



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

מערך האשפוז הכללי בישראל 2008

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

כתיבה: שלי לוי, רכזת מחקר בכירה

אישור: שרון סופר, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

כ"ב בטבת תש"ע

11 בינואר 2010

עיקרי הממצאים

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בנושא מערך האשפוז הכללי בישראל בשנת 2008, שיזם חה"כ חיים אורון.

על-פי הנתונים המוצגים במסמך, בשנת 2006 שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש בישראל היה הנמוך ביותר בהשוואה ל-28 מדינות OECD, למעט מקסיקו. בשנה זו שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש היה 2 מיטות. בשנת 2008 היו בישראל 14,582 מיטות אשפוז כללי, שהן 1.98 מיטות ל-1,000 נפש.

בשנת 2008 46.5% ממיטות האשפוז הכללי בישראל היו בבעלות ממשלתית. בחינת פריסת מיטות האשפוז הכללי על-פי מחוזות מעלה כי הפריסה אינה שוויונית: במחוזות חיפה ותל-אביב יש יותר מ-2.5 מיטות ל-1,000 נפש, ואילו במחוזות דרום וצפון יש כ-1.5 מיטות ל-1,000 נפש.

לירידה בשיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש בישראל יש השפעה על דפוסי הפעילות של בתי-החולים: השהייה הממוצעת באשפוז כללי קצרה מאוד – 4 ימים בלבד; שיעורי התפוסה השנתיים גבוהים מאוד – כ-96% בתקן וכ-98% בפועל; מדד סבב המיטות, דהיינו מספר האשפוזים הממוצע למיטה, היה בשנת 2008 כ-89. השוואה בין ישראל למדינות OECD מעלה כי בשנת 2006 שיעורי התפוסה ומדד סבב המיטות בישראל היו הגבוהים ביותר ביחס למדינות האחרות בדירוג והשהייה הממוצעת באשפוז כללי היתה הקצרה ביותר בין כל המדינות הנסקרות, למעט מקסיקו.

במשרד הבריאות פעלו בשנים 1995–2005 שתי ועדות שערכו תוכניות להתאמת מערך האשפוז הכללי בישראל לגידול באוכלוסייה ולצרכיה. בתוכנית אשפוז 2000, שתאריך היעד שלה נקבע לשנת 2000, היתה המלצה להוסיף 2,826 מיטות אשפוז כללי, ומהן כ-1,000 מיטות במענה על המחסור במיטות בישראל שהיה קיים במועד כתיבת הדוח. על בסיס תוכנית זו הושג בשנת 1997 סיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר על הוספת 1,200 מיטות אשפוז, שהן כ-42% מכלל המיטות שעליהן המליצה הוועדה. רוב מיטות אשפוז אלה הוספו למערכת למעט 157 מיטות, שמהן 110 מיטות הוקפאו שלוש פעמים במסגרת החלטות ממשלה, עד לינואר 2010. על-פי החלטת הממשלה האחרונה, הקפאה זו מסתיימת בינואר 2010.

בתוכנית אשפוז 2015, שנכתבה במשרד הבריאות בשנת 2005, נקבע כי יש צורך בתוספת של 3,646 מיטות אשפוז כללי עד לשנת 2015 ושל עוד כ-2,500 מיטות עד לשנת 2025. תוכנית זו מעולם לא אומצה בידי הממשלה ועל כן לא הוחל ביישום מסקנותיה, אף-על-פי שהוועדה הוקמה על-פי החלטת ממשלה. כפי שיוצג במסמך זה, בשנת 2008, שמונה שנים לאחר תאריך היעד של תוכנית אשפוז 2000 ושבע שנים לפני תאריך היעד של תוכנית האשפוז 2015, לא רק שתהליך הוספת המיטות לשם עמידה ביעדי תוכנית אשפוז 2015 טרם החל, אלא גם יעדי תוכנית אשפוז 2000 לא הושגו. נציין כי תהליך של הוספת מיטות הוא תהליך ממושך, האורך שנים מספר, כך שעל מנת להשלים תוספת מיטות זו עד לשנת 2015 יש להתחיל בכך מיד. בתוכנית אשפוז 2015 נכתב כי "גידול נוסף בהיקף האשפוזים ללא מציאת פתרונות לעומס במערכת האשפוז, לרבות תוספת מיטות, יפגע בפעילות מערכת האשפוז".

ב-5 בינואר 2010 התפוסה הממוצעת ב-26 בתי-חולים כלליים, שבהם 13,158 מיטות אשפוז כללי, היתה 101%. התפוסה הממוצעת במחלקות הפנימיות ב-25 בתי-חולים כלליים, שבהן 3,299 מיטות אשפוז, היתה 113%. מתוך 25 בתי-חולים אלה, ב-20 בתי-חולים (80%) שיעור התפוסה במחלקות הפנימיות היה יותר מ-100%, ורק ב-3 בתי-חולים שיעור התפוסה היה קטן מ-95%. נוסף על כך, ב-5 בינואר 2010 כ-60% מהמונשמים במוסדות האשפוז הכללי – 388 חולים מתוך 648 חולים – אושפזו מחוץ למחלקות טיפול נמרץ.



ממשרד הבריאות נמסר שכיום חסרות כ-1,500 מיטות אשפוז כללי (על בסיס חישוב תפוסה רצויה של 90% ועלות בנייתן של מיטות אלה מוערכת על-פי משרד הבריאות בכ-1 מיליארד ש"ח).¹

מסמך זה הוא מסמך ראשון בסדרת מסמכים של מרכז המחקר והמידע של הכנסת שיעסקו במערך האשפוז הכללי בישראל. בחודש דצמבר 2009 פנה מרכז המחקר והמידע של הכנסת לכל מוסדות האשפוז הכלליים הלא-פרטיים בישראל בבקשה לקבל מידע על פעילותן של מחלקות הפנימית ומחלקות טיפול נמרץ במוסדות אלו, ובימים אלה אנו עמלים על מסמך בנושא זה.

1. שיעור מיטות אשפוז כללי בישראל

באשפוז כללי נכללים האגפים האלה: אגף פנימי, אגף טיפול נמרץ, אגף ילדים, אגף כירורגי, אגף יולדות ומחלקות שהייה. על-פי נתוני משרד הבריאות, בסוף שנת 2008 היו בישראל 14,582 מיטות אשפוז כללי בתקן,² שהן 1.98 מיטות ל-1,000 נפש. להלן מספר המיטות ושיעור המיטות ל-1,000 נפש בישראל בשנים 1988–2008:³

שנה	מספר מיטות אשפוז כללי	שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש
1988	11,998	2.68
1990	12,205	2.53
1995	13,105	2.33
1998	13,682	2.26
1999	13,962	2.24
2000	14,161	2.22
2001	14,315	2.19
2002	14,324	2.16
2003	14,349	2.12
2004	14,395	2.09
2005	14,607	2.08
2006	14,582	2.04
2007	14,582	2.01
2008	14,582	1.98

משנת 2006 לא נוספו מיטות אשפוז כללי. ב-20 השנים האחרונות גדל מספר מיטות האשפוז הכללי בישראל בכ-21% (תוספת של 2,584 מיטות) לעומת גידול של כ-65% באוכלוסייה (תוספת של 2,897,200

¹ מר יהודה רון, סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 11 בינואר 2010.

² מיטות אשפוז בתקן הן מספר המיטות שאושרו בתעודת הרישום של בית-החולים. מיטות אשפוז בפועל הן מספר המיטות שבית-החולים משתמש בהן בפועל.

³ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2007, חלק א', תשס"ט (2008), וגם: משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', תשי"ע (2009).



נפש).⁴ בעקבות זאת, שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש ירד בהדרגה וכיום יש פחות מ-2 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת 2.68 מיטות בשנת 1988.

