

## סוגיות בתחום בריאות הנפש

### תקציר

מחקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2007<sup>1</sup> (להלן - המחקר של מכון ברוקדייל משנת 2007) קבע כי 25% מן האוכלוסייה הבוגרת דיווחו על מצוקה נפשית באותה שנה, עימה היה קשה להם להתמודד בעצמם. לפיכך חלקם פנו לחברים או לבני משפחה ומרבייתם נעזרו באיש מקצוע. ארגון הבריאות העולמי<sup>2</sup> חוזה כי במהלך שני העשורים הקרובים ילקו מאות מיליוני אנשים בעולם במחלת הדיכאון.

תחום בריאות הנפש דינמי ומחייב טיפול חדשני באוכלוסייה.

משרד הבריאות (להלן - המשרד) אחראי לקביעת מדיניות בתחום בריאות הנפש וליישומה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 קבע כי עד שיועברו לקופות החולים כל שירותי הבריאות שסיפקה המדינה לפני החלתו יספק המשרד שירותים אלה, בין שיעשה זאת בעצמו בין שבאמצעות נותני שירותים.

הטיפול לאנשים הסובלים ממצוקה נפשית שלא אובחנו כחולים (להלן - הסובלים ממצוקה נפשית) ולסובלים ממחלת נפש (להלן גם - פגועי נפש) ניתן בעיקר בקהילה: במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש ובמרפאות של "שירותי בריאות כללית" (להלן - הכללית), ב"מכבי שירותי בריאות" (להלן - מכבי), ב"קופת חולים מאוחדת" (להלן - מאוחדת) וב"קופת חולים לאומית" (להלן - לאומית). השירות ניתן באמצעות רופאים פסיכיאטרים, פסיכולוגים עצמאיים ועובדים סוציאליים שסיימו לימודי פסיכותרפיה. חלק מן הטיפול ניתן כשירות שבסל הבריאות וחלק באמצעות שירותי בריאות נוספים (שב"ן). טיפול במסגרת אשפוז ניתן בבתי חולים פסיכיאטריים ובבתי חולים כלליים.

מרבית טיפולי הנפש לסובלים ממצוקה נפשית ניתנים בקהילה. באשר לפגועי הנפש - כפי שמקובל כבר שנים רבות בעולם, גם בישראל ממומשת התפיסה שאת הטיפול בפגועי נפש יש למקד בקהילה. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן - חוק השיקום), נכנס לתוקף בינואר 2001. חוק השיקום נועד לאפשר לפגועי נפש בדרגת נכות של 40%<sup>3</sup> לפחות (להלן - נכי נפש) להשתתף במסגרות השיקום שהמשרד יזם את פתיחתן בקהילה.<sup>4</sup>

- 1 רויטל גרוס ואח', "מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים", מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל, יוני 2009.
- 2 חברות בו 191 מדינות. הארגון מספק מידע והדרכה בנושאי בריאות שונים וקובע תקנים בינלאומיים בנושאי בריאות.
- 3 שיעור זה נקבע כערך של פשרה עקב אילוצים כלכליים.
- 4 יצוין כי חלק ממסגרות השיקום הוקמו עוד לפני שנחקק חוק השיקום.

## פעולות הביקורת

במרס-אוגוסט 2009 בדק משרד מבקר המדינה היבטים אחדים בתחום בריאות הנפש. ביקורת קודמת נעשתה בשנת 2006 (להלן - הביקורת הקודמת)<sup>5</sup>. בביקורת הנוכחית נבדקו בעיקר הנושאים האלה: פעולות המשרד בעניין העברת האחריות למתן השירותים הפסיכיאטריים מן המשרד לקופות החולים<sup>6</sup>; מצב שירותי בריאות הנפש במרפאות; הגורמים לגידול בעומס העבודה המוטל על כוח האדם במרפאות ובבתי חולים. כמו כן נבדקו ענייני תקציב וסדרי המינהל, והתקיימה בדיקת מעקב בתחום שיקום נכי הנפש בקהילה.

הבדיקה נעשתה במשרד, בעיקר בשירותי בריאות הנפש של המשרד, ובמועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה<sup>7</sup> (להלן - המועצה לשיקום). בירורים נעשו בקופות החולים הכללית, מכבי, מאוחדת ולאומית, במרכז השלטון המקומי, בכמה רשויות מקומיות, במשרד האוצר, במשרד הרווחה ובמוסד לביטוח לאומי. כן נערכו בירורים במרכזים הרפואיים לבריאות הנפש ובמרכזים הרפואיים הכלליים שבהם מחלקות אשפוז או מרפאות פסיכיאטריות.

## עיקרי הממצאים

### תקציב לתחום בריאות הנפש

1. שיעור הלוקים בנפשם בישראל דומה לזה שבמדינות מערביות. אולם חלקו היחסי של התקציב לשירותי בריאות הנפש בישראל מסך ההוצאה הציבורית לבריאות נמוך בהשוואה למדינות אלה: בעוד שבחלק ממדינות אלה ההקצאה לשירותי בריאות הנפש עומדת על כ-10% מסך ההוצאה הציבורית לבריאות חלקם של שירותי בריאות הנפש בישראל הוא כ-5%<sup>8</sup>.

2. מדינות רבות במערב משקיעות את רוב התקציב של בריאות הנפש בטיפול בקהילה ולא בטיפול באשפוז. לעומת זאת בארץ ההוצאה לטיפול בקהילה ולשיקום גם יחד היא רק כמחצית מתקציב בריאות הנפש. זאת אף על פי שחל צמצום ניכר במיטות האשפוז ואף על פי שבבתי החולים מטפלים רק בכ-10% מאלה המטופלים בקהילה.

- 
- 5 ממצאיה פורסמו במבקר המדינה, דוח שנתי 2007 (2007), בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 391. ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2002 (2002), בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 212; מבקר המדינה, דוח שנתי 1999 (1999), פרק "שיקום חולי נפש בקהילה", עמ' 135; מבקר המדינה, דוח שנתי 1998 (1998), בפרק "חוק ביטוח בריאות ממלכתי" עמ' 159.
- 6 העברת האחריות הביטוחית לקופות מתייחסת לשירותי מרפאה ואשפוז (בתי החולים הממשלתיים יספקו לקופות החולים שירותי אשפוז כספקי שירותים), בעוד שמסגרות אחרות כשיקום נכי הנפש ימשיכו להינתן בידי המשרד.
- 7 המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה הוקמה על פי חוק השיקום כדי לייצג לשר הבריאות במגוון נושאים שחלקם פורט בחוק השיקום. כמו כן עליה לקבל דיווח ונתונים בדבר ביצוע החוק ועליה ליוזם מחקרים בנושאי שיקום.
- 8 אורי אבירם, "רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסתת מוקד הטיפול לקהילה", חברה ורווחה, רבעון לעבודה סוציאלית (מרס 2007), עמ' 133.

### אי-העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים

בעשור האחרון פעל המשרד בנושא בריאות הנפש בשלושה תחומים עיקריים: (א) צמצום מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים במדינה מכ-7,000 מיטות בשנת 1988 ל-3,112 מיטות בשנת 2009 (להלן - הרפורמה המבנית); (ב) פיתוח מסגרות שיקום בקהילה המיועדות לטיפול בכ-15,000 מתוך כ-62,000<sup>9</sup> נכי נפש (רפורמה שיקומית); (ג) התחלת מהלך שמטרתו להעביר את האחריות למתן השירותים הפסיכיאטריים מן המשרד לקופות החולים (להלן - הרפורמה הביטוחית<sup>10</sup>).

ההליכים לביצוע הרפורמה הביטוחית החלו כבר בשנת 1995 מיד לאחר מועד חקיקת החוק. אולם עד פברואר 2010 המשרד, שהוא הרגולטור האחראי למתן השירותים, משמש גם ספק השירותים. בשנת 2006 נחתם הסכם בין משרד הבריאות לבין משרד האוצר שלפיו תועבר מלוא האחריות הביטוחית של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים מינואר 2007. הקופות הסתייגו מאוד מן ההסכם והן חולקות עליו. ביולי 2007 עברה בקריאה ראשונה הצעת חוק שנועדה להסדיר את העברת האחריות לקופות, אולם עד ינואר 2010 לא קודמה הצעת החוק.

לדעת המשרד ולדעת מומחים יש יתרונות משמעותיים לרפורמה המוצעת וכך גם קבעו ועדות ממלכתיות וציבוריות שפעלו. בין השאר העברת האחריות תקדם גם את התפיסה הרואה במדינה גורם מאַסְדָר (רגולטור) ולא נותן שירותים ותבטיח את הרצף הטיפולי בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש.

יש אנשי מקצוע<sup>11</sup> המתנגדים להעברת האחריות לקופות בעיקר לנוכח העובדה שהספרות המקצועית בתחום בריאות הנפש אינה תמימת דעים בעניין הנחיצות שבשילוב מוסדי של שירותי בריאות הנפש עם שירותי הבריאות הכלליים. כמו כן יש מחלוקת על מידת התועלת של השילוב הזה שכן על רופא המשפחה המטפל בחולה בקופה לבצע אבחון לאדם הזקוק לשירותי בריאות נפש. לדבריהם, רופאי המשפחה לא שותפו בתכנון הרפורמה הביטוחית ולא הוכשרו בנושא. לכן הם אינם מתאימים לעסוק בתחום זה. הובע גם חשש לפגיעה בשירות לשכבות החלשות ומעוטות היכולת.

משרד מבקר המדינה כבר העיר בביקורת הקודמת על הפגיעה הקשה בשירות הרפואי שניתן לסובלים ממצוקה נפשית ופגועי הנפש<sup>12</sup>. גם הבדיקה הנוכחית העלתה תמונה

- 
- 9 לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי לשנת 2009 יש כ-62,000 אנשים בני 65-18 הסובלים ממחלות נפש שהמוסד הכיר בהם כנכים בשיעור 40% לפחות. על פי מחקר שעשה מכון ברוקדייל בשנת 2009 יש עוד כ-27,000 אנשים הסובלים ממחלות נפש אשר זכאים לפנות לוועדות השיקום, ובהם כאלה שאינם מעוניינים לפנות למוסד לביטוח הלאומי עקב הסטיגמה הכרוכה בכך. במחקר נכתב כי מדובר באנשים שסביר להניח שלו היו פונים למערכות המתאימות, היו מוזהים כבעלי נכות נפשית של 40% לפחות.
- 10 הקופות הן מעין מבטחות ומקבלות מן המדינה תקבול בעבור כלל החולים. כל ההוצאות בעבור אותם חולים כולל עלויות שירותי אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים יהיו באחריותן.
- 11 עמם נמנים: פרופ' גבי שפיר, פסיכולוג ראשי בבית החולים הרצוג בירושלים; פרופ' דוד חייניץ, מרצה בכיר בבית הספר לבריאות הציבור הדסה ירושלים; פרופ' יוליה מירסקי מהמחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון; גב' חנה שטרם, פסיכולוגית קלינית בכירה במרכז הירושלמי לבריאות הנפש בירושלים ויו"ר "פורום הפסיכולוגים הקליניים והעו"ס בבריאות הנפש למען רפורמה מיטיבה"; ד"ר צביה זליגמן, מנהלת המרכז לטיפול בנפגעי תקיפה מינית בבית החולים איכילוב. מומחים נוספים בעלי תפקידים בכירים במערך הממשלתי לבריאות הנפש ביקשו לא לחשוף את שמם.
- 12 בין היתר נכתב בדוח הקודם: "השרות האמבולטורי [המרפאת] לפני קריסה בתקופת ביניים טרם העברת האחריות הטיפולית לקופות. כולם מצמצמים [את] השירות: יש צמצום משמעותי במספר עובדי השירות האמבולטורי. לא מאיישים משרות מתפנות... הקופות, מאידך מתנערות מאחריות

עגומה על השירות הרפואי הניתן לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי הנפש. יוצא שעדיין קיימות מחלוקות וההעברת האחריות לקופות לא בוצעה בניגוד להחלטות.

### המרפאות לבריאות הנפש: מרפאות המשרד ומרפאות קופות החולים

המשרד והכללית מספקים שירותי בריאות נפש במרפאות שבקהילה. שאר הקופות מעניקות את השירות בעיקר באמצעות עובדים עצמאיים. כ-150,000 אנשים הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי נפש מטופלים בקהילה.

1. משך ההמתנה: אף שזמן המתנה ארוך לטיפול עלול לגרום לנזקים ואף למנוע את הפנייה לקבלת טיפול, הועלה שיש מרפאות ממשלתיות שבהן זמן ההמתנה לטיפול הוא ממושך. היו מקרים של מבוגרים וקטינים שזמן ההמתנה נמשך עד שנה וחצי.

2. היעדר נתונים מלאים על כלל טיפולי המרפאות: (א) כבר בביקורת הקודמת הוער כי בידי המשרד יש רק מידע חלקי ומצומצם על טיפולי המרפאות הממשלתיות, של קופות החולים ושל הכללית - אפילו לא דיווחים סטטיסטיים. היעדר מידע מפורט ומלא הקשה על המשרד להתוות מדיניות בתחום בריאות הנפש.

(ב) מן הנתונים החלקיים של המשרד בדבר הפעילות במרפאות הממשלתיות המדווחות למשרד על פעילותן עולה שחלה ירידה במספר הפניות החדשות ובמספר המטופלים שפנו לטיפול במרפאות הממשלתיות בשנים 2007-2008. משרד מבקר המדינה העיר למשרד כי עליו לבדוק האם מגמת הירידה במספר הפניות החדשות ובמספר המטופלים במרפאות האלה נובעת מפגיעה בשירות הניתן לפגועי הנפש.

3. היעדר שירותי מרפאות לבריאות הנפש ביישובים מסוימים והצורך לשפרם ביישובים אחרים: בעשרות יישובים אין שירותי מרפאות למבוגרים ולילדים אף שבחלקם מתגוררים עשרות אלפי תושבים. היעדר השירות בולט ביישובי המגזר הערבי והמגזר החרדי. ביישובים רבים נוספים ניתנו שירותי מרפאות, אך היה צורך דחוף לתגברם.

יצוין כי במהלך השנים האחרונות המשרד כמעט שלא פעל להוספת מרפאות לבריאות הנפש<sup>13</sup>. בשנת 2005 פרסם המשרד מכרז לאיתור יזמים שיפתחו מרפאות חדשות אך לא הייתה היענות מצד ספקים למכרז, והשירותים לא תוגברו. רק בספטמבר 2009 (לאחר סיום הביקורת) פרסם המשרד מכרז נוסף, ובינואר 2010 נקבעו הזוכים בו.

4. מצבם הפיזי של מבני המרפאות לבריאות הנפש והנגישות אליהם: המשרד סיפק שירותי מרפאה במתקנים שלו וכן במבנים של רשויות מקומיות. במקרים רבים מצבם הפיזי של המבנים חמור אך למשרד אין על כך מידע מלא. בחלק מן המרפאות אין נגישות למוגבלים אך גם על כך אין למשרד מידע מלא.

5. אף שהמשרד נושא באחריות לספק שירותי בריאות לכלל האוכלוסייה, השירותים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש לא ניתנו בפריסה גיאוגרפית

ונסוגות ומצמצמות שירותים... יש סכנת קריסה וסכנה של נסיגה אצל משתקמים ללא מענה טיפולי נדרש".

13 שירותי מרפאה הם למשל שיחה עם פסיכיאטר או עם פסיכולוג.

מספיקה והיו חוסרים הן בכוח אדם והן במבנים וציודם. כדי להשלים את הפערים הללו נרתמו חלק מהרשויות המקומיות וסיפקו למרפאות הפועלות בתחומן את החסר. יוצא אפוא ששירות ממלכתי שהיה אמור להינתן לכלל האוכלוסייה בצורה שוויונית לא ניתן בצורה זו ואיכות השירות וזמינותו היו תלויים בגורמים נוספים שאינם אחראים ואינם חייבים לתיתו.

6. בשנים 2008-2009 קיבל המשרד תקציב מיוחד של 50 מיליון ש"ח כל שנה לצורך תגבור שירותי מרפאות אולם השתמש רק בסכומים קטנים מאוד: בשנת 2008 רק ב-8.1 מיליון ש"ח ובשנת 2009 רק ב-19.6 מיליון ש"ח. ביתרת הסכום השתמש המשרד בעיקר לכיסוי "פערים בתכנית העבודה של השירות לבריאות הנפש".

7. מחסור בכוח אדם בתחום בריאות הנפש במרפאות הממשלתיות: לדברי מנהלי המרפאות הממשלתיות במקרים רבים כוח האדם אינו עונה על הצרכים<sup>14</sup>. המצב קשה במיוחד בפריפריה המאופיינת באוכלוסייה ממועמד סוציו-אקונומי נמוך. עם זאת במקצועות מסוימים יש מחסור כללי-ארצי בכוח אדם כגון המחסור בפסיכיאטרים לילדים ונוער. לדברי מנהלי בתי החולים הממשלתיים אין מיפוי של הצרכים האמתיים בבריאות הנפש בקהילה אלא יש מקומות המספקים מענה רק לבעיות הקשות והדחופות ביותר, כגון סכיזופרניה ופסיכוזות אחרות. לדבריהם חלק גדול מן המטופלים המבוגרים מקבלים בעיקר "התערבויות במשבר" ולא טיפול ממושך יותר.

8. הפסקת שירותי המרפאת בקופת חולים לאומית: אף שקופת החולים לאומית הייתה מחויבת על פי החוק לספק שירותים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי הנפש המבוטחים אצלה, בינואר 2004 היא הפסיקה את שירותי המרפאה שנהגה לתת לכ-4,000 מבוטחי הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי הנפש. ההפסקה נעשתה בלא תיאום עם גורם כלשהו ובלי לוודא שהמבוטחים יטופלו במקום אחר. בכך חסכה לאומית לעצמה משאבים. המשרד הוא המפקח על לאומית, אולם למעט כתיבת שני מכתבים בידי המנכ"ל לא עשה המשרד דבר לחידוש השירות. רק כעבור חמש שנים (בשנת 2009) חידשה לאומית את השירות לכלל מבוטחיה. עד סיום הביקורת, אוגוסט 2009, רק כ-2,500 מבוטחים פנו לקבל שירות זה בקופה.

9. פעולות המשרד לביצוע בקרה במרפאות הקופות: המשרד אינו עושה פעולות בקרה בקופות, ולו פעולות מדגמיות.

### שיקום נכי הנפש בקהילה

1. פעילות המשרד למען יישום חוק השיקום: המשרד טרם יישם את כל הדרישות שקבע חוק השיקום: (א) ועדות השיקום לא בחנו מדי שישה חודשים את תכניות השיקום שנקבעו לנכי הנפש כדי לבדוק את התאמתן לצרכיהם; (ב) מספר מתאמי הטיפול שהיו אחראים ליישום ותיאום מתן כל השירותים הניתנים לנכי נפש לא היה מספיק; (ג) למועצה לשיקום הוקצו מעט משאבים להערכת

14 בעניין מחסור בכוח אדם רפואי ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי: תמונת מצב", עמ' 355.

היעילות והמועילות של תכניות השיקום<sup>15</sup>, כך שמעת החלת החוק נעשו רק מחקרים מועטים.

2. אי-ניצול שירותי שיקום: בביקורת הקודמת ובביקורת הנוכחית הועלה שנכי נפש רבים לא מימשו את תכניות השיקום שאושרו להם. המשרד לא בחן את הסיבות לכך.

3. היעדר מסגרות שיקום מתאימות לנכי הנפש: לא נמצאו מסגרות מתאימות עבור מאות זכאים לשיקום. מדובר למשל בנכי נפש הסובלים מן הבעיות האלה: אלימות, נטיות אובדניות, הפרעות אכילה ובעיות קוגניטיביות<sup>16</sup>. כתוצאה מכך, עשרות פגועי נפש נמצאו במסגרות שלא התאימו לצרכיהם.

4. פעולות פיקוח ובקרה על מסגרות השיקום הפרטיות: המשרד כרוש שירותי שיקום אינו מקיים בקרה על כל נותני השירותים כדי לוודא שהם פועלים בהתאם לכללים ולרמה שהוא קבע. גם כשהתקיימה בקרה תדירותה הייתה נמוכה, אף על פי כן המשרד לא קבע מהי התדירות הדרושה לביצוע פעולות הבקרה. המשרד אישר בשנת 2008 גיוס כוח אדם נוסף לביצוע פעולות בקרה, אולם רק לאחר מועד סיום הביקורת הנוכחית, אוגוסט 2009, החל בגיוס העובדים הנוספים. עד ינואר 2010 גויסו עובדים רק ל-2.25 משרות (מ-15).

#### שירותי בריאות הנפש במערכת האשפוז

1. כוח אדם: לדברי מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים, בבתי החולים ניכר מחסור בכוח אדם מקצועי - רפואי ואחר. כך גם בבתי החולים הכלליים שבהם מחלקות פסיכיאטריות לילדים ולמתבגרים. הסיבות לכך הן למשל: אי-יכולת לגייס כוח אדם לתקנים קיימים בגלל היעדר רופאים ואי התאמת התקנים לצרכים<sup>17</sup>. העומס על כוח האדם הקיים בבתי חולים פסיכיאטריים גדל עקב סבב מיטות גבוה<sup>18</sup>, עקב החולים הקשים והאלימים ועקב מטלות נוספות המוטלות עליהם כגון הצורך להשתתף בוועדות ולכתוב חוות דעת פסיכיאטריות בהתאם לצווי בית המשפט.

2. העברת הטיפול בפגועי נפש מבתי חולים פסיכיאטריים לבתי חולים כלליים: קיימת מגמה כלל-עולמית המצדדת בפתיחת מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. אף שמספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים צומצם בחצי בקירוב, לא נסגר אף אחד מהם. עדיין רק ב-11 בתי חולים כלליים<sup>19</sup> (מתוך 26 בתי חולים ממשלתיים, ציבוריים ושל הכללית) אפשר לאשפז חולים פסיכיאטריים וגם בהם לרוב בהקפים קטנים מאוד: בבתי החולים הפסיכיאטריים יש 3,112 מיטות ואילו בבתי החולים הכלליים יש 328 מיטות בלבד.

15 ועדות השיקום קובעות בעבור המשתקם תכנית טיפול שבה מוגדרות מסגרות השיקום המתאימות לו. יש כ-25 סוגים של מסגרות שיקום. בסך הכול פועלות מאות מסגרות שמשתתפים בהן כ-15,000 משתתפים.

16 בעיות קוגניטיביות: בעיות בתהליכי החשיבה של האדם.

17 על חוסר העדכון של מערכת התקינה בבתי החולים ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 59 (2009), שם.

18 סבב מיטות: היחס שבין מספר החולים המאושפזים לבין מספר המיטות.

19 המקור - משרד הבריאות "מוסדות אשפוז בישראל 2008", חלק ב'.

בעקבות הרפורמה המבנית נותרו מבנים ריקים בבתי חולים ממשלתיים. כך למשל באברבנאל הצטמצם מספר המיטות בחצי, נותרו שטחים ומבנים יקרים שאינם מנוצלים כראוי. כמו כן מצבם הפיזי של חלק מבתי החולים ירוד. (למשל באברבנאל בבת ים, כפר שאול בירושלים ומזרע שבעכו).

3. (א) תחלואה כפולה: ניכרת עלייה משמעותית במספר פגועי נפש שגם מכורים לסמים (תחלואה כפולה). לדעת מנהלי בתי החולים באר יעקב, שלוותה בהוד השרון ומזרע שבעכו המחלקות הספורות הקיימות אינן נותנות מענה מספק לבעיה. פגועי נפש מכורים לסמים מאושפזים יחד עם כאלה שאינם מכורים<sup>20</sup>. כמו כן מידת ההשקעה בחולים אלה רבה, והעובדה שחולים מסוג זה מטופלים בבתי החולים גרמה להכנסת סמים לתוך כותלי בית החולים ועוררה אווירת אלימות. קשיים אלה משפיעים לשלילה על תפקוד המחלקות ועל סיכויי ההחלמה.

(ב) אוטיסטים המוגדרים פגועי נפש: מספר המיטות המיועדות לאוטיסטים בבתי החולים הפסיכיאטריים בארץ הוא 35 בלבד. לפיכך אוטיסטים המתינו לאשפוז בביתם, דבר שחייב השגחה של בני משפחה שנאלצו להיעדר מן העבודה. כמו כן לעתים אוטיסטים קטינים אושפזו באותה מחלקה עם אוטיסטים מבוגרים.

