



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

שיקום רפואי לילדים ונוער – מוסדות וכוח-אדם

מוגש לוועדה לזכויות הילד

כ"ד באדר א' תשע"ו
7 במרס 2016

כתיבה: ד"ר נורית יכימוביץ-כהן
מריה רבינוביץ'

אישור: שרון סופר, ראש צוות בכירה
עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

מסמך זה נכתב לבקשת חברת הכנסת יפעת שאשא-ביטון, יושבת-ראש הוועדה לזכויות הילד, לקראת דיון בוועדה לזכויות הילד בנושא "מוסדות שיקומיים לילדים". במסמך יובאו מידע ונתונים על שיקום רפואי של ילדים ונוער בישראל (עד גיל 18).

המסמך יתמקד בזמינות השירותים שמקבלים ילדים ונוער הזקוקים לשיקום רפואי ובפריסתם הארצית של מוסדות שיקום לילדים ונוער וכוח-האדם העוסק בשיקום כזה. כמו כן יובאו במסמך נתונים ומידע שהתקבלו ממשד הבריאות, מארבע קופות-החולים ומאנשי מקצוע העוסקים בשיקום ילדים ונוער. המסמך לא יעסוק בשיקום הפסיכיאטרי, ואף לא במוסדות חינוך ורווחה שניתנים בהם גם שירותים בתחום השיקום.

תמצית

- שיקום הוא תחום מומחיות רפואית העוסק בטיפול בתוצאות השליליות מבחינה תפקודית של מצבי מחלה ופציעה. מטרת השיקום של ילדים ונוער היא לצמצם את המגבלות שלהם למינימום ולאפשר להם תפקוד מקסימלי, כדי שיוכלו לנצל את היכולת שלהם ולהגיע להישגים כילדים וכבוגרים.
- משרד הבריאות וקופות-החולים לא ייחדו הגדרה לתחום שיקום ילדים ונוער, ואף לא למקצועות הרפואיים והפארה-רפואיים הקשורים בשיקום ילדים.** כיום משרד הבריאות רואה בתחום חלק בלתי נפרד מתחום השיקום הכללי, הכולל שיקום מבוגרים.
- להגדרה ייעודית של שיקום ילדים ונוער יש חשיבות, שכן היא מביאה בחשבון היבטים כגון הקשר בין הילד למערכת המשפחתית (למשל תלות לעומת עצמאות), התפתחות (מיומנויות ותפקוד קוגניטיבי, דיבור, תנועה ועוד), השתתפות בפעולות חברתיות (משחק וקשרים חברתיים) ויחסי הגומלין של הילד עם הסביבה (הן מבחינה פיזית, דוגמת תזונה, היגיינה ובטיחות, והן הסביבה החברתית, המשתנה עם הגיל – מחיים במסגרת המשפחה לחיים במסגרת הקהילה).
- שיקום רפואי, ובכלל זה שיקום ילדים ונוער, נעשה בכמה סוגי מסגרות: אשפוז, אשפוז-יום ומרפאות ומכוני בקהילה.
- בישראל יש שלושה מרכזי אשפוז שנעשה בהם שיקום ילדים ונוער, שניים באזור המרכז ואחד בירושלים. אחד מהם הוא מרכז שיקום ייעודי לילדים ונוער – בית-החולים אלי"ן בירושלים – ושניים הם מרכזי שיקום כלליים, וניתן בהם טיפול למטרת שיקום, בין היתר לילדים ונוער: בית-החולים השיקומי השייך לבית-החולים שיבא ברמת-גן, שיש בו מחלקת שיקום ילדים, ובית-החולים לוינסטיין ברעננה – מרכז לשיקום שיש בו מחלקת ילדים.
- מספר מיטות האשפוז לשיקום ילדים ונוער במסגרות הללו קטן והולך בשנים האחרונות.** בשנת 2014 היו 68 מיטות אשפוז – נמוך ב-34% ממספרן בשנת 2000 (103 מיטות) וב-47% ממספרן בשנת 2005 (129 מיטות). לעומת זאת, בשנים 2000-2013 מספר הילדים ובני הנוער בישראל גדל ב-24%.
- שירותי שיקום לילדים ונוער ניתנים בכמה מוסדות נוסף על שלושת המרכזים הייעודיים: באזור הצפון ניתן מענה חלקי במחלקת שיקום ילדים בבית-החולים בני-ציון בחיפה; במחלקת הילדים של בית-החולים השיקומי רעות בתל-אביב יש מסגרת אשפוז לשיקום; באזור הנגב פועל הכפר השיקומי



עלה-נגב, שניתנים בו שירותי שיקום לילדים ולמבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית המשולבת בנכויות פיזיות קשות.

- כיום אין המתנה ממושכת לאשפוז בשיקום. בדרך כלל ילדים מתקבלים מייד לכל המחלקות או ממתנינים ימים אחדים – גם בקרב אוכלוסיית הפריפריה. עם זאת, יש מצוקת **שירותים בתחום השיקום באזורים פריפריים (הצפון והדרום)**, הן באשפוז והן בקהילה. מכיוון שאין מענים באזורים אלו, ילדים הזקוקים לשיקום ומשפחותיהם מכל רחבי הארץ נאלצים להגיע למוסדות שיקום באזור המרכז.
- **הריחוק של מוסדות השיקום ממקום המגורים של הילד ומשפחתו מאלץ את המשפחה להוציא הוצאות גבוהות על הסעות ועל לינה של מי שמלווים את הילד ולהטיל עליה עומס רב, שעלול לפגוע בפרנסתה ולהקשות עליה לנהל חיים תקינים.** גורמים הנוגעים בדבר טוענים כי "הפגיעה החמורה יוצרת אפליה ברורה בין מטופלים ומשפחותיהם שמתגוררים בצפון או בדרום לעומת מי שגרים במרכז הארץ". כמו כן, מוכרים מקרים שבהם "שוחררו ילדים ומבוגרים משיקום בטרם עת רק משום שהמשפחה לא יכולה הייתה להרשות לעצמה ללוות אותם כנדרש"¹.
- **נוסף על המחסור במסגרות שיקום לילדים ולנוער באזורים פריפריים, יש מחסור חמור בכוח-אדם שמומחיותו היא שיקום ילדים ונוער: בישראל יש רק שתי רופאות שהן בעלות מומחיות כפולה ברפואת ילדים וברפואה שיקומית; שאר הרופאים בתחום השיקום הילדים הם מומחים באחד התחומים הללו. כדי להגדיל את מספר הרופאים שהם בעלי מומחיות כפולה שוקלים כיום במועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) לפתוח בעבור רופאי ילדים מסלול של תת-התמחות בשיקום. תת-ההתמחות אמורה להימשך כשנתיים וחצי, והיא קצרה מהתמחויות-בסיס נוספות.**
- **גם במקצועות הפארה-רפואיים יש מחסור בכוח-אדם בתחום שיקום ילדים, בעיקר בקלינאי תקשורת ובמרפאים בעיסוק, ובעיקר בפריפריה.**
- **לדברי גורמים מקצועיים בתחום השיקום הילדים בישראל, פתיחת מרכזי אשפוז נוספים לשיקום ילדים לא תביא תועלת כל עוד יש מצוקת כוח-אדם רפואי וכוח-אדם פארה-רפואי בתחום זה. כמו כן, לדעתם המקום הגאוגרפי של מרכזי השיקום אינו נושא מרכזי בדיון על שיפור השירות בתחום שיקום ילדים, ויש להתמקד בהכשרת כוח-אדם מקצועי ויעודי.**

¹ קביעת סטנדרטים שוויוניים לשירותי שיקום רפואיים, מכתב לשר הבריאות יעקב ליצמן, 21 בדצמבר 2015. על המכתב חתומים 19 גורמים: חמישה ראשי ערים ומועצות מקומיות בפריפריה, מנהל האגף לרפואה שיקומית במרכז הרפואי רעות, אזרחים תושבי פריפריה הזקוקים לשיקום, נציגי ארגונים אזרחיים העוסקים במקצועות הרפואה, נציגי ציבור וארגונים אזרחיים המייצגים את הגליל, הנגב והדרום, והאגודה לזכויות האזרח בישראל, רופאים לזכויות אדם, שתיל, בזכות – המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, מרכז אדוה לחקר החברה הישראלית ולקידום רעיון השוויון והצדק החברתי ועמותת קר"ן, העוסקת בזכויות קטועי רגליים.

רקע – שיקום כללי ושיקום ילדים ונוער

שיקום הוא תחום מומחיות רפואית העוסק בטיפול בתוצאות השליליות מבחינה תפקודית של מצבי מחלה ופגיעה.² מי שזקוקים לשיקום רפואי הם בעיקר אנשים עם מוגבלויות ונכויות שנוצרות עקב מחלות מולדות או נרכשות, עיכוב התפתחותי, חבלות ופגיעה באברי גוף. הרפואה השיקומית נועדה להקטין את המוגבלות והנכות שיוצרות מחלות או חבלות כמו אירוע מוחי, פגיעה בחוט השדרה, שברים מורכבים וקטיעת גפיים.³

בנייר עמדה שפרסמה בשנת 2000 הוועדה המקצועית מטעם האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום מוסבר כי "הרפואה השיקומית הכללית עוסקת בטיפול באדם שעבר טיפול ראשוני במחלה או בפגיעה ונותר עם ליקויים העלולים לגרום לו לנכות ולמוגבלות ביחס ליכולתו הקודמת ו/או ביחס לתפקודם של אחרים בני אותו גיל, מין ותרבות".⁴ על-פי הנייר, מטרת השיקום של ילדים ונוער היא לצמצם את המגבלות למינימום ולאפשר תפקוד מקסימלי, כדי שהמטופל יוכל לנצל את היכולת שלו ויגיע לעצמאות בפעולות היומיומיות, שיוכל למלא תפקיד פעיל במשפחה ובחברה (על-פי גילו), שיהיה בעל יכולת למידה במסגרות חינוכיות ויוכל להשתלב בבגרותו בשוק העבודה. עוד נאמר בנייר העמדה כי הטיפול צריך להיות כוללני, ולא יתמקד רק במחלה או בהפרעה אלא יראה במטופל אדם הזקוק להתייחסות גופנית, רגשית וחברתית. בנייר נאמר כי אוכלוסיית היעד לשיקום ילדים היא לא רק מי שהליקויים שלהם משניים למחלה או לפגיעה, אלא גם מי שסובלים מסיבוכים של הפרעות או מחלות מולדות או מי שעברו התערבות מתקנת וזקוקים לטיפול שיקומי.⁵

אחריותה של המדינה לשיקום רפואי מעוגנת בחוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. החוק קובע בפרק ב', "עקרונות היסוד", את התחומים שבהם יינתנו שירותי הבריאות על-פי סל שירותי הבריאות, ובהם "שיקום רפואי, לרבות שיקום פסיכולוגי, פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית בתחום הבריאות".⁶ ציון כי החוק אינו עוסק באופן ספציפי בשיקום ילדים.