מגמת הירידה בשיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש אינה ייחודית לישראל, והיא רווחת במדינות שונות בעולם. מנתוני הטבלה שלהלן עולה כי בשנים 1996–2006, ב-23 מדינות מ-26 מדינות ב-OECD⁵ קטן שיעור המיטות ל-1,000 נפש; בשתי מדינות (קוריאה וטורקיה) עלה שיעור זה ובמדינה אחת (יוון) הוא נותר ללא שינוי. עם זאת, אף שמגמה זו רווחת במדינות שונות בעולם, בשנת 2006, כמו בשנת 1996, ישראל ניצבה בתחתית דירוג המדינות לעניין שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש. בשנת 1996 דורגו אחריה רק טורקיה ומקסיקו ואילו בשנת 2006 ניצבה אחריה רק מקסיקו, שבה היתה מיטה אחת ל-1,000 נפש. להלן שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש בישראל וב-28 מדינות OECD בשנים 1996 ו-2006. נציין שבחרנו להציג את נתוני 2006 כיוון שבנתוני שנת 2007 במאגר ה-OECD נסקרות פחות מדינות.⁶

מדינה	שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש בשנת 1996	שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש בשנת 2006
יפן	11.8	8.2
קוריאה	4.0	6.8
אוסטריה	6.7	6.1
גרמניה	6.7	5.7
הונגריה	6.4	5.5
צ'כיה	6.6	5.3
סלובקיה	6.3	4.9
פולין	5.8	4.7
לוקסמבורג	-	4.5
בלגיה	5.0	4.3
יוון	3.9	3.9
פינלנד	4.2	3.8
צרפת	4.5	3.7
שווייץ	5.5	3.5
אוסטרליה	3.9	3.5
איטליה	5.6	3.3
דנמרק	3.8	3.0
הולנד	3.7	3.0
נורבגיה	3.3	3.0
פורטוגל	3.4	2.9
בריטניה	-	2.8
קנדה	3.8	2.7

⁴ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 2.1: "אוכלוסיה לפי קבוצות אוכלוסייה", שנתון סטטיסטי לישראל 2009, עמ' 85–86. בשנת 1988 מנתה אוכלוסיית ישראל 4,476,800 נפש ובשנת 2008 – 7,374,000 נפש.

⁵ אין מידע על איסלנד, ניו-זילנד, לוקסמבורג ובריטניה.

⁶ נתוני 2006 אינם כוללים מידע על איסלנד וניו-זילנד; ראו OECD Health Data 2009 – November Version.



מדינה	שיעור מיטות אשפוז כללי ל- 1,000 נפש בשנת 1996	שיעור מיטות אשפוז כללי ל- 1,000 נפש בשנת 2006
ארצות-הברית	3.3	2.7
אירלנד	3.0	2.7
ספרד	3.0	2.5
טורקיה	2.1	2.5
שבדיה	2.8	2.2
ישראל ⁷	2.3	2.0
מקסיקו	1.1	1.0

בדיון על נתוני מערך האשפוז הכללי בישראל מעלים לא פעם גורמים שונים את הטענה שאין ללמוד מנתונים אלו על בעיה בהיקף שירותי הבריאות בישראל בכלל ובתחום האשפוז הכללי בפרט, ועל כך מעידים – לדברי גורמים אלה – שני מדדי בריאות מרכזיים: תוחלת החיים הגבוהה של האוכלוסייה ושיעור תמותת התינוקות הנמוך. לשם המחשת הטיעון מוצגים בנספח למסמך נתוני ארגון הבריאות העולמי על תוחלת החיים של שני המינים ועל שיעור תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי, בשנת 2006.⁸ מהשוואה זו אפשר לראות כי תוחלת החיים של בני שני המינים בישראל אכן גבוהה לעומת מדינות אחרות – תוחלת החיים של גברים בישראל (79 שנים) היא הגבוהה ביותר בקרב המדינות שנתוניהן מוצגים, ובתוחלת החיים של נשים (82 שנים) ישראל מדורגת במקום ה-12 בין המדינות הנסקרות, ותוחלת החיים הגבוהה ביותר בקרב המדינות היא 86 שנים. שיעור תמותת התינוקות בישראל אכן נמוך משיעור זה במדינות האחרות, ובשנה זו הוא היה 4 פטירות ל-1,000 לידות חי.

עם זאת, הטענה כי מדדים אלה מלמדים שאין בעיה בהיקף שירותי הבריאות בישראל בכלל ובתחום האשפוז הכללי בפרט, בלי להתייחס לנתונים על מספר מיטות אשפוז ומדדי האשפוז שיוצגו בהמשך המסמך, היא בעייתית מאוד. משמעותו של טיעון זה היא שרק ירידה בתוחלת החיים או עלייה בשיעור תמותת התינוקות, חלילה, יצביעו על הצורך לבחון מחדש את מערך האשפוז בישראל. טיעון נוסף שמעלים גורמים אלה הוא שאי-אפשר להשוות בין ישראל למדינות אחרות, שכן בישראל האוכלוסייה צעירה יותר – בשנת 2006 שיעור בני 65 ומעלה בישראל היה כ-10%, לעומת 11%–20% ברוב מדינות OECD.⁹ נציין כי משרד הבריאות מביא בחשבון נתון זה בתכנון מערך האשפוז וספק אם נתון זה מצדיק הימנעות מהגדלת מערך האשפוז הכללי בישראל.

2. אשפוז כללי

בישראל יש 46 מוסדות אשפוז כללי כדלקמן: 11 בתי-חולים ממשלתיים; 11 בתי-חולים פרטיים; 8 בתי-חולים בבעלות שירותי בריאות כללית; 7 בתי-חולים בבעלות ציבורית; 6 בתי-חולים בבעלות מיסיון; 2 בתי-חולים בבעלות הדסה; בית-חולים אחד בבעלות קופת-חולים מאוחדת.

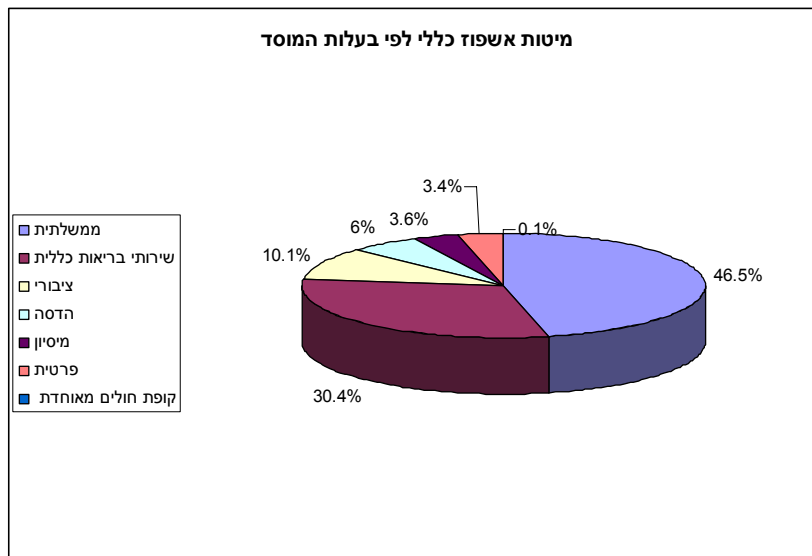
⁷ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2006, חלק א', תשס"ח (2007); וגם: משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2007, חלק א', תשס"ט (2008).

⁸ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 28.2: "תוחלת חיים ותמותת תינוקות", שנתון סטטיסטי לישראל 2008, באתר האינטרנט http://www.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton.html?num_tab=st28_02&CYear=2008, תאריך כניסה: 7 בינואר 2010.

⁹ OECD Fact book 2009: Economic, Environmental and Social Statistic, OECD 2009.



כאמור, בשנת 2008 היו בישראל 14,582 מיטות אשפוז כללי, רובן במוסדות שבעלות ממשלתית. להלן התפלגות מיטות האשפוז על-פי הבעלות על המוסד, בשנת 2008:¹⁰



בתי-החולים הממשלתיים הם 24% מהמוסדות לאשפוז כללי בישראל ונמצאות בהם 46.5% ממיטות האשפוז הכללי בישראל; בתי-החולים הפרטיים גם הם 24% מכלל מוסדות האשפוז הכללי בישראל, ונמצאות בהם 3.4% ממיטות האשפוז הכללי.

פריסת מיטות האשפוז הכללי במחוזות בישראל אינה שוויונית, ובעוד שבמחוזות חיפה ותל-אביב יש יותר מ-2.5 מיטות ל-1,000 נפש, במחוזות צפון ודרום יש כ-1.5 מיטות ל-1,000 נפש. עם זאת, בכל המחוזות היתה ירידה בשיעור המיטות ל-1,000 נפש.

