

*

הבטחת איכות, גיבוש התוויות רפואיות, ניהול סיכונים וביצוע אקרדיטציה הם כלים שבאמצעותם נבדקת המערכת הרפואית מפעם לפעם, ונקבעת רמתה, איכותה ויעילותה. בלעדיהם תתקשה מערכת הבריאות להמשיך ולתפקד כנדרש.

האמנה לקידום האיכות בשירותי הבריאות, שמטבע הדברים היתה אמורה לקדם את העניינים הנ"ל, לא פתרה את הקשיים בהם נתקל משרד הבריאות קודם לכן ביחסיו עם ההסתדרות הרפואית בישראל. גם מנכ"ל המשרד בתשובתו למשרד מבקר המדינה ציין כי "האמנה נעשתה במציאות מסוימת, מתוך תקווה שעל ידי כך יבוא על סיומו המשבר המתמשך שהיה בנושא הבטחת האיכות ברפואה; אולם נוכח מצב הדברים לאחר מכן, משלא נוצרה פריצת הדרך המיוחלת, אכן התרעתי בפני הר"י, כי אם לא יתממשו ציפיותי, אבטל את האמנה. אני לא רואה שום קדושה באמנה, וכמו שיצרנו אותה - כך נבטל אותה, אם יתברר שהיא אינה משיגה את המטרה בהתחשב באלטרנטיבות".

פעילות להבטחת האיכות שובשה והיו עיכובים בגיבוש התוויות רפואיות; הניסיונות לנהל מאגרי נתונים פרטניים וניתנים לזיהוי אינם מתיישבים עם תקנות הגנת הפרטיות ועם חוק זכויות החולה.

האמנה שיתפה את הר"י בעניינים מהותיים והקנתה לה למעשה יכולת הכרעה בנושאים אלה, תוך פגיעה בעצמאותו ובשיקול דעתו של המשרד.

יש לראות אמנם בחיוב שיתוף פעולה בין המשרד לבין הר"י. ניתן גם להבין את מאמצי המשרד להגיע לשיתוף פעולה כזה, על רקע המשבר שתואר לעיל בנושא הבטחת האיכות במערכת הרפואה. אולם על המשרד לשמור על עצמאותו ולא להיות תלוי בהר"י, שהיא, ככלות הכול, גם איגוד מקצועי בעל עניין. שיתוף הפעולה בין המשרד והר"י מן הראוי שיהיה מבוסס על כללי מינהל תקין ונורמות ציבוריות מקובלות בדבר קביעת מדיניות, כמתחייב מהפעלה תקינה של מערכת הבריאות, והגנה על האינטרסים של הציבור, עליהם מופקד המשרד.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הנהלת משרד הבריאות לבחון מחדש באופן מעמיק ויסודי את נושא האמנה, והיסודות עליהם ראוי להשתית את היחסים בין המשרד והר"י.

שיקום חולי נפש בקהילה

משרד הבריאות (להלן - המשרד) אחראי לקביעת מדיניות בתחום בריאות הנפש וליישומה. בבעלות המשרד כמה בתי חולים פסיכיאטריים ומרפאות בקהילה, שהוא מפעיל ישירות. גם קופת חולים כללית (להלן - קופ"ח כללית) מפעילה בתי חולים פסיכיאטריים אחדים ומרפאות בקהילה.

הדעה הרווחת בקרב פסיכיאטרים ופסיכולוגים היא, שטיפול שיקומי בחולי נפש בקהילה עדיף, ככל האפשר, על אשפוז. לפיכך, האשפוז הוא לשם טיפול במחלת הנפש ולא לשם מגורים, והחולה אמור לחזור לחיים שגרתיים, נורמטיביים ככל הניתן, לאחר תקופת המשבר. ניתוקו של חולה הנפש מסביבתו הטבעית, תלותו בבית החולים וה"סטיגמה" הכרוכה באשפוז פסיכיאטרי, עלולים אף להזיק לחולה ולמשפחתו. לכן, יש לשאוף לקיצור משך שהייתם של חולי הנפש בבתי החולים ולהרחיב את המסגרות הטיפוליות והשיקומיות בקהילה.

בעשור האחרון צומצם מספר מיטות האשפוז "הפסיכיאטריות" מכ- 7,300 מיטות בשנת 1988 לכ- 6,300 מיטות בשנת 1998, על אף הגידול באוכלוסייה. צמצום מספר המיטות אף הוא הגדיל את מספר חולי הנפש הנזקקים לשיקום בקהילה.

בחודשים יוני-אוגוסט 1998 בדק משרד מבקר המדינה את נושא שיקום חולי הנפש בקהילה. כן נבדקו נושאים אחדים הקשורים לאשפוז. הביקורת נעשתה במשרד - באגף לבריאות הנפש (להלן - האגף), ובקופות החולים: כללית, לאומית, מאחדת ומכבי. בירורים נעשו במשרדי האוצר, העבודה והרווחה, הבינוי והשיכון, וכן במוסד לביטוח לאומי ובעיריית ראשון לציון. עדכונים נעשו עד ינואר 1999.

מרפאות לטיפול בחולי נפש

1. הטיפול בחולי נפש בקהילה ניתן בעיקר באמצעות המרפאות הממשלתיות ושל קופ"ח כללית. המרפאות הוקמו במגמה לאפשר לחולה לקבל טיפול ולהישאר במסגרת הקהילה, לצמצם אשפוזים מיותרים, לספק טיפול המשך לאחר האשפוז, לטפל באופן מידי בבעיות נפשיות שאינן מחייבות אשפוז, ולשפר את מצבם הקליני, התפקודי והחברתי של המטופלים בקהילה.

לפי נתוני האגף, בשנת 1998 טופלו במרפאות ממשלתיות בקהילה כ- 47,000 חולים. המספר הכולל של הביקורים בהן נאמד בכ- 446,000. באגף אין מידע על מספר החולים המטופלים במרפאות של קופ"ח כללית.

