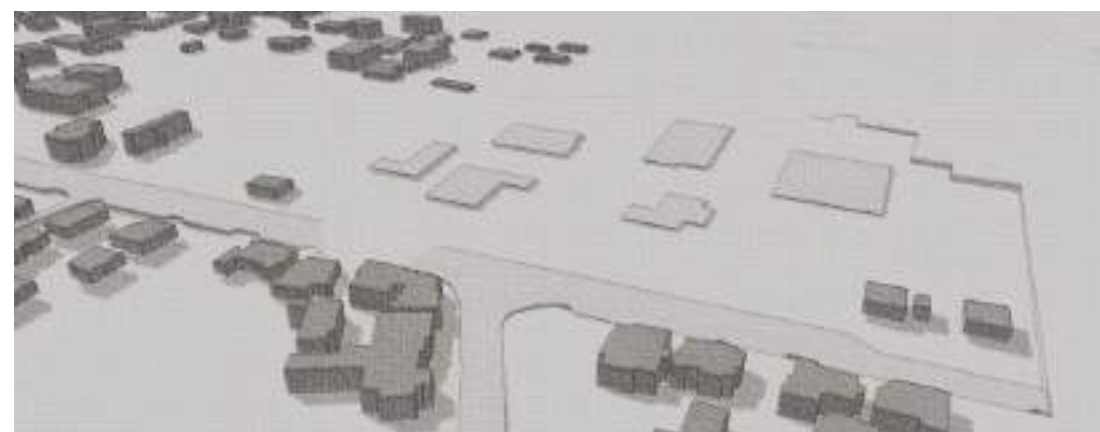
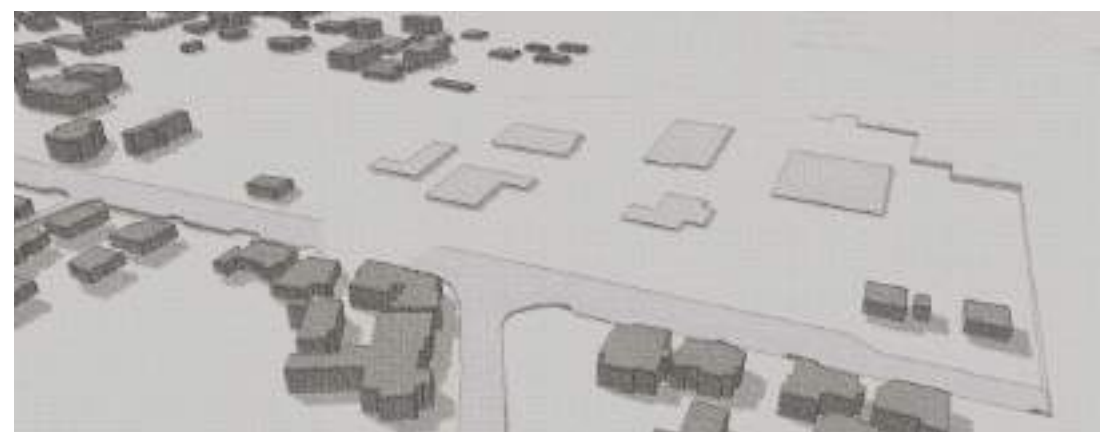
3 קליניקות - פונקציות רפואיות



5 פונקציות קהילתיות ומסחר



6 שטחים פתוחים



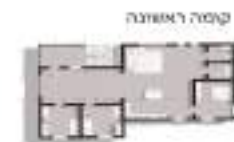
טפולוגיות חדשות |

למימוש עקרונות ההתערבות, תכננתי טפולוגיות חדשות מיוחדות שמחברות רפואה עם מגורים ופונקציות קהילתיות ומסחריות לכל כיכר, כך שיתאימו לפונקציות הרפואיות שבכיכר ולתפקוד שלו, בנוסף תתן איכות חיים קהילתיים לרופאים שגרים בתוכה ולתושבים.