להלן פריסת מיטות האשפוז הכללי בישראל על-פי מחוזות, בשנת 2008:¹¹

מחוז	מספר מיטות אשפוז כללי	שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש
חיפה	2,318	2.634
תל-אביב	3,153	2.570
ירושלים	2,061	2.264
מרכז	3,681	2.079
ארצי	14,582	1.978
צפון	1,868	1.504
דרום	1,501	1.425

3. מדדי האשפוז הכללי

מערך האשפוז הכללי נבחן על סמך כמה מדדים מקובלים. להלן המצב בישראל בשנת 2008, על-פי כמה ממדדים אלה:¹²

¹⁰ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', תשי"ע (2009).

¹¹ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלקים א' ו-ב', תשי"ע (2009).



גיל המאושפזים – כ-35% מהמאושפזים באשפוז הכללי (לא כולל אגף יולדות) היו בני 65 שנים ומעלה – דומה לשיעורם בשנת 1998. עם זאת, שיעור האשפוזים של בני 75 שנים ומעלה היה במגמת עלייה – 22% מהאשפוזים בשנת 2008 היו של בני 75 שנים ומעלה, לעומת 18% בשנת 1998. **פרופיל המאושפזים וצורכיהם השתנה מאוד במהלך השנים: כיום על מערכת הבריאות לטפל באוכלוסייה זקנה יותר, הסובלת ממחלות מורכבות יותר. נתון זה הוא נתון מרכזי בתכנון מערך האשפוז בעתיד.**

שיעור ימי אשפוז – בשנת 2008 היו 5.1 מיליוני ימי אשפוז (תוספת של 64,753 ימים לעומת שנת 2007). שיעור ימי האשפוז, כלומר מספר ימי האשפוז ל-1,000 נפש בממוצע בשנת 2008 היה 700.09 ימים. שיעור ימי האשפוז בישראל נמצא בירידה: בשנת 2000 היה שיעור זה 761 ימים ובשנת 2008, כאמור, 700 ימים. **יש קשר חיובי ברור בין שיעור המיטות לבין שיעור ימי האשפוז באשפוז הכללי: מאמצע שנות ה-70 שיעור ימי האשפוז ירד ביחס ישר לירידה בשיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש.**

השהייה באשפוז – 29% מהאשפוזים באשפוז הכללי בבתי-החולים הציבוריים בשנת 2008 נמשכו עד יום אחד, 36% נמשכו 2-3 ימים, 23% – 4-7 ימים ו-12% נמשכו מעל שבוע. **שיעור האשפוזים עד יום אחד באשפוז הכללי עלה: בשנת 2008 29% מהאשפוזים נמשכו יום אחד, לעומת 24% מהאשפוזים בשנת 1998.**

השהייה הממוצעת באשפוז כללי – השהייה הממוצעת באשפוז כללי בשנת 2008 היתה 4 ימים (לא כולל העברות בין מחלקות באותו מוסד רפואי). במהלך השנים חלה ירידה בנתון זה, ומשנת 1997 הוא יציב. הסבר אחד להתקצרות השהייה הממוצעת הוא השיפורים הטכנולוגיים והטיפולים החדשניים; ואולם הסבר נוסף הוא עודף ביקוש על היצע, שייכתן שהוא מוביל לשחרור חולים מוקדם מהרצוי.

תפוסת המיטות – תפוסת המיטות באשפוז הכללי בתקן בשנת 2008 היתה 96.2% (בדומה לשנת 2007); תפוסת המיטות בפועל היתה 97.6%. **תפוסת המיטות במגמת עלייה בשלושת העשורים האחרונים.** יש לשים לב שזהו הממוצע השנתי, כך שבחודשים מסוימים בשנה זו שיעור התפוסה היה גבוה יותר ובחודשים אחרים הוא היה נמוך יותר.

סבב המיטות – מדד סבב המיטות מציג את מספר האשפוזים הממוצע למיטה בתקופה מסוימת. עקב העלייה בשיעור תפוסת המיטות והירידה בשהייה הממוצעת עלה מדד סבב המיטות במהלך השנים. בשנת 2008 מספר האשפוזים הממוצע למיטה (סבב המיטות), לא כולל העברות בין מחלקות באותו מוסד, היה 89.2 אשפוזים.

מדד תפוסת המיטות ומדד סבב המיטות הם שני נתונים מרכזיים שחשוב להתעכב עליהם. לשם המחשת משמעותם נציג השוואה בין ישראל לבין 20 מדינות OECD (המדינות שלגביהן יש נתונים בשנה זו) במדדי תפוסת המיטות וסבב המיטות בשנת 2006:¹³

¹² משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלק א', תש"ע (2009).

¹³ OECD Health Data 2009 – November Version.



מדינה	תפוסת מיטות באשפוז כללי בשנת 2006	סבב מיטות אשפוז כללי בשנת 2006
ישראל	95%	86
קנדה	89%	35.8
נורבגיה	88.5%	59.4
שווייץ	86.8%	38.7
אירלנד	86.7%	48.8
בריטניה	83.5%	52.5
אוסטריה	79.6%	48.8
איטליה	78.4%	41.3
ספרד	78.2%	42.8
יפן	77.6%	14.9
גרמניה	75.1%	34.6
צרפת	73.7%	50.3
אוסטרליה	73.5%	45
לוקסמבורג	73.4%	45.8
צ'כיה	73%	36.1
פורטוגל	71.3%	38.3
הונגריה	70.3%	37.8
סלובקיה	68%	34.6
ארצות-הברית	67.1%	44
מקסיקו	61.4%	62.1
טורקיה	-	46.1

מההשוואה עולה כי בשני מדדים אלה ניצבה ישראל בראש דירוג המדינות הנסקרות, בפער ניכר בינה לבין המדינה שדורגה אחריה. במדד תפוסת המיטות ישראל ממוקמת בראש, עם 95% תפוסה, ואחריה קנדה, עם 89% תפוסה. גם במדד סבב המיטות ישראל היא בראש הדירוג, עם 86 אשפוזים למיטה בממוצע, ואחריה מקסיקו, עם 62.1 אשפוזים למיטה בממוצע. בכל יתר המדינות היו בשנה זו פחות מ-60 אשפוזים למיטה בממוצע.

חשוב לחדד נתון זה: העובדה שהאוכלוסייה גדלה בשיעור גבוה יותר משיעור תוספת מיטות האשפוז הכללי הובילה לכך שהדרך היחידה לספק את צורכי האשפוז הקיימים היא להגדיל את תפוסת המיטות ואת סבב המיטות, כלומר להגדיל את רמת הניצול של כל מיטה, בין היתר על-ידי קיצור משך השהייה באשפוז. כפי שהוצג לעיל, בישראל השהייה הממוצעת באשפוז הכללי היא 4 ימים בממוצע. להלן השוואת השהייה הממוצעת באשפוז הכללי בין ישראל לבין 25 מדינות OECD בשנת 2006 (אין נתונים על דנמרק, יוון, קוריאה, ניו-זילנד וטורקיה):¹⁴

¹⁴ OECD Health Data 2009 – November Version.



מדינה	שהייה ממוצעת באשפוז הכללי בשנת 2006 (ימים)
יפן	19.2
שווייץ	8.2
גרמניה	7.9
צ'כיה	7.8
לוקסמבורג	7.6
בריטניה	7.5
קנדה	7.3
בלגיה	7.2
סלובקיה	7.2
פורטוגל	6.9
איטליה	6.7
הולנד	6.6
ספרד	6.6
הונגריה	6.4
פולין	6.1
אוסטרליה	5.9
אירלנד	5.9
אוסטריה	5.8
ארצות-הברית	5.6
איסלנד	5.5
צרפת	5.4
נורבגיה	5
פינלנד	4.7
שבדיה	4.6
ישראל	4.1
מקסיקו	3.9

אפשר לראות כי השהייה הממוצעת באשפוז הכללי בישראל בשנת 2006 היתה כמעט הקצרה ביותר בין 25 מדינות.

