

שיקום רפואי לקשישים

תקציר

שיקום רפואי (להלן - שיקום) הוא שלב טיפולי בתהליך של ריפוי מתמשך, והוא נועד לשפר תפקודים תנועתיים וקוגניטיביים¹ שנפגעו בשל מחלה או פציעה. תכלית הטיפול היא להגדיל את עצמאות החולה ולהקטין את תלותו בזולת לקראת חזרתו לאורח חיים פעיל ובריא. בפועל, רוב החולים המופנים לשיקום הם קשישים².

במדינת ישראל חיו בסוף שנת 2009 כ-740,000 תושבים בני 65 ומעלה (להלן - קשישים), שהם כ-10% מתושבי המדינה; כמחציתם (כ-48%) מעל גיל 75. משנת 1995 חלקם של הקשישים באוכלוסייה יציב (כ-10%), אך על פי התחזיות, עד שנת 2030 יגדל חלקם באוכלוסייה ויגיע ל-14%, כלומר אוכלוסייה זו תוכפל ותמנה כ-1.4 מיליון איש³.

שיקום קשישים לאחר אירוע רפואי חריף חשוב בשל כמה היבטים. ראשית, ההיבט הרפואי - קשיש הזקוק לשיקום ואינו מקבל אותו נשאר ברמת תפקוד נמוכה מהצפוי לאחר השיקום, ופעולות יומיומיות שאדם מבצע באופן עצמאי עלולות להיפגע, כגון הליכה, דיבור ושליטה בסוגרים. במקרים הקשים ביותר עלול הקשיש להישאר באשפוז זמן ממושך או להיות מרותק למיטה, וכך עולה הסבירות להידרדרות במצבו הרפואי; שנית, ההיבט הכלכלי - סיבוכים רפואיים שעלולים להתפתח אצל חולה שאינו משוקם מביאים לפניות חוזרות ונשנות לחדרי המיון ולאשפוז במחלקות שהאשפוז בהן ממושך ועלותו גבוהה. שלישית, ההיבט האנושי - בשל החשיבות הנודעת לאיכות החיים ראוי שיעשו פעולות לשיפור.

שיקום רפואי יכול להינתן בכמה סוגי מסגרות טיפוליות לפי חומרת האירוע הרפואי: (א) באשפוז מלא - בבתי חולים לאשפוז כללי⁴ ולמחלות ממושכות, בבתי חולים שיקומיים, במוסדות סיעוד גריאטריים וכן במרכזים גריאטריים⁵. משרד הבריאות (להלן - המשרד) קבע בשנת 2002 כי אפשר לאשפוז חולה מעל גיל 65 גם במחלקה לשיקום כללי ולא רק במחלקה לגריאטריה שיקומית⁶, ובתנאי שמצבו הרפואי הכללי מאפשר זאת; (ב) באשפוז יום - במרכזים לשיקום יום של בתי החולים הכלליים; (ג) בקהילה בבית החולה - באמצעות היחידות לטיפול בית שמפעילות קופות

- 1 פעילות קוגניטיבית (הקניית) נוגעת לתהליכי רכישת ידע והשימוש בו באמצעות תפיסה שכלית וחיבתית.
- 2 על פי הגדרות משרד הבריאות, קשישים הם אנשים בני 65 ומעלה. אולם לדברי בכירים בתחום השיקום יש לשקול לשנות את הגיל להגדרת קשישים בשל השינוי בתוחלת החיים ובשל השינוי בגיל היציאה לגמלאות.
- 3 מתוך נתונים שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בהודעה לעיתונות מספטמבר 2010.
- 4 במחלקות לשיקום או לגריאטריה שיקומית.
- 5 כמו המרכז הגריאטרי הממשלתי-שיקומי "פלימן" ו"בית רבקה", המרכז הגריאטרי של שירותי בריאות כללית.
- 6 בשנת 2009 היו בסך הכול 346,598 ימי אשפוז במחלקות לגריאטריה שיקומית ו-249,651 ימי אשפוז במחלקות לשיקום (מלבד מחלקות לשיקום ילדים).

החולים⁷; (ד) במרכזים לשיקום יום בקהילה; (ה) במכונים ובמרפאות של קופות החולים.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-נובמבר 2011 בדק משרד מבקר המדינה בין השאר את הנושאים האלה: פריסת שירותי השיקום לקשישים לפי אזורים גאוגרפיים; פעילותן של מחלקות האשפוז לגריאטריה שיקומית; סוגיות במתן שיקום במסגרות של דיור מוגן⁸; הליכי הפניית הקשישים לשיקום; פעולות המשרד לקידום השיקום לקשישים ולהסדרתו ופיקוחו על נושאים אלו; בקרת איכות ושימוש במדדים להצלחה בשיקום; היבטים כלכליים בהסכמים בין קופות החולים למוסדות השיקום; כוח האדם הרפואי והסיעודי בתחום השיקום; מניעת מחלות עיקריות המצריכות שיקום; מוסדות שיקום הפועלים ללא רישיון. במסגרת הבדיקה שלח משרד מבקר המדינה בין השאר שאלון ל-16 מחלקות לגריאטריה שיקומית בבתי החולים ובמוסדות גריאטריים, ובאמצעותו נאסף מידע על היקף כוח האדם המועסק במחלקות ועל תחום התמחותן, על מצבן הפיזי של המחלקות ועוד.

הביקורת נעשתה במשרד הבריאות, במשרד האוצר, במחלקה לגריאטריה שיקומית שבמרכז הרפואי הממשלתי ע"ש ברוך פדה "פוריה" (להלן - פוריה) שבטבריה, במרכז הגריאטרי "בית רבקה" (להלן - בית רבקה) שבפתח תקווה, ובארבע קופות החולים. בדיקות השלמה נעשו במועצות הלאומיות⁹, במרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא - "תל השומר" (להלן - תל השומר), במרכז הגריאטרי-שיקומי ממשלתי "פלימן" שבחיפה (להלן - פלימן) ובבית החולים השיקומי של שירותי בריאות כללית "בית לוינשטיין" (להלן - בית לוינשטיין) שברעננה.

עיקרי הממצאים

מצוקת המיטות לשיקום ותוצאותיה

תמונת מצב - מספר המיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית ואופן פיזורן

1. חוסר במיטות אשפוז לשיקום ולגריאטריה שיקומית: למרות הגידול באוכלוסייה והגידול במספר הקשישים, ירד מספר המיטות לגריאטריה שיקומית בישראל מ-1,047 בסוף שנת 2003 ל-895 מיטות בלבד בסוף שנת 2009 (ירידה של כ-15% במספר המיטות). כמו כן, חלה ירידה ניכרת במוצא השנתי של ימי האשפוז במחלקות לגריאטריה שיקומית מ-37.5 ימי אשפוז במוצא

7 עוד בעניין זה, ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.

8 כ-15,000 קשישים במדינת ישראל מתגוררים בדיור מוגן.

9 במדינת ישראל פועלות 18 מועצות לאומיות. שר הבריאות או מנכ"ל המשרד ממנים את חברי המועצות במינוי אישי, ומשתתפים בהן אנשי מקצוע בכירים בתחומם מקרב מערכת הבריאות ומערכות אחרות הנוגעות לעניין.

ב-2003 ל-26.9 ב-2009 (ירידה של כ-28%). עוד הועלה כי שיעור התפוסה הממוצעת השנתית במחלקות אלה גדל בשנת 2009 ל-105.9%. יתרה מזו, יש מצוקה ארצית גם במספר המיטות לשיקום כללי, ושיעור תפוסתן בשנת 2009 היה 105.7%. יש גם "ביקוש כבד" ¹⁰ למיטות לגריאטריה שיקומית, ואילו הופנו אליהן כל הזקוקים לשיקום, שיעורי התפוסה היו גדולים אף יותר.

2. פיזור גאוגרפי לא אחיד של מיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית: הנתון הכללי על מספר המיטות עשוי להטעות, שכן פריסתן של המיטות באזורים גאוגרפיים שונים היא מהותית, כמפורט להלן:

(א) מחסור במיטות באזור הצפון: בכל מחוז הצפון יש מחלקה אחת בלבד לגריאטריה שיקומית - במרכז הרפואי הממשלתי פוריה שבטבריה - ובה רק 18 מיטות; ומחלקה אחת בלבד לשיקום - בבית החולים הממשלתי לגליל המערבי שבנהריה - ובה 11 מיטות. בסך הכול, במוצע במחוז הצפון יש מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית לכ-3,200 קשישים; ואילו הממוצע הארצי הוא מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית לכ-486 קשישים. עקב כך רבים מהקשישים ממחוז הצפון נאלצים לעבור שיקום במרחק גדול ממקום מגוריהם. כן יש לציין שמשך האשפוז הממוצע במחלקה לגריאטריה שיקומית בפוריה בשנת 2009 היה הקצר בארץ. דהיינו, עקב מחסור במיטות מקוצר משך האשפוז של קשיש הזקוק לשיקום, ולדבר זה עשויות להיות השפעות רפואיות שיפורטו בהמשך.

(ב) מחסור במיטות באזור ירושלים: במחוז ירושלים יש רק 28 מיטות לגריאטריה שיקומית ו-28 מיטות לשיקום. בסך הכול, במחוז ירושלים יש מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית לכ-1,268 קשישים, לעומת הממוצע הארצי של מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית לכ-486 קשישים, כאמור לעיל.

נזקים שמקורם במחסור במיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית ובהיעדר אחידות בפיזור

1. העברת קשישים שזקוקים לשיקום באשפוז לאשפוז במחלקות סיעודיות: מנתונים שהציג האגף לגריאטריה במשרד באוקטובר 2010 עולה כי צוותי הבקרה של המשרד מאתרים חולים שמתאימים לשיקום במחלקות סיעודיות. כמו כן, פניות לא מעטות לקבלת מימון של המדינה לאשפוז סיעודי של קשישים ("קוד") מתבררות כלא נכונות, והקשישים מופנים חזרה למסגרות השיקום. מצב דברים זה מעיד על בעייתיות רבה במתן השיקום לקשישים.

2. אי-מתן שיקום לחולים הזכאים לכך ופערים במתן השיקום בין אזורי הארץ: מסקרים שעשה המשרד בשנים 2009-2010 עולה כי 20% מהחולים לאחר אירוע מוחי ו-10% מהחולים לאחר שבר בצוואר הירך שהיו ברי שיקום, לא קיבלו שיקום כלל - לא באשפוז ולא בקהילה. עוד עולה כי נמצאו פערים של ממש בין מחוזות קופות החולים בשיעור הקשישים ברי השיקום שלא קיבלו שיקום לאחר שבר בצוואר הירך או אירוע מוחי. למשל, כ-29% מהקשישים לאחר אירוע מוחי שהיו ברי שיקום במחוז ירושלים לא קיבלו כל שיקום

לעומת כ-8% במחוז הצפון¹¹, וכ-21% מהקשישים לאחר שבר בצוואר הירך שהיו ברי שיקום במחוזות ירושלים והצפון לא קיבלו כלל שיקום לעומת מחוז הדרום, שבו כל הקשישים לאחר שבר בצוואר הירך קיבלו שיקום בקהילה או באשפוז. כך עולה גם מנתונים קודמים שפרסם המשרד במאי 2010 - במחוז הצפון רק 43% מהלוקים בשברי צוואר הירך ואירוע מוחי קיבלו שיקום באשפוז לעומת 76% במחוז תל אביב-יפו.

3. השהיה מיותרת של קשישים במחלקות חריפות¹² לפני העברתם לשיקום: נמצא שעקב מחסור במיטות לגריאטריה שיקומית, קשישים מושהים במחלקות האשפוז החריפות ובהן מחלקות פנימיות, שגם הן עמוסות ביותר¹³. כך למשל, נמצא כי באחד מהימים במרץ 2011 המתו 13 חולים ממבוטחי שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית) במחלקות החריפות בבית החולים "וולפסון" ו-26 חולים במחלקות חריפות בבית החולים "איכילוב" לאחר שהוחלט כבר כי הם זקוקים לשיקום באשפוז.

4. אשפוז לצורכי שיקום במחלקות ובמוסדות ללא רישוי מתאים: ממסמכי המשרד וגם משיחות של נציגי משרד מבקר המדינה במהלך הביקורת עם בכירים בתחום השיקום והגריאטריה השיקומית עולה כי אפשר עדיין למצוא מקרים לא מעטים בהם קופות החולים מאשפוזות קשישים הזקוקים לשיקום באשפוז, במחלקות ובמוסדות שאין להם רישוי למיטות לשיקום או לגריאטריה שיקומית¹⁴. הדבר מעורר חשש שאיכות השיקום שלהם תיפגע. בביקורת עלה כי בדצמבר 2009 אישר האגף לגריאטריה במשרד למרכזים הגריאטריים, אפשרות לשלב קשישים הזקוקים לשיקום גם במחלקה תת-חריפה¹⁵. ואכן, מוסד פרטי אחד פועל לפי ההנחיה האמורה.

השפעת פיצול האחריות לטיפול הרפואי בין משרד הבריאות לקופות החולים על מימוש הזכות לשיקום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן-החוק), פיצל את האחריות לטיפול הרפואי בקשישים בין המדינה לקופות החולים לפי מצבו הרפואי של הקשיש. עוד ב-1990 הציגה ועדת השופטת נתניהו¹⁶ את חסרונותיו של פיצול האחריות לאספקת שירותי בריאות בין קופות החולים למשרד הבריאות. למרות האמור, עד עצם הימים הללו קופות החולים והמשרד טרם הגיעו להסכמות בעניין זה, ולכן גם לאחר 17 שנה האחריות לטיפול עדיין מפוצלת; קופות החולים אחראיות לשיקום ומממנות אותו,

- 11 מרבית החולים במחוז הצפון מקבלים שיקום אבל במקומות מרוחקים.
- 12 מחלקות לטיפול בשלב החריף (האקוטי) של המחלה, כגון פנימית, נוירולוגית ואורתופדית.
- 13 עוד בנושא זה, ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.
- 14 בדוח שנתי 60 של מבקר המדינה (2010), בפרק "הסדרים כלכליים בין קופות החולים לבתי החולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 497, כבר הועלה כי מחוז ירושלים של הכללית חדל מלהפנות חולים לבית החולים "הרצוג" שבירושלים ובמקום זאת הפנה אותם לשיקום בבית חולים שלא היה ברשותו רישיון למחלקת שיקום או לגריאטריה שיקומית.
- 15 מחלקה לטיפול בחולים קשישים הנמצאים לאחר השלב החריף של מחלה פנימית, שהטיפול בה עדיין דורש ניטור, טיפול רפואי וטיפול פרה-רפואי קצר יחסית בבית החולים.
- 16 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990.

והמשרד אחראי לאשפוז הסיעודי ולמימון. לפי תכנית העבודה של המשרד לשנת 2010, הפיצול יוצר לקופות החולים תמריץ שלא לייחד מאמצים לטיפול השיקומי; שכן אם החולים אינם משוקמים ומצבם נעשה סיעודי, האחריות למימון עוברת למשרד הבריאות ולמשפחות.

נושאים מערכתיים בתחום השיקום

1. המרכז הגריאטרי-שיקומי ממלכתי פלימן בחיפה - ירידה בתפוסת המיטות: המרכז הגריאטרי-שיקומי ממלכתי פלימן עוסק בגריאטריה חריפה¹⁷ ובשיקום גריאטרי. במועד הביקורת בשנת 2011 נמצא כי התפוסה הממוצעת השנתית בפלימן הייתה כ-65% - ירידה לעומת תפוסה ממוצעת שנתית בשיעור 100% שנמצאה בשנת 2010. לדברי מנהל המרכז, הסיבה לכך היא החלטת ראשי מחוז חיפה של הכללית להקטין את מספרם של מבוטחי הכללית המופנים לאשפוז בבית חולים זה, וזאת עקב חילוקי דעות בין המשרד, פלימן והכללית¹⁸ בדבר המחירים הריאליים ליום אשפוז במחלקה לגריאטריה שיקומית.

יצוין כי בבית החולים הפרטי "אלישע" שבחיפה (להלן - אלישע), שיש בו את מספר מיטות השיקום הגדול ביותר במחוז חיפה מלבד פלימן¹⁹, הייתה כבר בשנת 2009 תפוסה ממוצעת של כ-147% במחלקות השיקום שלו. מכאן שעקב החלטת הכללית להפחית את מספר החולים המאושפזים בפלימן, ממילא גובר העומס המוטל על מחלקות השיקום באלישע, ואף עלול להתעורר צורך להעביר קשישים הזקוקים לטיפול שיקומי אל מחוזות אחרים.

2. קביעת מחיר מינימום ליום אשפוז במחלקות לגריאטריה שיקומית: נמצאו הבדלים של ממש במחירים ליום אשפוז בשיקום בין מחירון המשרד למחירי האשפוז במוסדות שונים²⁰. פער המחירים אינו סביר, וייתכנו שתי סיבות לכך: (א) המחיר שקבע המשרד הוא גבוה ואינו סביר. (ב) במקומות שמשולמים להם מחירים נמוכים עבור כל יום אשפוז ניתנים רק חלק מהשירותים. על אף הבדלים אלה, לא קבע המשרד מחירי מינימום לאשפוז במחלקות לגריאטריה שיקומית ולא הסדיר את סוגיית המחיר ליום אשפוז.

3. ההפרדה בין מחלקות אשפוז לשיקום למחלקות אשפוז לגריאטריה שיקומית: בביקורת עלה כי קיימת אי-הסכמה בין העוסקים בשיקום כללי ובין העוסקים בשיקום גריאטרי בשאלה האם נכונה ההפרדה בין מחלקה לגריאטריה שיקומית לבין מחלקה לשיקום והאם אין צורך במחלקת שיקום בלבד שבה תתאפשר גמישות ניהולית למנהל המחלקה. יש לציין כי לפי נוהלי המשרד אפשר בתנאים מסוימים לאשפוז קשישים לשיקום במחלקת שיקום רגילה

17 מחלקות לגריאטריה חריפה הן מחלקות המיועדות לטיפול בקשישים הנמצאים בשלב החרף של מחלות שונות.

18 חילוקי הדעות שבים ומתעוררים מדי שלוש שנים, סמוך למועד חידוש ההסכם בין הכללית לפלימן.

19 בבית החולים אלישע יש 46 מיטות שיקום, ששיעורן כ-20% מכלל מיטות השיקום במחוז; שיעורן הכולל של המיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית בבית החולים פלימן ואלישע הוא כ-83% מסך המיטות במחוז כולו.

20 לדוגמה, מחיר המחירון של המשרד לשנת 2011 הוא 1,037 ש"ח ליום אשפוז, ואילו המחיר במוסד פרטי מסוים היה 469 ש"ח.

וכן לאשפז לצורך שיקום כאלה שאינם קשישים במחלקה לגריאטריה שיקומית הגם שיש הבדלים מהותיים בין התקינה הנדרשת ממחלקה לשיקום כללי ובין התקינה הנדרשת ממחלקה לגריאטריה שיקומית.

4. אי-מתן אישור להפעלת מיטות פרטיות לגריאטריה שיקומית: המשרד, מלבד היותו מאסדר (רגולטור) בתחום הבריאות, הוא גם הבעלים של בתי חולים ושל מוסדות גריאטריים ממשלתיים. נמצא כי למרות המצוקה הקשה והמתמשכת במיטות לשיקום בצפון הארץ, הקשה המשרד על הוספה של מיטות פרטיות לגריאטריה שיקומית במוסדות סיעודיים פרטיים שהיו יכולות להקל את המצוקה בצפון.

5. תיאום בין מערכות ציבוריות שונות הפועלות בנושא השיקום: כדי להשיג את מטרות השיקום - החזרת הקשיש לתפקודיו הקודמים, הרי שנוסף על השיקום הרפואי שאחראית לו מערכת הבריאות, צריך גם לשקמו מהבחינה החברתית, שיקום שמערכות ציבוריות אחרות אחראיות לו - המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים והרשויות המקומיות. ואולם, אין צוות רב-משרדי שמרכז את נושא השיקום על כל היבטיו.

מתן שיקום לקשישים המתגוררים בדיור מוגן

בישראל מתגוררים כ-15,000 קשישים במסגרות של דיור מוגן.²¹ קשישים רבים, מהם הזקוקים לשיקום לאחר אשפוז בבתי החולים בעקבות אירוע בריאותי חריף, חוזרים לדיור המוגן שבו התגוררו בטרם האשפוז, בלי שמיצו את הליך השיקום באשפוז או בלי שהופנו להמשך טיפול שיקומי בקהילה. בנסיבות אלה נדרש הסגל הרפואי של הדיור המוגן, הנותן טיפולים רפואיים לקשישים, למידע רפואי מפורט על אודות הטיפולים שקיבל החולה במסגרת האשפוז או בקהילה. אף על פי כן, חלק מקופות החולים אינן מאפשרות לצוות הרפואי הפועל במסגרות הדיור המוגן גישה לרשומות הרפואיות של קשישים אשר חתמו על כתב ויתור על סודיות רפואית, והדבר עלול לפגוע באיכות הטיפול השיקומי בקשישים אלה. כמו כן, נתונים על הטיפולים שמקבלים הקשישים מהצוות הרפואי בדיור המוגן אינם כלולים ברשומה הרפואית שלהם בקופות החולים, וכך מידע רפואי חשוב אינו מגיע לידי רופאי הקופה ובתי החולים.

חסמים כלכליים במתן השיקום לקשישים

1. שיקום באמצעות המגזר השלישי²² בגין שיקולים כלכליים של קופות החולים: בשל ההפחתה המתמשכת במספר ימי השיקום לחולה בשנים האחרונות, חולים אינם מגיעים למלוא מיצוי הפוטנציאל השיקומי שלהם. לכן החלה עמותה להפעיל בשנת 2002 מרכז יום שיקומי במרכז הארץ, שאליו מתקבלים לטיפול רק חולים שוועדה בראשות רופא מומחה בשיקום

21 מקבץ של יחידות דיור למגורי קשישים. מסגרת של דיור מוגן מעניקה מגוון של שירותים מרכזיים, כגון שמירה, תחזוקה וחלק משירותי הבריאות.

22 ארגונים ללא כוונת רווח.

החליטה - לאחר בחינת המידע הרפואי בעניינם - כי לא מומש מלוא הפוטנציאל השיקומי שלהם. יוצא שהמגזר השלישי מספק שירות שהוא בליבת הפעילות של מערכת הבריאות הציבורית, ועל פי התוספת השנייה לחוק קופות החולים אחראיות לו.

2. אי-הסדרת החזרים כספיים עבור הסעות קשישים למרכזים לשיקום יום²³: רוב הקשישים הזקוקים לשיקום סובלים מקשיי ניידות. נמצא כי מכיוון שבחוק מוגדרים החזרי הוצאות רק לחולים אונקולוגיים וחולי דיאליזה, ומאחר שהמשרד לא הסדיר את החזרי הנסיעות למטופלים במרכזים לשיקום יום, רק קופת החולים "מכבי שירותי בריאות" הסדירה החזרים אלה עבור נסיעות לקשישים המתקשים להגיע בכוחות עצמם למרכזים לשיקום יום. עניין זה שטרם הוסדר עלול ליצור חסם לקבלת השיקום דווקא עבור אוכלוסיות חלשות מהבחינה הכלכלית.

3. דרישה להפקדת כספים שלא על פי החוק בבית לוינסטין שברעננה: שיקום רפואי הן עבור קשישים והן עבור צעירים כלול בסל שירותי הבריאות לפי החוק, ולכן אין לגבות תשלום נוסף בגין השירות. בביקורת נמצא כי כתנאי לאשפוז, בית לוינסטין דורש מכל מתאשפז צ'ק חתום בסך 10,000 ש"ח בתור פיקדון כדי לסכל נטילת ציוד יקר מבית החולים וכדי לוודא שחולים יצאו לביתם מיד עם הוראת השחרור ולא יתפסו מקומות אשפוז. דרישה זו עלולה לפעול כחסם לקבלת שירותים רפואיים המובטחים על פי חוק, במיוחד לאוכלוסייה חלשה מהבחינה הכלכלית.

מרכזים לשיקום יום של קופות החולים - תמונת מצב

אחת המסגרות לטיפול רפואי עבור חולים הנזקקים לשיקום היא במרכזים לשיקום יום, שבהם המשוקמים יכולים לקבל טיפול רב-מקצועי הקשור לשיקום בזמן שהם מוסיפים להתגורר בביתם.

1. מיעוט המרכזים לשיקום יום והחוסר בפרירה: במועד סיום הביקורת (נובמבר 2011) היו רק שבעה מרכזים לשיקום יום שהקימו קופות החולים ושמונה מרכזים שהקימו בתי חולים ועמותות. עוד נמצא בביקורת כי אין מרכזים לשיקום יום מדרום לראשון לציון או מצפון לעפולה.

2. אי-קביעת אמות מידה למרכזים לשיקום יום: המשרד לא קבע אמות מידה לפעילות המרכזים לשיקום יום והותירן בידי קופות החולים והגופים האחרים שמפעילים מרכזים אלה ואף לא קבע הליך לרישוי המרכזים. נוסף על כך אין למשרד סרגלים או תקנים שבאמצעותם יוכל לפקח על הפעלת המרכזים.

הליכי ההפניה לשיקום קשישים ממחלקות האשפוז לאחר אירוע בריאותי חריף

1. הליכי ההפניה לשיקום קשישים ללא התערבות מומחים בגריאטריה ושיקום: כדי להבטיח את קבלת השיקום המיטבי, קבע

23 מרכזים שבהם ניתן לקבל טיפול רב-מקצועי הקשור לשיקום.

המשרד בחוזר מינואר 2009 כי את ההחלטות על מתן השיקום, סוג השיקום ויעדיו ייתן רופא מומחה בגריאטריה או מומחה בשיקום מבית החולים או יועץ לבית החולים שבו אושפז הקשיש. אולם בביקורת שנעשתה בבתי החולים "וולפסון" שבחולון, "סורוקה" שבבאר שבע ו"זיו" שבצפת נמצא כי את כל ההחלטות לגבי שיקום קשישים קיבל רופא המחלקה שבה אושפז הקשיש, שלרוב אינו מומחה בגריאטריה או בשיקום, שלא לפי חוזר המשרד מינואר 2009.