4. מאושפזים שלא לצורך בבתי חולים פסיכיאטריים: הסיכוי המרבי להצלחת הטיפול בפגועי נפש באמצעות אשפוז או שיקום טמון בין היתר בשהותו במסגרת המתאימה למצבו הגופני והרפואי. העיקרון שעמד בבסיס הרפורמה המבנית הוא שפגועי נפש לא ישהו במסגרת אשפוז אלא אם כן מחלתם פעילה. אולם בכל עת יש עשרות פגועי נפש - מבוגרים וקטינים - המאושפזים במסגרות שאינן מתאימות למצבם על פי מדדים מקצועיים מקובלים, וחלקם נאלצים להישאר במערכת האשפוז הפסיכיאטרית שלא לצורך, כגון: פגועי נפש שאינם מועברים למסגרות שבאחריות משרד הרווחה ומכורים לסמים שאין מסגרות עבורם. יצוין שאשפוז קטינים שלא לצורך מחמיר לעתים את מחלתם עד כדי גרימת נזק בלתי הפיך.

## סיכום והמלצות

1. מרפאות לבריאות הנפש: על המשרד לתת מענה לבעיית התורים הממושכים שעלולה לפגוע בבריאותם של הזקוקים לטיפול. על המשרד לבדוק את הסיבות לירידה במספר הפניות החדשות ובמספר המטופלים במרפאות הממשלתיות העשויה להצביע על פגיעה בשירות הניתן לפגועי הנפש. יש גם לשפר את המצב הפיזי של המבנים ולפתור את בעיות הנגישות למוגבלים.

2. שירותי בריאות הנפש במערכת האשפוז: על המשרד לפעול למיגור או למצער לצמצם את תופעת החולים המאושפזים שלא לצורך או של כאלה השוהים במסגרות שאינן מתאימות למצבם. על משרד הרווחה לשתף פעולה עם משרד הבריאות בעניין פגועי הנפש אשר המענה לבעייתם נמצא במסגרות

20 בסיוור שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה במרס 2009 באברבנאל נמסר כי חולה אחד מכור לסמים יכול "להדביק" עד 20 חולים.

שבאחריותו כגון: בתי אבות או מסגרות לאוטיסטים באחריות משותפת עם משרד הבריאות.

3. לאור טענות מנהלי בתי החולים, על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לערוך עבודת מטה בשיתוף כל הגורמים המקצועיים בתחום בריאות הנפש במטרה להגדיר מחדש את הצרכים לכוח האדם לסוגיו במחלקות האשפוז. זאת כדי לבחון את השפעת צמצום מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים, עקב מורכבות המקרים הנשארים באשפוז, על עומס העבודה ועל תקני כוח אדם.

4. ראוי לשקול להקדים להעביר את מחלקות האשפוז של ילדים פגועי נפש לבתי חולים כלליים כפי שכבר המליצה הוועדה לקידום מעמד הילד של הכנסת בשנת 2002. צעד זה ראוי הן עקב תנאי האשפוז הירודים בבתי החולים הפסיכיאטריים וכן הוא עשוי לקדם פניות של ילדים פגועי נפש לקבלת טיפול, שנמנעו מקבלתו עד כה בבתי חולים פסיכיאטריים, בשל הסטיגמה (תווית שלילית) הכרוכה בו.

5. העברת האחריות למתן שירותים מהמשרד לקופות החולים: האחריות למתן השירותים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש עדיין מוטלת על המשרד שמתפקידו לדאוג לאוכלוסיות שונות ורגישות במיוחד. בשנים האחרונות חלה הרעה בטיב השירותים הניתנים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש בעיקר בשל הדשדוש שיש בקידום הצעת החוק להעברת האחריות לקופות החולים. על משרד הבריאות ומשרד האוצר בשיתוף קופות החולים להגיע ללא דיחוי להסכמות שיאפשרו למנוע את הפגיעה בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש בתקופת הביניים, עד להשלמת ההעברה.

כמו כן, מן הראוי שיינתן בהסכמים הללו מענה ראוי לחששות שהובעו בקשר ליישום הרפורמה הביטוחית הנוגעים לפגיעה בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש מהשכבות החלשות ומעוטות היכולת.

לדעת משרד מבקר המדינה התמשכות הדיונים בעניין זה מחייבת התערבות פעילה יותר של שר הבריאות ושר האוצר ואולי אף של הממשלה.



## מבוא

משרד הבריאות (להלן - המשרד) אחראי לקביעת המדיניות בתחום בריאות הנפש וליישומה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 קבע כי עד שיועברו לקופות החולים כל שירותי הבריאות שסיפקה המדינה לפני החלתו יספק משרד הבריאות שירותים אלה, בין שיעשה זאת בעצמו בין שבאמצעות נותני שירותים.

מחקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2007<sup>21</sup> (להלן - המחקר של מכון ברוקדייל משנת 2007) קבע כי 25% מן האוכלוסייה הבוגרת דיווחו על מצוקה נפשית באותה שנה שקשה היה להם להתמודד עמה בעצמם. לפיכך חלקם פנו לחברים או לבני משפחה ומרביתם נעזרו באיש מקצוע. שיעורי הסובלים

21 רויטל גרוס ואח', "מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים", מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל, יוני 2009.



ממצוקה נפשית היו גבוהים במיוחד בחתכי האוכלוסייה האלה: האוכלוסייה הערבית (38%), חולים כרוניים<sup>22</sup> (33%), בעלי הכנסה נמוכה<sup>23</sup> (33%), קשישים (30%) ונשים (31%). 32% מן המרואיינים מסרו כי "חשו מצוקה נפשית אי פעם". 13% מהם הגדירו את המצוקה קשה מאוד, 28% הגדירו אותה קשה, 36% הגדירו אותה בינונית ו-23% קלה.

כמו כן, 1%-2% מהאוכלוסייה בעולם ובישראל סובלים ממחלות נפש קשות<sup>24</sup>. ארגון הבריאות העולמי<sup>25</sup> חוזה כי בתוך כשני עשורים יחלו מאות מיליוני אנשים בעולם במחלת הדיכאון.

הטיפול הניתן לאנשים הסובלים ממצוקה נפשית שלא אובחנו כחולים (להלן - הסובלים ממצוקה נפשית) ולסובלים ממחלת נפש (להלן גם - פגועי נפש) ניתן בעיקר בקהילה: במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש ובמרפאות של "שירותי בריאות כללית" (להלן - הכללית), ב"מכבי שירותי בריאות" (להלן - מכבי), ב"קופת חולים מאוחדת" (להלן - מאוחדת) וב"קופת חולים לאומית" (להלן - לאומית). השירות ניתן באמצעות רופאים פסיכיאטרים, פסיכולוגים עצמאיים ועובדים סוציאליים שסיימו לימודי פסיכותרפיה. חלק מן הטיפול ניתן כשירות שבסל הבריאות וחלק באמצעות שירותי בריאות נוספים (שב"ן). טיפול במסגרת אשפוז ניתן ב-13 בתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים, פרטיים ושל הכללית (ובנוסף בבית חולים ציבורי) שבהם 3,112 מיטות וב-11 בתי חולים<sup>26</sup> כלליים ממשלתיים, של הכללית, ציבורי אחד ובבית החולים הסקוטי בנצרת שבהם 328 מיטות.

זה שנים רבות שבתחום בריאות הנפש בעולם מתבצעת רפורמה שבמהלכה מעבירים את עיקר הטיפול בפגועי הנפש מבתי החולים לקהילה. זו גם מדיניותו המוצהרת של המשרד. העיקרון שעומד בבסיס הרפורמה המבנית הוא שפגועי נפש לא יהיו במסגרת אשפוז לשם מגורים אלא יהיו באשפוז רק אם מחלתם פעילה. לאחר המשבר על החולה לחזור לחיים שגרתיים ונורמטיביים מהר ככל האפשר. לכן השאיפה היא לקצר את משך השהייה של נכי הנפש בבתי החולים ולהרחיב את המסגרות הטיפוליות והשיקומיות בקהילה. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן - חוק השיקום) נכנס לתוקף בינואר 2001. חוק השיקום מאפשר לפגועי נפש בדרגת נכות של 40% לפחות (נכי נפש<sup>27</sup>) להשתתף במסגרות שיקום קהילתיות שהמשרד יזם את פתיחתן<sup>28</sup>.

הצלחת השיקום של פגועי הנפש בקהילה תלויה בכמה גורמים השלובים אלה באלה, ובהם: פיתוח והספקה של מסגרות שיקום המתאימות לצרכים של פגועי הנפש בתחום המגורים, התעסוקה, הלימודים והעיסוק בשעות הפנאי כדי לאפשר להם להשתלב בקהילה. גורמים פרטיים, עמותות וחברות מספקים למשרד את השירותים האלה; שירותי מרפאה זמינים שמטרתם לשפר את מצב המשתתפים ולאפשר לו להחלים בקהילה או למנוע התדרדרות במצבו שתחייב לאשפוז; פעולות לשינוי הסטיגמה (תווית שלילית) של המשתתפים בקרב הציבור כדי שהקהילה לא תערים עליהם קשיים אלא תאפשר להם לגור בקרבה ולהיקלט במסגרות נורמטיביות של עבודה, לימודים ופנאי.

- 22 כגון: סובלים מסוכרת וממחלת לב.
- 23 הכנסה חודשית של עד 4,000 ש"ח.
- 24 אורי אבירם, "רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה", חברה ורווחה, רבעון לעבודה סוציאלית (מרס 2007), עמ' 129.
- 25 חברות בו 191 מדינות. הארגון מספק מידע והדרכה בנושאי בריאות שונים וקובע תקנים בינלאומיים בנושאי בריאות.
- 26 המקור - משרד הבריאות "מוסדות אשפוז בישראל 2008", חלק ב'.
- 27 "נכי נפש": אנשים הסובלים מהפרעה נפשית המוכרים כנכים בידי מי שהוסמך לכך בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, או בידי פסיכיאטר שהסמך שר הבריאות. שיעור של 40% לפחות נקבע כערך של פשרה בגלל אילוצים כלכליים, כך שנכה נפש ששיעור נכותו נמוך מ-40% אינו זכאי להשתתף במסגרות שיקום קהילתיות.
- 28 יצוין כי חלק ממסגרות השיקום הוקמו עוד לפני שנחקק חוק השיקום.

בנוסף, שיקום בקהילה זול יותר מאשפוז. כמו כן המשרד פועל לשלב את שירותי בריאות הנפש בשירותי הרפואה הכללית.

כדי לקדם מגמות אלה וכדי שהמשרד יפעל כמיניסטריון וכרגולטור ולא כספק שירותים פעל המשרד בעשור האחרון בנושא בריאות הנפש בשלושה תחומים עיקריים: (א) הרפורמה המבנית: המשרד צמצם את מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים במדינה מכ-7,000 מיטות בשנת 1988 ל-3,112 מיטות בשנת 2009 (להלן - הרפורמה המבנית). מספר המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים והכלליים הוא כ-15,000 בשנה; (ב) הרפורמה השיקומית: בקהילה נוספו מסגרות שיקום רבות וכיום פועלות מסגרות שיקום לכ-15,000 נכי נפש מתוך כ-62,000 שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בהם כנכים בדרגת נכות של 40% לפחות (הרפורמה השיקומית); (ג) הרפורמה הביטוחית: על פי נתוני המשרד ונתוני קופות החולים במרפאות בריאות הנפש הממשלתיות ושל קופות החולים מטופלים כ-150,000 סובלים ממצוקה נפשית ופגועי נפש. זה שנים רבות עושים משרד הבריאות ומשרד האוצר פעולות שמטרתן להעביר את האחריות למתן השירותים הפסיכיאטריים מן המשרד לקופות החולים, אולם האחריות טרם הועברה (להלן - הרפורמה הביטוחית)<sup>29</sup>. הפעלת בתי החולים תישאר בידי המפעילים הנוכחיים (כגון: הממשלה וכללית) וכל קופות החולים ירכשו מהם שירותי אשפוז כפי שהן רוכשות מבתי החולים הכלליים.

בחודשים מרס-אוגוסט 2009 בדק משרד מבקר המדינה כמה היבטים בתחום בריאות הנפש (להלן - הביקורת הנוכחית). ביקורת קודמת בתחום שיקום נכי נפש בקהילה נעשתה בשנת 2006 (להלן - הביקורת הקודמת)<sup>30</sup>. בביקורת הנוכחית נבדקו בעיקר הנושאים האלה: פעולות המשרד בעניין העברת האחריות למתן השירותים הפסיכיאטריים מן המשרד לקופות החולים; מצב שירותי בריאות הנפש במרפאות; הגורמים לגידול בעומס העבודה המוטל על כוח האדם במרפאות ובבתי חולים; טיפול המשרד בבקשה להעניק פטור לפגועי הנפש מתשלום בעבור תרופות. כמו כן נבדקו ענייני תקציב וסדרי המינהל, והתקיימה בדיקת מעקב בתחום שיקום נכי הנפש בקהילה<sup>31</sup>.

הבדיקה נעשתה במשרד, בעיקר בשירותי בריאות הנפש של המשרד (להלן - השירות), ובמועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה<sup>32</sup> (להלן - המועצה לשיקום). בירורים נעשו בקופות החולים הכללית, מכבי, מאוחדת ולאומית, במרכז השלטון המקומי, בכמה רשויות מקומיות, במשרד האוצר, במשרד הרווחה ובמוסד לביטוח לאומי. כן נערכו בירורים בשמונה מרכזים רפואיים לבריאות הנפש (שישה ממשלתיים ושניים של הכללית) וב-13 מרכזים רפואיים כלליים שבהם מחלקות אשפוז או מרפאות פסיכיאטריות (שמונה ממשלתיים, שניים עירוניים-ממשלתיים ושלושה של הכללית).

29 העברת האחריות הביטוחית לקופות מתייחסת לשירותי מרפאה ואשפוז, בעוד שמסגרות אחרות כשיקום נכי הנפש ימשיכו להינתן בידי המשרד.

30 ממציאה פורסמו במבקר המדינה, דוח שנתי 2007, בפסק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 391. ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2002, בפסק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 212; דוח שנתי 49 (1999), בפסק "שיקום חולי נפש בקהילה", עמ' 135; דוח שנתי 48 (1998), בפסק "חוק ביטוח בריאות ממלכתי", עמ' 159.

31 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2007, בפסק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 391.

32 המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה הוקמה על פי חוק השיקום כדי ליעץ לשר הבריאות במגוון נושאים שחלקם פורט בחוק השיקום. כמו כן עליה לקבל דיווח ונתונים בדבר ביצוע החוק ועליה ליוזם מחקרים בנושאי שיקום.

## הקצאת תקציב לתחום בריאות הנפש

שיעור הלוקים בנפשם בישראל דומה לזה שבמדינות מערביות. אולם חלקם היחסי של שירותי בריאות הנפש בסך ההוצאה הציבורית לבריאות בישראל נמוך בהשוואה למדינות אלה: בעוד שבמדינות מערביות אחדות ההקצאה לשירותי בריאות הנפש עומדת על כ-10% מסך ההוצאה הציבורית לבריאות, בישראל חלקם של שירותי בריאות הנפש הוא כ-5%<sup>33</sup>. מדינות רבות במערב משקיעות את רוב תקציב בריאות הנפש בטיפול בקהילה ולא בטיפול באשפוז. בארצות הברית למשל רוב המדינות משקיעות 51%-88% מתקציב בריאות הנפש בטיפול בקהילה (פרט לשיקום)<sup>34</sup>. לעומת זאת בארץ ההשקעה הכספית בטיפול בקהילה ובשיקום גם יחד בשנת 2008 הייתה כ-47% מתקציב בריאות הנפש (ראו להלן).

השינויים במערכת בריאות הנפש בעשור האחרון משתקפים גם בהקצאות התקציב למערכת זו, ובעיקר בחלוקה הפנימית בין סעיפי התקציב<sup>35</sup>. התקציב לבריאות הנפש מורכב משלושה חלקים עיקריים: אשפוז, מרפאות ושיקום. לפי נתוני המשרד סך ההוצאה לבריאות הנפש בשנת 2008 היה כ-1.65 מיליארד ש"ח: 871 מיליון ש"ח ממנה לאשפוז, 205 מיליון ש"ח למרפאות, 402 מיליון ש"ח לשיקום ו-168 מיליון ש"ח לשירותים אמבולטוריים המבוצעים ברובם בקהילה.

הנתונים מלמדים שהיקף תקציב האשפוז כמעט שווה להיקף תקציב הקהילה והשיקום גם יחד. זאת אף על פי שמספר מיטות האשפוז צומצם בחצי ואף על פי ש-95% מפגועי הנפש הכרוניים מטופלים בקהילה (בבתי החולים מטופלים כ-15,000 איש ואילו בקהילה מטופלים כ-150,000).

יצוין שכבר בביקורת הקודמת העיר משרד מבקר המדינה למשרד כי מאחר שהוא מעוניין להעביר את רוב השירותים של בריאות הנפש מבתי החולים לקהילה עליו להעביר חלק ממשאבי האשפוז לטובת הטיפול בקהילה. המשרד אמנם הצהיר על העברת "מרכז הכובד" מבתי החולים לקהילה<sup>36</sup> אולם אין לכך ביטוי תקציבי הולם.

הסמנכ"ל לתכנון תקצוב, ותמחור במשרד הסביר למשרד מבקר המדינה כי מקורות התקציב המוקצים לבריאות הנפש "מצויים במחסור גדול וברור לכל, לראייה מוסכם כי לאחר הרפורמה הביטוחית בנושא יתקבלו מקורות תקציב נוספים שיאפשרו מענה נכון וטוב יותר... [וכי] הזמן החולף בין החלטה על הרפורמה לבין יישומה אינו מיטיב עם אלו הזקוקים לשירותים בתחום בריאות הנפש".

בדצמבר 2009 השיב משרד האוצר כי תקציבי הטיפול בתחום בריאות הנפש לא קוצצו אלא דווקא גדלו וכי תקציב בריאות הנפש אף הורחג מהפחתות רוחביות המתבצעות מפעם לפעם בתקציב המדינה. לדברי משרד האוצר בשנים האחרונות ניתנו גם תוספות תקציב לטובת הרחבת השירות

33 אורי אבירם "רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה", חברה ורווחה, רבעון לעבודה סוציאלית (מרס 2007), עמ' 133.

34 ראו: K. Barrett, R. Greene, M. Mariani, "MENTAL HEALTH – Promise Unfulfilled", Governing.com, 2004, <http://www.governing.com/gpp/2004/mental.htm>.

35 אורי אבירם, "שינויים בחצר האחורית של מערכת הבריאות בישראל: סיכויים וסיכונים בדרך לרפורמה בשירותי בריאות הנפש". המאמר הוצג בשנת 2008 בכנס לחקר המדיניות החברתית בישראל ובכנס של המכון לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. המאמר מיועד להתפרסם בספר מדינה משגיחה-מדינה מפקירה שערכו חנה כץ וארז צפדיה.

36 ראו הצעת התקציב לשנים 2009-2010 של משרד הבריאות, עמ' טו.

לזכאים נוספים לשיקום, לקידום שילוב נכי נפש בשוק העבודה ולטיפול באוטיסטים. לכן נראה כי המציאות שהצטיירה בפני מבקר המדינה, ולפיה תקציבי המרפאות והתקציבים המיועדים לתחום בריאות הנפש פחתו בשנים האחרונות, מקורה בחוסר יכולתו של משרד הבריאות לנהל באפקטיביות את שירותי בריאות הנפש בשל ניגוד העניינים המובנה שבו הוא נמצא ולא בגלל מחסור במשאבים.

בפברואר 2010 השיב המשרד כי תקציבי בריאות הנפש גדלו מכ-1.5 מיליארד ש"ח בשנת 2007 לכ-1.7 מיליארד ש"ח בשנת 2009. לדעתו, הבעיה היא היעדר גידול מתאים בהתאם לצרכים.

משרד מבקר המדינה העיר כי מן הראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יגיעו להסכמת על היקפי התקציב שיוקצו לתחום בריאות הנפש ולתחומי המשנה בו לפי הצרכים המעודכנים - אשפוז, מרפאות ושיקום בקהילה אגב הדגשת שירותי המרפאות (ראו להלן).

## **אי-העברת האחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים**

### **האחריות למתן שירותי בריאות הנפש**

1. עד ינואר 1995, מועד תחילת חלותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק) המדינה היא זו שסיפקה את שירותי בריאות הנפש, ובהם: סל שירותים בתחום האשפוז, כגון שירותי חירום של מיון ואשפוז, וסל שירותי מרפאה הכולל שירותי טיפול ושיקום. עם זאת גם קופות החולים העניקו שירותים בתחום בריאות הנפש, ובהם טיפולים פסיכיאטריים וטיפולים פסיכולוגיים<sup>37</sup>. כבר ערב חקיקת החוק העריך שר הבריאות דאז<sup>38</sup> כי שירותי בריאות הנפש יועברו לאחריות הקופות "בדיחוי קל". לפיכך קבע החוק כי עד שיועברו לקופות החולים כל שירותי הבריאות שסיפקה המדינה לפני החלתו יספק משרד הבריאות שירותים אלה, בין שיעשה זאת בעצמו בין שבאמצעות נותני שירותים, אלא אם כן, החליט שר הבריאות בהסכמת שר האוצר ובאישור הממשלה כי שירותי הבריאות שניתנו לפרט יינתנו כולם או חלקם ע"י קופות החולים. אם נתקבל ההחלטה ששירותי הבריאות שניתנו לפרט יינתנו כולם או חלקם ע"י קופות החולים יש לתקן את התוספת השניה והשלישית לחוק.

2. בספטמבר 2006, כעבור למעלה מעשור מן המועד שבו אמורה הייתה האחריות הביטוחית לעבור לקופות החולים, נחתם הסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר בעניין העברת האחריות הביטוחית של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים החל בינואר 2007 (להלן - ההסכם בין משרד הבריאות לבין משרד האוצר). באוקטובר 2006 החליטה הממשלה להעביר לידי קופות החולים את האחריות למתן שירותים בתחום בריאות הנפש בהתאם לעקרונות ההסכם<sup>39</sup>.

כוונת המשרד הייתה להעביר את האחריות לקופות החולים גם באמצעות חקיקה. בדצמבר 2006 הסביר המשרד למשרד מבקר המדינה כי משרד המשפטים התנגד לכוונה להעביר את האחריות

37 הכללית נותנת את השירות במרפאות ייעודיות והקופות האחרות בעיקר באמצעות מטפלים עצמאיים.

38 דברי שר הבריאות לשעבר, מר אפרים סנה, בישיבת הכנסת מיום 20.12.94.

39 החלטה מספר 568 מיום 4.10.06.

לקופות במסגרת חוק ההסדרים ודרש כי הדבר ייעשה בחקיקה רגילה. ביולי 2007 עברה הצעת החוק<sup>40</sup> בקריאה ראשונה. בדברי ההסבר להצעת החוק נאמר כי "הצעת חוק זו באה בעקבות מספר החלטות ממשלה שבהן הוחלט על ביצוע הרפורמה הביטוחית אשר במסגרתה, כאמור, תועבר האחריות לשירותי בריאות הנפש, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מידי המדינה לידי הקופות... בנוסף... נחתם ביום... 17 בספטמבר 2006 הסכם בנושא הרפורמה הביטוחית בין משרד הבריאות ובין משרד האוצר, והצעת חוק זו באה לעגן חלק מהוראותיו של ההסכם ולאפשר את יישומו". אולם מאז ועד ינואר 2010 לא קודמה הצעת החוק. מדובר כאמור בנדבך שלישי ומשלים של הרפורמה שעבר תחום בריאות הנפש במדינה לאחר שהושלמו כבר שתי רפורמות.

יש לציין כי על פי ההסכם העברת האחריות הביטוחית לקופות מתייחסת לשירותי מרפאה ואשפוז<sup>41</sup>, בעוד שמסגרות השיקום הנפש ימשיכו להינתן בידי המשרד. כמו כן ימשיך המשרד להיות אחראי למסגרות נוספות כשירותי גמילה מסמים ומהתמכרויות וטיפול בילדים אוטיסטים במסגרת גנים טיפוליים, לשירות המרפאתי הניתן בשירות בתי הסוהר ול-70 מיטות אשפוז פסיכיאטריות בכלא רמלה.

