

דוח מבקר המדינה | אייר התשפ"ג | מאי 2023



משרד הבריאות

---

# אשפוז ילדים בבתי חולים





## אשפוז ילדים בבתי חולים

### רקע

בסוף שנת 2020 היו בישראל כ-3.05 מיליון ילדים בקבוצת הגיל 0 - 18 (כשליש מאוכלוסיית המדינה).

רפואת ילדים (פדיאטרייה - Pediatrics) עוסקת באוכלוסיית התינוקות, הילדים והמתבגרים, דהיינו, על פי המקובל בארץ, החל בלידה ועד גיל 18. רפואת ילדים היא ענף רפואי ייחודי, המחייב התייחסות פרטנית למאפייני המטופלים ובהם גודל גופם ואיבריו השונים, המתפתחים עם השנים. הטיפול בילדים בקהילה, וכך גם במרפאות ובמחלקות האשפוז שבבתי החולים (להלן גם - בתיה"ח), דורש גישה המתאימה לילדים, ולא פעם גם אמצעים השונים מאלו המיועדים לטיפול במבוגרים. מלבד הצוות הרפואי, הכולל את הרופאים, האחיות וצוות המקצועות הפרא-רפואיים, פועלים במחלקות האשפוז שבבתיה"ח מורים וגננות המספקים לילדים המאושפזים מסגרת חינוכית, וזאת מתוקף חוק חינוך לילדים חולים. גם הוריו של הילד המאושפז הם גורם משמעותי במהלך אשפוזו, הן מבחינת מעורבותם בטיפולים, הן בנוגע לקבלת ההחלטות לגביו והן בשל הצורך ללוות אותו במהלך האשפוז.

חלק מהילדים המתאשפזים במחלקות הילדים שבבתיה"ח מגיעים לאשפוז מתוכנן לצורך טיפול במחלה או לשם פעולה רפואית, חלקם מופנים מהמחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד), ויש שהועברו מבית חולים אחר. מרבית האשפוזים קצרים, ואולם לעיתים תקופת האשפוז ארוכה.



נתוני מפתח

**יותר מ-  
50%**

מחדרי האשפוז במחלקות הילדים בבתי"ח העמק, כרמל, שניידר והלל יפה מיועדים לשלושה מאושפזים. מסמך הנחיות התכנון לבתי חולים כלליים מאפריל 2007 בנוגע למחלקות חדשות הנבנות או משופצות קובע כי בחדרי האשפוז במחלקה יהיו שתי מיטות

**691,000**

מספר ימי האשפוז המצטבר במחלקות הילדים<sup>1</sup> בשנת 2021. בשנת 2050 הוא צפוי להיות 1,158,000

**91%**

התפוסה הממוצעת במחלקות האשפוז הכלליות (ובכללן ילדים) בישראל ב-2019, מול 76% במדינות ה-OECD. בתשע (כ-43%) מתוך 21 מחלקות הילדים שבבתי"ח התפוסה הייתה שווה לתפוסה הממוצעת במחלקות האשפוז הכלליות או גבוהה ממנה

**129,000**

מספר הילדים שאושפזו במחלקות ילדים בשנת 2021, חלקם יותר מפעם אחת

**553**

ילדים המתינו באפריל 2022 למסגרות אשפוז או לטיפול יום פסיכיאטרי; 258 מהם המתינו לאשפוז פסיכיאטרי ומן ההמתנה היה 3 - 7 חודשים; 295 המתינו לטיפול יום, ומן ההמתנה היה 3 - 12 חודשים

**15.4  
שבועות**

זמן ההמתנה הממוצע לניתוח כריתת שקדים לילדים בבתי חולים ציבוריים בשנת 2022

**7 מתוך  
21**

בתי"ח שבהם אין במלר"ד ילדים במשמרת הערב רופא מומחה ברפואה דחופה או ברפואת ילדים

**-21  
(2%)**

מספר המיטות בתקן שהופחתו במחלקות הילדים מ-2009 (1,089 מיטות) ועד 2020 (1,068 מיטות). בתקופה זו עלה מספר הילדים בישראל בכ-23%

1 כולל מחלקות לטיפול מיוחד ביילוד (פגיות), המהוות כ-34% ממיטות האשפוז באגף הילדים.



## פעולות הביקורת

בחודשים פברואר עד אוקטובר 2022 בדק משרד מבקר המדינה את מצב האשפוז במחלקות הילדים בבתי"ח הציבוריים-הכלליים. כמה מהנושאים שנבדקו: תכנון מערך אשפוז הילדים בבתי החולים והמצב בפועל; יחידות ומחלקות ייעודיות לטיפול בילדים (טיפול נמרץ, מלר"ד, מחלקות כירורגיות); אשפוז ילדים במחלקת ילדים שאינה מתאימה למצבם; הכרה של משרד הבריאות ב"בית חולים לילדים"; חוויית המטופל ומלוויו; כוח האדם הרפואי, הסייעודי והפרא-רפואי; שמירה על שגרה לימודית במהלך האשפוז; אשפוז בית לילדים. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות; ב-21 בתי חולים כמפורט להלן: 11 בתי חולים כלליים ממשלתיים<sup>2</sup>, שבעה בתי חולים של הכללית<sup>3</sup> ושני בתי חולים ציבוריים: המרכז הרפואי הדסה ובית החולים אסותא באשדוד; בארבע קופות החולים: שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת ולאומית שירותי בריאות ובמשרד החינוך. בדיקת השלמה נעשתה בניצבות שירות המדינה.

במסגרת הביקורת נשלחו שאלונים לכל בתי החולים שנכללו בביקורת. כמו כן, התקיימו שיחות במסגרת ארבע קבוצות מיקוד, שבהן השתתפו 28 הורים לילדים שהיו בני 0 - 17 בזמן האשפוז ואושפוז במחלקות ילדים בשנים 2020 - 2022 לתקופה של לפחות יומיים<sup>4</sup>, וזאת לצורך קבלת עמדתם בנוגע לחוויית המטופל והוריו המלווים.

## תמונת המצב העולה מן הביקורת

**תוכנית לאומית למספר מיטות האשפוז במחלקות הילדים:** בשנים 2009 עד 2020 עלה מספר הילדים בישראל בשיעור של כ-23%. עם זאת, בתקופה זו ירד מספר המיטות בתוך מחלקות הילדים ב-21, מ-1,089 מיטות ב-2009 ל-1,068 ב-2020. מספר הילדים שאושפזו במחלקות הילדים בשנת 2021 היה 129,000, חלקם יותר מפעם אחת, ומספר ימי האשפוז המצטבר במחלקות הילדים בשנה זו היה כ-425,000 (לא כולל אשפוז במחלקות לטיפול מיוחד ביילוד). לפי אחד התרחישים המובאים בתמ"א 49 (תוכנית מתאר ארצית למוסדות הבריאות), משנת 2020 עד שנת 2050 יגדל מספר ימי האשפוז באגפי הילדים בכ-68% (מ-691,000 בשנת 2020 ל-1.158 מיליון ימי אשפוז בשנת 2050, כולל אשפוז במחלקות לטיפול מיוחד ביילוד). עלה שמשרד הבריאות לא הכין תוכנית אופרטיבית להפעלת בתי החולים ולא קבע יעדי יסוד ארוכי טווח למערכת האשפוז - מספר המיטות ל-1,000 נפש, התפוסה הרצויה בבתי החולים ומשך האשפוז הממוצע במחלקות

- 2 המרכז הרפואי זיו, רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם, המרכז הרפואי הלל יפה, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא תל השומר, המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי (איכילוב), המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון, המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, המרכז הרפואי לגליל, המרכז הרפואי בני ציון, המרכז הרפואי שמיר ומרכז רפואי צפון (להלן גם - פוריה).
- 3 מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, המרכז הרפואי קפלן, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, מרכז רפואי העמק, מרכז רפואי כרמל, מרכז רפואי מאיר ומרכז רפואי יוספטל.
- 4 מרבית הילדים היו מאושפזים ימים ספורים למעט ילד אחד שאושפז לתקופה ממושכת העולה על שבעה ימים.



**תפוסת המיטות במחלקות הילדים:** בשנת 2019 ב-10 (כ-48%) מתוך 21 מחלקות הילדים שבבתי"ח התפוסה הייתה שווה למוצע התפוסה במדינות ה-OECD במחלקות האשפוז הכלליות (ובכללן ילדים) או נמוכה ממנו. ב-11 מחלקות התפוסה הייתה גבוהה מהמוצע במדינות ה-OECD באשפוז הכללי (76%). בולטים במיוחד בשיעורי התפוסה הגבוהים בתי החולים הדסה עין כרם, הדסה הר הצופים, רמב"ם, שניידר, קפלן, שיבא-ספרא, וכן איכילוב-דנה, שבהם התפוסה הייתה יותר מ-94%. ברמת הממוצע המחוזי השיעור הגבוה ביותר הוא במחוז תל אביב (133%). אשר למצב בפריפריה - במחוז צפון התפוסה הממוצעת הייתה 61% ובמחוז דרום 75%. אומנם התפוסה הממוצעת במחוז דרום הייתה יחסית נמוכה - 75%, אולם ב"מרכז-העל" סורוקה של הכללית בבאר שבע הייתה תפוסה גבוהה של 87%.

**רופאי ילדים בקהילה ורופאים מומחים:** ההתמחות ברפואת ילדים חשובה למתן הטיפול הרפואי המיטבי לילדים חולים. רופא מומחה ברפואת ילדים המטפל בילדים בקהילה לומד לאבחן היטב מחלות, לתת טיפול מתאים ולנהל מקרי מחלה מורכבים בצורה טובה. טיפול של רופא מומחה ברפואת ילדים גם יכול למנוע החמרה של המחלה והפניה מיותרת למלר"ד וכן יכול לצמצם אשפוזים חוזרים ולשפר את הרצף הטיפולי לאחר השחרור מהאשפוז. שיעור הילדים בני 0 - 12 שטופלו בידי רופא מומחה ברפואת ילדים נע בין 36% בלאומית ל-90% במכבי (65% בכללית ו-70% במאוחדת). בכל הקופות שיעורם קטן יחסית במחוזות הפריפריאליים דרום וצפון, ובחלקן גם במחוז ירושלים; כך למשל, במכבי, שבה שיעור הילדים שטופלו בידי רופא מומחה הוא הגדול ביותר, שיעורם נע בין 80% במחוז דרום ל-97% במחוז מרכז; בלאומית, שבה השיעור הוא הקטן ביותר, שיעורם נע בין 16% במחוז דרום ל-43% במחוז ירושלים.

**רופאים "מומחי-על" ומומחים בטיפול נמרץ בילדים וברפואה דחופה:** המשרד לא קבע יעדים רצויים למספר הרופאים שהם "מומחי-על" ברפואת ילדים על פי תחומי ההתמקצעות השונים, ואין לו תוכנית ארוכת טווח המביאה בחשבון את הצורך ברופאים אלה ומספקת לו מענה מתאים. החוסר במומחי-על בא לידי ביטוי גם בזמני המתנה ארוכים אליהם בקהילה. בלית ברירה נאלצים לעיתים הורים לפנות לרפואה פרטית, ולחלופין למלר"ד, בצפייה לקבל במלר"ד טיפול מהיר של רופא מומחה. כך נוצרים עומסים מיותרים על המלר"ד ועל מערכת האשפוז, וכן הוצאה פרטית גבוהה, שמשמעה גם פגיעה בשוויון בקבלת שירותים רפואיים - מי שידו משגת יכול לממן לילדו טיפול בידי רופא שהוא "מומחה-על".

עוד עלה שלמשרד הבריאות אין הערכה בדבר מספר הרופאים המומחים הנדרשים בתחום של טיפול נמרץ בילדים. המשרד גם לא קבע יעד רב-שנתי למספר הרופאים שיש להכשיר בתחום זה. ב-7 מתוך 21 בתי"ח אין במלר"ד ילדים רופא מומחה ברפואה דחופה או ברפואת ילדים במשמרת ערב. בולט במיוחד היעדר רופא מומחה במשמרת ערב בשלושה מתוך שבעת בתי החולים בפריפריה (זיו, פוריה, נהרייה). במרכז-העל - רמב"ם, סורוקה, שניידר, איכילוב, שיבא והדסה עין כרם - אין רופא כזה במשמרת לילה.

**זמני ההמתנה לניתוח כפתורים באוזן ולניתוח כריתת שקדים:** אף על פי שמשרד הבריאות מפעיל את התוכנית לקיצור תורים, שעלותה הכוללת 2.54 מיליארד ש"ח, ואשר כוללת גם את שלושת ניתוחי הילדים השכיחים: ניתוח כריתת שקדים, ניתוח כפתורים באוזן וניתוח בקע, ב-11 מתוך 17 בתי"ח זמן ההמתנה לניתוח כפתורים באוזן בשנת 2022 היה



ארוך מזמן ההמתנה בשנת 2020; אשר לניתוח כריתת שקדים לילדים, בתשעה בתי"ח זמן ההמתנה ב-2022 היה ארוך מזה שבשנת 2020. למשל, זמן המתנה הממוצע לניתוח זה בבתי חולים ציבוריים היה 15.4 שבועות בשנת 2022. עוד עלה כי אף שהתוכנית נועדה בין היתר להגדלת שיעור הניתוחים הנעשים במערכת הציבורית, כמעט לא חל שינוי בתמהיל הניתוחים הנעשים במערכת הציבורית ובמערכת הפרטית<sup>5</sup> (עם עדיפות קלה למערכת הפרטית בנוגע לניתוח כריתת שקדים) וההתפלגות של שלושת הניתוחים בין המוסדות הציבוריים למוסדות הפרטיים הייתה קרובה לשוויון: ב-2021 חלה עלייה קלה בביצוע ניתוח כריתת שקדים וניתוחי בקע במוסדות הפרטיים (עלייה של 5% בכל סוג ניתוח) ביחס ל-2019, ואילו בניתוח כפתורים באוּן לא חל שינוי על פני התקופה.

**אשפוז ילדים במחלקת ילדים שאינה מתאימה למצבם:** לעיתים ילדים מאושפזים במחלקות הילדים במקום במסגרות המתאימות להם, כמו מסגרות לטיפול נפשי או לשיקום, וזאת בשל חוסר מקום במחלקות פסיכיאטריות לילדים או במסגרות האחרות שמתאימות להם. אי-קבלת טיפול מתאים עלולה להפוך את הילדים לחולים כרוניים, מצמצמת את סיכויי הריפוי ואף מגדילה את סיכויי התמותה שלהם; כך לדוגמה, כאשר יש עומס במחלקה לבריאות הנפש של ילדים, נאלץ ביה"ח זיו לאשפוז את הילדים במחלקת ילדים. בתקופה מסוימת ב-2019 אושפזו 14 ילדים במחלקת הילדים במקום במחלקה לבריאות הנפש לילדים וב-2021, בעת משבר הקורונה, נדרש לאשפוז במחלקת הילדים 36 ילדים שנזקקו לאשפוז במחלקה לבריאות הנפש. אשר לשיקום - לפי הנתונים שהעביר ביה"ח השיקומי לוינשטיין באמצע יולי 2022, היה מספר הילדים הממתנים באותה עת היה 19, וזמן ההמתנה הגיע לשלושה חודשים. למשרד אין מידע על מספר הילדים שבשל מצוקת מיטות במחלקות ייעודיות למצבם מאושפזים במחלקות הילדים בבתי"ח.

**חויית המטופל ומלוויו - לינה, מלונאות, טיפול וקבלת מידע:** משרד הבריאות ביצע סקרים לניטור חויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי"ח כלליים ובמלר"דים (גם מלר"ד ילדים), אך לא במחלקות הילדים. כמו כן, בקבוצות המיקוד שקיים משרד מבקר המדינה עם הורים עלו הבדלים בין בתי"ח הגדולים לבין בתי"ח הקטנים בכל הנוגע לחויית המטופל של ההורים - ככלל, חויית המטופל בבתי"ח הגדולים נתפסה דורשת שיפור, ואילו בבתי"ח הקטנים היא נתפסה חיובית. כך למשל, בבתי"ח הגדולים ציינו הורים תחושה לא-נעימה של חוסר רגישות כלפי צורכי ההורה וכן משך המתנה ארוך לקליטה במחלקה, שלא הייתה ערוכה לקבלת מטופלים חדשים; בבתי"ח הקטנים ציינו ההורים לחיוב קבלה מהירה למחלקה וקבלת מידע ראשוני, תנאי לינה ומלונאות טובים, אווירה נעימה במחלקה ויחס אדיב ושירותי כלפיהם. בכל הקשור למזון עלה חוסר שביעות רצון בבתי"ח הקטנים והגדולים כאחד.

**כוח אדם לטיפול בילדים - רופאים, אחיות וצוות פרא-רפואי: כוח אדם רפואי - תקן** הרופאים הנוכחי נקבע בשנת 1976, ומאז עודכן כמה פעמים ולאחרונה ב-2011. כדי להתגבר על תקן שאינו מספק, בתי חולים מוסיפים לעיתים למחלקות השונות כוח אדם רפואי ממקורותיהם. כוח אדם סיעודי - לא נבחן הצורך בעדכון ובבדיקת הרלוונטיות של מפתח התקינה, שנקבע ב-1996, לנוכח השינויים שחלו בתחלואה ומורכבות הטיפול במחלות ובילדים; בשנת 2020 נמצאה ישראל ברבע התחתון מבחינת מספר האחיות ל-

5 חלק מהניתוחים בבתי החולים הפרטים הם במסגרת סל שירותי הבריאות.



1,000 נפש בקרב כ-40 מדינות: 5.1 אחיות בישראל לעומת 8.9 בממוצע במדינות ה-OECD (פחות מ-60% מהממוצע במדינות ה-OECD). **כוח אדם פרא-רפואי<sup>6</sup>** - אין תקן לעובדים במקצועות הפרא-רפואיים בבתי"ח על אף חשיבות תפקידם, ובתי החולים מעסיקים אותם לפי יכולתם.

**שמירה על שגרה לימודית במהלך האשפוז:** חוק חינוך חנינם לילדים חולים, התשס"א-2001, נחקק לפני יותר מעשרים שנה. למרות זאת, ולמרות החלטת הממשלה שחייבה להתקין עד מרץ 2018, משרד החינוך עדיין לא התקין תקנות לחוק זה. מכך עולה שאין מסגרת הפעלה סדורה של שגרת הלימודים של ילדים חולים מאושפזים. עד שנת הלימודים התשע"ט פרסם משרד החינוך בכל שנה הנחיות כלליות בנושא, ומאז לא פורסמו הנחיות. בפועל יש מענה חינוכי ב-20 בתי"ח כלליים ממשלתיים, של הכללית וציבוריים<sup>7</sup>, עם זאת, לכ-60% מהמורים בבתי"ח הכלליים אין הכשרה ייעודית לפעול במרחב רפואי. בקפלן ובאסותא אשדוד אין מורים למגזר הערבי והחרדי, ובאיכילוב-דנה ובשניידר אין מורים למגזר החרדי.

**אשפוז בית לילדים:** אף שאשפוז ביתי של ילדים כבר החל ברחבי העולם, ובישראל כבר החל אשפוז בית למבוגרים, אין בישראל אשפוז בית עבור ילדים.



**תוכנית מתאר ארצית למוסדות הבריאות בישראל:** משרד הבריאות ומינהל התכנון במשרד הפנים הכינו בשיתוף מומחים את תמ"א 49 לפריסת מוסדות בריאות ולהגדרת עתודות קרקע עבור הרחבת בתי החולים הקיימים והקמת חדשים.

**הכרה של משרד הבריאות ב"בית חולים לילדים":** במהלך הביקורת החל משרד הבריאות בגיבוש קריטריונים להכרה ב"בית חולים לילדים", ובהם: בית החולים הוא "מרכז-על"; בית החולים לילדים פועל במבנה נפרד ויש לו תשתיות רפואיות נפרדות; מתקיימת בו פעילות אקדמית ומחקרית משמעותית, ומחלקותיו מוכרות להתמחות.

**סקרי חוויית המטופל:** הכללית מבצעת סקרי שביעות רצון במשך שנים ואף קבעה יעד לשביעות הרצון הכללית של מטופליה בכל יחידות הטיפול בילדים. גם חלק מבתי"ח הממשלתיים מבצעים סקרי חוויית מטופל במחלקות ילדים. עם זאת, משרד הבריאות מבצע סקרים לניטור חוויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי"ח כלליים ובמלר"דים (גם מלר"ד ילדים), אך אינו מקיים סקרים ייעודיים למחלקות הילדים.

6 בין המקצועות קלינאות תקשורת, רפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, עבודה סוציאלית.

7 בבית החולים יוספטל של הכללית אין כיתה, וילידים מוקצות שעות הוראה בלבד.





## עיקרי המלצות הביקורת

מומלץ שמשד הבריאות יכין תוכנית רב-שנתית שתפרט את מספר המיטות הנדרשות באגפים השונים במערך האשפוז, לרבות אגפי הילדים, וזאת לאחר שיקבע יעדים למערכת האשפוז. בגיבוש התוכנית מומלץ שהמשד יתבסס על נתונים מלאים על המצב הקיים; על התחזית ארוכת הטווח של הגידול הדמוגרפי על פי מאפיינים שונים של האוכלוסייה, לרבות הפיזור הגיאוגרפי שלה; על צפי התחלואה באוכלוסייה ועל מרכיבים נוספים כנדרש. מומלץ שבמסגרת הכנת התוכנית הרב-שנתית למספר המיטות הנדרשות באגפי הילדים יבחן משד הבריאות את הצרכים העתידיים המעודכנים במחלקות בריאות הנפש לילדים ובמחלקות השיקום לילדים; ימפה באופן מלא את המצב הקיים, לרבות המענה שקופות החולים מספקות, ויכין תוכנית שתיתן מענה לצרכים העתידיים.

מומלץ שמשד הבריאות יוסיף לתוכנית קיצור התורים לניתוחים שהוא מפעיל גם יעדים ומדדים בנוגע לכל תור שהוא מצפה שיקוצר. עוד מומלץ שבתי"ח יתחוו בשיתוף המשד את התהליך משלב ההודעה לחולה על הצורך בניתוח ועד ביצועו, כדי לאתר שלבים בתהליך שניתן לייעל ולשפר.

מומלץ שמשד הבריאות ירחיב את סקרי ניטור חוויית המטופל גם למחלקות הילדים ויפרסם את תוצאותיהם. נוכח העולה מתהליך שיתוף הציבור שקיים צוות הביקורת, מומלץ לכל בתי"ח, ובעיקר לבתי"ח הגדולים, סורוקה, שניידר, רמב"ם, שיבא-ספרא, הדסה עין כרם ואיכילוב-דנה, לוודא כי חוויית המטופל חיובית, ואם עולה שנדרש שיפור בתחומים מסוימים, לפעול לביצוע השיפורים הנדרשים. כמו כן מומלץ שמשד הבריאות יעקוב אחר תיקון הליקויים.

**כוח אדם רפואי:** מומלץ למשד הבריאות, למשד האוצר ולנציבות שירות המדינה (נש"ם) לבחון שיטת תקינה חדשה לרופאים במחלקות האשפוז בכלל ובמחלקות הילדים בפרט. מומלץ שבהמשך לכך תעודכן התקינה הקיימת של הרופאים שנקבעה עוד בשנת 1976 ועודכנה לאחרונה ב-2011, וזאת בכדי להתאימה לצרכים המתעדכנים של מערכת הבריאות - השינויים הטכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית שגדל וההתפתחות של מקצועות ותת-מקצועות בתחום הרפואה והסיעוד. מומלץ גם שהעדכון יתבסס על צורך במיצוי יעיל וגמיש של המשאבים. עוד מומלץ שמשד הבריאות והקופות יכינו תוכנית שתיתן מענה לצורך ברופאים מומחים ברפואת ילדים בקהילה, ובהכנתה יובאו בחשבון המחסור ברופאים מומחים ברפואת ילדים בקהילה בפריפריה והדרכים לצמצום הפערים בין הפריפריה למרכז הארץ, וייבחנו כלים לעידוד ותמרוץ להשגת המטרות. מומלץ לשקול לקבוע יעדים בדבר מספר הרופאים המומחים ברפואת ילדים בכלל ומספר "מומחי-העל" במקצועות השונים בתחום זה. **כוח אדם סיעודי:** מומלץ שמשד הבריאות, משד האוצר ונש"ם יבחנו עם האיגודים המקצועיים המתאימים את התאמת תקני כוח האדם הסיעודי - בפרט במחלקות הילדים - לצרכים המעודכנים, לאזור הגיאוגרפי, לדמוגרפיה ולתפוסות במחלקות; **כוח אדם פרא-רפואי:** מומלץ שמשד הבריאות ימפה את הצורך במקצועות הפרא-רפואיים בכלל בתי"ח ויבחן מהו התקן של בעלי מקצועות אלו שיאפשר מתן טיפול ההולם את צרכי החולים.



על משרד החינוך להשלים את התקנת התקנות לחוק חינוך חינם לילדים חולים, התשס"א-2001, בתיאום עם משרד הבריאות. לאחר התקנת התקנות מומלץ שמשרד החינוך יקבע נוהלי קבע להסדרת המסגרת החינוכית עבור ילדים חולים המאושפזים בבתי"ח, וככל שיידרש גם יפרסם חוזרים שנתיים; עוד מומלץ שמשרד החינוך יפעל לתת לצוותי ההוראה הרלוונטיים הכשרה המתאימה למרחב הרפואי שבו הם מלמדים; יודא כי אין מחסור במורים לילדים בני מגזרים שונים המאושפזים בבתי החולים, ואם יעלה חוסר - יפעל להשלימו.

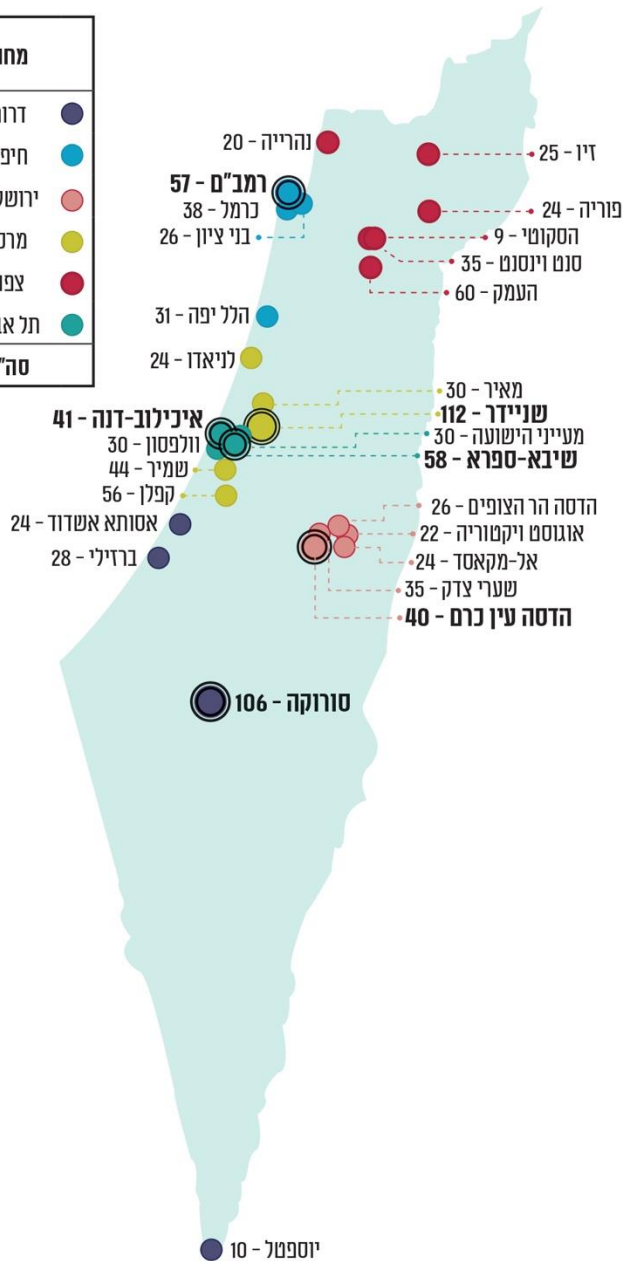
מומלץ שמשרד הבריאות ישקול, בשיתוף בתי"ח, קופות החולים והאיגוד הישראלי לרפואת ילדים, לקדם את הסדרת סוגיית אשפוז הבית לילדים מתוך ראייה כוללת של שלומותם ורווחתם של הילדים ומשפחותיהם.



### מספר המיטות במחלקות הילדים בבתי"ח הציבוריים- הכלליים, לפי בית חולים ומחוז, 2021

מחוז	מיטות בתקן (2021)
דרום	168
חיפה	152
ירושלים	147
מרכז	266
צפון	173
תל אביב	159
<b>סה"כ</b>	<b>1,065</b>

מרכז על



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



**זמני ההמתנה לניתוחי בקע, כריתת שקדים וכפתורים באוון  
לילדים בבתי החולים הציבוריים (בשבועות), יוני 2022**

המחוז	בית החולים	כפתורים באוון	כריתת שקדים	בקע
דרום	ברזילי	24	24	8
	סורוקה	26	12	24
	יוספטל	5	2	
ירושלים	אסותא אשדוד	7	7	4
	הדסה עין כרם	12	22	21
	הדסה הר הצופים	9	15	4
תל-אביב	שיבא-ספרא	12	8	2
	וולפסון	3	3	2
	איכילוב-דנה	16	20	3
מרכז	שמיר	7	8	4
	מאיר	9	16	6
	קפלן	15	20	6
	שניידר	11	13	11
חיפה	רמב"ם-רות	4	24	9
	הלל יפה	32	32	4
	בני ציון	4	4	3
	הכרמל	7	8	
צפון	זיו	4	8	8
	נהרייה	20	20	4
	פוריה	8	32	1
	המרכזי בעמק	13	26	10
<b>ממוצע</b>		11.8	15.4	7.1
<b>חציון</b>		9	15	4

על פי נתוני בתי"ח, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

\* ככל שהגיון הירוק עמוק יותר, זמן ההמתנה קצר יותר, וככל שהגיון על קשת הצבעים צהוב-אדום כהה יותר, זמן ההמתנה ארוך יותר.



## עמדות שהציגו ההורים בקבוצות המיקוד

מיטות אשפוז  
(בנוגע לתינוק המאושפז)



הוא גם לא רואה אותי... הוא במקום לא מוכר... והוא לא רואה אותי כי אני למטה (הכוונה יושבת על הכורסה או על כיסא נמוך).

קבלה למחלקה וקבלת מידע ראשוני  
(בנוגע לאחיות)



שתתייחס [האחות]. שמישהו ידע משהו ואני לא סתם אעמוד...

חויית השהות  
(בנוגע לצוותים)



הייתי צריכה קצת לרדוף, תשובות, בדיקות... גם חיוך ומילה טובה זה טוב לכולם, כי לאף אחד לא נחמד המצב הזה.

קבלה למחלקה וקבלת מידע ראשוני



המעבר היה די חלק, כמו פס ייצור... כאילו מחכים לבואנו.

עובדים סוציאליים



הייתה עובדת סוציאלית שמאוד עזרה, שלחה טפסים שצריך. כל תהליך הקבלה... היה מאוד מלווה נכון. באיזשהו שלב היא עזבה ולא מצאו לה מחליפה.

מזון לילד המאושפז ולהורה



לא לחכות לראות מה יגישו ואז לחשוב מה להזמין לו. שאני אדע מה מגישים היום בבוקר, צהריים וערב ולפי זה אני אתכונן



## סיכום

לפי התחזיות, בשנת 2035 תהיה אוכלוסיית הילדים בני 0 - 14 גדולה בכ-13.5% לעומת שנת 2020, ובשנת 2050 צפוי מספר ימי האשפוז באגפי הילדים בבתי החולים להיות גדול בכ-68% לעומת שנת 2020. תחזיות אלה דורשות היערכות של מערכת הבריאות בכלל ומערכת האשפוז בפרט.

עלה כי משרד הבריאות לא קבע תוכנית אופרטיבית להפעלת בתי החולים המבוססת על יעדי יסוד ארוכי טווח למערכת האשפוז - מספר המיטות ל-1,000 נפש, התפוסה הרצויה בבתי החולים ומשך האשפוז הממוצע במחלקות - ובפרט הוא לא קבע תוכנית כזו בנוגע לאגפי הילדים. כשליש ממיטות האשפוז במחלקות הילדים נמצאות בחדרים המיועדים לשלושה ילדים. היעדר מקום במסגרות אשפוז בתחום בריאות הנפש, ובכלל זה הפרעות אכילה, ובמסגרות לשיקום, בפרט בפריפריה, מביא לידי כך שבמחלקות הילדים מאושפזים ילדים שמחלקות אלו אינן מתאימות להם, תוך המתנה ממושכת לאשפוז במסגרת מתאימה אחרת. תקני הרופאים בבתי החולים אינם מעודכנים ואינם מתאימים לצרכים המשתנים, ויש מחסור ארצי ברופאים מומחים ברפואת ילדים. לא נבחן אם תקני האחיות מתאימים לצרכים הנוכחיים, ולכוח האדם הפרא-רפואי אין תקן כלל. בקבוצות מיקוד שקיים צוות הביקורת, ובהן השתתפו הורים שילדיהם אושפזו במחלקות ילדים בבתי החולים, עלה חוסר שביעות רצון של הורים - מי שילדיהם אושפזו בבתי"ח גדולים היו ככלל פחות מרוצים מהורים לילדים שאושפזו בבתי"ח הקטנים בכל הנוגע ליחס ולטיפול של הצוות הרפואי, לקבלת מידע ולתנאים הסביבתיים.

מומלץ שמשרד הבריאות יכין תוכנית רב-שנתית שתפרט את מספר המיטות הנדרשות באגפים השונים במערך האשפוז, לרבות אגפי הילדים, לאחר שיקבע יעדים למערך זה. עוד מומלץ לבחון את תקני כוח האדם הרפואי והסיעודי ואת הצורך בעדכוןם וכן לבחון מהו התקן למקצועות פרא-רפואיים שיאפשר מתן טיפול ההולם את צורכי החולים, ובהתאם לכך מומלץ שהמשרד ישקול להכין תוכנית רב-שנתית להשלמת השירותים הנדרשים. לאור החשיבות הטמונה בבדיקת חוויית המטופל והאפשרות לשיפור בתנאי האשפוז בעקבות סקרי שביעות רצון, מומלץ שמשרד הבריאות יבחן את הצורך לבדוק את חוויית המטופל גם במחלקות הילדים.

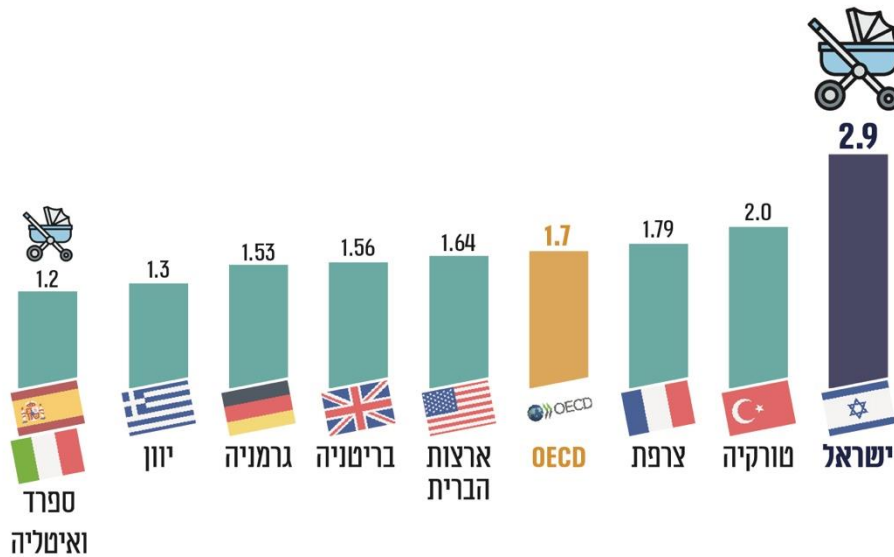


## אשפוז ילדים בבתי חולים

### מבוא

בסוף שנת 2020 היו בישראל כ-3.05 מיליון ילדים<sup>8</sup> בקבוצת הגיל 0 - 18. מדובר בכשליש מאוכלוסיית המדינה, שמנתה אז כ-9.29 מיליון נפש. בין שנת 2009 לשנת 2020 עלה מספר הילדים בקבוצת גיל זו בשיעור של כ-23%. שיעור הפרייון הממוצע בישראל היה בשנת 2020 2.9 ילדים לאישה<sup>9</sup>, הנתון הגבוה ביותר ב-OECD<sup>10</sup>. להלן תרשים להשוואה:

תרשים 1: השוואת שיעור הפרייון בשנת 2020 בין ישראל לכמה מדינות בארגון ה-OECD



על פי נתוני ה-OECD בעיבוד משרד מבקר המדינה.

8 המונח "ילדים" מתייחס בדוח זה לילדים ובני נוער מגיל 0 ועד גיל 18.

9 לפי נתוני הלמ"ס בשנת 2020 שיעור הפרייון הכולל של יהודיות ואחרות נאמד ב-2.88 ילדים לאישה ושל ערביות - ב-2.82. בשנים 2018 - 2020 היה שיעור הפרייון בקרב נשים חרדיות 6.64 ילדים לאישה, בקרב נשים דתיות - 3.92 ובקרב נשים חילוניות - 1.96. [קישור].

10 [קישור].

Organization for Economic Cooperation and Development - הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי. בארגון חברות כ-30 מדינות, מרביתן מערביות, וישראל הצטרפה אליו בשנת 2010.



בשנת 2021 נולדו בישראל כ-184,000<sup>11</sup> תינוקות, כ-18,000 מהם פגים<sup>12</sup>. לפי התחזית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן - הלמ"ס)<sup>13</sup>, בשנת 2035 אוכלוסיית הילדים בקבוצת הגיל 0 - 14 תהיה כ-2.95 מיליון (בהערכת גידול בינונית<sup>14</sup>), כלומר גידול של כ-13.5% ביחס לשנת 2020<sup>15</sup>. גידול זה הוא ללא תקדים בעולם המערבי, והוא דורש היערכות מתאימה של מערכת הבריאות בכלל ומערכת האשפוז בפרט.

רפואת ילדים (פדיאטריה - Pediatrics) עוסקת באוכלוסיית התינוקות, הילדים והמתבגרים, דהיינו, החל בלידה ועד גיל 18, על פי המקובל בארץ. רפואת ילדים היא ענף רפואי ייחודי, המחייב התייחסות פרטנית למאפייני המטופלים ובהם גודל גופם ואיבריו השונים, המתפתחים עם השנים. רופאי הילדים נדרשים להתמודד עם מחלות זיהומיות, המתפתחות באופן תכוף יותר אצל ילדים, מומים מולדים ועם מחלות ממאירות. תחום נוסף במסגרת זו הוא חיסוני פעוטות וילדים, פעילות המחייבת התארגנות מיוחדת והתאמת הטיפול הרפואי אליה. בדומה לרפואת מבוגרים, גם ברפואת ילדים התפתחו תתי-התמחויות, כגון רפואת לב ואונקולוגיה. תחומים נוספים ייחודיים מתמקדים בטרום הלידה בכלל ובשלב הסמוך ללידה - רפואת עוברים (הנכללת בגינקולוגיה), רפואת פגים (ניאונטולוגיה) ורפואת יילודים<sup>16</sup>.

הטיפול בילדים בקהילה, כמו גם במרפאות ובמחלקות האשפוז שבבתי החולים (להלן גם - בתיה"ח), דורש גישה המתאימה לילדים ולא פעם גם אמצעים השונים מאלו המיועדים לטיפול במבוגרים. כך למשל, כדי להשרות אווירה רגועה ונעימה המוכרת לילדים מחוץ לבית החולים, יעוצבו בדרך כלל מחלקות האשפוז לילדים בצבעוניות עליזה ויקושטו באופן המתאים לילדים, ואף הריהוט בחדרי האשפוז יותאם להם. גם הציוד והמכשירים הרפואיים יותאמו פעמים רבות לילדים מבחינת גודלם ומבחינת הצורך להפחית את הכאב שהם עלולים לגרום, כגון לגבי מידות המחטים. גם הצוות הרפואי נדרש להתאים את עצמו לילדים מבחינת היחס והגישה ולעיתים גם מבחינת המראה החיצוני - לבוש יום-יומי, שאינו מדי צוות רפואי.

מלבד הצוות הרפואי, הכולל את הרופאים, האחיות וצוות המקצועות הפרא-רפואיים<sup>17</sup>, פועלים במחלקות האשפוז שבבתיה"ח מורים וגננות המספקים לילדים המאושפזים מסגרת חינוכית, וזאת מתוקף חוק חינוך לילדים חולים<sup>18</sup>. גם הוריו של הילד המאושפז הם גורם משמעותי במהלך האשפוז, וזאת הן מבחינת מעורבותם בטיפולים, הן בנוגע לקבלת ההחלטות לגביו והן בשל הצורך ללוות אותו במהלך האשפוז.