לסיכום, שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש בישראל מצוי זה שנים במגמת ירידה ויש לכך השפעה על דפוסי הפעילות של בתי-החולים: השהייה הממוצעת קצרה, שיעורי התפוסה גבוהים וכך גם מדד סבב המיטות. למעשה, בשל אי-התאמה בין מספר המטופלים למצב התשתיות הקיים, החולים מאושפזים לתקופות אשפוז קצרות יותר מבעבר. לשחרור של חולה לביתו לאחר פרק זמן קצר מהנדרש עלולה להיות השלכה לא רק על בריאותו אלא גם על מערכת הבריאות, שכן היא נאלצת לטפל ביותר מקרים של אשפוזים חוזרים, על כל המשמעות הכלכליות הכרוכות בכך. נציין כי בשנת 2001



כ-21% מכלל האשפוזים במחלקות הפנימיות היו אשפוזים חוזרים שנעשו בתוך חודש מיום שחרור החולה. שיעור זה עולה עם הגיל, ובקרב בני 85 שנים מדובר בכרבע מהאשפוזים.¹⁵

4. תוכניות להתאמת מערך האשפוז הכללי שגובשו במשרד הבריאות

זה שנים רבות מציינים גורמים שונים, ובהם מבקר המדינה, את אי-ההלימה בין היקף הדרישות ממערך האשפוז הכללי לבין היקף המשאבים במערך זה, וקוראים לתכנון ארוך טווח של מערך האשפוז בישראל.¹⁶

אומנם הירידה בשיעור מיטות האשפוז נובעת בין היתר משינויים בתהליכי הטיפול, כגון שיפורים טכנולוגיים ופיתוח חלופות לטיפול בקהילה, אולם היא נובעת גם ממדיניות ממשלתית מכוונת, שמטרתה צמצום עלויות מערכת הבריאות.¹⁷ לצד הרצון לצמצם את עלויות מערך האשפוז יש לדאוג לתכנון מערך זה, כך שיתן מענה על צורכי הבריאות של האוכלוסייה, כיום ואף בעתיד.

כיצד ראוי לתכנון מערך זה? אין על כך תשובה אחת ברורה, בשל ריבוי משתנים שיש לכלול בתכנון זה, אולם יש כמה מדדים המשמשים בעריכת תוכניות מעין אלה:

מדד אחד הוא שיעור מיטות האשפוז הרצוי ל-1,000 נפש. בדוח מבקר המדינה משנת 1995, שנבחן בו מערך האשפוז בישראל בשנת 1994, העיר המבקר כי משרד הבריאות לא קבע עקרונות לעניין מספר מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש, דהיינו לא נקבע מהו שיעור המיטות הרצוי ל-1,000 נפש בישראל.¹⁸ מדד זה לא נקבע בידי המדינה באופן רשמי עד היום, אולם שתי ועדות שהקים משרד הבריאות לשם תכנון מערך האשפוז בישראל קבעו מהו שיעור המיטות הרצוי לשם עריכת התכנון. ועדת אשפוז 2000 קבעה שיעור של 2.45 מיטות ל-1,000 נפש וועדת אשפוז 2015 קבעה שיעור של 2.1 מיטות ל-1,000 נפש. נזכיר כי בשנת 2006, ב-19 מתוך 28 מדינות OECD (68% מהמדינות) שיעור המיטות ל-1,000 נפש היה 3 מיטות או יותר. גורמים שונים שעמם שוחחנו במהלך הכנת מסמך זה סבורים כי שיעור המיטות הרצוי לישראל הוא 3 מיטות ל-1,000 נפש.¹⁹

מדד אחר הוא שיעור התפוסה הרצוי בבתי-החולים הכלליים. בשתי התוכניות שהוזכרו, ויוצגו להלן, הומלץ ששיעור תפוסה יהיה 90% באשפוז הכללי, למעט מחלקות טיפול נמרץ, ששם הומלץ על 80% תפוסה. נציין כי בין משרד הבריאות למשרד האוצר יש מחלוקת בעניין שיעור התפוסה הראוי: משרד הבריאות גיבש את תוכניותיו על-פי שיעור רצוי של 90% תפוסה, ואילו משרד האוצר מבסס את תוכניותיו על 95% תפוסה.²⁰ הוועדה לארגון מבנה מערכת הבריאות בהסתדרות הרפואית המליצה להגביל את תפוסת המיטות באשפוז הכללי לכ-85%.²¹ נזכיר כי בשנת 2006, ב-16 מתוך 20 מדינות OECD (80% מהמדינות) שיעור התפוסה השנתי הממוצע באשפוז הכללי היה נמוך מ-85%. יש לזכור כי

¹⁵ משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

¹⁶ ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 22 לשנת 1971 ולחשבונות של שנת הכספים 1970/71, ירושלים, 1972; וגם: מבקר המדינה, דוח שנתי 45 לשנת הכספים 1994 ולחשבונות שנת הכספים 1993, ירושלים, 1995.

¹⁷ גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, מערכת הבריאות בישראל, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005.

שם.

¹⁹ לדוגמה ראו החלטות ועידת ההסתדרות הרפואית ה-41, סעיף 104, באתר האינטרנט,

<http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=3123>, תאריך כניסה: 7 בינואר 2010.

²⁰ יאיר בירנבאום, "מערכת האשפוז בישראל – נתונים ואתגרים", בתוך: גבי בן-נון וגור עופר (עורכים), עשור לחוק בריאות ממלכתי 1995–2005, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2005, עמ' 376–389.

²¹ ההסתדרות הרפואית בישראל, נערכים לרפואת המחר: יוזמת הר"י להתמודדות עם אתגרי מערכת הבריאות, דוח הוועדות, ספטמבר 2009.



חישוב על-פי תפוסה של 95% לעומת חישוב על-פי תפוסה של 90% משמעותו הוספת פחות מיטות אשפוז למערך האשפוז.

יש הסבורים שצריך להרחיב את המשתנים המשמשים לתכנון מערך האשפוז מעבר למשתנים שהוזכרו לעיל. יאיר בירנבאום מציין במאמרו כי גם משתנים של תחלואה או משתנים סוציו-אקונומיים יכולים להיות משתנים חשובים בתחום זה.²²

להלן נציג את המלצותיהן של שתי ועדות מרכזיות שהקים משרד הבריאות לשם הכנת תוכניות למערך האשפוז בישראל.

4.1. תוכנית אשפוז 2000²³

באפריל 1995 הוקמה במשרד הבריאות ועדה לבחינת מדיניות האשפוז הלאומית ולעיצוב תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000. ועדה זו כתבה את תוכנית האשפוז לשנים 1996–2000 (להלן: תוכנית אשפוז 2000), שבה הוערכו צורכי האשפוז במדינת ישראל בשנת 2000 לנוכח גודל האוכלוסייה וצרכיה.²⁴ כותבי הדוח ציינו כי "בשנים האחרונות אנו עדים לקשיים הולכים וגוברים במתן שירותי אשפוז בתנאים סבירים לכלל אזרחי המדינה, והסיבה העיקרית לכך נעוצה במחסור הקיים כבר היום במיטות אשפוז כלליות תקינות".

הוועדה המליצה כי שיעור תפוסת המיטות שייקבע כמדיניות יהיה 90%, למעט במחלקות טיפול נמרץ, שבהן שיעור התפוסה יהיה 80%, וכי שיעור המיטות ל-1,000 נפש יהיה 2.45 מיטות. בדוח הודגש שיש שונות רבה בין האזורים בארץ, הנובעת מההבדלים במבנה הדמוגרפי (אוכלוסייה מבוגרת לעומת צעירה), ועניין זה משתקף בהמלצות התוכנית אשר לאזורים השונים.

הוועדה קבעה כי עד לשנת 2000 יש צורך בתוספת של 2,826 מיטות אשפוז כללי על מספר המיטות שהיה בישראל בסוף שנת 1994 (12,490 מיטות). לדברי כותבי הדוח, תוספת זו נדרשת בראש ובראשונה כדי לענות על מחסור של כ-1,000 מיטות, שכבר היה קיים במועד כתיבת הדוח בעיקר במחלקות הפנימיות, וכן נדרשות עוד 1,800 מיטות עד לשנת 2000, עקב גידול האוכלוסייה והמשך תהליך ההזדקנות. הוועדה המליצה כי תמהיל המיטות בתאריך היעד ישתנה, כך שיגדל חלקן של מיטות החטיבה הפנימית ויחידות טיפול נמרץ בכלל מיטות האשפוז הכלליות, ובמקביל חלקן של מיטות החטיבה הכירורגית וחטיבת הילדים יקטן.