ההסכם הסדיר גם את הנושאים האלה: פרטי תקציב הרפורמה הביטוחית; שיטות ההתחשבות וההתקשרות של קופות החולים עם בתי החולים הפסיכיאטריים והכלליים ועם המרפאות בקהילה; הסכום שיעבירו קופות החולים לתקציב השיקום של משרד הבריאות (ובכלל זאת את האפשרות להגדלתו); הסכום שיקבלו קופות החולים לצורך פיתוח שירותי בריאות נפש בקהילה לאחר שיחתמו עם המשרד על הסכמים שבהם ייקבעו סוגי הטיפולים שיינתנו במרפאות.

יש לציין כי ההסכם לא היה על דעת קופות החולים. קופות החולים מסרו בסוף שנת 2006 למשרד מבקר המדינה כי הן הסתייגו ממנו מאוד. לדעתן כתבי ההסכם לא הביאו בחשבון שתהליך ההתארגנות ליישום הרפורמה ימשך גם לאחר ינואר 2007. מכבי גם העריכה שהתנהלות משרד הבריאות ומשרד האוצר בנושא זה עלולה לפגוע בחולים.

משרד מבקר המדינה כבר העיר בביקורת הקודמת על הפגיעה הקשה בשירות הרפואי הניתן לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי הנפש. הבדיקה הנוכחית העלתה שעל פי עדויות של מנהלי מרפאות אנשים רבים הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי נפש אינם זוכים לטיפול מרפאתי ראוי אם בכלל. קופות החולים, שהשקיעו משאבים כדי ליישם את החוק המוצע, סובלות מהפסדים כספיים.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד בביקורת הקודמת שלנוכח התמשכותו של הליך העברת האחריות לקופות שנים כה רבות, ובשל אי-הוודאות בעניין השלמת ההליך במועד קרוב, עליו לוודא שבתקופת המעבר ועד השלמת היערכות הקופות לא ייפגע הטיפול בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש.

גם בביקורת הנוכחית עלה שהשירות הניתן לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי הנפש לקוי (ראו להלן). משרד מבקר המדינה העיר שכל עוד לא אושר החוק סופית, האחריות למתן שירותי בריאות הנפש מוטלת על המשרד ועליו למנוע פגיעה בשירותים הקיימים.

40 הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש), התשס"ז-2007.  
41 הכוונה היא שבתי החולים הממשלתיים יספקו לקופות החולים שירותי אשפוז כספקי שירותים.

## יתרונות הרפורמה

להלן יתרונות אחדים להעברת האחריות למתן השירותים בידי הקופות לדעת המשרד ולדעת מומחים כפרופ' מרדכי שני, לשעבר מנכ"ל המשרד ומנהל של המרכז הרפואי "שיבא" ומי שעמד בראש ועדות שעסקו בבריאות הנפש ופרופ' חנן מוניץ, יועץ הכללית לנושא בריאות הנפש ולשעבר מנהל המרכז לבריאות הנפש גהה:

1. שיפור במצב הסובלים ממצוקה נפשית: לדעת פרופ' שני אפשר יהיה לשפר שיפור ממשי את מצבם של הסובלים ממצוקה נפשית רק אם קופות החולים יופקדו על הטיפול בהם.<sup>42</sup> לדעתו את הטיפול יש להתחיל במרפאת הרופא הראשוני הניתן בדרך כלל בידי רופא המשפחה או רופא ילדים, ועל מערכת הייעוץ המקצועי לסייע בידו.

2. התייחסות כוללת למצב החולה: פרופ' מוניץ מייחס חשיבות רבה לשילוב הטיפול בפגועי נפש במסגרת אחת המתייחסת הן למצבו הגופני הן למצבו הנפשי של החולה, אך לטענתו בישראל אין קשר טוב בין שני התחומים. לדבריו תוחלת החיים של גברים פגועי נפש נמוכה בכ-20% מתוחלת החיים של כלל האוכלוסייה. במדינות המערב יש נתונים על ירידה בתמותת החולים הסכיזופרניים<sup>43</sup> שלקו במחלות לב כנראה בזכות הקפדה על שירותים רפואיים ראויים ועל אורח חיים בריא הנחוץ בעיקר לנוכח נטילת תרופות,<sup>44</sup> אך בישראל טרם נאספו נתונים כאלה. מנתונים ראשוניים שאסף באוגוסט 2009 התברר לו שחולות נפש רבות יותר לקו במחלת הסרטן בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. השערתו היא שחולות הנפש ממעטות לערוך בדיקות ממוגרפיה.

3. מניעת פיצול האחריות והשגת רגולציה נאותה: לדעת המשרד<sup>45</sup>, העברת האחריות הביטוחית הישירה בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים תמנע את פיצול תחומי האחריות הביטוחית בין גורמים מבטחים, תקדם את התפיסה הרואה במדינה גורם מאגד (רגולטור) ולא נתן שירותים ותסייע לשילוב רפואת הנפש במערך השירותים הכולל המובטח על פי החוק לכל תושבי המדינה. היא גם תבטיח את הרצף הטיפולי בנכה הנפש.

## טענות בעלי מקצוע נגד העברת האחריות לקופות החולים

יש אנשי מקצוע<sup>46</sup> המתנגדים להעברת האחריות לקופות החולים. חלק מנימוקיהם הם: (א) הספרות המקצועית בתחום בריאות הנפש אינה תמימת דעים בעניין הנחיצות בשילוב מוסדי של שירותי בריאות הנפש עם שירותי הבריאות הכלליים. כמו כן יש מחלוקת על מידת התועלת של השילוב הזה שבו נדרש רופא המשפחה המטפל בחולה בקופה לספק אבחון לאדם הזקוק לשירותי בריאות

42 בעניין זה ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2002 ב-52, בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 216.

43 "סקיזופרניה: מחלה קטלנית", הרפואה, פרופ' חנן מוניץ. אושר לפרסום אך ב-10.2.10 טרם פורסם.

44 נטילת תרופות פסיכיאטריות מגדילה תסמונות מטבוליות כסוכרת, השמנה וכלי דם.

45 הדברים נכתבו בטיטוט תזכיר הצעת החוק של המשרד לתיקון חוק השיקום מיום 10.1.07.

46 עמם נמנים: פרופ' גבי שפיר, פסיכולוג ראשי בבית החולים הרצוג בירושלים; פרופ' דוד חייניץ, מרצה בכיר בבית הספר לבריאות הציבור הדסה ירושלים; פרופ' יוליה מירסקי מהמחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון; גב' חנה שטרם, פסיכולוגית קלינית בכירה במרכז הירושלמי לבריאות הנפש בירושלים ויו"ר "פורום הפסיכולוגים הקליניים והעו"ס בבריאות הנפש למען רפורמה מיטיבה"; ד"ר צביה זליגמן, מנהלת המרכז לטיפול בנפגעי תקיפה מינית בבית החולים איכילוב. מומחים נוספים בעלי תפקידים בכירים במערך הממשלתי לבריאות הנפש ביקשו שלא לחשוף את שמותיהם.

נפש. לדבריהם, רופאי המשפחה לא שותפו בתכנון הרפורמה הביטוחית ולא הוכשרו בנושא. לכן הם אינם מתאימים לעסוק בתחום זה; (ב) לא נבדקו די חלופות ובייחוד האפשרות שהאחריות הכוללת לשירותי בריאות הנפש תהיה בידי המרפאות הממשלתיות; (ג) החקיקה המוצעת תשולל מאזרחים קבלת טיפול נפשי, זאת בניגוד למצב הקיים המאפשר לכל אזרח שנמצא במצוקה נפשית לפנות לתחנה לבריאות נפש ולקבלו חינוך. קשישים, ילדים ומפגרים הלוקים בשכלם שיבקשו לקבל טיפול אצל רופא עצמאי יידרשו לשלם בעבורו; (ד) קיים חשש מהפרת חובת הסודיות עקב השילוב ברפואה הכללית; (ה) החוק אינו מתייחס לנושא ההכשרה לעובדים בתחום ולא ניתנה הדעת לנושא ההתמחות.

כך למשל כתב הסמנכ"ל של המרכז הרפואי סוראסקי (איכילוב)<sup>47</sup> בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי בהצעת החוק להעברת האחריות לקופות החולים יש חשש מפגיעה בחולים "ואם לא יוכנסו בה שינויים מהותיים... זו תהיה בכייה לדורות".

יש לציין שהתנגדויות בעניין העברת האחריות לקופות הובאו לידיעת חברי הכנסת וחברי הממשלה בשנת 2007 לקראת הגשת הצעת החוק לקריאה ראשונה. נושא ההתנגדויות עלה גם בדיוני ועדת משנה של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות שפעלה בכנסת השבע עשרה ושדנה בהצעת החוק. אולם הדיונים לא מוצו עקב חילופי השלטון. גם בכנס ים המלח<sup>48</sup> בשנת 2009 הוצגו דעות המתנגדים להעברת האחריות לקופות החולים.<sup>49</sup>

## טענות קופות החולים נגד ההסכם שנחתם בין משרד הבריאות לבין משרד האוצר

קופות החולים הסתייגו מן ההסדר המתגבש להעברת האחריות אליהן. באוגוסט 2009 מסרו נציגי הקופות למשרד מבקר המדינה נקודות מחלוקת שאת עיקריהן הציגו גם בביקורת הקודמת:

1. מ ש א ב י ס ו ב ס י ס נתונים: כמות המשאבים שתעביר המדינה לקופות לצורך הטיפול בסובלים ממצוקה נפשית קטנה לדעתם מן הדרוש. עלויות פיתוח חד-פעמיות - הקופות טוענות שהסכום הדרוש הוא 90 מיליון ש"ח ולא 30 מיליון ש"ח כפי שנכתב בהסכם; חישוב עלות השירותים - המשרד מחשב עלות טיפול ב-167 ש"ח, אולם כללית טוענת שהעלות הריאלית היא 185 ש"ח, ומכבי טוענת שהעלות הריאלית היא 210 ש"ח; בסיס הנתונים - לטענת מאוחדת "קיימת הערכת חסר של נתוני צריכת השירותים לאחר כניסת הרפורמה". כללית בדעה שבסיס הנתונים הקיימים של האוכלוסייה "שגוי ולא מעודכן"; כמו כן המשרד לא הגיש לקופות מיפוי ארצי של צרכני השירותים (למשל באלו אזורים מספר הילדים או הקשישים גבוה יותר) דבר שמקשה עליהן לתכנן את השירותים שיצטרכו לספק.

47 ראו גם גבי שפיר, "מבט רטרוספקטיבי ופרוספקטיבי על יישום הרפורמה... סיכון איום וסיכוי" - "פסיכואקטואליה" 2007; דברי גב' חנה שטרם בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת מ-11.9.06; מכתבה מינואר 2008 של פרופ' יוליה מירסקי מהמחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון לח"כ רן כהן.

48 בשנים האחרונות מתקיים הכנס פעם בשנה, ודנים בו בנושאי בריאות ורווחה.  
49 בעת כהונת הכנסת השבע עשרה הוגשה "הצעת חוק בריאות נפש ממלכתית, התשס"ז-2007" בידי 27 חברי כנסת, שמתכונתה נבדלת מהצעת החוק הממשלתית. ההצעה הונחה על שולחן הכנסת ב-4.2.08. בעת כהונת הכנסת השמונה עשרה הוגשה "הצעת חוק שירותי בריאות נפש ממלכתיים, התשס"ט-2009" שתוכנה זהה להצעה הקודמת. ההצעה הוגשה בידי שני חברי כנסת והונחה על שולחן הכנסת ב-18.5.09.

2. דרישות נוספות שמעלות הקופות: מאוחדת מסרה כי בעת העברת האחריות תנאי בל יעבור לסגירת מרפאה ממשלתית הוא מציאת חלופה הולמת. בעת המעבר יהיו הקופות חשופות לתביעות משפטיות ולכן יש לתת להן הגנה משפטית ראויה לצורך זה. לטענת הכללית המשרד דרש מן הקופות לממן 120 מיליון ש"ח מהתקציב הנדרש לרפורמה "דבר שכמובן אינו סביר בעליל".

3. התנגדות לשינוי חוק שיקום נכי נפש בקהילה: גם לאחר העברת האחריות לקופות יישאר הנושא של שיקום נכי הנפש בקהילה באחריות המשרד. אולם, בהצעת החוק להסדרת העברת האחריות לקופות מוצע ש"שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, יוסמך לקבוע סכומים - מתוך חוק השיקום - שיועברו לקופות החולים לצורך השתתפותן במימון שירותי השיקום הניתנים למבוטחים לפי חוק השיקום". לכך מתנגדות הקופות בין היתר בטענה שהן אינן מוכנות להיות מעורבות באופן כלשהו בניהול מערכת השיקום או בתקצובה. גם לדעת יו"ר המועצה לשיקום<sup>50</sup> "יש להפריד את חוק השיקום מחוק הרפורמה בבריאות הנפש".

## הפעולות שנקטו קופות החולים ליישום הרפורמה

למרות נקודות המחלוקת נקטו הקופות צעדים לקראת העברת האחריות אליהן. צעדים אלו היו כרוכים בעלויות כספיות לא מבוטלות. להלן דוגמאות:

1. הכללית: הכללית הקימה גוף מטה ייעודי קבוע כדי להכין את הקופה לרפורמה. כמו כן ערכה הכללית סיורים ביחידות בריאות הנפש ברחבי הארץ, הקימה צוותי עבודה, פיתחה כלים לניהול המערך, מימנה וניהלה קורס מקצועי להכשרת עובדים, בחנה מדדי איכות וערכה בחינה כלכלית של כל התהליכים. במחוזות הקימה הכללית מינהלות, מיפתה את השירותים, תכננה מענה על פערים שהתגלו, איתרה והכשירה כוח אדם והכינה תכנית עבודה.

2. מכבי: מכבי הכינה תכנית מגרה מפורטת המתייחסת לתקינה, למבנים ולהיערכות המקצועית להספקת השירות.

3. מאוחדת: מאוחדת הקימה צוותי עבודה, הוסיפה עשרות אנשי מקצוע בבריאות הנפש, נערכה לפעולות הדרכה, פיתחה תוכנות מחשב ופרסמה עלון מידע בנושא למבוטחיה. מאוחדת ציינה: "כל הפעילות המאומצת... שתוארה... בתמציתיות, נעשתה ונעשת ללא מימון יעודי".

## I

יוצא אפוא שמאז החלת החוק (בשנת 1995) ועד סיום הביקורת הנוכחית חלפו כ-15 שנים ונקבעו מועדי יעד שונים להעברת האחריות לטיפול בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש מן המדינה לקופות החולים. אולם כל המועדים חלפו, והאחריות לטיפול נותרה בידי המשרד אגב פגיעה בטיפול הניתן לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי הנפש והשקעת משאבים רבים מצד הקופות. כל זאת בלא שהצדדים הגיעו להסכמות.

50 חוק השיקום קובע שנציג השר למועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה יהיה יושב ראש המועצה.



האחריות למתן השירותים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש מוטלת על המשרד שמתפקידו לדאוג לאוכלוסיות שונות ולרגישות במיוחד. לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לעצור את ההתדרדרות בשירות לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי הנפש. על משרד הבריאות ועל משרד האוצר בשיתוף קופות החולים להגיע להסכמות ללא דיחוי שיאפשרו להסדיר את היחסים ביניהם בהסכמים מחייבים. מן הראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יתנו את דעתם לחששות שהועלו באשר לפגיעה בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש, ויפעלו במסגרת סמכויותיהם וחובותיהם לכך, שלא תקופח זכותם לטיפול הולם, ובמיוחד למיעוטי היכולת שבהם.

## **המרפאות לבריאות הנפש: מרפאות המשרד ומרפאות קופות החולים**

על פי נתוני המשרד ונתוני קופות החולים כ-150,000 אנשים הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי נפש מטופלים במסגרת המרפאות. הצלחת הטיפול הניתן במרפאות תלויה בעיקר במתן שירותי בריאות נפש זמינים. משרד מבקר המדינה בדק כמה היבטים שלהם. שירותי המרפאות של המשרד ניתנים בעיקר בכ-60 מרפאות ייעודיות שהמשרד מפעיל ישירות, בשתי מרפאות ובשתי שלוחות שמפעילה האגודה למען שירותי בריאות הציבור כספק שירותים<sup>51</sup> של המשרד. נוסף על כך ניתנים שירותים ב-14 מרפאות לבריאות נפש של הכללית<sup>52</sup>, באמצעות שירותי בריאות הנפש שמכבי ומאוחדת מספקות ובמרפאות פרטיות<sup>53</sup>.

אף שהמשרד נושא באחריות לספק שירותי בריאות לכלל האוכלוסייה, השירותים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש לא ניתנו בפריסה גיאוגרפית מספיקה והיו חוסרים הן בכוח אדם והן במבנים וציודם. כדי להשלים את הפערים הללו נרתמו חלק מהרשויות המקומיות וסיפקו למרפאות הפועלות בתחומם את החסר (לדוגמה בערים אשדוד, ראשון לציון ואריאל ובמועצה האזורית שומרון).

יוצא אפוא ששירות ממלכתי שהיה אמור להינתן לכלל האוכלוסייה בצורה שוויונית לא ניתן בצורה זו ואיכות השירות וזמינותו היו תלויים בגורמים נוספים שאינם אחראים ואינם חייבים לתיתו.

### **משך ההמתנה לטיפול במרפאה**

כשאדם סובל ממצוקה נפשית רצוי לטפל בו מהר ככל האפשר. כך אפשר למנוע את התדרדרות מצבו ולעתים אף את הצורך באשפוז. לדעת אנשי מקצוע עיכוב בטיפול כרוך בסיכון. לעתים

51 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2009, בפרק "ההתקשרויות של משרד הבריאות עם האגודה למען שירותי בריאות הציבור", עמ' 467 (להלן - דוח 2009).  
 52 כאמור, הכללית מפעילה מרפאות בקהילה למתן שירותי בריאות נפש למבוטחיה.  
 53 בעניין הפסקת שירותי המרפאות של לאומית בשנת 2004 ראו להלן.

המצב הנפשי מחמיר עד כדי סכנת חיים של ממש בעקבות ניסיון התאבדות. עיכוב בטיפול נפשי משפיע גם על סביבתו המשפחתית של הזקוק לטיפול, וסבלו הופך גם לסבלם של רבים אחרים. בעבור ילדים זמן ההמתנה מכריע במיוחד מפני שלדעת ראש השירות לבריאות הנפש במשרד (להלן - ראש השירות) הוא עלול להשפיע גם על התפתחותם. ילד הזקוק לטיפול נפשי ולא מקבלו משפיע גם על סביבתו בבית הספר.

המשרד יודע כבר שנים רבות שמשך ההמתנה לטיפול במרפאה במקומות רבים ממושך. בתגובה על ממצאי הביקורת הקודמת הודיע מנכ"ל המשרד דאז, פרופ' אבי ישראל, ש"אנשים ממתנים בתור חודשים. יש ילדים שממתנים שנה". הביקורת הנוכחית העלתה שיש מרפאות שבהן זמן ההמתנה לטיפולים עדיין ממושך ואפילו התארך בהשוואה לביקורת הקודמת: מבוגרים, ילדים בגיל הרך וילדים ונוער המתונו עד שנה וחצי.<sup>54</sup>

יש לציין שבקרב הילדים הממתנים יש הסובלים מבעיות התנהגות קשות ולגבי חלקם יש חשש מאובדנות (איכילוב). בעניין זמן ההמתנה הממושך והשפעתו על טיב הטיפול כתבה מנהלת של מרפאה אחרת לילדים ולנוער<sup>55</sup>: "אנו מצליחים רק 'לכבות שרפות' במקרים אקוטיים כמו אובדנות או התעללות או פסיכוזה".

לדעת מנהלי המרפאות הסיבות לתורים הממושכים הן:

#### כוח אדם מצומצם שאינו עונה על הצרכים

לדברי מנהלי בתי חולים אין מיפוי של הצרכים האמיתיים בתחום בריאות הנפש בקהילה. יש מחסור במתמחים בפסיכיאטריה ומחסור בפסיכיאטרים ובפסיכולוגים מומחים לטיפול בילדים ובנוער.<sup>56</sup> חסר זה ניכר בעיקר בפריפריה. כן ניכר מחסור בפסיכיאטריה של גיל הזקנה, בשירותים להפרעות כגון חרדה, דיכאון ואכילה, ובשירותים לטיפול במשברי חיים ובמצבי טראומה. כמו כן יש חסר באחיות ובמרפאים בעיסוק.

בעקבות זאת יש מקומות המספקים מענה רק על הבעיות הקשות והדחופות ביותר (כגון סכיזופרניה ופסיכוזות אחרות), ולכן חלק גדול מן המטופלים המבוגרים מקבלים בעיקר "התערבויות במשבר" ולא טיפול ממושך יותר. מנהלי המרפאות ציינו שהמצב קשה עוד יותר בפריפריה ה"רחוקה" שבה האוכלוסייה בעלת נתונים סוציו-אקונומיים נמוכים.

המשרד השיב בדצמבר 2009 למשרד מבקר המדינה כי המועצה הלאומית לבריאות הנפש הגישה לידיו הצעה לתקנון כוח אדם במרפאות, אך בשלב זה החליט שלא לאמץ את ההצעה "מתוך צפייה ליישומה של הרפורמה הביטוחית".

יצוין כי ועדה שמינה המשרד בדצמבר 2006 כדי "למפות את כוח האדם הרפואי והסיעודי... הקיים... מול כוח האדם הדרוש" המליצה בפברואר 2008 כי "עקב מחסור בפסיכולוגים המומחים

54 כך למשל, פנייה בעניין ילדים התקבלה במרפאת הילדים לבריאות הנפש באיכילוב בתחילת 2009, אך בעת סיום הביקורת באוגוסט 2009 טרם נקבעו להם מועדים לטיפול.  
55 מכתבה מנובמבר 2009 של מנהלת המרפאה לטיפול בילד ובנוער שבמרכז הרפואי לבריאות הנפש לב השרון למנהל המרכז רפואי.  
56 בעניין מחסור בכוח אדם רפואי ראו דוח שנתי 2009, בפרק "כוח אדם רפואי וסיעודי: תמונת מצב", עמ' 355.

באבחון וטיפול בילדים [יש להגדיל את] מסגרות ההכשרה במומחיות זאת<sup>57</sup>. יו"ר הוועדה המליץ למנכ"ל המשרד "להפנות יותר מלגות התמחות לפסיכולוגים בתחום הילדים". המשרד גם קבע בשנת 2008 כי מקצוע הפסיכיאטריה של הילד נתון במצוקה. אך רק במרס 2009 הסכימו ביניהם משרד הבריאות ומשרד האוצר על "הקצאה חד פעמית באופן מדורג על פני 10 שנים של משרות לשם הכשרת 25 מתמחים בפסיכיאטריה של הילד והנוער... במטרה להרחיב את היקף המומחים בתחום זה". בתשובתו מדצמבר 2009 מסר המשרד כי הוא פעל להגדיל את מספר המתמחים ל-34. בפברואר 2010 הוסיף המשרד כי הפנה לבתי החולים יותר מתמחים בפסיכולוגיה לקטינים מאשר למבוגרים.

יוצא שהמשרד לא נערך כראוי ומבעוד מועד להכשיר אנשי מקצוע לתחום. לנוכח תהליך ההכשרה הארוך מאוד של הרופאים צפוי שבשנים הקרובות יהיה עדיין מחסור בפסיכיאטרים, משמע צפוי שהשירות הניתן לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש לא ישתפר.

### תקנים שבוטלו ולא אוישו מחדש

בעבר העסיק המשרד עובדים באמצעות קבלן כוח אדם<sup>58</sup> במגוון תפקידים במשרד וגם במערך בריאות הנפש במרפאות. במשך השנים בוטלו משרות של עובדים שהועסקו במרפאות בריאות הנפש באמצעות הקבלן והן לא אוישו מחדש. עובדי הקבלן שנותרו היו אמורים להיקלט בשירות המדינה ב-1.1.08. אולם לפי בקשת המשרד ניתנה אורכה לקליטתם של עובדים בתחנות בריאות הנפש עד 31.3.09<sup>59</sup> וחלקם נקלט במשרד.

