



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

מצוקת האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בבתי-החולים בישראל

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

כתיבה: שלי לוי

אישור: שרון סופר, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

י"ח בשבט תשס"ז

5 בפברואר 2007

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 640 8240

פקס: 02 - 649 6103

www.knesset.gov.il/mmm

עיקרי הממצאים

- ❖ **בשנים האחרונות בתי-החולים הממשלתיים מלינים על מצוקת אשפוז חמורה במחלקות האשפוז הכלליות בכלל ובמחלקות טיפול נמרץ כללי בפרט.** מנתונים שציין פרופ' אלישע ברטוב, יו"ר ארגון רופאי המדינה, במכתב לשר הבריאות בינואר השנה, עולה כי בכמה בתי-חולים ממשלתיים נמצא ש-55% עד 80% מהחולים שיש לאשפוזם במחלקות טיפול נמרץ אינם מאושפזים במחלקות האלה. מנייר עמדה שפרסמה ההסתדרות הרפואית בישראל בינואר השנה עולה כי כ-500 מונשמים מתוך כ-840 מונשמים בבתי-החולים מאושפזים מחוץ למחלקות טיפול נמרץ.
- ❖ **על-פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2007 יש בישראל 329 מיטות טיפול נמרץ כללי בתקן.** שיעור מיטות האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בתקן מכלל מיטות האשפוז הכללי בתקן בישראל הוא כ-2.2%. כ-42% מכלל מיטות טיפול נמרץ כללי בתקן הן בבעלות ממשלתית או עירונית-ממשלתית. בשנת 2007 שיעור מיטות האשפוז בתקן במחלקות טיפול נמרץ כללי ל-1,000 נפש הוא 0.046.
- ❖ **משנת 1995 ועד לשנת 2007, קרי במשך 12 שנה, נוספו 152 מיטות אשפוז בתקן למחלקות טיפול נמרץ כללי.** בשבע השנים האחרונות נוספו רק 14 מיטות אשפוז בתקן. נציין כי יש פער בין מספר המיטות בתקן לבין מספר המיטות בפועל, שכן בתי-חולים אינם מפעילים את כל המיטות שנקבעו להם בתקן בשל מצוקת תקציב ומצוקת כוח אדם. לדוגמה, בשנת 2004 היה פער של 40 מיטות בין מספר מיטות האשפוז בתקן למספר המיטות בפועל בבתי החולים הממשלתיים.
- ❖ **משרד הבריאות מסר כי בישראל חסרות 500 מיטות טיפול נמרץ בתקן, כמחציתן בבתי-החולים הממשלתיים.** מנתונים שאספנו משמונה בתי-חולים ממשלתיים עולה כי בינואר 2007 הפער בין מספר המיטות הדרוש בהם למספר המיטות בתקן הוא 114, ואילו הפער בין מספר המיטות הדרוש למספר המיטות בפועל הוא 120. שירותי בריאות כללית מפעילה בבתי-החולים שבאחריותה מיטות טיפול נמרץ כללי במספר העולה על האמור ברשיון משרד הבריאות. לטענת הקופה, יש מחסור במיטות טיפול נמרץ בשני בתי-חולים של הקופה – המרכז הרפואי "כרמל" בחיפה והמרכז הרפואי "מאיר" בכפר סבא – והתפוסה בהם עולה על 100% ביחס למיטות ברשיון. בשני בתי-החולים האלה חסרות שבע מיטות אשפוז.
- ❖ **כוח האדם הרפואי הדרוש במחלקות טיפול נמרץ, קרי רופאים ואחיות, מיומן בטיפול בחולים קשים ובעל הכשרה רפואית מיוחדת לעסוק בתחום זה. מתשובות בתי-החולים על פנייתנו ומשיחות שניהלנו עם גורמים הנוגעים בדבר לצורך כתיבת מסמך זה עולה כי יש מחסור חמור בכוח אדם במחלקות טיפול נמרץ, הן ברופאים והן באחיות.** לדוגמה, בבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה יש עשר מיטות בתקן למחלקת טיפול נמרץ כללי ולמחלקת טיפול נמרץ נשימתי והוקצו להן שישה רופאים, אולם על-פי מספר המיטות בפועל יש להקצות לשתיהן מחלקות אלו יחד 12 רופאים. משרד הבריאות מסר כי הסיבות למחסור בכוח אדם במחלקות טיפול נמרץ הן תקציביות.
- ❖ **עלות הפעלת מיטות טיפול נמרץ גבוהה מאוד ביחס למיטות אשפוז במחלקות פנימיות, בעיקר בשל עלות כוח האדם וההוצאות התפעוליות, ובכלל זה הציוד הרפואי המיוחד למחלקות האלה. עד לשנת 2005 לא היה תעריף דיפרנציאלי לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ, והתעריף היה זהה**

לתעריף יום אשפוז במחלקות הפנימיות. בשנת 2005 נקבע תעריף דיפרנציאלי, ובינואר 2007 עודכנו התעריפים ונקבע כי עבור כל אחד מארבעת ימי האשפוז הראשונים במחלקת טיפול נמרץ ישולם תעריף כפול, אולם מהיום החמישי לאשפוז ואילך ישולם תעריף רגיל.