כיום משרד הבריאות רואה בתחום שיקום ילדים ונוער חלק בלתי נפרד מתחום השיקום הכללי, שבו גם שיקום מבוגרים, אולם ילדים ובני נוער הזקוקים לשיקום מופנים בדרך כלל למחלקות ייעודיות לשיקום ילדים.⁷ ארבע קופות-החולים הפועלות בישראל מסתמכות על כך שמשד הבריאות לא הגדיר שיקום ילדים, וגם הן לא קבעו הגדרה נפרדת לתחום זה.⁸ נציין כי מקופת-חולים לאומית נמסר כי בכל הנוגע לתחום השיקום (של מבוגרים וילדים גם יחד), הקופה משתמשת בהגדרות ובהנחיות של משרד הבריאות

² האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום, תאריך כניסה: 21 באוקטובר 2015.

³ שם.

⁴ הוועדה המקצועית מטעם האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום, נייר עמדה בנושא רפואה שיקומית, 2000, פורסם על-ידי ההסתדרות הרפואית בישראל, המועצה המדעית, האגף להבטחת איכות.

⁵ שם.

⁶ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, סעיף 6(5).

⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

⁸ מיכאל אורן, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה בקופת-חולים כללית, דוא"ל, 18 בנובמבר 2015; ד"ר אריה גרובר, מנהל מחלקת אשפוז ושירותים אמבולטוריים בקופת-חולים לאומית, דוא"ל, 22 בנובמבר 2015; מיכל זגון-רוגל, קשרי ממשל במכבי שירותי בריאות, דוא"ל, 20 בדצמבר 2015; ד"ר רינת כהן, ראש אגף רפואה ראשונית, חטיבת הרפואה בקופת-חולים מאוחדת, דוא"ל, 19 בנובמבר 2015.



שפורסמו בחוזר מינהל רפואה משנת 2009, "אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים" (ההדגשה אינה במקור).⁹

לדברי ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום,¹⁰ יש להגדיר את שיקום הילדים רשמית כפי שעשה זאת ארגון הבריאות העולמי.¹¹ בפרסום של ארגון הבריאות העולמי בנושא מוגדרים מצבי בריאות, לקויות וקשיי תפקוד של ילדים ובני נוער מתוך הדגשת ארבעה עקרונות: הקשר בין הילד למערכת המשפחתית (למשל תלות לעומת עצמאות; בגרות חברתית ונפשית), התפתחות (בין השאר מיומנויות ותפקוד קוגניטיבי, דיבור, תנועה ותקשורת), השתתפות בפעילות חברתית (דוגמת משחק או קשרים חברתיים בגילים שונים) ויחסי גומלין של הילד עם הסביבה (הן מבחינה פיזית, דוגמת תזונה, היגיינה ובטיחות, והן הקשר לסביבה החברתית, המשתנה עם הגיל – מחיים במסגרת המשפחה לחיים במסגרת הקהילה).¹²

ד"ר יצחק זיו-נר, יושב-ראש המועצה הלאומית לשיקום, מוסר כי אין הגדרה ייעודית להתמחות בתחום שיקום ילדים לבעלי מקצוע במקצועות הפארה-רפואיים, כמו פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, דיאטנות, קלינאות תקשורת ועבודה סוציאלית. יש הכשרה ספציפית לשיקום בתחום הפסיכולוגיה ובתחום הסיעוד.¹³ לדברי ד"ר גוטמן, יש להגדיר גם את מקצועות הרפואה הקשורים בשיקום ילדים ואת המקצועות הפארה-רפואיים לפי עקרונות אלו.¹⁴

בחלקו הראשון של מסמך זה נסקור את המסגרות הרפואיות לשיקום ילדים בישראל במוסדות רפואיים ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים, ובכלל זה מקומם הגאוגרפי. בחלקו השני של המסמך נבחן את גודל כוח-האדם הרפואי והפארה-רפואי בתחום.

1. מסגרות לשיקום ילדים ונוער

שיקום רפואי, ובכלל זה שיקום ילדים ונוער, נעשה בכמה סוגי מסגרות: אשפוז, אשפוז-יום ומרפאות ומכונים בקהילה. לעתים תהליך השיקום מתחיל באשפוז ואחריו טיפולי המשך באשפוז-יום או טיפול בקהילה, ולעתים הוא מתחיל במסגרת אשפוז-יום או טיפול בקהילה.

להלן נביא מידע ונתונים על מסגרות שיקום אלו. המידע התקבל ממשרד הבריאות ומארבע קופות-החולים (כללית, לאומית, מאוחדת ומכבי).¹⁵ לא עלה בידינו לסכם את נתוני קופות-החולים על המענים הקיימים

⁹ חוזר מינהל רפואה 4/2009, [אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים](#), 14 בינואר 2009.
¹⁰ ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, מומחית לרפואת ילדים ולשיקום, מחלקת שיקום ילדים בבית-החולים שיבא, שיחת טלפון, 17 בינואר 2016.

¹¹ World Health Organization, [International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version \(ICF-CY\)](#), 2007.

¹² שם.

¹³ ד"ר יצחק זיו-נר, יושב-ראש המועצה הלאומית לשיקום במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 20 בינואר 2016.

¹⁴ ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, מומחית לרפואת ילדים ולשיקום, מחלקת שיקום ילדים בבית-החולים שיבא, שיחת טלפון, 17 בינואר 2016.

¹⁵ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015; מיכאל אורן, סמנכ"ל וראש חטיבת כהן, מנהלת תחום כללית, דוא"ל, 18 בנובמבר 2015; ד"ר אריה גרובר, מנהל מחלקת אשפוז ושירותים אמבולטוריים בקופת-חולים לאומית, דוא"ל, 22 בנובמבר 2015; מיכל זגון-רוגל, קשרי ממשל במכבי שירותי בריאות,

כיום בתחום שיקום ילדים ונוער בפילוח אחיד לפי מחוז, היות שכל קופה קבעה חלוקה משלה.¹⁶ על כן, נביא לדוגמה נתונים שמסרו כמה מהקופות.

1.1. אשפוז לשיקום ילדים ונוער

כאמור, משרד הבריאות רואה בשיקום ילדים ונוער חלק בלתי נפרד מתחום השיקום הכללי, אולם ילדים ובני נוער הזקוקים לשיקום מופנים בדרך כלל למחלקות ייעודיות לשיקום ילדים.¹⁷

בישראל יש שלושה מרכזי שיקום;¹⁸ אחד מהם הוא מרכז שיקום ייעודי לילדים ונוער, ושני האחרים הם מרכזי שיקום כלליים, שניתן בהם טיפול למטרת שיקום גם לילדים ונוער:

1. בית-החולים אלי"ן¹⁹ – מרכז שיקום ילדים ונוער בירושלים, בבעלות מלכ"ר.²⁰

2. בית-החולים השיקומי השייך לבית-החולים שיבא²¹ – בית-חולים ממשלתי ברמת-גן שיש בו מחלקת ילדים.

3. בית-החולים לוינשטיין²² – מרכז לשיקום שאינו מתמחה בילדים ונוער אך יש בו מחלקת ילדים. המרכז שוכן ברעננה והוא בבעלות שירותי בריאות כללית.

כפי שעולה מרשימה זו, מרכזי שיקום ייעודיים לילדים ונוער פועלים כיום רק באזור המרכז ובירושלים, ואין מרכזי שיקום ייעודיים לילדים ונוער בדרום ובצפון. בטבלה 1 להלן יוצגו נתוני משרד הבריאות על מיטות אשפוז לשיקום ילדים ונוער אשר פעלו בתקן בשנים 2012-2014 ועל התפוסה במיטות האלה במרכזי השיקום הייעודיים שהוצגו לעיל. יצוין כי התקינה במחלקות שיקום ילדים ונוער מבוססת על תקינת מחלקות השיקום הכללי, ואין תקינה מיוחדת לשיקום ילדים ונוער.²³

דוא"ל, 20 בדצמבר 2015; ד"ר רינת כהן, ראש אגף רפואה ראשונית, חטיבת הרפואה בקופת-חולים מאוחדת, דוא"ל, 19 בנובמבר 2015.

¹⁶ החלוקה למחוזות שונה בכל קופה וקופה, ואף שונה מן החלוקה המינהלית הרשמית של מדינת ישראל שקבעה הלמ"ס, שלפיה ישראל נחלקת לשישה מחוזות רשמיים (ירושלים, הצפון, חיפה, המרכז, תל-אביב והדרום) ובהם 15 נפות. הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 2015, [לוח 1.1](#), שטח מחוזות, נפות, אזורים טבעיים וימות.

¹⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

¹⁸ שם.

¹⁹ משרד הבריאות, [בית-החולים אלי"ן, מוסד לשיקום ילדים ונוער](#), תאריך כניסה: 1 בינואר 2016.

²⁰ בית החולים אלי"ן מנוהל על-ידי עמותת [בית-חולים אלי"ן – מרכז לשיקום ילדים ונוער \(ע"ר\)](#), מס' תאגיד: 580015881.

²¹ משרד הבריאות, [בית-החולים שיבא](#), תאריך כניסה: 1 בינואר 2016.

²² משרד הבריאות, [בית-החולים לוינשטיין](#), תאריך כניסה: 1 בינואר 2016.

²³ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.