- 11 הלמ"ס, אוכלוסיית ישראל בפתחה של שנת 2022 [קישור].
- 12 פג הוא יילוד בלידה מוקדמת, עד שלושה שבועות לפני תאריך הלידה הצפוי.
- 13 הלמ"ס [קישור], לוח 10. [קישור].
- 14 הלמ"ס מסבירה כי תחזית האוכלוסייה מבוססת על הנחות עתידיות (מערך תרחישים) של המרכיבים המשפיעים על גודל האוכלוסייה: ילודה, תמותה והגירה בין-לאומית. בלוח מוצגות שלוש תחזיות חלופיות: החלופה הנמוכה - 2.03 מיליון; הבינונית - 2.95 מיליון; הגבוהה - 3.89 מיליון.
- 15 בשנת 2020 מנתה קבוצת גיל זו כ-2.6 מיליון ילדים. קבוצת הגיל הבאה בלוח הלמ"ס היא 15 עד 19 והתחזית לגודלה בשנת 2035 היא כ-900,000. לוח 10. [קישור].
- 16 דוח זה אינו עוסק בתחומים אלו.
- 17 מקצוע פרא-רפואי הוא מקצוע הקשור בטיפול רפואי אישי באדם. יש לו בסיס תיאורטי מדעי, אך העוסק בו אינו רופא. בין המקצועות הפרא-רפואיים קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, עבודה סוציאלית.
- 18 חוק חינוך לילדים חולים, התשס"א-2001.





חלק מהילדים המתאשפזים במחלקות הילדים שבבתי"ח מגיעים לאשפוז מתוכנן לצורך טיפול במחלה או לשם פעולה רפואית, חלקם מופנים מהמחלקה לרפואה דחופה (להלן - מלר"ד) לאחר שפנו אליה, ויש שהועברו מבית חולים אחר. מרבית האשפוזים קצרים, ואולם לעיתים תקופת האשפוז ארוכה - בשנת 2021 אושפזו כ-1,700 ילדים למשך יותר מ-20 יום, וכ-11,000 ילדים היו מאושפזים יותר משבעה ימים (8.5% ממספר הילדים שאושפזו)<sup>19</sup>. בעת אשפוז ארוך נזקקים לעיתים ההורים המלווים את הילד למקום חלופי לביתם, כדי שיתאפשר להם לשהות שם לצורך מנוחה, לינה והתרעננות. בארץ פועלים כמה ארגוני התנדבות המסייעים לחולים במתן שירותים שאינם בסל שירותי הבריאות<sup>20</sup>, ובין השאר מספקים לחולה ולמשפחתו סיוע בלינה ובאספקת מזון. באורח זה הם תורמים הן לרווחת ההורים והן לסיכויי ההחלמה של הילדים החולים.

אגף ילדים יכול לכלול את המחלקות והיחידות האלו: ילדים (מחלקת ילדים פנימית או כללית), אונקולוגיה ילדים, קרדיולוגיה ילדים<sup>21</sup>, המטואונקולוגיה ילדים<sup>22</sup>, נירולוגיה ילדים, טיפול נמרץ ילדים, טיפול נמרץ חזה ולב ילדים, טיפול נמרץ ילודים, כירורגיית ילדים, אורתופדיה ילדים, טיפול נמרץ כוויות ילדים, אורולוגיה ילדים, כירורגיית חזה ולב ילדים ועיניים ילדים. הרכב האגף הוא בהתאם לרישיון שנתן משרד הבריאות לבית החולים.

בסוף שנת 2020<sup>23</sup> היו ב-28 המרכזים הרפואיים הציבוריים-הכלליים (להלן - בתי"ח ציבוריים-כלליים או בתי"ח כלליים)<sup>24</sup> 2,401 מיטות אשפוז (להלן - מיטות) באגפי ילדים (כ-15% מכלל המיטות לאשפוז כללי). באזור המרכז נמצאים שלושה בתי"ח שמשרד הבריאות הגדירם מרכזי-על<sup>25</sup> לטיפול במחלות ילדים - שניידר, שיבא-ספרא, איכילוב-דנה; באזור הדרום הוגדר כך בית החולים סורוקה; בירושלים - הדסה עין כרם; בחיפה - רמב"ם. בשנת 2021 אושפזו בבתי"ח הציבוריים-הכלליים כ-129,000 ילדים, חלקם יותר מפעם אחת, ובסה"כ נמנו בשנה זו כ-425,000 ימי אשפוז של ילדים.

כמוצג להלן, רוב המיטות שבאגפי הילדים (59%) מרוכזות במחלקות הילדים "הכלליות" (שבהן מטופלים ילדים החולים במחלות פנימיות, אונקולוגיה ילדים, קרדיולוגיה ילדים, המטואונקולוגיה ילדים, נירולוגיה ילדים) ובמחלקות כירורגיית ילדים (44% במחלקות הילדים ו-15% במחלקות הכירורגייה).

19 מנתונים שהעביר משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה ביולי 2022 [קישור].

20 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קובע בין היתר את השירותים הרפואיים שחברי קופות החולים בישראל זכאים לקבל, שירותים הנכללים בסל שירותי הבריאות.

21 מומחיות ברפואה העוסקת באבחון מחלות מערכת הלב בגיל הצעיר ובטיפול בהן.

22 מחלקה המטפלת בילדים הסובלים ממחלת הסרטן וממחלות דם. כמו כן, מבוצעות בה השתלות מח עצם.

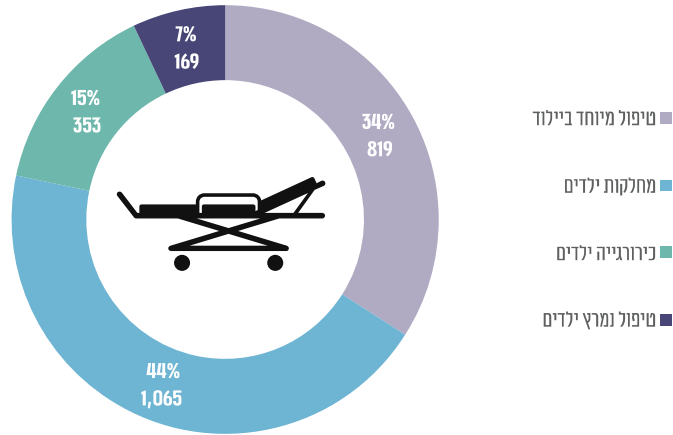
23 משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, **דוח מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020** (2022).

24 בית חולים ציבורי כללי מוגדר בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002: "בית חולים ממשלתי כללי, בית חולים כללי שבעלות קופת חולים, בית חולים כללי שבעלות רשות מקומית וכן כל בית חולים כללי שהוא תאגיד שהוא מוסד ציבורי כמשמעותו בסעיף 9 לפקודת מס הכנסה".

25 ב"ח (מרכז רפואי) הנותן מענה בכל תחומי רפואת הילדים.



תרשים 2: סוגי מיטות האשפוז באגפי הילדים בבתי"ח הכלליים, 2021<sup>26</sup>



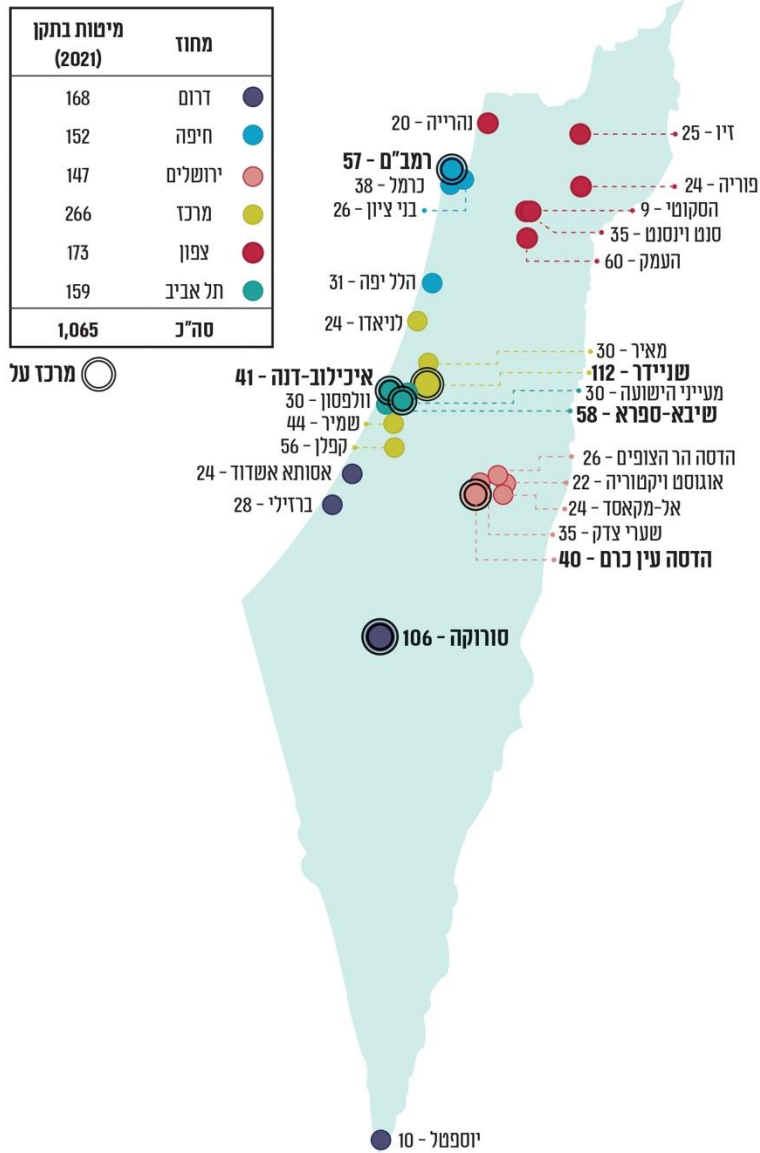
על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

במפה שלהלן מוצגות מחלקות הילדים בבתי"ח הציבוריים-הכלליים בארץ ומספר המיטות שבהן. במחלקות המופיעות במפה נכללות מחלקות ילדים פנימיות וכלליות, אונקולוגיה ילדים, קרדיולוגיה ילדים, המטואונקולוגיה ילדים ונירולוגיה ילדים.

26 באגפי הילדים יש עוד ארבע מיטות כירורגיה פלסטית ילדים שבשנת 2022 הוסבו למיטות טיפול נמרץ כווית ילדים. שיעורן 0.2% מהמיטות שבאגפי הילדים.



### מפה 1: מספר המיטות במחלקות הילדים בבתי"ח הציבוריים-הכלליים, לפי בית חולים ומחוז, 2021



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



## פעולות הביקורת

בחודשים פברואר עד אוקטובר 2022 בדק משרד מבקר המדינה את מצב האשפוז במחלקות הילדים<sup>27</sup> בבתי"ח הציבוריים-הכלליים. כמה מהנושאים שנבדקו: תכנון מערך אשפוז הילדים בבתי החולים והמצב בפועל, יחידות ומחלקות ייעודיות לטיפול בילדים (טיפול נמרץ, מלר"ד, מחלקות כירורגיות), אשפוז ילדים במחלקת ילדים שאינה מתאימה למצבם, הכרה של משרד הבריאות ב"בית חולים לילדים", חוויית המטופל ומלוויו, כוח אדם רפואי, סיעודי ופרא-רפואי, שמירה על שגרה לימודית במהלך האשפוז ואשפוזי בית לילדים. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות; ב-21 בתי חולים כמפורט להלן: 11 בתי חולים כלליים ממשלתיים<sup>28</sup>, שבעה בתי חולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית)<sup>29</sup>, שני בתי חולים ציבוריים: המרכז הרפואי הדסה (להלן - הדסה הר הצופים והדסה עין כרם) ובית החולים אסותא באשדוד (להלן - אסותא אשדוד); בארבע קופות החולים: הכללית, מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית) ובמשרד החינוך. בדיקת השלמה נעשתה בניצבות שירות המדינה (להלן - נש"ם).

במסגרת הביקורת נשלחו שאלונים לכל בתי החולים שנכללו בביקורת (להלן - שאלון אשפוז ילדים)<sup>30</sup>. כמו כן, התקיימו שיחות במסגרת ארבע קבוצות מיקוד (להלן - קבוצות מיקוד), שבהן השתתפו 28 הורים לילדים שהיו בני 0 - 17 בזמן האשפוז ואושפוז במחלקות ילדים בשנים 2020 - 2022 לתקופה של לפחות יומיים<sup>31</sup>, וזאת לצורך קבלת עמדתם בקשר לחוויית המטופל והוריו המלווים.

27 ילדים, אונקולוגיה ילדים, קרדיולוגיה ילדים, המטואונקולוגיה ילדים, נירולוגיה ילדים.

28 המרכז הרפואי זיו (להלן - זיו), רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם (להלן - רמב"ם), המרכז הרפואי הלל יפה (להלן - הלל יפה), המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא תל השומר (להלן - שיבא-ספרא), המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי (איכילוב) (להלן איכילוב-דנה), המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון (להלן וולפסון), המרכז הרפואי ע"ש ברזילי (להלן - ברזילי), המרכז הרפואי לגליל (להלן - נהרייה), המרכז הרפואי בני ציון (להלן - בני ציון), המרכז הרפואי שמיר (להלן - שמיר) ומרכז רפואי צפון (לשעבר ע"ש ברוך פדה, פוריה, להלן גם - פוריה).

29 מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל (להלן - שניידר), המרכז הרפואי קפלן (להלן - קפלן), המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה (להלן - סורוקה), מרכז רפואי העמק (להלן - העמק), מרכז רפואי כרמל (להלן - כרמל), מרכז רפואי מאיר (להלן - מאיר) ומרכז רפואי יוספטל (להלן - יוספטל).

30 בפועל נשלחו 21 שאלונים, אולם הדסה הר הצופים והדסה עין כרם השיבו יחד כב"ח אחד, ולכן נמנים 20 בתי"ח שענו לשאלון.

31 מרבית הילדים היו מאושפזים ימים ספורים למעט ילד אחד שאושפז לתקופה ממושכת העולה על שבעה ימים.



## תכנון מערך אשפוז הילדים בבתי חולים והמצב בפועל

### תוכנית לאומית למספר מיטות האשפוז במחלקות הילדים

משרד הבריאות הוא המאסדר של מערכת הבריאות. מתוקף תפקידו הוא הגורם האחראי לגיבוש מדיניות בריאות לאומית, שבמסגרתה הגדיר מטרות ועדים<sup>32</sup>: המשרד נושא באחריות הממלכתית להבטחת הבריאות לתושבי המדינה. קובע את המדיניות בתחום שירותי הבריאות והרפואה ומופקד על התכנון, הפיקוח, הבקרה, הרישוי והתיאום בנוגע לשירותי מערכת הבריאות.

**תכנון מבוסס נתונים:** תכנון שיטתי הוא ממחויבויותיה של הממשלה ונועד לשפר את תפקודה<sup>33</sup>. מדריך התכנון הממשלתי<sup>34</sup> קובע כי בתהליך של הגדרת מדיניות ובניית תוכנית עבודה על קובעי המדיניות לייצר תמונת מצב כבסיס לקביעת סדרי עדיפויות וכיוונים לשינוי<sup>35</sup>. עוד מדגיש המדריך כי על קובעי המדיניות לייצר את תמונת המצב על סמך נתונים ממערכי מידע ובסיסי נתונים. על מנת לממש את המדיניות נדרשים קובעי המדיניות להכין תוכנית עבודה הכוללת יעדים מדידים ולעקוב אחר השגתם כדי לבחון את השינוי בכיוון שהתוותה המדיניות. בדוחות קודמים הדגיש מבקר המדינה את החשיבות שבקביעת מדיניות על בסיס תשתית מידע ונתונים<sup>36</sup>. על פי המדריך, יעדים הם הישגי ביניים המקרבים אל המטרה ומסמנים את השינוי שאותו רוצים להשיג בתקופה מוגדרת. מימוש היעדים הוא מרכיב חיוני בדרך אל השגת המטרות.

כדי לממש את יעדיו, אמורות להיות בידי משרד הבריאות תוכניות להוספת מיטות, לסוגי ולמאפייני המיטות לפי המחלקות ולפיזורן הגיאוגרפי. בין היעדים המרכזיים שמומלץ לקבוע: היחס של מספר המיטות ל-1,000 נפש, התפוסה הרצויה בבתי החולים וזמן שהייה הממוצע בהם. כן יש להביא בחשבון את גיל האוכלוסייה, המצב הסוציו-אקונומי ומאפייני התחלואה באזורים השונים בארץ. בהתאם למדיניות שנקבעה וליעדים יש לגבש תוכניות עבודה רב-שנתיות ושנתיות, ולצורך מימושן יש להקצות משאבים, כגון תקציבים, כוח אדם, ציוד ומכשור.

32 אתר משרד הבריאות, "אודות משרד הבריאות" בתאריך 30.5.18. [קישור]

33 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2017**, (2017), "ילדים ובני נוער בסיכון בפנימיות של משרד הרווחה", עמ' 727; להרחבה ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2003**, (2003), "עבודת המטה במשרדי ממשלה", עמ' 110.

34 משרד ראש הממשלה, **מדריך התכנון הממשלתי** (2010) (להלן - **מדריך התכנון**), עמ' 108.

35 תוכנית עבודה היא כלי עזר בתהליך חשיבה אסטרטגית, המגדיר את המצב שאליו שואף המשרד הממשלתי להגיע ומתווה את הדרך למימושו.

36 ראו למשל, מבקר המדינה, **דוח שנתי 2003**, (2003), "עבודת המטה במשרדי ממשלה", עמ' 105 - 109; מבקר המדינה, **דוח שנתי 2018**, (2018), "עבודת המטה לפני קבלת החלטות", עמ' 1595 - 1610.



מבקר המדינה כבר העלה בדוח ביקורת קודם שפורסם בשנת 2019<sup>37</sup> כי תוכניות משרד הבריאות לתוספת מיטות בטווח הארוך אינן שלמות: לא נקבעו בהן מאפייני המיטות - סוגי המיטות לפי המחלקות שיידרשו ופיזורן הגיאוגרפי. גם לא נקבעו יעדים ומספר המיטות ל-1,000 נפש, התפוסה הרצויה בבתי החולים וזמן השהייה הממוצע בהם. בדוח זה צוין כי קביעת יעדים אלו היא תנאי מקדים לגיבוש תחזית לפתיחת מחלקות המאפשרות טיפול רפואי נאות, כאמור בחוק זכויות החולה<sup>38</sup>. עוד צוין כי גיבוש תוכנית רב-שנתית לפתיחת מחלקות חשובה לקביעת היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי הנדרש להפעלת המחלקות והיחידות החדשות, באילו תחומי התמחות הוא יידרש וכמה מקומות התמחות יידרשו.

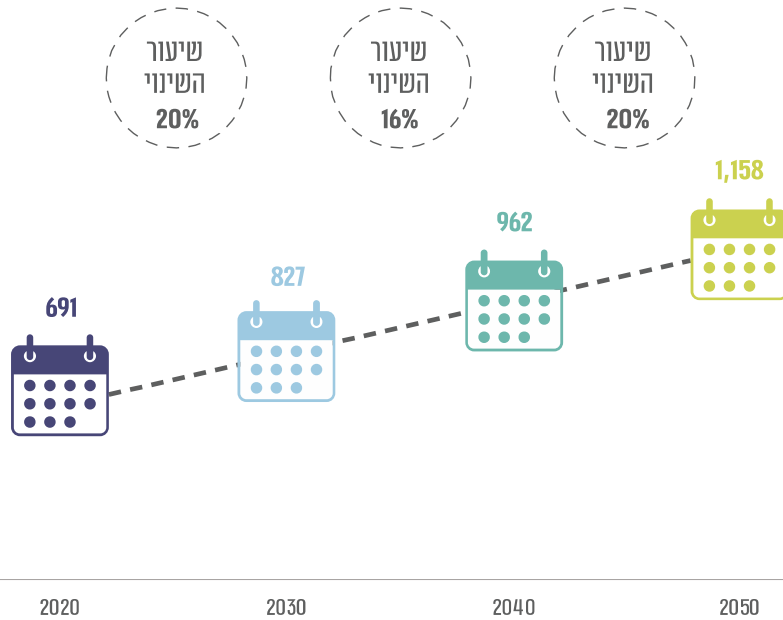
**תוכנית מתאר ארצית למוסדות הבריאות בישראל - תמ"א 49:** ביולי 2020 פורסמה תוכנית המתאר הארצית למוסדות הבריאות בישראל - תמ"א 49<sup>39</sup> (להלן - תמ"א 49). את התוכנית גיבשו משרד הבריאות ומינהל התכנון במשרד הפנים בשיתוף מומחים<sup>40</sup>. מטרתה להתוות אסטרטגיה ומדיניות תכנון לטווח הבינוני והארוך לפריסת מוסדות בריאות ולהגדרת עתודות קרקע עבור הרחבת בתי החולים הקיימים והקמת חדשים. היעד שנקבע הוא תכנון לאומי בראייה ארוכת טווח ובהתאם לצרכים המתפתחים של אוכלוסיית ישראל. תמ"א 49 מבוססת בין השאר על אומדן של ימי האשפוז ומספר מיטות האשפוז שצפוי שיידרשו משנת 2020 עד שנת 2050, זאת לפי תרחיש הגידול באוכלוסייה ופריסתה הגיאוגרפית לפי מחוז ולפי הנחות על מאפייני התחלואה. על בסיס אומדן ימי האשפוז מחושב בתמ"א 49 גם האומדן לכלל מיטות האשפוז הכללי.

אומדן לכלל ימי האשפוז ששימש להכנת תמ"א 49: בתרשים שלהלן מוצג אומדן למספר ימי האשפוז באגפי הילדים בתרחיש אוכלוסייה בינוני<sup>41</sup> ובתרחיש תחלואה בסיסי<sup>42</sup>, לפי המצוין בתמ"א 49, ובכללם ימי אשפוז במחלקות טיפול מיוחד ביילוד:

- 37 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2019** (2019), "פתיחת מחלקות ויחידות בבתי החולים הכלליים", עמ' 713.
- 38 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, קובע כי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש".
- 39 [קישור], [קישור]
- התוכנית התפרסמה בשני חלקים: חלק א' - **מערכת מוסדות הבריאות בישראל במבט צופה עתיד: מסמך מדיניות**; חלק ב' - **מערכת הבריאות במבט צופה עתיד: תרחישים: דמוגרפיה, תחלואה ודרישה למיטות אשפוז**. תמ"א 49 נערכה ביוזמה ובהובלה של משרד הבריאות ומינהל התכנון במשרד הפנים, במטרה להתוות מדיניות ערכנית לפריסה ולפיתוח של מערכת מוסדות הבריאות כמענה לצרכים העתידיים לקראת שנת המאה למדינה. זאת תוך התחשבות בגידול המוערך באוכלוסייה, בצפי המיטות הנדרשות ובהזדקנות האוכלוסייה.
- 40 צוות תכנון ממשרד אדריכלים ומתכנני ערים, צוות בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון, צוות מכון המחקר גיאוקרטוגרפיה.
- 41 הלמ"ס מפרסם תחזית לאוכלוסיית ישראל לפי שלוש חלופות: גבוהה, בינונית ונמוכה. החלופות מספקות טווח אפשרי לשינוי הצפוי בגודל האוכלוסייה. [קישור]
- 42 תרחיש תחלואה בסיסי מתחשב רק במאפייני התחלואה הנוכחיים ובשינויים הדמוגרפיים. זאת לעומת תרחיש תחלואה נמוך, הכולל עלייה של 5% בהיקף התחלואה לכל שכבת גיל (מגיל 45 ומעלה) ומביא בחשבון גם התארכות במשך האשפוז לעומת המצב הקיים. תרחיש תחלואה גבוה כולל עלייה של 15% בהיקף התחלואה לכל שכבת גיל (מגיל 45 ומעלה) ומביא בחשבון גם התארכות במשך האשפוז.



### תרשים 3: אומדן מספר ימי האשפוז באגפי הילדים (באלפים)



על פי הנתונים מתמ"א 49 חלק ב', **תרחישים: דמוגרפיה, תחלואה ודרישה למיטות אשפוז**, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרחשים עולה, כי על בסיס האומדן שבוצע לצורך הכנת תמ"א 49 וההנחות על מאפייני התחלואה שנלקחו, בין שנת 2020 לשנת 2050 צפוי לגדול מספר ימי האשפוז באגפי הילדים<sup>43</sup> בשיעור של כ-68% (מ-691,000 ימי אשפוז בשנת 2020 ל-1.158 מיליון ימי אשפוז).

אומדן המיטות לפי תמ"א 49: האומדן למספר המיטות הנדרש בכלל אגפי האשפוז הכללי לתקופה שעד 2050 חושב גם הוא בתרחיש אוכלוסייה בינוני ובתרחיש תחלואה בסיסי, לפי יעד של כשתי מיטות ל-1,000 נפש ובתפוסת מיטות במחלקה של 92%. החישוב התבסס על נתוני מערך האשפוז הכללי בשנת 2020, בהתייחס למספר המיטות בחמשת האגפים הראשיים של מחלקות האשפוז: פנימית, כירורגית, נשים, ילדים וטיפול נמרץ. כך, מתוך כ-16,000 מיטות באשפוז הכללי בשנת 2020, כ-65% מהן (כ-10,400 מיטות אשפוז) היו משויכות לאגפי הפנימיות והכירורגיות, וכ-15% מהן משויכות לאגף הילדים (משמע כ-2,400 מיטות).

43 כולל מחלקות לטיפול מיוחד ביילוד (פגיות).



בהתאם לכך נאמדה בתמ"א 49 תוספת המיטות הנדרשת עד שנת 2050 באגפי האשפוז הכללי. האומדן שנלקח נעשה לפי תרחיש זה: תרחיש אוכלוסייה - בינוני<sup>44</sup>, תרחיש תחלואה - בסיסי<sup>45</sup> ורמת שירות - כרמה הנוכחית<sup>46</sup>. באומדן זה עשויות להידרש כ-32,000 מיטות באשפוז כללי<sup>47</sup>.

לצד תמ"א 49, אשר נותנת מענה תכנוני לטווח הבינוני והארוך לפריסת מוסדות בריאות ולהגדרת עתודות קרקע עבור הרחבת בתי החולים הקיימים והקמת חדשים, ולאחר שהתמ"א גובשה, נדרש שהמשרד יכין בהתאם תוכנית אופרטיבית להפעלת בתי החולים; ראשית לכול נדרש שהוא יקבע יעדי יסוד ארוכי טווח למערכת האשפוז - מספר המיטות ל-1,000 נפש, התפוסה הרצויה בבתי החולים ומשך האשפוז הממוצע במחלקות. על תוכנית כזו להתבסס על המאפיינים הדמוגרפיים של האוכלוסייה בראייה ארוכת טווח ועל מאפייני התחלואה באזורים השונים. בהתאם ליעדים ולתוכנית שייקבעו ניתן יהיה לקבוע גם את המשאבים שיידרשו למימושם לרבות גיבוש תוכנית תקציב מתאימה.

מומלץ שמשרד הבריאות יכין תוכנית רב-שנתית שתפרט את המיטות הנדרשות לאגפים השונים במערך האשפוז, לרבות אגפי הילדים, וזאת לאחר שיקבע את יעדי היסוד למערכת האשפוז. מומלץ שהמשרד יתבסס בגיבוש התוכנית על איסוף נתונים מלא על המצב הקיים, על התחזית ארוכת הטווח לגידול הדמוגרפי על פי מאפיינים שונים של האוכלוסייה, לרבות הפיזור הגיאוגרפי שלה, על צפי התחלואה באוכלוסייה ועל מרכיבים נוספים כנדרש. על בסיס התוכנית שתיקבע מומלץ שהמשרד יגבש גם תוכנית תקציב מתאימה.

משרד הבריאות ציין בתגובתו על ממצאי דוח הביקורת מינואר 2023 (להלן - תגובת משרד הבריאות) כי הוא פועל להשלים ולאשר את תמ"א 49. בד בבד הוא מקדם בשיתוף הנהלות בתי החולים גיבוש של תוכנית אב שתיתן מענה לצרכים עד לשנת 2050. בהתאם לתוכנית האב תוכן תוכנית רב-שנתית לתוספת מיטות ולפיתוח בתי החולים שתהיה מבוססת על נתונים, על תחזית דמוגרפית, על חלוקה גיאוגרפית ועל צפי התחלואה, והיא תעסוק גם בצורכי מחלקות הילדים.

## הנחיות לבינוי מחלקות ילדים ולמספר המיטות בחדר

לאשפוז ילדים במחלקות ביה"ח יש מאפיינים מיוחדים המשפיעים על תכנון המחלקה וגודל החדרים, ובהם אופי התחלואה; שהיית הורים מלווים במשך האשפוז ליד מיטת הילד, המגדילה את הצפיפות בחדר; הצורך בכיתות לימוד ובחדרי משחקים.

44 הלמ"ס מפרסם תחזיות לאוכלוסיית ישראל לפי שלוש חלופות: גבוהה, בינונית ונמוכה. החלופות מספקות טווח אפשרי לשינוי הצפוי בגודל האוכלוסייה. [קישור]

45 תרחיש תחלואה בסיסי מתחשב רק במאפייני התחלואה הנוכחיים ובשינויים הדמוגרפיים. לעומת תרחיש תחלואה נמוך הכולל עלייה של 5% בהיקף התחלואה לכל שכבת גיל (מגיל 45 ומעלה) ומביא בחשבון גם את התארכות משך האשפוז למצב הקיים. תרחיש תחלואה גבוה כולל עלייה של 15% בהיקף התחלואה לכל שכבת גיל (מגיל 45 ומעלה) ומביא בחשבון גם את התארכות משך האשפוז.

46 רמת השירות באה לביטוי במספר המיטות ל-1,000 נפש ובשיעור התפוסה.

47 ברמת השירות הנוכחית ובמעבר של 15% מהמאושפזים לטיפול בקהילה יידרשו כ-27,000 מיטות.





**מינהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה:** מינהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות (להלן - המינהל לתכנון ובינוי או המינהל) אחראי לפיתוח מוסדות הבריאות ובכלל זה מחלקות ילדים, והוא כפוף לסמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון ובינוי. המינהל פועל הן כגוף ביצוע המופקד על יישום תוכניות בנייה ותשתיות והן כגוף מטה לקביעת סטנדרטים, פרוגרמות, הנחיות תכנון ונוהלי תפעול ותחזוקה של מערכות אלקטרומכניות. על יסוד התפיסה כי לתנאים הפיזיים יש השפעה רבה על תהליכי ההחלמה, השיקום ורווחת המטופלים וכן על רמת התפקוד של הצוות הרפואי, קבע המינהל לתכנון ובינוי כמטרות את שיפור תנאי האשפוז והשירותים הקהילתיים במערכת הבריאות ואת צמצום אי-השוויון בנושאי תשתיות פיזיות בין מוסדות הרפואה השונים.

מסמך הנחיות תכנון לבתי חולים כלליים: באפריל 2007 פרסם המינהל מסמך הנחיות תכנון לבתי"ח כלליים בנוגע למחלקות חדשות הנבנות או משופצות<sup>48</sup>. המסמך גובש תוך בחינה של מרכיבים שונים ובהם תנאי האשפוז הקיימים, תקני כוח אדם, מגמות האשפוז, סטנדרטים מקבילים במדינות מפותחות ועוד. ההנחיות מתייחסות למחלקת אשפוז טיפוסית בבית חולים כללי.

מחלקת אשפוז טיפוסית היא מחלקה בת כ-36 מיטות, המיועדת לחולים הזקוקים לאבחון, לטיפול ולמעקב למשך זמן אשפוז המוגדר בדרך כלל כקצר טווח (שהייה ממוצעת של 4 - 5 ימים) ומתאימה לחולים עם מחלות פנימיות וכירורגיות לסוגיהן. בחדרי האשפוז במחלקה יהיו שתי מיטות וחדר שירותים צמוד. כדי למנוע אשפוז במסדרונות, יתאפשר בעת עומס להוסיף מיטה בכל חדר - אפשרות לגידול של עד 50% במספר המיטות.

חוזר "אשפוז מטופלים אך ורק בחדר חולים": ביוני 2020 פרסם משרד הבריאות חוזר בדבר אשפוז מטופלים (להלן - חוזר האשפוז)<sup>49</sup>, הקובע את תמהיל החדרים במערך האשפוז הפנימי למטופל בודד ולשני מטופלים. החוזר יצא בעקבות המלצות דוח הוועדה לשיפור הטיפול במערך האשפוז הפנימי משנת 2019 (ועדת טור כספא)<sup>50</sup>. החוזר מדגיש את מדיניות המשרד לראיית המטופל במרכז ואת סעיף 10 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, המסדיר את המסגרת החוקית לשמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל. החוזר קובע עקרונות וכללים למבנה מחלקות פנימיות חדשות ובכלל זה את חלוקת המיטות בחדרים במחלקה כך שבערך מחצית מהחדרים יועדו לשני מטופלים וכמחצית - למטופל אחד (ועוד חדר גדול לטיפול מוגבר), ובסה"כ ניתן יהיה לאשפוז במחלקה בעת שגרה עד 37 מטופלים, כמפורט להלן:

עשרה חדרים יכילו שני מטופלים, תשעה חדרים יכילו מטופל אחד בשגרה, אך בעת עומס של אשפוזים יוכלו להכיל מטופל נוסף. שני חדרים נוספים יהיו למטופל אחד בלבד, וכן חדר אחד לבידוד בתת-לחץ וחדר טיפול מוגבר, המתאים לשישה מטופלים.

להשוואה יצוין כי בשנת 2015 נחנך בניין חדש לבית החולים לילדים אלדר היי (Alder Hey)<sup>51</sup> שבליברפול, השייך לשירות הבריאות הלאומי באנגלייה (NHS). יש בו יותר מ-300 מיטות וניתנים

48 הנחיות תכנון למחלקות אשפוז בבית חולים כללי, בהוצאת המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה, משרד הבריאות, אפריל 2007. [קישור].

49 משרד הבריאות, **חוזר מנכ"ל 7/2020**, "אשפוז מטופלים אך ורק בחדר חולים" (9.6.20). [קישור].

50 הוועדה הוקמה כדי לחולל שינוי לשם שיפור איכות האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי"ח.

51 <https://alderhey.nhs.uk/parents-and-patients/while-youre-here/your-ward>



בו כל השירותים והטיפולים לילדים. 75% מהמטופלים בבי"ח זה יאושפזו בחדר בודד עם שירותים צמודים.

עמדת היחידה הארצית למניעת זיהומים: עמדת היחידה הארצית למניעת זיהומים, הכפופה למרכז הארצי למניעת זיהומים ועמידות לאנטיביוטיקה שבחטיבת הבריאות במשרד הבריאות (להלן - היחידה הארצית), כפי שנמסרה לצוות הביקורת, היא כי לתפוסה בחדר אשפוז יש חשיבות רבה מבחינת החשיפה לזיהומים. הדבר נכון בחדר אשפוז כללי ועל אחת כמה וכמה במחלקות ילדים, שבהן שיעור ניכר מהילדים מאושפזים בשל מחלה מידבקת, ויש לשאוף לאשפוז ילדים בחדרים לילד בודד.

המלצת היחידה הארצית היא שבמחלקת ילדים יהיו לפחות מחצית מהחדרים לילד בודד, והשאר עבור לא יותר משני ילדים. נוסף על כך, נדרש שבכל מחלקה יהיה לפחות חדר ייעודי אחד עבור ילד עם זיהום הדורש בידוד מסוג "בידוד אוויר" (למשל, אבעבועות רוח וחצבת). היחידה הארצית מדגישה בהמלצתה כי אשפוז של כמה ילדים בחדר מעבר למתוכנן אינו בטיחותי ואינו מאפשר הפרדה בין חולה לחולה כנדרש. הפרדה הולמת בין ילדים מאושפזים יכולה לשפר גם את הנוחות של המטופל והמטפל.

עולה שחוזר האשפוז משנת 2020 מרווח את הצפיפות בחדרי האשפוז החדשים ביחס למסמך ההנחיות לתכנון, שגובש ב-2007 ואולם הן במסמך ההנחיות לתכנון והן בחוזר האשפוז אין התייחסות ייעודית לתכנון מחלקות ילדים.

מומלץ למשרד הבריאות לבחון את התאמת ההנחיות שבמסמך הנחיות התכנון, שנועד לבתי"ח כלליים, לתמהיל שנקבע בחוזר האשפוז, ובייחוד נוכח ההדגשים של היחידה הארצית למניעת זיהומים. הדבר נחוץ במיוחד כאשר נדרש לתכנן מחלקות חדשות או לשפץ מחלקות קיימות. אשר לילדים, יש להביא בחשבון את הצורך במיטה למלווה. מומלץ למשרד להתייחס גם לצורך בהבטחת פרטיות מרבית ולמאפיינים המיוחדים לאשפוז ילדים במחלקות, כמו אופי התחלואה, הצורך בכיתות לימוד ובחדרי משחקים ומתן מענה מתאים להורים המלווים, לרבות חדר הנקה. במסגרת השיקולים מומלץ להביא בחשבון גם את השינויים החלים בשוק העבודה, דבר המשפיע על אפשרויות ההורה המלווה להמשיך לעבוד גם בעת שהייתו בבית החולים ליד מיטת ילדו החולה<sup>52</sup>.

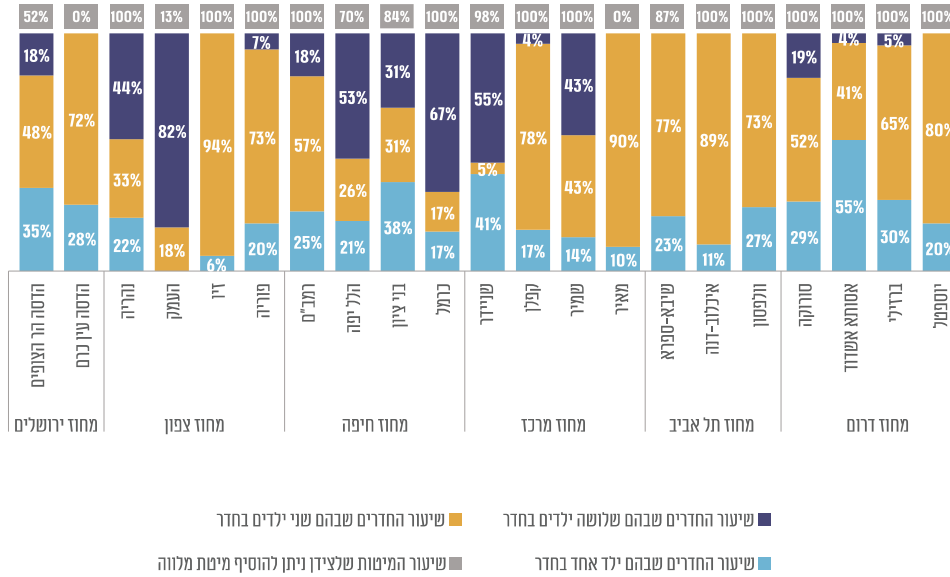
## תמונת מצב של האשפוז במחלקות ילדים

הלוח והתרשים שלהלן מציגים את הכמות והשיעור של החדרים במחלקות ילדים בבתי"ח הכלליים, הילדים המאושפזים בהם והמיטות<sup>53</sup> המיועדות למלווה לילד המאושפז, נכון לשנת 2022, כפי שעלה באיסוף הנתונים מהשאלונים שנשלחו לבתי"ח.

52 כך למשל מומלץ להתייחס לצורך בתנאי עבודה מתאימים, כגון עמדת עבודה ונקודת חשמל.  
53 יש בתי"ח שבהם ניתן להוסיף שתי מיטות למלווים. אלו נספרו בלוח ובתרשים כמיטת מלווה אחת.



### תרשים 4: התפלגות החדרים במחלקות ילדים, לפי מספר המיטות לילדים מאושפזים ולמלווים, 2022



על פי מענה בתיה"ח לשאלון אשפוז ילדים, בעיבוד משרד מבקר המדינה. סכום הערכים בתרשים לעיתים אינו שווה ל-100% משום שערכים עוגלו.

מהתרשים עולה כי למעט אסותא אשדוד שהוא בית חולים חדש יחסית<sup>54</sup>, באף אחד מבתי"ח האחרים שיעור החדרים המיועדים לילד אחד אינו מתקרב למחצית מסך החדרים, כפי שנקבע בחוזר האשפוז שמתייחס למחלקות פנימיות חדשות (שניידר הקרוב ביותר - 41%); כשליש ממיטות האשפוז במחלקות הילדים (300 מתוך 952) הם בתנאים של שלושה ילדים מאושפזים בחדר וזאת בשעה שבמסמך "הנחיות תכנון למחלקות אשפוז בבית חולים כללי" מ-2007 נקבע, שבמחלקות אשפוז חדשות הנבנות או משופצות יהיו שתי מיטות. במיוחד נמצא כי בהעמק רוב גדול (82%) מהחדרים מיועדים לשלושה ילדים מאושפזים; גם בכרמל, בשניידר ובהלל יפה הצפיפות בחלק מהחדרים גדולה - יותר ממחצית החדרים מיועדים לשלושה מאושפזים (67%, 55% ו-53% בהתאמה); כמחצית ממיטות האשפוז (530 מתוך 952) הן בתנאים של שניים בחדר. עוד עולה כי ליד 221 מיטות (כ-23% ממיטות האשפוז) לא ניתן להוסיף מיטה סמוכה שתאפשר תנאים נאותים למנוחה עבור ההורה המלווה.