2. בעת הביקורת לא היו באגף נתונים על היקף כוח אדם המועסק במרפאות בקהילה, והאגף עסק בריכוזם. התברר, שהרישום שבידי האגף אינו כולל מרפאות של קופ"ח כללית.

עוד התברר, שהמשרד לא קבע תקנים לכוח אדם במרפאות. בספטמבר 1998 מסר ראש האגף למשרד מבקר המדינה, שהמלצות התקינה הסופיות של המועצה הלאומית לבריאות הנפש², לגבי כוח אדם במרפאות, סוכמו ביוני 1998 והוגשו לאישור הנהלת המשרד חודש לאחר מכן. אולם עד מועד סיכום הביקורת לא אישר המשרד את התקינה המוצעת או כל תקינה אחרת.

3. ישנן מרפאות המצויות בצמוד לבתי החולים הפסיכיאטריים. מצב זה מאלץ את החולים הגרים בקהילה להגיע לבתי החולים, למרות הסטיגמה הכרוכה בהגעה לבית חולים פסיכיאטרי. משרד מבקר המדינה העיר, כי מן הראוי להשתדל ולהעביר את המרפאות אל תוך הקהילה, ובכך לסייע לשיקום הדימוי העצמי של החולים. ראש האגף מסר שמרפאה אחת כבר מופעלת בקהילה וכי "במסגרת התכניות להעברת הדגש ופיתוח הקהילה מתוכננות הוצאתן של מרפאות נוספות מבתי חולים לקהילה".

4. במשך כעשר שנים מופעל באזור ראשון לציון, ביוזמת המשרד ובמימונו, מרכז לביקורי בית בקהילה. מטרתו לתת טיפול רפואי לחולים שהפסיקו להגיע לטיפול במרפאות, לטפל בחולים שנקלעו למשבר, ולאפשר גם לחולים שמחלתם חריפה לקבל טיפול מתאים תוך שהם

2 מועצה מייעצת למנכ"ל המשרד.

שוהים בביתם. לדברי מנהלת השירות הקהילתי לבריאות הנפש בעיריית ראשון לציון, בשנת 1997 הפסיק המשרד את הפעילות של המרכז בשעות הערב והלילה. בעת הביקורת נמשכה הפעילות על בסיס תמיכה כספית זמנית של עיריית ראשון לציון.

בשנת 1991 הראו תוצאות מעקב שערכו האגף והאגף לשירותים חברתיים שבעיריית ראשון לציון, כי מרכז כזה יכול לשמש במקרים רבים תחליף לאשפוז. עורכי המעקב ראו בחיוב הקמתם של מרכזים נוספים. לדעתם, רצונן של המשפחות אשר מעדיפות כי בן המשפחה החולה יישאר במסגרת הבית, מחזק את הצורך למצוא דרכים שיקלו עליהן את ההתמודדות עם מצב זה.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 1998 הסביר האגף, כי בבדיקה של עלות-תועלת נמצא, כי אין הצדקה כלכלית להפעלת המרכז לביקורי בית בראשון לציון. עם זאת, בעקבות הניסיון שנצבר שם, הוא בודק חלופות להפעלת מוקדי חירום בפריסה ארצית, כדי שבעת הצורך יגיעו צוותים מקצועיים לבית החולה.

5. בעת הביקורת עסקו לשכות הבריאות המחוזיות של המשרד, באיסוף נתונים על שעות הפעילות של המרפאות השונות. בחוברת "מערך שירותים בבריאות הנפש בישראל ינואר 1998" שהפיק האגף, לא נרשמו שעות הפעילות של המרפאות, והפסיכיאטרים המחוזיים התבקשו לרכז ולהעביר פרטים על כך לאגף.

שירותי שיקום בקהילה

1. המשרד מצהיר זה שנים, שאחד מעקרונות היסוד למדיניות הטיפול בחולי הנפש הוא העברת מרכז הכובד הטיפולי לקהילה תוך שילוב עם שירותי רווחה, חינוך, ושיכון. ב"קווים למדיניות בריאות לאומית לטווח ארוך בישראל", מנובמבר 1989, קבע המשרד כיעד מרכזי בתחום בריאות הנפש את הצורך לתגבר את השירותים המרפאתיים-הקהילתיים, ובין היתר - להרחיב את המסגרות הטיפוליות בקהילה. קווי מדיניות ומטרות אלה נדונו בהנהלת המשרד עוד בתחילת שנות ה-80.³

לפי נתוני האגף, טופלו בשנת 1998 במרפאות בקהילה כ- 47,000 חולים; 1,670 מהם התגוררו בדיוור מוגן ובהוסטלים. כ- 2,000 חולי נפש, קצתם מקרב הדיירים בדיוור מוגן ובהוסטלים, השתתפו בפעילות מועדונית או תעסוקתית. יוצא, אפוא, שרק מעטים מבין חולי הנפש משתתפים במסגרות השיקום בקהילה; ואילו רוב רובם, אינם זוכים לטיפול ההולם את מצבם וצורכיהם. כך, למשל, באזור ראשון לציון בלבד יש - להערכת מנהלת השירות הקהילתי לבריאות הנפש שבעיריית ראשון לציון - "מאות רבות של חולי נפש שאינם משולבים בקהילה".

2. סקרים שעשה המשרד בנוגע למצבם של אלפי חולי נפש מאושפזים העלו, כי מאות חולי נפש מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים בלי שמצבם הרפואי מחייב זאת, ורק משום שלא נמצאו עבורם מסגרות דיוור מתאימות בקהילה:

(א) בשנים 1994 ו-1995 עשה צוות רב מקצועי של המשרד סקר לבדיקת מצבם וצורכיהם של כ- 4,000 חולים כרוניים שהיו מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים מעל שנה - בהם מי שהיו מאושפזים שנים רבות. הצוות בדק כל אחד מהחולים ושקל לגביו חלופות טיפול. הצוות המליץ

3 הנושא הוזכר ברוח שנתי 41, עמ' 196.