2. מכתבי שחרור ללא המלצות ברורות על שיקום: בסקרים שעשה המשרד בין מרץ 2009 למרץ 2010 נבדקו מאות מכתבי שחרור של חולים לאחר אירוע מוחי או שבר בצוואר הירך; נמצא כי במכתבי השחרור של שליש מהחולים לא הייתה התייחסות²⁴ לשיקום וכי במכתבי השחרור של כ-5% מהחולים לא הייתה קביעה ברורה לגבי סוג ההפניה לשיקום (באשפוז או בקהילה) ולגבי מרכיביה; כך למעשה רופאי בתי החולים משאירים את ההחלטה לנציגי קופות החולים, שלא לפי הנחיות המשרד.

מסירת מידע לציבור על השיקום

המידע על השיקום, שאחיות הקשר של קופות החולים בבתי החולים הכלליים מעבירות לקשישים או לבני משפחתם, לא נעשה בכתב אלא בעל פה²⁵ ולא תמיד בשפתו של הקשיש או בן המשפחה. כמו כן, באתרי האינטרנט של קופות החולים אין מידע על המרכזים לשיקום יום. נוסף על כך, המידע שמספקות קופות החולים הכללית, מאוחדת ולאומית שירותי בריאות באתרי האינטרנט שלהן על מספר טיפולי הפיזיותרפיה שהחולים זכאים להם על פי הסל אינו זמין או אינו ברור.

המועצה הלאומית לשיקום ואיסוף מידע לאומי על שיקום קשישים

1. המועצה הלאומית לשיקום: המועצות הלאומיות הן גופים מייעצים מקצועיים בתחומי הבריאות השונים²⁶. תפקידן לסייע למנכ"ל המשרד בהתוויית מדיניות הבריאות, לייצב בקביעת תקנים לבטיחות בתפעול ובאימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדשות. אולם למרות חשיבות פעולתן של המועצות הלאומיות, נמצא בביקורת כי המועצה הלאומית לשיקום לא פעלה כשלוש שנים (מיולי 2008 ועד יולי 2011).

2. חוסר במידע לאומי לגבי השיקום: נמצא כי אין בידי המשרד מידע שיטתי על השיקום. כך למשל, אין למשרד מידע על המדדים התפקודיים של המשוקמים בטרם השיקום, במהלך השיקום ולאחריו, ואין מידע על כמות (תדירות ומשך הזמן של כל טיפול) הטיפולים הניתנים למשוקמים. לכן נאלץ המשרד לאסוף מידע בשיטה של סקרים בקרב החולים ובני משפחותיהם למרות חסרונותיה של שיטה זו; למשל, משך הזמן הנדרש לביצוע הסקרים, ריכוז הנתונים, ניתוחם ופרסום דוח מסכם.

24 ייתכן וחלק מהקשישים לא היו זקוקים לשיקום, עם זאת היה מקום לציין זאת במכתבי השחרור.

25 חוזר משרד הבריאות אינו קובע את דרכי העברת המידע למטופל ולמשפחתו.

26 ראו הערה 9.

3. אי-הכללת נושאים הנוגעים לשיקום קשישים בתכנית מדדי האיכות: בתכנית מדדי האיכות²⁷ לרפואת הקהילה בישראל שבה קבעו משרד הבריאות ומשרד האוצר מנגנוני תמרוץ שמטרתן לעודד את קופות החולים לפעולות למניעת מחלות וטיפול בהן, לא נכללו נושאים הנוגעים לשיקום קשישים.

מדידת איכות השיקום הניתן לקשישים

חישוב ההפרשים בין המדדים לפני הטיפול השיקומי, במהלכו ובסופו יכול ללמד על התקדמות תפקודו של המשווק ועל איכות השיקום. לכן חשוב לאסוף מדדים תפקודיים ואחרים בכל שלביו של הטיפול השיקומי.

1. אי-שימוש באומדנים במחלקות החריפות בבתי החולים הכלליים: שלא לפי הנחיות המשרד, מחלקות האשפוז החריפות בבתי החולים הכלליים אינן משתמשות במדדים²⁸ שצריכים להתחשב בהם במסגרת קבלת ההחלטה אם להמליץ לשקם את החולה באשפוז לאחר שחרורו מהמחלקה החריפה.

2. אי-שימוש באומדנים קיימים לקביעת יעילות השיקום: נמצא כי בבקורות שעושה המשרד במחלקות לשיקום ולגריאטריה שיקומית בבתי החולים וגם בסקרים שהוא מבצע בנושאי השיקום לא נבדקת איכות שירותי השיקום במסגרות השונות²⁹. המשרד גם אינו משתמש במדדים שאספו המחלקות בבתי החולים שבהן שיקמו את החולים. גם קופות החולים אינן אוספות בשיטתיות מידע על איכות שירותי השיקום הניתנים במחלקות השיקום.

פעילות המחלקות לגריאטריה שיקומית בבתי החולים ובמרכזים גריאטריים

1. קביעת תקנים בלא גיבוי תקציבי: אף שמשרד הבריאות הוא גם הבעלים של בתי החולים הממשלתיים, הדרישות בחוזר המשרד³⁰ לכוח אדם במחלקות לגריאטריה שיקומית לא תואמו עם נציבות שירות המדינה (להלן - הנציבות), האחראית לתקני כוח האדם בבתי החולים הממשלתיים. לפיכך לא אישרה המדינה את הדרישות לכוח אדם, והן לא גובו בתקנים ובתקציבים מתאימים. ואכן, בפועל התברר כי בתי החולים הממשלתיים אינם מיישמים את ההוראות שקבע המשרד.

2. אי-העסקת מומחים לשיקום ופסיכולוגים במחלקות לגריאטריה שיקומית: שלא לפי חוזר משרד הבריאות, נמצא כי בכשליש מהמחלקות לגריאטריה שיקומית לא מועסקים מומחים לשיקום, והרופאים במחלקה

27 מדדים שעל פיהם ניתן להעריך את השגת היעדים שנקבעו לטיפול הרפואי.

28 כגון FIM, BARTHEL, FAM ו-SCIM.

29 נוסף על המדדים המוזכרים לעיל, איכות השיקום יכולה להיבחן גם באמצעות בדיקת אחוזי השחרור משיקום ליעדים שונים - למחלקה סיעודית או לבית המטופל.

30 בנובמבר 2002 פרסם מינהל רפואה במשרד חוזר בנושא "אמות מידה לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית שיקומית". החוזר קבע לראשונה בין השאר את דרישות כוח האדם במחלקה לגריאטריה שיקומית.

הם רק רופאים גריאטרים. כמו כן נמצא כי שלא לפי חוזר המשרד³¹, ב-12 מ-16 המחלקות לגריאטריה שיקומית שאלוהן שלח משרד מבקר המדינה שאלון ביולי 2011, לא הועסק פסיכולוג.

3. אי-מתן טיפולים בשעות אחר הצהריים, בסופי השבוע ובחגים: נמצא כי בחלק מהמחלקות אין כלל טיפולים בשעות אחר הצהריים, בסופי השבוע ובחגים; יוצא אפוא שלעתים באותן מחלקות, כשהחגים סמוכים לסופי השבוע, משך כמעט ארבע יממות החולים אינם מקבלים טיפולי פיזיותרפיה הנחוצים להחלמתם.

4. אי-ביצוע בקורות של המשרד במחלקות לגריאטריה שיקומית: משנת 2008 - שבה החל האגף לגריאטריה במשרד לבצע בקורות תקופתיות בבתי חולים ובמוסדות גריאטריים - ועד מועד סיום הביקורת לא נעשתה בקרה במחלקות של המרכז הרפואי הממשלתי פוריה שבטבריה והמרכז הרפואי של הכללית "מאיר" שבכפר סבא. כמו כן, המשרד לא קבע כללים לגבי תדירות הבקורות בכל אחד מסוגי המרכזים הרפואיים ולא ננקטו צעדים של ממש נגד בתי חולים ומוסדות שהתגלו בהם ליקויים מהותיים.

מניעת מחלות אופייניות המצריכות שיקום

לא ננקטו פעולות שימנעו או יקטינו את שיעור הלוקים באירוע מוחי ושברים בצוואר הירך כדי להימנע מראש מלהיקלע למצבים הדורשים אחר כך שיקום: במחקר שנעשה בקרב חולים שאושפזו ברמב"ם עם שבר בצוואר הירך עלה כי על אף שתופות להפחתת סיכון לשברים בשל ירידה בצפיפות העצם נכללות בסל הבריאות בישראל משנת 2000, וכן בדיקות לאיתור אנשים שבסיכון, רק מקצתם קיבלו טיפול מתאים בטרם האשפוז. חמור מכך, נמצא שגם לאחר השבר, מרבית החולים אינם זוכים לטיפול תרופתי למניעת שברים נוספים, אף שהם נמצאים בסיכון מוגבר פי שבעה לשברים נוספים. כך, לא ירד שיעור הלוקים בשברים בצוואר הירך בעשור האחרון, ואף חלה עלייה של ממש בשיעור הגברים הקשישים הלוקים בשברי צוואר הירך המצריכים שיקום מורכב. עוד נמצא כי המשרד, קופות החולים והאיגודים המקצועיים לא דנו בסוגיה אילו חלקים באוכלוסייה ייבדקו בבדיקות המקדימות לאיתור הסיכון לשבץ מוחי וכיצד לפרש את תוצאות הבדיקות.

סיכום והמלצות

לפי הצפי שיעור הקשישים יוכפל עד שנת 2030 ולכן שיקום רפואי של קשישים לאחר אירוע בריאותי חריף הוא נושא שחשיבותו הולכת וגוברת. בביקורת נמצא כי קשישים חולים הנזקקים לשיקום באשפוז וזכאים לו אינם מקבלים אותו או שהם מושהים במחלקות חריפות לפני העברתם לשיקום; חלקם מקבלים אותו במחלקות מרוחקות ממקום מגוריהם בשל חוסר במיטות אשפוז לשיקום ולגריאטריה שיקומית - בעיקר

31 המשרד קבע בחוזר כי לכל 36 מיטות במחלקה לגריאטריה שיקומית יועסק פסיכולוג בהיקף של רבע משרה.

בפריפריה, ועקב פיזור גאוגרפי לא אחיד של מיטות לשיקום. גם במסגרות אחרות לשיקום מורגש מחסור רב, למשל במרכזים לשיקום יום.

מן הראוי שהמשרד ימנה צוות שיבחן את הצרכים של תושבי מדינת ישראל תוך התחשבות בצרכים של כל מחוז בכל אחת ממסגרות השיקום - באשפוז ובקהילה, ובין השאר יבחן את הצורך בהגדלת כל אחת ממסגרות אלו לפי הצרכים בני זמננו ובעתיד - לפי הצפי לגידול בשיעור הקשישים והתקדמות הרפואה בנושאי השיקום. בין השאר, על המשרד לבחון מודלים של שיקום חריף³² ושיקום ממושך לפי צורכי החולה, לאו דווקא בשל גילו.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לשקול אם נכון להפריד בין מחלקות לשיקום ובין מחלקות לגריאטריה שיקומית או לאחדן למחלקה אחת, ובתוך כך לתת גמישות תפעולית וניהולית, כפי שמקובל בכמה מקומות בארץ. בד בבד יש גם מקום לשקול את עדכון הגיל הקובע להגדרת קשיש (65) או כאמור ליצור הפרדה משנית במחלקות.

על משרדי הבריאות והאוצר לשקול לקבוע מחירי מינימום ליום אשפוז בשיקום, ובכך להבטיח איכות ראווה של שיקום ולמנוע חילוקי דעות חוזרים ונשנים בין קופות החולים למוסדות המספקים אותם. ראוי שקביעת מחיר המינימום תשולב בהגברת הפיקוח של המשרד על מוסדות רפואיים הפועלים בתחום חשוב זה.

בשל חשיבות השיקום, על המשרד לשקול להקים גוף נפרד בהנהלת המשרד שלא יהיה כפוף לאגף לגריאטריה וירכז את כל נושא השיקום - שיקום קשישים בפרט ושיקום בכלל.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד בשיתוף גורמים רלוונטיים למצוא מנגנונים לצמצום מידת השפעתו של ניגוד העניינים המובנה של משרד הבריאות בין מעמדו כמאסדר (רגולטור) ובין מעמדו כבעלים וכמפעיל של בתי חולים ממשלתיים, על פעולות המשרד.

על המשרד בשיתוף המועצה הלאומית לשיקום לקבוע אמות מידה לפעילות המרכזים לשיקום יום, ובהן אמות מידה לתקינת כוח האדם הרפואי ותקינת המבנה, וכן לקבוע אילו חולים מתאימים לשיקום יום.

על בתי החולים וקופות החולים להקפיד על הליכי הפניה תקינים ממחלקות האשפוז אל השיקום, שיבוצעו בידי רופאים מומחים בגריאטריה או בשיקום מטעם בית החולים; כמו כן, על בתי החולים להקפיד על כתיבת מכתבי שחרור עם הנחיות ברורות לקופות החולים על דבר השיקום.

כדי לייעל את שירותי השיקום, על המשרד, בתי החולים הכלליים וקופות החולים להטמיע את השימוש באומדנים המקובלים בשיקום כבר בשלב החריף של המחלה, בבתי החולים הכלליים, וכן עליהם להקפיד על איסוף הנתונים ועל ניתוחם. על המשרד וקופות החולים לשקול את הכללת השיקום במדדי האיכות שלפיהם נמדדות ומתוגמלות קופות החולים, בייחוד כל עוד יש פיצול כאמור באחריות למצבו הרפואי של הקשיש.

הוראות המשרד משנת 2002 להפעלת מחלקה לגריאטריה שיקומית לא נתמכו בתקציב וכן לא הוסדרו להם תקנים באמצעות הנציבות, ככל שהדבר נגע לבתי חולים

32 שיקום אינטנסיבי באשפוז קצר מועד.

ממשלתיים. על המשרד והנציבות ליישב את המחלוקת ביניהם, ועל המחלקות הממשלתיות לגריאטריה שיקומית להקפיד ליישם את הוראות המשרד.

שיקום קשישים לאחר אירוע בריאותי חשוב מההיבטים הרפואיים, הכלכליים והאנושיים. ואולם ממכלול הממצאים בדוח ביקורת חמור זה עולה כי במקום להעניק לקשישים שיקום ראוי שיחזירם למסלול חייהם, נוצר מצב שבו קשישים רבים אינם מקבלים שיקום כלל או מקבלים שיקום במקום שאינו מתאים לכך, והדבר עלול להביא אותם למצב סיעודי. לפיכך, על כל הנוגעים בדבר לפעול בהקדם להבטחת מתן שירות רפואי בסיסי זה לכל הזקוק לו ולהבטיח את מתן השירות ברמה נאותה כדי שישגי את מטרותיו.



מבוא

שיקום רפואי (להלן - שיקום) הוא שלב טיפולי בתהליך של ריפוי מתמשך, והוא נועד לשפר תפקודים תנועתיים וקוגניטיביים³³ שנפגעו בשל מחלה או פציעה. תכלית הטיפול היא להגדיל את עצמאות החולה ולהקטין את התלות בזולתו לקראת חזרתו לאורח חיים פעיל ובריא. חולים שנפגעים ממחלות או מאירועים אחרים המצריכים שיקום מופנים להליך זה לאחר קבלת טיפול בשלב החרף של מחלתם, המתבצע בדרך כלל באשפוז בבית חולים כללי. בפועל, רוב החולים המופנים לשיקום הם בני 65 ומעלה (להלן - קשישים)³⁴, וקיימות מחלקות שיקום - הנקראות מחלקות לגריאטריה שיקומית - שלפי הוראות משרד הבריאות (להלן - המשרד) מיועדות אך ורק לקשישים³⁵. בשיקום של קשישים, מלבד הליך של שיקום רגיל לאחר השלב החרף של המחלה או הפציעה, יש להביא בחשבון מחלות רקע נוספות.

ביסוד התהליך השיקומי עומדת ראייה רפואית רב-מקצועית, רב-מערכתית וכוללנית³⁶ של צורכי החולה המידיים והעתידיים, וכן הצורך בשיתוף מלא של החולה ומשפחתו. את השיקום מבצעים בעיקר רופאי שיקום, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, מרפאים בדיבור ועוד.

הזכות לשיקום מעוגנת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות או החוק). לפי החוק, השיקום הוא באחריות קופת החולים שאליה משתייך החולה ובמימונה.

המחלות העיקריות המצריכות שיקום הן אירוע מוחי³⁷ (כ-15,000-20,000 חולים מתאשפזים בשנה, ויותר משני שלישים מהנפגעים זקוקים לשיקום); שברים בפרקי הירך (כ-7,400 חולים התאשפזו

33 פעילות קוגניטיבית (הפרגנית) נוגעת לתהליכי רכישת ידע והשימוש בו באמצעות תפיסה שכלית וחיבתית.

34 על פי הגדרת משרד הבריאות, קשישים הם בני 65 ומעלה, וכך הם מוגדרים גם בדוח זה. אולם לדברי בכירים בתחום השיקום, יש לשקול להעלות את הגיל שנקבע בהגדרה זו בשל השינוי בתוחלת החיים ובשל השינוי בגיל היציאה לגמלאות.

35 זאת בניגוד לאשפוז המוגדר "סיעודי" או "סיעודי מורכב", שמטרתו היא רק לשמר את מצבו של המטופל ולמנוע הידרדרות.

36 בהליך השיקום מעורבים מספר רב של מקצועות רפואיים ופרא-רפואיים ממגוון מערכות: בתי חולים, קופות חולים, רשויות מקומיות וכו'. בגלל מורכבותו יש צורך גם בניהול כולל של הליך השיקום.

37 התפתחות מהירה של סימנים קליניים הנובעים מהפרעה של תפקודי המוח אשר נשארים קבועים או גורמים למוות עקב הפרעה בזרימת הדם במוח. בשנת 2009 אושפזו 20,657 חולים עקב שבץ מוחי, מהם 15,518 קשישים (כ-75% מהמאושפזים).

בשנת 2009³⁸). נוסף על אלה יש מחלות קשות נוספות הגורמות לירידה ביכולת התפקודית. העלות של יום אשפוז לקופות החולים באחת מן המחלקות לגריאטריה שיקומית במרכזים הגריאטריים הפרטיים וכן הממשלתיים היא כ-400-1,000 ש"ח³⁹.

במדינת ישראל חיו בסוף 2009 כ-740,000 קשישים, שהם כ-10% מתושבי המדינה; כמעט מחצית מהם (כ-48%) היו מעל גיל 75. משנת 1995 חלקם של הקשישים באוכלוסייה יציב (כ-10%), אך על פי התחזיות, עד שנת 2030 אוכלוסיית הקשישים תכפיל את עצמה ותמנה בשנה זו כ-1.4 מיליון נפש, כלומר 14% מכלל האוכלוסייה⁴⁰.

שיקום קשישים לאחר אירוע רפואי חריף חשוב בשל כמה היבטים: (א) ההיבט הרפואי - קשיש הזקוק לשיקום ואינו מקבל אותו נשאר ברמת תפקוד נמוכה מהצפוי לאחר השיקום, ופעולות יומיומיות שאדם מבצע באופן עצמאי עלולות להיפגע, כגון הליכה, דיבור ושליטה בסוגרים. באירועים הקשים ביותר עלול הקשיש להישאר באשפוז זמן ממושך או להיות מרותק למיטה, וכך עולה הסבירות להידרדרות במצבו הרפואי; שכן הקשיש עלול לפתח פצעי לחץ ואף ללקות בדלקת ריאות וביהומים מסכני חיים; (ב) ההיבט הכלכלי - סיבוכים רפואיים שעלולים להתפתח אצל חולה שאינו משוקם מביאים לפניות חוזרות ונשנות לחדרי המיון ולאשפוז במחלקות פנימיות, סיעודיות וסיעודיות מורכבות, שהאשפוז בהן ממושך ועלותו גבוהה; (ג) ההיבט האנושי - בשל החשיבות הנודעת לאיכות החיים של הקשישים ראוי שיעשו פעולות לשיפור.

שיקום רפואי יכול להינתן בכמה סוגי מסגרות טיפוליות לפי חומרת המקרה הרפואי, כלהלן: (א) באשפוז מלא⁴¹ - בבתי חולים לאשפוז כללי, בבתי חולים שיקומיים⁴², בבתי חולים למחלות ממושכות, במוסדות סיעוד גריאטריים ובמרכזים גריאטריים⁴³. המשרד קבע ב-2002 כי אפשר לאשפוז חולה מעל גיל 65 גם במחלקה לשיקום כללי ולא רק במחלקה לגריאטריה שיקומית⁴⁴, ובתנאי שמצבו הרפואי הכללי מאפשר זאת⁴⁵; (ב) באשפוז יום - בדרך כלל במרכזים לשיקום יום של בתי החולים הכלליים; (ג) בקהילה - בבית החולה - בעזרת היחידות לטיפול בית שמפעילות קופות החולים⁴⁶; (ד) בקהילה - במרכזים לשיקום יום - רוב קופות החולים מפעילות מרכזים לשיקום יום המספקים כמה טיפולים רצופים ביום אחד שלאחריהם חוזר הקשיש לביתו; (ה) במכונים ובמרפאות של קופות החולים - הקשיש מגיע לטיפול פרטני במכון או במרפאת הקופה.

בחודשים פברואר-נובמבר 2011 בדק משרד מבקר המדינה את הנושאים האלה: פריסת שירותי השיקום לקשישים לפי אזורים גאוגרפיים; פעילותן של מחלקות האשפוז לגריאטריה שיקומית;

- 38 מהם 6,418 קשישים (כ-87% מהמאושפזים).
- 39 לדוגמה, מחיר המחירון של המשרד לשנת 2011 הוא 1,037 ש"ח ליום אשפוז, ואילו המחיר במוסד פרטי מסוים היה 469 ש"ח.
- 40 מתוך נתונים שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בהודעה לעיתונות מיום 21.9.10.
- 41 במחלקות לשיקום או לגריאטריה שיקומית.
- 42 לדוגמה, בית החולים השיקומי "בית לויןשטיין" של שירותי בריאות כללית ברעננה.
- 43 מרכזים שיש בהם כמה סוגים של מחלקות ייעודיות לטיפול בקשישים, כמו המרכז הגריאטרי-שיקומי "פלימן" (ממשלתי), שכולל מחלקות לגריאטריה שיקומית ומחלקה לגריאטריה אקוטית; המרכז הרפואי-גריאטרי "בית רבקה" (של הכללית) שכולל מחלקות לגריאטריה שיקומית, מחלקות סיעודיות, סיעודיות מורכבות ומחלקה למונשמים.
- 44 בשנת 2009 היו בסך הכול 346,598 ימי אשפוז במחלקות לגריאטריה שיקומית ו-249,651 ימי אשפוז במחלקות לשיקום (מלבד מחלקות לשיקום ילדים).
- 45 חוזר מינהל רפואה מס' 60/2002, "אמות מידה לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית שיקומית" (להלן - חוזר המשרד מנובמבר 2002).
- 46 עוד בעניין זה, ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.

סוגיות בנוגע לשיקום במסגרות של דיור מוגן⁴⁷; הליכי הפניית הקשישים לשיקום; פעולות המשרד לקידום השיקום לקשישים ולהסדרתו ופיקוח המשרד על כך; בקרת איכות ושימוש במדדים להצלחה בשיקום; היבטים כלכליים בהסכמים בין קופות החולים למוסדות השיקום; פעילותה של המועצה הלאומית לשיקום⁴⁸; כוח אדם רפואי וסיעודי בתחום השיקום; מניעת מחלות עיקריות המצריכות שיקום; מוסדות שיקום הפועלים ללא רישיון; הטיפול בעיזבון מ-2004 בסך כ-47 מיליון דולר שיועד לנושאי שיקום. בין השאר העביר משרד מבקר המדינה שאלון ל-16 מחלקות לגריאטריה שיקומית בבתי החולים ובמרכזים גריאטריים ובאמצעותו נאסף מידע על היקף כוח האדם המועסק במחלקות ותחום התמחותו, מצבן הפיזי של המחלקות ונתונים נוספים.

הביקורת נעשתה במשרד הבריאות, במשרד האוצר, במחלקה לגריאטריה שיקומית שבמרכז הרפואי הממשלתי ע"ש ברוך פדה "פוריה" שבטבריה (להלן - פוריה), במרכז הגריאטרי "בית רבקה" שבפתח תקווה, ובארבע קופות החולים: שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). בדיקות השלמה נעשו במועצות הלאומיות, במרכז הרפואי שיבא - תל השומר (להלן - תל השומר), במרכז הגריאטרי-שיקומי ממשלתי "פלימן" שבחיפה (להלן - פלימן) ובבית החולים השיקומי של הכללית "בית לוינשטיין" שברעננה (להלן - בית לוינשטיין).

מצוקת המיטות לשיקום ותוצאותיה

תמונת מצב - מספר המיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית ואופן פיזורן

חוסר במיטות אשפוז לשיקום ולגריאטריה שיקומית: המשרד קבע בנובמבר 2008 כי הוספת מיטות אשפוז לשיקום ולגריאטריה שיקומית הוא מהלך שיוכייל בין השאר להקטנת הוצאות המדינה במימון האשפוז הסיעודי ("קוד"). עוד קבע כי עלות יום אשפוז במחלקה לגריאטריה שיקומית היא כ-40%-50% מעלות יום אשפוז במחלקה פנימית, שמרבים להפנות אליה קשישים כשלא נמצאת להם מיטה במחלקה לגריאטריה שיקומית.

כמו כן, השהייה הממוצעת (בשנת 2009) במחלקה לגריאטריה שיקומית היא 26.9 יום ובמחלקת שיקום - 38.6 יום. לעומת זאת, משך האשפוז הממוצע במחלקה סיעודית הוא כשלוש עד ארבע שנים. למחלקה סיעודית עלולים להגיע קשישים שלא זכו לקבל שיקום ועקב כך נגרמה להם ירידה ניכרת בתפקוד עד כדי צורך באשפוז סיעודי. לכן, לדעת המשרד, מכל היבט מוטב לפתח את תחום השיקום.

ממסמכי המשרד עולה כי ביוני 2008 היה שיעור המיטות לגריאטריה שיקומית 2.79 מיטות ל-1,000 בני 75 ומעלה⁴⁹; שיעור המיטות לשיקום ל-1,000 בני 75 ומעלה היה אז 1.84; בנובמבר 2008 אימצה ועדת הפרויקטים⁵⁰ מסמך של המשרד שבו נקבע כי "שיעור המיטות הנדרש לגריאטריה שיקומית הוא 6-11 ל-1,000 בני 75" ולמעלה מזה. כלומר, בשנת 2008 כבר נדרשו, לדעת המשרד, "פי 2-3 יותר מיטות לגריאטריה שיקומית" מאלו שהיו באותה העת.