❖ הגורמים שעמם שוחחנו לצורך כתיבת מסמך זה מציגים שתי בעיות עיקריות: (א) מערך האשפוז בישראל – הן האשפוז הכללי והן האשפוז במחלקות טיפול נמרץ – אינו מספק את הצרכים הקיימים. פריסת מיטות האשפוז הכללי אינה מותאמת לצרכים ולא נבחנה כראוי שנים רבות; (ב) תעריף האשפוז מקשה על בתי-החולים להפעיל את מספר מיטות האשפוז הדרוש, משום שהוא אינו מכסה את עלות ההפעלה הריאלית של המיטות האלה. משרד האוצר מדגיש כי גם אם התעריף שנקבע אינו זהה לעלות ההפעלה הריאלית של מיטות האשפוז בטיפול נמרץ, בתי-החולים אינם מפסידים בהכרח, שכן פער העלות מתקזז עם התשלומים הנגבים עבור תחומים שבהם התעריף שנקבע גבוה מעלות ההפעלה הריאלית.

1. מבוא

מסמך זה נכתב לקראת דיון דחוף בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בנושא **מצוקת האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בבתי-החולים בישראל.**

טיפול נמרץ הוא טיפול שניתן לחולים שמצבם קשה ומורכב והם זקוקים להשגחה צמודה בכל שעות היממה. רוב המאושפזים במחלקות האלה זקוקים להנשמה מלאכותית. במחלקות טיפול נמרץ בבתי-החולים הכלליים יש ציוד רפואי משוכלל המיועד לטיפול בחולים קשים, והן מאוישות בצוות רפואי מקצועי המתמחה בטיפול נמרץ.

המחלקה לחקר שירותי רפואה במשרד הבריאות ערכה סקר חולים קשים במחלקות טיפול נמרץ בחמישה בתי-חולים בישראל, ותוצאותיו פורסמו בשנת 2004. מהסקר עולה כי מתוך 13,415 חולים, 736 (5.5%) חולים קשים נמצאו מתאימים לקריטריונים לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ. **מן החולים הקשים 27% אושפזו במחלקות טיפול נמרץ, 24% אושפזו ביחידות טיפול מיוחד (חדרי התאוששות, טיפול נמרץ לב ומיטות מתוגברות בבתי-החולים) ו-49% – במחלקות רגילות.**¹

במחקר שהשווה את הישרדות של חולים קשים שאושפזו במחלקות טיפול נמרץ להישרדות של חולים קשים שאושפזו במחלקות האחרות עלה כי בשלושת הימים הראשונים שלאחר ההיזדרזות (היום שבו הידרדר מצבו של החולה והוא הוגדר כעומד בקריטריונים לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ), שיעור הישרדות של חולים במחלקות טיפול נמרץ היה גבוה הרבה יותר מזה של חולים קשים שאושפזו במחלקות אחרות. מהיום הרביעי להתדרדרות ועד ליום ה-30 לא נמצא הבדל בין המחלקות מבחינת הישרדות החולים. על סמך הממצאים האלה המליצו החוקרים שהמדינות יפעלו כדי שיחידות טיפול נמרץ במדינתן יהיו נגישות באופן מיידי לחולים קשים רבים ככל האפשר.²

בשנים האחרונות בתי-החולים מלינים על מצוקת אשפוז חמורה במחלקות הכלליות בכלל ובמחלקות טיפול נמרץ כללי בפרט. במכתב ששלח יו"ר ארגון רופאי המדינה פרופ' אלישע ברטוב לשר הבריאות יעקב בן יזרי ב-16 בינואר 2007 הוא כותב: **"...התמונה מציגה בעיה חמורה במיוחד במספר המונשמים המאושפזים במחלקות פנימיות ולא ביחידות טיפול נמרץ, המקום הנותן את התנאים הראויים לחולים אלה"**.³

פרופ' ברטוב הציג במכתבו נתונים מכמה בתי-חולים ממשלתיים על שיעור החולים המונשמים שאינם מאושפזים ביחידות טיפול נמרץ. על-פי נתונים אלו, בינואר 2007 55%-80% מהחולים שהיה צריך לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ לא היו מאושפזים במחלקות האלה.⁴ נוסף על כך, מנייר עמדה בנושא מערכת האשפוז בישראל שפרסמה ההסתדרות הרפואית בישראל בינואר 2007 עולה כי מספר המונשמים בבתי-החולים כיום הוא כ-840, וכ-500 מהם מאושפזים מחוץ למחלקות טיפול נמרץ

¹ Simchen Elisheva, Sprung Charles L., Galai Noya., Zitser-Gurevich Yana., Bar-Lavi Yaron., Gurman Gabriel, Klein Moti, Lev Amiram, Levi Leon, Zveibil Fabio, Mandel Micha and Mnatzaganian, "Survival of Critically Ill Patients Hospitalized in and out of Intensive Care Units Under Paucity of Intensive Care Unit Beds", *Critical Care Med*, Vol. 32, No. 8, 2004, pp. 1654-1661.

² Ibid.

³ פרופ' אלישע ברטוב, יו"ר ארגון רופאי המדינה, מכתב לשר הבריאות יעקב בן יזרי, 16 בינואר 2007.
⁴ שם.