על פי מענה בתיה"ח לשאלון אשפוז ילדים, שבעה מתוך 21 מנהלי מחלקות הילדים ציינו כי המצב האידיאלי הוא חדר למטופל ולהורה; השאר ציינו שיש לאשפוז ילד אחד או שניים בחדר ולאפשר מיטת מלווה לכל ילד. הם גם הצביעו על צפיפות, רעש, בכי של הילדים (בייחוד

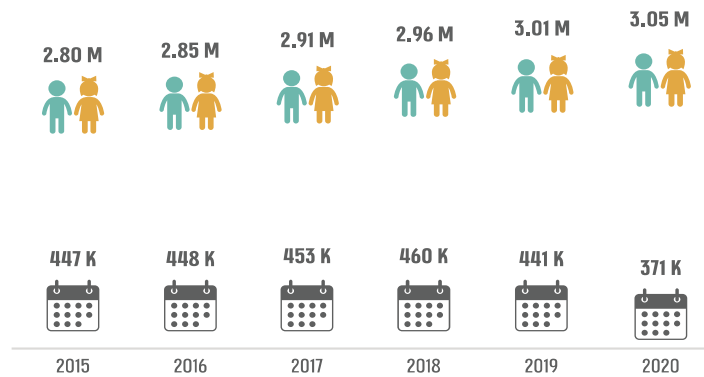
54 בית החולים החל לפעול ביוני 2017.

בלילה), הפרעות רבות וחשש לזיהומים כגורמים המקשים על מהלך האשפוז. עוד ציינו כקושי את הבדלי הגילים והמגדר בין המאושפזים.

מומלץ למשרד הבריאות שבעת בנייה של מחלקות חדשות לילדים, או שיפוץ של מחלקות קיימות, הוא יפעל עפ"י החוזר מ-2020. עוד מומלץ, שנוכח תמונת המצב העולה מניתוח הנתונים שנאספו בביקורת, על מספר המיטות בחדרי האשפוז במחלקות הילדים, הוא יבחן מחדש את ארגון המחלקות ויקדם את התאמתן, ככל הניתן, לחוזר זה. מומלץ למשרד להתחשב בעניין זה בהמלצות היחידה הארצית למניעת זיהומים. עוד מומלץ כי במסגרת בחינת תנאי האשפוז הפיזיים במחלקות הילדים, יובאו בחשבון התנאים הייחודיים הנלווים לאשפוז ילדים - מלווה קבוע הנמצא בדרך כלל עם הילד המאושפז; חפצים שמלווים את הילדים, כמו צעצועים, ספרים, משחקים ואמצעי למידה; וכן מרחב להורים הנדרשים, במקביל לאשפוז ילדם, להתנהל בשגרת יומם ועבודתם. כן מומלץ כי במסגרת התוכנית הרב-שנתית המומלצת בנוגע למיטות האשפוז הנדרשות לאגפים השונים, משרד הבריאות יביא בחשבון המלצות אלו.

מספר ימי האשפוז בשנה: על פי נתוני משרד הבריאות, האבחנות השכיחות בעת אשפוז ילדים במחלקות הילדים (לפי סדר שכיחות יורד) קשורות לתופעות האלה: מחלות דרכי הנשימה העליונות, חום, עוויתות, דלקת ריאות, דלקת בדרכי השתן, זיהומים נגיפיים וחיידקיים, כאבי בטן, בחילות והקאות, זיהומים במערכת העיכול. להלן תרשים המציג את ימי האשפוז במחלקות הילדים בשנים 2015 - 2020:

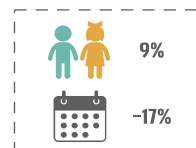
**תרשים 5: ימי האשפוז במחלקות ילדים ביחס למספר הילדים באותה השנה, (מעוגל למאות) 2015 - 2020**



שיעור השינוי

מספר ילדים בגיל 0-18

סה"כ ימי אשפוז בשנה



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

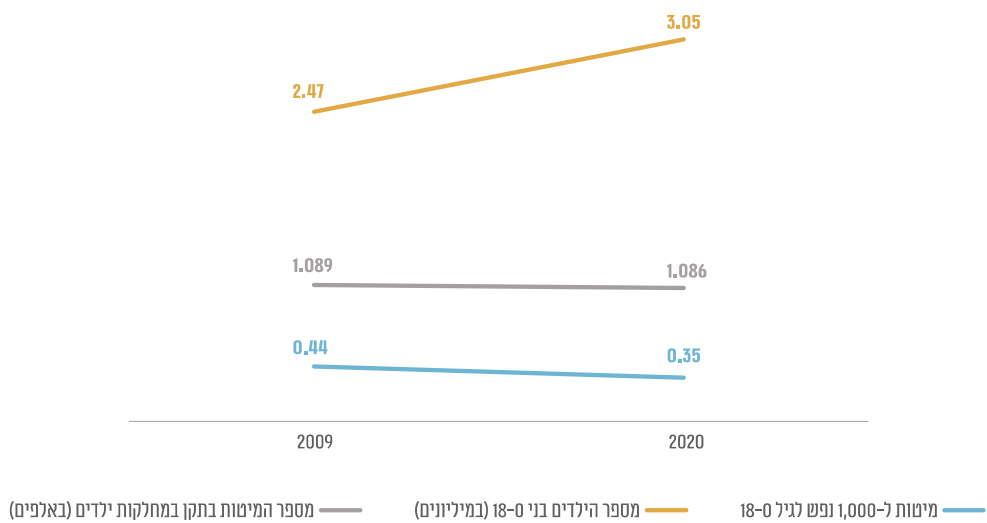


מהתרשים עולה שבכל אחת מהשנים 2015 - 2019 מספר ימי האשפוז באגף הילדים היה יותר מ-440,000 וכי המספר עלה עד שנת 2018. בשנת 2019 חלה ירידה במספר ימי האשפוז. בשנת 2020 חלה ירידה נוספת, שניתן לייחסה להתפרצות מגפת הקורונה החל בסוף פברואר באותה שנה, שבה בתי החולים נאלצו לסגור או לצמצם מחלקות קיימות, להסב מיטות ולהסיט כוח אדם רפואי וסיעודי למחלקות הקורונה שנפתחו<sup>55</sup>. יצוין כי בשנת 2021 שב ועלה מספר ימי האשפוז להיקף של כ-425,000 ימי אשפוז בשנה, אך הוא עדיין היה נמוך ממספרם ב-2019. לעומת השינויים במספר ימי האשפוז, מספר הילדים בני 0 - 18 בתקופה זו הלך ועלה, ובסה"כ משנת 2015 עד 2020 חל גידול של כ-9% במספר הילדים<sup>56</sup>.

מספר המיטות במחלקות הילדים: כאמור, משרד הבריאות לא קבע יעדים ארוכי טווח למספר המיטות ל-1,000 נפש. תמ"א 49 התייחסה למדד של 2.03 מיטות ל-1,000 נפש כמדד התכנון הבסיסי שלה.

להלן תרשים המציג את מספר המיטות ל-1,000 נפש במחלקות הילדים בשנים 2009 ו-2020 ביחס לגידול באוכלוסיית הילדים באותה תקופה:

**תרשים 6: מספר המיטות בתקן<sup>57</sup> במחלקות הילדים ומספרן ל-1,000 נפש בהשוואה לגידול במספר הילדים, 2009, 2020**



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

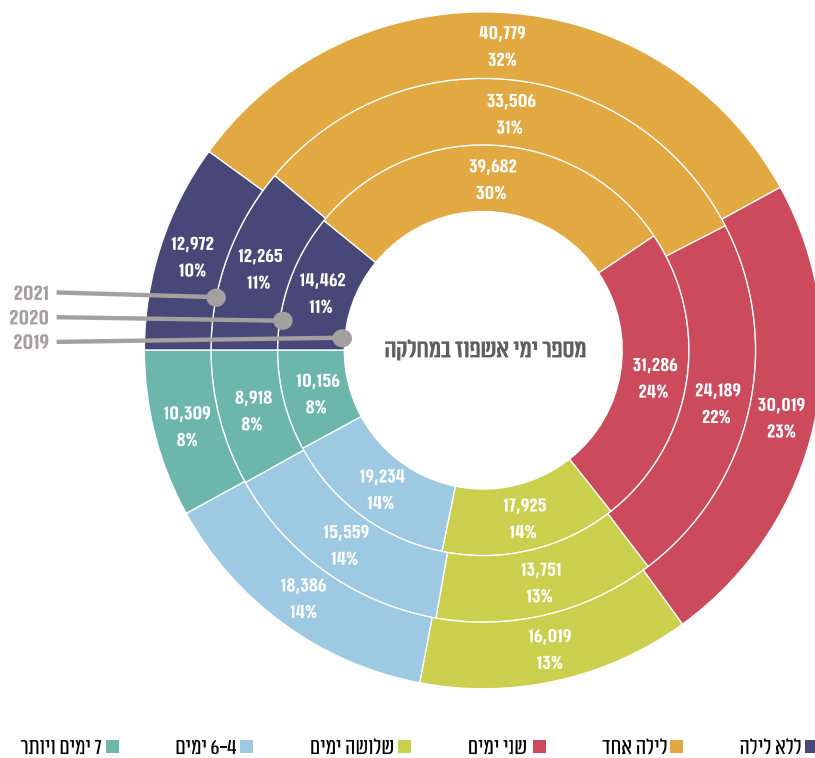
55 ראו גם מבקר המדינה, דוח ביקורת מיוחד - התמודדות מדינת ישראל עם משבר הקורונה (2021); דוח ביקורת מיוחד - רפואה בקהילה בעת משבר הקורונה (2020).  
 56 לפי נתוני הלמ"ס, בשנת 2015 היו 2,797,926 נפש בגילים 0 - 18, ובשנת 2020 - 3,048,586 נפש. [קישור]  
 57 מיטות בתקן - מספר המיטות כפי שנקבע בתעודת הרישום של בית החולים.

עולה מהתרשים כי משנת 2009 ועד 2020 חלה ירידה של 0.09 מיטות ל-1,000 נפש מ-0.44 ל-0.35 (ירידה בשיעור של כ-20%). מספר המיטות בתקן בעת הזו ירד מ-1,089 מיטות בשנת 2009 ל-1,068 מיטות בשנת 2020 - ירידה של 21 מיטות (ירידה בשיעור של כ-2%). בתקופה המוצגת חלה עלייה של 580,000 במספר הילדים בני 0 - 18 (כ-23%).

משך תקופת האשפוז: תקופת האשפוז של הילדים במחלקות ביה"ח יכולה להיות בת יום אחד ועד תקופות ארוכות של יותר משבוע.

התרשים שלהלן מציג את מספר האשפוזים לפי משך ימי האשפוז במחלקות הילדים בשנים 2019 - 2021.

**תרשים 7: מספר האשפוזים של הילדים, לפי משך ימי האשפוז, 2019 - 2021**



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה. סכום הערכים בתרשים לעיתים אינו שווה ל-100% משום שערכים עוגלו.

מהתרשים עולה שבשנים 2019 - 2021 לא חל כמעט שינוי מבחינת התפלגות תקופות האשפוז. עוד עולה שבערך כשני שלישים מהילדים מאושפזים לתקופה של עד שני ימים (יום, לילה ועוד יום השחרור); מיעוט קטן של הילדים (8%) מאושפזים לתקופות ממושכות של יותר משבועה ימים.



מומלץ למשרד הבריאות לתכנן את מערך האשפוז גם בהתבסס על הנתונים בדבר משך האשפוז ולהתאים את התכנון למאפיינים השונים של אשפוז קצר ואשפוז מתמשך. מומלץ שיביא מרכיב זה בחשבון גם בתוכנית ארוכת הטווח שהומלץ בדוח זה, שהוא יגבש עבור מערך האשפוז.

## תפוסת המיטות במחלקות הילדים

**רישיונות (תקן) למספר המיטות בבתי"ח:** על פי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966<sup>58</sup> (להלן - התקנות), כל בית חולים צריך להגיש למנכ"ל המשרד בקשה לרישום בית החולים בפנקס בתי החולים. נרשם בית החולים, תינתן לבעליו תעודת רישום שבה מפורטות המחלקות הפועלות בבית החולים ומצוין מספר המיטות שרשאי בית החולים להציב בכל מחלקה. על פי התקנות אין להוסיף, דרך קבע, מיטות מעל מספר המיטות שנקבע בתעודת הרישום וכן לא לשנות את ייעודן, אלא אם אישר המשרד בקשה שהוגשה בעניין זה.

למספר המיטות המאושר לבית החולים יש משמעות גם מבחינת תקינת כוח האדם הרפואי והסיעודי. תקינת הרופאים במחלקות נקבעה עוד בסוף שנות השבעים של המאה הקודמת, והיא מתבססת על היחס הרצוי שנקבע אז בין מספר הרופאים והאחיות למספר המיטות במחלקה. בפועל, בתי"ח מוסיפים לעיתים כוח אדם רפואי וסיעודי למחלקות ממקורותיהם, למשל במימון של תאגידי הבריאות שליידם<sup>59</sup>. הסדרים אלו אינם חלק ממפתחות התקינה של בית החולים.

בשנת 2016 החליט משרד הבריאות שיש להסדיר את הפער בין הרישום ברישיון ביה"ח לבין המצב בפועל מבחינת מספר המיטות, ולשם כך יש למפות את מספר המיטות הפועלות ללא רישיון בבתי"ח. המשרד ציין אז כי "יש מקום להלביין", כלומר, להתאים את התקן שנקבע בעבר למצב בפועל של מצאי המיטות. בהמשך לכך הכין המשרד מסמך ובו הציג את מספר המיטות בכל בית חולים על פי התקן שנקבע לבית החולים ברישיון ההפעלה מול האומדן שערך בנוגע למספר המיטות בפועל<sup>60</sup>. ואולם, כפי שעלה בדוח מבקר המדינה מ-2019<sup>61</sup>, לאחר ריכוז תמונת המצב - תקן המיטות אל מול המצב בפועל - המשרד עצר את המשך פעילותו ולא "הלביין" את המיטות העודפות.

בדוח מבקר המדינה מ-2019 עלה שקיים צורך חיוני ביותר להתאים את הרישיונות שהעניק משרד הבריאות להפעלת בתי"ח למצב בפועל. הדוח המליץ למשרד הבריאות לבחון בראייה כוללת ולאומית אם המצב בפועל מספק כראוי את צורכי האוכלוסייה ולגבש תוכנית שתתקן את המצב. עוד הומלץ למשרד להוביל לארגון מחדש של המיטות במקומות שקיים בהם עודף או חוסר או שקיימת בהם כפילות של תשתיות, וכך לאזן בין היצע התשתיות לבין הצרכים. צוין

58 [www.nevo.co.il/law/html/law01/049\\_008.htm](http://www.nevo.co.il/law/html/law01/049_008.htm)

59 ליד כל בית חולים ממשלתי פועל תאגיד בריאות (להלן גם - תאגיד), המאוגד כעמותה בשם "קרן מחקרים רפואיים פיתוח תשתיות ושירותי בריאות ליד [שם בית החולים]", והוא ישות משפטית נפרדת מבית החולים. מאחר שמפתחות תקינת כוח האדם של בתי"ח ונוסחת עדכונם אינם עונים על הצורך בכוח האדם בפועל, התאגידים מסייעים לבתי"ח באמצעות כוח אדם משלהם. לעיתים כ-40% מעובדי המרכזים הרפואיים הם עובדי תאגיד. ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2009**, "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

60 את האומדן הוא הכין על בסיס מספר ימי האשפוז שדיווח בית החולים ובהנחת תפוסה של 95%.

61 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2019**, "פתיחת מחלקות ויחידות בבתי החולים הכלליים", עמ' 713.



שהיות שמדובר במהלך עמוק ונרחב, בעל השלכות בהיבטים פרסונליים, נדרשת בעניין זה מעורבות של ההנהלה הבכירה של המשרד וכן שיתוף של הנהלות בתי החולים ומשרד האוצר. עוד צוין שעל מהלך כזה להתבסס על הנחות היסוד המתאימות: לראות את טובת הציבור, לשמור על תקציב המדינה ולמצותו ביעילות וכן להבטיח כוח אדם איכותי.

עלה כי אף שחלפו שלוש שנים מההמלצה של מבקר המדינה, משרד הבריאות לא הסדיר את ארגון המיטות, ובבתי"ח עדיין יש מיטות במספר החורג מן הקבוע בתעודת הרישום. כל זאת ללא אישור. הם אף אינם פועלים לעדכון תעודת הרישום של בית החולים בהתאם.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי בשנת 2021 אומצה רפורמה במימון בתי"ח הציבוריים-כלליים, ולפיה הם מתוקצבים, בין השאר, לפי מספר המיטות הנקובות בתעודת הרישום, ומדד זה משמש גם לצורך הקצאות אחרות. המשרד הסביר שהדבר נותן לבתי"ח תמריץ לפעול להסדרת תעודת הרישום, וכי הוא ימשיך לפעול להסדרת רישום המיטות וליצירת תמריצים לשם כך.

משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו הקודמת וממליץ למשרד הבריאות לבחון בראייה כוללת ולאומית אם המצב בפועל במחלקות מספק כראוי את צורכי האוכלוסייה, ואם יש צורך לעדכן את מספר המיטות במחלקות השונות ובכללן מחלקת הילדים, ובהתאם לתוצאות הבחינה לגבש תוכנית שתתקן את המצב במחלקות. כן מומלץ למשרד כי נוסף על התקצוב בהתאם למספר המיטות שבתעודת הרישום של ביה"ח, הוא יפעל לעדכון הנתונים בתעודות הרישום של בתי"ח.

**התפוסה במחלקות הילדים:** כאמור, משרד הבריאות לא קבע יעדים בסיסיים הנדרשים לתכנון מערכת האשפוז, ובהם שיעור המיטות ל-1,000 נפש והתפוסה הרצויה במחלקות.

קביעה של שיעור תפוסה רצוי ולצידה קביעה של שיעור מיטות רצוי ל-1,000 נפש נחוצים כדי לקבוע את מסגרת המשאבים הנדרשת - צוותי כוח אדם ותשתיות. מסגרת המשאבים שנדרש לקבוע תהיה כזו שתוכל להבטיח טיפול רפואי ותנאי אשפוז נאותים ובטוחים לחולה<sup>62</sup> ובמקביל לכך, מיצוי יעיל של המשאבים העומדים לרשות בית החולים; המשמעות היא, שמירה על תנאי אשפוז ואיכות טיפול נאותים גם בעת עומס גבוה - בחודשי החורף (ובעיקר מאוקטובר ועד פברואר) אז יש עלייה בתפוסה, ומנגד הימנעות מבזבוז של משאבים בעת עומס נמוך. על כן, ההתייחסות לתפוסה הרצויה מתורגמת לתפוסה שנתית ממוצעת (להלן - התפוסה הממוצעת); כך, בבתי החולים הכלליים במדינות ה-OECD התפוסה הממוצעת של מיטות אשפוז כלליות עמדה בשנת 2019 על כ-76% ובישראל - על 91%.

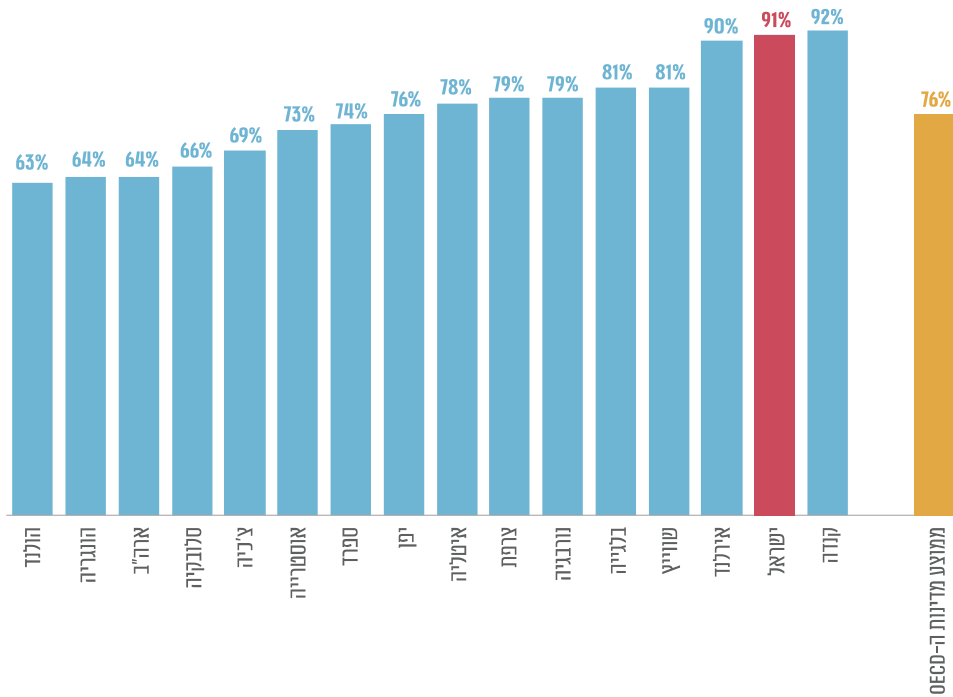
62 ראו גם: דב צ'רניובסקי ורועי כפיר, **מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (2019). בדוח זה נאמר: "משך אשפוז קצר... ושיעור תפוסה גבוה... מצביעים על מערכת אשפוז שיש לצפות בה את התוצאות הבאות: יכולת פחותה להתמודד עם מצבי חירום (לא בהכרח ביטחוניים); איכות טיפול ירודה נוכח משך אשפוז קצר ולחצים לקצרו בגלל ממתנים מחוץ לבית החולים ובתוכו, בחדר המיון; היעדר יכולת של בתי"ח להתחרות ביניהם בשוק הפנימי, לפחות על טיב השירות, נוכח אי היכולת של מוסדות להגיב במונחי היצע לתנאים המשתנים של השוק".





התרשים שלהלן מציג את התפוסה<sup>63</sup> של מיטות אשפוז כלליות (כולל ילדים) בכמה מדינות בארגון ה-OECD:

**תרשים 8: התפוסה הממוצעת של מיטות אשפוז כלליות (ובכללן ילדים) בכמה מדינות ב-OECD, 2019**



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

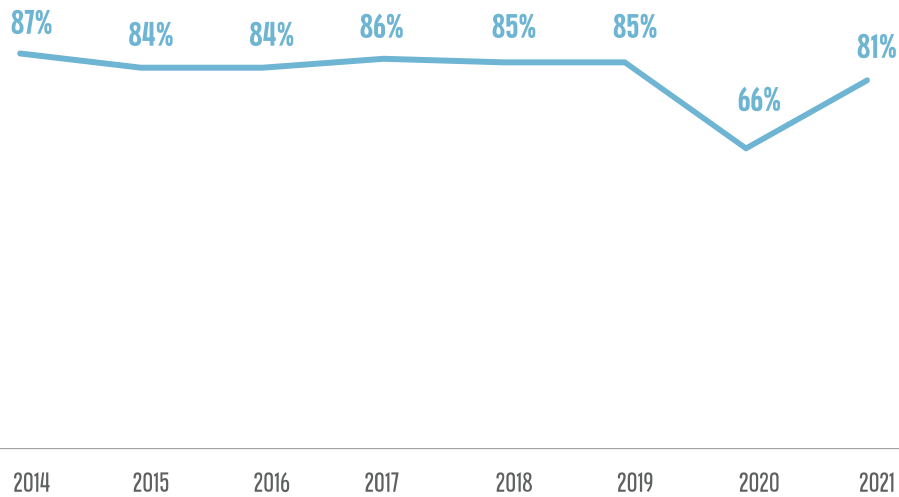
מהתרשים עולה שהתפוסה של מיטות אשפוז כלליות בישראל היא בין הגבוהות במדינות ה-OECD - 91% אל מול ממוצע של 76% בכלל המדינות בארגון.

להלן תרשים המציג את התפוסה של מיטות האשפוז במחלקות הילדים בישראל בשנים 2014-2021.

63 משרד הבריאות מציג את התפוסה בהתאם לדיווח בתי החולים על מספר ימי האשפוז בכל אחת ממחלקות האשפוז ובהתאם למספר המיטות בתקן כפי שנקבע בתעודת הרישום של בית החולים. תפוסה: מספר ימי האשפוז במחלקות האשפוז הכלליות שהיו בפועל במהלך השנה בהשוואה לימי האשפוז הפוטנציאליים.



תרשים 9: התפוסה של מיטות האשפוז במחלקות הילדים, 2014 - 2021



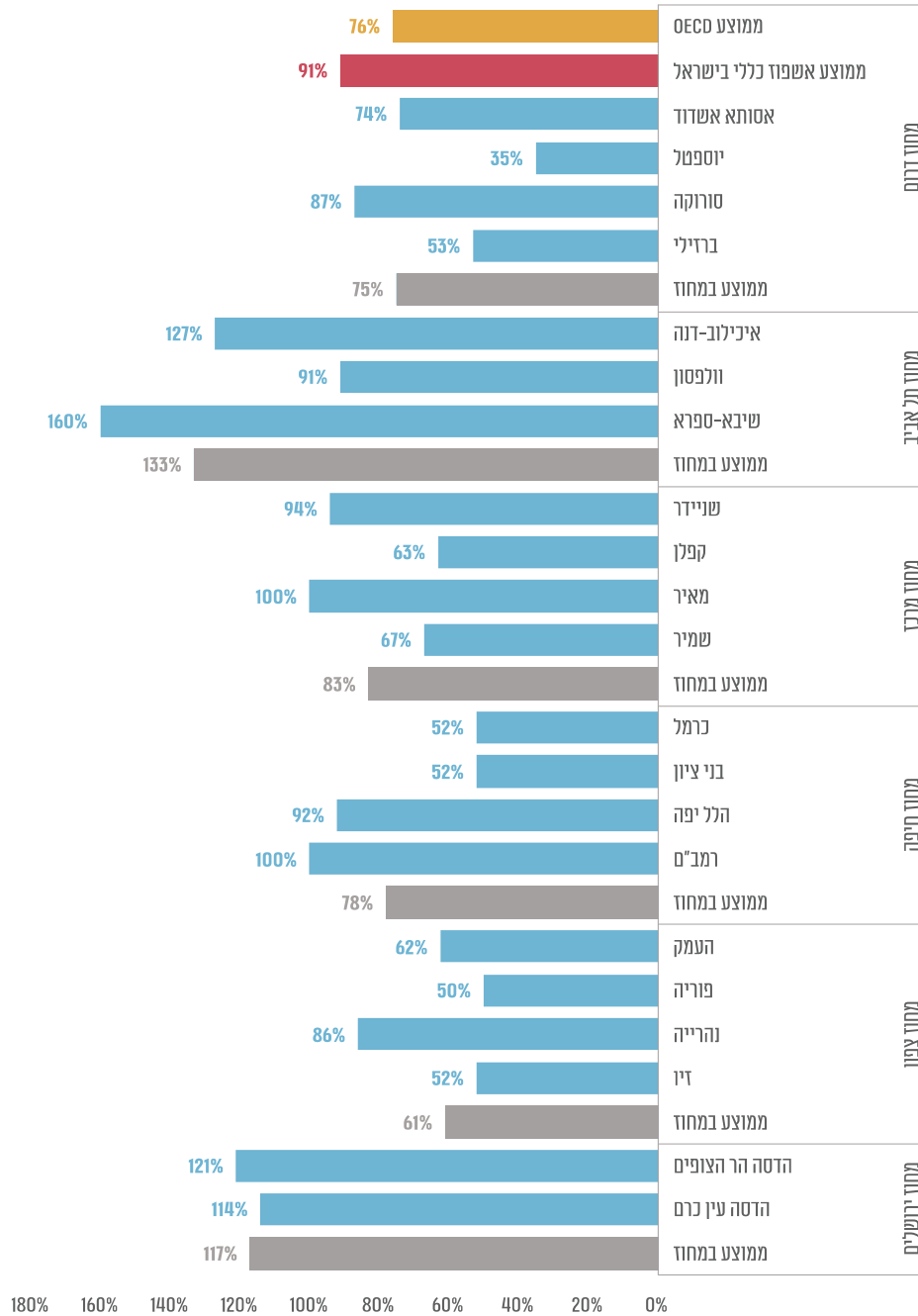
על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה שתפוסת המיטות במחלקות הילדים בכל אחת מהשנים 2014 - 2019 הייתה כ-85%. בשנת 2020, בתקופת התפרצות מגפת הקורונה, חלה ירידה חדה בתפוסה עד לכ-66%, אך בשנת 2021 התפוסה שבה ועלתה (לכ-81%).

**תפוסת המיטות במחלקות הילדים לפי בי"ח:** בביקורת עלתה שונות בשיעורי התפוסה שבמחלקות הילדים בבתי"ח ביחס למספר המיטות המאושרות בתקן ביה"ח, כמוצג בתרשים שלהלן.



### תרשים 10: התפוסה של המיטות לפי תקן בתיה"ח במחלקות הילדים, 2019



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



מהתרשים עולה שבעשר מתוך 21 (כ-48%) מחלקות הילדים שבבתי"ח בישראל התפוסה הייתה שווה או נמוכה מממוצע התפוסה במדינות ה-OECD במחלקות האשפוז הכלליות (ובכללן ילדים). ב-11 מחלקות התפוסה הייתה גבוהה מהממוצע במדינות ה-OECD באשפוז הכללי (76%). בולטים במיוחד בתפוסה הגבוהה בתי החולים הדסה עין כרם, הדסה הר הצופים, רמב"ם, שניידר, מאיר, שיבא-ספרא, וכן איכילוב-דנה, שבהם התפוסה הייתה שווה או גבוהה מ-94%. ברמת הממוצע המחוזי השיעור הגבוה ביותר הוא במחוז תל אביב (133%). מבחינת המצב בפריפריה, במחוז צפון התפוסה הממוצעת היא 61% ובמחוז דרום 75%. אומנם התפוסה הממוצעת במחוז דרום היא יחסית נמוכה - 75% אולם במרכז-העל סורוקה קיימת תפוסה גבוהה של 87%.

**דוגמה - המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה:** על פי נתוני משרד הבריאות, מספר המיטות שנקבע בתקן בתי"ח עבור מחלקת הילדים בהלל יפה הוא 31. התפוסה במחלקת ילדים הייתה בשנת 2019 כ-92% ובשנת 2021 - 86% (כאמור, בשנה זו עדיין הייתה השפעה של מגפת הקורונה על התפוסה במחלקות האשפוז בבתי החולים).

בביקור של צוות הביקורת במחלקה ב-7.6.22 נמצא שבאותו היום אושפזו במחלקה 42 ילדים - יותר מ-35% מעל התקן - 31 מיטות. ביום זה נצפה כי בחדרים המיועדים לשניים אושפזו שלושה ילדים, וילד אחד אף אושפזו במסדרון. נתון זה משקף את המשמעות של קביעת התפוסה הממוצעת - יש ימים שבהם העומס במחלקה גבוה במיוחד ויש ימי שבהם העומס פחות. בסה"כ התפוסה במחלקה בשנת 2019 (טרם הקורונה) עמדה על 92%, והיא גבוהה מממוצע התפוסה במחלקות האשפוז הכלליות, דבר שהביא לעומס במחלקה ביום הביקור ואף לאשפוז של ילד במסדרון, כפי שמוצג בתמונה הבאה:



### תמונה 1: ילד מאושפז במסדרון במחלקת הילדים במרכז הרפואי הלל יפה, 7.6.22



צולם על ידי צוות הביקורת ב-7.6.22.

בתגובת אגף התקציבים במשרד האוצר לממצאי הביקורת מינואר 2023 (להלן - תגובת אגף תקציבים) הוא מסר כי נתוני "התפוסה" הם בשיעור מהמיטות לפי התקן הרשום ברישיונות המחלקות ולא מתוך מספר המיטות במחלקות הלכה למעשה.

נוכח תמונת המצב העולה מניתוח הנתונים שנאספו בביקורת על התפוסה במחלקות הילדים, מומלץ כי משרד הבריאות יקבע את התפוסה הרצויה במחלקות האשפוז בכלל ובמחלקות הילדים בפרט ובמקביל יקבע גם את תקן המיטות במחלקה. עליו להביא בחשבון את הצורך באיזון שבין מסגרת הקצאת המשאבים ובכלל זה מספר המיטות במחלקה לבין הצורך להבטיח את איכות הטיפול הרפואי ואת רמת השירות לאורך כל השנה. האיזון המתאים יכול למנוע את אשפוז הילדים במסדרון, דבר הפוגע בכבודו ובפרטיותו של החולה ואינו עולה בקנה אחד עם הנקבע בחוק זכויות החולה, וכן למנוע את שחיקת הצוות הרפואי בשל עומס יתר.



## יחידות ומחלקות ייעודיות לטיפול בילדים

### יחידות לטיפול נמרץ ילדים

ביחידות לטיפול נמרץ ילדים מאושפזים תינוקות וילדים הסובלים ממחלות שונות ונמצאים במצב בריאותי לא-יציב, הדורש ניטור צמוד, טיפול מיוחד והתערבות מהירה. מגוון הצוות המקצועי ביחידות אלו מאפשר להעניק לחולה טיפול משולב וכוללני. את היחידות מנהלים רופאים מומחים בטיפול נמרץ ילדים.

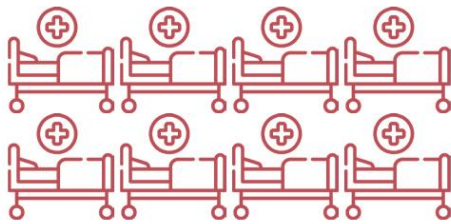
בית חולים שאין לו יחידת טיפול נמרץ לילדים נאלץ בשעת הצורך, למשל כשיש הידרדרות במצב הילד המאושפז, להעבירו לבית חולים אחר. העברה זו מחייבת תיאום בין שני בתי"ח וליווי של רופא בעת ההעברה עד להגעתו של הילד לבית החולים האחר. עצם המעבר עלול לפגוע ברצף הטיפולי, ובמקרים חמורים הוא אף עלול לסכן את הילד בשל העיכוב שנוצר עד לאשפוזו ביחידת הטיפול הנמרץ.

על פי תקן המיטות בבתי"ח, בשנת 2020 היו 165 מיטות ב-20 יחידות טיפול נמרץ ילדים ב-20 בתי"ח<sup>64</sup>. באותה השנה אוכלוסיית המדינה כללה כ-3 מיליון ילדים, ומכאן שהיחס היה כ-5.5 מיטות ל-100,000 ילדים. להלן תרשים להשוואה עם ארה"ב:

תרשים 11: יחס מיטות טיפול נמרץ ילדים ל-100,000 ילדים - השוואה בין ישראל לארה"ב, 2020

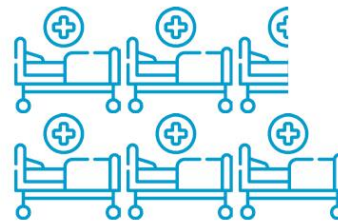
ארצות הברית 

כ-8 מיטות אשפוז



ישראל 

כ-5.5 מיטות אשפוז



על פי נתוני משרד הבריאות והלמ"ס ומאמר<sup>65</sup> בעיבוד משרד מבקר המדינה.

64 משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל (2022).

65 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31162205>



מהתרשים עולה שיחס מיטות טיפול נמרץ ילדים בארה"ב גבוה יותר מאשר בישראל בכ-50% (8 לעומת 5.5 מיטות לכל 100,000 ילדים).

כדי להבטיח טיפול נאות לילדים הנזקקים לטיפול נמרץ נדרש - מלבד לקבוע מהו מספר המיטות המתחייב מכך - להתאים להיקף המיטות כוח אדם מתאים, ובכלל זה רופאים מומחים. כך, בשנת 2008 נקבע בפסק בוררות בין מדינת ישראל, שירותי בריאות כללית והסתדרות המדיצינית הדסה (המעסיקים) לבין ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)<sup>66</sup> כי טיפול נמרץ הוא מקצוע במצוקה אקוטית. לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2020 היו 74 רופאים מומחים לטיפול נמרץ ילדים.

נוכח המחסור ברופאים מומחים בתחום זה ובאחרים שהוגדרו "מקצועות במצוקה", אישרה נציבות שירות המדינה (נש"ם) בדצמבר 2020 להמשיך להעסיק רופאים מומחים במקצועות שבמצוקה מעבר לגיל הפרישה<sup>67</sup>. יצוין כי "מקצועות במצוקה" מקנים לעוסקים בהם הטבות כלכליות הנוספות על שכר הרופא.

עלה שלמשרד הבריאות אין הערכה כמה רופאים נדרשים בתחום של טיפול נמרץ ילדים. עוד עלה כי המשרד לא קבע יעד רב-שנתי למספר הרופאים שיש להכשיר בתחום זה.

האיגוד הישראלי לטיפול נמרץ ילדים מסר בתגובתו על ממצאי הביקורת מינואר 2023, כי מספר יחידות טיפול נמרץ ילדים בישראל הוא גדול מאוד לעומת המצוי במדינות המערב וכי עמדתו היא שטיפול נמרץ לילדים צריך להתבסס על יחידות גדולות בעלות ניסיון בטיפול בחולים קשים, ולצידן מערך שיבטיח העברה מקצועית ובטוחה של חולים בין המרכזים הרפואיים, כפי שנהוג ברחבי העולם; רופאים מומחים בטיפול נמרץ ילדים מנוסים ומוכשרים בהעברת חולים קשים ביותר בצורה בטוחה בין בתי חולים; האיגוד ציין כי יש קשר ישיר בין איכות הטיפול, נפח הפעילות והחשיפה של הצוות לטיפול בחולים קשים; ולכן, לדעתו נדרש תכנון יעיל של מספר המיטות ופיזורן הגיאוגרפי תוך התחשבות בצורכי האוכלוסייה והמרחק של בתי החולים בהן אין יחידות טיפול נמרץ או שיש בהם יחידות קטנות, מבתי חולים בהם יחידות טיפול נמרץ גדולות. כך יהיה אפשר לצמצם את הסיכון לילדים החולים ולהגדיל את סיכויי החלמתם.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי נושא הטיפול הנמרץ לילדים נמצא בבחינה לשם קביעת תקן המיטות הדרושות, וכי הוא מגבש תחזית ארוכת טווח לצורך ברופאים במקצועות השונים.

**יחידות טיפול נמרץ לא-פעילות:** בשנת 1997 אישר משרד הבריאות לביה"ח לניאדו לפתוח יחידת טיפול נמרץ ילדים. כך אישר זאת להלל יפה בשנת 2018 ולבתיה"ח מעייני הישועה<sup>68</sup> ומאיר בשנת 2019. בשנים 2019 - 2020 היו רשומות בארבעת בתי"ח האלה בסה"כ 14 מיטות טיפול

66 פסק הבוררות מיום 26.11.08 ניתן מכוח הסכם הבוררות מיום 13.7.00 בעניין שכר הרופאים. [www.ima.org.il/collective/ViewCategory.aspx?CategoryId=5095](http://www.ima.org.il/collective/ViewCategory.aspx?CategoryId=5095)

67 נציבות שרות המדינה, חוזר למנהלי בתי החולים הממשלתיים מתאריך 8.12.20 בנושא: עדכון רשימת המקצועות הרפואיים במצוקה לצורך אישור הארכת שירות לרופאים. [קישור].

68 לניאדו הוא ביה"ח כללי, תאגיד ציבורי ללא כוונות רווח; מעייני הישועה הוא ביה"ח כללי, בבעלות עמותה, שניהם אינם גופים מבוקרים לפי חוק מבקר המדינה, תשי"ח-1958 [נוסח משולב].



נמרץ ילדים: בבית החולים לניאדו שתי מיטות ובכל אחד משלושת בתיה"ח האחרים ארבע מיטות.

מנתוני משרד הבריאות, המתבססים על דיווחי ביה"ח, עולה<sup>69</sup> כי בשנים 2019 - 2020 לא נרשמו ימי אשפוז ביחידות טיפול נמרץ ילדים שבארבעת בתיה"ח לניאדו, הלל יפה, מעייני הישועה ומאיר.

מתגובת הכללית בנוגע למאיר מינואר 2023 (להלן - תגובת הכללית) ומתגובת מעייני הישועה מדצמבר 2022 עלה שבכל אחד משני בתיה"ח הייתה מאז 2019 פעילות ביחידות טיפול נמרץ ילדים בהיקף של קרוב ל-1,000 ימי אשפוז.