## I

יצוין שבמחקר של מכון ברוקדייל משנת 2007 הסבירו כאלה שחשו מצוקה נפשית כי הם לא פנו לטיפול בגלל זמן המתנה ארוך. רק 8% מהפונים לקבלת עזרה פנו למרפאות הממשלתיות, בעוד שהאחרים פנו בעיקר לקופה שבה הם מבוטחים<sup>60</sup> (56%) או למטפל פרטי (24%). היתר קיבלו טיפול במתקן ציבורי אחר (דוגמת משרד הביטחון או לשכות הרווחה).

זמן המתנה ממושך גורם לחלק מהסובלים ממצוקה נפשית הנזקקים לטיפול לפנות לשוק הפרטי. לפיכך חסרי אמצעים כלכליים אינם מטופלים בזמן או שאינם מטופלים כלל. מצב זה מדגיש כמובן את הפערים בין בעלי אמצעים לבין חסרי אמצעים, ומגדיל את עלויות הטיפול ואת האינטנסיביות שלו בשל בעיות שלא טופלו בזמן.

57 "הוועדה לבחינת אומדן צרכי כוח האדם העתידיים במערכת הבריאות - דו"ח ב': מקצועות בריאות נוספים", ד"ר גבי בן נון ואח', 11.2.08.  
 58 מדובר בעמותה "האגודה למען שירותי בריאות הציבור" בעיסוקה כקבלן כוח אדם. ראו גם דוח שנתי 59.  
 59 עקב הכניסה לתוקף של חוק העסקת עובדים על ידי קבלני כוח אדם, התשנ"ו-1996.  
 60 כלומר השתמשו בשירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) שירותים שהקופה מקצה על פי סעיף 10 לחוק.

לצורך טיפול מיטבי ראוי שהמשרד ימפה את הצרכים לטיפול בקהילה אגב קביעת תקן כוח אדם. ראוי שהתקן יתבסס על בדיקה מקצועית שבמסגרתה ייבדקו לאורך זמן היקף האוכלוסייה הזקוק לטיפולים נפשיים ומספר הטיפולים בשנה הדרושים לה. בדיקה זאת אמורה להיעשות בהשוואה לסטנדרטים מקובלים.

## היעדר שירותי מרפאה וליקויים במרפאות קיימות

### חוסר במרפאות לבריאות הנפש

1. הבדיקה העלתה שבעשרות יישובים אין כלל שירות מרפאות לבריאות הנפש אף שבחלקם מתגוררים עשרות אלפי תושבים. היעדר השירות בולט ביישובים במגזרים הערבי ובמגזר החרדי.

על פי נתוני המשרד ביישובים האלה אין מרפאות: (א) מבוגרים: שפרעם, מג'ד אל-כרום, דיר אל-אסד, בועינה, עוספיה, טירה, קלנסואה, קסטל, אבו גוש, ביתר עילית, קריית ספר, אלעד, מבשרת ירושלים, דימונה, ירוחם, קריית מלאכי, מועצה אזורית הר חברון ואשדוד (למעט למבוססות הכללית); (ב) קטינים: רהט, נצרת ולפחות בארבע רשויות מקומיות בשומרון.

מעמדם הסוציו-אקונומי של חלק מהסובלים ממצוקה נפשית נמוך כך שמימון נסיעות ליישובים אחרים שבהם יש שירותים עלול להיות נטל כלכלי כבד בעבורם. לא מן הנמנע שחלקם יוותר על הטיפול בשל כך. באשר לילדים - לנסיעות לטיפולים צריכים להתלוות ההורים ועקב כך היעדר מן העבודה. לדברי מר רון נחמן, ראש עיריית אריאל, הדבר גורם לכך שמשפחות רבות מוותרות על הטיפול. גם לדעת מר עזרא גרשי, ראש המועצה המקומית עמנואל, "משפחות מעדיפות לעתים לוותר על הטיפול מאשר להתנייד". לדבריו: "אוכלוסיית חולי הנפש היא אוכלוסייה חלשה ממילא שאין בה הכוחות להמתין זמן ארוך לשירות או לנסוע במיוחד למרכזים מרוחקים. הדבר מתעצם ביישוב מבודד כעמנואל, שגם התחבורה הציבורית בו בעייתית, ולתושבים קושי בניידות". לדעתו המאמץ לשיפור השירות צריך להתמקד באזורים שהזמינות והנגישות לשירותי הנפש בהם "נמוכים ומצומצמים, כדוגמת השומרון".

בשנים האחרונות פנו כמה גורמים להנהלת המשרד בדבר הצורך לשפר את השירות הניתן הן למבוגרים הן לקטינים: מבוגרים - מנהל בית החולים ברזילי מסר בנובמבר 2009 למשרד מבקר המדינה כי "הטיפול במבוגרים בעיר אשדוד אינו סביר ולמרות שהצענו הקמת שלוחה שלנו בעיר אשדוד לא נענינו"; קטינים - הנהלת בית החולים לגליל המערבי נהרייה פנתה לראש השירות בבקשה להפעיל שירות מרפאתי לקטינים כהשלמה לשירותי אשפוז אך נענתה בשלילה. ארבע הרשויות המקומיות בשומרון, שאין בהן שירות לקטינים, פנו למנהל המרפאה לבריאות הנפש בפתח תקווה ולראש שירותי בריאות הנפש במשרד בבקשה להוסיף שירותי מרפאה. מנהל המרפאה לבריאות הנפש בפתח תקווה פנה בנושא לח"כ הרב יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות. אולם הבקשות להוספת שירותי מרפאה לא נענו. יוצא שהשירות הניתן במרפאות בריאות הנפש אינו עונה על הצרכים הקיימים.

יצוין שבעניין החסר בשירותי מרפאה למבוגרים באריאל מסר בנובמבר 2009 מנהל האגף לשירותים חברתיים בעיריית אריאל למשרד מבקר המדינה כי "עיריית אריאל היא זו שמקצה כוח אדם... הדבר כמובן אינו תקין ומשרד הבריאות היה צריך למלא חסר זה".

2. פגיעה בשירותים חברתיים אחרים - היעדר שירותי בריאות הנפש משפיע על שירותים חברתיים אחרים. כך למשל מר רון מוסקוביץ, מנכ"ל מרכז השלטון המקומי בישראל, מסר בדצמבר 2009 למשרד מבקר המדינה כי "היעדר פריסה מספקת של שירותי בריאות הנפש ברשויות פוגע במחלקות הרווחה העירוניות, אליהן מתנקזות פניות של תושבים במצוקה שאין להם כתובת אחרת. אין זה מתפקידן ואין זה מייעודן של מחלקות הרווחה לטפל בנפגעי נפש".

### הצורך בהוספת שירותי מרפאות לבריאות הנפש

יש יישובים רבים שבהם ניתנים שירותי מרפאה, אך לדעת המשרד יש צורך דחוף להוסיף בהם שירותים בגלל הגידול בצרכים. הצורך בהוספת שירותים למבוגרים בולט בעיקר בטבריה, בחולון, בבת ים, במודיעין, באפרתה ובקריות. צורך בהוספת שירותים לקטינים בולט בעיקר בבת ים, בחולון, במודיעין, באפרתה, בכפר סבא, בנתניה ובקריות.

### היעדר פעילות של המשרד להוספת שירותי מרפאות ולשיפורם

במהלך השנים האחרונות המשרד כמעט שלא פעל להוספת שירותי מרפאות. למכרז להספקת שירותי מרפאות בריאות הנפש שפרסם המשרד בשנת 2005 לא הייתה היענות מצד יזמים, כנראה בגלל התעריף שהציע שהתבסס על כ-140 ש"ח לטיפול. רק כעבור ארבע שנים, בספטמבר 2009, פרסם המשרד מכרז נוסף שהתבסס על תעריף של כ-175 ש"ח לטיפול.

בתשובתו מפברואר 2010 מסר המשרד כי לאחרונה הסתיימו הליכי המכרז והבקשות לפטור ממכרז שיאפשרו התקשרות של המשרד עם ספקי שירותים בחלק מן המקומות שבהם אין שירותי מרפאות או שהשירותים הניתנים בהם אינם מספקים.

### אי-ניצול התקציב להוספת שירותי מרפאות

בשנים 2008 ו-2009 קיבל המשרד תקציב מיוחד של 50 מיליון ש"ח בכל שנה לצורך תגבור שירותי מרפאות בריאות הנפש. לשם כך הכין מנהל מערך המרפאות בשירות בשנים אלו תכניות להרחבת שירותים בהתאם לצרכים שכללו בעיקר ערים או יישובים בפריפריה שבהם לא ניתנו שירותי מרפאה לבריאות הנפש. הרחבת התכנית התבטאה גם בתכנית העבודה של השירות לשנים אלו.

אולם הבדיקה העלתה שהמשרד ניצל סכומים קטנים מאוד להוספת שירותי מרפאה: בשנת 2008 רק 8.1 מיליון ש"ח ובשנת 2009 רק 19.6 מיליון ש"ח.

הסמנכ"ל לתכנון תקצוב ותמחור במשרד הסביר לנציגי משרד מבקר המדינה כי יתרת התקציב "מעבר להרחבת פיתוח השירותים" אשר לא נוצלה לתגבור שירותי המרפאה "הוקצתה כולה בהסכמה בין משרדי הבריאות והאוצר לשם כיסוי הגירעון בתכנית העבודה של שירותי בריאות הנפש, כפי שאושרה בהנהלת המשרד".

משרד האוצר השיב בדצמבר 2009 למשרד מבקר המדינה כי בהסכמי תקציב בין משרד הבריאות לבין משרד האוצר נקבע כי בשנים 2008-2010 תינתן "תוספת בסך של 56 מיליון ש"ח" לצורך הרחבת שירותי המרפאות<sup>61</sup>. משרד האוצר הבהיר כי "למען הסר ספק תקציב זה מיועד לצורך הרחבת מספר המטופלים בקהילה ולא לצורך כיסוי גירעונות תפעוליים בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים או בתכניות העבודה של שירותי בריאות הנפש". משרד האוצר עומד על כך שמשרד הבריאות יבצע את פעולות ההתאמה הנדרשות בתכניות העבודה כדי להבטיח שייעוד התוספת התקציבית יהיה בהתאם להסכמים בין המשרדים, והוא יבצע בקרה על כך במהלך שנת 2010.

לדעת משרד מבקר המדינה, בין שהתקציבים לתגבור שירותי המרפאות הוקצו לכיסוי פערים בתכנית העבודה בהסכמת האוצר ובין שלא, יש לראות בחומרה את אי-תגבור שירותי המרפאות. בייחוד חמור הדבר לנוכח התמשכות התורים במרפאות הקיימות, לנוכח היעדר מרפאות ביישובים רבים ולנוכח מצבן הפיזי הירוד של המרפאות הקיימות (ראו להלן), שכתוצאה מכך נמשכת הפגיעה בשירות הניתן לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי הנפש.

לדעת משרד מבקר המדינה אין להמתין לביצוע הרפורמה הביטוחית לצורך הקצאת מקורות תקציב נוספים. משרד הבריאות ומשרד האוצר נדרשים לשקול הוספת שירותי מרפאה כבר כעת לצורך שיפור השירות. מוצע לשקול להעביר כבר עתה חלק מהתקציב שיועד לקופות החולים לפיתוח שירותים כחלק מתהליך מדורג של הרפורמה.

## היעדר נתונים מלאים בידי המשרד על כלל הטיפולים

מידע בדבר משך ההמתנה לטיפול יכול לסייע למקבלי החלטות להכריע בשאלה אם יש לשפר שירות מסוים או לשנות אותו. הביקורת הקודמת העלתה שבידי המשרד לא היה מידע על כל טיפולי המרפאה שניתנים במדינה. בידי המשרד היו נתונים מכ-50 מרפאות לבריאות נפש (מתוך 60) שאותן הוא מפעיל או מממן, אך לא היו בידי נתונים על זמן ההמתנה של הסובלים ממצוקה נפשית לטיפול במרפאות בריאות נפש הממשלתיות, בקופות החולים השונות וגם לא במרפאות של ספקי השירותים<sup>62</sup> - ולו גם דיווחים סטטיסטיים. המשרד גם לא דרש מקופות החולים לדווח לו על הטיפולים שהן מעניקות למבוטחיהן. בעת הביקורת הנוכחית לא היה שינוי במצב. כמו כן אין נתונים על חומרת הבעיות של הפונים ושל הממתינים.

61 בשנת 2008 היה הסכום 50 מיליון ש"ח והוא עלה ל-56 מיליון ש"ח בשנים 2009 ו-2010.  
62 מדובר בעמותה "האגודה למען שירותי בריאות הציבור" שמספקת למשרד שירותים שונים (אספקת שירותים וכוח אדם) - בהם גם בתחום בריאות הנפש. ראו גם דוח שנתי 2010.

כבר בדוח שפורסם בשנת 2007 בעקבות הביקורת הקודמת (להלן - הדוח הקודם) העיר משרד מבקר המדינה כי היעדר מידע מפורט מקשה על המשרד להתוות מדיניות בתחום בריאות הנפש, וכי על המשרד לדרוש מקופות החולים ומכל המרפאות שנמצאות בפיקוחו להמציא לו נתונים מפורטים כדי שיהיה בידיו המידע המלא על כל המרפאות. הדבר נכון שבעתים נוכח הכוונה להעביר את האחריות לנושא בריאות הנפש לקופות החולים. יצוין שנקודות המחלוקת שהעלו קופות החולים בעניין הרפורמה הביטוחית (ראו לעיל) כללו גם את נושא הנתונים. לדבריהן בסיס הנתונים של המשרד "לוט בערפל", והדבר אינו מאפשר לתכנן כראוי את שירות המרפאות לקראת העברת האחריות.

בתשובתו מפברואר 2010 מסר המשרד כי "בגין סוגיות רפואיות משפטיות לא ניתן לתעד בבסיס נתונים ממוחשב ממתנים לטיפול. מסיבה זו מידע על ... המתנה אינו ניתן לאיסוף באופן זמין... בשל כך אכן אין נתונים על חומרת הבעיות של הפונים והממתנים".

משרד מבקר המדינה העיר למשרד שעליו לבחון מהי הדרך המתאימה שתאפשר לו לקבל מידע עדכני ושוטף בדבר משך ההמתנה לטיפול כדי שיהיה בידיו המידע הנחוץ לו כמאסדר (רגולטור) ומתווה מדיניות, הכל בכפוף ובהתחשב במגבלות המשפטיות. עד להסרתן ניתן לעשות שימוש ברשימות תקופתיות שאין בהן פרטים מזהים של החולים, רשימות ידניות וכדומה.

### ירידה במספר הפניות לטיפול במרפאות הממשלתיות

מן הנתונים החלקיים של המשרד בדבר הפעילות במרפאות הממשלתיות המדווחות למשרד על פעילותן עולה שחלה ירידה במספר הפניות החדשות לטיפול במרפאות הממשלתיות בשנים 2007-2008 : בשנת 2007, שבה היו כ-27,500 פניות, חלה ירידה של כ-6% לעומת שנת 2006 שבה היו כ-29,400 פניות ובשנת 2008, שבה היו כ-24,400 פניות, חלה ירידה של כ-11% לעומת מספר הפניות שהיו בשנת 2007. גם במספר המטופלים במרפאות באותן שנים חלה ירידה : בשנת 2007, שבה היו כ-61,600 מטופלים, חלה ירידה של כ-3% לעומת שנת 2006, שהיו בה כ-63,300 מטופלים ובשנת 2008, שבה היו כ-56,400 מטופלים, חלה ירידה של כ-8% לעומת מספר המטופלים שהיו בשנת 2007.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד כי עליו לבדוק האם הירידה במספר הפניות החדשות ובמספר המטופלים במרפאות האלה נובעת מפגיעה בשירות הניתן לפגועי הנפש.

### מצבם הפיזי של מבני המרפאות: הנגישות אליהם ומימון עבודות שיפוץ

#### המצב הפיזי של המבנים

ראוי שטיפול רפואי יינתן בתנאים הולמים. במרפאות שאינן מתוחזקות כראוי אי-אפשר מטבע הדברים להעניק את השירות הטוב ביותר לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש.

הבדיקה העלתה כי מצבם של חלק ממבני המרפאות ירוד ומוזנח. כך למשל בנתניה (פרומקין), בחדרה, בפתח תקווה, ברמלה, בגן יבנה, בעכו ובירושלים. בעת הביקורת לא היה בידי השירות מידע מלא על מצב המבנים.

להלן שלוש דוגמאות:

1. מרפאת פרומקין בנתניה: שטח המרפאה מצומצם; במזכירות המרפאה אי-אפשר לשמור על פרטיות המטופלים; שיחות במסדרונות נשמעות בחדרי הטיפול; כל החלונות מסורגים ואין פתח ליציאת חירום; אין די חדרי שירותים.
2. רמלה: המבנה קטן ולדעת מנהל המרפאה אינו מאפשר עבודת צוות. מצב התחזוקה במרפאה "מחפיר": בקירות יש חורים, הצבע מתקלף, חוטי החשמל והתקשורת גלויים באוויר, החלונות אינם נסגרים ויש תקלות במזגנים.
3. פתח תקווה: המרפאה נמצאת בבניין שבקומתו הראשונה נמצאים חלק מן המשרדים המשופצים של לשכת הבריאות המחוזית של מחוז המרכז. שטח המרפאה מצומצם והיא זקוקה לשיפוץ. איש אחזקה המופקד על הטיפול במרפאה הוא ממרכז בריאות הנפש ביפו אליו מסונפת המרפאה, כך שזמינותו במרפאה אינה גבוהה. אין גם הספקה סדירה של ציוד מתכלה. תיקי המסמכים של החולים הוחזקו כמה חודשים במסדרון חשופים לעיני כול.

נוהלי המשרד בעת הביקורת לא פרטו את דרישותיו לתנאים הפיזיים המינימליים המחייבים מרפאה לבריאות הנפש. לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לכלול נושא זה בנוהלי ולוודא שהם אכן מתקיימים כדי שהטיפול במרפאות יינתן בתנאים הולמים.

## נגישות

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 שנכנס לתוקף בשנת 1999, מבוסס על עקרון יסודי אשר לפיו זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות ומחויבותה של החברה בישראל לזכויות אלה מושתתות על ההכרה בעקרון השוויון, על ההכרה בערך האדם שנברא בצלם ועל עקרון כבוד הבריות. בין היתר מטרתו להגן על כבודו של אדם עם מוגבלות ולתת מענה הולם לצרכיו המיוחדים<sup>63</sup>. בחוק נקבעו גם עקרונות במימוש זכויות ובמתן שירותים (תיקון התשס"ה), ונקבעו בו כי מימוש זכויות ומתן שירותים לאדם עם מוגבלות ייעשו מתוך הקפדה על כבוד האדם וחירותו.

המשרד אמור לרכז בידיו את המידע על כלל המרפאות לבריאות הנפש שאינן נגישות לבעלי מוגבלויות פיזיות ולפעול להנגשתן.

הבדיקה שערך משרד מבקר המדינה העלתה כי בעת סיום הביקורת לא היה בידי המשרד מידע מלא על בעיות נגישות במרפאות למעט מידע על כמה מרפאות שהתקבל בעקבות תלונות בעניינן.

להלן דוגמה למבנה לא נגיש שהמידע עליו במשרד התקבל בעקבות תלונה: במרפאת פרומקין בנתניה נמצא חדר השירותים המיועד לשימוש קהל המטופלים בקומה השנייה; במרפאה אין

63 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2010 ב-2002) בפרק "שילוב אנשים בעלי מוגבלות בחברה ובעבודה", עמ' 135.



מעלית או מעלון; מטופלים המרותקים לכיסאות גלגלים הזקוקים לשירותים נאלצים לגרור את עצמם בזחילה על המדרגות. לדברי עובדי המרפאה אחד המטופלים זחל על ברכיו ועל אחוריו כדי להגיע לשירותים בקומה השנייה. מטופל אחר שזחל לכיוון הקומה השנייה עשה לבסוף את צרכיו במכנסיו ועל רצפת המרפאה.

בשנת 2007 סיכם האגף להבטחת איכות במשרד ממצאי מבדק שנערך ב-27 מרפאות לבריאות הנפש שעסק בין היתר גם בענייני נגישות. המבדק איתר בעיות נגישות ביותר ממחצית המרפאות.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד כי מן הראוי שיהיו בידיו נתונים לגבי נגישותן של כלל המרפאות ובכלל זה של המרפאות לבריאות הנפש שבהן ניתנים שירותים מטעם המשרד, וכי עליו לפעול להנגשת המרפאות על פי הקבוע בדין.

### מימון עבודות השיפוץ

כאמור רשויות מקומיות רבות מאפשרות למשרד לפעול במבנים שלהן ואף מממנות הוצאות נוספות כמו שכר עובדים, ריהוט, תחזוקה ועבודות שיפוץ.

במקרים רבים עלות השיפוץ העיקרית אינה ממומנת בידי המשרד. כך למשל בראשון לציון ניתנים שירותי המרפאה במבנה של הרשות המקומית. בשנת 2008 שופץ המבנה בעלות של כ-1.9 מיליון ש"ח. חלקה של המדינה בעלות השיפוץ הסתכם ב-240,000 ש"ח בקירוב.

לדברי פרופ' משה קוטלר, מנהל המרכז הרפואי לבריאות הנפש והמערך הקהילתי באר יעקב ונס ציונה המכהן גם כיו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש<sup>64</sup>, "למערך האמבולטורי<sup>65</sup> במדינה אין אבא" אשר יפעיל את המרפאות בצורה תקינה והולמת.

### תקציב פיתוח למרפאות

תקציב המשרד כולל גם תקציב לפיתוח תשתיות במערכת הבריאות כולה ובכלל זאת שיפוץ בתי חולים, שדרוג מחלקות וכדומה. בשנים 2007-1995 רק 3% מתקציבי הפיתוח בתחום בריאות הנפש הופנו למרפאות קהילתיות והשאר לבתי חולים<sup>66</sup>.

## I

ראוי שבידי המשרד יהיה מידע מלא על מצב תחזוקת המבנים של המרפאות לבריאות הנפש בקהילה ובבתי החולים. לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון כל מקרה ומקרה ולספק מענה כבר עתה למקרים החיוניים והדחופים. אל לו להמתין לסיום ההליכים להעברת האחריות הביטוחית לקופות החולים.

64 המועצות הלאומיות הן גופים מייעצים מקצועיים של המשרד בתחומי בריאות והן מתמנות בידי המנכ"ל. תפקידן לסייע למשרד בהתוויית מדיניות בריאות ולייעץ לו גם לגבי אימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדשות.

65 שירות אמבולטורי: שירות הניתן במרפאה.

66 ראו הערה 33.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לתגבר את מערך המרפאות בתחום בריאות הנפש בהתאם לצרכים ולמספר הממתינים. יש לעשות זאת עוד בטרם יושלמו ההליכים להעברת האחריות הביטוחית לקופות החולים. קיבוע מצב של מחסור בטיפולים הניתנים לסובלים ממצוקה נפשית עלול להסב להם נזק בלתי הפיך, ולהגדיל את עלויות הטיפול בהם בהמשך.

## הפסקת שירותי המרפאה בקופת חולים לאומית בשנת 2004

המשרד וכללית נותנים שירותים באמצעות בתי חולים פסיכיאטריים ומרפאות בקהילה שהם מפעילים ישירות, והקופות האחרות נותנות שירותים באמצעות רופאים פסיכיאטרים, פסיכולוגים עצמאיים ועובדים סוציאליים שסיימו לימודי פסיכותרפיה.

אף שלאומית הייתה מחויבת על פי החוק לספק שירותים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי הנפש המבוטחים אצלה, בינואר 2004 היא הפסיקה את שירותי המרפאה שנהגה לתת לכ-4,000 מבוטחיה הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי הנפש. נושא זה נסקר בהרחבה בביקורת הקודמת. להלן תמצית הדברים שנכתבו בדוח הקודם וסקירת פעולות המשרד בנושא עד סיום הביקורת הנוכחית:

1. לאומית לא תיאמה את מהלך הפסקת השירות למבוטחיה עם גורם כלשהו ולא וידאה שמבוטחיה הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי נפש יקבלו טיפול במקום אחר. מבוטחים אלה לא צוידו כמקובל במכתב "סיכום טיפול" מאיש המקצוע המטפל, והעברתם להמשך טיפול לא תואמה עם המרפאות הממשלתיות. בשל מהלך זה מבוטחי לאומית שנוקקו לטיפול פסיכיאטרי מרפאתי לא יקבלו שירות במשך חודשים.