לשנות את הטיפול התרופתי ולהעביר 1,241 חולים מאושפזים למסגרות אחרות. בתשובתו למשרד מבקר המדינה הודיע המשרד, שמרבית החולים נותרו מאושפזים.

כיוון שחלפו כארבע שנים מאז ביצוע הסקר, ולנוכח הניסיון המצטבר בשימוש בתרופות חדשות (ראו להלן), על המשרד לשקול בקרה מחודשת בכל בתי החולים הפסיכיאטריים, כדי לבדוק את מצבם וצורכיהם של כל אחד מהמאושפזים ולבחון חלופות טיפול.

(ב) בעקבות פרסום כתבות בכלי התקשורת על מצבם של חולי נפש ניצולי שואה ששוהים במסגרות אשפוז, מינו ב- 10.8.98 שר הבריאות, מר יהושע מצא, ושר המשפטים, מר צחי הנגבי, ועדה לבדיקת הנושא. במועד סיכום הביקורת, דצמבר 1998, טרם סיימה הוועדה את עבודתה.

במסגרת פעילות הוועדה ערך האגף סקר בכל בתי החולים הפסיכיאטריים ואיתר למעלה מ- 300 ניצולי שואה מאושפזים (מבין 843) אשר ניתן להעבירם למסגרות מתאימות יותר - מסגרות סיעודיות, בתי אבות והוסטלים. לדברי ראש האגף, יתכן כי לאחר שהייה של שנים במוסדות הפסיכיאטריים, יסרבו רבים מהחולים ובני משפחותיהם להעברה למקום אחר, אף אם יהיה משופר ואיכותי יותר.

3. ב- 16.3.97 מינו מנכ"ל המשרד ומנכ"ל משרד העבודה והרווחה ועדה בין-משרדית, בראשות מנהל המרכז הרפואי ע"ש שיבא (מנכ"ל המשרד לשעבר) שתפקידה היה לבחון את נושא קליטתם של חולי נפש בקהילה. במכתב הסיכום שלו מיום 1.10.97 כתב יושב ראש הוועדה כי יש שלוש אוכלוסיות של חולי נפש אשר שוהים כמעט כל הזמן בקהילה, והן:

(א) *חולי נפש חדשים*: מדי שנה מתקבלים לאשפוז ראשון כ- 4,100 חולי נפש חדשים. 95% מהם משתחררים מאשפוז תוך פחות משנה (70% משתחררים תוך חודשיים). כשליש מחולים אלה חוזרים לאשפוז נוסף תוך שנתיים, ו- 14% מהחולים החדשים חוזרים ל- 4 אשפוזים תוך שנתיים. יש שחולים כאלה נעדרי תעסוקה או חסרי דיור עקב המחלה, או שבגלל מחלתם הם זקוקים לדיור מוגן או חסרים מערך חברתי ומשפחתי תומך. לדבריו, "למשרד אין כל ידע כמה חולים מקבוצה זו זקוקים לשיקום כתוצאה ממחלתם". בינואר 1999 מסר יו"ר הוועדה למשרד מבקר המדינה, כי "יש מדי שנה מספר לא מבוטל של נכי נפש אשר מחלתם מתחילה ללא אשפוז, לעתים אין כל אשפוז בהמשך ולעתים יהיו אשפוזים מאוחרים יותר. ברור לכן שיש הרבה יותר מ- 4,100 חולי נפש חדשים לשנה".

(ב) *חולי נפש שלא זוהו בידי מערכת האשפוז*: אנשים שאינם סובלים ממחלה חריפה, אך מחלת הנפש פוגעת בהם באופן איטי, אף שלעתים אינם מודעים לה בשלביה הראשונים. אחרים פונים לטיפול נפשי, אך לא זקוקים לאשפוז. לדבריו, גם על אוכלוסייה זו אין מידע.

(ג) *חולי "הדלת המסתובבת"*: חולי נפש הנמצאים לסירוגין בקהילה ובאשפוז. כ- 15,000 מהאשפוזים לשנה (75% מהאשפוזים) הם של חולי נפש כאלה. יו"ר הוועדה ציין, כי אף שהמערכת הרפואית מכירה אותם היטב, אין מידע כמה מהם זקוקים לשיקום חברתי.

בסיכום מכתבו הרגיש יו"ר הוועדה, כי "אין למשרד הבריאות או למשרד העבודה והרווחה, מידע מדויק על מספר החולים בקהילה הזקוקים למידה זו או אחרת של סיוע חברתי בשיקומם".

בין מרכיבי השיקום שאינם רפואיים מנה יו"ר הוועדה: עזרה בדיור, הוסטל, דיור מוגן, תעסוקה מוגנת, תמיכה במועדונים חברתיים. הוא ציין, כי האחריות בנושאים אלה לא הוגדרה מפורשות

ואף לא תוקצבה, אף כי מעשית אלתר המשרד פתרונות שונים. כך מסייע המשרד לכ- 1,100 איש בהוסטלים למיניהם - בעיקר באמצעות עמותות ויזמים פרטיים, שהמשרד רוכש מהם שירותי שיקום בקהילה. אשר למסגרת לתעסוקה מוגנת, יש חולי נפש הנמצאים באחריות המשרד ויש חולי נפש הנמצאים באחריות משרד העבודה והרווחה.

לדבריו, "אין - לא במשרד הרווחה ולא במשרד הבריאות - מידע מפורט בתחום זה, אם כי ברור לנו מעדויות שונות שהבעיה היא רחבה. אין לנו מושג מהו ההיקף של אוכלוסייה זו, מהו אופיה, מהן בעיותיה ומהן צרכיה ... לא ידוע כמה מהם נזקקים לאחת מתכניות השיקום, כגון דיור מוגן או תעסוקה מוגנת ואולי מועדון חברתי, ובכמה חולים יש צורך בשילוב כמה היבטים של שיקום חברתי".