כללי.⁵ נציין כי כבר בדוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 1996 מצא המבקר כי משרד הבריאות לא קבע את מספר המיטות הדרוש ביחידות לטיפול נמרץ כללי על-פי הצרכים לטיפול הנמרץ.⁶

במסמך זה אנו מבקשים להציג את מצוקת האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בישראל. במסמך יוצגו נתונים על מספר מיטות האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי, יוצג המחסור במיטות אשפוז ובכוח האדם במחלקות האלה ויובא מידע על תעריפי האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי. נוסף על כך נציג את הסיבות העיקריות למצב בתחום זה.

נציין כי בנתוני משרד הבריאות יש הבחנה בין טיפול נמרץ כללי, טיפול נמרץ כללי ביניים, טיפול נמרץ נשימתי וטיפול נמרץ לב. ואולם, ברוב בתי-החולים אין הבחנה בין טיפול נמרץ כללי, טיפול נמרץ כללי ביניים וטיפול נמרץ נשימתי, ועל כן במסמך זה טיפול נמרץ כללי כולל גם טיפול נמרץ כללי ביניים וטיפול נמרץ נשימתי, אלא אם כן צוין אחרת. טיפול נמרץ לב אינו חלק מטיפול נמרץ כללי ולכן לא נדון בו במסמך זה.

2. מחלקות טיפול נמרץ כללי בישראל

במערכת הבריאות יש הבחנה בין מיטות אשפוז בתקן למיטות אשפוז בפועל. מיטות אשפוז בתקן הן מיטות האשפוז המאושרות בתעודת הרישום של בית-החולים בזמן מוגדר. מיטות אשפוז בפועל הן המיטות המופעלות והמתוקצבות בבתי-החולים. כפי שיוסבר בהמשך המסמך, יש פער מסוים בין מספר מיטות האשפוז בתקן לבין מספר מיטות האשפוז בפועל.

על-פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2007 יש בישראל 14,582 מיטות אשפוז כללי בתקן, ומהן 329 מיטות הן מיטות טיפול נמרץ כללי.⁷ על-פי נתונים אלו שיעור מיטות האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בתקן מתוך כלל מיטות האשפוז הכללי בתקן הוא כ-2.2%. כ-42% ממיטות טיפול נמרץ כללי בתקן הן בבעלות ממשלתית או עירונית-ממשלתית.⁸

מספר מיטות האשפוז בתקן במחלקות טיפול נמרץ כללי⁹ בשנים 1995-2007¹⁰

2007	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1996	1995
329	322	316	318	318	315	298	278	273	203	177

⁵ ההסתדרות הרפואית בישראל, מערכת האשפוז – המחדל הגדול, נייר עמדה, ינואר 2007.

⁶ מבקר המדינה, דוח שנתי מס' 46 לשנת 1995 ולחשבונות שנת הכספים 1994, אפריל 1996, עמ' 204-208.

⁷ המספר כולל 310 מיטות טיפול נמרץ כללי בתקן ו-19 מיטות טיפול נמרץ נשימתי. מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 5 בפברואר 2007.

⁸ שם.

⁹ כאמור הנתונים כוללים טיפול נמרץ כללי, טיפול נמרץ ביניים וטיפול נמרץ נשימתי.

¹⁰ משרד הבריאות, מיטות אשפוז ועמדות רישוי 2005-1995, <http://www.health.gov.il/download/docs/units/comp/>, [mr/2005/a.pdf](http://www.health.gov.il/download/docs/units/comp/mr/2005/a.pdf), תאריך כניסה: 30 בינואר 2007; מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 5 בפברואר 2007.

מהטבלה עולה כי משנת 1995 ועד לסוף שנת 2007, קרי במשך 12 שנה, נוספו 152 מיטות אשפוז בתקן למחלקות טיפול נמרץ כללי; משנת 2001 ועד שנת 2007, קרי בשבע השנים האחרונות, נוספו רק 14 מיטות אשפוז בתקן.

מספר מיטות האשפוז בתקן במחלקות טיפול נמרץ כללי על-פי מחוזות בשנת 2007¹¹

ירושלים	צפון	חיפה	מרכז	תל-אביב	דרום	סה"כ
75	31	57	67	67	32	329

בשנת 2007, שיעור מיטות האשפוז בתקן במחלקות טיפול נמרץ כללי ל-1,000 נפש הוא 0.046.¹²

נתוני משרד הבריאות על מספר ימי האשפוז בשנת 2004¹³

קריטריון	טיפול נמרץ כללי	טיפול נמרץ נשימתי
מספר ימי האשפוז ל-1,000 נפש	11.2	0.8
שהייה ממוצעת	6.3 ימים	10.6 ימים

הנתונים שהוצגו לעיל על מספר מיטות האשפוז נוגעים אך ורק למיטות אשפוז בתקן. גורמים שעמם שוחחנו טוענים כי המצב בפועל שונה. יש בתי-חולים שאינם מפעילים את כל המיטות שנקבעו להם בתקן בשל מצוקת תקציב ומצוקת כוח אדם. דהיינו, מספר מיטות האשפוז בפועל במחלקות טיפול נמרץ קטן ממספר מיטות האשפוז בתקן.

