

פרק ג': הקצאת מיטות בבתי חולים כלליים

תפוסת יתר ותת-תפוסה שתיהן מצבים שאינם רצויים במחלקות האשפוז בבתי החולים. תפוסת יתר היא תפוסה ביותר ממספר המיטות הפעילות במחלקה: תת-תפוסה – מתחת לשיעור מסוים, שנקבע לצורך הביקורת ל-70% ממספר המיטות הפעילות במחלקה. תפוסת יתר מכבידה הן על החולים המאושפזים והן על הצוותים הרפואיים והמשקיים בבתי החולים והיא גוררת, בין היתר, תופעות של עומס ושל תורים לאשפוז: תת-תפוסה מעידה על בזבז משאבים. לצורך ניהול תקין של בית חולים יש לחתור, בין היתר, למניעת היווצרותם של שני המצבים האלה במחלקותיו, בדרך של הקצאה נכונה של מיטות אשפוז ביניהן.

בחודשים אפריל – יוני 1987 כחן משרד מבקר המדינה נתונים סטטיסטיים, שמושרד הבריאות (להלן – המשרד) מרכז ומעבד בכל שנה לגבי כל בתי החולים הכלליים בארץ. הבחינה התמקדה בקשר שבין מספר החולים המתקבלים לאשפוז במחלקות הכלליות בבתי החולים (לא כולל מחלקות נפש, שיקום, גריאטריה, סיעודית ויונקים), מספר המיטות, שיעורי התפוסה השנתית בפועל והשהייה הממוצעת השנתית של החולים בהן. הבדיקה נעשתה בהשוואה לממוצעים הארציים של כל סוג של מחלקה בנפרד.

משרד מבקר המדינה ריכו נתונים על כל המחלקות שהיו במצב של תפוסת יתר והמחלקות שהיו במצב של תת-תפוסה ב-1984, ב-1985 וב-1986 ב-25 בתי חולים כלליים – ממשלתיים וציבוריים – שבהם נרשמים 91% מסך כל ימי האשפוז הכלליים במדינה.

להלן המסקנות, ההמלצות וההערות של משרד מבקר המדינה על סמך ניתוח נתוני המשרד ושיחות הבהרה שהתקיימו במהלך הביקורת עם גורמים אחראיים למערכת הבריאות:

נתוני המשרד מראים, שהיו 61 מחלקות במצב של תפוסת יתר ב-1986, לעומת 97 ב-1985 ו-112 ב-1984: במצב של תת-תפוסה היו 57 מחלקות ב-1986, לעומת 38 ב-1985 וב-1984.

על פי הנתונים, פחתה הצפיפות בבתי החולים הכלליים מ-1984 ל-1985 ובאופן מואץ ב-1986, אבל הנתונים לגבי 1986 אינם משקפים נטייה ברורה. באותה שנה שיבשו האחיות את העבודה בבתי החולים ואף השביתו אותם כחודש יוני. בגלל השיבושים וההשבתות שוחררו חולים רבים שלא על פי שיקולים רפואיים וימים רבים לא התקבלו חולים חדשים. כל אלה מסבירים את התפוסה הסבירה של הרבה מחלקות, שהיו בתפוסת יתר במשך שנתיים קודם לכן: גם עצם הדבר שיותר מחלקות נמצאו בתת-תפוסה מאשר קודם לכן נעוצה בעיצומי האחיות ב-1986.

אף על פי כן, הנתונים מראים שב-41 מחלקות היתה תפוסת יתר וב-25 מחלקות אחרות היתה תת-תפוסה בשלוש השנים האחרונות.

מחלקות בתפוסת יתר

הנתונים על 41 המחלקות שהיו בתפוסת יתר בשלוש השנים האחרונות מצביעים, שתפוסת היתר היתה בגלל גורם אחד או שניים: הארכת שהיית החולים יותר מן הנורמה הארצית לאותו סוג של מחלקה ומספר גדול של קבלות לאשפוז לכל מיטה כמפורט להלן:

(א) 11 מחלקות שקיבלו מספר חולים למיטה שווה או קטן מן הנורמה הארצית לאותם סוגים של מחלקה והצפיפות בהן נגרמה על ידי הארכת שהיית החולים באופן ניכר.

(ב) ב-13 מחלקות אחרות הצפיפות נגרמה בגלל מספר קבלות גדול במידה ניכרת מן הנורמה הארצית.

(ג) ב-17 המחלקות הנותרות הצפיפות נגרמה הן על ידי הארכת שהיית החולים בהן מ-5% ועד 52% יותר מן הנורמה הארצית והן על ידי קבלת חולים יותר מן הנורמה המקובלת לאותם סוגים של מחלקות (מ-9% ועד 88%).

משרד מבקר המדינה ביקש מן המשרד לבחון, יחד עם בתי החולים שבהם נמצאו 41 המחלקות האמורות, את הסיבות לתפוסת היתר ולוודא שאין היא נובעת מחוסר יעילות, ולשקול את הדרך הנאותה להקלת העומס הקיים בהן זה שלוש שנים ברציפות.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מיום 7.12.87, הודיע המשרד, כי הנהלת שירותי האשפוז במשרד מקיימת מעקב קבוע אחר הטיפול השוטף של המחלקות השונות בבתי החולים, כולל בדיקת ממוצע משך שהייה, פעילות רפואית ושיעורי תפוסת המיטות, במגמה להתאים ככל האפשר את תקן המיטות לממוצע התפוסה בפועל. בהתאם לכך, הודיע המשרד, מבוצעים שינויים כפריסת המיטות והתאמתן לתקן, כולל סגירת מחלקות במידת הצורך. המשרד ציין, שיש לזכור שהנחיות שירותי האשפוז להנהלות בתי החולים בנושא של החלטות לאשפוז ושחרור החולים הן בתחום המינהלי ואין, בדרך כלל, התערבות בשיקולים רפואיים.

עוד הודיע המשרד, שהוא מנהל מגע שוטף עם כל הגורמים בעלי השפעה על קביעת תקני המיטות, כגון נציבות שירות המדינה, אגף התקציבים באוצר וההסתדרות הרפואית בישראל, במגמה לגרום לשינויים בתקני המיטות בהתאם לשינויים בתפוסה בפועל. המשרד הוסיף, כי קיים פיגור רב בין השינוי בתקן המיטות לבין השינוי בשיעורי התפוסה בבתי החולים, בגלל אילוצים, כגון: תקני כוח אדם, תקציב, הסכמי עבודה ושיקולי הכרה לצורך התמחות של המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל.

מחלקות בתת-תפוסה

הביקורת העלתה 25 מחלקות כלליות בבתי חולים כלליים, שהיו בתת-תפוסה ב-1984, ב-1985 וב-1986, מן הסיבות האלה:

(א) ב-11 מחלקות תת-התפוסה נבעה ממינוס קבלות למיטה.

(ב) ב-9 מחלקות תת-התפוסה נבעה משהיית חולים קצרה במידה ניכרת מן הנורמה הארצית.

(ג) ב-5 המחלקות הנותרות תת-התפוסה נבעה ממספר קטן ב-12% - 64% של קבלות, בהשוואה לנורמה הארצית, ואורך שהיית חולים הממוצעת קצר במידה ניכרת (קטנה ב-15% - 47% מן הנורמה הארצית).

משרד מבקר המדינה המליץ בפני המשרד לדון עם הנהלות מוסדות אלה ולבחון מחדש את גודל המחלקות האמורות, כדי למנוע המשך של בזבז משאבים.

הכרה לצורך התמחות

למשרד מבקר המדינה הוסבר, כי במקרים רבים הסיבה לתת-תפוסה במחלקה נעוצה בגורם שמחוץ לשליטת המשרד - המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - המועצה). המשרד הודיע בדצמבר 1987 למשרד מבקר המדינה, כי בין הסיבות לפיגורים בהתאמת תקן המיטות לשיעור התפוסה קיימים גם שיקולי ההכרה לצורך התמחות של המועצה.

על פי סעיף 17 לפקודת הרופאים (נוסח משולב), התשל"ז-1976, רשאי שר הבריאות, לאחר התייעצות עם ההסתדרות הרפואית בישראל, לקבוע בתקנות תוארי מומחה לענפי הרפואה השונים ואת התנאים לאישור התארים.

שר הבריאות התקין ב-1973 תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973 הקובעות, שרופא המבקש לקבל תואר מומחה ימציא למנהל הכללי של המשרד, באמצעות המועצה, בין היתר, תעודה על גמר התמחותו במוסד מוכר, לפי מסלול שנקבע בתוספת לתקנות; תעודה זו מונפקת בידי המועצה בלבד.

מוסד מוכר לצורך התמחות רופאים הוא יחידה, מוסד רפואי, מכון, מחלקה, מעבדה, מרפאה או מרכז או שירות שהוכרו בידי מנכ"ל המשרד לפי המלצת המועצה.

אחד הקריטריונים למתן ההמלצה של המועצה להכרת מחלקה אשפוזית לצורך התמחות רופאים הוא גודל המחלקה. במועד הביקורת, גודל המחלקה המוערי לצורך הכרה להתמחות היה 15 מיטות, כך שצמצום מספר המיטות במחלקה יכול לגרור ביטול ההכרה לצורך התמחות רופאים. גם אם הביטול של ההכרה נמצא בתחום הסמכויות של מנכ"ל המשרד, סירוב המועצה להכיר בהתמחות במחלקה מסוימת, על ידי אי מתן תעודת גמר ההתמחות לרופא, משמעותו אי-הכרה בפועל של המחלקה לצורך הדרכת רופאים צעירים.