הוועדה העריכה, שצריך תקציב בסיסי של 100-120 מיליון ש"ח, כדי לפתור את הבעיות שהצטברו במשך השנים, ולאחר מכן יהיה ניתן, בתוספת תקציב של כ- 20 מיליון ש"ח לשנה, לפתור את הבעיה השוטפת הנובעת מכך שחולים חדשים חוזרים לקהילה וזקוקים לשיקום. הפתרון המעשי שהתגבש בוועדה היה לבקש מהאוצר כ- 30 מיליון ש"ח, כדי לפתור בעייתם של 1,000-1,200 חולים בשני אזורים בארץ. לדברי הוועדה, העבודה האזורית הממוקדת תאפשר להקים מרכזים נוספים לתעסוקה מוגנת ומועדונים חברתיים, ולגבש נוהל עבודה של כל הגורמים המטפלים בנושא (משרד העבודה והרווחה, המשרד, המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבינוי והשיכון). על פי הצלחת ה"ניסוי" ייקבעו עקרונות ברורים לחלוקת העבודה ולתיאום בין הגורמים האחראים לטיפול בחולי הנפש, ויוסקו מסקנות לגבי התקציב השוטף הדרוש לאזור כזה ולגבי אזורים שלא ייכללו בכדיקה.

4. ב- 8.2.98 מינו מנכ"ל המשרד ומנכ"ל משרד העבודה והרווחה ועדה בין-משרדית נוספת לבדוק את צרכי חולי הנפש, לשם העברתם ממסגרות אשפוז לשיקום בקהילה (להלן - הוועדה). גם לראש ועדה זו מונה מנהל המרכז הרפואי ע"ש שיבא, מנכ"ל המשרד לשעבר; כחברים בה מונו אנשי מקצוע בכירים מתחום בריאות הנפש והרווחה, מהמשרד ומחוצה לו. נקבע, שעבודת הוועדה תתמקד בהגדרת אוכלוסיית היעד, היקפה וצרכיה; הגדרת סל השירותים המבוקש; גיבוש קריטריונים לזכאות ועלויות טיפול (תעריפים); הגדרת נוהלי עבודה; הכשרת כוח אדם למתן השירות; דרישה תקציבית מפורטת שתושתת על התעריפים שיוצעו. הוועדה התבקשה להגיש את סיכומיה עד ל- 10.5.98.

במסמך הסיכום שלה מיום 18.5.98 הסבירה הוועדה, שעבודתה התמקדה רק בפתרונות ל"נכי הנפש"⁴ החדשים - כ- 1,350 חולים שהוגדרו ככאלה בידי המוסד לביטוח לאומי, לאחר ינואר 1998. בעניין שאר חולי הנפש - כ- 36,000 נכי הנפש בגיל 18-65 שהוגדרו ככאלה לפני ינואר 1998, וחולים נוספים שאינם מקבלים קצבת נכות - קבעה הוועדה, שהמצב הקיים יימשך, שכן "גם כך אנו מדברים על הקצאה של כ- 150 מיליון ש"ח לשנת 2001, אם התהליך יתחיל בשנה הבאה".

במסמך הסיכום ובנספחיו הגדירה הוועדה מהו "סל שיקום". הוא כולל, בין היתר: סיוע מקצועי, סיוע בדיור, בתעסוקה, בהשלמת השכלה ובצרכי פנאי וחברה, חלקם יינתנו באמצעות המשרד וחלקם באמצעות גורמים אחרים. הוועדה המליצה, שמינואר 1999 יהיו זכאים כל נכי הנפש החדשים לסל השיקום, שיינתן על פי חלוקה לארבע רמות, בהתאם למצב החולה (עצמאי, עצמאי-חלקי, מוגבל ותלותי). עוד המליצה הוועדה, להקים תשע ועדות שיקום אזוריות, שכל

4 "נכי נפש" - חולי נפש המוכרים כנכים לצורך חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה - 1995.

אחת תשרת בתי חולים מוגדרים, תפקח על שחרור מסודר של חולים מבתי חולים אלה ותכין עבורם תכנית שיקומית. כן תכין תכנית שיקומית לחולים הגרים בקהילה.

5. בספטמבר 1998 חתמו מנכ"ל המשרד, יו"ר הוועדה ונציגי משרד האוצר על הסכם בדבר "שיקום ושילוב מטופלי נפש בקהילה" (להלן - התכנית). נקבע, שבשנת 1998 יוקצו לתכנית 21 מיליון ש"ח, מהם 17 מיליון ש"ח במימון האוצר, ובשנת 1999 - 35 מיליון ש"ח, מהם 30 מיליון ש"ח במימון האוצר. סוכם, שההפרש של 4 מיליון ש"ח ו- 5 מיליון ש"ח, בהתאמה, ניויד מסעיפי תקציב של האגף. בהסכם לא הובטח מימון התכנית לאחר שנת 1999.

התכנית מיועדת לשיקום כ- 1,275 נכי נפש שבקהילה, וכ- 600 נכי נפש שישוחררו מבתי חולים - 200 בשנת 1998 ו- 400 בשנת 1999. הוצעה, שהמגמה היא שחולי נפש כרוניים לא יהיו מעל כשנה-שנה וחצי באשפוז, למעט מקרים בהם המחלה החריפה נמשכת. חולים אלה יעברו במידת הצורך למוסדות סיעוד, לבתי אבות, להוסטלים לסוגיהם או לדירור מוגן לסוגיו. חולים עצמאיים או עצמאיים חלקית יוכלו לחזור לביתם. המשרד יהיה אחראי להידוק שיתוף הפעולה והתיאום בין הגופים העוסקים בנושא; יפעיל את מסגרות השיקום בקהילה; ימנה צוותים למעקב וליווי פרטני של החולים; ויפעיל את הוועדות האזוריות לקביעת זכאות. המשרד התחייב להפחית הדרגתית את שיעור ימי האשפוז ל- 1,000 נפש ואת השהייה הממוצעת באשפוז, ולא לאשר מיטות פסיכיאטריות נוספות ללא אישור משרד האוצר. המשרד התחייב לקיים בקרה ומעקב אחר ביצוע התכנית והשגת היעדים, ולהעביר על כך דוח לאגף התקציבים מדי חצי שנה קלנדרית. סוכם, שדוחות הביצוע והשגת יעדי התכנית בשנים 1998-1999 יהיו בסיס לדיון על מתכונת התכנית בשנת 2000.