על פער זה אפשר ללמוד מכך שבדיונים בין משרד האוצר למשרד הבריאות בשנת 2006 הוסכם על תוספת תקציב להפעלת 20 מיטות אשפוז במחלקות טיפול נמרץ שהיו קיימות בתקן אך לא הופעלו. נוסף על כך, סוכם כי בשנת 2007 יועבר למשרד הבריאות תקציב נוסף להפעלת 11 מיטות אשפוז במחלקות טיפול נמרץ שנקבעו בתקן אך אינן מופעלות.¹⁴ כלומר, מדובר בתקצוב הפעלתן של 31 מיטות שהיו בתקן אך לא הופעלו.

נציין כי על-פי נתוני משרד הבריאות, מספר מיטות האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בפועל בבתי-החולים הממשלתיים גדל במהלך השנים. בשנת 2000 היו בבתי-חולים האלה 117 מיטות אשפוז בפועל, ואילו בשנת 2006 היה מספרן 139.

¹¹ שם.

¹² החישוב נעשה על סמך נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שלפיהם בסוף שנת 2006 מנתה אוכלוסיית ישראל 7,104,500 נפש.

¹³ משרד הבריאות, בריאות בישראל: נתונים נבחרים, ספטמבר 2005, עמ' 222, 224, 226.

¹⁴ ראובן קוגן, רכז בריאות, אגף התקציבים במשרד האוצר, שיחת טלפון, 4 בפברואר 2007.

**נתוני שירותי בריאות כללית על התפוסה במחלקות טיפול נמרץ כללי
בשבעה בתי-חולים בבעלות הקופה בשנת 2006¹⁵**

מרכז רפואי ע"ש רבין, בלינסון, פתח- תקווה	בית-החולים ע"ש ליידי דייוויס, הכרמל, חיפה	מרכז רפואי ע"ש רבין, השרון, פתח- תקווה	בית- החולים ע"ש קפלן, רחובות	מרכז רפואי ע"ש סורוקה, באר-שבע	בית- החולים העמק, עפולה	בית- החולים מאיר, כפר- סבא
131	131.5	63.4	61.8	74.1	88.7	112.7

בדיון שנערך בוועדת הכנסת ביוני 2005 מסר ד"ר עמירם לב, יו"ר האיגוד לטיפול נמרץ כללי, כי על-פי פרסומי משרד הבריאות היו 240 מיטות אשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי (לא כולל טיפול נמרץ נשימתי וטיפול נמרץ כללי ביניים), אולם בפועל מספר מיטות האשפוז בבתי-החולים היה 182 בלבד. ד"ר לב מסר כי שיעור המיטות האלה בכלל מיטות האשפוז למבוגרים בישראל הוא 1.54%. לדבריו, שיעור זה הוא מהנמוכים בעולם המערבי, ובמדינות אירופה השיעור נע בין 2.5% ל-8.5%.¹⁶ הנתונים שמסר ד"ר לב מלמדים כי רק 75% ממיטות האשפוז בתקן מופעלות.

בכל בתי-החולים מספר החולים הזקוקים לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ גדול הרבה יותר ממספר המיטות בתקן ובפועל. למעשה, בתי-החולים נאלצים לאשפוז חולים קשים, ובהם חולים מונשמים, במחלקות אחרות בבתי-החולים, ולא במחלקות טיפול נמרץ. לשם המחשה, במרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי בכל רגע נתון יש 50-70 חולים מונשמים שמאושפזים מחוץ למחלקות טיפול נמרץ.¹⁷ במרכז הרפואי ברזילי באשקלון מאושפזים בחודשי החורף כ-24 חולים מונשמים, הזקוקים לטיפול רפואי מוגבר, במחלקות הפנימיות.¹⁸

3. המחסור במיטות אשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי

משרד הבריאות מסר כי בישראל חסרות 500 מיטות טיפול נמרץ בתקן, כמחציתן בבתי-החולים הממשלתיים.¹⁹

¹⁵ ד"ר אהוד דודסון, סמנכ"ל וראש חטיבת בתי-החולים בשירותי בריאות כללית, מכתב, 5 בפברואר 2007.

¹⁶ פרוטוקול ישיבת ועדת הכספים של הכנסת בנושא המחלקות לטיפול נמרץ בבתי-החולים ברחבי הארץ מ-29 ביוני 2005.

¹⁷ ד"ר א' הסנר, סמנכ"ל בקרת איכות וניהול סיכונים במרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי, מכתב, 1 בפברואר 2007.

¹⁸ ד"ר ר' לובל, סגן מנהל המרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון, מכתב, 5 בפברואר 2007.

¹⁹ מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 5 בפברואר 2007.

נתונים על מספר המיטות הקיים ומספר המיטות הדרוש בשמונה בתי-חולים ממשלתיים, ינואר 2007

מספר המיטות הדרוש	מספר המיטות בפועל	מספר המיטות בתקן	בתי-חולים
8	4	5	בית-החולים רבקה זיו בצפת ²⁰
50	10	16	המרכז הרפואי ע"ש שיבא ²¹
10	6	6	המרכז הרפואי בני-ציון בחיפה ²²
²⁴ 16	5	5	המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה ²³
36	16	24	המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי ²⁵
30	²⁸ 24	²⁷ 10	בית-החולים לגליל המערבי בנהרייה ²⁶
44	14	18	המרכז הרפואי ע"ש אסף הרופא, צריפין, באר-יעקב ²⁹
10	5	6	המרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון ³⁰
204	84	90	סך הכול

הטבלה מלמדת כי הפער בין מספר המיטות בתקן למספר המיטות בפועל בשמונת בתי-החולים הוא 6 ; הפער בין מספר המיטות הדרוש למספר המיטות בתקן הוא 114, ואילו הפער בין מספר המיטות הדרוש למספר המיטות בפועל הוא 120. נתונים אלו מלמדים על חוסר התאמה בין הצרכים בפועל לבין המשאבים בתחום טיפול נמרץ.