-
- | | |
|----|--|
| 47 | כ-15,000 קשישים בישראל מתגוררים בדיור מוגן. |
| 48 | אחת מ-18 מועצות לאומיות, שהן גופים מקצועיים המייצגים להנהלת משרד הבריאות בכל תחומי מערכת הבריאות. |
| 49 | משרד הבריאות בחר לבדוק נתונים אלו בנוגע לבני 75 ומעלה, אף שכאמור הוא קבע שהמחלקות לגריאטריה שיקומית מיועדות לבני 65 ומעלה. |
| 50 | ועדה שבוחנת בקשות להקמת מוסדות, מחלקות או מיטות נוספות ותמליץ למנכ"ל המשרד אם לאשרן. |

בביקורת נמצא כי הגם שמספר הקשישים גדל מכ-670,000 בשנת 2003 לכ-742,000 בשנת 2009 (גידול של כ-11%), מספר המיטות לגריאטריה שיקומית בישראל ירד מ-1,047 בסוף שנת 2003 ל-895 מיטות בלבד בסוף שנת 2009 (ירידה של כ-15% במספר המיטות). הגם ששיעור התפוסה הממוצעת השנתית במחלקות לגריאטריה שיקומית שעמד על 96.2% בשנת 2003 קטן במהלך השנים 2007-2008, הרי הוא שב ועלה ל-105.9%⁵¹ בשנת 2009; בה בשעה גם ממוצע ימי האשפוז במחלקות לגריאטריה שיקומית פחת במידה ניכרת - מ-37.5 ימי אשפוז בממוצע ב-2003 ל-26.9 ב-2009 (ירידה של כ-28%). על פי נתונים שנאספו במחלקות לשיקום נוירולוגי בבית לוינשטיין, שבהן מרבית המאושפזים הם חולים לאחר אירוע מוחי, פחת משך האשפוז הממוצע מ-90 יום בשנים 1995-1990 לכ-50 יום בשנת 2005 (ירידה של כ-45%).

בסוף שנת 2007 מנתה האוכלוסייה בישראל 7.244 מיליון נפש. הקשישים מנו באותה העת 708,000 נפש והיו כ-10% מהאוכלוסייה. באותה השנה, באחד מכל ארבעה משקי בית בארץ חי אדם בן 65 ומעלה. לפי תחזיות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, צפוי מספרם של הקשישים לעלות ל-1.367 מיליון נפש בשנת 2030.⁵² פירוש הדבר, גידול של 93% לעומת סוף שנת 2007, וקצב הגידול הוא פי 2.5 מזה של האוכלוסייה הכללית בתקופה זו.⁵³

אף על פי שכבר בשנת 2008 ידע המשרד על הצורך בכמות כפולה ומשולשת במיטות לגריאטריה שיקומית מאלה שהיו באותו הזמן, ולמרות הצפי לגידול ניכר במספר הקשישים, בעדכון ממאי 2010 לתכנית מ-2005 - "תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ועד שנת 2025", לא הציג המשרד דרישה להגדיל את כמות המיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית.

בביקורת נמצא כי גם במיטות לשיקום כללי יש מצוקה ארצית, כאמור, ניתן להפנות קשישים גם למחלקות לשיקום. מנתוני המשרד עולה כי גם מספר המיטות לשיקום ירד מ-926 בשנת 2005 ל-744 מיטות בלבד בשנת 2009,⁵⁴ ואחוז התפוסה הממוצעת באותה השנה היה 105.7%.

יצוין כי בינואר 2011 נוספו 44 מיטות לגריאטריה שיקומית במרכז הרפואי גריאטרי "שוהם" שבפרדס חנה (להלן - שוהם), אושרה הקמת מחלקה של 18 מיטות לגריאטריה שיקומית במוסד הפרטי "נאות טבריה", והמשרד פועל להוספת 18 מיטות לגריאטריה שיקומית במרכז הרפואי פוריה שבטבריה. כמו כן, יש תכניות להוספת מיטות לשיקום כללי.

- 51 תפוסה של יותר מ-100% משמעותה הוספת מיטות שאינן בתקן.
- 52 מתוך נתונים שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בהודעה לעיתונות מ-21.9.10.
- 53 מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, "הזקנים בישראל, עובדות ומספרים 2009"; משאב - מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה; אשל - האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.
- 54 בכלל אלו שיקום כללי, שיקום ילדים, שיקום אורתופדי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, טיפול נמרץ שיקומי למחוסרי הכרה ושיקום נשימתי לילדים.

מהנתונים על הירידה המשמעותית במספר ימי האשפוז הממוצעים לחולה יחד עם הנתונים על תפוסה ממוצעת של יותר מ-100%⁵⁵, יוצא אפוא שכיום שיעור המיטות לשיקום והמיטות לשיקום גריאטרי קטן לעומת צורכי האוכלוסייה, צרכים שעתידיים להתרחב ולהעמיק על פי הצפי לגידול במספר הקשישים.

בהתייחסות לממצאי הביקורת כתב מנהל בית החולים השיקומי בתל השומר למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי מאחר שהרופאים יודעים שחסרות מיטות וזמן ההמתנה להן ממושך, לעתים אין הם מפנים לשיקום חולים לאחר מחלות קשות. לדבריו, לשיקום מופנים בעיקר חולים אחרי אירועים מוחיים, שברים בצוואר הירך וחולים אחרי פגיעות אורתופדיות (תאונות); אין כמעט הפניות בעקבות מצבים אחרים.

מכאן עולה שיש "ביקוש כבוש" למיטות נוספות לשיקום גריאטרי. לכן, אילו הופנו לשיקום כל הזקוקים לו לפי החלטה רפואית גרדא, היה נוצר חוסר רב יותר במיטות גם במקומות שהנתונים אינם מצביעים לגביהם על מחסור, כגון במרכז הארץ.

פיזור גאוגרפי לא אחיד של מיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית

1. מחסור במיטות באזור הצפון: באזור הצפון מתגוררים כ-93,000 קשישים. באזור יש יישובים כפריים רבים, ורבים מהתושבים במעמד סוציו-אקונומי נמוך, בכלל זה הקשישים. בשל כך נפגעת נגישותה של האוכלוסייה הזאת לשירותי הבריאות. חולה קשיש, כמו כל חולה אחר ואף יותר ממנו, זקוק לתמיכת משפחתו כשהוא מתאשפז לצורך קבלת שיקום, במיוחד כשמדובר באשפוז מתמשך, לעתים עד 45 ימים. לפי חוזר המשרד מינואר 2009⁵⁶, יש לשתף את המטופל ומשפחתו במיקום האשפוז ולהתחשב בהעדפותיהם. אולם עקב המחסור במיטות לשיקום במחוז הצפון⁵⁷, אין אפשרות לתת מענה לחולים במרחק סביר ממקום מגוריהם, כפי שנקבע בחוק⁵⁸. לפעמים האפשרות להגיע מבית החולה למקום האשפוז נעשית באמצעות החלפת כמה קווי אוטובוס ונסיעה ממושכת, דבר המקשה מאוד על בני המשפחה להיות לצדו של הקשיש בעת אשפוזו.

55 לדעת אנשי מקצוע, אחוז התפוסה הרצוי הוא 85 שכן הוא מאפשר לצוותים הרפואיים לקלוט חולים רבים ולטפל בהם בעת הצורך ומאפשר מתן שירות טוב למאושפזים בתקופות של רגיעה. עוד בנושא זה ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61' (2011), "מצוקת האשפוז במחלקות פנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

56 חוזר משרד הבריאות מס' 4/2009, "אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים" (ינואר 2009) (להלן - חוזר המשרד מינואר 2009).

57 המשרד כולל שישה מחוזות גאוגרפיים בפיזור ארצי, אולם לכל אחת מהקופות יש חלוקה שונה מהמשרד למחוזות וגם שונה זו מזו. מחוז צפון על פי הגדרת המשרד הוא מגבולה הצפונית של מדינת ישראל ועד עפולה במזרח וחדרה במערב.

58 בפרק ב' בסעיף 3(ד) לחוק נקבע כי "שירותי בריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל... ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח".

כדי לאפשר נגישות לשירותי השיקום וזמינות אליהם, חשוב לא רק שיהיו מספיק מיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית אלא גם פיזורן במחוז עצמו. ואולם נמצא כי בכל מחוז הצפון קיימת מחלקה אחת בלבד לגריאטריה שיקומית, הנמצאת במרכז הרפואי הממשלתי פוריה שבטבריה ובה 18 מיטות בלבד; ומחלקה אחת בלבד לשיקום בבית החולים הממשלתי לגליל המערבי שבנהרייה ובה רק 11 מיטות. מחישוב של משרד מבקר המדינה עולה אפוא כי במחוז הצפון יש מיטה אחת לשיקום או לגריאטריה שיקומית לכל כ-3,200 קשישים, ואילו הממוצע הארצי הוא מיטה אחת לכל כ-486 קשישים. בהקשר לכך מסרה במרץ 2011 הנהלת מחוז הצפון של הכללית למשרד מבקר המדינה כי לדעתה, אמנם כל הקשישים שצריכים שיקום מקבלים אותו, אך לעתים במרחק גדול מאוד ממקום המגורים של הקשיש ובני משפחתו.

עוד עולה כי משך האשפוז הממוצע במחלקה לגריאטריה שיקומית בפוריה היה בשנת 2009 כ-14.4 ימים בלבד - הממוצע הנמוך ביותר בארץ, לעומת הממוצע הארצי שהוא כמעט כפול - 26.9 ימים; דהיינו, עולה חשש כי עקב מחסור במיטות מקוצר משך האשפוז של קשיש הזקוק לשיקום, ולדבר זה עשויות להיות השלכות על השגת יעדי השיקום במלואם.

בתשובת המרכז הרפואי פוריה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 צוין כי לאחרונה הושג אישור עקרוני של המשרד להרחבת המחלקה לגריאטריה שיקומית בפוריה ב-18 מיטות נוספות, אולם הדבר כרוך בגיוס של כ-7 מיליון ש"ח.

הכללית בתגובתה מאוקטובר 2011 כתבה למשרד מבקר המדינה כי עד סוף שנת 2012 אמורות להתווסף 20 מיטות לשיקום במרכז הרפואי "העמק" של הכללית שבעפולה. כמו כן, היא תומכת בתוספת מיטות למחלקת השיקום בבית החולים הממשלתי פוריה ובפתיחת יחידת שיקום בבית החולים הממשלתי זיו שבצפת.

משרד מבקר המדינה מעיר על ההתמשכות במציאת פתרון למצוקת המיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית במחוז הצפון. המשרד ער זה שנים רבות למצוקה זו ואף פרסם בשנת 2004 בקשה להגשת הצעות (RFI)⁵⁹ להקמת בית חולים שיקומי במחוז הצפון; אולם בית חולים כזה לא הוקם.

2. מחסור במיטות באזור ירושלים: במחוז ירושלים מתגוררים כ-71,000 קשישים, אולם יש במחוז רק 28 מיטות ברישיון לגריאטריה שיקומית - בבית החולים הפרטי "הרצוג" (להלן - הרצוג) ו-28 מיטות לשיקום במרכז הרפואי הדסה בהר הצופים⁶⁰. בסך הכול, במחוז ירושלים יש מיטה לשיקום או לגריאטריה שיקומית לכ-1,268 קשישים, ואילו הממוצע הארצי כאמור הוא מיטה לכ-486 קשישים.

3. שיקום קשישים באילת - תמונת מצב: העיר אילת ניכרת בריחוקה מערים גדולות אחרות ולכן חשוב שתהיה אפשרות לתת בה שירותי שיקום, לרבות עבור קשישים. ואולם, בבית החולים "יוספטל" - בית החולים היחידי בעיר אילת, אין מחלקה לשיקום או לגריאטריה שיקומית. האפשרות העומדת בפני תושבי אילת הזקוקים לשיקום באשפוז היא אפוא שיקום באשפוז במחלקות ובמוסדות המרוחקים מביתם.

59 Request For Information - RFI.

60 לעומת זאת, במחוז תל אביב-יפו בכל אחת משלוש המחלקות לגריאטריה שיקומית יש יותר מיטות מאשר במחוז ירושלים כולו.

סך הכול היו באילת בשנת 2010 כ-3,300 קשישים מבוטחי הכללית, מכבי ומאוחדת, ומתוכם 105 קשישים (כ-3%)⁶¹ הופנו לשיקום באשפוז, רובם למקומות מרוחקים מאילת. יצוין כי סעיף 3 לחוק קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו "במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים".

בתשובת הכללית ומכבי למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 נמסר כי בשעה שהחולה או בני המשפחה אינם מעוניינים לקבל את הטיפול השיקומי מחוץ לאילת, קופות החולים מציעות להם את האפשרות לשהות בעיר במסגרת המוסד "בית בלב"⁶². ואולם, למוסד זה אין רישיון לשיקום ואף לא לשיקום גריאטרי.

כך למשל, מ-44 חולים קשישים של הכללית באילת שלפי דיווח הכללית קיבלו בשנת 2010 שיקום באשפוז, שמונה (כ-18%) קיבלו טיפול באילת בבית האבות "בית בלב". מכבי בהתייחסותה מאוקטובר 2011 כתבה למשרד מבקר המדינה כי המשפחה או החולה נדרשים בנסיבות אלה לחתום על מסמך המאשר שהם ערים לדבר שבמוסד זה אין מחלקה שיקומית.

גם האפשרות לתת שירותי שיקום במסגרת הקהילה מוגבלת (בין אם במרפאות הקופה ובין אם בבית החולה), בין היתר עקב הקושי לגייס כוח אדם רפואי מקצועי לעבודה באילת. הכללית, מכבי ולאומית מסרו שאין באילת רופא מומחה בשיקום⁶³ ופסיכולוג שיקומי. עוד מסרו הכללית ומכבי שגם אין מרפא בעיסוק באילת.

המשרד בתגובתו מנובמבר 2011 מסר שבשל מיעוט הקשישים מעל גיל 75 באילת, הצורך במיטות קטן, ואין הצדקה לפתוח מחלקה לגריאטריה שיקומית; לכן הפתרון באילת, לפי עמדת המשרד, אמור להיות מושתת בשלב זה על תחליף אשפוזי מיסודו - על אשפוז בית וחיוק פונקציות השיקום בקהילה, לרבות במרכז יום. המשרד גם העלה הצעה לאגם משאבים של ארבע הקופות וליצור שיתוף פעולה ביניהן.

מאוחדת מסרה בתגובתה מנובמבר 2011 כי "בכל הנוגע להטסת רופאים מומחים בשיקום ומומחים נוספים בשיקום, שאינם רופאים, לטיפול בית בחולה שיקומי באילת, הקופה תשקול אפשרות זו בכל עת שתירש".

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לתת את דעתו למצב שנוצר שלפיו האפשרות היחידה לקשיש לקבל שירותי שיקום באשפוז באילת היא במחלקות ובמוסדות מרוחקים ולתופעה של אשפוז קשישים הזקוקים לשיקום במוסד שאין לו רישיון לעסוק בתחום, וממילא אין פיקוח של המשרד על השירות הניתן בו. על המשרד לפעול לפיתוח אפשרויות למתן שיקום באילת בקהילה ובבית תוך יצירת שיתוף פעולה בין כל קופות החולים בנושאים אלו. בין השאר, יש לשקול אפשרות לתגבר את היחידות לביקורי בית באמצעות כוח אדם רפואי שיוטס לעיר, פתרון שכבר מתבצע בתחומי רפואה אחרים באילת (לדוגמה, בבית החולים יוספטל).

61 44 קשישים מתוך כ-2,300 קשישים מבוטחי כללית; 60 קשישים מתוך 893 קשישים מבוטחי מכבי; וקשישה אחת מתוך 70 הקשישים מבוטחי מאוחדת. לאומית מסרה שאין באפשרותה למסור את הפרטים כפי שמסרו הקופות האחרות.

62 חברה בע"מ בבעלות "קרן מכבי" מקבוצת "מכבי". 90% מהמניות בבעלות "מכבי החזקות" ו-10% מהמניות בבעלות "מכבי מגן". החברה מפעילה בית חולים שיקומי בנשר, דיור מוגן ומחלקות סיעודיות בכמה אתרים בארץ.

63 מאוחדת מסרה שיש רופא מומחה בשיקום במחוז האחראי לאילת, והוא נותן ייעוץ על פי הצורך לתושבי אילת.

נזקים שמקורם במחסור במיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית ובהיעדר אחידות בפיזור

1. העברת קשישים שזקוקים לשיקום באשפוז לאשפוז במחלקות סיעודיות: חוזר המשרד מינואר 2009 נועד בין השאר "להגדיר את אמות המידה להפניה לטיפול שיקומי" ולהבטיח שכל הזקוק לשיקום באשפוז במסגרות השונות יקבל אותו הלכה למעשה.

בניגוד לחובה שנקבעה בחוזר המשרד מינואר 2009, מן הנתונים שהציג האגף לגריאטריה בישיבת הנהלת המשרד באוקטובר 2010 עולה כי לא אחת קשיש הזקוק לטיפול שיקומי אינו מופנה אליו, ולמשרד מוגשת פנייה עבורו לקבלת מימון לאשפוז סיעודי על ידי המדינה ("קוד"). יתרה מכך, צוותי הבקרה של המשרד אף מאתרים קשישים שמתאימים לשיקום במחלקות הסיעודיות⁶⁴, ולנציבת קבילות הציבור לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי שבמשרד הוגשו פניות על הפניית קשישים שלא קיבלו שיקום למחלקות סיעודיות.

2. אי-מתן שיקום לחולים הזכאים לכך ופערים במתן השיקום בין אזורי הארץ: (א) מסקרים שעשה המשרד בשנים 2009-2010 (להלן - הסקר) עלה כי 20% מהחולים לאחר אירוע מוחי ו-10% מהחולים לאחר שבר בצוואר הירך שהיו ברי שיקום⁶⁵ לא קיבלו שיקום כלל - לא באשפוז ולא בקהילה.

הכללית בתגובתה מנובמבר 2011 מסרה כי שיעור המקבלים שיקום בארץ גדול יותר מהידוע בספרות המקצועית בנוגע לשיעור השיקום הממוצע באוכלוסיות אלו בעולם המערבי.

לאומית בתשובתה מספטמבר 2011 ציינה כי חולה אשר לא קיבל את השיקום הנדרש כדי להחזירו לתפקוד יצריך שירותים רפואיים רבים ויקרים לזמן הקרוב ולעתיד. לגישה, המחסור במיטות פוגע ביכולת השיקום של המטופלים ומייצר עלות נוספת ומיותרת לקופות החולים, ויש לפעול למען נתינת רישיונות גם לספקים פרטיים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי בניגוד למצב של הרפואה השיקומית במקומות מסוימים בעולם, שבחלקם אין כיסוי רפואי כללי לתושבים, במדינת ישראל נגבה מס ייעודי לצורך הענקת סל של שירותי בריאות לאוכלוסייה. על כן, מצב זה, שבו אחד מכל חמישה חולים הזקוקים לשיקום רפואי שכלול בסל הבריאות אינו מקבל אותו, הוא מצב חמור.

64 בישיבת ההנהלה הוצגו מספר סיבות אפשריות להפניית החולים לאשפוז במחלקות סיעודיות וביניהן גם מחסור במיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית והיעדר אחידות בפיזורן אבל גם בגלל אי-שימוש במיטות קיימות בגלל החלטת בית החולים שנובעת מאי-כדאיות כלכלית.

65 לפי הגדרת מבצעי הסקר, חולים ברי שיקום לאחר אירוע מוחי הם חולים עם פגיעה בדרגה בינונית עד קשה. לא הובאו בחשבון חולים שבטרם האירוע התגוררו במוסד סיעודי, כאלה שהיו מונשמים לאחר האירוע, וחולים שהוגדרו במפורש על ידי הרופאים המטפלים באשפוז שאינם מתאימים לשיקום; חולים ברי שיקום לאחר שבר הם חולים שהיו ניידים לפני האירוע, ולא צוין לגביהם במכתב השחרור שאינם ברי שיקום.

(ב) עוד עלה כי בין מחוזות הקופות נמצאו פערים של ממש בשיעור החולים שלא קיבלו שיקום לאחר שבר בצוואר הירך או אירוע מוחי. כך למשל, כ-29% מהקשישים לאחר אירוע מוחי במחוז ירושלים לא קיבלו שיקום לעומת כ-8% במחוז הצפון⁶⁶, וכ-21% מהקשישים לאחר שבר בצוואר הירך במחוזות ירושלים והצפון לא קיבלו שיקום לעומת מחוז הדרום, שבו כל הקשישים לאחר שבר בצוואר הירך קיבלו שיקום בקהילה או באשפוז. לדעת מחברי הסקר, אפשר שהסיבה להבדלים אלה היא פערים בזמינות שירותי השיקום בין המחוזות. מנתונים קודמים שפרסם המשרד במאי 2010 עולה כי במחוז הצפון קיבלו שיקום באשפוז רק 43% מהלוקים בשברי צוואר הירך ואירוע מוחי לעומת 76% במחוז תל אביב-יפו. הנה כי כן עולים פערים משמעותיים בשיעור החולים שקבלו שיקום בין אזורי הארץ.

3. השהיה מיותרת של קשישים במחלקות חריפות⁶⁷ לפני העברתם לשיקום: כדי להבטיח רצף טיפולי בין הטיפול בשלב החריף של המחלה (במחלקות האשפוז בבית חולים כללי) לשלב השיקום וכדי להימנע מחשיפה לזיהומים, חשוב שחולים שהוחלט כי הם מיועדים לשיקום יועברו למחלקות הגריאטריה השיקומית או השיקום במהירות האפשרית.

נמצא שעקב מצוקת המיטות לגריאטריה שיקומית ולשיקום, קשישים מושהים במחלקות האשפוז החריפות, לרבות במחלקות פנימיות, שממילא הן עמוסות ביותר⁶⁸. כך למשל, בבדיקה שקיימה הכללית ביום 30.1.11 המתינו במחלקות החריפות בבית החולים וולפסון 13 חולים מבוטחי הכללית שכבר עברו את ועדת הוויסות של הכללית שמחליטה על המשך הטיפול והוחלט שהם צריכים שיקום באשפוז; שניים מהם המתינו יותר מ-30 יום וחמישה המתינו יותר משבועיים. באותו יום שנבדק המתינו בבית החולים איכילוב 26 חולים להעברה למחלקות שיקום; מהם ארבעה חולים המתינו יותר מעשרה ימים.

מתשובת לאומית מאוקטובר 2011 עולה כי בשל המחסור במיטות לשיקום וגריאטריה שיקומית, לאומית נאלצת להשאיר חולים במחלקות פנימיות לאורך זמן, והדבר פוגע ביכולת השיקום של המטופל וכן מייצר עלות נוספת ומיותרת לקופות החולים.

המצוקה הגדולה במיטות לגריאטריה שיקומית במחוז הצפון באה לידי ביטוי גם במועד הביקורת: במחלקות האשפוז השונות בפוריה שהו באותה העת קשישים שכבר הוחלט לגביהם שהם צריכים לקבל שיקום בפוריה. אך הם לא התקבלו לשיקום במחלקה לגריאטריה שיקומית בפוריה מפאת חוסר מקום.

יצוין כי משרדי הבריאות והאוצר קבעו ב-2010 הסדר בין כל קופות החולים לבתי החולים הממשלתיים, המבוסס על העיקרון של מודל פרס/קנס. מודל זה ייושם אחרי שבית החולים ימסור לקופה כי סיים את הטיפול הרפואי בחולה ויש להעבירו מהמחלקה הפנימית. לפי ההסדר, אם אין הקופה מפנה קשיש מהמחלקה הפנימית בתוך 72 שעות ממתן ההודעה, היא תיאלץ לשלם תעריף

66 מרבית החולים במחוז הצפון מקבלים שיקום אבל במקומות מרוחקים.

67 מחלקות לטיפול בשלב החריף (האקוטי) של המחלה, כגון אורתופדיה, פנימית ונוירולוגיה.

68 עוד בנושא זה, ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61 ב (2011), "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

מלא עבור כל יום אשפוז⁶⁹, וקופת החולים לא תקבל הנחה בתעריף האשפוז כפי שהיא סיכמה עם בית החולים.

בהתייחסות אגף התקציבים במשרד האוצר מאוקטובר 2011 לממצאי הביקורת נכתב כי בהיעדר היצע ראוי לשמו של מוסדות המתמחים בשיקום לשם העברת החולה אליהם, מתבטל היתרון שהתמריצים היו אמורים לתקן, ואילו בתי החולים הכלליים זוכים לתוספת של הכנסה מן ההפקר על חשבון קופות החולים. לדברי האוצר, הדיון בעניין זה חוזר למדיניות המשרד הנוגעת למניעת הרחבתו של היצע האשפוז הפרטי בשיקום⁷⁰.

4. קבלת שיקום במחלקות הרחוקות ממגורי הקשיש: ככל שירות רפואי שקופות החולים חייבות לספק למבוטחיהן, גם שיקום באשפוז צריך להיות על פי החוק בזמן סביר ובמרחק סביר מבית החולה. נוסף על כך, מסיכום ישיבה של ועדת הפרויקטים של המשרד מנובמבר 2008 עולה כי על מרכזים רפואיים גריאטריים, שכאמור חלקם מפעילים מחלקות לגריאטריה שיקומית, להיות ממוקמים בקרבה גאוגרפית לביתו של המאושפז כדי שתתאפשר נגישות נוחה לביקורי בני המשפחה. ועדת הפרויקטים קבעה אז כי נגישות ראויה פירושה נסיעה של חצי שעה שאינה בשעת עומסי תנועה מבית החולה או משפחתו.

(א) קבלת שיקום מרוחק לתושבי הצפון: למרות הקביעה בחוק, בביקורת עלה כי מ-499 מבוטחי הכללית (קשישים ואחרים) במחוז הצפון שהופנו לשיקום ב-2009, רק 81 (כ-16%) הופנו למוסדות שיקום במחוז מגוריהם, ו-418 חולים (כ-84%) הופנו לשיקום במוסדות שמחוץ למחוז מגוריהם.

כך למשל, בביקורת נמצא כי 37 ממוטחי הכללית תושבי קריית שמונה, שאושפזו במחלקות לשיקום או במחלקות לגריאטריה שיקומית בשנים 2009-2010, אושפזו במרחק של כ-115 ק"מ (בפלימן ובבית החולים אלישע שבחיפה) ועד כ-175 ק"מ (בבית רבקה שבפתח תקווה) ממקום מגוריהם. אמנם ייתכן שבחלק מן המקרים בחירת מקום האשפוז נעשתה מרצון החולה ומשפחתו, אך ממילא מחלקת השיקום הקרובה ביותר לקריית שמונה היא במרחק של יותר מחצי שעת נסיעה - מחלקת השיקום שבנהרייה, שבה 11 מיטות בלבד, ובשנת 2009 הייתה התפוסה הממוצעת בה מעל 195%; בביקורת נמצא כי אף לא אחד מתושבי קריית שמונה שהיה זקוק לשיקום הגיע למחלקה בנהרייה.