בתשובתו מדצמבר 1998 הסביר משרד האוצר למשרד מבקר המדינה, כי ישנה אי-בהירות רבה בכל הנוגע להערכת הצרכים בתחום השיקום של חולי נפש, וכי אין הערכת צרכים לאומית שניתן לדון במשמעויותיה ולגזור ממנה את היקף התקציבים הנדרשים. לדבריו, התכנית ניסיונית, ויישומה, תוך ליווי ומעקב צמוד של המשרד, יאפשר להפיק לקחים שיסייעו בידי מקבלי ההחלטות לבחון את יעילותה של התכנית ואת היקפה הרצוי בשנים הבאות.

בתשובתו מדצמבר 1998 הודיע משרד הבריאות, כי "משרד האוצר טרם העביר התקציב למימוש הסל ל- 1998".

משרד העבודה והרווחה מסר בתשובתו מדצמבר 1998, שבכוונתו להיכנס להפעלת התכנית בפריסה ארצית לאחר קבלת "ברכת השלטון המקומי והסכמתו, ולאחר שיצומצמו הפערים שבין ההקצאה התקציבית העכשווית למשרד העבודה והרווחה לבין הצרכים הממשיים".

6. ב- 11.11.98 התקיים דיון בלשכת שר הבריאות, מר יהושע מצא, בהשתתפותו ובהשתתפות מנכ"ל המשרד ואנשי מקצוע בכירים בתחום בריאות הנפש מהמשרד ומחוצה לו. בדיון טענו אחדים, כי "לא מתקבל על הדעת ... שתילקח החלטה מבלי לקיים דיונים מקצועיים רחבים ומבלי להעביר תכנית הכוללת מטרות, יעדים ואסטרטגיות ליישומה ... על פניו נראה כי המערכת האשפוזית תמשיך להיות מרכזית במערכת, תוך שליטה תקציבית ומקצועית". כן טענו כי בתכנית אין ביטוי לשינויים ולגישות טכנולוגיות מתקדמות בשיקום וברפואה אקוטית. הוסכם, שחולים אינם צריכים לצאת לקהילה ללא תמיכה ממשלתית, אך היו חילוקי דעות איך להבטיח שהחולים יקבלו את השירות הטוב ביותר מבחינה מקצועית. נטען, ש"יש ליצור גורם שישמור על פלורליזם וצוותים מקצועיים במרפאות" וכי התכנית שהוצעה אינה מתייחסת לרעיונות אלה.

בסיכום הדיון קבע השר, כי חסרה תכנית לאומית, הכוללת עקרונות ודרכי יישום מפורטות, המלווים ביעדים ודרך ביצוע, וכי חסרים מרכיבים נוספים ובהם תכנית

לתגבור השירותים בקהילה. השר תמך ברעיון הקובע: "בריאות הנפש עם הפנים לקהילה", אך ציין כי יש לתת תשובות ברורות, מקיפות ומדויקות, וכי "הדבר כרוך בעבודה רב מקצועית אדירה". לפיכך, הוא אישר את תכנית המסגרת להקטנת מספר המיטות לשנה הקרובה בלבד, ובתנאי שתוגש לו תכנית מפורטת בעניין הסבתם של התקציבים, של המשאבים, ושל כוח האדם ממערך האשפוז לקהילה, וכן כי תהיה תכנית פרטנית לגבי כל חולה וחולה. הוא קבע, כי יישום התכנית ייעשה רק לאחר הכנתה לפרטיה והגשתה לאישורו, ולאחר שיובהר מהו המבנה הארגוני הנדרש וכיצד תראה המערכת לאחר השלמת התכנית.

7. ב- 24.1.99 מסר יו"ר הוועדה למשרד מבקר המדינה, כי לאחר לימוד אינטנסיבי משך שלוש שנים של סוגיית חולי הנפש בישראל, ברור לו כי "זהו תחום הבריאות המזונוח ביותר במדינת ישראל", וכי "לעומת רמה גבוהה של שירותי בריאות בשאר התחומים ... אנו מפגרים לעומת מרבית מדינות המערב בגישתנו לחולי נפש".

הוא מסר שהפעלת התכנית "התעכבה בגלל בעיות מורכבות ביישום, כולל עיכוב בהחלטת השלטון המקומי האם להצטרף לתכנית". הבעיה המרכזית, לדבריו, היא העדר אישור משרד האוצר לתכנית הרב-שנתית, נושא שיסוכם רק לקראת שנת התקציב 2000. עוד הוסיף יו"ר הוועדה, כי הכנסת אישרה בינואר 1999, בקריאה ראשונה, חוק לשיקום חולי נפש בקהילה.

8. לדעת משרד מבקר המדינה, יש אמנם בתכנית האמורה כדי להגדיל באופן ניכר את היקף הכספים המיועדים לטיפול בחולי נפש בקהילה, ויש בה "פריצת דרך" בהתייחסות לצורכי השיקום שלהם. עם זאת, גם בתכנית זו יש פתרון חלקי בלבד לעומת הצרכים האמיתיים, והוא מיועד אך למעטים מקרב חולי הנפש הזקוקים לשירותי שיקום. גם אם יש "אי-בהירות" באשר לסכומים הנדרשים לטיפול בבעיה הארצית, אין חולק שמדובר בסכומים ניכרים, אולם אין מנוס מפתרון מעמיק וכולל.