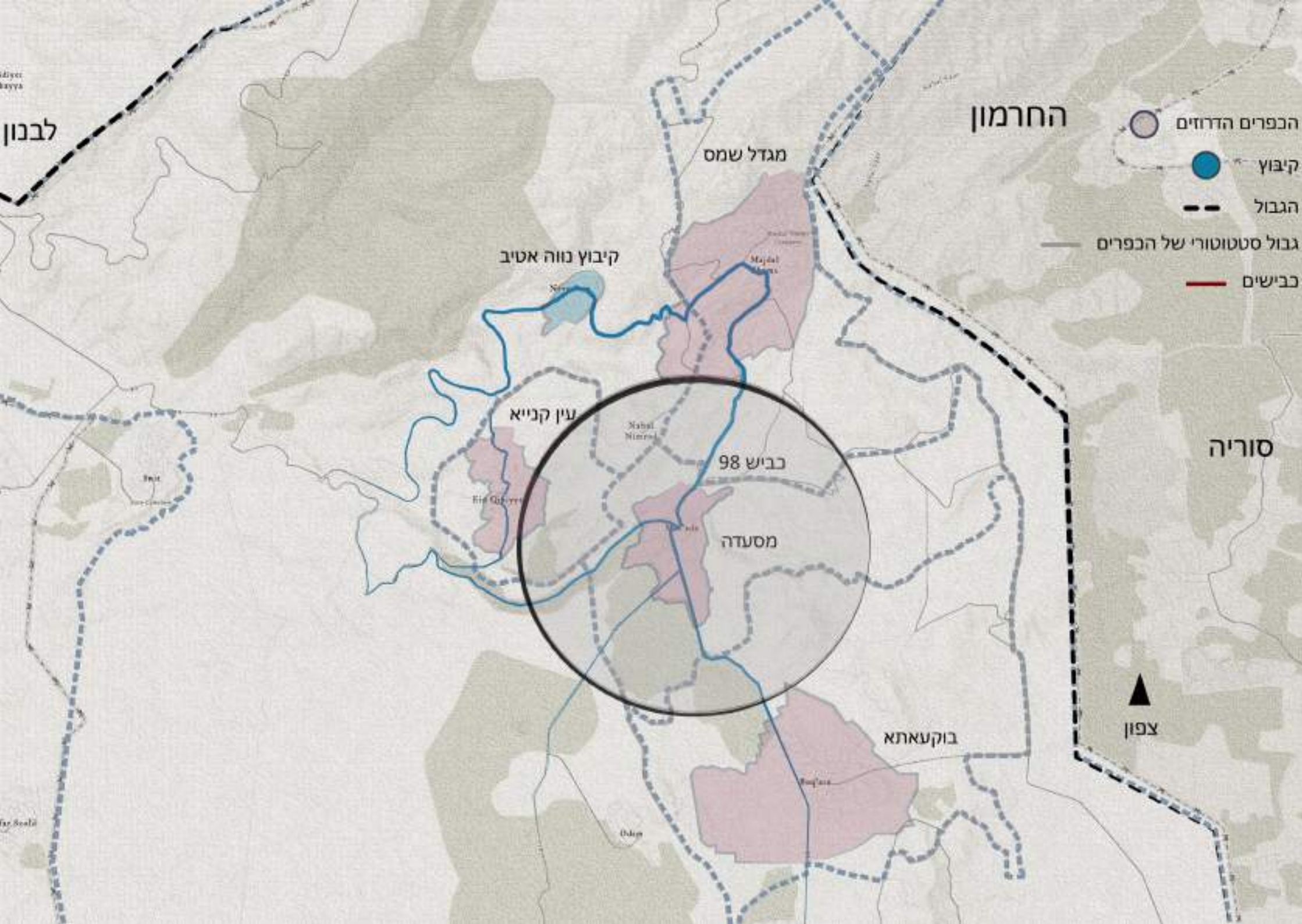
קומת קרקע מגורים ומונקציה קהילתית



קומת קרקע מסחר , קומה שניה מגורים



שילוב קומת קרקע מסחר, מונקציה קהילתית ומגורים , קומה שניה מגורים



פיזור הכיכרות והפונקציות הרפואיות |

ברמת המאקרו, המרקם מתארגן באמצעות שתי טבעות עיקריות הסובבות את הכיכרות – האחת של קליניקות והשנייה של יחידות מגורים. נוסף לכך, תכנית ההתערבות מציעה אפשרות לגידול אורגני של יחידות הדיור – באמצעות הוספת קומה שנייה או קומות נוספות בעתיד, לרבות מגורים על גגות הקליניקות, כך ששובנית בה מראש גמישות לטווח הארוך. המפגש בין מגורים, קליניקות והמרחב החקלאי הסובב מעגן את השכונה בתוך נופה הכפרי של רמת הגולן, ומחזק את האינטגרציה בין קהילה, תפקוד ומרחב.