הלל יפה מסר למשרד מבקר המדינה בביקור שנערך אצלו ביוני 2022 כי נוכח הקושי לגייס רופא מומחה בטיפול נמרץ ילדים לניהול היחידה, היחידה לא הייתה פעילה מיום הקמתה ב-2018.

מכלל האמור עולה כי בשנים 2019 - 2020 לא הייתה פעילות ביחידות טיפול נמרץ ילדים שבשני בתיה"ח לניאדו, הלל יפה וכי ביחידות טיפול נמרץ ילדים שבשני בתי החולים מעייני הישועה ומאיר, לא דווחה הפעילות למשרד הבריאות ולא נרשמו בהן ימי האשפוז.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי הוא מעריך שתופעת אי-מימוש המיטות לטיפול נמרץ ילדים שהוקצו לבתי החולים צפויה להיפסק עם הזמן בשל התמריצים הכלכליים שיינתנו לבתיה"ח, הכוללים שינוי מודל תקצובם. הוא הוסיף שהתקינה הנמוכה של מיטות ליחידות טיפול נמרץ ילדים בבתי"ח מסוימים מקשה עליהם לגייס כוח אדם מתאים, ולכן מצבת הרופאים ביחידות אלו קטנה והנטל על הרופאים בה רב; הדבר גורם לתחלופה גבוהה ולפגיעה בהתמקצעות.

מומלץ שמשרד הבריאות ימפה את בתיה"ח שאישר להם מיטות ליחידות טיפול נמרץ ילדים, יבחן את איושן בידי רופאים מומחים בתחום זה ונוכח תוצאות הבחינה יבדוק את הצורך לארגן מחדש את הקצאת המיטות שנתן. במסגרת הבחינה מומלץ שיביא בחשבון את היתרונות והחסרונות של הפעלת יחידות קטנות לטיפול נמרץ ילדים לעומת הפעלת יחידות מרכזיות שהן גדולות יותר, וכי הוא יפעל בכלים העומדים לרשותו כדי לצמצם את המחסור ברופאי טיפול נמרץ. מומלץ גם שהמשרד יבדוק את היעדר רישומי הפעילות ביחידות טיפול נמרץ ילדים במעייני הישועה ובמאיר ויוודא כי מתקיים תהליך דיווח סדור על פעילותן ואודות כלל היחידות.

## מחלקות לרפואה דחופה ילדים

בכל בתיה"ח הכלליים פועלות מחלקות לרפואה דחופה לילדים (מלר"ד). מחלקות אלה הן שער הכניסה של בתיה"ח מהקהילה למחלקות האשפוז. במלר"ד מטפלים במגוון הבעיות הדחופות בתינוקות וילדים הנזקקים לטיפול רפואי מיידי עקב מחלה או פציעה. סדר הקבלה לטיפול במלר"ד נקבע ברוב שעות היממה לאחר מיון ראשוני (טריאז'), שבו אחות ממיינת את הפונים,

69 משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז (דוחות שנתיים 2010 - 2020).





קובעת את רמת הדחיפות על פי בדיקות וההתרשמות מהמטופל, ומפנה את המטופל להמשך הבירור. העדיפות בתור היא בראש ובראשונה לחולים קריטיים או לא-יציבים. ההחלטה על אשפוז חולה מהמלר"ד תלויה בשיקולים שונים ובהם שיקולים קליניים, מידת הדחיפות לאשפוז והשירותים שיכולים להינתן בקהילה. אשפוז שלא לצורך יכול ליצור עומס על מחלקות האשפוז ואף לסכן את החולה, לדוגמה בשל הידבקות במחלות זיהומיות.

לפי נתוני משרד הבריאות<sup>70</sup>, במלר"דים ילדים שבבתי"ח יש 204 עמדות (מיטות) לרפואה דחופה. בשנת 2021 היו כ-611,000 ביקורים של ילדים בני 0 - 18 (בשנת 2020 - 454,721 ביקורים). שיעור האשפוזים הממוצע של מי שהגיע למלר"ד ילדים היה 21% בשנת 2020. הסיבות השכיחות להגעת ילדים עד גיל 4 למלר"ד הן חום, פגיעות פנים ופגיעות גפיים.

מחקר של חוקרים ישראלים<sup>71</sup> משנת 2001 הראה שאשפוז ילדים בני 1 - 4 כרוך בטרומה לילד ולכל המשפחה. כמו כן, קיים סיכון באשפוזם של פעוטות בגין זיהומים, חרדה וכדומה. בשל ההשלכות הנפשיות והסיכונים חשוב להימנע מאשפוז ילדים צעירים שאינו מחויב.

**נוכחות רופא מומחה במלר"ד ילדים:** ההחלטה לשחרר אדם שפנה למלר"ד משמעותה שהבירור הרפואי הסתיים ושהמטופל נמצא במצב שאינו מחייב אשפוז. התוצאה של טעות בקביעה לשחרר עלולה להגיע לסיכון חיים; ומנגד, אשפוז שלא לצורך כרוך כאמור בסיכון להידבק במחלות ובעומס על המשפחה, וכשמדובר בילד, גם בפגיעה נפשית.

ביולי 2013 פרסם משרד הבריאות חוזר<sup>72</sup> שעניינו חובת נוכחות של רופא מומחה במלר"ד (להלן - החוזר). זאת מפני שנדרשת מיומנות רבה של הרופא, שבין היתר עליו להחליט על אשפוז בתוך זמן קצר, לאחר היכרות מוגבלת עם המטופל ובתנאי עומס רב. החוזר מבהיר כי הואיל ובשעות 08:00 - 23:00 מתנהלת עיקר הפעילות במלר"ד, ובכלל זה הגעה, שחרור לקהילה והעברה למחלקות אשפוז, הרי שבהתחשב במצוקת כוח האדם הרפואי, נדרש שחובת הנוכחות של רופא מומחה במלר"ד תהיה בשעות אלו. במרכזי העל (רמב"ם, סורוקה, רבין-שניידר, מרכז רפואי תל אביב [איכילוב-סוראסקי], שיבא והדסה עין כרם) חובת הנוכחות של רופא מומחה היא במשך כל שעות היממה. בחוזר נקבע שרופא זה יכול להיות רופא מומחה ברפואה דחופה ("עדיף") או רופא מומחה ברפואה פנימית. החוזר מתייחס למלר"ד פנימי ולא למלר"ד מסוג אחר (ילדים, נשים ואחרים), אשר להם לא נקבעו הוראות מיוחדות. עם זאת, נוכח הדמיון בין מאפייני מלר"ד פנימי לבין מלר"ד ילדים, ניתן להניח שנוכחותו של רופא מומחה במלר"ד ילדים חיונית אף היא.

להלן תמונת המצב העולה מהביקורת בנוגע לנוכחות של רופאים מומחים במלר"ד ילדים ושיעורי האשפוז בעקבות המיון הרפואי.

70 משרד הבריאות, **ביקורים במחלקות לרפואה דחופה - מאפייני הפעילות 2020**, דצמבר 2021 [קישור].

71 M. Katz, S.S. Warshawsky, A. Porat & J. Press., "Appropriateness of pediatric admissions to a tertiary care facility", *IMAJ* 3 (2001), pp. 501-503. in Israel; אלישבע שמחן ואחרים, **סקר מחלקות לרפואה דחופה (מלר"דים)**

**בישראל - דו"ח ראשון** (2008), עמ' 60. [www.health.gov.il/PublicationsFiles/Malrad.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Malrad.pdf)

72 מינהל הרפואה, משרד הבריאות, **חוזר 23/2013**, "חובת נוכחות רופא מומחה במלר"ד". [www.health.gov.il/hozer/MR21\\_2013.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/MR21_2013.pdf)

לוח 1: נוכחות רופאים במלר"ד ילדים בבתי"ח ושיעורי האשפוז

שיעור האשפוזים מהמלר"ד בשנת 2020	מספר הרופאים במלר"ד ילדים המומחים ברפואה דחופה או ברפואת ילדים			שם בית החולים
	משמרת לילה	משמרת ערב	משמרת בוקר	
35%	0	0	4.5	הדסה עין כרם*
26%	0	0	1	הדסה הר הצופים
33%	0	0	5	בני ציון
27%	0	2	6	סורוקה
25%	0	2	1	רמב"ם
23%	0	0.75	6	כרמל
22%	0	2	7	איכילוב - דנה
22%	0	4	2	שיבא - ספרא
22%	0	0	2.5	זיו
22%	0	0.5	1	הלל יפה
21%	0	0	2	נהרייה
21%	0	1	3	אסותא אשדוד
19%	0	1	4	שמיר
19%	0	4	1	העמק
18%	0	0	5	פוריה
18%	0	1.5	4	וולפסון
17%	0	2	6	מאיר
17%	0	1	2	קפלן
17%	0	0.5	6	ברזילי
16%	0	4	1	שניידר
9%	0	0	1	יוספטל

על פי דיווחי בתי החולים בשאלונים ונתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.  
\* המרכז הרפואי הדסה דיווח על מספר הרופאים במלר"ד הדסה עין כרם והדסה הר הצופים ביחד.



עולה מהלוח כי בשבעה מתוך 21 בתי"ח אין רופא מומחה ברפואה דחופה או ברפואת ילדים במשמרת ערב. בולט במיוחד היעדר רופא מומחה במשמרת ערב בשלושה מתוך שבעת בתי החולים בפריפריה (זיו, פוריה, נהרייה). במרכזי העל - רמב"ם, סורוקה, שניידר, איכילוב, שיבא והדסה עין כרם - אין רופא כזה במשמרת לילה. עוד עולה מהלוח כי שיעור האשפוזים מהמלר"ד נע בין 35% בהדסה עין כרם ל-9% ביוספטל.

נוכח החשיבות של אשפוז ילדים רק לפי הצורך, מומלץ שמשרד הבריאות יבחן את הקשר בין נוכחות רופא מומחה במלר"ד ילדים לבין שיעור הילדים שאושפזו לאחר שהגיעו למלר"ד, וכי יביא בחשבון בשיקוליו, בין השאר, את מספר המיטות במלר"ד ילדים, מספר הרופאים המומחים בו ובתי"ח נוספים שנמצאים בסביבת המלר"ד. כן מומלץ שבדומה לאמור בהוראות החוזר, המשרד ישקול לקבוע הוראות בעניין נוכחות רופא מומחה גם לגבי מלר"ד ילדים.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי נוכחות רופא ילדים מומחה במלר"ד חשובה, אולם יש מחסור במומחים אלו. אשר לאיוש מלר"דים בפריפריה ברופאים מומחים, המשרד ציין שנדרשים לשם כך מקורות תקציב ייעודיים. הוא ציין גם שהוא פועל לקביעת תחומי ההתמחות הנדרשים ומיפוי תהליכי ההתמחות כדי לעודד את ההתמחות בתחומים האלו ובהם רפואה דחופה ילדים.

## מחלקות כירורגיה ילדים

מחלקת כירורגיה ילדים מבצעת מגוון רחב של ניתוחים בילדים עם בעיות כירורגיות דחופות וכן ניתוחים אלקטיביים (המוזמנים מראש). חלק מהניתוחים מבוצעים באשפוז יום, והילד משתחרר לביתו ביום שבו נותח. בשנת 2020 היו במחלקות כירורגיה הילדים 351 מיטות אשפוז. על פי נתוני משרד הבריאות, האבחנות השכיחות לאשפוז בכירורגיה ילדים (לפי סדר שכיחות יורד) הן אלו: דלקת התוספתן, ניתוח בקע מפשעתי/טבורי, ניתוח כריתת שקדים, כאבי בטן, פציעת ראש/פנים/צוואר. ניתוחים בילדים מבוצעים בבתי"ח ציבוריים, ובשנים האחרונות מתבצעים ניתוחים בבתי"ח פרטיים במסגרת הסל, שירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים (להלן - תוכניות השב"ן) והביטוחים הפרטיים. ניתוח בבית חולים פרטי מאפשר בדרך כלל גם בחירת מנתח<sup>73</sup>.

## זמני ההמתנה לניתוחים שכיחים

**תוכנית קיצור תורים:** בסוף שנת 2015 סיכמו משרד הבריאות ומשרד האוצר על תקצוב תוכנית לקיצור תורים. התוכנית נועדה להקטין את ההוצאה הפרטית לבריאות דרך הקטנת הפרמיות שהציבור משלם עבור השב"ן. בסיכום צוין כי תוקצה לבסיס התקציב תוספת של 2.54 מיליארד ש"ח עבור שלוש השנים 2017-2019-880 מיליוני ש"ח לכל שנה. התקציב נועד לקיצור התורים לניתוחים ולהגדלת מספר הניתוחים המבוצעים בבתי"ח הממשלתיים והציבוריים, תוך הגדלת רכש הקופות ומתן תמיכה ישירה לבתי"ח הממשלתיים והציבוריים. התקציב שהוקצה אמור היה לאפשר להפעיל את חדרי הניתוח גם בשעות אחר-הצהריים במסגרת הרפואה הציבורית, תוך תגמול רופאים שיעבדו יום עבודה מלא בבתי"ח הציבורי ויוותרו על פרקטיקה פרטית.

73 יש הסדרים שונים בקופות החולים.



בנובמבר 2020 בחן משרד הבריאות את הישגי התוכנית, ולהערכתו היא הצליחה בחלקה - היא הביאה לירידה בהוצאה הפרטית לבריאות ולירידה בפרמיות השב"ן. לפי נתוני המשרד, בשנים 2015 - 2019 חל גידול של כ-22% במספר הניתוחים שבוצעו במסגרת סל הבריאות, ומספר הניתוחים שבוצעו במסגרת השב"ן פחת בכ-74.50%.74

בהמשך לתוכנית לקיצור תורים פרסם המשרד מבחנים "לתמיכה בהוצאות הניתוחים של קופות החולים המבצעות תוכנית להסטת פעילות, ממימון פרטי למימון ציבורי ולקיצור תורים"<sup>75</sup>. נקבע שקופות החולים יתחייבו להפחית את היקפי הניתוחים המבוצעים בתוכניות השב"ן ולהגדיל את היקף רכש הניתוחים במימון ציבורי, ובתמורה תעביר הממשלה סכומים למימון ניתוחים אלה וניתוחים נוספים במסגרת סל שירותי הבריאות. משרד הבריאות פרסם מבחני תמיכה גם לבתי החולים הציבוריים-הכלליים המשתתפים בתוכנית להעברת פעילות ממימון פרטי לציבורי ולקיצור תורים<sup>76</sup>, וציין כי מטרת התמיכה היא לצמצם את זמני ההמתנה לניתוחים במערכת הבריאות הציבורית. זאת בין השאר באמצעות מדידת זמני ההמתנה לניתוחים בבתי"ח ופרסומם. בין הניתוחים שנכללו במסגרת זו גם, ניתוח כריתת שקדים, ניתוח כפתורים באוזן וניתוח לבקע שכאמור אלו לרוב ניתוחי ילדים. שני מבחני התמיכה האחרונים לקופות החולים ולבתי החולים פורסמו בנובמבר 2021.

משרד מבקר המדינה בדק את זמני ההמתנה לשלושה ניתוחים שכיחים שאינם דחופים וחלקם מבוצעים באשפוז יום - ניתוח כריתת שקדים, ניתוח כפתורים באוזן וניתוח בקע (ומבוצעים גם בבתי"ח פרטיים).

בדוח הקודם של משרד מבקר המדינה<sup>77</sup> משנת 2020 עלה כי משרד הבריאות לא קבע זמן המתנה מרבי לניתוחים אלה - ניתוח לכריתת שקדים, ניתוח כפתורים באוזן וניתוח בקע. בביקורת זו עלה כי המצב נשאר כפי שהוא.

החשיבות בביצוע הניתוחים בתוך זמן קצר מרגע האבחנה נובעת מנזקים שעלולים להתפתח בשל עיכוב בטיפול. בעיות רפואיות המחייבות ניתוח כריתת שקדים עלולות לגרום לילדים דלקות לוע או שקדים חריפות חוזרות או כרוניות המצריכות תרופות. בעיות אלה גם עלולות להביא לקשיים בבליעת אוכל, לירידה באיכות השינה ולירידה בשמיעה - מצבים הפוגעים בהתפתחות ומשבשים את הרגלי הלמידה, ולעיתים אף מביאים לאבחון שגוי, כגון אבחון של הפרעות קשב וריכוז. ניתוח כפתורים באוזן נועד לשפר את השמיעה, לקדם את התפתחות הדיבור ולצמצם זיהומים חוזרים באוזן התיכונה, ולכן חשוב לבצעו בהקדם. גם ניתוח בקע חשוב לבצע בהקדם כדי למנוע התפתחות של סיבוכים מסכני חיים.

הלוח שלהלן מציג את זמני ההמתנה בשבועות לניתוחי בקע, כריתת שקדים וכפתורים באוזן בילדים בבתי"ח ציבוריים נכון ל-2022.

74 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 171** (2021), "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים - ביקורת מעקב", עמ' 721.  
 75 [www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/020120health3/he/2020.pdf](http://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/020120health3/he/2020.pdf)  
 76 [www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/9983/he/9983.pdf](http://www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/9983/he/9983.pdf)  
 77 מבקר המדינה, **דוח שנתי 171** (2021), "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים - ביקורת מעקב", עמ' 721.  
 www.gov.il/BlobFolder/dynamiccollectorresultitem/261219health/he/050121health4.pdf



**לוח 2: זמני ההמתנה לניתוחי בקע, כריתת שקדים וכפתורים באוון בילדים בבתי החולים הציבוריים (בשבועות), יוני 2022**

המחוז	בית החולים	כפתורים באוון	כריתת שקדים	בקע
דרום	ברזילי	24	24	8
	סורוקה	26	12	24
	יוספטל	5	2	
ירושלים	אסותא אשדוד	7	7	4
	הדסה עין כרם	12	22	21
	הדסה הר הצופים	9	15	4
תל-אביב	שיבא-ספרא	12	8	2
	וולפסון	3	3	2
	איכילוב-דנה	16	20	3
מרכז	שמיר	7	8	4
	מאיר	9	16	6
	קפלן	15	20	6
	שניידר	11	13	11
חיפה	רמב"ם-רות	4	24	9
	הלל יפה	32	32	4
	בני ציון	4	4	3
	הכרמל	7	8	
צפון	זיו	4	8	8
	נהרייה	20	20	4
	פוריה	8	32	1
	המרכזי בעמק	13	26	10
<b>ממוצע</b>		11.8	15.4	7.1
<b>חציון</b>		9	15	4

על פי נתוני בתי"ח, בעיבוד משרד מבקר המדינה. \* ככל שהגוון הירוק עמוק יותר, זמן ההמתנה קצר יותר, וככל שהגוון על קשת הצבעים צהוב-אדום כהה יותר, זמן ההמתנה ארוך יותר.

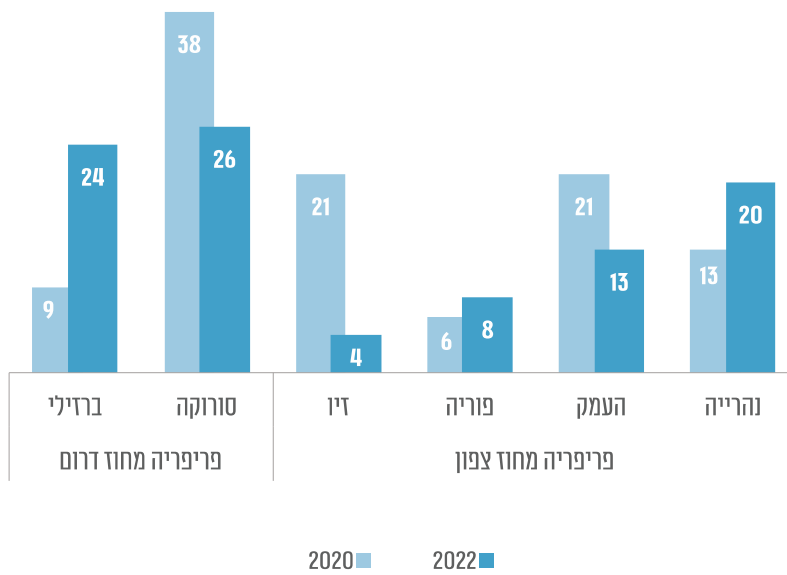
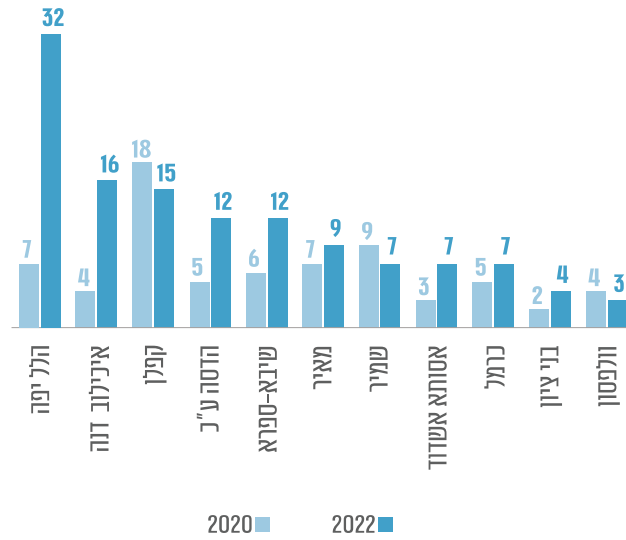


מהלוח עולה כי זמן ההמתנה הקצר ביותר הוא לניתוחי בקע, שבהם ממוצע זמן ההמתנה עומד על 7.1 שבועות, והחציון עומד על 4 שבועות. זמן ההמתנה לניתוח כריתת שקדים הוא הארוך ביותר: הממוצע עומד על 15.4 שבועות, והחציון גם הוא דומה - 15 שבועות. בחינת שלושת הניתוחים יחדיו מראה שבולפסון ובבני ציון זמני ההמתנה לניתוחים הם הקצרים ביותר. בחינת שניים מתוך שלושת הניתוחים מצביעה על כך שבהלל יפה, בברזילי, ברמב"ם, בהעמק, בהדסה עין כרם ובנהרייה זמני ההמתנה הם הארוכים ביותר. אשר לניתוח כריתת שקדים - זמני ההמתנה בבתי"ח בפריפריה הם לרוב ארוכים יותר מזמני ההמתנה במרכז: בפוריה טבריה 32 שבועות, בהעמק עפולה 26 שבועות; בברזילי אשקלון 24 שבועות, בסורוקה באר שבע 12 שבועות. זאת לעומת זמני המתנה קצרים יותר בבתי"ח במחוז תל אביב ובמחוז חיפה: בוולפסון חולון 3 שבועות, בשמיר באר יעקב 8 שבועות, בכרמל חיפה 8 שבועות ובבני ציון חיפה 8 שבועות.

התרשימים שלהלן משווים בין זמני ההמתנה לשני ניתוחים - כפתורים באוזן וכריתת שקדים שהתבצעו בשנים 2020 ו-2022.



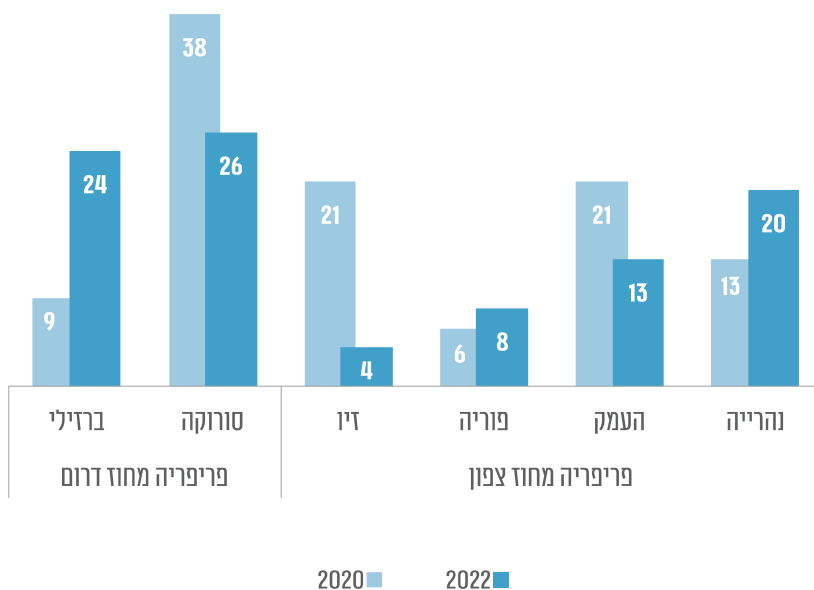
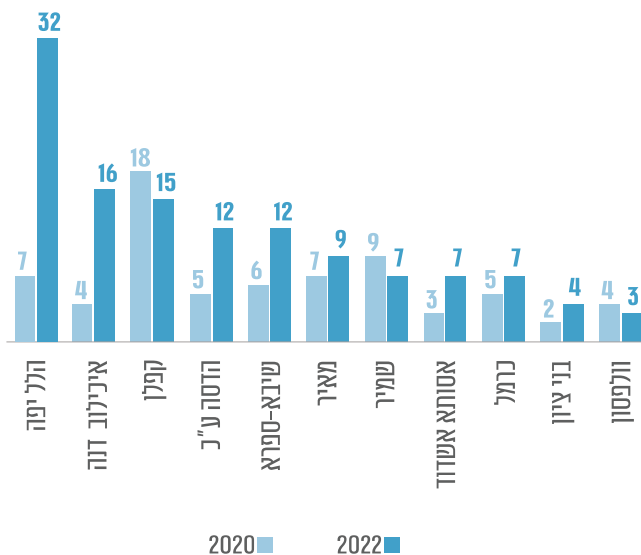
### תרשים 12: זמני ההמתנה לניתוח כפתורים באזן בבתי חולים ציבוריים (בשבועות), 2020, 2022



על פי נתוני משרד הבריאות ובתי החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



**תרשים 13: זמני ההמתנה לניתוח כריתת שקדים בבתי חולים ציבוריים (בשבועות), 2020, 2022**



על פי נתוני משרד הבריאות ובתי החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.





מהתרשימים עולה כי לא ניתן להצביע על מגמה קבועה ואחידה בזמני ההמתנה לניתוחי כפתורים באזון וכריתת שקדים בין 2020 ל-2022. יש בתי חולים שזמן ההמתנה בהם התקצר ויש שהתארך. מדובר הן בהבחנה בין מרכז-על לבי"ח רגיל והן בהבחנה בין פריפריה למרכז. עם זאת, ב-11 מתוך 17 בתי"ח זמן ההמתנה לניתוח כפתורים באזון היה ארוך יותר בשנת 2022 לעומת שנת 2020 (חלה עלייה של 2 עד 25 שבועות); לגבי ניתוח כריתת שקדים, בתשעה בתי"ח זמן ההמתנה ב-2022 היה ארוך מזה שבשנת 2020 (חלה עלייה של 1 עד 19 שבועות).

הממצאים שהוצגו בתרשימים 12 ו-13 מצביעים על כך שברוב בתי"ח (53% ו-65%, בהתאם לשני סוג הניתוחים) זמן ההמתנה לניתוחים לעיל השכיחים בילדים עלה משנת 2020 לשנת 2022. על כן, מומלץ שמשרד הבריאות יבחן את האפקטיביות של מבחני התמיכה בכל הנוגע למטרתם - קיצור תורים. מומלץ גם שהמשרד ישקול לקבוע זמני המתנה מרביים לניתוחים, שכיחים בילדים (כמו ניתוח כריתת שקדים, ניתוח כפתורים באזון וניתוח בקע), ויקבע לוח זמנים מדורג להשגתם, וכי הוא יעקוב אחר עמידת בתי החולים בזמנים שקבע. עוד מומלץ שהמשרד ישקול לנקוט צעדי עידוד נוספים לשם קיצור זמני ההמתנה.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי נושא מדידת זמני ההמתנה נמצא בבדיקה, וכי עקב קשיים במדידה לא ניתן לקבוע אם התוכנית אכן קיצרה את זמני ההמתנה לניתוחים; עם זאת, להערכתו התוכנית הביאה לכך שניתוחים אשר בוצעו בעבר במימון פרטי - באמצעות חברות הביטוח והשב"ן - נעשים במימון ציבורי (של קופות החולים). המשרד הוסיף כי הוא פועל לקביעת מתודולוגיה אחידה למדידת זמני ההמתנה לניתוחים, כדי שיהיה אפשר להשוותם, וכי הוא פועל לצמצום זמני ההמתנה על ידי צעדים תקציביים ואסדרתיים שונים.

אגף התקציבים מסר בתגובתו כי קביעת זמני המתנה מרביים לניתוחי ילדים תעוות את הקצאת המשאבים ותביא בהכרח לפגיעה בתחומים אחרים, משום שלדעתו אין תשובה חד-משמעית לשאלה אם שירותי אשפוז לילדים דחופים יותר משירותים רפואיים לחולים אחרים; כמו כן, קיצור זמני ההמתנה לניתוחים אלקטיביים בכל המערכת עלול לפגוע במטופלים הזקוקים לטיפול דחוף וכן לקצר את זמן הטיפול המוקדש לכל מטופל, וכך לגרום לפגיעה באיכות הטיפול. עוד הוסיף כי קביעת זמני המתנה מרביים כרוכה בעלויות תקציביות נוספות גבוהות.

משרד מבקר המדינה מציין בהתייחס לתגובתו של אגף התקציבים, כי תקצוב התכנית אשר סוכמה בסוף שנת 2015 בין משרד הבריאות ומשרד האוצר נועדה לקיצור תורים. משכך, נדרש לקבוע יעדים ובכלל זה - זמני המתנה מרביים לניתוחים מסוימים; קביעת היעדים תשמש תשתית לבחינת העמידה בהם בכל הנוגע לתקצוב התוכנית לקיצור תורים. תקנים לזמני ההמתנה לניתוחים יכולים לשמש מצפן שאליו על מערכת הבריאות לכוון, וקביעת יעדים יכולה לעודד שיפור תהליכים והתייעלות בלי לפגוע באיכות הטיפול הרפואי ואינה מחייבת בהכרח תוספת תקציבית. עוד מומלץ להביא בחשבון את צורכי ציבור הילדים הנזקק לניתוחים מסוימים ואת הנזק שיכול להיגרם בשל המתנה ממושכת מדי, ולאזן בין צורך זה בין הצרכים בשאר תחומי הבריאות.

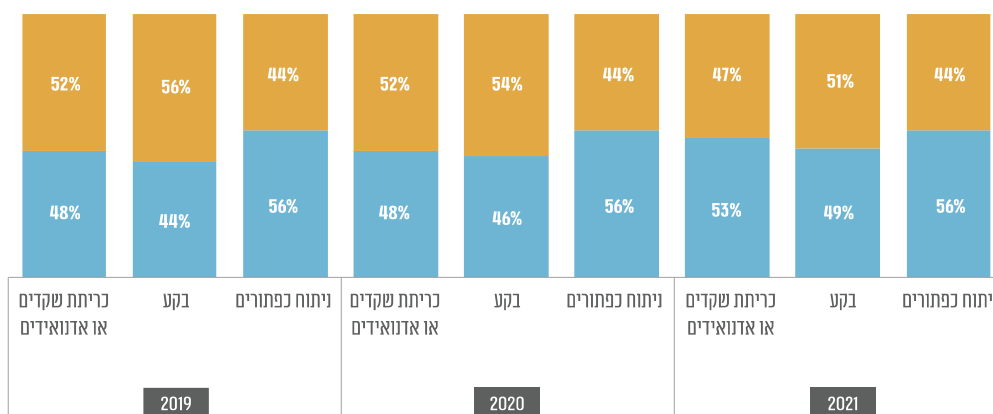
**ביצוע הניתוחים בבתי חולים פרטיים:** אחת הסיבות לפנייה של מטופלים לניתוח בבתי חולים פרטיים תמורת תשלום נוסף היא רצונם לקצר את זמן ההמתנה לניתוח. יצוין כי בבתי חולים

פרטיים מתבצעים גם ניתוחים שהם במסגרת סל שירותי הבריאות והמנתחים הם רופאי קופות החולים.

מבקר המדינה כבר העיר בדוח מ-2021 לגבי ניתוחים שבוצעו בשנים 2015 - 2019 כי רבים מהם, שהיו אמורים להתבצע בבתי"ח הממשלתיים והציבוריים, הוסטו לבתי"ח פרטיים, למשל לאסותא מרכזים רפואיים. כמו כן, בהיעדר מתודולוגיה אחידה וללא איסוף נתונים מכלל בתי"ח בנושא זה, משרד הבריאות לא בחן את הצלחת התוכנית בהיבט של קיצור זמני ההמתנה - המטרה העיקרית של התוכנית<sup>78</sup>.

להלן תרשים שמציג את ביצוע שלושת הניתוחים שנבדקו בהשוואה בין בתי חולים ציבוריים לבתי חולים פרטיים.

**תרשים 14: ביצוע שלושה ניתוחי ילדים בבתי חולים ציבוריים ופרטיים, 2019 - 2021**



■ מוסדות רפואיים פרטיים ■ מוסדות רפואיים ציבוריים

על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי שיעור שלושת הניתוחים במוסדות ציבוריים ובמוסדות פרטיים קרוב לשוויון: ב-2021 חלה עלייה קלה בביצוע ניתוח כריתת שקדים וניתוחי בקע במוסדות הפרטיים (עלייה של 5% בכל סוג ניתוח) ביחס ל-2019, ואילו בניתוח כפתורים באוץ לא חל שינוי על פני התקופה.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי שיעור הניתוחים המבוצעים בבתי חולים פרטיים איננו מלמד על שיעור הפעילות הפרטית, שכן פעמים רבות מדובר בפעילות ציבורית הנעשית בבתי חולים פרטיים.

78 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 171** (2021), "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים - ביקורת מעקב", עמ' 721.



מומלץ כי משרד הבריאות ינתח את הנתונים על ניתוחים בבתי חולים שאינם ציבוריים באופן שייתן בידו מידע על שיעור הניתוחים שבוצעו בבתי חולים אלה במימון ציבורי ובמימון פרטי; הדבר יאפשר לו לבחון ביתר דיוק את הצלחת התוכנית להגדלת מספר הניתוחים המבוצעים בבתי"ח הממשלתיים והציבוריים.



עולה מניתוח הנתונים כי על אף הפעלת התוכנית לקיצור תורים שיישם משרד הבריאות בעלות כוללת של 2.54 מיליארד ש"ח ושכוללת גם את שלושת הניתוחים: ניתוח כריתת שקדים, ניתוח כפתורים באוזן וניתוח בקע, ב-11 מתוך 17 בתי"ח זמן ההמתנה לניתוח כפתורים באוזן היה ארוך יותר בשנת 2022 לעומת שנת 2020; לגבי ניתוח כריתת שקדים, בתשעה בתי"ח זמן ההמתנה ב-2022 היה ארוך מזה שבשנת 2020. עוד עולה שכמעט שלא חל שינוי בתמהיל הניתוחים בין המערכת הציבורית לפרטית (עם עדיפות קלה למערכת הפרטית בנוגע לניתוח שקדים) - שיעור שלושת הניתוחים במוסדות ציבוריים ובמוסדות פרטיים קרוב לשוויון: ב-2021 חלה עלייה קלה בביצוע ניתוח כריתת שקדים וניתוחי בקע במוסדות הפרטיים (עלייה של 5% בכל סוג ניתוח) ביחס ל-2019, ואילו בניתוח כפתורים באוזן לא חל שינוי על פני התקופה. ואולם היות שמשרד הבריאות לא קבע זמן המתנה מרבי לניתוחים אלה, והיות שהוא גם לא קבע יעד לשינוי התמהיל בביצוע הניתוחים בין המערכת הציבורית למערכת הפרטית, הרי שאף שהמשרד ציין כי התוכנית הצליחה חלקית, מדובר בהערכה שאינה נשענת על יעדים ומדדים ואינה מביאה בחשבון גורמים שיכולים להשפיע על הצלחת התוכנית, כמו זמינות הרופאים והגידול במספר הילדים.

מומלץ שמשרד הבריאות יוסיף לתוכנית קיצור התורים שהוא מפעיל גם יעדים ומדדים בנוגע לכל תור לניתוח שהוא מצפה שיקוצר. עוד מומלץ שבתי"ח בשיתוף המשרד ינתחו את התהליך משלב ההודעה לחולה על הצורך בניתוח ועד הביצוע בפועל שלו כדי לאתר צמתים בתהליך שניתן לייעל ולשפר. ראו בעניין זה את דוח מבקר המדינה משנת 2021 על הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים<sup>79</sup>, שבו המליץ מבקר המדינה למשרד הבריאות, לכללית ולבתי"ח שלהם לפעול לשיפור אופן התכנון וההפעלה של מערך חדרי הניתוח בבתי"ח הכלליים. כן מומלץ שהמשרד ישלב את היעדים והמדדים לתורים בתוכנית לקיצור תורים ובמבחני התמיכה הנוגעים אליה, וכי הוא ינתח את הנתונים על ניתוחים בבתי חולים שאינם ציבוריים באופן שייתן בידו מידע על שיעור הניתוחים שבוצעו בבתי חולים אלה במימון ציבורי ובמימון פרטי; הדבר יאפשר לו לבחון ביתר דיוק את הצלחת התוכנית להגדלת מספר הניתוחים המבוצעים בבתי"ח הממשלתיים והציבוריים.

79 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 171** (2021), "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים - ביקורת מעקב", עמ' 721.



# אשפוז ילדים במחלקת ילדים שאינה מתאימה למצבם

## ילדים עם הפרעה נפשית

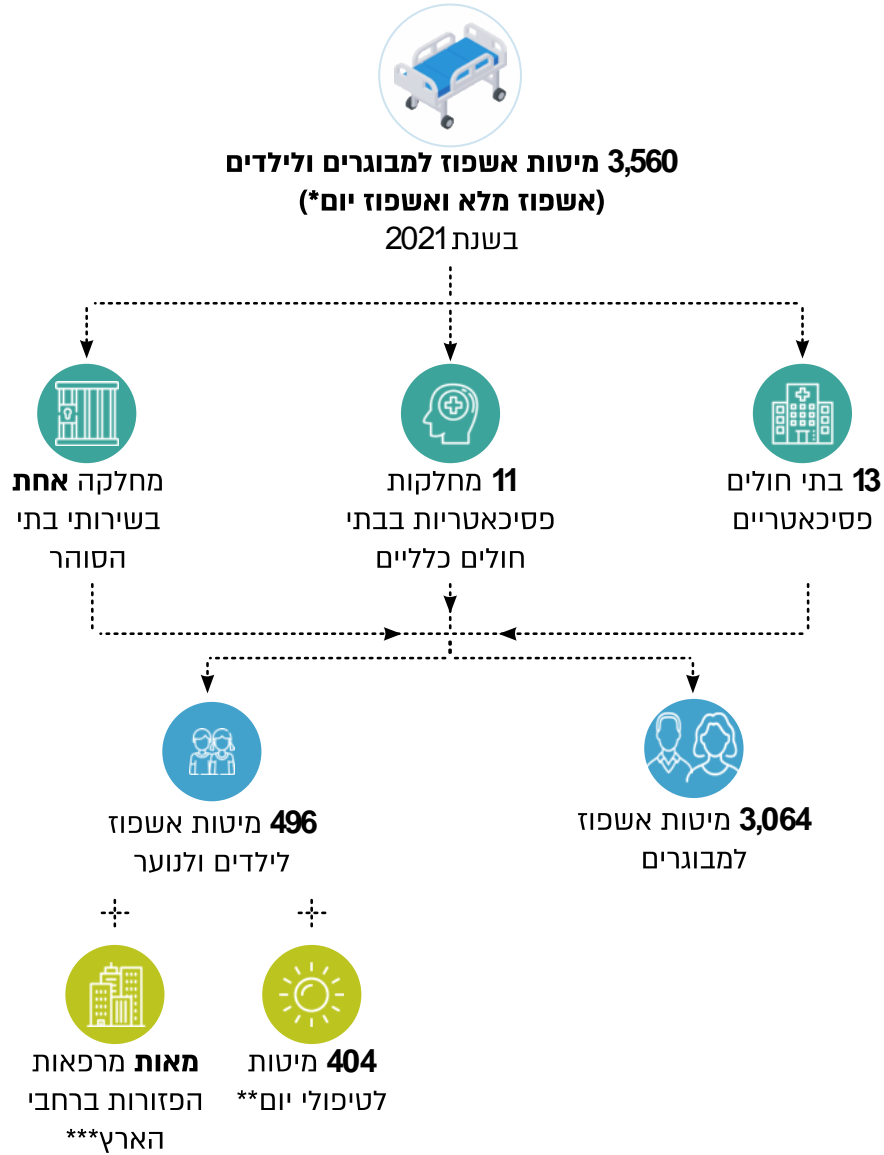
הפרעה נפשית היא שם כללי לקבוצת מחלות והפרעות המשפיעות על האופן שבו אדם מרגיש, חושב, מתנהג ומתקשר עם הזולת. אבחון הפרעות נפשיות נעשה על פי אמות מידה מקצועיות מוגדרות ובהתאם לסיווגי מחלות. הפרעות נפשיות יכולות להתפתח בעקבות גורמים שונים. חלקן יכולות להיות חד-פעמיות וחולפות, אך יש הפרעות הנמשכות לאורך זמן ומצריכות טיפול ממושך<sup>80</sup>.