2. החוק מאפשר לנקוט כמה וכמה אמצעים נגד קופת חולים אשר אינה מקיימת את הוראותיו. סעיף 37 לחוק מאפשר למנכ"ל המשרד לשלוח לקופה מכתב התראה, במקרה שהקופה אינה מקיימת את הוראות החוק או שאינה פועלת כראוי או שיש חשש שלא תוכל לתת לחבריה את שירותי הבריאות המגיעים להם על פי החוק. אם הקופה אינה ממלאת אחר ההתראה מותר במקרה הצורך למנות ועדה בודקת ואף להשעות את נושאי המשרה. בתשובתו על ממצאי הביקורת הקודמת ציין המשרד שתי סיבות לכך שלא ננקטו הליכים לפי סעיף 37: הן העובדה שהפעלת סמכות זו סבוכה ומסורבלת והן שבנקיטת הליכים אין שליטה בתוצאותיהם.

משרד מבקר המדינה המליץ למשרד ברוח הקודם לשקול שינוי חקיקה לסעיף זה כדי שיהיו בידי הכלים המתאימים להתמודדות עם קופות החולים במקרים מעין אלה. הבדיקה הנוכחית העלתה שהמשרד לא בחן את האפשרות לפעול לשינוי החוק.

יש לציין עוד כי הצעד שנקטה לאומית פגע במבוטחיה ואפשר לה לחסוך משאבים בעקבות הפסקת שירותים שהקופות האחרות הוסיפו לספק.

אף שהמשרד הוא המפקח על לאומית, נמצא כי הוא לא נקט אמצעים כלשהם נגד קופה זו למעט כתיבת שני מכתבים בנושא לחידוש פעילותה. רק כעבור חמש שנים (בשנת 2009) חידשה לאומית את השירות לכלל מבוטחיה. במועד סיום הביקורת, אוגוסט 2009, רק כ-2,500 מבוטחים פנו לקבל שירות זה בקופה. אפשר להניח שמבוטחים רבים פנו לטיפול במסגרת פרטית או שוויתרו כליל על הטיפול.

על המשרד לבחון שוב את המלצת משרד מבקר המדינה שנכתבה בדוח הקודם בעניין שינוי החוק, כך שיהיו בידי המשרד הכלים המתאימים להתמודדות עם קופות החולים במקרים מעין אלה.

### פעולות המשרד לביצוע בקרה במרפאות קופות החולים

1. הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי הנפש הם אוכלוסייה חלשה ופגיעה שאינה יכולה לעמוד על זכויותיה, ולכן נדרש המשרד לעמוד על זכויותיהם במקומם. על המשרד לבצע הליך של בקרה על קופות החולים שמטרתו לוודא שטיב השירות שהן נותנות למבוטחיהן ניתן בהתאם לנוהלי המשרד.

הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שהמשרד אינו מבצע הליך בקרה, ולו מדגמי, בתחום בריאות הנפש בקופות החולים.

2. במסגרת עבודת המטה להעברת האחריות לקופות על המשרד לקבוע תכנית ביקורת המבוססת על תקנים ועל סטנדרטים בדבר הצרכים שהקופות נדרשות למלא במרפאותיהן.

הבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה העלתה שתכנית כזו לא נקבעה.

## I

בדוח הקודם נכתב: "השירות האמבולטורי לפני קריסה בתקופת ביניים טרם העברת האחריות הטיפולית לקופות. כולם מצמצמים [את] השירות: יש צמצום משמעותי במספר עובדי השירות האמבולטורי. לא מאיישים משרות מתפנות... הקופות, מאידך מתנערות מאחריות ונסוגות ומצמצמות שירותים... יש סכנת קריסה וסכנה של נסיגה אצל משתקמים ללא מענה טיפולי נדרש".

בביקורת הנוכחית נמצא שבהכנות לקראת העברת האחריות לבריאות הנפש מהמשרד לקופות החולים, משרד הבריאות ומשרד האוצר לא הביאו בחשבון את גורם הזמן שנדרש ליישום הרפורמה הביטוחית. בינתיים נפגעת אוכלוסיית הסובלים ממצוקה נפשית שהיא אוכלוסייה חלשה. נמצא שלא פותחו שירותי קהילה, שלא הוגדלו תפוקות, שלא שופרו תנאי העבודה ואף שלא הוטבו התנאים הפיזיים. למרות הצורך להגדיל את השירות הקהילתי בהתאם לגידול הטבעי לפחות, השירות לציבור מתדרדר הן מבחינת מצבם הפיזי של מבני המרפאות והן מבחינת מיעוט הפניות היחסי הזוכה למענה. המציאות הקשה בשירותי המרפאה מחייבת לדעת משרד מבקר המדינה שיפור מידי של המצב. על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לשקול להקצות חלק ממקורות התקציב שיועדו ליישום הרפורמה כבר עתה מבלי להמתין עד יישום הרפורמה הביטוחית שלא ידוע אם תבצע ומתי.

## שיקום נכי נפש בקהילה

חוק השיקום שנכנס לתוקף בשנת 2001 קובע שנכה נפש בדרגת נכות של 40% לפחות זכאי לפנות לוועדת שיקום אזורית<sup>67</sup> (להלן - ועדת השיקום) המוסמכת לאשר לו תכנית שיקום במגוון שירותים, ובהם דיור, תעסוקה, השכלה וחונכות - כמפורט בתוספת לחוק (להלן - סל שיקום). בעקבות החוק התאפשרה הרפורמה המבנית שבמסגרתה נסגרו אלפי מיטות אשפוז. לאחר כניסת חוק השיקום לתוקף הועברו חולים שהוחזקו בבתי חולים פסיכיאטריים בלא צורך רפואי של ממש לשיקום במסגרת הקהילה - בהשגחת בני משפחותיהם או בלעדיה. לשם כך הקים מטה השיקום במשרד מאות מסגרות שיקום נוספות<sup>68</sup> שבשנת 2009 שימשו כ-15,000 נכי נפש.

### פעילות המשרד בעניין חוק השיקום

הביקורת הקודמת העלתה שהמשרד לא נערך כראוי ליישם את חוק השיקום. בביקורת הנוכחית התברר שכמה ליקויים טרם תוקנו. להלן פירוטם:

#### הרכב ועדות השיקום

חוק השיקום קובע כי בוועדת שיקום צריכים להיות שלושה חברים, שהם עובדים מקצועיים, ושניים לפחות צריכים לעסוק בתחומים שונים. בביקורת הקודמת עלו בעיות שונות שעלולות להתעורר בשל הרכב ועדות השיקום. לדוגמה: כאשר בוועדת השיקום משתתפים ממונה וכפוף, יש חשש שהכפוף לא יוכל להתבטא בחופשיות אם ידוע לו מראש שהממונה עליו אינו חושב כמוהו. בעקבות זאת העיר משרד מבקר המדינה כי על המשרד להקפיד שבועדות הדנות בענייניו של חולה מסוים לא יכהנו ממונה וכפוף באותה ועדה.

בביקורת הנוכחית התברר שבעיה זו עדיין קיימת וכי יש ועדות שיקום שבהם משתתפים ממונה וכפוף. לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד להסדיר בהקדם ליקויים אשר משרד מבקר המדינה העיר עליהם כבר לפני שלוש שנים.

הביקורת הנוכחית העלתה גם שמתעוררים קשיים לאייש ועדות, ולפיכך הן פועלות לעתים בהרכב חסר. יש ועדות שחבריהן מתחלפים במהלך הדיונים, ויש ועדות שחברים בהן מתמחים או עובדים חסרי ידע בעניין סל השיקום. בדימונה, במצפה רמון, בירוחם ובערד אין מתקיימות כלל ועדות, והזקוקים להן צריכים להיטלטל עד באר שבע.

מר יחיאל שרשבסקי, אחראי השיקום במשרד, הבהיר לנציגי משרד מבקר המדינה שכל עוד אין תקצוב מיוחד למימון שכרם של חברי הוועדות (כפי שיש לוועדות פסיכיאטריות העוסקות באשפוז כפוי) "הבעיות... ימשכו. אם יהיה תקצוב ניתן יהיה לגייס בתשלום חברים חיצוניים כך שהוועדות תהיינה יותר אובייקטיביות".

67 יש 18 רכזי ועדות שיקום ורכזי משנה המשמשים יושבי ראש של ועדות שיקום. בכל אזור פועלות כמה ועדות במסגרת לשכות הפסיכיאטרים המחוזיים.

68 יצוין כי חלק ממסגרות השיקום הוקמו עוד לפני שנחקק חוק השיקום.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון את הדרכים להתמודד עם הליקויים בתפקוד הוועדות ואת הפתרונות אשר יאפשרו להן לפעול באובייקטיביות הנדרשת בהתאם לחוק ולנורמות הציבוריות. בין היתר על המשרד לשקול את נושא תקצוב הוועדות כפתרון אפשרי.

### עיון בתכנית השיקום

חוק השיקום קובע שעל ועדת השיקום לעיין מדי שישה חודשים בתכנית השיקום שנקבעה לנכה הנפש כדי לבדוק אם היא אכן מתאימה לו.

הביקורת הקודמת העלתה שוועדות השיקום לא עשו זאת. משרד מבקר המדינה העיר אז למשרד שכאשר ועדות השיקום אינן מעיינות בתכנית השיקום של נכה הנפש בהתאם לקביעת החוק, עלול תהליך השיקום להחטיא את מטרתו. הביקורת הנוכחית העלתה שוועדות השיקום עדיין אינן מעיינות בתכניות השיקום מדי שישה חודשים אלא פעם בשנה בקירוב.

אחראי השיקום במשרד מסר באוגוסט 2009 לנציגי משרד מבקר המדינה כי לדעתו בעניין חלק מן המשתקמים די לעיין בתכנית השיקום פעם בשנה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד לפעול בהתאם להוראות הקבועות בחוק ובמקרה שהמשרד סבור שדי בעיון חד-שנתי בתכנית השיקום, עליו להסדיר זאת בתיקון לחוק השיקום.

### מתאמי טיפול בקהילה

חוק השיקום קובע כי סל השיקום כולל "מינוי מתאם טיפול שיהיה אחראי ליישום ותיאום מתן כל השירותים הניתנים לנכה נפש". הניסיון בעולם מלמד שהפעילות של מתאמי טיפול חשובה מאוד למימוש תכניות שיקום. לדעת יו"ר המועצה לשיקום "ללא מערך נאות של מתאמי טיפול... לא יוכל להינתן שירות טוב... מתאם הטיפול הינו דמות המפתח שבלעדיה לא ניתן לפתח תכניות מסוימות כגון: תכנית אישית". לדבריו על מתאם הטיפול להבטיח גם את היישום הנאות של תכנית השיקום שקבעה ועדת השיקום למשתקם, לרבות תיאום שירותים חיוניים אחרים בקהילה.

הביקורת הקודמת העלתה שמספר מתאמי הטיפול היה מצומצם מאוד ולא הספיק לשיבוץ המשתקמים במסגרות השיקום. בביקורת הנוכחית התברר כי במהלך שנת 2009 נוספו על 22 מתאמי הטיפול שהם עובדי המשרד 30 מתאמי טיפול שאינם עובדי המשרד<sup>69</sup>, כך שמספרם גדל ל-52. אולם לדעתם של אחראי השיקום ושל יו"ר המועצה לשיקום חסרים בכל זאת מתאמי טיפול. עוד עלה שעובדי המשרד המתאמים מועסקים במטלות נוספות פרט לתיאום הטיפול. כך למשל הם מעיינים בתכנית השיקום ועורכים פורומים מקצועיים למנהלים ולעובדים במסגרות שיקום.

69 מתאמים אלה מקבלים את שכרם מעמותת משה הס. השכר ממומן שווה בשווה על ידי המשרד ועל ידי קרן פילנתרופית (קרן טאובר) שמטרתה העיקרית לסייע בתחום בריאות הנפש.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי לקבוע תקן שיגדיר בכמה משתקמים ובכמה מסגרות שיקום יעסוק כל מתאם טיפול.

### מחקרים בתחום שיקום נכי נפש בקהילה

כאמור, אחד מתפקידי המועצה שנבקעו בחוק השיקום הוא ליזום מחקרים בנושאי שיקום ובכלל זאת בחינת התועלת שבהפעלתו. הדבר חיוני במיוחד מאחר שמערך השיקום חדש יחסית ועלותו גבוהה - כ-400 מיליון ש"ח בקירוב בשנה.

ועדת משנה שמינתה המועצה לשיקום לנושא זה המליצה ביולי 2008 למשרד לערוך מחקרים בנושאים שונים כגון: עלות-תועלת שירותי השיקום, איכותם של שירותי השיקום ונגישותן של אוכלוסיות שונות לשירותים. חיזוק לצורך לבדוק נושא זה עלה במחקר שעשה מכון ברוקדייל בשנת 2009 (להלן - המחקר של מכון ברוקדייל משנת 2009) שבו נכתב כי "רוב האנשים שזוהו כבעלי בעיות נפשיות קשות אינם מקבלים ולא קיבלו בעבר [שירותי] שיקום"<sup>70</sup>. ביוני 2009 מסר יו"ר המועצה לשיקום לנציגי משרד מבקר המדינה כי בוצעו מעט מחקרים. כך גם לדעת גב' רינת יופה, מנהלת המחלקה למידע והערכה במשרד. לדעת יו"ר המועצה לשיקום על המשרד להקים גוף ארגוני לנושא המחקר שיתמקד בחשיבה כיצד לקדם תחום זה כך שיייע למקבלי ההחלטות ולגורמים העוסקים בנייהול המערכת במשרד. לצורך כך יש להקצות תקציב מוגדר למחקר.

ועדת המשנה המליצה בין היתר שהמשרד יבנה מסד נתונים אשר יאפיין את צרכני השירותים במגוון חתכים כגון: מעמד סוציו-דמוגרפי, הגורם המפנה, משך צריכת השירותים וסוגיהם. ממונה השיקום מסר לנציגי משרד מבקר המדינה בספטמבר 2009 כי בחלק מן הנושאים יש מסד נתונים. להערכתו עד 2011 יכלול מסד הנתונים גם מדדי תוצאה.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי לזרז את הקמת מסד הנתונים המלא.

יו"ר המועצה לשיקום השיב בנובמבר 2009 למשרד מבקר המדינה כי המועצה הארצית לשיקום בקהילה מייחסת לנושא המחקרים חשיבות רבה וכי בספטמבר 2008 היא הגישה את המלצותיה להנהלת המשרד. עיקרי ההמלצות נגעו לצורך בהקצאה ייעודית של מקורות לביצוע מחקרים וההערכות, לדרכים לקביעת סדרי העדיפויות למחקרים וכן להליכים לביצוע ולהערכת הצעות המחקר ותוצאותיהם, זאת בדומה למתכונת המקובלת בתחום המחקרים הנוגעים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. לבקשת המנכ"ל התקיים בדצמבר 2008 דיון בהנהלת השירות ובסיומו אישרו המשתתפים את המלצות המועצה שעיקרן: "חייבת להיות הקצאה ייעודית לנושא מחקר והערכה בתחום השיקום. ניתן לאמץ את הדגם של חוק ביטוח בריאות ממלכתי המבטיח הקצאה ייעודית ומגוון לצרכי מחקר והערכה". ההמלצות נמסרו למנכ"ל המשרד.

נמצא כי עד ינואר 2010 לא חלה שום התקדמות בנושא, אף שההמלצות נמסרו למנכ"ל כשנה קודם לכן.

70 נעמי שטרן ואח', "אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל - ראייה משולבת של מערכות השירותים", מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, דצמבר 2009.

לדעת משרד מבקר המדינה היעדר מחקרים בתחום השיקום פוגע בעקרון היסוד של מדיניות בריאות הנפש בדבר "קידום איכות הטיפול וייעול השירות" כפי שהתבטא בהצעת התקציב של המשרד לשנים 2009-2010. לפיכך נדרשים משרד הבריאות, משרד האוצר והמועצה לשיקום לפעול למען הקצאה ייעודית לצורכי מחקר. יש לציין כי יש כמה מודלי מחקר דוגמת הדגם של חוק ביטוח בריאות ממלכתי המבטיח הקצאה ייעודית ומנגנון לצורכי מחקר והערכה. על כל הגורמים לבחון, לשקול ולהחליט מהו הדגם המתאים למחקרים בתחום השיקום כדי שאפשר יהיה לבצע מחקרים שיסייעו בידי מקבלי ההחלטות.

## תקציב השיקום

בשנת 2009 היה התקציב לשיקום כ-400 מיליון ש"ח. תקציב זה אמור לשקף בין היתר, את סדרי העדיפויות של המשרד בתחום השיקום. כמו כן חוק השיקום קובע, שתפקידי המועצה לשיקום, בין היתר, הם "התוויית מדיניות שיקום ארצית רב-שנתית... [ו]תכנון שירותי השיקום". לצורך עמידה בתפקידים אלה על המועצה לשיקום לדון על תקציב השיקום ועל סדרי העדיפויות שלו, כדי שתוכל למסור את המלצותיה למשרד.

יצוין שבדוח הקודם<sup>71</sup> העיר משרד מבקר המדינה על אי שיתוף המועצה לשיקום בדיונים ובהחלטות בשנים 2003-2006. המועצה גם לא התבקשה לחוות דעתה בנושאים חשובים כגון יעדי מערכת השיקום, הרפורמה בשירותי בריאות הנפש ויישומה והשינויים הנוגעים לתקציב השיקום.

גם בביקורת הנוכחית טען יו"ר המועצה לשיקום כי המשרד לא שיתף את המועצה לשיקום בדיונים בנושא התקציב, וכך נמנע מהמועצה למלא חלק חשוב ביותר מתפקידיה.

בדוח הקודם המליץ משרד מבקר המדינה בין היתר: ש"מן הראוי להגביר את שיתופה של המועצה לשיקום בהתוויית מדיניות השיקום הארצית... כפי שעולה מן החוק". משרד מבקר המדינה מעיר שמן הראוי שהמשרד ישתף יותר את המועצה לשיקום בנושאים הנוגעים לשיקום בקהילה.

## זכאות לשירותי שיקום וניצולם

על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי עד יולי 2009 הכיר המוסד בכ-62,000 אנשים בני 67-18 הסובלים ממחלות נפש כנכים בדרגת נכות נפשית של 40% לפחות (להלן - הזכאים לשיקום). לפי המחקר של מכון ברוקדייל משנת 2009 יש עוד כ-27,000 אנשים הסובלים ממחלות נפש אשר זכאים לפנות לוועדות השיקום, ובהם כאלה שאינם מעוניינים לפנות למוסד לביטוח הלאומי עקב הסטיגמה הכרוכה בכך (ראו להלן). במחקר נכתב כי מדובר באנשים שסביר להניח שלו היו פונים למערכות המתאימות, היו מזוהים כבעלי נכות נפשית של 40% לפחות. יש גם נכי נפש הסובלים מנכות נוספת שבעבורה הם מקבלים את קצבת הנכות, ויש אחרים שקיבלו קצבת נכות, אך כשמלאו

לנשים 62 שנים ולגברים 67 שנים הם החלו לקבל קצבת זקנה, ומשום כך נגרעו מרשימת נכי הנפש במוסד לביטוח לאומי.

### ניצול הזכאות לתכניות שיקום

יש לשאוף שכל הזכאים לשירותי שיקום יקבלו שירותים אלה וינצלו אותם. ועדות השיקום אישרו לנכים תכניות שיקום במסגרות מיוחדות. עקב עלותן הגבוהה של התכניות דרוש שהמשרד ינקוט פעולות שיבטיחו שפגועי הנפש הזכאים לכך יממשו את התכניות שאושרו להם. אחת מדרכי הפעולה האפשריות היא הכנת רשימת ממתנינים שהשתתפותם תאושר אם חלק מהזכאים לא מימשו זכות זו.

כבר בדוח הקודם נקבע כי נכי נפש רבים לא מימשו את תכניות השיקום שוועדות השיקום אישרו להם. גם הביקורת הנוכחית העלתה מצב דומה: בשנים 2007 ו-2008 רק כ-70% מנכי הנפש מימשו את המסגרות שוועדות השיקום אישרו להם.

נמצאו נכים שוועדות השיקום אישרו להם יותר מתכנית שיקום אחת. על פי השנתון הסטטיסטי של השירות ל-2008 בשנת 2007 מומשו בממוצע רק 76.7% מכלל התכניות שאושרו: מן התכניות של תיאום טיפול, שירותי סמך<sup>72</sup> וחונכות<sup>73</sup> מומשו רק כ-55%, ומן התכניות של מגורים, תעסוקה, חברה ופנאי<sup>74</sup> מומשו 81%-85%.

משרד מבקר המדינה המליץ למשרד כבר בדוח הקודם לבחון את הסיבות לשיעור הניצול הנמוך של תכניות השיקום. הביקורת הנוכחית העלתה שבדיקה זו לא נעשתה. לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון דרכים או פתרונות שיבטיחו שמרבית הזכאים לשירותי שיקום יקבלו אותם. כך אפשר יהיה לסייע למשתקמים רבים ככל האפשר.

### היעדר מענה לכלל נכי הנפש

כדי לאפשר שיקום מוצלח ראוי שהמשרד יכין די מסגרות שיקום למגוון הבעיות הרפואיות שמהן סובלים נכי הנפש.

אולם הבדיקה הנוכחית העלתה כי מאות זכאים לשיקום אינם יכולים לקבל שירות זה מפני שלא הוכנו בעבורם מסגרות שיקום. מדובר בנכי נפש הסובלים מן הפגיעות האלה: אלימות, נטיות אובדניות, הפרעות אכילה ובעיות קוגניטיביות<sup>75</sup>. למשרד אין נתונים מדויקים בכמה נכים מדובר בכל אחד מסוגי הפגיעות.

72 טיפול פרטני הניתן בביתו של המשתקם במטרה לסייע לו בזמן משבר.  
73 ליווי הניתן למשתקמים שאינם יכולים להתמודד בכוחות עצמם עם החיים בקהילה.  
74 סיוע במימון מועדונים חברתיים במסגרות רגילות ומיוחדות לבילוי חברתי ולהקניית מיומנויות חברתיות.  
75 קשיים בתהליכי החשיבה של האדם.



**דוגמאות לקשיים במתן שירותי שיקום**

להלן דוגמאות לקשיים במתן שירותי שיקום כפי שעלו ממסמכים שכתבו רכוזות של ועדות סל השיקום הפועלות במחוזות המשרד:

1. מחוז דרום: המחוז פועל בתחום השיקום בשטח גאוגרפי נרחב, מאשדוד עד אילת. המחוז מתקשה להפעיל תכניות של השכלה נתמכת<sup>76</sup> בעיקר בגלל מחסור בכוח אדם איכותי. בחלק מן היישובים אין תכנית של תעסוקה נתמכת<sup>77</sup> בגלל הקושי לגייס יזמים ובגלל הקושי לאתר מקומות עבודה<sup>78</sup>; לעתים נדרשים נכי הנפש לעבור להתגורר ביישוב אחר כדי לקבל שירותי הוסטלים, השכלה ותעסוקה נתמכת.

2. המגזר הערבי: אין די מסגרות שיקום; ועדות השיקום אינן מתכנסות תמיד (רהט); חסריים מתאמי טיפול; לעתים בוועדות השיקום אין חבר ועדה דובר ערבית. במחקר של מכון ברוקדייל משנת 2009 נכתב כי "מגורים ביישוב יהודי מעלים באופן משמעותי את הסיכוי לקבל שיקום בהשוואה למגורים במקום לא יהודי [וכן ש]יש הבדלים משמעותיים בשיעור מקבלי השיקום בין קבוצות אוכלוסייה ואזורים בארץ".

3. טיפולי שיניים: התרופות שצורכים המטופלים גורמות נזקים לשיניים. לפיכך כולל סל השיקום גם טיפול שיניים. במחוז הדרום ובמחוז חיפה איכות טיפולי השיניים שמקבלים נכי הנפש אינה טובה.

