



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

## אשפוז בריאות הנפש בישראל

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

**כתיבה: שלי לוי, רכזת מחקר בכירה**

אישור: שרון סופר, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

כ"ד בשבט תש"ע

8 בפברואר 2010

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

[www.knesset.gov.il/mmm](http://www.knesset.gov.il/mmm)

## 1. מבוא

מסמך זה נכתב לקראת דיון דחוף בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ועניינו **אשפוז בריאות הנפש בישראל**, שיזמו חברי הכנסת איתן כבל וחיים אמסלם.

על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, האחריות למתן שירותי בריאות הנפש בישראל מוטלת על משרד הבריאות, ושירות זה אינו כלול בסל שירותי הבריאות שקופות-החולים מחויבות לספק למבוטחיהן.<sup>1</sup> תחום בריאות הנפש נחשב לאחד התחומים המוזנחים, אם לא התחום המוזנח ביותר, במערכת הבריאות בישראל.<sup>2</sup>

אחד הקשיים בתחום בריאות הנפש הוא לאמוד את גודל אוכלוסיית היעד של שירותים אלה. על-פי הערכות, בעולם המערבי כ-25% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעה נפשית לפחות פעם אחת בחייהם וכ-15% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעה נפשית כלשהי ברגע נתון.<sup>3</sup> אשר לישראל, מאומדן שנערך על-ידי מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, בשיתוף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, לעניין מספרם של הסובלים מבעיות נפשיות קשות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, עולה כי **בישראל בשנת 2007 היו כ-240,000 אנשים שיש להם סיכוי גבוה להיות בעלי בעיות נפשיות קשות המוכרים במערכות השונות (משרד הבריאות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים והמוסד לביטוח לאומי).**<sup>4</sup> בקרב אוכלוסייה זו כ-60,000 איש מקבלים קצבת נכות כללית מהמוסד לביטוח לאומי בגין נכות נפשית.<sup>5</sup>

בעשורים האחרונים היתה התפתחות של ממש בטיפול התרופתי בתחום בריאות הנפש. התפתחות זו מאפשרת לתת טיפול טוב יותר מבעבר לסובלים ממחלות אלה, ובמקרים רבים החולים אף יכולים לנהל חיי שגרה, בדומה לחולים במחלות כרוניות אחרות, בלי להזדקק לטיפול באשפוז. התקדמות רפואית זו סייעה מאוד להתפתחותה של מדיניות המכונה "מדיניות אל-מיסוד", שעיקרון מרכזי בה הוא העברת רוב שירותי בריאות הנפש ממוסדות האשפוז אל מסגרות טיפול ושיקום בקהילה, כפי שנציג בפרק הבא.

## 2. הרפורמה המבנית בשירותי בריאות הנפש

מאמצע שנות ה-90, ושנים רבות לאחר שמדינות המערב האחרות החלו לפעול בכיוון זה, ישראל פועלת להעברת רוב שירותי בריאות הנפש מבתי-החולים למסגרות בקהילה, לנוכח ההכרה כי אשפוז הוא פתרון טיפולי לחולים שאינם מגיבים לטיפול התרופתי או לחולים המצויים בשלב אקוטי של המחלה, ועם סיום הטיפול בשלב זה יש לסייע להם לשוב לשגרה, עד כמה שניתן, ולתת להם מענים טיפוליים ושיקומיים שונים בקהילה. המדיניות שלפיה הטיפול בחולי הנפש יהיה בקהילה ורק חולים שמחלתם חריפה יאושפזו בבתי-החולים, מבוססת הן על ההנחה הרפואית המקצועית שזוהי מתכונת הטיפול המיטבית לסובלים ממחלות נפש והן על שיקולים כלכליים, שלפיהם העברת מרכז הכובד של הטיפול לקהילה תקטין את ההוצאה על שירותי בריאות הנפש. השיקול הכלכלי מומחש בנתונים שמסר משרד האוצר למבקר המדינה בשנת 2006, שלפיהם עלות הטיפול הממוצעת של מאושפז בבית-חולים

<sup>1</sup> על-פי התוספת השלישית לחוק.

<sup>2</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005.

<sup>3</sup> שם.

<sup>4</sup> מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות – שירותי בריאות הנפש, **אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים**, כתבו נעמי שטרוד, יחיאל שרשבסקי, דניז נאון, נגה דניאל ונועם פישמן, דצמבר 2009.

<sup>5</sup> שם. מדובר בקצבה על-פי סעיפי ליקוי 33 (הפרעה פסיכוטית) ו-34 (הפרעות פסיכו-נוירוטיות) לבעלי נכות בשיעור של 40% ומעלה, בשנת 2007.



פסיכיאטרי היא כ-250,000 ש"ח בשנה, לעומת עלות הטיפול השנתית הממוצעת במשתקם בקהילה, שהיא כ-30,000 ש"ח.<sup>6</sup>

על הצורך לקדם מדיניות זו עמדה ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו). הוועדה הגישה את המלצותיה בשנת 1990, וציינה בהן כי המגמה הרווחת בעולם המערבי היא צמצום מספר מיטות האשפוז ופיתוח שירותי בריאות לנכי נפש בקהילה. על-פי המלצות הוועדה, בתחום שירותי בריאות הנפש יש לנקוט כמה צעדים, ובין השאר: להטיל את האחריות למתן מכלול שירותי בריאות הנפש על קופות-החולים; לשלב את שירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית; לקיים רצף טיפולי בין המערכת האשפוזית למערכת הקהילתית; לשפר את שירותי השיקום האשפוזי והקהילתי ולהקצות להם משאבים נוספים.<sup>7</sup>

מאמצע שנות ה-90 מנסה משרד הבריאות לערוך רפורמה בשירותי בריאות הנפש. לרפורמה זו שלושה רכיבים מרכזיים: **הרפורמה המבנית**, שעיקרה צמצום מערך אשפוז בריאות הנפש והמרתו בפיתוח שירותי בריאות בקהילה; **הרפורמה השיקומית**, שעיקרה פיתוח מערכת שיקום לנכי נפש בקהילה; **הרפורמה הביטוחית**, שעיקרה העברת האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש מידי משרד הבריאות לידי קופות-החולים.

**הרפורמה הביטוחית** היתה אמורה לצאת לדרך עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994, שנכנס לתוקף בינואר 1995. בחוק נכלל סעיף 69 המקורי, ולפיו תוך שלוש שנים מכניסת החוק לתוקף יועברו שירותי בריאות הנפש מידי משרד הבריאות לידי קופות-החולים – קרי, הם ייכללו בסל שירותי הבריאות שקופות-החולים מחויבות לספק למבוטחייהן. אולם בחוק ההסדרים לשנת 1997 תוקן סעיף זה ונקבע בו כי שירותי הבריאות שבתוספת השלישית, ובהם שירותי בריאות הנפש, יישארו באחריות משרד הבריאות עד אשר שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר ובאישור הממשלה, יחליט כי שירותים אלה יינתנו, כולם או חלקם, בידי קופות-החולים.<sup>8</sup> מאז ניסה משרד הבריאות כמה וכמה פעמים לקדם נושא זה. בינואר 2003 החליטה הממשלה להעביר שירות זה לידי קופות-החולים,<sup>9</sup> ובכנסת ה-17 הניחה הממשלה על שולחן הכנסת את הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש), התשס"ז–2007. הצעה זו עברה בקריאה ראשונה ב-25 ביולי 2007, והועברה לדיון בוועדת משנה שהקימה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת לטיפול בהצעה זו, אולם עד היום לא נחקק חוק המעביר את האחריות הביטוחית בתחום זה לקופות-החולים.

**הרפורמה השיקומית** יצאה לדרך עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס–2000, שנכנס לתוקף בשנת 2001. מטרתו של החוק "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו".<sup>10</sup> חוק זה מאפשר שיקום כוללני בקהילה על-ידי מתן שיקום בתחומי הדיוור, התעסוקה, ההשכלה, ההכשרה המקצועית, שעות הפנאי ותחומים נוספים, והוא הביא להתפתחות ניכרת בתחום זה בנוגע להיקף השירותים ולמספר מקבלי השירות.<sup>11</sup> אולם מבדיקה שערך

<sup>6</sup> מבקר המדינה, **דוח ביקורת שנתי 57' לשנת 2006 ולחשבונות הכספים 2005, 2007**.

<sup>7</sup> **דוח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל**, ירושלים, 1990.

<sup>8</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005.

<sup>9</sup> החלטת ממשלה מספר 2905, "הרפורמה בפסיכיאטריה", 26 בינואר 2003.

<sup>10</sup> סעיף 1 לחוק.