משירותי בריאות כללית נמסר כי הקופה מפעילה בבתי-החולים שבאחריותה מיטות טיפול נמרץ כללי במספר העולה על האמור ברשיון משרד הבריאות, מתוך הכרה בצרכים המשתנים מזמן לזמן. לטענת הקופה, יש מחסור בשני בתי-חולים של הקופה – המרכז הרפואי כרמל בחיפה והמרכז הרפואי מאיר בכפר-סבא – והתפוסה בהם עולה על 100% ביחס למיטות ברשיון. בשני בתי-החולים האלה חסרות שבע מיטות.³¹

²⁰ ד"ר אוסקר אמבון, מנהל בית-החולים רבקה זיו בצפת, מכתב, 30 בינואר 2007.

²¹ ד"ר ערן סגל, מנהל היחידה לטיפול נמרץ כללי במרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא רמת-גן, מכתב, 30 בינואר 2007.

²² ד"ר א' קינברייך, סגן מנהל המרכז הרפואי בני-ציון, מכתב, 31 בינואר 2007.

²³ ד"ר יעקב הספל, סגן מנהל המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה, 31 בינואר 2007.

²⁴ 12 מיטות למבוגרים ו-4 מיטות לילדים.

²⁵ ד"ר א' הסטר, סמנכ"ל בקרת איכות וניהול סיכונים במרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי, מכתב, 1 בפברואר 2007.

²⁶ ד"ר משה דניאל, מנהל בפועל של בית-החולים לגליל המערבי, נהרייה, מכתב, 31 בינואר 2007.

²⁷ 6 מיטות בטיפול נמרץ כללי ו-4 בטיפול נמרץ נשימתי.

²⁸ 17 מיטות בטיפול נמרץ כללי ו-7 בטיפול נמרץ נשימתי.

²⁹ ד"ר יצחק שרף, סגן מנהל בית-החולים בפועל, המרכז הרפואי ע"ש אסף הרופא, צריפין, מכתב, 1 בפברואר 2007.

³⁰ ד"ר ר' לובל, סגן מנהל המרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון, מכתב, 5 בפברואר 2007.

³¹ ד"ר אהוד דודסון, סמנכ"ל וראש חטיבת בתי-החולים בשירותי בריאות כללית, מכתב, 4 בפברואר 2007.

ממשרד הבריאות נמסר כי על-פי תוכנית האשפוז הלאומית לשנת 2015, אשר גובשה בידי צוות בראשות מנכ"ל משרד הבריאות, יש צורך בתוספת של 300 מיטות טיפול נמרץ עד לשנת 2015. לטענת המשרד, לצורך יישום התוכנית דרושה תוספת ניכרת של תקציב ושל כוח אדם.³²

ממשרד הבריאות נמסר עוד כי תוכנית האשפוז הלאומית שגובשה בשנת 2005 כוללת המלצה להוסיף 3,000 מיטות אשפוז, ובהן מיטות טיפול נמרץ. כמו כן, מומלץ בתוכנית להקים שלושה בתי-חולים נוספים. לטענת משרד הבריאות עלות הוספת מיטות אלו היא יותר מ-2 מיליארדי ש"ח, לא כולל תקציבי ההפעלה לתקצוב כוח האדם הנדרש. נציין כי אף שמשרד הבריאות הציג את התוכנית כבר בשנת 2005, מסר לנו המשרד כי "בכוונת משרד הבריאות להגיש את התוכנית לאישור הממשלה בזמן הקרוב".³³

4. כוח האדם במחלקות טיפול נמרץ³⁴

כוח האדם הרפואי במחלקות טיפול נמרץ, קרי רופאים ואחיות, מיומן בטיפול בחולים קשים ובעל הכשרה רפואית מיוחדת לעיסוק בתחום זה. תקני הרופאים והאחיות במחלקות טיפול נמרץ בישראל נקבעו בהסכמי עבודה קיבוציים. להלן התקנים הדרושים על-פי ההסכמים האלה:

רופאים במחלקת טיפול נמרץ – במחלקה שבה שתיים עד שש מיטות אשפוז יש צורך ברופא ובמנהל. על כל שלוש מיטות נוספות במחלקה יש צורך ברופא נוסף. דהיינו, במחלקה שבה 15 מיטות דרושים מנהל וארבעה רופאים.

אחיות במחלקת טיפול נמרץ – על-פי הסכם עבודה שנחתם בשנת 1997 נקבע כי במחלקה שבה מיטה אחת עד שבע מיטות יוקצו 3.5 משרות על כל מיטה. מהמיטה השמינית ואילך יוקצו 2.5 משרות על כל מיטה. דהיינו, במחלקה שבה 10 מיטות דרושות 32 משרות של אחיות.