(ב) קבלת שיקום במחוז אחר ממקום המגורים: מבדיקה שעשה המרכז הלאומי לבקרת מחלות של המשרד ביולי 2011, לפי בקשת משרד מבקר המדינה, עולה כי במדגם ארצי של 460 חולים שדיווחו בראיונות על קבלת שיקום באשפוז, ל-108 חולים (22.5%) ניתן השיקום שלא במחוז שבו הם מתגוררים. לפי נתוני קופות החולים, כפי שנמסרו למרכז הלאומי לבקרת מחלות לצורך השוואה לנתוני הסקר, מ-481 חולים שלגביהם דווח על קבלת שיקום באשפוז, ל-122 חולים (25.3%) ניתן השיקום במחוז אחר.

בסקר לא נבדקה השאלה אם השיקום ניתן במחוז מרוחק מהמחוז בו מתגורר החולה, לבקשת החולה ומשפחתו או מחוסר בררה בשל מצוקת המיטות במחוז שבו התגורר החולה. אולם תוצאות הסקר מעידות על הבדלים גדולים בין מחוז למחוז בשיעור החולים שקיבלו שיקום באשפוז במחוז אחר ממקום מגוריהם; כך למשל, במחוז הצפון קיבלו 63% מהחולים שיקום לאחר אירוע מוחי במחוז שונה ממקום מגוריהם; כך הדבר גם לגבי 42.9% מהחולים שקיבלו שיקום לאחר שברים

69 הדבר בא לידי ביטוי בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002) (תיקון מס' 10), התשע"א-2010, ס"ח 126.

70 עוד בנושא זה, ראו להלן בפרק "אי-מתן אישור להפעלת מיטות פרטיות לגריאטריה שיקומית".

בצוואר הירך. לעומת זאת, במחוז המרכז רק 15.8% מהחולים לאחר אירוע מוחי ו-9.6% מהחולים לאחר שבירים בצוואר הירך קיבלו שיקום במחוז אחר ממקום מגוריהם.

יוצא אפוא שכתוצאה ממחסור במיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית וכתולדה מפזרון, נפגעת הוצאתה לפועל של הזכות לקבלת שיקום. חלק מן הקשישים הזכאים לשיקום אינם מקבלים אותו כלל, ועלול להיגרם להם נזק בריאותי וכן נזק למערכת, אם בשל החשש שהם ייהפכו לסייעודיים ואם בשל הצורך באשפוזים חוזרים עקב ירידה במצבם הבריאותי. חלק מן הקשישים מקבלים שיקום במחלקות שרחוקות ממקום מגוריהם, והדבר מקשה על משפחותיהם לתמוך בהם במהלך האשפוז השיקומי.

5. אשפוז לצורכי שיקום במחלקות ובמוסדות ללא רישוי מתאים: (א) הפניית הקשישים למחלקות ללא רישוי מתאים: בדוח 60 ב של מבקר המדינה⁷¹ כבר הועלה כי מחוז ירושלים של הכללית חדל מלהפנות לבית החולים הרצוג מבוטחים שרוצים להתקבל למחלקות של שיקום גריאטרי או סיעודי מורכב; החולים הופנו באותה העת לשיקום בבית חולים פרטי שלא היה ברשותו רישיון למחלקת שיקום או לגריאטריה שיקומית. כמו כן, כפי שהועלה לעיל, באילת חלק מקופות החולים מפנות חולים לקבל שיקום במוסד "בית בלב" שאף לו אין רישיון לעסוק בנושא. עלה ממסמכי המשרד וגם בכירים בתחום השיקום והגריאטריה השיקומית מסרו למשרד מבקר המדינה במהלך הביקורת הזאת כי אפשר עדיין למצוא חולים לא מעטים שזקוקים לשיקום, וקופות החולים מאשפוזות אותם במקומות שאין להם רישוי למיטות שיקום או גריאטריה שיקומית. לא תמיד החולים ומשפחותיהם מבינים את חשיבות האשפוז במקומות שערוכים להגיש שירותי שיקום באמצעות צוות רב-מקצועי מיומן, והם מסכימים לאשפוז בלית ברירה. כך מצד אחד קופות החולים חוסכות כסף רב משום שהאשפוז זול יותר, ומצד אחר יש להן יתרון ארגוני משום שמתייטר הצורך לחפש אחר מקום אשפוז עם רישיון לשיקום. המשרד מסר למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2011 כי הוא בוחן את האפשרויות המשפטיות לפקח על מוסדות פרטיים מסוג זה ואף לסגור אותם.

הכללית בתשובתה מאוקטובר 2011 ציינה כי "שירותי בריאות כללית אינם מאשפזים שום חולה במחלקה שאין לה רישיון לשיקום או לגריאטריה שיקומית". עוד הוסיפה בתשובה כי היות שבחלק מהמקרים הרפואיים "אין גבול ברור בין גריאטריה תת חריפה לשיקום גריאטרי, היה בעבר אשפוז שניתן היה להגדירו כשיקום גריאטרי במחלקה התת חריפה. זה בסדר גמור מבחינה מקצועית, אך גם 'פגם' פורמאלי זה תוקן" ויש כיום לאותו מוסד גם רישיון פורמאלי לשיקום גריאטרי.

לאומית ומאוחדת בתשובותיהן מדצמבר 2011 ביקשו להבהיר כי הן אינן מפנות מטופלים לשיקום במוסדות אשר אין להם רישיון מהמשרד לנושא.

לדברי מנכ"ל "בית בלב" בתגובתו מאוקטובר 2011, "קיימת נטייה של קופות החולים להפנות מטופלים הנזקקים לשיקום - למסגרות העוסקות ב'החלמה' באמצעות הביטוח המשלים ובהשתתפות עצמית של המטופל. מסגרות אלה מוצגות כמסגרות שיקומיות למרות שאין להם ידע ו/או רישיון לעסוק בשיקום".

71 מבקר המדינה, דוח שנתי 2010, 260 (2010), "הסדרים כלכליים בין קופות חולים לבתי חולים הכלליים והשפעתם על המבוטחים", עמ' 497.

קיימת מחלוקת בין בכירים בתחום השיקום והגריאטריה השיקומית ומשרד הבריאות לבין קופות החולים על קיומה של תופעה של הפניית קשישים הזקוקים לשיקום למחלקות ללא רישוי מתאים. על המשרד והקופות להקפיד על הליכי הפנייה של קשישים לשיקום בהתאם לכללים שנקבעו בחוזרי המשרד.

(ב) שילוב חולים הזקוקים לשיקום במחלקה שאינה מחלקה שיקומית: (1) בדצמבר 2009 שלח האגף לגריאטריה במשרד מכתב למרכזים הרפואיים הגריאטריים בנושא "שילוב חולים שיקומיים במחלקה לגריאטריה תת-חריפה". על פי המכתב, מכיוון שהמשרד "מעוניין בעידוד פיתוחן ברחבי הארץ של מיטות לגריאטריה שיקומית ושל מיטות לגריאטריה תת-חריפה", ומכיוון שנמצא כי ביסוד אחד מהכשלים לפיתוח של שני סוגי מיטות אלו עומד הקושי בהשגת שיעורי תפוסה כדאיים לכל אחת ממחלקות אלו בנפרד, הוחלט באופן זמני, לאפשר אשפוז של חולים שנמצאו מתאימים למחלקת גריאטריה שיקומית במחלקה לגריאטריה תת-חריפה. במכתב מפורטים התנאים הפיזיים ותקנת כוח האדם הנדרשים ממחלקה משולבת. לא צוין אורך התקופה שהוראה זמנית זו תהיה בתוקף.

תקן כוח האדם הרפואי והסיעודי שנקבע למחלקה המשולבת מצומצם מהתקן שנקבע למחלקה שיקומית, ומשכך שילוב חולים הזקוקים לשיקום במחלקה תת-חריפה במקום במחלקה ייעודית לגריאטריה שיקומית, בניגוד לחוזרים קודמים שפרסם המשרד עצמו בשנת 2002, עלול לפגוע באיכות השיקום. הפגיעה אפשרית גם בגלל שהאוריינטציה הטיפולית של הצוות הרפואי והסיעודי במחלקה המשולבת לא תתרכז בשיקום כמו במחלקה ייעודית לשיקום.

(2) בביקורת נמצא כי אף על פי שהמשרד פרסם את המכתב לכל המוסדות שבהם פועלות מחלקות לגריאטריה פעילה, רק מוסד גריאטרי אחד פנה וקיבל באפריל 2010 את האישור הנדרש לשילוב של חולים שיקומיים במחלקה תת-חריפה.

נמצא כי למוסד ניתן האישור למרות שלטענת המשרד במספר בקורות שנעשו בשנים 2009-2011 נמצא מחסור בכוח אדם במחלקה התת-חריפה והמשרד שב וטען כך למרות טענות כנגד של המוסד.

המשרד מסר למשרד מבקר המדינה בתשובתו מפברואר 2012 כי בעת שניתן למוסד האישור לשילוב חולים שיקומיים במחלקה תת-חריפה, היה למוסד כל כוח האדם הנדרש, אף אם בתקופה מסוימת במהלך האישור היו חוסרים מסוימים.

(3) עוד נמצא, כי האישור שנתן המשרד למוסד הגריאטרי באפריל 2010 היה לשנה בלבד. והוא לא הוארך, אף שבכתב האישור צוין במפורש הצורך לפנות מראש כדי להאריך את תוקפו; ובמועד תשובת המשרד (פברואר 2012) עדיין משולבים חולים שיקומיים במחלקה התת-חריפה של מוסד זה ללא שניתן אישור בתוקף לנושא.

המשרד בתשובתו מנובמבר 2011, מסר כי המוסד הגריאטרי פנה אליו בבקשה להוסיף מיטות שיקומיות לרישיון ועניין זה נמצא כעת בתהליכים לאישור הבקשה.

יוצא אפוא כי בגלל המחסור הקיים במיטות לגריאטריה שיקומית, המשרד יצא בהסדר "זמני", שהוא אף לא הגביל בזמן, המאפשר שילובם של חולים שיקומיים במחלקה תת-חריפה, וזאת בניגוד לחוזרים קודמים של המשרד והדבר עלול לקבע התנהלות שפוגעת באיכות השיקום לקשישים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד לבחון את ההחלטה לאפשר שילובם של חולים הזקוקים לשיקום במחלקה תת-חריפה, וזאת במיוחד לנוכח החוזרים הקודמים שפרסם המשרד, הקובעים דרישות שונות, בין היתר בתקינת כוח האדם, בין מחלקה לגריאטריה שיקומית ובין מחלקה לגריאטריה תת-חריפה.

6. פתרונות טכנולוגיים מתקדמים למצוקת המיטות לגריאטריה שיקומית : עקב המצוקה הקשה במיטות לאשפוז (כאמור, במיוחד בפרופריה) ועקב המחסור בפריסה של מרכזים לשיקום יום, חשוב שהמשרד יבחן גם את יעילותן של טכנולוגיות חדשות שבאמצעותן אפשר לתת שירותי שיקום ולהקל את המצוקה, ולתת רפואה נגישה וזמינה יותר. גם אם אין זה נכון שטכנולוגיות מעין אלו ישמשו תחליף לשיקום באשפוז, ניתן לשקול את השימוש בהן כתמיכה להמשך הטיפול בקהילה לאחר השיקום באשפוז.

בדוח 61 של מבקר המדינה⁷² כבר הועלה כי המשרד לא קבע עמדה בנושאי טכנולוגיות של טיפול מרחוק. אף על פי כן, בסקירת ספרות על תכניות חדשניות לטיפול בקשישים המוגבלים בתפקודם שפרסם המוסד לביטוח לאומי באוגוסט 2011⁷³ (להלן - סקירת המוסד לביטוח לאומי מאוגוסט 2011), נקבע כי השימוש בטל-רפואה⁷⁴ יכול לחסוך בימי אשפוז, ביקורי בית של צוותים רפואיים ולפתור בעיות של נגישות גאוגרפית ופיזית לשירותי רפואה. נוסף על כך הטכנולוגיה מאפשרת לזהות בעיות בשלביהן הראשונים ולטפל בהן בטרם החרפתן. עם זאת צוין בסקירה כי לא ניתן להתעלם מסוגיות אתיות שונות הכרוכות בשימוש באמצעי טל-רפואה.

נמצא כי מכבי מפעילה טכנולוגיה זו מ-2010 כתכנית חלון, ואף שלחה פיזיותרפיסטים לארצות הברית להשתלמות בנושא.

נמצא כי המשרד לא בחן ולא קבע סטנדרטים לטכנולוגיה שיכולה להקל במידת מה את המצוקה באזורים מרוחקים, דוגמת "טל-שיקום" - שיחות וידאו בין המשוקם והמטפל - שיאפשר לראות את המשוקם ולעקוב אחריו בשעת ביצוע התרגילים.

המשרד כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי הוא מכין חוזר בנושא "אמות מידה להפעלת שירות רפואה מרחוק".



72 ראו הערה 46.

73 ד"ר אסתר יקוביץ, "תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם", המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, האגף לפיתוח שירותים, הקרן לקידום תוכניות סיעוד (אוגוסט 2011).

74 Telemedicine - מתן שירותי רפואה מרחוק תוך שימוש באמצעים טכנולוגיים כגון טלפון ומחשב.

בביקורת עלה כי חלק מהקשישים הזכאים לשיקום באשפוז מושהים במחלקות חריפות בטרם העברתם לשיקום, חלקם מקבלים את השיקום במחלקות מרוחקות ממקום מגוריהם וחלקם כלל אינם מקבלים את שירות השיקום המגיע להם. הטיפול הלקוי הזה בקשישים הזקוקים לשיקום נגרם בשל חוסר במיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית וכן עקב פיזור גאוגרפי לא אחיד של המיטות הקיימות.

על המשרד וקופות החולים לפעול לצמצום החוסר במיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית ולצמצום הפערים במספר המיטות בין המחוזות; כמו כן, עליהם לפעול לפיתוח כל המסלולים והאפשרויות בתחום כדי שהקשישים יקבלו את שירותי השיקום שהם נזקקים וזכאים להם.

השפעת פיצול האחריות לטיפול הרפואי בין משרד הבריאות לקופות החולים על מימוש הזכות לשיקום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, פיצל את האחריות לטיפול הרפואי בקשישים בין המדינה לקופות החולים לפי מצבו הרפואי של הקשיש; כך, שירותי הסיעוד הניתנים לקשישים הם באחריות המדינה בעוד ששיקום הוא באחריות קופות החולים. ואולם, עוד ב-1990 הציגה ועדת חקירה ממלכתית בראשות השופטת נתניהו⁷⁵ את חסרונותיו של פיצול האחריות לאספקת בריאות בין קופות החולים למשרד הבריאות, והמליצה כי קופות החולים יישאו באחריות לאספקת כלל שירותי הבריאות. גם על פי הנוסח המקורי של החוק, העברת האחריות לכל סל השירותים לידי קופות החולים הייתה אמורה להיעשות בתוך שלוש שנים מיום החלת החוק, אולם בתיקון לחוק משנת 1996 נקבע כי חלק משירותי הבריאות ימשיכו להינתן על ידי משרד הבריאות. במועד סיום הביקורת (נובמבר 2011) טרם הגיעו המשרד וקופות החולים להסכמות בדבר איחוד האחריות לטיפול בקשישים, ולכן גם לאחר 17 שנה האחריות עדיין מפוצלת: קופות החולים אחראיות למתן שיקום והמשרד אחראי למתן אשפוז סיעודי.

מצב דברים זה יוצר קשיים של ממש בתחום הטיפול הרפואי בקשישים⁷⁶. לפי תכנית העבודה לשנת 2010 של המשרד, "התפר הביטוחי שבין התוספת השנייה לתוספת השלישית⁷⁷ מתמרץ את קופות החולים שלא להשקיע בשירותי שיקום למבוטחייהן. התוצר של אי השקעה זו הוא, בין היתר, הזדקקות לאשפוז סיעודי" והעברת האחריות למשרד או למשפחה.

הכללית בתגובתה מנובמבר 2011 מסרה כי לדעתה, לקופות החולים יש תמריץ להשקיע בשיקום מאחר שחולים שאינם עוברים שיקום יכולים להפוך לסיעודיים מורכבים, דהיינו באחריות הקופות.

75 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990.
76 דוגמאות לבעיות שעולות עקב פיצול האחריות לטיפול בין הקופות למשרד אפשר למצוא בדוחות מבקר המדינה: דוח שנתי 258 (2008), "סוגיות בנושא אשפוז סיעודי", עמ' 445; דוח שנתי 259 (2009), "הקצאת מכשירי שיקום וניידות לנכים", עמ' 507.
77 התוספת השנייה מפרטת את סל שירותי הבריאות שנתנה הכללית ביום הקובע מבחינת החוק והתוספת השלישית מפרטת את סל שירותי הבריאות שנתנה המדינה באותו יום.

לאומית בתגובתה מדצמבר 2011 מסרה כי לדעתה, החסם היחידי לשיקום חולים הוא מחסור במיטות לשיקום, והחלופה הניצבת לפני הקופות - אשפוז חולים בבתי חולים כלליים, היא היקרה יותר.

לדעת משרד מבקר המדינה, כל עוד האחריות הרפואית לחולים מופצלת יש חשש לפגיעה באיכות הטיפול, כפי שקבע גם המשרד עצמו.

נושאים מערכתיים בתחום השיקום

1. המרכז הגריאטרי-שיקומי ממשלתי פלימן שבחיפה - ירידה בתפוסת המיטות : כל קופה מתקשרת עם נותני שירותים רפואיים כדי למקסם את התועלת של המשאבים המוקצים לה⁷⁸. כל קופה גם קובעת את הסדרי הבחירה⁷⁹ של מבוטחיה והיקפם.

אמנם המשרד דוגל במדיניות מוצהרת של חיזוק הרפואה הציבורית, אולם מחירי יום אשפוז לשיקום גריאטרי במוסדות הממשלתיים גבוהים יותר ממחירי יום אשפוז לשיקום גריאטרי במוסדות פרטיים. עקב כך, קופות החולים, המחויבות על פי חוק להתנהל באיזון תקציבי⁸⁰, מעדיפות לשלוח חולים לשיקום גריאטרי אל מוסדות פרטיים שמציעים מחירים זולים יותר.

המרכז הגריאטרי-שיקומי ממשלתי פלימן שבחיפה (להלן - פלימן) עוסק בגריאטריה חריפה⁸¹ ובעיקר בשיקום גריאטרי. למשרד, לפלימן ולכללית יש מחלוקת⁸² בנוגע למחירים הריאליים ליום אשפוז במחלקה לגריאטריה שיקומית. לפי תמחור ליום אשפוז שעשה המשרד, המחיר הוא יותר מ-1,000 ש"ח ליום, ואילו לטענת הכללית המחיר הריאלי קטן בכ-50% ; לפיכך, הכללית מתקשרת עם מוסדות פרטיים שנותנים, לדעתה, שירות טוב לא פחות ממוסדות ממשלתיים, ודורשים מחיר נמוך יותר. מסיכום ישיבת ועדת פרויקטים של המשרד מנובמבר 2008 עולה כי מעמדה של הכללית כמונופסון⁸³ בתחום הרכש של שירותי גריאטריה שיקומית מאפשר לה להוריד מחירים ; כן נקבע בדיון כי הואיל ואין למרכזי הרפואה הגריאטריים הממשלתיים מוצרי שירות אחרים להציע ולא נקבע מחיר מינימום ליום אשפוז - קשה להם לשרוד.

בסוף שנת 2009 שיעור הקשישים (תושבים שהם מעל גיל 65) במחוז חיפה היה 12.3% - גבוה משיעורם באוכלוסייה הכללית (10%). בנפת חיפה⁸⁴ היה שיעורם בסוף אותה שנה אף גבוה יותר - 15.5% מהאוכלוסייה (כ-83,000 איש). בעיר חיפה יש בסך הכול 235 מיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית ברישיון, מהן 144 מיטות לגריאטריה שיקומית בפלימן (כ-63%).

78 לפי סעיף 32(ב) לחוק, "קופת החולים תיתן את שירותי הבריאות... באופן שהוצאותיה בתקציב הרגיל בכל שנה לא יעלו על הכנסותיה"; לפי סעיף 21(א) לחוק, "קופת חולים תיתן... את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי... בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים".

79 על בסיס ההתקשרויות שלהן עם מוסדות המספקים שירותים רפואיים, הקופות רשאיות להגביל את הפניית מבוטחיהן למוסדות אלה.

80 סעיף 32 לחוק.

81 מחלקות לגריאטריה חריפה מיועדות לטיפול בקשישים שנמצאים בשלב החרף של מחלות שונות.

82 חילוקי הדעות שבים ועולים בכל כשלוש שנים, סמוך למועד חידוש ההסכם שבין הכללית ופלימן.

83 מונופסון - מצב בשוק שבו קיים רק קונה אחד למוצר או לשירות.

84 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מחלקת את מחוז חיפה ל-2 נפות: נפת חיפה ונפת חדרה.

במהלך הביקורת (שנת 2011) נמצא כי התפוסה הממוצעת בפלימן הייתה כ-65% - ירידה ניכרת לעומת התפוסה הממוצעת בשנת 2010, ששיעורה אז היה 100%. לדברי מנהל פלימן, הירידה בתפוסה מקורה בהקטנת מספרם של מבוטחי הכללית שהופנו לאשפוז בפלימן על פי החלטת ראשי מחוז חיפה והגליל המערבי של הכללית; כך למשל, בכל אחד מהחודשים ינואר ופברואר 2011 הפנתה הכללית לאשפוז בפלימן כ-180 חולים, ואילו במרץ אותה השנה הופנו לאשפוז בו כ-25 חולים בלבד. הסיבה להפחתת מספר החולים נעוצה בחילוקי דעות בין המשרד, פלימן והכללית⁸⁵ בדבר המחירים הריאליים ליום אשפוז במחלקה לגריאטריה שיקומית.

משרד מבקר המדינה מעיר כי המצב שבו ירדה תפוסת המיטות בפלימן ל-65% בשנת 2011 במהלך שמונת חודשי ניהול המשא ומתן עם הכללית, מצב החוזר על עצמו מדי כמה שנים, מחייב פתרון.

יצוין כי בבית החולים הפרטי אלישע, שבו המספר הגדול ביותר של מיטות לשיקום במחוז חיפה מלבד פלימן, כבר בשנת 2009 הייתה במחלקות השיקום שלו תפוסה ממוצעת שנתית של כ-147%; הדעת נותנת שעקב החלטת הכללית להפחית את מספר החולים המופנים לפלימן, יגדל העומס המוטל על מחלקות השיקום באלישע, ועלול להתעורר צורך להעביר קשישים הזקוקים לטיפול שיקומי אל מחוזות אחרים. יש בהחלטה זו כדי ללמד על העוצמה הרבה המוקנית לכללית, שמבטחת שיעור ניכר ביותר מאוכלוסיית הקשישים במדינה. הגם שהכללית דואגת לקבל שירות בעלות הנמוכה ביותר האפשרית, לדעת משרד מבקר המדינה מצב שבו מיטות במחלקות לגריאטריה שיקומית נותרות ריקות בעוד שקשישים זכאים רבים אינם זוכים כלל לשיקום מצביע על חוסר יעילות מערכתית שיש לתקנה.

הכללית בתשובתה מגובשת 2011 מסרה כי חתמה על הסכם עם פלימן.

מנכ"ל חברת "בית בלב" של מכבי מסר באוקטובר 2011 בתגובתו למשרד מבקר המדינה כי לדעתו, המשרד נמצא בניגוד עניינים מובהק: מצד אחד הוא הבעלים של בית החולים פלימן ומצד אחר, בתור האחראי לבריאות תושבי מדינת ישראל, הוא אמור לדאוג לחולים. גם מנהל בית החולים אלישע בתגובתו מאוקטובר 2011 טען כי במשרד הבריאות קיימת תפיסה שלפיה על המשרד לדאוג לבתי החולים הממשלתיים, ולדעתו תפיסה זו היא "שורש הבעיה" בנושא.

2. קביעת מחיר מינימום ליום אשפוז במחלקות לגריאטריה שיקומית: אחת מן הדרכים להסדרה, שבהן יכול מאסדר (רגולטור) להבטיח לא רק את איכות השירות הרפואי אלא גם את הישרדותם הפיננסית של המוסדות המספקים אותו, היא באמצעות קביעת מחירי מינימום שישלמו קופות החולים לספקים; קביעת מחירים זו תשולב בהגדרת איכותו של השיקום הנדרש ופיקוח יעיל עליו. המשרד אימץ גישה זו בתחומים שונים ואף קבע מחירי מינימום לאשפוז סיעודי; נוסף על כך, במועד הביקורת שקל המשרד לקבוע מחירי מינימום גם לאשפוז סיעודי מורכב. לעומת זאת, לא הוחלט במשרד על קביעת מחירי מינימום לאשפוז במחלקות לגריאטריה שיקומית, למרות הפער הגדול בתשלום למוסדות השונים במחוזות השונים של קופות החולים.

פער מחירים זה אינו סביר ועלול להצביע על כך שהמחיר שקבע המשרד לשירותי השיקום הניתנים במוסדותיו (1,037 ש"ח בשנת 2011) הוא גבוה מהעלות הנדרשת להענקת שירותי שיקום ראויים, או שבמקומות הגובים מחירים נמוכים יותר עבור יום אשפוז (כגון 469 ש"ח באחד מהמוסדות), אין רמה נאותה של שירותי שיקום.

לאומית בתשובתה מאוקטובר 2011 ביקשה לציין כי לטעמה, אין זה נכון לקבוע מחיר מינימום מאחר שהדבר יעלה את מחיר האשפוז, וכמו כן אין זה נכון לקבוע מחיר מקסימום; רק משא ומתן בין קופות החולים לבתי החולים יכול לקבוע את המחיר הראוי לשירות.

מנהל בית החולים השיקומי במרכז הרפואי תל השומר כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי "העדר הגדרה מה הוא שיקום ומה הסל שצריך להינתן במחלקות שיקומיות מאפשרת פתיחת מקומות 'שיקום' קיקיוניים שעלותם לא מבטאת סל שיקום נכון".