על בסיס תוכנית זו הסכימו משרד הבריאות ומשרד האוצר, ב-19 במרס 1997, על פתיחת 1,200 מיטות אשפוז בבתי-החולים – כ-42% מכלל המיטות שהמליצה הוועדה להוסיף עד לשנת 2000. הוספת המיטות החלה בשנת 1999, ועד היום נוספו 1,034 מיטות. הוספתן של 157 מיטות הוקפאה – 110 מהן הוקפאו במסגרת החלטת ממשלה.²⁵ ב-25 במרס 2003 החליטה הממשלה כי הוספת 52 מיטות אשפוז ופיתוח 52 מיטות אשפוז שבנייתן אושרה במסגרת תוכנית אשפוז 2000 תידחה ל-1 בינואר 2005. נוסף

²² יאיר בירנבאום, "מערכת האשפוז בישראל – נתונים ואתגרים", בתוך: גבי בן-נון וגור עופר (עורכים), **עשור לחוק בריאות ממלכתית 1995–2005**, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2005, עמ' 376–389.

²³ משרד הבריאות, **תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000**, אוגוסט 1996.

²⁴ שם.

²⁵ נציין כי בהמשך אושרה הוספת 85 מיטות במרכז הרפואי "הלל יפה" בחדרה, אולם רק לאחר הכניסה למבנה החדש שבנייתו טרם הושלמה. יהודה רון, סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 11 בינואר 2010.



על כך, הוחלט להפחית 5 מיליוני ש"ח מתקציב הפיתוח של משרד הבריאות ובמקביל אושרה תמיכה חד-פעמית לקופות-החולים בסך 5 מיליוני ש"ח לשם רכישת ציוד לפיתוח פתרונות אשפוז בית.²⁶

בדברי ההסבר להחלטה נכתב כי עד לשנת 2003 התווספו רוב המיטות שנקבעו במסגרת התוכנית ובעקבות זאת ירד שיעור תפוסת המיטות מ-94.3% בשנת 1998 (לפני אימוץ התוכנית) ל-92.9% בשנת 2001. עוד נכתב כי "במקביל לירידה הכללית בתפוסת המיטות ולקיצור משך האשפוז הממוצע בבתי-החולים מתפתחת כיום מגמה עולמית לאימוץ שיטות תחליפי אשפוז אשר, בשימוש טכנולוגיה מתקדמת, מבטיחים אשפוז איכותי, נוח וזול יותר בבית החולה". בדברי ההסבר נכתב כי ההחלטה על הקפאת הוספת המיטות תחסוך כ-50 מיליון ש"ח בשנים 2003–2004.²⁷

באוגוסט 2004 החליטה הממשלה לדחות שוב את הוספת 110 מיטות האשפוז האמורות עד לינואר 2008,²⁸ ובסיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר בעניין תקציב משרד הבריאות לשנת 2008 נקבע כי הוספת מיטות אלה תידחה עד ינואר 2010.²⁹ כלומר, כיום הקפאה זו בטלה.

מחד גיסא אפשר לטעון כי רוב המיטות שאושרו במסגרת ההסכם נוספו, ורק חלקן הקטן הוקפא. מאידך גיסא יש לזכור כי הוספת 1,200 מיטות משמעותה תוספת של 42% מסך המיטות שהמליצה הוועדה להוסיף עד לשנת 2000. מדובר בתוספת שנדרשה בראש ובראשונה כדי לענות על מחסור של כ-1,000 מיטות, שכבר היה קיים במועד כתיבת הדוח (אמצע שנות התשעים), ולא בתוספת המיטות שכותבי הדוח סברו שהיא דרושה כדי להתמודד עם גידול האוכלוסייה והזדקנותה עד לשנת 2000.

4.2. תוכנית אשפוז 2015³⁰

ב-30 בינואר 2005 החליטה הממשלה להטיל על מנכ"ל משרד הבריאות לעמוד בראש צוות משותף למשרד הבריאות ולמשרד האוצר, שיכין בתוך 45 ימים תוכנית לפיתוח מיטות אשפוז ותשתיות לשירותי האשפוז בישראל. בהחלטה נכתב כי התוכנית תוכן על-פי הצרכים הקיימים ותכלול התייחסות לשינוי בתמהיל המיטות ולחלופות אשפוז בקהילה בכפוף לסדרי העדיפויות של תקציב המדינה.³¹

בשנת 2005 הוקמה במשרד הבריאות ועדה בראשות מנכ"ל המשרד דאז פרופ' אבי ישראל, שערכה את תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי בכמה רמות: בטווח המיידי, בטווח הבינוני (עד שנת 2015) ובטווח הארוך (עד שנת 2025). כותבי התוכנית ציינו כי העומס הרב באשפוז הכללי נובע מגידול האוכלוסייה ומהזדקנות שלה וכן מתוספת קטנה מאוד במספר המיטות בשנים האחרונות, שאינה מדביקה את הדרישות. למעשה, בשנים 2000–2004 נוספו רק 230 מיטות על מיטות האשפוז הכללי – תוספת של 1.6% לעומת גידול של 10% במספר התושבים במדינה. לדברי הוועדה "תפוסה גבוהה ושהייה ממוצעת קצרה בישראל הם הסיבה לסבב מיטות גבוה ביחס למדינות המערב, דבר הפוגע באיכות הטיפול הרפואי ובזכויות החולה ויוצר עומס על הצוות המטפל ושחיקתו".³²

²⁶ החלטת ממשלה מספר 126, "הקפאת פיתוח ועידוד תחליפי אשפוז", 25 במרס 2005.

²⁷ שם.

²⁸ החלטת ממשלה מספר 2481, "התייעלות במערך הבריאות הממשלתי", 15 באוגוסט 2004.

²⁹ סיכום בין משרד הבריאות למשרד האוצר מיום 6 באוגוסט 2007.

³⁰ משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

³¹ החלטת ממשלה מספר 3153, "גיבוש תוכנית לפיתוח מיטות אשפוז ותשתיות שירותי האשפוז במדינת ישראל", 30 בינואר 2005.

³² משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.



ועדה זו המליצה אף היא כי שיעור התפוסה שייקבע כמדיניות יהיה 90%, למעט במחלקות טיפול נמרץ, שבהן הוא יהיה 80%, אולם שיעור המיטות ל-1,000 נפש שעליו התבססה היה נמוך מזה שקבעה תוכנית אשפוז 2000, ועמד על 2.1 מיטות ל-1,000 נפש.

הוועדה קבעה כי עד לשנת 2015 יש צורך בתוספת של 3,643 מיטות אשפוז כללי על מספר המיטות שהיה בישראל בשנת 2005 (13,549 מיטות), ולדברי כותבי הדוח, "גידול נוסף בהיקף האשפוזים ללא מציאת פתרונות לעומס במערכת האשפוז, לרבות תוספת מיטות, יפגע בפעילות מערכת האשפוז". בטווח הארוך הוועדה המליצה כי עד לשנת 2025 יתווספו עוד כ-2,500 מיטות אשפוז; עיקר תוספת המיטות תהיה בבתי-החולים הקיימים, אולם נקבע שיש להקים שלושה בתי-חולים חדשים – באשדוד, בשרון ובקריית³³. לדברי הוועדה, תוספת המיטות תהיה בעיקר במחלקות פנימיות ופנימיות-גריאטריות, במחלקות טיפול נמרץ כללי ונשימתי, במחלקות לטיפול מיוחד ביילוד (פגים), ובמחלקות לטיפול נמרץ לילדים וליולדות. בדוח נכתב עוד שאם לא תמומש תוכנית להוספת מיטות אשפוז חדשות, ירד בשנת 2015 שיעור מיטות האשפוז הכללי ל-1.8 מיטות ל-1,000 נפש.³⁴

דוח זה מעולם לא אושר בידי הממשלה, כך שהמלצותיו מעולם לא התקבלו ויישומן לא החל, אף-על-פי שהתוכנית נכתבה בעקבות החלטת ממשלה. דהיינו, מעבר להקפאת תוספת מיטות האשפוז שאושרה בתוכנית האשפוז משנת 2000, תוכנית אשפוז 2005 נותרה על מדפי משרד הבריאות: היא לא אושרה בידי הממשלה והמלצותיה לא יושמו.

4.3. ההמלצות שבתוכנית האשפוז ומצב האשפוז בישראל בשנת 2008

להלן ההמלצות הכלולות בתוכנית אשפוז 2000 ובתוכנית אשפוז 2015 בנוגע למספר מיטות האשפוז הכללי בישראל, והשוואתן למספר מיטות האשפוז בישראל בפועל בשנת 2008:³⁵

³³ ש.ם.