<sup>11</sup> מאירס-גיונט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות – שירותי בריאות הנפש, **אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים**, כתבו נעמי שטרוד, יחיאל שרשבסקי, דניז נאון, נגה דניאל ונועם פישמן, דצמבר 2009.



מבקר המדינה בנושא זה בשנת 2006 עולה כי לאחר חמש שנים מחקיקת החוק משרד הבריאות טרם הצליח ליישמו כנדרש וטרם השלים את ההיערכות הדרושה על-פי החוק. מדוח המבקר עולה כי התקציב שהופנה לשיקום בקהילה כמעט הוכפל בשנים האחרונות, אולם רק נכי נפש מעטים מטופלים במסגרות שיקום, ולמעשה רק 14%–22% מהזכאים לשירותי שיקום קיבלו שירותים אלה במועד הבדיקה.<sup>12</sup>

**הרפורמה המבנית**, שבעניינה נעסוק במסמך זה, מתמקדת כאמור בהעברת מרכז הכובד ממוסדות אשפוז בריאות הנפש אל מסגרות הטיפול והשיקום בקהילה, על-ידי צמצום מספר מיטות האשפוז, שינוי תמהיל המחלקות בתחום זה ושינוי יחס המיטות בין מוסדות בריאות הנפש לבתי-החולים הכלליים. נציין כי חלק מרפורמה זו נוגע לפיתוח ולהרחבה של השירותים האמבולטוריים בקהילה, שכן נכי נפש המשוקמים בקהילה זקוקים גם לליווי טיפולי, הניתן במסגרות אמבולטוריות. הרחבת מערך זה אינה נעשית עקב אי-ביצוע הרפורמה הביטוחית,<sup>13</sup> אולם לא נעסוק בכך במסמך זה.

האתגרים שביישומה של הרפורמה המבנית הם מחד גיסא לוודא פיתוח הולם ומספק של שירותי בריאות הנפש בקהילה, ומאידך גיסא להתאים את קצב צמצום מיטות האשפוז לקצב פיתוח שירותי הבריאות בקהילה. **ללא פיתוח שירותים בקהילה (שיקומיים וטיפוליים) לא יהיה אפשר לטפל בנפגעי הנפש, ואלה יאלצו לשוב לבתי-החולים, אולם בשל הצמצום במספר מיטות האשפוז, בתי-החולים יתקשו לקלוט אותם ולתת להם טיפול הולם.** ועדת נתניהו עמדה כבר בשנת 1990 על אתגר זה, ולדבריה **"המגמה הרווחת כיום בפסיכיאטריה היא לשחרר חולים לטיפול קהילתי ולצמצם את מספר המיטות במחלקות הפסיכיאטריות. עם זאת, מעדויות שנמסרו לוועדה – והמבוססות על ניסיון במדינות אחרות – ניתן ללמוד שיש להיזהר בקצב צמצום מספר המיטות"**.<sup>14</sup>

במסמך זה נעסוק אך ורק באשפוז מלא במסגרת שירותי אשפוז בריאות הנפש (אשפוז שמשמעו שהייה במוסד הרפואי ביום ובלילה) ולא באשפוז יום. במסמך יוצגו הנושאים האלה: שיעור מיטות אשפוז בריאות הנפש בישראל; התמהיל והפריסה של מיטות אלה; מדדי אשפוז בבריאות הנפש; הסיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר בנושא בריאות הנפש משנת 2006, וכן סוגיות מרכזיות בתחום זה – שיש בו כמה בעיות ייחודיות.

<sup>12</sup> מבקר המדינה, דוח ביקורת שנתי 57' לשנת 2006 ולחשבונות הכספים 2005, 2007.

<sup>13</sup> מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות – שירותי בריאות הנפש, אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים, כתבו נעמי שטרוד, יחיאל שרשבסקי, דניז נאון, נגה דניאל ונועם פישמן, דצמבר 2009.

<sup>14</sup> דוח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ועילותה של מערכת הבריאות בישראל, ירושלים 1990.



### 3. שיעור מיטות אשפוז בריאות הנפש

בהתאם למדיניות משרד הבריאות, מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בתקן בישראל הוא במגמת ירידה מתחילת שנות ה-80:<sup>15</sup>

שנה	מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש <sup>16</sup>	שיעור מיטות ל-1,000 נפש
1978	8,608	2.28
1988	7,362	1.64
1998	6,299	1.04
2000	5,619	0.88
2005	5,334	0.76
2006	3,453	0.49
2007	3,453	0.48
2008	3,451	0.47

משנת 1978 ועד לשנת 2008 קטן מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בישראל ב-60%, ובעשור האחרון לבדו (1998–2008) קטן מספרן ב-45%. הירידה במספר מיטות האשפוז במקביל לגידול באוכלוסייה הובילה לירידה בשיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש, ובשנת 2008 השיעור בישראל היה כ-0.5 מיטה ל-1,000 נפש לעומת יותר מ-2 מיטות בשנת 1978.

להלן שיעור מיטות אשפוז בריאות הנפש בישראל לעומת שיעור זה בכמה מדינות OECD בשנים 2000 ו-2006. נציין שבחרנו להציג את נתוני 2006 כיוון שבנתוני שנת 2007 במאגר ה-OECD נסקרות פחות מדינות.<sup>17</sup>

מדינה	שיעור מיטות ל-1,000 נפש בשנת 2000	שיעור מיטות ל-1,000 נפש בשנת 2006	השינוי בשיעור המיטות
יפן	2.8	2.8	0
בלגיה	2.6	1.8	-31%
הולנד	-	1.3	-
צ'כיה	1.1	1.1	0
צרפת	1.1	0.9	-18%
יוון	0.9	0.9	0

<sup>15</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', ירושלים 2009.

<sup>16</sup> לא כולל מיטות במוסדות לגמילה מסמים.

<sup>17</sup> ראו OECD Health Data 2009 – November Version.



מדינה	שיעור מיטות ל-1000 נפש בשנת 2000	שיעור מיטות ל-1000 נפש בשנת 2006	אחוז השינוי בשיעור המיטות
אירלנד	1.4	0.9	-36%
לוקסמבורג	-	0.9	-
קוריאה	-	0.8	-
סלובקיה	0.9	0.8	-11%
פולין	-	0.7	-
בריטניה	0.9	0.7	-22%
דנמרק	0.8	0.6	-25%
נורבגיה	-	0.6	-
פורטוגל	0.7	0.6	-14%
אוסטריה	0.5	0.5	0
גרמניה	0.4	0.5	+25%
<b>ישראל</b>	<b>0.9</b>	<b>0.5</b>	<b>-45%</b>
ספרד	0.5	0.5	0
שבדיה	0.6	0.5	-17%
אוסטרליה	0.4	0.4	0
הונגריה	0.4	0.4	0
קנדה	0.3	0.3	0
ארה"ב	0.3	0.3	0
איטליה	0.1	0.1	0
טורקיה	-	0.1	-
מקסיקו	0.1	-	-
שיעור חציוני <sup>18</sup>	0.7	0.6	-

בתחום שיעור מיטות אשפוז בריאות הנפש ל-1,000 נפש, בשנת 2000 דורגה ישראל במקום ה-6 בקרב 20 מדינות OECD, ושיעורה היה דומה לזה שבמדינות יוון, סלובקיה ובריטניה. בשנת 2006 ישראל דורגה במקום ה-9 בקרב 25 מדינות OECD, ושיעורה היה דומה לזה שבמדינות אוסטריה, גרמניה, ספרד ושבדיה. להמחשת השינוי בדירוגה של ישראל ניגזר בשיעור החציוני בכל אחת משנים אלה: ניתן לראות כי בשנת 2000 שיעור המיטות בישראל (0.9) היה גבוה מהשיעור החציוני (0.7) באותה שנה, ואילו בשנת 2006 שיעור המיטות בישראל (0.5) היה נמוך מהשיעור החציוני (0.6) באותה שנה.

נוסף על כך, בחינת השינוי בשיעור המיטות בשנים 2000–2006 מלמדת כי הירידה בשיעור המיטות ל-1,000 נפש בישראל בתקופה זו היתה הגדולה ביותר בין 20 מדינות OECD שלגביהן יש מידע – ירידה של 45% בשיעור המיטות. המדינות המדורגות לאחר ישראל בשינוי שיעור המיטות הן בלגיה, שבה חלה

<sup>18</sup> חושב על-ידנו על סמך נתוני המדינות המוצגות בטבלה.



ירידה של 36%, ואירלנד, שבה הירידה היא בשיעור של 31% – שתי מדינות שבהן שיעור המיטות בשנת 2000 היה גבוה מזה שבישראל באותה שנה, והוא נותר גבוה בשנת 2006. אפשר לראות כי בחצי מהמדינות שלגביהן יש מידע (10 מדינות OECD) לא חל כל שינוי בשיעור המיטות בתקופה זו, ורק בגרמניה גדל שיעור המיטות, גידול של 25%.