מנכ"ל בית החולים הרצוג מסר בתגובתו מספטמבר 2011 כי בהיעדר קביעת מחירי מינימום, קופות החולים מפעילות לחץ על מוסדות כמו הרצוג, ובסופו של דבר עניין זה משאיר בידי המוסדות את הבררה - להוריד את המחירים למחירי הפסד, או להסתכן באי-הפניית חולים אליהם.

אגף התקציבים במשרד האוצר מסר בתגובתו למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2011 כי לדעתו, המלצת המבקר לבחון קביעת מחירי מינימום היא ראויה במהותה, אולם היא בעייתית מאוד בנוגע לשירות הנדון. לדעת אגף התקציבים, "כל עוד בבעלותו של משרד הבריאות מוסדות המספקים את השירות, יש לדחות על הסף קביעת מחיר מזערי מפוקח". לדבריו, בנסיבות אלה עולה החשש כי המשרד יפעל להעלאת המחיר יותר מן הנדרש כדי להגדיל את הכנסות בתי החולים שבבעלותו ולכסות על הגירעונות שלהם. לדברי משרד האוצר, פערי המחירים בין פלימן הממשלתי ל"בית בלב" של מכבי בנושאי אינם נובעים מפער באיכות, כפי שמעיד הביקוש הגבוה למוסד "בית בלב" וכן לפי בקורות ודיווחים של המשרד, אלא מן היעילות התפעולית הנמוכה של בית החולים פלימן, שכבר בשנת 2003 החליטה הממשלה לסגור אותו. אגף התקציבים באוצר הוסיף בתגובתו מדצמבר 2011 שלדעתו כיסוי גירעונות של מוסדות ממשלתיים אינו טיעון מספיק, ואף לא ראוי, לקביעת מחיר מינימום ולדעתו "כל עוד בבעלותו של משרד הבריאות מוסדות המספקים את השירות, יש לדחות על הסף קביעת מחיר מזערי מפוקח".

מנכ"ל המשרד מסר לנציגי משרד מבקר המדינה בספטמבר 2011 כי המשרד דן בדברים ופועל לחקיקה בנושא כדי לאפשר קביעת מחיר מינימום גם בנוגע לשיקום.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד לבחון קביעת מחירי מינימום ליום אשפוז במחלקות לשיקום ולגריאטריה שיקומית בשילוב פיקוח יעיל על טיב השירות, זאת לשם הבטחת איכות שיקום ראוי. אם אכן יוחלט לקבוע מחירי מינימום, יש למצוא את הדרך לעשות כן כך שיימנע מצב שהמשרד כבעלים של מוסדות המספקים את השירות ישתמש בכלי זה כדי להועיל למוסדות שבבעלותו.

3. ההפרדה בין מחלקות אשפוז לשיקום לבין מחלקות אשפוז לגריאטריה שיקומית : לפי חוזר המשרד מנובמבר 2002, המחלקות לגריאטריה שיקומית מיועדות לטיפול בקשישים (חולים בני יותר מ-65), והמחלקות לשיקום כללי מיועדות לטיפול בחולים בני פחות מ-65. קבלת חולה שגילו פחות מ-65 למחלקות לגריאטריה שיקומית מותנית באישור בכתב מהרופא המחוזי של הקופה שבה מבוטח החולה. הוראות המשרד צריכות להבטיח מתן של שירותי שיקום נאותים לכלל הקשישים. ואולם על פי חוזרי המשרד, יש הבדלים מהותיים בין התקינה הנדרשת ממחלקה לשיקום כללי ובין התקינה הנדרשת ממחלקה לגריאטריה שיקומית.

כך למשל, במחלקה לגריאטריה שיקומית שבה 36 מיטות נדרשים 2.5 תקנים לפיזיותרפיסטים, ואילו במחלקת שיקום עם כמות זהה של מיטות נדרשים 4.75 תקנים - כמעט פי שניים.

יש יסוד להניח כי בטיפול בקשיש שאושפז במחלקת שיקום רגילה⁸⁶ יושם דגש על היבטים שיקומיים ואילו בטיפול בקשיש שאושפז במחלקה לגריאטריה שיקומית⁸⁷, יושם דגש רב יותר על ההיבטים הייחודיים של הקשיש.

בביקורת עלה כי יש חוסר הסכמה בין העוסקים בשיקום כללי ובין העוסקים בשיקום קשישים בשאלת ההפרדה בין מחלקה לגריאטריה שיקומית לבין מחלקה לשיקום. יש מומחים הטוענים שאין מקום להפרדה, והיא נעשתה רק משיקולים כלכליים שאינם תקינים מהבחינה הרפואית; לשיטתם, יש צורך במחלקת שיקום בלבד שבה יאושפזו גם קשישים, ושבה למנהל המחלקה יש שיקול דעת נרחב בנוגע לכמות הטיפולים שיקבל כל חולה ואילו מהם.

מנהל בית החולים השיקומי בתל השומר מסר בתגובתו מאוקטובר 2011 כי לדעתו, שיקום קשישים אינו יכול להתבצע בשיקום כללי, והוא צריך להיעשות במתכונת ייחודית של גריאטריה. גם מנהל פלימן מסר בתגובתו מאוקטובר 2011 כי לדעתו, מומחי השיקום הכללי אינם מיומנים בבעיות גריאטריה שהן רוב הבעיות של חולים קשישים. מנכ"ל "בית בלב" מסר בתגובתו מאוקטובר 2011 שלדעתו, התנהלות של מחלקה לגריאטריה שיקומית שונה מזו של מחלקת שיקום רגילה. לעומתם מסר מנהל המרכז הרפואי "רעות" בתל אביב (להלן - רעות) בתגובתו מאוקטובר 2011 כי לדעתו, "יש לאחד בין מערך הגריאטריה השיקומית והשיקום הכללי וליצור גוף אחד של שיקום שינוהל על ידי מומחים בשיקום עם גיבוי גריאטרי לפי הצורך".

לדעת משרד מבקר המדינה, עקב מצוקת המיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית, השנים שחלפו מאז שנעשתה ההפרדה בין המחלקות ובהתחשב בדעת מומחים, על המשרד לבחון מחדש סוגיה זו ולשקול אם נכון להחזיק בהפרדה הקיימת, אם לשנותה או שמא לבטלה כליל.

4. אי-ריכוז נושאי השיקום במשרד הבריאות בידי אגף יעודי מתמחה: בסוף שנת 2009 היו בישראל 895 מיטות לגריאטריה שיקומית ו-744 מיטות לשיקום⁸⁸. באותה שנה היו במחלקות לגריאטריה שיקומית כ-346,000 ימי אשפוז ובמחלקות לשיקום כללי - כ-250,000 ימי אשפוז. כאמור, חוזר המשרד קבע כי אפשר לשקם קשישים באשפוז הן במחלקת שיקום כללית והן במחלקה לגריאטריה שיקומית.

חלוקת התפקידים במשרד לנושא השיקום היא שהאגף לגריאטריה (הכפוף למינהל רפואה) עוסק בכל הנוגע לשיקום קשישים, ובין השאר גם עושה את הבקורות במחלקות לגריאטריה שיקומית בבתי החולים השונים. כל העוסקים בשיקום הכללי במשרד כפופים במישור למינהל הרפואה (ולא לאגף ייעודי נפרד), והמינהל מבצע בקורות בנושאי השיקום לפי סוגיו: האגף לרפואה כללית שבמינהל הרפואה מבצע בקורות של מחלקות האשפוז לשיקום כללי, והאגף לקהילה שבמינהל הרפואה מבצע בקורות של שיקום בקהילה.

86 כפי שהוזכר לעיל, נקבע בחוזר המשרד מינואר 2009 כי שיקום קשישים באשפוז יכול להינתן במחלקה לגריאטריה שיקומית או במחלקת שיקום רגילה.

87 עוד על העסקת רופאי שיקום במחלקות לגריאטריה שיקומית, ראו בהמשך, בפרק "פעילות המחלקות לגריאטריה שיקומית בבתי החולים ובמרכזים הגריאטריים".

88 בכלל זה שיקום כללי, שיקום ילדים, שיקום אורתופדי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום נשימתי לילדים וטיפול נמרץ שיקומי למחוסרי הכרה.

89 מלבד מחלקות לשיקום ילדים.

יוצא אפוא שלמרות הפעילות הרבה הנעשית בתחום השיקום ועל אף המיטות הרבות והמספר הגדול של ימי האשפוז בשיקום כללי וגריאטרי, אין במשרד אגף ייעודי לשיקום שירכז את כל הידע בנושאי השיקום ואת הטיפול בו.

בתשובתו מספטמבר 2011 ציין סגן נציב שירות המדינה (להלן - הנציב או הנציבות) כי בשל ממצאי הביקורת בתחום השיקום, יש מקום לשקול הקמת מסגרת ארגונית ייחודית לנושאי השיקום במשרד הבריאות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לשקול להקים יחידה מובחנת או אגף ייעודי שיעסקו בכל נושאי השיקום במדינת ישראל, לרבות בגריאטריה שיקומית. הדבר אף עשוי להביא לשיפור בהפניית החולים למסלולי השיקום הנכונים להם, ויותר מכך לשיתופי פעולה טובים יותר בין מסגרות השיקום השונות, שיסייעו לחולים העוברים ממסגרת אחת (כגון שיקום באשפוז) למסגרת אחרת (כגון שיקום בקהילה). בחינת הנושא חייבת לכלול גם את האפשרויות השונות לתיאום דרכי פעולה משותפות בין האגף הייעודי לשיקום ובין האגף לגריאטריה, האמון על שירותי הרפואה לקשישים.

5. אי-מתן אישור להפעלת מיטות פרטיות לגריאטריה שיקומית:
(א) הפעלת מיטות פרטיות לגריאטריה שיקומית בטבריה: בינואר 2010 אישר מנכ"ל המשרד דאז - ד"ר איתן חי-עם, את המלצת ועדת הפרויקטים מאותו מועד להציע למוסד הסיעודי הפרטי "נאות טבריה" לפתוח מחלקה לגריאטריה שיקומית בת 18 מיטות. נמצא כי למרות המלצה נוספת של ועדת הפרויקטים של המשרד מפברואר 2011, ולמרות עמדת האגף לגריאטריה כי יש לאשר למוסד הסיעודי הפרטי "נאות טבריה" להפעיל 18 מיטות לגריאטריה שיקומית בטבריה, ואף שצוין שהדבר לא יפגע בתכניות לפיתוח מיטות נוספות בפוריה, החליט בפברואר 2011, מנכ"ל המשרד כיום, פרופ' רוני גמזו (להלן - מנכ"ל המשרד), באמצעות קביעת מדיניות לעידוד הרפואה הציבורית בלבד, שלא לאשר את ההמלצה עד שלא יפתחו מיטות נוספות לגריאטריה שיקומית בפוריה. יוצא אפוא כי על אף המחסור המתמשך, עיכב המנכ"ל הקלה חלקית במצוקת המיטות לגריאטריה שיקומית במחוז הצפון.

משרד הבריאות בתשובתו מנובמבר 2011 מסר כי במאי 2011, במהלך הביקורת, החליט מנכ"ל המשרד לאשר את בקשת "נאות טבריה" להפעיל 18 מיטות לגריאטריה שיקומית.

(ב) הפעלת מיטות פרטיות לגריאטריה שיקומית בנשר: נמצא כי בספטמבר 2010 דחה המשרד בקשות של חברת "בית בלב" להגדיל את מספר המיטות לגריאטריה שיקומית שהחברה מפעילה במוסד בנשר במחוז חיפה, מ-18 מיטות ל-36, למרות קרבתה של העיר למחוז הצפון ועל אף המצוקה שיש כאמור במחוז זה במיטות לשיקום ולגריאטריה שיקומית. גם בעניין זה נמנעה הקלה של המצוקה המתמשכת במיטות לגריאטריה שיקומית.

אגף התקציבים במשרד האוצר בתגובתו מאוקטובר 2011 ציין כי "בחודשים האחרונים דחה משרד הבריאות את רובן של הבקשות שהגישו מוסדות לא ממשלתיים לפתיחת מיטות... זאת, למרות המחסור במיטות שיקום ומונשמים... מדיוני הוועדה [ועדת הפרויקטים] והמלצותיה ומהחלטות מנכ"ל המשרד עולה, כי השיקול המרכזי בדחיית הבקשות כאמור הינו שמירה וחיוק המוסדות שבבעלות המשרד". עוד ציין אגף התקציבים כי "באחדים מהדיונים הציגו חברי הוועדה את עמדת המנכ"ל בנושאים של סדר היום, כפי שנמסרה להם, לכאורה, בניגוד לתפקיד הוועדה לייעץ למנכ"ל". עמדת אגף התקציבים היא ש"כל זמן שלא צומצם ניגוד העניינים של משרד הבריאות, בטווח הקצר יש לבחון שינוי משמעותי בנהלי הבחינה והאישור של הפעלת מיטות אשפוז. בטווח

הבינוני והארוך, על משרד הבריאות לפעול לצמצום הבעלות הממשלתית על בתי חולים גריאטריים ואחרים".

מהמשרד נמסר כי "בעוד שהאוצר דוחף למיטות לא-ממשלתיות, במערכות לכאורה ציבוריות או פרטיות, מדיניות המשרד היא לחזק את השיקום עם שירותי ציבורי מלא. קיים חשש מהפרטה של מערך השיקום של כלל האוכלוסייה - מהלך שיהיו לו השלכות על איכות הטיפול. פעילות המשרד משקפת מדיניות זו".

מנהל פלימן בתגובתו מאוקטובר 2011 מסר שלדעתו, "הרחבת מיטות השיקום בנשר תגרום להעמקת עורף מיטות אשפוז באזור חיפה, תיצור כפילות במשאבי אנוש ובזכויות תשתיות הנתמכות על ידי כוח אדם מקצועי ומנוסה המועסק בבית החולים פלימן".

מנכ"ל "בית בלב" מסר בתגובתו מאוקטובר 2011 כי משרד הבריאות, מתוך רצון להגן על המוסדות שבבעלותו, מסרב להעניק רישיונות נוספים למיטות לשיקום גריאטרי למרות שקיימות 36 מיטות נוספות, מצוידות ומוכנות לקליטת חולים לשיקום אלתר. הגם ששיעור ניכר מהחולים ב"בית בלב" הם ממחוז הצפון ועל אף שמוסד זה הסכים להתחייב לפני מנכ"ל המשרד שבדרך של קבע יוקצו מחצית מהמיטות בנשר עבור חולים תושבי הצפון.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון מחדש את החלטתו שלא לאשר ל"בית בלב" בנשר רישיון למיטות נוספות לגריאטריה שיקומית מפאת מצוקת המיטות המתמשכת במחוז הצפון והנזקים הנגרמים מכך.

בכל הנוגע לטענת משרד האוצר על ניגוד העניינים שבו נמצא משרד הבריאות, ציינה הנציבות בתשובתה מאוקטובר 2011 כי לפני כשנה סוכם בין הנציב ובין מנכ"ל משרד הבריאות מתווה לפתרון; על פיו, תוקם יחידת סמך שבראשה יכהן מנכ"ל לניהול בתי החולים, ומנכ"ל המשרד יהיה המאסדר (הרגולטור). עוד נמסר כי בעת האחרונה העלה המשרד לפני הנציבות את הקושי ביישום המתווה, וכיום נדונות אפשרויות אחרות.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש מקום לבחון בחינה מעמיקה את הטענות בדבר ניגוד עניינים מובנה של משרד הבריאות בין מעמדו כמאסדר לבין מעמדו כבעלים וכמפעיל של בתי חולים ממשלתיים; תכליתה של בחינה זו היא להבטיח קבלת החלטות ענייניות בנושאים אלה ולמצוא דרכים לצמצום את מידת ניגוד העניינים, במידה שקיימת.

6. **תיאום בין מערכות ציבוריות שונות הפועלות בנושא השיקום:** כדי להשיג את מטרות השיקום - החזרת הקשיש לתפקודיו הקודמים, מחוץ לשיקום הרפואי צריך גם לפעול למען שיקום חברתי. לשיקום הרפואי אחראית מערכת הבריאות אבל לשיקום תפקודים אחרים, כמו התפקוד החברתי, אחראיות מערכות ציבוריות, דוגמת המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - משרד הרווחה) והרשויות המקומיות. כדי להשיג יעילות מרבית בתהליך השיקום, חשוב לתאם בין מערכות אלו.

עמותת "נאמן"⁹⁰ מסרה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2011 כי בשל חוסר תיאום בין המערכות, לא ניתן השיקום המיטבי לחולים. כך לדוגמה, קופות החולים אינן אחראיות לוודא שהרשות המקומית מכירה את החולים המשתחררים לאחר אירוע מוחי לקהילה, החולים אינם ערים

90 עמותת "נאמן" לנפגעי אירוע מוחי פועלת להגברת המודעות לשכיחות הגוברת של אירוע מוחי ולמינעתה, לשיפור איכות החיים של הנפגעים בתחום התפקודי, החברתי והרגשי ולשדרוג הזכויות והשירותים העומדים לרשות הנפגעים.

לזכויותיהם לשיקום תעסוקתי, הניתן על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של משרד הרווחה, ורבים נותרים ספונים בביתם ללא ניצול הפתרונות שיש עבורם בקהילה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לשקול את המלצת ארגוני זכויות החולים, כפי שהוצגה בינואר 2011 לפני מנכ"ל המשרד, להקים צוות רב-משרדי שירכז את נושאי השיקום על היבטיו השונים לכל אוכלוסיית החולים והנכים הזקוקה לשיקום רפואי וחברתי.

מנכ"לית המוסד לביטוח לאומי, גב' אסתר דומיניסיני, מסרה בתגובתה מינואר 2012 שניתן לצרף לצוות נציג מהאגף לפיתוח שירותים של המוסד לביטוח לאומי שתפקידו, בין היתר, לממן פעולות המיועדות לפיתוח ושיפור שירותים לקשישים מוגבלים, באמצעות הקרן לקידום תכניות סיעוד.



נמצאו ליקויים מבניים בתחומי השיקום והגריאטריה השיקומית המעידים על חוסר יעילות מערכתית, ובסופו של דבר - פוגעים בשיקומם של הקשישים.

על המשרד וקופות החולים לפעול למניעת מקרים נשנים של חוסר יעילות מערכתית, כפי שאירע בעת האחרונה בפלימן; יש לדון על מערך הגריאטריה השיקומית כולו ועל יחסי הגומלין בין השיקום לגריאטריה השיקומית הן במטה משרד הבריאות והן במחלקות בתי החולים.

מתן שיקום לקשישים המתגוררים בדיר מוגן

בישראל מתגוררים כ-15,000 קשישים בדיר מוגן⁹¹. במסגרת הדיר המוגן מקבלים הקשישים שירותי שיקום מסוימים באמצעות היחידות לטיפול בית של קופות החולים וכן באמצעות צוות רפואי וסיעודי של הדיר המוגן במימון פרטי של המוסד או של המשפחה.

נמצא כי לאחר אשפוז במחלקות לאשפוז חריף בבית החולים, קשישים חוזרים לדיר המוגן שבו התגוררו בטרם האשפוז, לעתים בלא שמיצו את הליך השיקום באשפוז או בלי שהופנו להמשך טיפול שיקומי בקהילה, ונדרש המשך של טיפול שיקומי במסגרת הדיר המוגן. ואולם בביקורת עלה כי קופות החולים אינן מאפשרות לצוות הרפואי בדיר המוגן גישה לרשומות הרפואיות הממוחשבות של הקשישים⁹².

91 מסגרות דיר שבהן גרים בדרך כלל קשישים עצמאיים. מסגרת הדיר המוגן מעניקה למתגוררים בה שירותים שונים, כגון שמירה, תחזוקה וחלק משירותי הבריאות.

92 למעט הכללית המאפשרת לצוותים רפואיים ברשת דיר מוגן הקשורה אליה, לעבוד עם המערכת הרפואית הממוחשבת שלה.

לכן, בשעה שהצוות הרפואי בדיוור המוגן מזהה צורך בטיפול רפואי בקשיש לרבות שיקומו, ההיסטוריה הרפואית שלו אינה חשובה לפניו, והדבר עלול לפגוע באיכות הטיפול בו ולעתים אף לגרום נזק של ממש.

כמו כן, לאחר טיפול רפואי שקיבל הקשיש בדיוור המוגן, הרשומות הרפואיות שלו בקופות החולים אינן מתעדכנות לגבי הטיפולים שקיבל. במצב דברים זה, כשהקשיש מגיע לרופא המטפל בקופה או לאשפוז נוסף, הרשומה הרפואית שלו אינה עדכנית ונכונה. לעומת זאת, כשהיחידות לטיפוליות בית של קופות החולים מטפלות בקשיש בדיוור המוגן, הן מעדכנות את הרשומה הרפואית בקופה.

לאומית בתשובתה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2011 כתבה כי היא מוכנה לאפשר לצוותים רפואיים בדיוור המוגן גישה לתיק הרפואי הממוחשב של המטופל ובלבד שיעמדו בכל תנאי הסודיות הרפואית הנדרשים.

מאוחרת בתשובתה מאוקטובר 2011 מסרה כי אין אפשרות לחבר את כלל המוסדות הסיעודיים לרשת הממוחשבת של הקופה ובשל מיעוט המבוטחים במסגרות אלו, גם אין הצדקה לעשות כן. עם זאת, כל חולה וכל הנהלת מחלקה רשאים לקבל עותק של התיק הרפואי של המטופל לאחר חתימה על מסמך ויתור סודיות.

מכבי בתשובתה מאוקטובר 2011 מסרה כי "הנגישות לרשומות רפואיות במסגרות הדיוור המוגן הינה בעייתית (בדומה למצב בבתי חולים) וטרם הוסדרה על ידי הרגולטור". בבתים של דיוור מוגן שבהסדר עם מכבי מחליפים מידע, אך אין גישה ישירה לרשומות רפואיות. אמנם במכבי יש תיק אחוד המאפשר גישה לכל הרופאים של הארגון, אך אי-אפשר לחשוף את התיק הרפואי לעיני גוף הנותן שירות חיצוני לקופה.

הכללית בתשובתה מנובמבר 2011 ציינה כי היא מאפשרת לצוותים במסגרות של רשת דיוור מוגן מסוים, הקשורה אליה, לעבוד עם המערכת הרפואית הממוחשבת שלה לרבות עדכון הרשומות הרפואיות, הזמנת בדיקות, תרופות ועוד. לדברי הכללית, הסידור הזה מופעל עם אותה רשת דיוור המוגן, והכללית מוכנה להסדר דומה עם מוסדות נוספים.

לדעת משרד מבקר המדינה, מכיוון שמדובר כאמור באוכלוסייה של כ-15,000 קשישים הנמצאים בדיוור מוגן ונזקקים ברובם לטיפולים רפואיים רבים, לרבות טיפולים של שיקום, ומכיוון שקיימת בעייתיות בשיתוף המידע הרפואי בין המוסדות לדיוור מוגן ובין קופות החולים, על המשרד וקופות החולים להסדיר את הנושא כדי שתתאפשר הן אמינות של הרשומות הרפואיות האישיות של הקשישים וכן כדי להבטיח טיפול נאות ואיכותי בקשישים לאור מידע רפואי אמין ועדכני.

חסמים כלכליים במתן שיקום לקשישים

קיצור משך הזמן של הטיפול השיקומי באשפוז בשל שיקולים כלכליים: דוח מסכם של ועדה בין-משרדית בנושא של אירוע מוחי מ-2007⁹³ קבע כי בשל עלות הגבוהה יחסית של הטיפול השיקומי באשפוז, התקצר מאוד משך האשפוז השיקומי. כך למשל, על פי נתונים שנאספו במחלקות לשיקום נוירולוגי בבית לוינסטיין, שבהן מרבית המאושפזים הם חולים לאחר אירוע מוחי, פחת משך האשפוז הממוצע מ-90 יום בשנים 1990-1995 לכ-50 יום בשנת 2005 (צמצום של כ-45%). כאמור, משך ימי האשפוז הממוצעים בכל המחלקות לגריאטריה שיקומית פחת במידה ניכרת - מ-37.5 ימי אשפוז בממוצע בשנת 2003 ל-26.9 בשנת 2009 (צמצום של כ-28%).

על המשרד לבחון אם ההפחתה במשך האשפוז הממוצע מוצדקת ולפעול על פי המלצות הוועדה בין השאר כדי לוודא הבטחת איכות בשירותי השיקום ולוודא ששיקולים כלכליים לא יגרמו לפגיעה בהליך השיקום.

ליקויים בזמינות של טיפולי הפיזיותרפיה בקהילה

1. זמני המתנה מירביים: חלק מהחולים משלימים בקהילה את הליך השיקום שהתחילו בו באשפוז. לשיקום בקהילה יתרונות רבים, לרבות כלכליים; ואכן, קופות החולים פועלות לקידום השיקום בקהילה, אולם המסגרות לשיקום בקהילה עדיין סובלות מליקויים. למשל, חוסר באמות מידה לשיקום בבית ובמרכזים לשיקום יום ואי-זמינות של חלק ממקצועות הבריאות החיוניים לשיקום יעיל במקומות אלו. לדוגמה, ממחקר שעשו האגודה לזכויות החולה בישראל והמסלול האקדמי במכללה למינהל בחודשים מרץ-אפריל 2010 עלה כי למעט לאומית, אף לא אחת מקופות החולים עומדת בנוהל המשרד⁹⁴ הקובע בין השאר הוראות לגבי זמני ההמתנה המרביים לקבלת טיפולי פיזיותרפיה.

הכללית בתשובתה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2011 ביקשה לציין כי היא עושה מאמצים גדולים לשיפור הזמינות לגבי טיפולי הפיזיותרפיה בקהילה, הן לגבי חולים דחופים והן לגבי חולים כרוניים.

2. המכסה לטיפול פיזיותרפיה בסל שירותי הבריאות: כל אחת מקופות החולים קבעה למבוטחיה סל שירותים לטיפול פיזיותרפיה. כך למשל, הכללית קבעה כי לחולים חריפים יינתנו בשנה עד 25 טיפולים לכל אבחנה רפואית משך שלושה חודשים רצופים, ולמטופלים כרוניים - עד 12 טיפולים בשנה לכל אבחנה⁹⁵. לאומית קבעה סל שירותים דומה, למעט מקרים חריפים שבהם יינתנו עד 36 טיפולים לפי אישור של רופא מחוזי. בניגוד להן נקבע במכבי

93 בינואר 2007 מינו מנכ"לי משרדי הבריאות והרווחה ועדה בין-משרדית לבדוק ולהמליץ בנושא הטיפול בנפגעי שבץ מוחי. הוועדה מונתה כמענה ליזמת עמותת "נאמן" ובעקבות פניית יו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת לשרי הבריאות והרווחה.