למחלקה ולבית החולים, ביטול ההכרה או אי-הכרה בפועל מצד המועצה משמעותו איבוד כוח עבודה חשוב, ואיבוד מעמד יוקרה של הרופאים הבכירים המנהלים את המחלקה ואת בית החולים.

כמעט כל המחלקות שכתת-תפוסה בדרך קבע בשלוש השנים האחרונות הן מחלקות מוכרות לצורך הדרכת מתמחים על ידי המשרד, על פי המלצת המועצה.

לדעת הביקורת, יש לשקול צמצום של מספר המיטות במחלקות ששוררת בהן תת-תפוסה בדרך קבע, בלא שהדבר יגרור את ביטול ההכרה באותן מחלקות לצורך התמחות רופאים צעירים כפי שהדבר נעשה בעבר (ראה דו"ח שנתי 36, עמ' 308).

ההכרה בבית לוינשטיין

1. בפברואר 1986 מינתה הנהלת הקופה מנהל חדש לבית החולים לרפואה פסיקלית ושיקום בית לוינשטיין. לאחר שפרש המנהל שכיהן בתפקיד זה שנים רבות. תחומי ההתמחות של המנהל החדש הם נוירולוגיה ומינהל רפואי ולא רפואה פסיקלית ושיקום.

2. בגלל מינוי המנהל החדש, ביקשו הנהלת הקופה והנהלת בית החולים להמשיך את ההכרה בבית החולים, כמתחייב בעת חילופי מנהלים. במכתב לבית החולים, מיום 23.2.86, כתב יו"ר הוועדה להכרה ולביקורת של המועצה: "לא נוכל להמליץ בפני מנכ"ל משרד הבריאות על המשך ההכרה בבית החולים בית לוינשטיין לצורך התמחות ברפואה פסיקלית ושיקום עד אשר יינקטו הצעדים שיתאימו את המצב במוסדכם לתנאים הדרושים למתן הכרה".

הנהלת בית החולים הציעה לבצע שינוי ארגוני בבית לוינשטיין, שמטרתו לאגד את שש מחלקות האשפוז שבו לחטיבה רפואית אחת, בניהולו של יו"ר ברוטציה בין מנהלי המחלקות הללו. השינוי הארגוני הוצע כפתרון לבעיה שנוצרה עם מינוי מנהל שאינו מומחה בתחום עיסוקו של המוסד, כך שיו"ר החטיבה יהיה מומחה ברפואה פסיקלית ושיקום ואחראי לתכנית ההתמחות של המוסד.

"חטיבה" איננה מוזכרת בתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) כ"מוסד מוכר" לצורך התמחות (מוזכרים כאמור: יחידה, מוסד רפואי, מכון, מחלקה, מעבדה, מרפאה, מרכז ושירות). המועצה לא הלכה לקראת הנהלת בית לוינשטיין לאימוץ פתרון זה לבעיה ולא ביקשה ממשרד הבריאות שינוי בתקנות, כדי לכלול "חטיבה" בין המוסדות המוכרים לצורך התמחות.

בחדש מאי 1987, משלא נמצא מוצא מן העמדות הקשוחות של שלושת הגורמים – הנהלת הקופה, הנהלת בית החולים והמועצה – ביקשה המועצה ממנכ"ל משרד הבריאות להסיר את ההכרה מבית לוינשטיין. מנכ"ל המשרד לא נענה לבקשה וביקש למצוא פתרון לבעיה שנוצרה בבית לוינשטיין, בלי לפגוע בהכרה במוסד.

3. בגלל אי-הוודאות בדבר ההכרה בבית לוינשטיין לא הגיע במחצית הראשונה של 1987 אף לא מועמד חדש אחד להתמחות בבית החולים והשתררה תסיסה בקרב 15 המתמחים שהתמחו בו, מחשש שחלק מלימודיהם לא יוכר בידי המועצה. במצב זה, הכריזו רופאי בית לוינשטיין על עיצומים בתחילת יוני 1987, שמהותם סירוב לקבל חולים חדשים למוסד.

בחודשים יוני ויולי אותה שנה התקבלו בבית לוינשטיין חולים אחדים בלבד (רובם חיילים) בשעה שבימים כתיקונם היו מתקבלים כ-150 חולים בתקופה של חודשיים. בתחילת אוגוסט הפסיקו הרופאים את העיצומים, כיוון שהנהלות הקופה ובית החולים חזרו בהן מהחלטתן הקודמת והתירו לכל מחלקה בבית לוינשטיין לבקש הכרה בנפרד.

עקב האירועים האמורים, נגרם סבל רב לחולים רבים, העבודה בבית החולים בית לוינשטיין שובשה, בגלל החלטות לא גמישות דיין שבאו זו אחר זו, ובכללן החלטת הנהלת קופ"ח כללית למנות רופא לא מומחה ברפואה פסיקלית ושיקום לעמוד בראש מוסד שעבודתו כולה מתמקדת בתחום הזה.

בפרשת ההכרה להתמחות של בית לוינשטיין יש כדי לשמש דוגמה, שניהול מערכת רפואית כה מורכבת חייב להיות מלווה בגמישות מצד כל המעורבים בה, כדי למלא את ייעודה – טיפול רפואי לנזקקים לו, בלא סבל מיותר לחולים.

שהייה ממוצעת

שנים רבות היתה השהייה הממוצעת הארוכה בבתי החולים הממשלתיים והעירוניים-הממשלתיים יחסית לשהייה בבתי החולים של הקופה נושא לדיון ולוויכוח בין הקופה והמשרד. מבקר המדינה קבע עוד בדו"ח על הביקורת בקופה שהוצא ב-1979, שהחלטות של ועדת התיאום של הקופה והמשרד על הקמת צוות לבדיקת הנושא, שהתקבלו באפריל 1976 ושוב בדצמבר אותה שנה, לא מולאו והצוות לא מונה.

בדו"ח שנתי 36 (עמ' 263) קבע מבקר המדינה, שבשנת הכספים 1983 שהו מבוטחי הקופה בבתי החולים הממשלתיים זמן ארוך ב-41%, בממוצע, יותר מבבתי החולים של הקופה: בשנת 1980 היה הפער 33% ובשנת 1979 - 21%.

משרד מבקר המדינה ריכו נתונים של המשרד בדבר אורך שהיית החולים במיטות כלליות בבתי חולים כלליים ממשלתיים, עירוניים-ממשלתיים ושל הקופה מ-1974 ועד סוף 1986.

מן הנתונים עולה, שהמגמה הכללית היא צמצום השהייה הממוצעת בבתי החולים הכלליים כולם. השהייה הממוצעת בבתי החולים הממשלתיים ירדה בהדרגה מ-8.2 ימים ב-1974 ל-5.6 ימים ב-1986; בבתי החולים העירוניים-הממשלתיים מ-9 ימים ב-1974 ל-5.9 ימים ב-1986 ובבתי החולים של הקופה מ-7.4 ימים ב-1974 ל-4.9 ימים ב-1986.

נתונים אלה מוכיחים, שאפשר לצמצם את השהייה הממוצעת בבתי החולים הכלליים, בלא פגיעה בבריאותם של החולים. צמצום השהייה הממוצעת של 2.6 ימים בבתי החולים הממשלתיים בתקופה 1974 - 1986 משמעותו היקף כספי בסדר גודל של כ-130 מיליון ש"ח מבחינת קונה השירות רק בשנת 1986 (לפי מחיר יום אשפוז הנוכחי - 202 ש"ח)⁽¹⁵⁾; צמצום של 3.1 ימים בממוצע לכל חולה באותה תקופה בבתי החולים העירוניים-הממשלתיים משמעותו היקף כספי של יותר מ-35 מיליון ש"ח באותה שנה. בחישובים אלה יש לקחת בחשבון, שחלק מן הצמצום בשהייה הממוצעת מקורו בהתקדמות הטכנולוגית במדע הרפואה, המאפשרת להרחיב את ביצועם של יותר סוגים של טיפולים במרפאה והמחייבת הגדלת ההשקעות בצידוד בתקציב המשרד.

עוד מראים הנתונים, שבבתי החולים הממשלתיים והעירוניים-הממשלתיים שורר כיום המצב ששרר בבתי החולים של הקופה בשנת 1982 ושהפער ביניהם, באחוזים, מוסיף להיות גדול: השהייה הממוצעת בבתי חולים ממשלתיים היתה ארוכה ב-11% ב-1984, ב-9% ב-1985 וב-14% ב-1986 יותר מן השהייה הממוצעת בבתי החולים של הקופה; לגבי

(15) לגבי הקופה ההתחשבות עם המשרד, בעבור צריכת ימי אשפוז של מבוטחיה בבתי החולים הממשלתיים, היא כוללת - ראה דו"ח שנתי 36, עמ' 258.

בתי החולים העירוניים-הממשלתיים פער זה היה 11% בשנים 1984 ו-1985 ו-20% ב-1986. בתרגום כספי, אילו השהייה הממוצעת בבתי החולים הממשלתיים ב-1986 בלבד היתה כמו זו של בתי החולים של הקופה באותה שנה, היה נחסך למשרד סכום של יותר מ-35 מיליון ש"ח; ואילו בבתי החולים העירוניים-הממשלתיים היתה נרשמת באותה שנה השהייה הממוצעת של בתי החולים של הקופה, היה נחסך לקופת המדינה סכום של 12 מיליון ש"ח.

לדעת הביקורת, דרוש שהמשרד והקופה יבדקו בדבר הסיבות לפערים האלה במגמה לייעל את כל בתי החולים הכלליים, בייחוד העירוניים-הממשלתיים והממשלתיים.