³⁴ ש.ם.

³⁵ משרד הבריאות, תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000, אוגוסט 1996 וגם: משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.



מחלקה	גודל האוכלוסייה (מיליונים)	מספר מיטות אשפוז כללי	שיעור מיטות אשפוז כללי ל-1,000 נפש	שיעור תפוסה רצוי
מספר מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2000 ³⁶	6.25 (משוער)	15,316	2.45	90% באשפוז הכללי
מספר מיטות אשפוז כללי בישראל בשנת 2008 ³⁷	7.4	14,582	1.98	96% באשפוז הכללי
מספר מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2015 ³⁸	8.2 (משוער)	17,192	2.1	90% באשפוז הכללי
מספר מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2025 ³⁹	9.3 (משוער)	כ-19,700	2.1	90% באשפוז הכללי

ניתן לראות בשנת 2008, שמונה שנים לאחר תאריך היעד של תוכנית אשפוז 2000 ושבע שנים לפני תאריך היעד של תוכנית האשפוז 2015, לא רק שתהליך הוספת המיטות לשם עמידה ביעדי תוכנית אשפוז 2015 טרם החל, אלא גם יעדי תוכנית אשפוז 2000 לא הושגו. נציין כי תהליך של הוספת מיטות הוא תהליך ממושך, האורך שנים מספר, כך שעל מנת להשלים תוספת מיטות זו עד לשנת 2015 יש להתחיל בכך כעת.

להלן המלצות תוכניות האשפוז לעניין מספר מיטות האשפוז הכללי בישראל, על-פי מחוזות:⁴⁰

מחוזות	מספר מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2000	מספר מיטות אשפוז כללי בשנת 2008 ⁴¹	מספר מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2015
ארצי	15,307	14,582	17,192
תל-אביב	3,431	3,153	3,159
מרכז	3,226	3,681	4,543
צפון	2,428	1,868	2,561
דרום	2,179 ⁴²	1,501	2,451
חיפה	2,161	2,318	2,301
ירושלים	1,662	2,061	2,176

³⁶ נציין כי בדוח הוועדה נכתב שהעבודה מתייחסת לאוכלוסיית היעד ולא לשנת היעד, אולם הוועדה קבעה אוכלוסיית יעד של 6,250,000 איש בשנת 2000, ובפועל היו בישראל בשנה זו 6,396,300 איש, ועל כן יש התאמה בין שנת היעד לאוכלוסיית היעד.

³⁷ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלקים א' ו-ב', תשי"ע (2009).

³⁸ משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

³⁹ שם.

⁴⁰ משרד הבריאות, תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000, אוגוסט 1996 וגם: משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

⁴¹ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלקים א' ו-ב', תשי"ע (2009).

⁴² כולל 220 מיטות באזור יהודה, שומרון וחבל עזה.



אפשר לראות כי בשנת 2008 היו במחוז צפון 560 מיטות פחות ממספר המיטות הנדרש בשנת 2000 על-פי תוכנית אשפוז 2000; במחוז דרום היו 678 מיטות פחות ממספר המיטות הנדרש בשנת 2000. אשר לתחזית האשפוז לשנת 2015, עד לשנה זו יש צורך בתוספת של כ-860 מיטות במחוז מרכז, כ-690 מיטות במחוז צפון וכ-950 מיטות במחוז דרום על מספר המיטות בשנת 2008.

המלצות תוכניות האשפוז אשר לשיעורי מיטות האשפוז הכללי ל-1,000 נפש, על-פי מחוזות:⁴³

מחוזות	שיעור מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2000	שיעור מיטות אשפוז כללי בישראל בשנת 2008 ⁴⁴	שיעור מיטות אשפוז כללי ככלי נדרש בשנת 2015 ⁴⁵
תל-אביב	2.859	2.570	2.7
חיפה	2.629	2.634	2.4
ארצי	2.450	1.978	2.1
ירושלים	2.400	2.264	1.8
מרכז	2.361	2.079	2.1
דרום	2.309	1.425	2.0
צפון	2.146	1.504	1.8

בתוכנית אשפוז 2000 שיעור המיטות ל-1,000 נפש שקבעה הוועדה למחוזות דרום וצפון הוא הנמוך ביותר בין כל המחוזות בישראל, כפי שקיים כיום, אולם מדובר בשיעורים גבוהים מאלה שהיו במחוזות אלה בשנת 2008. כיום במחוזות צפון ודרום יש פחות מ-1.5 מיטות ל-1,000 נפש, ואילו בתוכנית אשפוז 2000 הומלץ שבשנת 2000 יהיו במחוזות אלה יותר מ-2 מיטות ל-1,000 נפש. בתוכנית אשפוז 2015 הומלץ כי בשנת 2015 יהיו במחוז צפון 1.8 מיטות ל-1,000 נפש ובמחוז דרום יהיו 2 מיטות ל-1,000 נפש. גם השיעורים על-פי תוכנית זו נמוכים מאלה שנקבעו למחוזות האחרים, ועדיין הם גבוהים מהשיעורים הקיימים במחוזות אלה כיום. אשר למחוז ירושלים, בתוכנית אשפוז 2015 יש המלצה ששיעור המיטות ל-1,000 נפש יהיה 1.8 מיטות, לעומת 2.26 מיטות כיום. המלצות אלה נקבעו על סמך ההבדלים הקיימים לפי ועדות אלה במבנה הדמוגרפי של האזורים בארץ.

⁴³ משרד הבריאות, תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000, אוגוסט 1996 וגם: משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

⁴⁴ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2008, חלקים א' ו-ב', תשי"ע (2009).

⁴⁵ חישוב שלנו על סמך מספר המיטות המומלץ ותחזית האוכלוסייה לפי מחוזות המופיעה בדוח.



המלצות תוכניות האשפוז בנוגע לתמהיל המיטות באשפוז הכללי, על-פי אגפים:⁴⁶

מספר מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2015	מספר מיטות אשפוז כללי בישראל בשנת 2008 ⁴⁷	מספר מיטות אשפוז כללי נדרש בשנת 2000	אגף
8.2 מיליון	7.4 מיליון	6.25 מיליון	אוכלוסייה
17,191	14,582	15,316	סך הכול
7,896	5,290	5,710	פנימית
878	619	521	טיפול נמרץ
2,089	2,056	1,437	ילדים
4,439	5,181	5,476	כירורגיה
1,890	1,386	2,172	יולדות

הוועדות המליצו גם על שינוי תמהיל המיטות באשפוז הכללי. אולם אפשר לראות שבאגף פנימית בישראל היו בשנת 2008 כ-400 מיטות פחות ממספר המיטות שהומלץ כי יהיו בישראל בשנת 2000. עד לשנת 2015 יש להוסיף לאגף זה כ-2,600 מיטות על פי תוכנית אשפוז 2015 – תהליך שכאמור לא החל.

5. אשפוז כללי בישראל, ינואר 2010

במסמך זה הוצגו נתוני 2008 כפי שפרסם אותם משרד הבריאות בימים אלה. אולם כיום, 5 בינואר 2010, המציאות היא שב-26 בתי-חולים כלליים בישראל (שבהם 13,158 מיטות אשפוז כללי) היתה תפוסה ממוצעת של 101%.⁴⁸

התפוסה הממוצעת במחלקות הפנימיות של 25 בתי-חולים כלליים (3,299 מיטות אשפוז) בתאריך זה היתה 113%.⁴⁹ נציין כי בדוח היומי שמפיק משרד הבריאות התפוסה הממוצעת שנמצאה היא 108%, אולם בחישובו כלל המשרד 0% תפוסה בבית-החולים בילינסון, כיוון שבית-חולים זה לא מסר דיווח באותו יום. בחישובו לא כללנו בתי-חולים שאין דיווח על התפוסה בהם, אלא רק את בתי-החולים שדיווחו על תפוסה, ולכן שיעור התפוסה הכוללת שמצאנו גבוה יותר. ביום 5 בינואר 2010, מתוך 25 בתי-חולים שנתוניהם הוצגו לעיל, ב-20 בתי-חולים (80%) שיעורי התפוסה במחלקות הפנימיות היו יותר מ-100%, ורק ב-3 בתי-חולים שיעורי התפוסה היו קטנים מ-95%. התפוסה הגבוהה ביותר היתה בשלושת בתי-החולים הכלליים הגדולים בבירה (הדסה עין-כרם, הדסה הר-הצופים ושערי צדק) והשיעורים שם נעים בין 148% ל-156%.⁵⁰

מדוח משרד הבריאות עולה גם נתון על מספר החולים המונשמים המאושפזים מחוץ למחלקות טיפול נמרץ, כדלקמן:⁵¹

⁴⁶ משרד הבריאות, תוכנית אשפוז לשנים 1996–2000, אוגוסט 1996 וגם: משרד הבריאות, תחזית תכנון מערך האשפוז הכללי עד שנת 2015 ושנת 2025, 2005.