הפרויקט מציע פיתוח של מרקם חדשני המשלב מגורים עם תשתיות רפואיות במודל אינטגרטיבי, המכוון לעידוד הרפואה הקהילתית על כלל היבטיה, תוך מתן מענה מקיף לצרכים הבריאותיים, החברתיים והמרחביים של האוכלוסייה המקומית. תכנון השכונה מבוסס על מערך תנועת רגל בלבד, השומר על קנה מידה אנושי ומחזיק את חיי היומיום בתוך גבולות הכפר. כתוצאה מכך נוצרות מערכות תנועה מגוונות בין הכיכרות, אשר מותאמות לסוגי ביקור שונים. לדוגמה, מעבר דחוף למחלקת המיון לעומת ביקור מתוכנן במחלקת אשפוז או מרפאות ציבוריות. כל נתיב כזה מתוכנן בהתייחסות ייחודית לאופי השימוש ולחווית המשתמש.



תוכניות, חתכים ומבטים |

הטבעת הראשונה, הקרובה ביותר לכיכר, כוללת את הקליניקות הרפואיות המחוברות ישירות ליחידות מגורים ייעודיות לצוותים רפואיים. יחידות אלה מתפקדות כמרחבים היברידיים המשלבים מגורים ופרקטיקה רפואית, ומיועדות לרופאים ולמטפלים המקומיים. לצד הקליניקות, משולבות בטבעת זו פונקציות ציבוריות וקהילתיות, וכן חיבורים ישירים אל המטעים החקלאיים המקיפים את המרקם – מה שמחזק את הזיקה בין הסביבה הבנויה לבין הנוף החקלאי המקומי.

הטבעת השנייה כוללת יחידות מגורים נוספות, המתוכננות עבור יתר האוכלוסייה המקומית. יחידות אלו אינן מחוברות פיזית לקליניקות אך נהנות מנגישות ישירה לשירותים הרפואיים הממוקמים בטבעת הראשונה. כך מתקבל מבנה מרחבי היררכי וגמיש, שבו נוצר בידול בין מגורים אינטגרטיביים לרופאים לבין מגורים קהילתיים כלליים, תוך שמירה על נגישות ושיתוף במרחבים הציבוריים והשירותיים.

במטרה להבטיח התאמה מיטבית של המרחב הבנוי לצרכים השונים של הפונקציות הרפואיות, אומצה שיטת תכנון טיפולוגית, השמה דגש על הקשר בין אופי הפעולה הרפואית לבין צורת ההשתלבות של המבנים במרחב המגורים. כך למשל, מחלקת המיון תוכננה כמבנה אובייקט עצמאי, מנותק ממגורים סמוכים, במטרה לאפשר גישה ישירה, שקט תפעולי והפרדה תפקודית. מנגד, בכיכר המשמשת למחלקות אשפוז ונשים, תוכננו יחידות המגורים בקומה השנייה, עם כניסות פרטיות (חיצונית או פנימית), כך שיתאפשר קשר ישיר ותנועה חופשית של הצוות הרפואי במפלס הקרקע, כולל מעבר תפקודי למבנה המיון.

קומת קרקע - כיכרות, רפואה, מגורים, טיילת ומטעים חקלאיים.



בכיכרות האחרות אומצה "שיטת השדה", אשר מתארת פריסה מרחבית של הפונקציות הרפואיות בתוך קליניקות קטנות, הצמודות ליחידות מגורים. שיטה זו מאפשרת אינטגרציה גמישה בין מרחב המגורים והעבודה, תוך יצירת חללים ציבוריים מגוונים, גינות פרטיות-משותפות ומרקם הדרגתי השומר על איכות החיים ועל תנועה זורמת במרחב ובין הכיכרות.

לאורך קו הממשק של השכונה עם הכביש הראשי נוספה טיילת מסחרית, הכוללת יחידות מסחר משולבות מגורים, אשר מחזקות את הכלכלה המקומית ומחברות את השכונה באופן רציף למרקם הכפרי הסובב. הטיילת מתפקדת כשדרה ציבורית פעילה, המשמשת מוקד משיכה למבקרים ולתיירים ומעודדת פעילות חברתית וכלכלית.