טבלה 1: מספר מיטות אשפוז בתקן לשיקום ילדים ונוער ושיעורי התפוסה בתקן, 2012-2014 ²⁴			
מספר מיטות אשפוז בתקן לשיקום ילדים ונוער (מספר מיטות פעילות)			
2014	2013	2012	
15	15	15	בית-החולים השיקומי שיבא, תל-השומר
21	15	15	בית-החולים לוינשטיין – מרכז לשיקום
32	32	32	בית-החולים אלי"ן – מרכז שיקום ילדים ונוער
68	62	62	סך הכול
שיעור התפוסה בתקן			
2014	2013	2012	
103%	101%	110%	בית-החולים השיקומי שיבא, תל השומר
102%	110%	115%	בית-החולים לוינשטיין – מרכז לשיקום
173%	179%	164%	בית-החולים אלי"ן – מרכז שיקום ילדים ונוער

מהנתונים בטבלה 1 עולה כדלקמן:

- בשנים 2012-2014 מספר מיטות האשפוז בבית-החולים השיקומי שיבא (15 מיטות אשפוז) ובבית-החולים אלי"ן (32 מיטות אשפוז) לא השתנה. בבית-החולים לוינשטיין עלה מספר מיטות האשפוז מ-15 בשנים 2012-2013 ל-21 בשנת 2014 (עלייה של 40%). כאמור, התקינה במחלקות שיקום ילדים מבוססת על תקינת מחלקות השיקום הכללי, ואין תקינה מיוחדת לשיקום ילדים. בהקשר זה, במשרד הבריאות מציינים כי התקינה בתחום השיקום בדרך כלל נקבעת כך גם במדינות אירופה ובארצות הברית.²⁵
- בכל השנים שנבדקו, בשלושה המרכזים השיקומיים התפוסה בתקן עלתה על 100%. התפוסה בבית-החולים אלי"ן גבוהה מבשני המרכזים האחרים: בבית-החולים של אזור המרכז (שיבא ולוינשטיין) שיעורי התפוסה הם 101%-115%, ובאלי"ן התפוסה היא 164%-179%. לדברי די"ר עדי ששון, מנהל אגף שיקום במשרד הבריאות, ככל הנראה התפוסה הגבוהה באלי"ן נובעת ממאפייניו: המבנה הפיזי של בית-החולים מאפשר הוספת מיטות מעבר לתקן; בית-החולים מנוהל על-ידי עמותה וכך מתאפשרת לו גמישות בהעסקת כוח-אדם, ולכן הוא מעסיק יותר אנשי צוות ויכול לאשפוז ילדים רבים יותר ולתת להם שירותים מגוונים יותר.²⁶

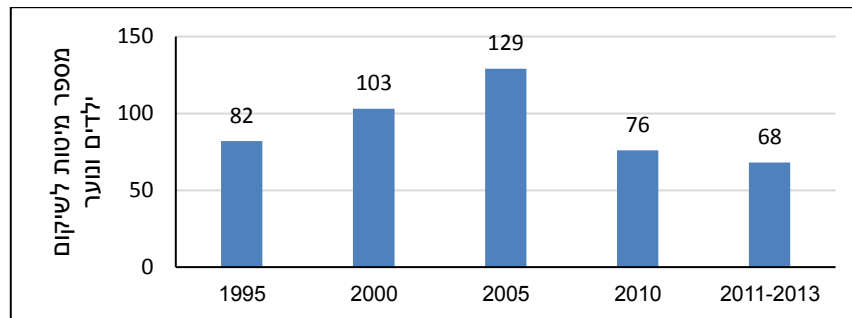
²⁴ ש.ם.

²⁵ ש.ם.

²⁶ די"ר עדי ששון, מנהל אגף שיקום במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 5 בינואר 2016.

בתרשים 1 שלהלן נציג את מספר המיטות לשיקום ילדים ונוער בשנים נבחרות מ-1995 עד 2013, כפי שעולה מהפרסום של משרד הבריאות "מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז-יום בישראל 2013".²⁷

תרשים 1. מספר המיטות לשיקום ילדים ונוער בישראל בשנים נבחרות מ-1995 עד 2013²⁸



בתרשים 1 עולה כי מספר מיטות האשפוז לשיקום ילדים ונוער ירד משנת 2005 עד היום.²⁹ כאמור, בשנת 2014 היו 68 מיטות אשפוז – פחות משהיו בשנת 2000 (103 מיטות) ובשנת 2005 (129 מיטות). **לפיכך, עד שנת 2014 ירד מספר מיטות האשפוז בתקן ב-34% לעומת שנת 2000 וב-47% לעומת שנת 2005. לעומת זאת, בשנים 2013-2000 מספר הילדים ובני הנוער בישראל גדל ב-24%.³⁰ יש לתת את הדעת לגידול באוכלוסייה שעלולה להזדקק לשיקום רפואי בתכנון המענה בתחום זה.** עם זאת, יש בישראל כיום מגמה של העברת מרכז הכובד של כלל רפואת הילדים לקהילה. בד בבד עם מגמה זו גדל מספר המצבים הרפואיים הניתנים לטיפול אמבולטורי, שבו הפגיעה ברצף התקין של חיי הילד ומשפחתו קטנה מזו שבטיפול באשפוז. המעבר לשירותי רפואה בקהילה אף מקטין את עלויות הטיפול ומאפשר שימוש נכון יותר במשאבי הבריאות.³¹

בהקשר של המיטות נוסף כי בכנס "שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תוכנית לאומית"³² שנערך בשנת 2013 הודיע משרד הבריאות כי אל המשימות העיקריות שקיבל עליו לשנים הקרובות יש להוסיף "מיטות שיקום, בעיקר בפריפריה (שיקום כללי, אורתופדי, ספינאלי [עמוד שדרה], פגיעות מוח, שיקום גריאטרי ושיקום ילדים)". בכוונת משרד הבריאות להוסיף 225 מיטות אשפוז "בפריסה רב-שנתית מהירה ככל

²⁷ משרד הבריאות, אגף המידע, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז-יום בישראל 2013](#), חלק א': [מגמות באשפוז](#), ירושלים 2014, עמ' 182.

²⁸ ש.ס.

²⁹ כפי שהוצג בטבלה 1, גם בשנת 2014 היו 68 מיטות אשפוז בתקן לשיקום ילדים ונוער.

³⁰ בשנת 2000 היו בישראל כ-2,237,800 ילדים עד גיל 18, וראו הלמ"ס, [שנתון סטטיסטי 2001](#), [לוח 2.18](#), אוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל. בשנת 2013 היו בישראל כ-2,776,100 ילדים, וראו הלמ"ס, [שנתון סטטיסטי 2014](#), [לוח 2.3](#), אוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל.

³¹ מריה רבינוביץ', [סוגיות במתן שירותי רפואה ראשונית בקהילה לילדים ולבני-נוער עד גיל 18 בפריפריה](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 20 ביולי 2014.

³² ד"ר יצחק זיו-נר, יושב-ראש המועצה הלאומית לשיקום, ופרופ' ארנון אפק, מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, [תוכנית לאומית לשיקום – חזון ומשימות](#), חומר רקע שנמסר בכנס "שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תוכנית לאומית", נובמבר 2013, עמ' 19. את הכנס ארגנו משרד הבריאות והמועצה הלאומית לשיקום.

הניתן". **המשרד לא ציין כמה מיטות שיקום ילדים ונוער בכוונתו להוסיף.** אחת המשימות שמשרד הבריאות הכריז עליהן היא **פתיחת מרכזי שיקום יום או אשפוז-יום שיקומי בפריפריה**.³³

בפרסום "שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תוכנית לאומית" אשר ליווה את הכינוס עלה הצורך בראייה מתכללת בנוגע למטופל בכל שלבי החיים. כמו כן, צוין הצורך בניהול ותיאום של שירותי השיקום בישראל, שכן גורמים רבים שותפים במתן שירותים אלו, ובהם משרד הבריאות, גורמים ממשלתיים אחרים (כמו המוסד לביטוח לאומי וגורמי רווחה), בתי-חולים, קופות-חולים, עמותות וגופים בשוק הפרטי.³⁴ אין לנו מידע על יישום החלטות הללו.

בפברואר 2014 דנה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בנושא "מחלקות שיקום בדרום הארץ".³⁵ בדיון זה הועלה מצב השיקום הכללי בישראל, ובעיקר הפער הגדול בין הפריפריה³⁶ (ובייחוד דרום הארץ) למרכז. **בדיון זה לא הוזכר שיקום ילדים ונוער.**

בטבלה 2 יוצגו נתוני משרד הבריאות על אשפוז בתחום שיקום ילדים ונוער מן השנים 2012-2014 – מספר הקבלות לאשפוז בכל מוסד ומשך השהייה הממוצע בהם.

טבלה 2: נתוני משרד הבריאות על אשפוז בתחום שיקום ילדים בשנים 2012-2014 ³⁷						
מספר ימי שהייה ממוצע ³⁸			מספר קבלות לאשפוז			
2014	2013	2012	2014	2013	2012	
53	71	58	98	83	97	בית-החולים השיקומי שיבא
118	103	99	58	52	65	בית-החולים לוינשטיין
30	35	35	232	227	244	בית-החולים אלי"ן

מטבלה 2 עולה כדלקמן:

³³ בעניין זה מסר משרד הבריאות כי הוספת 225 מיטות אינה יעד שהמשרד הגדיר אלא חזון, וכי חלק ממיטות האשפוז בפריפריה כבר התווספו – מיטות אשפוז למבוגרים במרכז השיקומי עלה-נגב ובבית-החולים סורוקה. ד"ר עדי ששון, מנהל אגף השיקום במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 24 בינואר 2016.

³⁴ ד"ר יצחק זיו-נר, יושב-ראש המועצה הלאומית לשיקום, ופרופ' ארנון אפק, מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, [תוכנית לאומית לשיקום – חזון ומשימות](#), חומר רקע שנמסר בכנס "שיקום רפואי: חזון ואתגרים לגיבוש תוכנית לאומית", נובמבר 2013, עמ' 34. את הכנס ארגנו משרד הבריאות והמועצה הלאומית לשיקום.

³⁵ ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, דיון בנושא [מחלקות שיקום בדרום הארץ](#), פרוטוקול מס' 200, 25 בפברואר 2015.