94 חוזר מינהל רפואה מס' 46/2009, "נוהל שירותי הפיזיותרפיה במכונים בקהילה" (דצמבר 2009).

95 יצוין כי בפסק דין של בית הדין הארצי לעבודה שניתן ב-8.9.98 על ערעור בתובענה שהוגשה על ידי חולות בטרשת נפוצה נגד הכללית והמשרד, קבע בית המשפט כי כל עוד לא שונה "סל שירותי הבריאות", נבצר ממנו להיעתר לבקשת המערערת לחייב את הכללית לתת להן טיפול פיזיותרפי מחוץ לקבוע בסל השירותים.

ובמיוחדת כי כל מקרה יישקל לגופו ויוחלט על מכסת טיפולי הפיזיותרפיה לפי הצורך הרפואי ועל פי החלטת הפיזיותרפיסט המטפל⁹⁶.

בביקורת עלה כי לעתים נדרשים טיפולים רבים יותר ממה שאישרו קופות החולים, והחולים נדרשים לשלם עליהם מכספם. לכן, למשל, המרכז הרפואי רעות פרסם באתר האינטרנט שלו את האפשרות לקבל טיפולי פיזיותרפיה באופן פרטי, גם לאלה הנזקקים לשיקום לאחר שבץ מוחי ולאחר ניתוחים אורתופדיים. כמו כן, ביוני 2010 קבע חוזר הסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים (שב"ץ) במשרד⁹⁷ כי יש חוסר בהירות בנושא, וקופות החולים כללו בחישוב המכסה של טיפולי הפיזיותרפיה במצבים כרוניים גם מפגשי אבחון קדם-טיפוליים, המיועדים לאבחון וקביעת תכנית הטיפול; וכי בשירותי הבריאות הנוספים (שב"ץ) שמציעות הכללית ולאומית אפשר לקבל טיפולים נוספים בהשתתפות עצמית, מחוץ למכסת הטיפולים הכלולים בסל הבריאות שלהן.

נציגי קופות החולים מסרו למשרד מבקר המדינה שבדרך כלל הם נוקטים גמישות בכל הנוגע למכסת טיפולי הפיזיותרפיה הניתנים בקהילה, והפיזיותרפיסט המטפל יכול להמליץ או להחליט על הוספת טיפולים מחוץ למכסה שנקבעה בסל שירותי הבריאות שלהן. כך למשל, מאוחדת כתבה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי היא אינה מגבילה את מכסת הטיפולים הפיזיותרפיים, וסיום הטיפול השיקומי נקבע רק משהושגו יעדי או עקב ירידה בקצב השיפור, באישור של רופא גריאטרי או רופא לשיקום.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד וקופות החולים להבהיר את עניין המכסה לטיפולי הפיזיותרפיה כפי שנקבעה בסל שירותי הבריאות; בין השאר, כדי למנוע השפעה של שיקולים כלכליים על מתן השירות במחוזות שונים של אותה הקופה, וכך לגרום לאי-שוויון בקבלת השירותים. לפי הצורך, על המשרד להמליץ לוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות⁹⁸ (להלן - ועדת הסל) על עדכון המכסה.

במועד סיום הביקורת (נובמבר 2011) וכהכנה להרחבת סל שירותי הבריאות בשנת 2012 העלה המשרד לדיון בוועדת הסל את נושא הבניית סל טיפולים לנפגעי אירוע מוחי בקהילה, שבו הרחבה של מכסת טיפולי הפיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק וטיפולים פסיכולוגיים, התנהגותיים ושיקומיים.

3. שיקום באמצעות המגזר השלישי⁹⁹ בגין שיקולים כלכליים של קופות החולים: הצוות המטפל מעריך את התקדמות החולה ומחליט על סיום הטיפול או המשכו; המדד להחלטה על סיום הטיפול השיקומי הוא האם החולה הגיע לשיווי משקל סטטי (Plateau)¹⁰⁰ בהתקדמותו לעבר מטרות הטיפול (להלן - מימוש הפוטנציאל השיקומי).

כתוצאה מההשפעה הכלכלית הרבה על ההחלטות של קופות החולים ובתי החולים לגבי משך הטיפול השיקומי והצמצום הניכר בימי השיקום בשנים האחרונות, חולים אינם מגיעים למלוא מיצוי הפוטנציאל השיקומי שלהם. לכן בשנת 2002 החלה עמותה להפעיל מרכז יום שיקומי במרכז הארץ, שאליו מתקבלים לטיפול רק חולים שוועדה בראשות רופא מומחה בשיקום החליטה לאחר בחינת המידע הרפואי לגביהם כי לא מומש מלוא הפוטנציאל השיקומי שלהם. במועד הביקורת,

96 נכון ל-28.12.10. מתוך אתר האינטרנט של האגודה לזכויות החולה.
97 חוזר מס' 8/10, "טיפול פיזיותרפיה לרבות הידרותרפיה במסגרת הסל הבסיסי" (יוני 2010).
98 ועדה שמחליטה מדי שנה בשנה על התרופות והטכנולוגיות שייכללו בסל שירותי הבריאות.
99 עמותות וגופים אחרים ללא כוונות רווח.
100 Plateau - חוסר התקדמות; מושג ייחודי ברפואה השיקומית. הצוות השיקומי מתווה למטופל מטרות ובוחר את קצב ההתקדמות להשגתן. כשהקצב מואט מאוד, לדוגמה כשהמטופל הגיע לדרגת תנועתיות משמעותית של מפרק מסוים, חברי הצוות בוחנים את ההצדקה להמשך המאמץ השיקומי.

מרכז היום השיקומי פעל בשתי משמרות ביום, והחולים קיבלו בו את כל סוגי הטיפולים הנחוצים לשיקום. במרכז מטופלים מדי שנה בשנה כ-80-100 איש. עקב זיהוי מצוקה דומה במקומות נוספים בארץ, בכוונת העמותה להקים מרכז דומה לשיקום יום גם באזור הדרום.

מכך עולה שעמותה ממלאת תפקיד שהוא בליבת הפעילות של מערכת הבריאות ושעל פי החוק זהו תפקידן של קופות החולים. על משרדי הבריאות והאוצר לבחון סוגיה זו ולמצוא דרכים לוודא שהחולים מגיעים למימוש הפוטנציאל השיקומי במסגרות השיקום באשפוז ובקהילה.

4. אי-הסדרת החזרים כספיים עבור הסעות קשישים למרכזים לשיקום יום¹⁰¹: לרוב, קשישים הזקוקים לשיקום סובלים מקשיי ניידות. כדי להבטיח את קבלת השיקום לקשישים ולאחרים הזקוקים לו, יש להבטיח את היכולת של המושקמים להגיע אל המרכזים לשיקום יום, הן כלכלית והן פיזית.

בסקירת המוסד לביטוח לאומי מאוגוסט 2011 נכתב כי אין הסדרים מניחים את הדעת להסעות לקשישים; גם עמותות המספקות שירותי הסעה מתקשות לגייס רכב זמין, ולא ניתן להזמין מראש ולתכנן את פעילות הקשישים.

בחוק מוגדרים החזרי נסיעות רק לחולים אונקולוגיים וחולי דיאליזה, והמשרד לא הסדיר את החזרי הנסיעות למטופלים במרכזים לשיקום יום, בביקורת נמצא כי רק מכבי הסדירה החזרים כספיים עבור נסיעות לקשישים שמתקשים להגיע בכוחות עצמם למרכזים לשיקום יום. עניין זה שטרם הוסדר עלול ליצור חסם בפני קשישים רבים לקבלת טיפול במרכזים לשיקום יום.

מנכ"ל בית החולים הרצוג בתגובתו בספטמבר 2011 מסר כי אינו רואה טעם בפיתוח מסגרות לשיקום בקהילה אם הקשיש אינו מסוגל להגיע אליהן; עוד הוסיף כי בעבר הפעיל בית החולים מסגרת כזו, "אך הקופות, מלבד זה שלא שילמו מחיר ריאלי לטיפול, סרבו לשלם להסעה. זאת גם הסיבה שמרבית החולים שיוצאים הביתה אינם זוכים להמשך טיפול".

על המשרד וקופות החולים לבחון נקיטת צעדים, לרבות כל שינוי חוקי שיידרש, לצורך הסדרת החזרי ההוצאות עבור נסיעות לכלל החולים הזקוקים לתשלומים אלה כדי שיוכלו לממש את זכאותם לשיקום בקהילה.

5. דרישה להפקדת כספים שלא על פי החוק בבית לוינשטיין שברעננה: שיקום רפואי הן עבור קשישים והן עבור צעירים כלול בסל שירותי הבריאות, ולכן לפי החוק אין לגבות תשלום נוסף בגינו. בביקורת נמצא כי בית לוינשטיין דורש מכל מתאשפז צ'ק חתום על סך 10,000 ש"ח בתור פיקדון כדי לסכל נטילת ציוד יקר מבית החולים וכן כדי לוודא שחולים יצאו לביתם מיד עם הוראת השחרור ולא יתפסו מקומות אשפוז.

ואכן, מתלונה שהגיעה למשרד הבריאות עולה כי בשנת 2011 איים בית לוינשטיין בפירעון צ'ק הפיקדון כדי לזרז בני משפחה לפנות את קרובם שהיה מאושפז בבית החולים, בטרם הוסדרה קליטתו של החולה בקהילה.

101 מרכזים שבהם ניתן לקבל טיפול רב-מקצועי הקשור לשיקום. ראו עוד בהמשך בפרק "מרכזים לשיקום יום של קופות החולים - תמונת מצב".

משרד מבקר המדינה מעיר כי דרישה של צ'ק פיקדון כתנאי לאשפוז עלולה לפעול כחסם לאשפוז עבור אלה שהפרוטה אינה מצויה בכיסם; כך עלולים להיפגע עקרון השוויון וזכותו של כל אדם לקבל שירותי בריאות בסיסיים. יש לאתר מנגנונים אחרים כדי למנוע גנבת ציוד יקר וכדי לוודא שחולים יצאו לביתם מיד עם הוראת השחרור.



בבדיקה נמצא שעקב חסמים כלכליים, לעתים שיעור השיקום הניתן לקשישים קטן ולפעמים אף אינו מסופק להם כלל. על המשרד וקופות החולים לפעול להסרת החסמים השונים ולבחון בתכיפות שאין פגיעה בשיקום לקשישים בעטיים.

מרכזים לשיקום יום של קופות החולים - תמונת מצב

לפי חוזר המשרד מינואר 2009, אחת מהמסגרות האפשריות לטיפול רפואי בחולים הנזקקים לשיקום היא במרכזים לשיקום יום - מרכזים שבהם ניתן לקבל טיפול רב-מקצועי הקשור בשיקום, בעוד שהמשוקמים ממשיכים להתגורר בביתם. פתרון זה אמור להבטיח בין השאר את מלוא מימוש הפוטנציאל השיקומי. לשיקום במרכזים אלה יש יתרונות על שיקום באשפוז, לרבות מניעת זיהומים והשארות המשוקם בסביבה מוכרת לו בשעות הערב והלילה.

1. מיעוט המרכזים לשיקום יום והחוסר בפריפריה: עקב הצורך בהשלמת הטיפול בקהילה, חשוב שתהיה פריסה רחבה של מרכזים לשיקום יום, אם בבעלות קופות החולים ואם בעזרת ספקים שעמם הן התקשרו. לעתים החולים צריכים להגיע מביתם לטיפול במרכזים אלו בתדירות של חמש פעמים בשבוע, ולכן עולה חשיבותה של פריסה מיטבית של המרכזים לשיקום יום.

ואולם בסיום הביקורת, נובמבר 2011, פעלו רק שבעה מרכזים לשיקום יום שהקימו קופות החולים ושמונה מרכזים שהקימו בתי חולים ועמותות.

נמצא כי למעט המרכז לשיקום יום שמפעילה הכללית סמוך לעפולה, כל שאר המרכזים לשיקום יום שמפעילים בתי החולים, קופות החולים והעמותות נמצאים במרכז הארץ, בירושלים או בחיפה. אין מרכזים לשיקום יום מדרום לראשון לציון או מצפון לעפולה. עוד עולה כי עקב עומס הפונים, המרכז לשיקום יום של הכללית הסמוך לעפולה אינו יכול לקלוט חולים המבוטחים בקופות חולים אחרות, ומאז הקמתו באוגוסט 2008 התקבלו לטיפול במקום רק שני מבוטחים של קופות חולים אחרות. גם מרכזים אחרים לשיקום יום של הכללית אינם מקבלים חולים מקופות חולים אחרות, למרות בקשות בעניין.

אחד הפתרונות האפשריים למצוקה במרכזים לשיקום יום הוצע בסקירת המוסד לביטוח לאומי מאוגוסט 2011. לפיו, במרכזי היום שמפעילים משרד הרווחה והרשויות המקומיות¹⁰² יספקו קופות החולים גם שירותים רפואיים של שיקום. נוסף על כך, במסמך מומלץ כי מרכזי היום שיעסקו גם בשיקום יהיו מסונפים לבתי חולים ובאמצעותם ימשיך החולה לקבל טיפול שיקומי מאותו צוות מטפל.

2. אי-קביעת אמות מידה למרכזים לשיקום יום: כדי להבטיח את יעילות המרכזים לשיקום יום ולשאוף לאיכות טיפול מיטבית בהם, עולה הצורך בקביעת אמות מידה בנושאים דוגמת תקינת כוח אדם, דרישות ציוד ונוהלי עבודה מקצועיים, כפי שקבע המשרד בשנת 2003 למחלקות השיקום ובשנת 2002 למחלקות לגריאטריה שיקומית.

ואולם נמצא כי המשרד לא קבע אמות מידה למרכזים לשיקום יום והשאיר תחום זה להחלטת קופות החולים והגופים האחרים שמפעילים מרכזים לשיקום יום. עוד נמצא כי המשרד לא קבע תקנים לרישוי המרכזים לשיקום יום; יתרה מכך, במסגרת הבקורות שעושה המשרד במחוזות השונים של הקופות, אין אפשרות לפקח על הפעלתם של המרכזים לשיקום יום משום שכאמור, אין אבני בוחן לבדיקתם. לא זו אף זו, קופות החולים עצמן לא קבעו אמות מידה למרכזים לשיקום יום, ובשל כך ניתן למצוא הבדלים במגוון הטיפולים שניתן לקבל במרכזים השונים של אותה קופה.

הליכי ההפניה לשיקום קשישים ממחלקות האשפוז לאחר אירוע בריאותי חריף

1. הליכי ההפניה לשיקום קשישים ללא התערבות מומחים בגריאטריה ובשיקום: כדי להבטיח את קבלת השיקום המיטבי, קבע מינהל רפואה במשרד בחוזר מינואר 2009 כי את ההחלטות על מתן השיקום, סוג השיקום ויעדיו יקבע רופא מומחה בגריאטריה או מומחה בשיקום מבית החולים או יועץ לבית החולים שבו אושפז הקשיש.

(א) ואולם לפי מידע שנמסר מקופות החולים, בבתי החולים "וולפסון" בחולון, "סורוקה" בבאר שבע ו"זיו" בצפת נמצא כי את ההחלטות על מתן השיקום, סוג השיקום ויעדיו פוסק רופא המחלקה שבה אושפז החולה, ואין הקפדה שיחליט עליהם רופא מומחה בגריאטריה או בשיקום מטעם בית החולים.

המרכז הרפואי "וולפסון", בתגובתו למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2011, כתב כי הוא מעסיק רופא המשמש כיועץ גריאטרי בהיקף של שישית משרה (יום בשבוע), והוא מייצג בכל מחלקות בית החולים, והחולים מופנים לשיקום על פי הנחיותיו. ואולם לדברי המרכז הרפואי, ייתכנו מקרים שבהם יופנה המטופל לשיקום על פי המלצת רופא המחלקה בלבד מכיוון שהרופא היועץ עובד רק פעם בשבוע. עם זאת, כ-70% מהחולים במרכז הרפואי הם מבוטחי הכללית; לפיכך, כל פעילות בנוגע אליהם, לרבות המלצה לשיקום, נבחנת באמצעות רופא שיקומי של הכללית.

102 מרכזים המהווים מסגרת חברתית טיפולית ומאפשרים לקשישים להמשיך ולהתגורר בביתם.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ובתי החולים למצוא פתרון למצב דברים זה, שבו אין בבתי החולים מומחה זמין בגריאטריה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד לעדכן את הקביעה שבחוזר הנוגעת ל"יועץ לבית החולים" ולמנוע מצב שאותו יועץ יועסק גם על ידי הקופה כדי להימנע מחשש לניגוד עניינים.

(ב) עוד קבע החוזר כי את המלצת בית החולים על השיקום יבחן נציג של הקופה המבטחת את החולה, ונציג זה יהיה רופא מומחה בגריאטריה או בשיקום.

ואולם בביקורת נמצא כי כשמדובר בחולים של לאומית בבתי החולים "וולפסון" ו"סורוקה" או בחולים של הכללית בבית החולים "זיו", מכתבי השחרור או סיכומי הביניים, שבהם רשומות ההחלטות על סוג השיקום ויעדיו, נבחנים רק על ידי נציגי קופות החולים בבתי החולים - אחיות הקשר. רופאים או מומחים בגריאטריה או בשיקום מטעם קופות החולים אינם בוחנים את ההחלטות שבמכתבי השחרור כנדרש.

2. מכתבי שחרור ללא המלצות ברורות על שיקום: כדי להבטיח את קבלת השיקום במקום שבו יושגו התוצאות המיטביות מן ההליך, חשוב שבמכתבי השחרור מבתי החולים יירשמו המלצות ברורות לגביו, כגון מסגרתו ומגוון הטיפולים הנדרשים. לא לחינם הכיר המשרד בחשיבות של נותן המלצות בנוגע לאפשרויות השיקום ומקומו; השארת ההחלטות רק בידי קופות החולים עלולה להטות אותן עקב שיקולים כלכליים.

ואולם מסקרים שעשה המשרד ממרץ 2009 ועד מרץ 2010, שבהם נבדקו בין השאר מאות מכתבי שחרור של חולים לאחר אירוע מוחי או שבר בצוואר הירך, עלה שבשליש ממכתבי השחרור לא הייתה התייחסות לשיקום¹⁰³, ובכ-5% מהמכתבים שבהם הייתה התייחסות לשיקום לא נקבע בבירור סוג ההפניה לשיקום (באשפוז או בקהילה) או מרכיביה; הלכה למעשה, את ההחלטה הותירו בידי נציגי קופות החולים, בניגוד להנחיות המשרד.

יצוין כי גם לפי פרסום של האיגוד הישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום¹⁰⁴ משנת 2006, לעתים קרובות החלטות על סוג השיקום, היקפו ויעדיו מתקבלות על פי מכתב רפואי קצר וחלקי, בלי לראות כלל את החולה, הגם שמדובר בהחלטה חורצת גורלות. איגוד זה אף המליץ לגבש מערכת מובנית של הנחיות מחייבות אשר יוכלו לשמש את אנשי השטח, ליצור אחידות ושיקופיות בתהליך קבלת ההחלטות, למנוע טעויות בוויסות חולים הנזקקים לטיפול שיקומי ובסופו של דבר גם לחסוך בעלויות.

103 ייתכן וחלק מהקשישים לא היו זקוקים לשיקום, עם זאת היה מקום לציין זאת במכתבי השחרור.
104 אחד מהאיגודים המקצועיים הפועלים בהסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) ומקדמים את מקצועות הרפואה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד, קופות החולים ובתי החולים הכלליים לקבוע במשותף אמות מידה להפניית חולים לטיפול שיקומי, בדומה להמלצת האיגוד הישראלי לרפואה פזיקלית ושיקום; מדובר בסוגיה מרכזית שתכליתה גיבוש של דרכי פעולה אחידות שיביאו לשיפור בקבלת ההחלטות בנוגע לתהליכי השיקום הרפואי. ראוי לשקול לחייב שימוש בטופס אחיד להפניה לשיקום, שבו יצוין אם החולה מופנה לשיקום באשפוז או בקהילה¹⁰⁵. מן הראוי שטופס אחיד זה ישמש את כל בתי החולים ויהיה חתום בידי רופא מומחה בשיקום או בגריאטריה מטעם בית החולים, כנדרש. כדי לשפר את כתיבת ההנחיות השיקומיות כראות בסיכומי האשפוז, מן הראוי לשקול לבצע הדרכות מסודרות לצוותי המחלקות על מהות השיקום, מסגרות אפשריות לביצועו והצורך בקבלת ייעוץ מקצועי.

מסירת מידע לציבור על השיקום

1. אי-מסירת מידע על השיקום על ידי נציגי קופות החולים בבתי החולים: חוזר המשרד קובע כי בשיקולים על מתן השיקום ועל דרכי ביצועו על הגורם המטפל לשתף את המטופל ומשפחתו ולהתחשב בהעדפותיהם ורצונותיהם; למסור מידע מלא על הגורמים שבהם אפשר להסתייע בתהליך השיקום ועל הסדרי הבחירה¹⁰⁶ של קופות החולים בנדון. כדי ליישם את הוראות המשרד, חשוב שיימסר מידע שלם ונגיש. לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמידע יימסר בכתב¹⁰⁷ ובשפות שונות כדי שבני המשפחה יוכלו לשתף זה את זה במידע ויוכלו לקבל החלטות מושכלות. בדוח 60ב של מבקר המדינה הועלו ליקויים בנוגע לפרסום הסדרי הבחירה של קופות החולים באתרי האינטרנט שלהן¹⁰⁸.

ואולם נמצא כי אחיות הקשר של קופות החולים בבתי החולים הכלליים מוסרות לקשישים או לנציגי משפחתם את המידע על השיקום בעל פה ולא בכתב ולא תמיד בשפתו של הקשיש או של בן המשפחה.

מאוחדת כתבה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי בימים אלו היא שוקדת על כתיבת עלון הסברה למטופל ומשפחתו בשלוש שפות. עוד מסרה מאוחדת כי היא עמלה על פירוט הסדרי הבחירה על פי הוראות משרד הבריאות.

2. אי-מסירת מידע על השיקום באתרי האינטרנט של קופות החולים: (א) אי-מסירת מידע על אודות השיקום במרכזים לשיקום יום: על פי החוק, על קופת החולים לפרסם את הסדרי הבחירה בקרב חבריה. בפברואר 2008 פנה סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים במשרד (להלן-הסמנכ"ל לקופות), אל מנהלי קופות החולים והורה להם לפרסם את הסדרי הבחירה של הקופות באתרי האינטרנט שלהן, לא יאוחר מתחילת מאי אותה השנה¹⁰⁹.

105 מסיכום ישיבה של המשרד עם ארגוני זכויות החולים, יוני 2011, עולה כי יש החלטה של המשרד לכלול בחוזר מינהל רפואה בנושא מכתב שחרור מבתי החולים, טור חובה שבו יירשם "האם נדרש שיקום".

106 אם קופת חולים קשורה עם יותר מנותן שירותים אחד, היא תקבע את הסדרי הבחירה של מבוטחיה והיקפן. בעניין זה ראו הערה 79.

107 חוזר משרד הבריאות אינו קובע את דרכי מסירת המידע למטופל ומשפחתו.

108 ראו הערה 71.

109 ראו הערה 71.

נמצא כי בניגוד להנחייתו של הסמנכ"ל לקופו"ח, קופות החולים אינן מפרטות את האפשרות לפנות למרכזים לשיקום יום ואת פריסתם בכל מחוז, בבית חולים זה או אחר. כך למשל, באתר של הכללית אין כל מידע על מרכזי יום לשיקום, אלא יש הפניה לפורום שמפעיל צוות של בית לוינשטיין; באתר של מכבי נמסר מידע רק על שלושת המרכזים לשיקום יום שהקופה מפעילה, ואין מידע על הסכמים עם מרכזים לשיקום יום שמפעילים ספקים שעמם התקשרה.

הכללית בתשובתה מאוקטובר 2011 מסרה כי "בימים אלו נחתם הסכם לשיתוף פעולה עם אש"ל¹¹⁰ בנושא האתר, הכולל גם שיתוף פעולה עם האתר של 'רעות'".

(ב) אי-מסירת מידע ברור על מכסת טיפולי הפיזיותרפיה: כאמור, כל קופה קבעה סל שירותים שונה לטיפולי הפיזיותרפיה ולכן יש חוסר בהירות בנושא. כדי לפזר את הערפל בנושא זה, על הקופות לפרסם באתרי האינטרנט שלהן מידע ברור בנוגע לזכויות לטיפולי פיזיותרפיה, כלומר מכסת הטיפולים ולמי ניתנה הסמכות להגדיל את כמותם מחוץ לסל השירותים הבסיסי.

נמצא כי באתר האינטרנט של מאוחדת אין כל מידע בנושא זה. באתרי האינטרנט של לאומית והכללית המידע אינו ברור או שאינו מדויק. כך למשל, באתר של לאומית נקבע כי חולה חריף זכאי לטיפולי פיזיותרפיה בקהילה, רק בתנאי שלא אושפז קודם לכן במסגרת שיקומית - תנאי שאין לו כל בסיס.

מאוחדת מסרה בתשובתה מדצמבר 2011 כי היא תשלם את המידע הנדרש באתר האינטרנט שלה בכל הנוגע לשירותי הפיזיותרפיה ולמרכזים לשיקום יום.

לדעת משרד מבקר המדינה, על קופות החולים למסור מידע מפורט באתרי האינטרנט שלהן על אודות השיקום; בכלל זה עליהן לפרט את הסדרי הבחירה שלהן והמסגרות האפשריות לשיקום במחוז מגוריו של הקשיש ובמחוזות אחרים של הקופה; כמו כן, עליהן לפרט בשפה ברורה את הזכויות לטיפולי פיזיותרפיה בסל השירותים ובסמכות מי להגדיל את כמותם. את המידע יש לפרסם באמצעי פרסום שונים וגם עבור דוברי שפות אחרות.

המועצה הלאומית לשיקום

1. אי-תפקוד של המועצה הלאומית לשיקום: המועצות הלאומיות הן גופים מייעצים מקצועיים בתחומי הבריאות השונים¹¹¹. תפקידן לסייע למנכ"ל המשרד בהתוויית מדיניות הבריאות, לייעץ בקביעת סטנדרטים לבטיחות בתפעול ובאימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדשות.