יוצא אפוא שנכי נפש רבים כלל אינם מקבלים פתרון שיקומי או שהפתרון השיקומי אינו ברמה הרצויה.

לדעת משרד מבקר המדינה על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לפעול כדי לתת מענה לבעיות שהועלו כך שיתאפשר לכלל נכי הנפש להשתתף במסגרות השיקום המתאימות להם.

**מסגרות השיקום: הקמתן, הפעלתן, סגירתן והקשיים הכרוכים בכך**

מסגרות השיקום מופעלות בידי יזמים שהם עמותות או גופים עסקיים. בשנים האחרונות ההתקשרות עם היזמים נעשית בדרך כלל באמצעות מכרזים בהתאם לדרישות שקבע המשרד. בעת הביקורת הפעיל המשרד כ-500 מסגרות שיקום למגורים ונוסף על כך כ-200 מסגרות לתעסוקה ופנאי שבהן שותפו כ-15,000 משתקמים שניצלו מסגרת שיקום אחת או יותר. מדובר בגידול של כ-18% בהשוואה לביקורת הקודמת (בשנת 2006 היה מספר המשתקמים כ-12,750).

76 פעילות הכוללת השלמת לימודים לתעודת בגרות, הכרת המחשב ותכנית תמיכה ללימודים לתואר אקדמי.

77 שירות המסייע למשתקמים להשתלב במקומות עבודה רגילים.

78 לדברי יו"ר המועצה לשיקום המתבססים על מחקרים שנערכו בחו"ל, ההפסד לחברת הישראלית מאי-שילוב רב יותר של נכי נפש בשוק העבודה מוערך לדעתו ב-2.3 מיליארד דולר בשנה.

### סיוע מצד אנשי מקצוע

1. עובדי מטה השיקום הכינו חוזי התקשרות לצורך התקשרויות עם יזמים המפעילים את מסגרות השיקום. במהלך העבודה התעוררו שאלות משפטיות עקרוניות ולכן הם נזקקו לסיוע מצד מומחי משפט. לדברי אחראי השיקום אמנם בסופו של דבר הייעוץ המשפטי של המשרד סייע בנושא, אך בהיעדר משפטן קבוע במערכת השיקום חל עיכוב בביצוע פעולות אלה.
2. עובדי מטה השיקום הכינו נהלים לצורך קביעת כללי ההתקשרות עם היזמים. לדעת אחראי השיקום גם בתחום זה יש צורך בסיוע מצד אנשי מקצוע המתמחים בהכנת נהלים.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון את הצורך במתן סיוע בתחומים אלה למטה השיקום.

### הוספת מסגרות שיקום

מאז כניסת חוק השיקום לתוקף בשנת 2001, הולך וגדל מדי שנה מספר נכי הנפש הפונים לוועדות השיקום. לכן יש להיערך ולהכין מראש מסגרות שיקום שנכי הנפש יוכלו להתחיל בהן את תהליך השיקום מיד לאחר קבלת אישור תכנית השיקום.

הביקורת העלתה שהוספת מקומות בעבור משתקמים חדשים נעשית רק אחרי שמתברר הצורך שעולה מתכניות השיקום שאישרו ועדות השיקום ולא על פי תכנון מראש.

פרופ' יגאל גינת<sup>79</sup>, יו"ר עמותת רעות המפעילה מסגרות שיקום בקהילה, מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי התהליך של הקמת מסגרת שיקום (בדרך כלל באמצעות מכרז) יכול להימשך חצי שנה עד שנה, דבר המעכב את השמת המשתקמים במסגרות. מאחר שמטרת הגידול בתקציב השיקום היא גם הוספת מסגרות שיקום לכ-1,200 משתקמים חדשים מדי שנה, רצוי שהמשרד יכין באורח שוטף ובקביעות מסגרות שיקום שיהיו זמינות.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון את האפשרות להכין באורח שוטף ובקביעות מסגרות שיקום שיהיו זמינות, וזאת בהתאם לתקציב המיועד לשיקום.

### הפסקת התקשרות עם יזם

על המשרד לוודא שכל המסגרות שבהן שוהים פגועי נפש פועלות בלא חשש מסיכון חיי המשתקמים ומפגיעה באיכות חייהם. בעקבות פעולות בקרה שהעלו ליקויים חמורים במיוחד, שחלקם סיכנו את המשתקמים ופגעו באופן חמור באיכות חייהם, סגר המשרד 17 מסגרות של מפעל מוגן, הוסטלים ומסגרות של דיור מוגן<sup>80</sup>.

בשיטת ההתקשרות של המשרד עם ספקים מקצים הספקים מקום לפעילות המסגרת ועליהם להפעיל את המסגרת בהתאם לדרישות המשרד. כאשר המשרד מחליט שיש להפסיק את ההתקשרות

79 פרופ' יגאל גינת נמנה עם חברי המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה ובעבר כיהן כמנהל בתי החולים הפסיכיאטריים באר שבע וטלביה.

80 מגורים במקום שבו מקיימים ביקורי בית שלושה עד חמישה ימים בשבוע.

עם מסגרת שסיפקה לו שירותים מתברר לעתים שמדובר בפעילות מורכבת שבמהלכה מתמודד המשרד עם התנגדויות מצד היזמים (לעתים משפטיות) ועם הצורך למצוא מסגרות חלופיות למשתקמים. דרוש זמן רב לאתר ספק אחר, ועד קביעת הספק החדש עלולים מטופלים להישאר בלא מסגרת ראויה.

בארצות מערביות ובעיקר בארצות הברית מקובלת צורת התקשרות עם יזמים בשיטת GOCO<sup>81</sup>. בשיטה זו נעשית ההתקשרות עם היזם רק לצורך קביעת קבוצת ניהול של פעילות שהוגדרה מראש. הפעילות עצמה מתבצעת במתקנים ובמבנים בבעלות הגוף המזמין את הפעילות או בכאלה שהגוף שכר לצורך כך. התקשרות כזו מאפשרת החלפת הנהלה אם הגורם המזמין אינו מרוצה מתפקודה. במקרה כזה המקום אינו נסגר, והמשתתפים בפעילות נשארים במקום שאליו התרגלו<sup>82</sup>.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון את יתרונות השיטה, את כדאיותה ואת האפשרות ליישמה, כאחת הדרכים להתמודד עם הליקויים שהועלו.

**קשיים בהקמתן ובהפעלתן של מסגרות חדשניות**

לדברי אחראי השיקום, עקב שינוי במאפייני המשתקמים, כיום יש יותר משתקמים בעלי כישורים אישיים גבוהים או ייחודיים שאפשר להעסיקם בתכניות חדשניות ולא מסורתיות, כמו בעלי כישורי אמנות ובעלי יכולת ללימודים אקדמיים. השתתפותם בתכניות אלה מאיצה ומשפרת את הליך השיקום במידה ניכרת.

לא אחת יוזמים המשרד ויזמים תכניות חדשניות שעשויות לתרום במידה רבה לשיקום, אך יש קושי רב בהפעלתן. הביקורת הנוכחית העלתה שהמשרד מפעיל כמה תכניות חדשניות, אך טרם פיתח מודלים לתמחור מסגרות אלה. המשרד מתגמל את היזמים שמפעילים מסגרות אלה בתעריפים קיימים של "מועדון תעסוקתי" או של "מפעל מוגן" שלדברי אחראי השיקום אינם מספיקים.

לדוגמה: המשרד מממן ברעננה תכנית שיקום באמנות של ציור ועבודת קרמיקה וזכוכית שמפעילה עמותת דרור. בתכנית זו משתתפים כ-35 משתקמים במבנה שבנתה העמותה על קרקע שבבעלות עייתיית רעננה. המבנה הותאם לדרישות השירות לקריטריונים של "מועדון תעסוקתי" (כגון: שטח הפעילות הדרוש למשתקם) ולא של תכנית לאמנויות.

בסיור שערכו נציגי משרד מבקר המדינה ביוני 2009 הועלה שהמשתקמים פועלים במקום בתנאי צפיפות, מפני שבתכנית האמנות זקוק כל משתקם לשטח עבודה נרחב יותר.

לדברי מנהלת תחום התעסוקה במטה השיקום, הן בתכנית המופעלת ברעננה והן בתכניות אחרות דומות יש קושי לממן את משכורותיהם של אנשי המקצוע המדריכים את המשתקמים כיוון שהפעילויות מתוגמלות לפי תעריף נמוך של "מועדון תעסוקתי".

81 Comparison of Government-Owned Contractor-Operated (GOCO) Facilities and Management and Operating (M&O) Contractors - <http://www.ornl.gov/adm/wfo/gocom&o.htm>

82 פעילות מעין זו כבר נעשית בידי המשרד. במרכזים הממשלתיים לבריאות הנפש לב השרון (פרדסיה), שער מנשה ובאר יעקב יש הוסטלים לניצולי שואה. המבנים הם בבעלות הממשלה ומשנת 2009 "האגודה למען שירותי בריאות הציבור" מפעילה את המקומות בהתאם להסכם שחתמה עם המשרד.

לדעת משרד מבקר המדינה על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לבחון את הצורך ואת האפשרות לתמחר כראוי פעילויות אלה כדי שאפשר יהיה ליישמן בלא תקלות.

### מסגרות קהילתיות שאינן מתאימות למצב הרפואי של נכי נפש

כדי שנכה נפש יקבל את הטיפול המגיע לו וכדי שיחול שיפור במצבו עליו לשהות במסגרת המתאימה לו. על המשרד לוודא שכל נכה נפש יימצא במסגרת המתאימה למצבו. כך למשל פועלת ועדת הכרעה בין-משרדית המשותפת למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה שתפקידה לספק מענה לאנשים הסובלים מכמה ליקויים, אך אינם עומדים בקריטריונים של אחד המשרדים.

1. להערכת רכזות של ועדות השיקום בלשכות הפסיכיאטר המחוזי בתל אביב, בצפון, בדרום ובנפת חדרה עשרות נכי נפש נמצאים במסגרת של מגורים או של עבודה שאינה מתאימה למצבם, ולדעתן יש להעבירם למסגרת אחרת. להערכתן מדובר ב-25%-15% מן המשתקמים. עם זאת הן ציינו שחלק מן המשתקמים אינם מעוניינים לעבור למסגרת מסיבות שונות, כגון: חשש משינוי, חוסר מוטיבציה, התנגדות בני משפחה והמצב הלא יציב בשוק העבודה.

2. יש מסגרות שאינן שיקומיות אולם שוהים בהן נכי נפש שלדעת אנשי המקצוע המטפלים בהם חלקם מתאימים למסגרות שיקום. כך למשל ביוני 2009 ערכה העוזרת לפיקוח ובקרה של הפסיכיאטר המחוזי מלשכת הבריאות בתל אביב בקרה בבית תמר ברמת גן המשמש מסגרת פרטית למגורים טיפוליים<sup>83</sup> אינטנסיביים. במסגרת זו שהו באותה עת 64 נכי נפש. בבקרה התברר שלטענת המטפלים אפשר היה להוציא ממסגרת זו עשרה מטופלים הנמצאים במצב טוב יחסית ולשלבם במסגרות שיקום.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד כי עליו לבדוק מדוע נכי הנפש המתאימים לשיקום לא הופנו לוועדת שיקום, ולפעול ליישום מסקנותיו בכל מקרה ומקרה.

משרד מבקר המדינה הדגיש בפני משרד הבריאות ומשרד הרווחה כי עליהם לפעול בשיתוף פעולה כדי שכל חולה ישהה במסגרת המתאימה לו. במקרים של חוסר הסכמה יש להעזר בוועדת ההכרעה בין-משרדית המשותפת למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה.

### הפעלת המסגרות ומנגנון בונוסים

ישנן דרכים מקובלות לעודד מצוינות בקרב היזמים על ידי שילוב תמריצים בחוזים עמם דוגמת בונוסים.

סל השיקום כולל כמה מסגרות מוגדרות למתן שירותים שלהפעלתן קבע המשרד כללים (כגון: מפעל מוגן<sup>84</sup> ומועדון תעסוקתי<sup>85</sup>). מסגרות אלו נועדו בעיקר להעסיק משתקמים בהתאם לרמת תפקודם. הדבר נעשה בדרך כלל באמצעות מכרז שבעקבותיו נחתם חוזה עם היזם.

83 מסגרת מגורים שהוכנה ביזמת המשרד לפגועי נפש שאינם זקוקים לאשפוז ואינם מתאימים לשיקום אך צריכים להיות בהשגחה.

84 שירות תעסוקה שיקומית מוגנת למי שאינו מסוגל להשתלב בשוק החופשי.

85 שירות טרום-תעסוקתי המשלב פעילות חברתית, הקניית מיומנויות חיים ותעסוקה.

הביקורת העלתה שהמשרד לא כלל בחוזה עם היזמים שימוש במנגנון בונוסים כתגמול על השקעה מיוחדת בהפעלת המסגרות. יש לציין שהמשרד הנהיג מנגנון כזה בנושא התגמול ליזמים המפעילים מסגרות לאשפוז סיעודי. כך לדוגמה מוסד סיעודי אשר רמת תחזוקת המבנה שלו או שרמת ההשכלה של עובדיו גבוהות מן הדרוש - מתוגמל כספית<sup>86</sup>.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון ולשקול שימוש במנגנון זה כדי לעודד יזמים לשפר את השירות שהם מספקים לנכי הנפש.

## I

חוק השיקום קובע ששר הבריאות, בהתייעצות עם שר האוצר, רשאי להוסיף על סל השיקום המפורט בתוספת לחוק השיקום ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת גם לגרוע ממנו.

תכניות השיקום שהוכנו בשירות מאז נכנס החוק לתוקף בשנת 2001 נעשו בהתאם לסל השיקום שקבע החוק. הזמן שחלף מאז מחד גיסא וההצלחות בהפעלת שירותים חדשניים מאידך גיסא מעידים על הצורך לעדכן את סל השיקום. עד סיום הביקורת באוגוסט 2009 טרם נעשה הדבר.

לדעת משרד מבקר המדינה כדי לאפשר לנכי הנפש להשתתף בתכניות שיקום מיטביות על משרד הבריאות, על משרד האוצר ועל המועצה לשיקום לבחון את הנושא ולשקול אם יש צורך לשנות את הרכב סל השיקום - פעם בתקופה או בקביעות. כמו כן יש לבחון אם יש תכניות שכדאי להוציאן מן הסל בניגוד לתכניות אחרות שראוי ושכדאי לכלול אותן בתמחור מתאים.

### פיקוח ובקרה של המשרד ומחוזותיו על מסגרות השיקום הפרטיות

על המשרד, כרוכש שירותי שיקום, לערוך בקרה על נותני השירותים. מטרת הבקרה היא לוודא שנותני השירותים פועלים על פי הכללים וברמה שקבע המשרד. הבקרה נוגעת לשלושה תחומים עיקריים: לצורכי היומיום של המשתקמים (כגון: מגורים בתנאים נאותים ובטיחותיים, תזונה ראויה והקפדה על אחסון ראוי של תרופות המשתקמים); להקפדה נאותה על ניהול הכספים שחלקם הם כספי המשתקמים; לבדיקת דיווחי היזמים למשרד על מספר המשקמים. החשיבות בבקרה כזו גוברת מפני שמדובר באוכלוסייה חלשה ופגיעה שאינה יכולה לעמוד על זכויותיה בעצמה, ולכן המשרד צריך לעשות זאת במקומה.

86 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 258 (2008), בפרק "היערכות משרד האוצר ומשרד הבריאות וביצוע מכרז הפיילוט בנפת פתח תקווה", בנושא "הקטנת משקל הבונוסים וההשפעה על התמריץ לשיפור השירות", עמ' 503.

בכל אחת ממשל לשכות הבריאות המחוזיות של המשרד<sup>87</sup> אמור לפעול עוזר של הפסיכיאטר המחוזי לנושאי בקרה. תפקיד העוזר לבצע פעולות בקרה על כלל המסגרות לבריאות הנפש: אשפוז, מרפאות ומסגרות שיקום. בעת הביקורת מילאו את התפקיד הזה אחיות (להלן - עוזר/עוזרי הפסיכיאטר המחוזי).

הביקורת הנוכחית העלתה כי משרת עוזר הפסיכיאטר המחוזי בלשכת הבריאות במחוז הדרום לא הייתה מאוישת משנת 2007, וכי המשרה של עוזר הפסיכיאטר המחוזי בלשכת הבריאות במחוז צפון לא הייתה מאוישת ממרס 2009. גם לפני כן הייתה תחלופה גבוהה של עוזרי הפסיכיאטר המחוזי במחוז הצפון.

הפסיכיאטר המחוזי של לשכת הבריאות במחוז הדרום מסר לנציג משרד מבקר המדינה ביוני 2009 כי נעשו ניסיונות לאייש את המשרה של עוזר הפסיכיאטר המחוזי לבקרה במחוז דרום אך הם לא צלחו בשל השכר הנמוך המשולם תמורתה.

נוסף על כך מועסק במסגרת שירותי בריאות הנפש במשרד כלכלן שתפקידו לבקר את כלל מסגרות השיקום בארץ. תפקידו להתמקד בתחום הכספי ובכלל זה בהיקף המשרות של כוח האדם (להלן - המבקר התקציבי). מסייע לו רואה חשבון חיצוני. בשירותי בריאות הנפש עבד בעת הביקורת מפקח רפואה ארצי המרכז את פעילות הבקרה הארצית בתחום בריאות הנפש.

### חשיבות הבקרה ותדירותה

הגם שבחלק ניכר מהבקורות שנעשו לא נמצאו ליקויים חמורים, יש בקורות שהעלו ליקויים קשים. להלן דוגמאות לליקויים שהעלתה בקרה שערכה עוזר הפסיכיאטר המחוזי בירושלים באחת המסגרות לדיור בירושלים בראשית שנת 2009: על הטיפול התרופתי ממונה אדם שאינו קורא אנגלית, אין רישום מהו הטיפול התרופתי, התרופות מונחות באי-סדר בשקית ניילון בארונות; נמצאו ליקויים בתזונה ואי-עמידה בדרישות המשרד; מצב התברואה לקוי ביותר ועלול להיות פוטנציאל לסיכון המשתקמים והעובדים; הנגישות לדיירות המגורים מסכנת את הדיירים, ומבנה המפעל שבו עובדים המשתקמים אינו נגיש לבעלי מוגבלויות. עלו גם ליקויים בנייה הכספי: לא היה רישום מסודר של הכנסות והוצאות, כספים נגבו מדיירים בניגוד להוראות; בדיווחים למשרד היו רשומים משתקמים שהמשרד לא הפנה למסגרת השיקום.

מדובר בליקויים חמורים המעידים כאמור על החשיבות בהליך בקרה בתדירות גבוהה מטעם המשרד האחראי על ספקי השירותים הפרטיים, בייחוד כשמדובר באוכלוסייה חסרת ישע כנכי נפש<sup>88</sup>.

המבקר התקציבי ערך בקרה בכ-500 מסגרות הדיור פעם בשלוש או בארבע שנים, ועוזרי הפסיכיאטר המחוזי ערכו בהן בקרה פעם בשנה. במסגרות הדיור המוגן (שהן חלק ממסגרות השיקום בתחום הדיור) התדירות הממוצעת של ביקורות המבקר התקציבי ושל ביקורות עוזרי הפסיכיאטר המחוזי היא פעם בשלוש שנים. גם בביקורת הקודמת עלו נתוני תדירות בקרה דומים.

87 לשכת הבריאות במחוז דרום אחראית גם לפעילות השיקום באזור אשקלון.

88 בעניין זה ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2006 ב' 56, בפרק "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי" בנושא "ביקורות ופיקוח" עמ' 588; וכן דוח שנתי 2005 ב' 55, בפרק "רכישת שירותים חברתיים", בנושא "פיקוח על נותני השירותים", עמ' 731.

משרד מבקר המדינה העיר בביקורת הקודמת כי בתדירות של בקרה בפרקי זמן כאלה ספק אם המשרד יכול לוודא שכל מסגרות השיקום אכן מתנהלות על פי הסטנדרטים שקבע, וכי על המשרד להגדיר את תדירות הביקורת הראויה במסגרות שיקום ולהפנות חלק מן הכספים שנחסכים ברכש שירותים למימון פיקוח.

הביקורת הנוכחית העלתה כי לא חל שינוי וכי המשרד לא קבע מהי התדירות הראויה לעריכת בקורות בכל אחד מסוגי המסגרות לבריאות הנפש. במצב זה עולה חשש כי מסגרות השיקום אינן מתנהלות לפי הסטנדרטים שקבע המשרד וכי השירות הניתן לנכי הנפש נפגע.

### תיקון הליקויים שהתגלו בבקרה

הביקורת הקודמת העלתה כי לא היה נוהל לניהול מעקב אחר תיקון הליקויים שהעלו עוזרי הפסיכיאטר המחוזי, לא הייתה קביעה מהו סדר העדיפויות לתיקון הליקויים ולא הייתה הסקת מסקנות מליקויים.

המפקח הרפואי הראשי של השירות מסר לנציגי משרד מבקר המדינה ביולי 2009 כי בעקבות הביקורת הקודמת הוקמה מערכת ממוחשבת חדשה המסייעת בתיקון הליקויים בשלושה תחומים: מעקב אחר תיקון הליקויים; קביעת סדרי עדיפויות בתיקון הליקויים; הסבת תשומת הלב לליקויים חוזרים ונשנים.

השירות אמנם הכין טיוטת נוהל אך בעת סיום הביקורת הנוכחית, אוגוסט 2009, טרם נכנס הנוהל לתוקף.

### היקף הבקרה וכוח אדם נוסף לבקרה

הן בביקורת הקודמת והן בביקורת הנוכחית נמצא שפעולות הבקרה של עוזרי הפסיכיאטר המחוזי ושל המבקר התקציבי אינן מתבצעות בכל מסגרות השיקום. עוזרי הפסיכיאטר המחוזי לא ערכו ביקורת במסגרות של שירותי סמך, חונכות, תעסוקה נתמכת, השלמת השכלה ומועדונים חברתיים. המבקר התקציבי לא ערך ביקורת במועדוני תעסוקה ופנאי.

בביקורת הקודמת העיר משרד מבקר המדינה שלמרות הגידול הניכר במספר מסגרות השיקום לא גדל מספרם של עוזרי הפסיכיאטר המחוזי. לדעת יו"ר המועצה לשיקום יש צורך "במנגנון רציני של בקרה והערכה, והמנגנון הזה לא קיים במלואו". בביקורת הנוכחית התברר כי המשרד אישר בשנת 2008 לתגבר את כוח האדם ב-15 משרות של עובדי בקרה בכל המחוזות בכל תחומי בריאות הנפש. רק לאחר מועד סיום הביקורת הנוכחית, אוגוסט 2009, החל המשרד בגיוס העובדים הנוספים. עד ינואר 2010 גויסו עובדים רק ל-2.25 משרות. מדובר בתקופה ממושכת שבה אין בקרה יסודית וממצה על כלל מסגרות השיקום.

לדעת משרד מבקר המדינה נוכח חשיבות הנושא על המשרד להחיש את הפעולות הנדרשות לצורך איוש המשרות הנוספות לבקרה.

### הדרכת עוזרי הפסיכיאטר המחוזי

כדי לבקר את מסגרות השיקום יש להכיר אותן על בוריין. כך למשל יש להכיר את דרכי העבודה של המשרד עמן וללמוד מהן דרישות המשרד מן היזמים (חוזים, הסכמים וכו').

הביקורת הקודמת העלתה שלא נעשו פעולות הדרכה בנושא זה.

הביקורת הנוכחית העלתה כי נעשו פעולות הדרכה רק בתחום כלי הבקרה הממוחשבים החדשים שהוכנסו לשימוש בשירות. עם זאת טרם נעשו פעולות בנושאים משפטיים לצורך ההתמודדות עם היזמים למשל, וכן לא בוצעה הדרכה שתאפשר לעוזרי הפסיכיאטר המחוזי להכיר את מסגרות השיקום כראוי.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד להכין מערך כולל של הדרכה והשתלמויות בעניין בקרת מסגרות השיקום.