³⁶ בהמשך המסמך נעסוק בפריפריאליות של אזורים בארץ על סמך [מדד הפריפריאליות](#) של הלמ"ס. פריפריאליות מוגדרת כאזור מרוחק מאפשרויות, מפעילויות או מנכסים הקיימים בכל האזורים, ובכלל זה האזור הגאוגרפי עצמו. בחישוב המדד הובאו בחשבון קרבת הרשות המקומית לכל אחת מן הרשויות המקומיות בארץ, בשקלול גודל האוכלוסייה שלהן, וכן הקרבה לגבול מחוז תל-אביב. על-פי מדד זה, האזורים הפריפריים ביותר (אשכולות 1, 2 ו-3) הם הערבה, הנגב הדרומי והמרכזי, חלק מאזור ים המלח, רמת-הגולן והגליל העליון; אזורים פריפריים באשכול 4: חלק מהגליל המערבי והגליל התחתון, ערבות הירדן ומגילות ים המלח וחלק מהנגב הצפוני; אזורים בעלי פריפריאליות בינונית (אשכולות 5 ו-6): אשקלון, יהודה ושומרון, עמק יזרעאל, חיפה והכרמל ועוד; אזורים מרכזיים (אשכול 7): חדרה, חוף השרון, חבל מודיעין ואשדוד; אזורים מרכזיים מאוד (אשכולות 8, 9 ו-10): אזור מטרופולין תל-אביב וירושלים.

³⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

³⁸ מתשובת משרד הבריאות על פנייתנו (דוא"ל, 24 בנובמבר 2015) עולה כי אין להם נתונים על משך האשפוז הממוצע לפי תחום השיקום (למשל אורתופדי, נוירולוגי, נשימתי).



- בשנים 2012-2014 אושפזו לצורך שיקום בממוצע בכל שנה 93 ילדים בבית-החולים שיבא, 58 ילדים בבית-החולים לוינסטיין ו-234 ילדים בבית-החולים אליין.
- כפי שהוצג בטבלה 1, מספר מיטות האשפוז בבית-החולים שיבא ובבית-החולים לוינסטיין היה דומה בתקופה הנבדקת; מכאן שההבדל ביניהם במספר הקבלות לאשפוז נובע מההבדל במשך האשפוז הממוצע בשני בתי-החולים: בשנים 2012-2014 השהייה הממוצעת בבית-החולים שיבא הייתה 53-71 יום, ובבית-החולים לוינסטיין – 99-118 יום.
- בבית-החולים אליין משך השהייה הממוצע היה 30-35 יום; זמן האשפוז הממוצע הקצר באליין ומספר המיטות הגדול יחסית מסבירים את מספר הקבלות הרב (234 קבלות בשנה בממוצע) בבית-חולים זה.
- לא ידוע לנו ממה נובעים ההבדלים במשך האשפוז בין מוסדות השיקום. ייתכן שהם נובעים מהבדלים במצבם הרפואי של הילדים שהופנו למוסדות מלכתחילה, בגין התמחותם של המוסדות בסוגי שיקום שונים.

כאמור, על-פי תשובת משרד הבריאות, שירותי אשפוז לצורך שיקום ניתנים בשלושה בתי-חולים בלבד, אולם מתשובות קופת-החולים עולה כי אשפוז לצורך שיקום מתאפשר במוסדות רפואיים נוספים. לדוגמה, מנתוני קופת-חולים לאומית עולה כי בשנים 2012-2014 הופנו מטופלים לאשפוז בבתי-החולים בני-ציון (רוטשילד) בחיפה, שיבא – תל השומר, אליין, אסף הרופא בצריפין, המרכז הרפואי לגליל בנהריה ובית-החולים הדסה הר-הצופים בירושלים.³⁹ כמו כן, בשנת 2014 הפנתה הקופה שמונה ילדים ובני נוער לחברה פרטית המספקת שירותי אשפוז-בית.⁴⁰ בשנים 2012-2014 קופת-חולים לאומית לא הפנתה ילדים לבית-החולים לוינסטיין.⁴¹ בשנת 2012 אושפזו במוסדות שיקום 331 ילדים ובני נוער המבוטחים בקופת-חולים לאומית, בשנת 2013 אושפזו 370 ילדים ונוער, ובשנת 2014 – 339, ובממוצע – כ-347 מטופלים בשנה.⁴² בבדיקת מקום המגורים של הילדים ובני הנוער ממבוטחי קופת-חולים לאומית שאושפזו לצורך שיקום בשנים 2012-2014 עולה כי רבים מהם מתגוררים באזורים פריפריים.⁴³ 29 מהם היו תושבי הגליל,⁴³

³⁹ ד"ר אריה גרובר, מנהל מחלקת אשפוז ושירותים אמבולטוריים בקופת-חולים לאומית, דוא"ל, 22 בנובמבר 2015. ילדים אלו היו תושבי יהודה ושומרון, כינרת, וחיפה והעמקים.

⁴⁰ אשפוז-בית עשוי לשמש תחליף לאשפוז מוסדי. מיתרונותיה של שיטת אשפוז זו: מניעת תחלואה הנובעת מהידבקות במחלות מידבקות, שהיא שכיחה בבתי-חולים; השארות המטופל בסביבה מוכרת, בקרבת בני המשפחה והקהילה וכעקבות זאת – עלייה בשביעות הרצון של המטופל; הקלה על בני משפחה, היות שבשיטת אשפוז זו הם אינם נאלצים להגיע לבית-החולים לסעוד את בן משפחתם. החיסרון של אשפוז-בית הוא גישה מעטה ליעוץ רפואי ולשירותים פארה-רפואיים, שבדרך כלל ניתנים בבתי-חולים. ראו:

Monitor, [Moving Healthcare Closer to Home: Literature Review of Clinical Impacts](#), September 2015 .

מחקרים הראו כי עלות אשפוז-בית עשויה להיות נמוכה מעלות אשפוז מוסדי, וראו:

David P. Paul, [An Innovation in Healthcare Delivery: Hospital at Home](#), *Journal of Management Policy and Practice*, Vol. 14 (6), 2013, p. 73-91.

כיום כמה קופות-חולים מאפשרות אשפוז-בית באמצעות חברות פרטיות וארגוני מתנדבים.

⁴¹ אי-הפניית ילדים ונוער לשיקום בבית-החולים לוינסטיין היא מדיניות של הקופה. ד"ר אריה גרובר, מנהל מחלקת אשפוז ושירותים אמבולטוריים בקופת-חולים לאומית, שיחת טלפון, 6 בינואר 2015.

⁴² הני"ל, דוא"ל, 22 בנובמבר 2015.

⁴³ 24 מהילדים תושבי הגליל אושפזו בבית-החולים שיבא, שלושה בבית-החולים בני-ציון, אחד בבית-החולים אליין ואחד בבית-החולים נהריה.



22 היו תושבי אזור כינרת⁴⁴ ו-23 היו תושבי הנגב.⁴⁵ אזורים אלו שייכים לאשכולות הפריפריים הנמוכים, 4-1.⁴⁶ בבחינת נתוני קופת-חולים לאומית באזורים מאשכולות פריפריים בינוניים (אשכולות 5-6) עולה כי גם בהם יש מטופלים לא מעטים שקיבלו שירותי שיקום הרחק ממקום מגוריהם: 45 היו תושבי יהודה ושומרון⁴⁷ ו-11 היו תושבי חיפה והעמקים.⁴⁸

בשנים 2012-2014, מהילדים ובני הנוער מבוטחי קופת-חולים לאומית שאושפזו לצורך שיקום, 69 היו תושבי אזור תל-אביב ובני-ברק,⁴⁹ 84 היו תושבי גוש דן והשפלה⁵⁰ ו-542 היו תושבי ירושלים וסביבתה.⁵¹ כאמור, באזור מגוריהם של ילדים אלו יש מענה שיקומי.

• מיטות אשפוז נוספות לשיקום ילדים ונוער

על-פי הנתונים שהוצגו לעיל, משרד הבריאות הקצה תקנים לשיקום ילדים בשלושה מוסדות בלבד, במרכז הארץ ובירושלים. עם זאת, שירותי שיקום ניתנים לילדים ונוער במוסדות נוספים, שאין בהם תקינה של משרד הבריאות. באזור הצפון ניתן מענה חלקי במחלקת שיקום ילדים בבית-החולים בני-ציון בחיפה.⁵² גם במחלקת הילדים של בית-החולים השיקומי רעות בתל-אביב יש אפשרות אשפוז לצורך שיקום.⁵³ באזור הנגב פועל הכפר השיקומי עלה-נגב, הנותן שירותי שיקום לילדים ומבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית המשולבת בכוויות פיזיות קשות, מומים גנטיים ומחלות נרכשות. הכפר השיקומי מופעל על ידי עמותת עלה-נגב – נחלת ערן.⁵⁴

⁴⁴ 11 מתושבי אזור כינרת אושפזו בבית-החולים אלי"ן, שמונה אושפזו בבית-החולים שיבא, וכאמור, שלושה טופלו בביתם באמצעות חברה פרטית המספקת שירותי אשפוז-בית.

⁴⁵ 19 מתושבי הנגב אושפזו בבית-החולים אלי"ן, שלושה בבית-החולים שיבא ואחד בבית-החולים אסף הרופא.

⁴⁶ הגדרת אשכולות פריפריאליות מופיעה בהערה 36.

⁴⁷ 34 מתושבי יהודה ושומרון אושפזו בבית-החולים שיבא, ארבעה בבית-החולים אלי"ן, ארבעה קיבלו שירות אשפוז-בית באמצעות חברה פרטית ושלושה אושפזו בבית-החולים אסף הרופא.

⁴⁸ שבעה מתושבי חיפה והעמקים אושפזו בבית-החולים אלי"ן, שלושה אושפזו בבית-החולים שיבא ואחד קיבל שירותי אשפוז-בית באמצעות חברה פרטית.

⁴⁹ 67 מתושבי אזור תל-אביב ובני-ברק אושפזו בבית-החולים שיבא ושניים – בבית-החולים אלי"ן.

⁵⁰ מתושבי גוש דן והשפלה, 63 אושפזו בבית-החולים שיבא ו-21 אושפזו בבית-החולים אסף הרופא.

⁵¹ מתושבי ירושלים והסביבה, 53 אושפזו בבית-החולים אלי"ן, 11 אושפזו בבית-החולים שיבא ואחד בבית-החולים אסף הרופא. בחישוב מספר זה הבאנו בחשבון את הילדים ובני הנוער המתגוררים במוריה (סניפים בשכונות חרדיות של ירושלים), ציון (שאר שכונות ירושלים), אזור יהודה ובית"ר ומזרח-ירושלים. החלוקה לאזורים נעשתה בקופת-חולים לאומית. ד"ר אריה גרבר, מנהל מחלקת אשפוז ושירותים אמבולטוריים בקופת-חולים לאומית, מכתב, 22 בנובמבר 2015.