בסוף 2021 היו בישראל 3,560 מיטות אשפוז (אשפוז מלא ואשפוז יום במחלקות פסיכיאטריות בבתי"ח כלליים ובבתי"ח פסיכיאטריים)<sup>81</sup> לפי הפירוט הבא<sup>82</sup>:

- 80 אתר משרד הבריאות [www.health.gov.il/Subjects/mental\\_health/Pages/default.aspx](http://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/Pages/default.aspx)
- 81 אשפוז מלא כולל לינה, למשל יממה ומעלה. מסגרת של אשפוז יום היא מסגרת טיפולית במחלקת אשפוז יום או במחלקת אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או בבית חולים כללי, שמטרתה להמשיך את תהליך הטיפול והשיקום של המטופל לאחר סיום תקופת האשפוז המלא ולקראת שחרורו והשתלבותו בקהילה. המטופל מגיע ימים אחדים בשבוע למשך שעות אחדות ביום, ללא לינה. מרכזים לאשפוז יום צמודים לבתי"ח.
- 82 13 בתי"ח פסיכיאטריים: שמונה בתי"ח פסיכיאטריים ממשלתיים, שני בתי"ח של שירותי בריאות כללית, בי"ח ציבורי ושני בתי"ח פרטיים. משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, **מיטות אשפוז ועמדות ברישוי (2022) [קישור]**; משרד הבריאות, אגף המידע, **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל (2022)**; משרד הבריאות, "בריאות הנפש בישראל", **שנתון סטטיסטי 2019 [קישור]**.



### תרשים 15: מיטות אשפוז במחלקות פסיכיאטריות



\* מסגרת טיפולית במרכזים לאשפוז יום הצמודים לבתי חולים פסיכיאטריים או כלליים או במחלקות האשפוז (המלא) באותם בתי"ח. הטיפול נעשה ללא לינה ומטרתו המשך טיפול ושקום של מטופל לאחר אשפוז ולקראת שחרורו והשתלבותו בקהילה.

\*\* טיפול יום נעשה במרכזי טיפול יום הצמודים לרוב למרפאות בקהילה. מתוך 404 המיטות 76 משמשות ילדים וגם מבוגרים.

\*\*\* מרפאות בריאות הנפש שחלקן מיועדות לילדים ונוער בלבד וחלקן לכל הגילים. הן מופעלות על ידי קופות חולים, בתי"ח ציבוריים, עמותות או ספקים פרטיים.



מתן מענה מתאים ובזמן לילדים הזקוקים לטיפול נפשי הוא חשוב ומכריע בהקשר של התפתחות מחלת נפש. התערבות מוקדמת עשויה למנוע את התפתחות המחלה למצב כרוני, להביא להיענות גבוהה יותר לטיפול ולהימנעות מתחלואה נוספת, שיכולה להיווצר מהמצב הנפשי<sup>83</sup>. לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, כל תושב זכאי לשירותי בריאות שיינתנו בזמן סביר ובמרחק סביר. לפי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, חובה על כל מטפל לתת לכל מטופליו טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית והן מבחינת יחסי האנוש. ילד הזקוק לטיפול נפשי ומאושפז במחלקה שאינה מתאימה לכך לא יקבל את הטיפול שלו הוא זקוק, ואפשר שלא יתאים למחלקה שבה אושפז מבחינת מאפייני הילדים השהים בה. נוסף על כך, הוא תופס מיטה ומעמיס על הצוות, שלא הוכשר להתמודד עם מצבו, ואף עלול להידבק במחלות.

על פי נתוני האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר (להלן - האיגוד לפסיכיאטריה), באפריל 2022 נמצאו 553 ילדים הממתינים למסגרות אשפוז או לטיפול יום פסיכיאטרי; חלקם מאושפזים במחלקות ילדים כלליות וחלקם בביתם. 258 מהם המתינו לאשפוז, וזמן ההמתנה שלהם היה 3 - 7 חודשים. לדברי האיגוד, מדובר בילדים הממתינים לטיפול דחוף ונמצאים בסכנת חיים מיידית (כגון לאחר ניסיון אובדני קשה). 295 הילדים הנותרים המתינו לטיפול יום, וזמן ההמתנה שלהם היה 3 - 12 חודשים. למרות מצב הסיכון שבו היו נתונים, לא היה להם צפי קרוב לטיפול<sup>84</sup>.

האיגוד לפסיכיאטריה ציין בתגובתו על ממצאי הביקורת מינואר 2023 כי רק חלק קטן מהילדים ובני הנוער הזקוקים לאשפוז פסיכיאטרי אכן מאושפזים במסגרות המתאימות לטיפול נפשי, ורוב הפונים למרפאות ולאשפוז משוחררים להמתנה ממושכת בביתם, למרות הסיכון המידי לחייהם. משום כך לעיתים גם מפנים מיטה על ידי שחרור מוקדם של חולה, אף שהדבר עלול לגרום לרגרסיה והידרדרות במצבו, לאובדנות ולאשפוז חוזר (תופעת "הדלת המסתובבת").

בביקורת עלה כי לעיתים ילדים מאושפזים במחלקות הילדים במקום במסגרות המתאימות לטיפול נפשי זאת בשל חוסר מקום במחלקות פסיכיאטריות לילדים או במסגרות האחרות שמתאימות להם. ואולם, לבתי החולים אין מידע על מספר הילדים הממתינים אצלם במחלקות או משתחררים מהמחלקה לביתם ללא מענה מתאים, ועל זמני ההמתנה שלהם עד לקבלת מענה מתאים.

**השפעת מגפת הקורונה על הבריאות הנפשית של ילדים:** מחקרים בארץ ובעולם מצביעים על כך שבעקבות מגפת הקורונה ולאחריה נצפה גידול במספר הילדים ובני הנוער הסובלים

83 ברקדיל, **מענים אינטגרטיביים בקהילה לילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים - סקירה בינלאומית** (2021) [קישור].

84 ממסמך ששלח האיגוד לפסיכיאטריה אל שר הבריאות ב-1.5.22: "הנדון: 553 ילדים ובני נוער נמצאים בסכנת חיים ממשית ללא מענה טיפולי, צורך מידי בגיוס 30 מתמחים להשלמת פערי טיפול במקרים דחופים שנמצאים בסכנת חיים" [קישור]; עוד לעניין זמני ההמתנה הארוכים לקבלת אבחון וטיפול בבריאות הנפש בכל שכבות הגיל, עד כדי חודשים רבים, ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 70** (2020), "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש", עמ' 771 [קישור].



מהפרעות אכילה וממצבי נפש קשים, ובכלל זאת עלייה בחרדה ובדיכאון<sup>85</sup>. כך למשל, בבריטניה נרשמה במהלך השנה שחלפה מאז פרוץ המגפה (2020) הכפלה של מספר הפניות בגין הפרעות אכילה<sup>86</sup>.

לפי מסמך של מרכז המחקר והמידע של הכנסת מאוגוסט 2021 על מצבם הרגשי והנפשי של ילדים בעקבות משבר הקורונה, יש עלייה בדיווחים בארץ ובעולם על ילדים החשים לחץ ודאגה, עצב ובדידות, חרדה ודיכאון. כך צוין בו שלפני ואחרי כל אחד מהסגרים נצפה שינוי לרעה במצבם הרגשי של ילדים בבית<sup>87</sup>.

מכבי שירותי בריאות פרסמה בינואר 2022 מחקר בנושא זה שהתבצע על אוכלוסייה של יותר מ-200,000 בני נוער בני 12 - 17. מהמחקר עלה כי בעקבות משבר הקורונה יש עלייה ניכרת בהיקף האבחנות והתרופות החדשות שנרשמו בתחום בריאות הנפש - 50% באבחנות של הפרעות אכילה (ראו להלן), 36% באבחנות של דיכאון ו-31% באבחנות חרדה, ונמצאה גם עלייה של 28% בצריכת סוגים שונים של תרופות פסיכיאטריות<sup>88</sup>. על פי המחקר, שיעור הסובלים מהפרעות אכילה בגילים 12 - 17 גדל ב-50% בשנת 2021 בהשוואה ל-2019.

יצוין כי בביקורת קודמת של משרד מבקר המדינה מ-2021 על הרפואה השוטפת בתקופת הקורונה הועלה שעל אף ההערכה שקיימת עלייה בביקוש לשירותי בריאות הנפש בעקבות מגפת הקורונה, הדבר השתקף חלקית מאוד בנתוני הקופות<sup>89</sup>.

לפי מסמך של האיגוד לפסיכיאטריה ממאי 2022<sup>90</sup>, מספר הפניות למרפאות הפסיכיאטריות מתחילת המגפה עלה. לדוגמה, מספר הפניות למרפאות הפסיכיאטריות של מכבי הגיע בשלושה חודשים לסך מספר הפניות בשנה הקודמת. כמו כן, חלה עלייה של כ-40% בפניות למיון בשל מצוקות פסיכיאטריות של ילדים ונוער ועלייה של כ-20% באשפוזים הפסיכיאטריים.

85 "Mental health of children and adolescents amidst covid-19 and past pandemics: a rapid systematic review", **Public health** (2021) <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3432> [link]; "Emotional and behavioral impact of [LINK] the covid-19 epidemic in adolescents" (1.2.22) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35102536/>

86 "COVID-19 and eating disorders in young people", **The Lancet** (May 2021) [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00094-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00094-8/fulltext) LINK

87 מרכז המידע והמחקר של הכנסת, **מצבם הרגשי והנפשי של הילדים בעקבות משבר הקורונה** (12.8.21) [קישור]. ראו גם מבקר המדינה, **דוח ביקורת מיוחד - הוראה ולמידה מרחוק בתקופה הקורונה** (2021) [קישור].

88 במחקר זה לא נבדקו כל האבחנות הפסיכיאטריות והוא כולל את מערך בריאות הנפש הפרטי והאמבולטורי ברובו. הנתונים נאספו מתיקי המטופלים שבהם רשומות אבחנות ותרופות. [www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.06.22268809v2.full.pdf](http://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.06.22268809v2.full.pdf)

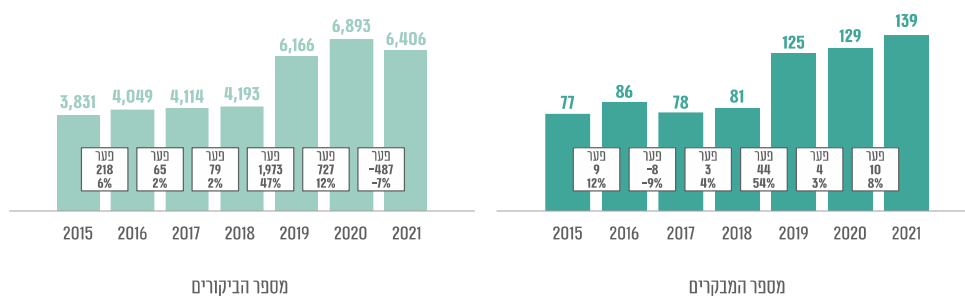
89 לפי נתוני הקופות, חלה אצלן עלייה כוללת של פחות מ-3% במספר המטופלים (מבוגרים וילדים) שקיבלו שירותי טיפול כ-2% במספר הטיפולים. ראו **מבקר המדינה, דוח מיוחד: התמודדות מדינת ישראל עם משבר הקורונה** (התשפ"א-2021) בפרק: "היבטים בפעילות השוטפת במהלך מגפת הקורונה" [קישור].

90 במסמך ששלח האיגוד לשר הבריאות ב-1.5.22 "הנדון: 553 ילדים ובני נוער נמצאים בסכנת חיים ממשית ללא מענה טיפולי, צורך מידי בגיוס 30 מתמחים להשלמת פערי טיפול במקרים דחופים שנמצאים בסכנת חיים" [קישור]. מכתב זה נשלח גם לשר האוצר, לשר החינוך ולשר הרווחה [קישור].

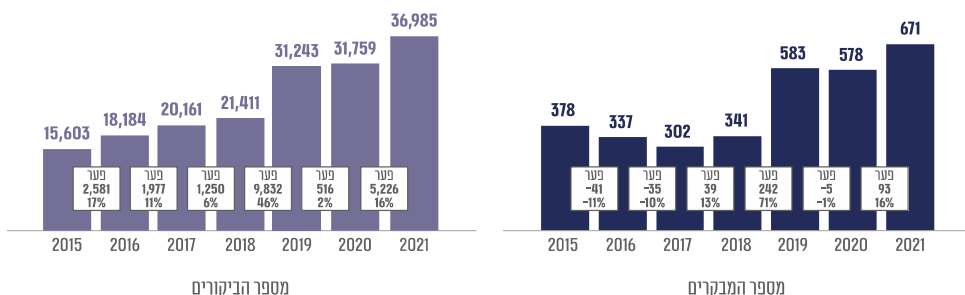


להלן תרשים המציג את השינויים במספר הביקורים והמבקרים בכל מסגרות הטיפול בבריאות הנפש בין השנים 2015 - 2021.<sup>91</sup>

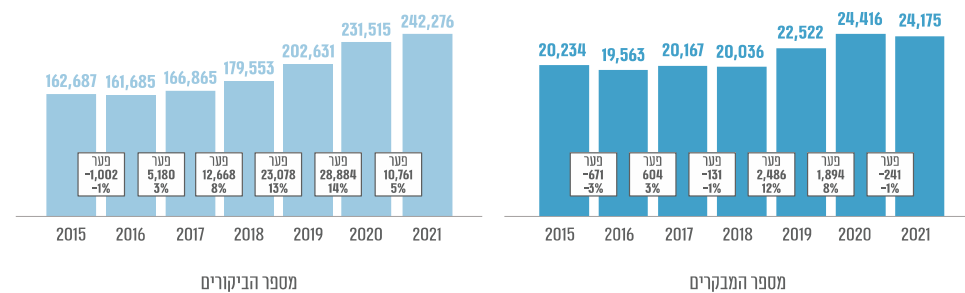
**תרשים 16: מספר הביקורים והמבקרים במסגרות הטיפול בבריאות הנפש, 2015 - 2021<sup>92</sup> באשפוז יום**



**במרפאות**



**בטיפול יום**



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

91 לעניין פערים בביקוש לטיפול בתקופת הקורונה לעומת תקופות קודמות, ראו גם מבקר המדינה, **דוח ביקורת מיוחד - התמודדות מדינת ישראל עם משבר הקורונה**, "היבטים בפעילות השוטפת במהלך מגפת הקורונה" (2021) [קישור].  
 92 יש לציין כי החל משנת 2019 מוסד נוסף החל לדווח על מספר הביקורים והמבקרים במרפאה להפרעות אכילה אצלו, ולכן יש גידול משמעותי בשנת 2019 (מספר הביקורים בכל שנה מגיע לכמה אלפים).





מהתרשימים עולה כי בשנים 2015 - 2021 חלה עלייה בכל מסגרות הטיפול בבריאות הנפש: אשפוז יום - עלייה של כ-60 מבקרים (כ-80%) וכ-2,600 ביקורים (כ-67%); מרפאות - עלייה של כ-4,000 מבקרים (כ-19%) וכ-80,000 ביקורים (כ-49%); טיפולי יום - עלייה של כ-300 מבקרים (כ-78%) וכ-21,000 ביקורים (כ-137%). עוד עולה שבין 2020 ל-2021, שנות מגפת הקורונה, חלה עלייה בכל המסגרות במספר המבקרים (ולעיתים ירד מספר הביקורים). היקפי הגידול ושיעורם משתנים בין מסגרות הטיפול ובין השנים, ואין מגמה חד-משמעית שניתן להצביע עליה<sup>93</sup>.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי הוא מודע לנתונים ובהתאם להם הכין תוכנית לאומית בין-משרדית, אולם אין לתוכנית מענה תקציבי. המשרד ציין שהוא ממשיך להוביל את חלקו בתוכנית, ובכלל זה פתח עוד עמדות טיפול יום, פרסם מבחני תמיכה לקופות החולים שנועדו לתגמל הגדלת היקף שירותי מרפאה, הקצה כספים להרחבת היקף האשפוז וטיפולי היום עבור ילדים הסובלים מהפרעות אכילה, וכן פרסם מבחן תמיכה לשם הקמת תשעה מרכזים בפריסה ארצית להתערבות במשבר והתחיל ביישומו.

הלל יפה ציין בתגובתו על ממצאי הביקורת מינואר 2023 כי בביה"ח פועלת מרפאה לבריאות הנפש לילדים ולנוער, וכי בשנים 2019 עד 2022 גדל מספר המטופלים בה בכ-20%. בשל מצוקת מיטות האשפוז במחלקה לעיתים נדרש לאשפוז ילדים במחלקת ילדים אף שאינה נותנת מענה הולם.

מכבי ציינה בתגובתה על ממצאי הביקורת מינואר 2023 (להלן - תגובת מכבי) כי היא מקדמת הפעלת שירותים בתחום לילדים ונוער שאמורים למנוע אשפוז (כגון בתים מאזנים<sup>94</sup>), ושיש לקחת זאת בחשבון בעת בניית התוכנית.

**הפרעות אכילה:** הפרעות אכילה הן קבוצת הפרעות נפשיות (במערך בריאות הנפש) המתאפיינות בעיסוק כפייתי באוכל, בצורת הגוף ובמשקלו<sup>95</sup>. הפרעות אלה עלולות להשפיע על מערכות רבות בגוף ולגרום לסיבוכים רפואיים קשים. שיעור התמותה בקרב הסובלים מהן (בכל הגילים) הוא 5% - 20%, שיעור גבוה בהשוואה לחולים בכל המחלקות הפסיכיאטריות האחרות. שכוחות תופעות הפרעות האכילה בעולם עומדת על 0.1% - 3.8% מהאוכלוסייה. מומחים בארץ ובעולם מציינים כי התחלת טיפול בשלב מוקדם ככל שניתן היא קריטית לסיכויי החלמה מלאה, ואילו עיכוב בטיפול גורם לכך שסיכויי החלמה צונחים דרמטית<sup>96</sup>. בדוח משנת 2013 ציין מבקר

93 יש לציין כי בשנת 2019 מוסד נוסף החל לדווח על מספר הביקורים והמבקרים במרפאה להפרעות אכילה אצלו, ולכן יש גידול משמעותי בשנת 2019 (מספר הביקורים בכל שנה מגיע לכמה אלפים).

94 "בתים מאזנים" נועדו למנוע אשפוז פסיכיאטרי, על ידי מתן טיפול מקיף יותר מהטיפול הניתן במרפאות יום.

95 ארגוני בריאות בין-לאומיים מגדירים כמה סוגים של הפרעות אכילה. המרכזיים שבהם הם אנורקסיה נרבוה, בולימיה נרבוה, הפרעת אכילה התקפית, הפרעת אכילה נמנעת/מוגבלת, הפרעות אכילה מסווגות והפרעות אכילה בלתי מסווגות; מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **מערך הטיפול בהפרעות אכילה בישראל** (13.2.22) [קישור].

96 פורום ההורים למתמודדים עם הפרעות אכילה, **נייר עמדה בנושא הפרעות אכילה בישראל** [קישור]; פורום ההורים למתמודדים עם הפרעות אכילה הוקם בתחילת שנת 2022 על ידי קבוצת אימהות לבנות צעירות ובגרות שמתמודדות עם הפרעות אכילה; Kenisha Kampbell & Rebecka Peebles, "Eating disorders in children and adolescents: state of the art review", *Pediatrics*, 134(3), pp. 582-592 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25157017>



המדינה כי ככל שהמחלה אינה מאובחנת בזמן, כך גם קטנים סיכויי ההחלמה, המחלה עלולה להפוך לכרונית, ועלויות הטיפול בה גדלות<sup>97</sup>. ככלל, ילדים שלהם הפרעות אכילה מאושפזים לצורך טיפול בהפרעה זו במסגרות ייעודיות לטיפול במחלה או במחלקות לבריאות הנפש של ילדים.

בדוח המוזכר של מבקר המדינה שעסק בטיפול בהפרעות אכילה<sup>98</sup> צוין כי חולות (בוגרות) מתאשפזות גם במחלקות פנימיות, שבהן הן עלולות להידבק במחלות, או שהן נאלצות להמתין בבתייהן ומגיעות לעיתים רק לטיפול מרפאתי חלקי, שאינו תואם את מצבן.

מנתוני משרד הבריאות עולה כי בכל שנה מאות ילדים עם הפרעות אכילה מאושפזים במחלקות הילדים הרגילות. הסיבות לכך הן חוסר מקום במחלקה הייעודית ולעיתים בעיות פיזיולוגיות הנלוות להפרעת האכילה. בין השנים 2019 - 2021 חלה עלייה של כמעט 50% במספר הילדים שלא אושפזו במחלקות הייעודיות. ניתן להניח שהגידול במספר הילדים בשנת 2021 אל מול 2020 נובע גם מהשלכות מגפת הקורונה: ב-2019 אושפזו במחלקות הילדים 307 ילדים עם הפרעות אכילה, ב-2020 - 329 ילדים וב-2021 - 446 ילדים. יש לציין את שניידה, שבשנת 2021 אושפזו בו 117 ילדים שלא במחלקה הייעודית, ואת שיבא-ספרא - 158 ילדים<sup>99</sup>.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי הוא מודע למחסור במיטות בתחום בריאות הנפש של הילד ובפרט הפרעות אכילה, וכי גם המיטות שהתווספו ב-2022 אינן נותנות מענה מלא לצרכים. המשרד ציין שיערוך מיפוי של כלל הצרכים, בהתחשב בשיעורי האשפוז ובפריסה הגיאוגרפית, וייתן להשלמת המחסור עדיפות בתוכנית המיטות הבאה. המשרד הוסיף כי בחלק לא מבוטל ממקרי הפרעות אכילה, מצבו הגופני הירוד של הילד המאושפז מחייב קודם כול איזון גופני וניטור במחלקת ילדים.

**דוגמה - הפרעות נפשיות - ביה"ח זיו בצפת:** להלן נתונים על מספר המיטות במחלקת ילדים ומספר המיטות במחלקה לבריאות הנפש לילדים והתפוסה בהן בשנים 2019 - 2021 ועל מספר הביקורים והמבקרים<sup>100</sup> באשפוזי היום בבריאות הנפש באותן שנים:

97 מבקר המדינה, **דוח שנתי 163** (2013), "הטיפול בהפרעות אכילה", עמ' 849 [קישור].

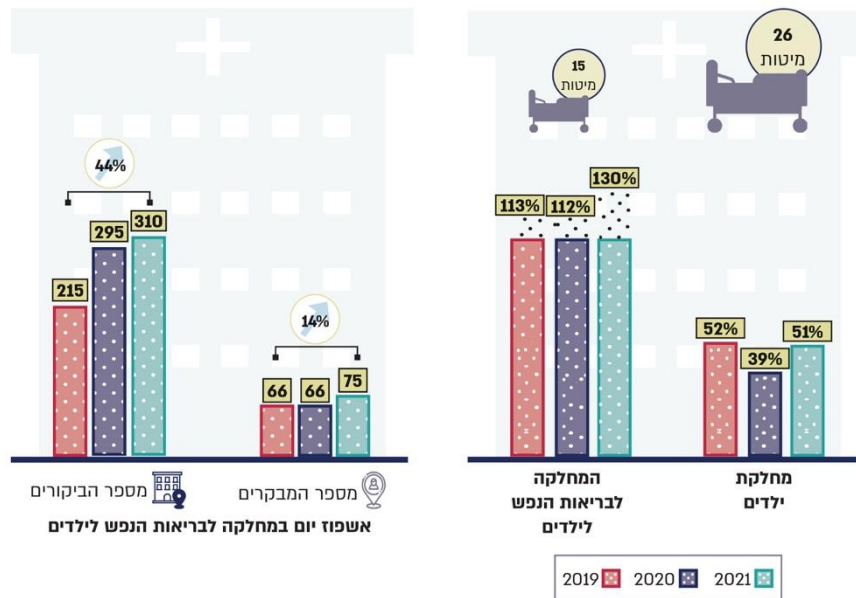
98 שם.

99 יש לציין שהנתון הוא עבור אשפוז בגין הפרעת אכילה כאבחנה עיקרית; קובץ משרד הבריאות מאוגוסט 2022 עם עדכונים במהלך החודשים ספטמבר-נובמבר [קישור].

100 מספר המבקרים הוא מספר המטופלים המוחלט ובמספר הביקורים בא לידי ביטוי כל ביקור של מטופל במסגרת טיפולית.



**תרשים 17: מיטות ותפוסה במחלקת ילדים ובמחלקה לבריאות הנפש לילדים וביקורים ומבקרים<sup>101</sup> במרפאות בריאות הנפש לאשפוזי יום בביה"ח זיו בצפת, 2021 - 2019**



מנתוני משרד הבריאות זיו, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

התפוסה במחלקה לבריאות הנפש לילדים בבית החולים זיו עמדה בכל אחת מהשנים 2019 - 2021 על יותר מ-100%, ובשנת 2021 הייתה גבוהה במיוחד (130%), וזאת לעומת התפוסה במחלקות ילדים, שעמדה באותן שנים על כ-50% ואף פחות. באשפוזי היום במחלקה לבריאות הנפש הייתה עלייה של יותר מ-40% במספר הביקורים בין השנים 2019 ל-2021.

עלה שכאשר יש עומס בטיפולי בריאות הנפש של ילדים, נאלץ ביה"ח זיו לאשפוז את הילדים במחלקת ילדים. כך, בתקופה מסוימת ב-2019 אשפוזו 14 ילדים במחלקת הילדים במקום במחלקה לבריאות הנפש לילדים וב-2021, בעת משבר הקורונה, נדרש היה לאשפוז במחלקת הילדים 36 ילדים שנזקקו לאשפוז במחלקה לבריאות הנפש.

בי"ח זיו ציין בתגובתו על ממצאי הביקורת מינואר 2023 כי נוסף על המחסור במיטות, לעיתים הוא נדרש לאשפוז ילדים במחלקת ילדים ולא במחלקה לבריאות הנפש של הילד משום שמחלקה זו אינה נגישה - היא נמצאת בקומה השנייה ללא מעלית. עוד ציין כי הוא פועל מול

101 מספר המבקרים הוא מספר המטופלים המוחלט ובמספר הביקורים בא לידי ביטוי כל ביקור של מטופל במסגרת טיפולית.



משרד הבריאות לפתיחת מחלקת אשפוז נוספת לבריאות הנפש של הילד ובה 15 מיטות עוד ברבעון הראשון של שנת 2023, ודבר זה יפתור גם את בעיית הנגישות של המחלקה.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי זיו נותן מענה לאזור גיאוגרפי גדול. מחלקת בריאות הנפש של הילד בבית"ח קיבלה ב-2023 תוספת מיטות, והמשרד מודע לכך שהיא אינה מספיקה.

אם ילד מתאשפז במחלקה שאינה מתאימה לאבחנה שקיבל או נשלח לביתו, וממתין שבועות או אף חודשים למסגרת מתאימה, הוא אינו מקבל את הטיפול הנאות אשר לו הוא נדרש, וחכויותיו על פי חוק נפגעות. מחלקת ילדים אינה יכולה לתת את המענה המתאים וההולם לילד הנזקק לטיפולים נפשיים - הצוות במחלקה זו אינו מוכשר לטפל בילדים שאובחנו כך, זמינות הרופאים המומחים בטיפול נפשי פחותה מזו שבמחלקה הייעודית, וגם הסביבה הפיזית אינה מותאמת לטיפולים הנדרשים. אי-קבלת טיפול מתאים עלולה להפוך את הילדים לחולים כרוניים, מצמצמת את סיכויי הירפאותם ואף מגדילה את סיכויי התמותה שלהם.

מומלץ שבמסגרת התוכנית הרב-שנתית למספר המיטות הנדרשות באגפי הילדים יבחן משרד הבריאות מהם הצרכים העתידיים המעודכנים למיטות במחלקות בריאות נפש ילדים, ימפה באופן מלא את המצב הקיים, לרבות המענה שקופות החולים מספקות, ויכין תוכנית מתאימה שתיתן לכך מענה. עד אז מומלץ שהמשרד, ובתיה"ח יחד יבחנו מהו המענה הזמני שניתן לתת לפערים הקיימים במיטות אשפוז לבריאות הנפש הקיימות כיום.

**היעדר מידע בידי משרד הבריאות על ילדים הזקוקים לטיפול בתחום בריאות הנפש בכלל:** התהליך של בניית תוכנית עבודה מושפע מהערכת מצב שעוזרת למשרד להבין מהם הנושאים שיש לטפל בהם, וזאת על בסיס מידע ועובדות. הערכת המצב מתחילה ביצירת מערכי מידע ובמיצוי בסיסי נתונים. כשקיימים כל הנתונים, המשרד יכול לנתח את המצב ולהחליט אילו שינויים נדרשים, לקבוע מדיניות, להציב מטרות ויעדים ועוד<sup>102</sup>. אם כן, מסד נתונים על הצרכים בתחום בריאות הנפש הכרחי לצורך הכנת יעדים לשינויים הנדרשים במסגרות הטיפול השונות, שיענו על הביקושים בתחום.

בביקורת עלה כי באגף המידע שבמשרד הבריאות יש נתונים על מספר המיטות בבתי"ח בחלוקה למסגרות הטיפול השונות (מרפאות, מסגרות לטיפול יום ולאשפוז יום, מסגרות אשפוז מלא, ב"ח כללי/פסיכיאטרי) וכן על משך האשפוז בכל מסגרת ועל קבלת מאושפזים חדשים ומאושפזים חוזרים. ואולם אין בידי, כמו גם בידי אגף בריאות הנפש, נתונים על המספר הכולל של הילדים המאובחנים בבריאות הנפש ומספר המאובחנים החדשים בכל שנה, על מספר הממתינים ועל זמני ההמתנה לפי המסגרת הטיפולית. כן אין בידי נתונים על מספר הילדים האמורים להתאשפז במחלקות לבריאות הנפש אך בשל מצוקת מיטות מאושפזים במחלקות הילדים בבתי"ח. בהיעדר נתונים כאלו נפגעת היכולת של המשרד לגבש תוכנית עבודה סדורה להתמודדות עם הגידול בהיקף הפרעות אכילה בפרט והפרעות נפשיות בכלל.



משרד בריאות מסר בתגובתו כי הוא פועל לקבלת מידע מכל הקופות על ביקורים במרפאות לבריאות הנפש בקהילה.

מומלץ שמשרד הבריאות יאסוף נתונים מלאים בתחום בריאות הנפש של ילדים, ינתח את הצרכים ויתכנן את המענה שיינתן להם באמצעות מסגרות הטיפול השונות. מומלץ שיכין לשם כך תוכנית עבודה רב-שנתית, שבה ייקבעו היעדים, המשאבים והמדדים המתאימים.

## ילדים הזקוקים לשיקום באשפוז

ילדים שחווים סוגים שונים של חבלות או מחלות, למשל תאונות דרכים, נפילות, ניתוחים, גידולים סרטניים, פגיעות במערכת העצבים ופגיעות אורתופדיות, זקוקים לעיתים לשיקום. שיקום הוא תהליך ארוך שנמשך לרוב שבועות אחדים עד חודשים ספורים ולעיתים אף שנה<sup>103</sup>. מטרת התהליך השיקומי הן שיפור וקידום יכולות התפקוד, כדי שהילד יוכל לחזור לחייו הרגילים עד כמה שניתן. מורכבות השיקום של הילד מתבטאת בטווח הגילים הרחב, הדורש ידע נרחב של מטפלים, מגוון רחב של אביזרים המותאם לכל גיל וגודל, שילוב של מסגרת לימודית בתהליך השיקומי, שיקום למשפחה ועוד.

שיקום רציף בהמשך לטיפול הרפואי נדרש על מנת למנוע מזק אפשרי, שכתוצאה ממנו עלולים להיפגע סיכויי ההחלמה של הילדים והשבתם לחיים מלאים ככל האפשר. הדבר גם עלול להחמיר את מחלתם, כמו גם לפגוע בשגרת ההורים והמשפחה, הנדרשים לא פעם ללוות את ילדם ולשהות במחיצתו.

**מספר מוסדות השיקום לילדים ופיזורם בארץ:** שיקום ילדים נעשה במוסדות שיקום ייעודיים, ואם התפוסה מלאה במוסדות אלו, נאלץ הילד להמתין עד שמתפנה מקום לטיפול, בין במחלקת ילדים בביה"ח שבו אושפז ובין בביתו. בסוף 2021 היו בשלושה מוסדות וביחידת שיקום אחת 79 מיטות אשפוז ילדים<sup>104</sup>: ביה"ח אלי"ן, שהוא בי"ח ציבורי; המרכז הרפואי לשיקום לוינשטיין של הכללית (להלן גם - לוינשטיין); המחלקה לשיקום ילדים בשיבא-ספרא; וכן היחידה באיכילוב-דנה, שבה שש מיטות<sup>105</sup>. בשנת 2022 אושרו שלוש מיטות נוספות ללוינשטיין. נוסף על כך, במועד סיום הביקורת באוקטובר 2022 היו בבנייה שלוש מחלקות שיקום ילדים, להלן פירוט במפה.

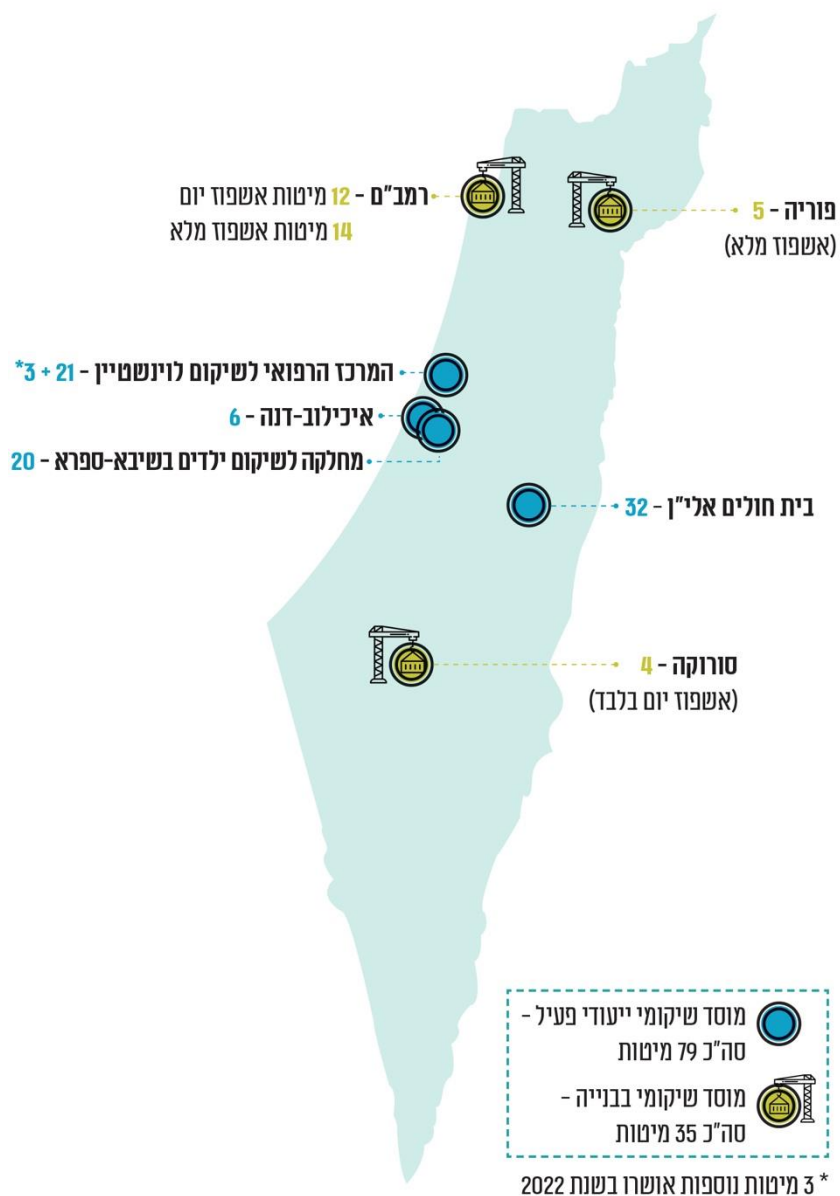
103 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 62** (2012), "שיקום רפואי לקשישים", עמ' 283 [קישור].

104 משרד הבריאות, אגף המידע חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל** (2022).

105 התוספו לראשונה ב-2021.



מפה 2: מוסדות שיקום לילדים בשנת 2021 ומחלקות עתידיות



שש המיטות באיכילוב-דנה התווספו בשנת 2021, והחלו לפעול בשנת 2022.



מהמפה עולה שהמוסדות המספקים כיום שיקום באשפוז לילדים ממוקמים במרכז הארץ - ירושלים, רעננה, תל אביב ורמת גן, ואין מענה לילדים בצפון הארץ ובדרומה. לאחר סיום הבנייה יתווספו 21 מיטות שיקום לילדים בפוריה וברמב"ם בצפון ובסורוקה בדרום.

המרכז הרפואי נהרייה ציין בתגובתו על ממצאי הביקורת מינואר 2023 כי היות שבאזור הצפון אין אפשרויות לשיקום ילדים, פעמים רבות ילדים מועברים למחלקות שיקום במרכז הארץ. המרכז הרפואי רמב"ם ציין בתגובתו מינואר 2023 כי בתחילת 2021 החלו להפעיל 4 מתוך 12 המיטות המתוכננות במחלקת אשפוז יום, וכי הצפי לסיום הבינוי ולהפעלת כלל המיטות הוא כשנתיים.

מומלץ שמשרד הבריאות יבחן את הצרכים הלאומיים בתחום מיטות האשפוז בשיקום לילדים - כמה מיטות שיקום נדרשות, מהו מצאי המיטות, לרבות אלה הנמצאות בבנייה, והצורך להשלימן - הן במרכזים הרפואיים הקיימים והן במוסדות ייעודיים, ובכלל זה מומלץ שתושלם התוספת של מיטות השיקום בפוריה, ברמב"ם ובסורוקה.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי במסגרת התכנון ארוך הטווח בנוגע למיטות אשפוז הוא יקיים תהליך של מיפוי צרכים ותיעדוף גם בתחום שיקום הילדים.

**אסדרת טיפול שיקומי:** משרד הבריאות קבע בשנת 2009 נוהל אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים<sup>106</sup>. בנוהל פורטו אמות המידה להפניה לטיפול שיקומי, אופן מתן הטיפול ורצף תהליך האשפוז והטיפול בקהילה. לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי<sup>107</sup>, השיקום הוא באחריות קופת החולים שאליה משהייך החולה ובמימונה.

יצוין שמשרד הבריאות גיבש באוגוסט 2020 טיוטת חוזר שעניינו אמות המידה למתן שיקום רפואי (באשפוז ובקהילה) לכל הגילים, תוך שמירה על רצף הטיפול<sup>108</sup>. טיוטת החוזר מתייחסת למסגרות שיקום שונות. אשר לשיקום באשפוז, נקבע בה סוג הטיפול שיש לספק בזמן ההמתנה למסגרת האשפוזית במחלקה בבית החולים, ואולם לא נקבע זמן המתנה מרבי<sup>109</sup>. הטיטה נמצאת בשלב של הערות מטעם אגף השיקום.

עולה שאף על פי שלמשרד הבריאות יש נוהל ובו מסגרת של כללים להפניה לטיפול ביחידות לשיקום קשישים, הוא לא קבע נוהל דומה בנוגע לשיקום ילדים.

**דוגמה - ביה"ח השיקומי לוינשטיין:** מנתוני ביה"ח השיקומי לוינשטיין של הכללית, עולה כי ב-2014 טיפל ביה"ח ב-58 ילדים ושבע שנים לאחר מכן, בשנת 2021, טופלו בו 105 ילדים. ביה"ח משייך את העלייה עם השנים במספר הילדים הנזקקים לשיקום הן לגידול במספר הילדים והן לשיפור בטיפול במחלות שונות, כגון אונקולוגיה ילדים, פגות, מומי לב מורכבים, מחלות

106 **חוזר מינהל רפואה 4/2009**, "אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים" (14.1.09) [קישור].

107 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

108 טיוטת חוזר חטיבת הרפואה, "אמות מידה לשיקום רפואי בישראל" (30.3.20) [קישור].

109 משרד הבריאות קובע את הזמן המרבי שבו צריך להתחיל את השיקום בקהילה (לא באשפוז) לאחר השחרור מביה"ח, ואולם אין התייחסות למצב שבו לא נמצאת מסגרת שיקום.



מטבוליות, ניתוחים וכן טיפולים חדשים התורמים להישרדות החולה ועם זאת מגבירים את הצורך בשיקום.