לצד הטיילת, נבחרו טיפוסים של מבנים המשלבים מגורים עם שימושים מסחריים בקומת הקרקע, במטרה לעודד תיירות ולחזק את הכלכלה המקומית. הבחירה בכל אחת מהפונקציות הרפואיות הממוקמות בכיכרות נעשתה בהתאם לדפוסי התנועה האופייניים של המטופלים, כך שכל מבקר עובר מסלול ייחודי המותאם למטרת ביקורו. למשל, ביקור חירום הכולל מעבר ממיון למעבדות ולאשפוז, לעומת מסלול שגרתי למרפאה ציבורית העוברת בכיכרות אחרות. באופן זה נוצר מערך תכנוני רב-שכבתי המשלב בין בריאות, מגורים, קהילה ונוף, תוך חיזוק הזיקה בין האדם למקום, ובין הרפואה לבין המרחב היום ומי.

קומה ראשונה - מגורים.



בחירת הפונקציה הרפואית השייכת לכל כיכר נעשתה בהתאם לדפוסי ההתניידות של המטופלים ולמאפייני השימוש השונים במרחב. מערך התנועה בשכונה מבוסס על מספר נתיבים אפשריים, המאפשרים חוויות שונות של ביקור במתחם בהתאם לסוג הפנייה ולמטרת ההגעה. נתיב התנועה בין הכיכרות אינו אחיד, אלא נבחר באופן אינדיבידואלי על ידי המבקר, בהתאם לצרכיו. כך, למשל, מבקר המגיע במקרה חירום יעבור דרך מערך פונקציונלי הכולל את מחלקת המיון, המעבדות ומחלקת האשפוז; בעוד שמטופל הפונה למרפאה קהילתית לצורך טיפול שגרתי ינווט דרך כיכרות אחרות, בהתאם לאופי הביקור.

שיטה זו מאפשרת תכנון מותאם אישית של חוויות המשתמש, תוך חיזוק הקשרים בין המרחב הפיזי לבין צורכי הבריאות המשתנים של הקהילה.

חיתך 1- כיכר אשפוז





חתך 2- כיכר אשפוז





חתך 3- כיכר מרפאות ציבוריות



כיכר מרפאות ציבוריות



חתך 4- כיכר מרפאות ציבריות







חתך 5- כיכר מסחרית





סיכום |

הפרויקט מציע מהלך מחקרי ותכנוני רחב היקף, המשלב פרספקטיבות היסטוריות, פוליטיות, מרחביות וקהילתיות, במטרה לגבש מענה תשתיתי-מערכתי לצרכים הרפואיים של האוכלוסייה הדרוזית ברמת הגולן וליצור בסיס לפיתוח בריאותי בעל משמעות אזורית, החוצה גבולות מדיניים. נקודת המוצא נשענת על עקרונות של צדק מרחבי, שוויון בריאותי, תכנון רגיש הקשה, פוטנציאל קהילתי ואזורי, וביקורת על מדיניות מתמשכת של הדרה והזנחה מצד המדינה.

המחקר צמח מתוך טראומה ציבורית – אסון מגדל שמש (יולי 2024), שבו נהרגו 12 ילדים מפגיעת רקטה במהלך מלחמת חרבות ברזל. האירוע, שהתרחש בהיעדר מערך חירום מתאים, חשף את המחסור החריף בתשתיות רפואיות בגולן ואת התלות המתמשכת בבתי חולים מרוחקים. במקביל, מתקפות קשות על הדרוזים בדרום סוריה המחישו כי רמת הגולן היא נקודת חיבור אזורית, בעלת משמעות החורגת מהקשר המקומי, לנוכח קשרי משפחה, תרבות וזהות בין קהילות דרוזיות בישראל, סוריה ולבנון.

הפרויקט בוחן את הסוגייה דרך שלושה צירים של ניתוח: המקום, הקהילה והרפואה. ברובד המרחבי-גיאופוליטי, מתוארת רמת הגולן כשטח כבוש, שבו תהליכי סיפוח, שליטה והדרה היסטוריים יצרו מצב של זהות מושהית, שבר פוליטי וחברתי עמוק. האוכלוסייה הדרוזית נותרה לאורך השנים בין שני עולמות – סוריה וישראל, תוך ניסיון לעצב זהות קהילתית יציבה וכביטוי ליכולת הקהילה לספק מענה בהיעדר תמיכה ממסדית. בתוך מציאות זו, מערכת הבריאות הפכה לזירה מרכזית של התנגדות, יצירת יוזמות מקומיות, וחיזוק תחושת המסוגלות הקולקטיבית.