מחלקות שבהן קבלות מועטות ותפוסה סבירה

במהלך הביקורת הועלו 27 מחלקות אשפוז, שהיתה צפויה בהן תפוסה נמוכה ב-25% - 45% מן המקובל באותם סוגים של מחלקות, נוכח המספר הקטן של החולים שהתקבלו בהן במרוצת השנה. הבדיקה העלתה, שאמנם היתה בהן תפוסה סבירה, בדרך כלל יותר מ-70%.

הביקורת העלתה, שבמחלקות אלו היתה שהיית החולים ארוכה ב-12% ועד 112% מן הנורמה הארצית לאותם סוגים של מחלקות, דבר המסביר את סבירות התפוסה בהן.



1. הממצאים שהועלו מצביעים, שב-41 מחלקות אשפוז בבתי החולים הכלליים, הממשלתיים והציבוריים, היתה תפוסת יתר וב-25 מחלקות אחרות היתה תת-תפוסה זה שלוש שנים ברציפות.

דרוש, שהמשרד ידאג שהנהלות בתי החולים שבהם 41 המחלקות האמורות, יבחנו את הסיבות לתפוסת יתר ויפעלו למציאת דרך להקלת העומס בהן.

אשר ל-25 המחלקות ששוררת בהן תת-תפוסה מאז 1984, דרוש שהנהלת המשרד והנהלות בתי החולים שהמחלקות פועלות בהן, יפעלו להקטנת מספר המיטות בהן, כפי שדורשים עקרונות החיסכון והיעילות במוסדות ממשלתיים וציבוריים. אשר למחלקות שמוכרות לצורך התמחות רופאים, המליץ משרד מבקר המדינה להנהלת המשרד, לדרוש עם המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל, בדבר הסדר על ההכרה להתמחות רופאים גם במחלקות שיש בהן מספר קטן יותר של מיטות.

2. הביקורת הצביעה, ש-27 מחלקות אשפוז אחרות לא היו במצב של תת-תפוסה בשנת 1986 רק הודות לשהייה הארוכה של החולים בהן, במידה ניכרת יותר מן הנורמה הארצית. על הנהלת המשרד לבחון מדוע השהייה בהן כה ארוכה.

3. הנתונים מצביעים, שעדיין קיים פער ניכר בין אורך שהיית החולים בבתי החולים הממשלתיים והעירוניים-הממשלתיים, לבין אורך השהייה בבתי החולים של קופת החולים של ההסתדרות הכללית. לדעת הביקורת, על המשרד להגביר את מאמציו לצמצום שהיית החולים בבתי החולים שבניהולו.

פ ר ק ד': מאגר כוח אדם רפואי במדינה

1. על משרד הבריאות מוטלת האחריות להבטיח הימצאות כוח אדם רפואי מהימן במדינה, המסוגל לספק את צרכיה הרפואיים של האוכלוסייה, לפי רמת הידע הרפואי הגבוה ביותר שניתן להגיע באמצעים שהמדינה משקיעה בתחום זה.

בתי החולים העירוניים-הממשלתיים פער זה היה 11% בשנים 1984 ו-1985 ו-20% ב-1986. בתרגום כספי, אילו השהייה הממוצעת בבתי החולים הממשלתיים ב-1986 בלבד היתה כמו זו של בתי החולים של הקופה באותה שנה, היה נחסך למשרד סכום של יותר מ-35 מיליון ש"ח; ואילו בבתי החולים העירוניים-הממשלתיים היתה נרשמת באותה שנה השהייה הממוצעת של בתי החולים של הקופה, היה נחסך לקופת המדינה סכום של 12 מיליון ש"ח.

לדעת הביקורת, דרוש שהמשרד והקופה יבדקו בדבר הסיבות לפערים האלה במגמה לייעל את כל בתי החולים הכלליים, בייחוד העירוניים-הממשלתיים והממשלתיים.

מחלקות שבהן קבלות מועטות ותפוסה סבירה

במהלך הביקורת הועלו 27 מחלקות אשפוז, שהיתה צפויה בהן תפוסה נמוכה ב-25% - 45% מן המקובל באותם סוגים של מחלקות, נוכח המספר הקטן של החולים שהתקבלו בהן במרוצת השנה. הבדיקה העלתה, שאמנם היתה בהן תפוסה סבירה, בדרך כלל יותר מ-70%.

הביקורת העלתה, שבמחלקות אלו היתה שהיית החולים ארוכה ב-12% ועד 112% מן הנורמה הארצית לאותם סוגים של מחלקות, דבר המסביר את סבירות התפוסה בהן.



1. הממצאים שהועלו מצביעים, שב-41 מחלקות אשפוז בבתי החולים הכלליים, הממשלתיים והציבוריים, היתה תפוסת יתר וב-25 מחלקות אחרות היתה תת-תפוסה זה שלוש שנים ברציפות.

דרוש, שהמשרד ידאג שהנהלות בתי החולים שבהם 41 המחלקות האמורות, יבחנו את הסיבות לתפוסת יתר ויפעלו למציאת דרך להקלת העומס בהן.

אשר ל-25 המחלקות ששוררת בהן תת-תפוסה מאז 1984, דרוש שהנהלת המשרד והנהלות בתי החולים שהמחלקות פועלות בהן, יפעלו להקטנת מספר המיטות בהן, כפי שדורשים עקרונות החיסכון והיעילות במוסדות ממשלתיים וציבוריים. אשר למחלקות שמוכרות לצורך התמחות רופאים, המליץ משרד מבקר המדינה להנהלת המשרד, לדרוש עם המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל, בדבר הסדר על ההכרה להתמחות רופאים גם במחלקות שיש בהן מספר קטן יותר של מיטות.

2. הביקורת הצביעה, ש-27 מחלקות אשפוז אחרות לא היו במצב של תת-תפוסה בשנת 1986 רק הודות לשהייה הארוכה של החולים בהן, במידה ניכרת יותר מן הנורמה הארצית. על הנהלת המשרד לבחון מדוע השהייה בהן כה ארוכה.

3. הנתונים מצביעים, שעדיין קיים פער ניכר בין אורך שהיית החולים בבתי החולים הממשלתיים והעירוניים-הממשלתיים, לבין אורך השהייה בבתי החולים של קופת החולים של ההסתדרות הכללית. לדעת הביקורת, על המשרד להגביר את מאמציו לצמצום שהיית החולים בבתי החולים שבניהולו.

פ ר ק ד': מאגר כוח אדם רפואי במדינה

1. על משרד הבריאות מוטלת האחריות להבטיח הימצאות כוח אדם רפואי מהימן במדינה, המסוגל לספק את צרכיה הרפואיים של האוכלוסייה, לפי רמת הידע הרפואי הגבוה ביותר שניתן להגיע באמצעים שהמדינה משקיעה בתחום זה.

אוכלוסיית ישראל גדלה מ-3.02 מיליון תושבים בסוף 1970 ל-4.26 מיליון בסוף 1985, גידול ממוצע של 2.3% בכל שנה (נתונים אלה והבאים בפרק הזה, מקורם בנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה).

מ-1955 עד 1985 חל תהליך של הזדקנות האוכלוסייה - מספר התושבים בני 65 ומעלה כמעט הוכפל, מ-4.8% ל-8.7% מכלל האוכלוסייה. תוחלת החיים ב-1971 הייתה 70.1 שנים לגברים ו-73.4 לנשים; ב-1984 - 73.1 שנים לגברים ו-76.6 שנים לנשים.

כדי למלא את אחריותו בתחום תכנון כוח האדם הרפואי, שצריך להיצא במדינה כדי לספק את הדרישה לטיפול רפואי, על המשרד להיות מצויד, בין היתר, במידע רב על בעלי מקצועות רפואיים ופארה-רפואיים הנמצאים בארץ (כגון מספרם, רמת השכלתם וגילם) ועל אלה העתידים להיכנס למאגר העבודה הרפואית בטווח של שנים מספר. כמו כן, על המשרד להיות מעודכן לגבי צורכי האוכלוסייה והתפתחויות הידע הרפואי ולרכז את מאמציו בתחום זה ביחידה מקצועית מתאימה.

בדו"ח שנתי 37 (עמ' 283) העיר מבקר המדינה, שבמשרד הבריאות חסר מידע על כוח האדם הרפואי בארץ, פרט לרופאי שיניים. עוד העיר המבקר, שאין במשרד נתונים על רוב בעלי המקצוע העובדים בתחום הרפואי, ואפילו מספרם של הרופאים, הרוקחים והאחים והאחיות נתון להערכות שונות של ראשי אגפים ומחלקות במשרד. המבקר הגיע לכלל מסקנה, שבהיעדר נתונים בסיסיים אלה אין המשרד מסוגל להתחיל בתכנון הדרוש כדי למלא את אחריותו בתחום זה.

הביקורת שפורסמה בדו"ח השנתי 37, ונתוניה היו מעודכנים לתחילת שנת 1986, התייחסה למגוון רחב של נושאים הקשורים למאגר כוח האדם הרפואי והפארה-רפואי במדינה. הביקורת הנוכחית נערכה בנובמבר 1987, והיא מתייחסת לאותם נושאים ולהתפתחויות שהיו בהם במשך 18 החודשים שעברו מאז הביקורת הקודמת. להלן עיקר הממצאים:

2. הנושאים הקשורים להכוננת כוח אדם רפואי עדיין נדונים רק מפעם לפעם במשרד במחלקות ובאגפים שונים, בעיקר עקב בעיות שמתעוררות בתחום זה, ואין במשרד יחידה אחראית על תכנון כוח אדם רפואי. צוות היגוי, שמינה המשרד בעקבות הביקורת הקודמת, שמתפקידו לבחון ולתכנן את מערך כוח האדם במערכת הבריאות, עדיין לא הגיע לכלל מסקנות ולדיווחים. במחלקה למקצועות רפואיים של המשרד, קיימת תיקייה ובה עשרות אלפי תיקים וכרטיסים המנוהלים ידנית, שאינה מאפשרת ריכוז המידע שבהם. בדצמבר 1987 חתם המשרד עם חברה פרטית על הסכם לפיתוח תוכנה מתאימה לצרכיה של המחלקה. להערכת עובדי המחלקה, יידרש למשרד שנים מספר עד שיוכל להפעיל את המערכת הממוחשבת ביעילות לאגירת המידע הנדרש לתכנון כוח אדם.