⁴⁷ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2008, חלקים א' ו-ב', תשי"ע (2009).

⁴⁸ משרד הבריאות, אחוזי תפוסת מיטות כוללת ובמחלקות פנימיות וילדים וסך הכול מונשמים בבתי-החולים, שבוע מספר 2, תמונת מצב ליום שלישי, 5 בינואר 2010.

⁴⁹ שם.

⁵⁰ שם.

⁵¹ משרד הבריאות, אחוזי תפוסת מיטות כוללת ובמחלקות פנימיות וילדים וסך הכול מונשמים בבתי-החולים, שבוע מספר 47, תמונת מצב ליום שלישי, 17 בנובמבר 2009; וגם: משרד הבריאות, אחוזי תפוסת מיטות כוללת ובמחלקות פנימיות וילדים וסך הכול מונשמים בבתי-החולים, שבוע מספר 49, תמונת מצב ליום שלישי, 1 בדצמבר 2009; וגם: משרד



תאריך דיווח	מספר חולים מונשמים ביחידות טיפול נמרץ	מספר חולים מונשמים מחוץ ליחידות טיפול נמרץ	סך הכול חולים מונשמים
17 בנובמבר 2009	261	332	593
1 בדצמבר 2009	255	318	573
5 בינואר 2010	260	388	648

אפשר לראות כי לפי דוחות משרד הבריאות, רוב החולים המונשמים מאושפזים מחוץ למחלקות טיפול נמרץ; ביום 5 בינואר 2010 כ-60% מהמונשמים אושפזו מחוץ למחלקות אלה.

ממשרד הבריאות נמסר כי כיום חסרות בישראל כ-1,500 מיטות אשפוז כללי; עלות בנייתן מוערכת על-ידי משרד הבריאות בכ-1 מיליארד ש"ח.⁵²

6. סוגיות באשפוז הכללי

בדיון במערך האשפוז הכללי יש סוגיות רבות וחשובות, וקצרה היריעה מלהעלותן במסמך זה. להלן נציג בקצרה כמה סוגיות מרכזיות שיש לעסוק בהן באופן מעמיק בכל דיון בנושא זה:⁵³

- **תהליך הוספת מיטות אשפוז**: נוסף על הצורך לתכנן את מערך האשפוז לטווח הארוך יש להביא בחשבון את הזמן הדרוש ליישום תוכנית זו. מרגע קבלת האישור התקציבי להוספת מיטות אשפוז ועד להוספתן בפועל עשויות לחלוף כמה שנים, בעיקר אם המהלך מצריך הוספת מבנים חדשים. כיום אי-אפשר להוסיף מיטות אשפוז חדשות במרחבים הקיימים בבתי-החולים ויש צורך בבניית מבנים חדשים או מחלקות חדשות, ואפילו בתי-חולים חדשים. תהליך זה עלול לארוך שנים מספר, ועל כן יש להתחילו מוקדם ככל האפשר.⁵⁴

- **הוספת מיטות אשפוז כרוכה בעלות תקציבית ניכרת, והיא מצריכה שינוי של סדר העדיפויות במערכת הבריאות**. יש לזכור כי בעלות תקציבית זו נכללת לא רק עלות בנייתן של מיטות האשפוז, אלא גם את עלות הפעלתן, דהיינו עלות הפעלה שנתית של כל מיטה, לרבות עלות הציוד הנלווה לה וכוח-האדם הרפואי והסיעודי הנדרש להפעלתה. כפי שצוין במסמך זה, במשרד הבריאות סבורים כי על בסיס חישוב של 90% תפוסה באשפוז הכללי חסרות כיום כ-1,500 מיטות, שעלות בנייתן מוערכת בכמיליארד ש"ח (ללא בניית בתי-חולים חדשים).⁵⁵

- **מספר מיטות אשפוז בתקן לעומת מספרן בפועל**: מספר מיטות האשפוז בתקן הוא נתון יבש, המצוין בפרסומי משרד הבריאות וברשיונות בית-החולים, אך הוא אינו משקף את המצב בפועל. רוב רובם של בתי-החולים הכלליים בישראל מפעילים הלכה למעשה יותר מיטות ממספר המיטות שנקבעו בתקן שלהם, בשל העומס הרב עליהם. משיחות שערכנו עם כמה ממנהלי בתי-חולים נאמר כי "מסדרונות בית-החולים הם כבר שנים מחלקה לכל דבר". למצב זה יש השלכות

⁵² הבריאות, אחוזי תפוסת מיטות כוללת ובמחלקות פנימיות וילדים וסך הכול מונשמים בבתי-החולים, שבוע מספר 2, תמונת מצב ליום שלישי, 5 בינואר 2010.

⁵³ מר יהודה רון, סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 11 בינואר 2010.

⁵⁴ פרק זה מבוסס גם על שיחות רקע עם גורמים שונים, ובהם מר יהודה רון, סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות, וד"ר מיכאל דור, ראש אגף רפואה כללית במינהל רפואה במשרד הבריאות, במהלך החודשים דצמבר 2009 וינואר 2010.

⁵⁵ מר יהודה רון, סמנכ"ל בכיר וראש המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 11 בינואר 2010.

⁵⁵ הנ"ל.



על איכות הטיפול בחולים, על העומס המוטל על הצוותים הרפואיים ועל שחיקתם, והוא מהווה פגיעה כמעט בלתי נתפסת בפרטיותו של החולה ובזכויותיו.

● **תקני כוח-אדם בבתי-החולים:** היקף כוח-האדם הרפואי בבתי-החולים נקבע על-פי מפתחות תקינה שנקבעו בשנת 1976, ובמהלך השנים עודכנו עדכונים קלים בלבד. התקינה כיום מבוססת על מספר המיטות בתקן, דהיינו מספר רופאים למיטה בתקן.⁵⁶ במדד זה אין כל התייחסות לשיעורי התפוסה הגבוהים בפועל, לשינויים הטכנולוגיים, להזדקנותה של האוכלוסייה ולמורכבות הטיפול בה. הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי), שהגישה את המלצותיה בשנת 2002, המליצה לבטל בהדרגה את התקינה המושתתת על מספר מיטות ולקבוע מערך תקינה חדש ואף לעדכנו בדרך אחרת. הוועדה המליצה כי מערך התקינה ייקבע על-פי הצרכים ברמה הלאומית, ובהתאם לשינויים שיחולו בתמהיל המטופלים ובטכנולוגיות הרפואיות.⁵⁷ שינוי זה לא נעשה, ותקינת כוח-האדם הרפואי בישראל 2010 זהה לזו שהיתה בשנות ה-70 של המאה הקודמת, חרף השיפורים הטכנולוגיים והשינויים במגמות התחלואה בקרב האוכלוסייה. אשר לכוח-אדם סיעודי, תקינה זו עודכנה בשנת 1997, אולם אף היא אינה עונה על הצרכים בפועל.⁵⁸ חשוב להדגיש, רוב בתי-החולים מפעילים יותר מיטות הרפואיים וגדלה שחיקתם, וקושי זה נוסף על המחסור הקיים כבר כיום ברופאים במקצועות שונים ובכוח-אדם סיעודי.