פרק נרחב מהמחקר מוקדש לתיאור משטר התכנון הרפואי בישראל – הנשען במובהק על גישת תכנון אובייקט-מרכזית, המדגישה הקמה של מבנים ענקיים רפואיים והתוויית מדיניות אחידה מלמעלה. גישה זו, למרות יתרונותיה בניהול והקצאת משאבים, נחשבת כלא מותאמת למציאות המורכבת של פריפריה מרוחקת, קהילתית ומסורתית.

כנגד זאת, מציע הפרויקט אימוץ של גישת תכנון שדה ביחד עם גישת האובייקט. תוך התאמה לסוג הפונקציה הרפואית ולטיפולוגית המגורים הסמוכה לה. הגישה הזאת שואבת השראה מהמרקם הכפרי והבית הטיפוסי ברמת הגולן, ומעמידה את הרפואה כחלק אינהרנטי מחיי היומיום של הקהילה. הבחירה בין שיטות אלו נשענת על ניתוח מערכות היחסים המרחביות ובפרט על הזיקות המתקיימות בין רופא למטופל, בין עמיתים למקצוע, ובין הרופא לבין ביתו וסביבתו הקרובה. מערכות יחסים אלו משתקפות בתכנון השכונתי, היוצר מרקם אדריכלי אינטגרטיבי, קהילתי ורב-ממדי דרך טופולוגיות חדשות שמציעות שילוב הפונקציות באותו מרחב.

בממד התכנוני, מוצע מודל אינטגרטיבי ביישוב מסעדה, רמה"ג. התכנון מבוסס על כיכרות רפואיות-קהילתיות, שכל אחת מהן מרכזת פונקציות ייעודיות (מיון, אשפוז יום, בריאות הנפש, פיזיותרפיה, רפואת נשים, רפואת שיניים ועוד), המקושרות למגורי רופאים ויחידות קהילתיות. זהו מרקם דינמי וגמיש, המשלב חיים פרטיים, רפואה, קהילה ונוף חקלאי, תוך אפשרות צמיחה עתידית.

ייחודו של התכנון הוא בהצגת מודל חדשני למערכת בריאות מקומית המבוססת על אינטגרציה רב-ממדית: רפואית, מרחבית, קהילתית ותרבותית. התכנון אינו רק מענה לצרכים בריאותיים מיידיים, אלא מהווה גם מנגנון של שיקום מרחבי וזהותי, דרך שפה אדריכלית הרואה את הרופא כשותף בקהילה, את השכונה כבית של ידע, ואת המבנה כמעגן של שייכות, עזרה הדדית ואמון. הדגם המוצע יוצר גם חלופות למסלול ביקור ולנגישות רפואית, עם הבחנה בין תנועת חירום לתנועה יומיומית, תוך שמירה על קנה מידה אנושי.

בסופו של דבר, מציב הפרויקט קריאה ברורה למדינה ולמערכת התכנון לבחון מחדש את דרכי הפעולה שלה בפריפריה, ולכונן שיתופי פעולה מבניים עם יוזמות מקומיות, תוך הכרה בכוחן של קהילות לנהל את צורכיהן בכוחות עצמן.

זהו ניסיון להפוך אדריכלות ממקצוע טכני-פרקטי לכלי פעולה אתית, תרבותית ופוליטית המעוגנת ברגישות, הקשבה וחזון.