⁵² המרכז הרפואי בני-ציון, **שיקום ילדים**, תאריך כניסה: 11 בינואר 2016. על-פי האתר, למחלקה מתקבלים ילדים בני שישה חודשים עד 16 הסובלים מליקויים נוירו-התפתחותיים על רקע נרכש כגון תאונות, פגיעות ראש ועמוד שדרה, מחלות שריר ומפרקים, מחלות ממאירות ומחלות המלוות בפגיעה כמו דלקת מוח, וכן לשיקום לאחר ניתוח.

⁵³ מרכז רפואי שיקומי רעות, **מחלקת ילדים**, תאריך כניסה: 11 בינואר 2016. על-פי האתר, המחלקה מטפלת בתינוקות, בפעוטות ובילדים מגיל חודש ועד 18 שנים עם מגוון מחלות ופגיעות, כמו מחלות גנטיות, נוירולוגיות וכוונות, מומים מולדים, פגיעות ראש בעקבות תאונות ופגיעות מוחיות לאחר טביעה.

⁵⁴ **עלה-נגב** הוא כפר שיקומי בעבור אנשים עם מוגבלויות שהקימה רשת עלה, והממשלה הכריזה עליו כפרויקט לאומי בהחלטת ממשלה מס' 2032 מ-16 ביוני 2002. הכפר מציע שירותי שיקום לתינוקות, ילדים ובוגרים. בשנת 2007 החליטה הממשלה לתקצב את הרחבת עלה-נגב (החלטה מס' 1485 של הממשלה ה-31 מ-29 במרץ 2007, "כפר שיקומי עלה-נגב – הקמת שלב ב"). הכפר השיקומי מנוהל על-ידי עמותת עלה-נגב – נחלת ערן (מספרה: 580354637).



יצוין כי לדברי ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, השימוש במונח "שיקום ילדים" בהקשר של מוסדות אשפוז מלבד בית-החולים שיבא, לוינשטיין ואלי"ן הוא שגוי, היות שהטיפול במוסדות אלו אינו מונחה על-ידי עקרונות שיקומיים.⁵⁵

• המתנה לאשפוז שיקומי

בתשובה על השאלה אם ילדים ובני נוער ממתנינים בתור למקום במרכזי שיקום נמסר משרד הבריאות כי ככלל, אין המתנה ניכרת לאשפוז לצורך שיקום, ובדרך כלל הילדים מתקבלים מיידי או לאחר ימים אחדים לכל המחלקות – גם בקרב אוכלוסיית הפריפריה.⁵⁶ תשובות דומות התקבלו מקופות-החולים.⁵⁷ מתשובת קופת-חולים מאוחדת עולה כי אם יש חשש לזמן המתנה לא סביר, ניתן מענה של מערך התפתחות הילד בקהילה, באופן חריג.⁵⁸

1.2. שיקום ילדים ונוער במסגרת המערך לאשפוז-יום

על-פי אתר בית-החולים השיקומי אלי"ן, אשפוז-יום שיקומי עשוי להיות המשך לאשפוז מלא או תוכנית ראשונית; תוכנית אשפוז-יום שיקומי נקבעת באופן פרטני כדי לטפל במטרות ייעודיות, אם כטיפול ראשוני לאחר אירוע שגרם לירידה בתפקוד, ואם כטיפול שיקום מתמשך להשגת יעדים מוגדרים.⁵⁹ אשפוז-יום משמש כאשר אין צורך רפואי באשפוז מלא. יתרונו הוא בכך שהוא מאפשר לילדים ולבני הנוער להתגורר בסביבתם הטבעית, סמוך לבני משפחתם ולקהילה. להלן יובאו בטבלה 3 נתוני משרד הבריאות על מיטות אשפוז-יום של ילדים ונוער בשנים 2012-2014.

טבלה 3: מיטות אשפוז-יום בשנים 2012-2014 ⁶⁰			
2014	2013	2012	
2	2	2	בית-החולים השיקומי שיבא, תל השומר
12	12	12	בית-החולים אסף הרופא, צריפין
27	27	27	בית-החולים אלי"ן – ירושלים
41	41	41	סך הכול

בטבלה 3 עולה כי בשנים 2012-2014, בשלושת בתי-החולים שניתנו בהם שירותי אשפוז-יום לילדים לצורך שיקום היו כ-41 מיטות לאשפוז-יום, ומספרן לא עלה בשנים הללו. כמו כן, נמסר ממשרד

⁵⁵ ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, מומחית לרפואת ילדים ולשיקום, מחלקת שיקום ילדים בבית-החולים שיבא, שיחת טלפון, 17 בינואר 2016.

⁵⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

⁵⁷ מיכאל אורן, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה בקופת-חולים כללית, דוא"ל, 18 בנובמבר 2015; ד"ר אריה גרובר, מנהל מחלקת אשפוז ושירותים אמבולטוריים בקופת-חולים לאומית, דוא"ל, 22 בנובמבר 2015; מיכל זגון-רוגל, קשרי ממשל במכבי שירותי בריאות, דוא"ל, 20 בדצמבר 2015; ד"ר רינת כהן, ראש אגף רפואה ראשונית, חטיבת הרפואה בקופת-חולים מאוחדת, דוא"ל, 19 בנובמבר 2015.

⁵⁸ ד"ר רינת כהן, ראש אגף רפואה ראשונית, חטיבת הרפואה בקופת-חולים מאוחדת, דוא"ל, 19 בנובמבר 2015..

⁵⁹ בית-החולים אלי"ן, מחלקת אשפוז ושיקום יום, תאריך כניסה: 5 בינואר 2015.

⁶⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.



הבריאות שבאזור הדרום יש מיטות אשפוז-יום ומרכז אמבולטורי בעלה-נגב. מתוכננת להיפתח בעלה-נגב מחלקת שיקום באשפוז, אך היא אמורה לשרת מבוגרים בלבד.⁶¹

במשרד הבריאות סבורים כי "יש צורך במרכזים אמבולטוריים לטיפול בילדים שאינם זקוקים לאשפוז, ואף הוגשה המלצה ברוח זו לוועדה הבוחנת את הצורך בהרחבת השירותים הרפואיים בצפון, שטרם סיימה את עבודתה".⁶²

על-פי מידע מקופות-החולים, יש מוסדות נוספים שנותנים שירותי שיקום לילדים ונוער באשפוז-יום. נביא לדוגמה את נתוני קופת-חולים כללית מן השנים 2012-2014. בתקופה זו ניתנו שירותי אשפוז-יום לצורך שיקום ילדים ונוער בבתי-החולים בני-ציון, אלי"ן, הדסה הר-הצופים, מאיר בכפר-סבא, סורוקה בבאר-שבע, שיבא ובמרכז השיקום יד ביד בגליל.⁶³ במוסדות אלו טופלו 419 ילדים ובני נוער ב-5,248 ביקורים בעמדות לאשפוז-יום. 125 מהילדים (כ-30% מן המטופלים באשפוז-יום שיקומי) טופלו באזור הדרום ובאזור הצפון.⁶⁴ לסיכום נתונים אלו, לתושבי הפריפריה ניתן מענה באזור מגוריהם באשפוז-יום יותר מאשר באשפוז מלא.

שיקום ילדים במסגרות בקהילה

שירותי שיקום ילדים ונוער פועלים גם במרפאות בקהילה. מידע על טיפולי שיקום בקהילה התקבל מקופת-חולים כללית בלבד, ושאר הקופות לא מסרו מידע בנושא. הקופה נותנת שירותי שיקום ילדים ונוער במרפאות בקהילה בכמה דרכים. יש שירותים שניתנים במכונים להתפתחות הילד (על-פי עקרונות סל הבריאות של התפתחות הילד ועל סמך האבחנות הרפואיות המקובלות בו);⁶⁵ יש לתת את הדעת לאי-התאמה האפשרית בין הטיפול הנדרש לצורך שיקום ילדים לבין הטיפול הניתן במסגרות התפתחות הילד: מדדי תפקוד של ילדים בשיקום עשויים להיות שונים במידה רבה מהמדדים הצפויים בסקלה התפתחותית תקינה. כמו כן, לעתים ילדים עם מוגבלויות מגיעים לנקודות ציון תפקודיות על-פי סדר התפתחותי לא אופייני.⁶⁶ יתר על כן, על-פי חוזר מינהל הרפואה של משרד הבריאות, שירותי התפתחות הילד ניתנים על-ידי קופות-החולים לפי הצורך ולפי שיקול דעת רפואי עד גיל שלוש בלבד. לילדים בני שלוש עד שש מספר הטיפולים מוגבל ל-54 בשנה (עד 27 טיפולים בשנה בכל מקצוע), ולילדים בני שש עד תשע מספר הטיפולים מוגבל ל-18 בשנה (עד תשעה טיפולים בשנה בכל מקצוע). אחרי גיל תשע הילדים אינם זכאים כלל לטיפולים במרפאות התפתחות הילד של קופות-החולים.⁶⁷ תנאי זכאות אלו אינם מתאימים לצורכי כל הילדים הזקוקים לשיקום.

⁶¹ ש.ם.

⁶² ש.ם.

⁶³ [יד ביד בגליל בע"מ](#) הוא מרכז שיקום פרטי שנותן שירותי שיקום למטופלים מגיל 3 ומעלה, והוא שוכן בכפר ורדים.
⁶⁴ 112 מהם טופלו בבית-החולים סורוקה; 9 מהם טופלו בבית-החולים בני ציון בחיפה; 4 מהם טופלו במרכז "יד ביד בגליל". מיכאל אורן, סמנכ"ל וראש חטיבת הקהילה בקופת-חולים כללית, דוא"ל, 18 בנובמבר 2015.

⁶⁵ ש.ם.

⁶⁶ ד"ר שרון שקלאי, [רפואת שיקום – מבוא לסטודנט](#), החוג לרפואה פיזיקלית ושיקום, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל-אביב, "שיקום ילדים", עמ' 43.