● **עלות יום אשפוז:** כ-45% מהכנסות בתי-החולים הממשלתיים בשנת 2008 היו מאשפוז חולים,⁵⁹ וכ-43% מהוצאות קופות-החולים היו על רכישת שירותי אשפוז.⁶⁰ העובדה ששירותי הבריאות בישראל מתומחרים בעיקרם בשיטת התעריפים הממוצעים, דהיינו התעריף בגין יום אשפוז אינו משקף את עלות השירות בפועל אלא ממוצע של עלויות, מובילה לכך ששירותים שונים הניתנים במערכת הבריאות מסבסדים זה את זה (סבסוד צולב). אולם יש טענות שאם יש צורך בשירות רפואי שעלותו הריאלית נמוכה מתעריפו במערכת הציבורית, קופות-החולים מעדיפות לרכוש אותו ממערכת הבריאות הפרטית, ואם נדרש שירות רפואי שעלותו הריאלית גבוהה מתעריפו במערכת הציבורית, הן מעדיפות לרכוש אותו מהמערכת הציבורית. התוצאה היא שבמערכת הבריאות הציבורית נרכשים שירותים שעלותם הריאלית גבוהה מתעריפם הממוצע ובמקביל חלה ירידה בהיקף הביקוש לשירותים שעלותם הריאלית נמוכה. מצב זה פוגע בסבסוד הצולב, שעליו מבוססת מערכת הבריאות הציבורית, ומוביל לגירעונות גדולים של בתי-החולים הציבוריים.

● **הסדרי התשלום בין קופות-החולים לבתי-החולים:** הוראת שעה בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2002), התשס"ב-2002, אפשרה לבתי-החולים הציבוריים הכלליים לחתום עם קופות-החולים על הסכמים גלובליים, שמטרתם הסדרת התשלום בין קופת-החולים לבית-החולים. בהסכמים אלה קופת-החולים מתחייבת לרכוש מבית-החולים שירותים בהיקף שנתי מסוים, ובית-החולים

⁵⁶ להרחבה ראו: מבקר המדינה, **דוח ביקורת שנתי 59 לשנת 2008 ולחשבונות הכספים 2007**, א', מאי 2009.

⁵⁷ הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002.

⁵⁸ מבקר המדינה, **דוח ביקורת שנתי 59 לשנת 2008 ולחשבונות הכספים 2007**, א', מאי 2009.

⁵⁹ משרד הבריאות, **ניתוח פיננסי 2008: בתי-החולים הכלליים והממשלתיים ותאגידי הבריאות**, אוקטובר 2009.

⁶⁰ משרד הבריאות, **דוח מסכם על פעילות קופות-החולים**, 2008, אוקטובר 2009.



מתחייב לספק לקופת-החולים שירותים בתעריפים מוזלים. אם קופת-החולים לא רכשה שירותים בהיקף שהתחייבה לו, היא תידרש לשלם לבית-החולים קנס כקבוע בהסכם ביניהם. ההנחה היא שההסכמים הגלובליים עשויים להועיל למערכת הבריאות, שכן הם עשויים להקטין את הוצאות קופות-החולים, לעודד תחרות בין בתי-החולים ולצמצם כפילויות מיותרות בשירותים. אולם להסכמים אלה עלולות להיות גם השפעות שליליות,⁶¹ שכן בתי-חולים נאלצים להגיע עם קופות-החולים להסכם על שיעור הנחות גבוה, סיכום שלעתיים אינו משתלם להם מבחינה כלכלית ואינו מכסה את עלויות האשפוזים שצרכה הקופה. נוסף על כך, בית-חולים שנתן הנחות גדולות מאוד ולא משתלמות מבחינה כלכלית לקופת-חולים עלול להיקלע לגירעונות גדולים מאוד, והמדינה ובתי-החולים הממשלתיים האחרים יאלצו לשאת בגירעונות אלה.⁶²

לסיכום נציין כי בשנת 1964 הגישה רשות האשפוז⁶³ לשר הבריאות דוח על מצב האשפוז במדינה. תפוסת המיטות הגבוהה שהיתה באותן שנים והשפעתה השלילית לא נעלמו מעיניה של רשות האשפוז ובדין וחשבון שהגישה לשר הבריאות כתבה תיאור שלמעשה הוא תיאור מדויק של מצב מערך האשפוז הכללי גם כיום, 46 שנים לאחר שנכתב:

"חמורה מאוד היא משמעותה הפסיכולוגית, הרפואית-כללית והחברתית-מוסרית של תופעה זאת, אשר חדלה לעורר תגובה בחברתנו מתוך אי-ידיעה או העלמת עין מהמציאות. המשמעות בשביל החולה: חיסול הפרטיות במסיבות שהיא מבוקשת ביותר, שכני החולה נאלצים להיות עדים למחזות מחלה שיש בהם לעתים מן הדוחה והמחריד; זעזוע נפש של החולה הזקוק לתנאים מרגיעים. המשמעות הרפואית: הגברת אפשרויות הדבקה הזדדית, ירידת הניקיון בכלל ובחדרי שירותים בפרט, הכבדה פיזית על ביצוע בדיקות וטיפולים, הנמכת הרמה הרפואית וצמצום נוסף ביחסים האישיים-אנושיים בין הסגל לבין החולה, היות שמספר הרופאים והאחיות מחושב לפי מספר המיטות הנומינלי ולא לפי מספר החולים בפועל. המשמעות החברתית: השפעה שלילית על המושגים של כולנו בדבר דמותו של בית-חולים סדיר בחברה בת זמננו".⁶⁴

⁶¹ ראו גבי בן-נון, יצחק ברלוביץ ומרדכי שני, **מערכת הבריאות בישראל**, תל-אביב: משרד הביטחון הוצאה לאור, 2005. וגם פרוטוקול ועדת הכספים של הכנסת בנושא הצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), פרק ד': בריאות, 17 בדצמבר 2007.

⁶² להרחבה ראו מרכז המחקר והמידע של הכנסת, **השפעת הסדרי התשלום הנהוגים בין קופות-החולים לבתי-החולים הממשלתיים על ההסדרים לבחירת נותני שירותים שקופות-החולים מציעות למבוטחיהן**, כתבה שלי לוי, 16 ביוני 2008.

⁶³ רשות האשפוז הוקמה בידי משרד הבריאות בשנת 1962 במטרה לתאם בין הגופים הממשלתיים, הציבוריים והפרטיים העוסקים באשפוז חולים. רשות זו הופקדה על הטיפול בקביעת מדיניות האשפוז בישראל והכנת תוכניות לפיתוח האשפוז בישראל על כל ענפיו, והיא נועדה לשמש גוף מייצע לשר הבריאות. הרשות הפסיקה לפעול בשנת 1971. ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 22 לשנת 1971 ולחשבונות של שנת הכספים 1970/71**, ירושלים, 1972, עמ' 259, 262.

⁶⁴ הציטוט מתוך: מבקר המדינה, **דוח שנתי 22 לשנת 1971 ולחשבונות של שנת הכספים 1970/71**, ירושלים, 1972, עמ' 263.



נתוני ארגון הבריאות העולמי על תוחלת החיים של שני המינים, בשנת 2006.⁶⁵

מדינה	תוחלת חיים גברים	תוחלת חיים נשים
יפן	79	86
אוסטרליה	79	84
שווייץ	79	84
איטליה	78	84
ספרד	78	84
צרפת	77	84
שבדיה	79	83
נורווגיה	78	83
קנדה	78	83
אוסטריה	77	83
פינלנד	76	83
ישראל	79	82
הולנד	78	82
ניו-זילנד	78	82
אירלנד	77	82
בלגיה	77	82
גרמניה	77	82
יוון	77	82
פורטוגל	75	82
בריטניה	77	81
דנמרק	76	81
ארה"ב	75	80
ציכיה	73	80
פולין	71	80
סלובקיה	70	78
הונגריה	69	78
מקסיקו	72	77
טורקיה	71	75

⁶⁵ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 28.2: "תוחלת חיים ותמותת תינוקות", שנתון סטטיסטי לישראל 2008, באתר האינטרנט http://www.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton.html?num_tab=st28_02&CYear=2008, תאריך כניסה: 7 בינואר 2010.



להלן שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי, בשנת 2006:⁶⁶

שיעור תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי	מדינה
29	מקסיקו
24	טורקיה
7	ארה"ב
7	סלובקיה
6	הונגריה
6	פולין
5	אוסטרליה
5	בריטניה
5	ניו-זילנד
5	קנדה
4	אוסטריה
4	אירלנד
4	בלגיה
4	גרמניה
4	הולנד
4	יוון
4	ישראל
4	ספרד
4	צרפת
4	שווייץ
3	איטליה
3	דנמרק
3	יפן
3	נורווגיה
3	פורטוגל
3	פינלנד
3	צ'כיה
3	שבדיה

⁶⁶ ש.ם.