חשוב לשים לב שלירידה בשיעור המיטות יכולות להיות שתי סיבות: מספר המיטות נותר קבוע אך האוכלוסייה גדלה או חל צמצום במספר המיטות ובמקביל גידול באוכלוסייה. בישראל צמצום במספר המיטות ובמקביל גידול באוכלוסייה בתקופה של שש שנים (2006–2000) הם שהביאו להקטנת שיעור מיטות אשפוז בריאות הנפש ב-45% – כאמור, שיעור השינוי הגבוה ביותר בין כל המדינות שנסקרו לעיל. מגמה כזאת הובילה לצמצום שיעור המיטות בשבע מדינות נוספות (אירלנד, בריטניה, בלגיה, צרפת, דנמרק, פורטוגל ושבדיה); בארבע מדינות אחרות (איטליה, ארה"ב, ספרד ויפן) היתה מגמה כזאת, אך לא במידה שהובילה לשינוי שיעור המיטות ל-1,000 נפש בתקופה הנסקרת; בחמש מדינות מספר המיטות גדל במקביל לגידול באוכלוסייה (יוון, אוסטריה, גרמניה, אוסטרליה וקנדה) ובשלוש מדינות מספרן קטן במקביל לירידה באוכלוסייה (צ'כיה, סלובקיה והונגריה).

בהקשר זה נציין כי בסיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר בנושא העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, שנחתם בספטמבר 2006, הוסכם כי **משרד הבריאות יקטין את מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בישראל כך שבינואר 2007 יהיו בישראל 3,150 מיטות**,<sup>19</sup> שהן 0.45 מיטות ל-1,000 נפש. עוד נקבע כי "לקראת שנת 2010 יבחנו משרדי הבריאות והאוצר את הצרכים בתחום היקף שיעור מיטות האשפוז הפסיכיאטרי. עד למועד זה לא יחול שינוי במספר המיטות".<sup>20</sup> כלומר, יעד המיטות על-פי הסכם זה הוא 0.45 מיטות ל-1,000 נפש בשנים 2007–2010. בהשוואת שיעור זה לשיעור המיטות במדינות OECD שנסקרו לעיל, עולה כי בשנת 2006 רק ב-6 מדינות מ-25 מדינות (24% מהמדינות) היה שיעור מיטות נמוך מ-0.5.

כאמור, שירותי בריאות הנפש לא הועברו לידי קופות-החולים, ונשאלת השאלה אם כיום, כמה שנים לאחר חתימת ההסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר, יש מקום להערכה מחודשת של הצרכים במערך אשפוז בריאות הנפש ושל שיעור המיטות הרצוי בתחום זה. **משרד הבריאות לא השיב על השאלה מהו שיעור המיטות הדרוש לישראל והסתפק בתשובה כי זהו שיעור המיטות שנקבע במסגרת הרפורמה וכי "הוחלט כי לאחר כשנתיים מכניסת הרפורמה תיבחן השפעת הבקרה של קופות-החולים על משכי האשפוז, מתוך מחשבה שבקרה זו תפחית את משכי האשפוז באופן שיתקזז עם הגידול באוכלוסייה".**<sup>21</sup>

#### 4. תמהיל ופריסה במערך אשפוז בריאות הנפש

הצמצום במיטות אשפוז בריאות הנפש לשם פיתוח שירותים בקהילה התבטא גם בשינוי בתמהיל המיטות בחלוקה למחלקות. בטרם נציג את תמהיל המיטות הקיים נציין כי **מחלקה פעילה** היא מחלקה הקולטת חולים קשים במצבי משבר הזקוקים לטיפול אינטנסיבי, בדרך כלל לתקופה קצרה של עד שנה; מחלקה זו יכולה להיות מחלקה סגורה או מחלקה פתוחה. **מחלקה פעילה ממושכת** היא מחלקה שאליה

<sup>19</sup> כולל 70 מיטות אשפוז לאסירים.

<sup>20</sup> סיכום בין משרד הבריאות ומשרד האוצר בנושא העברת מלוא האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, 17 בספטמבר 2006.

<sup>21</sup> גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 8 בפברואר 2010.



מועברים חולים לאחר אשפוזם במחלקה הפעילה הזקוקים לטיפול ממושך, בדרך כלל של יותר משנה, כלומר חולים כרוניים.

משנת 2006 יש במערך אשפוז בריאות הנפש ארבע מחלקות: פסיכיאטריה פעילה, פסיכיאטריה פעילה ממושכת, פסיכיאטריה פעילה ילדים ופסיכיאטריה משפטית. היחס בין מחלקות אלה השתנה עם השנים: מספר המיטות המיועדות לילדים, לפסיכיאטריה משפטית ולפסיכיאטריה ממושכת קטן ואילו מספר המיטות לפסיכיאטריה פעילה גדל במקצת.<sup>22</sup> להלן נתונים על מספר המיטות ושיעורן, על-פי מחלקות, בשנת 2008:<sup>23</sup>

שיעור מכלל המיטות	מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בתקן בשנת 2008	מחלקה
54.4%	1,878	פסיכיאטריה פעילה <sup>24</sup>
31.3%	1,081	פסיכיאטריה פעילה ממושכת
8.5%	292	פסיכיאטריה פעילה ילדים
5.8%	200	פסיכיאטריה משפטית
100%	3,415	סך הכול

אשפוז בריאות הנפש נעשה במוסדות לבריאות הנפש או במחלקות הפסיכיאטריות בבתי-החולים הכלליים. בשנת 2008, 90% ממיטות אשפוז בריאות הנפש (3,120 מיטות) היו במוסדות בריאות הנפש ו-10% מהמיטות (331 מיטות) היו בבתי-חולים כלליים. מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש בבתי-החולים הכלליים גדל עם השנים: בשנת 1978 רק 2% ממיטות אשפוז בריאות הנפש היו בבתי-חולים כלליים.<sup>25</sup> נוסף על היתרון שבמתן טיפול כוללני, שעליו עמדה ועדת נתניהו בהמלצתה לשלב את שירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית,<sup>26</sup> יש הסבורים כי מגמה זו מקדמת את ההתמודדות עם התדמית השלילית של האשפוז במוסדות בריאות הנפש, ויש לה גם יתרונות כלכליים – חיסכון בתשתיות ובעלויות שוטפות.<sup>27</sup> עם זאת, יש לזכור כי בבתי-החולים הכלליים אין מחלקות סגורות (למעט במרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל-השומר), וכן אין מחלקות פסיכיאטריה פעילה ממושכת. מחלקות אלה קיימות רק במוסדות לבריאות הנפש.<sup>28</sup>

משרד הבריאות השיב לנו בנושא זה כי שילוב אשפוז בריאות הנפש בבתי-החולים הכלליים הוא מגמה מבורכת הקיימת בכמה ממדינות המערב, וכי קשיים שונים מנעו מהמשרד לקדם מגמה זו, למשל קושי בהשגת קרקעות לצד בתי-החולים הכלליים או התנגדות הרשות המקומית לכך. לדעת המשרד, שילוב שירות זה בבתי-החולים הכלליים יוביל לפריסה ארצית טובה יותר וייתן פתרון חלקי לבעיות

<sup>22</sup> במהלך השנים בוטלו מחלקות כגון פסיכיאטריה שיקום, פסיכוגריאטריה, פסיכיאטריה מיון וטיפול נמרץ, פסיכיאטריה פנימית, הוסטל ואוטוסיטים ילדים; משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', ירושלים, 2009.

<sup>23</sup> שם.

<sup>24</sup> כולל 24 מיטות להפרעות אכילה ו-15 מיטות לגמילה בסמים במוסדות לאשפוז כללי ובמוסדות בריאות הנפש.

<sup>25</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', ירושלים, 2009.

<sup>26</sup> דוח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, ירושלים, 1990.

<sup>27</sup> גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005.

<sup>28</sup> ד"ר יעקב פולאקיביץ, לשעבר ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות וכיום מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת-הכרמל, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010; וגם רונית עוזרי, תחום מידע במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 8 בפברואר 2010.