3. התפתחויות ברפואה וצרכים משתנים של האוכלוסייה מסבירים את השינויים שחלו במערכת האשפוזית בארץ: ב-1970 היו 402,900 קבלות של חולים בבתי החולים - שיעור של 136.2 ל-1,000 תושבים (השיעורים להלן כולם ל-1,000 תושבים), מהן 129.2 קבלות במחלקות כלליות; וב-1985 נרשמו 707,300 קבלות - שיעור של 167.1, מהן 160.2 במחלקות כלליות. שיעור הקבלות בבתי החולים למחלות ממושכות עלה באותה תקופה מ-1.6 ל-2.8. שיעורי הקבלות בבתי החולים למחלות נפש ולשיקום ירדו מ-4.1 ו-1.7 ב-1970 ל-3.3 ול-0.8 ב-1985.

הנתונים לעיל מראים, שבשנים 1970 - 1985 גברה הדרישה לשירותים הניתנים בבתי חולים כלליים (עלייה של 23%) ובבתי חולים למחלות ממושכות (עלייה של 75%), בצד צמצום הדרישה בבתי חולים לחולי נפש ולשיקום.

אף על פי שעלה בהתמדה שיעור הקבלות לבתי החולים בכלל, ירד בשנים האחרונות שיעור האשפוז ל-1,000 תושבים, בעיקר בגלל שיטות עבודה, טיפולים ותרופות יעילים יותר: מ-2,303.5 ימי אשפוז ב-1975 ל-2,125.0 ימי אשפוז ב-1985. בניתוח מפורט יותר מתברר, שבבתי החולים למחלות ממושכות עלה שיעור זה בהתמדה: מ-306.2 ימי אשפוז ב-1975 ל-550.0 ימי אשפוז ב-1985, דבר המצביע, שבתחום זה לא חלה ההתקדמות הטכנולוגית שנהנו ממנה בתי החולים הכלליים. בדבר הגברת הדרישה לשירותים רפואיים לאוכלוסייה מזדקנת, ראה בדו"ח זה, עמ' 213.

4. נתוני מפקד האוכלוסייה והדירור 1983 מצביעים, שב-4.6.83 הועסקו 43,460 עובדים בארבעה מקצועות רפואיים: 11,895 רופאים, 2,900 רופאי שיניים, 2,540 רוקחים, 14,785 אחים ואחיות מוסמכים-12,110-1 אחים ואחיות מעשיים ומילדות מעשיות. להלן סקירה על כל מקצוע עליו המקצועות שנמנו לעיל:

רופאים

לפי המפקד, היה בארץ רופא אחד לכל 340 תושבים, שיעור מן הגבוהים בעולם. נתון זה מצביע, באופן כללי, על עודף רופאים.

בכל שנה מתוספים למאגר הרופאים בישראל כ-700 רופאים, בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ ובחו"ל ורופאים עולים ותיקים במקצועם. מספר זה מהווה כ-6.0% מכוח העבודה השנתי במקצוע זה, בעוד שהאוכלוסייה גדלה רק בשליש מהקצב הזה. במועד הבקורת היו, במרכז הארץ, כ-220 רופאים מובטלים, מחציתם מקבלי דמי אבטלה.

אף על פי שהנתונים מצביעים על עודף ברופאים, לעתים קיים מחסור ברופאים המתגוררים במקומות ישוב המרוחקים ממרכזי אוכלוסייה גדולים, במיוחד בגליל ובנגב. לפי נתונים שאסף משרד מבקר המדינה, 43.5% מכלל הרופאים הפעילים נמצאו בירושלים ובגוש דן, בהם מתגוררים 36% מכלל תושבי הארץ. מספר הרופאים בעיר פתח תקווה (749) ב-1985 היה רב ממספר הרופאים במרחב הנגב (746) ובגליל (328).

יש מחסור ברופאים מומחים במקצועות האלה: גריאטריה, פתולוגיה, הרדמה, רנטגן ואיזוטופים. המשרד ער למחסור הזה הנמשך כבר כמה שנים אלא שלא עלה בידיו לחסל אותו. הסיבה לכך היא, בין היתר, היעדר תכנון כוח אדם רפואי לטווח ארוך.

רופאי שיניים

לפי הקובץ הממוחשב של המחלקה לבריאות השן של המשרד, היו בארץ במועד הבקורת 3,600 רופאי שיניים, מהם 353 בעלי תואר מומחה באחד מתחומי רפואת השיניים (17 מהם בשני תחומים). נתוני המחלקה גם מצביעים, ש-19% מכלל רופאי השיניים במדינה הם בני 60 ומעלה, בדומה לאוכלוסייה בכללותה.

בחמש השנים האחרונות (1.4.82 - 31.3.87) הוענקו 1,229 רישיונות קבועים לרופאי שיניים. שני בתי הספר לרפואת שיניים הקיימים בארץ מכשירים כ-80 רופאי שיניים צעירים בשנה. מחצית מכלל רופאי השיניים שהתוספו לכוח העבודה בארץ בחמש השנים האחרונות - כ-900 במספר - הם רובם עולים חדשים ומקצתם ישראלים שלמדו בחו"ל. מספרים אלה מצביעים על הצלחת תכניות שהמשרד הפעיל לעידוד עלייה של רופאי שיניים.

להערכת המחלקה לבריאות השן, כוח האדם הקליני שמספק טיפול שיניים לציבור מונה כ-2,000 בעלי מקצוע, מהם 900 נשים (43%); יותר ממחצית מרופאות השיניים הן אימהות ואינן עובדות במשרה מלאה, דבר המצמצם את ההיצע של עבודה במקצוע זה לאוכלוסייה. אמדני המחלקה מצביעים, שיותר מ-3 מיליון (75%) מתושבי הארץ אינם מקבלים טיפול שיניים משמר סדיר, אם בגלל היעדר מודעות ואם בגלל מחיר הטיפול.

רוקחים

מאז קום המדינה העניק המשרד, לפי נתוניו, 3,600 רישיונות קבועים לרוקחים ו-1,082 רישיונות קבועים לעוזרי רוקחים. בחמש השנים האחרונות הוענקו בממוצע בשנה 90 רישיונות קבועים לרוקחים, מספר שלדעת הנוגעים בדבר במשרד ובקופ"ח כללית - המעסיקים ביחד את רוב רובם של הרוקחים השכירים הפעילים כיום - אין בו כדי לספק את הצרכים בתחום הזה.

מספר הרוקחים ועוזרי רוקחים המועסקים בקופה ירד מ-1,168 ב-1979 ל-1,019 בתחילת 1987. במוסדותיה הרפואיים מורגש זה שנים מספר מחסור ברוקחים, דבר המאלץ אותה לסגור בתי מרקחת לפרקי זמן או לצמצם את השירות הניתן בהם.

ועדה שמינה מנכ"ל המשרד קבעה ב-1986, שהמדינה צריכה כ-170 רוקחים חדשים בשנה לתקופה של חמש שנים עד 1990, ואילו לכוח אדם רוקחי מתוספים בכל שנה כ-100 רוקחים בלבד. כדי לפתור בעיה זו, מתנהלים דיונים בין המשרד, המועצה להשכלה גבוהה, קופת החולים של ההסתדרות הכללית ואוניברסיטת בן-גוריון בנגב במטרה לפתוח בבאר שבע בית ספר לרוקחות, נוסף לבית הספר היחיד שפועל בארץ, בירושלים.

אחים ואחיות

באגף הסיעוד של המשרד נרשמו מאז קום המדינה כ-28,000 אחים ואחיות. כ-1,100 בעלי מקצוע מסיימים קורסים שונים בכל שנה: כ-500 מהם קורס אוניברסיטאי וקורס מוסמכים והיתר קורס מעשי. לכוח עבודה זה מתוספים כ-100 אחים ואחיות עולים ועוד כ-200 תיירים בכל שנה. התיירים עובדים בארץ פרקי זמן קצרים יחסית ואינם מתוספים לכוח האדם הסיעודי הקבוע.

תוספת שנתיית זו - של כ-1,400 אחים ואחיות - אין בה כדי למלא את המחסור שכבר מורגש במערכת הבריאות. הנשירה במקצוע הסיעוד היא גדולה ואין כל ביטחון שכל מסיימי הקורסים אכן יעבדו בתחום זה. נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מצביעים, שבין 1982 ל-1985 איבדה המערכת הרפואית בכללותה 2% ממספר האחים והאחיות המועסקים: מ-27,300 ל-26,700. עיקר הנשירה היתה בקרב אחים ואחיות מעשיים, שהם כיום 40% מסך כל בעלי המקצוע הזה. אחת התוצאות של ירידה במספר האחים והאחיות המועסקים במערכת הבריאות היא העלייה במספר הנפשות למועסק, מ-148 בשנת 1982 ל-159 ב-1985. יצוין שמחצית מכלל האחים והאחיות עובדים במשרה חלקית. המחסור חריף יותר בתחומים הדורשים התמחות מיוחדת, כגון גריאטריה, פסיכיאטריה וחדרי ניתוח.