מנתוני ביה"ח השיקומי לוינשטיין מאמצע יולי 2022, עלה שמספר הילדים הממתינים באותה העת היה 19 וזמן ההמתנה הגיע לשלושה חודשים.

**זמני ההמתנה לשיקום:** היות שמשרד הבריאות הוא הגורם המאסדר של מערכת הבריאות, עליו להיות בעל יכולת לראיית-על כוללת ומערכתית, שתאפשר לו לעצב את תפיסתו בנוגע לטיפולים משקמים לילדים, לגבש בהתאם לכך תוכנית שתקבע את המשאבים והתשתיות שנדרשים לשם כך ושבהתאם לה הוא גם ינחה את הקופות. כפי שצוין לעיל, לצורך התכנון צריך שיהיה בידיו מאגר נתונים הנוגע לשיקום ילדים - מידע על מספר הנדרשים לשיקום, הפיזור הגיאוגרפי שלהם, זמני ההמתנה לשיקום ועוד. נוסף על כך, נדרש שהמשרד יקבע יעד לפרקי זמן מרביים להמתנה לטיפולים השיקומיים, לשירותים שיקבל הילד בזמן ההמתנה ועוד.

עלה שלמשרד הבריאות אין נתונים על מספר הילדים הנזקקים בכל שנה לשירותי שיקום באשפוז. כמו כן, הוא אינו אוסף נתונים על זמני ההמתנה לשיקום ילדים במסגרות, ואינו יודע את מספר הממתינים ואת זמני ההמתנה לשירות. בהיעדר הנתונים נפגעת היכולת של המשרד, כמאסדר, לגבש תוכנית עבודה סדורה ולתת מענה לצרכים הקיימים.

משרד הבריאות ציין בפני משרד מבקר המדינה באוגוסט 2022 כי בהיעדר רשם שיקום<sup>110</sup> לא ניתן לספק נתונים כמותיים בנוגע לזמני ההמתנה ולמיקום הממתין. רשם שיקום גם היה מאפשר הערכה מדויקת יותר של הצרכים ומשמש כלי עזר לקביעת מדיניות.

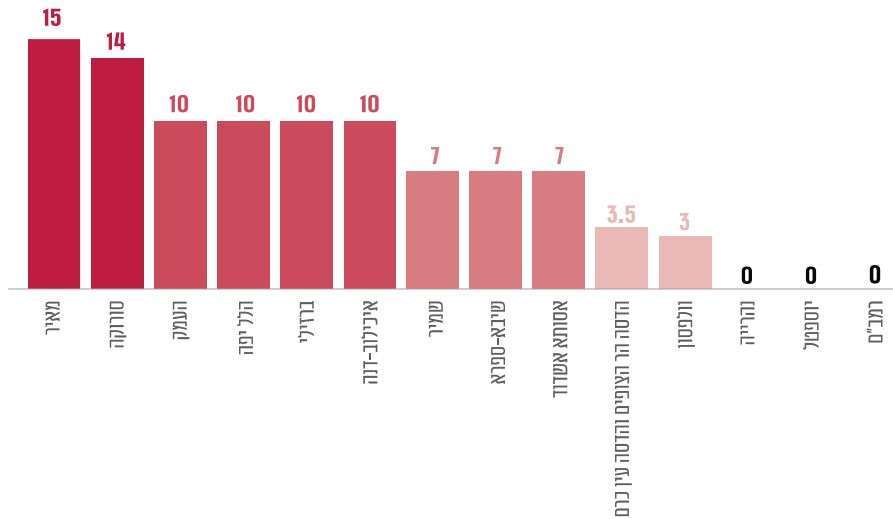
על פי מענה בתיה"ח לשאלון אשפוז ילדים, בזמן ההמתנה לשיקום הילדים ממתינים לרוב בעודם מאושפיים במחלקת הילדים בביה"ח, וזמן ההמתנה נמשך בין ימים ספורים לשבועיים. בתרשים שלהלן מוצגים נתוני התשובות של בתיה"ח. יצוין כי מדובר בהערכה בלבד של מנהלי בתיה"ח, הנכונה לנקודת הזמן שבה מילאו את השאלון. בתיה"ח אינם מנהלים רישום, ולכן גם לא ידוע מספרם של הילדים הממתינים:

110 רישום לאומי של מחלה או מצב תחלואה מסוים משמש כמערכת ניטור שיטתית, האוספת ברציפות מידע לגבי כל המקרים החדשים באוכלוסייה המאובחנים עם אותו מצב תחלואה ומתחזקת אותו. באופן זה מספקים רישומי המחלות את הבסיס לחישוב שיעורי הארעות והימצאות של מחלות. ברישומי מחלות מסוימים קיימת אפשרות להמשך מעקב ("רישומים מזוהים"), ובאמצעותם גם ניתן לחשב שיעורי הישרדות ומדדים נוספים.  
[www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/disease\\_Registries/Pages/default.aspx](http://www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/disease_Registries/Pages/default.aspx)





תרשים 18: הערכת ממוצע ימי ההמתנה במחלקת ילדים למעבר לשיקום, 2022



על פי מענה בתיה"ח לשאלון אשפוז ילדים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.  
\* בתיה"ח שאינם מופיעים לא ענו על השאלה.

מהתרשים עולה כי לפי הערכות בתי החולים, זמן ההמתנה במחלקת הילדים או בביתו של הילד עד המעבר לשיקום נע בשנת 2022 בין אי-המתנה כלל ברמב"ם, ביוספטל ובנהריה ושלושה ימים בוולפסון ועד ל-15 יום במאיר.

לשאלה אם יש השלכות להתארכות זמן ההמתנה על המשך הטיפול (ובכלל זה השיקום)<sup>111</sup> ציינו 16 מתוך 21 בתיה"ח שהשיבו על שאלון אשפוז ילדים, שיש נזק בהמתנה להמשך טיפול. סרוקה גם ציין כי זמן המתנה להמשך טיפול מוביל לפגיעה באיכות החיים של ההורים והילדים, לחוסר במסגרת חינוכית לילד, לפגיעה באיכות הטיפול ולגידול בסיכוי לזיהומים נרכשים. וולפסון וברזילי ציינו שהעיכוב במעבר למסגרת שיקום פוגע בטיפול בילדים ובאיכות השיקום וגם גורם לתסכול אצל הילד וההורים.

המשרד מסר בתגובתו כי הוא פועל להקמת "רשם שיקום" מתוך הבנה שרק כך יהיה אפשר לקבל החלטות המבוססות על נתונים, וכי הוא יבדוק את האפשרות לכלול ברישום בשלב מוקדם יחסית בפיתוחו של הרשם, מידע על שיקום ילדים.

111 השאלה נגעה לתחומים נוספים שאליהם יש זמן המתנה, כגון אמצעי הדמיה (טומוגרפיה ממוחשבת [CT]), דימות תהודה מגנטית [MRI] וכו'), גסטרו וקרדילוגיה.



מומלץ שמשרד הבריאות יקדם את פרסום הנוהל בנוגע לאמות המידה למתן שיקום רפואי תוך שמירה על רצף הטיפול, וכי יקבע פרקי זמן מרביים לזמני ההמתנה לטיפולים משקמים על פי סוגיהם. מומלץ גם שתיכלל בו התייחסות לשיקום ילדים. בהתאם לכך מומלץ שיבחן אם המשאבים הקיימים מסוגלים לתת מענה ליעדים שייקבעו ויפעל ליישומם. כך ניתן יהיה להבטיח שיפור בתפקודים מוטוריים, קוגניטיביים, חושיים, לשוניים ורגשיים ולאפשר לילדים אורח חיים פעיל ובריא ככל שניתן.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי החוזר עוסק באופן ההפניה לשיקום באופן כולל, וחל על מבוגרים וילדים כאחד. עם זאת, הוא יבדוק את האפשרות להוסיף הנחיות ממוקדות הנוגעות לשיקום ילדים, לרבות קביעת זמן ההמתנה המרבי לקבלה לשיקום.

## הכרה של משרד הבריאות ב"בית חולים לילדים"

חלק מאגפי הילדים נמצאים בבתי"ח כלליים, וחלקם כוללים מחלקות ייעודיות על פי התמחותן. כך למשל, בוולפסון יש אגף ילדים הכולל מחלקת אשפוז ילדים, מחלקת כירורגיה ילדים ויחידות כמו נפרולוגיה ילדים ולב ילדים. מצד אחר, יש בתי"ח שבשטחם ב"ח משנה המיועד כולו לילדים וכולל מחלקות ילדים ויחידות רפואיות על פי התמחותן. למשל, המרכז הרפואי שיבא כולל את "ביה"ח לילדים אדמונד ולילי ספרא", שבו מחלקת ילדים, מחלקת כירורגיה ילדים, מחלקה להמטואונקולוגיה והשתלות מח עצם ועוד יחידות ומרפאות. בתי החולים מסרו לצוות הביקורת כי הקמת ביה"ח לילדים מומנה ברובה מתרומות.

עד נובמבר 2022 קיבלו שני בתי"ח את הכרת משרד הבריאות במעמדם כבי"ח לילדים: בשנת 2013 אישר זאת המשרד ל"מרכז שניידר לרפואת ילדים" של הכללית, אשר התפתח כבי"ח נפרד מתוך המרכז הרפואי רבין בפתח תקווה; ובשנת 2022 נתן רישיון למרכז הרפואי ע"ש שיבא לקרוא לאגף הילדים שבו "בית חולים לילדים".

בפועל, מרכזים רפואיים אחדים החלו גם הם לקרוא לאגפי הילדים שאצלם "בתי חולים לילדים", וזאת בלי שקיבלו את הכרת המשרד בכך: החל בשנת 1992 במרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי-איכילוב נקרא האגף "בי"ח דנה-דואק לילדים"; החל בשנת 2014 ברמב"ם - "בית חולים רות לילדים"; והחל בשנת 2018 בשערי צדק - "בית החולים וילף לילדים".

הרצון של בית חולים כללי שאגף הילדים שלו יוכר כ"בית חולים לילדים" נובע מרצונו ליצור מיתוג יוקרתי ואיכותי של האגף - בקרב הציבור ואף ברמה הבין-לאומית. ואולם כשלא מדובר בבי"ח בפועל אלא רק בכינוי "בית חולים", עלולה להיות בכינוי זה הטעיה, שכן מבי"ח מצופה שיהיה בעל תשתיות רפואיות נפרדות, צוותים רפואיים, ניהוליים ומינהליים, מחלקות רלוונטיות, תשתית אקדמית-מחקרית ואף מבנה נפרד.



עלה שעד מאי 2022 משרד הבריאות לא היה מעורב בהחלטת בתי החולים להכריז על אגף ילדים כבית חולים לילדים; במאי 2022, במהלך הביקורת ובעקבות בקשה של שיבא להכיר באגף הילדים שבו כבית חולים לילדים ולקרוא לו "בית החולים לילדים אדמונד וילי ספרא", גיבש משרד הבריאות כללים להכרה שכזו.

הכללים שהגדיר משרד הבריאות להכרה בבית חולים לילדים הם אל<sup>11</sup>:

1. בית החולים המבקש את ההכרה משמש כ"מרכז-על";
2. קיימת הפרדה פיזית של המבנה, הכולל את מגוון המחלקות לרבות אלו: מיון, מחלקות אשפוז, מחלקות כירורגיות, טיפול נמרץ, אשפוז יום, שירותים אמבולטוריים;
3. יש לביה"ח תשתיות רפואיות נפרדות, כגון חדרי פעולות רפואיות, חדרי ניתוח, דימות;
4. מתבצעת בו פעילות אקדמית ומחקרית משמעותית;
5. ביה"ח ומחלקותיו מוכרים להתמחות והם חלק מהכשרתם של סטודנטים לרפואה, לסיעוד ולמקצועות בריאות אחרים.

יש לציין לחיוב את פעולת משרד הבריאות במאי 2022, במהלך הביקורת, בגיבוש כללים להכרה בביה"ח לילדים. מומלץ שהמשרד ימשיך ויבחן מהן המשמעויות של כינוי אגף הילדים "בית חולים לילדים" בלי שבתי"ח הנוהגים כך קיבלו את אישורו.

## חויית המטופל ומלוויו - לינה, מלונאות, טיפול וקבלת מידע

חויית המטופל משקפת את האופן שבו אדם תופס את מכלול ההתנסויות שלו עם מערכת הבריאות ברצף הטיפול. חוויה זו מושפעת ממכלול המפגשים שבין המטפל למטופל, מציפיות המטופל ממערכת הבריאות ומהתרבות הארגונית בכלל המסגרות שעימן הוא בא במגע. במהלך השנים גוברות דרישות המטופל ממערכת הבריאות, והוא מודע יותר לזכויותיו ולטיפול המגיע לו. הוא מצפה שהגורמים המטפלים בו ישתפו אותו במידע על אודות הטיפול וייתחסו אליו בכבוד, בהגינות ובאמפתיה. המטופל שם דגש גם על בטיחות הטיפול בו. גם משרד הבריאות רואה בחויית המטופל, תוך קביעת סטנדרטים ומדדים לכך, גורם המשפיע על הצלחת הטיפול הרפואי - היענות גבוהה יותר לטיפול, חיזוק הקשרים ושיפור התקשורת בין המטפל למטופל, קידום איכות ובטיחות - ואף יוצר סיפוק בקרב הצוות הרפואי<sup>113</sup>. הוא רואה בשיפור השירות וחויית המטופל במערכת הבריאות כחלק מיעדיו המרכזיים. גם משרד מבקר המדינה ציין בדוח על

112 סיכום דיון בנושא בית החולים ספרא מיום 9.5.22.

113 אתר משרד הבריאות [www.health.gov.il/Subjects/Patient\\_Safety/hospitals/Pages/Patient.aspx](http://www.health.gov.il/Subjects/Patient_Safety/hospitals/Pages/Patient.aspx)



שמירה על זכויות החולה המאושפז מ-2015<sup>114</sup> את החשיבות הטמונה בשיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות.

## סקרי שביעות רצון ככלי לבחינת חוויית המטופל

כדי להבטיח חוויית טיפול חיובית, נדרש להגדיר מדדים (סטנדרטים) שייצגו את חוויית המטופל ועל בסיסם יפותחו כלים למדידה. מדדים אלו משולבים בסקרים שעורכים מוסדות בריאות ובהם נמדדת ומוערכת חוויית המטופל.

מחקרים בעולם מראים כי בחינה כזו מובילה לשיפור השירות של הצוות, שמבין יותר את הצרכים של החולה ומשפחתו, והיא גם הבסיס לשיפור תהליכים והליכים רפואיים<sup>115</sup>. גם ה-OECD מציין את החשיבות והתרומה של השימוש בסקרי חוויית מטופל בכלל ואצל ילדים בפרט<sup>116</sup>. עריכת סקרי שביעות רצון וחוויית שירות אצל ילדים מאושפזים מקובלת ונפוצה במדינות רבות בעולם כמו אוסטרליה, קנדה, ארה"ב, אנגליה בפרט ואירופה בכלל. מהמחקרים עלה כי לרוב הורים וילדים מביעים שביעות רצון גבוהה מהטיפול בבית החולים. הם מייחסים זאת רבות לשירות שהם מקבלים - היחס מצד האחיות והרופאים; רמת ההסברים שקיבלו על הטיפול; מענה על שאלות; התייחסות לכאב ועוד. שביעות רצון נמוכה יותר הביעו בעניין המזון, רמת החדרים והתעסוקה במהלך האשפוז<sup>117</sup>.

חוק זכויות החולה הוא עוגן מרכזי במחויבות להבטחת חוויית מטופל חיובית<sup>118</sup>. על פי החוק, איכות הטיפול ואיכות השירות אינן ניתנות להפרדה. כל מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, וכל עובד מוסד רפואי נדרש לשמור על כבודו ופרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול. החוק גם מגדיר את המידע הרפואי שיש למסור למטופל<sup>119</sup>.

לאור זאת, בפברואר 2013 פרסם משרד הבריאות חוזר מנכ"ל בנושא "שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות"<sup>120</sup> (להלן - חוזר שיפור חוויית המטופל). בחוזר צוין כי טיפול איכותי הוא טיפול שמכבד את המטופל ומגיב להעדפות, לצרכים ולערכים שלו. נכללים בו ממדים כמו

- 114 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2015** (2015), "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 503 [קישור].
- 115 "CAHPS Child Hospital Survey (Child HCAHPS) Toolkit [www.ahrq.gov/pqmp/implementation-qi/toolkit/child-](http://www.ahrq.gov/pqmp/implementation-qi/toolkit/child-) "Children and young people's survey 2020" ; [hcahps/qi-strategies.html](http://hcahps/qi-strategies.html)
- Julie Robillard, "Improving the ; [www.cqc.org.uk/publications/surveys/children-young-peoples-survey-2020](http://www.cqc.org.uk/publications/surveys/children-young-peoples-survey-2020) paediatric surgery patient experience: an 8 year analysis of narrative quality data", **BMJ** (21.4.20) [LINK]
- 116 "Recommendations to OECD comparison of health system performance through patient-reported indicators" (January 2017).
- 117 "Review of patient experience and satisfaction surveys conducted within public and private hospitals in Australia" (5/5/12) [LINK]; "Factors Associated with family experience in pediatric inpatient car" (March 2020) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32015139/> [LINK]; "Use of patient-reported experience measures in "pediatric [LINK] 12.5.2022, children and young people's survey 2020 ;care: A systematic review" (20/12/21) [LINK].
- 118 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
- 119 **חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996** סעיפים 5,10,13.
- 120 **חוזר מנכ"ל 6/13** (10.2.13) [קישור].



תמיכה רגשית, יחס מכבד, תמיכה פיזית, מידע ותקשורת, רצף ותיאום הטיפול, מעורבות המטופל ומשפחתו ונגישות לטיפול.

על פי החוזר, קידום חוויית המטופל ישולב באופן קבוע במערך מדדים שמשרד הבריאות יבחן באופן קבוע באמצעות סקרים עיתיים. בחוזר נקבעו המדדים למתן שירות איכותי לשיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות, והחל בשנת 2014 מוביל המשרד, באמצעות אגף השירות, את התוכנית הלאומית של הסקרים לניטור חוויית המטופל ומפרסם את תוצאותיהם מעת לעת<sup>121</sup>.

עלה שמשרד הבריאות ביצע את הסקרים לניטור חוויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי"ח כלליים ובמלר"דים (גם מלר"ד ילדים), אך לא במחלקות הילדים. במלר"ד ילדים נבדקו מדדים הנהלים לאלו שבמלר"ד מבוגרים, כגון יחס וכבוד למטופל, מתן מידע והסברים, רצף הטיפול, זמני ההמתנה והתנאים הסביבתיים. הסקרים במלר"דים התבצעו כל שנתיים, החל משנת 2015 ועד 2021. נצפה בהם שיפור בכל המדדים, והציון הכללי עלה מ-77% ב-2015 ל-82% ב-2021<sup>122</sup>.

מומלץ שמשרד הבריאות ירחיב את הסקרים גם למחלקות הילדים ויפרסמם. עוד מומלץ שהמשרד יקבע מדדים הרלוונטיים לאוכלוסיית יעד זו, כגון הסבר על הטיפול הרפואי בשפה שילדים מבינים, תנאי הלינה למלווה של הילד, חינוך בזמן האשפוז.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי בכוונתו להקים ועדת היגוי לריענון המתודולוגיה לביצוע סקר לניטור חוויית המטופל במחלקות אשפוז, כך שתתייחס גם למחלקות ילדים ותכלול המלצות לבתי"ח וכן תאפשר השוואה בין בתי"ח.

**סקרי חוויית המטופל שמבצעים בתי החולים בנוגע למחלקות ילדים:** 16 מתוך 20 בתי"ח שהשיבו לשאלון אשפוז ילדים ציינו שהם מבצעים סקרי שביעות רצון בקרב הורי הילדים המאושפזים<sup>123</sup>.

יצוין שמשרד הבריאות לא הנחה את בתי"ח הממשלתיים לערוך סקרים, והדבר נתון לשיקול דעתם.

עוד עלה כי בתי"ח של הכללית עושים סקרים כחלק מהמדיניות הכוללת של הקופה, ולפיה יש לבצע סקרים שנתיים לניטור חוויית המטופל, לרבות במחלקות הילדים. בנוגע לכך ציין סורוקה כי נוסף על הסקר הוא שולח מסרונים למטופלים כדי לקבל מהם משוב מיידי על חוויית האשפוז.

הכללית קבעה יעד לשביעות רצון כללית של מטופליה בכל יחידות הטיפול בילדים (מחלקות אשפוז, מרפאות אמבולטוריות ומלר"ד) - 85%. התרשים שלהלן מציג את תוצאות סקרי שביעות

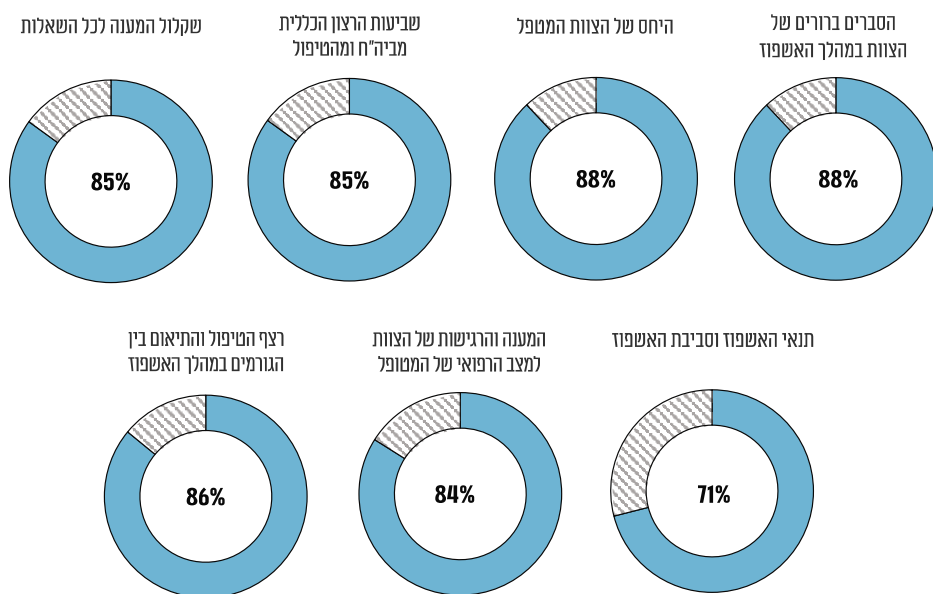
121 סקר חוויית המטופל במחלקות האשפוז בבתי חולים כלליים נעשה בשנים 2014, 2016, 2018, 2021; סקר חוויית המטופל במחלקות לרפואה דחופה נעשה בשנים 2015, 2017, 2019, 2021.

122 [www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegues/Pages/07012020\\_1.aspx](http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegues/Pages/07012020_1.aspx) מתוך מצגת סקר חוויית המטופל במחלקות לרפואה דחופה, 2021 - מדידה רביעית [קישור].

123 בתי"ח שצינו שאינם מבצעים סקרים הם אלו: פוריה, בני ציון, שמיר והדסה (הר הצופים ועין כרם).

רצון המטופלים<sup>124</sup> והוריהם שביצעה הכללית ב-2021 במחלקות הילדים בשבעת בתי"ח הכלליים שלה:

**תרשים 19: שיעור שביעות הרצון של המטופלים והוריהם במחלקות הילדים של בתי החולים של הכללית, 2021**



על פי נתוני הכללית, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה רמת שביעות רצון גבוהה של יותר מ-85% ברוב המדדים שבדקה הכללית במחלקות הילדים בכל הנוגע לחוויית המטופל. בנוגע לתנאים הסביבתיים, שביעות הרצון הייתה הנמוכה ביותר - שיעור של 71%. שיעור שביעות הרצון הגבוה ביותר היה במדד של מתן הסברים במהלך האשפוז והיחס של הצוות המטפל - 88%.

יש לציין לחיוב את הכללית שמבצעת סקרי שביעות במשך שנים ואף קבעה יעד. עם זאת, מומלץ שהכללית תבחן את הפער שעלה בסקרים בכל הנוגע לתנאי וסביבת האשפוז ותפעל לשיפורם. כן מומלץ שמשרד הבריאות יעניין בסקרים הפנימיים שחלק מבתי"ח עושים במחלקות אלה, יזהה מה שנדרש לתקן ויעקוב אחר השיפור.

124 אם הם בוגרים.



## חויית המטופל במחלקות ילדים על פי קבוצות המיקוד



**קבלה למחלקה וקבלת מידע ראשוני:** שלב הקבלה למחלקה המאושפז ומתן המידע הראשוני והבסיסי לחולה יכול להשפיע רבות על חויית המטופל ומלוויו. הקדשה ייעודית של תשומת לב הצוות המטפל לחולה ולמלוויו בשלב זה, קשב לשאלות, הסברת התהליך ומה צפוי בהמשך יכולים להרגיע, להפיג את החששות ככל הניתן, לצמצם אי-ודאות ולייצר קשרי אמון עם המחלקה. הדבר בא לידי ביטוי גם בדברי ההסבר להצעת חוק זכויות החולה, שבהם צוין כי מפאת מצבם המיוחד של המטופלים, הם נתונים במצב של תהייה ואי-ודאות, בהרגשה של תלות במטפלים ובמוסדות המטפלים ובתנאים של לחץ נפשי. לכן גמלה ההכרה כי יש להבטיח למטופלים גישה אנושית נאותה ומתחשבת<sup>125</sup>. בפרט במחלקת ילדים מחויבת תקשורת טובה של הצוות המטפל עם ההורים, ומתחזק הצורך בשמירה הדוקה על ממשק רציף ושוטף מולם.

בקבוצת המיקוד עלה פער בחויית המטופל בין בתי"ח קטנים לבתי"ח גדולים (למשל מרכז-על).

125 פורסם ב-16.3.92 [קישור].



בתי חולים קטנים<sup>126</sup>: **14 הורים שילדם אושפזו בבי"ח קטן ציינו שהקבלה במחלקה הייתה נעימה ומהירה על פי רוב**: הצוות במחלקה היה מוכן וערוך לקבלה של המטופלים החדשים באופן מידי, אם מבחינת העברת המידע על המטופל ואם מהבחינה הפיזית - החדר והמיטה היו מוכנים לקליטת הילד; המטופלים החדשים ובני משפחתם התקבלו לרוב בסבר פנים יפות וקיבלו הסבר על המחלקה ועל המתקנים העומדים לשירותם, כגון זמני הארוחות והשימוש במקרר ובמיקרוגל, וכן הוסבר להורים מהן הדרכים להשיג איש צוות רפואי במידת הצורך. כך למשל, הורה ציין לטובה את הקבלה המהירה ואת ההסבר שקיבלו, בדגש על פניות הרופאים לשאלותיהם. הורה נוסף ציין כי קבלתם הייתה מהירה ומדויקת:



המעבר היה די חלק, כמו פס ייצור... כאילו מחכים לבואנו.

בתי חולים גדולים<sup>127</sup>: **14 הורים שילדם אושפזו בבי"ח גדול ציינו משך המתנה ארוך לקליטה במחלקה, שלא הייתה ערוכה לקבלת מטופלים חדשים - לא היו מיטות פנויות, לא היה צוות לקבלה, החדר לא היה נקי ומוכן; לרוב המתינו ההורים זמן ממושך עם הילדים בספסל שליד המחלקה, בלי שידעו מתי יקבלו חדר; הורים מסוימים ציינו כי הגיעו ל"אשפוז מתואם", שנקבע מראש לצורך ביצוע הליך רפואי (לרוב ניתוח), ולא דרך המלר"ד, אך האשפוז נדחה ליום המחרת בשל חוסר מוכנות במחלקה לקבלתם. כך למשל, אימא לפעוט יונק ציינה שהיא לא ידעה מה הצפי לכניסה למחלקה:**



להרדים אותו? שאני אדע איך להתנהל. הוא עוד לא אכל, עוד לא ינק, 12 בלילה.

**ההורים הדגישו את חוסר הוודאות והמחסור במידע רלוונטי, בדגש על תחילת האשפוז.** הם ציינו שעבר זמן רב מהקליטה במחלקה ועד המפגש הראשון עם איש צוות רפואי, וכך ההורה נדרש להמתין זמן רב עד לקבלת מידע ראשוני חשוב ורלוונטי לטיפול בילד. בין השאלות שהיו חשובות להורים: האם מותר להניק את התינוק או שהוא צריך להיות בצום? האם ביום ההגעה המתוכנן יקבלו ארוחה? האם מקבלים מגבות? מהם זמני הגעת הרופא? מתי ניתן לשוחח עם הרופא? מהם זמני הארוחות. כך למשל ציינה אחת האימהות: **"לא ידעתי מה להגיד לבעלי להביא למחרת. באיזה שעות בדיוק... אני רוצה להרדים, ומתי אמורים להיכנס**

126 ברזילי, וולפסון, כרמל, העמק, שמיר, בני ציון, מאיר, יוספטל, העמק, הלל יפה.

127 רמב"ם, שניידר, שיבא-ספרא, איכילוב-דנה, סורוקה, שניידר, הדסה-עין כרם, הדסה-הר הצופים.





**לחדר? איך לתכנן את הזמנים של הילד, לסנכרן אותו עם הארוחות? ". אחרת ציינה שציפתה שתגיע אחות שתדע שהילד אמור להתקבל:**



שתתייחס [האחות].  
שמישהו ידע משהו ואני לא סתם אעמוד...

**חויית השהות:** גם בנושא חויית השהות עלה בקבוצות המיקוד של ההורים ההבדל בין אלו שילדיהם אושפזו בבתי"ח קטנים לבין אלו שילדיהם אושפזו בבתי"ח גדולים:

בתי חולים קטנים: **בבתי"ח קטנים הצביעו ההורים על שביעות רצון גבוהה מהשהייה במחלקה, שמקורה בעיקר באווירה וביחס האדיב שקיבלו מצוות המחלקה.** ההורים ציינו שהם חשו בכך למשל בתגובות המהירות לבקשותיהם, וככלל הם חשו שמנסים לעזור להם ככל האפשר ובכל שעה. כך למשל ציין אחד ההורים שההתייחסות הייתה די מהירה, מאוד שירותית ואדיבה: **"הצוות אכפתי ודואג".**

בתי חולים גדולים: **בבתי"ח גדולים הצביעו ההורים על תחושה לא-נעימה של חוסר רגישות כלפי צורכי ההורה, על תחושה כי "מי שלא מבקש לא מקבל", וזאת בהתייחס הן להקשר הרפואי והן לתנאי האשפוז ולקידום הטיפול הרפואי.** הדבר התבטא בגישה של הצוות אליהם ובעיקר בחוסר סבלנות ובאי-אדיבות וכן בחוסר מענה ובאי-מתן פתרונות לצרכים. ההורים חשו לעיתים **"שקופים"**. לעיתים גם הרגישו בחוסר רצון או אפשרות לעזרה מצוות המחלקה. עלתה בקרבם לעיתים תחושה של **"חוסר אכפתיות"** בכל מה שקשור לצרכיו של ההורה המלווה. כך למשל, הורה ציין שאם הרופא ביקש בדיקות, הוא הרגיש צורך לוודא בעצמו שהצוות אכן עושה זאת, ולאחר מכן שעליו לעקוב ולבדוק עם הצוות שתוצאות הבדיקות התקבלו. אימא לתינוקת בת חודש ציינה שהייתה צריכה לבקש כל דבר, ואחרת ציינה שהיה קשה לקבל תשובות:



הייתי צריכה קצת לרדוף, תשובות, בדיקות...  
גם חיוך ומילה טובה זה טוב לכולם,  
כי לאף אחד לא נחמד המצב הזה.

**תנאי לינה ומלונאות להורים מלווים:** מאפיין ייחודי לאשפוז ילדים הוא הצורך במלווה קבוע, לעיתים לתקופה ממושכת. בשל עובדה זו נדרש להבטיח תנאים ראויים גם למלווה. כפי שהוזכר לעיל, לא בכל בתי"ח יש מיטת מלווה לצד מיטת הילד, ובכשליש מבתי"ח יש שלושה ילדים בחדר, ולכן רוב הזמן שוהים בחדר שלושה ילדים ושלושה מלווים. כך נוצרת צפיפות ממשית בחדר, בפרט אם הוא אינו גדול דיו. ואולם אין המדובר רק בצפיפות בחדרים, אלא גם בסיכון בחשיפה לזיהומים.



**בתי חולים קטנים: בקבוצות המיקוד ציינו הורים אשר ילדם אושפז בבתי"ח הקטנים  
שהחדרים מרווחים יחסית, עם פרטיות מספקת, וכי גם כשיש יותר ממטופל אחד בחדר  
הייתה הקפדה על ניקיון החדרים, השירותים והמקלחות.**

**בתי חולים גדולים: בקבוצות המיקוד ציינו הורים אשר ילדם אושפז בבתי"ח  
הגדולים ששביעות רצונם נמוכה עד בינונית בנוגע לתנאים הפיזיים במחלקה. ההורים  
הצביעו על תנאים המקשים על השהייה, אף שאלו נתפסו בעיניהם חשובים פחות מהמצב  
הרפואי של ילדם: חדרי האשפוז במחלקה היו קטנים ולא-נוחים, שכן מאושפזים בהם שניים או  
שלושה ילדים המלווים בהוריהם, במצב של צפיפות וחוסר פרטיות; הספות הייעודיות להורה  
אינן נוחות, עד כי יש מי שמביאים עימם מזרן מהבית כדי להניחו על הספה. אם אין פתרון סביר  
לניית ההורה, הוא חולק את המיטה עם הילד החולה.**

**עם זאת, הורים לילדים שאושפזו בהדסה עין כרם ובשניידר (בתי"ח גדולים - מרכזי על)  
שיקפו תמונה טובה יותר של התנאים במחלקה בהשוואה לבתי"ח הגדולים האחרים  
שצוינו. עלה מדבריהם שבמחלקות אלה ישנם מתקנים רבים יחסית לשימוש ההורים, כגון  
מטבחון ואמצעים לחימום ולאחסנת מזון; התנאים בחדר נעימים למדי, והילדים המאושפזים  
והוריהם זוכים לקבל מראש את הציוד והשירותים שמספקת המחלקה (מצעים, מגבות וכריות  
לשימושם האישי), ללא צורך לדרוש אותם.**

בכלל בתי"ח הצביעו ההורים על כך שמיטות התינוק גבוהות מאוד ומקשות על הטיפול  
בו. הם ציינו שהגישה לתינוק קשה בשל גובה המיטה וכי לתינוק קשה לראות את ההורה  
בטווח הראייה שלו:

הוא גם לא רואה אותי... הוא במקום לא מוכר...  
והוא לא רואה אותי כי אני למטה  
(הכוונה יושבת על הכורסה או על כיסא נמוך).



**מזון לילד המאושפז ולהורה: חוזר מינהל רפואה של משרד הבריאות קובע עקרונות תזונה  
מומלצת למטופלים מאושפזים בכל הגילים השוהים בבית חולים כללי. בחוזר מפורטות דרישות  
תזונתיות, ומצוין בו הרכב התפריט ומי ירכיב אותו וכן האפיון התזונתי (למשל עבור קשישים  
וילדים)<sup>128</sup>.**

בקבוצות המיקוד היו הורים שציינו כי ילדם אהב את האוכל ושתינוקות שנזקקו למזון מותאם,  
כגון מזון טחון לתינוקות, קיבלו אותו. עם זאת, על פי רוב, הן לגבי בתי"ח הקטנים והן לגבי  
הגדולים, ההורים ציינו שהילדים לא אהבו את האוכל. נוכח זאת, ההורים נאלצו לקנות אוכל  
במסעדות שבסביבת בית החולים או להביאו מהבית. הורים גם ציינו שלא היה עבורם מקרר  
לאחסון המזון, ולכן נאלצו לזרוק את האוכל שנשאר. ההורים הצביעו על העלות הכלכלית

128 בעניין המזון ראו גם: חוזר מינהל רפואה 32/2017, "סל המזון לבתי חולים כלליים" (7.12.17) [קישור].



המכבידה בכל הנוגע לתזונה בביה"ח: "כל האשפוז יוצא כמו בית מלון, מלא כסף". ההורים ציינו שהיה עוזר להם לדעת מראש מהו התפריט היומי, כדי שיוכלו להיערך מוקדם יותר לארוחות כך שיתאימו לילדם:



לא לחכות לראות מה יגישו ואז לחשוב מה להזמין לו.  
שאני אדע מה מגישים היום בבוקר, צהריים וערב ולפי זה אני אתכונן.

אשר למזון עבור ההורים עצמם, יש שתפסו את האוכל כ"בלתי אכיל" ונמנעו מלאכול בבית החולים, ויתרה מזו, העידו על מחסור באמצעים חלופיים, כגון מקרר לאחסנת מזון, מיקרוגל או פינת קפה.

ההורים גם ציינו את אופן ההגשה הלא-מספק, שלעיתים אילץ את ההורים למצוא לכך פתרון בעצמם:



◀ לא היו מגשים, פשוט מאוד קשה. עם צלחת פלסטיק, אתה הולך ובא והולך וחוזר  
◀ לעתים המזון מגיע ברמת הגשה 'גסה', עגבנייה שלמה גדולה, מלפפון ענק גדול, שמים בצלחת וקחי תאכלי.  
זה היה לא נראה טוב ולא מוגש כמו שצריך למאושפז.



בקבוצות המיקוד עלו פערים בכל הנוגע לחוויית המטופל של ההורים בין בתי"ח הגדולים לבין בתי"ח הקטנים - ככלל, חוויית המטופל בבתי"ח הגדולים נתפסה נדרשת לשיפור ואילו בבתי"ח הקטנים היא נתפסה חיובית. כך למשל, בבתי"ח הגדולים ציינו ההורים תחושה לא-נעימה של חוסר רגישות כלפי צורכי ההורה וכן משך המתנה ארוך לקליטה במחלקה, שלא הייתה ערוכה לקבלת מטופלים חדשים; בבתי"ח הקטנים ציינו ההורים לחיוב קבלה מהירה למחלקה וקבלת מידע ראשוני, תנאי לינה ומלונאות טובים, אווירה נעימה במחלקה ויחס אדיב ושירותי כלפיהם. בכל הקשור למזון, עלה חוסר שביעות רצון בבתי"ח הקטנים והגדולים כאחד.

שיבא ציין בתגובתו על ממצאי הביקורת מינואר 2023 כי בסקרי שביעות הרצון שהוא מבצע עולה שביעות רצון גבוהה של הורי הילדים המאושפזים מהמענה שהם מקבלים ומחוויית



המטופל, התקשורת עם הצוות והאמון במטפלים. ביה"ח הוסיף כי הוא מספק להורים תשתיות כמו מטבחונים ומקררים, מיטה הצמודה למיטת הילד וגם ציוד כמו שמיכות וכלי רחצה.

הכללית מסרה בתגובתה כי סורוקה ושניידר פועלים כל העת לשיפור חוויית המטופל ולניטורו בסקרי שביעות רצון שוטפים.

נוכח העולה מתהליך שיתוף הציבור שקיים צוות הביקורת, משרד מבקר המדינה ממליץ לכל בתי"ח, ובעיקר לבתי"ח הגדולים - סורוקה, שניידר, רמב"ם, שיבא-ספרא, הדסה עין כרם ואיכילוב-דנה, לבחון את תגובות ההורים, לוודא כי חוויית המטופל חיובית, ואם עולה הצורך בשיפור בתחומים מסוימים - לפעול לביצוע השיפור הנדרש. כמו כן מומלץ שנוסף על פיתוח ויישום של סקרים לניטור חוויית המטופל במחלקות הילדים, משרד הבריאות יעקוב אחר תיקון ליקויים שעלו בסקרים שעשו בתי"ח בתחום זה.

חוויית המטופל במחלקות ילדים על פי מענה בתי החולים לשאלון אשפוז ילדים

במענה בתי"ח לשאלון הם ציינו כי בסקרי שביעות רצון שהם מבצעים עלתה אי-שביעות רצון בעיקר בכל הנוגע ללינה, לתנאי האשפוז ולמזון המוגש. גם בתשובתם לשאלה מה לדעתם הקושי הגדול ביותר שבו נתקלים ההורים והילדים בנוגע לאשפוז בביה"ח ואין לביה"ח יכולת לתת לו מענה, הם הצביעו על אותם הנושאים.