הבינוי הקיימות במוסדות לבריאות הנפש. עם זאת, משרד הבריאות מסר כי "כיום אין הקצבה תקציבית של משרד האוצר לבינוי מחלקות פסיכיאטריות";<sup>29</sup> ואולם, משרד האוצר מסר לנו כי בקשה מעין זו לא הוגשה לו.<sup>30</sup>

בישראל יש 13 מוסדות לבריאות הנפש ועוד מיטות אשפוז בריאות הנפש בבית-החולים הרצוג בירושלים, שהוא מוסד סיעודי בבעלות ציבורית. הירידה במספר המיטות הביאה, כמובן, גם לסגירה של מוסדות לבריאות הנפש בישראל (מוסדות פרטיים): בשנת 1980 היו בישראל 41 מוסדות אשפוז בריאות הנפש, לעומת 13 מוסדות בשנת 2008.<sup>31</sup> להלן התפלגות מיטות האשפוז במוסדות בריאות הנפש ובבתי-החולים הכלליים, על-פי הבעלות על המוסד, בשנת 2008:<sup>32</sup>

בעלות	מספר מוסדות בריאות הנפש	מיטות במוסדות בריאות הנפש	מספר בתי-חולים כלליים	מיטות בבתי-חולים כלליים	סך הכול מיטות אשפוז
ממשלתית	8	2,545	6	259	2,804
		82%		78%	81.3%
שירותי בריאות כללית	2	280	2	26	306
		9%		8%	8.9%
פרטית	3	225	1	3	228
		7%		1%	6.6%
ציבורית <sup>33</sup>	1	70	0	0	70
		2%			2%
מיסיון	0	0	1	10	10
				3%	0.3%
הדסה	0	0	1	33	33
				10%	1%
<b>סך הכול</b>	<b>13 מוסדות בריאות הנפש ומוסד סיעודי אחד</b>	<b>3,120</b>	<b>11 בתי-חולים כלליים</b>	<b>331</b>	<b>3,451</b>

בשנים 2000–2008 מספר המיטות בבעלות ממשלתית קטן ב-26% (מ-3,792 מיטות ל-2,804 מיטות), ואילו מספר המיטות בבעלות פרטית קטן בכ-84% (מ-1,386 מיטות ל-228 מיטות). מגמה זו הובילה לכך ששיעור המיטות בבעלות ממשלתית עלה מכשני שלישים מהמיטות בשנת 2000 ל-81% מהמיטות

<sup>29</sup> גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 8 בפברואר 2010.

<sup>30</sup> מר יאיר זילברשטיין, רכז בריאות באגף תקציבים במשרד האוצר, שיחת טלפון, ב-8 בפברואר 2010.

<sup>31</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 6.5, "בתי-חולים לפי סוג ובעלות", שנתון סטטיסטי לישראל 2009 מס' 60, עמ' 319.

<sup>32</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלקים א' ו-ב', ירושלים 2009.

<sup>33</sup> בית-החולים הרצוג בירושלים מוגדר מוסד סיעודי, אולם יש בו, כאמור, 70 מיטות אשפוז בריאות הנפש.



בשנת 2008, ואילו שיעור המיטות בבעלות פרטית ירד מכרבע מהמיטות בשנת 2000 ל-7% מהמיטות בשנת 2008.<sup>34</sup>

התפלגות מיטות אשפוז בריאות הנפש על-פי מחוזות בישראל אינה אחידה. להלן התפלגות המיטות במוסדות בריאות הנפש ובבתי-החולים הכלליים בשנת 2008, וכן נתונים על כלל מיטות אשפוז בריאות הנפש ושיעורן ל-1,000 נפש, על-פי מחוזות:<sup>35</sup>

מיטות אשפוז בריאות הנפש ל-1,000 נפש	סך הכול מיטות אשפוז בריאות הנפש	מיטות אשפוז בבתי-חולים כלליים	מיטות אשפוז במוסדות בריאות הנפש	מחוז
0.582	1,032	6	1,026	מרכז
	30%	2%	33%	
0.992	873	7550	823	חיפה
	25%	15%	26%	
0.353	433	137	296	תל-אביב
	13%	41%	9%	
0.465	423	33	390	ירושלים
	12%	10%	13%	
0.302	375	75	300	צפון
	11%	23%	10%	
0.299	315	30	285	דרום
	9%	9%	9%	
0.468	3,451	331	3,120	ארצי
	100%	100%	100%	

נציין כי בנפת כינרת במחוז הצפון ובנפת רחובות במחוז המרכז אין מיטות אשפוז בריאות הנפש כלל. מהטבלה עולה כי גם באשפוז בריאות הנפש, כמו בתחומי אשפוז אחרים, שיעור המיטות במחוזות צפון ודרום הוא הנמוך ביותר בין כל המחוזות בישראל; אולם בתחום זה השיעור נמוך יחסית גם במחוז תל-אביב. כאמור, משרד הבריאות סבור כי שילוב שירותי בריאות הנפש בבתי-החולים הכלליים עשוי לסייע בפזור טוב יותר של השירותים בישראל, אולם מהלך זה אינו מיושם.

## 5. מדדי אשפוז

להלן נציג כמה מדדים מרכזיים באשפוז בריאות הנפש:

<sup>34</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', ירושלים 2009.

<sup>35</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלקים א' ו-ב', ירושלים 2009.



**מין המתקבלים לאשפוז מלא:** בין המתקבלים לאשפוז מלא בשנת 2007, 61% היו גברים ו-39% נשים. נציין כי בנתון זה חל שינוי במהלך השנים: שיעור הגברים המתקבלים לאשפוז עלה מ-57.5% בשנת 1998 ל-61% בשנת 2007, ואילו שיעור הנשים ירד מ-42.5% ל-39%.<sup>36</sup>

**גיל המתקבלים לאשפוז מלא:** בין המתקבלים לאשפוז מלא בשנת 2007, כ-43% היו בני 25–44; כ-29% היו בני 45–64; כ-14% – בני 18–24; 9.5% היו בני 65 ומעלה; כ-4.5% היו בני עד 17.<sup>37</sup>

**אשפוז חוזר:** מעל 75% מהקבלות לאשפוז מלא הן קבלות חוזרות (אשפוז שני ויותר של מטופל לאשפוז פסיכיאטרי מלא). בשנים 2006–2007 כ-80% מהקבלות לאשפוז מלא היו קבלות חוזרות.<sup>38</sup>

**משך השהייה בקהילה בין אשפוז לאשפוז:**<sup>39</sup> כ-45% מהקבלות החוזרות לאשפוז הן של מטופלים ששוחררו מאשפוז ושהו בקהילה 180 יום ומעלה, כ-28% שהו בקהילה 31–180 יום וכ-28% שהו בקהילה עד 30 יום.<sup>40</sup>

**מספר המאושפזים באשפוז מלא:** מספר המאושפזים באשפוז מלא קטן במהלך השנים מ-6,065 מאושפזים בשנת 1998 ל-3,547 מאושפזים בשנת 2007. יש לזכור כי אוכלוסיית ישראל גדלה בשנים אלו, אולם פחות אנשים מאושפזים אשפוז מלא, בהתאם למדיניות להעביר את מרכז הכובד בתחום זה לקהילה. גם מספר המאושפזים במשך שנה ויותר קטן: בשנת 1998 אושפזו 61% מהמאושפזים במשך שנה ויותר, ואילו בשנת 2007 רק כ-39% מהמאושפזים אושפזו לפרק זמן זה.<sup>41</sup>

**שהייה ממוצעת באשפוז:** השהייה ממוצעת באשפוז מלא קטנה אף היא, מ-180 ימים בממוצע בשנת 1998 ל-90 ימים בממוצע בשנת 2007. כלומר משך השהייה הממוצע קטן במחצית. אם בוחנים את השהייה הממוצעת של מאושפזים משוחררים בלבד (לא כולל מאושפזים שנפטרו במהלך האשפוז), השהייה הממוצעת היא 84 יום כאשר גם שהייה זו קטנה במהלך השנים במידה ניכרת: מ-184 ימים בשנת 1998 ל-84 ימים בשנת 2007.<sup>42</sup>

**ימי אשפוז:** מספר ימי האשפוז באגף הפסיכיאטרי בשנת 2008 היה 1,180,659 ימים, כ-90% מהם היו במוסדות לבריאות הנפש, והיתר – בבתי-החולים הכלליים. כ-80% מימי האשפוז היו במוסדות בבעלות ממשלתית (מוסדות בריאות הנפש ובתי-חולים כלליים בבעלות ממשלתית). שיעור ימי האשפוז ירד מאוד עם השנים, מ-721 ימים ל-1,000 נפש בשנת 1980, ל-352 ימים בשנת 1998 ול-162 ימים בשנת 2008.<sup>43</sup>

**שיעור התפוסה:** כפי שנציג בהמשך המסמך, יש מחלוקת בין משרד הבריאות לבין המוסדות לאשפוז בריאות הנפש אשר לחישוב שיעור התפוסה במוסדות אלה: משרד הבריאות כולל בחישוב שיעור התפוסה את החופשות הניתנות למטופלים בסופי שבוע ובחגים (תפוסה נטו); ואילו המוסדות לבריאות הנפש אינם מחשבים חופשות אלה (תפוסה ברוטו). על-פי הנתונים שמפרסם משרד הבריאות, שיעור

<sup>36</sup> משרד הבריאות, המחלקה למידע והערכה, בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2008, ירושלים 2009.