110 האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

111 במדינת ישראל יש 18 מועצות לאומיות. שר הבריאות או מנכ"ל המשרד ממנים את חברי המועצות במינוי אישי, וחברים בהם אנשי מקצוע בכירים בתחומם מתוך מערכת הבריאות ומערכות אחרות הקשורות לעניין.

ואולם בביקורת עלה כי למרות החשיבות הרבה של פעילות המועצות הלאומיות, לא פעלה המועצה הלאומית לשיקום כשלוש שנים: מיולי 2008, עקב פטירתו של יו"ר המועצה דאז, ועד מינוי של יו"ר חדש ביולי 2011.

2. הליך בחינת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות בלא ייעוץ של המועצה הלאומית לשיקום: מדי שנה בשנה מפעיל משרד הבריאות תהליך מקצועי לבחינתן של טכנולוגיות חדשות המתאימות להכללתן בסל שירותי הבריאות. כל אחת מהמועצות הלאומיות בוחנת את הטכנולוגיות הרלוונטיות.

נמצא כי האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות במינהל לטכנולוגיות ותשתיות שבמשרד העביר בקשות לבחינת טכנולוגיות למועצה הלאומית לשיקום באמצעות מזכירות המועצות הלאומיות גם בשנים שלא תפקדה, כפי שהועברו בדרך של שגרה כשהמועצה הלאומית לשיקום תפקדה; ומן הסתם פניותיו לא זכו למענה. יתרה מכך, יש טכנולוגיות שהועברו לבחינה בדרך זו למועצה הלאומית לשיקום, והן הוכללו בסופו של דבר בסל. אמנם במאי 2011 הסביר המשרד למשרד מבקר המדינה כי התייעץ לגביהן עם מומחים בתחום, אולם הטכנולוגיות לא נבחנו בפן רב-מקצועי במועצה הלאומית לשיקום, כפי שהיה רצוי אילו פעלה כסדרה.

3. קבלת החלטות על חלוקת עיזבון שנועד לשיקום בלא התייעצות עם המועצה הלאומית לשיקום: בשנת 2004 נפטר תורם שייעד 47 מיליון דולר לתחום השיקום במדינת ישראל. כבר בשנת 2000, בעודו בחיים, החל המשרד, לבקשת התורם, בהליך לבחירת מוסדות לחלוקת כספי העיזבון.

במועד סיום הביקורת (נובמבר 2011) האפוסטרופוס הכללי, ועדת העיזבונות במשרד המשפטים וועדת משנה לעניין זה שהוקמה במשרד הבריאות עדיין עוסקים בהליכים הנוגעים לעיזבון; עקב חילוקי דעות על אופן חלוקת הכספים, ננקטים הליכים משפטיים לגבי. נמצא כי בכל שלבי ההליך, מאז שנת 2000 (11 שנים), לא התייעצו בעניין עם המועצה הלאומית לשיקום, גם לא בשנים שבהן היא פעלה. נוסף על כך, לא נועצו באגף לגריאטריה במשרד, שכאמור השיקום הגריאטרי כפוף אליו.

ההתמשכות הארוכה של ההליכים הקשורים לחלוקת סכום כה רב לתחום השיקום, מאז פטירת התורם לפני כשבע שנים, פגעה באפשרות שחלק מהבעיות שהועלו בדוח הביקורת יבואו על פתרונן.

מנהל בית החולים לגליל המערבי שבנהרייה ציין בתגובתו למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי בשל התמשכות התהליכים עומד בבית החולים כבר יותר משנתיים שלד מבנה המיועד למחלקת שיקום, והשלמת הבנייה מותנית בקבלת חלק מכספי העיזבון. לדבריו, "אי מימוש התרומה לסיום עבודות בינוי מחלקת השיקום, פוגע באיכות הטיפול ובתנאי האשפוז של המטופלים".

משרד המשפטים מסר בתגובתו למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי ועדת העיזבונות פעלה לפי ההוראות המחייבות אותה, והעיכוב בחלוקת הכספים ובשל כך העיכוב במתן פתרון למצוקה במיטות לשיקום במדינה נבעו מפניותיו לבית המשפט של גורם פרטי הטוען לזכאות בכספי העיזבון. בנובמבר 2011, בסיום הביקורת, משכו העותרים את העתירה שהגישו לבית המשפט ונסללה הדרך לחלוקת כספי העיזבון.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי לאחר שהוסרו העיכובים המשפטיים לחלוקת העיזבון יש לפעול בהקדם האפשרי לקידום הפרויקטים בתחום השיקום אשר ביקש המנוח לתרום לתושבי המדינה.

איסוף מידע לאומי על אודות שיקום קשישים

1. חוסר במידע לאומי לגבי השיקום: רישומי מחלות הם רשימות של כל המאובחנים כלוקים במחלה מסוימת, או רשימה של מאפיין מסוים הקשור בבריאות של אוכלוסייה מוגדרת. התכלית המרכזית ברישומי מחלות היא לתת תמונה קלינית ודמוגרפית כוללת על אודות מחלה או תופעה מסוימת. נוסף על כך, הרישום הוא מקור מידע חשוב על החלטות קליניות ומהלך של טיפול רצוי, כלי להשוואה בין שיטות לאבחון המחלה והטיפול בה במרכזים רפואיים שונים ולעומת ארצות אחרות, וכן הוא יסוד למחקרים ולתכניות התערבות שונות של המשרד, קופות החולים והציבור הרחב. בגלל כל הסיבות האלה, חשוב שיהיה מידע כזה גם בכל הנוגע לטיפול שיקומי.

נמצא כי אין בידי המשרד מידע שיטתי על אודות השיקום. כך למשל, אין למשרד מידע על המדדים התפקודיים של המשוקמים בטרם השיקום, במהלך השיקום ולאחריו, ואין מידע על כמות (תדירות, משך הזמן של כל טיפול) הטיפולים הניתנים למשוקמים. לכן נאלץ המשרד לאסוף מידע בשיטה של סקרים, למרות חסרונותיה; למשל, משך הזמן הנדרש לביצוע הסקרים, ריכוז הנתונים, ניתוחם ופרסום דוח מסכם.

המשרד בתגובתו מאוקטובר 2011 מסר כי הוא ער לדבר ששיטת הסקר, שתכליתה איסוף מידע לרבות נתונים שוטפים, אינה מתאימה לצרכיו. ואולם הוחלט להשתמש בשיטה זו משום שהיא כוללת איסוף מידע מכמה מקורות; כך אפשר להשוות בין המקורות השונים ובין השאר לבדוק אם ניתן להסתמך על נתונים ממוחשבים מהקופות. בשיטה זו ניתן גם לקבל נתונים על שביעות הרצון של המטופלים.

2. אי-הכללת נושאים הנוגעים לשיקום קשישים בתכנית מדדי האיכות: משרד הבריאות ומשרד האוצר החליטו על מנגנוני תמרון לקופות החולים כדי לעודד פעולות למניעת מחלות וטיפול בהן. התמרון מבוסס על יעדים שקבעו שני המשרדים.

ואולם נמצא כי מדדים הנוגעים לשיקום לא נכללו בתכנית מדדי האיכות לרפואת הקהילה בישראל. בין השאר, מאחר שקופות החולים התקשו למסור נתונים הנוגעים לשיקום וכן בשל טענתן כי המידע מבתי החולים הכלליים אינו מספק.

מדידת איכות השיקום הניתן לקשישים

1. אי-שימוש באומדנים במחלקות חריפות¹¹² בבתי החולים הכלליים : חוזר המשרד מינואר 2009 קבע כי מטופל לאחר אירוע מוחי או בעיות נוירולוגיות אחרות, אשר חומרת הפגיעה שלו גבוהה לפי אחד מהאומדנים המקובלים¹¹³ לאומדן המצב התפקודי, יופנה לשיקום באשפוז ולא בקהילה; דהיינו שאחת מההתוויות לשיקום באשפוז נקבעה בעזרת הציונים שבאומדנים.

ואולם בביקורת עלה כי מחלקות האשפוז חריפות בבתי החולים הכלליים אינן משתמשות במדדים, ולכן אין נתיב בקרה לבדוק אם כל החולים שהיו אמורים להגיע לשיקום באשפוז אכן הגיעו. השימוש במדדים מתחיל רק בשלבי השיקום באשפוז או בקהילה ונעשה באופן עצמאי על ידי גופים המעניקים את השירות.

הכללית בתגובתה מדצמבר 2011 מסרה כי במחלקות האשפוז חריפות בבתי החולים הכלליים מתבצעים אומדנים תפקודיים, רגשיים, התנהגותיים ועוד, וכי אין שימוש בסוגי האומדנים המוזכרים בחוזר משרד הבריאות ומשתמשים בהם רק במחלקות גריאטריות.

המרכז הרפואי פוריה כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי למעשה, בחלק ניכר מתוכנות המחשוב הרפואי שבהן משתמשים הצוותים הרפואיים והסיעודיים לכתובת מכתבי קבלה ושחרור - אין "שורות חובה" לגבי מצבו התפקודי הבסיסי של הקשיש המאושפז. לדעת המרכז הרפואי, נתונים אלו הם קריטיים להחלטה על הצורך בשיקום ונוכחותם "עשויה להציף את הירידה התפקודית ואז את הצורך בשיקום באשפוז או קהילה".

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד, קופות החולים ובתי החולים לפעול להטמעת איסוף אומדנים מקובלים כחלק ממערכת ממוחשבת לניהול של תיקי המאושפזים במחלקות חריפות בבתי החולים.

2. אי-שימוש של המשרד באומדנים קיימים במחלקות הגריאטריה השיקומית לקביעת יעילות השיקום : חישוב ההפרשים בין המדדים בטרם הטיפול השיקומי, במהלכו ובסופו יכול ללמד על התקדמות תפקודו של המשוקם ואיכות השיקום. לכן חשוב לאסוף מדדים תפקודיים ואחרים בכל שלביו של הטיפול השיקומי.

נמצא כי הבקורות התקופתיות שעושה המשרד במחלקות לשיקום ולגריאטריה שיקומית בבתי החולים וגם הסקרים שהמשרד ביצע בנושא השיקום אינם בודקים את איכות שירותי השיקום במסגרות השונות¹¹⁴ בעזרת ניתוחם של מדדי האיכות המקובלים. נוסף על כך, גם בדוח הביניים של הסקר ציין המשרד כי הוא סבור שחובה לבצע סקר נוסף הכולל בדיקה של איכות השיקום ותוצאותיו.

112 מחלקות חריפות - ראו הערה 67.

113 כגון FIM, BARTHEL, FAM או SCIM.

114 נוסף על המדדים המוזכרים לעיל, איכות השיקום יכולה להיבחן גם בעזרת בדיקת אחוזי השחרור משיקום ליעדים שונים - למחלקה סיעודית או לבית המטופל.

3. אי-שימוש של הקופות באומדנים לקביעת יעילות השיקום: בביקורת עלה כי גם קופות החולים אינן אוספות בשיטתיות מידע על איכות שירותי השיקום שמבוטחיהן מקבלים במחלקות האשפוז לשיקום ולגריאטריה שיקומית - לא באמצעות איסוף מדדים בתחילת הליך השיקום, במהלכו ובסופו, וממילא גם לא בעזרת חישוב ההפרשים ביניהם.



אין הקפדה על איסוף של מדדי השיקום בכל שלבי הטיפול בחולים, למעט במחלקות העוסקות בשיקום. יתרה מכך, במדדים שאוספות המחלקות לשיקום והמחלקות לגריאטריה שיקומית לא נעשה שימוש כדי לבדוק את איכות הטיפול, הן הפרטנית והן ברבדים המוסדיים והלאומיים.

כדי לייעל את שירותי השיקום, על המשרד, בתי החולים הכלליים וקופות החולים להטמיע את השימוש באומדנים המקובלים בשיקום כבר בשלב החריף של המחלה. על המשרד והמחלקות העוסקות בשיקום ובגריאטריה שיקומית לפעול לניצול המדדים בתור מרכיב בסיסי בתכניות הרפואיות השונות.

פעילות המחלקות לגריאטריה שיקומית בבתי החולים ובמרכזים הגריאטריים

חוזר משרד הבריאות על "אמות מידה לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית שיקומית"

1. קביעת תקנים בלא גיבוי תקציבי: חוזר המשרד מנובמבר 2002 קבע לראשונה, בין השאר, את דרישות כוח האדם ממחלקה לגריאטריה שיקומית.

ואולם נמצא שהמשרד, שהוא גם הבעלים של בתי החולים הממשלתיים, לא פעל להוציא לפועל את הדרישות החדשות לכוח אדם בבתי החולים הללו באמצעות תיאום ושיתוף פעולה עם הנציבות, האחראית לתקני כוח האדם בבתי החולים הממשלתיים; לפיכך, למעשה לא אישרה המדינה את דרישות כוח האדם, והן לא נתמכו בתקנים ובתקציבים.

בספטמבר 2011 השיבה הנציבות למשרד מבקר המדינה כי התריעה בעבר למשרד על שהקריטריונים לתקינה שפרסם האגף לגריאטריה אינם תואמים את התקינה, לרבות זו המוסכמת, שאותה קבעה המדינה, ובתי החולים הממשלתיים אינם עומדים בתקנים שפרסם האגף לגריאטריה; יתרה מכך, למרות האמור, לא שינה המשרד את הקריטריונים.

בספטמבר 2011 מסר מנכ"ל המשרד לנציגי משרד מבקר המדינה כי הוא מדגיש שתפקיד משרד הבריאות כרגולטור (מַאֲסָדֵר) הוא לקבוע סטנדרטים לכלל המסגרות בארץ על פי שיקולים מקצועיים ולא על פי בעלות. זאת ועוד, לא רק שעל המשרד לפעול בראש ובראשונה כרגולטור ולקבוע סטנדרטים אלא שעליו גם לבקר את מימושם. וממילא, אין המשרד יכול לקבוע תקינה

נמוכה יותר במוסדות הממשלתיים שבבעלותו על יסוד אילוצי תקנים של הנציבות. כרגולטור הנותן גם שירותים, חובת המשרד להעלות את התקנים כדי שיעמדו באמות המידה של תקינה נאותה.

מנהל בית החולים הגריאטרי ממשלתי שוהם שבפרדס חנה כתב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2011 כי יש לפעול לצמצום הפערים בתקני כוח אדם, בעיקר במקצועות הבריאות; דהיינו, בין כוח האדם הנדרש על פי התקנים המקצועיים שמפרסם המשרד ובין כוח האדם שמקצים המשרד והנציבות לתקנים בפועל למחלקות השיקום.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד והנציבות לבחון את הדרכים להביא את בתי החולים הממשלתיים לעמוד בקריטריונים המקצועיים המוחלים על כלל המסגרות לגריאטריה שיקומית. אם לא יגיעו לידי הסכמה בנושא - יש לערב בדבר את שרי הבריאות והאוצר, ובלבד שלא ייפגעו הקשישים ולא ייפגע עקרון השוויון בין המסגרות השונות, הממשלתיות והפרטיות, הנותנות שירותי גריאטריה שיקומית לזקוקים להם.

2. סייע לפיזיותרפיסט במחלקות השיקום: כחלק מדרישות כוח האדם שקבע המשרד בחוזר מנובמבר 2002, נקבעה דרישה להעסקת סייע לפיזיותרפיסט בהיקף של משרה מלאה אחת לכל 36 מיטות. יוצא אפוא שעל פי התקנים היו אמורים להיות מועסקים בארץ כ-25 סייעים לפיזיותרפיסטים במחלקות לגריאטריה שיקומית.

אלא שבניגוד למדינות שונות בעולם¹¹⁵, אין בישראל מקצוע מוכר של סייע לפיזיותרפיסט; לפיכך אין רישוי למקצוע זה, אין לימודים מוסדרים, ואין סטנדרטים הקובעים אילו פעולות מותרות לו כדי למנוע נזקים אפשריים לחולים. על המשרד לבחון נושא זה ולעדכן את החוזר או לפעול להסדיר את המקצוע.

אי-העסקת מומחים בשיקום במחלקות לגריאטריה שיקומית

1. בניגוד לחוזר המשרד, שקבע כי לכל 36 מיטות במחלקה לגריאטריה שיקומית יועסק מומחה בשיקום בהיקף של חצי משרה, נמצא כי בכשליש מהמחלקות לגריאטריה שיקומית לא מועסקים מומחים בשיקום והרופאים במחלקה הם גריאטריים; כך למשל, במחלקות לגריאטריה שיקומית בבית רבקה של הכללית שבפתח תקווה (להלן - בית רבקה) ובפוריה שבטבריה.

2. המכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס שבתל השומר (חברה לתועלת הציבור ומלכ"ר שאינה בבעלות המדינה, להלן - מכון לואיס) פועל כספק שירותים חיצוני בעבור משרד הבריאות. המכון מתווך בין חולים הנזקקים לאביזר רפואי מיוחד ובין רופאים מורשים שהוא מסמיך¹¹⁶ ומתאם בין בתי מלאכה מיוחדים לייצור מכשירי שיקום וניידות לנכים¹¹⁷; מכון לואיס מעביר את התשלום בעבור המכשירים ממשרד הבריאות לספקים.

115 בארה"ב נקרא המקצוע Physical therapy assistant (pta); בקנדה ובאוסטרליה - Physiotherapy assistants.

116 רופאים מומחים בתחומי האורתופדיה והשיקום המורשים לקבוע אם נכה זקוק למכשור, להזמין את המכשור הנחוץ, וכן לבצע בדיקה ובקרה רפואית של איכות המכשור ושל מידת התאמתו לצורכי הנכה.

117 יצרני תותבות, מכשירי הליכה ונעליים, הפועלים על פי הנחיות הרופאים המורשים, בפיקוחו של המכון ובהדרכתו.

מבקר המדינה כבר המליץ בדוח קודם¹¹⁸ שעל משרד הבריאות לפעול לשינוי הקצאת הרופאים המורשים מטעם מכון לואיס כדי להבטיח פיזור גאוגרפי נאות, שיאפשר זמינות ונגישות מרבית לציבור הנכים.

נמצא כי בניגוד לדרישת המשרד ממחלקות לגריאטריה שיקומית, אין בבית רבקה של הכללית רופא מומחה בשיקום וכפועל יוצא גם אין בו רופא מורשה מטעם מכון לואיס לטפל בהתאמת מכשור לנכים.

בעקבות כך נמצא בביקורת כי חולים (בעיקר קשישים) המאושפזים בבית רבקה, הזקוקים לאישור של רופא מורשה ממכון לואיס, מוסעים באמבולנס לבית החולים השיקומי בית לוינסטיין בליווי פיזיותרפיסט, בחוסר נוחות אישית ותפעולית הנובעות מכך; לעומתם, אל המאושפזים בבתי חולים דוגמת נווה שבא בבאר שבע ורעות שבתל אביב-יפו מגיע רופא בעל הסמכה ממכון לואיס.

יודגש כי בביקורת בבית רבקה עלה שבחודשים מאי-אוגוסט 2011 הוסעו 11 חולים לבית לוינסטיין כדי לבצע התאמת מכשור לנכים על ידי רופא מומחה, ובשבועיים האחרונים של אוגוסט היו צפויים לנסוע עוד שישה חולים, כלומר מדובר בלא מעט חולים.

בעקבות הערת משרד מבקר המדינה בסוגיה זו מסר המשנה למנכ"ל המשרד בנובמבר 2011 כי הושג הסדר מערכתי, ולפיו כל בית חולים או מוסד שצריך רופא מורשה מטעם מכון לואיס ואין לו כזה, יפנה לבית חולים שיש בו רופא מורשה מטעם המכון ויבקש להעסיק אותו כיועץ חיצוני בשכר בשעות אחר הצהריים.

על המשרד להקפיד לבצע בקרה ופיקוח על פעילות של גופים שעמם הוא התקשר כדי לתת שירותים לציבור, כדי למנוע הישנות אירועים מסוג זה, שבהם החלטות של ספק של המשרד גרמו לפגיעה קשה בשירות שניתן לציבור.

3. אי-העסקת פסיכולוגים במחלקות לגריאטריה שיקומית: כחלק מהטיפול הרב-מקצועי שמצריך השיקום, חשוב שיינתן מענה גם לפן הנפשי של המטופל. לכן קבע המשרד בחוזר מנובמבר 2002 כי לכל 36 מיטות במחלקה לגריאטריה שיקומית יועסק פסיכולוג בהיקף של רבע משרה. אולם בביקורת נמצא כי ב-12 מ-16 המחלקות לגריאטריה שיקומית שאליהן שלח משרד מבקר המדינה שאלון ביולי 2011, לא הועסק כלל פסיכולוג.

המרכז הרפואי פוריה הסביר למשרד מבקר המדינה במכתב מאוקטובר 2011 כי יש קושי לגייס עובדים טובים מהמקצועות הפרה-רפואיים לעבודה במסגרות הציבוריות, בעיקר הממשלתיות, עקב תגמול נמוך, חוסר האפשרות לססיות¹¹⁹, חוסר האפשרות לקידום ועוד. לדברי המרכז הרפואי, במיוחד קשה הדבר בפריפריה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרדי הבריאות והאוצר למצוא פתרונות לעידוד העסקת בעלי מקצועות פרה-רפואיים בפריפריה, דוגמת הסכם השכר עם הרופאים שנחתם באוגוסט 2011 שכולל תגמול רב להעסקת רופאים בפריפריה.

118 מבקר המדינה, דוח שנתי 2009, 259, "הקצאת מכשירי שיקום וניידות לנכים", עמ' 507.

119 קבלת תגמול כספי עבור כל בדיקה או טיפול שמתבצעים מעבר לשעות העבודה הרגילות.

4. העברת חולים ממחלקת השיקום בפוריה למחלקות הפנימיות: כחלק מתהליך השיקום, נהוג כי חולים שמצבם הרפואי מאפשר זאת יצאו לחופשות לביתם או לבית משפחתם כדי לעודד את חזרתם לתפקוד.

נמצא כי המחלקה לגריאטריה שיקומית בפוריה נסגרת בכל ראש השנה ובכל חג ראשון של פסח. עוד נמצא כי חולים שאין לגביהם אפשרות שיצאו לחופשה בביתם או אצל משפחתם, נשלחים בימים אלה למחלקות הפנימיות או למחלקה האורתופדית בבית החולים - התנהלות שעלולה לחשוף את המושקמים לזיהומים. משאלון שהעביר משרד מבקר המדינה לכל המחלקות לגריאטריה שיקומית במדינת ישראל עולה כי המחלקה בפוריה היא היחידה שנוהגת לעשות כן.

המרכז הרפואי פוריה כתב באוקטובר 2011 למשרד מבקר המדינה כי מאחר שמטופלים יוצאים לחופשת חג וקופות החולים מערימות קשיים בנוגע למתן אישור לשיקום בתקופת החגים, מספר המטופלים המאושפזים במחלקה לגריאטריה שיקומית יורד לחמישה או אפילו פחות מזה, ואין יכולת והצדקה כלכלית להחזיק מחלקה פתוחה עבור כה מעט מטופלים. לטענת פוריה, העברתם של חלק מהחולים למחלקה פנימית או אורתופדית דווקא מקטינה את חשיפתם לזיהומים, לעומת שהותם במחלקה לגריאטריה שיקומית הסובלת מצפיפות רבה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי היה על המרכז הרפואי פוריה לפנות למשרד ולקבל את אישורו כאשר התעורר צורך חריג להעביר חולים שנקבע כי הם צריכים להיות מאושפזים במחלקה לגריאטריה שיקומית אל מחלקות מסוג אחר.

5. אי-מתן טיפולים בשעות אחר הצהריים, סופי השבוע וחגים: כדי לשמור על הרצף הטיפולי, למנוע הידרדרות במצב החולים ולהבטיח את התקדמות המושקמים ליעדי השיקום שנקבעו, חשוב שלא יהיו הפסקות ארוכות במתן השיקום, בעיקר בטיפולי הפיזיותרפיה. חולה שמסוגל לכך, חשוב שיקבל טיפולים בתדירות גבוהה כדי לקדם אותו במהירות וביעילות.

משרד מבקר המדינה בדק את עניין טיפולי השיקום במחלקות לגריאטריה שיקומית והשווה ביניהן. נמצא כי בחלק מהמחלקות לא ניתנים טיפולים כלשהם בשעות אחר הצהריים, בסופי השבוע ובחגים; כך יוצא אפוא שלעתים כשהחגים סמוכים לסופי השבוע, משך כמעט ארבע יממות החולים אינם מקבלים טיפולי פיזיותרפיה הנחוצים להחלמתם.

המרכז הרפואי פוריה מסר בתגובתו מאוקטובר 2011 כי יש לזכור שעל פי הסכמי העבודה, הסקטור הפרה-רפואי מועסק חמישה ימים בשבוע בלבד. השירות בסופי השבוע ובחגים מתבסס על כוננים שנקראים רק למקרים דחופים. לטיפול תומך מלא במקצועות הללו גם בסופי שבוע וחג - אם נדרש, יש השלכות כלכליות לא מבוטלות וצורך בתוספת תקנים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון דרכים שיאפשרו מתן טיפול שיקומי רציף בכלל המחלקות לגריאטריה שיקומית.

מחסור ברופאים מומחים לשיקום ולגריאטריה

1. מחסור ברופאים מומחים לשיקום: נמצא כי חסרים רופאים מומחים לשיקום במדינת ישראל כדי למלא את כל התקנים הפנויים. שיעור הרופאים המומחים לשיקום ל-1,000 נפש

היה בשנים 2007-2009 0.015% בעוד היעד הוא 0.03%. מספרם גדל משנת 1990 עד 2009 ב-1.34% בלבד ובשנת 2009 הונפקו חמש תעודות מומחה חדשות בלבד למומחים בשיקום. גם דוח ועדה של המשרד לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל¹²⁰ מיוני 2010 קבע כי מקצוע הרפואה הפיזיקלית והשיקום מחייב נקיטת מדיניות לעידוד הפנייתם של רופאים לתחום זה. המחסור ברופאי שיקום בולט במיוחד במחלקות לגריאטריה שיקומית משום שהעניין המקצועי שמגלים המומחים לשיקום הוא בדרך כלל בשיקום צעירים. לכן לדוגמה, מנהלת בית החולים הגריאטרי "הרצפלד" שבגדרה מסרה למשרד מבקר המדינה ביולי 2011 כי בית החולים אינו מצליח לגייס מומחים בשיקום, אף על פי שהוא ממוקם במרכז הארץ.