להלן הפירוט:



#### חדרים:

- ◀ תנאי שהות אינם מיטביים - מחלקות צפופות ואינן מותאמות למלווים
- ◀ עלה צורך בשירותים עבור מלווים ובהם: הסדרי לינה, מיטות מלווה, ארוניות אישיות, מקלחות וחיבור לאינטרנט



#### התקשורת עם הצוותים:

- עלה צורך ב:
- ◀ הצגת הצוות המטפל
- ◀ קבלת מידע מצוות הסיעוד
- ◀ קבלת מידע הנוגע להמשך הטיפול בקהילה



#### תזונה:

- ◀ המזון במחלקות אינו איכותי, אינו זמין לאורך היום ומחירו לרכישה (בקפיטריה) יקר
- ◀ עלה צורך במטבחון לשירות ההורים, במקררים אישיים ובאספקת מזון למלווים באשפוז ממושך



#### מרחב פנאי:

- ◀ מרחב הפנאי במחלקה אינו עונה על צרכי הילדים המאושפזים בשל היעדר פינת משחקים, מרחב מקורה או מקום המיועד לפעילות חוץ



משרד הבריאות מסר בתגובתו כי נוסף על ביצוע סקר חוויית המטופל במחלקות אשפוז ילדים, הוא יקים צוות עבודה רב-מקצועי (בשיתוף נציגי מטופלים) לגיבוש מערכת תקנים, ארגון כלים לצוותים המטפלים ומגנוני ניטור ובקרה שוטפים עבור בתי החולים. הצוות שיוקם יתחשב בעבודתו בהמלצות דוח הביקורת, וכן בתובנות של בתי החולים מהשטח על סמך הניטור, שמרביתם מבצעים גם כיום במחלקות הילדים.



אשפוז של ילד מלווה אצל ההורים בחששות, במתח ובחוסר ודאות. חוויית ההורים העולה מקבוצות המיבוד היא שלא תמיד הם מקבלים יחס נאות במחלקות הילדים בבתי"ח. היעדר המידע ותחושת חוסר הודאות אצל ההורים מקשים על הטיפול השוטף בילד ועלולים לייצר אצלם תסכול, כעס וחוסר אמון.

מומלץ למשרד הבריאות שנוסף על ביצוע סקרי שביעות רצון בקרב הורי הילדים המאושפזים בבתי"ח שיקבל את המידע על כך גם מבתי"ח עצמם. עוד מומלץ שיביא בחשבון את עמדות ההורים, כפי שבאו לידי ביטוי במסגרת דוח זה, ובין היתר, תפוסה גבוהה במחלקות שלעיתים גורמת להמתנה בקבלה למחלקה, לצפיפות, היעדר תנאים מתאימים להורה מלווה ועומס על הצוות הרפואי והסיעודי. כן מומלץ שייקבעו מדדים לפיהם תנוטר חוויית המטופל, בין אם המשרד יקבע אותם בעצמו ובין אם ידרוש מבתי"ח לקבוע אותם. למשל, מומלץ שהמדדים יתייחסו למוכנות חדר האשפוז לקבלת חולה חדש, להנחיות להורים טרם ההגעה למחלקה, לאופן שבו יש ליידיע את ההורים בנוגע לתנאי האשפוז, למהלך האשפוז, למועד הגעת רופא ולדרכי ההתקשרות עם המחלקה והרופא. לבסוף מומלץ שהמשרד יקבע גם יעדי שיפור של מדדים אלו ויעקוב אחר השגתם.

היות שמרבית בתי"ח מבצעים גם הם ניטור, מומלץ שיביאו בחשבון את הממצאים שעלו בביקורת זו, יאמצו מדדים ויעדים שלפיהם יבצעו את ניטור שביעות רצון ההורים מהשהייה במחלקות הילדים ויודאו כי חל שיפור במדדים מביקרה לביקרה. אשר לבתי"ח שטרם אימצו תהליך לניטור שביעות רצון ההורים, פוריה, בני ציון, שמיר והדסה (הר הצופים ועין כרם) מומלץ שיקדמו תהליך כזה בהתחשב בממצאים שעלו בביקורת.

## כוח אדם לטיפול בילדים - רופאים, אחיות וצוות פרא-רפואי

לפי נתוני משרד הבריאות<sup>129</sup>, בשנת 2020 הועסקו בבתי החולים ובמרפאות בקהילה כ-2,500 רופאים המומחים ברפואת ילדים<sup>130</sup>. מספר המתמחים ברפואת ילדים בסוף שנה זו היה כ-770.

בתפקידו כמאסדר נדרש משרד הבריאות להתוות תוכניות אסטרטגיות ארוכות טווח לצורך מתן מענה לצורכי הבריאות של הציבור. בכלל זה, עליו לקבוע מה יהיה היקף הרופאים הנדרש ובאילו מקצועות. לשם כך עליו לתכנן את כל "שרשרת הייצור", מקביעת מספר הלומדים רפואה

[www.health.gov.il/PublicationsFiles/manpower2020.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/manpower2020.pdf) 129

שגילם עד 67. 130



והבוגרים בכל מסגרות הלימוד ועד התוצר הסופי - מספר מתאים של רופאים מומחים לפי ההתמחויות השונות הנדרשות.

משרד הבריאות קובע את תקינת הרופאים במחלקות בתיה"ח, וזו מתייחסת לכל הרופאים יחד - מומחים ומתמחים. לביה"ח שיקול דעת מסוים בנוגע להחלטה כמה רופאים יהיו מכל דרג.

בדוח מבקר המדינה שהתפרסם בשנת 2018<sup>131</sup> עלה כי למשרד הבריאות אין מידע מרוכז על מספר מקומות ההתמחות בכל מחלקה ובכל בית חולים. הוא אינו יודע אילו מהם מאוישים ואילו פנויים ומהו לוח הזמנים להתפנותם של המקומות התפוסים. למשרד גם אין תוכנית רב-שנתית שקובעת מה יהיו הצרכים העתידיים בכל תחום התמחות וכמה מקומות התמחות הוא מתעתד להוסיף בכל תחום ובכל בית חולים. בדוח צוין שהדבר מצביע על ניהול לא-מושכל של מערך כוח האדם הרפואי והדבר משפיע על תחומים רבים, ובהם פגיעה ביכולת להכין תוכניות ארוכות טווח לפיתוח של מוסדות הבריאות וקושי בראייה ארוכת טווח של התכנון התקציבי.

בביקורת זו חזר ועלה כי למשרד הבריאות אין מידע מרוכז על מספר מקומות ההתמחות בכל מחלקה ובכל בית חולים, לרבות במחלקות הילדים, וכי אינו יודע אם יש תקנים פנויים או שעומדים להתפנות.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי ביולי 2022, שר הבריאות תיקן את תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשע"ב-2022 והחל מיום 1.1.23 כל רופא המבקש לפתוח פנקס התמחות נדרש לדווח למשרד הבריאות. צעד זה, וכן יצירת מאגר מידע לראשונה לתלמידי רפואה ישראלים הלומדים בחו"ל, יסייעו להגביר את היקף המידע המהימן שבידי המשרד ובידי הסטודנטים, שהם עתודת הרפואה הישראלית.

נוסף על הצעד החיובי בתיקון תקנות הרופאים שיביא לרישום רופאים בפנקס התמחות, מומלץ למשרד הבריאות לרכז את המידע על מקומות ההתמחות בכל מחלקה ובכל בית חולים, לרבות במחלקות הילדים. הדבר יטיב את התכנון האסטרטגי של ניהול כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות.

## תקינת כוח אדם רפואי

תקינת כוח האדם הרפואי בבית החולים נגזרת מהרשום ברישיון שלו. תקינת הרופאים הקיימת נקבעה בשנת 1976, ומאז עודכנה כמה פעמים ולאחרונה ב-2011<sup>132</sup>. בדוח ביקורת על המחלקות הפנימיות בבתי"ח הכלליים מ-2011<sup>133</sup> עלה כי התקינה אינה מתאימה עוד לצורכי מערכת

131 ראו **דוח שנתי 68** (2018), "הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה", עמ' 465.

132 בתקן של בתי החולים הכלליים, שנקבע בשנת 1976, נכללת משרת רופא אחד לכל חמש מיטות, זאת נוסף על המשרה של מנהל מחלקה ל-30 המיטות הראשונות. לטיפול בכל שמונה מיטות נוספות יועסק רופא נוסף. כן נקבע שהתקן בבי"ח ציבורי כללי יהיה רופא אחד לכל מחלקת ילדים בת 30 מיטות תקניות ומעלה שאחוז התפוסה בה בשנת 1996 היה 80%. התקן עודכן במשך השנים בהסכמים עם ההסתדרות הרפואית (הר"י). הסכם קיבוצי שנחתם עם הר"י באוגוסט 2011 הגדיר הוספת 1,000 תקנים במהלך תקופה של כחמש שנים.

133 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 61** (2011), "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.



הבריאות וזאת בשל שינויים טכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית שגדל והתפתחות של מקצועות ותת-מקצועות בתחום הרפואה והסיעוד. כל אלה מגדילים את הצורך בכוח אדם לתפעול המערכת ומשפיעים על אופן הקצאתו המיטבי. תקינה נמוכה מהרצוי עלולה לפגוע באיכות הטיפול ובזמן שיכול הרופא המטפל להקדיש לכל מאושפז. כך למשל, סקר חוויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים העלה כי המדד המשמעותי בחוויית המטופל היה היחס האישי בביקור הרופאים, מתן מידע ובהירות ההסברים - הזמן שהרופא מקדיש למטופל<sup>134</sup>.

עלה שכדי להתגבר על התקינה שאינה מתאימה, בתי חולים מוסיפים לעיתים למחלקות השונות כוח אדם רפואי ממקורותיהם. כך עלה בביקורת שמספר הרופאים במחלקות הילדים גדול לרוב מהתקן שנקבע. למשל, בביה"ח נהרייה תקן הרופאים הוא 23, ובפועל מועסקים 30.66 רופאים; בבי"ח הלל יפה התקן הוא 15 רופאים, ובפועל מועסקים 27; במאיר התקן הוא 51.1 ובפועל מועסקים 68.15; בוולפסון התקן הוא 22.1 ובפועל מועסקים 45. מקורות המימון של התקנים הנוספים הם תאגיד הבריאות שליד ביה"ח או אגודת הידידים, אולם תוספת זו אינה מוסדרת.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי תקינת כוח האדם אכן מבוססת על חישובים שנעשו בשנות השבעים, אינה נותנת מענה לצורכי מערכת הבריאות ואינה תואמת את ההתפתחות וההתמקצעות בעולם הרפואה. המשרד הוסיף כי הוא מוכן לשיתוף פעולה עם משרד האוצר, נש"ם וגורמים רלוונטיים אחרים, שיביא לעדכון התקינה.

אגף התקציבים מסר בתגובתו כי היבטי התקינה הם סוגיה הסכמית בין ארגוני העובדים למעסיקי. עוד ציין כי לקביעת מפתחות תקינה חסרונות, ובהם היעדר גמישות שתאפשר למנהלים להתאים את היקף כוח אדם לצרכים משתנים, הם גורמים לחוסר יעילות ואינם מאפשרים לבצע במערכת שינויים ושיפורים המשנים את דרך העבודה ואת אופייה.

מומלץ למשרד הבריאות, למשרד האוצר ולנציבות שירות המדינה (נש"ם) לקבוע שיטת תקינה חדשה לרופאים במחלקות האשפוז בכלל ובמחלקות הילדים בפרט. מומלץ שבהמשך לכך תעודכן התקינה הקיימת של הרופאים שנקבעה עוד בשנת 1976 ועודכנה לאחרונה ב-2011, וזאת בכדי להתאימה לצרכים המתעדכנים של מערכת הבריאות - השינויים הטכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית שגדל והתפתחות של מקצועות ותת-מקצועות בתחום הרפואה והסיעוד. מומלץ גם שהעדכון יתבסס על צורך במיצוי יעיל וגמיש של המשאבים.

134 משרד הבריאות, אגף שירות, מצגת: סקר חוויית המטופל במחלקות אשפוז בתי חולים כללים, מדידה שלישית 2018. [קישור]

משרד הבריאות, אגף שירות וחוויית האדם, מצגת: סקר חוויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי חולים כללים, מדידה רביעית 2021. [קישור]



## מצוקת רופאים מומחים ברפואת ילדים בקהילה

ההתמחות ברפואת ילדים נמשכת 4.5 שנים ונערכת בבתי חולים לאחר סיום לימודי הרפואה. 33 חודשים מתקופה זו הם במחלקת הילדים של בית החולים, וההתמחות בשאר התקופה נעשית במחלקות האחרות המטפלות בילדים וכן במרפאת ילדים קהילתית או במרפאת ייעוץ כללי לילדים, בעבודה משולבת עם מחלקת ילדים או עם יחידה לאשפוז יום ילדים.

ההתמחות ברפואת ילדים חשובה למתן טיפול רפואי מיטבי לילדים חולים<sup>135</sup>. רופא מומחה ברפואת ילדים לומד בתקופת התמחותו לאבחן היטב מחלות, לתת טיפול מתאים, לנהל מקרי מחלה מורכבים בצורה טובה ואף לשמש "מנהל מחלת הילד" (Case Manager). טיפול של רופא מומחה גם יכול למנוע החמרה של המחלה והפניה מיותרת של הילד למר"ד וכן יכול לצמצם אשפוזים חוזרים ולשפר את הרצף הטיפולי לאחר השחרור מהאשפוז.

הלוח שלהלן מציג את שיעור הילדים בני 0 - 136<sup>12</sup> שטופלו בידי רופא מומחה ברפואת ילדים בכל אחת מארבע הקופות לפי מחוזותיהן בשנת 2022<sup>137</sup> מתוך כלל הילדים בגילים אלו שטופלו בקופה:

- 135 על חשיבות הטיפול בילדים בידי רופאים מומחים ברפואת ילדים יכול להעיד האמור במאמר שפורסם בשנת 2011 בעיתון רפואי (BMJ), שלפיו השיטה של רפואת הילדים באנגליה, שעל פיה רופאי המשפחה הם המטפלים הראשוניים בילדים בקהילה ורופאי הילדים משמשים רק כיועצים, מסבירה את השיעור הגבוה של תמותת תינוקות וילדים באנגליה בהשוואה למדינות אחרות באירופה. שיטה זו כרוכה בהפניות מיותרות לחדרי מיון, באבחון לקוי של מחלות קריטיות ובעלויות גבוהות. [\[קישור\]](#)
- 136 נבחרה להצגה קבוצת גיל זו, טרום ההתבגרות, כדי למזער את ההשפעה של בחירה מרצון של נער או נערה לקבל את הטיפול אצל רופא המשפחה או רופא אחר.
- 137 אין אחידות בין הקופות בחלוקה למחוזות. לכללית יש תשעה מחוזות (צפון, חיפה גליל מערבי, שרון שומרון, דן פתח תקווה, מרכז, דרום, אילת, ירושלים, תל אביב. למכבי חמישה מחוזות (צפון, השרון, מרכז, ירושלים והשפלה, דרום), למאוחדת ולאומית ארבעה מחוזות (צפון, מרכז, ירושלים, דרום).





### לוח 3: שיעור הילדים בני 0 - 12 שטופלו בידי רופא מומחה ברפואת ילדים בקופות, לפי מחוזות, 2022

מחוז	הכללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
<b>כלל המחוזות</b>	65%	90%	70%	36%
צפון	68%	86%	54%	34%
חיפה גליל מערבי	74%			
שרון/שומרון	74%	94%		
דן פתח תקווה	80%			
מרכז	74%	97%	83%	47%
תל אביב	82%			
ירושלים	46%	87%	69%	43%
השפלה				
דרום	46%	80%	73%	16%
אילת	72%			

על פי נתוני הקופות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

עולה מלוח 3 כי שיעור הילדים בני 0 - 12 שטופלו בידי רופא מומחה ברפואת ילדים נע בין 36% בלאומית ל-90% במכבי (65% בכללית ו-70% במאוחדת). בכל הקופות במחוזות הפריפריאליים דרום וצפון, ובחלקן גם במחוז ירושלים, שיעור הילדים שטופלו בידי רופא מומחה ברפואת ילדים הוא נמוך לעומת המחוזות במרכז הארץ; כך למשל, במכבי, שבה שיעור הילדים שטופלו בידי רופא מומחה הוא הגדול ביותר, שיעורם נע בין 80% במחוז דרום ל-97% במחוז מרכז; בלאומית, שבה שיעור הילדים שטופלו בידי רופא מומחה הוא הקטן ביותר, שיעורם נע בין 16% במחוז דרום ל-43% במחוז ירושלים.

יצוין כי ילדים בגילים שלא טופלו בידי רופא מומחה ברפואת ילדים טופלו בידי רופאים אחרים - מומחים ברפואת משפחה<sup>138</sup>, רופאים מומחים ברפואה פנימית ורופאים כלליים<sup>139</sup>.

138 תוכנית ההתמחות ברפואת משפחה נמשכת 4 שנים מהן 5 חודשים רפואת ילדים. תוכנית ההתמחות ברפואת ילדים נמשכת 4.5 שנים.

139 רופאים כלליים הם רופאים שסיימו לימודי רפואה ללא מומחיות. על פי נתוני הקופות, בכללית 9% מהילדים טופלו בידי מומחה ברפואת משפחה ו-26% בידי רופאים מומחים ברפואה פנימית ורופאים כלליים; במכבי - 5% ו-5% בהתאמה; במאוחדת - 7% ו-26% בהתאמה; בלאומית - 3% ו-61% בהתאמה.



לאומית מסרה בתגובתה לממצאי דוח הבריאות בינואר 2021 כי למומחים ברפואת משפחה יש הכשרה מסוימת גם ברפואת ילדים.

עולה מתוך כך שילדים במחוזות המרכזי יטופלו בסבירות גבוהה יותר בידי רופא המומחה ברפואת ילדים לעומת ילדים במחוזות אחרים. נתון זה מצביע על פערים בסיווג הרופא המטפל על פי מקום מגוריו של הילד.

הכללית מסרה בתגובתה כי קיים קושי להעביר מומחים ברפואת ילדים לפריפריה.

מומלץ שמשרד הבריאות והקופות יכינו תוכנית שתיתן מענה לצורך ברופאים מומחים ברפואת ילדים בקהילה, אפשר שתוכנית זו תהיה חלק מהתחזית ארוכת הטווח שהמשרד הודיע שהוא מגבש בנוגע למספר הרופאים שיידרש בעתיד. מומלץ שהתוכנית תתבסס על איסוף נתונים מלא על המצב הקיים ועל התחזית ארוכת הטווח לגידול הדמוגרפי על פי מאפיינים שונים של האוכלוסייה, לרבות הפיזור הגיאוגרפי שלה. מומלץ שיובא בחשבון המחסור ברופאים מומחים ברפואת ילדים בקהילה בפריפריה, וכי ייבחנו דרכים לצמצום הפערים אל מול מרכז הארץ, לרבות באמצעות כלים לעידוד ותמרוץ להשגת המטרות.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי הוא בונה תחזית ארוכת טווח של מספר הרופאים הדרוש הכולל (לאו דווקא בתחום רפואת ילדים) בהתחשב בגידול הדמוגרפי, בפרישת רופאים, בצמצום שעות עבודה של רופאים וכו'. המשרד הוסיף כי הוא שוקד על יישום תוכניות לצמצום הפערים בין הפריפריה למרכז מבחינת מספר הרופאים.

## מחסור ב"מומחיות-על" ברפואת ילדים

מומחיות-על ברפואת ילדים היא התמחות בתחום רפואי מקצועי מסוים, כמו למשל נירולוגיית ילדים והתפתחות הילד, גסטרולוגיה ילדים וטיפול נמרץ ילדים. התמחות על משמעותה שאותו רופא שהוא מומחה-על השתלם, למד, התפתח והתנסה בתחום המסוים. לכן הוא יוכל להשתמש בשיטות טיפול חדשניות ועדכניות וכך לספק טיפול איכותי לילד החולה. התמחויות העל נעשות במרכזים רפואיים בארץ ובח"ל.

עלה שמשרד הבריאות לא הגדיר יעדים רצויים למספר הרופאים שהם מומחי-על ברפואת ילדים על פי תחומי ההתמקצעות השונים, ואין לו תוכנית ארוכת טווח המביאה בחשבון את הצרכים ברופאי ילדים שהם מומחי-על ומספקת את המענה לצרכים אלו. בפועל, ההחלטה על התמחות על של רופא נעשית באופן פרטני, על פי שיקול הדעת של ביה"ח או של הרופאים עצמם, באופן שמימון התמחות העל נעשה בדרך כלל ממקורות ביה"ח ששלח את הרופא להשתלם או במימון הקופות שממנות התמחות-על, ולפי ההסדרים הקיימים, המתמחה ישרת בהמשך את באי בית החולים או את מבוטחי הקופה.

בהיעדר נתונים של משרד הבריאות על הפערים במספר רופאי הילדים שהם מומחי-על, אסף צוות הביקורת מידע רלוונטי מבתי"ח באמצעות השאלונים שהם התבקשו למלא.



המנהלים שמילאו את השאלונים שנשלחו אליהם במסגרת ביקורת זו הצביעו על מחסור במומחי-על במקצועות השונים ברפואת ילדים וציינו שמשמעות הדבר היא פגיעה במתן השירות הרפואי למטופלים ושהיעדרם קשה להכשיר רופאים חדשים בתחומים אלו. להסברם, כשחסר מומחה הם מתייעצים עם מומחים מבתי"ח אחרים.

החסור במומחי-על בא לידי ביטוי גם בזמני המתנה ארוכים אליהם בקהילה. עלה שמשדר הבריאות לא קבע יעדים לזמני המתנה (SLA) לרופאים מומחי-על, וכי בפועל זמני המתנה בתור לרופאים אלו הם ארוכים. למשל, לפי נתוני הקופות, זמן ההמתנה למומחה-על בנירולוגית ילדים הוא כ-66 יום; בניפרולוגיה ילדים כ-60 יום; בגסטרו ילדים כ-60 יום.

זמן ההמתנה הארוך עלול לעכב בירורים וטיפולים חיוניים ולסכן את הילדים המטופלים. בליט ברירה נאלצים לעיתים הורים לפנות לרפואה פרטית, ולחלופין למלר"ד, מתוך ציפייה לקבל במלר"ד טיפול מהיר של רופא מומחה. מדובר בהוצאה פרטית גבוהה, בעומס מיותר על המלר"ד ועל מערכת האשפוז ואף בפגיעה בשוויון בקבלת שירותים רפואיים, שכן מי שידו משגת יוכל לממן לילדו טיפול בידי רופא שהוא מומחה-על.

מומלץ שמשדר הבריאות ישקול להגדיר יעדים למספר הרופאים המומחים ברפואת ילדים בכלל ובמומחיות-על במקצועות השונים בתחום זה ולהגדיר את רמת השירות הרצויה במקצועות-על ברפואת ילדים. עוד מומלץ שהמשרד יבחן דרכים לעידוד רופאים להתמחות-על בכלל מקצועות רפואת הילדים הנדרשים.

## כוח אדם סיעודי - אחיות במחלקות ילדים

התפתחויות טכנולוגיות, השקעה ברפואה מונעת ובקידום הבריאות, עלייה במספר החולים במחלות כרוניות, שהטיפול בהן דורש מעקב צמוד אחר החולה, והתפתחות הטיפול בקהילה, כל אלה לא רק שמגבירות את הצורך בכוח אדם סיעודי, אלא גם מגדילות את המגמה להטיל אחריות רבה יותר על האחיות בבתי החולים ובקהילה ולאצול להן סמכויות רבות יותר, שחלקן היו נתונות בידי רופאים - ובהן ייעוץ, הדרכה, תיאום וניהול הטיפול - שכן הן דורשות מידה רבה של מיומנות<sup>140</sup>. צוות אחיות שמתאים בהיקפו לצורכי המחלקה מאפשר להעניק לחולים טיפול רפואי נאות, לשמור על כבודם ולהתייחס אליהם באורך רוח. כאשר הצוות מצומצם ובחסר, ועומס העבודה המוטל על האחיות במחלקה הוא רב, ונפגעים הטיפול בחולה והיחס אליו<sup>141</sup>.

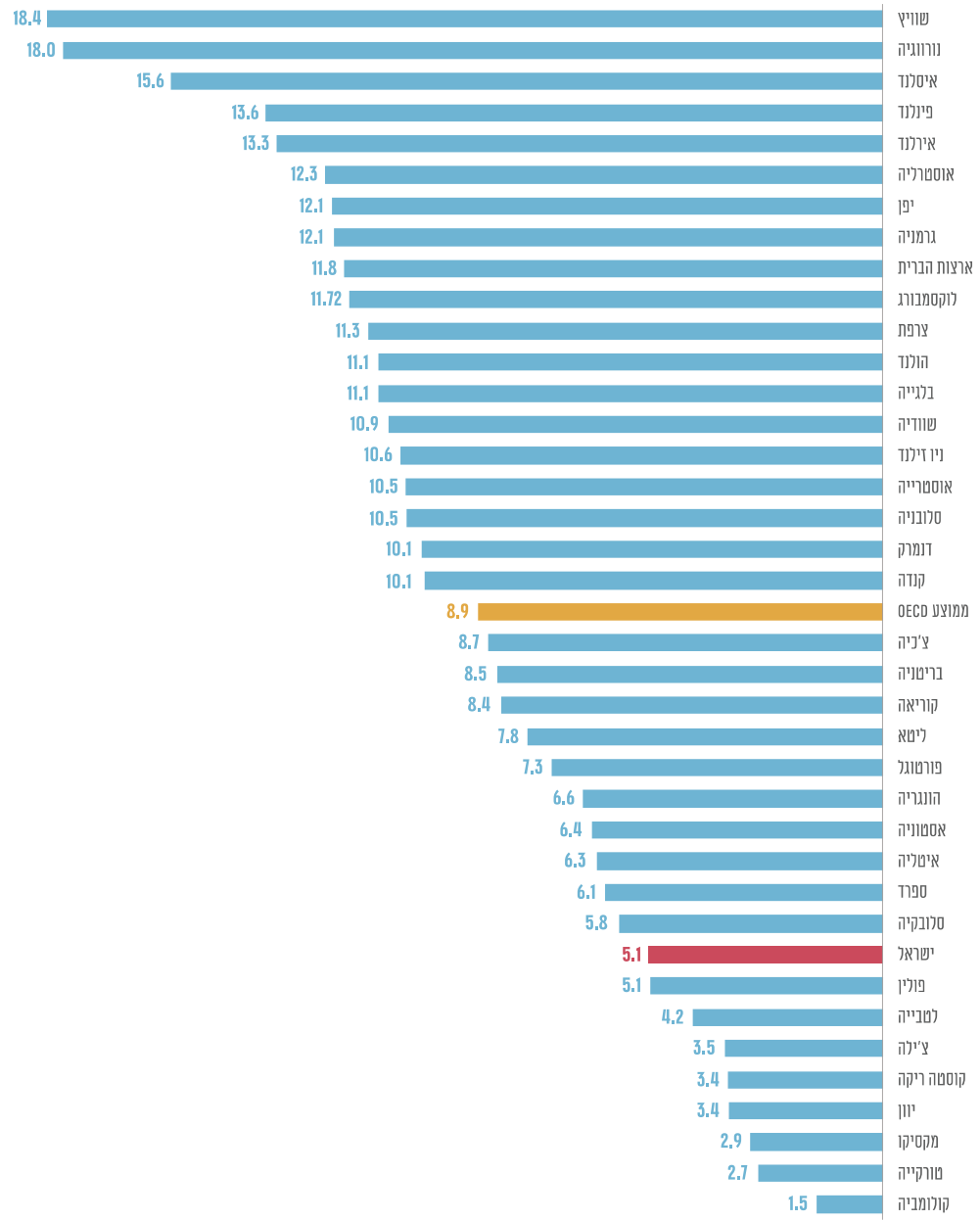
**השוואת שיעור האחיות ל-1,000 נפש:** להלן תרשים המציג את נתוני ה-OECD ב-2020 על שיעור האחיות ל-1,000 נפש בישראל ובכמה מדינות בעולם<sup>142</sup>.

140 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2009** (2009), "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355 [קישור]

141 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2015** (2015), "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 503 [קישור].

142 [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)

תרשים 20: שיעור האחיות בישראל ובמדינות ה-OECD ל-1,000 נפש, 2020



על פי נתוני ה-OECD, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



עולה מהתרשים כי בשנת 2020 נמצאה ישראל ברבע התחתון מבחינת מספר האחיות ל-1,000 נפש מתוך קרוב ל-40 מדינות. שיעור האחיות ל-1,000 נפש בישראל היה 5.1, ואילו הממוצע במדינות ה-OECD היה 8.9 (המשמעות שבישראל יש פחות מכ-60% אחיות לעומת ממוצע ה-OECD). בקנדה ובדנמרק יש בערך שיעור כפול של אחיות לעומת ישראל, ובשווייץ יש 18.4 אחיות ל-1,000 איש (במקום הראשון במדינות ה-OECD), פי 3.6 לערך מהשיעור בישראל.

**מפתח תקינת אחיות:** הסכם האחיות משנת 1996 קובע את מפתחות התקינה של כוח האדם הסייעודי במחלקות (שבפועל כוללת אחיות, כוח עזר, סניטרים, מזכירות ואף בנות שירות לאומי). תקינה זו אינה מבחינה בין מחלקות ילדים למחלקות מבוגרים שבאותה הקטגוריה. כך למשל, במחלקה פנימית ילדים ובמחלקה פנימית מבוגרים התקינה עומדת על 0.85 אחיות למיטה, בטיפול נמרץ ילדים ובטיפול נמרץ מבוגרים התקינה היא 3.5 אחיות למיטה, ובכירורגיה ילדים וכירורגיה מבוגרים התקינה היא 0.75 אחיות למיטה. יצוין כי משרד מבקר המדינה המליץ בדוח על הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים מ-2017, ובדוח על כוח אדם רפואי וסייעודי מ-2009 למשרד הבריאות לבחון, בשיתוף המשרדים האחראיים, את תקינת האחיות בתחומים השונים ולהגדיל את כוח האדם הסייעודי<sup>143</sup>.

במסמך של המכללה המלכותית לסייעוד (Royal College of Nursing) באנגליה צוין שמשך האשפוז של ילדים התקצר עם השנים, אך עם זאת האשפוז אקוטי ודורש טיפול רב יותר ליד מיטת החולה. עוד צוין שאופי התחלואה בילדים מביא לכך שיש הבדל קטן בין הצורך במספר האחיות ביום ובלילה וכי לאחות במחלקת ילדים יש תפקיד גם בתמיכה בבני המשפחה<sup>144</sup>.

עלה כי מאז קביעת מפתח תקינת האחיות ב-1996 הוא לא השתנה ברוב תחומי רפואת הילדים, למעט בפגייה ובאונקולוגיה. גם עלה שלא נבחן הצורך בעדכון ובבדיקת הרלוונטיות של מפתח התקינה לשינויים שחלו בתחלואה ולמורכבות הטיפול במחלות ובילדים. עוד עלה שמשרד הבריאות לא בחן אם מפתח התקינה של כוח האדם הסייעודי במחלקות לילדים צריך להיות זהה לזה של מחלקות המבוגרים, אף שאשפוז ילדים כרוך במענה של הסגל הסייעודי על צרכים ייחודיים. למשל, נדרשת גישה המותאמת לילדים, תשומת לב פרטנית יותר ואף השגחה מוגברת לא רק ביום אלא גם בלילה.

משרד מבקר המדינה ממליץ שמשרד הבריאות, משרד האוצר ונש"ם יבחנו יחד עם האיגודים המקצועיים המתאימים את התאמת תקינת כוח האדם הסייעודי - בפרט במחלקות הילדים לצרכים המעודכנים להיום, לאזור הגיאוגרפי, לדמוגרפיה ולתפוסות במחלקות.

143 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 2017** (2017), "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים", עמ' 315; **דוח שנתי 2019** (2019), "כוח אדם רפואי וסייעודי - תמונת מצב", עמ' 355.

144 Royal College of Nursing, **Defining staffing levels for children and young people's services** [LINK]



## תפיסת ההורים את עבודת האחיות כפי שעלה מקבוצות המיקוד

פרט להשפעה על הטיפול הרפואי, נוכחות האחיות במחלקה וזמינותן לחולים משפיעות גם על חוויית האשפוז של הילד ושל ההורה שלו. בקבוצות המיקוד עם ההורים הם ציינו כי חשו לרוב שביעות רצון גבוהה בנוגע לצוות האחיות, הנתפסות כמקור מידע אמין וכתחליף לקבלת מידע, שאותו קשה להשיג מהרופאים. הם ציינו תחושות חיוביות כלפי האחיות מבחינת היחס האישי, האכפתיות מצידן והשליחות בעבודתן. היו אף שכינו אותן "מלאכיות בלבן". הן מתוארות כמקצועיות, הערניות לשינויים במצבו הרפואי של הילד ומגיבות מהר. כך למשל ציינה אחת האימהות שהאחיות תמיד התעניינו לדעת אם היא רוצה לאכול, והציעו להכין לה תה: **"כל הזמן היה יחס אישי"**. עם זאת, היו כאלו שהצביעו על חוסר סבלנות מצידן, אך הדבר שויך לשחיקה ולעייפות של האחיות, שנתפסו כקורסות תחת העומס. כך למשל ציין הורה את שביעות הרצון מהאחיות של משמרת הערב, שהיו אדיבות מאוד לעומת משמרת הבוקר:



צוות הבוקר היה... חסרות סבלנות... ;  
נשאלות שאלה והן לא עונות.

מניתוח של קבוצות המיקוד בהתייחס לצוות האחיות עלה הבדל דק<sup>145</sup> בין שני סוגי בתי החולים, קטנים לעומת גדולים, שמקורו נעוץ בראש ובראשונה בעומס בבתי"ח השונים. בתי"ח הגדולים נראו להורים כעובדים בעומס גדול בהרבה ומול קהל פונים רב יותר, כך שבמסגרת כוח האדם הקיים קשה מאוד לספק שירות ברמה אשר לה היו מצפים ההורים. נראה שהפער בעומס משפיע הן על מידת השחיקה של הצוות (רופאים ואחיות) והן על מידת סבלנותם כלפי ההורים.

## אחות מרכזת טיפול

מורכבות הטיפול בחולה המאושפז בבית חולים מחייבת העברת מידע סדיר על החולה, שיאפשר את שמירת הרצף הטיפולי באופן מדויק ושלם. לשם כך נדרש להפעיל ממשקים להעברת מידע בין הרופאים המטפלים הן במחלקה שבה הוא מאושפז והן אל מול רופאים מתחומים אחרים המטפלים בו. ממשק נוסף יש בין החולה ומשפחתו לבין הרופאים המטפלים בו וזאת כדי להנגיש מידע על מצבו, מהי תוכנית הטיפול שיעבור, מה צפוי במהלך החלמתו וכיוצא בכך. מידע זה יכול לצמצם את אי-הוודאות ולהגביר את אמון החולה ומשפחתו במערכת. הרצף הטיפולי חשוב למטפלים ולמטופלים כאחד, מסייע ביישום ההמלצות הטיפוליות ומצמצם טעויות, למשל במתן תרופות ובביצוע הבדיקות.

145 מדובר במחקר איכותני. הנימה הכללית בנוגע לבתי"ח הגדולים הייתה מעט יותר חיובית לעומת בתי"ח הקטנים.



בהמשך לחוזר שיפור חוויית המטופל<sup>146</sup> ב-2015 הטמיעה הכללית תפקיד של "אחות מרכז טיפול" לכל מטופל המאושפז בבתי החולים שלה. תפקידיה הם לתכנן ולתאם את תוכנית הטיפול, לחבר בין נתונים ומידע ממקורות שונים ולהיות אחראית לרצף הטיפול; לתת מענה אופטימלי לצורכי המטופלים בדמות קבועה; ולהעביר מידע מרוכז לצוותים המטפלים. הכללית גם בחנה ב-2018 באמצעות מחקר שביצעה בבתי"ח שלה, את הטמעת התפקיד והתועלת ממנו. עלה כי נראה שהמודל מצדיק את עצמו בעיני הצוות ובעיני המטופלים. נמצא קשר חיובי בין תפיסת המטופלים ורמת ההערכה שלהם לאחיות לבין תפקוד האחיות במחלקה<sup>147</sup>.

בדוח מבקר המדינה שעסק בזכויות החולה המאושפז מ-2015 צוין כי לפי התוכנית של הכללית, תפקיד ה"אחות מרכז טיפול" יהיה קידום איכות הטיפול ושיפור השירות, מתן תחושת ביטחון לחולה ולמשפחתו ושמירה על הרצף הטיפולי בזמן האשפוז לאחריו. פעולת הכללית בנושא זה צוינה לחיוב, והומלץ שמשרד הבריאות יבחן את תוצאות התוכנית ואת השפעותיה וישקול אם לאמצה ולהטמיעה בכל בתי"ח<sup>148</sup>.

נכון למועד הביקורת, משרד הבריאות לא בחן את תוצאות התוכנית של הכללית לאיש תפקיד "אחות מרכז טיפול" לכל מטופל המאושפז בבתי החולים שלה שבכוונו לשפר את חוויית השירות, ובפעול בבתי"ח הממשלתיים אין תפקיד של אחות מרכז טיפול.

יצוין באשר לעניין זה כי ההורים מקבוצות המיקוד הצביעו על הצורך באחות ייעודית שתרכז את הטיפול בילד החולה ותהיה בקיאה בפרטים הרפואיים והאישיים של כל ילד מטופל.

לעמדתם, הדבר יאפשר להורים גישה ישירה לקבלת מענה ומידע במקום להתרוצץ בין אנשי צוות שונים, שאינם בקיאים תמיד בפרטי המטופל והטיפול. כך למשל ציינה אחת האימהות כי הייתה שמחה לדעת שיש אחות אחת שיודעת ממתי התינוק שלה בצום ומתי צריך לקלח אותו לפני הניתוח. הורה נוסף ציין שפנה לאחות ולאחר שעברו 5 - 10 דקות ללא תגובתה פנה לאחות אחרת, שלא ידעה במה מדובר.

משרד מבקר המדינה ממליץ כי משרד הבריאות יבחן הסדרת תפקיד של אחות מרכז טיפול במחלקות האשפוז בכלל ובמחלקות אשפוז ילדים בפרט. כן מומלץ שבמקביל ישקלו זאת גם בתי"ח הממשלתיים עצמם. כך ניתן יהיה להבטיח רצף טיפולי, מענה אופטימלי לצורכי המטופלים ומשפחותיהם והעברת מידע מרוכז לצוותים המטפלים.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי הוא מקבל את הערת הביקורת וילמד את הנושא.

146 **חוזר המנהל הכללי 6/13**, "שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות" (10.2.13) [קישור].

147 ממצגת שהעבירה הכללית למשרד מבקר המדינה ביולי 2022 [קישור].

148 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2015**, "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 503 [קישור].



## כוח אדם פרא-רפואי

### תקן למקצועות פרא-רפואיים<sup>149</sup>

העוסקים במקצועות הפרא-רפואיים במחלקות הילדים מסייעים בתמיכה נפשית לילד ולמשפחתו, בהתמודדות עם חולי, במיצועי זכויות של מטופלים על פי הנאמר בחוקים, בתקנות ובנהלים, בתמיכה בצוותים ועוד.

שלא כמו מקצוע הרפואה ומקצוע הסיעוד, למקצועות הפרא-רפואיים לא נקבעה תקינה והיא גם לא נבחנה. כך למשל, במחלקת אונקולוגיה ילדים אין תקינה לפסיכולוג או לתזונאית, ובמחלקת הפרעות אכילה אין תקינה לעובד סוציאלי. נוכח חשיבות תפקידם של בעלי מקצוע אלה, בתיה"ח מעסיקים אותם לפי יכולתם.

אם ילדים ובני משפחותיהם אינם מקבלים את מלוא המידע הנדרש ואינם זוכים לסיוע הולם, זכויותיהם עשויות להיפגע, ובעקבות כך עולה חשש שאף הטיפול הרפואי שיקבלו ייפגע. משרד מבקר המדינה המליץ בעניין זה בדוח מ-2015 שעל משרד הבריאות למפות ולבחון את הצורך במקצועות הפרא-רפואיים ותקינתם הרצויה בבתי החולים, וכי בהתאם לכך, ישקול להכין תוכנית רב-שנתית להשלמת השירותים הנדרשים<sup>150</sup>.

אף שכוח אדם פרא-רפואי הוא אחת החוליות החיוניות בשרשרת הטיפול בחולה ובבני משפחתו, שתפקידה להשלים את התמיכה בהחלמתו של החולה ובחזרתו לשגרה היומית, משרד הבריאות לא קבע תקן לעובדים אלו בבתי"ח, וכל ביי"ח קובע לעצמו את היקף משרתם.

עובדים סוציאליים ופסיכולוגים: לפי נוהל משרד הבריאות, תפקיד העובד הסוציאלי בבית החולים, כחלק מהצוות הרב-מקצועי המטפל בחולה, הוא בין היתר איתור חולים בסיכון (אלימות במשפחה, תקיפה מינית, תת-תזונה ועוד); מתן תמיכה נפשית לחולים ולבני המשפחה; סיוע לחולה בהתמודדות עם מצבו; איתור גורמים בקהילה שיתמכו בו אחרי שחרורו מבית החולים; וסיוע במיצועי זכויותיו ובהסדרת התיאום עם בני המשפחה ועם מוסדות אחרים להמשך הטיפול בו<sup>151</sup>.

149 מקצוע פרא-רפואי הוא מקצוע הקשור בטיפול רפואי אישי באדם, יש לו בסיס תאורטי מדעי, אך העוסק בו אינו רופא. בין המקצועות הכלולים בהגדרה קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, עבודה סוציאלית.