<sup>37</sup> שם.

<sup>38</sup> שם.

<sup>39</sup> הנתון מתייחס לאשפוז מלא ולאשפוז יום.

<sup>40</sup> משרד הבריאות, המחלקה למידע והערכה, בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2008, ירושלים 2009.

<sup>41</sup> שם. מתייחס רק לבני 15 שנים ומעלה.

<sup>42</sup> משרד הבריאות, המחלקה למידע והערכה, בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2008, ירושלים 2009.

<sup>43</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק ב', ירושלים, 2009.



התפוסה בפועל באגף הפסיכיאטרי (במוסדות אשפוז בריאות הנפש ובבתי-החולים הכלליים) בשנת 2008 היה 93.8%. להלן שיעורי תפוסת המיטות על-פי הבעלות על המוסד בשנת 2008 (מוסדות בריאות הנפש ומוסדות לאשפוז כללי):<sup>44</sup>

שיעור תפוסה בפועל 2008	בעלות על המוסד
116.4%	פרטית
104.4%	הדסה
94.8%	שירותי בריאות כללית
91.7%	ממשלתית
90.4%	ציבורית
85.2%	מיסיון

לעומת זאת, מנהלי מוסדות בריאות הנפש שעמם שוחחנו במהלך כתיבת מסמך זה טענו כי שיעורי התפוסה במוסדותיהם הם 100% ויותר (ראו סעיף 7.4 במסמך).

## 6. הסיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר בנושא שירותי בריאות הנפש

כאמור, על-פי ההסכם שנחתם בספטמבר 2006 בין משרד הבריאות למשרד האוצר בנושא העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, משנת 2007 ועד 2010 אמורות היו להיות בישראל 3,150 מיטות בריאות הנפש, ושיעורן 0.45 מיטות ל-1,000 נפש. נציין כי אף שהרפורמה הביטוחית לא יושמה, הסכם זה בתוקף. כך עולה מסיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר בנושא בריאות הנפש מ-31 במרס 2009, שלפיו "המשרדים ימשיכו את מחויבותם להסכמות המפורטות בהסכם בריאות אוצר 2006 בשינויים המפורטים בהסכם זה". בסיכום זה אין שינוי בכל הנוגע למערך האשפוז, למעט ציון הצורך בעדכון לוח הזמנים הקבוע בהסכם, הנובע מאי-ביצוע הרפורמה הביטוחית.<sup>45</sup>

נציג להלן את העקרונות שנקבעו בהסכם משנת 2006 אשר למערך אשפוז בריאות הנפש. ראשית, נבדוק אם הקביעה בהסכם שלפיה יופעלו בישראל 3,150 מיטות ושיעור המיטות יהיה 0.45 מיטות ל-1,000 נפש תואמת את גודל האוכלוסייה בשנים 2007–2010 :

שנה	גודל האוכלוסייה <sup>46</sup>	מספר מיטות אשפוז לפי ההסכם	שיעור מיטות נפש ל-1,000 נפש
סוף שנת 2006	7,116,700	3,150	0.44
סוף שנת 2007	7,243,600	3,150	0.43
סוף שנת 2008	7,374,000	3,150	0.43
נובמבר 2009	7,496,200	3,150	0.42

<sup>44</sup> ש.ם.

<sup>45</sup> סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא בריאות הנפש, 31 במרס 2009.

<sup>46</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.1 "אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה", שנתון סטטיסטי לישראל 2009 מס' 60, עמ' 85–86.



אפשר לראות כי מספר המיטות הקבוע בהסכם לעומת גודל האוכלוסייה בישראל משמעו שמיום חתימתו של ההסכם ועד לסוף שנת 2009 שיעור המיטות המחושב היה נמוך מ-0.45 מיטות ל-1,000 נפש, קבוע בהסכם. כפי שכבר צוין, שיעור של 0.45 מיטות ל-1,000 נפש הוא שיעור נמוך יחסית לשיעור המיטות שהיה ב-25 מדינות OECD בשנת 2006, ועם חידוש הדיון בנושא זה יש לבחון מחדש את מספר המיטות ואת שיעור המיטות הדרושים בישראל.

**על-פי הסיכום, תמהיל המיטות ישתנה אף הוא.** בשנת 2008 כ-55% מהמיטות למבוגרים היו במחלקות לפסיכיאטריה פעילה וכ-31% היו במחלקות לפסיכיאטריה ממושכת.<sup>47</sup> על-פי הסיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר, כשני שלישים מהמיטות מיועדות לפסיכיאטריה פעילה וכרבע מהן – לחולים פעילים כרוניים.<sup>48</sup> החלטה זו מבוססת על ההנחה שכיום יש פחות צורך באשפוז פסיכיאטרי ממושך והטיפול בחולים אלה רצוי שייעשה בקהילה. **אחת הסוגיות שיש לדון בהן היא האם ההנחות בדבר היחס הרצוי בין המחלקות נכונות גם כיום, כארבע שנים לאחר חתימת ההסכם? האם צמצום המיטות במחלקה הפעילה הממושכת ותגבור המיטות במחלקה הפעילה אכן תואם את הצרכים של הפונים למוסדות האשפוז כיום ואת קצב פיתוח השירותים בקהילה? האם ההפחתה במספר המיטות המיועדות לילדים תואמת את הצרכים? האם יש די מיטות "ביטחון מרבי" בישראל? בנושא מיטות "ביטחון מרבי", משרד הבריאות מסר לנו כי מיטות אלה יש רק במרכז לבריאות הנפש שער מנשה וכי הגיעה העת לבחון הקמת מרכז כזה בכל אזור בארץ, וייתכן אפילו שבכל בית-חולים.<sup>49</sup>**

להלן נציג את החלוקה של מיטות האשפוז בין המוסדות לבריאות הנפש לבין בתי-החולים הכלליים. כאמור, על-פי הסיכום משנת 2007 ועד לשנת 2010 יופעלו 3,150 מיטות אשפוז בישראל; לפיכך, על-פי מספר מיטות האשפוז בשנת 2008 יש צורך בצמצום של 301 מיטות אשפוז. מהתוכנית עולה כי שינוי זה יתבטא בסגירת 373 מיטות במוסדות לבריאות הנפש ותוספת של 72 מיטות בריאות הנפש לבתי-החולים הכלליים. שינוי זה יוביל לכך שכ-13% ממיטות אשפוז בריאות הנפש יהיו בבתי-החולים הכלליים (במקום 10% כיום).

---

<sup>47</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק ב', ירושלים, 2009.

<sup>48</sup> סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא העברת מלוא האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, 17 בספטמבר 2006.

<sup>49</sup> גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 8 בפברואר 2010.



להלן התפלגות המיטות בין מוסדות בריאות הנפש על-פי ההסכם, לעומת התפלגות זו בשנת 2008:

מספר מיטות המיטות	מספר מיטות אשפוז על-פי הסכם בריאות- אוצר <sup>51</sup>	מוסדות אשפוז בריאות הנפש	מספר מיטות אשפוז בשנת 2008 <sup>50</sup>	מוסדות אשפוז בריאות הנפש
-148	2,397	8 מוסדות בריאות נפש בבעלות ממשלתית	2,545	8 מוסדות בריאות נפש בבעלות ממשלתית
0	70	מוסד אחד בבעלות ציבורית (הרצוג)	70	מוסד אחד בבעלות ציבורית (הרצוג)
0	280	2 מוסדות בבעלות שירותי בריאות כללית	280	2 מוסדות בבעלות שירותי בריאות כללית
-225	0	0 מוסדות פרטיים	225	3 מוסדות פרטיים
<b>-373</b>	<b>2,747</b>	<b>11 מוסדות</b>	<b>3,120</b>	<b>14 מוסדות</b>

כאמור, על-פי התוכנית ייסגרו 373 מיטות במוסדות אשפוז בריאות הנפש, ובהן 148 מיטות בחמישה מוסדות בריאות הנפש בבעלות ממשלתית<sup>52</sup> ו-225 מיטות בשלושה מוסדות אשפוז פרטיים. צמצום המיטות במוסדות האשפוז הפרטיים משמעותו למעשה סגירתם של שלושת המוסדות הפרטיים הפועלים כיום; בכך יעמוד מספר מוסדות בריאות הנפש בישראל על 11 מוסדות.

<sup>50</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', ירושלים 2009.

<sup>51</sup> סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא העברת מלוא האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, 17 בספטמבר 2006.

<sup>52</sup> 45 מיטות במרכז רפואי לבריאות הנפש בבאר-שבע; 33 מיטות במרכז לבריאות הנפש באר-יעקב-נס-ציונה; 10 מיטות במרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל, בת-ים; 30 מיטות במרכז לבריאות הנפש שער מנשה ו-30 מיטות במרכז לבריאות הנפש מזרע בעכו.