ביבליוגרפיה |

- Al-Marsad. (2018). Arab human rights center in Golan Heights. In D. R. Gannon, *Forgotten Occupation: life in the Syrian Golan Heights after 50 years of Israeli occupation* (pp. Chapter 1: Changing the landscape, pp.13-24). Majdal Shams, Israel.
- bogt, O. v. (2009). Architectural models for decentralized hospital buildings. In *The urban project* (pp. pp. 57-68).
- Eldin, M. F. (2019). Power, Politics, and Community: Resistance Dynamics in the Occupied Golan. In J. o. *Studies*.
- Halabi, T. M. *Life under Occupation in the Golan Heights*. pp. 78-93.
- Heights, A.-M. -T. (2007). Suggested issues for Consideration Regarding Israel's Combined tenth, eleventh, twelfth, and thirteenth Periodic Report to the UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination(CERD). Majdal Shams, Golan Heights.
- Muhammad Muslih, M. E. (1993). The Golan: Israel, Syria, and Strategic Calculations. pp. 611-632.
- Sakr Abu Fakhr, J. o. (2000). *Voices from the Golan*.
- Mills, C'. (2025). Syria after Assad: Consequences and interim authorities 2025. 9-12.
- Sharaf, W. (2023, 8). How the Druze community has self-managed its economy in Israeli-occupied Golan Heights. Retrieved from middle east eye.
- Studies, J. o. (1987). *The Golan Heights: Twenty Years After*. pp. 136-143.
- Staff, JNS. (may 2025). IDF sets up field triage facility for Syrian Druze civilians. JNS.
- As Syria's Druze minority reels from violence, Israel pursues an opening. *The Washington Post*.
- Amin, A. (2014). Lively infrastructure. *Theory, Culture & Society*, 31(7-8), 137-161.

- ראיון עם אל-מרעי, ת. (2024, 12). מנהל עמותת גולן לפתוח בפרים 1993-2017.
- ארד, ד. ה. (n.d.). הצפון והדרום תחת מתקפה: הכנס השני לשוויוניות בבריאות בפרפריה. אתר אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- ארליך, י. (2024, 8). חיים על הגדר: מפגש מטלטל עם צעירי מג'דל שמס. ישראל היום.
- בין שדה לאובייקט. (2019). da-magazine
- בית חולים שדה של חיל הרפואה – מענה רפואי הומניטרי בשירות הדיפלומטיה הצבאית - סא"ל שול. (2020). מרכז דדו את"צ.
- בית-אור, מ. י. (2024, 7). הרופא שרץ לזירת האסון במג'דל שמס: "המראה הראשון שנגלה לעיניי - גופות ילדים. ישראל היום.
- ג'בל, נ. מ. (2006). זוכרות את גיבוש הגולן, טרגדיה שלא סופרה.
- דוידוביץ', ב. ל. (2020). מערכת הבריאות בישראל, מבט-על.
- דלריצה, ל. (2024, 8). האסון במג'דל שמס. מעריב.
- מכול, ע. א. (2024, 7). "הצחוק שלהם הפך לשתיקה כואבת: אבל כבד במג'דל שמס - אלפים ליוו למנוחות את הילדים שנרצחו. ישראל היום.
- קארפ, א. ל. (2025, 7). המחווא לדרוזים בסוריה שיכולה להפוך את ישראל למעצמת סיוע. Ynet.
- מן, ש. (2013). "נעמוש" – הרמה הסורית, רמת הגולן .
- משרד הבריאות (2022) - דוח אי שוויון במערכת הבריאות והתמודדות עמו. ירושלים.
- משרד הבריאות (2012), שירותי הבריאות בפרפריה- בתי החולים והקהילה.
- משרד הבריאות (2025, 7), משרד הבריאות נערך להעברת ציוד רפואי ותרופות לבית החולים בסויידה.

- ראיון עם סוטיצקי, ס. (2024). אחות מפקחת של קופת חולים כללית מרפאות רמת הגולן, תקופת הממשל הצבאי.
- פבריקה, א. (2024, 8). האסון במג'דל שמס חשף את נקודת התורפה של כוחות הרפואה בצפון. מקור ראשון.
- ראיון עם פלח, ד. (2024, 8). אחד ביום עם ד"ר בריק - האסון של מג'דל שמס. פודקאסט.
- פרופ' ברוך רוזן, מ. ב. (2024). תכנון כוח אדם רפואי: השוואה בין ישראל למדינות נבחרות ב-OECD.
- שבת, א. ה. מכללת בצלאל. פילוסופיה של מערכות מורכבות בתכנון אדריכלי לקראת תהליכי תכנון א-לינאריים.
- אתר הספרייה הלאומית, المكتبة الوطنية الإسرائيلية - רמת הגולן
- רמת הגולן, ארכיון הסרטים הישראלי, סינמטק ירושלים
- דור כיפור 1973 - סיפור מקומי, ראיונות עם לוחמי יום כיפור ובני משפחותיהם
- הלמ"ס- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל
- موقع جولاني, نبيه عويدات
- تاريخ الجولان منذ الاحتلال حتى اليوم, د. ثائر أبو صالح
- بحث ملحم أبو صالح