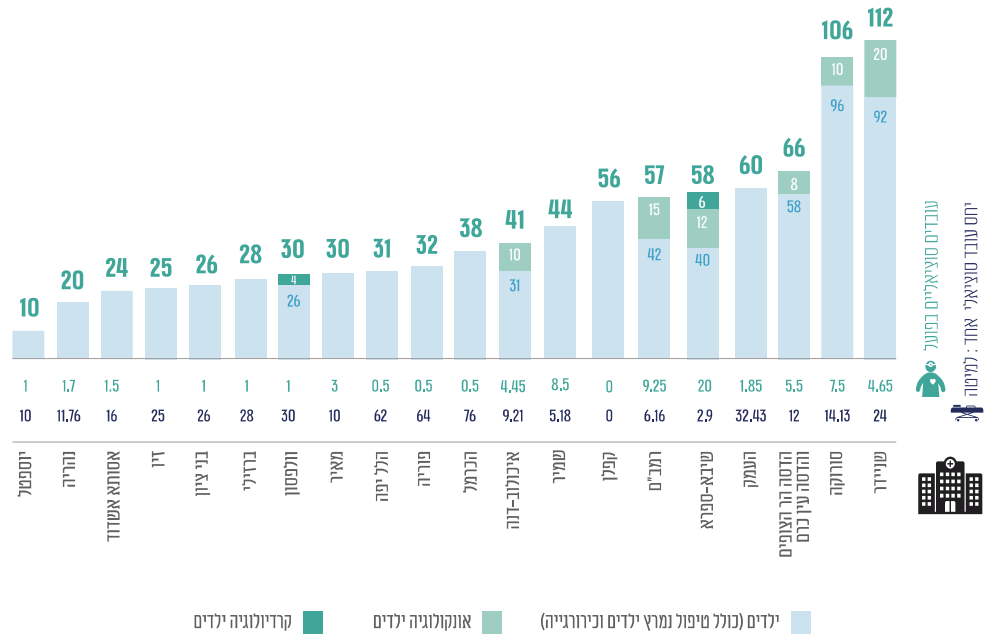
150 עוד ראו בנושא מבקר המדינה, **דוח שנתי 165** (2015), "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 503 [קישור].

151 **חוזר מינהל רפואה 35/99**, "הפעלת שירותי עבודה סוציאלית בבית חולים" (22.8.99) [קישור]; **חוזר חטיבת הרפואה**, "שירותי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות - אוגדן נהלים" (2.5.21) [קישור].





תרשים 21: היחס בין מספר מיטות האשפוז במחלקות הילדים לעובד סוציאלי אחד



על פי מענה בתי"ח לשאלון אשפוז ילדים ונתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה שונות במספר המיטות שעובד סוציאלי אחד צריך לתת להן שירות הן בתי"ח שהם מרכזי על והן בתי"ח קטנים יותר. יש מרכזי על שבהם היחס גבוה (כלומר, יש במחלקה יותר עובדים סוציאליים יחסית למספר המיטות). למשל, ברמב"ם היחס הוא כשש מיטות לעובד סוציאלי אחד ובשיבא-ספרא - שלוש מיטות לאחד. לעומת זאת, בשניידר היחס הוא 24 מיטות לאחד. מנגד יש בתי"ח קטנים יותר שבהם היחס נמוך, כמו בשמיר, שבו היחס הוא כ-5 מיטות לעובד סוציאלי אחד. לעומת זאת, בהעמק היחס הוא כ-32 מיטות לעובד סוציאלי אחד.

בביקורת עלה כי למשרד הבריאות יש נתונים חלקיים על מצבת העובדים הסוציאליים בתי"ח הממשלתיים<sup>152</sup>, ואין לו מידע על כל מערכת הבריאות. הואיל וכך, אין לו תמונת מצב כוללת של השירות הסוציאלי שמוענק בפועל לילדים המאושפזים, ואין הוא יכול לקבוע מהו התקן הראוי לשירות זה בבתי החולים.

תפיסת עבודת העובדים הפרא-רפואיים כפי שעלה בקבוצות המיקוד ובמענה בתי"ח לשאלון אשפוז ילדים

152 הנתונים שיש למשרד הבריאות כוללים עובדים המועסקים במשרד הבריאות בלבד, ולא עובדי תאגידי הבריאות (קרנות מחקר).



בקבוצות המיקוד עלה כי מעטים ההורים שהיו צריכים להיעזר בעובדת סוציאלית או בפסיכולוג, אך מי שנדרש להם היה מרוצה מהשירות שקיבל.

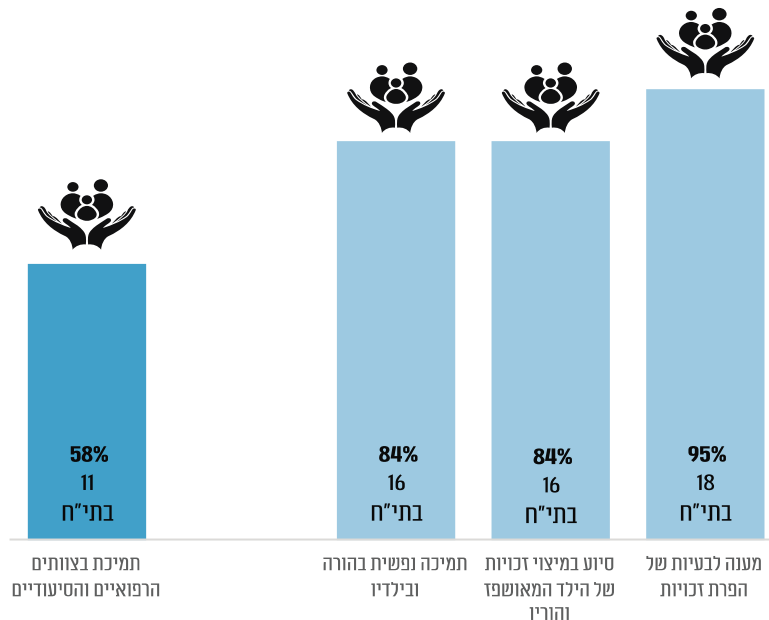
עלה מעמדות ההורים שהם היו לרוב מרוצים מצוות העובדים הסוציאליים והפסיכולוגים והרגישו שהם מסייעים מאוד בתמיכה נפשית ורגשית. אם אחת ציינה כי "הייתה פסיכולוגית של בית החולים [והיא] נתנה כלים מאוד נכונים". ההורים נזקקו לייעוץ ולהכוונה מהעובדים הסוציאליים בנושא הזכויות הסוציאליות בעקבות מצבו הבריאותי של הילד; ואלה שנזקקו לליווי מקצועי מהפסיכולוגים הרגישו שהליווי היה מועיל. עם זאת, הם הרגישו שזמינותם לא הייתה מספקת:



הייתה עובדת סוציאלית שמאוד עזרה, שלחה טפסים שצריך. כל תהליך הקבלה... היה מאוד מלווה נכון. באיזשהו שלב היא עזבה ולא מצאו לה מחליפה.

להלן מוצגות תשובותיהם של 19 מתוך 20 בתי"ח שענו לשאלון אשפוז ילדים בנוגע לשאלה באיזו מידה הם מסכימים עם ההיגד ששירותי העבודה הסוציאלית ניתנו למטופלים באופן מלא ואיכותי בתחומים שמפורטים להלן:

**תרשים 22: תשובות בתי"ח בדבר מידת הסכמתם עם ההיגד ששירותי העבודה הסוציאלית ניתנו למטופלים באופן מלא ואיכותי**



על פי מענה בתי"ח לשאלון אשפוז ילדים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



מהתרשים ניתן לראות כי בתיה"ח מעריכים שעובדים סוציאליים נותנים שירות להורה ולילד המאושפז במיצוי זכויות, במענה לבעיות ובתמיכה נפשית באופן מלא במידה רבה עד רבה מאוד, ונותנים תמיכה לצוות המטפל באופן חלקי.

משרד מבקר המדינה ממליץ כי משרד הבריאות ימפה את הצורך במקצועות הפרא-רפואיים בכלל בתיה"ח, יבחן מהו התקן המומלץ למקצועות אלו שיאפשר מתן טיפול ההולם את צורכי החולים, ובהתאם לכך ישקול להכין תוכנית רב-שנתית להשלמת השירותים הנדרשים. כן מומלץ שיביא בחשבון את עמדות ההורים לערך המוסף של מקצועות אלה, כפי שבאו לידי ביטוי בדוח זה.

## שמירה על שגרה לימודית במהלך האשפוז

ילד המאושפז בבית חולים יוצא מהשגרה שאליה הוא רגיל למשך ימים אחדים או שבועות מספר ולעיתים גם לחודשים ארוכים. חוק חינוך חנם לילדים חולים, התשס"א-2001 (להלן - חוק החינוך לילדים חולים) נחקק כדי להבטיח מתן שירותי חינוך לתלמידים חולים ומאושפזים הנעדרים מלימודיהם ולומדים בביתם או במסגרות החינוכיות שבבתי החולים (בפרק זה נעסוק בילדים המאושפזים בבתי החולים בלבד), והמטרה המרכזית שלו היא לשמור על דפוסי חיים ולמידה תקינים ככל הניתן לכל תלמיד. החינוך יינתן לילד המאושפז על פי תוכנית חינוך במסגרת חינוכית בבית החולים שבו הוא מאושפז ובהסכמת הוריו.

חוק החינוך לילדים חולים קובע כי המדינה תממן את לימודיהם של ילדים המאושפזים בבית חולים ושל ילדים חולים הזכאים לחינוך חנם על פי חוק לימוד חובה<sup>153</sup> או חוק חינוך מיוחד<sup>154</sup> (כלומר בני 3 ומעלה ועד גיל 18 בחינוך הרגיל או 21 בחינוך המיוחד). הלימוד נעשה בכיתות בית ספר שמפעיל משרד החינוך במחלקות הילדים שבבתי החולים (להלן גם - מרכזים חינוכיים).

חוק החינוך לילדים חולים קובע כי לילדים החולים בביתם או המאושפזים 21 יום ומעלה בונה בית הספר תוכנית חינוך אישית המותאמת לתוכנית הלימודים של התלמיד בבית הספר שבו למד טרם אשפוזו<sup>155</sup>. לקביעת תוכנית החינוך האישית שותפים התלמיד והוריו, המורים בבית החולים והמחנך בבית ספרו של התלמיד. אם הילד במצב פיזי שאינו מאפשר לו להגיע פיזית לכיתה, המורים מגיעים למיטתו. בפועל, כל ילד מאושפז, גם פחות מ-21 יום, יכול להשתתף בפעילות.

153 חוק לימוד חובה, התש"ט-1949.

154 חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח-1988.

155 מספר תקופות הטיפול או השהייה בבית הנובעות מאותה מחלה או מאותו ליקוי בריאותי נחשבות תקופה אחת, גם אם חל נתק בין התקופות, ובלבד שכל נתק לא יעלה על ארבעה שבועות.

<https://edu.gov.il/minhalpedagogy/Special/Populations/specialdiseases/Pages/sickchildren.aspx>



לפי נתוני משרד החינוך, המרכזים החינוכיים פועלים ב-20 בתי"ח - הכלליים ממשלתיים, של הכללית והציבוריים<sup>156</sup> - והם מקיפים 159 כיתות ו-478 מורים. לפי נתוני משרד הבריאות, מתוך כ-120,000 ילדים שאושפזו בשנת 2021 בבתי"ח ממשלתיים ושל הכללית, 1,664 ילדים אושפזו 21 יום ומעלה<sup>157</sup>.

מהמשתתפים בקבוצות המיוקוד עלה כי במהלך האשפוז לא היה שימוש נרחב במרכזים החינוכיים. אולם כמעט שלא היה בקבוצות מי שילדו אושפז למשך יותר מ-21 ימים, כך שילדיהם של המשתתפים לא היו זכאים לקבלת תוכנית חינוך ה"מחליפה" את בית הספר מלבד ילד אחד, שאושפז למשך זמן רב יותר<sup>158</sup>.

אמו ציינה שהיה חדר עם טושים וגננת בחצי משרה, אבל לדעתה היה "אפשר לעשות את זה טוב יותר, שיהיה באמת גן". היו מי שנהנו מהשימוש במתקנים (כיתות לימוד, גן) ואף מפעילות הצוות.

על פי מענה בתיה"ח לשאלון אשפוז ילדים עלה כי באשפוזים שבהם נדרש הדבר, צוות ההוראה בביה"ח יוצר קשר עם המוסד החינוכי שבו לומד הילד. לעיתים הצוות מבקר בבית הספר של הילד, וקיים שיתוף פעולה ראוי עם המוסד החינוכי. על פי רוב, הקשר נוצר במהלך האשפוז ולא לפניו, ובמידת הצורך גם לאחר האשפוז.

## קביעת מסגרת הלימוד בעת אשפוז באמצעות תקנות וחוזרים

משרד מבקר המדינה העלה בדוח משנת 2015 את חשיבות קביעת התקנות. בדוח נאמר שתקנה היא "חקיקת משנה", המשלימה את החקיקה הראשית, ובה קובעים את פרטי יישום החוק. חקיקת המשנה היא גם התשתית לאופן יישום החוק. עלה בדוח כי אי-התקנת התקנות עלולה להביא לכך שפעולת הרשויות המינהליות המופקדות על ביצוע החוק תיעשה בלא מדיניות וכללים לגבי דרכי ביצועו, וכי יש להתקין את התקנות החסרות<sup>159</sup>.

חוק החינוך לילדים חולים קובע כי שר החינוך ממונה על ביצוע חוק זה והוא רשאי להתקין תקנות לחוק; לסוגיות הנוגעות לבריאות יהיה צורך באישור של שר הבריאות. לפי החלטת ממשלה מאפריל 2017, על שר החינוך להתקין תקנות לחוק החינוך לילדים חולים בכל הנוגע

156 על פי חומר שהתקבל ממשרד החינוך במרץ 2022 [קישור]. בבית החולים יוספטל של הכללית אין כיתה, ולילדים מוקצות שעות הוראה בלבד (התקן לכיתה הוא מחלקה בת 20 מיטות, וביוספטל יש 10 מיטות במחלקה). לכך ביה"ח זה אינו נכלל בספירה המוצגת. הנתונים לעיל אינם כוללים בתי ספר הפועלים בבתי"ח כלליים ציבוריים, כמו לניאדו ומעיני הישועה, בבתי"ח לבריאות הנפש ובבתי"ח שיקומיים וסיעודיים.

157 1,385 ילדים היו מאושפזים בין 14 ל-20 יום וכ-117,000 פחות מכך. בכל בתי החולים הכלליים אושפזו 1,728 ילדים 21 יום ומעלה מתוך 133,000 ילדים בשנת 2021.

158 מדובר בילד בן 6.5 שחולה בסרטן במשך כמעט שנתיים ומגיע לטיפולים כימותרפיים ברמב"ם. בחלק מהזמן הוא מאושפז למשך ימים אחדים, ובמצטבר אושפז עשרות רבות של ימים, עד כדי מאות (להערכת ההורים).

159 מבקר המדינה, דוח 65ג (2015), "הטיפול בתהליכי חקיקת משנה במערכת הממשלתית", עמ' 111 [קישור].



לקביעת תוכנית חינוך לילדים מאושפזים וילידים חולים, וזאת עד מרץ 2018<sup>160</sup>. המועד התעדכן בהמשך לסוף יולי 2018<sup>161</sup>.

עלה שעד אוגוסט 2022 לא השלים משרד החינוך את גיבוש התקנות לחוק החינוך לילדים חולים בכל הנוגע לקביעת תוכנית חינוך לילדים מאושפזים וילידים חולים.

משרד החינוך מסר לצוות הביקורת שבמאי 2022 פרסם חלק מהתקנות להערות הציבור. טיוטת התקנות שפורסמה מתייחסת לתכנים הלימודיים, ויש בה פירוט בעניין מספר שעות הלימוד שיינתנו לילד חולה ביום והיקפן; סוג הכשרת הצוות החינוכי; אופן הפיקוח והבקרה על תוכני הלימוד; האכיפה ועוד<sup>162</sup>. תקנות נוספות נוגעות לדרכי התקצוב והמימון של המרכזים החינוכיים במחלקות האשפוז בבתי החולים. אלה נחלקים בין משרד החינוך, משרד הבריאות והרשויות המקומיות, ואלו לא פורסמו להערות הציבור. משרד החינוך ציין שמאז 2017 הוא פועל מול משרד הבריאות לקידום התקנות, אך התקנות לא קודמו. להערכתו, אחת הסיבות לכך היא סוגיית התקצוב והמימון הנדרשת להסדרה<sup>163</sup>.

משרד הבריאות מסר לצוות הביקורת באוגוסט 2022 כי הנושא טופל לאורך התקופה, אך לא באופן עקבי. בתקופת מגפת הקורונה המשרד לא התפנה לעסוק בכך. יש כמה סוגיות שיש עליהן מחלוקת בין המשרדים, והוא מגבש כעת את הערותיו לטיוטת התקנות<sup>164</sup>.

בפועל, משרד החינוך פרסם מדי שנה מסמך הנחיות ליישום חוק החינוך לילדים חולים (להלן - ההנחיות השנתיות)<sup>165</sup> התקף לאותה שנה. מדובר בהנחיות כלליות, שאינן מפרטות את היקף שעות הלימוד הנדרשות, הדרך והתנאים למתן החינוך, מיהו הצוות המחנך ועוד. משרד החינוך ציין כי נוכח שינוי במתווה להפעלת החוק (בעיקר לגבי תלמידי חולים השוהים בביתם ובאופן חלוקת התקציב לנושא בין המשרדים השונים), ההנחיות השנתיות האחרונות שפרסם היו בשנת 2018 עבור שנת הלימודים תשע"ט, ומאז לא פרסם הנחיות.

160 החלטת הממשלה 2588, "צמצום מספרן של תקנות חובה שטרם הותקנו" (2.4.17) [קישור]

161 פרוטוקול 661 משיבת ועדת החינוך, התרבות והספורט, "מעקב אחר התקנת תקנות לחוק חינוך חונם לילדים חולים" (26.6.18) [קישור].

162 טיוטת התקנות, "תקנות חינוך חונם לילדים חולים (תוכנית חינוך לילדים מאושפזים וילדים חולים בביתם)", התשפ"ב-2022 [קישור]

163 התקצוב כולל מורים, מטפלים פרא-רפואיים, מזכירים, שרתים, סיעות, תקשוב, קיום בחינות בגרות ועוד.

164 דוא"ל ממשרד הבריאות, 25.8.22 [קישור]

165 הנחיות ליישום חוק חינוך חונם לילדים חולים, התשס"א-2001, שנת הלימודים התשע"ט, דצמבר 2018.



חוק החינוך לילדים חולים נחקק לפני יותר מעשרים שנה, ומשרד החינוך לא התקין לו תקנות. זאת למרות החלטת הממשלה שחייבה להתקין עד מרץ 2018<sup>166</sup>. מכך עולה שאין מסגרת הפעלה סדורה לשגרת הלימודים עבור ילדים חולים מאושפזים. עלה כי עד לשנת הלימודים תשע"ט פרסם משרד החינוך, מדי שנה, הנחיות כלליות בנושא שאינן מפרטות את היקף שעות הלימוד הנדרשות, הדרך והתנאים למתן החינוך, מיהו הצוות המחנך ועוד וכי מאז לא פורסמו הנחיות.

משרד החינוך ציין בתגובתו על ממצאי הביקורת מינואר 2023 (להלן - תגובת משרד החינוך) כי גיבוש תקנות חוק החינוך לילדים חולים נמצא בשלבי סיום, ובסיומו הן יובאו לאישור.

על משרד החינוך להשלים את התקנת התקנות, בתיאום עם משרד הבריאות. לאחר התקנת התקנות מומלץ שמשרד החינוך יקבע נוהלי קבע להסדרת המסגרת החינוכית עבור ילדים חולים המאושפזים בבתי"ח, וככל שיידרש יפרסם גם חוזרים שנתיים.

## הכשרת הצוותים לעבודת חינוך בסביבת בית חולים

מורים וצוותים חינוכיים הפועלים בסביבה ייחודית כמו בית חולים נדרשים שתהיה להם הכשרה מותאמת לסביבה זו ולעבודה עם ילד המתמודד עם מחלה. המרכזים החינוכיים בבתי החולים משתייכים לאגף לחינוך מיוחד במשרד החינוך, ולכן המורים באותם מרכזים הם מורים לחינוך מיוחד.

משרד החינוך החל בהכשרת צוותי ההוראה להיות "מומחה לעולמו הבריא של הילד החולה" בתוכנית ייחודית דו-שנתית<sup>167</sup> (CLS - Child life specialist) משנת 2015. התוכנית מכשירה את עובדי ההוראה לפתח ולעודד אצל הילד החולה ומשפחתו מיומנויות שונות של התמודדות עם החיים בצל המחלה והאשפוז ולקראת החזרה אל השגרה. חוק החינוך לילדים חולים והנחיות ליישום שפרסם משרד החינוך מדי שנה עד שהפסיקו ב-2018 אינם מחייבים הכשרה ייעודית לעובדי ההוראה אלו, אך בטיטת התקנות שפורסמה יש לכך התייחסות - על הצוות החינוכי להיות בעל הכשרה מתאימה שתכלול דרכי עבודה המותאמות למגוון המוגבלויות השונות<sup>168</sup>.

עלה שלכ-60% (290 מתוך 478) מהמורים בבתי החולים הכלליים אין הכשרה ייעודית לפעול במרחב הרפואי<sup>169</sup>.

166 החלטת ממשלה 2588: צמצום מספרן של תקנות חובה שטרם הותקנו, 2.4.17 [קישור]. המועד התעדכן בהמשך לעד סוף יולי 2018, מתוך פרוטוקול 661, מישיבת ועדת החינוך, התרבות והספורט: מעקב אחר התקנת תקנות לחוק חינוך חנים לילדים חולים - 26.6.18 [קישור].

167 <https://social-work.biu.ac.il/node/5819>

168 טיטת התקנות, "תקנות חינוך חנים לילדים חולים (תוכנית חינוך לילדים מאושפזים וילדים חולים בביתם)", התשפ"ב-2022 [קישור].

169 מספר המורים שהוכשרו הוא לפי נתונים ממשרד החינוך מאוגוסט 2022 [קישור]



נוכח החשיבות בהכשרת צוותים חינוכיים היכולים להבין את עולמו של הילד החולה, מומלץ שמשרד החינוך יפעל להכשרת צוותי הוראה אלה. עוד מומלץ שישקול להמליץ למוסדות להכשרת מורים לכלול סוג הכשרה זה בהכשרתם של מורים חדשים.

משרד החינוך מסר בתגובתו כי הוא הכין תוכנית סדורה לליווי ולהדרכה של המורים המלמדים ילדים חולים. המפגש הראשון עם הצוותים החינוכיים יתקיים בינואר 2023.

## מורים דוברי שפות ומורים למגזר הערבי והחרדי

לבתי החולים מגיעים ילדים ממגוון אוכלוסיות - דוברי עברית, ערבית, רוסית, אמהרית ועוד. בשל כך קיימת חשיבות שהצוותים החינוכיים בבתי החולים יתקשרו עם הילדים בשפתם ועל פי תרבותם ואורח חייהם.

לפי נתוני משרד החינוך, נכון לאוגוסט 2022, 199 מתוך 478 המורים בבתי"ח יודעים נוסף על עברית לפחות אחת מהשפות הבאות: ערבית, אנגלית, צרפתית, יידיש, אמהרית, ספרדית ורוסית. כמעט בכל מרכז חינוכי יש מורה אחד לפחות הדובר ערבית, מלבד בקפלן ובאסותא אשדוד, ובסה"כ יש 144 מורים למגזר הערבי הדוברים את השפה. למגזר החרדי יש 23 מורים, והם נמצאים בכחצית מהמרכזים החינוכיים בבתי"ח<sup>170</sup>.

בקפלן ובאסותא אשדוד, שבהם אין מורים למגזר הערבי והחרדי, היו 28 ילדים באשפוזים ארוכים בשנת 2021 שבעבורם נדרשה בניית תוכנית חינוך אישית. מספר הילדים המאושפזים 21 יום ומעלה בכל אחד מבתי החולים איכילוב-דנה ושניידר היה כמה מאות, אולם אין שם מורים למגזר החרדי.

משרד החינוך ציין לפני צוות הביקורת כי בקפלן ישקול את העסקתו של מורה דובר ערבית. אשר לאסותא אשדוד ציין משרד החינוך כי באשפוזים של ילדים דוברי ערבית במחלקות הילדים הצוות החינוכי נעזר בצוות ביה"ח, וכאשר נדרש מענה ייחודי (בשפת היידיש, לימודי קודש ייחודיים, רגישות תרבותית), המנהלת והמפקחת של המוסד החינוכי במחוז גייסו מורה מותאם מעבר לתקן.

אסותא אשדוד מסר בתגובתו על ממצאי הביקורת מינואר 2023 כי בביה"ח יש הקפדה על מענה הולם למגזרים השונים (חרדים, ערבים).

משרד החינוך מסר בתגובתו כי בבתי"ח שבהם אין מורה מהמגזר החרדי יש מורים מהמגזר הדתי-לאומי; המשרד הוסיף כי הוא נותן מענה מגזרי ותרבותי לפי הצורך, וכי לא ידוע לו על מחסור במורים מתאימים במוסדות אלו; עוד הוסיף כי למנהלים ולמפקחים שיקול דעת בהחלטה על שיבוץ מורים במוסדות.

170 בשלושה בתי"ח מתוך התשעה שבהם אין מורה מהמגזר החרדי, כל המורים מלמדים את כל המגזרים או מתגברים באופן ייחודי כאשר הדבר נדרש.



מומלץ שמשדד החינוך יוודא כי אין במחלקות הילדים מחסור במורים המתאימים לילדים בני מגזרים שונים, ואם יעלה מחסור - יפעל להשלימו.

## אשפוזי בית לילדים

אשפוז בית הוא חלופה המספקת התערבות ביתית קצרת טווח, שמטרתה להחליף אשפוז באופן מלא או חלקי בביה"ח. מתכונת אשפוזי הבית בשגרה קיימת במקרים מסוימים עבור מבוגרים שצריכים היו להתאשפז בבי"ח, אולם מחלתם מאפשרת לקבל בביתם טיפול הדומה לטיפול בביה"ח. בשנים האחרונות, ובפרט בעקבות מגפת הקורונה, עלה לסדר היום נושא אשפוזי בית כתחליף לאשפוז בבית חולים<sup>171</sup>.

אשפוז בית של ילדים יכול לשמש חלופה שבכוחה לסייע במניעת הניתוק של הילד והמשפחה מהשגרה שלה בעת אשפוז בבית חולים. הוא יכול לספק סביבה טובה ובטוחה עבור הילדים, ללא החשש מפני הידבקות במחלות זיהומיות<sup>172</sup>.

בארצות שונות בעולם מתחילים ליישם אשפוזי בית של ילדים, כגון בפלורידה שבארה"ב<sup>173</sup> ובאנגלייה. במחקר שנעשה באנגלייה עלה כי הורים היו מרוצים מהאשפוז הביתי ואף העדיפו אותו. במחקר נוסף עלה כי 90% מההורים ו-63% מהילדים העדיפו אשפוז ביתי. במחקר זה אף עלה שהילדים מתאוששים מהר יותר בסביבה הביתית, הנוחה להם<sup>174</sup>. מחקרים מסוימים מהעולם מצביעים על כך שאשפוז ביתי גם מביא לחיסכון בעלויות האשפוז. כך למשל, במחקר שנעשה בברצלונה ובאיטליה נערכה השוואה בין עלות האשפוז בבי"ח לעומת העלות באשפוז ביתי, ונמצא כי באשפוז ביתי מושג חיסכון בעלויות האשפוז בשיעור של 48%<sup>175</sup>.

משרד מבקר המדינה עסק בנושא אשפוזי בית במסגרת דוח על התמודדות המדינה עם מגפת הקורונה, והמליץ בו שמשדד הבריאות יחד עם הקופות ינתחו את השינויים שחלו בהיקף הטיפולים של אשפוזי הבית בזמן הקורונה וכי יעמדו על האפשרות להרחיבם ולבססם לשימוש בשגרה<sup>176</sup>.

171 ראו גם מבקר המדינה, **דוח ביקורת מיוחד - התמודדות מדינת ישראל עם משבר הקורונה**, "היבטים בפעילות השוטפת במהלך מגפת הקורונה" (2021) [קישור].

172 מתוך **קווים מנחים להפעלת אשפוזי בית בילדים** (נובמבר 2022) [קישור].

173 The royal children's hospital melbourn [www.rch.org.au/wallaby](http://www.rch.org.au/wallaby)

174 SA Sartain, MJ Maxwell, PJ Todd, et al., "Randomized controlled trial comparing an acute paediatric hospital at home scheme with conventional hospital care", **Arch Dis Child**, 87 (2002), p. 371 [LINK]

175 C. Hernandez, et al., "Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment", **International Journal of Integrated Care**, 18 (2018), p. 12, 1 [LINK]

176 מבקר המדינה, **דוח ביקורת מיוחד - התמודדות מדינת ישראל עם משבר הקורונה**, "היבטים בפעילות השוטפת במהלך מגפת הקורונה" (2021) [קישור].

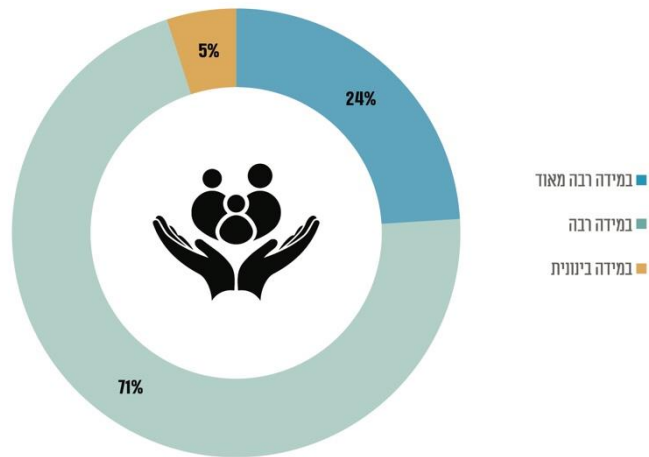




עלה כי בארצות שונות בעולם מתחילים ליישם אשפוזי בית של ילדים, כגון בפלורידה שבארה"ב ובאנגלייה. עם זאת, נכון למועד סיום הביקורת, אוקטובר 2022, אין למשרד הבריאות תפיסה בנוגע לאשפוז בית לילדים ואפשרות זו אינה מיושמת.

התרשים שלהלן מציג את עמדות 20 בתיה"ח שענו בשאלון אשפוז ילדים לשאלה באיזו מידה אפשר לדעתם לתת טיפול איכותי ובטוח לילדים באשפוז בית כחלופה לאשפוז בבתי"ח.

### תרשים 23: עמדות 20 בתי החולים בדבר מתן טיפול איכותי ובטוח לילדים באשפוז בית כחלופה לאשפוז



על פי מענה בתיה"ח לשאלון אשפוז ילדים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה ש-95% (19 מתוך 20) מבתי"ח סבורים שאפשר ליישם את מתכונת אשפוזי הבית ולתת טיפול איכותי ובטוח במידה רבה עד רבה מאוד. בית חולים אחד (5%) היה בדעה שאפשר ליישם מתכונת זו במידה בינונית בלבד. אין אף ביה"ח שסבר שהדבר אינו ניתן ליישום כלל.

בינואר 2022 הקים האיגוד הישראלי לרפואת ילדים<sup>177</sup> צוות שחברים בו נציגים של מנהלי מחלקות ילדים בבתי"ח ושל קופות החולים. מטרת הצוות הייתה לגבש קווים מנחים להפעלת אשפוז בית עבור ילדים, שיתוו עקרונות בסיסיים להענקת טיפול רפואי איכותי, יעיל ובטוח בבית המטופל על ידי צוות מיומן בסביבה בטוחה, מוכרת, טבעית ונוחה, המאפשרת תמיכה ביתית והתפתחותית מיטבית<sup>178</sup>. בקווים המנחים שגיבש האיגוד בנובמבר 2022 פורטו התוויות לטיפול

177 האיגוד הוא חלק מההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י). חבריו הם רופאים מומחים בכירים בתחומים הקשורים לרפואת ילדים ומטרתו הן, בין היתר, לפתח ולקדם את רפואת הילדים בישראל, לנסח הנחיות קליניות עדכניות וליישמן, וכן לפתח ולקדם את מעמדם המקצועי של רופאי הילדים בישראל.

178 טיוטה שהעביר איגוד רופאי הילדים למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2022: "קווים מנחים להפעלת אשפוזי בית בילדים" [קישור].



והתוויות נגד, הפניה וקבלה של חולים לאשפוזי בית, אופן הטיפול, הצורך במוקד רפואי תומך, אופן השחרור מאשפוז הבית ועוד<sup>179</sup>.

בשאלון נשאלו בתי"ח בנוגע למקרים שלדעתם ניתן בגינם לאפשר לילד להיות מאושפז בביתו. הם הצביעו למשל על טיפול אנטיביוטי ממושך בחולה יציב וכן על טיפול במחלות כרוניות, לרבות הנשמה. הם ציינו שכדי להבטיח טיפול רפואי איכותי, נדרשת תמיכה סיעודית ורפואית טובה ומקיפה וזמינות מצד הצוות המטפל. עוד הוסיפו שהדבר תלוי במסוגלות המשפחה ובאיזו מידה קיים שיתוף פעולה מצידה.

בביקורת עלה, שאף שאשפוזי ביתי של ילדים כבר החל בעולם, ובישראל הוא כבר החל בקרב מבוגרים, עד מועד סיום הביקורת, באוקטובר 2022, לא יושם בישראל אשפוז בית בקרב ילדים.

על פי הודעת הכללית ושניידר לצוות הביקורת, סמוך למועד סיום הביקורת, בנובמבר 2022, החלה בשניידר בדיקה מקדימה (פיילוט) של אשפוז בית לילדים ולנוער מגיל שישה חודשים עד 18 שנים. הפיילוט נבחן על פי מדדים, כמו אבחנות ומצבים המתאימים לאשפוז, התוויות נגד ואופי הצוות המטפל.

מומלץ שמשרד הבריאות והכללית יבחנו את תוצאות הפיילוט בשניידר. לאור הקווים המנחים של איגוד רופאי הילדים, וככל שהפיילוט יסתיים בהצלחה, מומלץ שמשרד הבריאות ישקול, בשיתוף בתי"ח, קופות החולים והאיגוד, לקדם את הסדרת סוגיית אשפוז הבית לילדים מתוך ראייה כוללת של שלומותם ורווחתם של הילדים ומשפחותיהם.

אסותא אשדוד מסר בתגובתו כי הוא פועל מול מכבי וכן מול יו"ר האיגוד הישראלי לרפואת ילדים להרחבת פעילות אשפוז הבית גם לילדים, על פי הקווים המנחים שפרסם האיגוד בנובמבר 2022.

מכבי מסרה בתגובתה כי תוכנית אשפוז הבית לילדים צפויה להפחית את האשפוזים בבתי חולים, אך יש להתחשב ביכולת של המשפחה לטפל בילד החולה.

שיבא מסר בתגובתו כי יש לעודד ולקדם את הסדרת אשפוז הבית לילדים בשיתוף פעולה בין בתי החולים לקופות החולים, וכן להתאים את שיטת ההתחשבות לשינוי אופי האשפוז.

משרד הבריאות מסר בתגובתו כי כשמדובר במחלות ילדים יש היתכנות גבוהה לאשפוז בית, וכי הוא יבחן את הנושא בשנה הקרובה.

179 קווים מנחים להפעלת אשפוז בית בילדים (נובמבר 2022) [קישור].



## סיכום

רפואת ילדים היא ענף רפואי שתחום עיסוקו הוא אוכלוסיית התינוקות, הילדים והמתבגרים, דהיינו, החל בלידה ועד גיל 18, על פי המקובל בארץ. בסוף שנת 2020 היו בישראל כ-3.05 מיליון ילדים בקבוצת הגיל 0 - 18. בשנת 2021 מספר מיטות האשפוז שבתקן מחלקות הילדים בבתי"ח הציבוריים-הכלליים עמד על 1,065 מיטות. בשנה זו אושפזו בבתי"ח הציבוריים-הכלליים כ-129,000 ילדים, חלקם יותר מפעם אחת, ובסה"כ נמנו בשנה זו כ-425,000 ימי אשפוז במחלקות אלה. לפי התחזיות, בשנת 2035 תהיה אוכלוסיית הילדים בני 0 - 14 גדולה בכ-13.5% לעומת שנת 2020, ובשנת 2050 צפוי מספר ימי האשפוז באגפי הילדים בבתי החולים להיות גדול בכ-68% לעומת שנת 2020. תחזיות אלה דורשות היערכות של מערכת הבריאות בכלל ומערכת האשפוז בפרט.

בביקורת צוין לחיוב כי משרד הבריאות ומינהל התכנון במשרד הפנים בשיתוף מומחים הכינו את תמ"א 49 לפריסת מוסדות בריאות ולהגדרת עתודות קרקע עבור הרחבת בתי החולים הקיימים והקמת חדשים. ועם זאת עלה כי משרד הבריאות לא קבע תוכנית אופרטיבית להפעלת בתי החולים המבוססת על יעדי יסוד ארוכי טווח למערכת האשפוז - מספר המיטות ל-1,000 נפש, התפוסה הרצויה בבתי החולים ומשך האשפוז הממוצע במחלקות ובפרט הוא לא קבע תוכנית כזו בנוגע לאגפי הילדים.

עלה שכשליש ממיטות האשפוז במחלקות הילדים נמצאות בחדרים המיועדים לשלושה ילדים. עלה גם שהיעדר מקום במסגרות אשפוז בתחום בריאות הנפש, ובכלל זה הפרעות אכילה, ובמסגרות לשיקום, בפרט בפריפריה, מביא לידי כך שבמחלקות הילדים מאושפזים ילדים שהאשפוז שמחלקות אלו אינן מתאימות להם, תוך המתנה ממושכת לאשפוז במסגרת מתאימה אחרת. עוד עלה כי תקני הרופאים בבתי החולים אינם מעודכנים ואינם מתאימים לצרכים המשתנים, ויש מחסור ארצי ברופאים מומחים ברפואת ילדים. עלה שלא נבחן אם תקני האחיות מתאימים לצרכים הנוכחיים, ולכוח האדם הפרא-רפואי אין תקן כלל. לפיכך כל מנהל בית חולים מקצה את אנשי הצוות הדרושים לפי יכולתו והעדפתו.

עלה גם שמשרד הבריאות אינו עורך סקרי שביעות רצון במחלקות ילדים. בקבוצת מיקוד שקיים צוות הביקורת, ובהן השתתפו הורים שילדיהם אושפזו במחלקות ילדים בבתי החולים, עלה חוסר שביעות רצון של הורים - מי שילדיהם אושפזו בבתי"ח גדולים היו ככלל פחות מרוצים מהורים לילדים שאושפזו בבתי"ח הקטנים בכל הנוגע ליחס ולטיפול של הצוות הרפואי, לקבלת מידע ולתנאים הסביבתיים. בין התנאים הסביבתיים הלא-ראויים שחוו ההורים, מספר חולים רב בחדר, צפיפות והיעדר תנאי לינה עבור ההורים.



מומלץ שמשדד הבריאות יכין תוכנית רב-שנתית שתפרט את מספר המיטות הנדרשות באגפים השונים במערך האשפוז, לרבות אגפי הילדים, לאחר שיקבע יעדים למערך זה. עוד מומלץ כי במסגרת התוכנית הרב-שנתית יתייחס המשרד במיוחד לצרכים הנלווים לאשפוז ילדים. לאור החשיבות הטמונה בבדיקת חוויית המטופל והאפשרות לשיפור בתנאי האשפוז בעקבות סקרי שביעות רצון, מומלץ שמשדד הבריאות יבחן את הצורך לבדוק את חוויית המטופל גם במחלקות הילדים. עוד מומלץ לבחון את תקני כוח האדם הרפואי והסיעודי ואת הצורך בעדכוןם וכן לבחון מהו התקן למקצועות פרא-רפואיים שיאפשר מתן טיפול ההולם את צורכי החולים, ובהתאם לכך מומלץ שהמשרד ישקול להכין תוכנית רב-שנתית להשלמת השירותים הנדרשים.

יש צורך בתכנון ארוך טווח של המשאבים הנדרשים לטיפול בילדים - כוח האדם, התשתיות והאמצעים. מומלץ שמשדד הבריאות יפעל בהתאם לאחריותו כמאסדר ויעצב את פני מערך השירות הרפואי שבבתי החולים בארץ. עליו להציג את הצרכים, לתכנן את המענה עליהם ולקבוע יעדים ומטרות כדי לאפשר לצוותים הרפואיים, הסיעודיים והאחרים להעניק טיפול נאות.