להלן נציג את התפלגות המיטות בין בתי-החולים הכלליים על-פי ההסכם, לעומת התפלגות זו בשנת 2008:

מספר מוסדות אשפוז כללי	מספר מיטות אשפוז כללי	מספר מוסדות אשפוז על-פי הסכם בריאות-האוצר <sup>54</sup>	מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש <sup>53</sup> בשנת 2008	פער במספר מיטות
6 בתי-חולים כלליים בבעלות ממשלתית	259	6 בתי-חולים כלליים בבעלות ממשלתית	259	0
2 בתי-חולים בבעלות שירותי בריאות כללית	26	4 בתי-חולים בבעלות שירותי בריאות כללית	26	+66
בית-חולים אחד בבעלות הדסה	33	בית-חולים אחד בבעלות הדסה	33	-3
בית-חולים אחד בבעלות מיסיון (בית-החולים הסקוטי נצרת)	10	בית-חולים אחד בבעלות מיסיון (בית-החולים הסקוטי נצרת)	10	0
0 בתי-חולים בבעלות ציבורית	0	בית-חולים אחד בבעלות ציבורית (מעייני הישועה)	0	+12
בית-חולים אחד בבעלות פרטית (המרכז הרפואי הרצליה)	3	0 בתי-חולים בבעלות פרטית	3	-3
<b>11</b>	<b>331</b>	<b>13</b>	<b>331</b>	<b>+72</b>

על-פי ההסכם, מספר מיטות אשפוז בריאות הנפש במוסדות לאשפוז כללי יגדל ב-72 מיטות, והמיטות בבתי-החולים בבעלות פרטית ייסגרו; ייבנו מיטות בשני בתי-חולים בבעלות כללית שבהם אין כיום מיטות פסיכיאטריות (בית-החולים קפלן ברחובות והמרכז הרפואי סורוקה בבאר-שבע) ויתוספו מיטות בבית-החולים העמק בעפולה; כמו כן, ייבנו מיטות בבית-חולים בבעלות ציבורית – בית-החולים מעייני הישועה בבני-ברק, שבו אין כיום מיטות אשפוז בריאות הנפש.

חשוב לשים לב שמההסכם עולה כי המרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל בבתי-ים, שנקבע בהחלטת ממשלה משנת 2003 שיש לסגור אותו עד יולי 2004, הוא אחד ממוסדות בריאות הנפש שיפעלו בישראל בהיקף מיטות דומה להיקף המצוי בו כיום. נוסף על כך, בדיונים על סגירתו הוצע כי למען החולים באזור זה ייבנו מיטות אשפוז בריאות הנפש גם במרכז הרפואי ע"ש וולפסון בחולון ובמרכז הרפואי ע"ש אסף הרופא בבאר-יעקב, שבהם אין מיטות בתחום זה. אולם להצעה זו אין ביטוי בסיכום בין שני המשרדים משנת 2006.

<sup>53</sup> משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', ירושלים, 2009.

<sup>54</sup> סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא העברת מלוא האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, 17 בספטמבר 2006.



## 7. סוגיות לדיון

מערך אשפוז בריאות הנפש הוא תחום מורכב, שיש בו כמה בעיות ייחודיות. קצרה היריעה מלפרט כאן את כלל הבעיות שבמעריך זה, ולהלן נציג כמה סוגיות מרכזיות לדיון:

### 7.1. היעדר של מאבק ציבורי בתחום זה

תחום בריאות הנפש נחשב לתחום המוזנח ביותר בענף הבריאות בישראל, ועל כך יש להוסיף כי החולים במחלות אלה והמוסדות המיועדים לטפל בהם סובלים מדימוי שלילי, המשפיע על המבקשים לפנות לטיפול רפואי ועל החולים המטופלים במוסדות אלה. הדימוי השלילי עלול למנוע פנייה לקבלת טיפול, וכך לפגוע בהתמודדות של חולים עם המחלה ואף להקשות על חולים מטופלים להשתלב בחברה ובתעסוקה. ממחקר של מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בשיתוף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות אשר לעמדות הציבור כלפי נושאי בריאות הנפש עולים ממצאים עגומים במיוחד. על-פי המחקר, 32% מהנשאלים אינם מוכנים לעבוד עם "חולה נפש"; 52% אינם מוכנים להעסיקו ו-72% אינם מוכנים שיהיה ממונה עליהם בעבודתם. עוד עולה מהמחקר כי 21% אינם מוכנים להיות ידד של "חולה נפש", ושיעור זהה של נשאלים אינו מוכן לשבת על-ידו באוטובוס. 31% מהנשאלים השיבו כי אינם מוכנים לקבל "חולה נפש" כשכן. עורכי המחקר ציינו כי שיעורים אלה גבוהים יותר בקרב אנשים שלא היתה להם כל היכרות עם אנשים שחלו במחלת נפש, לעומת אנשים שהכירו חולה כזה או באו עמו במגע.<sup>55</sup>

דימוי זה פוגע לא רק בנטייה של אנשים לפנות לקבלת טיפול נפשי וביכולת ההתמודדות של חולי נפש עם מחלתם – פגיעה שעלולה להחמיר את מצבם – אלא גם בנכונות הציבור לקיים מאבק ציבורי על זכותם של חולי הנפש לשירותי בריאות טובים יותר. נושא זה עולה על סדר-היום בתדירות נמוכה מאוד, ונראה כי אנו נחשפים לבעיותיו הסבוכות של תחום זה רק כאשר תנאי האשפוז הם בלתי נסבלים. דווקא בתחום שבו החולים מתקשים לזעוק את זעקתם, וסביבתם עלולה להירתע מהדימוי השלילי של הנושא, נדרשת המדינה לפעול ביתר שאת להצבתו של נושא זה במקום גבוה יותר בסדר-היום ולהבטיח כי רמת השירות הולמת ומספקת. יש להניח כי בהעלאת הנושא באופן תדיר ובטיפול מערכתי מקיף גם אפשר יהיה להתמודד טוב יותר עם בעיית הדימוי השלילי, שאינה אך ורק בעיית דימוי אלא, כאמור, יש בה כדי לפגוע בנכונות לקבל טיפול רפואי.

### 7.2. הרפורמות בבריאות הנפש

שלוש הרפורמות שתוארו במסמך זה: הרפורמה המבנית, הרפורמה הביטוחית והרפורמה השיקומית אינן רפורמות נפרדות זו מזו, שכן הצלחתה של רפורמה אחת תלויה בהתקדמותה של רפורמה אחרת. כך, צמצום מספר מיטות האשפוז נעשה בהנחה שנכי הנפש הזקוקים לכך יקבלו שירותי שיקום בקהילה (במסגרת הרפורמה השיקומית) וכן טיפול רפואי במרפאות האמבולטוריות בקהילה (עניין הקשור לרפורמה הביטוחית). אולם הרפורמה הביטוחית מוקפאת והמעריך האמבולטורי בקהילה, שנמצא כיום ברובו בידי משרד הבריאות, אינו מפותח – שכן המדינה רואה במעריך זה שירות שעתיד לעבור לקופות, וקופות-החולים מצדן חוששות מפיתוח מעריך אמבולטורי מלא לבריאות הנפש כל עוד האחריות לשירות

<sup>55</sup> המחקר נערך בחודשים ינואר-אפריל 2003, והוא מבוסס על מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל; מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות – שירותי בריאות הנפש, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי, כתבו נעמי שטרוד, יחיאל שרשבסקי, אלונה בידני-אורבך, מקס לכמן, טלי זהבי ונגה שגיב, אפריל 2007.





זה לא הועברה אליהן על-פי חוק.<sup>56</sup> כלומר, נכי נפש רבים שבעבר אושפזו אולם על-פי התפיסה כיום נראה כי הטיפול המיטבי בהם הוא במסגרת הקהילה, עלולים להיות משוחררים מאשפוז אך לא למצוא מסגרת שיקום הולמת או מסגרת טיפולית הולמת בקהילה - ועל כן בית-החולים לא יוכל לשחררם. מנגד, בבתי-החולים צומצם מערך האשפוז כך שהם יתקשו לקבל מאושפזים שלא נמצא להם מענה בקהילה ולתת להם טיפול הולם בהיקף המשאבים הקיים.