לפי נתוני האגף לסיעוד, מספר הנרשמים לקורסים להשתלמות במקצוע הסיעוד עלה בהתמדה בשנים האחרונות והגיע ל-376 בשנת 1986. הקורס הראשון לגריאטריה לאחים ואחיות נפתח במאי 1986 ונרשמו אליו 18 מועמדים, מהם 15 סיימו את הקורס במאי 1987. בתחום זה מתוכננים עוד קורסי השתלמות לשנים הבאות.

ציבור האחים והאחיות המועסקים בבתי החולים נקט בשנת 1986 עיצומים ושבתות, כצעדים להשגת שיפור בתנאי עבודתם - קיצור שעות עבודה ותוספת תקנים בבתי החולים - ובתנאי שכרם.



היעדר תכנון כוח אדם רפואי לטווח ארוך מנע ממשרד הבריאות להתמודד מבעוד מועד עם תופעות שליליות הפוקדות את מערכת הבריאות בארץ: עודף רופאים באופן כללי, בצד מחסור באזורים גיאוגרפיים מסוימים ובמקצועות רפואיים אחדים; פערים איכותיים בין רופאים; איבוד כוחות עבודה בסיעוד; מחסור באחים ובאחיות בעלי מיומנות בגריאטריה, פסיכיאטריה ובחדרי ניתוח ומחסור ברוקחים.

ממצאי הביקורת מצביעים, שחלה התקדמות במספר קטן של נושאים, כגון התחלת מיחשוב במחלקה למקצועות רפואיים, ודיונים מתקדמים לפתיחת בית ספר שני לרוקחות. ואולם, בתחומים רבים אחרים אין המשרד ערוך למציאת פתרון לתופעות השליליות שנמנו לעיל, כדי להוביל את הרפואה בארץ ליעודה - טיפול מהיר ויעיל בחולים.

פרק ה': המעורר הגריאטרי

גידול אוכלוסיית הקשישים

גידול במספר הקשישים בישראל גורם למכלול כעיות בתחומי הרפואה והרווחה, המחייבות היערכות רחבת היקף של נותני השירותים.

לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה⁽¹⁶⁾, בשנת 1950 היו בני 65 ומעלה 3.7% מן האוכלוסייה היהודית בארץ: בשנת 1980 עלה שיעורם והגיע ל-9.7%, ובשנת 1985 גדל שיעורם והגיע ל-10.0% מן האוכלוסייה היהודית במדינה. בקבוצת הקשישים בני 75 ומעלה חל אף גידול ניכר יותר, ושיעורם עלה באותן שנים מ-0.9% ל-3.1% ועד ל-3.9%, בהתאמה. לפי הערכות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תגיע קבוצת בני 65 ומעלה בשנת 2000, לשיעור של 10.4% מן האוכלוסייה היהודית במדינה.

הגידול באוכלוסיית הקשישים מגדיל את הצרכים של קבוצה זו בתחום הבריאות, והדבר מחייב גידול מקביל בשירותים לטיפול ממושך. ממחקר, שערך המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל⁽¹⁷⁾, בנושא הקצאת משאבים לשירותים החברתיים עולה, כי בהתחשב בתחזית גידול האוכלוסייה והזדקנותה, יהיה על השירותים לטיפול ממושך לגדול ב-14% בחמש השנים הבאות, וזאת רק כדי לקיים את רמת השירותים הנתונה הקיימת כיום לאוכלוסייה המזדקנת.

אוכלוסיית הקשישים היא צרכנית מוגברת יחסית של שירותי בריאות, שכן היא נוקטת למספר רב יותר של ימי אשפוז לנפש, למספר רב של ביקורים אצל רופא ועוד.

ההוצאות לשירותי טיפול במחלות ממושכות

1. בהצעת התקציב של המשרד לשנת הכספים 1987 מסתכמת ההוצאה הכוללת לשירותי טיפול במחלות ממושכות בסכום של 104.1 מיליון ש"ח, והיא 11.3% מסך כל ההוצאות של המשרד באותה שנה. להלן נתונים על ההקצאה לטיפול במחלות ממושכות בשנים האחרונות (במיליוני ש"ח):

	ביצוע			תקציב
	1984	1985	1986	1987
סך הוצאות המשרד	223.7	651.3	967.6	918.0
הוצאה לשירותי טיפול במחלות ממושכות	20.1	59.9	87.6	104.1
ההוצאה לשירותי טיפול במחלות ממושכות כשיעור מההוצאות המשרד (ב-%)	9.0	9.2	9.1	11.3

מכאן, שהוצאות המשרד על טיפול במחלות ממושכות עלו במקצת בשנה האחרונה, משיעור של 9% מסך הוצאות המשרד בשנת הכספים 1984, לשיעור של 11.3% מתקציב ההוצאות הכולל בשנת הכספים 1987.

(16) המקור: שנתון סטטיסטי לישראל, 1986.

(17) המקור: "הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1986 - 1987", המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, אפריל 1987.

2. השקעות בפיתוח בתי חולים למחלות ממושכות - בדיקת השקעות המשרד בפיתוח בתי חולים למחלות ממושכות בשנים האחרונות העלתה: בשנים 1984 - 1987 ירדו ההוצאות לפיתוח בתי חולים למחלות ממושכות מ-330,000 ש"ח ועד לתקציב של 205,000 ש"ח, בהתאמה (ירידה של 38%); בשנת הכספים 1987 היה תקציב ההוצאות לפיתוח בתי חולים למחלות ממושכות - 0.5% מכלל תקציב הפיתוח של המשרד, לעומת 2.9% בשנת הכספים 1984.

השירותים לחולה הכרוני

1. השירותים לחולה הכרוני כוללים אשפוז אקוטי, שיקומי וסיעודי; טיפולים אמבולטוריים וביקורי בית ומעקב. שירותים אלה נותנים המגזר הממשלתי, הציבורי והפרטי.

במהלך שנת 1987 הוחלט במשרד על הקמת אגף לגריאטרייה, שיתפקד כיחידת מטה, ויפעל החל באוקטובר אותה שנה. כיחידת מטה אמור האגף לעסוק בקביעת מדיניות וצרכים של התחום הגריאטרי; שיתוף בקביעת התקציב ובקרה על ביצועו; קשר עם גורמי חוץ והשתתפות בוועדות ובארגונים כנציג המשרד בנושאים שיש להם זיקה לתחום הזה; ריכוז מידע בדרך של קבלת דיווחים מכל המגזרים ועוד. עם הפעלת האגף לגריאטרייה הועברו אליו תפקידים שונים משירותי בריאות הציבור שבמשרד.

2. שירותי הטיפול בחולים הכרוניים ובאשפוזם נעשים באמצעות השירותים הגריאטריים. שירותי האשפוז הגריאטרי מסופקים בחלקם במסגרת בתי החולים הכלליים לחולים אקוטיים הזקוקים לאשפוז; ובבתי חולים למחלות ממושכות ובבתי אבות - לחולים הזקוקים לאשפוז סיעודי ממושך.

מהצעת התקציב של המשרד לשנת הכספים 1987 עולה, שתקן המיטות הגריאטריות בבתי החולים הכלליים באותה שנה היה כלהלן: 214 מיטות גריאטריות; 317 מיטות סיעודיות ושיקומיות; ו-38 מיטות גריאטריה-יום. עוד נקבע תקן מיטות מאושר לבתי חולים ולמוסדות גריאטריים ובו 7,632 מיטות גריאטריות, סיעודיות ופסיכוגריאטריות; 386 מיטות לעצמאיים; 657 מיטות לתשושים ו-92 מיטות יום.

לפי נתוני המשרד, התפלגו המיטות בבתי החולים ובמוסדות הגריאטריים, לפי הבעלות עליהן: בבעלות ממשלתית - 20%, בבעלות קופ"ח כללית - 11%; בבעלות ציבורית - 33%; ובבעלות פרטית - 36%.

3. קניית שירותי אשפוז - באמצעות שירותים קנויים המשרד מספק שירותי אשפוז לחולים כרוניים במוסדות ציבוריים ופרטיים; המשרד מקצה מכסות אשפוז והן מחולקות בין לשכות הבריאות. בשנת הכספים 1986 נקבעה ללשכות מכסה כוללת של 3,139 מיטות לקניית שירותי אשפוז במוסדות ציבוריים ופרטיים, ובשנת הכספים 1987, לאחר שהוחל בהפעלת ביטוח סיעוד באפריל 1986, על פי תיקון לחוק הביטוח הלאומי, נקבעה מכסה חדשה של 3,359 מיטות.

בשנת הכספים 1986 היתה חריגה מהמכסה של האשפוז הסיעודי במוסדות הציבוריים והפרטיים. בדצמבר אותה שנה התריע חשב המשרד, שהנתונים לחודשים אפריל - נובמבר 1986 מצביעים על חריגה של כ-350 חולים מעבר למכסה השנתית. משרד מבקר המדינה בדק את מספר המאושפזים בסוף אותה שנת כספים - במארס 1987 - והועלה, שאמנם היתה חריגה ניכרת - 3,517 מאושפזים, לעומת מכסה שנתית של 3,139 מיטות אשפוז.

בפברואר 1986 פנה רופא בנפת פתח תקווה במכתב להנהלת המשרד בנושא מצוקת האשפוז בלשכת הבריאות של הנפה. לדבריו, ננקטו במקום צעדים להורדת מספר המאושפזים אבל התוצאה הישירה של פעולה זו היתה, שמספר הממתינים עלה מ-35 ליותר מ-50 ממתינים, והלחץ על לשכת הבריאות, מצד המשפחות ומוסדות האשפוז, הלך וגבר. כן ציין, כי הבעייה הבסיסית - הצורך הדחוף להעלות את מכסת המיטות - לא נפתרה.