2. מחסור ברופאים מומחים לגריאטריה: שיעור הקשישים באוכלוסייה הולך וגדל, והדבר מגביר את הצורך ברופאים גריאטריים. משרד מבקר המדינה העיר כבר בדוחות קודמים על המצוקה הקשה בכוח אדם רפואי בגריאטריה, הנובעת ממחסור ברופאים מומחים ומתמחים במקצוע זה¹²¹. נוסף על כך, נמצא כי קטן מספרם של מקבלי תעודת מומחה בגריאטריה, מ-22 בשנת 2008 ל-20 בשנת 2009.

המחסור ברופאים מומחים ובמקצועות פרה-רפואיים אחרים במערכת הציבורית נובע גם מפני שמוסדות פרטיים מעסיקים בחלקיות משרה אנשי צוות שמועסקים במערכת הציבורית במשרה מלאה; המוסדות הפרטיים משלמים לעובדים אלו על פי שעות¹²². מכך עולה חשש שרופאים יעסקו בעבודה פרטית בשעות העבודה במערכת הציבורית ויעדיפו עבודות בשעות נוספות במערכות פרטיות על פני המערכות הציבוריות.

אגף התקציבים במשרד האוצר בתגובתו מאוקטובר 2011 הביא לידיעת משרד מבקר המדינה את המהלכים שבוצעו לעידוד הפניית רופאים להתמחות בשיקום ובגריאטריה. לדוגמה, בהסכם השכר החדש מאוגוסט 2011 הוגדלה בשיעור ניכר תוספת השכר לרופאים העוסקים בהתמחויות שהוגדרו במצוקה ובהם שיקום וגריאטריה. נוסף על כך התחייבו המעסיקים לחלוקת תמריצים לעוסקים במקצועות אלו.

על המשרד ומשרד האוצר לבדוק שהסכם השכר החדש מאוגוסט 2011 אכן מביא לעלייה בפונים להתמחות במקצועות שהוגדרו במצוקה.



נמצאו ליקויים בפעילות המחלקות לגריאטריה שיקומית. בין השאר, ליקויים בהיקף כוח האדם שבמחלקות ובתקינה שלו. על המשרד והנציבות למצוא את הדרך שתבטיח איכות נאותה של שיקום.

120 במרץ 2009 מינה מנכ"ל המשרד דאז ועדה פנימית לבדיקת כוח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות.
121 מבקר המדינה, דוח שנתי 56 (2006), "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 571; דוח שנתי 59 (2009), עמ' 355.
122 שיטה זו נקראת Moonlighting. עוד בנושא של העסקת רופאים במסגרות פרטיות ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 54 (2004), "רופאי בתי חולים - תקנים, נוכחות, תורנות, כוננות ועבודה פרטית", עמ' 470.

בקרה ופיקוח של המשרד על המחלקות לגריאטריה שיקומית

1 אי-ביצוע בקרה בחלק מהמחלקות לגריאטריה שיקומית: האגף לגריאטריה שבמשרד מבצע בקרה תקופתית בבתי חולים ובמוסדות גריאטריים. בבקרה נבדקים מגוון של נושאים בכל אחת מהמחלקות, והיא בסיס לחידוש הרישוי של בתי החולים¹²³ והמוסדות הגריאטריים.

ואולם נמצא כי החל מ-2008, עת שהאגף לגריאטריה במשרד החל בביצוע בקרה תקופתית, ועד סיום הביקורת בנובמבר 2011, לא בוצעה בקרה במחלקות לגריאטריה שיקומית במרכז הרפואי הממשלתי פוריה שבטבריה ובמרכז הרפואי של הכללית "מאיר" שבכפר סבא. האגף לגריאטריה במשרד מסר למשרד מבקר המדינה במרץ 2011 כי בכוונתו לבצע בקרה במחלקות הללו במהלך 2011. ואולם במועד סיום הביקורת (נובמבר 2011) טרם בוצעו הבקורות האמורות.

2. ביצוע בקרה בתדירות מעטה: כדי להבטיח את יעילות הבקרה ואת פעילותן הראויה של המחלקות לגריאטריה שיקומית, צריך לקבוע בקורות בתדירות שווה בכל אחת מן המחלקות ולבצען. כמו כן, ראוי שיהיו כללים לגבי תדירות הבקורות בכל אחד מסוגי המרכזים הרפואיים.

ואולם בביקורת עלה כי המשרד לא קבע כללים לגבי תדירות הבקורות בכל אחד מסוגי המרכזים הרפואיים. עוד נמצא שמשנת 2008, השנה שבה התחיל המשרד בביצוע הבקורות, יש מחלקות שנעשו בהן שלוש בקורות; לעומת זאת, יש מחלקות שבוצעה בהן רק בקרה אחת (תל השומר, שוהם) או שתיים (רעות). עוד נמצא כי בחלק מהמחלקות נעשתה בקרה לפני זמן רב (בשוהם - באפריל 2009, ברעות - בספטמבר 2008, בבית רבקה - באוגוסט 2009).

על המשרד לקבוע כללים שיפרטו בין השאר את התדירות המזערית הרצויה לביצוע בקרה בכל אחד מסוגי המרכזים הרפואיים ולהקפיד לעשותה גם בכל המחלקות לגריאטריה שיקומית.

3. אי-נקיטת צעדים נגד מחלקות שבהן התגלו ליקויים של ממש: כדי שהבקורות יהיו יעילות, צריך לנקוט צעדים נגד בתי חולים ומוסדות שהתגלו בהם ליקויים של ממש בשעת הבקרה.

אלא שבביקורת עלה כי המשרד מעולם לא נקט צעדים נגד מוסדות רפואיים, דוגמת אי-חידוש של רישיון המוסד, ביטול רישיון המוסד או הקטנת המיטות שברישוי. כך למשל, ביוני 2010, בבקרה בבית החולים הרצוג שבירושלים מצא המשרד כי בניגוד לדרישות כוח האדם לתפעול של מחלקה לגריאטריה שיקומית, לא מועסק בה מומחה ברפואה פיזיקלית ושיקום. ואולם למעט ציון עובדה זו בדוח הבקרה, לא התריעו לפני בית החולים הרצוג על ביטול או קיצור משך זמן הרישוי שניתן למחלקה לגריאטריה שיקומית.

מן הראוי שהמשרד יקבע הנחיות לפעולה נגד בתי חולים שבהם נמצאו ליקויים על פי מדרג חומרתם של הכשלים.

123 חידוש הרישוי לכל מחלקה מותנה בתוצאות הבקרה שמבצע המשרד.

מניעת מחלות אופייניות המצריכות שיקום

אירוע מוחי ושברים בצוואר הירך הם מהמחלות העיקריות המצריכות שיקום לאחר השלב החריף שלהן. כאמור, כ-27,000 קשישים לוקים בשתייהן בכל שנה. אפשר לנקוט פעולות שיקטנו את שיעור הלוקים בהן, ולמנוע מראש מהחולה הקשיש ומשפחתו מלהיקלע לנסיבות בעייתיות. כך יהיה אפשר גם להשיג הקלה בעומס המאושפזים במחלקות הפנימיות וכן במחלקות לשיקום ולגריאטריה שיקומית, וממילא להקטין את ההוצאות הכלכליות הכרוכות בטיפול, הן בשלב החריף של המחלה והן בשיקום שלאחריו.

1. מניעת שברים בצוואר הירך : מניעה של שברים בצוואר הירך כוללת בין השאר אבחנה של מחלת האוסטיאופורוזיס - ירידה בצפיפות העצם; האבחנה נעשית באמצעות בדיקת צפיפות העצם, הכלולה בסל שירותי הבריאות לנשים מעל גיל 60 וכמו כן לנשים או לגברים המשתייכים לקבוצות סיכון לירידה בצפיפות העצם; לאחר האבחנה, יש לתת לחולה טיפול תרופתי במחלת האוסטיאופורוזיס וכן הנחיות לתזונה נכונה. זאת ועוד, מחקרים הוכיחו כי ביורר נכון ומלא של גורמי הסיכון השונים לנפילות אצל קשישים ותכניות התערבות לטיפול בגורמי הסיכון עשויים להקטין במידה רבה נפילות ונפילות חוזרות.

ואולם נמצא כי הגם שתורפות להקטנת הסיכון לשברים בשל ירידה בצפיפות העצם נכללות בסל הבריאות בישראל משנת 2000, וכן בדיקות לאיתור קשישים שבסיכון, לא זו בלבד שלא קטן שיעור הלוקים בשברי צוואר הירך בעשור האחרון אלא שאף חלה עלייה ניכרת בשיעור אירועי שבר בצוואר הירך של גברים קשישים המצריכים שיקום מורכב לאחריהם.

לדעת מנהלת היחידה למטבוליזם העצם והסידן בקריה הרפואית "רמב"ם" שבחיפה, הכנסת תרופות להפחתת הסיכון לשברים לסל הבריאות הייתה עשויה להביא לירידה באירועי שברים בצוואר הירך, כפי שאכן קרה במדינות מפותחות אחרות.

אולם במחקר שנעשה בקרב חולים שאושפזו ברמב"ם עם שבר בצוואר הירך עלה כי רק 20% מהנשים קיבלו טיפול כלשהו נגד אוסטיאופורוזיס ולמניעת שברים אפשריים בטרם האשפוז ורק כ-1% מהגברים טופלו. חמור מכך, נמצא שגם לאחר השבר, מרבית החולים אינם זוכים לטיפול במניעת שברים נוספים, אף שאנשים שלקו בשבר אוסטיאופורוטי אחד נמצאים בסיכון מוגבר פי שבעה לשברים אוסטיאופורוטיים נוספים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על קופות החולים לרענן אצל הצוותים הרפואיים ובעיקר אצל הרופאים הראשוניים בקהילה את החשיבות של איתור הירידה בצפיפות העצם, מניעתה וטיפול בה ואת הדרכים לעשות זאת.

מאוחדת בתשובתה למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2011 ציינה כי היא מטפלת בכ-8,000 חולים בתרופות למניעת אוסטיאופורוזיס. ואולם לגישתה, משום שקיימת מחלוקת בספרות הרפואית המקצועית בנוגע לתרומת התרופות לירידה בשיעור השברים בחולים אוסטיאופורוטיים, "התרומה היותר חשובה למניעת שברים, הינה בהדרכה והסברה, כולל בסידור הבית, למניעת נפילות. נושא שני בחשיבותו הינו תחום התזונה, תזונה נכונה מבטיחה הספקת סידן זמין וויטמין D" - תחומים שבהם מאוחדת פועלת בניסיון להפחית את שיעור השברים באוכלוסיית הקשישים.

מכבי בתשובתה מאוקטובר 2011 ציינה כי היא מפעילה תכניות לאוכלוסייה המבוגרת בנושאים דוגמת מניעת נפילות, מניעת אוסטיאופורוזיס, פעילות גופנית, תזונה נכונה ושימוש מושכל

בתרופות. כמו כן, מכבי מפעילה מערכת ממוחשבת למעקב אחר היענות המבוטחים לנושאים דוגמת חיסונים, בדיקות לצפיפות העצם ובדיקות דם מומלצות.

הכללית בתשובתה מאוקטובר 2011 ציינה כי אין עדות מקצועית התומכת בסיקור יזום של האוכלוסייה לאבחון אוסטיאופורוזיס. כן ציינה שההנחיות המקצועיות תומכות במניעת נפילות אצל קשישים וטיפול בנשים קשישות שעברו שבר. הנושא נלמד בדרך של שגרה במסגרת תכניות ההכשרה לצוותים ראשוניים בקהילה, העוסקים בטיפול בקשישים. נוסף על כך, הכללית פיתחה חומרי הסברה לקהל הרחב, ובנושא הזה היא פועלת כחלק מהפעילויות היוזמות במסגרת "חודש הקשיש".

על המשרד וקופות החולים לבחון מדוע למרות הפעולות שהקופות עושות לצמצום הירידה בצפיפות העצם, אין ירידה של ממש באירועים של שברים בצוואר הירך. יתרה מכך, יש גם לבחון אם התרופות למניעת אוסטיאופורוזיס יעילות ולפעול לפי העניין.

2. מניעת שבץ מוחי ומזעור הנזקים ממנו: שבץ מוחי הוא גורם הנכות השכיח ביותר בעולם המערבי, ואחד משלושת הגורמים השכיחים ביותר לתמותה¹²⁴. הדרכים למניעת שבץ מוחי ומזעור הנזקים ממנו כוללים את אלה: (א) מניעת גורמי סיכון בדומה לאירועים לבביים - סוכרת, כולסטרול, עישון ולחץ דם; (ב) בדיקות מקדימות לזיהוי גורמי הסיכון לשבץ מוחי - אפשר לבצע בדיקות ייעודיות לגורמי הסיכון לשבץ מוחי, כגון בדיקה לאבחון מוקדם של היצרות עורקי הצוואר¹²⁵ ואבחון מוקדם של טרשת העורקים¹²⁶; (ג) הגדלת המודעות לתסמינים מקדימים לשבץ מוחי - 15%-20% מהאירועים של שבץ מוחי מאופיינים בתסמינים חולפים מוקדמים¹²⁷, כגון קושי חולף בדיבור, בתפיסת חפצים או בראייה; (ד) הגדלת המודעות לתסמינים של שבץ מוחי - בניגוד לאירועים לבביים, שבץ מוחי בדרך כלל אינו כואב, ועל אף שיש כמה פעולות פשוטות שניתן לעשות כדי לזהות שבץ מוחי¹²⁸, פעמים רבות אנשים אינם יודעים לזהותו ואינם פונים בזמן לבית החולים; (ה) ערנות ל"חלון ההזדמנויות" לטיפול בשבץ מוחי בבית החולים - כיום הזמן הוא ארבע שעות וחצי, אולם ראוי לצמצם ביותר את הזמן עד קבלת הטיפול כדי לצמצם נזקים ארוכי טווח.

בקרב הרופאים הדעות חלוקות באשר לאילו חלקים באוכלוסייה יש לעשות חלק מהבדיקות המקדימות לאיתור המחלה וכיצד להתייחס לתוצאותיהן. לדוגמה, ביצוע בדיקת דופלר פשוטה ולא יקרה לזיהוי היצרות בעורקי הצוואר לכלל האוכלוסייה מעל גיל 50, או רק לאוכלוסייה מעל גיל 50 עם גורמי סיכון נוספים, ואולי לא לעשות דבר; כמו כן, כשהתוצאות מעידות על חשש לבעיה, מהי דרך הטיפול הנכונה.

המשרד, קופות החולים והאיגודים המקצועיים בהסדרות הרפואית בישראל לא קיימו דיון בסוגיה - על הצורך לבצע בדיקות מקדימות, אילו סוגי בדיקות נדרשות ולאילו אוכלוסייה. הם גם לא דנו בפרשנות הרפואית שיש לייחס לתוצאות בדיקה המעלות חששות כאמור, ולא דנו בהתערבות הרפואית הנדרשת, במידה שיש בה צורך.

124 מתוך חוזר מינהל רפואה 29/2011, "היערכות לטיפול בשבץ מוחי חד".

125 בדיקה באמצעות מכשיר דופלר.

126 בדיקת "פלאקטסט" מאבחנת את מידת הופעתו של אנזים המעיד על סיכון ללקות בטרשת עורקים.

127 Transient Ischemic Attack - TIA.

128 כשיש חשש לאירוע מוחי, יש לבקש מהאדם לבצע כמה פעולות פשוטות: לחייך, להרים את שתי הזרועות, להוציא לשון ולדבר. אם יש לו קושי לבצע אחת מהפעולות הללו, יש להפנותו לבית החולים.

דוח מסכם של ועדה בין-משרדית בנושא שבץ מוחי¹²⁹ מנובמבר 2009 קבע כי כ-30% ממקרי השבץ המוחי הם אירועים חוזרים, ומניעת שבץ מוחי בעזרת טיפול בגורמי הסיכון לו (מניעת שבץ ראשוני בטרם האירוע, או נגד שבץ שניוני כדי למנוע את האירוע הבא) היא הדרך היעילה ביותר לצמצום השכיחות של המחלה ונזקיה.

ואולם נמצא כי למרות מסקנות הוועדה הבין-משרדית בנושא שבץ מוחי על חשיבות המניעה באמצעות טיפול בגורמי הסיכון, לא הביא המשרד לידי מימוש את המלצותיה בנושא הזה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד וקופות החולים לפעול להעלאת המודעות בציבור, למשל באמצעות פרסום על אודות הסימנים המקדימים לאיתור אירוע מוחי, על דרכי מניעתו, כגון הבדיקות המוקדמות הראויות, וכן על הדרכים למזעור הנזקים כתוצאה משבץ מוחי, כגון מהירות ההגעה לטיפול בבית החולים.

כמו כן, על המשרד, קופות החולים והאיגודים המקצועיים לבחון מבחן של עלות מול תועלת את נושא ביצוע הבדיקות המקדימות לגורמי הסיכון הייעודיים¹³⁰ ללקות בשבץ מוחי ולהחליט על מדיניות רפואית ברורה - להמליץ לחלקים באוכלוסייה לעשות בדיקות שונות, אם לאו. יתרה מכך, עליהם לקיים דיון מקצועי על הפירוש הרפואי שיש לייחס לתוצאות הבדיקות המעלות חשש לבעיה, ולחלופין - להחליט על מדיניות שלפיה כל עניין ייבחן לגופו.

הצורך בעדכון ההגדרה עבור "קשיש"

הגיל הקובע במשרד הבריאות להגדרת קשיש (65) נקבע לפני שנים רבות. מאז תוחלת החיים ואיכותם הולכות ועולות. חולים שזקוקים לשיקום באשפוז ועברו את גיל 65 מופנים בדרך כלל לקבלת שיקום במחלקה לגריאטריה שיקומית, אף שבמצבם השכלי והגופני אין הם מתאימים לשהייה במחלקה של קשישים¹³¹.

מנכ"ל הרצוג בתגובתו מספטמבר 2011 מסר כי לדעתו, "גיל 65 מזמן אינו גריאטרי ואי עדכון ההגדרה של 'קשיש' הופך גם את ההפרדה בין שיקום לשיקום גריאטרי למלאכותי".

לדעת משרד מבקר המדינה, במקביל לבחינת האפשרות לאחד את השיקום עם השיקום הגריאטרי לכלל מחלקה אחת תוך כדי מתן גמישות ניהולית למנהל המחלקה, יש גם מקום לשקול את עדכון הגיל הקובע להגדרת קשיש.

- 129 בתאריך 22.1.07 מינו מנכ"לי משרדי הבריאות והרווחה ועדה בין-משרדית לבדוק את הנושא ולהמליץ על טיפול במי שעברו שבץ מוחי.
- 130 למעט בדיקות לגורמי הסיכון למחלות דם כיתר לחץ דם ורמת כולסטרול חריגה שעל כלל האוכלוסייה לבדוק.
- 131 כאמור לעיל, יש מחלוקת בין מומחים בתחום אם נכון להפריד בין מחלקות שיקום לבין מחלקות לגריאטריה שיקומית.

סיכום

שיקום קשישים הוא שלב טיפולי בתהליך של ריפוי מתמשך והוא נועד לשפר תפקודים תנועתיים וקוגניטיביים שנפגעו מחמת מחלה או פציעה. תכלית הטיפול להגדיל את עצמאותו האישית של הקשיש ולהקטין את תלותו בזולת לקראת חזרתו לאורח חיים פעיל ובריא. השיקום הרפואי יכול להינתן בכמה מסגרות לפי חומרת האירוע הרפואי וצורכי החולה.

בביקורת עלה כי חלק מהחולים הזקוקים לשיקום באשפוז וזכאים לו מושהים במחלקות חריפות בטרם העברתם לשיקום, חלקם מקבלים אותו במחלקות מרוחקות ממקום מגוריהם וחלקם אינם מקבלים אותו כלל; התנהלות זו נגרמת בשל חוסר במיטות אשפוז לשיקום ולגריאטריה שיקומית וכן עקב פיזור גאוגרפי לא אחיד של המיטות הקיימות. אולם גם במסגרות אחרות לשיקום יש מחסור של ממש, למשל במרכזים לשיקום יום.

מן הראוי למנות צוות שיבחן את הצרכים של תושבי מדינת ישראל בכל אחת ממסגרות השיקום - באשפוז ובקהילה, ובין השאר יבחן את הצורך בהגדלת כל אחת מהן לפי הצרכים בני זמננו ואלה שבעתיד, על פי הצפי בגידול שיעור הקשישים באוכלוסייה והתקדמות הרפואה בתחום השיקום. בחינת הפיתוח של כל אחת ממסגרות השיקום צריכה להביא בחשבון את ההיבט הלאומי ופיתוח כל המסגרות האפשריות לשיקום; יש להתחשב גם בצרכים של כל מחוז וכן באפשרות להוספת מיטות באמצעות יזמים פרטיים.

מן הראוי לבחון את כל מבנה השיקום בכללותו תוך כדי לימוד של מודלים בארצות אחרות. יש לדון בגיל הקובע להגדרת קשישים ולהתחשב בשינויים בתוחלת החיים ובאיכותם, שינויים אשר כבר נלקחו בחשבון בתחומים אחרים כגון גיל היציאה לגמלאות. יתרה מכך, על משרד הבריאות לבחון מודלים של שיקום קצר טווח ושיקום ממושך לפי צורכי החולה ולא דווקא לפי גילו.

על משרדי הבריאות והאוצר לשקול לקבוע מחירי מינימום ליום אשפוז בשיקום כדי למנוע חילוקי דעות בין קופות החולים ובתי החולים, להבטיח את איכותם של שירותי שיקום וכן להבטיח את מצבם הכספי הראוי של מוסדות המספקים אותו; הכול תוך הגברת הפיקוח של משרד הבריאות על מוסדות רפואיים הפועלים בתחום חשוב זה. לאור ההחלטה שתתקבל בנושא מחירי המינימום, על המשרד לבחון כיצד למנוע ירידות חוזרות ונשנות בתפוסת המיטות במרכז הרפואי פלימן.

בשל חשיבותו והיקפו הנרחב של נושא השיקום בישראל ובהתחשב בכשלים החמורים המוצגים בדוח זה, על משרד הבריאות לשקול להקים גוף נפרד שירכז את תחום השיקום במשרד (שיקום קשישים בפרט ושיקום בכלל); גוף זה יפעל בתיאום עם האגף לגריאטריה אולם לא יהיה כפוף לו.

לשיקום במתכונת של שיקום יום יש יתרונות מסוימים, בין השאר משום שרוב המשקם נשאר בסביבתו הטבעית. על המשרד בשיתוף המועצה הלאומית לשיקום לקבוע אמות מידה לפעילות מרכזים אלו, לרבות תקינת כוח האדם הרפואי ותקינת המבנה. כמו כן, יש לקבוע אילו חולים מתאימים לקבל שיקום שאינו באשפוז, שיקום יום או מסגרות אחרות בקהילה. על המשרד גם לקבוע אמות מידה לפתרונות טכנולוגיים מתקדמים בתחום השיקום, כמו "טל-שיקום".

על בתי החולים וקופות החולים להקפיד על הליכי הפניה תקינים לשיקום, ובין השאר להקפיד על מכתבי שחרור שיכתבו על ידי רופאים מומחים בגריאטריה או בשיקום ועם הנחיות ברורות לקופות החולים לאיזו מסגרת יש להפנות את הקשיש.

על המועצה הלאומית לשיקום להשלים במהרה את כל הפערים שנוצרו עקב השבתה כשלוש שנים.

המשרד לא הכליל את נושא השיקום הגריאטרי בתכנית מדדי האיכות לרפואת הקהילה בישראל וכחלק מהתמריצים הניתנים לקופות החולים כדי שישפרו את הישגיהן בתחום. מן הראוי לשקול לכלול נושא זה בין שאר המדדים העיקריים שהמשרד בודק בקופות החולים ומתגמל אותן על פי התוצאות.

הוראות המשרד להפעלת מחלקה לגריאטריה שיקומית לא נתמכו בתקציב ובתקנים באמצעות הנציבות. לפי הוראות המשרד, חלק מדרישות כוח האדם במחלקה לגריאטריה שיקומית הן פחותות בהרבה מאלה של מחלקת שיקום, ואחד ממקצועות הרפואה שקבע המשרד כי עליהם להיות מועסקים במחלקה לגריאטריה שיקומית אינו מקצוע מוכר במדינת ישראל. על המשרד לבחון את דרישותיו, ובין השאר לשקול אם נכונה ההפרדה בין מחלקות לשיקום ולגריאטריה שיקומית הן ברישוי והן בהפעלה, או שיש לאחדן כמחלקה אחת כמקובל בכמה מקומות בארץ, תוך כדי מתן גמישות ניהולית ותפעולית רבה יותר למנהל המחלקה המאוחדת.

נמצאו מחלקות לגריאטריה שיקומית שאינן עומדות בדרישות המשרד להיקף כוח אדם רפואי ובינוי, חלקן אף לא מעסיקות רופאי שיקום כנדרש כחלק מצוות המחלקה, בין היתר בשל המחסור החמור בהם. על מוסדות השיקום להקפיד לעמוד בכל דרישות המשרד להפעלת מחלקה לגריאטריה שיקומית, ועל הקופות והמשרד להקפיד על כך שקשישים לא יופנו לשיקום באשפוז במחלקות ללא רישיון מתאים.

נמצא כי נבחנו דרכים לטיפול בניגוד העניינים המובנה של משרד הבריאות בין מעמדו כמאסדר (רגולטור) לבין מעמדו כבעלים וכמפעיל של בתי חולים ממשלתיים; אולם הניסיונות השונים לטפל בכך לא צלחו. מן הראוי לקדם את בירור הנושא בין הגורמים הרלוונטיים על מנת להבטיח קבלת החלטות ענייניות בנושאי הבריאות בכלל והשיקום בפרט. יתרה מכך, מן הראוי למצוא מנגנונים שיצמצמו את מידת השפעתו של ניגוד העניינים האפשרי על פעולות המשרד בהווה ובעתיד.

שיקום קשישים לאחר אירוע בריאותי חריף חשוב מההיבטים הרפואיים, הכלכליים והאנושיים. ואולם ממכלול הממצאים בדוח ביקורת חמור זה עולה כי במקום להעניק לקשישים שיקום ראוי שיחזירם למסלול החיים הרגיל, נוצר מצב שבו קשישים רבים אינם מקבלים שיקום כלל או מקבלים שיקום במקום שאינו ראוי לכך, והדבר עלול להביא אותם לידי מצב סיעודי. לפיכך, על כל הנוגעים בדבר לפעול בהקדם להבטחת מתן שירות רפואי בסיסי זה לכל הזקוק לו ולהבטיח כי השירות יינתן באיכות נאותה כדי שישג את מטרותיו.