על-פי נתוני משרד הבריאות, מספר הרופאים המומחים במחלקות טיפול נמרץ כללי בשנת 2004 היה 115, 94 מהם רופאים מומחים שגילם פחות מ-65 שנים. שיעור הרופאים המומחים במחלקות טיפול נמרץ כללי שגילם פחות מ-65 שנים היה 0.014 ל-1,000 נפש. כמו כן, מספר האחיות בוגרות קורסים על-בסיסיים בטיפול נמרץ משולב בסוף 2004 היה 3,299.

מתשובות בתי-החולים על פנייתנו ומשיחות שניהלנו עם גורמים הנוגעים בדבר לצורך כתיבת המסמך עולה כי יש מחסור חמור בכוח אדם במחלקות טיפול נמרץ, הן ברופאים והן באחיות. הסיבות העיקריות למחסור:

○ בתי-החולים טוענים כי התקנים הקיימים אינם מאפשרים לתת טיפול רפואי הולם ויש להגדילם במידה ניכרת.

³² מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 5 בפברואר 2007.

³³ שם.

³⁴ משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2004, <http://www.health.gov.il/download/docs/units/meida/>; <http://www.health.gov.il/download/docs/units/manpower2004/7.pdf>; [manpower2004/3.pdf](http://www.health.gov.il/download/docs/units/manpower2004/3.pdf); תאריך כניסה: 30 בינואר 2007. ראה גם הערות 21-23, 25-26 ו-29-30.

- קביעת כוח האדם על-פי מספר המיטות בתקן ולא על-פי מספר החולים בפועל גורמת לכך שבמצב של תפוסה גבוהה מ-100% הרופאים והאחיות אחראים למספר גדול מאוד של חולים מעבר למה שנקבע בתקן.
- תקנים רבים אינם מאוישים כלל מסיבות תקציביות, וכן בשל מחסור בכוח אדם מיומן ומוכשר המתאים לעבוד במחלקות האלה.

להלן כמה דוגמאות הממחישות את המחסור בכוח אדם:

- במחלקת טיפול נמרץ במרכז הרפואי ע"ש אסף הרופא יש לפי התקן 18 מיטות, אולם הוקצו בתקן שלושה רופאים בלבד; עוד שני תקנים הוקצו למחלקה ממקור אחר. כמו כן, חסרות שמונה משרות של אחיות.
 - במחלקת טיפול נמרץ כללי ובמחלקת טיפול נמרץ נשימתי בבית-החולים לגליל המערבי בנהרייה יש עשר מיטות בתקן והוקצו שישה רופאים, אולם על-פי מספר מיטות האשפוז בפועל יש להקצות לשתי המחלקות האלה יחד 12 רופאים. כמו כן, יש מחסור באחיות: דרושות 74 משרות אך מספר האחיות המועסקות במחלקה הוא 30.
 - במחלקת טיפול נמרץ במרכז הרפואי תל-אביב יש 24 מיטות אשפוז בתקן ומוקצות שתי משרות לרופאים בכירים, עם סיוע של רופאים ממחלקת הרדמה בזמן תורנויות. בית-החולים מסר כי דרושים שלושה-ארבעה רופאים נוספים כדי למלא את צורכי היחידה בהיקפה הנוכחי.
- נוסף על המחסור ברופאים ובאחיות יש מחסור של ממש בכוח עזר, בעובדים סוציאליים ובפסיכותרפיסטים. כמו כן, מספר המתמחים בתחום זה קטן מאוד. נציין כי בשנת 2004 הופקו ארבע תעודות מומחה חדשות בלבד בתחום טיפול נמרץ – 0.6% מכלל התעודות שהונפקו באותה שנה.
- משרד הבריאות מסר כי הסיבות למחסור בכוח אדם במחלקות האלה הן תקציביות, ובהיעדר התקציבים המתאימים יש מחסור בתקנים, בכוח אדם, במיטות אשפוז ובציוד.³⁵
- שירותי בריאות כללית מסרה כי במוסדותיה אין מחסור בכוח אדם ייעודי, ועל-פי הצרכים המשתנים מוקצית אף תוספת כוח אדם על חשבון המוסדות.³⁶

5. תעריפי האשפוז במחלקות טיפול נמרץ

עלות הפעלת מיטות טיפול נמרץ גבוהה לעומת עלות הפעלת מיטות אשפוז במחלקות פנימיות, בעיקר בשל עלות כוח האדם וההוצאות התפעוליות, ובכלל זה הציוד הרפואי המיוחד למחלקות האלה. על-פי הערכות עלות מיטת אשפוז במחלקת טיפול נמרץ היא יותר מ-5,000 ש"ח ליום – יותר מפיו-שלושה מעלות מיטת אשפוז במחלקה פנימית.³⁷

קופות החולים מעבירות לבתי-החולים תשלום בגין ימי האשפוז של מבוטחיהן על-פי תעריפים שמפרסם משרד הבריאות. תקציב קופות החולים מורכב בין היתר ממימון שמעבירה להם המדינה באמצעות משרד הבריאות.

³⁵ מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 5 בפברואר 2007.

³⁶ ד"ר אהוד דודסון, סמנכ"ל וראש חטיבת בתי-החולים בשירותי בריאות כללית, מכתב, 4 בפברואר 2007.