9. לדעת יו"ר הוועדה יש צורך להקים מועצה ארצית לשיקום חולי נפש בקהילה, בה יהיו, מלבד נציגי המשרד ונציגי משרד העבודה והרווחה, גם נציגים של המשרדים: האוצר, הבינוי והשיכון, החינוך התרבות והספורט, קליטת העלייה, וכן נציגי משפחות החולים. הצעה זו משקפת חשיבה חדשה שאינה באה לביטוי בהרכב המועצה הלאומית לבריאות הנפש, בה מיוצגים בעיקר רופאים.

משרד מבקר המדינה העיר, שמן הראוי לשקול אם יש צורך בשתי מועצות, או שעדיף לשלב מומחים ובעלי עניין מתחום השיקום, ובהם נציגים של משפחות החולים, בהרכב של המועצה הלאומית לבריאות הנפש, אשר קיימת.

10. *כישת שירותים מגורמי חוץ*: בעבר רכש המשרד שירותי שיקום בקהילה מגורמי חוץ - בעיקר מעמותות או אגודות, ובשנים האחרונות גם מגופים עסקיים רגילים (חברות). הועלה, שהמשרד חתם הסכם רק עם שניים מבין 20 הגופים שמהם הוא רוכש שירותי שיקום בקהילה. כמו כן, בעת הביקורת לא היה במשרד נוהל כתוב להתקשרות עם ספקי השירותים. כאשר יזמים רצו לברר מה הם התנאים והדרישות של המשרד להספקת שירותי שיקום, הם לא קיבלו מסמך כתוב שבו נכללו התנאים והדרישות, והמידע המבוקש נמסר להם בטלפון. משרד מבקר המדינה העיר למשרד, שהתקשרות עם הגופים שמספקים שירותי שיקום חייבת להיות על פי הסכמים. בתשובתו למשרד מבקר המדינה הודיע האגף, כי בעקבות

הביקורת, הוא הכין נוהל בכתב להתקשרות עם ספקי השירותים, והחל לחתום על הסכמי ההתקשרות עם ספקי השירות עם הוא קשור. לכל הסכם הוא מצרף את נוהלי ההפעלה והסטנדרדים שהחלו בהכנתם עוד קודם לכן.

11. התרופות שניתנו במשך השנים לכ- 60,000 חולי סכיזופרניה (ממחלות הנפש השכיחות ביותר) (להלן - התרופות הישנות) נועדו לשפר את מצבם הרפואי, אולם לעתים לוו גם בתופעות לוואי קשות, כגון: הפרעות בשיווי משקל, רעד, הפרעות בדיבור ופרקינסוניזם. בשנים האחרונות הוכנסו לשימוש תרופות חדשות שמשפרות בהרבה את איכות חיי החולה, ובדרך כלל אינן גורמות לתופעות הלוואי האמורות. לדברי ראש האגף, יתרון הוא לחולים שלא הגיבו לתרופות הישנות, ולחולים שהגיבו בתופעות לוואי אשר משפיעות על ההיענות לטיפול ומביאות לסיבוכים מיותרים. התרופות החדשות יקרות בהרבה מהתרופות הישנות והן ניתנו רק למעטים מקרב חולי הנפש. לתרופות החדשות לא היה מקור מימון מוגדר, ורכישתן מומנה ממקורות שונים שהאגף איתר בתקציבו. בנובמבר 1997 העריך המשנה למנכ"ל המשרד, כי אם התרופות האלה יהיו חלק מסל הבריאות, תידרש תוספת של כ- 100 מיליון ש"ח. ראש האגף העריך בינואר 1999, שהסכום הדרוש למימון רכישת התרופות עבור החולים באשפוז ובקהילה הוא כ- 265 מיליון ש"ח לשנה.

בתחילת 1998 הוכנסו התרופות החדשות לסל התרופות, אך השימוש בהן הותנה בהתוויית ובקריטריונים מגבילים. בגלל ההתניות וההגבלות, מוסיפים מרבית החולים לקבל את התרופות הישנות, ואינם נהנים מהשיפור הגלום בתרופות החדשות.

ראש האגף מסר למשרד מבקר המדינה שההתניה היא "משיקולים כלכליים ואי-קיומו של מענה תקציבי מספק להרחבת השימוש כפי שהיינו רוצים". לדבריו, בלעדי ההתניה "יהיה נכון מקצועית להוציא את כל התרופות הישנות מהשימוש, לשמור אותן למקרים ייחודיים בלבד, ולהעביר את כלל החולים באשפוז ובקהילה לתרופות החדשות".

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ומשרד האוצר לפעול ולאפשר לחולים רבים, ככל הניתן, ליהנות מהיתרונות שבשימוש בתרופות החדשות.

אשפוז פסיכיאטרי ומימונו

חולה שאינו מטופל כהלכה בקהילה או שאינו זוכה למסגרת שיקום הולמת, עלול להיות מאושפז. כן מאושפזים חולים שהטיפול במסגרת קהילתית אינה מתאימה להם, בשל חומרת מחלתם, או מסיבות רפואיות אחרות. משרד מבקר המדינה בדק נושאים אחדים הקשורים לאשפוז.