### התשתית הארגונית של בריאות הנפש ומסגרות השיקום

#### האחריות למערך השיקום

ראש שירותי בריאות הנפש במשרד אחראי לכלל הפעילות בתחום בריאות הנפש במשרד. בראש מערכת השיקום עומד אחראי השיקום הכפוף לו. לעומת זאת במשרד הרווחה פועל מערך השיקום במסגרת אגף הכפוף למנכ"ל משרד הרווחה. משרד מבקר המדינה העיר למשרד בדוח הקודם שעליו לבחון באיזו מסגרת ארגונית יש להפעיל את מערך השיקום: במסגרת השירות לבריאות הנפש, או באמצעות אגף נפרד במשרד שיוחד לשיקום כפי שהציעה המועצה לשיקום או בדרך אחרת.

הביקורת הנוכחית העלתה שלא חל שינוי בתשתית הארגונית והנושא לא נבחן. לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון מהי הדרך הארגונית המתאימה ביותר שבה יש לנהל את מערכת השיקום לטובת המשתקמים, בייחוד לנוכח הגידול הניכר בהיקפי הפעילות של מסגרות השיקום.

#### התנאים הפיזיים של העובדים

משרד מבקר המדינה העיר בביקורת הקודמת שמרבית עובדי השיקום במשרד פועלים בתנאים פיזיים קשים. הביקורת הנוכחית העלתה שאין שינוי במצב. מטה השיקום ממוקם במשרד הראשי בירושלים. שלושת ראשי התחומים במטה השיקום עובדים בחדר אחד שגודלו כשישה מ"ר. במטה הראשי אין ארכיב לאחסון המסמכים, ובעת הביקורת היו המסמכים ה"שוטפים" מגובבים בקופסאות קרטון ולא היה אפשר לעיין בכולם. בלשכת הבריאות המחוזית בתל אביב עובדים 12 עובדי השיקום בלשכת הפסיכיאטר המחוזי בשני חדרים שבהם רק ארבעה שולחנות וארבעה מחשבים. השיחות עם פגועי הנפש נערכות לעתים במסדרון, לעתים בארכיב של הלשכה שאין בו מיזוג והוא ממוקם במרחק של כ-40 מטר מלשכת הפסיכיאטר המחוזי, ופעמים רבות במשרד האחראי להוצאת רישיונות קבורה שבלשכה. לא מן הנמנע שתנאים אלה משפיעים לרעה הן על פגועי הנפש והן על איכות העבודה של המטפלים בהם.



משרד מבקר המדינה מוצא לנכון לציין לחיוב את מסירותם של העובדים העוסקים בשיקום נכי הנפש ואת פועלם (ובכלל זה את עוזרות הפסיכיאטרים המחוזיים לבקרה) אף שהתנאים הפיזיים בהם עבדו קשים.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד שעליו לספק מענה הולם לליקויים שהועלו בתחום זה ובייחוד לנוכח התוספת הצפויה בכוח האדם לבקרה.

## מידע לציבור נכי הנפש ולבני משפחותיהם על אודות מסגרות השיקום

### אתר האינטרנט של המשרד

כדי שנכי הנפש ומשפחותיהם יוכלו לפנות לגורמים שונים בתחום בריאות הנפש, ראוי שהמידע המתפרסם באתר האינטרנט של המשרד יהיה עדכני.

בדיקה שערך משרד מבקר המדינה במאי 2009 העלתה כי המידע בעניין מסגרות השיקום באתר האינטרנט של המשרד לא היה מעודכן. להלן דוגמאות: אף שחוק השיקום נכנס לתוקף בשנת 2001 במועד עריכת הביקורת הוצגה באתר רק הצעת החוק. אף שמנהל תחום מודלי שיקום<sup>89</sup> במטה השיקום במשרד פרש בשנת 2007 מעבודתו במשרד ובמקומו מונה באותה שנה אדם אחר, במאי 2009 טרם עודכנו השמות בהתאם.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד שעליו לדאוג לעדכון המידע באתר האינטרנט.

### נהלים בנושא מסגרות שיקום

כל מסגרת שיקום פועלת בהתאם לייעוד שלה, ויש לקבוע נהלים לכל מסגרת. היו נהלים שהוחל בהכנתם לפני שנים רבות, לעתים יותר מעשר שנים, אך הם טרם הושלמו. לדוגמה: נוהל 80.002 "דירור מוגן: סטנדרדים ונהלים להפעלת השירות" בתוקף משנת 1998, אך בעת סיום הביקורת, אוגוסט 2009, טרם הושלמו בו חמישה נספחים.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד שעליו לפעול לעדכון הנהלים ולהשלמתם.

## שירותי בריאות הנפש במערכת האשפוז

בישראל יש 13 בתי חולים פסיכיאטריים: שמונה מתוכם ממשלתיים ובהם 2,537 מיטות אשפוז, בשני בתי חולים פסיכיאטריים של הכללית יש 280 מיטות, ובשלושה בתי חולים פסיכיאטריים בבעלות פרטית יש 225 מיטות אשפוז, המיועדות לפגועי נפש שהם גם מכורים לסמים (להלן -

89 תפקיד שבמסגרתו מכשירים ומדריכים עובדים למסגרות השיקום.

תחלואה כפולה). בנוסף יש 70 מיטות בבית חולים ציבורי. סך כל המיטות בתקן של בתי החולים הפסיכיאטריים והציבורי הוא 3,112. שיעור התפוסה בבתי החולים הממשלתיים ושל הכללית נע בין 85.5% (באר שבע) ל-103.8% (לב השרון).

נוסף על כך יש מחלקות אשפוז ב-11 בתי חולים כלליים<sup>90</sup>: בשישה בתי חולים כלליים ממשלתיים יש 259 מיטות אשפוז, בשני בתי חולים כללים של הכללית יש 26 מיטות אשפוז, בהדסה עין כרם יש 33 מיטות אשפוז ובבית החולים הסקוטי בנצרת יש 10 מיטות אשפוז. סך המיטות בתקן של בתי החולים הכלליים הוא 328. שיעור התפוסה נע בין 71.1% (צפת) ל-107.9% (נהרייה).

## כוח אדם במחלקות האשפוז והרכב אוכלוסיית המאושפזים

### כוח אדם מקצועי

1. חולים רבים מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים שבהם כאמור צומצם מספר המיטות ביותר מחצי בעשור האחרון בעקבות הרפורמה המבנית. רוב מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים כתבו למשרד מבקר המדינה כי יש מחסור בכוח אדם מקצועי מכל הסוגים - רפואי, כולל מתמחים ואחר. לדבריהם העומס על כוח האדם גדל לאחר צמצום המיטות מכמה סיבות: סבב המיטות הגבוה<sup>91</sup>; רוב החולים הם "קשים"<sup>92</sup> והאלימות המוגברת שלהם פוגעת בהם, בצוות ובסביבתם. החולים האלה מאופיינים ב"פתלוגיה חריפה" ונמצאים במצב "סוער, פעיל מאד, אינו משתף פעולה, וללא שיפוט ותובנה מצידו"<sup>93</sup> (אחת הדרכים להתמודדות עמם היא העברת עובדים בין המחלקות, אולם כך נגרם חסר כוח אדם במחלקה); הגידול הניכר בצורך לכתוב חוות דעת פסיכיאטריות בהוראת בית המשפט ואף להשתתף לצורך כך בוועדות שונות<sup>94</sup>; אי-התאמת התקנים שנקבעו לפני כשש שנים לצרכים (כך למשל יש רופאים הנכללים בתקן של בית החולים אך עובדים במרפאות בקהילה שבאחריות אותו בית חולים<sup>95</sup>).

המשרד השיב בפברואר 2010 למשרד מבקר המדינה כי במסגרת ההכנות לרפורמה המבנית קיבל כל אחד מבתי החולים מסמך המגדיר את תקן כוח האדם המוקצה לבית החולים לפי מגזרים ולפי סוג שירות.

2. כוח האדם המועסק בבתי החולים נקבע בהתאם למספר המיטות במחלקות. מכאן ששינוי במספר המיטות יגרום לשינוי בכוח אדם. הצורך לבחון את שינוי מספר המיטות נקבע בהסכם שבין משרד הבריאות לבין משרד האוצר שבו נכתב בין היתר כי משרד הבריאות ומשרד האוצר יבחנו "לקראת שנת 2010 את הצרכים בתחום היקף ושיעור המיטות האשפוז הפסיכיאטרי".

נמצא כי הנושא לא נבחר.

- 90 המקור - משרד הבריאות "מוסדות אשפוז בישראל 2008", חלק ב'.  
 91 סבב מיטות: היחס שבין מספר החולים המאושפזים לבין מספר המיטות.  
 92 מכתבו של פרופ' משה קוטלר במכתבו מינואר 2010 למשרד מבקר המדינה.  
 93 מכתב הנהלת בית החולים הפסיכיאטרי באר שבע מינואר 2010 למשרד מבקר המדינה.  
 94 חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 מאפשר לבתי משפט להורות לשלוח נאשם או עצור לקבל חוות דעת פסיכיאטריות. חוות הדעת ניתנות בבתי חולים פסיכיאטריים או במרפאות על פי קביעת הפסיכיאטר המחוזי או באגף הפסיכיאטרי של בית סוהר. בשנת 2008 הוצאו 1,221 צווי הסתכלות במסגרת אשפוז בהשוואה ל-972 שלוש שנים קודם לכן - גידול של 25%.  
 95 מכתבו של מנהל המרכז הירושלמי מינואר 2010 למשרד מבקר המדינה בדבר 20 רופאים.

לדעת משרד מבקר המדינה, לנוכח דברי מנהלי בתי החולים ולנוכח האמור בהסכם שבין משרד הבריאות לבין משרד האוצר בדבר בחינת הנושא לקראת שנת 2010, על המשרד לבחון את הצרכים המעודכנים לכוון אדם לסוגיו במחלקות האשפוז ולשנות בהתאם את תקני כוח האדם.

### מחלקות לקטינים ולמבוגרים

גם בבתי החולים הכלליים שבהם יש מחלקות פסיכיאטריות לילדים ולמבוגרים ניכרת מצוקה בכוח אדם מקצועי. כך למשל מדווחים האחראים לשירות הפסיכיאטרי בבתי החולים:

1. קטינים: במרכז הרפואי הממשלתי ברזילי באשקלון ביחידה לילד ולמתבגר מאושפזים 14 קטינים לפחות אף שהמחלקה מיועדת לעשר עמדות טיפול יום, ויש רשימת המתנה.

2. מבוגרים: במרכז הרפואי הממשלתי ברזילי באשקלון "יש חסר ניכר ברופאים, אין תקן לאחות, מרפאה בעיסוק"; במרכז הרפואי הממשלתי זיו בצפת למבוגרים "התקנה אינה עונה על הצרכים... בנוגע לרופאים ומקצועות פרה-רפואיים" גם בגלל ביטול שני תקנים בהיקף משרה וחצי שבעבר אוישו בעובדי האגודה למען שירותי בריאות הציבור<sup>96</sup>; במרכז הרפואי הממשלתי רמב"ם בחיפה מטופלים ביחידה לטיפול יום פסיכיאטרי 30-35 חולים בכל זמן נתון, אך המשרד מתקצב תקן של 11 מיטות בלבד, ובית החולים מממן ממקורותיו את העלויות העודפות.

### בתי חולים כלליים שאין בהם מחלקות אשפוז פסיכיאטריות

ישנם בתי חולים שבהם אין תקן לרופא פסיכיאטר תורן במיזן הנמצא כל העת במתחם בית החולים. לכן השירות הפסיכיאטרי במיזן ניתן באמצעות כווננים יועצים המועקים מביתם. להלן דוגמאות:

1. במרכז הרפואי בני ציון בחיפה אין מחלקת אשפוז אלא יחידה פסיכיאטרית שמפעילה מרפאה למבוגרים ושנותנת ייעוץ למחלקות בית החולים ולחדר המיון. מנהלת היחידה מסרה באוגוסט 2009 למשרד מבקר המדינה כי יש כוונן יועץ אחד בלבד לילדים ולנוער ששכרו ממומן מתקציב בית החולים. לדבריה יש קושי למצוא יועץ (רופא) נוסף "עקב מחסור במומחים לנוער ולמתבגר. [לכן] יש בעיה במתן מענה במיזן במיוחד בשעות הערב והלילה באמצעות יועץ פסיכיאטרי".

2. לדברי מנהל היחידה הפסיכיאטרית במרכז הרפואי הממשלתי אסף הרופא בצריפין אין רופא פסיכיאטר תורן בחדר המיון בשעות הערב והלילה.

לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לבחון אם יש צורך להקצות תורן לכל חדרי המיון בבתי החולים הכלליים שישפיק מענה פסיכיאטרי הולם.

96 עמותת שסיפקה במשך שנים רבות עובדים למשרד מתוקף היותה קבלנית כוח אדם. ראו דוח 59ב.

## תחלואה כפולה

בישראל מקובל לאשפז פגועי נפש מכורים לסמים יחד עם כאלה שאינם מכורים. בשנים האחרונות ניכרת עלייה דרמטית במספר החולים הצורכים סמים. מדובר באוכלוסייה בעלת מאפיינים ייחודיים: רובה גברים צעירים עם רקע פלילי מגוון (עברות רכוש, אלימות וסחר בסמים) ויש גם נערים מתבגרים. לדברי ראש השירות 60%-30% מקרב פגועי הנפש בעולם משתמשים גם בסמים, אך בארץ אין על כך נתונים מדויקים. יש רק שתי מחלקות ייעודיות שמטפלות בחולים שהם גם מכורים, בבאר שבע ובאברבנאל.

חולים מכורים דורשים השקעה רבה במיוחד. לדברי פרופ' משה קוטלר, העובדה שעבריינים מטופלים במערכת גורמת להכנסת סמים לתוך כותלי בית החולים ומעוררת אווירה אלימה. קשיים אלה משפיעים לשלילה על תפקוד המחלקות. כמו כן חולה המשתמש בסמים במחלקה "מדביק" גם חולים רבים<sup>97</sup> שאינם משתמשים, ולכן מן הראוי להפרידם ולאשפזם במחלקה מיוחדת.

לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי למצוא פתרון בהקדם ללוקים בתחלואה כפולה במוסדות הפסיכיאטריים. כמו כן יש לשמור על הפרדה ברורה בין חולי נפש שאינם מכורים לסמים לבין כאלה הזקוקים לגמילה.

## העברת הטיפול בפגועי הנפש מבתי חולים פסיכיאטריים לבתי חולים כלליים

### המגמה בעולם

המגמה הכלל-עולמית מצדדת בפתיחת מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ובסגירת בתי חולים פסיכיאטריים. פעולה זאת מסייעת מאוד בהקטנת הסטיגמה ובטשטוש התווית השלילית המוצמדת לסובלים ממצוקה נפשית (ראו להלן) ומשפרת את היעילות הכלכלית, למשל חיסכון בתשתיות ובכוח אדם. בזכות כך גם מופנים המשאבים שנחסכים לטיפול בסובלים ממצוקה נפשית בקהילה.

בדצמבר 2008 דיווח יו"ר המועצה לשיקום לחברי המועצה כי באנגליה ובאוסטרליה נסגרו בתי חולים פסיכיאטריים או מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים פסיכיאטריים בתהליך מתוכנן מראש. התהליך נמשך עשר שנים והיה חלק מתכנית שהביאה בחשבון את ערך הקרקע שעליה נבנה בית החולים. ההכנסות ממכירת הקרקע נועדו לממן תשתית לטיפול ולשיקום קהילתי. מהלכים מסוג זה מקובלים בעולם המערבי.

### המגמה בארץ

גם אנשי המקצוע בארץ סוברים כי אפשר ואף כדאי לרכז את הטיפול בפגועי הנפש בעיקר במחלקות אשפוז פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. כך למשל לדעת פרופ' מרדכי שני, פרופ' אורי אבירם ופרופ' יגאל גינת אפשר להסתפק במספר מועט של בתי חולים פסיכיאטריים לעומת המצב כיום ולרכז את מרבית האשפוז הפסיכיאטרי דווקא בבתי החולים הכלליים.

97 במהלך סיור שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה במרס 2009 באברבנאל נמסר להם כי חולה אחד מכור לסמים יכול "להדביק" (בשימוש בסמים) עד 20 חולים.

יצוין שוועדת נתניהו המליצה בשנת 1990<sup>98</sup> "לשלב את שירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית... [ו]ליצור שירותי בריאות כוללניים שישולבו בהם השירותים הפסיכיאטריים, האשפוזיים והקהילתיים כאחד". משרד האוצר מסר בעת הביקורת הקודמת שהוא בוחן עם משרד הבריאות את האפשרות לקדם תכניות להקמת מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים.

נמצא כי רק ב-11 בתי חולים כלליים<sup>99</sup> מתוך 26 אפשר לאשפז חולים פסיכיאטרים וגם בהם בהיקפים קטנים מאוד.

כמו כן העלתה הביקורת כי למרות צמצום אלפי מיטות אשפוז פסיכיאטריות במסגרת הרפורמה המבנית, אף לא בית חולים פסיכיאטרי ממשלתי אחד נסגר, והצמצום נעשה רק במספר המיטות בשטחים הקיימים.

יצוין שכבר בשנת 2002, בדיון שערכה הוועדה לקידום מעמד הילד של הכנסת בנושא הקטנת הסטיגמה של בתי החולים הפסיכיאטריים אמר ראש השירות כי "המשרד נוטה להעביר את מיטות האשפוז לילדים ונוער מהמרכזים לבריאות הנפש לבתי חולים כלליים על מנת לצמצם את השפעת הסטיגמה באשפוז במרכזים לבריאות הנפש" (ראו גם להלן).

### היעדר מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים

יש בתי חולים שבהם פועלת רק מרפאה למתן שירותי בריאות נפש, כגון באיכילוב. לדברי מנהל המערך הפסיכיאטרי באיכילוב המרפאה נותנת מענה לחולים רבים, ובכלל זאת לקשישים, אך בעת הצורך באשפוז נשלחים המטופלים לגהה, לשיבא ולאברבנאל והדבר משבש את הטיפול. לדעתו "יש לרכז את הטיפול בידי מערכת מרכזית ומתואמת אחת".

מציאות זאת מונעת את רצף הטיפול ומקשה על החולים ועל בני משפחותיהם.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר בשיתוף אנשי המקצוע יבחנו את היתרונות ואת החסרונות שבהעברת האשפוז הפסיכיאטרי לבתי החולים הכלליים. הבחינה תיעשה באופן כוללני או לפי אזורים בארץ כפי שייקבע אגב מתן עדיפות להעברת מחלקות ילדים בהקדם האפשרי. על המשרדים לפעול ליישום ההמלצות שיתקבלו בהקדם.

### מצבם הפיזי של מבני בתי החולים הפסיכיאטריים

ראוי שהטיפול הרפואי לחולים יינתן במבנים שמצבם הפיזי סביר ושהם מתוחזקים באורח שוטף. ואולם נמצא כי מצבם של חלק ממבני בתי החולים ירוד. להלן דוגמאות:

1. בבית החולים אברבנאל מאושפזים כ-300 חולים ועובדים בו כ-400 אנשי צוות. עם זאת יש בו מבנים רבים הטעונים שיפור ושדרוג מזה תקופה ארוכה. מנהל בית החולים מסר לנציגי משרד מבקר המדינה שכל עוד אין החלטה ברורה בעניין עתיד בית החולים (שבשנת 2003 קבעה הממשלה שיש לסגור) המשרד לא הקצה די כספים לשיפוץ בית החולים.

98 ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל בראשות השופטת שושנה נתניהו, 1990, עמ' 402.

99 המקור - משרד הבריאות "מוסדות אשפוז בישראל 2008, חלק ב'.

יש לציין כי באוקטובר 2009 ערך צוות רב-מקצועי מלשכת הבריאות המחוזית תל אביב פעולות בקרה בבית החולים לצורך חידוש רישונו. ד"ר אירנה וולוביק, הרופאה המחוזית של מחוז תל אביב כתבה לד"ר איתן חי-עם, מנכ"ל המשרד, כי פעולות הבקרה העלו "ליקויים... חריגים בחומרתם... לעומת בקרות משנים קודמות". הממצאים הצביעו על "כשלים" במגוון תחומים, ובהם: תפוסת יתר וצפיפות במחלקות כולל במחלקות הסגורות, תשתית רעועה ותנאי תברואה ירודים ומחסור חמור בכוח אדם במגורים מסוימים. לדבריה: "כל עוד לא יחול שינוי ניכר ומשמעותי בתנאי תפעול ביה"ח וברוחת החולים, לא אוכל להמליץ על חידוש רישיון לבית החולים".

בדצמבר 2009 חידש המשרד את הרישיון של בית החולים לשישה חודשים בלבד בשעה שבדרך כלל רישיון חדש ניתן לשנה. ד"ר יורם לוטן, ראש האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים והממונה על הרישוי, מסר בפברואר 2010 למשרד מבקר המדינה כי במהלך ששת החודשים יבחן המשרד אלו צעדים לנקוט בעניין הליקויים שהעלתה רופאת המחוז.

2. במרכז הירושלמי מאושפזים כ-320 חולים. באחד ממתחמיו (כפר שאול) מאושפזים כ-170 חולים במחלקות קטנות ומפוצלות במבנים ישנים (דיר יאסין) שחלק מקירותיהם טחובים ומעלים עובש. לדברי מנהל המרכז חלק מן המבנים "לא ראויים לאשפוז חולים".

3. בבית החולים מזרע מאושפזים כ-300 חולים ובו תשע מחלקות. לפני כמה שנים שופצו ארבע מחלקות, אך מצבן הפיזי של שאר המחלקות ירוד. לדברי מנהל בית החולים המטופלים בהן סובלים מתת-תנאים. מציאות זו פוגעת לדעתו במצבם הגופני והנפשי של החולים ואינה מאפשרת לצוות להעניק למטופלים טיפול רפואי ברמה הנדרשת.

להלן תצלומים המתארים את מצב המבנים בבית החולים הפסיכיאטרי כפר שאול בירושלים:



חדר עם קיר טחוב



חדר נוסף עם קיר טחוב



מסדרון ליד המקלחת



#### מקלחות

יש לציין שבעוד שבתי החולים הכלליים מקבלים לעתים תרומות שאינן ייעודיות והם משתמשים בהן גם לשיפוץ מבנים קיימים, הרי למערכת הפסיכיאטרית אין כמעט תורמים, והיא נסמכת כולה על תקציב המדינה.



לדברי יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש<sup>100</sup> בתי החולים סובלים מחסר בכוח אדם "מינהלי ומשקי... אשר בהחלט נותן את אותותיו על רמת הניקיון, התחזוקה ושירותי המינהל בבית החולים".

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי שמשרדי הבריאות והאוצר יבחנו את מצבם הפיזי של בתי החולים הפסיכיאטריים וכל עוד לא התקבלה החלטה על סגירתם ידאגו לשיפוצם כדי לאפשר תנאים הולמים לפגועי הנפש.

### שימוש במבנים שהתפנו

במהלך הרפורמה המבנית צומצמו כאמור יותר מ-3,000 מיטות אשפוז שהיו פעילות בבתי חולים פרטיים ובבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים. כך למשל באברבנאל צומצם מספר המיטות מ-562 ל-296. בצמצום כה ניכר של מיטות אשפוז התפנו מבנים רבים במתחמי בתי החולים, והיה ראוי שהמדינה תיעד להם שימוש אחר.

הביקורת הנוכחית העלתה שלא נקבע ייעוד לאף אחד מן המבנים שהתפנו בבתי החולים. כך למשל יש בבית החולים אברבנאל שטחים ומבנים יקרים שאינם מנוצלים כראוי בעוד מערכת הבריאות זקוקה למשאבים כספיים.

### גידול ניכר באוטיסטים המוגדרים פגועי נפש

הטיפול באוטיסטים<sup>101</sup> ניתן בידי משרד הרווחה, הרשויות המקומיות, משרד החינוך ומשרד הבריאות בהתאם לחומרת מצבם. משרד הבריאות באמצעות שירותי בריאות הנפש מטפל באוטיסטים - בעיקר קטינים - הלוקים גם בנפשם.

בשנים האחרונות חלה עלייה ניכרת במספר האוטיסטים בעולם ובארץ. בשנות השמונים אובחן בממוצע אוטיסט אחד ל-10,000 לידות, וכיום מאובחנים בארצות הברית כ-67 אוטיסטים על כל 10,000 לידות. גם בארץ חל גידול תלול במספר האוטיסטים, ובשנת 2009 הערכה היא שיש כ-50 אוטיסטים על כל 10,000 לידות. יש אזורים מסוימים בארץ שבהם יש 67 אוטיסטים על כל 10,000 לידות. אוטיסטים מעטים זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי עקב מצוקות או לקויות נפשיות.