מבקר המדינה עמד על כך בשנת 2006, וסבר כי "מאחר שהרפורמה המבנית (צמצום המספר של מיטות אשפוז) כרוכה ברפורמה ביטוחית להעברת האחריות בתחום בריאות הנפש לקופות, ומאחר שהצלחתן תלויה ברפורמה השיקומית, יש להוסיף לפעול לשיפור כל מערך השירותים הניתנים לנפגעי נפש".<sup>57</sup>

נציין כי בסיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר בשנת 2009 ניתן למשרד הבריאות תקציב של 50 מיליון ש"ח לפיתוח שירותים אמבולטוריים, ונקבע כי סכום זה יועמד לרשות המשרד להרחבת שירות זה עד להשלמת הרפורמה.<sup>58</sup> תקציב זה ניתן למשרד גם בשנת 2008.<sup>59</sup>

### 7.3. מצב בינוי מוסדות בריאות הנפש

דיון זה בוועדה מתקיים על רקע טענות על תנאי אשפוז ירודים במוסדות לבריאות הנפש הממשלתיים בעיקר במרכז הרפואי לבריאות הנפש בירושלים ובמרכז הרפואי ע"ש יהודה אברבנאל בבתי-ים, ובמידה מסוימת גם במרכז לבריאות הנפש מזרע בעכו. לתנאים ירודים אלה השפעה קשה על המטופלים, שכן בניגוד למאושפזים באשפוז הכללי מדובר באשפוזים ארוכים יותר ולמטופלים רבים המוסד הרפואי הוא למעשה ביתם במשך כמה חודשים ולעתים אף יותר משנה. לקשיים אלה יש השפעה, כמובן, גם על הצוות המקצועי במוסד, שנאלץ לעבוד בתנאים ירודים ולספק פתרונות למצוקות שמצב זה יוצר בקרב המטופלים.

במרכז הרפואי לבריאות הנפש בירושלים יש 320 מיטות אשפוז בתקן: 150 מיטות הן בבית-החולים איתנים (שבו קמפוס עליון וקמפוס תחתון), ו-170 מיטות בבית-החולים כפר-שאול. שני בתי-חולים אלה נמצאים באתרים שונים ומרוחקים זה מזה. אשר לבית-החולים כפר-שאול, תוכניות בינוי ושיפוץ של בית-החולים מתעכבות יותר מ-15 שנים, וכבר כמה פעמים נבחנה האפשרות להעתיק את המרכז כולו, על שני בתי-החולים שבו, למקום אחר באזור ירושלים, אולם חלופה זו לא התממשה. עם השנים נתקל המרכז בקשיים להשיג אישורים מטעם העירייה, בהתנגדויות שכנים לבנייה ובמכשולים נוספים. מצב הבינוי בבית-החולים ירוד מאוד והוא זקוק בדחיפות לשיפוץ ולבניית מבנים חדשים.<sup>60</sup>

במרכז הרפואי ע"ש יהודה אברבנאל בבתי-ים יש 296 מיטות אשפוז בתקן. בשנת 1999 אמור היה להתחיל בבית-החולים תהליך שיפוץ של כמה ממבני בית-החולים, אולם תהליך זה התממה ולבסוף לא יצא אל הפועל. בשנת 2003 הגישה ועדה מקצועית בראשות פרופ' מרדכי שני לממשלה, לבקשתה, דוח בנושא "שינויים מבניים במערכת הבריאות", ובו נכתב כי במציאות שבה עקב הרפורמה המבנית במערך שירותי בריאות הנפש יש כ-450 מיטות ריקות, יש מקום לסגור בית-חולים אחד. לצוות היו לבטים רבים אשר לזהות בית-החולים שייסגר ולבסוף הוחלט להמליץ על סגירת בית-החולים אברבנאל. כותבי

<sup>56</sup> מאירס-גיניט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות – שירותי בריאות הנפש, אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים, כתבו נעמי שטרוד, יחיאל שרשבסקי, דניז נאון, נגה דניאל ונועם פישמן, דצמבר 2009.

<sup>57</sup> מבקר המדינה, דוח ביקורת שנתי 57' לשנת 2006 ולחשבונות הכספים 2005, 2007.

<sup>58</sup> סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא בריאות הנפש, 31 במרס 2009.

<sup>59</sup> מר יאיר זילברשטיין, רכז בריאות באגף תקציבים במשרד האוצר, שיחת טלפון, 8 בפברואר 2010.

<sup>60</sup> פרופ' לאון גרינהאוס, מנהל (בפועל) המרכז הרפואי לבריאות הנפש בירושלים, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010.



המלצה ציינו כי צעד דרסטי זה ייעשה רק אם ישולב ברפורמה הביטוחית, שכן "סגירת בית-חולים כה מרכזי ללא רפורמה ביטוחית תהיה מלווה במכשולים רבים ויש בה סכנות לא מעטות". הצוות המליץ על פתרונות לחולים המאושפזים ולעובדים במוסד, ובין היתר על תגבור מיטות בבתי-חולים באזור וכן על בניית מיטות בבתי-חולים וולפסון בחולון ואסף הרופא בבאר-יעקב, שאין בהם מיטות אשפוז בריאות הנפש.<sup>61</sup>

בעקבות המלצה זו בספטמבר 2003 החליטה הממשלה לסגור את בית-החולים אברבנאל ב-1 ביולי 2004, ולהעביר את החולים המאושפזים בו לבתי-חולים אחרים.<sup>62</sup> החלטת ממשלה זו בתוקף, שכן אין החלטה אחרת המבטלת אותה. בסיכום בין משרד האוצר למשרד הבריאות משנת 2006 המרכז לבריאות הנפש אברבנאל צוין כאחד ממוסדות בריאות הנפש שיהיו בו מיטות אשפוז, אולם כאמור החלטת הממשלה בעניין זה עדיין בתוקף. משנת 2003 ועד היום, שנת 2010, לא ברור מה יעלה בגורלו של בית-החולים אברבנאל, ועל כן בינתיים בית-החולים אינו משופץ אף שכבר לפני כעשור הוחלט כי הוא זקוק לשיפוץ.<sup>63</sup>

**משרד הבריאות השיב לנו בעניין זה כי הוא מודע היטב למצב הפיזי הקשה של בתי-החולים, בעיקר אלה שצוינו לעיל, אולם "תוכנית העבודה בתחום הבינוי לשנת 2010 לא תוכל לתת מענה לבעיות היסוד".<sup>64</sup> בתשובתו לא פירט המשרד מהן בעיות היסוד ומדוע אי-אפשר לתת עליהן מענה בתוכנית הבינוי לשנת 2010.**

#### 7.4. היקף הצרכים במוסדות בריאות הנפש

כפי שכבר צוין, בשנת 2010 יש מקום לבחון מחדש את ההנחות אשר למספר מיטות אשפוז בריאות הנפש הרצוי ושיעורן, לנוכח כמה משתנים: הגידול באוכלוסייה – כ-7.5 מיליוני תושבים; הפריסה הגיאוגרפית של האוכלוסייה (שכן לכל מוסד מוגדר תחום אשפוז); השינויים בסוגי הצרכים של המופנים למערכת (אשפוז במחלקה פעילה מול אשפוז במחלקה ממושכת); וההתקדמות ברפורמה הביטוחית והשיקומית. להלן כמה נקודות חשובות:

**תפוסת מיטות:** אחד המדדים שיסייעו בהערכת הצרכים בתחום זה הוא הערכת תפוסת המיטות במוסדות בריאות הנפש. בסוגיה זו יש מחלוקת בין משרד הבריאות לבין מוסדות בריאות הנפש אשר לשיטת המדידה. בחישוב התפוסה של משרד הבריאות מופחת מספר החולים שיצאו לחופשות בשבתות ובחגים (תפוסה נטו). המוסדות לבריאות הנפש מודעים לכך שיש חולים רבים שהטיפול בהם נעשה במהלך השבוע ובסוף השבוע אפשר לשחררם לחופשה, אולם לדבריהם שחרור זה אינו מאפשר להם לצמצם את כוח-האדם במידה ניכרת בסופי שבוע ובחגים. על כן מוסדות אלה מחשבים את התפוסה ללא קיזוז מספר החולים המצויים בחופשה בסופי שבוע (תפוסה ברוטו). לדברי מנהלי מוסדות בריאות הנפש שעמם שוחחנו מדובר בפערים ניכרים בחישוב, ולמעשה על-פי נתוני משרד הבריאות התפוסה במוסדות אלה נמוכה מ-95%, שעה שלטענתם התפוסה היא 100% ויותר.<sup>65</sup> ישיבה בעניין זה התקיימה

<sup>61</sup> פרופ' מרדכי שני, יו"ר הוועדה לנושא השינויים המבניים במערכת הבריאות, דוח שהוגש לראש הממשלה בנימין נתניהו ושר הבריאות דני נוה, 2 בספטמבר 2003.

<sup>62</sup> החלטת ממשלה מספר 803, "התייעלות במערכת הבריאות הממשלתית", 15 בספטמבר 2003.

<sup>63</sup> ד"ר יהודה ברוך, מנהל המרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל בבתי-ים, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010.