³⁷ פרוטוקול ישיבת ועדת הכספים של הכנסת בנושא המחלקות לטיפול נמרץ בבתי-החולים ברחבי הארץ מ-29 ביוני 2005.

עד לשנת 2005 לא היה מחיר דיפרנציאלי לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ, והתעריף היה זהה לזה של יום אשפוז במחלקות אחרות. הפער בין עלות ההפעלה של המיטות לבין התשלום תמורת האשפוז במחלקות האלה גרם לבתי-החולים הפסדים גדולים ולכן יצר תמריץ שלילי לפיתוח המחלקות האלה ולהגדלתן.

בשנת 2005 שונו תעריפי יום אשפוז, וכך מהיום הראשון עד ליום השלישי לאשפוז היה התעריף כפול מזה של המחלקות הפנימיות, ומהיום הרביעי ואילך היה התעריף זהה לזה של המחלקות הפנימיות.³⁸

בינואר 2007 עודכנו התעריפים. בחוזר מנכ"ל שכותרתו "תעריפי אשפוז ושאר השירותים החל מינואר 2007" הוצגו תעריפי האשפוז התעריפים החדשים:³⁹

תעריף ב' / בשקלים ⁴¹	תעריף א' / בשקלים ⁴⁰	סוג האשפוז
1,450	1,491	יום אשפוז במחלקה פנימית בבית-חולים כללי
1,780	1,830	יום אשפוז במחלקת טיפול נמרץ בבית-חולים כללי
330	339	פער עלות בין מחלקה פנימית למחלקת טיפול נמרץ

חוזר המנכ"ל קובע כי עבור כל אחד מארבעת ימי האשפוז הראשונים במחלקת טיפול נמרץ ישולם תעריף כפול (3,660 ש"ח ליום לפי תעריף א' ו-3,560 ש"ח ליום לפי תעריף ב'). מהיום החמישי לאשפוז ואילך לא ישולם תעריף כפול אלא תעריף רגיל עבור כל יום אשפוז (1,830 ש"ח לפי תעריף א' ו-1,780 ש"ח לפי תעריף ב').

להלן התעריפים של ימי האשפוז:

תעריף ב' / בשקלים ⁴³	תעריף א' / בשקלים ⁴²	משך האשפוז
1,780	1,830	יום אחד, 6 שעות ממנו לפחות בטיפול נמרץ
3,560	3,660	יום אחד, 6-24 שעות ממנו לפחות בטיפול נמרץ
7,120	7,320	יומיים לפחות, מתוכם 24-48 שעות בטיפול נמרץ
10,680	10,980	שלושה ימים לפחות, מתוכם 48-72 שעות בטיפול נמרץ
14,240	14,640	ארבעה ימים לפחות, מתוכם 72 שעות בטיפול נמרץ
14,240 ועוד 1,780 עבור כל יום אשפוז מהיום החמישי ואילך	14,640 ועוד 1,830 עבור כל יום אשפוז מהיום החמישי ואילך	מעל ארבעה ימים, מתוכם יותר מ-72 שעות בטיפול נמרץ

³⁸ ש.ם.

³⁹ אתר משרד הבריאות, http://www.health.gov.il/download/forms/a2929_mk01_07.pdf, תאריך כניסה: 1 בפברואר 2007.

⁴⁰ תעריף א' הוא עבור אזרחי ישראל המשלמים בעצמם עבור שירותים רפואיים, מטופלים תושבי הרשות הפלסטינית, חיילים מכוח האו"ם המוצבים בישראל ובגבולותיה, בני משפחתם ואחרים אשר האו"ם משלם את הוצאותיהם הרפואיות ותושבי חו"ל העובדים או לומדים בישראל.

⁴¹ תעריף ב' הוא עבור מטופלים המופנים על-ידי קופות החולים, נפגעי תאונות עבודה, נפגעי פעולות איבה, צה"ל, מטופלים המופנים על-ידי משרד הביטחון ונפגעי תאונות דרכים.

⁴² ראה הערה 36.

⁴³ ראה הערה 37.

כאמור, מהיום החמישי לאשפוז במחלקות טיפול נמרץ ואילך לא משולם תעריף כפול, וכך תעריף האשפוז היומי עבור ימים אלו נמוך מתעריף ארבעת הימים הראשונים, והוא גבוה ב-330-339 ש"ח בלבד מתעריף האשפוז במחלקות הפנימיות.

נתונים אלו יש לבחון לנוכח העובדה שעל-פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2004 **שהייה ממוצעת במחלקות טיפול נמרץ כללי** נמשכה 6.3 ימים ושהייה ממוצעת במחלקות טיפול נמרץ נשימתי נמשכה 10.6 ימים.