1. (א) על פי נתוני המשרד, היו במדינה בתחילת 1998 6,306 מיטות אשפוז פסיכיאטריות (לעומת 7,307 בשנת 1988). מרביתן (6,030) בבתי חולים פסיכיאטריים, ומיעוטן (276) בבתי חולים כלליים. כ- 60% מהמיטות בבעלות ממשלתית, כ- 32% בבעלות פרטית, והשאר בבעלות קופ"ח כללית (6%) ובבעלות ציבורית אחרת (2%). בשנים האחרונות ישנה ירידה מתמשכת בשיעור הארצי של המיטות הפסיכיאטריות ל- 1,000 נפש - מ- 1.65 בשנת 1988, ל- 0.97 ביוני 1998. צמצום מספר המיטות הפסיכיאטריות נעשה במגזר הפרטי בלבד, ובבתי החולים הכלליים עלה מספרן. לפי נתוני המשרד, מספר המיטות הפסיכיאטריות אינו מתפרס באופן שווה ברחבי המדינה. באזור המרכז יש יותר מיטות אשפוז מאשר בצפון והדרום. מיטות האשפוז של כל אזור

הדרום (עד אילת) מצויות בבאר שבע. בחיפה יש מוסדות פרטיים רבים, ואילו בירושלים ובדרום הארץ אין מוסדות פרטיים. (ב) מיטות האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים ושל קופ"ח כללית מיועדות, בדרך כלל, לפתרונות אשפוז בדרגות חומרה שונות - לאשפוז ממושך או שיקומי; בתי החולים הפרטיים משמשים בעיקר לאשפוזים מוסדיים ממושכים; והמיטות במחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים מיועדות, לדברי ראש האגף, למקרים חריפים או משולבים (בעיות גופניות ונפשיות). הבדיקה העלתה, שהמשרד לא הגדיר בהוראותיו למי ליעד את המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים. אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי מקטין את "הסטיגמה" ממנה חוששים חולי הנפש ובני משפחותיהם, לפיכך מעדיפים החולים או בני משפחותיהם, את האשפוז במיטות הפסיכיאטריות של בתי החולים הכלליים. הועלה, שהאגף לא בודק אלו חולי נפש מאושפזים בבתי החולים הכלליים.

2. הסכום הכולל של ההרשאה בתחום פעולה "שירותי בריאות הנפש" בהצעת התקציב לשנת 1999, הוא 988 מיליון ש"ח (מזה, כ- 66 מיליון ש"ח - הוצאה מותנית בהכנסה). מרביתו, בדומה לתקציבים של שנים עברו, יועד למסגרות אשפוז (בשנת 1997 היתה ההוצאה למעשה 907 מיליוני ש"ח).

המשרד מממן באופן מלא את האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים. לעומת זאת, כאשר האשפוז הפסיכיאטרי נעשה בבתי חולים כלליים דורשים בתי החולים הכלליים מקופות החולים לשלם עבור האשפוז. לטענת הקופות, אשפוז בבתי חולים כלליים הוא באחריות המשרד והן אינן צריכות לשאת בהוצאה זו. הקופות טוענות גם שכאשר לדעתן חולים אינם צריכים להתאשפז בבית חולים כללי אלא בבית חולים פסיכיאטרי, הן נתקלות בקשיים להעברתם לבית חולים פסיכיאטרי. מן הראוי, שהמשרד יפרט בהוראותיו באיזה מצב רפואי יש לאשפוז חולי נפש בבית חולים כללי.

בנובמבר 1998 המליצה המועצה הלאומית לבריאות הנפש, לאשר עשרות מיטות פסיכיאטריות נוספות בבתי חולים כלליים, קצתן בהסבה ממיטות פנימיות. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ומשרד האוצר לבחון אם מימוש המלצה זו אינו נוגד את ההסכם האמור מספטמבר 1998 שחתם המשרד עם משרד האוצר בדבר שיקום חולי נפש, שבו התחייב המשרד, בין היתר, שלא לאשר תוספת מיטות פסיכיאטריות בבתי חולים פסיכיאטריים וכלליים ללא אישור מוקדם של משרד האוצר. כמו כן, יש לקבוע באחריות מי יהיה המימון של האשפוז במיטות הפסיכיאטריות החדשות.

מרכזים לבריאות הנפש

בעת סיום הביקורת גיבשו סמנכ"ל משאבי אנוש וראש האגף הצעה, לפיה שירותי בריאות הנפש, כולל כל המערכות השיקומיות, יאורגנו במסגרות של מרכזי בריאות קהילתיים אזוריים. בכל מרכז יהיה בית חולים, מסגרת טיפול יום, דיור מוגן לסוגיו ושירות קהילתי, ובראשו יעמוד מנהל בית החולים. על פי המלצה זו, הנהלת האזור תקיים באמצעות הפסיכיאטר המחוזי בקרה ופיקוח על כל השירותים באזור.

התברר, כי בנושא זה אין אנשי המקצוע תמימי דעים. יש הסבורים, שדווקא השילוב בין טיפול לשיקום עשוי לאפשר תיאום ורצף טובים יותר. ויש הסבורים, שצריך להפריד בין שירותי השיקום לשירותי הטיפול, כך שכל גוף יוכל להתמקד במשימותיו

הייחודיות, ואין להשאיר את "השליטה" על שירותי השיקום, המבוססים על עבודה רב-מקצועית ורב-תחומית, בידי הרופאים הפסיכיאטרים ובידי בתי החולים.

בפרסום של "המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל" מאוגוסט 1997⁵ נאמר, שהקצב האיטי של פיתוח שירותי בריאות הנפש הקהילתיים משקף את הדומיננטיות של בתי החולים הפסיכיאטריים, שהוא תוצאה של מעמד המרכזי במערכת. לפיכך לא ניתן לצפות, שבתי החולים הפסיכיאטריים יובילו את השינוי במיקום הטיפול ויש להקים סוכנויות טיפול קהילתיות שהן בלתי תלויות בבתי החולים מבחינה מינהלית.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש צורך בבירור יסודי שישתף גורמים ממקצועות בריאות הנפש ומהאקדמיה, כדי לקבוע איזה מהלך הוא המתאים ביותר.