טיפול יעיל בשנים הראשונות לחיי הילד האוטיסט עשוי לאפשר לו להשתלב במסגרות נורמטיביות. המשרד מימן טיפול באוטיסטים בגילאי שנה עד שבע שנים. הטיפול ניתן במסגרת מעונות יום שיקומיים (באמצעות משרד הרווחה) ובגנים טיפוליים תקשורתיים (באמצעות משרד החינוך והרשויות המקומיות). לדברי ראש השירות קיים גידול ניכר במספר הילדים במסגרות אלה. בשנת 2005 טופלו בהן כ-500 ילדים ובשנת 2009 מטופלים כ-1,250. בד בבד חל גידול בתקציב המשרד מ-23 מיליון ש"ח בשנת 2008 ל-39 מיליון ש"ח בשנת 2009.

100 המכהן כאמור כמנהל המערך הרפואי לבריאות הנפש באר יעקב ונס ציונה.  
101 אוטיסטים: אנשים הסובלים מהפרעה נוירולוגית-התפתחותית בדרגות שונות.

### מספר מיטות האשפוז

הבדיקה העלתה כי מספר המיטות הייעודיות לאוטיסטים בבתי החולים הפסיכיאטריים בארץ הוא 35 בלבד: באברבנאל 15 ובאיתנים 20. לדעת אנשי המקצוע, ובהם יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש, אין די בכך. כך למשל ביוני 2009 היו מאושפזים באברבנאל 15 אוטיסטים, ולפי נתונים שמסר מנהל אברבנאל אוטיסטים נוספים המתינו בבתיהם לאשפוז. כמו כן באברבנאל לא היתה הפרדה בין נערים לבין מבוגרים והם אושפזו יחד באותה מחלקה<sup>102</sup>.

בעניין הממתנים לאשפוז יש לציין כי במשרד אין מידע מדויק כמה אוטיסטים בכל מקום ממתנים לאשפוז.

נציין כי אוטיסט הזקוק לאשפוז פסיכיאטרי או למסגרת של מגורים עם השגחה ושוהה בביתו, מחייב השגחה של בני משפחה הנאלצים להיעדר מן העבודה לצורך כך.

המשרד השיב בדצמבר 2009 כי בשנת 2005 הועלתה הצעה להקים בשיתוף משרד הרווחה הוסטל לכ-30 אוטיסטים שאינם יכולים להשתלב במסגרות בקהילה אך אינם זקוקים לאשפוז מלא. עם זאת טרם הבשילה התכנית לכלל ביצוע. משרד הרווחה השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2009 שלאחרונה חודשו הדיונים עם משרד הבריאות בעניין זה.

### משך האשפוז ומקומו

לדעת פרופ' מרדכי שני אשפוז אוטיסטים לצורך טיפול בבעיה הנפשית נמשך ארבעה חודשים בממוצע, אחר כך יש להעבירם למסגרת אחרת כהוסטל. עם זאת יש אוטיסטים שעקב מורכבות הטיפול הדרוש להם אינם יכולים לשהות בהוסטל רגיל.

זה כשלוש שנים נערכים דיונים בהשתתפות משרד הבריאות ומשרד הרווחה על הקמת הוסטל סגור ל-30 אוטיסטים שמצבם מורכב. עד סיום הביקורת באוגוסט 2009 לא הגיעו שני המשרדים להסכמה בדבר הפעלת ההוסטל.

על משרד הבריאות ועל משרד הרווחה להגיע להסכמות בהקדם כדי שאפשר יהיה לתת מענה לבעיית האוטיסטים שמצבם מורכב.

### מאושפזים שלא לצורך בבתי חולים פסיכיאטריים

הסיכוי המרבי להצלחת הטיפול בפגועי נפש באמצעות אשפוז או שיקום טמון בשהותו של נפגע הנפש במסגרת המתאימה למצבו הגופני והרפואי. יצוין כי בבסיס הרפורמה המבנית עמד העיקרון שפגועי נפש לא יהיו במסגרת אשפוז אלא אם כן מחלתם פעילה. אם מתברר שהאשפוז לצורך מגורים בלבד, יש להעבירם למסגרות אחרות המתאימות יותר למצבם: מסגרות של מגורים טיפוליים או מסגרות שיקום. נציין כי עלות מסגרות אלה נמוכה יותר. לעתים המסגרת המתאימה

102 ביוני 2009 היו מאושפזים באברבנאל באותה מחלקה אוטיסטים בגילאי 40-13.

למאושפז נמצאת מחוץ לתחום בריאות הנפש והיא נתונה באחריות של משרד ממשלתי אחר, בעיקר משרד הרווחה. בדרך כלל מדובר בבית אבות ולעתים במוסד לסובלים מבעיות פיגור שכלי.

הביקורת העלתה שבכל עת עשרות פגועי נפש שוהים במסגרות אשפוז שאינן מתאימות למצבם. להלן הפירוט בחלוקה למבוגרים ולקטינים:

**מבוגרים**

מנהלי מרכזים לבריאות הנפש כמו אברבנאל, שלוותה, מזרע, באר שבע והמרכז הירושלמי לבריאות הנפש<sup>103</sup> מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה כי בכל עת יש מבוגרים המאושפזים במוסדות אלו אף שעליהם להימצא במסגרת אחרת. מצב זה עלול כמוכח להחמיר את מצבם. הסיבות לכך מגוונות: מחסור בהוסטלים, חוסר במקומות של מגורים טיפוליים<sup>104</sup>, היעדר מסגרות למכורים לסמים ואי-העברה לבתי אבות שבאחריות משרד הרווחה.

**קטינים**

בירור במרכזים רפואיים שונים (בהם המרכז הירושלמי, באר שבע, שלוותה, טירת הכרמל וברזילי) מעלה כי יש עשרות ילדים ומתבגרים מאושפזים אף על פי שהרופאים המטפלים בהם קבעו כי הם יכולים לעבור למסגרת אחרת או לקהילה. הדבר נובע בעיקר מאי-העברתם לפנימייה טיפולית שבאחריות משרד הרווחה בשל מחסור במקום פנוי. ראש השירות במשרד מסר לנציגי משרד מבקר המדינה בספטמבר 2009 שבאחד מבתי החולים הפסיכיאטריים יש נער שאושפז לפני כשנתיים וחצי לצורך איוון תרופתי (אשפוז של כשבועיים), אך הוא עדיין מאושפז שם בהיעדר פתרון עם משרד הרווחה.

לדעת אנשי המקצוע ובהם פרופ' זאב קפלן, מנהל המרכז הרפואי לבריאות הנפש בבאר שבע וראש השירות לשעבר: "נערים המאושפזים שלא לצורך מפתחים גרסיה ומפנימים התנהגויות לא מקובלות ואח"כ קשה, אם בכלל ניתן, לשקם אותם". מלבד זאת שהייה באשפוז יקרה יותר משהייה בפנימייה.

כדי להפחית את מספר המאושפזים שלא לצורך - מבוגרים, ילדים ומתבגרים - דרוש שיתוף פעולה עם משרד הרווחה בכל אחד מן הנושאים האלה:

1. תחלואה כפולה: לדעת אחראי השיקום "שינוי ממשי יבוא רק אם יהיה שיתוף פעולה אמיתי עם משרד הרווחה שאמור לתת מענה שיקומי לאנשים עם התמכרות, כך שביחד נוכל להקים מסגרות מתאימות".
2. מעבר לבית אבות: לטענת משרד הבריאות, משרד הרווחה מעכב או מונע העברת מאושפזים לבתי אבות שמשרד הבריאות קבע כי זה הפתרון הראוי להם, בעיקר בגלל בעיית "חיתוך הגיל" וגם

103 בתי החולים הממשלתיים איתנים וכפר שאול נכללים בהגדרה זו. המרכז הירושלמי אחראי גם לכלל השירות המרפאתי הממשלתי בירושלים.

104 או במסגרות של "מגורים טיפולים אינטנסיביים", מקומות מגורים עם צוות להשגחה שבאחריות ובמימון משרד הבריאות. יש מקומות (למשל: ירושלים, חיפה ובאר שבע) שבהם אין מסגרות כאלה. המתאימים למקומות כאלה נשלחים למקומות מרוחקים ממקום הגורים של המשפחה.

בגלל הנימוק של משרד הרווחה ש"בתי אבות אינם יכולים ויודעים לטפל בהם". להערכת ראש השירות יש 30-50 פגועי נפש מעל גיל 55 שאינם בני שיקום. תהליך ההזדקנות שלהם מואץ והם זקוקים בעיקר לאיכות חיים טובה ולטיפול גופני. אך בגלל גילם הנמוך - עד 62 לנשים ועד 67 לגברים, הם אינם באחריות משרד הרווחה. יתרה מזו, לטענת משרד הבריאות, מחודש יוני 2009 משרד הרווחה אינו קולט קשישים פגועי נפש לבתי אבות גם אם הם עונים על קריטריון הגיל.

3. מעבר לפנימיות: לטענת משרד הבריאות, משרד הרווחה אינו נותן מענה מידי לקטינים האמורים להשתחרר מאשפוז לטובת שהייה בפנימיות בשל מחסור במקומות פנויים.

משרד הרווחה השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2009 שהוא פועל בשיתוף משרד הבריאות להקמת מסגרת מיוחדת אשר תטפל באוכלוסיות הסובלות מתחלואה כפולה. עוד השיב משרד הרווחה כי "בימים אלה מתקיימים מהלכים להקמת פנימייה משותפת למשרדי הרווחה והבריאות [המיועדת] למתבגרים". באשר לטיפול בקשישים מסר משרד הרווחה כי משרד הבריאות מפנה ישירות קשישים נכי נפש, ואף צעירים שאינם מתאימים למסגרות אלו, מבתי החולים הפסיכיאטריים אל המעונות שבפיקוח ורישוי משרד הרווחה אף על פי שיש נוהל מסודר שנקבע בין שני המשרדים.

## I

לדעת משרד מבקר המדינה על משרד הבריאות, משרד הרווחה ומשרד האוצר לפעול בשיתוף פעולה בעניינם של כלל המאושפזים שלא לצורך כדי שאפשר יהיה לשחררם למסגרות אחרות.

## החלשת הסטיגמה של הפונים לעזרה בתחום בריאות הנפש

הסטיגמה בתחום בריאות הנפש משפיעה על נכונות הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי הנפש לפנות לקבלת עזרה, לקבל סוגי טיפול מסוימים ואפילו על נכונותם להכיר בבעיה. לסטיגמה יש השלכות הרסניות על חיי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות, על תפקודם ועל השתלבותם בחברה<sup>105</sup>. לפיכך כדי שאנשים רבים יותר הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי נפש יגיעו לטיפול יש לפעול לטשטוש התווית השלילית המוצמדת להם. לצורך כך יש לנקוט מגוון פעולות דוגמת: הענקת טיפול פסיכיאטרי זמין בחדרי המיון של בתי החולים הכלליים; אפשרות לאשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי ולא בבית חולים פסיכיאטרי; טיפול מרפאתי זמין בקהילה; הסדרת כניסה צדדית למרפאה הנמצאת במתחם בית חולים פסיכיאטרי.

כאמור בדיון שערכה הוועדה לקידום מעמד הילד בכנסת בשנת 2002 אמר ראש השירות כי "המשרד נוטה להעביר את מיטות האשפוז לילדים ונוער מהמרכזים לבריאות הנפש לבתי חולים

105 "סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל..." נעמי שטרן ואח', מאירס-גוינט-מכון ברורדייל, אפריל 2007.

כלליים על מנת לצמצם את השפעת הסטיגמה באשפוז במרכזים לבריאות הנפש". יש לציין שבמחקר של מכון ברוקדייל בנושא הסטיגמה<sup>106</sup> נכתב כי הזקוקים לאשפוז במסגרת פסיכיאטרית מעדיפים בבירור "אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי על פני אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי".

#### דוגמה להנצחת הסטיגמה:

בבית החולים הפסיכיאטרי אברבנאל בוטלה מטעמי חיסכון הכניסה הצדדית שהוכנה במיוחד ליד המרפאה הנמצאת במתחם בית החולים. הכניסה הצדדית נועדה להחליש את הסטיגמה של סובלים ממצוקה נפשית הרוצים להגיע לטיפול במרפאה, אך חוששים שיפגשו ליד שער הכניסה הראשי של בית החולים אנשים שעלולים לזהותם.

לדעת משרד מבקר המדינה לנוכח ההשפעה החיובית שיש להחלשת הסטיגמה על הגעת הסובלים ממצוקה נפשית ופגועי הנפש לטיפול, נדרש המשרד לתת את דעתו לסוגיה ולבחון אלו צעדים אפשר לנקוט כדי להשיג מטרה זו מתוך שמירה על רמת טיפול נאותה בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש.

## סדרי מכרזים לכוח אדם בכיר

### ניגוד עניינים אפשרי במכרזים לתפקיד מנהלי בתי חולים

הביקורת העלתה כי ראש השירות לבריאות הנפש בעת הביקורת הנוכחית ד"ר יעקב פולאקביץ, היה חבר בוועדת המכרזים אשר בחרה בראשית 2008 את המועמד שניהל את בית החולים הפסיכיאטרי הממשלתי שער מנשה. לתפקיד נבחר ד"ר אלכסנדר גרינשפון, מנהל בית החולים הפסיכיאטרי הממשלתי טירת הכרמל שהיה ראש השירות הקודם.

בעקבות זאת התפנתה משרת המנהל של בית החולים טירת הכרמל. לשם כך נערך בדצמבר 2008 מכרז לבחירת מנהל לבית החולים. במכרז זה זכה הפעם ד"ר יעקב פולאקביץ בעת שד"ר אלכסנדר גרינשפון עמד בראש ועדת מכרזים זו.

לדעת משרד מבקר המדינה במצב כזה יש טעם לפגם, מראית עין של משוא פנים וחשש פן חבר הוועדה יחוש מחויבות לבחור לתפקיד את זה שבחר בו בעבר ויפעל משיקולים זרים. על נציבות שירות המדינה (להלן - נש"מ) לתת את דעתה לסוגיה זו ולקבוע כללים וגדרות בעניין.

## היעדר מכרז לתפקיד ראש השירות

חוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, כללי שירות המדינה (מינויים) (מכרזים, בחינות ומבחנים), התשכ"א-1961 והוראות התקשי"ר מתווים את דרך המלך לגיוס עובדים בשירות המדינה ולקידום: הכרזה על משרה פנויה ואיושה באמצעות מכרזים. הוראות התקשי"ר קובעות כי נש"מ תאשר מינוי למשרה לפני מכרז רק במקרים יוצאים מן הכלל. בג"ץ קבע כבר בשנת 1991 כי העסקת עובדים במשרה לפני מכרז פוגעת פגיעה של ממש בעקרון השוויון ובכללי התחרות ההוגנת בין המועמדים<sup>107</sup>. יצוין שמבקר המדינה כבר העיר בעבר כי העסקה לפני מכרז צריכה להיעשות רק במקרים חריגים<sup>108</sup>.

הבדיקה העלתה כי ד"ר אלכסנדר גרינשפון כיהן בכל שבע שנות כהונתו בשירות (1999-2006) תחילה כממלא המקום של ראש השירות ובהמשך כראש השירות בפועל בלא מכרז. לדברי ד"ר גרינשפון, המשרד תכנן לפרסם מכרז לתפקיד ראש השירות אך זה בוטל או נדחה "פעמים רבות. [ולטענתו] גם קודמיו כיהנו ללא מכרז".

משרד מבקר המדינה העיר למשרד ולנש"מ כי איוש משרה בכירה לתקופה כה ממושכת ללא פרסום מכרז לאיושה אינו תקין. על נש"מ להקפיד לאכוף את הכללים הקיימים כך שלא יתאפשר מצב של איוש תפקיד בפועל זמן כה רב בלא מכרז. דברים אלה תקפים גם לתפקידים אחרים בשירות המדינה.

בתשובתה מנובמבר 2009 הודיעה נש"מ למשרד מבקר המדינה כי "תלמד את ממצאי המבקר לעומקם ותפיק הלקחים בהתאם, במטרה למנוע הישנותם של מקרים דומים".

## פטור מתשלום בעבור תרופות

פגועי נפש הם חולים כרוניים הזקוקים כל העת לתרופות מכמה סוגים למניעת התדרדרות למצב פסיכזטי והן לנטרול תופעות לוואי גופניות הקשורות לתסמונת המטבולית (כגון סוכרת, השמנה, לחץ דם גבוה), ששכיחותן גבוהה בקרב פגועי הנפש.

המעמד הסוציו-אקונומי של רוב פגועי הנפש נמוך, בעיקר בקרב אלו שהמחלה פרצה אצלם בגיל צעיר עוד טרם רכשו מקצוע. ההוצאה הכספית של רבים מפגועי הנפש על תרופות עלולה להגיע ל-10% משיעור קצבת הנכות המגיעה להם. עקב כך לעתים הם נמנעים מלרכוש את התרופות. המחקר של מכון ברוקדייל משנת 2007 קבע כי "10% מאלו שחשו מצוקה נפשית אמרו שויתרו על תרופה או טיפול נפשי בגלל המחיר"<sup>109</sup>.

107 בג"ץ 703/87 קראון נ' נציב שירות המדינה ואח', פ"ד מה (2) 512.  
108 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2006 בפרק "מכרזים לאיוש משרות בכמה משרדי ממשלה", עמ' 249; דוח בפרק "תאגידי בריאות ליד בתי חולים ממשלתיים", עמ' 103.  
109 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2008 בפרק "השתתפות עצמית של מבוטחים בתשלום עבור שירותי בריאות", עמ' 439.

לדברי פרופ' אלי שמיר, יו"ר עמותת עוצמה, יש הוכחות ברורות בפרקטיקה ובספרות המקצועית לכך שהפסקה בטיפול התרופתי או הזנתו עלולות לגרום בחלק גדול מן המקרים להתדרדרות למצב פסיכויטי המחייב אשפוז חוזר.

עמותת עוצמה העריכה שמתן פטור מתשלום לתרופות פסיכיאטריות יגרום אמנם להפסד הכנסות של כ-40 מיליון ש"ח בשנה לקופות החולים, אולם נטילת התרופות בקביעות עשויה לחסוך כמה אלפי אשפוזים חוזרים בשנה (בשנת 2007 היו כ-17,000 אשפוזים חוזרים).

עמותת עוצמה הגישה למשרד במרס 2009 בקשה לפטור את פגועי הנפש מתשלום בעבור תרופות. לבקשה צורף נייר עמדה המפרט את הנתונים ואת הנימוקים המצדיקים לדעתה את מתן הפטור. בעניין זה כתב פרופ' מרדכי שני למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2009: "לצערי נכשלתי לפני מספר שנים בשכנוע שר האוצר דאז מר נתניהו, בהמשך את ראש הממשלה מר אולמרט כי הממשלה תפטור את העשירון התחתון מתשלומי השתתפות [לתרופות]".

בעת סיום הביקורת, אוגוסט 2009, טרם דן המשרד בכך וטרם בחן את האפשרות לאמץ הצעה זו. לנוכח התועלת האפשרית מהענקת פטור מתשלום בעבור תרופות, הן לפגועי הנפש חסרי האמצעים והן למשק המדינה, ממליץ משרד מבקר המדינה למשרד לדון ביתרונות ההצעה.

## סיכום

הסקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2007 ותחזיות ארגון הבריאות העולמי מחייבים להיערך כראוי כדי להקל על ציבור גדול שסובל ועלול לסבול ממצוקה נפשית ולתת לו טיפול מיטבי. אולם המציאות שהעלתה הביקורת מעידה שאין היערכות ראויה למצב זה.

1. מרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש: לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להגביר את פעילותן כדי שסובלים ממצוקה נפשית ופגועי נפש רבים יותר יזכו בטיפול מרפאתי ראוי ובזמן המתנה סביר. בייחוד נכון הדבר לגבי ילדים שבעבורם זמן המתנה ממושך עלול להשפיע לרעה על התפתחותם. כמו כן לדעת משרד מבקר המדינה יש לבחון את תקינת כוח האדם לסוגיו. יש גם לשפר את המצב הפיזי של המבנים ולפתור את בעיות הנגישות למוגבלים.

2. שיקום נכי הנפש בקהילה: חוק השיקום נועד לאפשר לנכי נפש בדרגת נכות של 40% לפחות להשתתף במסגרות שיקום. על המשרד להשלים את תיקון הליקויים בעניין החוק שהועלו כבר בביקורת הקודמת בנושאים האלה: בעיות העולות בעקבות הרכב ועדות השיקום, תדירות העיון בתכנית השיקום, הגדלת מספר מתאמי הטיפול, עדכון נהלים למסגרות ועריכת מחקרים. כמו כן יש לפעול לפתיחת מסגרות חדשניות ולהשמת נכי הנפש במסגרות שיקום המתאימות לצרכיהם.

3. פעולות בקרה על מסגרות השיקום: על המשרד להגדיל את היקף פעולות הבקרה ותדירותן ולאייש את משרות הבקרה הפנויות.

4. שירותי בריאות הנפש במערכת האשפוז: בתי החולים הפסיכיאטריים מתקשים במתן שירות מיטבי למאושפזים בעיקר עקב אי התאמת התקנים לצרכים ועקב החולים הקשים והאלימים שנותרו מאושפזים. מצבם הפיזי של חלק מהמבנים ירוד. על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לבחון הן את השפעת השינויים הדרושים בתקן כוח האדם בעקבות צמצום מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים והן את הצרכים המעורכנים לכוח אדם לסוגיו במחלקות האשפוז.

בעולם ניכרת מגמה לסגור בתי חולים פסיכיאטריים ולפתוח מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. עד כה טרם נעשה דבר בארץ בנושא. לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי לבחון אפשרות זו בעבודת מטה משותפת למשרד הבריאות ולמשרד האוצר אגב שיתוף אנשי מקצוע. יש לתת עדיפות בנושא זה למחלקות ילדים.

מאושפזים שלא לצורך בבתי חולים פסיכיאטריים: יש עשרות פגועי נפש, מבוגרים וילדים, המאושפזים שלא לצורך בשל מחסור במקומות פנויים במוסדות טיפוליים, דבר העלול להשפיע לרעה על מצבם הרפואי. יש לצמצם את התופעה ככל האפשר ולצורך כך לפעול בשיתוף פעולה עם משרד הרווחה.

5. פטור מתשלום בעבור תרופות: הועלתה הצעה לפטור פגועי נפש מתשלום בעבור תרופות מפאת המצב הסוציו-אקונומי הנמוך של מרביתם. לדעת משרד מבקר המדינה על המשרד לשקול הצעה זו, שעשויה לסייע בהפחתת עלויות הטיפול בהם לנוכח החרפה אפשרית במצבם.

6. האחריות למתן השירותים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש מוטלת על משרד הבריאות שמתפקידו לדאוג לאוכלוסיות שונות ולרגישות במיוחד. משנת 1994 עת נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 נעשו ניסיונות להעביר את האחריות הביטוחית לקופות החולים (רפורמה ביטוחית), אך בלא הצלחה. קופות החולים השקיעו משאבים כהכנה להעברת האחריות אליהן אולם משרד הבריאות, משרד האוצר והקופות טרם הגיעו להסכמות שאפשרו את העברת האחריות הביטוחית.

בשנים האחרונות חלה הרעה בטיב השירותים הניתנים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש בעיקר בשל הדשדוש שיש בקידום הצעת החוק להחלת הרפורמה הביטוחית. על משרד הבריאות ומשרד האוצר בשיתוף קופות החולים להגיע ללא דיחוי להסכמות שיאפשרו למנוע את הפגיעה בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש בתקופת הביניים, עד להשלמת הרפורמה.

כמו כן, מן הראוי שיינתן בהסכמים הללו מענה ראוי לחששות שהובעו בקשר ליישום הרפורמה הביטוחית הנוגעים לפגיעה בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש מהשכבות החלשות ומעוטות היכולת.

לדעת משרד מבקר המדינה התמשכות הדיונים בעניין זה מחייבת התערבות פעילה יותר של שר הבריאות ושר האוצר ואולי אף של הממשלה.