<sup>64</sup> גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 8 בפברואר 2010.

<sup>65</sup> ד"ר יעקב פולאקביץ, לשעבר ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות וכיום מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת-הכרמל, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010; וגם פרופ' לאון גרינהאוס, מנהל (בפועל) המרכז הרפואי לבריאות הנפש ירושלים, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010; וגם ד"ר יהודה ברוך, מנהל המרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל בבתי-ים, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010.



בין הצדדים בשבוע שעבר, וממשרד הבריאות נמסר כי הנושא ייבחן והנתונים יעודכנו בהתאם.<sup>66</sup> מידע מהימן יותר על התפוסה במוסדות בריאות הנפש יאפשר להעריך טוב יותר את הצרכים של בתי-חולים אלה ושל המאושפזים בהם.

**אשפוז חוזר:** חשוב לציין כי אף שצמצום המיטות כקבוע בהסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר אינו מיושם עדיין, מדדי האשפוז הקבועים בו מחייבים את המוסדות לבריאות הנפש. לדוגמה, נקבע שהשהייה הממוצעת בכלל המחלקות למבוגרים לא תעלה על 33 ימים והשהייה הממוצעת במחלקות לילדים לא תעלה על 62 ימים. נוסף על כך, נקבע כי השיעור הארצי של הקבלות החוזרות לאשפוז לא יעלה על 12% קבלות חוזרות תוך 30 יום מהשחרור מהאשפוז האחרון ועל 36% קבלות חוזרות עד 180 יום מהשחרור מהאשפוז האחרון.<sup>67</sup> אין בידנו מידע שמאפשר להעריך את עמידת המוסדות במדדים אלה, אולם משיחות שקיימנו עם כמה מנהלי בתי-חולים עולה כי הם מתקשים מאוד לעמוד במכסות שנקבעו אשר לקבלות חוזרות לאשפוז, בעיקר בשל היעדרם של מענים הולמים בקהילה, שמובילים לכך שחולים שבים לאשפוז.<sup>68</sup> משרד הבריאות מסר בעניין זה כי זהו המדד היחיד בהסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר שבו אין עמידה ביעדים, וכי לשם עמידה ביעד זה יש צורך בתגבור של שירותי הבריאות בקהילה.<sup>69</sup>

**שירותי שיקום:** משיחות שקיימנו במהלך כתיבת מסמך זה עולה עוד כי באזורים מסוימים שבהם אין די שירותי שיקום בתי-החולים מתקשים לשחרר חולים מאשפוז, ובמקרים מסוימים גם כאשר אושר למאושפז סל שיקום (על-פי חוק שיקום נכי נפש בקהילה) חולף זמן רב מיום מתן האישור עד לקבלת סל זה, ועל כן שחרורו מתעכב. ביקשנו ממשרד הבריאות נתונים על שיעור המקבלים שירותי שיקום בין כלל הזכאים לכך. **משרד הבריאות מסר לנו נתונים על מספר המשתקמים וטען כי על מנת לחשב את שיעורם יש צורך במידע על מספר הזכאים לקצבת נכות בגין נכות נפשית (על-פי סעיפי ליקוי 33 ו-34), וכי יש גם מספר לא מבוטל של אנשים הסובלים מנכות שלא פונים למוסד לביטוח לאומי, מסיבות שונות, ולכן הם אינם מוכרים כנכי נפש ואינם ממצים את זכאותם.<sup>70</sup>** מיותר לציין עד כמה תשובה זו, שמקורה במשרד המופקד על נושא זה, תמוהה, שכן מצופה ממנו לדעת מהו שיעור האנשים הזכאים שמקבלים שירותי שיקום כדי להעריך את יעילותו של שירות זה. מחישוב שערכנו על-פי מספר מקבלי קצבת נכות מהמוסד לביטוח לאומי בגין נכות נפשית (על-פי המלצת משרד הבריאות), עולה כי בשנים 2007–2002 קיבלו שירות זה בפועל 16%–23.5% ממקבלי קצבת הנכות בגין בעיות נפשיות.<sup>71</sup> מספר המשתקמים אכן גדל עם השנים, ובשנת 2009 היו 15,789 משתקמים, לעומת 7,717 בשנת 2002, אולם יש לזכור כי גם מספר מקבלי קצבת הנכות בגין נכות נפשית גדל עם השנים, ועל כן עדיין מדובר בשיעורים נמוכים יחסית.

<sup>66</sup> גבי רונית עוזרי, תחום מידע במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 8 בפברואר 2010.

<sup>67</sup> סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא העברת מלוא האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, 17 בספטמבר 2006.

<sup>68</sup> ד"ר יעקב פולאקביץ, לשעבר ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות וכיום מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת-הכרמל, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010; וגם פרופ' לאון גרינהאוס, מנהל (בפועל) המרכז הרפואי לבריאות הנפש ירושלים, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010; וגם ד"ר יהודה ברוך, מנהל המרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל בבתי-ים, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010.

<sup>69</sup> גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 8 בפברואר 2010.

<sup>70</sup> שם.

<sup>71</sup> מספר מקבלי קצבת נכות בגין נכות נפשית, לקוח מתוך: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות – שירותי בריאות הנפש, סטיגמה, אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים, כתבו נעמי סטרוד, יחיאל שרשבסקי, דניז נאון, נגה דניאל ונועם פישמן, דצמבר 2009.



**חולים כרוניים**: במחלקות הפעילות הממושכות במוסדות לבריאות הנפש יש תפוסת יתר, ולפיכך בתי-החולים לא רק מתקשים לעמוד במדדי האשפוז שנקבעו להם, אלא עליהם להעביר חולים למחלקות הפעילות הרגילות, וכך מספר המיטות הזמינות במחלקות הפעילות קטן יותר.<sup>72</sup> משרד הבריאות מסר כי להערכתו יש כ-100 חולים המאושפזים כיום במוסדות בריאות הנפש שניתן להעבירם למוסדות למחלות ממושכות (כיוון שלא ניתן לשקמם וקשה להחזירם לקהילה למסגרות השיקום הקיימות). לדברי המשרד, הוא עורך כיום סקר בנושא זה, כדי לפנות לאחר מכן למשרד האוצר בבקשה להגדיל את מספר המיטות לחולים כרוניים.<sup>73</sup>

**כוח-אדם**: נקודה נוספת שהועלתה בפנינו היא שהרפורמה המבנית, שמשמעותה שרק חולים קשים שאין להם מענה בקהילה יטופלו בבתי-החולים, הובילה לך שאוכלוסיית המאושפזים היא אוכלוסייה קשה יותר מבעבר, הסובלת מבעיות מורכבות יותר וזקוקה לטיפול אינטנסיבי מאוד. לפני כשלוש שנים עודכנו תקני כוח-האדם, וכיום במחלקות הפעילות נקבע תקן של 1.135 אנשי צוות למיטה ובמחלקות הממושכות נקבע תקן של 0.88 אנשי צוות למיטה. מנהלי בתי-החולים שעמם שוחחנו העלו בפנינו את הטענה שלפיה היקף כוח-אדם זה אינו תואם את ההחמרה באופי החולים ומקשה מאוד את הטיפול בהם. הבעיה המרכזית היא התקן הקבוע למחלקות הממושכות.<sup>74</sup> נציין כי תקנים אלה, שנקבעו לפני שלוש שנים, שיפרו את המצב שהיה קודם לכן, אולם משרד הבריאות מכיר בכך שבשל השינוי באופי המטופלים נדרשת תוספת כוח-אדם, ולדבריו בימים אלה שירות בריאות הנפש במשרד עורך סקר בבתי-החולים כדי לעמוד על תמהיל החולים הקשים ועל הצורך בהגדלת כוח-האדם, במטרה להגיש נתונים אלה לאגף תקציבים במשרד האוצר.<sup>75</sup>

**משרד הבריאות מסר עוד כי הוא מעוניין להביא לראייה כוללת של הצרכים בתחום בריאות הנפש ולהגיע עם משרד האוצר להסכם לשנים 2010–2015, שבמסגרתו יוסדרו נושא האשפוז ובייחוד סוגיית קידום המערך האמבולטורי בקהילה.**<sup>76</sup>

---

<sup>72</sup> ד"ר יעקב פולאקביץ, לשעבר ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות וכיום מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת-הכרמל, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010; וגם פרופ' לאון גרינהאוס, מנהל (בפועל) המרכז הרפואי לבריאות הנפש ירושלים, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010; וגם ד"ר יהודה ברוך, מנהל המרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל בבתי-ים, שיחת טלפון, 7 בפברואר 2010.

<sup>73</sup> גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 8 בפברואר 2010.

<sup>74</sup> ש.ם.

<sup>75</sup> ש.ם.

<sup>76</sup> ש.ם.