משרד הבריאות מסר כי החלטה זו באה על רקע ההנחה המקצועית שהתועלת המרבית מהשימוש במיטות טיפול נמרץ היא בארבעת ימי האשפוז הראשונים.⁴⁴

כמה מבתי-החולים שעמם שוחחנו טוענים כי ההסדר החדש אינו פותר את בעיות התקציב, שכן התעריפים עדיין נמוכים מהעלות הריאלית של הפעלת מיטות האשפוז האלה. משרד האוצר מדגיש כי גם אם התעריף שנקבע אינו זהה לעלות ההפעלה הריאלית של מיטות האשפוז בטיפול נמרץ, בתי-החולים אינם מפסידים בהכרח, שכן פער העלות מתקזז עם התשלומים הנגבים עבור תחומים שבהם התעריף שנקבע גבוה מעלות ההפעלה הריאלית.⁴⁵

6. הסיבות למצב הקיים⁴⁶

המצב הקיים הוא תולדה של סיבות רבות, אולם הגורמים שעמם שוחחנו מציינים שתי סיבות עיקריות:

1. מערך האשפוז בישראל – הן האשפוז הכללי והן האשפוז במחלקות טיפול נמרץ – אינו עונה על

הצרכים הקיימים. פריסת מיטות האשפוז הכללי מיושנת, אינה מותאמת לצרכים הקיימים ולא נבחנה כראוי שנים רבות. הן מספר מיטות האשפוז שנקבעו בתקן והן מספר המיטות בפועל אינם מאפשרים לבתי-החולים לטפל בכל החולים הקשים הזקוקים לטיפול נמרץ, וכך חולים הזקוקים לטיפול במחלקות האלה נאלצים להתאשפז במחלקות פנימיות. נדרשת בחינה מעמיקה של מערך האשפוז הכללי בכלל ושל מערך האשפוז במחלקות טיפול נמרץ בפרט, ויש לנקוט מיד צעדים לתיקון המצב. צריך להוסיף מייד מיטות אשפוז הן באשפוז הכללי והן בטיפול נמרץ. יש לציין כי הגדלת מערך האשפוז היא תהליך ארוך טווח, וצריך להתחילו עכשיו כדי שיהיה אפשר ליהנות מפירותיו כבר בשנים הקרובות. הרחבת התשתית הקיימת (מבנים, כוח אדם וציוד רפואי) מצריכה זמן רב.

2. תעריף האשפוז מקשה על בתי-החולים להפעיל את מספר מיטות האשפוז הדרוש משום שהוא

אינו תואם את עלות ההפעלה הריאלית של המיטות האלה, ולכן לבתי-החולים אין תמריץ להפעיל את כל המיטות שנקבעו להם בתקן. בתי-החולים טוענים כי נוסף על בחינה מחודשת של התעריף, יש צורך דחוף לאפשר את הפעלתן של כל המיטות בתקן, לאיש את כל המשרות במחלקות על-פי ההסכמים הקיבוציים ולהשקיע בתשתית הדרושה למחלקות האלה, ובעיקר בציוד הרפואי הדרוש.

⁴⁴ מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 5 בפברואר 2007.

⁴⁵ ראובן קוגן, רכז בריאות, אגף התקציבים במשרד האוצר, שיחת טלפון, 4 בפברואר 2007.

⁴⁶ חלק זה מבוסס על תשובות בתי-החולים הממשלתיים על פנייתנו. ראה הערות 21-23, 25-26 ו-29-30; ד"ר עמירם לב, יו"ר האיגוד לטיפול נמרץ כללי, שיחת טלפון, 1 בפברואר 2007; ההסתדרות הרפואית בישראל, מערכת האשפוז – המחלוקת הגדולה, נייר עמדה, ינואר 2007.

הגורמים שעמם שוחחנו הביעו חשש מפני ניסיון של משרד הבריאות ומשרד האוצר לתגבר את מערך האשפוז במחלקות טיפול נמרץ על חשבון מחלקות אחרות בבתי-החולים. בתי-החולים טוענים כי מצוקת האשפוז אינה מאפיינת רק את מחלקות טיפול נמרץ, אלא היא נחלתו של כל מערך האשפוז הכללי בישראל, ועל כן אין לפתח את מערך האשפוז במחלקות טיפול נמרץ על חשבון תחומים אחרים.

בנייר עמדה שפרסמה ההסתדרות הרפואית הישראלית שכותרתו "מערכת האשפוז – המחדל הגדול" נכתב בין היתר: "ראוי לציין כי המצב שנוצר הוא תוצאה של הזנחה רבת שנים ומדיניות של השארת מערכת הבריאות במחסור כאידיאולוגיה. משמעות הדבר היא כי על אף שישנה יכולת טכנולוגית, ועל אף שהרופאים במדינת ישראל הם מהמובילים בתחומם בעולם, מתבצע כרסום מתמיד בתשתיות (הן הפיזיות והן בתשתית כוח האדם) המוקצות למערכת האשפוזית וכתוצאה מכך יכולת הטיפול שלנו, כרופאים, הולכת ונשחקת... כתוצאה מהמצב המחרף הרופאים עסוקים ב'כיבוי שריפות' ואינם מסוגלים להעניק את הטיפול המיטבי לחולים. כך, רופאים פנימיים, שאינם מיומנים בהכשרתם כמו רופאי הטיפול הנמרץ, נאלצים לטפל במונשמים ללא הכשרה וללא מכשור מתאים. הטיפול המיטבי עלול להימנע מהחולים שכן הרופאים אינם מצליחים ללמוד, להתעדכן ולחקור על מנת לטפל בצורה טובה יותר במטופלים".⁴⁷

⁴⁷ ההסתדרות הרפואית בישראל, מערכת האשפוז – המחדל הגדול, נייר עמדה, ינואר 2007.