⁶⁷ חוזר מנהל הרפואה מס' 19/2013, [מתן השירותים בתחום התפתחות הילד על-ידי קופות-החולים](#), 8 ביולי 2013. יצוין כי על-פי [חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994](#), ילדים סומטיים זכאים לשירותי התפתחות הילד עד גיל 18 על-פי הצורך (על-פי קביעת הגורם המקצועי המוסמך בקופה), ובדרך כלל עד שלושה טיפולים בשבוע. על-פי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות [נכויות סומטיות בילדים הזקוקים לאבחון וטיפול במסגרות השירותים להתפתחות הילד ושיקומו](#) מ-21 באוגוסט 2002, ילד



מקופת-חולים כללית נמסר שיש מסגרות דוגמת מחלקות בית-חולים וספקי שירות אשר נותנים שירותי שיקום בקהילה (ללא צורך באשפוז) שאינם מיועדים לילדים דווקא, ובהם מכוני פיזיותרפיה (כ-90 מכוניים של קופת-החולים ועוד כ-40 מכוניים העובדים בהסכם עם הקופה), מכוני ריפוי בעיסוק (כ-25 מכוניים של קופת-החולים ועוד שמונה שעובדים בהסכם עם הקופה) ויחידות להמשך טיפול (22 יחידות בכל רחבי הארץ). כמו כן, מטופלים מופנים לשיקום-יום טיפולי בבתי-חולים.

עוד עולה מתשובת קופת-חולים כללית כי בשנים 2012-2014 טופלו ביחידות להמשך טיפול 2,456 ילדים ונוער שהיו זקוקים לשיקום. 1,277 מהם (כ-52%) טופלו במחוזות מחוץ למרכז: 300 במחוז הדרום, 430 במחוז חיפה ו-547 במחוז הצפון.⁶⁸

כאמור, אשפוז-בית עשוי להיות תחליף לאשפוז מוסדי,⁶⁹ ואפשר לשקול אשפוז-בית באזורים שבהם אין מוסדות אשפוז שיקומיים סמוך למקום המגורים של המטופל. יצוין כי כדי להפעיל אשפוז-בית לשיקום ילדים דרושים אנשי צוות רפואי ופארה-רפואי בעלי מומחיות מתאימה. בפרק 2 מפורט היבט זה של שיקום ילדים.

1.3. זמינות שירותי שיקום לילדים ונוער באזורי הארץ

טיפול שיקום במקום מרוחק ממקום המגורים עלול להיות כרוך בנסיעות ממושכות הגוזלות זמן רב ולגרום אי-נוחות לילדים המטופלים ולהוריהם; נסיעות אלו אף כרוכות בעלויות גבוהות המוטלות על המשפחה, דוגמת עלות הנסיעות, אובדן ימי עבודה ולעתים – לינה מחוץ לבית.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה אל משרד הבריאות בבקשה לקבלת נתונים על ילדים ונוער המטופלים במוסדות השיקום בפילוח לפי אזור מגורים,⁷⁰ כדי לדעת כמה ילדים המתגוררים באזורים פריפריים זקוקים לטיפול שניתן רק במרכזי השיקום באזור המרכז ובירושלים. **משרד הבריאות מסר כי אין לו נתונים מפולחים על ילדים ובני נוער שאושפזו במרכזי שיקום, אך לגורמי המשרד "אין ספק כי חלק מהמאושפזים באים מהצפון ומהדרום, בהיות מרכזים אלו היחידים שמטפלים בשיקום ילדים".⁷¹ על-פי תשובת המשרד, "דעת מומחים היא כי לשיקום הילדים יש יתרון להיות במרכזים מתמחים בילדים בהיבט המקצועי, וניצול משאבי המערכת".⁷² לדברי ד"ר עדי ששון, מנהל אגף**

סומטי הוא בעל נכות הנגרמת ממחלה או מתהליך הפוגע במערכת העצבים המרכזית וההיקפית או במערכת שרירי השלד, הגורמים לנכות תפקודית מתמשכת, כמו שיתוק מוחין או פגיעה מוחית המלווים בפיגור שכלי ניכר, מחלות מטבוליות, פגיעות מורכבות באברי חוש המלוות בהפרעות נוירולוגיות וסומטיות אחרות, מומי עמוד שדרה ושלד הפוגעות בהתפתחות, מחלות כרומוזומליות וגנטיות הפוגעות בהתפתחות, ניוון שרירים ודומיהם.

⁶⁸ מיכאל אורן, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה בקופת-חולים כללית, דוא"ל, 18 בנובמבר 2015.

⁶⁹ לפרטים על אשפוז-בית ראו הערה 40.

⁷⁰ כמו כן ביקש מרכז המחקר והמידע ממשרד הבריאות פילוח של הילדים ובני הנוער לפי גיל ומין ולפי תחום השיקום. שאלות אלו לא נענו.

⁷¹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

על-פי חישובנו, בסוף שנת 2014 התגוררו כ-32.4% מאוכלוסיית ישראל עד גיל 19 (כולל) במחוז הצפון ובמחוז הדרום, לפי הגדרת הלמ"ס. מתוך כ-2,957,600 ילדים ובני נוער עד גיל 19 שחיו בישראל, כ-506,100 גרו במחוז צפון וכ-452,800 גרו במחוז הדרום. לא עלה בידינו לחשב את שיעור הילדים עד גיל 18 בכל מחוז, היות שנתוני הלמ"ס אינם מאפשרים זאת. הלמ"ס, **שנתון סטטיסטי לישראל 2015**, לוח 2.19, אוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, גיל ומין, מחוז ונפה.

⁷² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.



השיקום של משרד הבריאות, אין כיום מצוקה בתחום שיקום ילדים בצפון ובדרום, היות שילדים הזקוקים לשיקום מקבלים מענה בשלושת בתי-החולים המרכזיים – שיבא, אלייץ ולוינסטיין.⁷³

בנוגע לזמינות שירותי שיקום לילדים ונוער באזורים שונים, ארבע קופות-החולים הצביעו על מצוקת שירותי שיקום באזורים פריפריים:

- מתשובת קופת-החולים מכבי עולה כי חסרים בפריפריה מרכזי שיקום בקהילה, בעיקר בעבור מטופלים לאחר שחרור מטיפול מוסדי או אשפוז-יום במרכז הארץ הזקוקים למסגרת המשכית.⁷⁴
- מתשובת קופת-חולים מאוחדת עולה כי חסרים שירותי שיקום מצפון לאזור חיפה ומדרום לאזור באר-שבע.⁷⁵
- בתשובת קופת-חולים לאומית מודגש המחסור במרכזי שיקום בצפון ובדרום, והיא מפנה ילדים ונוער לשיקום רק באלייץ ובשיבא.⁷⁶
- בתשובת קופת-חולים כללית נאמר כי המרכזים היחידים הנותנים שירותי שיקום ייעודיים לילדים (אמבולטורי ואשפוז) הם שיבא ואלייץ בירושלים, "דבר שמבחינה שירותית מקשה מאוד על ההורים והילדים ועל כן אנו ממליצים לפעול להנגשה של השירות".⁷⁷

בשלושת מרכזי השיקום, אלייץ, לוינסטיין ושיבא, יש בשטח בית-החולים מקום לינה בתשלום בעבור בני משפחה המעוניינים ללון סמוך לילדם שמקבל טיפול שיקום.⁷⁸ **מחיר לילה אחד במרכזים הוא בין 160 ש"ח ל-650 ש"ח.**⁷⁹ **נזכיר כי זמן האשפוז הממוצע של ילדים ונוער במרכזי השיקום הוא כמה עשרות ימים (ראו טבלה 2). בהקשר זה נציין כי בדצמבר 2015 נשלח לשר הבריאות יעקב ליצמן מכתב מאת רשויות מקומיות, ארגונים וגורמים אחרים שכותרתו "קביעת סטנדרטים שוויוניים לשירותי שיקום רפואיים".⁸⁰ המכתב מתמקד בפערים בין הפריפריה למרכז בתחום השיקום הכללי, ובין היתר עוסק בשיקום ילדים. נאמר בו כי "הריחוק של מוסדות השיקום ממקום מגורי הילד ומשפחתו מטילים על המשפחה עומס בלתי נסבל שעלול לפגוע בפרנסתם ומקשה על ניהול מרקם חיים תקין. הדבר אף פוגע במטופל עצמו, אשר נזקק למשפחתו בזמנים הקשים, במיוחד בהיעדר צוות טיפולי צמוד. הפגיעה החמורה יוצרת אפליה ברורה בין מטופלים ומשפחותיהם שמתגוררים בצפון או בדרום**

⁷³ ד"ר עדי ששון, מנהל אגף השיקום במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 24 בינואר 2016.

⁷⁴ מיכל זגון-רוגל, קשרי ממשל במכבי שירותי בריאות, דוא"ל, 20 בדצמבר 2015.

⁷⁵ ד"ר רינת כהן, ראש אגף רפואה ראשונית, חטיבת הרפואה בקופת-חולים מאוחדת, דוא"ל, 19 בנובמבר 2015.

⁷⁶ ד"ר אריה גרובר, מנהל מחלקת אשפוז ושירותים אמבולטוריים בקופת-חולים לאומית, מכתב, 22 בנובמבר 2015.

⁷⁷ מיכאל אורן, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה בקופת-חולים כללית, מכתב, 18 בנובמבר 2015.

⁷⁸ בבית-החולים לוינסטיין יש מלונית בתשלום העומדת לרשות בני משפחתם של המאושפזים (מידע כללי למתאשפז ולבני משפחתו, תאריך כניסה: 10 בינואר 2016). במחלקת השיקום של בית-החולים אלייץ מתאפשרת לינה של בן משפחה אחד ליד הילד המאושפז. בן משפחה נוסף יכול ללון בחדר אירוח בתשלום. במחלקת שיקום נשימתי אין אפשרות לינה ליד הילד (בית-החולים אלייץ, חדרי אירוח, תאריך כניסה: 10 בינואר 2016). בבית-החולים שיבא יש שני מלונות המיועדים למחלימים מאירוע לב או מניתוחים אורתופדיים ולילודות, אולם הם מאפשרים לינה של קרובי משפחה המאושפזים בבית-החולים (מלונות שיבא, תאריך כניסה: 10 בינואר 2016).

⁷⁹ במלונית של בית לוינסטיין מחיר חדר הוא 360-450 ש"ח ללילה (המידע התקבל מהמלונית, שיחת טלפון, 16 בפברואר 2016); במלון שי-לב הסמוך למרכז השיקום של בית-החולים שיבא מחיר חדר ללילה הוא 560-650 ש"ח (מרכז ההזמנות, שיחת טלפון, 16 בפברואר 2016); מחיר חדר אירוח לבני משפחה בבית-החולים אלייץ הוא 160 ש"ח ללילה ו-3,900 ש"ח לחודש (קלרה פירסטטר, ראש לשכת מנכ"ל בית-החולים אלייץ, שיחת טלפון).