פיקוח ובקרה

1. למעלה מ-60% של מיטות האשפוז הפסיכיאטריות הן בבעלות המשרד. לדעת משרד מבקר המדינה, עלולה עובדה זו להקשות על המשרד לתפקד כמפקח אובייקטיבי על המערכת. זאת ועוד, כאשר המפעיל הוא גם קובע המדיניות, הפעלת נורמות של מדיניות בעלות תוצאות תקציביות, מותנית ביכולת התקציב של המשרד עצמו, ועלולה להיות מוגבלת מלכתחילה. גם היותו של ראש האגף מנהל בית חולים, שיש בידו לחזור ולנהל את בית החולים עם תום שירותו במשרד הראשי, עלולה להקשות עוד יותר בתחום זה.

2. כ-32% מכלל המיטות הפסיכיאטריות מצויות במגזר הפרטי, שבו התשלום למחיר יום אשפוז שקבע המשרד הוא נמוך במיוחד - כ-220 ש"ח ליום, לעומת כ-900 ש"ח בבית חולים כללי. ברור אפוא, שכאשר המשרד משלם תעריף נמוך עבור יום אשפוז, הוא לא יכול לדרוש מהמוסדות הפרטיים לעמוד בסטנדרטים גבוהים של טיפול בחולים.

3. התברר, שבעבר לא הנהיג המשרד בקרה שוטפת על הגופים שמספקים לו מסגרות של שיקום חולי נפש. לאחר שהאגף העלה ליקויים בפעילות שניים מהגופים, הוא ביצע בקרות נוספות, חד-פעמיות, בעזרת רואי חשבון חיצוניים. הבקרות האלה העלו ליקויים רבים, ובעטיים של הליקויים נקט האגף צעדים נגד שני הגופים. לדעת משרד מבקר המדינה, יש להנהיג בקרה שוטפת שתוודא שכל הגופים מספקים שירותים בדרישות ובתנאים כפי שסיכם עמם המשרד.

4. *חוק הבקרה*: בדצמבר 1997 מינה ראש האגף את המנהל של אחד מבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים שפרש לגמלאות, כראש צוות בקרה ופיקוח בתחום בריאות הנפש. משרד מבקר המדינה העלה תהיות בעניין גובה שכרו של ראש הצוות. משרד האוצר מסר בתשובתו, ש"הנושא הועבר להתייחסותם של יחידת השכר והסכמי העבודה, וכן למטה השכר באגף החשב הכללי".

הצעת חוק הפסיכותרפיה

כדי למנוע מצב שטיפול יינתן או יוצע, בידי מי שאינו מורשה לתת טיפול - בהם אף חסרי הכשרה למתן טיפול נפשי - עסק המשרד, במשך שנים, בגיבוש הצעת חוק הפסיכותרפיה,

5 נייר עמדה מאת פרופ' א' אבירם, מנהל בית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית בירושלים.

שנועדה להגדיר הגדרות מחייבות מי מוסמך לעסוק בסוג כזה של טיפול נפשי. עוד ברוח שנתי 41 דרשה מבקר המדינה מהמשרד לסיים את עבודתו בהכנת ההצעה, ולפעול להעברתה לדיון ולאישור הכנסת בהקדם האפשרי. התברר, שעד דצמבר 1998 טרם הכין המשרד נוסח מוסכם של הצעת חוק בנושא.

*

בעת הביקורת לא היה למשרד הבריאות מידע מפורט על אוכלוסיית חולי נפש הזקוקה לשיקום. לא היה ידוע לו מה היקפה, מה אופיה, מהן בעיותיה ומהן צרכיה. לא היה ידוע כמה חולים זקוקים לכל אחת ממסגרות השיקום. לא היתה הגדרה ברורה של האחריות של המשרד, או האחריות של גורמים אחרים לתחומי הטיפול השונים, ולא הוקצו לשיקום מקורות תקציביים ייעודיים מספקים.

המשרד מצהיר זה שנים שמדיניותו היא שיקום חולי נפש בקהילה, אך רק בסוף 1998 הוכנה תכנית ל"סל שיקום" לנכי נפש. התכנית מיועדת לתת פתרון רק לחלק קטן מאד מאוכלוסיית חולי הנפש. מדובר בתכנית ניסיונית, ומימושה טרם הובטח.

מדי שנה מאושפזים כ- 4,000 חולי נפש חדשים, רובם משתחררים מאשפוז תוך פחות משנה, ועבור רבים מהם אין פתרונות הולמים לשיקום בקהילה. נוסף על כך, ישנם חולים שלא אושפזו ואין לכולם מענה שיקומי הולם בקהילה.

מאות חולי נפש מוסיפים להיות מאושפזים, גם כאשר אין לכך הצדקה רפואית, רק משום שלא נמצאו להם מסגרות חלופיות מתאימות. לדעת מבקר המדינה, המשך אשפוז למי שמבחינת מצבו הרפואי מקומו במסגרת שיקומית בקהילה, הוא כשל מוסרי ומקצועי. יש להכין עבור אלה מקומות מתאימים בקהילה, ולהקצות לכך את המימון הדרוש.

תרופות חדישות שהשימוש בהן משפר בהרבה את איכות חיי החולים ניתנות - בשל העדר תקציב למימון - רק למקצתם. על המשרד לפעול כדי להגדיל את מעגל המשתמשים בהן.

לדעת מבקר המדינה, על משרד הבריאות, ועל כל הגורמים המעורבים בנושא השיקום של חולי נפש בקהילה לפעול בנחישות, בנחרצות ובשיתוף פעולה, כדי לסייע למתן פתרונות הולמים לשיקום אוכלוסייה חסרת ישע זו.

עיקור ציוד וסילוק פסולת רפואית

בבתי החולים מרוכזת כמות גדולה של מזהמים מחוללי מחלות מסוגים שונים. אחד המקומות המועדים ביותר להידבקות של מאושפזים בזיהומים הוא חדר הניתוח, שבו מבוצעות פעולות פולשניות.