המכסה של 3,359 מיטות נקבעה מחדש לאחר שבתחילת שנת 1987 הודיע המשרד ללשכות הבריאות על מכסה גבוהה יותר. עם קבלת ההודעה בדבר החלוקה מחדש של מכסת המיטות, מחו

הלשכות על ההפחתה במספר המיטות לקניית אשפוז סיעודי שהוקצה להן. המשרד ציין, שתקציבו לשנת הכספים 1987 בתחום זה לא גדל אלא בסכום שהוקצה למשרד עקב הפעלת ביטוח סיעוד.

בחדש אוגוסט 1987 פנו מנהלות השירות הסוציאלי בבתי החולים רוטשילד, רמב"ם, כרמל ופלימן לאנשים שונים, וביניהם ראש עיריית חיפה ומנכ"ל המשרד, והתריעו על הקיצוץ בשירותי העזרה לאוכלוסייה הקשישה בעיר חיפה. במכתבן ציינו, שהן מרגישות אולת יד בניסיוןן להגיש עזרה לקשישים עם שחרורם מבית החולים, ואמרו: "אין כיום כל אפשרות לאשפוז במסגרת מוסדית של חולים סיעודיים כרוניים באמצעות לשכת הבריאות חיפה, עקב קיצוץ מספר המיטות... גם לאחר ניסיונותינו למצות את כל האפשרויות בעזרת המשפחות, אין באפשרותנו במקרים רבים להשיג את מינימום השירות הדרוש לבית. הדבר מעכב אפשרות שחרור מבית החולים, ומביא לאשפוזים חוזרים תכופים, שהם מיותרים ויקרים יותר".

4. מבקר המדינה כבר התריע בעבר על התופעה של קשישים הממתינים לסידור מוסדי, ובשל מצוקת האשפוז הסיעודי אינם מאושפזים⁽¹⁸⁾. בביקורת הנוכחית נבדק שוב עניין הממתינים לאשפוז, ונמצא, שמספר הממתינים אף הוסיף וגדל, לעומת מספר הממתינים בעת הביקורת הקודמת.

בשנת הכספים 1986 הגיעו ללשכות הבריאות 6,219 בקשות לאשפוז מחולים כרוניים. הבקשות הופנו הן מן הקהילה והן מבתי החולים. מכלל הבקשות, אושרו לאשפוז 4,359 בקשות - 70.1%. מן הסיכום השנתי של המאושפזים עולה, שבין מנישי הבקשות שאושרו, אושפזו בפועל רק 2,344 חולים, דהיינו כ-54%. יוצא אפוא, שלא אושפזו כמחצית מכלל החולים שאושר הצורך לאשפוזם.

מהתפלגות הממתינים לאשפוז בשנת הכספים 1986 עולה, שבאותה שנה המתינו לאשפוז 938 אנשים, כממוצע, בחודש; בחודשים נובמבר 1986 - ינואר 1987 הגיע מספר הממתינים ליותר מ-1,000 חולים מדי חודש בחודשו.

בדיקת מספר הממתינים במועד הביקורת העלתה, כי בשנת הכספים 1987 לא חל שיפור כמצב: בחודש יולי היו, על פי נתוני המשרד, ככל הלשכות 1,040 חולים כרוניים שהמתינו לאשפוז, 865 מהם המתינו עוד מחודשים קודמים. המשרד הסביר, שאוכלוסיית המדינה הולכת ומזדקנת, והמשאבים התקציביים אינם גדלים בד בבד, ובשל כך הולך וגדל מספר הממתינים לאשפוז גריאתרי.

רבים מן הממתינים לאשפוז סיעודי שוהים במחלקות פנימיות בבתי חולים כלליים ובמחלקות שיקומיות. חולים אלה ממלאים את המחלקות ואינם מאפשרים לחולים אחרים, הזקקים לאשפוז כללי או שיקומי, להתקבל למחלקות. מנתוני מינהל שירותי בריאות הציבור, מחודש דצמבר 1986, עולה, שבאותו מועד המתינו לאשפוז סיעודי 991 חולים. החולים הללו התפלגו כלהלן: 161 חולים המתינו בבית חולים כללי; 237 חולים המתינו בבית חולים שיקומי; ו-593 חולים המתינו בבית.

מנהל המרכז לבריאות הנפש שלוותה התריע, בפברואר 1986, בפני שר הבריאות, על כי נסגרה בפני בית החולים אפשרות העברת חולים כרוניים לבתי חולים פרטיים וציבוריים. בשל כך, מספר החולים הכרוניים במחלקות הולך וגדל ואפשרות האשפוז והטיפול בחולים האקוטיים הולכת ומצטמצמת, ונמנעת האפשרות לקבל את כל החולים האקוטיים שעל המוסד לקבל.

בספטמבר 1986 התריע גם מנכ"ל המרכז הרפואי שערי-צדק על בעיית האשפוזים הסיעודיים בבית החולים. במכתבו לרופא המחוזי בירושלים הוא מדגיש: "המחלקות שלנו נסתמות על ידי חולים הממתינים לסידור מוסדי ואשר אין ביכולתם להשתחרר לבתיהם... המצב בלתי נסבל".

(18) בנושא זה ראה דר"ח שנתי 36, עמ' 267.

5. (א) מבקר המדינה חתן בעבר את הפיקוח של המשרד על מוסדות החוץ המאשפזים חולים כרוניים⁽¹⁹⁾. בדו"ח צוין, כי מרבית הרופאים המועסקים במוסדות אינם בעלי התמחות גריאטרית; כוח האדם הסייעודי היה מורכב ברובו מכוחות עזר ועוד. בפברואר 1987 סיכם אמרכל האגף למחלות ממושכות וזיקנה במשרד נושאים מרכזיים שהועלו בעת הבקרה והפיקוח על מוסדות פרטיים ואשר טרם נמצא להם פתרון, ואלה הם: היעדר רופאים מומחים במוסדות והפניות תכופות לחדרי מיון לשם קבלת ייעוץ ובדיקה; שירותי המעבדה לוקים בחסר והנושא בכללו אינו זמין במוסדות; מחסור בכוח אדם מקצועי מיומן וקבוע במקצועות הטיפוליים כגון אחיות, פיזיותרפיה, וריפוי בעיסוק; פעילות הרופאים ברבים מן המוסדות היא בשעות מזדמנות, כיוון שעיסוקם זה נוסף על מקום עבודתם הקבוע; אין פתרון לטיפול שיניים לחולים הכרוניים; במוסדות רבים חסר מקום מרכזי לפעילות חברתית ותעסוקתית.

(ב) כאמור, 36% מן המיטות בבתי החולים ובמוסדות הגריאטריים הם בבעלות פרטית, ויש שאינם מספקים טיפול הולם; בביקורות שוטפות של צוותים מטעם האגף למחלות ממושכות וזיקנה (להלן – האגף), מועלים מפעם לפעם ליקויים כבדי משקל בתפעול בתי חולים אלו. להלן כמה דוגמאות:

סיכום ביקורת מיוני 1987: "ההתרשמות היא שבית החולים התדרדר באופן משמעותי בתנאים הפיסיים והתברואתיים מאז הביקורת הקודמת. ההרגשה היא שבית החולים... ילך ויהרס לחלוטין אם לא ינקטו בפעולות שיפוץ רציניות".

סיכום ביקורת, שנערכה בספטמבר 1987: "בתחום כוח אדם מקצועי המצב כבי רע. זמינות רופא לאחר שעות הפעילות הרגילות בלתי מספקת, בגלל העדר הסדרי כוננות. בכוח אדם סיעודי חסרה אחות מוסמכת כאחראית לסיעוד, כנדרש על פי פקודת בריאות העם".

מכתבו של אמרכל האגף, מיום 31.8.87 לממונה על רישוי מוסדות במשרד, בנושא חידוש רישיון לבית חולים: "מבחינת התחזוקה המקום כבי רע ומהווה מיפגע בריאותי. מזה למעלה משנה הוכטח שיבצעו את השיפוצים הדרושים, אך עדיין מאום לא קרה".

(ג) תקני כוח האדם שקבע המשרד למוסדות הפרטיים, נופלים מאלו הנדרשים במוסדות ציבוריים; בכך מוכתב מראש סטנדרד שונה של שירותים בין שתי מערכות אשפוז מקבילות.

(ד) תעריף האשפוז שהמשרד משלם למוסדות הגריאטריים הפרטיים היה בשנים האחרונות סלע מחלוקת בין המשרד לבתי חולים אלה. גם באמצע שנת 1987 נתגלעה מחלוקת בין המשרד לבתי החולים הגריאטריים הפרטיים, ובמהלכה התעורר חשש שמא יפוגו החולים הקשישים מן המוסדות (כפי שקרה בשנת 1985).

בעקבות חילוקי הדעות המתמשכים, מונה באמצע שנת 1987 בודק מוסכם לבדיקת מחיר יום אשפוז במוסדות הפרטיים, אבל עד מועד סיום הביקורת, סוף שנת 1987, לא נסתיימה הבדיקה.

6. תפוסות – בדיקת תפוסת המיטות במחלקות הגריאטריות במוסדות האשפוז, לפי נתוני המשרד, מצביעה על תפוסה גבוהה בכמה מחלקות⁽²⁰⁾; תנועת החולים הארצית במחלקות הגריאטריות השיקומיות בשנים 1984, 1985 ו-1986 (נתונים ארעיים) מצביעה על תפוסה ממוצעת בשיעור גבוה מאוד בבתי החולים הציבוריים – 118.7%, 127.3% ו-133.1%, בהתאמה. הדבר בולט בייחוד באיזור ירושלים.