⁸⁰ קביעת סטנדרטים שוויוניים לשירותי שיקום רפואיים, מכתב לשר הבריאות יעקב ליצמן, 21 בדצמבר 2015, ראו הערה 1 לעיל.

לעומת מי שגרים במרכז הארץ. כבר שמענו על מקרים בהם שוחררו ילדים ומבוגרים משיקום בטרם עת רק משום שהמשפחה לא יכולה הייתה להרשות לעצמה ללוות אותם כנדרש. הדברים מתחזקים כאשר מדובר באוכלוסיות מוחלשות, ובפרט אוכלוסיות מוחלשות המתגוררים בפריפריה הגיאוגרפית בישראל.⁸¹ במכתב צוינה גם מצוקת כוח-האדם הפארה-רפואי שהוא בעל הכשרה בתחום השיקום. בנושא זה נעסוק בפרק 2 של המסמך.

בדקנו אם למשפחות שילדיהן זקוקים לשיקום רפואי יש זכויות סוציאליות. ממידע שהתקבל ממשרד הרווחה עולה שעל-פי תקנות העובדים הסוציאליים ונוהלי משרד הרווחה, לא ניתנת תמיכה למשפחות הילדים המאושפזים במסגרות שיקום, אך במצבים חריגים ניתנת למשפחות תמיכה מטעם אגפי הרווחה ברשויות המקומיות, כגון סיוע בהסעות וסייעות בית. סיוע זה ממומן באמצעות תקציבים פתוחים של הרשויות המקומיות המיועדים לרווחה. אין למשרד הרווחה נתונים על סיוע זה.⁸²

2. כוח-אדם מקצועי בתחום שיקום ילדים

כאמור, על-פי משרד הבריאות, שיקום ילדים אינו מוכר בארץ כמקצוע עצמאי, ואין התמחות ייעודית בשיקום ילדים; כך גם בסיעוד ובשאר מקצועות הבריאות. יש הכשרות ייעודיות לשיקום ילדים, אך הוא אינו מוגדר כמקצוע נפרד.⁸³

מנייר עמדה שפרסמה הוועדה המקצועית מטעם האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום בשנת 2000 עולה כי דרוש טיפול רב-מקצועי בשיקום ילדים, ובכלל זה רופאים ממקצועות שונים וצוות סיעודי ונלווה לרפואה.⁸⁴ תפקידו של הרופא השיקומי הוא לרכז ולתאם את עבודת הצוות הרב-מקצועי, וכן לתרום כרופא המיומן באבחון ובטיפול במחלות ובהפרעות של נכים. על-פי נייר העמדה, כדי למלא את תפקידו, על הרופא המומחה בשיקום ילדים לשלוט במגוון נושאים נוסף על ידע ומיומנויות שרכש בשיקום כללי.⁸⁵ במערך השיקום מעורבים בעלי מקצועות נוספים: סיעוד, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית ועוד.⁸⁶

תוכנית ההתמחות הרפואית ברפואה הפיזיקלית ובשיקום היא בעיקרה בתחום השיקום הכללי, אך במסגרת לימודי שיקום לקבוצות אוכלוסייה ספציפיות יש כמה פרקים המתמקדים בשיקום ילדים.⁸⁷

⁸¹ שם.

⁸² הדס זהבי, מפקחת ארצית לילדים ונוער ומשפחותיהם בשירות שיקום בקהילה של אגף השיקום במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. המידע הועבר על-ידי ענת שגב, רכות הקשר עם הכנסת, שיחת טלפון, 4 בנובמבר 2015.

⁸³ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

⁸⁴ הוועדה המקצועית מטעם האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום, [נייר עמדה בנושא רפואה שיקומית](#), 2000, פורסם על-ידי ההסתדרות הרפואית בישראל, המועצה המדעית האגף להבטחת איכות.

⁸⁵ בין הנושאים: בדיקה גופנית כללית ונירולוגית של הילד והנער, התפתחות תקינה ופתולוגית, בדיקות עור ומעבדה, מחלות והפרעות מולדות, מחלות בפגיעות משניות, הפרעות משניות שכיחות בילדים עם מחלות ניירולוגיות, התערבויות אורתופדיות וטיפול שיקומי, תזונה, תרופות, טיפולים והערכות על ידי צוות כוללני ונושאים מיוחדים כמו הכרת מערכת החינוך, מוסדות ומרפאות להמשך טיפול, זכויות ילדים נכים, התייחסות למשפחת המטופל וקבוצות תמיכה בנושאים הרלוונטיים.

⁸⁶ [האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום](#), תאריך כניסה: 21 באוקטובר 2015.

⁸⁷ אתר המתמחים של ההסתדרות הרפואית בישראל, [תוכנית ההתמחות ברפואה פיזיקלית ושיקום](#), תאריך כניסה: 27 בדצמבר 2015. התוכנית עודכנה בנובמבר 2014. הפרקים הנוגעים לשיקום ילדים בהתמחות בשיקום כללי: אבני דרך בהתפתחות המוטורית, הלשונית, הקוגניטיבית וההתנהגותית הנורמלית וברכישת עצמאות בתפקודי היומיום הבסיסיים, לרבות שליטה בסוגרים; הערכה תפקודית בילדים; צרכים טיפוליים/שיקומיים של ילדים עם הפרעות מולדות או התפתחותיות; פגיעת מח



מתשובת משרד הבריאות על שאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה כי יש כיום בארץ שתי רופאות בעלות מומחיות כפולה ברפואת ילדים ובשיקום; האחת עובדת בבית-החולים שיבא והשנייה – בבית-החולים לוינשטיין. שאר הרופאים העוסקים בשיקום ילדים מומחים בשיקום בלבד או ברפואת ילדים בלבד. גם לפי משרד הבריאות וקופות-החולים חסרים כיום רופאי שיקום לילדים בכל הארץ, ובכלל זה באזור המרכז.

לדברי ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, אין כיום בישראל מתמחים בשיקום ילדים, מכמה סיבות:⁸⁸ שיקום ילדים הוא תחום שחוק מבחינה רגשית; ההתמחות הכפולה בשיקום וברפואת ילדים ארוכה במיוחד;⁸⁹ העיסוק בשיקום ילדים מתגמל כלכלית את הרופאים העוסקים בו פחות משאר התחומים.⁹⁰ ד"ר גוטמן ציינה עוד כי בבית-החולים שיבא יש שני תקנים לרופאי שיקום ילדים שאינם מאוישים, היות שאין בארץ רופאים נוספים שהם מומחים בשיקום ילדים.

על-פי מידע שנמסר ממשרד הבריאות בדצמבר 2015, שיקום מוגדר "מקצוע במצוקה" ומתמחים בשיקום זכאים למענק מקצוע במצוקה.⁹¹ עם זאת, בהסתדרות הרפואית בישראל מציינים כי ב-2015 שונתה הקצאת המענקים, ומקצוע הרפואה הפיזיקלית והשיקום הוסר מרשימת המקצועות המזכים במענקים. כמו כן, שיקום ילדים עדיין לא הוכר כמקצוע התמחות, ולכן לא ניתן בגינו מענק.⁹² ואכן, ברשימת המקצועות במצוקה שפרסם משרד הבריאות ב-2015 לא מופיע שיקום או שיקום ילדים.⁹³ משרד הבריאות לא השיב על שאלתנו בדבר תמריצים לרופאים בתחום שיקום ילדים.⁹⁴

בעניין משך ההתמחות בשיקום ילדים, משרד הבריאות מסר כי המועצה המדעית⁹⁵ בוחנת בימים אלו את הנושא ובודקת אפשרות להתמחות בשיקום כהתמחות-על, נוסף על התמחות-בסיס,⁹⁶ למומחים

טראומטית בילדים; גידולי מוח, מחלות מוח וסקולריות ואחרות בילדים; דרכים להשגת שיפור תפקודי ומניעת סיבוכים מאוחרים על רקע פגיעות מולדות ונרכשות בגיל הילדות; צרכים מיוחדים רפואיים וחינוכיים בילדים עם הפרעות קוגניטיביות ומוטוריות התפתחותיות ונרכשות וזכויות על-פי חוק של הילד בעל הצרכים המיוחדים; מסגרות טיפוליות והשתלבות במערכת החינוך.

⁸⁸ ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, מומחית לרפואת ילדים ולשיקום, מחלקת שיקום ילדים בבית-החולים שיבא, שיחת טלפון, 17 בינואר 2016.

⁸⁹ מידת החפיפה בין תחומי הידע בשתי ההתמחויות אינה גדולה, ולכן אין אפשרות לעשות את שתי ההתמחויות בו-בזמן. לפיכך, התמחות כפולה בשיקום וברפואת ילדים נמשכת כשש שנים. ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, מומחית לרפואת ילדים ולשיקום, מחלקת שיקום ילדים בבית-החולים שיבא, שיחת טלפון, 17 בינואר 2016.

⁹⁰ הסיבות לכך הן שבתחום שיקום ילדים כמעט אין רפואה פרטית, והמענק לרופאים במקצועות במצוקה קטן. שם.

⁹¹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

⁹² דנה פישביין, מנהלת המועצה המדעית בהסתדרות הרפואית בישראל. המידע הועבר על-ידי עו"ד חן שמילו, ראש תחום מדיניות ציבורית בהסתדרות הרפואית בישראל, דוא"ל, 17 בינואר 2016.

⁹³ משרד הבריאות, רופאים – מענקים – פותחי פנקס התמחות בשנת 2015, מכתב שנשלח מעו"ד הרולד בר, מנהל תחום בכיר שכר ויחסי עבודה במשרד הבריאות אל מנהלי בתי-החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים – ממשלתיים ועירוניים, 10 בפברואר 2015.

⁹⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

⁹⁵ המועצה המדעית מופקדת על-פי חוק על ההתמחות ועל התמקצעות של הרופאים במדינת ישראל. היא מעורבת בכל שלבי ההכשרה הרפואית, ושמה לה למטרה להבטיח הכשרה רפואית איכותית ומתעדכנת לקידום הרפואה בישראל. על אודות המועצה המדעית, ההסתדרות הרפואית בישראל, תאריך כניסה: 21 בדצמבר 2015.