במחלקות הגריאטריה הסייעודית הגיע שיעור התפוסה הארצי במוסדות של קופ"ח כללית, ל-100.6% בשנת 1985, לעומת תפוסה ארצית ממוצעת של 90.6%. באיזור תל אביב הגיעה התפוסה השנתית הממוצעת במחלקות, באותה שנה, ל-100.7%. בשנת 1986 ירדה הן התפוסה הארצית הממוצעת במחלקות ל-91.8%, והן התפוסה הממוצעת במוסדות קופ"ח כללית ל-99.8%.

(19) בנושא זה ראה דו"ח שנתי 35, עמ' 210.

(20) בנושא זה ראה גם דו"ח שנתי 36, עמ' 267.

בדיקת התפוסה במוסדות האשפוז השונים במחלקות הנריאטריה הסיעודית מעלה, שישנם מוסדות שהתפוסה בהם עלתה, במשך כמה שנים רצופות, לשיעור גבוה מאוד ועל המשרד לתת את הדעת לתופעה זו.

בדיקת הנתונים הארציים בדבר שיעור התפוסה במחלקות לתשושי נפש מעלה גם היא שיעור תפוסה ארצי גבוה בשנים 1985 ו-1984: 104.2% ו-108.5% בהתאמה. התפוסה במחלקות אלה באיזור המרכז הגיעה בשנת 1985 ל-118.3%, ובשנת 1986 עד ל-107.9%.

מבקר המדינה התריע כבר בעבר על כי תפוסה גבוהה יותר מן המקובל במחלקות הללו, מעוררת ספקות באשר למיצוי היכולת לתת את מלוא השירותים למאושפזים.

7. תכנון השירותים הגריאטריים - (א) באמצע שנת 1986 כונס צוות בין-משרדי, שכלל נציגים ממשרד הבריאות וממשרד העבודה והרווחה, שבדק את התכנון והפיתוח של השירותים המוסדיים לטיפול ממושך בשנים 1986 - 1990. הצוות הגיש טיוטת דו"ח למנכ"ל המשרד בסוף חודש יוני 1986.

לפי חישובי הצוות, ההשקעות המתוכננות בשירותים המוסדיים בשנים 1986 - 1990 יסתכמו ב-38.3 מיליון דולר. המקורות למימון סכום זה יתחלקו, לדעת הצוות, בין גורמים שונים ובהם ביטוח סיעוד, הג'וינט, משרד הבריאות, משען ועוד.

לפי התכנון הרב-שנתי של הצוות היו אמורות להתוסף עוד מיטות אשפוז גריאטריות עוד במהלך השנים 1986 ו-1987. מתיעוד של האגף למחלות ממושכות וזיקנה מחודש יולי 1987, עולה, שבכמה בתי חולים לא הוספו מיטות כמתוכנן: יותר מ-100 מיטות שהיו אמורות להתוסף באוקטובר 1986 באשדוד - לא התוספו. לפי הסברי המשרד, המוסד באשדוד לא נפתח בשל בעיות שהתעוררו בעמותה שאמורה להפעיל אותו; 28 מיטות לתשושי נפש בחיפה שהיו צריכות להתוסף בתחילת שנת 1987 - טרם נפתחו; בבית החולים נהריה תוכננה פתיחת מחלקה סיעודית בהיקף של 20 מיטות בסוף שנת 1986, אבל היא בוטלה.

(ב) במועד הביקורת, אוקטובר 1987, היו בבעלות קופ"ח כללית שלושה מוסדות לאשפוז ממושך: בית החולים בית רבקה - שהפעיל 189 מיטות אשפוז; בית החולים הרצפלד - שפעלו בו 312 מיטות ובית החולים השיקומי בית לוינשטיין - ובו 240 מיטות אשפוז. נוסף למיטות אלו, הפעילה הקופה 60 מיטות גריאטריות של משען, וכן 30 מיטות גריאטריות בבית החולים מאיר.

הנתונים מצביעים, שקופ"ח כללית הגדילה את מספר מיטות האשפוז הממושך שבבעלותה בשנתיים האחרונות, מאז הביקורת הקודמת⁽²¹⁾.

הקופה הסבירה למשרד מבקר המדינה, שיש ביכולתה להפעיל עוד מיטות לאשפוז ממושך: בבית רבקה קיימות 27 מיטות שאינן מופעלות; להערכת הקופה, אפשר להוסיף, כעלות נמוכה יחסית, עוד 120 מיטות בבית החולים הרצפלד; וכן יותר מ-200 מיטות בבית החולים בית רבקה.

(ג) בסוף שנת 1986 אמד המשרד את צורכי כוח האדם הטיפולי לפיתוח שירותים גריאטריים סיעודיים, קהילתיים ומוסדיים בשנים 1986 - 1990. בתחום כוח האדם לפיתוח מיטות אשפוז נאמד הצורך בתוספת של 1,377 משרות עד שנת 1990, מרביתן - 599 - כוחות עזר, וכן 392 אחיות; בתחום הטיפול האישי - קהל הצרכנים בכוח יכול להגיע לכדי 13,000 מטופלים, והפעילויות הצפויות בנושא הם בעיקר הערכת תפקודם של מוגבלים, הערכה תפקודית חוזרת לזכאי גימלת סיעוד, ומתן טיפול אישי בפועל; בתחום צורכי כוח אדם לפיתוח שירותים קהילתיים, הומלץ לפתח מרכזי-יום חברתיים אחזקתיים, לעבות את מערך המרפאות הטיפוליות ולפתח צוותים להמשך טיפול ומעקב.

(21) בנושא זה ראה דו"ח שנתי 36, עמ' 269.

בתחום הגריאטרי קיימת כיום בעייה חמורה של גיוס כוח אדם סיעודי ופארה-רפואי מתאים. העובדים בתחום הזה נשחקים "שחיקה" פיזית ונפשית ניכרת, ודורשים הטבת תנאים, והשוואתם לתנאים שהם יכולים להשיג במגזר הפרטי. בשירותי העבודה הסוציאלית של קופ"ח כללית נמסר למשרד מבקר המדינה, שבאזורים עירוניים שפועלות בהם חברות פרטיות למתן שירותי סיעוד ניכר מאוד מחסור בעובדות כמטפלות בבית (מט"ב) שקיבלו הכשרה לתפקידן.

שירותים קהילתיים

שירותים קהילתיים למתן טיפולים ממושכים כוללים בעיקר יחידות לטיפול יום בקשישים, יחידות להמשך טיפול ומעקב, ושירותי טיפול אישי-סיעודי בבית החולה.

עם הגידול בשיעור הקשישים המוגבלים באוכלוסייה, גוברת במערכת הבריאות ההתלבטות האם להקדים בסדר העדיפות את פיתוח השירותים הקהילתיים לקשישים, או את פיתוח השירותים המוסדיים.

מחקר שפרסם מכון ברוקדייל⁽²²⁾ ב-1986, בנושא קשישים מוגבלים בקהילה - נבדקו קשישים מירושלים, מתל אביב ומבאר שבע - הצביע, שאפשר למנוע את כניסתם של רבים מן הקשישים למוסד, בעזרת שירותים נוספים שינתנו בקהילה.

המחקר הדגיש גם את הצורך בהרחבה ניכרת של השירותים המיועדים לטיפול אישי ולעזרה במשק בית, התריע על תנאי דיור קשים של הקשישים, ועל שירותים מומלצים שאינם קיימים כלל. נמצא, שבכל רמות הטיפול של הקשישים, עלות השירותים הקהילתיים נמוכה מן העלות המוסדית, לגבי כשני שלישים מכלל הקשישים היכולים להישאר בקהילה.

בשלוש הערים שנבדקו, צוין, שהבעייה התקציבית היא הבעייה המרכזית, שמנעה את מתן מלוא השירותים לקשישים: מלבדה צוין, שהתעוררו בעיות באופן הפעלת המערכת, כגון שירותים שאינם קיימים ושירותים שאינם יכולים לשרת את כל האזורים במידה שווה: בתחום הטיפול האישי והעזרה הביתית, צוינו בעיות בהשגת כוח אדם, שכעטיין לא תמיד ניתן לספק את השירות: עוד בעייה מרכזית היא חוסר הגמישות בזמני הגשת השירות הניתן, בדרך כלל, בכוקר וכימי חול בלבד, בעוד שהצרכים עלולים להתעורר בכל שעות היממה כל ימות השבוע.

(א) היחידות לטיפול יום הן חולייה מקשרת בין הטיפול בקשיש החולה לאחר שחרורו מבית החולים, לבין הטיפול הביתי ושירותי המרפאה הקהילתית. ביחידות לטיפול יום החולה עובר בדיקות רפואיות, ומקבל טיפול רפואי, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, הדרכה ועוד. הוא מבקר במרכז לטיפול יום פעמים מספר בחודש, ומוסיף לתפקד בסביבתו הטבעית.

בדצמבר 1984 הוגשה לוועידה ה-11 של קופ"ח כללית "תכנית לפיתוח שירותים לקשישים ולחולים במחלות ממושכות 1985 - 1989". במועד הגשת התכנית הפעילה הקופה שלוש יחידות לטיפול יום (בירושלים, בחולון ובפתח תקווה): תכנית זו כללה הצעה להקים עוד עשרה מרכזים לטיפול יום באזורים שונים בארץ.

בדיקה של משרד מבקר המדינה העלתה, כי בחודש אוקטובר 1987 הפעילה הקופה עוד ארבעה מרכזים - בשכונת שבזי בתל אביב; בעמק יזרעאל; בחיפה ובכפר סבא. כמו כן, הוחל בשיפוץ מבנה להפעלת עוד יחידה לטיפול יום בבאר שבע.

סקר שעשתה קופ"ח כללית ופורסם בספטמבר 1986, בדק, בין היתר, את מספר ימי הטיפול שקיבלו חולים במרכזים האלה: בהשוואה עם ממצאי סקר קודם של הקופה שנערך בשנת 1984 נמצא, שחלה ירידה במספר ימי הטיפול הניתן לחולה - 5.8 ימים בחודש, לעומת 7 ימים בחודש. כמחצית החולים

(22) ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, "קשישים מוגבלים בקהילה: פיתוח שירותים קהילתיים הולמים עבורם וההשלכות על ההזקקות לשירותים מוסדיים".

הופנו למרכזים אלה על ידי בית חולים שיקומי (כ-46% מכלל החולים), ואצל מרבית המטופלים ביחידות אובחנו מחלות כלי הדם של המוח (C.V.A.) - 77% מכלל האבחנות.

בסקר של הקופה נמצא, כי בדומה לממצא בסקר קודם⁽²³⁾, מספר המטופלים החדשים ביחידות לטיפול יום לא עלה, ושיעור החולים החדשים היה כ-9% בלבד מכלל המטופלים. בדיקת משך הזמן שהחולים טופלו ביחידות הצביעה, שתקופת הימצאות החולה בטיפול יום ממושכת היא למדי. משך הזמן שהחולה טופל ביחידה היה 11.4 חודשים בממוצע (ובסקר הקודם - 7 חודשים). בבית רבקה נמצאה השהייה הממושכת ביותר - שהייה ממוצעת של 14.5 חודשים; 36% מכלל החולים ביחידה זו טופלו שנתיים ויותר, ועוד 20% טופלו יותר משנה.

(ב) יחידות להמשך טיפול ומעקב מופעלות בידי הקופה, ומורכבות מצוותים רב מקצועיים. תפקידן העיקרי הוא הבטחת הטיפול הכולל בחולים המרותקים לבתיהם. לפי נתונים שמסרה הקופה, בנובמבר 1987 היה מספר החולים המקבלים טיפול כ-9,000.

חרף תכנית שהוגשה לוועידה ה-11 של הקופה בדצמבר 1984, בדבר הכפלת מספר היחידות מ-17 ל-34, עד אוקטובר 1987 לא גדל מספרן של היחידות להמשך טיפול שהפעילה הקופה במחוזותיה. הקופה הסבירה למשרד מבקר המדינה, כי מספר היחידות לא גדל מחוסר תקציב.

עוד הסבירה הקופה, שתפקודי היחידות להמשך טיפול התרחבו בשנים האחרונות, ואילו כוח האדם העומד לרשותן לא גדל; הדבר הזה וכן הגידול באוכלוסיית הנזקקים לשירותי היחידות, מטילים עול כבד על העובדים. כמו כן, הקופה מתמודדת עם בעיות בתחום הפיקוח והבקרה על עבודת הצוותים ועם מיסוד הליכי ההכוונה והלמידה שלהם. כצעד לקראת הידוק הבקרה, החלה הקופה במיחשוב נתונים, המתקבלים מרופאי מרפאות, על חולים כרוניים שבטיפולם.

טיפול אישי סיעודי בבית

1. עד לתחילת 1987 סיפקו שלוש רשויות מרכזיות טיפול אישי לקשישים: משרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה וקופ"ח כללית. לשכות הרווחה סיפקו את השירות לקשישים שמוגבלים במידה קטנה; לשכות הבריאות טיפלו בקשישים מוגבלים במידה רבה יותר המוגדרים סיעודיים או תשושי-נפש; קופ"ח כללית סיפקה שירותים לקשישים שהם חברים בעלי זכויות מלאות בקופה, בלי קשר להגדרתם הטיפודית, אבל בכפוף לקריטריונים שנקבעו למתן השירות. עם חתימת הסכם בין משרד הבריאות לקופה, בנובמבר 1986 (ראה להלן), הועברו לטיפול הקופה גם חולים שאין להם זכויות מלאות בקופה.

לפי נתוני מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, שפורסמו בשנת 1987, רק קשיש אחד מכל שמונה קשישים מוגבלים בישראל מקבל שירותי טיפול ביתי. את רוב שעות הטיפול מספקת לו משפחתו. בגלל המחסור בשירותי טיפול בית מקצועיים נאותים, משפחות רבות נושאות בנטל כבד ביותר, ויש שהוא מעבר ליכולתן.

2. לפי נתוני המשרד, בשנת הכספים 1986 ניתנו על ידי המשרד ועל ידי קופ"ח כללית, 1,305,364 שעות טיפול אישי-סיעודי; על ידי המשרד ניתנו 424,400 שעות טיפול, ובעזרת קופ"ח כללית ניתנו 880,964 שעות. מספר המטופלים באותה שנה נע מ-3,260 בחודש אפריל 1986 ועד 3,839 מטופלים בחודש מארס 1987.

3. בסוף חודש נובמבר 1986 נחתם הסכם בין המשרד לבין קופ"ח כללית בעניין העברת ניהול הטיפול הסיעודי-האישי בבית, לחולים הנזקקים לכך, לקופת החולים. על פי ההסכם, מספר החולים המבוטחים הזכאים להשלמת הכנסה (ללא זכויות מלאות), שיועברו מטיפול של המשרד לטיפול של הקופה הוא כ-1,050, נוסף לכ-200 החולים שהועברו עוד בשנת 1980. בעבור הטיפול בחולים

(23) בנושא זה ראה דו"ח שנתי 36, עמ' 270.

אלה התחייב המשרד להעביר לקופה 2.13 מיליוני ש"ח בשנה, במחירי שנת הכספים 1986, והסכום יעודכן בכל שנה.

ההסכם האמור מנובמבר 1986 קבע, כי שעות הטיפול שינתנו ייקבעו לפי מצבו הסייעודי התפקודי של החולה, בהתאם לשלוש רמות שנקבעו. לפי נתוני הקופה, עלה ממוצע שעות הטיפול לחולה, יותר מכפי שנקבע בהסכם.

משרד הבריאות פנה, ביולי 1987, גם להנהלות קופות החולים האחרות בנושא הטיפול האישי-הסייעודי למבוטחיהן. בפנייתו צוין, שהוחלט לתת לנזקקים טיפול אישי-סייעודי על ידי הקופה המבטחת, בשל היתרון שביצירת רצף טיפול רפואי לחולה והפחתת הצורך בתיאומים בין הצוותים המטפלים. המשרד הבהיר, שהנושא אמור לקבל תפנית כאשר ייכנסו לתוקפן ההוראות של חוק הביטוח הלאומי בדבר תשלום גימלאות סיעוד ב-1.4.88.



הטיפול בבעיית החולים הכרוניים הוא נושא מרכזי וכאוב. חרף משאבים שהופנו לתחום הזה, עדיין – בעיקר בשל הודקנות האוכלוסייה – יש חולים רבים שטרם נמצא להם פתרון מוסדי, ויש חולים שאינם מקבלים טיפול הולם. על המשרד להגביר את מאמציו להקלת מצוקת אוכלוסיית החולים הכרוניים, שיש לה גם השפעה ישירה על מצוקת בני המשפחה של החולה.

כבר בעבר העיר מבקר המדינה, כי חולים סיעודיים רבים, שלא נמצא להם פתרון אשפוזי במוסדות מתאימים, נותרים במחלקות הפנימיות של בתי החולים; עקב כך, נוצרת צפיפות יתר באותן מחלקות ועלות גבוהה יותר של אשפוז. מהממצאים המובאים בדו"ח זה וגם בדו"חות קודמים עולה, כי בעלות שולית נמוכה קטנה יחסית, ניתן להגיע לפתרונות לאשפוז סיעודי במספר לא קטן של מיטות. דרוש, שהגורמים המטפלים בדבר יתנו את דעתם לפתרון הבעיה בדחיפות.

פרק ו': השימוש בכספי ביטוח סיעוד

באוקטובר 1980, נתקבל בכנסת תיקון לחוק הביטוח הלאומי, לפיו כל מבוטח בביטוח זיקנה ושאינם מבוטח גם בביטוח סיעוד, ואולם ההיקף והתנאים וכן המועדים לתחילת הזכאות ולמתן הגימלאות ייקבעו בחוק נפרד במועד אחר. עם קבלת תיקון זה הוחל בגביית דמי ביטוח בגין ענף זה ואלה הצטברו בקרן לענף ביטוח סיעוד שבמוסד לביטוח לאומי (להלן – המוסד); תחולת החוק היא מ-1.4.80⁽²⁴⁾.

באפריל 1986, נתקבל בכנסת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 61) התשמ"ו-1986, המסדיר ענף ביטוח סיעוד (להלן – חוק ביטוח סיעוד). באותו חודש נכנסו לתוקף הוראות מסוימות של התיקון, בדבר פיתוח והחזקה שוטפת של שירותים והרחבת היקף מקבלי סיוע. בהתאם לסעיפים שתחולתם לאלתר, הוחל בהקצאת כספים למשרד הבריאות ולמשרד העבודה והרווחה, לצורך מימון שירותים לקשישים המוגבלים בתיפקודם במוסדות ובקהילה; יתר הוראות התיקון, שעיקר עניינם גימלאות סיעוד, תחולתן באפריל 1988.

עד סוף שנת הכספים 1987 יצטבר בקרן לענף ביטוח סיעוד, לפי הערכת המוסד לביטוח לאומי, סך של 317 מיליון ש"ח.

(24) ראה דו"ח שנתי 36, עמ' 914 ודו"ח שנתי 37, עמ' 342.