⁹⁶ על-פי אתר המתמחים של ההסתדרות הרפואית בישראל, התמחות במקצוע בסיס נעשית בענף רפואה שבו ניתן למועמד תואר מומחה לאחר עמידה בכל הדרישות להתמחות, ללא צורך במומחיות בתחום נוסף. משך ההתמחות הוא ארבע עד שבע שנים ורבע; התמחות במקצוע-על נעשית בענף רפואה שקבלת תואר בו מותנית בקבלת תואר מומחה במקצוע ראשי, והיא נמשכת שנתיים-שלוש. ככלל, התמחות במקצוע-על נעשית לאחר השלמת ההתמחות במקצוע הבסיס המתאים, אולם שתי



במקצועות שונים, ובהם מומחים ברפואת ילדים. על-פי משרד הבריאות, מהלך זה עשוי להגדיל את מספר רופאי הילדים שיתמחו בשיקום, היות שהתמחות-על נמשכת שנתיים וחצי, ואילו התמחות-בסיס נמשכת כחמש שנים.⁹⁷ נמסר כי הר"י אכן המליצה לאחרונה לקבוע בתקנות כמה מסלולים חדשים בהתמחות-על בשיקום לבעלי תואר מומחה שונים; אחד מהם מיועד לבעלי תואר מומחה ברפואת ילדים.⁹⁸ על-פי ההצעה, רופאים מומחים ברפואת ילדים יוכלו להתמחות בשיקום ילדים שנתיים וחצי, שבהן ישתלמו במשך 24 חודשים במחלקה לרפואה פיזיקלית ושיקום, שלושה חודשים בכירורגיה אורתופדית או באורתופדיה של ילדים ושלושה חודשים בנוירולוגיה או בנוירולוגיה של ילדים והתפתחות הילד. ההערכה היא שקליטת מתמחים במסלול זה תחל בעוד שנה-שנתיים.⁹⁹

כאמור, לצורך שיקום ילדים דרוש כוח-אדם מקצועי בתחום הרפואי ובמקצועות הפארה-רפואיים. במשרד הבריאות מציינים כי נוסף על מחסור ברופאים בתחום שיקום ילדים ונוער, חסר **כוח-אדם מקצועי בקלינאות תקשורת ובריפוי בעיסוק, בעיקר בפריפריה.**¹⁰⁰

המחסור בכוח-אדם בתחום שיקום ילדים (במקצועות הרפואיים והפארה-רפואיים) עולה גם מתשובות קופת-החולים: קופת-חולים כללית השיבה שיש מחסור בכוח-אדם מקצועי בתחום הרפואה ובמקצועות הבריאות;¹⁰¹ קופת-חולים מאוחדת השיבה שיש מצוקה ניכרת במכוני התפתחות הילד, ולכן המענה שלהם לילדים שצריכים שיקום אינו אופטימלי.¹⁰² כמו כן, נמסר מקופת-חולים מאוחדת כי חסרים בעיקר רופאים מומחים לשיקום עם מומחיות בילדים ונוער;¹⁰³ גם על-פי קופת חולים מכבי חסרים מטפלים בתחום שיקום ילדים ונוער.¹⁰⁴

לדברי ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום הילד מטעם המועצה הלאומית לשיקום, ולדברי ד"ר יצחק זיו-נר, יושב-ראש המועצה הלאומית לשיקום במשרד הבריאות, **פתיחת מרכזי אשפוז נוספים לצורך שיקום ילדים לא תביא תועלת כל עוד יש מצוקת כוח-אדם רפואי ופארה-רפואי בתחום זה, והמקום הגאוגרפי של מרכזי השיקום אינו נושא מרכזי בדיון על שיפור השירות בתחום שיקום ילדים. לדבריהם, יש להתמקד בהכשרת כוח-אדם מקצועי וייעודי למטרה זו.**¹⁰⁵

ההתמחויות יכולות להיעשות במשולב (התמחות כפולה) אם מסלול ההתמחות מאפשר זאת. על-פי האתר, ההתמחות ברפואה פיזיקלית ושיקום נמשכת חמש שנים. תאריך כניסה: 27 בדצמבר 2015.

⁹⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

⁹⁸ פרטים על הצעה זו נמסרו על-ידי דנה פישביין, מנהלת המועצה המדעית בהר"י. למסלול התמחות-על בשיקום יתקבלו גם רופאים בעלי מומחיות בנוירולוגיה, אורתופדיה, רפואה פנימית ונירוכירורגיה. כמו כן, נבדקת האפשרות לקבל מומחים ברפואת משפחה למסלול; לאפשרות זו יש כמה יתרונות: מספר הרופאים שיוכלו להצטרף לתוכנית יגדל; רופאי משפחה מומחים בשיקום יהיו מעורבים יותר בשיקום בקהילה ובמסגרת המשפחה. ד"ר יצחק זיו-נר, יושב-ראש המועצה הלאומית לשיקום במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 20 בינואר 2016.

⁹⁹ דנה פישביין, מנהלת המועצה המדעית בהסתדרות הרפואית בישראל. המידע נשלח בדוא"ל על-ידי עו"ד חן שמילן, ראש תחום מדיניות ציבורית בהסתדרות הרפואית בישראל, 17 בינואר 2016.

¹⁰⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 24 בנובמבר 2015.

¹⁰¹ מיכאל אורן, סמנכ"ל וראש חטיבת קהילה בקופת-חולים כללית, דוא"ל, 18 בנובמבר 2015.

¹⁰² ד"ר רינת כהן, ראש אגף רפואה ראשונית, חטיבת הרפואה בקופת-חולים מאוחדת, דוא"ל, 19 בנובמבר 2015.

¹⁰³ שם.

¹⁰⁴ מיכל זגון-רוגל, קשרי ממשל במכבי שירותי בריאות, דוא"ל, 19 בנובמבר ו-20 בדצמבר 2015.

¹⁰⁵ ד"ר דפנה גוטמן, יושבת-ראש תת-הוועדה לשיקום ילדים במועצה הלאומית לשיקום, מומחית לרפואת ילדים ולשיקום, מחלקת שיקום ילדים בבית-החולים שיבא, שיחת טלפון, 17 בינואר 2016; ד"ר יצחק זיו-נר, יושב-ראש המועצה הלאומית לשיקום במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 20 בינואר 2016.



3. מסקנות תת-הוועדה לשיקום הילד מטעם המועצה הלאומית לשיקום משנת 2013

בספטמבר 2013 נמסרו למנכ"ל משרד הבריאות המלצות תת-הוועדה לשיקום הילד מטעם המועצה הלאומית לשיקום.¹⁰⁶ ההמלצות עסקו במגוון תחומים, ובהם קביעת הגדרה רשמית לשיקום ילדים, הבניית הטיפול השיקומי על-ידי קביעת זכאות לטיפול שיקומי למטופלים מסוגים שונים על-פי החוק, קביעת תוכניות טיפול אישיות, הוספת תחומי טיפול לסל השיקום והקמת תת-ועדה לצורך מתן טיפולים שאינם כלולים בסל הבריאות.

כמו כן, במכתב ההמלצות למשרד הבריאות יש המלצות לתוכניות עבודה במסגרות שיקום הילד בתמיכת משרד הבריאות. בין היתר הומלץ על "חקר השירותים הקיימים ומיפויים, במטרה לבחון את הצורך בהקמת מרכזי יום מתמחים בשיקום ילדים בצפון ובדרום הארץ". בהקשר זה מסר משרד הבריאות כי המרכז האמבולטורי עלה-נגב שהוזכר לעיל נותן מענה לצורכי האזור, ואין צורך במרכזי שיקום ילדים נוספים בדרום. לעומת זאת בנוגע לצפון הארץ נאמר בתשובת משרד הבריאות כי יש להקים שם מרכז שיקום ילדים, "בדגש על מרכז אמבולטורי, אולי גם מחלקה".¹⁰⁷ כמו כן, על-פי תשובת משרד הבריאות, המרכז הרפואי לגליל בנהריה מעוניין בהרחבת שירותי השיקום שהוא נותן ובבניית מרכז שיקום שתהיה בו מחלקה לשיקום ילדים; מרכז זה עדיין בשלבי תכנון.

בעניין שיקום רפואי לילדים באזור הצפון, ממידע שהגיע לידינו, משרד הבריאות אישר את בנייתו של מרכז שיקום בעיר כרמיאל; מוסד זה נועד לתת פתרון שיקומי לכלל תושבי אזור הצפון. בתשובה על שאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת מסר מר מנחם טפר, מנכ"ל עיריית כרמיאל, כי "עיריית כרמיאל פועלת ביחד עם מינהל מקרקעי ישראל ומשרד הבריאות לפרסום מכרז, בשלב הנוכחי מעבר להחלטה העקרונית אין עדיין לוח זמנים והפרוגרמה עדיין לא מוכנה. הגורם המפעיל יהיה הגורם שיזכה במכרז וקיבל את אישורי משרד הבריאות".¹⁰⁸ לדברי ד"ר עדי ששון, מנהל אגף שיקום במשרד הבריאות, לא מתוכננות מיטות לשיקום ילדים ונוער בבית-החולים השיקומי שיבנה בכרמיאל.¹⁰⁹

משרד הבריאות מסר בתשובה על שאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת כי שאר ההמלצות של תת-הוועדה עדיין לא יושמו. יצוין כי אשפוז ממושך של ילדים ונוער לצורך שיקום לא נדון לעומק בוועדה של המועצה הלאומית לשיקום, ולכן היא לא גיבשה המלצות בנושא.¹¹⁰

¹⁰⁶ תת-הוועדה לשיקום הילד, המלצות סופיות למנכ"ל, 17 בספטמבר 2013, נשלחו בדוא"ל על ידי מלי הלפרן, סגנית מנהלת מועצות לאומיות, 5 בינואר 2015.

¹⁰⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר – שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, דוא"ל, 21 בינואר 2015.
¹⁰⁸ מנחם טפר, מנכ"ל עיריית כרמיאל, דוא"ל, 21 בפברואר 2016; נשלח על-ידי רחל קדוסי, מנהל לשכת מנכ"ל עיריית כרמיאל, 22 בפברואר.

¹⁰⁹ תשובת ד"ר עדי ששון, מנהל אגף שיקום במשרד הבריאות, על שאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת, נשלחה בדוא"ל על-ידי ורדה אלפיה, מרכזת בכירה (החלטות ממשלה), 28 בפברואר 2016.

¹¹⁰ תת-הוועדה לשיקום הילד, המלצות סופיות למנכ"ל, 17 בספטמבר 2013, נשלחו בדוא"ל על ידי מלי הלפרן, סגנית מנהלת מועצות לאומיות, 5 בינואר 2015.

